

【講義4】

サービス提供事業所の 利用者主体のアセスメント

令和8年度 福島県サービス管理責任者等基礎研修
社会福祉法人つばさ福祉会 生活介護事業所
おおぞらの夢 松原 篤史

【この講義のポイント】

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
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

サービス提供の基本的姿勢

サービス提供の基本的な姿勢

- ①利用者中心の考え方
- ②利用者のニーズ理解
- ③達成すべき状態の明確化
- ④事業所で提供するサービスの理解

障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

サービス内容			利用者数	施設・事業所数
障害児通所系 障害児支援に係る給付	児童発達支援 児	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う	171,408	11,132
	医療型児童発達支援 児	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、 集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行う	1,745	88
	放課後等デイサービス 児	授業の終了後又は休校日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う	309,303	19,687
	居宅訪問型児童発達支援 児	重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行う	349	114
	保育所等訪問支援 児	保育所、乳児院・児童養護施設等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う	18,234	1,639
	福祉型障害児入所施設 児	施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う	1,323	181
相談支援系 相談支援に係る給付	医療型障害児入所施設 児	施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行う	1,780	197
	計画相談支援 者 児	【サービス利用支援】 ・ サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成 ・ 支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成 【継続利用支援】 ・ サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） ・ 事業所等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨	217,847	9,871
	障害児相談支援 児	【障害児利用援助】 ・ 障害児通所支援の申請に係る給付決定の前に利用計画案を作成 ・ 給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成 【継続障害児支援利用援助】	71,751	6,067
	地域移行支援 者	住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	602	335
	地域定着支援 者	常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	4,151	565

※ 障害児支援は、個別に利用の要否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない）※ 相談支援は、支援区分によらず利用の要否を判断（支援区分を利用要件としていない）

（注） 1. 表中の「 者 」は「障害者」、「 児 」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2. 利用者数及び施設・事業所数は、令和 5年 2月サービス提供分（国保連データ）

障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

サービス内容

訪問系

介護給付

日中活動系

施設系

居住支援系

訓練系・就労系

訓練等給付

居宅介護	省 児	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
重度訪問介護	省	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う
同行援護	省 児	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う
行動援護	省 児	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う
重度障害者等包括支援	省 児	介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う
短期入所	省 児	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
療養介護	省	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う
生活介護	省	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する
施設入所支援	省	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
自立生活援助	省	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う
共同生活援助	省	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う 居宅における自立した日常生活への移行後の定着に関する相談等の援助を行う
自立訓練（機能訓練）	省	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う
自立訓練（生活訓練）	省	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う
就労選択支援	省	障害者本人が就労先・働き方についてより良い選択ができるよう、就労アセスメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等にあった選択の支援を行う
就労移行支援	省	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
就労継続支援（A型）	省	一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
就労継続支援（B型）	省	一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
就労定着支援	省	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う

1 生活介護 療養介護

2 自立訓練（機能訓練、生活訓練）

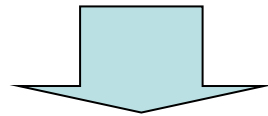
3 共同生活援助、生活訓練、自立生活援助

4 就労継続支援A・B型

就労移行支援、就労定着支援、就労選択支援

(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)

(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

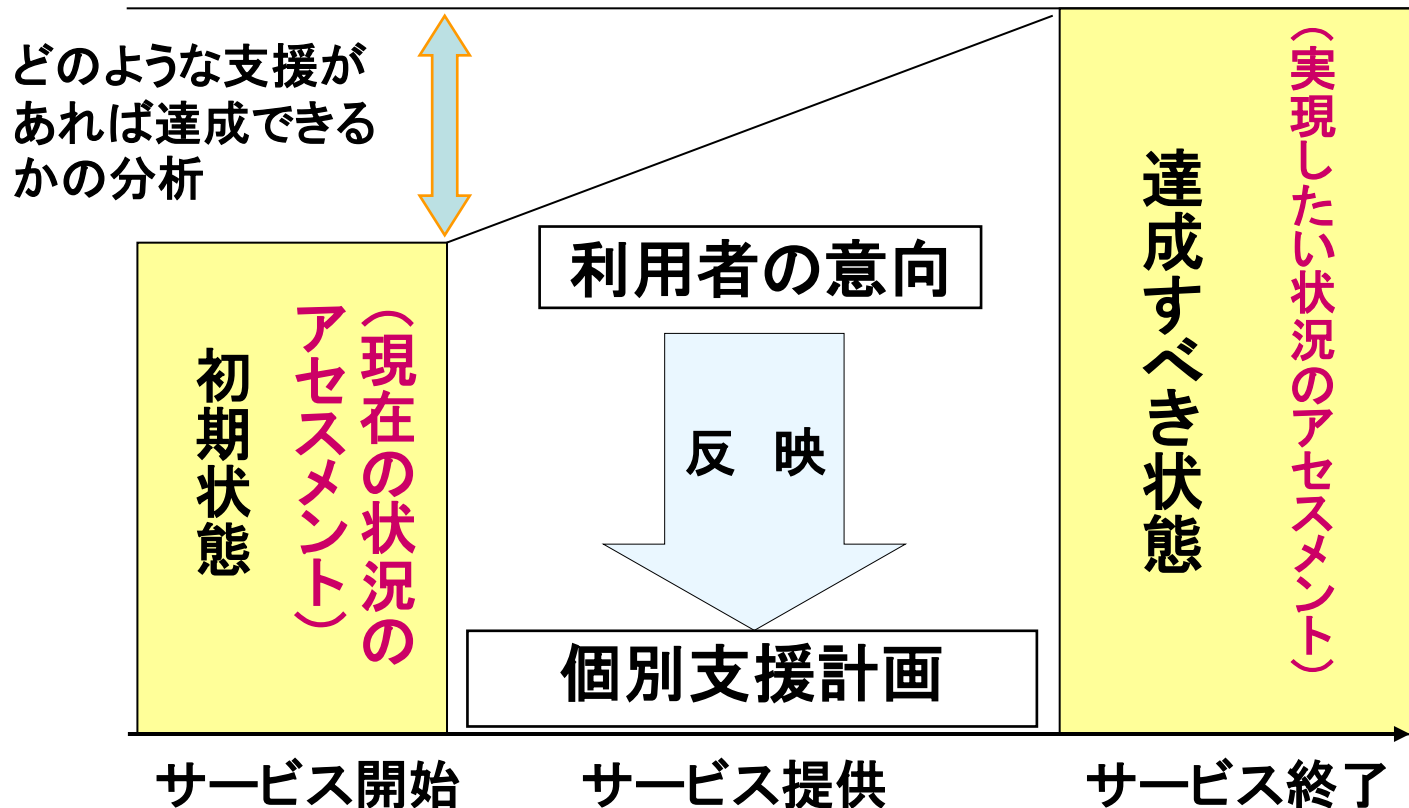
- ・在宅等での生活を支援する視点と共に、利用者の地域における社会参加や自己実現、成長発達を支える視点も必要である。

3. 変化する発展する

- ・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、継続的に変化する発展する。

(サービス提供の基本姿勢)③:達成すべき状態の明確化

サービス管理責任者の役割・・・ニーズに基づいて利用者の望みを実現



(サービス提供の基本姿勢)④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。

ちょっと
頭の中を
整理

サービスマニュアルの必要性

○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

利用者満足「安心感」
サービス実践

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

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

※ 同じようなサービスや複数の人々が希望する個別的なサービスを整理統合していけば、標準化されたサービスに置き換えて行くことができる。→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

標準化されたサービス
(マニュアル化)

利用者のニーズに着目した
個別支援計画

地域の事業所へ利用者の関わり方の指針となる。

～アセスメント力を高めるため
サービス提供の視点～

アセスメント力を高めるための視点

①小さな変化に気づく**観察力**

②利用者の能力を**伸ばす支援**

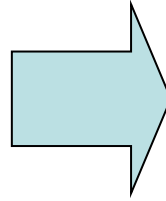
③利用者**個々**に応じた活動を創る

④ニーズに応じて**次の生活を目指す**

(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？

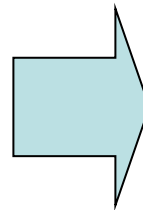


利用者の状態は常に変化しており、生活全般において小さな変化も見逃さない観察力を養う力を支援者が持つことが大事である。

(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？

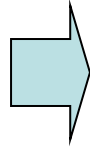


利用者の「能力」を把握し、それを活かす環境をつくり、その中で「更に可能性が広がるよう」支援する。

(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・・・

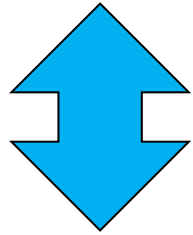
障害の重さ故に、家族や関係者さえも、支援開始当初から地域生活への移行は困難であるとあきらめていなかったか？



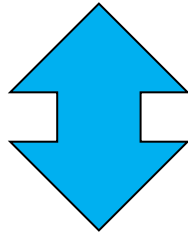
利用者のニーズに応じ、生活介護から就労継続支援、施設入所支援からグループホームなど、地域生活への移行にチャレンジする。また、利用者への動機付けや、家族や関係者の理解と協力を求め、移行先の見学や体験など支援のあり方を工夫する。

**アセスメント力（観察力）を高めるため
人間のとる行動の多くには、なんらかの理由がある！**

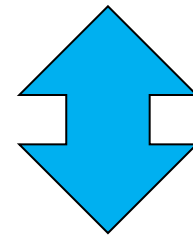
行 動



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

観察力を高めるため

○夜中に起きて家中の電気をつけてしまう人がいます。

⇒何故、そんなことをするのでしょうか？

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

アセスメントのポイント

アセスメントの視点の切り替え

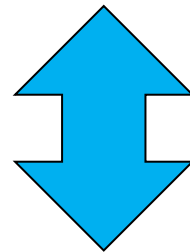
(支援者のアセスメントの視点)

○リフレーミング

- ・視点を变える。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

アセスメントのポイント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。

アセスメントのポイント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。
- そして実現・実行していく支援が重要。

例えば・・・重度障害のある方のニーズのとらえかた

☆どんなに重度の障がい者でも、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)

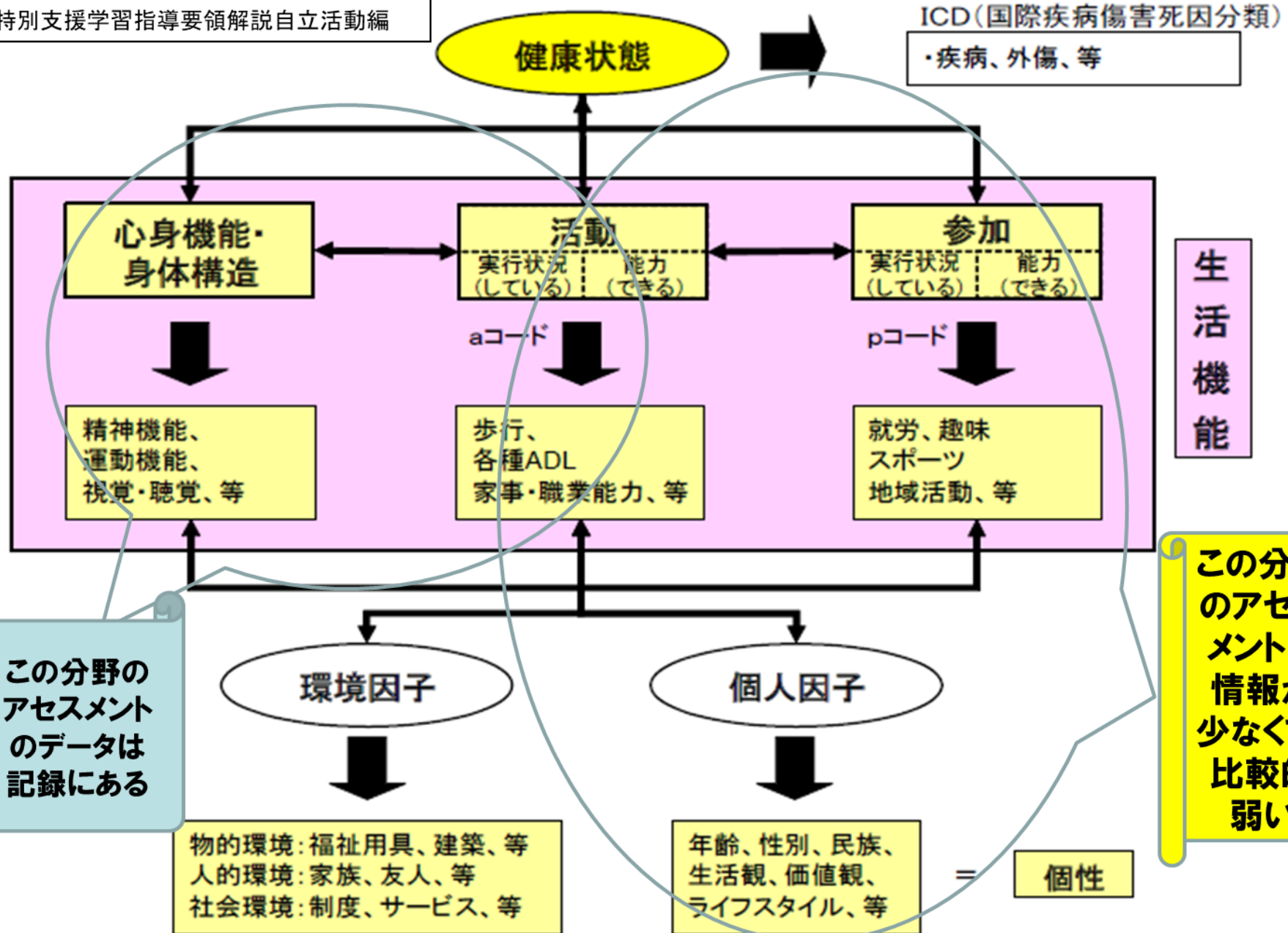
3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成

・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)

アセスメントのポイント③～ICFの視点から～

特別支援学習指導要領解説自立活動編



アセスメントのポイント④～可視化したツール～

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」を作ることを予防できる。

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。

【生活する上での可能性・支援の必要性の確認（アセスメントツール）】

本人が得意なこと・
支援してくれる環
境

参考

本人の趣味・楽し
みにしていること・
外出先等

（支援の必要性）

領域	支援項目	支援の必要度					※領域ごとに、特に支援が必要な事柄について支援の状況を記入して下さい。
基本的生活活動	排尿の支援	1	2	3	4	5	
	排便の支援	1	2	3	4	5	
	食事を摂ることへの支援（食べること・飲むことを含む、口腔刺激・顎下固定含む）	1	2	3	4	5	
	衣服の着脱の支援	1	2	3	4	5	
	自分の身体を洗うことの支援	1	2	3	4	5	
	手洗いの支援	1	2	3	4	5	
	洗顔の支援	1	2	3	4	5	
	自室内の移動・移乗・歩行に関する支援	1	2	3	4	5	
日常生活活動	食事の準備・片付けの支援（調理・配膳・後片付けを含む）	1	2	3	4	5	
	掃除・片付けの支援（台所・居住の掃除・ごみ捨てを含む）	1	2	3	4	5	
	整髪と髭の手入れの支援	1	2	3	4	5	
	歯の手入れの支援（はみがき・入れ歯の手入れ）	1	2	3	4	5	
	爪・耳の手入れ等身だしなみ・清潔の保持への支援	1	2	3	4	5	
	入浴の準備と後片付けの支援	1	2	3	4	5	

(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」

ニーズ整理表

利用者名 _____ さん

〇〇さんの願い・希望など

・私は、働く訓練をして、一般企業で仕事をしたい。

〇〇さんのストレングス

- ・働く意欲はある。
- ・就労に向けた力もある。
- ・自宅に住んでいる。
- ・家族の理解もある。

本人の 願い・希望	現在状況の確認 (本人のストレングス)	願い・希望に応えるために 必要なこと	願い・希望を満たすための目標
①働く訓練を したい	・働くことの力は 十分ある。 ・本人の意欲もある。	①生活リズム(規則正しい生活が継続)を作ろう。	①仕事につくため、毎日通所 が出来るようになろう。
②企業で仕事を したい		②通所先を含め、どんな仕事を希望しているか支援スタッフと考える。	②どのような仕事が適しているかを探る。

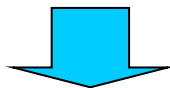
改めて
整理!!

アセスメントの視点を変えてみよう

○「課題・機能面中心＝障害の原因・本人の課題・ダメージモデル
(出来ないこと探し)医学モデル」のアセスメントから

「**生活を送る上で全般的なニーズ・その人が本来持っている力に着目**」した支援の組み立てを行う。(社会モデル)

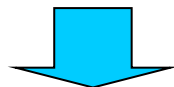
- ・そのために・・・その人らしい生活や本来持っている力が発揮できない生活を送る上での障害因子を取り除く支援。
- ・従がって・・・生活全般の質向上に向けた支援に向けた180度の支援の視点の転換が求められる。



- ・利用者の今の姿の分析と、将来の姿を想定した支援の組み立てを行う。⇒従ってADLや課題は、その人の姿を知る上では、一部分である。
- ・事業所で、共通・標準化できるADL等の介護は、標準マニュアル化する。

★ 障がい(重度の)方々って・・・

- ・生き方や暮らし方のイメージをもって、プランを自分で決めて自分で実行することって・・・。
- ・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、もしくは、障害・疾病により本人の力が弱くなってる可能性が高いかも。(パワレスな状態)。
- ・生活介護・療養介護を利用している方々は、具体的に希望や夢を上手く示せる人は少ないかも。



(支援者が持っていたい視点)

- ☆従来持つてる力や可能性を引き出すアセスメント力が大事
- ☆このような状況の方に対して、行き方や暮らし方のお手伝い(支援)をするのが我々の専門的な仕事だと思う。
- ☆究極は利用者が「より良い生き方・暮らし方をするための支援を形にしたもの」が個別支援計画だと思う。

- 1 生活介護 療養介護
- 2 自立訓練(機能訓練、生活訓練)
- 3 共同生活援助、生活訓練、自立生活援助
- 4 就労継続支援A・B型
就労移行支援、就労定着支援、就労選択支援

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

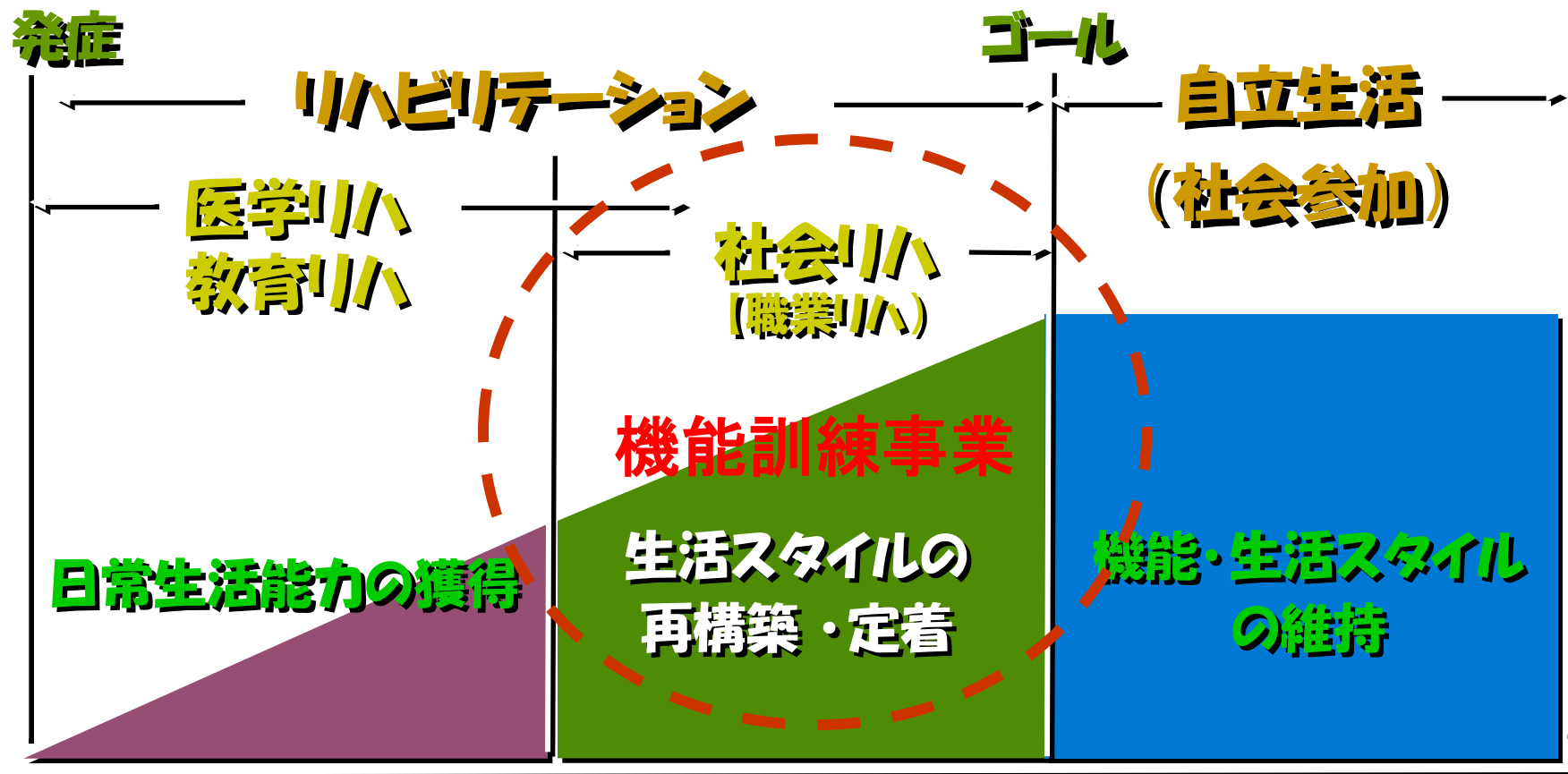
1. 入所施設・病院を退所・退院した方であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な方
2. 特別支援学校を卒業した方であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な方



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

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



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

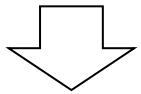
社会リハビリテーションとは、**社会生活力**を身につけることを目的としたプロセスである。

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。

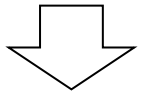
社会生活力とは「自分の障害を**的確かつ前向きに認識し、自分に自信をもち**、社会の中で活用できる諸サービス（社会資源）を自ら活用して、社会参加していくための力を高めること」

自立生活(身体障害)に向けた支援

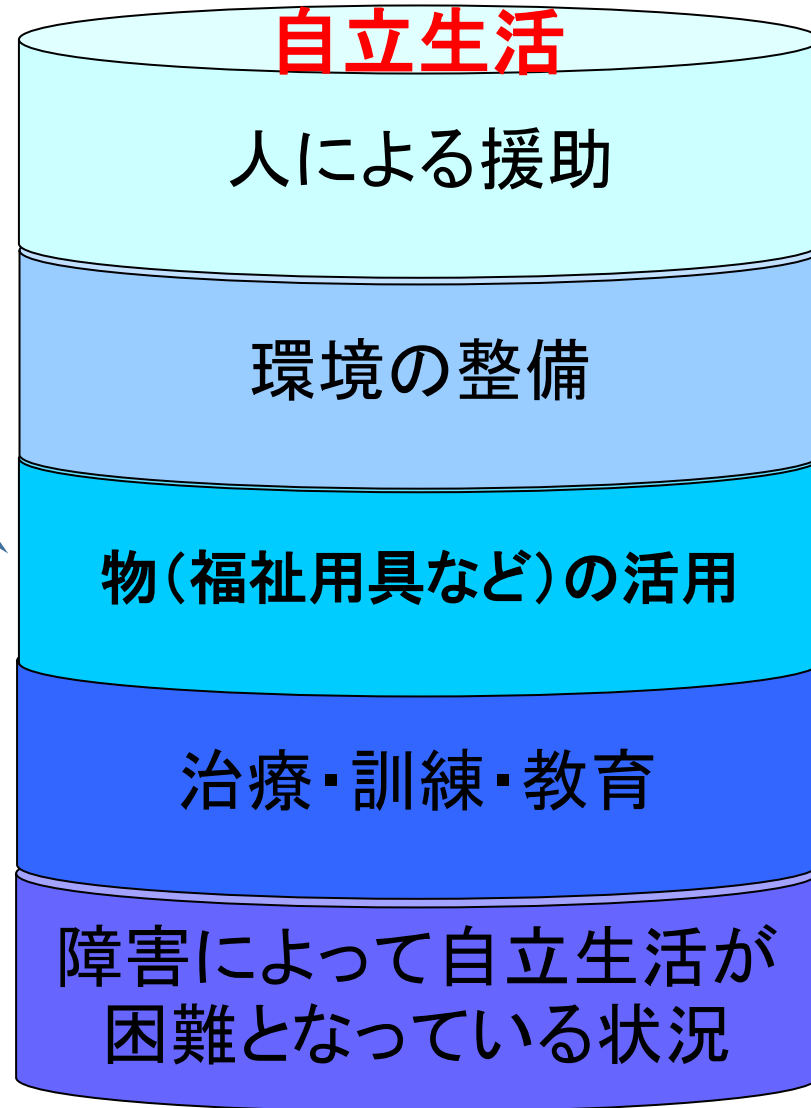
- どこまでできる
- どう補う
(物・環境・人)



- 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

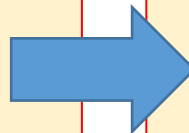
⇒ 物（補装具等）

⇒ 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

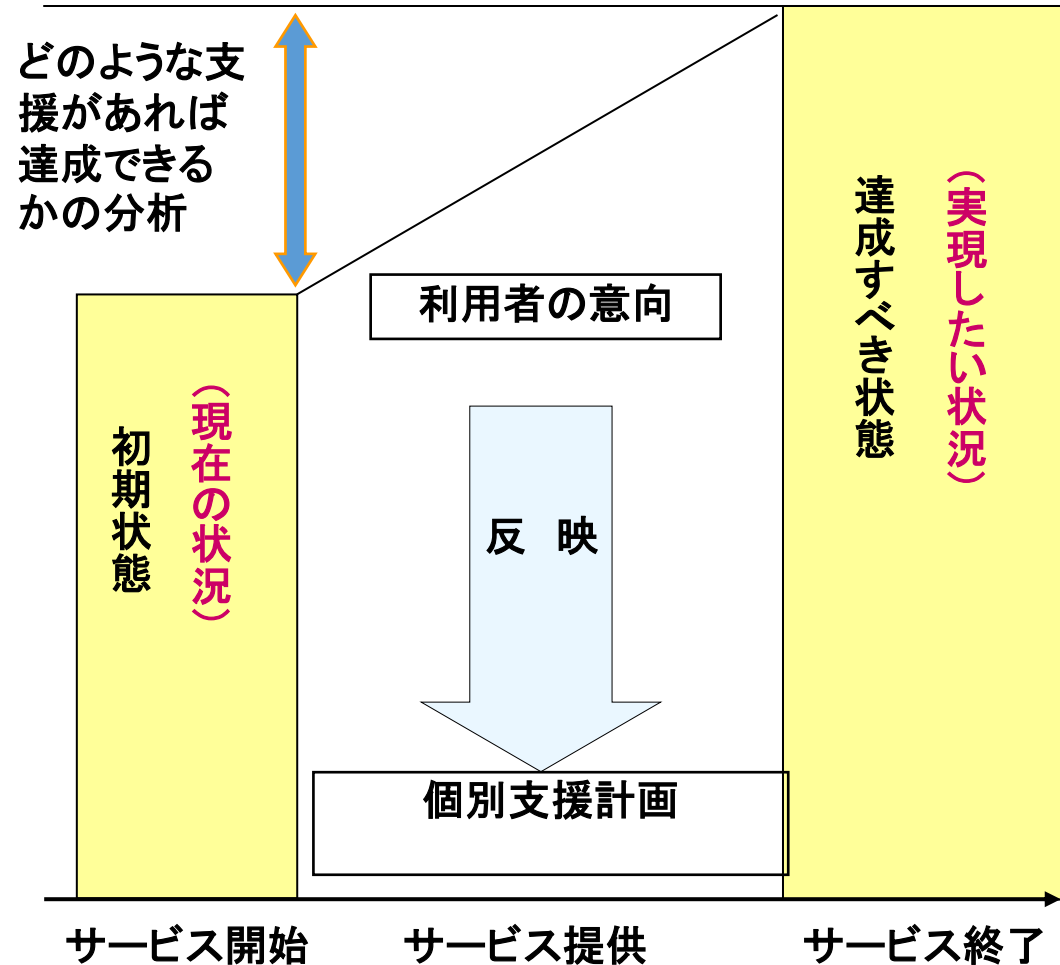


- ニーズを明らかにしていくプロセスでは、**専門職による心身の評価が優先されることからのパターンリズムに陥らない意識**が必須である

- 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

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



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

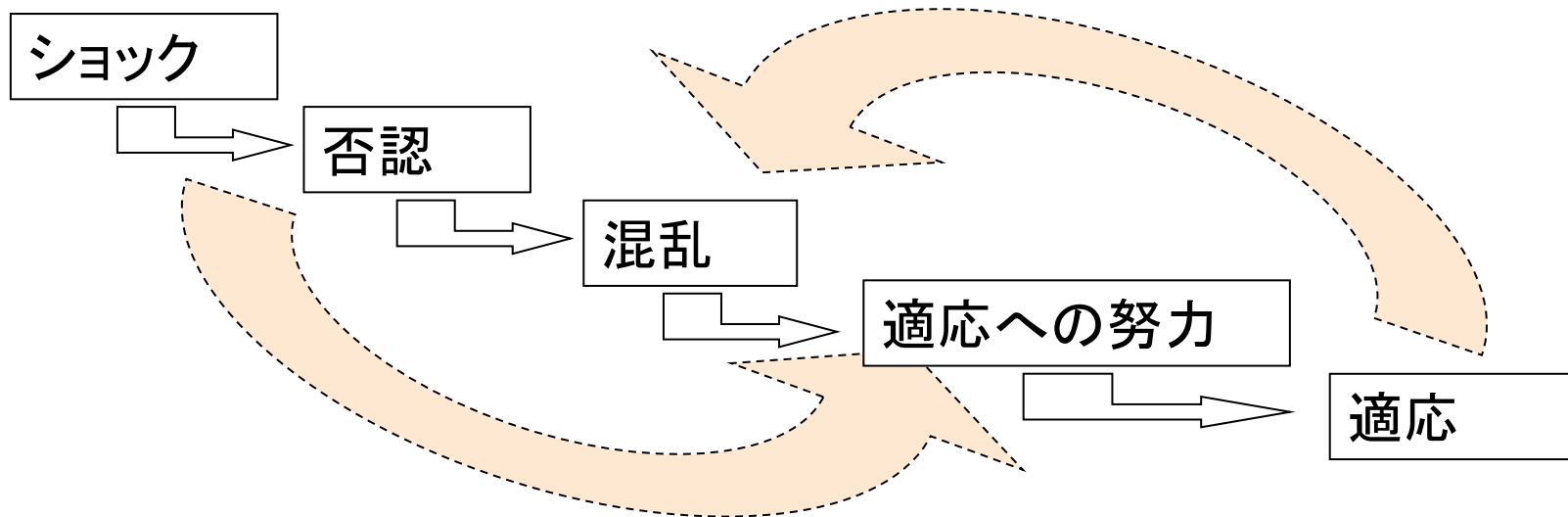
利用者のニーズや課題は、人と環境の相互作用によって生じてくることを理解する。利用者のストレングスへの気づきも大切である。

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

障害受容のプロセス



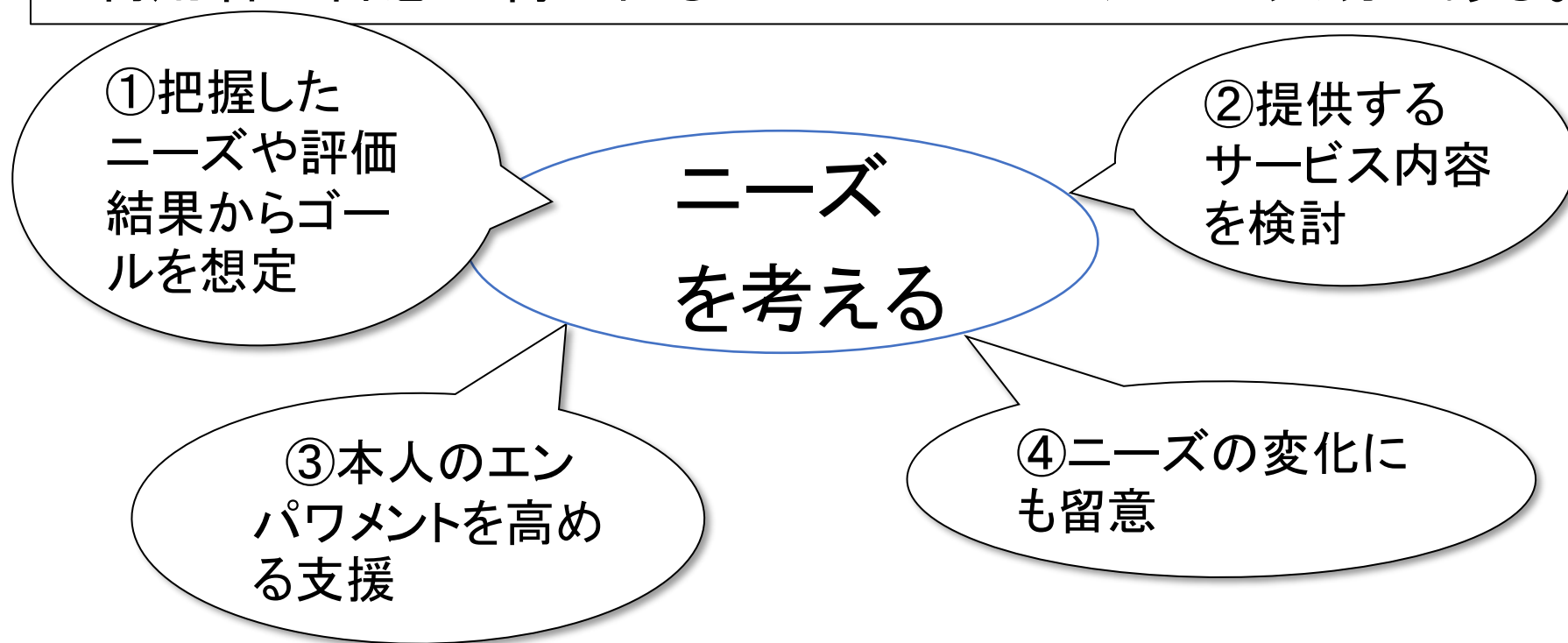
「障害受容」のステージ理論に対する批判

- 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

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。



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

利用者の思い

支援者の気づき

利用者の夢や希望と
その背景にある様々
な思い
(フェルトニーズ)

- 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)

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。
- 支援を通し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。

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。

- 1 生活介護 療養介護
- 2 自立訓練(機能訓練、生活訓練)
- 3 共同生活援助、自立生活援助、生活訓練、
- 4 就労継続支援A・B型
就労移行支援、就労定着支援、就労選択支援

共同生活援助(グループホーム)の概要

- ☆ 障害のある方が**地域住民との交流が確保される地域の中で、家庭的な雰囲気の下、共同生活を営む住まいの場。**
- ☆ 1つの住居の利用者数の平均は**6名程度。**

具体的な利用者像

- ☆ 単身での生活は不安があるため、一定の支援を受けながら地域の中で暮らしたい方
- ☆ 一定の介護が必要であるが、施設ではなく地域の中で暮らしたい方
- ☆ 施設を退所して、地域生活へ移行したいがいきなりの単身生活には不安がある方 など

具体的な支援内容

- ☆ 主として夜間において、共同生活を営むべき住居における相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他日常生活上の援助を実施
- ☆ 利用者の就労先又は日中活動サービス等との連絡調整や余暇活動等の社会生活上の援助を実施

必要な設備等

- ☆ **共同生活住居ごとに1以上のユニットが必要**
- ☆ **ユニットの入居定員は2人以上10人以下**
- ☆ 居室及び居室に近接して設けられる相互に交流を図ることができる設備を設ける
- ☆ 居室の定員：原則1人
- ☆ 居室面積：収納設備を除き**7.43㎡**

★住宅地に立地

★入居定員は原則10名以下

- ※ 既存の建物を利用する場合は20名以下、都道府県知事が特に必要と認める場合は30名以下とすることができる。
- ※ 日中サービス支援型の場合、一つの建物に複数の共同生活住居を設けることができる。(定員の合計は20人以下)

利用者数の推移

R2.4月実績
132,449人



出典：国保連データ（各年度末月）

	グループホーム（共同生活援助）		
	（介護サービス包括型）	（日中サービス支援型）	（外部サービス利用型）
利用対象者	障害支援区分にかかわらず利用可能		
サービス内容	主に夜間における食事や入浴等の介護や相談等の日常生活上の援助		
介護が必要な者への対応	当該事業所の従業者により介護サービスを提供	当該事業所の従業者により常時の介護サービスを提供	外部の居宅介護事業所に委託
報酬単位	世話人の配置及び障害支援区分に応じて 666単位～171単位	世話人の配置及び障害支援区分に応じて 1,104単位～279単位	世話人の配置に応じて 244単位～114単位 標準的な時間に応じて（受託居宅介護サービス） 95単位～
事業所数	7,718事業所	182事業所 (平成30年4月～)	1,321事業所
利用者数	114,554人	2,344人 (平成30年4月～)	15,551人

事業所数・利用者数については、国保連令和2年4月サービス提供分実績

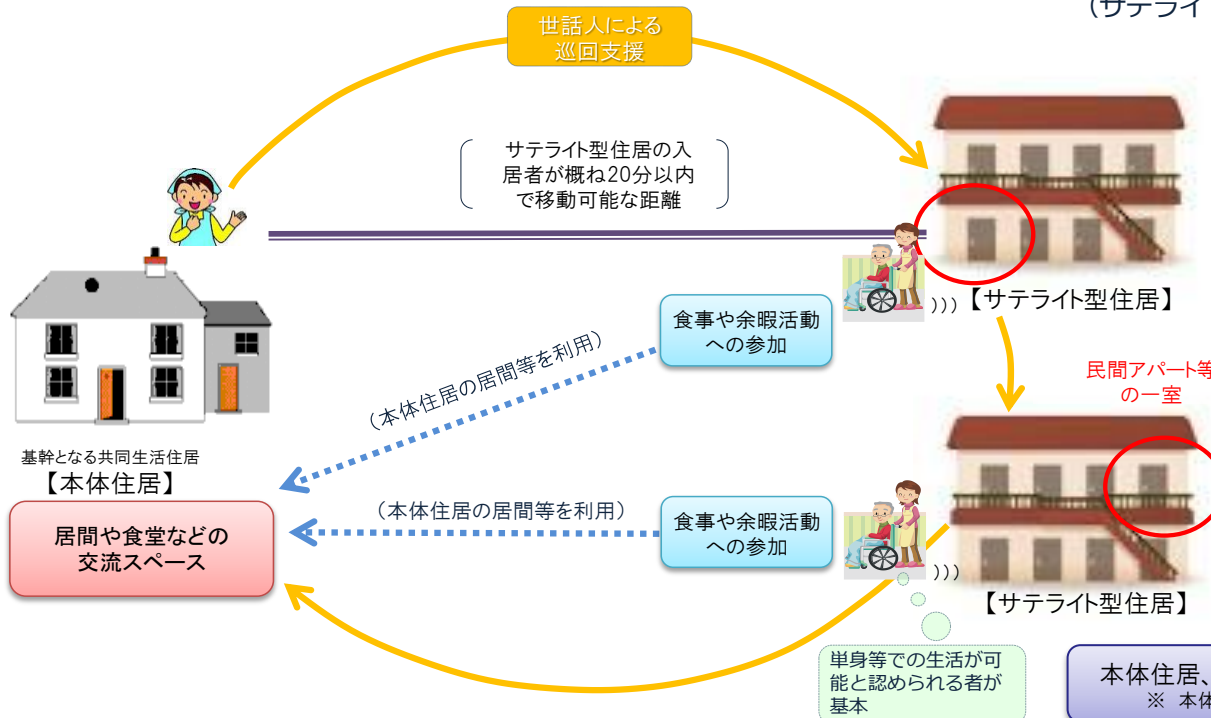
グループホーム（サテライト型）の概要

- 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、物件が見つかってい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	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

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。

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

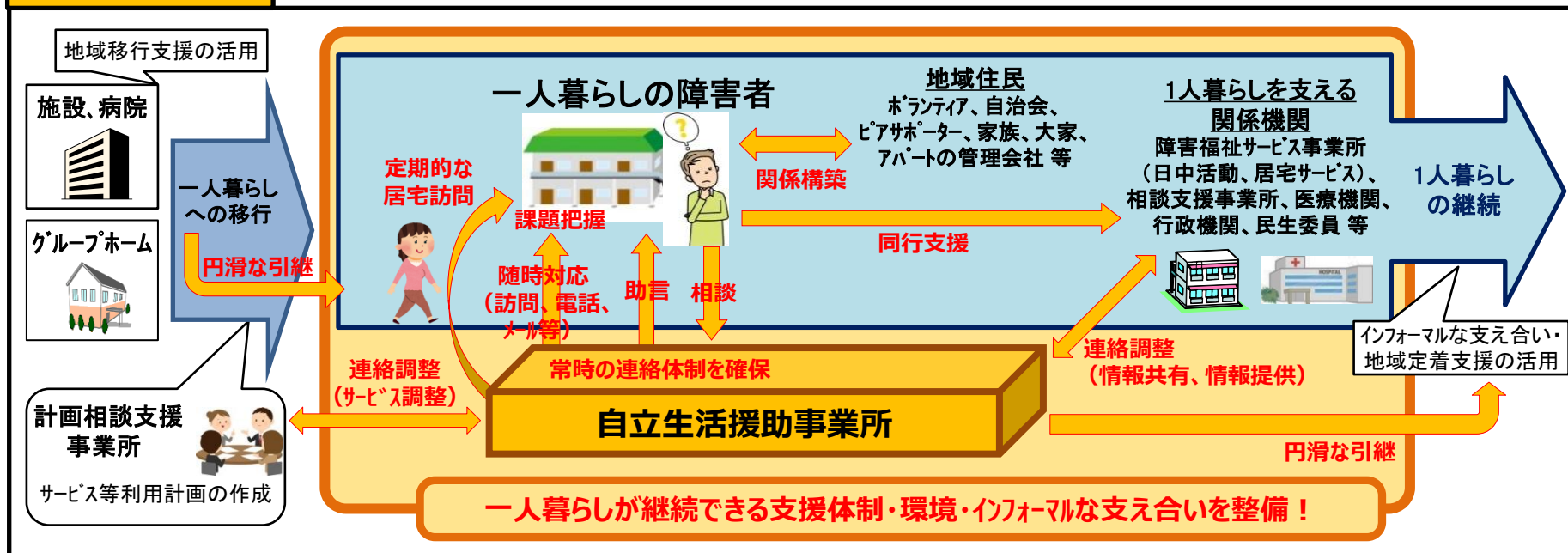
※自立生活援助による支援が必要な者（例）

- 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

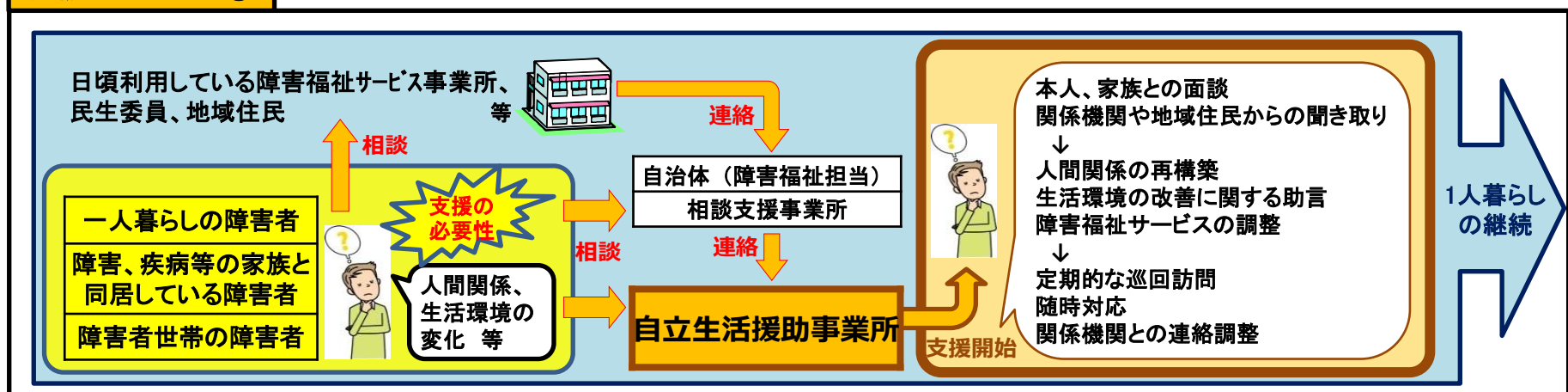
※家族による支援が見込めないと判断する場合（例）

- 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



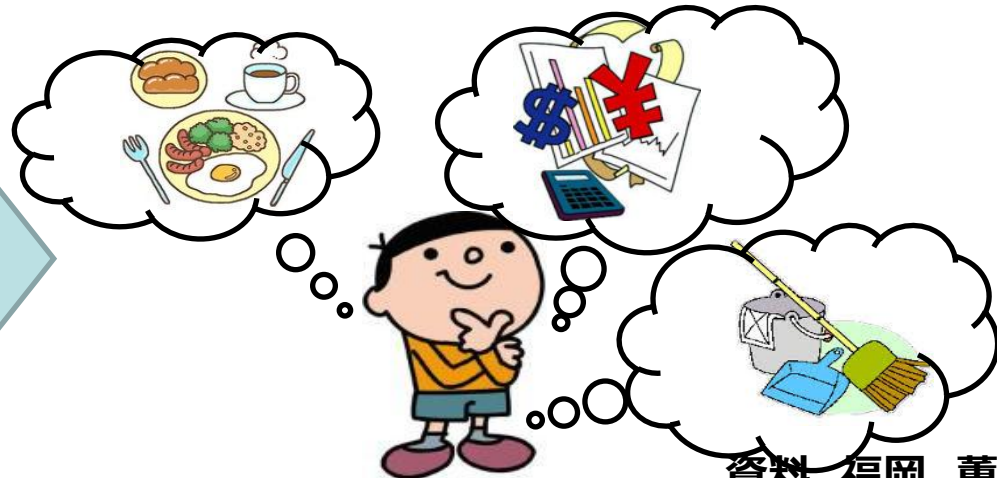
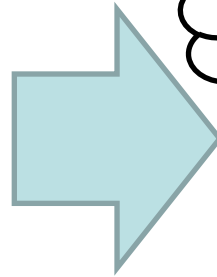
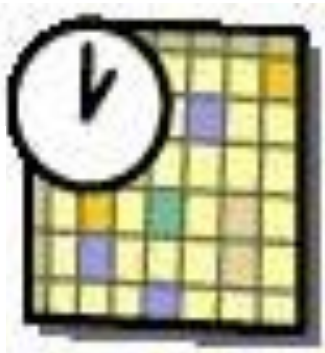
自立訓練(生活訓練)の目的

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



これって必要と思ったらプログラムに

1人で

仲間と

ストレスマネジ
メント・コミュニケー
ションスキル



気持ちの整理整頓



伝える力・聞く力

生活
力ア
ップ
座学
実践



エンジョイパソコン



クローバーカフェ



らくらくランチ



生活塾

余暇活動・体力回
復支援



映画鑑賞会



ダ・ヴィンチクラブ



うきうきクローバー

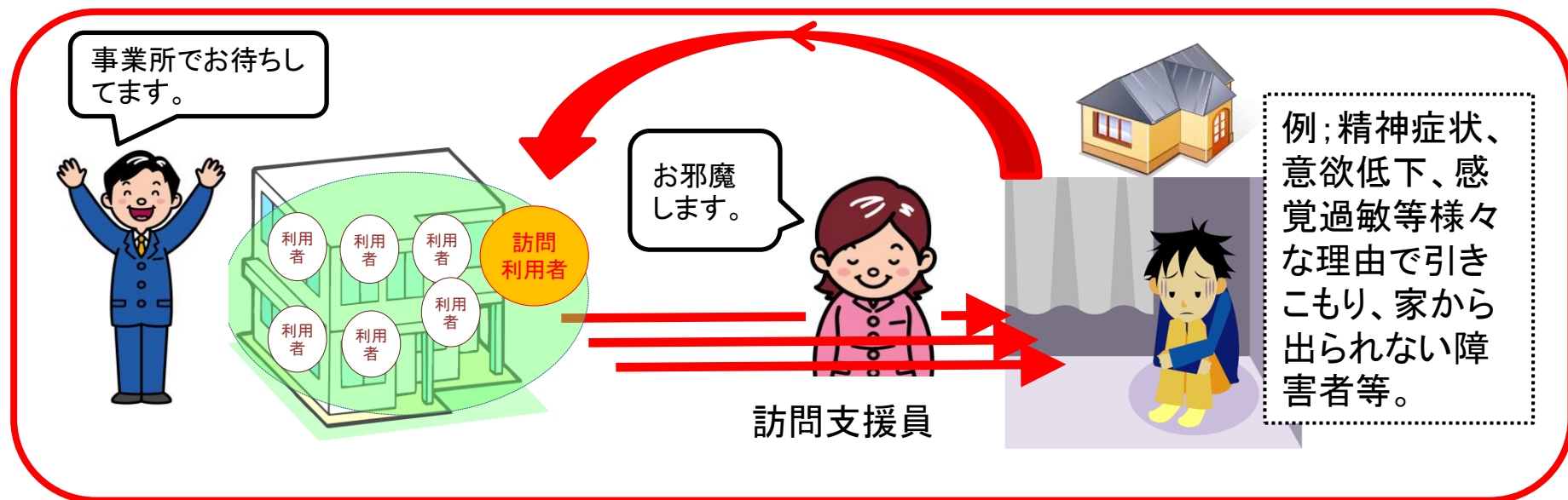


寝屋川ウォーカー
資料 福岡 薫

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、等。



訪問による訓練のイメージ（参考例②）

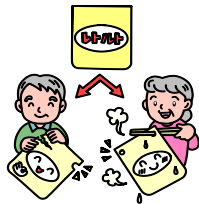
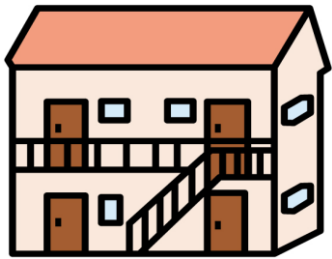
生活上必要な家事等を、実際の生活環境で訓練することが効果的な場合（新規⇒自立訓練への通所を前提にしない）

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、御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



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）

就労中の障害者の自宅等を訪問して生活訓練することで、就労継続を支えられる場合（新規⇒自立訓練への通所を前提にしない）

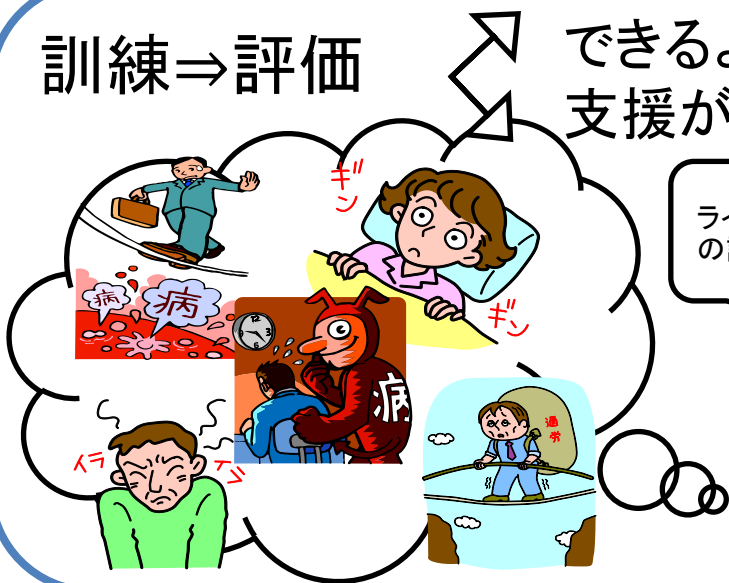
就労すると体調を崩してしまう方が、働きながら生活を整える訓練（家事、体調管理、対人関係等）をすると、生活と仕事の両立の仕方が身に付き、生活も体調も安定し、就労も継続することができる、等。

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

ライフとワークの両立
の訓練ですね。

例；就労継続を
目標に、多機関
と連携し、就労
場面での状況を
勘案しながら、
家事や体調管
理の方法等を訓
練する等。



訪問による訓練のイメージ（参考例④）

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、等。

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

(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ngths 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ngths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。

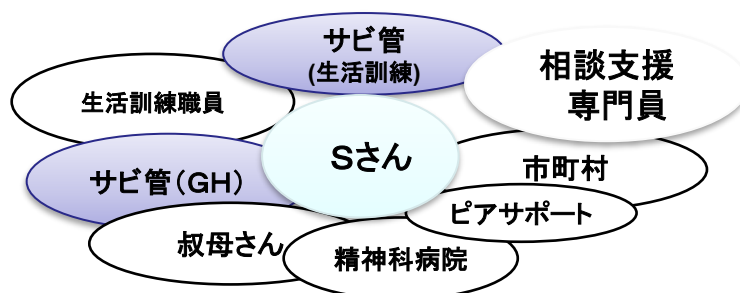
家族が「本人中心の支援」に移行するために、サービス管理責任者が
できることを考えてみましょう。

(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。

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

- 1 生活介護 療養介護
- 2 自立訓練(機能訓練、生活訓練)
- 3 共同生活援助、生活訓練、自立生活援助
- 4 就労継続支援A・B型
就労移行支援、就労定着支援、就労選択支援

(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

訓練等給付	就労選択支援	否	障害者本人が就労先・働き方についてより良い選択ができるよう、就労アセスメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等にあった選択の支援を行う
	就労移行支援	否	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
	就労継続支援（A型）	否	一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
	就労継続支援（B型）	否	一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
	就労定着支援	否	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う

(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)

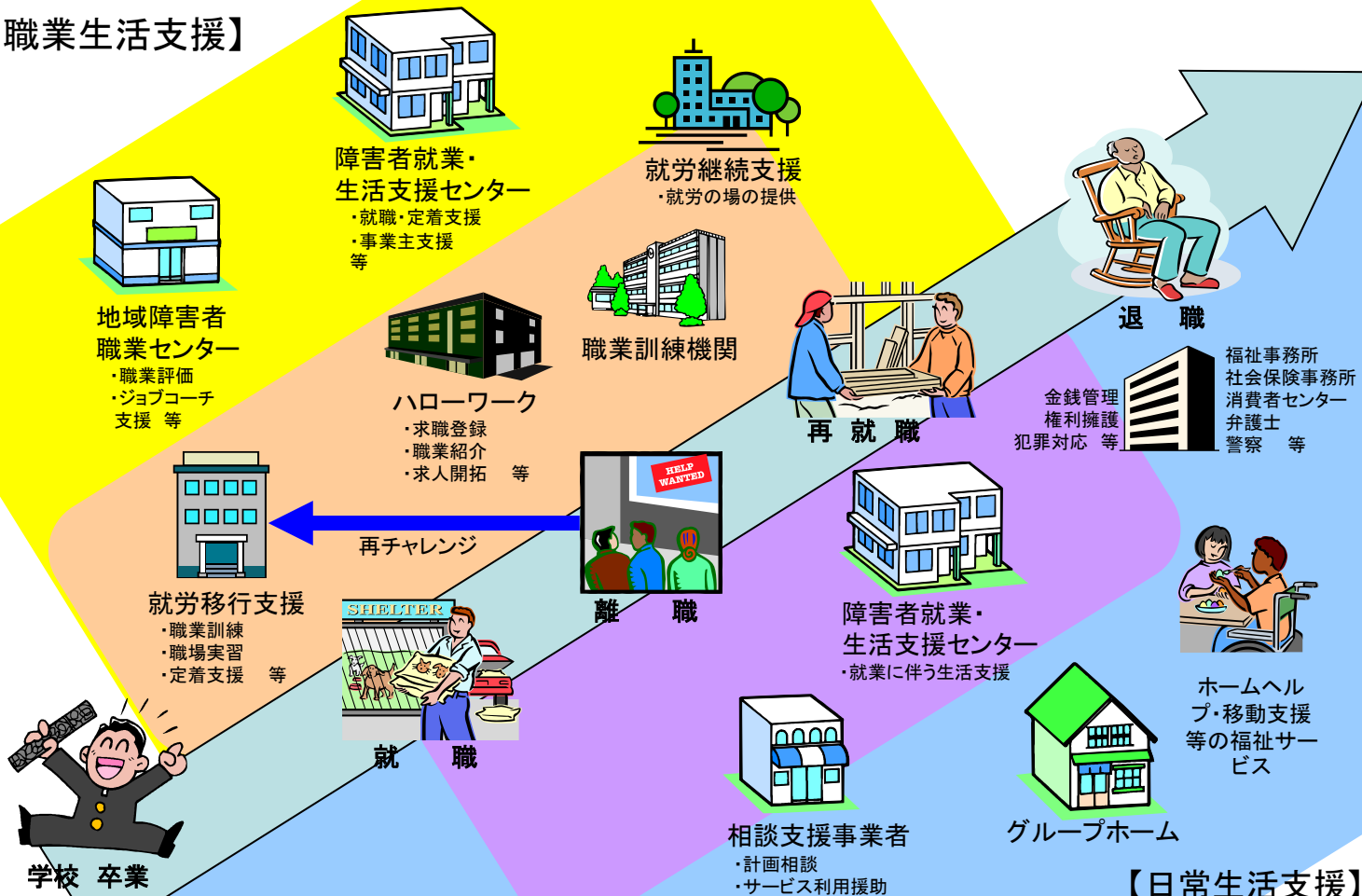
(1)-④ サービス提供の基本的な視点

- ・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)

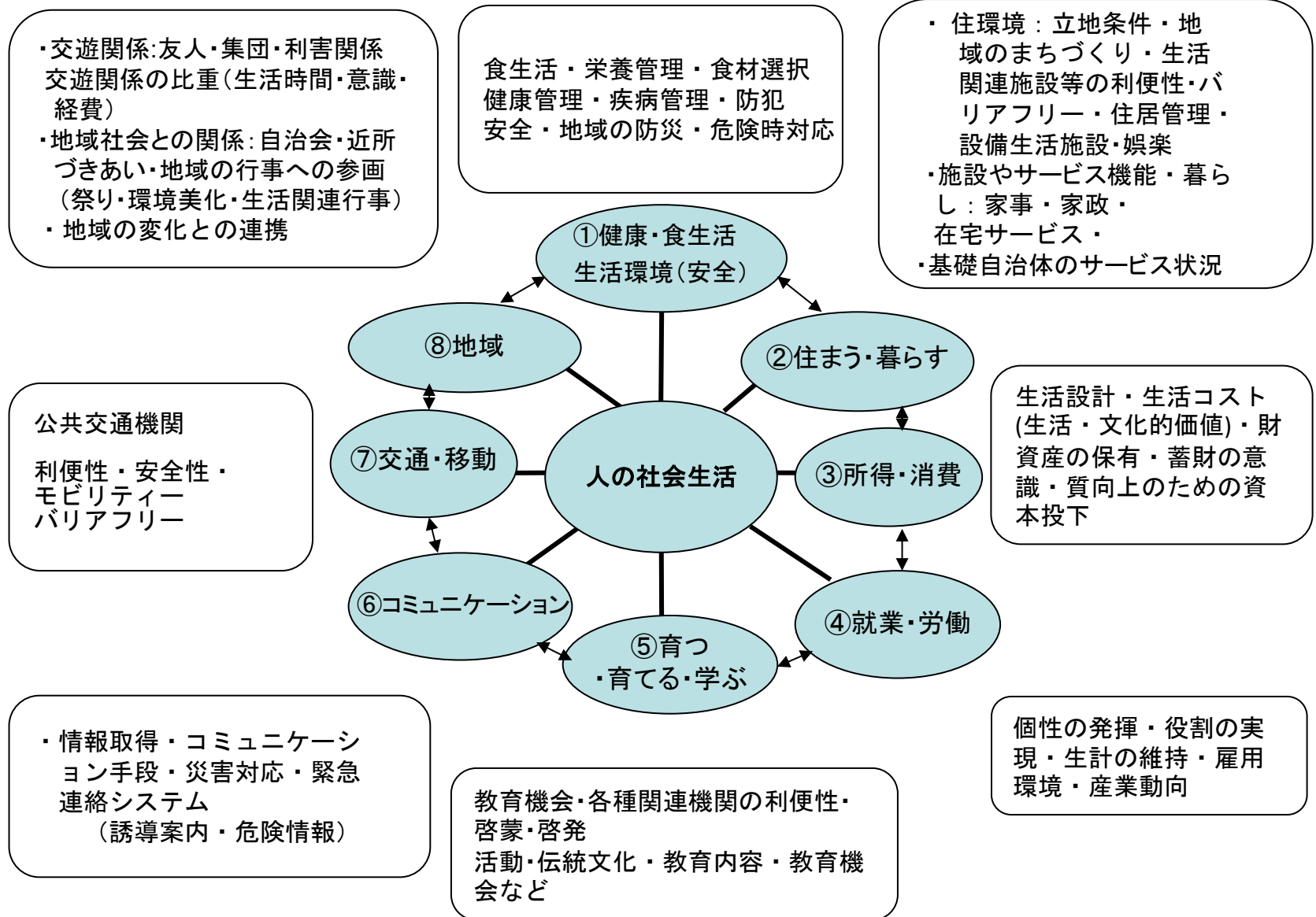
「利用する人が、今よりも更に
よりよい生活や生き方をめざす」視点

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)

【職業生活支援】



社会生活の多様性



(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

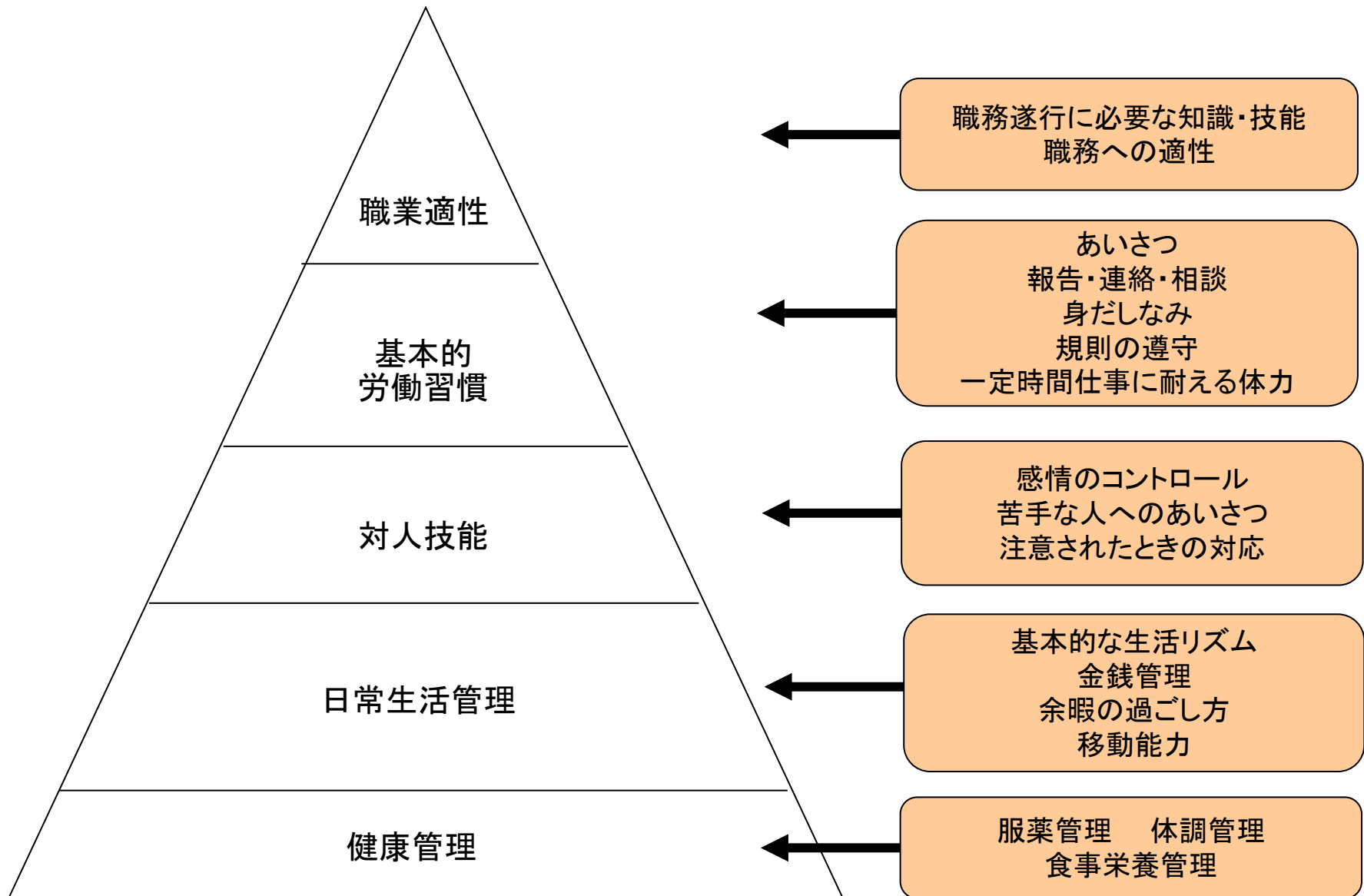
【目 的】就労する(能力向上)にあたり、事前に
仕事への適性および能力(潜在能力を含む)
を発見し、客観的に評価をする

※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？

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
	19	集中力の維持			○	30分経つと集中力が切れてくる
職業適性	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

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

(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

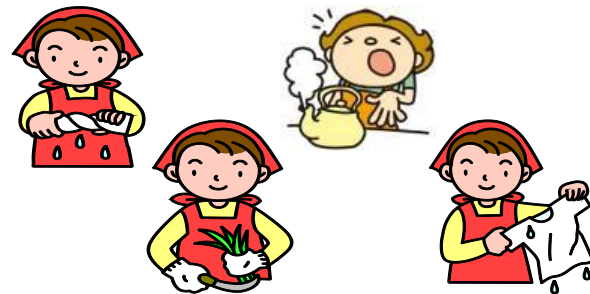
事例より

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



(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

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) 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atching

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

(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3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。

(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

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

この講義のおさらい

サービス提供の基本姿勢

- ①利用者中心の考え方 ②利用者のニーズ理解
- ③達成すべき状態の明確化 ④事業所で提供するサービスの理解

アセスメントのポイント

- ①ストレングスを常に意識する
- ②意思決定支援への配慮から取り組みへ
- ③ICFの視点
- ④可視化したツール

アセスメント力を高めるための視点

- ①小さな変化に気づく観察力・行動分析
- ②利用者の能力を伸ばす支援
- ③利用者個々に応じた活動を作る
- ④利用者のニーズに応じて次の生活を目指す