

# 相談支援（ケアマネジ メント）の基本的視点 その1



社会福祉法人 薄光会 相談支援事業所 ほうきぼし  
富津市基幹相談支援センター えこ  
管理者/主任相談支援専門員 大森 匠

# この研修(講義)の獲得目標

- ・障害者支援の基本的な視点を理解し、利用者に寄り添う支援を心がけることを学ぶ。
- ・本人の強みの視点と強みを生かした支援が重要であることを理解する。

# 障害者支援の基本的視点は何か？

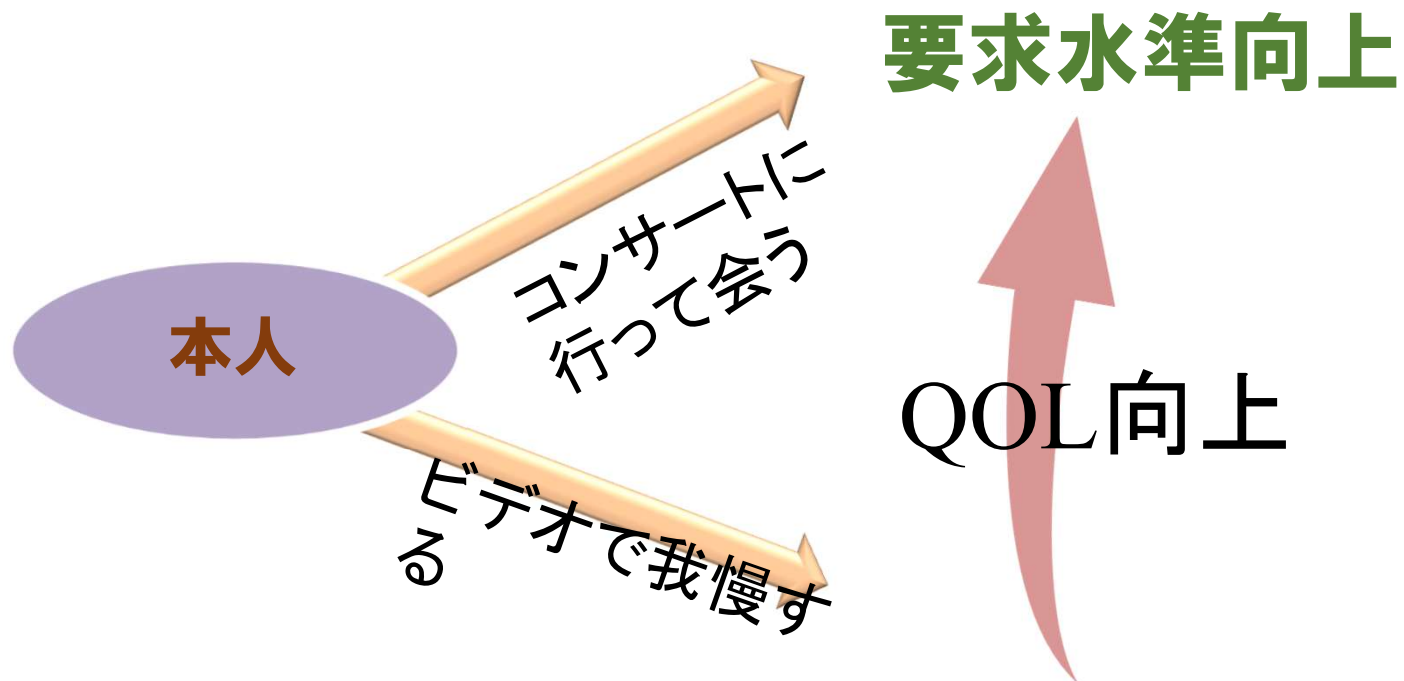
人権の尊重や社会資源の活用を前提として

- 生活者の視点（QOLの重視）
- 本人主体の視点（本人中心）
- エンパワメントの視点（当事者による社会変革）
- 個別化の視点（個性の尊重）
- 自立・自己決定の視点（意思決定支援）
- アドボカシーの視点（権利擁護）

## 基本的視点1

# 生活者の視点（生活の質の重視）

人生の質を高めるための支援に積極的であること



# 生活の質の向上とは

- ・生活は、①命、②暮らし、③生き方 という3重構造になっている。
- ・支援者は利用者の生活水準を向上させるためにより質の高い生き方を考える姿勢が求められる。

## 【生活の質の向上】

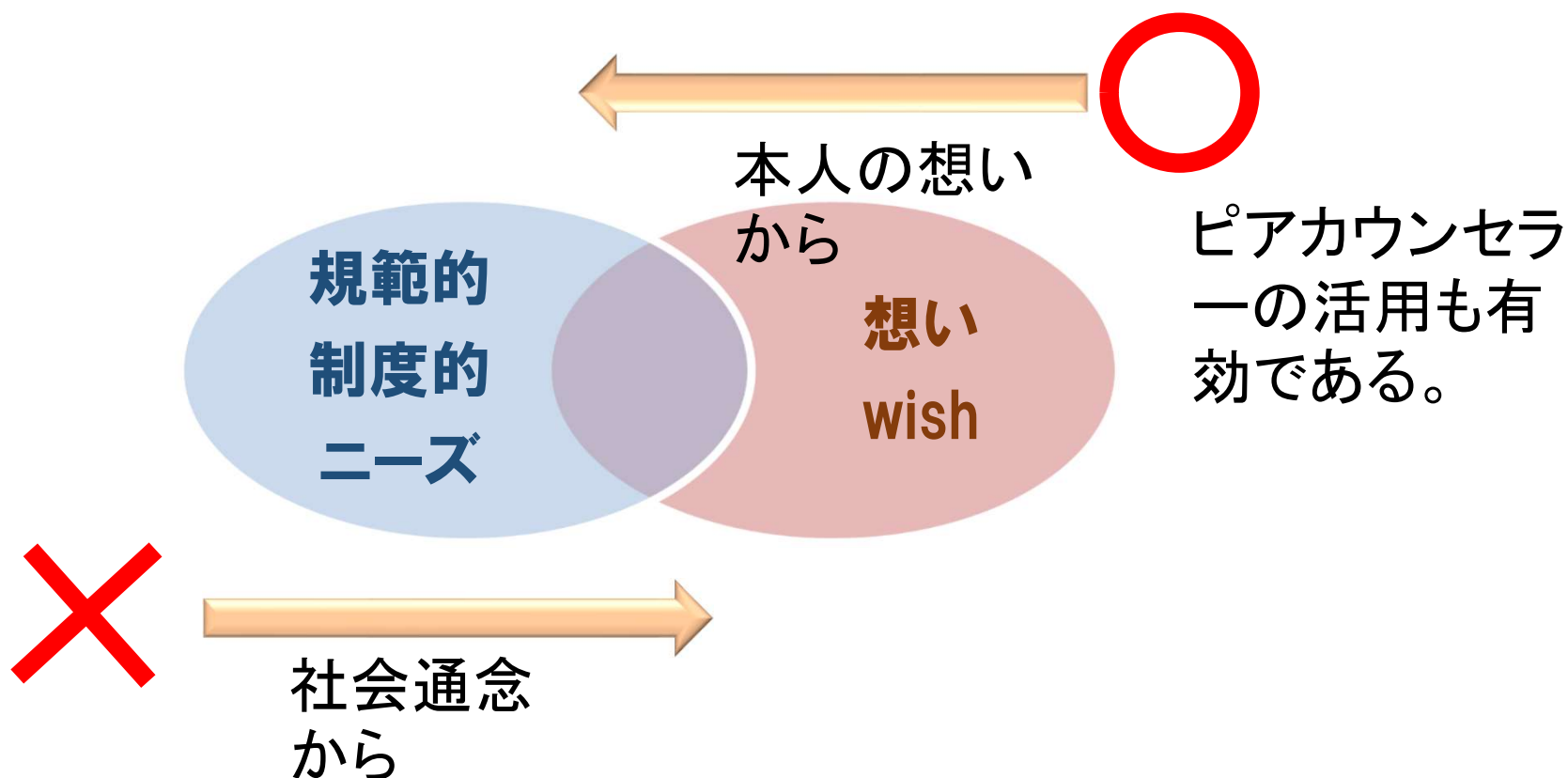
- ・車いす生活の方がいつも好きな歌手のビデオを見ており、支援者がコンサートに同行することでとても喜んでいました。

## 【生活の質の低下】

- ・生活介護事業所で遠出外出を予定していたが、雨のため中止となり、雨の日の楽しみ方が準備されていなかった。

## 基本的視点2 本人主体の視点（本人中心）

社会通念や既存の制度から障害を捉えるのではなく、常に本人に寄り添って「思い」を捉え、主体性を引き出す。



# なぜ本人主体なのか

- ・課題の解決からではなく、本人ができるかと、したいこと、好きなことに焦点を当てた支援を進めることでこそ、本人が主体的（我がごととして）に課題を克服することができる。
- ・重要なのは、本人の自己効力感の向上であり、したいことに近づくための小さな成功を積み重ねることや失敗を経験すること（プロセス・工夫重視）で学びを経て結果が形となって表れることを知ることで前進が始まる。

## 【就労継続支援B型】

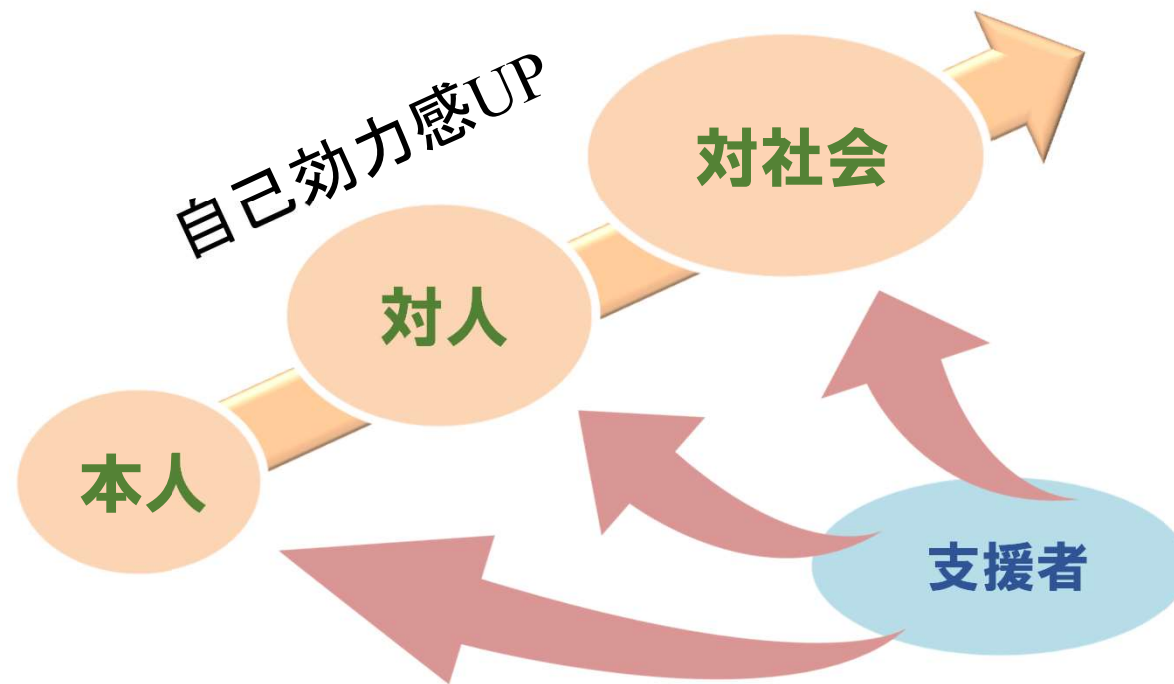
月～金 まで同じ作業

ただ単に作業を繰り返すか、毎日の目標を持って取り組むか

### 基本的視点3

## エンパワメントの視点（当事者による社会変革）

本人が周囲の人々や社会に働き掛け、社会を変えることで課題を解決していくために、環境に働き掛ける。





## エンパワメントとストレングス

- ・エンパワメントとストレングスは似たような概念である。
- ・ストレングスは人間の中にある逆境や苦難を乗り越えていく力や強さを表し、エンパワメントとは本人が周囲の人たちや社会に働きかけ、社会を変えることで課題を解決していくこと。
- ・エンパワメントをパワーが備わった状態とし、ストレングスをその状態になるための方法や視点とも考えられる。

### 【潜在能力の発揮】

- ・支援者は当事者の思いを組み入れ、当事者の支持や支援をしていく。

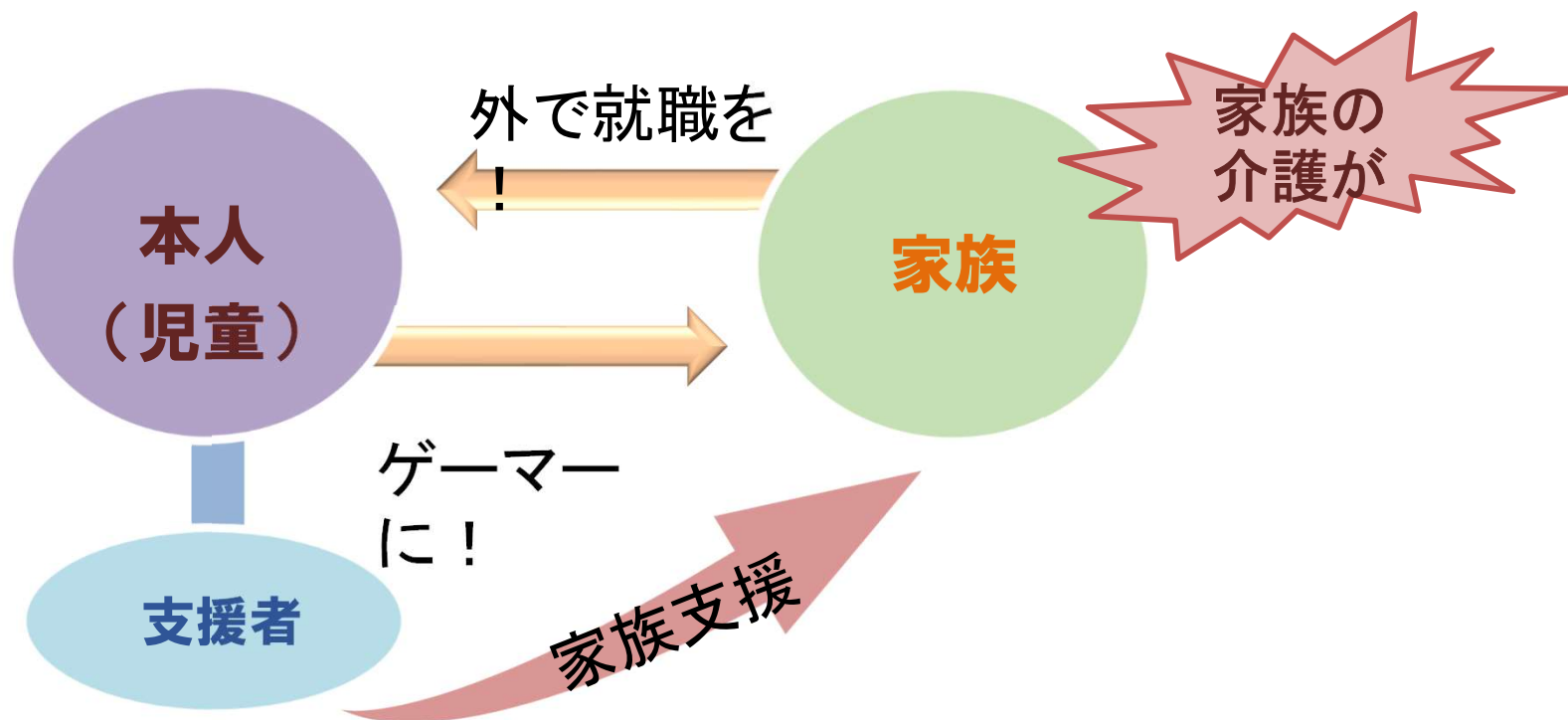
### 【例】

車いすで電車に乗りたい。

本人と市役所につけあう。⇒駅の整備をする。⇒乗車できる。

## 基本的視点4 個別化の視点（個性の重視）

画一的な価値観から本人を評価するのではなく、個性を活かした生き方を支援する。家族の人生も尊重する。



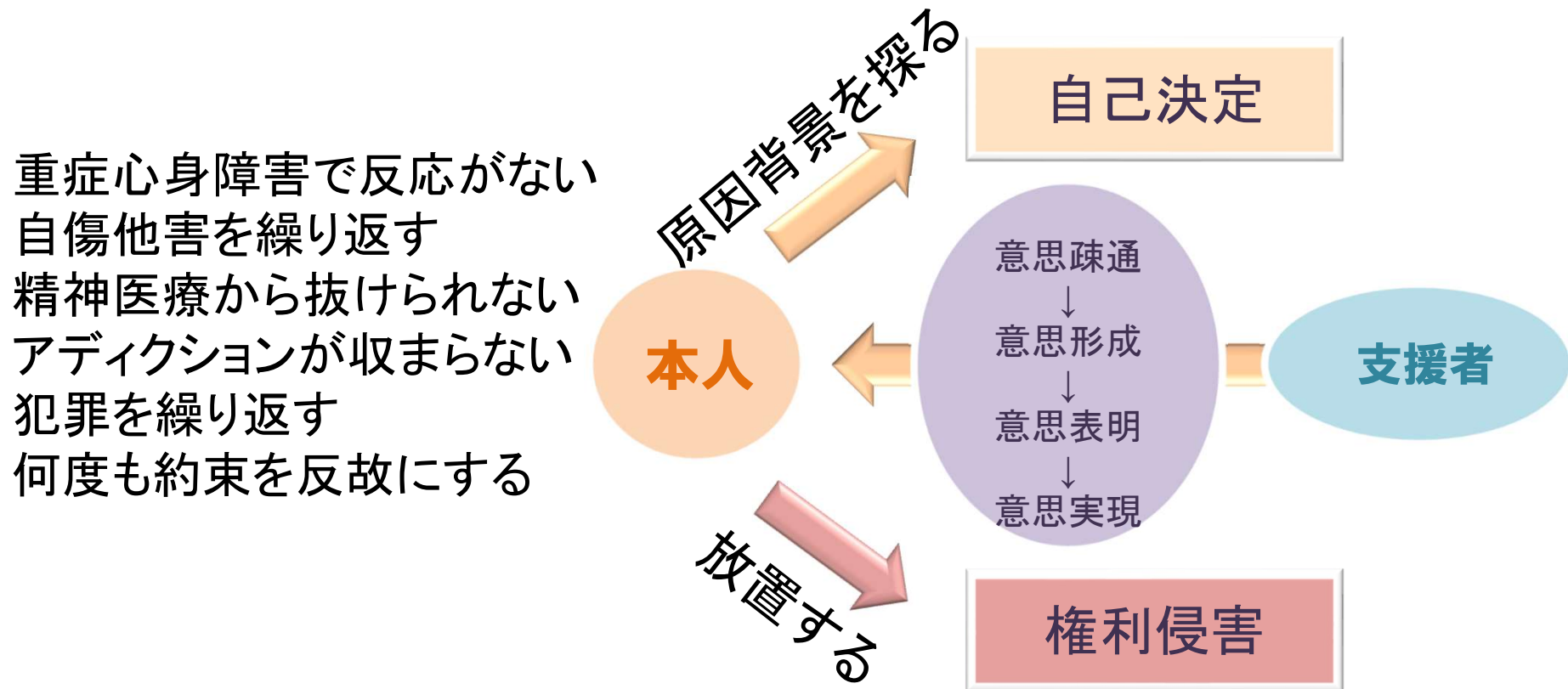
## 一般と個性とは

- ・「脳性麻痺の方の一般的な特徴は、……。発達障害の方は〇〇が苦手です。」などと記載されている。画一的な価値観である。しかし、それはあくまで一般的であり、同じ脳性麻痺でもAさんとBさんは同じではない。
- ・その方のレベルや能力などとともに、おかれている環境などによっても特徴が出てくる。
- ・本人や家族に聞き取りをすることにより、状況をよく理解し、Aさんの特徴として個性を大切にすべきである。
- ・本人の意思と家族の思いが異なることもあり、家族の置かれている状況も理解していく。

## 基本的視点5

# 自立・自己決定の視点（意思決定支援）

どんなに重い障害や困難があっても、意思決定を行う能力があると捉え、環境を整え、自己決定に導く。



# 自立・自己決定の課題とは

- ・意思決定支援とは認知障害を持った人々が平等に社会参加できるように意思決定の手助けをすることとされている。
- ・最重度の方でも何らかの意思決定ができるという前提で進めていく。支援者側の工夫と寄り添いが重要である。

## ・自己決定の課題

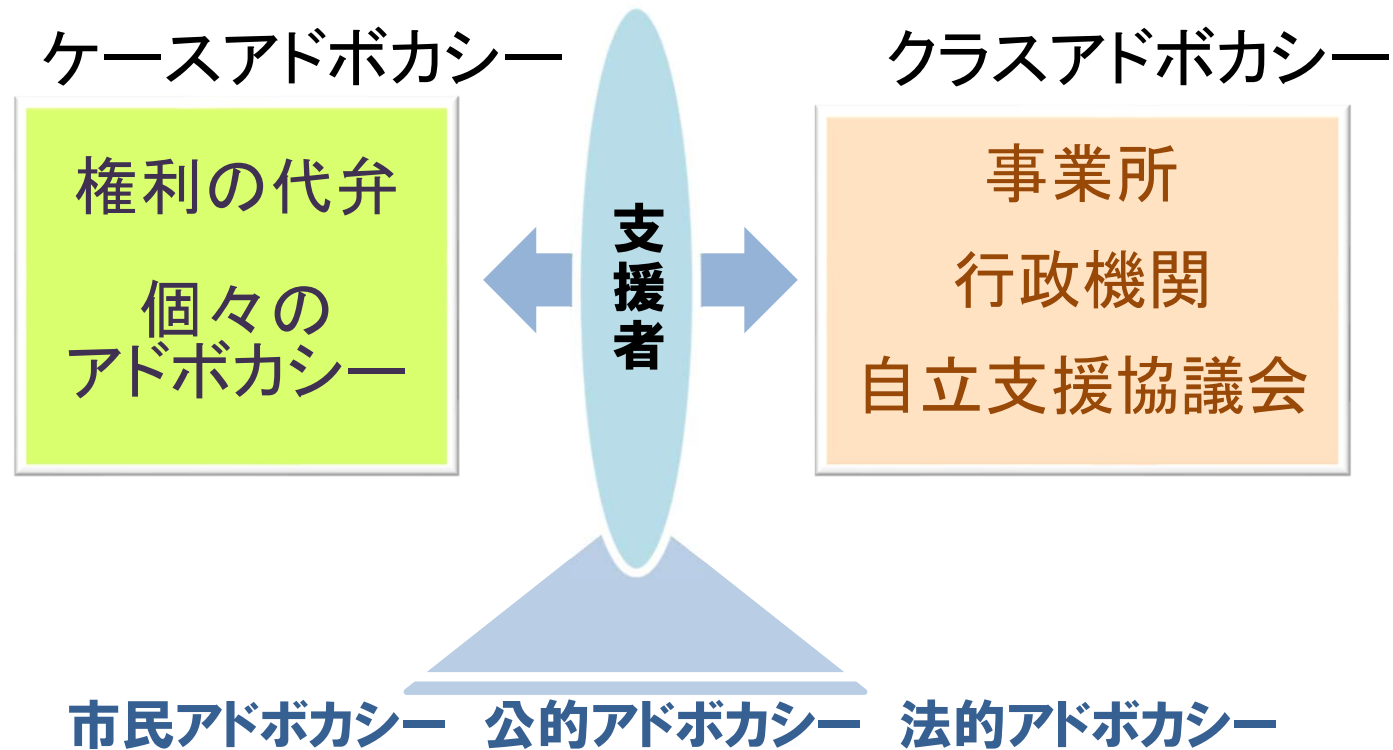
- ①生命・心身の安全と自由の尊重
- ②制度的な背景がもたらす影響
- ③支援者側の意識の問題
- ④家族に関する要因



## 基本的視点6

# アドボカシーの視点（権利擁護活動）

ケースアドボカシーとクラスアドボカシー双方に通じて、高いレベルでその人らしい暮らしを実現する。



## アドボカシーの課題とは

- ・アドボカシーとは自分で判断する能力が難しい人のために権利の主張や自己決定をサポートする活動であり、権利擁護ともいわれる。
- ・事業所では権利侵害が起きていることがある。職員の要因として利用者との親密感やストレス、制度、知識の不足などが考えられる。
- ・当事者の権利を代弁すると所属事業所の批判になることがある。
- ・相談支援、法的支援、生活支援の3つの輪が重なり合うことが重要である。

# 相談支援（ケアマネジ メント）の基本的視点 その2



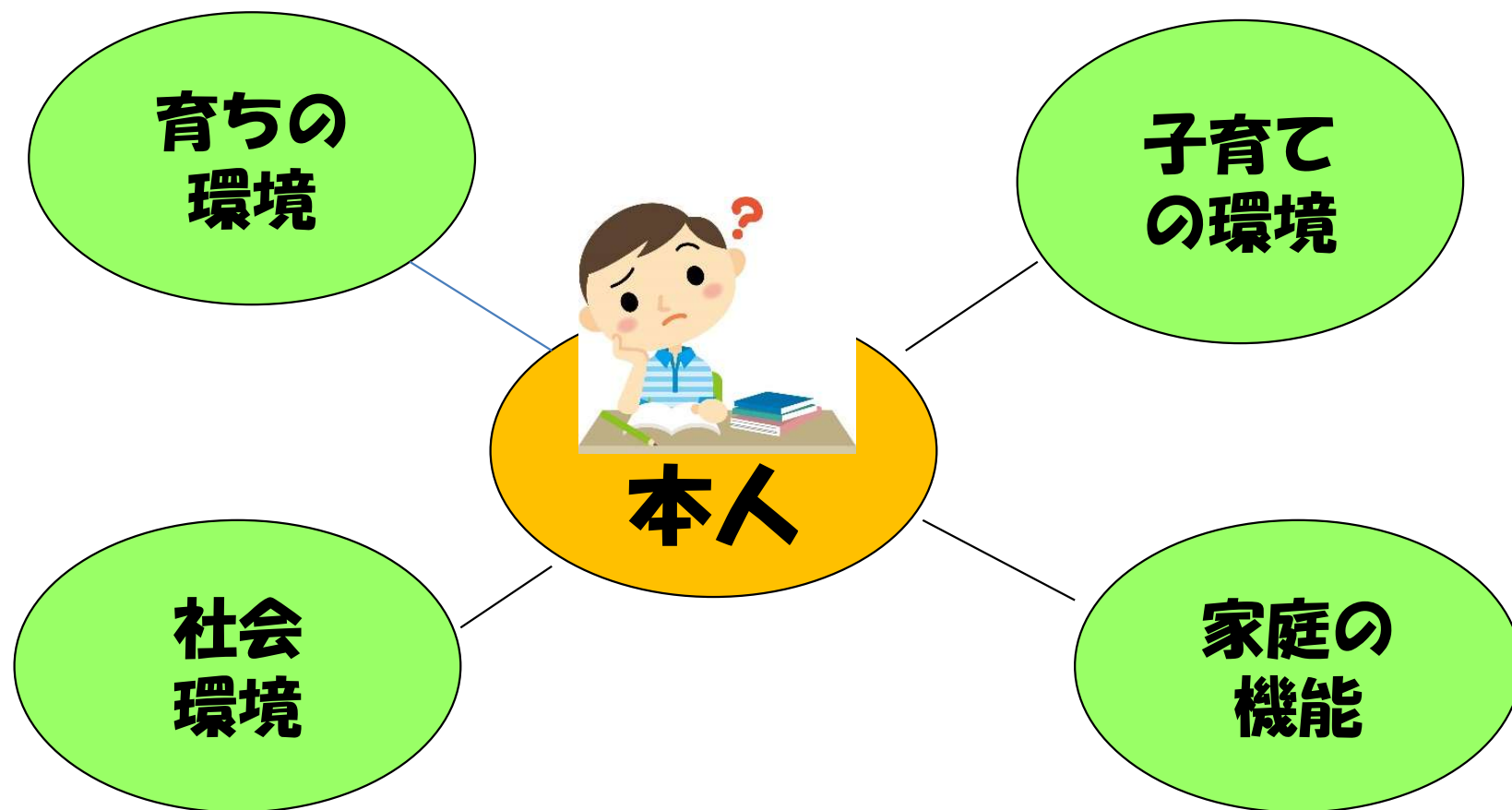
社会福祉法人 薄光会 相談支援事業所 ほうきぼし  
富津市基幹相談支援センター えこ  
管理者/主任相談支援専門員 大森 匠



# この研修(講義)の獲得目標

- ・児童支援に対する基本的な視点を理解し、利用者および保護者の立場を確認する。
- ・ケアマネジメントの理念と技術、それぞれの場面でのポイントを体得し、障害者支援の現場で実践できるようになる。

# 子どもを取り巻く社会は今



# 児童支援の基本理念

1. 障害のある子どもも本人の最善の利益を保障
2. 地域社会への参加・包容の推進と合理的配慮
3. 家族支援の重視
4. 障害のある児童の地域社会への参加・包容を子育て支援で

# 児童期の支援の基本的な支援

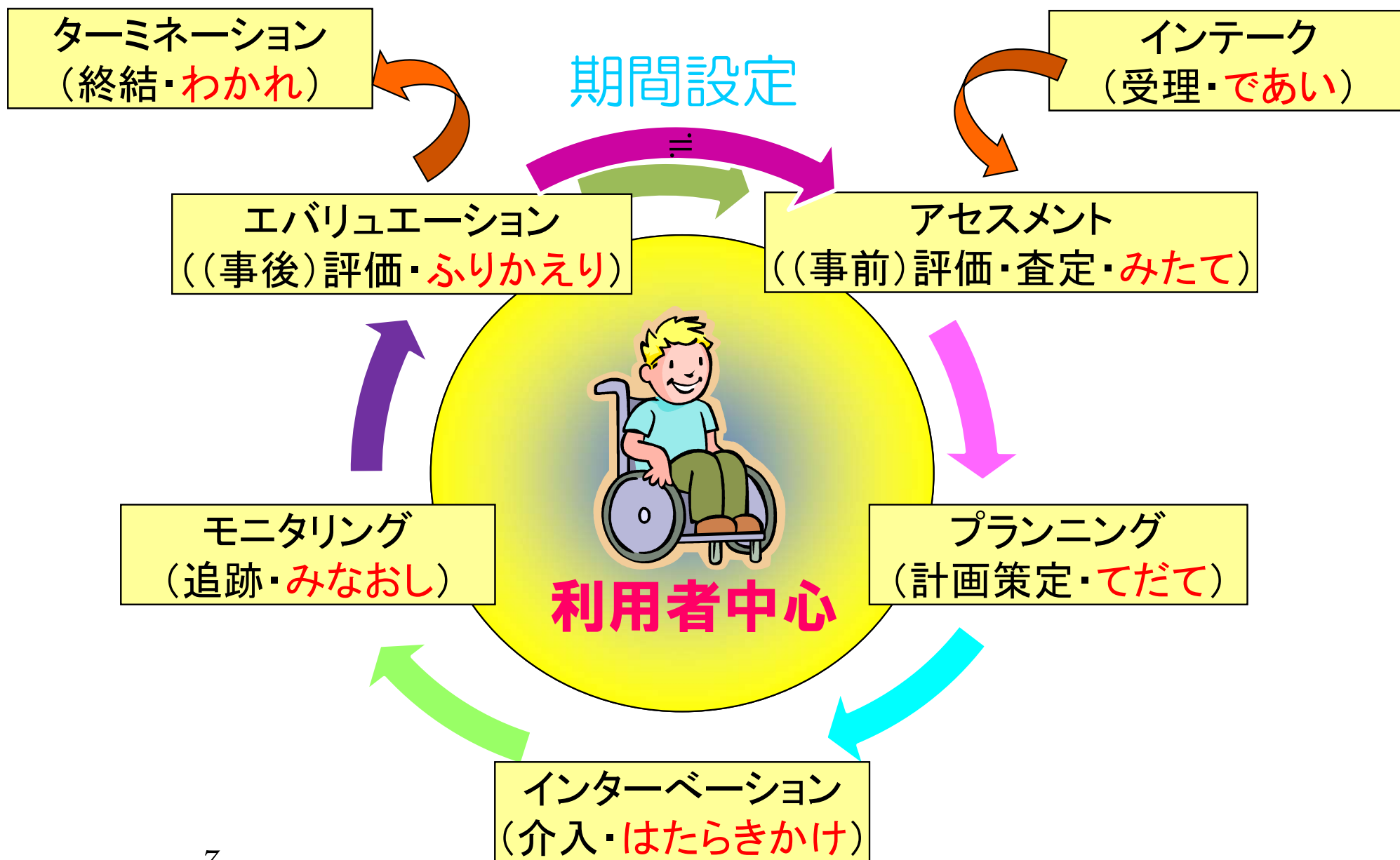
- 1, 手帳を持たない児童に対する支援
- 2, 乳幼児期の医療的な支援
- 3, 障害を持った家族への支援
- 4, 本人と児童の状態に合わせた子育て支援
- 5, 虐待の対象にならないための支援



# 児童支援の方法・志向

- 1, 一人ひとりの児童の状況を把握
- 2, 児童の生活リズムを大切に
- 3, 発達過程に応じた活動を支援
- 4, 児童の集団活動を支援
- 5, 児童が自発的、意図的に取り組める環境を
- 6, 児童の遊びを通じて力をつける
- 7, 親子関係を大切にする

# ケアマネジメントのサイクル(プロセス)



# ケアマネジメント過程（１）インテーク

## ○インテーク

クライアントとケースワーカーが出会い、援助関係を構築していく最初の機会⇒**まず受け止める**

## ○インテークの基本的目的

- 信頼関係の構築
- クライアントとその主訴の理解と把握
- サービス等の機能とケースワーカーの役割を説明
- 援助を受ける意思の確認
- 問題解決への動機付け

# バイステックの7原則

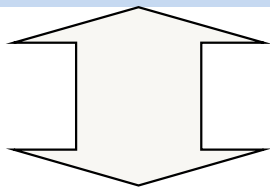
1. クライエントを個人としてとらえる。
2. クライエントの感情表現を大切にする。
3. 援助者は自分の感情を自覚して吟味する。
4. 受け止める。
5. クライエントを一方向的に非難しない。
6. クライエントの自己決定を促して尊重する。
7. 秘密を保持して信頼を醸成する。



# ケアマネジメント過程（２）アセスメント

## （１）対象者を理解する（情報収集）

- これからどんな生活をしたいのか
- 困っていることは何か（主訴）
  - 要望（デマンド）ではなく、ホントのニーズ（思い）を探る
- これまでどんな暮らしをしてきたのか、どんな毎日なのか→セルフケア能力を把握
- 全体的に見る（家族関係の中、地域社会の中で・・・）
- 対象者の両面を見る（リフレーミング）
- 弱点より強みを見つける（ストレングス）



**情報収集：面接、訪問、認定調査票、概況調査票、  
専門機関etc.**

## （２）担当者としての判断も大事

担当者としての専門的な判断をする→記憶を鮮明にするためにケースについてタイトルを付ける、要約表現するなどの工夫も必要

# 課題解決の糸口を探す～ストレングス ～今できていることを見つける、活用する

## 《その人が持っている強みに気づく》

1. その人が本来持っている強さ(やさしい、人懐っこい)
2. 健康な側面(体力がある、お腹が丈夫…)
3. 得意なこと(運動、歌、パソコン…)
4. 潜在的な能力(働ける、グループのリーダーになれる)
5. 暮らしの中で獲得した技能(自転車に乗れる、簡単な料理ができる…)
6. 関心のあること、好きなこと(ある歌手が好き、旅行が好き…)
7. コミュニケーション技術(誰とでも仲良くなれる、礼儀正しい、挨拶ができる…)

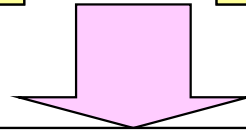
## 《環境の利点に気づく》

- ・話を聞いてくれる隣人がいる
- ・市役所の保健師さんが親切
- ・郵便局が近い
- ・バス停の近くに済んでいる
- ・友人が近くにいる

# ケアマネジメント過程（3） サービス等利用計画書の作成

○本人が望んでいる生活  
○本人が望んでいる人生

ニーズ（支援が必要な項目）  
掃除、炊事、移動、  
金銭管理・・・



《どうすれば希望の生活が実現するのか》

- ①希望・ニーズの整理
- ②長期目標・短期目標
- ③ストレングス・リフレーミング
- ④相談支援専門員の専門的理解と判断



**サービス等利用計画書**



# ケアマネジメント過程（3） サービス等利用計画書の作成

## ○計画の内容

- ①障害福祉サービスや地域生活支援事業を活用
- ②他制度のサービス
- ③代替案、インフォーマル資源の活用
- ④モニタリング期間
- ⑤緊急に対応しなければならないこと

○用具（様式）を使う

○サービス担当者会議（ケア会議）

計画に必要な要素  
（毎日の生活をイメージする）

- ①住まい
- ②日中活動の場
- ③支援体制



# サービス担当者会議

- 参加者
  - 相談支援従事者（召集者）
  - 本人や家族、キーパーソン
  - サービス利用計画によって関わりが想定される者（市町村職員、福祉サービス事業所、医療機関、民生児童委員・・・）  
※メンバーは必要に応じて変わる
- 目的
  - 対象者と家族の生活を全体的に共通認識する。
  - 関係者がこれから利用するサービスについて認識を共有する。サービス事業所と本人の調整。
  - 当人とサービス提供者が顔をあわせ、相互に理解する。
- 留意点
  - 個人情報保護



# サービス担当者会議 ～会議の運営

会議の進行

○司会、記録係

○進行

- 1 メンバーの紹介
- 2 アセスメント、サービス利用計画案の提示と検討  
(専門家・事業所からの意見と情報確認、市町村の支給決定方針等)
- 3 役割分担の確認 (役割に責任を持つ集団)
- 4 現状ではできないことの確認 (夢だけでは・・・)
- 5 次回の開催日およびキーパーソンの確認
- 6 利用者の同意と (利用者の) 役割確認



※ 本人と担当者とのニーズ等が一致しないときは、とりあえず本人のニーズで一步前進させる。

# ケアマネジメント過程（４） サービス等利用計画の実施



相談支援  
専門員

サービス  
管理責任者

相談支援  
専門員

- サービス等利用計画（**総合計画**）
- 利用開始への援助

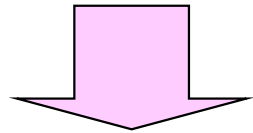
- 個別支援計画（**実施計画**）
- 利用契約

- モニタリング
- 計画の修正等

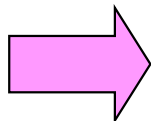
# ケアマネジメント過程（５） モニタリング・再アセスメント・評価

## モニタリングと評価

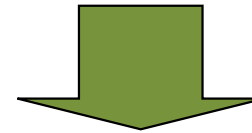
- ・利用者及びその家族、福祉サービス事業者等と信頼関係を醸成。
- ・市町村は対象者に応じて柔軟に設定。国は標準期間を設定。



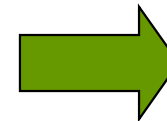
- ・ 効果が現れていない
- ・ 利用者の満足度が低い
- ・ ニーズ、環境が変化した



再アセスメント



- ・ ニーズが解消した
- ・ 本人が終了を希望
- ・ 入院した



終結



# ケアマネジメントの特徴(1)

## ～チームアプローチ

チームのリーダー

### ① アセスメントの共有

- ・生活の目標と生活支援の目標の共有化
- ・複数専門職のアセスメント段階からの関わり

### ② 利用者と家族の

「参加」

### ③ 多分野の専門職との協働

- ケアチーム
- ・相談支援専門員
  - ・家族
  - ・市町村
  - ・サービス事業所
  - ・雇用主
  - ・教育関係者
  - ・民生児童委員
  - ・近隣住民
  - ・友人

### ④ サービス提供事業者や地域の機関との協働

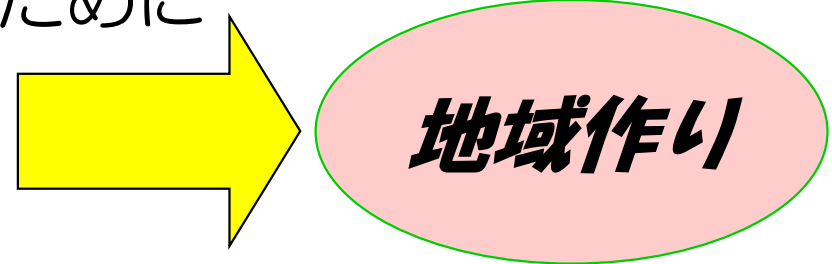
### ⑤ 支給決定する市町村との協働

### ⑥ 相談支援専門員同士の協働→人脈の活用

# ケアマネジメントの特徴(2)

## 社会資源(サービス)の活用

- (1) フォーマルサービス
  - 制度を十分に活用する！
  - 使えるものは何でも使うのか？
- (2) インフォーマルサービス
  - 地域の非公式な資源は生活に必須！
  - 個人的な人脈(情報)次第！
- (3) 社会資源の開発⇒協議会(地域自立支援協議会)などで地域課題として共有、解決へ
  - ▲協議会の活動を活性化させるために
    - 地域の現状分析
    - 他地域の状況
    - 利用者のニーズ調査など
    - 個別事例報告



令和6年度千葉県相談支援従事者初任者研修

# 「相談援助技術」

山武郡市障がい者基幹相談支援センター  
山岡 功平  
(社会福祉法人ワーナーホーム)

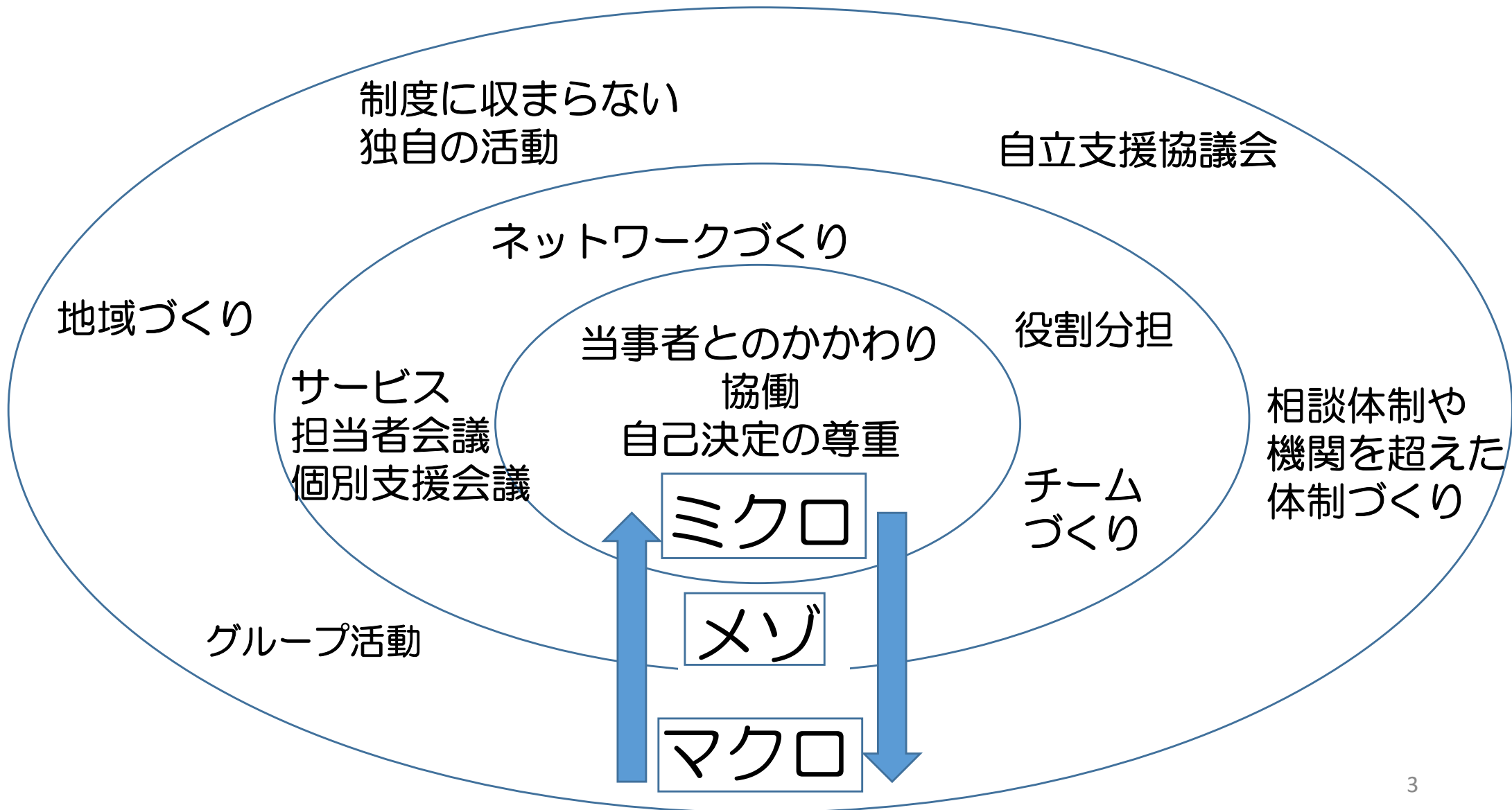
# 【この講義の目的】

様々な相談援助(ケアマネジメント)技術の  
方法を理解し、実践的に活用できるようにす  
る。

→相談支援専門員に必要な、相談援助技術  
や本人主体のケアマネジメントの技術につ  
いて学ぶ。



# 相談支援専門員の実践



# 相談支援専門員の実践で必要な相談援助技術について

- ① 援助関係の構築
- ② デマンドとニーズを考える
- ③ アセスメント
- ④ 意思決定の支援
- ⑤ ソーシャルワークの技法  
(ケースワーク・グループワーク・コミュニティワーク)
- ⑥
- ⑦

# ① 援助関係の構築

「相談援助」とは？

何らかの生活課題を抱えた個人・組織・社会（援助対象）に対して援助関係を結び、さまざまな援助技術を用い、援助目標に向けて、ともに課題を乗り越えていく過程。

「相談支援専門員の役割」

対人援助を通して、援助対象者の社会生活を充実したものにしていくとともに、環境へのさまざまな働きかけを行い、社会の変革と開発を担う。

# ① 援助関係の構築

※ 信頼関係(ラポール)を形成する力  
理解しようとする**姿勢**  
意思を尊重しようとする**姿勢**



心を解きほぐす：感情や思いを引き出せるような技量が必要になる。  
そのための、面接技術。

- ①受け入れ、②共感、③促し、
- ④反射、⑤要約、⑥明確化、
- ⑦傾聴、⑧質問、など





# ① 援助関係の構築 <面接技術>

- 受け入れ（導入）

緊張の緩和のための工夫として、興味関心のある話題から入る。

今回の面接の目的や目標を押さえる。

インタビュー場面では、自分の役割を伝える。

- 共感

利用者の話に関心を示し、利用者の考えや感じたことを肯定的にとらえる言葉や態度を示す。

「なるほど」「そうですよね」

# ① 援助関係の構築 <面接技術>

- 促し  
利用者の気持ちを引き出すために、話を進めていく言葉や態度を示す。
- 反射  
利用者の気持ちを引き出すために、利用者の発した言葉の一部を繰り返す。
- 要約  
利用者が話が長くなり、前後の関係が複雑なときなどに、話を要約してポイントを整理して返す。
- 明確化  
利用者が適切に言語化できないでいる事柄の内容や感情を洞察し、はっきりと言語化していく。

# ① 援助関係の構築

＜面接技術＞

## ・質問

本人の想いを聞くこと。

本人がなぜ、そう思ったのか、生活環境、その他。

本人のおかれている状況を理解した上で、サービス利用計画書や個別支援計画を作成する。

相談支援専門員や

サービス管理責任者に必要なことは？

「聴く」力

「状況を把握する」力

「優先順位」を決める力



## ② デマンドとニーズを考える

- ※ デマンド・・・需要・要望・要求(主観的要求・要望)
- ※ ニーズ・・・必要・要求(客観的必要性)

就労継続支援A型事業所で働きたいです！



# Aさんの事例から

Aさんは、精神障害があり、現在は就労継続支援B型の事業所に週4回通所しています。

仕事面では真面目さは見られますが、役所や銀行に行かないといけないと言って、急な欠席をしたり、お話に夢中になると、周りが見えずにしゃべり続けてしまうこともある。

また、自宅の様子を見ると、荷物が山積みで、片付けや整理整頓が苦手な様子。

(相談支援専門員)

「就労継続支援A型事業所で本当に働けるのかしら？  
大丈夫かな...」



# 「A型事業所で働きたいです！」



※ デマンド:「A型事業所で働きたい」

※ ニーズ(例):

- 「薬の飲み忘れがあって、不眠や寝坊がある」
- 「通勤の公共交通機関が苦手で、乗れない」
- 「生活費の管理が苦手で借金があり、返済しないといけない」
- 「親が年金の通帳を全額管理しているので、自由に使える小遣いが欲しい」

デマンドの奥にあるニーズに着目する。



ニーズを本人に気づいてもらう働きかけが必要。

そして、ニーズの抽出には十分なアセスメントが必要。

## ③ アセスメント

- ・いかに本人を理解できるか。
- ・さまざまな情報を分析、集約、整理する。

課題をとらえる上では、その人の経過（歴史）、背景、価値観など、生活全体を把握し、理解していく。「人と状況の全体性」

（応用）

- ・事業所アセスメント
- ・地域診断

# その人を理解するための、さまざまな情報(アセスメント)

どんな車に乗っている？それは何年モデル？

友人との雑談の内容は？

高校時代の部活は？

外食は何かが好き？

漫画が好きって、ビッグコミック？ジャンプ？

吸っているたばこの銘柄は？

使っている化粧品は？

亡くなった親御さんの死因は？

電車でならどこまで行ける？

どんな経緯から通院し始めた？



# アセスメントの項目（事例検討グラフィック版）

## 基本情報

Aさん(45歳)女性 N市在住  
 統合失調症・知的障害(IQ60)  
 合併症なし  
 障害年金2級+生活保護  
 障害支援区分3

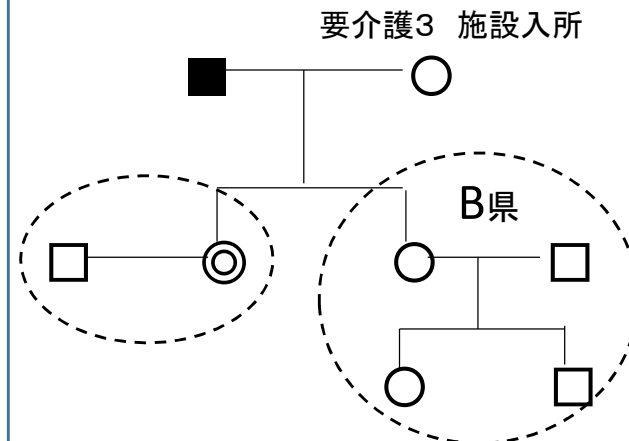
## 希望

## 本人の様子・雰囲気

身長・体重・服装・髪形など、

## 住環境

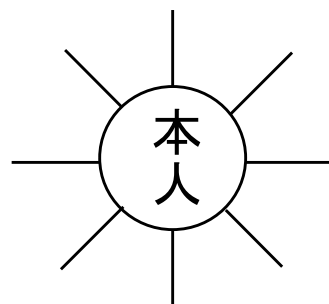
## 家族構成（ジェノグラム）



## 生活歴



## サービスや関係機関（エコマップ）



## 生活サイクル

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							
夜間							

## 医療情報（処方内容）

## 日課

6	起床
7	朝食
9	DC
12	昼食
16	買物
17	夕食
18	TV
21	就寝

## 能力

<ADL> 食事 調理 移動 立座位 寝返り 入浴 排せつ 運転 服薬管理 金銭管理	<対人> 自己主張 挨拶 協調性 妥協 SOS発信 断る 謝る	<仕事> 持続性 継続性 集中力 行程理解 手順理解 手順変更	<趣味>	<特技>
--	--	---	------	------

## ④ 意思決定の支援

### Bさんの例

**本人：「今のまま自宅で生活をしたい。」**

障害があっても、住み慣れた家で生活をつづけたい。

**ご家族：「施設に入ってもらいたい。」**

親亡き後が心配なので。高齢となって、本人の介護が難しくなっている。

# Bさんの事例から 本人主体のプラン作成とは？

## 〇〇相談支援専門員

「本人が入所はしたくない、今のまま家で生活をしたいと言っているので、在宅で生活できるプランを考えていくか、でも、社会資源があるのかな？」



## □□相談支援専門員

「ご本人は自宅での生活を希望しているけど、このままじゃ、やっぱり一人での生活は難しいよな、本人に施設入所を分かってもらうしかないかな」



# 考えられる対応例

- 施設入所と在宅、それぞれメリットとリスクなど十分な情報提供をする。
- 親も本人も双方がイメージできるように、見学などの機会を作る。
- 実際に施設入所している方の体験談、地域で生活をしている方の体験談をそれぞれ聴く機会をつくる。(ピアの活用)
- 単身生活を送れるようになるためのサービスや訓練、アセスメントはどんな制度を使えばいいか情報収集する。
- 本人とご家族、また関係機関等が加わった担当者会議を開催する。
- 地域の自立支援協議会や基幹相談支援センターと協働で事例検討を実施する。
- またBさんが仮に地域で生活を続ける上での、地域の課題を協議会に挙げて、必要な支援の開拓や創出に関与する。

# 意思決定支援の基本的原則

(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) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則  
(本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるように工夫して行う。)
- (2) 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
- (3) 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活や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、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

# 意思決定支援の具体例(1)

施設入所支援を利用して15年になるBさんは、知的障害と自閉症があり、言葉によるコミュニケーションが難しい状態であった。また、家族が亡くなり、成年後見人が選任されていた。担当の相談支援専門員は、継続サービス利用支援によるモニタリングで、今後も引き続き施設入所支援を利用するのか、グループホーム等に生活の場を移行するのか、Bさんの意思決定支援が必要であると考えていた。

そこで、担当の相談支援専門員が意思決定支援責任者となり、Bさんと成年後見人、施設入所支援のサービス管理責任者とBさんの担当職員、グループホームのサービス管理責任者の参加により、Bさんの意思決定支援会議を開くこととなった。成年後見人は、Bさんが施設に慣れて落ち着いた生活を送れているのに、生活の場を変えることでBさんが不安定な状態にならないか不安であると話した。

意思決定支援責任者が、自宅でのBさんの様子について成年後見人に尋ねると、帰省した時は、自分でお湯を沸かしてカップラーメンを作って食べていること等が話された。

## 意思決定支援の具体例(2)

施設入所支援のサービス管理責任者と担当職員はその話を聞いて、施設では自分でお湯を沸かしたり、カップラーメンを作ったり食べたりする場面がなかったため、施設の環境がBさんの本来できることを狭めてしまっているのではないかと、Bさんにとってよりよい生活の場について考えることが必要ではないかと思った、と話した。

Bさんは、目の前にある洋服や食べ物の中から自分が気に入った物を選んだり、絵カードや写真カードを見て、その日に行く活動を選んだり是可以するが、経験したことがないグループホームの生活と今の施設の生活を比べて選ぶことは難しかった。そこで、グループホームのサービス管理責任者は、空き部屋のあるグループホームがあるので、体験利用をしてみて、その様子からBさんの意思を確認してはどうかと提案した。

意思決定支援責任者である相談支援専門員は、意思決定支援会議の結果を踏まえてサービス等利用計画を変更し、地域移行支援に基づくグループホームの体験利用を行う内容に見直した。

## 意思決定支援の具体例(3)

また、1ヶ月後に再度意思決定支援会議を開き、Bさんの体験利用の様子を共有し、Bさんが今後の生活の場について施設の利用を継続したいのか、グループホームで生活したいのかについて確認することになった。

Bさんがグループホームで混乱しないように、施設で使っていた絵カードやスケジュールをグループホームでも使うことにした。人数の少ないグループホームの環境は、Bさんにとって落ち着けるようになった。近くのコンビニエンス・ストアに買い物に行ったり、カップラーメンや冷凍食品を調理して食べたりと、Bさんは生活の幅を広げていった。

1ヶ月後に、意思決定支援会議が開かれ、グループホームでの体験利用の様子が報告された。その内容から、Bさんの意思がどこにあるのか、誰にとっても明らかであった。

(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より)



# ⑤ ソーシャルワークの技法

【全米ソーシャルワーカー協会編、日本ソーシャルワーカー協会訳「ソーシャルワーク実務基準および業務指針」】

1. 人々の問題解決能力や対処能力等を強化するという目標を達成するため、事前評価、診断、発見、カウンセリング、援助、代弁・能力付与等の機能を遂行する。
2. 人々と資源、サービス、制度等を結びつけるという目標を達成するため、組織化、紹介、ネットワーキング等の機能を遂行する。
3. 制度の効果的かつ人道的な運営を促進するという目標を達成するため、管理/運営、スーパービジョン、関係者の調整等の機能を遂行する。
4. 社会政策を発展させ改善するという目標を達成するため、政策分析、政策提案、職員研修、資源開発等の機能を遂行する。

# 【ソーシャルワークの三大技術】

○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



○コミュニティーワーク  
地域援助技術(間接援助技術)



## ケースワーク(個別援助)とは？

利用者(相談者)個人や家族が生活上で困難な問題を持った場合に、その問題を解決するために相談や援助を行うこと。

(直接的に援助する直接援助技術)

※支援者が利用者さんと1対1でじっくりとかかわっていく援助体系

## グループワーク(集団援助)とは？

グループを援助対象とし、グループ活動や話し合いなど、グループのメンバー**相互作用**を通して、各自の社会性を高め、各々が抱える問題について効果的に対応できるように援助を行うこと。  
(直接援助技術)

例えば、利用者ミーティング、グループ活動、当事者グループ、自助グループなど。(広い意味では、家族を交えた話し合いや担当者会議なども含まれる。)

## コミュニティワーク(地域援助)とは？

地域住民にとって問題となっている生活課題を解決するために、用いられる技術で、**住民の組織化**を行い、施設や社会福祉関係機関などの連携を強化して、**住みよい地域づくり**を目指すもの。

**(間接援助技術)**

# 連携が広がると・・・、(ネットワーク構築)

機関・職員の名前を知っている。



行ったことがある、少し話したことがある。



一緒に仕事をしたことがある。



大変なケースも役割分担して、負担が分散される。  
お願いできる、される。(無理も言える)



一緒に仕事がしたいと思える。  
チームの一員になってもらいたいと思う。

# 相談支援専門員の実践で必要な相談援助技術について

- ① 援助関係の構築
- ② デマンドとニーズを考える
- ③ アセスメント
- ④ 意思決定の支援
- ⑤ ソーシャルワークの技法  
(ケースワーク・グループワーク・コミュニティワーク)
- ⑥ スtrenghs・エンパワメントの視点
- ⑦ 制度やサービスの体験的理解  
(足を運んで得る情報・人脈の最大活用)

千葉県相談支援従事者初任者研修

# 多職種連携とチーム支援

医療法人 白百合会

中村 淳





## みなさんにお伝えしたいこと

- なぜ連携が必要なのかを知る
- 連携とはチームアプローチ。チームアプローチの留意点を知る
- “良い”連携をするためのポイントを理解する



## 連携とは？

連絡を密に取り合って、ひとつの  
目的のために一緒に物事をする事

(大辞林 第3版より)

# 連携の定義

## 【定義】

「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）

## 【定義】

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（専門職や非専門職的な援助者を含む）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みられる「連携」定義の共通項

「二人以上」の「異なった専門職」が「共通の目標達成」をするために行われるプロセス

令和元年度相談支援従事者研修より

## (1) 連携が必要な理由 (重要性)

- 相談支援は基本的にマネジメントに徹すべき（直接支援が必要な場合もあるが）。直接サービスを提供するためには連携が不可欠。
  - 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。
  - 早急に対応が必要なニーズと、時間をかけて結果を出すニーズを混同している場合。
  - 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

## (2) 連携（チームアプローチ）の留意点

- 「連携」をすることが目的ではなく、連携をすることによりチームで支援していくことが重要
- 「専門性とチーム力」を高める
  - ・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ことが必要
  - ・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
- チームアプローチに必要な3つの条件
  - ①共通の目的や目標があること
  - ②ルールや決まりごとがあること
  - ③目的や目標を成し遂げられる人材が揃っていること
- 相談支援専門員は、上下関係のないチームアプローチのかじ取り役(大工の棟梁)

## なぜ他職種連携に困難さを感じるのか？①

- ▶ 相手のことを知らない。知ろうとしていない？
- ▶ 相談支援専門員自身が
  - 自分のことを分かっていない
  - 伝えられていない
  - PRできていない
  - (仕事の内容、できること、得意分野)

## なぜ他職種連携に困難さを感じるのか？②

### ▶ 職種による違い

歴史・文化・教育背景・アイデンティティ  
大切にしている倫理、価値観など・・・  
言語の違いや表現の違いもある・・・

### ▶ 法人による違い

理念・目的・目標・実践・大切にすること  
人材育成ビジョンなど・・・

## (3) 良い連携をするために

～相談支援専門員のすべきこと～

- 相談支援専門員自体が自分の仕事について再確認すること→できること・できないこと
- 市町村の中で相談支援専門員が何をすべきなのかの共通理解を図ること→必ずすべきことを明確に  
(地域を基盤としたソーシャルワーク)
- 相談支援専門員の業務の見える化



## (3) 良い連携をするために

～お互いがすべきこと～

- ▶ お互いの違いについて知ろうとすること  
違うからこそ一緒に考える、一緒に実践する意味がある
- ▶ 同じ言葉を使っている、職種によってニュアンスが違うことを意識する→ニュアンスの違いも話し合い理解する
- ▶ 場を共有し、顔の見える関係を作ることがスタート
- ▶ 役割があることが大切。その役割を積極的に担うこと

## チームアプローチの実践

- 相互の良いところを出し合い最善の支援を実施する。
- 抱え込みや過剰な支援がないかなど相互にチェックが行える体制をつくる。
- 相互の文化や価値観の違いを認めながらも、本人中心支援に向けたチームアプローチの必要性を理解する



## 連携（チームアプローチ）が上手くいくとき

- 的確なアセスメント
- モニタリング結果の共有
- 密な連絡
- 各専門性の尊重
- 目的の共有
- 明確な役割分担（でも柔軟な役割分担）



## 連携を図る上で大切なこと

- 上手くいかないこと（思い通りにいかないこと）も多い
- 答えはひとつではない
- どう捉え、考えるのか
- 抱え込まない