

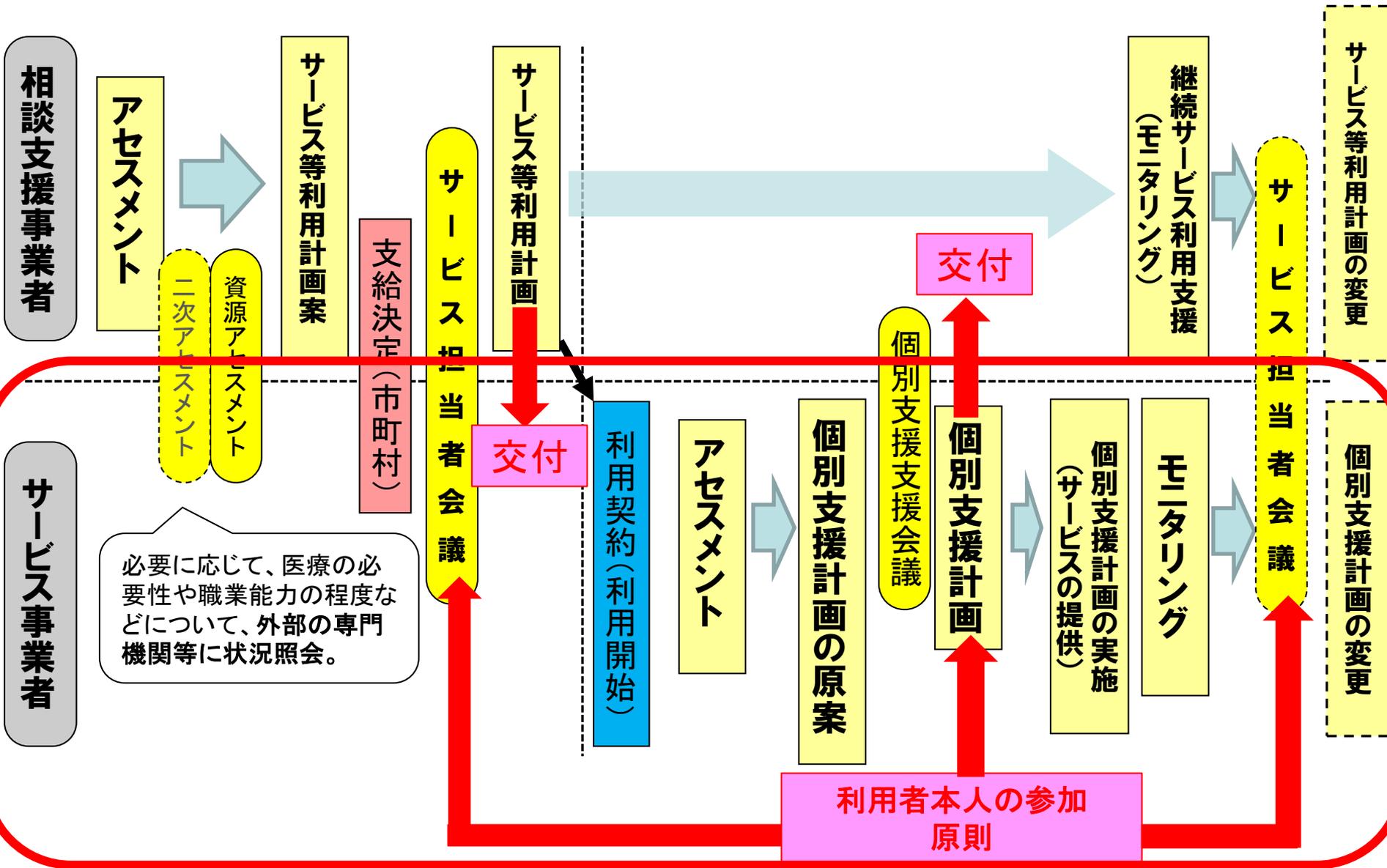
令和6年度福井県サービス管理責任者および 児童発達支援管理責任者基礎研修

【講義5】

「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、サービス管理責任者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』を一部抜粋・改変して使用しています。

指定特定相談支援事業者（計画作成担当）及び障害児相談支援事業者と 障害福祉サービス事業者の関係



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の**理解を深めるための手法と視点を習得**する。

【内容】

1. サービス提供における**利用者を主体としたアセスメント**の考え方やその手法についての講義（重度障害者への支援を基盤として講義を実施）
2. 障害種別や障害福祉サービスなど**各分野において異なる視点**についての講義

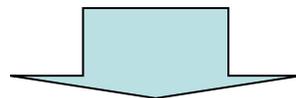
1 アセスメントの手法や考え方について
～重度障害者への支援を基盤として～
(生活介護、療養介護)

サービス提供の基本的姿勢

(サービス提供の基本姿勢)

①:利用者中心の考え方

○支援を必要とする人々は、種々のハンディによる困難を抱えているが、基本的には各種サービスを主体的に利用し、問題解決できる能力を有している。(エンパワメントの視点)



○福祉サービスの提供では、利用者に代わって課題を解決するのではなく、提供できる制度やその他の社会資源を紹介しながら、利用者がそれらを主体的に活用してその人らしい人生を歩めるように支援する。(エンパワメントを実践)



ご本人が
人生の主人公

②利用者ニーズの理解

1. 個別性・多様性がある

- ・一人ひとりの考え方や価値観、障がいの内容や程度、年齢、家族、介護の状況等の違いから利用者のニーズには個別性があり、多くの要因によって影響を受けている点で多様性がある。

2. 幅がある

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

3. 変化し発展する

- ・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、継続的に変化し発展する。

③事業所で提供するサービスの理解

<サービスの特徴>

1. 社会的支援策の一環である

- ・利用者のニーズに対応するため、支援目標を設定し、支援計画を策定した上で、チームにより支援に取り組む。

そしてPDCA (Plan・Do・Check・Action) のプロセスに基づき提供される社会的支援策の一環。

2. 個別性が高く多様性のある支援

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

3. ライフステージ、社会活動参加との関連が強い支援

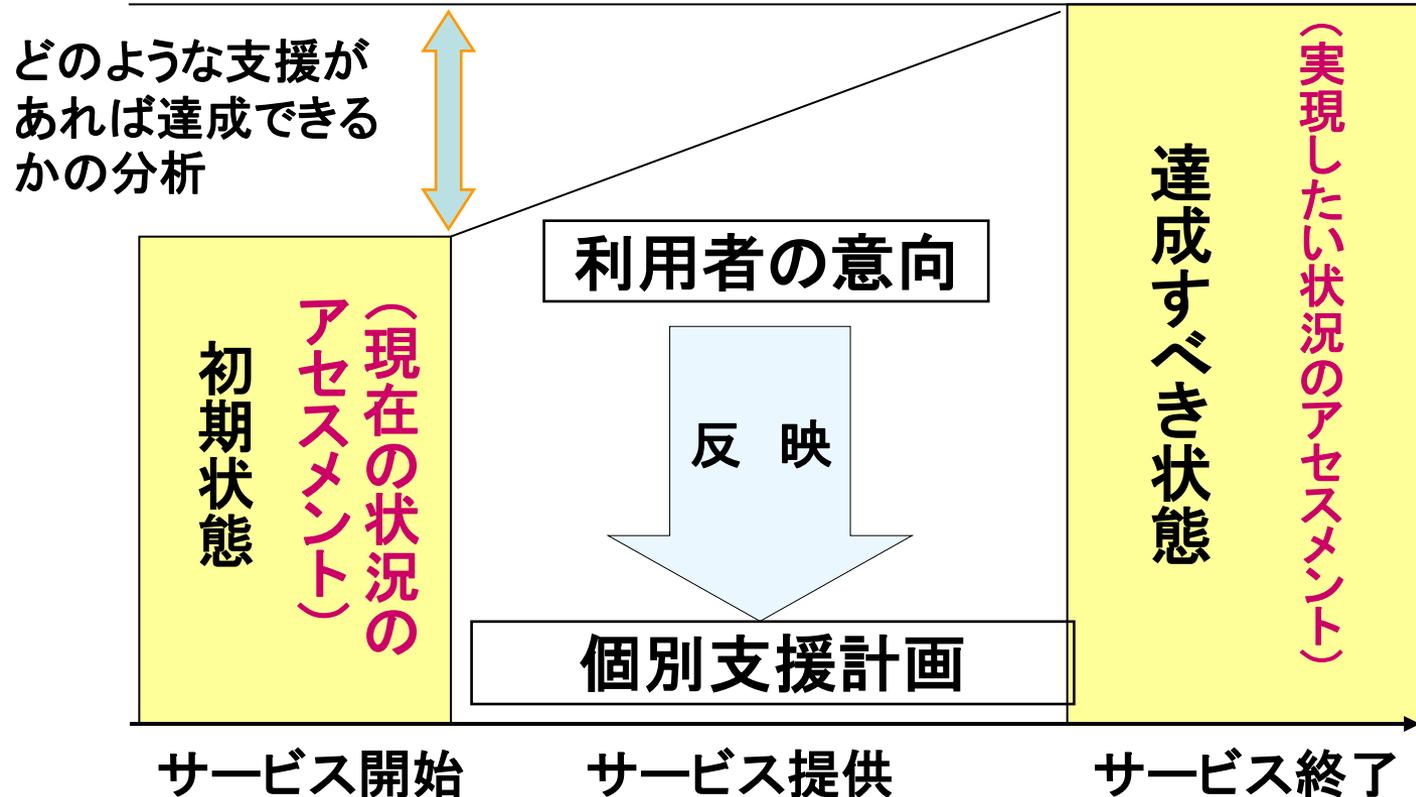
- ・利用者の価値観、人間性、社会的活動の内容等に直接触れる部分が多く、人間的な共感や信頼感、守秘義務等に特に配慮したサービスであり、専門職としての自覚に立った態度が求められる。

(サービス提供の基本姿勢)

④: 達成すべき状態の明確化

サービス管理責任者の役割

⇒ ニーズに基づいて利用者の望みを実現



違いを整理
してみると

サービスマニュアルの必要性(生活介護・療養介護)

○マニュアル
・サービスを
標準化するもの

相互に補完

○個別支援計画
・サービスを
個別化するもの

利用者満足「安心感」
サービス実践

どの職員も同じサービスを提供
してくれるという安心感

施設の選択・契約

職員満足「やりがい」
能力開発

経営満足
組織の維持発展

施設や在宅での利用者支援を工夫することが求められている

(例えば)

標準化していく ※

衣類の着脱介助

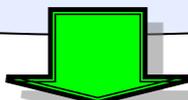
食事介助

入浴介助

歩行介助

ADLに関する基本的な
施設のサービスなど

標準化されたサービス
(マニュアル化)



地域の事業所への利用者対応の指針となる。

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

個人のニーズに
応じたサービス

個人のニーズに
応じたサービス

個人のニーズに
応じたサービス

個人のニーズに
応じたサービス

利用者のニーズに着目した
個別支援計画

支援マニュアル(案)書式例 (湘南セシリア)

記入日				更新日			
利用者氏名				記入者			
(I)食 事	食事	共通内容	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、朝・昼・晩の三食、美味しい食事を提供します。 ・楽しく食事を食べてもらうよう、必要に応じて食事に関する支援を実施します。 ・利用される方の嗜好を大事します。 				
	(1)食事の形態	①・主食	1・普通	2・特別な配慮	A・お粥		
					B・ミキサー食		C・その他
		留意内容					
	(2)支援の必要度	②副食	1・普通	2・特別な配慮	A・キザミ食		
		補足事項			B・ミキサー食		C・その他
	(2)支援の必要度	1・支援なし	2・見守り・声掛け支援	3・一部間接支援	4・一部直接支援	5・全支援	
留意内容							

利用者のニーズに着目した個別支援計画

本人ニーズ (具体的到達目標)	本人の役割	支援内容	支援期間 (頻度・時間等)	担当
食事はすべて食べないといけないと思って無理してしまう。 (「残したい」ことも伝えられるようになる)	嫌いなもの、お腹がいっぱいになった時には「残したい」こともカードで伝える。	<ul style="list-style-type: none"> ・テーブルに「のこしたい」のカードも置きます。 ・ご飯も食べるスピードが遅くなった時には、「残してもいいですよ」とお伝えします。 ・「のこしたい」カードも受け取ったときには、「分かりました。残しましょう。」とお伝えして、食器も片付けます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食、食事時間 ・6ヵ月 	食事担当者

～アセスメント力を高めるために～

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。」

⇒『プラン(手立て)』を考えるための
『アセスメント(見立て)』

「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。」

⇒『変化、更新し続けるもの』

私たちが関わっている皆さんは・・・

- ・ご自分の状況や状態に気づくことが難しい方
- ・日常生活で援助が必要な方
- ・集団で生活、活動していることが多い方
- ・周りに決められている経験が多い方
- ・言葉でのコミュニケーションが難しい方 ……など

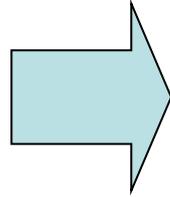
⇒気持ちを表す経験が少ない(ない)方



(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**身体面等の変化**や本人の持っている**力**を見逃すことはなかった？

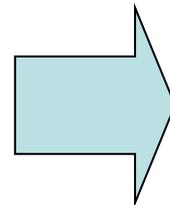


利用者の状態は常に変化しており、**生活全般において小さな変化も見逃さない観察力**を養うことが重要となる。

(2) 利用者の能力を伸ばす支援

今までは・・・

本人の行為や動作に時間がかかるため、職員が**待つことができず**、つい「**やってあげる**」支援になりがちであり、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？

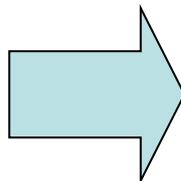


利用者の「**能力**」を把握し、**それを活かす環境**をつくることが重要。自分でやってみる経験のなかで「**さらに可能性が広がるよう**」な支援をする。

(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、集団としての生活リズムや活動内容が多く、お1人おひとりの**生きがいを実現する活動は軽視されがち**では？



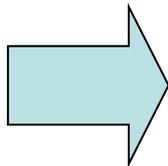
「作業がしたい」方への生産的活動、
「絵が好き」な方への文化的活動、
「体を動かしたい」方への趣味的活動など…

一人ひとりが**生きがいを感じられるような活動を創り**、思いを実現していく。

(4) 利用者のニーズに応じて**次の生活**を目指す

今までは…

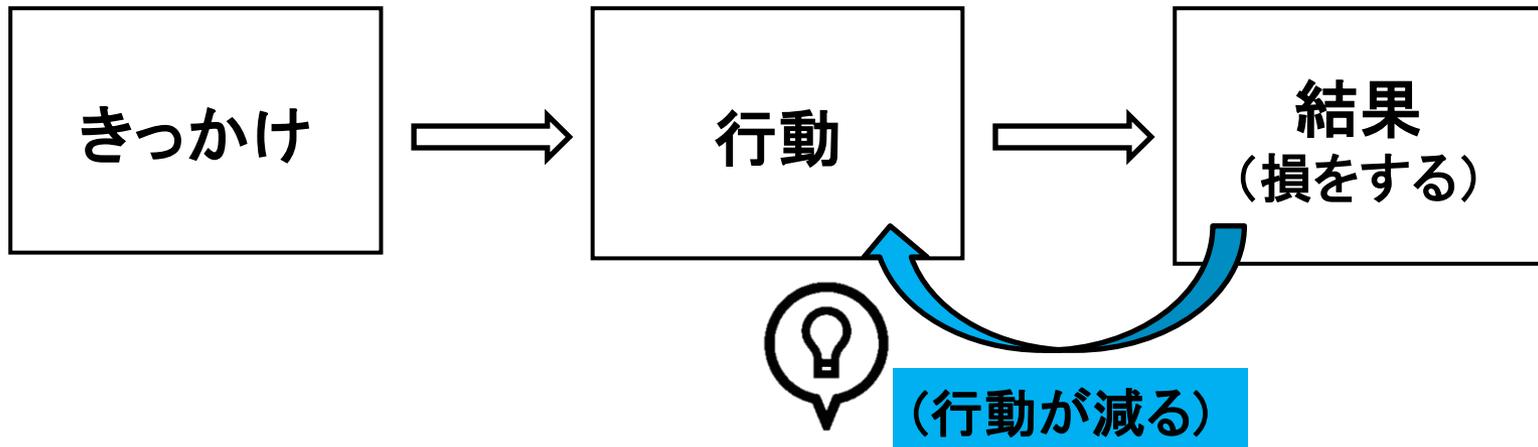
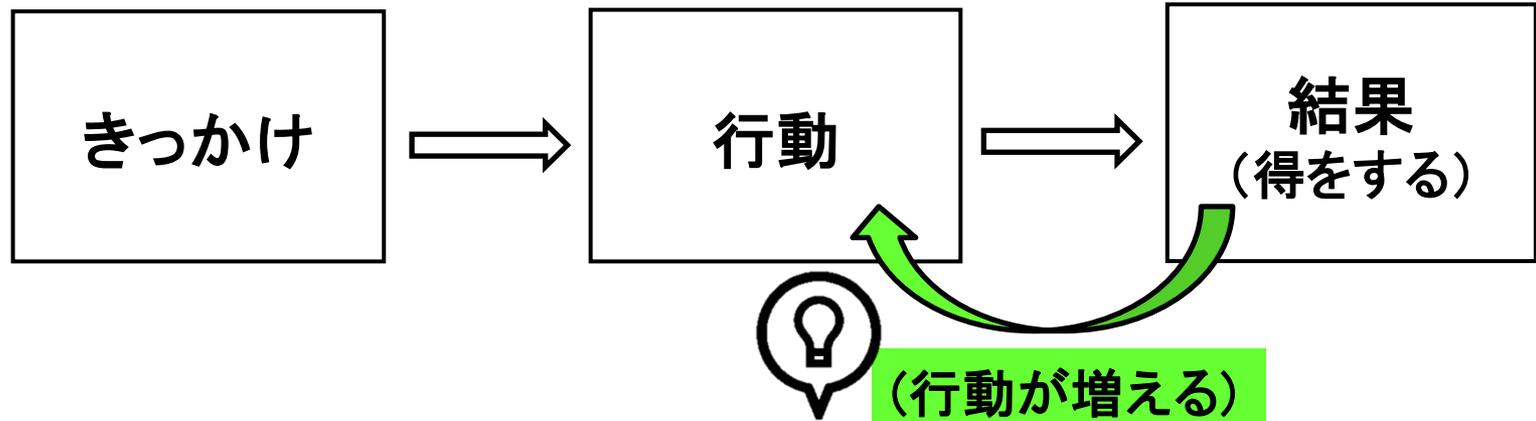
障がいが重いから地域生活への移行は難しい…、就労事業所は難しい…と、はじめから家族や支援者さえも**あきらめて**いるのでは？



利用者のニーズに応じ、生活介護から就労支援、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。

利用者の意欲を高め、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『**できるためにどうするか**』、支援のあり方を工夫する。

すべての行動には「理由」がある



行動することで獲得する結果が行動の「理由」

- (注目) 他者から注目されたい、関わってほしい
特別の(いつもと違う)関わりや注目がほしい…
- (要求) 何か物がほしい、興味のある活動をしたい
普通に頼むより早くもらいたい…
- (回避) 不安なことや嫌な場所から逃げたい、避けたい、やりたくない…
- (自己刺激) 刺激を入力したい(やると気持ちいい)、強いクセのようなもの

行動が起きない・停止してしまう「理由」

- ・何をしたらよいのか分からない
- ・期待されていることを理解することが難しい、難しくてできない
- ・先の予測をすることが難しい
- ・自分のやり方から抜け出すことが難しい ……………

アセスメントのポイント

その人を「知る」ために・・・

面談など



相互理解の場

- ・生活歴、家族状況、直面している課題、その対応、課題がもたらす不安や葛藤などをお聞きする
- ⇒『敬意』と『傾聴』が大前提（話して当たり前…ではない！）
- ⇒信頼関係の積み重ねが必要（ほんとの気持ちを聞かせてもらうには…）
- ⇒過去の経験はご本人の財産（課題のきっかけやご本人の強みがあるかも…）

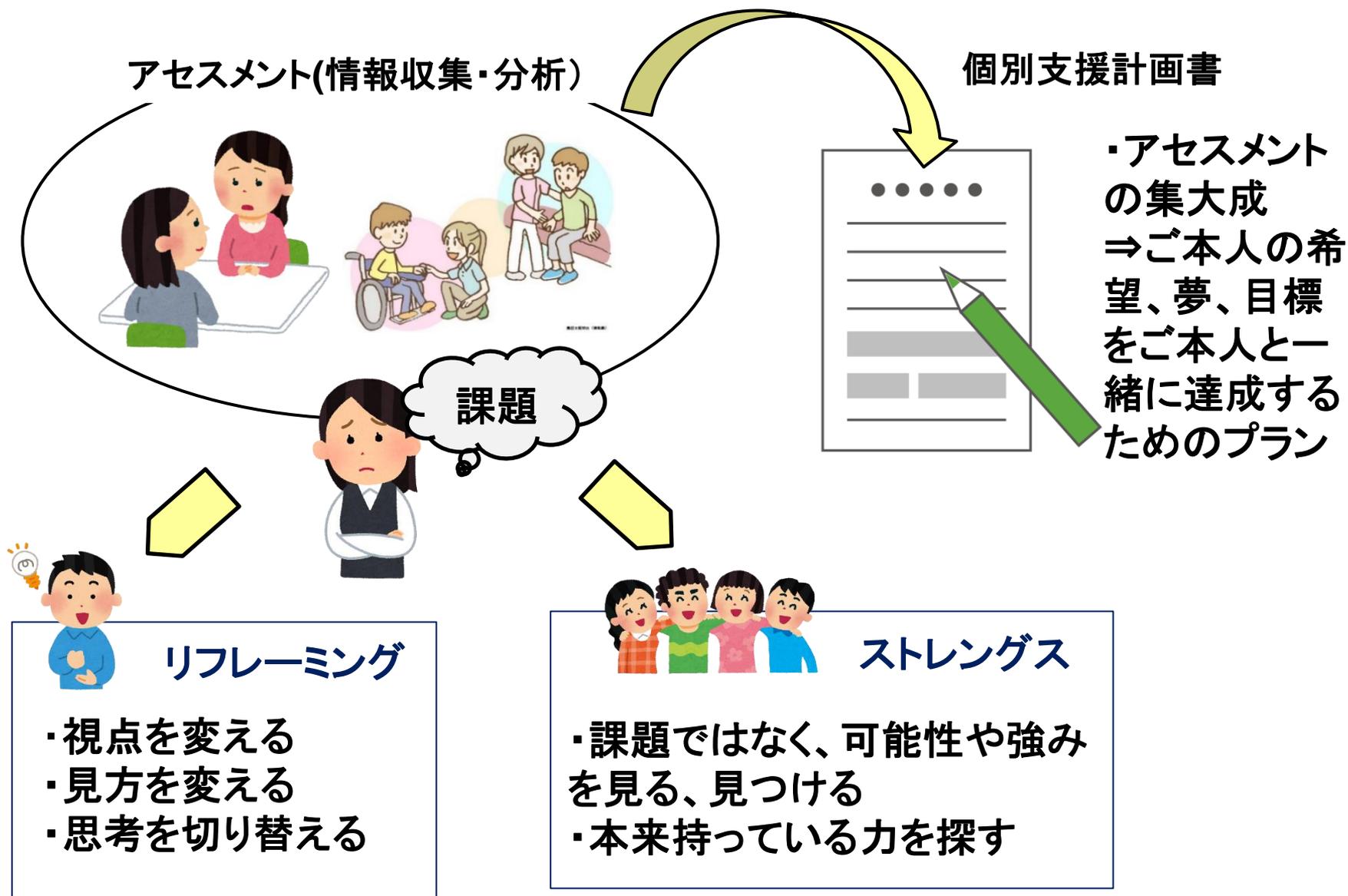
- ①アセスメントの過程は「資料の収集と分析」
- ②常に継続・連続している
- ③大事なものは、利用者をどのように見ているか
- ④関わりの中で、気づくこと・発見すること

日常場面



- ・行動、視線、表情、仕草、発声…などから、「意思」や「課題」を推測し続ける。
- ⇒「いつも」と「いつもと違う」ことに気づくチカラ（観察力と気づき）
- ⇒「もしかしてこう感じてる？」と推測するチカラ（想像力）
- ⇒「どんな反応？」と対応を振り返るチカラ（実践力と観察力）

アセスメントは計画の『根拠』



アセスメント留意点①

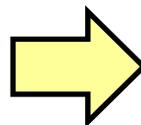
(生活介護・療養介護)



障がい
が
重い
方
だ
か
ら...

- ・ADLなど『できないこと』に目が向く
- ・課題となる行動など『困ったこと』に目が向く
- ・リスクマネジメントを優先する
- ・ご本人が決めるのは難しいと思いつ込む
- ・集団という枠で見る

なりがちな考え



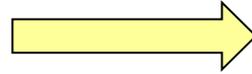
障がい
が
重
く
て
も...

- ・できること、できそうなこと...『**ストレングス**』を見つける
- ・困ったことの中にある可能性を見つけるための『**リフレーミング**』を意識する
- ・安全を保障しながら『**できる工夫**』を考える
- ・日常生活のなかで『**選ぶ**』『**決める**』**経験**を提供する
- ・『**個人**』『**ひとりの人**』の集まりが**集団**であると考え

視点の切り替え

施設入所の皆さんは...

施設での生活が長くなると...



【環境要因】

・限られた空間や人間関係のなかで、長期間生活している

⇒環境から受ける刺激が少ない

・地域生活をしている人と比べて、地域との接点が少ない

⇒取り巻く世界が狭い

【本人の状況】

・体験、経験の場面や刺激が少ない

⇒本来持っている力が弱まる可能性が高い

・支援者の意識や関心が薄い

⇒ストレングス視点での支援を受ける機会が少ない

このような可能性が...



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

アセスメント留意点②

(意思決定支援)

誰にでも
意思がある

障がいが重くても「意思」があり、
「自分で決める」ことができる



- 意思表現、表出のカタチは？
- 意思のどの段階をどのように支援していくのか？

意思決定支援

意思表示、表出のカタチ

☆意思疎通の取り方を確認

- **言語的**なコミュニケーション
- 本人の**独特**なコミュニケーション
- **非言語的**なコミュニケーション
(表情、視線、動作、行動など…)



☆利用者の訴えを汲み取れるかどうか…
⇒ニーズ把握の分かれ道



大事で必要なのは
『気づき』



意思決定支援の定義 ～意思決定支援ガイドラインより～

Ⅱ. 総論

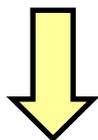
1. 意思決定支援の定義

本ガイドラインにおける意思決定支援は、**障害者への支援の原則は自己決定の尊重であることを前提**として、自ら意思を決定することが困難な障害者に対する支援を意思決定支援として次のように定義する。

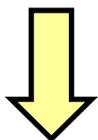
意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、**可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。**

意思決定の構造

●意思形成支援(思いを育む支援)



●意思表示支援(思いを伝える支援)



●意思実現支援(思いを叶える支援)



意思決定を構成する要素 ～意思決定支援ガイドラインより～

Ⅱ. 総論

2. 意思決定を構成する要素

(1) 本人の判断能力

本人の障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、**本人の判断能力の程度についての慎重なアセスメントが重要となる。**



「どんなことを」
「どんなふうに」
「どこまで」
理解して決めることが出来るのか...

意思決定を構成する要素 ～意思決定支援ガイドラインより～

(2) 意思決定が必要な場面

日常生活における場面

例えば、食事、衣服の選択、外出、排せつ、整容、入浴等基本的な生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面が考えられる。

日頃から本人の生活に関わる職員が場面に応じて即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。

意思を尊重された生活体験の積み重ねが、意思を伝えようとする意欲に繋がる。

社会生活における場面

自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームに住まいを替えたり、グループホームの生活から一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられる。

体験の機会の活用を含め、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に関係者等が集まり、判断の根拠を明確にしなが、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要がある。

「小さな意思決定」の積み重ね



「大きな意思決定」に繋がる

意思決定を構成する要素 ～意思決定支援ガイドラインより～

(3) 人的・物理的環境による影響

意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響等を受ける。

人的環境

(支援者の態度)

- ・意思を尊重しているか
- ・安心感があるか
- ・丁寧か

(支援者との信頼関係)

- ・信頼関係の構築

(立ち会う人との関係性)

- ・心情、遠慮への配慮

物理的環境

・初めての場所や慣れていない場所では、普段通りの表現ができな
いかも⇒日頃のアセスメントが
いける場面

・緊張や混乱を排除できているか

・ゆとりをもった時間設定か

・体験利用や経験ができているか

意思決定支援の基本的原則 ～意思決定支援ガイドラインより～

(1) 自己決定の尊重に基づいた支援

- ・情報の説明は理解ができる工夫を...
- ・意思確認をするためのあらゆる工夫

(3) 意思と選好の推定

- ・どうしても困難な場合に、複数の関係者で実施
- ・表情、感情、行動+これまでの生活史、人間関係など様々な情報



(2) 意思決定の結果や選択を尊重する姿勢

- ・支援者の価値観から不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しない場合は、その選択を尊重する
- ・不利益やリスクの予測と対応(リスク管理>意思決定)にならない工夫)

最善の利益の判断

～意思決定支援ガイドラインより～

- (1) メリット・デメリットの検討
- (2) 相反する選択肢の両立
- (3) 自由の制限の最小化

事業者以外の視点からの検討
成年後見人等の権限との関係

～意思決定支援ガイドラインより～



意思決定支援の枠組み

～意思決定支援ガイドラインより～



- 意思決定支援責任者の配置
＝サビ児管が兼務
- 意思決定支援会議の開催
＝個別支援会議（※ご本人参加が原則）
- 意思決定支援計画書の作成とサービス提供
＝相談支援事業者への個別支援計画交付が義務化
- モニタリングと評価及び見直し

障害者の意思決定支援を推進するための方策

意思決定支援の推進（運営基準への位置づけ）

障害者の意思決定支援を推進するため、「障害福祉サービス等の提供に当たっての意思決定支援ガイドライン」を踏まえ、相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準において、以下の規定を追加する。

【取扱方針】

- 事業者は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の意思決定の支援に配慮するよう努めなければならない。

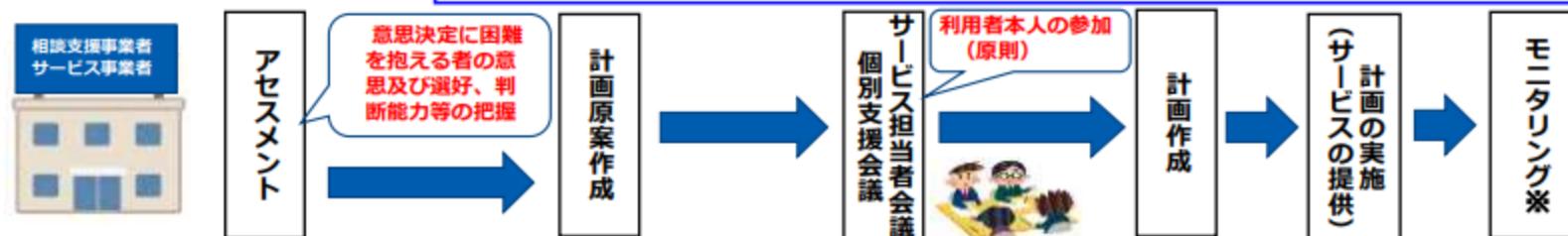
【サービス等利用計画・個別支援計画の作成等】

- 利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容の検討をしなければならない。
 - 利用者の希望する生活や課題等の把握（アセスメント）に当たり、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に意思決定支援を行うため、当該利用者の意思及び選好並びに判断能力等について丁寧に把握しなければならない。
 - 相談支援専門員やサービス管理責任者が行うサービス担当者会議・個別支援会議について、利用者本人が参加するものとし、当該利用者の生活に対する意向等を改めて確認する。
- ※ 障害児者の状況を踏まえたサービス等利用計画・障害児支援計画の作成を推進する観点から、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者が作成した個別支援計画について相談支援事業者への交付を義務付け。

【サービス管理責任者の責務】

- サービス管理責任者は、利用者の自己決定の尊重を原則とした上で、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に利用者への意思決定支援が行われるよう努めなければならない。
- ※ 障害児通所支援、障害児入所施設についても、障害児及びその保護者の意思の尊重の観点から、上記に準じた規定を追加。

（参考）障害者の意思決定支援のプロセス 相談支援専門員・サービス管理責任者が、利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、計画を検討



※相談支援専門員によるモニタリングについて、地域移行に向けた意思決定支援や重度の障害等のため頻回な関わりが必要な者は標準より短い期間で設定が望ましい旨例示

意思決定支援ガイドライン

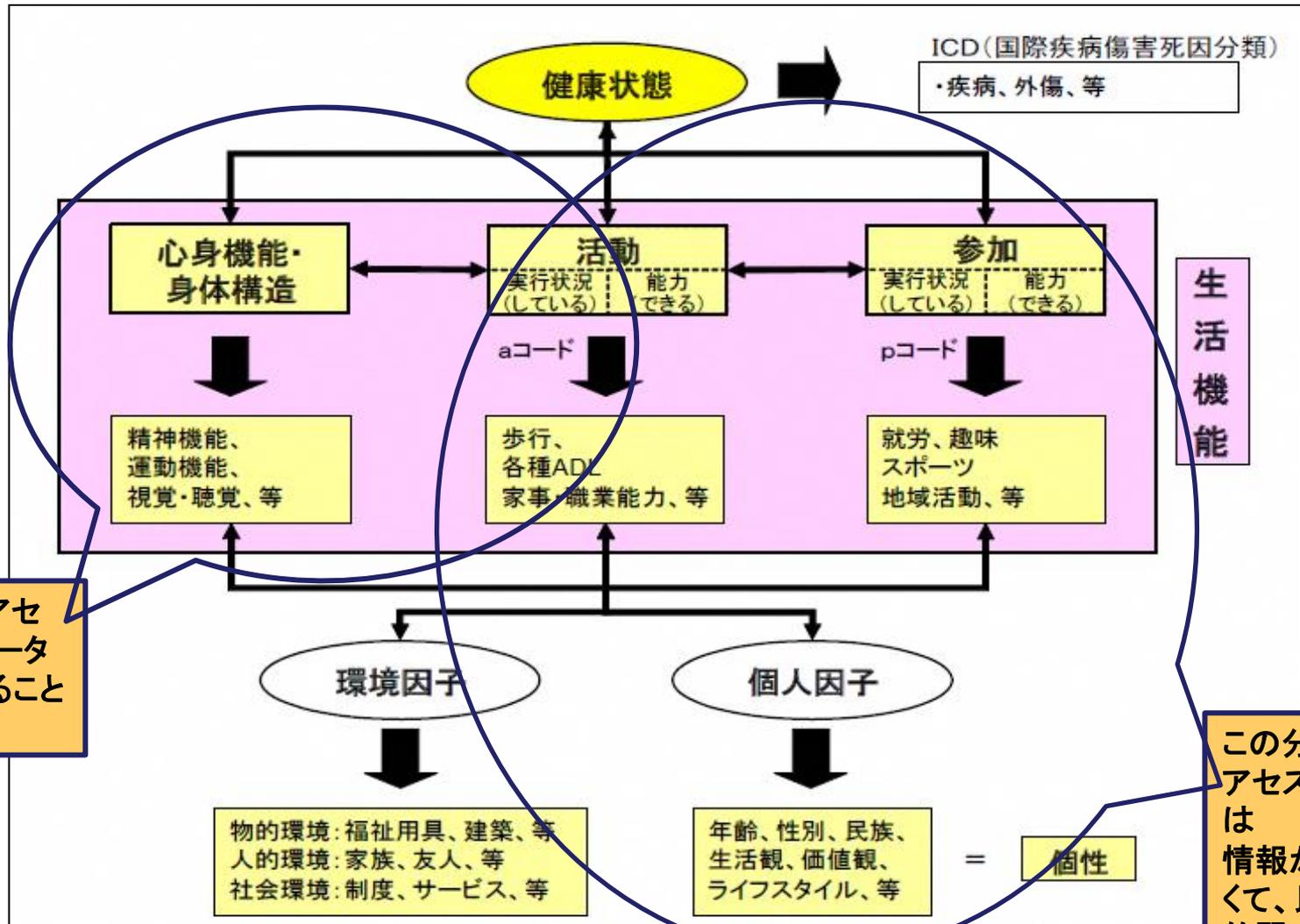
他にも...



- 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮
- 意思決定支援の根拠となる記録の作成
- 職員の知識・技術の向上
- 関係者、関係機関との連携
- 本人と家族に対する説明責任

アセスメント留意点③

(ICFの視点から)



この分野のアセスメントのデータは記録にあることが多い

この分野のアセスメントは情報が少なく、比較的弱い...

アセスメントツールを使って...

参考

本人が得意なこと・支援してくれる環境

本人の趣味・楽しみにしていること・外出先等

(支援の必要性)

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

アセスメントツールを使ってニーズを整理 (本人を知るための地図)

- ・状態像の「明確化」「見える化」
- ・資料の収集と分析

・相談支援記録・アセスメント表など聞き取った様々な情報が、トータルの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、計画策定に至ってしまう。

こうならないために...

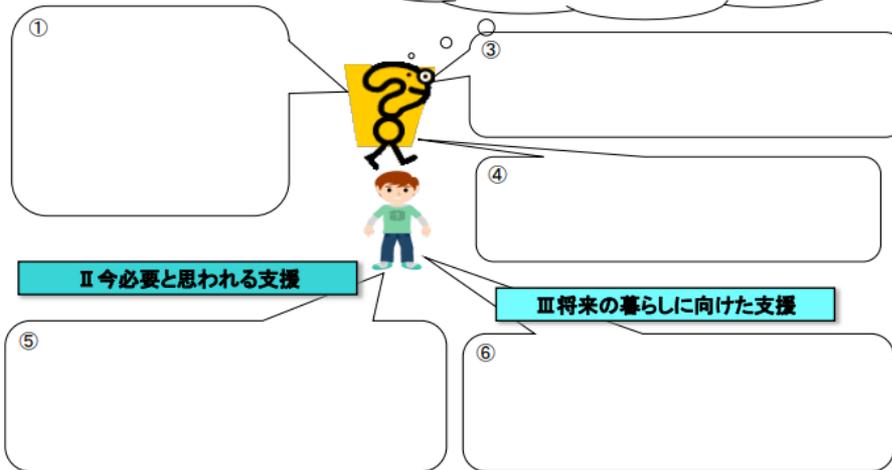
本人の目線で様々な情報を項目ごとに地図に整理、確認することで「支援者側の思い込み、間違った利用者像」を作ることが予防できる

資料2

ツールを使ってニーズを整理する。本人を知るための地図

I 現在状況の整理(アセスメント情報を整理)

②別紙、私自身のストレングスに記載



本人を知るための地図

大事な視点は「I・アイ」

(1) 現在状況の整理(アセスメント情報を整理)

① 私は、今までこんな生活をしてきました。生き方をしてきました。
※育成歴・職歴などから事実を記載

③ 私の不安・気にしていることは？
困っていること、その要因は？

② 私は今このような環境で生活しています(してきました)。
※家族歴・本人を取り巻く環境から事実を記載



④ 私自身が持っている力、得意なこと、可能性

(2) 今、必要と思われる支援

⑤ 私は、〇〇で暮らしたいです。私の今の願い、希望は〇〇です。今、私は〇〇をやりたいです。
※本人の言動等を確認...本人の言葉。発語が十分でない人は、願いや希望が読み取れそうな行動を記載

(3) 将来の暮らしに向けた支援

⑥ ☆私の将来の夢、希望は〇〇です。私は〇年後こんな暮らしをしたいです。
※今の暮らしと希望する暮らしにギャップはないか中長期的な暮らしの目標

アセスメントツールを使ってニーズを整理 (ニーズ整理表)

- ・必要な支援の整理
- ・個別支援計画の根拠

・本人を知る地図などを利用して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」に対してどのような支援が必要なのか「支援の根拠」を整理する

記入様式1

ニーズ整理表

利用者名 _____ さん

〇〇さんが望むこと・希望など	〇〇さんのストレス

ニーズ	現在状況の確認 (利用者の意欲 ストレス)	ニーズに応えるための支援 (気になることの解決案)	ニーズを満たすための目標 (当面のゴール)



ニーズ整理表

利用者名

さん

〇〇さんの願い・希望など

・私は、働く訓練をして、一般企業で仕事をしたい。

〇〇さんのストレングス

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

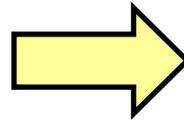
本人の 願い・希望	現在状況の確認 (本人のストレングス)	願い・希望に応えるために 必要なこと	願い・希望を満たすための目標
①働く訓練を したい	・働くことの力は 十分ある。 ・本人の意欲もある。	①生活リズム(規則正 しい生活が継続)を 作ろう。	①仕事につくため、毎日通所 が出来るようになるろう。
②企業で仕事 をしたい		②通所先を含め、ど んな仕事を希望して いるか支援スタッフ と考える。	②どのような仕事が適してい るかを探る。

アセスメントの視点を変える必要性

医学モデル

- ・課題・機能面を中心に
見立てる
- ・障害の原因・本人の課
題など「出来ないこと」
に注目する

ご本人の一部分で
あるという意識



社会モデル

- ・生活を送るうえでの全
般的なニーズ
- ・本来持っているチカラ
に着目する

- ☆生活を送るうえでその人らしい
生活や本来持っている力が発
揮できない**障害因子を取り除く
支援**
- ☆**生活全般の質向上に向けた支
援に向けた視点の転換**

- ・利用者の今の姿の分析と、将来の姿を想定した支援の組み立てを行う。
- ・事業所で、共通・標準化できるADL等の介護は、標準マニュアル化する。

「本人不在」にしないために...

～津久井やまゆり園の取り組み～

障害者関連施策と津久井やまゆり園利用者の意思決定支援について

年度	障害者総合支援法関係	その他障害者関連施策の動き
H15年度(2003)	「支援費制度」の施行（措置から契約の転換） （利用者がサービス選択できる仕組み）	
H18年度(2006)	「障害者自立支援法」施行 （3障害共通、地域生活を支援）	国連総会本会議で「障害者権利条約」が採択
H19年度(2007)		「障害者権利条約」への署名
H23年度(2011)		「障害者虐待防止法」成立（H24.10施行） 「障害者基本法改正法」施行（共生社会の実現）
H25年度(2013)	「障害者総合支援法」施行 （地域社会における共生社会の実現・難病等を対象） ※基本理念の追加 ※3年後の見直しの一つとして、「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」が規定され、ガイドラインについても言及	「障害者差別解消法」成立（H28.4施行） 「障害者権利条約」を批准
H28年度(2016)	3月：「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」策定	4月：「障害者差別解消法」施行 7月：津久井やまゆり園事件発生 1月：再生に向けた基本的な考え方を公表、ヒアリング実施 2月：再生基本構想に関する部会設置
H29年度(2017)		10月：再生基本構想策定

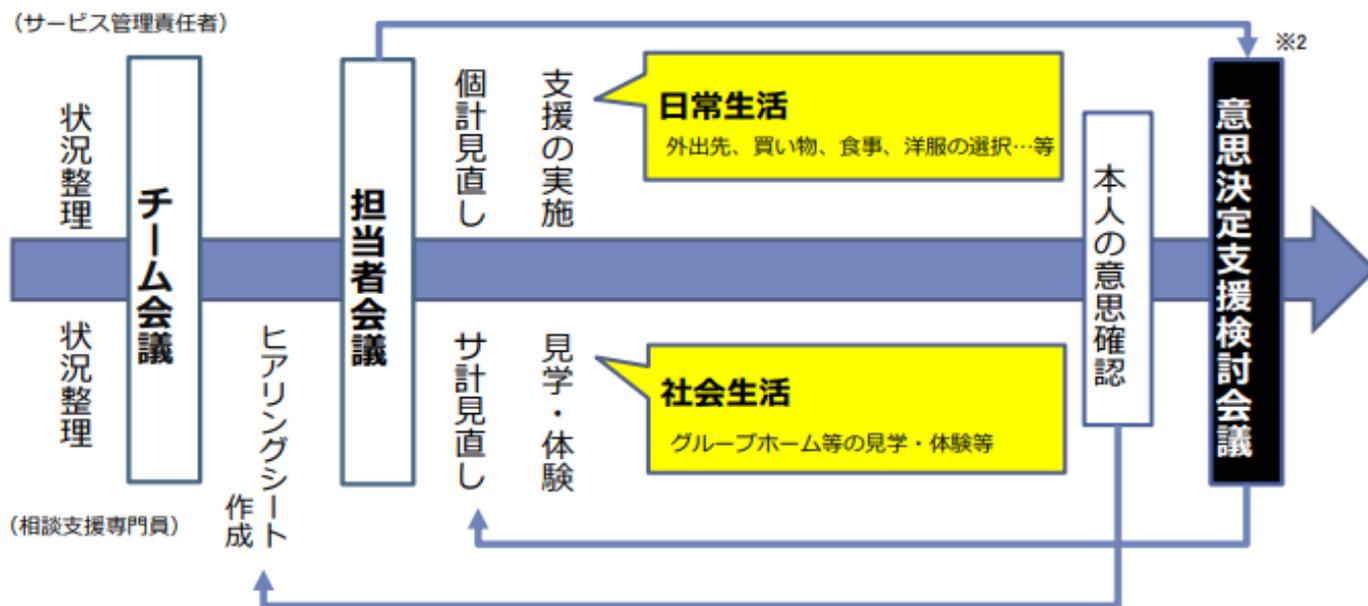
○ 一人ひとりが大切にされ、どこで誰と生活するか選択の機会が確保されていること、そして、本人の選択の結果を尊重し、可能な限り身近な場所で、日常生活又は社会生活を営むために必要な支援を受けられることが重要
(津久井やまゆり園再生基本構想/総合支援法一部引用)

令和2年6月 神奈川県福祉子どもみらい局共生社会推進課
津久井やまゆり園利用者に係る 意思決定支援の今後の進め方 より

これまでの取り組み

平成29年度から、全ての利用者を対象に、
意思決定支援チーム※¹で、このプロセスを丁寧に繰り返している。

【意思決定支援のプロセス】



※1 意思決定支援チーム：相談支援専門員、サービス管理責任者、園職員、市町村・県職員等で構成するチーム

※2 意思決定支援検討会議：上記に加え、本人・家族、意思決定支援専門アドバイザーが参加し、本人の意思を確認する会議。

まとめ

障がいの重い方の状況

- ・ご自分の状況や状態に気づくことが難しい
- ・日常生活で援助が必要な
- ・集団で生活、活動していることが多い
- ・周りに決められている経験が多い
- ・言葉でのコミュニケーションが難しい

だから

- ・生き方や暮らし方のイメージをもって、プランを自分で決めて自分で実行することって難しい(できない)のでは…
- ・ご本人のチカラがあっても、体験・経験の場面や刺激が少ないのでは…
- ・障害、疾病によってパワレスな状態となっている可能性があるのでは…
- ・具体的に希望や夢を上手く示せる人は少ないのでは…

だからこそ…

支援者が持っていたい視点

☆従来持つてる力や可能性を引き出すアセスメント力

☆このような状況の方々に対して、生き方や暮らし方のお手伝い(支援)をするのが我々の専門的な仕事

☆究極は利用者が「よりよい生き方・暮らし方をするための支援を形にしたもの」が個別支援計画



目の前にいる「ひとり」を知る努力

知ることへの感謝と敬意