（国サービス管理責任者指導者養成研修資料より）＊一部改

令和4年度
埼玉県サービス管理責任者等基礎研修

「サービス提供の基本的な考え方」

（社福）ささの会　　長岡洋行

この講義のねらい

【ねらい】

サービス提供の基本的な考え方を理解し、利用者中心のサービ提供を実施する。

【内容】

　利用者（本人）主体、自立（自律）支援、エンパワメント、ICFの障害構造、権利擁護、合理的配慮、専門性、チームアプローチ、連携等について理解し、（個別）支援計画作成、（個別）支援実施において活用できること。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

（基本理念）

第一条の二　障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。

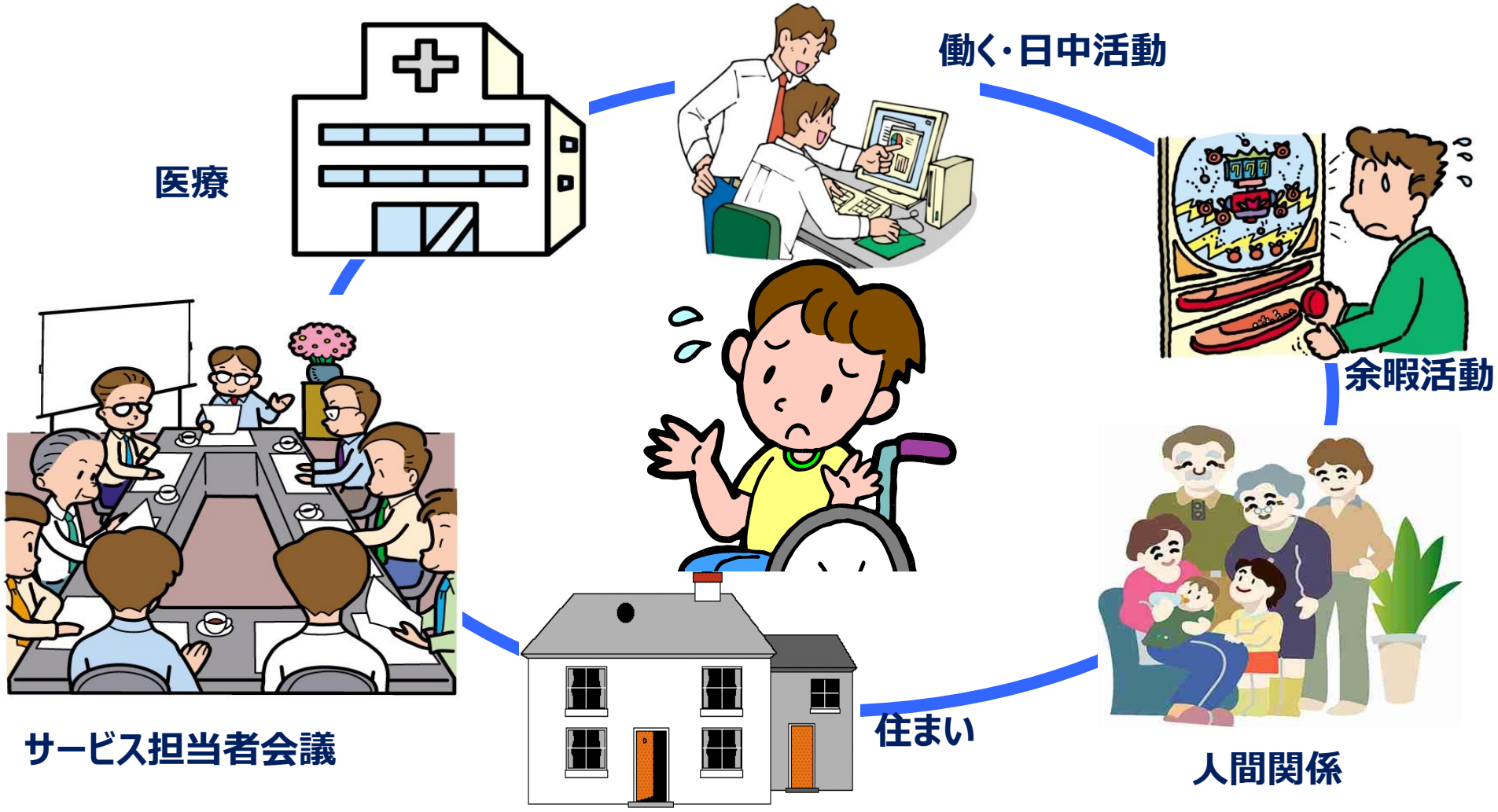
１．利用者主体ということ

・ 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、基本的には各種サービス等を主体的に利用し、自分の人生を切り開いていく人

・ 福祉サービスを提供する際においては、利用者がそれらを主体的に活用して、人生を歩めるよう支援していくことが重要

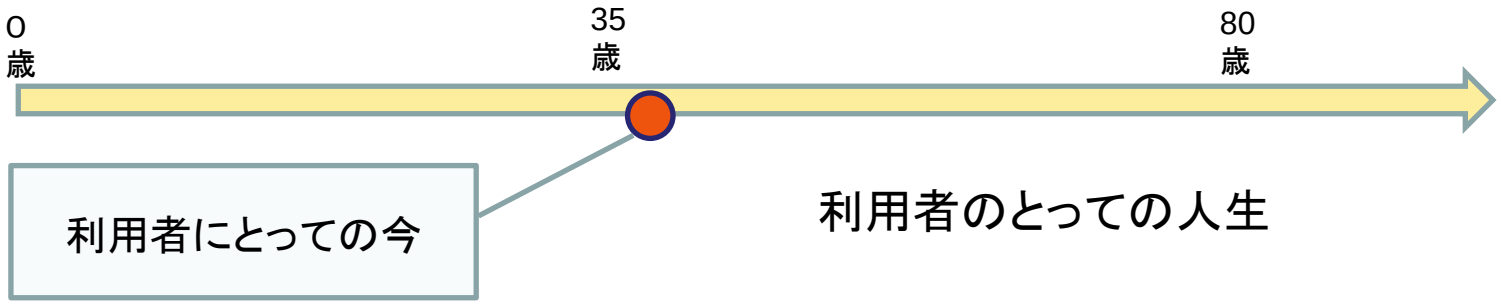
人生の主人公は
利用者本人

障害者総合支援法のサービス提供
（地域生活モデル・本人中心の支援）

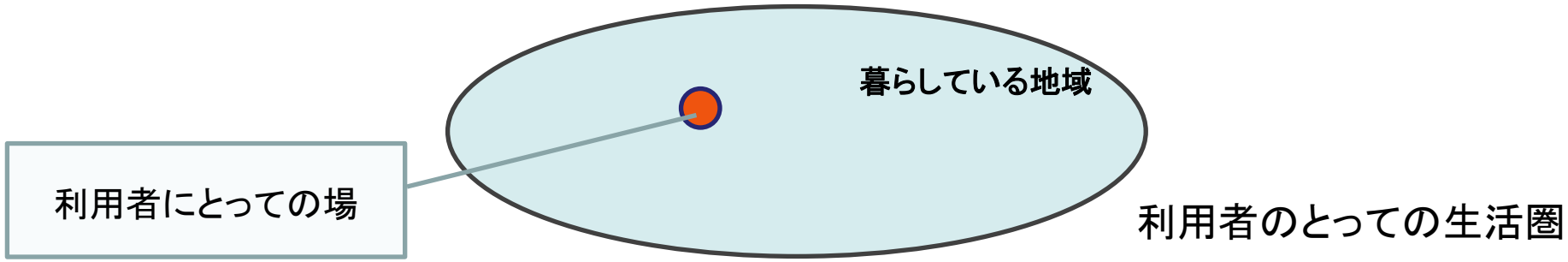


「今だけ」「ここだけ」ではない利用者の生活

「今だけ」・・・利用時間だけが利用者の生活ではない。利用期間だけが利用者の人生ではない。ここからスタートする未来の設計図。



「ここだけ」・・・事業所だけが生活の場、人生の場ではない。社会参加、地域移行も視野に地域に開かれたプランにしていく。事業所の自己完結型プランはダメ。地域とのつながりの中で支援を考える。



意思決定支援ガイドライン策定の背景

※「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」（平成27年12月14日社会保障審議会障害者部会報告書）より抜粋

5．障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について
（2）今後の取組
（基本的な考え方）
○　日常生活や社会生活等において障害者の意思が適切に反映された生活が送れるよう、障害福祉サービスの提供に関わる主体等が、障害者の意思決定の重要性を認識した上で、必要な対応を実施できるようにするとともに、成年後見制度の適切な利用を促進するため、以下のような取組を進めるべきである。

（意思決定支援ガイドライン）
○　意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセス（サービス等利用計画や個別支援計画の作成と一体的に実施等）、留意点（意思決定の前提となる情報等の伝達等）を**取りまとめた「意思決定支援ガイドライン（仮称）」を作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有し、普及を図るべきである。あわせて、意思決定支援の質の向上を図るため、このようなガイドラインを活用した研修を実施するとともに、相談支援専門員やサービス管理責任者等の研修のカリキュラムの中にも位置付けるべきである。**
なお、ガイドラインの普及に当たっては、その形式的な適用にとらわれるあまり、実質的な自己決定権が阻害されることのないよう留意する必要がある。

（障害福祉サービスにおける意思決定支援）
○　また、障害福祉サービスの具体的なサービス内容の要素として「意思決定支援」が含まれる旨を明確化すべきである。

２．利用者の自立（自律）ということ

・福祉サービスを提供する際においては、利用者がそれらを主体的に活用して、人生を歩めるよう支援していくことが重要。

〇福祉サービスの利用においても、自分の人生は自分で決めていくこと。

〇すなわち、その人の自立あるいは自律を尊重していくことが重要。

自己決定の尊重・
意思決定の支援

自立生活運動(I.L)の自立理念

朝起きて、着替えをして食事が終わるのに2時間かかってしまい、出かけることができない人より、15分で着替えさせてもらい、食事を介助してもらって、仕事に行く人の方が自立している。

自立＝一人ですること
自立＝依存しても自分らしく生きる

障害者の自立とは

■「自立（生活）とは、そこに住むか、いかに住むか、どうやって自分の生活をまかなうか、を選択する自由をいう。それは自分が選んだ地域で生活することであり、ルームメートを持つか一人暮らしをするか自分で決めることであり、自分の生活……（日々の暮らし、食べ物、娯楽、趣味、悪事、善行、友人等々）……、すべてを自分の決断と責任でやっていくことであり、危険を冒したり、誤ちを犯す自由であり、自立した生活をすることによって、自立生活を学ぶ自由でもある。」

- ■以上「リハビリテーションギャゼット」からの引用
  ←全国自立生活支援センターH．Pより

Gazette Internarional Networking Institute(GINI)

4207 Lindell Boulevard,#110
Saint Louis,Missouri 63108-2915 USA

TEL:314-534-0475
FAX:314-534-5070
E-mail:http//www.post-polio.org

３．エンパワメントということ

- それまでの人的･社会的環境によって、主体的に自らの力を発揮することが困難な状態、すなわちパワレス（力を失った）な状況がある。

- それぞれの強み（ストレングス：strength)に働きかけて、本来持っている能力を十分に発揮できるような支援に心がける。
- 取り巻く環境の改善を行ったり、エンパワメントしていく過程で環境の改善につながったりしていきます。

エンパワメントについて

従来、障害者の「能力」や「権限」を訓練や指導によって後から付加されるものとしてきたが、それに対して、「障害者には本来ひとりの人間として高い能力が備わっているのであり、問題は社会的に抑圧されていたそれをどのように引き出して開花させるかにある」とう考え方がエンパワメントである。
つまり、社会的な制限の中で、障害者自身が本来持っている力を引き出し、その人らしい生き方の実現をめざし、あらゆる社会資源を再検討し、条件整備を行っていこうとするのがエンパワメントという考え方である。

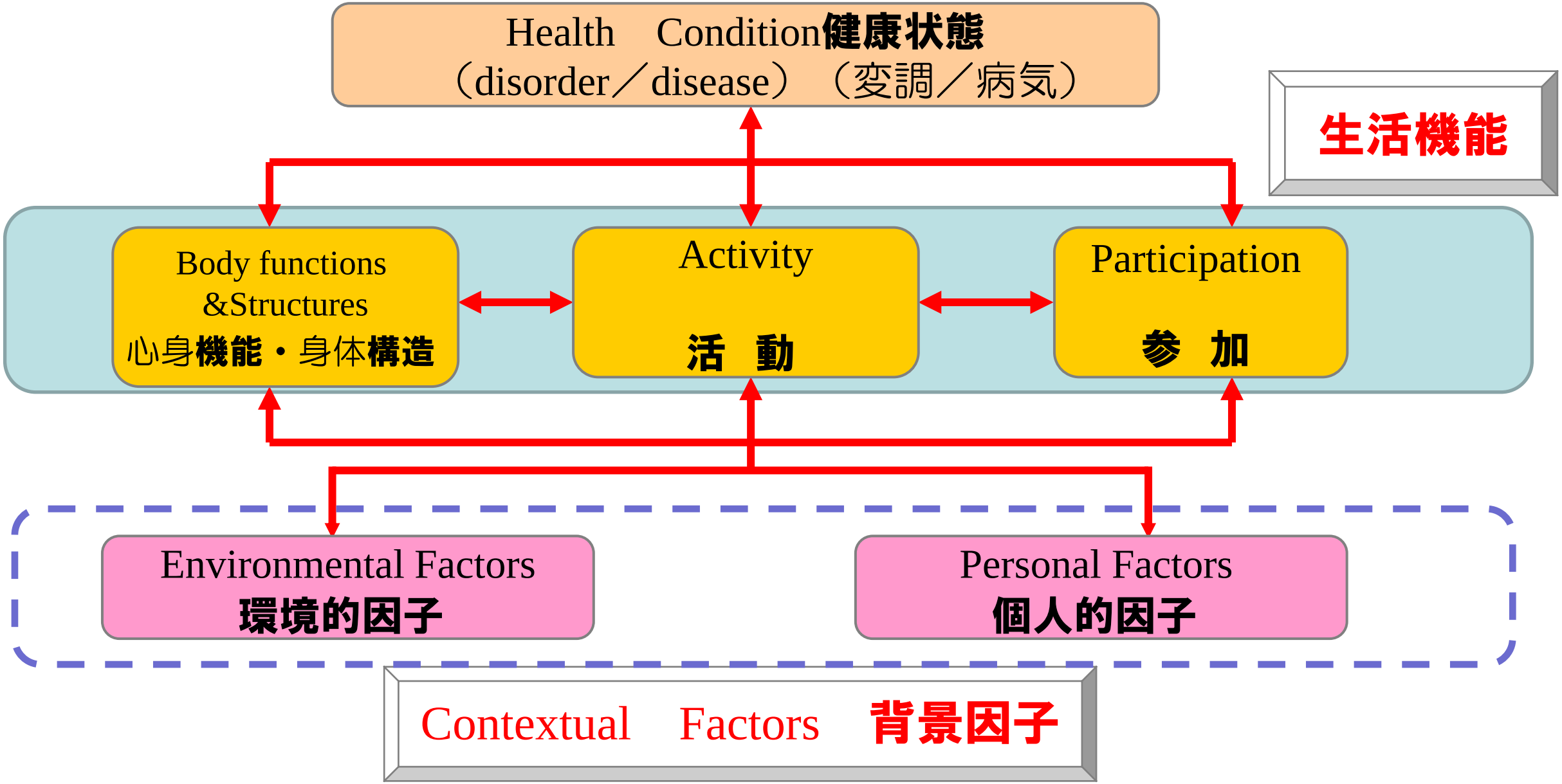
自分で決めたからがんばれた

Aさんは「施設に入所することだけは絶対に嫌だ」と言い続けてきました。
でもある日、本人との折り合いがつかずに疲れ果てた母を見かねて、自ら入所を決断しました。
それから10年が過ぎ、今はグループホームで暮らししながら、給食会社で働いています。

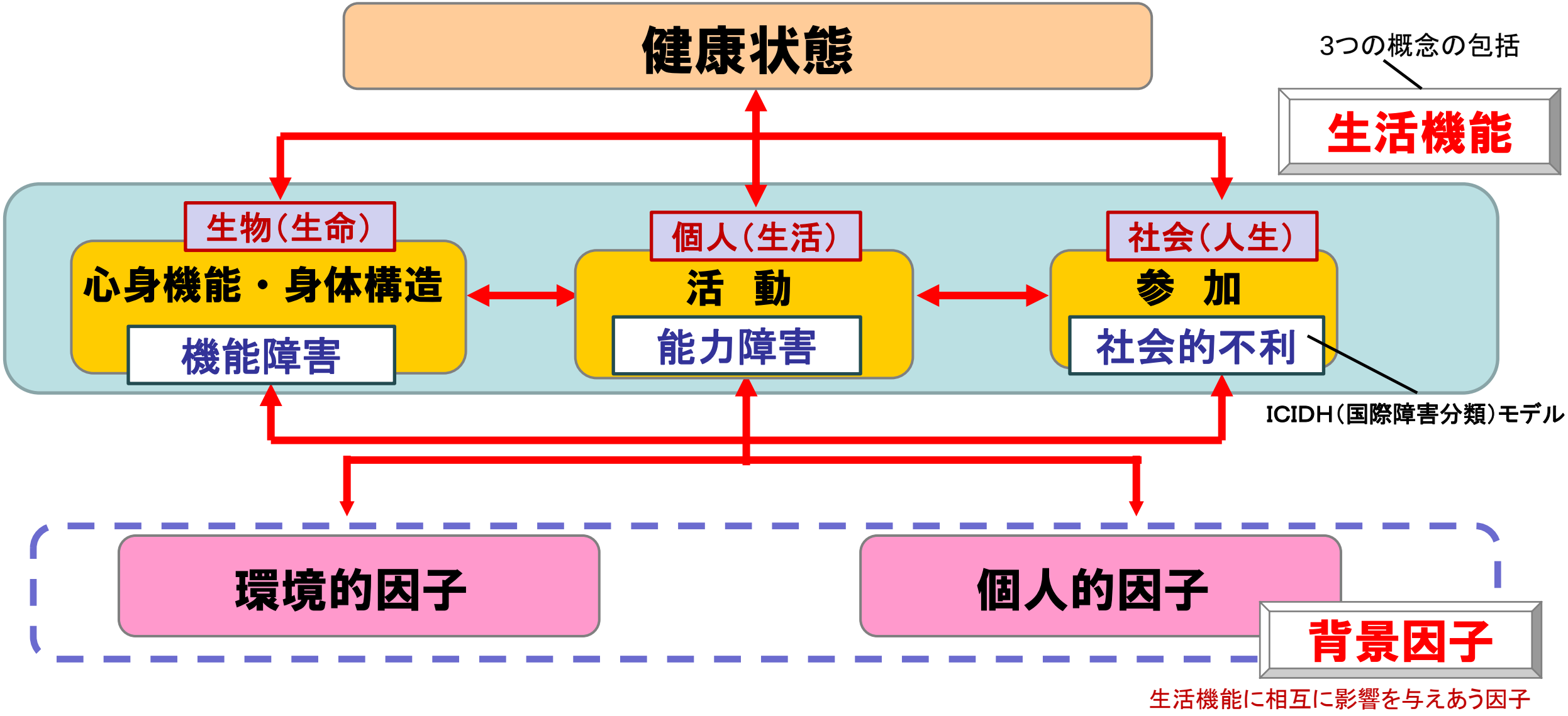
Bさんは施設に入所して暮らしていましたが、ときおり激しいうつ症状が現れ、強制的な精神科入院を繰り返していました。
ある日、施設の職員が調子の悪そうな本人に「入院しませんか」と声を掛けました。本人はその後しばらく自分で考えて、「やっぱり入院したいです」と言いました。
入所から7，8年、年に3～4回、長いときは半年ほど入院していたBさんは、調子が悪くなったらすぐに「入院したい」と伝えてくれます。
ここ5年程、まったく入院していない生活が続いています。

自分で決めるプロセスがまさに意思形成支援です
本人の言いなりや支援者の押し付けではなく、
信頼できる人のサポートによって、自分で決めたからがんばれるのです

4. ICF国際障害分類の障害構造（生活機能モデル）



ICF国際障害分類の障害構造（生活機能モデル）



＊ＩＣＩＤＨの「機能・形態障害」とＩＣＦの「機能障害」、「能力障害」と「活動制限」、「社会的不利」と「参加制約」は同じ内容を示す。

「統合モデル」としてのＩＣＦ；「医学モデル」と「社会モデル」の統合

ICF モデルの基本的な性格は、一言でいえば“ICF モデルは「医学モデル」と「社会モデル」とを総合した「統合モデル」である”ということである。

（１）医学モデル：
障害を個人の問題としてとらえ、健康状態（病気、等）から直接的に生じるものであり、障害への対処は、治癒（一般医療）あるいは個人のよりよい適応と行動変容（リハビリテーション、等）を目標になされる。

（２）社会モデル：
障害を個人の特性ではなく、主として社会によって作られた問題とみなす。

ICF　⇒　障害を個人と周囲の環境双方からとらえ、人間の状況を全体的に理解することを目指している。

５．権利擁護（アドボカシー）ということ

- 虐待防止など障害者の人権を擁護していくこと
- 自ら権利を擁護していくことに困難を抱える障害者の権利を代弁していくこと

権利擁護（アドボカシー）の考え方を、個別支援計画の中に具体的に入れていくことが重要となる。

（自己決定及び意思決定支援と関連する。）

埼玉県虐待防止・権利擁護研修

- 県より虐待防止研修受講証の発行（事業所単位）
- 受講施設名を県ホームページ公開
- 県監査にて研修等の虐待防止の取り組みの確認
- 県虐待禁止条例の施行

埼玉県虐待禁止条例 （平成29年7月11日公布　平成30年4月1日施行）

第二十一条

県は、障害者に対する虐待の防止等が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の資質の向上を図るため、障害者の福祉に関する事務に従事する者に対する研修を実施するものとする。

２　障害者福祉施設の設置者又は障害者虐待防止法第二条第四項の障害福祉サービス事業等を行う者は、その障害者福祉施設従事者等に対し、障害者に対する虐待の防止等に関する研修を実施するものとする。

３　障害者福祉施設従事者等は、前項の規定による研修を受けるものとする。

※対象が児童・高齢者及び障害者

※障害者虐待防止法の対象から外れている学校、病院での虐待も対象

身体拘束における例外３原則

「障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準」等には、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束等を行ってはならないとされている。

やむを得ない場合・・・「一時的に発生する突発事態」のみに限定

①切迫性　②非代替性　③一時性

・例外三原則で身体拘束を行う条件

- ○　組織による決定と個別支援計画への記載
- ○　本人・家族への十分な説明
- ○　必要な事項の記録

やむを得ず身体拘束を行うときの手続き

① 組織による決定と個別支援計画への記載

やむを得ず身体拘束を行うときには、個別支援会議などにおいて組織として慎重に検討・決定する必要があります。この場合、管理者、サービス管理責任者、運営規程に基づいて選定されている虐待の防止に関する責任者など、支援方針について権限を持つ職員が出席していることが大切です。

身体拘束を行う場合には、個別支援計画に身体拘束の様態及び時間、緊急やむを得ない理由を記載します。これは、会議によって身体拘束の原因となる状況の分析を徹底的に行い、身体拘束の解消に向けた取組方針や目標とする解消の時期などを統一した方針の下で決定していくために行うものです。ここでも、利用者個々人のニーズに応じた個別の支援を検討することが重要です。

② 本人・家族への十分な説明

身体拘束を行う場合には、これらの手続きの中で、適宜利用者本人や家族に十分に説明をし、了解を得ることが必要です。

③ 必要な事項の記録

また身体拘束を行った場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録します。

「障害者福祉施設・事業所における 障害者虐待の防止と対応の手引き 」
平成 24 年 9 月　厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課

６．合理的配慮ということ

- 社会的障壁の除去を必要としている旨の意思表明があった場合に、過度な負担になり過ぎない範囲で、社会的障壁を取り除くために必要な便宜を提供していくこと。

- 個々の合理的配慮は、個別性が高いため、サービス提供における個別支援計画の作成・実施のなかで実現していく。

合理的配慮と考えられる例
（厚生労働省・福祉事業者向けガイドライン）

事業者は、個々の場面において、障害者から現に社会的障壁の除去を必要としている旨の意思の表明があった場合には、次のような合理的配慮を提供することが求められています。合理的配慮を提供する際には、障害者の性別、年齢、状態等に十分に配慮することが必要です。

ここに記載する事例はあくまで例示であり、これに限られるものではありません。また、事業者に強制する性格のものではなく、ここに記載された事例であっても、事業者の事業規模等によっては過重な負担となる可能性があるため、事業者においては、法、基本方針及び本指針を踏まえ、具体的場面や状況に応じて柔軟に対応することが期待されます。**なお、合理的配慮の提供に当たっては、個別の支援計画（サービス等利用計画、ケアプラン等）に位置付けるなどの取組も望まれます。**

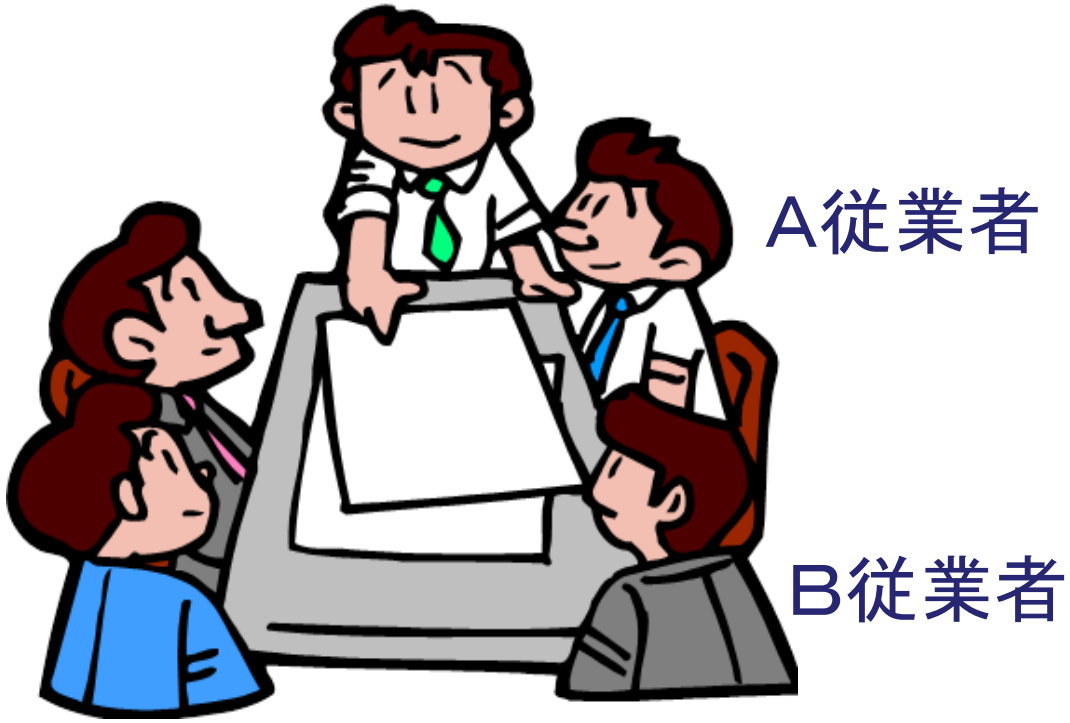
7. チームアプローチということ

　情報を共有し合い、一緒に、同じ目的に向かって支援を探ることを通してチームワークが生まれる（サービス担当者会議の場等を活用）

→　同じ方向を見る関係

チームアプローチということ
（事業所内で支援会議）

サービス管理責任者



C従業者

A従業者

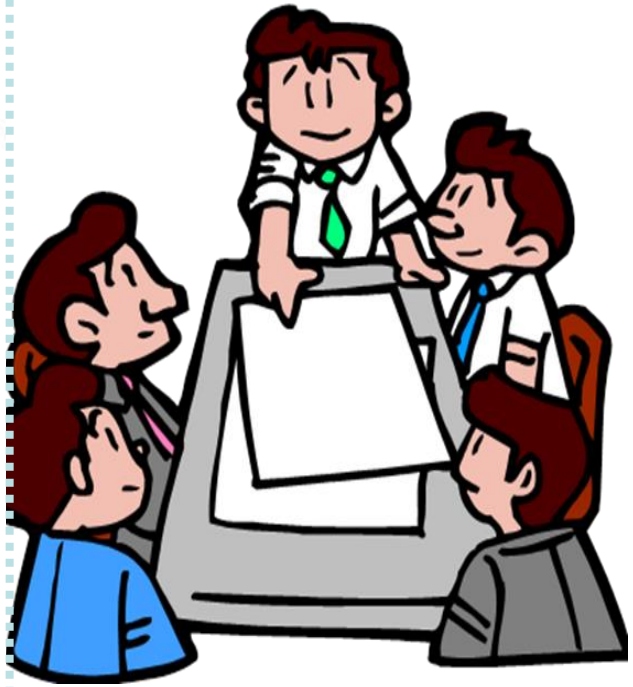
D従業者

B従業者

チームアプローチということ
（地域のサービス担当者会議で）

サービス管理責任者の立位置

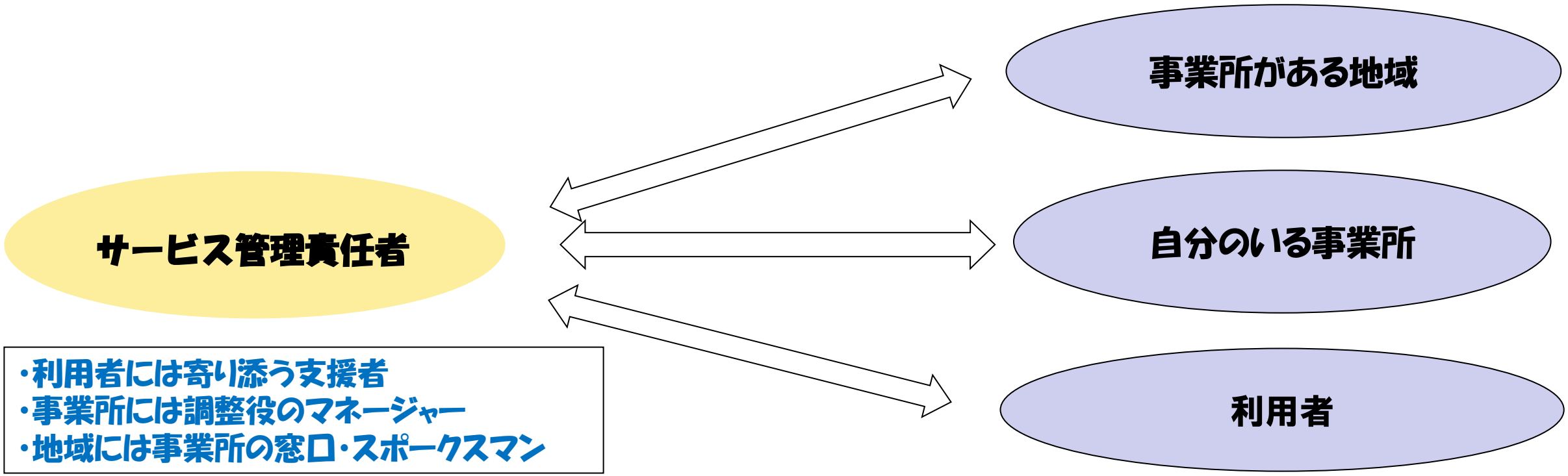
サービス担当者会議



支援会議

サービス管理責任者の立ち位置

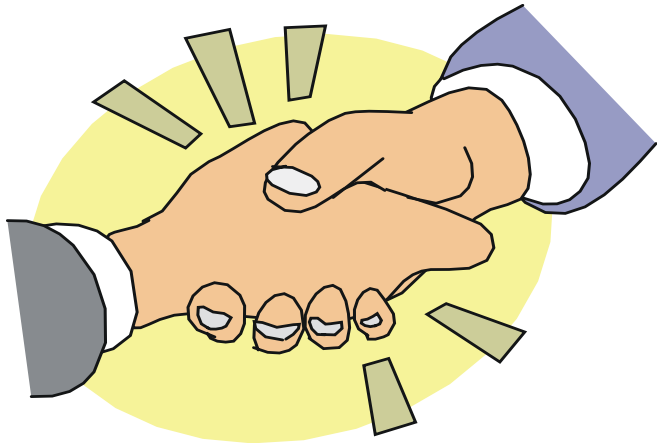
サービス管理責任者は、その時々で次元の違う立場を使い分けることが必要



その時々の立場を次元の違いで切り分けよう！

8. 連携ということ

施設や事業所内でのサービスだけでは利用者のすべてのニーズには応えられていないことの限界を見極め、施設外の事業者や関係機関との連携に踏み出す。



→ **ネットワークを構築**

個別支援計画は連携ツール

　連携していくためには、共通言語としての個別支援計画が必要であること、それを関係者が一緒に作っていくことを認識する

→ツールを使いこなす

連携に必要なこと・・・

同じ目的を共有するということ

違う目的では連携とは言えない

重要なことは同じ目標を共有するためのプロセス

利用者のニーズに応えるという目的

支援者や事業所の限界を補うという目的

自分の限界、支援者一人の限界はだれにでもある

サービス管理責任者はスーパーマンでなくてよい

誰かの助けが必要なときは、同じ目的を持っている誰かと、連絡を密に取り合って、一緒に支援（サービス管理業務）に取り組むことが大切

それが支援者の連携！

さらに・・・

1つの事業所の限界も必ずある

1つの事業所ですべてを抱えなくてよい！

誰かの助けが必要なときは、同じ目的を持っている他機関と、連絡を密に取り合って、一緒に利用者支援に取り組むことが大切

それが機関連携！

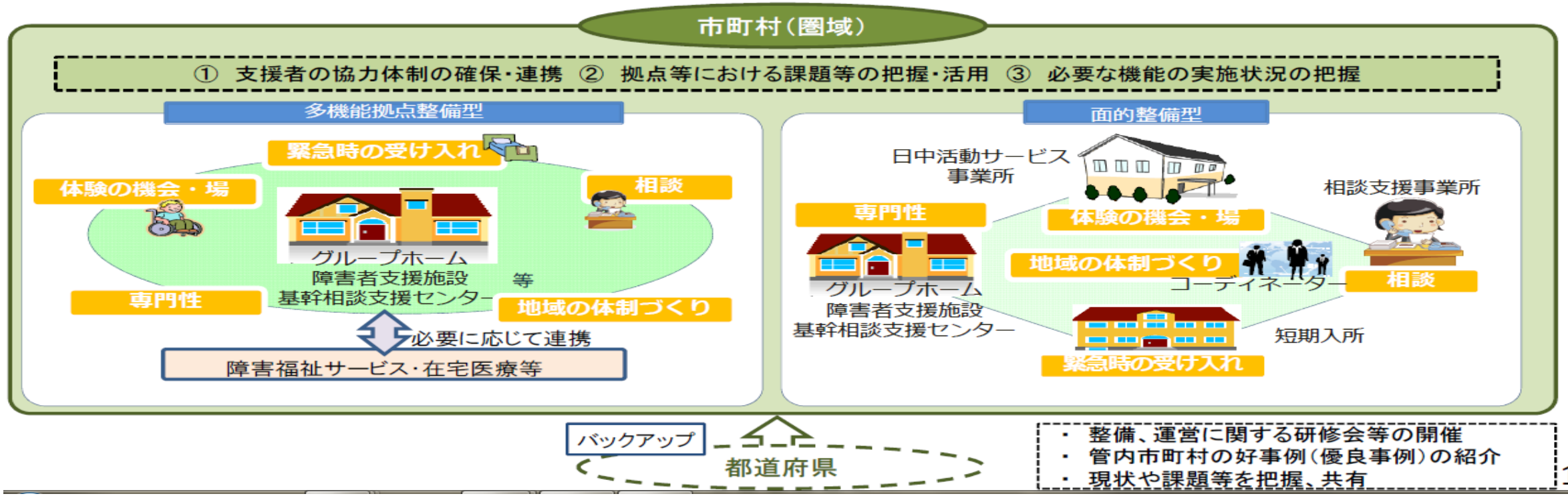
これから地域で起こること

地域生活支援拠点等の整備について

障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、**居住支援のための機能（相談、緊急時の受け入れ・対応、体験の機会・場、専門的人材の確保・養成、地域の体制づくり）**を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

●地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ） ※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。



「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

平成29年2月7日　厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

「地域共生社会」とは

◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

○個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
○人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

○住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
○地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改正】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改正】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改正】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設　【29年制度改正・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

地域丸ごとのつながりの強化

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

専門人材の機能強化・最大活用

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

実現に向けた工程

平成29（2017）年：介護保険法・社会福祉法等の改正
◆　市町村による包括的支援体制の制度化
◆　共生型サービスの創設　　など

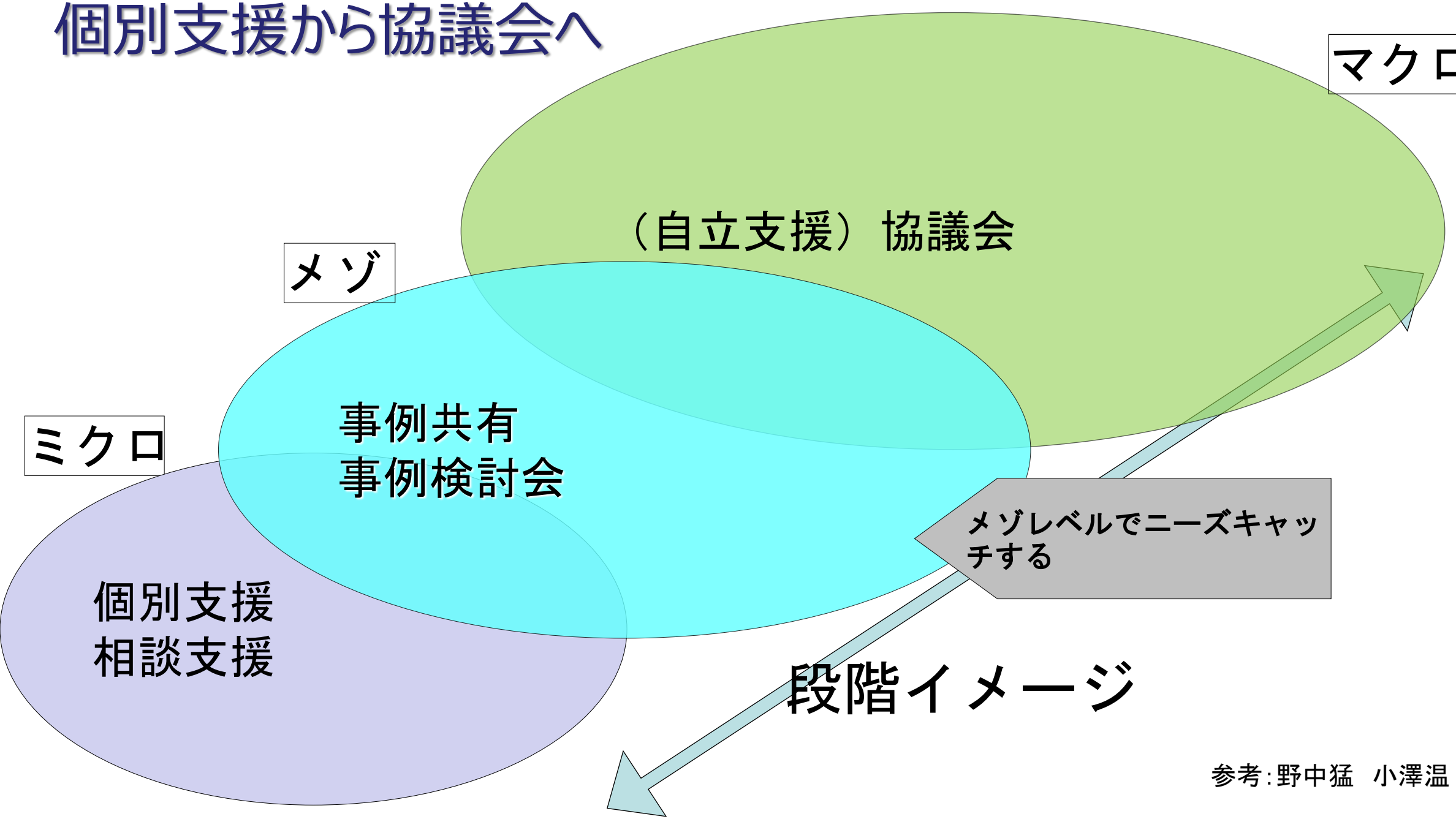
平成30（2018）年：
◆　介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価 など
◆　生活困窮者自立支援制度の強化

平成31（2019）年以降：更なる制度見直し

2020年代初頭：**全面展開**

【検討課題】
①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方　　③共通基礎課程の創設　　等

個別支援から協議会へ



参考：野中猛　小澤温

サビ児管更新研修【事前課題3】（連携用）より

1．関係機関（企業・学校・医療機関・他の福祉事業所等）との連携

①利用児・者の生活は福祉サービスだけで構成されているわけではありません。そのため、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者は必要に応じ関係機関との連携が重要な業務となります。日頃より、関係機関との連携をどのくらい意識して業務を行えていますか。

2．相談支援専門員との連携

①利用児・者の希望する生活を実現していくためには、連携する関係者の中で、相談支援専門員との連携は特に重要と言われています。相談支援専門員との連携はできているでしょうか？

3．担当者会議の開催について

①様々な機関や担当者との具体的な連携の場として、担当者会議が想定されています。利用児・者の状態や環境の変化等に応じてサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者自らが開催する担当者会議は実施されていますか？

4．自立支援協議会への参加について

①地域の様々な関係者による連携や体制強化のための場として、各自治体に設置されている（自立支援）協議会の審議内容を把握していますか。

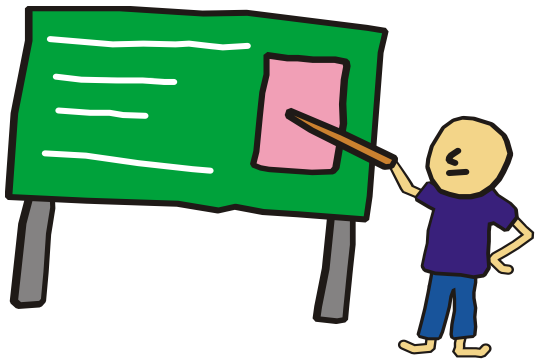
令和元年度国サビ児管指導者養成研修
更新研修事前課題より

９．専門性を高めるということ

施設外のさまざまな関係機関と連携して支援するために、対等な立場で協働していくことは、多分野協働（interdisciplinary）とよばれるが、その基盤となる専門性が必要となる。

→　**普段からの研鑽**

医療機関と連携する機会が多くなる
医学的な知識、リハビリに関する知識等が必要



令和2年独のサビ管指導者
養成研修・高木氏資料
現場のリーダー
サービス・支援
プロセスの管理者
家族との窓口
本人を護る
（権利擁護・
虐待防止）
関係機関との
連携窓口
地域課題への対応

サビ管研修の分野統合と専門性

分野統合の研修で、分野ごとに特化した専門性はどうなるのか

↓

すべての分野の専門性を身に着けるのは難しい

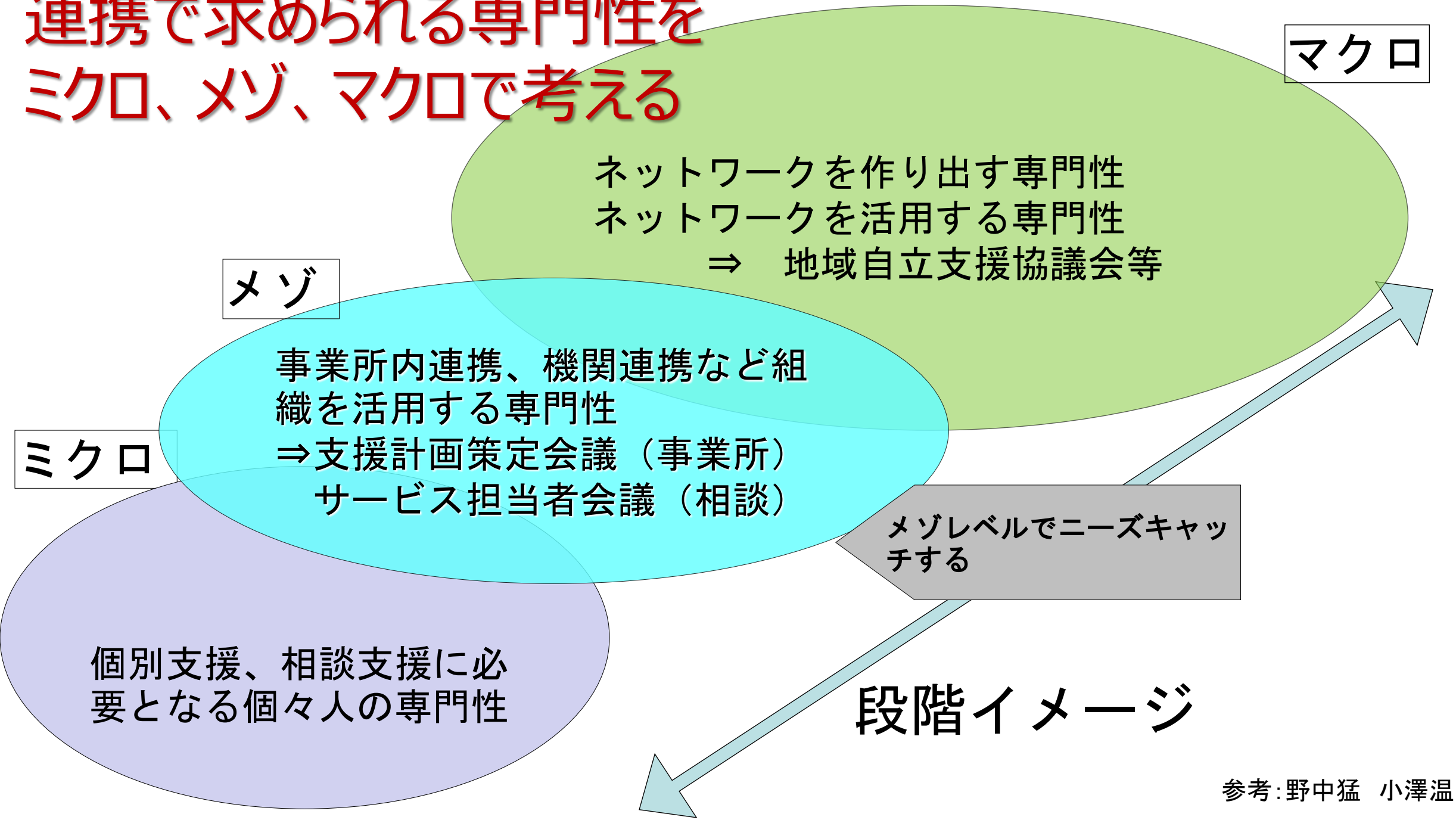
↓

では、分野別の専門性が必要となったときはどうするのか？

↓

関係者、関係機関、地域のネットワークを活用すること
サビ管に求められる専門性

連携で求められる専門性を
ミクロ、メゾ、マクロで考える



参考：野中猛　小澤温

埼玉県における強度行動障害支援者養成研修について

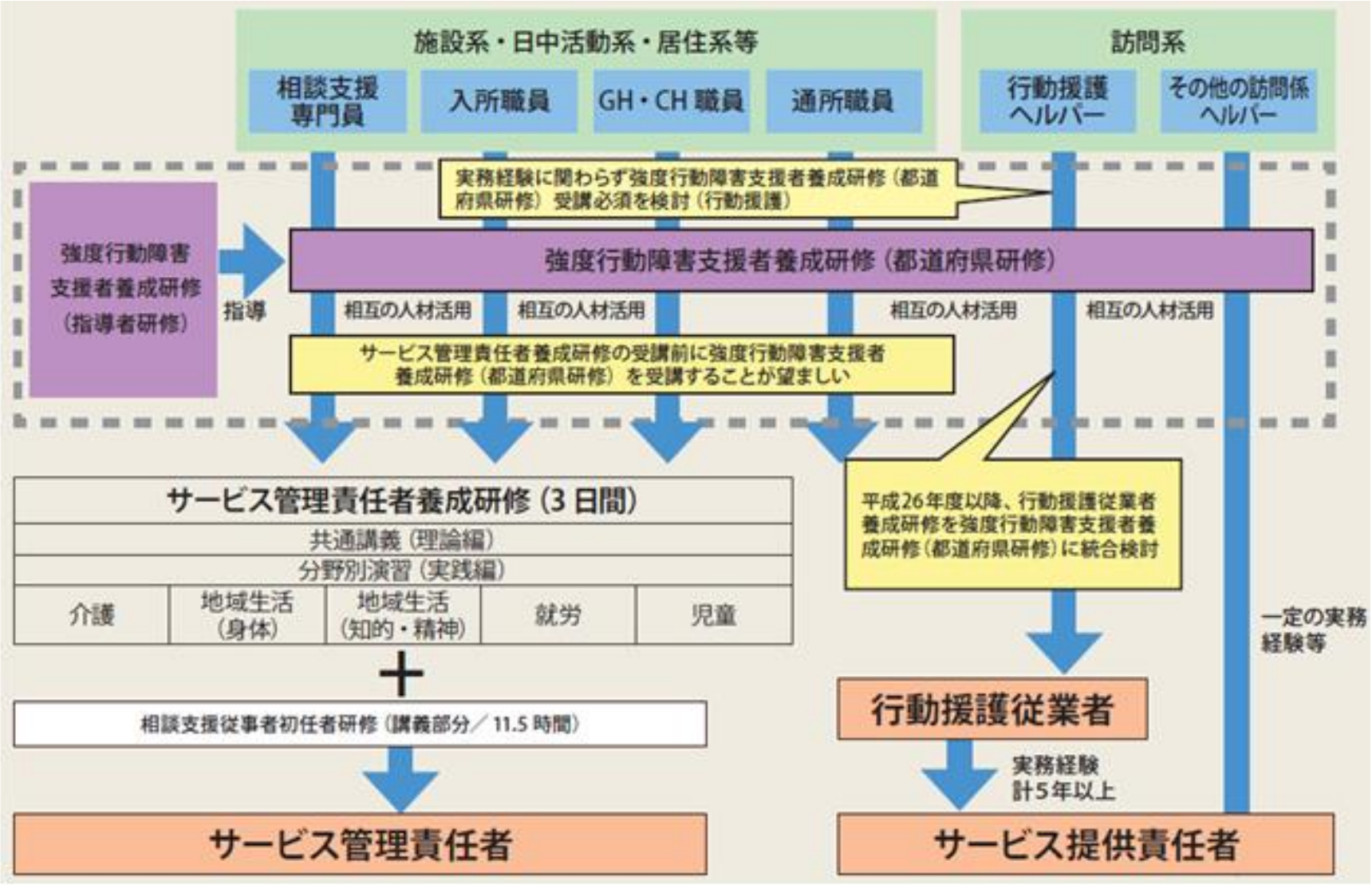
障害保健福祉関係主管課長会議資料平成25年2月25日

強度行動障害を有する者等に対する支援者の人材育成について

強度行動障害を有する者は、自傷、他害行為など、危険を伴う行動を頻回に示すことなどを特徴としており、このため、現状では事業所の受け入れが困難であったり、受け入れ後の不適切な支援により、利用者に対する虐待につながる可能性も懸念されている。

一方で、施設等において適切な支援を行うことにより、他害行為などの危険を伴う行動の回数が減少するなどの支援の有効性も報告されており、強度行動障害に関する体系的な研修が必要とされている。このため、平成25年度に、研修の普及を通じて、適切な支援を行う職員の人材育成を進めることを目的として、指導者を養成するための研修を独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園において実施することとした。また、平成25年度予算案において、都道府県が実施する強度行動障害を有する者等を支援する職員を養成するための研修事業を都道府県地域生活支援事業のメニュー項目として盛り込んだところであるので、積極的な取り組みに努められたい。

平成25年度段階の研修スキーム（厚労省資料）

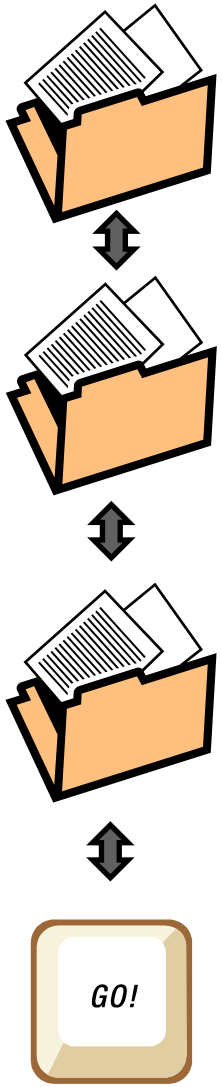


【見直しに当たっての趣旨】
○専門的な人材の育成（強度行動障害の特性から虐待につながりやすい→虐待防止の観点）
○知的障害者等の支援者のキャリアパスの形成
○施設、通所等の拠点型サービスの人材育成機能の地域展開
○訪問系サービスの普及拡大、質の向上（行動援護、重度訪問介護）

（平成26年2月厚労省資料）

強度行動障害支援者養成研修のシンプルなモデル

「基礎研修」と「実践研修」に分け、各研修で目指すもの



サービス等利用計画：相談支援専門員

利用するサービスをより計画的に、そして生活の質をさらに向上させるために作成する

個別支援計画：サービス管理責任者

当該サービス事業所において、サービス等利用計画に則り、適切な支援内容等の取り決めを明文化したもの

支援手順書・記録フォーム

個別支援計画の内容から、具体的な活動とそのスケジュール、必要な構造化の方法等を詳細に記載したもの

支援の実施・記録とその整理

支援手順書の内容を理解し、実施する。またその結果を記録し、定期的に記録を整理し、報告する

実践研修

基礎研修

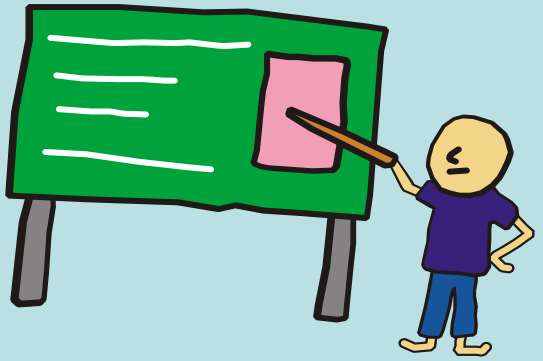
「支援手順書・記録フォーム」「支援の実施・記録とその整理」の内容について正確に理解していない人が、「サービス等利用計画」や「個別支援計画」を作成できるの？

直接支援を提供する、日々の支援に身近な存在が、強度行動障害者の障害特性を理解し、構造化をはじめとした基本的な支援の枠組みを理解し、詳細な計画立案ならびに実直に支援を継続することが重要！

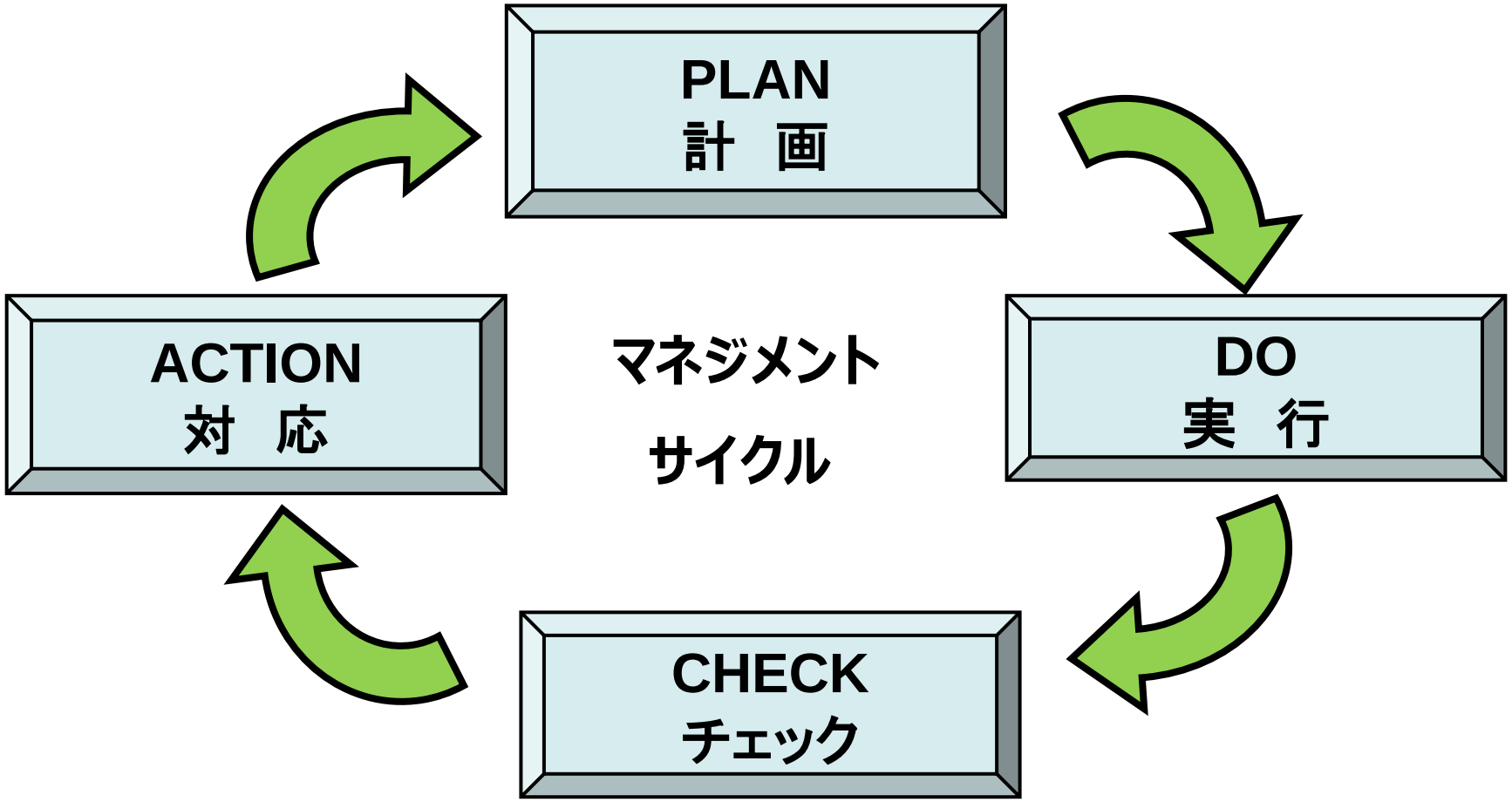
10. 個別支援計画の作成と実施に基本的な考え方の要素が常に含まれていること

利用者（本人）主体、自立（自律）支援、エンパワメント、ICFの障害構造、権利擁護、合理的配慮、専門性、チームアプローチ、連携等の様々な要素がしっかり押さえられ、含まれた個別支援計画が作成され、実践に結びつけて行くことが重要。

振り返りやスーパービジョンの視点でもある。



個別支援計画による支援
（PDCAサイクル）



令和4年度
埼玉県サービス管理責任者等基礎研修

「サービス提供のプロセス」

（国サービス管理責任者等指導者養成研修資料より）＊一部改

（社福）川越にじの会　にじいろ壱番館
管理者　菊池　崇臣

この講義のねらい

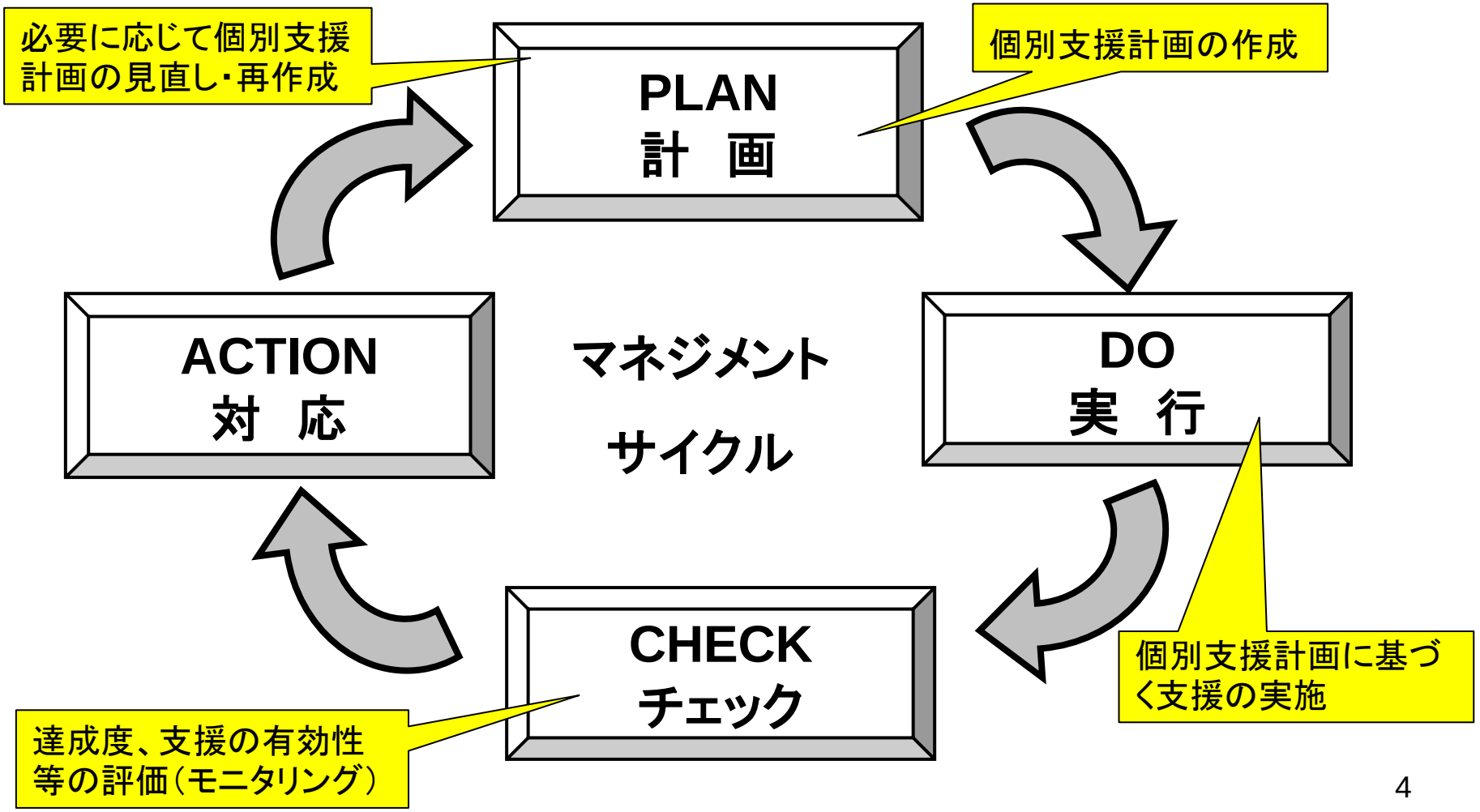
利用者中心のサービスを提供していくためには、サービス提供のプロセスを正しく理解し、そのプロセスに沿ったサービス提供に努める必要がある。そのために・・・

1. PDCAサイクルとその継続によって本人のニーズに沿った質の高いサービス提供がなされることを理解する
2. 各プロセスごとの内容・実施方法・ツールについて学び、今後の現場での支援に活かす
3. サービスの評価及び事業所やサビ管・児発管としての自己評価等について理解する

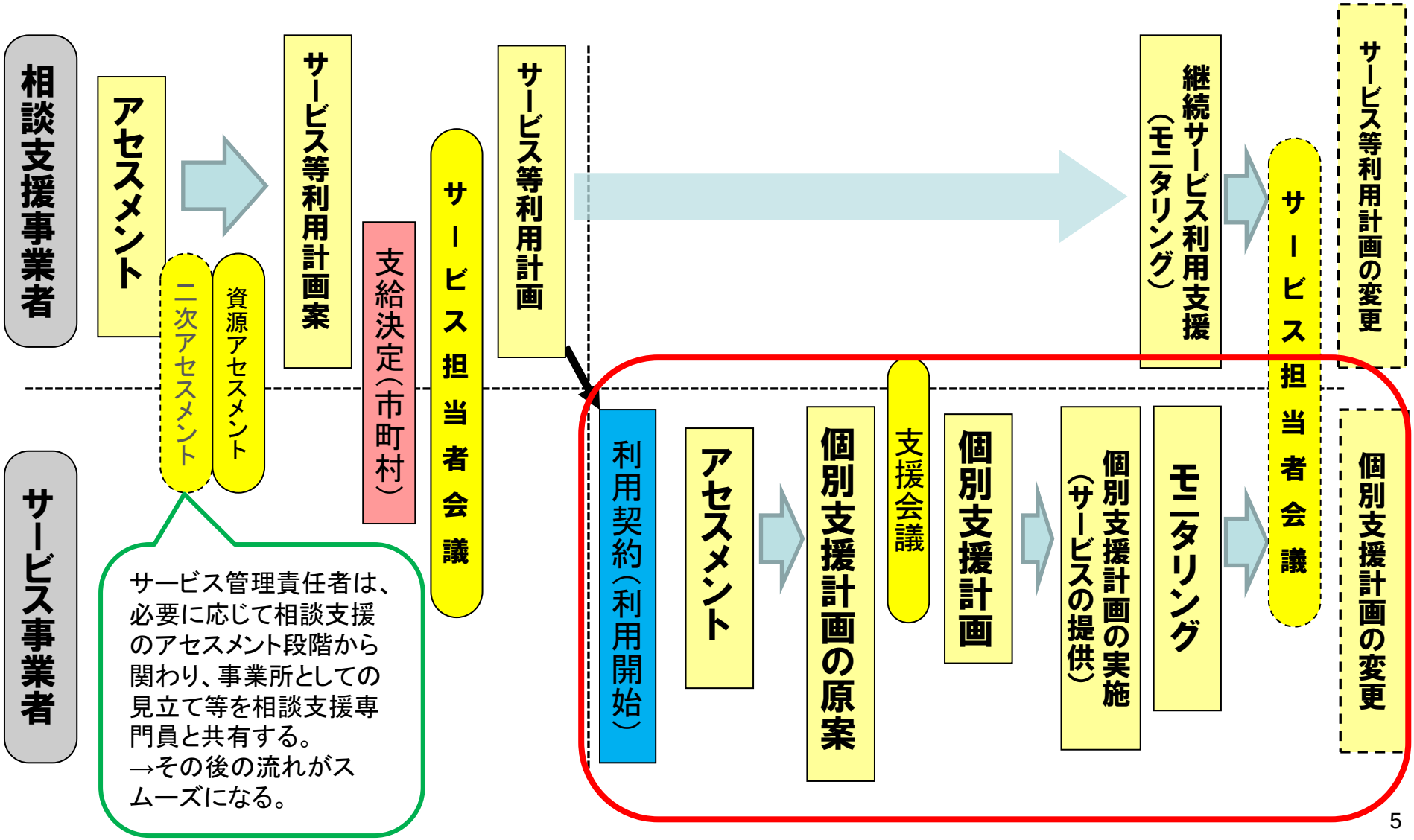
１．サービス提供プロセスの実際

個別支援計画による支援

（PDCAサイクル）



指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係

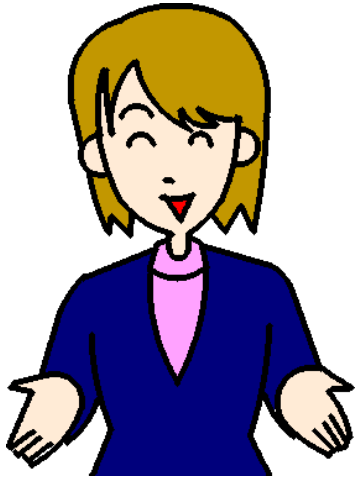


(0) 相談支援事業所との連携

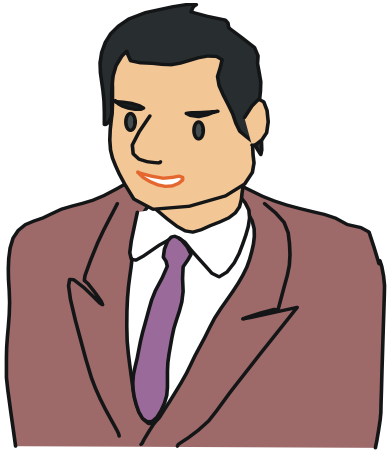
サービス管理責任者は、相談支援専門員がサービス等利用計画案を作成する際、専門的な助言（2次アセスメント）を依頼される場合もある。利用契約前であっても、相談支援事業所と連携し、適切なサービス等利用計画案となるよう協力する。

サービス管理責任者

相談支援専門員



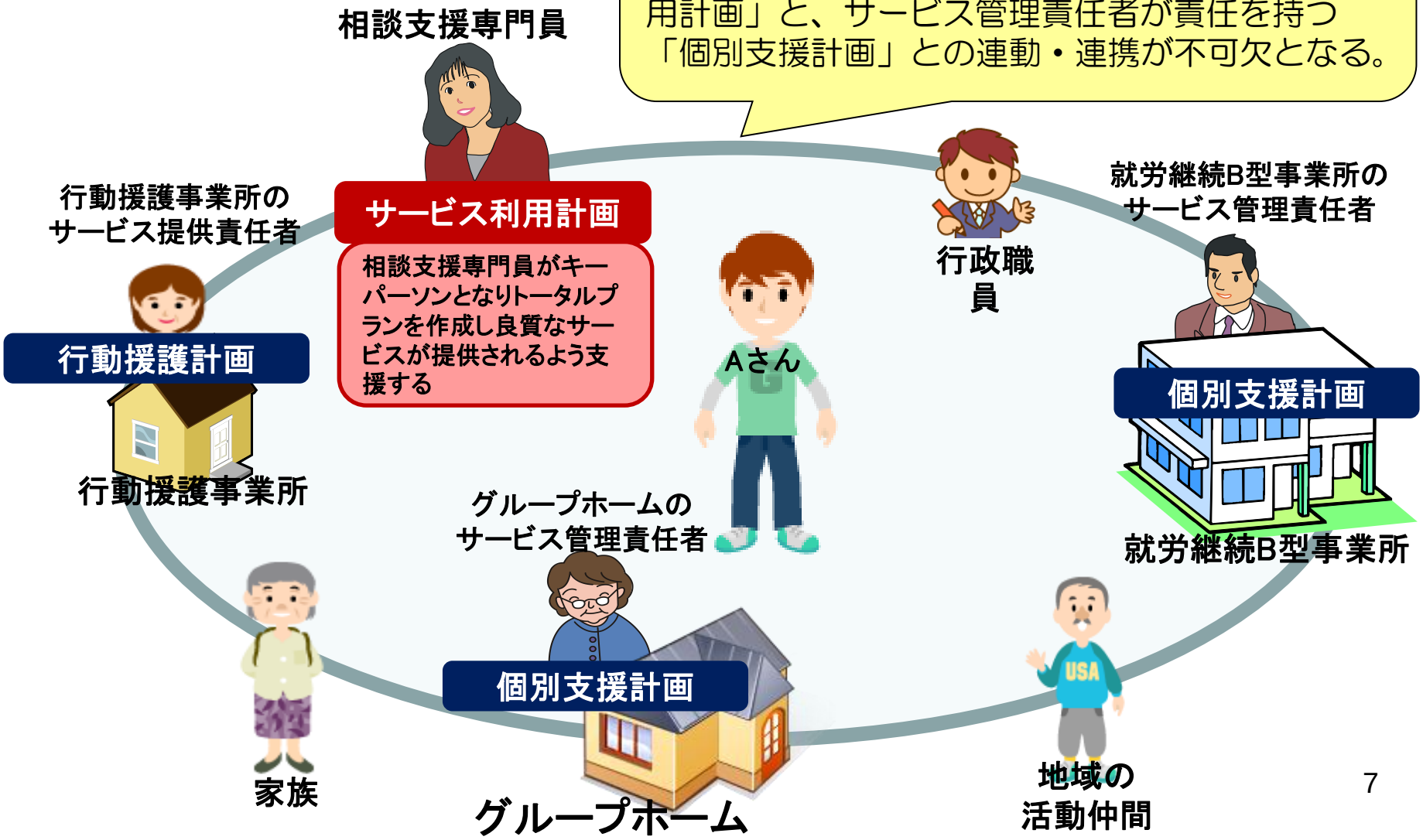
連　携



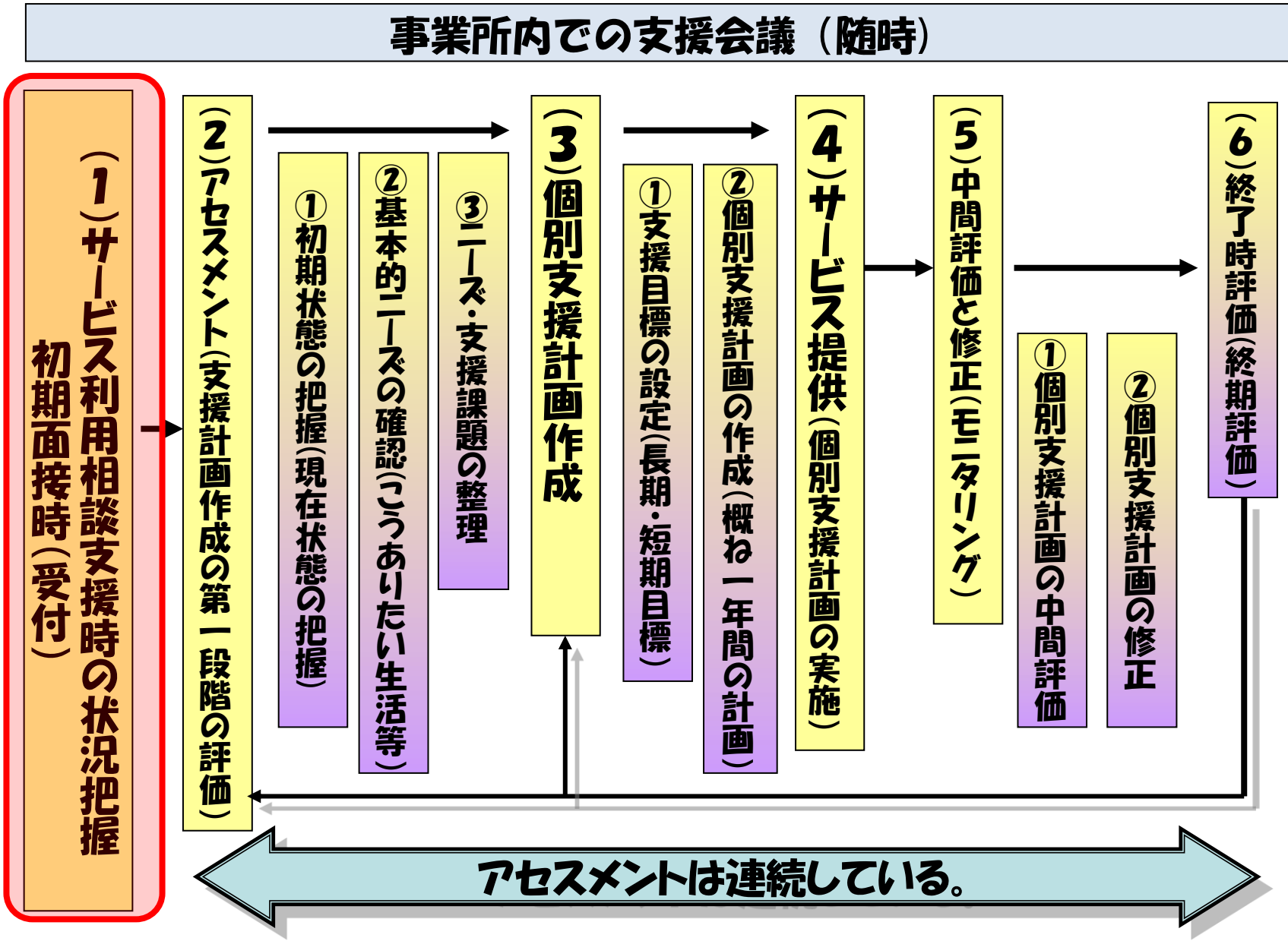
適切な
サービス等利用計画案

（参考:国サビ管研修）地域の連携イメージ

関係機関とのつなぎを相談支援専門員が中心になって調整。相談支援専門員が作る「サービス利用計画」と、サービス管理責任者が責任を持つ「個別支援計画」との連動・連携が不可欠となる。



事業所におけるサービス提供プロセス



（１） 相談支援時の状況把握（初期面接時）

【実施内容等】
- 各事業における利用者の対象像、提供するサービス内容について情報を提供する
- 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
- サービス提供は、利用者との合意のもとで作成することや契約の内容に盛り込むことを説明
- 必要に応じて他の事業者、市町村など関係機関と連携をとる
- 個人情報の管理については慎重に行う

サービス管理責任者のチェックポイント
- 必要な情報が提供できているか。
- 説明はわかりやすいか。
- 必要な情報が聞き取れているか。

初期面接（インテーク）では・・・

支援プロセスで、紆余曲折することもあるので、インテークで安易な励ましは、過度の依存、利用者の不信を招くことに留意

- 課題があって不安
- 将来の展望がみえない
- 課題の解決方法がわからない　等

事業者

援助者と利用者の信頼関係（ラポール）の形成の第一歩

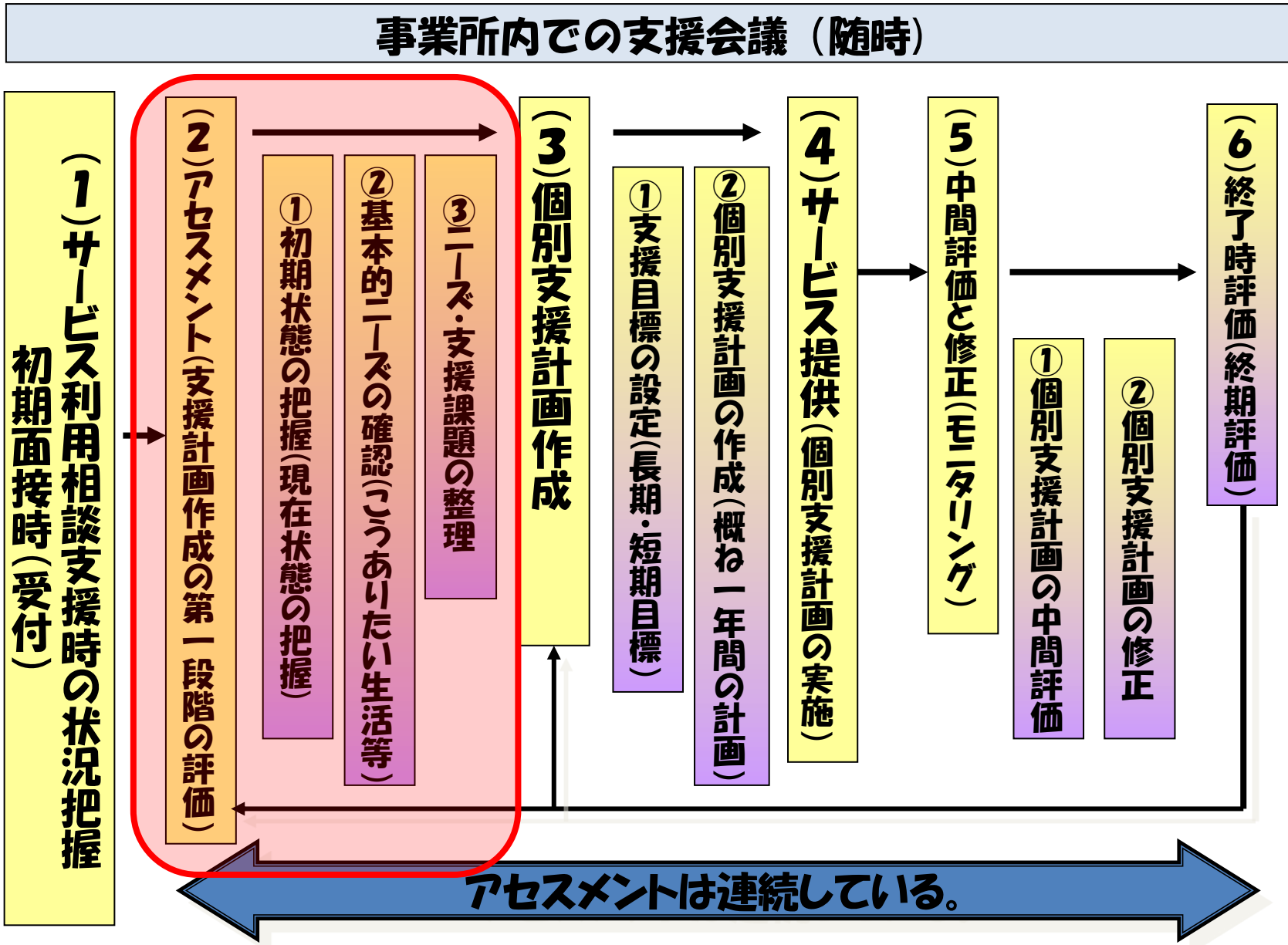
- まず、傾聴する
- 肯定的にとらえる
- 不安を和らげる
- 課題を明らかにする
- 対応できる課題かどうか

利用者

- 安易に問題解決を請け負ってしまわない
- 問題解決の主人公は利用者である

この事業所が、はたして対応してくれるの？

事業所におけるサービス提供プロセス



（2）－①　アセスメント：初期状態の把握

【実施方法】
- 信頼関係の確立を基礎として、面接などを通してご本人の状態像の客観的な把握をする。
- アセスメントの意味をよく説明して同意を得る
- 初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価や終期評価の際に比較検討する情報となることから、数量化など、出来るだけ客観的な把握に努める
- 必要に応じて医師や看護師、心理士などと連携する
  →必要なツール：「アセスメントシート」など

サービス管理責任者のチェックポイント

- 適切な評価項目を選択しているか。
- 必要な情報が集められているか。
- データに基づく客観的な分析ができているか。

02-1　アセスメントシート

例

氏名　　大宮　正　　記入　相談支援専門員　　与謝野一茂

	項目		介助がいるか	程度	項目		介助がいるか	程度
日常生活面	起居動作	起き上がり	□有		衛生保持	手洗い	□有	
		寝返り	□有			爪切り	□有	
	姿勢保持	座位	□有			耳掃除	□有	
		立位	□有			月経	□有	
	移動	屋内	□有		行排為泄	排尿	□有	
		屋外（徒歩）	□有			排便	□有	
	衣類着脱	着脱行為	□有		食事全般	飲食行為	□有	
		服装の選択	□有			食事状況	□有	
	整容行為	歯磨き	□有	時々めんどうになり声掛けが必要		食事の後片付け	□有	
		洗顔	□有	時々めんどうになり声掛けが必要	調理全般	調理	☑有	やったことがないので支援が必要
		整髪	□有	時々めんどうになり声掛けが必要		安全確認	☑有	やったことがないので支援が必要
		ひげ剃り	□有	時々めんどうになり声掛けが必要	入浴全般	入浴の準備と片付け	□有	
		化粧	□有			入浴	□有	
					家事全般	洗濯	☑有	やったことがないので支援が必要
						洗濯物干し	☑有	やったことがないので支援が必要
						掃除	☑有	やったことがないので支援が必要
						衣類整理	☑有	片づけなどは苦手、声掛けが必要
						所持品整理	☑有	片づけなどは苦手、声掛けが必要
						ベットメイク	□有	

アセスメント　アセスメントとは？

・アセスメントの過程は資料の収集と分析である。
・支援の実践では、アセスメントは常に継続・連続している。
・アセスメントで大事なのは、利用者をどのように診ているか。
・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

アセスメント時の視点

①表面的な個々の現象を捉えるのではなく、生活の中で起こっている状況を繋がりのあるものとして総合的に捉える。

多面的に見ましょう！

②利用者の生活が人間らしい「健康で文化的な生活」の水準を満たしていない状況を敏感に捉える。

その人らしい生活ができているか？

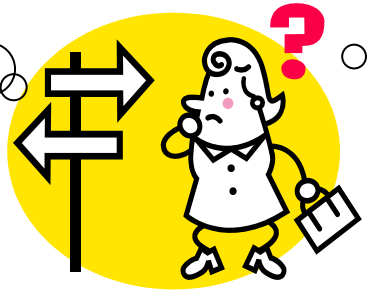
③利用者の多様な訴えを冷静に受け止め、支援者側も一方的に解釈することのないよう気をつける。

この人は〇〇だからと決めつけない！

（2）－①　アセスメント：初期状態の把握
行動障害があるような支援が難しい方の場合・・・

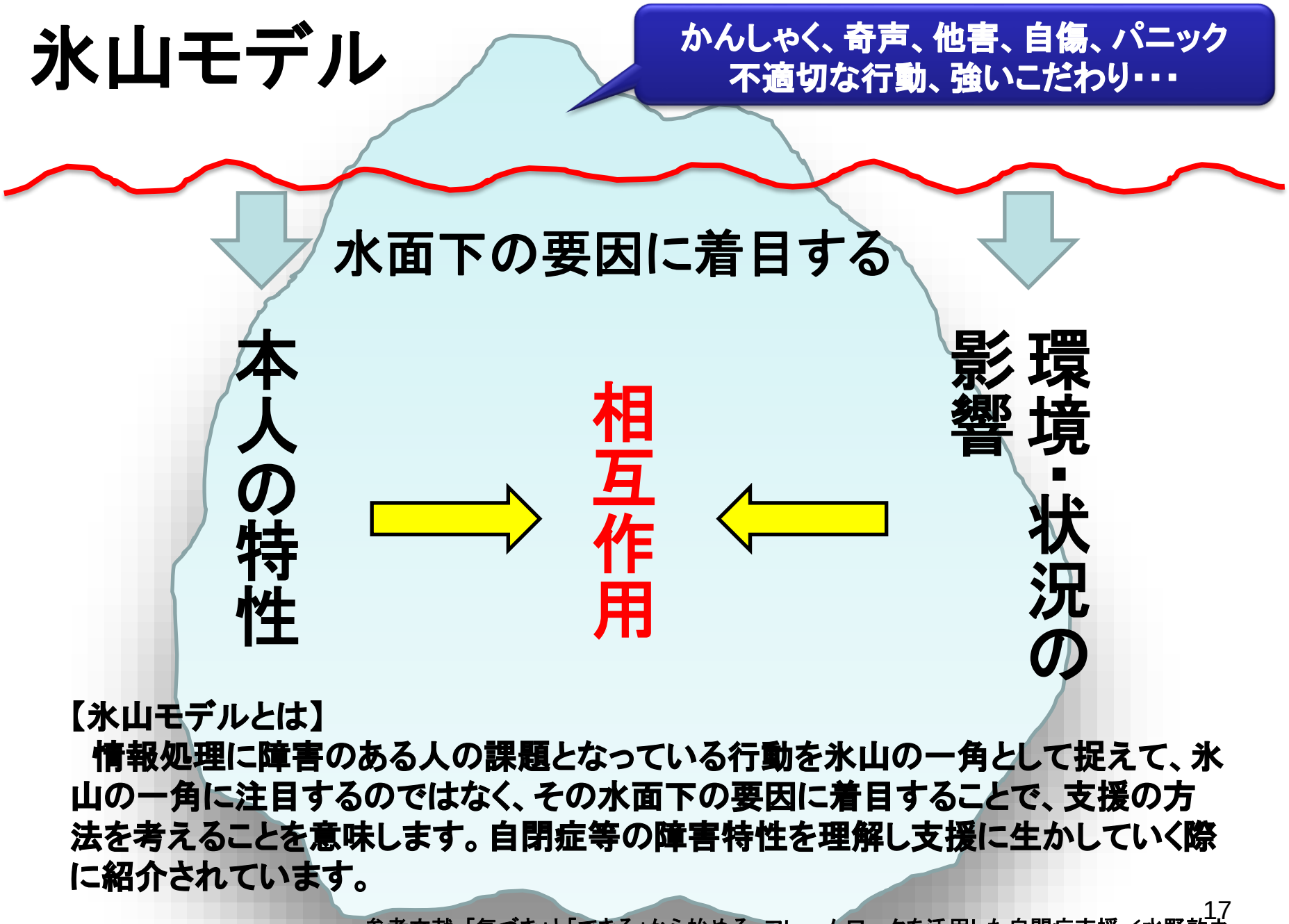
何で、突然に他の利用者さんに掴みかかったのだろうか？なぜ・・・

本人はどんな経過を経て今に至ったのか？



単純に当事者の性格、問題行動と考えてよいのだろうか・？

氷山モデル



【氷山モデルとは】

情報処理に障害のある人の課題となっている行動を氷山の一角として捉えて、氷山の一角に注目するのではなく、その水面下の要因に着目することで、支援の方法を考えることを意味します。自閉症等の障害特性を理解し支援に生かしていく際に紹介されています。

参考文献:「気づき」と「できる」から始める フレームワークを活用した自閉症支援／水野敦之

氷山モデル

かんしゃく、奇声、他害、自傷、パニック
不適切な行動、強いこだわり・・・

AさんとBさんで余暇活動で工作をしていて、Aさんが「後で貸してあげるから」と言いながら、先にハサミを使ったら、突然BさんがAさんを叩いた。

水面下の要因に着目する

【本人の特性】

・言葉で自分の思いを表現することが難しい
・相手の気持ちを察することが苦手である
・「あとで」のイメージが難しい
・言葉より先に手が出てしまう

相互作用

【環境・状況】

・「あとで」について本人が理解できるような形での提示を（支援者が）しなかった
・自分の使っているもの、仲間の使っているものに区別のない環境になっていた

必要な支援策

・「あとで」ではなく、支援者が具体的にいつになったら借りられるのかを本人が理解できるかたちで提示する
・自分の使っているもの、相手の使っているものの境界を明確にする。

（2）－② アセスメント：基本的ニーズ（主訴）の把握

【実施方法と把握の必要な内容】

- 信頼関係の確立を基礎とし、面接などにより把握する
- コミュニケーションの障害を有する障害者については、わかりやすい言葉を使うなどして把握する。
- 家族など身近で支える方の意向も把握する（ただし、ご本人の意向と一致しているとは限らない）
- 現在のサービス利用状況や就労状況、置かれている環境などの状況を把握する
- 利用できる社会資源や関係機関を把握する
- 利用者の基本的ニーズ（主訴・意向）については必ず記録しておくこと

サービス管理責任者のチェックポイント

- 利用者の意向を丁寧に聴取しているか。
- 当事者の気づいていないニーズはないだろうか？
- データに基づく客観的な分析ができているか。

（2）－③　アセスメント：解決すべき課題の整理

【実施方法】
・利用者の初期状態や基本的ニーズから、支援者の気づきなどを踏まえ解決すべき課題を整理する。
・解決すべき課題を整理した結果、複数の課題がある場合は、後の支援計画を作成するときの優先順位を考えるために重要度や緊急度なども考慮しておくと尚良い。
・課題の整理については必ず記録しておくこと
→必要なツール：「課題の整理表」や「ニーズ整理表」など

サービス管理責任者のチェックポイント

・データに基づく客観的な分析ができているか。

・具体的で適切な課題が示されているか。

・当事者が選択できるほどの情報や経験を持っているかということも常に考えながら見立てていますか？

課題の整理表

利用者氏名

№	意向等 ニーズの把握	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

（記入例）

課題の整理表

利用者氏名　〇〇　〇〇

№	意向等 ニーズの把握	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
1	仕事をして家族を少しでも養いたい	右片麻痺の状態ではあるが、パソコン操作が可能である。 以前の職場でもPCの経験がある。 両手操作の際の工夫が必要。	①本人に合った仕事内容を支援者が把握できていない。 ②引きこもりがちであったため集中力や耐久力がもつか気になる。 ③PC操作が可能である。	①どのような仕事が本人に適しているかを探る。 ②生活状況を把握し、安定した通所を図る。
2	人との関わりを持ちたい	家族との関係は良好であるが、言語障害があり引きこもりがちになった。	①病院へ通院し言語療法を受けている。徐々に回復しているとのこと。	①言語療法士から日中活動の場での留意事項などを聞いておく。 ②人との関わりを増やすため、趣味のガーデニングで仲間を増やせないか、相談支援専門員へ情報提供。
3	またガーデニングができるようになりたい	庭の環境を整備すれば、能力的には可能である。	①花や観葉植物が好きで昔はよく育てていた。	①庭の環境整備の助言を行うとともに、相談支援専門員に情報提供し、趣味の活動を広げる方向で支援する。
4	在宅での生活を続けたい	家族の支援で生活は成り立っている。	①家族の介護負担が気になる。	①在宅での介護を無理なく続けるため、ホームヘルプの導入等を相談支援専門員と検討する。
5	毎日通所させたい（家族）	現在の体力では毎日の通所は無理がある。	①本人が就労に向けて前向きに取り組もうとしている ②体力が落ちているので段階を追って進めていく必要がある	①本人の状況を、家族にも理解を促し、進捗に合わせたフォローを促す。

令和元年度 埼玉県サービス管理責任者基礎研修

事前課題①：事例概要の整理

大宮 正さんってどんな人？

所属：＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿

本人が希望する事や困っている事など（主訴や意向）

■どんな生活をしてきたか？
困っている事の背景は？

→本人を取り巻く環境、過去の体験なども…。

■どんな特徴がある？

→ＡＤＬ、コミュニケーション、
対人関係は・・・

■ストレングス
長所、強み、得意なところ、可能性は？

→課題と思っている所も発想を変えれば…。

■具体的な到達目標（本人のニーズ）

○
○
○

※事業所のサービス管理責任者・児童発達支援管理者よる確認サイン

上記、事前課題の終了後、サビ管・児発管または施設長（管理者）に署名・捺印を受けること。

役職：＿＿＿＿＿＿＿＿　／　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　印

アセスメントの視点を変えてみよう

ストレングスの例

環境のストレングス

- 貯金がある
- 住まいは持ち家があり困らない
- 近くに駅があり便利
- 近くにコンビニがある
- カラオケ仲間の幼友達がいる
- 腕のよい主治医が担当
- 親切な民生委員さんが担当
- 近くに大学がありボランティアに困らない
- 近くに当事者グループの事務局がある
- 近くに支援センターがある
- 100円ショップがある
- 隣町の兄弟がときどき来てくれる
- 図書館がある
- 公園がある
- 海がある
- 川がある

・・・等

本人のストレングス

- 笑顔が魅力的
- 好きな人がいる
- プログラムを欠席しない
- プログラムをサボれる
- ○○の資格をもっている
- 絵(字)が上手い
- 几帳面である
- 元気にあいさつができる
- 弱音が吐ける

・・・等

アセスメントの視点を変えてみよう

（ストレングスの例2）

①その人の生きてきた道・その人史・生育歴のストレングス

・元気だった時は、裁縫が得意だった。会社の営業マンでバリバリ働いていた。学生時代皆勤賞をもらった。など・・・

②生活場面においてのストレングス

・配膳を率先して手伝ってくれる。作業は熱心に行っている。利用者の誘導をしてくれる。

・自宅では、優しいお父さん・お母さんである。

アセスメントの視点を変えてみよう

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

(考えられる理由)

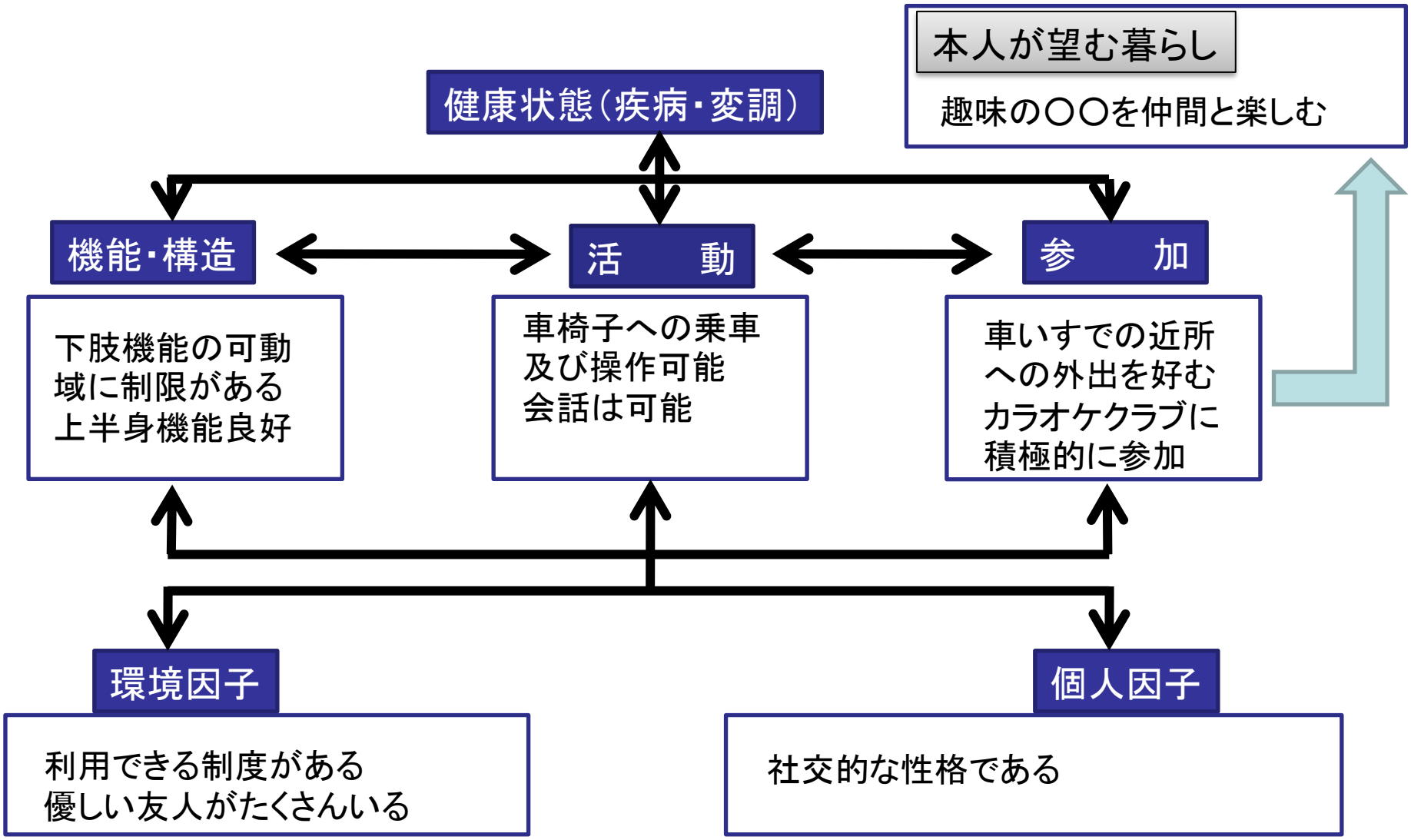
①環境要因

- 限られた空間、限られた人間関係で、長期間生活している。
  ⇒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･･･

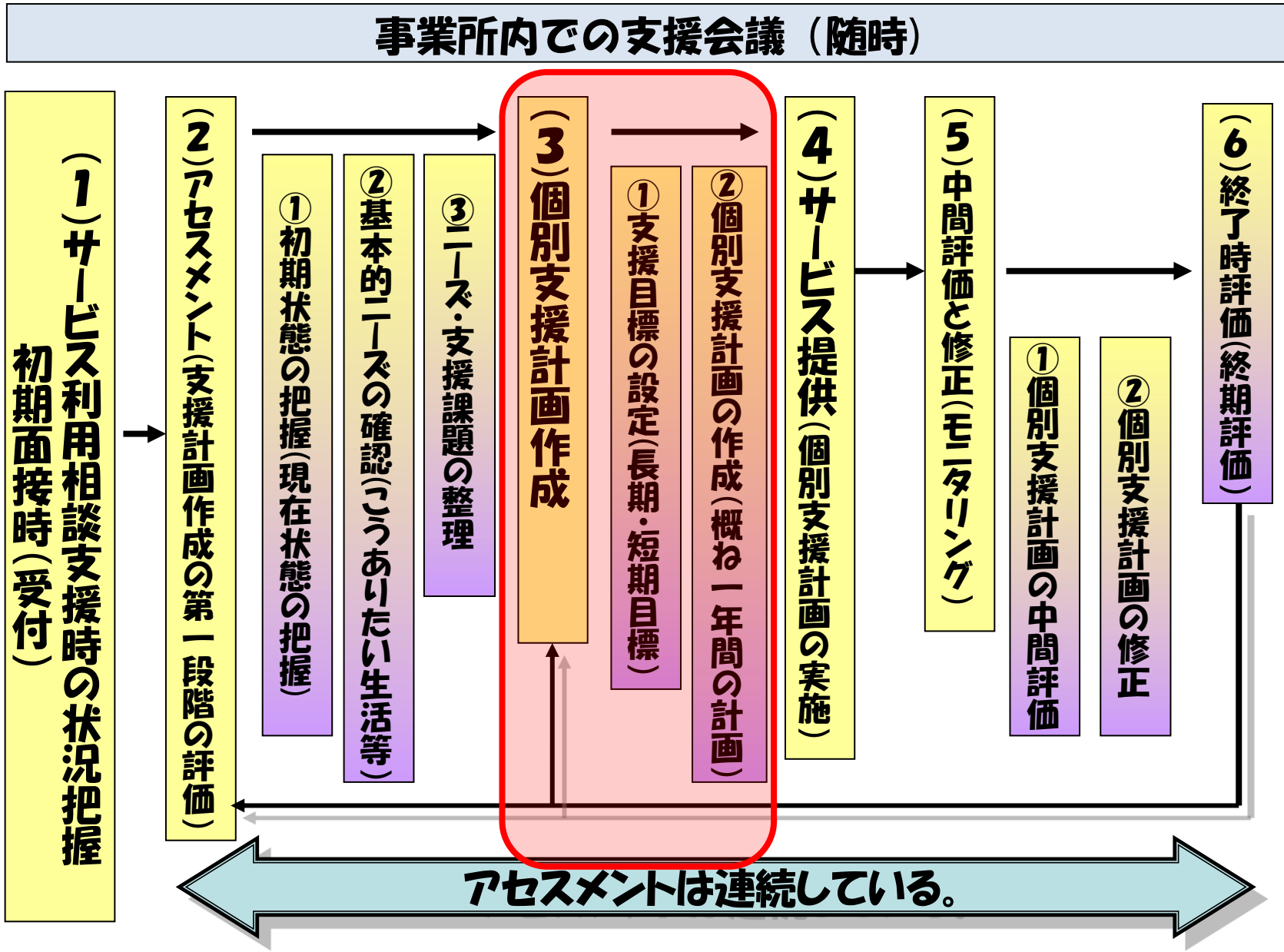
②本人の状況

- 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る可能性が高い。
- 現場のスタッフが、本人のストレングスを感じ取る環境として、ストレングスに対する関心が薄い。

ICFを活用した利用者把握



事業所におけるサービス提供プロセス



（3）個別支援計画の作成（概要）

個別支援計画の作成は、支援の実施過程を立案することである。

① 明らかになったニーズ（課題）をリストアップする

② 到達目標を設定する

③ 解決すべき課題の優先順位を利用者と決める

④ 資源とニーズのマッチングを検討する

⑤ 個別支援計画案を作成する

⑥ 利用者の最終同意を得る（「案」をとる）

利用者との信頼関係を築き、支援チームの意思統一を図る

（3） 個別支援計画の作成

①支援目標の設定

・作成にあたっては本人の意向を尊重すること
・到達目標は、時間（支援期間）と領域（支援内容）という2つの観点から設定（段階を踏んで達成されるようなスモールステップを踏むことも大切）
・課題（ニーズ）が複数にわたる場合、緊急性の高い課題など優先順位を設定

など

②個別支援計画の作成

・支援の頻度やスケジュールについては、本人の同意を得て作成する
・具体的な支援方法などを個別支援計画に反映（表記）させておく
・担当者が複数いる場合などはその担当者の役割を明確にしておく
・やむを得ない場合の身体拘束等の様態、緊急やむを得ない理由とはどんな時なのかを記載しておく
・個別支援計画を記録し同意を得る
→必要なツール：「個別支援計画書」

身体拘束の3原則
切迫性・非代替性・一時性

(3)個別支援計画の作成(それぞれの立場から)

○　利用者や家族の立場から
- ・質の高いサービスを提供してくれるためのもの。
- ・私の意向を汲んでくれているもの。

○　職員の立場から
- ・的確な支援の方向づけをするもの。
- ・支援の効果を自己評価し、今後の計画を検討するベースとなるもの。

○　施設経営者の立場から
- ・支援の質の向上を目指すためのもの。
- ・効率的・効果的に施設運営できるためのもの。

記入様式 2

個別支援計画

グループ

利用者名

作成年月日: 年 月 日

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

長期目標(内容、期間等)	
短期目標(内容、期間等)	

○支援目標及び支援計画等

解決すべき課題	支援目標	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

令和 年 月 日 利用者氏名 印 サービス管理責任者 印

計画作成時の留意点

- 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。
- 自立性も考慮した、ストレングス（当事者（利用者）の強さ）を常に意識する。
- 当事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。

(施設内)支援会議

・個別支援計画の作成等のために定期的に施設内支援会議を実施する
・利用者やサービス提供職員の他、必要に応じて利用者、関連機関の職員と開催する
・サービス管理責任者は支援会議が効率的に運営されるようマネジメントする

実施方法

- 支援会議はチームアプローチの場であり、サービス提供職員と個別支援計画を実現していく場であることを認識する
- サービス提供職員と個別支援計画を協働して検討し作成していく
- サービス管理責任者は適時、指導・助言を実施する
- 担当した個別支援計画の説明などサービス提供職員の教育の場でもある
- 他の支援方法の導入などチームでサービス提供の工夫を凝らす
- 支援会議運営マニュアルなどを作成しておくとより効果的
- 支援会議の内容を記録しておく

必要なツール

- **支援会議記録表など**

支援会議の意義

野中　猛　氏「ケアマネジメント実践のコツ」P．83より修正

サービス利用者の支援に役立つ

（個別支援計画の作成、中間評価、最終評価などを行う場で、様々な視点をもつ人の意見や知恵、力を合わせるチーム）

他領域の知識を得ることができる

（他の人の実際的な視点や知識に触れ、事態の理解や対処法について行き詰まり打開の発想が広がる）

サービス提供職員間のコミュニケーションを高める

（活動の場をともにし、理解を共有することで、お互いの立場や実情、能力がわかり、日常の実践においてコミュニケーションを高める）

(施設内)支援会議で行われるべき事柄

野中　猛　氏「ケアマネジメント実践のコツ」P．84より

①客観的情報の交換
（家族歴、生活歴、生活全般、行動特性、地域特性、制度の実情など具体的にとらえ、情報を広く集め、固定した見方を避ける）

⑤役割分担
（支援方針に基づき、サービス提供職員の役割分担を具体的に決定する）

③当面の支援方針決定
（会議の結論は、真実の追究より当面の一歩を踏み出す行動目標）

②主観的感情の交流
（関係者の正直な想いは、良くも悪くも貴重な情報源、話しやすい雰囲気作り

④見立てや手立てに関するたとえば発想の交換
（前半は見立てを、後半は手立てを集中して意見交換）

支援会議の運営作業

1. 目的に沿って参加者を選択する
2. 支障のない場所と時間を設定する
3. 大変な事例から選択する
4. 情報を整理した資料を準備する
5. 運営上の役割を定めておく
6. 見立てと手立ては時間的に分けて議論する
7. 最後の結論を確認する

野中　猛　氏「ケアマネジメント実践のコツ」P．85～86より

支援会議で行うべきでない注意点

野中　猛　氏「ケアマネジメント実践のコツ」P．87より

担当者の不備を責める
①あれこれ足りないという×

結論が出ないまま終了する
④これは気を付けよう

その場にいない人や機関を悪者にする
②仕組みや体制を批判×

記者や裁判官のように真実を追究する

納得しないまま「お説拝聴」をする
③周囲も「ウンウン」と言って頷いて、いかにも深まったように感じるが、何も生まれていない。

参考

支援会議におけるファシリテーションについて

【ファシリテーションとは？】

・ファシリテーションとは「支援・促進」

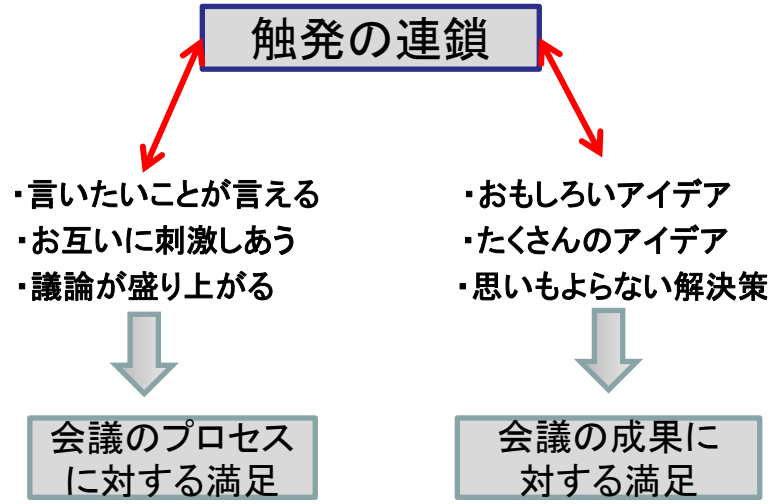
・具体的には、会議やミーティングの場で、発言や参加を促したり、話の流れを整理したり、参加者の認識の一致を確認したり、合意形成や相互理解をサポートすることにより、参加者のコミュニケーションを支援・促進させ、組織や参加者の活性化、協働を促進させる手法・技術の総称である。

・そのような場で公平な立場にたち、話し合いのプロセスに必要に応じて介入してファシリテーションを行う者のことを「ファシリテーター」という。

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者にも
ファシリテーション技術は求められます！

支援会議等の場でなぜファシリテーション技術が求められるのか？
～（支援）会議等の本質と現実から～

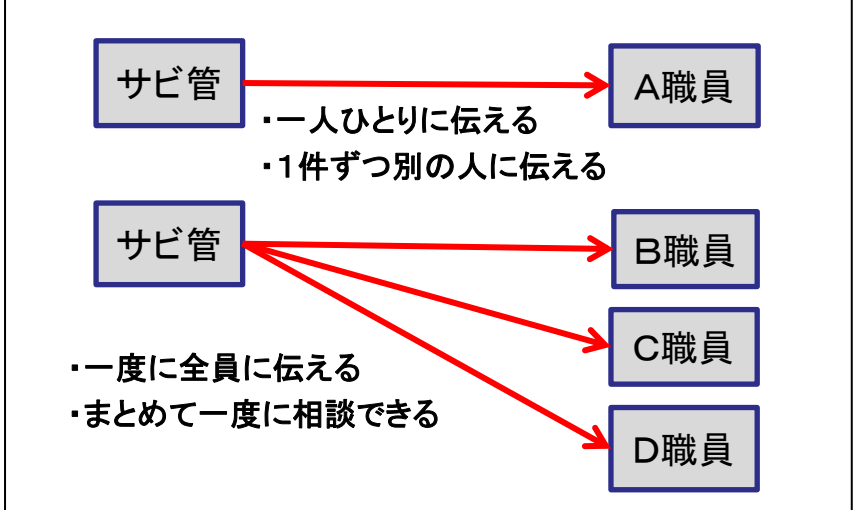
①コラボレーションの場として



しかし、実態は・・

- 声の大きい者勝ち
- 言った者“負け”を恐れて沈黙
- 予想通りの結論
- 玉虫色で中途半端な結論

②時間節約の仕組み

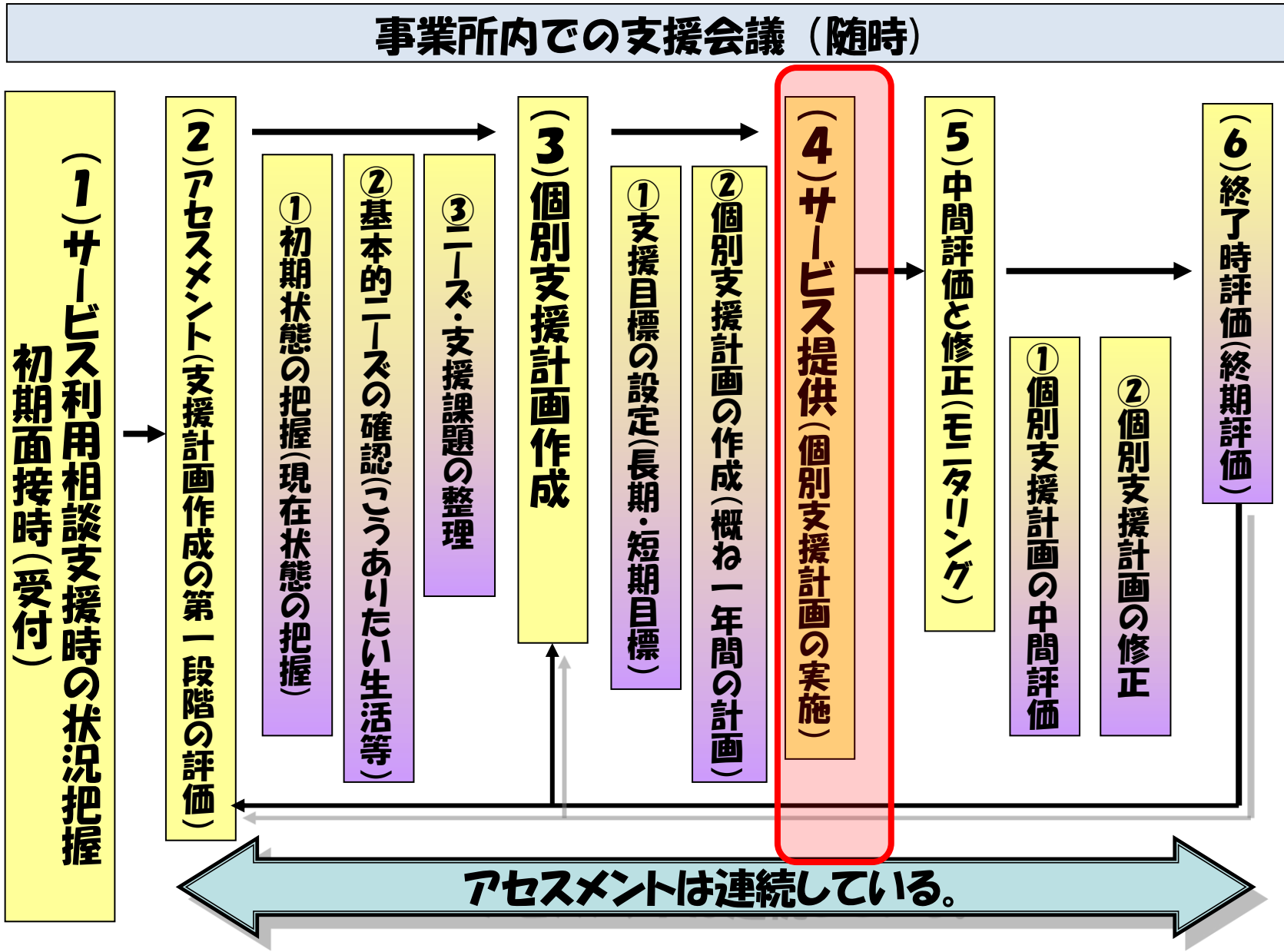


しかし、実態は・・

- 主催者のみの時間節約
- 会議そのものが時間の浪費の場合も
  （準備不足、私語や無駄話など）

時間切れや次回持ち越しなどで非効率的な会議となる場合も・・・

事業所におけるサービス提供プロセス



（4）個別支援計画の実施・・・・実施に先立ち

必ず利用者本人・家族から個別支援計画の同意を得る

同意が難しければ修正

（4） 個別支援計画の実施

【実施方法】

- 支援スタッフの役割を明確にする
- 支援スタッフはお互いに情報交換をしながら支援を実施（連携）
- 時間軸（段階）を意識した支援に努める
- 個別支援の実施に当たって支援の責任者を決めておく
- 他の支援方法、新たな支援方法の導入など、工夫を怠らない
- 必要があれば、積極的に支援スタッフにアドバイスをしていく
- 個別支援計画の実施を記録しておく
  →必要なツール：「支援経過記録表」や「生活日誌」など

・サービス導入後は、早い段階で当事者や家族の感想を聞く

サービス管理責任者のチェックポイント

- 設定された目標を、効率よく達成することに努める
- 個別支援計画に則り、適切にサービスを提供する
- 支援のペースやスケジュールは、利用者とよく話し合って決めていく

（4）個別支援計画の実施
行動障害があるような支援が難しい方の場合・・・

チームアプローチが重要

必要があれば、サビ管から積極的に支援スタッフにアドバイスをする

・サービス導入後もチームアプローチ
・モチベーションを高める支援
（支援者、家族のやる気を引き出す）

サービス管理責任者のチェックポイント

- 支援スタッフ、家族で抱え込まない。
- チームで取り組むことができているか。
- いろいろな情報、アイディアを共有できているか。
- 支援者のモチベーション向上。
- 必要に応じ、サービス提供職員等への適切な助言指導を行っているか。

サービス提供における支援記録

どうして記録が必要（重要）なのか？

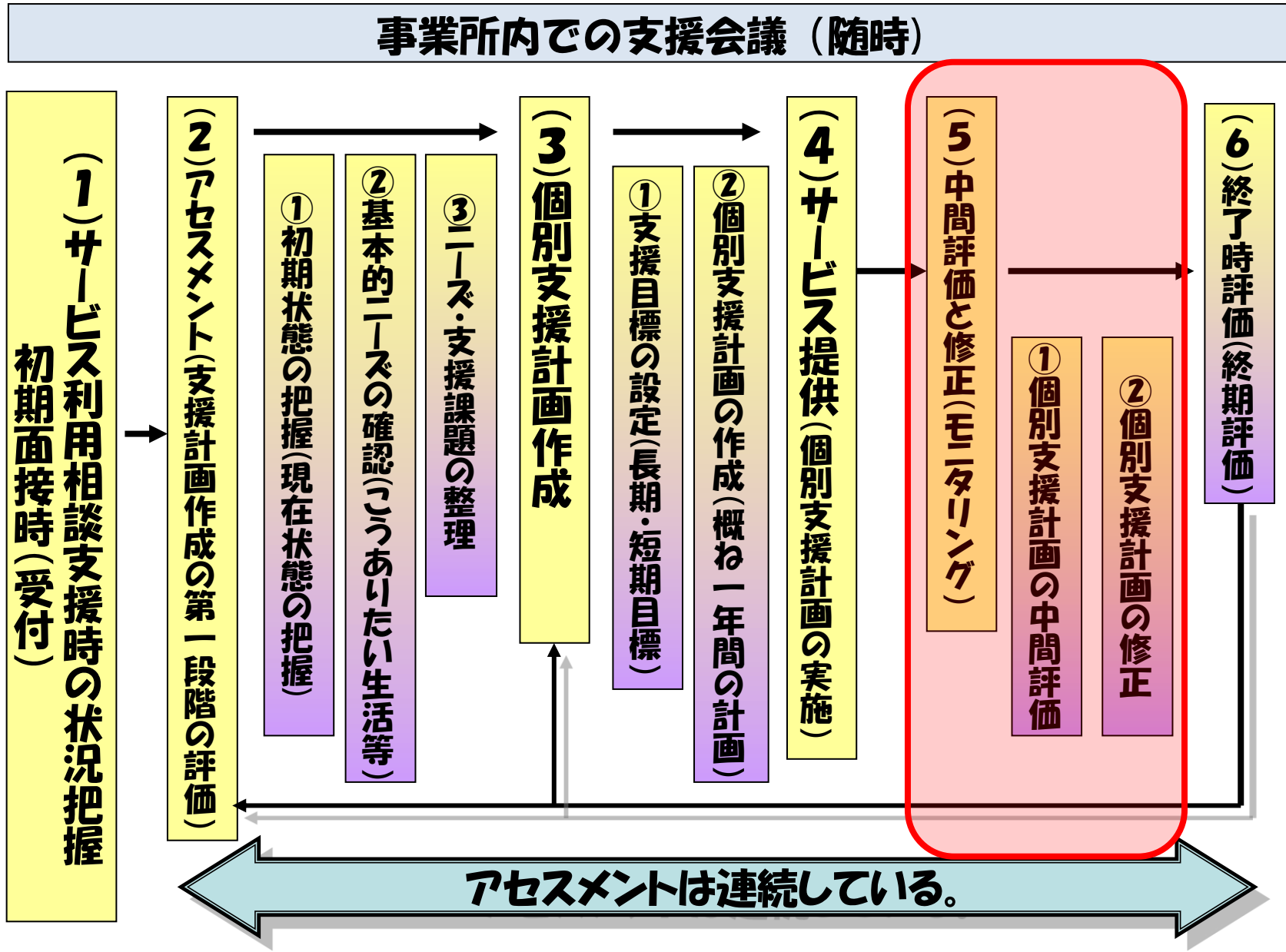
①利用者の生活の証として
②利用者の変化を確認するために
③支援を実施した結果の証拠として
④職員同士で情報を共有するために
⑤事故や訴訟、トラブル時の資料（反証）のため

など

支援のための行動と記録はワンセット！

「記録がない」＝「支援をしていない」と受け取られても弁明できなくなってしまう・・・

事業所におけるサービス提供プロセス



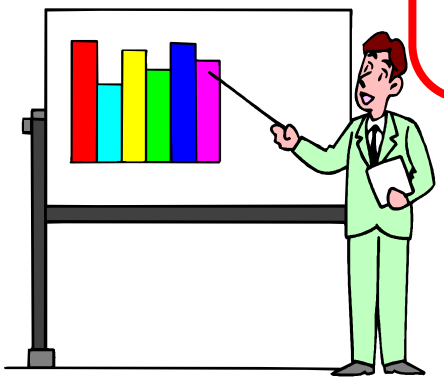
（5）－①　中間評価と修正：個別支援計画の評価

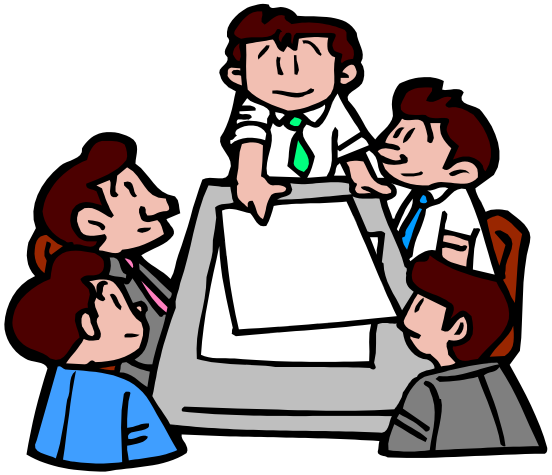
【実施方法】
・時期（段階）ごとに、到達目標達成度を評価・分析する
・利用者にサービスが適切に提供されているかを評価する
・達成度は、初期状態と比較してどれだけ変化したかをベースに評価
・あわせて、利用者の意向や環境の変化なども評価
・個別支援計画に沿ってサービスが提供されたかを評価
・分析した結果を記録しておく
　→必要なツール：「中間評価表」「モニタリング表」など

サービス管理責任者のチェックポイント

・段階ごとの到達目標の達成度はどうか
・利用者の満足度はどうか
・利用者の意向や環境の変化をとらえているか

ニーズは常に一定ではない
（人は毎日変わるものです）





定期的な調査による分析や評価ができますか？

当事者のニーズや考えにズレが生じたら、再評価や再計画が行えますか？

他職種やサービス提供者との定期的なモニタリング(中間評価）会議や要望苦情への対応システムがありますか？

○モニタリング(中間評価)の視点から・・・

・知的障害者施設の場合、本人の劇的な状況の変化が無い限り、個別支援計画を見直す機会が少ない。(特に生活施設の場合)
・ゆえに、計画を立てても「特になし」「支援継続中」となりがち。
・たからこそ、計画に沿って、多くの支援員が利用者と関わり、少しの状況の変化を見過ごさないように努力することが大事。
・定期的なモニタリングの場を意識して設定すべき。(介護系は半年に一回・訓練系は3ヶ月に1回のモニタリング)

⇒　事業所によっては介護系でも1カ月に１～２回実施しているところもあり。
　また、ニーズや状況に変化があった時はすぐに対応が必要。
→改めて他の機関と連携しないと叶えられないニーズも発生するかも・・・

（記入様式）

個別支援計画の中間評価表

利用者名

	到達目標	達成状況の評価				現状・達成されない原因の分析等	今後の対応（支援内容・方法の変更等）	優先順位
1		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
2		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
3		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
4		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			

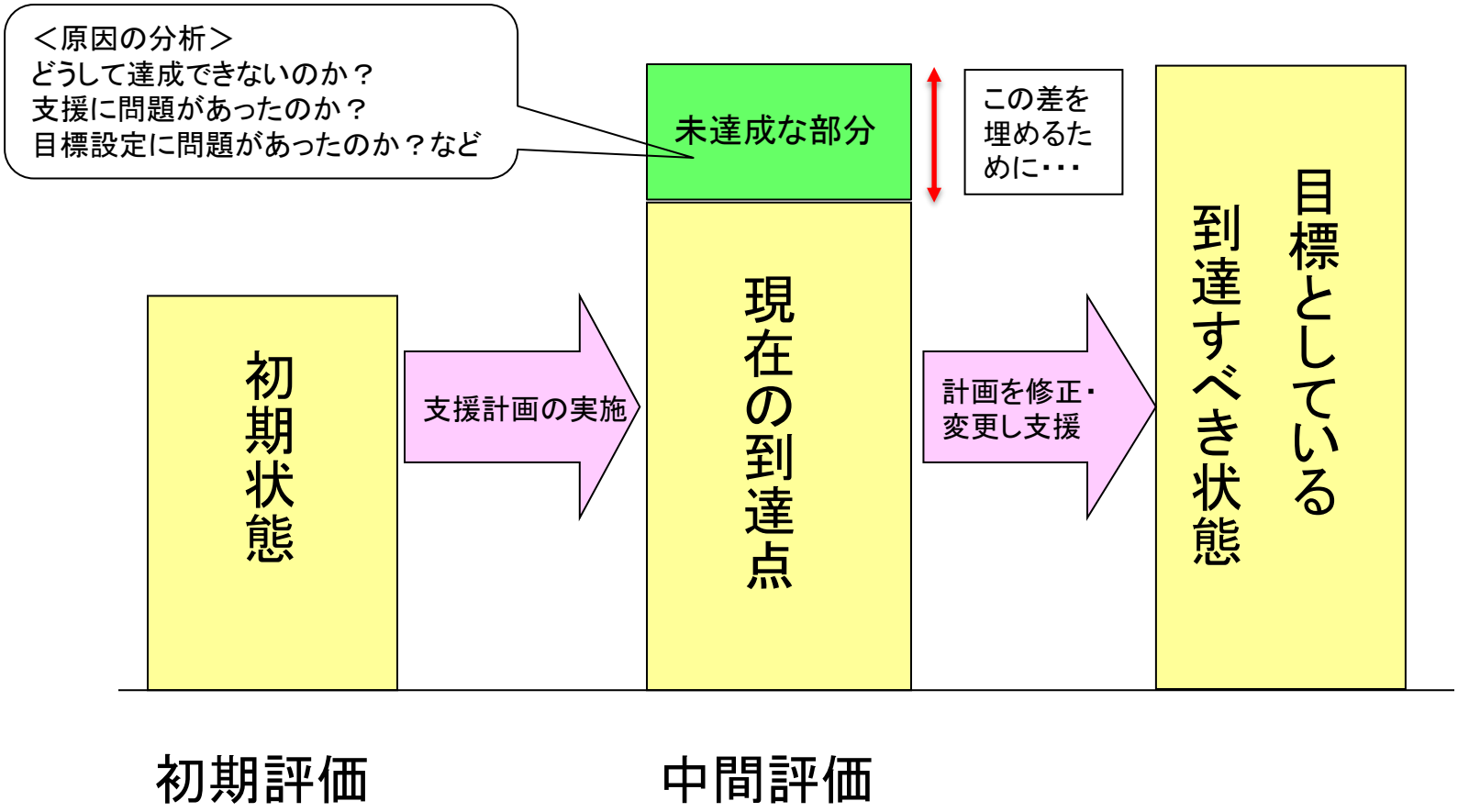
（5）－②　中間評価と修正：個別支援計画の修正

【実施方法】
- まずは支援達成度を評価し、到達目標に達成していない場合、その要因を分析する
  - ○利用者や家族の要因によるものなのか
  - ○スタッフ側の要因によるものなのか
  - ○事業所のシステムによるものなのか　など
- 分析の結果、必要に応じて・・・
  - ○支援目標を達成するために個別支援計画（プログラム）を修正する
  - ○提供されるサービス内容を修正する
- 計画の変更や修正にあたっては、利用者に説明し同意を得る
- 計画の変更や修正、その結果を記録しておく
  →必要なツール：「個別支援計画の修正・変更記録表」など

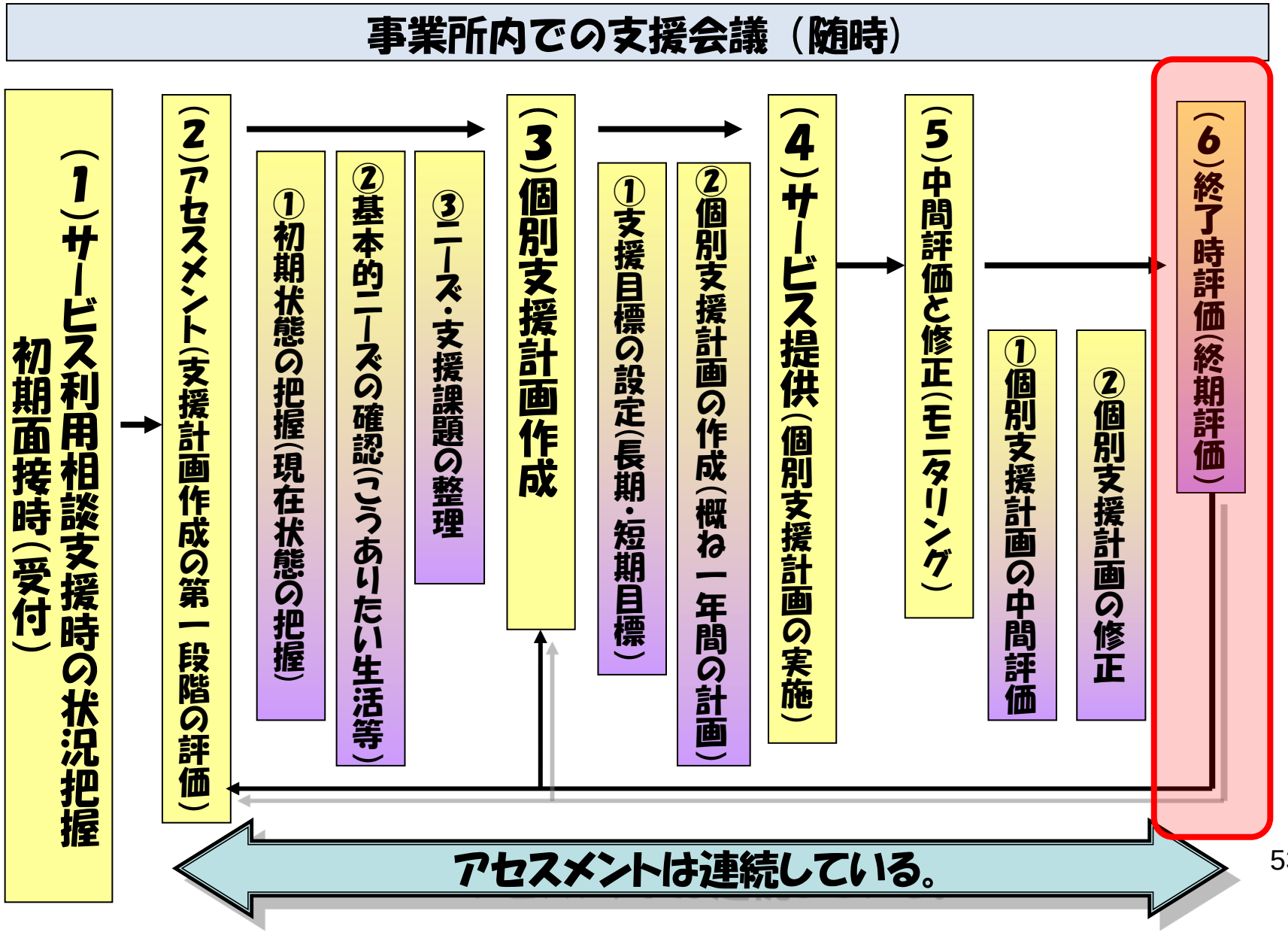
サービス管理責任者のチェックポイント

- 適切な修正や変更ができているか
- 利用者の同意を得られているか

中間評価による個別支援計画の修正



事業所におけるサービス提供プロセス



（6） 終了時評価（終期評価）

【実施方法】
・支援の目標達成度を含めた個別支援計画全体を客観的に評価
・目標が達成されていないと判断された場合、どの段階まで達成されたかを評価
・サービス提供はスムーズに行われたか、また、行われなかったと判断される場合、その要因は何かを評価する
・利用者の状態の変化、満足度などの観点から評価する
・同様なケースの個別支援計画作成に活かす
・次の目標設定を含め終了時評価表を作成し、チームにフィードバックする
→必要なツール：「終了時評価表」など

サービス管理責任者のチェックポイント

・目標の達成度はどうか
・適切なサービス提供ができたか
・利用者の満足度はどうか　　など

終了時評価表の例

利用者名　　様

	到達目標	達成状況の評価			全体的評価	利用者の満足度等意見	次の目標設定への意見等
1		達成	ほぼ達成	未達			
2		達成	ほぼ達成	未達			
3		達成	ほぼ達成	未達			
4		達成	ほぼ達成	未達			
5		達成	ほぼ達成	未達			
6		達成	ほぼ達成	未達			

各段階でのサービス内容のチェックポイント

（1）相談支援時の状況把握（初期面接時）

（2）アセスメント

（3）個別支援計画の作成

（4）個別支援計画の実施

（5）中間評価と修正

（6）終了時（終期）評価

・相談支援時の情報が整理されているか
・事業所として利用者のニーズに応えられるか
・サービスの選択と利用契約内容は適切か
・初期状態の把握は適切にできているか

・到達すべき目標の設定は妥当か
・サービスの期間設定や利用領域は適切か
・ニーズの個別支援計画への反映は十分か
・利用者への十分な説明と合意が得られているか

・主となる標準的な支援モデルとそれに基づく個別プログラムが明確に設定されているか
・他系事業活用の必要性がある場合は、利用者とも合意ができているか
・定期的な中間評価に基づく対応（支援内容のズレや不足に対する修正）や記録は妥当か
・関係機関との連携は十分か

・目標は達成されたか
・利用者は満足しているか
・契約は履行されたか
・サービス提供職員の意見
・次の目標への準備はできているか

２．サービスの評価

（１）サービス提供事業所評価・検証の方法例

- 利用者自身によるユーザー評価
- 事業所が自ら行う、内部評価
- 第3者による外部評価
- 行政による評価（行政監査を含む）
- 上記評価を総合的に勘案した、総合評価などが考えられる

サービスの評価基準（例示）

評価の項目	評価の基準
1．質の高いサービスの提供	①利用者の到達目標達成度 ②利用者や家族の満足度 ③サービス管理責任者自身の自己評価の導入 ④苦情解決件数 ⑤質の第三者評価の導入
2．事業の推進・効率化	①地域や就労系事業へ移行した利用者数、定着率 ②利用者数の増減、サービス利用期間 ③リーダーシップの発揮 ④効率的な支援会議の運営 ⑤地域関係機関との円滑な連絡調整（地域自立支援協議会の活用度） ⑥事業所、利用者と社会資源との関係図の作成
3．人材の育成・強化	①資格取得の促進　（キャリアアップ）による有資格者数 ②職員育成（OFF-JT）プログラムの有無、外部研修会等への参加・発表件数、OJTの実施件数（時間） ③職員間の良好なコミニュケーション

（2）－①　サービス管理責任者の仕事の評価

例えば、

〇個別支援計画の作成など、利用者のニーズに基づいた
　サービス提供の仕組みを作ったか
〇適切な個別支援計画の作成やサービス提供ができるよう、
　サービス提供職員を適切に支援したか
〇利用者に対して質の高いサービスを提供したか

などが評価される。

サービス管理責任者の役割は自分自身の役割を常に意識して仕事を果たすこと

（２）－②サービス管理責任者自身でできる内部評価・検証の例

サービス管理責任者セルフチェックシート

（所要目安時間：２０分）

作成年月日	年　　月　　日	作成者名	

項　　目	番号	サービスに関する点検ポイント	評　　価	現状・理由等
１．サービス提供方針	1	サービス提供の際は、説明と同意に基づいてサービス提供を行っている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	2	施設利用時に支援方針、提供されるサービスについて丁寧で分かりやすい言葉で説明している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	3	利用者との「信頼関係」の構築に努めている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	4	利用者自身を（生活）主体者として捉えている。利用者の生活を長期的な視点で捉え、視野を広げている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	5	利用者自身の生活意欲を高めるよう、自らが豊かな感性を持ち、資質向上に努めている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
２．利用者の権利擁護	6	利用者の呼称は「さん」または「様」に統一している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	7	利用者からの苦情に対する「苦情解決体制」やマニュアルが整備されている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	8	虐待が起こらないように、虐待防止研修などには積極的に職員を派遣するようにしている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	9	適宜ないし定期的に利用者からの要望・意見を聞く場を設けている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	10	利用者からの要望が多い事項について、サービス提供者とともに改善できるように検討している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	11	基本的には同性介助だが、諸事情により異性による介助を行う場合は、必ず利用者同意を得て行っている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	
	12	利用者へのプライバシー配慮をしつつ、ボランティアなど外来者の受け入れを積極的に行っている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている	

埼玉県発達障害福祉協会：サービス管理責任者フォローアップ研修（2015）資料から

	13	電話や手紙の取り次ぎは素早く適切に行っている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	14	個人情報の保護についての体制やマニュアルを整備している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	15	個人情報の取り扱いについて、利用者に同意を得ている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	16	居室に関して、個室を提供できない場合は、個々のプライバシーが守れるよう何らかの配慮している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	17	トイレに関して、プライバシーへの配慮はもちろん、常に気持ちよく利用できるよう配慮工夫をしている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	18	浴室に関して、着替え時もプライバシーが守られ、入浴はゆったりと心地よくできるよう工夫している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	19	食堂に関して、落ち着いて食事を楽しめるような配慮や工夫をしている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	20	ヒヤリハット等で定期的に施設内外の設備に危険箇所がないか把握し対処している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
３．アセスメント	21	利用者の理解度に合わせてアセスメントの趣旨と手順等を丁寧に説明してから聞き取りを行っている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	22	これまでの生活歴や支援経過も念頭において、聞き取りを行っている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	23	利用者（ないしは家族等）の想いにしっかりと耳を傾け、強みを発見しようと努めている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	24	当該利用者の家族や多の専門職、及び関係機関などからも情報を収集している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	25	サービス等利用計画との連動性を考慮し、アセスメントの段階から相談支援機関と連携を図っている	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	

４．個別支援計画	26	個別支援計画作成会議を開催し、担当者任せにせず、複数の関係者の視点から協議している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	27	目標や支援内容が具体的に表記されている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	28	個別支援計画作成の際は、できるだけ利用者の言葉を用いて分かりやすく表現している。（配慮している）	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	29	安全性ばかりに着目せず、自立性やストレングスに着目した計画を立案している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	30	利用者や家族に説明をし、承諾の後、署名を頂いた個別支援計画を交付している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
５．モニタリング	31	個別支援計画に基づいて、サービス提供ができているか定期的に確認している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	32	目標への達成度合いを利用者や家族とともに評価している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	33	モニタリングの結果については、利用者本人ないしは家族に文書で報告している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	34	個別支援計画に修正が必要になった場合は、利用者ないしは家族の同意を得て適宜修正している。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	35	定期的にモニタリング会議などを設定し、複数の関係者・専門職の視点から意見を集めるようにしている。	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
４．人材育成	36	日常的なサービス提供の場面において、常に先輩職員が後輩職員のレベルにあわせつつ、課題発見、問題解決についての視点でサポートしている。　（ＯＪＴ）	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	37	施設内研修や施設外研修への派遣計画など、年間を通じて研修計画を立てている。（ＯＦＦ－ＪＴ）	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	
	38	事業所として資格取得やスキルアップのための仕組み作りや応援を行っている。（ＳＤＳ）	できていない　あまりできていない　概ねできている　できている ｜　｜　｜　｜	

「サービス等利用計画書と個別支援計画の関係」

－相談支援専門員とサービス管理責任者の連携－

MIYUKI ABE

社会福祉法人みぬま福祉会　相談支援部総合施設長
さいたま市大宮区障害者生活支援センターみぬま
管理者　山路　久彦

はじめに

SHOGO OZAKI

サービス管理責任者の役割

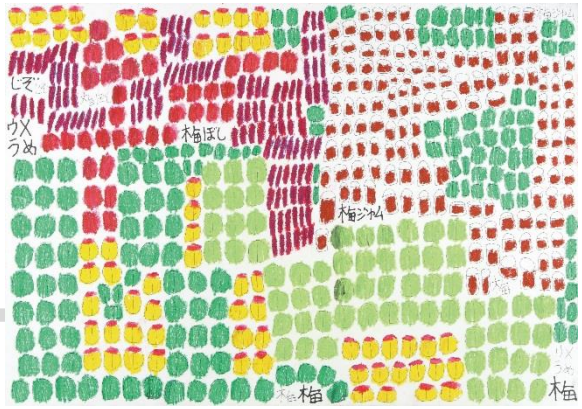
どんな役割をイメージしていますか？

どんなサービス管理責任者を目指しますか？

サービス管理責任者研修（新カリキュラム）

なぜ新カリキュラムが必用になったか？

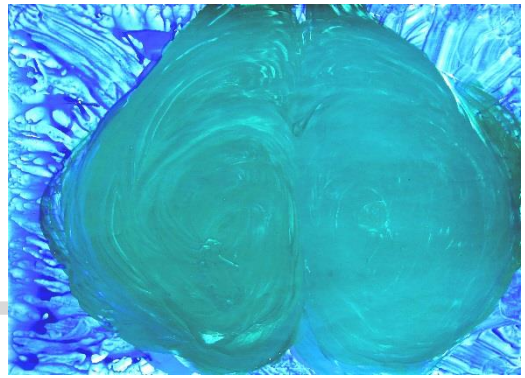
質の向上（運営基準）



FUMIKO OKURA

①個別支援計画作成
②利用者に対するアセスメント
③利用者との面接
④個別支援計画作成に関わる会議の運営
⑤利用者・家族に個別支援の説明・交付
⑥個別支援計画の実施状況把握（モニタリング）
⑦モニタリング結果の記録

質の向上（運営基準）



YURIKO MIYAGAWA

⑧個別支援計画の変更・修正

⑨支援内容に関連する関係機関との連絡調整

⑩サービス提供職員に対する技術的な指導助言

⑪自立した日常生活が可能と認められる利用者への必要な援助

出来ていますか？

“サービス管理責任者の意識管理者の意識”

質を上げる個別支援計画書

TOSHIKO TAKEISHI

- サービス等利用計画との連動

（総合的な援助の方針）

事業所外研修　法定研修　専門別研修

OFFーJT　　実践研修

事業所内研修　職員研修　実践の伝達

OJT

この講義のねらい

総合的な援助の方針であるサービス等利用計画と個別支援計画の関連性、その前提としての連携について理解する。

内容

１．サービス等利用計画と個別支援計画の関連性、その前提としての連携について。

２．　サービス等利用計画は「総合的な援助計画であり、将来計画であること」を理解する。

３．個別支援計画は、それぞれの事業内容に基づいた、計画であることを理解する。

４．サービス等利用計画と個別支援計画の調整等に関してサービス担当者会議等を活用することを学ぶ。

1 サービス等利用計画と個別支援計画の関係。その前提としての連携について

KOZUE TAKAYA

そもそも『連携』とは？

れんけい【連携】

（ 名 ） スル〔「連絡提携れんらくていけい」の意〕

○連絡を密に取り合って，一つの目的のために一緒に物事をすること。

「 －プレー」「父母と教師の－を密にする」「関係諸機関が－して研究開発を行う」

〔同音語の「連係・連繋」は物事と物事，人と人との間のつながりのことであるが，それに対して「連携」は連絡を取り合って一緒に物事を行うことをいう〕 大辞林 第三版の解説

他にもこんなに

多職種連携／地域連携／地域医療連携／医療介護福祉連携／産官学連携／
教育連携／他部門連携／大学連携／官民連携／産学連携／公民連携……

もっと根本・本質

そもそも、なぜ『連携』をしようといているのか？

戻るところ
立ち返るところ

個々の障害児者のニーズを支える（満たす）ため。

24時間365日の安心を実現するため。

誰もが、住み慣れた（希望する）地域で安心して暮らし続けられる。

障害者基本法　第一条　（目的）

この法律は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念にのつとり、全ての国民が、障害の有無によつて分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策に関し、基本原則を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。

障害者総合支援法　第一条　（目的）

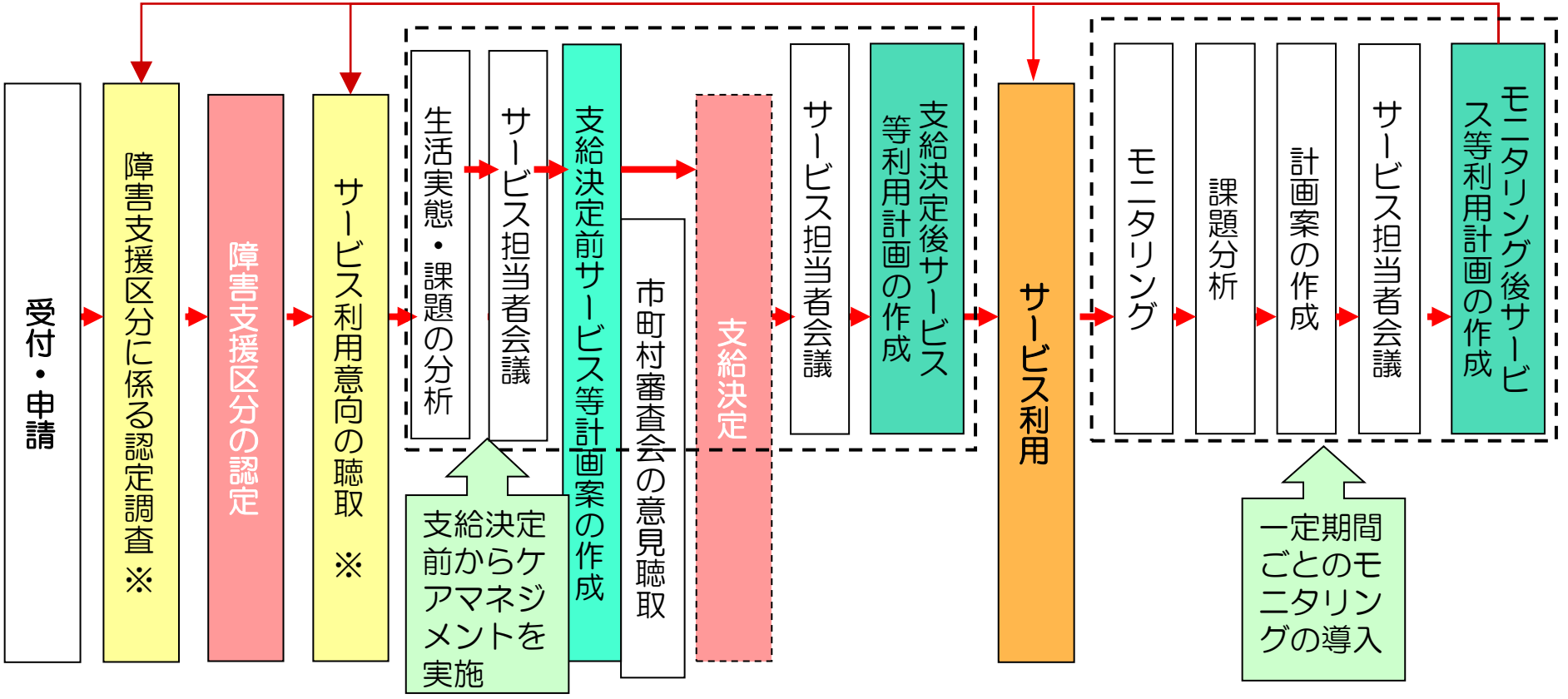
この法律は、障害者基本法の基本的な理念にのっとり、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付、地域生活支援事業その他の支援を総合的に行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

サービス利用の過程における連携の必要性

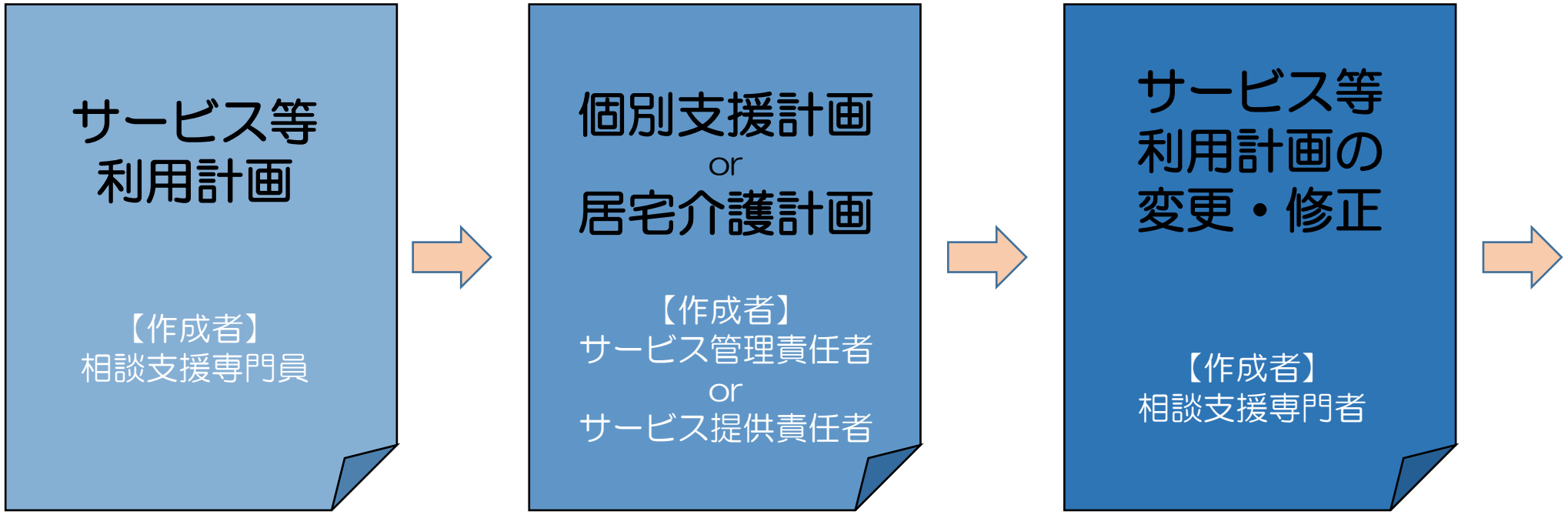
サービス等利用計画案の作成を支給決定前とする。
市町村は、生活実態やニーズに基づき作成されたサービス等利用計画案に基づき支給決定を行うこととなる。

サービス等利用計画に基づくサービスの利用が、当該障害者のニーズを満たすために適合しているかを確認する
→一定期間ごとのモニタリングを実施

見直した後の一連のプロセス



サービス等利用計画と個別支援計画の関係



- 利用者のニーズの変化に応じた細かな支援の変更が必要
- そのために、支援会議が重要になる

「サービス等利用計画」と「個別支援計画」

1

サービス利用計画表

利用者氏名: SN さん　　　記入年月日 ○年○月○日

到達目標

(1)長期(内容及び期間等)
「ああああああああああああああああああああああ」「いいいいいいいいいいいいいいいいいいい」

(2)短期(内容及び期間等)
「うううううううううううううううううううう」「えええええええええええええ」「おおおおおおおおおおお」

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的到達目標	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・摘要等)	優先順位
あいうえお	ああああああああああああああああああああああああ	・現在～2か月間 ・毎日、朝食後と夕食後	GH・CH世話人	3
かきくけこ	いいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいい	・現在～2か月間 ・週に1回	自立訓練事業所	4
さしすせそ	うう	・現在～1か月間 ・毎勤務日、1～2時間	就労支援事業所(ジョブコーチ)	2
たちつてと	えええええええええええええええええええええええ	・現在～2か月間 ・隔週の木曜	相談支援事業所	7
なにぬねの	おおおおおおおおおおおおおおおおおおおおおおおおおおお	・現在～2か月間 ・週に1回	GH・CH生活支援員	
はひふへほ	あああああああああああああああああああああああああああ	・現在～1か月間 ・日程を調整して連絡	市町村担当者(行政) 相談支援事業所	1
まみむめも	いいいいいいいいいいいいいいいいいいい	・現在～2か月間 ・見守りは毎日、面談は週に1回	GH・CH世話人	6

「サービス等利用計画」
①サービス管理責任者も出席したサービス担当者会議で、総合的な支援計画である（フォーマル・インフォーマル両方の）「サービス等利用計画」が作成される。それに基づき…

2

グループホーム・ケアホーム事業所で行う個別支援計画

利用者氏名:　　　記入年月日 / /

到達目標

(1)長期(内容及び期間等)

(2)短期(内容及び期間等)

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的到達目標	支援内容(内容・留意点等)	支援期間(頻度・時間・期間等)	担当者	優先順位

「個別支援計画」
②サービス管理責任者は事業所で個別支援会議を開き、支援計画をより具体化して共有し、事業所独自の支援計画を加え「個別支援計画」を作成する。

モニタリングを通して、①と②は相互に影響しあう関係である。

外部とつながる「サービス担当者会議」と内部で深める「個別支援会議」

1回目：サービス担当者会議（サービス調整会議）

サービス管理責任者
(他の事業所)

相談支援
専門員

精神科病院

A子さん

ピアサポート

市町村職員

サービス管理責任者
（自立訓練）

御家族

生活訓練職員

①事業所外部と連携・協力・役割分担！

サービス等利用計画

2回目：個別支援会議

各事業所の
個別支援計画

サービス管理責任者

支援員

相談支援
専門員

Sさん

支援員

御家族

地域支援員

管理者

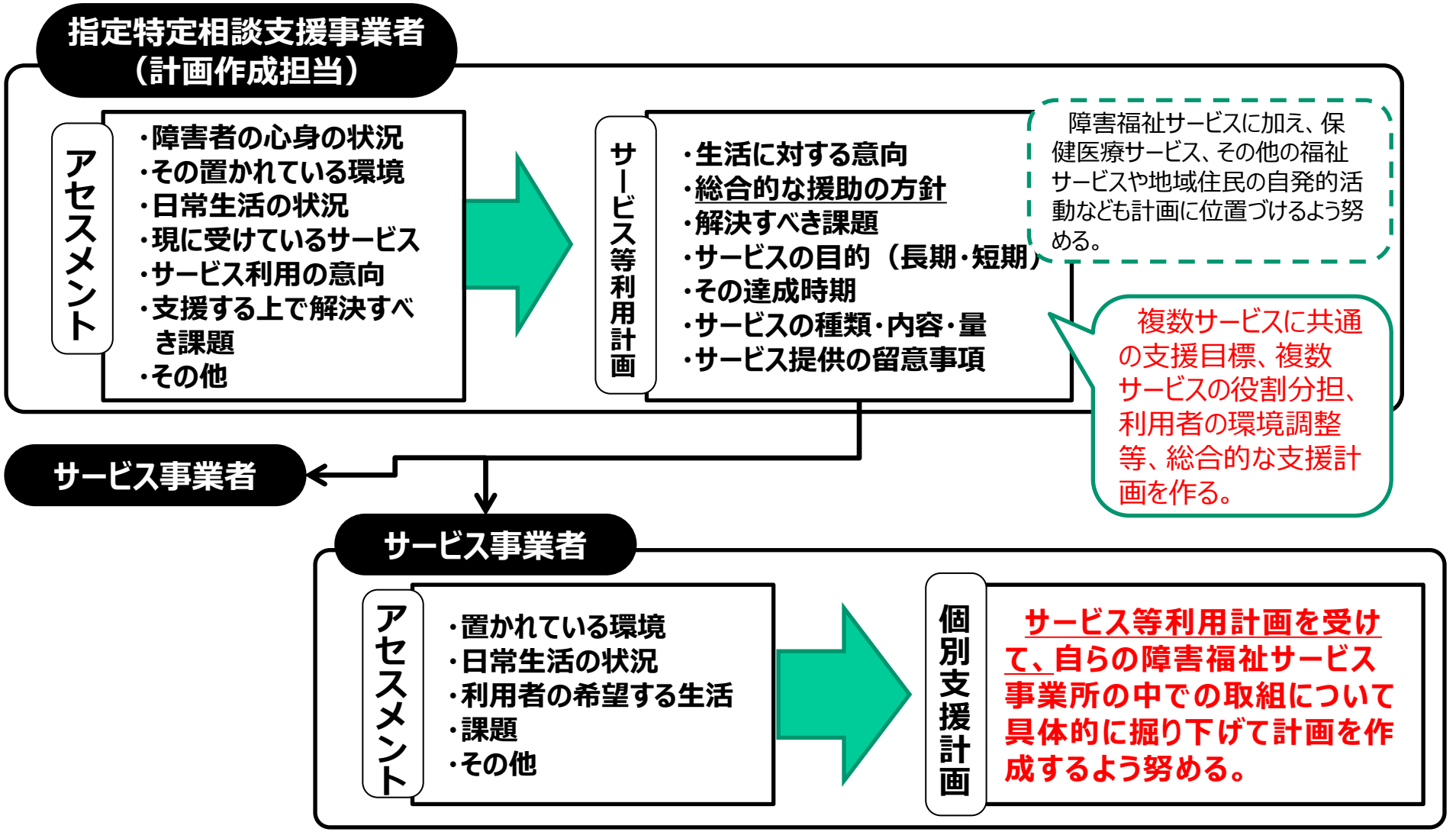
「サービス等利用計画（外部の支援も含めたトータルプラン）」を元に…

②事業所としての「個別支援計画」を作成！

必要に応じて、関係機関の参加を求めることもあります

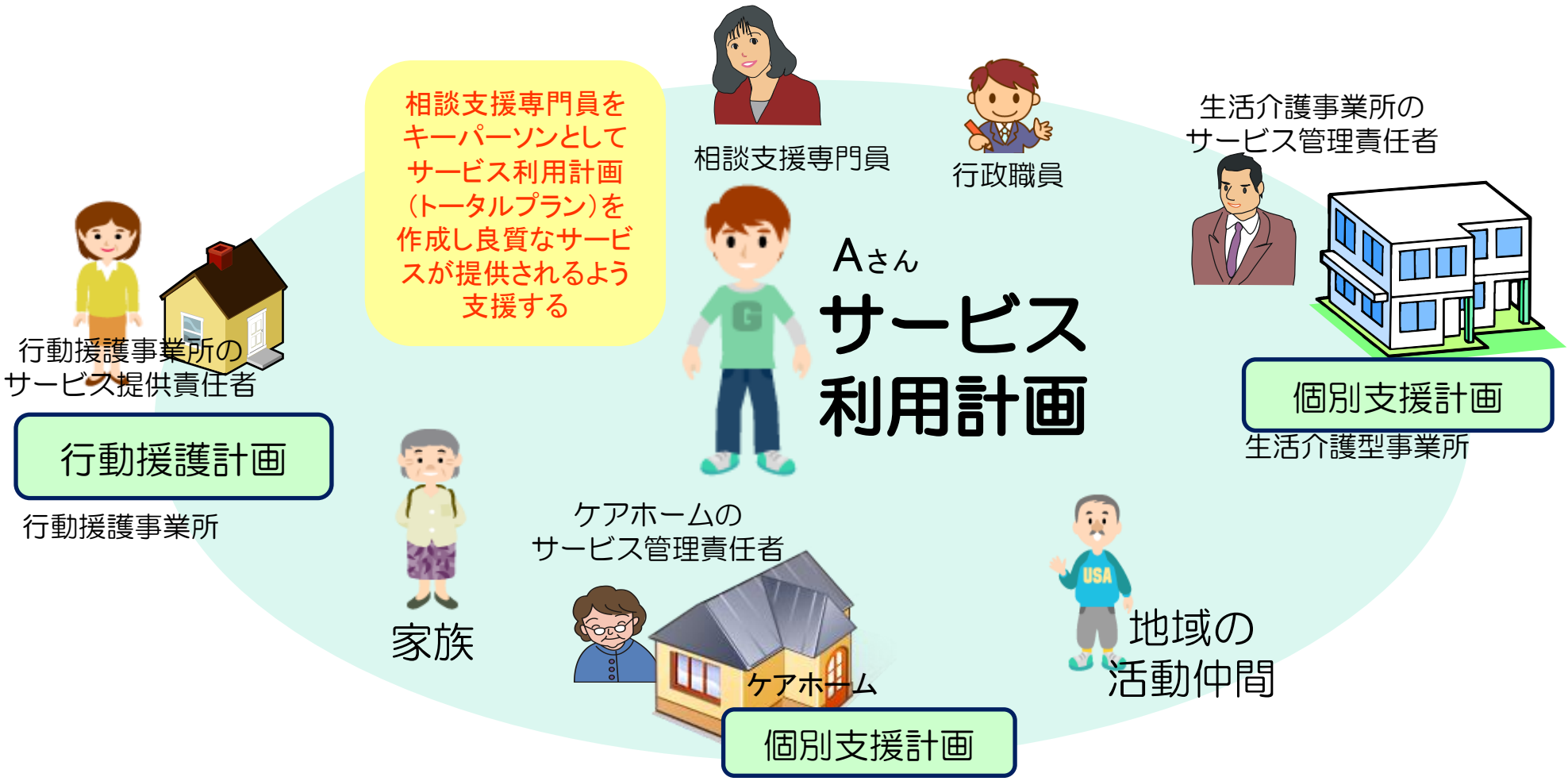
サービス等利用計画と個別支援計画の関係

○ サービス等利用計画については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
○ 個別支援計画については、サービス管理責任者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。

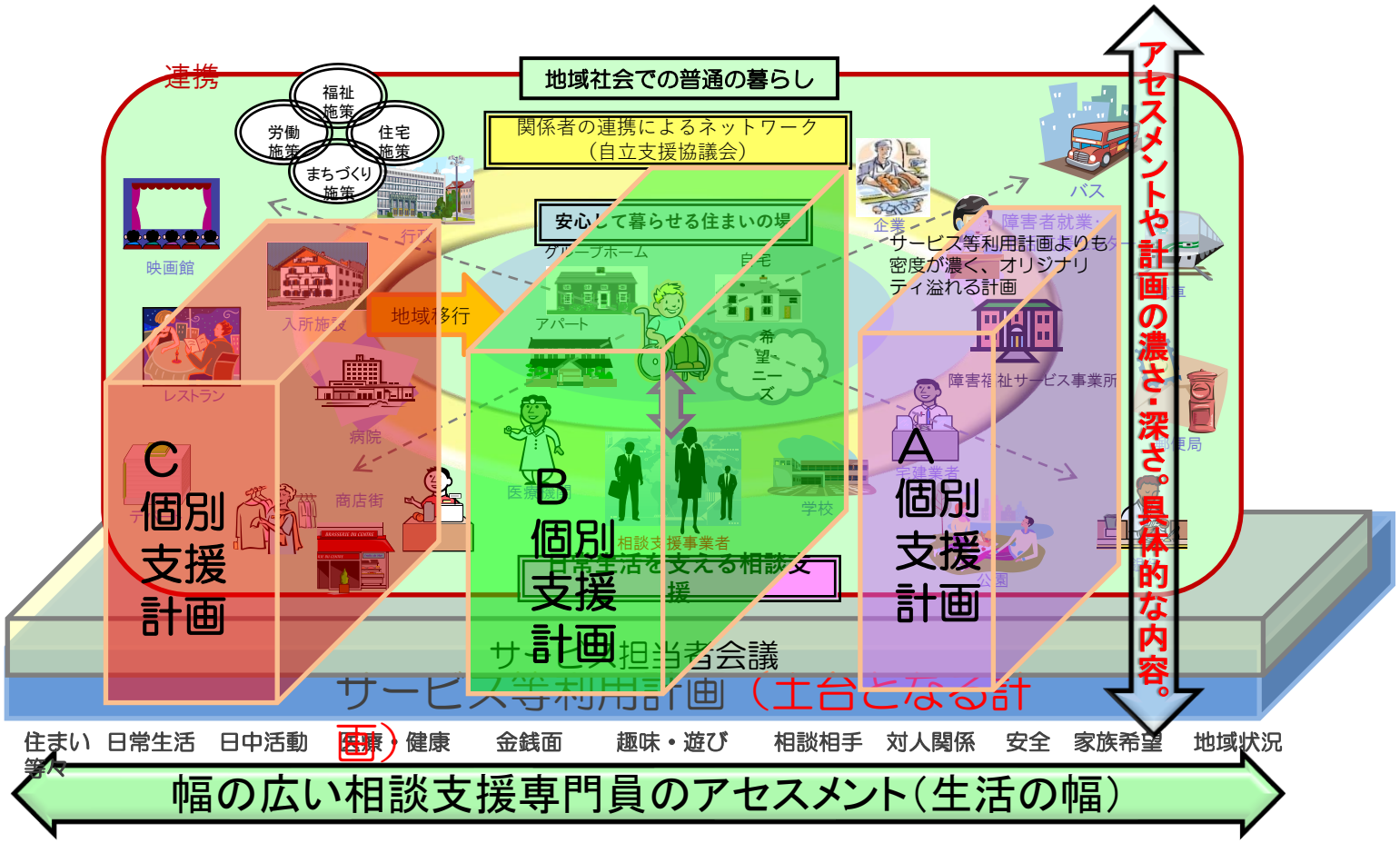


相談支援専門員とサービス管理責任者の連携イメージ
Aさんの事例より

自宅からケアホームに入居して２ヶ月経ったAさん。特定のこだわり行動による混乱も徐々に解決され、生活にも慣れてきた。日中は事業を生活介護事業所を利用している。休日には行動援護を使って地域の活動への参加が始まって楽しみが増えてきた。



サービス等利用計画と個別支援計画



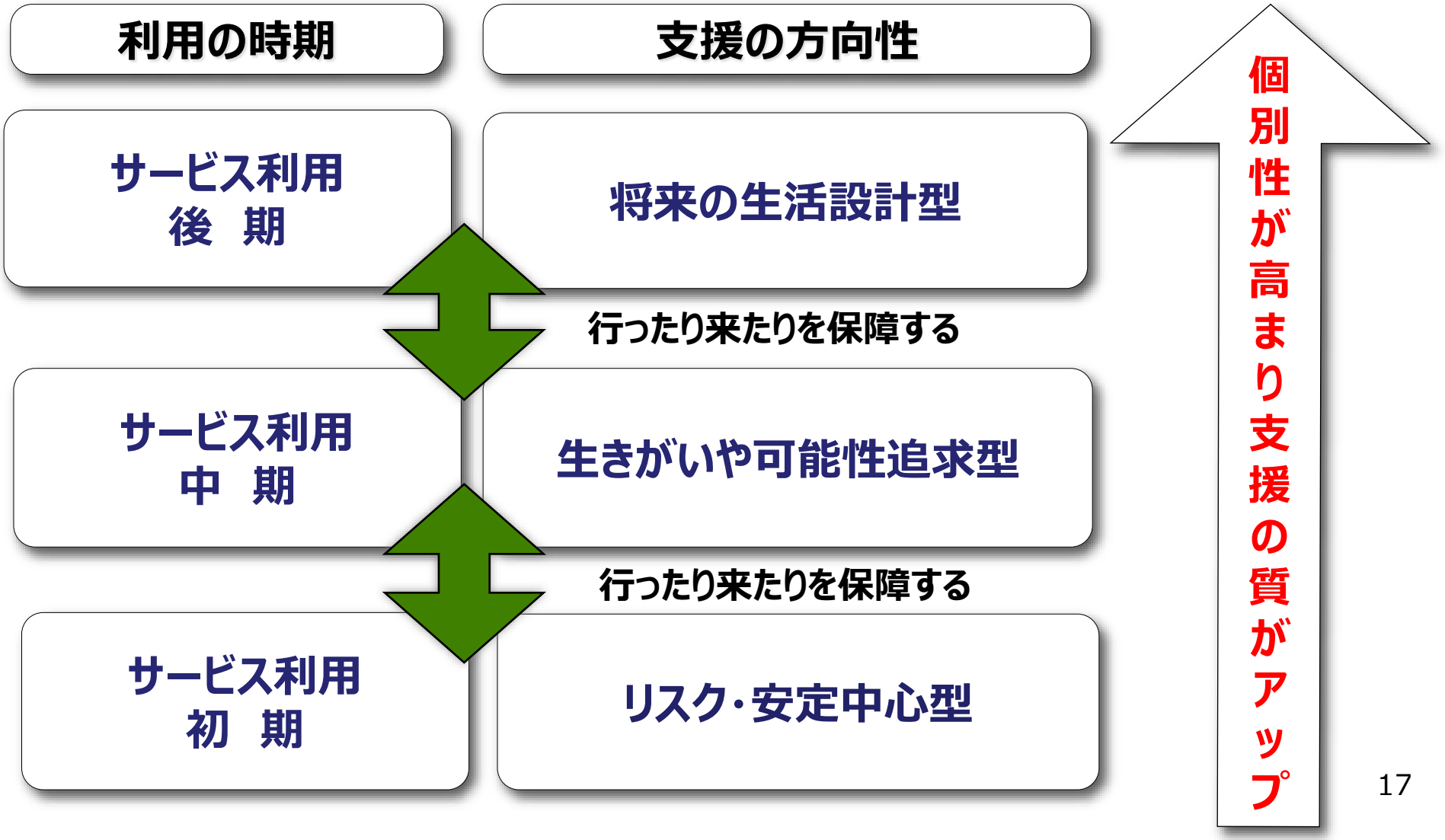
【個別支援計画】

・生活全般を見ながら本人の願いをかなえるために、必要なアセスメントをさらに深め、個別なニーズに対し、より具体的な支援内容を盛り込んだもの

【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、将来像を考慮しながらトータルに示したもの

サービス等利用計画・個別支援計画の視点や質的変化



計画の流れ関係性

相談支援専門員

サービス等利用計画

卒業と同時に就職はできなかったけれど、早く就職をしたい。また、自分らしい生活スタイルを作りたい。

- 就職するための支援を受けたい
- 週末にスイミングに通いたい
- 卒業生と定期的に同窓会で会いたい

サービス管理責任者

希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画　A
就労移行支援事業所

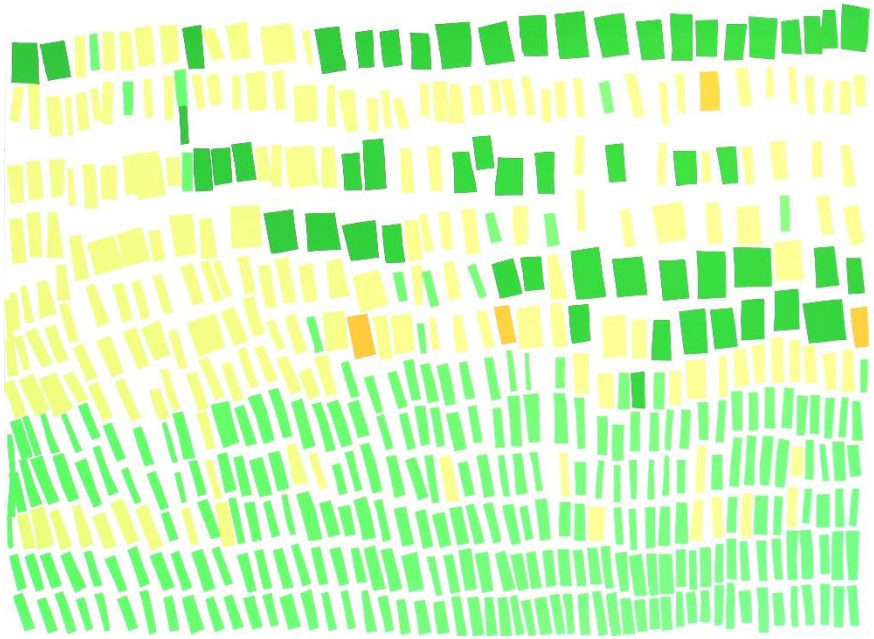
希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画　B
行動援護 サービス提供事業所

希望する生活像（総合的なニーズ）

インフォーマルサービス
家族　友人　先生の協力･助け合い

2 サービス等利用計画は「総合的な援助計画であり、将来計画であること」を理解する。



KEISHI TANAKA

相談支援事業の成り立ちと
障害者総合支援法における相談支援事業

計画相談を知っていますか？
サービス等利用計画書を知っていますか？

MIWAKO IWAI

障害者への相談支援事業の経緯

平成2年～8年 身体・知的・精神各相談支援関連事業開始

- 身体障害者：市町村障害者生活支援事業（平成8年）
- 知的障害者：障害児（者）地域療育等拠点施設事業（平成2年）
  →障害児（者）地域療育等支援事業（平成8年）
- 精神障害者：精神障害者地域生活支援事業（平成8年）

平成15年 障害者支援費支給制度開始

- 措置から契約へ

相談支援事業一般財源化

- 国の補助事業から市町村事業へ

平成18年 障害者自立支援法施行

- 障害者相談支援事業開始（相談支援事業が法律に明記）
  - 相談支援専門員の創設
  - サービス利用計画作成費の創設

平成24年　障害者自立支援法改正

- 相談支援体系の見直し
  - 特定相談支援
  - 一般相談支援
  - 障害児相談支援　の創設

相談支援に関する平成20年当時の議論 （平成20年12月16日社会保障審議会障害者部会（報告）資料より一部編集）

障害者の自立した生活を支えていくためには・・・・

○　契約制度の下で障害福祉サービスを組み合わせて利用することを継続的に支援していくこと。

○　個々の障害者の支援を通じて明らかになった地域の課題への対応について、地域全体で連携して検討し、支援体制を整えていくこと。

①　地域における相談体制

→　総合的な相談支援を行う拠点的な機関の設置(基幹相談支援センター)
研修事業の充実

②　ケアマネジメントの在り方

・定期的にケアマネジメントを行い、本人及び本人を取り巻く状況の変化に応じて、継続して課題の解決や適切なサービス利用を支援していく必要がある。
・専門的な者からのアドバイスを活用してサービスを幅広く組み合わせて利用することは、障害者にとって選択肢の拡大につながる。
・施設入所者についても日中活動を適切に組み合わせていくことが重要。
→　サービス利用計画作成費の対象を拡大することが必要　(従来の計画作成が普及しなかった反省を踏まえて)
○　従来の市町村が支給決定した後に計画を作成するのではなく、支給決定に先立ち計画を作成することが適切なサービスの提供につながる。
○　サービスの利用が、利用者のニーズや課題の解消に適合しているか確認するため、一定期間ごとにモニタリングを実施。
○　可能な限り中立的な者が、専門的な視点で一貫して行うことや、ノウハウの蓄積、専門的・専属的に対応できる人材の確保により質の向上を図る。

③　自立支援協議会の活性化

・　設置状況が低調
→　法律上の位置づけの明確化
・　運営の取り組み状況について市町村ごとに差が大きい
→　好事例の周知、国・都道府県における設置・運営の支援

「障害者」の相談支援体系

市町村による相談支援事業

見直し前

市町村／指定相談支援事業者に委託可

○障害者・障害児等からの相談（交付税）

見直し後

市町村／指定特定（計画作成担当）・一般相談支援事業者（地域移行・定着担当）に委託可

○障害者・障害児等からの相談（交付税）

※　市町村が現行制度において担っている地域生活支援事業の相談支援事業（交付税措置）に係る役割は、これまでと変更がないことに留意。
※　基幹相談支援センターにおける専門的職員の配置等の取組に係る事業費については、市町村地域生活支援事業における国庫補助対象。

サービス等利用計画

指定相談支援事業者
※事業者指定は都道府県知事が行う。

○指定相談支援（個別給付）
・サービス利用計画の作成
・モニタリング

○障害者・障害児等からの相談

指定特定相談支援事業者（計画作成担当）
※事業者指定は市町村長が行う。

○計画相談支援（個別給付）
・サービス利用支援
・継続サービス利用支援

・支給決定の参考
・対象を拡大

○基本相談支援（障害者・障害児等からの相談）

地域移行支援・地域定着支援

○精神障害者地域移行・地域定着支援事業（補助金）
（都道府県／指定相談支援事業者、精神科病院等に委託可）

○居住サポート事業（補助金）
（市町村／指定相談支援事業者等に委託可）

指定一般相談支援事業者（地域移行・定着担当）
※事業者指定は都道府県知事・指定都市市長・中核市市長が行う。

○地域相談支援（個別給付）
・地域移行支援（地域生活の準備のための外出への同行支援・入居支援等）
・地域定着支援（２４時間の相談支援体制等）

○基本相談支援（障害者・障害児等からの相談）

「障害児」の相談支援体系

	平成24年3月末まで	平成24年4月以降
市町村による相談支援事業	市町村／指定相談支援事業者に委託可 ○障害者・障害児等からの相談（交付税）	市町村／指定特定（計画作成担当）・一般相談支援事業者（地域移行・定着担当）に委託可 ○障害者・障害児等からの相談（交付税）
サービス等利用計画等 ／ 居宅サービス	指定相談支援事業者 ※事業者指定は都道府県知事が行う。 ○指定相談支援（個別給付） ・サービス利用計画の作成 ・モニタリング ○障害者・障害児等からの相談	指定特定相談支援事業者（計画作成担当） ※事業者指定は市町村長が行う。 ○計画相談支援（個別給付） ・サービス利用支援 ・継続サービス利用支援 ・支給決定の参考 ・対象を拡大 ○基本相談支援（障害者・障害児等からの相談）
サービス等利用計画等 ／ 通所サービス	○通所サービスの利用に係る相談等（児童相談所）	創　設 障害児相談支援事業者（児） ※事業者指定は市町村長が行う。 ○障害児相談支援（個別給付） ・障害児支援利用援助 ・継続障害児支援利用援助

（児）とあるのは児童福祉法に基づくもの

※　障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児支援利用計画の作成対象外。

現行の相談支援体制の概略

相談支援事業名等	配置メンバー	業務内容	実施状況等
基幹相談支援センター	定めなし （地活要綱例示） 相談支援専門員 社会福祉士 精神保健福祉士 保健師　　等	● 総合的・専門的な相談の実施 ● 地域の相談支援体制強化の取組 ● 地域の相談事業者への専門的な指導助言、・人材育成 ● 地域の相談機関との連携強化 ● 地域移行・地域定着の促進の取組 ● 権利擁護・虐待の防止	■1,741市町村中 367市町村(H26.4)21% 429市町村(H27.4)25% 473市町村(H28.4)27% 518市町村(H29.4)30% →544カ所
障害者相談支援事業 実施主体：市町村→指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者への委託可	定めなし	● 福祉サービスの利用援助（情報提供、相談等） ● 社会資源を活用するための支援（各種支援施策に関する助言・指導） ● 社会生活力を高めるための支援 ● ピアカウンセリング ● 権利擁護のために必要な援助 ● 専門機関の紹介　　等	■全部又は一部を委託 1,570市町村（90%） ■単独市町村で実施57% ※H29.4時点
指定特定相談支援事業所 **指定障害児相談支援事業所**	専従の相談支援専門員（業務に支障なければ兼務可）、管理者	● 基本相談支援 ● 計画相談支援等 ・サービス利用支援、 ・継続サービス利用支援 ※特定事業所加算を受けている場合は24時間対応及び困難事例にも対応する場合あり	■ 5,942ヶ所(H26.4) 7,927ヶ所(H27.4)15,575人 8,684ヶ所(H28.4)17,579人 9,364ヶ所(H29.4)19,252人 ※障害者相談支援事業受託事業所数 2,365ヶ所(25%)
指定一般相談支援事業所	専従の指定地域移行支援従事者(兼務可)、うち1以上は相談支援専門員、管理者	● 基本相談支援 ● 地域相談支援等 ・地域移行支援 ・地域定着支援　　等	■ 3,299ヶ所(H27.4) 3,357ヶ所(H28.4) 3,420ヶ所(H29.4)

全ての利用者について計画相談支援等が行われることを原則とした趣旨

【経過】

これまで、障害者ケアマネジメントの必要性や相談支援の体制等に重要性に関しては、「障害者ケアガイドライン」報告書（平成14年3月31日）（障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会）により提言され、その後、＊社会保障審議会障害者部会報告書　（平成20年12月26日）においても大きく取り上げられてきた。

【趣旨】＊記載事項を整理すると、次のとおりである　　**H26.2.27事務連絡（抜粋）**

（１）　障害児者の自立した生活を支えるためには、その抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けたきめ細かく継続的な支援が必要であり、そのためには定期的なケアマネジメントを行う体制が求められること

（２）　障害児者にとって、専門的な知見を持った担当者からのアドバイスを活用してサービスを幅広く組み合わせて利用することが、選択肢の拡大につながること

（３）　可能な限り中立的な者が、専門的な観点から一貫してケアマネジメントを行うことにより、市区町村の支給決定の裏付け又は個別のサービス・支援の内容の評価を第三者的な観点から行うことが可能となること

サービス等利用計画はツール

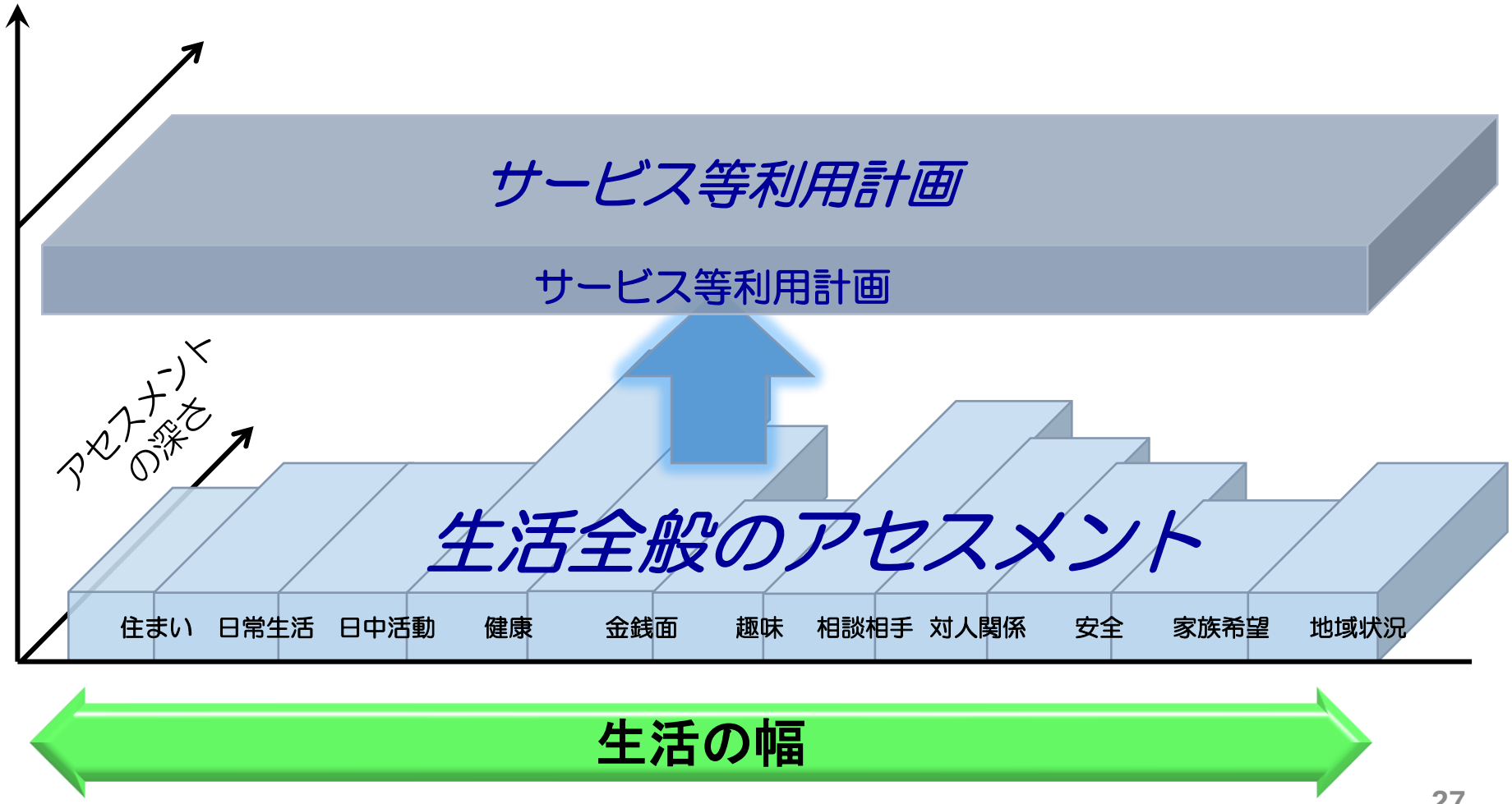
【目指すもの】

○各市区町村（わがまち）に住んでいる障害福祉サービス等を利用するすべてのひとに対して、時には近くで深く寄り添い、時には遠くから見守ることのできる「相談支援専門員」という専門職が身近にいる体制を整えること。

○そして、誰もが住み慣れた地域で安心して生活できるまちづくりを目指すこと。

（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<u>サービスを繋ぐ支援</u>）



出典　岡部正文

3 個別支援計画は、それぞれの事業内容に基づいた、計画であることを理解する。

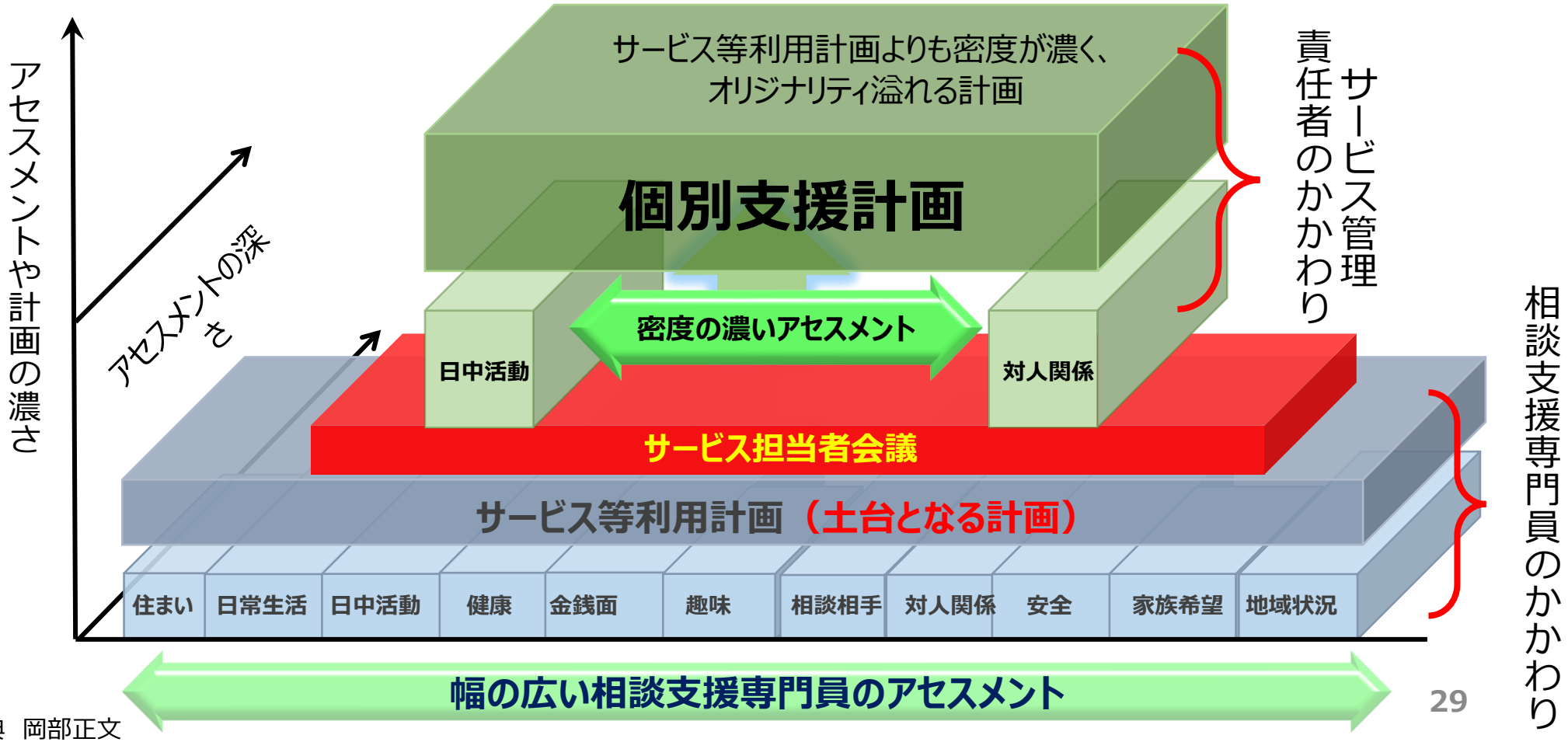
NAOKI HAKUTA

（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）



出典　岡部正文

4 サービス等利用計画と個別支援計画の調整等に関してサービス担当者会議等を活用することを学ぶ。

NAOKI HAKUTA

サービス担当者会議の開催

目的

・本人とは合意が形成されていることを前提に、
サービス担当者、地域支援者との目標、サービス内容の共有

視点

★サビ管⇒専門的立場から意見を述べ、計画案をさらに良いものにする視点
★利用者⇒実際にサービスを提供してくれる事業所との確認、共有の場
★相談支援専門員⇒利用者とサービス提供事業所から現実的な情報が得られる機会

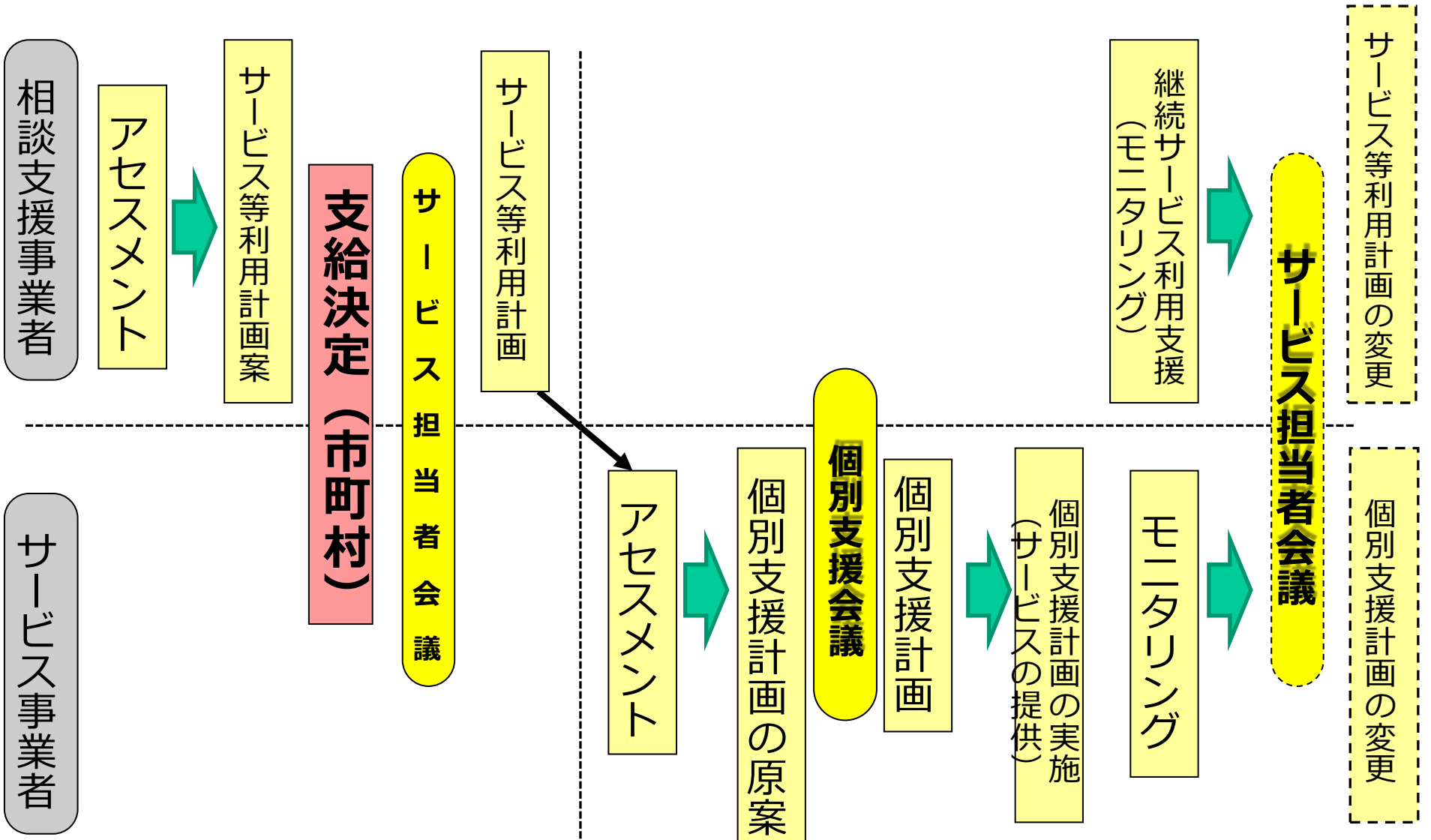
⇓

サービス利用における説明と同意　（インフォームド・コンセント）
のための仕掛けとして活用

開催のタイミング

・常に利用者の解決すべき課題に即して行われる
・サービス開始直後のマッチングの観察、
ニーズの変化、支援者間の適切な連携などの確認

指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



サービス管理責任者との連携イメージ
－Aさんの事例から－

相談支援
専門員

相談支援専門員による支援

相談受付

アセスメント・課題分析

サービス利用計画案の作成

サービス担当者会議

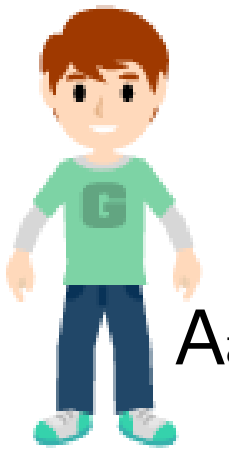
サービス利用

モニタリング・評価

終結

○本人や環境に関する諸情報を共有し、ニーズ、支援方針を確認する
…見立て

本人に混乱を起こさせないような障害特性の理解、適切な支援方法の共有



Aさん

相談支援時の状況把握

アセスメント

個別支援計画の作成

個別支援計画の実施

中間評価と修正

終了時評価

○サービスの提供状況、目標の達成状況、本人の状況についての評価を共有する
…手立て

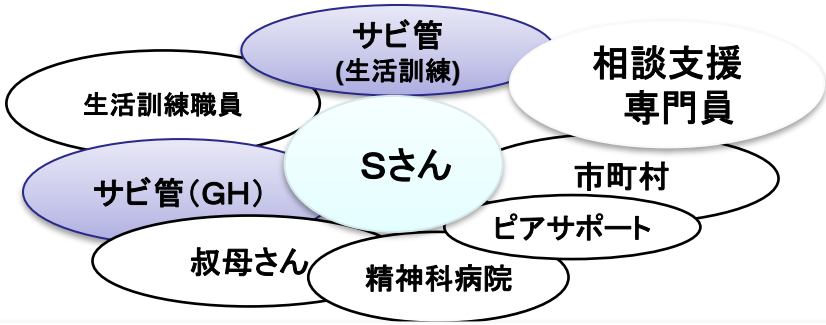
サービス管理
責任者

サービス管理責任者による支援

会議の場を活用した連携

サービス管理責任者のつながる支援と深める支援

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

平成27年度　サービス管理責任者研修テキスト分野別講義「アセスメントとサービス提供の基本姿勢」＜地域生活（知的・精神）＞

○個別支援計画書の視点や質的変化を意識する
（モニタリングの重要性）

・最初からすべてを網羅し、完璧な計画書は作ろうとしない。スモールステップで、少しずつ積み上げて行くイメージを持ち、成功体験や役割を意識することが重要となります。

・つなげるだけではなく、一緒に考える姿勢が必要（つなげてもうまくいかない場合）

・相談支援専門員とサービス管理責任者が、モニタリングのための会議等で一緒に考えることで、新たな解決方法やつなぎ先（連携先）を得たり、気づきが生まれます。

① モニタリング実施標準期間の見直し（計画相談支援）

○ サービス等利用計画等の定期的な検証（モニタリング）の標準期間について、支援の必要性の観点から標準期間の一部を見直し、モニタリングの頻度を高める。

対象者		旧基準	見直し後	
			３０年度～	３１年度～
新規サービス利用者		１月間 ※利用開始から３月のみ	１月間 ※利用開始から３月のみ	
在宅の障害福祉サービス 障害児通所支援 等	集中的支援が必要な者	１月間	１月間	
	【新サービス】 就労定着支援、自立生活援助、 日中サービス支援型共同生活援助	－	**３月間**	
	居宅介護、行動援護、同行援護、 重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、 自立訓練	６月間	６月間	**３月間**
	生活介護、就労継続支援、共同生活援助（日中支援型を除く）、地域移行支援、 地域定着支援、障害児通所支援	６月間	６月間	**６月間** **※65歳以上で介護保険のケアマネジメントを受けていない者は３月間**
障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者、 重度障害者等包括支援		１年間	**６月間**	

※ 現に計画作成済みの対象者については、各見直し時期以降に計画再作成（又は変更）を行うまでは、なお従前の例による。

② 相談支援専門員１人あたりの標準担当件数の設定（計画相談支援・障害児相談支援）

○ 計画相談支援・障害児相談支援の質のサービスの標準化を図るため、１ヶ月平均の利用者の数が35件に対して１人を標準とする

※「１ヶ月平均」とは当該月の前６月間の利用者の数を６で除して得た数を指す

④　質の高い支援の実施や専門性の高い相談支援体制等を評価する加算の創設（計画相談支援、障害児相談支援）

○　必要に応じた質の高い支援を実施した場合に、実施した支援の専門性と業務負担を適切に評価するとともに、専門性の高い支援を実施できる体制を整えている場合に、その体制整備を適切に評価するための加算を創設。

ア　利用者の入院時や退院・退所時等、サービスの利用環境が大きく変動する際に、関係機関との連携の下で支援を行うことを評価するための加算（居宅介護支援連携加算は計画相談支援のみ）

加算名	内　　容	単位数
入院時情報連携加算	利用者の入院時に利用者情報を入院先の病院等に提供した場合	加算（Ⅰ）200単位／回 加算（Ⅱ）100単位／回
退院・退所加算	利用者の退院・退所時に退所施設等から情報収集を行い計画作成した場合	200単位／回
居宅介護支援連携加算	利用者の介護保険への移行時にケアマネ事業所のケアプラン作成に協力した場合	100単位／回
医療・保育・教育機関等連携加算	障害サービス等以外の教育機関等から情報収集を行い計画作成した場合	100単位／回

加算名	内　　容	単位数
初回加算（障害児相談支援は既設）	新規に計画作成を行った場合	300単位／回
サービス担当者会議実施加算	モニタリング時にサービス担当者会議を開催し、計画変更等の検討をした場合	100単位／回
サービス提供時モニタリング加算	利用者が利用するサービス事業所等を訪問し、サービス提供場面を確認し記録した場合	100単位／回

加算名	内　　容	単位数
行動障害支援体制加算	強度行動障害支援養成研修修了者を配置し、その旨公表する場合	35単位／月
要医療児者支援体制加算	医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了者を配置し、その旨公表する場合	35単位／月
精神障害者支援体制加算	精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等修了者を配置し、その旨公表する場合	35単位／月

5 さまざまな会議の活用

YUKI YANAI

（１）さまざまな会議の活用

- 利用者のニーズを充足するために、連携の視点と軸を整理していくと、支援者・事業所・組織及び関係機関・地域・まちの軸の中で、連携をしていくための場の設定と実践が重要（不可欠）となる。

- また、この『場』は、双方における連携を強化するとともに、それぞれの人材育成やサービスの質の向上、地域の活性化にもつながるものである。

- 職場では、朝会（ミーティング）、グループ会議、ＱＣ活動等々様々な会議がある中に、「個別支援計画作成会議」が含まれる。

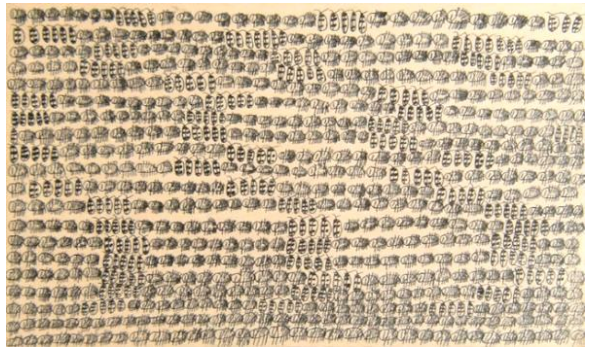
- また、本人（利用者）を通した関係機関との連携実践は、「サービス担当者会議」となる。

- 次のステップとして基幹相談支援センターや（自立支援）協議会等を利用した検討・会議などが、地域づくりやまちづくりへとつながるものとなる。

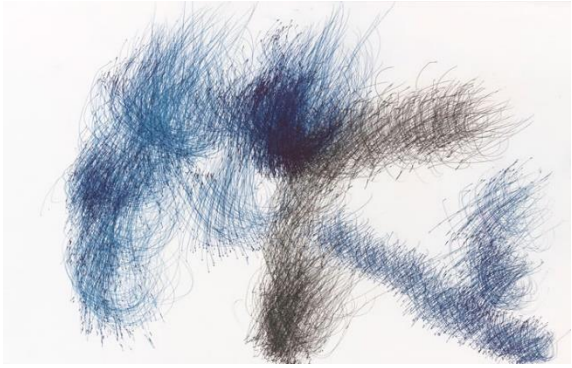
（２）さまざまな会議の活用（人材育成）

●サービス管理責任者等の関係者が、熱心に支援に取り組むほど、無意識に内に偏った・こもった・閉ざされた・囲い込みの支援となる傾向があります。そこで、「岡目八目」という囲碁からでた言葉で考え直してみますは。「岡目八目」は、他人の囲碁を横から見ていると、対局者よりも冷静でいられるために、八目置かせるくらい有利というところから転じて、傍観者（第三者）のほうが当事者よりも物事の是非を、的確に判断できるという意味です。

●ですので、サービス担当者会議の司会進行役はサービス提供当事者ではない方が効果的で、相談支援専門員が中心に担うことが想定されます。当事者から見れば、相談支援専門員は自分のための支援者のひとりであり、サービス管理責任者にとっては大事なパートナーとなります。



（地域自立支援）協議会について

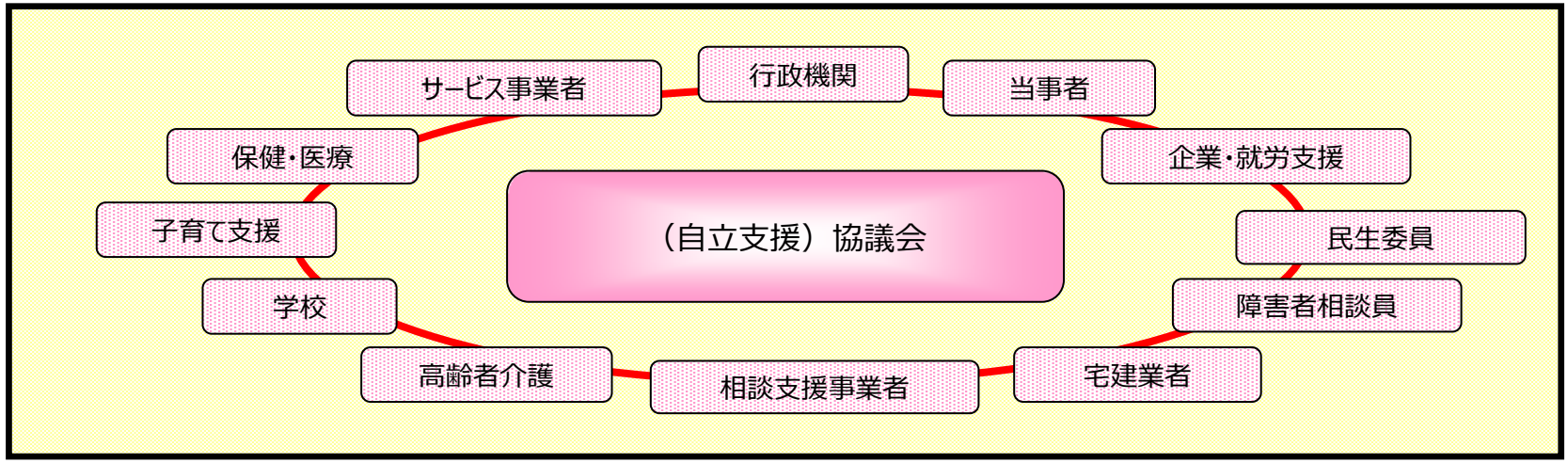


（自立支援）協議会の法的位置づけ

（協議会の設置）
法第八九条の三　地方公共団体は、単独で又は共同して、障害者等への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体並びに障害者等及びその家族並びに障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者により構成される協議会を置くように努めなければならない。

２　前項の協議会は、関係機関等が相互の連携をはかることにより、地域における障害者等への支援体制に関する課題について、情報を共有し、関係期間等の連携の緊密かを図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする。

【（自立支援）協議会を構成する関係者イメージ】



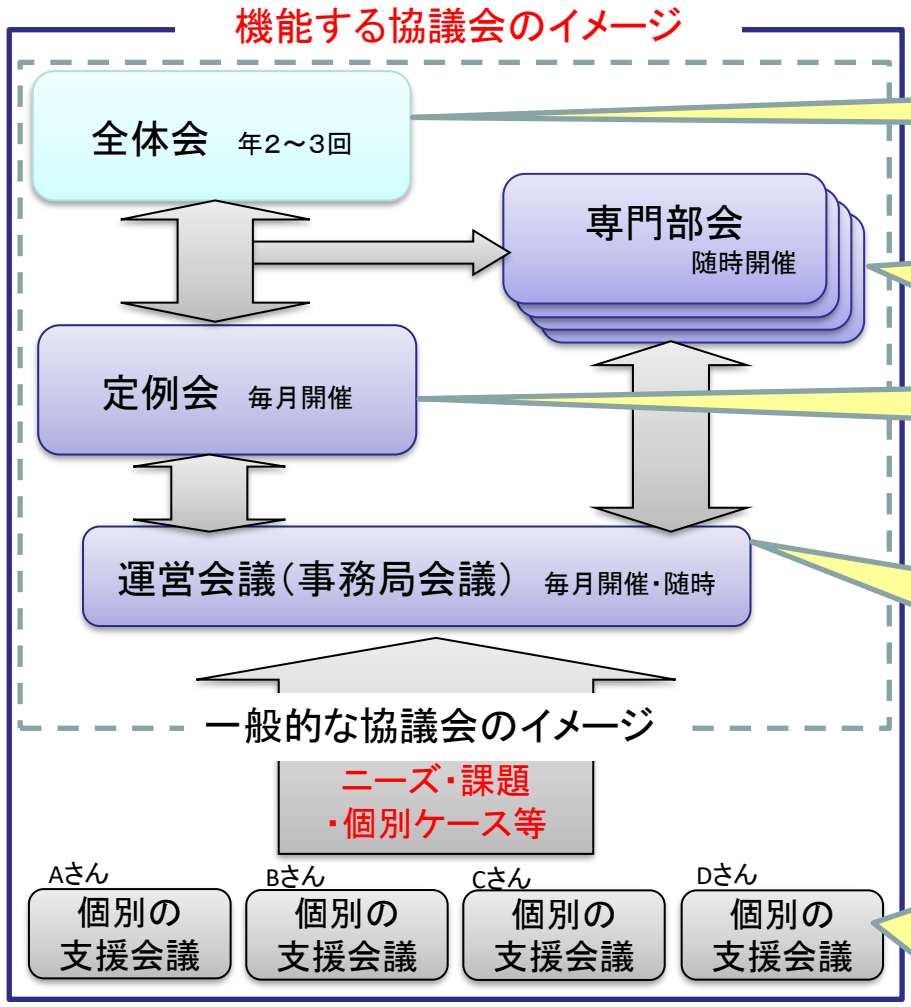
市町村（自立支援）協議会の機能

情報機能	• 困難事例や地域の現状・課題等の情報共有と情報発信
調整機能	• 地域の関係機関によるネットワーク構築 • 困難事例への対応のあり方に対する協議、調整
開発機能	• 地域の社会資源の開発、改善
教育機能	• 構成員の資質向上の場としての活用
権利擁護機能	• 権利擁護に関する取り組みを展開する
評価機能	• 中立公平性を確保する観点から、委託相談支援事業者、基幹相談支援センター等の運営評価 • 指定特定相談支援事業、重度包括支援事業等の評価 • 都道府県相談支援体制整備事業の活用

出典：自立支援協議会の運営マニュアル （財団法人日本障害者リハビリテーション協会（平成20年3月発行）

各会議の標準的なシステムとポイント

（地域自立支援）協議会はプロセス（個別課題の普遍化）



ポイント5

＊全体会において地域全体で確認

ポイント4

＊課題別に具体的議論を深める。社会資源の改善・開発を全体会に提案

ポイント3

＊定例会で地域の情報を共有し、具体的に協議する場（参加者は現場レベル）

ポイント2

＊個別の支援会議で確認した課題の取扱について運営会議で協議・調整
（交通整理役、協議会のエンジン）

ポイント1

＊個別支援会議は協議会の命綱
これが開催されないと、協議会の議論が空回りする場合が多い。
＊本人を中心に関係者が支援する支援を行う上での課題を確認する場

出典：自立支援協議会の運営マニュアル （財団法人日本障害者リハビリテーション協会（平成20年3月発行）一部改変

（参考）各会議の機能と参加メンバー例

会議	機能	参加メンバー例
個別の支援会議 **（サービス担当者会議）**	地域の障害のある当事者が直面している生活課題を解決するために実施。当事者の生活課題についての共有、解決策の検討、支援の調整や役割分担等を行う。	当事者（本人、家族）、相談支援事業者、市町村担当者、児童相談所、サービス提供事業者、教育機関、訪問看護事業者、主治医、民生委員・児童委員　etc
運営会議	協議会を円滑に運営していくための協議を行う。 個別の支援会議から見える地域課題整理、定例会の議題調整、専門部会の進捗管理等を行う。	事務局（基幹相談支援センター）、市町村担当者、委託相談支援事業者、部会代表　etc
定例会	相談支援事業者による相談支援活動、専門部会等で集約された地域の福祉・保健・医療等に関わる諸課題を、事業所・関係機関で共有する。課題について意見交換を行い、再び専門部会等での詳細な協議を支援する。	協議会事務局、市町村担当者、当事者代表、サービス提供事業者、教育関係機関、医療関係機関、ハローワーク、市町村社会福祉協議会、民生・児童委員代表　etc →主に現場を統括する者
専門部会 **（プロジェクト会議）**	地域課題の整理および解決策の検討を定期的な協議で行ったり、緊急性の高い課題の解決のために期間を定めて集中的に協議を行う場合もある。	協議メンバーは同事業種でメンバーを組織、あるいは協議会内外から適当な人材を選出
全体会議	年に1回、地域の障害福祉関係機関、周辺機関に声を掛けて集まっていただき、自立支援協議会の活動報告を行う。 協議内容についてコンセンサスを図る。	協議会事務局、市町村担当者、当事者代表、サービス提供事業者、教育関係機関、医療関係機関、ハローワーク、市町村社会福祉協議会、民生・児童委員代表　etc →主に施設・機関を統括する者　（市民）

（参考）専門部会（プロジェクト会議）の例

障害別	身体障害者部会、知的障害者部会、 精神障害者部会、発達障害者部会、 障害児部会
課題別	地域移行支援部会、権利擁護部会、 就労支援部会、進路部会
事業種別	居宅介護事業所、日中支援事業所、 就労支援事業所、障害者支援施設、 短期入所部会

市町村（自立支援）協議会は地域づくりの中核

- 自己完結に陥らない（ネットワークで取り組む基盤をつくる）
- 他人事にとらえない（地域の課題を的確に把握する）
- 出来ることから進める（成功体験を積み重ねる）
- 取り組みの成果を確認する（相互に評価する）

市町村（自立支援）協議会は地域が協働する場

地域で障害者を支える

埼葛北地区について

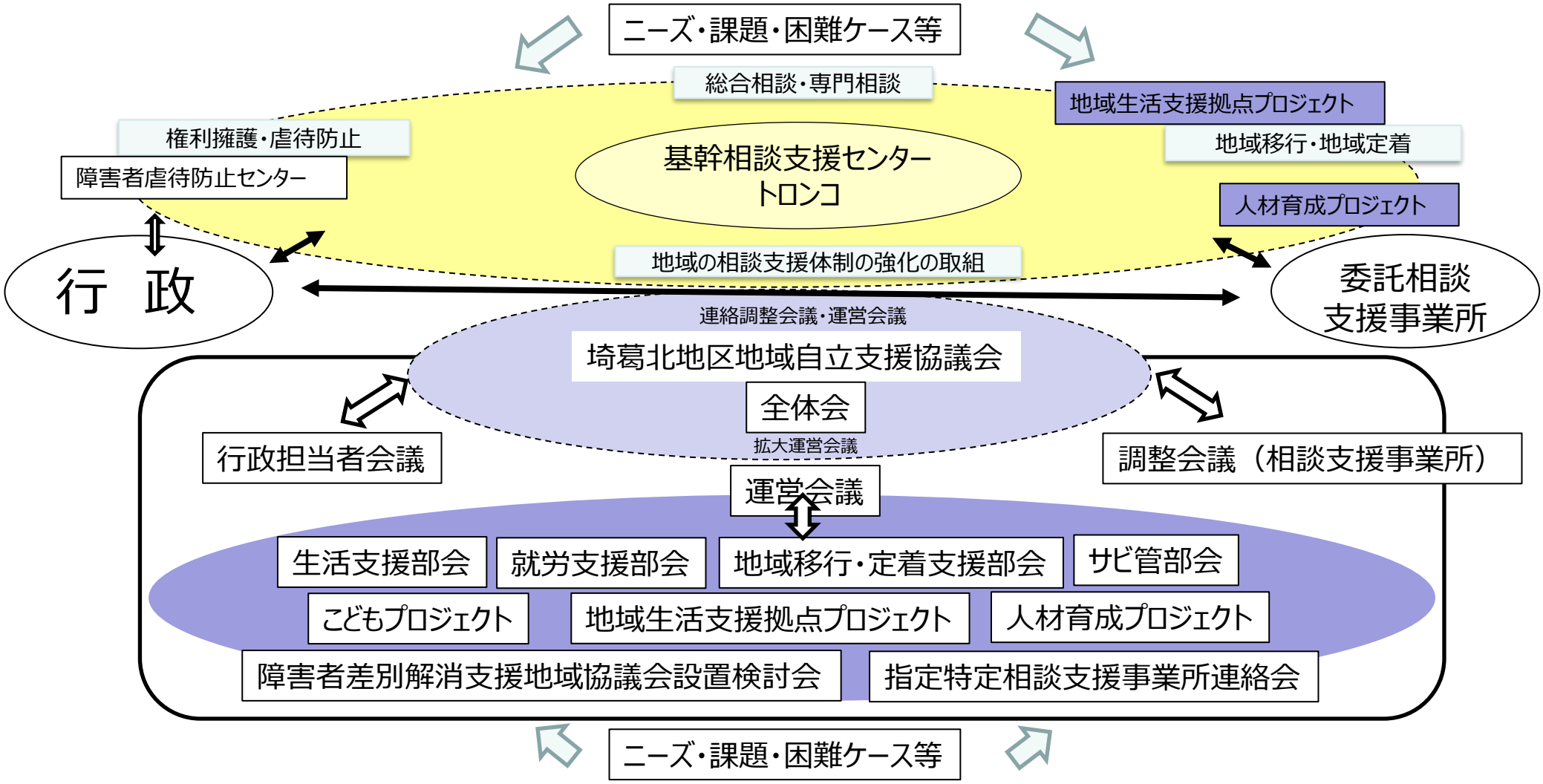
※蓮田市、幸手市、白岡市、宮代町、杉戸町（3市2町）
※基幹センター　→埼葛北地区基幹センター　トロンコ

※委託相談支援事業所4カ所→埼葛北障害者生活支援センター
（たいよう、ふれんだむ、ひらの）
※圏域内総人口　約25万人

東武動物公園
（宮代町・白岡市）

権現堂桜堤
（幸手市）

埼葛北地区地域自立支援協議会組織図



令和２年度重点課題

（１）地域の相談支援体制の強化

地域生活支援拠点の整備として、ネットワークの強化、事業内容の確立、仕様書の検討、
精神障害者の実態調査の実施

（２）地域の相談支援従事者の人材育成

相談支援専門員適正数の検証を行い、地域の相談支援従事者の充足について検討。

（３）自立支援協議会の活性化

運営会議メンバーの異動による事業停滞を防ぎ、官民共同の継承

令和２度年重点課題

（４）専門的相談支援体制の強化

・療育相談支援体制の確立➡こども部会の充実。関係機関とのネットワークづくり

・医ケア児者を考える医療福祉連携会議の充実。

・地域移行・定着の促進➡精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムとの連携

埼葛北地区の地域生活支援拠点プロジェクトの取り組み

地域生活支援拠点の整備

地域生活支援拠点プロジェクト

行政

実態調査

地域生活支援拠点に求められる5つの機能
①相談
②体験の機会・場
③緊急時の受け入れ・対応
④専門性
⑤地域の体制づくり

緊急時

例えば・・・

緊急短期入所
緊急居宅介護
移動・見守り等
駆けつけ隊
緊急時貸付・金銭管理

などの
システム確立と予算化

平時

生活支援部会
民生委員との連携

サービス管理責任者部会
ＧＨ・入所体験

就労支援部会
働く人の余暇支援

指定特定相談支援事業所連絡会
緊急時に備えたかかわりを計画相談に取り入れる取り組み

こどもプロジェクト
障害児支援者のネットワーク
医療的ケア児のサポート体制
児童発達支援センターとの連携

地域移行

地域移行・定着支援部会

地域包括ケアシステム
（保健所との協働）
入所施設からの地域移行を考える

地域生活拠点の役割

地域生活拠点は障害者の高齢化・重度化や「親なき後」を見据え、課題に応じてどのような機能をどれだけ整備していくかについて、利用者の障害福祉サービス等のニーズ、既存の障害福祉サービス等の整備状況、基幹センターの設置の有無等各地域における個別の状況に応じ、協議会等の場を用いて、関係機関等が参画して検討する。

地域生活支援拠点における平常時からの支援の重要性

～事例から見る課題と求められる役割～

HANAE SASAKI

地域生活支援拠点Pの取り組み

１）地域診断

療育手帳A、〇A　／　４０歳以上　／　福祉サービス未利用　のケースを抽出

→全戸訪問による、ケースの実態把握

２）緊急時を想定した暮らしの場の体験

圏域内入所施設、通所施設に協力を依頼し、昨年度３名実施

３）緊急時意向対応調査

圏域内１３か所の通所事業所の利用者を対象に、アンケート調査を実施

＜事例＞初期相談

RIE TSUCHIYA

地域生活支援拠点Pで訪問調査を行っていたケースについての相談。

・親族から役所に相談があった。

・母が５日前に転倒し、足の痛みが強い様子。

・母は家事や本人の介護ができないと訴えている。

・親族が訪問したところ、家庭内は乱雑な様子で、身の回りのことができていないように感じられた。

・母は本日夕方受診が決まっており、そのまま入院になるかもしれない。

→本人が安心して過ごすことができる場所はないだろうか？

＜事例＞初期相談を受けた後の対応

①役所にて本人の基礎情報を確認。

→地域生活支援拠点Pで行った訪問調査で、家庭の状況や本人の状態像を掴むことができた。

②生活の場を確保する必要がある可能性も考慮し、近隣施設の利用調整。

→施設担当者との関係性が構築できていたので、他の利用者との居室調整等を提案できた。

③状況確認をするために訪問。

＜事例＞訪問

＞母の様子

転倒し、左膝が痛むとのことで、立ち座りや階段の上り下りなどの生活動作も困難な状態。

買い出し等も行けず、食料も底をついている状態。

＞本人の様子

訪問中、挨拶をするとうなずく。握手を求めると握手をしてくれる。

それ以外のアクションについては無反応。

＜事例＞訪問時の対応

＞母の希望を確認

「このまま在宅で本人を見たい。」

食料の買い出しができていないことなどを指摘し、支援の必要性について確認する。

→母の拒否は強く、「何とかなると思う。」と訴えている。

＞本人の希望を確認。

→明確な意思表示は得られなかった。（意思表示がわからなかった。）

→施設利用も想定し、認定調査票に基づき、本人の生活動作等について母から確認。

＜事例＞母の入院

面談中に親族が訪れ、母は病院に行くことになった。
本人は自宅で留守番ができるとのことで、留守番。

夕方になり、母が入院することが決まったとの連絡が役所に入る。

本人に
①事情の説明
②施設の利用を提案
をするために、親族と再度自宅を訪問することになる。

＜事例＞再訪問→施設の利用開始。

本人に事情の説明をし、施設で過ごすのはどうか提案。

→手を横に振り、拒否を示しているようなジェスチャー。

→２時間ほど本人と一緒に過ごし、本人なりの意思表示の方法をCWとも確認。

本人の意思を少しずつ確認しながら話を進めるがやはり拒否は強い。

→客観的な意思決定を行い、本人が安全に過ごせるよう警察にも協力を依頼。

結果として、施設の利用について本人は了承（？）し、２ヵ所の入所施設の利用開始。

＜考察＞担当CW、相談員の立場から

・訪問調査のおかげで、ケースの概況や本人像についてのアセスメントがスムーズに行えた。

・**入所施設の担当者との関係性が構築できていたので、スムーズな施設利用につながった。**

・第三者（警察）にも協力が要請でき、より公平な支援が行えた。

→今回はスムーズに近隣の施設で対応ができた好事例。

→過去の事例を振り返ると…。

遠くの施設に緊急で短期入所を依頼し、数か所の入所先を転々とする事例も…。

＜考察＞地域で支えるという立場から

・潜在的なニーズをしっかりと把握することができていなかった。

→「すぐに起こるかもしれない緊急事態」について、家族への理解を促せていなかった。

→家族、本人は「介護者不在」という状況を「緊急事態」と認識できていなかった。

→緊急事態が起こったときに、どのような支援が受けられるかの情報を提供できていなかった。

→予防の可能性があったのに予防できなかった失敗事例。

・緊急時が起きたときの対応について、地域で共通認識を持つことができていなかった。

→行政CW、相談員と施設担当者の関係性によって施設の利用ができた。

→関係性ができていない施設の利用は難しい。

→スムーズな支援が行えたのは機能ではなく、担当者に依るところが大きい。

＜振り返り＞

どのような仕組み、取り組みがあれば予防できたのか？

地域生活支援拠点の機能

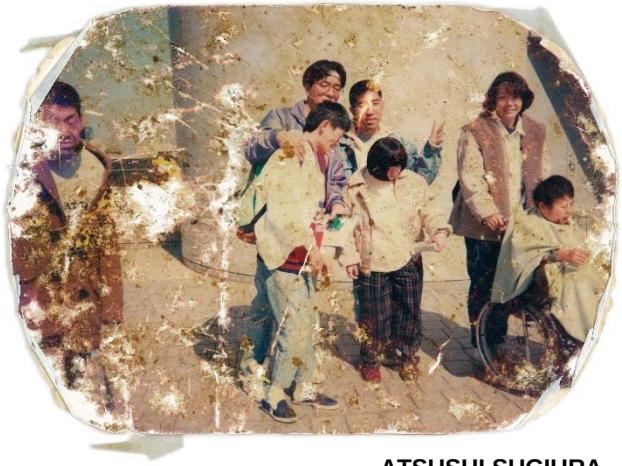
１）相談

２）緊急時の受け入れ・対応

３）体験の機会・場

４）専門的人材の確保・養成

５）地域の体制づくり



ATSUSHI SUGIURA

地域生活支援拠点の機能①

１）相談の機能

緊急時の支援が見込めない世帯への対応

常時の連絡体制の確保

サービスの相談・その他必要な支援

今回の事例から抽出された機能	関係者会議等で抽出された機能（今後検討）
定期的な訪問とケース理解	障害の特性に応じた支援方法の検討
緊急時とはどういう事態か一緒に考える	
緊急時の対応方法の検討	
将来の生活について考える	
地域の社会資源の情報を利用者に伝える	

地域生活支援拠点の機能②

２）緊急時の受け入れ・対応の機能

短期入所を活用した常時の受け入れ体制等の確保

緊急時の受け入れや医療機関への連絡等の必要な対応

今回の事例から抽出された機能	関係者会議等で抽出された機能（今後検討）
受け入れ施設との顔の見える関係性構築	緊急時の受け入れにおけるアセスメント機能
受け入れ施設の特徴や受け入れ層の把握	居室以外の場での受け止めができるかどうかなど、ローカルルール設定
必要な本人情報の収集と伝達	
関係機関との連絡調整	
客観的な緊急度の判定	

地域生活支援拠点の機能③

３）体験の機会・場の機能

共同生活援助等の障害福祉サービスの利用や一人暮らしの体験の機会・場を提供

今回の事例から抽出された機能	関係者会議等で抽出された機能（今後検討）
将来の生活、緊急時等に備えた生活の体験	体験受け入れをする際の確認事項の共有化
どのような支援が考えられるかを提案	
→相談機能との連携	

地域生活支援拠点の機能④

４）専門的人材の確保・養成の機能

医ケア、行動障害などに対して、専門的な対応ができる体制の確保

専門的な対応ができる人材の養成

今回の事例から抽出された機能	関係者会議等で抽出された機能（今後検討）
専門的な対応ができる機関とのネットワーク構築	様々な人が地域を利用することが、事業所の質の向上につながる

地域生活支援拠点の機能⑤

５）地域の体制づくりの機能

地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制の確保

地域の社会資源の連携体制の構築

今回の事例から抽出された機能	関係者会議等で抽出された機能（今後検討）
要支援者を地域で支える意識の共有	地域に対してどのような役割を果たしていくか施設として方針を持つことを働きかける機能
潜在的ニーズに関する地域診断	
要支援者の把握・集計・追跡	

まとめ　平常時からの支援の重要性①

１）潜在的なニーズの把握

個別の事例としてみれば、緊急時の対応は行政と相談支援の連携である程度行えている。

地域として考えると、潜在的なニーズの把握ができていない現状がある。

緊急時が想定されるケースについて、事前に把握し、相談機能につなげることで緊急時の発生そのものを減らすことができる可能性が高い。

→相談支援との関わりがあるケースは相談支援専門員が窓口となり、対応をしていく。

→相談支援との関わりがないケース（セルフ、サービス未利用等）ほど、課題を抱えている。

→ケース把握／集計／管理を誰が行っていくか？

→潜在的なケースがなぜ潜在的になってしまったのか

→検証し、潜在化を防いでいくにはどうしたらよいか考える役割を誰が担うか？

まとめ　平常時からの支援の重要性②

２）体制づくりと体制確保

暮らしの場の支援が必要なケースを支えるには、施設同士での連携が不可欠

例）緊急時における空床利用の連携／体系的な体験の機会・場の確保

→地域を俯瞰し、地域からのニーズを調整しながら施設に伝える役割が必要

→地域生活支援拠点事業を軸に、事業所同士をつないでいく役割が必要

３）専門性のある暮らしの相談

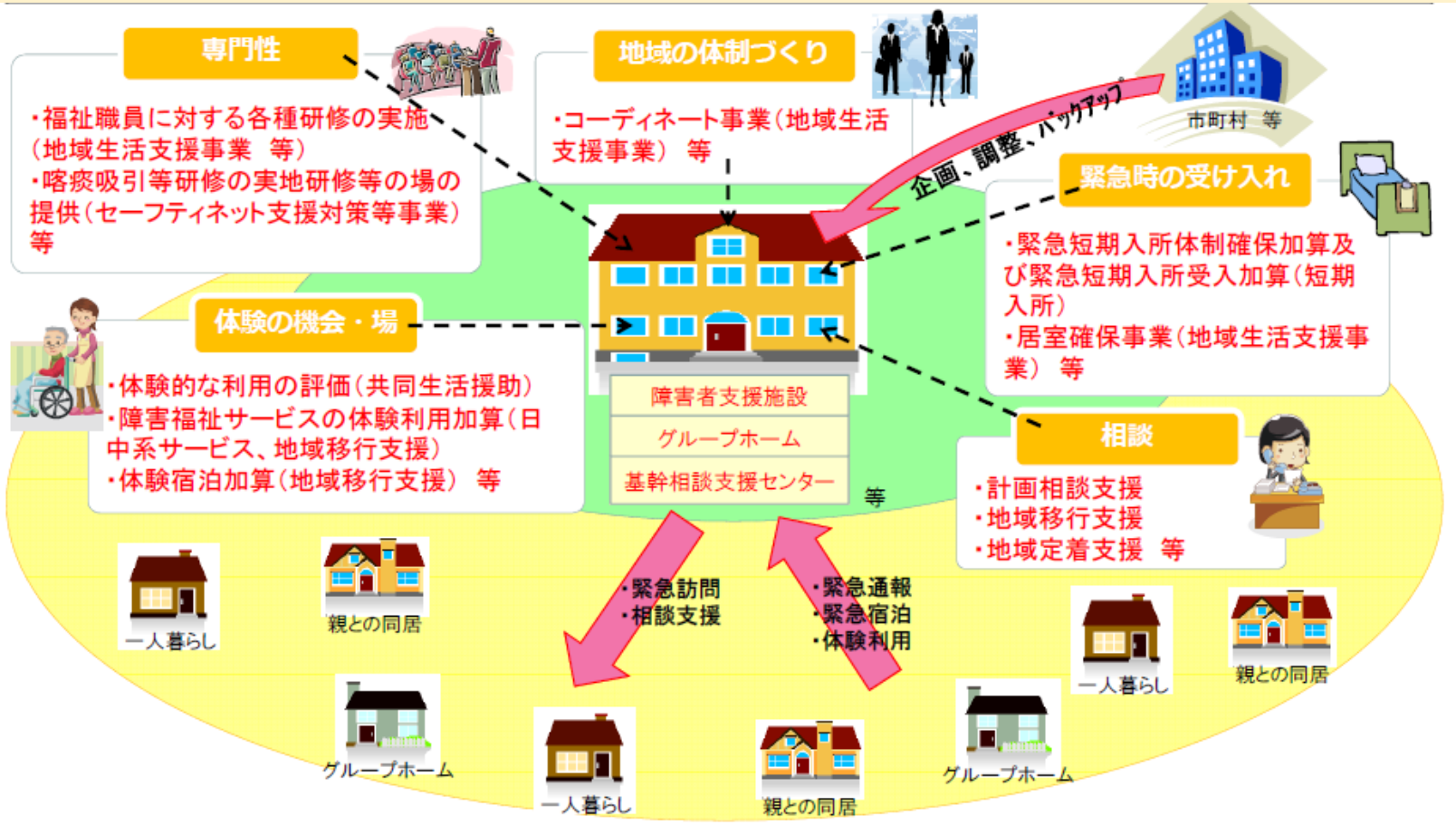
支援に拒否的なケースや、困難な課題を抱えるケースへの対応や助言をする役割

地域生活支援拠点の整備方法の種類①（面的整備型）

○　地域において、居住支援のための機能を持つ事業所等が連携し、障がい者を支援

地域生活支援拠点の整備方法の種類②（多機能拠点整備型）

○　居住支援のための機能を一つの拠点に集約し、地域の障がい者を支援。



埼葛北自立支援協議会

サービス管理責任者
連絡会議の取り組み

SHOGO SASAKI

自立支援協議会の取り組み

- 指定特定事業所連絡会議
- 人材育成プロジェクト
  - （１）計画相談（フォローアップ研修）
  - （２）計画相談（新任向け）研修
  - （３）虐待防止研修
  - （４）グループスーパービジョン
  - （５）サービス管理者（フォローアップ）研修
- 権利擁護プロジェクト
- サービス管理責任者連絡会議

サービス管理責任者連絡会議

＜役割＞

- サービス管理責任者の役割の確立
- サービス管理責任者の専門性の向上
- サービス管理責任者が考える人材育成
- 相談支援との連携
- サービス管理責任者同士の連携

＜組織＞

- 地域のサービス管理責任者が事務局体制で運営をする。まずは、人材育成プロジェクトの一つの部門として発足。

その後、基幹相談支援体制との連携のもと、位置づけをする。

＜事業計画＞

- 定期会議　月１回　相談支援との合同会議　年数回
- サービス管理責任者フォローアップ研修

  意思決定支援・GSV・権利擁護等
- 虐待研修（初任者・パート対象）
- 見本市・人材の確保、定着、人材育成について

＜組織＞

- 地域のサービス管理責任者が事務局体制で運営をする。まずは、人材育成プロジェクトの一つの部門として発足。その後、基幹相談支援体制との連携のもと、位置づけをする。

＜事業計画（案）＞

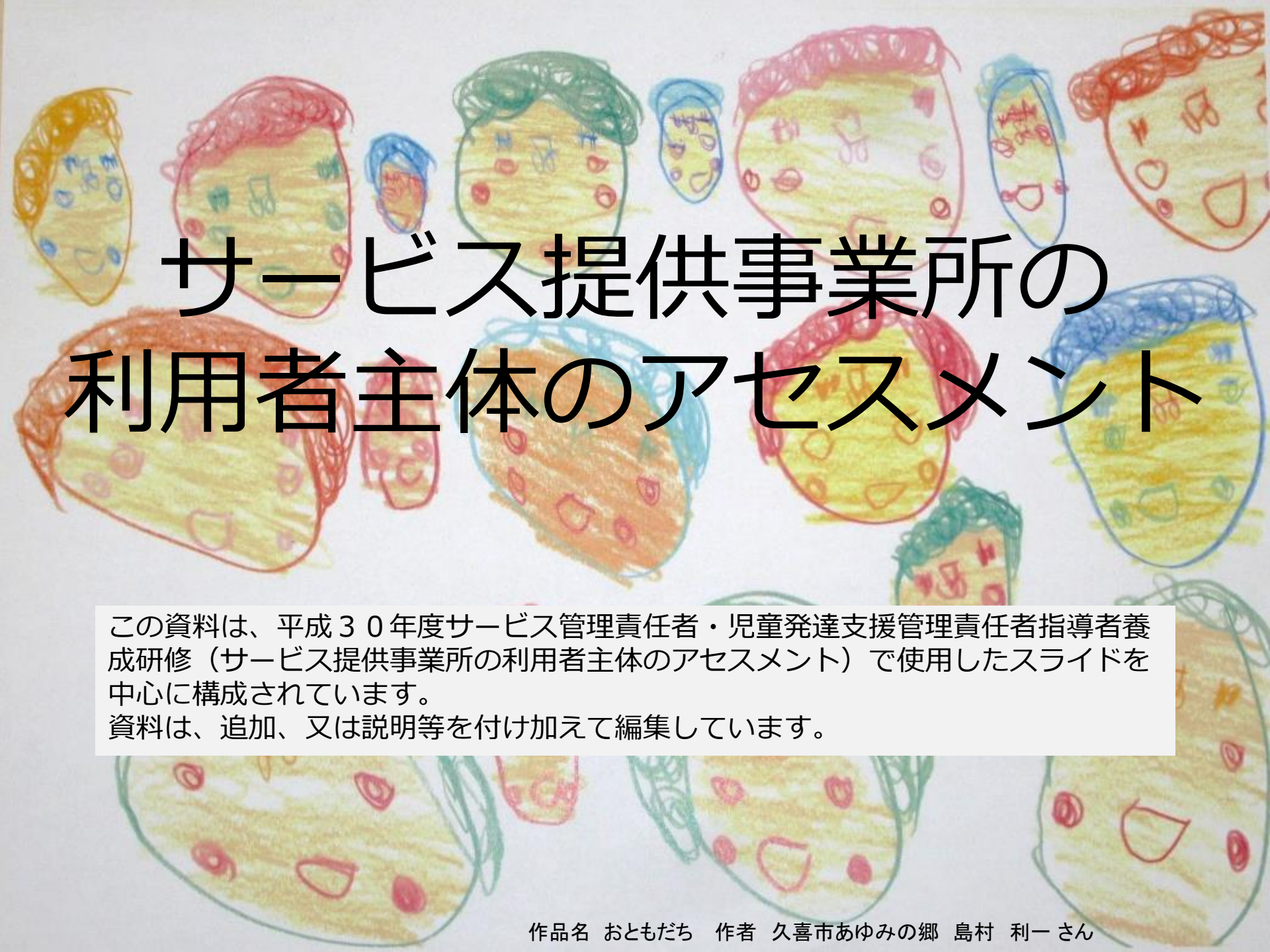
- 定期会議
- 相談支援との合同会議
- サービス管理責任者フォローアップ研修
- 初任者研修
- 施設間交流会　　など

おわりに

以上、「相談支援専門員によるサービス等利用計画とサービス管理責任者による個別支援計画の関係」について講義を進めてきました。この中で、相談支援専門員や他の事業所との連携、地域実践についても触れました。

障害福祉を突き詰めると、本人を中心に据えた支援を実践していく中で、どうしても他との連携が必須になってきます。

サービス等利用計画との整合性を保ちつつ、具体的な個別支援計画を作成し、自事業所内連携はもちろん、相談支援専門員や他事業所との連携が上手なサービス管理責任者等となっていただきたいと願っております。



サービス提供事業所の利用者主体のアセスメント

この資料は、平成３０年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者指導者養成研修（サービス提供事業所の利用者主体のアセスメント）で使用したスライドを中心に構成されています。
資料は、追加、又は説明等を付け加えて編集しています。

作品名　おともだち　作者　久喜市あゆみの郷　島村　利一 さん

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
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

サービス提供における利用者主体のアセスメント

1	個別支援計画作成における アセスメントのポイント
2	就労分野のアセスメント
3	児童分野のアセスメント

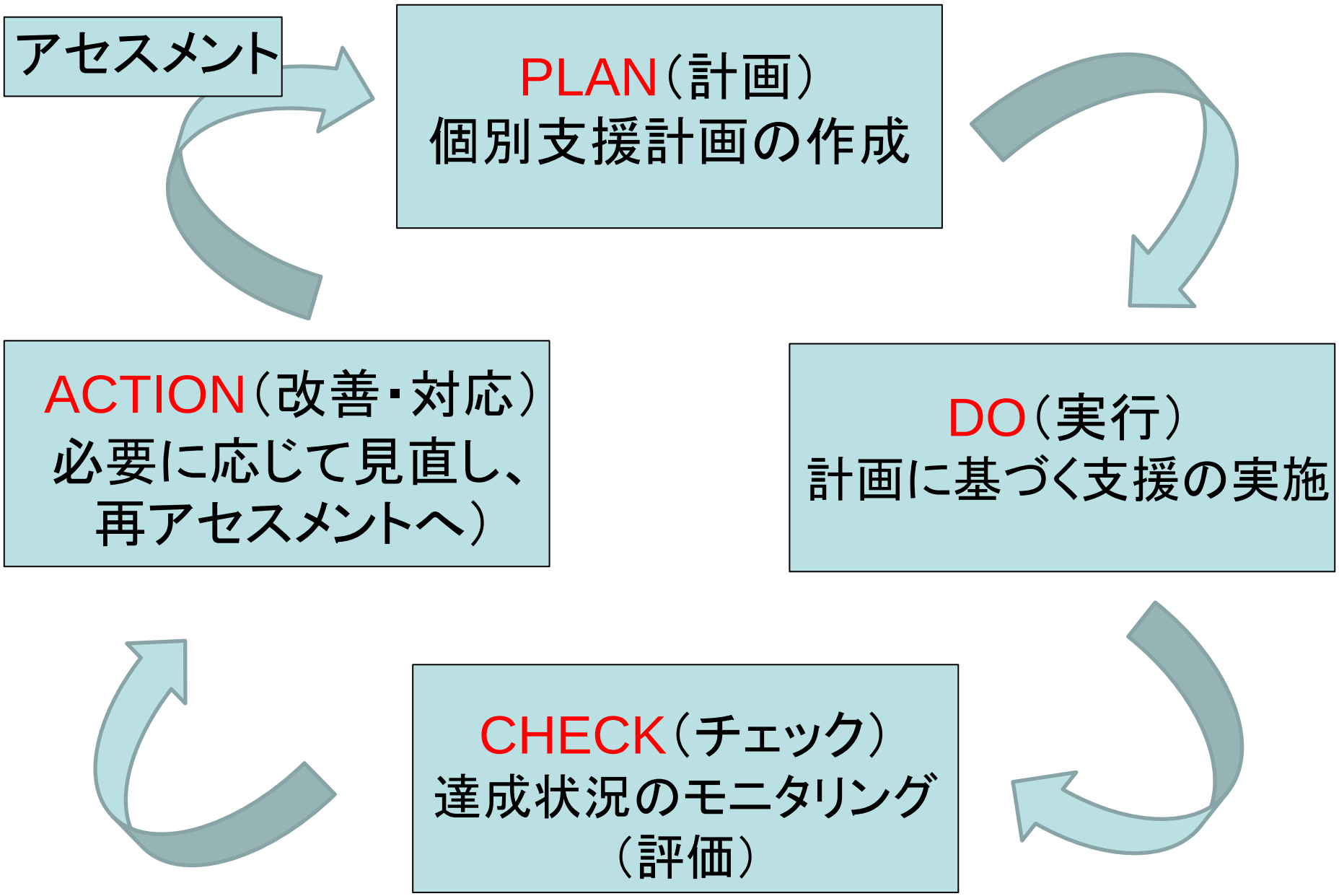
アセスメントの手法や考え方について

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。」

PDCAサイクルにおける個別支援計画



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。

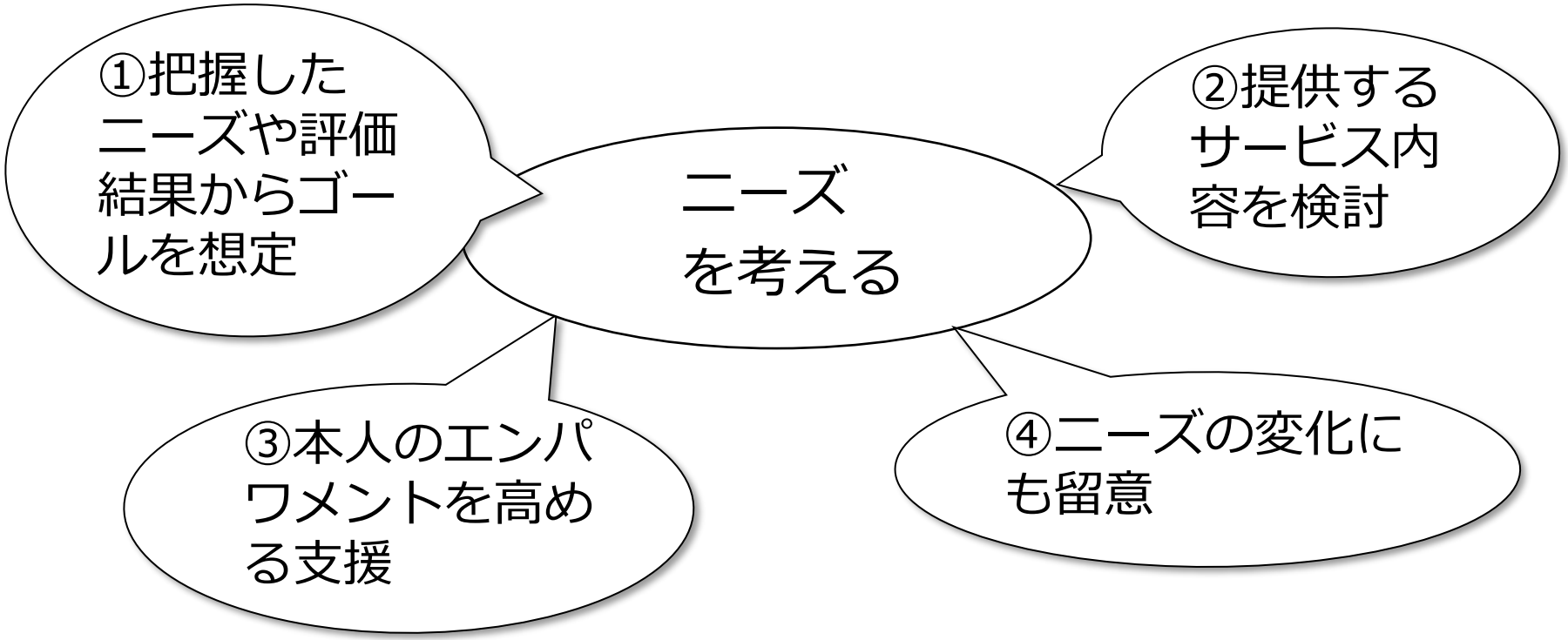
アセスメント　～ニーズを明らかにするプロセス～

- 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。

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。

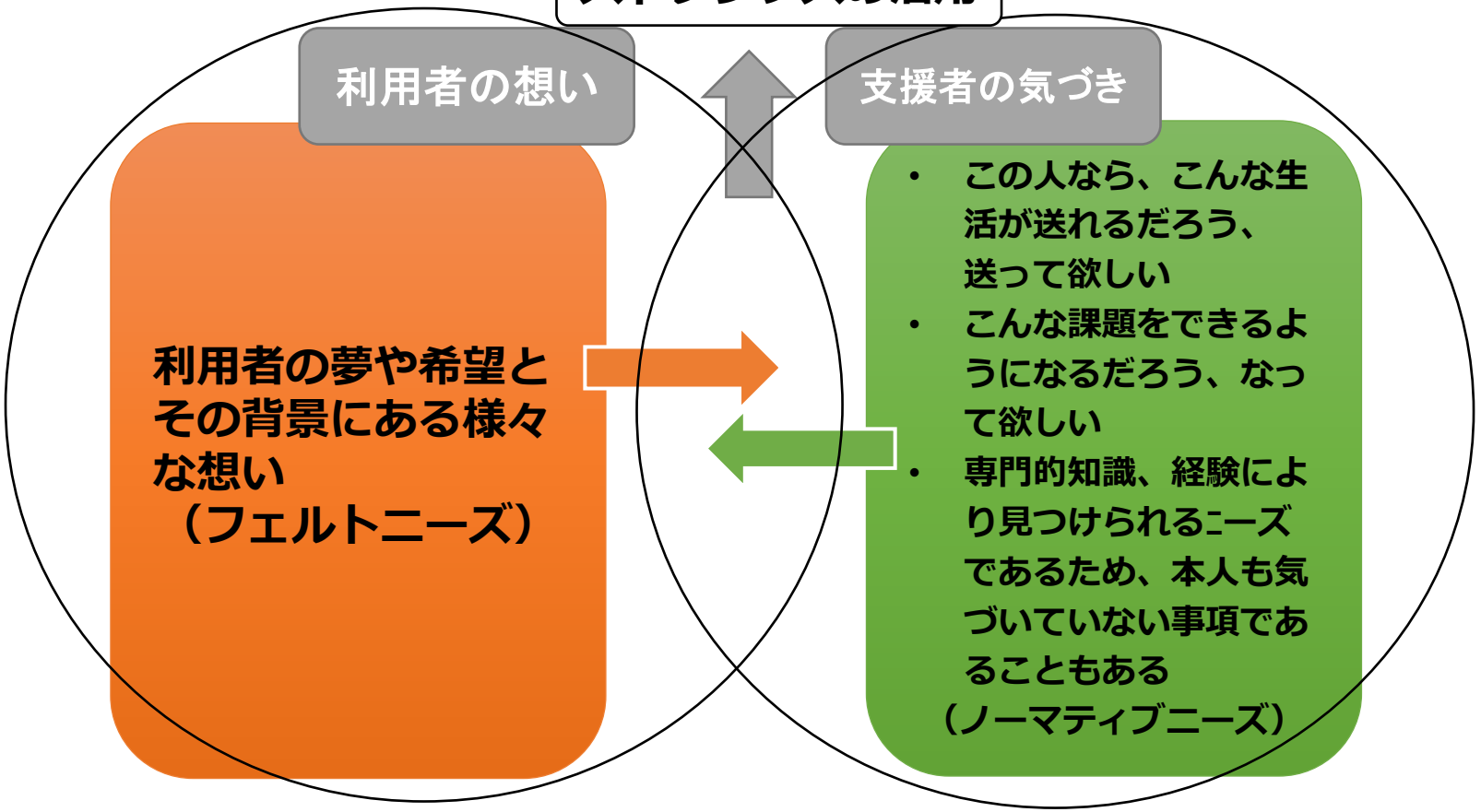
本人や家族の希望と専門職による評価結果をすりあわせ、利用者に合意が得られるニーズとしていくことが大切である。

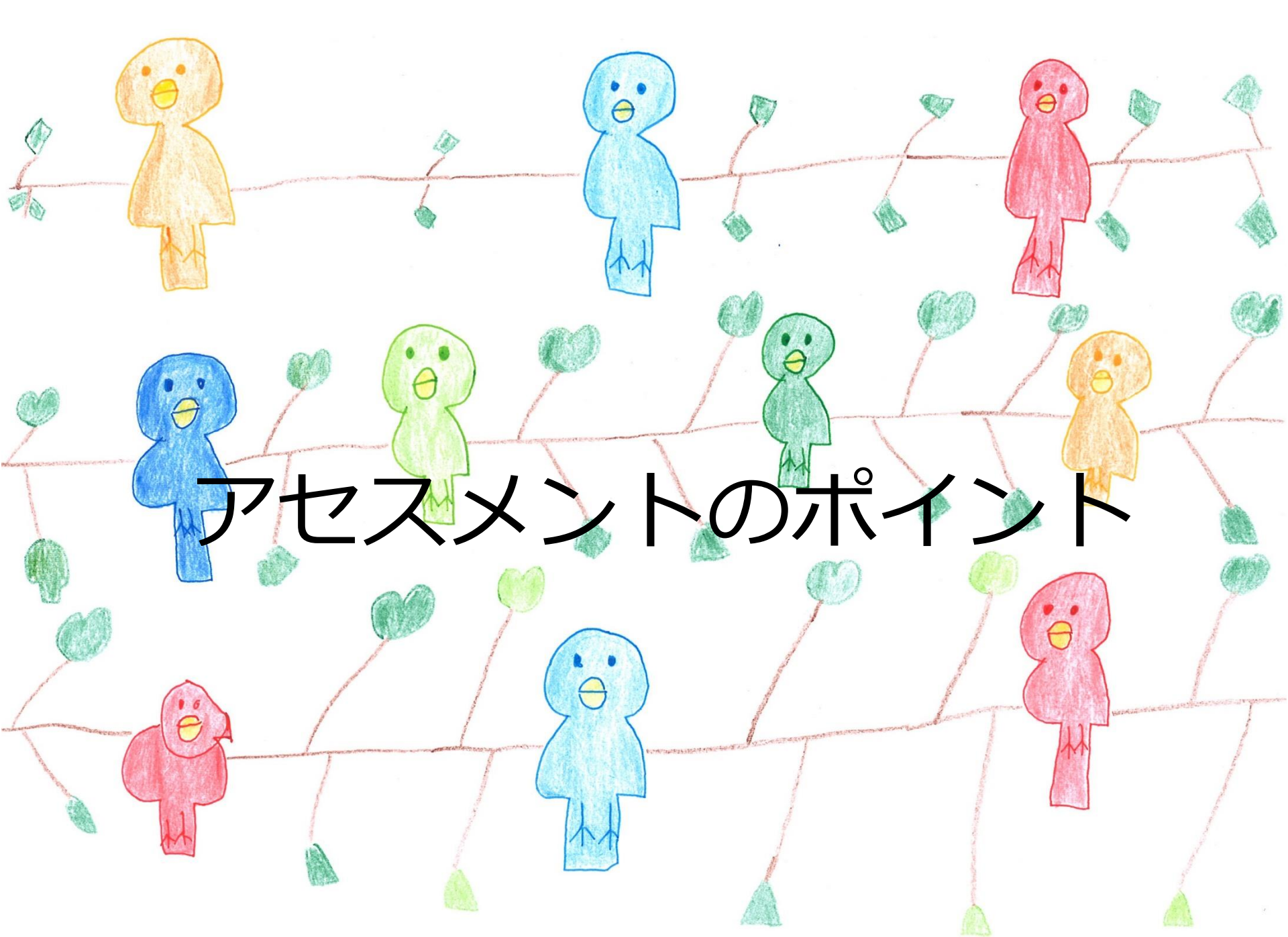


ニーズを構造的にとらえる
支援者の役割を意識する

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




アセスメントのポイント

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

①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。

②ストレングス４つの側面（①性格・人柄／個人的特性、才　能・素質、③環境、④興味・関心／向上心）。

③ストレングスは対話と関係性から導き出す。

④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。

⑤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。

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。

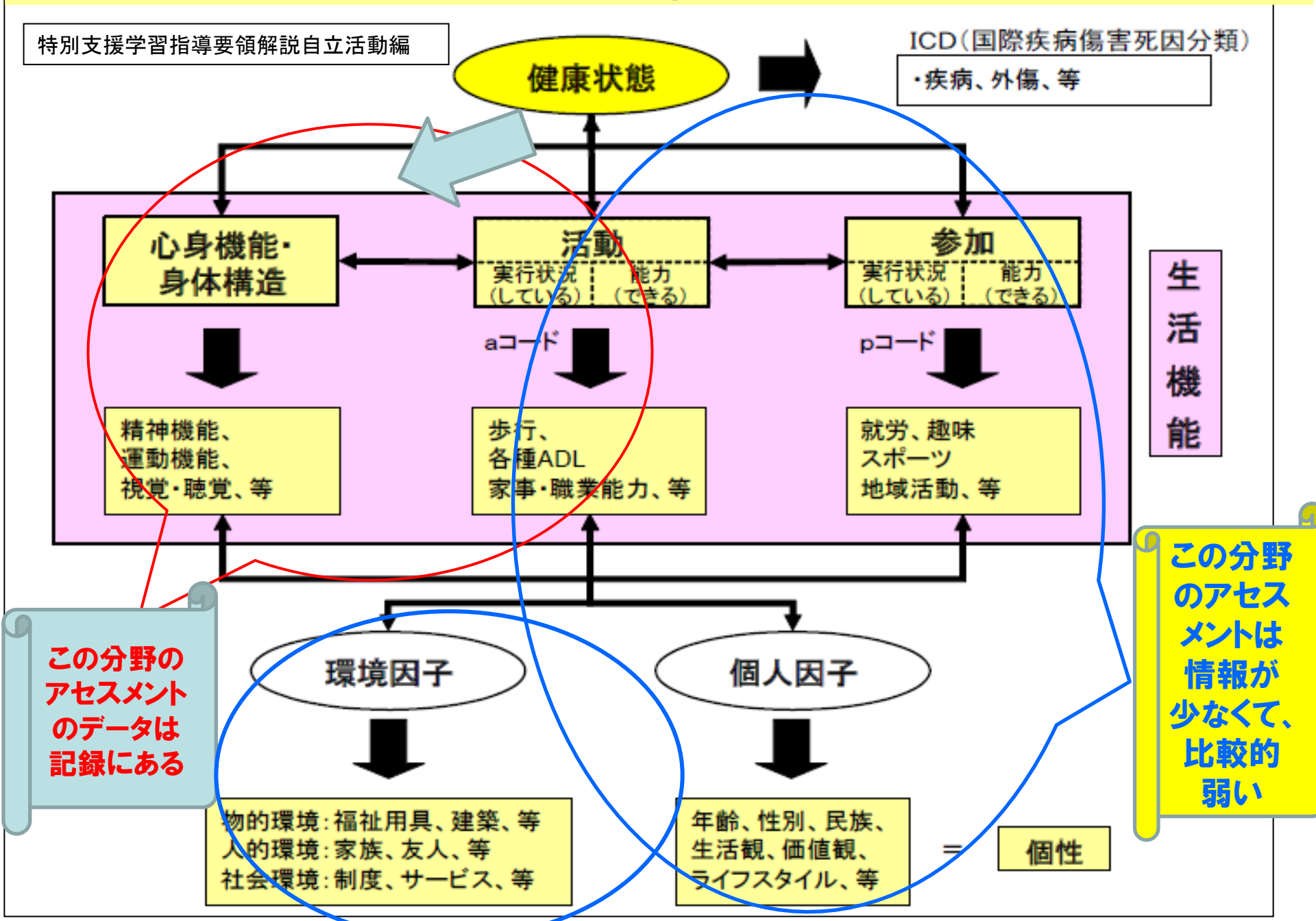
アセスメントのための
情報の収集・整理を通した利用者理解

- 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。

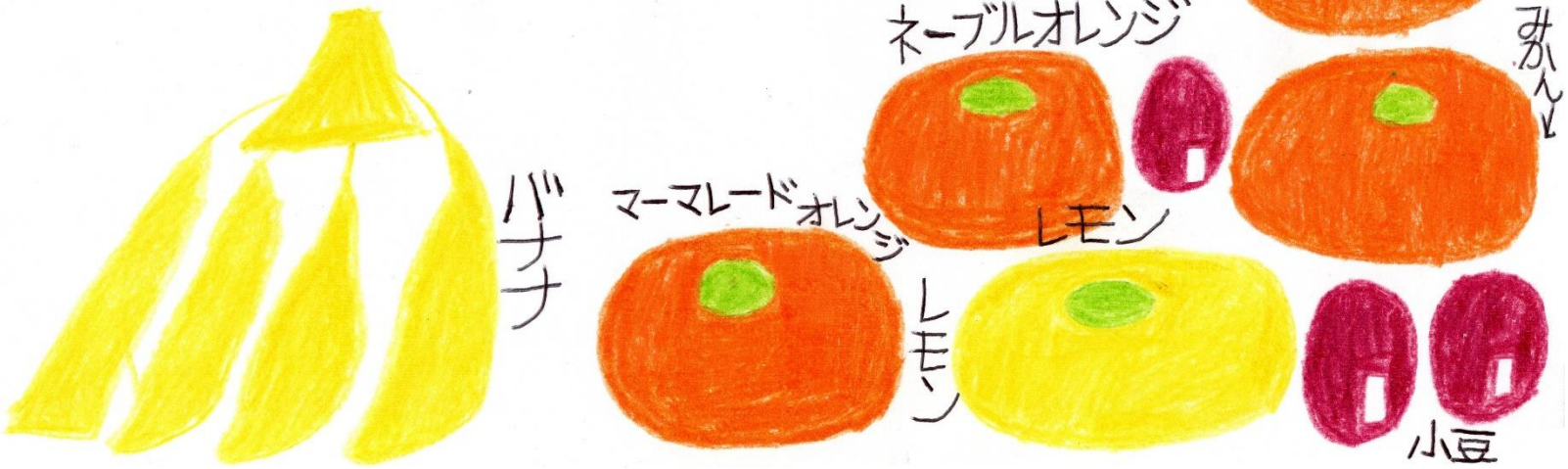
ＩＣＦの視点に立った利用者総体の理解

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。

アセスメントの留意点③～ICFの視点から～



～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

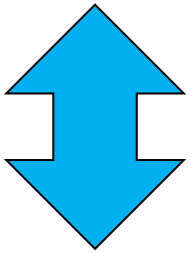
(支援者のアセスメントの視点)

○リフレーミング

・視点の変える。見方を変える。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

～意思決定支援と
アセスメント～

意思決定とアセスメント

- 自己決定や自己選択の力が、様々な理由で時間がかかる人たちへの支援は、多くの可能性や選択肢を広げ、意思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。(※パタナタリズム：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。

意思決定を阻んでしまう要因・・・

- 話せなければ、言葉がないと思ってしまう
- 表明がなければ、意思がないと思ってしまう
- 障害があることで、達成できる能力がないと判断してしまう

安全を保障できない
責任を持ちかねる
（リスク回避）

逆に先回りして
代行してしまう
（パターナリズム）

本人の可能性を信じることが出来ない

個別支援計画のマンネリ化も同じ構造の場合も・・・・

アセスメントの留意点　～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。

意思決定とアセスメント

意思を引き出すためには・・・・・

- 意思決定の材料

  選択肢がなければ選べない

- 意思伝達の手段

  手段をもたなければ表明できない

- 意思表明の機会

  機会なければ、表現できない

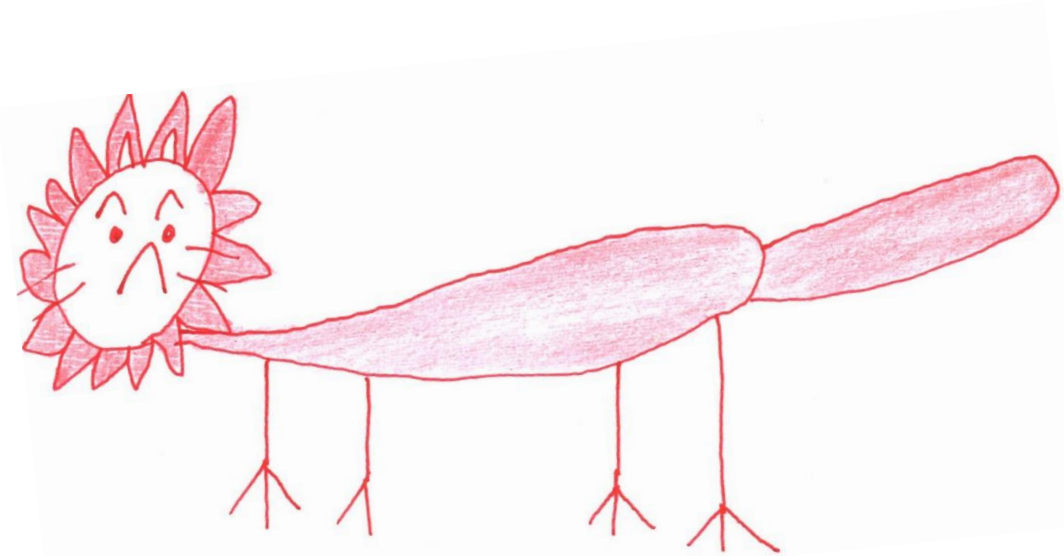
- 意向実現の期待

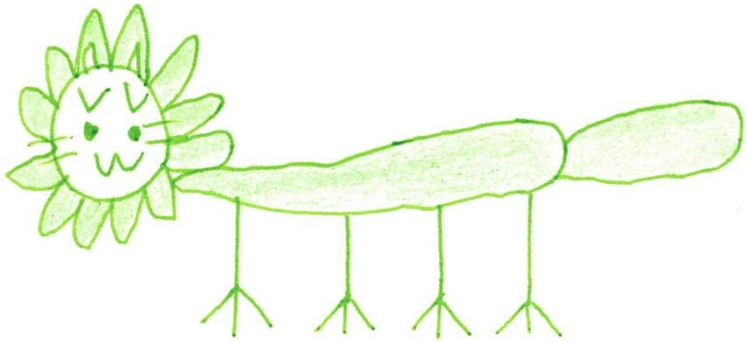
  実現をあきらめていれば表明できない

- 受信側のスキル

  受信できなければ「ない」のと同じ

～アセスメントの工夫～





【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）

アセスメント表（生活介護）

参考 久喜市あゆみの郷

氏　名		（記入日：　年　月　日）	
○○　○○　様		記入者：	
・生年月日	H1年　4月　24日	・障害の特性	知的障害　てんかん
・年齢	○○歳		
・性別	男性		
・障害程度区分	区分6		
・療育手帳	有り　Ⓐ		
・その他	年金1級		

1…必要　2…やや必要　3…必要なし

	項目	内　容	支援の必要度			現在の状況
日常生活	食事／口腔衛生	食事介助が必要	1	②	3	咀嚼が不十分なため堅い食べ物は小さくするなど配慮が必要
		適量を食事することができる	1	②	3	多少好き嫌いはあるがほぼ全量摂取できる
		箸やスプーンをなどの道具を使って食べることができる	1	2	③	食べ物によって使い分けることができ、箸ではおかずを挟んで食べることができる。
		こぼさないで食べられる	1	②	3	手に持つが、体の向きとともに食器からこぼれることがあるので配慮が必要
		口腔衛生	1	②	3	ほぼこぼさないで食べ、こぼしても自ら拾うことができる。
		※食事中に気をつけること（アレルギー、食形態、量、エプロンの有無など）	1	②	3	自分で食べるが気分によっては食べないことがあるので介助が必要な時もある
			気持ちによっては食事途中でも終わりのジェスチャーをするが、話しをしながら気持ちを切り替えると全量摂取できる。好きな食べ物は漬け物、パンなど。カレーは苦手。			
	排泄	トイレの意思表示ができる	1	2	3	
		排泄介助の必要性	1	2	3	
		排泄後ペーパーで拭くことができる	1	2	3	
		排泄後水を流すことができる	1	2	3	
		排泄後手を洗うことができる	1	2	3	
		手を拭くことができる	1	2	3	

	項目	内　容	支援の必要		
コミュニケーション	自己選択／意思決定	自分から挨拶をする	1	2	
		挨拶の声かけに答える	1	2	
		字が読める	1	2	
		自分の意志を伝えられる	1	2	
		自分の意志で選ぶことができる	1	2	
		相手の話を理解することができる	1	2	
		予定の変更が受容できる	1	2	
		※自己決定時に配慮が必要なこと			
	意思表示	要求を身振り手振りで伝えてくる	1	2	
		言葉で伝えてくる	1	2	
		※意思表示で配慮が必要なこと			
	自己実現	環境に影響されることが多い	1	2	
		目的をもって行動できる	1	2	
		納得しないと動けない時がある	1	2	
		※達成に向けて配慮が必要なこと			
活動	意欲・遂行	仕事に対する意欲がある	1	2	
		仕事のルールを守ることができる	1	2	
		できないことを伝えられる	1	2	
		自分のやりたいことを希望できる	1	2	
		他の人と協力して仕事ができる	1	2	
		※仕事をする時に配慮すること			

【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）

参考 久喜市いちょうの木

＜今、困っていること＞

・苦手なひとがいて、イライラしちゃう。

・食べるのは好きだけど、食べ過ぎると病気になるので我慢している。

・困ったときに、なんでも話せる人がほしい。

・楽しいところに出掛けたいけど、今は無理。

＜○○さんのストレングス（強み）＞

・好きなものを自分で選べることができる。

・人が大好きで、社交的。

・好きな事には興味を持てて、集中できる。

・自分の気持ちを伝えることができる。

・手先が器用。

＜私の将来の夢＞

おしゃれをして、きれいな女性になりたい！

＜○○さんの今の気持ち＞

・○○には行きたいけど、毎日じゃ疲れる。

・手伝ってもらいたいことはあるけど、色々言われるのは嫌。わからなくなっちゃう。

・好きなことだけやりたい。

・たくさんおしゃれをしたい。

今の生活状況はこんな感じ

＜家　族＞

・○○と□人暮らし。○は独立して県内で生活。
・○、○とも本人のことをよく理解していて、協力的。
・○○は車の免許がないので、出かけるときは公用の交通機関を利用している。
・家では、比較的本人の好きなペースで過ごしてもらうようにしている。

＜病　歴＞

・情緒不安が激しくなり、△病院に□年入院。
・精神安定剤を服用中。
・腸閉塞になりやすい。

＜○○さんが失敗するとき＞

・苦手な人が近くにいると気になってイライラしてくる。

・生活のリズムが乱れてくると、疲れてやる気がなくなってしまう。

・１人で過ごす時間が長くなると、気持ちが沈んでしまう。

ニーズ→　①キーパーソンの存在　②生活のリズムづくり　③体力の向上　④毎日の通所

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。

サービス提供事業所の利用者主体のアセスメント

就労支援におけるアセスメント

講義の目的・目標

●目的

サービス管理責任者として、良質な支援を提供し管理できる

●目標

・就労支援を行う際のアセスメントの視点や手法を理解する

・就労支援を通じて、障害のある人の生活の質の向上や働く権利の実現について考える

・就労支援に関わる社会資源を知る

就労支援を行う障害福祉サービス事業所

	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。
介護給付	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

第80回部会資料

就労定着に向けた支援を行う新たなサービス（就労定着支援）の創設

○ 就労移行支援等を利用し、一般就労に移行する障害者が増加している中で、今後、在職障害者の就労に伴う生活上の支援ニーズはより一層多様化かつ増大するものと考えられる。

○ このため、就労に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を一定の期間にわたり行うサービスを新たに創設する（「就労定着支援」）。

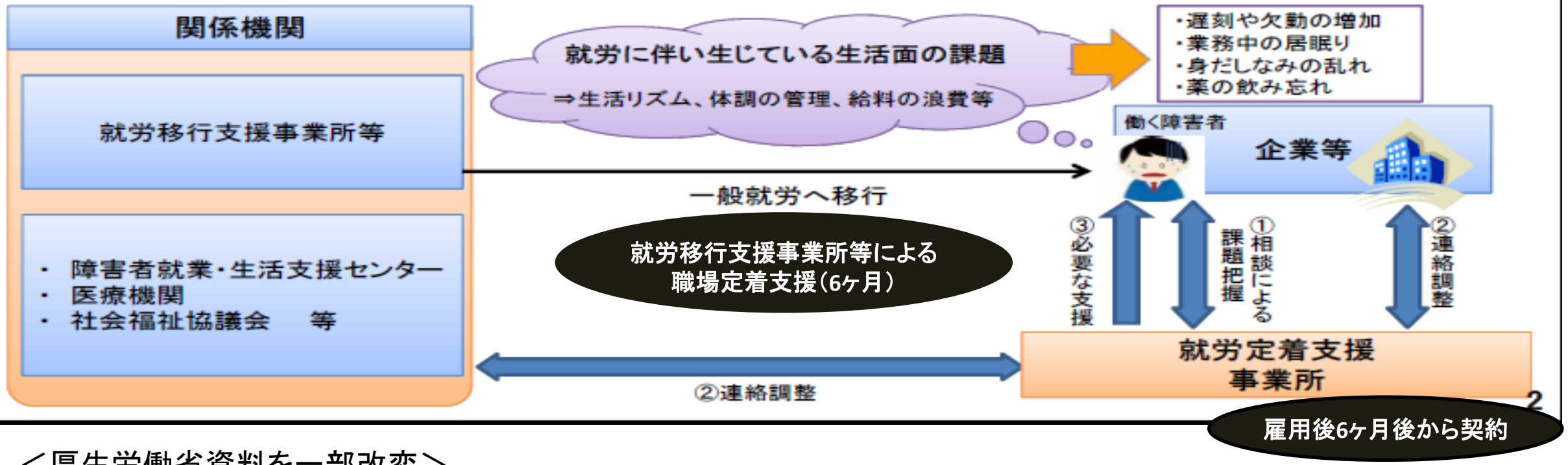
対象者

○ 就労移行支援等の利用を経て一般就労へ移行した障害者で、就労に伴う環境変化により生活面の課題が生じている者

支援内容

○ 障害者との相談を通じて生活面の課題を把握するとともに、企業や関係機関等との連絡調整やそれに伴う課題解決に向けて必要となる支援を実施。

○ 具体的には、企業・自宅等への訪問や障害者の来所により、生活リズム、家計や体調の管理などに関する課題解決に向けて、必要な連絡調整や指導・助言等の支援を実施。



＜厚生労働省資料を一部改変＞

就労支援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。

就労支援のアセスメントとは

「就業支援におけるアセスメントは、
面接・調査、
関係機関などからの情報収集、
各種**心理的・職業的検査**や**作業評価**、
それらに伴う**行動観察**により総合的に行われる」

「利用者の課題については、
環境との関連性を視野に入れて把握することが必要なことから、（中略）地域の雇用・就業状況を始めとする労働市場などの**環境の評価**も含まれる」

「就業支援ハンドブック」独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構発行より

就労アセスメントの留意点

- 「一般就労の可能性」や「事業所利用の可否」の判定ではない。
- 本人や家族のニーズ・就労上の課題等を把握し、本人の就労能力の向上の可能性を探る。　←　**個別支援計画作成のための重要なプロセス**
- 本人の自己理解および就労への意識・意欲の向上につなげる。
- 仕事面のみではなく、生活面・健康面も含めた全体をみる。
- 環境との相互作用により変化する。

就労アセスメントの内容：ニーズの把握

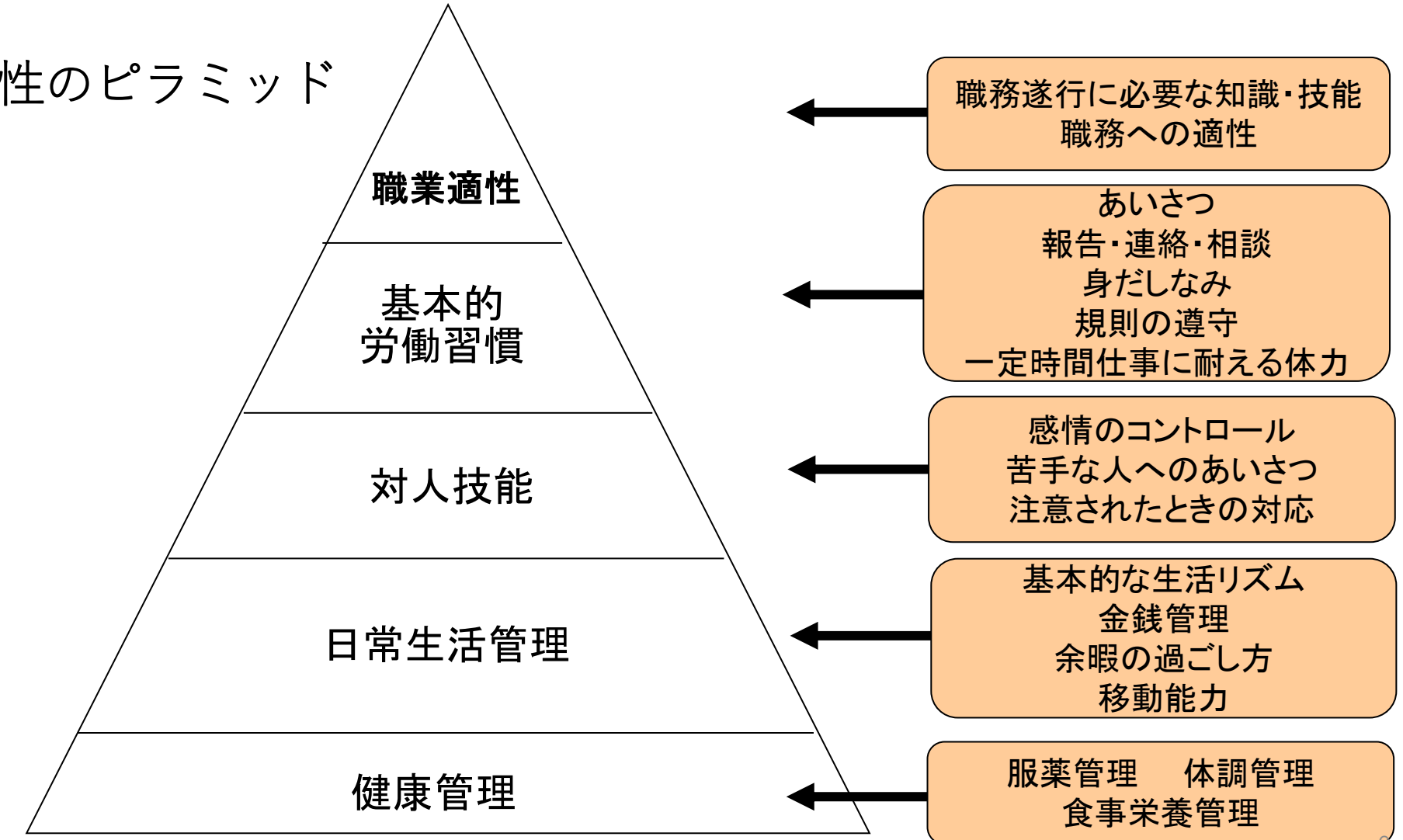
希望

課題

でも…、
自分になにができるかわからない、
どんな職種・業種があるの知らない、
決まった時間に起きられない、
体力がない・・・、etc.

就労アセスメントの内容：働く能力の把握

職業準備性のピラミッド



就労アセスメントの内容：環境の把握

学　校

市町村

家　族

相談支援事業所

グループ
ホーム

友　人

地域活動支援センター

訪問看護

医療機関

企　業

職業能力
開発センター

ハローワーク

障害者就業・
生活支援センター

就労定着支援

障害者就労
支援センター

就労継続B型

就労継続A型

就労移行支援

就労アセスメントの手法

アセスメントの方法	ツール
面接・相談	フェイスシート、チェックリスト、各種アセスメントシート　等
各種検査	知能検査　＜田中ビネー式、ウェクスラー式　等＞ 精神障害者社会生活評価尺度（LASMI） 一般職業適性検査（GATB）
ワークサンプル	幕張版（MWS）　等
作業訓練・その他活動	振り返りシート、行動観察記録、日報　等
職場実習	実習記録、振り返りシート、日報　等
関係機関からの情報提供	情報提供書　等

フェイスシート

聴き取り者名		聴き取り日	

○基本情報

フリガナ		生年月日（年齢）	年　月　日（　歳）
氏　名			
現住所	（〒　－　）□　□	連絡先	
		最寄駅	
緊急連絡先	（〒　－　）	続柄	
		電話FAX	
援護実施機関	区 担当ワーカー	相談支援事業所	担当ワーカー

○障がい状況と公的扶助等の状況

（主たる障がい）手帳情報	□身体 □精神 □療育　級	手帳取得年月日	平成　年　月　日
障がい状況の概要及び手帳取得経緯			
障がい支援区分	□ 区分 / □ 区分なし	成年後見制度等の利用	□ 無 □ 有（　）
年　金（種別　）	□ 無 □ 有　級　月額　円	特別児童扶養手当その他	□ 無 □ 有　級　月額　円
大阪市交通局優待乗車証	□ 無料 □ 半額	生活保護の受給状況	□ 有 □ 無
公費医療・福祉用具等の利用	□ 無 □ 有（　）（　）		

○家族状況等

	氏名	続柄	年齢	職業等	同居・別居	特記事項
家族構成						

○居住環境等

住居の状況	□自宅（家族と同居） □自宅（一人暮らし） □病院 □障がい者支援施設 □グループホーム（介護あり） □グループホーム（介護なし） □その他（　）
利用可能な交通手段	□ 電車 □ バス □ 自転車 □ その他（　） 【利用する場合の具体的な状況】 □ 単独利用 □ 家族等の付き添い □ その他（　）

○生活歴

年　月	生活歴（学歴や転居等の経過）

○医療機関の受診状況等

病名	症状		
医療機関		**通院頻度**	**服薬状況等**
病院名			
医師名			
連絡先			

○心身状況等

障がい名、病名	症状など	必要な支援の内容

○障がい福祉サービス等の利用状況

利用開始日（時期）	サービス名	利用量/月	事業所名

○生活の流れ等

標準的な1日の生活の流れ（起床から就寝まで）
0時　24時
特記事項（1週間の過ごし方やいきがい、趣味、特技など）

○総合所見

当事業所のサービス利用に対する本人の希望	
当事業所のサービス利用に対する保護者・関係者の希望する方向性	
フェイスシートからみる課題や今後の方向性	

就労支援のための訓練生用チェックリスト

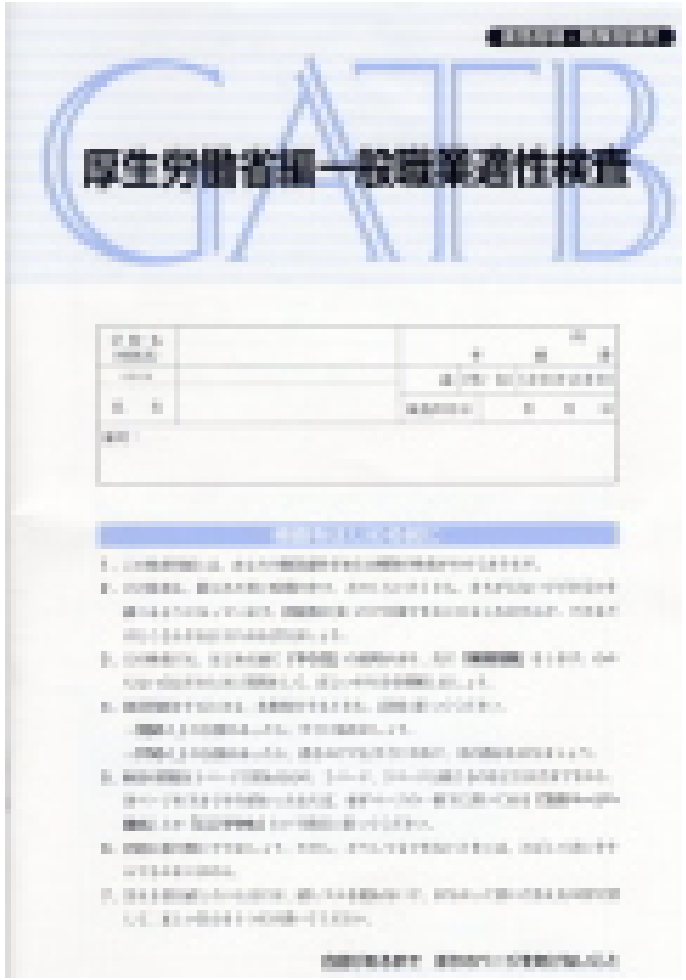
独立行政法人　高齢・障害・求職者雇用支援機構

領域	No.	チェック項目	内容	評価段階			
				4（できる・ある）	3（だいたいできる・だいたいある）	2（あまりできない・あまりない）	1（できない・ない）
Ⅰ 日常生活	1	生活のリズム	起床、食事、睡眠などの生活リズムは規則正しい。	生活リズムは規則正しい。	生活リズムはだいたい規則正しい。	生活リズムはあまり規則正しくない。	生活リズムは規則正しくない。
	2	健康状態	健康に気をつけ、自分で服薬管理し、良好な体調を保っている。	健康状態は良い。	健康状態はだいたい良い。	健康状態はあまり良くない。	健康状態は良くない。
	3	身だしなみ	場に合った服装をし、清潔であるなど身だしなみはきちんとしている。	身だしなみはきちんとしている。	身だしなみはだいたいきちんとしている。	身だしなみはあまり気にしないが、注意されれば改める。	身だしなみはきちんとしていない。
	4	金銭管理	小遣い等を計画的に使う、必要なものを買う、保管するなど金銭管理ができる。	小遣い等の金銭管理ができる。	小遣い等の金銭管理はだいたいできる。	小遣い等の金銭管理はあまりできない。	小遣い等の金銭管理はできない。
	5	交通機関の利用	通学（通所、通勤）に交通機関を一人で利用できる。	交通機関を一人で利用できる。	遅延等の事故がなければ交通機関を一人で利用できる。	交通機関の利用は迷いやすく、当分の間は付き添いが必要である。	交通機関を一人では利用できない。
	6	規則の遵守	規則や決められたことを守る。	規則を守る。	規則をだいたい守る。	規則をあまり守らない。	規則を守らない。
	7	危険への対処	危険と教えられたことをせず、自分の安全を考えて行動する。	危険への対処ができる。	危険への対処がだいたいできる。	危険への対処があまりできない	危険への対処ができない。
	8	出席（出勤）状況	正当な理由（通院、病気、電車の遅れ等）のない遅刻・早退・欠席（欠勤）はない。	遅刻・早退・欠席は月1回までである。	遅刻・早退・欠席は月2～3回ある	遅刻・早退・欠席は月4～5回ある。	遅刻・早退・欠席は月6回以上ある。
Ⅱ 対人関係	1	挨拶・返事	相手に応じた挨拶・返事ができる。	相手に応じた挨拶・返事ができる。	きまった挨拶・返事はできる。	相手から挨拶されれば返すことはできる。	挨拶・返事ができない。
	2	会話	会話に参加し、話についていくことができる。	会話ができる。	会話がだいたいできる。	会話があまりできない。	会話ができない。
	3	意思表示	自分の意思（参加したい、トイレ休憩をとりたい、助けてほしい等）を相手に伝えることができる。	意思表示ができる。	意思表示がだいたいできる。	相手や内容によっては意思表示ができない。	意思表示ができない。
	4	電話等の利用	用件を伝えるのに電話、メール、FAXを利用できる。	電話等を利用できる。	簡単な内容であれば、電話等を利用できる。	電話等をあまり利用できない。	電話等を利用できない。
	5	情緒の安定性	感情のコントロールができ、安定している。	情緒は安定している。	情緒はだいたい安定している。	情緒はあまり安定していない。	情緒は安定していない。
	6	協調性	他人と力を合わせて助け合うことができる。	協調性はある。	協調性は普通である。	協調性はあまりない。	協調性はない。
Ⅲ 作業力	1	体力	1日（7～8時間）を通して作業ができる体力がある。	1日（7～8時間）の作業ができる。	6時間程度の作業はできる。	半日（3～4時間）の作業はできる。	半日（3～4時間）の作業もできない。
	2	指示内容の遵守	指示通りに作業をする。	指示通りに作業をする。	だいたい指示通りに作業をする。	あまり指示通りに作業をしない。	指示通りに作業をしない。
	3	機器・道具の使用	作業機器や道具類を教えられた通りに正しく使える。	機器・道具を正しく使える。	機器・道具をだいたい正しく使える。	機器・道具をあまり正しく使えない。	機器・道具を正しく使えない。
	4	正確性	ミスなく正確に作業する。	正確に作業する。	だいたい正確に作業する。	あまり正確に作業しない。	正確に作業しない。
	5	器用さ	器用に作業する。	器用である。	器用さは普通である。	あまり器用ではない。	器用でない。
	6	作業速度	必要とされる作業速度（指導員の作業速度）がこなせる。	必要とされる作業速度の8割程度である。	必要とされる作業速度の6割程度である。	必要とされる作業速度の4割程度である。	必要とされる作業速度の2割程度である。
	7	作業変化への対応	作業の内容、手順等の変化に対応できる。	作業変化に対応できる。	作業変化にだいたい対応できる。	作業変化にあまり対応できない。	作業変化に対応できない。
Ⅳ	1	就労意欲	社会に出て働く意欲がある。	就労意欲がある。	就労意欲は普通である。	就労意欲はあまりない。	就労意欲はない。
	2	質問・報告・連絡	必要な時に適切な質問・報告(作業の終了、失敗等)・連絡ができる。	質問等ができる。	質問等がだいたいできる。	質問等があまりできない。	質問等ができない。
	3	時間の遵守	時間（作業開始時間、締め切り等）を守る。	時間を守る。	時間をだいたい守る。	時間をあまり守らない。	時間を守らない。

WAIS-Ⅲ
（成人用ウェクスラー知能検査　3版）

14種類のテストで、
「言語性IQ（VIQ）」
「動作性IQ（PIQ）」
「全検査IQ（FIQ）」を測定

GATB



厚生労働省編 一般職業適性検査
（通称GATB）
15種類の検査で次の9つの適性能を測定

幕張版ワークサンプル（MWS）

OA作業、事務作業、実務作業等13種類で構成。
- 作業の疑似体験
- 職業上の課題の把握
- 作業遂行力の向上の支援
- 障害の補完方法の活用　　等
- 難易度をレベル分けしている。

ピッキング

プラグタップ

幕張ストレス・疲労
アセスメントシート

職業生活で発生する疲労やストレスを自己評価し、セルフマネジメントできるようにするための支援ツール

<MSFAS シート B>

Relaxation　Sheet

ストレスや疲労を解消する方法を考える

ストレスや疲労がたまらないよう、上手に解消する方法は、色々あります。このシートでは、自分が興味を持っていること、好きなことを整理しながら、どのようなときに、心や体がリラックスしているかを考えます。

名前＿＿＿＿＿＿＿＿　　作成日　　年　月　日

1　ストレスや疲労を解消する方法を考えましょう。

(1) あなたがリラックスしているとき、幸せを感じるときは、どんなときですか？（あてはまるものに幾つでも○をつけて下さい）

- お風呂に入っているとき
- コーヒー、お茶を飲んでいるとき
- タバコを吸っているとき
- 食事をしているとき
- 子どもと遊んでいるとき
- おしゃべりしているとき
- マッサージ等をうけているとき
- 趣味の活動（　　）をしているとき
- その他（　　）
- 特にない
- 分からない

(2) あなたの趣味、得意なことは何ですか？(あてはまるものに、幾つでも○をつけて下さい)

- スポーツ観戦（　　）
- スポーツ（　　）
- 散歩
- ドライブ
- 車、オートバイ、自転車、電車
- 温泉
- 旅行
- キャンプ
- 野鳥観察
- 星を見る、天文観測
- 音楽を聴く
- 楽器を弾く（　　）
- 歌を唄う
- カラオケ
- ダンス、踊り
- 手品
- 映画
- 芝居等
- 絵、イラストを描く
- 絵画鑑賞
- 写真
- 陶芸
- 書道
- 文章を書く
- 茶道
- ファッション
- 華道（フラワーアレンジメント）
- 料理、お菓子作り
- 手芸、編み物等
- ガーデニング（庭いじり、家庭菜園、畑仕事）
- 動物の世話
- 収集
- 模型、プラモデル
- パソコン
- ファミコン、ゲーム
- アマチュア無線
- 囲碁、将棋など
- マージャン
- パチンコ
- 手話
- ボランティア（　　）
- 外国語（英会話など）
- 読書
- マンガ
- テレビ
- マッサージ、指圧
- アロマテラピー
- 買い物
- 友人との雑談
- AV鑑賞
- ビデオを見る
- その他（　　）
- 特になし

(3) 好きなもの、興味があることは何でしょう。(食べ物、色、場所、活動など、何についてでもかまいません。)

(4)余暇について

① 現在の余暇の過ごし方は？(自由記述)

②あなたの余暇の過ごし方は、次のどれにあてはまりますか？(あてはまるものに、一つ○をつけて下さい)

- 必要に応じ、家族や友人と調整をし、計画を立てる。
- 自分で計画を立てる。
- 自分では計画を立てないが、家族や友人に計画を立てたり、誘ってくれるよう頼む
- 自分では計画を立てないが、誘われたら参加する。
- 誘われても、参加しないことが多い。

就労支援の社会資源

障害者就業・生活支援センター（県内 10 ヵ所）	●就業支援：職業準備訓練、職場実習のあっせん、求職活動支援、職場定着支援 、関係機関との連絡調整　等 ●生活習慣の形成、健康管理、金銭管理などの日常生活に関する助言、住居、年金、余暇活動など地域生活、生活設計に関する助言、関係機関との連絡調整
市町村障害者就労支援センター	●職業相談、就職準備支援、職場開拓、職場実習支援、職場定着支援　等
埼玉障害者職業センター	職業相談・職業評価、職業準備支援、ジョブコーチによる支援、リワーク支援、事業主援助、関係機関に対する助言・援助業務
ハローワーク	職場適応訓練（短期）、トライアル雇用　　等
職業能力開発センター	障害者委託訓練
保健所	精神障害者社会適応訓練
埼玉県障害者雇用総合サポートセンター	雇用開拓、雇用アドバイザー等による企業支援、ジョブコーチによる職場定着支援

地域の社会資源

就労系

就労定着支援事業所、就労支援センター、就業・生活支援センター、ハローワーク、障害者職業センター、雇用総合サポートセンター、地域企業・・・

等々

生活系

相談支援事業所、特別支援学校、障害福祉サービス事業各種、ボランティア、県立精神保健福祉センター、発達障害者支援センター、地域団体・・・

等々

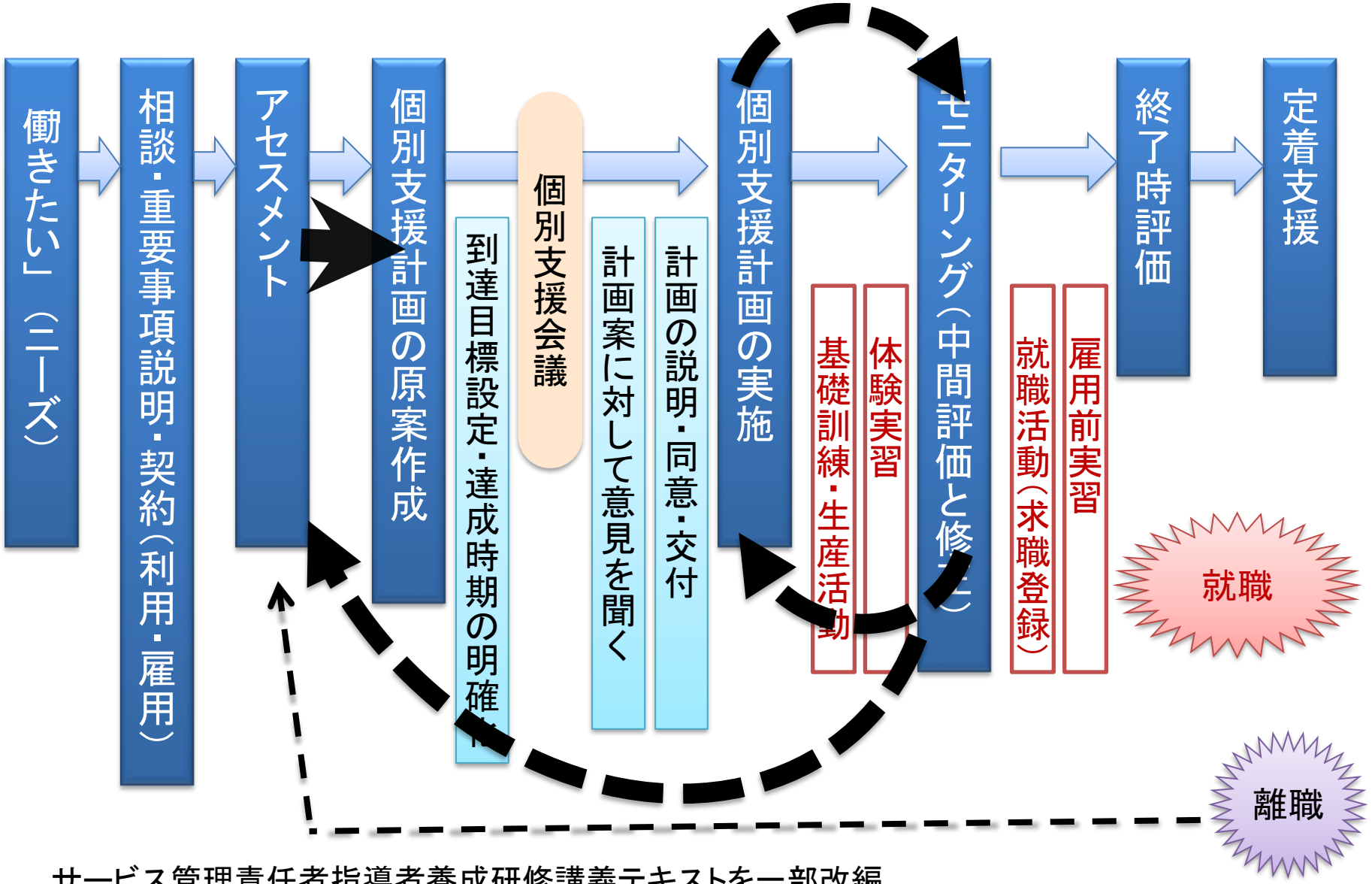
その他

特別支援学校、県立リハビリテーションセンター、保健所、障害福祉課、社会福祉課、社会福祉協議会、地域自立支援協議会、民生・児童委員、ボランティア、・・・

等々

「働きたい」思いの実現、「働く生活」を続けていくために連携するには？

就労支援のプロセス



サービス管理責任者指導者養成研修講義テキストを一部改編

課題の整理

（参考）

ニーズ・課題の整理表

利用者名　　さん

№	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

本人のニーズ
家族のニーズ

インテーク面接、体験利用、家族や関係者からの情報等を整理する

・見立て
・弱みも見方を替ると強みになる（リフレーミング）
・個人因子・環境因子、未来の可能性なども考えて
・具体的に記載する

アセスメント

「個別支援計画」の目標となるもの

個別支援計画の作成・支援の実施

（参考）

個別支援計画

利用者氏名　　ＩＨ　　様

作成年月日　××　年　×月×　日

○到達目標

総合的な支援の方針		事業所で仕事に関わる体験を積み、自分に合った仕事を見つけて就職する。
	長期目標（内容・期間等）	就職したい会社を見つけて実習をする。　（1年）
	短期目標（内容・期間等）	毎日、休まず通っている。 作業でリーダーになっている。（6ヶ月）

○具体的な到達目標及び支援計画等

	具体的な到達目標	本人の役割	支援内容 （内容・留意点等）	支援期間	モニタリング時期	担当者
	作業のなかで責任を持った役割を担う。	手順書を使って正確な作業を行う。わからないときは相談をする。	・できていることを具体的に伝えて、自信をもってもらえるようにする ・ホウレンソウが適切に行えるよう、練習の機会を作る。	毎日、6ヶ月 3ヶ月	6ヶ月	職業指導員 ○×
	遅刻をなくし生活リズムを整える。	生活記録に起きた時間と寝た時間を記録する。 ２週間に１回は、休日を家でゆっくり過ごす。	・休みの日の過ごし方を一緒に考えて、休養できる方法を提案する ・生活リズムを崩さないための、休みの前の日の活動や寝る時間を探す。	毎日、6ヶ月	6ヶ月	生活支援員 ☆☆
	気になる求人に応募する。	ハローワークで気になる求人を探す。	・求人票のわからないところを説明する。 ・履歴書の志望動機を一緒に考えるなど、求人に応募する準備を手伝う。	6ヶ月	6ヶ月	就労支援員 ■○

年　×　月　△　日　　利用者氏名　　○○○○　　印　　サービス管理責任者氏名　　印

モニタリング

（参考）

個別支援計画のモニタリング票

利用者名　　IH

作成年月日　　〇〇年　△月　□日

	到達目標	評価の分析	今後の対応（支援内容・方法の変更等）	達成状況の評価		
1	作業を通じてできることを増やす。	・図で描いた手順書を見ながら作業を行うようにした結果ミスが減った。 ・時々は、こちらが促さなくても自分から報告をするようになった。	・自信をもって報告ができるように引き続き促していく。	達成	ほぼ達成	未達成
2	まわりの人と楽しく会話する。			達成	ほぼ達成	未達成
3	遅刻をなくし生活リズムを整える。	・生活記録から休日前の夜更かしの影響が考えられることがわかった。 ・休日に休めないこともあり、疲れが取れていない様子。	・休み前の寝る時間と休日の過ごし方を一緒に考える	達成	ほぼ達成	未達成
4	やってみたい仕事を見つける。	・ハローワークに登録し、求人票の見方を一緒に確かめた。 ・企業実習の機会は作れていない。	・応募したい求人票を本人が見つけられるよう支援する	達成	ほぼ達成	未達成

個別支援計画の到達目標と同じ内容を記述

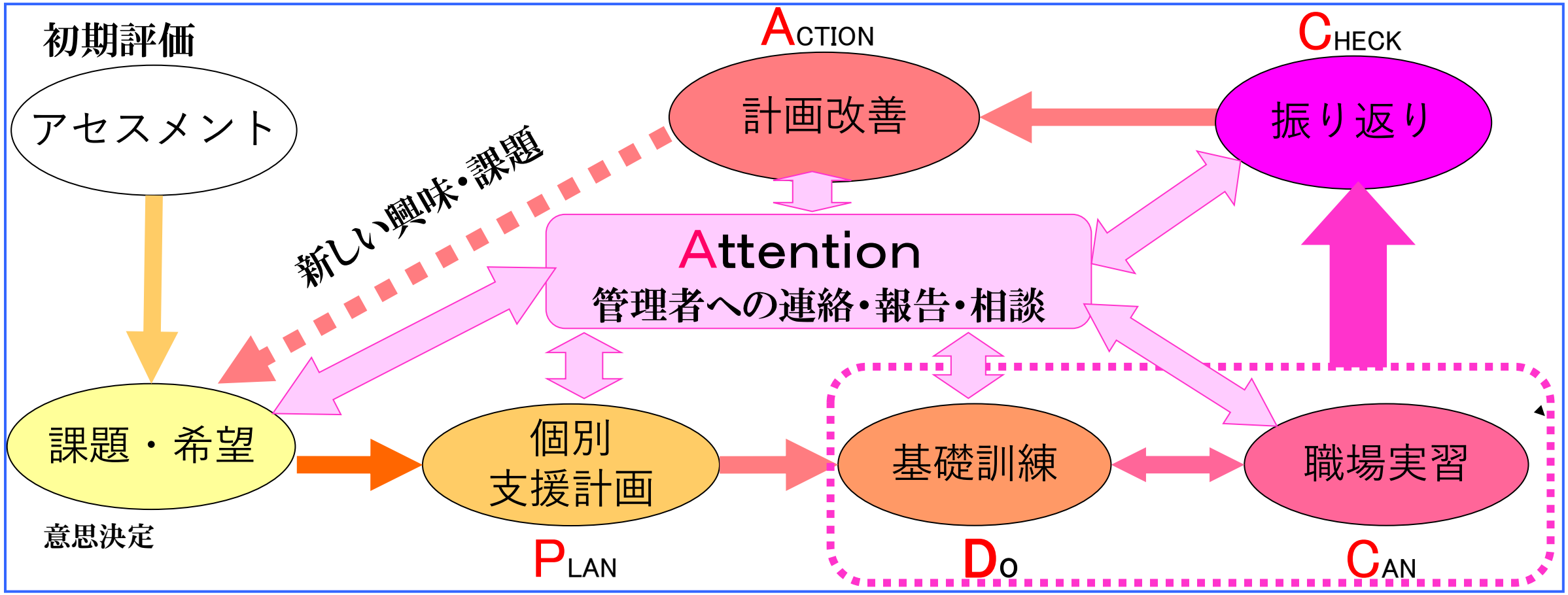
支援計画の見直しや支援方法を検討するためのもの

次の個別支援計画に盛り込むこと

具体的な数字や本人と確認できる事実を根拠に評価する

未達成の場合、設定した目標が適切だったのか、の検証が重要

就労支援のマネジメント



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

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

職場環境のアセスメント

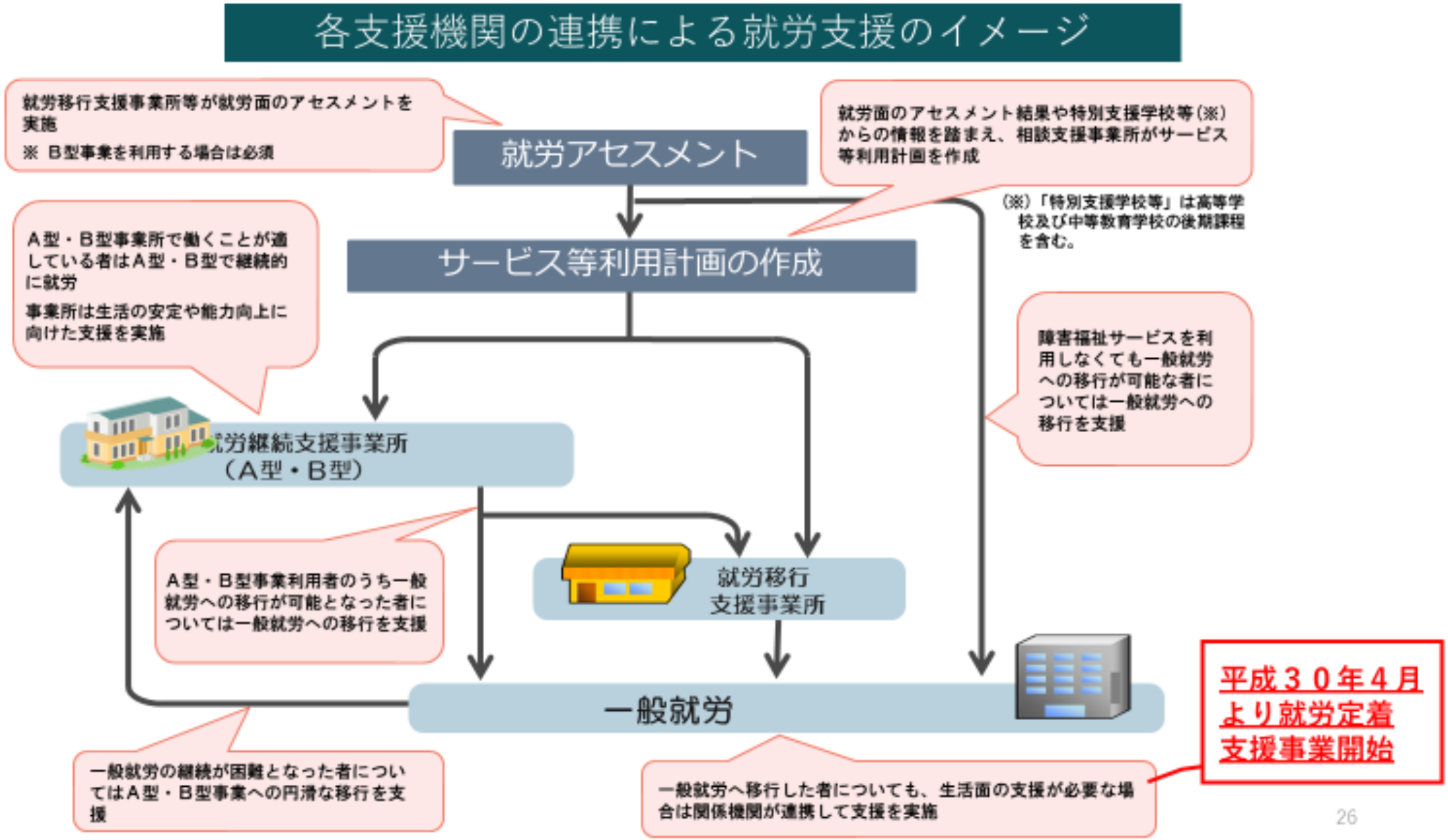
会社の基本情報	会社の理念、所在地、雇用条件、障害者雇用の経験
職場環境（人的環境）	組織、従業員数、男女比・年齢層、人事担当者・現場スタッフ等の印象、現場の指導体制、職場の雰囲気、障害者への理解
作業環境（物的環境）	機械音・騒音、作業スペース、明るさ、照明、清潔感、温度・気温、化学物質・匂い、物の配置、設備
職務	職務内容、要求レベル、業務量、手順の可変性、分担の変更の有無、作業の繁閑、 作業マニュアルの整備の有無、安全性（危険度）

〇支援対象者との関係で評価する。

対象者にとって、課題となることは何か。 どのようなサポートが必要か。

就労生活を継続できるか　　等

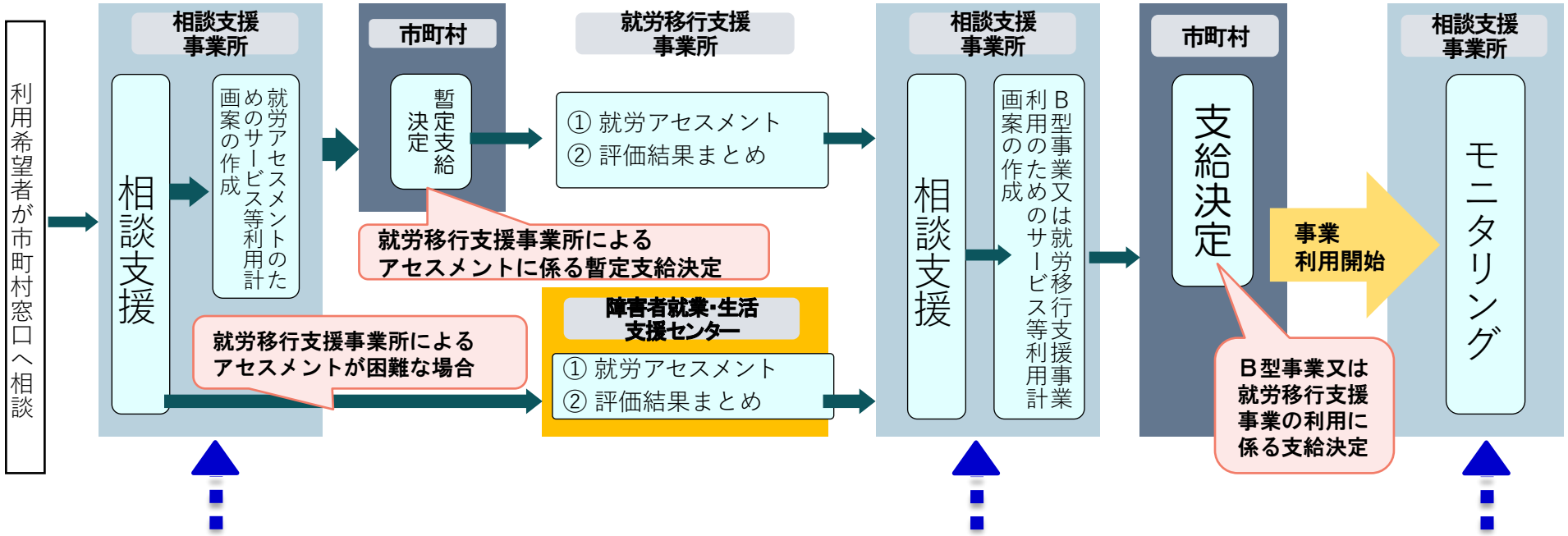
関係機関との連携


各支援機関の連携による就労支援のイメージ
就労移行支援事業所等が就労面のアセスメントを実施
※ B型事業を利用する場合は必須
就労アセスメント
就労面のアセスメント結果や特別支援学校等(※)からの情報を踏まえ、相談支援事業所がサービス等利用計画を作成
(※)「特別支援学校等」は高等学校及び中等教育学校の後期課程を含む。
サービス等利用計画の作成
A型・B型事業所で働くことが適している者はA型・B型で継続的に就労
事業所は生活の安定や能力向上に向けた支援を実施
障害福祉サービスを利用しなくても一般就労への移行が可能な者については一般就労への移行を支援
就労継続支援事業所
（A型・B型）
A型・B型事業利用者のうち一般就労への移行が可能となった者については一般就労への移行を支援
就労移行
支援事業所
一般就労
一般就労の継続が困難となった者についてはA型・B型事業への円滑な移行を支援
一般就労へ移行した者についても、生活面の支援が必要な場合は関係機関が連携して支援を実施
平成３０年４月より就労定着支援事業開始

（参考）

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。

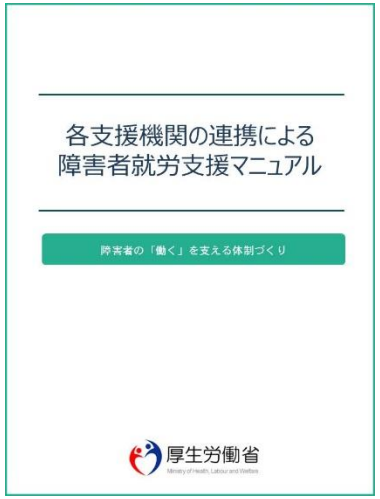
相談支援事業所において、就労アセスメント結果を参考に、利用者のニーズを踏まえた適切なサービス利用のための相談支援を実施。

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。

参考資料

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）

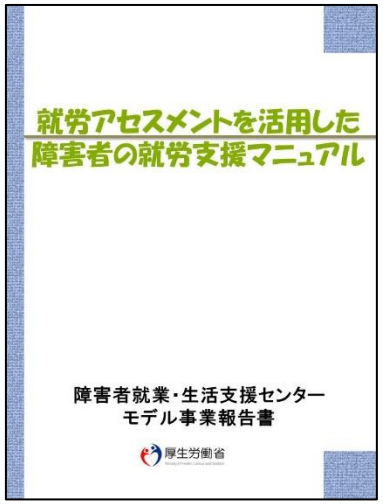


就労移行支援事業所による就労アセスメント実施マニュアル

（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/shougaishahukushi/service/shurou.html

就労定着の支援

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

在宅支援

在宅での就労移行支援事業所における基本的な5つの機能

①在宅就労へ向けたステップアップのための中間的訓練の機能
②在宅での職業適性等を把握するためのアセスメント機能
③在宅就労を希望する利用者の自己理解を支援し、就労意欲を高める機能
④在宅就労ができる職場を見つけ調整するマッチング機能
⑤就職直後から長期の継続支援を含むフォローアップ機能

「在宅における就労移行支援事業ハンドブック」より

参考資料：

「平成３０年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者指導者養成研修【講義５】資料　サービス提供事業所の利用者主体のアセスメント」

「就業支援ハンドブック」独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構

「就労移行支援ガイドブック」公益社団法人日本フィランソロフィー協会

他

アセスメントのポイント

（福祉型・医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、
福祉型・医療型障害児入所支援）

社会福祉法人　杉風会

障害者支援施設　庄内

施設長　金森孝之

（本資料は、平成29年度サービス管理責任者指導者養成研修
サービス管理責任者等基礎研修講義資料に基づいて作成しています。）

児童期支援のアセスメントのポイント

児童発達支援管理責任者の役割

Ⅰ．アセスメントを実施する際の基本的な視点

- こどもを取り巻く社会
- 障害児入所施設への入所理由
- 児童期の支援の基本的な視点
- 児童期の支援とは？
- こどもへの関わりに不可欠な視点とそのプロセス

Ⅱ．児童発達支援におけるアセスメントのポイント

① 本人支援（発達支援･移行支援）

② 家族支援

③ こどものライフステージに応じた一貫した支援（地域連携･地域支援）

Ⅲ．児童期の個別支援計画作成におけるアセスメント

- 課題の整理
- ニーズの把握
- 個別支援計画

Ⅳ．まとめ

児童期の支援におけるアセスメントのポイント

児童発達支援管理の責任者の役割とは?

① 発達状況、心理状態を踏まえた上で、的確にニーズを把握する。

② アセスメント全体を把握した上で、最終ゴールを想定することが重要。

③ 情報が少ない場合こそ、あらゆる可能性を視野に入れることが重要。

④ 障害のある子どもや家族が、まだ具体化できていないニーズを推測する。
（真のニーズを把握することが重要。）

⑤ 利用者の真のニーズを含めた個別支援計画を策定し、支援プロセスの全体を管理する。

⑥ 個別支援計画の策定に当たっては、訓練担当職員、保育士等のチームで取り組むよう、支援会議を開催し意見調整の上、方針の統一を図る。

⑦ 地域の社会資源を理解し関係機関と連携調整を行う。

⑧ 以上の支援全般に渡って、児童の支援に従事する職員に対し、適宜、指導・助言を行う。

Ⅰ．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

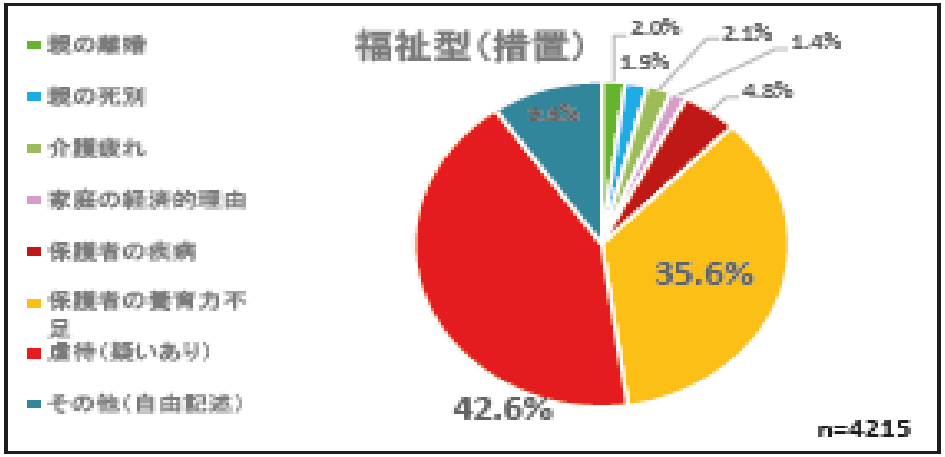
物品供給　　栄養補給のための食事
児童虐待　　育児放棄

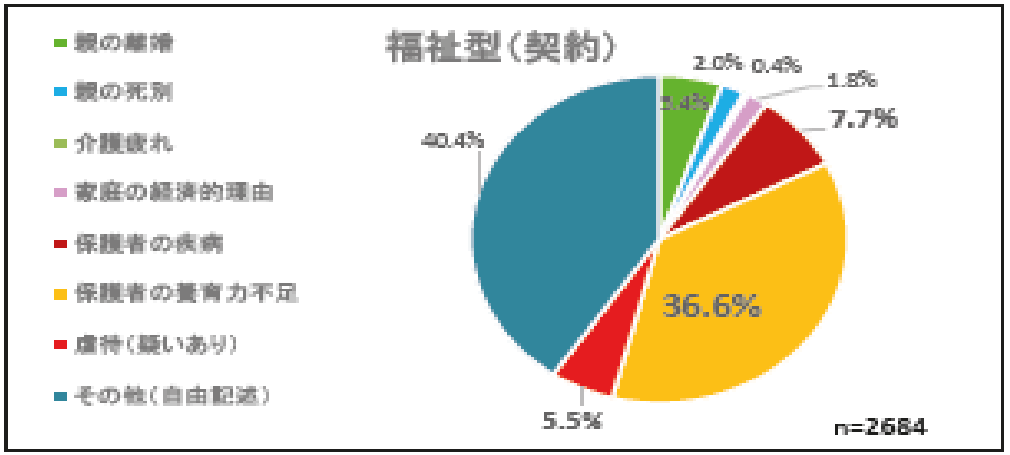
子どもの障害の状態を評価しただけでは、子どもを理解したことにはならない

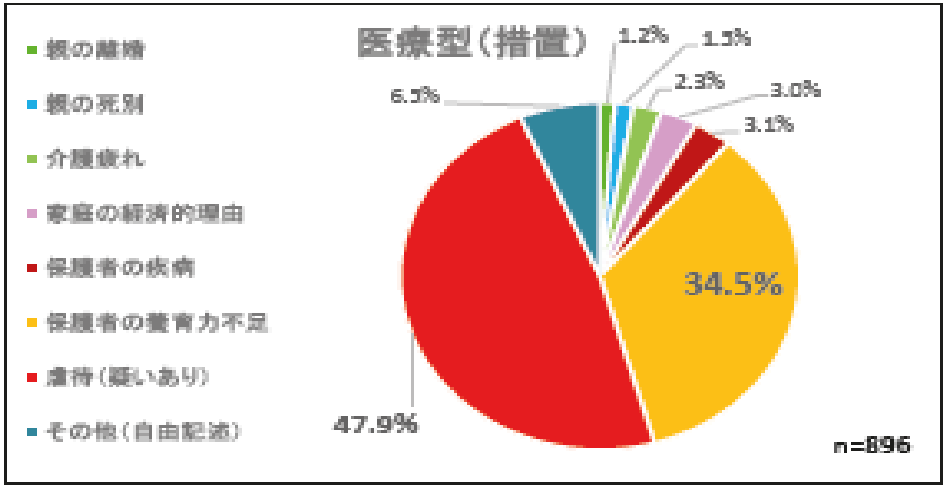
障害児入所施設入所理由

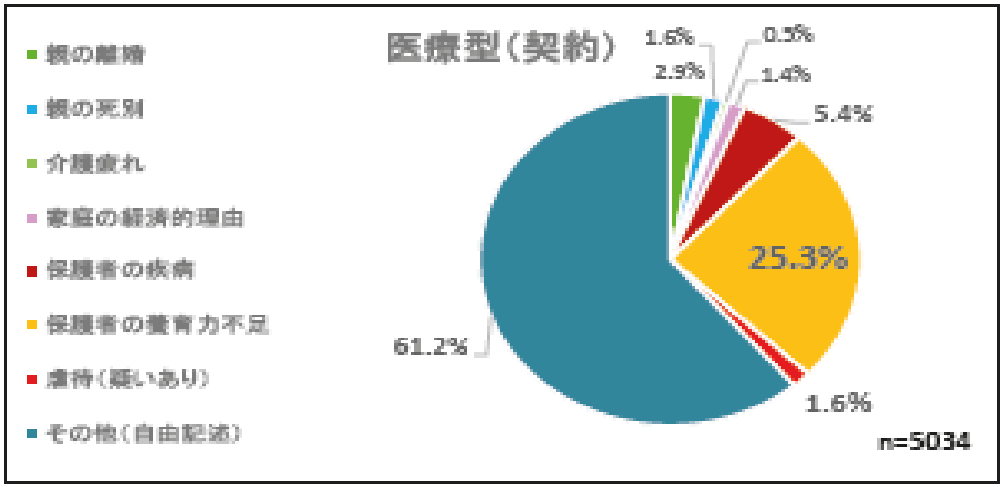
現　状

入所理由としては福祉型、医療型共に、措置では虐待（疑いあり）、保護者の養育力不足が多い。契約では、保護者の養育力不足が多くなっている。









出典：厚生労働省　社会・援護局　障害保健福祉部　障害福祉課　障害児・発達障害者支援室調べ（平成31年1月17日時点）

Ⅰ．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

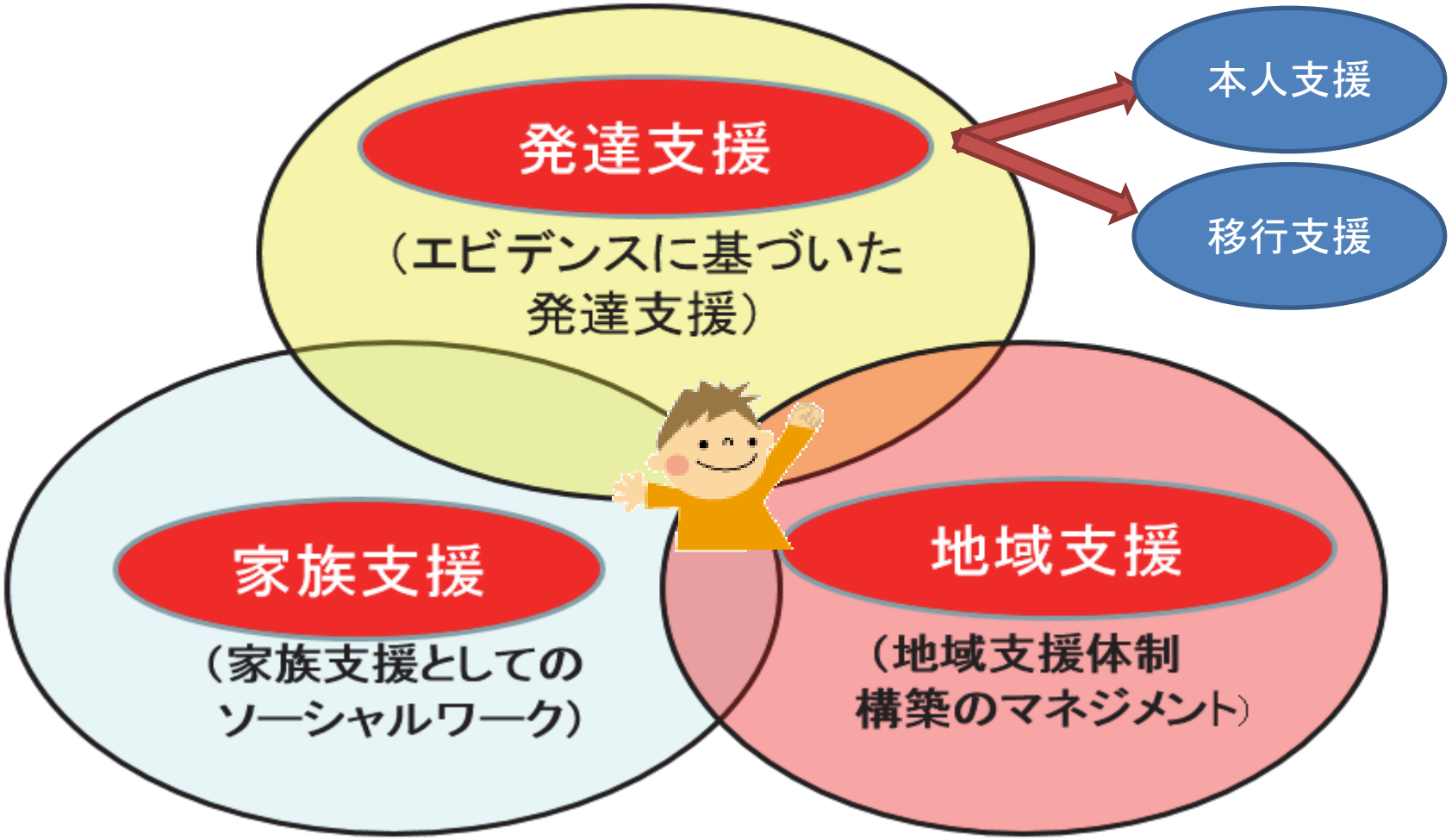
④障害またはリスクのある我が子の受容と前向きな養育体制づくりに親（家族）が第一歩を踏み出す時期である。

→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

児童発達支援の３つの要素



Ⅰ．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

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

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

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

子どもの支援のプロセス

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）

把握

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

活動

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）

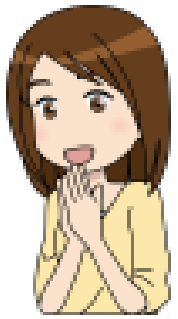
分析

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）

計画

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）

Ⅱ．児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～①中核的な機能は、将来の自立に向けた発達支援･･･本人支援



自立への道筋

乳幼児期

関わりそのものが
発達を促す

自律の芽生え

安心感

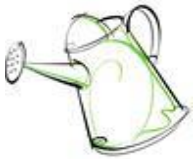
基本的信頼感
自尊感情の育ち

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）

Ⅱ．児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～①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」

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**

発達アセスメントの視点

☆こどもの発達の全体像の把握（要因間の関連性も）

①生理的な要因（生理・医学的側面）

発達及び障害の特性、生来的な気質、疾患（診断、病歴、神経・生理学的特徴、服薬等治療方針）など

②心理的な要因（心理・学習・教育的側面）

不安、葛藤、希望、自己イメージ、防衛機制など（認知発達、言語コミュニケーション、社会・情動発達、運動発達などの発達面を含む）、反応パタン等の行動特徴

③社会的な要因（環境・社会・文化的側面）

対人関係（家族・支援者・仲間等）、関係機関のつながり、環境構成（家庭・学校等）、周囲の理解・かかわり（家族・学校・支援機関等）、周囲の期待・希望など

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）

Ⅱ．児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～②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！

Ⅱ．児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～②家族支援･･･親･家族を含めたトータルな支援

②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？

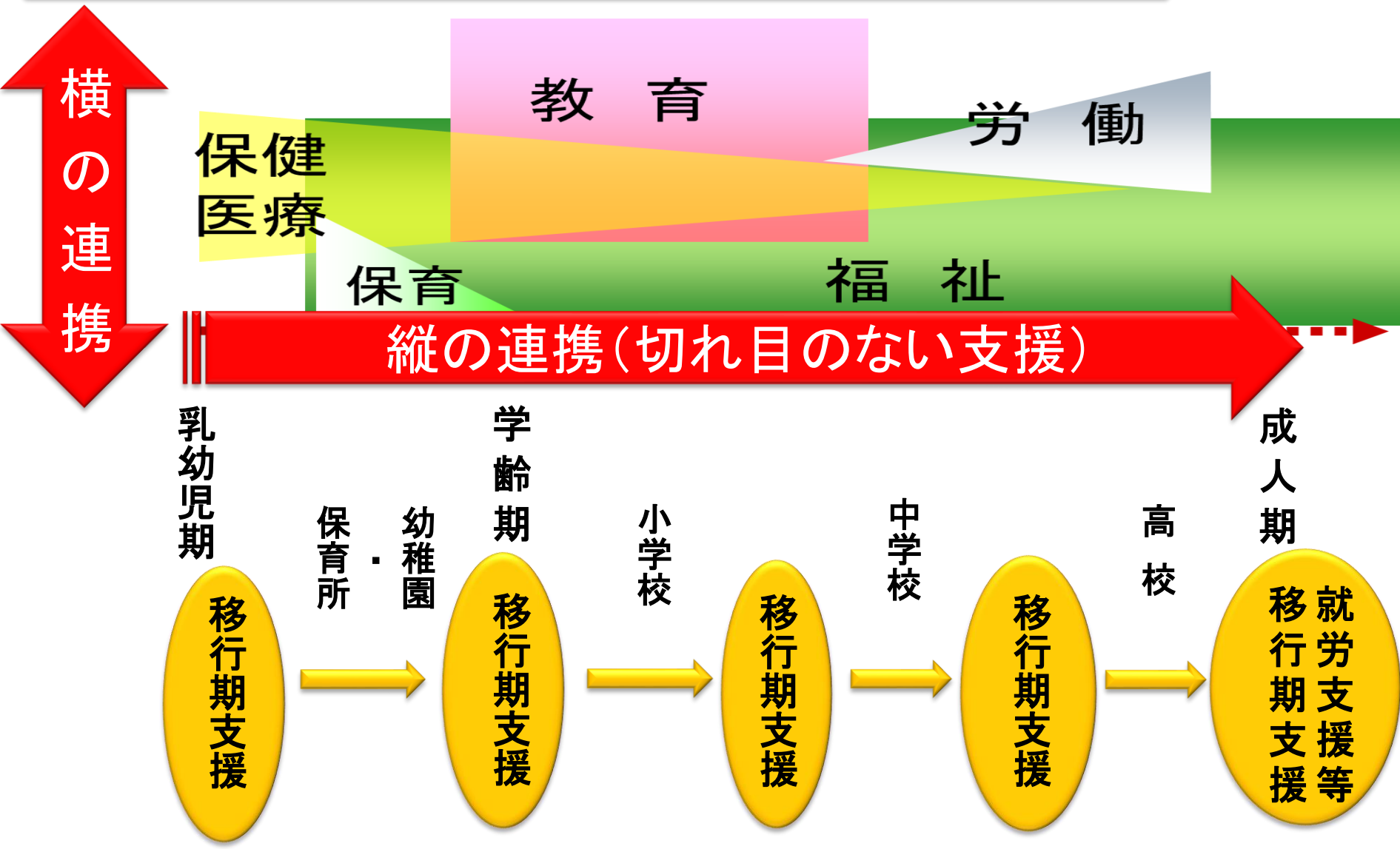
◆保護者を中心とした支援は、いつまで必要なのか？

☆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？

Ⅱ．児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～③子どものライフステージに応じた一貫した支援



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

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！

Ⅱ．児童発達支援におけるアセスメントのポイント
～③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

幼児期

「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

親・家族、保育士

学童期（小学校）

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

教師、親・家族

思春期 青年期（中学校・高校）

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

Ⅲ. 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）

ニーズ・課題の整理表作成時の留意点（例）

利用者名　　さん

№	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（児童の強み・可能性）	解決すべき課題
発達支援				
家族支援				
地域連携				

・「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の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）もわけること

・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。
・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

「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！

・「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

・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

Ⅲ. 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？

Ⅲ. 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？

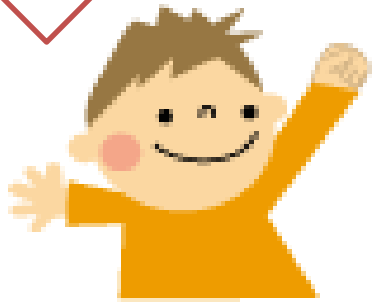
ことばが遅いのではと、親戚に言われました。私は心配していないのですが…。

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！

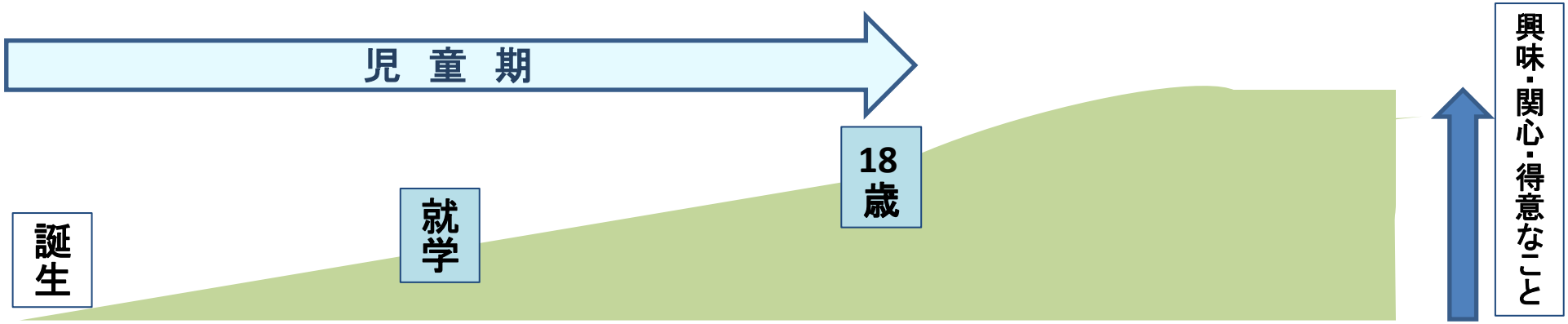
等々

ジュースおかわり！
車に乗せて！
抱っこして！・・・



児童期におけるストレングスアセスメントの留意点

その子どもの興味・関心や得意なところを活かしていくという視点が重要であることには変わりありません。



◎幼い年齢であるほどに、興味・関心や得意なことは見つかっていません。
◎児童期の支援は子どもの興味や関心が広がるような適切なアプローチが大切です。
◎関心がありそうに見えることが、決して好きなわけでも、得意なわけでもないことがあるということを、特に児童期の支援では理解しておかなければなりません。
◎発達段階に関する定期的な評価と、子どもの良いところを見つけるために、どのような課題がきっかけとなり、どのような経験を重ねるかを常に再評価していくことを重要です。

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

・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）

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

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

Ⅲ. 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ょう。	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）、（c）	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じて、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、衣類の着脱などをが自分ででき、「できた」という喜びを味わえるようにします。また、遊びを通し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！

Ⅳ. 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

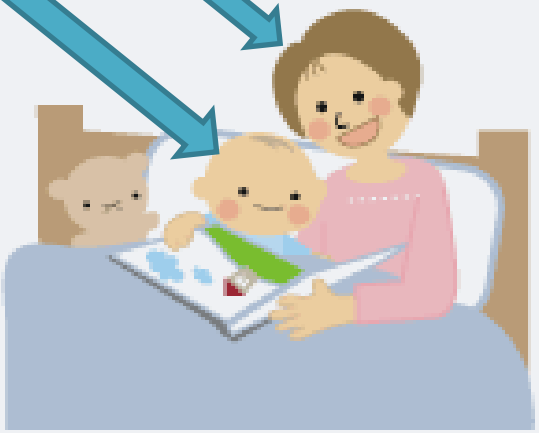
支援の評価に活用

○ 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。

Ⅳ. 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。

チェックの振り返り

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

＜参考＞

発達障害児・者への支援における
アセスメントのポイント

（参考資料）

障害児が利用可能な支援の体系

（注）利用者数及び施設・事業所数は平成28年3月現在の国保連データ

	サービス名			利用児童数	施設・事業所数
訪問系	居宅介護（ホームヘルプ）	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	障害者総合支援法	9,267	19,324
	同行援護	重度の視覚障害のある人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う		156	6,063
	行動援護	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		2,627	1,521
	重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う		0	9
日中活動系	短期入所（ショートステイ）	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う		7,242	4,174
障害児通所系	児童発達支援	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。	児童福祉法	83,678	3,931
	医療型児童発達支援	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。		2,611	99
	放課後等デイサービス	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		120,052	7,835
	保育所等訪問支援	保育所等を訪問し、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。		2,358	412
障害児入所系	福祉型障害児入所施設	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。		1,731	190
	医療型障害児入所施設	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。		2,118	186
相談支援系	計画相談支援	【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	支援法	1,047	6,966
	障害児相談支援	【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】	児福法	36,503	3,381

（参考資料）

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	113,110	6,365
		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	2,311	96
		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	205,183	13,052
障害児訪問系		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	47	25
		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	4,927	689
障害児入所系		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	1,579	186
		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	1,992	189
相談支援系	相談支援に係る給付	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	140,314	8,144
		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】	41,028	4,429
		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	680	367
		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	3,255	546

※ 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、平成31年1月サービス提供分（国保連データ）

（参考資料）

今後の障害児支援の在り方について

～「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか～

平成26年７月16日
障害児支援の在り方に関する検討会
（報告書のポイント）

基本理念

○ 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後方支援としての専門的役割の発揮

障害児本人の最善の利益の保障

家族支援の重視

地域における「縦横連携」の推進

○ ライフステージに応じた切れ目の無い支援（縦の連携）
○ 保健、医療、福祉、保育、教育、就労支援等とも連携した地域支援体制の確立（横の連携）

相談支援の推進

支援に関する情報の共有化

児童相談所等との連携

支援者の専門性の向上等

障害児入所施設の現状

障害児入所施設　指定事業所数、児童数

速報値

	指定事業所数	入所児童数（現員）		
		児童	18歳以上	合計
福祉型	260	5，444	1，500	6，944
医療型	268（88）	3，283 （838）	18，141 （6，866）	21，424 （7，704）

	福祉型					医療型			合計
	知的児	自閉症児	盲児	ろうあ児	肢体不自由児	自閉症児	肢体不自由児	重症心身障害児	
指定事業所数	235	4	6	7	8	3	57（16）	208（72）	528
定員	7，621	67	108	155	262	78	3，395（1，358）	21，188（7，434）	32，874
現員	6，558	46	73	78	189	34	2，122（967）	19，268（6，737）	28，368
児童数	5，100	43	68	70	163	34	1，036（190）	2，213（648）	8，727
措置	3,351	13	65	53	111	15	311(68)	630(169)	4,549
契約	1,749	30	3	17	52	19	725(122)	1,583(479)	4,178
18歳以上	1，458	3	5	8	26	0	1，086（777）	17，055（6，089）	19，641

※　括弧内は国立病院機構の施設数又は人数の内数

※　重症心身障害児の定員には療養介護も含まれている。

出典：厚生労働省　社会・援護局　障害保健福祉部　障害福祉課　障害児・発達障害者支援室調べ（平成31年3月26日時点）

（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

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。

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。

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。

（参考資料）

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

胎生期		胎生期における母親の不安への支援
新生児期(主として2か月まで)		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
乳児期(主として0～3歳未満)		健康診査後のフォロー、家庭における子育て、機能訓練、豊かな感覚的な遊びの体験、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)	発達段階に応じた遊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
	後期(主として5歳～就学まで)	就学に向けての支援、豊かな遊びを通した対人関係の構築と生活体験の広がり
学童期		能力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、意思伝達・表現及び選択する機会、進学に向けた支援、卒業後に向けた支援、就労支援
青年期	前期(主として18～20歳)	地域・就労定着支援、本人のストレングスを活かした本格的な相談支援の開始
	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、一人暮らしへの支援、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のチェック

（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。

（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

（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？

発達障害者支援法の概要

Ⅰ　これまでの主な経緯

昭和55年　知的障害児施設の種類として新たに医療型自閉症児施設及び福祉型自閉症児施設を位置づけ
平成5年　　強度行動障害者特別処遇事業の創設（実施主体：都道府県等）
平成14年　自閉症・発達障害者支援センター運営事業の開始（広汎性発達障害者を対象とした地域支援の拠点の整備の推進）
平成16年12月　超党派の議員立法により発達障害者支援法が成立　→　平成17年 4月　施行
平成22年12月　発達障害が障害者に含まれるものであることを障害者自立支援法、児童福祉法において明確化
平成28年5月　超党派の議員立法により「発達障害者支援法の一部を改正する法律」が成立

Ⅱ　主な趣旨

〇発達障害者に対する障害の定義と発達障害への理解の促進
〇発達生活全般にわたる支援の促進
〇発達障害者支援を担当する部局相互の緊密な連携の確保、関係機関との協力体制の整備　等

Ⅲ　概要

定義：発達障害＝自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、
注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、通常低年齢で発現する障害

就学前（乳幼児期）	就学中（学童期等）	就学後（青壮年期）
〇乳幼児健診等による早期発見 〇早期の発達支援	〇就学時健康診断における発見 〇適切な教育的支援・支援体制の整備 〇放課後児童健全育成事業の利用 〇専門的発達支援	〇発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保 〇地域での生活支援 〇発達障害者の権利擁護

【都道府県】 発達障害者支援センター（相談支援・情報提供・研修等）、専門的な医療機関の確保　等

【国】専門的知識を有する人材確保（研修等）、調査研究　等

発達障害者支援法の基本的視点

○ 発達障害の特性を知ることと特性に応じた支援を行うこと

・現場において支援や対応の困難な人たちの中に、発達障害の方が含まれることを想定すること【気づき】　＊M-CHAT、PARSなどの活用
・発達障害の特性を理解すること【知識】
・その上で、個々の特性（社会適応状況の評価、感覚過敏の状態など）を把握すること【アセスメント】
・本人の困り感と要因を確認すること（将来も想定して。周囲の環境刺激や指示・対応等を分析することが基本）【支援課題の把握】
・特性、困り感に応じた対応・支援を行うこと【支援の工夫】

○ 様々な制度、機関、人を活用すること

・本人や家族の「生活全体」を念頭においた支援を行うこと【総合支援】
・そのために、本人や家族に身近に関わる者から専門的支援を行う者で、支援者が「一つのチーム」になること【チーム支援、支援体制】
・関係者同士の「情報共有（横連携）、引き継ぎ（縦連携）」を、強く意識すること【情報共有】

「発達障害」の本人支援

◎支援の目的:

・二次的な問題の予防　:生きづらさの解消

・よりよく生きていく :良さを活かす、いい経験の蓄積

◎支援の基本的姿勢

・発達障害、特性をなくそうとは考えない

・特性や環境のアセスメントをしっかり行う

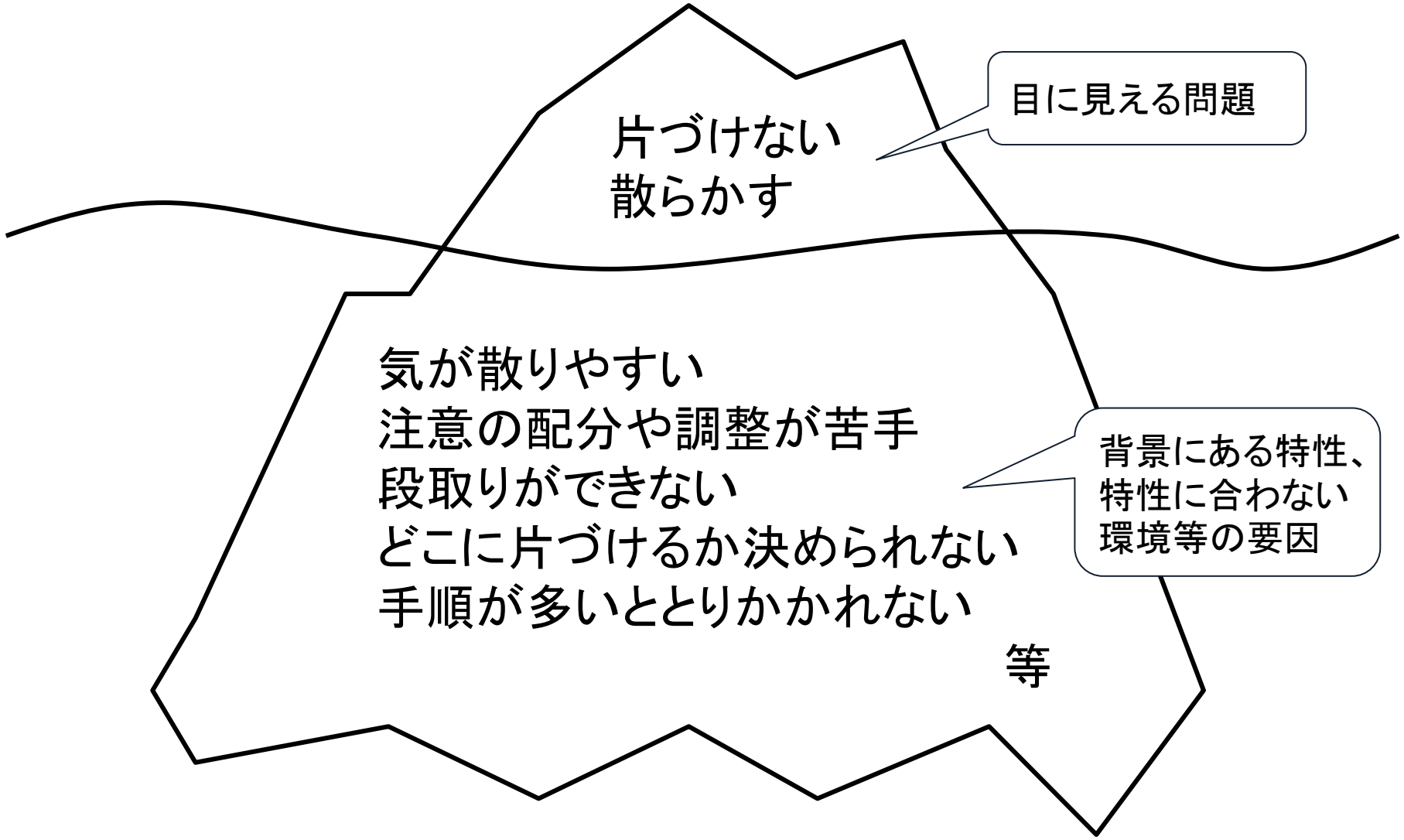
⇒課題の分析(問題の背景を探る:氷山モデル)

特性に応じた環境の構成・調整

ソーシャルスキルと自律スキルの獲得

・安心感(愛着・養護)、満足感(楽しむ)、達成感(できた)、有用感(役に立つ)を大切に⇒自己肯定感

行動を特性から理解する（氷山モデル）



配慮すべき特性と工夫の例

- 感覚（五感・前庭覚・固有覚等の敏感／鈍感）
- 注意の配分や調整の苦手さ（転導性、不注意）
- 複数処理・同時処理の困難さ
- 全体よりも部分への反応しやすさ
- 聴覚よりも視覚優位
- 視覚認知の苦手さ（表情の読み取り等）
- 読み書き、計算の苦手さ
- 強い集中、切り替えの困難さ
- 見通しの持てなさ
- 整理の困難さ、段取り、優先順位づけが困難さ
- 過去の経験参照の苦手さ
- 感情や行動のコントロールの苦手さ
- 協調運動が苦手、不器用さ
- 自己肯定感の低さ、傷つきやすさ　　等

- 環境の調整
  （苦手な刺激を減らす）
  （気が散らない工夫）
- 強い刺激の調整
- 適度な刺激を入れる
- 安心できる空間やグッズ
- 視覚提示：目で見て解る
- 一つずつ順番に伝える
- 処理できる速度と量
- 思い出せる手掛かり
- 始めと終わりがわかる
- 見通しが持てる工夫
- いつ、どこで、何をすればいいかがわかる工夫
- 手順等の工夫　　等

「発達障害」の家族支援

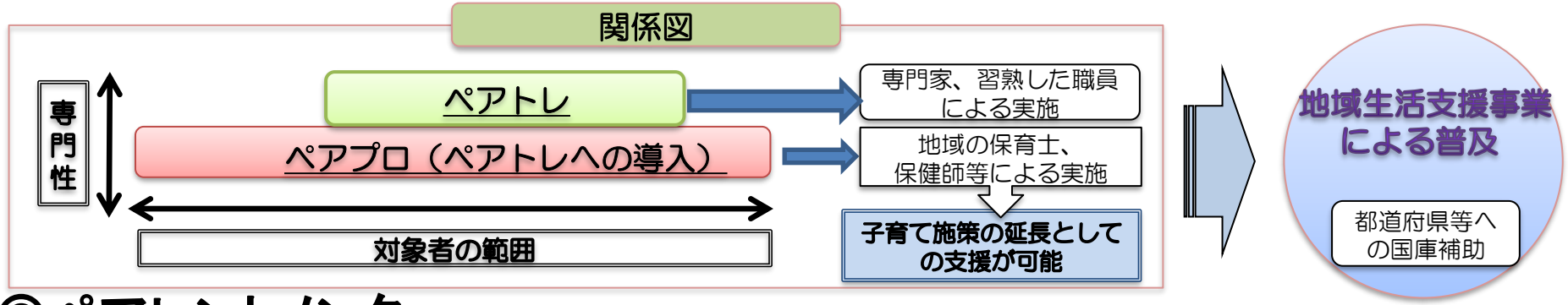
◎ペアレントトレーニングとペアレントプログラム

・ペアレントトレーニング（ペアトレ）

親が自分の子どもの行動を冷静に観察して特徴を理解したり、発達障害の特性を踏まえた褒め方や叱り方等を学ぶことにより子どもの問題行動を減少させることを目標とする。トレーナーには専門知識が要求される。

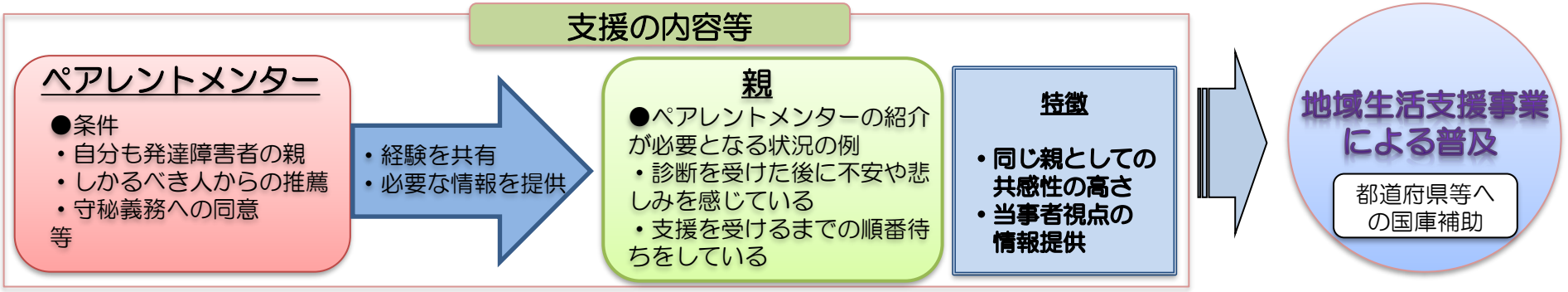
・ペアレントプログラム（ペアプロ）

地域での普及を図るために開発された、より簡易なプログラム。子どもの行動修正までは目指さず、「親の認知を肯定的に修正すること」に焦点を当てている。発達障害やその傾向の有無に関わらず有効とされている。



◎ペアレントメンター

発達障害児の子育て経験のある親であって、その育児経験を活かし、子どもが発達障害の診断を受けて間もない親などに対して相談や助言を行う人。



（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

（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

令和4年度

埼玉県サービス管理責任者等基礎研修

個別支援計画作成の手順とポイントについて

（国サービス管理責任者指導者養成研修資料より）＊一部改

社会福祉法人じりつ

障がい福祉サービス事業所アバンティ

管理者・サービス管理責任者　鈴木篤史

この講義のねらい

個別支援計画の作成手順の実際と、そのポイントについて理解し、演習への準備とする。

（内容）

1. 個別支援計画におけるPDCAサイクルにより標準的なサービス提供にいたる過程を理解する。

2. 精神障害者の地域移行の事例を通して、個別支援計画の作成手順の実際について学ぶ。

3. 個別支援計画の作成手順のポイントについて、サービス管理者が配慮するポイントについて理解する。

令和元年度 埼玉県サービス管理責任者基礎研修

事前課題①：事例概要の整理

大宮 正さんってどんな人？

所属：＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

本人が希望する事や困っている事など（主訴や意向）

■どんな生活をしてきたか？
困っている事の背景は？

→本人を取り巻く環境、過去の体験なども…。

■どんな特徴がある？

→ＡＤＬ、コミュニケーション、
対人関係は・・・

■ストレングス
長所、強み、得意なところ、可能性は？

→課題と思っている所も発想を変えれば…。

■具体的な到達目標（本人のニーズ）

○
○
○

※事業所のサービス管理責任者・児童発達支援管理者よる確認サイン

上記、事前課題の終了後、サビ管・児発管または施設長（管理者）に署名・捺印を受けること。

役職：＿＿＿＿＿＿＿＿　／　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　印

課題の整理表

利用者氏名

№	意向等 ニーズの把握	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

（記入例）

課題の整理表

利用者氏名　〇〇　〇〇

№	意向等 ニーズの把握	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
1	仕事をして家族を少しでも養いたい	右片麻痺の状態ではあるが、パソコン操作が可能である。 以前の職場でもPCの経験がある。 両手操作の際の工夫が必要。	①本人に合った仕事内容を支援者が把握できていない。 ②引きこもりがちであったため集中力や耐久力がもつか気になる。 ③PC操作が可能である。	①どのような仕事が本人に適しているかを探る。 ②生活状況を把握し、安定した通所を図る。
2	人との関わりを持ちたい	家族との関係は良好であるが、言語障害があり引きこもりがちになった。	①病院へ通院し言語療法を受けている。徐々に回復しているとのこと。	①言語療法士から日中活動の場での留意事項などを聞いておく。 ②人との関わりを増やすため、趣味のガーデニングで仲間を増やせないか、相談支援専門員へ情報提供。
3	またガーデニングができるようになりたい	庭の環境を整備すれば、能力的には可能である。	①花や観葉植物が好きで昔はよく育てていた。	①庭の環境整備の助言を行うとともに、相談支援専門員に情報提供し、趣味の活動を広げる方向で支援する。
4	在宅での生活を続けたい	家族の支援で生活は成り立っている。	①家族の介護負担が気になる。	①在宅での介護を無理なく続けるため、ホームヘルプの導入等を相談支援専門員と検討する。
5	毎日通所させたい（家族）	現在の体力では毎日の通所は無理がある。	①本人が就労に向けて前向きに取り組もうとしている ②体力が落ちているので段階を追って進めていく必要がある	①本人の状況を、家族にも理解を促し、進捗に合わせたフォローを促す。

記入様式 2

個別支援計画

グループ

利用者名

作成年月日: 年 月 日

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

長期目標(内容、期間等)	
短期目標(内容、期間等)	

○支援目標及び支援計画等

解決すべき課題	支援目標	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

令和 年 月 日 利用者氏名 印 サービス管理責任者 印

個別支援計画の中間評価（モニタリング）

利用者氏名：　　．

作成年月日：　　／　　／　　．

支援目標	達成状況の評価				現状 達成されない原因の分析等	今後の対応（支援内容・方法の変更等）	優先順位
	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			

0. 前段として

Aさんの個別支援計画を作成してみましょう…。

例）精神保健福祉士養成の、援助実習における
スーパービジョン（指導）から見えること。

（１）個別支援計画書は作成できた。
でも、**Aさんのことはイマイチ分からなかった。**

（２）Aさんのことは良く分く分かった。
でも、**個別支援計画書は全然埋まらなかった。**

0．前段として

1）個別支援計画は作成できた。

でも、**Aさんのことはイマイチ分からなかった**。

➤Aさんのことを簡潔に説明できますか？(100文字要約)

➤希望・経験・環境・障害特性など。

➤分からなかった情報は？（情報収集やアセスメントは繰り返す。）

2）Aさんのことは良く分く分かった。

でも、個別支援計画書は全然埋まらなかった。

➤計画書の作成手順を知っていますか？

➤ストレングスの視点、リフレーミング、全体的な方針を整理できていますか？

１．サービス提供プロセスの実際

（１）サービス提供のプロセス　➤復習

（２）相談支援時の状況把握

（３）アセスメント

（４）個別支援計画の作成

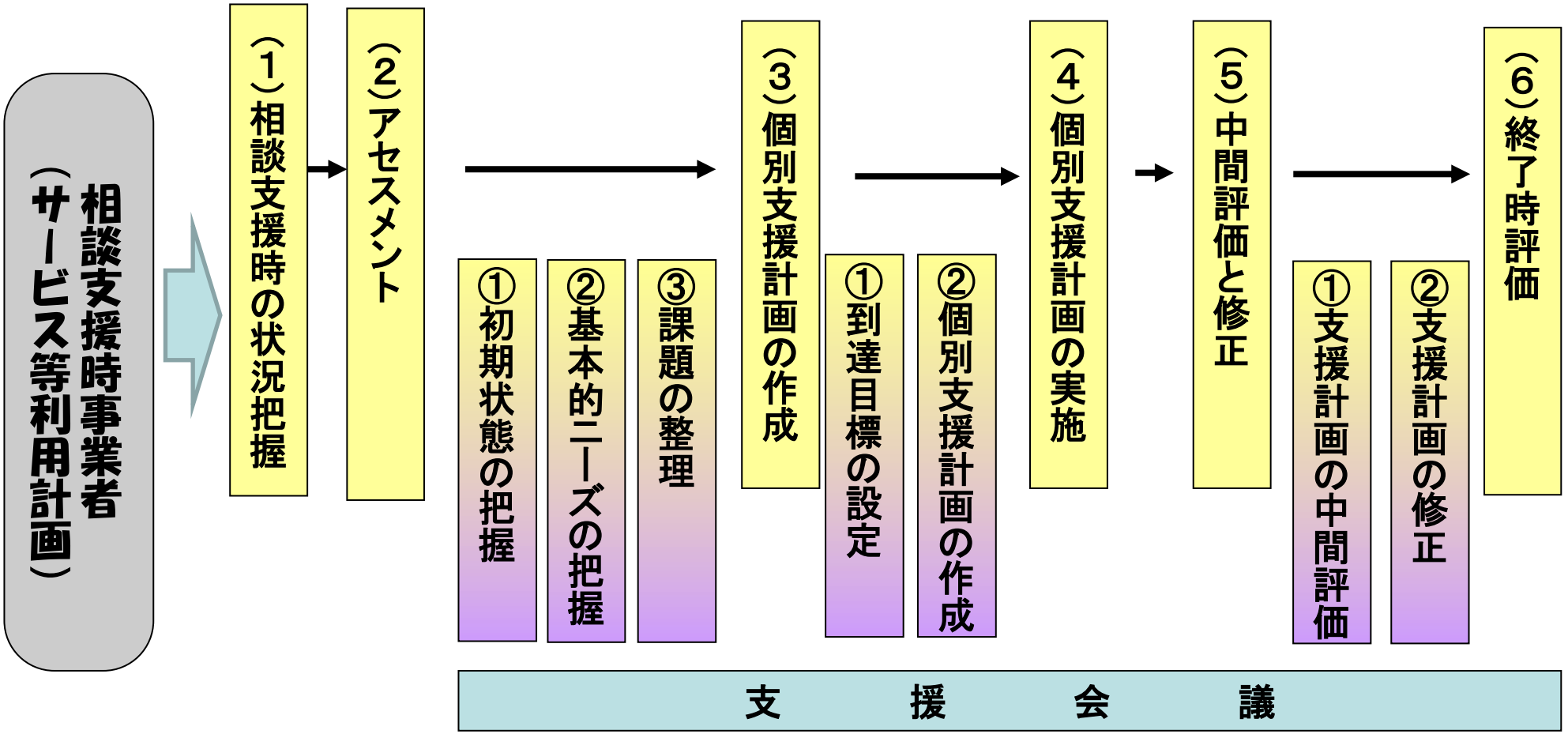
ココが中心の話

（５）個別支援計画の実施

（６）中間評価と修正

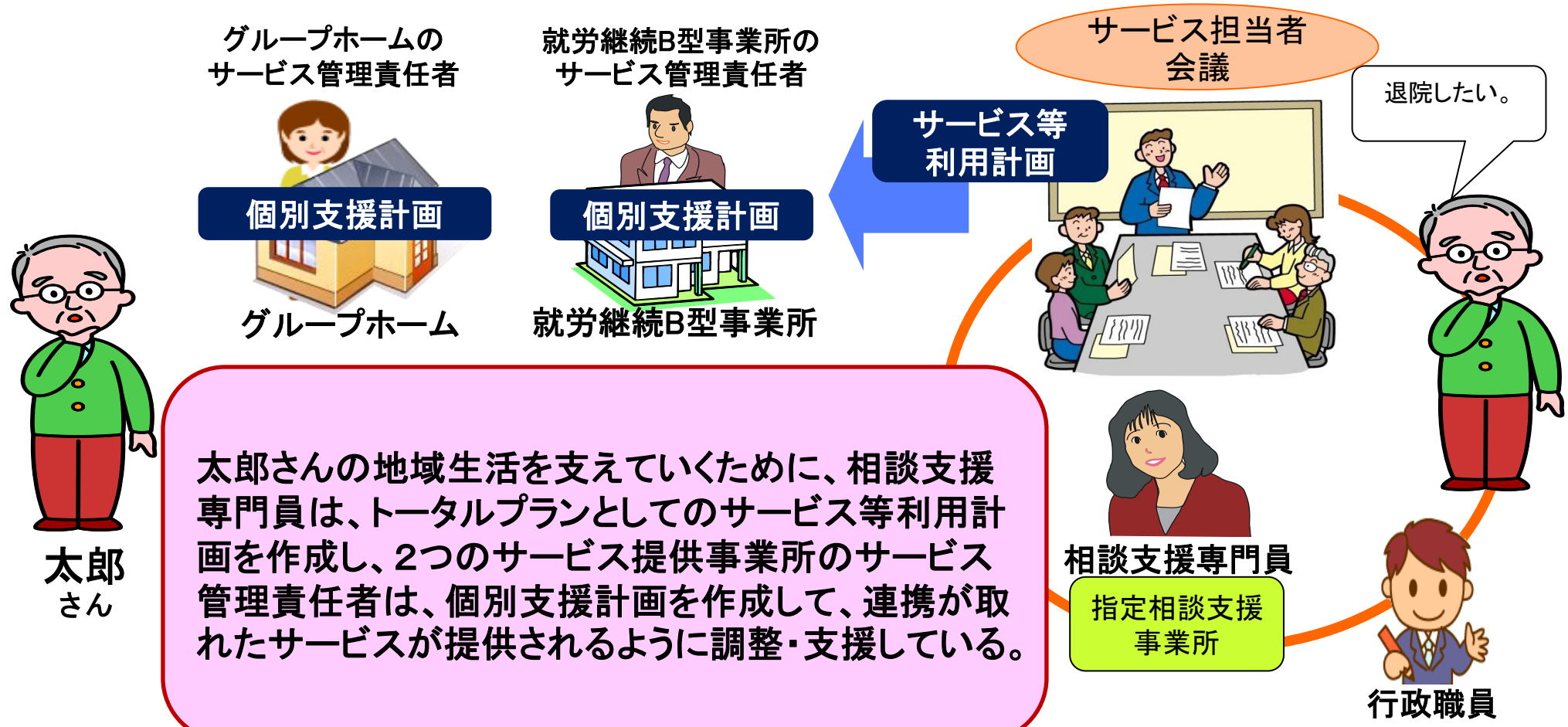
（７）終了時評価

（1）サービス提供のプロセス



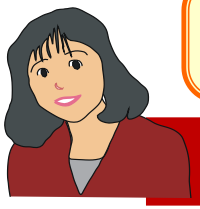
太郎さんを支えるサービス利用計画と個別支援計画の連携

太郎さんは、地域相談（地域移行支援）を利用して、20年間入院した精神科病院からグループホームに入居することを希望しています。退院後は、日中は就労継続B型事業を利用しながら、「自分の人生を取り戻していきたい」と希望しています。



太郎さんの地域生活を支えていくために、相談支援専門員は、トータルプランとしてのサービス等利用計画を作成し、2つのサービス提供事業所のサービス管理責任者は、個別支援計画を作成して、連携が取れたサービスが提供されるように調整・支援している。

相談支援専門員とサービス管理責任者の連携



相談支援専門員による支援

相談支援事業者

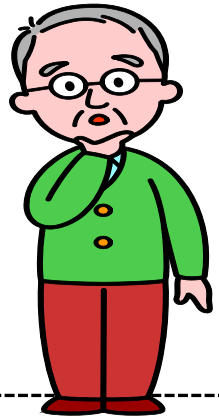
アセスメント

サービス等利用計画案

支給決定（市町村）

サービス担当者会議 ①

サービス等利用計画



継続サービス利用支援（モニタリング）

サービス担当者会議

サービス等利用計画の変更

サービス事業者

利用契約（利用開始）

アセスメント

個別支援計画の原案

個別支援会議

個別支援計画

個別支援計画の実施（サービスの提供）

モニタリング

サービス担当者会議

個別支援計画の変更

サービス管理責任者による支援

（2）相談支援時の状況把握--1

実施方法

- 本人の意向を丁寧に聴く（ラポール形成）。
- 抱えている課題（問題）を一緒に明らかにする。
- 緊急か否かの見立てをする。
- 主人公は（私）本人。

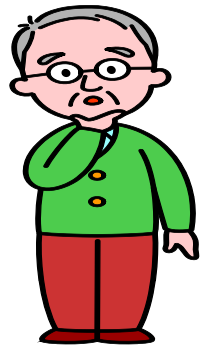
事例より

自分の人生を取り戻したい

思いを聴くこと

・人生を取り戻すってどういう意味?
・共感的に聴く
・どんな暮らしをしたいのか
・再確認・・・
働くこと、楽しむこと、役に立つことを望んでいるんだ。

どんな生活が待ち受けているのか不安です。



必要なツール

- 相談受付表

サービス管理責任者の視点

・本人の意向（問題解決の主人公は利用者）は？

・現実的なニーズは何か？

・本人から必要な情報が聞き取れているか。

（2）相談支援時の状況把握--2

実施方法

- 相談支援専門員は、本人、家族、サービス管理責任者・行政等と連携しサービス等利用計画を作成する。
- サービス管理責任者は本人の意向、支援方法について関係者と共有する。
- アセスメント開始の協力・理解を得る。
- 提供が想定される具体的サービス、サービス利用の経費、利用の手続きについて情報提供し、確認する。
- 個人情報の管理は慎重に行う。

必要なツール

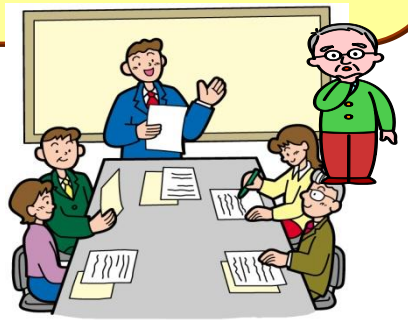
- 相談受付表

事例より

自分の人生を取り戻したい

思いを聴くこと

相談支援専門員が招集したGH・就労継続B型のサービス管理責任者・行政・世話人・本人・家族でサービス担当者会議に参加して、ニーズを整理して、キーパーソン・役割分担を確認する。
サービス等利用計画に基づき、太郎さんの意向を確認して個別支援計画の作成を準備する。



サービス管理責任者の視点

・当該事業以外に**どの程度の支援機関が関与しているか**。

・本人の同意の上で、**関係機関の見立てや医療情報等の必要な情報が収集**できているか。

・**本人・家族・関係機関等から必要な情報**が聞き取れているか。

（2）アセスメント　①初期状態の把握

実施方法

- 障害種別や支援方法に応じた評価表に基づき、適切な評価を行う。
- 身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握に努める。
- 個人情報の管理については慎重に行う。

事例より

自分の人生を取り戻したい

グループホームの体験利用等で
・計画的な支出はどの程度できるか
・預金管理は？権利侵害の可能性は？
・健康管理・家事はどこまでできるか？
・余暇活動・仲間の状況確認
・・・知ること（評価）

必要なツール

- 障害種別や支援事業に応じた評価表

サービス管理責任者の視点

・**適切な評価項目**を選択しているか。
・**必要な情報**が集められているか。
・**チームスタッフの意見など**、必要な情報が集められているか。

（2）アセスメント　②基本的ニーズの把握

実施方法

- 本人（必要に応じて家族）の意向を丁寧に聴取しニーズを把握。
- 評価から得た心身状態の結果と本人の意向から、到達目標につながる支援課題の把握。

必要なツール

- 障害種別や支援事業に応じた評価表

事例より

自分の人生を取り戻したい

・調理ができるようになりたい。
・計画的な金銭の使い方を身につけたい。
・趣味は？何をしていると楽しいか。
・どんな環境がしっくりくるのか。
・人とのつきあい方は？
・役に立つってどんことなのか。
・望んでいる生活を・・・**確認する**

サービス管理責任者の視点

・**本人のストレングスを的確に評価しニーズ把握しているか。**
・関係者の意見は把握しているか。
・必要な情報が集められているか。
・データに基づく客観的な分析ができているか。

（3）アセスメント　③課題の整理

実施方法

- 本人の初期状態や基本的ニーズの把握から、課題を整理する。
- 支援項目ごとの課題は、整理にあたって優先順位を設定して進める。
- 課題設定が本人不在とならないように留意。

必要なツール

- 障害種別や支援事業に応じた評価表
- 支援項目ごとの**「課題の整理表」**

事例より　**自分の人生を取り戻したい**

・菊作りが趣味。
・働く気持ちはあるが、頑張り過ぎて疲れやすい。
・人の役に立つボランティア活動をしたい。

・阻む阻害要因は何か・・・**見極めること**

サービス管理責任者の視点

・データに基づく客観的な分析ができているか。
・**具体的で適切な課題**が示されているか。
・**優先順位**は付けられているか。

ニーズの把握、課題の整理(児童発達支援では？)

- 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？

平成28年度　サービス管理責任者等
指導者養成研修会＜児童 ＞資料

課題の整理表

利用者氏名

№	意向等 ニーズの把握	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

（4）個別支援計画の作成-1（サービス等利用計画との連携）

実施方法

- サービ提供機関の個別支援計画を突合し、調整し、サービス等利用計画へ反映させる。
- 課題から、サービス提供の到達目標が共有されているか、個別到達目標（項目=ニーズ）の役割分担は整合性・連続性があるか
- サービス提供に偏りはないか。

必要なツール

- 個別支援計画表・課題整理表
- サービス利用計画表

事例より

自分の人生を取り戻したい

到達目標	充実した生活をおくる。	
項目（ニーズ）	本人の役割	サービス提供機関
日常生活	調理と金銭の使い方を覚えます。	グループホーム
働くこと	頑張りすぎないよう心がけます。	就労継続B
楽しむこと	庭で菊作りをします。	グループホーム
役に立つこと	駅前清掃活動に参加します。	地域活動

サービス管理責任者の視点

・**具体的で適切な課題と目標**が示されているか。

・**本人、（家族）もイメージできるもの**となっているか。

（4）個別支援計画の作成-2（個別支援計画）

実施方法

- サービス等利用計画との整合した到達すべき目標を定める。
- 到達目標は、サービスの到達目標である主目標と個別到達目標（項目=ニーズ）などからなる。
- 到達目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成される。
- 時間（支援期間）と領域（支援内容）の観点から個別支援計画を作成。

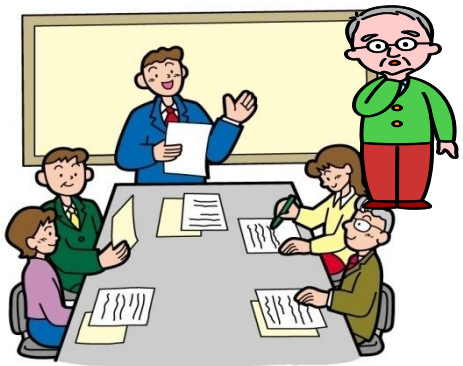
必要なツール

- 個別支援計画表・課題整理表
- サービス利用計画表

事例より

自分の人生を取り戻したい

到達目標	生活上の力が身につき、楽しみが見つかり、人づきあいに広がりがみられる。	
項目（ニーズ）	支援内容	担当者
調理の上達	献立をつくりながら調理をします。	世話人
金銭の使い方	出納帳をつけましょう。	世話人
楽しむこと	菊作り	世話人・地域の人
役に立つこと	地域活動（ボランティグループ）に紹介します。	サービス管理責任者



サービス管理責任者の視点

・**具体的で適切な課題と目標**が示されているか。

・**本人、（家族）もイメージできるもの**となっているか。

記入様式 2

個別支援計画

グループ

利用者名

作成年月日: 年 月 日

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

長期目標(内容、期間等)	
短期目標(内容、期間等)	

○支援目標及び支援計画等

解決すべき課題	支援目標	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

令和 年 月 日 利用者氏名 印 サービス管理責任者 印

（5）個別支援計画の実施-1

実施方法

- 支援スタッフの役割を明確にする。
- 支援スタッフはお互いに情報交換しながら支援を実施。
- 時間軸（段階）を意識した支援に努める。
- 支援のペースやスケジュールについては、本人の同意を得て実施する。
- 設定された目標を、効率よく達成することに努める。

必要なツール

- 個別支援計画実施表

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**。

事例より

自分の人生を取り戻したい

世話人さんと一週間の献立をつくることから始めます。夕食では調理の段取りを覚えます。金銭の使い方は、出納帳に記録することから始めます。・・・できることと苦手なことを**確認すること**

（6）中間評価と修正　①個別支援計画の評価

実施方法

- 時期（段階）ごとに、到達目標達成度を評価・分析。
- 本人にサービスが適切に提供されているかを評価。
- 達成度は、初期状態と比較して主目標及び個別目標の観点から評価。
- 評価は本人も一緒に。併せて、本人の意向や環境の変化なども評価。

必要なツール

- 中間評価記録表

事例より

自分の人生を取り戻したい

個別支援計画の評価は本人も一緒に
目標をクリアした点、困難な点を、本人に充分に説明し、困難な目標については、ブレイクダウンした実現可能な当面の目標設定の検討
当初のアセスメントとの**ズレ**の確認
本人のエンパワメントの視点で・・・**評価**

サービス管理責任者の視点

・段階ごとの到達目標の達成度はどうか。

・本人の満足度はどうか。

・本人の意向や環境の変化をとらえているか。

（6）中間評価と修正　②個別支援計画の修正

実施方法

- 到達目標に達成するためにサービス利用計画・個別支援計画プログラムを修正。
- 提供されるサービス内容を修正。
- 修正にあたっては、時間軸と支援（サービス）内容の観点から修正・変更。
- 本人に修正や変更の同意を得る。

必要なツール

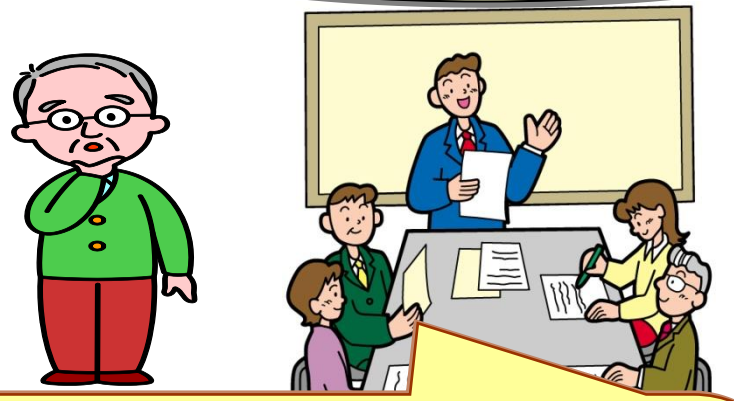
- サービス等利用計画・個別支援計画の修正・変更記録表

サービス管理責任者の視点

・本人の意向や目標の達成度など、支援の進捗度を見定め、軌道修正しつつも、最終目標は見失わないように。

事例より

自分の人生を取り戻したい



ズレの修正。
調理は上達した。
働くことにも慣れてきたけれど物足りない。
菊作りは楽しい、同好会に入りたい。
グループホームの同居の人としっくりこない。
　変更事由が発生したら、適時個別支援会議を開催し、本人も交えて事業所内で確認。相談支援専門員へ情報提供し、サービス担当者会議に参加、計画修正に関する意見を述べる。

個別支援計画の中間評価（モニタリング）

利用者氏名：　　．

作成年月日：　　／　　／　　．

支援目標	達成状況の評価				現状 達成されない原因の分析等	今後の対応（支援内容・方法の変更等）	優先順位
	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			

記入様式 2

個別支援計画

グループ

利用者名

作成年月日: 年 月 日

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

長期目標(内容、期間等)	
短期目標(内容、期間等)	

○支援目標及び支援計画等

解決すべき課題	支援目標	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

令和 年 月 日 利用者氏名 印 サービス管理責任者 印

（7）終了時評価

実施方法

- 到達目標達成度を含めたサービス等利用計画・個別支援計画全体を客観的に評価。
- サービス提供はスムーズに行われたか、また、行われなかった場合の原因は何かを評価。
- 本人の状態の変化・満足度などの観点から評価。
- 同様のケースの個別支援計画作成に評価を活かす。
- サービス担当者会議での振り返り。

必要なツール

- 終了時評価表

事例より

自分の人生を取り戻したい

グループホームを退所して、
一人ぐらしをしたい・・・・。
再アセスメント。支援計画の修正を経て・・・。⇒終結
支援のふり返り（評価）が重要
どのようにフェイディングしていくのか
相談支援専門員による見守り
サービス管理責任者によるフォローアップ
地域の人的資源との関わり・・・等
キーパーソンを確認する

サービス管理責任者の視点

・**到達目標の達成度**はどうか。
・適切なサービス提供ができたか。
・**利用者の満足度**はどうか。
・事例としてまとめ**今後の参考としているか**。

参考資料

（過去の障害分野別への資料から。）

ニーズ・課題の整理表作成時の留意点（例）

平成28年度　サービス管理責任者等
指導者養成研修会＜児童 ＞資料

利用者名　　さん

№	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				
家族支援				
地域連携				

・「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の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）もわけること

・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。
・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

「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！

・「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

・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

個別支援計画作成時の留意点（例）

平成28年度　サービス管理責任者等
指導者養成研修会＜児童 ＞資料

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

・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

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

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

ニーズの把握、課題の整理

平成28年度　サービス管理責任者等
指導者養成研修会＜児童＞資料

- 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？

個別支援計画作成のポイント

平成28年度　サービス管理責任者等指導者養成研修会＜児童 ＞資料

- **子どもの（障害児）支援利用計画に基づき個別支援計画を作成。**
- **本人や家族のニーズがきちんと反映されているか？**
- **支援者側の押し付けになっていないか？**
- **本人や家族を中心とした計画を、本人、家族と一緒に作っていく過程こそが大切。**
  → 様々な場面にキィーマンが存在する。困難な事例とされる場合においても、力のない状態はない。
  → 障害の受容ができていないことを目標が達成できない理由にしない！
- **家族が**（場合によっては子ども自身も）**分かりやすい言葉で書く**
- **支援内容を抽象的な言葉でごまかさない。**
  （例：安定した生活、楽しい暮らし、薬がちゃんと飲めるように・・・etc。但し、家族、特に母親の精神状態から判断して、意図的に支援目標の表現をあえて抽象的にしていくことも必要になることはあります。）
- **発達支援の視点を必ず意識した上で、具体的な目標、期間を設定する。**
  → 内容が具体的であるほどに家族はストレスになる場合もあります。示された側の気持ちも考えて、目標や期間の設定はしていきましょう。また、言葉の表現・使い方も気をつけ、何度も見直しをしていきましょう。
- **家族の持つ力を引き出し、子育てを少しでも前向きに考える計画になっているか。**
  →スモールステップで着実に進むということではなく、いくつかの達成可能な目標を示しながら、その優先順位を共に考え、互いに納得した上で、一つ一つゆっくりと取り組んでいくことが、長期的に考えると大切です。ま　た、子どもの成長にも、家族の気持ちにも、「停滞」「立ち止まり」「休憩」は必要です。あえて「向上」を目指さずに、子どもと家族の気持ちを和らげる時期を意識できるといいですね。
- **本人や家族が出来ること、出来そうなことは、温かなまなざしで見守る。**
  →要望があったから支援を行うというものではいけません。話を聞き、寄り添うだけでも立派な支援になることは、多いものです。

本人を知るための地図の必要性

平成28年度　サービス管理責任者等指導者養成研修会
＜介護（生活介護・療養介護）＞資料

☆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(課題の整理表)の必要性

☆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(課題の整理表)。