

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

相談支援従事者研修の
プログラム開発と評価に関する研究

H28-身体・知的-一般004

平成28年度～29年度 総合研究報告書

研究代表者 小澤 温

平成 30（2018）年 3 月

目次

I. 総合研究報告

相談支援従事者研修のプログラム開発と評価に関する研究

研究代表者：小澤 温

分担研究者：島村 聡

沖倉 智美

高野 龍昭

森地 徹

大村 美保

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

III. 資料 カリキュラム・教育内容（案）

（資料1）初任者研修カリキュラム・教育内容

資料1-0 事前学習課題《本報告書には掲載なし》

資料1-1 研修受講ガイダンス

研究協力者：藤川 雄一

資料1-2 相談支援概論：相談支援の目的

研究代表者：小澤 温

資料1-3 相談支援概論：相談支援の基本的視点

分担研究者：沖倉 智美

資料1-4 相談支援概論：相談支援技術

分担研究者：島村 聡

資料1-5 障害者総合支援法、児童福祉法の理念、サービス《本報告書には掲載なし》

資料1-6 障害者総合支援法、児童福祉法の相談支援の基本《本報告書には掲載なし》

資料1-7 相談支援におけるケアマネジメント技法：プロセス：歴史、目的

研究代表者：小澤 温

資料1-8 相談支援におけるケアマネジメント技法：プロセス：留意点、事例

研究協力者：藤川 雄一

資料1-9 相談支援におけるケアマネジメント技法：多職種連携とチーム支援

研究協力者：鈴木 智敦

資料1-10 相談支援における地域への視点《本報告書には掲載なし》

(資料2) 現任研修カリキュラム・教育内容

資料2-0 制度解説《本報告書には掲載なし》

資料2-1 研修受講ガイダンス

研究協力者：富岡 貴生

資料2-2 地域を基盤としたSW

分担研究者：島村 聡

資料2-3 個別相談支援（意思決定支援）

分担研究者：沖倉 智美

資料2-4 チームアプローチ

研究協力者：鈴木 智敦

資料2-5 スーパービジョン

研究代表者：小澤 温

資料2-6 個別相談支援演習

研究協力者：富岡 貴生

資料2-7 チームアプローチ演習

研究協力者：富岡 貴生

資料2-8 コミュニティワーク演習

研究協力者：富岡 貴生

(資料3) 任相談支援専門員に求められる能力（コンピテンシー）

資料3-1 人材育成・研修の企画・立案

研究協力者：藤川 雄一

資料3-2 主任介護支援員の研修制度からみた主任相談支援専門員の養成

分担研究者：高野 龍昭

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）））
総合研究報告書

相談支援従事者研修のプログラム開発と評価に関する研究

研究代表者 小澤 温 筑波大学人間系教授

研究要旨

本研究では、①相談支援専門員研修のカリキュラム、シラバス、プログラム、教材と教育方法の分析と開発、②主任相談支援専門員に求められているコンピテンシー（専門的能力）とスーパーバイズの実践の解明、③相談支援専門員のコンピテンシー習得をふまえた研修の進め方の分析、④、①で明らかにされた内容を含んだ研修のモデル実施と全国的な研修への普遍化の検討、の4点を目的とした。その結果以下の知見を得た。1)相談支援専門員には、サービス等利用計画作成を中心としたアセスメントおよびプラン作成能力に加えて、他職種との連携・調整する力、チームアプローチのためのネットワーク形成力、利用者の主体性を引き出す力が必要なが示され、それに対応したカリキュラムを検討した。2)相談支援の専門的な能力は、個別ケースに対応する相談支援スキル（主に、初任研修レベル）、地域デザインにおける相談支援スキル（主に、現任研修レベル）、地域の人材育成における相談支援スキル（主に、主任相談支援専門員レベル）の3点から整理することができた。主任相談支援専門員のコンピテンシーとして研修・人材育成のスーパービジョンを示した。3)モデル初任研修に関しては、相談支援専門員に対して講義部分を除いた演習部分を4回にわたって実施し、モデル現任研修に関しては、同様に、相談支援専門員に対して講義部分と演習部分を4回にわたって実施した。その結果、いずれのモデル研修参加者の初期の理解水準の高さもあり、研修の教育効果に関してはさらなる検討が必要である。研修内容に関してはモデル研修参加者から概ね高い評価を得ることができた。

分担研究者：

島村 聡 沖縄大学人文学部 准教授
沖倉 智美 大正大学人間学部 教授
高野 龍昭 東洋大学ライフデザイン学部
准教授
森地 徹 筑波大学人間系 助教
大村 美保 筑波大学人間系 助教

A. 研究目的

障害者総合支援法施行3年後の見直しについての社会保障審議会・障害者部会の報告書（平成27年12月）が公表された。そこでは、計画相談支援の質の向上に向けての研修制度の見直し、計画相談支援に関わる相談支援専門員への指導的な役割を担う主任相談支援専門員の制度化、意思決定支援ガイドラインを活用した相談支援専門員研修の実施とカリキュラムの見直し、相談支援専門員と介護支援専門員の連携の推進と両者の視点をふまえた研修のあり方、の4点の提案がなされた。この提案の

具体化とその実現を図ることは障害者総合支援法を円滑に進める上で喫緊の課題である。

本研究では、この報告書の指摘をもとに、①相談支援専門員研修のカリキュラム、シラバス、プログラム、教材と教育方法の分析と開発、②主任相談支援専門員に求められているコンピテンシー（専門的能力）とスーパーバイズの実践の解明、③相談支援専門員と介護支援専門員、両者の視点をふまえた研修のあり方の分析、④、①で明らかにされた内容を含んだ研修のモデル実施と全国的な研修への普遍化の検討、の4点を目的とした。

B. 研究方法

28年度の研究は次の3点の研究を推進した。

1)相談支援専門員の研修教材・資料の収集と分析、2)都道府県で実施されている初任研修・現任研修のカリキュラム・プログラムの収集と分析、カリキュラム案の作成および研修担当者・関係者への調査分析、3)収集した教材・資

料分析から主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素の解明。

1)相談支援専門員に対する研修教材・資料の収集と分析

最初に、これまでの相談支援専門員の研修に関する実施経過を経年的にまとめながら、文献・資料の整理を行った。

さらに、先行研究として厚生労働科学研究及び障害者総合福祉推進事業等 28 本の報告書の中から相談支援専門員の人材養成に関する 6 本の報告書を研究題目から抽出した。そしてこの 6 本の報告書の内容を精査し、4 本の報告書で本研究課題となる相談支援専門員の人材養成に関わる内容を有することを確認した。その上で、この 4 本の報告書に関して、その内容を整理し分析した。

2)都道府県で実施されている初任研修・現任研修のカリキュラム・プログラムの収集と分析、カリキュラム案の作成および研修担当者・関係者への調査分析

都道府県で実施されている初任研修・現任研修のカリキュラム・プログラムの収集を行い、収集した資料をもとに、研修カリキュラム案（初任研修、現任研修）を作成した。

作成した相談支援専門員研修（初任者研修・現任研修）のカリキュラム案に対しての意見を把握するために、47 都道府県（研修担当者）、2 政令指定都市（横浜市、川崎市）、および、都道府県レベルで組織されている相談支援専門員協会（研修担当者）、都道府県の研修に関わっている相談支援専門員（都道府県等からの紹介）に対して、質問紙調査を実施した。

調査項目は、講義科目、演習科目の（内容および時間配分）に関する意見、演習におけるインターバルに関する意見、その他全体に関わる意見の自由回答の記載を中心とした項目を設定した。

3)収集した教材・資料分析から主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素の解明

平成 28 年 3 月から 7 月に開催された「相談支援の質の向上に向けた検討会」の参考資料として提出された「これまでの主な相談支援関連の調査研究等」に記載されている内容をもとに、主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素についての整理を行った。

特に、実践に関する検討を中心としている報告書を中心に整理・分析した。具体的には、厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）、厚生労働省障害保健福祉推進事業、独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業を中心に、カリキュラムを見直すための関連資料となりそうなものについて整理・検討した。あわせて、介護保険における研修制度の見直しに関する文献利用も整理・検討した。

29 年度は、次の 4 点の研究を推進した。

- 1)収集した教材・資料の整理から主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素の解明
- 2)相談支援専門員向けの教材・教育方法についての検討
- 3)モデル研修では、経験のある相談支援専門員にモデル研修への参加を依頼し、各研修 20 名程度に対して検討したプログラム案による研修の実施
- 4)教材・教育方法の妥当性、研修の効果を面接調査・質問紙調査による解明

（倫理面への配慮）

倫理的配慮が必要な調査研究に関しては、研究代表者（小澤 温）の所属する筑波大学において、人間系研究倫理審査委員会・東京地区委員会に調査研究実施の申請を行い、承認された。

C. 研究結果

28 年度研究では以下の知見を得た。

1)相談支援専門員の研修教材・資料の分析

障害者に対する相談支援・ケアマネジメントの歩みでは、1995 年に策定された「障害者プラン〜

ノーマライゼーション7カ年戦略」における《総合的な支援体制の整備》という提起により、「身近な地域において、障害者に対して総合的な相談・生活支援・情報提供を行う事業を、概ね人口 30 万人あたりに概ね2カ所ずつを目標として実施する」とされており、当時は各障害別として、身体障害者については「市町村障害者生活支援事業」が、障害児・知的障害者については、1990 年より先行して始まっていた「心身障害児（者）地域療育拠点施設事業（コーディネーター事業）」が「障害児（者）地域療育等支援事業」として、精神障害者については「精神障害者地域生活支援センター」がその事業主体とされ 1996 年より始まった。その手法については、後にまとめられる「障害者ケアガイドライン（2002 年3月）」について、各障害別にケアガイドライン試行事業として、ケアマネジメントを駆使し手法や技術等モデル地域を設定し実施され、その実践に基づいて、研修カリキュラム等が開発された。また、そこで相談にのる支援者として、現在の相談支援専門員の元となる研修の指導者養成が、厚生労働省が主催となり 1998 年より始まり、伝達研修を実施する形で、都道府県での研修が開始された。

この当時の研修カリキュラムは、把握された文献・資料によるとケアマネジメントの普及期、各障害別、ニーズ・障害当事者からの障害別特性の講義、生活アセスメントが強調されており、社会資源改善・開発や福祉用具等のコマ（環境整備）もみられた。また、当時の制度上の位置づけや、今のようない支給決定プロセス、サービス等利用計画というものもないため、ケアマネジメントの基盤とされた内容に時間を使うことができたことも指摘されている。

次に、相談支援専門員の業務、機能に関する調査研究を中心とした文献・資料の整理では、障害者自立支援法の施行後の平成 18 年以降のものを中心に収集整理を行った。その結果、研究報告書 26 文献を収集することができた。

内容を整理すると、自立支援協議会と相談支援体制に関するもの、相談支援事業所の実態調査に関するもの、相談支援プロセス・ケアマネジメントプロセスに関するもの、サービス等利

用計画の作成・評価に関するもの、相談支援専門員の育成に関するもの、の 5 分野に整理することができた。このうち、相談支援専門員の研修プログラムに関係すると思われる 4 文献に関して、詳細にその内容を分析した。取り上げた 4 文献は以下の通りである。

①日本社会福祉士会（2008）『障害者相談支援専門員の継続研修の必要性和プログラム構築に関する研究事業報告書』平成 20 年度障害者保健福祉推進事業，日本社会福祉士会。

②かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク（2011）『障害者相談支援専門員現任研修の効果的な実施方法と研修マニュアルの作成に関する調査研究報告書』平成 22 年度障害者保健福祉推進事業，かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク。

③野中猛（2012）『障害者の相談支援にかかる人材に関する研究』平成 23 年度厚生労働科学研究補助金障害保健福祉総合研究事業，野中猛。

④埼玉県相談支援専門員協会（2012）『相談支援専門員連携・育成強化のためのインターンシップ（実務研修 0JT）事業』平成 23 年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業，埼玉県相談支援専門員協会。

これらの文献の整理・分析の結果、相談支援専門員には、サービス等利用計画作成を中心としたアセスメントおよびプラン作成能力に加えて、他職種との連携・調整する力、チームアプローチのためのネットワーク形成力、利用者の主体性を引き出す力が必要なが示された。

2)都道府県で実施されている初任研修・現任研修のカリキュラム・プログラムの収集と分析、カリキュラム案の作成および研修担当者・関係者への調査分析

都道府県で実施されている初任研修・現任研修のカリキュラム・プログラムの収集に関して

は、主に、主任研究者・分担研究者が関わっている研修のカリキュラムの収集とその内容の分析を行った。具体的には、埼玉県、神奈川県、愛知県、滋賀県、沖縄県の5県を中心に収集した。あわせて、研修終了時に確認のテストを実施している鹿児島県、岐阜県、高知県に関しては、その確認テストを収集した。

収集された5県の研修プログラムの分析では、いずれの研修においてもケアマネジメントに焦点をあてながらも、現任研修では、アセスメント能力に力点を置いているもの、ストレングス視点の習得に力点を置いているもの、モニタリングに力点を置いているものなど、都道府県による研修の力点の違いがあることが示された。

これらのカリキュラムの分析と整理から、相談支援専門員に必要な基本的な能力の整理を行い、初任研修と現任研修に関するカリキュラム案を作成した。あわせて、意思決定支援に関する研修をカリキュラムに入れることの可能性について検討を行った。

初任研修のカリキュラム案の検討では、人材育成体系や初任者研修のカリキュラムについて、① 現行カリキュラムの課題・改善すべき点を整理すること、② 質問紙調査やフォーカスグループインタビューのベースとなる、①への改善策を盛り込んだモデルカリキュラムを作成することを目的とした。

現任研修のカリキュラム案の検討では、現行のカリキュラムは、①障害者福祉の動向、②都道府県（当該地域）地域生活支援事業、③地域自立支援協議会、④障害者ケアマネジメントの実践、⑤スーパーバイズの5科目が実施要綱の中で標準カリキュラムとしてあげられている。このカリキュラムは初任者研修ほど詳細に設定されておらず、ある程度都道府県の裁量に任せている部分があり、全国標準化したカリキュラムとはなっていない状況があった。

先にふれた「相談支援の質の向上に向けた検討会」では、相談支援の資質の向上が必要であると指摘され、①ソーシャルワーク、②インフ

ォーマルサービスを含めた社会資源及び開発、③地域とのつながりや支援者・住民等との関係構築、④生きがいや希望を見出す等の相談支援の基本的な考え方としてまとめられている。

この4点をポイントをおさえた相談支援従事者現任研修モデルカリキュラム案（以下、現任カリキュラム）を作成する上で、平成22年に実施された「障害者相談支援専門員現任研修の効果的な実施方法と研修マニュアルの作成に関する調査研究」を参考にした。ここでは先行研究及び都道府県で行われている現任研修カリキュラムを整理し、相談支援をソーシャルワークとして捉え、相談支援、チームアプローチ、コミュニティワークを軸に構成されたカリキュラムが提示されている。また、このカリキュラムを実施する中で受講者のニーズに応じて修正してきた神奈川県の現任研修も参考にしながら、検討会で示された4つのポイントを含めたモデル現任カリキュラムを作成した。

以上、今回作成したカリキュラム案の特徴をまとめると、研修時間の延長（初任研修：現行5日を7日へ、現任研修：現行3日を4日へ）、講義科目の精査と演習（グループワーク）の強化をあげることができる。

このカリキュラム案に関して、研修を実施している都道府県担当部局、研修に協力している各地の相談支援専門員協会等に対しての意見交換会（埼玉県・神奈川県において実施）と質問紙調査を実施した。

作成したカリキュラム案に関しての意見を求めるために、都道府県及び政令指定都市には合計で49組の、都道府県相談支援専門員協会には合計で40組の、都道府県相談支援専門員協会から紹介のあった相談支援専門員には合計で663組の調査票をそれぞれ配布した。

その結果、332組の調査票が回収された（回収率44.1%）。なお、調査は2017年1月30日から3月8日までの間に実施した。

回答者の属性について、行政機関が36件

(10.8%)、都道府県相談支援専門員協会が106件(31.9%)、都道府県相談支援専門員協会から紹介のあった相談支援専門員が170件(51.2%)、無回答が20件(6.0%)であった。調査結果の詳細は資料1-2に示した。カリキュラム案に関しては、全体的に評価する意見が多くみられた。

その結果、カリキュラム内容に関しては評価する意見が多かったが、実際の研修の運営、指導者の確保等の課題が指摘された。

3)収集した教材・資料分析から主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素の解明

収集した教材・資料分析から、相談支援専門員(初任研修レベル)、相談支援専門員(現任研修レベル)、主任相談支援専門員の3つのキャリアステージに対応した能力(コンピテンシー)について整理を行った。

その結果、大きく、個別ケースに対応する相談支援スキル(主に、初任研修レベル)、地域デザインにおける相談支援スキル(主に、現任研修レベル)、地域の人材育成における相談支援スキル(主に、主任相談支援専門員レベル)の3点から整理することができた。今後、この3ステージに対応した研修教材、研修方法の開発が必要であることが示唆された。

介護保険制度における文献・資料の整理・検討から介護支援専門員の2015年以降の研修体系の見直しにおいては、2つの変化を見出すことができた。

1点目は、演習形式の課目の増加である。講義形式で知識を習得する課目よりも、事例をもとにしたケアマネジメントの技術を習得する演習形式の課目を重視している流れがある。これは、2010年以降の介護支援専門員に対する指摘・批判のうち、アセスメントの技術が不足しているという点に答えようとするものとも考えられる。

2点目は、医療的なニーズを有する利用者に

対するケアマネジメントを重視した課目が増加していることである。疾患別・状態別の利用者像を描き、それに対応した支援を効果的に行うための演習が増加している。これについても、介護支援専門員に対する指摘・批判のうち、医療的な問題に対応するスキルが不足しているという点に答えようとするものと考えられえ。併せて、医療・介護の連携推進という医療保険・介護保険の制度改正の流れに即したものとも言える。

ただし、これについては、ケアマネジメントで重視してきた生活全般への支援・環境の支援(変化)などという「社会モデル」を軽視し、心身機能の改善等を志向する価値・知識の拡大に繋がる危うさもうかがえる。

29年度研究では以下の知見を得た。

1)主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素

本研究では、相談支援専門員の熟達化過程から、現任研修で育成する相談支援よりさらに経験を積んだ、地域の相談支援体制の中核となる相談支援専門員のカリキュラムを開発した。

具体的には、①人材育成、②協議会(地域援助技術)、③運営・管理の内容について、受講生自らの実践を報告する内容を含む演習が主眼となる内容となった。

以上、これまでの文献・資料の整理から、相談支援専門員に対してのスーパービジョン、チームアプローチの際のコーディネーター役割、都道府県における相談支援従事者研修(初任研修、現任研修)の指導スキルに整理することができた。

2)相談支援専門員向けの研修カリキュラム案と教材の開発

a)初任研修の研修カリキュラム案と教材開発

初任研修における科目と教材は以下の通りである。事前学習課題(障害特性など)、研修受講ガイダンス説明用資料、相談支援概論、障害者総合支援法、児童福祉法の理念、サービス、障害者総合支援法、児童福祉法の相談支援の基

本、相談支援におけるケアマネジメント技法、相談支援における地域への視点、演習で用いたモデル事例。

従来の初任者研修では、ケアマネジメントツールや演習に活用する様式については明確に示されておらず、実質的にケアガイドラインに示された様式とサービス等利用計画の厚生労働省の参考様式を活用することが通例であった。

本研究では、詳細な研修方法を示すことをコンセプトとしたため、プログラム例や様式例を改めて開発することとした。その際の視点は以下のとおりである。

①演習プログラムについて

演習の展開については詳細を記したプログラム案（進行表）の例を提案することとした。演習用教材についても、教材例を提案することとした。指導者用教材を併せて提示することとしているが、モデル研修では、簡易的に研修の視点を入れた教材を使用した

②ケアマネジメントおよび演習様式について

サービス等利用計画作成事務に係る様式については、厚生労働省の示す参考様式が全国的に普及しており、この様式を実務上使ってゆくことが標準と想定されることから、既存の様式を活用することとした。

③アセスメント様式について

ケアガイドラインに示された項目を標準として使っている都道府県が多いが、現行様式は医学モデルに視点が偏りがちなきらいがあるなど、課題があることから、この様式を改訂することとした。

以下の様式については、今回新たに提案することとした。

- ・ストレングスの整理票
- ・ニーズ整理票
- ・社会資源活用シート

b) 現任研修の研修カリキュラム案と教材開発

現任研修における科目と教材は以下の通りである。障害者（児）福祉に関わる制度解説、地域を基盤としてのソーシャルワーク、個別相談支援（意思決定支援を含む）、チームアプロ

ーチ、スーパービジョン、個別相談支援演習、チームアプローチ演習、コミュニティワーク演習、演習で用いたモデル事例。

研修受講ガイダンスは、現任研修における獲得目標や研修の内容を理解して受講してもらうことが目的である。現任研修では、初任者研修の振り返り並びに地域を基盤としたソーシャルワークの実践が行える人材育成のため4日間で実施される。ここでは、1日目に地域を基盤としたソーシャルワークを理解するため、講義を中心としたものから、2日目以降は個別相談支援、チームアプローチ（多職種連携）、コミュニティワークについての演習を中心に研修を行う

1日目は講義が中心、1日目以降は演習が中心となっている。

2日目の個別相談支援は、最初に研修のガイダンスを行い、2日目の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1日目の内容をもとに、事例を通して相談支援のプロセスや意思決定支援、チェックリストの記入の仕方の講義を行う。演習は、ここでの講義を踏まえ、事前課題（書式1）の報告及び検討、インターバル期間中に行う課題の整理・抽出したものをファシリテーターから助言を得る。最後に自己業務の振り返りとしてセルフチェックを記入する。1日目終了後、1ヶ月程度インターバル期間とし、演習で整理された課題を基幹相談支援センター等での協議を踏まえ実施してくる。

3日目のチームアプローチ（多職種連携）は、最初に研修ガイダンスを行い、3日目の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1日目の内容をもとに、事例を通して担当者会議の開催やチームアプローチ（多職種連携）の際の支援目的の共有、チェックリストの記入の仕方等の講義を行う。演習では、インターバル時の実践報告をした後に講義を踏まえて事前課題の検討を行い、次のインターバル期間中に行う内容を整理、最後に自己業務の振り返りとしてチェックシートの記入と共有、4日目に使用する代表事例を選出する。3日目終了後、1ヶ月程度インターバル期間とし、演習で整理された相談支援

体制や自立支援協議会の状況を基幹相談支援センター等で確認してくる。

4日目のコミュニティワークは、最初に研修ガイダンスを行い、4日目の研修の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1日目の内容をもとに、事例を通して地域のつながりや地域資源の活用、自立支援協議会の機能、ヒアリングシートの再記入等の講義を行う。演習では、ここでの講義を踏まえ、代表事例に対して地域資源を活用する等の検討、その後共通事例に対して模擬グループスーパービジョンを行い、地域とのつながりを意識した支援やグループスーパービジョンの必要性等について体験する。最後に事前課題として作成してきたヒアリングシートに対して演習で学んだことも踏まえて再チェックし、地域支援の際に必要な視点や主任相談支援専門員の役割等について考える。

3)モデル初任研修の効果と内容に関する評価

埼玉県、神奈川県の実験のある相談支援専門員18名に対して、講義部分を除いた演習部分に対して、4回にわたって、モデル研修を実施した。毎回、演習内容の理解度に関わる事前評価と事後評価及び内容及び資料等についての評価を4件法で行った。演習終了後は、モデル研修参加者に対して、その回の演習内容にそって、評価すべき点、改善すべき点についてグループインタビューを実施し、モデル研修の内容を検討した。

研修の効果判断のため行った受講前後の到達度評価では、受講前は平均3.22～3.53ポイントで、受講後は平均0.09～0.28ポイント上昇した。t検定ではいずれも研修の前後の平均値に有意差はなかった。教材・教育方法の妥当性を検討するため行った評価では、「内容」は平均2.7～3.2、「資料等」は平均2.6～3.1で、各日ごとの評価得点の平均値に有意差は検出されなかった。

4)モデル現任研修の効果と内容に関する評価

埼玉県、神奈川県の実験のある相談支援専門員18名に対して、作成したカリキュラムにそ

って講義部分と演習部分に対して、4回にわたりモデル研修を実施し、モデル初任研修と同様に評価とグループインタビューを実施した。

研修の効果判断のため行った受講前後の到達度評価では、受講前は平均3.00～4.00で、受講後は平均-0.36～0.36ポイント変化した。t検定ではいずれも研修の前後の平均値に有意差はなかった。教材・教育方法の妥当性を検討するため行った評価では、「内容」は平均2.8～3.4、「資料等」は平均2.8～3.5で、「内容」「資料等」について評価得点の平均値に有意差が検出されたのは、2日目「個別相談支援」の「資料等」のみであった。

D. 考察

1)相談支援専門員の研修教材・資料の分析

相談支援専門員の人材養成に関する先行研究を検討してきた結果、初任者研修と現任研修では受講者に求められる対応が異なっており、初任者研修では相談支援事業における基本的な対応が、現任研修ではより専門性の高い対応がそれぞれ求められており、そのために必要となる研修内容が示されていた。

また、必要性が認められつつもOJTやOff-JTがうまく行われていない様子が示されていた。特にスーパービジョンについては、スーパーバイザーの必要性が示されているものの、実際にはスーパーバイザーが不在の状態にあることが問題点として指摘されていた。また、研修の効果の評価について必要とされながらほとんどなされていない状況が指摘されていた。

2)都道府県で実施されている初任研修・現任研修のカリキュラム・プログラムの収集と分析および研修担当者・関係者への調査分析

今回作成したカリキュラムの改定案は、この研修の目的として、相談支援をソーシャルワークとして位置づけたことの理解を深めることにある。その目的に応じて、①地域を基盤としたソーシャルワーカーとしての再確認(相談支援)、②個を地域で支える援助を実施する地域

と技術の獲得（チームアプローチ）、③個を支える地域を作る知識と技術の獲得（コミュニケーション）といった、地域を基盤においた相談支援技術の再確認と技術の獲得といった目標を設定している。さらに、研修の合間にインターバルを設け、基幹相談支援センター等での実地研修（OJT）をカリキュラムの中に盛り込むことで、研修後のグループスーパービジョンの体制をも視野に入れた研修体系としたことで特徴的である。

初任研修カリキュラム案の作成にあたっては、現行研修を改善する視点から、本来あるべき姿を追求した。その結果、受講生に対する要求水準が上がっているのと同時に、時間数増加や実施方法の明示など、予算的や講師の質・量の確保など、実質的に実施体制の強化を求める内容となっている。全国的に実施体制に差がみられる中、本カリキュラムを実施する場合、その実現を担保する体制整備が必要である。そのためには、都道府県行政と中核となる相談支援専門員の協働とその協議の場、その相談支援専門員が勤務する地域の基礎自治体等の理解と協力などがより一層求められる。

また、人材育成の観点からも市町村単位の相談支援体制整備の再検討が必要となる。例えば、地域における初任者研修の課題指導の体制、ひいてはOJTの実施についても含めた体制整備が求められる。これらは、基幹相談支援センターや主任相談支援専門員の役割に関する検討とつながる課題とも捉えられ、単に法定研修の指導者養成にとどまらない具体的なあり方の検討が必要である。

現任研修カリキュラム案の構成では、講義→セルフチェック及びグループ討議（演習）→グループスーパービジョン（演習）といった流れで行う。演習の前に講義を行うことで演習のポイントを確認し、講義の内容を自己の事例を通して自己業務の検証ができる形態とした。

演習では演習講師の配置が1グループに1名、グループの人数も6名を想定しており、演習での議論が活発に行うことに重きを置いたものとなっている。しかし、円滑な演習を行う

には演習講師にはスーパーバイザーとしての役割、グループスーパービジョン等の力量が求められることから、同時に演習講師を行える人材の育成が必要であることが示された。

意見交換会と質問紙調査の結果から、カリキュラム内容に関しては概ね評価する意見が多くみられた。ただし、都道府県においては、実際の研修の運営、指導者の確保が、担当者にとって、課題であり、現実の研修実施に関する懸念の指摘がみられている。

研修カリキュラムの改正にともなって、意思決定支援を研修に組み入れることに関しては、池決定支援とケアマネジメントとの関係をふまえて検討すると、次の2点が重要であることを指摘した。

第1点は、本人にまつわる社会資源ネットワークの可視化である。エコマップを作成することで、本人を取り巻く資源の種類やその本人との関係性、資源間の関係性を把握することができ、各々に対する働きかけの方法を検討することができる。各々の資源（本人のもてる力を含む）の、これまで（過去と現在）を振り返り、これから（今後）の役割分担と連携を確認することも可能となる。

第2点は、意思決定（支援）過程の記録化である。意思決定支援の経過記録を作成することで、以下の視点で、本人とのコミュニケーションを振り返ることが可能となる。

- a. 本人の意向を無視していないか
- b. 本人の言葉の意味を吟味しているか
- c. 支援者の都合が優先されていないか
- d. 既存の社会資源だけが前提となっていないか
- e. 先に結論があって話し合いをしていないか

本人と相談支援専門員（サービス管理責任者）との支援関係の記録も重要である。ここでは、支援記録として、ケアマネジメント過程における二者間のやりとりを記述することが必要である。

意思決定支援会議の記録も重要である。ここでは、会議録として、会議内容や経過を記述することが重要である。特に、本人参加の状況や

立場による意見の相違（ズレ）を越えて、意思決定支援の方針の合意形成（方針の一本化）を図った判断基準や根拠を、参加者全員で確認することも可能となる。

以上を踏まえ、事例を用いて行う演習の実際（ファシリテーション・スーパービジョンの技法も含む）を検討する必要がある。

3) 収集した教材・資料分析から主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素の解明

主任相談支援専門員の養成の必要性に関して、これまでの相談支援専門員の人材育成及び研修について、これまでの変遷を通して考察を行った。行財政改革による自治体への事務移譲、措置から契約への流れ、障害者自立支援法による計画相談の登場によって、ガイドラインの目指したケアマネジメントによる当事者主体と地域の変革という趣旨は翻弄されてきた側面はあったものの、心有る都道府県や市町村行政の踏ん張りや専門職団体の提言に加え、相談支援専門員自身の活躍によって、ソーシャルワークを展開する相談支援専門員（あるいは相談支援体制）とそれをスーパーバイズする主任相談支援専門員こそ重要であるという理念は継続・維持されてきたといえる。

さらに、昨今の格差社会の拡大という大きな課題に立ち向かうため、原点回帰ともいえる議論となったのが、相談支援の質の向上に向けた検討会での「幅広い見識を有するソーシャルワーカーとしての活躍」に関する議論であった。

相談支援専門員の初任者研修という点に絞れば、障害者ケアマネジメント従事者養成の時代から一貫して利用者中心の考え方や地域ネットワークづくり、社会資源の開発がシラバスとして組み込まれて来たが、障害者自立支援法以降の計画相談支援においてサービス等利用計画書を作成する相談支援専門員と個別支援計画書を作成するサービス管理責任者との良好な関係づくりといった、制度上のシステムに関する研修課題が表面化してきており、日本相

談支援専門員協会が初任者研修を二分化し、実務的な OJT 研修を間に挟んで実施するという案を提示するに至ったと考えられる。

また、現任研修に関しても、現行の専門分野別研修に相当するものを初任者研修の後に入れ、自己の課題に即したブラッシュアップを図った上で、5年に一回の振り返り型の更新研修にて、自立支援協議会の運営や社会資源開発のスキルを確認するという提言がある。これは相談支援専門員の更なる成長により、主任相談支援専門員として地域のリーダーや事業所の管理者、圏域のスーパーバイザーといったキャリアアップを想定したことに繋がることが示唆された。

相談支援専門員のキャリア形成という点では、先の「相談支援の質の向上に向けた検討会」において主任相談支援専門員（仮称）を基幹相談支援センターに配置し、初任研修、現任研修の OJT の指導体制を強化することも検討すべきことである。そのためには主任相談支援専門員になるための何らかの経験年数やスキルといった要件が設定されることでキャリアアップの可能性が生じる。その育成のための研修プログラムも新たに必要となる。

以上のように、相談支援専門員の現行の初任者・現任者研修は、相談支援専門員のソーシャルワーカーとしての価値倫理から地域をベースとした支援の方法、さらに OJT による実務に関する知識に至るまで、改めて主任相談支援専門員による研究体制の強化を検討する必要に迫られた。またそれは、児童発達支援や就労支援といった専門分野でのキャリア形成との関係や主任相談支援専門員のキャリア形成も意識しつつ、多角的な視点をもった人材により進められる必要がある。

4) 主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素

本研究では、相談支援専門員の熟達化過程から、現任研修で育成する相談支援よりさらに経

験を積んだ、地域の相談支援体制の中核となる相談支援専門員のカリキュラムを開発した。このことに関して、今後は、基幹相談支援センターの役割や実際の運用における主任相談支援専門員の役割や業務内容を再度整理し、その業務遂行に必要なコンピテンシーの見直しやそれに伴うカリキュラムの改訂が必要になると考えられる。

主任相談支援専門員のあり方に関して、介護保険制度における主任介護支援専門員のこれまでの研修の内容を整理した。

その結果、主任介護支援専門員は、介護支援専門員のスキル不足に対するスーパービジョンや介護保険制度で求められる医療介護連携・地域連携を促進する者として期待されて誕生し、その要件が厳格化（研修のボリュームの増大、更新制、研修の修了時評価など）されるとともに、その活躍の場が広がってきた（OJT的な研修の引受先の機会拡大など）。

また、地域包括支援センターに配置される職員として規定されているものの、それを援用して居宅介護支援事業所に置くことも認め、事業所内外でのスーパービジョンやOJTの研修を行うことで報酬上の加算を得ることも可能としている。さらには、今後は事業所の運営管理にあたらせることも決まっている。

このことは、今後の主任相談支援専門員の研修を考える上で示唆を与えると考える。

5) 相談支援専門員向けの研修カリキュラム案と教材の開発

29年度はカリキュラムをさらに詳細に検討し研修シラバスの作成を行った。シラバスを作成するにあたり、28年度は概略的に示した研修実施上の留意点をさらに詳細に明示した。

29年度のシラバス検討のポイントとした点と同時に特に留意が必要なのは、本カリキュラムを効果的に実施するためには、研修全体をデザインするチームが必要な点である。このチームには、自治体担当者や研修実施機関の担当者だけでなく、学識経験者や各都道府県の相談支援体制整備の中核となる実務者（基幹相談支援センターの中核となる主任相談支援専門員や

その職能団体である都道府県相談支援専門員協会のメンバー）の参加が必須である。

そのためのチーム作りや予算編成も含めた検討は、複数年かけて行われ、次第に土壌が醸成されてゆくものと想定される。

講義における知識や価値のわかりやすい教授、演習における実際の業務場面に即した実践的な研修など、それぞれの教育方法によって効果的な担い手は異なる。そのため、主な担い手についてもシラバスに明記した。

特に、演習にその地域の中核となる実践者を配置することの重要性には留意すべきであるが、以下にその理由を述べる。

本研究で触れられているとおり、相談支援専門員の質の向上には、OJTが必須であり、今後は基幹相談支援センターの中核となる主任相談支援専門員が担い手となり、実践されてゆく環境となることが想定される。

現代の学習理論においては知識伝達型ではなく、アクティブラーニング等参加学習型の学びの環境が有効な場合が多いとされ、職業教育においてもそのことが言われている。

この観点から、シラバスにおいて、受講生が能動的に参加できる学習環境デザインの採用を研修の企画立案において留意するよう明記し、グループワークによる参加型の科目を多く採用、その運営方法についても標準的なありかたを示すなどの工夫を行った点も重要である。

6) モデル初任研修の効果と内容に関する評価

モデル初任研修参加者の事前、事後評価の結果から、モデル研修参加者の初期の理解水準の高さにより研修効果をあまり高くしていないことが示唆された。

研修内容に関しては次の点が面接調査から示された。

- ①相談支援の基盤としてのソーシャルワークの位置づけを明示する必要があること
- ②ストレングス視点に加えて相談支援専門員としての見立てについて講義に盛り込むこと
- ③意思決定支援や地域支援に関する初任者研修から現任者研修に至る連続性や対応関係についての意識の必要性

7)モデル現任研修の効果と内容に関する評価

モデル現任研修参加者の事前、事後評価の結果から、モデル初任研修と同様に参加者の初期の理解水準の高さにより研修効果をあまり高くしていないことが示唆された。

研修内容に関しては次の点が面接調査から示された。

- ①初任者研修との連動についての必要性
- ②個別相談支援の用語・概念の整理の必要性
- ③コミュニティワークの内容の整理の必要性
- ④グループスーパービジョンの内容の整理の必要性
- ⑤演習方法の検討
- ⑥インターバル期間の課題

E. 結論

2年間にわたる研究から以下の知見を得た。

- 1)相談支援専門員には、サービス等利用計画作成を中心としたアセスメントおよびプラン作成能力に加えて、他職種との連携・調整する力、チームアプローチのためのネットワーク形成力、利用者の主体性を引き出す力が必要なことが示された。
- 2)カリキュラム内容に関しては評価する意見が多かったが、実際の研修の運営、指導者の確保等の課題が指摘された。
- 3)相談支援の専門的な能力は、個別ケースに対応する相談支援スキル（主に、初任研修レベル）、地域デザインにおける相談支援スキル（主に、現任研修レベル）、地域の人材育成における相談支援スキル（主に、主任相談支援専門員レベル）の3点から整理することができた。
- 4)主任相談支援専門員のコンピテンシーの構成要素を整理し、モデル初任研修、モデル現任研修のカリキュラム案にそって、各科目の教材と教育方法を検討した。
- 5)モデル初任研修に関しては、相談支援専門員18名に対して講義部分を除いた演習部分を4回にわたって実施した。
- 6)モデル現任研修に関しては、同様に、相談支

援専門員18名に対して講義部分と演習部分を4回にわたって実施した。いずれのモデル研修参加者の初期の理解水準の高さもあり、研修の教育効果に関してはさらなる検討が必要である。研修内容に関してはモデル研修参加者から概ね高い評価を得ることができた。

F. 研究発表

1. 論文発表

小澤温「相談支援の現状と課題」、発達障害白書編集委員会編「発達障害白書2017年版」、144-145頁、2016年9月、明石書店

小澤温「障害者の自立支援と障害者福祉の動向」、アカデミア、117号、20-25頁、2016年10月、市町村アカデミー

小澤温「第1章 意思決定支援の状況と課題」、小澤温・大石剛一郎・川崎市障がい者相談支援専門員協会編「事例で学ぶ 障がいのある人の意思決定支援 地域生活を支える成年後見活動」、10-31頁、2017年3月、現代人文社

小澤温「計画相談の質を考える」、発達教育、36巻7号、1頁、2017年6月

小澤温「障害福祉制度の近年の動向と課題」、社会保障研究、2巻4号、442～454頁、2018年3月

2. 学会発表

大村美保・森地徹・小澤温「相談支援従事者研修のプログラム開発と評価に関する研究」日本発達障害学会第52回大会、2017年8月

Atsushi Ozawa: Actual Status on Case Management for Persons with Disabilities in Japan, 33rd Pacific Rim International Conference on Disability and Diversity, 2017.10.10 (Honolulu, USA)

G. 知的財産権の取得状況

特になし。

研究成果の刊行に関する一覧表

28年度

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
小澤温	相談支援の現状と課題	発達障害白書編集委員会	発達障害白書2017年版	明石書店	東京	2016年	144-145
小澤温	意思決定支援の状況と課題	小澤温・大石剛一郎・川崎市障がい者相談支援専門員協会	事例で学ぶ障害のある人の意思決定支援	現代人文社	東京	2017年	10-31

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
小澤温	障害者の自立支援と障害者福祉の動向	アカデミア	117号	20-25	2016年

研究会議の開催状況

日時	内容
5月29日	第1回研究会議
6月26日	第2回研究会議
7月31日	第3回研究会議
9月25日	第4回研究会議
11月6日	第5回研究会議
12月11日	第6回研究会議
11月3日	第1回作業会議（カリキュラム案検討）
11月25日	第2回作業会議（カリキュラム案検討）
1月5日	フォーカスグループインタビュー（埼玉県）
1月29日	第7回研究会議
2月3日	フォーカスグループインタビュー（相談支援従事者指導者養成研修検討委員）
2月5日	フォーカスグループインタビュー（神奈川県）
2月19日	第8回研究会議

29 年度

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
小澤温	計画相談の質を考える	発達教育	36巻7号	1	2017年
小澤温	障害福祉制度の近年の 動向と課題	社会保障研究	2巻4号	442～454	2018年

研究会議の開催状況

日時	内容
4月16日	第1回研究会議
6月11日	第2回研究会議
7月23日	第3回研究会議
10月1日	モデル研修及びモデル研修評価（現任）第1回
10月15日	モデル研修及びモデル研修評価（現任）第2回
10月22日	モデル研修及びモデル研修評価（現任）第3回
10月29日	モデル研修及びモデル研修評価（現任）第4回
11月18日	モデル研修及びモデル研修評価（初任者）第1回
11月19日	モデル研修及びモデル研修評価（初任者）第2回
12月2日	モデル研修及びモデル研修評価（初任者）第3回
12月16日	モデル研修及びモデル研修評価（初任者）第4回、 第4回研究会議
1月21日	第5回研究会議

（資料１）初任者研修カリキュラム・教育内容

資料１－０ 事前学習課題《本報告書には掲載なし》

資料１－１ 研修受講ガイダンス

資料１－２ 相談支援概論：相談支援の目的

資料１－３ 相談支援概論：相談支援の基本的視点

資料１－４ 相談支援概論：相談支援技術

資料１－５ 障害者総合支援法、児童福祉法の理念、サービス
《本報告書には掲載なし》

資料１－６ 障害者総合支援法、児童福祉法の相談支援の基本
《本報告書には掲載なし》

資料１－７ 相談支援におけるケアマネジメント技法：プロセス：歴史、目的

資料１－８ 相談支援におけるケアマネジメント技法：プロセス：留意点、事例

資料１－９ 相談支援におけるケアマネジメント技法：多職種連携とチーム支援

資料１－１０ 相談支援における地域への視点
《本報告書には掲載なし》

Ⅲ. 資料 カリキュラム・教育内容（案）

（資料１）初任者研修カリキュラム・教育内容

資料１－１ 研修受講ガイダンス

研究協力者：藤川 雄一

ここでは、具体的に初任者研修で伝える内容を解説するのではなく、初任者研修で伝える内容を考える際のポイントを記述します。

重要なことは、研修を実施する都道府県等の具体的な文脈ににおいて、受講生が「なるほど。このようにして腕を磨いていけばよいのか。」「その中で、今回の初任者研修はこのような内容を学ぶのだな」と見通しがつくガイダンスを行うことです。

教科書的な内容を淡々と説明するのではなく、受講生が相談支援のミッションや研修の概要を聞いて「よし、やろう」と奮い立つような、研修企画運営者の熱意が伝わるためにはどうしたらよいかを考えて、講義をすることがポイントです。そのためにも、企画運営者たちの「熱気」をどう醸成するか、都道府県単位での体制整備の議論も必須となります。

１．研修受講ガイダンスの目的（実施者向け）

研修受講ガイダンスの実施目的は、これから受講しようとする研修についての見取り図を示し、獲得目標を明確化することで、受講生の研修に対する動機づけや目標への到達度を高めることにあります。

また、相談支援専門員になるための経路は様々であり、基礎となるソーシャルワーク関連資格の有無、初任者研修受講前の教育歴、実務経験とそれぞれが多様となります。初任者研修の位置づけは、地域を基盤としたソーシャルワークとしての障害児者相談支援の実践に必要な価値・知識・技術を身につけるための入口の研修となっていますが、同時に、受講する自分自身がどのような位置に立っているのかを意識して研修に臨むことも重要であり、今後も継続して法定研修だけでなくたゆまぬ研鑽を続ける必要性も伝える必要があります。

２．研修受講ガイダンスの内容（実施者向け）

研修受講ガイダンスは以下の柱立てで構成されます。

- （１）本研修の獲得目標
- （２）研修プログラム概要
- （３）人材育成、職業教育、成人学習理論

- （１）本研修の獲得目標
- （２）研修プログラム概要

これらは、研修のシラバスに沿って説明を行います。

相談支援の目的については、詳しくは講義２で取り扱うこととなりますが、何のために相談支援専門員という存在があるのか、具体的にどのような役割を担うのか（障害のある人の地域生活を支えるため、障害のある人のその人らしい暮らしや夢・希望の実現のための支援を行うこと：すなわち意思決定支援）などの相談支援の目的に簡単に触れ、そのミッションを達成するための入口として本研修があることと、そのための獲得目標を説明します。

獲得目標は4点に整理しています。要点は、初任者研修を修了し、相談支援専門員としての業務に従事しはじめた段階では、個別の支援が核となること、その基本的な技術のひとつにケアマネジメントがあり、それをシステム化したサービス等利用計画作成の流れがあることを説明します。

そして、その獲得目標に向けて、初任者研修がどのようなプログラム構成になっているかについて説明します。プログラム構成については、内容を簡略に説明するとともに、講義と演習は連動していること。講義で学んだ内容が演習を通して徐々に実践場面につながってゆく構成になっていることを伝えます。

(この節については、モデル研修の経過を項目を参照のこと)

(3) 人材育成、職業教育、成人学習理論

福祉専門職としても、相談支援専門員としても、研鑽は継続してゆくことを説明します。また、その必要性や根拠となる職業教育理論や成人学習理論についても取り扱い、理解の助けとします。

厚生労働省の「相談支援の質の向上に向けた検討会」報告書においても、ソーシャルワーカーたるとしての相談支援専門員の「質」の向上・相談支援の「質」の担保は、①高い資質をもった人材の育成と②相談支援体制の整備により実現されるとまとめられています。また、実践力向上は、研修(off-JT)のみでは不足であり、特に実業務に沿った・実業務に反映される人材育成手法(いわゆるOJT)の必要性も説明します。

〈参考〉キャリア教育・職業教育(訓練)の方法

① 座学研修(off-JT)：職場外(日常業務から離脱)での教育訓練。

例：集合研修、通信教育等

② 実地教育(OJT)：職場や地域などでの実際の業務場面(実務内)での教育訓練。

例：実地指導(事例検討等含む)、インターンシップ等

(③ 自己啓発)

◎ off-JT と OJT の比較

	Off-JT	OJT
メリット	・知識の効率的な伝達が可能 (モデリング等) ・現場の状況に影響されない (メタ化：普遍的・均質的) ・振り返り、気づきの場 ・交流、情報交換	・高頻度でも実施可能 ・即応性が高い ・実業務に即した育成が可能
デメリット	・高頻度での実施に限界 ・即応性が低い。 (「困り感」「わからない」ことへ) ・実業務に即した育成ではない。 (応用性・活用性低い) ☆実業務への反映は？	・現場の状況に左右される ・現場の関係性が持ち込まれる危険性 ・新たな知識や視点の導入はOff-JTほどではない。

cf. アレン(Allen, C. R.)の4段階職業指導法

Show(手本を見せる) → Tell(説明) → Do(やらせる) → Check(確認・指導)

以上については、人材育成のありかたや自都道府県での方法等を、都道府県人材育成ビジョンに定めている場合、それに基づいて説明することが効果的です。人材育成ビジョンそのものを初任者研修の段階から受講生に伝え、その中での初任者研修の位置や、初任者研修修了後の研鑽の方法についてなどの学びのナビゲーションを行うことが重要です。

この中では、地域にまだ基幹相談支援センターが十分に設置されていなかったり、OJTの仕組みが実質的には機能しておらず、off-JTに頼らざるを得ない地域もあるかもしれません。その場合、このoff-JTの必要性を初任者研修で説明することは、受講者に対して空手形を振り出すことになります。そのような状態を打開できるよう、まさに在り方検討会報告書で述べられているとおり、法定研修を企画運営するだけでなく、off-JTを含めた人材育成体系の策定(その成果物が人材育成ビジョンとなります)とその実現を都道府県レベルで行う必要があります。

また、人材育成ビジョンにoff-JTが盛り込まれていない場合は、それを含めたものに改訂する検討を早急にはじめる必要があります。

次頁では、モデル研修シラバスをさらに改訂した標準シラバスを掲載します。ストーリー性を持たせるべく、若干の変更が加えられています。

相談支援従事者養成研修 初任者研修・新カリキュラム（標準シラバス）

獲得目標	① ソーシャルワークとしての障害者相談支援の価値と知識を理解する。 ② 基本相談支援の理論と実際を理解し、障害者ケアマネジメントのスキルを獲得する。 ③ 計画相談支援の実施に関する実務を理解し、一連の業務ができる。 ④ 地域づくりとその核となる（自立支援）協議会の役割と機能を理解する。
研修の進め方 留意点	・以下のサイクルに則り展開し、講義と演習の連動を意識した研修を企画する。 事前学習→講義→演習（モラル演習）→課題（実習）→演習（実習課題に基づく） 講義と演習を同一年度に一体的に受講することを前提として開発されたカリキュラムである。 講義は学識経験者等、演習は都道府県の中核となる実践者が担うことを前提として開発されたカリキュラムである。 ※講義において、内容の重複する箇所があるが、どの講義で重点的に取り扱うかを企画者が十分検討する。 同一の内容を複数の講義で重点的に取り扱うことは避ける。ただし、講義と演習の連動における重複はこの限りでない。） 講義内容は本表に掲載した内容を取り扱うこととし、それ以外の内容は① 既習を前提とする基礎的内容」あるいは② 発展的学習内容」であることを明確にする。 本研修で必ず習得すべき内容と前提となる既習事項、発展的事項を明示する。 ※演習は、導入・まとめの講義とワークを交互に実施するなど冗長にならないよう留意し、学びのポイントを明示する。 ※演習は、受講生が主体的に参加し、学ぶことのできる環境で実施する（原則として、グループワークを多用する。）、 ※演習時は、都道府県（各地域）における相談支援の中核となる現任研修修了者以上の実践者（主任相談支援専門員を想定）を演習講師とし、グループに1名配置する。 ※演習における標準的なグループ人数は6名とする。

カリキュラム

事前学習	基礎知識・関連知識	-	○障害者総合支援法及び障害福祉関連制度、各障害の特性について（テキストによる事前学習） ○効果測定：学習後自己評価表を研修開始時に提出 ※効果測定の方法や評価・判定方法については別途要検討
------	-----------	---	---

	区分	科目名	時間	項目	初任者研修で扱う内容	前提となる既習事項	発展的学習事項
共通講義	1 日目	講義 1	1h	本研修の獲得目標 プログラム概要	相談支援の目的についてもごく簡単に触れる。 人材育成体系の中での本研修の位置		
				人材育成、職業教育、成人学習 理論	継続的な学びの必要性 基礎的な成人学習理論 実地指導やスーパービジョンの必要性		スーパービジョン ファシリテーション
		講義 2	5h	① 相談支援の目的 (0.5h)	障害者の地域生活とその支援 障害者の自立と尊厳の確保、社会参加 自己決定（意思決定）への支援・権利擁護、エンパワメント、リカバリー 障害のある人を含めた誰もが暮らすことのできる地域づくり	ノーマライゼーション ソーシャルインクルージョン 障害者の生活とその支援の歴史 条約や各種法令の目的・理念 障害者権利条約 障害者基本法 障害者差別解消法 障害者総合支援法	意思表明や意思形成が非常に困難な 障害者の意思決定 支援
				② 相談支援の基本的視点 (2.5h)	・基本的視点 ① 個性の重視、② 生活者視点、QOLの重視、③ 本人主体、本人中心 ④ 自己決定（意思決定）への支援、⑤ エンパワメントの視点、ストレングスへの着目、 ⑥ 権利擁護 ※以下の項目については特に重点的に触れる。 医学モデルから社会モデル、生活モデルへ 生活者視点と利用者の共感的理解 意思決定支援 意思決定支援とは 意思決定支援の原則・基本的視点 本人の意思と嗜好を基とする意思決定とその支援 最善の利益原則と代理代行決定 ストレングス視点と本人のストレングスを活かした支援	バイステックの7原則 ソーシャルワーカーの倫理綱領 ICFの視点 意思決定支援ガイドライン	
				③ 相談援助技術 (1h)	地域を基盤としたソーシャルワーク（としての相談支援） ソーシャルワークにおけるミクロ、メゾ、マクロの視点	ケースワーク（個別援助技術） グループワーク（集団援助技術） コミュニティワーク（地域援助技術） カウンセリング、相談面接技術	
		講義 3	1.5h	日本の障害福祉の歴史	障害福祉制度の変遷		
				障害者総合支援法等による障害 児者の自立と共生社会の理念			
	2 日目	講義 4	1.5h	障害者総合支援法及び児童福 祉法の理念・現状とサービス提 供プロセス	・自立支援給付、地域生活支援事業、自立支援医療、補装具、利用者負担、障害福祉計 画、不服申し立て、障害児通所支援、障害児入所支援、介護保険との関係等について 法にもとづく相談支援事業 障害福祉サービス（障害児支援）の提供プロセス 障害者の権利を確立するための法律及び関連制度の関係性および概要 ※障害者の権利に関する条約、障害者差別解消法、障害者虐待防止法、成年後見制度や 日常生活自立支援事業等		
				障害福祉サービス及び児童福 祉サービスの制度			
		講義 5	1.5h	ケアマネジメントとそのプロセス	ケアマネジメントの歴史と目的 ケアマネジメントのプロセスとその留意点 社会資源の捉え方とアクセス方法、資源開発		
				基本的視点	相談支援の基本的視点（再掲：講義2を復習的に簡単に触れる。）		
		講義 6	1.5h	多職種連携とチーム支援	多職種連携とその重要性 チームアプローチの留意点 相談支援専門員とサービス管理責任者等との連携 個別支援計画等とサービス等利用計画等の連動		
				地域における相談支援体制	各指定相談支援事業、地域生活支援事業による相談支援事業（市町村相談支援事業、 基幹相談支援センター）の各役割と機能、相互の連携並びに重層的な体制		
		相談支援における地域への視 点	1.5h	地域課題の抽出と共有	発展的内容であるが、初任者研修でも簡単に触れる）		
				地域診断、地域資源の把握	発展的内容であるが、初任者研修でも簡単に触れる）		
				地域づくり、資源の改善・開発	ネットワーク構築（メソネットワークの充実） 市民の協働と協議会		
				研修のまとめ	地域を基盤としたソーシャルワーク ・2日間のまとめと演習にむけて		

		区分	科目名	時間	項目	内容		
演習	1 日 目	演習 1	相談支援におけるケアマネジメントに必要な視点と技術 (ケアマネジメントおよびサービス等利用計画作成に関するプロセス体験演習)	12h	インテーク・アセスメント (6h)	・個人中心の支援、関係性の構築、本人の「人となり」の理解 1) ロールプレイやモデル事例を基にした模擬面接等によるインテークと関係性構築 2) 情報の収集と整理 3) 本人像の把握とニーズの整理 ※グループ討議にストレングスやエンパワメント、権利擁護や意思決定支援の視点を盛り込むよう配慮。		
	ゴール設定とプランニング (3h)				・アセスメントにより明確化したニーズへの支援・地域資源へのアクセスと活用の検討 ・サービス等利用計画の作成。 ・模擬サービス担当者会議等によるサービス管理責任者を中心とした他機関等との連携体験			
	モニタリング・ターミネーション (2h)				・支援への評価、利用者満足度、新たなニーズの出現、ゴールの変化、他機関連携の状況確認 ・支援の終結 ・再アセスメント、再プランニング			
	振り返り 実習ガイダンス (1h)				・演習 1の振り返り ・インターバル中の課題実施及び提出についてのガイダンス			
	実習 1	インターバル①	目安 1ヶ月	課題① 相談支援プロセスの実践①	・自らの関わる障害当事者の中へインテークからアセスメントを実施する（再確認を含む）。 ・都道府県もしくは指定研修機関が指定する書式等を作成し提出。 ※今後従事予定で選定困難な場合、基幹相談支援センター等の紹介により、既存の相談支援事業所等の指導・監督のもと実習することも可とする。			
				課題② 地域資源に関する情報収集	・研修修了後に就業予定の相談支援事業所等が所在する地域（市町村・障害保健福祉圏域等）において、地域資源に関する情報を収集（公的機関、障害福祉サービス提供事業所、自立支援）協議会など）。 ・都道府県もしくは指定研修機関が指定する地域資源整理票を作成し提出。 ※同一地域に複数の受講生がいることが想定されるため、地域づくりや研修効率化のためにも、基幹相談支援センター等が中心となり、協議会等で実習時の対応を検討することが必要になると想定される。			
	3 日 目	演習2-1	実践研究 1 ＜実習課題に基づくアセスメントの検討＞	6h	アセスメント結果の検討 (スーパーバージョン・事例検討の体験)	・事前課題で作成した事例情報、アセスメント結果、支援方針について、グループ毎に検討を実施 ・手法：構造化されたグループスーパーバージョン・事例検討を想定。 ・導入講義45分、グループ演習270分、演習ふりかえり45分 ※1名あたり45分。 報告 5分 → 本人像の共有 5分 → 質問 10分 → プレインストーミング 15分 → 応答3分 → 休憩・転換：7分 ※休憩は数人毎にまとめてとること。		
	実習 2	インターバル②	目安 1ヶ月	課題③ 相談支援プロセスの実践②	・演習2-1での他者の助言・自らの気づきをもとに、再度アセスメントを実施するとともに、サービス等利用計画(案)の作成を行う。			
	4 日 目	演習2-2	実践研究 2 ＜実習課題に基づく(再)アセスメントおよび支援方針(計画案)の報告と共有＞	3h	再アセスメント結果および支援方針(計画案)の報告・共有 (ケースレビューの体験)	・実習②で実施した再アセスメントおよび作成したサービス等利用計画(案)について、グループに報告・共有。 ※1名あたり25分を想定。 報告：5分 → 質問：5分 → プレインストーミング：10分 → 応答：3分、休憩・転換 2分 ※休憩は全員分をまとめて10分挟む。		
	演習3-1	実践研究 3 ＜ケアマネジメントプロセスの定着演習＞	3h	ケアマネジメントプロセスの定着演習(前半) アセスメント	・演習2-2で共有された実践例より1つを選定。 ・グループによる再検討(ニーズ整理)により、アセスメントを深める。			
	5 日 目	演習3-2	実践研究 4 ＜ケアマネジメントプロセスの定着演習＞	4h	ケアマネジメントプロセスの定着演習(後半) プランニング	・演習3-1で明確になったニーズへの支援の検討、プランの作成。 ・事例提出者者の地域を想定して具体的な地域資源を入れた支援計画を検討・作成 1) 自由な資源のアイデア出し(60分) 2) サービス等利用計画作成(60分) 3) ふりかえりと地域づくり協議会(60分)		
	演習 4	振り返り	2h	演習および研修全体の振り返り	・導入講義 ・個人での気づきの整理 ・グループおよび全体での討議および共有 ・まとめ講義			

資料 1－2 相談支援概論：相談支援の目的

研究代表者：小澤 温

1. 相談支援事業の歩み

1990 年代の初めから地域で生活する障害者の生活支援の要として相談支援事業の充実がいわれてきた。当時の相談支援事業の具体的な制度としては、身体障害者、知的障害者（障害児を含む）、精神障害者といったそれぞれの障害に応じた地域生活支援事業をあげることができる。これらの相談支援事業に共通する事業内容としては次の 7 点に整理できる。

1) 在宅サービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなど）の利用援助、2) 社会資源を活用するための援助、3) 地域交流、4) 家族支援、5) 社会生活を高める援助、6) ピアカウンセリング、7) 専門機関の紹介（リファー）

この相談支援事業の整備は国の「障害者プラン」（1995 年に公表）においても数値目標化され、国庫補助事業として整備が行われた。その後、2003 年の支援費制度の施行の際に、身体障害者と知的障害者に関わる相談支援事業の国庫補助金が地方交付税措置として自治体の裁量によって実施されることとなった。さらに、2006 年の障害者自立支援法の施行により精神障害者に関わる相談支援事業も同様に、地方交付税措置として自治体の裁量によって実施されることとなった。

その後、2012 年の障害者自立支援法の改正により、相談支援事業の体制は大きく変わり、その仕組みは 2013 年度から施行されている障害者総合支援法に至っている。そこでは、基本相談支援、計画相談支援、地域相談支援の 3 種の相談支援が制度として定められた。

基本相談支援は、障害者、家族などからの相談に対応して、必要な情報提供や助言、関係機関との連絡調整を行うこととし、地方交付税措置として市町村の裁量により実施されることになった。

計画相談支援には、サービス利用支援と継続サービス利用支援の 2 種あり、前者は障害者の心身の状態や置かれている環境を勘案し、主に制度化されている障害福祉サービスの調整を行ってサービス等利用計画を作成するものである。後者はサービス等利用計画が適切かどうかの判断を一定期間ごとに行い（モニタリング）、必要に応じて計画の見直し変更を行うものである。これらの相談支援は計画相談支援給付として（介護給付、訓練等給付と同様の）個別給付となった。

地域相談支援は地域移行支援と地域定着支援の 2 種あり、前者は施設に入所している障

害者または精神科病院に入院している精神障害者に対して地域に移行するための活動に係る相談支援を行うものである。後者は地域で一人暮らしをしている障害者と連絡体制を作り緊急時の相談を行うものである。これらの相談支援は地域相談支援給付として（介護給付、訓練等給付と同様の）個別給付となった。

障害者総合支援法では、基本相談支援と計画相談支援の両方を行う事業所を特定相談支援事業所とし、基本相談支援と地域相談支援の両方を行う事業所を一般相談支援事業所としている。市町村によっては、（計画相談支援、地域相談支援を行わずに）基本相談支援を中心に実施する事業所を（市町村による）委託相談支援事業所とするところもある。

2. 相談支援の目的と原則

このように制度として、さまざまな変遷を遂げてきた相談支援であるが、ここでは相談支援の専門性にはソーシャルワークの専門性が求められる指摘（文献1）に基づいて、相談支援の目的と原則を考えてみたい。

（1）相談支援の目的としての生活モデルと生活ニーズの理解

障害者の生活支援のタイプを、医学モデル、生活モデルという2つに分けて考えてみる。これらのモデルはさまざまな文脈で用いられ、簡単に定義にすることはできないが、ニーズの所在、サービス利用者の理解、サービス提供者の位置づけと支援方法などの点で対比的なモデルとして捉えることはできる。

ニーズの所在では、医学モデルは、ニーズの発生する原因を病気や身体機能の障害といった医学的な原因へ還元して捉える考え方であり、生活モデルは、生活のさまざまな側面が相互に影響しあって生み出される相互作用として捉える考え方である。

サービス利用者の理解では、医学モデルは、利用者は知識を与えて専門的な指導に従う存在であるのに対し、生活モデルは、必要な知識を経験的に理解し、自ら主体的にニーズ解決に向かう潜在力のある存在である。

サービス提供者の位置づけと支援方法では、医学モデルは、専門的な知識と技術を独占して一方的に利用者に提供する役割をもつのに対し、生活モデルは、利用者のニーズ解決に向かう潜在力を引き出すような働きかけを利用者と共同しながら行う役割をもつ。

生活ニーズは、日常生活動作（ADL）、介護、家事、経済、家族関係、社会交流、ストレスといった項目で把握されることが多いので、それにそって支援を考えてみたい。

日常生活動作の改善には、リハビリテーション、生活・住宅環境の改善などの支援が考えられ、介護負担、家事負担の軽減には、ホームヘルプサービスなどの在宅福祉サービスによる支援が考えられる。経済負担には、手当、年金、生活保護などの所得保障制度が考えられ、家族関係の改善やストレスの軽減、社会交流の促進では、障害者のグループ活動やピアカウンセリング、地域活動への参加などの支援が考えられる。

これらの側面にそって障害福祉サービスが対応することは理解しやすいし、現実の障害福祉制度もほぼこれにそっている面がある。しかし、現実のニーズはこれらの側面が相互に関連しあっているので、各側面にばらばらに対応した支援方法では、真のニーズ解決に結びつかないことが多い。そのために、相談支援では、障害者のニーズを整理したり、その背景を分析したりしながら進めていくアプローチが重要である。あわせて、障害者自身のニーズ解決能力を高めるために、自立支援の方法も重要である。さらに、障害者も一般市民も住みやすい環境作りとしてのコミュニティワークや行政の計画づくりなども支援方法として重要である。

（２）相談支援におけるソーシャルワーク（ケースワーク、グループワーク、コミュニティワーク）の取り組み

ケースワークにおいて、クライアントを利用者、問題を生活ニーズとして理解すると、相談支援とは、利用者の生活ニーズ解決をめざす合理的な過程となる。そして、このニーズ解決の過程に関わる支援者が相談支援専門員ということになる。現在主流になっているケースワークが生活モデルを重視しているので、相談支援専門員の役割も利用者のニーズ解決に向かう潜在力を引き出すような働きかけを利用者と共同しながら行う役割をもつことになる。具体的なケースワークの過程は、インテーク、アセスメント、ニーズ把握、介入、事後評価にいたる一連の流れでなされる。

インテークは初回面接、受理面接と訳される。通常、なんらかの問題を感じた利用者がケースワーカーに相談にくる所から支援が始まり、そこで面接がなされる。知的障害や精神障害では、自身の問題を把握することが困難であることも多い。従って、インテークの前に対象者を把握するアウトリーチ（対象者の発見・把握）を行うことが重要な場合が多い。アセスメントは訴えてきた問題の内容をさらに明確にするために、情報収集と情報の分析を行う作業である。ニーズ把握は、アセスメントによって得られた情報とそれらの分析、利用者の訴えの内容などを総合的に判断して真のニーズを明らかにしていく作業であ

る。介入は、ニーズ解決のために必要な方法を講じることである。これら一連の過程を通して、アセスメントやニーズ把握は正確だったのか、介入によって予想通りのニーズ解決が進んだのか、などの点検を行うことを事後評価と呼んでいる。

グループワークの焦点は、ケースワークと同様に利用者個人であって集団（グループ）ではない点は重要である。つまり、利用者の問題（ニーズ）対処能力の向上や実際のニーズ解決のためにグループの力を利用して行う支援技術である。その点では、グループの力を積極的に利用したケースワークとして考えることもできる。

グループワークの構成要素は、利用者、グループワークのグループメンバー、支援者（相談支援専門員）の3つからなっている。相談支援専門員の役割は、利用者のニーズ解決に必要なグループ活動の目標を明らかにすること、グループメンバーとともに目標達成に必要なプログラムを開発すること、このプログラムにそって必要な活動がなされているかを点検すること、の3点が重要である。ケースワークと大きく異なる点は、利用者を含んだグループメンバーの主体性を重視した支援が要求されるので、ケースワークの介入よりは全体の方向性を支える側面的な支援に留意しなければならない点である。

グループ形成期（準備期）は、相談支援専門員が、利用者、グループメンバーのニーズを明確にし、グループワークの目標設定を行う段階であり、メンバーに個別に面接をしながらメンバー間の調整を行う時期である。グループ開始期は、グループ活動の開始であり、支援者は、メンバーと共同でプログラムを計画する時期でもある。メンバーがグループ活動の目標を十分理解していないこともあるので、この時期はプログラムの目標の共有化が重要である。グループ活動期は、実際のプログラムにそった活動をする時期であり、支援者は利用者個人のニーズ解決とグループ全体の発達の2側面をみながら支援を進めることが重要になる。終結期は、グループ活動のプログラムが終了し、活動の目標が達成された時期であり、グループワークとしてのグループ活動が終了する時期である。しかし、グループワークとしてのグループ活動が終了してもグループが存続することも多い。その場合は、メンバー外の支援者のいないグループ活動となり、場合によっては、セルフヘルプグループ（相互支援型のグループ）と呼ばれることもある。

コミュニティワークは地域社会の組織化と呼ばれることがある。コミュニティワークは、ケースワーク、グループワークと並んだソーシャルワークの方法の一つとして理解されているが、ケースワーク、グループワークと異なって、利用者個人、グループメンバー（これも個人）を対象にした支援方法でない点が特徴的である。コミュニティワークの対象は、

地域社会であって個人ではなく、利用者個人のニーズ解決のために最も重要な環境である地域社会に焦点を当てている。コミュニティワークを間接援助技術とって、直接援助技術のケースワーク、グループワークと区別して考えることも多い。

コミュニティワークが地域社会を対象にしていることから、通常、地域社会のニーズ把握が重要になる。これは、個人ではないので地域社会のニーズは社会調査法を用いた調査によってなされることが多い。調査によって明らかにされたニーズから、地域組織化、社会資源の開発、関係機関の連携などが具体的な方法として重要であり、相談支援専門員の業務はこれに加えて、自立支援協議会の運営による地域組織化の取り組みが重要である。

（３）相談支援と自立生活支援

障害者の意思決定権と選択権が最大限に尊重されていることを自立として捉えたと、自立生活とは、障害者の意思決定に基づいた生活の主体的な営みとして考えることができる。そして、その主体的な営みを生活のさまざまな側面に応じて支援していくことを自立生活支援ということができる。自立生活支援に特に重要となる支援は、1)自立生活への動機づけの支援、2)自立生活の基盤としての権利擁護、の2つである。

1) 自立生活の動機づけのための相談支援

自立生活の動機づけのための相談支援としては自立生活支援プログラムに基づいた実践をあげることができる。

自立生活プログラムは、自立生活に必要な技術やサービスに関する知識を学習しながら身につけ、これらの技術と知識を使いこなす主体になることを目的とするプログラムである。その点では、障害者のエンパワメント（自分の問題解決能力の力をつけること）の向上を目的としたプログラムということもできる。

プログラムの内容は、さまざまな相談支援事業所の実践によって異なっており、標準化したプログラムはないが、自己理解、障害の理解、コミュニケーションの方法、社会資源に関する知識、障害関連の法制度に関する知識、権利の知識と行使の方法、介助者管理の方法、金銭管理、健康管理、安全管理、外出の方法などの項目にそって学習を進めることが多い。

自己理解とは、自分の価値を肯定的に捉え、障害をもったメンバーを尊重する意識を生み出す取り組みである。障害者が自立生活をしようとする時、支援の対象としての障害者

観から自立生活こそ最も尊重されるべき価値であるといった意識改革が最初に必要になる。これは、自立生活の動機づけで最も重要な点である。

障害の理解は、自分の障害の理解と同時に、自分と異なる障害の理解を含んである。自己認識と同様に自分の障害を肯定的に捉え、他の障害をもった人も尊重することは重要である。ここでの障害の捉え方は、医学的なものではなく、障害と社会との関わりや社会によって生み出されている障害者観を中心になされる。

コミュニケーションの方法は、自分の思いや感情を的確に相手に伝える技術を身につけるプログラムで、言語以外の方法も活用される。障害者の場合、言語障害、視覚障害、聴覚障害といった障害以外でも、知的障害や脳卒中や事故による脳の障害といった的確に相手とコミュニケーションできない悩みも多いので、この技術は非常に重要である。

ピアとは仲間、同僚などと訳される言葉であり、障害をもった人同士のことをピアとすることが多い。ピアカウンセリングは、障害をもった人同士が対等の立場で話を聞き、支え合っていく取り組みをいい、カウンセリングよりもピアを重視している取り組みである。ピアカウンセリングによって、ピアカウンセラーとメンバーが問題や悩みなどを共有しながら、メンバーの問題解決のゴール設定、問題解決に立ち向かう力の獲得をしていくことから、同じような経験に共感できる感性がピアカウンセラーに求められる。ピアは、障害をもった人同士というよりかは、障害によって生じた同じような経験をもった人同士という意味の方がより近い。

2) 相談支援とアドボカシー

アドボカシーは、通常、障害者福祉では、障害者の権利の擁護および代弁する活動として理解されている。特に、知的障害者や精神障害者、認知症の高齢者などでは、障害のために自分で権利を主張しにくいことが多いので、相談支援事業にとってアドボカシーは非常に重要な支援活動である。

セルフアドボカシーとは、障害者自身が自分たちの権利を自ら主張し、行動することとして理解される。この場合の権利は、法的な権利というよりはニーズや利益と言い換えることもできる点で幅広い意味がある。障害者組織は程度の差はあれ、いずれもセルフアドボカシーを行う組織として位置づけることができる。その点では最も基盤的なアドボカシー活動ということもできる。

市民アドボカシーとは、第三者的な市民が行うアドボカシー活動として理解することが

できる。ただし、障害者と独立しているという意味は、障害者組織のメンバーや関係者ではないという意味であって、障害者の権利を擁護する点では障害者側に立った立場ということはある。市民アドボカシー活動の代表的なものは、施設オンブズマン活動をあげることができる。施設オンブズマン活動は施設から独立した第三者的な市民（団体）が施設のサービス内容を点検し、サービス利用者（その多くは施設入所者）の権利が侵害されていないのか、質の高いサービスが提供されているのかについて点検をする取り組みである。

法的なアドボカシーとは、弁護士などの法律の専門家が障害者との契約に基づいて法的な権利が侵害されていないかチェックするなどの権利擁護活動を行うこととして理解できる。ここでは、法律における権利に限定されるため活動の範囲は限定されたものになるが、法的な権利に関しては、裁判を通して主張することができるので、きわめて強制力の強い権利擁護活動という特徴をもっている。

現実のアドボカシー活動は、これらの3つの要素が混じっているので、このように簡単に分けることはできない。しかし、これらの特徴を理解しながらアドボカシーは単なる障害者の権利擁護活動だけではなく、相談支援事業の重要な取り組みであることを理解することが重要である。

文献

- 1) 厚生労働省：「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ，2017年7月．

相談支援従事者初任者研修

3. 相談支援概論：相談支援の基本的視点

沖倉智美（大正大学）

TOMOMI OKIKURA @ Taisho Univ. 2018/03/31

本時の内容と目標

1. 相談支援とソーシャルワーク（ソーシャルワークのグローバル定義）
2. 相談支援の基本姿勢
 - （1）国際生活機能分類（ICF）
 - （2）自己決定とエンパワメント
 - （3）ストレングス視点
 - （4）本人中心（Person-Centered）
 - （5）ノーマライゼーション・ソーシャルインクルージョン
3. 意思決定支援の基礎知識（意思決定支援ガイドライン）

以上の項目に関して...
自らが**理解**し、それを他者に**説明**ができること

2

TOMOMI OKIKURA @ Taisho Univ. 2018/03/31

1. 相談支援とソーシャルワーク①

ソーシャルワークのグローバル定義（日本語訳版）

2015年2月13日

ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。

この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい。

3

TOMOMI OKIKURA @ Taisho Univ. 2018/03/31

1. 相談支援とソーシャルワーク②

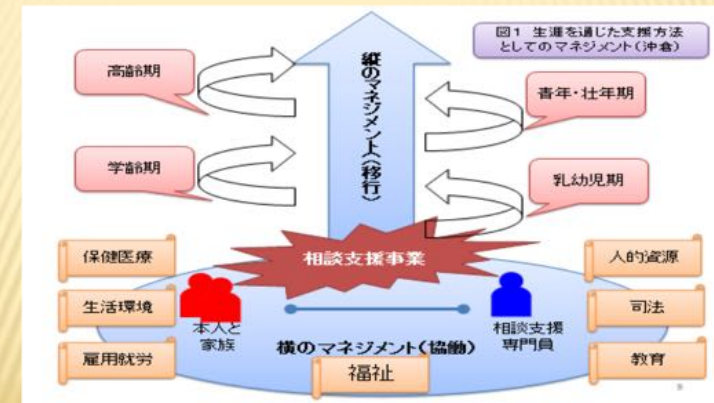
1. **ソーシャルワークの多様性と統一性** グローバル・リージョナル・ナショナル
2. 「先進国」の外からの声の反映
3. 集団的責任の原理 「人権」の日常レベルでの実現、個人の権利と集団的責任の共存
4. **マクロレベル（政治）の重視** マクロの社会変革・社会開発（⇔ミクロの問題解決）の強調
5. **当事者の力**
当事者の力を重視し、主役はあくまで当事者。人々のためというより、ともに働く
6. 「ソーシャルワーク専門職」の定義？
7. **ソーシャルワークは学問でもある** 「専門職であり学問である」
8. 知識ベースの幅広さと**当事者関与**
双方向性のある対話的過程を通して当事者の力と主体性を重視
9. （自然）環境、「持続可能な発展」
10. 社会的結束・安定

4

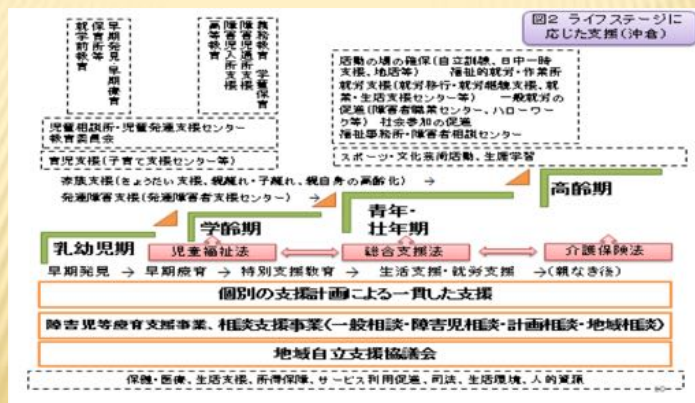
1. 相談支援とソーシャルワーク③

- 相談支援はソーシャルワークであり、相談支援専門員はソーシャルワーカーである
- 相談支援とは、
「先見性（今後を見通す力）」に基づく「移行期におけるつながる支援（縦のマネジメント）」と
「俯瞰性（全体を見渡す力）」に基づく「関係者の協働による支援ネットワークの構築（横のマネジメント）」と実践すること
- いずれの場面においても、その中心には「本人」と「相談支援専門員」とが位置していること
- 相談支援専門員とは、
「（基本相談を基盤とした）サービス等利用計画作成を行う個別支援」だけでなく、
「協議会活動を核とした地域づくり（ネットワーク構築による地域力の向上、社会資源の開発）」をも視野に入れ、この両者に、**各地域での実践を基盤として**、連続性と整合性をもって取り組むことができる人材

1. 相談支援とソーシャルワーク④



1. 相談支援とソーシャルワーク⑤



1. 相談支援とソーシャルワーク⑥

厚生労働省（平成28年7月19日）

「『相談支援の質の向上に向けた検討会』における議論のとりまとめ」

相談支援専門員の担う実践は、**地域を基盤としたソーシャルワーク**であり、その過程において当事者に対する**意思決定支援**を着実に実践していく役割を持ち、その実効性を担保するためにも、**相談支援専門員個々の実践を支える支援体制**をいかに作っていくかを、各地域の実情に応じて検討していく必要性を改めて確認

1. 相談支援とソーシャルワーク⑦

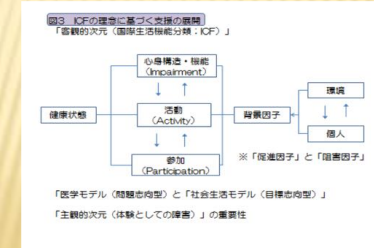
✖ 厚生労働省（平成14年3月31日）「障害者ケアガイドライン」

相談支援専門員のもつべき資質

- ①信頼関係を形成する力
- ②専門的面接技術
- ③ニーズを探し出すアセスメント力
- ④サービスの知識や体験的理解力
- ⑤社会資源の改善および開発に取り組む姿勢
- ⑥支援ネットワークの形成力
- ⑦チームアプローチを展開する力

2. 相談支援の基本姿勢（1）国際生活機能分類（ICF）

- ✖ 世界保健機関（WHO）は、1980年に明示した国際障害分類（ICIDH）を、2001年に**国際生活機能分類（ICF）**に改訂した。ICFは、障害を「**心身機能/構造**」、「**活動**」、「**参加**」の3つのレベルでとらえ、さらに障害の発生と変化に影響するものとして、個人因子だけではなく**環境因子の重要性**を強調した循環モデルを採用している
- ✖ 一方で、**障害受容のプロセス（体験としての障害）**を考えることは重要である
- ✖ これらの考え方に基づく、アセスメントに必要な視点は、当事者の抱える課題（「できないこと」）にとどまらず、その背景にある人間関係や利用可能なサービス等の社会資源も視野に入れて、状況把握や課題整理をする必要がある



2・相談支援の基本姿勢（2）自己決定とエンパワメント

- ✖ 身体障害当事者が中心に行った自立に関する代表的規定では、人の助けを借りて15分で衣服を着て仕事に出掛けられる障害者は、自分で衣服を着るのに2時間掛かるために家にいるほかない障害者よりも「**自律**」しているとしている。障害種別を問わず、またいかに重度であろうと、自らの望む生活を、必要に応じて他者の支援を得ながら、**自ら選択・決定し、実現することに意義**がある
- ✖ このように考えると、アセスメントの過程で当事者の希望や意向を一つでも多く把握することが重要になってくる。しかし支援の受け手としてそれを言葉にする機会が限定されてきた背景を考えると、主体的に支援を自己選択・決定し、その支援に対する評価を行っていくことには困難を伴う。**自己決定**を促すには、当事者がその意思を率直に表出できる環境を醸成すること、当事者の言語にとどまらない多様な意思表出を読み取る支援技術の向上が求められている
- ✖ アセスメントからプランニング、実施、そしてモニタリングに至る全過程に当事者自身が積極的に関わりをもっていくことは、**当事者が主体性を自覚、あるいは取り戻し、さらには強化していくエンパワメント**の考え方にもつながる

2. 相談支援の基本姿勢（3）－① ストレングス視点

- ✖ これまでの支援は、当事者の抱える課題「生活のしづらさ」を中心に把握し、その解決にあたって当事者自身の努力のみを強いていたことは否めない。
- ✖ ストレングス視点は、**当事者のもつ強み**（「できること」、「好きなこと」）を当事者とともに**見極め、取り戻し、強化**し、それを活用しつつ、社会資源にも焦点をあてて支援方法を検討していく。
- ✖ この視点の変更は結果として、当事者のエンパワメントにもつながる。

2. 相談支援の基本姿勢（3）－② ストレングス志向のアセスメント

表1 アセスメントの比較

ストレングス志向のアセスメント	問題解決志向のアセスメント
①人が強み、欲し、希望し、願望し、夢見るもの、人の才能・技術・知識の全体的描写	①問題や症状の把握、そして診断
②当事者が置かれている状況の観点から情報を収集する	②専門職の視点から見た当事者の問題の原因を分析的に追究する
③内面と外向に寄与「今ここ」に焦点をあてつつ、将来（これから）や過去（これまで）についても話し合う	③疑問文での面接機能水準を確認するための診断評価の手順に焦点が当てられる
④当事者が、個人と環境の中で、自分の望むものを決定する	④当事者は行動に関して洞察力を欠き、問題や病理について否認しているとみなされる
⑤アセスメントは関係性が基盤にあり、現在進行形のものである	⑤専門職の介入により、当事者はサービスを利用することに受動的になっている
⑥聞き、聞き、聞き、聞きはアセスメントの過程において不可欠である	⑥専門職は、専門用語を用いながら、診断または問題の分類対象として当事者を診る
⑦自然な支援ネットワークの活性化と形成を促す	⑦専門職は、解決策とみなされているフォーマルサービスで、問題とニーズを管理する
⑧当事者の価値と所有意識が尊重される	⑧専門職が当事者をコントロールする
⑨専門職は「私はあなたから何を学ぶことができますか」と尋ねる	⑨専門職は「あなたが学ぶ必要があることは…」と指示する

出典：チャールズ・A・ラップ、リチャード・J・ボスチャック、田中英樹監訳（2014）p.128一部改変

2. 相談支援の基本姿勢（4）本人中心（Person-Centered）

- サービス等利用計画は、**本人（当事者）の望む生活が実現できるような支援に関する計画**であることが重要である。本人の能力（「できないこと」）だけを評価するのではなく、「どのような支援があればどのようなことができるのか」に焦点化しつつ、「誰とどこで暮らすか」「日中誰とどんな活動（仕事）をするのか」「休日に誰と何をするのか」を**本人中心に検討していく方法**であり、本人をよく知る人々が集い、本人の才能、良いところ、持てるスキル等に焦点化しプロフィールを作成することで、本人の生活の質（QOL）を高めるために関係者が役割を決め、**本人のための計画を開発する方法**である

2. 相談支援の基本姿勢 （5）－①ノーマライゼーション

- ノーマライゼーションの考え方を提唱した3人
 - ①デンマーク知的障害者親の会の活動に関わり、1959年法に「ノーマルな生活状態にできるだけ近い生活を作り出すこと」を明記した、生みの親と言われる**バンクー・ミケルセン**
 - ②知的障害者を障害のない人の生活様式や条件に可能な限り近づけることであるとし、1日・1週間・1年・人生のノーマルなリズムや、異性との生活等8つの原理を提示した、育ての親と言われるスウェーデンの**ニョリエ**
 - ③ノーマライゼーションの原理を具体的な支援場面に適用できるように、サービスシステムを分析するための指標を作成し、社会的役割の価値付与（Social Role Valorization）という考え方を生み出したアメリカの**ヴォルフエンズベルガー**
- ノーマライゼーションの実現に向けて、障害のある人もない人も、だれもが住み慣れた地域社会で普通の生活を営み、活動できる社会を構築することを目指す。そのために障害者の地域生活支援をとおして、地域住民が積極的に障害者を支える仕組みをつくることが重要である
- その人の「ノーマル」を理解すること→「想像力」と「創造力」が必要
実現するためには「多様な選択肢があること」や「YESもNOも言えること」

2. 相談支援の基本姿勢 （5）－②ソーシャルインクルージョン

- ノーマライゼーションの考え方が世界に広まるとともに、障害者を社会に受け入れ、ともに暮らすという考え方であるインテグレーション（統合）の理念が生まれ、主として教育分野において統合教育が実践されてきた
- インテグレーションには、意識変革が伴わないまま、単に一緒に置かれる状況になってしまう限界があり、**障害を含めた互いの違いを認め合い、あるがままを受け入れ、ともに生きる社会の創造を目指したインクルージョン（Inclusion）**が新たに提案された
- インクルーシブな支援とは、（障害）福祉施策だけではなく、「一般施策」を視野に入れて取り組むこと

3. 意思決定支援の基礎知識 意思決定支援ガイドライン①

厚生労働省（平成29年3月31日）

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」

（1）意思決定支援の定義（総論）

障害者への支援の原則は自己決定の尊重であることを前提として、自ら意思決定することが困難な障害者に対する支援を意思決定支援として次のように定義する。

意思決定支援とは、自ら意思決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるように支援し、本人の意思の確認や意思及び選好の推定し、支援を尽くしても本人の意思の確認や意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

17

2. 意思決定支援の基礎知識 意思決定支援ガイドライン②

（2）意思決定の構成要素

（総論：誰が・どの場面で・どのような障害を有する者に対し、どのように実施するのか）

①本人の判断能力—慎重なアセスメントが重要

②支援が必要な場面

a. 日常生活、b. 社会生活、c. 人的・物理的環境による影響

③基本的原則

a. 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うこと

b. 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる

—リスク管理 重視し過ぎて本人の意思決定に対して制約的になり過ぎないように注意

c. 意思確認が困難な場合

本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供

場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。

④最善の利益の判断—最後の手段

a. メリット・デメリットの検討、b. 相反する選択肢の両立—二者択一ではなく折衷案も検討、c. 自由の制限の最小化

⑤事業者以外の視点からの検討

事業者はサービスを提供する上で、制度や組織体制による制約もあるため、それらが意思決定支援に影響を与える場合も考えられることから、そのような制約を受けない事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることが望ましい。

⑥成年後見人等の権限との関係

意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づく方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めることが望ましい。

18

3. 意思決定支援の基礎知識 意思決定支援ガイドライン③

（3）各論

①意思決定支援の枠組み

a. 意思決定支援責任者の配置（サービス管理責任者兼務可）

b. 意思決定支援会議の開催

c. 意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画（意思決定支援計画）の作成とサービスの提供

d. モニタリングと評価・見直し

②意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

③意思決定支援の根拠となる記録作成

④職員の知識・技術向上

ガイドラインを活用した研修を実施するとともに、意思決定支援に関する事例検討を積み重ねることが重要である。また、書籍による文献学習、内部の勉強会、実地研修（OJT）、外部研修の受講等、具体的な研修計画を立案し、進めることが効果的である。

⑤関係者、関係機関との連携

（事業者、家族や成年後見人等の他、関係者等、協議会の活用）

⑥本人と家族等に対する説明責任等＋苦情解決＋守秘義務

19

3. 意思決定支援の基礎知識 意思決定支援ガイドライン④

（4）意思決定支援の具体例

①日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援

②施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援

③精神科病院からの退院に関する意思決定支援

この具体例に関する、アセスメント表と意思決定支援を反映した計画書が、参考として示されている。

→具体例を活用し、どのように演習を実施するのか

20

参考文献・資料

- ✧ ベンクト・ニリエ、河東田博（2004）『ノーマライゼーションの原理 普遍化と社会変革を求めて（新訂版）』現代書館
- ✧ チャールズ・A・ラップ、リチャード・J・ゴスチャ著、田中英樹監訳（2014）『ストレングスモデル[第3版]—リカバリー志向の精神保健福祉サービス第3版』金剛出版
- ✧ 厚生労働省「障害者ケアガイドライン」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/03/tp0331-1.html#3>
- ✧ 厚生労働省「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf>
- ✧ 厚生労働省「『相談支援の質の向上に向けた検討会』における議論のとりまとめ」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000131631.html>
- ✧ 障害者福祉研究会（2002）『ＩＣＦ 国際生活機能分類—国際障害分類改定版』中央法規出版
- ✧ 谷口明広（2005）『障害をもつ人たちの自立生活とケアマネジメント—Ⅰ 概念とエンパワメントの視点から』ミネルヴァ書房
- ✧ 上田敏（1983）『リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権』青木書店

相談支援専門員が獲得すべき相談支援技術について、中核的な技術となっているケアマネジメントを元に、その概要と技術獲得に際して課題となっている点について述べる。

1 ケアマネジメントの意義（『障害者ケアガイドライン』1998 年）

障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の 意向を踏まえて、福祉・保健・医療のほか、教育・就労などの幅広いニーズと、 様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を 図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源 の改善及び開発を推進する援助方法である。

2 ケアマネジメントの構造

ケアマネジメントは、ニーズと社会資源を適切に結びつけるという基本構造を持ち、そのために必要なニーズの把握と社会資源の活用および開発という 2 点が重要なポイントとして挙げられる。ニーズには 1) 生活基盤、2) 健康、3) 日常生活 4) コミュニケーションスキル、5) 社会生活技能、6) 社会参加、7) 教育・就労、8) 家族支援があり、社会資源には・利用者本人・家族、親族・支援者・事業担当者・行政担当者・企業、商店・教育機関・民間施設・公共施設・諸制度など人的物的制度的にあらゆるものが該当する。

獲得課題 1 障害者総合支援法上のサービスが頭にあるため、先にそれらのサービスを思い浮かべてしまい、ニーズを後付けで想定する例が見られる。ニーズ中心を強調して説明する。

3 ケアマネジメントの理念や原則

以下の理念や原則を理解することが求められる。

- ①個別化、②エンパワメント、③自立（自己決定）、③QOL、④利用者中心（ニーズ中心）、⑤アドボカシー（権利擁護）

獲得課題 2 エンパワメントとアドボカシーについては達成概念でもあるので、ソーシャルワークの意義とともに時間をかけて理解を深める必要がある。

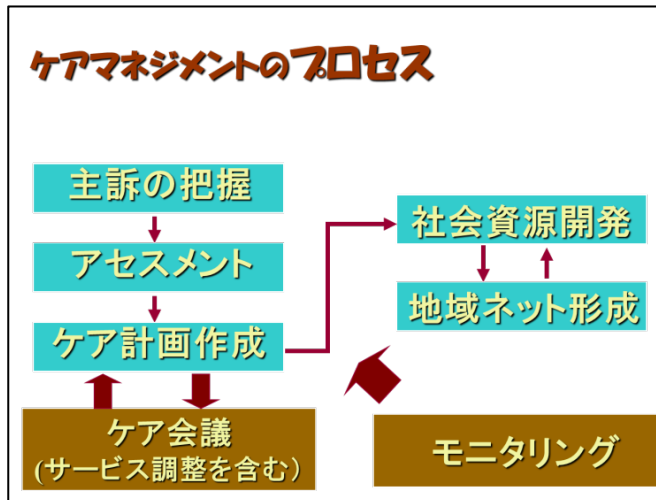
スライド 1



3 ケアマネジメントのプロセス

①来所相談、アウトリーチなどにより、主訴（想い）を聴く、②アセスメントを実施して関連する情報を収集、③ケア計画の素案を作成、④ケア会議（個別支援会議）を開催して計画案を修正、⑤計画実施に必要な社会資源を動かす（なければ開発する）、⑥利用者を地域で支えていくためネットワークをつくる、⑦計画を動かしながらモニタリングを行うという流れとなる。

スライド2

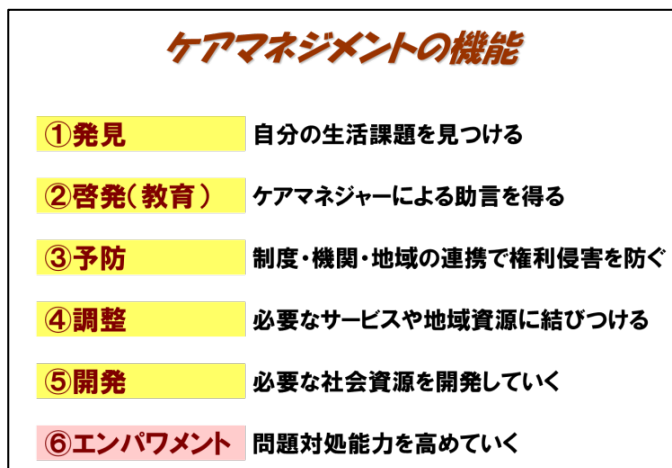


4 ケアマネジメントの機能

ケアマネジメントが本来的あるいは反射的に示す機能を理解する。

①発見、②啓発（教育）、③予防、④調整、⑤開発、⑥エンパワメント

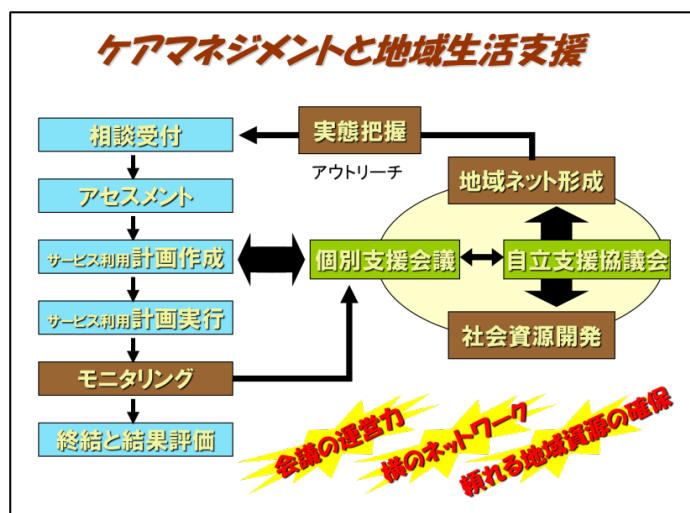
スライド3



5 ケアマネジメントの全体像

ケアマネジメントが相談受付からモニタリング、終結という流れだけで終わっているのではなく、自立支援協議会を通した社会資源の開発や地域ネットワークづくりに発展する、いわゆる大きなケアマネジメントを含めて行われていくものであることを伝える。

スライド4

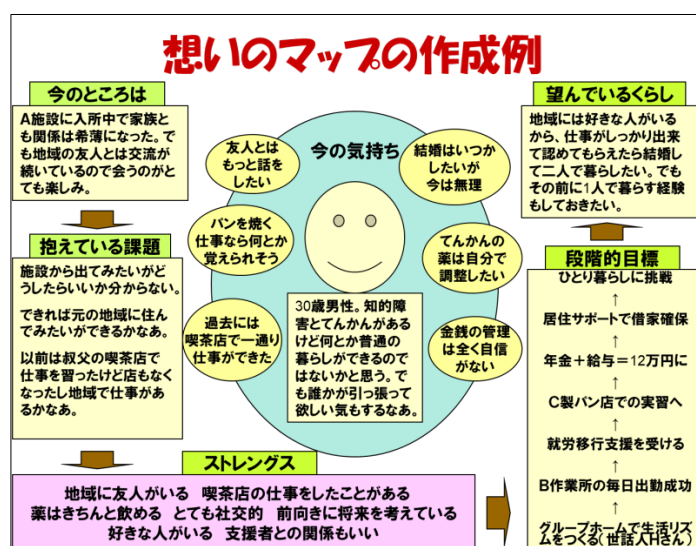


6 各論 1 共感的理解・関係性構築・ゴール設定

初任者として最も重要なことは、利用者としっかり向き合い、利用者の想いを受け止めることにある。そのため、面接技術をしっかりと獲得して、利用者との信頼関係をつくりつつ、利用者の想いを汲み取る力をつける必要がある。獲得する技法として、①促し・②繰り返し・③要約・④解釈・⑤共感・⑥保証・⑦対決・⑧沈黙の技法・⑨明確化・⑩質問・⑪リフレーミングなどがある。利用者から受け取った想いを図式化するなど個々にあった工夫を行うことも重要。

獲得課題 3 初期の面接の段階で信頼関係構築に手間と時間をかけることにより、その後の支援がスムーズに行える。言葉では理解が難しい利用者であっても、共感的理解により関係性を構築し、寄り添いながらゴールを設定する。相談件数をこなそうとして利用者のサインを見落とししていないか確認すること。

スライド 5



7 各論 2 アセスメント・ニーズの整理・プランニング

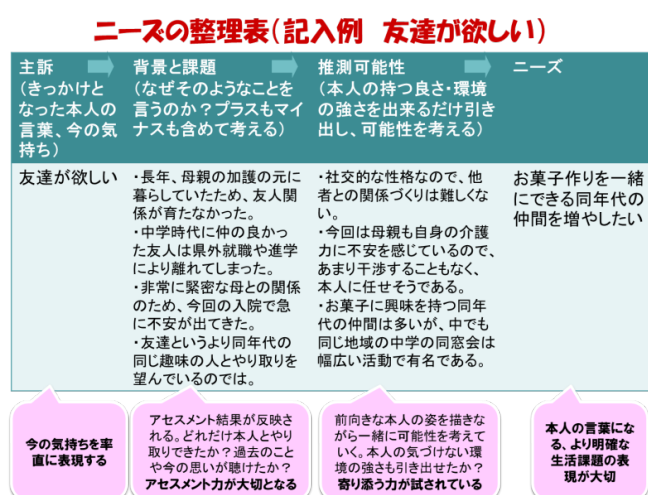
利用者の想いを聴いてもそれを形にすることが出来るかが問われる。アセスメントの段階で、利用者のパワーを引き出せる本人のストレングスと環境のストレングスをしっかりと把握するこ

とが重要である。また、利用者とともにつくる計画書の作成は、利用者エンパワメントの絶好の機会である。ニーズを主訴からストレングス発想で利用者とともに考える作業が重要である。

獲得課題 4 アセスメントは利用者との関係が続く限りあらゆる機会を通じて行われるものであり、アセスメントシートを埋めようといきなり多くの情報を得ようとしないこと。

獲得課題 5 利用者のパワーを引き出す計画づくりのためには、支援者自身のできないという思い込みや周囲の壁とも闘わなければならない。如何にして周囲の協力的関係を引き出すかがポイントとなる。

スライド 6

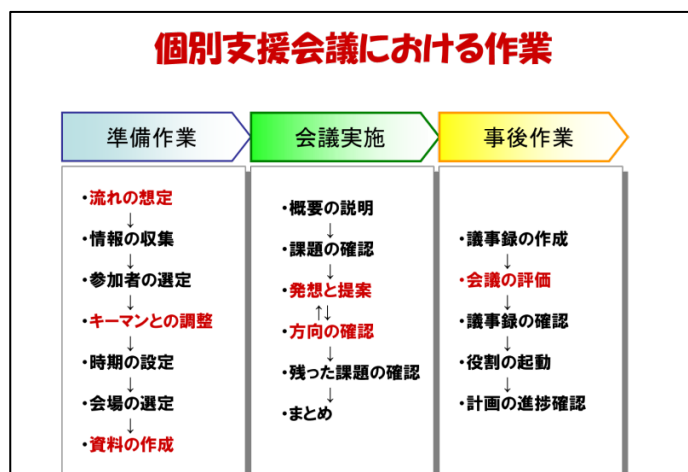


8 各論 3 サービス担当者会議の運営

ニーズに従ってサービスやソーシャルサポートを組み立て、利用者とともに個別支援会議にてサービス提供者や地域住民の協力を引き出す。

獲得課題 6 個別事例の課題をしっかりと押さえることがサービス担当者会議を通じた周囲への働きかけにつながり、関係者の協力を引き出す可能性があることを知る。

スライド 7



9 各論 4 モニタリング

モニタリングをする相談支援専門員には、①伝聞や個人的感覚を避け具体的事実を捉える、②他が良くても家族システム（特に本人）の自己評価が低い場合は見直しが必要、③日頃から支援により変化した点を丁寧に拾っておく、④サービス提供者との情報共有でチーム力を活かすという動きが求められる。

獲得課題7 モニタリングの観点は、①プランに沿ったサービスや関わりが提供されているか、②プランに沿ったサービスや関わりであっても利用者のニーズ解決に繋がっているか、③プランの目標達成に寄与するサービスや関わりとなっているかにあることを実行

スライド 8

モニタリングシートによる検討

モニタリングシート

(2012年04月20日記入 相談支援専門員氏名 沖縄次郎)

氏名・性別 那覇太郎 男	生年月日 1990年1月20日 22才	障がい名及び程度 中度知的障害、統合失調症 区分2	前回のモニタリング日と状況 今回が最初のモニタリング			
中長期目標 太郎さんは老人保健施設入所中の母親が帰宅することを想定し、調理と金銭管理の自立を3ヶ月以内に目指し、その後さらに3ヶ月で介護の学習をして母親を受け入れる		課題と痛み 自宅に母を迎える意欲が出てからデイケアへの依存が減り、投薬量も安定。調理は楽しそうでレシピを絵で覚えていくことができる。引っ込み思案な性格でヘルパーに教えることがうまくできない。お金が貯まるとすぐに使うため金銭管理はさらに工夫をする必要がある。				
支援目標 利用しているサービス	達成 時期	サービスや関わり の事実	本人(家族)の 感想	所見(達成度など)	対応策	サービス変更 プラン変更
1 おかずを3品つくれるように調理を学ぶ ⇒ヘルパー 月水金11時～12時	H12 3月 ～ 6月	ヘルパーAは3月20日の開始から調理法の伝達をせず、本人好みの料理を作り置きするだけだった。	本人は言い出せず今回のMon訪問で相手を初めて満を満らした。別居家族は気づかず。	計画策定時のHHが退職。引き継ぎミスでプラン通りのサービス提供となっていない。当初「通関の確認」するべきであった。	Mon会議で事業所にプランの再確認とHHの再指示を依頼。本人に対して謝罪。家族には再説明とモニタリングへの協力を依頼。	サービス内容の再指示 達成時期の変更はMon会議で決定

ヘルパーがプランに従っていれば太郎さんがどれだけ進歩できたかということがわかったはず。予定していた支援の流れが狂うと利用者の利益を損ねてしまう。

「支援の経過の中で捉える」

本人や家族の「パワー」を見て取るという意義がある。あまりにも否定的感想の時はプラン自体の問題となり、再アセスメントになりうる。

「家族」システムという視点

プラン通り実施できなかった理由を明確にするため背景を知る必要がある

「事業所」「相談支援」システムという視点

サービス担当者会議(本人も参加)の結果、導き出した方策を記入

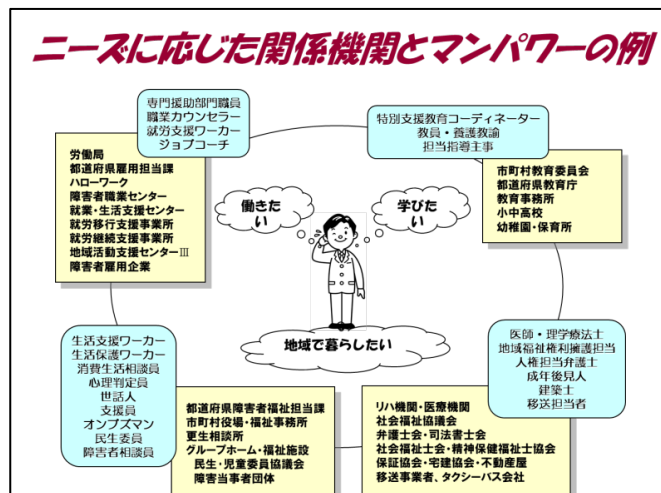
「情報共有と評価」の視点

10 各論 5 制度的資源・人材の知識

障害者総合支援法のサービスなどの知識はもちろん、ケアマネジメントを進めるためには、制度を支える諸機関とそれを担当している人材との密な連携が重要である。

獲得課題8 計画相談に入ると障害者総合支援法のサービスメニューの知識が直ちに要求され、その範囲での適用に迫られることになる。しかし、制度的な対応だけではニーズの解決に至らない場合には、各機関の担当者のパワーを活かすことでカバーしなければならない。

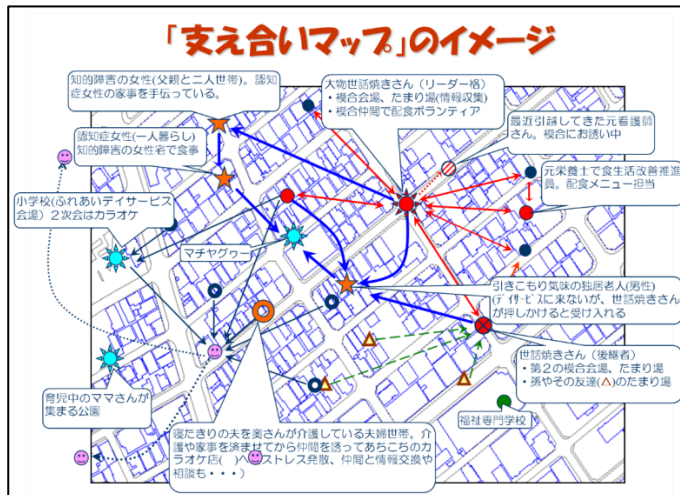
スライド 9



11 各論6 ソーシャルサポート・ネットワーク

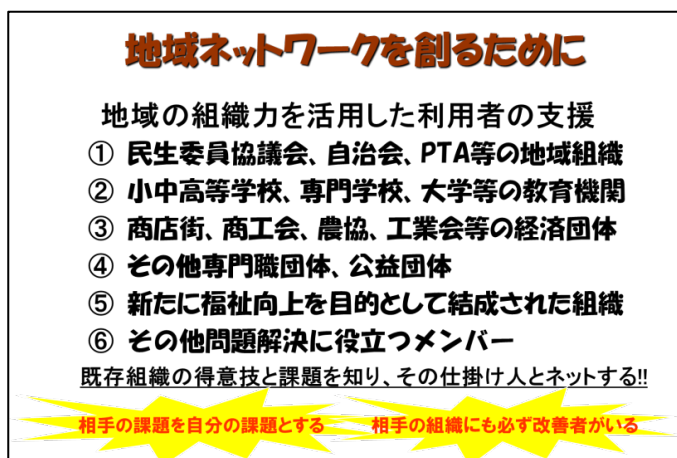
利用者は地域で生活している。相談支援専門員が利用者の地域での生活についてある程度把握しておかなければ、利用者の想いを持った生活が実現しない。ここでは地域の地図でそのイメージのみ共有する。

スライド10



また、地域にある団体や組織、関係機関を具体的に思い浮かべて、どのようなところと繋がればどのようなことが実現できそうなのかをイメージしてみる。

スライド11



さらに、相談支援専門員が利用者との関係を中心として他の資源とどのようなネットワークができるとより継続的なケアマネジメントに発展できるのかについて考えることが重要であることを学ぶ。

獲得課題 9 相談支援専門員が「ソーシャルワーカー」であり、利用者とともに地域を変えていく可能性があることを、具体的な地域の組織や住民の活動から学ぶ

スライド12

就業・生活支援センターの就労支援ワーカーを通して理解のある地元事業者を紹介してもらい、作業所に利用者が望んでいた菓子作りの指導してもらった。

委託相談支援事業者として協議会の住居ワーキンググループリーダーとなり、居住サポート事業の立ち上げを進める。

個人的付き合いだったA支援センター以外の圏域のすべての相談支援事業者に声をかけ月例会を開催。社会資源满满作りに取り組んでいる。

就労支援ネット
(作業所の改善と実習先の確保)

就労支援ワーカー

自立支援協議会
(自立生活の資源作り)

支援センター連絡協議会
(情報収集)

民生委員の顔の広さを就労支援ネットの目付け役として活用。結果として父母以外のメンバーを作る。

地元事業者

作業所

民生委員

父母 (中心的な支え)

利用者

支援者(私)

上司(SV)

同級生

同僚(相談)

同級生から旅好きの他の同級生を紹介してもらい、本人の夢である海外旅行の計画作りを一緒にしてもらったことになった。

旅と趣味を支える会
(夢や自己実現)

利用者の支えを作業所と支える会へ移し私の関わりを徐々に減らしていく。

思い切って直属の上司にSVを依頼したところ経験不足を理由に断られた。そこで相談先に相談し相談経験のある別の課長が兼務してSVを引き受けることになった。

次は、別の知的障害者も入れてSVを引き受けていく。

制度的な資源を活用することはあっても、相談支援専門員として制度外の社会資源を活用ないし開発することは少ないと考えていることだろう。しかし、制度の狭間にある事例は業務を始めですぐにやってくる。その様なときに、すぐに支援が滞ることがないように、介護保険制度や生活困窮者自立支援制度のサービス、病院の送迎車やデイサービスの回送車の活用といった工夫が生きる。社会資源の開発はその延長線にある、いわば小さなアイデアの積み重ねであることをまず理解したい。

スライド 14

- ケア会議から車いすタクシーを導入
- 自動車教習所の送迎バスで買い物
- コンビニ中継によるデイケア送迎車はしご
- タクシー無線による認知症高齢者探索
- 郵便局員とヤクルトレディによる見守り
- 知的障害者と精神障害者のグループ就労
- 作業所をネットワーク化して合う作業を紹介
- 作業所の送迎運転手を精神障害者が担当
- 作業所送迎と物販を同じ車輛で広げる
- ボランティアジョブコーチ

ケアマネジメントによる地域生活支援でどのような技術、技法が使われているかについて説明した。これらの点について、9つの獲得課題を提起している。ただし、初任者としてはすべてを詳細に学ぶことは難しく、利用者との信頼関係の構築と想いの引き出し、ストレングスを活かしたアセスメント、適切な資源を活用したプランニング、寄り添いながらのモニタリングを中心に学ぶ必要がある。そこで、初任者研修の演習においては、上記に該当する獲得課題（3～7）に対応するプログラムを提供する。獲得課題1および2は講義にて習得する。

資料 1-7 相談支援におけるケアマネジメント技法：プロセス：歴史、目的

研究代表者：小澤 温

(1) 海外における障害者ケアマネジメントの歩みーアメリカを中心として

最初に、アメリカにおける障害者ケアマネジメントの歩みを概観する。アメリカにおける障害者へのケアマネジメントの始まりは、1950 年代と 1960 年代にかけてなされた脱施設化政策にみることができる（文献 1）。特に、1963 年のケネディ教書に示された脱施設化政策に基盤を置いた障害者施策の推進は、これまでの入所施設、精神科病院を中心に行われてきた障害者施策の転換を促進する上で大きな影響を与えた。

この時期に、アメリカではノーマライゼーションの展開のもとで脱施設を中心とした制度改革に取り組むことが知的障害者の問題から生じ、数々の大規模州立施設の縮小・閉鎖と地域生活の推進のための基盤（グループホームなどの小規模住居）整備が行われた。

このことは精神保健分野にも波及し精神医療における長期入院解消のための退院促進の取り組みが始まった。その後、精神障害者への退院促進の取り組みは、重度の精神障害者の再入院と地域で支援を受けずに孤立した精神障害者の貧困化、ホームレス化といった大きな社会問題を生みだした。このような状況に対応するために、1970 年代になると精神障害者が地域で生活するためには、医療的な支援、福祉サービスの提供、生活の場の確保、所得保障などの様々な地域サービスを提供しなければならないことが、さまざまな支援実践の中で明らかになってきた。特に、地域支援の拠点となる機関を設置して、地域サービス提供の調整を行う取り組みの重要性が認識された。このような取り組みは地域における多様な社会資源を組み合わせることで障害者に提供する方法を生みだし、ケアマネジメント実践の始まりとなった。

1980 年代以降は、精神保健サービスにケアマネジメントが位置づけられ、様々なケアマネジメントモデルの有効性の評価研究が行われるようになった。1990 年代以降は、連邦政府により ACT（集中型・包括型ケアマネジメント）プログラムの標準化の実践研究が推進されるようになった（文献 2）。他方、知的障害者に対しては、1990 年代以降、パーソンセンタードアプローチの取り組みが進み、専門職主導のケアマネジメントから当事者中心のアプローチへの転換が推進されてきた。

(2) 日本における障害者ケアマネジメントの歩み

わが国においても、1990 年代以降、障害者福祉に関連する制度改革が進み、特に、1997 年の「今後の障害者保健福祉施策のあり方について（中間報告書）」、1998 年の「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」、1999 年の「今後の障害者保健福

祉施策のあり方について」などの報告書によって、障害者の領域でも、障害者の地域生活の支援施策の整備の必要性が認識されてきた。特に、「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」と「今後の障害者保健福祉施策のあり方について」の2つの審議会報告書では、障害者に対してケアマネジメント手法による効果的なサービス提供の必要性について論じている点で重要な内容を含んでいた。

1998年には、身体障害者、知的障害者、精神障害者の3障害者用のケアガイドラインが国から公表され、それぞれの障害特性に応じた基本理念、介護の原則、ケアマネジメントの具体的な進め方などの点が明らかにされた。さらに、2002年には、3障害分野に共通した障害者ケアガイドラインが公表された。

その後、2003年に施行された支援費制度では、身体障害者、知的障害者を対象に、従来の措置制度から契約制度に転換すること目的とし、利用者の自己決定と選択の重視、契約に基づいたサービス利用、利用者の選択とサービスの質の向上といった社会福祉基礎構造改革の趣旨にそった制度の変更がなされた。支援費制度の施行後、国の想定以上に在宅サービスの利用者数の増加、障害種別のサービス格差、サービス水準の地域格差、在宅サービス予算の増加と財源問題、などの問題が生じた。こうした問題へ対処するために、2005年に障害者自立支援法が成立し、2006年度より施行された。

2009年には、「障がい者制度改革推進会議」（以下、「推進会議」とする）が内閣府に設置された。推進会議では、障害者権利条約の批准と国内法の整備、障害者基本法の抜本的な改正、障害者差別禁止法、障害者自立支援法に代わる新法の制定、などの案件の検討がなされた。

その後、推進会議は2010年に1次および2次意見書をまとめた。1次意見書の内容としては、障害者基本法の抜本的な改正、障害者差別禁止法（意見書における名称）の制定、「障害者総合福祉法」（意見書における名称）の制定、などの法改正に加えて、障害者政策関連分野（労働・雇用、教育、所得保障、医療、障害児支援、虐待防止、建築物・交通アクセス、情報アクセス・コミュニケーション、政治参加、司法手続、国際協力など）の法制度に関する検討にふれていた。障害者自立支援法の廃止に伴う新法の検討に関しては扱う内容が多岐にわたるため、「推進会議」の下に「総合福祉部会」が設置され、2011年に新法の骨格を示す意見書（以下、骨格提言）をまとめた。

この骨格提言とは別に、障害者自立支援法による第2期障害福祉計画と障害者自立

支援法以前の旧体系の経過措置が 2011 年度で終了し、新法の施行予定の 2013 年度との間に空白期間が生じることがあるため、その空白を埋める法律が必要となった。2011 年に障害者自立支援法の改正法が障害者総合支援法の施行までの期間限定の条件で成立し、すべての障害福祉サービスの利用者に対して、2012 年度から 3 年間かけて「サービス等利用計画」の作成が義務づけられた。この取り組みにより、これまで制度的にあいまいな位置づけであった障害者ケアマネジメントの制度化が障害者自立支援法において正式になされた。

障害者自立支援法に代わる法律に関しては、2012 年に、「障害者総合支援法」が成立し、2013 年度から施行された。障害者総合支援法は、その後、改正が行われたが、障害者ケアマネジメントの仕組みはほとんど変更することなく、現在に至っている。

2. 実際の流れ

(1) 障害者ケアガイドラインにおける流れ

国の定めた障害者ケアガイドラインは、2002 年に公表されたものから変更されていないため、ここでは、2002 年の障害者ケアガイドラインに示されている事項をもとに（文献 3）、ケアマネジメントの進め方について記した。

ケアマネジメントの進め方では、1) 入り口、2) アセスメント（対象者の真のニーズの把握）、3) 支援の目標設定とケア計画の作成、4) ケア計画の実施、5) サービス提供状況の監視およびフォローアップ（モニタリング）、6) 再アセスメント、7) 終了の 7 段階からなっている。

1) 入り口はアウトリーチとも呼ばれ、地域の中でサービスを必要としている人を発見し、最もサービス効果のある対象者の把握することが重要である。

2) アセスメントは全体的な情報を集約するため包括的なアセスメントと呼ばれることが多い。

3) 支援の目標設定とケア計画の作成は、現在の計画相談支援では、サービス等利用計画と呼ばれている部分である。

4) ケア計画の実施は多様なサービスの調整・連携がなされるためサービス・リンキング（リンゲージ・サービス）と呼ばれることが多い。

ケアマネジメントによる支援はこれら 1) から 7) の段階を進むプロセスとしてと捉えることが重要である。特に、5) サービス提供状況の監視およびフォローアップ、6) 再アセスメント（再点検）にみられるように、ケアマネジメントは一回で終わるのではなく、フォローアップや再アセスメントを繰り返しながらせんの的に終了に向かう。ケアマネジメントを繰り返すことは、正確なニーズ把握をする上で、あるいは、

適切なサービスを提供する上で非常に重要である。この5) から7) に至る部分を、計画相談支援ではモニタリングと呼んでいる。

(2) 障害者総合支援法におけるケアマネジメントプロセス

障害者総合支援法では、障害者（児）および保護者からの支給申請が行われた後、市町村は障害支援区分の認定と支給決定の判断を行う。そのために、市町村職員（あるいは市町村から委託された相談支援事業者）により、心身の状況、環境などの障害支援区分調査を所定の項目にそって実施する。併せて、指定された相談支援事業者によりサービス等利用計画書の作成を行い市町村に提出する。

障害支援区分は、障害者と障害児に対する障害福祉サービスの必要性を客観的に明らかにすることを目的にしている。障害者の心身の状態を総合的に勘案し、それに基づいて、要介護状態と福祉サービスの必要性を示す区分として厚生労働省令で定めることにした。障害程度区分を判定するために、共通の調査項目として、医療、移動、動作、身辺、行動、コミュニケーション、生活の状況、行動障害などに関する80項目が定められた。これらの項目で1次判定を行い、市町村審査会で医師の意見書、認定調査票の特記事項などを勘案して2次判定を行って障害程度区分の認定を行う。

このように、障害者総合支援法では、通所、入所、居宅サービスの利用者全員に対して、相談支援事業所の相談支援専門員により「サービス利用計画書」を作成することが義務づけられている。サービス等利用計画に関しては、相談支援専門員によるモニタリングが実施されている。

通所、入所施設等のサービスの利用者にとっては、相談支援事業所によるサービス利用計画と（通所、入所施設等の）利用している事業所におけるサービス管理責任者による個別支援計画の2つのプランづくりが同一の対象者に課されることになるため、この2つのプランに関して整合性をとるための調整を実施する必要がある。

3. 障害者ケアマネジメントの特徴

障害者ケアマネジメントの特徴点は、支援の対象者（サービス利用者）の社会生活上のニーズのアセスメントがあげられる。これは、支援の対象者が社会生活を推進する上で何に困っているのかといった生活ニーズ、あるいは、何を希望する（したい）のかといった利用者の希望・願望に基盤を置いたニーズアセスメントであり、医学に

おける障害や疾患の特性に焦点をあてたニーズアセスメントとは異なる点である。これらの生活ニーズや希望・願望は医学的な障害や疾患の理解と異なり、個々の障害者によって大きな違いがみられることが多い。したがって、ニーズアセスメントの際には個別性を重視した理解が重要である。

次に、アセスメントで把握されたニーズを充足するために適切な社会資源（サービス）と結びつける取り組みである。この取り組みはサービス調整と呼ばれる。障害者の場合は高齢者に比べて、社会資源やサービスが量的にかなり少ないことがいわれており、適切な社会資源や社会サービスが現状ではみつからない場合、それらの資源やサービスを開発することがケアマネジメント実践に求められている。特に、精神障害者の場合は、身体障害者や知的障害者に比べて著しく社会資源が少ないので社会資源やサービスを開発することはきわめて重要である。同時に、制度に束縛されない資源（インフォーマルサービス）を含めてケアマネジメントを進めることも大事である。

これらの障害者に対するケアマネジメント実践に一貫している考えとして重要なことは以下の6つの基本的な視点である。

- ①個別性を重視した支援
- ②サービス利用者のニーズが中心になる考え（利用者中心）
- ③生活者として障害者を捉える考え（QOL（生活の質）の重視）
- ④利用者自身が問題解決能力をつけていく考え（エンパワメント）
- ⑤意思決定を中心に置いた自立観
- ⑥利用者の意思決定の支援と権利擁護（アドボカシー）

特に、障害者では、このうち、利用者自身が問題解決能力をつけていく考え（エンパワメント）、自己決定を中心に据えた自立の考え、利用者の権利擁護（アドボカシー）、の3点が非常に重要であり、障害者のケアマネジメントの特徴である。これらの特徴をふまえて、障害者へのケアマネジメント実践がなされる必要がある。

最終的なケアマネジメントの目標としては、意思決定を主とした自立の達成、利用者のエンパワメントの向上が重要になるが、これに加えて、地域福祉の推進という目標も重要である。それには、地域の社会資源（サービス）の質の向上（障害者のニーズに適切に対応することができる点での質の向上）、必要な社会資源（サービス）の開発、社会資源間の連携、これらの取り組みの結果としての社会資源（サービス）の効果的な配置と利用をあげることができる。

- 1) 大島巖，伊藤順一郎：米国における脱施設化と集中型・包括型ケースマネジメントーその経験から学ぶこと．病院・地域精神医学，45(4)：18-25（2002 年）
- 2) 久野恵理：米国における ACT の歴史ー実践普及における障壁と解決策．精神障害とリハビリテーション，9(2)：26-33（2005 年）
- 3) 佐藤光正・遅塚昭彦・広沢昇：「図解 障害者ケアガイドラインー利用者主体の生活支援をめざして」，環境新聞社，8-13（2003 年）

以下にモデル演習で使用した際の教材を示します。エキスパートレビュー等を経て、用語や教材の提示の仕方、ツールの活用方法や開発の視点などについての整理が必要となりますが、改訂版については別途平成30年度に提示します。

演習 1 相談支援の実際（ケアマネジメント手法を用いた相談支援プロセスの具体的理解）

【獲得目標】

事例を通し、ケアマネジメント手法を用いた個別相談支援、サービス等利用計画作成実務および基盤となる相談支援の目的や必要な価値・知識を具体的に理解する。

【ねらい】

- ① ケアマネジメントプロセスおよびサービス等利用計画の立案プロセスを体験する。
- ② 講義で学習した知識や価値・倫理の相談支援の実践場面における活用を学び、その定着を図る。

【小単元】 関係性構築とインテークアセスメント（1.5 時間）

アセスメント	（4.5 時間）	
プランニング	〈2.0 時間〉	
サービス担当者会議の開催と運営	（1.0 時間）	
モニタリング	（2.5 時間）	
演習 1 のリフレクション	（0.5 時間）	計 12 時間

原則として立ち戻る価値・倫理、視点

おさえるべきポイントを「○箇条」と明示しました。

【相談支援の目的】

- ① 障害のある人のその人らしい地域生活支援
- ② 障害のある人の自立と尊厳の確保、社会参加の保障
- ③ 誰もが暮らすことのできる地域づくり

【基本的視点】 各小単元において、確認する視点をまとめ、繰り返し提示することになります。

- ① 個別性の重視
- ② 生活者視点、QOL の重視
- ③ 本人主体、本人中心
- ④ 自己決定〈意思決定〉への支援
- ⑤ エンパワメントの視点、ストレングスへの着目
- ⑥ 権利擁護
- ⑦ 地域の多様な資源へのアクセスと活用、資源開発
- ⑧ チームアプローチ、多職種連携

§ 1 関係性構築とインテークアセスメント（初期相談）

【ねらい】

- ① 個別の相談支援の基盤となる利用者と支援者の良好な関係性の構築とその要素について理解する。
- ② その前提となる生活者視点に基づく共感的理解について体験的に理解する。
- ③ 初期相談の具体的な流れと留意点を体験的に理解する。

原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。

1. 関係性構築 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① エンゲージメント（強い信頼関係）の重要性、ラポールの形成
- ② 共感的理解、生活の視点による本人理解
- ③ 面接技術
 - 目的の確認・整理と共有・焦点化
 - 傾聴
 - 場面構築（場所・空間）
 - コミュニケーション手段（非言語を含む）
 - エンパワメント

2. ゴール設定

- ・ 本人にとってのゴールを設定し、共有する（できる限り本人の言葉で書かれる。）。
- ・ 本人が理解し、受け入れている（その実現に情熱を持てる）。
- ・ 留意点
 - ・ 本人の設定したゴールを否定しない。
 - ・ 非現実的であったり、達成に時間のかかるゴールであったときの関わる技法。

3. 記録 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

4. 初期相談の留意点 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 主訴の把握
- ② 相談の経緯、支援経路、課題感の主体
- ③ スクリーニング
 - 受理判断
 - 緊急性の判断
 - 手法の選択（ケアマネジメントの対象者かなど）
- ④ 事業説明、対等性と利用契約
- ⑤ 個人情報保護（守秘義務とプライバシー尊重）
- ⑥ 初期段階における関係性構築

※面接の内容的側面については、§ 2 アセスメントを参照。

【ワーク 1】 共感的理解

2人～6人組でのワーク

① 過去に、悲しかったことや辛かったことなど、困難な状況を経験をしたことがありますか？

② そのような時、どのようにして、困難な状況を克服してきましたか。

③ 相談に来た利用者はどうでしょうか。

【ワーク 2】関係性構築

2人～6人組でのワーク

① 今までの人生の中で、誰かに助けてもらった経験を思い出してください。
(どんな時、誰に、どのように助けてもらいましたか)

② そのときの相手の態度はどのようなでしたか。

【ワーク 3】ゴール設定

① 今までの人生の中で、過去にもっていた夢をひとつ思い出してください。

② その夢をあきらめたのはなぜですか。

③ 非現実的と思われる夢や希望についての演習

【ワーク 4】相談面接模擬演習

- ペアワークもしくはトリオワーク： 相談者、支援者（、観察者）
- 相談内容を指定し、模擬面接を行う。
- 全員がすべての役割を交代で体験する。
- 1クール終了毎に振り返りを行う（チェックシートを活用する）。

※このほか、当事者を実際に招いての初期相談場面の演習も想定される。

§ 2 アセスメント *ここからはひとつの事例を通じて体感します。*

【ねらい】

- ① アセスメントの意味と重要性を理解し、その実際を理解する。
- ② その前提となる生活者視点に基づく共感的理解について体験的に理解する。
- ③ 初期相談の具体的な流れと留意点を体験的に理解する。

原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。

1. アセスメントとは *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ・ 本人の夢・希望の実現や課題の解決に向け、必要な根拠をおさえ、整理する。
 - ・ 本人像（人となり）
 - ・ 本人の夢・希望、解決したい課題。
 - ・ それに向けて必要な状況把握（本人や環境に関する多角的・総合的な情報）
- ・ ケアマネジメントプロセスの一部としてのアセスメントと継続的に深化するアセスメントについて留意する。

2. アセスメントの留意点 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ・ 情報の収集
 - ・ 面接技術（場面構成）と大きく関係する。
 - ・ 生活者視点、本人中心、ストレングスなどの基本的視点を意識し、表出された言葉や選好の意味や背景を探る問いを多様に用意する。
 - ・ 障害・疾患、周囲の課題感に囚われすぎない。
 - ・ 最善の利益、社会常識・規律に囚われすぎない。
 - ※（支援者の）価値観の転換を図るリフレーミング
 - ・ 手段： 面接（言語・非言語）、経験の共有（見学、同行、体験等）、周囲からの情報収集
- ・ ニーズ整理
 - ・ 本人の意思表示、客観的状況、支援者や周囲の判断・見立てを分けて考える。
（基本は本人の言葉や選好からはじまる。）
 - ・ スtrenグスに着目する。
 - ・ 本人のストレングスは可能性を含む。
 - ・ 特に、過去の経験はリフレーミングしながら肯定的に捉える。
 - ・ 環境のストレングスにも目を向ける。
 - ・ 合議等による多角的な視点での検討の重要性

【ワーク 1】ストレングスに着目したアセスメント（ストレングスを数多く挙げてみる。）

性格・人柄／個人的特性	才能・素質
環境	興味・関心／向上心

（カンザス大学 ベーシックストレングスケースマネジメントトレーニングマニュアル）

【ワーク 2】多角的な検討を行う。

ニーズ整理票(案)					
インタビュー	アセスメント	プランニング			
情報の整理 (見たこと、聴いたこと、データなど：事実)	理解・解釈・仮説 (私のとらえたかた、私の解釈・推測)	理解・解釈・仮説② (専門的アセスメントや他者の解釈・推測)	今回大づかみに捉えた本人像 (100文字程度で要約する)	支援課題 (支援が必要と私が思うこと)	対応・方針 (やるうとすること)
本人の表明している 希望・解決したい課題	(私の)おさえておきたい情報	本人			
		環境			

（近藤直司：本研究班にて改変）

【ワーク 3】本人の人となりとニーズを簡潔に要約する（１００字程度）。

§ 4 プランニング *ひとつの事例を通じて体感します。*

【ねらい】

- ① プランニングの主体もまた他のプロセス同様本人であり、ストレングスの活用が焦点となることを理解する。
- ② プランニングの際、フォーマルサービスのみならず地域の様々な資源を意識する必要性を理解する。
- ③ 障害福祉サービスの利用に際して必要となるサービス等利用計画の作成の実際を理解する。

原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。

1. 手だてを考える（プランニングする）際の視点 地域のあらゆるものを資源と捉える

- ① 前提となるゴール設定（意思決定）は本人が行うものである。
- ② 手だてを選択する際は根拠は必要であり、その最大の焦点はストレングスの活用である。
- ③ 地域のあらゆるものを資源と捉える。
 - ・柔軟にフォーマルサービスに限らず考える。
 - ・地域の様々な資源にアクセスできるようにする。
- ④ 資源開発： 地域（の住民）に共通する課題の解決策を編み出す。

2. 障害福祉サービスを利用する際には *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 障害福祉サービスを利用する際には、サービス等利用計画が必要となる。
 - 障害者支援法・児童福祉法の支給決定プロセスに基づく業務
- ② サービス等利用計画にも § 1、2 や § 3-1 の視点は当然重要な前提条件である。

【ワーク 1】多様な地域の資源を提案してみよう。（根拠を持ち、数多く挙げる）

着目したストレングス（根拠）	提案する資源の活用法（アイデア）

【ワーク 2】サービス等利用計画案作成

※サービス等利用計画作成ハンドブックを活かす…か？

§ 5 サービス担当者会議の運営 *ひとつの事例を通じて体感します。*

【ねらい】

- ① チーム支援の必要性を理解する。
- ② 情報と目的の共有と役割分担におけるサービス担当者会議（ケア会議）の重要性を理解する。
- ③ サービス担当者会議運営の基本を理解する。

原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。

1. サービス担当者会議の意味と役割 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 本人および関係者の情報と目的の共有（本人の想いを含む）
- ② 具体的な方法・内容と役割分担の共有
- ③ サービスのプロセス管理（モニタリング）機能

2. サービス担当者会議の留意点 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 本人中心
- ② チームアプローチ
- ③ 開催目的の明確化
- ④ 事前準備

【ワーク 1】サービス担当者会議のロールプレイ

- ① 役割設定と事前協議
 - ・ 本人 ・ 家族 ・ 相談支援専門員 ・ A 事業所サービス管理責任者
 - ・ B 事業所サービス提供責任者 ・ その他ひとり
- ② サービス担当者会議
 - 自己紹介
 - ① 本人の想いの共有
 - ① 本人および関係者の情報と目的の共有
 - ② プランの内容の共有
 - ③ 次回の開催日程

§ 6 モニタリング（・終結） *ひとつの事例を通じて体感します。*

【ねらい】

- ① モニタリングの目的と視点、方法を理解する。
- ② モニタリングにおけるサービス担当者会議（ケア会議）の重要性を理解する。

原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。

1. モニタリングのチェックポイント *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 状況確認・進行管理
 - ・ 前回からの変化（本人、環境）
 - ・ ゴールが達成されているか。ゴールに向かって進んでいるか。
 - ・ 本人の満足度はどうか。
 - ・ 本人の想いやゴール設定に変化はあるか。
 - ・ アセスメントを大きく整理しなおしたり、計画を追加・修正等変更する必要があるか。
 - ・ サービス等利用計画のモニタリング頻度は適切か。
- ② 再アセスメント
- ③ プラン修正・変更、終結

【ワーク 1】 本人との面接ロールプレイ

【ワーク 2】 モニタリングにおけるサービス担当者会議

- 自己紹介
- ① 本人の感想・意見
- ② その他関係者の状況報告
- ③ 今後に向けての意見交換、プランの検討
- ④ 決めた内容の確認と役割分担
- ⑤ 次回の開催日程

演習 1 モデル事例作成（選定）のチェックポイント

【大前提】

① 初任者研修であるため、相談支援従事者として本研修で身につけるべき視点・技術を明示しやすい事例を作成すること。

② サービス等利用計画作成の基礎を習得することが初任者研修の目的のひとつであるため、障害福祉サービスの利用が想定できる事例を作成すること。

① ケアマネジメントプロセスが明示しやすい事例であるか。

・以下に例示するような、本人のゴールに向けてや生活の変化に伴う支援の必要性が意識しやすく、具体的なケアマネジメントプロセスが理解しやすい事例が想定される。

例 ・地域移行、退院

- ・ひとり暮らしをはじめとする従来の生活からの変化が本人がゴール
- ・状況変化の中での地域生活の継続（同居家族の入院・死亡など）
- ・学校卒業等での進路選択などの生活の大きな変化

※ただし、その変化のプロセスの中で、どの時点での議論なのかを明確にすることに留意する。

② 本人中心、本人主体が明確にしやすい事例であるか。

・本人の言葉による意思表示もしくは選好における態度が明確な事例。

※かなりの部分を推測しなければならない事例は発展的学習内容であり、初任者研修の本演習では不適。

③ 権利擁護・意思決定の視点が明確にしやすい事例であるか。

例

- ・一般的に不合理とされる決定も本人が行う事例
- ・周囲（家族、支援者等）との利益相反が起きている事例

④ ストレngthsやエンパワメントの視点到意識を向けやすい事例であるか。

・事例提供者との一定の関係性を前提としていること。

⑤ 障害福祉サービスをはじめとするフォーマルサービスだけでなく、地域の様々な資源に目の向けやすい事例となっているか。

⑥ チーム支援、多職種連携が意識しやすい事例であるか。

・複数のサービスの利用が想定されやすい

※障害者支援施設利用や通所系サービス、居宅介護など単一のサービスのみを利用する事例は不適。

⑦ 相談支援従事者（専門員）のミッションや業務が理解しやすい事例であるか。

演習 1 アセスメント～のモデル事例演習【事例】

仕事も趣味も充実した暮らしを続けたい 40 代後半の男性の支援

【概要と今回検討する場面設定】

－以前－

以前、就業・生活支援センターとともに主に就労のことについて関わっていた長州源一郎さん。

関わりの中で再就職し、安定して働き続けられるようになった。その頃、本人に一度「卒業したい。」との希望があったことや、父母にあまり立ち入ってほしくないとの態度が強かったことから、当時の担当者は気になりつつも「また何かあったら遠慮なく相談に来て」と 2 年前に一旦支援を終結していた。

－再開－

今回、父母に連れられる格好で本人が来所。父母が困った様子で「もう息子と一緒に暮らせない。自分たちは半年後を目途に田舎に帰る。子どもは施設に入れたい。」「最近、お金の無心がひどい。拒否すると、執拗に要求したり、物に当たったりするようになってきた。自分たちに手を挙げることはないが、体が大きいので怖い。」と訴える。本人は父母の前では言葉を発せず、うつむいたままである。相談員は前回担当していた職員とは別であり、前任者が退職していたことから、当時の記録類は残っているものの、詳細はつかめていない。

相談員は、「また一緒に考えていきましょう。何度かお会いして詳しくお話もお聞きしたい。」と提案し、同意を得た。

－再開後－

相談員は、週 1 度程度、本人の仕事帰りにセンターに寄ってもらったり、自宅の最寄り駅近くのファーストフード店で待ち合わせたりしながら本人との話を重ねた。また両親や姉にも、自宅を訪問するなどしながら話を聞いていった。

－再開から 2 ヶ月後－

情報も少しずつ集まり、本人や家族の意向もわかってきた。

本人は、「お金使うと言われるけど、そんなに使ってるのかな。足りなくなったから、もらってるだけなんです。Suica だと足りなくなることはないけど、おもちゃ屋とか定食屋とか Suica を使えないところもあるんです。なんでお金をくれるときとくれない時があるのか、変だよね。僕のお金なのに。」「お父さんお母さん田舎に帰りたいみたい。（ふたりとも好きだし）ほんとと一緒に暮らしたいけど……。ついてはいけない。50 歳までに独立しなくちゃと思ってた。でもまだよくわかんないです。ひとり暮らしするのって大変ですよ。自信ないな……。」

父母の発言の真意は、「田舎に年老いた兄弟が暮らしているが、だいぶ弱ってきた。『助けてほしい』と言われ、なんとかしてやりたいと思っている。帰ればなんとかなる土地だ。自分たちも最期は生まれ育ったところに帰りたい気持ちもあり、自分たちが田舎に帰る決意は固い。娘（源一郎の姉）も理解してくれている。しかし、源一郎が心配だ。甘やかしてきたので何もできない。田舎にあの子を連れて帰るわけにもいかない。自分たちの住む近くの施設に入れるのが一番だが、本人は今の仕事を頑張っているし、この町で育ってきたから、田舎に行く想像はできないと思う。本人もそんなことを言っている。でも、ひとり暮らしはあの子には無理だと思うし、そんなことしたら安心して死ねない。このあたりの施設で安心して暮らせて、今までに近い暮らしができるところを見つけてほしい」とのこと。

源一郎さんの姉は、「自分たちは家庭をもっていて、子どももいる。しかも他県に家を買って住んでいる。協力してやりたい気持ちはあるが……。」

本人たちの頭の中も少し整理され、ゴール設定もできてきた。

そろそろ、意向や情報を整理し、どのような提案をするか考える時期かと担当相談員は判断した。

そこで、所内の検討会議に提出し、アセスメントの検討と今後の方向性を自分だけではなく、相談員全員で検討しようと考えた。

事 例 の 概 要

事例タイトル	仕事も趣味も充実した暮らしを続けたい 40 代後半の男性の支援
年齢・性別・家族構成・ 現在の地域の居住歴	長州源一郎 さん 年齢（ 47 ）歳・性別（ 男 ） ・ 女 ） 家族構成（ 父 82 歳／母 81 歳：同居／姉は結婚し、他県で別居 ） 現在の地域の居住歴 47 年
手帳の種類と等級	療育手帳 B
障害支援区分	未申請
生活歴及び病歴	【生活歴】 ○○市で出生。幼稚園から小学校では当初通常学級に在籍するが、4 年次に勉強についてゆけなくなり、特殊学級に移る。中学校は、特殊学級に在籍し、楽しい学校生活を送った。いじめも多少は受けたが、ひどくはなかった。 中学卒業後すぐ食品機械の部品製作メーカーに就職。工場での金型プレスやバリ取り、製品の箱詰めの仕事に従事していた。30 年弱勤務していたが、工場が海外移転することになり、人員整理で解雇となる。その後、失業給付を受けながらハローワークに通い、再就職を目指していたがうまくいかないことが続いた。 失業給付の終期も見えてきた頃、たまたま出会った中学時代の同級生が就業・生活支援センターの支援を受けていることを知り、自分も相談できないかと相談したことから福祉の支援とつながる。連戦連敗の就職活動に落ち込んでいたり、新しい職種への挑戦に恐怖感があったことから、就労移行支援を使うこととなった。また、この時期に成人判定を行わなかった療育手帳の再取得や障害年金の申請などを行う中で、相談支援事業所の支援も開始される。 自信を取り戻した後は、現在の物流倉庫でのピッキングの仕事に就いて現在に至っている。就労も安定していることから、本人の希望もあり一旦終結していた。 【病歴】 乳幼児期に数度てんかん発作があった。大人になってからはなし。
相談に至る経緯	前頁参照
望んでいる暮らし、訴え、困っていること	（本人） 「仕事を続けたいです。」「プラレールや電車が好きです。」 「(将来と言われても)よくわかりません。50 歳までに独立したいです。」 「(今の生活は)このままでいいです。」 （父母） 「私たちがいなくても、暮らせるようになってほしい。施設に入れたい。」 「(本人が大柄なため)最近執拗にお金を要求されることが頻回で怖い。」
本人や家族の問題	・ 本人はずっとお金の管理を父母にまかせ、必要な時必要な額をもらうやりかたをとってきた。ここ 1 年ほどプラレールなどにはまって、使う額が増えており、そのやりとりがうまくできていない。 ・ 父母の高齢化により、本人の今後の生活を考える転機を迎えている。
本人の能力や 環境的問題	・ ずっと親子での暮らしを続けてきたため、今後の親亡き後の生活のイメージがついていない。その必要性についても腑に落ちていない。 ・ 枠組みなくお金を使ってきたため、金銭管理能力ではなく、そもそもの金銭感覚に乏しい。
本人の趣味趣向、 楽しみ、長所	家庭内でも社会でも、慣れればできることが多い。就労等の大変と思われることも継続できる力がある。自分の思いが通らないと不機嫌になることもあるが、基本的にはおだやかで優しい性格（特に第三者に対しては）。
その他気が付いたこと	慣れた人や場所は全く問題ないが、未知のことについてはしり込みしがち。 好きなことや趣味は 10 代や 20 代から一貫している。同じことをルーティーンで続けることで飽きたりしない。 お金の使う額が増えたのは、新しい職場での趣味仲間の影響の様子。

一次アセスメント票(情報の整理票)

受付No.	作成者氏名	作成日
0001	藤川 雄一	2017年11月18日

ふりがな	ちょうしゅう げんいちろう	性別	男性	住所	(〒000-0000) 東京都〇〇市△▽ヶ丘1-2-3 都営住宅501
氏名	長州 源一郎	性別	男性	住所	東京都〇〇市△▽ヶ丘1-2-3 都営住宅501
生年月日	1970年11月11日	47 歳	連絡先	090-0000-0000	

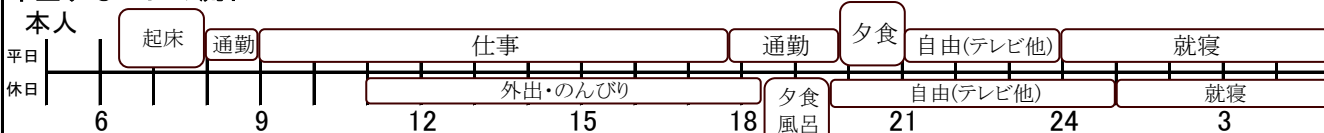
本人の要望・希望する暮らし、困っていること・解決したいこと

「仕事を続けたいです。」「プラレールや電車が好きです。」
「(将来と言われても)よくわかりません。」「(今の生活は)このままでいいです。」

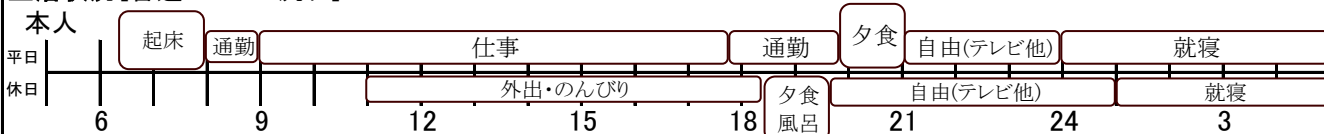
家族の要望・希望する暮らし、困っていること・解決したいこと

「私たちがいなくても、姉に迷惑をかけず暮らせるようになってほしい。」
「(本人が大柄なため)最近、執拗に何かを要求されると怖い。」

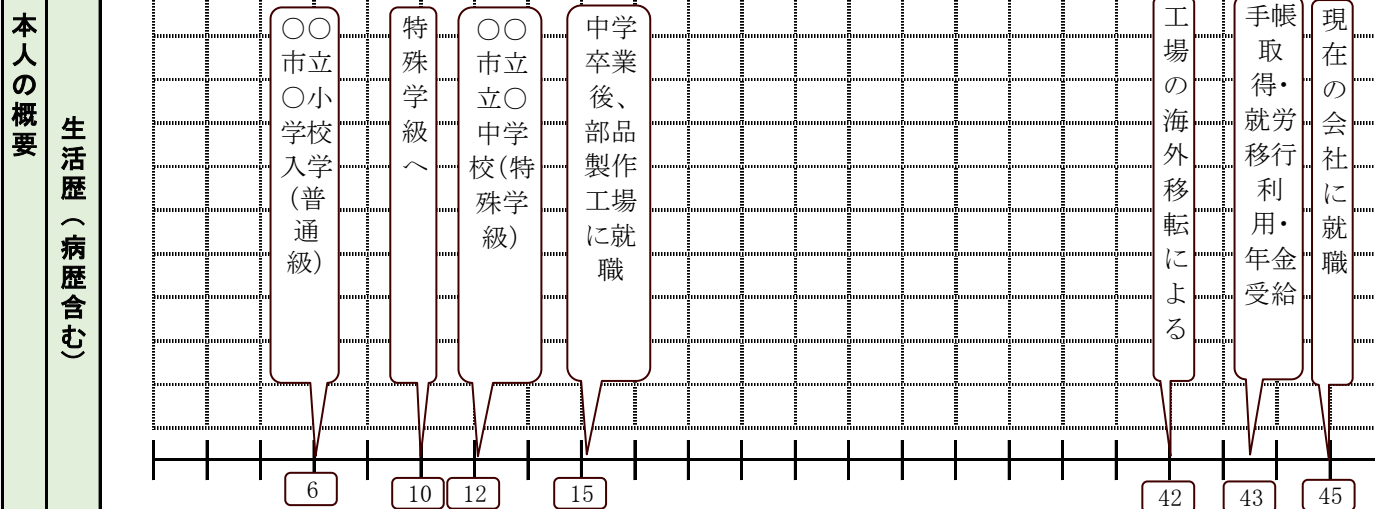
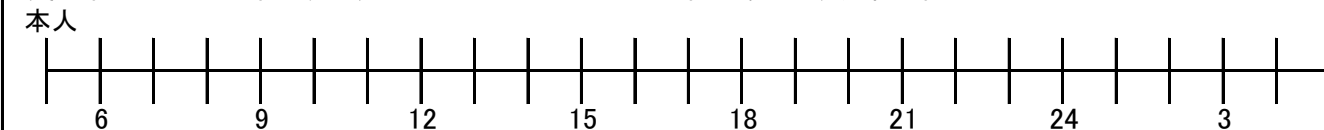
希望する一日の流れ



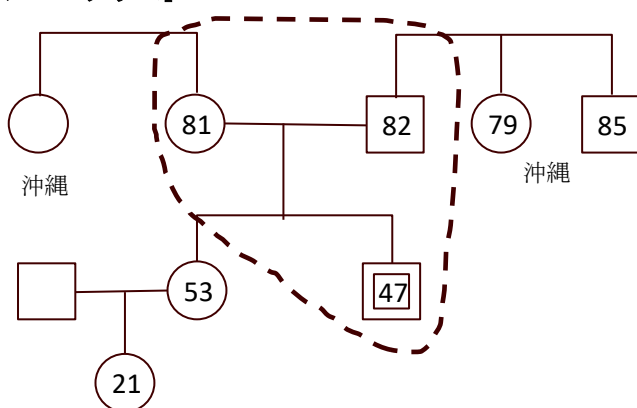
生活状況[普通の1日の流れ]



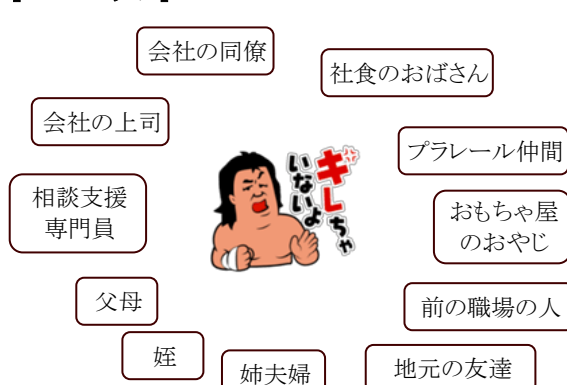
〔その他の1日の生活の流れ〕 ※いくつかの1日の生活があれば、別紙に記入



〔ジェノグラム〕



〔エコマップ〕



利用者の状況

1 生活基盤に関する領域

項 目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
経済環境	月給手取 100,000円 障害厚生年金受給 貯金もある様子 父母とも共済年金			経済的には余裕があるほうだが、使いすぎてしまう場合がある様子。	
住環境	高齢世帯向け都営住宅(本人単身では居住できない)	「10年くらい前に近くの公団から引っ越ししました。」 「〇〇市は良いですね。」	慣れているところでは落ち着いて自分でできることが多い。	東京郊外で新宿まで電車で40分のニュータウン。父母と同世代の住人が多い。 昔からの商店街やスーパーがある。	

2 健康に関する領域

項 目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
体力	元気で体格がいい。 身長180cm 体重100kg				
健康状態	40過ぎから健康診断は毎年再検査。 血圧が150を超える。	「大丈夫です。」			家族は心配しているが、うるさく言うと本人が怒り出すので黙っている。
医療機関利用状況	定期受診なし	「大丈夫です。」	病院があまり好きでない様子。		
医療費・健康保険	社保				
障害	療育手帳B 自閉傾向あり				

3 日常生活に関する領域

項 目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
身の辺のこと	ADLは基本的に自立している。				
調理	炊飯や簡単なフライパン料理をすることがある。 自炊をすれば支援が必要だが、ある程度は自分ででき	「作ることもあります。でも大変です。」	親がいない時調理することもある。 基本的には外食やお惣菜。		
食事	たくさん食べる。ごはんはお替り3杯。	「ひとりだと好きなもの食べちゃいますね」	こってりした食べもの ジュース	出されたものは何でも食べるが、特にこってりした味が濃いものが好き。	
入浴		「お風呂が好きです。毎日入ります。」			お湯を使いすぎることを母は心配に思っている。
清掃・整理整頓	自分の部屋はきちんと整理されており、他人にはあまり触れられたくない。	「きれいですか？そうかな？」 「自分の部屋以外の掃除はしません。」			
洗濯	自分でしたことはない。				
書類整理・事務手続き	難しい漢字は苦手。かみくだいて説明すると理解できる。	「難しい書類はよくわかりません。手伝ってくれる人がほしいです。」	わからない書類などは父母に渡す。		

買い物	自分の必要なものは自分で買うことができる。	「電車にはお金使っちゃいますね」「あとは食べ物です。」「雑誌は決まったものを買います。」			
-----	-----------------------	--	--	--	--

4 コミュニケーション・スキルに関する領域

項 目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
意思表示	うまく言えないこともあるが、はっきり自分の意思を伝えようとする。 わからないことはわからないと言う。				
他者からの意思伝達の理解	言葉の場合、わかりやすい言葉を選ぶ必要がある。 独特の言葉のいいまわしをよく使う。				
コミュニケーションツールの使用(電話、FAX、パソコン、タブレット、インターネット)	スマートフォンをもっている。通話やメール、電車関連などの情報検索に利用している。 電話は苦手。出なかつたり、用件だけですぐ切る。				

5 社会生活技能に関する領域

項 目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
対人関係	慣れている人とはうまくやりとりできる。 言葉でのコミュニケーションは得意ではない。	「(言われていることが)わからないことがよくあります」 「友だちは欲しいけど、たまに疲れます。」	やさしく接してくれる年上を好む。 厳しい人や怖い人は苦手。		
屋外移動やその手段(長距離、遠距離)	何度か行ったことのあるところには自力でいける。	「方向音痴なんですよね。」	はっきりとは言わないが、仕事帰りの寄り道が楽しい様子。		
金銭管理	必要になったときに母から必要額をもらう。 日々のお金はSuica(定期とオートチャージ)。	「お札を出しておつりをもらいます。」		基本はオートチャージの交通系ICカードを多用。 必要な時に必要な額だけもらうため、枠組みを理解できていない。	金銭管理は難しい(以前の就労移行支援事業所) 2桁の演算や繰上りなどのある計算は難しい。

6 社会参加に関する領域

項 目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
趣味・旅行・レクリエーション	休みの日はプラレールの電車を走らせに行く。 本物の電車も好きで、よく電車に乗って出かける。 前の職場の人達と年に数回飲み会や旅行に出かける。	「プラレールを走らせる場所があるんですよ。」 「電車に乗りに行くのが好きです。」 「やっぱりJRですね。」 「家ではテレビと雑誌です。」	テレビはBSの音楽番組や旅行番組をよく見ている様子。		「昔から電車は好きですね。好きなことはしつこいくらい調べて話しかけてくるんですよ。」「収集癖があると思います。物は捨てません。」(姉)
当事者団体の活動	なし				
自治会への参加	なし				
その他各種社会的活動					

7 教育・就労に関する領域

項 目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
就労	現在は、倉庫のピッキングの仕事をしている。	「仕事はずっと続けたいです。」			自分の役割をきちんとできている。新しいことを覚えるのはとてもゆっくり。(会社)

8 家族支援に関する領域

項 目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
父母	まだ元気だが、持病があり、気力体力とも衰えがある。本人の願うことはだいたい叶えてきた。父母とも共働きの元公務員。定年退職後はシルバー人材センターで働いたり、地域活動に参加していたが最近はこのんびり暮らしている。	「ほんとはお父さんお母さんとずっと暮らしたい。」 「でも沖縄は…。仕事辞めたくないです。」	親を大切だと思うような素振りはいたるところにみられる。	現在のところ介護は必要ない。 本人を思う気持ちが強く、先行きの不安がある。	
姉	隣県在住。夫と娘の3人暮らし。夫婦とも公務員。月に一度家族で家へ来る。	「お姉さんとはたまに会います。」 「お姉さんは怒るところです。」		兄弟仲はごく普通。会えば話すが、共通の話題があまりないので長くは話さない。	
姪	大学3年生。鉄道好きで、本人と話が合う。子どもの頃から本人へおねだりするのが上手。		姪と会うのを楽しみにしている。		

対応者所見のまとめ

本研修では省略(概要を参照)

演習 1 アセスメント～のモデル事例演習【事例】

仕事も趣味も充実した暮らしを続けたい 40 代後半の男性の支援

【概要と今回検討する場面設定】

－以前－

以前、就業・生活支援センターとともに主に就労のことについて関わっていた長州源一郎さん。

関わりの中で再就職し、安定して働き続けられるようになった。その頃、本人に一度「卒業したい。」との希望があったことや、父母にあまり立ち入ってほしくないとの態度が強かったことから、当時の担当者は気になりつつも「また何かあったら遠慮なく相談に来て」と 2 年前に一旦支援を終結していた。

－再開－

今回、父母に連れられる格好で本人が来所。父母が困った様子で「もう息子と一緒に暮らせない。自分たちは半年後を目途に田舎に帰る。子どもは施設に入れたい。」「最近、お金の無心がひどい。拒否すると、執拗に要求したり、物に当たったりするようになってきた。自分たちに手を挙げることはないが、体が大きいので怖い。」と訴える。本人は父母の前では言葉を発せず、うつむいたままである。相談員は前回担当していた職員とは別であり、前任者が退職していたことから、当時の記録類は残っているものの、詳細はつかめていない。

相談員は、「また一緒に考えていきましょう。何度かお会いして詳しくお話もお聞きしたい。」と提案し、同意を得た。

－再開後－

相談員は、週 1 度程度、本人の仕事帰りにセンターに寄ってもらったり、自宅の最寄り駅近くのファーストフード店で待ち合わせたりしながら本人との話を重ねた。また両親や姉にも、自宅を訪問するなどしながら話を聞いていった。

－再開から 2 ヶ月後－

情報も少しずつ集まり、本人や家族の意向もわかってきた。

本人は、「お金使うと言われるけど、そんなに使ってるのかな。足りなくなったから、もらってるだけなんです。Suica だと足りなくなることはないけど、おもちゃ屋とか定食屋とか Suica を使えないところもあるんです。なんでお金をくれるときとくれない時があるのか、変だよね。僕のお金なのに。」「お父さんお母さん田舎に帰りたいみたい。（ふたりとも好きだし）ほんとと一緒に暮らしたいけど……。ついてはいけない。50 歳までに独立しなくちゃと思ってた。でもまだよくわかんないです。ひとり暮らしするのって大変ですよ。自信ないな……。」

父母の発言の真意は、「田舎に年老いた兄弟が暮らしているが、だいぶ弱ってきた。『助けてほしい』と言われ、なんとかしてやりたいと思っている。帰ればなんとかなる土地だ。自分たちも最期は生まれ育ったところに帰りたい気持ちもあり、自分たちが田舎に帰る決意は固い。娘（源一郎の姉）も理解してくれている。しかし、源一郎が心配だ。甘やかしてきたので何もできない。田舎にあの子を連れて帰るわけにもいかない。自分たちの住む近くの施設に入れるのが一番だが、本人は今の仕事を頑張っているし、この町で育ってきたから、田舎に行く想像はできないと思う。本人もそんなことを言っている。でも、ひとり暮らしはあの子には無理だと思うし、そんなことしたら安心して死ねない。このあたりの施設で安心して暮らせて、今までに近い暮らしができるところを見つけてほしい」とのこと。

源一郎さんの姉は、「自分たちは家庭をもっていて、子どももいる。しかも他県に家を買って住んでいる。協力してやりたい気持ちはあるが……。」

本人たちの頭の中も少し整理され、ゴール設定もできてきた。

そろそろ、意向や情報を整理し、どのような提案をするか考える時期かと担当相談員は判断した。

そこで、所内の検討会議に提出し、アセスメントの検討と今後の方向性を自分だけではなく、相談員全員で検討しようと考えた。

資料 1－9 相談支援におけるケアマネジメント技法：多職種連携とチーム支援

研究協力者：鈴木 智敦

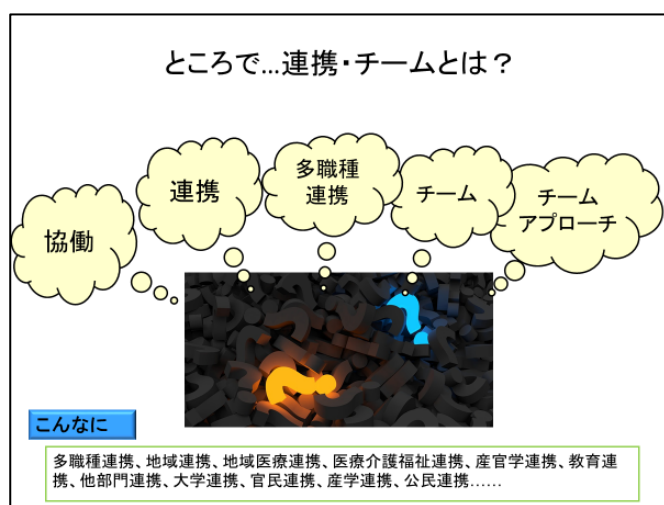
わたしたち福祉関係者、特に相談支援やソーシャルワークを実践するものにとって、「連携」そして連携による「チーム支援」（チームアプローチ）は、とても重要なものであると言われています。

とりわけ、現代社会における生活課題は、障害のあるなしにかかわらず、よりいっそう多様で複雑化していて、こうした生活課題や複合的ニーズをかかえた当事者本人・家族に伝えていくためには、ひとりの専門職やひとつの機関だけでできることには限られ、複数の人や機関の関わりが必要となってきます。

生活を営む上で生じる、様々なニーズや課題を総合的・包括的に捉え、そのひとつひとつをひも解き、ニーズを充足させていく過程（プロセス）において、効率的で包括的な支援を行うためには、専門職や非専門職、フォーマル、インフォーマルを問わず、連携しチームによる支援を進めることは、その手法として必要不可欠なものです。また、それらの人や機関をマネジメントし、チームとしてアプローチすることができるようになっていくことがとても大切なのです。

しかしながら、現実には、「連携」という言葉は、その本質がとても見えにくい概念であり、相談支援を実践していく上でも少し整理をしておく必要があります。

1. 「連携」とはいったい何なのか？



・「もしもし、…」勇気を振り絞って行政や他の事業者に電話をかけ、問い合わせ依頼した…。

・約束をして訪問し、利用者の相談をした……。

・会議に参加し何かできることがないかと聞かれた…。

連絡をすること、相談をすること、一緒に考えること…、いったい私たちは何を持って「連携」という言葉を使っているのでしょうか。あなたと、隣の人の「連携している」、「連携ができています」、

「連携ができていない」は同じ意味でしょうか。

まずは、共通認識をすることから整理します。

私たちが、障害児者の相談支援をしていく中で、多様なニーズに応えたり、一つの事業所、一つのサービスだけではニーズが満たせなかったり、あるいは、他の事業所と併用することで本人の可能性を伸ばすことができたりと、複数サービスでの関わりが必要と感ずることが多くあります。サービス管理責任者の研修会でも左の表のような、連携の必要な理由が例示されています。また、複数のサービスが関わる場合においては、双方で共通な認識の元、情報交換等連携をすることにより、

連携の必要な理由(重要性): 例えば、

障害児・者のニーズに基づいた、サービス提供をするため以下のような場合に、連携が必要不可欠になる。(例えば)

○障害児・者のニーズは、常に変化するもの。新たなニーズへの対応ができない場合。

○サービス等利用計画・個別支援計画書に「実現できなかったニーズ」、「反映できなかったニーズ」がある場合。

○事業所としての関わりが部分的で、生活の全体像が見えない場合。

○複数のサービスを使い分けて、生活している利用者の場合。

○拙速が大切なニーズと、時間を掛けて間違いない結果をだすニーズを混同している場合。

○複合的なニーズを有し、サービスが有効かつ効果的に使われていない場合。

○意思疎通やニーズ表出が難しく、ベストインタレスト(最善の利益を生み出す決定)を、追求しにくい場合。

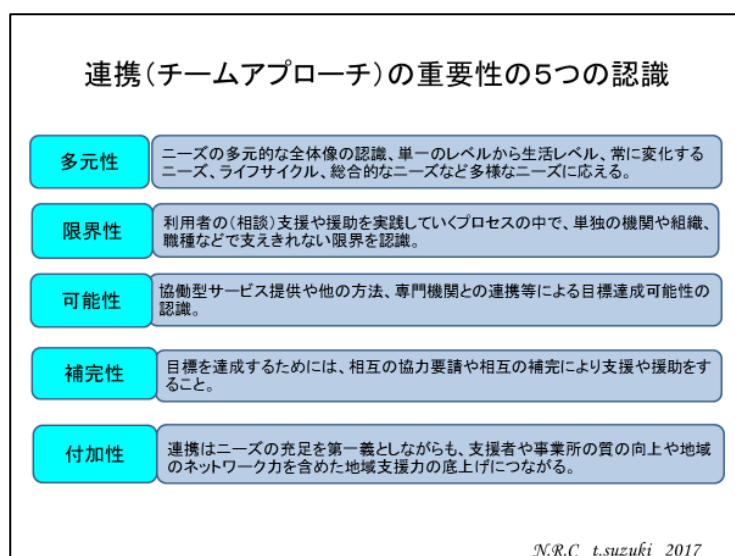
○専門的なアセスメントが必要な場合。(医療・保健・教育など)

○その他……

★相談支援専門員が、新しい気づきを得て、より良い支援を提供するため。

対応が異なることを防ぐなど、効率的・効果的なアプローチが可能となります。

○連携の重要性の5つの認識



先の例のような内容を含め、連携の重要性は、①多元性、②限界性、③可能性、④補完性、⑤付加性の5つに整理ができます。すなわち、私たちは少なからずこうした認識を持ちながら連携が重要である、大切であると考えています。

逆に、クローズドの支援や連携不足の支援について言えば、こうした5つのことが不足している可能性があるということを認識する必要があります。

2. 連携の持つ意味と概念整理

○連携の段階

野中によれば、海外の研究者が用いる"linkage"、"coordination"、"cooperation"、"collaboration"などの用語は、いずれも「連携」と訳されることがある。しかしながら、構成員相互の関係性の密着度に着眼した場合、第1段階の「linkage＝連結」、第2段階の「coordination＝調整」、第3段階の「cooperation＝連携」、第4段階の「collaboration＝協働」と訳し分けられるのではないかと提案しています。

段階	言語	意味	和訳
1	Linkage (リンケージ)	連結	結合、連鎖、連携、つながり
2	Coordination (コーディネーション)	調整	同等 (にする)、調整 (すること)
3	Cooperation (コーオペレイション)	連携	協力、協働、提携、協調性、援助
4	Collaboration (コラボレーション)	協働	協力、協働、援助、共同研究、共同制作

筒井は、連携の段階を、Leutz の定義を用い、①Linkage (リンケージ：つながり・連携)：システムの中で、個人がゆるやかにヘルスケアのニーズに対処し、この段階では特定の決まりごとや全体的な調整がなされることがないシステムである。②Coordination (コーディネーション：調整・強調)：Linkage に比べより構造化された形態の integration といえるが、システムとしては別々の構造によって、ケア提供は行われているという状況を示す段階をいう。③Full integration (フル・インテグレーション：完全なる統合)：多様なシステムからのさまざまな要素が集まり、新たなプログラムや体系をつくり出し、そこからのサービス提供がなされているシステムである。という、3種類の区別がされていることを引用しています。それは、地域包括ケアを構築していく中で、日本語の連携について、すべての人が integrated care を必要としているわけではなく、だからこそ、この3つの段階的な区別が重要で、常に integration のレベルを意識してそのシステムを構築すべきと指摘しています。(筒井孝子：兵庫県立大学大学院、地

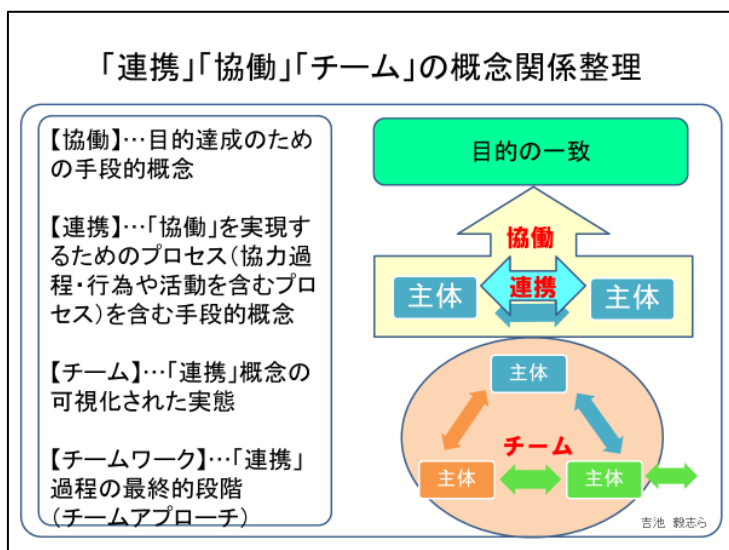
域連携論第2章地域連携方法論の開発と展望)

前者は連携の密着度の着眼での段階的分類であり、後者は地域包括ケアのシステム構築も視野に入れた段階分類となっているため同じ言葉を用いてもずれが生じています。また、地域包括ケアシステムを論じる中での「連携」という言葉の定義についても、その曖昧性については、Linkageモデルよりもさらに integrate されたレベルの、coordination レベルが求められること、上記筒井の著書記載部分については、特に注記しない限りは coordination を想定して用いるとし「連携」の言葉の定義を一定範囲で意識させています。

段階	言語・訳	状態
1	Linkage (リンケージ) つながり・連携	システムの中で、個人がゆるやかにヘルスケアのニーズに対処し、この段階では特定の決まりごとや全体的な調整がなされることがないシステム。
2	Coordination (コーディネーション) 調整・強調	Linkage に比べより構造化された形態の integration といえるが、システムとしては別々の構造によって、ケア提供は行われているという状況を示す段階。
3	Full integration (フル・インテグレーション) 完全なる統合	多様なシステムからのさまざまな要素が集まり、新たなプログラムや体系をつくり出し、そこからのサービス提供がなされているシステム。

すなわち、私たちが一言に「連携」という言葉を用い、その大切さや重要性を伝えてはいるものの、そのひと、その場面において、ある程度の一定の段階・レベルを意識し共有化しておくことが必要です。

○「連携」「協働」「チーム」の概念関係整理



吉池らは、同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むことを「協働」として、協働を実現するための過程を含む手段的概念が「連携」であり、協働における「連携」の実態として「チーム」を位置づけています。協働は目的達成のための手段的概念であり、連携は協働を実現するための更なる手段的概念であると。つまり、協働には連携が必要条件であり、二つの概念は階層性のある手段的概念であると考えられます。

例えば、Aさんの障害による生活のしづらさ

に対処(解決)する支援を実施するため(『目的』)、さまざまな関係機関(主体)が協力し(『連携』)(協力過程・行為や活動を含むプロセス)という手段を図り、(『チーム』)(実態)を組んで、(『協働』)し具体的な手立てを図り、問題を解決していくこと(目的を達成すること)。こうした、一連の動きをスムーズに展開しチーム活動を強化実践することが『チームワーク』であり、その働きが『チームアプローチ』となります。

『連携』とは、連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をする事〔同音語の「連係・連繫」は物事と物事、人と人との間のつながりのことであるが、それに対して「連携」は連絡を取り合って一緒に物事を行うことをいう〕（大辞林 第三版の解説）であり、『チーム』とは、ある特定の目的のために、多様な人材が集まり協働を通じて相乗効果を生み出す少人数の集合体をいいます。また、専門性とチーム力を高めるためには、連携することによりグループを作るのではなく、本人を支援するチームを作る必要があるということです（支援目標の明確化と共有）。

すなわち相談支援専門員の実践するチームアプローチは、一義的に本人中心支援を推し進めるために存在することになります。

○連携の定義

こうしたことを踏まえ、連携はどのように定義され表されているのかを見てみます。

『主体性を持った多様な専門職間にネットワークが存在し、相互作用性、資源交換性を期待して、専門職が共通の目標達成を目指して展開するプロセス』（松岡、2000）

連携の特徴：相互関係性（①相互利益性、②相互依存性、③相互作用性）

『援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス』（山中、2003）

ヘルスケア領域において多く見られる「連携」の定義の共通項は、①「二人以上」の②「異なった専門職」が③「共通の目標達成」をするために行われる④「プロセス」で表されています。

また、障害者総合支援法の骨格に関する福祉部会の提言の中には、『相談支援を実践する相談支援専門員は、すべての人間の尊厳を認め、いかなる状況においても自己決定を尊重し、当事者(障害者本人及び家族)との信頼関係を築き、人権と社会正義を実践の根底に置くことを基本理念とする。その役割は、本人のニーズを満たすために制度に基づく支援に結びつけるだけでなく、制度に基づかない支援を含む福祉に限らない教育、医療、労働、経済保障、住宅制度等々あらゆる資源の動員を図る努力をする。また、資源の不足などについて、その解決に向けて活動すること』と表されています。（*障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言－新法の制定を目指して－平成 23(2011)年 8 月 30 日 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会）

すなわち、相談支援専門員に求められる「連携」という言葉の中には、単に連携（リンケージ）や連絡というレベルではなく、調整を含めたコーディネーション、マネジメントを含めた協働、そして課題解決のための、多職種を含めたチームアプローチが求められているのです。

3. 障害者総合支援法上における連携の規定

総合支援法上における連携の規定

第42条

指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者は、障害者等が自立した日常生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との**緊密な連携**を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

第51条の22

指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の**関係機関との緊密な連携**を図りつつ、相談支援を当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

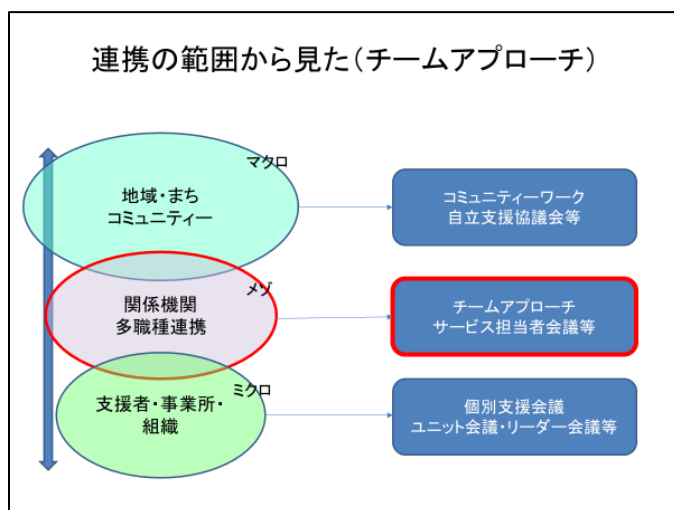
私たちが、障害福祉サービスとして支援を実施していく中においても、第42条に指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者として、また第51条の22には指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者として、他の関係機関との「緊密な連携」について、努めなければならないと業務に関する努力義務規定が示されています。

すなわち、法律上も私たちの業務として緊密な連携を図ることが定められているということです。

4. 多職種連携とチームアプローチ

(1) 連携の範囲から見たチーム支援（アプローチ）

連携の範囲から見た(チームアプローチ)



これまでの、連携の重要性やその概念的な整理をしてきました。その上で、ここからは具体的な多職種間の連携、そしてチームでのアプローチに目を向けてみます。ここでは、連携の範囲を大きく、①事業所（組織）レベル＝ミクロ、②関係機関（組織間）＝メゾ、③地域（コミュニティ）＝マクロの3つに分けています。また、④都道府県（国・制度）を入れることもあります。それぞれの範囲において、（多職種）連携やチームアプローチがあり、また、それぞれの範囲を含めて、二者間であるいはもっと幅広に連携やチーム

アプローチもあります。それぞれについての特徴や課題、そして工夫が考えられます。

いくつか、具体的にしてみます。例えば、①事業所レベルをイメージしてみます。事業所ではその対象や規模によって異なる部分がありますが、複数の利用者に対して、介助・介護を中心とした介護福祉士や健康管理を主にする看護師、日常の対応を図る生活支援員や食事の提供に関連する栄養士が、あるいは予算や収支管理をする事務員など、それぞれの一人一人の利用者に応じて、多くの職種や人がチームを組みサービスの提供や対応を図っている場合があります。そこには、アセスメントの情報を共有し伝達し、本人の特性に応じた対応を考え、本人のニーズに応じた本人中心の支援をしていることでしょう。本人のストレングスはどんなものがあって、こんな時は笑顔が出るけどこんな場合は拒否をするとか、こんな介助は痛みがあるとか、少し健康や食事に気をつけないと本人の他に負担がでてしまうとか、伝え方がこの方法は伝わりやすいけど、この方法ではあまり理解してもらえないとかとか。これらを一人が抱えるのではなく事業所内で連携をしてそれぞれの視点からの見立てを含め、チームで対応しているでしょう。逆に、情報共有や報告が上手くいっていないため、家族から苦情を言われたり、介護の担当

と生活の担当で支援の仕方が異なっていて、本人に迷いや不信感を生じさせてしまったり、そうしたことの積み重ねが、職員の疲労感や挫折感を増大させ「うちでは見れない」とか、「こんな利用者は…」と相手に転化してしまう、あるいは、それは自分の担当業務でないからと、いつのまにか押しつけあってしまうような事はないでしょうか。日々の職員間・多職種間のコミュニケーションの積み重ねと、相互の信頼関係の構築や何のために何を目標になど目的を明確にしていくプロセスを積み重ね支援のベクトルあわせをしていく必要があります。そうした中でちょっとした解決策の積み重ねや本人の変化など事業所のチーム力（チームワーク）を強めていくことになるでしょう。相談支援専門員の直接的な業務ではないのかもしれませんが、アセスメントやコーディネートは得意とする分野のはずです。身近な所に組織内連携や部門間連携を含め多職種・チーム支援は存在します。

②関係機関のレベル：相談支援専門員がまず実施することの多い部分になります。ケアマネジメントを実施していく中での、多機関・多職種連携、それは多職場連携とも言えます。相談支援専門員の本来の役割として、本人のニーズに応じた社会生活を社会モデル、地域で支えていくことがあげられます。

そのためには、生活の場としての住居の確保や安心して生活の出来る方法が必要であり、通いの場や日中活動の場としての、例えば、通所系の就労継続B、余暇や楽しみなど休日や夜間の過ごし方などを支援する方法や、本人の健康管理や薬を処方するかかりつけの医療機関が必要な場合もあるでしょう。あるいは、そのために行政の担当者や困ったときのアドバイスを得られるように基幹相談支援センターなども必要になるでしょう。これら、本人に必要な関係機関や多職種を上手く組み合わせコーディネートしチームで支援をする、一人で抱え込んだり頑張りすぎてしまったりしないようにしていくことがとても大切です。

一方、実は、ここに相談支援専門員が悩み苦慮する、多職種連携やチーム支援の難しさ、思うように進まない、断られてしまう、受け入れてもらえない、関門が待っています。

あの人が動くとうまくいく、あの人の人脈だと動いてくれるという個のつながりでの多職種連携。見習うべき先輩やちょっとした「顔」のある人の動きです。その人たちがそこまで築き上げてきたプロセスや実践はどうだったのか、真似る価値のあるヒントもいっぱいあるはずですが、しかしながら、本当はそれでは、地域としての連携力・地域力・福祉力のバロメーターとしては不足しているのです。地域で支えていく必要があるAさん、Bさんが対応する相談員によって支えられる場合と支えられない場合があっては いけません。だからこそ、多職種・多職場連携でのチームアプローチが、いろいろな組織がそれぞれの持てる力を上手く出し合い、支援のできる地域にしていく必要があります。

とは言っても、相談支援専門員になっていく人たちには、まず、地域のいろいろな人たちを知ること、繋がること、顔の見える関係性を持つこと、知ってもらえることなど、地道な努力は無駄と思えるほどに動くことも必要だと考えます。

《研修の中では、いろいろな人たちが、連携をつくる・人脈を作る、多職種連携やチームアプローチを実践していくために苦労をしている点を聞き、一方で、工夫をしている点、とっておきの方法等を披露してもらおうと、受講生の現実に取り込みやすくなります。》

③地域・まち・コミュニティーレベル：個別の相談支援を実践しマネジメントしていると地域の課題が見えてきます。この地域には、グループホームが不足しているとか、強度行動障害や高次脳の人を受け入

象となるように見直され、これまで介護との連携が図られてきていた、医療との連携は、「医療・介護・福祉事業者間での切れ目のない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導料等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する」とされ、医療と障害福祉との連携の推進、障害福祉サービスの相談支援専門員との連携が図られた。具体的には、介護支援連携指導料が介護支援等連携指導料に改

定され、退院時共同指導料2、及び診療情報提供料（1）などに、相談支援専門員が新たに明記され、障害福祉サービスとの連携について強化策が図られています。

また、総合支援法上の報酬改定において相談支援専門員側にも、「入院時情報連携加算」（新設）及び「退院・退所加算」（新設）、「居宅介護支援事業所等連携加算」（新設）、「医療・保育・教育機関等連携加算」（新設）等あらたに連携を評価する仕組み（加算）が盛り込まれました。

様々な、多職種・多職場連携、チームアプローチの実践は、良いことから、だけでは進まない現状があります。制度・政策としてインセンティブをどのように働かせるかは、非常に大きな対策、下支えになるものです。こうした、改正を含め多職種・多職場・他組織等の連携とチームアプローチを推し進めていくことが、利用者にとっても、わたしたち相談支援専門員を含む福祉職にとっても、医療職や地域の住民、行政職にとっても、お互いに必要で大切なことだということです。

（3）「医療モデル」と「社会・生活モデル」の連携も

例えば、ひとつの例として医療関係との連携を見てみます。わたしたち、福祉関係者は過去の経緯をふまえ、「自分たちの実践は、医療モデルではなく生活モデルである」と、反面教師的な比較対象として取り上げることがあります。概略的には、医療モデルは、病気や障害によって社会的不利が生じるという因果関係で説明され、支援の目標はその原因となる病気や障害を取り除く治療が優先であり、社会・生活モデルは、病気や障害があってもなくても、その人らしい充実した生活が送れるようにすること、QOLの改善や社会環境への働きかけなどが重要であると説明されます。確かにその時期による優先的な課題や目標、例えば、急性期の病院などでは、生命の危機、いのちをいかにして救い治療し、少しでも障害を取り除き残らないようにするか、ということが優先されます。また、そのためのチーム医療（チームアプローチ）が実施されます。しかしながら、その先にある生活を見失っているわけではなく、優先課題、優先順位をどのように考えるかであり、次のステップである回復期の病院へのつなぐことや、医療と介護の連携、地域包括ケア、在宅への流れの中で、徐々に社会生活モデルとなっていくことになります。そこには、病院内の医療職だけでなく、地域の介護、福祉との協働が考えられ、医療の世界からも、「連携」、「（介護・福祉との）チーム支援（チームアプローチ）」が重要視されてきている。逆に言えば、例えば在宅生活が中心の生活をしていたとしても、治療や医療的ケアの必要な人にとっては、いかに、医療（入通院や治療）を生活の中に入れながら、全体を考えられるかが必要であり、医療モデルか社会・生活モデルかを対峙させるのではなく、総合的・包括的に見られるかどうか、いかに、スムーズで切れ目のない対応ができるかが重要です。また、医療スタッフ内でのチームアプローチと医療や介護を含めた多職種間でのチームアプローチという違いもあります。

お互いの土俵、専門性や優先課題の異なる環境ではあるものの、本人を中心とした、そして本人の望む生活について一緒に考えられるかが重要です。堀田＊は、多職種連携から統合へ向かう地域包括ケア＊の中で、「QOLの向上を目指そうとすれば、その資源はそのひとの暮らしの場全体に広がっているはず。住んでいるところの周辺のつながりかもしれないし、仕事や学び、趣味のつながりかもしれない。エコシステム的にその人の生活問題を把握して、QOL改善を目標とするケアは、必然的に地域に至ることができるのではないのでしょうか」と指摘しています。すなわち、本人のおかれている状況やその時期により、その環境となる社会資源あるいは支援者の連携やチーム支援は、メンバーや優先順位などが異なることになります。しかしながら、本人が中心に居ることだけは、どんな場合でも絶対的な位置

づけとして変わらないということを、私たちは常に意識し忘れないようにしないといけません。

5. 実践に向けて

(1) チームアプローチの視点と意思決定支援

- 1) 本人の周辺にいる人々や地域の関係機関を把握することの必要性
- 2) 本人を中心としたチームアプローチの必要性
- 3) 本人を中心としたチームを構成するための必要な手段
- 4) 本人を中心としたチームの中での自分の役割
- 5) チームアプローチを通じた今ある社会資源の活用と新たな社会資源の創出

(2) チームアプローチの展開

- 1) 支援目標の共通理解を得るための会議の実施
- 2) 支援の経過や本人の満足度、チームアプローチの評価のための会議の実施
- 3) 危機介入や緊急時の支援体制やリスクマネジメント
- 4) 地域資源（地域の中にある当たり前の資源）の活用方法
- 5) 地域を巻き込んだ支援の検討
- 6) 本人の意思を確認しながらチームで関わる

現任研修時（実践中）に振り返る内容を簡単に項目だけあげておきます。まずは、本人を中心に、フォーマル、インフォーマルを含めて幅広く周辺の社会資源を把握しましょう。そして、常に本人中心を意識しチームとなる社会資源にこまめに働きかけ続けてください。また、先輩たちがどのように連絡・連携を取り、そして共通認識のための会議を開いているか、先駆的にそして地域として取り組んでいるところを参考にしましょう。

＊参考・引用文献は、現任研修の4) チームアプローチの後に共通して記載。

（資料２）現任研修カリキュラム・教育内容

資料２－０ 制度解説《本報告書には掲載なし》

資料２－１ 研修受講ガイダンス

資料２－２ 地域を基盤とした SW

資料２－３ 個別相談支援（意思決定支援）

資料２－４ チームアプローチ

資料２－５ スーパービジョン

資料２－６ 個別相談支援演習

資料２－７ チームアプローチ演習

資料２－８ コミュニティワーク演習

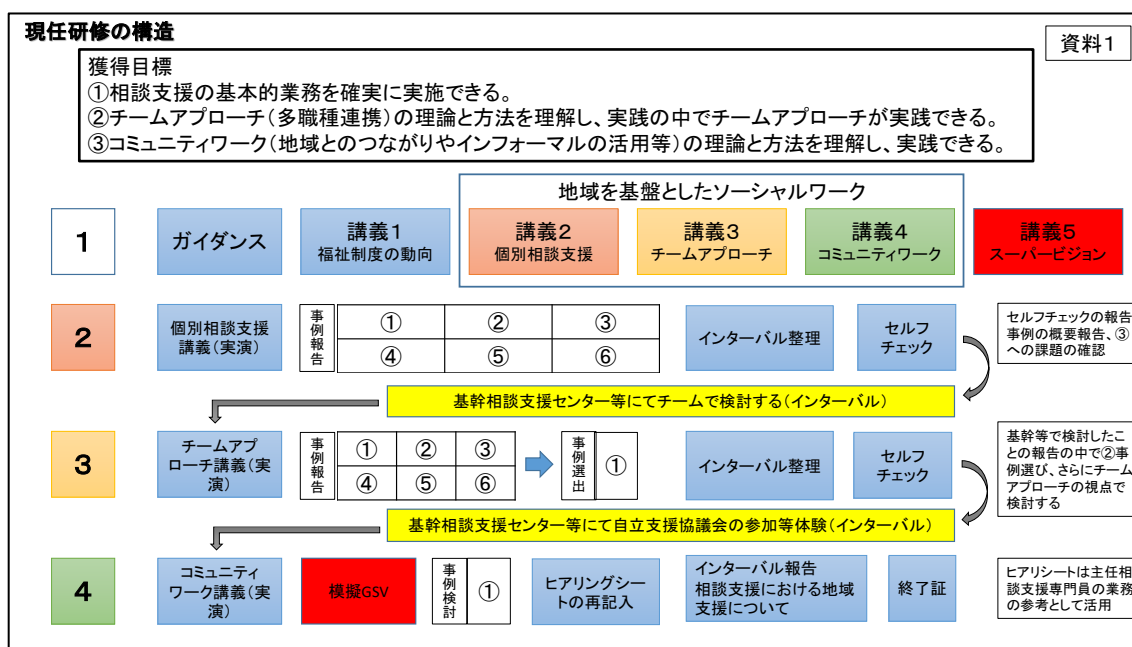
（資料２）現任研修カリキュラム・教育内容

資料２－０ 制度解説《本報告書には掲載なし》

資料２－１ 研修受講ガイダンス

研究協力者：富岡 貴生

研修受講ガイダンスは、現任研修における獲得目標や研修の内容を理解して受講してもらうことが目的である。現任研修では、初任者研修の振り返り並びに地域を基盤としたソーシャルワークの実践が行える人材育成のため４日間で実施される。ここでは、１日目に地域を基盤としたソーシャルワークを理解するため、講義を中心としたものから、２日目以降は個別相談支援、チームアプローチ（多職種連携）、コミュニティワークについての演習を中心に研修を行う（資料１参照）。



① 研修項目と獲得目標

研修項目と獲得目標については、①相談支援の基本的業務を確実に実施できる。【意思決定（支援）を通して生きがいや自己肯定感を高める支援（ストレングス）、相談支援の技術と能力の獲得】、②チームアプローチ（多職種連携）の理論と方法を学び、実践においてチームアプローチが展開できる。【チームアプローチ（多職種連携）を実践するための技術と能力の獲得】、③コミュニティワーク（地域とのつながりやインフォーマルサービスの活用、社会資源の開発等）の理論と方法を理解し、実践できる。【地域に即して相談支援の実践力の獲得】、④グループスーパービジョンの理論と方法を学び、実践事例を用いてグループスーパービジョンを体験することで、自らの支援について助言・指導を受けることの重要性を理解するとしている（資料３参照）。これらは「相談支援の質の向上に向けた検討会」（以

下検討会という)の報告を受けてカリキュラムが作成されていることから、研修受講ガイダンスでは検討会と現任研修における獲得目標とのつながりについての説明は必要であることから、検討会の内容についての説明もガイダンスの中で行う(資料2)。

獲得目標に加えての補足説明として、個別相談支援では、①意思決定支援は利用者の意思の尊重、希望の発掘及び実現までのプロセスであるが、これらは相談支援の中で行われること、②意思決定支援を通して自己肯定感が高められ、自信へとつながり、生活の幅も広がっていくことから、個別相談支援における技術と能力の獲得は意思決定支援に欠かせないものである。

チームアプローチ(他職種連携)では、①利用者への支援は地域の中で安心して生活が送れるような様々な機関と連携して行われ、さらに地域資源も巻き込みこんだ支援が求められること、②障害福祉サービス以外に介護保険等制度の枠を超えた支援が増えていくものと思われることから、チームアプローチを実践するための技術と能力の獲得は必要となる。

コミュニティワークでは、地域に即した支援として個別課題を地域課題として捉え、自立支援協議会を通して解決していくことが期待されているが、相談支援専門員の多くが自立支援協議会に参加していないため、自立支援協議会のイメージがつかず、コミュニティワークが自身の支援のなかに見出せないところがある。そのため、ここでの地域に即した支援とは、インフォーマルサービスの活用や地域の集まりに参加するなど、地域に当たり前にある資源を利用するための支援がコミュニティワークの第一歩であること理解し、実践できる能力の獲得を目指していく。

最後にスーパービジョンは、誰もがスーパービジョンの必要性は理解し、希望しているが、スーパーバイズを受けたことがない、もしくは受ける環境がない中で相談支援を行なっている状況がある。そのため、①スーパーバイズを体験してもらうことで必要性を理解すること、②インターバル中に基幹相談支援センター等でカンファレンス等を行うことで、現任研修終了後も継続して協議できる体制が構築できることを目指している。

② 研修の進め方について(資料1, 3 参照)

1 日目は講義が中心、1 日目以降は演習が中心となっている。

2 日目の個別相談支援は、最初に研修のガイダンスを行い、2 日目の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1 日目の内容をもとに、事例を通して相談支援のプロセスや意思決定支援、チェックリストの記入の仕方の講義を行う。演習は、ここでの講義を踏まえ、事前課題(書式1)の報告及び検討、インターバル期間中に行う課題の整理・抽出したものをファシリテーターから助言を得る。最後に自己業務の振り返りとしてセルフチェックを記入する。1 日目終了後、1 ヶ月程度インターバル期間とし、演習で整理された課題を基幹相談支援センター等での協議を踏まえ実施してくる。

3 日目のチームアプローチ(多職種連携)は、最初に研修ガイダンスを行い、3 日目の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1 日目の内容をもとに、事例を通して担当者会議の開

催やチームアプローチ（多職種連携）の際の支援目的の共有、チェックリストの記入の仕方等の講義を行う。演習では、インターバル時の実践報告をした後に講義を踏まえて事前課題（書式1）の検討を行い、次のインターバル期間中に行う内容を整理、最後に自己業務の振り返りとしてチェックシートの記入と共有、4日目に使用する代表事例を選出する。3日目終了後、1ヶ月程度インターバル期間とし、演習で整理された相談支援体制や自立支援協議会の状況を基幹相談支援センター等で確認してくる。

4日目のコミュニティワークは、最初に研修ガイダンスを行い、4日目の研修の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1日目の内容をもとに、事例を通して地域のつながりや地域資源の活用、自立支援協議会の機能、ヒアリングシートの再記入等の講義を行う。演習では、ここでの講義を踏まえ、代表事例に対して地域資源を活用する等の検討、その後共通事例に対して模擬グループスーパービジョンを行い、地域とのつながりを意識した支援やグループスーパービジョンの必要性等について体験する。最後に事前課題として作成してきたヒアリングシートに対して演習で学んだことも踏まえて再チェックし、地域支援の際の必要な視点や主任相談支援専門員の役割等について考える。

③ 事前提出課題について

事前提出課題は、書式1の事例報告書、書式2の地域変革のためのヒアリングシート、書式3のストレングスアセスメント票があり、書式1については研修1日目に提出。書式2、3については、1日目の講義の中で記載方法の説明を受けた後、3日目の研修までに提出する。記載方法について以下簡単ではあるが述べる。

ア) 書式1（事例報告書）

主訴は、本人の言葉（本人の訴え等がない場合は相談支援専門員が今の状況を踏まえ推測して記述）で記述する。

検討課題については、本人の主訴に対して相談支援専門員が支援をしていく上で困っていること等について、事例検討で検討したいことを記述する。

利用者・家族の状況については、利用者並びの家族の特徴、現在の状況について把握するため記述する。

生活歴については、本人がどのように生活してきたか、人との出会いや関係性など、人格形成に至る過程を理解するため、小学校、中学校、高校、大学、卒業以降項目ごとに生活の中で楽しかったこと、辛かったこと、興味があったこと、困ったこと、人との出会いや関係性等について記述する。

家族歴については、本人と家族との関係性について記述する。例えば、父は仕事が休みの時は一緒に外出するなど。

支援経過については、①支援記録を読み返し、検討課題に関連している記録を取捨選択して記述する。記述にあたっては、②前担当と現担当に分ける、③前担当の支援は端的にまと

めて記述、現担当の記述が中心となること、④現担当の記述は時系列に沿って要点を記述し、口頭報告で追加説明する。検討課題に対してどのように相談支援が行われてきたか、また意思決定支援が展開されてきたか支援経過を通して検討していく。

エコマップについては、チームアプローチにおける支援方針を記述することで、支援関係者による支援の共有等を確認し、社会資源（人）だけではなく、地域資源（人）とのつながりなど利用者を取り巻く環境を理解し、働き掛ける方法を検討する。記述に当たっては、①ジェのグラムを記述する。家族の関係性がわかるよう点線等で示す。②現在活用している地域資源および関係する人を記述する。地域資源は地域の中にあるありふれたものであり、例えば図書館、卓球クラブ、新聞配達員、隣人、プール、料理教室、母親教室、当事者の会、居酒屋、TUTAYA、スーパーなどであり、また関係性についても点線等で示す。③現在利用している社会資源（福祉サービス（人）、医療機関等）の利用について記述し、関係性について点線等で示す。地域資源を本人および家族の上においているのは身近な地域資源および人との関係性、つまり地域との繋がりを見るためである。

イ）書式2（地域変革のためのヒアリングシート）

「地域変革のためのヒアリングシート」（以下ヒアリングシートという）は、書式1の事例に対して記述する。全てを記述することが難しい場合は空欄でも構わない。現在理解している事を記述し、研修最後に改めて振り返りを行うものとする。このヒアリングシートを通して地域とのつながりを意識した支援を理解するとともに、主任相談支援専門員に求めている業務を知る機会と考えている。

ウ）書式3（ストレングスアセスメント票）

ストレングスアセスメント票は、書式1の事例に対して記述する。このアセスメント票を用いて4日目の事例検討が行われるため、記述にあたって不明な点はファシリテーターに聞くなどすると良い。

④インターバルについて

相談支援専門員は、経験を積み重ねても自己の振り返りが必要な業務であるが、日常業務に追われてしまい、そのような機会を得ることが難しい状況にある。また、自らの支援について他者から助言・指導を受ける機会が少ないことから、助言等を期待して研修を受講される方も多い。そのため、研修時に自己の振り返りと他者からの助言・指導を受ける機会を設け、さらに研修の合間にインターバルを取り入れ、基幹相談支援センター等に出向いて実地研修（OJT）を組み入れることで研修後も継続して助言等が受けられる場面を作っていく。インターバルでの取り組み内容について書式4、5に記載し提出する。

⑤演習の進行について

演習時は積極的な発言が望まれるが、研修に受講する方の経験範囲の幅が広い等から意見が一部のみに偏ってしまう恐れがある。そのため、演習を行なう上で気をつけるべきことをまとめたグラドルール（資料5）を共有し、さらに役割シート（書式4）を使用してグループの中で進行、助言、報告者等が順番で行うなど全員参加型による演習が行えるようにする。

6) 個別相談支援演習（研修2日目）

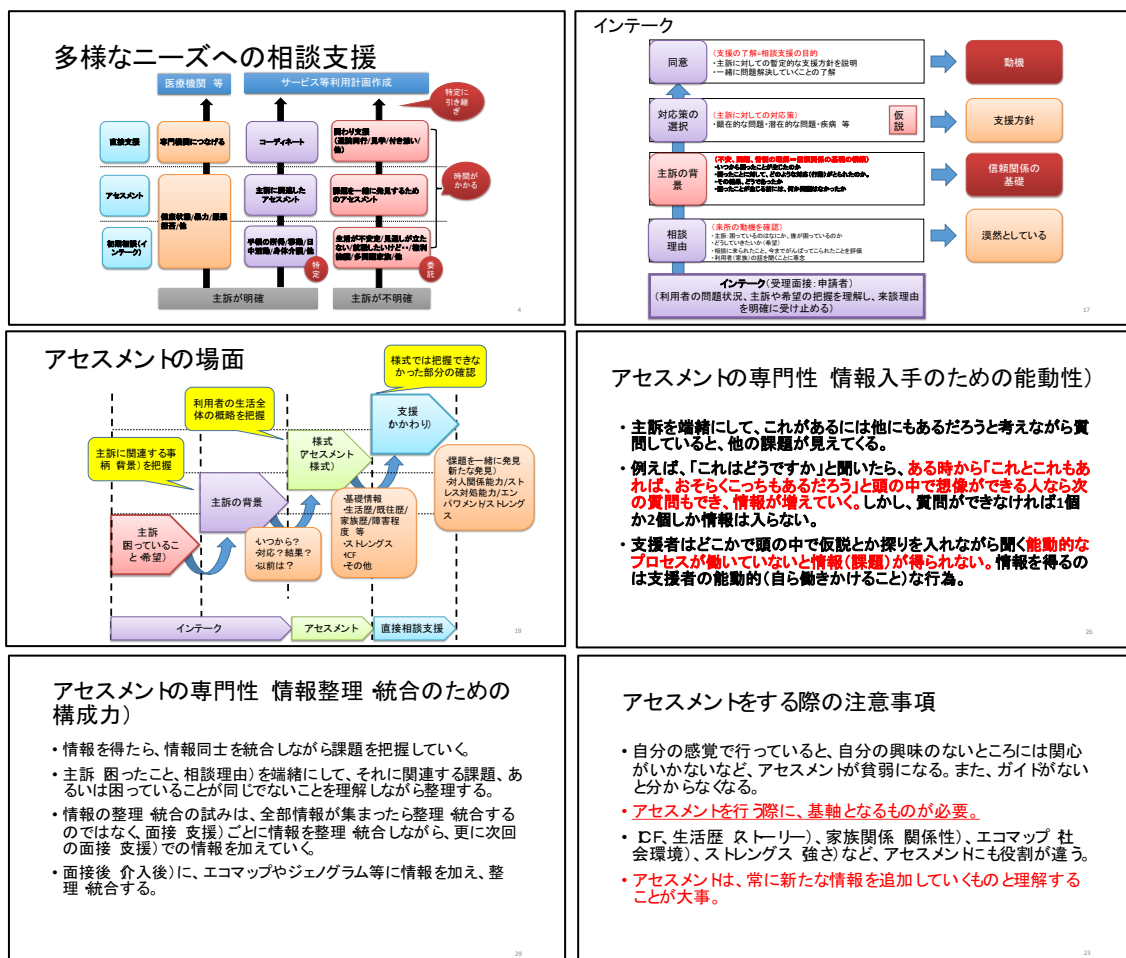
①オリエンテーション

研修を進めるにあたって、研修2日目の獲得目標並びにカリキュラム（資料4-1）の説明を行なう。1日目では現任研修全体の話が中心だが、ここでは2日目を中心とした説明となる。2日目で行われる個別相談支援の意図を理解した上で研修に参加する事は、研修の理解度を深めることにもつながることから、繰り返し説明にはなるが、ここは省くことなく丁寧に行なう必要がある。

② 個別相談支援講義

1日目の講義を踏まえ、事例に置き換えて説明することで、より知識を実践に結びつけること、つまりは自分の支援に置き換えて考えていくことでより専門的な理解を深めていくことを目的としている。ここでは、①インテーク・アセスメント・モニタリングの方法等について、②相談支援のプロセスの中で意思決定支援がどのように行われているのか、③演習時に行うチェックシートの仕方についての講義を行う。

（個別相談支援講義資料から抜粋、インテーク、アセスメントの展開）



相談支援の展開 関係調整 意思の確認

	健康状態 (健康面)	健康状態 (経済面)	健康状態 (行動面)	アフターフォロー
父母	実用 相談 両親の希望 本人の状況確認	実用 本人が関係の望むに おのづから希望	実用 本人が関係の望むに おのづから希望	
本人	訪問 相談を受けたい が不安な状態	実用 今後の生活と一緒 に考えていく	実用 移行 本人の意思決定	
事業所		悩み 電話 将来の不安 希望 選択 決定		

インテーク

- ①信頼関係の基礎を構築するための大らかな場面
- ②福祉サービスに限定したやり取りではなく主訴等の背景を丁寧に聞く
- ③今後の相談支援の見通しを説明し、利用者から同意を得る

家族の図表(家族関係図)

アセスメント

- ①アセスメントは、利用者から表出させる全てが大切な情報
- ②生活歴を丁寧に聞くことは、利用者への理解が深まる
- ③ストレングスは、健康な側面に着目した 本人のポジティブなところ、強みであり、支援には欠かせない視点であることから、対話の中で意図的に挙げる

意思決定支援

- ①本人や家族等から、育ってきた環境の中で興味を持ったこと、楽しかったこと、楽しいときや嫌なときの表情などを知る

事例から見る意思決定支援

	健康状態 (健康面)	健康状態 (経済面)	健康状態 (行動面)	アフターフォロー
父母	実用 相談 両親の希望 本人の状況確認	自立の妨げ 本人を認めない		
本人	訪問 相談を受けたい が不安な状態	目的 情報 悩み		
事業所				

意思決定支援

- ①本人の意向を無視していないか
- ②本人の言葉の意味を吟味しているか
- ③支援者の都合が優先されていないか
- ④既存の社会資源だけが支援の前提となっていないか
- ⑤先に支援者の結論ありきで話を進めていないか

相談支援の展開 関係調整 意思の確認

	健康状態 (健康面)	健康状態 (経済面)	健康状態 (行動面)	アフターフォロー
父母	実用 相談 両親の希望 本人の状況確認	実用 本人が関係の望むに おのづから希望	実用 本人が意思決定する に合わせた支援 の提供を促す	
本人	訪問 相談を受けたい が不安な状態	実用 今後の生活と一緒 に考えていく	実用 移行 本人の意思決定	
事業所		悩み 電話 将来の不安 希望 選択 決定		

モニタリング

- ①基本相談で得られた情報による支援者の見立てがモニタリングに転換する
- ②サービス利用の有効性だけでなく人との関係性や環境の変化など、多角的な視点を持ってモニタリングを行う

ア) アイスブレイク (演習 1)

イ) グループワーク (演習 1、2)

書式1を用いて事例報告を行い、支援の検討や助言等を受ける。事例報告の際は、①事例の概要、検討課題、アセスメント状況等を報告、②意思決定支援の確認や参加者が抱えている検討課題に対して支援内容の妥当性を検討する。①の報告は、支援経過前までの内容を報告する。報告を受けて、検討課題が漠然としている場合は検討課題を明確にすること、アセスメント状況を踏まえ不明な箇所の質問、時間があれば利用者の印象（感想）を述べる。ここで時間を使いすぎるとその後の検討が短くなってしまうため、進行役は時間配分に気をつける必要がある。②の検討・助言は、支援経過を報告し、講義で説明された意思決定支援のポイント（本人の意向、本人の言葉の吟味、支援者の都合が優先されていないか、既存の社会資源が優先されていないか、結論ありきで話が進んでいないか）についての確認を行う。また、検討課題に対して支援がどのように行われていたか、支援がふさわしいかどうかの妥当性を検討し、求められる支援内容についての助言を受ける。たとえば、＜信頼関係の構築

に向けた関わりが今は必要に思えるためアセスメントの情報を得る時期と捉え合う回数を増やすことが必要>、<アセスメント情報が不足しているため〇〇の情報を得るため〇〇について具体的に聞いたほうが良い>、<他機関との支援目的の共有が必要なため担当学会議を開催してそれぞれの役割の確認を行ったほうが良い>、などの助言を受ける。その際、理屈が優先されたり助言が漠然としすぎると、報告者が支援に生かせないこともあるため、助言については具体的に述べられるようファシリテーターは注意を払う必要である。

ウ) インターバル時に行うことの整理 (演習 3、書式 5)

インターバルで行う支援については、①基幹相談支援センター等で協議すること、②自身が支援を行って行くことについて、前述した助言を参考にしながら整理する。その際、複数出た助言に対して優先順をつけ、実際に行えるものを選んで記入することがポイントである。漠然とした整理だとインターバル時に何を行うかが不明確になってしまうため、支援の課題の整理に当たってはファシリテーターが助言を行う。ここで整理されたものはファシリテーターの同意を必要とする。

エ) 自己の振り返りとセルフチェックシートの記入 (演習 3、書式 7)

セルフチェックシートの記入は、講義や演習での内容に留意し、日頃の業務に照らし合わせて自己の振り返りを行うことが目的である。書式 1 の事例に対して (または普段の相談支援に対して) できたかどうかではなく、自身の相談支援の特徴を把握し、日常業務に役立てることを目的としているため、深く考えてじっくりチェックするよりも気軽に行い、専門性を高めるために他の研修を受講することが必要等の新たな気づきを得ることを求めているところである。

オ) グループ共有

上記ウ) エ) で整理されたインターバル時に行う内容やセルフチェックシートについて、グループで共有する。

7) チームアプローチ演習（研修3日目）

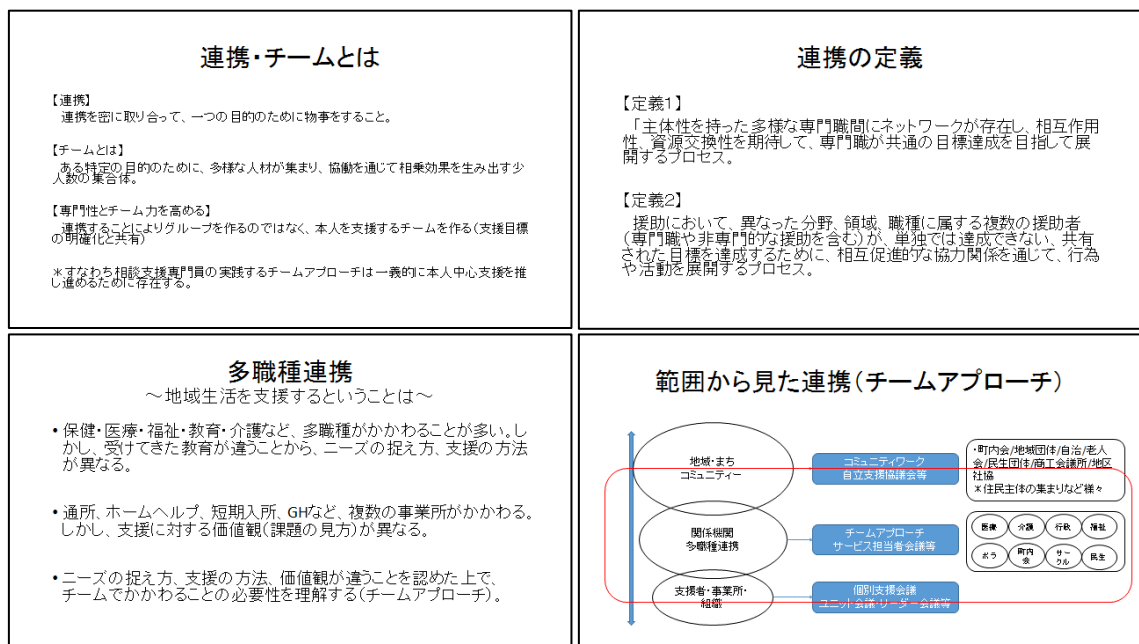
①オリエンテーション

研修を進めるにあたって、3日目の獲得目標並びに細かなカリキュラム（資料4-2）の説明を行なう。1日目では現任研修全体の話が中心だが、ここでは3日目を中心とした説明となる。3日目で行われるチームアプローチ（多職種連携）の意図を理解した上で研修に参加する事は、研修の理解度を深めることにもつながることから、繰り返し説明にはなるが、ここは省くことなく丁寧に行なう。

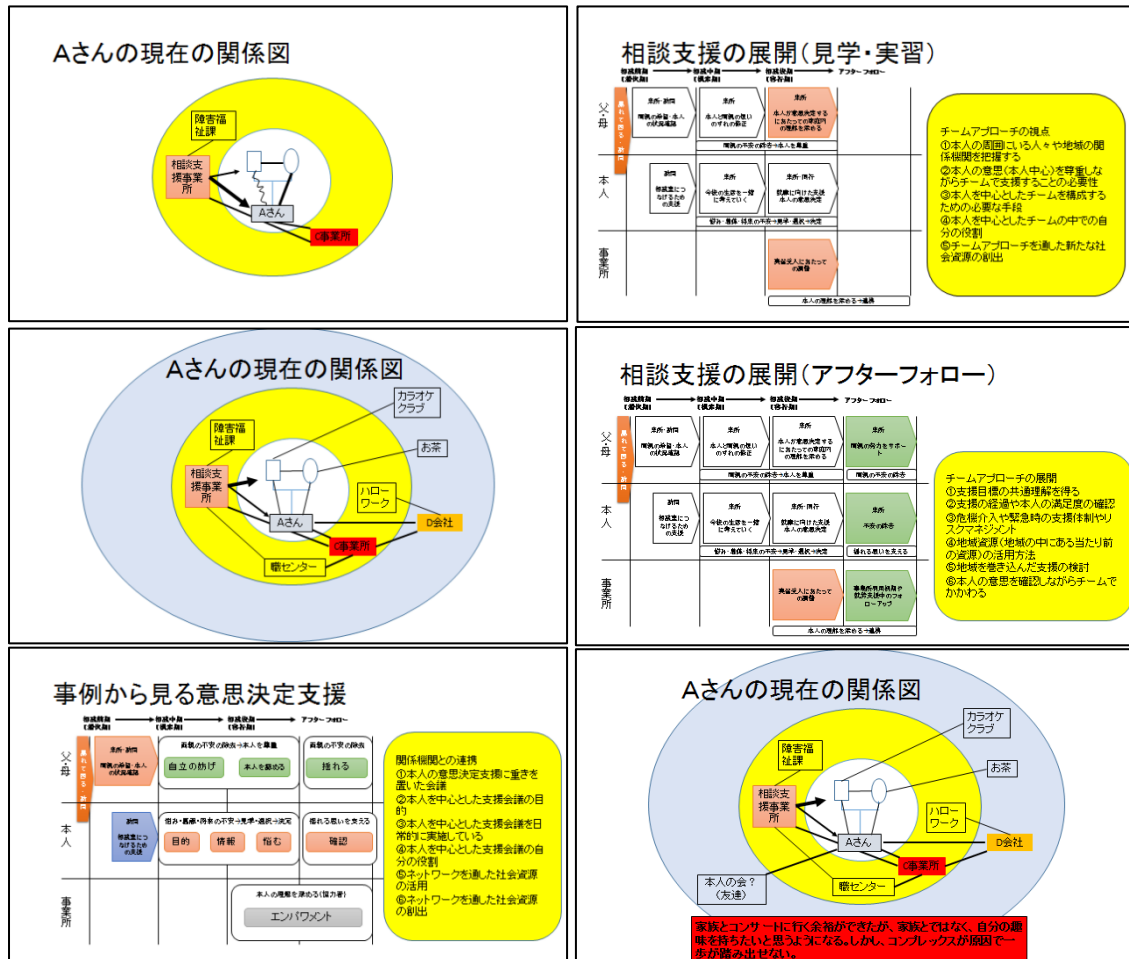
②チームアプローチ講義

1日目の講義で行われた連携やチームの定義の再確認の他、事例から見るチームアプローチの展開や意思決定支援、セルフチェックシートのポイント、担当者会議（ケア会議）の位置づけや効果、開催準備等の説明を行い、利用者への支援が個別支援だけではなく、多職種で連携して行われることの理解を深めることを目的としている。ここでも事例を通して説明を行うことで、知識と実践を結びつけることを強く意識している。

（チームアプローチ講義資料から抜粋、連携の定義等）



(チームアプローチ講義資料から抜粋、事例を通してセルフチェックシートの方法)



③グループワーク (演習 1、2、3)

ア) グループワーク (演習 1、2)

ここでは、まずは書式5を用いて、①インターバル期間中に行われたことの報告(書式5)をした後、②事前課題(書式1)のエコマップを通してチームアプローチの状況や多職種連携の手続き手順、チーム支援での共通目標の立て方(チームにおける意思決定支援も含む)、③既存の社会資源だけではなく地域資源の活用の可能性、についてチームアプローチの視点にたって検討する。①の報告は、2日目の演習時に整理された課題等(書式5前段)に対してインターバル時に行われた、基幹相談支援センターとの協議内容や担当者会議を開催して協議した内容、個別支援等を報告(書式4後段)する。②の報告・検討は、事前課題で作成されたエコマップ(書式1)から見える関係機関との連携支援にあたっての手順や多職種での共通した支援目標の立て方や理解の浸透度合いの報告し、共通目標の内容や立て方等の手順について等について検討する。その際本人の意志が置き去りにされていないか、常

に本人の意志確認を行ってきたか等チーム内での意思決定支援がどのように行われているのかについても検討する。③では、エコマップを通して利用者を取り巻く環境が社会資源を中心とされているのか、地域資源も含まれているのか等を確認し、今後の環境調整の方向性を検討する。検討に当たっては個別支援を中心として行われないよう注意が必要である。1日目及び3日目の講義内容を留意し、チームアプローチの視点にたって検討が行われるようファシリテーターは注意して進めることが求められる。

イ) インターバル時に行うことの整理 (演習3、書式6)

インターバルで行う支援について、基幹相談支援センター等で、①相談支援体制(基幹・委託・指定の役割や相談支援連絡会の開催状況、事例検討会の有無等)、②自立支援協議会の運営状況や今までの効果等について整理する。ポイントは、受講者が相談支援を行う上で知っておく必要のあることを整理し、具体的に何を確認してくるかを抽出する。2日目同様に漠然とした整理だとインターバル時に何を行うかが不明確になってしまうため、ファシリテーターが助言を行い、同意を必要とする。

ウ) 自己の振り返りとセルフチェックシートの記入 (書式8)

講義や演習での内容を留意し、日頃の業務に照らし合わせて自己の振り返りを行う。できたかどうかではなく、自身の相談支援の特徴を把握し、日常業務に役立てることを目的としている。深く考えてじっくりチェックするよりも気軽に捉えて進めることが望ましい。

エ) グループ共有

上記イ)ウ)で整理されたインターバル時に行う内容やセルフチェックシートについて、グループで共有する。

8) コミュニティワーク

①オリエンテーション

研修を進めるにあたって、4日目の獲得目標並びに細かなカリキュラム(資料4-3)の説明を行なう。1日目では現任研修全体の話が中心だが、ここでは4日目を中心とした説明となる。4日目で行われるコミュニティワークの意図を理解した上で研修に参加する事は、研修の理解度を深めることにもつながることから、繰り返し説明にはなるが、ここは省くことなく丁寧に行なう。

②コミュニティワーク講義

1日目の講義を踏まえ、コミュニティワーク、地域を基盤としたソーシャルワークの振り返りを行った後、事例を通して、障害者が地域資源を当たり前のように利用していくことで地域との結びつきが広がっていくことや、個別課題を地域課題として捉え、自立支援協議会

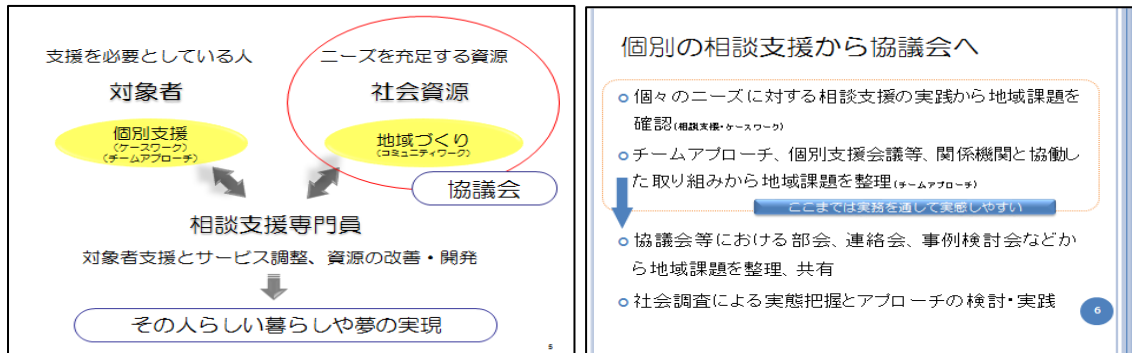
での検討プロセスや効果などの理解を深めることを目的としている。ここでも事例を通して説明を行うことで、知識と実践を結びつけることを強く意識している。

(コミュニティワーク講義資料から抜粋)

地域包括ケアのこと 個・地域 高齢・障害・児童・母子 保健・福祉・医療・住宅・教育・労働・まちづくり 2 Shimamura et al. 2017 3	コミュニティ ソーシャルワークとは (Community Social Work) 地域において個別支援と地域組織化を統合化させる実践である。地域自立生活上サービスが必要としている人に対し、ケアマネジメントによる具体的援助を提供しつつ、その人に必要なソーシャルサポート・ネットワークづくりを行い、かつその人が抱える生活問題が同じように起きないように福祉コミュニティづくりとを統合的に展開する、地域を基盤としたソーシャルワーク実践である(大橋2005)。 2 Shimamura et al. 2017 4
地域を基盤としたソーシャルワーク (Community Based Social Work) とは ジェネラリストソーシャルワーク※を基礎理論とし、地域で展開する総合相談を実践概念とする、個を地域で支える援助と個を支える地域をつくる援助を一体的に推進することを基調とした実践理論の体系である(岩間2012)。 ※ケースワーク、グループワーク、コミュニティワークを統合した援助技術 2 Shimamura et al. 2017 5	地域を基盤としたソーシャルワーク における相談の機能とは 1 並行的ニーズ検討機能 2 専門機関による地域連携機能 3 住民主体の問題解決機能 4 予防的地域課題解決機能 2 Shimamura et al. 2017 7
コミュニティソーシャルワークの展開プロセス ■アセスメント ・個別アセスメント ・潜在的ニーズの把握 ・地域アセスメント ■プランニング・カンファレンス ・地域懇談会の開催 ・地域人材とともに考える ・地域のエゴを乗り越える ■実施 ・地域(資源)の主体性を引き出す・利用者の力を理解させる ■モニタリング ・地域の中で見守られる・支え合うことで双方向性を維持する ■評価 ・ケア会議での次に向けた検討・他地域から「良い評価」 2 Shimamura et al. 2017 28	ヒアリングシート 【1】利用者が参加・所属している地域組織または参加している組織について 【2】利用者の交友相手(友達)について 【3】利用者が所属している当事者組織について 【4】利用者に(横断的に)関わっている人や組織・企業(商店)・個人について 【5】利用者が見込んでいる相手(相談に乗ってくれたり、困った時助けてくれる人)行きつけの商店・診療所の医師・個人について 【6】利用者の家族で、利用者が頼みにしている相手について 【7】利用者の(これから戻る)近頃は、利用者にとっていい近頃か。 【8】利用者の周囲で、活用できそうな横断資源はあるか。 【9】利用者にとって「隠れた資源」となっているもの(利用者を元気にさせているもの)について 【10】利用者は地域に対して、どんな資源性を有しているか。 【11】利用者にとっての資源同士のネットワークの状況はどうか。 【12】利用者の自宅(居住場所)は、 【13】利用者のセルフケアマネジメント能力(自分の状態を正確に把握・ハンディの中身も客観的に把握・その克服策の工夫・必要な資源を発掘・活用する資質等)の評価をしてみよう。 2 Shimamura et al. 2017 37

(コミュニティワーク講義資料から抜粋)

相談支援の実例から見えるもの ・地域の障害者ニーズは個々によって違う ・ニーズが個々に違うということは、当然のことながら支援内容も異なる ・障害者のみならず、支える家族への支援も必要 ・ニーズの中には、社会的ニーズと心理的ニーズがあり、それらは明確ではなく非常にわかりにくい。またこれらは重なり合っている ・福祉・医療・教育等多職種との連携が不可欠 ・継続相談の重要性 ・地域資源の活用と地域とのつながり	個々に違う福祉ニーズに対して、 地域は何かできるのか それを考えていくのが 地域自立支援協議会の役割
---	--



③グループワーク（演習 1， 2， 3， 4）

ア)地域作りの必要性（インフォーマルサービスの活用）とグループスーパービジョン（演習 1）

共通事例を用いて模擬グループスーパービジョンを行う。ここでは、福祉サービスだけでは解決しないニーズを取り上げ、地域の中にある当たり前の地域資源を活用することで生活の幅が広がり、地域作り（コミュニティワーク）の第一歩になることの理解を深める。グループスーパービジョンの手法をいくつかあるが、ストレングスモデルにおける構造化されたグループスーパービジョンを紹介し、参加者は模擬グループスーパービジョンを通して雰囲気や効果を体験する。

グループスーパービジョンは、1 日目の講義を踏まえ実施する（ここで行うグループスーパービジョンの説明を 1 日目に行う）。共通事例の概要等（資料 6）、一時機能アセスメント（資料 8）、ストレングスアセスメント表（資料 9）の説明を行った後、グループスーパービジョンを行う。詳細は資料 10 を参照のこと。終了後はその後の展開について説明する（資料 7）。

（スーパービジョン講義資料から抜粋）

グループスーパービジョンの利点（その 1） - 創造的な代替策（インフォーマル資源への着目、活用）のアイデアの源泉 - 利用者行動の内的な理解(内的解釈) - 同僚への励ましと支持(チームとしての共感性) - 成功した実践の分かち合い	グループスーパービジョンの利点（その 2） - クライアント(利用者)との直接的な関わりがない同僚の視点から聞かれること - 介入や困難な決定をケアマネジャー個人でしない(チーム決定の重要性) - チーム全体がクライアント(利用者)をよく知るため、担当者の幅が広がる - チームとしての学習効果が高まる(個別ケースのアイデアから他のケースへ応用)
グループスーパービジョンの基本的な考え方 - 通常のスーパービジョンと異なり、スーパーバイザー(事例報告者)とスーパーバイザー(その他メンバー)との意見交換によって進めていく。 - スーパーバイザーとスーパーバイザーの関係が上下関係(指導関係)ではなく、水平関係になる。 - そのため、コーディネーター(ファシリテーター)による進め方が重要になる。	グループスーパービジョンの進め方のポイント - アイデアを徹底的に出し合う(ブレインストーミング)。創造的なアイデアはたいへんよい(ファシリテーターの進行の見どころ) - 出された多様なアイデア、解釈、意見に対しての報告者からの応答 - ファシリテーターによるまとめ(アイデアから優先の高いものをいくつか選ぶ)

イ) 共通事例の作成

共通事例の作成は、サービス等利用計画を作成後、福祉サービスを利用したが、福祉サービスでは解決しないニーズが分かり、計画の見直しが必要となったところでストレングスモデルによるグループスーパービジョンを行い支援内容の検討を行ったところ、地域資源を活用することで生活の幅が広がり、生活の質が高まったということを意識して作成している（資料1 1 参照）。

ウ) 事例検討（演習2）

グループの中で3日目に選出された代表事例に対して、演習1で行った模擬グループスーパービジョンを参考にして地域資源を活用した具体的な支援方法について検討する。ここではストレングスアセスメント票（1日目の研修を受けて3日目に提出、書式3）を使用し、ストレングスを生かして地域資源を活用する等を検討する。障害者の生活は福祉サービスの中だけで生活しているのではなく、福祉サービスを利用しながらも隣人や地域資源を活用することで生活の質が高まって行くこと、生活の中に地域とのつながりがとても大事である事を事例検討を通して理解する。また、相談支援専門員として、この地域資源を活用する等の支援がコミュニティワークの第一歩であることを理解する。

エ) 地域変革のためのヒアリングシートの記入（演習3）

3日目に提出されたヒアリングシートを研修全体の内容を留意して再記入を行い、地域支援の方法等の理解を深めることが目的である。また、主任相談支援専門員に求められる役割を理解し、相談支援専門員のキャリアアップにつなげていく。

オ) 地域支援の展開（演習4）

書式6を用いてインターバルで行なってきた内容の報告し、地域を基盤としたソーシャルワークを行う上で、相談支援専門員における技術や地域支援の展開、相談支援体制、個別課題を地域課題として捉え協議会で検討していくために相談支援専門員ができること等について検討する。

資料 2-2 地域を基盤とした SW

分担研究者：島村 聡

本講の目的

この講義は、「地域を基盤としたソーシャルワーク（コミュニティ・ソーシャルワーク）」が、障がい者の地域生活支援を実施する相談支援専門員の礎となることから、その意義を理解することを目的としている。以下の習得すべきポイントがある。

- ・なぜコミュニティ・ソーシャルワークの視点が相談支援専門員にとって重要なのか。
- ・コミュニティ・ソーシャルワークの意義と相談支援専門員の姿勢とは何か。
- ・コミュニティ・ソーシャルワークの機能とそれを可能とする技術とは何か。
- ・展開上のポイント、特に地域を意識したアセスメントや住民との協議の実際を知る。

※技術に関しては、日本介護支援専門員協会「主任介護支援専門員研修」テキスト(2016)を一部参照して記述。

1 地域を基盤とするソーシャルワークを相談支援専門員研修に位置づけた経緯

相談支援の質に関する検討会（2016）における議論において、利用者に対する支援が障害福祉サービスの調整だけに終始する点が危惧され、コミュニティ・ソーシャルワークが「相談支援専門員として持つべき視点」として報告された。同時に、計画相談と委託相談や基幹相談との役割の違いの明確化、基本相談の意味についても議論がなされ、地域を基盤とすることが相談支援システム全体の抱える課題であることも明白となっている。

本研修では、相談の形態を問わず、地域を基盤としたソーシャルワークの意義を共有し、利用者の地域生活支援のために、お互いがどのような役割を果たすべきかを考えたい。

2 コミュニティ・ソーシャルワーク（地域を基盤としたソーシャルワーク）とは

地域において個別支援と地域組織化を統合化させる実践である。地域自立生活上サービスを必要としている人に対し、ケアマネジメントによる具体的援助を提供しつつ、その人に必要なソーシャルサポート・ネットワークづくりを行い、かつその人が抱える生活問題が同じように起きないように福祉コミュニティづくりとを統合的に展開する、地域を基盤としたソーシャルワーク実践である（大橋 2005）、あるいは、ジェネラリストソーシャルワーク※を基礎理論とし、地域で展開する総合相談を実践概念とする、個を地域で支える援助と個を支える地域をつくる援助を一体的に推進することを基調とした実践理論の体系である（岩間 2012）。

「個別の支援ネットワークを形成してその課題を普遍化してから、地域の課題解決のネットワークを構築する」という従来の考え方とは異なり、個と地域の支援を同時並行的に実施するものである。

3 地域を基盤とする相談支援専門員が持つべき姿勢

- ・本人と住民の主体性を引き出す（エンパワメント）： 地域課題の把握・ワークショップ・マップづくりによる住民の主体的取り組みと本人の積極的関与
- ・本人と住民のつながりを広げる（協働と連帯）： 住民懇談会・調査の共同実施によるネットワークの拡大と連帯感の醸成
- ・各専門機関が住民の取り組みに寄り添う（補完的サービス活用）： 住民のさり気ない関わりを壊さず育てる障害者支援・介護保険等サービスの一元的適用

4 コミュニティ・ソーシャルワークの機能

(1) 並行的ニーズ（想い）検討機能

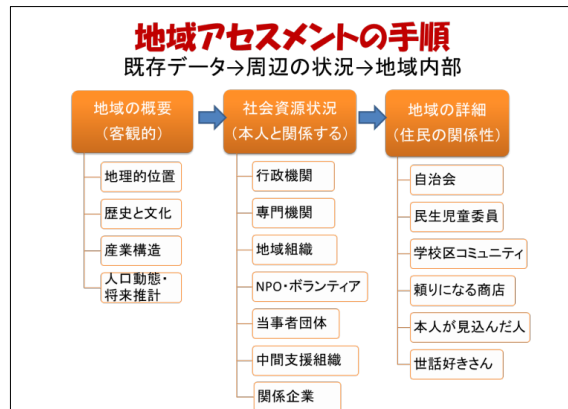
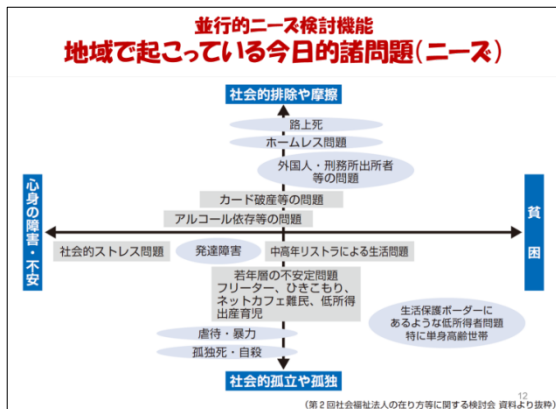
個別的ニーズを地域的に捉え直すものであり、個別ニーズに対応しながら地域の一つのニーズとして他の課題との連動を想定する。その意義は、地域の中で個別の課題を解決する時には類似の課題にも着目し、両課題の背景の共通点に着目しながら、同時並行的に検討を加えていくことで、本人と地域との接点を増やし、地域住民の参画を高めて、より協働的な関係の中で解決を図ることにある。

具体例：「高次脳機能障がい者の生きづらさは、若年性認知症の問題と重なる。両者とも制度の狭間にあり、この地域では両者で課題を共有させ解決に向けていくべきだ。そう感じた相談支援専門員は地域包括支援センターの保健師と連携して、両団体のニーズを調査し、共通で抱えている点として昼間の充実した居場所があると気づいた。民生委員と地元に住むOTを加えて、ボランティアを募集し、地元の農場を借りたミニファームと小さなカフェを始めることになった。」

並行的ニーズ検討を可能とする技術として、

①個別課題と地域課題を関係づける発想（個別支援⇔地域支援）があり、個別の支援をしながらもその課題は地域のどこかにあるし、地域の課題として解決すれば個別の支援も進むという思考が重要となる。

②「地域」のアセスメントをする力（地域診断）があり、地域の状況を予め把握しておく（専門機関の状況、地域の地理、歴史、経済、文化、組織や人、資源となるものなど）が大切である。



(2) 専門機関による地域連携機能

関係機関に個と地域を意識させ、個別支援を協議する場において関与する専門機関が地域の特性や資源を意図して支援に役立たせていくものである。

【意義】

専門機関が本人に個別のかつバラバラに関わるのではなく、本人とその地域の関係者を含めた協議の場に参加させてもらい、地域の対応力や資源がうまく機能するように支える。

具体例：「就労を希望する発達障がいのある本人に、就労移行支援事業所の就労支援ワーカーが関わってきたが遅々として就労先の希望がみえない。民生委員の発案で、本人が馴染みの地域の洋菓子店の主人を入れて話し合いを持つとその洋菓子店での手伝いを希望していることがわかった。小さな店で雇用の見通しがすぐには立たないが、実習先として受け入れていただき、町内にある取引先のスーパーでの販売を目標に頑張ることになった。」

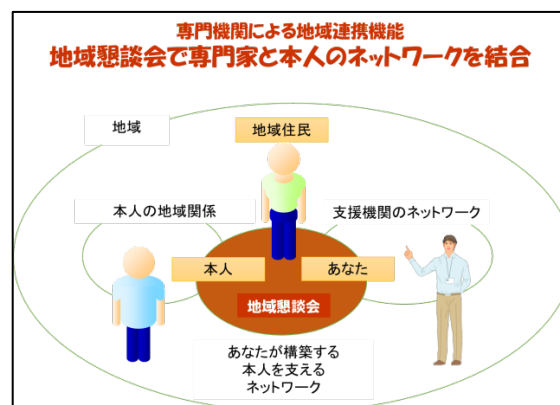
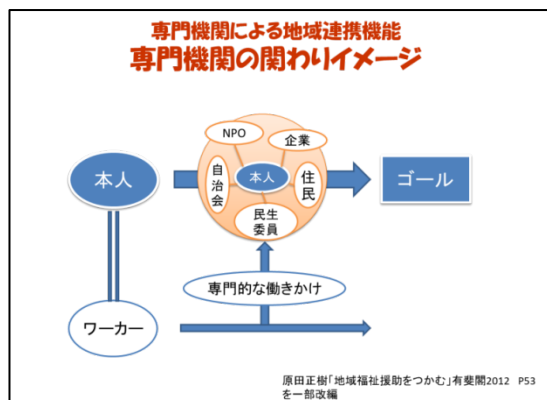
専門機関による地域連携を可能とする技術として

③「地域を変革する」相談援助（地域連携による支援）

地域自体が変わらなければ問題は解決しないので、本人を囲む地域に丸ごと働きかける（地域懇談会にも出向いて調整する）ことである。

④地域生活力を向上させるアプローチ（自己決定が可能な環境づくり）

専門職主導ではなく、本人や家族がどう生きるかを選択する環境をつくる（延命医療や介護サービスの選択などの幅を拡げる）ことである。



(3) 住民主体の問題解決機能

住民や関係者を巻き込み主体化するもので、個別の課題に住民の関心を引きつけ、問題解決のプロセスに巻き込んで地域力で解決することにつながることである。

【意義】

本人の周囲を丁寧にアセスメントし、本人と本人を支える人たちの課題をともに主体性を持って解決するプロセスを通して、両者がエンパワメントを図り、その結果として地域生活を豊かなものとすることで、地域の自己効力感向上に繋げる。

具体例：「希望する植栽の管理の仕事が見つからず、自分の障がいに対する周囲の理解が得られないためと考えた本人が相談支援専門員のあなたに愚痴をこぼしている。丁寧に本人の地域との関わりをアセスメントしてみると、自治会の会計をしている A 氏が「高齢者が増え、その庭の植栽が出来ずに困っている」と話していたことが分かる。自治会の集まりに本人とともに参加してみて、本人に一部その役割が果たせる可能性を感じた相談支援専門員は、本人のような立場にある障がい者の存在を説明し、協力を求めた。自治会では高齢者がともに植栽の手入れを行うことで何軒もある課題を一緒に解決すると決議し、植栽業で経験のある本人を迎え入れることになった。今では、定年後の高齢者の大切な仕事として障がいのある人と一緒に植栽作業を行うことがこの自治会の誇りになっている。」

住民主体の問題解決を可能とする技術として

⑤当事者組織化（セルフヘルプ）

同じ境遇を持つ本人や家族が協働して課題解決に取り組むことで支え合いの基礎をつくることにつながる。

⑥住民活動組織化（地域の組織化）

住民個々の活動をつなげることで地域独自のサービスの担い手を作っていくことである。

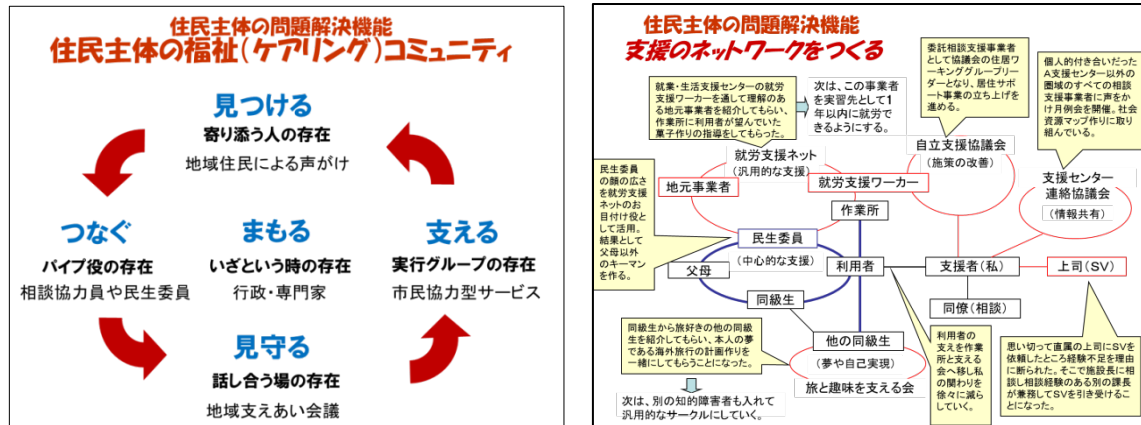
⑦福祉教育（地域の理解力向上）

地域にある誤解や偏見を解消し、住民が地域課題を認識できるように講習会や取り組み

の可視化を行うことである。

⑧支援ネットワークづくり（地域支え合いの輪づくり）

個別の問題を住民が中心となって発見・対応・見守りにつなげていくために本人を中心とした小さな支援の輪をつくることである。



(4) 予防的地域課題解決機能

地域で起こりそうな問題を事前に防ぐものである。地域での問題発見および解決機能の向上により、予想される課題の芽を摘み取ることができる。

【意義】

個別支援のつながりは、本人専属的になりやすいが、（地域懇談会などを通して）そこに幅広く地域住民が関わることで、住民のネットワークが課題発見や見守りなど福祉的な関わりを果たし、本人以外の人たちに起こっている問題に気づき、解決に向けて起動していく。

具体例：長期ひきこもりの原因が親の抱え込みにあると感じたワーカーが、学校の調整し、ひきこもりの居場所を運営する NPO のノウハウを活用して、PTA に対して情報提供を行ってきた。今では PTA が自主的に NPO を招き学習会を定例で開催して、親同士の情報交換を行うようになっていく。これにより、ひきこもりの長期化が減り、早期の対応がとれるようになった。

予防的地域課題解決を可能とする技術として

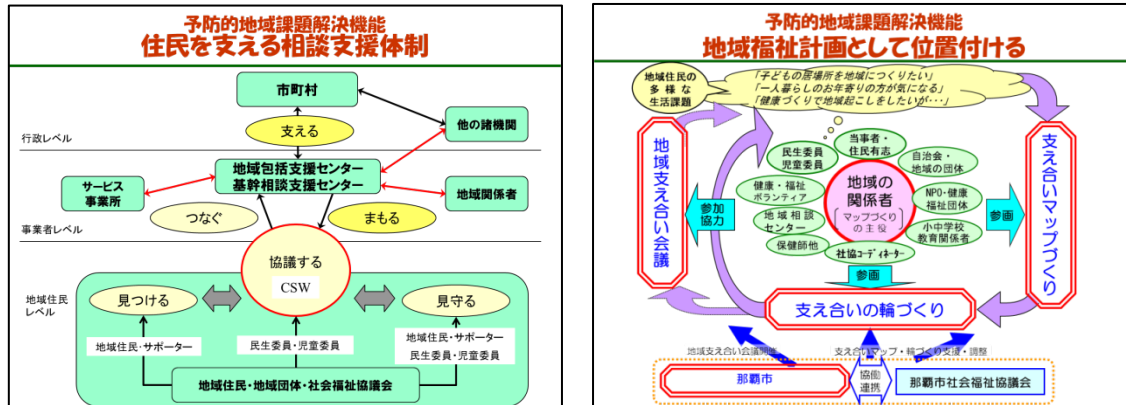
⑨地域ケアシステム（大きなケアマネジメント）

地域包括支援センターや基幹相談支援センターの圏域において課題発見→ケア会議→介入→見守りを行う仕組みをつくることである。

⑩市町村の計画的な行政推進（制度とマンパワーの向上）

市町村域において地域福祉計画等により地域ケアシステムを支える人材確保・育成・シ

システム支援を進めることである。



5 地域を基盤とするソーシャルワークの展開プロセス

■ アセスメント

・個別アセスメント（地域生活ヒアリングシート）・潜在的ニーズの把握（マップづくり）・地域アセスメント（地域資源の把握・地域の基礎データ）をしっかりと行い、住民で支える可能性を明確にする。

■ プランニング・カンファレンス

・地域人材とともに考えること（地域懇談会の開催）により地域のエゴを乗り越える。

■ 実施

・地域（資源）の主体性を引き出す（地域内のチームづくり）とともに、利用者の力を住民間でも共有する。

■ モニタリング

・地域の中で見守られる・支え合うことで双方向性を維持することで継続性の高い地域生活を支援する（地域内の会議の継続・予防的ケア）。

■ 評価

・ケア会議での次に向けた検討・他地域から「良い評価」を得るなどして地域住民の自信を高めより高いレベルの支え合いを実現する（地域ケア会議での評価、広域で発表）。

特にアセスメントについて、以下のような点について掘り下げていくことが重要である。

- 【1】本人が参加・所属している地域組織または参加したがっている組織について
- 【2】本人の交友相手〈友達〉について
- 【3】本人が所属している当事者組織について
- 【4】本人に（福祉的に）関わっている人や組織・企業〈商店〉・隣人について
- 【5】本人が見込んでいる相手〈相談に乗ってくれたり、困った時助けてくれる人〉行きつけの商店・診療所の医師・隣人について

- 【6】本人の親族で、利用者が頼みにしている相手について
- 【7】本人の〈これから戻る〉近隣は、利用者にとっていい近隣か。
- 【8】本人の周囲で、活用できそうな福祉資源はあるか。
- 【9】本人にとって「隠れた資源」となっているもの〈利用者を元気にさせているもの〉について
- 【10】本人は地域に対して、どんな資源性を有しているか。
- 【11】本人にとっての資源同士のネットワークの状況はどうか。
- 【12】本人の自宅〈居住場所〉は、
- 【13】本人のセルフケアマネジメント能力〈自分の状態を正確に把握・ハンディの中身も客観的に把握・その克服策の工夫・必要な資源を発掘・活用する資質等〉の評価をする。

また、住民との協議を行う際にも、地域のキーマン（利用者の可能性を拓ける確度の高い人物）との調整を怠らず、住民から発せられる課題提起を支援の改善の機会として、利用者本人の参画の可能性を検討することが求められている。

6 終わりに：地域課題解決に必要な5つの仕組み

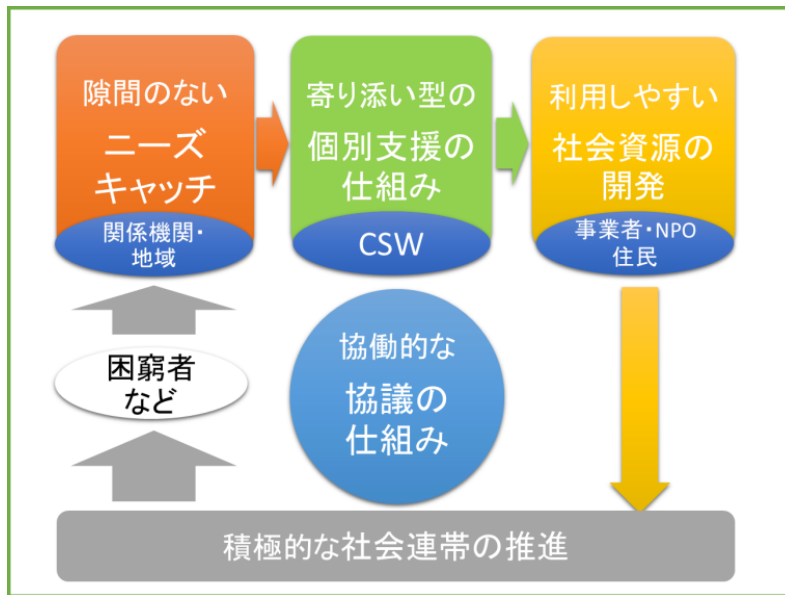
コミュニティ・ソーシャルワークを進めていくということは、

- ・隙間のないニーズキャッチ
- ・寄り添い型の個別支援の仕組み
- ・協働的な協議の仕組み
- ・利用しやすい社会資源の開発
- ・積極的な社会連帯の推進

といった仕組みを地域の中に成立させていくことに他ならない。

これらは、決して相談支援専門員が個々に行うものではなく、社会福祉協議会のコミュニティ・ソーシャルワーカー、地域包括支援センター、市町村行政、自治会、民生委員・児童委員、NPO その他の職種もそれぞれに取り組んできている。

相談支援専門員はあくまで利用者のエンパワメントを図ることが使命であり、これらの職種と住民の協力を本人のストレングスにすることを目指していただきたい。



参考文献

一般社団法人日本介護支援専門員協会「主任介護支援専門員研修」テキスト、2016 年
大橋謙策「コミュニティ・ソーシャルワークの機能と必要性」地域福祉研究、2005 年
岩間伸之・原田正樹「地域福祉援助をつかむ」有斐閣、2012 年

沖倉智美（大正大学）

相談支援従事者現任研修

3. 個別相談支援（意思決定支援）

本時の前提（初任者研修を振り返る）

✖ 相談支援の基本姿勢

- (1) 国際生活機能分類（ICF）
- (2) 自己決定とエンパワメント
- (3) ストレングス視点
- (4) 本人中心（Person-Centered）
- (5) ノーマライゼーション・ソーシャルインクルージョン

✖ ケアマネジメント概論

障害者の地域生活を支援するための「技法」であり、計画そのものを作る「プランニング」だけではなく、本人と事業所とが出会う「インテーク」、計画作成に当たっての「アセスメント」、計画に基づく「実施」、サービス提供による変化を確認する「モニタリング」、事業所の変更やライフステージの移行に伴う「終了と事後評価」を行う→一連の循環的・螺旋的過程
過程における「本人中心」「チームアプローチ」「社会資源の改善・開発」

2

本時の内容と目標

1. 意思決定とは
2. 意思決定支援とは
3. 相談支援過程における意思決定支援
4. 意思決定支援の着眼点

以上の項目に関して...

他者に説明ができ、自らが実践できること

3

1. 意思決定とは

- ✖ 目標を達成するために、複数の選択肢の中から、1つないし複数の手段や方法を選ぶこと。
- ✖ 決定するという一時点だけではなく、決定にまつわる情報を獲得・精査し、助言を得ながら検討、選択し、その決定を実現していく一連の過程。
- ✖ 意思決定は、他者から直接的あるいは間接的な支援を得て実現しているものであり、この意味で社会の中で行われ、道徳や価値、そこに存在する他者からの影響を否定できず、たとえ障害がなくても、独力で完遂する自己決定はあり得ない。

4

2. 意思決定支援とは（１）

- × 「支援つき意思決定（当事者の判断能力の最大化）」のために必要な「合理的配慮」としての意思決定支援
 - ① 「制度化された支援」...成年後見制度や相談支援事業等と
 - 「日常生活場面における支援」...地域や社会福祉施設でソーシャルワーカーが提供している支援
 - ② 「環境への間接的支援」...制度施策の整備や自己決定に関する社会的価値や態度等の文化的背景、多次元のチームアプローチと
 - 「意思決定場面への直接的支援」...わかりやすい情報提供や当事者と支援者との信頼関係形成、意思形成や表出支援、成功体験の積み重ねと失敗の許容とやり直し支援

5

2. 意思決定支援とは（２）

- × 社会福祉施設等でサービス管理責任者と支援員とで作る個別支援計画に基づく支援は、生活や日中活動における個々の意思決定場面に応じた「インシデント対応型」が中心
相談支援専門員が行うサービス等利用計画に基づく支援は、「プロセス対応型」
 - ⇒相互連関的
 - 一つひとつの場面における意思決定支援の集積が、当事者の未来の意思決定を創る
 - 一つひとつの意思決定支援は、サービス等利用計画の長期目標の実現を視野に入れた支援
- × 当事者と専門員との協働作業
- × 専門員とは当事者の意思決定を支援する環境の一部かつ重要なものであり、支援は意思決定と分離せず、当事者が選択可能なものとして意思決定過程に組み込んでおくべきもの
- × 当事者と専門員とを孤立させない支援体制をいかに生み出すか

6

2. 意思決定支援とは（３）

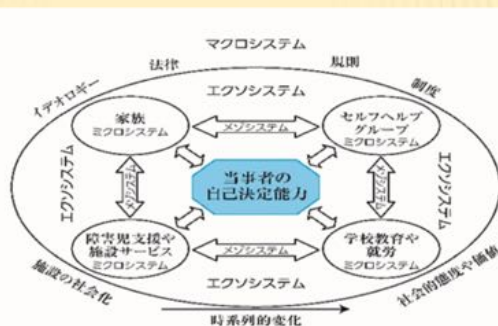


図1 エコシステムモデル
出典 Abery, B. H. & Stancliffe, R. J. (2003 : 33)

7

3. 相談支援過程における意思決定支援（１）

- × インテーク・アセスメント
（ニーズ把握は、どのような視点で、誰が、どのように行うのか）
 - ① 当事者の思いと家族の考え、そして相談支援専門員（やサービス管理責任者）の見立て
 - ② アセスメントシートの功罪
 - ③ 社会参加や地域生活はオプションか
 - ④ 障害の重い人たちのこと
 - ⑤ 多角的な視点で...「課題解決型」支援会議の重要性
 - ⑥ 「地域を知ること」と「サービス事業所等を知ること」

8

3. 相談支援過程における意思決定支援（2）

<コミュニケーションルール>

- ① 困ったことなどの問題点、マイナス面ばかりを聴きすぎないこと。可能性や理想を本人とともに追求しましょう。
- ② 質問には自発的な発言を促す「開かれた質問」と、YES・NOで答えられる「閉じられた」質問があります。両者を上手に使い分けましょう。一方的な質問だけでなく、本人の自発的な発言に耳を傾けましょう。
- ③ わかりやすい質問を心掛けること。得たい答えが返ってこなかった場合は、質問方法を変えてみましょう。答えにくそうな質問をする際のエチケット。質問に対して答えを躊躇している場合、フォローしましょう。
- ④ 事実確認にとどまらず、本人の希望や意向を丁寧に聴いていきましょう。早すぎる助言や提案は、本人の主張を妨げます。本人とともに考えましょう。
- ⑤ 本人の発言に対する関心や共感を伝えることは大切です。「顔で笑って心で泣いて」ではなく、「目は口ほどにものを言う」です。わかりやすい豊かな表情や感情表現を心掛けましょう。
- ⑥ 聴き取った内容は、理解が正しいか、随時確認しながら進めましょう。わかったつもりは禁物です。
- ⑦ 聴き取った内容を記録することばかりに集中しないこと。本人の表情の変化にも注目しましょう。

9

3. 相談支援過程における意思決定支援（3）

× プランニング（目標設定と役割分担）

- ① 当事者の思いと家族の考え、そして専門員（やサビ管）の見立て
- ② 障害があると夢をみてはいけないのか
- ③ 誰が最後の決断をするのか、責任の所在は
- ④ 目標の共有と実現への決断...「情報共有型」支援会議の重要性
- ⑤ 目標レベルと取り組み期間の設定
 - ・ 高すぎる目標と低すぎる目標
 - ・ 努力目標と支援目標
 - ・ 目標達成の期間設定...短中長期目標を立てられますか
- ⑥ 誰がその支援を担当するのか

10

3. 相談支援過程における意思決定支援（4）

× 実施とモニタリング

- ① 当事者の思いと家族の考え、そして専門員（やサビ管）の見立て
- ② 顔の見えない「サービス等利用計画」と「個別支援計画」
- ③ サービス事業所等に対する「指示書（アセスメントや支援の伝達）」としてのサービス等利用計画
→ 「量（種類や時間数）」だけではなく、
「質（具体的支援内容と方法）」をどう記述するのか
- ④ サービス提供によって変化した当事者の力や周囲の環境を確認し、調整を行う「モニタリング」

11

3. 相談支援過程における意思決定支援（5）

改めて、為すべきことを確認する

- ① 計画作成と実施は「契約」です...だから一緒に作りましょう
- ② 当事者の思いに耳を傾けていますか
...「来年の今頃、どこでどうしたい？」
- ③ 「していること」と「していないこと」
...自分の業務アセスメントの客観性（してないことはしましょう）
- ④ 「あるもの」と「ないもの」
...社会資源（サービス事業所等）のアセスメント
（ないものはつくりましょう）
- ⑤ 自分たちのしていることを「説明できること」と
その証拠として「記録に残すこと」
...「個々の生活」と「地域」の“Before”&“After”の可視化

12

4. 意思決定支援の着眼点（チェックリスト？）（1）

- ✖ 厚生労働省「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」
- ✖ 意思決定支援を実践（演習）するということ
 - ①当事者にまつわる社会資源ネットワークの可視化
 - ②意思決定（支援）過程の記録化
（当事者とのコミュニケーションを振り返る）

13

4. 意思決定支援の着眼点（チェックリスト？）（2）

- a. 当事者の意向を無視していないか
- b. 当事者の言葉の意味を吟味しているか
- c. 支援者の都合が優先されていないか
- d. 既存の社会資源（支援方法）だけが前提となっていないか
- e. 先に結論があって、話し合いをしていないか
+ 当事者は決定を楽しく実行・実現することができているか

*合意形成（方針の一本化）を図った判断基準や根拠を、当事者も含めて随時確認する

14

参考文献・資料

- ✖ 公益社団法人日本発達障害連盟（2015）『意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する研究』平成26年度障害者総合福祉推進事業報告書
- ✖ 公益社団法人日本発達障害連盟（2016）『意思決定支援のガイドライン作成に関する研究』平成27年度障害者総合福祉推進事業報告書
- ✖ 厚生労働省「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu/0000159854.pdf>
- ✖ Michael L. Wehmeyer (2003) A functional theory of self-determination: Definition and categorization. In: M. L. Wehmeyer, B. H. Abery, D. E. Mithaug, & R. J. Stancliff (Eds.), Theory in Self-determination: Foundation for Educational Practice 174-181.
- ✖ 沖倉智美（2012）「演習『当事者の声を聴く』—参加者へのインタビューからその意義と課題を検証する—」『大正大学大学院研究論集』第36号, 146-154
- ✖ 沖倉智美（2012）「支援つき意思決定」の理論と実際—知的障害当事者の「自己決定」をどのように考えるのか—」一般社団法人日本社会福祉学会編『対論 社会福祉学5 ソーシャルワークの理論』中央法規出版, 217-245
- ✖ 沖倉智美（2017）「意思決定支援とソーシャルワーク」, 知的障害者の意思決定支援等に関する委員会 編『現場で活かせる意思決定支援』日本知的障害者福祉協会, 130 - 140
- ✖ 社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会（2014）『意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方に関する基礎的調査研究について』平成25年度障害者総合福祉推進事業報告書

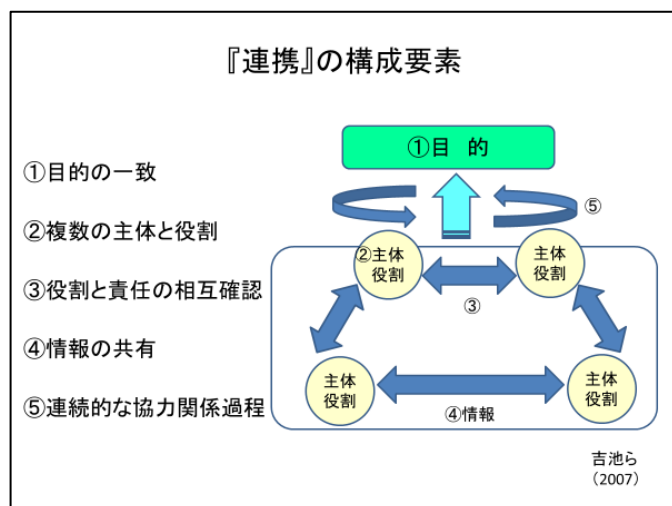
15

新現任研修では

- ・チームアプローチ（多職種連携）の理論と方法を学び実践において展開できること
- ・チームアプローチ（多職種連携）を実践するための技術と能力の獲得をすることが獲得目標です。

新初任者研修において、連携とチームアプローチの基本的な概念整理や範囲等を学んでいます。連携を1対1の関係ではなく多職種を含め複数の人数で連携し、グループを作るのではなくチームを作って一人一人の利用者に対して支援（チームアプローチ＝連携過程の最終段階）を実施・実践することとして整理をしています。すなわち、「連絡を密に取り合って、ある目的のために多様な人材が集まり協働を通じて相乗効果を生み出す過程・方法」とも言えます。定義等は初任者研修で学んでいますので、現任研修では少し応用的に整理し、具体的にチームアプローチの視点と展開を考え実践に結びつけます。実際には、相談支援専門員として実践を行っているはずですので、ここでは、もう一度、簡単にその重要性等を整理し、実践を振り返りつつ新たなヒントを得ることができればと考えます。

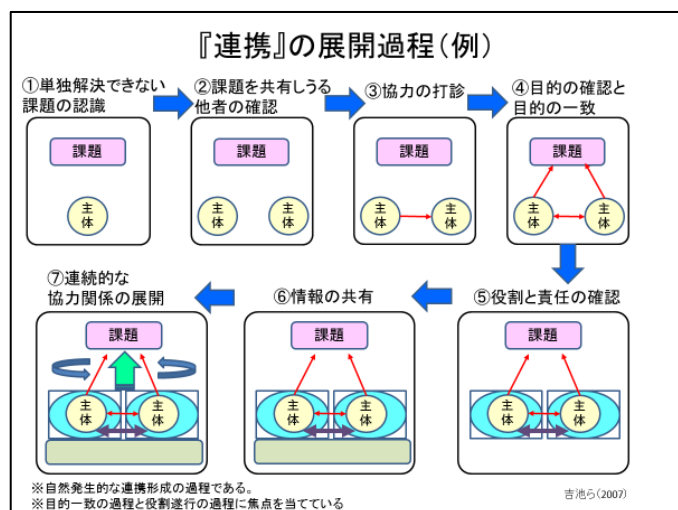
1. 連携の構成要素と展開過程



少し復習的に整理をしておきます。連携については、吉池らが、『**連携**』の**構成要素**として①目的の一致、②複数の主体と役割、③役割と責任の相互確認、④情報の共有、⑤連続的な協力関係過程の5つに整理をしています。

また、『**連携**』の**展開過程**を、①解決できない課題の認識→②課題を共有しうる他者の確認→③協力の打診→④目的の確認と目的の一致→⑤役割と責任の確認→⑥情報の共有→⑦連続的な協力関係の展開の7つとしています。

すなわち、これは相談支援におけるチームアプローチも同じ過程で考えられ、相談支援を実施していく中で、複合的なニーズを持つ利用者に出会い、必要な複数サービスあるいは多職種の人たちに集まっていただき、サービス担当者会議等（事例検討会等）を実施し、目的（課題）の整理・確認等をしていきます。その上で、様々な工夫やアイデア出しをおこないつつ、それぞれの視点や専門性等の役割を活かし整理し、情報を共有化していきます。ここでは、アセスメント（モニタリング）等により繰り返しの対応が行われることにもなります。そうした継続的な連続的な対応を図



りつつ、更にお互いの役割等が明確化され多くの情報があつまりチームによる支援（アプローチ）が継続されていくことになります。

2. 多職種連携の重要性とその意味

相談支援専門員からもサービス事業所等からも、もちろん利用者としての当事者にとっても、多職種連携によるチームアプローチはとても重要です。

例えば、

- ・本人の持つニーズ、人の人生を多面多角的に捉え、多職種連携により応えていくことが可能になる。
- ・同じものを見ている、価値観や視点の違いにより見ているものは同じでも見えていない場合がある。
- ・利用者に対する本人自らの新たな可能性を見つけるきっかけにつながる。
- ・相談支援専門員の、得て不得手をカバーし多面的なアセスメントが可能になる。

（多職種間、サービス事業所からも同じ事が言える）

- ・ケアマネジメント体制の強化と構築につながる。
- ・抱え込みや過剰な支援がないかなどサービス内容に関する相互チェックと質の向上につながる。
- ・最初に合わせたニーズに対してニーズや環境、時代の変化に並び合わなくなっていることに気づかなくなっている場合への対応ができる。
- ・本人の状況等に変化がない場合、サービス側が合わない、あるいは他の対応方法、他のサービスの方が良い場合がある。
- ・満足度が上がらない場合、ケアマネジメントプロセスに沿った原因の追及(探索)ができる。
- ・チームによるモニタリングを通じ、個別支援計画やサービス等利用計画を変更する（勇気を持つ）。
- ・定期的に提供しているサービスを振り返り・検証を行うことができる体制作りへとつながる。

こうした多職種連携の重要性に例示されている内容は、専門性とチーム力を高めることや、包括的なアセスメントによるPDCAサイクルの実施によって質の高いサービスの提供につながるものであり、一方では、私たち関係者の人材育成にも大きく寄与しています。（一部サビ管指導者研修資料より抜粋）

3. チームアプローチを実践するために

相談支援専門員の皆さんがチームアプローチを実践するために、これまでの経験と実践を、振り返りシートを使い確認をしてみます。また、チームアプローチについて、その促進要因や阻害要因を考え具体的な対処法を検討すると共に、連携を取るための連携先のアセスメントをし、これからの実践に役立ててみましょう。

（1）チームアプローチの視点と意思決定支援

1）本人の周辺にいる人々や地域の関係機関を把握することの必要性

本人の周りにはどのような関係機関があり、あるいは接点を持ち、どのような人たちがいるのでしょうか？フォーマルに限らず、インフォーマルを含め幅広く把握が出来ているのでしょうか？

ジェノグラムやエコマップを利用し、例としてインフォーマルに視点をあてて見てみましょう。

- ・近所に何かと気をかけてくれるおじさんはいませんか？
- ・たばこ屋やクリーニング店のおばちゃんはどうでしょう。
- ・月に1回ぐらいなら手伝えるよ!!と言ってくれる元職場の友人とか。

・昔、よく遊んでくれた農家の夫婦とか。気のいい町の電気屋さん。

もちろん、関わりのある障害サービスの事業者も含め本人の支援が出来るようなチームが必要です。こうした人たちが集まって情報共有をしていく中で、さらに近しい他のつながりがみつかるかもしれません。

環境のストレングスは考えられていますか？

- ・配達してくれるお弁当屋さんやコンビニがある。
- ・大好きなDVDのレンタル屋さんがある。
- ・バス停が近いのでバス一本乗れば結構出かけ先は広がる。等々考えて見ます。

2) 本人を中心としたチームアプローチの必要性

関係者や関係機関等が集まりチームアプローチが進んでいくと、いつの間にか、本人の意見や思いが見えなくなっていることがあります。良かれと思った方向にまとまっていってしまい、本人が中心から少し外れてしまっていることも。チームの意見が主にならぬように、常に本人の意思や意見を確認していくことを忘れないようにしなければいけません。

「本人さんはどのように思っているのでしょうか？」

○こんな事例がありました。視力が徐々に低下してきている60代の女性、家族が多く、孫の面倒も何かと見ています。家にいるので何かと便利に使われるのですが、見えなくなってきた目のことを気にしてもらえず、家事や育児に実は支障が出てきて不安でたまりません。相談支援専門員に相談を少し出かけられると…と伝え、就労継続Bを紹介してくれました…。断り切れずに休みがちながら通っています。(本当は、就労Bに行きたいわけではありません、自分の今後の不安や日頃のストレスを聴いて欲しい、分かってもらいたい、少し気晴らしをしながら、自分の不安を取り除いたり安心できる方法を知りたかっただけなのです。) ←相手の本音を聞けていますか？

3) 本人を中心としたチームを構成するための必要な手段

本人を中心としたチームを構成するために必要な手段にはどのようなものがあるのでしょうか？

例えば、サービス担当者会議や個別支援計画作成会議には本人は入っていますか？

入っているととしても大勢の専門家に囲まれている状況で、自分の信頼できる安心できる人が傍にいたり、安心して参加ができるような工夫がされているのでしょうか？

あるいは、組織優先・制度優先が先行してしまい、いつの間にか、誰のための何のための支援なのか疎かになりそうな場合に、上手く元に引き戻す働きかけができていますか？

また、本人の声や意思決定のために必要な支援が行われているかも気を付けてみましょう。

4) 本人を中心としたチームの中での自分の役割

自分自身が本人支援のチームの中で、どのような役割を担う位置にいるのか整理・確認が出来ますか？相談支援専門員として全体をコーディネートする役割なののでしょうか、それとも困難ケースのため基幹相談支援センターが入ってくれているので、情報を提供していく役割なののでしょうか。

基本的に相談支援専門員は権利擁護の番人(門番)でなくてはなりません。本人中心支援を進めるために最善の策を常に考えましょう。

5) チームアプローチを通じた今ある社会資源の活用と新たな社会資源の創出

本人の周辺にある地域の社会資源を把握していく、あるいはチームの中で様々な新たな情報等を得られていくと、次にはその資源をどのように活用していくか、他の活用の仕方はないかのアイデアを出

していくことも大切です。まずは、アイデアを柔軟に拡散し、次には具体化できるように収束させていきます。そんな中で、それでも不足しがちな場合、作り出す方法を考えることも必要です。今ある資源でも工夫の仕方によっては新たな付加価値のある違う資源として生まれ変わるかもしれません。

（２）チームアプローチの展開

１）支援目標の共通理解を得るための会議の実施

多職種・多機関（職場）連携を考える場合に、支援目標が共有化され認識を一致させていく過程が重要です。困っている人がいることを情報として「知る」と、具体的に「認識」、理解することは別のことです。情報を伝えたからといって、みな動き出すわけではありません。

話し合われる「言葉」、専門用語でつまづいていたり、重視するポイントがずれていたりする場合があります。会議の中で、例えてもらう、言い換えてもらうなど工夫が必要となります。

また、「会議開催の意図や目的が明確になっていること」、それして話し合う内容がしっかり「共感」できることです。支援目標が共通理解されたとしても、具体的支援の方法を考えていこうとした時に、押しつけあったり出来ない理由を並べてしまったり、ネガティブな議論が進んだりしていませんか？そんな場合、グラドルールとして出来る方法をまず考えてみるという共通認識であったり場の設定が必要になったりします。そんな中で、本人の利益、お互いの利益と損害、折り合い・すりあわせ、アイデア出し、条件設定などを上手く考え会議をすすめる必要があります。その上で、合意形成、それぞれが納得できること、ここには、役割や機能の分担、人手の分担などもあるでしょう。上手く「共通理解」が得られる会議となっているのでしょうか。どこで、つまづいているのでしょうか、そんなことも振り返ってみます。

２）支援の経過や本人の満足度、チームアプローチの評価のための会議の実施

具体的な支援が進んでいる場合、その経過の整理や本人の満足度、将来像を見据えた進捗具合などを振り返ってみます。滞っている場合に、犯人探しや批判をするのではなく、皆で方法論やお互いにカバーできる内容を考えます。困っている場合は困っていることを伝え、皆で対策を検討します。私たちは、チームです。次回、自分たちが困った時にはちょっとした手をさしのべてもらえるのではないのでしょうか。

３）危機介入や緊急時の支援体制やリスクマネジメント

リスクマネジメントは事前に考えられる所を押さえておく必要があります。事業所であれば、出て行ってしまっても戻ってこないことがある…とか、同居のお母さんが倒れたり、入院したら、急に生活が成り立たなくなってしまうとか、こんな場合は、お母さんは、気の抜く間もない生活をしていたりしないでしょうか。そんな時に、どのような連絡体制がとれ、関係機関で支援体制がとれるのか、目の前のその利用者さんは、リスクマネジメントもしっかり支援体制の一つとして押さえてあるのでしょうか。

４）地域資源（地域の中にある当たり前の資源）の活用方法

これは、前段で、本人の周辺にいる人々や地域の関係機関を把握することの必要性を伝えました。

周辺にある当たり前の社会資源をどれだけ把握し、本人と結びつけられているのか、細い糸をいかに少しずつでも太く出来るのかそんなところからはじまるものです。

５）地域を巻き込んだ支援の検討

地域生活の住民としてインクルーシブされていく、周辺の地域の人たちにも溶け込める、そんな働きかけ、時には理解を得るための動きはどうでしょうか。チームとして地域として町として、一気に進まな

いことばかりかもしれません。でも、進めなければ何も始まりません。地域も巻き込めません。逆にもっと離れて行ってしまうのではないのでしょうか。

6) 本人の意思を確認しながらチームで関わる

本人を中心に考えていれば、常に本人とコミュニケーションをとり、小さな言葉に耳を傾ける必要があるでしょう。チームのどこかで聞こえるかもしれません。これが当たり前になること。チームとして関わり、チームとして皆で確認し合う、そんな支援になるといいですね。

さて、振り返りシートを少し見てきましたが、相談支援専門員が一人で背負ってしまうことなく、連携・チームでの実践です。簡単ではないと思いますが、常に忘れてはならない目標です。知識と実践を繋ぎ合わせるため、自身の業務について、セルフチェックシートを通して、振り返ることで気づきが得られると思います。上記に簡単に項目ごとの意味合いを記載しています。各自で自己の振り返りをして見ましょう。セルフチェックシートについては演習時に細かく説明を行います。

4. 多職種連携を促進するもの阻害するもの

チームアプローチ(多職種連携)を 促進するもの阻むもの	
・阻害するもの ・やりにくいもの	改善策

私たちが、日頃、多職種連携やチームアプローチを意識しながら実践をしていく中で、どうも上手くいかない、ハードルや壁が高いと感じることがあるのではないのでしょうか？

あるいは、あの関係機関とはとか、あの医療機関とは、あるいはあの役所の担当とは…、そこには、どのようなものがあるのか感じる事を阻害するものに記載してみましょう。

一方で、なぜかあそこは上手く出来ている。いい関係がとれている、あるいは、こんなきっかけで上手くできたということもあるでしょう。そうしたことを、促進するものに記載してみましょう。

さらに、自分なりに

「阻害するもの」→「改善策」を

「促進するもの」→「強化策」を考えて書いてみます。どんなことが阻害要因となり、そんなことが促進要因になっていると感じているのでしょうか。ふと気がついてみると、なんとなく苦手意識があるとか、昔、上手くいかなかったあるいは、相手の土俵（組織やしくみ等）の事などを知らないとか、一方で、よく会うこと

チームアプローチ(多職種連携)を 促進するもの阻むもの	
・促進するもの(要因) ・やりやすいもの	強化策

があるとか連絡を取っている、あるいは何かで一緒に接点があってそれ以降、なんとなく上手くいって

いるなんて場合もあるのではないのでしょうか。

さて、記載した内容について、隣同士やグループで発表してみたり、自分はこんな工夫をしているによって少しだけ自慢をしてみてください。他の人への大きなヒントになるかもしれません。また、圏域や市町村が同じであったら、ひょっとしたら苦手意識のある連携先の攻略法が聞けたりするのではないのでしょうか。

参考

なぜ部門間の協力がうまく進まないのか

私たちが働く会社の中にも、組織の壁がたくさんあります。お互いに協力したいという気持ちはあっても、知らず知らずのうちに壁が出来てしまうのです。このような壁は、なぜ生じてしまうのでしょうか。また、その壁を乗り越えて協力し合うためには、何をすべきでしょうか。部門を率いるミドルマネージャーに焦点を当てて考えます。

組織の壁を形成する5つの要因

「組織の壁を形成する要因は、〇〇〇〇だ。」

①「相互の方針のずれ」...相手部門と方針や関心がずれていること。

②「相手部門の能力・人手不足」...期待する能力が相手部門になかったり、あったとしても忙しくて余裕がないことです。

③「自己の連携構築力不足」...自分自身のことで、連携をマネジメントする能力が足りないこと。

④「部門重視の制度」...評価制度等の各種制度が部分最適を助長するものになってしまっていること。

⑤「心理的なわだかまり」...感情面のこと

富士ゼロックス総合教育研究所 人材開発白書 26
富士ゼロックス総合教育研究所 研究室長 坂本雅明
香取大学教育学部心理文化学系 教授 坂本雅明

参考までに、富士ゼロックス総合教育研究所の人材開発白書に、富士ゼロックス総合教育研究所研究室長の坂本雅明さんの、「なぜ部門間の協力がうまく進まないか」について5つの壁が書かれています。私たちの、多職種連携や多職場連携、あるいは自分の組織の内部連携にも通じるものです。納得できる内容があるのではないのでしょうか。

少しそれを私たちの実践に引き寄せて考えて見ます。

連携・チームアプローチの壁を形成する要因です。具体的には、この要因を打破する、あるいは、軽減する方策、双方がWIN & WINになることを考えて見ましょう。簡単ではないことも多くあるとは思いますが。でも、皆さんにも思い当たることはありますか？あの人から頼まれると受けてしまうこと、強制力ではなく、人柄だったり、いつも一生懸命対応してくれていたりと、困ったときにとっても助かる経験をしたり、そんなことも連携を強化、促進する要因になっているものです。

これを私たちの実践で考えて見ると	
組織の壁を形成する5つの要因	連携・チームアプローチの壁を形成する5つの要因
①「相互の方針のずれ」...相手部門と方針や関心がずれていること。	①ニーズの捉え方のずれ、優先順位のずれ、支援の価値観のずれ、そこに時間をかける必要性の認識等
②「相手部門の能力・人手不足」...期待する能力が相手部門になかったり、あったとしても忙しくて余裕がないことです。	②忙しくて時間がとれない、手が回らない、言っていることや、やっていることがよくわからない等
③「自己の連携構築力不足」...自分自身のことで、連携をマネジメントする能力が足りないこと。	③コミュニケーション不足、相手の土俵の理解不足、準備不足、ネットワークを組む価値不足(知識・技術・理解促進不足)
④「部門重視の制度」...評価制度等の各種制度が部分最適を助長するものになってしまっていること。	④制度等により報酬等に反映されないやっても評価されない。
⑤「心理的なわだかまり」...感情面のこと	⑤苦手意識、怒られたり、断られた経験がある等

さて、もう一つ、多職種連携の壁、その溝を埋めていく必要があることがあります。それは、受けてきた教育やそれに伴うニーズの捉え方、支援の方法が違うこと、あるいは、価値観や優先順位の相違などがあります。共通の事例を通じながら、少しずつ少しずつしか埋まらないものもあるでしょう。ただ、その導入部分としてお互いに配慮できることも多く存在します。例えば、私たちが医療機関と連携をしようとした場合、もちろん、診療日や診察時間、あるいは入院患者さんの回診の時間など医師のスケジュールや対応しやすい時間を把握しておく必要があります。直接、医師に聞かなくてもMSWなどに尋ねるなど、あるいは調整をしてもらうことも含め、方法論も様々でしょう。でも、それらをしっかり考えて対応していくことも連携の重要な要素の一つになります。

多職種連携

～地域生活を支援するということは～

- ・保健・医療・福祉・教育・司法など、多職種がかかわることが多い。しかし、受けてきた教育が違うことから、ニーズの捉え方、支援の方法が異なる。
- ・通所、ホームヘルプ、短期入所、GHなど、複数の事業所がかかわる。しかし、支援に対する価値観(課題への見方)が異なる。
- ・ニーズの捉え方、支援の方法、価値観が違うことを認めたいうえで、チームでかかわることの必要性を理解する(チームアプローチ)

例えば、医療機関と連携する場合

- ・診療日は診療時間は、どうなっているか？入院患者回診やカンファレンスの時間など相手のスケジュールを知る。
- ・障害者福祉や地域に関心があるか。外部業務をどんな形で受けているか？(認定審査委員等)
- ・どういった学会に属して、どんな内容が専門か？
- ・内部のメディカルの評価は？
- ・患者・家族の評判は？
- ・上手く連携をする、コミュニケーションを取る、関係を築く方法を考える。
- ・時間を取っていただき、相談させてもらう。
- ・困っている事実を共有化し同じ目線作りに努める。
- ・事例(ケース)を通じた構築と、制度を含めた構築。
- ・例えば、うちの場合は…。

5. 多職種連携における会議の技術

フォーマルインフォーマルに限らず、関係者それぞれも毎日忙しくしていることが多いでしょう。そうした中で、チームアプローチを実践していくために、サービス担当者会議や連携に必要なカンファレンスや地域のための協議会など様々な会議があると思います。しかしながら、出来る限り短い時間で効果的・効率的、そして意味のある内容となった会議でなければ、人が徐々に集まらなくなってきます。相談支援専門員にとって、多職種が連携をしてもらえるそのための集まりはできる限り有効に活用したいものです。

多職種連携での会議での技術

【属性ごとの特徴を読み取る(配慮する)力】

- ①能力・経験(発言力、洞察力、構築力、語彙力、現場感覚など)
- ②思考・性格(ポジティブ系、ネガティブ系)
- ③立場(専門性、組織のポジション、家族関係等)
- ④専門性(医療、看護、リハ、福祉、介護、行政等)
- ⑤世代(昭和～平成)
- ⑥性別(男女)

高室成幸 ケアマネジャーの会議力 中央法規出版 PP40

多職種連携での会議での技術

1. 『顔ぶれ』をしっかり意識する
2. 『フラットな関係』を意識する
3. 進行は『バランス』重視で進める
4. 発言は『公的発言と私的発言』の区別をつける

高室成幸 ケアマネジャーの会議力 中央法規出版 PP40

高室氏は、ケアマネジャーの会議力(中央法規出版)の中で、多職種連携での会議の技術を示しています。その中で、属性ごとの特徴を読み取る(配慮する)力や、実際の会議での展開における注意点などまとめられています。ここでは、全体からの一部抜粋にとどめますが、会議を進める5つの要素をあげ、①段取りとして事前の準備の大切さ、②どのようなメンバーを集めるか、③話し合いをおしゃべりの場としない基本ルール、④良い発言を引き出す6つの角度、⑤会議のまとめ方の手法などをまとめています。

また、会議の有効な進め方として、①話し合いの要素を「パズル」で見える化すること、②情報を共有すること、③認識を一致させること、④問題を発見し原因を分析すること、⑤思いを一致させること、⑥調整・交渉をすること、⑦問題を解決すること、⑧意思を決めること、⑨計画を立てること、⑩仕組みを

話し合うこと、⑪未来志向で話し合うこと、⑫ブレイクスルー式で話し合うこと、⑬悪循環になる話し合いの切り抜け方、⑭苦情・クレーム対応を話し合うことなどについて具体的に示しています。

多職種連携・多職場連携・チームアプローチの重要性は分かっているし、自分たちだけでは利用者のニーズを満たすことは出来ない、また、絡み合った生活のしづらは少しずつ紐解きながらよりチームで対応する必要があることも。

しかしながら、何か上手くいかない難しいと感じ、連携を作り上げていく入り口というか、導入部分でつまづいてしまう場合もあるでしょう。あるいは、とりあえず集まってもらえたものの、共有化や共通認識、グループは出来たもののチームになれていない場合、さらには、集まっているもののアイデアが出ずに形式化してしまい、自分が一人でしゃべって調整することになったりしていないでしょうか。

あの時は結構上手くいったのに、この利用者を含めた多職種連携はまずまずなのに。残念ながら、「これ」という決められた特効薬のようなものがあるわけではありません。利用者も、そのニーズも必要な多職種・多職場もそして同じ多職種・多職場でも関わる人も、そして地域も異なったりしています。でも、整理をしてみたり、相談支援専門員同士で事例を検討してみたりすると、アイデアや方法論が見えてくるものです。

これらの講義を実施する場合は、実践に当てはめた説明やあるいは例示を踏まえた解説を加えること、あるいは、一つの事例を追いながらチームアプローチの過程を説明するなどの工夫が必要です。

また、これらの講義は次の演習へと知識と演習、実践がリンクすることが重要です。きっと、他の皆さんの苦慮や工夫、そして何気ない一言が、「そっか」、「もう少し聞かせて」と思えるのではないのでしょうか。

[参考・引用文献]

○宮下公美子「多職種連携から統合へ向かう地域包括ケア」メディカ出版

堀田聡子（地域づくりはよりよいケアを目指してゆくと至るもの）

○生活困窮者を支える連携のかたち 上原久編著 中央法規出版

○吉池毅志 栄 セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の 基本的概念整理、精神保健福祉実践における「連携」に着目して、桃山学院大学総合研究所紀要

○菊地和則「多職種チームの3つのモデル チーム研究のための基本的概念整理」『社会福祉学』

○松岡千代「ヘルスケア領域における専門職間連携 ソーシャルワークの視点からの理論的 整理」『社会福祉学』

○久保元二「保健・医療・福祉の連携についての概念整理とその課題」、右田紀久恵ら（編）『社会福祉援助と連携』中央法規出版

○長谷川俊雄「『連携』 の実際と課題 社会福祉援助方法としての『連携』 の具体的指針」『明治学院大学大学院社会福祉学』

○山中京子「医療・保健・福祉領域における『連携』 概念の検討と再構成」『社会問題研究』大阪府立大学

○高室成幸「ケアマネジャーの会議力」中央法規出版

○高橋紘士・武藤正樹共著「地域連携論」医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援 オーム社

資料 2-5 スーパービジョン

研究代表者：小澤 温

1. スーパービジョンとは

スーパービジョンには3つの機能（管理的機能、教育的機能、支持的機能）があるといわれている。（文献1） この3つの機能にそって相談支援専門員向けの内容を整理した。

管理的機能においては、職場における相談支援の目的、理念、ミッションの理解をすることが重要である。スーパーバイザーである経験の積んだ相談支援専門員がスーパーバイザーであるまだ経験のあまりない相談支援専門員に対して、相談支援事業所における相談支援の目的、理念、ミッションの理解を周知していくことは、相談援助技能の前提として重要な取り組みである。特に、相談支援の価値観（社会モデルとしての障害の見方、ケースワーク（個別支援）から地域資源の利用・開発などのコミュニティワークの取り組みの方向性への視点など）、そのために必要な実践の理解を深める。

教育的機能においては、利用者のエンパワメントに関して理解を深めることを実践現場の中で身に着けていくようなスーパービジョンを行うことは大事である。特に、利用者のリカバリーに関して、支援する立場を超えて、共感性を養っていくことが求められる。

支持的機能においては、さまざまなケースを担当している相談支援専門員への励まし、共感的理解をしていくことが重要である。これによって、相談支援専門員の陥りやすいバーンアウト、業務意欲の喪失、業務のマナー化を防ぐことになる。

スーパービジョンは、スーパーバイザーである経験の積んだ相談支援専門員がスーパーバイザーであるまだ経験のあまりない相談支援専門員に対して行うことが多いため、上下関係的になりがちであるが、重要なことは、上下関係ではなく、同じ相談支援専門員間同士で、一定の約束（契約）に基づいて行われることは重要な留意点である。

相談支援専門員の実践現場においては、スーパービジョンにあたって、以下の5点のスーパービジョンが重要である。

- ①利用者とのかわり方、支援方法、支援目標に関するスーパービジョン
- ②相談支援の専門家としての自信、不安、意欲に関するスーパービジョン
- ③スーパーバイザー自身の個人的な課題（適性、ライフスタイル、仕事と家庭のバランスなど）に関するスーパービジョン
- ④職場での人間関係、職場環境への不満などに関するスーパービジョン

⑤他職種との関係（あるいは、チームアプローチ）に関するスーパービジョン

2. グループスーパービジョンの特徴

一般的に、スーパービジョンには、個別スーパービジョン、グループスーパービジョン、ピアスーパービジョン、ライブスーパービジョンなどいろいろな形態がある。

個別スーパービジョンは、一番、普通に実施されるスーパービジョンであり、スーパーバイザーがスーパーバイジーに対して1対1で行い、スーパーバイザーの抱えている個別的な内容に関して適している。

グループスーパービジョンは、OJT（相談支援現場での実地トレーニング）における適用性がある。グループスーパービジョンには後述するように2形態がある。

ピアスーパービジョンは、同じような相談支援専門員の経験、教育、専門性の中で深まるので、教育効果が高い。

ライブスーパービジョンは、相談支援における面接場面を録音、録画した教材などを通して、ある程度の人数に対しての研修を進めるのに適している。

グループスーパービジョンに関しては、次の2形態があるので、区別しておく必要がある。

スーパーバイザーが教材となるケースを提供し、スーパーバイジーとして他のメンバーが参加し、意見交換をしながら進める形態。教育効果を重視している。教育・研修機関などで講師となるスーパーバイザーが受講生であるスーパーバイジーに対する形態である。

これに対して、スーパーバイジーが現場実践ケースを提供し、スーパーバイザーとして他のメンバーが参加し、意見交換しながら進める形態がある。ケースに対しての支援方法を実践的に考えるのに適しているので、ピアスーパービジョンの要素も入っている。この形態は、ストレングスモデルのグループスーパービジョンで使われているものである。（文献2）

3. スーパービジョンの実践を阻むもの

相談支援現場でスーパービジョンの実践を阻むものとしては、スーパービジョンの必要性に関する認識が相談支援事業所の構成員に共有されていない課題が大きな阻害要因である。そのためには、相談支援の質に関わるものとして、相談支援専門員の置かれている立場（とそれに基づいた支援実践）の振り替えりの必要性（管理的機能）、利用者とのかかわりの悩みに関する理解（教育的機能）、相談支援の実践の評価、うまくいったケースに関しての効果の共有を行い担当の相談支援専門員への励まし（支持的機能）、といったことが相談

支援現場に求められていることを理解すべきである。

このことに関しては、相談支援現場でのチームアプローチの認識不足、スーパービジョンを業務としてみなさない職場環境・雰囲気、スーパーバイザーになりうる相談支援専門員の人材不足がある。この課題の克服のための一助として、相談支援専門員同士の支えあい機能のあるグループスーパービジョンはきわめて重要である。

3. グループスーパービジョンの特徴

グループスーパービジョンの利点は、創造的な代替策（インフォーマル資源への着目、活用）のアイデアの源泉となること、利用者行動の内面的な理解（内的解釈）が可能となること、同僚への励ましと支持（チームとしての共感性）の形成、成功した実践の分かち合いを通して担当した相談支援専門員の励ましを行うこと、をあげることができる。

そのために、グループスーパービジョンの特徴としては、利用者との直接的な関わりのない同僚の視点から開かれること、介入や困難な決定をケアマネジャー個人でしないこと（チーム決定の重要性）、チーム全体が利用者をよく知るため、担当者の相談支援専門員の幅が広がること、チームとしての学習効果が高まること（個別ケースのアイデアから他のケースへ応用）、をあげることができる。

このような利点と特徴を十分に生かすためには、通常のスーパービジョンと異なり、スーパーバイザー（ケース報告者）とスーパーバイザー（その他メンバー）との意見交換によって進めていくことが重要である。さらに、スーパーバイザーとスーパーバイザーの関係が上下関係（指導関係）ではなく、水平関係になることも重要な点である。ただし、水平関係的なスーパービジョンを進めるにあたっては、ファシリテーターによる進め方が重要になる。グループスーパービジョンをファシリテーションにあたっては、アイデアを徹底的に出し合う（ブレインストーミング）の際に、創造的なアイデアはたいへんよいことを示し（ファシリテーターの進行の見せどころ）、出された多様なアイデア、解釈、意見に対してのケース報告者からの応答を促すことが重要である。最後のファシリテーターによるまとめ（アイデアから優先の高いものをいくつか選ぶ）も力量が必要なところである。

4. グループスーパービジョンの進め方

グループスーパービジョンは以下の流れにそって進めていく。

1) (ストレングス) アセスメントの作成と提出

2)利用者のゴールは何か。わたし（相談支援専門員）がグループから特に必要としている助言はなにか。

3)現状は何か、すでに取り組んだことは何か。

4)ストレングスアセスメントから明らかにされ、チームが必要としていることは何か。

5)ブレインストーミング

6)示唆されたことに基づいたわたし（相談支援専門員）のプランは何か。（次回までの支援）

この一連の流れを記録化する試みとして、以下のようなグループスーパービジョンのワークシートによってまとめることも重要である。

利用者 氏名： _____

ストレングスアセスメント票の作成日付： _____

1) 利用者の目標は何か？（このことは、記載時の利用者にとって重要で意味のあること、あるいは、利用者において熱望をもち続けるより深い目標の記載。もし、記載時に何をしたらよいかわからないならば、わからないと記載する。）

2) わたしがグループスーパービジョンのメンバーから受けた助言は何か：（これは、ブレインストーミングでチームを導くのに使った簡単な記述で行う。これは、利用者の目標を達成することを支援する、目標を達成するのに関わる障壁を克服することを支援する、利用者に対してリカバリーゴールに関わる。）

3)現在のケースの状況の概観：（これは、利用者の目標と相談支援専門員がこれまで取り組んできたことに関する相談支援専門員の考えについての短い記載を行う）

4)グループスーパービジョンで出されたブレインストーミングでのアイデア（例えば、25個の場合）

1.

2.

...

24.

25.

5)次のステップ：（これは、次回、あなたが利用者に対応するために特に何をするつもりなのか、あるいは、次回利用者に対応するのに重要なステップは何かの記載を行う）

6)フォローアップ報告（次回のグループスーパービジョンの際の報告）

4. よりよいスーパービジョンのために

相談支援現場でのよりよいスーパービジョン環境を生み出すためには、以下の4点が必要である。

- ・普段から職場のチームづくり、同僚（ピア）の良好な関係づくりをしておくこと。
- ・指導することとスーパービジョンの取り組みを混同しないこと。
- ・一人職場の場合は、相談支援事業所間のネットワークにより、ピアスーパービジョンを行うことが望ましい。
- ・グループスーパービジョンを実施している相談支援事業所（基幹相談支援センターなど）は、フィールドメンター活動（小規模な相談支援事業所に出向いてのスーパービジョン活動）を推進することが望ましい。

これらの取り組みによって、相談支援現場でのよりよいスーパービジョン環境を生み出すことは、相談支援実践の質の向上につながっていくことになり、相談支援にかかわる人材育成の取り組みとしても大きな寄与ができる。

文献

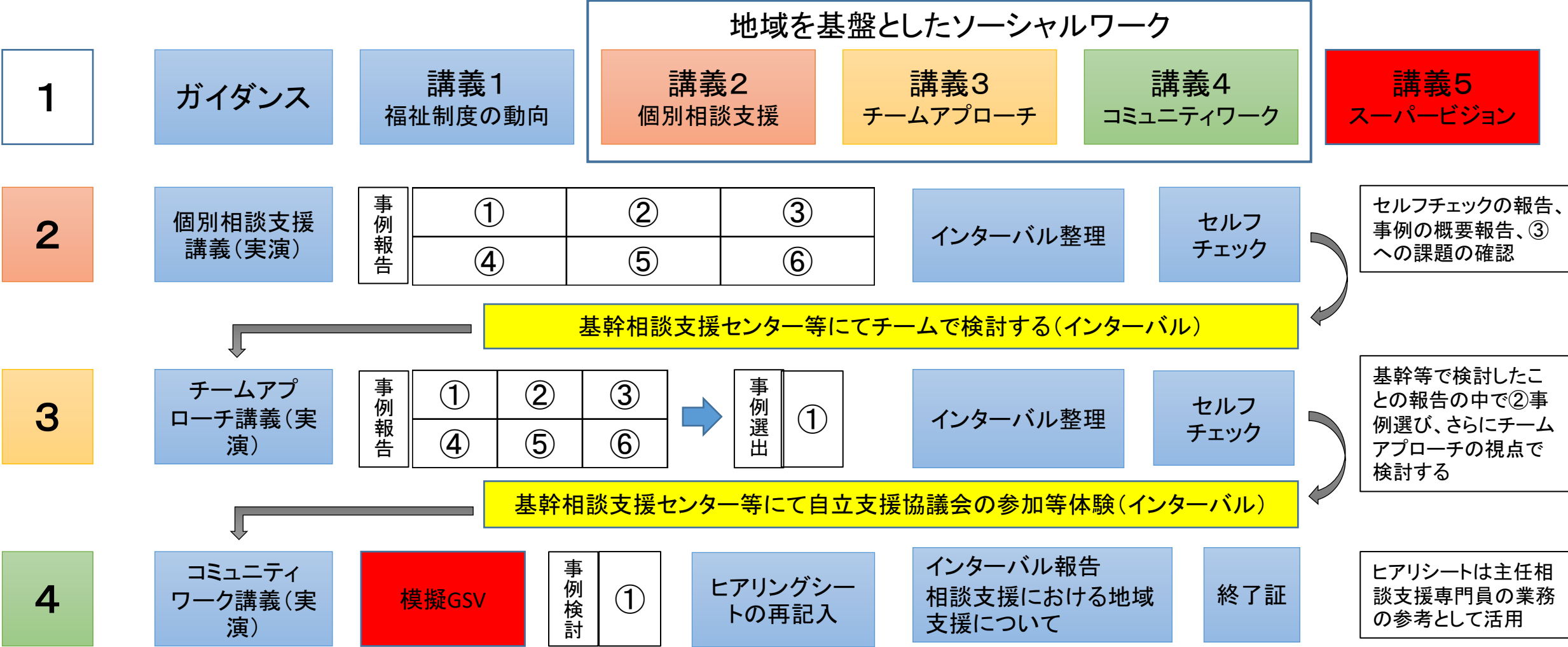
- 1) 助川征雄、相川章子、田村綾子：「福祉の現場で役立つ スーパービジョンの本」、河出書房新社、2012 年
- 2) 小澤温監修：「相談支援専門員のためのストレングスモデルに基づく障害者ケアマネジメントマニュアルーサービス等利用計画の質を高める」、中央法規出版、2015 年

獲得目標

①相談支援の基本的業務を確実に実施できる。

②チームアプローチ(多職種連携)の理論と方法を理解し、実践の中でチームアプローチが実践できる。

③コミュニティワーク(地域とのつながりやインフォーマルの活用等)の理論と方法を理解し、実践できる。



趣 旨

平成27年4月から原則として全ての障害児者に専門的な相談支援を実施することとされている中、障害児者の相談支援の質の向上を図るため、有識者や関係団体で構成する「相談支援の質の向上に向けた検討会」において相談支援専門員の資質の向上や相談支援体制の在り方について幅広く議論を行い、今後目指すべき方向性をとりまとめた。（平成28年3月から7月まで計5回開催）

とりまとめのポイントⅠ ～相談支援専門員の資質の向上について～

① 基本的な考え方について

- ・ 相談支援専門員は、障害児者の自立の促進と共生社会の実現に向けた支援を実施することが望まれている。そのためには、ソーシャルワークの担い手としてスキル・知識を高めつつ、インフォーマルサービスを含めた社会資源の改善及び開発、地域のつながりや支援者・住民等との関係構築、生きがいや希望を見出す等の支援を行うことが求められている。また将来的には、社会経済や雇用情勢なども含め、幅広い見識を有するソーシャルワーカーとしての活躍が期待される。

② 人材育成の方策について

- ・ 相談支援専門員の要件である研修制度や実務経験年数などの見直しを行うとともに、キャリアパスの一環として指定特定相談支援事業だけでなく、サービス管理責任者や基幹相談支援センターの業務を担うなど、幅広い活躍の場が得られる仕組みを検討すべき。
- ・ 研修カリキュラムの見直しについては、「初任者研修」及び「現任研修」の更なる充実に加え、指導的役割を担う「主任相談支援専門員（仮称）」の育成に必要な研修プログラムを新たに設けるとともに、より効果的な実地研修（OJT）を組み込むべき。

③ 指導的役割を担う「主任相談支援専門員（仮称）」について

- ・ 相談支援専門員の支援スキルやサービス等利用計画について適切に評価・助言を行い、相談支援の質の確保を図る役割が期待されており、基幹相談支援センター等に計画的に配置されるべき。また、更新研修等も導入すべき。
- ・ 指導的役割を果たすため、適切な指導や助言を行う技術を習得する機会が確保されるよう、都道府県等が人材育成に関するビジョンを策定するなど、地域における相談支援従事者の段階的な人材育成に取り組むべき。

④ 相談支援専門員と介護支援専門員について

- ・ 障害者の高齢化や「親亡き後」へのより適切な支援を行うため、両者の合同での研修会等の実施や日々の業務で支援方針等について連携を図るとともに、両方の資格を有する者を拡大することも一案と考えられる。

⑤ 障害児支援利用計画について

- ・ 障害児支援利用計画については、いわゆるセルフプランの割合が高いが、障害児についての十分な知識や経験を有する相談支援専門員が少ないことが原因の一つと考えられる。これまでの専門コース別研修に加え、障害児支援に関する実地研修などを設けるべき。
- ・ 市町村においても、障害児を取り巻く状況を十分把握し、評価を加えた上で適切な関係機関につなぐなど十分配慮し、そのために必要な知見の習得に努めるべき。

とりまとめのポイントⅡ ～相談支援体制について～

① 相談支援の関係機関の機能分担について

- ・ 基本相談支援を基盤とした計画相談支援、一般的な相談支援、体制整備や社会資源の開発等の役割について、地域の実情に応じて関係機関が十分に機能を果たすことが必要である。そのためには、協議会等が中心となって調整を進めるとともに、市町村職員の深い理解や都道府県を中心に協議会担当者向けの研修会を推進する必要がある。
- ・ 市町村は、計画相談支援の対象とならない事例や支援区分認定が難しい事例に対しても積極的かつ真摯に対応することが求められており、この点は相談支援事業者に委託する場合であっても同様であることに留意するべき。

② 基幹相談支援センターの設置促進等について

- ・ 基幹相談支援センターの設置促進に向け、市町村において、障害福祉計画の作成等に際して相談支援の提供体制の確保に関する方策を整理し、地域の関係者と十分議論することが重要。仮に基幹相談支援センターの設置に一定期間を要する場合でも、基幹相談支援センターが担うべき役割をどのような形で補完するか市町村において整理するべき。
- ・ 都道府県においても、障害福祉計画のとりまとめ等の際に、基幹相談支援センターを設置していない市町村に対して相談支援体制の確保に関する取り組みをフォローし、必要に応じて広域調整などの支援を行うべき。

③ 相談窓口の一元化等について

- ・ 相談支援の関係機関の相談機能の調整にあたっては、必要に応じて地域包括支援センター等との連携や相談窓口の一元化なども視野に入れ、地域の相談体制を総合的に考える視点も必要。
- ・ こうした取組を進めるにあたっては、すでに一部の地域で先駆的に実施されている取組状況を広く横展開することが有効。
- ・ 総合的な相談窓口は必要であるが、一方で身近な窓口や専門的な相談機関も求められている。いずれの場合でもワンストップで適切な関係機関に必ずつながるよう、関係機関間での連携強化を図るなど、各自治体において適した取組を考えるべき。

④ 計画相談支援におけるモニタリング及び市町村職員の役割について

- ・ 計画相談支援におけるモニタリングは、サービス利用状況の確認のみならず、利用者との一層の信頼関係を醸成し、新たなニーズや状況の変化に応じたニーズを見出し、サービスの再調整に関する助言をするなど、継続的かつ定期的に実施することが重要である。
- ・ 特に高齢障害者が介護保険サービスへ移行する際には、制度間の隙間が生じないように相談支援専門員による十分なモニタリングを実施し、その結果を介護支援専門員によるアセスメントにもつなげるべき。
- ・ 相談支援専門員一人が担当する利用者の数もしくは一月あたりの対応件数について、一定の目安を設定することも相談支援の質の確保にあたっては必要。また、地域相談支援についても、障害者の地域移行を促進する観点から、計画相談支援との連携をより一層有効に進めるべき。
- ・ 障害福祉サービス等の支給決定の内容がサービス等利用計画案と大きく異なる場合には、市町村の担当職員や相談支援専門員を中心として地域の関係者間で調整を行う必要がある。そのため、市町村の担当職員においては、機械的に事務処理を進めることのないよう、相談支援従事者研修などに参加することなどを通じて一定の専門的知見を身につけ、適切かつ積極的な調整を行うべき。

相談支援従事者現任研修 たたき台

資料3

獲得目標	① 相談支援の基本的業務を確実に実施できる。【意思決定（支援）を通して生きがいや自己肯定感を高める支援（ストレングス）、相談支援の技術と能力の獲得】 ② チームアプローチ（多職種連携）の理論と方法を学び、実践においてチームアプローチが展開できる。【チームアプローチ（多職種連携）を実践するための技術と能力の獲得】 ③ コミュニティワーク（地域とのつながりやインフォーマルサービスの活用、社会資源の開発等）の理論と方法を理解し、実践できる。【地域に即した相談支援の実践力の獲得】 ④ ①～③について支援の妥当性を得るためグループスーパービジョンの理論と方法を学び、実際の事例を用いてグループスーパービジョンを体験することで、自らの支援について指導・助言を受ける重要性を理解する。
------	--

研修の進め方	事前課題→講義→セルフチェック→演習→事例検討（スーパーバイズされる体験） * 演習は全員が司会進行を行う（ファシリテーションもしくは担当者会議における司会進行の技術獲得が目的） * 演習における標準グループ数は6名を想定している
--------	--

事例提出	事前課題①事例の概要、簡易なアセスメント、家族関係、関係機関とのつながり、支援の経過が分かるよう記載（2,3,4日目で使用） 事前課題②ストレングスアセスメントの作成（1日目の研修終了後作成、4日目に使用） 事前課題③地域変革のためのヒアリングシートの作成（1日目の研修終了後作成、4日目に使用）は、
------	---

インターバル 報告書作成	①2日目終了後、基幹相談支援センター等でのインターバルの内容、感想等について報告書を作成（3日目に使用） ②3日目終了後、基幹相談支援センター等でのインターバルの内容、感想等について報告書を作成（4日目に使用）
-----------------	---

			項目	0.5h	1.5h	3h	1h
講義 1日間		1日目	講義	ガイダンス	福祉制度の動向（地域生活支援事業含む）	「地域を基盤としたソーシャルワーク（相談支援）」 ①個別相談支援（相談支援の過程における意思決定支援） ②チームアプローチ（多職種連携/個別相談支援・地域支援におけるチームアプローチの展開） ③コミュニティワーク（個別の支援から地域支援への展開） *主に概論の話が中心	スーパービジョンの理論

				項目	講義（9:00～10:00）	演習（10:00～16:00）			
講義・演習3日間	地域を基盤としたソーシャルワーク（相談支援）	個別相談支援	2日目	①個別相談支援	1日目の講義を踏まえ、事例を通してセルフチェックシートの解説や事例検討（報告）の際の協議事項の説明を行う <u>*主に事例を踏まえた説明</u>	事例報告・検討		インターバル整理	セルフチェック
						事前提出された事前課題①の報告し、相談支援のプロセス・意思決定支援の視点を踏まえ、検討課題に対してグループで検討する。		事前課題①へのグループでの協議を踏まえ、インターバルに向けた課題整理と抽出を行う	講義内容及びグループでの意見に留意し、自身の業務と照らし合わせて自己業務の確認を行う
						演習で確認された支援課題について支援を実施する（1ヶ月間のインターバル、基幹相談支援センター等で実施）			
		3日目	②チームアプローチ（多職種連携）	1日目の講義を踏まえ、事例を通してセルフチェックシートの解説や事例検討（報告）の際の協議事項の説明を行う <u>*主に事例を踏まえた説明</u>	事例報告・検討		インターバル整理	セルフチェック	
					インターバルで行ってきた支援内容を報告し、チームアプローチの視点を踏まえ、多職種連携の必要性や進め方等についてグループで確認、検討する。 4日目に使用する代表事例を選出する。		相談支援体制や自立支援協議会の状況等グループで共有し、インターバルで行う内容を整理する	講義内容及びグループでの意見に留意し、自身の業務と照らし合わせて自己業務の確認を行う	
		自立支援協議会の体制等を学ぶため、協議会（専門部会含む）に参加する（一カ月のインターバル、基幹相談支援センター等で実施）							
		4日目	③コミュニティワーク	1日の講義を踏まえ、事例を通してインフォーマルサービスの必要性や活用方法、地域とのつながりに向けた支援や自立支援協議会の役割、グループスーパービジョンの説明を行う	演習	模擬GSV	演習		
					講義を踏まえ、グループの中から選出した事例に対し、地域とのつながりの必要性やインフォーマルサービスの活用について協議する	利用者の生活の質を高めるため、インフォーマルサービスの活用方法や地域とのつながりについて模擬GSVを通して理解する	インターバルの報告や演習等を通して（社会資源を利用する等が地域とつながることであり）自分の支援に置き換えてコミュニティワークを考える。 事前課題③のヒアリングシートを再チェックし、地域支援を行う上での必要な視点についてグループで共有・理解を深める（主任相談支援専門員の業務内容の理解）。		

1日目「地域を基盤としたソーシャルワーク」(個別相談支援)

資料4

		項目	講・演	担当	内容	講・演のポイント	進め方・留意点	使用様式等
9:00～9:30	30	オリエンテーション			研修の目的、内容等の説明		研修の進め方、使用する資料等の注意や留意事項の説明をする	
9:30～10:30	60	福祉制度の動向	講義1		福祉の動向等			
10:10～10:40	30	地域を基盤としたソーシャルワーク	講義2		地域を基盤としたソーシャルワーク総論	このあとの個別相談支援、チームアプローチ、コミュニティワークにつながるものとして、地域を基盤としたソーシャルワークの総論を講義		
10:40～10:50	10	休憩						
11:00～12:00	60	個別相談支援	講義3		相談支援の展開における意思決定支援とインテーク、アセスメント、プランニングの機能	意思決定支援を重視した相談支援を展開するに当たり、相談支援のプロセスにおける各局面（インテーク・アセスメント・モニタリング）機能及び意思決定支援との連動性について		
12:00～13:00	60	昼 食						
13:00～14:00	60	チームアプローチ（多職種連携）	講義4		チームアプローチ（多職種連携）における連携の際の3つの局面（段階・範囲・形式）の理解と方法、チームにおける意思決定支援	・チームアプローチ（多職種連携）を行う上で、「連携の段階・範囲・形式」というニーズに応じた展開とチームで行われる意思決定支援の進め方 ・サービス担当者会議の進め方・技術と多職種連携におけるニーズの捉え方の違いと連携方法		
14:00～15:10	50	コミュニティワーク	講義5		個別課題を地域課題として捉え、地域とのつながりの必要性や地域資源の活用方法、地域ネットワークにおける意思決定支援	・福祉サービスの利用だけでは解決しないニーズに対して、意思決定支援に重きを置きながら地域資源（インフォーマルサービス）の活用や地域の人とのつながることの必要性 ・個別課題を地域課題として捉え、自立支援協議会を通して地域関係者（福祉関係者以外も含めたチームアプローチ）とのネットワークの方法		
15:10～15:20	10							
15:20～16:20	60	スーパービジョン	講義6		スーパービジョンの3つの機能の理解とグループスーパービジョンの進め方	・スーパービジョンの3つの機能の理解とそれぞれの役割と方法について ・4日目に行う模擬GSVと連動（都道府県で行われるGSVの内容によって講義が分かれる）。GSVの理論と具体的な進め方について		
16:20～16:30		まとめ、事前課題の説明						

2日目「地域を基盤としたソーシャルワーク」(個別相談支援)

資料4-1

		項目	講・演	担当	内容	講・演のポイント	進め方・留意点	使用様式等
9:00～9:20	20	オリエンテーション			研修の目的、内容等の説明		研修の進め方、使用する資料等の注意や留意事項の説明をする	
9:20～10:30	60	個別相談支援	講義1		1日目の講義を踏まえ、事例を通して、セルフチェックシートや事例検討(報告)のポイントについての説明を行う	①セルフチェックシートのチェックのポイントを説明。 ②インテーク・アセスメント(基本相談)の方法、基本相談の内容がモニタリングと連動していることを説明。 ③意志決定支援がどのように行われているのか、意思決定支援を通して信頼関係の構築や自己肯定感が高まっていくことを説明する	・事例を通して、←①②③の内容を講義で説明する。 ・この講義を踏まえ、セルフチェック、事例検討(報告)が行われるため、講義資料はセルフチェックと事例検討(報告)での演習が連動させて作成し、説明する。 ・意志表出が難しい利用者の意思決定支援の方法についての質問が多いため、アセスメントでの生活歴を聞くことの意味について特に説明する	
10:30～10:40	10	休憩						
10:40～12:15	95	グループワーク	演習1		事前課題①の事例報告とチェックシートの報告を行い、グループメンバーからの助言を通して講義で確認した相談支援を深める	・事前課題①の支援経過を時系列にまとめたものから、①本人の意向、②本人の言葉の吟味、③支援者の都合が優先されていないか、④既存の社会資源だけが優先されていないか、⑤結論あり気で話がされていないかについて検討する。ここでの支援を通して信頼関係の構築や自己肯定感が高まることも再確認する	①アイスブレイク(20分) ・自己紹介及び進行役、記録、質問者の役割を分担する ②グループワーク ＜発表時間3人×25分＞ ③事例検討(報告)の流れ ・検討課題について説明 ・事例の概要、アセスメント報告、支援経過の報告 ・事例の印象や質問 (ここまでの質問、もしくは事例に対しての印象をグループ間で意見交換) ・検討課題について意見交換、課題整理と抽出	役割シート 事前課題①
12:15～13:15	60	昼 食						
13:15～14:30	75	グループワーク	演習2		事前課題①の事例報告とチェックシートの報告を行い、グループメンバーからの助言を通して講義で確認した相談支援を深める	・事前課題①の支援経過を時系列にまとめたものから、①本人の意向、②本人の言葉の吟味、③支援者の都合が優先されていないか、④既存の社会資源だけが優先されていないか、⑤結論あり気で話がされていないかについて検討する。ここでの支援を通して信頼関係の構築や自己肯定感が高まることも再確認する	②グループワーク ＜発表時間3人×25分＞ ③事例検討の流れ ・検討課題について説明 ・事例の概要、アセスメント報告、支援経過の報告 (利用者の状況がわかるよう生活歴、現在の状況等) ・質問及び事例の印象についての質問 (ここまでの質問、もしくは事例に対しての印象をグループ間で意見交換) ・検討課題について意見交換、課題整理と抽出	役割シート 事前課題①
14:30～14:40	10	休憩						
14:40～15:40	60	グループワーク	演習3		演習1.2での協議を踏まえ、インターバルに向けた課題整理と抽出、セルフチェックを行う	・インターバル期間中に基幹相談支援センター等を交えて協議及び支援ができるよう具体的な内容に整理する。 ・セルフチェックシート[1]を使って自己業務の確認する	漠然とした整理だと、インターバル時に何を行えばよいのかわからなくなるため、支援の課題の整理をファシリテーターはアドバイスする。セルフチェックシートは、講義内容や演習に留意し、自身の業務と照らし合わせて記入	セルフチェックシート[1] インターバル報告書①
15:40～16:00	20	インターバルの説明			演習で整理されたものを基幹相談支援センター等で検討してくるこの説明等			

3日目「地域を基盤としたチームアプローチ(多職種連携)」

資料4-2

時間(配分)		項目	講・演	担当	内容	講・演のポイント	進め方・留意点	使用様式等
9:00～9:20	20	オリエンテーション			研修の目的、内容等の説明		研修の進め方、使用する資料等の注意や留意事項の説明をする	
9:20～10:20	60	チームアプローチ	講義1		1日目の講義を踏まえ、事例を通して、セルフチェックシートや事例検討(報告)のポイントについての説明を行う	①セルフチェックシートのチェックのポイントを説明 ②サービス担当者会議の進め方と多職種連携におけるニーズの捉え方の違い、連携方法についての説明 ③チームアプローチでの意思決定支援の説明	・事例を通して、←①②③の内容を講義で説明する。 ・この講義を踏まえ、セルフチェック、事例検討(報告)が行われるため、講義資料はセルフチェックと事例検討(報告)での演習が連動させて作成し、説明する。 ・チームアプローチには、ニーズに応じて連携の段階・範囲・形式といった3つの場面があることを説明	
10:20～10:30	10	休憩						
10:30～12:00	90	グループワーク	演習2		インターバル期間中に協議してきた内容の報告を行い、グループメンバーからの助言を通して講義で確認したチームアプローチ(多職種連携)を深める	・事前課題①、インターバル報告書①をもとに協議してきた事項についての報告 ・6事例の中から1事例を選び、チームアプローチ(他職種連携)における支援方法について検討する	①グループワーク ＜発表時間3人×30分＞ ②事例検討の流れ ・インターバル期間中のチームアプローチの報告 ・事例の印象や質問(チームアプローチの視点で質問)	役割整理票 インターバル報告書① 事前課題①
12:00～13:00	60	昼 食						
13:00～14:50	110	グループワーク	演習2		インターバル期間中に協議してきた内容とチェックシートの報告を行い、グループメンバーからの助言を通して講義で確認したチームアプローチ(多職種連携)を深める	・事前課題①、インターバル報告書①をもとに協議してきた事項についての報告 ・6事例の中から1事例を選び、チームアプローチ(他職種連携)における支援方法について検討する	①グループワーク ＜発表時間3人×30分+1事例選択20分＞ ②事例検討の流れ ・インターバル期間中のチームアプローチの報告 ・事例の印象や質問(チームアプローチの視点で質問) ③1事例選ぶ(20分)	役割整理票 インターバル報告書① 事前課題①
14:50～15:00		休憩						
15:00～15:40	40	グループワーク	演習3		インターバルで実施する自立支援協議会や相談支援体制について整理、セルフチェックシートを行う	・基幹相談支援センター等で自立支援協議会や相談支援体制について、何を聞いてくるのか等を検討する ・セルフチェックシート[2]を使って自己業務の確認する	漠然とした整理だと、インターバル時に何を行えばよいのかわからなくなるため、支援の課題の整理をファシリテーターはアドバイスする。 セルフチェックシートは、講義内容や演習に留意し、自身の業務と照らし合わせて記入	インターバル整理表② セルフチェックシート[2]
15:40～16:00	20	インターバルの説明			演習で整理されたものを基幹相談支援センター等で説明を受けてくる(または協議会や部会に参加してくる)ことの説明			

4日目「コミュニティワーク」

資料4-3

時間(配分)		項目	講・演	担当	内容	講・演のポイント	進め方・留意点	使用様式等
9:00～9:15	15	オリエンテーション			研修の目的、内容等の説明		研修の進め方、使用する資料等の注意や留意事項の説明をする	
9:15～10:15	60	個別の支援から地域支援の展開	講義1		1日目の講義を踏まえ、地域とのつながりを深めるため、地域資源（インフォーマルサービス）の利用や参加に向けた支援や、自立支援協議会を含めた地域ネットワーク構築の意義と方法について理解する	①地域とのつながりを意識した支援 ②地域資源の活用と参加、ネットワークの構築 ③模擬GSVで行われるGSVの方法等についての説明	・事例を通して、①②③の内容を講義で説明する ・意思決定支援に重きを置きながら地域資源の活用や地域とのつながりの必要性についての説明	講義資料
10:15～12:25 * 休憩10分含む	120	地域づくりの必要性（インフォーマルサービスの活用）とGSV	演習1		・共通事例を用いて模擬GSVを行う。 ・福祉サービスの利用だけでは解決しないニーズに対して、地域資源の活用しながら問題解決を図っていくプロセスをGSVを通して理解する	・1日目の講義を踏まえ、GSVには様々な手法があるが、ここでは1つの手法としてストレングスモデルにおける構造化されたGSVを紹介し、ファシリによる模擬GSVを通して参加者はGSVの流れや雰囲気、効果を体感する。 ・この事例のポイントは、①サービス等利用計画を作成、②福祉サービスを利用したが解決しない、③計画の見直しと福祉サービスでは解決しないニーズへの検討（ストレングスモデルによるGSV）、④地域資源を活用しながら生活の幅が広がる、という流れで作成	1模擬GSVの流れ ①事例概要の説明、事例提供者が困っていることを説明（共通事例） ②利用者が目指していること（ゴール）に対して、取り組んできたことを説明 ③ストレンガアセスメント票を読み込み、不明な点を質問する ④支援方法（アイデア出し）を自由に考え、アイデアを出す ⑤事例検討者がGSVを受けて、次のどのような支援を行うか（取り組むか）報告する 2模擬GSVの感想をグループでまとめる	・GSV解説資料 ・共通事例概要 ・共通事例作成ポイント ・模擬GSVの説明資料
12:25～13:25	10	昼食						
13:25～14:25	60	事例検討＜支援のアイデア出し＞	演習2		3日目で選んだ1事例に対して、模擬GSVを参考にして支援内容の見直しを行う	・地域資源を活用することが利用者にとって生活の幅が広がり、地域づくりに向けた支援の第一歩となることを理解し、具体的な方法（手段）について検討する ・模擬GSVを踏まえ、1事例に対して本人のストレングスも参考にしながら、生活の質、地域とのつながりを意識して支援内容を考える	事例検討＜1事例40分＞ ・インフォーマルサービスの利用についても検討する	＜2事例＞ 事前課題①（代表事例）
14:25～14:35	10	休憩						
14:35～15:00	25	地域変革のためのヒアリングシートの記入	演習4		ヒアリングシートの記入	地域を基盤としたソーシャルワーク実践に必要な視点について確認する	・ヒアリングシートの内容を通して地域を基盤としたソーシャルワークの視点や主任相談支援専門員の役割を理解する	地域変革のためのヒアリングシート
15:00～15:45	40	地域支援の展開	演習3		相談支援における地域を巻き込んだ支援について考える	インターバル期間中に学習・体験してきた自立支援協議会や相談支援体制の報告及びヒアリングシートの感想をグループで共有し、自身の事例に置き換えてコミュニティワークを考える	グループワーク インターバル報告書②及びヒアリングシートの感想を共有 ＜1人5分×6人＞ *参加者の事例が直接自立支援協議会等につながっていないため、コミュニティワークが考えにくい。そのため、地域資源の活用や参加への支援がコミュニティワークの第一歩であることを理解できるように	インターバル報告書② 地域変革のためのヒアリングシート
15:45～16:00	15	まとめ			まとめ			

グランドルールの例：①

研修（グループワーク）参加者の留意点

- 周りの人に関心を持って、積極的に参加しましょう
- 他の方の発言に敬意をはらいましょう
- 自分と意見が違ったとしても相手の良いところに注目しましょう
- 他の方に自分の意見を押し付けないようにしましょう
- 他の方の発言に共感を示し、耳を傾け理解しようとすることを伝えましょう
- 一人一人の発言を大切にし、一人で話し続けることのないようにしましょう
- 発言の意味が良く分からない時は、そのままにせず分かりやすく説明をしてもらいましょう
- 専門用語や地域性、自分の経験のみでの発言は十分に配慮しましょう
- 自分の意見にこだわり、議論が同じ所で繰り返されないように配慮しましょう
- ユーモアを忘れずに

グランドルールの例：②

研修（グループワーク）参加者の留意点

- 笑顔を大切に、積極的に参加しましょう
- 忙しいのは皆同じ、と知りましょう
- 互いの話を良く聴いて受け止め、共感しあいましょう
- 発言は長くて90秒と心がけましょう
- 『聞くは一時の恥、聞かぬは一生の損』を念頭におきましょう
- 感謝と励まし、相互尊重の精神で臨みましょう
- ドッチボール禁止、キャッチボールをする感覚を共有しましょう
- 会議後の立ち話で決定が変わることはないを知りましょう

事例 GSV 事前配布資料

1. プロフィール

- (1) 氏名：山田 はなこ（女）
- (2) 年齢：22 歳
- (3) 障害程度：中度知的障害（療育手帳 B1）
- (4) サービス等利用計画における総合的な援助方針

就職がうまくいかず、自信をなくしてしまっているところがあり、新しいことに興味がわからず、今後どのような生活を送りたいか見出せずにいる。職業レベルは高いことから、就職を目指しながらも、作業を通して成功体験を積み重ね、本人が希望する生活を見つけていくことを目的として、就労継続 B 型事業所を利用している。

- (5) アセスメント状況：別紙参照

2. 事例の概要・背景

小・中学校は普通級に在籍、友達もいなく、物を隠される、陰口を言われるなどもあった。また、授業にはついていけず、じっと座れずに歩き出すなどよく注意されることもあったが、大きな問題なく過ごしていた。中学卒業後は養護学校に入学する。ここでは仲の良い友達も数名出来て、一緒に遊ぶなど楽しく過ごしていた。部活は卓球部に所属し、かなりの腕前のようにあり、大会では上位に入るほどである。卒業後の進路を決めるにあたり、学校としては手先が器用ではあるが、実習の評価も良くなかったことと、情緒にムラがあることからすぐに就労するのではなく、就労継続 B 型事業所を利用して就労レディネスがある程度整ってからの就労と考えていた。本人は決めかねていたが、最終的には保護者の希望で就職することになった。

養護卒業後は化粧品箱詰めを行う会社に就職するが、長くは続かず、1 年で退職することになる。その理由として、上司の話を聞けない、説明した通りに作業ができない、反抗する、独語が目立つ、休みがちになるというのが主な理由であった。

退職後、しばらくは自宅で過ごしていたが、ただ家にいるだけというのものが良くないと母が感じたため、あまり乗り気ではない本人を連れて相談支援事業

所に相談に来る。母は就労を希望するが、本人に希望を聞いても「特にない」とうつむきながらの返答が多い。面接から自尊心が傷つき、新しいことをチャレンジすることに拒否反応が強いため、A 就労継続 B 型事業所を利用することになる。

3. A 就労継続 B 型事業所での支援経過

A 就労継続 B 型事業所には就労に向けた準備と社会性の獲得を目的として利用することになったが、本人は就労に対しての意識は低く、できれば就職したくないように見受けられた。同年齢の利用者が少ないことも影響してか、環境に馴染むのに時間がかかったが、少しずつではあるが他利用者と会話すること増え、友達もできた。作業は真面目に取り組めていたが、新しい作業になると拒むことがあり、また、不安そうに何度も確認してくることが目立った。作業を間違え、指摘すると、「すみません、すみません」と何度も謝るのが特徴で、自信のなさを感じた。

通所して2年が経ち、一通りの作業もこなせるようになるなど順調に通えていた。作業評価も高かったため職員から就職の話もでるが、「今のままが良い」と頑なに拒否する。その頃母から休日も家で過ごすことも多く、やりがいを見つけ欲しいと願い、一緒に出かけようとするのだが行きたくないと拒むこともあり、養護学校のときは部活も友達とも楽しく過ごしていたのだが、あの頃のようなって欲しいと相談がある。

そのため、事業所の中だけでは本人の生活の幅を広げることが難しいと感じたサービス管理責任者は、今後の支援について相談支援専門員に相談することになった。

4. サービス等利用計画の見直し

就労の経験等から自信を失い、自己を否定することが多かったことから、守られた環境下において、作業を通して成功体験を積み重ね、自尊心を高めていくことを目的として A 就労継続 B 型事業所を利用した。ある一定の効果は得たものの、時折事業所内で寂しそうにしている姿を見たり、母からの相談（心配）もあったことから、現在の事業所を継続して利用していきながらも、本人の生活の幅を広げていくために支援の見直しが必要となった。本人の希望や生きがいを見つけていく支援は、福祉サービスを利用するだけでは難しいことから、

支援方法について、相談支援専門員の連絡会で協議したところ、ストレングスモデルによる相談支援を進めていくことになった。そこで、ストレングスアセスメント票を作成、グループスーパービジョンを行い、支援の方向性を協議した。

4. グループスーパービジョンの実施

ファシリテーターによる模擬 GSV の実施

事例 GSV 終了後配布資料

1. GSV の展開と支援の結果

A 就労継続 B 型事業所のサービス管理責任者からの相談を受けて、福祉サービスの利用だけでは生活の幅を広げることが難しいことから、基幹相談センターで行っている相談支援事業所連絡会で協議したところ、本人のストレングスを活用し、本人がやりたいことを見つけていくことで生活の質を高めていけたらということになった。しかし、通常のアセスメント票や関わりだけでは、本人のストレングスが不明なことから、新たにストレングスアセスメント票を作成し、定期的に GSV を実施し、参加者の意見や助言も参考にしながら、GSV での意見を支援に役立てていった。

2. スtrenグスである卓球を支援の中心として進めていった結果

1) 養護学校卒業以降自分の生活に希望を見出すことができず、ただ、なんとなく過ごすということが増えていた。一般企業、通所施設の雰囲気になじめず、未だに学生生活の雰囲気を望んでいるところがあり、大人になることへの不安、悩みなど、思春期特有の悩みを抱えていた。一方で、両親との外出を避けるようになるなど、親からの自立も見られた。

2) 学生時代は好きな卓球に打ち込み、卓球を通して友達との付き合いや卓球クラブの年配の方達と楽しく過ごせていたが、就職を機に、その関係全てが無くなってしまっていた。

3) 本人から希望は上がらないが、ストレングスである卓球を支援に位置づけ、相談支援専門員と一緒に見学、体験を行い、本人の希望で卓球クラブに入ることになった。以前一緒に活動していた人も数名残っており、「よく戻ってきたね、また一緒にやろうね」と声かけられ、とても嬉しそうであった。

4) この卓球クラブの参加を通して日常生活にも変化が見られるようになった。就職は未だに拒否するが、日中は事業所に通い、週 2 回夕方以降にクラブに参加、週末は練習や大会に出るなどして過ごし、積極的に作業にも参加し、何よりも笑顔が増えた。

5) スペシャルオリンピックの存在を知り、障害者のクラブチーム（卓球）にも参加するようになる。大きな大会に参加できるようポイントを重ね、最終的

にはスペシャルオリンピックの全国大会で優勝するのを目指して日々過ごしている。

6) 日中は A 就労継続 B 事業を利用しながらも、作業後は卓球クラブに通い、休みの日はクラブチームでの練習や大会に参加している。大会には家族や事業所の職員、利用者も応援に来てくれている。入賞した翌日には、事業所内で大会の様子を紹介されるなどして、とても嬉しそうである。卓球を通して生活の幅が広がり、大会の交通費を稼ぐとあって事業所の作業にも熱中して取り組んでいる。

アセスメントの概要

○一次的機能アセスメント

領域	アセスメント項目	内容
日常生活能力	食事	料理を作るのが好きで、カレーや豚汁など簡単な料理を母と一緒に作ることもあるが、今はやりたがらない
	清掃	主に母が自室の清掃を行っている。本人は全くやらない。
	身だしなみ	綺麗好きではあるが、母が身なりを整えている。
	生活リズム	安定しているが、ゲームに熱中してしまうと寝るのが遅くなり、寝坊することがある。
社会生活能力	交通機関利用	問題なし
	欲求不満体制	嫌なことがあると壁などを叩く、怒鳴ることがある。困ったことがあると人に言えない。
	社会参加	就労継続 B 事業以外に参加する所がないが、以前はよくスポーツ店に行っていた
作業能力		手先が器用であるが、集中力、持続性に欠ける
経済状況	金銭管理	主に母が管理している。
医療	通院・服薬	なし

ストレングス・アセスメント票

資料9

書き出し【●】本人の言葉 【○】家族等の言葉 【・】事実や行動（社会資源等）

本人の名前(通称):			事例提供者氏名:		
A 現在のストレングス 私の今のストレングス 個人:環境		B (未来の)希望:願望:熱望 何がしたいか:何がほしいか		C 過去の資源 どんなストレングスを使ってきたか	
家・生活環境（住居、日常生活、移動手段、行動範囲など）					
・父、母、弟と実家(持ち家)で生活 ・休日は母と一緒に買い物にでかけることもある ・自分の部屋がある ●一人でどこにでも行けるのに、母が心配してくるのうざいと思うことがあります(ー) ○食器の片付け、料理などは積極的に手伝ってくれるので助かっている		●よくわからない ○そのうちGHなどに入って自立して欲しいと思う		○養護学校で初めて部活動に入った。卓球の試合には父と応援によく行った ○以前は家族で旅行等に出かけていたが、最近は本人が行きたがらなくなった(父が寂しそうにしている)	
経済状況					
・お金は、年金、作業工賃(1万7000円)は母が管理し、毎日小遣いとして500円渡している。 ●自分はお金に執着していないので、気になりません		○あるだけ使ってしまうので、先のことを考えて使えるようになって欲しい		●就職していた時の給料の額は知りません。振り込みだったかからというのもあるし、関心もなかった ・仕事に行きたくなくて、無断で会社を休んで公園で時間を潰して帰ってくることもあった	
日中活動（就労、教育、専門知識、通所、通学含む）					
・A就労継続B事業所には公共交通機関を利用して通っている ・A就労継続B事業所には休むことなく通えている ●今通っている事業所に満足しています。ただ、仕事ばかりだからつまらなく思う時もあります		●よくわからない ○無理して就職する必要もないと考えている。楽しく過ごして欲しいと願っている		○養護学校を卒業後は就職した ○学校に行くのは積極的ではなかったが、休日の卓球の練習や大会には自ら起きて出かけていた ●養護学校時代卓球大会に出場して大会に優勝したことがあります。楽しかった(^^)v	
社会的支援（家族、友人との関係、所属、サポートネットワーク、支援的人間関係）					

・A就労継続B事業所に通っている
・A就労継続B事業所の中に気軽に話せる友人は数名いるが、事業所内でのおつきあいを中心
○家族との関係は良いが、父とは出かけたがらない。父は寂しそうだが、思春期かと思っている

○養護学校の時はとても楽しそうだったので、あの頃のようになって欲しい

・以前は地域内の卓球クラブに入り、年配者に混じって練習していた。おばちゃんから可愛がられていたよう
・養護学校時代に仲の良い友達と一緒に映画を見に行くこともあった

健康状態（快適な状態、受診など医療を含む）		

余暇活動（趣味、レクリエーション）		
●家にいるときは、テレビを見ていることが多いです。特段好きな番組はありません ○休みには母と一緒に買い物にでかけるが、最近は行きたがらなくなってきた ・A就労継続B事業所のレクリエーションに参加し、カラオケをして楽しんでいた ・スペシャルオリンピック(卓球)に参加したいというが、突然になってキャンセルすることがあった	●運動して汗をかくのが好きなので、何かしてみたいと思うこともあるけど、、、	・以前は卓球や友達と映画を見る、家族で旅行に行くなどしていた

わたしの希望・願望の優先順位は
1)
2)
3)
4)

追加コメント・わたしを理解するために大切なこと

1. GSV を行うにあたっての事前説明

GSV とは、利用者への実践に対して、理論とし実践を結びつけながら、検討課題に対して皆で支援方法を考えていくこと、事例提供者ではない参加者も他者の意見を聞くことで理解が深まる場面になります。構造化とは、一定のルールに基づいて行われるものであり、参加者は共通した理論に基づいて利用者支援の方法を考えていき、事例提供者は定型化された報告書式を作成して発表されます。しかし、せっかく GSV を行っているにもかかわらず、報告書式もバラバラ、見方や考え方もバラバラであるとしたら、何を検討しているのか分からなくなってしまいます。また、今後の対応が個人の経験や主観になってしまうことや、対応策が見出せず（まとまらず）、様子を見ていくといったことになりがちです。事例提供者が時間を割いて報告書をまとめて発表しても、検討して欲しい内容に対して答えが見出せないのであれば、参加する意味を失ってしまうことになります。そのため、構造化された GSV ということが重要になります。ただ、危機介入が必要な事例、福祉サービスにつなげる事例、健康面で不安を抱えている事例など事例の状況に応じて GSV の方法・内容も異なることが前提であり、多種多様な GSV が存在していることになります。

今回行う構造化された GSV は、一つの手法であるストレングスモデルにおける GSV を演習で取り上げています。今回は限られた時間の中で行うことから、全体の概略の理解と、GSV を体験していただくことを目的としています。地域の中で GSV を行うにあたっては、専門研修等で GSV の方法等の理解を深めることや、GSV を行う環境を用意することが必要になります。

2. GSV の流れ

1. 講義

講義の中で、「ストレングスモデルにおける GSV」の方法、進め方等について説明します。講義の内容にそって、この後の GSV が展開していきます

2. GSV 導入

事例の概要を簡単に説明します。

本人は家族の希望で養護学校卒業に就職したが、長続きしなかった。退職後はしばらく自宅で過ごすが、母はただ家にいるだけというのも良くないと思い、乗り気でない本人を連れて相談支援事業所に相談に訪れる。母は就労を希望するが、本人は今後の生活に対して希望を見出せずにいるため、「成功体験を積み重ね、本人が希望する生活を見つけていく」ことを目的として、就労継続 B 型事業所（以下、事業所）を利用することになった。

事業所では、サービス等利用計画を踏まえ、「就労に向けた準備と社会性の向上」を目的

として利用を開始する。徐々に事業所の生活にもなれ、一通りの作業をスムーズにこなし、友人もできるなど安定して過ごすことができていた。しかし、サービス管理責任者は本人がたまに見せる寂しげな表情や、就職の話も出るが今のままで良いと頑なに拒否するのを見て心配することがあった。また母からも週末一人で過ごすことが多いことから、養護学校時のように楽しく過ごして欲しい、やりがいを見つけて欲しいと相談がある。事業所での様子や母の話を受け、サービス管理責任者は事業所支援だけで本人の生活の幅を広げることの難しさを感じたことから、今後の支援について相談支援専門員に相談した。

サービス管理責任者から相談を受けた相談支援専門員は、サービス等利用計画を見直し、現在の事業所利用を継続していきながらも、本人の生活の幅を広げていく必要性を感じたが、支援方法をどうするか検討するため相談支援専門員連絡会に報告する。その中で福祉サービスを利用するだけでは生活の幅を広げることが難しいことから、ストレングスモデルによる相談支援を進めていくことになった、そこで、ストレングスアセスメント票を作成し、グループスーパービジョンを行い、支援の方向性について協議（GSV）した

3. 模擬 GSV

講義資料にそって GSV を展開していきます。

①参加者の自己紹介・・・所属、役職等簡単な紹介を行う。（初参加者やゲストがいる場合）

役割の確認（事例提出者、司会、記録、SV など）（5分）

②事例紹介・・・提出意図を明確にし、簡潔に紹介。利用者のゴール、事例提出者が求める助言は何かを伝える。（約5分）

（事例紹介）

本人は家族の希望で養護学校卒業に就職したが、長続きしなかった。退職後はしばらく自宅で過ごす、母はただ家にいるだけというのも良くないと思い、乗り気でない本人を連れて相談支援事業所に相談に訪れる。母は就労を希望するが、本人は今後の生活に対して希望を見出せずにいるため、「成功体験を積み重ね、本人が希望する生活を見つけていく」ことを目的として、就労継続 B 型事業所（以下、事業所）を利用することになった。

事業所では、サービス等利用計画を踏まえ、「就労に向けた準備と社会性の向上」を目的として利用を開始する。徐々に事業所の生活にもなれ、一通りの作業をスムーズにこなし、友人もできるなど安定して過ごすことができていた。しかし、サービス管理責任者は本人がたまに見せる寂しげな表情や、就職の話も出るが今のままで良いと頑なに拒否するのを見て心配することがあった。また母からも週末一人で過ごすことが多いことから、養護学校時のように楽しく過ごして欲しい、やりがいを見つけて欲しいと相談がある。事業所での様子や母の話を受け、サービス管理責任者は事業所支援だけで本人の生活の幅を広げることの難しさを感じたことから、今後の支援について相談支援専門員に相談した。

(利用者のゴール、事例提出者が求める助言)

現在の事業所利用を継続していきながらも、本人の生活の幅を広げていく必要性を感じたが、どのようなことに着目して、支援を展開したら良いか検討したい。

③人物像を共有する質問・・・事例検討前に基本的な内容について確認するし対象者像の共有を図る。質問に答えられない、アセスメントができていないことは、はっきりと「わからない」と伝える。多角的な質問により、アセスメントの穴を埋めたり、精度が高まる (約10分)

④人物や環境などのストレングスに関する質問・・・利用者の目標達成を促すための情報や支援者の困りごとを助けるために必要なことを考えながら質問する。その結果、担当者や参加者の視野が広がり、マイナスの印象をプラスに転化(リフレーミング)するヒントなどもさぐる。また、問題、課題を明確にし、具体的な支援について検討することで、エンパワメントにつながる、動機を探ることも重要となる。(約10分)

⑤今後の方向性の確認 ブレーンストーミング(アイデア出し)・・・③④で確認された事実についての解釈や事例の見方を変えるための議論や支援方針等を検討する。これからどう考えて、どう動くか、なるべく具体的なものを柔軟に発想し、どんな発言も否定しない。

- ・事例提供者の求めている点について、アイデアを思いついたままに発言する
- ・他人のアイデアを否定しない。
- ・ブレーンストーミング中、事例提出者は意見交換に参加せず、アイデアの記録に徹する。
- ・最後に事例提出者が出されたアイデアの中から、2～3程度のアイデアをチョイスし必ず実践することを約束する。
- ・利用者に対して働きかけた結果は、次回以降のGSVで報告し、うまく効果があったものを出席者が共有し、祝福する。
- ・ひとつもうまくいかなかった場合には、再度の提出を促す。

(約25分)

⑥スーパーバイズ ※スーパーバイザーとなる人が出席している場合に行う。(約5分)

※GSVで扱う事例は、事例を提供した担当者自らが選択することを原則とするが、事業所責任者の指示により行なうことも想定される。さらに、順序や優先度を加味して、具体的な展開につなげていくことを重視するが、強要や押しつけはしない。

⑦参加者の感想（約5分）

※上記の具体的な展開が事例担当者ひとりでは、困難だと予測できる場合には、補佐や複数担当者による体制を作る。

4. 事例のその後について

別紙の模擬 GSV 終了後の資料を配り、説明する。

共通事例（模擬 GSV 事例）の作成ポイント

この事例は、ストレングスモデルにおける模擬 GSV を行うにあたって作成したのになります。都道府県で研修を行うにあたり、皆様の事例を使用する場合には、模擬事例のポイントを参考にいただければと思います。この事例のポイントは、①サービス等利用計画を作成、②福祉サービスを利用、③計画の見直しと福祉サービスでは解決しないニーズへの検討（ストレングスモデルによる GSV）、④地域資源を活用しながら生活の幅が広がるという流れで作成されています。模擬事例作成の際の参考にしてください。

1. 模擬事例の流れ（要約）

本人は家族の希望で養護学校卒業に就職したが、長続きしなかった。退職後はしばらく自宅で過ごす、母はただ家にいるだけというのも良くないと思い、乗り気でない本人を連れて相談支援事業所に相談に訪れる。母は就労を希望するが、本人は今後の生活に対して希望を見出せずにいるため、「成功体験を積み重ね、本人が希望する生活を見つけていく」ことを目的として、就労継続 B 型事業所（以下、事業所）を利用することになった・・・(A)

事業所では、サービス等利用計画を踏まえ、「就労に向けた準備と社会性の向上」を目的として利用を開始する。徐々に事業所の生活にもなれ、一通りの作業をスムーズにこなし、友人もできるなど安定して過ごすことができていた。しかし、サービス管理責任者は本人がたまに見せる寂しげな表情や、就職の話も出るが今のままで良いと頑なに拒否するのを見て心配することがあった。また母からも週末一人で過ごすことが多いことから、養護学校時のように楽しく過ごして欲しい、やりがいを見つけて欲しいと相談がある。事業所での様子や母の話を受け、サービス管理責任者は事業所支援だけで本人の生活の幅を広げることの難しさを感じたことから、今後の支援について相談支援専門員に相談した・・・(B)

サービス管理責任者から相談を受けた相談支援専門員は、サービス等利用計画を見直し、現在の事業所利用を継続していきながらも、本人の生活の幅を広げていく必要性を感じたが、支援方法をどうするか検討するため相談支援専門員連絡会に報告する。その中で福祉サービスを利用するだけでは生活の幅を広げることが難しいことから、ストレングスモデルによる相談支援を進めていくことになった、そこで、ストレングスアセスメント票を作成し、グループスーパービジョンを行い、支援の方向性について協議（GSV）した・・・(C)

GSV を通して支援内容・支援方法（アイディア）を皆で共有し、検討しながら支援を展開していった。その結果、養護学校卒業以降、今まで行っていた卓球や友達関係が一切なくなってしまうことに気づき、本人のストレングスである卓球を支援に位置づけ、相談

支援専門員と見学や体験を繰り返していく中で、本人が希望して卓球クラブに入ることになった。事業所の終了後や週末は定期的に練習に参加し、大会にも出場するなど積極的に参加するようになっていった。今ではスペシャルオリンピックに参加することを夢見て練習に励み、大会の交通費を稼ぐとあって事業所の作業にも真剣に取り組んでいる・・・(D)

2. 模擬事例作成のポイント

(A) について

- ①希望を見出せない本人に対して、サービス等利用計画では、「成功体験を積み重ね、本人が希望する生活を見つけていく」が支援の目的。
- ②①を踏まえ、日中活動先として就労継続 B 型事業所を利用。

(ポイント)

サービス等利用計画での支援のポイントが書かれていること
その結果を踏まえ、何の福祉サービスを利用したのかが書かれていること

(B) について

- ①サービス等利用計画を踏まえ、「就労に向けた準備と社会性の獲得」を目的として就労継続 B 型事業所を利用開始。
- ②生活の幅を広げるため、サービス管理責任者が相談支援専門員に相談。

(ポイント)

福祉サービス事業所の利用目的が書かれていること（サービス等利用計画と連動していること）
福祉事業所での対応が難しく、福祉サービス以外の支援が必要だとわかること

(C) について

- ①サービス等利用計画を見直し、福祉サービスを利用しながらも、生活の幅を広げる支援について検討
- ②ストレングスモデルによる支援を行うに当たり、ストレングスアセスメント票、GSV を通して支援方法を検討

(ポイント)

サービス等利用計画を見直し、インフォーマル支援が必要な内容となっていること
ストレングスアセスメント票、GSV を支援の中心に置いた理由が書かれていること

(ポイント)

ここではストレングスモデルによる模擬 GSV を行う場面となります。支援方法（アイデア出し）の検討を行う（受講者は GSV を見る）＊ストレングスモデルに特化する必要はありません。それぞれの地域で行っている GSV でも可。ただし、構造化されたものであること。

(D) について

- ①GSV を継続していきながら支援の工夫を行う
- ②本人のストレングスである「卓球」（インフォーマル）を支援の中心に置き、相談支援を展開
- ③卓球クラブに参加、大会出場するための交通費を稼ぐため、事業所でがんばって働いている。

(ポイント)

ストレングスモデルによる支援の結果が書かれていること。

＊ストレングスモデル以外でもかまいません。ただし、モデルの技法・特徴・効果については講義の中で説明が必要です)

- ④地域のインフォーマル資源の重要性を理解し、地域のネットワークづくりに向けて、地域課題として取り上げ、地域の工夫を引き出していく

(ポイント)

- ④について、相談支援専門員は地域を意識して取り組むこと、また、連携が必要であることを演習時にコメントする

その他

＊地域資源とは、福祉サービスではない一般的な資源、地域の中にあるありふれた資源のことをいいます。

事例報告書

報告者

年齢・性別	才・男 女	障害程度区分	
障害名（診断名）		判定（診断）日時、場所	
主訴	本人の言葉（本人の訴えがない等の場合は本人の今の状況を踏まえ相談支援専門員が推測して記入）		
検討課題	相談支援専門員が支援に困っているため検討したいことを記述する		
利用者（家族）特徴			
既往歴・生活歴	既往歴		
	生活歴 生活歴を記載（小学校・中学校・高校・大学・卒業以降、それぞれの生活の中で楽しかった事、興味があった事、困った事、辛かった事などがあると、本人の性格形成が理解出来るので記述する）		
家族歴（家族関係）	本人と家族との関係性について記述		

記録を読み返し、検討課題に対して関連している記録を取捨選択して既述する。その際、全担当が行って来た支援、現担当が行なっている支援は別にする。

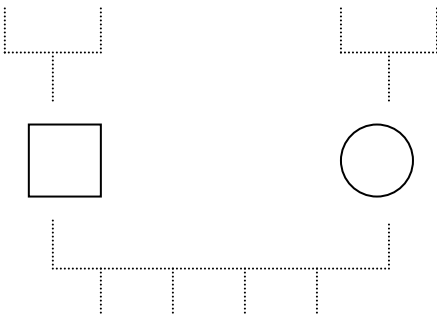
前担当者の支援

現担当者になってからの支援

チームアプローチ
における支援方針

社会資源（人）

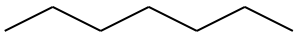
地域資源（人）



<関係> 弱い ← → 強い



葛藤



氏名：

地域変革のためのヒアリングシート

【1】利用者が参加・所属している地域組織または参加したがっている組織について

組織の名前は？	
どの程度の「参加」か？	
参加しやすい条件整備がなされているか？	
どういう条件を整えば、もっと参加しやすくなるか？	

＜注＞自治会・趣味グループ・学校・ファンクラブ・生涯学習グループ・
各種〈連続〉講座・ボランティアグループ

【2】利用者の交友相手〈友達〉について

どんな関係の人	
利用者の資源になりうるか	
どうしたら資源になるか。	

＜注＞井戸端会議の相手・同窓生・趣味友達・講座友達・級友・

【3】利用者が所属している当事者組織について

どんな組織に属している	
利用者同士の問題解決のために十分機能しているか。	
もっと機能するためには、どういう支援が必要か。	
利用者はどんな役割を果たしたらいいか。	
その組織は利用者にとってどんな意味があるか。	

【４】利用者に（福祉的に）関わっている人や組織・企業〈商店〉・隣人について

どんな関わりをしてきているか。	
もっとすすんだ関わりをしてもらうには、どんな条件が整備されたいのか	
こちらとしてどんな努力をしたらいいか〈どんな仕掛けを施したらいいか〉。	

＜注＞行きつけの商店の主が、店頭で親切にしてくれる程度でもいい。

【５】利用者が見込んでいる相手〈相談に乗ってくれたり、困った時助けてくれる人〉
行きつけの商店・診療所の医師・隣人について

その利用者が見込む相手はどういう条件があるのか。	
利用者が見込んでいる人が、見込まれたことをきちんとしているか。	
していないとすれば、それはなぜか。	
見込まれたことをその人が実行するには、どういう働き掛けが必要なのか。	

＜注＞なぜその人を見込んでいるのか。

【６】利用者の親族で、利用者が頼みにしている相手について

その相手は、利用者の期待に添うように行動しているか。	
していないとすればそれはなぜか。	
どうしたら期待に添うように行動するようになるか。	
他の親族はなぜ頼りにならないのか。	
どうしたらもっと頼りになる親族になるのか。	

【7】利用者の〈これから戻る〉近隣は、利用者にとっていい近隣か。

どのように頼りになるか。	
どのように頼りにならないか。	
どんな人材が存在しているか〈世話焼き・口利き・など〉	
もっと頼りになる近隣にするにはどうしたらいいか。	

【8】利用者の周囲で、活用できそうな福祉資源はあるか。

どんな資源が分布しているか〈いわゆるボランティアや民生委員、福祉推進員だけでなく、世話焼きさんや、保健福祉のプロ、各種公共機関なども〉。	
それぞれどんな資源性を持っているか。	
それぞれ利用者にどんな資源になりうると思うか。	
それらの資源を利用者に振り向けるにはどんな仕掛けが必要か。	
それぞれがより強力な資源になるには、どんな仕掛けが必要か。	

【9】利用者にとって「隠れた資源」となっているもの〈利用者を元気にさせているもの〉について

あるとすればそれは何か。	
--------------	--

<注>特に動植物や自然環境、日常生活の各種グッズ、遊び・スポーツなど、人間以外の資源に着目。

【10】利用者は地域に対して、どんな資源性を有しているか。

資源性とそれが機能している対象を羅列。	
利用者が頼りにしている相手に対して、どんな資源性を発揮しているか	
利用者が潜在的に有している資源性は何と何か。	
それぞれ誰に対して資源となりうるか。	
利用者の資源力を増強させるには、どんな支援が必要か。	

＜注＞隣人の相談相手、同じハンディを持った人の相談相手、趣味グループなどで、ユニークな働きをしている、など。

【11】利用者にとっての資源同士のネットワークの状況はどうか。

これまで挙げられた資源相互の連絡はどの程度なされているようか。お互い〈資源同士〉、その利用者に関わっていることをどの程度承知しているようであるか。	
もっときちんとネットワークができるためには、どんな支援が必要か。	

【12】利用者の自宅〈居住場所〉は、

資源を発掘・活用するのにどのように適しているか、または適していないか。	
より多くの資源を発掘・活用するために、どんな環境整備が必要か。〈利用者のセルフケアマネジメント能力の開発。自宅の改造。支援者の確保。資金援助など〉	

【13】 利用者のセルフケアマネジメント能力〈自分の状態を正確に把握・ハンディの中身も客観的に把握・その克服策の工夫・必要な資源を発掘・活用する資質等〉の評価をしてみよう。

セルフケアマネジメント能力の評価	
------------------	--

<注>人に好かれる〈人が寄って来る〉・自分も人が好き・人の好き嫌いが無い・困ったら困ったと言える・だれにも気軽に助けを求めることができる・助け手を上手に探し出す・お礼の言い方・仕方も上手・人間関係に長けている。自分もお返しができる・自分の〈他人に〉できることを上手に生かす・自分の意思をきちんと伝えられる・コミュニケーション手段を持っているし使える・どこへでも気軽に出かける・人を呼び込む場〈空間〉を確保している・セルフケアマネジメントのための支援者〈秘書?〉を確保している

ストレングス・アセスメント票

書式3

書き出し【●】本人の言葉

【○】家族等の言葉

【・】事実や行動（社会資源等）

本人の名前(通称):

事例提供者氏名:

A 現在のストレングス 私の今のストレングス 個人: 環境	B (未来の)希望: 願望: 熱望 何がしたいか: 何がほしいか	C 過去の資源 どんなストレングスを使ってきたか
-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

家・生活環境（住居、日常生活、移動手段、行動範囲など）

--	--	--

経済状況

--	--	--

日中活動（就労、教育、専門知識、通所、通学含む）

--	--	--

社会的支援（家族、友人との関係、所属、サポートネットワーク、支援的人間関係）		

--	--	--

健康状態（快適な状態、受診など医療を含む）		

--	--	--

余暇活動（趣味、レクリエーション）		

--	--	--

わたしの希望・願望の優先順位は
1)
2)
3)
4)

追加コメント・わたしを理解するために大切なこと

ストレングス・アセスメント票

書き出し【●】本人の言葉

【○】家族等の言葉

【・】事実や行動(社会資源等)

本人の名前(通称):

事例提供者氏名:

A 現在のストレングス 私の今のストレングス 個人:環境	B (未来の)希望:願望:熱望 何がしたいか:何がほしいか	C 過去の資源 どんなストレングスを使ってきたか
------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

家・生活環境(住居、日常生活、移動手段、行動範囲など)

・駅から徒歩で30分の近隣の関係性がよい集落に住んでいた

例●「ぼくは音楽が好き」
○「先生に育てたかった」母

・ヘルパー

経済状況

日中活動(就労、教育、専門知識、通所、通学含む)

社会的支援(家族、友人との関係、所属、サポートネットワーク、支援的人間関係)

健康状態（快適な状態、受診など医療を含む）		

余暇活動（趣味、レクリエーション）		

Spirituality 文化 / 生きがい（大事にしていること、人生観、家族観、価値観）		

わたしの希望・願望の優先順位は	
1)	
2)	
3)	
4)	

追加コメント・わたしを理解するために大切なこと

演習役割シート

書式4

	発表者	司会	書記	コメンテーター①	コメンテーター②	コメンテーター③
①						
②						
③						
④						
⑤						
⑥						

1. 支援上の課題の整理・必要とされる支援・基幹相談支援センター等との共有の仕方

事前課題①の報告を通して確認された支援の課題
グループ検討の中で見出された必要とされる支援（インターバルで行ってくる支援）
基幹相談支援センター等との支援の共有方法

2. インターバル時の支援の内容・効果・基幹相談支援センターとの連携

基幹相談支援センター等との共有内容・支援上のアドバイス等
インターバル時の支援と効果
所見

1. 相談支援体制・自立支援協議会

相談支援体制についての現在の理解
自立支援協議会の体制・運営状況等についての現在の理解
インターバル時に行ってくること（工夫等）

2. インターバル時の支援の内容・効果・基幹相談支援センターとの連携

相談支援体制
自立支援協議会の体制と運営状況等
今後の基幹相談支援センター等との連携

「個別相談支援」 セルフチェックシート

□欄に○印（理解し、実践できている）、△印（理解しているが実践できていない）、×印（理解していない）を記入してください

1. 意思決定支援

- ①相談支援において、「本人の意向を無視していないか」を意識することの必要性 □
- ②相談支援において、「本人の言葉の意味を吟味しているか」をその都度考えることの必要性 □
- ③相談支援において、「支援者の都合が優先されていないか」を常に考えながらかわることの必要性 □
- ④計画作成時、「既存の社会資源だけが支援の前提となっていないか」を見直すことの必要性 □
- ⑤相談支援のプロセスにおいて、「先に支援者の結論ありきで話を進めていないか」を振り返ることの必要性 □
- ⑥本人や家族等から、育ってきた環境の中で興味を持ったこと、楽しかったこと、楽しい時や嫌なときの表情などを知ることの意味 □

2. インテーク

- ①信頼関係の基礎を構築するための大事な場面 □
- ②福祉サービスに限定したやり取りではなく、主訴等の背景を丁寧に聞くことの意味 □
- ③今後の相談支援の見通しを説明し、利用者から同意を得ることの必要性 □

3. アセスメント

- ①アセスメントは、利用者から表出さえる全てが大切な情報である □
- ②生活歴を丁寧に聞くことは、利用者への理解が深まることになる □
- ③ストレングスは、健康な側面に着目した「本人のポジティブなところ、強み」であり、支援には欠かせない視点であることから、対話の中で常に意識する □
- ④情報の整理は、利用者から得た情報をその都度整理し、エコマップやジェノグラム、ストレングス票等のツールを活用することの有効性 □
- ⑤アセスメントの能動性・構成力を高めるには事例検討や GSV などの場面に参加することの重要性 □

4. モニタリング

- ①基本相談で得られた情報による支援者の見立てがモニタリングに影響している □
- ②サービス利用の有効性だけでなく、人との関係性や環境の変化など、多角的な視点をもってモニタリングを行うことの重要性 □

チームアプローチ（多職種連携） セルフチェックシート

□欄に○印（理解し、実践できている）、△印（理解しているが、実践できていない）、×印（理解していない）を記入してください

1. チームアプローチの視点と意思決定支援

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| ①本人の周囲にいる人々や地域の関係機関を把握することの必要性 | ☐ |
| ②本人の意思（本人中心）を尊重しながらチームで支援することの必要性 | ☐ |
| ③本人を中心としたチームを構成するための必要な手段 | ☐ |
| ④本人を中心としたチームの中での自分の役割 | ☐ |
| ⑤チームアプローチを通した新たな社会資源の創出 | ☐ |

2. チームアプローチの展開

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| ①支援目標の共通理解を得るための会議の実施 | ☐ |
| ②支援の経過や本人の満足度、チームアプローチの評価のための会議の実施 | ☐ |
| ③危機介入や緊急時の支援体制やリスクマネジメント | ☐ |
| ④地域資源（地域の中にある当たり前の資源）の活用方法 | ☐ |
| ⑤地域を巻き込んだ支援の検討 | ☐ |
| ⑥本人の意思を確認しながらチームでかかわる | ☐ |

3. 関係機関との連携（個別支援を中心としたネットワーク）

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ①本人の意思決定支援に重きを置いた会議の必要性 | ☐ |
| ②本人を中心とした支援会議の目的と効果 | ☐ |
| ③本人を中心とした支援会議を日常的に実施している | ☐ |
| ④本人を中心とした支援会議の自分の役割 | ☐ |
| ⑤ネットワークを通した社会資源の活用 | ☐ |
| ⑥ネットワークを通した社会資源の創出 | ☐ |

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

相談支援従事者研修のプログラム開発と評価に関する研究
平成28年度～29年度 総合研究報告書

2018年3月

研究代表者 小澤 温