

厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業
相談支援従事者研修ガイドラインの作成及び普及事業

新カリキュラムに基づく 相談支援従事者養成研修モデル研修



埼玉県のマスコット「コバトン」

現任研修 #2-#4



特定非営利活動法人埼玉県相談支援専門員協会

新カリキュラムに基づく相談支援従事者養成研修 現任モデル研修 プログラム

●第2日目 平成31年2月22日(金) 埼玉会館7A・7B会議室

科目名	時間	項目	講師
講義・演習 個別相談支援	9:30～9:50	ガイダンス	社会福祉法人唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生
	9:50～11:05	導入講義 セルフチェック (実践の振り返り)	社会福祉法人唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生
	11:05～11:15	〈休憩〉	
	11:15～12:35	演習 (実践報告・検討)	演習統括 社会福祉法人唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生 演習講師 ふじさわ基幹相談支援センターえぼめいく 所長 吉田 展章 一般社団法人宮城・仙台障害者相談支援従事者協会 理事 西村 真希 一般社団法人兵庫県相談支援ネットワーク 事務局長 中川 優一 特定非営利活動法人埼玉県相談支援専門員協会 副代表 日野原 雄二
	12:35～13:35	〈昼休憩〉	
	13:35～15:55	演習★ (実践報告・検討)	午前中と同
	15:55～16:05	〈休憩〉	
	16:05～17:00	演習 (実地研修への整理)	
	17:00～17:15	まとめ ふりかえり	社会福祉法人唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生

7

●第3日目 平成31年2月23日(土) 埼玉会館7A・7B会議室

科目名	時間	項目	講師
講義・演習 多職種連携 (チームアプローチ)	9:30～9:50	ガイダンス	社会福祉法人唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生
	9:50～11:05	導入講義 セルフチェック (実践の振り返り)	ふじさわ基幹相談支援センターえぼめいく 所長 吉田 展章
	11:05～11:15	〈休憩〉	
	11:15～12:15	演習 (実践報告・検討)	第2日目と同
	12:15～13:15	〈昼休憩〉	
	13:15～15:55	演習★ (実践報告・検討)	第2日目と同
	15:55～16:05	〈休憩〉	
	16:05～17:00	演習 (実地研修への整理)	第2日目と同
	17:00～17:15	まとめ ふりかえり	社会福祉法人唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生

25

●第4日目 平成31年2月24日(日) 埼玉会館7A・7B会議室

	科目名	時間	項目	講師	
講義・演習	スーパービジョン	9:30～9:45	ガイダンス	社会福祉法人唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生	45
		9:45～11:45	導入講義 模擬SV	一般社団法人宮城・仙台障害者相談支援従事者協会 理事 西村 真希 特定非営利活動法人埼玉県相談支援専門員協会 副代表 日野原雄二	
		11:45～12:45	〈昼休憩〉		
		12:45～14:10	演習★ (スーパービジョン)	第2日目と同	71
		14:10～14:20	〈休憩〉		75
	コミュニティワーク	14:20～15:20	導入講義	ふじさわ基幹相談支援センターえぼめいく 所長 吉田 展章	
		15:20～15:30	〈休憩〉		
		15:30～16:30	演習 (コミュニティワーク)	第2日目と同	
		16:30～17:30	まとめ ふりかえり	社会福祉法人唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生 特定非営利活動法人埼玉県相談支援専門員協会 代表理事 藤川 雄一	

(講師の皆様お名前は敬称を略させていただきました。)

★印のある時間帯は、聴講生は聴講生向けプログラムを実施します。

- ・会場は7A会議室(同じ階の向かい側の部屋)となります。
- ・研修資料類をお持ちになって、部屋の移動をお願いします。
- ・以下の本事業検討委員会委員が担当します(敬称略)。
 - 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会 代表理事 菊本 圭一
 - 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会 副代表 橋詰 正
 - 特定非営利活動法人埼玉県相談支援専門員協会 代表理事 藤川 雄一

受講・聴講にあたっての注意事項

【受講者・聴講者へ共通のご案内】

1. 本研修の位置づけについて

本研修は、厚生労働省の実施する平成30年度障害者総合福祉推進事業の指定課題のひとつとして、相談支援従事者養成研修のカリキュラムを改訂するにあたり、新たなカリキュラムに基づく研修を実地でモデル的に行うものです。研究開発の性質上、以下にご協力をお願いします。

① 科目別振り返りシートは科目毎に提出してください。後日返却します。

② 研修中、事務局にて録画や写真撮影等を行います。

※事業報告書や報告会等で使用する場合があります。

③ 本研修の結果を元に、さらに進行・教材・副教材等の精度向上を予定しています。

※本研修で配布する資料の複製や再配布は固くお断りします。やむを得ぬ事情がある場合は、事務局にまずはご相談ください。

2. 注意事項

① 研修中、携帯電話・スマートフォンは電源を切るかマナーモードにし、かばん等の中にしまってください。研修進行の妨げとなる行為をし、注意しても改善されない場合は退席していただくことがあります。

② 研修中の講義や演習等、会場内での録音や写真・動画撮影等は禁止します。

③ 会場内では昼食等の飲食が可能です。ただし、ゴミは各自お持ち帰りください。

研修中も飲み物は飲んでかまいません。

④ 体調管理には十分注意してください。体調がすぐれない場合は、早めに事務局まで申し出てください。会場の温度管理にはできる限り注意を払いますが、各自でも調節願います。

インフルエンザが流行していますが、これらの伝染の恐れのある疾患等に罹患された場合は来場はせず、静養・治療に専念してください。

⑤ 本研修へは、公共交通機関を利用して来場してください。

※県庁来客用駐車場は土日祝日は有料駐車場となります。割引処理等はありません。

⑥ 喫煙は所定の喫煙所にてお願いします。

【受講者へのご案内】

1. 初任者研修修了の認定にあたっては、課題実習を含め、本研修の全てのカリキュラムを受講することが必要となります。以下の場合は、修了の認定を行いませんのでご注意ください。

・欠席した場合 ※遅刻・早退や無断や長時間の離席は欠席扱いとなります。

・課題実習を誠実に行わなかった場合（他人の事例を借り受ける等は厳に謹んでください。）

・研修の進行の妨げとなる発言・行動をし、再三の注意を受けても改善しない場合

・研修への参加意欲がないと感じられる場合（居眠り、携帯電話・スマートフォン・パソコン等の使用、グループワークへ参加しない等）

2. 出席の確認について

- ・第1日目については、以下の通り出席確認を行います。
各日程の研修開始前（受付時） 該当の受講確認票に必要事項を自署の上、提出
各日程の研修終了時 該当の受講確認票に必要事項を自署の上、提出
※提出が確認できない場合、自署の必要事項記載がない場合は欠席扱いとなります。
- ・第2日目～第4日目については、グループワークとなり、各グループの演習講師が開始時と終了時に出席確認を行います。

3. 修了証書の交付について

- ・定められたカリキュラムを全て修了された方に、第4日目終了後、修了証書を発行します。
- ・修了証書を受け取る際、氏名と生年月日に誤りがないか確認してください。
※もし誤りがある場合は、必ずその場で事務局に申し出てください。
- ・修了証書の交付を受けた者は、埼玉県が作成・管理する研修修了者名簿に登載します。
- ・本研修は現行の告示に基づき、修了を認定するものです。

【聴講者へのご案内】

1. 受講生と共通のご案内にもある通り、本研修で使用する教材・副教材等は試行中のものであり、今年度さらなる改訂を行い、来年度の公開を予定しています。今年度中は特に、本研修で提供する教材等の取り扱いについては配慮をお願いします。
 - ・本研修の教材・副教材は、貴都道府県内での今後の研修企画運営に関する検討の範囲にとどめてご活用ください。全部または一部の複写・複製や再配布、本研修の教材等を用いた研修を行うことは固くお断りします（研修検討メンバー内で試行的に行うことについては、その限りではありません）。
 - ・企画運営や研修実施側の観点に立つご質問は、受講生と別途のプログラム内容となる時間を設け、その際にお受けします（第2・3日目を予定しています）。意見聴取については、グループインタビューの時間に行います。
 - ・映像教材や電子データ等の提供は、今後本事業検討委員会にて検討します。
2. 本研修は4日間を通して行われるものであり、前回までの内容を既に学習しているものとして進行します。
 - ・聴講者が変更になる場合、①書類（聴講票や聴講案内）、②教材・副教材等の配布物は都道府県の中で受け渡しを確実にしてください。また、前回までの内容についても伝達を十分行った上での参加をお願いします。
（忘れた場合に補足的な解説を行うことや、新たな資料を差し上げることはいたしませんので、ご了解ください）。
 - ・欠席時の教材等について次回研修前に送付を希望される場合、事務局まで電子メール(model2018@ssa-b.com)宛てご依頼ください（料金着払いにて郵送いたします。）。

研修 2 日目・講義

【事例に基づく演習への導入講義】

就労していたが、家庭内暴力頻繁、閉じこもるようになり失職。家族関係調整・障害受容を図り、就労移行支援事業の利用を経て就労を図った事例

個別相談支援/チームアプローチ/コミュニティワーク

利用者のニーズと診断 （ラベリング）の危険性

- 目の前の利用者の示す障害（病気）
→ある性質を特徴とする障害（病気）の範疇に属すると判断すること



障害特性（診断）と支援

- 支援は正しい障害特性の理解に基づいて行われなければならない。(分類のためのレッテルを貼ることではなく)、利用者の障害特性を正しく把握し、利用者と環境の相互関係を理解し、どの程度まで障害（病気）が生活の支障となっているのかを読み取り、支援に結びつけていくことが必要。

「土居健郎全集」より引用・一部加筆

見立ての必要性

- 障害の評価ばかりでなく、利用者の持つポジティブな価値、ストレングスも含めて、個々の利用者の障害特性に基づいた支援的な見通しを立てるとともに、具体的に利用者にとどのように働きかけるか（支援）を含むものであって、個別的である。

「土居健郎全集」より引用・一部加筆

診断と支援

診断は、短所に着目して成立するが、

支援は、長所に着目し、個人と環境に焦点を
当てることで成立する。



2019/2/17

例) 発達障害

- 社会性の障害

他者とのやり取りが苦手、他者の意図や感情が読み取りにくい、共感が乏しい

- コミュニケーションの障害

特異な言い回し、話し言葉を理解することが困難、地面通りの解釈で冗談が理解できない

- 想像力の障害

見通しが見つからないと著しく不安になる、興味の偏り、決まりきったパターンへの固執



人との関係のなかで問題が生じる

相談事例から見るケアマネジメント と意思決定支援

1. プロフィール

- 年齢：29歳
- 性別：男性
- 障害：療育手帳B2、身体障害手帳2級（両上下肢痙性麻痺）
- 家族構成：父（無職）、母（内職）
- その他
 - ・ 障害受容ができず、コンプレックスが強い
 - ・ 家庭内暴力

2. 事例の概要

- 高校卒業後（専修高校）、障害者職業センターを経て一般就労するが、仕事の内容についていけず1年で退職。
- その後在宅で過ごすが、家庭内暴力が始まり、両親が〇市の相談センターに相談、紹介を受けて〇事業所に通うことになった。
- しかし家庭内暴力は止まらず、作業所の利用も困難となったため、両親が当相談室へ来所するようになった。

3. 主訴

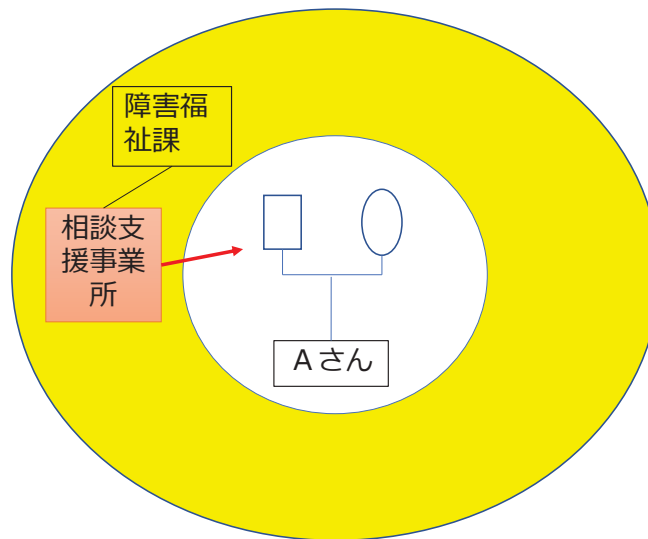
父・母

「本人が暴れて困る。どこかに就職して欲しい」

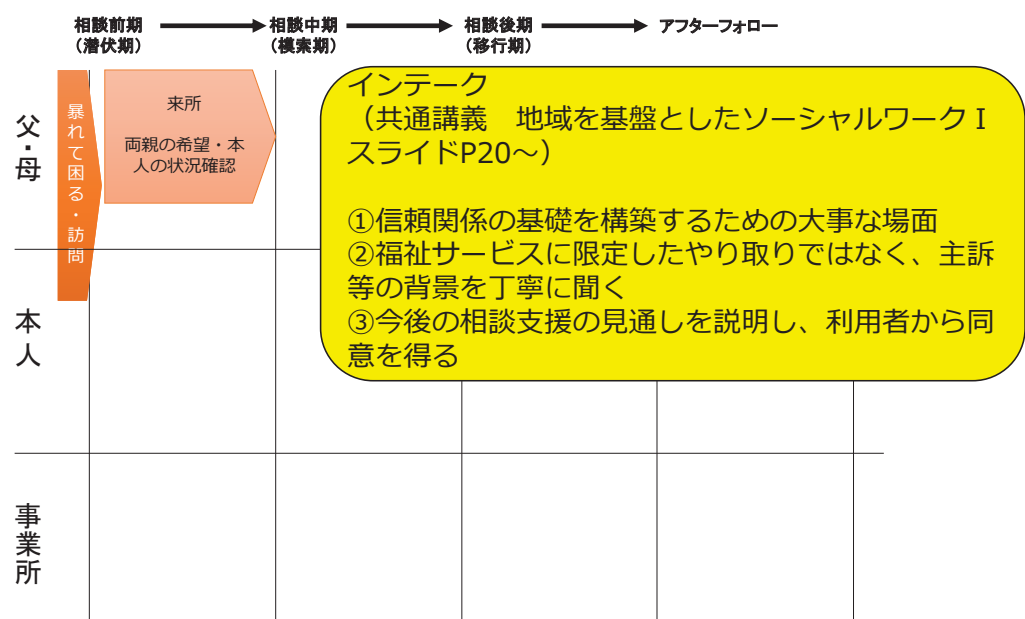
本人

「仕事したいけど、うまくいか分らない」

Aさんの現在の関係図



相談支援の展開（関係調整・意思の確認）

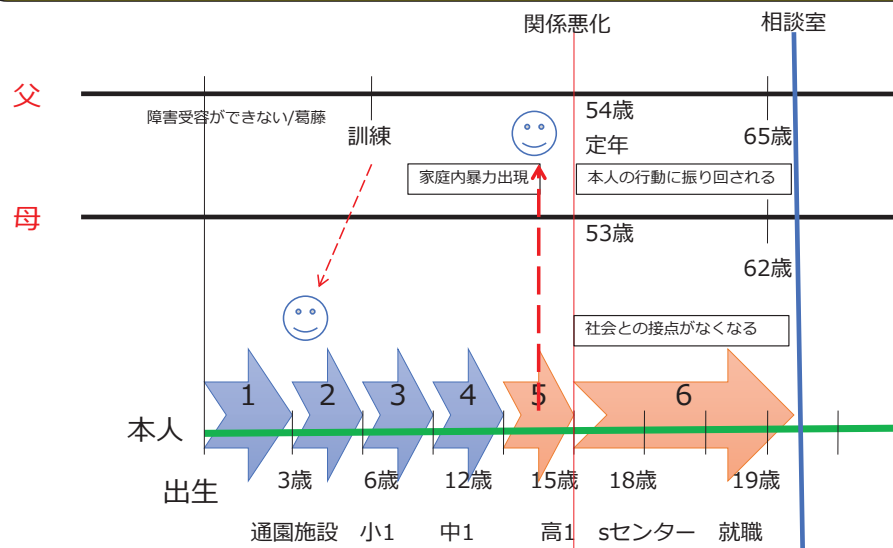


家族の図表（家族関係図）

アセスメント

（共通講義 地域を基盤としたソーシャルワークⅠ スライドP23～）

- 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
- 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、対話の中で常に意識する（スライド P 15～）

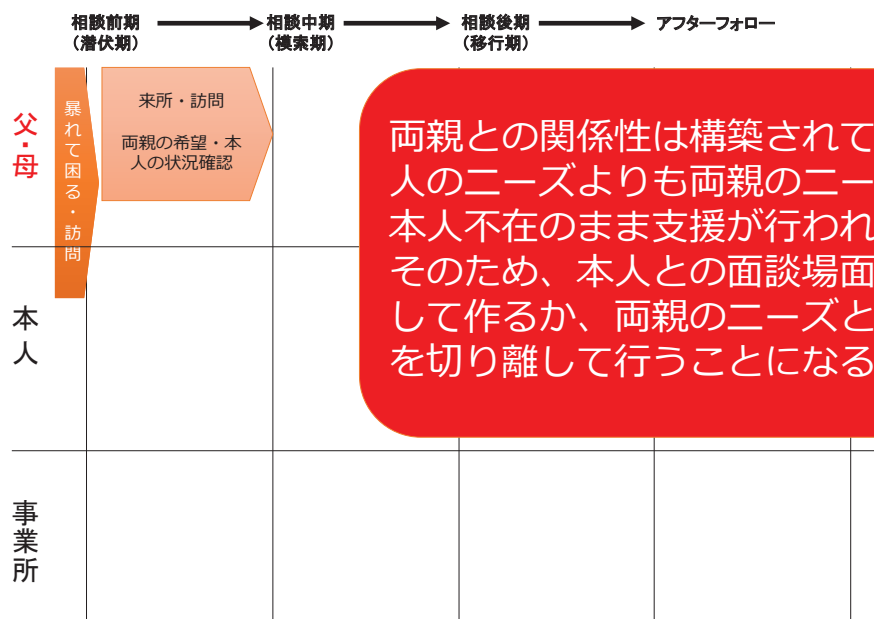


意思決定支援

（共通講義 地域を基盤としたソーシャルワークⅠ スライド P26～）

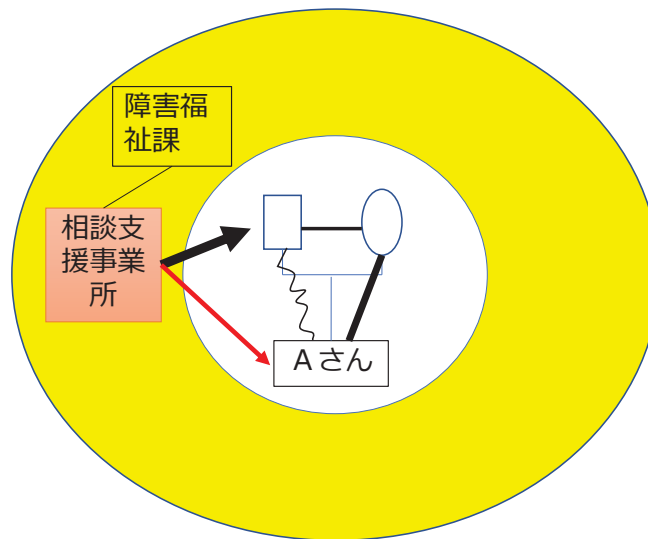
- ⑥本人や家族等から、育ってきた環境の中で興味を持ったこと（音楽）、楽しかったこと（旅行）、楽しいときや嫌なときの表情などを知る（意思表出可）

相談支援の展開（関係調整・意思の確認）

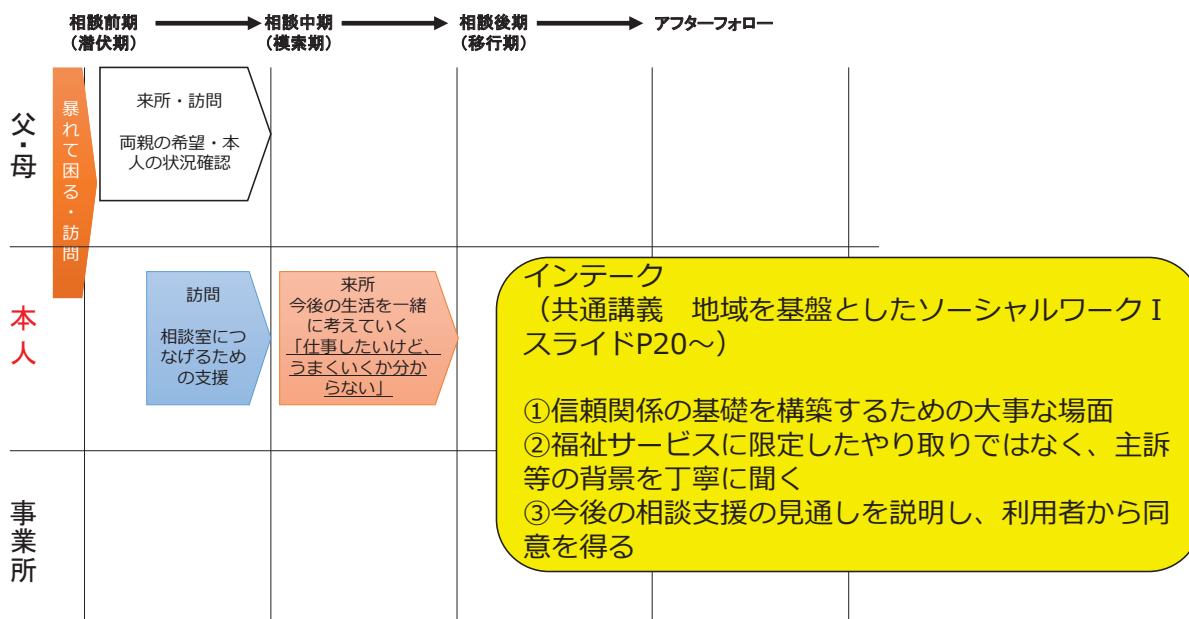


両親との関係性は構築されていったが、本人のニーズよりも両親のニーズが優先され、本人不在のまま支援が行われそうになる。そのため、本人との面談場面をどのようにして作るか、両親のニーズと本人のニーズを切り離して行うことになる

Aさんの現在の関係図



相談支援の展開（関係調整・意思の確認）



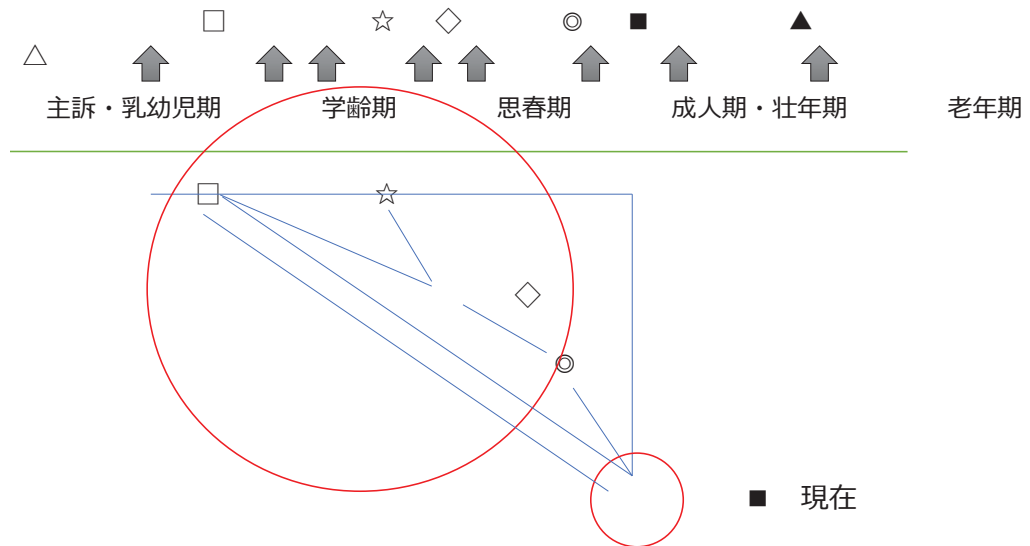
情報入手の方法（能動性）

- 主訴を端緒にして、「これがあるから他にもあるだろう」と考えながら質問していると（話を聞いていると）、他の課題が見えてくる。
- 例えば、「これはどうですか」と聞いたら、ある時から「これとこれもあるば、おそらくこっちもあるだろう」と頭の中で想像ができる人なら次の質問もでき、情報が増えていく。しかし、質問ができなければ1個か2個しか情報は入らない。
- 支援者はどこかで頭の中で仮説とか探りを入れながら聞く能動的なプロセスが働いていないと情報（課題）が得られない。情報を得るのは支援者の能動的（自ら働きかけること）な行為である。

情報の整理・統合の方法（構成力）

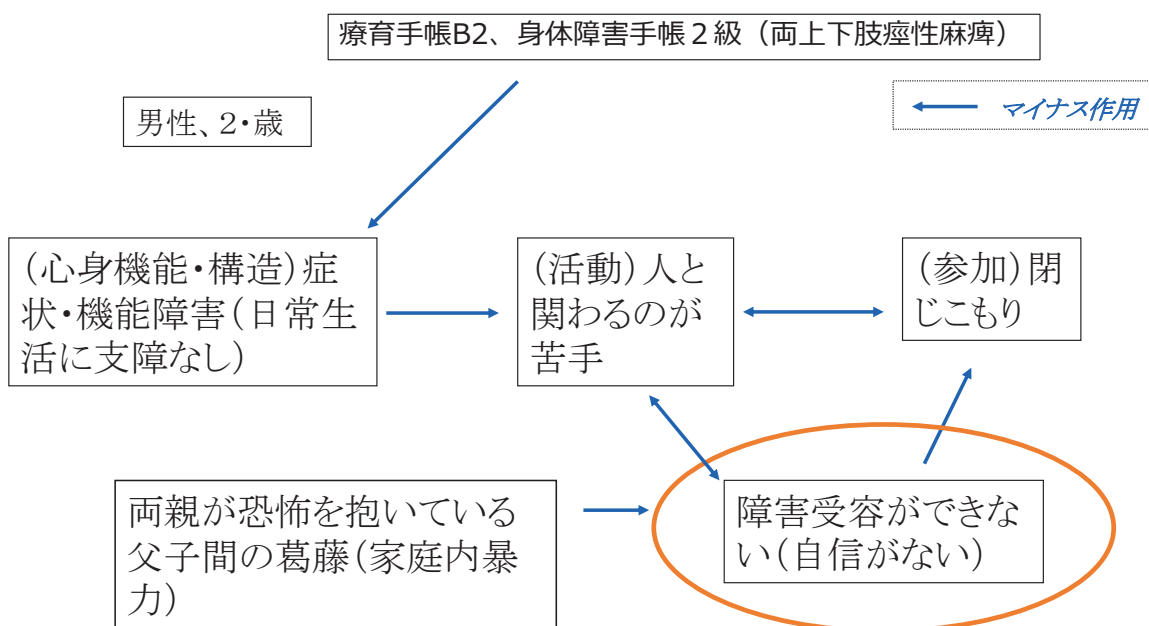
- 情報を得たら、情報同士を統合しながら課題を把握していく。
- 主訴（困ったこと、相談理由）を端緒にして、それに関連する課題、あるいは困っていることが同じでないことを理解しながら整理する。
- 情報の整理・統合の試みは、全部情報が集まったら整理・統合するのではなく、面接や直接支援で得られた情報を整理・統合しながら、更に次の面接や直接支援での情報を加えていく。
- 面接後（介入後）に、エコマップやジェノグラム、ストレングスアセスメント等のツールに情報を加え、整理・統合する。

生活史から紐解いていく



21

ICF諸次元の相互関係図



22

ストレングス ストレングスは対話と関係性から・・・。

性格・人柄／個人的特性	才能・素質	環境のストレングス	興味・関心／向上心
正直, うそをつかない	自分の好みに合わせて服を選べる	家が居心地の良い安心できる場所である	働きたい
思いやりがある	自動車の免許を持っている	親身になって心配してくれる両親がいる人がいる	友達が欲しい
勤勉, よく働く	就職経験あり		映画を観にいくのが好き
我慢強い	ロックミュージックについて詳しい	地域社会に溶け込んでいる	おしゃれをするのが好き
繊細, 神経質			洋服に強い関心がある
両親に感謝している			コンサートに行きたい

23

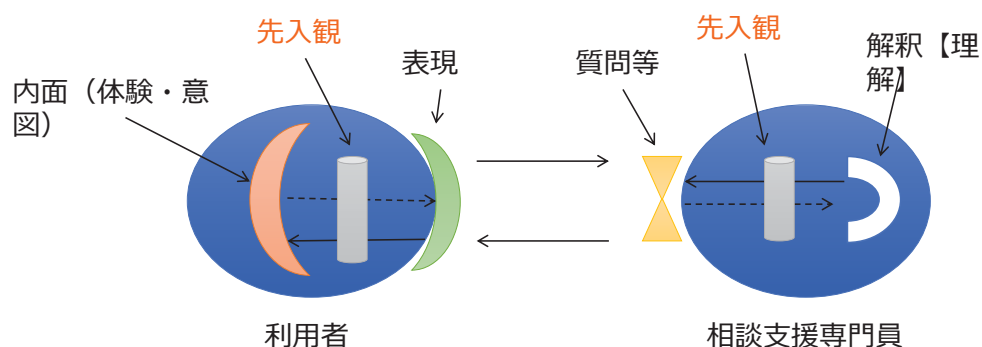
面接の中でストーリーを読む・作る

- 次の言葉をつなげて、意味のある文を作りなさい
- 「相談支援従事者現任研修」「遠い」「大変」「ためになっている」「事前課題」「会場」「参加したくない」「学び」「実践」

構成成分の一例

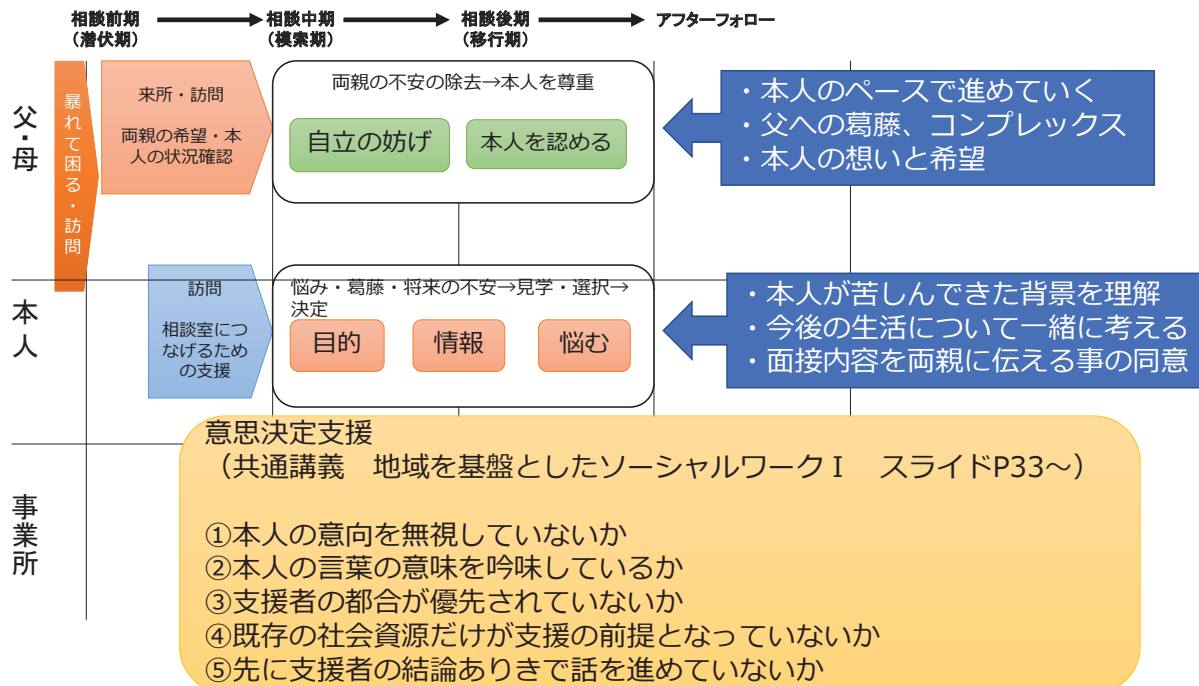
- 1) 現任研修は、会場も遠いし、事前課題も大変なので参加したくないと思うこともあるけれど、学びになるので実践に生かして行きたい
- 2) 実践に生かすために学びは必要で大変ためになるが、現任研修の会場は遠く事前課題も多いので、できれば参加したくない
- 1) と 2) の違いをもたらすのは何か？

面接（利用者と相談員）の関係

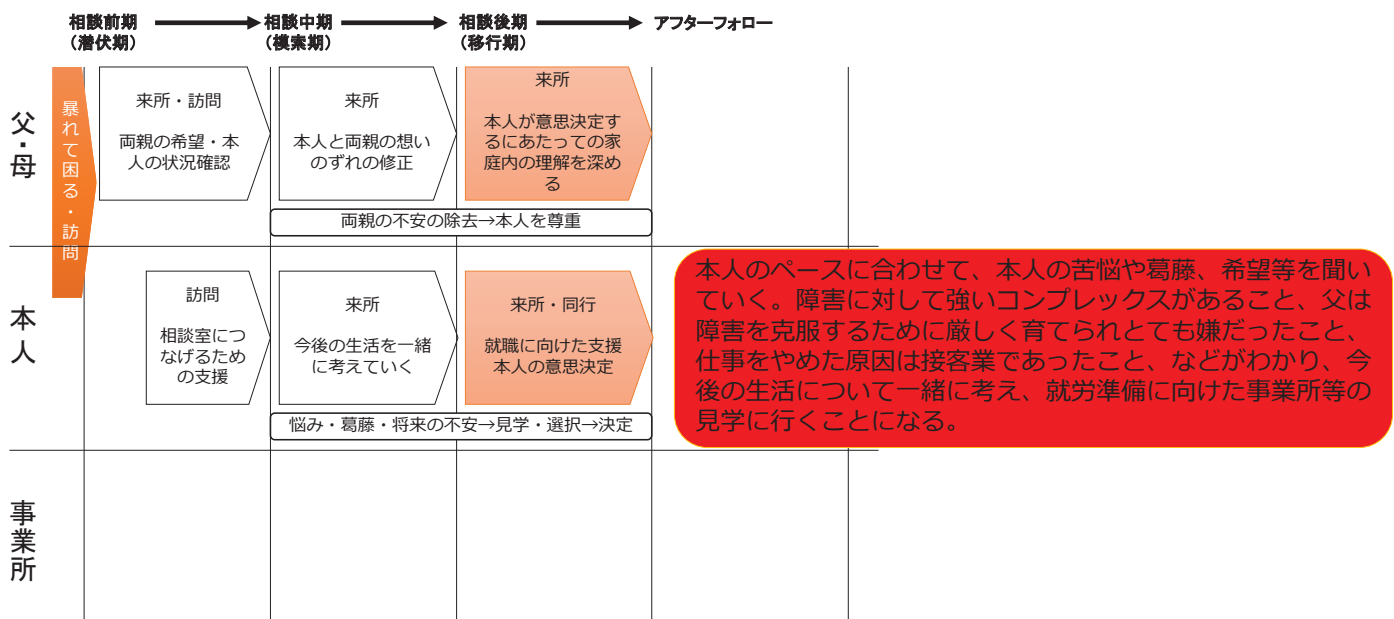


面接（かかわり）とは、共に先入観を抱いている者（歴史的存在）
相互行為

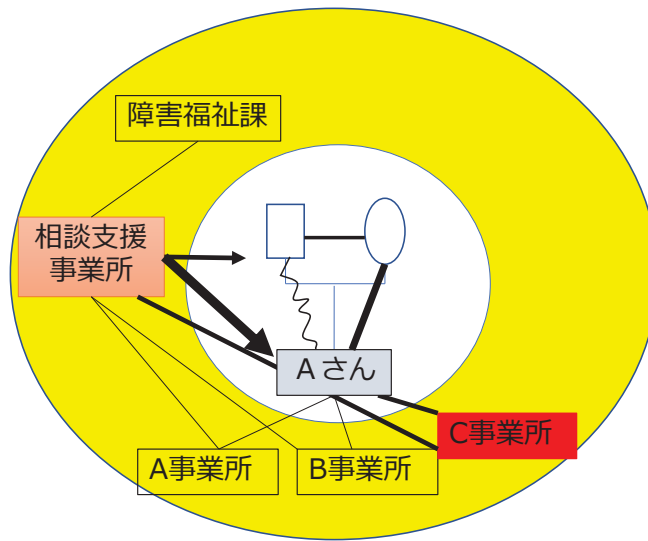
事例から見る意思決定支援



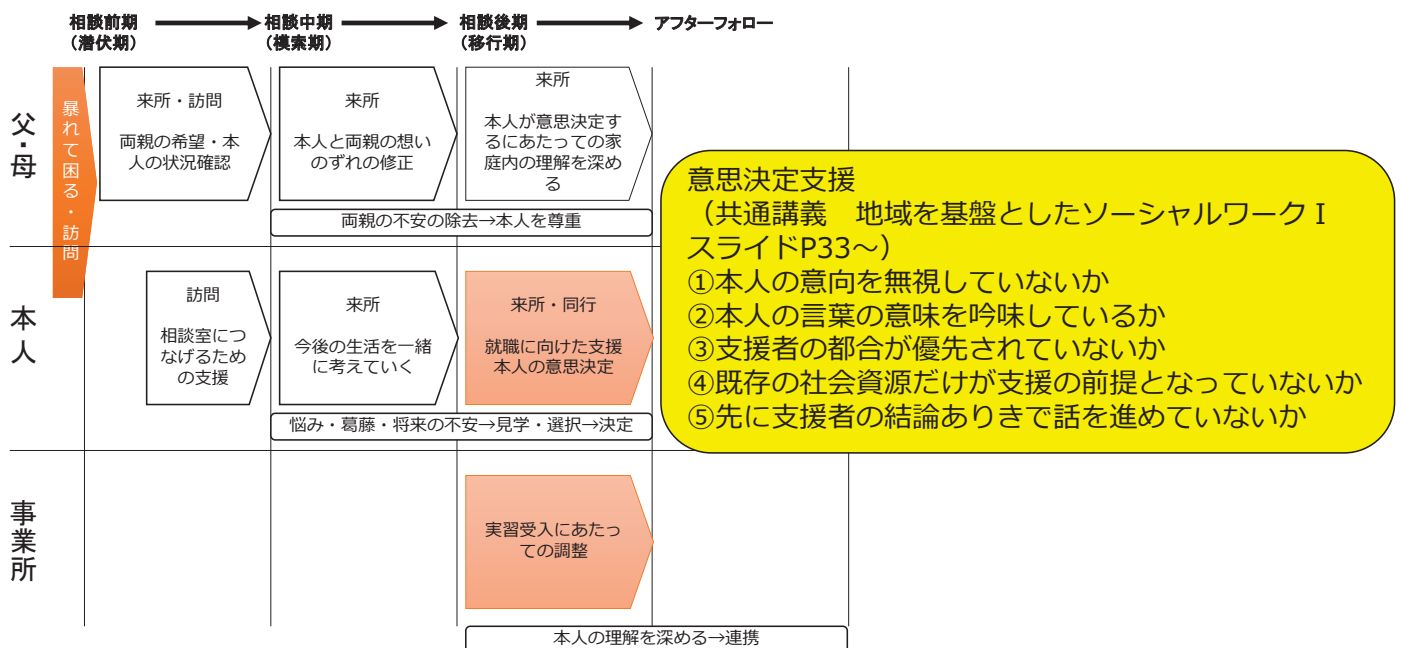
相談支援の展開（関係調整・意思の確認）



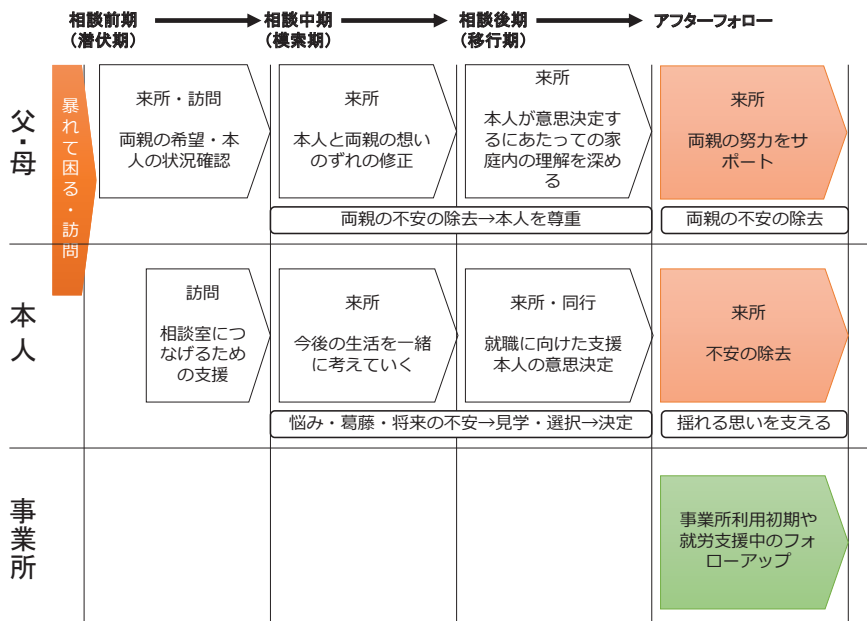
Aさんの現在の関係図



相談支援の展開（見学・実習）



相談支援の展開

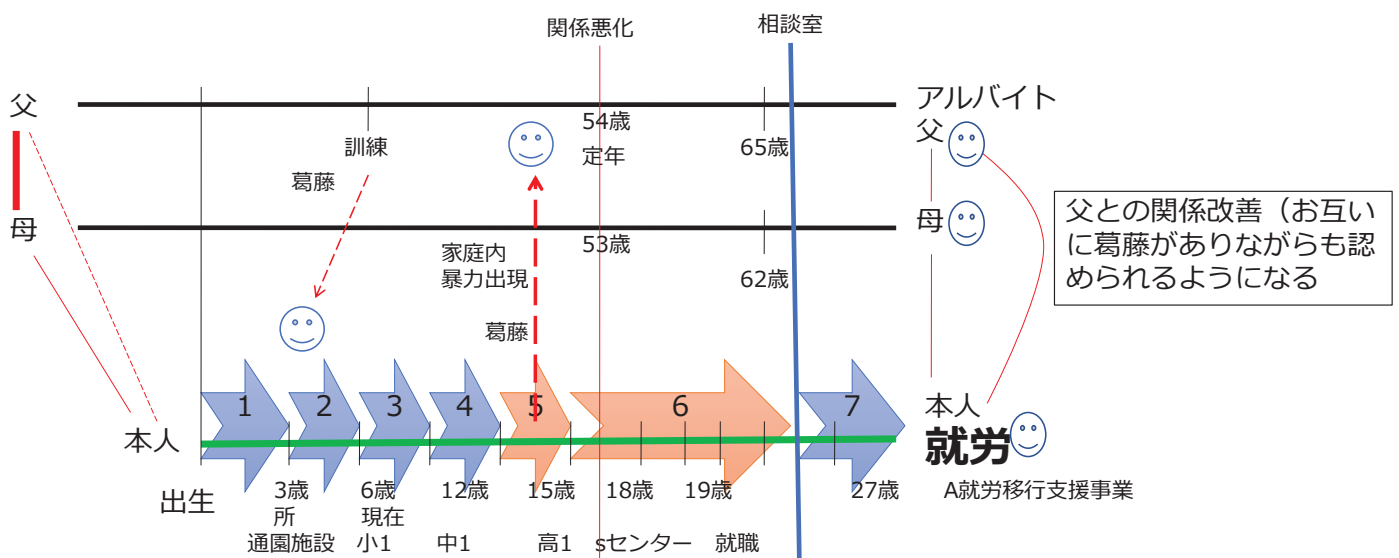


モニタリング

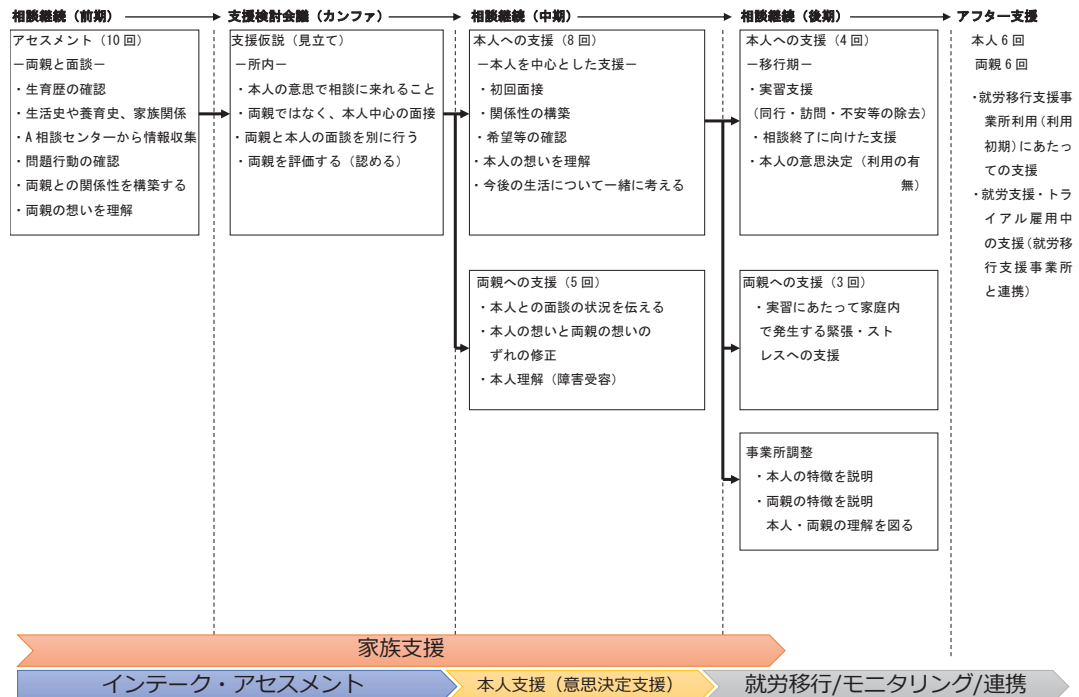
(共通講義 地域を基盤としたソーシャルワークⅠ スライドP25)

- 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する
- ②サービス利用の有効性だけではなく、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

家族の図表 (家族関係図)



支援のタイムライン



研修3日目・講義

【事例に基づく演習への導入講義】

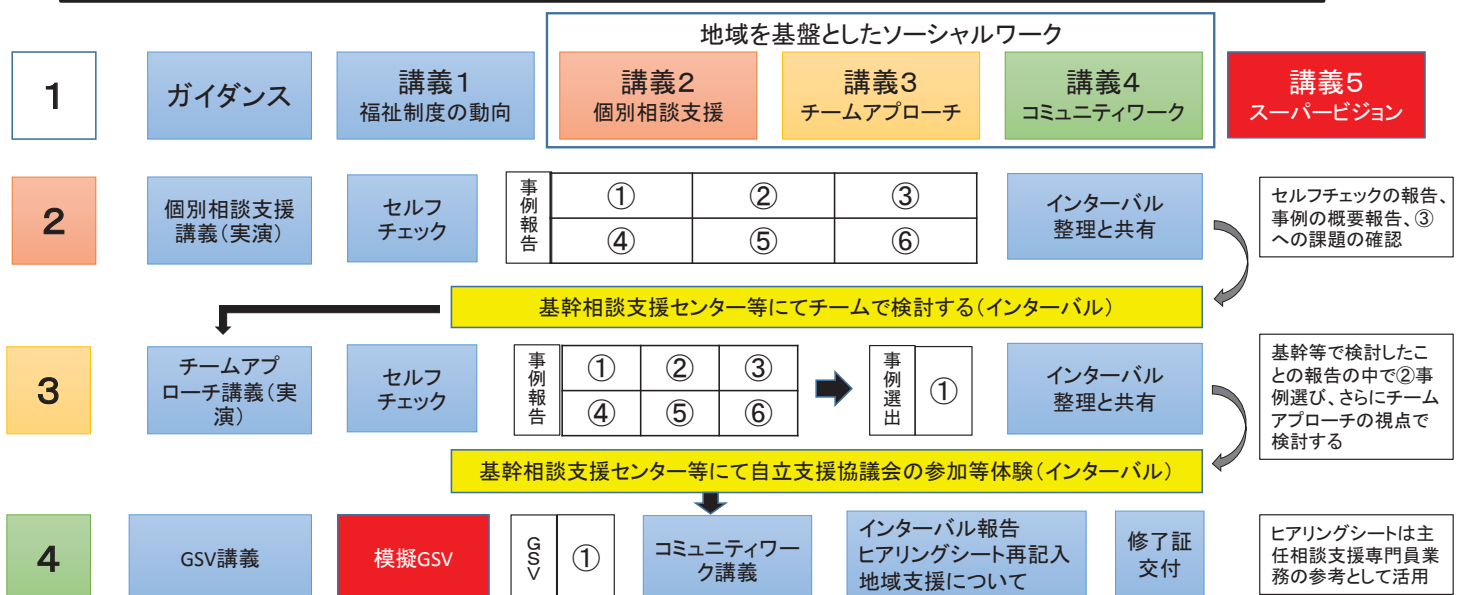
地域移行チーム、地域での生活を支えるチーム、望む暮らしを実現するチーム)

個別相談支援/**チームアプローチ**/コミュニティワーク

現任研修の構造

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。
- ④スーパービジョンの理論と方法を理解し、助言・指導を受けることの必要性を理解する。



チームアプローチ（多職種連携）

今、なぜ多職種連携（協働）なのか？

- 社会（地域）の変化 → 生き方や暮らし方
- 社会（生活）モデル → 環境因子の考え方
- 生活、暮らし、を支える → 専門領域の限界
- 可能性を拡げる → 望む暮らしの実現
- 地域力の向上 → 支援者のネットワーク

共通講義
地域を基盤とした
ソーシャルワークⅡ
スライドP6～

協働（目的ではなく手段）

- 目標の共有化（共通言語、状況把握）
- 並立、対等性の確保（自主・自立性の確保）
- 補完性の確保（相乗効果）
- 責任の共有（ゆずりあい・・・）
- 求同存（尊）異の原則確立（多角的な視点）
能力、資源、ノウハウ、規模、特技などにおいて、異なる点をお互いが尊重

5

連携・チームとは

【連携】

連携を密に取り合って、一つの目的のために物事をする事。

【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。

【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（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。

共通講義
地域を基盤とした
ソーシャルワークⅡ
スライドP10～

連携の定義

【定義1】

「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。

【定義2】

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を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、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。

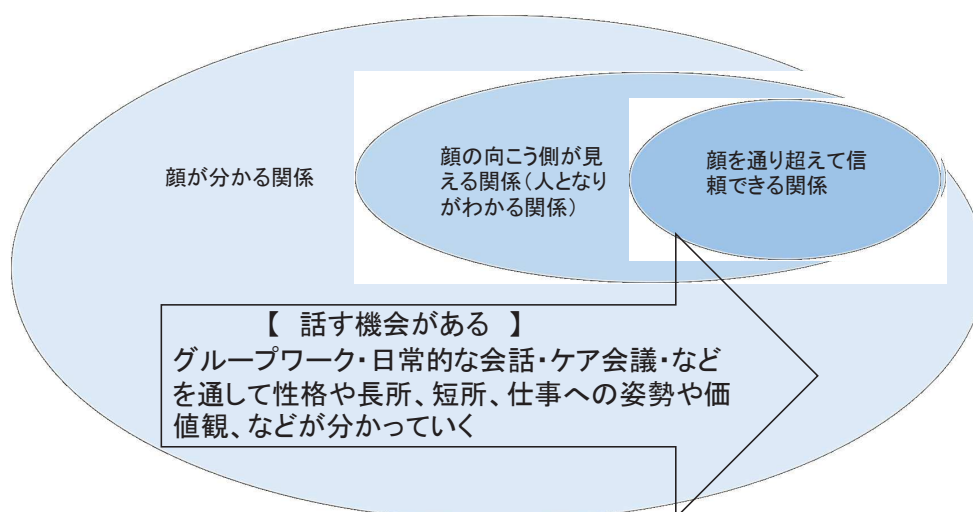
連携の展開過程

- ①単独解決できない課題の確認
- 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

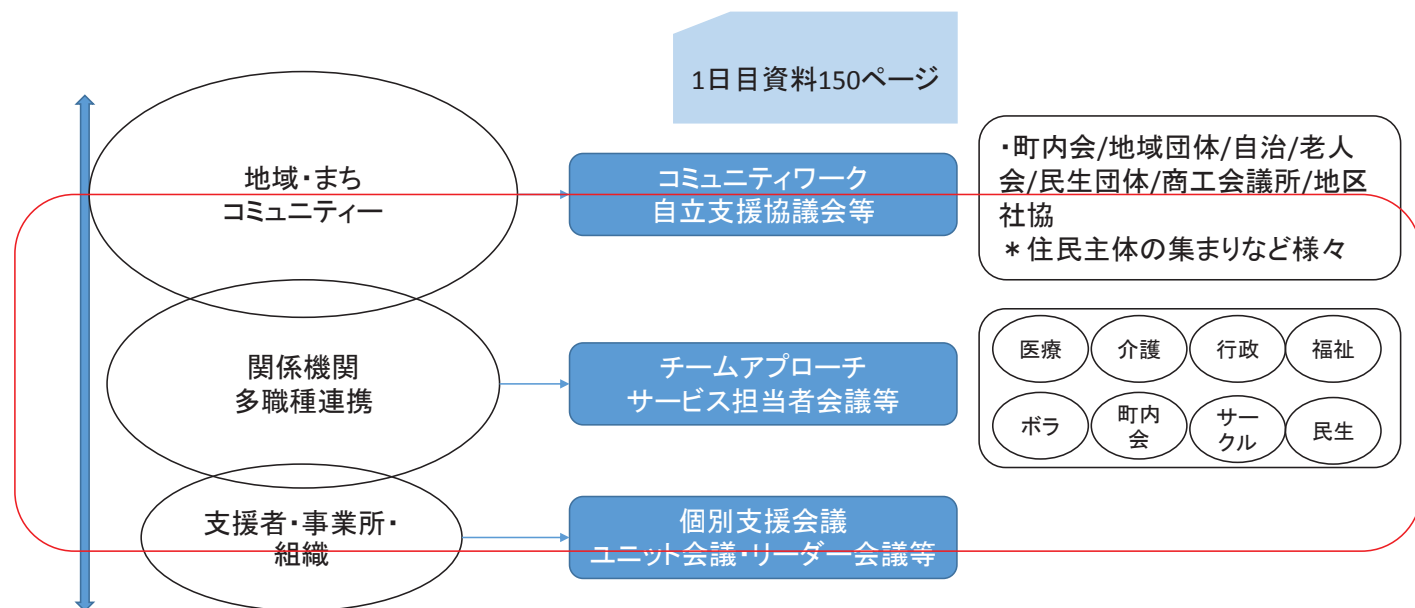
多職種連携

～地域生活を支援するということは～

- 保健、医療、福祉、教育、就労、など地域生活を支援していくためには多職種、他領域によるかかわりが必要。しかし、受けてきた教育や背景が異なることから、ニーズの捉え方、支援の方法、着目する視点が異なる。
- 福祉サービスの中でも、通所支援、居宅支援、短期入所支援、など事業形態や支援内容が異なるサービスをコーディネートし、かつ複数の事業所のかかわりが必要。しかし、支援に対する価値観(課題の見方)や、俯瞰的に生活全体を掌握する視点が必要。
- ニーズの捉え方、支援の方法、価値観が違うことを認めた上で、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)。



範囲から見た連携（チームアプローチ）



チームアプローチ（多職種連携）

- 多職種連携で大切なのは、「どのような顔ぶれが参加しているか」です。多くは介護・医療・福祉・行政が中心となりますが、NPO団体や地域団体（例：町内会、消防団、ボランティア団体等）が加わっていることもあります。それぞれの団体・法人の顔となる人が参加している場合もあれば、個人的な「ゆるやかなネットワーク」で集まっている場合もあります。

共通講義
地域を基盤とした
ソーシャルワークⅡ
スライドP15～

多様なニーズへの多職種が協働した支援

地域の会議（地域を知る）

- 地域の集まりには、町内会・団体自治体・マンション管理組合などの住民主体の集まりから、老人会や民生委員団体、地域婦人会などの集まり、商工会議所や商店街組合、さらに職能団体ではバス会社やタクシー会社の会議などさまざまです。
- 地域のネットワークをつくるために、相談支援専門員は、これらの会議に頻繁に参加することで顔の見える関係となり、地域課題への取り組みを円滑に進めることが可能になります。

地域への働きかけ

ケア会議について

ケア会議の位置づけ

ケア会議	生活全体のコーディネートを行なう会議（福祉サービス利用他）
	支援計画策定のための情報収集等を行う会議（アセスメント・計画策定）
	支援計画遂行の進行管理を行う会議
	サービス業務の実務を検討（支援現場等での個別支援会議）

ケア会議の効果

直接的効果	間接的効果
① 事例共有イメージ ② 実践の追体験 ③ 援助の質の向上 ④ 実践プロセス評価 ⑤ 援助観・方針の形成	① 組織を育てる ② 援助の共通原則を導く ③ 援助者を育てる

※岩間伸之「援助を深める事例研究の方法」ミネルヴァ書房

その他、関係機関等とのNWづくりや地域課題抽出、自己の成長等がある

14

ケア会議の目的

サービス提供者が(利用者にとっての)自立促進に向けた、より良質な支援を提供するために、利用者にかかわる者が集まり、評価及び分析を行い、今後の支援の方針や具体的な内容を確定する。

ケア会議の主な機能

①	情報の収集や整理をし、意見や感想、改善のためのアイデアを集める
②	支援の方針を修正、確認、決定をする
③	支援へ反映させるための具体的な役割分担等を定める

促進のための要因

①	知識・技術	進行役・参加者ともに、より会議を円滑に進めるための基礎的な知識と技術（コミュニケーションスキルも含めて）
②	マニュアル	上記をまとめたもの（最低限度のもの⇒マニュアルが会議を硬直させる危険性）
③	評価	①会議参加者 ②利用者 ③SV（上席者等） ④その他の4つの評価

15

開催準備

- 1) 目的の確認: 会議開催目的の明確化(何のために開催するのか・位置づけの項参照)
- 2) 会議のゴール(目的に応じた、ゴール(落としどころを)イメージしておく)
- 3) 会議参加者の選定及び確認(誰に何を期待するのか)
- 4) 開催準備(日程調整・案内・会場確保・資料作成や手配、当日の会場レイアウト等)

進行役の役割

- 1) 時間管理: 会議前に時間の開始及び終了時間の確認・作業時間・発言時間の確認等
- 2) 目的の確認: 会議目的を冒頭で確認(例: ○○さんへの支援向上のために等)
- 3) 出席者紹介: 進行役が氏名だけでなく「○○○の△△さん」といったように(感謝の意も)
- 4) 会議ルールの確認(例: ガイドライン)
- 5) 発言者の制御(一人の人が話し過ぎてしまう等の状況に対応)
- 6) 話題の制御(拡散と収束)
- 7) 結論と課題の整理
- 8) 次回会議の予定確認
- 9) 事例提供者がいる場合は、事例提供者へお礼を伝える(ねぎらいと感謝)

参加者の役割

- 1) 積極的な参加(自分も支援者であり、一定の役割を担っている、という自覚＝当事者性)
- 2) 発言のスキル向上(結論から述べる・整理して発言をする・発言時間を守る)
- 3) 決定事項の遵守
- 4) 必要に応じた資料提供(組織としての裁量の確認)

16

会議参加者全員の留意事項

- 1) 守秘義務
- 2) 批評・犯人捜しをしない(特に欠席者に対して)

会議終了時の確認事項

- 1) 本人イメージを再構築できたか(本人理解と同意を得られたか)
- 2) 必要とされるニーズを明確化できたか
- 3) 支援計画(修正)を具体的にできたか(本人の希望・能力の活用・役割の明確化等)
- 4) チームの相互の役割分担を明確にできたか(具体的な連携方法)
- 5) 次回の会議設定の必要性や概ね時期(場合によっては具体的な日程)等を確認できたか

話し合いの効果



- 1) 知恵を引き出す
- 2) 相互理解が進む
- 3) 納得感がある
- 4) 学習や成長に繋がる
- 5) 予期せぬことが起こる

「納得感」⇒決定したことの推進力に繋がる(プロセスの共有)⇒責任感(自分ごと)

※参考文献

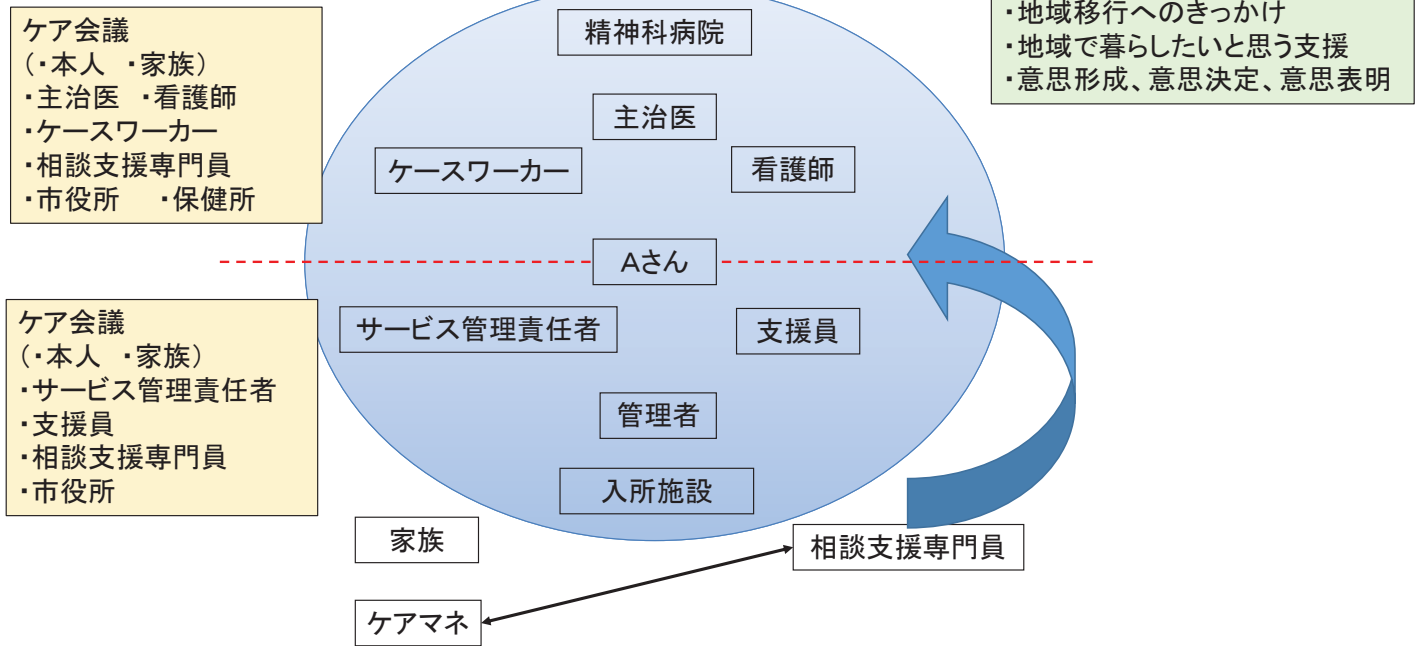
「援助を深める事例研究の方法」岩間伸行 ミネルヴァ書房
「ケア会議の技術」野中猛、高室成幸、上原久 中央法規
「ファシリテーション入門」堀公俊 日本経済新聞社

17

事例：地域相談支援 ケア会議の視点から

- ・病院や施設とのネットワーク(本人との出会い)
 - ・入院、入所、前の関わりの有無(信頼関係の構築)
 - ・地域相談支援の説明と同意(退院、退所の希望確認)
 - ・担当者会議の実施と地域移行支援計画の作成
 - ・地域での生活を具体的にイメージ(外出や体験利用)
 - ・居の確保と日中の活動場所の確保、緊急時への対応
 - ・地域移行に向けたチームから地域での暮らしを支えるチームへ
 - ・地域での暮らしを支えるチームから本人が望む暮らしを実現するチームへ
-
- ・ケア会議は本人の状況と環境、によって変化していく

ステージ1（出会い）

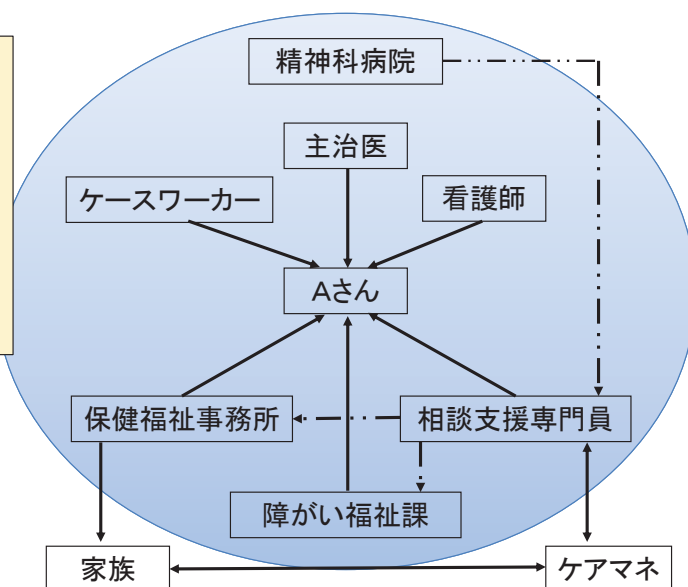


ケア会議の視点から

- ・病院や施設とのネットワーク（本人との出会い）
→ 日頃からの関係性や顔の見える関係
- ・入院、入所、前の関わりの有無（信頼関係の構築）
→ 事業の説明や、本人の役割と支援者の役割

ステージ1（地域相談開始）

ケア会議
 （・本人 ・家族）
 ・主治医 ・看護師
 ・ケースワーカー
 ・相談支援専門員
 ・市役所 ・保健所
 本人、家族の参加する
 タイミング

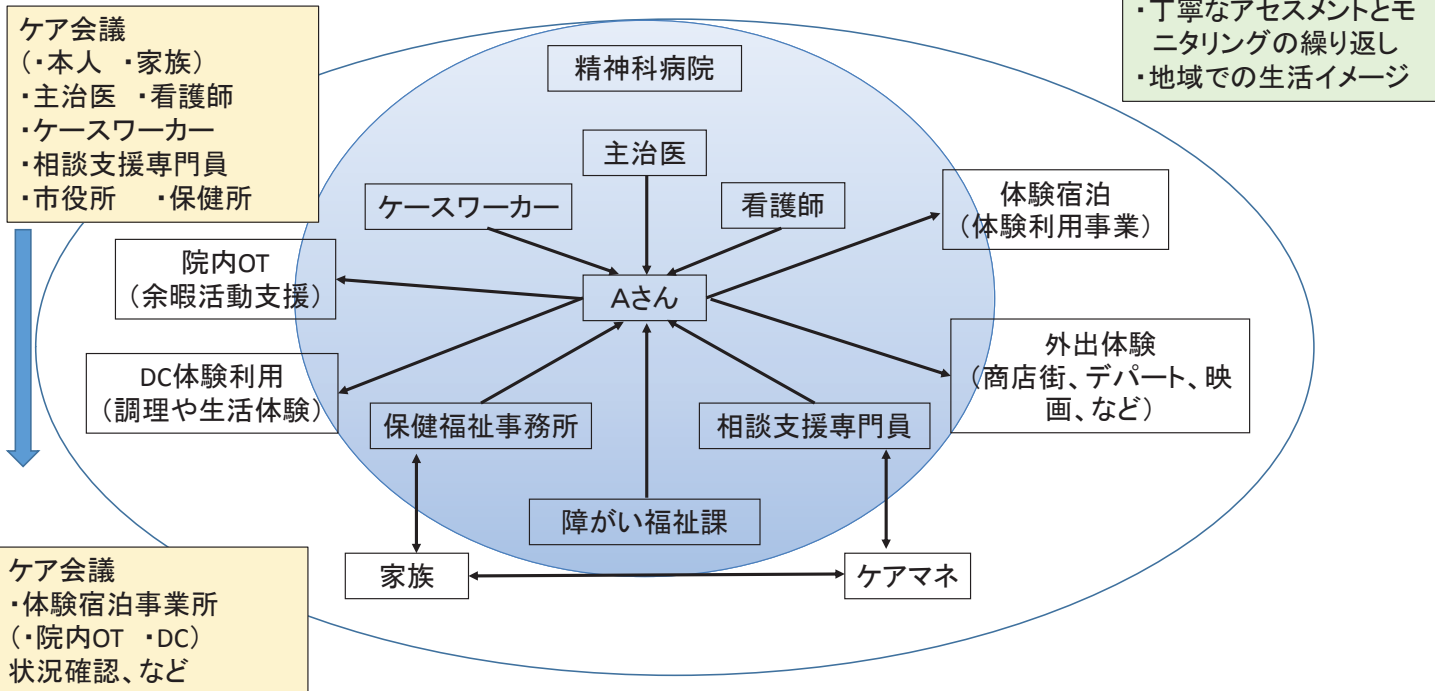


- ・医療機関や入所施設との連携（協働）
- ・地域移行への意思確認
- ・地域移行計画の共有
- ・丁寧なアセスメントの共有
- ・家族支援

ケア会議の視点から

- ・地域相談支援の説明と同意（退院、退所の希望確認）
→ 契約
- ・担当者会議の実施と地域移行支援計画の作成
→ 本人との信頼関係の構築
→ 自己肯定感、成功体験
（ご本人が夢や希望を語れる関係を構築できているか？）

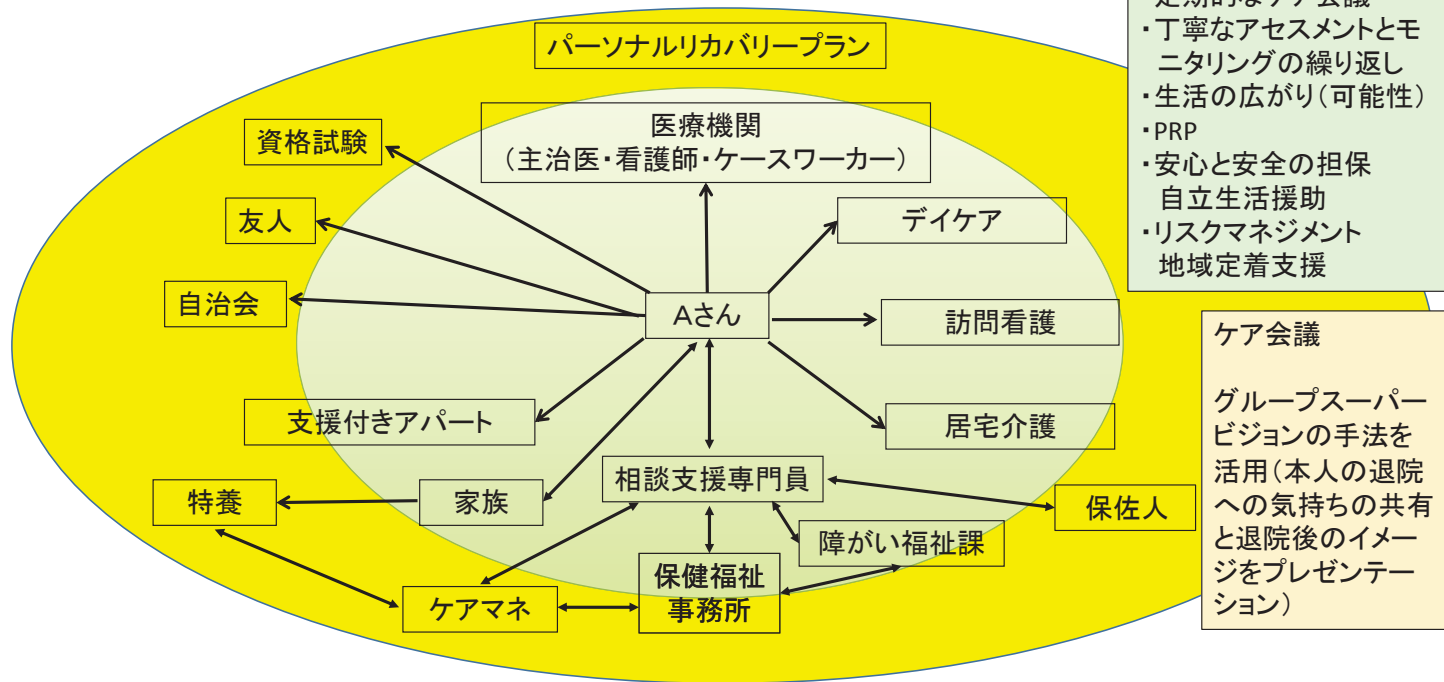
ステージ1（具体的支援）



ケア会議の視点から

- ・地域での生活を具体的にイメージ(外出や体験利用)
 - 本人の望む生活や想いの共有
 - 支援者の間での共有(他職種、他領域)
 - 適時、本人の状況や環境の変化を共有していく場
 - 見立て
 - 次のステージへの移行時期の確認
(居の確保と日中の活動場所の確保、など)
 - 緊急時への対応(リスクマネジメント)

ステージ2（地域での暮らしを支える）



ケア会議の視点から

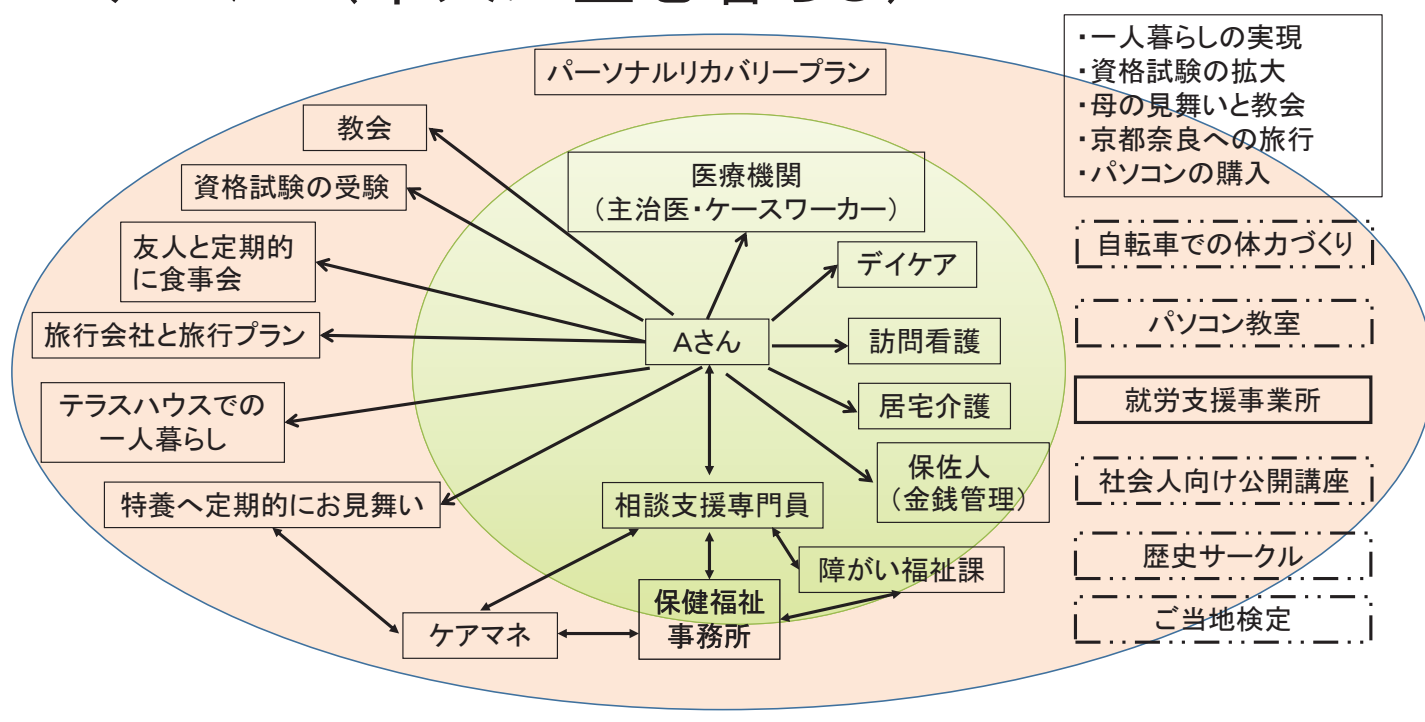
- ・地域移行に向けたチームから地域での暮らしを支えるチームへ
→円滑な移行(一度できたチームはどこかで再結成できる)
- ・地域での暮らしを支えるチームから本人が望む暮らしを実現するチームへ
→本人の言葉や想いを中心とした会議
→招集や、人選から始まる
→グループによるスーパービジョンを活用したケア会議

ステージ3（本人が望む暮らし）

- ・旅行に行きたい（好きな歴史やお寺などに以前はよく行っていた）
- ・母のお見舞いと教会へ定期的に行きたい
- ・資格（司法書士）を取得したい
- ・アパートでの一人暮らしがしたい
- ・就職して、家族を持ちたい

パーソナルリカバリープランを進めていく中で、希望や想いが具体化してきた

ステージ3（本人が望む暮らし）



事例から見るチームアプローチの手順 1

必要なメンバーが、利用者や家族と共に、それぞれの専門性を活かして、本人の状況を評価し、本人の望む生活(ニーズ)に対して妨げとなっていること(課題)を明確にする。

29

事例から見るチームアプローチの手順 2

可能な限り、利用者と家族の参加のもとにカンファレンスを開き、支援の方向性を定め、具体的な支援方法を策定し、それぞれの職種の役割を分担・確認する。

30

事例から見るチームアプローチの手順 3

それぞれが支援を実施し，サービス提供の中間・終了時に評価，関係者と本人、家族とで支援内容や生活の状況を確認した上で、その後の支援の方向性を修正、決定，実施、再評価を繰り返す

31

事例から見るチームアプローチの手順 4

支援を展開していくうえでメンバーが相互に連絡・調整をしながら進める。

32

事例から見るチームアプローチの手順 5

個別支援、担当者会議を通して、本人が病院を退院した後の生活をイメージして、地域に働きかけを行う

33

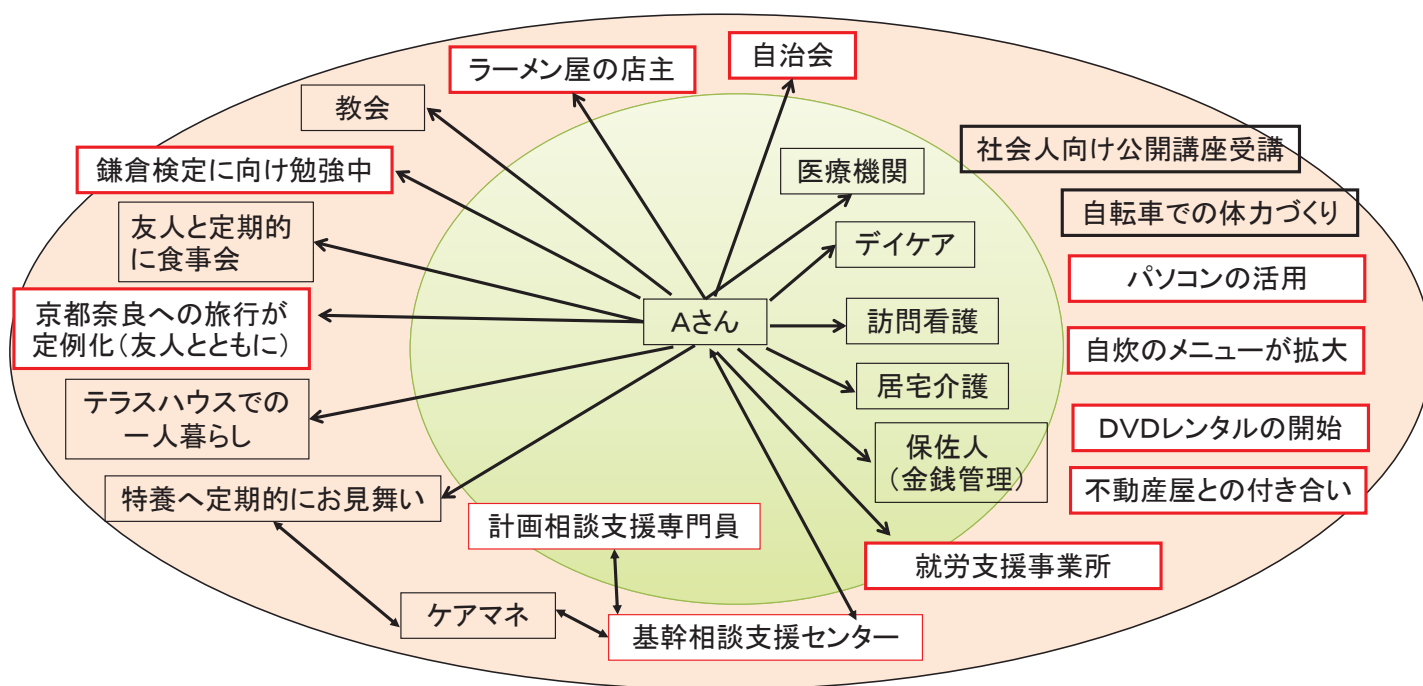
事例から見るチームアプローチの手順 5

ご本人の状況や環境、望む暮らしに応じてチームの編成は変化していく。相談支援専門員として、フォーマルな資源を知することは当然だが、インフォーマル（地域のありふれた資源）を知り、活用する視点が重要。よって、他職種多領域、インフォーマルな方々がチームにいることが望ましい。

34

今のAさん(参考)

今の暮らしぶり



ストレングスアセスメント

個人と環境のストレングスを当事者自身の視点で記録する

本人の言葉が重要

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:

生活の7つの領域

家庭
経済
日中活動
社会的支援
健康状況
余暇
文化

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)

Spirituality 文化 / 生きがい(大)

わたしの希望・願望の優先順位は

1)

例：×「感情のコントロールができない」○「好きな音楽を聴いている時や図書館などの静かな環境では感情をうまくコントロールできる」

研修4日目・講義

【事例に基づく演習への導入講義】

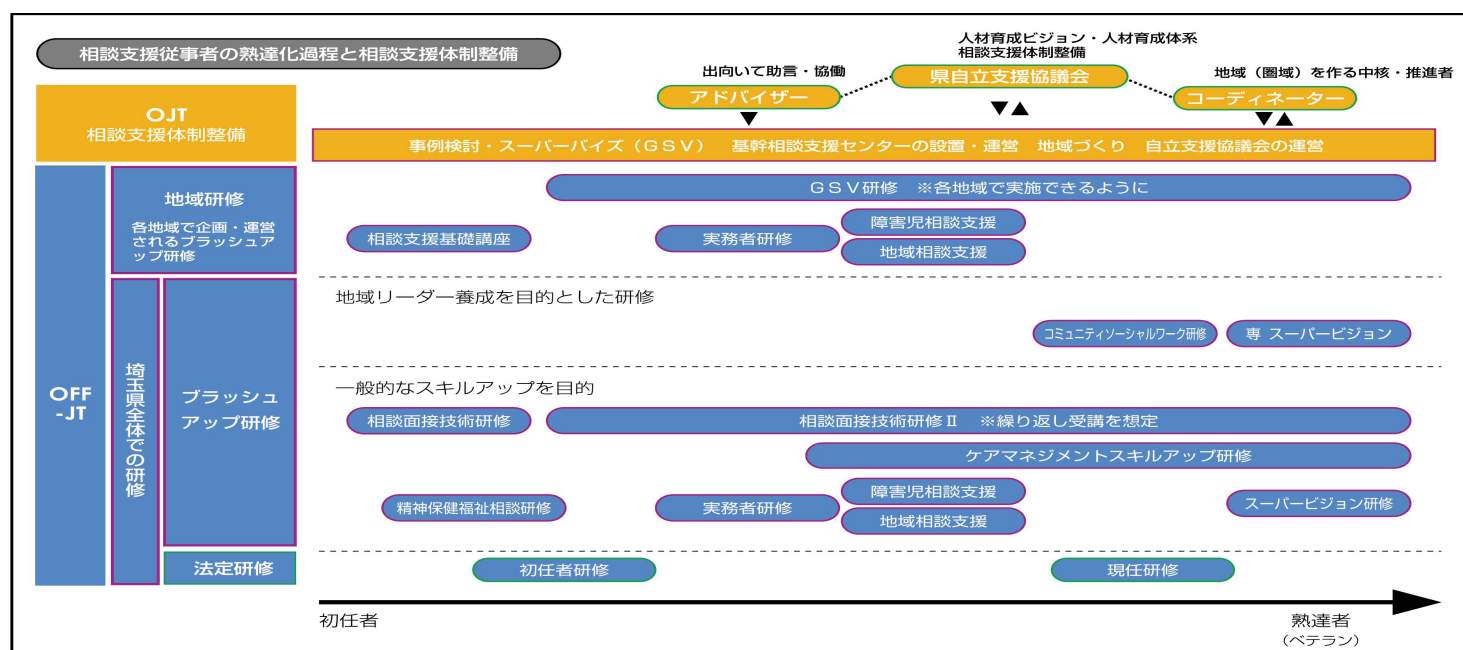
(地域づくりの必要性 インフォーマルサービスの活用とGSV)

相談支援の状況

- ・ 制度改正の影響により相談支援への役割期待が高まっている（質の向上）
- ・ 相談支援従事者（相談支援専門員）数のさらなる充足が求められる
- ・ 相談支援専門員の人材養成・育成システムの拡充が必要である
- ・ 相談支援体制の拡充が必要である

埼玉県における相談支援従事者の育成体制

OJTと研修(Off-JT)の両輪で!!



相談支援専門員の要件（H30年度現在）

参考

実務経験



相談支援従事者初任者養成研修

実務経験要件
（業務内容＋従事期間）
＋
保持資格

3年（540日以上）
～10年（1800日以上）

相談支援従事者現任研修

相談支援専門員としての
専門性を確立するため
には？

相談支援事業所及び相談支援専門員の状況について

参考

設置・配置状況

<指定特定・指定障害児相談支援事業所数> (箇所)

H23	H24	H25	H26	H27	H28
2,907	2,851	4,561	5,942	7,927	8,684

<相談支援事業に従事する相談支援専門員数> (人)

H23	H24	H25	H26	H27	H28
5,601	5,676	8,915	11,800	15,575	17,579

<常勤専従職員の配置状況>

1人	2人	3人	4人以上	常勤専従配置なし	平均人数
3,663	1,224	537	344	2,916	2.3人
42.2%	14.1%	6.2%	4.0%	33.6%	

参考: 1居宅介護支援事業所あたりの介護支援専門員の常勤人数: 3.0人、非常勤0.2人、合計3.2人。

養成状況

<過去5年間の初任者研修修了者数>

H23	H24	H25	H26	H27	(A)合計
5,605	8,563	9,847	14,903	13,969	52,887

<過去5年間の現任研修修了者数>

H23	H24	H25	H26	H27	(B)合計
3,077	3,280	3,400	3,463	4,405	17,625

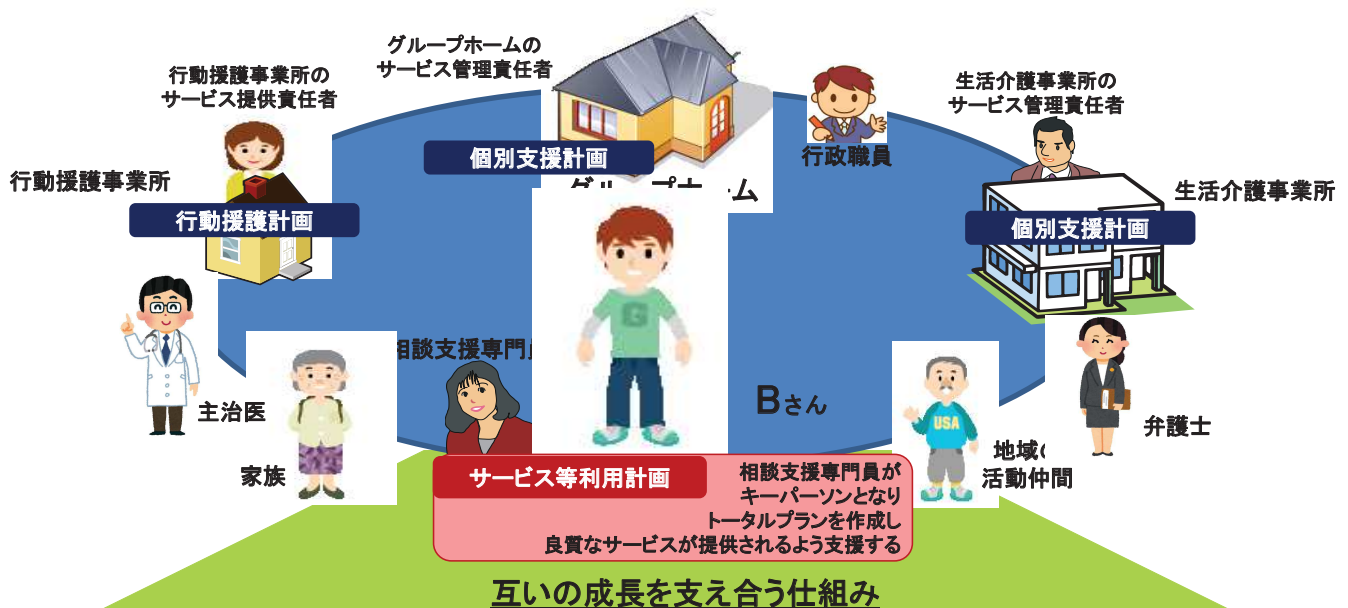
障害者相談支援事業実施状況調査より

5

相談支援専門員の連携イメージ

—Bさんの事例から—

自宅からグループホームに入居して2ヶ月経ったBさん。特定のこだわり行動による混乱も徐々に解決され、生活にも慣れてきた。日中は生活介護事業所を利用している。休日には行動援護を利用して地域の活動への参加が始まって楽しみが増えてきた。

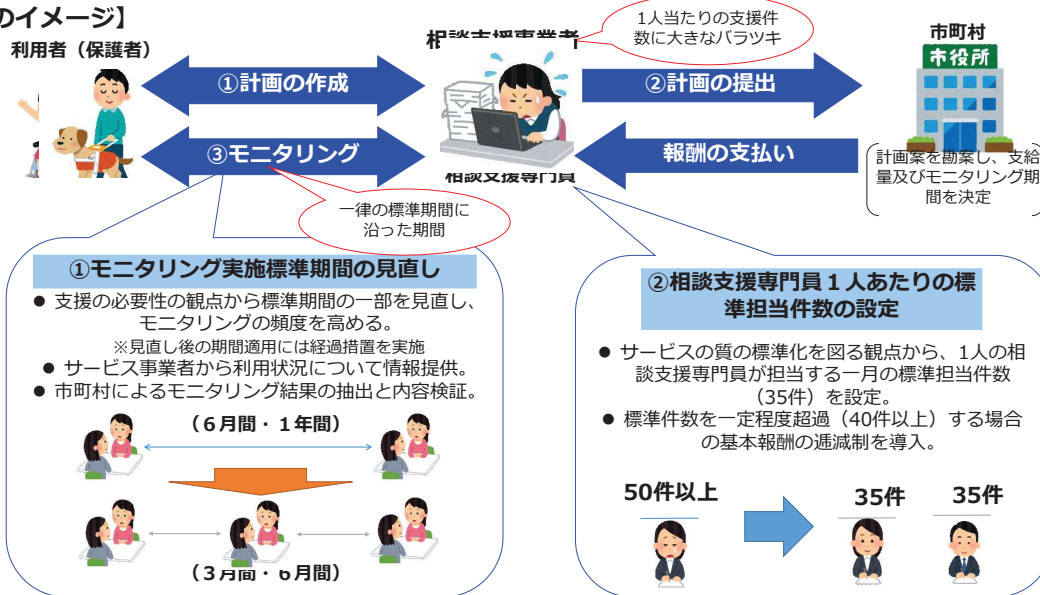


計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の評価①

○ 計画相談支援・障害児相談支援の利用プロセスは下図のとおりとなっているが、

- ①一律的に標準期間に沿ったモニタリング期間を定めている市町村が多いこと（6ヶ月に1度が5割超）、
- ②相談支援専門員1人当たりの支援件数に大きなバラツキがあること（担当件数の1月平均は13.5件。50件以上担当している者も存在）、
- ③事業所の質の評価として特定事業所加算が存在するが、個々の支援に着目した加算は存在しないことが課題となっていることから、これらに着目した見直しを行う。

【利用プロセスのイメージ】



7

計画相談支援・障害児相談支援における質の高い事業者の評価②

③特定事業所加算の拡充

※相談支援専門員等の手厚い配置等を評価する加算

- 支援の質の向上と効率化を図るために特定事業所加算を拡充。
 - ・ より充実した支援体制を要件とした区分を創設。
 - ・ 事業者が段階的な体制整備を図れるよう、現行の要件を緩和した区分を一定期間（3カ年）に限り設ける。

【加算Ⅰ・Ⅱ】
400・500単位／月



- 常勤かつ専従の相談支援専門員4名以上
- 1名は主任相談支援専門員（加算Ⅰ）
- 1名は現任研修修了者（加算Ⅱ）
- 24時間連絡体制の確保 等

【加算Ⅲ】
300単位／月



- 常勤かつ専従の相談支援専門員3名以上
- 1名は現任研修修了者
- 24時間連絡体制の確保 等

【加算Ⅳ】
150単位／月



- 常勤かつ専従の相談支援専門員2名以上
- 1名は現任研修修了者
- 24時間連絡体制は不要 等



④高い質と専門性を評価する加算の創設

- 質の高い支援を実施した場合に、支援の専門性と業務負担を評価。

- 初回加算（計画相談支援に今回創設） 300単位／月
- 退院・退所加算 200単位／回
 - ・ 退院・退所後の地域生活への移行に向けた医療機関等との連携を評価
- 居宅介護支援事業所等連携加算（計画相談支援のみ） 100単位／月
 - ・ 利用者が介護保険サービスの利用へ移行する場合に、居宅介護支援事業所等に対し、居宅サービス計画等の作成に協力 等

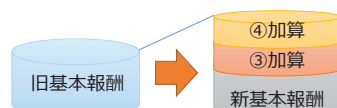
- 専門性の高い支援を実施できる体制を整備し、公表している場合に評価。

- 行動障害支援体制加算 35単位／月
 - ・ 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了した相談支援専門員を配置
- 要医療児者支援体制加算 35単位／月
 - ・ 医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を配置
- 精神障害者支援体制加算 35単位／月
 - ・ 地域生活支援事業による精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等を修了した相談支援専門員を配置

⑤計画相談支援の基本報酬の見直し

- ①～④の見直しを踏まえ、一定程度適正化
 - ※ 障害児相談支援は見直しを行わない
 - ※ 新単価の適用には経過措置を実施

- ・ サービス利用支援費 1,611単位／月 → 1,458単位／月
- ・ 継続サービス利用支援費 1,310単位／月 → 1,207単位／月



8

(特定事業所加算)

○ 平成30年報酬改定により、特定事業所加算について、より充実した支援体制及び主任相談支援専門員の配置を要件とした加算の類型を追加し、加算取得率が低調なことを踏まえ、事業者が段階的な体制整備を図れるよう、現行の要件を緩和した加算の類型を一定期間に限り設ける。

[～平成29年度]

特定事業所加算 300単位/月



[平成30年度～]

(1) 特定事業所加算 (Ⅰ) 500単位/月
(2) 特定事業所加算 (Ⅱ) 400単位/月
(3) 特定事業所加算 (Ⅲ) 300単位/月
(4) 特定事業所加算 (Ⅳ) 150単位/月

※特定事業所加算 (Ⅱ) 及び (Ⅳ) については平成33年度までの経過措置

特定事業所加算算定要件	I	II	III	IV
(1)-① 専ら指定計画相談支援の提供に当たる常勤の相談支援専門員を4名以上配置し、その内1名が主任相談支援専門員であること。	○	—	—	—
(1)-② 専ら指定特定相談支援の提供に当たる常勤の相談支援専門員を4名以上配置し、その内1名が現任研修修了者であること。	—	○	—	—
(1)-③ 専ら指定特定相談支援の提供に当たる常勤の相談支援専門員を3名以上配置し、その内1名が現任研修修了者であること。	—	—	○	—
(1)-④ 専ら指定特定相談支援の提供に当たる常勤の相談支援専門員を2名以上配置し、その内1名が現任研修修了者であること。	—	—	—	○
(2) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。	○	○	○	○
(3) 24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。	○	○	○	—
(4) 新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員(現任研修修了者)の同行による研修を実施していること	○	○	○	○
(5) 基幹相談支援センター等から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定計画相談支援を提供していること	○	○	○	○
(6) 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること	○	○	○	○
(7) 計画相談支援と障害児相談支援の一月当たりの取扱件数が40件未満であること (※) 現行の特定事業所加算を算定していた事業所が特定事業所加算(Ⅲ)を算定する場合は、平成31年3月までは要件を満たさなくても算定可	○	○	○ (※)	○

※主任相談支援専門員及び相談支援専門員については、同一敷地内にある指定一般相談支援、指定障害児相談支援、指定自立生活援助の各業務を兼務した場合でも常勤専従とみなす。

※各加算における常勤専従者の内1名は、業務に支障がない場合については同一敷地内における他事業の兼務を可とする。ただし特定事業所加算Ⅳにおいては各相談支援事業等を主たる業務とすること。

GSV (グループスーパービジョン)

スーパービジョンの機能 (テキストP156)

管理機能

- ・ 職場における相談支援のミッションを理解し、相談支援の価値観や実践の目的について理解を深める。

教育的機能

- ・ 利用者のエンパワメントに関して理解を深める。利用者のリカバリー（新しい生き方の再発見）に関して共感性を養う。

支持的機能

- ・ 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。これによってバーンアウト、業務意欲の喪失、マンネリ化を防ぐ。

小澤 温 教授

11

スーパービジョンと似た要素を持つ活動

『従来文献等で紹介されてきたようなスーパービジョンは社会福祉現場では実践されていないし、理解度も低いが、随時指導、職場内研修、ケース検討会などはスーパービジョンと似た要素をもつ活動は行われているということであった』

塩村公子『ソーシャルワーク・スーパービジョンの諸相』



相談支援事業における相談支援専門員には？

『もっとも腕の立つCMでさえ、どうにもならない時がある』

グループスーパービジョンの展開

手段としての目的 (ミッション)	相談支援の質の向上
目標 (ビジョン) 手段 (アクション)	自立支援協議会等の地域づくり
	地域内OJT体制の確立 (チームとして学習し成長する仕組み)
	グループスーパービジョン等 (個別支援の充実・地域づくりの契機)

根拠となる支援方法
『ストレングスモデルに基づくケアマネジメント』

相談支援において方法論が弱かった二つの大事なこと

- ストレングス視点とストレングスを活用した支援の違い
- インフォーマルサービス（ナチュラルリソース）を具体的に使う方法



量より質へ ひとつの土台となる技法

これまでの実践の中で見えてきたこと

- 相談支援専門員とクライアントとの（信頼）関係づくり重要であり土台となる。
- 信頼関係は、ネガティブ視点ではなく、ストレングス視点でなければ構築できない。
- 障害特性は先入観。事実（本人の発言・言葉の重み、態度、経験など）の記録と直視の練習が大事だが、現場で誰も教えてくれない。
- 一人では真実（本当のニーズ）は見えない。必ずスーパービジョンが必要となる。独りよがりの問題性とチームアプローチの重要性。
- コミュニケーションに支援が必要な方へは、チームでベストインタレストを推測した支援が重要で、押し付けることが問題になる。（ひとりの限界を知る）
- チームアプローチにはメンター（成熟した指導者）が必要である。メンターは上下関係ではない、メンバーの力を引き出す指導者（コーチ）が必要。

（引用：筑波大小澤氏資料 N S K 菊本氏一部改変）

はじめに

ストレングス視点とストレングスモデルによるケアマネジメントは大きく異なる技法です。ストレングスモデルの基本的な考え方は、障害や欠陥部分に焦点を当てるのではなく、当事者との人間的なつながりを構築していく過程で、ストレングスを理解することにあります。

ストレングスモデルの6原則

- 1 障害を持つ人も、新しい人生の再発見をすることができる
- 2 焦点は、個人のストレングスであり、欠陥ではない
- 3 地域は、利用可能な資源の宝庫である
- 4 支援関係を導くのはクライアント本人である
- 5 利用者と相談支援専門員の人間的なつながりが不可欠である
- 6 支援は地域のなかで行われる

ストレングスモデルは診断をしない

相談員と利用者の関係性

「公的機関などに電話で照会をかけて紹介してくれる人」

(ブローカリングモデルケアマネジメント)

トラベルエージェント型

「(旅行代理店型)プランを立てて、提案してくれる人」

(ストレングスモデルケアマネジメント)

トラベルコンパニオン型

「(旅行の同伴者型)一緒に旅行をしてくれる人」

(本人が目指す目的地に向かうために本人が運転する車に乗る人)

想像的な発想が求められ 可能性を広げていく議論

可能性を広げてインフォーマルサービスを使い切る

ニーズ中心型とゴール中心型

➤ ゴール中心型

表出された意思（ Expressed Wish ） からスタート

➤ ニーズ中心型

「最善の利益」(Best Interest)を押し付けやすい。

共同意思決定 (Shared Decision Making) と

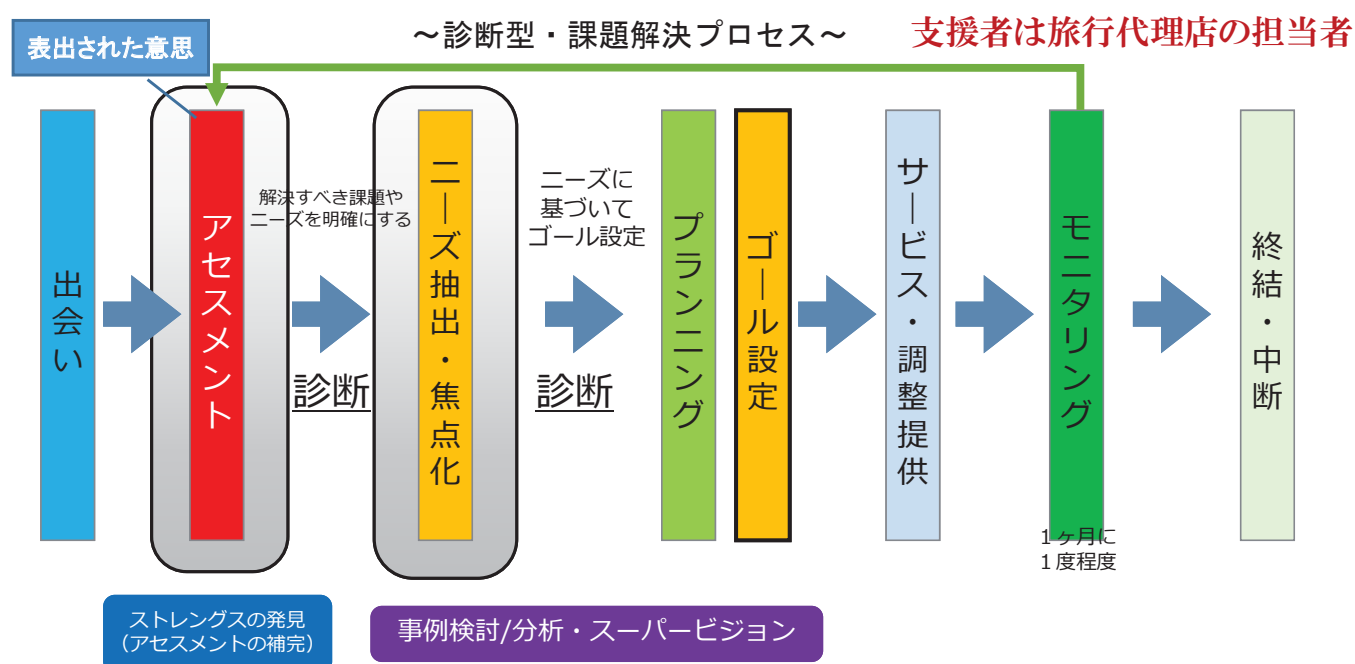
支援付き意思決定 (Support Decision Making) を混同しやすい。

ニーズ中心型とゴール中心型

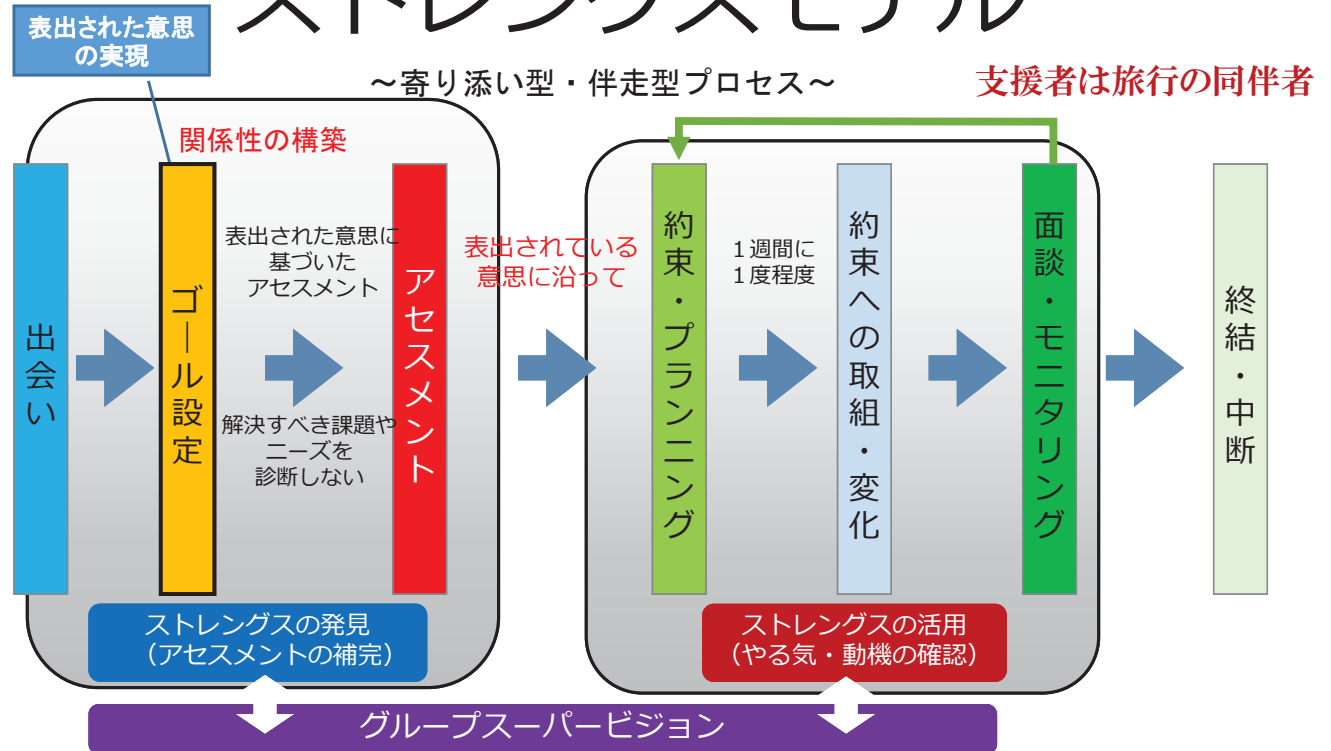
日本のケアマネジメントでは、まずクライアントの「生活ニーズ」、すなわち、身体、心理、社会面での生活課題と、それらの解決を目指した「望ましい生活」目標について、アセスメントすることが強調されています。

ですので、そのアセスメント過程でストレngthsを発見することは、ニーズ中心型アプローチとなります。ストレngthsモデルによるケアマネジメントは、ゴール中心型アプローチであり、利用者の生活・人生の目標にまず焦点が当てられることになります。

ブローカーモデル（仲介型）



ストレングスモデル



ストレングスモデルにおける三つのツール

▶ スtrenグスアセスメント

当事者と環境のストレングスのみに着目したアセスメントシート

▶ グループスーパービジョン

出席者が並列の関係で行われるスーパービジョン

当事者支援のアイデアを出すことと支援者支援のふたつの側面がある

▶ パーソナルリカバリープラン

一週間に一度のペースでひとつの目標を作り実施していくプラン

ストレングスアセスメント

個人と環境のストレングスを当事者自身の視点で記録する

本人の言葉が重要

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)

本人の名称(通称):

事例提供者氏名:

生活の7つの領域

家庭
経済
日中活動
社会的支援
健康状況
余暇
文化

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、支援の人間関係)

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(大ま

わたしの希望・願望の優先順位は

1)

例: ×「感情のコントロールができない」 ○「好きな音楽を聴いている時や図書館などの静かな環境では感情をうまくコントロールできる」

パーソナルリカバリープラン

目標を達成するための、実際の行動として実現していくための地図

ストレングスアセスメントで導き出された生活・人生目標をどのように達成するかを明らかにする記録

様

私(利用者)の目標(新しい生き方の再発見の各領域を達成するのに意味があり、重要な目標)					
なぜ、その目標が私(利用者)にとって重要ですか					
ここが極めて重要					
何をしますか(達成するために、測ること きる短期間(今日とは限らない短期間)の ステップ	誰が責任を負います か(実行する人)	いつ達成しま すか(達成期 日)	実際の達成日	コメント	

おおよそ1週間を目安にする

例: ×「バスに乗って不動産屋へ行き部屋を探し、申し込みをしてくる」
○「バスに乗って不動産屋へ行く」「不動産屋で情報を得る」複数ではなく、ひとつの具体的なことを記載する。

プランのふたつの意味や側面

- 福祉サービスは税金が使われている。福祉サービスの根拠と効果を明確にするプラン。
- 当事者が生活を変えようとしたり、自発的になにかを始めるようにすることを共有し、応援するプラン。

繰り返し行われることで効果が高まる

グループスーパービジョンは、ストレングスアセスメントと パーソナルリカバリープランを進めていくエンジン

「GSV」への関心の高まり

- GSVを本来業務として位置づけることの効果
- 支援の幅や深さが広がり、相談支援の質的向上が図れる。
- 定期的に行なうことで、日常的な個別支援・地域づくりのための連携の場となる。
- 繰り返し行うことで、スーパービジョンの効果が支援者から利用者へと波及したことを確認できる
- 支援者による抱え込みや、支援者が「楽」になるための支援者支援の場となる。
- GSVを通じた、人材育成に効果が高い。
- （自立支援）協議会で、その体制やシステムをフォローし地域に責任を持つ。
- 実践がとても重要で、研修屋の養成ではない。

スーパービジョンの関係とその効果

全国の30件を調査

バイザーとバイジー、バイジーとクライアントの関係は基本的に同じ。
共感的な関係の中で、様々な資源を活用し自立的に生活ができるように働きかけを行うこと。

SV、PRPを活用していると利用者へ効果が広がる傾向が高い



GSVのみの場合: SVの効果が限定的な傾向がある

- ・ ストレングスアセスメント票によるストレングスの共有
- ・ パーソナルリカバリープランにより具体的実践的なアイデアの協働的創出
- ・ ストレングスアセスメント票、パーソナルリカバリープランを使った継続的な関わり、行動の振り返りを通したクライアントの姿勢の変容（エンパワメント）

- ・ ストレングスアセスメント票による利用者状況の共有
- ・ 4つの枠組みによる利用者像の構造的理解
- ・ 構造的なGSVの展開による柔軟なアイデアの協働的創出
- ・ 継続的なGSVによるバイジー（支援者）の支援姿勢の変容

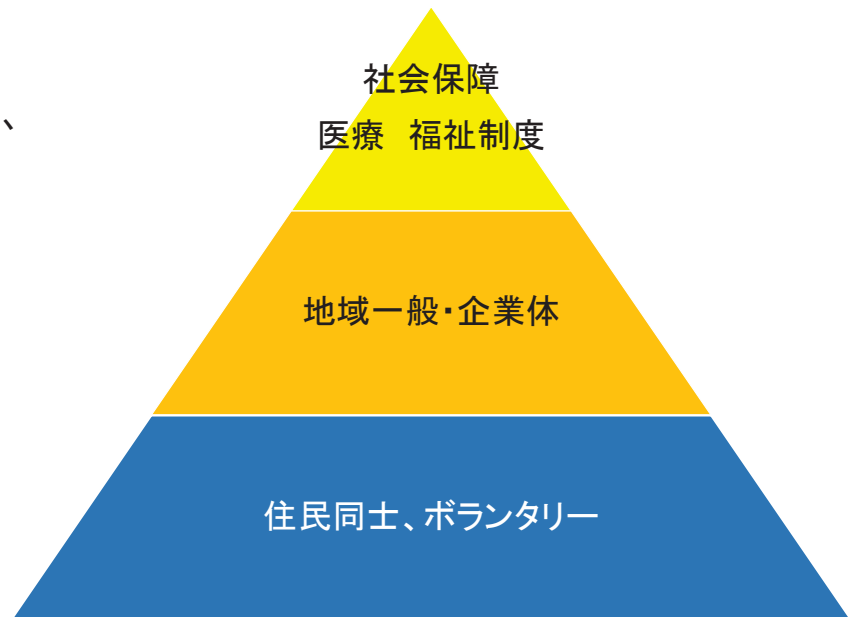
※GSVはピアSVのため、バイジーとバイザー間で相互に上記効果。

GSVにおいて一番重要なことは 「祝福（セレブレーション）」

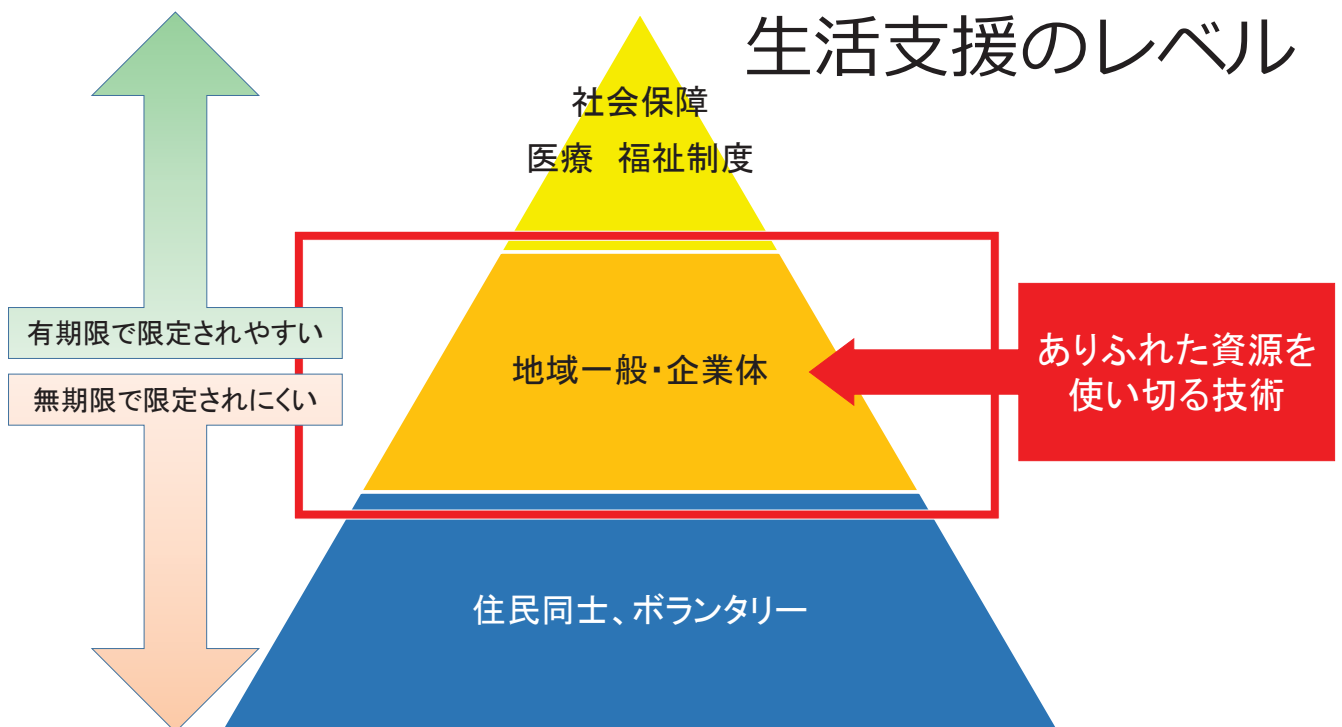
利用者の喜ぶ顔を想像してアイデアを考える

生活支援のレベル

- 社会保障を中心とした、福祉制度や医療で対応するもの
- 地域に一般的に存在するありふれた資源で対応するもの
- 住民同士の助け合いやボランティアな活動で対応するもの



生活支援のレベル



自分たちの当たり前をリセットし
知識をゼロに戻すためのSV

個の力、技術、経験を土台にして、チーム力を向上させて
対応するイメージ。

利用者を信じること 仲間を信じること

魔法はご本人の中にある

百聞は一見にしかず

グループスーパービジョン



グループスーパービジョンの目的と効果

- (1) 支持と肯定 同じ使命と挑戦の共有
- (2) アイデア 豊かな代替策を生み出す
- (3) 学習 応用を学ぶ

- スーパーバイザー： アイデアの選択肢に関わる自由な立場にいる。
- GSVメンバー：実践のなかで生じる多様な選択肢を聞き取る利点をもっています。
- スーパーバイザー（GSVではファシリテーター役）：回答する役割でなく回答がみつからない、うまくいかないことも受け入れ、スーパーバイザーと一緒に悩む役割も担う。支援をプログラムや政策レベルに広げるために利用者個人の障壁だけでなく、他の利用者にとっても見出される幅広い選択肢の知識を持つことが重要。

グループスーパービジョン

- 一般的なスーパービジョンの機能：①支持的機能 ②教育的機能 ③管理機能
 - 援助実践者への教育や情緒的支援での効果
 - 利用者（クライアント）への効果が定かではない
- （利用者を中心とした）グループスーパービジョンの効果
 - より効率的に利用者（クライアント）の目標設定のための支援が可能になる
 - 一般的なスーパービジョンの機能の①と②を有する

【グループスーパービジョンに適用困難な事例の例】

- 虐待・自己破産などの緊急性・介入性の高い事例
- 触法・犯罪に関係する事例
- 支援者との間に不信感のある事例

GSV参加者の心得

- GSVに主体的に参加することはその場に心も体もある事が前提です
- グループで起こっていること、自分、他者、相互関係、それらが全て学習になるので、開かれた心、聴く耳、観える目、が必要です
- グループ内で互いに助け合ったり、協働することで理解は深まります
- グループは自分を写す鏡です
- 今までの価値観や役割、経験の枠にとらわれないことで、新しい発見が出来ます

43

ファシリテーターの役割と意義

GSVの目的を促進し、グループを支援する。

→目的の理解、グループワークの参加姿勢や落とし穴の理解

教えるのではなく、参加者自身が発見し気づいていく場面をつくる。

→促し、賞賛、質問、具体化

あくまでも、主役は参加者自身でありグループである。

→グループ内におけるフィードバックの促進

研修の意義と目的に沿ったプロセス管理

→時間管理・進行管理を

44

グループスーパービジョンの進め方（基本に忠実に）

段階	スーパーバイザー	グループ・スーパービジョンメンバー		留意点
	事例報告者	グループメンバー	ファシリテーター	
1 準備配布 ステップ 1	・事例の概要とストレングスアセスメント表を用意		良い雰囲気づくり	
2 報告セッション ステップ 2 ステップ 3	・事例の要点や解釈（見立て）判断の理由を端的に説明 ・本人のゴールと自分がどのような助言を求めているかをグループに伝える	事例報告の間は発言をしない	・本人のゴール。バイザーの求めている助言、困り感を整理し、共有	提出された事例の簡単な説明
3 質問セッション ステップ 4	・メンバーからの質問に答える ・回答は端的にテンポよく	・求められている助言に焦点を当てて質問 ・事例の要点、判断理由などの不明点を簡潔に質問 ・本人と環境のストレングスに着目	質問の促し、質問や応答の意図の確認・深化・視点の変更等幅広く多面的な展開を意識	質問・応答の内容はアセスメント票に書き込む ストレングスの記述に着目
4 ブレインストーミング ステップ 5	・発言をしない（出されたアイデアを記録する）	積極的にアイデアを出す 他者批判禁止（質問可） アイデアは多い方がよい	議論促進や（個人と環境のストレングスの3要素やストレングス整理票に着目して深めるつつ、多角的に検討できるように）視点の深化や変更・整理・まとめなどを行う	本人像の共有→アイデア出しへと移行 柔軟な・創造的なアイデアは大変良い 先ずは実現可能性や制度のことを考慮せずに発言 より具体的なほうが良い
5 応答セッション ステップ 6	出された本人像やアイデア、解釈や意見に対して応答する		自分の中で気づきがあったか、参加者に促す	研修モデルではここで発表を含める
6 アイデアの選定	アイデアから有益なものを3つ程度選ぶ（次回までに実行する）		アイデアから有益なものを3つ程度選ぶ（ファシリテーターでも可）	終了後はスーパーバイザーと提供者で今後の具体的な動きを確認する

GSVの進め方（例）（テキストP161～）

【準備】

事例発表者は事例の概要とストレングスアセスメントのコピー等を用意する

【進行方法】

- 1) ファシリはメンバーの自己紹介やGSVの目的等の確認を行い、ウォーミングアップをはかる
- 2) 事例発表者の緊張を解きながら（感謝と励まし）、発表者に事例の要点や解釈・判断理由について端的に説明し、求めている助言（フィードバック）について明確にグループに伝える（例：相談者や家族とより上手に関わる方法、相談者が目的に到達するのを支援する方法、その目標のために活用できる地域資源の情報や活用方法等）

GSVの進め方（例）（テキストP161～）

- 3) 発表者以外のメンバーが（発表者を支援し、事例理解を深めるため）事例の要点や判断理由の不明な点について簡単な質問をする（ストレングスアセスメントの素材を活用・発表者が求めるフィードバックの種類に焦点化する・自分の中のバイアスを避け、好奇心を前面に・助言や示唆はこの段階では不要）

ファシリはこの時間を有効に活用するためにメンバーの興味関心を引き出し、報告者を励ます）

- 4) ブレインストーミング法などで、例えばどのように社会資源と連携するか等の具体的な多くのアイデアを産み出す

47

GSVの進め方（例）（テキストP161～）

ファシリはその過程がすばやく動くように働きかける（作業途中で状況に応じて言葉をかける）

- 5) アイデアが30～50程度出たあと（アイデアは多い方が素晴らしい）、それらのアイデアに対して発表者が実行すると仮定して、理解を深めるための質問をする（1問1答）

例：「この資源を活用するためにどのようにコンタクトを取れば良いでしょう」とか「このアイデアについてもっと私に教えてください」といった具合

この間、質問している以外のメンバーも身乗り出し、メモをとり、積極的に参加する

48

GSVの進め方（例）（テキストP161～）

- 6) 発表者が実現できる可能性の高い上位三つを選ぶ。
理想的には事例の方と一緒に選び共有し、実行すべきアイデアと一緒に決定する
- 7) ファシリが発表者に労への労いと感謝を伝え、メンバーから発表者へ励ましの言葉が掛けられ、発表者からメンバーに感謝の意が伝えられる
- 8) 事例から見える地域課題を抽出し、どこにどのように地域課題を報告するかを検討する

49

個別支援から地域づくりを

相談支援の機能に『小さなケアマネ』と『大きなケアマネ』論が。

個別事例のGSVをとおして『良いアイデアなんだけど、自分たちの地域にはないんだよね〜』といった事があればチャンス到来。

例：気兼ねなく寄れるサロン スポーツクラブ等との接点 等々。

**AさんのGSVでもアイデアとして出た。Fさんの時も・・・。
そういえば自分の担当のHさんにも活用できたら、Hさんの生活が豊かになるかも。**

↑↑↑↑↑

それって、即、協議会では？

『1人だと「わがまま」、50人集まると「ニーズ」…だから100%作成』（又村氏）

参考文献等

「ストレングスモデル」 C・A・ラップ著 田中英樹監訳 金剛出版
「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」
小澤 温監修 埼玉相談支援専門員協会編集 中央法規
「ケアマネジメント実践のコツ」 野中 猛著 筒井書店
「図説ケアマネジメント」 野中 猛著 中央法規出版

その他、引用については資料スライドに明記

支援のアイデア出し

構造と役割を意識して参加してください。

演習の流れと役割

- | | |
|---------------------|-------|
| 1) 事例の振り返り | (5分) |
| 2) ストレングス視点での気づきを共有 | (10分) |
| 3) 質問 | (15分) |
| 4) アイデア出し | (15分) |
| 5) アイデアへの質問 | (10分) |
| 6) 実用性の高いアイデアを抽出 | (10分) |

- ・ 事例提供者
- ・ 残り全員がグループメンバー
(そのうち1名がファシリテーター：今回は講師がつとめる)

演習の流れ

1) 事例の振り返り (5分)

- ・グループで以下の3点について共有する。
★グループメンバーは発言しないで聴く。

① 事例の概要 ～こんな事例でしたよね～

② 検討課題の確認 ～支援者として、どこに困り感があるのか？

★ 演習2日目と同じでも変更してもよい

③ 事例提供者がどのようなアイデアが欲しいか

★ インフォーマルな社会資源の活用に焦点をあてる。

演習の流れ

2) ストレングス視点での気づきをグループで共有 (10分)

- ・ ストレングスアセスメントを配布
研修を通して気づいた（この研修で追加された）ストレングスを紹介
- ・ どんなことで、どんなふうに、気づいたのか？
★ ストレングス視点で本人像を捉え、共有する（その手前で風貌や印象などを共有することも効果的）
（提供者とメンバーの応答session含む）
★ 自分が作成してきたストレングスアセスメントと比較

演習の流れ

3) 質問 (10分) グループメンバー⇔事例報告者

- ・求められたアイデア出しに向けた質問に事例報告者が答える

★留意点

- ①端的なやりとりとなるように。一問一答。
- ②ストレングス視点で発言 例：こんなこともストレングスではないか？
- ③メンバー：アイデア出しに向けた内容に焦点化し、根拠をもった質問をする。
- ④事例提供者：わかる範囲で答える。わからないことは「わからない」「聞けていない」と答えてよい。

演習の流れ

4) アイデア出し (10分)

- 事例提供者：アイデアの記録に徹し、発言に反応しない。
- グループメンバー：数多くアイデアを出す。
(めざせ！30～50個)

- ①ストレングスを活かしたアイデア
- ②インフォーマルサービスを中心としたアイデア
- ③自由な発想で、出来る、出来ない、ある、ない、にはこだわらない（既存の資源にとらわれない）
- ④こんなのあったらいいな、もアイデア

演習の流れ

5) 実用性の高いアイデアを抽出 (10分)

- ・ 出来そうなアイデアを抽出
- ・ やってみたいな、と思うアイデアを抽出
- ・ 本人や家族だけでなく、地域に対しても効果が見込めるアイデアを抽出
- ・ 優先順位をつけて、出来ればベスト3を決定

演習の流れ

6) アイデアの具体的な展開 (10分)

- ・ 何があれば、誰がいれば、実行できるか
- ・ こんなもの、あんなもの、が使えるのではないかな？
- ・ 実行にあたっての障壁は？
- ・ 実行したことによる効果は？（本人、地域、支援者）
- ・ やってみよう、LETS TRY

研修4日目・講義

【事例に基づく演習への導入講義】

個別相談支援/チームアプローチ/**コミュニティワーク**

(個別支援から地域支援・自立支援協議会・地域ネットワーク)

本日の内容

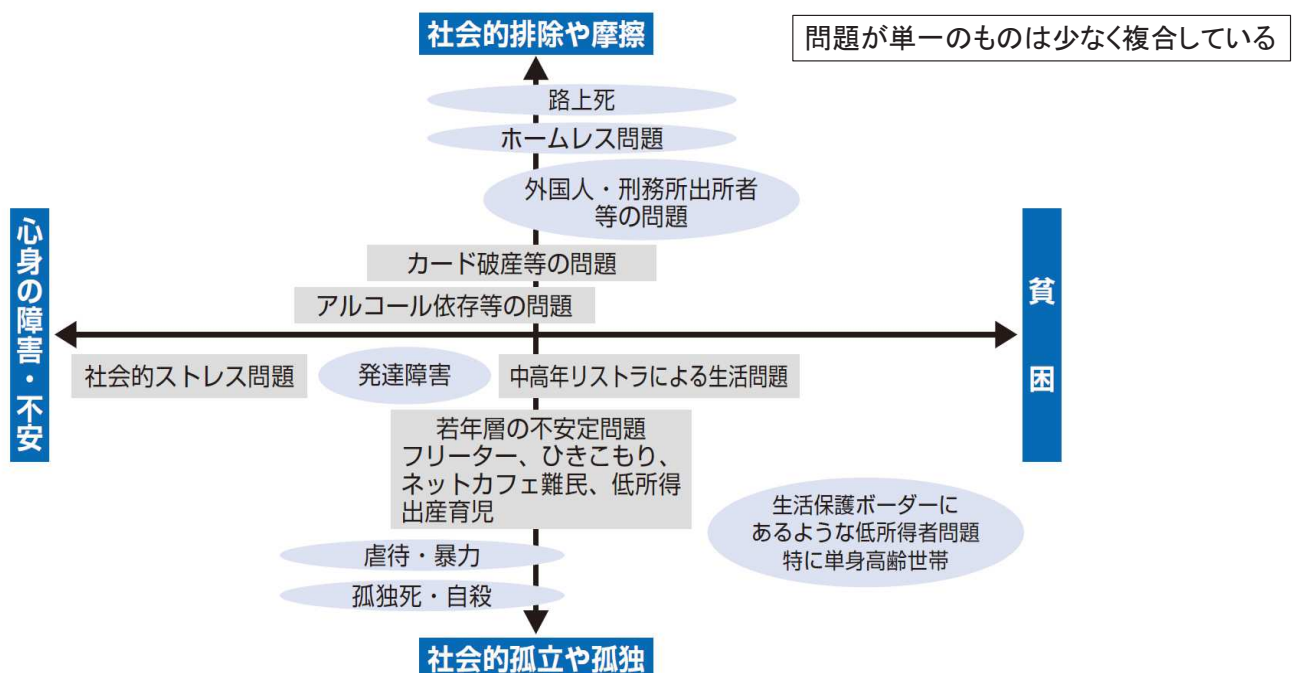
- I はじめに
- II 1日目コミュニティソーシャルワーク講義の振り返り
- III 個別支援から地域課題への展開
- IV 地域援助技術としてのコミュニティソーシャルワーク

はじめに

- 皆さんは老後の暮らしの場として自宅と老人ホームではどちらがよいか（施設の環境よりも地域的環境を選好するかと思います）
- 生活の場として慣れ親しんだ自宅を中心とする環境がよいと答える（元々の生活環境によって充足されていた生活要素を引き継ぐことができます）
- 地域的に展開される支援は、生活という観点から見て、個々の嗜好により配慮された生活への支援といえる（生活の質の高さが利用者にとって多様である、よって社会資源や支援方法も多様である）

参考文献：地域包括ケアの社会理論への課題（猪飼周平）

地域の諸問題



（第2回社会福祉法人の在り方等に関する検討会 資料より抜粋）

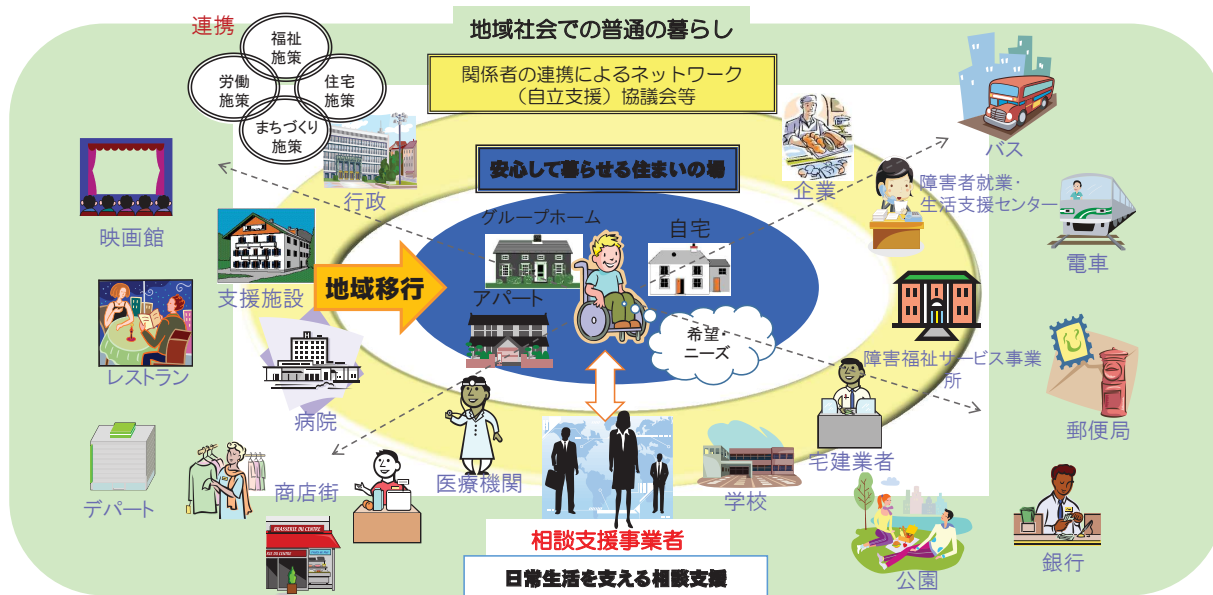
4

障害のある人が普通に暮らせる地域づくり

厚生労働省作成資料を一部改編

(目指す方向) 重度の障害者でも地域での暮らしを選択できる基盤づくり

- 安心して暮らせる住まいの場の確保
- 日常生活を支える相談支援体制の整備
- 関係者の連携によるネットワークの構築



5

地域共生社会の実現に向けて

「地域共生社会」の実現に向けて(当面の改革工程)【概要】

平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

「地域共生社会」とは

- ◆ 制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改正】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改正】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改正】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化: 高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改正・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源(耕作放棄地、環境保全など)と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

地域丸ごとのつながりの強化

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

- 平成29(2017)年: 介護保険法・社会福祉法等の改正
- ◆ 市町村による包括的支援体制の制度化
- ◆ 共生型サービスの創設 など

- 平成30(2018)年:
- ◆ 介護・障害報酬改定: 共生型サービスの評価 など
- ◆ 生活困窮者自立支援制度の強化

- 平成31(2019)年以降:
- ◆ 更なる制度見直し

- 2020年代初頭:
- ◆ 全面展開

【検討課題】

- ① 地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策(制度のあり方を含む)
- ② 保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③ 共通基礎課程の創設 等

6

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

- 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
 - 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
 - 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
 - 財政的インセンティブの付与の規定の整備
- （その他）
- 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
 - 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
 - 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
 - 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける
- （その他）
- 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
 - 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

7

地域の諸問題と地域社会に対する関心の高まり

- ・従来の行政サービスによるアプローチの限界を乗り越えるものであるという認識が広まりつつある
- ・住民の自発的な支え合いが人々の生活を活性化していく（地域社会から支援の調達）
- ・しかし、各地で始まっている取り組みは、あくまで参考例であり、道具的知識をもたらしているにすぎない
- ・地域社会をめぐる状況は、地域社会における人々の連帯を強化していく手段を欠いたまま、それを利用する方法ばかりを考えている状況
- ・また、そこでの実践家の取り組みが見出されていないように思われる

参考文献：地域包括ケアの社会理論への課題（猪飼周平）

コミュニティソーシャルワーク：個別支援から地域支援へ

1日目講義資料

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)。

S.Shimamura okinawa univ.2017

9

地域を基盤としたソーシャルワーク：個別支援と地域支援を並行検討へ

1日目講義資料

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

S.Shimamura okinawa univ.2017

10

II 1日目コミュニティソーシャルワーク講義の振り返り

コミュニティソーシャルワークの考え方

- ①個別支援から地域課題への展開
→個別支援から積み上げていく
- ②地域援助技術としてのコミュニティソーシャルワーク
→地域全体を動かしていく

①個別支援から地域課題への展開

- 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な援助を提供しつつ、その人に必要なソーシャルサポート・ネットワーク作りを行い、**かつその人が抱える生活課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地域援助技術としてのコミュニティソーシャルワーク

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、①個を地域で支える援助と②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)。

地域の中で個別に発生している現象は違うが根は一つということ。そのため、①②を一体的に支援していく。

しかし、①の個のニーズ→多職種連携→環境整備(支援)のながれは分かりやすいが、②の個別ニーズへの支援が整理されていない中で地域環境への働きかけをすることがなかなか分かりにくい。また、どこまでが相談支援専門員の支援範囲なのか分かりにくい。ここでは、①を現任者レベル、②を主任相談支援専門員と整理する

* 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

地域の連帯の強化：実践化の取り組み

利用者への支援を通して地域とのつながり(連帯)を高めていく
具体的な方法としては

①の個のニーズ→多職種連携→地域環境整備(支援)

②の個別ニーズへの支援と同時進行で地域環境への働きかけを行う

①現任レベル

日常生活

→福祉サービスの利用(生活の安定)

・多職種連携

→生活の豊かさ(地域資源の活用)

・地域資源の活用方法等検討・支援

→基幹相談支援センターと共有

・地域課題へ

②主任相談支援専門員

個別相談支援の集約

→地域課題への対応

地域の連帯

→地域環境への働きかけ(普及啓発等)

他制度との連携

→地域包括ケア・共生社会等

III 個別支援から地域課題への展開

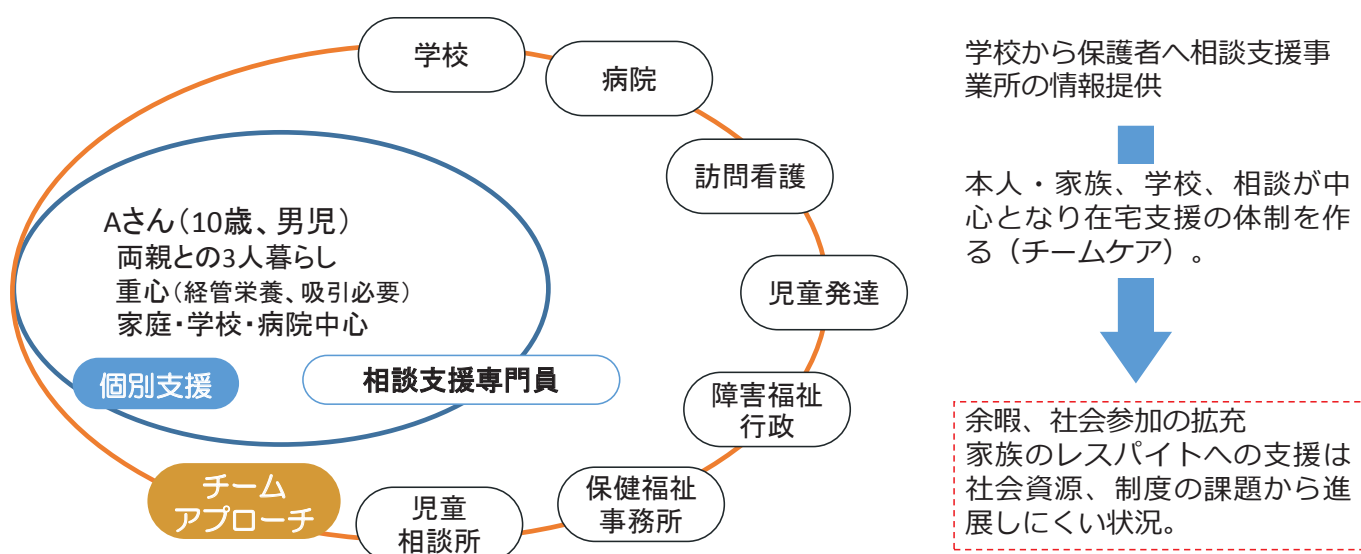
個別支援を通して地域支援の課題が見出され、地域資源の改善・開発に携わる

地域資源の活用はコミュニティワークの第一歩

15

事例：医療的ケアの必要な人への支援（個別支援から地域課題へ）

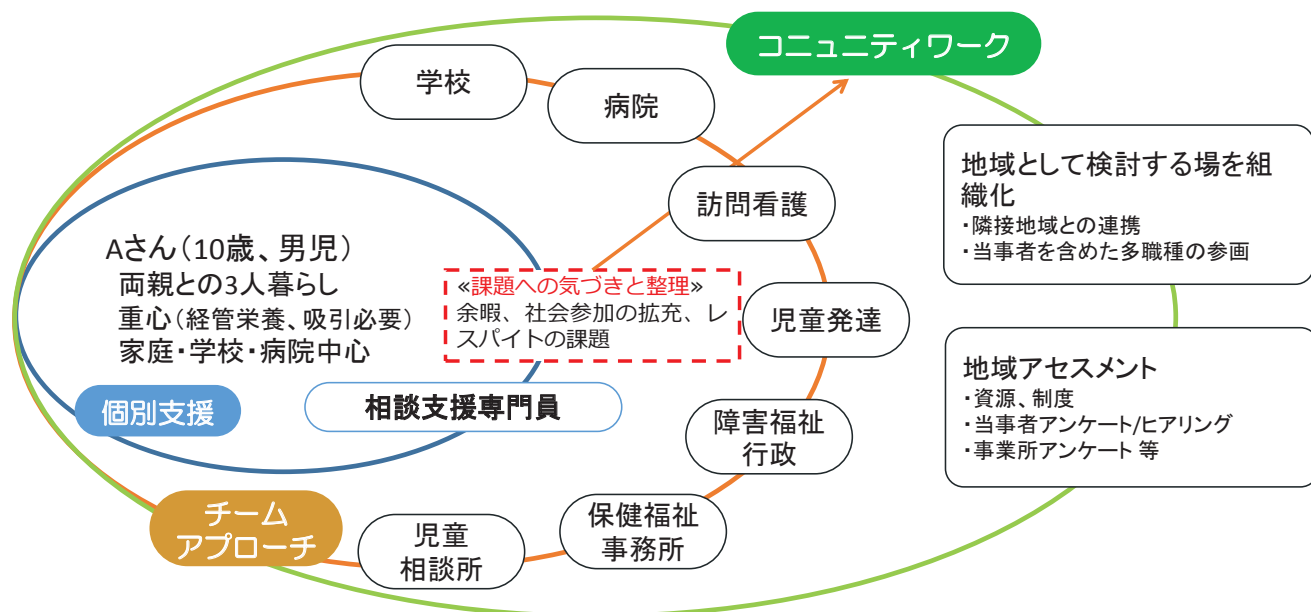
主訴（希望、困り感）：Aさんの余暇、社会参加、家族（母）のレスパイト



16

事例：医療的ケアの必要な人への支援（個別支援から地域課題へ）

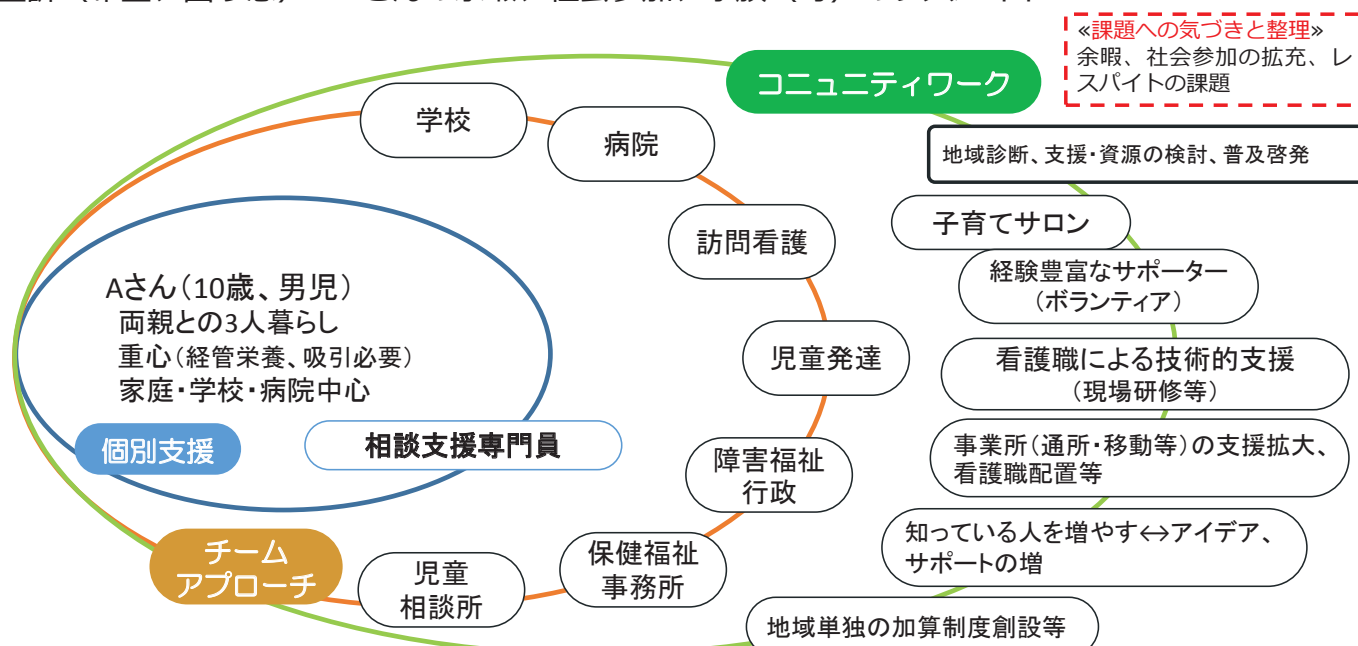
主訴（希望、困り感）：Aさんの余暇、社会参加、家族（母）のレスパイト



17

事例：医療的ケアの必要な人への支援（個別支援から地域課題へ）

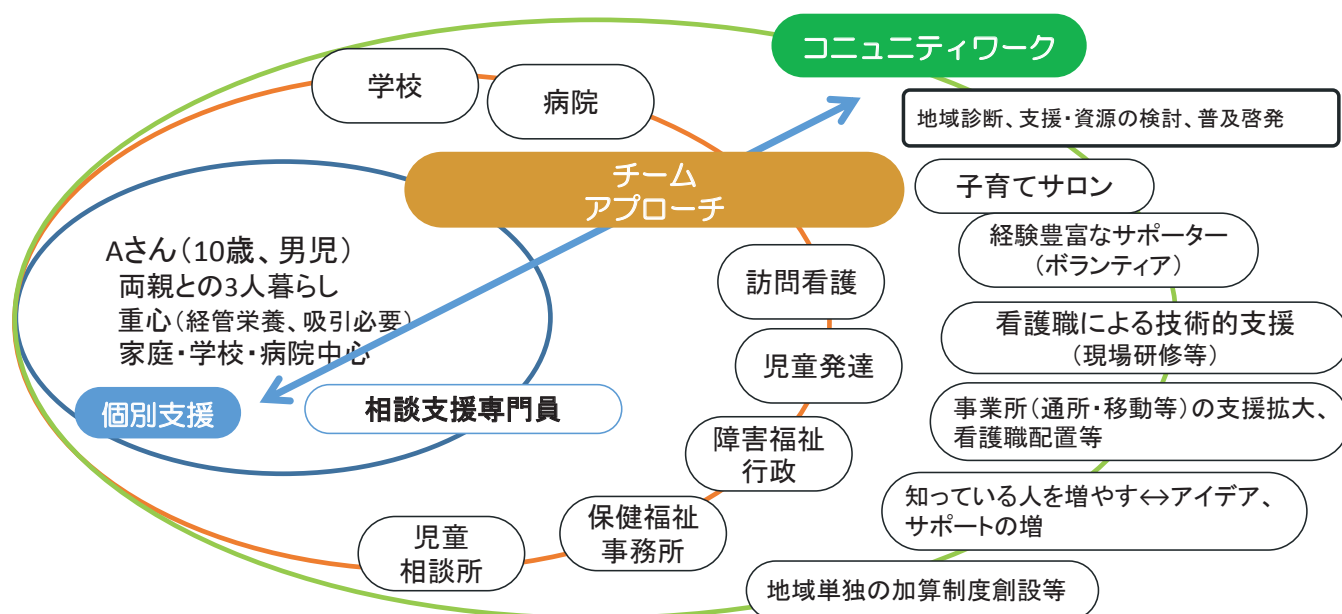
主訴（希望、困り感）：Aさんの余暇、社会参加、家族（母）のレスパイト



18

事例：医療的ケアの必要な人への支援（個別支援から地域課題へ）

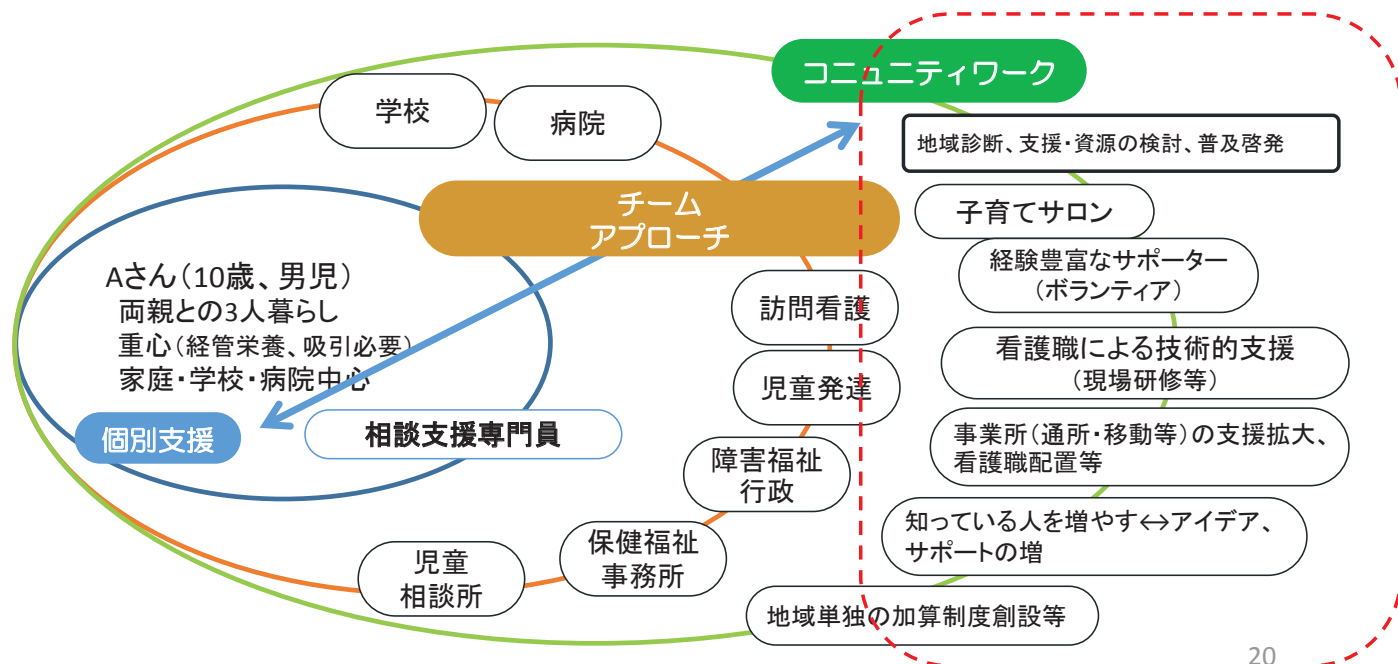
個別支援と地域支援の関係、並行的ニーズの検討



19

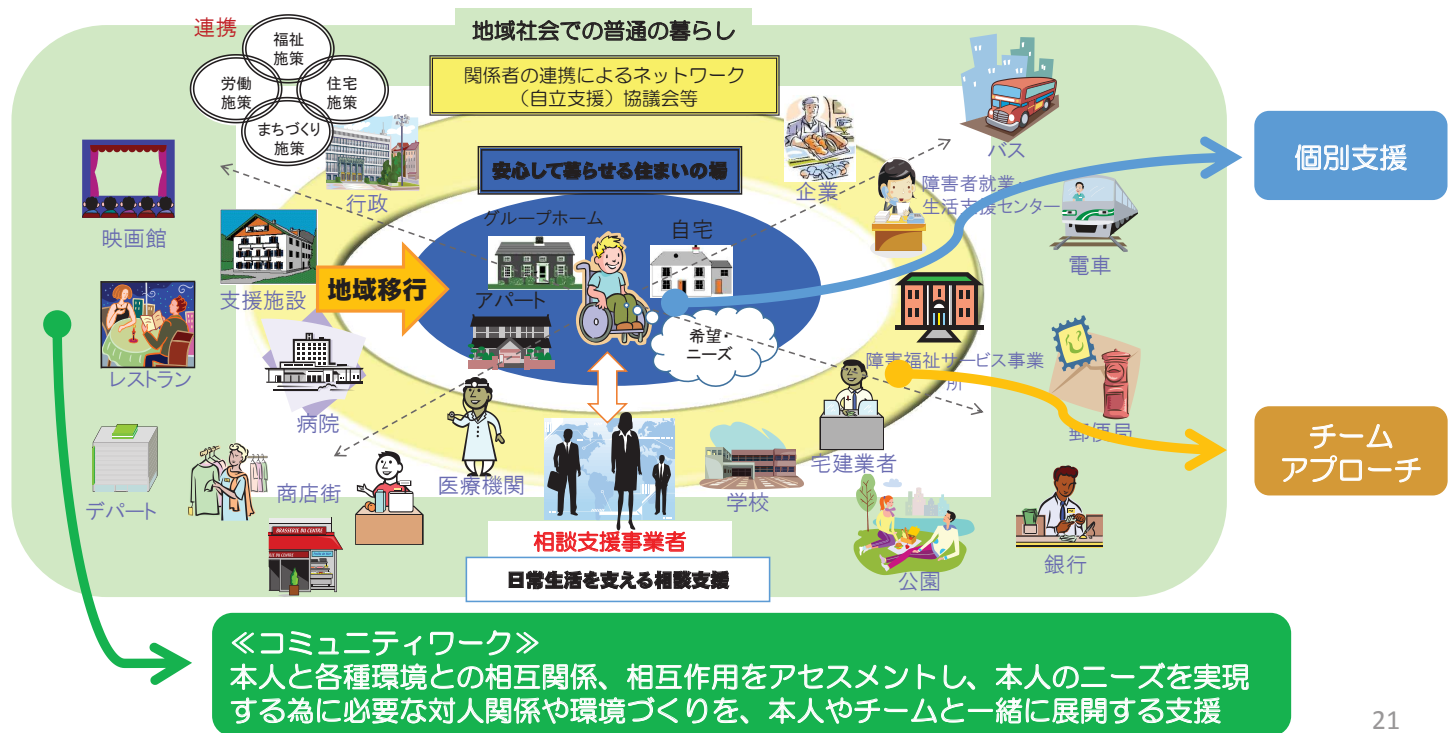
事例から見える個別課題

個別支援と地域支援の関係、並行的ニーズの検討



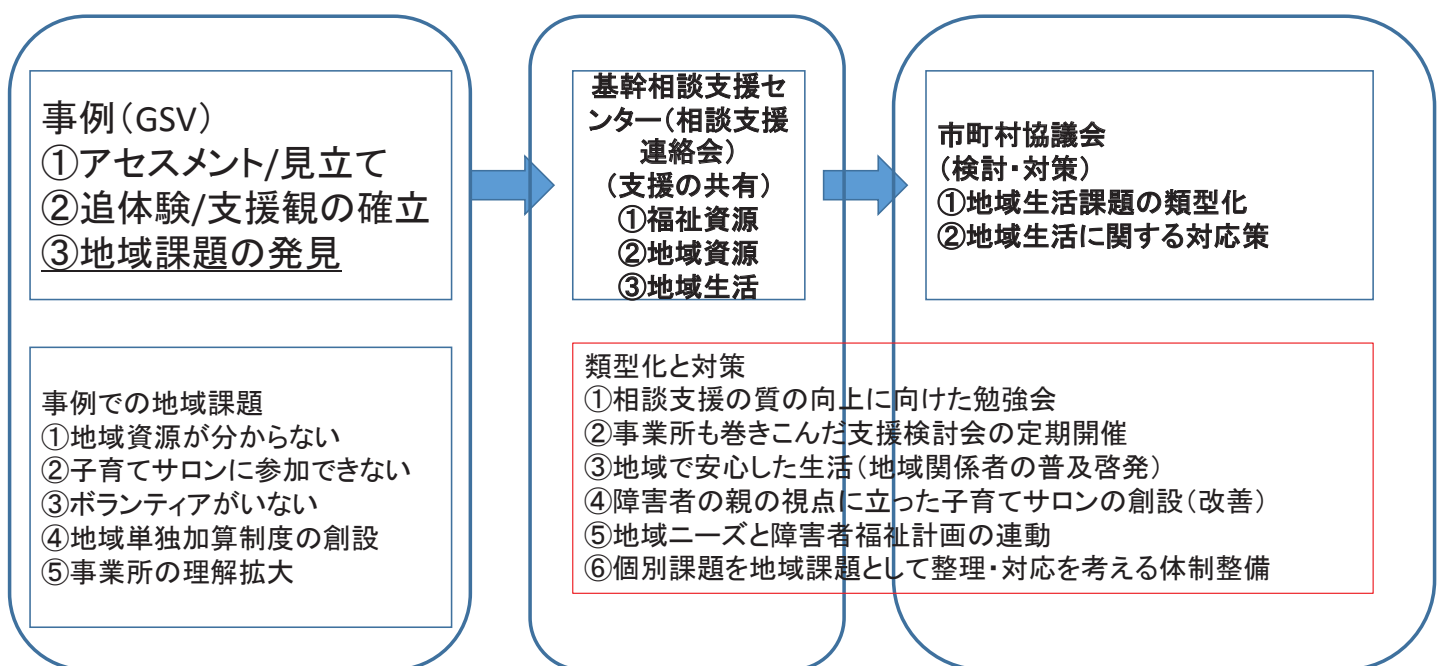
20

コミュニティソーシャルワーク



21

地域課題の発見と対応



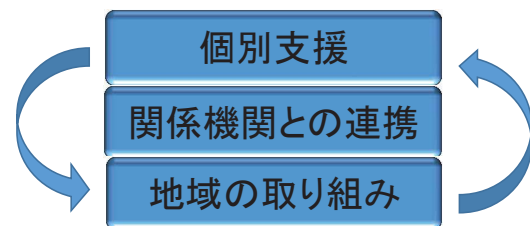
地域づくりの視点、技術は、相談支援のノウハウが基礎

個々の支援を通して

- 地域と出会う(インテーク)
- 地域を知る、評価する、見立てる(アセスメント)

個別支援会議、部会等の協議を通して

- 地域課題を明確化していく(ニーズ整理)
- 社会資源、制度等の改善、開発に向けた方策の検討(支援計画作成)
- 地域づくりに向けた取り組み(支援計画の実施)
- 地域活動を追跡、確認(モニタリング)



23

個別の相談支援から市町村協議会へ

- 個々のニーズに対する相談支援の実践から地域課題を確認
(相談支援・ケースワーク)
- チームアプローチ、個別支援会議等、関係機関と協働した取
組みから地域課題を整理(チームアプローチ)



ここまでは実務を通して実感しやすい

- 協議会等における部会、連絡会、基幹相談支援センター
における事例検討会などから地域課題を整理、共有
- 社会調査による実態把握とアプローチの検討・実践

24

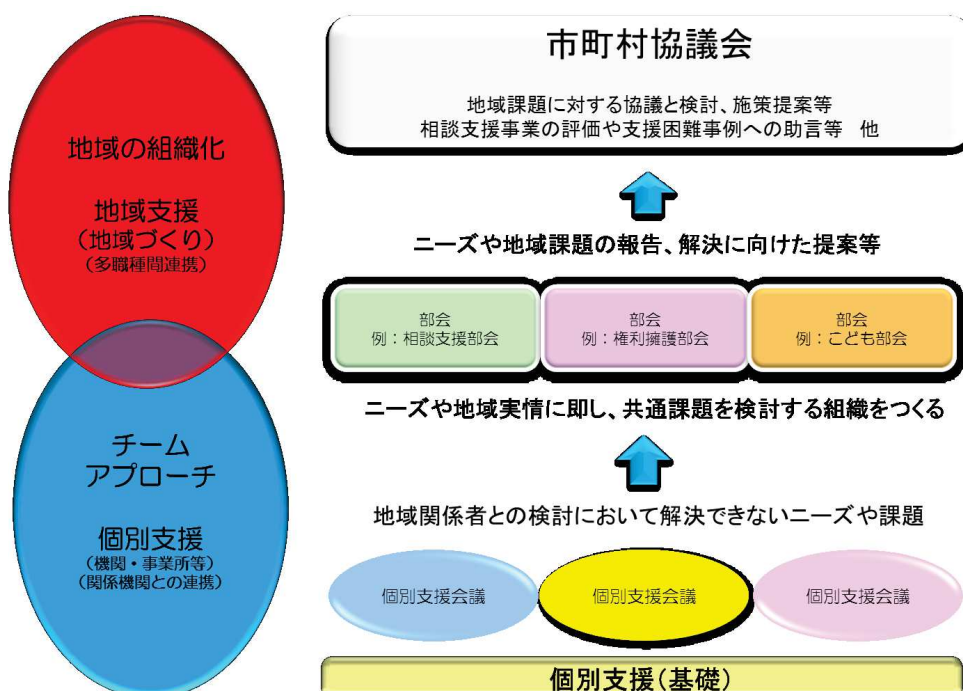
IV 地域援助技術としてのコミュニティソーシャルワーク

コミュニティワークの焦点は「**地域の組織化**」

その人の暮らし、活動する場所
人との関係、地域に着目し、活用する

25

個別支援、チームアプローチ、コミュニティワークの連動



26

市町村協議会の機能と活用



協議会の役割

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第89条の3第1項に規定する協議会設置運営要綱より一部抜粋

- ・ 相談支援事業をはじめとする地域における障害者等への支援体制の整備に関し、**中核的な役割を果たす定期的な協議の場**
- ・ 地域における障害者等への支援体制に関する課題について**情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図る**とともに
- ・ 地域の実情に応じた体制の整備について協議を行い、障害者等への支援体制の整備を図ることを目的として設置する機関である

27

市町村協議会の機能と活用

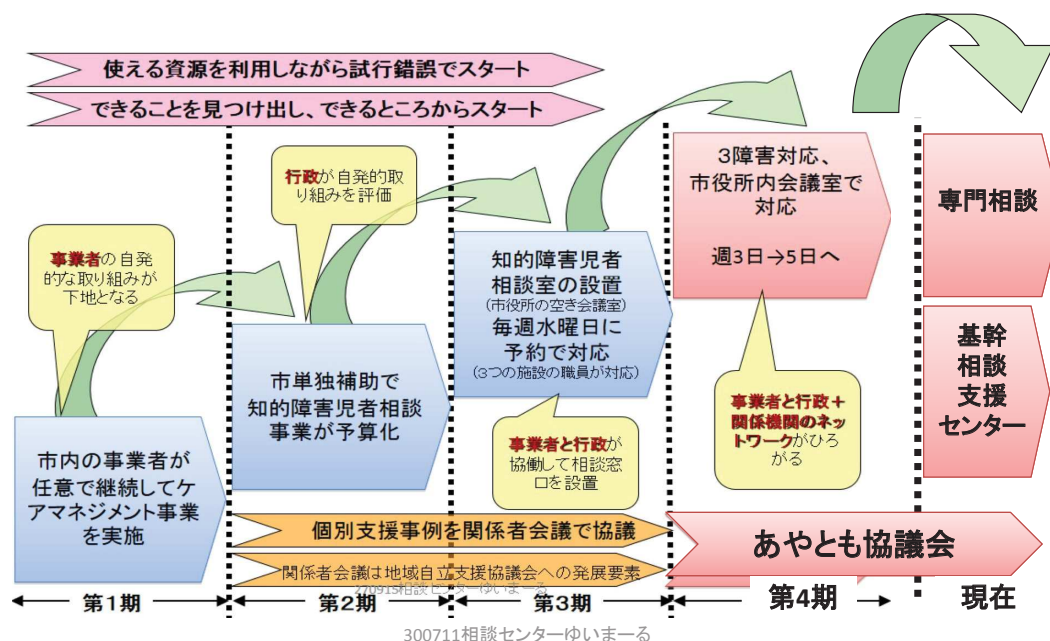
協議会の主な機能

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第89条の3第1項に規定する協議会設置運営要綱より一部抜粋

- ・ 地域における障害者等への支援体制に関する課題の共有
- ・ 地域における相談支援体制の整備状況や課題、ニーズ等の把握
- ・ 地域における関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善等に向けた協議
- ・ 地域における相談支援従事者の質の向上を図るための取組
- ・ 個別事例への支援のあり方に関する協議、調整

28

協議会は長い年月を掛けて発展していくものです



29

(事例) 綾瀬市地域自立支援協議会（あやとも協議会）の紹介

オールあやせでいこう！

- 共に生きる地域づくりに、当事者の声を聞き、地域福祉の視点で効果的に協働する連携づくり
- 協議会に集う全ての機関・事業所・団体が参加できる組織づくり
- 地域課題の把握、障がい者福祉計画の目標に期間を決めて取り組む課題別部会
- 共に生きる理念や情報を地域に発信する

30

形骸化しないために

☆理念の共有

・・・＞同じ話を何度も、繰り返して説明。

☆モチベーションを高める、維持する

・・・＞他地域の見学受け入れ、研修会の実施

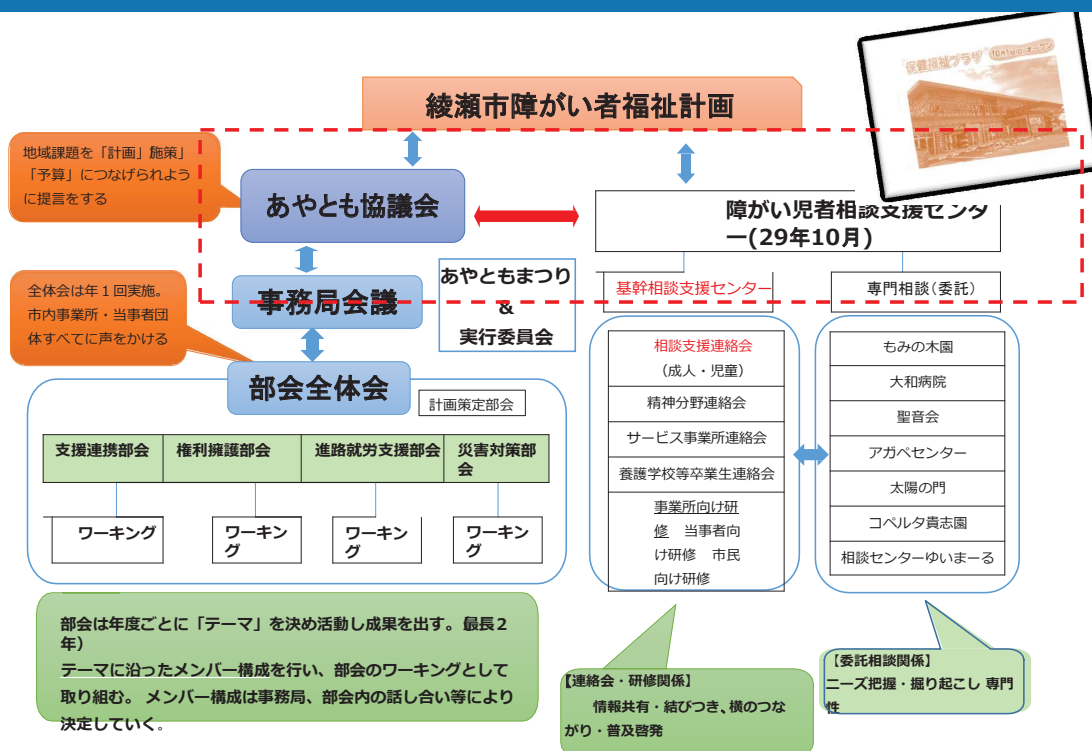
☆会議のための準備をしっかりと行う。

・・・＞参加する人が「来てよかった」と思える
ように

綾瀬市地域自立支援協議会の内容

- ・ 障害者の地域福祉ニーズに対して、三層構造で協議する場を設置
- ・ 障害者と接することの多い現場職員の意見をまとめ、課題を抽出する(専門部会)
- ・ 各専門部会で上がってきた内容を集約・整理し、協議会に報告する(事務局会議)
- ・ 専門部会で上がってきた課題を協議する(協議会)

綾瀬市相談支援体制図



33

基幹相談支援センターの機能を生かした計画的な人材育成等

綾瀬市基幹相談支援センター 事業計画（平成30年4月1日～平成31年3月31日）													(12月26日)	
事業内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	備考	
(8)協議会および専門部会の運営	あやとも協議会(年2回)			2019/6/4 市長懇談会 6/4	2019/7/11 市役所J1-1 7/11						2月20日			
	あやとも協議会(年2回)			市長懇談会	市役所J1-1						2月20日			
	あやとも協議会全体会(年1回)		2018/5/7 ブラザ								2月20日			
	事務局会議(年3回)				2018/7/4 10:00ブラザ				2018/11/13 10:00ブラザ	1月23日				
	・支援連携部会(部会長:部会長)	2018/5/16 ブラザ				9/5 10:00ブラザ	10/16		11/13 10:00ブラザ					
	・進路就労部会(部会長:池田)	2018/5/15 10時市役所		2018/7/17 10時市役所 305		2018/9/25 10時市役所 304	10/4学校見学 10/11企業見学	2018/11/21 市役所304		2/1出前講 2/6 部会				
	・災害対策部会(部会長:石橋)	2018/5/31 市役所												
	・権利擁護部会(部会長:安部)	2018/5/28 15:30ブラザ				9/19 ブラザ			11/2 ブラザ					
	あやともまつり									12月9日				
	あやともまつり実行委8回			2018/6/15 15:30ブラザ		8月10日	9月12日			11月9日	12月13日			
(7)障害者の権利擁護、差別、虐待防止に関する相談及び助言	虐待防止等研修会						10/22虐待研修 10/23コア会議							
(1)事業所に対する専門的な指導・助言 (6)事業所連絡会の開催	事例検討GS(毎月実施)	4月19日	5月17日	6月21日	7月19日	8月16日	9月20日			11月15日	12月20日	1月17日	2月21日	3月7日
	事業所向け研修会(年2回実施)								10月18日				○	
	精神分野連絡会(年4回)		2018/5/16 10時ブラザ			2018/8/1 10時ブラザ				11/7 10時ブラザ	○		○	
	サービス事業所連絡会(年2回)													
(9)総合的かつ専門的相談支援 (3)地域包括支援センター等関係機関との連絡調整および連携強化	養護学校卒業生連絡会(年1回)		2018/5/16 13:00ブラザ								12/14 13:00ブラザ			
	総合相談窓口(通年実施)		◀											▶総合インターク
	困難事例二次相談(通年実施)		2018/5/23 15:30市役所				9/26HK 9/3-5TK	10/26kw 10/9TM 10/12HK						
	個別事例連携会議(随時)		◀											▶
(2)事業所の相談支援専門員の人材育成 (4)サービス等利用計画案の作成に係る指導及び助言	相談支援事業所連絡会 (5+2事業所+市)	2018/4/25 10:00ブラザ		2018/6/6 10:00ブラザ		8/8 10:00ブラザ		10/24 10:00ブラザ		12/26 10:00ブラザ		○		
	事業所巡回支援(計画相談等)	◀												▶
(3)地域包括支援センター等関係機関との連絡調整および連携強化 (11)地域生活拠点事業に係る業務	三施設緊急受入・対応調整会議													
(5)事業所職員および市民を対象とする研修会等の開催	学習会・研修会の開催 「親なきあと」セミナー(3回)			2018/6/9 親なきあとセミナー 14:00市役所						11/17(土)親なきあと 14:00ブラザ		1/19(土)市役所展示 ホール14:00		
	その他:県内・全国連絡会、研修会への参加							10/2 基幹連絡会 10/10、10/11 全国研修						
GH連絡会											2月14日			

個別課題と地域課題を関係付ける（P148）
～地域移行支援・定着支援～

退院支援の課題への対応

- ・病院と相談支援の連携方法の課題
- ・退院後地域で安心した生活が送れるために、入院時から支援を引き継ぐ流れを検討
- ・部会にて病院から地域へ引き継ぐための「地域支援計画書」を作成。（PSW、相談支援専門員、保健師等関係者が部会の中で協議）。
- ・作成したもの（使用時は本人の同意が必要）。

地域支援連絡書

平成 年 月 日

様

主治医: PSW:

ふりがな	性別	ジェノグラム
氏名	男 女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住所		
電話番号		(車身 同居)

入退院日	入院(年 月 日)	退院(年 月 日)
当院入院回数	初回	複数回 (回目)
疾病名	発症時期(年 月 日)	
基礎疾患や合併症など		
障害の状況	精神保健福祉手帳 無 有 (級) 知的障害 無 有 療育手帳 無 有 (A1 A2 B1 B2) 身体障害 無 有 身体障害手帳 無 有 (級、種別) 障害程度区分 無 有 (内容) 自立支援医療 無 有	
経済状況	1. 障害年金 無 有 (級) 2. 生活保護 無 有 3. その他()	
通院頻度状況	今後の通院医療機関 1. 当院 2. その他 () 医療サービス利用状況(入院前) 無 有 (1. デイケア 2. 作業療法 3. 訪問看護) 今までの福祉サービス利用状況 無 有 ()	
本人の希望	1. PMH訪問 2. ファミール 3. ホームヘルプサービス 4. コンパス 5. 定期相談 6. その他	
PSWの意見		

※この書類は地域で継続的に支援するために作成するものです。市町村に情報提供することに同意します。

平成 年 月 日

署名(本人:)
(家族:)

個別課題と地域課題を関係付ける（P148）
～切れ目のない相談支援体制～

障害児相談の課題への対応

- ・教育・福祉・医療等の連携がうまくとれない
- ・幾度と話し合ってきたが、それぞれが役割を超えた連携の糸口が見出せない
- ・制度を越えた連携方法の確立を目指し、市が前面にたって体制を検討

ニュースレター
綾瀬市障がい児者相談支援センター

平成 30 年 12 月 9 日
第 1 号

綾瀬市保健福祉プラザ内、252-1107、神奈川県綾瀬市深谷中 4 丁目 7 番 10 号
soudan.yuima-ru@bz.01plala.or.jp 0467-77-1118

1.障がい児者相談支援センターがオープン
筆者名

この号の内容

1 障がい児者相談支援センターがオープン

2 古塩政由市長へ「要望書」提出

3 「親なきあと」講演会に、141名

4 総合相談窓口について

5 あやとも協議会について

障がい者手帳の有無にかかわらず、本人・家族・関係者などからの相談も可能です。

昨年 10 月、綾瀬市深谷中に「保健福祉プラザ」が新設オープンされました。この保健福祉プラザは綾瀬市の地域保健から母子保健、子育て支援、高齢介護、障がい児者福祉、地域福祉(社会福祉協議会)などが配置され、福祉・介護・保健・医療・地域福祉の分野が一体的に相談・支援にあたることのできる連携拠点です。この 1 階に「障がい児者相談支援センター」があります。センターでは生活全般で困っていることや福祉サービスの利用などの相談を専門相談員が受け総合的・専門的な相談支援を行います。また基幹型相談支援センターとして、「あやともまつり」の実施、市内の相談や福祉サービス事業所の連絡会の実施、事業所職員や市民、当事者それぞれに向けた研修会も計画的に実施しています。

2. 古塩政由綾瀬市長へ「要望書」を提出
筆者名

「障がい児福祉について、切れ目のない相談支援体制を求め!!」

6 月 4 日、障がいがあっても障がいがなくとも共に生きる綾瀬をつくる協議会(あやとも協議会)の富岡貴生会長(社会福祉法人唐池学園貴志園)と、支援連携部会の山口明美部会長(地域活動支援センターファミール)が、市長を訪問し、あやとも協議会の討議を踏まえた要望書を手渡し、1 時間程度意見交換をいたしました。

綾瀬市の障害児の相談支援について、保護者や教育機関からどこに相談を行えばよいのかといった声があるなど、障害児の支援機関として機能すべき児童発達支援センターの障害児相談体制の強化が求められていること、特別支援学校卒業生が通所できる社会資源が市内になく整備が必要などをお願いしました。

何か起きたときの支援と漠然とした不安への支援

第3回「親なきあと」講演会
～親なきあと障がいのある子ども暮らし～

☆講演内容…

障がいのある子どもを持つ保護者が、自分たちがなくなると後の子どもの生活について、地域で安心して暮らしていくためには、どのような準備をしておくべきなのかをしよう。

当事者の方の体験や、グループホームや地域生活支援の実践報告から、医療、保健の現状や福祉と関連サービスを学び、今何をすべきなのかについて理解を深めます。

平成31年1月19日(土)
午前10時～12時
会場：鎌瀬市役所7階 展示ホール
対象者：市内在住の70歳以上
（申込のみ不要 参加費無料 手話通訳付き）

～パネリストディスカッション～
テーマ：子どもを安心して暮らすために
けるべきこと

地域生活支援センターファーム 所長
山口 明美氏
障がい児センターゆいらく 所長
田中 晃氏

山口 明美氏

講演：吉田 展章氏

お問合せ先
綾瀬市 障がい児者相談支援センター
（綾瀬市保健福祉プラザ内）
電話：0467-77-1118 FAX:0467-53-9899
メール：soudan.yuimura@bz01.plala.or.jp

市内事業所の紹介や障害者の地域生活の理解(普及啓発)



並行的二一ス検討を可能とする技術（P148） ～事業所を超えて地域支援の一体感をつくる～

あやとも祭り実行委員会

- あやとも祭りを行うにあたり、市内の事業者・当事者による実行委員会を立ち上げる。
- 目的は、あやとも祭りを行うことであるが、その裏には市内の事業所が一体となって綾瀬市の地域づくりを進めていくための関係構築にあります。
- この委員会を通して関係が深まり、連携体制が作られていきました。

（参考）協議会で検討している地域生活支援拠点整備について

地域生活支援拠点等の目的

地域生活支援拠点又は居住支援のための機能を備えた複数の事業所・機関による面的な体制（以下「拠点等」という。）は、障害者及び障害児（以下「障害者等」という。）の重度化・高齢化や「親亡き後」に備えるとともに、障害者等の入所施設や病院からの地域移行を進めるため、重度障害にも対応することができる専門性を有し、地域の生活で生じる障害者等やその家族の緊急事態に対応を図るものです。

協議会であがった課題

地域には、障害者等を支える様々な資源が存在し、これまでも地域の障害福祉計画に基づき整備が進められているところですが、それらの間の有機的な結びつきが必ずしも十分でなく、効率的・効果的な地域生活支援体制となっていない、重症心身障害、強度行動障害や遷延性意識障害等の支援が難しい障害児者への対応が十分でないとの指摘があります。また、地域で障害者等やその家族が安心して生活するためには、緊急時にすぐに相談でき、必要に応じて緊急的な対応が図られる体制の整備が必要であるとの指摘があります。

形を作っても機能しなくては意味がない

厚生労働省「地域生活支援拠点等の好事例集から抜粋」

地域生活支援拠点等事業の具体的な展開 ～今ある機能を有効に活用していく～

- ①相談(調整等)
→委託・基幹相談支援センター
- ②緊急時の受入・対応
→基幹相談支援センターと市内3事業所で受入調整等を行う
- ③体験の機会・場
- ④専門的人材の確保・養成
→基幹相談支援センターを中心に実施
- ⑤地域の体制づくり
→基幹相談支援センターを中心に実施

地域アセスメントの視点

- エリアの人口、障害児者数の把握
(身体・知的・精神・発達、高次脳、難病、障害児等)
- 公共機関、相談支援事業所、サービス提供事業所等の質・量的な把握
(主な対象、事業種別)
- ニーズに対するサービスの整備状況の把握
(サービスの種類、市町村独自の取り組み等)

43

地域アセスメントの視点

- インフォーマルな社会資源、活動内容の把握
- 利用者を取り巻く人との関係性
- 協議会及び部会、連絡会等の活動内容の把握 等

量的な把握、特に中身(質)を知る
+
地域の良いところも把握(人・資源・地域環境等など)

44

地域の捉え方、見え方は利用者の生活の質と関係する（多種多様）

- ・ ライフステージとともに広がる生活圏域
- ・ 近隣住民（住人目線）や自治会、民生委員児童委員（地域目線）の情報
（住民の意識、関係性、もともとある・或いはあった地域の力、協力し合えることと、協力が難しいこと等）
- ・ 市町村合併、合併前の地域性

45

地域の捉え方、見え方は多種多様

- ・ 所属（立ち位置）による地域の見え方、捉え方
- ・ 所属（立ち位置）による優先順位の考え方
- ・ 行政機関、社会福祉協議会、相談支援事業所、社会福祉施設・事業所、当事者団体、学校、病院、企業、ボランティア団体、市民活動団体……等

相談支援事業所として把握していない生の地域情報はあっても
意識にないものは目の前にあっても見えてこない
アンテナの種類と張り具合を☑

46

地域変革のためのヒアリングシート（本人と共に資源探しを行う）

地域の関わり

- 【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

頼りになる資源

- 【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

本人のパワー

- 【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〉の評価をしてみよう。

S.Shimamura okinawa univ.2017

47

地域を基盤としたソーシャルワーク

- 支援は因果のネットワークのいたる所で有効な対策（支援）を行う機会が発生する
- 福祉サービスの調整に限らず、利用者の生活全体（地域資源や人）への働きかけを必要とする
- そのため、相談支援専門員は、個々のニーズに対して福祉サービス調整、家族関係等調整、地域資源の活用等、利用者に寄り添いながら、伴奏しながら同時に解決を図っていくことで、利用者を中心とした地域の連帯感を強化し、新しい「公共」を創出していく