

# **【講義】**

## **サービス提供事業所の 利用者主体のアセスメントについて**

# 【第1分野：介護】

## 第1分野における利用者主体の アセスメントについて

～重度障害者への支援を基盤として～  
(生活介護、療養介護)



**アセスメントは・・・**

**「支援の方向性・計画を作るための根拠として重要である。」**

**「支援現場においては、利用者との関わりを通じ、アセスメントは、常に連続・継続している。」**

# サービス提供の基本的姿勢

ちょっと  
頭の中を  
整理

## 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

施設や在宅での利用者の支援を図っていくことが求められている

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

利用者満足「安心感」  
サービス実践

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

# (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)

地域の事業所へ利用者の関わり方の指針となる。

※ 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

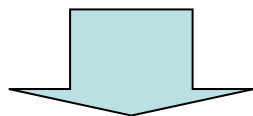
個人のニーズに応じたサービス

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

## (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、基本的にはそのサービスを主体的に利用し、問題解決できる能力を有している。(エンパワメントの視点)



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

# (サービス提供の基本姿勢)②利用者のニーズの理解

## 1. 個別性・多様性がある

- ・障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。

## (サービス提供の基本姿勢)③事業所で提供するサービスの理解

### <サービスの特徴>

#### 1. 社会的支援策の一環である

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

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である。

#### 2. 個別性が高く多様性のある支援

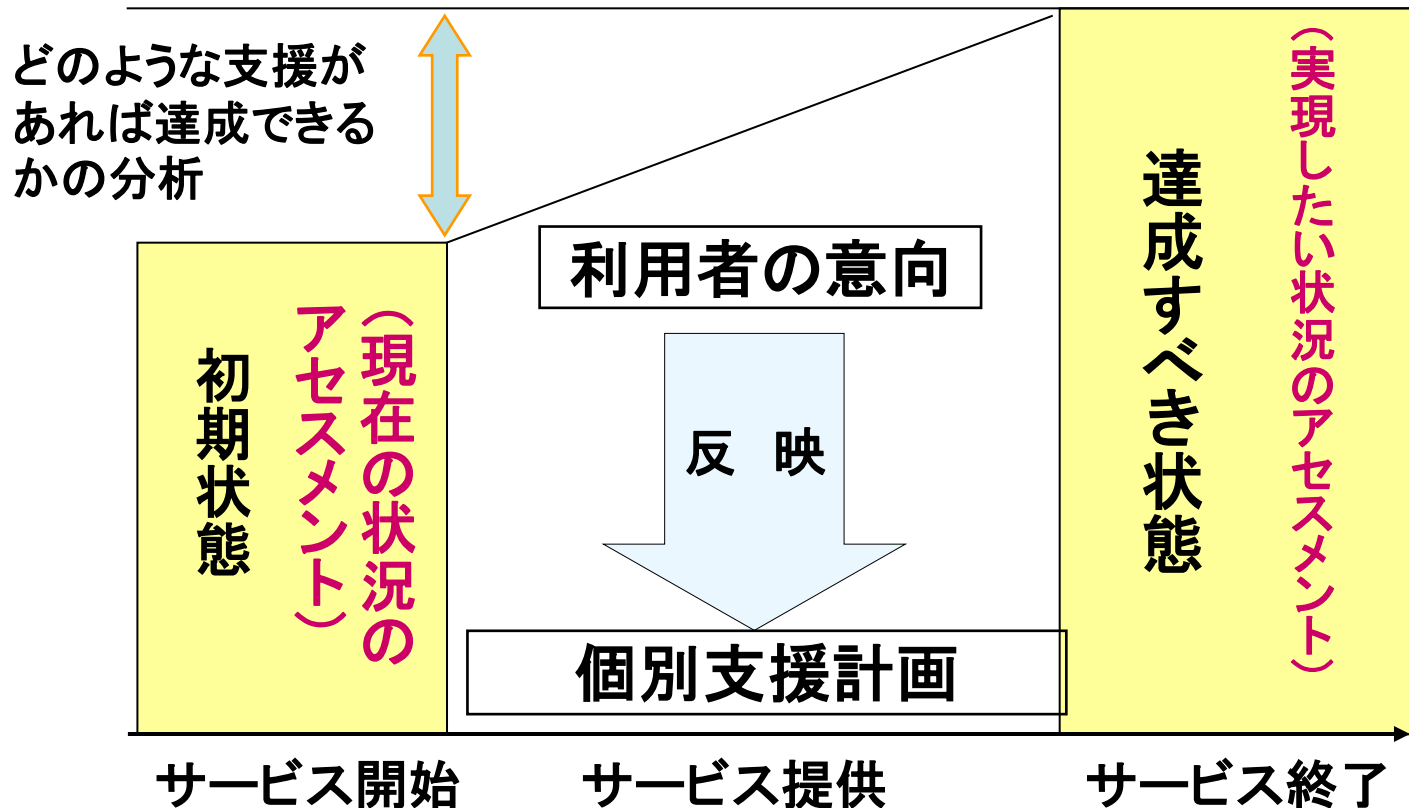
- ・利用者一人ひとりの心身の状況(障害等)、ニーズ、思い、家族関係、社会活動への参加意欲、人間関係での価値観等に十分配慮した個別性が高く多様性のある支援である。

#### 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

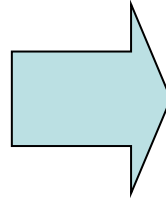
## サービス管理責任者の役割・・・ニーズに基づいて利用者の望みを実現



～アセスメント力を高めるため  
サービス提供の視点～

## (1)小さな変化に気づく観察力を

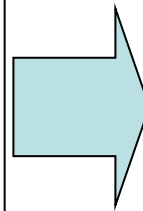
今までは…  
利用者は日々変化しているにもかかわらず、**利用者の健康面での変化や本人の持っている力を見逃すことはなかったか？**



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**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？

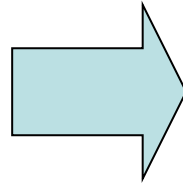


利用者の**「能力」を把握し、それを活かす環境をつくり、その中で「更に可能性が広がるよう」支援する。**

### (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？

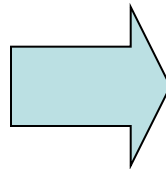


生産的活動、文化的活動、趣味的活動など、一人ひとりが**生きがいを感じられるような活動を創造**し、利用者の思いを実現していく。

### (4)利用者のニーズに応じて次の生活を目指す

今までは…

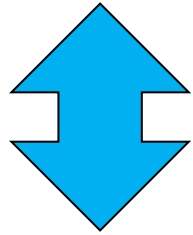
障害の重さ故に、家族や関係者さえも、支援開始当初から地域生活への移行は困難であると**あきらめて**いなかったか？



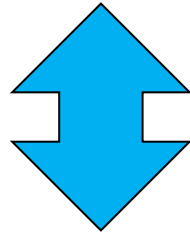
利用者のニーズに応じ、生活介護から就労継続支援、施設入所支援からグループホームなど、地域生活への移行に**チャレンジ**する。また、利用者への動機付けや、家族や関係者の理解と協力を求め、移行先の見学や体験など**支援のあり方を工夫**する。

# アセスメント力（観察力）を高めるため 人間のとる行動のほとんどには、理由があって行動する！

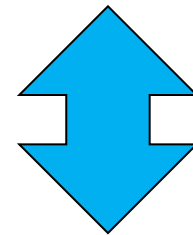
## 行 動



背景



きっかけ



原因

何かよいことがあった  
何か悪いことがあった



## 行動を起こす背景(理由)は？

- ・ 誰かに見て欲しい・そばに来て欲しい・声をかけて欲しい。⇒注目されたい。
- ・ 好きな物を手に入れたい・興味のある活動をやりたい。⇒プラスの欲求。
- ・ 苦手なことはやりたくない・嫌いなことを避けたい⇒マイナスの欲求・回避行動。
- ・ これをやると気持ちがいい⇒プラスの体験。など

## 行動が起きない・停止してしまう背景(理由)があるのか？

- ・ 何をするのかわからない。
- ・ 求められていることが難しくてできない。
- ・ それをやってもいいことがない。
- ・ やらなくても困ったことにならない。など

# アセスメントのポイント

# 個別支援計画で自己決定を支援する

- 自己決定や自己選択の力が、様々な理由で弱っている人たちへの支援方法である。
- 多くの可能性や選択肢を広げ、自己決定しやすい環境も合わせて作っていく。
- **パタ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。

# アセスメント～支援の見立て力を高める

- ①アセスメントの過程は資料の収集と分析である。
- ②支援の実践では、アセスメントは常に継続・連続している。
- ③アセスメントで大事なものは、利用者をどのように診ているか。
- ④利用者との関わりの中で、気づくこと・発見することである。

相互理解  
の場

支援員の利用者に対する診方  
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

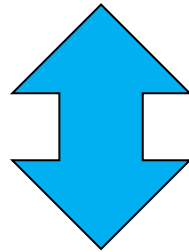
## (支援者のアセスメントの視点)

### ○リフレーミング

- 視点の変わる。診方を変える。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

## アセスメントの留意点① (生活介護・療養介護)

- ・ 障害の重い方を支援しているため、ADL・課題行動に関して**能力評価 (出来ない事探し)**をする傾向にある。
- ・ 安全性ばかりに着目した、**リスクマネジメントにならないようにする**
- ・ 能力評価等は、決して間違ったアセスメントではないが、これからは、**アセスメントの視点を切り替えることが求められる。**
- ・ 自立性も考慮した、**ストレングス(利用者の強さ)**を常に意識する。
- ・ 利用者の自主性が向上するよう、**自己決定・自己選択を基本**とする。
- ・ 標準化されたサービスは事業所マニュアルで示し、**個別化されたサービスは支援計画**で示す。

- ・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、ストレングスに対する関心が薄い。

## アセスメントの留意点②～意思決定支援への配慮～

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

例えば・・・重度の障害のある方のニーズのとらえかた

☆どんなに重度の障害者でも、本人のニーズはある・・・という前提。

<ポイント>

☆意思疎通の取り方がどうなのかの確認。

□言語的なコミュニケーション

□本人の独特なコミュニケーション

□非言語的なコミュニケーション

・顔の表情・行動等など・・・

☆支援者が、利用者の訴えを汲み取れるか、否かがニーズの把握の分かれ道。

☆気づきが大事である。

# 優れた実践は優れた記録から

## ■ 記録の目的

- ・ より良い援助を提供するための記録。
- ・ 機関や施設の機能を高めるための記録。
- ・ 教育や調査研究のための記録。
- ・ 記録は、常に情報開示の準備があるという姿勢を表すもの。

## ■ 記録の方法

- ・ 作成する書類の目的や機能に合わせた記録。
- ・ 簡潔明瞭であること。
- ・ 職員の経験や感情による差が生じないこと。

## ■ 「優れた実践・優れた記録」という言葉が表すこと

- ・ 社会福祉における援助活動が、高い専門性に裏付けられたものであり、専門知識・専門技術を高めるきっかけとなるということ。
- ・ 援助の方向性を探る材料になることなど、沢山の意味が含まれているということ。

# 記録をアセスメントに生かすために

事実と憶測は違う。できる限り事実を書く。  
曖昧な表現は避ける。

例 比較的に長い時間過ごせた。→何時～何時まで過ごせた。  
昨日より長く、作業ができた。→本日は、10:00～10:40  
まで作業を行った。

絵に興味深く、見ていた。→絵を目をそらさず10分間見  
ていた。

(作業や活動した時間は、毎日記録することにより、どの作  
業や活動が一番長く行えたかを見る。補助具を使った場合  
は、その時の作業時間を記入)

正確なデータを共有し、アセスメントをしていく

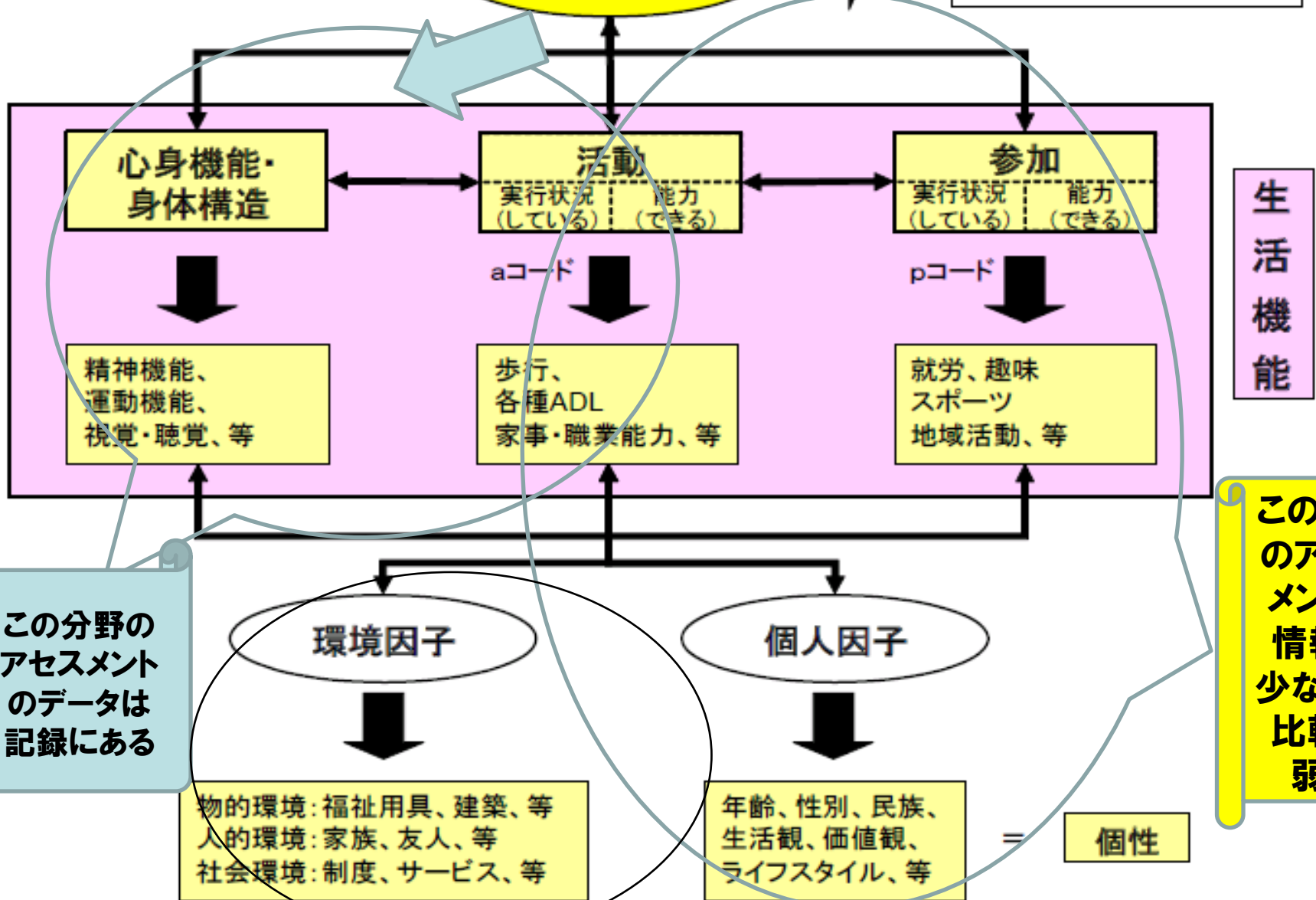
# アセスメントの留意点③～ICFの視点から～

特別支援学習指導要領解説自立活動編

ICD (国際疾病傷害死因分類)

・疾病、外傷、等

健康状態



生活機能

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て、比較的弱い

# 【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

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	
	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	
日常生活活動	自室内の移動・移乗・歩行に関する支援	1	2	3	4	5	
	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	

## 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」を作ることの予防できる。

## 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。

# ツールを使ってニーズを整理する。本人を知るための地図

## (1) 現在状況の整理(アセスメント情報を整理)

① 私は、今までこんな生活をしてきました。生き方をしてきました。

② 私は今このような環境で生活しています。してきました。

③ 私の不安・気にしていることは？

④ 私自身が持っている力、得意なこと

## (2) 今、必要と思われる支援

⑤ 私は、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。

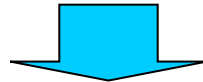
## (3) 将来の暮らしに向けた支援

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。ポイント

大事な視点は「I・アイ」

## アセスメントの視点を変えてみよう

- 「課題・機能面中心＝障害の原因・本人の課題・ダメージモデル（出来ないこと探し）医学モデル」のアセスメントから
- ☆「生活を送る上で全般的なニーズ・その人が本来持っている力に着目」した支援の組み立てを行う。（社会モデル）
- ・そのために・・・その人らしい生活や本来持っている力が発揮できない生活を送る上での障害因子を取り除く支援。
- ・従がって・・・生活全般の質向上に向けた支援に向けた180度の支援の視点の転換が求められる。



- ・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。⇒従ってADLや課題は、その人の姿を知る上では、一部分である。
- ・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。

# 統一した支援ができるように その1

(誰が見ても分かるように)

(記入例)

目標

支援内容

× 外出の不安なく過ごせる。 → × 行事や外出の予定を前もって知らせる。



○ 1ヶ月のスケジュールが分かり見通しを持って生活できる。 → ○ 定期的に行く外出 園外の行事を本人のカレンダーに、月初めの1日に記入する。変更の提示は、変更ボードに昼食時に行う。

# 統一した支援ができるように その2

(誰が見ても分かるように)

(記入例)

目標

支援内容

× 保護者が来ても混乱し  
ないで過ごせる。



× 保護者来園時、外出と  
外泊の区別をつける。



○ 外出と外泊の区別が  
つく。



○ 外出で来た際は帽子と  
外泊の際は青のバッグ  
を身につけて来てもら  
う。

# 統一した支援ができるように その3

(誰が見ても分かるように)

(記入例)

目標

支援内容

× 盗食、いっぺんに食べてしまうのに気を付ける。



○ つめこまず、他の人とトラブルなく食事ができる。



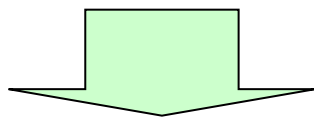
× 食事の際、盗食、一気に食いを防ぐ。



○ 職員が本人用の机で、ひと口大に小皿に分けて提供する。他の食事は、介助者の後ろに離して置く。

**(障害が重い方々って)**

- **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が難しいのです。**
- **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、もしくは、障害・疾病により本人の力が弱くなってる可能性があります。  
(パワレスな状態)。**
- **生活介護・療養介護を利用している方々は、具体的に希望や夢を上手く示せる人は少ない傾向にあります。**



**(支援者が持っていたい視点)**

- ☆ **従来持ってる力や可能性を引き出すアセスメント力が大事**
- ☆ **このような状況の人たちに対して、行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です。**
- ☆ **究極は利用者が「より良い生き方・暮らし方をするための支援を形にしたもの」が個別支援計画です。**