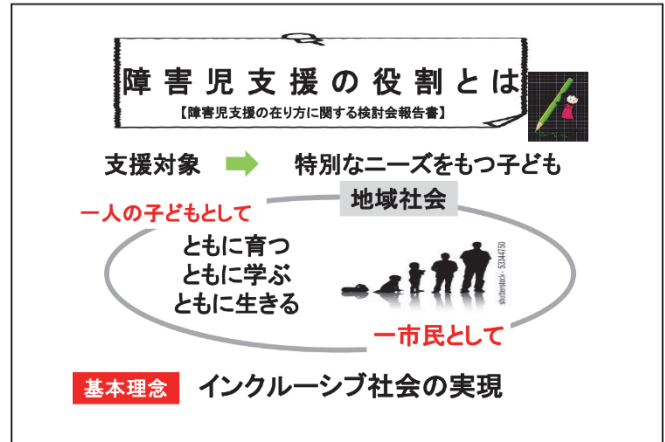


4. 各分野別アセスメントのポイント

(1) 障害児分野

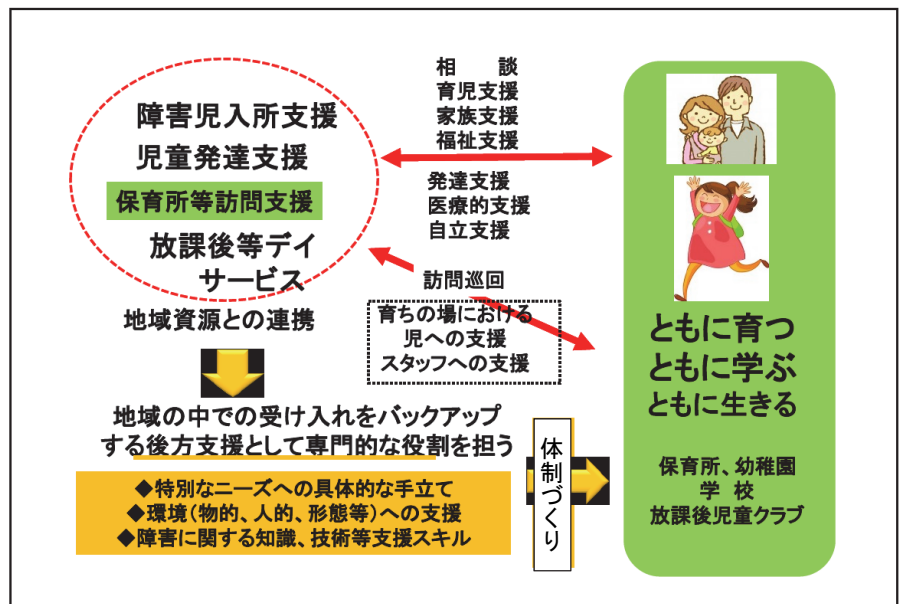
障害がある児童は、成人以上に、地域の中で「ともに育ち、ともに学び、ともに生きる」というインクルーシブな支援を基本的な理念としていく必要がある。

子どものころから隔離された社会で生きてしまうと、大人になってから社会に出なさいと言ってもすぐにはできないからである。

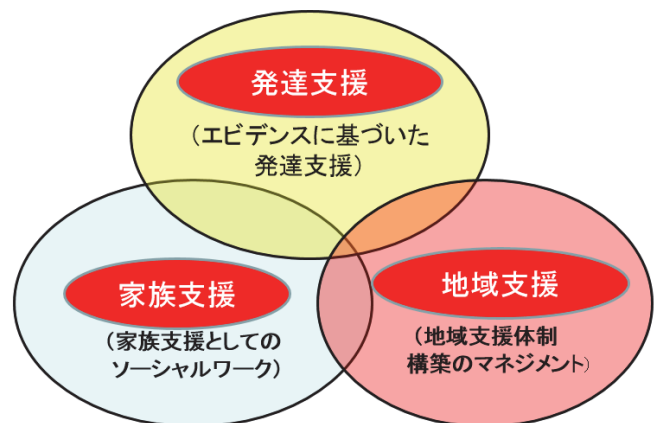


様々な児童発達支援が法定サービスとしてあるが、これらは社会から隔離するためのものではなく、地域社会での受け入れをバックアップするための専門的役割を担っていると位置づけられる。

障害児支援の3つの要素として、本人の発達支援（エビデンスに基づいた発達支援）のほか、家族支援（家族支援としてのソーシャルワーク）、地域支援（地域支援体制構築のマネジメント）があり、障害児の場合、本人、家族、地域を支援する視点が必要である。



障害児支援の3つの要素



障害児支援として基本的な姿勢として以下の5点が挙げられる。

① 中核的機能は将来の自立に向けた発達支援

障害児通所支援、入所支援の中核的機能は、子どもへの発達支援とし、将来の自立に向け個々の状態や年齢に応じて必要な支援を提供する。

発達課題のある児童に対して、できるだけ早期の段階から将来を見通した継続的な発達支援を行うことを中核的機能とする。

より身近な地域で必要な時期に必要な（専門的な）支援が提供できるよう質を確保する。

子どもの将来の自立に向けた発達支援には「育ちの基本的理解」が必要。

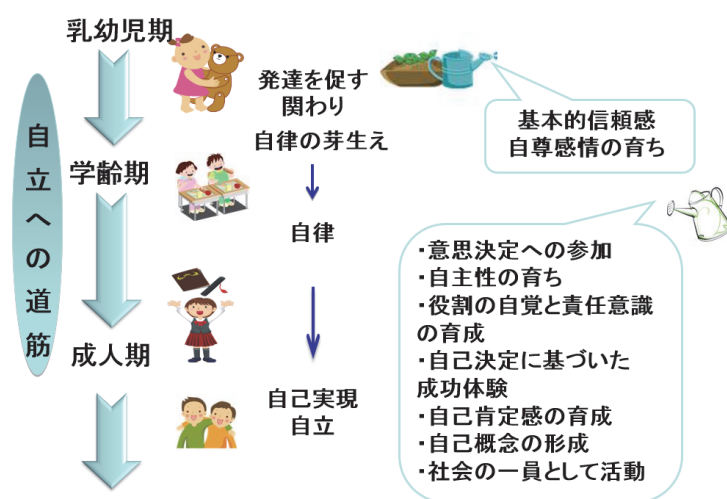
乳幼児期は愛情をいっぱいにそそぎ、基本的信頼感や自尊感情の育ちを得る。

学齢期には、徐々に自主性を育てながら、自己肯定感を育成し、自己概念を形成して、社会の一員として活動できる素地を作っていく。

成人期となり社会人として自立し自らのアイデンティティを確立していく。

この過程は障害児にも保障されなければならない。

生まれてから成人するまでの成長発達を支援するという基本的な視点が必要。



② 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。

子どもの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もった取組みを通して、「障害受容」を支える。

子育て支援、子育ち支援、親子関係への支援、地域資源などとの連携・情報支援をトータルに行う。

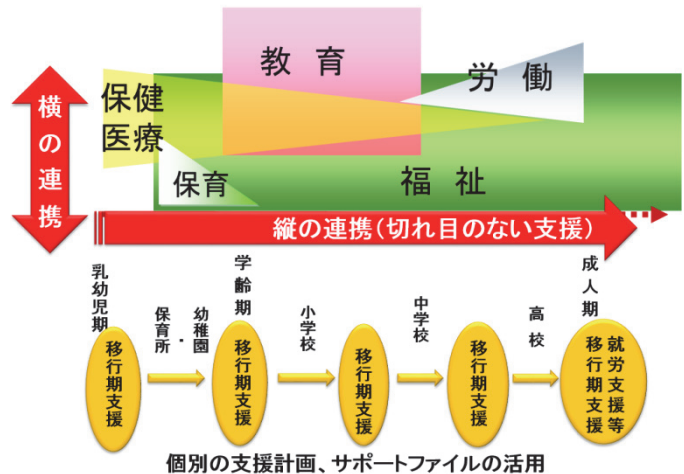
③ 子どものライフステージに応じた一貫した支援

児童期支援の特殊性を考慮し、移行期に支援が途切れてしまわないように、一貫性、継続性のある支援を行う。(縦の連携)

保健・医療、福祉、保育、教育、就労支援等の関係者がチームとなって、子どものライフステージに添って必要な支援が提供できるようにする。(横の連携)

障害児相談支援が縦横をつなぐことによって、子どもの個別の支援の充実と地域の中での育ちを促す。

障害児相談支援の縦横連携を図示したものである。様々な機関が連携する必要があるため、情報の整理のため、個別支援計画やサポートファイルを活用していきたい。



④ 身近な地域における支援

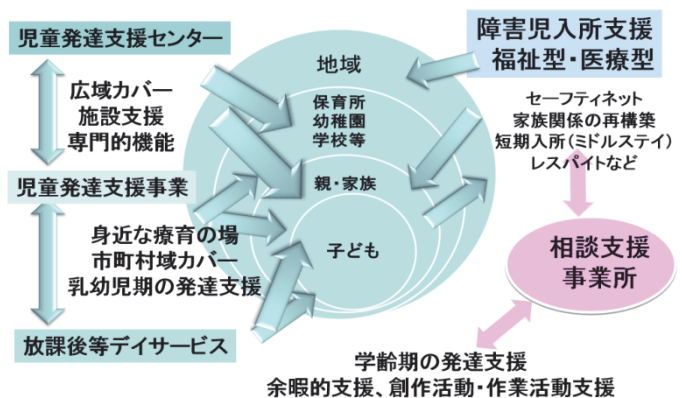
「気になる」段階から気軽に保護者からの相談に応じたり、子どもへの療育が提供できる場となる。

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。

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。

地域の支援拠点として、最も身近な放課後等デイサービス、市町村域をカバーする児童発達支援事業所、広域をカバーする児童発達支援センター、セーフティネットである障害児入所支援施設が、それぞれの地域での役割を果たしながら、コーディネーター役の相談支援事業所を軸に互いに連携することで漏れのない重層的な支援の網がかかってくることになる。

地域の支援拠点としての機能



⑤ 集団活動と個別プログラムの効果的な組み合わせによる支援

子どもの育ちを考えると、個別プログラムだけでは要素として不足するので、集団活動も重要となる。

どのような組み合わせとするかは個々によって異なるが、その際、チームアセスメント、エンパワメント、権利擁護の視点を加えることで、効果的な計画につながることを期待できる。

児童期特有のニーズについて

自ら言葉で意思表示できない乳幼児期は親・家族から発信されるニーズが前面に押し出されやすい。
⇒第三者のニーズであり本人のニーズではない

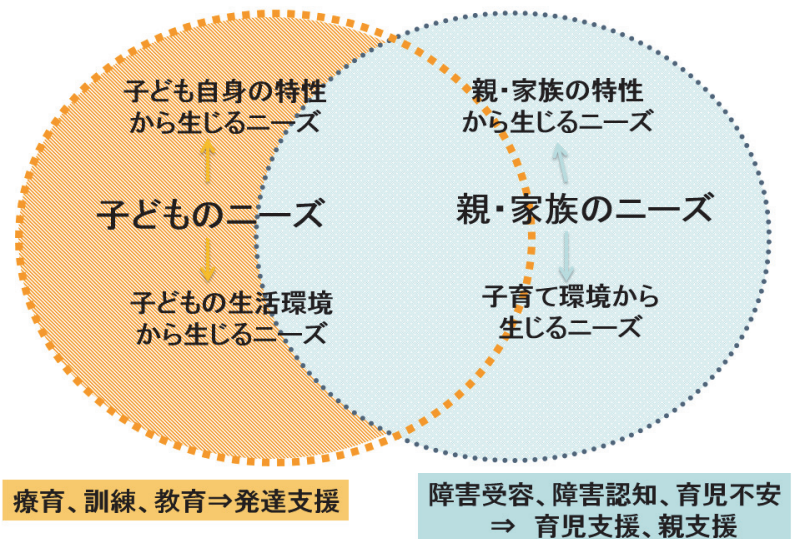
親・家族のニーズは子ども自身のニーズと相反することもある。

子どもの生活・子育て環境を整えるために、子育てに不安を抱える親支援からスタートするが、年齢が上がるにつれ子ども本人を中心にニーズを明確化していく。

親を支援することだけで、子どものニーズにすべて応えることにならないケースがある。

親のニーズは子育ての不安からくることも多く、本人のニーズとは出発点異なることもある。

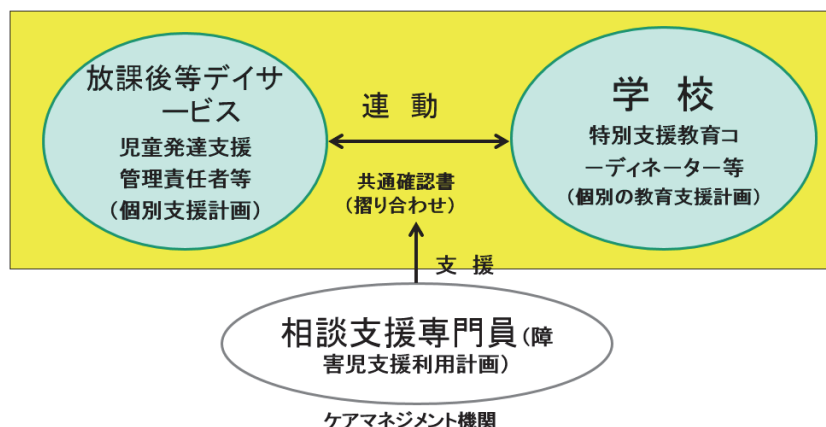
親の支援と本人支援は重なる部分もあれば重ならない部分もあることを念頭に置く必要がある。



・福祉と教育の連携

障害児は、義務教育を受ける年齢でもある。放課後等デイサービスの児童発達支援管理責任者は、コーディネーター役の相談支援専門員と連携するとともに、学校の特別支援教育コーディネーター等と連携し、支援内容の連動性を持たせる必要がある。

福祉と教育の連携 (平成26年4月、厚生・文科連名通知)



・障害児の個別支援計画書例

以上を踏まえて、障害児の個別支援計画書の例をみてみたい。

項目に、発達支援、家族支援、地域支援、学校・相談支援との連携を挙げ、それぞれに目標、支援内容等を記載している。

記入様式 2

個別支援計画表

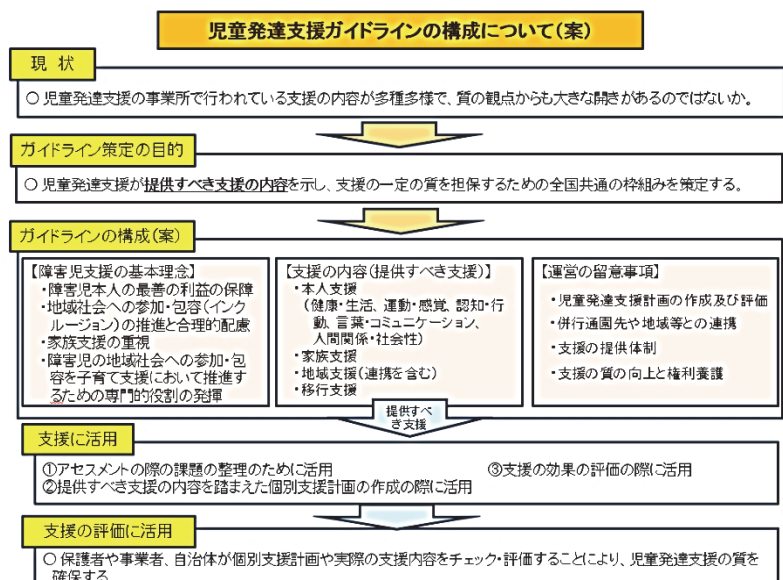
利用者名 O.A. さん

○支援の主目標 コミュニケーションが積極的に図れることの支援を行うことにより、遊びや勉強の課題等の達成感を数多く体験し、自分ではできるだんという意識をもっていただきたい。その際、家族、学校、相談支援事業者と密に連携していく。

個別支援計画 2015年7月26日作成				
項目	目標	支援内容	期間	優先順位
発達支援 (ADL)	多くの人とコミュニケーションを積極的に図りたい	自分から、こうやってほしいという意味を伝える支援を行う。特に、遊びの導入とおやつの時間。具体的には代替コミュニケーション手段として写真やカードを適時活用する	6ヶ月	1
発達支援 (運動・認知) (家族支援)	友達をたくさんつくりたい。子育てを楽しみたい	視線の使い方と、体の動きについては、作業療法士を中心に現状の評価と課題となることについて検討。集団への参入は入りやすい環境の設定と友達との関係を考慮して行う。成長のペースと特質についてお母さんと具体的に話し合い、家庭でできることを明らかにし、子育てに協力していく	3ヶ月	1
家族支援	家族が仲良暮らししたい (お母さんの子育ての負担感の和らげる)	お母さんとは、時折デイサービスに子どもを送迎してもらい、様子を見ながら子育てについて話す機会をもつ。相談支援専門員Tさんと連絡を密にとってお母さんを支えていく	3ヶ月	2
地域支援	地域の子ども会に参加したい	将来、地域の一員として生活できるよう活動に積極的に参加。子ども会の参加に際しては、役員や父兄の方々に本人の特性やパニック時の対応などの情報を伝える	1年	3
学校・相談支援 事業所との連携	学校・相談支援事業所との密な連携体制を構築してほしい	B特別支援学校のコーディネータとの定期的な打ち合わせ及び連絡手帳を用いた情報の交換。T相談支援専門員とAさんについて定期的に打ち合わせ。家族支援については常なる情報交換	1年	2

・児童発達支援ガイドラインについて

平成 29 年 3 月現在、厚生労働省「児童発達支援に関するガイドライン策定検討会」において検討中の、ガイドラインの構成案及び個別支援計画におけるガイドライン項目記載例を示す。



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

個別支援計画 (ガイドライン項目の記載例)

参考資料3

子どもの名前 **Y・K さん**

作成年月日: **H● 年 ● 月 ● 日**

○目標	長期目標	気持ちをサインやことばで表現し、みんなと一緒に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きに、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

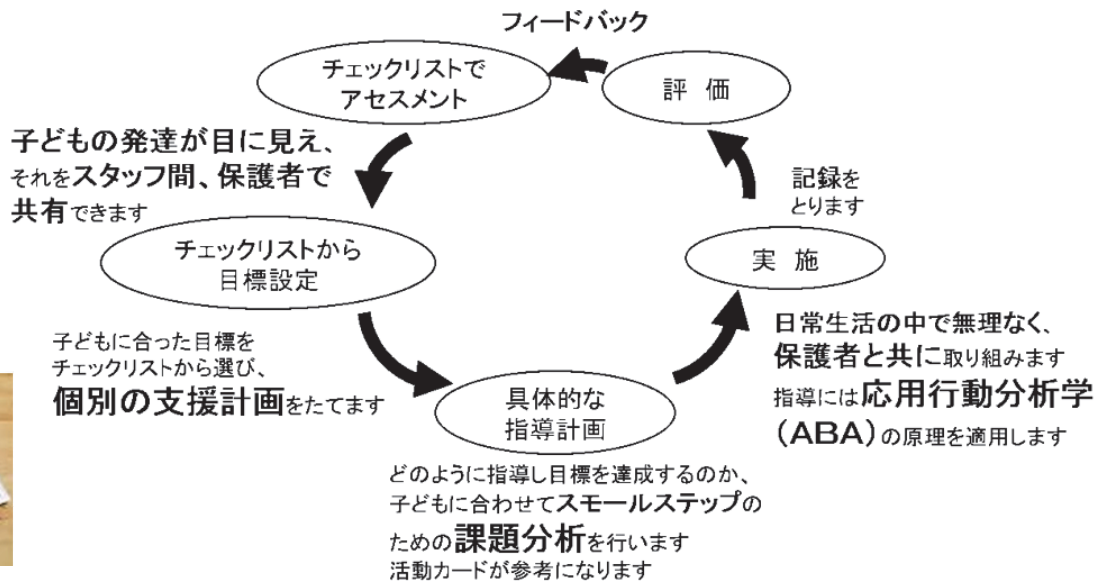
事業所における総合的な支援方針

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

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

・ポーターページプログラムについて

障害児に対する療育として、応用行動分析学の原理を適用した「ポーターページプログラム」について紹介する。ポーターページプログラムチェックリストは、子どもの発達の状態のアセスメントや支援の目標を決めるために用いている。発達領域を「乳児期の発達」「社会性」「言語」「身辺自立」「認知」「運動」の6つに区分している。



・行動障害への支援とは

中園康夫（1990）は、「英国において・・・使われている概念に『チャレンジング行為（challenging behaviors）』というのがある。『チャレンジング』を私は、『抗議』と訳したいが『願い』という訳があてはまると私に語った人もいた。つまり障害をもつ人（とくに重度・最重度の障害をもつ人）が示すある特徴的な行動は、これまで『問題』行動と考えられてきた。サービスを行う『私』とは関係のない客観的できごととしての『問題』行動として。

しかし、そうした行動は、

- ① 障害をもつ人がコミュニケーションが十分できないために、あるいは彼らを取りまく社会的環境が障害となっているために、自分の要求や気持ちが伝達できないことが基本にあって（かかわる側からみれば、そうした要求や気持ちを理解できないか、理解しようとしなくてもあって）、
- ② 障害をもつ人が表現する行動にたいして、サービスが十分に応えることができない、あるいは適切に行われぬときに示されるものであって、
- ③ 障害をもつ人の、その障害の性質だけから、あるいはまったく個人の条件から示されるものではない、
- ④ したがって、『問題』行動とみられてきたものはサービスに対する『抗議』行動と考えねばならない場合も多いのである。」としている。

構造化とは

自閉症の人に対して、なぜ構造化するのか

- ・理解をサポートする
- ・混乱を未然に防ぐ
- ・自立するために、自分で行動するのを助ける
- ・視覚的の手がかりを使って、適切に情報に焦点をあてるのを助ける
- ・情報に注意集中し、効率的に学習する手助けをする

→分かりやすくする

- すべき行動を理解できる
- ストレス・混乱が減る
- 不安を感じなくて済む
- 問題行動を起こすことが減る



出典 livedoor.blogimg.jp

(2) 介護分野(生活介護・療養介護)

① 小さな変化に気づく観察力を

小さな変化に気づくこと。利用者を観察する目を養うということはとても大事である。

観察力を養わないと、その人の独特のコミュニケーションの方法や、ちょっとしたしぐさによる「イエス」「ノー」等の意思表示を理解することができないことがある。こういう観察力は常に持つておく必要がある。

(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大事である。**

観察力を養わないと、その人の独特のコミュニケーションの方法や、ちょっとしたしぐさによる「イエス」「ノー」等の意思表示を理解することができないことがある。

② 利用者の能力を伸ばす支援

利用者の能力を把握して、それを生かす。その人の能力を把握するだけではなく、その能力を引き出す環境をどうやってつくっていくかということ、常に念頭に置いておかないといけない。環境を変えることによって、その人が変化していくということがある。そういう環境づくりを、支援の中にしっかり入れておいて、能力を伸ばすことに繋げて欲しい。

(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

利用者個々に応じた活動をつくっていくということは、生産的、文化的、あるいは趣味的活動等、いろいろな活動があるが、その中で生きがいを感じられるような活動というのを考えていくことが大事である。

それが、利用者の思いの実現につながっていくと考えて、単なる介護のみに偏らないようにして欲しい。

(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

次の生活を目指すということは、大切なことである。常に、次のステップは何かということ想定しながら、サービスを提供する必要がある。例えば、地域生活移行については、簡単なことではなく、利用者自身がそれだけのモチベーションを持っている必要があり、動機づけは重要である。また、本人は地域で生活したいのだが、家族等が「一人での生活は難しい」と言って反対するようなことがあると、そういう周囲の人たちとの関わりの問題も当然出てくる。そこをどう説得して理解してもらおうかということも大事なところである。

我々は、障害が重いとか軽いということのみで、その人を判断してはいけない。どのようなニーズがあるかを追求すべきである。例えば、以前、知的障害者入所更生施設でのアンケート調査の際に、「この利用者は、地域で生活できると思いますか」と聞いたら、約8割の職員は「できない」と言い、その理由は「障害が重いから」ということであった。障害が重い、軽いということではなくて、ニーズをどうやって引き出すかということ私たちがやってこなかったからではないか。その意味で動機づけというのは、とても大切である。

⑤地域行事への参加やボランティアの利用など社会参加に配慮

「人間は社会的動物である」とは古代ギリシャの哲学者アリストテレス言葉であるが、人間は、社会的な立ち位置を持つことに喜びを感じる意識がある。生活介護・療養介護で施設や病院にいる入所者であっても、社会参加することは人として重要なことである。

施設利用者が、地域の一員として暮らすために、我々はどのような工夫をしていけばよいだろうか。

ひとつは、外出する機会をなるべくたくさん作り、外出の内容も充実させること。二つ目は、地域の行事等を積極的に活用し、参加を促すこと。三つ目に、日ごろ行っている日中活動の内容を、地域の人と関わるものにしていくこと。さらに、地域の人が施設内に気軽に立ち寄れる場として、利用者とも自然と触れ合う機会を提供することである。他にも工夫次第で社会参加の機会を作っていくことができると思う。

(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。

(5) 地域行事への参加やボランティアの利用など社会参加に配慮

1. 地域の一員として暮らすためには

- (1) 外出する機会を充実させる
- (2) 地域の行事等を積極的に活用する
- (3) 地域の人と関わる日中活動を考える
- (4) 地域の人が気軽に立ち寄れる機会を考える

2. 利用者のニーズに沿った支援を実現する

- (1) 利用者が市民講座などを希望するとき、事業所内の支援に留まらず、積極的に外部の社会資源を活用する

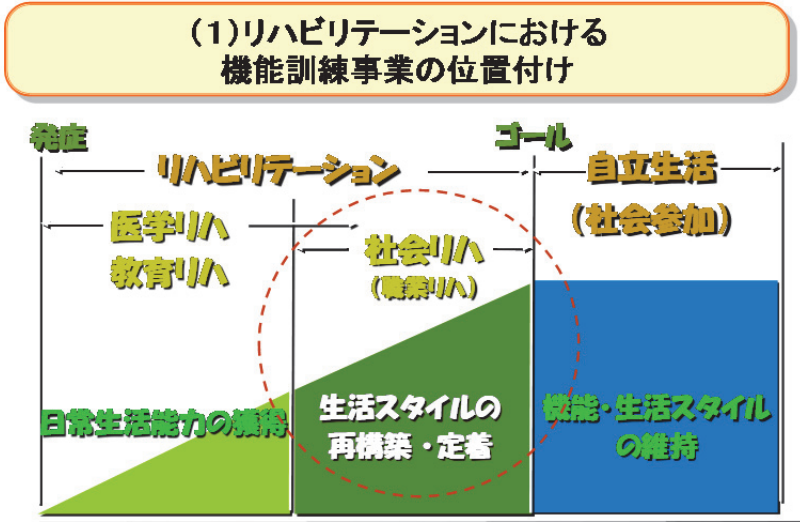
また、利用者が市民講座などの受講を希望するとき、事業所内の支援に留まらず、積極的に外部の社会資源（ボランティアなど）を活用することにより、社会参加とともに、利用者のニーズに沿った活動を支援することにつながるのではないかと考える。

(3) 身体障害分野(自立訓練(機能訓練))

① リハビリテーションにおける機能訓練事業の位置づけ

まず、リハビリテーションにおける機能訓練事業の位置付けを確認しておきたい。

障害福祉サービスにおける自立訓練（機能訓練）は、主に医学的なりハビリテーションが終了した段階で、その方らしい生活スタイルの再構築や、その定着を目指すためのリハビリテーションである。つまり、機能回復を目指すというより、社会生活を送るうえで必要な技術を身につけるためのものである。例えば頸髄損傷の方は、麻痺域の筋力が劇的に回復することはないが、訓練により残存筋やボディバランスを強化し、セルフケアや排泄動作などを自立できる可能性がある。さらに、就労移行支援等につなげることにより、職業能力を獲得する可能性もある。



② 社会生活力を身につける

これまで、利用者が地域での生活や社会参加をイメージすることができないまま、漫然と訓練を繰り返し、期限がきたら終了というサービス提供をしてこなかっただろうか。障害そのものの回復のみが焦点となり、具体的な地域での生活や社会参加をイメージできるプログラムが不足し、本来想定していた支援が果たせなかったというケースもあったのではないだろうか。

自立訓練は有期限のサービスであ

(2) 社会生活力を身につける	
既存のサービス提供での課題	問題点に対応するポイント
<p>利用者が地域での生活や社会参加をイメージしきれない</p> <p>障害そのものの回復のみが焦点となり、具体的な地域での生活や社会参加をイメージできるプログラムが不足し、想定した支援が遅れがちである。</p>	<p>社会生活力をつける</p> <p>訓練終了後の地域生活をイメージできるよう、地域で暮らしている人たちと話したり、社会生活プログラムを実施するなど、早期に地域での生活や社会参加をイメージして自立訓練等に参加するなどし、先を意識しながら力を養う必要もある。</p>
<p>自立訓練は有期限のサービスであり、地域移行後の社会生活力を意識した支援が重要。</p>	

り、地域移行後の社会生活力を意識した支援が重要となる。

そこで、訓練終了後の地域生活をイメージできるよう、地域で暮らしている人たちと話したり、社会生活力プログラムを実施するなど、早期に地域での生活や社会参加をイメージして、先を意識しながらサービスを提供する必要がある。

そもそも、「社会生活力（SFA）」とは何なのか確認しておきたい。少しさかのぼるが、1986年、国際リハビリテーション協会（RI）社会委員会が、社会リハビリテーションを、「社会生活力を身につけることを目的としたプロセス」であるとし、さらに社会生活力を、「さまざまな社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、一人ひとりに可能な、最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力を意味する」と定義した。

医学的リハビリテーションが、理学療法・作業療法などにより身体機能の回復・向上を目指し、職業リハビリテーションが職業訓練や職業相談などによって職業能力の向上を目指すように、社会リハビリテーションは「社会生活力」を高めることを目的としている。

社会生活力とは

■ RI社会委員会の定義：1986年

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

社会生活力（social functioning ability：SFA）とは、

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

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

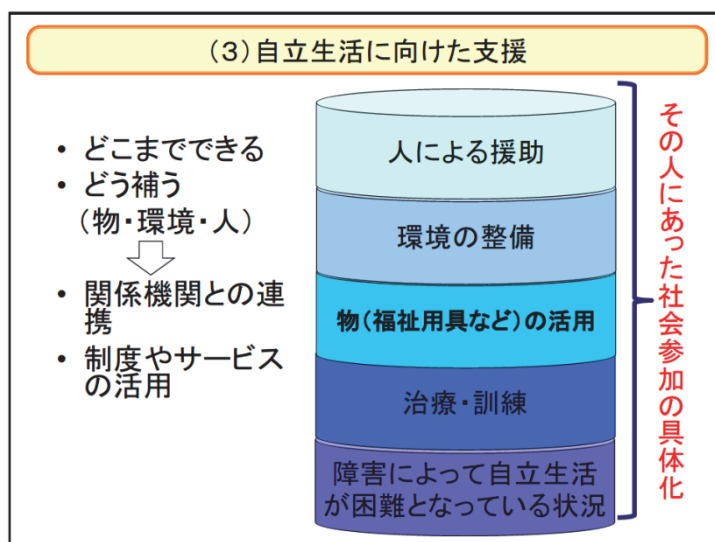
③自立生活に向けた支援

自立生活に向けた支援を行うためにはどうすればよいのか考えてみたい。

まず、その人がどこまでできるのか把握する必要がある。次に、それをどう補うのか、福祉用具などの物なのか、バリアフリー化などの環境調整なのか、ヘルパーなどの人による支援なのかを考える。

そのうえで、関係機関との連携を踏まえ、制度やサービスの活用をしていくことが必要になる。

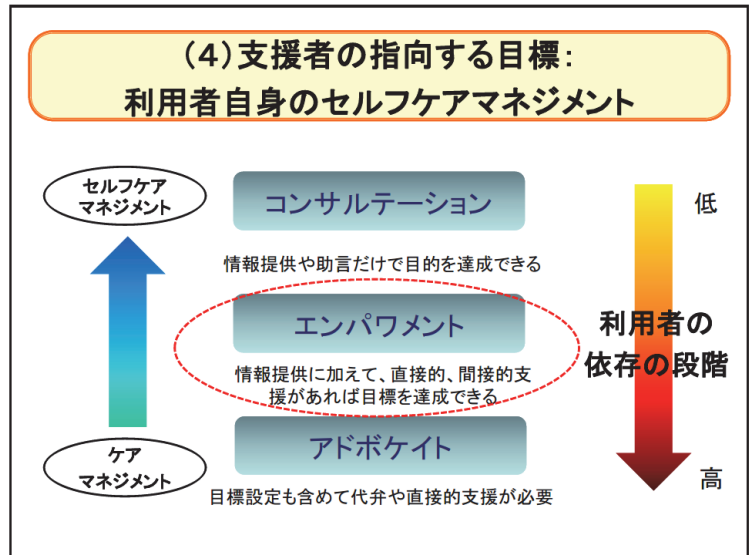
重要なのは個別性で、その人にあった社会参加の具体化をしていくことが、支援者のサービス提供の視点である。



④支援者の指向する目標：利用者自身のセルフケアマネジメント

支援者が指向する目標は、利用者自身のセルフケアマネジメントである。

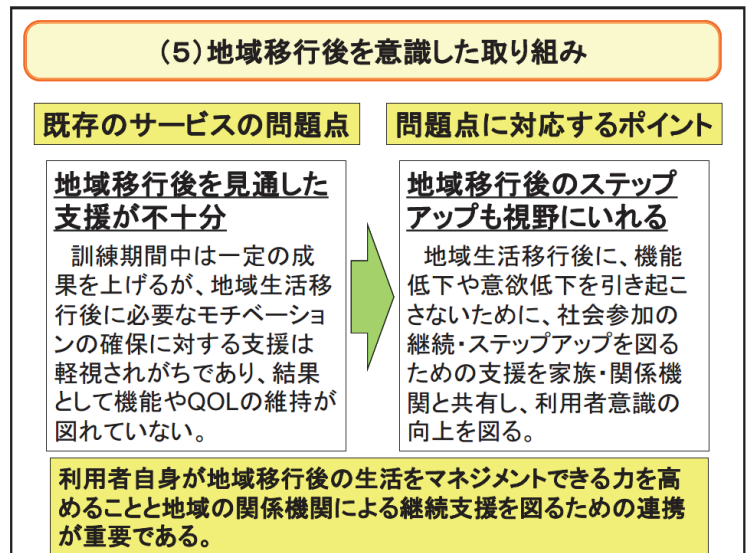
まず、パワレスな状態にある利用者をアドボケイトしつつ、徐々に利用者自らの力を高め、間接的支援に切り替えていき、セルフケアマネジメント（自己管理）できるように支援する。言い換えれば、依存度を徐々に弱めていくことになる。



⑤地域移行後を意識した取り組み

これまでは、地域移行後を見通した支援を十分に行ってきただろうか。訓練期間中は一定の成果を上げるが、地域生活移行後に必要なモチベーションの確保に対する支援は軽視されがちであり、結果として機能や QOL の維持が図れていなかったのではないか。

そこで、地域生活移行後に、機能低下や意欲低下を引き起こさないために、社会参加の継続・ステップアップを図るための支援を家族・関係機関と共有し、利用者意識の向上を図っていく必要がある。



利用者自身が、地域移行後の生活をマネジメントできる力を高めることだけでなく、地域の関係機関による継続支援を図るための連携が重要となる。我々は地域移行後のステップアップも視野にいれ、サービス提供する意識を持たなければならない。

機能訓練事業における支援は、生活の再構築の支援であり、そのゴールは社会参加が達成でき、維持されることにある。

本人・家族・支援者の障害の受容・理解は、生活の再構築に大きな影響を及ぼす。そのため利用者ニーズに基づく多面的な評価と合意が大切となる。

社会参加を実現するためには、多様な有り様を理解しなくてはならず、その支援は一律ではない。プランを立案し実行するには、個々の力量だけではなく、関係者や地域と連携した支援を実践しなくてはならない。

社会参加に向けた支援は、本人への支援のみならず、受け入れる社会（環境）への働きかけも重要になる。

⑥相談支援専門員、地域の関係機関との連携

利用開始前から相談支援専門員との連携が必要となるが、初期段階では、見通しはその時点で立ちにくいこともある。当初、サービス等利用計画では、利用者の基本情報や意向、大きな方向性を整理し、利用開始後、双方が連携しモニタリング時の計画変更で詳細を詰めていく必要がある。

自立訓練（機能訓練）は、有期限のサービスであり、終了後の地域移行に当たっては、利用者が暮らすこととなる地域の相談支援事業者と連携し、利用可能な地域の福祉サービスや

社会資源に関する情報を得て利用者に提供したり、利用者承諾の上相談支援専門員に対し利用者情報を提供することで、円滑な地域移行が可能となる。

また、日頃から地域自立支援協議会の場などで相談支援専門員との連携を保つことで、自立訓練（機能訓練）の利用相談等についても円滑につながることが可能となる。

基本的には、利用開始前においても地域の相談支援専門員との連携を図る。ただし、病院からの直接の場合等においては、自前の相談支援事業所等の活用も考えられる。

終期段階では、地域移行後の支援の組み立て等について、相談支援専門員が中心となり行い、自立訓練事業者はこれに協力することとなる。

自立訓練（機能訓練）は、有期限のサービスであり、終了後の地域移行に当たっては、地域移行後に必要な社会資源を検討し、シミュレーションしてみる等、利用者の望む生活を明確化し、実現するための支援を行う。

その際、地域の福祉サービス事業者や医療機関等との連携により、必要な支援を確保し、機能低下・意欲低下の予防を図りながら社会参加の維持・ステップアップを意識し、地域移行・地域定着を図る。

指定特定相談支援事業者（計画相談）との連携は必須であるが、身寄りがなく一人暮らしとなる場合など、必要に応じて、指定一般相談支援事業者（地域相談）が行う「地域移行支援・地域定着支援」の活用を図る。

地域移行後の支援の組み立て等については指定特定相談支援事業所が中心となり、各サービス事業所と連携し「サービス等利用計画」を作成する。

サービス管理責任者は、相談支援専門員及び各サービス事業者等との連携が重要となる。

(6) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

相談支援専門員との連携

- ・ 利用開始前から相談支援専門員との連携が必要となるが、初期段階では、見通しはその時点で立ちにくいこともある。当初、サービス等利用計画では、利用者の基本情報や意向、大きな方向性を整理し、利用開始後、双方が連携しモニタリング時の計画変更で詳細を詰めていく必要がある。
- ・ 自立訓練（機能訓練）は、有期限のサービスであり、終了後の地域移行に当たっては、利用者が暮らすこととなる地域の相談支援事業者と連携し、利用可能な地域の福祉サービスや社会資源に関する情報を得て利用者に提供したり、利用者承諾の上相談支援専門員に対し利用者情報を提供することで、円滑な地域移行が可能となる。
- ・ また、日頃から地域自立支援協議会の場などで相談支援専門員との連携を保つことで、自立訓練（機能訓練）の利用相談等についても円滑につながることが可能となる。

基本的には、利用開始前においても相談支援専門員との連携を図る。ただし、病院からの直接の場合等においては、自前の相談支援事業所等の活用も考えられる。終期段階では、地域移行後の支援の組み立て等について、相談支援専門員が中心となり行い、自立訓練事業者はこれに協力する。

(4)知的障害・精神障害分野

①ケアマネジメントの基本的視点

まず、ケアマネジメントの基本的視点であるが、知的・精神に限らず重要な視点として以下が挙げられる。

(1)ケアマネジメントの基本的視点

- 個別性重視の援助
- ニード中心、利用者中心
- 生活者、QOLの重視
- エンパワメント(利用者自身の問題解決力)
- 自己決定のよる自立
- 利用者の権利擁護

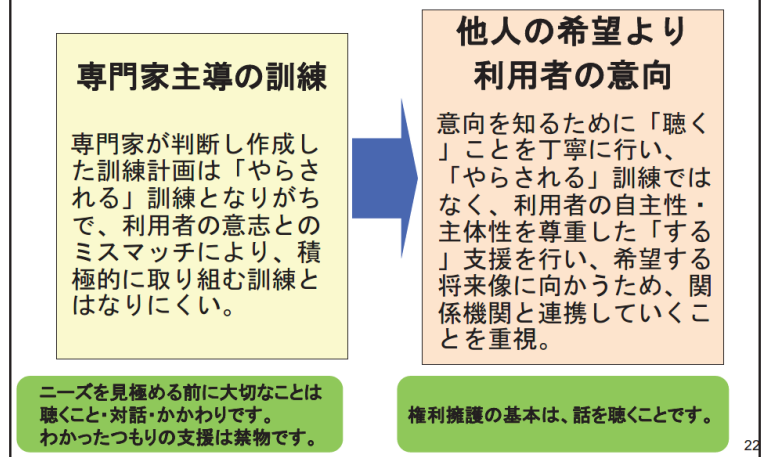
出典 小澤 温(筑波大学)資料から

②聴く・知ることから始まる支援(根拠)

専門家が判断し作成した訓練計画は「やらされる」訓練となりがちで、利用者の意志とのミスマッチにより、積極的に取り組む訓練とはなりにくい。ニーズを見極める前に大切なことは「聴くこと・対話・かかわり」である。

わかったつもりの支援は禁物であり、意向を知るために「聴く」ことを丁寧に行い、「やらされる」訓練ではなく、利用者の自主性・主体性を尊重した「する」支援を行い、希望する将来像に向かうため、関係機関と連携していくことを重視する。権利擁護の基本は、話を聴くことである。その際、言葉を持たない利用者であっても、その人固有のサインや行動で読み取ることが必要になる。

(2)聴く・知ることから始まる支援(根拠)



「ストレングスモデルに基づく障害者ケアマネジメントマニュアル」では、関係づくりについて、以下のポイントを示している。

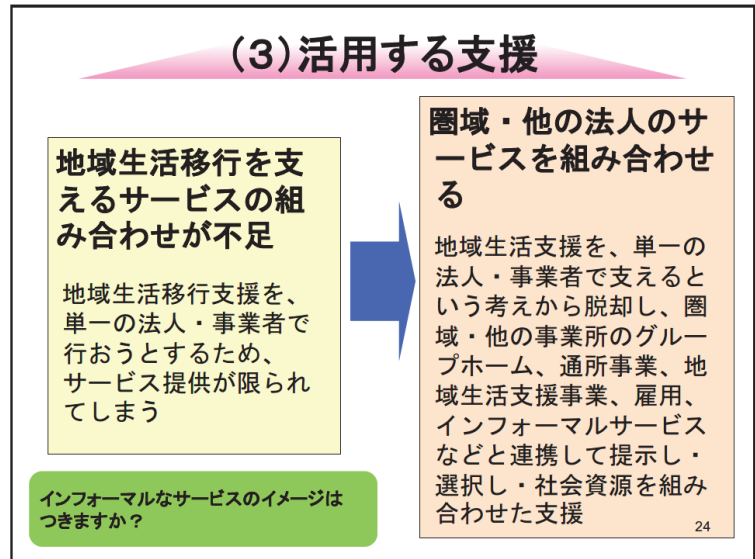
- 目的にむかって進むこと…本人と支援者が目的にむかってすべきことをあきらかにする。
- 相互に利益を得ること…お互いから学び、一緒に過ごす時間を楽しむ。

- ・ 誠実な関係づくり…支援者は誠実で責任のある感覚を本人に伝える。
- ・ 信頼のある関係づくり…相互の信頼と尊敬 利用者の希望、不安や夢を共有する。
- ・ エンパワメントを促す関係づくり…本人が自分自身の支援プロセスの監督者となる。

③活用する支援

これまでは、地域生活移行支援を、単一の法人・事業者で行おうとするため、サービス提供が限られてしまうことはなかっただろうか。

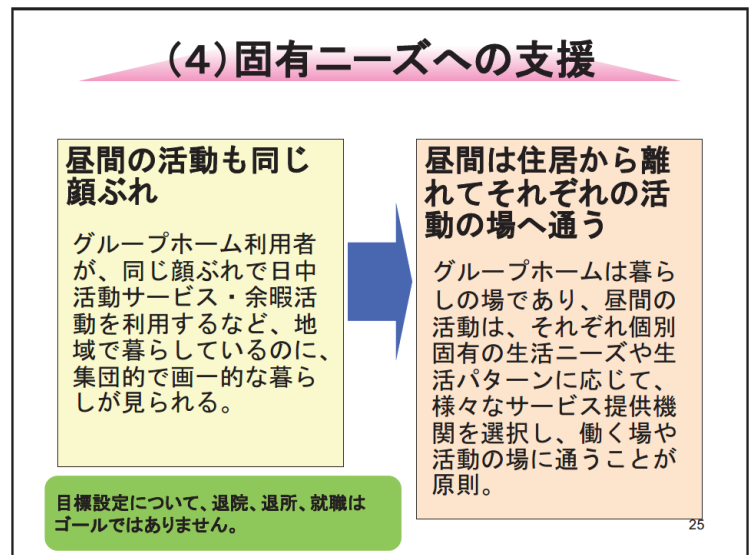
地域生活を、単一の法人・事業者で支えるという考えから脱却し、圏域・他の事業所のグループホーム、通所事業、地域生活支援事業、雇用、インフォーマルサービスなどと連携して提示し・選択し・社会資源を組み合わせた支援を行うことで地域生活への移行を可能とする。



④固有ニーズへの支援

これまでは、グループホーム利用者が、同じ顔ぶれで日中活動サービス・余暇活動を利用するなど、地域で暮らしているのに、集団的で画一的な暮らしとなっていなかっただろうか。

グループホームは暮らしの場であり、昼間の活動は、それぞれ個別固有の生活ニーズや生活パターンに応じて、様々なサービス提供機関を選択し、働く場や活動の場に通うことが原則となる。



⑤生き方にかかわる支援

これまでは、老いや病いにより、高齢者施設や入所施設・病院の利用という選択肢を当然と思い、疑問も持たずに施設や病院を終生の生活の場と決めてしまっていたか。

入所施設・精神科病院からグループホーム・単身や夫婦でのアパート生活など、ニーズに応じて住まいも変わる。老いや病いに至っても、暮らしの選択は本人が決定する。そのため、分かりやすい情報提供と、本人の意志に沿う支援を行うことが重要である。

(5) 生き方にかかわる支援

地域生活での老いや病いには、高齢者施設や入所施設・病院が終の住まい

老いや病いを得たとき、高齢者施設や入所施設・病院の利用という選択肢を当然と思い、疑問も持たずに終生の生活の場と決めている。

➔

地域生活の継続・選択は、利用者ニーズが最優先される

入所施設・精神科病院からグループホーム・単身や夫婦でのアパート生活など、ニーズに応じて住まいも変わる。老いや病いを得たとき、暮らしの選択は、分かりやすい情報提供と、本人の意志に沿う支援であるかが重要。

生活支援とは「いのち・くらし・生きざま」支援です。

障害の重い人の生き方支援についても触れておきたい。

障害が重いということで、入所施設だけが選択肢と思いこんでいないだろうか。グループホームなど高嶺の花だと。障害の重さというスケールに依存しすぎると、「あきらめ」につながる。地域で暮らしたいという思いが言葉を持たない利用者にある場合、誰が本人を代弁するのか。家族が代弁してくれるのか。(家族はリスクを恐れ、入所施設を希望するかもしれない。)

医療支援体制も整えたうえで、入所施設からグループホームへのチャレンジも試みたい。自立訓練(生活訓練)の利用でグループホームで暮らせるかどうかを見極めることは出来る。表情から意思を汲み取れる。そのノウハウをどう活かすかが支援者の力量である。あきらめず始めてみないと分からない。

(5)₊ 障害の重い人の生き方支援は

入所施設だけが選択肢？グループホームは高嶺の花？

障害の重さ？というスケールに依存＝あきらめている。
(誰が本人を代弁するのか？
家族が代弁するのか？)

➔

入所施設からグループホームへ、医療支援体制も整える。

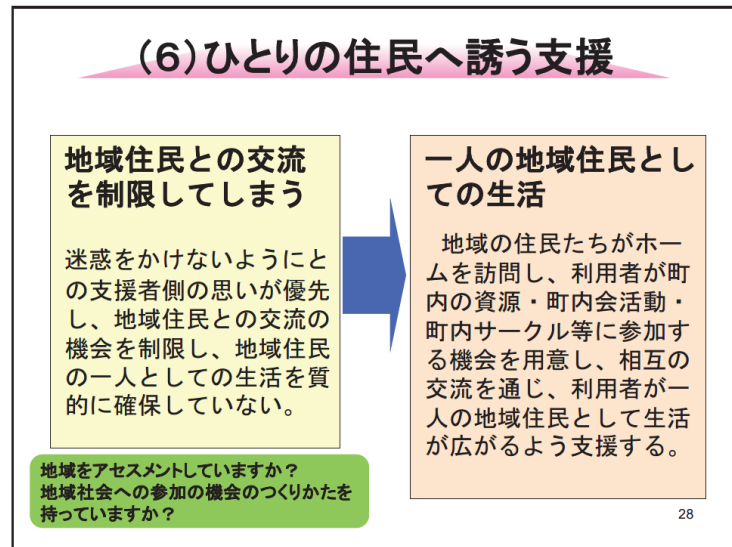
生活モデルを作ろう。自立訓練で見極めは出来る……表情から意思を汲み取れる。そのノウハウをどう活かすかが支援者の力量。あきらめず始めてみないと分からない。

あきらめず始めてみないと分からない。

⑥ひとりの住民へ誘う支援

これまでは、迷惑をかけないようにとの支援者側の思いが優先し、地域住民との交流の機会を制限し、地域住民の一人としての生活を質的に確保できていなかったのではないかと。

地域の住民たちがホームを訪問し、利用者が町内の資源・町内会活動・町内サークル等に参加する機会を用意し、相互の交流を通じ、利用者が一人の地域住民として生活が広がるよう支援する。



(5)就労分野

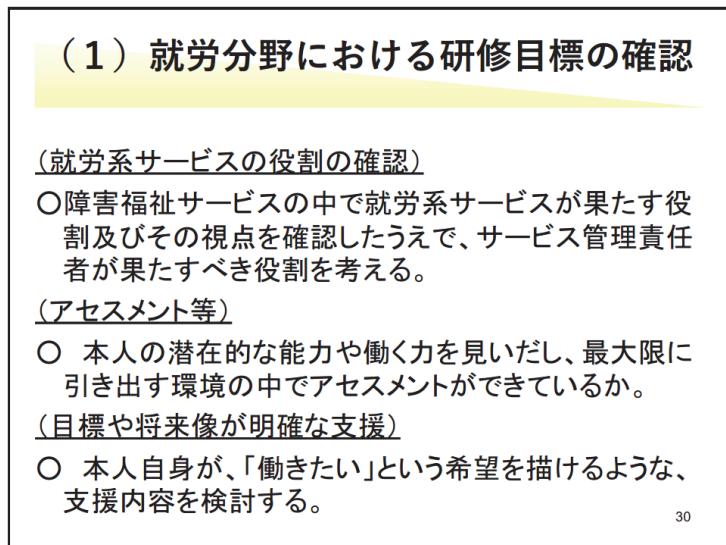
①就労分野における研修目標の確認

就労分野における研修目標の確認をしておく。

就労系サービスの役割について、障害福祉サービスの中で就労系サービスが果たす役割及びその視点を確認したうえで、サービス管理責任者が果たすべき役割を考える。

アセスメント等について、本人の潜在的な能力や働く力を見だし、最大限に引き出す環境の中でアセスメントができているか。

目標や将来像が明確な支援について、本人自身が、「働きたい」という希望を描けるような、支援内容を検討する。



「働く」ための支援－さまざまな働き方

	事業名	内 容 ・ 位置づけ
訓練等給付	就労移行支援	有期限(2年)、企業への就労をめざす 生産活動、職場体験、その他活動の機会の提供 知識および能力の向上のための訓練、求職活動支援、職場開拓、職場定着支援
	就労継続支援 A型	雇用契約に基づく継続的な就労支援 生産活動、その他活動の機会の提供 知識及び能力の向上のために必要な訓練
	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な障害者 <u>生産活動、その他活動の機会の提供</u> 、その他就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練
介護給付	生活介護	入浴、排泄、食事等の介護、創作的活動、 生産活動の機会の提供 等を通じた身体機能または生産能力の向上
地域生活支援事業	地域活動支援センター	創作的活動または 生産活動の機会の提供 、社会との交流の促進その他の厚生労働省令で定める便宜を供与

・サービス提供の事前準備

- ①地域のニーズ確認…地域の福祉計画等により、ニーズを把握する
- ②事業所の方針・事業計画の確認…経営者の方針、中・長期の事業計画を十分に理解する
- ③サービス管理責任者としての重点目標の設定
…事業計画の中から、優先順位をつけ自己の目標を決める
 - 1)目標設定の理由
 - 2)いつまでに
 - 3)どのように
- ④ひとり一人の支援者が個別の目標を設定できるようサポート
 - 1)目標設定の理由
 - 2)いつまでに
 - 3)どのように

・就労分野におけるサービス管理とは

就労分野における良いサービス、質の高いサービスとは何か？

就労はサービスの結果（成果）が数値化されやすい？

就労移行支援事業 — 就職率 ○○%

就労継続支援事業（A型・B型） — 工賃 ○○○○円

一定の年齢になったら、「働く」ことが当たり前になっているか

「子は学び、大人は働く」という価値観

働くことの意味を考える

社会の中の役割を担うという意味、確認
地域で雇用を創る

②サービス管理責任者の役割

サービス管理責任者の役割 その1 「つなぐ」

・児童、地域生活(知的・精神)、地域生活(身体)、就労、介護の5分野があるが、障害の種別を超えて、分野を超えて、共通の人間観をもつことが大切であり、同じプラットフォームに立ってこそその連携である。

サービス管理責任者の役割 その2 「知る」

1. 本人を知る

本人や本人を取り巻く生活環境要因をアセスメント

→「働きたい」という思いに寄り添った
個別支援計画

2. 仕事を知る

仕事、企業、雇用状況、産業動向、経済状況、社会状況をふまえたうえでのサービス提供

③サービス提供の視点


就労分野におけるサービス提供の視点としては、潜在的な能力や働く力を見だし、最大限に引き出す環境を整えているか、社会経済活動の一員としての自覚や誇りがもてる労働のあり方を提供しているか、施設外支援及び施設内での支援において社会経済活動に主体的に参加できる労働環境を提供しているかが重要である。

(2) サービス管理責任者の役割

・児童、地域生活(知的・精神)、地域生活(身体)、就労、介護の5分野があるが...

○ 障害の種別を超えて、分野を超えて、共通の人間観をもつことが大切

○ 同じプラットフォームに立ってこそその連携

サービス管理責任者の役割  「つなぐ」

34

(2) -2 就労分野におけるサービス管理責任者の役割


1. 本人を知る

本人や本人を取り巻く生活環境要因をアセスメント

→「働きたい」という思いに寄り添った
個別支援計画

2. 仕事を知る

仕事、企業、雇用状況、産業動向、経済状況、社会状況をふまえたうえでのサービス提供

サービス管理責任者の役割  「知る」

35

(3) サービス提供の視点

・潜在的な能力や働く力を見だし、最大限に引き出す環境を整えているか

・社会経済活動の一員としての自覚や誇りがもてる労働のあり方を提供しているか

・施設外支援及び施設内での支援において社会経済活動に主体的に参加できる労働環境を提供しているか

36

④働くことを考える—障害のある人の雇用、労働

障害のある人の雇用、労働を考えてみる。

仕事に人を合わせるのではなく、人に仕事を合わせるという意識を持つこと。障害特性を踏まえて、適材適所、環境を作っていくという考え方を持つこと。能力主義・効率主義を超える何かをどう創造していくかという意識を持つこと等が重要である。

F社の代表取締役の言葉を紹介する。

障害のある人とともに働くことで「気遣い・配慮」の気持ちが生まれ、それがお客様に還元されている。「人に対する思いやり」「一緒にやろう」という姿勢が生まれた。効率を超えた何かが生まれたのだと思います。

福祉サービスにおいて労働の場を提供する意味、役割とは何か、本人のもつ力を最大限発揮できる労働のあり方とは何か、考えていく姿勢を持つことが重要である。

「本人や地域のニーズ」と「支援者の思い・スキル」と「経営・収益力」との接点に「障害者の就労のチャンス」が生まれる。

本人も会社もお互い WIN-WIN の関係となるのが就労ということであるので、それが実現できるような支援者の力量が求められる。

就労系サービスの役割をまとめると以下の点が挙げられる。

- ・「働くこと」を通して、成長することを支援
 - ・「働くこと」により経済的安定を図ることができるよう支援
 - ・「働くこと」を通して、社会の一員としての役割を果たし、多くの他者とのつながりをもてるよう支援
- サービス管理責任者は自事業所がこれらの役割を果たしているかを常にチェックすることが求められる。

(4) 働くことを考える—障害のある人の雇用、労働

- ・ 人に仕事を合わせるのか、仕事に人を合わせるのか
- ・ 適材適所という考え方／環境を作っていくという考え方
- ・ 能力主義・効率主義を超える何かをどう創造していくか

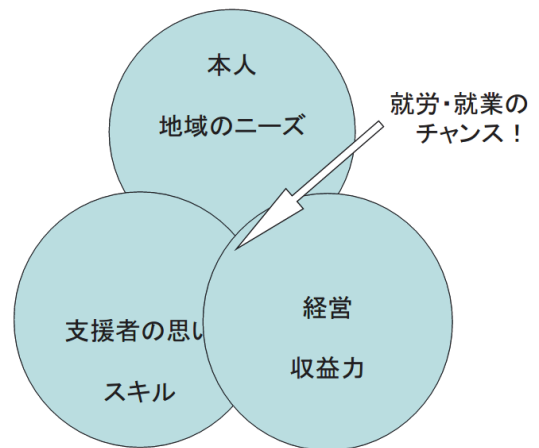
事業主の言葉より

「当社でも障害を持った方々が一緒に働くようになって、サービスが向上したと言われる。障害を持った方と一緒に仕事をすると、同僚・店長が気遣いをする。その気遣いというのは、本来障害を持った方だけに向けたものではなくて、職場の全員に向けたものであり、そもそもお客様に向けたべきものだ。障害を持った方の雇用を通じて、各店舗で人に対する思いやりみたいなものや、一緒に仕事をしたいという姿勢が生まれたのではないかと思う。」

(職業安定広報2006.9月号 F社 代表取締役)

37

就労支援のチャンス



就労系サービスの役割

- ・ 「働くこと」を通して、成長することを支援
- ・ 「働くこと」により経済的安定を図ることができるよう支援
- ・ 「働くこと」を通して、社会の一員としての役割を果たし、多くの他者とのつながりをもてるよう支援



サービス管理責任者は自事業所が役割を果たしているかを常にチェック！

40