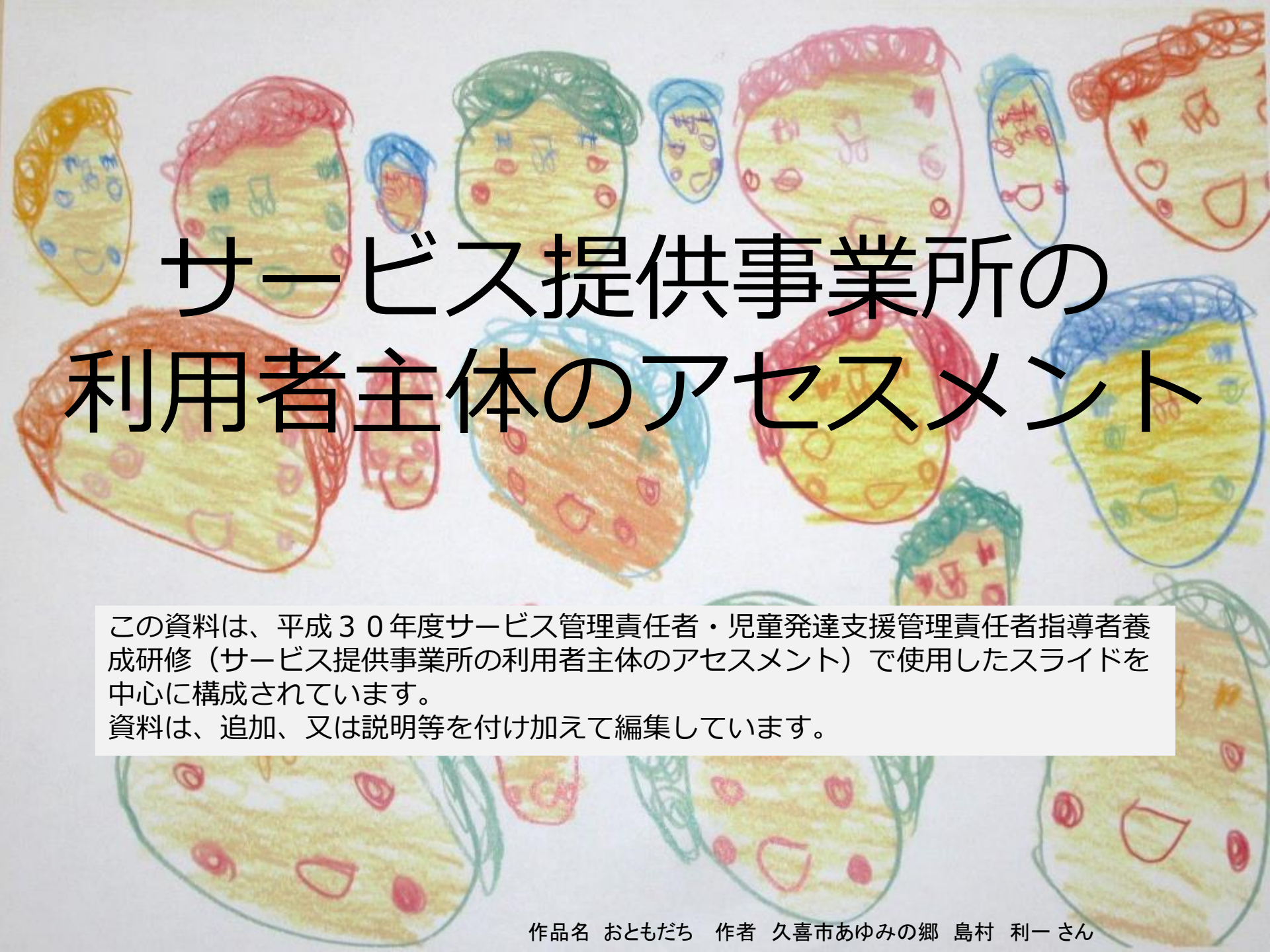




サービス提供事業所の 利用者主体のアセスメント

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。



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。

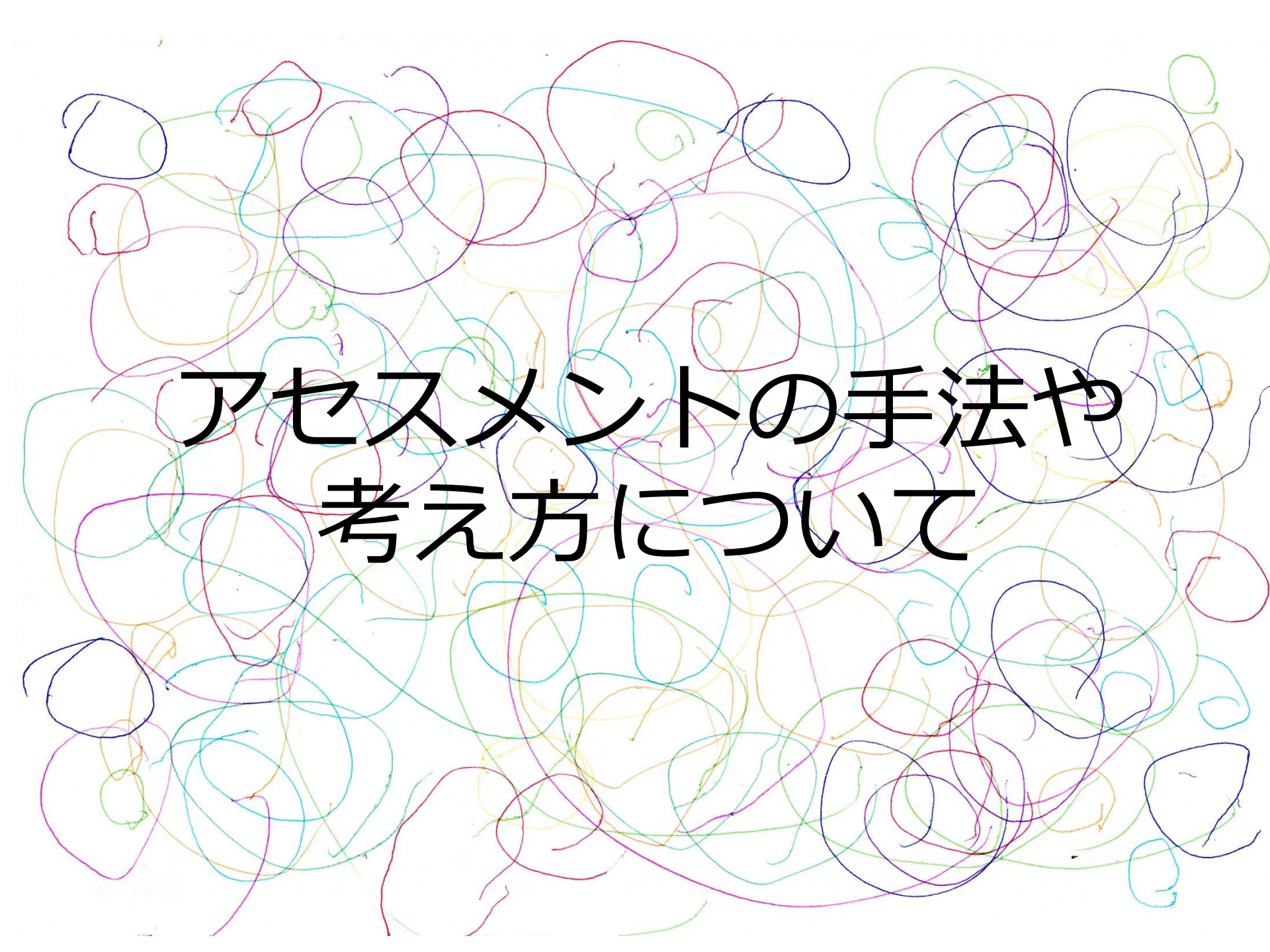
【内容】

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

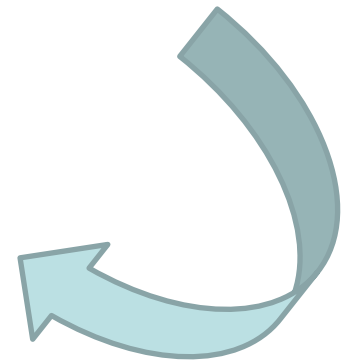
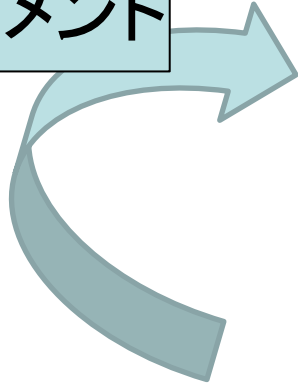
アセスメント

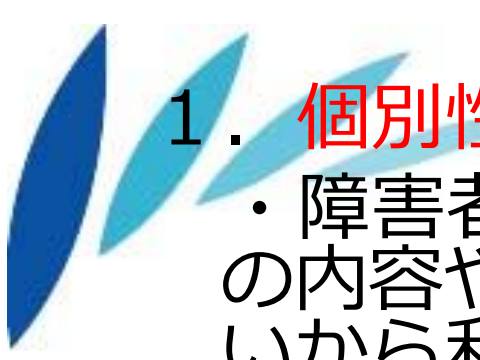
PLAN(計画)
個別支援計画の作成

ACTION(改善・対応)
必要に応じて見直し、
再アセスメントへ)

DO(実行)
計画に基づく支援の実施

CHECK(チェック)
達成状況のモニタリング
(評価)





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。
- 

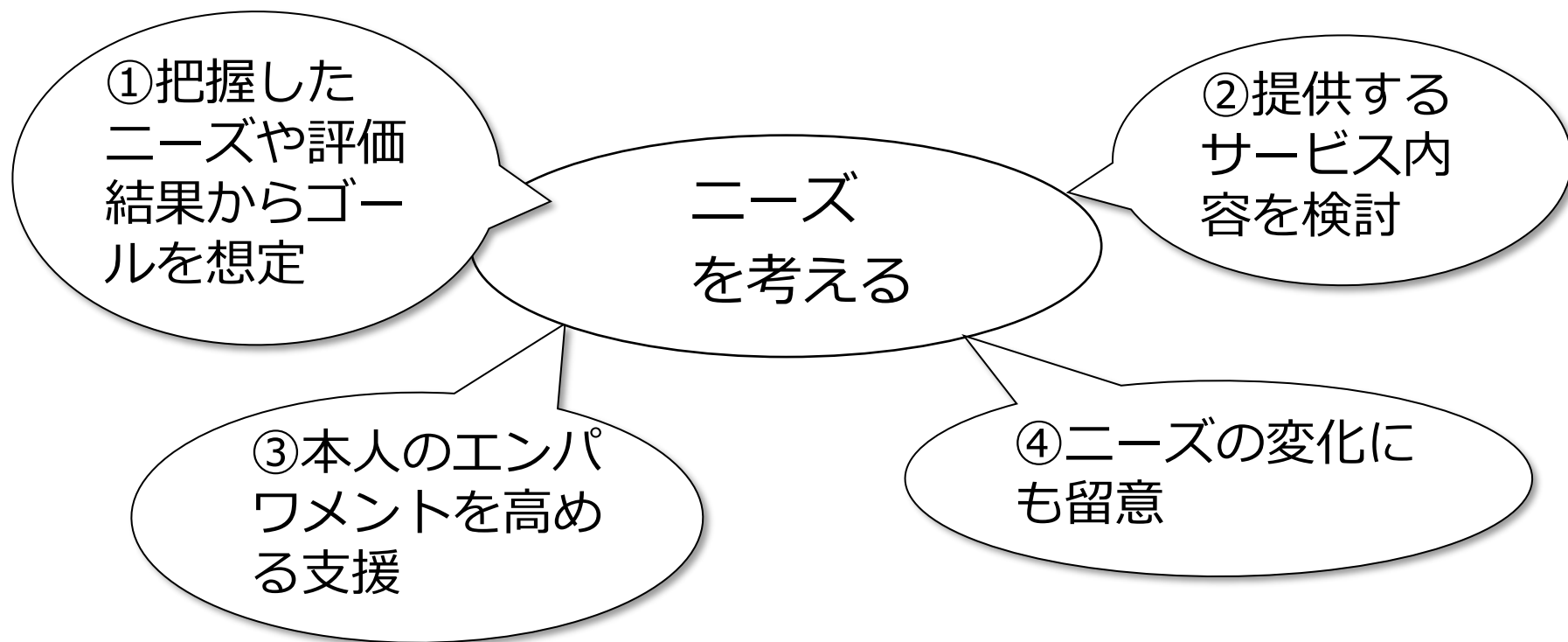
アセスメント ～ニーズを明らかにするプロセス～

- 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)

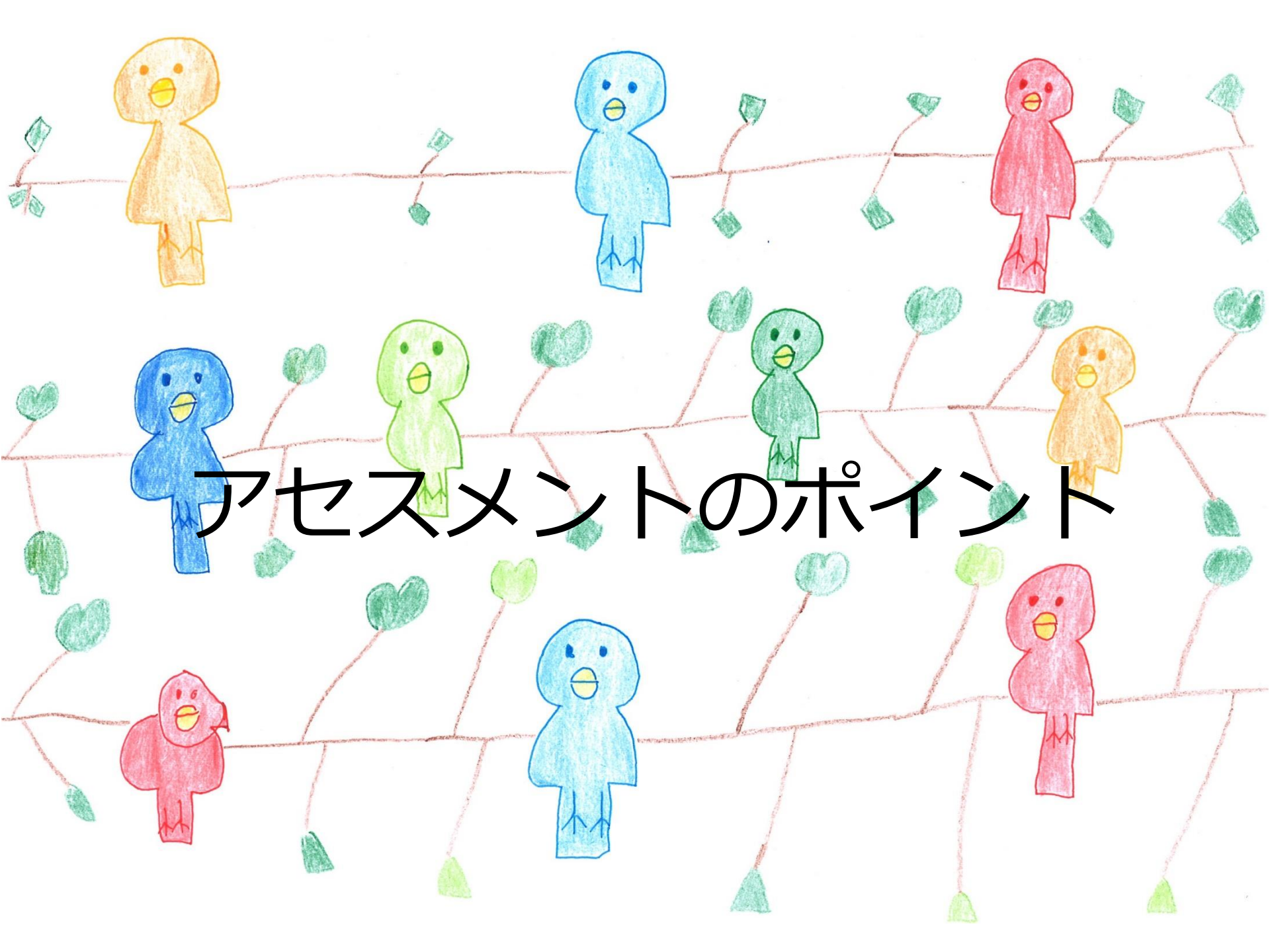
↑
ストレングスの活用

利用者の思い

支援者の気づき

利用者の夢や希望と
その背景にある様々
な思い
(フェルトニーズ)

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

A colorful drawing featuring several stylized birds in orange, blue, green, and red. They are positioned on a network of thin, reddish-brown lines that intersect to form a grid-like structure. Small, heart-shaped leaves in various shades of green are attached to these lines. The background is white. The text 'アセスメントのポイント' is written in black across the center of the image.

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、I A D L、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、サービス資源をどのように利用するか）。
 - ・・・示す（される）からアクティブ（する）へ・・・
- （地域自立支援）協議会へ参画し、関係機関との拡がりを進め、実情を理解する。

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。

I C F 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～

特別支援学習指導要領解説自立活動編

健康状態

ICD(国際疾病傷害死因分類)

・疾病、外傷、等

心身機能・
身体構造

活動

実行状況
(している) 能力
(できる)

参加

実行状況
(している) 能力
(できる)

生活機能

精神機能、
運動機能、
視覚・聴覚、等

歩行、
各種ADL
家事・職業能力、等

就労、趣味
スポーツ
地域活動、等

aコード

pコード

環境因子

個人因子

物的環境: 福祉用具、建築、等
人的環境: 家族、友人、等
社会環境: 制度、サービス、等

年齢、性別、民族、
生活観、価値観、
ライフスタイル、等

個性

この分野の
アセスメント
のデータは
記録にある

この分野
のアセス
メントは
情報が
少なく、
比較的
弱い

～アセスメント力を 高めるための視点～



いよかん



ネーブルオレンジ



みかん

バナナ



マーマレードオレンジ



レモン

レモン

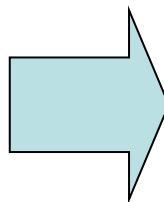


小豆

(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？**

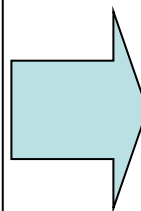


利用者の状態は常に変化しており、**生活全般において小さな変化も見逃さない観察力を養う**力を支援者が持つことが大事である。

(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？

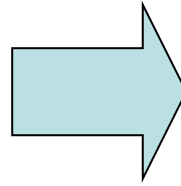


利用者の
「能力」を把握し、それを活かす環境をつくり、その中で「更に可能性が広がるよう」支援する。

(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？

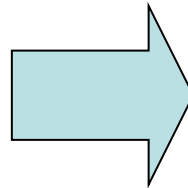


生産的活動、文化的活動、趣味的活動など、一人ひとりが**生きがいを感じられるような活動を創造**し、利用者の思いを実現していく。

(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

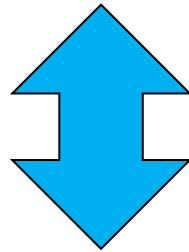
(支援者のアセスメントの視点)

○リフレーミング

- ・視点を変える。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

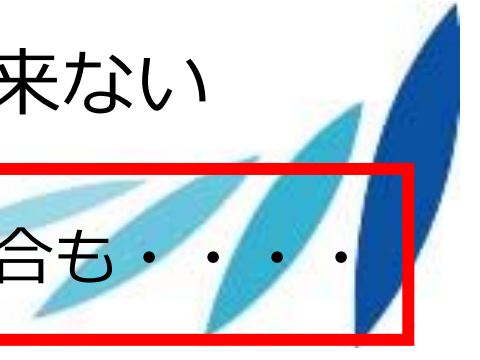


安全を保障できない
責任を持ちかねる
(リスク回避)

逆に先回りして
代行してしまう
(パターンリズム)

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～

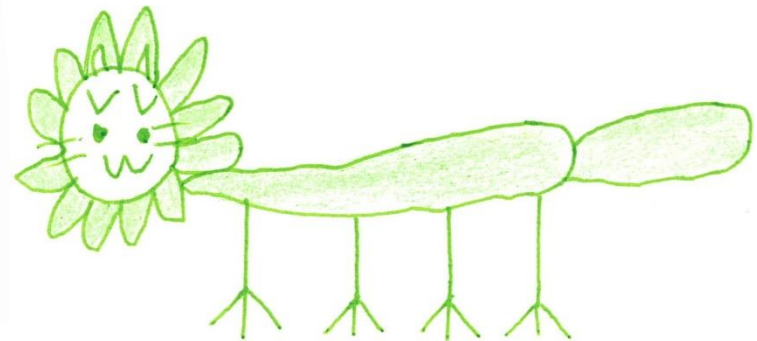
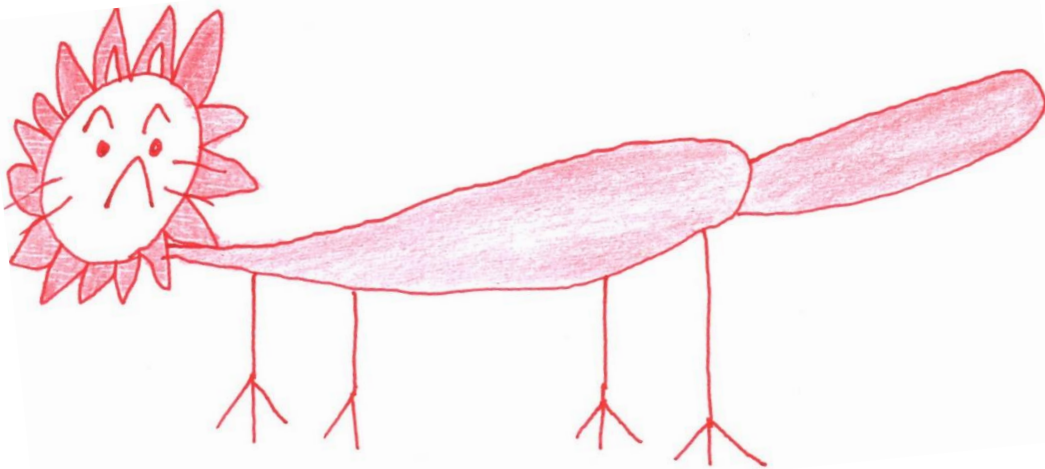
- 意思のない人はいない。
- 障がいの重い人でも、必ず『意思』はあり、考えや気持ちを持ち自分で決める事が出来る。
- このことを大前提に支援をしていく必要があり、それぞれ違う形で表現・表出する意思決定のどの部分を、どのように支援をしていくのか模索していく事が大切である。

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
機会がなければ、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)	
<u>〇〇 〇〇 様</u>								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		〇〇歳							
・ 性別		男性							
・ 障害程度区分		区分6							
・ 療育手帳		有り (A)							
・ その他		年金1級							
								1…必要 2…やや必要 3…必要なし	

コミュニケーション	項目	内 容	支援の必要		
	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			

	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る。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	

I シ ョ ン	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			
				26	

【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。



＜〇〇さんのストレンクス(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！

＜〇〇さんの今の気持ち＞

- ・ 〇〇には行きたいけど、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＞

- ・ 〇〇と□人暮らし。〇は独立して県内で生活。
- ・ 〇、〇とも本人のことをよく理解していて、協力的。
- ・ 〇〇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っている。

＜病 歴＞

- ・ 情緒不安が激しくなく、△病院に□年入院。
- ・ 精神安定剤を服用中。
- ・ 腸閉塞になりにくい。

＜〇〇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。

○この部分は、支援者の頭の中で暗算していた。

○アセスメントの過程は資料の収集と分析するためのツールである。

○本人を知るための地図は「アセスメント」の一つである。

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

- ・本人の状態像等のアセスメントがないまま、計画策定に至ることが多い。

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

ニーズ整理表の必要性（アセスメントツール）

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

○この部分も支援者の頭の中で暗算していた。

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

○個別支援計画の根拠となるのがニーズ整理表。