

## 基礎研修 講義

# サービス提供における 利用者主体のアセスメント

# この講義のねらい

## 【ねらい】

サービス提供を希望する利用者や家族理解を深めるための手法と視点を習得する。

## 【内容】

1. サービス提供における利用者を主体としたアセスメントの考え方やその手法についての講義（重度障害者への支援を基盤として）
2. 障害種別や障害福祉サービスなど各分野における異なる視点についての講義

# 1. アセスメントの手法や考え方について

～重度障害者への支援を基盤として～  
(生活介護/療養介護)

## アセスメントは・・・

**「支援の方向性・計画を作るための根拠として重要である」**

**「支援現場においては、利用者との関わりを通じ、アセスメントは、常に連続・継続している」**

# サービス提供の基本的姿勢

ちょっと  
頭の中を  
整理

## マニュアルの必要性(生活介護・療養介護)

○マニュアル  
・サービスを  
標準化するもの

相互に補完

○個別支援計画  
・サービスを  
個別化するもの

施設や在宅での利用者支援が求められている

どの職員も同じサービスを提供  
してくれるという安心感

利用者満足「安心感」  
サービス実践

施設の選択・契約

職員満足「やりがい」  
能力開発

経営満足  
組織の維持・発展

(例えば)

標準化していく ※

衣類の着脱介助

食事介助

入浴介助

歩行介助

ADLに関する基本的な  
施設のサービスなど

標準化されたサービス  
(マニュアル化)

利用者との関わり方の指針

※ 同じようなサービスや複数他希望する個別的なサービスを整理・統合していくことで、標準化されたサービスに置き換えることができる。 →サービスの質の向上

個人のニーズに  
応じたサービス

個人のニーズに  
応じたサービス

個人のニーズに  
応じたサービス

個人のニーズに  
応じた  
サービス

利用者のニーズに着目した  
個別支援計画

## 支援マニュアル(案)書式例(湘南セシリア)

記入日		更新日					
利用者氏名		記入者					
(I)食 事	食事	共通内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日、朝・昼・晩の三食、美味しい食事を提供します。</li> <li>・楽しく食事を食べてもらうよう、必要に応じて食事に関する支援を実施します。</li> <li>・利用される方の嗜好を大事します。</li> </ul>				
	(1)食事の 形態	①・主食	1・普通	2・特別な配慮	A・お粥		
					B・ミキサー食		C・その他
		留意内容					
		②副食	1・普通	2・特別な配慮	A・キザミ食		
		補足事項			B・ミキサー食		C・その他
	(2)支援の 必要度	1・支援なし	2・見守り・声掛け支援	3・一部間接支援	4・一部直接支援	5・全支援	
		留意内容					

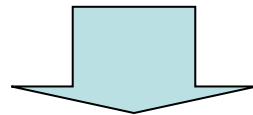


(Ⅲ)入浴	入浴	共通内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日、入浴していただく機会を提供します。</li> <li>・同性介護を基本に、利用者される方のプライバシーに十分注意し、清潔が保持できるよう支援を実施します。</li> </ul>				
	(1)洗体	1・支援なし	2・見守り・声掛け支援	3・一部間接支援	4・一部直接支援	5・全支援	
		留意内容					
	(2)洗髪	1・支援なし	2・見守り・声掛け支援	3・一部間接支援	4・一部直接支援	5・全支援	
		留意内容					

(Ⅳ)排泄	排泄	共通内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同性介護を基本に、利用者される方のプライバシーに十分注意し、清潔が保持できるよう支援を実施します。</li> </ul>				
	(1)排尿	1・支援なし	2・見守り・声掛け支援	3・一部間接支援	4・一部直接支援	5・全支援	
		留意内容					
	(1)排便	1・支援なし	2・見守り・声掛け支援	3・一部間接支援	4・一部直接支援	5・全支援	
		留意内容					

## (サービス提供の基本姿勢)①:利用者中心の考え方

○支援を必要とする人は、様々なハンディによる困難を抱えているが、基本的にはそのサービスを主体的に利用し、問題解決できる能力を有している。(エンパワメントの視点)



○福祉サービスの提供では、利用者に代わって課題を解決するのではなく、提供できる制度やその他の社会資源を紹介しながら、利用者がそれらを主体的に活用して課題解決に取り組めるよう支援する。(エンパワメントを実践)

# (サービス提供の基本姿勢)②利用者のニーズの理解

## 1. 個別性・多様性がある

- ・障がい者一人ひとりの考え方や価値観、障がいの内容や程度、年齢、家族介護の状況等の違いから利用者のニーズには個別性があり、多くの要因によって影響を受けている点で多様性がある。

## 2. 幅がある

- ・在宅等での生活を支援する視点と共に、利用者の地域における社会参加や自己実現、成長発達を支える視点も必要である。

## 3. 変化、発展する

- ・ニーズは固定的なものではなく、利用者の状態の変化や成長発達など多様な要因の影響を受けつつ、継続的に変化し発展する。

## (サービス提供の基本姿勢)③事業所で提供するサービスの理解

### <サービスの特徴>

#### 1. 社会的支援策の一環である

- ・利用者のニーズに対応するため、支援目標を設定し、支援計画を策定した上で、チームにより支援に取り組む。

PDCAのプロセスに基づき提供される社会的支援策の一環。

#### 2. 個別性が高く多様性のある支援

- ・利用者一人ひとりの心身の状況(障がい等)、ニーズ、想い、家族関係、社会活動への参加意欲、人間関係での価値観等に十分配慮した個別性が高く多様性のある支援。

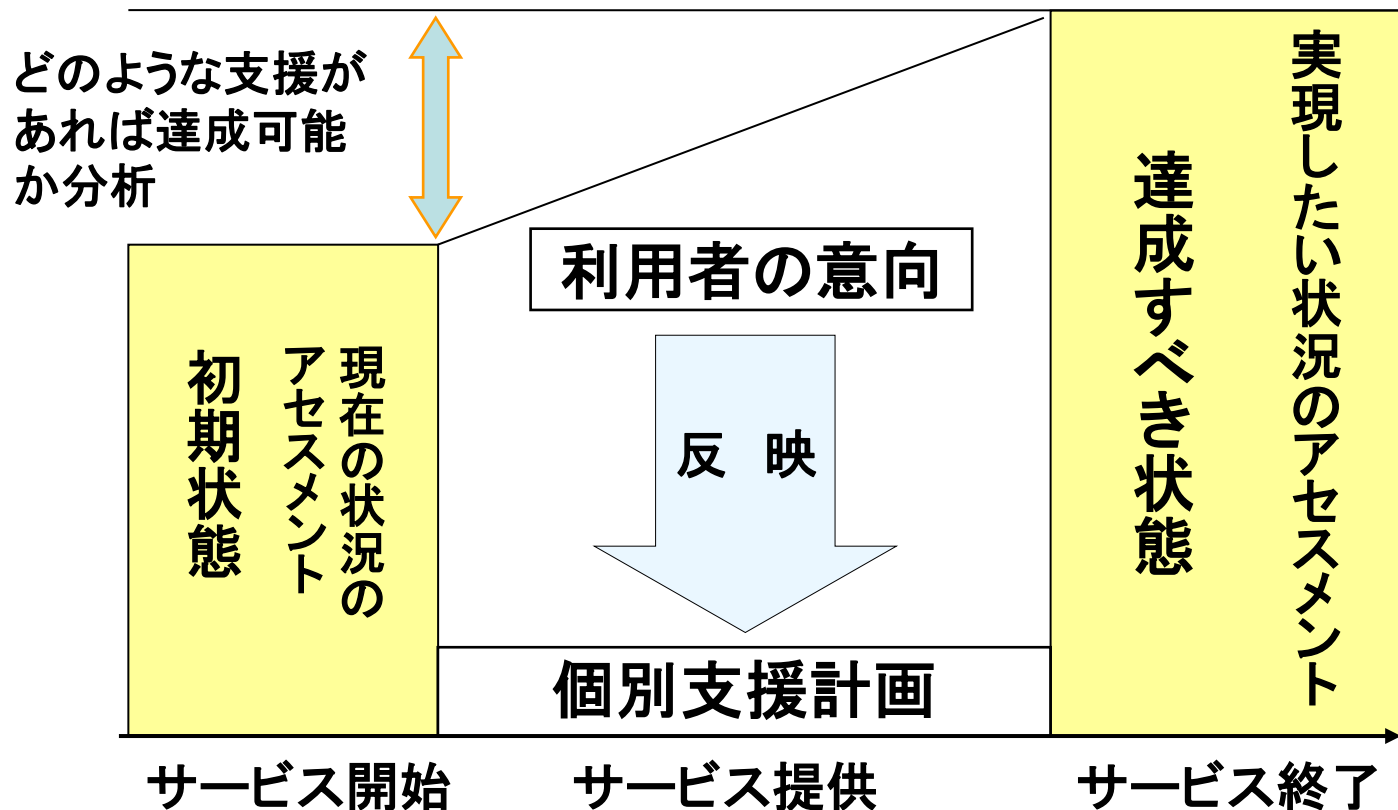
#### 3. ライフステージ、社会活動参加との関連が強い支援

- ・利用者の価値観、人間性、社会的活動の内容等に直接触れる部分が多く、人間的な共感や信頼感、守秘義務等に特に配慮したサービスであり、専門職としての自覚に立った態度が求められる。

# (サービス提供の基本姿勢)④:達成すべき状態の明確化

## サビ管・児発管の役割

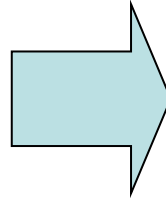
→ニーズに基づいて利用者の望みを実現



# アセスメント力を高めるための サービス提供の視点

## (1)小さな変化に気づく観察力

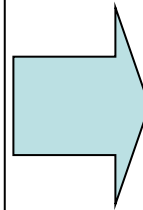
今までは…  
利用者は日々変化しているにもかかわらず、**利用者の健康面での変化**や**本人の持っている力を見逃す**ことはなかったか？



利用者の状態は常に変化しており、**生活全般において小さな変化を見逃さない観察力**を養う力を支援者が持つことが大事である。

## (2)利用者の能力を伸ばす支援

今までは…  
本人が行う行為に時間がかかるため、職員が待つことができずに、**つい「やってあげる」支援になってしまいがち**であり、その結果、能力の低下や依存心が高まり、本人の自立を妨げることになっていなかったか？

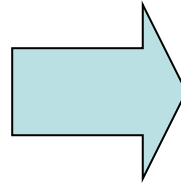


利用者の**「能力」**を把握し、**それを活かす環境**をつくり、その中で**「更に可能性が広がるよう」**支援する。

### (3)利用者個々に応じた活動を創る

今までは…

介護中心の支援に追われ、生産的活動、文化的活動、趣味的活動など、利用者の**生き甲斐を実現する活動は軽視**されていなかったか？

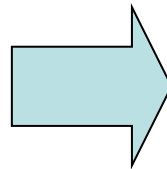


生産的活動、文化的活動、趣味的活動など、一人ひとりが**生きがいを感じられるような活動を創造**し、利用者の思いを実現していく。

### (4)利用者のニーズに応じて次の生活を目指す

今までは…

障がいの重さ故に、家族や関係者さえも、支援開始当初から地域生活への移行は**困難であるとあきらめ**ていなかったか？

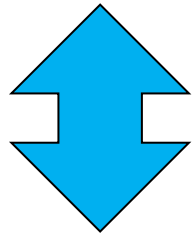


利用者のニーズに応じ、生活介護から就労継続支援、施設入所支援からグループホームなど、地域生活への移行に**チャレンジ**する。また、利用者への動機付けや、家族や関係者の理解と協力を求め、移行先の見学や体験など**支援のあり方を工夫**する。

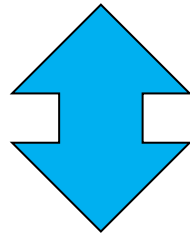


# アセスメント力（観察力）を高めるため 人間のとる行動には、理由がある

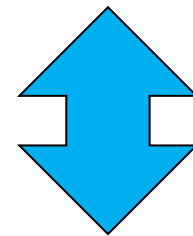
行 動



背景



きっかけ



原因

何かよいことがあった  
何か悪いことがあった



## 行動を起こす背景(理由)は？

- ・ 誰かに見て欲しい・そばに来て欲しい・声をかけて欲しい  
⇒注目されたい
- ・ 好きな物を手に入れたい・興味のある活動をやりたい  
⇒プラスの欲求
- ・ 苦手なことはやりたくない・嫌いなことを避けたい  
⇒マイナスの欲求・回避行動
- ・ これをやると気持ちがいい  
⇒プラスの体験

## 行動が起きない・停止してしまう背景(理由)があるのか？

- ・ 何をするのかわからない。
- ・ 求められていることが難しくてできない。
- ・ それをやってもいいことがない。
- ・ やらなくても困ったことにならない。など

# アセスメントのポイント

## 個別支援計画で自己決定を支援する

- 自己決定や自己選択の力が、様々な理由で弱っている人たちへの支援方法。
- 多くの可能性や選択肢を広げ、自己決定しやすい環境を合わせて作っていく。
- **パターナリズムに陥らないよう、一人の価値判断ではなく、複数の担当者や複数の専門職が多面的にニーズを捉える支援方法。**（※パターナリズム：強い立場にある者が、弱い立場にある者の利益になるようにと、本人の意志に反して行動に介入・干渉することをいう。日本語では温情主義と訳される）
- 権利侵害を受けやすい環境に居る人達への支援のスタンスを明らかにする。

# アセスメント～支援の見立て力を高める

- ①アセスメントの過程は資料の収集と分析である。
- ②支援の実践では、アセスメントは常に継続・連続している。
- ③アセスメントで大事なものは、利用者をどのように見ているか。
- ④利用者との関わりの中で、気づくこと・発見すること。

相互理解  
の場

支援員の利用者に対する見かた  
利用者の主訴を十分に傾聴する

医師、教員、  
心理判定員等  
の専門家から  
の情報入手



利用者の生活歴、  
家族状況、直面し  
ている課題に対  
する対応、課題  
がもたらす不安  
や葛藤

専門家に依頼するときは  
利用者の了解をとる

# アセスメントの視点の切り替え

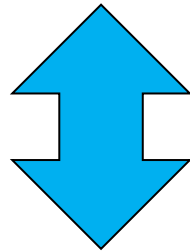
## (支援者のアセスメントの視点)

### ○リフレーミング

- 視点を変える。見かたを変える。頭を切り替える

### ○ストレングス

- 課題ではなく、可能性や強みを見つける  
本来持っている力を探す。



## (個別支援計画)

- アセスメントを具体的なプランにしたもの
- アセスメントの集大成＝ニーズへのお手伝い
- 本人の希望、夢、目標に添った計画の作成

## アセスメントの留意点① (生活介護・療養介護)

- ・ 障害の重い方を支援しているため、ADL・課題行動に関して**能力評価 (出来ない事探し)**をする傾向にある。
- ・ 安全性ばかりに着目した、**リスクマネジメント**にならないようにする
- ・ 能力評価等は、決して間違ったアセスメントではないが、これからは、**アセスメントの視点を切り替える**ことが求められる。
- ・ 自立性も考慮した、**ストレングス(利用者の強さ)**を常に意識する。
- ・ 利用者の自主性が向上するよう、**自己決定・自己選択**を**基本**とする。

- ・入所施設の場合、利用者のストレングスが見えにくい。  
エンパワメント・ストレングスが弱まってる可能性が高い。

(考えられる理由)

### ①環境要因

- ・限られた空間、限られた人間関係で、長期間の生活。  
⇒環境から受ける刺激が少ない。
- ・在宅生活の方と比べて、地域との接点が少ない。  
⇒本人を取り巻く世界が狭い……

### ②本人の状況

- ・本人なりの力は持っているが、体験・経験の場面・刺激が少なく、本人の力が弱くなってる可能性が高い。
- ・現場のスタッフが、ストレングスに対する関心が薄い。



## アセスメントの留意点②～意思決定支援への配慮～

- **意思のない人はいない。**
- **障がいの重い人でも、必ず『意思』はあり、考えや気持ちを持ち、自分で決める事が出来る。**
- **このことを大前提に支援をしていく必要があり、それぞれ違う形で表現・表出する意思決定のどの部分を、どのように支援をしていくのか模索していく事が大切である。**

例えば・・・重度の障害のある方のニーズのとらえかた

**☆どんなに重度の障害者でも、本人のニーズはある・・・という前提。**

**<ポイント>**

**☆意思疎通の取り方がどうなのかの確認。**

**□言語的なコミュニケーション**

**□本人の独特なコミュニケーション**

**□非言語的なコミュニケーション**

**・顔の表情・行動など・・・**

**☆支援者が、利用者の訴えを汲み取れるか、否かがニーズの把握の分かれ道。**

**☆気づきが大事である。**

## Ⅱ 総論

### 2. 意思決定を構成する要素

(1) 本人の判断能力：障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度について慎重なアセスメントが重要。

(2) 意思決定支援が必要な場面 (追記：事業所のサービス提供等)

① 日常生活における場面：例えば「食事・衣服の選択・外出・排せつ・整容・入浴等 基本的な生活習慣に関する場面」の他「複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面」が考えられる。日頃から本人の生活に関わる事業者の職員が場面に応じて即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。

② 社会生活における場面：自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームや一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられる。体験の機会の活用を含め、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に、事業者、家族や成年後見人等が集まり、判断の根拠を明確にしながら、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要がある。

## Ⅱ 総論

### (3) 人的・物理的環境による影響 (追記:事業所のサービス提供等)

意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響を受ける。

### 3. 意思決定支援の基本的原則

(1) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解出来るよう工夫して行うことが重要である。

(2) 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。

(3) 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。

## Ⅲ 各論

### 2. 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

・意思決定に必要だと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもって説明し、決定したことの結果起こり得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行うことが重要である。(追記:意思疎通のアセスメントと情報提供時の配慮の重要性)

### 3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成

・意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。(追記:生育歴・生育環境・家族歴・エコマップ等のアセスメントの重要性)

## 本人を知るための地図の必要性（アセスメントツール）

☆利用者の状態像の明確化・見える化を行うためのツールである。

○この部分は、支援者の頭の中で暗算していた。

○アセスメントの過程は資料の収集と分析するためのツールである。

○本人を知るための地図は「アセスメント」の一つである。

・本人に関わる様々な聞き取った情報（相談支援記録・アセスメント表等）がトータルな本人情報として活用されることが少ない。

・本人の状態像等のアセスメントがないまま、計画策定に至ることが多い。

・本人の目線で様々な情報を項目ごとに地図に整理、確認することで「支援者側の思い込み、間違った利用者像」を作ることの予防できる。

## ニーズ整理表の必要性（アセスメントツール）

☆明確になった本人の状態・希望・ニーズに対し、どのような支援が必要かを整理するためのツールである。

○この部分も支援者の頭の中で暗算していた。

○本人を知る地図など、様々な情報を整理した結果明らかになった「本人のニーズ・想い・願い」に対し、それに寄り添うための「支援の根拠」をこのツールを使って整理する。

○個別支援計画の根拠となるのがニーズ整理表。

**(1) 現在状況の整理(アセスメント情報を整理)**

① 私は、今までこんな生活をしてきました。生き方をしてきました。

② 私は今このような環境で生活しています。してきました。

③ 私の不安・気にしていることは？

④ 私自身が持っている力、得意なこと

**(2) 今、必要と思われる支援**

⑤ 私は、〇〇で暮らしたいです。私の今の願い、希望は〇〇です。今、私は〇〇をやりたいです。

**(3) 将来の暮らしに向けた支援**

⑥ ☆私の将来の夢、希望は〇〇です。私は〇年後こんな暮らしをしたいです。

大事な視点は「I・アイ」

## 2. 障害種別やサービス種別による アセスメントのポイント



# 身体障害におけるアセスメントのポイント (機能訓練)

# 機能訓練事業

## 対象者

地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な身体障害者

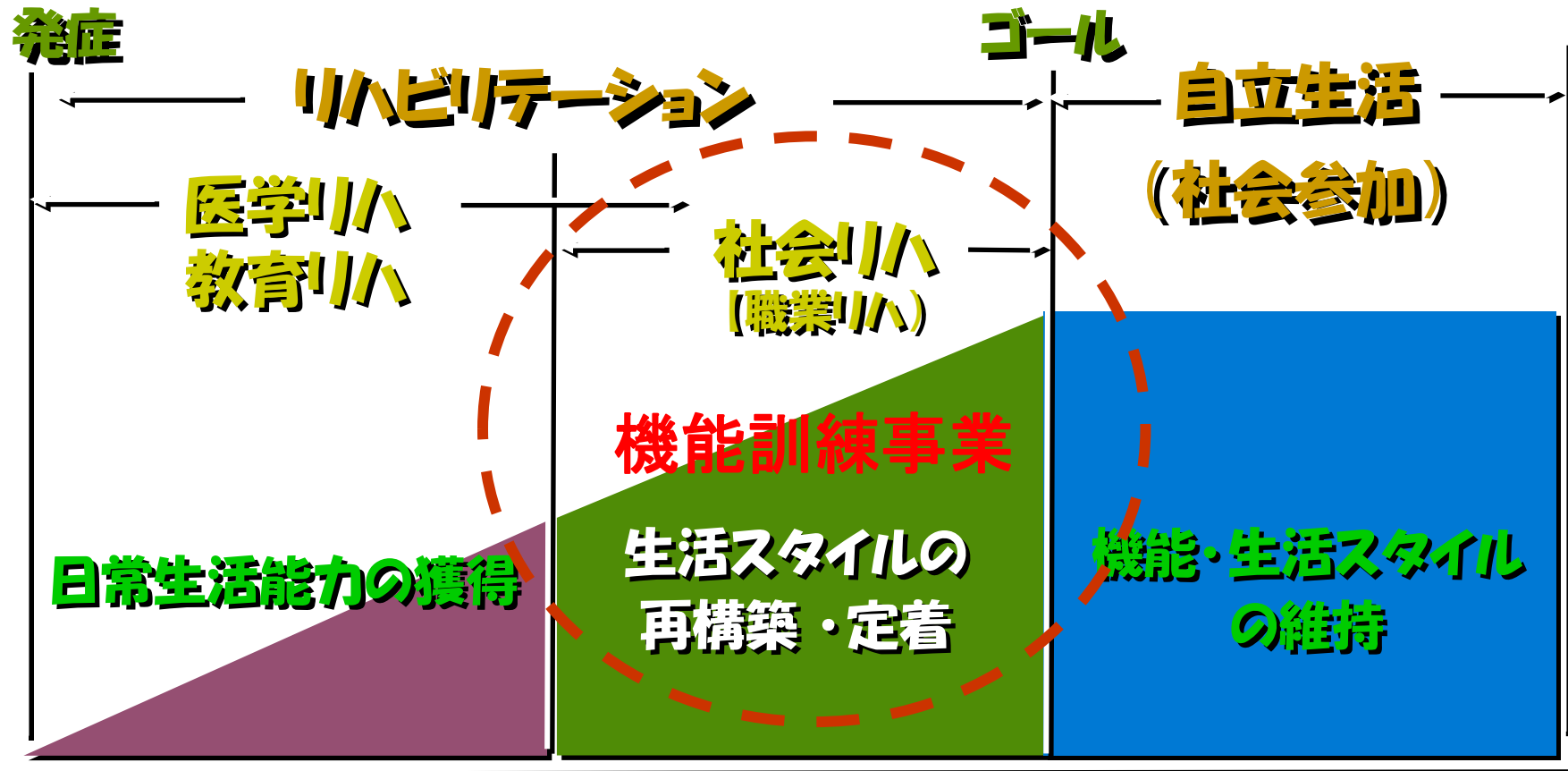
1. 入所施設・病院を退所・退院した方であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な方
2. 特別支援学校を卒業した方であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な方



中途障害者・若年障害者の施設・医療機関等からの地域移行とライフステージにおける生活課題を意識する

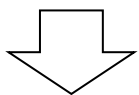
多様な障害特性とそれに随伴する障害(高次脳機能障害等)への理解が必要

# 1. リハビリテーションにおける 機能訓練事業の位置付け

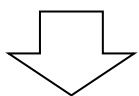


# 自立生活(身体障害)に向けた支援

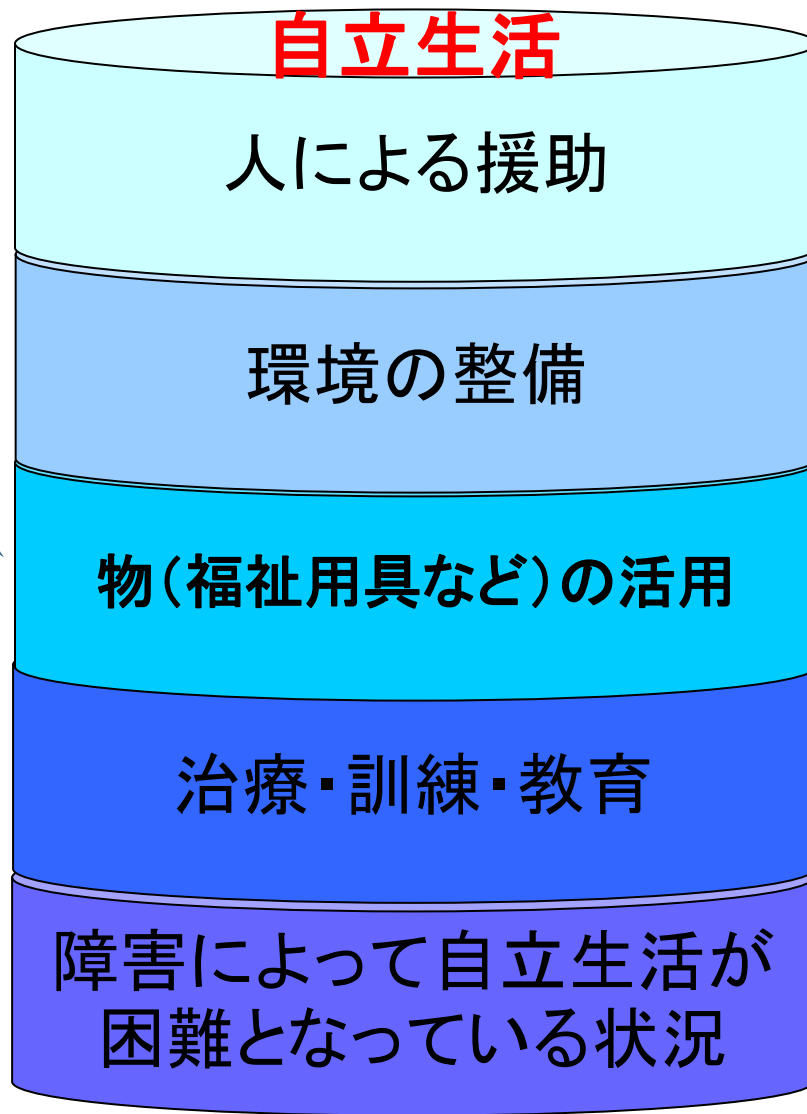
- どこまでできる
- どう補う  
(物・環境・人)



- 関係機関との連携
- 制度やサービスの活用



個別支援計画へ



その人にあつた社会参加の具体化

## 2. アセスメント ～ニーズを明らかにするプロセス～

- アセスメントは、利用者へ理解を深めていく中で、どのようなニーズを持っている人なのかを明らかにしていくことである。そして、そのニーズは利用者と支援者が合意できるものでないと支援を開始することが難しくなる。
- つまり、両者が合意できたニーズによって、利用者がめざす生活の実現に向けて協働して取り組むことができると言える。その人独自の生活を尊重し、より良い生活を目指すためには、アセスメントによる適切なニーズを、利用者との共通理解を図りながら明らかにしていくことが重要と考える。
- ニーズが把握できれば、次の段階として計画の立案に入り、そのニーズごとの目標設定や目標を達成するために必要な支援やサービスの選択などが、利用者主体の視点で行われていくことになる。

# 機能訓練事業におけるアセスメント留意点

## • 障害の予後予測を見極める

機能訓練事業の対象者の多様な障害像を理解する

「していること」と「できること」

⇒ 実際に「すること」を見極める

## • 代償手段を見極める

⇒ 物（補装具等）

⇒ 環境（住環境整備等）

⇒ 人（介助・介護力等）

## • ゴールとしての社会参加を想定する

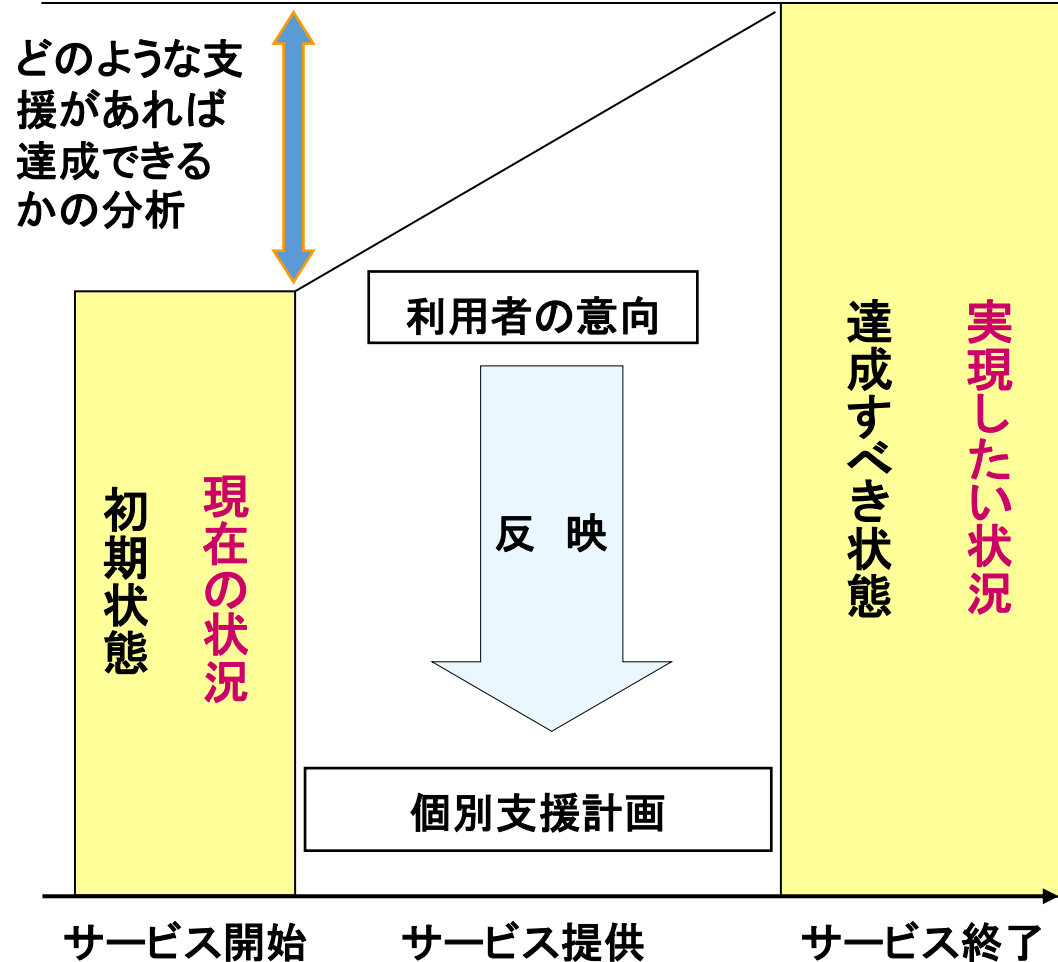
## • スtrenグスの活用を意識する

• ニーズを明らかにしていくプロセスでは、専門職による心身の評価が優先されることからのパターンリズムに陥らない意識が必要である

• 説明責任と利用者の体験的理解を保障し、利用者の決定を大切にする

# 機能訓練事業におけるアセスメント留意点

機能訓練事業は期間限定の支援であることを意識し、サービス提供による機能改善や代償手段の活用による応用動作の獲得などを想定し、丁寧に個別支援計画に反映する必要がある。



### 3. アセスメントのための 情報の収集・整理を通じた利用者理解

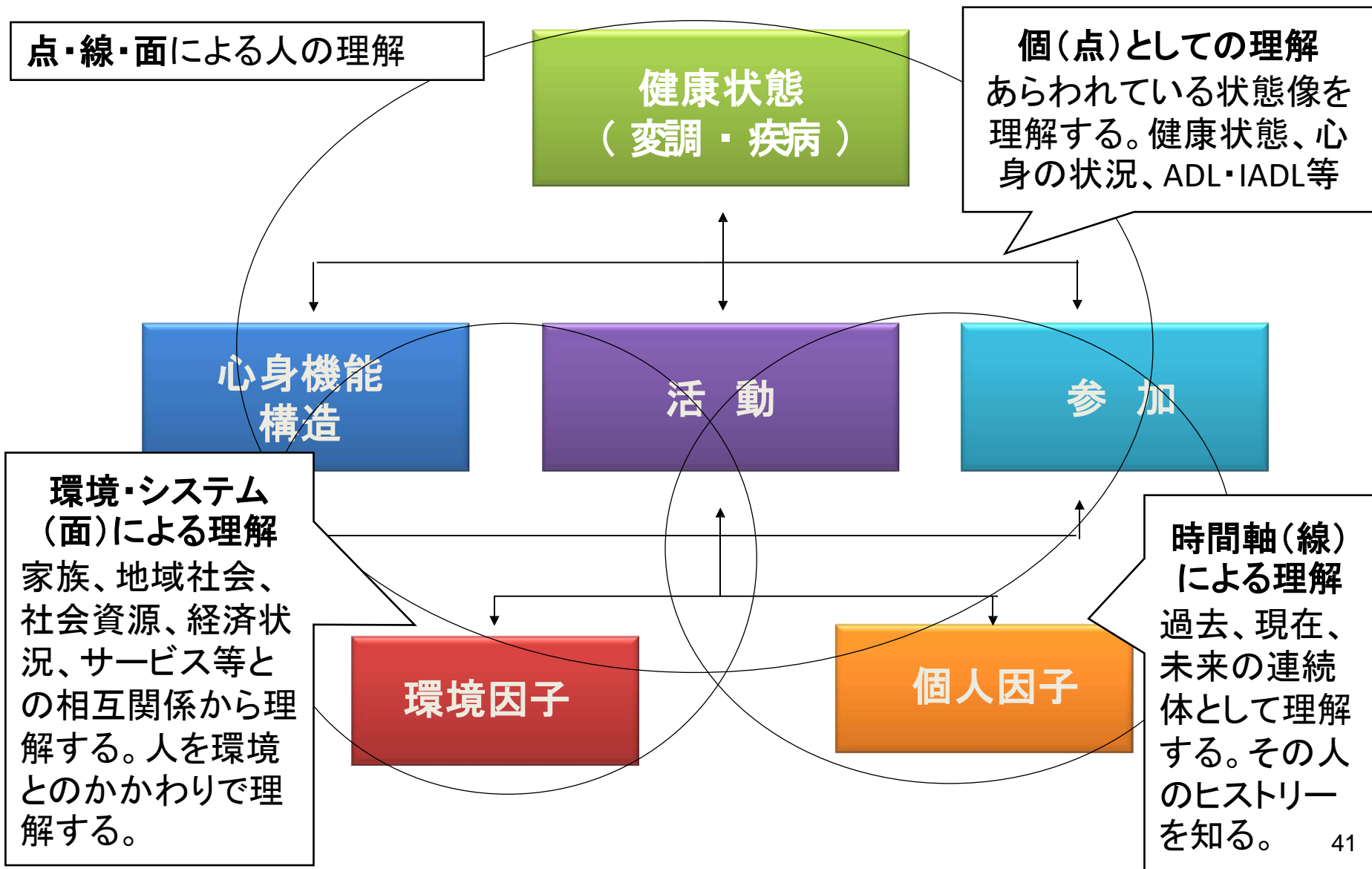
- 情報収集とアセスメントは表裏一体の関係にある。
- 把握できている情報を整理し、不足している情報は関係者から収集する。
- 必要がある場合は関係者を召集し、情報の集約・共有化を目的に会議を実施することもある。
- 情報整理シート等の活用等も有効である。
- 整理した利用者情報を活用し、アセスメント（ニーズ・課題を明らかにする）をおこなうことになる。

#### ICFの視点に立った利用者総体の理解

利用者のニーズや課題は、人と環境の相互作用によって生じてくることを理解する。利用者のストレングスへの気づきが大切である。



# ICFの視点からの利用者の情報整理が大切

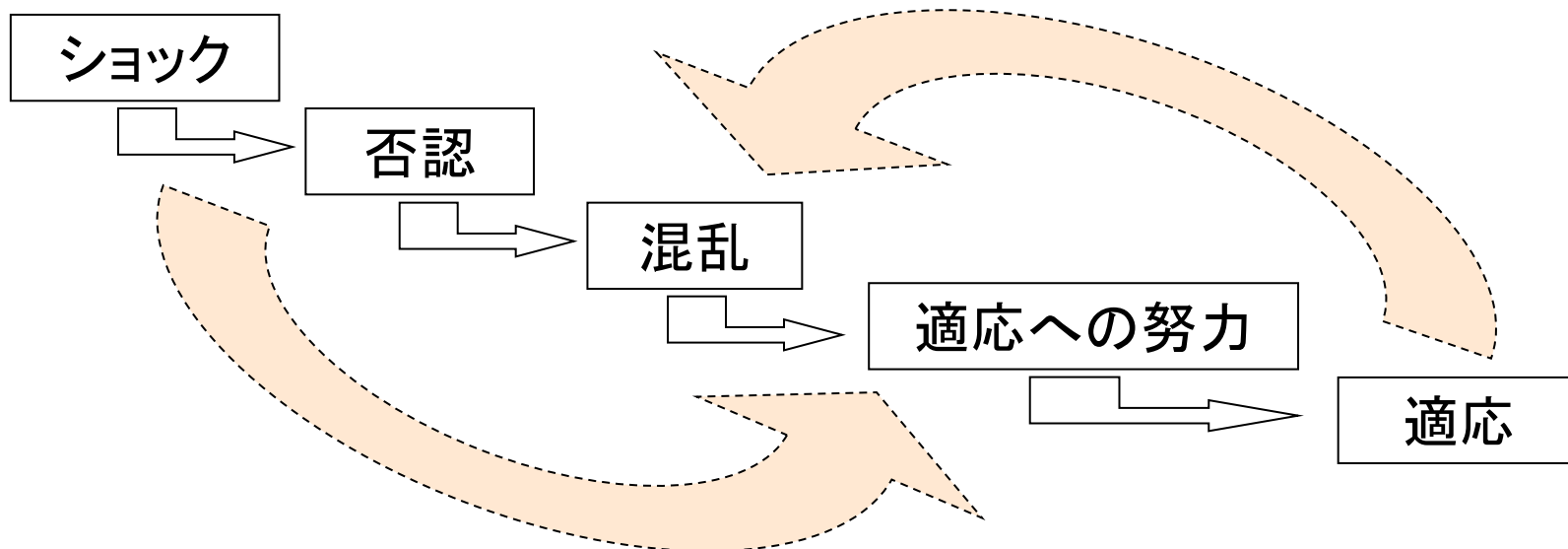


# 身体機能のみならず心理状態を把握することが大切

自立訓練(機能訓練)は、身体障害者に対するサービスではあるが、身体機能のみならず心理状態もアセスメントする必要がある。

- 「障害受容」という言葉のうらに潜むもの
  - 知らず知らずのうちに否定的なメッセージ
  - 障害は、受容させるものではなく、するもの
- 利用者が、障害を「受容しているか」、「受容していないか」ではなく、障害や障害のある自己をどのように捉えているのか、理解に努めることが重要
  - 障害に関する知識・社会参加の状況・現実検討力・自己効力感
- 精神疾患、高次脳機能障害、発達障害などの合併があれば、まずはそれらの症状に対する支援の検討が優先
  - 認知機能の低下は、高次脳機能障害のみならず、うつに伴ってみられることもある
- 家族に対する心理的支援も視野に入れることが重要
  - 時には、利用者と家族との橋渡し役としての役割が職員に求められることもある
  - 家族だからこそ、「言えない」「聞けない」ことがある

# 障害受容のプロセス



## 「障害受容」のステージ理論に対する批判

- ステージ理論にあてはまらない事例の存在
- リハビリテーション効果が上がらない要因を、障害受容の問題にすりかえてはいないかというリハビリテーション批判
- 障害受容に関する当事者責任への偏重と社会的責任の軽視

# ストレングスの活用を意識する

ストレングスを利用者の目標の設定として活用  
＝夢や希望も利用者の持つストレングス

ストレングスを利用者ニーズに変換し、その実行に重点をおく  
＝ストレングスを活用することから見えてくること、可能性のあることにつなげる

プランを実行するために、利用者自身が取り組む力(役割)、支援者が利用者の力を利用すること(支援者の役割)、そのためにストレングスを活用する

# ニーズを構造的にとらえる 支援者の役割を意識する

利用者と支援者と合致されたニーズ  
利用者の合意と納得によるニーズを確定する  
(リアルニーズ)

↑  
ストレングスの活用

利用者の想い

利用者の夢や希望と  
その背景にある様々  
な想い  
(フェルトニーズ)

支援者の気づき

- この人なら、こんな生活  
が送れるだろう、送って  
欲しい
- こんな課題をできるよう  
になるだろう、なって欲し  
い
- 専門的知識、経験により  
見つけられるニーズであ  
るため、本人も気づいて  
いない事項であることも  
ある  
(ノーマティブニーズ)

## 4. アセスメントにおけるサービス管理責任者の役割 (機能訓練事業)

利用者のニーズを醸成する ⇒ 利用者の気づきの支援

- 主訴(表出されている希望)は、ニーズの一つであるが、本人の想いをすべて代弁しているわけではない。
- 障害を負って間もない方や家族は、希望を聞かれても不安な状況にあり、その気持ちを的確に表現できないことを理解しなくてはならない。
- サービス管理責任者は、特に初期の段階では、一つ一つ**成功体験を積み重ね**ることで**意欲や自信を持ち、発動性を引き出す**ことを目的とする取り組みを想定すべきである。
- 支援を通じた小さな成功体験により少しずつ意欲が高まり、「次はこれができるようになるろう」、「これをしたい」という小さな目的意識が生まれ、その積み重ねで将来に目を向けた**ニーズが表明**されるようになる。そして、それを**現実的なニーズ**にしていけるよう支援していかななくてはならない。

## 支援者の気づき ⇒ 利用者の理解に向けた支援

- 機能訓練事業では「身体機能の改善・回復」を多くの利用者は希望として表出する。しかし、その背景には「仕事に戻らなければ」「家族として役割を果たさないと」等の様々なニーズが秘められていることが多い。そのため**利用者の背景にあるニーズへの気づきの支援**もサービス管理責任者の重要な役割となる。
- また、サービス管理責任者は、「心身の状況」、「していること・できること」、「本人を取り巻いている様々な環境」、「これまで生きてきた人生・価値観」などへの理解から、専門職としてのニーズを明らかにしなくてはならない。そして、その必要性について、**利用者と共に確認しながら理解を深めていく支援**も重要となる。

## 利用者と支援者の合意 ⇒ 意思決定の支援

- ニーズを明らかにするプロセスでは、サービス管理責任者には様々な生活や社会参加の状況が可視化できるように**情報提供**が求められ、利用者が**具体的生活の再構築に向けた選択**ができるようにしなければならない。
- 機能訓練の場合は、訓練や代償手段の活用を通じた変化が期待され、利用者ニーズと支援者ニーズにも反映されることから、「**利用者の合意・納得**」の支援は、アセスメントのみならず、モニタリング場面においても積み重ねられ、めざす生活を利用者自身が決定していく力をつける支援とすべきである。



## 1. 体験・経験不足



## 2. 情報不足・理解の困難や制限



## 3. 意思の表出手段の制限

### ・体験・経験の場の提供

- ・体験学習、体験利用、実習などの機会の提供(経験の拡大⇔安全の確保)
- ・社会生活カプログラムの実施
- ・失敗経験も時に要(但し見極めが必要)

### ・情報提供と理解の促進

- ・「本人の責任」に押し付けないためのメリット・デメリットの説明
- ・選んだサービスの目的と効果を確認

### ・選択が承認される経験

- ・「意思」を表明したいと思う動機づけ  
⇒安心・安全でなければ心は開けない
- ・「選べる」といいながら「選ぶ」ものがない! ?を極力減らす。  
⇒「あきらめない」「あきらめさせない」

### ・意思を表出できる環境・手段の確保

## 1. パワーレス状態 主体性の低下

## 2. 受障(傷)前後の違い への気づきに時間が必要

## 3. 意思の表出手段 の制限

### ・生活史からストレングスを探す

- ・障害ではなく「その人」を見る。

### ・主体性の回復

- ・障害があっても「できない」から障害があっても「できる」という自信の回復。  
⇒自律的存在としての復権。
- ・活動・選択肢が広がる環境設定。
- ・内発的動機付け。
- ・自己効力感(役割)の回復。  
⇒「患者」から主権者(市民)へ

### ・気づきを促す支援

- ・体験的プログラムを通して気づきを促す。
- ・価値観の変換。

### ・意思を表出できる環境・手段の確保

- ・表出手段の確保(「もの」を活用)

# 居住支援におけるアセスメントのポイント

(共同生活援助、生活訓練、自立生活援助)

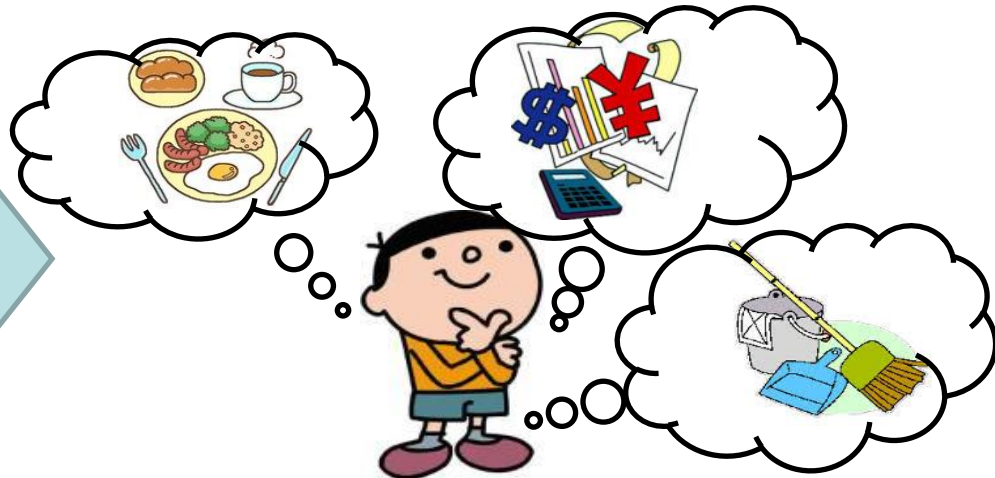
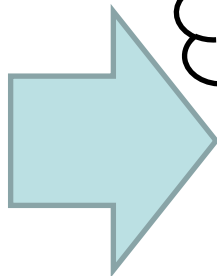
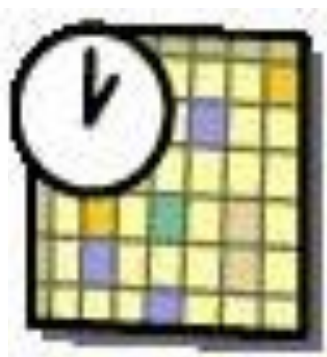
# 自立訓練(生活訓練)の目的

対象者は地域移行や家族から独立して一人暮らしを目指している人

目的は日常生活能力の維持向上

目指すのはその人が住みたい場所で生活していく力をつけていくこと

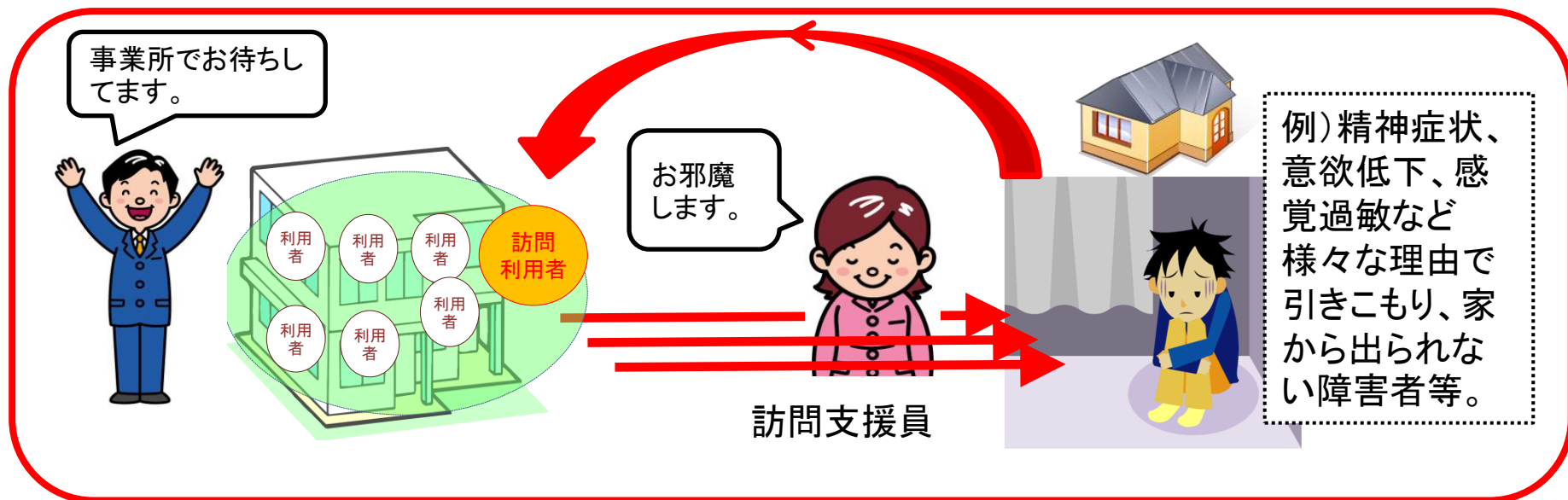
事業所のプログラムに本人が合わせるのではなく、本人に必要なことをプログラムや支援内容として提供する



# 訪問による訓練のイメージ（参考例①）

通所が困難な障害者が、通所による訓練に通えるようになることを目指して、訪問による訓練を利用する場合

居宅に訪問し、信頼関係を形成しながら訓練を行うと、生活訓練に通いたいという目標ができ外へ出られない原因を克服しようという意欲も湧き、少しずつ外へ出られるようになる。

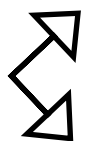


# 訪問による訓練のイメージ（参考例②）

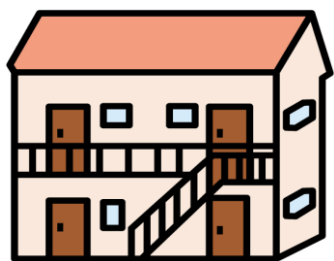
生活上必要な家事等を、実際の生活環境で訓練することが効果的な場合（新規⇒自立訓練への通所を前提にしない）

自宅周辺での買い物や、自宅の清掃、自宅の調理器具と家電製品等を使っての家事等を訓練すると、ご本人自身でできることが増える、等。

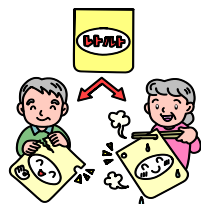
訓練⇒評価



できるようになったこと⇒自立へ  
支援が必要なこと⇒サービスへ



御自分で充分できるようになりましたね。



例)簡単な食材を知り、レンジの使い方を練習したら自炊出来るようになり、家事援助の支給量が減る等。

# 訪問による訓練のイメージ（参考例③）

バスや電車等の公共交通機関を利用できるように移動の訓練を行う場合（新規⇒自立訓練への通所を前提にしない）

実際の経路の交通機関において、公共交通機関への乗車と移動の訓練を行うと、一人で通えるようになる。

訓練⇒評価

例：事業所や就労先へのルートで電車やバスの乗り方の訓練をしたら、一人で通えるようになる等。

可能⇒自立へ  
困難⇒送迎、移動支援等へ



一人で移動できるようになると、障害者の暮らしの幅が広がるだけでなく、地域の人々との出会いと理解の機会も増えますね。



<http://www.pref.oita.jp/soshiki/12500/noruzo.html>

「ひとりで乗りたい♪（知的障害者通所自立支援マニュアル）」発行大分県より

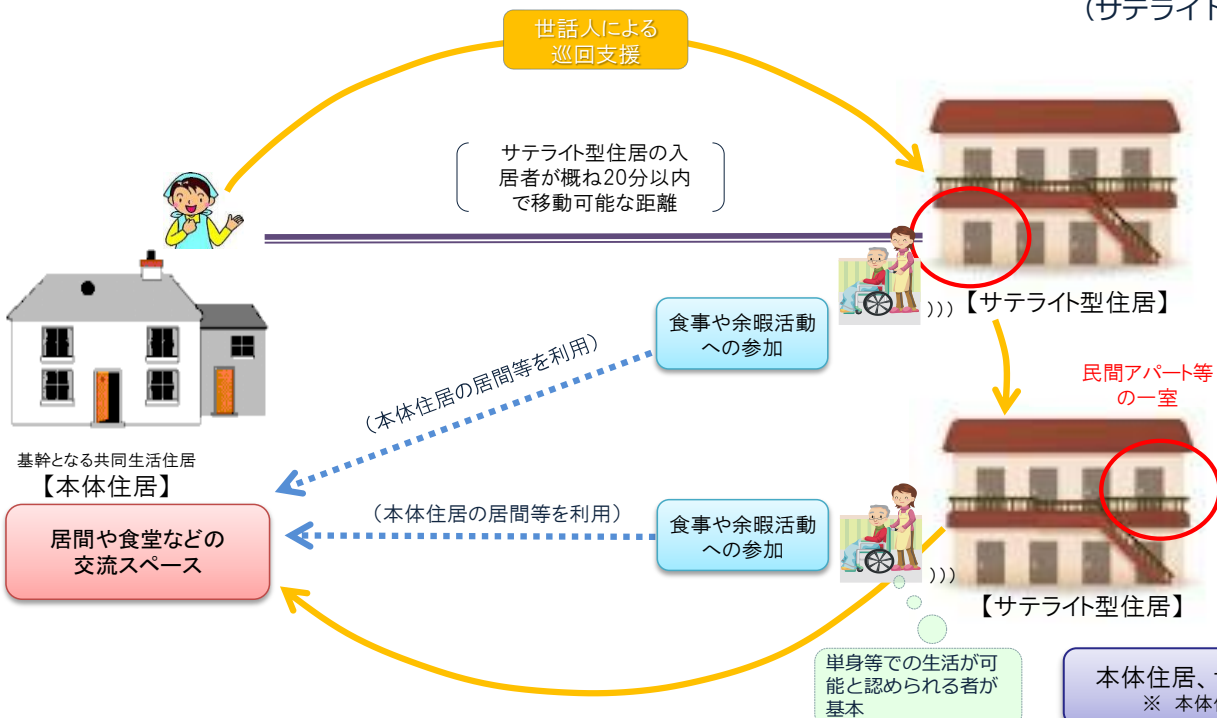
# グループホーム（サテライト型）の概要

- 地域生活への移行を目指している障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同住居よりも単身での生活を望む人がいる
- 少人数の事業所が経営安定化の観点から、定員を増やそうとしても近隣に入居人数など条件にあった物件がなく、また、物件が見つかってもし壁の設置など大規模改修が必要となるケースも少なくないとの声がある。

共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえつつ、1人で暮らしたいというニーズにも応え、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、グループホームの新たな支援形態の1つとして本体住居との密接な連携（入居者間の交流が可能）を前提として

**ユニットなど一定の設備基準を緩和した1人暮らしに近い形態のサテライト型住居の仕組みを創設**

（サテライト型住居を設置する場合のグループホームの設備基準）



	本体住居	サテライト型住居
共同生活住居の入居定員	原則、2人以上10人以下 ※	1人
ユニット（居室を除く）の設備	居間、食堂等の利用者が相互に交流を図ることができる設備	本体住居の設備を利用
ユニットの入居定員	2人以上10人以下	—
設備	・日常生活を営む上で必要な設備 ・サテライト型住居の利用者から適切に通報を受けられる通信機器（携帯電話可）	
居室の面積	収納設備を除き7.43㎡	

（※）サテライト型住居の入居定員は本体住居の入居定員には含まないものとする（事業所の利用定員には含む）。

本体住居、サテライト型住居（※）のいずれもグループホーム事業者が確保  
※ 本体住居につき、2か所（本体住居の入居者が4人以下の場合は1か所）が上限



# 本体住居との関係と主な運営基準

## <「本体住居」との距離要件>

概ね20分以内で移動することが可能な距離であること。

(地域性や交通手段等を考慮する)

## <「本体住居」に対する「サテライト型住居」の箇所数の上限>

1つの「本体住居」に原則として2か所を限度とする。

(「本体住居」の入居者が4人以下の場合は1か所)

## <主な運営基準>

- ・職員配置、報酬の特段の上乗せはなし。
- ・1日複数回の訪問。(支援計画や本人との合意によりこの限りでない)
- ・居間や食堂は本体住居のスペースを共有。
- ・原則として3年で単身生活へ移行。(ただし、必要により延長可能。)
- ・サービス終了後も、住み慣れた住居で継続して住めるように配慮する。

# サテライト型住居の実際の利用者像

## 単身生活に不安を抱えている

- 一人での生活の練習の場として利用
- 家族・支援者等の不安や見立ての確認の場としての利用

## 自らの相談が苦手

- 主体的な相談やSOSが苦手で、定期訪問等を希望

## 共同生活が苦手、適切でない

- 単身生活は難しいが、GHの共同生活は不適切な場合等

身体障害者グループホームは、なぜ増えていかないのか？

ニーズが無いのか？



まずは地域診断をしてみましょう！！

他に障壁があるのでは？



自立支援協議会を  
活用できないか？

- 建物の問題？
- 人員確保の問題？
- 医療との連携の問題？

都道府県研修でも、各地域のサービス充実の為  
の種まき企画を！！

## 自立生活援助の概要

### サービス内容

障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者に対して、一定の期間(原則1年間)にわたり、自立生活援助事業所の従業者が定期的な居宅訪問や随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等より、当該利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供及び助言、関係機関との連絡調整等を行う。

※市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合は更新可能

### 対象者

- ① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者
- ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者
- ③ 障害、疾病等の家族と同居しており(障害者同士で結婚している場合を含む)、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者

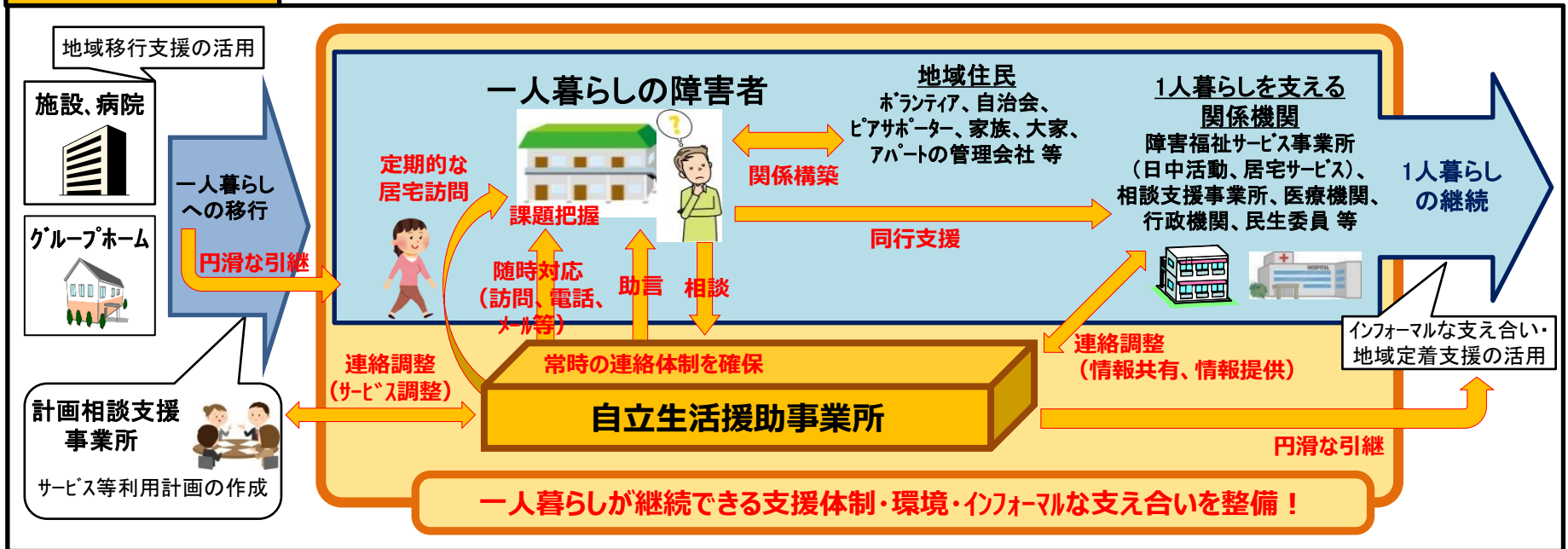
#### ※自立生活援助による支援が必要な者(例)

- 地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
- 人間関係や環境の変化等によって、1人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合(家族の死亡、入退院の繰り返し等)
- その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合

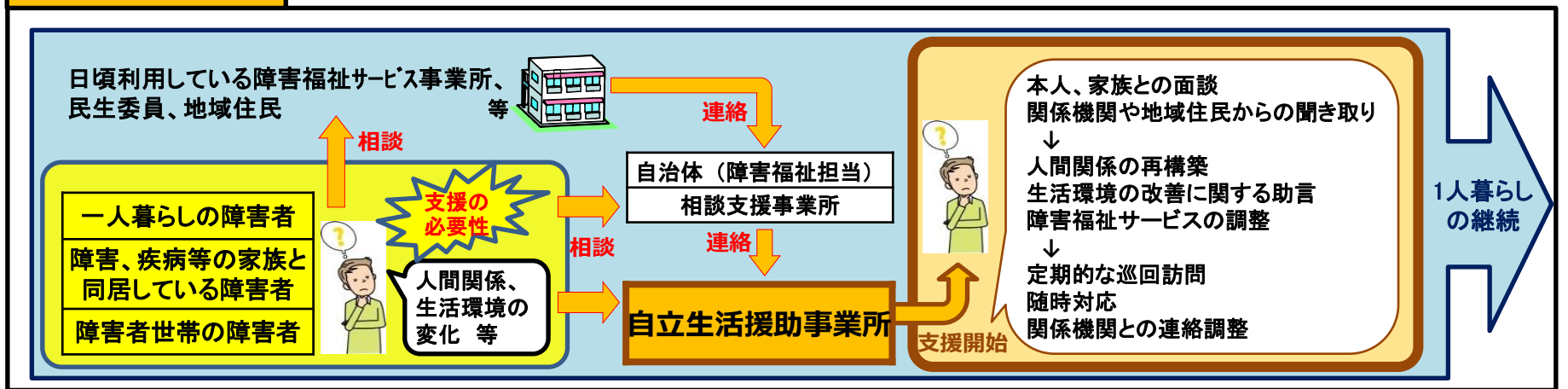
#### ※家族による支援が見込めないと判断する場合(例)

- 同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
- 同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
- 同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
- その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

## 支援のイメージ ①



## 支援のイメージ ②



## 既存のサービスとの関係

※ 自立生活援助と、地域定着支援または就労定着支援との併給は認めない。

### ①-1 自立生活援助終了後、一人暮らしを継続



### ①-2 地域移行支援を利用して退所、退院した障害者が、自立生活援助終了後、一人暮らしを継続



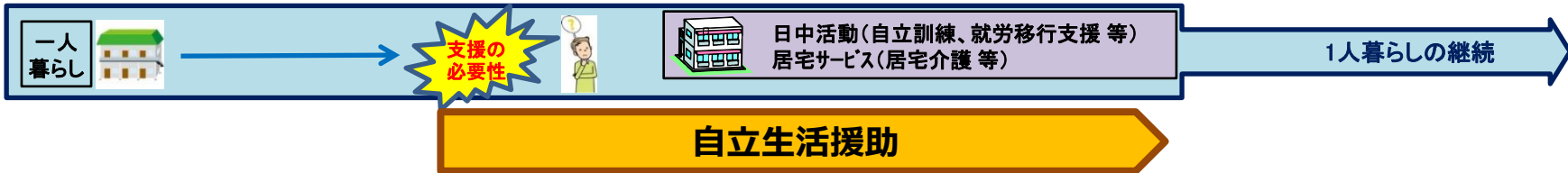
### ①-3 自立生活援助終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



### ①-4 地域移行支援を利用して退所、退院した障害者が、自立生活援助終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



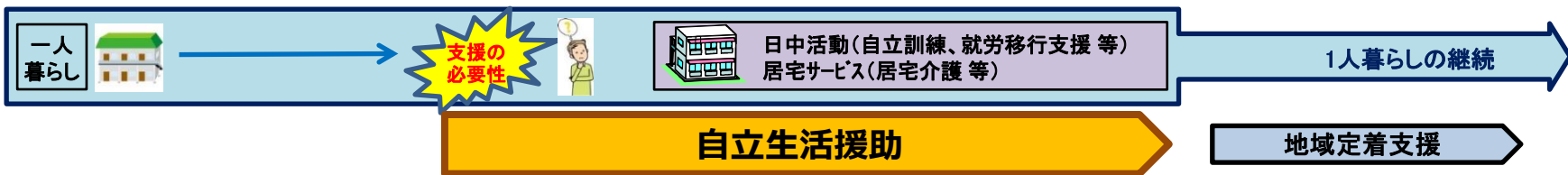
②-1 一人暮らしの障害者に対し、自立生活援助を行い、一人暮らしを継続



②-2 地域定着支援を利用している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援を再開し、一人暮らしを継続

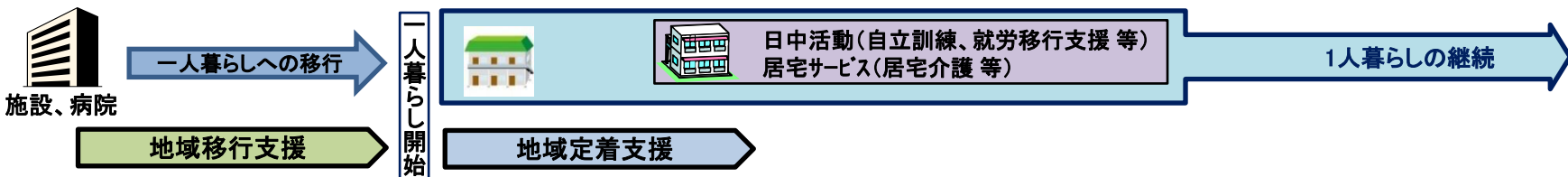


②-3 一人暮らしの障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



(参考) 自立生活援助を利用せず、一人暮らしを継続

※支援が必要な状態になった場合は、②-1として支援



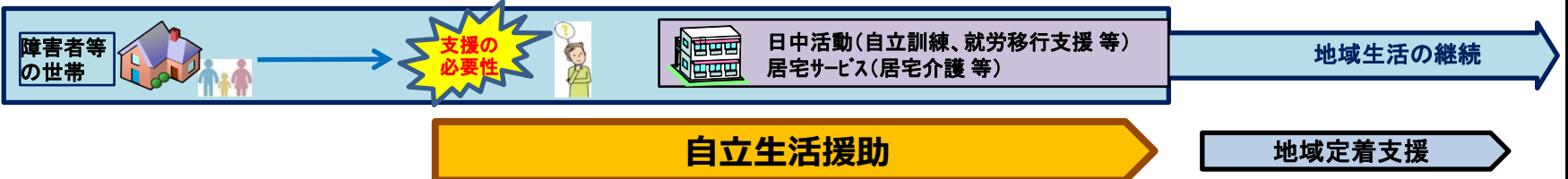
③-1 障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、地域生活を継続



③-2 地域定着支援を利用している障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援を再開し、地域生活を継続



③-3 障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援による支援を受け、地域生活を継続





## (1) アセスメントとニーズの把握について

- 本人中心の生活を支援するためのアセスメント。
- 本人の障害特性と状態像を理解する。
- 主訴とニーズの違いを理解する。

傾聴と共感 対話とかかわり

- 「主語＝私」で始まる計画となるよう本人のニーズを把握する。
- 表出が難しいニーズの把握に留意する。
  - 本人の声(ニーズ、不安、ストレス)を記録化する。

## (2) 日常生活動作、健康、コミュニケーション、社会的活動等の生活全般にわたるアセスメント

- 援助過程、参加過程、環境との相互作用としてのアセスメント。
- ストレングス4つの側面(①性格・人柄／個人的特性、②才能・素質、③環境、④興味・関心／向上心)。
- ストレングスは対話と関係性から導き出す。
- 日常生活動作、IADL、健康、生活基盤、コミュニケーションスキル、社会生活技能、社会参加、教育、就労などの生活全般にわたるアセスメント - 生活の場面(環境)の正確な把握。
- アセスメントは現状の把握とともに、過去の支援記録も参考になる。
- 自立訓練、グループホームの各事業毎に、重点的なアセスメント項目を確認する。

### (3) その人に必要な生活訓練の軸を見立てる

- グループホームを目指すのか、一人暮らしを目指すのか、就労を目指すのか、生活習慣の確立を目指すのか、まず必要な支援を見立てる。
- 目指す目標に向けての支援上の課題を丁寧に評価し、本人とともにその優先順位を確定する。
- 不安やストレスの軽減を図りつつ、小さな前進を確認する。

## (4) 地域生活移行後の自己実現と社会的関係の構築

- 地域の中で普通に暮らすために、どのような自己実現を図るのか確認する。
  - 本人の可能性やストレングスを把握する。
- グループホームという住まいの場、地域での活動の場がどのように生活を支え、社会的関係の繋がりを広げることが出来るのか、具体的に確認する。
  - 「自分が何かをして、それを他人が認めてくれる」ということは、社会的関係の中において、はじめて出来ること。

## (5) 権利擁護のために

- 本人の意向優先を第一に。
  - 家族とのニーズをめぐるズレにどう向き合うか。
- 家族関係、地域の人間関係、生活基盤や金銭管理状況などの正確な把握。
  - エコマップを本人と一緒に作成する。

家族が「本人中心の支援」に移行するために、サービス管理責任者ができることを考えてみましょう。

## (6) 地域社会資源の把握

- 地域の社会資源を把握する。
- 地域の社会資源を本人が理解出来るように支援する。
  - 地域の状況をビジュアルにして知る支援(グループホーム、近くの店、駅、目立つ建物等の写真を活用)
  - 見て、体験するための支援(パンフレット資料の提供と、サービス資源をどのように利用するか)
    - …示す(される)からアクティブ(する)へ…
- (地域自立支援)協議会へ参画し、関係機関との拡がりを進め、実情を理解する。

# **就労支援におけるアセスメントのポイント**

**(就労継続支援A・B型、就労移行支援、就労定着支援)**

## (1)-① 就労分野における基本的な視点

### (アセスメント等)

- 本人の潜在的な能力や働く力を見だし、最大限に引き出す環境の中でアセスメントができているか。

### (目標や将来像が明確な支援)

- 本人自身が、「働きたい」という希望を描けるような、支援内容を提供できているか。

### (教育・福祉・労働との連携)

- 就労支援にあたっては、労働施策をはじめとする地域の関係機関や、企業との連携が大切である。

事業所内で自己完結することなく、ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターなどとの連携支援で、職場の開拓や就労・定着支援が実施可能となる。



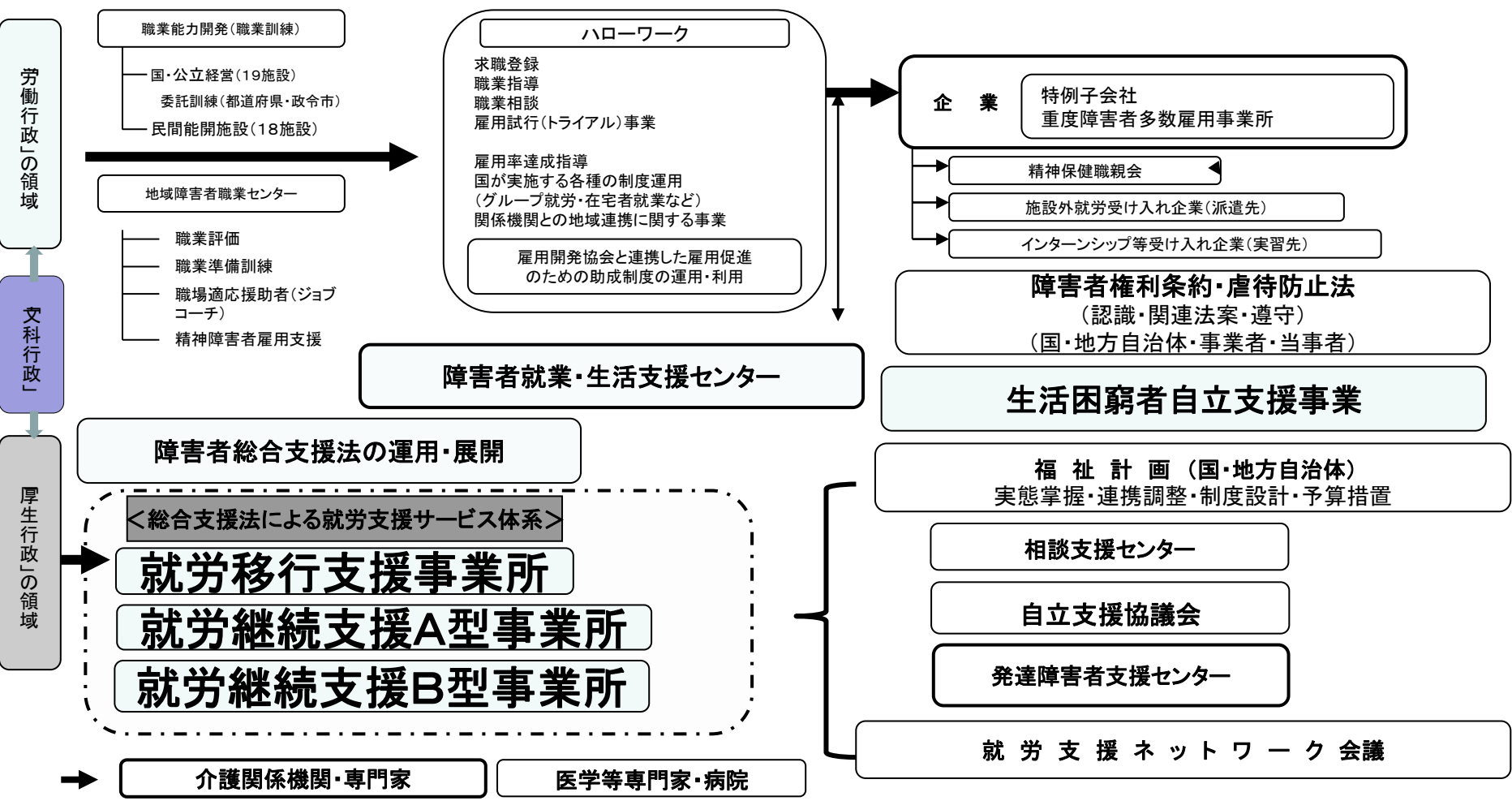
## (1)-② さまざまな働き方と「働く」ための支援

一般雇用	一般求人枠(障害の開示／非開示) 障害者求人枠 一般企業 or 特例子会社
請負	在宅就労

### ○福祉サービスのもとでの就労支援

	事業名	内容・位置づけ
訓練等給付	就労移行支援	就労を希望する65歳未満の障害者で、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対して、①生産活動、職場体験等の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、②求職活動に関する支援、③その適性に応じた職場の開拓、④就職後における職場への定着のために必要な相談等の支援を行う。(利用期間:2年)
	就労継続支援A型	通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結等による就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う。
	就労継続支援B型	通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。
給付介護	生活介護	入浴、排泄、食事等の介護、創作的活動、生産活動の機会の提供等を通じた身体機能または生産能力の向上
地域生活支援事業	地域活動支援センター	創作的活動または生産活動の機会の提供、社会との交流の促進その他の厚生労働省令で定める便宜を供与

# 障害者の雇用・就業支援制度の体系



## 誰もが生きがいをもって、その能力を最大限発揮できる社会を目指して

○ 人生全体で考えれば、誰もが、自らの仕事と、育児・家事や介護、病気の治療、障害、体力の低下等といった事情とを共存させていくことになる可能性がある以上、お互いの抱える事情を理解・配慮し、お互いの「できないこと」ではなく、お互いの「できること」「得意なこと」に目を向け、チームとしての成果物を作り上げていく姿勢は、全ての人にとって「自らの希望や特性に応じて働き方を選択し、安心して長く働き続けられる環境」が常に整えられているという状況に繋がるものである。

○ 今回提言した政策方針が実現されることによって、障害者雇用の質の向上が図られるとともに、全ての労働者にとって働きやすい環境が整備され、一億総活躍社会の実現に向けた取組が推進されるよう期待される。

「今後の障害者雇用促進制度の在り方に関する研究会」報告書(平成30年7月30日)より

## (1)-③ 就労分野におけるサービス管理とは

- ・良いサービス、質の高いサービスとは何か？
- ・就労はサービスの結果(成果)が数値化されやすい？
  - 就労移行支援事業 — 就職率 〇〇%、定着率〇〇%
  - 就労継続支援事業(A型・B型) — 工賃 〇〇〇〇円
- ・働くことの意味を考える
  - 個人的側面(個性の発揮)
  - 社会的側面(役割の実現)
  - 経済的側面(生計の維持)

## (1)-④ サービス提供の基本的な視点

- ・なぜ、就労支援に取り組むのかという理念の共有  
(本人・家族・事業所・法人等)
- ・働きたいと願う人の気持ちや意欲に寄り添う支援  
(アセスメント・個別支援計画・日々の実践)
- ・障害のある人が働き、働き続けられ、スキルアップする環境づくり  
(工賃引き上げの取り組みも大事だが…。障害者雇用への理解と実現)
- ・暮らし全体をサポートする視点  
(本人・家族との協同、関係機関との連携・協同)

「利用する人が、今よりも更に  
よりよい生活や生き方をめざす」視点

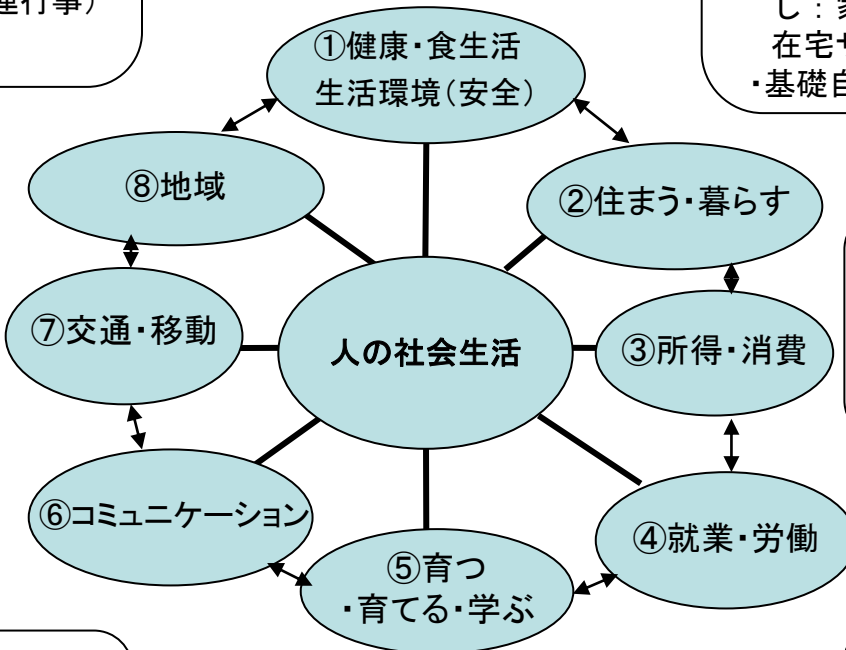
# 社会生活の多様性

- ・交遊関係:友人・集団・利害関係  
交遊関係の比重(生活時間・意識・経費)
- ・地域社会との関係:自治会・近所づきあい・地域の行事への参画(祭り・環境美化・生活関連行事)
- ・地域の変化との連携

食生活・栄養管理・食材選択  
健康管理・疾病管理・防犯  
安全・地域の防災・危険時対応

- ・住環境:立地条件・地域のまちづくり・生活関連施設等の利便性・バリアフリー・住居管理・設備生活施設・娯楽
- ・施設やサービス機能・暮らし:家事・家政・在宅サービス・基礎自治体のサービス状況

公共交通機関  
利便性・安全性・モビリティ  
バリアフリー



生活設計・生活コスト(生活・文化的価値)・財産の保有・蓄財の意識・質向上のための資本投下

- ・情報取得・コミュニケーション手段・災害対応・緊急連絡システム(誘導案内・危険情報)

教育機会・各種関連機関の利便性・啓蒙・啓発  
活動・伝統文化・教育内容・教育機会など

個性の発揮・役割の実現・生計の維持・雇用環境・産業動向

## (2)-① ニーズを把握するアセスメント

### まず、アセスメントの現状を振り返ってみましょう

- ・ 障害の程度や手帳の等級で職業能力を判断し、可能性を限定していないか。  
障害の軽重 ≠ 職業能力
- ・ ○×を付けるのがアセスメントではないことを理解しているか。
- ・ 「できる・できない」「希望する・しない」というとらえ方でなく、その人の生活全体でニーズをとらえているか？
- ・ アセスメントシートを使って行う面接だけでアセスメントを行っていないか？
- ・ 個別支援計画を作成することが目的のアセスメントになっていないか？
- ・ 個別支援計画と日々の実践が結びついているか？

## (2)-② 就労アセスメント

**【目的】**就労する(能力向上)にあたり、事前に  
仕事への適性および能力(潜在能力を含む)  
を発見し、客観的に評価をする

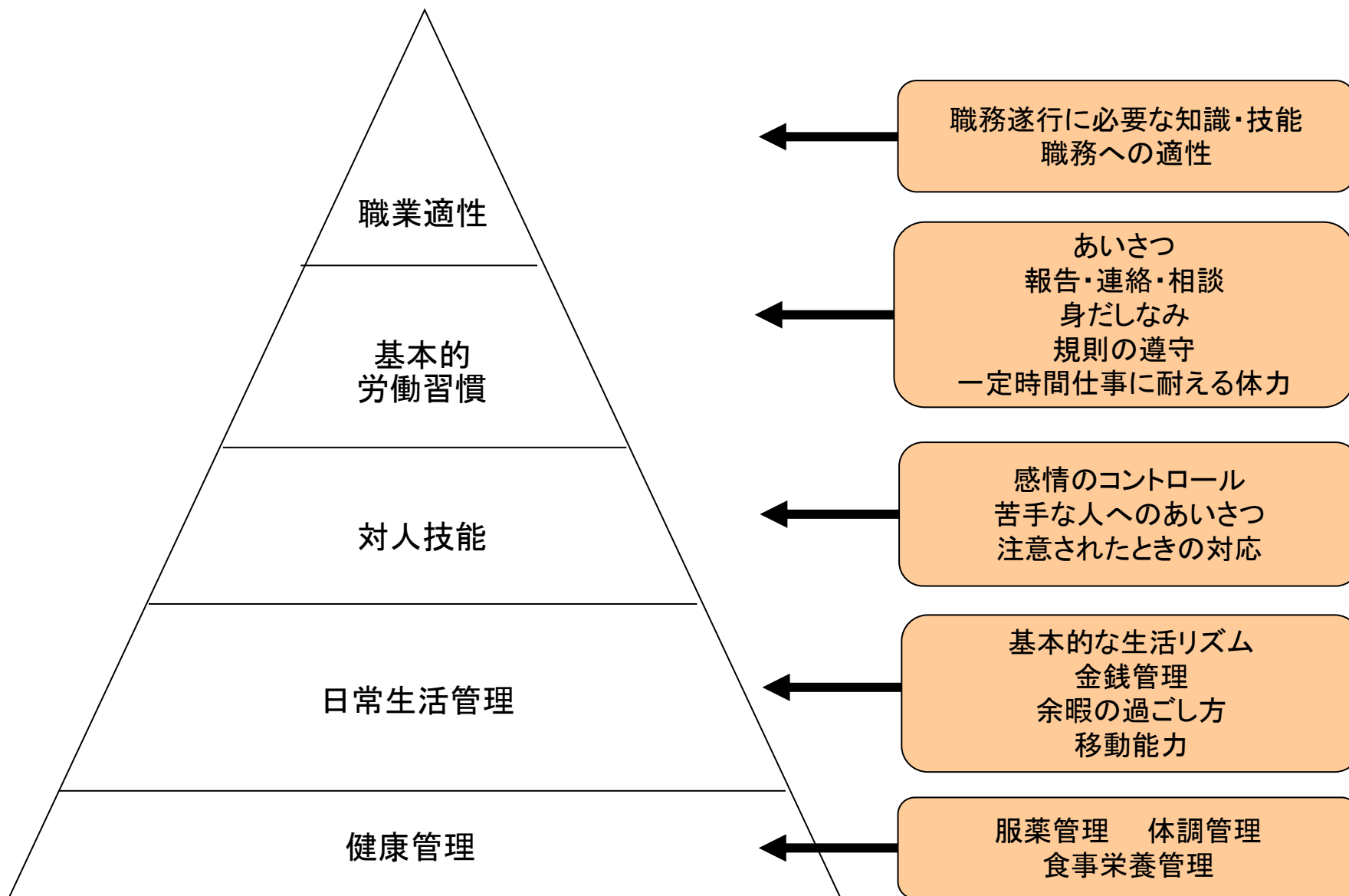
※潜在的な能力や働く力を見だし、最大限に引き出す環境を  
整えているか

### サービス管理責任者の視点

- ①整備された環境下で評価しているか？
- ②事実に基づいた客観的な評価になっているか？
- ③人材育成「将来何ができるか」という観点で評価をしているか？
- ④常にPDCAサイクルで計画を見直しているか？



# 職業準備性のピラミッド



	評価項目	セールス ポイント	問題な し	努力 ポイント	所見
健康管理	1 服薬管理	○			
	2 体調管理		○		
	3 食事栄養管理			○	好き嫌いがあり、食べるものが偏っている
日常生活管理	4 基本的な生活リズム		○		
	5 金銭管理	○			
	6 余暇の過ごし方		○		
	7 交通機関の利用			○	乗り物は全般的に苦手である。特に満員電車。
対人技能	8 感情のコントロール		○		感情的になることがあるが、時間が経つと落ち着く。
	9 苦手な人との接し方			○	
	10 注意されたときの対応			○	
	11 協調性		○		
	12 欠勤等の連絡		○		電話は苦手であるがメールであれば可能
基本的労働習慣	13 あいさつ			○	緊張すると声が小さくなる
	14 会話・言葉づかい	○			目上の人には敬語を使う
	15 作業上の報告・連絡		○		
	16 規則の遵守		○		
	17 体力		○		1日4時間程度の作業は可能
	18 仕事の準備と後片付け	○			主体的に行うことができる
職業適性	19 集中力の維持			○	30分経つと集中力が切れてくる
	20 作業能力の向上		○		
	21 指示の内容の理解		○		
	22 作業の正確性	○			作業をミスなくできる
	23 巧緻性	○			手先が器用である
	24 危険への対処		○		
	25 作業意欲		○		

## (3)-① 相談支援時の状況把握

### 実施方法

- 「働く」ことに関する意思確認
- 提供するサービス内容についてわかりやすく情報提供を行う。
- アセスメント→到達目標の設定→評価など、一連のサービスの流れについて説明
- 他の事業者や関係機関との連携の有無の確認

### 必要なツール

(例) 相談受付表

### 事例より

- 19歳。男性。療育手帳所有(B1)。

10歳の時、脳腫瘍の手術。5年前からてんかん発作がでるようになったが、投薬にておさえられている。動作は緩慢。礼儀正しく、穏やかな性格。

### 【主訴】

高校を卒業し、そのあと専門学校で学んでいたが、適応できずやめてしまった。就職したいが、できる仕事がない。日中、家で過ごすだけの生活をなんとかしたい。一人では就職活動はできないので支援をしてほしい。

## (3)-② 初期状態の把握

### 職業準備性についての視点

#### 実施方法

- 本人の中にある働く力  
(得意な部分)を見いだす支援へと導くためのアセスメント  
→顕在化していない能力の発見につながるように

就労分野では本人のアセスメントとともに企業(仕事)のアセスメントも重要な要素

#### 必要なツール

(例)

就労アセスメント結果表

就労移行支援のためのチェックリストなど

職業適性	職務遂行に必要な知識・技能 職務への適性
基本的労働習慣	あいさつ、報告・連絡・相談 身だしなみ、規則の遵守 一定時間仕事に耐える体力
対人技能	感情のコントロール 苦手な人へのあいさつ 注意されたときの対応
日常生活管理	基本的な生活リズム 金銭管理、余暇の過ごし方 移動能力
健康管理	服薬管理 体調管理 食事栄養管理

## (3)－③ 個別支援計画の作成／実行

### 実施方法

- ・できないことに着目するのではなく、できることを伸ばす
- ・多くの経験・体験を重ねる  
→生活体験・作業体験・就業体験

### 必要なツール

- ・ 個別支援計画書

### 事例より

実際の業務における得意・不得意の見極め、作業方法の改善・整備



### サービス管理責任者の視点

- ・ 支援スタッフの相互連携がとれているか
- ・ 段階を意識した支援となっているか
- ・ 利用者の同意を得ながら支援しているか
- ・ 設定された目標は効率よく達成されているか

## (4) 就労への目標や将来像を描ける支援

### 働き続けるために必要なこと

- ・ 自分を評価してもらえる仕事があるということ  
(評価とは、やりがい・達成感・収入等)
- ・ 困ったら相談できる人、助けてくれる人が共に働く場にいること
- ・ 仲間がいること (誰もがひとりではやっていけない)

サービス管理責任者自身が、  
「自分だったらどうだろうか」と考える中でかたちを描くことが大切

## (5) 就労定着支援 利用者の職業生活の質の向上のために

- 安定した職業生活の実現の鍵を握る「就労定着支援」
- 一般の就労者の離職率を踏まえながらも、障害に関連する事由での離職の防止が必要
- 職場の環境条件(労働条件、人間関係等)のみならず日常生活における課題が定着の課題となることも少なくない。



個別支援計画にあたっては・・・

- 就労定着に向けた利用者の日常生活等における課題の把握
- 職業生活を支える社会資源の確認
- 企業等が行う職業生活支援を「支援」する視点の必要性

# 各支援機関の連携による就労支援のイメージ

就労移行支援事業所等が就労面のアセスメントを実施

※ B型事業を利用する場合は必須

就労アセスメント

就労面のアセスメント結果や特別支援学校等(※)からの情報を踏まえ、相談支援事業所がサービス等利用計画を作成

A型・B型事業所で働くことが適している者はA型・B型で継続的に就労

事業所は生活の安定や能力向上に向けた支援を実施

サービス等利用計画の作成

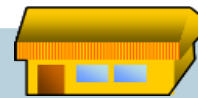
(※)「特別支援学校等」は高等学校及び中等教育学校の後期課程を含む。

障害福祉サービスを利用しなくても一般就労への移行が可能  
な者については一般就労への移行を支援



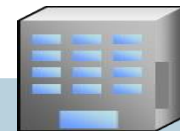
就労継続支援事業所  
(A型・B型)

A型・B型事業利用者のうち一般就労への移行が可能となった者については一般就労への移行を支援



就労移行  
支援事業所

一般就労

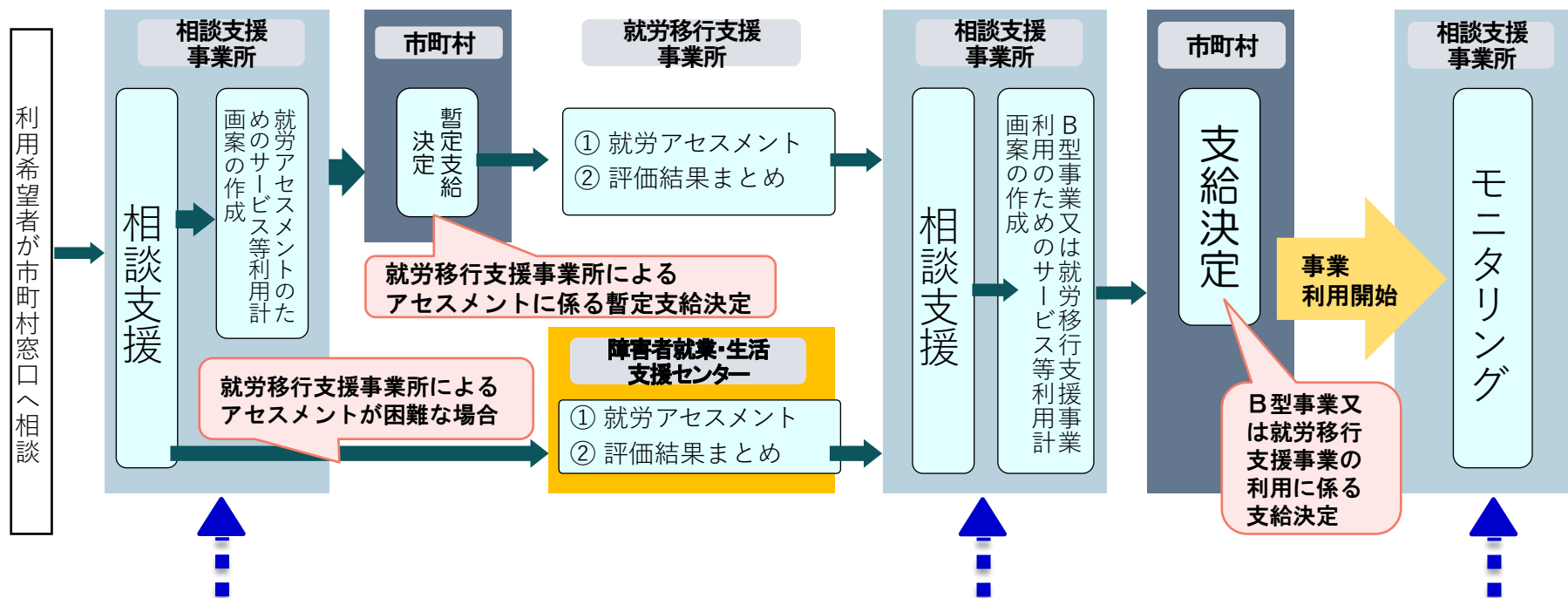


一般就労の継続が困難となった者についてはA型・B型事業への円滑な移行を支援

一般就労へ移行した者についても、生活面の支援が必要な場合は関係機関が連携して支援を実施



○ 就労アセスメントが必要な者が就労継続支援B型事業の利用を希望する場合のサービス利用相談から利用後までのおおまかな流れ

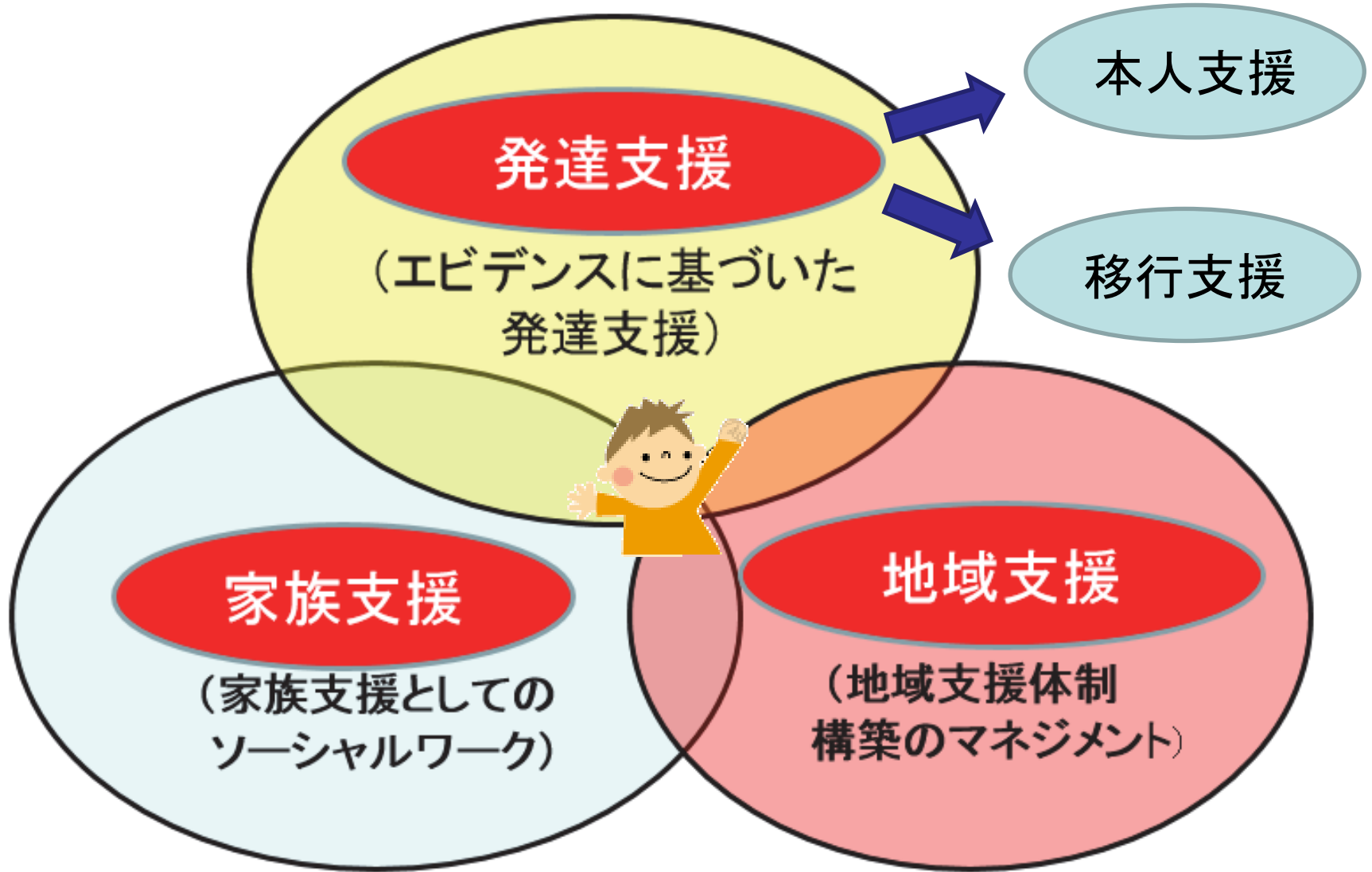


相談支援事業所が就労移行支援事業所または障害者就業・生活支援センターに連絡し、就労アセスメントの実施について調整。

相談支援事業所において、就労アセスメント結果を参考に、利用者のニーズを踏まえた適切なサービス利用のための相談支援を実施。

相談支援事業所は、アセスメント結果を参考にしつつモニタリングを実施。「一般就労の希望がある」「一般就労の可能性がある」場合は、障害者就業・生活支援センター等と協力し、一般就労への移行支援を実施。

# 児童発達支援の3つの要素



まとめ