

# 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



9

# 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！



10

## 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うって、急な欠席をしたり、お話を夢中になると、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...」



11

## 「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

13

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？

亡くなった親御さんの死因は？

高校時代の部活は？

電車でならどこまで行ける？

外食は何が好き？

どんな経緯から通院し始めた？

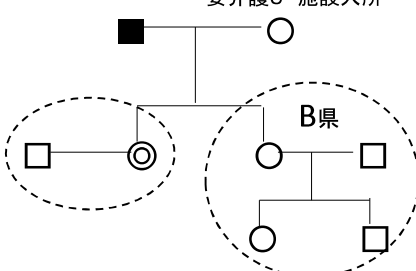
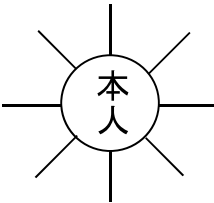
漫画が好きって、ビッグコミック？ジャンプ？

吸っているたばこの銘柄は？

使っている化粧品は？

14

# アセスメントの項目（事例検討グラフィック版）

<b>基本情報</b> 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	<b>希望</b>	<b>住環境</b>	<b>家族構成</b> (ジェノグラム) 要介護3 施設入所 																															
<b>生活歴</b> 16 23 24 26 36 40 41 43 44 出生 小学 中学 就職 帰省 発病 入院 GH退院 震災入院 AP退院 結婚			<b>能力</b> <table border="1"> <tr> <th>&lt;ADL&gt;</th> <th>&lt;対人&gt;</th> <th>&lt;仕事&gt;</th> </tr> <tr> <td>食事調理</td> <td>自己主張</td> <td>持続性</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td>挨拶</td> <td>継続性</td> </tr> <tr> <td>立座位</td> <td>協調性</td> <td>集中力</td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td>妥協</td> <td>行程理解</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>SOS発信</td> <td>手順理解</td> </tr> <tr> <td>排せつ</td> <td>断る</td> <td>手順変更</td> </tr> <tr> <td>運転</td> <td>謝る</td> <td></td> </tr> <tr> <td>服薬管理</td> <th>&lt;趣味&gt;</th> <th>&lt;特技&gt;</th> </tr> <tr> <td>金銭管理</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<ADL>	<対人>	<仕事>	食事調理	自己主張	持続性	移動	挨拶	継続性	立座位	協調性	集中力	寝返り	妥協	行程理解	入浴	SOS発信	手順理解	排せつ	断る	手順変更	運転	謝る		服薬管理	<趣味>	<特技>	金銭管理			
<ADL>	<対人>	<仕事>																																
食事調理	自己主張	持続性																																
移動	挨拶	継続性																																
立座位	協調性	集中力																																
寝返り	妥協	行程理解																																
入浴	SOS発信	手順理解																																
排せつ	断る	手順変更																																
運転	謝る																																	
服薬管理	<趣味>	<特技>																																
金銭管理																																		
<b>サービスや関係機関</b> (エコマップ) 	<b>生活サイクル</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		月	火	水	木	金	土	日	AM								PM								夜間								<b>日課</b> 6 起床 7 朝食 9 DC 12 昼食 16 買物 17 夕食 18 TV 21 就寝
	月	火	水	木	金	土	日																											
AM																																		
PM																																		
夜間																																		
<b>医療情報</b> (処方内容)																																		

15

## 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。

16

## 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えないかな」



17

## 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。

18

# 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

19

## 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。

20

## 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。

21

## 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)

22

## 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。

23

### 【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)



24



## 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

25

## 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。)

26

## コミュニティーワーク(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)

27

## 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。

28

# 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 ストレングス・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)<sup>29</sup>



# 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

H28サービス管理責任者指導者研修資料より抜粋

## (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)

平成30年度相談支援従事者研修より

## 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)

H30年度主任相談支援専門員養成研修より抜粋

## 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・・・

H30年度主任相談支援専門員養成研修より抜粋



### (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

H30年度主任相談支援専門員養成研修より抜粋

### (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

H30年度主任相談支援専門員養成研修より抜粋

## 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

平成30年度相談支援従事者研修より抜粋

## 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

