

# 知的障害者のための アセスメントと 個別支援計画の手引き

ひとり一人の支援ニーズと支援サービス

概要版

財団法人 日本知的障害者福祉協会

調査・研究委員会

## 1. アセスメント

アセスメントは、広くは面接や資料収集などを伴う記述式の「基本情報」「健康の状況」「問題となる行動」と、指数化した評価による「基本的生活習慣」と「社会的生活・活動」「コミュニケーション・対人関係」の情報など、利用者に関するあらゆる情報の把握といえるが、今回用語として使用する「アセスメント」は限定し、後者の指数化した評価による「基本的生活習慣」と「社会的生活・活動」「コミュニケーション・対人関係」の3領域としている。

なお、「社会的生活・活動」については、1領域として統計的に検証されているものであるが、支援計画に結びつくアセスメントとして利用しやすいものとするため、便宜的に「生活スキル」「社会スキル」「社会参加」の3領域にさらに分けたことにより、「アセスメント」を「アセスメントシート」のとおり5領域、41項目とした。

この5領域はアセスメントシートにおいて「生活する上での各種の力」として概念的に括っている。なお、本アセスメントの概況は「生活する上での各種の力」として、5領域を用いた図(レーダーチャート)により、視覚的に把握することが可能となっている。

さらに、各アセスメント項目には支援上の課題例を表1に示している。本アセスメントから支援計画へと展開するうえで、それぞれの項目の要素や関連性が強いと思われる文言を例示したものである。つまり、本アセスメントは性格上、直接支援課題や支援目標を設定するためのものとはなっていないため、これらの課題例を、表2のとおり、支援サービス(支援メニュー)のカテゴリーで再整理し、支援課題や支援目標の設定に活かされることを意図している。当然、利用者個々人によってその濃淡や優先順位などは異なるが、支援計画の作成にあたっての視点や方向性を整理する意味が大きい。

### (1) 基本的生活習慣

この領域は従来からよく用いられてきたものであり、6つの項目となっている。日常生活上で必ず必要とされる基本的動作を示しており、一般的に用いられてきた「身辺自立」の内容を主に含んでいる。ここでいう「介助」は、具体的に手伝うことのみを指していない。付き添って指示、助言などを含んでいる。

### (2) 社会的生活・活動

この領域は、既述したように、以下の3領域、30項目に分かれている。社会生活を送る上での日常生活でのスキルと地域社会との係わりの中でのスキルや行動などについて評価しようとするものである。各項目は様々な具体的場面や行動を示しているが、これをもって社会的生活・活動の全ての場面を網羅することを企図していない。一つの行動には、知的機能や精神機能、身体機能、抽象的思考や具体的思考とスキル、経験など様々な要素が関係していることが想定され、各項目を他の場面や行動にも敷衍できる例として、むしろ理解されたい。

また、利用者によって非該当となる項目は想定していない。項目によっては、場面、場所の頻度や経験に差があると考えられるが、この領域を数量化できるよう、全ての項目について評価されることを前提としている。

なお、評価にあたっては、前項と同様、その要因や変化の可能性などについて考慮することを求めている。優劣といった価値観や支援の成果に対する期待感を排除し、現状(実態)をそのまま評価するものである。

#### 生活スキル

この領域は、生活するうえでの日常的なスキルとして基本的な10項目を設定している。掃除、洗濯、食事の準備、服薬管理、身だしなみや衣類の管理などとなっている。

#### 社会スキル

本領域は、上記の「生活スキル」より地域生活において自立(自律)性の高いスキルや地域社会との係わりが強い事柄についての10項目を設けている。

#### 社会参加

この領域では、地域社会における行動範囲の拡大や積極的な活動に関する10項目となっている。公共機関や交通機関の利用、買い物、レジャーやレクリエーション、地域行事・活動への参加、作業や就労への取組みといった内容となっている。

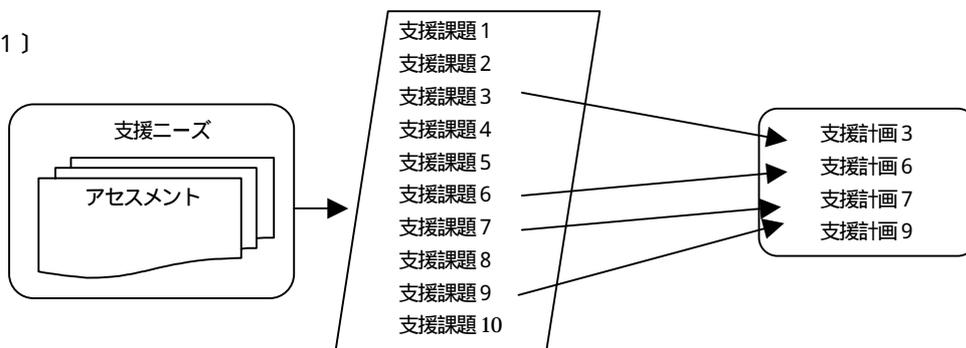
### (3) コミュニケーション・対人関係

この領域は、日常生活や社会的生活において必要となる他者との意思疎通やルール・マナーなど基本的な事柄といえる5項目を設けている。

## 2. 支援課題の設定

支援課題を設定する際、障害の程度が重い場合は全般的に支援の程度が高くなり、それらを全て支援計画に盛り込むことは難しく、また一方で、障害の程度の軽い場合、地域生活における支援内容が中心となり、抽象的な内容となることが多いが、このような膨大な課題を羅列し個別支援計画を作成しても、実際にサービスとして提供することは困難であり、課題を選別することになる。

〔図1〕



個別支援課題の設定は個別支援計画策定の前段の処理であるが、その際の課題の選別のための手段として考えたのがキーワード選択であり、アセスメントにおける5領域を上位概念としてとらえた場合、さらにその各領域の行動を下位概念（キーワード）としてカテゴリー化することができる。たとえば次の表のように整理することができる。

5領域	キーワード	個別支援課題例
社会スキル	健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院時の付き添い</li> <li>・薬の管理</li> <li>・生活習慣病への配慮</li> <li>・日常の健康管理</li> <li>・てんかんへの十分な配慮</li> </ul>
	余暇	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外食・買い物</li> <li>・日常の買い物のための金銭の用意</li> <li>・買い物するものについての事前の相談</li> <li>・日用品の必要なものの理解</li> <li>・金銭管理</li> <li>・外食の楽しみ</li> </ul>

社会スキルにおいて健康と余暇（特に外食・買い物）を例としたが社会スキルを課題としてあげた場合、それを課題化するとかなり多くの表現（個別支援課題）が生まれることになる。そこで、表のように5領域の下位概念としてカテゴライズしたキーワードを使用することによって、全体を把握できるようになる。

〔図2〕

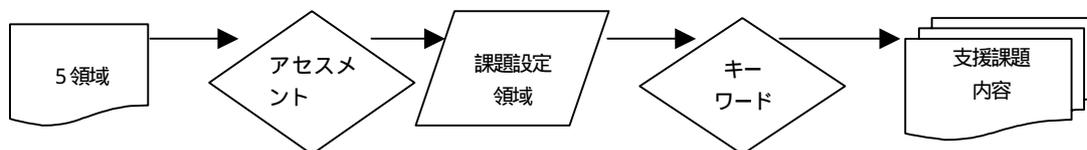
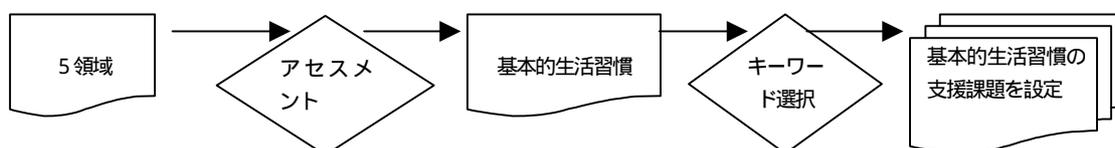


図2のように整理をしながら個別支援課題を設定する。の5領域に関してのアセスメントを行い、で個別支援課題を設定する領域を決定する。しかし、課題を設定する領域そのものが膨大な内容を持っているためにおいてキーワードの選択を行う。そしてにおいて、キーワードに関連する個別支援課題を設定する。

〔図3〕



まず の5領域のアセスメント を行う。そのアセスメント結果により で基本的生活習慣が支援課題を設定する領域として決定したとする。それを受けて で基本的生活習慣の下位項目のキーワード選択を行う。そのキーワードに関連した個別支援課題を で設定する。

複雑な手続きを踏むようであるが、この一連の手続きを明確にしたことが今回の仕組みの特徴である。この手続きにより、個別支援計画作成のプロセスが明確になり、個に対する支援であるということ、客観性のあるものであるということ、共通性のあるものであることなどが明確になり、福祉サービス提供事業者側の全体的な質の向上につながると思う。

社会的生活・活動における例を下の図に示した。

アセスメント項目		評価	支援上の課題例
社会的 生活・ 活動	生活スキル	自分の衣類を、たたんで分類・整理するなど、管理ができますか	多くの面で援助が必要 衣類の理解 衣類の管理 整理整頓
		掃除機などを使用し、部屋の掃除ができますか	全面的援助が必要 清潔の保持 整理整頓 掃除の仕方

↓

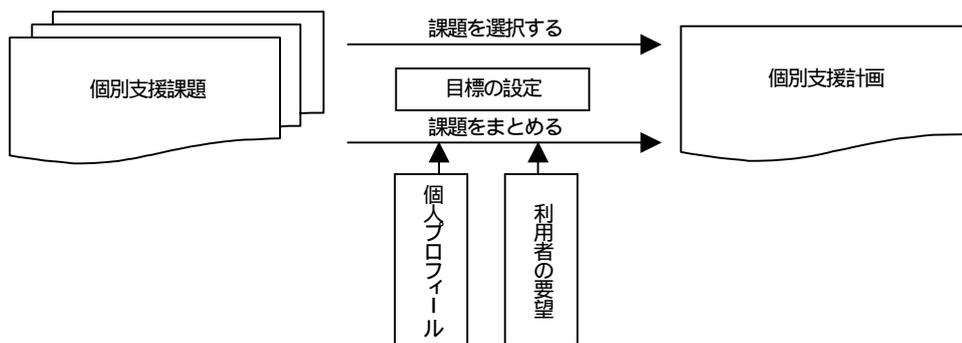
領域	キーワード	課題例
社会的 生活・ 活動	日常的スキル	衣類の理解 衣類の管理 整理整頓 掃除の仕方
	清潔・おしゃれ	清潔の保持

### 3. 個別支援計画

#### (1) 個別支援計画作成上の留意点

アセスメントを通して個別支援課題を設定したわけであるが、個別支援課題全てが個別支援計画になるものでないことは、説明したとおりである。つまり、個別支援課題から個別支援計画の作成へと進むときに、目標を設定し下記のように課題をまとめるもしくは選択するという作業が必要になり、その時に参考にしなければならないのが利用者の個人プロフィールと要望である。

〔図5〕



この一連の過程を留意点としてまとめると下記ようになる。

個別支援計画はあくまでも具体的な支援サービスの内容であることから、支援計画の目標を定める必要がある。

個別支援課題がかなり多い場合には、支援計画として課題を選択する必要がある。

領域内の支援課題が数個である場合には、支援計画としてまとめることも可能である。

個人プロフィールは随時参考にしながら、支援計画を定める。

個別支援計画には当然、利用者の同意が必要であることから、利用者の要望は重視する。

サービス提供事業者の説明責任を明確にするために、アセスメントから支援計画までのプロセスは明確にする。

#### (2) 個別支援計画書について

個別支援計画書は、事業者側の計画書と、本人向けの計画書の2部が必要になる。中身は同じ物であるが、その性格は異なる。

##### <事業者側の個別支援計画書>

領域、課題、目標、支援内容が下表のように具体的に記述されたものである。あくまでも事業者としてのサービス提供であることから、支援職員によってその在り方が変わっていいものではない。そのためこの支援計画書は、担当者、ケアマネージャーに相当

する職員、施設長の決済があり、支援計画書に書かれた内容は保障されたものであるという認識が必要である。その基本的なことは職員間のコンセンサスであり、全職員が理解していなければならない。

#### 個別支援計画書（例） - 事業者用 -

領域/キーワード	支援課題	支援目標	支援内容	担当者	モニタリング
基本的な生活習慣 / 排泄	排泄習慣が乱れ、下着やズボンを濡らしても、そのままの事が目立つようになってきている。	見守りを行い、できない部分は、介助する。	着替えを常に複数用意し、下着等が濡れている事を伝え、着替えを促すようにする。		3ヶ月後
社会的な生活・活動 / 健康管理	メヌエル氏病と診断されたが日常生活との密接な関連が考えられ、ほとんど横になっていることが多く、身体を動かすことが極端に少なかった。	適度な運動による健康改善	運動を日課に入れるようにする。午前と午後後に散歩を日課に入れ、習慣になるよう支援する。		3ヶ月後
社会的な生活・活動 / 社会参加	働きかけないとあまり行事等には参加しないで、引きこもる傾向がある。	行事等への参加	本人の意向を踏まえ、本人が楽しめるような参加のしかた等を工夫し、働きかけをする。		3ヶ月後
疾病	メヌエル氏病の診断がある。	症状の安定と改善	健康管理と同様の支援とともに、服薬、定期的検査、主治医との連携などの支援を行う。		6ヶ月後

## 4. モニタリングと再アセスメント

個別支援計画の見直しと変更は、1年の内に定期的に行うことが望ましいモニタリングによる個別支援計画の見直しと、何らかの状況の変化により行う必要のある再アセスメントによる個別支援計画の変更に分けることができる。つまり、個別支援計画の見直しは何ヶ月間かを単位として行われ、個別支援計画の変更は1年を単位として行われると言える。

計画においてよく見られるのが、計画を立てておしまいという状況であろう。実際には、個別支援計画がどのように実証されているのかを検証していくことで、個別支援計画が本当に生きたものとなっていく。このように、モニタリングは個別支援計画を作成することと同様重要である。具体例として次のようなモニタリング記録総括表が考えられる。

#### モニタリング記録総括表

領域/キーワード	支援課題	年月日	支援状況と支援成果	今後の課題	計画の見直し	次回モニタリング
社会的な生活・活動 / 健康管理	メヌエル氏病と診断されたが、日常生活との密接な関連が考えられ、殆ど横になっていることが多く身体を動かすことが極端に少なかった。		ほぼ毎日散歩をしている。	散歩は、毎日促しが必要であり、自発的に行うように働きかける必要がある。	継続	3ヶ月後
社会的な生活・活動 / 社会参加	働きかけないとあまり行事等には参加しないで、引きこもる傾向がある。		本人の行事等での役割や場所を準備し、職員からの働きにより、参加し、楽しむようになった。	今後とも本人の意向を踏まえ、本人が楽しめるような参加のしかた等を工夫し、働きかけをする	継続	3ヶ月後

#### (1) 個別支援計画の実施状況の検証（モニタリング）

個別支援計画の作成時に、モニタリングの時期を設定する必要がある。モニタリングの時期は、一般的には3ヶ月もしくは6ヶ月の単位が望ましいと考える。その内容はだまかに次のように分類することができる。

ある程度固定した状況がみられ、それに対する支援の在り方が必要とされる場合には長期にわたる一定のモニタリングが望ましい。(例えば、日常的スキルに対する介助、コミュニケーションの手段に対する支援、等々)

地域生活における具体的な行動が伴うことについては、個別支援計画の実施表などを用いて、具体的に検証していく必要がある。(例えば、金銭管理、社会的スキル、社会参加、等々)

一定の達成度が必要とされる内容については、評価表を別に設けるなどしてチェックしていく必要がある。(例えば、就労、作業、等々)

病気、行動障害等、特別な支援を必要とし、さらに具体的に改善が望まれる行動に関しては、より詳細な記録を用いてチェックしていく必要がある。

その他 そのケースに特有な行動に対しても、個別支援計画に対するモニタリングを設定することが望ましい。

上記の5つの内容に関して、モニタリング記録表を整備することが必要である。検証していくためには、その経過が説明できるものであることが望ましい。また、支援計画の実施状況がそのサービス提供事業者において、共有できる情報となっていることにより、サービスの質が保障される。

#### (2) モニタリング記録表

モニタリングの ~ までのモニタリング記録表として例をあげると次のように整理できる。  
基本的生活習慣実施表  
例えば、入浴を一例とすると次のような表が必要になる。

入浴	
支援内容	達成度状況
入浴時間の理解	
入浴の準備	
浴室に行く	
脱衣後、服を一定の箇所に片づける	
タオルを持って浴室内に行く	
身体にお湯をかける	

行動の手順等は、その施設の種類、日課、具体的な行動手順の設定方法等によって違うので、各施設によって具体的な行動の流れは設定することになる。

### (3) 再アセスメントについて

アセスメントは頻繁に行うものではないが、次のような時には再アセスメントを行う必要があると考える。

1年を経過したが、個別支援計画の達成状況がおもわしく無いとき。

3年の契約期間が切れ、再契約により新たな個別支援計画の作成が必要なとき。

本人を取り巻く環境が大きく変わったとき。(入所施設において、グループホームの全段のような生活へ移行するなどして生活環境が大きく変化したとき)

入所施設から通所施設への移行など、サービス提供事業者が変わったとき。

その他

と については、全く新しいアセスメントと個別支援計画の作成が必要とされる。しかし、個別支援計画が本当に機能しているかどうかを検証していくのは、 と である。施設における退所者は未だに1%の壁と言われており、地域生活への移行が大きな課題となっている。今後、施設体系の大幅な見直しなどさらに施設を取り巻く環境が大きく変化することが予測される。本人たちを取り巻く環境が大きく変わっても、個別支援計画が変わっていないはずもなく、個に対する福祉サービスであるという立場を施設は明確に持つ努力が個別支援計画を通して望まれていることと考える。

本資料は当協会刊行書籍「知的障害者のためのアセスメントと個別支援計画の手引き」  
の概要版です。

アセスメントと個別支援計画についての詳細は、書籍をご覧ください。

この冊子で紹介しているアセスメントは、



「プランゲート」(知的障害者アセスメントシステムソフト)

も対応しております。

この製品に関するお問い合わせは、E-mail : [Plangate@hitachijoho.com](mailto:Plangate@hitachijoho.com) までお寄せください。

また、当協会ホームページでも製品のご案内を行っております。<http://www.aigo.or.jp/plangate/>