資料4

令和8年度

サービス管理責任者及び児童発達支援管理責者
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

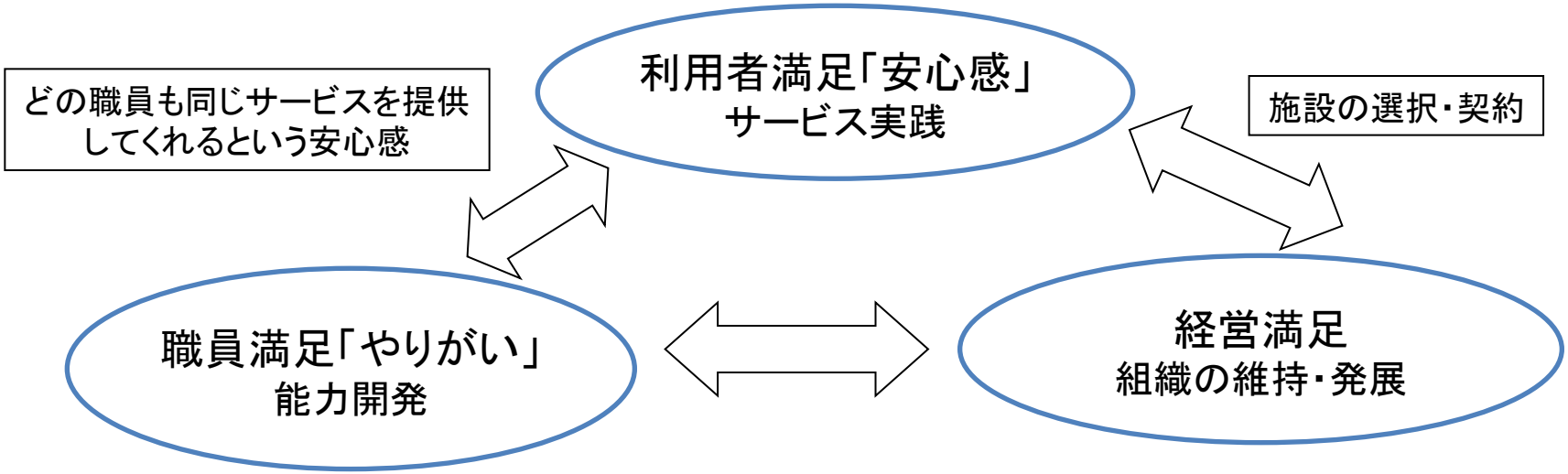
マニュアルの必要性(生活介護・療養介護)

○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



（例えば）

※ 同じようなサービスや複数が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

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

- 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）

利用者との関わり方の指針

利用者のニーズに着目した個別支援計画

参考

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	・毎日、朝・昼・晩の三食、美味しい食事を提供します。 ・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。 ・利用される方の嗜好を大事します。				
	(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					

参考

(Ⅲ)入浴	入浴	共通内容	・毎日、入浴していただく機会を提供します。 ・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。				
	(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	・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。				
	(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

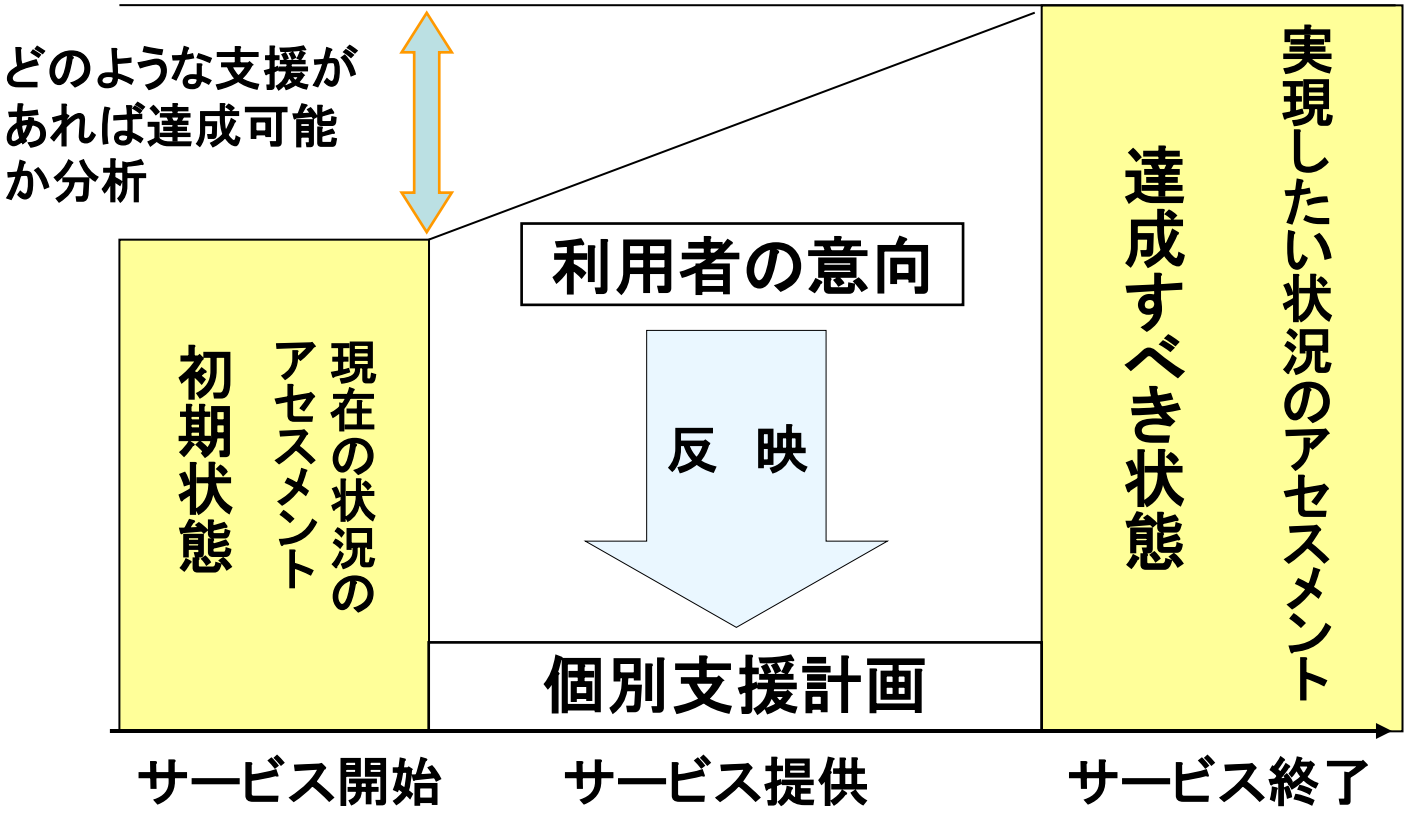
・利用者一人ひとりの心身の状況（障がい等）、ニーズ、想い、家族関係、社会活動への参加意欲、人間関係での価値観等に十分配慮した個別性が高く多様性のある支援。

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）

<u>①環境要因</u>

・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・・・

<u>②本人の状況</u>

・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・行動等など･･･

☆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。

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。
〇この部分は、支援者の頭の中で暗算していた。
〇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。
〇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。
〇この部分も支援者の頭の中で暗算していた。
〇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。
〇個別支援計画の根拠となるのがニーズ整理表。

参考

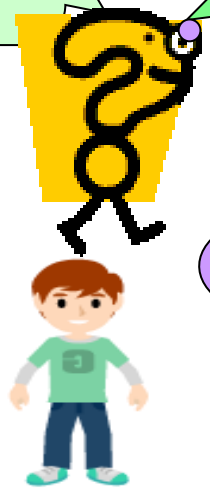
ツールを使ってニーズを整理する、本人を知るための地図

（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をしています。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、○○で暮らしたいです。私の今の願い、希望は○○です。今、私は○○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○○です。私は○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

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）

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。

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。

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。

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

<table>
<tr><td colspan="2">胎児期</td><td colspan="2">胎生期における母親の不安への支援</td></tr>
<tr><td colspan="2">新生児期（おおよそ2ヶ月まで）</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">乳幼児期（主として0～3歳未満）</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">幼児期</td><td>前期（主として3歳～5歳未満）</td><td colspan="2">発達段階に応じたあそびを通した達成感の経験、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</td></tr>
<tr><td>後期（主として5歳～就学まで）</td><td colspan="2">就学に向けての支援、豊かなあそびを通した対人関係の構築と生活体験の広がり</td></tr>
<tr><td colspan="2">学童期（主として就学～12歳まで）</td><td rowspan="2">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</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">思春期（主として13歳～17歳）</td><td>卒業後に向けた就労体験、生活体験、移行支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">青年期</td><td>前期（主として18歳～20歳）</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td>後期（主として20歳代）</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td rowspan="3">成人期</td><td>前期（主として30～40歳代）</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td>中期（主として50歳代～65歳未満）</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td>後期（主として65歳以上）</td><td colspan="2">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</td></tr>
</table>

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。**
- **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。

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

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。

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

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良いことが多い。

児童期は・・・

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。

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。

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。

（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

（参考資料）

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

（参考資料）

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

普通の子育てが
わからない！

» 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

» 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　　栄養補給のための食事
児童虐待　　育児放棄

子どもの障害の状態を評価しただけでは、子どもを理解したことにはならない

⑦児童期の支援の全体像

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？

障害児入所支援
児童発達支援
保育所等訪問支援
放課後等デイサービス

相　　談
育児支援
家族支援
福祉支援

発 達 支 援
医療的支援
自 立 支 援

訪問巡回
育ちの場における
こどもへの支援
スタッフへの支援

地域資源との連携

地域の中での受け入れをバックアップする後方支援として専門的な役割を担う

◆特別なニーズへの具体的な手立て
◆環境（物的、人的、形態等）への支援
◆障害に関する知識、技術等支援スキル

体制づくり

インクルーシブ社会の実現

ともに育つ
ともに学ぶ
ともに生きる

保育所、幼稚園、
認定こども園
学　校
放課後児童クラブ

（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イゾーンの子ども（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

（参考資料）

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

（参考資料）

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

（参考資料）

児童期の支援におけるアセスメントのポイント

自立への道筋

乳幼児期

関わりそのものが
発達を促す

安心感

基本的信頼感
自尊感情の育ち

自律の芽生え

学齢期

自律

成人期

自己実現
自立

意思決定への参加
自主性の育ち
役割の自覚と責任意識の育成
自己決定に基づいた成功体験
自己肯定感の育成
自己概念の形成
社会の一員として活動

愛情（大人からの温かなまなざし）

（参考資料）

「児童発達支援」の内容

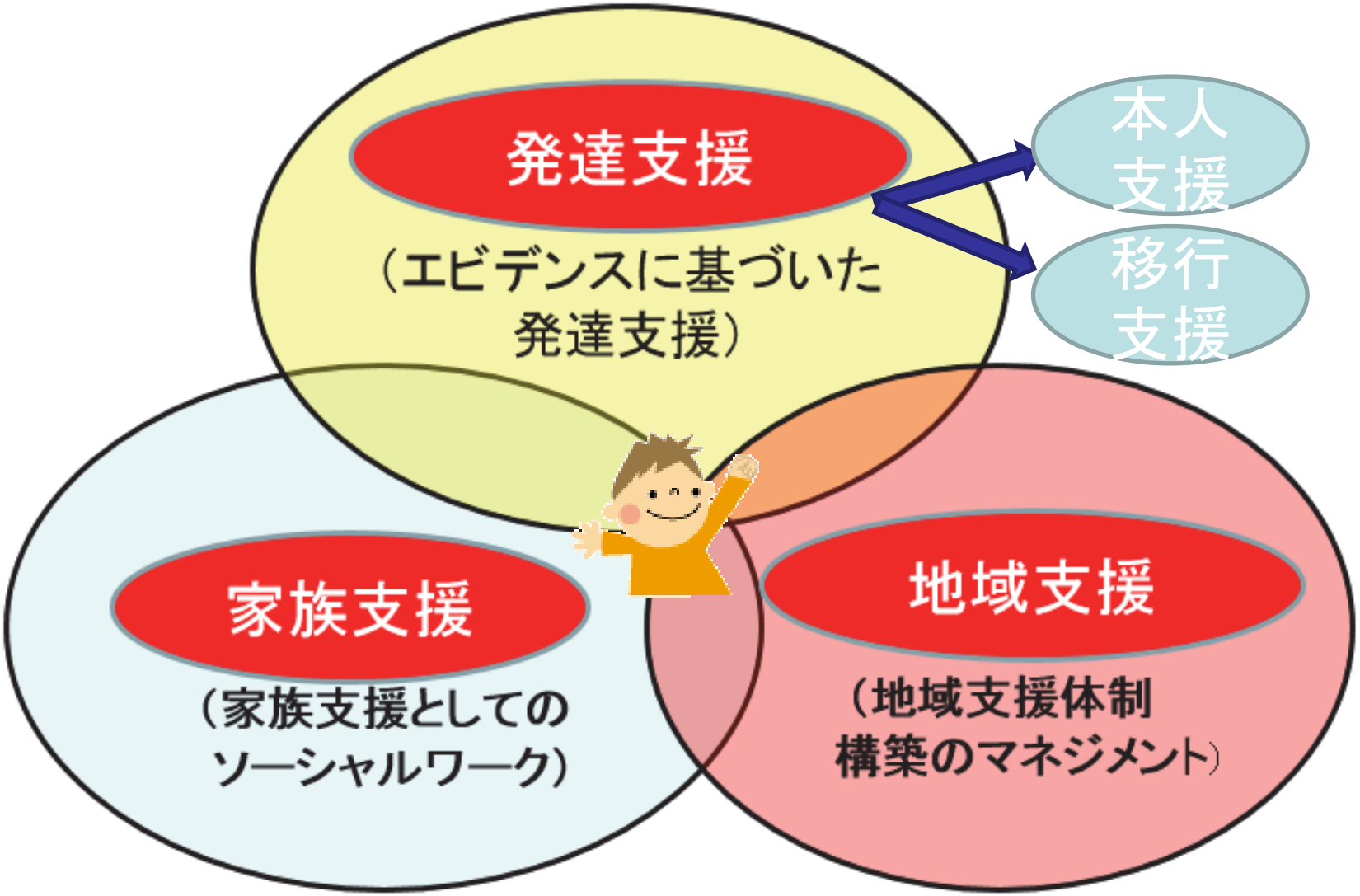
※以後、資料に示す「児童発達支援」とは、児童発達支援センターや児童発達支援事業所における児童発達支援ではなく、児童発達支援管理責任者における広義の「児童発達支援」である。

- 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

（参考資料）

児童発達支援の３つの要素



（参考資料）

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。

児童発達支援ガイドラインより引用

⑧児童期の支援のプロセス

アセスメントを実施する際の基本的な視点～子どもへの関わりに不可欠な視点とその支援プロセス

子どもの支援のプロセス

把握

子どもが示す現状をありのままにとらえる
（知識と客観的視点）

因子を分類し、それぞれに分析しながら、深める

発達段階による因子

- 生活年齢
- 年齢特徴
- 認知特性

障害特性による因子

- 発達年齢
- 運動特性
- 感覚特性
- 認知特性
- 学習形態

環境(人,場所,時間)による因子

- 家庭環境
- 友達関係
- 活動の場

分析

とらえた状況を障害特性、発達段階、生活環境と照合する
（情報収集と評価と想定）

計画

年齢相応の姿の想定と状況を照合し、次の段階（姿）を創造する
（創造と方針の決定）

活動

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。
（意図をもって過ごすと自然と 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、いくつかに絞られる。

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。

⑨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

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

（参考資料）

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

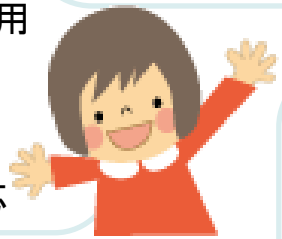
障害のある子どもの発達の側面から、「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」の5領域において、将来、日常生活や社会生活を円滑に営めるようにすることを大きな目標として支援。

（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」

（参考資料）

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こと

⇒ アセスメントの要約をする（100～200文字程度）

⑪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

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、成長できるところ、機能的に改善できるところ、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考えていけば良いのでしょう？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、もういらない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が、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？

（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～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？

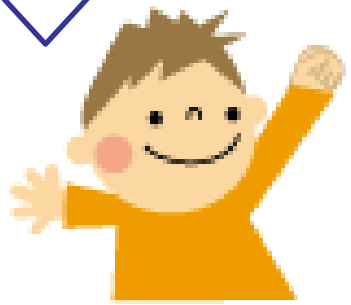
ことばが遅いのではと、親戚に言われました。私は心配していないのですが…。

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！・・・



（参考資料）

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）

（参考資料）

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！

（参考資料）

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？

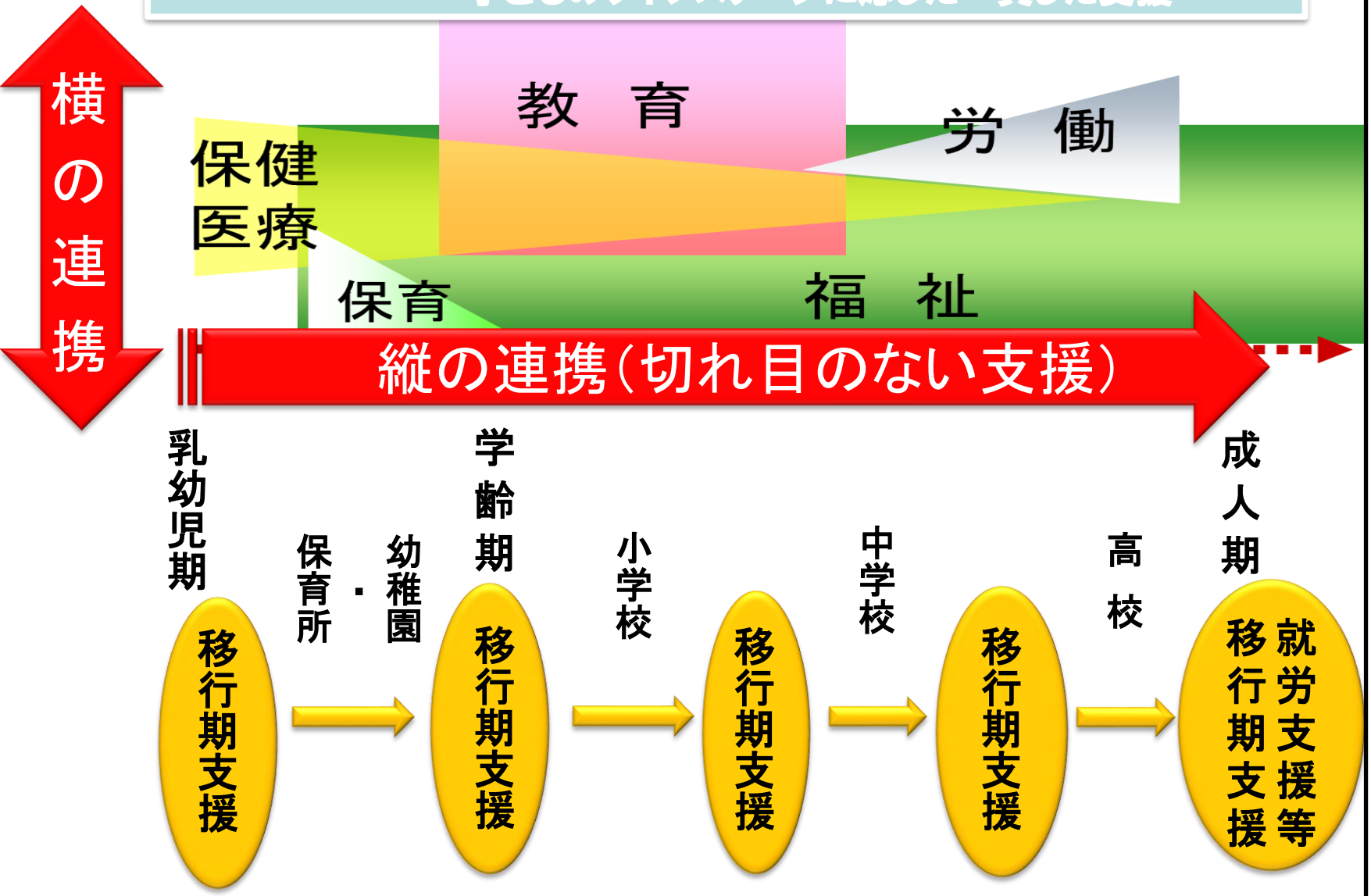
☆保護者の訴えや悩みを適切な頻度で、直接面談をして聴き取っているか？
☆保護者のストレスの状態とその変化について、職員間で話し合っているか？
☆今後生じると予想される保護者のストレスや悩みに対し、事前にその対応策を考えているか？

◆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？

（参考資料）

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！

子どもの将来の幸せを考えた個別の支援計画、サポートファイルの活用

（参考資料）

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

幼児期

学童期（小学校）

思春期 青年期（中学校・高校）

地域における自立

自己肯定感・社会的行動の獲得

「気づき」のポイント

集団活動への参加が苦手
落ち着きがない
一人遊びが多い
言葉が遅い
やりとりが一方的
急な予定変更での混乱
こだわりが強い
指示が伝わりにくい　等

→

教科によって学習状況に遅れ
抽象的な言葉の理解が苦手
忘れ物が多い
うっかりミスが多く何回も同じことを繰り返す
うまく人間関係がとれない
感情のコントロールが難しい
相手の表情や気持ちがうまく読めない
マナーやルールに無頓着　等

→

親・家族、保育士

教師、親・家族

（参考資料）

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

（参考資料）

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
- アセスメントとティームアプローチ
- 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

（参考資料）

児童発達支援を提供するにあたって必要な知識

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

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・行動等など･･･

☆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。

児童期における個別支援計画原案のポイント

利用児氏名：○○　○○（生年月日：暦年齢）

個別支援計画書

作成年月日：　年　月　日

（別紙２）

利用児及び家族の生活に対する意向	こども本人や家族の意向を聴いた上で、家族より得た情報やこどもの発達段階や特性等を踏まえて、整理して記載する。
総合的な支援の方針	○　1年間を目途に（それ以上の期間も可）、以下の観点も踏まえながら、こどもや家族、関係者が共通した状況や課題への認識と支援の見通しやイメージを持つことができるよう、事業所としてのこども等の状況の見立てとどのように支援をしていくのかという方針を記載する。 ・　障害児支援利用計画、障害児支援担当者会議（セルフプランの場合には、事業所間連携加算等も活用し、複数の利用事業所を集めた支援の連携のための会議）で求められている事業所の役割 ・　支援場面のみではなく、家庭や通っている保育所や幼稚園、放課後児童クラブ等（以下「保育所等」という。）、学校等での生活や育ちの視点 ・　保育所等の併行利用や移行、同年代のこどもとの仲間づくり等のインクルージョン（地域社会への参加・包摂）の視点 ・　こどもが事業所を継続的に利用している場合には、個別支援計画のモニタリング結果を踏まえたPDCAサイクルによる支援の適切な提供の視点

長期目標（内容・期間等）	総合的な支援の方針で掲げた内容を踏まえ、概ね１年程度で目指す目標を設定して記載する。	支援の標準的な提供時間等（曜日・頻度、時間）
短期目標（内容・期間等）	長期目標で掲げた内容を踏まえ、概ね６か月程度で目指す目標を設定して記載する。	・利用曜日・提供時間等を記載。 ・計画及び延長時間を別表で定めることも可。

○支援目標及び具体的な支援内

・　こどもの利用頻度や発達の状況に応じて欄の増減等のアレンジは適宜行っていただいて差し支えない。

○　支援目標を達成するために必要となる期間を設定する。
○　個別支援計画については、６か月に１回以上の見直しが求められているため、達成時期についても最長６か月後までとする。１～３か月で達成する目標も積極的に検討していくこと。

項目	支援目標（具体的な到達目標）	支援内容（内容・支援の提供上のポイント・5領域			優先順位
本人支援					
本人支援					
本人支援					
本人支援					
本人支援					
家族支援					
移行支援					
地域支援・地域連携					

○　「本人支援」「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」を項目欄に記載する。
○　「本人支援」「家族支援」「移行支援」については必ず記載する。「地域支援・地域連携」については、必要に応じて記載することとするが、各事業所において積極的に取り組むことが望ましい。

○　支援期間終了の際（モニタリング時）に、到達できているであろう「こども本人や家族の状況」を具体的な到達目標として記載する。
○　こども本人や家族の意向等だけでなく、アセスメントの結果も踏まえて、必要と考えられる支援ニーズも含めて目標設定を行うこと。
○　到達目標については、主語はこども本人や家族となるよう記載することを基本とする。
　なお、「移行支援」及び「地域支援・地域連携」については、支援方針の立て方や連携体制のとり方によって、主語が事業所・関係機関・関係者等にもなりうるため、柔軟に取り扱うこと。

○　こどもや家族の意向も踏まえた上で、こどもの支援ニーズと課題、現在と当面の生活の状況等を踏まえて、「本人支援」の各支援内容に関して取組の優先順位を設定する。こどもの発達段階や特性等についてこどもや家族と共通理解を図り共に考えながら設定することが望ましい。
○　優先順位として番号を振ることのほか、二重丸や丸等で優先度を示すこととしても差し支えない。また、優先度がつけられない又は判断できない場合には空欄にすることや、同一の番号とすることとしても差し支えない。
○　「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、優先順位の記載は不要である。

○　支援目標（具体的な到達目標）で設定した目標に向けて、事業所がどのような支援、工夫、配慮を行うのかを具体的に記載する。
○　「本人支援」については、具体的に設定した支援内容と５領域との関連性を記載する。支援内容と関連する５領域が複数にまたがる場合には、関連する領域を全て記載する。
○　「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、家族や関係機関への具体的な働きかけや取組等について記載する。なお、これらの項目については５領域との関連性の記載は不要である。

○　支援内容に設定した取組が、加算の算定を想定している取組である場合には、算定する加算や頻度等について記載する（例：子育てサポート加算、家族支援加算、関係機関連携加算等）。
○　個別支援計画とは別途計画を作成することが必要な加算についても、個別支援計画との関連性を記載する（例：専門的支援実施加算、自立サポート加算等）。
○　家族の役割、支援の進め方等、支援について補足事項があれば記載する。

○　主として支援を提供する担当者の氏名や職種等を記載する。
○　「移行支援」や「地域支援・地域連携」において、関係機関との連携を行うことを支援内容として設定している場合には、具体的な連携先である機関名等を記載する。

【個別支援計画全般に係る留意点】
○　個別支援計画の作成に当たっては、こどもの意思の尊重（年齢及び発達の程度に応じた意見の尊重等）及びこどもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて作成することが必要である。
○　それぞれの記載項目について、こどもと家族の意向とアセスメントを踏まえて、つながりを持って作成していくことが必要である。「利用児及び家族の生活に対する意向」も踏まえて「総合的な支援の方針」を設定し、それを受けた「長期目標」「短期目標」、それを達成するための「支援目標及び具体的な支援内容等」を設定すること。
○　５領域（「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」）の視点等を踏まえたアセスメントを行った上で、５領域の視点を網羅した支援を行うことが必要である。この際、５領域の視点を持ちながら、こどもと家族の状況を多様な観点・情報から総合的・包括的に確認・分析してそのニーズや課題を捉え、そこから必要な支援を組み立てていくことが重要であり、単に５領域に対応する課題や支援への当てはめを行うだけのアセスメント・計画作成にならないよう留意すること。
　なお、発達支援は個々のこどもへのアセスメントを踏まえたオーダーメイドの支援を行うものであり、支援目標や支援内容がそれぞれのこどもについて同一のものとなることは想定されないこと。
○　「支援目標及び具体的な支援内容等」においては、発達支援の基本となる「本人支援」「家族支援」「移行支援」について必ず記載すること。
　また、「地域支援・地域連携」（例：医療機関との連携等）については、必要に応じて記載することとするが、関係者が連携しながらこどもと家族を包括的に支援していく観点から、当該事項についても積極的に取り組むことが望ましい。
○　アセスメントに基づくこどもの状態像の把握を適時に行いながら、PDCA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）により支援の適切な提供を進めることが必要である。
　個別支援計画の作成後も、こどもについての継続的なアセスメントによりこどもの状況等について把握するとともに、計画に基づく支援の実施状況等の把握を行い、モニタリングの際には、作成した個別支援計画に定めた支援目標に対する達成状況等の評価を行い、これを踏まえて個別支援計画の見直しを行うこと。
　この観点からは、支援目標や支援内容の記載が長期にわたり同一であることは想定されないこと。

提供する支援内容について、本計画書に基づき説明しました。

児童発達支援管理責任者氏名：　　年　月　日　（保護者署名）　押印廃止

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種多様で、質の観点からも大きな開きがあるのではないか。

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

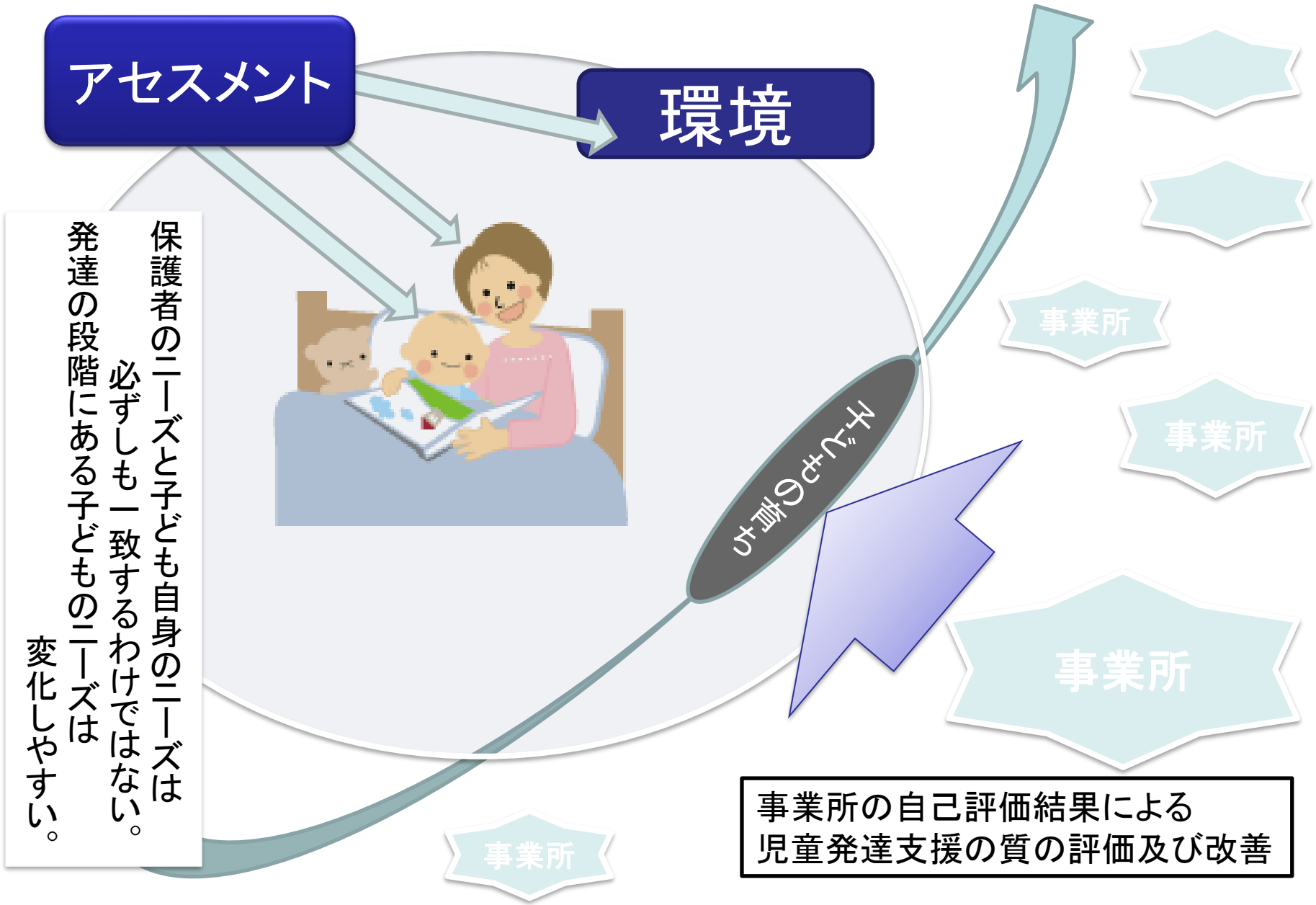
支援に活用

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



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）

機能訓練事業

対象者

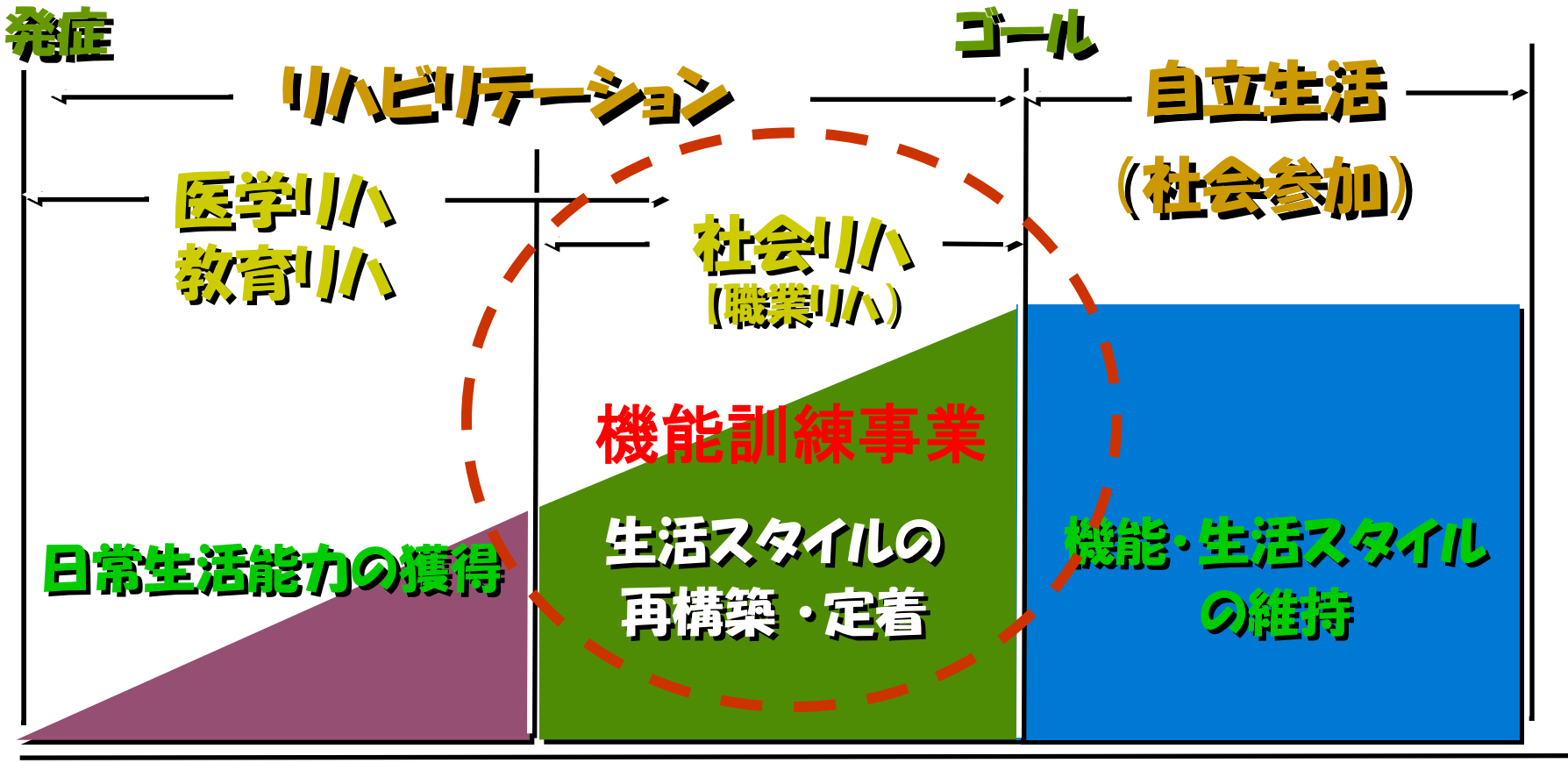
地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な身体障害者

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

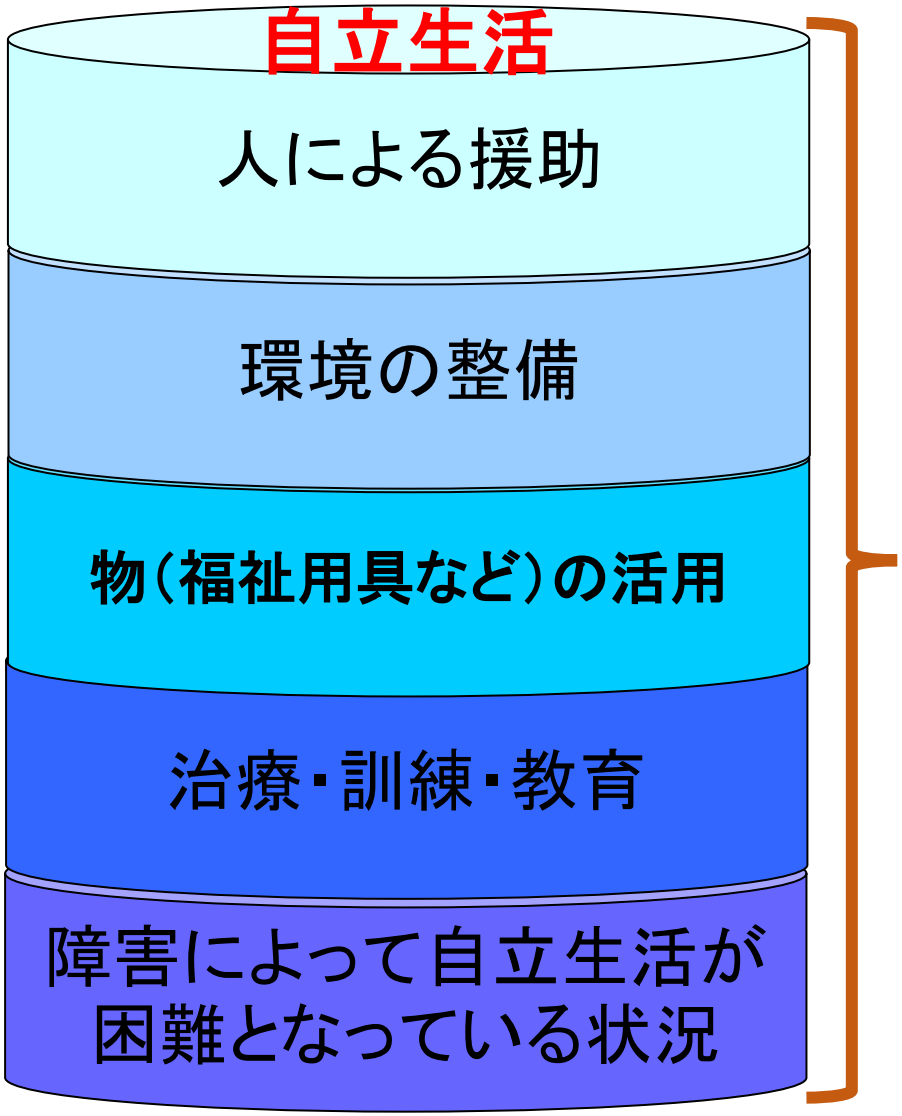
- どこまでできる
- どう補う
  （物・環境・人）

⇩

- 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



その人にあっ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）

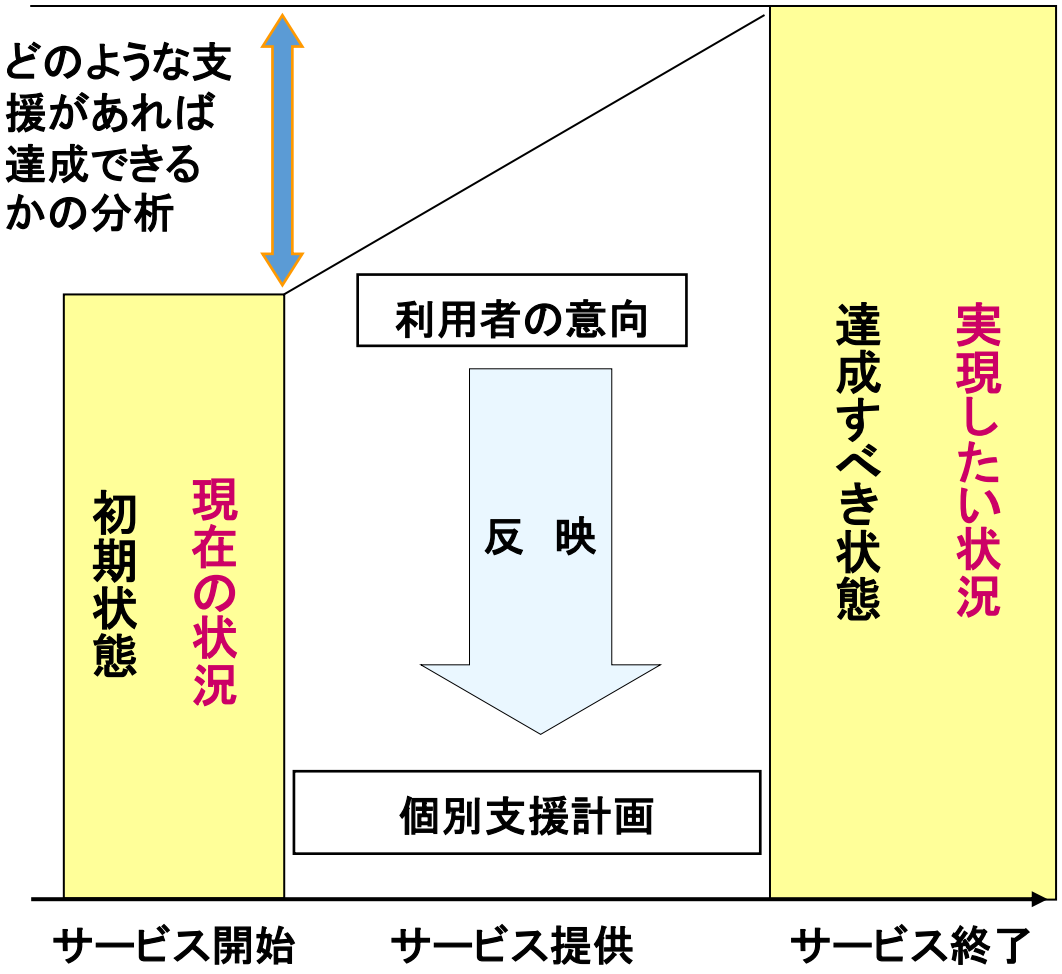
  ⇒ 人 （介助・介護力等）

- **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ナ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

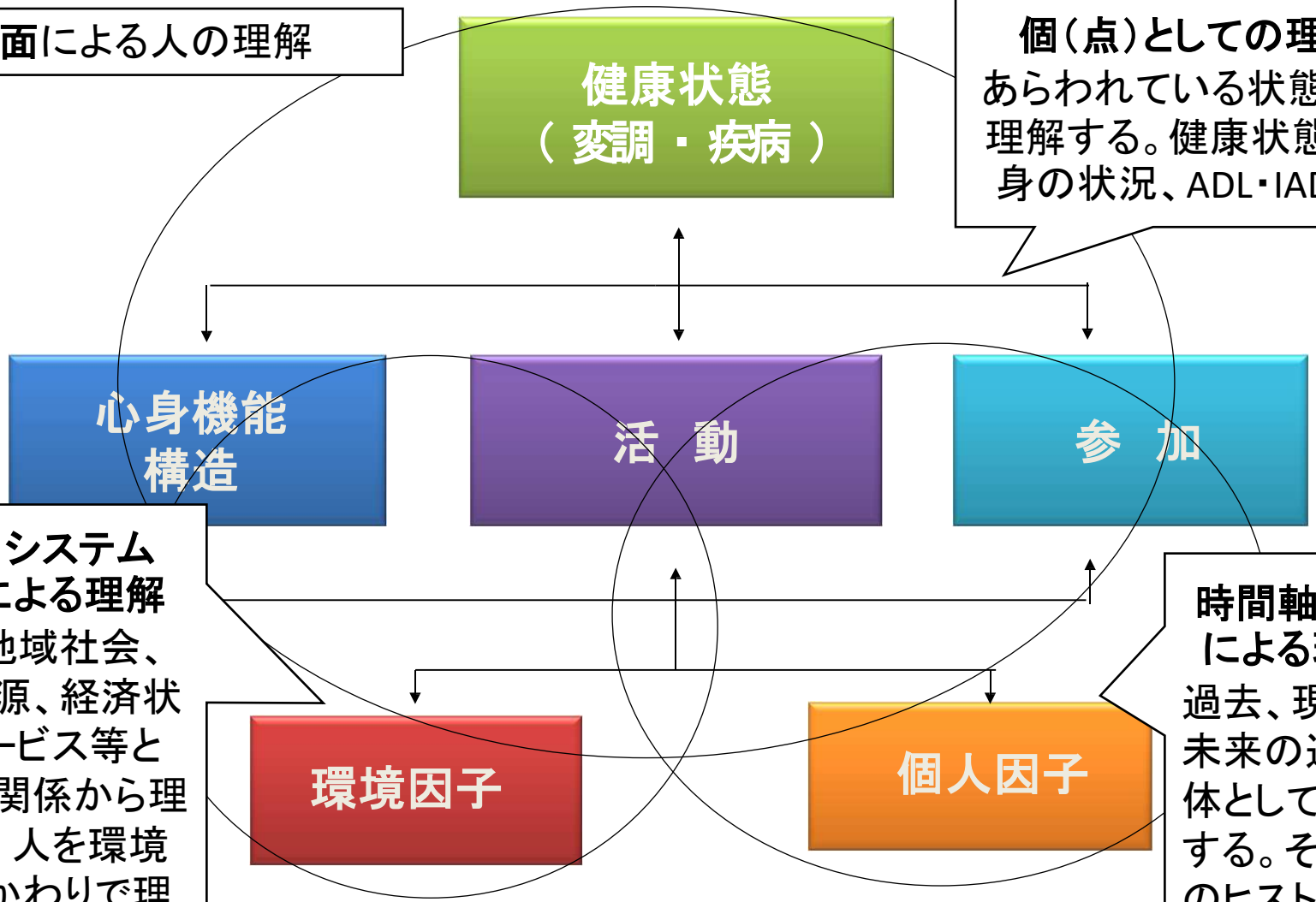
- 情報収集とアセスメントは表裏一体の関係にある。
- 把握できている情報を整理し、不足している情報は関係者から収集する。
- 必要がある場合は関係者を召集し、情報の集約・共有化を目的に会議を実施することもある。
- 情報整理シート等の活用等も有効である。
- 整理した利用者情報を活用し、アセスメント（ニーズ・課題を明らかにする）をおこなうことになる。

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が大切である。

ICFの視点からの利用者の情報整理が大切

点・線・面による人の理解



個（点）としての理解
あらわれている状態像を理解する。健康状態、心身の状況、ADL・IADL等

環境・システム（面）による理解
家族、地域社会、社会資源、経済状況、サービス等との相互関係から理解する。人を環境とのかかわりで理解する。

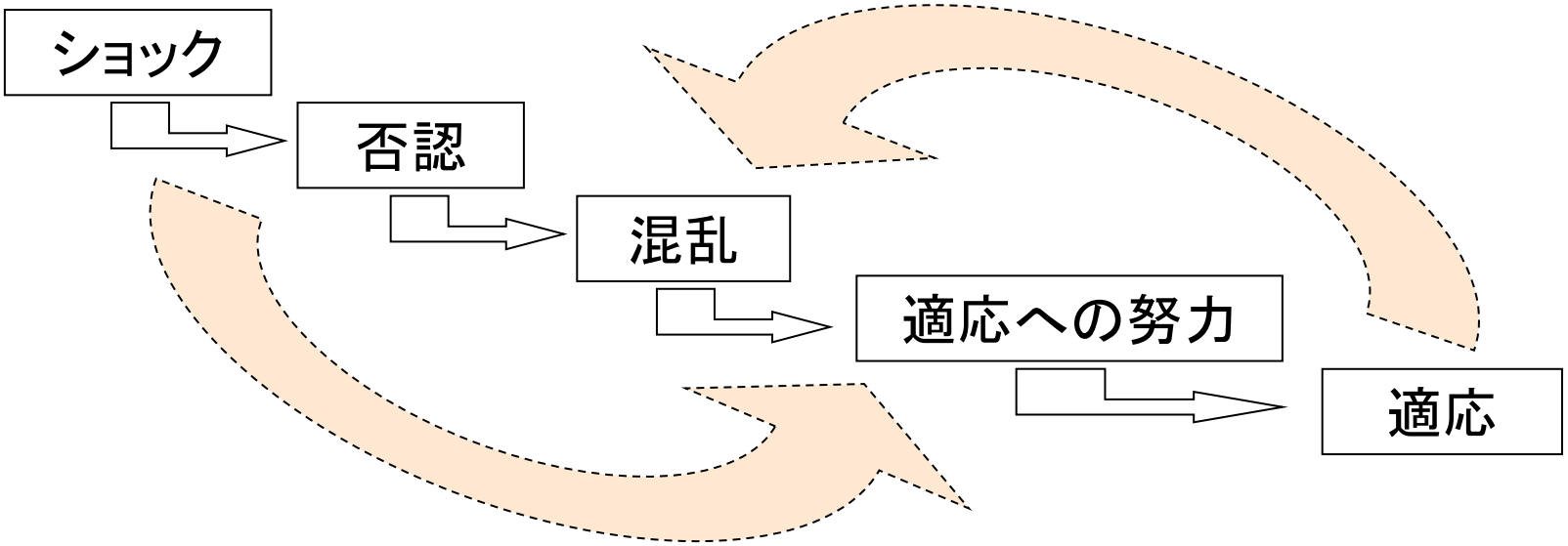
時間軸（線）による理解
過去、現在、未来の連続体として理解する。その人のヒストリーを知る。

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**
  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できること、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

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した変化が期待され、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。

利用者中心の支援を進めるために（若年障害者）

参考資料

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）
- 社会生活力プログラムの実施
- 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

利用者中心の支援を進めるために（中途障害者）

参考資料

**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「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

・体験的ﾌﾟﾛｸﾞ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）

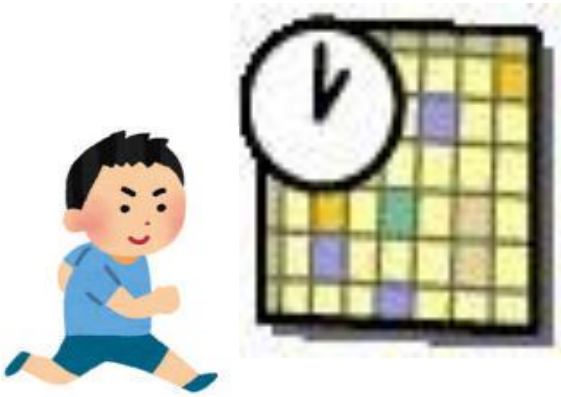
自立訓練(生活訓練)の目的

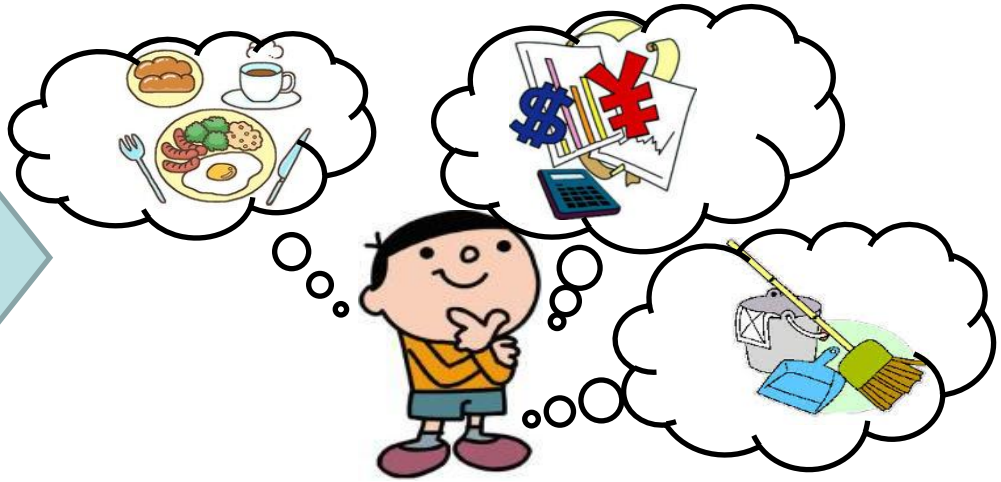
対象者は地域移行や家族から独立して一人暮らしを目指している人

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

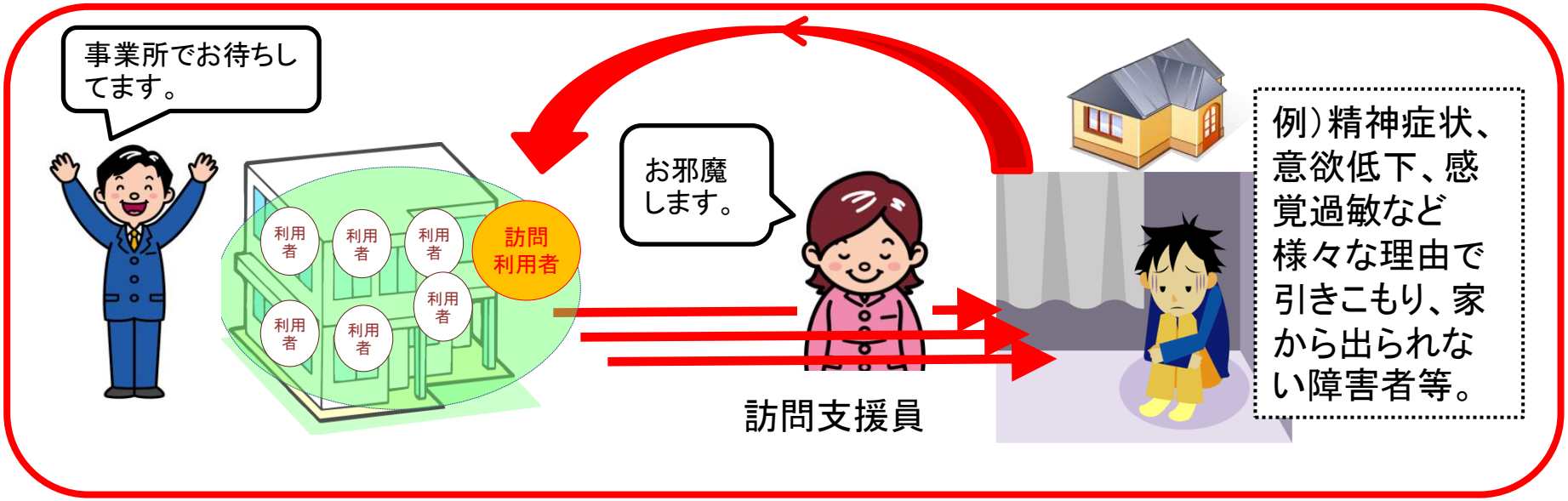




訪問による訓練のイメージ（参考例①）

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

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）

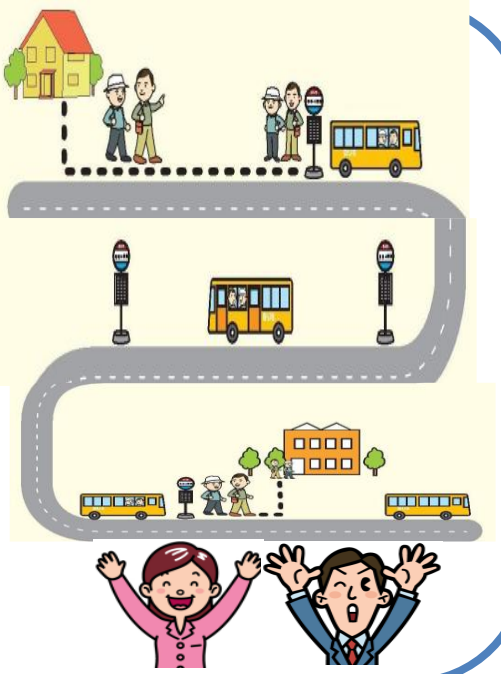
実際の経路の交通機関において、公共交通機関への乗車と移動の訓練を行うと、一人で通えるようになる。

訓練⇒評価

可能⇒自立へ
困難⇒送迎、移動支援等へ

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。

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はなく、地域の人々との出会いと理解の機会も増えますね。

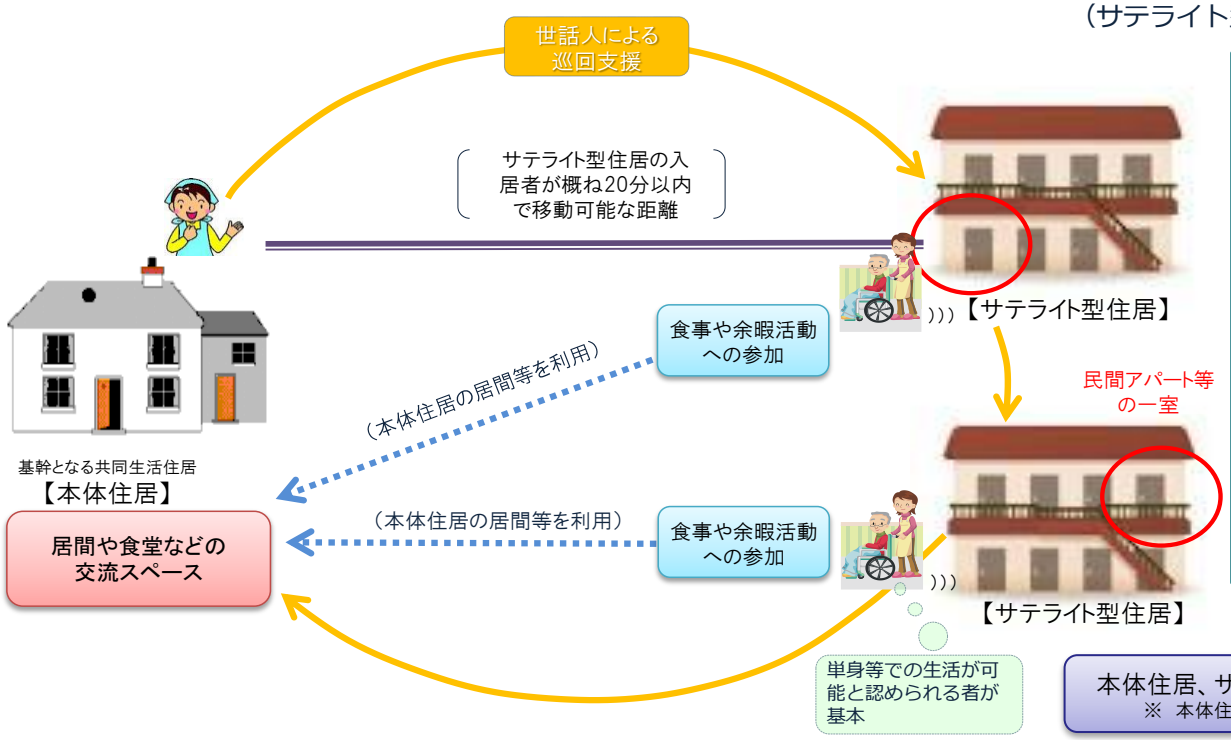


http://www.pref.oita.jp/soshiki/12500/noruzo.html
「ひとりで乗りたい♪（知的障害者通所自立支援マニュアル）」発行大分県より

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ることができる通信機器（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

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）

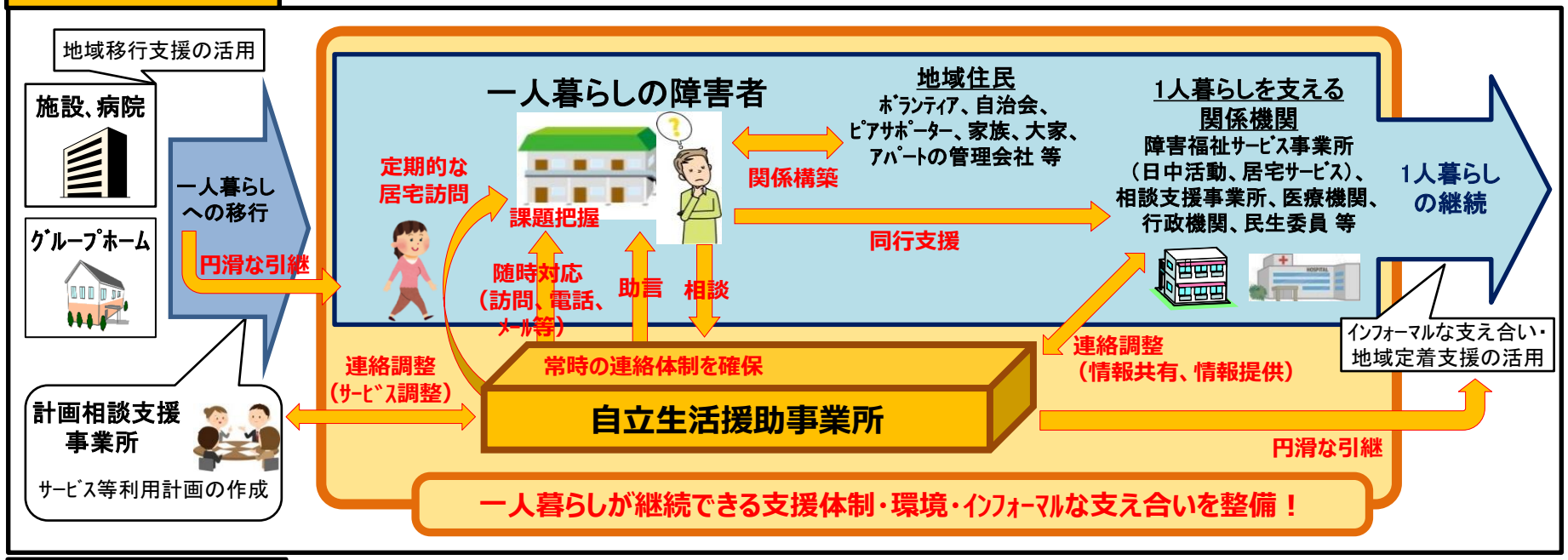
○同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合

○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

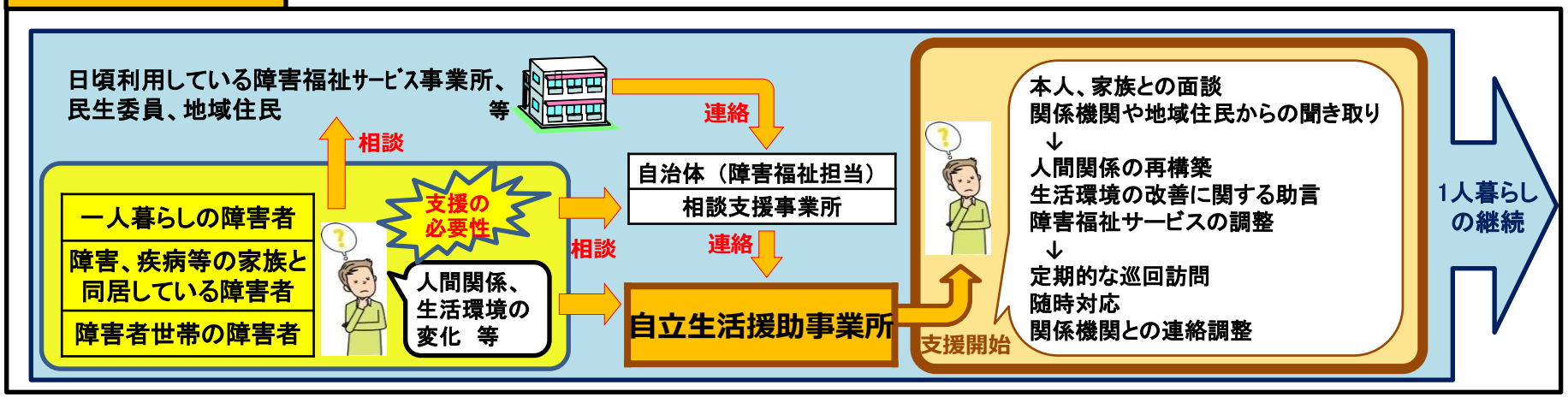
○同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合

○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



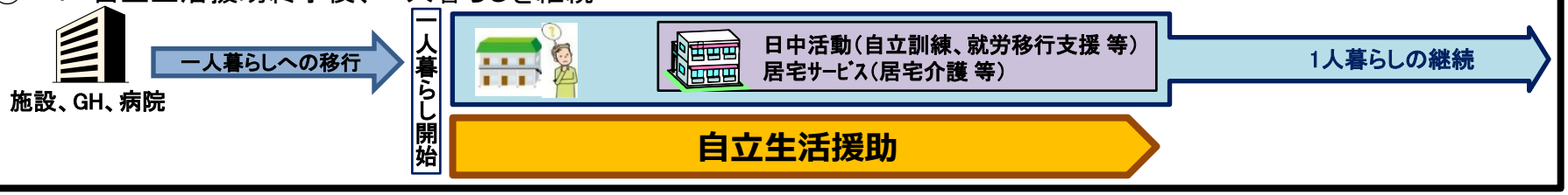
支援のイメージ ②



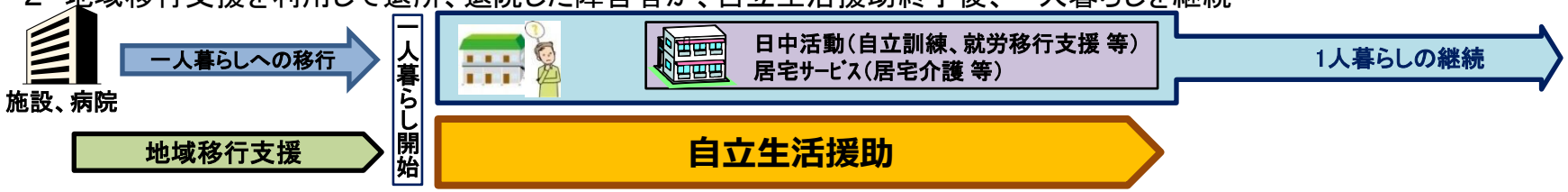
既存のサービスとの関係

※　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。

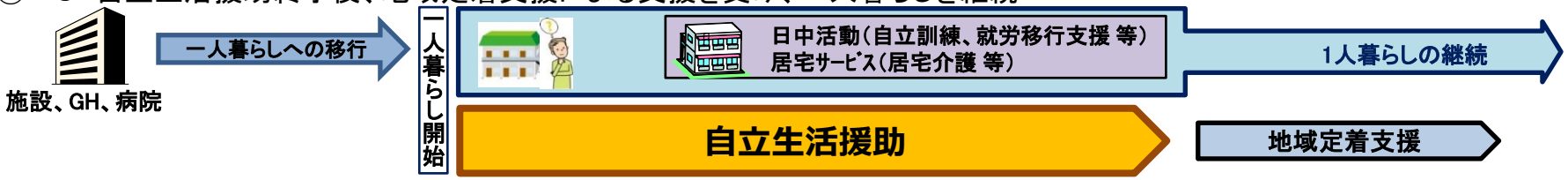
①－１　自立生活援助終了後、一人暮らしを継続



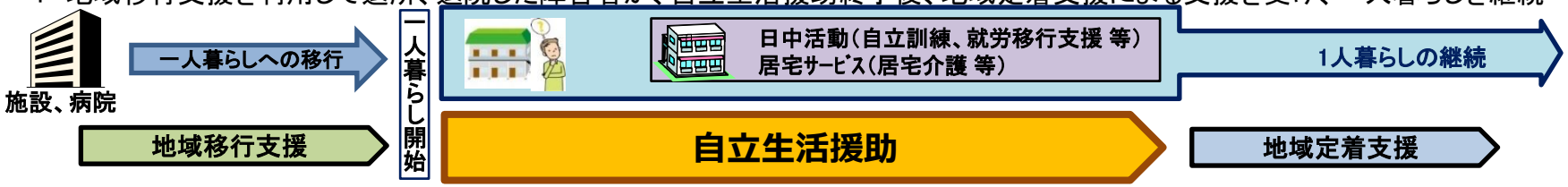
①－２　地域移行支援を利用して退所、退院した障害者が、自立生活援助終了後、一人暮らしを継続



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

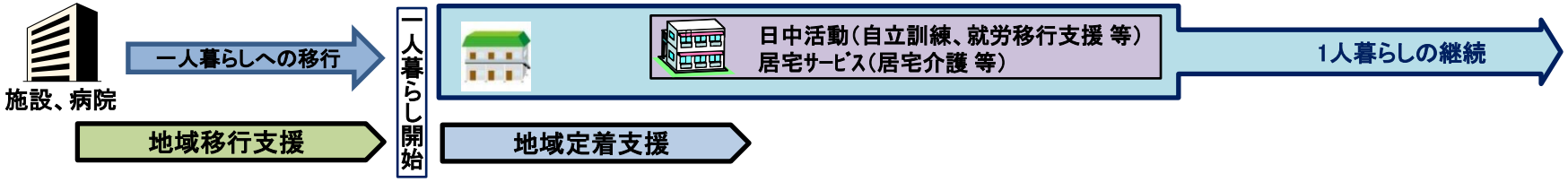


②－１　一人暮らしの障害者に対し、自立生活援助を行い、一人暮らしを継続

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

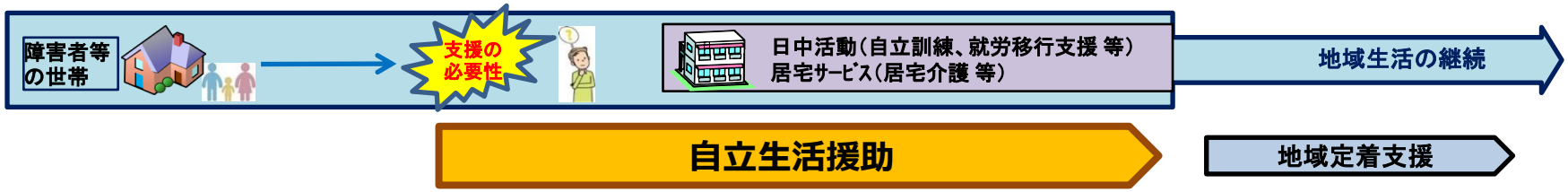
（参考）　自立生活援助を利用せず、一人暮らしを継続　　※支援が必要な状態になった場合は、②－1として支援



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拡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、サーヒ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いだし、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

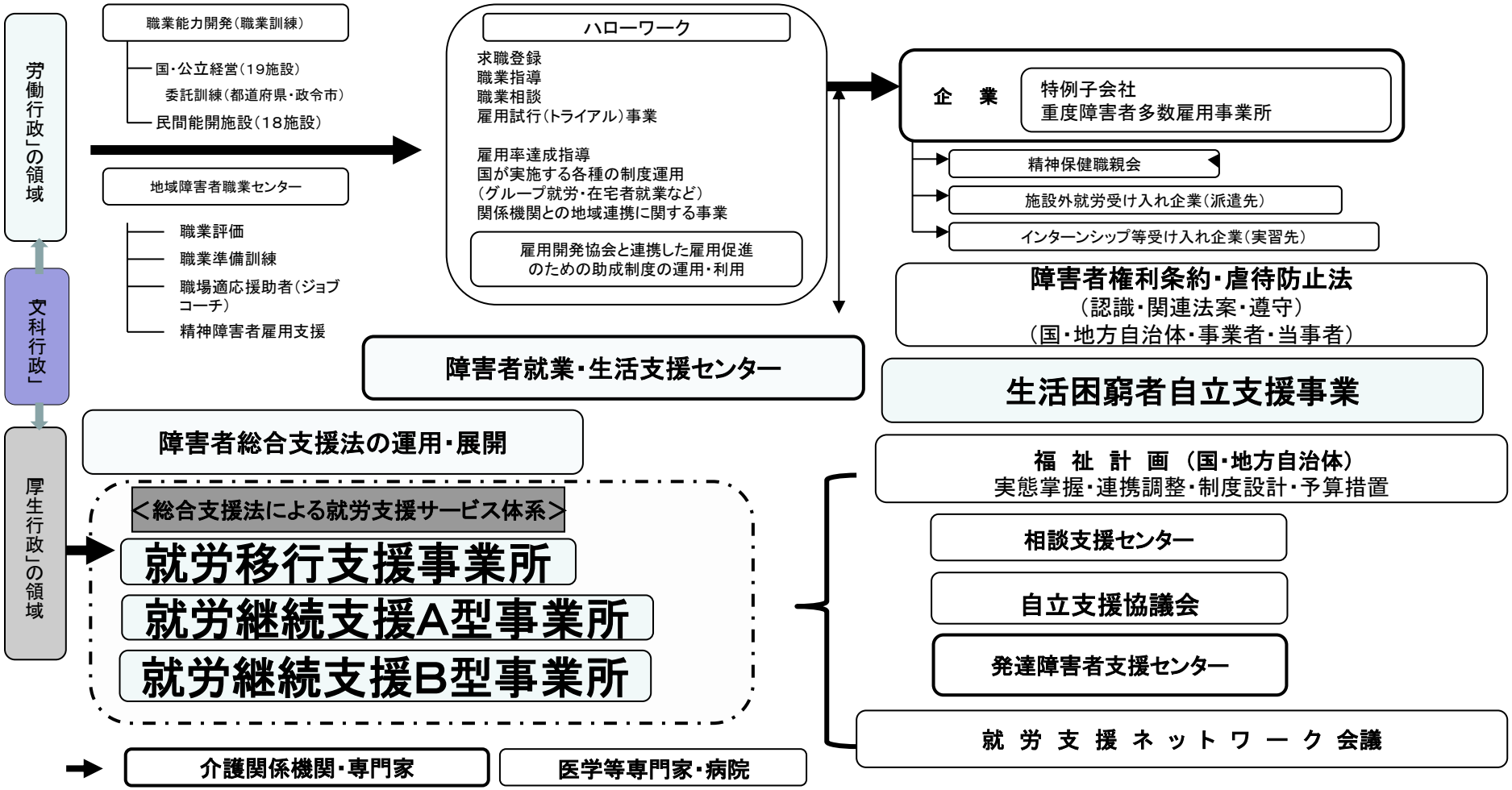
	一般雇用	一般求人枠(障害の開示／非開示) 障害者求人枠　一般企業 or 特例子会社
	請負	在宅就労

○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)
訓練等給付	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。
訓練等給付	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。
介護給付	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

参考資料

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　　ー　就職率　〇〇%、定着率〇〇%

就労継続支援事業（A型・B型）ー　工賃　〇〇〇〇円

・働くことの意味を考える

〇個人的側面（個性の発揮）

〇社会的側面（役割の実現）

〇経済的側面（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）

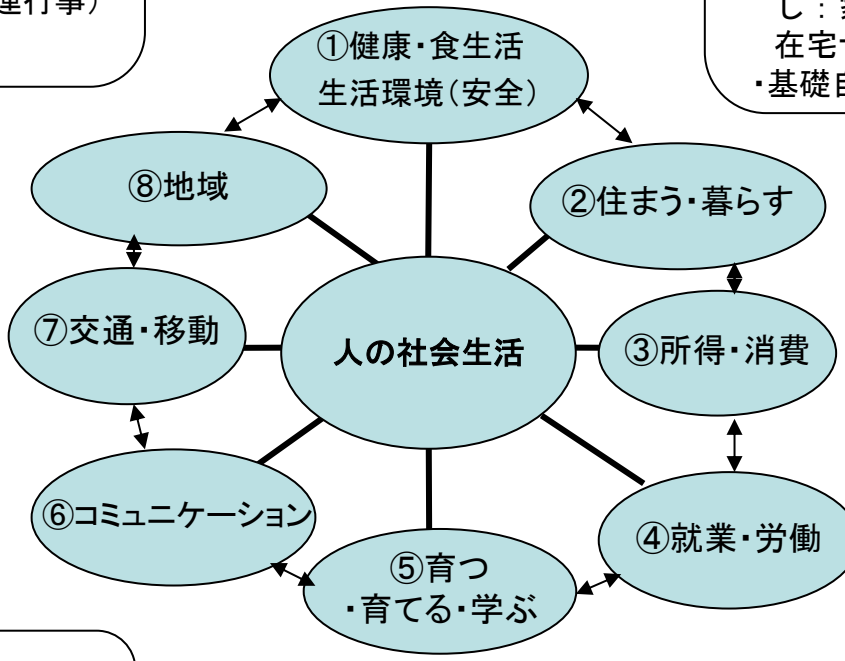
「利用する人が、今よりも更に
よりよい生活や生き方をめざす」視点

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・
モビリティー
バリアフリー

生活設計・生活コスト(生活・文化的価値)・財資産の保有・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

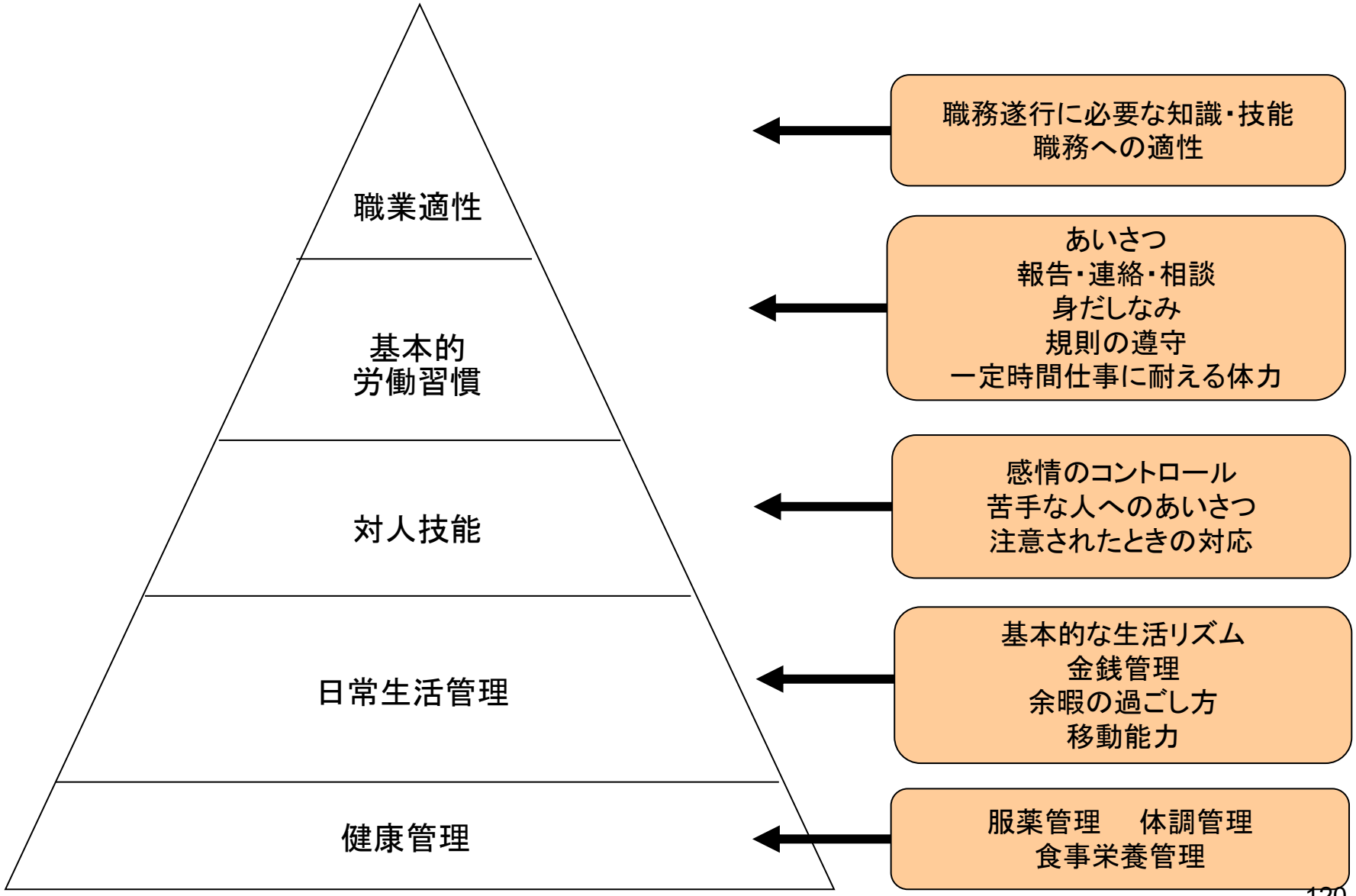
【目的】就労する(能力向上)にあたり、事前に
仕事への適性および能力(潜在能力を含む)
を発見し、客観的に評価をする

※潜在的な能力や働く力を見いだし、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

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　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

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）

（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

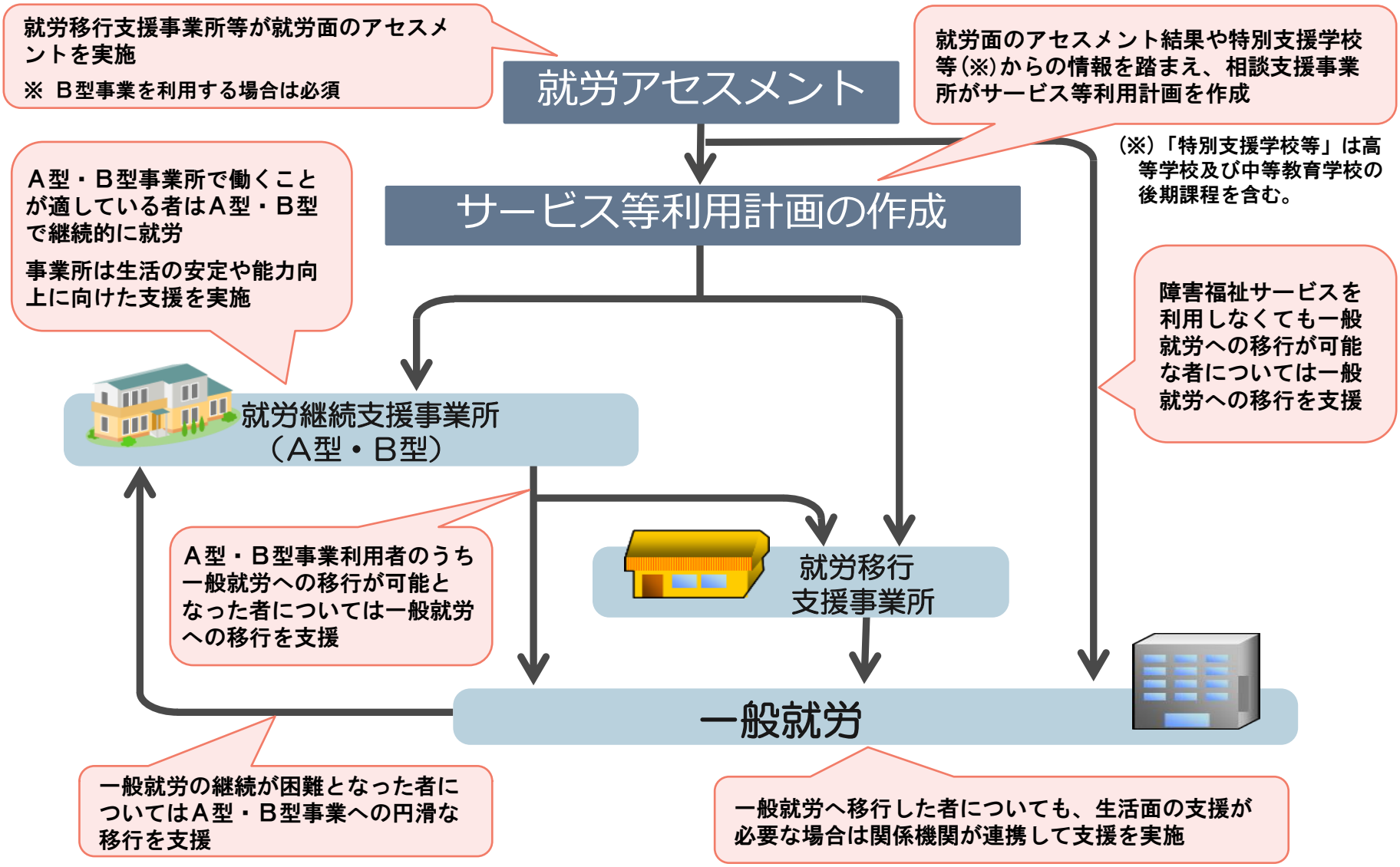
（5） 就労定着支援　利用者の職業生活の質の向上のために

〇安定した職業生活の実現の鍵を握る「就労定着支援」
〇一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
〇職場の環境条件（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・・

〇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
〇職業生活を支える社会資源の確認
〇企業等が行う職業生活支援を「支援」する視点の必要性

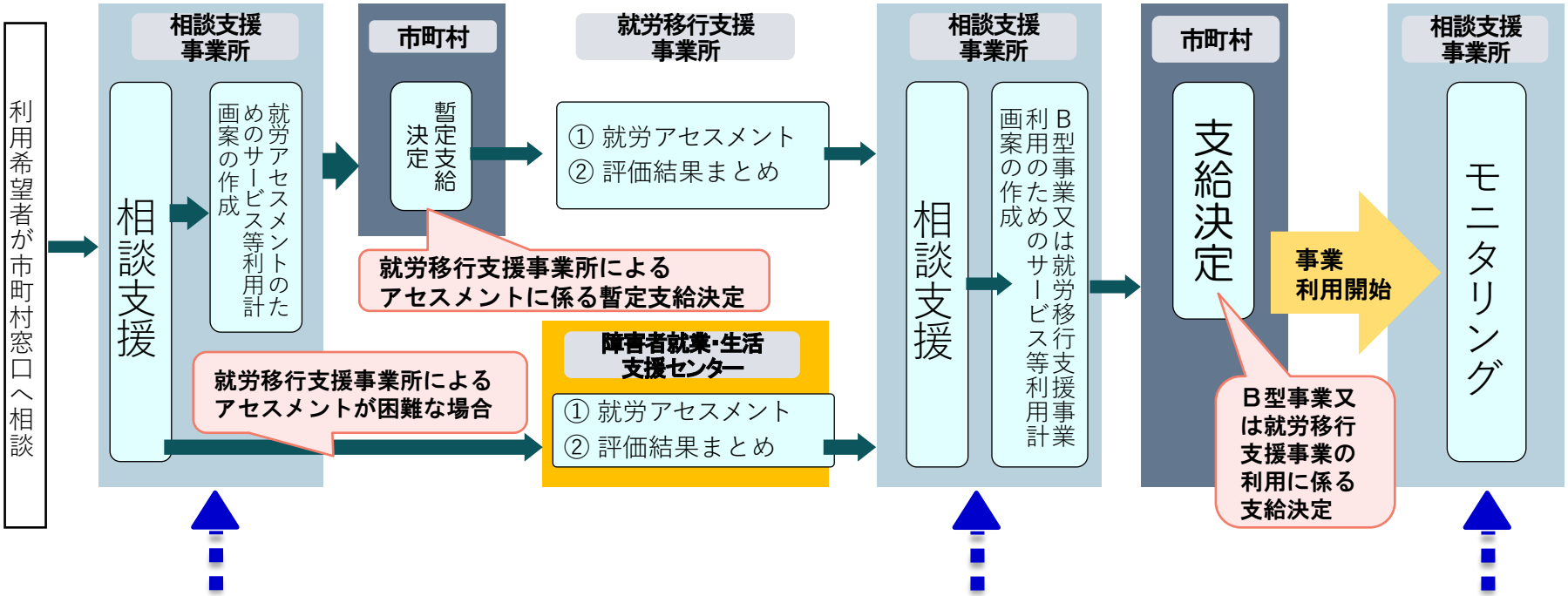
各支援機関の連携による就労支援のイメージ



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



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。

まとめ