

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

1

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

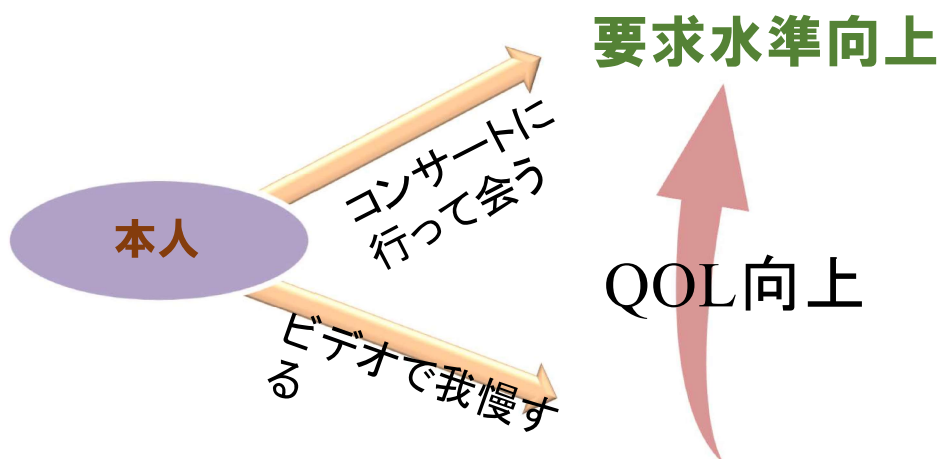
- 生活者の視点(QOLの重視)
- 本人主体の視点(本人中心)
- エンパワメントの視点(当事者による社会変革)
- 個別化の視点(個性の尊重)
- 自立・自己決定の視点(意思決定支援)
- アドボカシーの視点(権利擁護)

3

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。

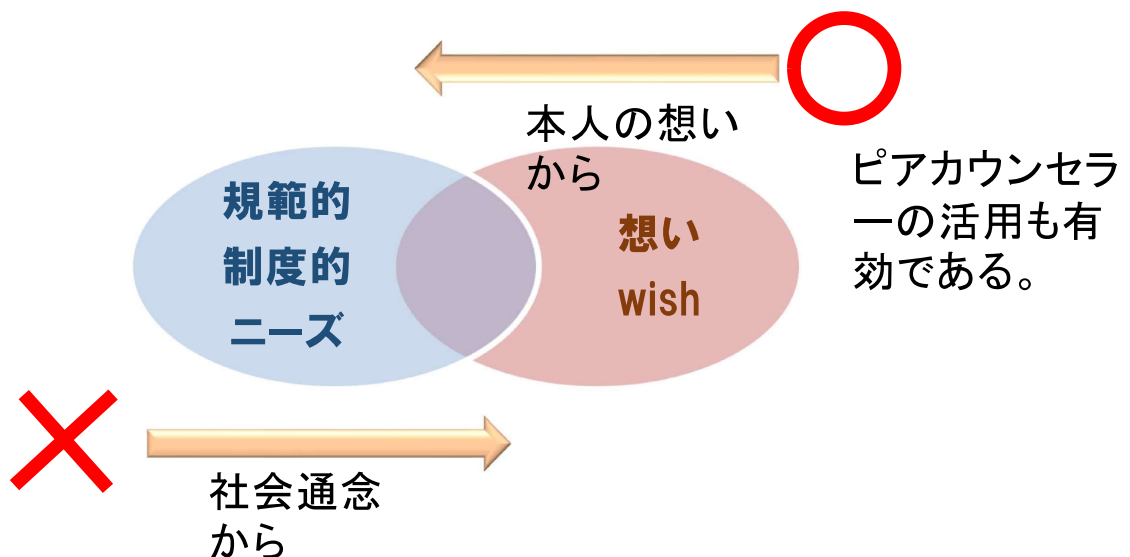
【生活の質の低下】

- ・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。

5

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。



6

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

7

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。

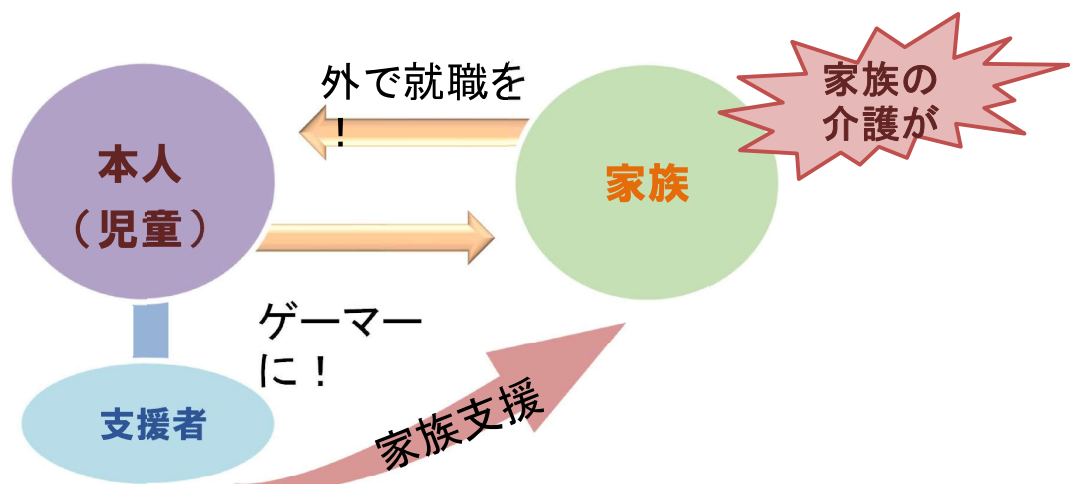
本人と市役所につけあう。⇒駅の整備をする。⇒乗車できる。

9

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

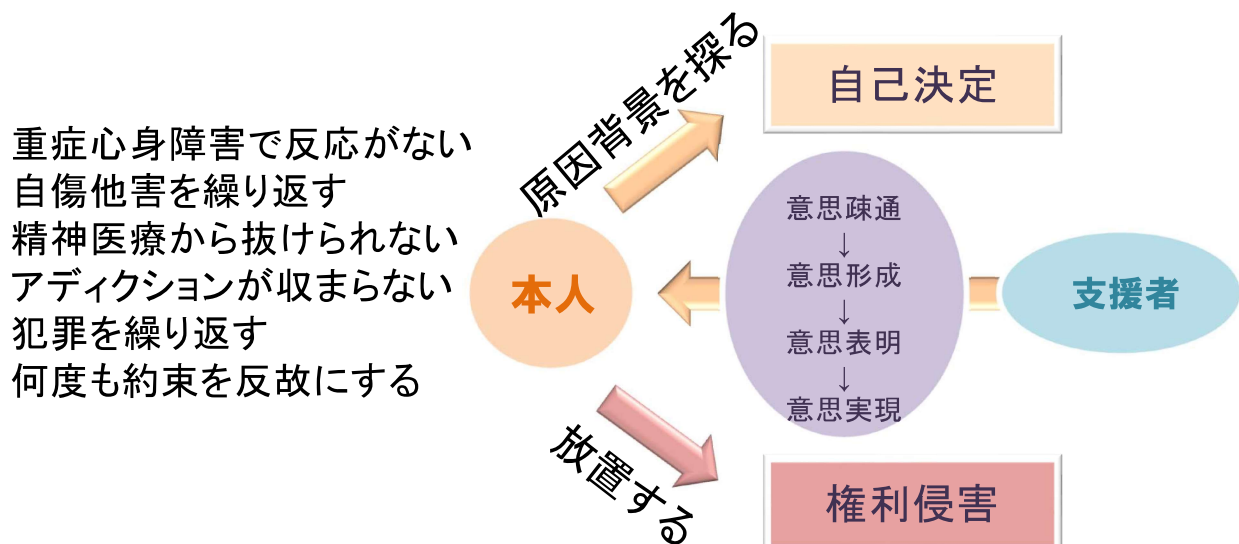
- 「脳性麻痺の方の一般的な特徴は、…。発達障害の方は○
○が苦手です。」などと記載されている。画一的な価値観である。しかし、それはあくまで一般的であり、同じ脳性麻痺でもAさんとBさんは同じではない。
- その方のレベルや能力などとともに、おかれている環境などによっても特徴が出てくる。
- 本人や家族に聞き取りをすることにより、状況をよく理解し、Aさんの特徴として個性を大切にすべきである。
- 本人の意思と家族の思いが異なることもあり、家族の置かれている状況も理解していく。

11

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。



12

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

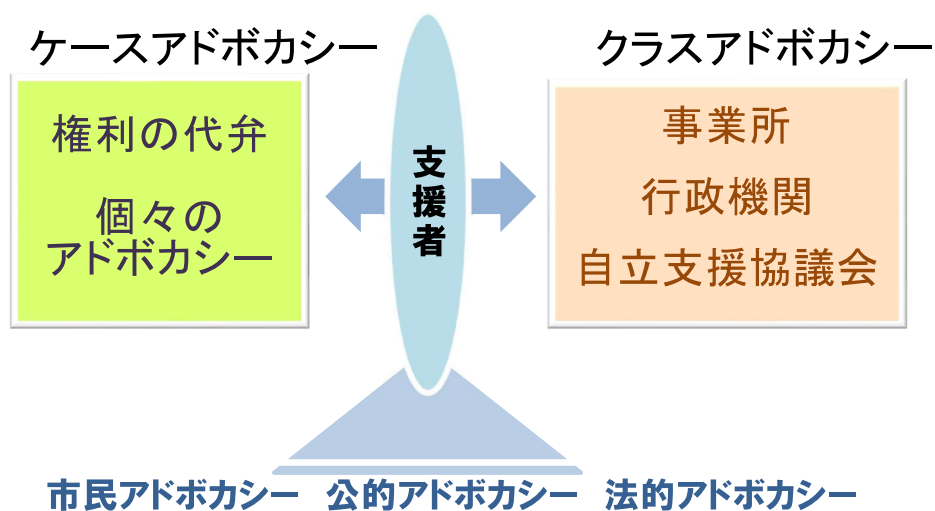


13

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。



14

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



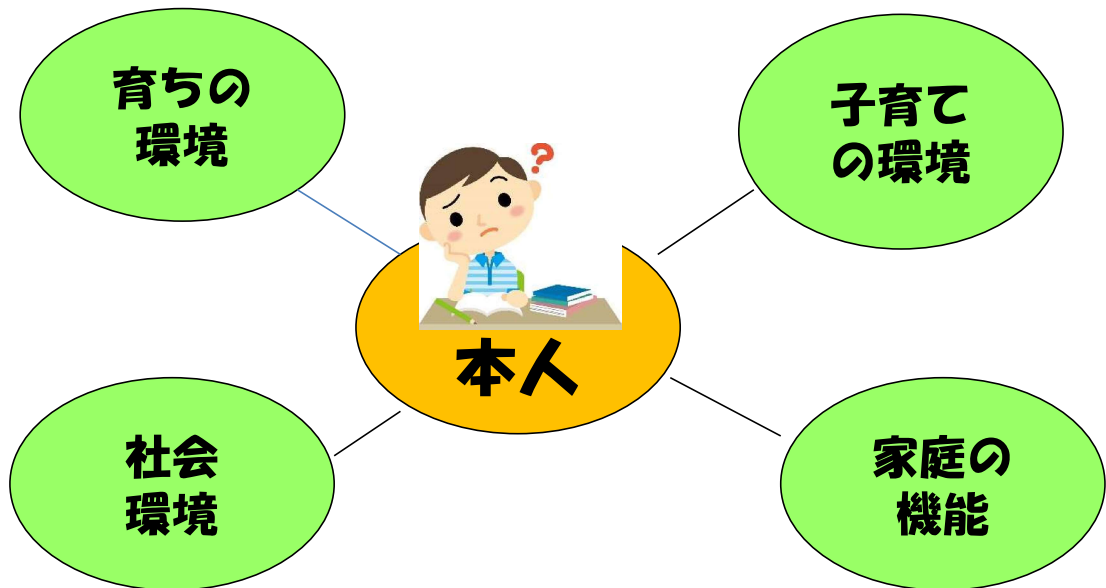
社会福祉法人 薄光会 相談支援事業所 ほうきぼし
富津市基幹相談支援センター えこ
管理者/主任相談支援専門員 大森 匠

16

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



18

児童支援の基本理念

1. 障害のある子ど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



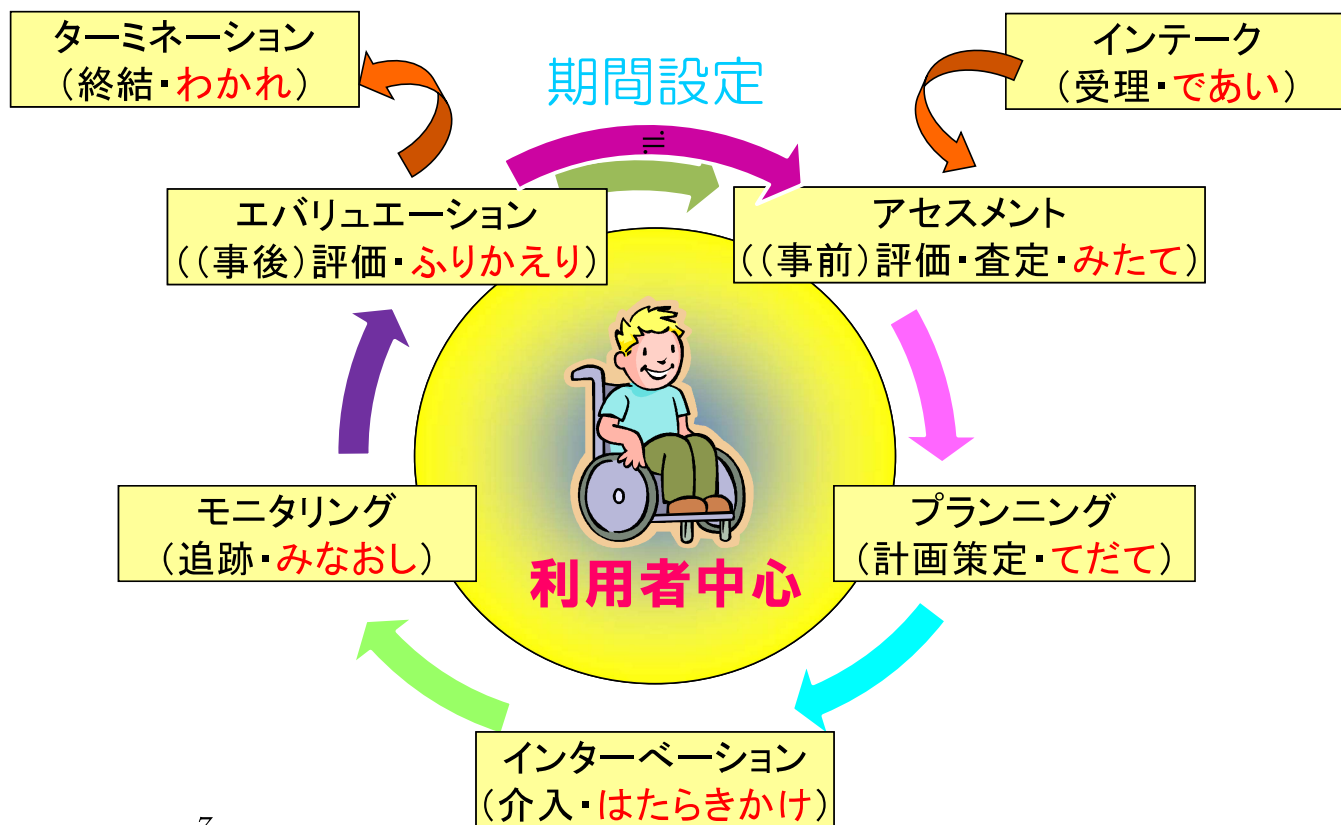
20

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, 発達の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

21

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場合⇒**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

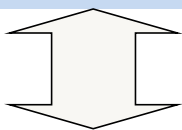
1. クライアントを個人としてとらえる。
2. クライアントの感情表現を大切にする。
3. 援助者は自分の感情を自覚して吟味する。
4. 受け止める。
5. クライアントを一方向的に非難しない。
6. クライアントの自己決定を促して尊重する。
7. 秘密を保持して信頼を醸成する。

24

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

25

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
- ・バス停の近くに済んでいる
- ・市役所の保健師さんが親切
- ・友人が近くにいる
- ・郵便局が近い

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

○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）

28

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



29

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

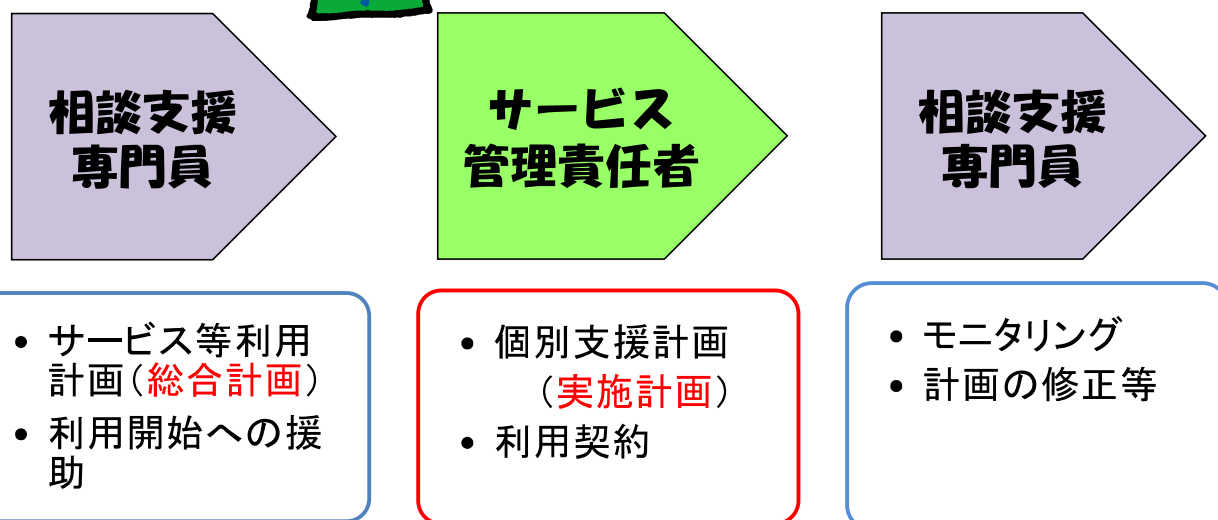
- 1 メンバーの紹介
- 2 アセスメント、サービス利用計画案の提示と検討
(専門家・事業所からの意見と情報確認、市町村の支給決定方針等)
- 3 役割分担の確認(役割に責任を持つ集団)
- 4 現状ではできないことの確認(夢だけでは・・・)
- 5 次回の開催日およびキーパーソンの確認
- 6 利用者の同意と(利用者の)役割確認



※ 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。

30

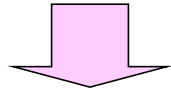
ケアマネジメント過程(4) サービス等利用計画の実施



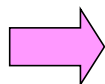
ケアマネジメント過程（５） モニタリング・再アセスメント・評価

モニタリングと評価

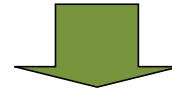
- ・利用者及びその家族、福祉サービス事業者等と信頼関係を醸成。
- ・市町村は対象者に応じて柔軟に設定。国は標準期間を設定。



- ・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

32

ケアマネジメントの特徴（１）

～チームアプローチ

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

チームのリーダー

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

33

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

