

[構成員提出資料]

相談支援の質の向上に向けた検討会殿

2019年2月28日

一般社団法人 日本発達障害ネットワーク (JDDnet)

理事 今井 忠 (同検討会構成員)

「相談支援従事者研修標準カリキュラム」(案)に対する意見

(別表1) 初任者研修について……今回の主たる対象?

1. 1章の役割の部分の<科目>の「○相談支援の目的」または、「○相談支援の基本的視点」……1頁

- ① <獲得目標>欄に「利用者又は障害児の保護者(以下「利用者等」という。)の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者等の立場に立って行われるものでなければならぬことを理解する。」を加筆

参考: 平成二十四年厚生労働省令第二十八号 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に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準の第一節 基本方針

第二条 指定計画相談支援の事業は、利用者又は障害児の保護者(以下「利用者等」という。)の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者等の立場に立って行われるものでなければならない。(第2項以下略)

- ② <獲得目標>欄に「エンパワメント」の語を適切にいれる

- ③ <内容>欄に「特に発達過程にある児童期の支援の重要性を理解するための講義を行う。」を加筆

2. 1章の役割の部分の<科目>の「相談援助に必要な技術」(1頁)と、4章のケアマネジメントの「○アセスメント及びニーズの把握」(3頁)の<内容>欄

「意思疎通に困難を有する障害児者(知的障害児者や自閉スペクトラム症等)の場合のアセスメントとニーズ把握の基本的な注意点と技術を修得する。」を加筆

知的障害児者や自閉スペクトラム症の場合は、このアセスメントとニーズ把握がもつとも重要であるが、困りや要求を相手に分かるように説明できる障害とは異なる技術や姿勢を必要とする。個々の障害特性に応じた内容は、任意研修である「専門別研修」でカバーするが、この標準の中にも包括的に入れておくべきである。

3. 5章の実習の「○ケアマネの基礎実習」の1と2……6頁

実習は「見直し後」(案)に入ったが、前記の意思疎通に困難を有する障害児者も実習体験に含まれるようにしていただきたい。<内容>欄への記載表現は未検討。

4. (別表2) 現任研修について

以上の内、1, 2については、同様の主旨を現任研修にも織り込んでいただきたい。

以上

## 「相談支援専門員初任者研修標準カリキュラム」(案) への意見

NPO 法人自立生活センターSTEP えどがわ

今村 登

### Q1) 強調すべきものは十分か？

- ・ 障害者権利条約（理念、目的、医学モデルから社会モデルへのパラダイムシフト、インクルーシブ社会の構築、19条（一般的意見含む）など）
- ・ 障害者総合支援法（社会的障壁の除去に資すること/介護保険との違い）
- ・ 自立
- ・ 基本相談（本人中心支援、エンパワメント支援、意思決定支援、セルフプラン支援など）

### Q2) 相談支援専門員としての役割、基本的知識および技術的研修は十分か？

- ・ 必要な社会資源の創造（エンパワメントを意識した社会資源の利用と開発）
- ・ 社会資源及びサービスの理解（介護保険との共通点と相違点）
- ・ 本人中心支援のサービス等利用計画作成の基本的知識と技術（セルフマネジメント含む）
- ・ モニタリング
- ・ 障害の特性

### Q3) 総研修時間増に対する懸念への対応策は十分か？

- ・ 研修内容の充実に伴う総時間数増による受講難（事業所による敬遠、体力的・時間的な受講難など）
- ・ 講義、演習、実習のバランス
- ・ 障害故の受講難を軽減する合理的配慮
- ・ 障害の有無に関係なく、受講のし易さの工夫、配慮

### Q4) 自治体間格差の是正措置はあるか？

- ・ 講師陣への障害当事者参加
- ・ 推奨テキスト、eラーニングなどの活用（Q3の対策にも通じる）

以上

座長 熊谷晋一郎 様

第7回相談支援の質の向上に向けた検討会に向けた事前意見

ご指示のありました標準カリキュラム案について以下の点につきましてご留意いただきたくお願いいたします。

\* キーワード

「リカバリー」「家族支援」「ピアスーパービジョン」を位置づけて欲しい

\* 視点

- ①当事者のリカバリーをすすめる中で、家族の意向に飲み込まれないためにも、「家族支援の重要性」の視点を入れて欲しい。

地域を基盤とした優れたケアを改善展開するにあたっては、家族をはじめとする本人の制度にはない私的なネットワークとの協働がもつ強みを活用することが大切と考える。

なぜなら、本人の背景を理解するためには、家族やその他大切な人たちとともに本人との関係づくりをすることであるからです。本人の社会的ネットワークを特定し、協力してプランを実施し、その進捗をフォローアップすることになります。

- ②有効性のあるソーシャルアクションを展開するために、「ピアスーパービジョン」も位置づける。

実際の現場では、新任者が相談支援専門員として求められるマクロ的視点の強化や危機介入と連動した課題意識の構築をする際のフォローについて、ピアスーパービジョンも位置づける

2019年2月28日

公益社団法人全国精神保健福祉会 小幡恭弘

(別表1)

※下線部分が修正箇所

相談支援従事者初任者研修標準カリキュラム(案)

科目	獲得目標	内 容	時間数
1, 障害児者の地域支援と相談支援従事者(サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者)の役割に関する講義(5時間)			
○相談支援(障害児者支援)の目的	(個)人の尊厳、基本的人権の尊重のための支援の意味と価値を理解する。 また、利用者理解の重要性について理解するとともに、障害児者の地域での生活の実情について理解する。	・(略) ・(略)	講義 1.5時間
○相談支援の基本的視点(障害児者支援の基本的視点)	本人を中心とした支援を実施するにあたり、相談援助(障害児者支援)の基本的な姿勢について理解する。	・障害者ケアガイドライン等を活用し、障害者への生活支援の重要な視点として①共生社会の実現(ノーマライゼーションからソーシャルインクルージョン)、②自立と社会参加、③当事者主体(本人中心支援)、意思決定の配慮、④地域における生活の個別支援、⑤エンパワメント、⑥リカバリーなどについて理解するための講義を行う。 ・ <u>障害児者の生活支援に当たっては社会モデルを基本とし、その一部に必要に応じて医学(個人)モデル支援があることを理解させる。</u> ・(略) ・(略) ・障害児者の地域生活において、ICFの視点をもとに人的支援、環境整備、経済基盤支援(就労・年金・生活保護等)・就労支援、家族支援、医療、教育などの支援についての実情を具体的に理解する。	講義 2.5時間
○相談援助に必要な技術	本人を中心とした支援を実施するにあたり、獲得すべき相談援助技術について理解する。	・マイクロ及びメゾレベルからマクロレベルに焦点を当てた視点等を含む地域を基盤としたソーシャルワークの理論と基本的面接技法及びコミュニケーション技法(アサーティブネス・メラヴィアンの法則等)、相談援助技術の基礎について講義を行う。 ・(略) ・(略)	講義 1時間
2, 相談支援におけるケアマネジメントの手法に関する講義(3時間)			
○相談支援におけるケアマネジメントの手法とプロセス	本人を中心としたケアマネジメントのプロセスと必要な技術の全体像について理解する。	・本人を中心としたケアマネジメント(ストレンギングモデル)の目的、意思決定に配慮した一連のプロセスについて、具体的な計画相談支援等の事例を用いて講義を行う。 ・(略) ・(略)	講義 1.5時間
(略)			

3, (略)				
4, ケアマネジメントプロセスに関する講義及び演習 (31.5 時間)				
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)	○受付及び初期相談相談並びに契約	受付及び初期相談(インテーク)、契約の各場面で求められる実践的な技術を修得する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (略)</li> <li>・ (略)</li> <li>・ (略)</li> <li>・ (略)</li> <li>・ (略)</li> </ul>	講義・演習 6時間
	○アセスメント(事前評価)及びニーズ把握	<p>利用者の主訴を明確にし、本人・家族等からの情報収集とその分析を通して相談支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。</p> <p>また、アセスメントにおいて収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者が持つ内面的及び環境的な強みを重視してアセスメントを行うことの重要性を理解する。<u>(ストレングスモデル)</u></li> <li>・ (略)</li> </ul>	
	○目標の設定と計画作成	<p>本人の意向とニーズを踏まえた目標設定と目標を実現するためのサービス等利用計画等の作成技術を修得する。</p> <p>また、より適切で質の高いサービスを提供するためには、サービス等利用計画と個別支援計画等との連動が重要であることを理解する。</p> <p>多職種とのアセスメント結果の共有やサービス等利用計画の原案に対する専門的見知からの意見収集の意義を理解し、サービス担当者等による会議の開催に係る具体的な方法を修得する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ (略)</li> <li>・ (略)</li> <li>・ <u>計画の策定順は、①本人の力の発揮と活用、②一般社会・生活資源の活用、③諸制度(医療・年金・就労・生保等々)の活用、④障害福祉サービス活用、⑤満たされないニーズの確認とそれを満たす社会資源開発・地域づくり等、⑥制度・政策改革等、を策定の基本とする意味を理解させる。</u></li> <li>・ (略)</li> <li>・ (略)</li> <li>・ (略)</li> <li>・ (略)</li> </ul>	講義・演習 3時間
	(略)			
5, (略)				

(別表2)

相談支援従事者現任研修標準カリキュラム(案)

科目	獲得目標	内容	時間数
1. (略)			
2. 相談支援の基本姿勢及びケアマネジメントの展開に関する講義 (3時間)			
○本人を中心とした支援におけるケアマネジメントおよびコミュニティソーシャルワークの理論と方法	相談支援の基本姿勢等を再確認するとともに、個別の相談援助技術と地域援助技術の役割とそのつながりについて理解する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人を中心とした支援における個別の相談支援の基本姿勢①共生社会の実現(ノーマライゼーションからソーシャルインクルージョン)、②自立と社会参加、③当事者主体(本人中心支援)、意思決定の配慮、④地域における生活の個別支援、⑤エンパワメントなどについて再確認するとともに、ミクロ及びメゾレベルからマクロレベルに焦点を当てた視点等を含む地域を基盤としたソーシャルワークの理論と実践方法について講義を行う。</li> <li>・障がいの理解に当たっては社会モデルを基本とすること、医学(個人)モデル支援の位置づけを実践の振り返りから確認する。</li> <li>・(略)</li> <li>・(略)</li> </ul>	講義 3時間
3. (略)			
4. 相談援助に関する講義及び演習 (18時間)			
○個別相談支援とケアマネジメント	<p>本人を中心とした個別の相談支援の実践に必要な相談援助技術について説明出来る。</p> <p>自身の個別の相談支援実践について振り返り、維持・向上すべきことに気づく。</p> <p>個別の相談支援の実践事例を振り返り、検討することで個別相談支援の能力が向上を図る</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別の相談支援における関係性の理解、自己尊重などについての自己覚知を行い、①信頼関係の構築、②意思決定(本人を中心とした支援)、③モニタリングの機能について再確認し理解を深めるための講義を行う。</li> <li>・(略)</li> <li>・(略)</li> </ul>	講義及び演習 6時間
(略)			
(略)			

相談支援従事者の研修カリキュラム（案）への意見

社会福祉法人日本盲人会連合  
理事 鈴木孝幸

基本的にはカリキュラムは原案で良い。意見としては次の点について考慮されているかどうか。

1 セルフプランのための支援について

セルフプランを立てるための支援の方法について

相談を立てるだけでなく、本人がセルフプランを立てるときの支援内容について

2 エンパワーメントの視点

上記1と重複すると思いますが、障害当事者が「自分でたてられるようにするための支援」の方法について

3 制度利用のための知識の必要性

居住している地域には無くても、近隣の市町村や自分の都道府県内になくても近隣の都道府県にある「事業所」などの情報入手に関する支援方法など

4 制度の利用についての問題点

市町村が地域生活支援事業において、実施すべき制度が行われていない場合、市町村への働きかけを実施するための方策など

## 中西構成員提出資料

※ページ数は事務局で付番したため、目次の表記とは異なります。

## 障害者ケアマネジメント研修テキスト

# 目次

## 第1部 障害者ケアマネの基本理念

第1章 相談支援とは(5時間分).....	P 1
第1節 障害者権利条約と障害の社会モデル(1時間).....	P 3
1項 障害とは.....	P 3
2項 社会モデルにおける医学の位置づけ.....	P 4
3項 スティグマ.....	P 5
第2節 自立支援と虐待防止(1時間).....	P 7
1項 自立とは.....	P 7
2項 養育者・支援者の共依存.....	P 10
3項 共依存と虐待.....	P 13
第3節 ケアプランからセルフケアプランへ(1時間).....	P 15
1項 ケアプランの作成と実施.....	P 15
2項 セルフケアプランへの移行.....	P 16
第4節 意思決定支援(1時間).....	P 19
1項 意思決定支援とは.....	P 19
2項 当事者主導研究の重要性.....	P 23
3項 ピアによる基本相談の重要性.....	P 24
第5節 エンパワメント・アプローチ(1時間).....	P 26
1項 エンパワメントとは.....	P 26
2項 精神保健領域におけるエンパワメント.....	P 27
3項 正義の文化(Just Culture).....	P 32

## 第2部 障害者ケアマネジメントの基本的枠組み

第1章 障害者サービスと介護保険.....	P 34
第1節 障害者サービスと介護保険の違い.....	P 34
第2節 介護保険の40歳問題(特定疾病に該当する2号被保険者).....	P 35
第2章 ケアマネジメントとは何か.....	P 36
第1節 障害者のケアマネジメントの強調点.....	P 36
第2節 ケアマネジメントにおけるアドボケート機能.....	P 38
第3章 ケアマネジメント支援の対象.....	P 39
第4章 ケアマネジメントの原則.....	P 39
第1節 アセスメントの視点.....	P 39
第2節 ニーズ把握過程での本人自身のエンパワメント.....	P 41
第3節 ケアの4分野.....	P 42
第4節 当事者の権利擁護.....	P 42
第5章 ケアマネジャーに求められること.....	P 43
第1節 ケアマネジャーの役割.....	P 43
第2節 プライバシー保護のあり方.....	P 44
第3節 利用者と共有することが必要な情報について.....	P 44
第6章 障害者本人をとりまく周囲の人々との関係.....	P 45
第1節 障害のある当事者と家族.....	P 45
第2節 障害のある人の家族支援の視点.....	P 45
第3節 障害のある当事者のライフステージによる家族支援の違い.....	P 46
第4節 家族支援の実際.....	P 46
第5節 本人への支援と家族への支援の違い.....	P 48

## 第3部 それぞれの障害による生活上の困難さについて

第1章 聴覚障害者 .....	P 50
第2章 視覚障害者 .....	P 54
第1節 利用者からの依頼に対して .....	P 54
第2節 面談での留意点 .....	P 54
第3章 肢体不自由者 .....	P 55
第1節 3 障害に共通する点について .....	P 55
第2節 頸髄損傷 .....	P 56
第3節 筋ジストロフィー症・進行性筋萎縮症 .....	P 56
第4節 脳性マヒ .....	P 57
第4章 言語障害 .....	P 58
第5章 知的障害者 .....	P 58
第6章 中途障害者 .....	P 61
第7章 内部障害者 .....	P 61

## 第4部 ケアマネジメントの実施過程

第1章 さまざまなアプローチ .....	P 63
第1節 ケアマネジメント .....	P 63
第2節 セルフケアマネジメント方式 .....	P 64
第2章 ケアマネジメントの導入と実施機関(総合的な相談窓口) .....	P 64
第1節 利用者の確認「スクリーニング」 .....	P 64
第2節 本人との面接 .....	P 65
第3節 ケアマネジャーとケアマネジメントいらい依頼契約の締結 .....	P 67
第3章 本人の希望する生活の確認－ニーズの把握－ .....	P 67

第1節 希望する生活目標.....	P 67
第2節 利用者自身による自己評価の支援手法について.....	P 68
第3節 本人によるニーズの確認・整理・選択.....	P 71
第4節 訪問調査の状況作り.....	P 71
第4章 ニーズの実施・充足方法の選択ーケアプランの作成ー.....	P 72
第1節 専門職によるアセスメント(2次アセスメント).....	P 72
第2節 サービス調整(ケア会議の実施等).....	P 72
第3節 利用者本人・家族・介助者間のニーズ調整.....	P 74
第5章 希望する生活に必要なサービスの活用ーケアプランの実施ー.....	P 74
第1節 サービスの確認・調整.....	P 74
第2節 ケアプランの仮実施と本格実施.....	P 72
第6章 モニタリング.....	P 75
第1節 ケアマネジャーの連絡調整.....	P 75
第2節 不足している社会資源の創設にむけて.....	P 76
第7章 新たなニーズの確認ー再アセスメントー.....	P 76
第8章 ケアマネジメントの終了.....	P 77
<b>資料</b>	
参考 アセスメント表の使い方.....	P 79
演習プログラム(案).....	P 96

## **講義編**

### **第1部**

#### **障害者ケアマネの基本理念**

## 第1部 障害者ケアマネの基本理念

### 第1章 相談支援とは(5 時間分)

※下線部分は重要なキーワードなので、自分で説明できるようになりましょう。

本章では、具体的な相談支援の方法について述べる前に、そもそも相談支援とは、どのような専門性を持った仕事なのかについて述べたいと思います。

相談支援とは、障害のある人の意思やニーズと、それを満たす社会資源をつなぐ仕事だとみなされることが多いでしょう。ニーズと社会資源をつなぐ専門性は、一般的にソーシャルワークと呼ばれていますので、相談支援の専門性は、障害のある人を対象にしたソーシャルワークとすることができます。後ほど、第1章 第1節 障害者権利条約と障害の社会モデルの節で詳しく説明しますが、障害(disability)というのは、社会資源が手に入らないことで意思やニーズが満たされない状況を意味します。建物にしろ、道具にしろ、サービスにしろ、世の中の社会資源は、大なり小なり、平均的な身体を持った、いわゆる多数派にとって使いやすいようにデザインされています。ですから多数派は、わざわざ相談支援を受けなくても、自分の意思やニーズを満たす社会資源を容易に見つけることができます。しかし、目の見え方や耳の聞こえ方、情報処理の仕方、体の動かし方、内臓の機能などの面で、多数派と異なる身体機能(impairment)をもつ人々は、なかなか自分のニーズを満たす社会資源を見つけ出すことが困難な状況に置かれています。相談支援は、そのお手伝いをする仕事です。

社会資源が少ないと、なけなしの社会資源から支配される危険性が高まります。例えば、食事や入浴、家事や移動など、生存権に関わる生活の基礎的な活動の部分で、24時間介助が必要な障害者の場合を考えてみましょう。もしも、介助をお願いできるのが家族や少数の介助者だけだとしたら、家族や介助者の事情に合わせて障害者は自分のニーズを抑え込むしかなくなります。あるいは、過度の介助負担に追い詰められた家族や介助者が、障害者に暴力をふるった場合でさえ、他に生きていく術のない障害者はそのような虐待的な状況に甘んじなければなりません。第1章 第2節 自立支援と虐待防止の節でも述べるように相談支援には、障害者が支配や虐待から逃れ、自由と尊厳を持って生きるために、少数ではなく豊かな社会資源とつなぐ役割が求められます。

そして相談支援専門員自身も、障害者にとっての社会資源の一つになっているという認識が重要です。したがって、障害者が頼りにできる社会資源が、相談支援専門員であるあなた1人だけになってしまう状況は避けなくてはなりません。そのことは、相談支援専門員による障害者の支配(共依存)と、相談支援専門員への障害者の依存を引き起こし、自立を妨げてしまうからです。自立とは、社会資源になるべく頼らないで活動できる状態ではなく、たくさんの社会資源とつながっている状態のことなのです。第1章 第3節 ケアプランからセルフケアプランへの節で触れるように、相談支援の出口は、障害者が相談支援から卒業して、自ら多様な資源とつながったり社会資

源を開拓したりできるようになることです。

意思やニーズと、社会資源をつなぐためには、障害のある人の意思やニーズがどのようなものかについての知識と、どのような社会資源が世の中に存在しているのかについての知識の2つが必要になります。もしも、あらかじめこの2つの知識が明らかで、その間をつなぐことが仕事のすべてなら、それほど難しいことはありませんし、コンピューターでマッチングさせれば事足りるでしょう。しかし実際には、相談支援は単につなぐだけの仕事ではありません。そしてそこにこそ、コンピューターには任せられない、相談支援の専門性があるといえます。

まず、意思やニーズが何なのか、すぐにははっきりしない場合があります。例えば、知的障害や発達障害、精神障害などのために、情報の入力やその処理、行動表出の仕方が、多数派の人々と異なったスタイル（認知障害）をもっているために、どのような意思やニーズを持っているかが、すぐにはわからないような場合です。そのときは障害者権利条約に基づき、第1章 第4節 意思決定支援と呼ばれる支援を行う必要があります。

あるいは、現状で手に入れることのできる社会資源が限られている場合、妥協とあきらめによって意思やニーズを抑え込んでしまうこともあるでしょう。例えば、本当は家族や友人と地域の中で暮らしたいと思っけていても、施設しか暮らしていける場所がないので、「施設に行きたいです」と意思表示する場合などです。しかも、やがて意思やニーズを抑え込んでいること自体に慣れてしまい、それが自分の本当の意思やニーズだと感じる、適応的選好と呼ばれる状態になることもあります。そのような場合には、本人が表明している意思やニーズのみから社会資源を組み立てるのではなく、機会の平等という人権の視点から、本人が抑え込んでしまっている潜在的なニーズを支持し、場合によっては、世の中にまだ存在していない新しい社会資源の創出を行うのも相談支援の仕事です。例えば、ホームヘルパーのサービス供給時間が本人の希望を満たさない場合、不足する量を明らかにし、その不足分のニーズを顕在化させ、そのデータを行政の担当課に伝えることも重要な役割です。そのことによって、担当課も具体的な数値をもって財政課に伝えることができ、次年度の予算に反映させることができるようになります。その結果、本人のニーズが満たされ、地域生活の継続が可能になるわけです。こういった相談支援専門員の役割については、第1章 第5節 エンパワーメント・アプローチの節で触れます。

先ほど、相談支援の専門性は、障害のある人を対象にしたソーシャルワークだと述べました。では、ソーシャルワークとは何でしょう。2000年7月27日に、国際ソーシャルワーカー連盟総会において採択されたソーシャルワークの定義は次のようなものです。

「ソーシャルワーク専門職は、人間の福祉（ウェルビーイング）の増進をめざして、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り人々にエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人々がその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。」

とくに下線部分は、①社会変革をも射程に入れていること、②差別や社会資源の欠乏によって

力を奪われ隔離された人々が力を取り戻し(エンパワーメント)解放される支援をすること、③本人が明言した意思やニーズを超えて人権と社会正義の原理に基づいて行動することなど、ソーシャルワークが単に「つなぐ」だけの専門性ではないことを意味しています。以下では、相談支援の専門性に関して、5つのトピックに分けて説明します。

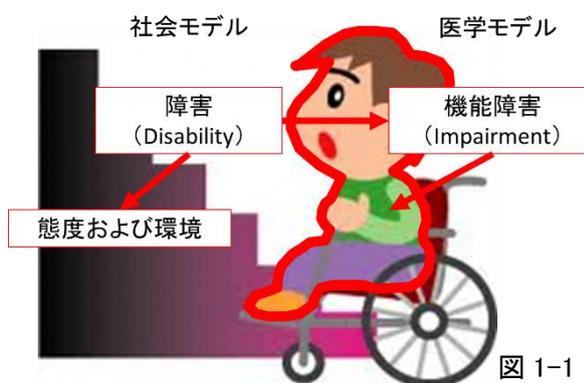
## 第1節 障害者権利条約と障害の社会モデル(1時間)

### 1項 障害とは

日本政府は、「障害者の権利に関する条約(CRPD)」に、2007年に署名、2014年に批准しました。そして、CRPDと矛盾しないように、改正障害者基本法、障害者差別解消法、改正障害者雇用促進法、障害者総合支援法などの国内法が、新たに作られたり改正されたりしました。高齢者というカテゴリーを対象にした介護保険制度や、そのもとでソーシャルワークを行う介護支援専門員の専門性と、障害者というカテゴリーを対象とする相談支援専門員の専門性が異なるのは、後者がこうした国際条約や国内法に基づいてソーシャルワークを展開しなくてはならない点にあります。とくに、障害をめぐる法体系の最上位に位置する CRPD に関しては、最低限の知識を有しておきましょう。

CRPD を理解する上で最も重要なキーワードのうちの一つは、「障害の社会モデル(social model of disability)」です。CRPD の前文では、「障害(disability)が機能障害(impairment)のある人と態度及び環境に関する障壁との相互作用であって、機能障害のある人が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるものから生ずることを認め」と宣言されています。ポイントは、「障害(disability)」という概念と、「機能障害(impairment)」という概念が明確に区別されている点です。相談支援に関わる人は、最低でも、障害と機能障害という2つの概念の違いを理解してはなりません。以下では、イラストを用いてこの違いを説明しましょう。

図 1-1 をご覧ください。車いすに乗った男の子が、階段を前に困っています。おそらく、階段のうえには男の子が行きたいと思っている場所があるのでしょう。この状況で、「障害」はいったいどこに宿していると考えられるでしょうか。あるいは、階段をのぼれない男の子と体の中に障害が宿していると考えられるかもしれません。また別の人は、階段をのぼろうと訓練する意欲のない、この男の子の心の中に障害が宿していると考えられる人もいられるかもしれません。このように、男の子の心や体の中に宿している障害がニーズの充足を妨げる根本原因であるという考え方のことを、「障害の医学モデル



(medical model of disability)」といいます。そして、多数派とは異なる心理面・精神面・身体面の機

能のことを機能障害 (impairment) と呼びます。機能障害とは、本人の皮膚の内側にあるものとして障害をとらえた概念なのです。

一方で、階段の側に障害が宿っている、あるいは、困っている男の子を見てみぬふりをする周囲の人々の態度の側に障害が宿っているという考え方もできるでしょう。実際、建物や道具、制度やサービスといった環境は、機能障害のない多数派にとって使い勝手が良いようにデザインされていますし、人々の常識的な価値観や態度は、多数派にとって快適なものが広まる傾向にあります。したがって、多数派向けの態度や環境と、機能障害のある少数派との「間」にミスマッチが起き、「生存」「健康」「移動」「教育」「就労」などの基礎的なニーズが多数派と同程度には満たされないという現象が起きます。この現象が、障害 (disability) であり、このような障害の捉え方を「障害の社会モデル (social model of disability)」と呼びます。

機能障害は皮膚の内側にあるものですが、障害は皮膚の外側、態度・環境と本人の「間」に発生するものですから、全く違う概念です。医学モデルでは、「障害は、機能障害が原因で発生する」と考えますが、社会モデルでは、「障害は機能障害と、態度・環境の相互作用が原因で発生する」と考えます。医学モデルは暗黙のうちに、人々の態度や社会環境は変えられないという前提を置いているために、機能障害が即ち障害をもたらすと捉え、機能障害を取り除くことが唯一の障害の解決法だと考えます。そこでは、機能障害は無条件に「取り除くべきもの」とみなされるために、機能障害をもつ人々への差別や偏見が蔓延しやすくなります。一方、社会モデルでは、人々の態度や社会環境を変数にとらえ、機能障害があるからといって必ずしも障害が発生するわけではないと考えます。例えば、図 1-1 の男の子の場合、エレベーターを設置するなど、環境の側が変化すればニーズは満たされ、障害は消失するでしょう。機能障害は必ずしも「取り除くべきもの」ではなく、ジェンダーや性的志向、エスニシティなどと同様、人間の多様性として認められることになったのです。

## 2項 社会モデルにおける医学の位置づけ

CRPD は、医学モデルではなく、社会モデルを採用しました。それは、**機能障害が人間の多様性の一つである**ということと、**人々の態度や環境は定数ではなく変数である**ということ、そして、**機能障害ではなく障害を取り除くことが至上命題である**ということを確認したということです。しかしこのことは、社会モデルが、機能障害を減らそうとする医学を全否定したという意味ではありません。社会モデルが否定したのは医学モデルであって、医学ではないという点は重要です。医学モデルと医学はまるで別物です。前者は人々の態度や環境が定数であると考えますが、現代の医学は、人々の態度や環境が変数であることを理解しています。

例えば、骨折によって歩けなくなっている人に、骨折を治すという医学的なアプローチを禁止するというのは間違いです。治るまでの間、周囲の態度や環境の調整を図りながら、同時に、骨折の治療を行うのが合理的です。障害は、機能障害と態度・環境との「間」に発生しているズレなので、ズレを減らすためには、機能障害を減らす医学的なアプローチと、態度・環境の障壁を減らすアプローチの両方が採用されます。問題は、この 2 つのアプローチをミックスする際の割合です。

骨折のように、時間や努力、経済的な面でのコストがそれほどかからずに治療できる機能障害の場合は医学的なアプローチの割合を増やしてもよいでしょう。しかし機能障害の中には、脳性まひや脊髄損傷など、現代の医学水準においても取り除くことが困難なものが多くあります。そのようなケースで、医学的なアプローチの割合を多くすると、本人に過大な負荷をかけてしまうことになりますから、障壁を減らすアプローチの割合を増やす必要があるのです。社会モデルは、2つの割合のベストミックスを通じて、機能障害のあるなしに関わらず平等な機会が保障される社会の実現を目指すものです。

医学と医学モデルが異なるのと同様、医学と医療者も異なります。医学は1970年以降、様々な研究を通じて、医学的なアプローチの限界を明らかにしてきました。それは、エビデンスに基づきながら、自らの限界設定をしたということを意味します。専門職が自らの限界を自覚しないことは、負えない責任を無理に負ってパターンリズムに陥るリスクを伴いますから、この限界設定は極めて重要でした。そして、専門職が過度に背負ってきた意思決定権と責任を、当事者に返していくエンパワメントへの道を拓いてきました。しかし残念ながら、すべての医療者が、こうした医学的エビデンスやエンパワメントの重要性を十分に理解しているわけではありません。未だに医学モデル的な考えを持ち続けている医療者が存在していることも事実です。猪飼も指摘するように、病院ではなく地域こそが対人支援の中心的舞台となった今日、医療ではなくソーシャルワークこそが司令塔となります。**エビデンスに基づく医学の限界、エンパワメント、社会モデルの3つを未だに理解していない医療者を指導することも、ソーシャルワークという専門性を背景にした相談支援専門員の重要な役割です。**

### 3項 スティグマ

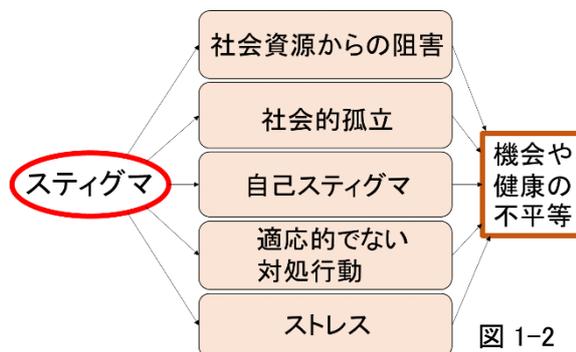
さて先述した、社会モデルに関するCRPDの説明には、障害(disability)は「機能障害(impairment)のある人と**態度**及び環境に関する障壁との相互作用」と書いてありました。つまり、建物や道具、サービスや制度といった「環境」だけでなく、人々の「態度」も障壁となりうるということです。例えば、地域の中にグループホームを建設しようとしたところ、住民から反対運動が起きたという場合、地域住民が持っている障害者への差別的な態度が障壁となっています。こうした、態度のレベルで起きる障壁を理解するには、スティグマ(stigma)という概念を理解する必要があります。

私たちは、「障害者」「同性愛者」「女性」「医師」「教師」など、様々な属性を使って人々を分類します(ラベリング)。本当は障害者と十把一絡げにはできず、一人一人は個性を持っているのに、障害者全体をひとくりにした典型的なイメージ(ステレオタイプ)を持ちがちです。さらに、一部の属性に対しては偏ったネガティブな価値観(偏見)をもち、その人たちを地域社会から隔離したり、社会的ステイタスを奪ったりといった形で、差別的に扱ったりすることさえあります。スティグマというのは、**権力の下で、一部の属性に対してこうしたラベリング、ステレオタイプ、偏見、差別が起きる現象のことです**<sup>1</sup>。ラベリング、ステレオタイプ、偏見は心の中にあるスティグマですが、差別はス

<sup>1</sup> Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363-385.

スティグマが行動を伴って現れ出たものです。スティグマと差別の違いを理解しておきましょう。

スティグマ現象は、その属性を持った人から、住居を奪ったり、雇用や収入を奪ったり、教育機会を奪ったり、人間関係を奪ったり、心身の健康を奪ったりすることが証明されています<sup>2</sup>。図 1-2 にあるように、スティグマは社会資源へのアクセスを妨げ、当事者を社会的に孤立させ、頼るものがない中、消去法で薬物使用などの適応的でない対処行動へと水路



づけ、その結果、機会や健康の不平等を引き起こすものです。人権と社会正義の原理を重んじ、社会資源とつなぐ使命をもつ相談支援専門員は、このスティグマ現象に対しても立ち向かわなくてはなりません。

スティグマには 3 種類あります。1 つ目は、家族や親族、同僚、医療関係者など、周囲の人々が当事者に対してもつスティグマで、これを、公的スティグマ (public stigma) と呼びます。障害者の多くは、日々の体験を通してこの公的スティグマを自己の内面に取り込んでしまい、「私は社会的に劣った恥ずべき存在だ」という自己批判を行うようになります。スティグマの 2 つ目は、このようにして当事者自身がもつスティグマであり、これを自己スティグマ (self-stigma) と呼びます。図 1-2 にもあるように、この自己スティグマは社会参加の機会や健康を奪い、症状の悪化や社会的活動の減少を招きます。その結果、多数派が当事者と接する機会が減少してしまい、多数派の側で「障害者は異質な存在である」という考えが働きやすくなり、公的スティグマが強化されてしまうのです。つまり、公的スティグマが自己スティグマを引き起こし、自己スティグマが公的スティグマを強化するという、悪循環が成立しているということを理解しておきましょう。

3 つ目は、この悪循環を維持させている、障害にまつわる法令や政策、文化的規範などの社会構造であり、これを構造的スティグマ (structural stigma) と呼びます<sup>3</sup>。例えばアメリカの研究では、非異性愛者への包括的な支援政策を持つ州の非異性愛男性は、同じ州の異性愛男性と同程度の健康状態でしたが、限られた政策しか持たない州の非異性愛男性は、同じ州の異性愛者よりも健康状態が悪いことが分かりました<sup>4</sup>。このことは、政策によってマイノリティの健康格差を少なくすることができることを示唆するデータといえます。

では、世の中に蔓延するスティグマをなくすには、どのようにしたらよいのでしょうか？ 一つには、構造的スティグマに介入するために、法令や政策をスティグマを助長しないものへと改正することです。それ以外にもこれまでの研究では、精神障害や薬物依存症に対する公的スティグマや自己スティグマを減らすのに最も有効な介入法のひとつは、当事者から「異議申し立て」や「教育」を施

<sup>2</sup> Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C., and Link, B.G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103, 813–821.

<sup>3</sup> Hatzenbuehler ML (2016) Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *Am Psychol* 71: 742-751.

<sup>4</sup> Gonzales, G., and Ehrenfeld, J.M. (2018). The Association between State Policy Environments and Self-Rated Health Disparities for Sexual Minorities in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, pii: E1136.

されるのではなく、当事者が正直かつ等身大の経験や思いを語る「contact-based learning(交流に基づく学習)」に触れる機会をもつことだといわれています<sup>56</sup>。交流に基づく学習を促進する最も良い方法は、障害児者が子どもの頃から、隔離されることなく地域社会の中で、周囲の住民と顔の見える関係を築いていくことです。相談支援専門員は、長期的目標としてこうした共生社会を目指しつつ、短期的には、様々な交流の機会——当事者の自己スティグマを減らすために自助グループにつないだり、公的スティグマを減らすために有効性の確認された交流プログラムを企画したりなど——を提供する必要があります。また、相談支援専門員の中に一定割合以上、多様な機能障害をもつ当事者が存在することは、利用者の自己スティグマを低減する上でも極めて重要なことでしょう。

## 第2節 自立支援と虐待防止(1時間)

### 1項 自立とは

CRPD の前文には、「障害のある人にとって、その個人の自律及び自立(自ら選択する自由を含む。)が重要であることを認め」と書かれています。相談支援においても、自律や自立を重要な価値として意識し続ける必要があります。しかし、そこでいう自立とは、いったいどのような状態なのでしょう。

一般的に、自立(independence)の反対語は、依存(dependence)とみなされがちです。つまり、何かに頼らず、自分で考えたり決定したり行動することが自立だと一般には受け止められているということです。しかし、少し振り返ってみれば分かることですが、思考にしろ、決定にしろ、行動にしろ、私たち人間は膨大な人やモノや情報を頼ってようやく成し遂げられる存在です。皆さんが食べているお米は、誰が作っているのでしょうか？皆さんが着ている服は誰が縫ったのでしょうか？皆さんが通学や通勤、旅行などで利用する公共交通機関は、誰が稼働させているのでしょうか？思考や決定のためには、様々な情報や他者とのコミュニケーションが必要ではないのでしょうか？他の動物と比較してみても、人間は、自分一人で思考・決定・行動する力が弱く、依存度の高い存在です。そのような人間にとって、社会資源に依存しないことが自立だと捉えてしまうと、自立している人など一人もいないことになってしまいます。自立と依存は反対語ではないのです。

この問題に関連して、相談支援専門員や、医療者が、自立を促すために良かれと思って「自分でできることは自分でしましょう」と促すことがありますが、注意が必要です。自分でできることとできないことの境界線はグレーで、過度な時間や労力をかければできることは一般にたくさんあります。例えば、2時間かければ自分で入浴することができるからといって、それをすべて自分でやらなくてはならないとしたら、一日が24時間では足りなくなってしまう。そもそも多数派も、過度な時間や労力をかければ、稲作をしたり家を建てることはできるはずですが、分業と相互依存の

<sup>5</sup> Corrigan et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.

<sup>6</sup> Martínez-Hidalgo et al. (2017). Social contact as a strategy for self-stigma reduction in young adults and adolescents with mental health problems. *Psychiatry Res.* 260, 443-450.

ネットワークによって、各々は自分が特異な領域に特化し、得意でないことは他人に頼ることをしています。できることも含めて依存することは人間の最大の強みであり、機能障害のある人もまた同じ権利を有しています。

さて、依存と自立が反対語ではないとして、では、自立とはどのような状態なのでしょう。自立を支援する相談支援専門員にとって、このことは大変重要な問題です。架空のシナリオを通じて、この問題について考えてみましょう。

車いすに乗った機能障害のある人が、6階建ての建物の5階にいました。そのとき、大きな地震が起き、急いで避難しなくてはならなくなりました。その人は、エレベーターを使って避難しようとしたが、大きな揺れによってエレベーターの自動安全装置が作動したために、エレベーターが停止していました。他の人々は、階段などをつかって速やかに避難することができましたが、機能障害のあるその人はレスキュー隊が到着するまで非難することができずに、怖い思いをしました。



図 2-1

図 2-2

図 2-1、2-2 は、このシナリオにおける多数派が置かれていた状況と障害者が置かれた状況を比較したものです。多数派も障害者も、「速やかに非難しなくてはならない」というニーズは同じでした。しかし、そのニーズを満たすために必要な社会資源の数に違いがあったのです。多数派は、階段で逃げることも、エレベーターで逃げることも、体力があればロープを使って逃げることもできました、逃げるために頼れる社会資源が3つもあったのです。ところが障害者は、逃げるために頼れる社会資源がエレベーターだけしかありませんでした。図 2-1 で、矢印が3本あるのは、多数派の場合、依存できる社会資源が3つあったことを意味します。図 2-2 で矢印が1本しかないのは、障害者の場合、依存できる社会資源が1つしかなかったことを意味します。一般に、社会資源は多数派向けにデザインされる傾向があるので、依存できる社会資源の数は多数派の方が多くなります。数で比較すると、障害者よりも多数派の方がより依存しているのです。

次に、矢印の太さに注目してみましょう。多数派の3本の矢印と比べて、障害者の1本の矢印は太いですね。この矢印の太さは、「この社会資源なしにはニーズが満たされない度合」、言い換えれば、社会資源への「依存度」を表しています。依存度が深いということは、その社会資源から支配されている度合が大きいことを意味します。エレベーターでしか逃げられない障害者にと

って、エレベーターが止まってしまうことは「もうおしまいだ！」と追いつめられるような状況ですが、階段やロープにも依存できる多数にとっては、「他があるから大丈夫」という事態になります。つまり、矢印の本数(依存できる社会資源の数)と矢印の太さ(社会資源への依存度)は、おおよそ反比例の関係にあるということです。すでに述べたように、機能障害のある人は依存できる社会資源の数が少ない傾向にあるので、なけなしの社会資源への依存度は深くなるのです。

では、左右の図を比較したときに、どちらの方がより自立した状態といえるでしょうか。自立するための条件として、最低でも、社会資源から支配される度合いが低く(矢印が細く)、選択肢が十分にある(矢印の本数が多い)必要がありますから、当然、左側の方がより自立した状態であるといえます。自立とは、社会資源に依存しないことではなく、むしろ、たくさんの社会資源に依存することなのです。

このことは、相談支援において重要な意味を持っています。社会資源を奪って自分でやらせることではなく、なるべくたくさんの社会資源とつなぐことが自立支援だということを忘れないでください。そしてすでに述べたように、豊かな社会資源を開発したり、それを機能障害のある人のニーズとつなぐことが相談支援の専門性なのですから、まさにその延長に自立が実現するのです。CRPD 第9条:アクセシビリティにも、「締約国は、障害のある人が自立して生活すること及び生活のあらゆる側面に完全に参加することを可能にするため、障害のある人が、他の者との平等を基礎として、都市及び農村の双方において、物理的環境、輸送機関、情報通信(情報通信技術[情報通信機器]及び情報通信システムを含む。)、並びに公衆に開かれ又は提供される他の施設[設備]及びサービスにアクセスすることを確保するための適切な措置をとる」とあります。相談支援専門員は、つねにアクセシビリティの問題を意識しておく必要があります。

## 2項 養育者・支援者の共依存



図 3

ここまででは、エレベーターや階段など、主に物理的環境を例に、自立が依存できる社会資源の数を多く持つことだということを見てきました。同じことは、人的環境においても成立します。図 3 は、人的環境に注目しながら自立までの過程を表したものです。多くの場合人は、生まれたばかりの頃、ニーズの大部分を、愛情深い親や養育者に満たしてもらっています(図 3 の左)。したがって、依存できる人的資源はほとんど養育者に限られている状況です。一見愛情深く幸せな関係に見えますが、別の見方をするとこうした状況は、子どもが依存先を養育者に独占されることで、養育者に支配されている状況ともいえます。意図のあるなしに関わらず、「相手の依存先を自分が独占することで、相手を、自分なしには生きていられない無力な状況にすること」を共依存と呼びますが、誰しも幼いころは、養育者に共依存されている無力な存在です。

しかし成長するに従い多数派は、近所の人や友人、先輩後輩や同僚など、徐々に依存できる人的資源を増やしていきます(図 3 の中央)。そして、養育者への依存度が浅くなっていき、養育者なしでも自らのニーズを満たすことができるようになっていきます。やがて多くの場合、養育者は自分よりも先に他界しますが(図 3 の右)、親亡き後も生きていくことができます。このように自立に至る発達過程も、依存できる人的資源を増やしていくプロセスとして捉えることができます。

しかし人的環境についても、社会に流布している常識的な価値観や態度、サービスの面で、多数派向けに出来上がっています。したがって、多数派は図 3 のような過程がスムーズに進行しますが、機能障害をもつ子どもが成長する過程は、養育者に代わって依存できる人的資源が乏しいため、何歳になっても養育者が共依存する関係が続きやすい状況にあります。やがて養育者が年老いて、子どものケアをし続けられなくなったときに、唯一代わりに依存できる社会資源が、隔離的な施設のみという状況(施設が共依存している状況)も、未だに完全に過去のものになったとは言えません。ただし、共依存は必ずしも、養育者や施設が悪いから起きているわけではないということも理解しておく必要があります。養育者は、「子どもを育てたい」というニーズを満たすための社会資源が施設しかなく、施設もまた「地域の中で障害児者のニーズを満たしたい」というニーズを満たすための社会資源を地域から調達できず、丸投げされている状況にあるのです。すべての上流には、地域の中における社会資源の不足があります。したがって、障害のある人を支援するだけでなく、その家族をも支援する家族支援の視点を持つ必要があります。家族支援には、「受けとめる」「ゆらぎに寄り添う」「支える」「つなぐ」「見通す(情報提供)」「創り出す」「調整」など

の機能がもとめられます。

また、家族支援といっても、障害のある人のライフステージによって中身が変わってくることを知っておく必要があります。機能障害のある当事者のライフステージによる、障害者と家族との関係性を整理してみると、おおよそ表1のようになります。

**表1・障害のある人のライフステージによる家族との関係性**

ライフステージ	家族の中での位置 (障害のある人—家族の関係)	家族支援の実際
1) 家族に障害のある子どもが誕生した時期	子ども—親	乳幼児期の家族支援
2) 障害のある人が家族の中で育っている時期	子ども—親	学齢期の家族援助
3) 障害のある人が成人してからも、家族と同居している	おとな—親(高齢)	成人期の家族援助
4) 障害のある人が結婚し、自らの家族をもつ時期	夫・妻—配偶者 親—子ども	障害のある当事者家族への支援

以下では、各ライフステージごとの、家族支援のポイントを列挙しておきます。◎の項目は、どのライフステージにも共通した内容といえるでしょう(片カッコの表記は第3節の表1に対応しています)。

**1) 乳幼児期の家族支援**

- ◎不安な家族の気持ちを受けとめる
- ◎利用するサービスを整理することを支援し、必要なサービスにつなげる
  - ・サービス間の調整
  - ・障害のある子どもをもつ親の集まりにつなげる
  - ・子育てへの支援をする
- ◎子どもの将来についての見通しへの情報を提供する
  - ・必要な場合、レスパイトケアの利用につなげる
  - ・きょうだい児への支援を組み立てる
- ◎家族・近隣関係の調整

**2) 学齢期の家族援助**

- ・学校に関する不安・不満・要求などへの整理・調整
- ・成長過程の変化についての理解への情報提供、サービスへつなげる
- ・きょうだい児の暮らしへの支援
- ・放課後・休日・長期休暇への生活の組立の支援
- ・子どもの自立へむけてのサービス活用の支援

<ul style="list-style-type: none"> <li>・送迎保障の支援</li> <li>・成年期への進路の情報提供</li> <li>・子どもの(自立していく)気持ちの理解の援助と関係調整</li> </ul>
<p><b>3)成人期の家族援助</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自立にむけてのステップの組立て支援</li> <li>・自立へむけての支援サービスの利用についての障害のある当事者のニーズとの調整</li> <li>・親の高齢化による不安な気持ちの受けとめ</li> <li>・将来に向けての暮らしの見通しへの情報提供・調整</li> <li>・家族状況の変化(老親介助、きょうだいの独立など)に対応する生活の組立ての支援</li> <li>・社会での新しい体験による関係性への調整</li> <li>・権利擁護機能についての情報提供・調整</li> </ul>
<p><b>4)障害のある当事者家族への支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・暮らしのステップへの組立て支援</li> <li>・日常のくらしの安全ネット創り(インフォーマルおよびフォーマルなサポートネット)</li> <li>・家族・近隣関係調整</li> <li>・子育て支援</li> <li>・その他、上記1)～3)の特徴点と共通する点</li> </ul>

相談支援を行なう時には、誰のニーズに対応しているのかを、常に意識すべきです。そして、障害のある人本人と家族との間でニーズが食い違っている場合には、本人のニーズを基本としつつ、相談支援専門員がそれらのニーズを調整することが必要になるでしょう。例えば、本人が地域での自立生活を望むのに対し、家族や施設の職員が反対の立場をとることは少なくありません。このような場合、基本的に相談支援専門員は、CRPD に基づき地域生活を支える役割がありますから、本人の側に立ち、自立に向けて共同作業を行っていきます。

まず、本人の希望を実現するために、社会資源の確保、創出、調整を行います。一方で、これまで障害者を育て、保護してきた親や家族・施設職員の、自立についての懸念や心配について耳を傾け、その上で具体的で実現可能な自立計画を、本人とともに提供します。しかし、それだけで共感を得ることはなかなか難しいことも現実です。

家族と本人の関係は濃密であり、精神的に離れがたいものがあります。「障害者の面倒は家族が一生見るのが当たり前である」という社会的な圧力の中で必死に生きてきた家族員に対し、障害をもつ子どものためだけでなく自分自身の人生を生きることを支え肯定する視点をもって関わるのが大切です。時としては家族員の方がより多くの精神的支援を必要する場合もあるかもしれません。相談支援専門員は、本人への支援と家族への支援の違いを確認しつつ、障害者の地域生活支援をすすめます。

障害者の相談支援は、子どもの時から成人したあとも地域生活が続けられるように支援するための体制づくりであり、そのために相談支援専門員の役割があることを再確認しましょう。

### 3項 共依存と虐待

CRPD 前文にも、「障害のある女性及び少女が、家庭の内外で暴力、傷害若しくは虐待、放置若しくは怠慢な取扱い、不当な取扱い又は搾取を受ける一層大きな危険にしばしばさらされていることを認め」と書かれています。また第 16 条では、「締約国は、家庭の内外におけるあらゆる形態の搾取、暴力及び虐待(これらのジェンダーを理由とする状況を含む。)から障害のある人を保護するためのすべての適切な立法上、行政上、社会上、教育上その他の措置をとる。とあります。家族や施設に共依存されることは、機能障害をもつ子どもや大人が虐待の被害にあうリスクを高めます。相談支援専門員は、障害児者の虐待に、最初に気づきうる専門職の一つですから、障害児者の虐待についても基本的な知識を持つておくことが大切です。

これまでの研究によれば、機能障害をもつ人々への暴力が発生する条件は、①障害者に帰属される要因、②加害者に帰属される要因、③環境要因の 3 つに大別されます。

まず、①障害者に帰属される要因には、「移動能力の低さ(虐待から避難しにくい)」、「言語障害(虐待の事実があったことを伝えられない)」<sup>7</sup>があります。後者については、障害児者が虐待の証言をできないことや、証言を周囲が信用しにくいことを加害者が見越しているという証拠も報告されています<sup>9,10,11</sup>。また、発達障害などの見えにくい障害は、見えやすい障害よりも虐待を受けやすいという報告がある点は重要です<sup>12</sup>。見えにくい障害は医療者によって診断されにくく、養育者に必要な情報やサポートを提供するタイミングが遅れやすいだけでなく<sup>13</sup>、わざと反抗していると周囲に誤解されやすいのです<sup>14</sup>。以上を要約すると、移動とコミュニケーションが制約され、家族や支援者に共依存されている密室状態で、虐待が起きやすくなるといえます。

次に、②加害者に帰属される要因として、まず家族や支援者など、障害者に対するケアの責任を過度に課せられている者が加害者になりやすいという点は、極めて重要です<sup>15</sup>。また、養育者や支援者が、ストレス、経済的困窮、パートナーとの不和、職場でのストレス、疲労、孤立を経験していると、虐待のリスクが上昇します<sup>16</sup>。とくに、経済的困窮に関しては、障害者を家族に持つ世帯

<sup>7</sup> Tharinger, D., Horton, C. B., & Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse Negl* 14, 301-312.

<sup>8</sup> Verdugo, M., Bermejo, B. G., & Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse Negl* 19, 205-215.

<sup>9</sup> Perlman, N., Ericson, K., Esses, V., & Isaacs, B. (1994). The developmentally handicapped witness: Competency as a function of question format. *Law Hum Behav* 18, 171-187.

<sup>10</sup> Westcott, H. L., & Jones, D. (1999). Annotation: The abuse of disabled children. *J Child Psychol Psychiatry* 40, 497-506.

<sup>11</sup> Hershkowitz, I., Lamb, M., & Horowitz, D. (2007). Victimization of children with disabilities. *Am J Orthopsychiatry*, 77, 629-635.

<sup>12</sup> Benedict, M. I., White, R. B., Wulff, L. M., & Hall, B. T. (1990). Reported maltreatment in children with multiple disabilities. *Child Abuse Negl* 14, 207-217.

<sup>13</sup> Vig, S., & Kaminer, R. (2002). Maltreatment and developmental disabilities in children. *J Dev Physical Disabil* 14, 371-386.

<sup>14</sup> Martin, H. P. (1982). The clinical relevance of prediction and prevention. In: Starr RH, editor. *Child abuse prediction: Policy implications*. Cambridge, MA: Ballinger. pp. 175-190.

<sup>15</sup> Chamberlain, A., Rauh, J., Passer, A., McGrath, M., & Burket, R. (1984). Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents: Sexual activity, sexual abuse and contraception. *Pediatrics*, 73, 445-450.

<sup>16</sup> Fisher, M. H., Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2008). Child abuse among children with disabilities: What we know and what we need to know. *Int Rev Res Mental Retardation*, 35, 251-289.

の約 30%が、就労時間を減らしたり離職したりせざるを得ない状況<sup>17</sup>を踏まえると、家族のみで障害児者のケアを引き受けるのではなく、家族以外に地域資源とつなぐことの重要性が見えてきます。つまり、加害者もまた、過度なケア負担を軽減してくれるような依存先を地域から調達できず、孤立したときに虐待をしてしまう様子が見て取れます。

最後に③環境要因ですが、地域の外部にある施設や病院など、隔離的な専門機関に囲い込まれた支援環境では、虐待のリスクが高まり、発見もされにくくなるということが分かっています<sup>18</sup>。また、利用者とサービス提供者との間に力の不均衡がある施設や、利用者を人間的に扱わない文化を持つ施設、地域との交流の少ない施設、虐待の報告とモニタリングが手続き化されていない施設では、暴力が発生しやすいことも知られています<sup>20</sup>。地域から隔離され、ケアの依存先が、民主的な運営のなされていない専門化された支援環境に独占されている状況で、虐待が起きやすくなるということを知っておきましょう。

CRPD 第 19 条：自立した生活[生活の自律]及び地域社会へのインクルージョンには、「この条約の締約国は、障害のあるすべての人に対し、他の者と平等の選択の自由をもって地域社会で生活する平等の権利を認める。」とあります。本人が選択するか否かとは関係なく、地域社会で生活する選択肢が確保されている状態を実現することは、締約国の義務です。機能障害をもつ人々にアクセス可能(依存可能)な地域の社会資源を開発し、それをニーズとつなぐという相談支援専門員の仕事は、自立という観点だけでなく、虐待防止という観点からも極めて重要なものであることを押さえておきましょう。

---

<sup>17</sup> Looman, W. S., O'Conner-Von, S. K., Ferski, G. J., & Hildenbrand, D. A. (2009). Financial and employment problems in families of children with special health care needs: Implications for research and practice. *J Pediatr Health Care*, 23, 117-125.

<sup>18</sup> Hibbard, R. A., & Desch, L. W. (2007). And the committee on child abuse and neglect and council on children with disabilities. *Maltreatment of children with disabilities*. *Pediatrics*, 119, 1018-1025.

<sup>19</sup> Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: Caregiver perspectives. *Child Care Health Dev* 33, 180-187.

<sup>20</sup> Sobsey, Richard Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?. (1994). xxii 444 pp.

<sup>21</sup> Steinberg, M. A., & Hylton, J. R. (1998). Responding to maltreatment of children with disabilities: A trainer's guide. Portland, OR: Oregon Institute on Disability and Development, Child Development & Rehabilitation Center, Oregon Health Sciences University.

### 第3節 ケアプランからセルフケアプランへ(1時間)

#### 1項 ケアプランの作成と実施

相談支援のプロセスは、大きくわけて、目標設定(ニーズ把握＝アセスメント場面)と手段の確保・調整(ケアプランの実施場面)の2つに分けることができます。もちろん、この2つは、現実には密接に結びついています。相談支援専門員は、目標設定の場面においては、利用者が自分で自らのニーズを把握し、目標を立てられるように支援します。この段階で、次節の意志決定支援が必要になる場合があります。そしてその後、利用者が立てた目標を実現できるように、手段の確保と調整を行います。

##### ①目標設定

目標設定は、相談支援専門員が行うものではありません。相談支援専門員はあくまでも、利用者自らが目標設定することを、側面から支援する役割です。そのためには利用者との間に信頼関係が作られるだけでなく、十分に話を聞く力を持っていなければなりません。また、目標設定の支援は、次節でも詳しく述べるように、その支援の性質上、できれば障害から生じる生活上の困難を解決する経験をもった当事者の相談支援専門員やピア・サポーターが参加すると有効です。

相談支援とは決して、その利用者の全生活のケアプランを相談支援専門員が立ててマネジメントするものではなく、利用者から依頼を受けた部分についてマネジメントを行なうものです。例えば重度の知的障害者が、ある1つのサービスについては自分で選択・調整をしたいという意思がある場合、相談支援専門員はその意思を尊重し支援を行なっていく必要があります。相談支援はその人のもつ生活上の困難やニーズを対象として行なうものであって、その人の生活全体をマネジメントするものではありません。

支援が必要な生活の領域は、例えば以下の4種類に分類することができます。

介助支援: 狭義の「在宅介助サービス」に限られるものではなく、「外出介助の保障」や職場での支援もふくむ。

住環境の支援: 住宅探し、住宅改造、福祉機器の利用の援助等もここでは含みます。

生活技能を高める支援: 福祉制度、年金等、対人関係、親子関係、健康管理、家事、子育て、安全管理(緊急時など困ったときにどうすればよいか)、社会資源の使い方など。

生産的、創造的生活のための支援: 仕事や社会参加の場、教育機関の紹介、障害者団体での活動などが含まれます。

このように、生活を4つの領域に区別することは、どの領域が相談支援の範囲なのかを自覚する上で役に立つでしょう。4つの領域すべてについて相談支援を実施しているのか、それとも、一部の領域についてのみ相談支援が必要なのが明確にされ、必要以上に相談支援専門員が利用者の生活を管理することを防ぐことができるのです。

例えば、計算が苦手なために、相談支援を得ることによって1ヶ月の生活費を袋別に分けて金

銭管理をしている人が、介助サービスを依頼する曜日・時間帯や介助者は自分で選んでいるとします。このような場合は、相談支援専門員が③生活技能を高める支援を行っていますが、①介助支援については利用者本人が行っていることとなります。

## ②手段の確保と調整

特に複数のサービスを利用する必要があるときには、手段の確保・調整は、重要な職務となります。相談支援専門員は地域の社会資源について熟知している必要があり、そのネットワークを作るための援助をします。その場合、複数のサービス提供者間で、利用者への対応に矛盾が生じないように、関係者に対して、ケア計画の目標の説明を十分に行います。利用者の希望があれば、ケア会議を設定して、サービスの調整を図ることも必要となります。関係者間で、ケアプランの周知徹底を図りましょう。

相談支援専門員は、利用者の希望に基づいた目標の設定があつてはじめて手段の確保・調整が行なわれることを忘れてはいけません。ケアプランを作成する人達が陥りがちな誤りとして、どのようなサービスを用いるかということに気がとられすぎ、そもそも利用者のニーズが何であるのか、援助の目標が何だったのかをないがしろにすることがあります。こういった誤りに陥ると、見かけ上は立派なケアプランであっても、利用者の希望に反したプランを押しつけるという結果になってしまいます。そうではなく、第5節で詳しく述べるように、相談支援のプロセスを経て、利用者自身が力と責任を取り戻す、言い換えるとエンパワメントされていくことが、障害者の相談支援の強調点なのです。ですから、初期は、たとえ不十分なものであったとしても、利用者自らが考え、プランを立ててみて、利用者が試行錯誤を繰り返しながら、自らのニーズを把握し、社会資源の所在を知り、自分のケアプランをより豊かなものにしていく方が、よりよい相談支援といえるでしょう。

また、相談支援は常に開かれたものでなくてはなりません。第2節でも述べた共依存は、家族や養育者だけでなく、支援者も陥りがちなものです。利用者とのつきあいを重ねて行くと、利用者や相談支援専門員との間に理解が深まり、お互いにその信頼関係を築いていくことができるでしょう。しかし、利用者の理解が深まるのに伴って、一人の相談支援専門員や一つの機関が利用者を抱え込んでしまうのでは、その理解はケアマネジャーや組織のための一方的なものになっていく危険性があるだけでなく、共依存によって利用者の力を奪うことにつながります。

次項で見るプライバシー保護(権利擁護)という重要な観点から、ケア会議は最小限にとどめられる一方、少数の支援者や支援機関が抱え込みすぎると十分に地域の資源を使いこなせない、あるいは当事者の選択権を保障できない(権利侵害)ということが起きてしまいます。このような状態に陥らないために、常に他機関との連携を可能にさせておく、開かれた状況を意識的に作ることを念頭においた上で、利用者に関わっていくことが相談支援専門員の役割として重要なことです。

## ③情報の保護と共有

相談支援の過程で知った情報は、本人の了解なしに決して他言してはなりません。書類に関しても安易に関係機関の職員に見せたり、内容に関しても本人の了解なしに勝手に話さないこと

(守秘義務)は、相談支援専門員の基本的倫理です。

多職種からなるチームを立ち上げて相談支援を行う場合、本人の希望する人のみを集めるのですが、チームの人数は必要最低限の関係者に留めます。知的障害者も含めて誰でも大勢の人の前でプライバシーを明かすことは好みません。また、本人との面談前やあるいは面接中に、利用者が以前入所していた施設やリハビリテーション施設の職員からの情報収集をしたいという相談支援専門員がいるかもしれません。相談支援の過程でそのような必要が起こることは希かもしれませんが、医療的な事実確認であれば、本人に調べてもらうほうが本人のエンパワメントにつながります。例外的に、本人が聞きづらかったり、時間がないというような場合、本人の了解を必ずとってから関係機関に問い合わせるようにします。そして、その結果は本人に必ず伝えます。

相談支援専門員が持っている情報は全て本人も持っていなければ、当事者主体のケアプランにはなりません。利用者のために作るケアプランですから、その過程で必要となる情報はすべて利用者と共有するのは当然のことです。相談支援専門員は、地域の社会資源についての情報は日頃から集めておき、本人が的確な判断ができるように、適切な時期に詳細な情報を本人に伝えていきます。これは、ニーズ把握過程での利用者と情報との共有になり、利用者のエンパワメントにつながります。

現在すでに存在している社会資源に関する情報を共有するだけでなく、まだ存在していない社会資源の開発に関する情報の共有も、利用者のエンパワメントとして重要です。例えば、相談支援専門員が「必要な社会資源について」というテーマで、当事者同士の話し合いの場のきっかけをつくるのもよいでしょう。そこで、相談支援専門員が持っている地域の社会資源に関する情報を本人達に伝え、その情報を自分達で活用することによって、自助グループが形成されることとなります。このような自助グループが、今後相談支援を実施するにあたっての、重要な社会資源になるのです。

## 2項 セルフケアプランへの移行

相談支援は、利用者のもつ生活上の困難やニーズを対象として行うものであって、生活のある部分を一定の期間、本人の希望に添って支援するものです。だからといって、利用者が自分で決められる領域さえも管理されてしまうと、障害者は常に庇護の対象となってしまう、力を奪われた状態に陥ってしまうでしょう。本人がアクセス可能な社会資源が、1人の相談支援専門員だけの状況は、共依存です。相談支援専門員は、徐々に自分が支援する領域を縮小させ、公式、非公式な多様な社会資源とつなぐことで、自立を促していく必要があります。

### ①ケアプランとセルフケアプラン

すべての障害者が相談支援を必要としているわけではない、という点は重要です。例えば、自分で必要な社会資源を調整し使いこなせる人には、相談支援は必要ありません。このような場合、相談支援専門員の手を借りずに、セルフケアプランを自分で作成することになります。ケアプランとセルフケアプランのどちらを選択するかは本人の意思によります。実際には、一部セルフケアプ

ランで一部はケアプラン、または支援を受けつつケアプランからセルフケアプランへの移行期にある等、セルフケアプランとケアプランは明確に二分されるわけでもありません。相談支援とは決して、障害者の全生活のケアプランを相談支援専門員が立てマネジメントするものではなく、たとえば重度の知的障害者が、少しでも自分でサービスを選択し、調整して決めていきたいという意思があるなら、それを尊重し、その部分をセルフケアマネジメントしてもらうことを基本とすべきものです。

高齢者の介護支援と障害者の相談支援との基本的な違いの一つもそこにあります。これまで障害者は施設や在宅で保護と管理のもとにあり、その周囲の人たちが障害者の失敗や事故をおそれるあまり、人生における様々な経験をする機会を失ってきたといえます。知的障害者も介助制度の充実によって、地域で暮らせる状況は徐々に整いつつあるとはいえ、現在でも日本の知的障害者の4分の1の人たちが施設に入所しているという現実、地域で暮らし続けたくても地域生活を可能にする社会資源がほとんどない状態での止むを得ない選択を表しています。また、特別支援の卒業生の中に、身体障害と知的障害との重複障害者が多くなりつつあり、その卒業後の生活の場が問題となってきています。そのため、地域生活を始めようとするとき、ともすれば多くの困難に直面します。そんな障害者達に自信を取り戻してもらい、新たな人生に取り組んでいくための支援をしていこうとするのが障害者の相談支援です。このテキストで強調している相談支援は、当事者の意思決定を尊重し、相談支援のプロセスの中で障害当事者自身がエンパワメントされることが含まれます。すなわち、自分に自信をもち、新たな情報や社会資源を得ることによって、自らに内在していた力を高めていくことに重点をおいた支援とも言えます。

したがって、相談支援を通して、多くの利用者は、最初はケアプランを望んでいたり、必要としていたとしても、いずれは自らのケアプランを自分で立てられる(セルフケアプラン)ようになるか、あるいは、自分では繁雑すぎてやりきれないので部分的についてだけケアプランを依頼するようになります。

## ②知的障害者のセルフケアプラン

知的障害者の場合セルフケアマネジメントは難しいと思われるかもしれませんが、介助者を自分で選びたいという場合は多いですし、そのうち介助提供団体も自分で選びたくなるかもしれません。それが部分的にセルフケアプランへ移行するということです。そうできるまでにとっても時間のかかる人もいるかもしれませんが、ニーズが拡大することによって一時的に相談支援が増大することがあるかもしれませんが、一般的には生活の中で自分で決定する部分が徐々に進展していくものです。

別の言い方をすると、障害者の相談支援は、単なる社会資源の調整にとどまらず、障害を持ちながら、地域での自立した生活が果たせるように、障害者本人のエンパワメントを通しての自己選択・自己決定ができるように側面から支援することなのです。

したがって、相談支援は単にケアプランを作成すればよいのではなく、相談支援のプロセスの中で、最終的に利用者が力をつけ、少しずつセルフケアプランを自分で管理することができるようサ

ポートすることが望ましいといえましょう。ただし、セルフケアプランを自分で管理するということは、相談支援のプロセスの全てを利用者が自分で行うことを必ずしも意味しません。

例えば、知的障害を持つ利用者は、自分の希望や意思をはっきりと持っていて、それを他人に伝えることや、様々な社会資源を組み合わせて活用する時に必要となる複雑な手続きや調整が苦手なことがあります。また、利用者がサービスを調整することに労力をとられ、日々の活動に支障が生じたり、社会参加の機会が妨げられてしまえば、本末転倒です。このような例にみられるように、利用者の希望や状況にもよりますが、相談支援専門員は、利用者の希望や依頼に応じて、相談支援の一部分を継続的に行うことがあります。

しかし、この場合の部分的な相談支援とは、利用者に関わり始めた初期の頃の相談支援とは性質が異なることに留意しましょう。この場合、初期の相談支援では、利用者自身が自分のニーズを明確に把握していなかったり、目標設定がうまくいかなかったり、社会資源の情報や知識が不足していて十分に活用できなかったりしますので、相談支援専門員の密度の濃い支援が必要となります。しかし、利用者が自分のニーズを把握し、希望や依頼を明確に伝えることができるようになった時には、相談支援専門員は主にサービス調整の役割を果たすこととなります。この場合、サービスの活用状況によっては、サービス提供機関の職員（コーディネーターなど）が、事実上、相談支援専門員の役割を引き継ぐことになるかもしれません。

知的障害者のセルフケアプランへの移行に関しては、次節の意志決定支援も参考にしてください。

## 第4節 意思決定支援

### 1項 意思決定支援とは

前節では、相談支援専門員の支えの下で、ケアプランを作成する段階を卒業し、自分でセルフケアプランを作成する段階へと移行することの重要性を見てきました。セルフケアプランというと、ケアプランの作成段階ではすべて自分で考え、選択するけれども、プランの実行段階では自分ですべてやらなくてもよい、と考えられがちですが、それは大きな間違いです。人間は、行動の段階だけでなく、思考や選択の段階においても、他から情報を得たり、信頼できる誰かに相談したり、試しに選択肢を経験してみたりと、たくさんの社会資源に依存しており、自分一人でやり遂げたりなどしていません。いやむしろ、情報も得ず、相談もなく、経験もないのに考えたり選択したりすれば、その思考や選択は視野の狭い独りよがりなものになってしまうでしょう。「思考・選択は自分でやるが、実行は社会資源を使う」という間違っただけの発想はすぐに捨てましょう。

機能障害といっても多様性があります。例えば、行動や運動のレベルでは機能障害はあるけれども、情報の取得や情報処理のレベルでは多数派とそれほど変わらない人もいます。彼らは、ケアプランを考え、選択するために必要な情報やコミュニケーションには、多数派と同じようにアクセスできます。彼らは、社会資源に依存せず自分で考え、選択しているのではなく、多数派と同様、豊かな社会資源に非公式に依存しながら、セルフケアプランを作成しているにすぎません。豊か

な資源に依存できている人は、自分が依存していること自体を忘れがちで、自分一人で決めると錯覚しがちなので注意が必要です。

しかし、情報の取得や情報処理のレベルで機能障害をもつ人の場合、ケアプランを作成するのに必要な非公式な社会資源にアクセスできず、思考や選択に困難を経験することがあります。そのような場合に必要となるのが、意思決定支援、あるいは支援付き意思決定 (supported decision making: SDM) です。意思決定支援とは、次のように定義されます<sup>22</sup>。

認知障害を持った人々(知的ないし発達障害、精神障害、認知症、後天的脳損傷その他、認知に影響しうる他の障害をもつ人々)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。

意思決定支援において押さえておかななくてはならないのは、意思決定支援は、日常的にすべての人が利用しているものであるという点です。誰しものが、大なり小なり決定を下すために、周囲の人間や、入手可能な情報、そして他の形の支援を使用しています。しかし、社会に流布している情報のやり取りの仕方や、コミュニケーションのスタイルもまた多数派が使い勝手が良いようにデザインされており、認知障害をもつ人々の中には、決定に必要な情報やコミュニケーションにアクセスできず、決定が困難になる人もいます。彼らがアクセス可能な形式で、情報やコミュニケーション、相談や選択肢の体験を提供し、意思決定のサポートをすることが意思決定支援です<sup>23</sup>。本人の意志決定や意思表示が明確な場合、専門性がなくてもインタビューだけで簡単にケアプランは作成できます。相談支援専門員の専門性が必要とされるのは、まさにこの意思決定支援の局面といえます。

CRPD 第 12 条:法律の前にひとしく認められ権利には、以下のように、意思決定支援の法的根拠が述べられています。

- 2 締約国は、障害者が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める。
- 3 締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる。
- 4 締約国は、法的能力の行使に関連する全ての措置において、濫用を防止するための適当かつ効果的な保障を国際人権法に従って定めることを確保する。当該保障は、法的能力の行使に関連する措置が、障害者の権利、意思及び選好を尊重すること、利益相反を生じさせず、及び不当な影響を及ぼさないこと、障害者の状況に応じ、かつ、適合すること、可能な限り短い

<sup>22</sup> Arstein-Kerslake, A., Joanne Watson, J., Browning, M., Martinis, J., & Blanck, P. (2017). Future Directions in Supported Decision-Making. *Disability Studies Quarterly*, 37(1).

<sup>23</sup> 例えば、自閉症スペクトラム症当事者の立場から、自閉スペクトラム症のある人がアクセス可能な情報提示の仕方やコミュニケーションスタイルを研究した論文として、下記を参照。

綾屋紗月。発達障害者の当事者研究。石原孝二、河野哲也、向谷地生良、編。精神医学の哲学 3 精神医学と当事者。東京：東京大学出版会；2016. p. 206-224.

期間に適用されること並びに権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による定期的な審査の対象となることを確保するものとする。当該保障は、当該措置が障害者の権利及び利益に及ぼす影響の程度に応じたものとする。

5 締約国は、この条の規定に従うことを条件として、障害者が財産を所有し、又は相続し、自己の会計を管理し、及び銀行貸付け、抵当その他の形態の金融上の信用を利用する均等な機会を有することについての平等の権利を確保するための全ての適当かつ効果的な措置をとるものとし、障害者がその財産を恣意的に奪われないことを確保する。

これまで認知障害を持つ人々は、認知機能を測る検査に基づいて、法的能力が否定されることがありました。これは、認知機能の評価者によって、法的人格が否定されうることという意味です。一部の研究者は、認知を正確に評定することは極めて難しいこと、そして、認知機能が意思決定において果たす役割ははっきりわかっていないことから、これはきわめて危険なことだと警鐘を鳴らしてきました<sup>24</sup>。その意味がはっきりしない、認知機能の評価結果なるものにより、契約を結んだり、結婚したり、投票したり、家庭を築いたりする権利の喪失が生じうるからです。実際に、意思決定支援のプロセスは個人の能力において定義されるべきではなく、支援を受ける人が入手可能な支援の質と量において定義されるべきだという提案もなされています<sup>25</sup>。また認知機能評価と法的能力の短絡的な結びつきは、認知障害を持つ人々に「社会の完全で価値のあるメンバーになることができない」という形で、更なるスティグマを与える可能性があります。

CRPD の第 12 条は、国際的な人権関連の法律文書において初めて、法的能力への権利をはっきりと書いたものです。重要なのは国連が、後見人制度など、本人の法的能力を認めず、本人以外の人で意思決定をする代理型の意思決定を廃止し、意思決定支援に置き換える責務を締約国に求めたという点で、CRPD を批准した日本が今後どのように対応すべきか、考えておく必要があります。

では実際に、どのような方法で意思決定支援を行えばよいのでしょうか。残念ながら、認知障害をもつ人々の意思・好み・権利を守る上で、どのような支援が本当に必要とされているのかについては、十分な研究がされていないのが現状です。しかし、意思決定支援の重要性は世界的に広く認識されており、各国で野心的な実践や研究が展開しつつありますから、相談支援専門員は資格を取った後も常に、最新の研究にアンテナを立てておく必要があります。ここでは簡単に、アメリカでの研究と実践について紹介します。

アメリカでは 2013 年、マーガレット・ジェニー・ハッチという知的障害をもつ若い女性が、1年にわたる法的闘争に勝利し、後見人制度に従うのではなく、意思決定支援を利用することで、「人生に関して自分自身の意思決定を行う」という権利を勝ち取りました<sup>26</sup>。一度は両親の要求に応じて、裁判所はジェニーを一時的に後見のもとに置き、グループホームで生活させるように命じました。

<sup>24</sup> Lehrer, J. (2009). *How We Decide*. New York: Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company.

<sup>25</sup> Beamer, S., & Brookes, M. (2001). *Making decisions. Best practice and new ideas for supporting people with high support needs to make decisions*. London: Values into Action.

<sup>26</sup> Ross and Ross v. Hatch, Case No. CWF-120000-426 (2013). Circuit Court of Newport News. Retrieved from <http://jennyhatchjusticeproject.org/trial>

そこでは、ジェニーは携帯電話とノートパソコンを取り上げられ、友人たちを訪ねることも許されませんでした<sup>27</sup>。

ジェニーの裁判での勝利を受けて、バートンブラット研究所 (BBI) と障害者のためのクオリティ・トラスト (QT) という 2 つの機関は、「ジェニー・ハッチ司法プロジェクト」(JHJP) を作りました。これは、知的および発達障害をもつ人が、意思決定支援を利用して自分自身の意思決定を行う法的権利を保護・推進するためのプロジェクトです<sup>28</sup>。2014 年、QT、BBI とカンザス大学発達障害センター (KUCDD) は、アメリカ共同体生活庁からの資金を受け、アメリカ支援付き意思決定資源センター (NRC-SDM) を設立し、理想的な意思決定支援に関する 5 年間の研究プロジェクトを開始しました<sup>29</sup>。このプロジェクトでは、認知機能や法的能力は測定されず、意思決定支援の社会・経済的モデルに基づいた「意思決定支援目録システム」(SDMIS) を使って、提供された意思決定支援の自身が測定されます。そしてそれを踏まえて、以下のような 4 つの内容が研究されています。

個人因子、環境因子、意思決定支援の関係。

意思決定支援、自己決定の関係。

意思決定支援が生活の総合的満足度や共同体のアウトカムをどれだけ予測するか。

「自決意思決定モデル」(SDDMM) という支援法の有効性を調べるために、ランダム化比較試験 (RCT) を用いて、知的ないし発達障害者が、自分主導の問題解決、目標設定、目標達成に取り組めるようにどれくらい支援できるか。

この研究プロジェクトは近いうちに終了し、間もなく、その研究結果が公開されると予測されます。意思決定支援に関わる専門職は、別日に触れる (?) 試行錯誤的な意思決定支援の技法を習得するだけでなく、国内外のこうした研究もフォローしておく必要があるでしょう。

## 2項 当事者主導研究の重要性

以上、支援付き意思決定の概念、法的根拠、研究や実践についてみてきました。CRPD 第 12 条が後押しとなって、意思決定支援が急速に重要視されつつある状況は歓迎すべき事態です。しかし、意思決定支援を急いで実行に移そうとするあまり、かえって第 12 条の目的が見失われるのではないかという懸念もまた急速に広まっています。例えば Arstein-Kerslake は、その懸念について以下のように述べています<sup>30</sup>。

「意思決定支援がどのように実践されているかについての力学によく注意を向けなければ、また

<sup>27</sup> Hatch, J. (2015). My story. *Inclusion*, 3(1), 34.

<sup>28</sup> Quality Trust for Individuals with Disabilities (2013). Supported Decision-making: An Agenda for Action 2013 Symposium. Retrieved from <http://jennyhatchjusticeproject.org/node/264>

<sup>29</sup> Shogren, K.A., & Wehmeyer, M. L. (2015). A framework for research and intervention design in supported decision-making. *Inclusion*, 3(1), 17-23.

<sup>30</sup> Arstein-Kerslake, A., Joanne Watson, J., Browning, M., Martinis, J., & Blanck, P. (2017). Future Directions in Supported Decision-Making. *Disability Studies Quarterly*, 37(1).

新たなチェックボックス作業を生み出すことになるだけで、障害者に本物の選択とコントロールを与えるというよりも、官僚的目的に資するだけになってしまうリスクがある。」

Arstein-Kerslake は、こうしたリスクから逃れるための一つの方法は、意思決定支援の研究と実践を、認知障害のある人々が主導していくことだと主張しています。事実、精神保健の領域では、英国を中心に、精神疾患を経験した当事者が大学や研究所に所属する研究者と共に、研究計画の立案から対象者のリクルート、データの収集と解析、論文執筆までに幅広く関与する「当事者主導研究 (User-led study)」という研究スタイルが注目されており (Rose, 2003)、当事者の関与の度合いによって、①当事者助言型 (consultative)、②当事者協働型 (collaborative)、③当事者主導型 (User-led) の大きく 3 つに分けられています<sup>31</sup>。

従来の研究は、当事者の意向よりも、学会や企業、行政の意向を優先して研究資金を割り当ててきました。この事が、当事者のニーズとマッチしない、コストのかかる研究の原因になっているとの反省から、研究への当事者参画が進められたのです<sup>32</sup>。例えば、2004年に設立され、英国医学研究評議会 (UK Medical Research Council) と国立健康研究所 (National Institute for Health Research) の資金提供を受けている James Lind Alliance (JLA) は、当事者の意見を元に、統合失調症に関する 10 の研究優先課題をリスト化し、リストを元に研究資金の提供を行いました<sup>33</sup>。このような研究の民主化の流れは更に広まってきており、精神医学領域の権威ある専門誌 Lancet Psychiatry が論文の査読者として当事者を招き入れることを宣言したり、世界5大医学雑誌の一つである British Medical Journal が、当事者の研究参画を奨励するため、研究論文に必ず当事者参画の有無について記載するよう定めたりという動きがみられています。

もう一つ、意思決定支援に関して重要なのは、類似した機能障害や経験を持っている仲間 (ピア) からの支援です。機能障害の有無にかかわらず、私たちは選択に迷ったとき、誰かに相談することがあります。しかし、相談する相手は誰でもいいわけではありません。持っている身体機能や、経済状況や、社会的なステータスや、これまでの経験知といった「背景」が、自分とはまるで異なる人に相談しても、気晴らしにはなるかもしれませんが、意思決定支援という面ではあまり役に立たないでしょう。やはり、こうした背景をある程度共有しており、少し自分よりも先を行っているピアに相談する方が良いに違いありません。そして多数派は、比較的自分と似た背景を持つピアと出会う機会に恵まれています。機能障害のある人々はピアと出会うチャンスが相対的に低いといえます。ここに、相談支援専門員の中に一定割合以上、多様な機能障害をもつ当事者が存在していないわけではない理由があります。

### 3項 ピアによる基本相談の重要性

意思決定支援においてピア支援者が不可欠な理由をもう一步深く理解するために、ここで、「自

<sup>31</sup> INVOLVE. (2012). Briefing notes for researchers: involving the public in NHS, public health and social care research. INVOLVE, Eastleigh.

<sup>32</sup> Lloyd, K., & White, J. (2011). Democratizing clinical research. *Nature*, 474, 277-278.

<sup>33</sup> Lloyd, K., White, J., & Chalmers, I. (2012). Schizophrenia: Patients' research priorities get funded. *Nature*, 487, 432-432.

伝的記憶 (autobiographical memory: AM)」という概念について説明しましょう。私たちは、日々、様々な経験をしています。それらの経験は、膨大な、断片的な出来事の記憶 (エピソード記憶) として刻み込まれます。しかし、断片的なエピソード記憶のまま、前後のつながりや脈絡が与えられていないと、まるで床に散らばったスナップ写真のように、一つ一つのエピソード記憶の意味が把握できなくなります。物語を読むときも、段落が順不同にシャッフルされたら、意味を把握することは困難のように、個々のエピソード記憶も、前後のつながりや脈絡が与えられて初めて、意味が把握できるようになります。私たちは、出来事をバラバラのままただ記憶しているのではなく、それらを組み立てて一冊の自伝的な物語のような構造を作り上げているのです。こうしてできた自分物語を、自伝的記憶とよびます。

自伝的記憶がうまく組み立てられず、エピソード記憶がバラバラなままだと、様々な形でウェルビーイングが低下するといわれています。例えば、自殺傾向<sup>34</sup>、大うつ病性障害<sup>35</sup>、心的外傷後ストレス障害<sup>36</sup>、摂食障害<sup>37</sup>、季節性感情障害<sup>38</sup>などの状態において、自伝的記憶が十分に組み立てられておらず、思い出したくもない過去の嫌な出来事に記憶が意思に反して思い出されたり、逆に意図的に思い出そうとすると、過去の出来事を具体的に思い出せない傾向 (overgeneral autobiographical memory: OGM) が生じることが知られています。加えて、望む未来を具体的に想像し、そこから逆算した長期的視点に立って意思決定をすることが困難になるともいわれています<sup>39</sup>。自伝的記憶が組み立てられているかどうか、ウェルビーイングのみならず意思決定にも深くかかわっているという点は、1990年代以降ソーシャルワークの領域で注目されるようになったナラティブ・アプローチを理解する上でも重要です。

では、自伝的記憶の組み立てを支援するにはどうすれば良いのでしょうか。これまでの研究では、幼少期から、どういう人と、どのようなコミュニケーションをとってきたかに大きな影響を受けることが知られています。例えば幼少期から、経験を詳細に分かち合うことを目的としたコミュニケーションではなく、「要するに何が言いたいのか?」「要するにどうしたいのか?」と、要約した趣旨や意図を迫るコミュニケーション空間の下で育った子どもは、OGM 傾向になります。このことは、「要するにどうしたいのか?」が優先されがちな計画相談だけではなく、ただ経験や思い、現状を詳細に共有することを目的とした基本相談に時間をかけなければ、ウェルビーイングや意思決定が損なわれる可能性を示唆します。また、周囲の人々が、「そういうこと、あるよね」と、あるある話として共有してくれるのかも、自伝的記憶が組み立てられることを支援します<sup>40</sup>。

<sup>34</sup> Williams, J.M.G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.

<sup>35</sup> Brewin, C.R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., & Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behavior Research and Therapy*, 36, 1131-1142.

<sup>36</sup> McNally, R.J., Litz, B.T., Prassas, A., Shin, L.M., & Weathers, F.W. (1994). Emotional priming of autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, 8, 351-367.

<sup>37</sup> Dagleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., Yiend, J., De Silva, P., & Treasure J. (2003). Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion*, 3, 211-222.

<sup>38</sup> Dagleish, T., Spinks, H., Yiend, J., & Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 335-340.

<sup>39</sup> Szpunar, K.K., Watson, J.M., & McDermott, K.B. (2007). Neural substrates of envisioning the future. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 642-647.

<sup>40</sup> Fivush, R., Habermas, T., Waters, T.E., & Zaman W. (2011). The making of autobiographical memory: intersections of culture, narratives and identity. *International Journal of Psychology*, 46, 321-345.

多数派と少数派では、経験の内容に違いがあります。多数派同士では分かち合いはうまくいき、自伝的記憶は組みあがりやすいですが、障害者や民族的少数派、虐待経験者など、周囲には多数派しかおらず、似た経験をもつ他者と出会いにくい少数派の場合、少数派固有の経験の分かち合いをする機会が失われるために、自伝的記憶が統合されにくくなる可能性があります。相談支援専門員の中に一定割合以上、多様な機能障害をもつ当事者が存在し、なおかつ、ピア・サポートの手法なども取り入れながら、問題解決ではなく経験を分かち合うこと自体を目的とする基本相談に十分な時間を割くことが、自伝的記憶の組み立てを介して、ウェルビーイング向上や意志決定支援につながるという点を、理解しておきましょう。これを、心理的エンパワメント支援と呼ぶこともあります。

また、意思決定支援には、アクセス可能な形式での情報提供とコミュニケーション、過去や現在の経験の分かち合いに加え、複数の選択肢から本人が自分のニーズに合ったものを選択するサポートも含まれます。しかし、機能障害の有無にかかわらず、私たちは、体験したことのない選択肢を選ぶのは困難です。例えば、地域で暮らしたことのない当事者にとって、地域でアパートを借りて一人暮らしをするという選択肢は、選び取ることの困難なものでしょう。ニーズに合った選択をするためには、試しにその選択肢を体験してみることが役に立ちます。

意思決定に先立って、選択肢を体験する機会を提供することを、体験的エンパワメント支援と呼ぶことがあります。具体的な支援の手法としては、自立生活の体験の場の活用—例えば、自立生活体験室や施設や親元から離れた旅行などでの宿泊体験—や自立生活プログラムがあります。

心理的エンパワメント支援はもちろんのこと、体験的エンパワメント支援も、支援を行なうのは類似した機能障害や経験を持つ相談支援専門員であることが望ましいといえるでしょう。なぜならば、これらの支援においては、同様の体験を共有している支援者の存在自体が、利用者のロールモデルになりうるからです。いくら機能障害を持っていない人が熱心に働きかけたとしても、逆に利用者は「自分にはできない」と自信を失う結果につながる場合も少なくありません。したがって、相談支援専門員が障害当事者ではない場合には、地域で活動している障害のある相談支援専門員やピア・サポーター<sup>41</sup>に、この場面での支援要請を検討しましょう。

このように、意志決定支援は、機能障害や日常生活動作(ADL)のアセスメント表から利用者の意思やニーズを判定することではありません。利用者本人が、親元や施設から出た自立生活体験室での体験宿泊等で本人が気づいたニーズ、障害者ピア・サポーターとの話し合いで気づいたニーズ、これらを合わせて自分のニーズを把握していくことが重要なのです。

## 第5節 エンパワメント・アプローチ(1時間)

### 1項 エンパワメントとは

本章の冒頭で、相談支援は、障害者を対象にしたソーシャルワークだと述べました。しかし、そ

<sup>41</sup> ピア・カウンセラーとは、障害から生じる生活上の困難さを解決する経験をもち、同様の障害をもつ利用者に対して、信頼関係を築き、その経験を伝えていく力をもっている人で、利用者がロールモデルの発見ができたり、障害の自己受容がはかれるような働きかけができる人のことをいう。

のソーシャルワークも、日々、進化しています。ここでは、ソーシャルワークの進化の歴史を、4 期に分けて振り返り、現代的なソーシャルワークがどこまで来ているのかを把握しておきましょう。

1960 年代以前は第 1 期です。1930 年代までは、ソーシャルワークの母のうちの一人ともいわれるアダムズらの、ソーシャル・ケースワーク・モデルの流れをくむ、「診断」や「症状」を重視した「診断派」が主流でした。しかし 1940 年代に入ると、これを批判するかたちで、本人の意思やニーズと、社会資源としての相談機関の機能とをつなぐことを重視する「機能派」が台頭してきました。さらに 1950 年代には、診断派と機能派の両者の折衷を図る試みが登場し、パールマンの提唱した「問題解決アプローチ」に至ります。

1960 年代は第 2 期です。1950 年代から 60 年代にかけて、ベトナム戦争、人種問題、公害、失業、貧困などの社会問題が噴出しました。このような社会背景の中で、障害者運動を含む様々なマイノリティの解放運動が活発化し、社会問題を個人の問題にすり替えてしまいがちなソーシャルワークが、社会変革による解決を求める当事者を抑圧しているという批判がなされました。そのような問題意識の中でソーシャルワークは反省を迫られ、①心理社会的アプローチ、②問題解決アプローチ、③機能派アプローチ、④行動修正アプローチ、⑤家族療法、⑥危機介入、⑦成人の社会化など、多様な実践モデルが乱立しました。

1970～1980 年代は第 3 期です。この時期は、生態学やシステム論にもとづき、当事者や、当事者のおかれている状況を全体的・統合的に把握し、問題を単純な因果関係で捉えるのではなく、様々な要因の複雑な関係性の問題として捉えるソーシャルワーク論が登場し、主流となった時代です。ゴールドシュタインの「一元化アプローチ」、ピンカスとミナハンの「統合理論」、ジャーメインやギッターマンの「生活モデル」、などが代表的です。1980 年代に入ると、メイヤーやジョンソンらのエコシステム論にもとづき、問題のアセスメントを重視する「ジェネラリスト・アプローチ」が注目され、アメリカの社会福祉の学部教育における標準的教育内容として位置づけられるようになりました。

1990 年代以降は第 4 期です。システム理論は抽象的で、実践現場に応用するには困難であるという批判や、多数派と少数派の権力の格差、少数派固有の生活世界や生きられた経験 (lived experience) を軽視しがちなジェネラリスト・アプローチを補完する形で、フェミニズム・アプローチ、ストレングス・アプローチ、解決指向モデル、エンパワメント・アプローチ、ナラティブ・アプローチなど新しいソーシャルワークの実践モデルが発展した時代です。これらに共通しているのは、当事者の力を尊重し、当事者による主観的な問題の定義づけや、状況の意味づけ、目標の設定を重視する点にあります。

いずれにせよ、現代的なソーシャルワークは、システム理論に基づいて全体を俯瞰し、客観的・中立的な立ち位置から支援をしようとする第 3 期ではなく、力と責任を奪われたマイノリティと、力と責任を持ちすぎている多数派を見分け、マイノリティの主観的な世界観に寄り添いながら、力と責任の不均衡を是正しようとする第 4 期にあります。主観的世界に寄り添うナラティブ・アプローチと、力の勾配の是正を重視するエンパワメント・アプローチは、第 4 期を特徴づけるものです。これまで述べてきた社会モデルの視点、自立と虐待防止の視点、セルフケアプランの重要性、意志決

定支援は、いずれも現代的なソーシャルワークと共鳴するものです。

セント・アンブローズ大学教授でソーシャルワーカーのブレンダ・デュボワ (Brenda DuBois) と、ブラックホーク大学名誉教授で同じくソーシャルワーカーのカーラ・K・マイリー (Karla K. Miley) は、著書『ソーシャルワーク——人々をエンパワメントする専門職』の中で、「ソーシャルワーカーはエンパワメントする専門職である」と述べています。また、力の不均衡を是正しようとする「社会正義」を学ぶことが不可欠であるとも言っています。これは本章の冒頭でも紹介した、国際ソーシャルワーカー連盟総会において採択されたソーシャルワークの定義とも矛盾しないものです。

## 2項 精神保健領域におけるエンパワメント

2000 年以降は、こうしたエンパワメント・アプローチに基づくソーシャルワークが、精神保健の領域にも広がってきました。世界の精神保健サービスがどのような方向を向いて変革しつつあるかについて、①リカバリー・アプローチ (Recovery Approach)、②コ・プロダクション (Co-production)、③拘束ゼロ最優先 (No-Force First) という 3 つのキーワードに沿って説明します。

### ① リカバリー・アプローチ (Recovery Approach)

社会学者の猪飼は、20 世紀は医療に対して「健常な状態に戻ることを期待する人々が多かったけれど、21 世紀になると、治らない病気を抱える高齢者の大集団が形成されたために、「健康」の定義が、「治療不可能であっても健やかに生活すること」へと変化していったと述べています<sup>42</sup>。これは、医師によって定義される健康観から、当事者の討議によって民主的に定義される健康観への移行を引き起こしました。医学モデルから社会モデルへのパラダイムシフトも、そういった変化の嚆矢といえるでしょう。

精神保健サービスの領域でも、同様の変化が起きつつあります。これまでは、製薬産業、医療テクノロジー産業、学术界が、新しい研究や治療法開発において先導的な役割を果たしてきましたが、彼らの優先順位は必ずしも、当事者の優先順位と同じではありません。その結果、ウェルビーイングのみならず、経済合理性の観点からも、有益な研究領域の多くが無視されているという批判が、2000 年以降なされるようになりました。

精神障害のある当事者の価値観に基づく回復の過程を「リカバリー（あるいは主観的リカバリー）」と呼び、リカバリーを重視して行われる支援のことを「リカバリー・アプローチ」と呼びます。日本語に対応する概念のないリカバリーという考え方は、精神疾患をもつ当事者の手記の公開をきっかけに、1980 年代あたりからアメリカで普及した概念<sup>43</sup>で、当事者の語りの質的分析を行った研

<sup>42</sup> 猪飼周平. (2010). 病院の世紀の理論. 東京: 有斐閣.

<sup>43</sup> Deegan P.E., 1988, "Recovery: The lived experience of rehabilitation," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

究<sup>445</sup>、数値化できるリカバリー尺度の作成を試みた研究<sup>4647</sup>、当事者の語りをもとにリカバリーの理論構築を試みた研究<sup>4849</sup>、こうした当事者の語りをもとにしたリカバリーの先行研究をまとめ、共通する要因を CHIME (Connectedness、Hope、Identity、Meaning、Empowerment の頭文字)としてまとめた研究<sup>50</sup>などによって世界的に注目されるようになりました。C は地域社会や社会資源、ピアとのつながり、H は未来に対して「なんとかなるさ」と楽観的に考えられる状態、I は自己スティグマに汚染されていない等身大の価値あるものとしての自己認識、M は過去や現在の困難に意味を感じ取れること、E はエンパワメント、すなわち決定や社会資源の活用といった力を取り戻し、そこに伴う責任を引き受けることです。仮に幻覚や妄想といった医学的な症状が消えていなくても、地域に出て、スティグマをもたない仲間や隣人とともに、自己決定権と責任を持って生き、生きる意味を感じられることを目指して支援しましょうというのがリカバリー・アプローチの骨子であり、そのために相談支援専門員が行えることは、もしかすると医療関係者以上に多いかもしれません。こうしたリカバリー概念には多様な解釈があるものの、結果ではなくプロセスを示し、その焦点は「人生の新しい意味と目的」の創造<sup>51</sup>にあるという点は共通しています。

当事者が定義した望ましい状態に向けて支援を組み立てるリカバリー・アプローチは、ここ 1990 年代後半以降に生じたメンタルヘルス領域におけるパラダイム転換を象徴する概念とされています<sup>52</sup>。当事者の意思やニーズから出発するソーシャルワークにおいてさえ、かつては、精神障害の場合は例外とされ、本人のニーズに基づかない支援が行われることがありましたが、現代的なソーシャルワークにおいては、リカバリー・アプローチに基づき、例外なく、精神障害も含めて当事者主導の支援を組み立てることの有効性が確認されていることを理解しておきましょう。

## ②コ・プロダクション (Co-production)

コ・プロダクションとは、公的サービスの創出に、サービス利用者が参画する実践のことです。もともとコ・プロダクションという用語は、警察官が巡回をやめ、パトカーでのパトロールに切り替えた 1970 年代後半に、シカゴ近隣の犯罪率が上昇した理由を説明するために、後にノーベル経済学賞を受賞した、政治学者・経済学者のエリノア・オストロムたちによって提案されたものです<sup>53</sup>。オ

<sup>44</sup> Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.

<sup>45</sup> Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 248-257.

<sup>46</sup> Noordsy, D., torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: an interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14, 318-326.

<sup>47</sup> Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M. & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231-239.

<sup>48</sup> Ralph, RO., Corrigan, PW., 2004, Recovery in Mental Illness., American Psychological Association.

<sup>49</sup> Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.

<sup>50</sup> Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

<sup>51</sup> Anthony W., 1993, "Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of Mental Health Services System in the 1990's," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11 - 23. (=1998, 濱田龍之介訳「精神疾患からの回復：1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点」『精神障害とリハビリテーション』2 (2), 65 - 74).

<sup>52</sup> Ralph, RO., Corrigan, PW., 2004, Recovery in Mental Illness., American Psychological Association.

<sup>53</sup> Ostrom, E., Parks, R.B., Whitaker, G.P., & Percy, S.L. (1978). The public service production process: A framework for analyzing police services. *Policy Studies Journal*, 7, 381-389.

ストロムは、シカゴの警察官と、シカゴの住民との人間関係が希薄になったことで、警察官が効果的に自分たちの仕事をするのが難しくなったのだと考えました。言い換えると、犯罪を未然に防いだり、いち早く発見したりするという、警察官が提供すべき公的サービスは、警察行政の中に蓄積された専門知識と同じくらい、サービス利用者である住民がもつ知識、資産、努力に大きく依存していたということです。

コ・プロダクションでは、サービス利用者は単にサービスの中身に関して相談される存在ではなく、立案、設計、実施、そしてサービス管理の一員となります<sup>54</sup>。近年では米国以外でも、デンマーク、フランス、英国、ドイツ、チェコ共和国など、多くの国で、保安、環境、医療分野における公的サービスのコ・プロダクションに関する社会実験が開始されています<sup>55</sup>。サービスの提供者にはサービス内容に関する決定権があるが、サービスの利用者にはそれがないという力の不均衡を是正するコ・プロダクションは、エンパワメント、にとって極めて重要なものです。

例えば、英国リバプールにある精神保健サービス提供機関であるマーシー・ケアでは、ひとつひとつのサービスをリカバリー・アプローチに基づいて確実に行うことでサービス水準の向上を図ってきました。そのために、医療・福祉スタッフと当事者スタッフが対等な立場で相互に協力しながら、サービスの内容と施策を決定することを重視してきたといいます。とりわけ、「最初から、常に」サービス体制をコ・プロダクションすることを大切にし、あらかじめ出来上がった後で当事者スタッフに意見を聞くということは、絶対に避けてきたそうです。

具体的にはスタッフの採用において、当事者スタッフが面接に参加し、評価点配分も平等に与えられています。適切な人が適切な場所、タイミングで配置されることはとても重要なことであるという理念に基づき、面接用の質問リストが当事者スタッフも参加してたくさん作成されています。なかでも当事者スタッフが一番好きな質問のうちの一つは、「最後に誰かを笑わせたのはいつですか？」だといいます。なぜかというと、就職後に同僚となる当事者スタッフの状態がよくないとき、共に働くのが難しくなることもあるので、この質問を聞くことで、そのときどんな風に接するつもりか知りたいからだといいます。

マーシー・ケアでは、スタッフ教育のデザインにも当事者スタッフの意見を反映しています。具体的には、コ・プロダクションした45分のテキストを用いた教育プログラムを75%のスタッフが受講しています。受講前、スタッフの75%は、「自殺予防はできない」「自殺とは、個人的な悪い行為」と考える傾向がありましたが、受講後はその割合が10%に減ったといいます。

また、病棟やグループホームで夜勤から日勤に申し送りをする朝のミーティングにおいて、当事者スタッフが必ず立ち会ったうえで、利用者について肯定的な言葉で申し送りすることを決めたといいいます。その結果、スタッフのスティグマが減少し、利用者を肯定的に受け入れるようになりました。問題行動に見える振る舞いを利用者がとった場合にも、その人自身を見られるようになり、そのことが、夜間の身体拘束を大幅に減らしたといいます。

これまで、当事者が相談支援専門員になることの重要性を様々な角度から述べてきましたが、

<sup>54</sup> Bason, C. (2010). *Leading public sector innovation: Co-creating for a better society*. Bristol: Policy Press.

<sup>55</sup> Parrado, S., Van Ryzin, G.G., Bovaird, T., & Löffler, E. (2013). Correlates of co-production: Evidence from a five-nation survey of citizens. *International Public Management Journal*, 16, 85-112.

それは、一つの相談支援事業所の中で、機能障害のあるスタッフと機能障害のないスタッフが共に働くということを意味します。マーシー・ケアにおけるコ・プロダクションの実践は、事業所の運営を考える上でも参考になるでしょう。

## ② 拘束ゼロ最優先 (No-Force First)

拘束ゼロ最優先とは、米国アリゾナ州フェニックスにある非営利法人リカバリーイノベーション (RI) で開発されたプログラムの名称です。RI では 2000 年始めより、従来の伝統的な精神保健サービスでは不十分であり、リカバリー視点をもった理念と組織の改革が実施されました。そして、この改革のリーダー達は、選択や自己決定といったリカバリーの価値に反している、身体拘束の問題に最優先で取り組むために、NFF を開発しました。年間 12,000 人を支援する大規模施設と、年間 2,500 人を支援する小規模施設を対象に NFF を実施したところ、大規模施設では 10 か月で隔離がゼロ、31 か月で身体拘束がゼロになり、小規模施設では 2 か月で隔離がゼロ、15 か月で身体拘束がゼロになりました。薬物拘束については、大規模施設で 2 年間のうち 56 人に行われました (0.45%)<sup>56</sup>。

RI で NFF が成功した背景には、以下の 5 つの要因が影響しているといわれています。

1 つ目は、最高経営責任者ジーン・ジョンソンらの強力なリーダーシップです。RI ではリカバリーを「自分が何者であるかを思い出し、本来の自分になるために自分の力を使うこと」と定義し、強制力を徹底的に排除するという理念を浸透させたのです。

2 つ目は、当事者スタッフの雇用です。NFF に関わるスタッフの半数以上は当事者にしました。当事者スタッフは、拘束によるトラウマについて、自身の経験から深く理解しています。他のスタッフが、当事者スタッフを欠かせない同僚としてとらえるようになると、スタッフ自身のリカバリーの考え方が肯定的に変化し、結果的に隔離拘束も減っていったといいます。

3 つ目は、スタッフが持つ恐れを受容と変容です。スタッフはリカバリーを促進する環境の一部であるという考えのもと、リーダーはスタッフを対象に、隔離や拘束の排除に対する不安や恐れを自由に話せる討論会を何度も開きました。そこでは、隔離や拘束がなくなるとスタッフがケガをする恐れがあるという意見や、強制力の必要について方針がまったく違う組織で受けたトレーニングの話、薬物やアルコールを乱用したり、ホームレスの人々に対する偏見、ピアをチームに迎えて一緒に働くことに対する躊躇などの意見が出されました。スタッフから恐れや本音を吐き出す機会を設けるこの戦略は、新しい試みを受け入れるために必要でした。リーダーたちは、スタッフから出された否定的な考えを、徐々に希望や選択、エンパワメントというリカバリーの価値、人生に意義や目的を生む手助けをする意義を重視するリカバリー文化へと、研修等を通して置き換えていきました。

4 つ目は、危機介入の手続き化です。危機介入が必要な場面において、拘束的な介入が許されるのは、緊急時の向精神薬の強制投与のみであることを浸透させました。こうした薬物拘束が

<sup>56</sup> Ashcraft L, Bloss M, Anthony WA: The Development and Implementation of “No Force First” as a Best Practice Psychiatric Services 63:415-417, 2012

行われた場合には、徹底的な報告の機会を設けています。さらに、本人が望まない収容は強制しないなど、本人の選択を重視しています。

5つ目は、開放的な環境です。NFFの方針は、「人々が通常受けている支援から、切り離さない」というものです。救急センターにおいてさえ、利用者は自分の鍵を持ち、コンピューター室ではメールにもアクセスできるようにしました。さらに、自分の電話を持ち、家族や友人の訪問も歓迎されます。

### 3項 正義の文化(Just Culture)

本章でのべた内容を実際に行うためには、機能障害をもつスタッフと多数派のスタッフの密な共同作業とコミュニケーションが必須です。したがって、相談支援事業所に、どのようなスタイルの共同作業とコミュニケーションを文化として育むかは、すべての実践の根幹をなす重要な問題です。

マーシー・ケアでは、以下のような組織文化を正義の文化と呼び、推奨しています。

個人や組織に対して説明責任は持たせるが、うまくいかないときに個人を非難したり責任を押し付けたりしない(誰が問題なのかではなく、何が問題なのかに注目する)。

スタッフ同士が相互に敬意を持ち、良いことも悪いことも話し合う。

罰せられないという安心感の下、失敗を隠さず話すことが安全につながり、スタッフが快適に過ごせることが利用者の快適さにつながる。

正義の文化とは、もともと高信頼性組織(high reliability organization: HRO)研究という学問分野で、シドニー・デッカーによって提唱された概念です<sup>57</sup>。HROとは、原子力空母、原子力発電所、潜水艦、航空管制システム、配電施設、国際的な銀行など、高度のテクノロジーに支配され、スタッフのわずかな失敗が、組織全体、ひいては地域社会全体に破壊的な影響を与える組織のことであり、HRO研究はこうした組織が大きな失敗をしないための条件を明らかにしようとするものです。

これまでのHRO研究によると、失敗の許されないこうした現場では、マニュアルや規則によってスタッフの行動の範囲を限定するために、スタッフが仕事の仕方を学習する機会が著しく制約され、その結果、逆に失敗のリスクが高まり、組織の安全を脅かすという重要な知見が報告されています<sup>58</sup>。言い換えると、スタッフが「失敗を通じて学習する権利を奪われやすい」ために、かえって大きな失敗が起きやすい組織になってしまいがちだということです。

失敗とは、ルーティン化しやすい職場の中に緊張感をとりもどす絶好の機会であるとともに、スタッフが組織全体の仕組みを体で学び取る絶好の機会です。失敗を通じて、スタッフや組織が学習し続けるためには、失敗を隠さず(説明責任)、責めず(非難の禁止)、分かち合う文化を組織の

<sup>57</sup> Dekker, S. (2007). JUST CULTURE: Balancing Safety and Accountability. Ashgate. (芳賀潔監訳. 『ヒューマンエラーは裁けるかー安全で公正な文化を築くには』 東京大学出版会. 2009)

<sup>58</sup> 福島真人. (2010). 学習の生態学. 東京: 東京大学出版会.

中に根付かせていく必要があります。こうして、「大きな失敗を防ぎたいければ、失敗を責められることなく、失敗を通じて学習する機会が保障されなくてはならない」という、正義の文化が重視されるようになったのです。これは、失敗の権利を当事者が取り戻すべきという、エンパワメントとも共有するものでしょう。

正義の文化は、機能障害のあるなしに関わらず、スタッフと組織の両方が成長するために不可欠な組織の文化といえます。このことは、機能障害のある相談支援専門員と、その他の相談支援専門員がともに働く組織のマネジメントを考える場合だけでなく、機能障害のある人の就労を支援する際に、就職先にどのように働きかければよいかについてヒントをくれます。これまでの研究では、就労を希望する障害者を、就職前に訓練させ、一定の基準に達したら就労を認めるという「訓練のち配置(train and place)」型の就労支援よりも、就職前の訓練は最小限にし、本人の希望を踏まえてまずは働く場とつなぎ、働き始めてから発生する様々な課題を、オン・ザ・ジョブで事後的に支援する「place then support」型の支援の方が、就労定着率や再入院率の面で費用対効果が高いことが分かっています<sup>59</sup>。ただし、「place then support」型の支援を実現するためには、就職先に、失敗を前提とする正義の文化が定着している必要があります。

---

<sup>59</sup> Burns T, Catty J, Becker T, et al : The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomized controlled trial. Lancet. 370; 1146-1152, 2007

## 第2部

### 障害者ケアマネジメントの基本的枠組み

## 第2部 障害者ケアマネジメントの基本的枠組み

### 第1章 障害者サービスと介護保険

#### 第1節 障害者サービスと介護保険の違い

障害者は40歳からその一部が介護保険の対象となりますが、生活スタイルにより介護保険の選択が生活の幅を狭めることになる事があります。介護保険は医療的身体欠損を補うものであり、医療モデルの介助サービスといわれています。このためサービス量は区分毎の支給限度額に基づいて決定され、身体介助・家事援助に介助内容は限定されます。これに対して障害サービスは、重度訪問介護制度の場合見守り・付き添い・移動が可能であり、利用者に必要な量の支給決定が成され、1日24時間以上の介助サービスも可能です。介護保険のケアマネジャーは、このようなサービス制度の違いを知らずに、サービスの利用制限をかけ、障害者サービスの利用者に大変な迷惑をかける事例があります。

障害者サービスの理念は、成長期の障害者が社会参加やレクリエーションを送る上で必要な学習・読書・外出等に欠かせない移動・見守り・付き添い外出を支援するものであり、他の人と平等の生活ができることが条件として課されています。障害者サービスが介護保険のサービスとは全く異なるものであることを、ケアマネジャーが理解する必要があるのです。

障害者サービスを従来使っていた者については、65歳になっても選択的に障害者サービスを使い続けるようになっている点からも、障害者ケアマネジメントの重要性は前にも増して高まっています。介護保険に必ず加入させられる訳ではないということを、介護保険のケアマネジャーはよく理解する必要があります。通知においても介護保険を選ぶか、従来の障害者サービスを選ぶかは、本人が選択できるように指示がでています。市町村職員にも、まだこのことへの理解が徹底されていないことを憂慮しています。このためにも、障害者ケアマネジメント研修において、国基準のテキストがガイドラインでも推奨される必要があります。

日本政府は2014年に国連障害者権利条約に批准し、その19条「自立した生活及び地域社会への包容」の履行を迫られており、介助サービスの内容がニーズに適応したものになることを国に義務付けていますので、権利条約の理念に基づいて障害者基本法、障害者総合支援法の改定をするべき時期に来ています。

#### 第2節 介護保険の40歳問題(特定疾病に該当する2号被保険者)

介護保険法が対象とする「要介護者」の大部分は、「要介護状態にある六十五歳以上の者」(第七条三項一号)です。ただし「要介護状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上又は精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病(以下「特定疾病」という。)であって政令で定めるもの」(第七条三項二号)も介護保険の対象になるとの記載があります。即ち障害が該当する特定疾病に起因する場合であっても、40歳を境に介護保険サービスの対象者となります。比較的若年であっても、高齢者を想定した介護保険サービスが提供され、福祉サービスにミスマッチが生じることがあります。

例えば特定疾病に起因する障害をもつものが、治療と並行して生活支援を利用しようとすると、介護保険法に基づき、その利用者の多くが65歳以上の高齢者施設を利用することになります。

40歳になるまでは障害福祉サービスである生活介護を利用していたものが、40歳を境に高齢者用デイサービスに通うことになります。また補装具に関する問題としては、総合支援法上で対象疾患として指定があれば、補装具の扱いとしては所得に応じて公費の負担が可能になりますが、介護保険上の特定疾病に該当する疾病をもつ者で、福祉用具の利用を必要とする場合、介護保険法の適用においては貸与の扱いになってしまいます。そして補装具のように細かい改造が利きません。

上述の通り、介護保険法上での二号被保険者については、若年の要介護者のニーズを満たすことができていません。また介護支援専門員の中には障害サービスについてあまり知識のないものが多く、本来的には介護保険法ではなく総合支援法によって支援が構築される対象者へも介護保険サービスを適用することがあります。

●障害者分野の支援のあり方と高齢者分野の支援のあり方の違いについて(表)

項目	障害者分野の支援のあり方	高齢者分野の支援のあり方
関連法	障害者権利条約・基本法 障害者総合支援法 障害者差別解消法・虐待防止法 等	介護保険法
考え方	社会モデル 障害者及び障害児にとって、日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に「資する」ことを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。	医療モデル 前項の保険給付は、要介護状態の軽減若しくは、悪化の防止又は、要介護状態となることの予防に「資する」よう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
ホームヘルプサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会参加や余暇活動も範囲に含まれる</li> <li>・日常生活全般の支援を行うことができる</li> <li>・見守り、付き添い、移動もサービス内容に含む</li> <li>・社会モデルに基づくサービス内容(例:社会参加, レクリエーション, 外出)</li> <li>・「ヘルパーと共に行う家事」はなく、「家事援助」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活に必要な支援のみが対象</li> <li>・対象が利用者ではない(家族など)への援助は行えない(例:洗濯, 調理, 買物, 布団干し)</li> <li>・日常的に行われる範囲を超える家事は行えない(例:庭掃除, 大掃除, 家具の移動)</li> <li>・医療モデルに基づくサービス内容(例:医療的身体欠損を補うサービス提供)</li> <li>・「自立支援」の考え方から、「ヘルパーと共に行う家事」が原則</li> </ul>
訪問サービス支給量	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に必要な量の支給決定(一日 24 時間以上のサービスも可能)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・区分毎の支給限度額に基づくサービス量</li> </ul>
サービス利用計画の作成者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフプラン、相談支援専門員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護支援専門員(ケアマネジャー)</li> </ul>
相談対応者の役割 ・相談支援専門員(障) ・ケアマネ(高)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本相談</li> <li>・エンパワメント支援</li> </ul> 施設・病院や実家からの地域移行や、学校から卒業した時の移行期の支援といった、障害者の人生のターニングポイントへの集中した支援。 ターニングポイントを伴走した結果としてサービス利用計画がある。	サービスのパッケージングと点数管理が中心
利用者負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・応能負担ベース(ただし応益負担的要素が加味され、原則1割。負担能力に応じた限度額がある)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・応益負担(所得に応じて原則 1~3 割負担)</li> </ul>

## 第2章 ケアマネジメントとは何か

人生の中途での障害、生まれたときからの障害、知的障害者を問わず重度の障害者はこれまで(知的障害者の場合、時には中軽度の者まで)入所施設で暮らすか、在宅で親等の家族のもとで一生を送るものと考えられてきました。しかし、地域の中に十分なサービスとサポートシステムがあれば、重度の障害者も地域での自立した生活が可能になります。

ケアマネジメントは、このように、障害者の生活の場が、施設から地域へと変化してきたことによって、考えだされてきた援助手法です。すなわち、施設であれば、そこに暮らしていく上で必要な資源を集めており、施設の中だけで生活が完結していますが、地域においては、障害者が必要としている社会資源が、様々な場所にあります。そういった社会資源を上手に使いこなしたり調整をしないと、地域での障害者の生活は成り立たないことが多いのです。しかし、自分にとって必要な社会資源は何であり、その社会資源がどこにあるのかを知らなかったり、その調整が苦手であったり、あるいは、そういった社会資源の調整よりも重要な仕事を抱えていることがあります。そのような場合、その障害者を支援し、障害者の希望に応じた様々な社会資源を調整すること—ケアマネジメント—が必要になってきます。そして、ケアマネジャーは、地域において障害者の希望する生活を実現するために、障害者が様々な社会資源を活用することを支援します。

ケアマネジメントはその人のもつ生活上の困難やニーズを対象として行うものであって、生活のある部分を一定の期間、本人の希望に添って支援するものです。だからといって、利用者が自分で決められることもケアマネジメントされてしまうと、障害者は常に庇護の対象となってしまう、パワレスな状態に陥ってしまうでしょう。

一方、知的障害児で親が抱え込んでしまっていたり、中途障害者で以前の生活への執着から抜け出せなかったりして、地域のサービスにつながらない例もあります。このようなときには部分的なケアマネジメントが有効かもしれません。

とはいえ、すべての障害者が、ケアマネジメントを必要としているとは限りません。例えば、自分で必要な社会資源を調整し使いこなせる人にはケアマネジメントは必要ありません。このような場合をセルフケアマネジメントといいケアマネジメント支援の対象とはなりません。セルフケアマネジメントとケアマネジメントのどちらを選択するかは本人の意思によります。実際には一部セルフケアマネジメントで一部はケアマネジメント、または支援を受けつつケアマネジメントからセルフケアマネジメントへの移行期にある等、セルフケアマネジメントとケアマネジメントに対象が明確に二分されるわけでもありません。ケアマネジメントとは決して、その障害者の全生活のケアプランをケアマネジャーが立てマネジメントするものではなく、たとえば重度の知的障害者が、少しでも自分でサービスを選択し、調整して決めていきたいという意志があるなら、その意志を尊重し、その部分をセルフケアマネジメントしてもらうことを基本とすべきものです。

### 第1節 障害者のケアマネジメントの強調点

高齢者のケアマネジメントと障害者のケアマネジメントとの基本的な違いの一つに次のようなことがあります。これまで障害者は施設や在宅で保護と管理のもとにあり、その周囲の人たちが障

害者の失敗や事故をおそれるあまり、人生における様々な経験をする機会を失ってきたといえます。そのため、地域生活を始めようとするとき、ともすれば依存的になりがちで主体的な生活を築いていく上で多くの困難に直面します。そんな障害者達に自信を取り戻してもらい、新たな人生に取り組んでいくための支援をしていこうとするのが障害者のケアマネジメントです。このテキストで強調しているケアマネジメントは、当事者の主体性と自己決定を尊重し、ケアマネジメントのプロセスの中で障害当事者自身がエンパワメントすることが含まれます。すなわち、自分に自信をもち、新たな情報や社会資源を得ることによって、自らに内在していた力を高めていくことに重点をおいた支援とも言えます。

したがって、ケアマネジメントの支援を通して、多くの利用者は、最初はケアマネジメントを望んでいたり、必要としていたとしても、いずれは自らのケアプランを自分で立てられる(セルフケアマネジメント)ようになるか、あるいは、自分では繁雑すぎてやりきれないので部分的についてだけケアマネジメントを依頼するようになります。

知的障害者もホームヘルパー制度の充実によって、地域で暮らせる状況は徐々に整いつつあります。また養護学校の卒業生の中で、身体障害と知的障害との重複障害者が多くなりつつあり、その卒業後の生活の場が問題となってきています。現在でも日本の知的障害者の4分の1の人達が施設に入所しているという現実、地域で暮らし続けたくても地域生活を可能にする体制がほとんどない状態での止むを得ない選択を表しています。

しかし、障害者のケアマネジメントは子供の時から成人したあとも地域生活が続けられるように支援するための体制づくりであり、そのためにケアマネジャーの役割があることを再確認して下さい。

知的障害者の場合セルフケアマネジメントは難しいと思われるかもしれませんが、介助者は自分で選びたいでしょうし、そのうち介助提供団体も自分で選びたいようになるかもしれません。それが部分的にセルフケアマネジメントへ移行するということです。そうできるまでにとっても時間のかかる人もいるかもしれませんが、ニーズが拡大することによって一時的にケアマネジメントが増大することもあるかもしれませんが、一般的には生活の中で自分で決定する部分が徐々に進展していくものです。

別の言い方をすると、障害者のケアマネジメントは、単なる社会資源の調整にとどまらず、障害を持ちながら、地域での自立した生活が果たせるように、障害者本人のニーズの把握、社会資源の活用への支援、ニーズの個別対応、ニーズの時系列的対応、障害者本人のエンパワメントを通しての自己選択・自己決定ができるように側面から支援することなのです。

したがって、ケアマネジャーは単にケアプランを作成すればよいのではなく、ケアマネジメントのプロセスの中で、最終的に利用者が力をつけ、少しずつ自分のケアプランを自分で管理することができるようサポートすることが望ましいといえましょう。ただし、ケアプランを自分で管理することは、ケアマネジメントのプロセスの全てを利用者が自分で行うことを必ずしも意味しません。

例えば、知的障害を持つ利用者は、自分の希望や意思をはっきりと持っていて、それを他人に伝えることや、様々な社会資源を組み合わせる時に必要となる複雑な手続きや調整が

苦手なことがあります。また、利用者がサービスを調整することに労力をとられ、日々の活動に支障が生じたり、社会参加の機会が妨げられてしまえば、本末転倒です。このような例にみられるように、利用者の希望や状況にもよりますが、ケアマネジャーは、利用者の希望や依頼に応じて、ケアマネジメント支援の一部分を継続的に行うことがあります。

しかし、この場合のケアマネジメントとは、利用者にかかわり始めた初期の頃のケアマネジメントとは性質が異なることに留意しましょう。この場合、初期のケアマネジメントでは、利用者自身が自分のニーズを明確に把握していなかったり、目標設定がうまくいかなかったり、社会資源の情報や知識が不足していて十分に活用できなかったりしますので、ケアマネジャーの密度の濃い支援が必要となります。しかし、利用者が自分のニーズを把握し、希望や依頼を明確に伝えることができるようになった時には、ケアマネジャーは主にサービス調整の役割を果たすこととなります。この場合、サービスの活用状況によっては、サービス提供機関の職員（コーディネーターなど）が、事実上、ケアマネジャーの役割を引き継ぐことになるかもしれません。

## 第2節 ケアマネジメントにおけるアドボケート機能

まず、本人中心のマネジメントがなされないならば、それは強制になってしまいます。また、たとえケアマネジャーが善意や熱意で行った連絡・調整であっても、利用者にとっては、必ずしも良い結果になるとは限りません。

例えば、知らせたくない事項を回りの人たちが共有してしまうことでプライバシーの侵害となったり、利用者が言葉による表現とは逆の意思を持っていることを読み取れなかったために、調整そのものが結果として、本人に混乱をもたらす場合もあり得ます。このように本人中心のマネジメントがなされないならば、それは強制になってしまうのです。すなわち、ケアマネジメント、ケアマネジャーは個人に深く関わるだけ、権利侵害をする危険性をはらんでいます。ケアマネジャーは常にその自覚をもって利用者に関わる必要があります。

これらの問題を解決するためには、ケアマネジメント支援体制として、今後、利用者が選べるだけの数が確保され、ケアマネジャーの質が切磋琢磨されていくことが課題です。また、利用者には権利侵害が起きた時に訴える権利があることを説明する義務があります。

今後ケアマネジメント機関とケアマネジャーを監視し、当事者の権利を擁護する第三者機関の設立を検討するなど、ケアマネジメント実施においてチェック機能が満たされるようにしなければなりません。

さらに、どんなにケアマネジャーが配慮したとしても、ケアマネジメントの過程で、社会資源の不足等の問題が起こることが容易に想像されます。現時点では障害者に関わるサービスが量、質ともに圧倒的に不足しているのですから、そのままサービスを調整するだけではどうしても障害当事者の望むような生活は実現できないことが十分あり得ます。

ケアマネジャーはそのような状態に対して、地域の関係機関に働きかける、社会資源を開発する、創造する等のソーシャルアクションを自ら起こさなければなりません。それはケアマネジャーの大きな役割です。（第Ⅲ部 ケアマネジメントの実施過程第6章第2節参照）

しかし、サービスの量を増やしたり、ない資源を新たに創り出すことは地域の行政の姿勢や関係機関の連携のありかたなどの問題からすぐに解決できない場合もあります。そのような場合、ケアマネジャーの資質の向上をどれだけ図ったとしてもすぐに当事者の希望どおりの生活を実現することはやはり困難な場合があります。

このように、地域での生活を支えるための社会資源が不足している場合、ケアマネジャーは、その資源を作り出す役割があります。例えば、ホームヘルパーのサービス供給時間が本人の希望を満たさない場合、不足する量を明らかにし、その不足分のニーズを顕在化させ、そのデータを行政の担当課に伝えることも重要な役割です。そのことによって、担当課も具体的な数値をもって財政課に伝えることができ、次年度の予算に反映させることができるようになります。その結果、本人のニーズが満たされ、地域生活の継続が可能になるわけです。

### 第3章 ケアマネジメント支援の対象

前述のように、ケアマネジメント支援の目的は利用者と社会資源とを結びつけていくことにあります。また、地域に適切な社会資源がないときそれを開発していくのもケアマネジャーの役割です。

ケアマネジメント支援の対象となる人は、日常生活動作(ADL)を中心とした、いわゆる要介護度が重度かどうかで決まるわけではありません。例えば、日常生活のあらゆる面で介助が必要な人の方が、あまり介助が必要ではない人よりも、ケアマネジメントといった観点からみて、支援が少なくてもすむ場合もあるのです。

つまり、ケアマネジメントの支援の対象とは、ケアマネジャーの判断や要介護度で決まるのではなく、本人が希望する場合にその希望する分野において本人の希望する事項の解決するまでの期間を限定して対象となると言えるでしょう。したがって、障害者が地域での生活のある分野において本人自身に単に情報が不足しているのを求めてきているという場合に、情報提供することもケアマネジャーの役割です。

また、ケアマネジメントとは決して、その利用者の全生活のケアプランをケアマネジャーが立ててマネジメントするものではなく、利用者から依頼を受けた部分についてマネジメントを行なうものです。例えば重度の知的障害者が、ある1つのサービスについては自分で選択・調整をしたいという意志がある場合、ケアマネジャーはその意志を尊重し支援を行なっていく必要があります。ケアマネジメントはその人のもつ生活上の困難やニーズを対象として行なうものであって、その人の生活全体をマネジメントするものではありません。

## 第4章 ケアマネジメントの原則

### 第1節 アセスメントの視点

ケアマネジメントにおけるアセスメントとは、課題設定とも訳されているように、本来の意味は、利用者が必要としているサービスやサポートを見定めるために、利用者のニーズを明確化することです。そのためには、利用者自身が発する「生の声」から支援や援助を始めなければなりません。

利用者が制度を活用する要件を満たしているかどうかや、トイレや入浴に介助が必要かどうかなどの利用者の身体的な機能あるいはADLの状態を客観的に把握することがアセスメントにおいて先にくるのではないのです。こういった事柄は、利用者がどのような生活を希望しているのか、そのためにはどういったサービスや支援が必要となるのかを明確にしてから、実際に、サービスの提供や援助を行なうために必要となる事柄なのです。

従来、とすると、事務的にサービスや援助の適用要件の判定を行ない、その結果のみに目を奪われ、利用者の希望や選択が軽んじられる傾向にありました。福祉の業務に長く携わっていると、相談にきた人の状況や障害の状態をみて、すぐさま、既存のサービスや制度など、ケアマネジャーにとってなじみのある社会資源と結びつけようとしていたり、紹介したくなるものです。

このようなサービス中心の支援ではなく、利用者の希望や選択に応じてサービスや援助を行なうといった、ニーズ中心の視点が、障害者のケアマネジメントには、特に重視されます。そのためには、まず、利用者の話に丁寧に耳を傾け、その内容を受けとめましょう。

利用者の中には、個別のニーズそのものがはっきりしていて、そのニーズに関する援助のみを求めてくる人もいますが、個別のニーズと利用者のおかれている状況や家族との関係などが密接にからみ合っている場合などは、それらを含めた理解、つまり利用者自身の現状に対する理解をケアマネジャーに求めてくる人も少なくありません。後者の場合、ケアマネジャーの視点で、解決すべきニーズだけを切り取るのではなく、本人の状況を含めた総理解が必要となります。

ケアマネジャーが障害者をケアマネジメントの対象としてのみとらえてしまうと、利用者の状況を含めてニーズを理解してもらいたいという希望を、ケアマネジャーは一方向的に依存的あるいは自己中心的であるとみなして、利用者のことを否定的にとらえてしまうことにもなります。このような場合には、まず利用者本人が、自分の状況をどういった視点からとらえているのかを受けとめるようにしましょう。ケアマネジャーが利用者とともに、利用者のニーズを整理していくことにより、利用者自身が自分のニーズを整理していく方法を身につけていくエンパワメントにもつながっていきます。

#### <事例①>

親元を離れてアパートで一人暮らしをしたい、と希望している脳性マヒの女性がいます。ケアマネジャーは、まず自分自身で親に伝えるように勧めますが、本人は親から反対されるのがよくわかっているため、自分から言い出すことができません。こういった場合、ケアマネジャーが自分のことなのだから自分で親に伝えるべき、という立場に立っても、状況は一向に改善されず、かえって本人は苦しい状況に追い込まれるばかりです。

まず、利用者自身の「生の声」や、利用者自身が自分の状況をどのようにとらえているのかを受け止めてはじめて利用者が現在使いこなせる社会資源、利用者のニーズにあったサービスが分かり、どういった社会資源を利用者に結びつけることがふさわしいかを提案することができるようになるのです。

事例①の場合、家族がこの女性の一人暮らしをどう考えているのか、これまでの家族との関係はどうであったのかを本人とともに、明らかにする必要があります。

施設から地域へ出る、あるいは長年一緒に暮らしてきた家族のもとから自立するというのはとても大きな決断です。本人自身決して十分な知識や体験のない状態からの出発となります。だからこそ、「自立生活プログラム」など特別なプログラムもあるわけですが、それを経験したとしても、親が子を諭すような態度で自立に反対する職員や親(家族)に対して、十分な説得や反論を一人でするのはかなり難しいと言わざるを得ません。

ケアマネジャーは本人の自立へ向けた準備を支援しつつ、周囲の人々との間に入って(時には周囲を説得もして)「自立したいと言いづらい本人」を支援しなければならない場合もあります。

## 第2節 ニーズ把握過程での本人自身のエンパワメント

ケアマネジャーが、利用者に対してどのような援助を行なうかにばかり気をとられると、利用者は常に援助される側にとどまってしまう。利用者が自己判断や自己選択できることを増やしていくためには、ケアマネジャーが持っている知識や情報を利用者に積極的に提供し、利用者自身が力を高めるといったエンパワメントの視点からの支援が必要です。そのためには、ニーズ把握過程において、本人への社会資源の所在に関する情報提供と体験を通して情報を獲得することによる本人のエンパワメントが最も重要となります。

ニーズ把握場面での支援方法には、①心理的エンパワメント支援と②体験的エンパワメント支援があります。具体的な支援の手法としては、心理的エンパワメントにはピア・サポートがあり、体験的エンパワメント支援には自立生活の体験の場の活用—例えば、自立生活体験室や施設や親元から離れた旅行などでの宿泊体験—や自立生活プログラムがあります(これらの手法については、第Ⅲ部第3章第3節を参照して下さい)。

心理的エンパワメント支援も体験的エンパワメント支援も、支援を行なうのは、ピア・サポーターです。なぜならば、これらの支援においては、同様の体験を共有しているピア・サポーターが利用者のロールモデルになるからです。いくら障害を持っていない人が熱心に働きかけたとしても、逆に、利用者は自分にはできないと自信を失う結果につながる場合も多くあります。

したがって、ケアマネジャーが障害当事者ではない場合、地域で活動しているピア・サポーターに、この場面での支援を要請する必要があります。

ピア・サポーターとは、障害から生じる生活上の困難さを解決する経験をもち、同様の障害をもつ利用者に対して、信頼関係を築き、その経験を伝えていく力をもっている人で、利用者がロールモデルの発見ができたり、障害の自己受容がはかれるような働きかけができる人のことをいいます。

このように、ケアマネジャーがアセスメント表から利用者のニーズを判定するのではなく、利用者本人が、親元や施設から出た自立生活体験室での体験宿泊等で本人が気づいたニーズ、障害者ピア・サポーターとの話し合いで気づいたニーズ、これらを合わせて自分のニーズを把握していくことが重要なのです。利用者本人のエンパワメントは、利用者自身にとって有意義であるのは

当然ですが、ケアマネジャーにとっても意義のあることです。というのも、地域において、ケアマネジメント支援を必要としている人は、目の前にいる利用者だけではないからです。

### 第3節 ケアの4分野

さて、「ケア」とはどこまでの範囲を含むものでしょうか。ケアサービスは、当事者の生活のかたちを限定するものではありません。障害のない人と同様に様々な社会活動を行なうことを保障するものでなければなりません。従って、「ケア」は以下の4つの分野を含むものとなります。

介助支援: 狭義の「在宅介助サービス」に限られるものではなく、「外出介助の保障」や職場での支援もふくむ。

住環境の支援: 住宅探し、住宅改造、福祉機器の利用の援助等もここでは含みます。

生活技能を高める支援: 福祉制度、年金等、対人関係、親子関係、健康管理、家事、子育て、安全管理(緊急時など困ったときにどうすればよいか)、社会資源の使い方など。

生産的、創造的生活のための支援: 仕事や社会参加の場、教育機関の紹介、障害者団体での活動などが含まれます。

このようにケアについて4つの分野に区別することは、どの分野がケアマネジメントの範囲なのかをわかりやすくするためです。4つの分野すべてについてケアマネジメントを実施しているのか、それとも1～3つの分野についてのみケアマネジメントが必要なかが、ケアを分野別にみることによって明確にされ、必要以上にケアマネージャーが利用者の生活を管理(マネジメント)することを防ぐことができるのです。

例えば、計算が苦手なために、ケアマネージャーの支援を得ることによって、1ヶ月の生活費を袋別に分けて金銭管理をしている人が、介助サービスを依頼する曜日・時間帯や介助者は自分で選んでいるとします。このような場合は、ケアマネージャーが③生活技能を高める支援を行っていますが、①介助支援については、利用者本人が行っていることとなります。

### 第4節 当事者の権利擁護

ケアマネジメントに関する権利擁護には2つの側面があります。

一つは、利用者の希望する社会資源が不足している場合、どれだけ不足しているのかを明らかにして、その内容を行政に伝える活動です。

二つ目には、介助サービス団体・施設及び個人で契約した介助者からの性的嫌がらせや暴力、介助契約の不履行、財産や金銭の搾取、悪徳な商取引などの人権侵害、権利侵害への予防及び救済に関する相談と問題解決に向けた取り組みを行います。

権利擁護事業については、知的障害者など、いろいろな場面での判断に援助を必要とする人たちのために、2000年4月から民法等の一部改正による新しい成年後見制度の活用の他に、1999年10月から区市町村社協が窓口となり事業開始された福祉サービスの利用援助等を目的とした地域福祉権利擁護事業の活用、さらに権利擁護センターすてっぷにおける法律及び生活に関わる専門相談の活用が考えられます。

## 第5章 ケアマネジャーに求められること

ケアマネジャーに求められるものとして、①利用者と信頼関係が築けること、②そのために利用者のお話を十分に聴く力を持っていること、③利用者の求めに応じて、出向いていくなど、身近な地域で活動していること、④地域の社会資源について良く知っていること、⑤本人の社会資源を確保したり、調整したりする力量を持っていること、等があります。

### 第1節 ケアマネジャーの役割

ケアマネジメントのプロセスは、第Ⅲ部で詳しく述べますが、大きくわけて、目標の設定(ニーズ把握＝アセスメント場面)と手段の確保・調整(ケアプランの実施場面)の2つに分けることができます。もちろん、この2つは、現実には密接に結びついています。

ケアマネジャーは、目標設定の場面においては、利用者が自分で自らのニーズを把握し、目標を立てられるように支援します。そして、利用者が立てた目標を実現できるように、手段の確保・調整を行います。

ケアマネジメントの目標設定は、ケアマネジャーが行うものではありません。ケアマネジャーは、利用者自らが目標設定することを、側面から支援するのです。そのためには利用者との間に信頼関係が作られるだけでなく、十分に話を聞く力を持っていなければなりません。

また、目標設定の支援は、その支援の性質上、できれば障害から生じる生活上の困難を解決する経験をもったピア・サポーターが参加すると有効です。

特に複数のサービスを利用する必要があるときには、手段の確保・調整は、重要な職務となります。ケアマネジャーは地域の社会資源について熟知している必要があり、そのネットワークを作るための援助をします。その場合、複数のサービス提供者間で、利用者への対応に矛盾が生じないように、関係者に対して、ケア計画の目標の説明を十分に行います。利用者の希望があれば、ケア会議を設定して、サービスの調整を図ることも必要になります。関係者間で、ケアプランの周知徹底を図りましょう。

ケアマネジャーは、利用者の希望に基づいた目標の設定があつてはじめて手段の確保・調整が行なわれることを忘れてはいけません。ケアプランを作成する人達が陥りがちな誤りとして、どのようなサービスを用いるかということに気がとられすぎ、そもそも利用者のニーズが何であるのか、援助の目標が何だったのかをないがしろにすることがあります。こういった誤りに陥ると、見かけ上は立派なケアプランであっても、利用者の希望に反したようなプランを押しつけるという結果になってしまいます。そうではなく、ケアマネジメントのプロセスを経て、利用者自身がエンパワメントすることが、障害者のケアマネジメントの強調点なのです。ですから、初期は、たとえ不十分なものであったとしても、利用者自らが考え、プランを立ててみて、利用者が試行錯誤を繰り返しながら、自らのニーズを把握し、社会資源の所在を知り、自分のケアプランをより豊かなものにしていく方が、よりよいケアマネジメントといえるでしょう。

また、マネジメントは常に開かれたものでなくてはなりません。利用者とのつきあいを重ねて行く

と、利用者とケアマネジャー双方の間に理解が深まり、お互いにその信頼関係を築いていくことができるでしょう。しかし、利用者の理解が深まるのに伴って、一人のケアマネジャーや一つの機関が利用者を抱え込んでしまうのでは、その理解はケアマネジャーや組織のための一方的なものになっていく危険性があります。

全面的アプローチ、部分的アプローチの場合、当事者のプライバシーの保護(人権を守る)という重要な側面からケア会議は最小限にとどめられますが、逆に抱え込みになってしまうと十分に地域の資源を使いこなせない、あるいは当事者の選択権を保障できない(人権の侵害)ということが起きてしまいます。このような状態に陥らないために、常に他機関との連携を可能にさせておく、開かれた状況を意識的に作ることを念頭においた上で、利用者に関わっていくことがケアマネジャーの役割として重要なことです。

## 第2節 プライバシー保護のあり方

ケアマネジメント過程で知った情報は本人の了解なしに決して他言してはなりません。書類に関しても安易に関係機関の職員に見せたり、内容に関しても本人の了解なしに勝手に話さないこと(守秘義務)はケアマネジャーの基本的倫理です。

ケアマネジメントでチームアプローチ方式をとる場合、本人の希望する人のみを集めるのですが、チームの人数は必要最低限の関係者に留めます。知的障害者も含めて誰でも大勢の人の前でプライバシーを明かすことは好みません。また、本人との面談前やあるいは面接中に、利用者が以前入所していた施設やリハビリテーション施設の職員からの情報収集をしたいというケアマネジャーがいるかもしれません。ケアマネジメント過程でそのような必要が起こることは希かもしれませんが、医療的な事実確認であれば、本人に調べてもらうほうが本人のエンパワメントにつながります。例外的に、本人が聞きづらかったり、時間がないというような場合、本人の了解を必ずとってから関係機関に問い合わせるようにします。そして、その結果は本人に必ず伝えます。ケアマネジャーが持っている情報は全て本人も持っていなければ当事者主体のケアマネジメントとは言えません。

## 第3節 利用者と共有することが必要な情報について

利用者のために作るケアプランですから、その過程で必要となる情報はすべて利用者と共有するのは当然のことです。ケアマネジャーは、地域の社会資源についての情報は日頃から集めておき、本人が的確な判断ができるように、適切な時期に詳細な情報を本人に伝えていきます。これは、ニーズ把握過程での利用者と情報との共有になり、利用者のエンパワメントにつながります。

この他に、社会資源の開発に関する情報の共有も、利用者のエンパワメントとして重要です。例えば、ケアマネジャーが当事者同士の話し合いの場のきっかけをつくります。そこで、ケアマネジャーが持っている地域での人的資源や情報を本人達に伝え、その人的資源や情報を自分達で活用することによって、自助グループが形成されることとなります。このような自助グループが、今後ケアマネジメントを実施するにあたっての、重要な社会資源になるのです。

## 第6章 障害者本人をとりまく周囲の人々との関係

### 第1節 障害のある当事者と家族

社会的な支援体制が整わない状況では、家族が障害のある人の暮らしを支えるしかありません。その結果、家族が障害のある人の最良の代弁者としての機能を果たすものと理解されてきた歴史があります。生活を共有している場合、情報の共有など、確かに「近い」ところに生活している場合があります。

しかし、そもそも、生活は共有しているとしても、人格も異なり、全く同じ気持ちで生活を共有しているわけではないでしょう。「了解しあう」ことはあっても、全く同じ生活要求(ニーズ)をもっているということはないのです。例えば、子供を抱え込んでいる親は障害者の自立を望まないことがありますし、一人で外出したいのに心配で必ず親がついてくる例もあります。また家族が、「自分が最良の代弁者である」と思っているために、「固定化」されたニーズの代弁者になる恐れもあります。

### 第2節 障害のある人の家族支援の視点

#### 1) 家族関係の調整

ケアマネジメントによる家族支援は、「家族介助」を強調するものではありません。それよりも障害のある当事者が、自分の生活を自分で組み立てていけるように、生活を共にしている立場で側面から支援していく、そういう力を家族自身も持つようになることをねらいとするものです。

成人期を迎えても、なお、児童期と同じ関係性が家族との暮らしの中にある場合が多くあります。障害のある当事者の生活支援体制が社会的にしっかりしていれば、「介助を必要とする人」と「介助をする人」という関係性だけの家族の生活ではなくなるはずですが、障害のある人自身の自立への支援とともに、家族や親以外の方が当事者の介助を受けることを受けとめていけるように、親・家族が自立していく支援も必要です。

その意味では、家族にとって、ケアマネジャーなど、第三者の目が加わることで、その固定した認識を変える機会ともなるでしょう。ケアマネジャーには、障害のある本人と家族とのニーズの調整役としての機能があります。

#### 2) 福祉サービスの活用

障害者の中には、30代～50代といった時期に病気や事故によって障害をもつ人々も多くいます。またその人が主たる生計者であった場合、家族の生活そのものが成り立たなくなる場合もあります。こういったいわゆる働き盛りの時期に障害を負った本人と家族の支援もケアマネジャーに要求されます。経済面での家族からの相談を受け止めたり、また今後の暮らしの見通しを本人と家族が持てるように支援していくことが重要となります。そのために、具体的な生活保障の制度を紹介したり、住宅の改造などの相談に応じるなど、本人の暮らしを支えるための家族の精神的、物理的支援をしていかなければならなりません。

### 第3節 障害のある当事者のライフステージによる家族支援の違い

ケアマネジメントの基本は、一人ひとりの充実した暮らしを実現できるように支援することです。とはいえ、本人への支援と家族支援の視点は異なる面をもっています。ケアマネジメントは基本的に障害のある人自身の生活支援として機能していくことが求められます。しかし、その人の暮らし方によって、例えば、成長過程の障害児だけではなく、成人でも家族と同居している障害のある人への支援は、「家族」への支援とまったく切り離して考えられるものではありません。

家族は、家族員それぞれが出会う社会的関係性を取り込みながら生活しています。障害のある家族員との暮らしという側面以上に、その時代の生活を取り巻く状況は他の人たちと共通した部分を多く抱えているものです。障害のある家族員も、その人が関わる社会的関係性を背後に持ちながら共同生活に参加しています。したがって、ライフステージによって家族員の関係性も変化し、家族の共同生活に起きる「関係性」もさまざまな状況を生んでいくこととなります。障害のある人の支援をする場合、その関係性に、着目して支援を組み立てていく必要があるでしょう。障害のある人に適した社会資源があるか否かで関係性は変わります。それは、時として複雑です。「障害」という切り口だけで状況を見極めることが困難なこともあるでしょう。障害のある人と家族の置かれた状況を広く捉えることが必要です。

そこで、障害のある当事者のライフステージによる、障害者と家族との関係性を整理してみると、表1のようになります。

表1・障害のある人のライフステージによる家族との関係性

ライフステージ	家族の中での位置 (障害のある人—家族の関係)	家族支援の実際
1) 家族に障害のある子どもが誕生した時期	子ども—親	乳幼児期の家族支援
2) 障害のある人が家族の中で育っている時期	子ども—親	学齢期の家族援助
3) 障害のある人が成人してからも、家族と同居している	おとな—親(高齢)	成人期の家族援助
4) 障害のある人が結婚し、自らの家族をもつ時期	夫・妻—配偶者 親—子ども	障害のある当事者家族への支援

### 第4節 家族支援の実際

このように家族支援といっても障害のある人のライフステージによって違ってきます。次に、関わり方のなかでいくつかの特徴例をあげておきます。これはひとつの例にすぎません。10人いたら、10通りの関わり方が求められることを留意しておいてください。

家族支援におけるケアマネジャーには、「受けとめる」「ゆらぎに寄り添う」「支える」「つなぐ」「見

通す(情報提供)」「創り出す」「調整」などの機能がもとめられます。また、◎の項目は、どのライフステージでもとくに共通した内容といえるでしょう。(片カッコの表記は第3節の表1に対応しています)

#### 1) 乳幼児期の家族支援

◎不安な家族の気持ちを受けとめる

◎利用するサービスを整理することを支援し、必要なサービスにつなげる

- ・サービス間の調整
- ・障害のある子どもをもつ親の集まりにつなげる
- ・子育てへの支援をする

◎子どもの将来についての見通しへの情報を提供する

- ・必要な場合、レスパイトケアの利用につなげる
- ・きょうだい児への支援を組み立てる

◎家族・近隣関係の調整

#### 2) 学齢期の家族援助

- ・学校に関する不安・不満・要求などへの整理・調整
- ・成長過程の変化についての理解への情報提供、サービスへつなげる
- ・きょうだい児の暮らしへの支援
- ・放課後・休日・長期休暇への生活の組立の支援
- ・子どもの自立へむけてのサービス活用の支援
- ・送迎保障の支援
- ・成年期への進路の情報提供
- ・子どもの(自立していく)気持ちの理解の援助と関係調整

#### 3) 成人期の家族援助

- ・自立にむけてのステップの組立て支援
- ・自立へむけての支援サービスの利用についての障害のある当事者のニーズとの調整
- ・親の高齢化による不安な気持ちの受けとめ
- ・将来に向けての暮らしの見通しへの情報提供・調整
- ・家族状況の変化(老親介助、きょうだいの独立など)に対応する生活の組立の支援
- ・社会での新しい体験による関係性への調整
- ・権利擁護機能についての情報提供・調整

#### 4) 障害のある当事者家族への支援

- ・暮らしのステップへの組立て支援
- ・日常のくらしの安全ネット創り(インフォーマルおよびフォーマルなサポートネット)
- ・家族・近隣関係調整
- ・子育て支援

・その他、上記1)～3)の特徴点と共通する点

## 第5節 本人への支援と家族への支援の違い

本人が地域での自立生活を望むのに対し、家族や施設の職員が反対の立場をとることは少なくありません。このような場合、基本的にケアマネジャーは地域生活を支える役割がありますから、本人の側に立ち、自立に向けて共同作業を行っていきます。

一つは、本人の希望を実現するための支援(社会資源の確保、創出、調整)を行います。

一方で、これまで障害者を育て、保護してきた人達(親や家族・施設職員)の自立についての懸念や心配について耳を傾けその上で具体的な自立の条件について「自立可能」であることを示す情報を本人とともに提供します。しかし、それだけで共感を得ることはなかなか難しいことも現実です。

家族と本人の関係は濃密であり、精神的に離れがたいものがあります。「障害者の面倒は家族が一生見るのが当たり前である」という社会的な圧力(期待)の中で必死に生きてきた家族員に対し、「障害をもつ子供(家族)」のためだけでなく自分自身の人生を生きることを支え肯定する視点をもって関わるのが大切です。時としては家族員の方がより多くの精神的支援を必要する場合もあるかもしれません。ケアマネジャーは本人への支援と家族への支援の違いを確認しつつ、障害者の地域生活支援をすすめます。

ケアマネジメント支援を行なう時には、誰のニーズに対応しているのかを、常に意識すべきです。そして、障害のある人本人と家族との間でニーズが食い違っている場合には、本人のニーズを基本としつつ、ケアマネジャーがそれらのニーズを調整することが必要になるでしょう。

## 第3部

### それぞれの障害による生活上の困難さについて

## 第3部 それぞれの障害による生活上の困難さについて

第3部では、それぞれの障害によって、どのような生活上の困難さが生じるのかについて、ケアマネージャーとして知っておいた方がよい基本的な認識を記述しています。個別の障害についての、より具体的な知識は、『改訂 障害者ケアマネージャー養成テキスト[身体障害者編]』（身体障害者ケアマネジメント研究会監修,2000,中央法規）の第6章～第9章など、関連する書籍で得るようにして下さい。

### 第1章 聴覚障害者

聴覚障害者は「外見から見ただけでは障害を判断できないにもかかわらず、障害の状態が千差万別であり、複雑である」という特徴を持っています。そのことが、聴覚障害者に対する誤解や理解不足と結びつくことが多いのです。

特に、聴覚障害の程度（聞こえの程度）が同じであっても、その失聴時期や母語としての言語獲得の程度によって、その知識や能力にかなりの違いがあることを正しく理解する必要があります。

利用者からの依頼は、通常、本人からのFAXで家族や知り合いからの間接的な連絡から始まります。必ずケアマネジメントのシステムの説明文をFAXで送るなどして誤解のないように説明を行ってから来所してもらうか、手話通訳者を連れて訪問します。

面談の場面では、まずこれから主になるコミュニケーション手段としてどのような方法を使うのか確認しなければなりません。手話か、口話か、筆談か、あるいはこれらを複合的に使いこなすのか、または体系的なコミュニケーション手段を持たず、身振り言語が中心なのか、といったことを確認します。

手話の場合は、手話を母語として使ういわゆる日本手話か、音声言語に合わせて手話を使う対応手話か、両方使いこなすかどうかを確認します。これは聴覚障害者の言語獲得状況を確認することでもあり、重要なことです。

また、手話は地方によって微妙な違いがあり、どの地方の出身かどうか、東京に来てどのくらい経つか等も確認した方が良いでしょう。

口話（読話、発声）や筆談を主とする場合は、音声言語（日本語）がほぼ確立されていると判断して良いでしょう。ただ口話の場合ははっきり理解できなかった場合でも、ついよかったふりをしてしまうというケースが多く、不安要素の多いコミュニケーション手段であることを頭に入れておきましょう。

手話や口話を主とする場合でも、ケアマネジメントのシステムの説明など複雑な事柄は念のため筆談で行った方が良いでしょう。その場合、当事者の読み書き能力の程度について、普通に書いても大丈夫か、または簡略にわかりやすく書いた方がよいか確認する必要があります。

その場で決まったことや次回に会う日程など重要なことは、その場で文書にして渡しておくか、後ほどFAXで文書を送って確認してもらっておくと、後のトラブルが防げます。

#### ろう学校出身者のろう者の場合

卒業後の生活の場が問題になっています。社会的なコミュニケーションや情報がなかなか得られないため、社会経験や対人関係の経験不足により判断能力が不足する場合があります。

#### ろう盲者の場合

先天的に聴覚に障害があり後天的に視覚が失われた場合(ろう盲者)とその逆の場合(盲ろう者)では、聴覚の状況が同じでも対応が全く異なります。前者の場合は触手話や触指文字によるコミュニケーションが多く、留意点は聴覚障害者に準じます。後者の場合は指点字や点字器によることが多く、留意点は視覚障害者に準じます。どちらも後天的な場合は触字(手のひらに文字を書く)を中心とするケースもありますが、ペースがかなり遅くなるのでゆっくりと話す必要があります。

#### ろう重複者の場合

コミュニケーション保障も大切ですが、きめ細かいケースワーク対応が必要となります。何を聞いてもうなずくことがあります、わかっていないことも多いので、その事実がある時は否定形で聞いてみます。

このことは知的障害を併せ持っているろう者だけでなく、厳しい聾学校での口話教育を受けたろう者も同じような傾向がみられます。「先生に怒られるのが怖くてわかったふりをする」ということが身につけているために、話が理解できなかった場合でもうなずくことがあるので表情などを注意して見る必要があります。

#### 言語として手話を使用するろう者の場合

コミュニケーション保障をきちんとする必要があります。基本的に手話通訳の介助が必要です。また、情報に閉ざされている場合が多いので、制度の説明などでも基本的なことから説明してみたり、例をあげてみるなど工夫が必要です。

#### 手帳を持っていない聴覚障害者の場合

高齢難聴者の場合、手帳の申請方法すら知らず、手話通訳などサービスを知らない場合があります。

#### 中途失聴・難聴の場合

人間にとって、コミュニケーションは社会生活を営む上で不可欠な要素です。ことこれまで普通に生活していた人が、加齢や疾病などによって聴力を失って言葉による会話ができなくなることは大きなショックです。難聴者が失聴したときには、もちろん手話も知らず、書いて伝えることも思いつきません。相手に書いてもらうように要求することは精神的にもっと落ち着いた後のことです。

コミュニケーションができなくなると、精神的な孤立感が増幅されます。自分が周囲の人にどう思われているかわからず、相手に猜疑的になったり、攻撃的になったりします。逆に、自分に対する自信を喪失したり、物事に対して消極的になってしまうこともあります。帝京大学の小寺一興教授は「難聴の第一問題は、『引っ込み思案』になりがちなこと」といっています。

また、ろう学校やその他のコミュニティのあるろう者とちがって、周囲に同じ障害を持った人を見出しにくく、そのことがいっそう孤立感を強めます。

中途失聴者は、それまで持っていた価値観や人間関係をいったんすべて捨てないと、自らの聴覚障害をなかなか受容できず、精神的にも、実生活上も苦しみながら生きていくことになります。しかし、わが国には失聴した人に対する統合的なサポートをするリハビリテーションシステムはなく、耳鼻科医や補聴器店、福祉事務所でも断片的な「助言」しか得られず、多くの人が必要なときに必要とする情報と助言が得られないでいます。難聴者、中途失聴者にあつたコミュニケーション方法を習得することが困難です。その結果、難聴者は自分で聞こえないことを認めながらなくなってしまいます。ヨーロッパ難聴者連盟のクライブシンク氏は、「難聴は『微笑み』の障害である」と言うように、相手と会話しているときによく聞こえなくても、何度も聞き返すうちに相手の表情にかげりが出てくるとそれを敏感に察知して、微笑んでうなずいてしまうのです。

音を失ってもコミュニケーションがあれば、生きていけます。中途障害者・難聴者に対するコミュニケーションの方法はさまざまです。言葉を書いたりして伝えることもできますし、ちょっとした心遣いによる援助が中途失聴者・難聴者にとって大きな励みになるのです。

重要なことは、聞こえなくても利用者に「あなたは必要な存在なんですよ」と認識してもらうことです。常に利用者に働きかけることによって、利用者自身が家庭や社会にとって大切な存在であることを認識すると、生活全般に張りが出てきます。物事に対する積極性も出て、読話や手話などのコミュニケーション手段を学んだり、外出や会合に参加する意欲もわいてきます。

難聴者・中途失聴者の聞こえ方はさまざまです。また、失聴した時期や教育あるいはまた福祉支援をどの程度受けたかによって、コミュニケーション能力や障害受容が個々に異なっているので、相手に合わせた対応が大切です。

多くの人は失聴するまで聞こえる社会で生活してきたので、失聴した後は疎外感やコミュニケーションの不充実感を持っています。音を失ってから長い間一人の人間として正當に評価されてこなかった場合、自分の殻に閉じこもったり、周囲との協調ができなくなっています。以下に述べるコミュニケーション方法を用いて、確実なコミュニケーションの積み重ねの中から、信頼感を得ることが大切です。

#### ①音声によるコミュニケーション方法

音声によるコミュニケーション方法は、補聴器や磁気誘導ループや赤外線システム、FM補聴システムなどの補聴援助システムがあります。補聴器とあわせて利用すると、聞こえが大きく、コミュニケーションの状態が改善されます。

#### ②文字によるコミュニケーション方法

文字によるコミュニケーション方法には、筆談、空書、ノートテイク(要約筆記)があります。利用者と対面できない場面は、ファックスや電子メールなどで意志疎通を図ることができます。

#### ③文字以外の方法

視覚的に言葉を伝える方法として、読話や指文字、手話などがあります。しかし、これらは特に高齢者にとって、習得が困難です。

難聴者・中途失聴者にとって、これらのコミュニケーション方法は複合的に使用することが必要です。どの方法も単一では不十分なので、補聴器で聞き取りながら口元を見たり、要約筆記を見

ながら手話を見るということで、それぞれの方法の不十分さを補いあっています。

難聴者・中途失聴者が、自らコミュニケーションの理解を周囲に求めることは、なかなかできないものです。次項の事例は職場での対応方法を具体的に求めた例です。

#### <事例②>

みなさんとのコミュニケーションのために

今日から、本社フロアで一緒に仕事をします〇〇です。長いこと工場にいましたので、大部屋で仕事をするのが初めてです。

システム・物流課は製品を「運ぶ」のが仕事ですが、同じ「運ぶ」にしてもそれにかかわる方々とのコミュニケーションが基本とっております。

私は難聴者ですので、みなさんとのコミュニケーションに心配をしております。次のようなことに配慮いただくと助かります。

私を呼ぶときは肩をたたいてお知らせ下さい。

声をかけられる際は、ご面倒でも近くでしていただくと助かります。

お顔が見えるように、お話下さい。

聞きにくい声はあなたの口の動きを見ることで補っておりますので、影にならないような方向ですと助かります。

お電話は、最初にお名前をおっしゃって下さい。

声だけでは、男の人と女の人との違いしかわからないので、失礼することがあります。しかし、対面するより電話の方が聞きやすいことがあります。

静かな場所でお話しして下さい。

大事なお話は、会議室等でお話下さると助かります。

小さな数字等は、指で指示して下さい。

「一」と「七」、「八」は聞き分けにくいのです。「1番、電話です」が「7番、電話です」と聞こえたりします。

〇〇への電話の保留は、19番から24番にはしないで下さい。

専用の拡声電話を使用していますので、外線は1番から10番のまま保留して下さい。

内線番号は、今のところ「53」番です。

書いてお伝えして下さいと助かります。ペーパーやファックスが一番確実です。会議中はお隣の方がメモをみせてくださるとたすかります。

## 第2章 視覚障害者

### 第1節 利用者からの依頼に対して

通常、電話でのやり取りから始まります。面談の場所が利用者にとって初めての所だとバス停で待ち合わせたり、ガイドヘルパーに手引きしてもらわないと来ることができません。そこで、ガイドヘルパーを自分で依頼して来ることができるのか、それとも利用したことがないので自分では来れないのかを聞きます。自分では来ることができない場合、ケアマネジャーが訪問して面談することになります。

視覚障害者は情報障害者ともいわれています。そのため、ひとりで外出することや普通の文字をそのまま読み書きすること、さらには着替え、食事、掃除などの日常生活の様々な動作も不自由になります。しかし、先天性や若い頃からの視覚障害者の場合は、点字による読み書きや音声出力(視覚障害者用画面音声化ソフトを利用)の方法でコンピューターが使える人も多いので、普通の文字以外のコミュニケーションは比較的容易です。これに対して、中途失明者や高齢期に入ってから糖尿病などで失明した場合は、点字が読めないだけでなく日常生活にも不自由するので、日常生活訓練や歩行訓練が必要になってきます。

### 第2節 面談での留意点

面談をする上で必要と考えられる配慮を述べます。

#### 移動・歩行

全く見えない人でも、各部屋の家具や物の配置図が記憶されている自分の家の中では、一般的には移動にそれほど不自由を感じることはありません。しかし、初めての場所では、比較的視力の良い弱視の人でも段差につまずいたり、階段を踏みはずしたり、物にぶつかったりといった危険がありますので、どこに何があるかの手がかりが見えない全盲の人の場合には、ひとりで移動することはほとんど不可能です。適切な声かけや誘導が必要な場合がありますので、ケアマネジャーは、それらの方法について知っておくのがよいでしょう。なお、誘導の際に、身体に黙って触れられると驚きや恐怖心を持ってしまうので、まず何をするのか言葉で説明してから始めましょう。

#### 読み書き

視覚障害者の多くは、視力があっても、一般の印刷物を読むことや所定の箇所に文字を記入するのが困難です。読んでもらう必要のある書類は、点字であるいは文字を拡大する、またはテープに吹き込むなどして準備しておきましょう。なお、点字を読める人は多くないので、事前に代替方法を確認しておくことも大切です。また、書類等を読み上げる場合は、要点をまとめるよりも原文をそのまま読み上げるようにします。読み手の主観で要約してしまうと、混乱の原因になるからです。

#### コミュニケーション

視覚障害者は相手の表情や身ぶりなどが見えない、あるいは見えにくいので、視覚障害者とのコミュニケーションでは言葉が重要になります。次に、より良いコミュニケーションの方法を示します。

声をかける方法:視覚障害者の正面から声をかけます。横や後ろからでは聞き取りにくかったり、自分ではなく周囲にいる人に声をかけたと思ってしまうからです。

自己紹介の仕方:まず視覚障害者に、「こんにちは、〇〇です。」と自分の名前を告げます。このことによって視覚障害者は、向くべき方向がわかります。

数人で話す場合:紹介のなかった人が突然声を出すと、1対1で話していたはずなのにと驚き、かつ不安な気持ちにさせてしまいます。その場にいる人は全員最初にきちんと自己紹介をしましょう。また、話しかける場合は、それぞれの名前を言ってから話し始めます。話の流れがより明確になるからです。

席をはずすとき:視覚障害者に「ちょっと〇〇に行くので、席をはずします。」と断ってから、席をはずしましょう。相手がいると思って話し続けたり、話しかけたりしてしまうので、視覚障害者と別れるときも、同様に声をかけてから立ち去りましょう。

方向や位置を示す場合:方向や場所を「ここ」、「むこう」などの代名詞で、あるいは指差し、目くばせで示されてもわかりません。視覚障害者の身体を中心とした右、左、前、後ろなどの明確な言葉を使うことが大切です。

視覚的な表現:一般的には視覚的な話題を避ける必要はありませんが、失明初期は精神的に不安定なので配慮が必要です。

会話の主体は視覚障害者:話しかける場合、視覚障害者側の同行者や同席者ではなく、視覚障害者本人に向かってきましょう。

テープレコーダの活用:メモを取る場合、多くの視覚障害者は小型のテープレコーダを使用します。視覚障害者から使用の申し出があったら、積極的に活用に関心を持ちましょう。

実物に触れる:物の材質、形、大きさなどが言葉による説明だけではわかりにくい場合には、危険がなければ実際に物に触れて確認してもらいましょう。

### 第3章 肢体不自由者

ここでは肢体不自由児・者の代表される障害として、頸髄損傷、脳性マヒ、筋ジストロフィー症の3種類の障害について説明をします。

#### 第1節 3 障害に共通する点について

(1) 幼年期から青年期までを施設で暮らしてきた人の場合

療育施設や入居施設で長く暮らしてきた人は、周囲の人たちの自分に対する評価を気にし、ほめられることのみで専念してしまうことがあります。自分で何でもやろうとすることが良くて、介助を頼むのは良くないことといった態度を、職員の顔色をうかがいながら小さいときから身につけてしまっているため、急に新たなニーズに添ったケアマネジメントをしようと言っても、意識的についてこれないことがあります。そのような時はピア・サポーターのカウンセリングが必要となります。

(2) 長年にわたって親と同居してきた場合

幼年期は体重も軽いので、母親と一緒に外出したり、社会参加が出来ます。中学、高校と年齢が上がるにしたがって友人も限定されてきたり、外出の機会も極端に少なくなってきました。スポーツ、レクリエーション、障害者関係の交流会、自立生活センターの自立生活プログラム、行事などに参加して、社会生活を体験することが重要です。この場合親への支援も重要になります。一人では外出させたくない親を説得して、介助者や仲間と外出して試みることから自立への力がついてきます。大人になっても家族と同居している場合、家族の体力が落ちてきて、これまで可能であった介助でもできないような状況がうまれてきて、はじめて親と離れての生活を考えねばならないと気づく例も多いようです。両親が若くて援助する力を持っているうちに、独り立ちへの準備を進めておくべきです。

## 第2節 頸髄損傷

事故等の原因で突然四肢に麻痺が起こり、今までの生活が全く継続できないことは精神的にも大きなショックで、最初の1～2ヶ月は失望、落胆が続きますが、その時期にピア・サポーターが会いに行き、話をできれば力づける事もできます。6ヶ月程度のリハビリテーションが終わった段階で地域に戻る準備を進めることになると、住宅改造、地域での介助者、移送サービス、福祉機器などのニーズが出てきます。

第5頸髄以上の損傷の場合、排泄介助の必要があり、そのことが自立への大きなネックとなっています。訪問看護ステーションや介助者などの摘便等トイレ介助もできる社会資源があることが、自立への条件となります。

療育施設等の入所施設から出てきた人の場合、脊髄損傷者でも褥そうができたことを知らせると叱られるという防衛規制が身につけてしまっていることもあります。そのため骨に達するような大きな褥そうになって、はじめて周囲が気づきあわてることもありますので、日頃からピア・サポーター等が心を開いて話せるような状況をつくっておく必要があります。

頸髄損傷者の場合、肩から下の皮膚感覚がないため、入浴の際などに熱湯をかけて大やけどを負う場合もあるので注意が必要となります。また、体温調整がうまくできないため、夏の暑さで熱射病になることもあるので、外出時に濡れタオルや水を用意しておくことが欠かせません。

殆ど場合は、社会資源や自立生活についての十分な情報を提供したり、モデルとなる障害者の生活を見たりすることで、自分に合うものを選択して自分でケアプランを立てられるようになるでしょう。

この段階が終わると社会参加の場が必要となってきます。障害当事者団体や自立生活センターを紹介して、支援していくのがよいでしょう。

## 第3節 筋ジストロフィー症・進行性筋萎縮症

発病の時期が様々なので、いちがいいには言えませんが、幼児期に発症した人と成人してから発症した人とでは、この病気に対する考え方も少し違っているようですし、進行性の病気が原因なので、本人や家族も臆病になってしまう傾向があります。子どものときに発症したため病院生活が長

い人や在宅が長い人と、社会人になってから発症した人では、自立に対する意識もかなり差が出てきたり、周囲の環境や対応によっても、本人の意識や姿勢が大きく左右されます。また、それによって病気の進行にも微妙に影響があるようですので、その人の状況に合わせたサポートが必要となってきます。病気の進行する早さも様々ですので、急激なニーズの変化や早急な対応が求められる場合もあります。

歩行が徐々にできなくなり、車いす生活になってくると、介助を必要とする割合も増えてきます。ケアの注意点としては筋肉の病気なので、運動障害の他、姿勢を保持したり、首の座りを維持する力が弱いことがあるので、少しの力を加えただけで身体のバランスを崩してしまうことです。手動車いすを押す際や、段差のある上り下りなどの際には特に注意が必要ですし、身体に触れる際には、まず一声かけてから行うようにします。肩の力も弱いので、腕をもったり手を上げるような形での介助は避けるようにします。筋力のバランスが崩れてくるため身体に変形がみられたり、手足が左右で動き方が違ってきます。その場合、痛みが出てくることもあるので、衣服の着脱の際は、左右どちら側から行った方がよいか本人によく確認することが必要です。

## 第4節 脳性マヒ

### (1) 幼年期、学齢期

障害児が生まれた場合、親が自分の子を受容することが困難な場合がありますので、同じ障害児を持つ親からの支援が有効です。また、成人の脳性マヒの人から「今生きていて幸せだ」というメッセージを伝えてもらうことも有効です。言語障害についてはST(言語療法士)の援助を得ることによって発声が明瞭になったり、できるだけ余分な筋肉を使わずに話す方法なども学ぶことができます。

高校生になると親と一緒に外出だけでなく、介助者や友人と、または電動車いすで一人で出かけるなどして、自分で道に迷ったり、買い物で失敗することなどを繰り返しながら成長していきます。見知らぬ人との会話の機会が増えれば、他の人に自分の意志を伝えるためにどのような工夫をすればよいか考えるきっかけにもなります。

### (2) 青年期

養護学校卒業後の進路決定の頃になると自立生活センターには、脳性マヒの先輩たちがどんな生活をしているのか、ロールモデルを見るために多くの生徒が訪れます。親が子どもに将来親元から離れて自立する方向づけをしていれば、本人も真剣に将来の生き方を考えるようになります。この時期に長期の宿泊体験を繰り返すことによって、親も子も自立していけるようになります。言語が全く発声できない脳性マヒの場合、トーキングエイド(音声発声装置)を使い自立生活ができる場合も増えてきました。

### (3) 施設生活が長い場合

施設の職員以外の人との人間関係が限られており、地域で生活していく場合、必要な介助者とのコミュニケーションの取り方や、地域住民とのつき合い方などの一般的な社会経験が不足してしまうので、自立生活プログラムを受ける必要が出てきます。また、障害ゆえに自分に自信がなくな

なっている場合にはピア・サポートを受けることが必要です。言葉数が少なくて面接が進まない時には相手のペースに合わせて、ゆっくりとした雰囲気の中で対話をすすめていかなければなりません。

#### (4) 高齢期

身体の緊張や発声のたびごとに首を激しく動かすことなどから、頸椎損傷となるなど二次障害が発生することが多々あります。それに伴い生活ニーズの変化も出てきますので、専門医の紹介や、ケアプラン見直しへの支援も必要となってきます。

## 第4章 言語障害

脳性マヒなどで言語障害がある場合、聞き慣れた家族、友人、施設職員、介助者などにしか言葉が通じないことがあります。基本的には本人が話すのを一生懸命聞き取ろうとする真摯な態度が必須で、何度でも本人の意思が確認できるまで聞きます。本人も分かっただらおうと指文字や書字、うなずくなどの身振りで会話を続けようとしていますから、おおよそのことは理解できるはずですが。利用者の信頼を得ることがケアマネジメントの基礎であり出発点ですから付添い人と安易に会話を進める事なく、本人との会話の補足として付添い人に応援を求める程度にします。最近はトーキングエイドのような音声発生装置を持ち歩いている障害者も多くなっていますのでコミュニケーションは容易になりつつあります。

また、脳血管障害で右半身麻痺の障害を受けた人の中には失語症が多く見られますが、基本的な支援の視点は共通していますので、ケアマネジャーは、利用者と信頼関係を築き、利用者の自己決定とエンパワメントを支援する立場でコミュニケーションをすることを心がけましょう。

以下に基本的な視点をまとめました。

### 失語症者や言語障害者に接する時の基本原則

- ア 今の状態をそのまま受け入れる
- イ 相手と自分の年齢に応じ、適切な言葉遣いを心がける
- ウ 本人と視線を合わせて(相手の注意が向いていることを確かめて)から話す
- エ 本人の分かりやすい方法(可能な手段)で、ゆっくり簡潔な言葉で話す
- オ 本人の話のをせかさずにゆっくり、ゆったりと聞く
- カ 対等な関係で話を聞き、本人が安心できるようにする

## 第5章 知的障害者

知的障害者や重度身体障害者の中には、施設や在宅生活が長く社会経験の不足や対人関係の経験不足から、自己表現がうまくできなかったり、「自分は何をしたいのか」を明確に掴みきれないでいる場合もあります。このような利用者の場合、ケアマネジメントを希望しているのか、いないのかの判断さえも迷うことでしょう。このような時は、本人の最も信頼する人、例えば友人、介助者、家族などに同行してもらい、その人の助けを借りて聞き取りを行います。

特に注意すべきなのは、誘導的な質問はしないことです。誘導的にならないためには利用者の意思や気持ちを知るために、言葉をよく聞き取ると同時に、態度や視線など体全体で表現していることを読み取ることが必要です。言葉によるコミュニケーションだけでは十分把握できない時は一番何を訴えたいのか、何を聞いて欲しいのかがわかるまでケアマネジャーはじっくりとつきあうことが必要です。

選択、決定の意思表示も必ずしも「はい」「いいえ」で表現されません。体験してみた様子や本人の表情、表現などいろいろなメッセージを敏感に読み取ることによって自己決定、自己表現を進めるよう支えます。

解決をあせらず、本人のペースに合わせてケアマネジメントを進めます。中途半端な理解や判断で進めると、最終ゴールに近づいたときに、本人の希望と異なるケアマネジメントだったことが判明し、再び本人の希望に基づいて最初のニーズ把握に戻るようになります。

このようなことにならないように、本人や家族にわかりやすく、具体的な選択肢を提示し、その長所や短所、それを選んだ場合に起こる事態、ある程度予測できる帰結なども含め、整理して説明しなくてはなりません。ひとりひとりの経験値にあわせて、言葉だけでなく、絵や写真などヴィジュアルな資料や実体験など最も適した情報の提供方法を編み出すために知恵をしまりましょう。

また、障害の程度が重度の人の場合でも、言葉を話さないからといって、周りの人の言っていることや、気持ちがわからないわけではありません。本人が何を感じ、何を伝えたいか、あるいは構わないで欲しいのか、何が好きで、何がいやなのか、本人が信頼している人からも聞きながら、また付き合いながら、理解していきましょう。

その上で、「これがいい」「こうしたい」という意思決定が表現されることを、支援しつづけることがケアマネジャーの大きな役割です。

決定したことは必ず文書にして、本人とその同行者、そしてケアマネジャーとの三者で確認し、お互いに一枚ずつ持つようにします。そうすることで、お互いの理解が食い違うことをさけることができます。

#### (知的障害者の声 その1)

知的障害者とは……

知的障害者とは、自分自身の表現がなかなかむずかしいと言われていました。そのため、親や周りの人たちが「本人はこう思っている」と本人に代わって言ってきた。しかし、親の会の中に「本人活動」が90年代に入ってからやっとできました。自分のことを自分自身で表現をすることがエンパワメントなのです。当事者活動が各地に広まってきました。アメリカの当事者活動を見に行ったりしました。そこから親の会とわかれて、ピープルファーストができました。“どんどん意見を言おう、と合言葉でやってきました。大学の先生や職員だけで勝手に決めないで当事者の意見を聞けと、ずっと言ってきました。今でも勝手にきめてしまう。まずは、意見をきいてほしい。それから、制度やつかえるサービスをきめてほしい。制度やサービスをつかうのは、大学の先生や職員ではありません。当事者本人がつかうのです。だからちゃんときいてほしいです。

(知的障害者の声 その2)

ケアマネジメントについて思うこと

昨年のケアマネジャー養成研修に、講師として参加して、大切なことだと思いました。私は母と二人暮らしで、もしもの時は、ケアマネジメントのお世話になるかもしれません。それで、勉強して、ケアマネジメント体制を良いものにしたい。

ふさわしくない人は、ケアマネジャーにならないでほしい。

ケアマネジメントは本人のためのものです。まわりの人の意見よりも、本人の意見を重  
COMMENTS 今まで知的障害のある人とつきあいがある人とか、ふだんつきあいがある人のほうが、ケアしやすいのではないかと思います。つくえの上で考えている人では心配です。

## 第6章 中途障害者

さまざまな体験を積んだ後、人生の途中で障害者になった場合、障害の程度にかかわらず、以前の生活とのギャップが大きければ大きいほど、自らの障害を受容できずに苦しむことがあります。障害者の家族にとっても以前の生活への思いが強く、家族の関わり方が時に障害者の重圧になり、障害者の自立が妨げられたり、家に閉じこもってしまうというような事態が生じます。

こうした中途障害者のケアマネジメントにあたっては、まず、本人の従来 of 生活や経験を尊重します。その上で、これまでの生活の価値観を変容し、障害と共に生きる新たな価値観を再構築するという支援の視点が重要です。このような価値観の変容や再構築には、ピア・サポーターによる助言やさまざまな体験プログラムを活用し、それと平行して障害当事者および家族双方へのサービスの調整を行うこととなります。

## 第7章 内部障害者

内部障害者は、事故以外殆どの障害は基本となった例えば心臓、肝臓、肺、消化器などに進行性の病気があります。従って日常生活の管理は原疾病の症状の悪化を防ぎ、安定した状態を維持できるような環境づくりが大切です。それには、患者は季節や気温の変化に過敏になっており、その日の気圧配置などにより日内変動もあり、患者は思いがけない症状に苦しんでいることもあります。こうした微妙な症状の変化は本人の自覚以外、他人に見えるものではなく、神経質だとか精神的なものと誤解されやすく、時には家族にさえ理解してもらえないという悩みを抱えています。こうした内部障害者の医療・福祉支援にはきめ細かい配慮が必要です。訪問看護一つとっても、統一的なマニュアルに沿って行うのではなく、当日の本人の体調に合わせ、その必要とされているサービスを提供することが、受ける者の心を癒すもつとも効果があるケアであると考えられます。

又、各種相談の提供は欠かせないものですが、日常生活における自助具の活用により、患者の苦痛や負担が軽くなることもあります。しかし、こうした場合も、数ある既製品の中からヒントを得て個人に合ったように改良する、こうしたケアマネジャーの存在なども、生活環境改善には大きな役割を果たすと考えられます。それぞれの臓器の働きが違うように、障害となった疾患(臓器)により、部屋の空気も加湿が必要か除湿が必要か異なります。内部障害と十把一絡げの発想ではなく、当事者の意向を尊重するサービスの提供<sup>ていきょう</sup>が強く求められます。

**第 4 部**  
**ケアマネジメントの実施過程**

## 第4部 ケアマネジメントの実施過程

### 第1章 さまざまなアプローチ

実際のケアマネジメントにおいては、利用者とケアマネジャー、そしてさまざまな社会資源との関わり方にさまざまなアプローチがあります。例えば、セルフマネジメントか、ケアマネジャーの関与が全面的か部分的か、チームアプローチによるケアマネジメントにはケア会議が必要か、必要でないか、等です。大きく分けてケアマネジメントとセルフケアマネジメントがあり、ケアマネジメントは3つの方式に分けることができます。ケアマネジメントを実施する際には次のような4つの方式（P34 図1参照）が複合的に使われます。

#### 第1節 ケアマネジメント

##### 1) チームアプローチ方式

初回面接後、ケアマネジャーが訪問調査などによりアセスメントをしてニーズを確認し、その後、利用者が希望する専門職が集まって会議を開催しケアプランを作成する方式です。実際には次に述べる全体的ケアマネジメント方式と部分的マネジメント方式とが複合的に行なわれます。

##### 2) 全体的ケアマネジメント方式

アセスメントで明らかになった利用者のニーズの全てを対象として、利用者の希望に沿う形で、ケアマネジャーがケアプランを作成し、サービス調整を行なう方式です。この場合、具体的な調整や連携が必要な2～3機関の専門家が集まり、利用者のニーズの確認やサービス調整を行なう場合があります。

##### 3) 部分的マネジメント方式

福祉サービスだけでなく医療や就労などさまざまなニーズを持っている利用者が、その全体的なサービス調整をすべてケアマネジャーに依頼するのは稀なケースだと言えます。

通常は、利用者が自ら調整することが困難なサービスについてのみ、ケアマネジャーにケアプランの作成やサービス調整を依頼するケースが一般的だと言えます。

また、最初はチームアプローチ方式や全体的なケアマネジメント方式を使っていた利用者も、多くの場合一定期間の後に部分的なマネジメントに移行することになります。

知的障害者も含めて、ケアマネジメントの基本は本人の自己決定を支援していくことにあります。したがって、ケアマネジャーは必要以上のケアマネジメントを提供し続けることは控えるべきです。ある部分については情報提供のみを行い、利用者自らがサービス利用を行なっていくための支援もケアマネジャーの重要な役割だと言えます。

### <事例③>

知的障害のAさんは、施設から出て自立生活を始めたばかりのときは、全面的にマネジメント一部屋探し、行政の手続き援助、ヘルパーの派遣、医療機関の選定、就労援助等を依頼していました。自立生活を始めて2年後には、自分で2件目の部屋を探し、医療機関も自分で選択するようになり、残りを部分的なマネジメントに移行して自立生活を続けています。

## 第2節 セルフケアマネジメント方式

自分の生活は自分で選択し決定したいと思うのは知的障害者であっても同じです。その意味ではセルフケアマネジメントが基本です。そのためには、ケアマネジャーはニーズに沿ってケアマネジメントをしながらも、常にその利用者がセルフマネジメントに移行できないかと探っていくべきです。利用者がセルフケアマネジメントに移行したとしても、ケアマネジャーから情報の提供やサービス調整の支援、ピア・サポーターからの精神的、経験的な支援など各種の支援を受け続けることも可能です。

## 第2章 ケアマネジメントの導入と実施機関(総合的な相談窓口)

ケアマネジャーは福祉事務所や地域自立生活支援センターにだけでなく地域の民間のボランティア等のサービス組織や当事者団体に属していたり、個人ですぐそばにいて、即座に対応してくれるのが望ましい姿です。とくに知的障害者の場合信頼できるケアマネジャーが知人の中にいると自分のことを理解してもらうまでにかかる時間と労力を軽減できます。

通常、総合的な窓口にはケアを必要とする障害者やその家族又は本人が信頼する人及び関係機関からの様々な相談が持ち込まれます。相談受付の段階では、ケアマネジメントが必要な利用者かどうかを確認しなければなりません。

利用者がすでに自分が必要としている情報やサービス内容を理解している場合や、セルフケアマネジメントを行なっている場合には、利用者の申し出にしたがって対応すればよいのであり、そのような利用者に対して、必要以上に細かなことをあれこれ聞くのはよくありません。そこで、利用者がケアマネジメントを必要としているかどうか、あるいは、希望しているかどうかという判断を、ケアマネジメントの支援に先立って行なう必要があります。

### 第1節 利用者の確認「スクリーニング」

まず、利用者に対して、ケアマネジメントを実施するのかどうかを確認しなければなりません。そのためには、利用者の話をじっくりとよく聞き、ケアマネジャーとして、その利用者はケアマネジメントを必要としているのかそうでないのか、おおよその見当をつけましょう。ここで、ケアマネジメントを必要としているかどうかの判断の目安は、第I部でも述べたように、サービスがどれだけ必要かということよりも、サービスをうまく組み立てられるかどうかの方が重要です。

最初の相談受付の時には、ケアマネジャーの判断とはまた別に、利用者自身が、ケアマネジメントの支援を希望するかどうかの判断ができるような選択肢を、必ず提示しましょう。この選択肢と

は、チームアプローチ方式、全面的ケアマネジメント方式、部分的ケアマネジメント方式を求めるのか、それともセルフケアマネジメント方式で行なうのか、利用者自身が決めることができること、また、ケアマネジャーは利用者が選ぶことができること等です。

このような選択肢は、利用者が安心して判断ができるように、利用者が落ち着いている状態で、わかりやすい素材を活用して提示しなければ意味がありません。利用者が話を聞いてもらいたくて窓口を訪れた時に、いきなり、様々なシステムの説明を始めたり、選択肢を提示したとしても、利用者は落ち着いて判断することができないかもしれません。

緊急性の高い相談であれば、即対応しなければなりません、そうでない時には、最初に説明すべきことを分りやすくプリントしたものを利用者に手渡し、次の面接時まで、利用者が余裕をもって選択できるようにするといいいでしょう。

また、利用者には、コミュニケーションに障害がある人も想定されますので、やさしい言葉で書いた説明書やゆっくりとした口調での説明を録音したテープを用意して、利用者に渡すことができるように常に用意しておくといいいでしょう。

ケアマネジメント支援が必要ない利用者については、情報提供を行ったり、他の機関・組織に適切に紹介します。ケアマネジメントを実施する利用者に対しては、ケアマネジメント支援を始める前に、ケアマネジメント支援の説明やケアマネジメント依頼契約の締結を行いません。

## 第2節 本人との面接

### 1) セルフケアマネジメント支援とケアマネジメント支援の紹介

初回の面接を始めるに当たって、ケアマネジメントとは何かを説明し、さらにセルフケアマネジメントとは何かについて具体的に説明します。

ケアマネジメントについてはニーズ確認(1次アセスメント)、訪問調査、2次アセスメント(専門職によるアセスメント)、ケアプランの作成、サービスの調整(ケア会議)、ケアプランの実施、モニタリング、再アセスメント、ケアマネジメントの終了までの一連のプロセスについて説明します。(p50 図2参照)

また、セルフケアマネジメントについては情報提供、見学、体験の場の紹介、サービスへの橋渡し等をケアマネジャーが提供しつつ本人中心に生活を組み立てていくものとの説明をします。利用者が二つのシステムの違いを理解した上で、セルフケアマネジメントとケアマネジメント支援のどちらを希望するかを利用者に聞きます。

セルフケアマネジメントを選んだ人には、ピア・サポーターの紹介や必要な情報を伝え、今後何らかの援助が必要になればいつでも相談にのることを伝えます。生活の一部にしろ全部にしろ、ケアマネジメント支援を希望した人には、その支援者として最善を尽くすことを利用者に伝え、ケアマネジャーを選んでもらいますが、初対面でもあり分からないでしょうから、とりあえず話を進めながら、別のケアマネジャーに交代して欲しいならばいつでも交代できることを伝えます。

### 2) ケアマネジメントを始めるに当たって

ケアマネジメントに入ることが決定したら、ケアマネジメント同意書(様式2)を作成します。その場合、第I部第3章第3節で示した4つのケアの分野の内どのサービスを提供するのか、その必要な援助を具体的な項目として挙げ、その達成目標とケアマネジメントの終了までの予想期間を明確にし記入しておきます。契約書においては、ケアマネジメントの期限を記入し、その終了と共に一応ケアマネジメントは終了します、あるいは、必要であれば再評価を行って、ケアマネジメント支援を継続をするか、ケアプランだけを作成し直すこととなります。また、この同意の有無にかかわらず、本人の希望があればいつでもケアマネジメントを中止することができることを利用者に伝えます。

### 3) 面接の方法

初回の面接は、できれば障害者であるケアマネジャーが行いますが、ケアマネジャーが障害者でない場合には、障害者のピア・サポーターが同席して、聞き取りを行うと、利用者の緊張が解け、本音での話し合いがしやすくなります。初回の面接は、フェイスシート(様式1)を用いて行い、一般的な生活状況や生活歴、病歴、家族関係等を聞きます。

本人のケアマネジメントに対しての受入れ態勢が整ったと判断したら、次にアセスメント表(様式4)を使います。アセスメント表については、解説1の「アセスメント表の使い方」を参照して下さい。そこでは事前に、この面接で聞く項目と、後ほど訪問調査で聞く項目とを仕分けておきます。日常生活動作については、「長期にわたって継続的に自分でするのが困難」な項目を聞きます。自分で今やっていない項目は援助の必要な項目と判断します。つまり、ある動作を自力で「できるか」、「できないか」を質問するのではなく、どこまでを自分でやり、どこからは介助者に頼むかを聞く方がよいでしょう。介助者に指示を出して家事等ができるかどうかも重要な項目です。

このあたりは微妙な問題ですので、ケアマネジャーとの人間関係が出来上がってから訪問調査の中で聞くのがよいでしょう。というのも、施設に長いた障害者は自分ですべてADLをするのが優等生であり、できないことは恥だという意識を往々にして植えつけられており、本人の本音を聞き出すのが困難なことが予想されます。

＜事例④：初回面接の場面＞ 聴覚障害者の面接の時に本人から希望がだされたわけではなかったのですが、聴覚障害者のピア・サポーターと熟達した手話通訳者に同席を依頼しました。実際話合いが始まってみると手話通訳者がいないと全くコミュニケーションが成り立たないことが明らかになってきました。また、ピア・サポーターがいてくれたおかげで、本人がリラックスできたので、和やかな雰囲気になり、本人が質問を理解できなかったとき、ピア・サポーターが分かりやすい適切な問いに変えてくれてケアマネジャーは助かりました。

### 第3節 ケアマネジャーとケアマネジメント依頼契約の締結

ケアマネジャーは、利用者に対して、支援できることについて説明を行います。この時に、ケアマネジャー自身の立場から支援できる内容を中心に説明します。

また、ケアマネジャーは、それぞれ能力と専門領域が異なりますから、利用者がケアマネジャーを選定します。そして、ケアマネジャーと利用者の中でケアマネジメント依頼契約を締結します。また、利用者がケアマネジャーを交代して欲しい時にはケアマネジャーをいつでもかえることができることを、利用者に伝えます

## 第3章 本人の希望する生活の確認－ニーズの把握－

### 第1節 希望する生活目標

ケアマネジメント支援を必要としている利用者は、各々置かれている環境や障害種別などによってニーズは異なっており、そのため本人の望む生活目標も違ってきます。

例えば、これから施設から出て、地域で自立した生活をしようとする人と、既に地域で1年、あるいは3年の自立した生活の経験がある人では、ニーズも目標も大きく異なってきます。ケアマネジメントでは、個人の個別のニーズを大切に、決してこの種の障害者はこのニーズ持つなどと、ニーズを一般化してはいけません。また、このニーズや目標は、時系列的に変動の可能性があります。

すなわち、利用者の希望やニーズあるいは生活目標は、具体的な体験や情報を通して、どんどん変化していくのです。例えば、ケアマネジメント過程における情報収集、親元や施設から離れて友人宅やホテル、自立生活センター等の自立生活体験室での宿泊体験、自立生活をしている障害者宅の訪問、自立生活プログラムの受講などによって、希望やニーズが変わる可能性が十分にあるのです。

そのため、利用者本人の希望する生活目標やニーズは、初期のケアマネジメントであればあるほど、特定のアセスメント票を順に記入すればすぐに明確になるというのではなく、時間のかかるものなのです。しかも、生活目標やニーズの把握は、利用者本人が、自身の体験を通して改めてつかむことができる場合も多いものです。

したがって、緊急に対応しなければならない場合をのぞいて、まず、暫定的な(とりあえずの)ケアプランを作成して、そのプランをためしに体験実施します。その後、体験実施を通して実際のニ

ニーズの確認をした上で、改めて本格的なケアプランを作成します。このように、初期のケアマネジメントの段階では、ニーズ把握→ケアプランの作成→モニタリング→再アセスメントのサイクルが、極めて短くなります。

なぜ、本人の生活目標やニーズの把握に時間がかかるかというと、利用者のニーズには、その時点で明確になっている顕在的なニーズと、その時点でまだ明らかになっていない潜在的ニーズがあるからです。

#### 1) 顕在的ニーズ:

顕在的ニーズは、今現在の段階で本人が認識し、目に見えて確認しているニーズです。利用者は、自分の日常生活スタイルを現段階において認識しており、本人だけでなく、家族や介助者からも顕在的ニーズを読みとることは可能であり、三者の側面から顕在的ニーズを把握してもらいます。

このような顕在的ニーズは初回面接時において把握することができます。

#### 2) 潜在的ニーズ:

潜在的ニーズは、ニーズ把握過程において、様々な情報収集や自立生活に関する体験を通して新たに知り得たニーズを意味し、利用者のおかれている環境や、障害程度の変化あるいは障害の進行の予測によって新たに生み出されるニーズをいうものです。

このようなニーズは、ケアマネジメントの初期に言語化されることがあまりなく、利用者や周囲の人々にとっても徐々にわかってくるニーズです。

## 第2節 利用者自身による自己評価の支援手法について

ケアマネジメントのプロセスを通して利用者のエンパワメントを実現するには、ニーズの把握場面での支援方法が非常に重要です。というのも、利用者は、これからの長い人生を自らの障害と共に生きていくのであり、その事実はケアマネジャーが肩代わりすることはできないからです。ですから、利用者の障害から生じる生活上のニーズや、自分の障害の状態や、どのような社会資源を活用することができるのか、といった事柄は、利用者自身が把握していかなければなりません。

多くの人が、普段の生活ではなに気なく目標を設定し、ほとんどそのことを意識することはありませんが、疎外された状況に長い間置かれてきた障害者にとって、改めて目標を立てることは非常に重要な意味をもちます。なぜならば、自分のことを周囲が決めてしまうような疎外された状態を脱し、自分のことを自分で決め、それを実行することは、たとえ、うまくいかずに失敗したとしても、自分が決めたというその事実そのものが、障害者本人にとっての自信になるからです。

このようなニーズ把握場面での支援方法には、①心理的エンパワメント支援と②体験的エンパワメント支援があります。

#### 1) 心理的エンパワメント支援

心理的エンパワメント支援の方法としては、ピア・サポートによる自己信頼の回復への支援があ

ります。生活技術面での自立も時間のかかる困難な過程ですが、それにも増して大変なのが心理面での自己確立や障害の受容です。もの心がついた頃から、「障害者だからやってはダメ」「結婚はできない」「外出すると人の迷惑になる」など自信を喪失させ、尊厳を傷つけられる言葉が続くと、人間は、自分で何もできない存在、何の価値もない存在と思い込んでしまいます。このような状況にまで追い込まれてしまった障害者が自己信頼を取り戻し、自信を持って生き生きとした生活を送るために、ピア・サポートが有効です。

心を開き、過去の傷から解き放たれることが自立への第一歩となるのです。ピア・サポーターは、障害をもっていることは一つの「個性」でありそれ自体何も悪いことではないと伝えます。障害という、本来は人間的個性の一部であるはずのものが、人格や尊厳にまで否定的な作用を及ぼしてきたため、障害者があるのままの自己を受容し、肯定していくことは、非常に難しいと言えます。しかし、障害者が主体的に社会生活に関与し、自由にかつ幸福に生きるためには、この自己信頼の実現こそが不可欠です。自己信頼とは、障害のある自分の全てをそのまま好きになるということです。

## 2) 体験的エンパワメント支援

体験的エンパワメント支援には、①自立生活体験室の活用と②自立生活プログラムがあります。親元での生活や、施設あるいは病院での生活しか知らない障害者にとって、地域での自立生活とはどのようなものであるのかを想像することは難しいことです。そのため、現実離れした夢のような生活を思い描いたり、あるいはその逆に、必要以上に臆病になってしまって、なかなか自立生活へ踏み出せなかったりします。自立生活体験室の利用によって、地域での自立生活を体験することにより、より具体的で現実的な生活の姿を体験し、自分のニーズはどのようなものなのかを理解していくのです。

自立生活体験室の利用と平行して、あるいは独立に、自立生活プログラムが実施される必要があります。たとえば障害者自身が運営している自立生活センターが行っている自立生活プログラムでは、障害ゆえに必要となってくる生活上の知識や技能を、フィールドトリップやロールプレイといった実践的な手法によって学びます。

このような体験的エンパワメント支援を通して、利用者は自分のニーズを的確に把握し、どのような方法でそのニーズを充足することができるのかといった技能を身につけていくのです。

### ① 自立生活体験室

自立生活体験室は、親元での生活や施設での生活とは異なった地域での他人に介助されての自立生活という生活方法があることを実感するために利用されます。自立生活体験室のパターンとしては、おおよそ、次の3つがあります。

- (a) 1泊2日程度：施設(あるいは親元)以外でも生活ができることをつかむ
- (b) 2泊3日程度：旅行気分
- (c) 6泊7日程度：実際に、自立生活に踏み出すことを前提とした利用

(a)(b)の自立生活体験は、宿泊体験的なもので、親や施設職員から離れて生活してみること自体に意義があります。これに対して、(c)の1週間程度の自立生活体験室の利用パターンにおいては、実際の自立生活を想定して、どのようなニーズが自分にはあるのかの確認作業が中心になります。

1泊2日～2泊3日程度の宿泊では、自立生活の可能性を体験することはできても、日常的な日々の生活の中で、どのようなニーズが生じるのかは、なかなかつかみにくいものです。1週間以上の体験となれば、その間の食事をどうするのか、1週間分のメニューを考えて買い物をしなければなりません。トイレ、入浴をプログラムに合わせた日時の調整、介助者との人間関係等々、日常生活上の様々な課題に取り組まざるを得なくなります。自立生活体験を通して、このような地域での自立生活の疑似体験がなされ、そこから、利用者自身が自分にはどのようなニーズがあるのか、どのような生活をしたのか、そのためには、どのような社会資源が必要なのかを、体験の中から把握していくことができるのです。

ケアマネジャーは、利用者自身が見つかったニーズを、利用者が自分で整理し、把握できるように支援します。

## ②自立生活プログラム

例えば障害者の自立生活センターで行われている自立生活プログラムの実施形態を例にとると、週1回2～3時間で 10～12 回程度にわたって実施される定期プログラムと、2泊3日程度の合宿形式で実施される集中講座があります。この他に、個別具体的に、自立生活に向けた個人プログラムがあり、個人プログラムにおいては、自立生活体験室の利用が組込まれることもあります。

通常、定期プログラムが3～6人程度のグループで実施されるのに対し、個人プログラムは、その名の通り特定の利用者1人のためのプログラムです。このような実施形態の性質から、定期プログラムでは参加者同志がお互いの刺激になるという特色があり、個人プログラムには、その利用者のペースで進めることができるため、個別の話しや相談に深く関わるという特色があります。

自立生活プログラムは、フィールドトリップ、ロールプレイ等、実践的な内容となります。例えば、地域で現に自立生活をしている重度障害者宅を訪問して、夢の現実を体験してみるといったプログラムが効果的です。

### 第3節 本人によるニーズの確認・整理・選択

心理的エンパワメント支援と体験的エンパワメント支援を通して、利用者自身が自立生活をするために必要なニーズを自分で把握し、ニーズを整理・確認することになります。

そこで、自分のニーズを上記のようなプロセスを通して本人が整理・確認したニーズに基づいて、利用者自身に本格的なケアプランを作成してもらいましょう。この際に、ケアマネジャーは、利用者が自分で決めたというその過程を支持することで、本人の自己選択・自己決定を支援します。利用者を支持する表現としては、例えば、「本当によくやったね」、「ちょっとうまくいかなかったけど、あなたはちゃんと考えてきましたね」といった言葉があるでしょう。利用者を否定的に評価するのではなく、肯定的な表現で、利用者が自信をつけることができるような表現をすることが大切です。

### 第4節 訪問調査の状況作り

以上のように利用者のニーズを把握しますが、特に、ケアマネジメントの初期においては、利用者から「生の声」としてのニーズを聞き出すために、訪問調査の状況作りが大事になります。その状況作りの工夫の例を紹介しましょう。

利用者の障害に応じて、必ず視覚、聴覚、肢体、内部それぞれの障害者のピア・サポーターが同行して行きます。ピア・サポーターと一緒に行くか行かないかでは、利用者から聞き出すことのできるニーズの内容の深さが画然と異なります。

親や家族が同席している場合は、必ず家族と一緒に居てもらって聞きたい項目と、本人だけから聞きたい項目とを事前に分けておき、聞き取りに入る前に、家族と本人に、途中で家族に退席してもらいたいことを告げておきます。

#### <事例⑤: 訪問調査の場面>

高校2年の時、脳の血行不良で右半身マヒとなった「A」さんはその後10年間家に閉じこもりきりでめったに外出もしません。そんな娘が心配で父親の友人を通してケアマネジメントの依頼がありました。母親は娘の面倒を見るのでつきっきりです。訪問の際も、母親がついていて、ケアマネジャーの質問に、本人が話すより先に母親が答えてしまいます。

そこでお茶を出そうという機会に、娘さんと個別に話し合いたいと申し出て了承されました。その時、本人から母親はありがたいが、時には離れている時間がほしい、移動手段さえあれば外へも出たいという本音が聞けました。

## 第4章 ニーズの実施・充足方法の選択－ケアプランの作成－

### 第1節 専門職によるアセスメント(2次アセスメント)

第3章で述べたように、利用者自身が自らのニーズを把握した後、それを充足するために、ケアマネジャーの支援を得て利用者自身が作成したケアプランに基づき、具体的なサービス内容やサービスの担い手を盛り込んだケアプランを作成します。

基本的には、利用者自身が作成したものをケアプランとしますが、以下のような場合は、利用者の承諾を得た上でケアマネジャーが別のケアプランを提案したり、希望する生活を実現するために必要な各専門職によるアセスメント(2次アセスメント)を必要に応じて実施します。

- ・利用者が、自分では重視していないが、ケアマネジャーや周囲の人からみて、医療的ニーズがあると思われる場合。
- ・住宅改造が必要な場合は、理学療法士あるいは作業療法士、建築士のアセスメントが必要となる。
- ・日常生活技能を高めるために必要であれば作業療法士、聴能訓練士、視能訓練士のアセスメントが必要な場合がある。
- ・新たな社会資源の利用可能性があるため、手帳更新をする場合には医師の診断を受ける。
- ・補装具、福祉機器について専門職、コミュニケーションについては言語療法士のアセスメントが必要な場合がある。

### 第2節 サービス調整(ケア会議の実施等)

ケアマネジャーは利用者自身が作成したケアプラン、又は利用者の希望に沿ってケアマネジャーが作成したケアプランに基づいて個別に各サービス提供機関との調整を行います。ケア会議はすべての専門職が集まって行うことは基本的になく、必要となった時にケアマネジャーが声をかけ、その分野の専門職が呼ばれます。例えば、住宅改造ならPTや建築家が呼ばれ、一定の期間、係わることとなります。

また、利用者に対して、場合によっては異なる職種・機関が、別々の対応を行ってしまい、利用者の意思と反する援助がなされることも起こり得ます。このようなことを避けるためには利用者が希望するいくつかの機関の関係者が集まってケアプランの目標を共有するためのケア会議を行うことは有効な方法です。

このように、ケア会議はサービス提供の目的や目標の共有と、サービス提供者間の調整をし、よりよいケアプランにしていくことが主な目的です。

これ以外に、ケア会議には、各専門職種間の情報交換や、出席者の研修的な意義があります。例えば、ケア会議に出席する各専門職が、その専門性の観点から、他の職種にも注意してほしいことを伝えたり、他の専門職が気づかなかったニーズや対応方法をケア会議の場で提案します。そうすることで、利用者のケアプランやサービス提供及び援助内容がより良いものになるのです。また、各専門職種間での情報交換が、ケア会議で話し合われている利用者に対して、よい援助が行

なえるばかりか、他の利用者への対応をする際に、各専門職種間の連携がうまくとれ、対応がスムーズにいく基盤を蓄積していくことになります。

平成11年度東京都障害者介護等支援サービス体制整備検討委員会知的部会の知的障害をもつ当事者委員より「自分が知らないところで、自分のことを知らない人たちが話し合っ、自分に必要なサービスなどを勝手に決められてしまうのはいやだ」「専門家でやる(ケア)会議はいやだ。ニーズの把握も当事者と相談を受けた人たちと共同確認する場であってほしい」といった意見がだされたように、ケア会議はケアマネジャーや専門職のための会議ではなく、あくまでも利用者のために行われるものです。したがって、ケア会議は利用者の必要とするいくつかの機関の関係者が集まって利用者とともに話をすすめていく場とします。

ケア会議には、必ず本人が同席します。利用者本人の生活支援について話し合うのですから、本人が同席するのは、当然のことです。本人が同席することが難しい状況であったとしても、あらゆる方法を考えて、本人のそばで話し合う場を設けるようにします。例えば、寝たきりの状況で意識がはっきりしない場合であっても、本人のベットサイドで関係者が集まり話し合うことは可能なのです。本人がいる場であれば、本人の希望や意向を無視した話し合いができなくなるという利点があります。また、利用者がその場にいることで、利用者自身の意思表示が難しくても、表情や食欲があるかないかなどという状況から、本人の意思が確認しやすいでしょう。

しかし、利用者参加を形式的なものにしてはいけません。複数の専門職に囲まれた「会議」という場で、利用者がうまく自分の言いたいことがいえなくなってしまうことがあるのです。そこで、ケアマネジャーは、ケア会議に利用者が安心して出席できるような環境を整え、利用者が発言しやすいように側面から支援します。また、たとえいったんケア会議で決定がされたことであっても、本人からの変更要請にはいつでも柔軟に対応できるようにしておくことが重要です。最終的なケアプランが完成したあともケアプランはいつでも本人の要請によって変更可能です。

#### <事例⑥: ケア会議の場面>

筋ジストロフィーの37才の男性がこれから母親から離れて自立した生活をしようという時、ケアマネジメントを依頼しました。そこで、本人とケアマネジャー、保健婦、理学療法士、ケースワーカー、ピア・サポーターを交えてのケア会議を開きました。ケア会議ではこれからの介助体制、福祉機器の導入等が話題に上りました。しかし、ケア会議が終わってから、本人もケア会議に出席したにもかかわらず、本人から、大勢の人の前で自分の意見が言いづらかったとピア・サポーターに訴えがありました。会議の前に本人と最信頼関係が強い人が、本人と個別に話し合いの場を持って十分本人の意志を確認しておく必要があります。

### 第3節 利用者本人・家族・介助者間のニーズ調整

さて、ケアプランを作成する際に難しい問題なのが、誰のニーズを中心にケアプランを立てるかです。もちろん、利用者自身のニーズを中心におくのは当然です。しかし、現実の地域生活においては、しばしば、利用者と、家族をはじめとした利用者を取り巻く人々とのニーズが食い違うことがあります。

例えば、入浴について考えてみましょう。介助者は、利用者を抱き上げるのが大変なので、リフト等の福祉機器を活用したいと考えていたとします。これに対して、利用者は、リフトを使うと肩が痛いので介助者に抱えて欲しいと訴えています。このように両者のニーズに食い違いがみられる場合に、その調整が必要となります。

このような場合は、往々にして、両者の言い分が平行線になっていることがあるので、情報提供を行なうにとどまらず、見学や体験等の方法で選択肢を提示します。そして、状況に応じて、当面、緊急性が高い方法か、あるいは、比較的採用しやすい方法と取り、時間の経過をみて、対応を変えたいでしょう。

上記の入浴の例でいえば、介助者により楽な介助方法を学んでもらう方法もありますが、介助者の腰痛がひどい場合には、別の介助者を派遣するか、利用者に当分の間、リフトを活用してもらう方法もあります。このような当面の方法をとっている間に、利用者に、様々なリフトを体験してもらうことで、利用者に合ったリフトを用意することができるかもしれません。

地域における自立生活支援においては、上記の例以上に、利用者本人と家族、介助者との間でニーズが食い違う場面に遭遇することがあるでしょう。ケアマネジャーは、それぞれの人々の言い分をよく聞き、その食い違いを最小限にとどめるために、当面とる方法と、将来的にとる方法とを使い分けながら、実際の生活の中で、調整を図ります。

## 第5章 希望する生活に必要なサービスの活用ーケアプランの実施ー

### 第1節 サービスの確認・調整

地域で継続している日常生活においては、ケアプランができると同時に全てのサービスがスタートするというものではありません。緊急性の高いものは即座に提供を開始しなければなりませんし、後でもよいものは状況が熟してから実施ということも起こります。

また、本人がどの介助サービス提供組織のサービスを利用するかを決めるために、同じサービスを利用している知人に聞いて情報を集めたり、実際のサービス提供場面を見学したり、試しにサービスを利用してみたりしてから、サービスを決めることもあります。この場合は本人がサービスを確認してからサービス調整に入ることとなります。時には介助者が派遣されてみたら、こんな介助者なら要らないと拒絶され、再度別組織のサービスでケアプランを調整することも起こります。

### 第2節 ケアプランの仮実施と本格実施

ケアをこれから初めて利用しようという人の場合、どんな時に、どれだけのサービスが必要

かは自立生活体験でもしない限り、本人にはほとんど予測もつきません、そこでとりあえずのケアプラン案を作り、そのプランを実施して様子を見ながら、徐々に変更を加えていって本人の希望に添うケアプランを作りあげていきます。最初から完璧なケアプランを作ろうとあまり考えないほうが結果としてよいケアプランになるものです。

10年もサービスを使っている人なら、相当の確度で自分の本格的なケアプランは作れます。しかし、このような人たちは、ケアマネジメントを必要としないと思われるので、一般的には、ケアマネジメントとはケアプランの仮実施から始まると言えます。

#### <事例⑦: ケア計画実施の場面>

脳性マヒの35歳の女性から、施設から出て自立した生活をしたいとの依頼があったので、ケアマネジメント支援を進めていました。ところが、いざ家を借りようという段階になって、彼女は施設から失踪してしまいました。原因は、施設職員や周囲の人たちに自立生活をしたいと言口を滑らしたら、それはすばらしいことだと自分の気持ちも固まらないままにどんどん話を進め、止められなくなってしまい、ついに家を借りる契約まで来てしまって、どうしようもなく逃げ出したということでした。

## 第6章 モニタリング

### 第1節 ケアマネジャーの連絡調整

モニタリングとは、ケアプランの達成状況を継続的に見つつ必要な調整を行うことです。ケアマネジメント支援の初期段階では、利用者自身もケアプランが固定しなかったり、様々な面で利用者への支援が必要なことが多いので、比較的頻繁に、利用者にケアプランが確実に実施されているかどうかの確認ができます。これに対し、ある程度、地域での生活が安定してきたら、ケアマネジャーが利用者と接する機会は減ってきますから、このような場合には、3ヵ月後位にモニタリングの機会を設けるとよいでしょう。

それ以降は、再アセスメントを行って、本人の希望に添ってモニタリングを定期的に行う、あるいは、本人からの依頼がない限り再アセスメントを行わず、モニタリングは終了にするかを決めます。しかし、常に利用者あるいはサービス提供者が、ケアマネジャーのところに、相談や苦情を持ち込みやすい状況を作っておくことは重要です。そのような相談や苦情に対応することを通して、サービス提供がうまく実施されるように調整を図ります。

利用者から、あるいはサービス提供者からの相談や苦情から、利用者に新たなニーズが生じていると思われる時には、再アセスメントを行いません。

相談や苦情が、社会資源の不足から生じているようであれば、新たな社会資源を開拓することになります。

また、エンパワメントの視点からモニタリングにおいて重要なのは、相談や苦情の内容によっては、安易にサービス提供側の対応を変えるにとどめてはならず、利用者がうまく社会資源を活用できるような支援が必要になります。この点については、第7章の「新たなニーズの確認一再アセ

メントー」で述べます。

## 第2節 不足している社会資源の創設にむけて

社会資源の不足によって、利用者からの相談や苦情が生じている場合があります。また、ケアマネジメントのプロセスの中で、特にケアプラン作成・実施において、利用者の希望があり、対応する側としてもなんとか実現したいと思っても、社会資源の不足によって、その実現が難しい場合が多々あるでしょう。そのような時には、まず、行政のサービス担当者に相談し、運用上の展開ができる可能性をさぐります。次に、インフォーマルサービスといわれる民間組織やボランティア団体の活用を考えます。しかし、利用者個別に、できる限りの努力をしたとしても、個別の対応では限界があったり、制度の枠組による制限がある場合もあります。

そのような実現できなかったケアプランも、ケアマネジャーの職務として、どのような点で実現ができなかったのかを記録に残し、それを蓄積することによって、新たな社会資源の開発に結びつけなければなりません。例えば、同じようなニーズに対応できないという事実が積み重なれば、それは一人の利用者だけのニーズではなく、多くの利用者に共通するニーズであることが明らかとなります。このような記録を蓄積する作業によりはじめて、新たな社会資源を開発する可能性が生まれてきます。

ケアマネジャーの職務には、直接的なサービス提供が含まれることは少ないのですから、不足している社会資源の創設といった、通常のサービス提供を担う人には取り組む余裕があまりないと思われる仕事に、積極的に取り組むべきです。

## 第7章 新たなニーズの確認－再アセスメント－

利用者が実際に様々な社会資源を活用しながら地域での生活を始めてみると、最初に想定していたニードとは異なるニードが生じてくることがあります。例えば、最初は、日々の生活で手一杯だった利用者が、徐々に生活に余裕が生まれてきて、日中の過ごし方を充実させようとしたり、あるいはまた、就業を希望するようになってきたりします。

このように当初に希望していたニードとは別のニードが生じてくれば、当然、新たなニードに対応するために、ケアプランの修正が求められます。

また、利用者あるいはサービス提供者からの相談や苦情の内容によっては、サービスの質をより高めることにつなげたり、利用者がより社会資源を活用することができるように、自立生活プログラム等を改めて紹介します。相談や苦情に対応する場合に、サービス提供者の対応を変えることの方が容易なこともあるでしょう。しかし、利用者自身が社会資源を活用し、ケアプランを自分でマネジメントできるようにならなければ、意味がないのです。したがって、時にはサービス提供者を変更するのではなく、利用者働きかけて、より上手に社会資源を活用できるように支援をしなければなりません。サービスの提供側を修正するだけでは事態は改善しないのです。利用者自身が、状況に応じて自分でサービスを活用できる技能を獲得しなければ、いつまでたっても利用者は依存的な存在にとどまってしまうことになるのです。

この他に再アセスメントが必要となる例としては、二次障害などで、利用者の障害が重度化した場合があるでしょう。このような時には、必要に応じて、専門職と連携をとり、目的と期間を限って専門職からの支援を受けることになります。

## 第8章 ケアマネジメントの終了

以上のケアマネジメントのプロセスを通じて、利用者が依頼してきた課題についてのニーズが充足された場合やケアマネジメントの依頼契約書に記載された目的・期限が達成できたとき、あるいは、病院への入院やリハビリテーション施設、入居施設に入所したときにケアマネジメントは一応終了します。その場合、新たな課題や未完了の課題についてさらにケアマネジメントを継続するのか、それとも終了するのかを本人と共に確認します。また本人がエンパワメントされ、セルフケアマネジメントができるようになるか、もしくはセルフケアマネジメントを望む場合は、当然ケアマネジメント支援は終了します。

終了の場面は、ケアマネジメント支援を開始する時と同様に、重要な場面です。利用者が自信と安心感を持って、これからの生活を営んでいけるように、ケアマネジャーとしての支援に区切りをつけなければならないからです。このような区切りがないと、利用者は、自分がケアマネジャーから見離されたのではないかと不安になったり、あるいは、本当は利用者が自らで様々なことができるのに、いつまでたってもケアマネジャーに依存してしまうこととなります。そこで、ケアマネジャーが利用者に対して、密接な支援を行なうことはひとまず終了することを利用者に伝え、区切りをつけるとともに、別に相談ごとがあれば、いつでも力になることを利用者に伝えます。また、利用者が自らの力でここまでの課題に取り組み、その課題を乗り越えてきたことを支持し、ねぎらうことで、利用者が自信を持って生き生きと暮らしていけるように支援します。

言うまでもないことですが、地域で生活する上で、様々なサービスを必要としている障害者にとって、ケアマネジメントの終了とは、ケア「マネジメント」支援の終了であり、「ケア」サービス提供の終了を意味しません。例え、医療的ニーズを含む、複数のサービスを利用していたとしても、「マネジメント」の面で支援が必要なくなれば、ケアマネジメントは終了します。その後は、利用者自身がケアマネジメントを行なうか、利用者が依頼する範囲でケアマネジャーがサービスの調整を行なうこととなります。

## 参考

### アセスメント表の使い方

## 参考 アセスメント表の使い方

### 1)はじめに

このニーズアセスメント表(様式4)はケアマネジメントの訪問調査の場で、また再評価の場でも必要に応じて使います。基本的な日常生活の状況についてはこの表を使う前に初回面接の場でフェイスシートを使い聞いておきます。

よく間違えることが多いのですが、ニーズアセスメントは本人の全体像を知る事が目的ではありません。たとえ、本人の全体像を知ってもケアプランは作れないのです。むしろ重要なのは、利用者が今現在どのような援助を求めているかを知ることなのです。そして、利用者が、求めている援助について何を知っていて、そのために必要な社会資源をどれだけ使いこなせる状況にあるかを把握しなければなりません。したがって、アセスメント表の16項目を一度にすべて聞く必要はありません。また、アセスメント表は、利用者のニーズのありかを知るためのものですから、本人のニーズの該当する項目のみ(通常3～4項目)を聞けばそれで十分です。そして、絞られた項目については十分に利用者の状況や話を聞き込み、今後のケアプラン作りの基礎にします。

アセスメント表を道具として使い、利用者のニーズのありかを把握した後、利用者が知らないことについては、その場で提供できる情報は利用者に伝え、その場で提供できない情報や体験については自立した生活をしている障害者宅の訪問、地域の障害者組織や通所施設の見学や自立した生活の体験(宿泊体験の場)等を準備します。このような支援を通して、利用者自身がをエンパワメントした後に、本人にどのような社会資源をどのように活用するのかわを選択してもらうのです。

### 2) アセスメント表の使い方

以下はアセスメント表(様式4)の表記数字にしたがって説明します。

#### (1) 社会資源の情報

##### 1.1 公的な福祉制度について

年金、手当、介護派遣制度等重要な制度については、支給金額を知っているかそれとなく聞いてみましょう。自分で通帳の管理をしているかも必要であれば聞きます。手帳の等級からみて、本来ならば活用することのできる制度について、必要がないから活用していないのか、それともそもそも制度があること自体を知らないのかを聞いてみましょう。知らなかった制度については、制度一覧表などをつかって、利用者の説明します。

##### 1.2 インフォーマルなサービス

ケアマネジャーは地域の民間団体やボランティア組織、セルフヘルプグループが提供するサービスについても常に情報を集めておき、必要なときにいつでも情報提供できるようにしてください。

##### 1.3 交通アクセスについて

利用したことがないものについて、障害者用の配慮がある設備や利用法について必要

であれば説明しましょう。

#### 1.4 入所施設と地域での生活(その違いを知り選択できるか)

ケアマネジャーは地域に自立した生活をしている障害者がいるか事前に捜しておき、依頼者があれば訪問できるように連携を取っておく。自立生活センターや当事者団体と協働して支援することも有効です。

### (2)ピア・カウンセリング

#### 2.1 自己受容(自分を認め愛せるか)

必ず障害者のケアマネジャーがこの項目の質問を行う。いない場合は近郊の市で捜してみる。

#### 2.2 ロールモデルの発見

ロールモデルに会う機会がない、地域にいない場合は遠くても紹介します。ロールモデルは自己受容のできている自立した生活をしている人が望ましいです。地域の通所施設やセルフヘルプグループ等に参加することによって、ロールモデルに出会うこともあります。

### (3)コミュニケーション

(聴覚障害者用)

#### 3.1 次のものをどのように使い分けていますか

・手話(日本手話、音声言語対应手話)

契約、行政手続き、裁判等の重要な通訳を必要とする場合は、地域の手話通訳では対応できないこともあるので、東京都手話通訳派遣協会に依頼することをすすめます。

・口話(早口でも、ゆっくりなら)

・文字の読み書き(漢字、やさしい言葉なら)

システムの説明などの複雑な事柄は、念のため筆談で解説した方が良いのか、その場合は、普通に書いて大丈夫か、それとも簡略に分かりやすく書いた方が良いか確認します。成人後に失聴した人、高齢失聴の人には手話のできない人が多く、そういう人とは筆談でのコミュニケーションをはかってみてください。

・指文字、絵文字

利用者とFAX等でやり取りをして、インテークの日取りが決まったら、会う前に必ず手話通訳者をケアマネジャーと利用者のどちらで用意するかを決めておきます。会ったらずぐに、これからの会話でどのようなコミュニケーション手段を使うのか決めます。

例えば、ケアマネジメント業務の説明は文書で読み、会話はゆっくり大きな口を開けて口話で、正確に知りたいことは手話ですといった具合に、利用者が最も好むコミュニケーション手段を決めておきます。そして、その場で決まったことは毎回必ず文書にして確認しておきます。そうすればその後の無用なトラブルが避けられます。

(盲聾者用)

3.2 指点字でのコミュニケーションがとれる介助者が十分足りていますか。

口話のできる人なら指点字で普通と変わらないスピードで会話ができます。

後天的な場合は手のひらに字を書く触字を使うことが多いです。

コミュニケーション手段は、指点字、触手話、触指文字と多彩で、後天的な場合は触字を中心にすることもあります。

(視覚障害者用)

3.3 次のサービス提供先を知っており、使い方を知っていますか

- ・点字の読み書き
- ・朗読ボランティア
- ・音声発生機能付きコンピューター

(言語障害者用)

3.4 自分なりのコミュニケーションの方法を確立していますか(聞く、話す、書く)

#### (4) 移動手段(視覚障害者用)

4.1 外出の場合どうしていますか。単独歩行は可能ですか。

4.2 次のサービスを知っており活用できますか。

- ・公的なガイドヘルパー
- ・ボランティアのガイドヘルパー(地域に存在する場合)

知っているということは、例えば、社会福祉協議会が提供しているサービスであれば、その電話番号を知っているかということです。活用できるということは、だれを通してどう言っ  
て依頼すれば、希望する人やサービス内容が実現できるかを知っているということです。

4.3 交通機関のアクセス

公共バスや電車が日常的に困難なく使えなければ、移動に介助者が必要となり、社会参加に不自由が生じることになります。

#### (5) 社会参加と自己開発

5.1 障害者団体のどれかを知っており、参加したことがありますか。

障害当事者の個人や団体との連携は、障害者の自己確立のためには重要な要素と言えます。障害者団体等でエンパワーされてから就職すると、会社の環境を自分にあつたよ  
うに変えるために周囲の人たちに自分の障害を理解してもらい同意を得ていこうという積  
極的適応が可能となります。

5.2 自分の住む地域の人々との関係はうまくいっていますか

地域との関係作りでの援助が必要な場合、自立生活の援助プログラムのロールプレイ

やピア・サポートを受けることができるようにします。

### 5.3 友人や家族との関係作り

家族が協力的かどうかは重要な要素です。家族や周囲の人々が協力的になるように、本人の支援をするのもケアマネジャーの役割です。

## (6) 医療とリハビリテーション

6.1 健康状態はどうか(服薬管理、食事管理、定期受診)

6.2 以下の医療的管理が日常的に必要ですか。また、必要な場合、適切な医療やリハビリテーション機関についての情報を十分に持っていますか。

地域において慢性的な疾患や二次障害がある場合は、医療やリハビリテーションが必要になりますが、これが自己管理できるか、依存的な状況にあるかを判断します。

## (7) ADL(日常生活動作)

長期にわたって継続的に自分でやるのが困難と思われる日常生活動作には、どんなものがありますか。

チェックリスト:< 入浴、トイレ、食事、衣服の着脱、寝返り、起き上がり、整容、洗髪、ベットの移乗、移動(歩行、短距離、遠距離)、筆記、ワープロ、電話、FAX、パソコン、書類整理 >。

## (8) 住宅のアクセスと福祉機器

8.1 福祉制度

住宅の改造、住み替えについて活用できる制度について知っており、どのように使うのかを知っていますか

8.2 同じ障害者の事例

障害程度が同一レベルの人がどのような住宅改造をしているか、どのような福祉機器を活用しているか事例を見て、できれば体験使用してみることは重要です。買い替え、作り直しのできないものですから、試してみたいのは当然です。

## (9) 家庭生活技術

9.1 調理、洗たく、掃除掃除、ベットメイキング、買い物、整理整頓、衣服の補修もADLと同様に、長期に継続して自分でできない、またやっていない場合に援助が必要です。また介助者へうまく指示がだせるかも重要な要素です。

## (10) 教育

自分にあった教育訓練機関を選ぶために援助が必要か聞いてください。

(11)危機管理

自分にとっての緊急事態への対応方法を知っているだけでなく、遠慮せずに実施できなければ、援助が必要です。

(12)育児

育児の知識が不十分で機能的、精神的に対応できない状況ならば、どんな援助が必要か確認してください。できないという結論を出さずに、どうすればできるかを模索してください。

(13)金銭管理

13.1 1ヵ月の収入と支出の概略を知っていますか

13.2 ローンや売買契約、賃貸契約について知っていますか

13.3 どんな援助が必要ですか

始めの2問で、自立生活の援助プログラムのような援助が必要かそうでないかがわかります。必要そうならば、具体的に月々の支払いを袋に仕分ける等の提案で選択肢を示し選んでもらいます。

(14)介助利用の仕方

14.1 どのようなときに介助が必要か知っていますか

知らない場合、同一の障害者のモデルを見たり、自立生活体験をしてみることでしか現実感をもって必要量を知る事はできません。したがって、とりあえずのケアプランで援助をスタートし、その後体験しながら確定していきますか

14.2 介助者に介助時間、介助内容、介助期間等を明確に伝えられますか

14.3 介助サービス機関について知っており用途に応じて選択できますか

知らない場合、各介助サービス機関の特色について説明する

14.4 現在受けているサービス時間や内容に不満はありますか

現在受けているホームヘルプサービスの時間数が不足していることや入浴は介助してもらえないなど内容に希望に添えない点があればそのニーズをここで聞き取って下さい。

14.5 介助者や介助サービス機関に不満があるときに解決の仕方を知っており、自分で解決できますか、できない場合援助が必要ですか

(15)権利擁護

自分の権利について理解しており権利が侵害されたときにどこに訴えれば良いかを知っていますか、その場合援助が必要ですか

(16)現在地域には自分の望むサービスがない場合

16.1 どんなサービスが欲しいですか。



処理状況(相談のみ、機関紹介状況は具体的に記入) ・相談のみ ・他機関紹介 ・訪問対応予定( 年 月 日) ・再来所予定( 年 月 日)
対応者所見・その他情報

様式 2

質問(アセスメント表)およびケア計画立案に関する同意書◆

私は、質問(アセスメント表)と計画の目的、方法について担当者の \_\_\_\_\_ 氏から、別紙の内容の十分な説明を受けました。また、質問によっては答えを拒否できること、私のプライバシーが守られること、計画においては私の希望が何よりも優先すること、途中で変更ができること、などについても同氏から説明を受けました。

私は、この説明を理解し、質問(アセスメント表)にお答えすることに同意し、ケア計画の作成を依頼します。

同意した年月日:平成 年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ 印

住所: \_\_\_\_\_

私は、別紙の説明書にのっとり、質問(アセスメント表)およびケア計画の目的と方法について説明を致しました。

担当者: \_\_\_\_\_

◆ケア計画にもとづくケアサービス実施に関する同意書◆

私は、ケア計画にもとづくケアサービスの実施の目的及び方法について、担当者の \_\_\_\_\_ 氏から、別紙の内容の十分な説明を受けました。また、これから受けるケアサービスの具体的な内容についても説明を受けました。ケアサービスの実施においては、私の希望が何よりも優先すること、途中で変更ができること、などについても同氏から説明を受けました。私は、この説明を理解し、ケア計画にもとづくケアサービスの実施に同意致します。

同意した内容     • \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

同意した期間:平成 年 月 日～平成 年 月 日

同意した年月日:平成 年 月 日

氏名: 印

私は、別紙の説明書にのっとり、ケア計画にもとづくケアサービスの実施について説明を致しました。

担当者:

様式3

# アセスメント表

( 第1次ケアプラン用  
・ 第2次ケアプラン用 )  
年 月 日

利用者氏名:

<p><b>1. 社会資源の情報</b></p> <p>1-1. 公的な福祉制度について どのようなサービスを利用していますか(制度名を記入) 知らなかった制度について説明する</p> <p>1-2. 交通アクセスについて 電車、バス、飛行機、民間移送サービスのどれかを利用したことがありますか 利用したことがないものについて障害者用の配慮がある設備や利用法について必要であれば説明する</p> <p>1-3. 施設と地域での生活(その違いを知り選択できるか) 地域にある利用できる施設についてご存じですか 地域で介助を受け自立生活することができることを知っていますか 自立生活体験をしてみたいと思いますか (施設の外での自立生活の体験の場や友人宅があれば)</p>
<p><b>2. ピアカウンセリング</b>(障害者のケアマネジャーが聞く)</p> <p>2-1. 自己受容(自分を認め愛せるか) 自分の障害についてよく知っていますか 今の自分が好きですか、嫌いですか</p> <p>2-2. ロールモデルの発見(会う機会がない、地域にいない場合は紹介する) 自分と同じ障害を持つ人と話し合ったことがありますか</p>

自分がこんな風な生き方がしたいと思うようなモデルとなる障害者の知人がいますか

### 3. コミュニケーション

#### ●聴覚障害者

3-1. 次のものをどのように使い分けていますか

手話(自己流、標準)

口話(早口でも、ゆっくりなら)

文字の読み書き(漢字、ひらがな、やさしい言葉なら)

指文字

#### ●盲聾者

3-2. 指点字のよくてできる介助者が十分足りていますか

#### ●視覚障害者

3-3. 次のサービス提供先を知っており、使い方を知っていますか

点字の読み書き

朗読ボランティア

音声発生機能コンピュータ

#### ●言語障害者

3-4. 自分なりのコミュニケーションの方法を確立していますか、  
その場合以下のうち状況に応じて対応の仕方をどのように変えていますか

- ゆっくり話せば通じる
- 慣れた人なら通じる
- 指文字を併用する
- 筆記を併用する
- トーキングエイド(音声発生器)

●知的障害者

3-5. やさしい言葉ならわかる

- ひらかなややさしい漢字ならわかる
- 新聞や公文章が理解できる

**4. 移動手段(視覚障害者用)**

4-1. 次のサービスを知っており活用できますか

- 公的なガイドヘルパー
- ボランティアのガイドヘルパー(地域に存在する場合)

4-2. 交通機関のアクセス

- 公共バスのバス停の場所を知っており、バスを日常的に使えますか
- 電車の駅の点字ブロックや案内の在りかを知り、電車を日常的に使えますか

## 5. 社会参加と自己開発

5-1. 次の団体のどれかを知っており参加したことがありますか

- 障害当事者の個人または団体
- サークルやクラブ(電子メールからスポーツまで)
- 仕事やNGO活動

5-2. 自分の住む地域の人々との関係はうまくいっていますか

地域との関係作りでの援助が必要ですか

5-3. 友人や家族との関係作り

- 家族はあなたの生き方や考え方に協力的ですか
- 何でも相談できる友人がいますか

## 6. 医療とリハビリテーション

6-1. 以下の医療的管理が日常的に必要なですか、必要な場合適切な医療やリハビリテーション機関についての情報を十分に持っていますか

- 呼吸器、腎臓透析、進行性の障害、排尿、排便
- 身体・運動機能の維持、二次障害の予防

## 7. ADL(日常生活動作)

7-1. 長期にわたって継続的に自分でやることは困難と思われる日常生活動作には

どんなものがありますか(以下に記入する)

## 8. 住宅のアクセスと福祉機器

### 8-1. 福祉制度

住宅の改造、住み替えについて活用できる制度について知っており、どのように使うのかを知っていますか

### 8-2. 同じ障害者の事例

障害程度が同一レベルの人がどのような住宅改造をしているか、どのような福祉機器を活用しているか事例を見たことがありますか(なければ連れて見に行く)

### 8-3. 自分にあつた福祉機器を知っていて使えますか(必要な場合のみ聞く)

### 8-4. 自分にあつた住宅の改造方法を知っていますか(必要な場合のみ聞く)

建築改装業者の選び方、設計について相談できる設計士等、トイレ、浴室、居間、寝室に必要な設備について

## 9. 家庭生活

### 9-1. 調理、洗たく、掃除が長期に継続して自分でできますか、またやっていますか

または介助者に指示してやってもらえますか

9-2. 家族から求められているニーズにはどのようなものがありますか。

## 10. 教育

10-1. 自分にあった教育機関を知っており、選べますか

## 11. 危機管理

11-1. 自分にとっての緊急事態を理解しており、その対応方法を知っていますか

## 12. 育児

12-1. 育児の知識があり機能的、精神的に対応できますか

## 13. 金銭管理

13-1. 1カ月の収入と支出の概略を知っていますか(年金、手当を含む)

13-2. ローンや売買契約、賃貸契約について知っていますか

13-3. どんな援助が必要ですか

## 14. 介助利用の仕方

14-1. どのようなときに介助が必要か知っていますか

知らない場合、次の内どのような援助が必要ですか

同じ障害者をもつ人の介助利用のモデルを知りたい、自立生活体験をしてみたい、

14-2. 介助者に介助時間、介助内容、介助期間等を明確に伝えられますか

14-3. 介助サービス機関について知っており、必要に応じて選択できますか

知らない場合、各介助サービス機関の特色について説明する

14-4. 介助者や介助サービス機関に不満があるときに解決の仕方を知っていて、自分で解決できますか、できない場合は援助が必要ですか

## 15. 権利擁護

15-1. 自分の権利について理解しており権利が侵害されたときにどこに訴えれば良いかを知っていますか、その場合、援助が必要ですか

## 16. 地域のサービス

16-1. 現在地域に自分の望むサービスはありますか  
ない場合はどんなサービスが欲しいかを聞いてください。

## 演習編

演習タイムテーブル (案)

【1日目】5時間 20分

	時間(分)	内容(進め方)	形式・ツール
	9:15-9:35	まとめ役打合せ@控え室	
ガイダンス (15分)	9:45-10:00 (15)	1 ガイダンス【目指す専門員像と演習の流れの理解】	全体会
インテーク演習(105分)	10:00-10:45 (45)	2-1 インテーク演習【本人中心のケアマネジメント導入の理解】 ①面接デモ(ロールプレイ)を見る…25分 ※悪い例と良い例を3つを演じる。 ※配役はまとめ役が行う ②本人中心のインテークのポイントの確認…20分	全体会 【1】模擬面接シナリオ(3種類)
	10:45-11:00	休憩・移動(サポーターはここから参加)	
	11:00-11:20 (20)	自己紹介とロールプレイの役割決め	これ以降は各教室 でグループワーク
	11:20-12:00 (40)	2-2 面接場面のロールプレイ(初回訪問時) ※喋り過ぎる母親から、どのようにして本人との会話を引き出すかをロールプレイを使って体験する ①これから行うことの説明と役作り…10分 ②グループごとにロールプレイを行う…15分 ③振り返り…15分	【2】和也さんの概要 【3】役作り資料(和也さん、お母さん)
	12:00-13:00	昼休み ※12:00~まとめ役とサポーターの打合わせ@控え室	
アセスメント演習(60分)	13:00-15:00 (120) ※休憩は適宜	3-1 アセスメント演習【ニーズ、社会資源(ストレングス)の理解】 ①事例の情報の整理(佐藤和也さんの「現在の状況」資料の読み込み)…10分 ②和也さんについての理解を深める…50分 ・リフレーミング紹介(ストレングスとエンパワメントが別物と思わないように注意が必要) ・個人作業でニーズ整理表の書き出し ・グループで意見交換…エンパワメントのために、本人のやりたいことを引き出す方法を学ぶ ・整理したニーズを模造紙に書き留める	【4】「和也さんの現在の状況」「地域情報」 【5】ニーズ整理票
		3-2 アセスメントのまとめ ①アセスメントで知った和也さんの意向を「100文字」で要約する ※主語は「私は、僕は」など1人称で。 …20分 ②アセスメントを模造紙にまとめる …30分 ※イラストなどを用いて、本人が見てわくわくするようなプランをまとめる。	模造紙

演習タイムテーブル (案)

	15:00-15:15	休憩	
	15:15-15:55 (40)	<p>3-3 アセスメントの共有【ポスターセッション】</p> <p>①グループごとに他のグループの模造紙を見て回る。…20分 まとめ役が説明者となる</p> <p>②グループでふりかえり。…20分</p>	
	15:55-16:05	休憩(サポーターは振り返り会へ)	
<b>プランニング演習① (40分)</b>	16:05-16:45 (40)	<p>4-1、アセスメントを生かしたケアプラン(フリープラン)の作成-和也さんの夢を実現するために(前半)</p> <p>アセスメント演習の議論を土台に、以下のポイントをグループで話し合い、深めていく。…40分</p> <p>※ニーズ把握はエンパワメントのチャンス</p> <p>※「今はない」けれども「あったらいいな社会資源」とは？ それをどのように実現するか(社会資源の創出)</p> <p>※和也さんにとっての「エンパワメントを意識した社会資源」とは</p> <p>※話し合った内容は、「社会資源メモ」に記録する。</p> <p>★宿題…自分の住む地域で和也さんに使えそうな社会資源がないか、調べてくる。</p>	【6】社会資源メモ
	16:45-17:00	まとめ役打合せ(明日に向けた確認)	

演習タイムテーブル（案）

【2日目】5時間 40分

	時間(分)	内容(進め方)	形式・ツール
	9:15-9:25	2日目朝全体関係者 打合せ サポーターはできれば9時半に各教室でグループに参加 難しい場合は次のコマの途中から参加	
プランニング演習②(160分)	9:30-10:40 (70)	4-2、アセスメントを生かしたケアプラン(フリープラン)の作成-和也さんの夢を実現するために(後半) ケア計画(フリープラン)作成 ①各自の宿題の発表と話し合い。…20分 1日目に作ったアセスメント表と、「社会資源メモ」を見つ、さらに和也さんの夢に向けた社会資源を考える。 ②ここまで話し合ってきた内容を、ケアプラン(フリープラン)に落とししていく(模造紙)。…50分	模造紙
	10:40-10:50	休憩	
	10:50-11:40 (50)	4-3 サービス等利用計画の作成 ①サービス等利用計画とは【解説】…15分 ②フリープランから標準書式への落とし込み作業…35分 ※標準様式でも夢のあるプランを描けることを強調する	【7】サービス等利用計画標準書式(大判)
	11:40-12:20 (40)	4-4 ケアプラン(フリープラン&サービス等利用計画)の共有 ①各グループの成果物(フリープラン&標準書式)を見て回る。…20分 ②グループでの振り返り…20分	【8】【参考】和也さんサービス等利用計画
	12:20-13:20	昼休み(まとめ役打合せ)	
	13:20-13:50 (30)	4-5 セルフプランについて ①セルフプランの意義と重要性【解説】…10分 ②自治体によって書式が異なることを知る【資料提示】…5分 ③セルフプランによる支援の実際【経験者の体験談】…15分	【9】テキスト「ケアプランからセルフプランへ」の項 【10】各地のセルフプランの書式
サービス担当者会議演習(60分)	13:50-14:50 (60)	5、サービス担当者会議演習 ①チーム支援の意義と担当者会議【解説】…10分 ②担当者会議の準備を行う(目的、参加者、準備するもの等、グループごとに話し合う)…15分 ③担当者会議を行う(グループごとにロールプレイ)…20分 ④振り返り…15分	
	14:50-15:00	休憩	

演習タイムテーブル (案)

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">モニタリング演習(90分)</p>	<p>15:00-16:30 (90)</p>	<p>6、モニタリング演習</p> <p>①モニタリングとは(解説)…10分</p> <p>②モニタリングの準備を行う…15分 ※グループで聞きたいことを出し合う</p> <p>③モニタリングを行う(1問1答方式)…25分 ※和也さん、事業者(ヘルパー、CIL スタッフ)役は まとめ役が行う</p> <p>④モニタリング報告書(標準書式)を作る…30分</p> <p>⑤振り返り…10分</p>	<p>【11】モニタリング標準書式(個人ワーク用)</p> <p>【12】【参考】和也さんのモニタリング報告書</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">実習ガイダンス(30分)</p>	<p>16:30-17:00 (30)</p>	<p>7 インターバル中の実習についてのガイダンス</p>	<p>教室ごと</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">インターバル&amp;実習</p>	<p>約1か月</p>	<p>8、実習</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2日間の演習で学んだことを振り返り、自らの関わる障害当事者の中へインタビューからアセスメント、社会資源の情報収集・選定、サービス等利用計画作成までを実施する。</li> <li>・実習対象者の選定困難な場合、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。</li> </ul>	

【3日目】6時間30分

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">実習報告(80分)</p>	<p>9:30-12:10</p>	<p>9、実習の報告と意見交換</p> <p>※1人当たり20分×8人=160分</p> <p>(報告5分 → 質疑応答&amp;ブレインストーミング10分 → 応答3分、休憩・転換2分)</p> <p>※休憩は全員分をまとめて10分挟む。</p>	
	<p>12:10-13:00</p>	<p>休憩</p>	

演習タイムテーブル（案）

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">ケアマネジメントプロセスの定着演習(145分)</p>	<p>13:00-15:25</p>	<p>10 実習事例を深める</p> <p>①演習 9 で共有された実践例より 1 つを選定。…5 分</p> <p>②グループでの再検討(ニーズ整理)により、アセスメントを深める。…50 分</p> <p>③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</p> <p>1) 自由な資源のアイデア出し…40 分</p> <p>2) サービス等利用計画作成…50 分</p>	
	<p>15:25-15:35</p>	<p>休 憩</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">地域づくり演習(50分)</p>	<p>15:35-16:25</p>	<p>11 個別支援から地域づくりについて(50 分)</p> <p>①講義(自立支援協議会も含む)…30 分</p> <p>②地域づくりの実践例を聞く …20 分(10 分×2 人)</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">振り返り(35分)</p>	<p>16:25-17:00</p>	<p>12 まとめ</p> <p>・グループでの演習の振り返り…20 分</p> <p>・教室全体での振り返り …15 分</p>	

★1 日目 5 時間 20 分、2 日目 5 時間 40 分、3 日目 6 時間 30 分(計 17.5 時間)で組んでいます(枠内の時間配分は目安です)

※内訳は講義 14 時間(7 時間×2 日)、演習 17.5 時間(3 日間)としています。

★演習の各グループには、まとめ役と障害当事者のサポーターが入ります。

★本演習案は、都の現行の演習テキストと、2015 年以前の演習内容をミックスして構成しています。

佐藤和也さんの事例(資料【2】【4】【8】【12】は、現在(2018 年度)東京都の初任者研修で使われているものをそのまま使用させていただいています。また面接場面シナリオや役作り設定(資料【1】～【3】)は、過去の都の研修で利用されたものを大幅に参考にしています。

★実際問題として、「共通事例を用いた演習」を行なっている自治体は少ないと思います。

多くの自治体は「持ち寄り事例」を使用しているので、その場合も「3-1、4-1 エンパワメント支援の視点」「4-5 セルフプランについて」は必ず演習に盛り込むことを最低要件としてください。

## 佐藤和也さん 初回面接場面 シナリオ

### ロールプレイ 1 回目(悪い例)

相： こんにちは、ごだま相談支援センターの相談支援専門員の金田です。(お母さんにだけ名刺を渡す。和也さんを見るが、名刺・声掛け等はなし)

母・和： よろしく願います。

相： ああ、どうもどうも。今日の相談は、どういうことですかね。

母： こういう相談をしていいのかわかりませんが、電話をしてみました。よろしく願います。

和也は特別支援学校を卒業してから自立訓練施設に入所していましたが、あまり機能も回復せず、1年で辞めて戻って来てしまいました。今は在宅生活です。

在宅になってから通い始めた生活介護の「かがやき」も、「行きたくない」と言って3か月で辞めてしまいました。この子は、何でも長続きしないんですよ。

生活の介護もずっと私がやってきて、これからも面倒を見るつもりでいたんですが、最近この子の祖母が脳梗塞で倒れまして…。

相： はあ、そうですか。それで今日の相談の主旨は何なんですかね。

母： あー、えっと…。そう、この子の祖母が倒れてしまいまして、後遺症が残りそうなので、退院後は私が介護をいなければいけないんです。リハビリでどこまで回復するかはまだわからないのですが、この子とおばあちゃんの両方の介護は大変なので、おばあちゃんが落ち着くまで預かってくれる施設はないか、あるいは最近ではグループホームっていうのも増えてきたみたいなので、そういう施設の空きがないか、相談したいと思って、今日ご相談に伺ったところなんです。

相： そうですか。2人も介護して、お母さんが倒れちゃうと、大変だよなー。

(相談員の携帯電話が鳴る。その場で取り出して話し出す。)

はい、〇〇です。ハイ、…えー、また仕事行ってないの。……んー、でもそりゃダメだって言ったじゃない！山田さん、いつもそういうけど、そりゃあだめだよ。だめだめ！お兄さんはどうしたの、いないの、だめだねー！警察に行った方がいいんじゃないかな！うちは知らないよ！……山田さん、あのね、いまお客さん来てるから、じゃね。

(携帯をポケットに入れる)

なんだかねえ。だめなんだよね、この山田さんって、有名人なんだよね、知ってます？まあいっか。

母： はあ。(あきれている)

相： あ、お母さん、ちょっと待ってね。相談受付票出すから。(立ち上がって取りに行く)

ところで、和也さんの障害はどんなですか。(座る)

母： 脳性マヒによる四肢機能障害と、知的障害もあります。

相： 身障手帳は何級？

母： 1級です。それと、愛の手帳の3度です。

相： 1級と3度ね(書き込む)。和也さん、お母さん、君とおばあちゃんの二人の介護は大変そう

だから、お母さんのためにも施設に入るってどう？

か： んー…。

相：（独り言で）話すのも難しいか。要するに、お母さんはおばあちゃんが退院して来たらおばあちゃんの介助をしなくちゃいけないので、和也さんに施設かグループホームにいてほしいってことだよな。

母： はあ。

相：（書き込む）親なきあとって言葉もあるけど、その前に老親介護も現実のものになってきて、たいへんだよね。おばあちゃんに施設に行ってもらうか、和也さんが施設に行くか、どっちかしかないよね。そのために施設があるんだし。

今度、詳しい状況を聞きに家庭訪問をしたいので、住所と電話番号、教えてもらえますか。

**ロールプレイ 2 回目（少し良くなった？例）**

相： 初めまして、こだま相談支援センターの金田と申します。今日はよろしくお願ひします。

母・か： よろしくお願ひします。

相： お母さんの方から、和也さんのことで困っていらっしやるということでお電話いただいたんですけれども、お話を聞かせてくださいますか？

母： こういう相談をしていいのかどうか悩みましたが、電話を試してみました。よろしくお願ひします。和也は特別支援学校を卒業してから自立訓練施設に入所していましたが、あまり機能も回復せず、1年で辞めて戻ってきてしまいました。今は在宅生活です。在宅になってから通ひ始めた生活介護の「かがやき」も、「行きたくない」と言って3か月で辞めてしまいました。この子は、何でも長続きしないんですよ。毎日の生活の介護もずっと私がやってきて、これからも面倒を見るつもりでいたんですが、最近この子の祖母が脳梗塞で倒れまして…。

相： (相槌を打つ)それは大変ですね。おばあ様の具合はいかがですか。

母： 幸い命には別条なかったのですが、手足に後遺症が残りそうなので、退院後は私が介護をしなければいけないんです。リハビリでどこまで回復するかはまだわからないのですが、この子とおばあちゃんの両方の介護は大変なので、おばあちゃんが落ち着くまでの間だけでも預かってくれる施設はないか、あるいは最近グループホームっていうのも増えてきたみたいなので、そういう施設の空きがないか、相談したいと思っ、今日ご相談に伺ったところなんです。

相： そうなんですか。施設をご紹介することは、こちらでも大丈夫ですが、まず、和也さんの今の体の状態を聞いても…。

母： (最後かぶって)この子はご覧のように脳性マヒで、手にも足にも言語にも障害があります。知的の方にも、少し障害があります。ほとんど自分で体を動かすことができないので、着替えや食べるのも一人ではうまくできないので、私が手伝っています。

相： そうなんですか。

母： 顔を洗うとかトイレとか、とにかく全部私がやるんです。

相： お母さんがいないと和也さんは生活できないんですね。

母： そうなんです。私がいなくてできないんです。最近週2回ヘルパーさんに来てもらって外出してくれるので、そのときにおばあちゃんのお見舞いにつたりしているのですが…。おばあちゃんが退院して来たら、私も二人の介護はやりきれないし、…、もう施設に入れるしかないような気がするんですね。

相： お母さんがいないと何もできないということで、おばあちゃんが落ち着くまでの間だけでも施設というところが…。

母： (かぶせて)そうなんです。施設しかないですよ。もう無理なんです、二人も介護するのは。

相： そうですね。施設といっても個室になっていたり、昔と違って、最近の施設は設備も整ってるときれいですよ。お友達もできるんじゃないかしら。

和也さん、どうですか。

母： ぜひぜひ紹介してください。さっき言っった個室のようなところがあればね、私も時々会いに行けますし。

か： ぼく、2年間施設にいたけど…

母： (和也の言葉をささげり)和也は私の言うことは何でも聞きますので大丈夫です。何より24時間介護のプロがそばにいて、安心ですよ。ねえ。

か： 外出もできなくて、嫌だった…

母： (かぶせて) そうね。あの施設は訓練施設だったから、卒業の時にあまり吟味しないで決めちゃったんです。今度は時間をかけて探せば、いい所が絶対にあるはずですよ。

相： ええ、あると思いますよ。私たちの相談事業所で、新しく開所した施設などを探してご紹介することができますし、事前見学とかもできるので、ゆっくり探してさゆりさんに合った施設に入って貰いたいと思います。

和也さん、どうですか。

か： …。

相： 今すぐに色々考えるのは難しいですよ。でも大丈夫ですよ。一緒に探していきましょうね。わからないことは何でも聞いてください！

母： ほんとに、それはとってもうれしいです。今日相談に来て良かったです。昨日までほんとにどうしようかと、寝ても寝られなかったんですよ。寝ながら、どういう所があるんだろうと心配しながら来たので、今日金田さんに会えて良かったです。ひとつよろしくお願いします。

相： よかったです。

母： (さゆりに) 今日来て良かったね。どうもありがとうございます。

ロールプレイ 3 回目(この内容がグループワークにつながる)

相: 初めまして。こだま相談支援センターの金田と言います。今日はよろしくお願いします。

母・さ: よろしくお願ひします。

相: お母さんの方からはお電話でいろいろお困りなことがあるとお聞きしましたが、和也さんからも普段の生活のことなど、初めにお聞きしたいなと思っています。和也さんは今どのような生活をされていますか？

母: (かぶせるように) 先日もお話ししたように、この子は訓練施設も通所施設も長続きしなくて、いまは家でテレビばかり見えています。私が介助しないと一人ではなにもできないんですよ。私がずっと面倒をいるつもりだったのですが、この子の祖母が脳梗塞で倒れてしまって…。

相: お母様も、和也さんの介護やおばあ様のご病気のことで、本当にとても大変な思いをされていると思います。お母様のお話伺いますが、今日は先に和也さんからお話を聞かせていただきたいのですが…よろしいですか？

母: はい、どうぞ。

相: ありがとうございます。(和也さんの方を向いて) 和也さんは、いまどのような生活をされていますか？

か: つるぎをやめてかがやき通っていたんだけど、かがやきは遊びばかりでちゃんとした仕事をしないので、つまらなくなってやめちゃった。いまは家でテレビを見たり、ヘルパーさんとお出かけしたり…。

相: 和也さんは普段の食事とか、どうしているんですか？

か: お母さんに手伝ってもらっているよ。

相: お風呂とか、どんな風にしていますか？

か: それもお母さん。たまにお父さんが入れてくれることもあるよ。

相: おばあちゃんが倒れてお母さんもちょっと大変そうだけど、和也さんもおばあちゃんのこと、心配ですよ。

か: うん。おばあちゃんもだし、お母さんも疲れているみたいで、頼むのが申し訳ないって思うときもある。やっぱり僕は、施設に行くしかないのかな。

相: 和也さんは、施設に行くことはどうおもいますか？

か: つるぎは、自由に外に出られないのが嫌だった。今はヘルパーさんとお出かけできるのがいい。でもお母さんは、施設しかないって…、「僕みたいに何にもできないと施設しかないよ、グループホームしかないよ。」って…。

でも施設しかないのかなあ…。僕の知っている先輩は、アパートを借りて一人で生活しているんだけど。

母: あの人はしっかりしているから。和也にそんなことができるはずないでしょ。

相: 今は障害が重くても街で暮らしている人もたくさんいるんですよ。だからそういった、実際に暮らしている人の話を聞くっていうのも、いいのかなって思います。

和也さんは外出でヘルパーさんを使っているそうだけど、食事やお風呂ではヘルパーさんには頼んでいないんですか。

か: 食事は、外出の時に手伝ってもらっているよ。お風呂は、まだないかな。

相: 和也さんが先輩のように一人暮らしをしたいと思うのであれば、どうすればそれが実現できるのか、いっしょに考えていきませんか。

か： うん、そうしたい。お母さん、いいよね。

母： 和也がそうしたいというなら、私も和也の思うとおりにしてあげたいです。

でも、もしもそうするのなら、おばあちゃんが退院するまでにアパートを見つけてほしいです。

私が倒れてしまったら、それこそ和也もおばあちゃんも、私も共倒れになってしまうし。

相： お母さんのお気持ちもわかりました。お母さんにも安心してもらえるように、和也さんと一緒に考えていきたいと思います。よろしくお願いします。

母 か： よろしく申し上げます。

## 【資料 2】 佐藤和也さん概要

- ・佐藤和也さん、20 歳、男性。  
はやて特別支援学校を卒業し、見学した中で気に入っていたつるぎ自立訓練施設に入所し、併設されているはくたか生活介護の利用もし始めました。
- ・つるぎ(入所支援)の生活では、日中は生活介護施設「はくたか」に通所し、就労Bをめざすため、訓練の一環として宛名貼りや封入も行いました(実際には職員の手伝いもあり)。和也さんの「働く」イメージは、ここでの作業がベースになっています。  
でも、ADLや作業能力の向上は見られず、外出も自由にできなかつたため、和也さんは1年でつるぎを退所し、実家に戻ります(19歳)。
- ・実家に戻った和也さんは、母親のセルフプランで重度訪問介護を週 2 回、生活介護かがやきの利用をしはじめました。しかしかがやきはレクリエーションや入浴メインで、自分がイメージしていた「仕事」とはほど遠く、3か月でここも辞めてしまいます。
- ・今、和也さんは、20 歳になりました。
- ・和也さんは、かがやきは 3 か月で利用を辞めてしまいましたが、10 歳のころからつながりのある、外出やスポーツをする「地域サークルたにがわ」の自立の先輩へのあこがれもあり、「一人暮らしをしたい」と具体的に考えるようになりました。最近、脳梗塞でおばあさんが倒れるなどし、より強く自立のことを考えました。
- ・しかし、お母さんは和也さんが一人暮らしをするのは無理だと考えています。  
おばあさんが退院する前に、和也さんを施設課グループホームに入れることができないかと考えて、こだま相談支援センターを訪れたのです。
- ・和也さんも、お母さんにはなかなか自分の気持ちを言い出すことができません。

もう少し情報を補足します。

- ・改めて、和也さん、男性は、現在 20 歳です。
- ・R 区中町にお住まいです。
- ・脳性マヒと、てんかんの診断があります。
- ・障害支援区分は6
- ・身障手帳1種1級、愛の手帳3度の判定です。
- ・経済状況としては、持ち家にお住まいで、経済的に問題はありません。
- ・障害基礎年金1級、心身障害者福祉手当、重度障害者手当、特別障害者手当をもらい、一か月 18 万円ほどの収入があります。
- ・見た目は、やせ型、髪型は今風のミドルショート
- ・服装は、いつもアウトドア系のおしゃれに気がつかっています。
- ・AKB48 が好きで、車いすには AKB のデコレーションをしています。

### 【資料 3】 初回訪問時役作り資料

#### ★お母さん

インテークのときは和也さんの一人暮らしをしたい気持ちに納得したものの、やはり施設の方がいいのではと思い直して、その気持ちを相談員にぶつける。

和也さんが話そうとしてもさえぎって、祖母の状態や自分自身の疲れ、和也さんが入所施設や生活介護が長続きしなかったことなどを延々と話す。

#### ★和也さん

相談支援専門員金田さんの来訪を喜んで、先輩の話などをしようとするが、お母さんの勢いに負けて話せない。

金田さんと二人きりになってようやく、先輩の話や「封筒針の仕事」をしたいこと、AKBのファンで、いつか自分でお金を貯めてコンサートに行きたいことなどを話す。

佐藤和也さん 20歳 男性 R区中町在住

**障害・傷病**

- ・脳性マヒ、てんかん(薬で安定)
- ・障害支援区分6
- ・身障手帳1種1級 愛の手帳3度

**経済状況**

持ち家、経済的問題なし

収入:18万円程度

各種手当

障害基礎年金1級

心身障害者福祉手当

重度障害者手当

特別障害者手当

**能力**

<ADL>

- ・全介助
- <移動等>
- ・電動車いす操作 OK (振動で緊張)

<コミュニケーション>

- ・スマホ、タブレット操作 OK
- ・会話ができる⇔判断、制度・お金のこと難しい

**興味・関心**

<好き・得意等>

- ・友人と一緒にいる時間
- ・サークル内の一人暮らしの先輩
- ・AKB→テレビをよく見る、歌詞を暗記している
- ・つるぎで覚えた宛名貼みや封入(実際は職員手助け)
- ・スマホ、タブレットの操作

**性格**

- ・穏やか
- ・周りからかわいがられることが多い
- ・頑固なところがある。考えはなかなか変えない
- ・家族に自分の思いを伝えることに遠慮をしている。

**本人の思い**

- ・家族に迷惑をかけているのであまり希望は言えない...
- ・就労継続Bを利用できるようになりたい。20歳になったし働いて人の役に立ってこそ大人。
- ・自分が生まれ育った地域で、先輩のように、一人暮らしをしたい。入所はもうイヤ。グループホームも居場所がなさそう。
- ・AKBの握手会に行きたい。でも仕事が先!

**家族の思い**

- ・姉 : 和也さんのことをよく思っていない。
- ・両親 : できる限りのことはしてあげたい。  
(父) : 母には祖母の介護をしてほしい、施設に行くか、早く一人暮らしをしてほしい。

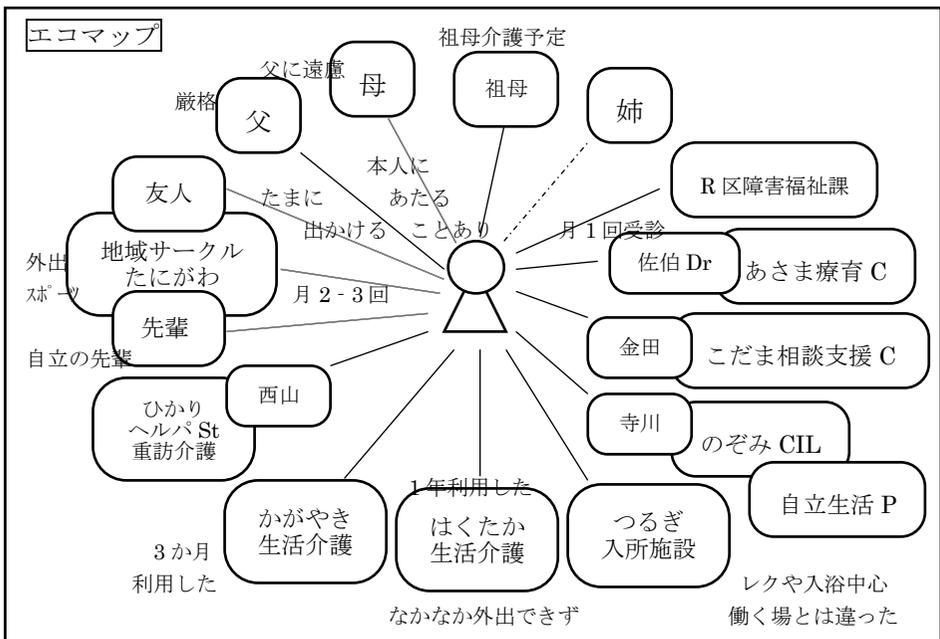
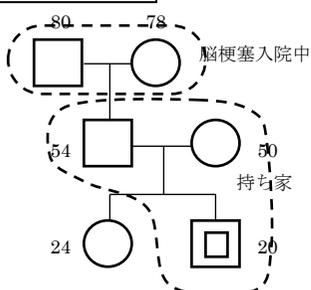
**見た目**

- ・やせ型
- ・髪型はミドルショート(今風)
- ・服装はおしゃれ(アウトドア系が多い)
- ・車いすにAKBのデコレーションをしている

**成育歴**

年齢	出来事
H8.12	出生 / 母と療育センターへ / 脳性麻痺 / 未熟児・低酸素 / 母子通院
3歳	てんかん発作
5歳	入院(半年、股関節手術)
6歳	小学校(支援学級)
10歳	地元のサークル参加
12歳	中学校(支援学級)
15歳	てんかん発作安定
18歳	はやて特支学校入学 / はやて特支学校卒業 / こだま支援センター利用 / 1年、就労B目標
19歳	つるぎ自立訓練施設利用 / かがやき利用 ↓ 3か月 / 実家に戻る
20歳	一人暮らしを目指す / 脳梗塞で祖母が倒れる / 重度訪問介護 週2

**ジェノグラム**



## 佐藤和也さんの暮らすR区の地域情報

### <R区の概要>

面積	約40平方キロメートル
人口	約40万5千人（男女比ほぼ半数、65歳以上人口約10万人、高齢化率23.6%）
世帯数	約21万世帯（世帯当たりの人員は減少傾向）
交通機関	東西をJR・私鉄合わせて4路線が走っており、駅は10か所。南北には鉄道が走っていないため、路線バスが普及している。主要道路は、国道が1本走っているが、全体的に狭い道路多く、入り組んで走っている。
商店	それぞれの駅前に商店街がある。区内に大型スーパーが少なく、商店街が商業を支えているが、空き店舗の目立つ商店街も増えてきた。
産業	製造業がさかんで、中小の工場が多い。
その他	工場と住居・商店が混在し、住居併用工場や木造家屋が密集する地域が多い。一部の地域では、再開発が進み、住宅やスーパーマーケットの建設も予定され、利便性の高い住宅地として注目され始めている。

<R区の掲げる基本理念・目標> 『障害のある人もない人も、地域で自分らしく安心して暮らせる街をつくる』

### <R区の障害福祉サービス等の状況>

サービス名	事業所数	サービス名	事業所数	サービス名	事業所数	サービス名	事業所数
居宅介護	90	短期入所	3	就労移行支援	7	放課後等デイサービス	31
重度訪問介護	87	共同生活援助	73	就労継続支援A型	5	指定特定相談	24
行動援護	2	施設入所支援	1	就労継続支援B型	25	指定一般相談	3
同行援護	50	自立訓練（宿泊型）	1	就労支援センター	1	障害児相談支援	15
移動支援	60	自立訓練（機能訓練）	1	地域活動支援センター	5		
生活介護	18	自立訓練（生活訓練）	2	児童発達支援	15		

※障害福祉計画より

- ・特別支援学校卒業生や中途障害の方のニーズが増え、日中活動の場の整備を図っている。
- ・現在在宅で生活している方も介護者の高齢・病気によりグループホームを希望する事が想定される。

※自立支援協議会は、平成20年4月に設置。相談支援部会があり、2か月に1回会合が行われている。

### <R区の医療・保健情報>

- ・一般病院（19ヶ所）、第二次医療機関（9ヶ所）、第三次医療機関（なし）
- ・保健センター5ヶ所、保健所1ヶ所

### <佐藤和也さんの自宅周辺>

- ・R区の中心部から、やや外れたところの住宅街に自宅がある。
- ・自宅から最寄り駅までは、バスで10分。最寄り駅から上野駅までは25分程度かかる。
- ・父は、自宅近くの事務所で自営の仕事をしている。
- ・自宅にほど近いところ（徒歩5分）に祖父母の家があり、行き来がある。
- ・自宅の近くにスーパーマーケットがあり、便利に利用している。
- ・生まれた時から今の自宅で生活しており、近所の人たちとは顔見知りである。
- ・電動車いすでヘルパーとともに外出していると、知り合いが声をかけてくれることもある。

【資料5】

## ニーズ整理票

■ニーズ(こうありたい、〇〇がしたい、△△が必要、など)

■意向(和也さんの希望する生活の姿)

■社会資源

■ストレングスとウィークネス(本人のストレングス、環境のストレングス)

■エンパワメントの視点

【資料 6】

## 社会資源メモ

●和也さんの夢を実現させるために…

■あったらいいなと思う資源

■その社会資源を実現する方法（インフォーマル資源の活用や地域社会への働き掛けなど）

■和也さんにとっての「エンパワメントを高める社会資源」とは

■皆さんの地域で和也さんの使えそうな社会資源を探そう（宿題）

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	佐藤和也さん	障害支援区分	区分6	相談支援事業者名	こだま相談支援センター
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号	0123456789	利用者住所		計画作成担当者	金田正太郎
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月 平成29年4月1日

	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00								主な日常生活上の活動 ○月・水・金曜については、母が日常生活の介助をしてくれている。
8:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	○火・木・土・日曜については、朝8時から夜9時まで、重度訪問介護を利用し、日常の介護を母以外の人に支援してもらうことに慣れることを意図している。
10:00		朝食・身支度		朝食・身支度		朝食・身支度	朝食・身支度	○木曜日は、自立生活センターのぞみで行われている「自立生活プログラム」を利用している
12:00				自立生活プログラム				○アパート探しは火曜日に行うことが多い
14:00		重度訪問介護サービス 08:00～21:00		重度訪問介護サービス 08:00～21:00		重度訪問介護サービス 08:00～21:00	重度訪問介護サービス 08:00～21:00	○サークルの先輩のお宅などへは火曜か土日に伺う。土日はサークルがあればそれにも参加する。
16:00				重度訪問介護サービス 08:00～21:00				
18:00		入浴		夕食		入浴		
20:00		夕食		入浴		夕食	夕食	
22:00								週単位以外のサービス ○療育センターあさま(小児科・整形外科)1/M
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	月・水・金曜日に母と行くことが多いが、受診日を火曜日にしてもらい、ヘルパーと受診する練習もしてみる。
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像  
 特別支援学校高等部を卒業後、ADLの向上を意図した福祉サービスの利用があり、その後、自宅から通える事業所(生活介護)を3ヶ月の通所で止めてしまうことがあった。その後、半年以上の間、日中活動系の福祉サービスの利用はなく、現在に至っている。ご本人には、「人の役に立ちたい」という強い思いがあり、こだわって日中活動系の事業所を探してきたが、なかなか見つからないままであった。今回、本人の父と、本人の友人(先輩)からの勧めもありつつも、アパートで自立生活することを優先して行きたいと、ご本人から明確に意思表示されたこともあり、新規のサービス等利用計画の作成となった。実際、アパートが見つかった場合は、重度訪問介護の支給量を増やす必要があるが、現在は、体験的に重度訪問介護を利用し、ご本人の意思を明確にヘルパーに伝える練習も兼ねての支給量となっている。また、土日のサークルたにがわへの参加はお母さまに介助をお願いすることが多かったが、今回のサービス等利用計画の変更で、ヘルパーにお願いできるようになった。本計画を通じて、和也さんの生活の質が向上するとともに、単身生活への足がかりとなることを意図している。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	

総合的な援助の方針	全体の状況

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

3か月後のモニタリング報告書

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

利用者氏名(児童氏名)	佐藤和也さん	障害支援区分	区分6	相談支援事業者名	こだま相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	0123456789	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	金田正太郎
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画作成日	平成29年3月21日	モニタリング実施日	平成29年6月10日	利用者同意署名欄	
-------	------------	-----------	------------	----------	--

総合的な援助の方針	全体の状況
和也さんが希望する一人暮らしが実現できるように支援します。一人で暮らせるような環境をととのえ、サポートする人たちを増やしていきます。	重度訪問介護を利用し、ヘルパーに対する確かな指示が出せるようになるための取り組みは、まだ道半ばである。先輩のご自宅に訪問することができ、ご本人の自立生活のイメージが豊かになってきた。自立生活を始めたい気持ちが強まっている。一方、アパート探しには具体的な進展がなく、モチベーションを保っていけるかが心配。また、脳梗塞で入院中の祖母の次の転院先が見つからず、自宅療養を勧められている。和也さんに早く自立してほしいという両親の思いが強くなってきている。仕事については、重度障害の方を受け入れられる事業所がなかなか見つからず苦慮している。

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	ひかりヘルパーステーションの西山さんと協力して、ヘルパーのサポートをしていきます。	平成30年3月	とても良い関係でじっくりと聞いて、ご本人の希望に添えるヘルパーもいれば、そうできないヘルパーもいる。慣れて行くまでは時間が必要	みんな優しいヘルパーさんでうれしい。	ヘルパーによって、本人の思いをくみ取る力や介護技術に差がある。	関係がうまく取れるヘルパーが主となってヘルパーを育てる。引き続きヘルパーを募集する。	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	アパートを見つけ次第、時間数を増やす必要がある。
2	自立生活センターのぞみの寺川さんとひかりヘルパーステーションの西山さんと連携して、本人がしっかり意思を伝えられるようにサポートします。	平成30年3月	毎週木曜日、自立生活プログラム(ILP)を実施。ヘルパーどのように伝えることが必要かなどを確認し、対応策を考えている。	ヘルパーさんにうまく言えないことがある。	誰かにやってもらうことになれてしまっている。自分から意志を表現するには時間が必要。本人は頑張っている。	本人の指示が出るまでヘルパーには待ってもらうようにする。ILPを継続していく。	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	
3	具体的に一人暮らしをイメージできるように、いろいろな人から、一人暮らしの生活を見たり聞いたりできる機会をつくりたい。	平成29年6月	先輩のお宅に伺い、実際にお風呂を使わせてもらって介助方法を確認したり、体験したことによってイメージできた。	先輩の家に行っているんだとできて良かった。	大まかにではあるが、自立生活のイメージが作られてきた。	本人が安心して自立生活を始められるように、今後も先輩に協力してもらう。	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	
4	一緒に不動産屋を周りアパート探しをお手伝いします。	平成29年9月	なかなか条件に合うアパートが見つからない。住宅改修のことで断られるケースも多い。	早くアパートを見つけたい。	まだアパートを見つけられていない。本人と一緒に探していきたいが限界がある。	他の不動産屋をあたる。後から本人に確認してもらう方法も必要。オーナーさんに理解を得られるように工夫する。	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	
5	和也さんが希望している宛名貼りや封入などの作業に取り組んでいる事業所を探します。	平成29年9月	他の相談支援事業所にも連絡を取り、探しているところ。	早く仕事ができるといいな。	重度障害のある人を受け入れられる事業所がR区にない。	他区等、地域を広げて探すことも考える必要がある。	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	自立生活プログラムや、住まい探しを優先しているため、日中活動の場を探すには、もう少し時間がかかる可能性が高い。

「相談支援従事者初任者研修標準カリキュラム」(案) について

公益社団法人全国脊髄損傷者連合会  
代表理事 大濱 眞

1. 相談支援専門員の基礎知識として

障害者権利条約における「医学モデル」でなく「社会モデル」で障害を捉えること社会的障壁の除去」の重要性ならびに条約の基本理念である他のものとの平等を基礎にして=障害のある人もない人も平等に生きられる社会を目指すこれらの理念及び目的を理解することの重要性

2. ソーシャルワークにおけるエンパワメントの重要性について

3. 本人中心の支援、本人のニーズの把握、ここでは意思決定支援の在り方が重要

4. 相談支援員の役割は、サービス等利用計画の作成はあくまで結果でありそれ以前の本人のニーズをいかに引き出すかが重要である

5. 適切な時間数は、当事者参加を優先に決めること

6. 障害者の相談支援員と介護保険のケアマネの違いの明確化

7. 相談支援員の質のバラツキ、地域間格差をなくすためには

⇒ 障害当事者講師の配置義務付け