

基礎研修

サービス提供事業所の利用者 主体のアセスメント

サービス管理責任者及び児童発達責任者養成研修資料参照

1

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講義を実施)
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

2

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)

3



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。」

4

サービス提供の基本的姿勢

5

ちょっと
頭の中を
整理

サービス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の支援を図っていくことが求められている

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

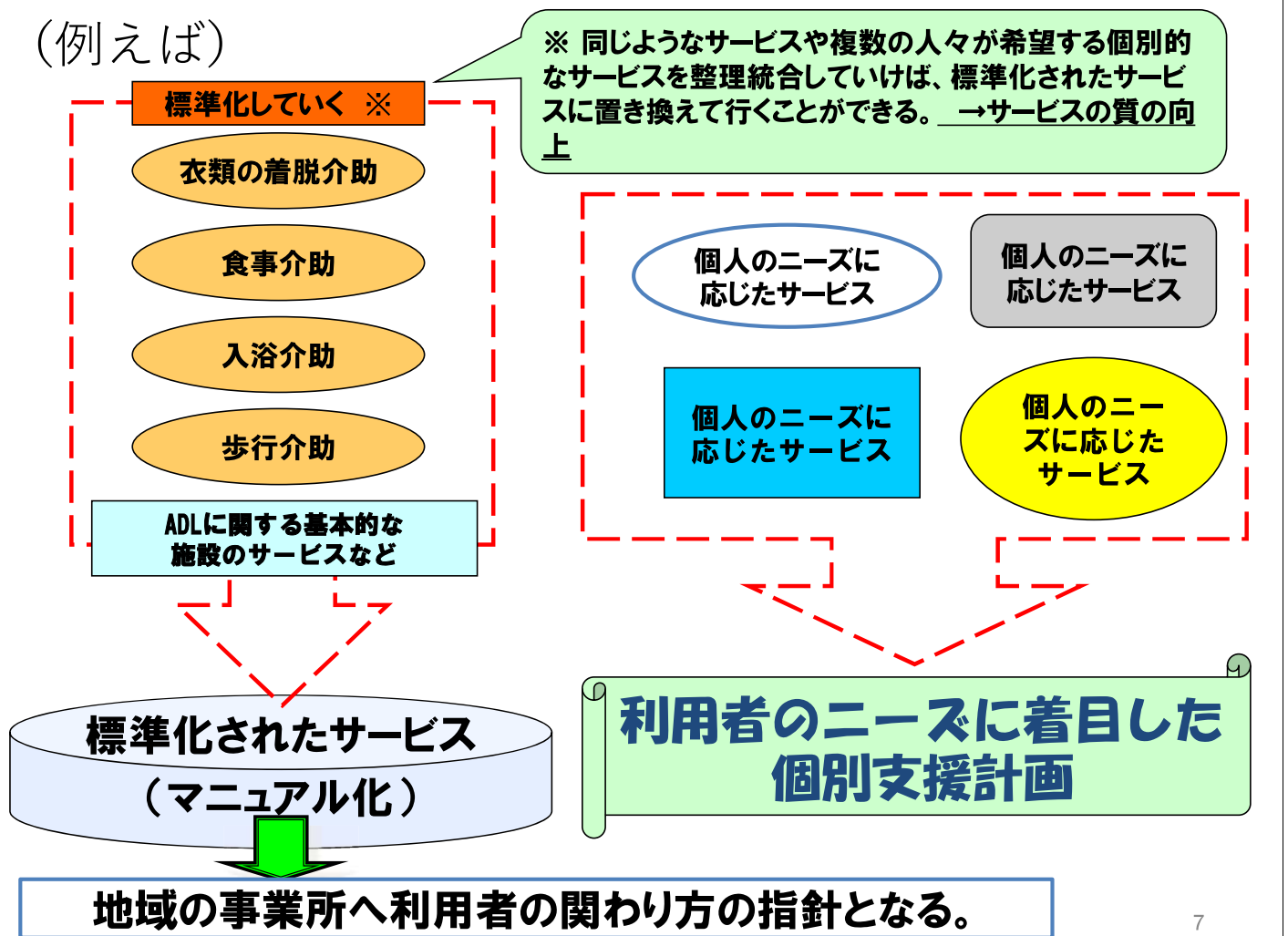
施設の選択・契約

職員満足「やりがい」
能力開発

経営満足
組織の維持発展

6

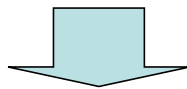
(例えば)



7

(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々は、種々の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)

8

(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

- ・障害者一人ひとりの考え方や価値観、障害の内容や程度、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. 変化し発展する

- ・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等、多様な要因の影響を受けつつ、継続的に変化し発展する。

9

(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。
そしてPDCA(Plan・Do・Check・Action)のプロセスに基づき提供される社会的支援策の一環である。

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(障害等)、ニーズ、思い、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である。

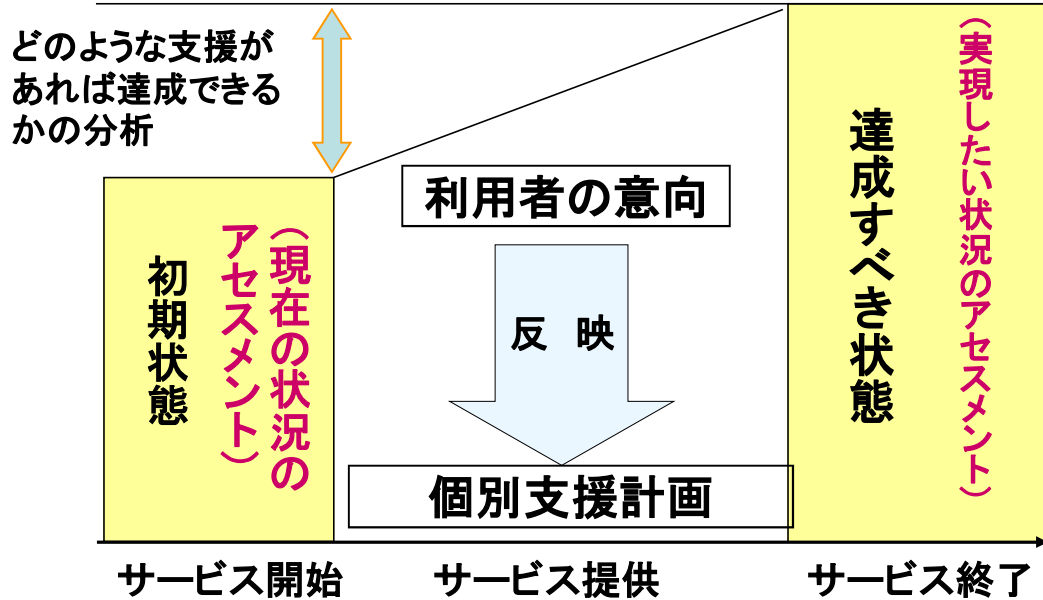
3. ライフステージ、社会活動参加との関連が強い支援

- ・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。

10

(サービス提供の基本姿勢)④:達成すべき状態の明確化

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の役割
⇒ニーズに基づいて利用者の望みを実現



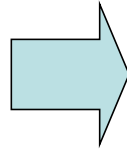
11

～アセスメント力を高めるため
サービス提供の視点～

12

(1)小さな変化に気づく観察力を

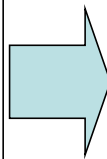
今までは…
利用者は日々変化しているにもかかわらず、**利用者の健康面での変化や本人の持っている力を見逃すことはなかったか？**



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も見逃さない観察力を養う力を支援者が持つこと**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？

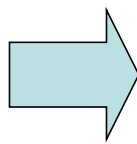


利用者の**「能力」を把握し、それを活かす環境をつくり、その中で「更に可能性が広がるよう」支援する。**

13

(3)利用者個々に応じた活動を創る

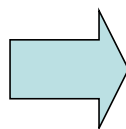
今までは…
介護中心の支援に追われ、生産的活動、文化的活動、趣味的活動など、**利用者の生き甲斐を実現する活動は軽視**されていなかったか？



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…
障害の重さ故に、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？

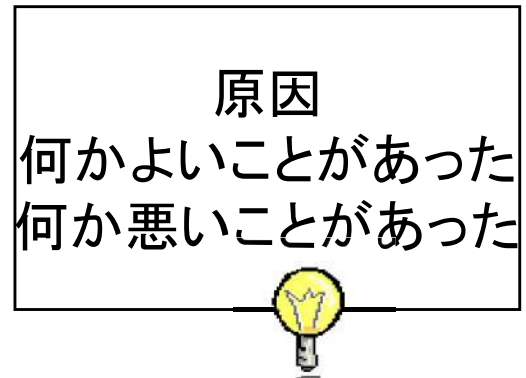
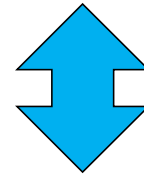
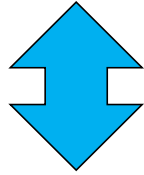
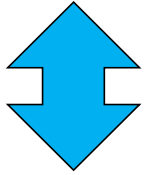


利用者のニーズに応じ、生活介護から就労継続支援、施設入所支援からグループホームなど、地域生活への移行に**チャレンジ**する。また、利用者への動機付けや、家族や関係者の理解と協力を求め、移行先の見学や体験など**支援のあり方を工夫**する。

14

**アセスメント力（観察力）を高めるため
人間のとり行動のほとんどには、理由があって行動する！**

行 動



15

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。など

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

16

アセスメントのポイント

17

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である。
- 多くの可能性や選択肢を広げ、自己決定しやすい環境も合わせて作っていく。
- **パタ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である。**（※パタナリズム：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。日本語では家父長主義、父権主義、温情主義などと訳される。）
- 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診ているか。
- ④利用者との関わりの中で、気づくこと・発見することである。

相互理解
の場

支援員の利用者に対する診方
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

19

アセスメントの視点の切り替え

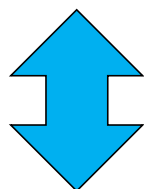
(支援者のアセスメントの視点)

○リフレーミング

- ・視点を変える。診方を変える。頭を切り替える

○ストレングス

- ・課題ではなく、可能性・強みを見る・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

20

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。**
- ・ 標準化されたサービスは事業所マニュアルで示し、**個別化されたサービスは支援計画**で示す。

21

- ・ 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いる可能性が高い。

(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、長期間生活している。⇒環境から受ける刺激が少ない。
- ・ 在宅で生活してる人と比べて、地域との接点がすくない。⇒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いる可能性が高い。
- ・ 現場のスタッフが、ストレングスに対する関心が薄い。

22

- 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。

23

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…と言う前提。

＜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。

24

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)

27

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。

28

参考 ツールを使ってニーズを整理する。本人を知るための地図

(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。ポイント

大事な視点は「I・アイ」

29

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

障害児におけるアセスメントのポイント

(児童発達支援、放課後等デイサービス
障害児入所支援)

31

①児童期の支援の特徴を理解するための資料

アセスメントの前に：児童期の特徴

児童期特有の事項

- ・ 背景(育ちと関わり)がその後の障害像を左右するなど、養護性の高い時期である。
- ・ 進学や進級等の「移行期」の連続する18年間である。
- ・ 子どもの時期における意思決定支援、子どものニーズについての解釈は、未だ深い論議ができていない。

⇒未発達である段階において、子どもの「現在の生活」から、その子の強みを見つけていくだけの評価では粗すぎます。

機関や関係者の連携

- ・ 医療、福祉、教育等の分野や機関の数が多い。
- ・ 年度毎等刻々と連携先が変化し、中心となる機関が変遷する。

32

②児童期の支援の特徴を理解するための資料

アセスメントの前に：児童期の特徴

対象の違い

- ・ 障害が未確定な段階や障害者手帳対象外であっても支援対象になりうる。
 - ・ 障害種別においては全障害が対象である。
- ⇒したがって、学ぶべき知識が膨大です。

発見と支援(特に発達障害と軽度知的障害)

- ・ 早期発見の体制は整備されつつある。
 - ・ 早期発見後の支援体制は整っておらず、地域格差が大きい。(支援対象としての認識の格差も影響)
- ⇒発見や指摘後の家族の不安と混乱は相当なものです

33

③児童期の支援の特徴を理解するための資料

アセスメントの前に：児童期の特徴

家族支援

- ・ 子どもが低年齢なほど家族支援にかける時間が必要
(特に母親との話し合い)
 - ・ 父親との面談、兄弟姉妹への配慮、祖父母への障害に関する説明等も含め、関わるべき家族は多い。
- ⇒特に診断直後は家族の不安と混乱に、繊細な配慮が必要です。
- ⇒最新のわかり易い情報提供と、選択肢の中で悩む保護者の気持ちの揺れに時間をかける必要があります。
- ⇒情報の把握と更新が頻繁に必要です。

34

④ 児童期の支援の特徴を理解するための資料

障害児・者のライフステージと各時期の中心的な課題の例

胎児期	胎生期における母親の不安への支援	
新生児期(おおよそ2ヶ月まで)	先天性障害の告知とフォロー、治療・訓練の方針提示、家族への支援	
乳幼児期(主として0～3歳未満)	健康検査後のフォロー、家庭における子育て、機能訓練、豊かな感覚的なあそびの体験、親子療育の開始、家族の障害受容のための支援	
幼児期	前期(主として3歳～5歳未満)	発達段階に応じたあそびを通じた達成感の経験、集団での療育、地域の集団への参加の可能性、子どもに応じた複数の発達アセスメント
	後期(主として5歳～就学まで)	就学に向けての支援、豊かなあそびを通じた対人関係の構築と生活体験の広がり
学童期(主として就学～12歳まで)	機能に応じた臨機応変かつ適切な教育の提供、将来に向けて必要な生活体験、性教育、意志表現及び意思表明の機会、進学に向けた支援	
思春期(主として13歳～17歳)		卒業後に向けた就労体験、生活体験、移行支援
青年期	前期(主として18歳～20歳)	地域・就労定着支援、本人のストレングスを生かした本格的な相談の開始
	後期(主として20歳代)	余暇・休日の過ごし方、適切な就労先の見直し、1人暮らしへの支援、本格的な意思決定支援の開始及び自己決定された暮らしの提供
成人期	前期(主として30～40歳代)	地域のイベントへの参加、地域での居場所づくり、趣味を増やすための支援
	中期(主として50歳代～65歳未満)	体力と本人の意欲に応じた生活の見直し、高齢期に向けた準備、保護者が後期高齢の年齢になっていることへの対応
	後期(主として65歳以上)	介護との連携、自己決定された暮らしが継続されているかチェック

35

⑤ 介護分野資料に対し、児童期の支援で気をつけていること

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である。
- ・ 多くの可能性や選択肢を広げ、自己決定しやすい環境も合わせて作っていく。
- ・ **パターン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である。**
- ・ 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。

児童期は・・・

この時期から自己決定や自己選択の力を育てていくことが大切である。

子どもが意思を表明したことでも、健康、生活リズム、しつけの面から指導したり、配慮し修正しなければならないことは多い。

家族・保護者が混乱し、自己決定や自己選択の力が弱まっている状態を支援することも重要。家族全体が支援の対象。

子どもの時期における関連機関は数多く、福祉的な視点での支援の割合は、大人の時期に比べ、年少であるほどに低い。

アセスメントの手順、方法が多岐にわたっており、特に発達の評価をかなり細かく繰り返して実施することで、支援の方針が明らかにされていく。 36

⑥介護分野資料に対し、児童期の支援で気をつけていること

アセスメント力を高める～支援の見立て力を高める

児童期は・・・

- 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・発見することである。

子どもの姿を評価するには、まず親子関係を時間をかけて観察していくことは大切。

相互理解の場

支援員の利用者に対する見方
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

ご家庭を訪問し、日頃の生活、遊んでいる状況を実際に見ることや、子どもの権利擁護の視点から、子どもが成長していくための家庭環境かどうかをチェックしていくことは必要。

祖父母の思いや価値観に触れていくことは必要。特に母親の両親。

生育歴については、何年かだけでなく、月日まで記録した方が多い。

関係機関からの情報入手については、全てのケースで、保護者の了解を取ることになる。 37

(参考資料)

障害児支援の基本理念

(1) 障害のある子ども本人の最善の利益保障

児童福祉法第2条第1項「全て国民は、児童が良好な環境において生まれ、かつ、社会のあらゆる分野において、児童の年齢及び発達の程度に応じて、その意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮され、心身ともに健やかに育成されるよう努めなければならない。」と規定。障害のある子どもの支援を行うに当たっては、その気づきの段階から、障害の種別にかかわらず、子ども本人の意思を尊重し、子ども本人の最善の利益を考慮することが必要である。

(2) 地域社会への参加・包容(インクルージョン)の推進と合理的配慮

障害のある子どもの支援に当たっては、子ども一人一人の障害の状態及び発達の過程・特性等に応じ、合理的な配慮が求められる。また、障害の有無にかかわらず、全ての子どもが共に成長できるようにしていくことが必要である。障害のある子どもへの支援に当たっては、移行支援を含め、可能な限り、地域の保育、教育等の支援を受けられるようにしていくとともに、同年代の子どもとの仲間作りを図っていくことが求められる。

児童発達支援ガイドラインより引用⁸

障害児支援の基本理念

(3) 家族支援の重視

障害のある子どもへの支援を進めるに当たっては、障害のある子どもを育てる家族への支援が重要である。障害のある子どもに対する各種の支援自体が、家族への支援の意味を持つものであるが、子どもを育てる家族に対して、障害の特性や発達の各段階に応じて子どもの「育ち」や「暮らし」を安定させることを基本に置いて丁寧な支援を行うことにより、子ども本人にも良い影響を与えることが期待できる。

(4) 障害のある子どもの地域社会への参加・包容(インクルージョン)を子育て支援において推進するための後方支援としての専門的役割

障害のない子どもを含めた集団の中での育ちをできるだけ保障する視点が求められる。このため、保育所等訪問支援等を積極的に活用し、子育て支援における育ちの場において、障害のある子どもの支援に協力できるような体制づくりを進めていくことが必要である。また、子どものライフステージに沿って、地域の保健、医療、障害福祉、保育、教育、就労支援等の関係機関が連携を図り、切れ目の無い一貫した支援を提供する体制の構築を図る必要がある。

児童発達支援ガイドラインより引用 39

アセスメントを実施する際の基本的な視点

子どもを取り巻く社会は今

» 育ちの環境

- バーチャルな遊び
- 習い事、塾

- * 子どもの孤立化
- * 群れない中での集団化

» 子育て環境

- 核家族化と孤立化
- 子育て資源の多様化
- 子育て情報の氾濫と混乱

- * 経験のない子育てを支援する助言者との疎遠
- * 育児不安の解消策の乏しさ

普通の子育てがわからない!

» 社会環境

- 島国文化の保守性
- 多国籍(多文化)
- 価値観の多様化
- 社会規範の脆弱化
- 家庭教育・社会教育・学校教育 バランスの歪み
- 代償療法の跋扈(ばっこ)

とまどう親!
振り回される子!

» 家庭機能

- 少子化
- 共稼ぎ家族
- 家族のストレス
- 離婚・シングル親

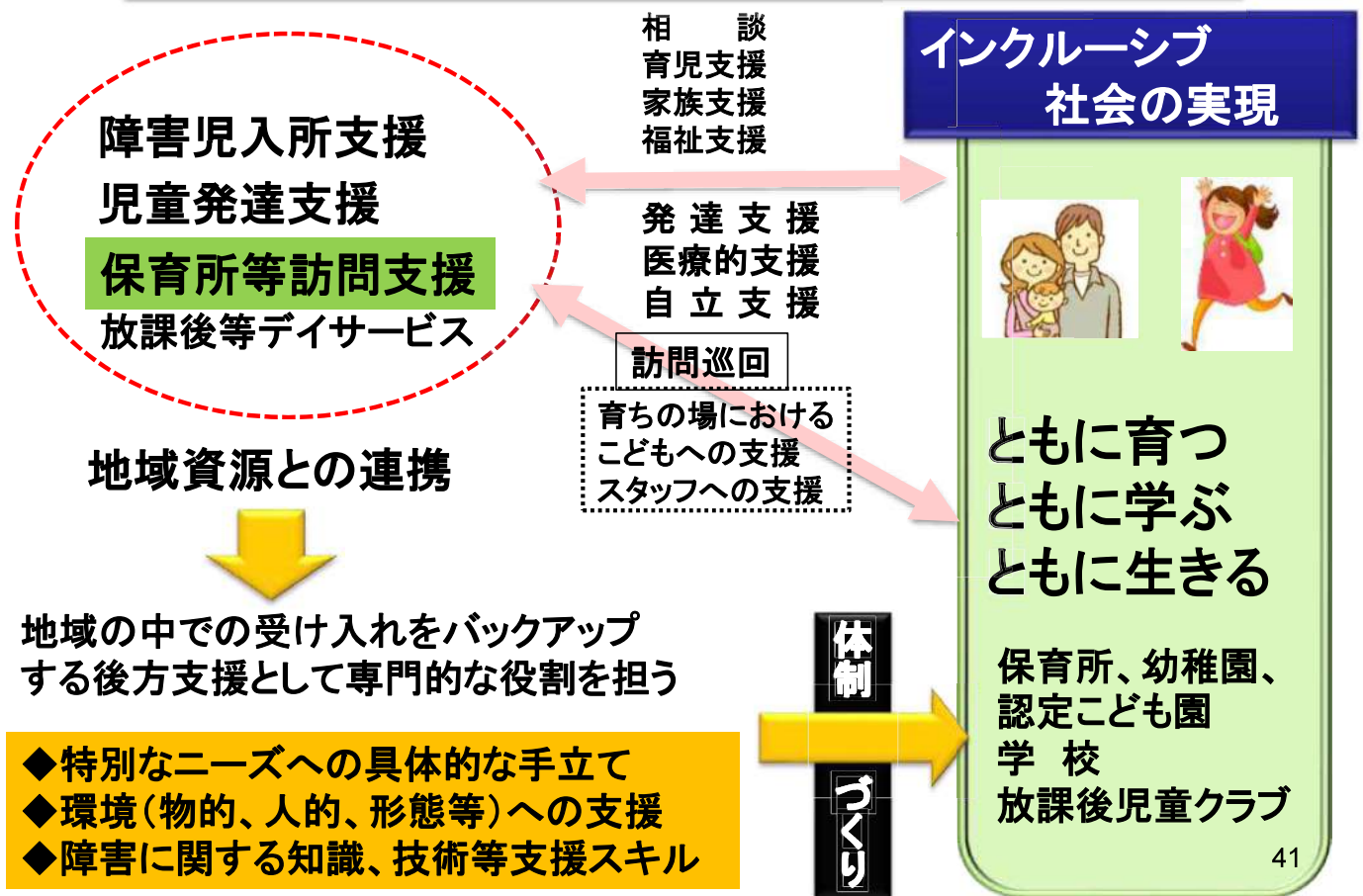
etc.

● 社会の変化と無縁ではあり得ない ● 社会の歪みは弱者に向かう

物品供給
児童虐待

栄養補給のための食事
育児放棄

アセスメントを実施する際の基本的な視点～児童期の支援とは？



(参考資料)

アセスメントを実施する際の基本的な視点

児童期の支援の基本的な視点

- ①手帳を持たないグレーゾーンの子ども(発達が気になる子ども)に対する支援も障害児支援の役割の一つである。
→事業所は「気になる子ども」への支援を併せて行っていくべき
- ②乳幼児期は発達が未分化である。また医療的な課題を多く抱えている子どもも多い。そのため、子どもの成長・発達は周囲の環境に左右され易く、場合によっては命さえも大きな危機にさらされている時期であるとも言える。
→医療的なケア+発達支援により、生命の維持が図られる
- ③家族(母親を中心に)は我が子の育ちに不安を抱え、心身共に不安定状態となりやすい。人・社会・知識・情報からの孤立状態に陥りやすい。
→不安定な状態から、判断しにくくなっていることへの寄り添い
- ④障害またはリスクのある我が子の受容と前向きな養育体制づくりに親(家族)が第一歩を踏み出す時期である。
→家族と子どもの状態に合わせた子育て支援メニューを提案する
- ⑤発達上に注意や興味の移りやすさや多動性、もたつき、発達領域間の偏りなどのある子どもは被虐待児になり易い。
→事業所での母子の姿だけでは、見落としがちなことを意識する

障害児支援の方法

- ア 一人一人の子どもの状況や家庭及び地域社会での生活の実態について、アセスメントを適切に行い、子どもと保護者のニーズや課題を客観的に分析した上で支援に当たるとともに、子どもが安心感と信頼感を持って活動できるよう、子どもの主体としての思いや願いを受け止めること。
- イ 子どもの生活リズムを大切にし、健康、安全で情緒の安定した生活ができる環境や、自己を十分に発揮できる環境を整えること。
- ウ 一人一人の子どもの発達や障害の特性について理解し、発達の過程に応じて、個別又は集団における活動を通して支援を行うこと。その際、子どもの個人差に十分配慮すること。
- エ 子どもの相互の関係作りや互いに尊重する心を大切にし、集団における活動を効果あるものにするよう援助すること。

児童発達支援ガイドラインより引用

43

43

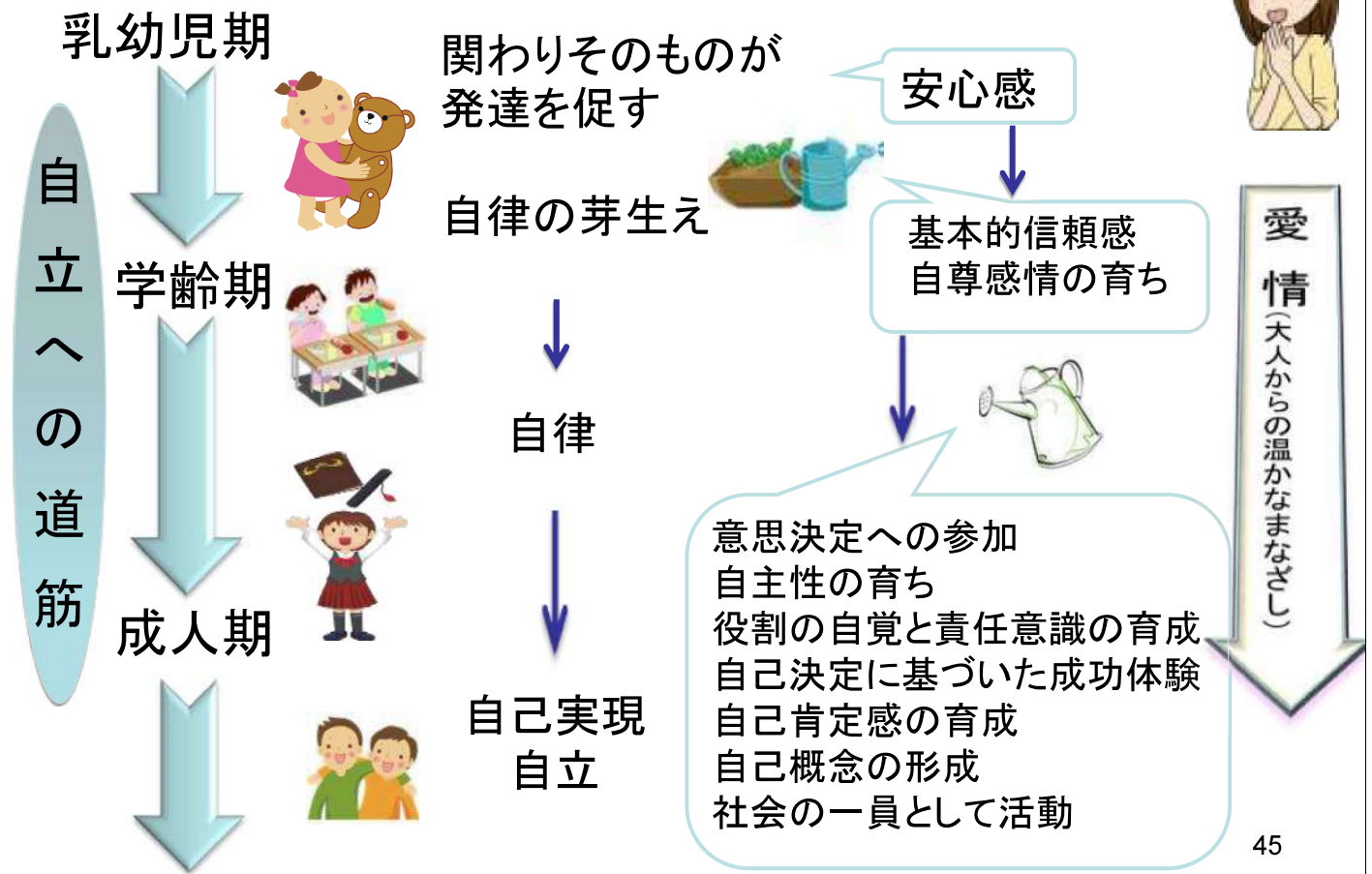
障害児支援の方法

- オ 子どもが自発的、意欲的に関われるような環境を構成し、子どもの主体的な活動や子ども相互の関わりを大切にすること。
- カ 子どもの成長は、「遊び」を通して促されることから、周囲との関わりを深めたり、表現力を高めたりする「遊び」を通し、職員が適切に関わる中で、豊かな感性や表現する力を養い、創造性を豊かにできるように、具体的な支援を行うこと。
- キ 単に運動機能や検査上に表される知的能力にとどまらず、「育つ上での自信や意欲」、「発話だけに限定されないコミュニケーション能力の向上」、「自己選択、自己決定」等も踏まえながら、子どものできること、得意なことに着目し、それを伸ばす支援を行うこと。
- ク 一人一人の保護者の状況やその意向を理解し、受容し、それぞれの親子関係や家庭生活等に配慮しながら、様々な機会をとらえ、適切に援助すること。

児童発達支援ガイドラインより引用

44

44



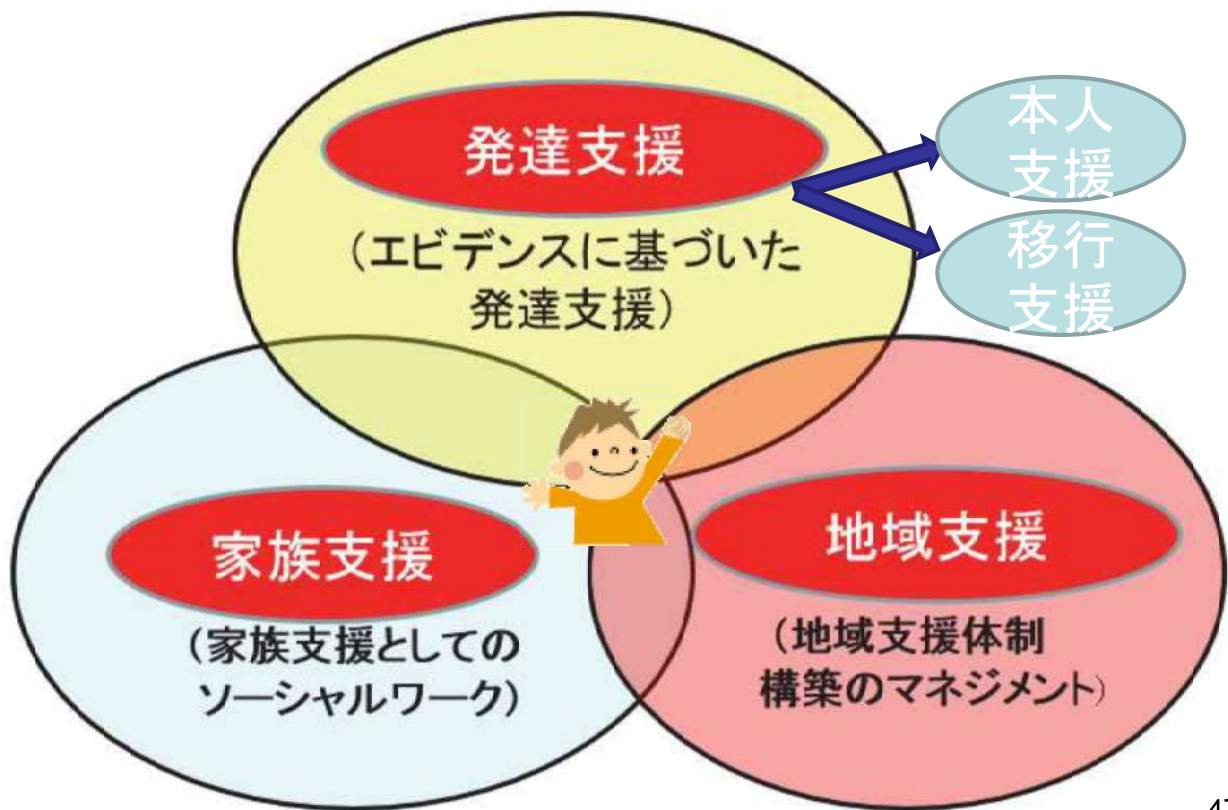
「児童発達支援」の内容

※以後、資料に示す「児童発達支援」とは、児童発達支援センターや児童発達支援事業所における児童発達支援ではなく、児童発達支援管理責任者における広義の「児童発達支援」である。

- ・ 児童発達支援は、障害のある子どものニーズに応じて、「発達支援(本人支援及び移行支援)」、「家族支援」及び「地域支援」を総合的に提供していくものである。また、児童発達支援は、障害のある子どもの個々のニーズにあった質の高い支援の提供が必要であり、そのためには、児童発達支援センター等において、子どもそれぞれに児童発達支援計画を作成し、これに基づき、標準的な支援を提供していくものである。
- ・ この児童発達支援計画の作成に当たっては、標準化されたツールの活用も含め、子どもの多様なニーズを総合的に把握するためにアセスメントを行うことが必要である。この際は、子ども本人の発達等の状況や家族・地域社会の状況のみならず、子どもや家族の意向を適切に把握することが必要である。

児童発達支援ガイドラインより引用

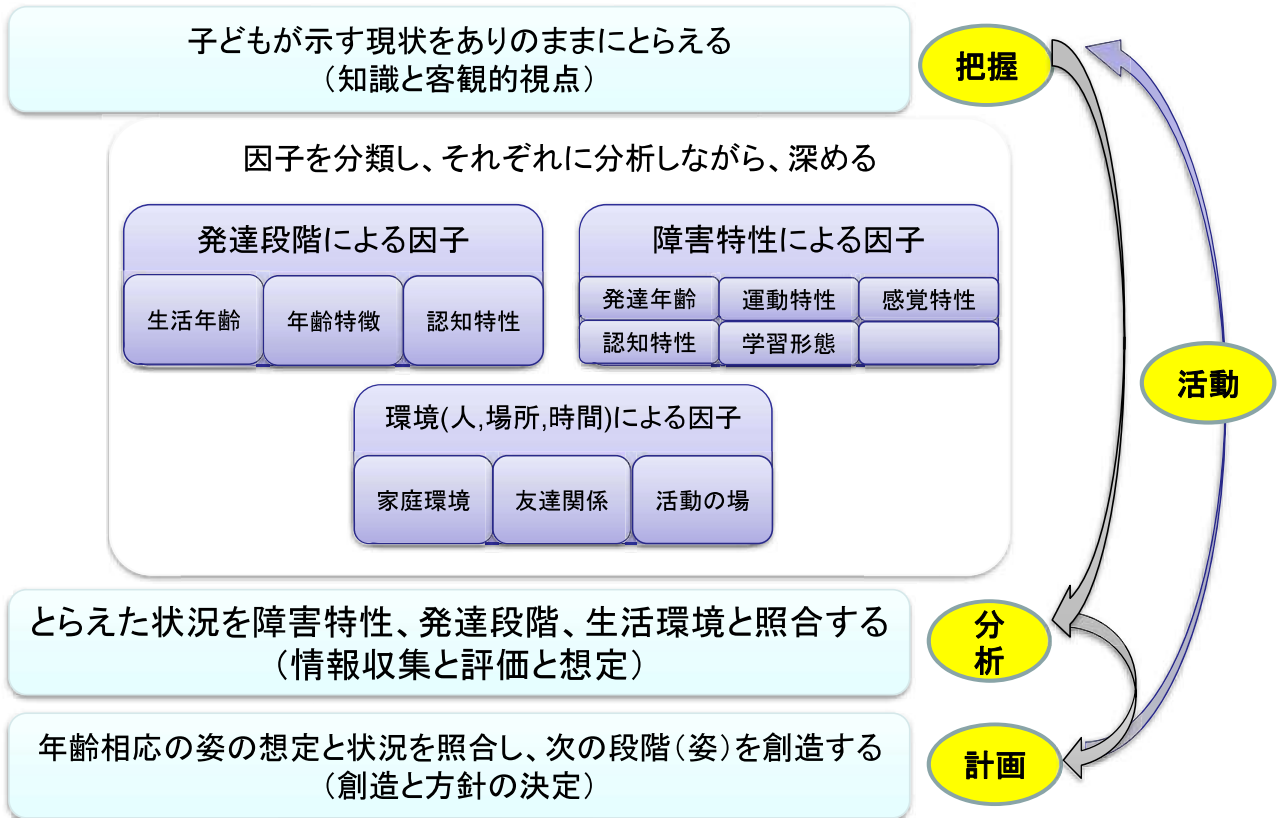
児童発達支援の3つの要素



児童発達支援の内容

- このアセスメントを踏まえ、児童発達支援計画に、子ども本人のニーズに応じた「支援目標」を設定し、それを達成するために必要な支援について、「発達支援(本人支援及び移行支援)」、「家族支援」及び「地域支援」で示す支援内容から子どもの支援に必要な項目を適切に選択し、その上で、具体的な支援内容を設定するものである。また、「いつ」、「どこで」、「誰が」、「どのように」、「どのくらい」支援するかということが、児童発達支援計画の中に常に明確になっていることが必要である。適切な支援を提供するためには、適時のモニタリングにより、必要な支援の検討・改善を行うことが必要である。このためには、児童発達支援計画の見直し等を行う支援の一連の流れ、すなわちPD CA サイクル(Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Action(改善)で構成されるプロセス)が必要である。

子どもの支援のプロセス



毎回の支援でも、一年間の関わりでもこのプロセスを繰り返す。
(意図をもって過「す」と自然とPDCAサイクルが生じる)

(参考資料)

児童期の特徴の一つは、アセスメントの細かさ！

「因子を分類し、それぞれに分析しながら、深める」

「深める」とは、見極めることであり、
子どもの頭と体で起きていることを知ろうとすること

子どもだからこそ、できないことはたくさんある！「できないこと」の主となる要因は、いくつか絞られる。

発達検査は必要に応じて行い、実生活の中でその結果が適切かどうかを確認しながら、どの部分を伸ばしていくと良いのか、ケース検討を重ねていく。

各因子が相互に影響し合いながら、障害が形成されているが、短期間でその影響の度合いに変化が生じることに留意する。

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。**
- ・ 標準化されたサービスは事業所マニュアルで示し、**個別化されたサービスは支援計画で示す。**

これらの点は、児童期も同様である。ADLと協調性に偏重した支援目標を立ててばかりでは、発達支援ではない。

児童期でも大切だが、どの子どもにも提供する共通した支援内容という部分は成人期より圧倒的に少ない。支援のほとんどが個別化されたサービスであると認識するべき。

児童期は、得意なことを育てる時期であり、現在の興味や関心ごとは、これから広がっていく興味や関心ごとの「卵」でしかない。
目の前の子どもの得意なこと、興味や関心ごとを大切にすることにより、支援は始まり、支援は展開するが、最も大切なのは、どのアプローチにより、得意なこと、興味や関心ごとが生じていくかということにある。現状としては観察できていないものの、適切な働きかけをしながら、子どものいいところを発見していく支援である。

(参考資料)・・・但しこのスライド以降の「参考資料」は児童期のアセスメントのポイントの中心となる資料なので、都道府県研修では可能な限り説明を加える必要あり。

発達支援におけるアセスメントの意義

支援に向けた対象の

理解

解釈(見立て)

仮説(手立て)

検証

「一つ一つの情報を自分なりに解釈し、それらを組み立て、生じている問題の成り立ち mechanism を構成し(まとめ上げ)、支援課題を抽出すること、あるいは、その人がどんな人で、どんな支援を必要としているのかを明らかにすること」

近藤直司(2012):アセスメント技術を高めるハンドブック. 明石書店)

- ・ **包括的アセスメント**: 多面的な情報収集する
各情報の関連性を捉える
- ・ 発達的変化、支援の効果を評価し、その時期にあった支援内容への修正、次の支援目標・内容の作成・変更を行う
- ・ 家族を含めた多様な関係者との共通理解を図る

児童発達支援におけるアセスメントのポイント

～中核的な機能は、将来の自立に向けた発達支援・・・本人支援

障害のある子どもの発達の側面から、「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」の5領域において、将来、日常生活や社会生活を円滑に営めるようにすることを大きな目標として支援。

(ア)健康・生活

- (a)健康状態の把握
- (b)健康の増進
- (c)リハビリテーションの実施
- (d)基本的な生活スキルの獲得
- (e)構造化等により生活環境を整える

(イ)運動・感覚

- (a)姿勢と運動・動作の基本的技能の向上
- (b)姿勢保持と運動・動作の補助的手段の活用
- (c)身体の移動能力の向上
- (d)保有する感覚の活用
- (e)感覚の補助及び代行手段の活用
- (f)感覚の特性(感覚の過敏や鈍麻)への対応



(ウ)認知・行動

- (a)視覚、聴覚、触覚等の感覚や認知の活用
- (b)知覚から行動への認知過程の発達
- (c)認知や行動の手掛かりとなる概念の形成
- (d)数量、大小、色等の習得
- (e)認知の偏りへの対応
- (f)行動障害への予防及び対応

(エ)言語・コミュニケーション

- (a)言語の形成と活用
- (b)受容言語と表出言語の支援
- (c)人との相互作用によるコミュニケーション能力の獲得
- (d)指差し、身振り、サイン等の活用
- (e)読み書き能力の向上のための支援
- (f)コミュニケーション機器の活用
- (g)手話、点字、音声、文字等のコミュニケーション手段の活用

(オ)人間関係・社会性

- (a)アタッチメント(愛着行動)の形成
- (b)模倣行動の支援
- (c)感覚運動遊びから象徴遊びへの支援
- (d)一人遊びから協同遊びへの支援
- (e)自己の理解とコントロールのための支援
- (f)集団への参加への支援

児童発達支援ガイドラインに示された「本人支援」

児童期における発達アセスメント

- ・ 児童発達支援ガイドラインに示された本人支援の項目は、5領域、30項目。それぞれの項目ごとに、子どもの状態がどうなのかを記録できているかは、子どもを支援していく事業所として機能しているかどうかの目安。
- ・ 事業所が提供する支援内容について、楽しめたか、参加できたか、他の子どもと協調できたかだけの評価であったり、「おやつを食べました」「トイレに行きました」「落ち着いて過ごされていました」「笑顔が見られました」といった報告しか家族にできないのでは、児童期の支援としてどうなのか？

児童期の個別支援計画の作成におけるアセスメント～課題の整理

◎課題の整理で大切な視点

- ・ 主語を明確にすること
- ・ 事実と思い・推測を区別すること
- ・ 全体と部分(生活、発達等の要素)をみること
- ・ 発達の順序性と非順序性(非定型)の視点
- ・ 発達における関係性のベースづくり、発達の方向性、相互関連性の視点
- ・ 学習(誤学習と未学習)の視点
- ・ 得意・強みと苦手・弱さの視点
 - ⇒ 苦手・弱さをリフレーミングすることで、支援の視点に気づくことがある: 必ずしも悪いことではない、できている部分もある、支援に活用できるいい部分がある・・・)
 - ⇒ できている部分を伸ばす、活用する、発展させる
- ・ 多様な関係機関との役割分担と協働の視点
 - ⇒ 事業所としてのコンセプトと照らし合わせる

⇒ アセスメントの要約をする(100～200文字程度)

(参考資料)

児童期の個別支援計画の作成におけるアセスメント～課題の整理

ニーズ・課題の整理表作成時の留意点(例)

利用者名 さん

No	発達ニーズ・意向等の把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (事例の強み・可能性)	解決すべき課題
発達支援	<p>「誰」欲したニーズかを明確に記載し整理することがポイント。 例えば、①保護者のニーズを子どもが欲したように書かないこと、②支援者から見た発達ニーズ(感覚ニーズや運動ニーズ)もわかること</p>		<p>「支援者の知識と技量があからさまになる」 ・左記のニーズの把握、状態の評価の内容を基に論理的に記載できるか！</p>	
家族支援	<p>まずは、聞き取り表、モニタリング情報等に記載されている状況で左記に挙げたニーズに該当する文言をそのまま抽出する。</p>	<p>「支援者が気になる」等と思う根拠は何！ ・障害特性や家族像、地域資源等の一般的なイメージから推察される「強み・可能性」の記載にとどまらないこと ・より個別性を持たせるため、具体的に記載する</p>		<p>左記のニーズの記載内容と主語が一致するとは限らない。解決すべき課題の主語を明確化することでどこにアプローチすべきかが定まる ・ここで挙げられた記載内容が、「個別支援計画」の具体的な到達目標となりうる</p>
地域連携	<p>すでに参考とする書類の記載者(保護者、相談支援専門員、職員等)の主観のもとに記載されている可能性が高いことに留意して読み取る</p>			

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。

児童期は・・・

その人のあるがままを受け止め、現在の状態から生活の質の向上を目指していく成人期の支援に対し、児童期は、成長できる場所、機能的に改善できる場所、伸びしろのあるところへのアプローチなどを考えなければなりません。

「意思決定支援」について、少なくとも、乳幼児期、学童期前半の子どもにおいてはどうか考えていけば良いのでしょうか？そもそも、意志のない子どもはいないことは、子どもの支援の現場の職員は十分理解しています。重度重複障害児、医療的ケア児と言われている子どもたちとの関わりにおいては、まばたきや呼吸の仕方、声色、目の動き、筋肉の動き、発汗等を観察し、こちらの声の届き方、見えている範囲などに気をつけながら、笑顔でやりとりを楽しむ場面によく出会います。食事にしても、ひとさじ口に運ぶごとに、おいしいか、もういらぬかどうかなどを常に確認しながら、対峙していくことは当たり前のことです。

子どもの意思を確認できないのであれば、支援の現場から去らなければならない雰囲気、児童の現場にはあります。

児童期の個別支援計画の作成におけるアセスメント～ニーズの把握

ニーズの把握、課題の整理

- 本人のニーズ(本人が求めること、経験させるべきこと)をとらえる。
- 家族のニーズをとらえる。
- 生活の中から、「ありのままの」現状をとらえる。
- 背景となる発達上の課題、障害特性による課題をとらえる。
- 家族での生活の現実的、具体的場面を想像する。
- こどもの力や強みをとらえる。
- 家族の持つ力をとらえ、子育て環境をとらえる。
- 「なぜ！」を意識して分析する。なぜ、課題と思うか？ なぜ、できないか？

児童期の個別支援計画の作成におけるアセスメント～ニーズの把握

児童期における主訴とは？

解決すべき順番は？ 支援すべき相手は？ 寄り添うべき相手は誰？

ことばが遅いのではと、
親戚に言われました。
私は心配していないの
ですが...



とは言っているお母さんの頭
の中は・・・
★ホントは私も心配！
★もっと夫も気にしてほしい！
★言葉のことより、買い物の
時に大変なの！
★私一人で子育てしているよ
うな気がするの！
★今度同窓会があるけど、参
加したい！
★眠い！ たっぷり寝たい！
★姑とうまくいかない！
等々

ジュースおかわり！
車に乗せて！
抱っこして！・・・



児童発達支援におけるアセスメントのポイント
中核的な機能は、将来の自立に向けた発達支援・・・移行支援

移行支援

可能な限り、地域の保育、教育等の支援を受けられるようしていくとともに、同年代の子どもとの仲間作りを図っていくことが必要

- 障害理解と受容
- 家族・本人のエンパワメント
- 家族機能の育成・回復



子どものことで気持ちの整理ができ、落ち着いてきた家族においても、**移行期の時に新たな混乱が生じていくことが少なく**ありません。また、両親の生活・就労状況の変化、兄弟姉妹の進学等も含め、**様々な気付きや家族の結びつきを振り返っていく、大切な機会と考えましょう。**

なぜ「移行支援」を重視すべきか？

- **全員が通過する課題**
- テーマと目標(学校等行き先を決めること)が明確
- 選択肢(学校等)が絞られている～**現実的な視点**に立たされる
- 日程と期間が定められている
- 家族全体の現実とそれぞれの方の思いを確認できるチャンス
- **継続的に振り返り**ができる(結果検証)

児童発達支援におけるアセスメントのポイント
家族支援・・・親・家族を含めたトータルな支援

子どもの適切な発達環境を整えるために、
親・家族支援を大きな柱とする。

そのために・・・

◆発達課題や障害特性への理解を深め、具体的な手立てと見通しを持った
取り組みを通して、「障害受容」を支える。

複数名以上で検討を重ね、適切なアセスメントの後に・・・

親が我が子の障害とその特徴を
理解していくための支援

障害のある我が子の発達支援の意味と意
義を理解し、子どもの緩やかな成長を喜び
として受け止められるようになる支援

親・保護者が子どもの成長の要であることを
自覚し、家庭生活の中にこそ、成人期以降に
生活していく力を培う機会があることを、温か
く何度でも伝えていく支援

親・家族が抱えている生活上の問題、親自
身の価値観や子ども状態の受け止め方や
理解の仕方、兄弟姉妹も含めた様々な悩
み等も考慮した上で、ベストではなく、ケ
ースに応じたよりベターな選択肢や暮らしの
工夫を提案していく支援

子どもがより成長していくために！

児童発達支援におけるアセスメントのポイント
家族支援・・・親・家族を含めたトータルな支援

家族支援・・・親・家族を含めたトータルな支援
を実施する上で必要なアセスメントとは？

◆保護者のニーズは、子どもの発達のために必要な支援に結びついていくのか？

- ☆保護者の訴えに対応することで、子どもが得られることは何か？
- ☆保護者の悩みや心配事に丁寧に対応することが、子どもが本当に必要としている支援は何であるかを一緒に考えていく機会となっているのか？
- ☆子どもの発達状況と、子どもの将来像を見通したうえで、いつまでが自事業所のゴールなのか、職員間で確認できているか？またその支援は、自事業所でしか受けられない支援なのか？

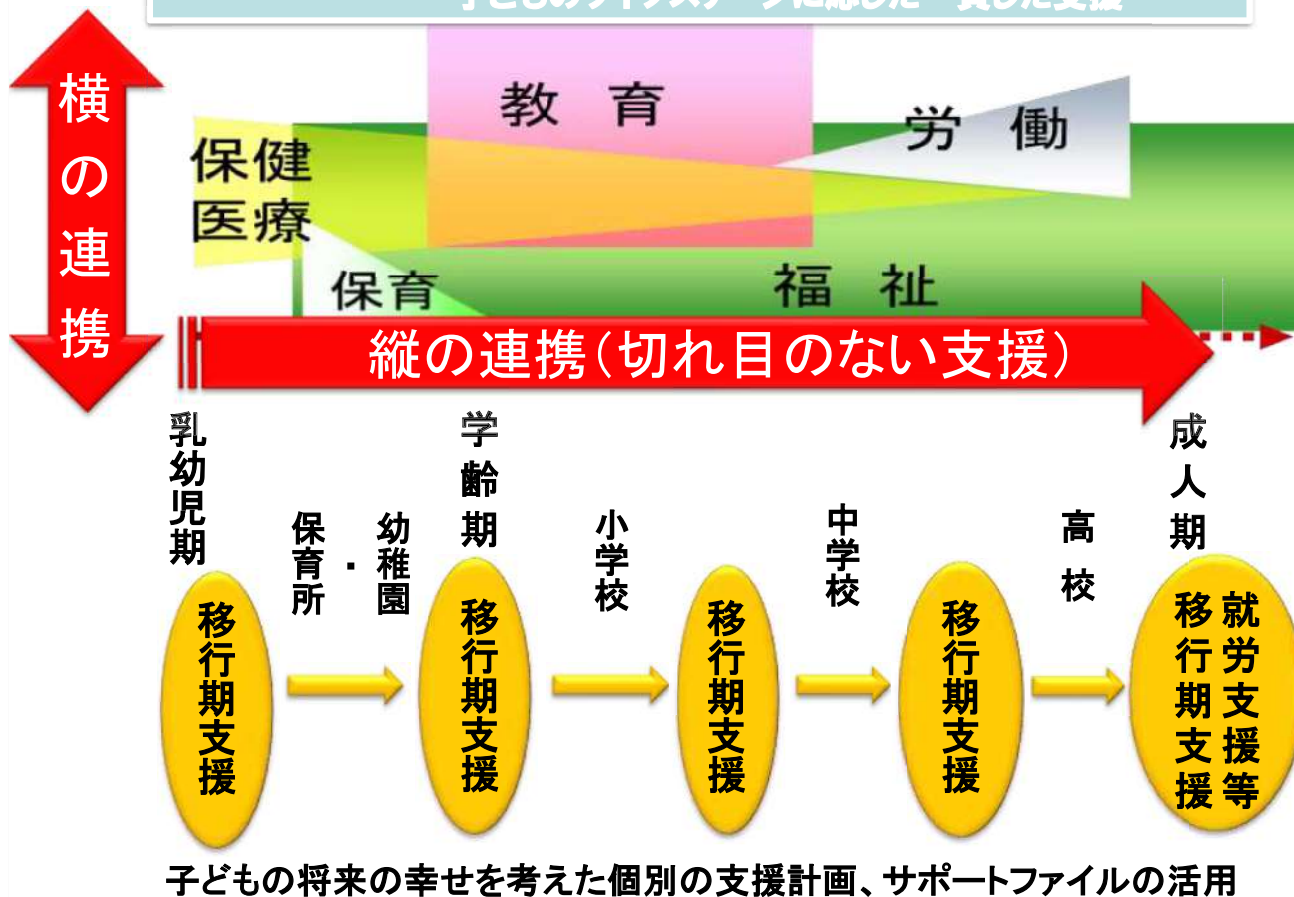
◆保護者を中心とした支援は、いつまで必要なのか？

- ☆保護者の訴えや悩みを適切な頻度で、直接面談をして聴き取っているか？
- ☆保護者のストレスの状態とその変化について、職員間で話し合っているか？
- ☆今後生じると予想される保護者のストレスや悩みに対し、事前にその対応策を考えているか？

◆保護者への支援は、地域の中でどう展開され、連携されているか？

- ☆子育て支援のための関係機関や地域の社会資源との連携の中で、自事業所の役割はどの部分を担っているのかが、事業計画等で示されているのか？
- ☆これまでに地域で機能していた有効な支援が、自事業所が機能したために後退してしまうようなことはなかったか？

児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～子どものライフステージに応じた一貫した支援



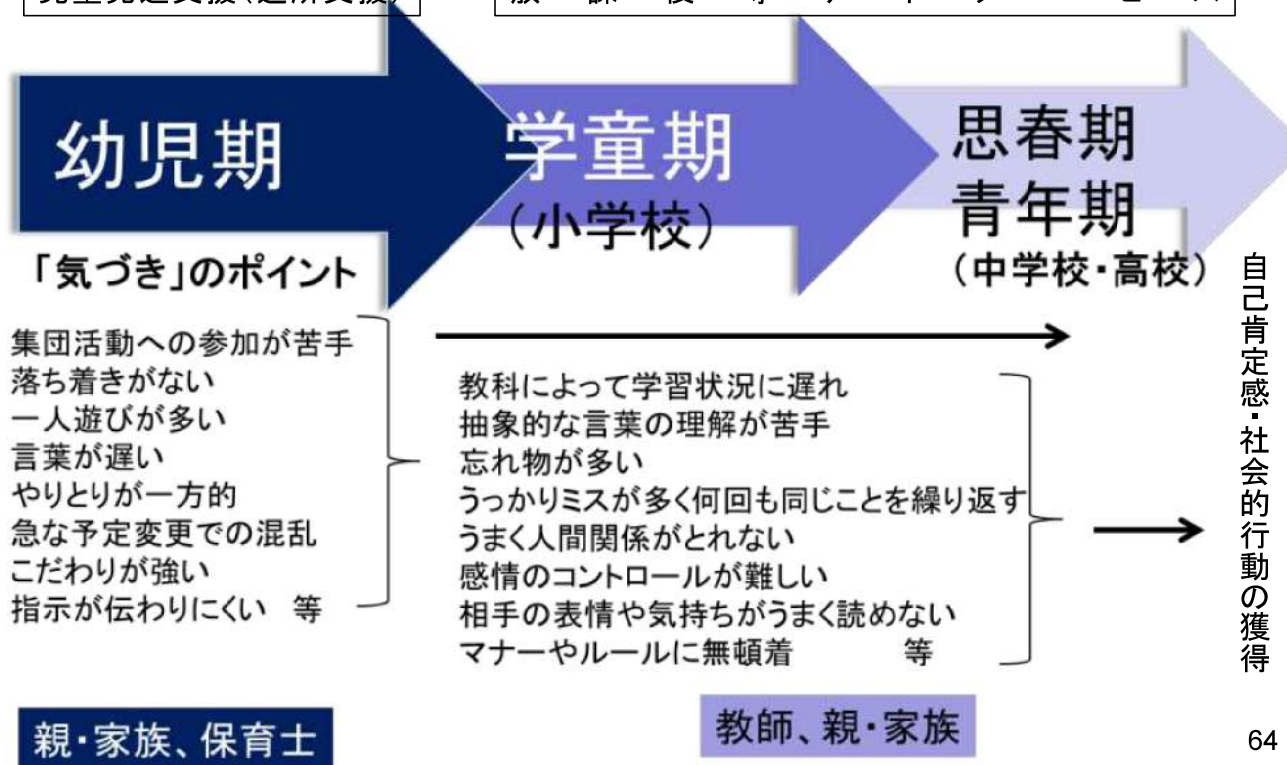
連携とは支援者同士のためではなく、子どものために必要な情報を、必要なだけ共有していくことに留意！
63

児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～子どものライフステージに応じた一貫した支援

障 害 児 入 所 支 援

児童発達支援(通所支援)

放 課 後 等 デ イ サ ー ビ ス



地域における自立

自己肯定感・社会的行動の獲得

親・家族、保育士

教師、親・家族

児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～子どものライフステージに応じた一貫した支援・・・地域連携

地域連携について

◇「気になる」段階から気軽に保護者からの相談に応じたり、子どもへの療育が提供できる身近な場となる。

- 一つの事業所で支援は完結してはならない(子どもは地域の宝)
- 診断を受けないと利用できないことを前提としない工夫

◇家族支援を含め個々の状況に応じた療育や発達への支援が、地域の支援システムづくりにつながることを意図して支援を提供する。

- 子どもが通過していく機能を果たすための利用前後の時期の連携
- 地域の中での役割の明確化(事業所の一方的な主張ではない)

◇サービス担当者会議への参加等、より積極的な地域連携を心がけ、発達支援の地域拠点として機能発揮する。

- 地域と子どもとの接点を常に探っていく
- 個別支援計画においては、集団活動での参加状況や、集団活動に参加していくための効果的なやり方を常に確認し、その可能性を探る
- 地域の中にいる子どものための人材を見つけていく

児童発達支援を提供するにあたって必要な知識

①発達支援の意味と役割

発達支援の意味と課題

子どもの権利条約と障害乳幼児

発達支援と児童虐待

ノーマライゼーションと統合保育

家族支援

関係機関との連携・ネットワーキング

アセスメントとチームアプローチ

就学支援

発達支援と障害児医療

障害受容

個別支援計画

等

②発達支援の技法と理論

AACとは

TEACCHとは

マカトン法とは

INREAL法とは

Bobath・Vojtaとは

SIとは

行動分析法とは

Montessori法とは

音楽療法とは

Swimming療法とは

Positioningと環境調整

PORTAGE PROGRAM

等

③発達支援の日常実践

こころの育ちを育む

粗大運動面／姿勢変換や移動の力を育む

巧緻動作面／ものを操作する力を育む

認知面／状況を理解する力を育む

言語面／コミュニケーションの力を育む

社会性面/集団場面での力を育む

視覚面／見る力を育む

聴覚面／聞く力を育む

咀嚼嚥下の力を育む

模倣面／まねる力を育む

健康管理(肥満・偏食・アレルギー・栄養)

医療面／薬物・合併症・術前後など

救急対応

等

④発達支援に関わる制度

児童福祉制度とその動向

特別支援教育の制度とその動向

保健医療の制度とその動向

保育の制度とその動向

幼児教育の制度とその動向

障害のある人の権利の条約

海外の制度とその動向

等
67

⑬介護分野資料に対し、児童期のアセスメントにおいて留意すべきこと

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。

児童期は…

コミュニケーションは、信頼できる人、愛情をもって接する人との間で、深まっていくことは、子どもも大人も同じですが、子どもの時期は、意味のない身振りや発声に、意味づけをしていくという大人の働きかけから、言葉が形成されていくということを重視していきます。

快となるのか、不快となるのかは、子ども自身が感覚的に未発達で、始めは気持ちよかったはずなのに、その気持ちよさがきっかけで、興奮して泣き出してしまうということもあります。

未発達であり、未開発な状態ということがどういうことなのかを、支援する側は学んでおくことが大切です。

(参考資料) 児童期の個別支援計画の作成におけるアセスメント～個別支援計画例

(注:ガイドラインで示した支援内容の項目の記載例です。個別支援計画の見本ではありません。)

個別支援計画 (ガイドライン項目の記載例) 参考資料3

子どもの名前 Y・K さん 作成年月日: H●年●月●日

○目標	長期目標	気持ちをサインやことばで表現し、みんなと一緒にの活動を楽しみながら、保育所への移行を準備しよう。
	短期目標	食事や着替などがスモールステップできるようになり、「できた」という経験を増やしていきましょう。

○具体的な目標及び支援計画等

項目	具体的な目標	支援内容		支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先順位
		内容・留意点等	ガイドライン項目			
発達支援 【健康・生活】	食事、衣類の着脱などが自分ででき、「できた」という達成感をえましよう。	お昼時、使いやすい食具を用意し、姿勢を保持しながら食事ができるように支援します。来所・通所時の着替えの際、衣類に前後の目印を付けるなど工夫して、シャツ、ズボンなどの着脱にスモールステップで取り組みます。	本人支援の(ア)健康・生活のb-(d)	3か月 (週3日)	担当スタッフ ○○ ○○	1
発達支援 【言語・コミュニケーション】	自分の気持ちを、少しずつことばサインで伝えていきましょう。	午後の個別活動の際、身振りなどで意思の伝達ができるように支援します。絵カードなどを通して、言葉で伝えることができるようにスモールステップで支援します。	本人支援の(エ)言語・コミュニケーションのb-(b)、(e)	6か月 (週3日)	担当スタッフ ○○ ○○	1
発達支援 【人間関係・社会性】	友だちと仲良く遊びながら、みんなで活動を楽しみましょう。	午前の集団活動の中で、友だちとのやりとり遊びを設定します。友だちとの手つなぎや役割のある遊びや活動などを通して、集団を意識できるよう支援します。	本人支援の(オ)人間関係・社会性のb-(c)、(e)	6か月 (週3日)	担当スタッフ ○○ ○○	2
移行支援	Y・Kくんの今後の目標など、月に1回程度併行通園先の保育所の先生と一緒に話し合います。	併行通園先の保育所と、定期的に、本人の状況や支援内容等の情報を共有します。また、ケース会議やモニタリングの際には、併行通園先の保育所の先生にも参加いただくことにしています。	移行支援の(イ)-(e)、(f)	6か月	児童発達支援管理責任者、担当スタッフ○○、保育所の担当先生	1
家族支援	Y・Kくんについて3月に1回、話し合う機会をもちます。	保護者面談の時間を3か月に1回に設け、当所での様子を丁寧に伝えるとともに、家庭での様子を聞き取り、情報を交換するとともに、親御さんの心配ごとへの助言を行います。	家族支援の(イ)-(ア)、(イ)	6か月	児童発達支援管理責任者、担当スタッフ○○、お母さん	3

事業所における総合的な支援方針
食事、衣類の着脱などが自分ででき、「できた」という喜びを味わえるようにします。また、遊びを通じた友だちとの交流により、かかわりや表現することの楽しさを味わえるように支援し、通園が楽しみの場になることを目指します。

平成 29年 月 日 保護者氏名 _____ 印 児童発達支援管理責任者 _____ 印

個別支援計画は様々な視点からアセスメントを重ねた結果であり、反映されたもの！

(参考資料) 児童期の個別支援計画の作成におけるアセスメント～個別支援計画

個別支援計画作成時の留意点(例)

利用者名 _____ 作成年月日: 年 月 日

○到達目標	長期(内容、期間等)	
	短期(内容、期間等)	

- ◎どのような子どもに育ってほしいかを保護者とともに
- ◎ワクワク、ドキドキ感のある計画になるように本人とともに
- ◎具体的な到達目標とリンクさせることが必要
- ◎具体性は必要だが、気持ちの在り方や育む力など緩やかな表現も
- ◎長期目標は約1年、短期目標は3～6か月で設定

○具体的な到達目標及び支援計画等

項目	具体的な到達目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先順位
		支援期間終了後(モニタリング時)に到達しているであろう「子どもや家族の様子」を記載 【主語は子ども・家族】			
		言葉で発せられるニーズだけでなく、子どもの成長に必要な「発達ニーズ」も検討して目標を設定			
		到達目標に掲げた子どもや家族等の様子になるよう、事業所がどのような「専門的な支援」、工夫、配慮を行うのかを具体的に記載。家族支援および地域支援の場合も具体的働きかけを記載 【主語は事業所】			
		※ モニタリング時に、事業所の支援の質、力量が問われる⇒達成できなかった場合は子どもや家族、地域のせいではなく、事業所の目標設定や支援内容が悪かったと評価する			

- ・発達支援と家族支援と地域支援の割合は3:1:1を目安に設定。項目欄は、発達支援では発達の領域(運動、遊び・・・)で記載してもよい⇒アセスメントと直結
- ・「ニーズの整理票」で作成したニーズ、発達課題等を書けるよう欄を追加してもよい。
- ・ガイドラインの支援項目を意識するとよい(前頁のように表記も)

総合的な支援方針
◎事業所として、どのようなコンセプトで支援していくのかも含めて書けるといい(どのような子どもに育ってほしいのか、育てたいのかなど)
◎全体の活動のねらいとの関係がわかるといい
◎子どもの育ちにいいことがわかるといい
◎支援の見通し、イメージが持てるように(1年ではない長いスパンでの見通しも含めて)

平成 年 月 日 利用者氏名 _____ 印 児童発達支援管理責任者 _____ 印

まとめ～児童期の支援におけるアセスメントのポイント

児童発達支援ガイドラインの構成について

現状

○児童発達支援の事業所で行われている支援の内容が多様で、質の観点からも大きな開きがあるのではないかと。

ガイドライン策定の目的

○児童発達支援が提供すべき支援の内容を示し、支援の一定の質を担保するための全国共通の枠組みを策定する。

ガイドラインの構成(案)

【障害児支援の基本理念】

- ・障害児本人の最善の利益の保障
- ・地域社会への参加・包容(インクルージョン)の推進と合理的配慮
- ・家族支援の重視
- ・障害児の地域社会への参加・包容を子育て支援において推進するための専門的役割の発揮

【支援の内容(提供すべき支援)】

- ・本人支援
(健康・生活、運動・感覚、認知・行動、言葉・コミュニケーション、人間関係・社会性)
- ・家族支援
- ・地域支援(連携を含む)
- ・移行支援

【運営の留意事項】

- ・児童発達支援計画の作成及び評価
- ・併行通園先や地域等との連携
- ・支援の提供体制
- ・支援の質の向上と権利養護

提供すべき支援

支援に活用

- ①アセスメントの際の課題の整理のために活用
- ②提供すべき支援の内容を踏まえた個別支援計画の作成の際に活用
- ③支援の効果の評価の際に活用

支援の評価に活用

○保護者や事業者、自治体が個別支援計画や実際の支援内容をチェック・評価することにより、児童発達支援の質を1確保する。

まとめ～児童期の支援におけるアセスメントのポイント

アセスメント

環境



保護者のニーズと子ども自身のニーズは必ずしも一致するわけではない。発達の段階にある子どものニーズは変化しやすい。

事業所

事業所

事業所

事業所

事業所の自己評価結果による児童発達支援の質の評価及び改善

身体障害における アセスメントのポイント (機能訓練)

73

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

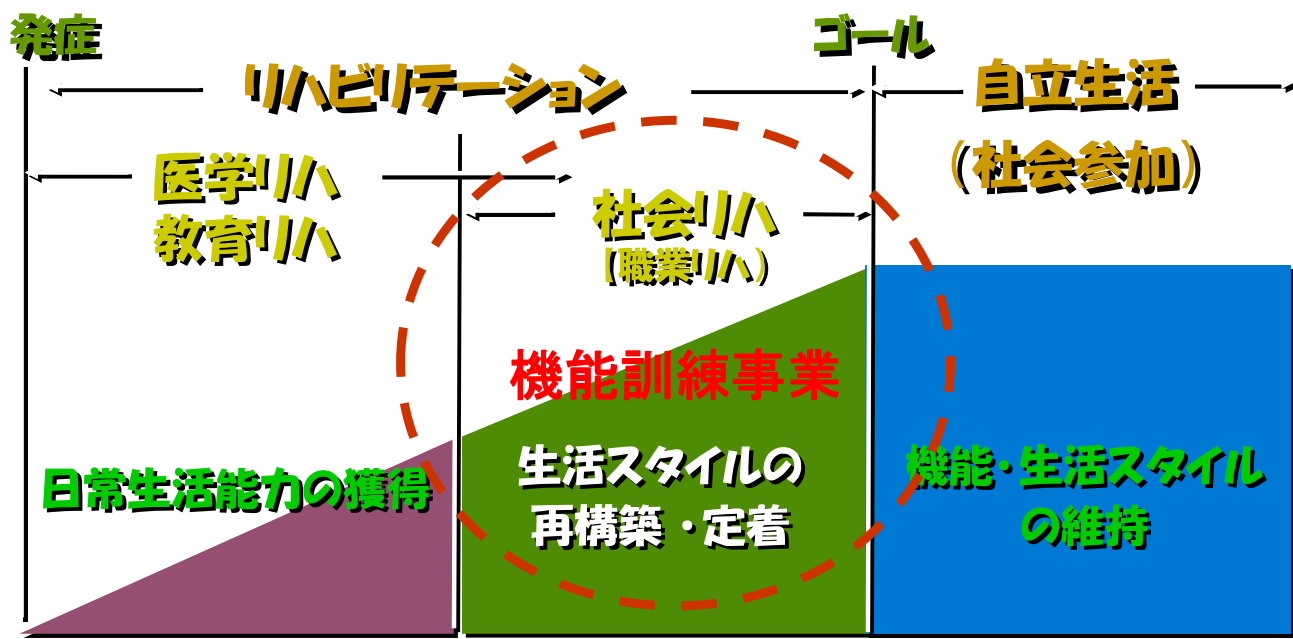


中途障害者・若年障害者の施設・医療機関等からの地域移行とライフステージにおける生活課題を意識する

身体障害(肢体不自由・視覚障害・聴覚障害・音声言語障害・内部障害等)の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)への理解が必要となる

74

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



75

社会リハビリテーションにおける 社会生活力とは

■ RI社会委員会の定義：1986年

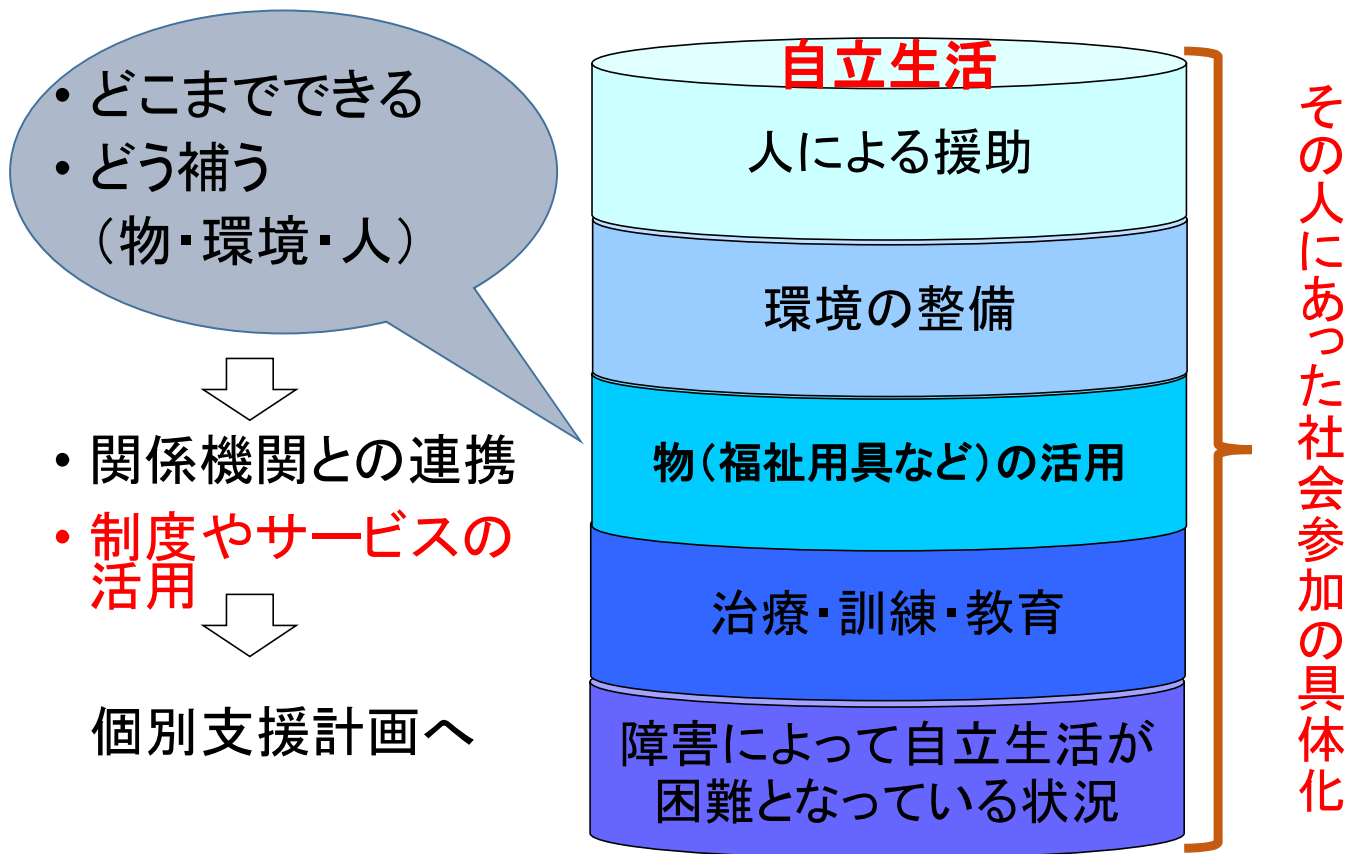
社会リハビリテーションとは、**社会生活力**を身につけることを目的としたプロセスである。

社会生活力 (social functioning ability: SFA)とは、さまざまな社会的な状況のなかで、自分のニーズを満たし、最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力(ちから)を意味する。

社会生活力とは「自分の障害を的確かつ前向きに認識し、自分に自信をもち、社会の中で活用できる諸サービス(社会資源)を自ら活用して、社会参加していくための力を高めること」

76

自立生活(身体障害)に向けた支援



77

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。

78

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

・ ストレン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須である

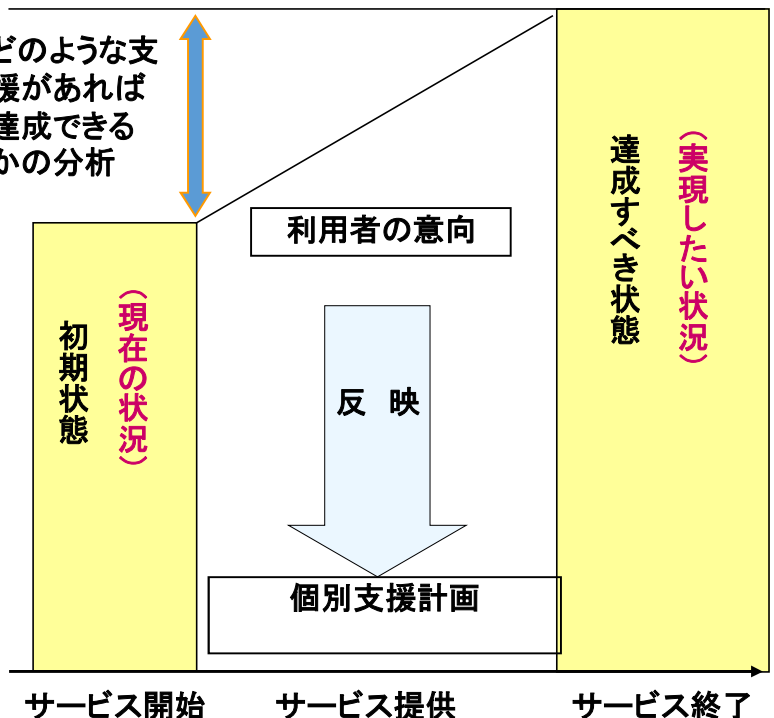
・ 説明責任と利用者の体験的理解を保障し、利用者の決定を大切にする

79

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、サービスの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していかなければならない

どのような支援があれば達成できるかの分析



80

3. アセスメントのための 情報の収集・整理を通した利用者理解

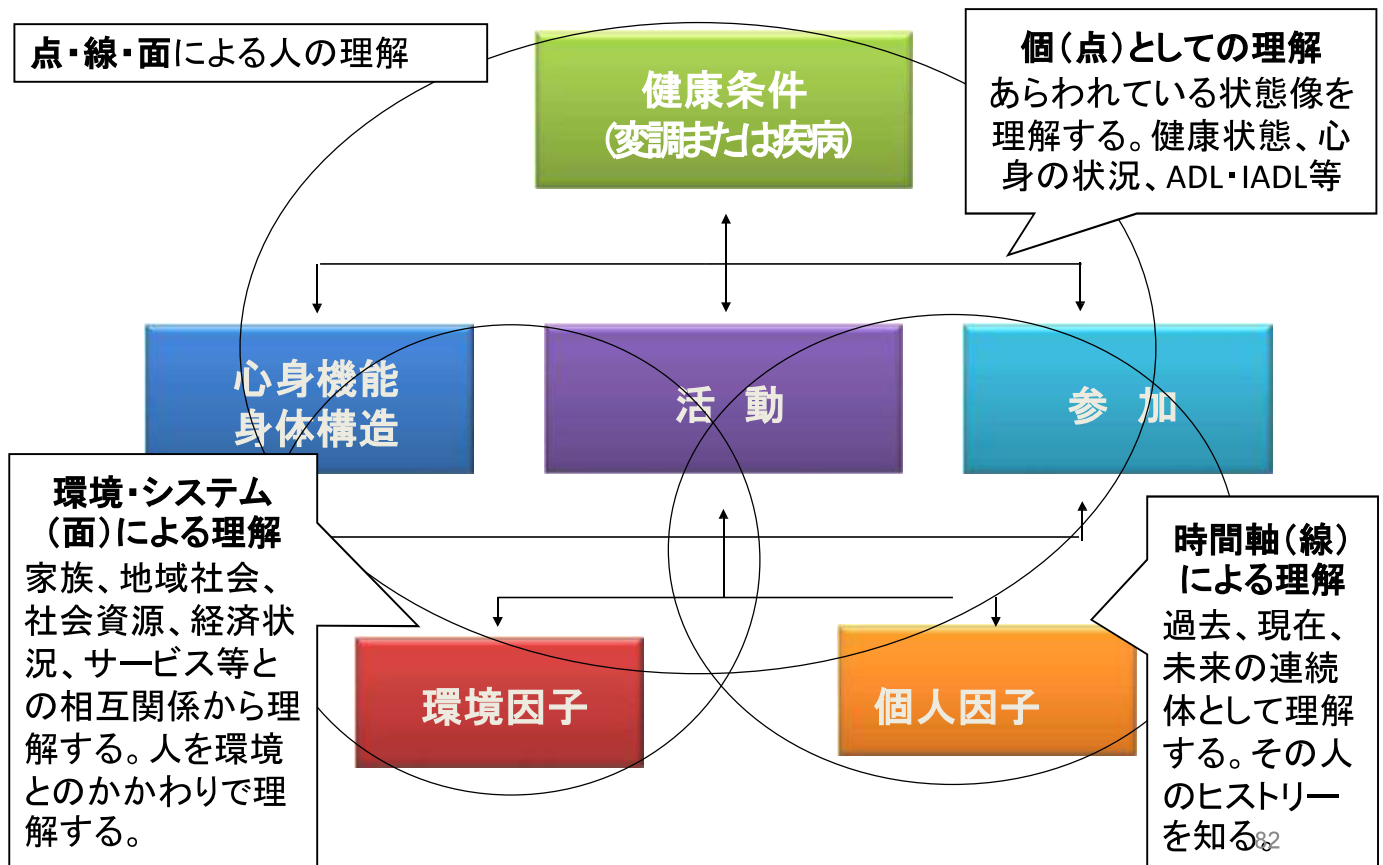
- 情報収集とアセスメントは表裏一体の関係にある。
- 把握できている情報を整理し、不足している情報は関係者から収集する。
- 必要がある場合は関係者を召集し、情報の集約・共有化を目的に会議を実施することもある。
- 情報整理シート等の活用等も有効である。
- 整理した利用者情報を活用し、アセスメント（ニーズ・課題を明らかにする）をおこなうことになる。

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。利用者のストレンクスへの気づきも大切である。

81

ICFの視点からの利用者の情報整理が大切



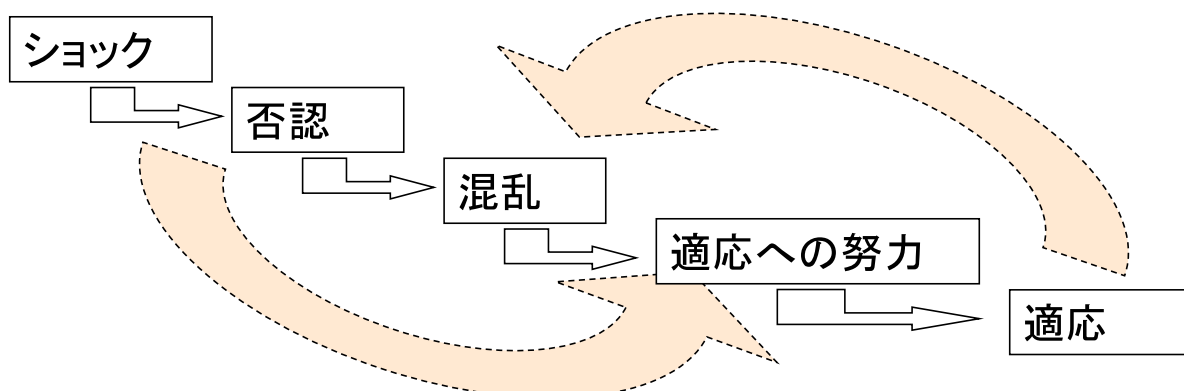
身体機能のみならず心理状態を把握することが大切

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
説得や助言よりも、「やってみること」からみえてくることもある
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

83

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

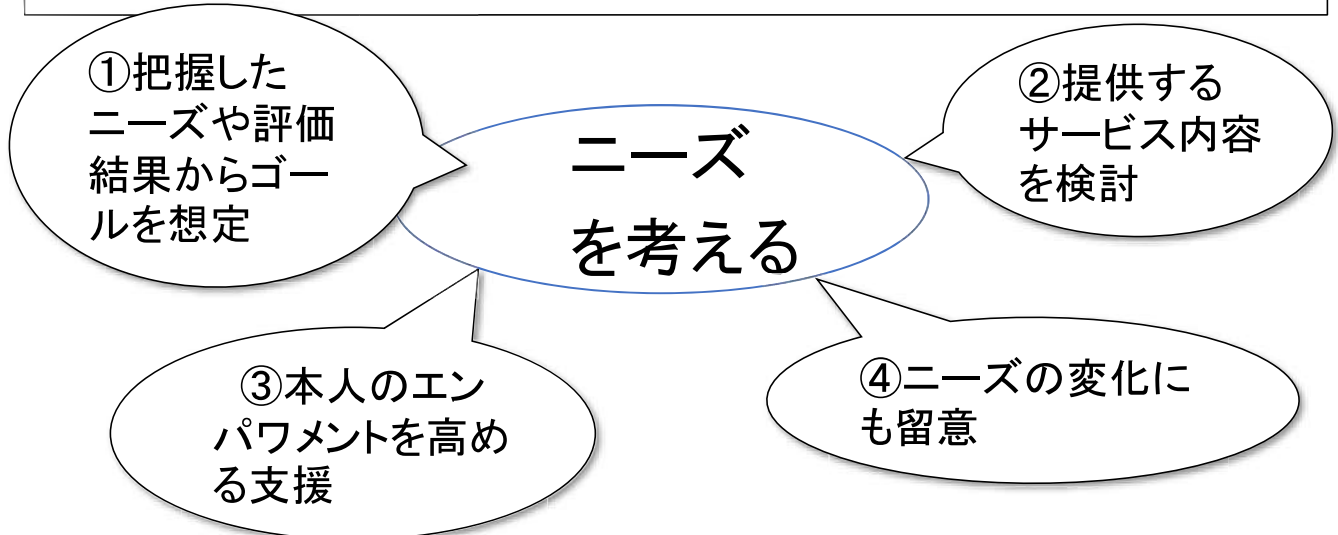
- ステージ理論にあてはまらない事例の存在
- リハビリテーション効果が上がらない要因を、障害受容の問題にすりかえてはいないかというリハビリテーション批判
- 障害受容に関する当事者責任への偏重と社会的責任の軽視

84

4. ニーズを明らかにする

アセスメントを通じ、利用者の主訴（表出されている希望）からニーズへと確定していく。

本人や家族の希望と専門職による評価結果をすりあわせ、利用者に合意が得られるニーズとしていくことが大切である。



85

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

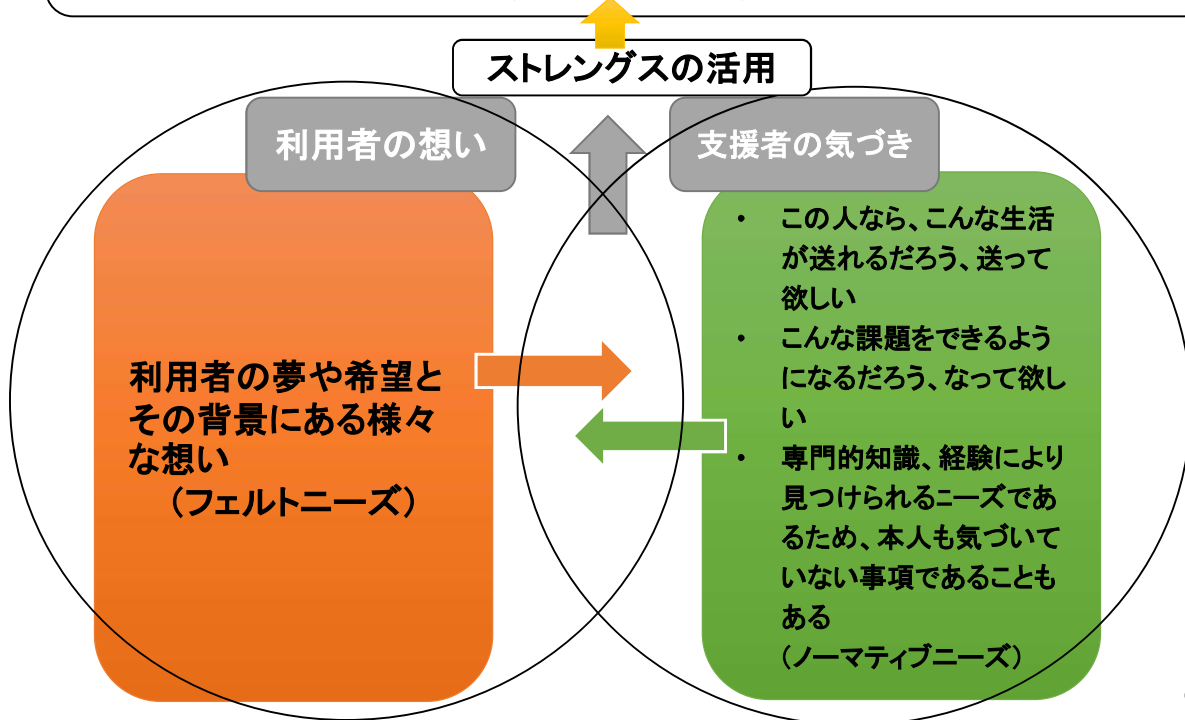
ストレングスを利用者ニーズに変換し、その実行に重点
をおく
＝ストレングスを活用することから見えてくること、
可能性があることにつなげる

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

86

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)



5. 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。
- また、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だろう」とか「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。

89

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くてはならない。
- 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。

90

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)

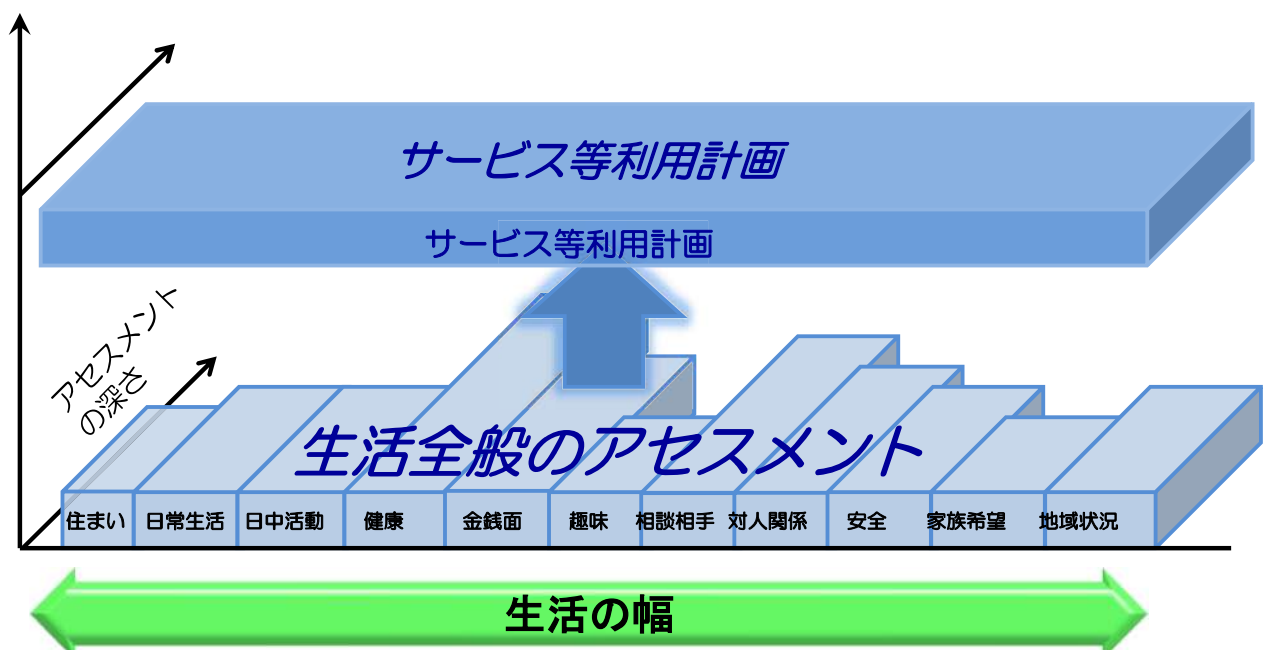
居住支援におけるアセスメントのポイント (共同生活援助、生活訓練、自立生活援助)

93

(相談支援専門員が作成する)サービス等利用計画

【サービス等利用計画】

生活全般をアセスメントし、本人の願いを中心に、生活や支援の全体像を示したもの
(相談支援専門員によるサービスを繋ぐ支援)



出典 岡部正文

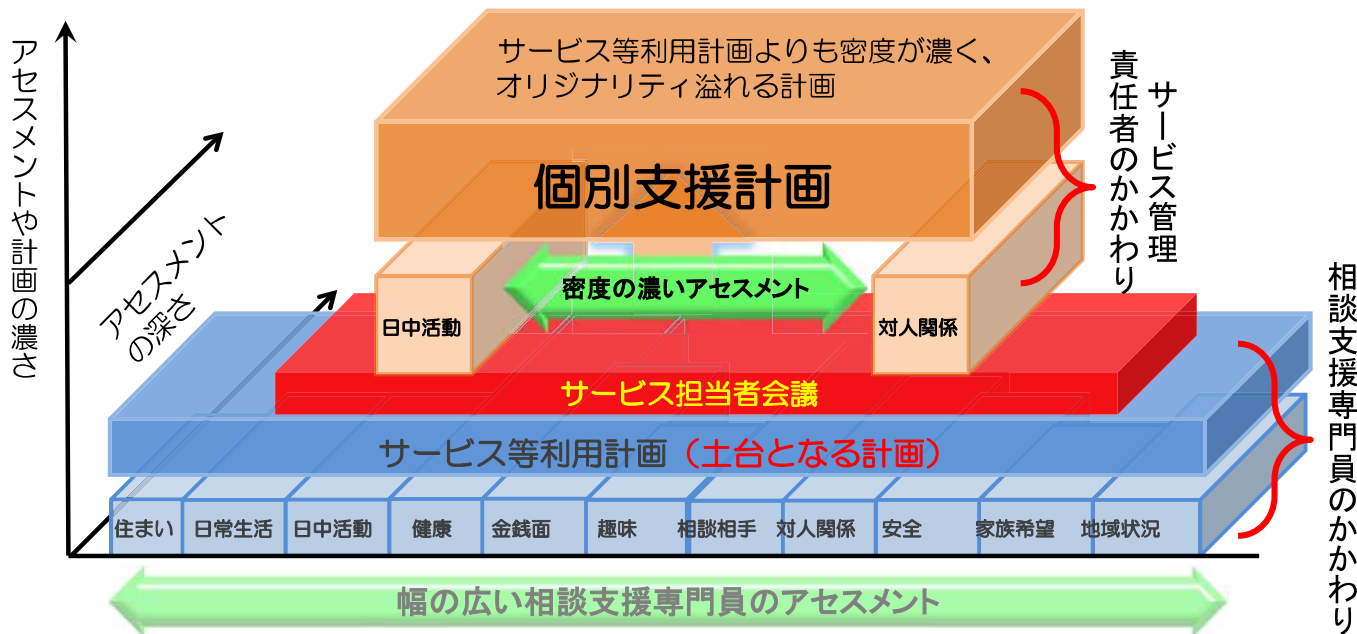
94

(サービス管理責任者が作成する)個別支援計画

【個別支援計画】

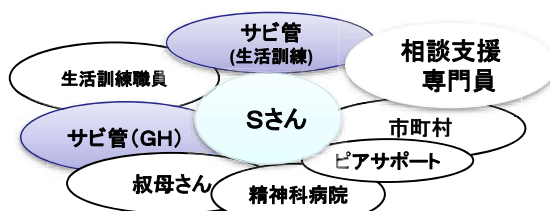
必要なアセスメントをさらに深め、本人の願いをかなえるために、より具体的な支援内容を盛り込んだもの

(サービス管理責任者による**深める支援**)



サービス管理責任者のつながる支援と深める支援を学ぶ

サービス担当者会議



つながる支援

・サービス管理責任者は、相談支援専門員等と連携して、個別支援の課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織する。相談支援専門員によるサービス担当者会議に参加する。

相談支援専門員によるサービス利用計画は、トータルプラン

深める支援

・サービス管理責任者は、サービス利用計画をもとに、事業所内で個別支援会議を開き、個別支援計画(生活プラン)を作成する。

個別支援会議



サービス管理責任者による個別支援計画、生活プラン

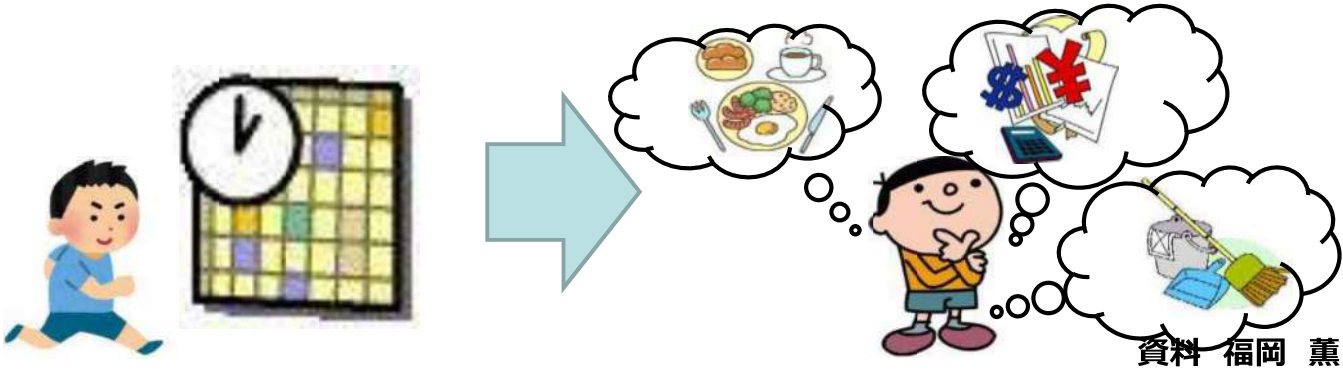
自立訓練(生活訓練)の目的

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

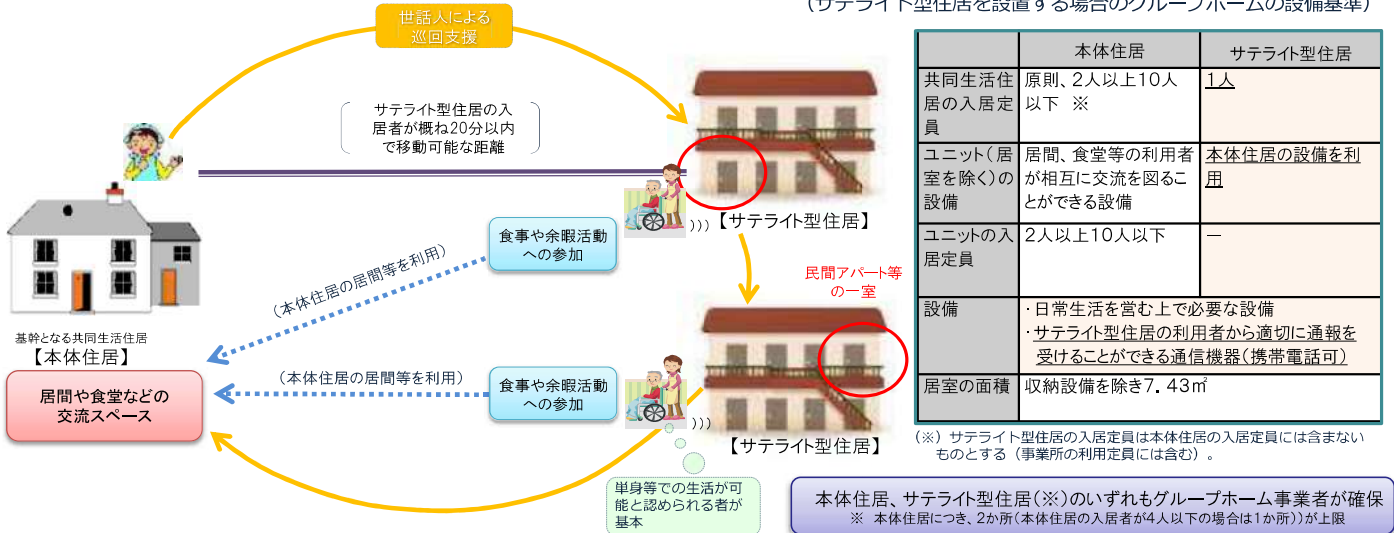


グループホーム（サテライト型）の概要

- 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、物件が見つかったとしても界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。

資料 鈴木篤史 有野哲章

99

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での共同生活は不適切な場合等
⇒制度の見直しや、H30年の新たな制度による単身生活への支援体制に期待。

資料 鈴木篤史 有野哲章

100

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？ ➡

自立支援協議会は活用できないか？

- 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！！

資料 荒井 隆一

101

身体障害と言っても・・・

- ・ 頰椎損傷
- ・ 脊椎損傷
- ・ 脳性麻痺
- ・ 視覚障害
- ・ 聴覚障害
- ・ 高次脳機能障害 etc・・・

障害の受容について・・・ 自分1人では生活できないことへのもどかしさ等
自分が主体であること・・・自分の生活(したいこと、やりたいこと)を自分で
考えて決めるということ
社会生活スキルの回復支援・・・社会生活から離れていた時間が長い時には
浦島太郎状態

資料 荒井 隆一

102

自立生活援助（平成30年4月～）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

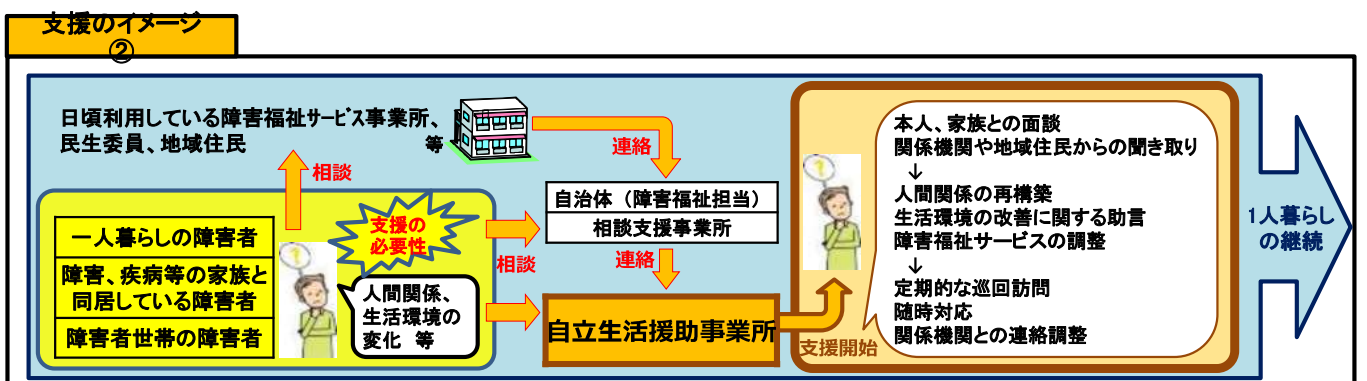
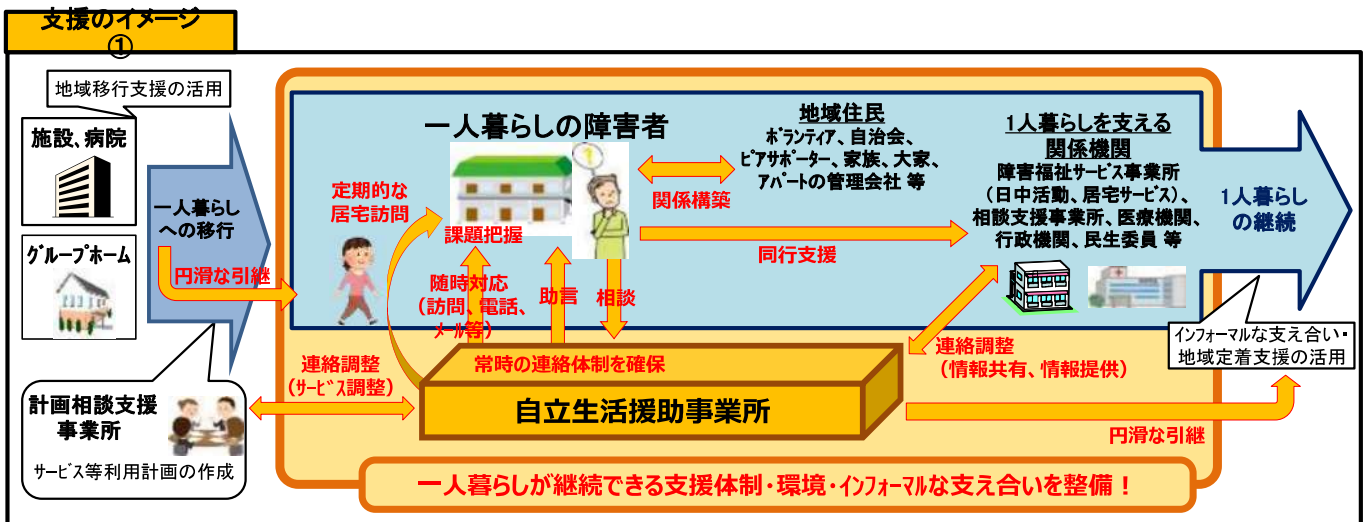
- ① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者
- ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者
- ③ 障害、疾病等の家族と同居しており（障害者同士で結婚している場合を含む）、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者

※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、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

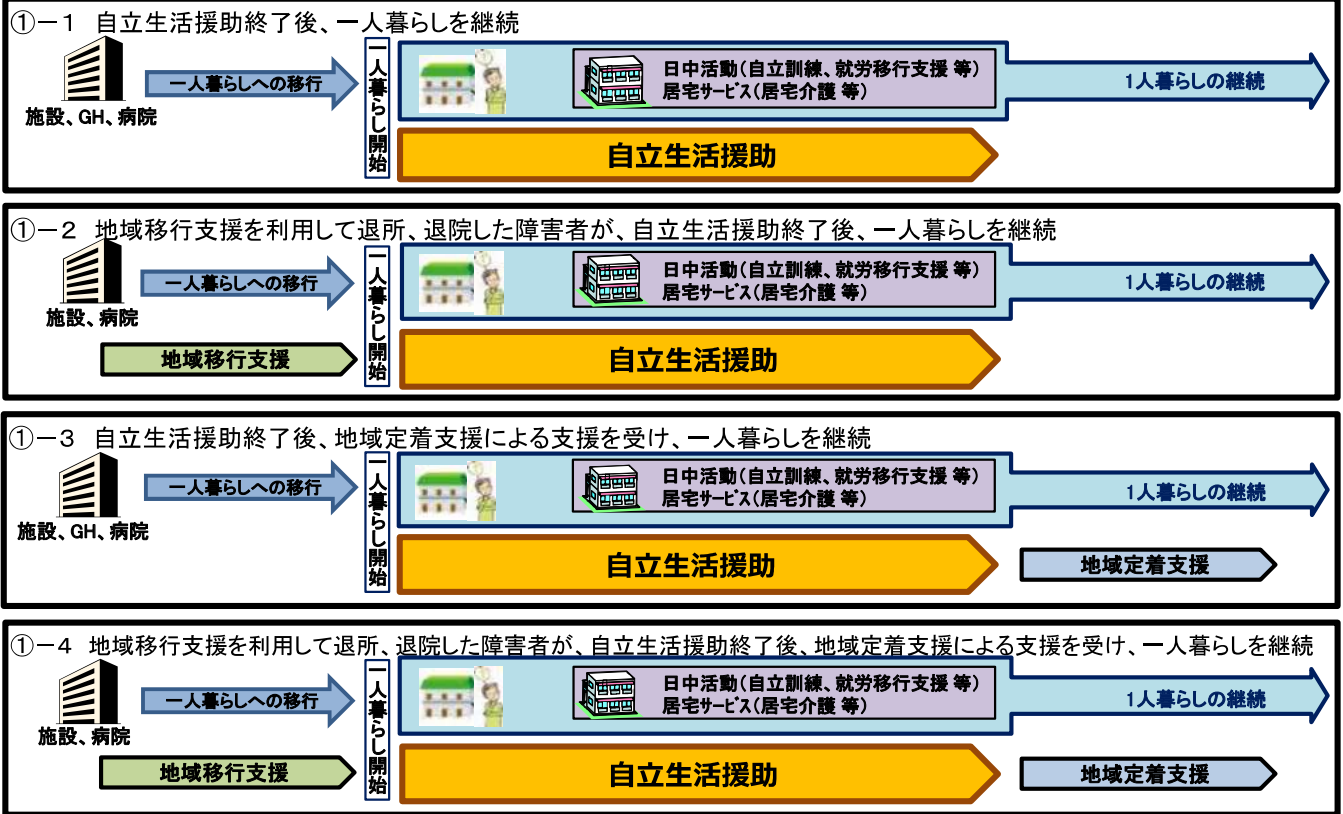
※家族による支援が見込めないと判断する場合(例)

- 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

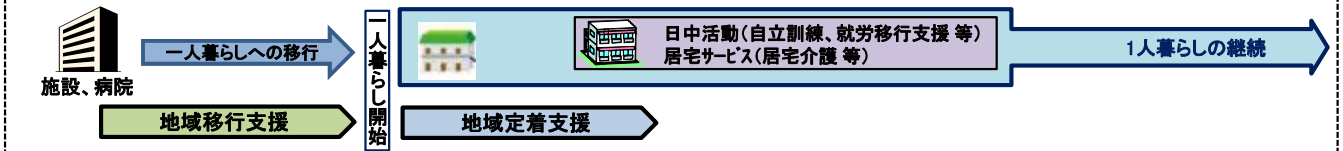


既存のサービスとの関係

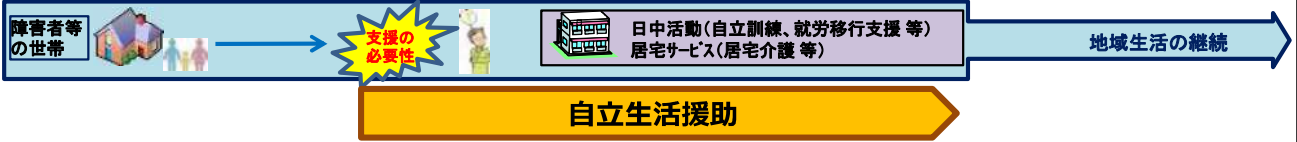
※ 自立生活援助と、地域定着支援または就労定着支援との併給は認めない。



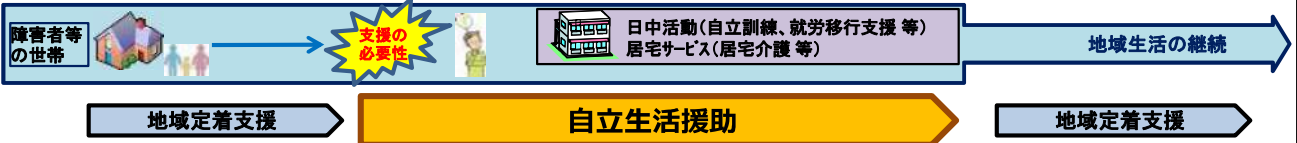
(参考) 自立生活援助を利用せず、一人暮らしを継続 ※支援が必要な状態になった場合は、②-1として支援



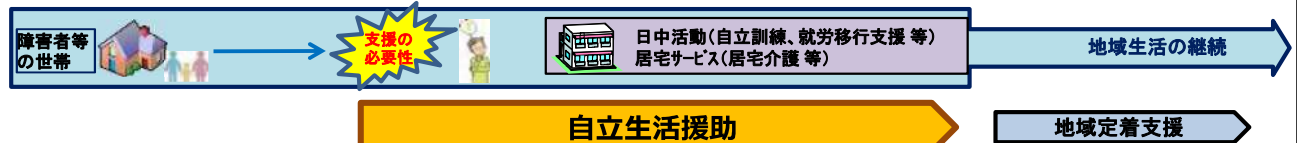
③-1 障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、地域生活を継続



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



107

(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に心がける。
- 表出出来ないニーズの把握にも留意する。
 - 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。

109

(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。

110

(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クスを把握する。
- 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。

111

(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。

112

(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、サーヒズ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、関係機関との広がりを進め、実情を理解する。

113

(7) 課題整理の工夫

- 都道府県の研修では、ケアマネジメントのアセスメント、課題整理、ご本人の希望に即した個別支援計画の作成について、再確認する機会となる。
- アセスメントでは、できることとできないことをチャックしているうちに、ご本人の全体像がぼやけてしまうことがある。⇒アセスメントを100字程度で要約してみる。
- ご本人の意向等のニーズを、一つひとつ整理しながらも、支援課題を全体的に整理する。
- ご本人の能力、家族、インフォーマルな支援等の状況等は、利用者の状況、環境の状況に整理する。
- 支援者の気になることや推測できることには、ご本人の強さ、可能性、揺れ具合も含めた見立てとして整理する。
- 支援者の見立てのうえで、ご本人の希望に即した支援を行うためには、もう一度、ご本人の全体像を確認する。⇒「〇〇さんって、どんな人」ということを、100字程度でまとめてみる(箇条書きでも可)。
- ご本人の全体像をふまえて、ご本人の希望に即した支援を行うための解決すべき課題を整理する。
- ご本人に解決すべき課題から目標を導き出し、それが、なぜご本人にとって大切なのかを整理する。

114

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)

115

(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。

116

(1)-② さまざまな働き方と「働く」ための支援

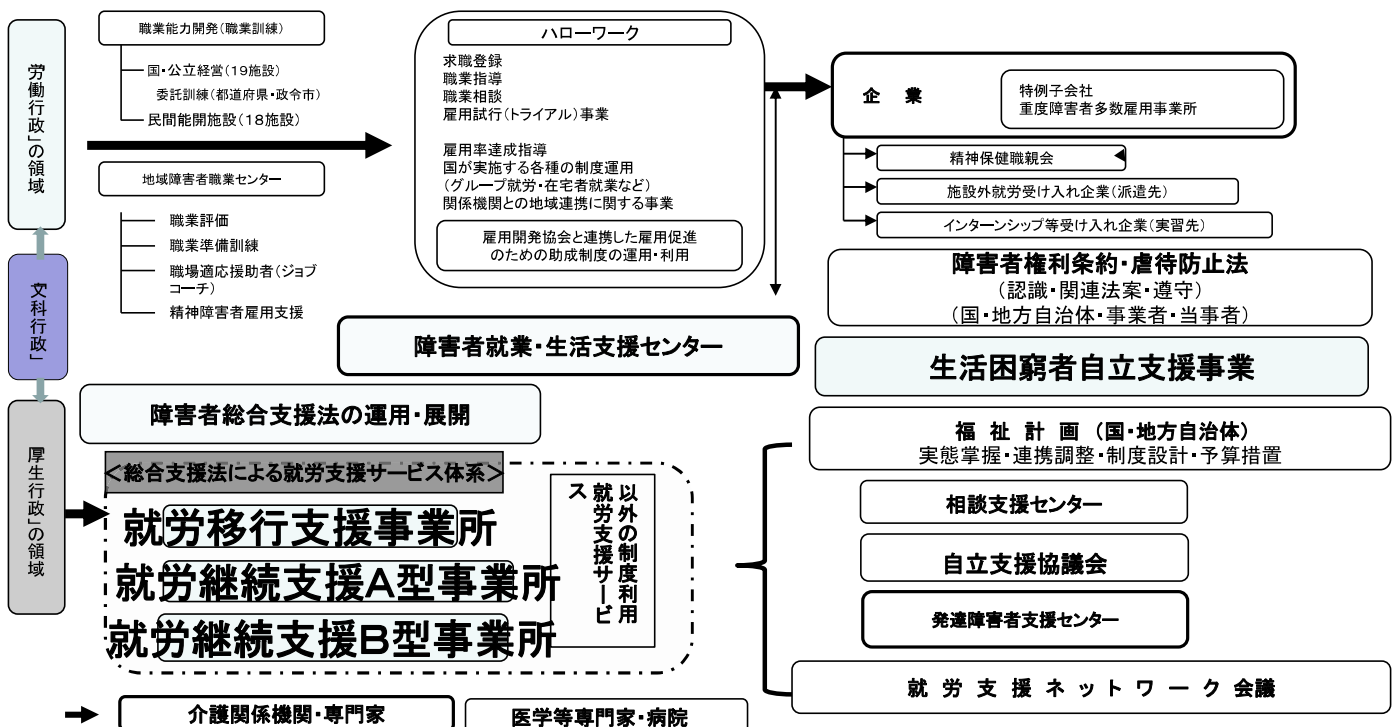
一般雇用	一般求人枠(障害の開示／非開示) 障害者求人枠 一般企業 or 特例子会社
請負	在宅就労

○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	生活介護	入浴、排泄、食事棟の介護、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

117

障害者の雇用・就業支援制度の体系



118

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と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 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、祈念するものである。

「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

119

(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
- ・一定の年齢になったら、「働く」ことが当たり前になっているか
「子は学び、大人は働く」という価値観
- ・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)

120

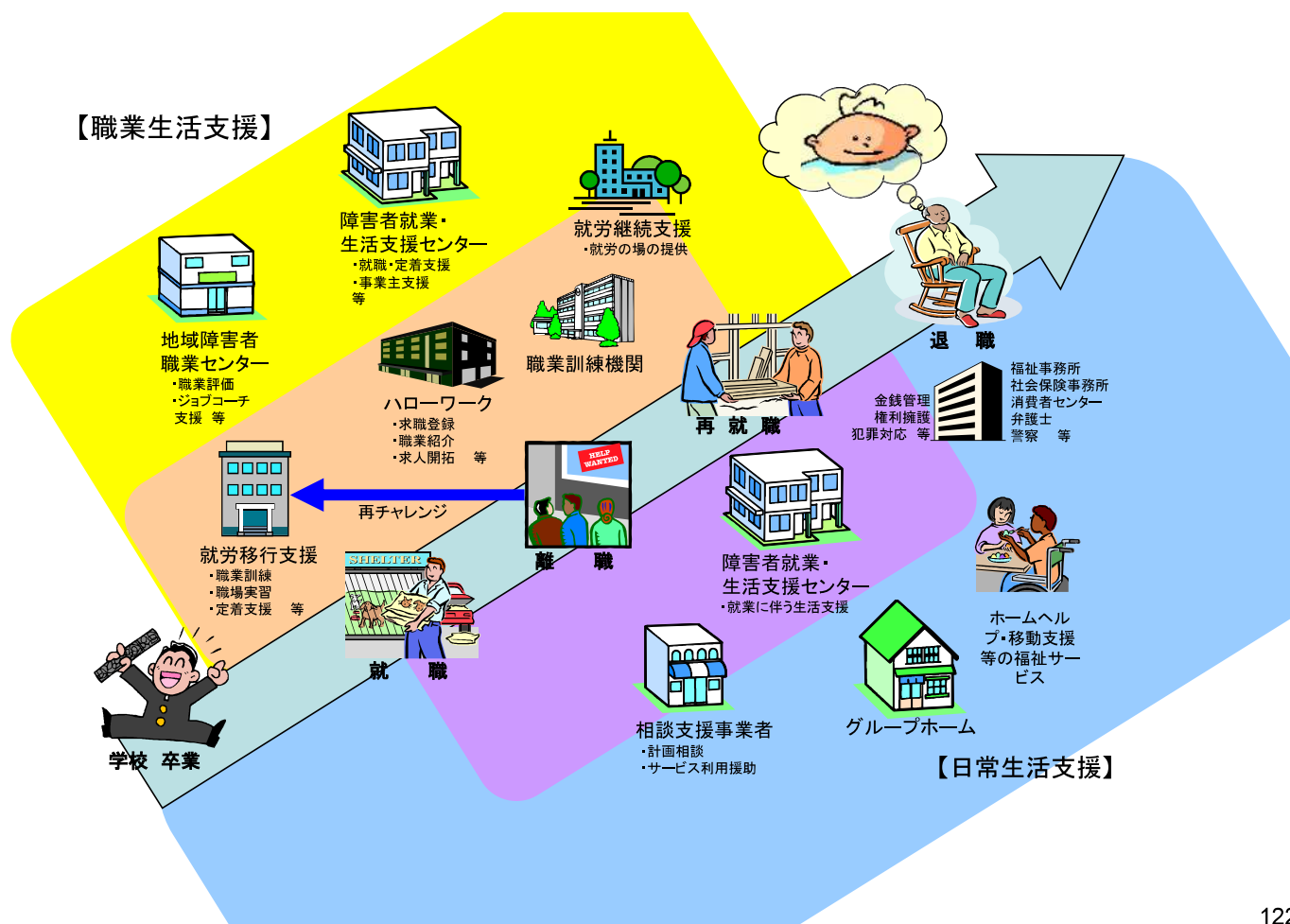
(1)-④ サービス提供の基本的な視点

- ・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や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

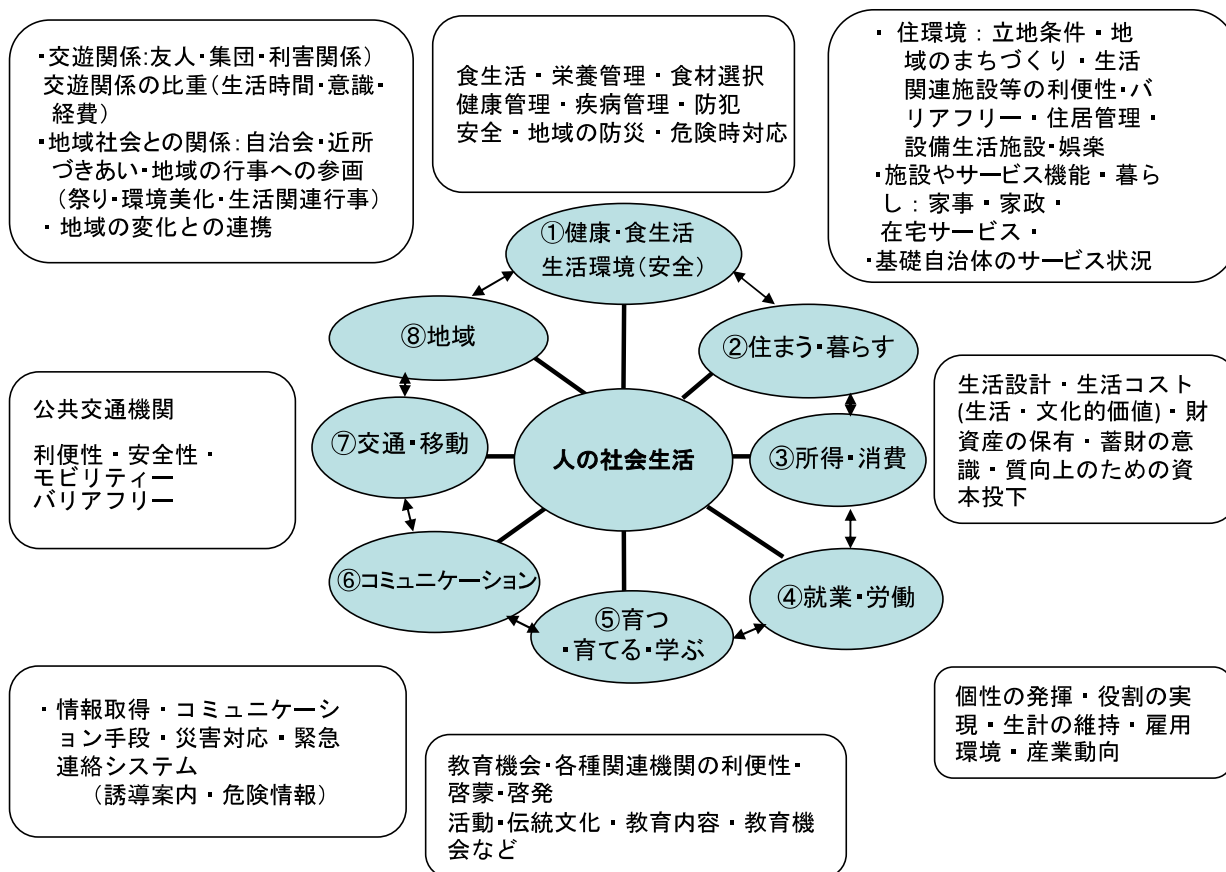
121

職業生活のライフステージに対応した障害福祉サービスの活用(例)



122

社会生活の多様性



123

(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？

124

(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

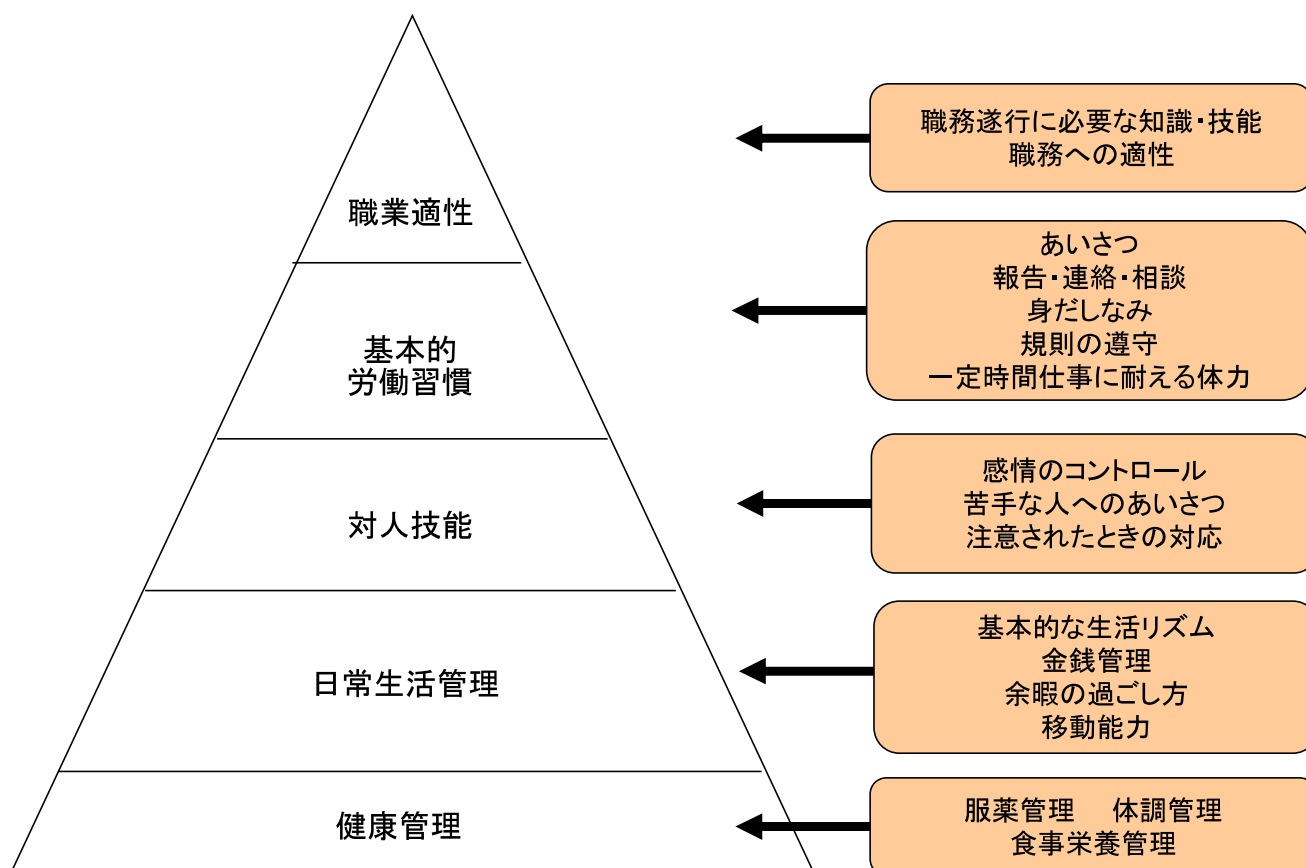
※潜在的な能力や働く力を見だし、最大限に引き出す環境を整えているか

サービス管理責任者の視点

- ①職員は、適切に評価できるスキルがあるか？
- ②整備された環境下で評価しているか？
- ③事実に基づいた客観的な評価になっているか？
- ④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？
- ⑤常にPDCAサイクルで計画を見直しているか？

125

職業準備性のピラミッド



126

	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		○		

127

(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。

128

(3)-② 初期状態の把握

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

職業準備性についての視点

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

129

(3)-③ ニーズ・課題の整理

実施方法

- ニーズや就業するうえで課題となる事項の洗い出し。
- 利用者本人が希望する支援の内容と支援者が必要と思う支援内容のすり合わせ。

必要なツール

- (例)
ニーズの整理表

事例より

基本的労働習慣を習得する

- ①仕事の流れや段取りが理解できるようになる
- ②マニュアルを見て、仕事ができるようになる
- ③仕事をするにあたっての基本的労働習慣を身につける



得意・不得意な業務の見極め



130

(3)－④ 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

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



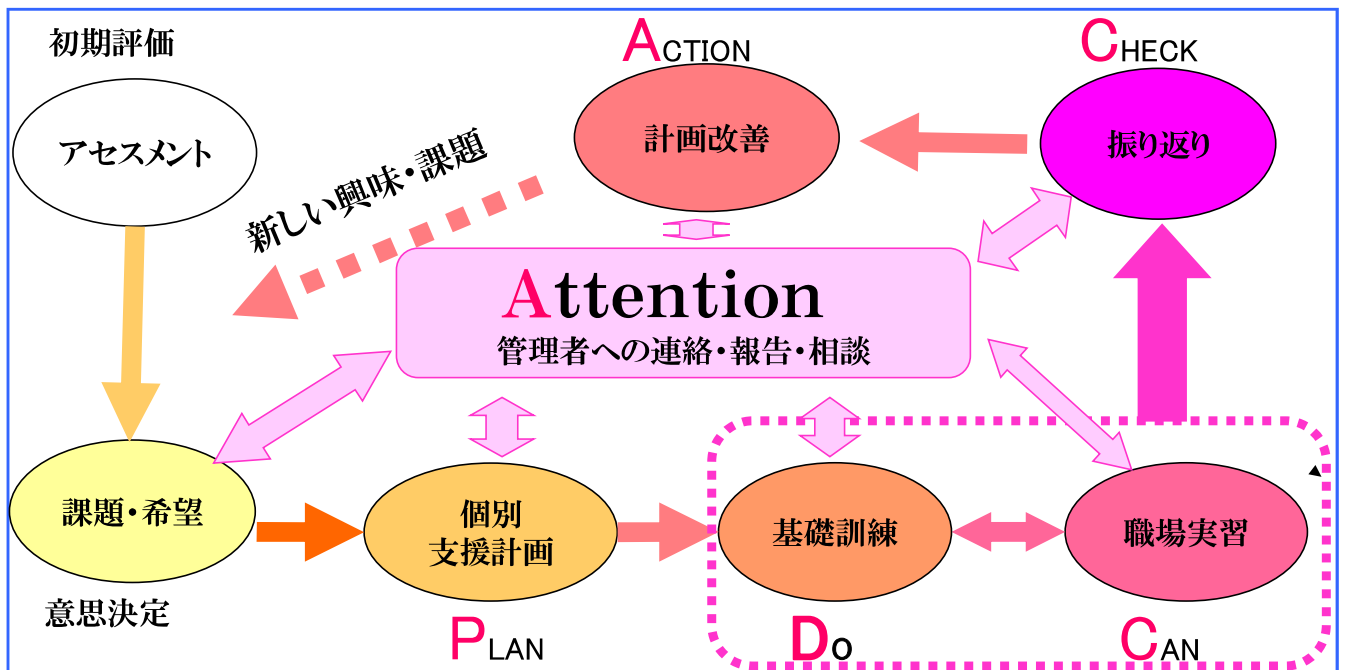
必要なツール

- ・ 個別支援計画書

サービス管理責任者の視点

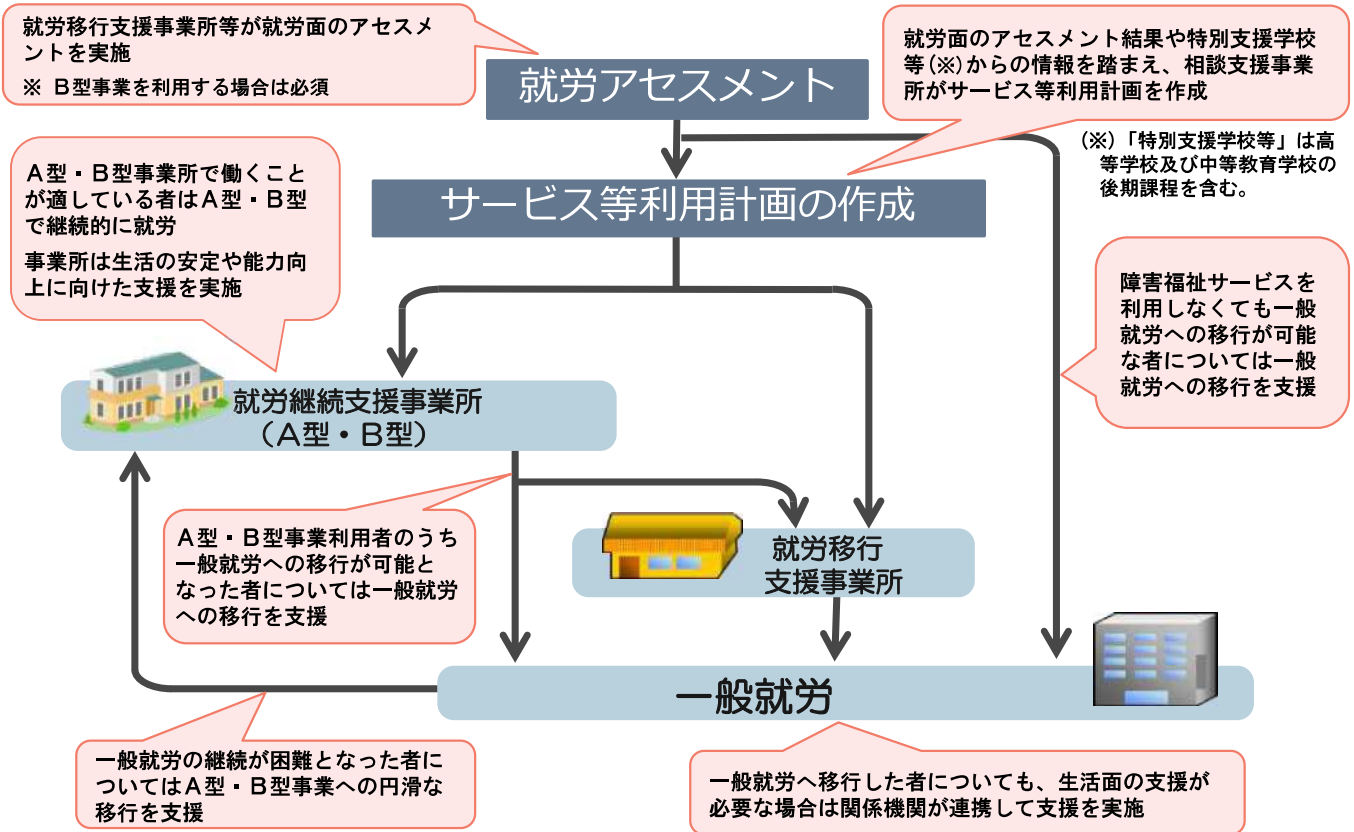
- ・ 支援スタッフの相互連携がとれているか
- ・ 段階を意識した支援となっているか
- ・ 利用者の同意を得ながら支援しているか
- ・ 設定された目標は効率よく達成されているか

就労支援マネジメント



- ① 計画に基づいて支援が実行されているか？
 - ② 習得状況や課題を常に確認しているか？
 - ③ 習得状況や課題に応じて適切に計画が見直されているか？
- 自己理解 自信の回復 経験の積み上げ エンパワメント 支援者の本人理解

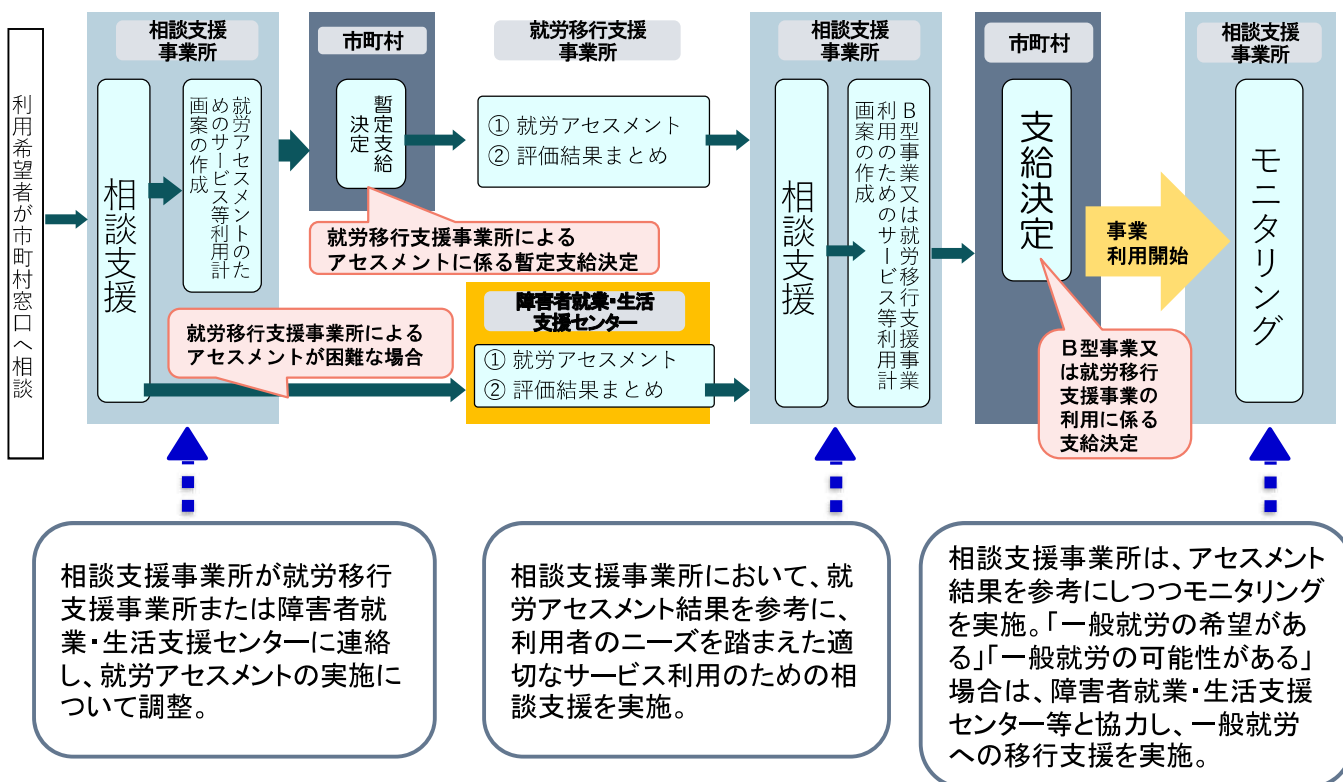
各支援機関の連携による就労支援のイメージ



参考資料

B型事業利用希望者の利用相談から利用後までの流れ

○ 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



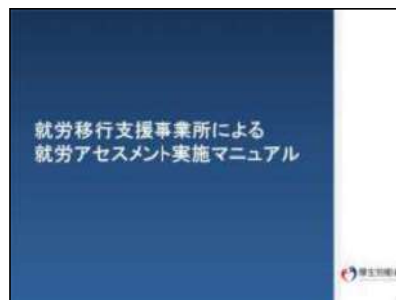
各支援機関の連携による障害者就労支援マニュアル

(平成27年3月16日各都道府県 指定都市 中核市障害保健福祉主管課あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡)



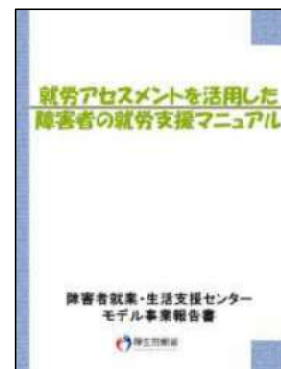
就労移行支援事業所による就労アセスメント実施マニュアル

(平成27年4月22日各都道府県 指定都市 中核市障害保健福祉主管課あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡)



就労アセスメントを活用した障害者の就労支援マニュアル

(平成27年8月3日各都道府県 指定都市 中核市障害保健福祉主管課あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡)



※ 厚労省ホームページに掲載

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/service/shurou.html

(4) アセスメント及びサービス提供の環境

個々に合ったサービスが提供されるしくみがあるか？

① マッチング

利用者の適性に合った作業内容か？

② ステップ

とくいなこと

習熟に応じた支援のしくみがあるか？

だんだんと

③ チャンス

試しにやってみることができるか？

これはどうか

B型・A型における移行のしくみ（例）

B型 包装



B型 喫茶



B型 清掃



施設内

A型 喫茶



A型 清掃



施設外

自分に合った働き方や
可能性を広げる取組みが
用意されているか

一般就労（飲食業・清掃業）

137

（5）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**

※ 障害特性を配慮し、具体的で理解しやすい目標の設定。実習など実際の場での体験。企業見学会やOB会の活用。支援機関など第三者からの説明。日々の振り返りなど、実施するうえで様々な取り組みや工夫を考えて取り組むことが大切。

138

(6) 就労定着の支援 利用者の職業生活の質の向上のために

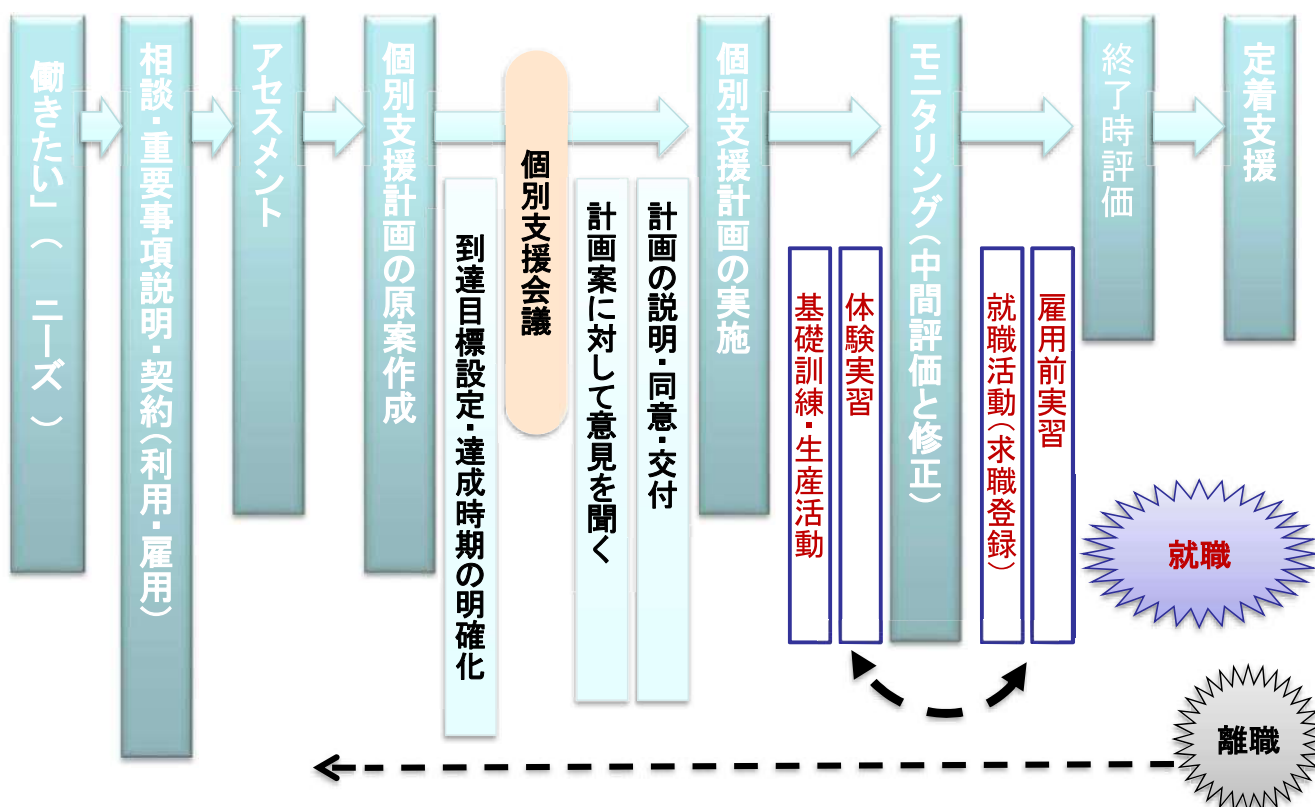
- 安定した職業生活の実現の鍵を握る「就労定着支援」
- 一般の就労者の離職率を踏まえながらも、障害に関連する事由での離職の防止が必要
- 職場の環境条件(労働条件、人間関係等)のみならず日常生活における課題が定着の課題となることも少なくない。

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

139

就労支援サービスの提供プロセス



140