

# サービス(支援)提供のプロセス

障害者支援施設愛生園

伊藤 博和

児童発達支援センターわかば園

松下 弥生

# この講義のねらい

**分野に共通する**サービス(支援)提供のプロセスを理解し、利用者中心のサービス(支援)を提供。

(内容)

## 1. サービス(支援)提供のプロセス

PDCAサイクルと、その継続によって本人のニーズに適合した質の高いサービス(支援)が提供されることを理解する。

2. プロセスにおけるサービス(支援)内容のチェックについて理解する。さらに、個別支援計画とその実施結果等の評価について理解する。

3. サービス(支援)提供における、管理的側面を適切に理解する。

4. サービス(支援)の評価及び事業所の評価等について理解する。

# 振り返りシート

| 項 目 |   | 自己評価 |     |
|-----|---|------|-----|
|     |   | 受講前  | 受講後 |
|     | サービス(支援)提供のプロセス自体が理解出来ましたか              |      |     |
|     | プロセスにおけるサービス(支援)内容のチェックポイントについて理解出来ましたか |      |     |
|     | サビ児管の管理的役割について理解出来ましたか                  |      |     |

# 個別支援計画による支援

(PDCAサイクル)

個別支援計画  
の見直し

PLAN  
計画

個別支援計画の作成

サイクルの継続

によって質の向上を図る

初めから完璧な計画書は  
作れない(見直しを重ねる)

ACTION  
対応

DO  
実行

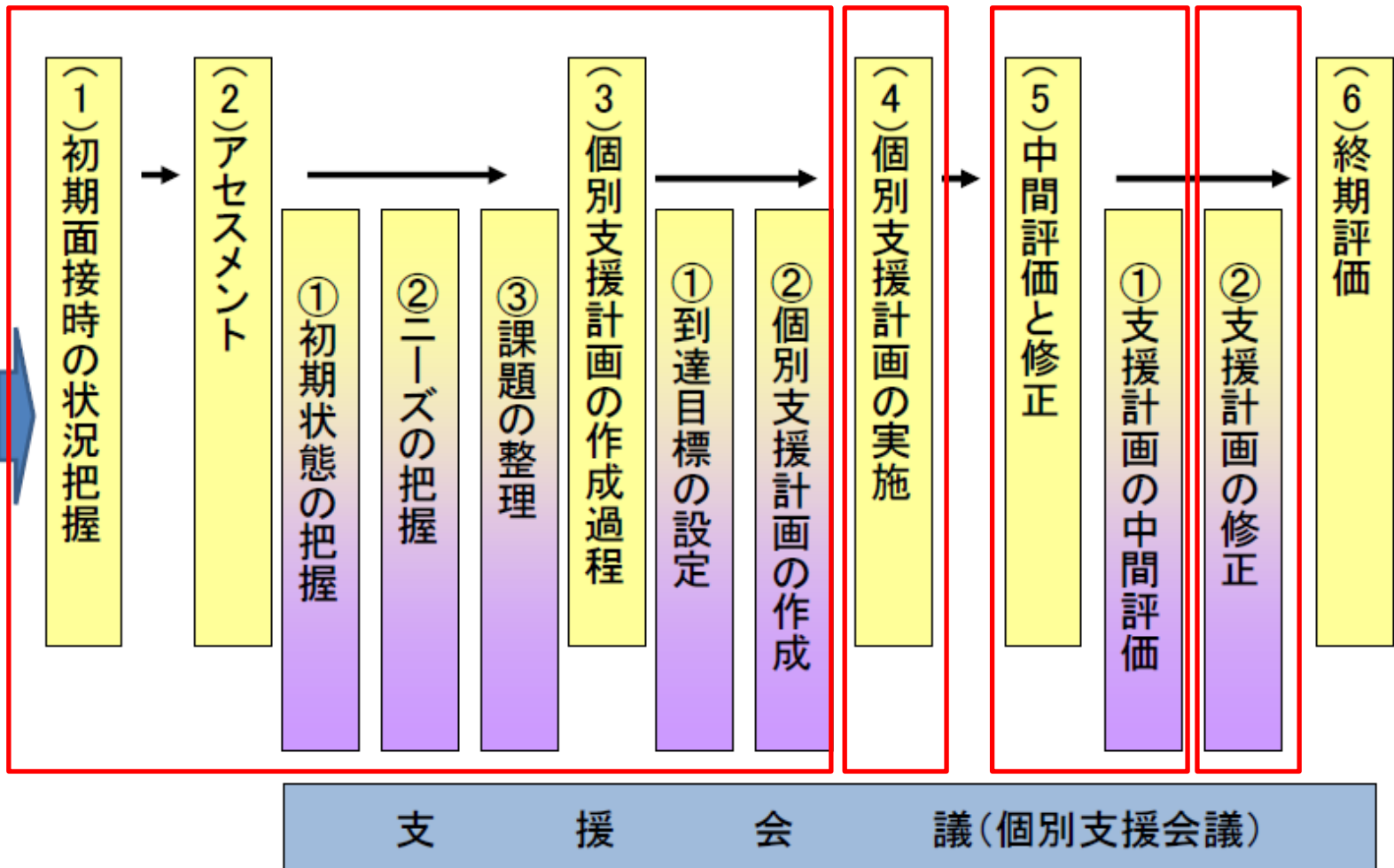
個別支援計  
画に基づく  
支援の実施

到達度、支援の有効  
性等の評価

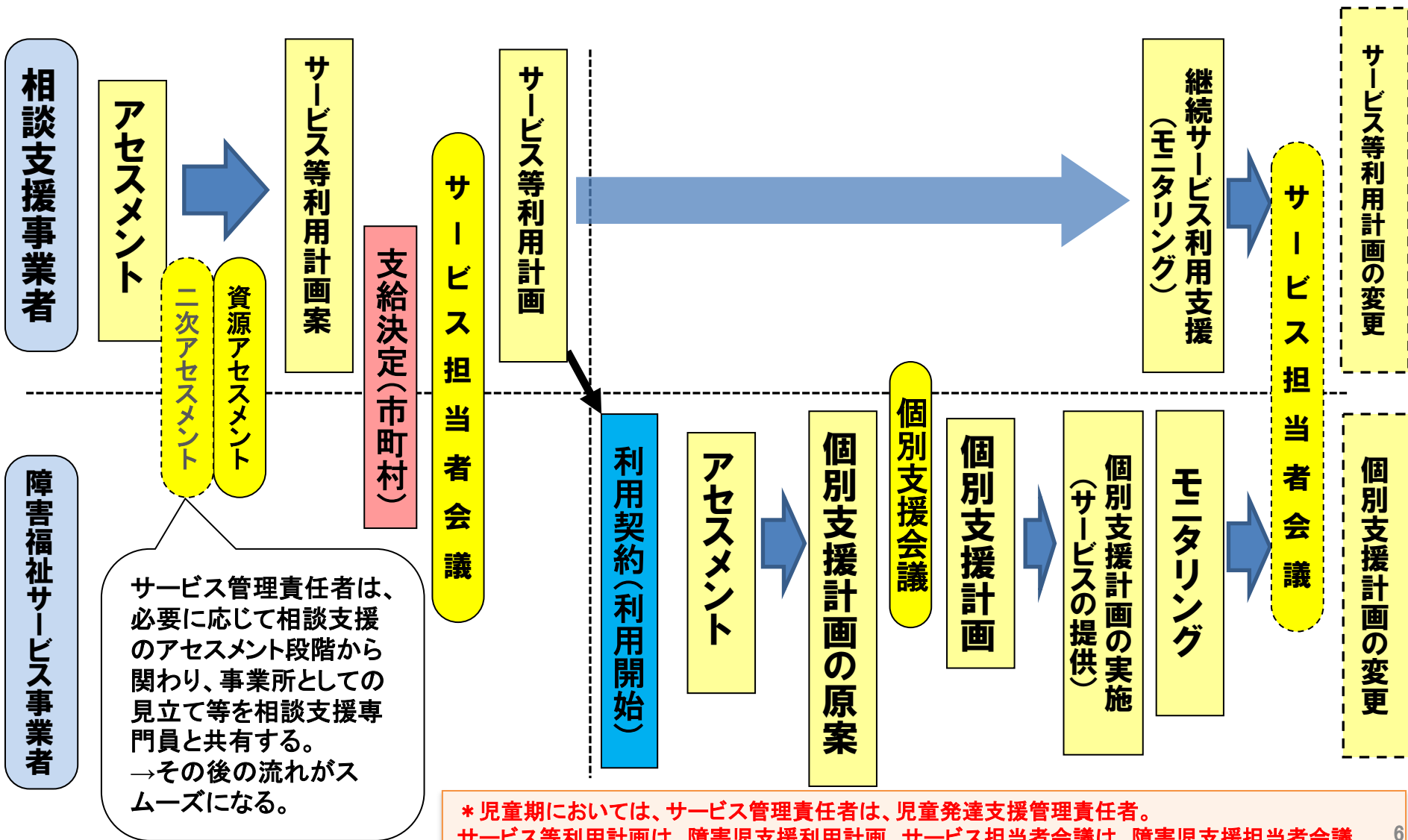
CHECK  
チェック

# サービス(支援)提供のプロセス

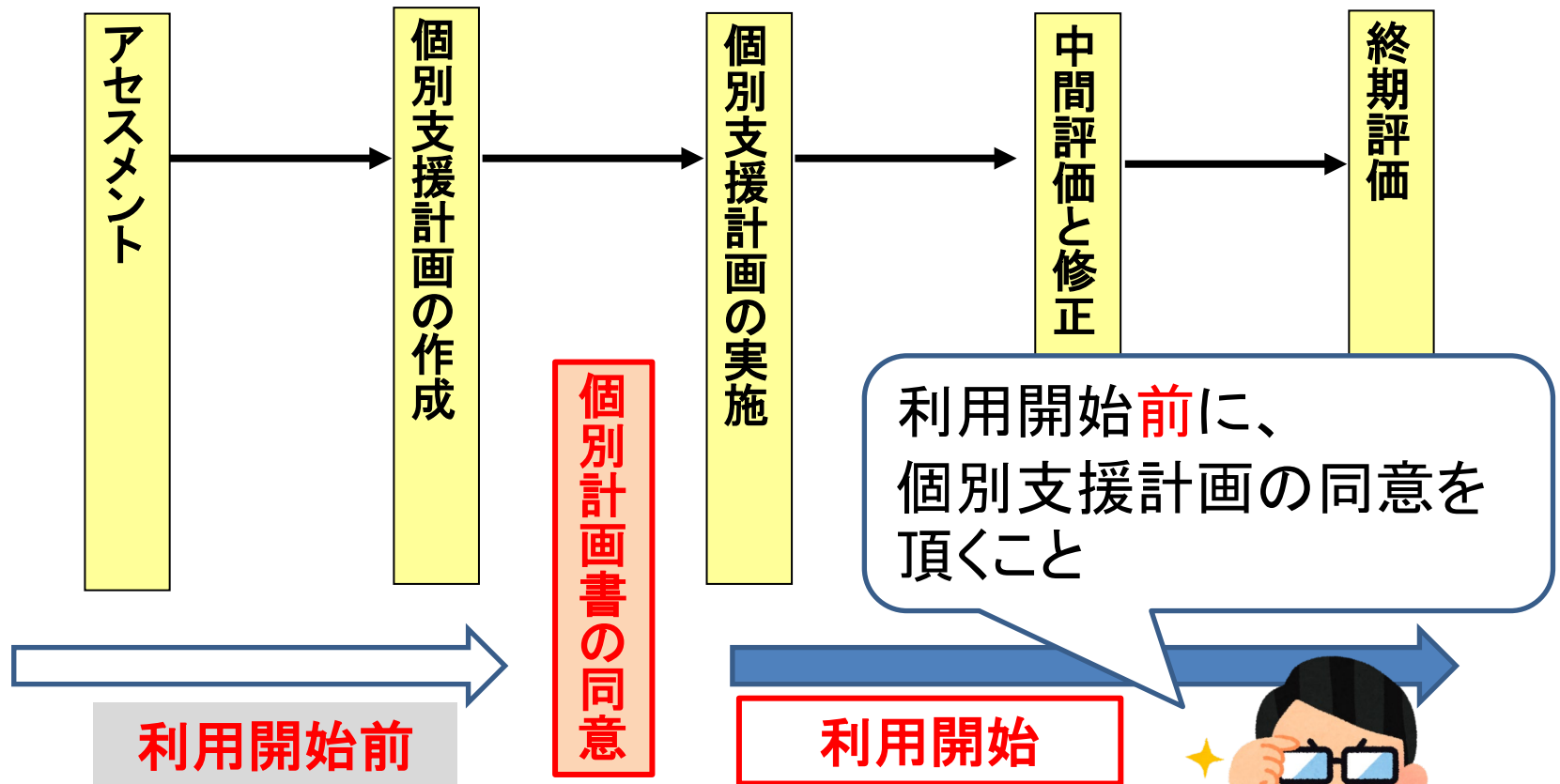
相談支援事業者  
(サービス等利用計画案  
障害児支援利用計画案)



# 指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



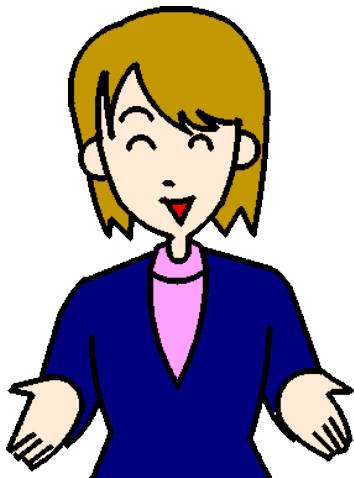
# サービス提供のプロセス



## (0) 相談支援事業所との連携

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者は、**相談支援専門員がサービス等(障害児支援)利用計画案を作成する際、専門的な助言(2次アセスメント)を依頼される場合もある。利用契約前であっても、相談支援事業所と連携し、適切なサービス等(障害児支援)利用計画案となるよう協力する。**

サービス管理責任者  
児童発達支援管理責任者



相談支援専門員



連携



適切な  
サービス等(障害児支援)利用計画案



# (1) 初期面接時の状況把握

## 初期面接（インテーク）では・・・

支援プロセスで、紆余曲折することもあるので、インテークで**安易な励まし**は、**過度の依存**、**利用者の不信**を招くことに留意

- 課題があって不安
- 将来の展望がみえない
- 課題の解決方法がわからない 等

援助者と利用者の**信頼関係（ラポール）の形成の第一歩**

児童期は主として保護者との信頼関係を重視

- まず、**傾聴**する
- 肯定的にとらえる
- **不安を和らげる**
- **課題**を明らかにする
- 対応できる課題かどうか

- 安易に**問題解決**を請け負ってしまわない
- 問題解決の主人公は**利用者**である

この事業所が、はたして対応してくれるの？

## (2) アセスメント

### ① 初期状態の把握

アセスメントの過程は**情報の収集と分析**である。

利用者と支援者の  
**相互理解**  
の場

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、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

## 各事業の評価項目の例

※ 分野別評価項目は、各事業者ごとに設定。

| 区分         | 項目           | できる        | 見守り等 | 一部介助 | 全介助 | 特記事項 |  |
|------------|--------------|------------|------|------|-----|------|--|
| 移動・動作関連項目  | 寝返り(体位変換)    |            |      |      |     |      |  |
|            | 起き上がり        |            |      |      |     |      |  |
|            | 座位保持         |            |      |      |     |      |  |
|            | 両足での立位保持     |            |      |      |     |      |  |
|            | 歩行           |            |      |      |     |      |  |
|            | 移乗(車いすとベッド間) |            |      |      |     |      |  |
|            | 移動(室内)       |            |      |      |     |      |  |
|            | 立ち上がり        |            |      |      |     |      |  |
|            | 片足での立位保持     |            |      |      |     |      |  |
|            | 洗身(入浴行為以外)   |            |      |      |     |      |  |
|            | 身辺関連項目       | えん下        |      |      |     |      |  |
| 食事摂取       |              |            |      |      |     |      |  |
| 飲水         |              |            |      |      |     |      |  |
| 排尿         |              |            |      |      |     |      |  |
| 排便         |              |            |      |      |     |      |  |
| 口腔清潔       |              |            |      |      |     |      |  |
| 洗顔         |              |            |      |      |     |      |  |
| 整髪         |              |            |      |      |     |      |  |
| つめ切り       |              |            |      |      |     |      |  |
| 上衣の着脱      |              |            |      |      |     |      |  |
| ズボン、パンツの着脱 |              |            |      |      |     |      |  |
| 生活関連項目     |              | 調理(献立を含む)  |      |      |     |      |  |
|            |              | 食事の配下膳(運搬) |      |      |     |      |  |
|            | 入浴の準備及び後片づけ  |            |      |      |     |      |  |
|            | 調理以外の家事      |            |      |      |     |      |  |
|            | 買物           |            |      |      |     |      |  |
|            | 交通手段の利用      |            |      |      |     |      |  |
|            | 薬の内服         |            |      |      |     |      |  |
|            | 電話の利用        |            |      |      |     |      |  |
|            | 金銭の管理        |            |      |      |     |      |  |
| 社会生活関連項目   | 社会性・協調性      |            |      |      |     |      |  |
|            | 活動参加         |            |      |      |     |      |  |
|            | 時間管理(遅刻・欠勤)  |            |      |      |     |      |  |
|            | 計算能力         |            |      |      |     |      |  |
|            | 計量・計測        |            |      |      |     |      |  |
|            | 金銭理解         |            |      |      |     |      |  |
|            | 読み書き         |            |      |      |     |      |  |
|            | 情報利用         |            |      |      |     |      |  |
| 状況判断       |              |            |      |      |     |      |  |

|              |               |                               |  |  |  |  |
|--------------|---------------|-------------------------------|--|--|--|--|
| 就労関連項目       | 指示理解          |                               |  |  |  |  |
|              | 修正能力・判別能力     |                               |  |  |  |  |
|              | 作業の正確性        |                               |  |  |  |  |
|              | 作業の持続性        |                               |  |  |  |  |
|              | 作業のスピード       |                               |  |  |  |  |
|              | 質問・報告         |                               |  |  |  |  |
|              | 単純作業          |                               |  |  |  |  |
|              | 複合作業          |                               |  |  |  |  |
|              | コミュニケーション関連項目 | 日常の意志決定(日常生活における不安、悩み等に関する相談) |  |  |  |  |
| コミュニケーションの理解 |               |                               |  |  |  |  |
| コミュニケーションの表出 |               |                               |  |  |  |  |
| 医療的ケア(記述)    |               |                               |  |  |  |  |
| 問題行動(記述)     |               |                               |  |  |  |  |

初期状態を把握するためのアセスメントシート例

## 専門家からの情報入手(留意事項)

★印はサービス(児童発達支援)管理責任者の役割です。

### ①障害の理解

★機能はどこまで回復が可能なのか、リハビリや訓練の現状での有効性についての評価、及びその情報の収集

★最新の「障害」についての情報を得ながら、長期的に「できないこと」があれば支援目標から外していく

▼本人にとって、できない事、困難なことを安易に目標にしていく傾向の支援者がいます。その場合、何年も同じ目標になってしまうこととなります。その人の持つ障害についての情報を、きちんとキャッチしていないために、そのようなことが起きることがありますので、権利擁護の視点からも留意すべきです。

▼障害についての捉え方については、医療の進歩等により変化しています。2, 3年前と現在で捉え方が違ってきていることもあること、各専門機関の視点によってアドバイスの内容が違う場合があることを踏まえ、障害を持つ本人と家族の混乱を最小限にとどめていくためにも、必要な知識を得ていきましょう。

### ②二次的に生じた障害

★障害の特性について事業所外部の関係者の意見を集め、事業所として可能な人的・物的環境への配慮をしていく(本人への不必要な負担を軽減させていく)

★本人のやる気と元気をなくす支援者の思い込みはないかに注意を向けていく (事業所としては、利用者の不適切な言動、ルール違反等に対し、指導をしていくことがあります。そのことばかりに注意を向けすぎ、その人の良さや強みを重視した支援が展開できていない場合もあります。)

# ライフステージに留意したアセスメント

初期状態の把握としては、「身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握」に合わせて、**ライフステージ**を十分に意識した評価を行っていくことが必要。

## 評価の視点

障害児・者としての評価の前に、子ども・成人として、ライフステージに応じた支援を目指していく

利用者の現在のライフステージとして大切に考えていくべき課題の確認  
(例: 加齢による体力低下に応じた生活の見直し、同居家族の高齢化への配慮 等)

利用者が次のステージに移行していくために必要な準備内容の確認  
(例: 児から者に移行する場合や、65歳を迎える場合、2～3年前から移行支援会議等を開始するなどの準備 等)

## (2) アセスメント

### ② 基本的ニーズの把握

- ・ 利用者や家族の**意向を把握**する
- ・ 訓練や就労状況、置かれている**環境などの状況を把握**する
- ・ 利用できる**社会資源や関係機関を把握**する

#### 実施方法

- ・ 信頼関係の確立を基礎とし、**面接**などにより把握する
- ・ コミュニケーションの障害を有する障害者については、**わかりやすい言葉**で意向などを把握する
- ・ **家族の意向**も把握する(家族と本人の意向が一致しているとは限らない)
- ・ **訓練や就労状況、環境などの状況を把握**する
- ・ 今後**利用できる社会資源や関係機関との連携の状況**について把握する
- ・ 利用者の**基本的ニーズ**の状況を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 利用者のニーズ把握票(アセスメントシートNo2)

\* 児童期や言葉での意思確認が難しいケースの場合、家族の意向がそのままニーズとして記録されがちのため、ていねいに観察及び聴取した上で、興味・関心ごとを中心にした記録をニーズ把握票に書き込んでいくことが必要。

## ご本人が訴えを言葉で示せない時は？

それでも必ず「意思」はあるという前提に立つこと

ご家族の意向を聞き取っていくことが中心となりがちですが、

1. どんな生活を送り、どんな困ったことが起きているのか、(本人が困っているのか、周囲の人が困っているだけなのか)事業所を利用している時の姿だけでなく、生活全体をイメージできるようにしましょう。
2. どんなことが好きで、どんなことに興味を持っているのか、実際に確かめることは大切です。(それは家族に聞くのではなく、関心のありそうなものを実際に提示しながら、自分が観察することです。)もちろん、ご本人に信頼されることが基本ですから、事業所の窓口でもあるサービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)は、「関わる」ためのテクニックも持っているべきでしょう。
3. 怖がっていること、不安を示すこと、嫌いなことについては、家族からの情報だけでは足りません。これまで関わっていた方からも情報を取り入れましょう。(そのためにも、幼いころからの様々なエピソード、どういった思いで関わってこられたのかなど、本人や家族の承諾を受けた上で、信頼関係をさらに築きながら、時間をかけて詳しく教えてもらいましょう。)
4. 本人が求めていること・ニーズについては、多くの情報があれば、推測できることがいくつも出てきます。言葉で表現できないからニーズがないのではなく、視線や表情をしっかりと読み取りながら、少しでもご本人の気持ちに近づきましょう。コミュニケーションボード(本人の理解に合ったもの)、筆談等も重要です。

# 「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」の概要

## I 趣旨

- **障害者総合支援法**においては、障害者が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定事業者や指定相談支援事業者に対し、「**意思決定支援**」を重要な取組として位置付けている。
- 今般、意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめた**ガイドライン**を作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするもの。

## II 総論

①本人自ら決定、②支援を尽くして、③本人の最善の利益のもと職員が推定(最後の手段)

### 1. 意思決定支援の定義

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**自ら意志決定**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**を検討の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。

### 2. 意思決定を構成する要素

#### (1) 本人の判断能力

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慎重なアセスメントが重要**。

#### (2) 意思決定支援が必要な場面

##### ① 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事業者の職員が、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**。

##### ② 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や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、事業者、家族や成年後見人等が集まり、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**。

#### (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、本人の経験の影響を受ける。



### ①伝える工夫

## 3. 意思決定支援の基本的原則

(1) 本人への支援は、**自己決定の尊重**に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって**必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。**

(2) **職員等の価値観においては不合理**と思われる決定でも、**他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。**

### ②愚行権

(3) 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、**本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら障害者の意思及び選好を推定する。**

### ③意思を受け取る工夫

### ④関係者で共有

### ⑤根拠をもって推定

## 4. 最善の利益の判断

本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。

### (1) メリット・デメリットの検討

複数の選択肢からメリットとデメリットを可能な限り挙げ、比較検討して本人の最善の利益を導く。

### (2) 相反する選択肢の両立

二者択一の場合においても、相反する選択肢を両立させることを考え、本人の最善の利益を追求する。(例えば、食事制限が必要な人も、運動や食材等の工夫により、本人の好みの食事をしつつ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合等。)

### (3) 自由の制限の最小化

住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、障害者にとって自由の制限がより少ない方を選択する。また、本人の生命・身体の安全を守るために、行動の自由を制限せざるを得ない場合でも、他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

## 5. 事業者以外の視点からの検討

事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることが望ましい。本人の家族や知人、成年後見人、ピアサポーター等が、本人に直接サービス提供する立場とは別の第三者として意見を述べることにより、多様な視点から本人の意思決定支援を進めることができる。

## 6. 成年後見人等の権限との関係

意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づく方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めることが望ましい。

## Ⅲ 各論

### 1. 意思決定支援の枠組み

意思決定支援の枠組みは、意思決定支援責任者の配置、意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画(意思決定支援計画)の作成とサービスの提供、モニタリングと評価・見直しの5つの要素から構成される。

#### (1) 意思決定支援責任者の配置

意思決定支援責任者は、意思決定支援計画作成に中心にかかわり、意思決定支援会議を企画・運営するなど、意思決定支援の仕組みを作る等の役割を担う。サービス管理責任者や相談支援専門員が兼務することが考えられる。

#### (2) 意思決定支援会議の開催

意思決定支援会議は、本人参加の下で、意思決定が必要な事項に関する参加者の情報を持ち寄り、意思を確認したり、意思及び選好を推定したり、最善の利益を検討する仕組み。「サービス担当者会議」や「個別支援会議」と一体的に実施することが考えられる。

#### (3) 意思決定が反映されたサービス等利用計画や個別支援計画(意志決定支援計画)の作成とサービスの提供

意思決定支援によって確認又は推定された本人の意思や、本人の最善の利益と判断された内容を反映したサービス等利用計画や個別支援計画(意思決定支援計画)を作成し、本人の意思決定に基づくサービスの提供を行うことが重要である。

#### (4) モニタリングと評価及び見直し

意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリングし、評価を適切に行い、次の支援でさらに意思決定が促進されるよう見直すことが重要である。

### 2. 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

意思決定に必要なと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもって説明し、決定したことの結果起こり得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行うことが重要である。

### 3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成

意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。

### 4. 職員の知識・技術の向上

**職員の知識・技術等の向上は、意思決定支援の質の向上に直結するものであるため、意思決定支援の意義や知識の理解及び技術等の向上への取組みを促進させることが重要である。**

## 5. 関係者、関係機関との連携

意思決定支援責任者は、事業者、家族や成年後見人等の他、関係者等と連携して意思決定支援を進めることが重要である。協議会を活用する等、意思決定支援会議に関係者等が参加するための体制整備を進めることが必要である。

## 6. 本人と家族等に対する説明責任等

障害者と家族等に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。また、苦情解決の手順等の重要事項についても説明する。意思決定支援に関わった関係者等は、業務上知り得た秘密を保持しなければならない。

## IV 意思決定支援の具体例

1. 日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援
2. 施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援
3. 精神科病院からの退院に関する意思決定支援

## ○ 意思決定支援の流れ

意思決定が必要な場面 ・サービスの選択 ・居住の場の選択 等

本人が自分で決定できるよう支援

自己決定が困難な場合

意思決定支援責任者の選任  
とアセスメント

相談支援専門員・サービス管理責任者  
兼務可

- 本人の意思決定に関する情報の把握方法、意思決定支援会議の開催準備等
- アセスメント ・本人の意思確認 ・日常生活の様子の観察 ・関係者からの情報収集 ・本人の判断能力、自己理解、心理的状況等の把握 ・本人の生活史等、人的・物理的環境等のアセスメント ・体験を通じた選択の検討 等

意思決定支援会議の開催

サービス担当者会議・個別支援会議  
と兼ねて開催可

本人・家族・成年後見人等・意思決定支援責任者・事業者・関係者等による情報交換や本人の意思の推定、最善の利益の判断

意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画  
(意思決定支援計画) の作成とサービスの提供、支援結果等の記録

支援から把握される表情や感情、行動等から読み取れる意思と選好等の記録

意思決定に関する記録の  
フィードバック

# 意思決定の支援の層

手順が第三者に開かれ、  
帰結が公に利用される

代理代行決定、Best Interests Meeting

## 個々の意思決定 場面に対する支援

- 日常の意思決定支援(意思疎通支援、ときに意思形成支援、環境調整)
- 危急時の意思決定支援/レスキュー・モデル
- 困難な人の支援/コミュニケーションの工夫
- 「意思と選好」の活用

## 意思決定を育てる / 支援を育てる

- 内発的動機づけ/自己効力感の形成・向上/エンパワメント・モデル
- エクспレス・ウィッシュ/小さくても自分自身の願い
- 支援のチーム形成/チームも育つ/ストレングス・モデルとの関連
- 決定支援に対する感度を高める

## 環境の整備

- 話しやすい場所、時間、相手、方法など、わかりやすい話しかた、書きかた
- 意思決定支援に関する考え方、態度やルールとの共有/保護からの踏み出し、「リスクの尊厳」
- 研修の実施/協議の場の形成
- 選好情報の収集・蓄積・共有・更新

## 豊かな経験

- 多くの体験→選択肢を得る体験
- 決定と表出の良い経験
- 内発的動機づけ・自己効力感への配慮

(名川(2016)を改編)

決定の実現とその支援



※福祉専門職のための意思決定支援ガイドブック(P4)より参照

## (2) アセスメント

### ③ 課題の整理

- ・ 利用者の**初期状態**や**基本的ニーズ**の把握から、**課題を整理**する
- ・ 課題の整理に当たっては、**全体の課題と各分野別の課題**を整理する
- ・ 課題の整理にあたっては、**優先順位**を設定する

#### 実施方法

- ・ 利用者の**初期状態**や**基本的ニーズ**から、支援者の気づきなどを踏まえ、解決すべき課題を整理する
- ・ 解決すべき課題を、**全体の課題と各分野別の課題**に整理する
- ・ 各分野別の課題については、支援計画を作成するときの優先順位の**ために重要度・緊急度**などを考慮しておく(また、利用する他のサービス提供機関がある場合は、他機関との役割分担等を検討・確認し、**協働による**支援を実施する)
- ・ 課題の整理を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 課題の整理表

# 課題の整理表

利用者氏名

| No | 意向等<br>ニーズの把握 | 初期状態の評価<br>(利用者の状況<br>・環境の状況) | 支援者の気になること<br>・推測できること<br>(事例の強み・可能性) | 解決すべき課題 |
|----|---------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------|
|    |               |                               |                                       |         |

## 課題の整理表にはそれぞれの項目に何を書くのか？

| No. | 意向等ニーズの把握  | 初期状態の評価<br>(利用者の状況<br>・環境の状況)   | 支援者の気になること<br>・推測できること<br>(事例の強み・可能性)  | 解決すべき課題  |
|-----|--|---|--|--|
|     | <p>本人が訴えたこと、希望したことを書いていきます。必要に応じて、家族のニーズ・訴えも書いていきます。相談支援専門員が書いた支援計画や、事業所として収集した本人の状況についてのこれまでの記録から意向等ニーズに関する文を拾っていく作業でもあります。</p> | <p>基本的にこの欄は、左記の意向等ニーズに対して、本人や取り巻く環境の状態はどうであるのかを、記録の文章から拾っていく作業になります。実際はどうであるのか、観察されたこと、確かめられたことといった事実を記述していきます。</p> | <p>左記の欄の記述に対して、その原因や理由を推測していきます。また、支援者として気になっていることも書いていきます。できれば、気になったことについて、再度面接等を行う中で、「実際は～ではないか？」といった二次アセスメントとしての評価を書く欄もあります。但し、不安や心配なことより、こんなこともできるのではないか、こうしてみたら本人は喜ぶだろうかといった、ポジティブな推測が多くなるようにしたいものです。左記の欄への記入事項に対し、こんな考え方もできるといったリフレーミングとしての記述も意識しましょう。</p> | <p>左記の気になること・推測できることをもとに、どんなことが課題となってくるかを記入します。左記の欄に「こんなこともできるのではないか」「こう考えると、本人の意欲も増すのではないか」といった視点での記述があれば、「そのためには？」と考えていけば、自ずと課題は出てきます。</p> |

## 課題の整理表

利用者氏名 ○○ ○○

| No | 意向等<br>ニーズの把握       | 初期状態の評価<br>(利用者の状況<br>・環境の状況)                           | 支援者の気になること<br>・推測できること<br>(事例の強み・可能性)                                       | 解決すべき課題  |
|----|---------------------|---|---|--|
| 1  | 仕事をして家族を少しでも養いたい    | 右片麻痺の状態ではあるが、パソコン操作が可能である。以前の職場でもPCの経験がある。両手操作の際の工夫が必要。 | ①本人に合った仕事内容を支援者が把握できていない。<br>②引きこもりがちであったため集中力や耐久力がもつか気になる。<br>③PC操作が可能である。 | ①どのような仕事が本人に適しているかを探る。<br>②生活状況を把握し、安定した通所を図る。                                   |
| 2  | 人との関わりを持ちたい         | 家族との関係は良好であるが、言語障害があり引きこもりがちになった。                       | ①病院へ通院し言語療法を受けている。徐々に回復しているとのこと。  | ①言語療法士から日中活動の場での留意事項などを聞いておく。<br>②人との関わりを増やすため、趣味のガーデニングで仲間を増やせないか、相談支援専門員へ情報提供。 |
| 3  | またガーデニングができるようになりたい | 庭の環境を整備すれば、能力的には可能である。                                  | ①花や観葉植物が好きで昔はよく育てていた。   | ①庭の環境整備の助言を行うとともに、相談支援専門員に情報提供し、趣味の活動を広げる方向で支援する。                                |
| 4  | 在宅での生活を続けたい         | 家族の支援で生活は成り立っている。                                       | ①家族の介護負担が気になる。  | ①在宅での介護を無理なく続けるため、ホームヘルプの導入等を相談支援専門員と検討する。                                       |
| 5  | 毎日通所させたい<br>(家族)    | 現在の体力では毎日の通所は無理がある。                                     | ①本人が就労に向けて前向きに取り組もうとしている<br>②体力が落ちているので段階を追って進めていく必要がある                     | ①本人の状況を、家族にも理解を促し、進捗に合わせたフォローを促す。  |



# ストレングスに着目した支援とは

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

## ストレングスとは

主に精神障害のケースマネジメントなどで発展した視点で、欠点よりも強さに着目したアセスメント視点。現在では、身体障害、知的障害においても応用されている。

ケアプランを作るときにポイントになる、本人と環境の両方にある強さのことをいう。

## ストレングスモデルとは

全ての人やその人を取り巻く環境には、ストレングス(強み)があるので、それを中心にアプローチし、活用して行く支援技法。ストレングスに着目して支援することで、行動の動機付けを強める。

### ・本人のストレングス例

個人の属性(性質・性格)  
才能・技能  
関心・願望

### ・環境のストレングス例

安心して生活できる家  
親友がいること  
草野球チームに所属していること

# ストレングスに着目した支援とは

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

ストレングスによるアセスメント(視点)と、アセスメントにより確認されたストレングスを活用した支援(モデル)は違うもの。

両者は長らく混同されて実践されてきた経緯がある。

確認されたストレングスを活用した支援を心がけることにより、利用者のやる気を引き出す支援が重要。

## ストレングスに着目した支援事例

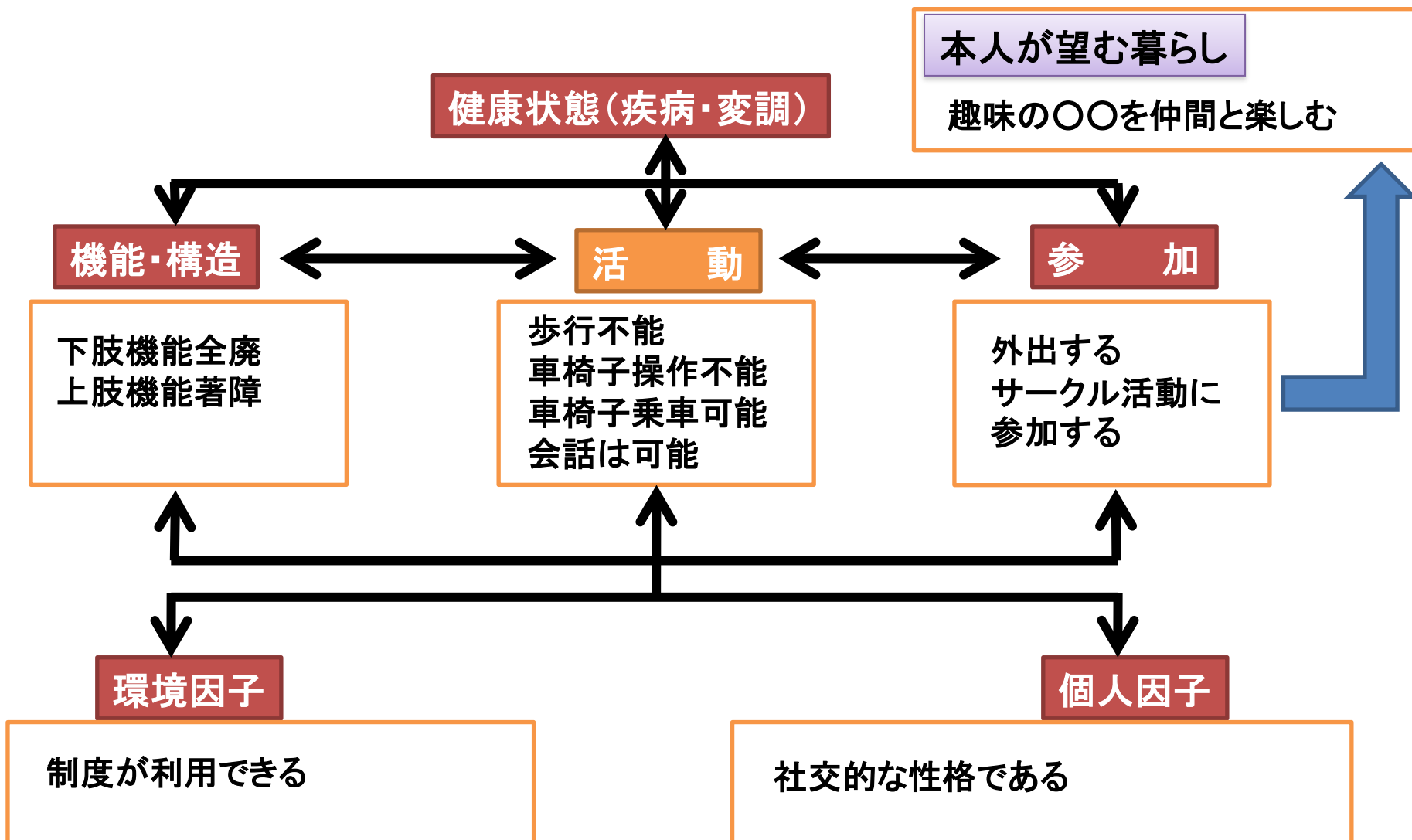
プロ野球の大ファンである障害のあるAさんは、働きたい意欲はあるがB型事業所ではうまくいかず転々としていた。

そこで、グループスーパビジョンによりアイデアを出し合い、大好きなプロ野球の球場での清掃作業を紹介したところ、安定した就職へとつながった。

公的なサービスばかりに着目していて、強みや興味をうまく活用できていなかった状態から、Aさんの興味や強みを就労へ結び付けて、効果を上げることができたことになる。

人が働くには、生活の維持だけではないここに特別な理由があることを理解する。

# ICFを活用した利用者把握



### (3) 個別支援計画の作成(概要)

個別支援計画の作成は、支援の実施過程を立案することである。

① 明らかになった  
ニーズ(課題)をリ  
ストアップする

② 到達目標を  
設定する

③ 解決すべき課題  
の優先順位を利用  
者と決める



④ 資源とニーズのマ  
ッチングを検討する

⑤ 個別支援計画案を  
作成する

⑥ 利用者の最終同意を得  
る(「案」をとる)

利用者との信頼関係を築き、支援チームの意思統一を図る

### (3) 個別支援計画の作成(それぞれの立場から)

- 利用者や家族の立場から
  - ・質の高いサービスを提供してくれるためのもの。
  - ・私の意向を汲んでくれているもの。
  - ・利用者・家族とのコミュニケーションを深めていくためのツールとなるもの。
- 職員の立場から
  - ・的確な支援の方向づけをするもの。
  - ・支援の効果を自己評価し、今後の計画を検討するベースとなるもの。
- 施設経営者の立場から
  - ・支援の質の向上を目指すためのもの。
  - ・効率的・効果的に施設運営できるためのもの。

## (3) 個別支援計画の作成

### ① 到達目標の設定

- ・ 利用者の課題(ニーズ)に基づき**到達すべき目標**を定める
- ・ 到達目標は、サービスの到達目標である**主目標**と**個別到達目標**などからなる
- ・ 現行の支援を見直すとともに、**新しい支援**を考える

#### 実施方法

- ・ 個別支援計画の作成に当たっては、**本人の意向**を尊重すること
- ・ 到達目標は、就労移行支援事業などサービスの到達目標が予め明確であるような主目標と具体的な個別の到達目標が考えられる
- ・ **時間(支援期間)**と**領域(支援内容)**という2つの観点から設定
- ・ 課題(ニーズ)が複数にわたる場合、緊急性の高い課題など**優先順位を設定**
- ・ 到達目標は、時間軸をとおして**段階を踏んで**達成される→**スモールステップ**を踏む
- ・ 目標の**達成度の評価方法**についてもあらかじめ決めておく
- ・ 個別支援計画を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 個別支援計画表

## 支援目標の立て方の例

### 【事例1】

Aくん小学生男児、放課後等デイサービスを週に3日利用～母親より、兄弟げんかが絶えない、兄はこの子のことをよく思っていない。ケンカが始まる度に息苦しくなる、という相談。→いろいろと話を聴くうちに、①夫が子育てに参加してくれない。②この子の分も兄には勉強など頑張してほしい。といった思いが母親の話から伝わってくる。→母親自身は一人っ子。父親は確かに仕事帰りが遅いが、休日に子どもを連れて出かけることは多い。「この子の分も…」と言っていることから、障害を持つ子どもが生まれたことへの母親のダメージはまだまだ大きい。→母親とお兄ちゃんの関係はどうなのか？夫婦のコミュニケーション不足→事業所でのA君の様子も見てもらいながら、家族そろっての懇談会を実施してはどうか。

→「Aさん一家だけの参観日を行います。当事業所で家族そろって楽しく過ごしましょう！」

### 【事例2】

Bさん20代半ば、精神福祉手帳2級所持。「働きたい！」というニーズ、現在は就労継続支援（B型）に籍を置いているが、週に1回通うかどうかのペースで、ほとんど家で暮らす→話を何度もじっくりと聞いているうちに、①父親が「アルバイトでもいいから働いてみる」といった言い方をよくしているとのこと。②ウォーキングを続けることは、体力づくりから大切だと言われているが、近所の人の目が気になって週に2、3回しか出かけられない、電車やバスには一人では乗れない、といった話が聴かれた。→父親に言われていることを気にして、働きたいと言っているのではないか。一年前のことを考えると、随分と家からは出る機会は増えている。20歳前後にアルバイトはしていた。話をすることは好きで、音楽や趣味のちょっとした工芸品作りなどの話をすると、嬉しそうにしゃべる。→今の生き方、生活状況を認められる機会がもっとあった方が良いのではないか。

→「今秋の〇〇市民プラザの展覧会に工芸作品を出品しましょう。」

## (3) 個別支援計画の作成

### ② 個別支援計画の作成

- ・ 主目標や個別目標が達成されるような個別支援計画を作成する
- ・ 日課、週間、月間のプログラムとする
- ・ 支援方法については、個人に合うよう工夫する

#### 実施方法

- ・ 時間軸(段階)を意識した個別支援計画とする
- ・ 支援の頻度やスケジュールについては、本人の同意を得て作成する
- ・ 具体的な支援方法などを個別支援計画に反映させる
- ・ やむを得ない場合の身体拘束等の様態、緊急やむを得ない理由を記載する
- ・ 個別支援計画においては担当者の役割を決めておく
- ・ 個別支援計画を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 個別支援計画表



## 事例：サービス等利用計画に基づいた個別支援計画の作成

出典：日本相談支援専門員協会編「サービス等利用計画作成サポートブック修正版」P. 39～47

### ●脳血管障害により在宅で引きこもりになっている事例

#### 【概要】

56歳男性、脳血管障害後遺症、右片麻痺、ブローカ失語症（運動性失語）、妻と子供3人（20歳大学生、19歳大学生、17歳高校生）5人暮らし、妻の姉夫婦が近隣に住んでおり手伝ってくれる。

2年前に脳出血発症、病院での治療が終了し〇〇リハセンター（自立訓練）に6か月入所。退所後、在宅にて介護保険制度のデイサービスを数回使ったが、コミュニケーションがうまく取れず中絶、自宅にこもるようになる。本人の意向や社会参加の幅を広げるために、障害福祉サービスを申請、ヘルパー利用、就労移行支援事業を利用することになった。

#### 【生活歴】

高校時代はスポーツで活躍。大卒後、私学の臨時教員3年後常勤となる。中学高等部の教員、昇進試験を受け教頭になる。仕事人間で真正直、家族思いである。

#### 【経済状況】

病気前は年収700万円。傷病手当金として6割（420万円）給付を受けていたが、1年半で終了。職場に籍はあるが現在無収入。息子はアルバイト、妻は非常勤講師で年収120万円程度。預貯金2000万円程度。生命保険の後遺障害認定後1200万円が入る予定。

#### 【利用者の主訴】

元の生活に戻りたい。働いて収入を得たい。

#### 【経緯】

急性期・回復期リハで回復が見られ在宅へ。介護保険第2号被保険者（要介護1）であり、デイサービスを利用したものの、なかなか自分の気持ちが伝えられず休むようになり、表情が暗くなる。心配した家族がケアマネジャーに相談。ケアマネから障害者相談支援事業所へ相談され、今後のことを一緒に考えることとなった。

## 【具体的支援内容・経過】

ベッドは中古品を自費で購入。日常生活用具で玄関・廊下の手すり設置。介護保険でシャワー椅子購入、週2回のデイサービス、週1回の訪問リハでケアプランがたてられ在宅生活を行うこととなった。デイサービスに行くも、**失語症のため自分の思いを伝えられず自宅にこもる**ようになった。

ケアマネは、なぜ引きこもり状態となったのか本人の気持ちを聞き出せないでいたが、社会参加を促し今後の方向性を見出したいということと、少しでも働いて収入を得たいという本人の希望から、相談支援へ相談があった。

相談支援専門員との面談から、「**好きで家にいるわけではない**」ことがわかった。そのほか、**庭いじりが好き**なこと、子供の学費や生活費が気になること、**パソコンの経験を生かせる仕事がしたい**ことなどが聞き取れた。**本来は意欲的な性格**であることもわかってきた。**少しずつ生活の幅を広げられれば、本人のやる気が増す可能性が高い**と判断された。

介護保険に加えて障害福祉サービスを利用するため、行政や担当者が集まりケア会議を行う。その結果、障害福祉サービスの申請が決まり、社会参加や生活の幅を広げるために**余暇活動も検討**する。妻も収入を増やすために勤務形態を変更したいなどの希望が出てきている。

サービス等利用計画

|                |            |                |                  |          |            |
|----------------|------------|----------------|------------------|----------|------------|
| 利用者氏名          | 〇〇 〇男      | 障害程度区分         | 区分2              | 相談支援事業者名 | 〇〇相談支援センター |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 1234567890 | 利用者負担上限額       | 9300円            | 計画作成担当者  | 〇〇 〇〇      |
| 地域相談支援受給者証番号   | 0          |                |                  |          |            |
| 計画作成日          | 2011年4月15日 | モニタリング期間(開始年月) | 1か月間(2012年4月~6月) | 利用者同意署名欄 | 〇〇 〇男      |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) | 左手を使い、以前のように働き、少しでも家族を養いたい。<br>趣味のガーデニングを楽しみたい。                                      |
| 総合的な援助の方針                  | 体力をつけて、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。<br>生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなこととして充実した生活を送れるようにする。 |
| 長期目標                       | 就労のための訓練をして、少しでも給料の高いところで働く。   |
| 短期目標                       | 運動などで体重を5キロ減らしながら体力をつけて、就労支援事業所に無理なく週3回行けるようになったら、週4回行けることを目指す。                      |

| 優先順位 | 解決すべき課題(本人のニーズ)               | 支援目標   | 達成時期 | 福祉サービス等  |   | 課題解決のための本人の役割   | 評価時期 | その他留意事項  |
|------|-------------------------------|--|------|--|---|---|------|--|
|      |                               |  |      | 種類・内容・量(頻度・時間)   | 提供事業者名(担当者名・電話)                         |   |      |  |
| 1    | 右片麻痺があるが体力を維持しながら、働きたい。       | 一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。 | 3ヶ月  | ・就労移行支援事業所へ週3回、10時から16時まで通う。<br>パソコンによる入力作業を練習する。<br>・事業所への送りの調整は大学のボランティアセンターが行う。 | 就労支援センター△△(〇〇サービス管理責任者 ***-****-****)   | ・就労移行支援事業所への通所日には時間までに準備をする。<br>・その日のボランティアの名前を調べておき挨拶する。 | 1ヶ月  | 就労移行事業所への行きはボランティアに送迎をお願いする。帰りは事業所が送る。                             |
| 2    | 無収入で経済的に家計がひっ迫している。           | ・年金の手続きをする。<br>・特別障害者手当の受給について検討する。          | 3ヶ月  | ・年金申請手続きについて、相談支援センターが家族にアドバイスをする。<br>・特別障害者手当の可否について本人・家族と主治医の意見をきく。              | 〇〇相談支援事業所(〇〇相談支援専門員 ***-****-****)      | ・制度を理解する。<br>・一人で留守番をして、妻が働きに行けるように協力する。                  | 1ヶ月  | ・貯金を整理してきちんと把握(妻)<br>・生命保険の手続きをすすめる(妻)<br>・妻は非常勤講師から塾の教員に転職を考えている。 |
| 3    | 好きなガーデニングを楽しみたい。              | 昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。                         | 12ヶ月 | 第1・2・4の月曜日に友人の送迎で2時間程度、ガーデニングのサークルに出かける。   | 友人〇〇氏(***-****-****)                    | ・仲間の介助でサークルに参加する。   | 1ヶ月  |  |
| 4    | 運動不足から体重の増加があり、再発作を起こすおそれがある。 | 高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。                | 3ヶ月  | ・モニタリング時に実施状況と体重のチェック<br>・月1回の通院は市の送迎サービスを利用                                       | 〇〇総合病院(〇〇医師 ***-****-****)              | ・家の周りを散歩する(1日2回、30分ずつ)                                    | 1ヶ月  | 本人とプールに行き水中歩行(息子)  |
| 5    | 安心してお風呂に入りたい。                 | 週に3回は入浴をする。                                  | 1ヶ月  | ・訪問介護(介護保険・身体介護)にて入浴の介護<br>週3回(各1時間)<br>・移動支援事業で週1回(2時間)<br>外出の支援                  | 〇〇ヘルパーステーション(〇〇サービス提供責任者 ***-****-****) | 外出の計画を立てる。  | 1ヶ月  | 入浴日以外は、妻がシャワー浴の見守り等の支援をする。   |
| 6    | もっとちゃんとはなせるようになりたい。           | 留守番ができるようになる。                                | 3ヶ月  | 介護保険サービスによる通所リハ(ST)<br>月2回(市の送迎サービスを利用)  | 〇〇総合病院(〇〇医師 ***-****-****)              | 通所していない日の自習   | 1ヶ月  |  |

サービス等利用計画【週間計画表】

|                |            |          |       |          |            |
|----------------|------------|----------|-------|----------|------------|
| 利用者氏名          | 〇〇 〇男      | 障害程度区分   | 区分2   | 相談支援事業者名 | 〇〇相談支援センター |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 1234567890 | 利用者負担上限額 | 9300円 | 計画作成担当者  | 〇〇 〇〇      |
| 地域相談支援受給者証番号   | 0          |          |       |          |            |

|        |         |
|--------|---------|
| 計画開始年月 | 2011年5月 |
|--------|---------|

|       | 月                         | 火                      | 水        | 木                      | 金                      | 土            | 日・祝          | 主な日常生活上の活動   |
|-------|---------------------------|------------------------|----------|------------------------|------------------------|--------------|--------------|--|
| 6:00  | 起床・洗面                     | 起床・洗面                  | 起床・洗面    | 起床・洗面                  | 起床・洗面                  | 起床・洗面        |              | 短下肢装具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。就労支援事業所へ行きはボランティアによる介助をお願いする。       |
| 8:00  | 朝食                        | 朝食                     | 朝食       | 朝食                     | 朝食                     | 朝食           |              |  |
|       | 散歩                        | 散歩                     | 散歩       | 散歩                     | 散歩                     | 散歩           | 起床・洗面        | 休日はゆっくりしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。                              |
| 10:00 | ガーデニングサークル会<br>(第1・2・4月曜) | Vによる移動介助               |          | Vによる移動介助               | Vによる移動介助               | 身体介護(入浴)     | 朝食           |  |
| 12:00 | 昼食                        | 就労支援センター△△<br>(就労移行支援) | 昼食       | 就労支援センター△△<br>(就労移行支援) | 就労支援センター△△<br>(就労移行支援) | 昼食           | 昼食           |  |
| 14:00 | 身体介護(入浴)                  |                        | 身体介護(入浴) |                        |                        | 移動支援(買い物など)  |              |  |
| 16:00 |                           | 事業所の送り                 |          | 事業所の送り                 | 事業所の送り                 |              |              | ..... 週単位以外のサービス   |
| 18:00 | 散歩                        | 散歩                     | 散歩       | 散歩                     | 散歩                     | 散歩           | 散歩           | 自宅から作業所まで公共機関(JR利用)を利用して一人で通うのは不安なため、県立大学の学生にボランティアをお願いする。 |
| 20:00 | 夕食                        | 夕食                     | 夕食       | 夕食                     | 夕食                     | 夕食           | 夕食           | 毎月、脳外科と内科に通院する。月に2回、通所によるリハ(ST)に通う。                        |
| 22:00 |                           | シャワー浴(妻の見守り)           |          | シャワー浴(妻の見守り)           | シャワー浴(妻の見守り)           | シャワー浴(妻の見守り) | シャワー浴(妻の見守り) | 通院は、市の送迎サービスを利用する。   |
|       | 就寝                        | 就寝                     | 就寝       | 就寝                     | 就寝                     | 就寝           | 就寝           | 息子と一緒にプールに行って水中歩行して体力の向上を図る。                               |
| 0:00  |                           |                        |          |                        |                        |              |              |  |
| 2:00  |                           |                        |          |                        |                        |              |              |  |
| 4:00  |                           |                        |          |                        |                        |              |              |  |

サービス提供によって実現する生活の全体像

引きこもり状態になっている生活から、まず、居場所づくりを考え、障害があっても働くことへの意欲を失わないでほしい。工夫すれば働く環境はできる。とっかかりはまず、就労移行支援から検討した。本人ができるところに着目し、ガーデニングという余暇活動の幅を広げ、充実感を増やしていくことで生活のリズムに変化が起きる。一外へ出るとい意識を高め、社会参加の一步から始める。まだ未熟だがパソコンができる強みを生かして、持っている力を引き出す場所を提供することで、本人の居場所ができる。活動が広がる。家族以外のボランティアを導入したのは、移動において、まだ本人の体力面で心配なので、介助できる人を探した。

# (初期)個別支援計画書(例)

利用者名

作成年月日: 年 月 日

|              |   |
|--------------|---|
| 総合的な援助の方針    | 体力をつけて、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。<br>生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなことをして充実した生活を送れるようにする。                    |
| 長期目標(内容、期間等) | パソコンの経験を活かした仕事をしたいとのご本人のニーズや、学校の教頭という立場で働かれていた経験もあるので、様々な可能性を高め、ご本人に適した職場で一般就労し、充実した生活が送れるようになっている。(2年) |
| 短期目標(内容、期間等) | これまで外出の機会が少なく、体力的に落ちていることもあるため、まずは、週3回の事業所通所が問題なくできるようになる。(3ヶ月)   |

## ○支援目標及び支援計画等

| 支援目標  | 支援内容<br>(内容・留意点等)  | 支援期間<br>(頻度・時間・期間等)                        | サービス提供機関<br>(提供者・担当者等)                | 優先<br>順位 |
|---|--|--|---------------------------------------|----------|
| 体力が向上し、一日のスケジュールを疲労なくこなし、週3回問題なく通所できている。                    | 疲労度をチェックしながら、一日のスケジュールを徐々に伸ばし、体力が向上するよう支援します。  | 週3回<br>10:00~16:00<br>3か月                  | 就労支援センター△△<br>(就労移行支援事業所)<br>担当:○○    | 1        |
| パソコン入力について、集中力・耐久力がつき、少ない疲労で一定の速度で入力できている。                  | 確実な入力と、速度向上を目指し、片手(左手)入力の練習を行います。結果をフィードバックしながら動機づけを維持できるよう支援します。                      | 週3回から開始し頻度を増やしていきます。<br>10:00~16:00<br>6か月 | 就労支援センター△△<br>(就労移行支援事業所)<br>担当:○○、×× | 2        |
| 会話でのコミュニケーションがとりやすくなっている。関係機関との連携を図り、当センターでの支援が最適なものとなっている。 | ご本人の同意の下、言語療法の状況や日常生活の過ごし方等を把握させていただきます。相談支援事業所等のサービス担当者会議へ出席し、総合的な支援方針を常に共有しながら支援します。 | 随時<br>6か月                                  | 通所リハST:○○<br>相談支援事業所<br>担当:○○         | 3        |
| 送迎について、当センター及びボランティアにより安心して通所できている。                         | 行きはボランティアによる支援、帰りは当センターの送迎車を利用し、安心して通所できるよう支援します。公共交通機関の利用も徐々に同行し支援していきます。             | 週3回、3か月<br>公共交通機関は3か月後から徐々に試行              | 就労支援センター△△<br>(就労移行支援事業所)<br>担当:○○、●● | 4        |

平成 年 月 日 利用者氏名

印 サービス管理責任者

印

# 児童期の個別支援計画の例

## 事例の概要

- 小学二年生、男子。地元の小学校特別支援学級に在籍。母子家庭で兄と姉がいる。自閉スペクトラム症。両目共に弱視で、知的には1歳半の状態。
- 液晶タブレットで特に左目を近づけて動画を楽しみ、ねじ式の蓋を開けたり、ドアの鍵を自分で開けることができる。慣れた公園では活発に遊ぶことができているが、日常的に安全管理のための見守りと、部分的な介助による生活の支援が必要。学校には毎日元気に通い、行事ごとなど大勢いる場所だと笑顔が多い。気に入っている人にはスキンシップを頻繁に求め、慣れた場所では活発に遊ぶ。有意語は特にない。関心のある人には、よく手を引いて相手をしてもらおうとする。簡単な指示に応じることや、思いを通そうとすることは多くなっている。
- 母親の一番の悩みは、中学生の本児の兄が学校に通えなくなっていること。その兄の担任との信頼関係は良好であり、一時期よりは母親としては落ち着いてきている。
- 母親が就労していることもあり、放課後や特に学校の長期休暇の生活を保障していくために、3カ所の放課後等デイサービスと2カ所のホームヘルプサービスと行動援護を利用している。\* 次スライドには障害児支援利用計画を示しているが、その次から示す個別支援計画は、週三日通う放課後等デイサービス事業所「すらり」の個別支援計画。

## 子どもの支援利用計画 《学童期》

|        |             |                   |      |          |   |
|--------|-------------|-------------------|------|----------|---|
| 子どもの名前 | M・Sくん       | 性別                | 男    | 相談支援事業者名 | 子どもの相談支援事業所 れいんぼう   |
| 保護者氏名  | K・S様        | 本人との続柄            | 母親   |          |   |
| 住所     | 〇〇県〇〇市〇〇町△△ |                   |      | 計画作成担当者  | 所沢 伊之助  |
| 計画作成日  | 2015年3月〇日   | モニタリング期間（開始/終了年月） | 3か月後 | 保護者同意署名欄 | K・S <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">S</span> 印 |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 子ども及びその家族の生活に対する意向（希望する生活） | お子さんと過ごす時間を大切にしながらも、お仕事はできるだけ休まずに頑張っていきたいと考えているようです。Mくんのことについては、今はあまり心配していないという話も聞かせていただきましたが、子育てに関しては悩みは多く、特にお兄ちゃんのことでの悩みは多いことや、お姉ちゃんとの時間がなかなか取れないことでの心配をされているようです。   |
| 総合的な支援の方針                  | 毎朝、元気にお母さんと学校に通っているようです。朝は何かと忙しいでしょうが、Mくんにとっては、朝お姉ちゃんとお母さんと出かけることが、大切な一日のリズムになっており、「やる気」スイッチの入る素直なひと時のだるうなと思いますので、ぜひ続けてみてください。日曜日については、勤務日になっているようですが、職場の理解もあるとのことですので、もう少しは今のペースで休みを取っていかれることは、Sさん自身のためにも良いことだと思います。土、日が休みの仕事に変わることも考えていってほしいと思いますが、各事業所もしっかりと応援していきますので、もう少しは今のペースでいきましょう。また、多くの事業所を利用することで、何かと気疲れもされることでしょう。何が何だかわからなくなった！ということがありましたら、お話を聞かせてください。 |
| 長期目標                       | 視覚的にはかなりぼやけて見えているはずなのに、くっきり見えているかのように、すぐに相手が誰だかを見分け、近くにいる相手によって、抱きついたり、欲しいものを要求したり、善し悪しには近寄ろうとしないMくんです。また、いろんな音や声には敏感です。Mくんが感じていること、理解できていること、判断できていること、決めていく力について、Mくんに関わっている皆さんが集まって話し合い、確認していく機会を何度か持たたいものです。企画してみますので、Sさんからの呼びかけもよろしくお願ひします。  |
| 短期目標                       | 昨年度までの学校の長期休みは、各事業所の工夫により何とか乗り越えてきましたが、開所日や受け入れ時間の変更されているところもありますので、今度の夏休みのことは、いろいろと考えていきたいと思います。仕事を続けながらも、どのくらいお子さんと向き合う時間を確保していくのが良いのか、一緒に作戦を練りましょうね。  |

| 優先順位 | 解決すべき課題（家族及び本人の成長・発達課題）                       | 支援目標  | 達成時期 | 支援の具体的な内容<br>種類・内容・量（頻度・時間）   | 課題解決のための<br>家族の役割・立場   | 評価時期 | その他留意事項   |
|------|---|---|------|---|--|------|---|
| 1    | 発達支援：Mくんの成長の様子、これからの支援目標などを各機関が共通理解していくこと     | Mくんの感じていること、見えている世界、聴こえてくることについて、支援しているみなさんと話し合っていく機会を待ちましよう。                 | 6ヶ月後 | 学校の特別支援コーディネーターの先生、Mくんの担任の先生、交流学校の担任の先生、放課後等デイサービス事業所「すなり」「どおどあ」「ミング」のスタッフの方、以前Mくんが通っていた児童発達支援センターの言語療法士のHさん、視覚支援機器の開発を手掛けているパソコンソフト会社のNさん、そこで一緒に共同研究をしているH大学のY教授、あとはSさんが参加するMくんのための会を開きたいと思います。（近くとも8月の初めまで） | 学校の担任の先生とは、これまで通り定期的にお会いしていきたく思いますので、Sさんからもよろしくお伝えください。  | 5ヶ月後 | 児童期の教育機関、福祉の支援機関が一堂に集まることは、なかなか難しいものです。それでも何とか皆さんが集まることのできる機会を持つために、まずは教育委員会、校長先生、事業所の代表者の方々にお願いして、お願いをしていくことから始めていきます。 |
| 2    | 家族支援（就労支援）：これまで通り仕事を続けていくにあたって、必要な支援を受けていきたい。 | 平日の放課後や土、日曜日の日中の活動について、Mくんが時には、のんびりと、時には目を輝かせながら過ごせる場を、引き続きいて保障していきましよう。      | 3ヶ月後 | 放課後等デイサービス事業所<br>①児童デイサービス すなり 週3日<br>②放課後等デイサービスセンター どおどあ 週2日<br>③放課後等デイサービス ミング 月2～3日   | 利用している事業所によって、またヘルパーさんによって、Mくんは違う姿を見せていると思います。これまでも事業所での様子は聞きになっているようですが、事業所によって違うMくんの様子を一緒に知っていきましよう。 | 2ヶ月後 | 土曜日のお出かけはどとも楽しみにしているようです。（Kダウン、丸豆パート、体育館など）Mくんにとって、一対一の支援はとても大切です。行動範囲が広がりますし、要求行動が増えていくためにもとても有効だと思います。                |
| 3    | 家族支援：ご兄弟の方への今後の子育てについて                        | お兄ちゃんのこと、お姉ちゃんのことについても思い悩んでいることがたくさんあります。まずは、誰かとじっくり話しをして、Sさんの頭の中の整理をしてみませんか。 | 3ヶ月後 | ◆すなり居宅介護支援センター 必要に応じて土曜日の9：00～13：00及び日曜日の13：00～16：30<br>☆〇〇市ホームヘルプセンター 希望 水曜17時～土曜日18時～<br>▲げんこつ山ヘルプステーション（行動支援） 主に日曜日の14時～   | それぞれの先生との連絡調整は、こちらで行いますので、月曜日の日曜日、時間を作って下さいね。  | 2ヶ月後 | 土曜日のお出かけは、天気の良い日は近所の公園で遊ばせ、日曜日のお出かけは、プールに行っているようです。楽しんでるようでした。室内でゆったりと過ごせる場所も考えてみますので、事業所の方とはまた情報交換しましょう。               |
| 4    | 家族支援：ご兄弟の方への今後の子育てについて                        | お兄ちゃんのこと、お姉ちゃんのことについても思い悩んでいることがたくさんあります。まずは、誰かとじっくり話しをして、Sさんの頭の中の整理をしてみませんか。 | 3ヶ月後 | それぞれの学校の先生ともいると相談をしてこられたと思いますが、Sさん自身が親としての役割として、何が得意なことなのか、お子さんの気持ちをどう受け止めていけばいいのかについて、ゆっくりと話し合ってみましよう。G発達支援センターの園長先生や通達制高校のYY学院のF先生と合ってみましよう。  | それぞれの先生との連絡調整は、こちらで行いますので、月曜日の日曜日、時間を作って下さいね。  | 2ヶ月後 | どちらの先生ともSさんが合って話したいけれど、忙しすぎてすね～とおっしゃっていました。お二人とも、いいですよ～！と喜んでいただいています。お楽しみに！   |

## 個別支援計画例(児童期)

# 個別支援計画 その1

子どもの名前 M・S さん

作成年月日: H30年 4月 5日

総合的な支援の方針。 毎朝、元気にお母さんと学校に通っているようですね。朝は何かと忙しいでしょうが、Mくんにとっては、朝お姉ちゃんとお母さんと出かけることが、大切な一日のリズムになっており、「やる気」スイッチの入る素敵なひと時のだろうなと思いますので、ぜひ続けてみてくださいね。日曜日については、勤務日になっているようですが、職場の理解もあるとのことですので、もしばらくは今のペースで休みを取っていかれることは、Sさん自身のためにも良いことだと思います。土、日が休みの仕事に変わることも考えていらっしゃったようですが、各事業所もしっかりと応援していますので、もしばらくこのままいきましょう。また、多くの事業所を利用することで、何かと気疲れもされることでしょうか。何が何だかわからなくなった！ということがありましたら、お話を聞かせてください。

### ○目標

|      |   |
|------|---|
| 長期目標 | 興味を持って遊べる玩具や教材を見つけ、じっくり！没頭して！遊ぼう。                 |
| 短期目標 | Mくんが見えている、感じてることを少しでも共感できるよう他機関からの情報収集や情報交換を進めます。 |

### ○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<br>(内容・留意点等)  | 支援期間<br>(頻度・時間・期間等)                             | サービス提供機関<br>(提供者・担当者等)  | 優先<br>順位 |
|----------------------|--|--|---|---|----------|
| 発達課題①<br>(遊び)        | Sさんが家庭でMくんと楽しめるようなことを一緒に考え、見つけましょう。                                    | G発達支援センターの協力を得て、Mくんが楽しめるような光や映像の玩具などで遊び、ご家庭で楽しめそうなものを探してみます。楽しめた玩具で家庭でも準備していただければ、月一回程度ですがMくんとSさんがいらっしゃる時間に家庭訪問するかと思います。ヘルパーさんも同席してもらえるとよいですね。 | 利用した日<br>・3か月間<br>訪問は必要がある時<br>・月に一回程度          | すらし指導員 P<br><br>(げんこつ山ヘルパーステーション Z山さん)<br>(G発達支援センターの F川作業療法士)    | 3        |
| 発達課題②<br>(感覚運動:現状分析) | 視力としてあまり見えていないとは思いますが、こけることが少なく、元気に動き回ることもあるMくんが、感じている世界を一緒に想像してみましょう。 | Mくんの見えていることについて、事業所として、もう少し理解していきたいです。その際、Mくんが過ごしている様子をビデオに撮り、KKさんや、W先生に見ていただき、わかったことがあれば、そのことを生かした事業所の環境について、改善していきます。                        | 4月中にビデオ撮りをして、5月中に二人に観てもらい、アドバイスをもらいます。<br>・3か月間 | 視覚障害者の同行援護の研修などで講師をしているD市社会福祉協議会のKKさん<br>すらし指導員 PとY<br>J大学助教授のW先生 | 1        |
| 発達課題③<br>(遊び・学習)     | Mくんが集中できそうな遊びや課題をもっと広げたいと思います。   | 好奇心は旺盛で、知りたいことややりたいことはたくさんありそうです。Mくん用に、大小のコインや円柱のピース、ビー玉などを、入れたり出したりして、その操作を楽しめる教材をいくつか作成しました。2種類のピースを、少しでもスムーズに分けられることを目標に、個別にかかわる時間を作っていきます。 | 利用した日は毎回誘ってみます。<br>・3か月間                        | すらし指導員 PとY  | 2        |



個別支援計画(児童期)

個別支援計画 その2

子どもの名前 M・S さん

作成年月日: H30年 4月 5日

○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<br>(内容・留意点等)   | 支援期間<br>(頻度・時間・期間等)  | サービス提供機関<br>(提供者・担当者等)  | 優先<br>順位 |
|------|--|---|--|---|----------|
| 家族支援 | Mくんのことで兄のJさんと私たちが語り合う時間を持てるように協力してください。  | Jさんに手伝ってもらいながら、Mくんが興味を持ちそうな玩具等を製作する機会などを設けます。一緒に過ごすことで、お母さんには言わないことを話してくれる機会になるかもしれません。土、日曜日となりますが、時々Jさんに来ていただきます。                | 6か月<br>Jさん自身にはもちろんのこと、SさんやN先生と相談しながら、当事業所に来ていただく日は決めていきます。 | すらし指導員 Y<br><br>○○中学校 N先生   | 3        |
| 地域支援 | 学校以外でも、地域の中にMくんが愉しめるところをMくんと一緒に体験していきます。 | 現在考えているところは、◇◇公民館の陶芸教室と、ジャズダンス教室のほか、LL少年サッカー教室と、自称「昆虫博士」の方の家と、事業所の近くにある○○電鉄の車庫と、○○電気本店のオーディオルームです。それぞれの場所で、顔なじみになれるよう、根気よく行ってみます。 | 6か月<br>どこも事業所の近くですので、週に1～2回のペースで、連れて行きたいと思います。             | すらし児童発達支援管理責任者 山田<br>すらし指導員 PまたはY<br>◇◇公民館 Hさん<br>陶芸教室の先生 Bさんと教室の生徒さん<br>ジャズダンス教室の先生 Dさん<br>昆虫博士のC さん | 4        |

事業所における総合的な支援方針

Mくんが昨年度同様に元気に過ごしていくために一週間の生活のメリハリに注意し、特に休養の時間には配慮していきます。その上で、集中して楽しめるようなことが増えていくような内容の支援を行っていきます。また、一人でも多くの方が、Mくんに関心を持ち、Mくんのうれしそうな表情に出会えていくよう、少しずつ地域の中での体験を考えていきます。

平成 27年 4月7日

利用者氏名 K・S



児童発達支援管理責任者 山田太郎



## (4) 個別支援計画の実施

- ・ 設定された**目標**を、効率よく**達成**することに努める
- ・ 個別支援計画に**則り**、**適切**にサービス(支援)を提供する
- ・ **支援のペース**や**スケジュール**は、**利用者**とよく話し合**って決める**

### 実施方法

- ・ 支援スタッフの**役割を明確**にする
- ・ 支援スタッフはお互いに**情報交換**しながら支援を実施
- ・ 時間軸(**段階**)を意識した支援に努める
- ・ 支援のペースやスケジュールについては、**本人の同意**を得て実施する
- ・ 個別支援の実施に当たって**支援の責任者**を決めておく
- ・ 他の支援方法の導入など**工夫を怠らない**
- ・ 個別支援計画の実施を記録しておく

### 必要なツール

- ・ 支援経過記録表

# 【自立訓練(生活訓練)の標準的な支援内容】

## ① 長期入所者・入院患者

| 期 間           | 退所・退院早期   |   | 通所期・訪問導入期   | 訪問期  |
|---------------|---|---|---|--|
|               | (訓練準備期)   | (生活習慣修得期)   | (定着期)   | (フォロー期)  |
| 期 間           | 12ヶ月間   | 6ヶ月間  | 6ヶ月間  | 12ヶ月間  |
| 日 中 通 所       | ○   | ○   | ○   | —  |
| 訪 問           | △   | △   | ○   | ○  |
| 長期入院・入所者の特記事項 | ○施設又は病院が準備したグループホーム等において訓練<br><br>○具体的な地域生活の理解と動機付け(例:視覚的にわかりやすい情報提供や極めて短期的なグループホームの体験) |   | ○地域移行した際に活用の可能性のある福祉サービスに係る情報を提供  |  |
| ADL,IADLの向上   | ○生活リズムの確立<br>○食事、排泄等の基本動作の習得<br>○着脱衣、洗面等の身辺処理の習得  | ○洗濯、調理、買い物、掃除などの日常生活関連動作の習得   | ○日常生活関連動作について直接的な支援から、本人の自主的な取り組みを促す支援の方法に切り替える                             | ○訪問により食事、服薬、掃除、洗濯、身だしなみの状況確認や相談に応じる  |
| 社会経済活動参加能力の向上 | ○コミュニケーション能力を身につける  | ○本人の地域生活のルール(安全管理)、マナーの習得<br>○適切な人間関係の構築を図るための基礎を習得<br>○社会生活全般に関する習慣の習得 | ○金銭管理<br>○交通機関、電話の利用<br>○社会生活に関する習慣の定着<br>・対人関係を築く<br>・生活上の社会経済活動への参加のための訓練 | ○訪問により福祉サービス利用、金銭管理等の状況確認や相談に応じる<br>○必要に応じて、事業者、利用者と圏域(地域)でのコーディネーター等との協力・連携を図ることにより、地域生活の安定が図れるよう協力する |

※ 地域の社会資源の状況から通所することが困難であるなど、一定の条件に該当する場合、施設入所も可能。



## (5) 中間評価と修正

### ① 個別支援計画の評価

- ・ 時期(段階)ごとに、支援目標達成度を評価
- ・ 同時に、サービス(支援)の実施内容など個別適性も評価
- ・ 利用者にサービスが適切に提供されているかを評価

#### 実施方法

- ・ 支援目標の達成度を評価するための情報を収集する
- ・ 情報を時期(段階)ごとに、達成度を評価する
- ・ 達成度は、主目標及び個別目標の観点から評価
- ・ 状態の評価は、初期状態と比較してどれだけ変化したかをベースに評価
- ・ 併せて、利用者の意向や環境の変化なども評価
- ・ 個別支援計画に沿ってサービスが提供されたかを評価
- ・ 分析を記録する

#### 必要なツール

- ・ 個別支援計画の修正・変更記録票

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

|                |            |           |           |          |            |
|----------------|------------|-----------|-----------|----------|------------|
| 利用者氏名          | 〇〇 〇男      | 障害程度区分    | 区分2       | 相談支援事業者名 | 〇〇相談支援センター |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 1234567890 | 利用者負担上限額  | 9300円     | 計画作成担当者  | 〇〇 〇〇      |
| 地域相談支援受給者証番号   | 0          |           |           |          |            |
| 計画作成日          | 2011年4月15日 | モニタリング実施日 | 2011年6月5日 | 利用者同意署名欄 | 〇〇 〇男      |

|  |  |
|--|--|
| 総合的な援助の方針  | 全体の状況  |
| 体力をつけて、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。<br>生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなことをして充実した生活を送れるようにする。 | 障害者自立支援法のサービスを受けるようになって社会参加するようになり生活リズムがついた。 |

| 優先順位 | 支援目標   | 達成時期 | サービス提供状況<br>(事業者からの聞き取り)                                      | 本人の感想・満足度                              | 支援目標の達成度<br>(ニーズの充足度)                                  | 今後の課題・解決方法  | 計画変更の必要性   |  |  | その他留意事項  |
|------|--|------|---|--|--|---|--|--|--|--|
|      |  |      |   |  |  |   | サービス種類の変更  | サービス量の変更   | 週間計画の変更  |  |
| 1    | 一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。 | 3ヶ月  | 朝10時から16時まで(6時間) 事業所で過ごすことができた。<br>パソコンの入力も片手打ちだが入力時間の短縮ができた。 | 最初は慣れなかったパソコン操作だが、左手で打つスピードが上がった。      | 入力する内容が簡単なものはできるようになった。<br>体力も付き、週3回の通所は無理なくできるようになった。 | 回数を週3回から4回に変更する。<br>就労移行支援事業所のサービス管理責任者と連携を取って、本人の能力にあった業務内容に変更してもらう。<br>工賃が少しアップするか。 | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | パソコン業務内容について、テープおこしの入力や学校新聞、塾の教材などの入力に変えて、失語症の訓練を兼ねるとともに自信につなげる。 |
| 2    | ・年金の手続きをする。<br>・特別障害者手当の受給について検討する。          | 3ヶ月  | 厚生年金の手続きは完了。医師は特障は難しいと。(妻は求職登録をするとともに、今の職場へも就職あっせんを依頼している。)   | 収入が少ないと心配。早く働きたい。                      | 手続き完了。<br>引き続き妻の求職活動についてアドバイスする。                       | 妻が働く時間が増えることで家族関係が希薄にならないか考慮する。   | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 妻の介護負担軽減を図る。   |
| 3    | 昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。                         | 12ヶ月 | ガーデニングは天候にも左右されやすいが、そんな時はDVDを見て楽しんだ。(友人)                      | 引きこもっていた自分の姿で落ち込む日もあったが、仲間が誘ってくれてよかった。 | 外出の機会が増えて、活動の幅が広がり、ちょっとしたことだが勇気が出てきて、自信がついた。           | 仲間からの誘いだけではなく、本人から進んで計画ができるようにする方法を考える。上のライセンスにチャレンジする。                               | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | ガーデニングの放送大学をTVで視聴して、上のライセンスを取得する。                                |
| 4    | 高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。                | 3ヶ月  | 4キロ減量できた。このまま運動を継続するように。(主治医)                                 | 再発が怖いので、注意している。<br>5キロ減らせそうに思う。        | 規則正しく運動している。血圧は正常値を保っている。<br>油ものを控えたり、食事にも気をを使うようになった。 | 引き続き運動を継続。定期的な受診。食事管理、野菜や豆を多く摂取する。  | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 月1回定期  |
| 5    | 週に3回は入浴をする。                                  | 1ヶ月  | 脱衣は自力、浴槽の出入りは見守りで可能。浴槽内での立ち上がり動作に工夫が必要か。着衣は一部確認が必要。           | 風呂に入れるのは嬉しい。訓練に通っている日はシャワー浴で仕方ないか。     | 回数は、ほぼ達成できた。本人は毎日入浴したいのではないかと?                         | 浴槽内の立ち上がり動作について専門職の意見を得る機会を作る。<br>就労移行支援の回数増に伴う入浴介助の曜日変更。                             | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 専門職の意見を得るようにする。現在の通院先の外来で可能か確認する。                                |
| 6    | 留守番ができるようになる。                                | 3ヶ月  | 月2回の訓練では単語カードなどを使って訓練を行い、着実な回復が見られている。                        | 言いたいことが伝わるようになってきた。うれしい。               | 留守番をしていても簡単な用件なら実施できるようになった。伝言メモも書ける。                  | 引き続き訓練を継続する。  | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> | 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> |  |

継続サービス等利用計画【週間計画表】

|                |            |          |       |          |            |
|----------------|------------|----------|-------|----------|------------|
| 利用者氏名          | 〇〇 〇男      | 障害程度区分   | 区分2   | 相談支援事業者名 | 〇〇相談支援センター |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 1234567890 | 利用者負担上限額 | 9300円 | 計画作成担当者  | 〇〇 〇〇      |
| 地域相談支援受給者証番号   | 0          |          |       |          |            |
| 計画開始年月         | 2011年7月    |          |       |          |            |

|       | 月                             | 火                            | 水                            | 木                            | 金                            | 土           | 日・祝   | 主な日常生活上の活動   |
|-------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------|---|--|
| 6:00  | 起床・洗面                         | 起床・洗面                        | 起床・洗面                        | 起床・洗面                        | 起床・洗面                        | 起床・洗面       |   | 就労支援センターB型ではITセンターでパソコン操作を行い、文字入力を行う。<br>パソコン環境を整え、椅子もリクライニングタイプにしてリラックスした。<br>昼食は事業所の職員がセッティングしてくれ、自力で摂取する。<br>ガーデニングを昔の仲間と一緒に月3回楽しむ。 |
| 8:00  | 朝食                            | 朝食                           | 朝食                           | 朝食                           | 朝食                           | 朝食          | 起床・洗面   |  |
|       | 散歩                            | 散歩                           | 散歩                           | 散歩                           | 散歩                           | 散歩          | 朝食  |  |
| 10:00 | ガーデニング<br>サークル会<br>(第1・2・4月曜) | Vによる移動介助                     | Vによる移動介助                     | Vによる移動介助                     | Vによる移動介助                     | 身体介護(入浴)    | 散歩  |  |
| 12:00 | 昼食                            | 就労支援センター<br>△△<br>(就労移行支援事業) | 就労支援センター<br>△△<br>(就労移行支援事業) | 就労支援センター<br>△△<br>(就労移行支援事業) | 就労支援センター<br>△△<br>(就労移行支援事業) | 昼食          | 昼食  |  |
| 14:00 | 身体介護(入浴)                      |                              |                              |                              |                              | 移動支援(買い物など) | 身体介護(入浴)  |  |
| 16:00 |                               | 事業所の送り                       | 事業所の送り                       | 事業所の送り                       | 事業所の送り                       |             |   |  |
| 18:00 | 散歩                            | 散歩                           | 散歩                           | 散歩                           | 散歩                           | 散歩          | 散歩  |  |
| 20:00 | 夕食                            | 夕食                           | 夕食                           | 夕食                           | 夕食                           | 夕食          | 夕食  |  |
| 22:00 |                               | シャワー浴(妻の見守り)                 | シャワー浴(妻の見守り)                 | シャワー浴(妻の見守り)                 | シャワー浴(妻の見守り)                 |             |   |  |
|       | 就寝                            | 就寝                           | 就寝                           | 就寝                           | 就寝                           | 就寝          | 就寝  |  |
| 0:00  |                               |                              |                              |                              |                              |             |   |  |
| 2:00  |                               |                              |                              |                              |                              |             |   |  |
| 4:00  |                               |                              |                              |                              |                              |             |   |  |
|       |                               |                              |                              |                              |                              |             | 週単位以外のサービス  |  |
|       |                               |                              |                              |                              |                              |             | ガーデニングのサークル会を月曜日<br>から火曜日に変更。<br>歩くことで体重維持し健康管理。<br>浴槽内での立ち上がり動作について<br>方法を工夫する必要があるので専門<br>職の意見をきく貴会を作る。 |  |

サービス提供によって実現する生活の全体像

就労移行支援事業所の利用を週3回から4回に増やした。元々していた教員の教材のパソコン入力やテープ起こしをすることになった。家族を養うという意欲が出てくる。中途障害であるが、家族と一緒に生活するという元来のライフステージが取り戻せて笑顔が見られるようになってきた。持病を持って就労する不安はあるが、仕事日を増やし、塾の教材を作成するなどのパソコン入力は、失語症の訓練にもなっている。パソコン操作は個別に行っているが、流れ作業をすることで仲間意識を高めることになり、職場環境が充実したものになる。常に誰かのお世話にならないと生活ができないという思いを、少しでもなくし、「自分も役割があるよ」という思いを持ってもらいたい。

## 個別支援計画の修正・変更記録票の例

### 個別支援計画の修正・変更記録票

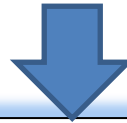
利用者名

様

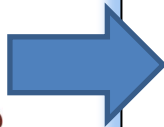
|   | 支援目標  | 達成状況の評価 |      |     | 達成されない原因の分析  | 今後の対応(支援内容・方法の変更等)                               | 優先順位 | 担当者   |
|---|---|---------|------|-----|--|--|------|-------|
|   |   | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |  |  |      |       |
| 1 | 体力が向上し、一日のスケジュールを疲労なくこなし、週3回問題なく通所できている                     | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |  | 週4回の通所に変更し、引き続き体力の向上を図り、週5回の通所を目標とする。            | 2    | 〇〇支援員 |
| 2 | パソコン入力について、集中力・耐久力がつき、少ない疲労で一定の速度で入力できている。                  | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 | 片手うちの入力スピードは上がったが、入力の内容をもっと関心のあることにしたほうが意欲的に取り組めるのではないか。 | 入力の内容を、学校新聞や塾の教材などに変更し、実際に生徒が喜んでくれるものにする。        | 1    | 〇〇支援員 |
| 3 | 会話でのコミュニケーションがとりやすくなっている。関係機関との連携を図り、当センターでの支援が最適なものとなっている。 | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 | 言語療法により着実に回復している。本人が関心のある内容で会話をすることで、より回復の可能性が高まるのではないか。 | 学校新聞の作成後に、実際に生徒と会話をする機会を設けるなど、積極的に会話を楽しめるよう支援する。 | 3    | 〇〇支援員 |
| 4 |   | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |  |  |      |       |
| 5 |   | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |  |  |      |       |
| 6 |   | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |  |  |      |       |



## (5) 中間評価と修正の視点



- 1 利用者の**権利**が守られているか
- 2 サービスについて利用者は**満足**しているか
- 3 **新たにニーズ**が発生していないか
- 4 設定されている**目標**が**達成**されているか



# モニタリングの際の勘案事項

① 障害者等の心身の状況

③ 総合的な援助の方針(援助の全体目標)

④ 生活全般の解決すべき課題

② 障害者等の置かれている環境

- ・ 家族状況
- ・ 障害者等の介護を行う者の状況
- ・ 生活状況(日中活動の状況(就労・通所施設等)、地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージの変化(乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等)

⑤ 提供される各サービスの目標及び達成時期

⑥ 提供されるサービスの種類、内容、量等

## (5) 中間評価と修正

### ② 個別支援計画の修正

- ・ 支援目標を達成するために個別支援計画(個別支援)プログラムを修正する
- ・ 提供されるサービス(支援)内容を修正する
- ・ 利用者に修正や変更の同意を得る

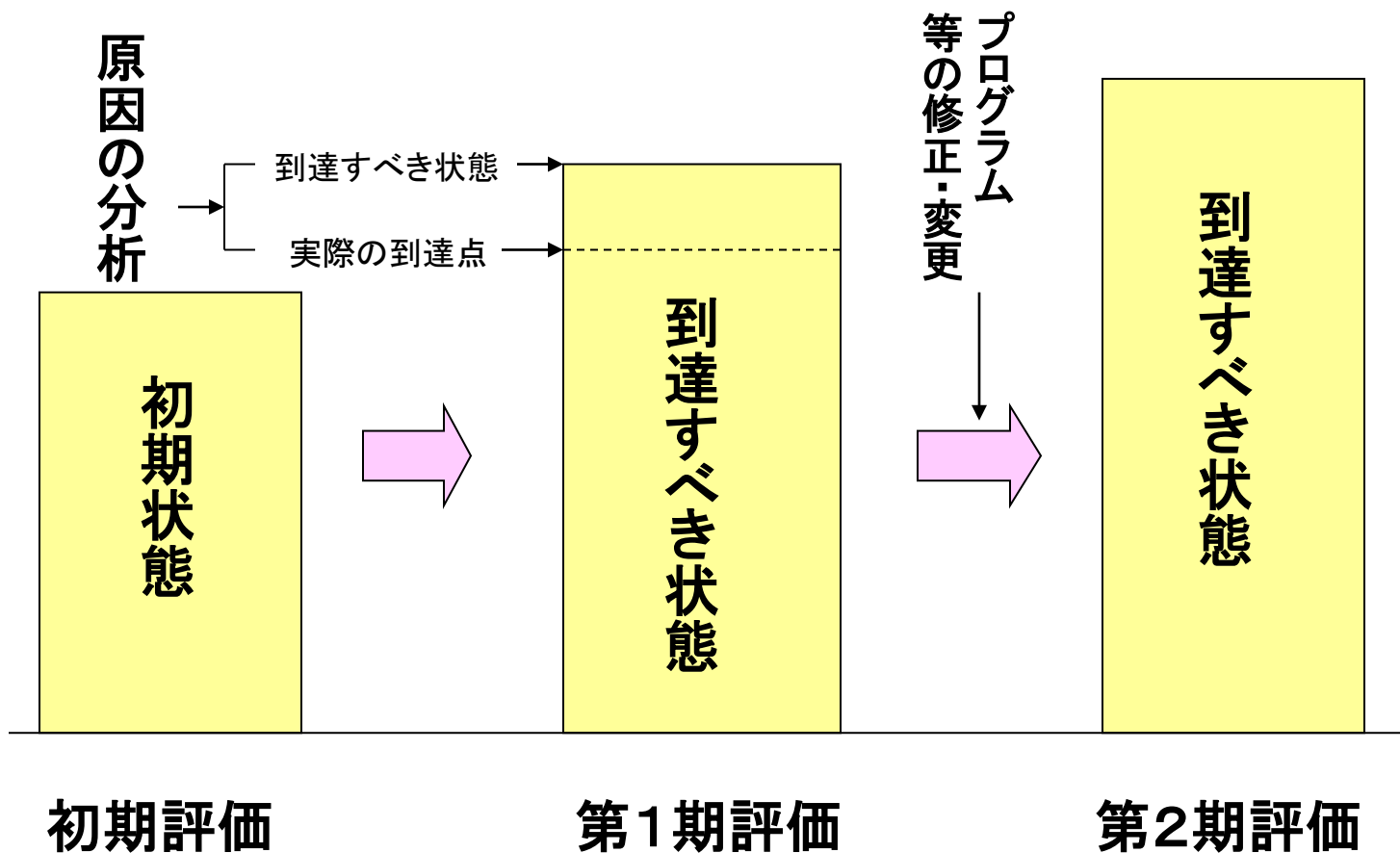
#### 実施方法

- ・ 支援達成度を評価した結果、到達目標に達成していない場合、
  - 利用者や家族の要因によるものか
  - スタッフの要因によるものか
  - 事業所のシステムによるものかなどについて詳しく分析する
- ・ 分析の結果、必要に応じて個別支援計画を修正
- ・ 修正に当たっては、時間軸とサービス(支援)内容の観点から修正・変更
- ・ 個別支援計画の修正・変更に当たっては、利用者に説明し同意を得る
- ・ 個別支援計画の修正・変更した内容とその結果に至った経緯を記録する

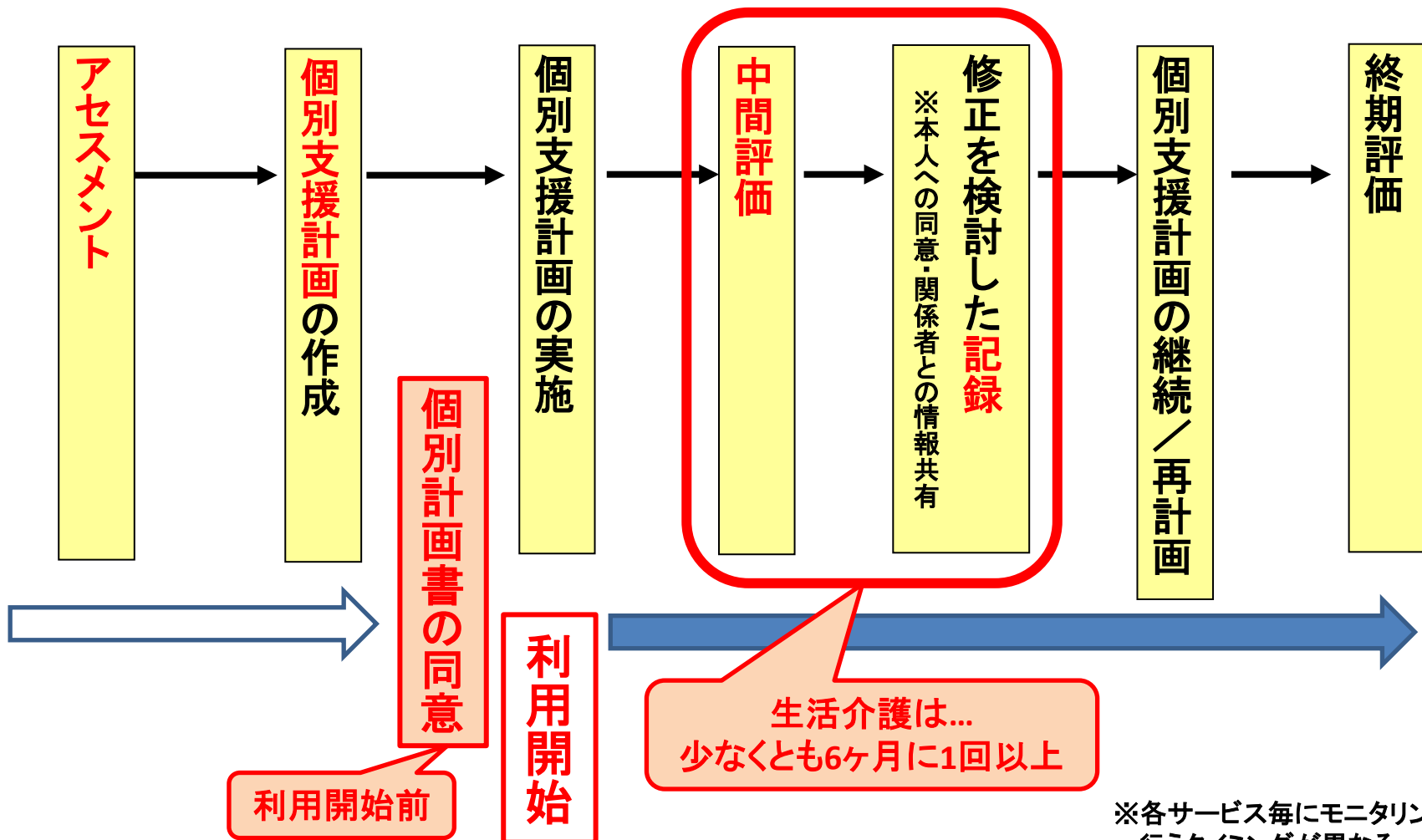
#### 必要なツール

- ・ 個別支援計画の修正・変更記録票

# 中間評価による個別支援計画の修正



# サービス提供のプロセス



※各サービス毎にモニタリングを行うタイミングが異なる

## (6) 終期評価

- ・ 支援目標達成度を含めた**個別支援計画全体を客観的に評価**
- ・ 利用者の**状態の変化・満足度**などの観点から評価
- ・ 次回の個別支援計画作成に評価を活かす

### 実施方法

- ・ **支援目標に達したか**を評価
- ・ 目標が達成されなかったらどの段階まで達成されたか評価
- ・ サービス(支援)提供はスムーズに行われたか評価
- ・ スムーズでなかった場合**どこに原因があったか**評価
- ・ サービス(支援)提供を受けた利用者はどのように変化したか
- ・ 利用者は提供されたサービス(支援)についてどのような気持ちをもっているか  
(**満足度はどうか**)評価
- ・ 次の目標設定を含め終期評価表を作成し、チームにフィードバックする

### 必要なツール

- ・ 終期評価表

# 初期評価から中間・終期評価

個別支援計画全体を評価し次期の計画につなげる

初期状態評価

中間評価

全体的評価

個別的目標の  
中間評価

終期評価

- ・主目標の到達度
- ・個別目標の到達度
- ・関係機関の連携度
- ・本人の満足度

次期の  
個別支援計画  
に生かす

- 主目標
- 個別的目標

サービス(支援)提供プロセスの全体を評価

# 終期評価表の例

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

|   | 到達目標 | 達成状況の評価 |      |     | 全体的評価 | 利用者の満足度等意見 | 次の目標設定への意見等 |
|---|------|---------|------|-----|-------|------------|-------------|
|   |      | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |       |            |             |
| 1 |      | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |       |            |             |
| 2 |      | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |       |            |             |
| 3 |      | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |       |            |             |
| 4 |      | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |       |            |             |
| 5 |      | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |       |            |             |
| 6 |      | 達成      | ほぼ達成 | 未達成 |       |            |             |

総括コメント



## プログラム及びサービスに対する満足度調査(例)

1 このプログラムの質はどの程度でしたか。該当するものに○印をつけてください。

- ① とてもよかった ② よかった ③ どちらともいえない ④ よくなかった

2 友人がこのプログラムを受けたいと希望したら、このプログラムを推薦しますか。

- ① 積極的に推薦する ② 推薦する ③ どちらともいえない ④ 推薦しない

3 プログラムを受けた量に満足はしていますか。

- ① とても満足している ② 満足している ③ どちらともいえない ④ 満足していない

4 このプログラムは、役立ちましたか。

- ① とても役に立った ② 役に立った ③ どちらともいえない ④ 役に立たなかった

5 全体的にこのプログラムに満足しましたか。

- ① とても満足している ② 満足している ③ どちらともいえない ④ 満足していない

6 もしこのプログラムがもう一度あったら、このようなプログラムをもう一度受けたいと思いますか。

- ① 積極的に受けたい ② 受けたい ③ どちらともいえない ④ 受けようと思わない

# サービス(支援)提供における管理

## (1) 支援会議

- 個別支援計画の作成等のために**定期的に支援会議**を実施する
- 利用者やサービス(支援)提供職員の外、必要に応じて家族、関連機関の職員と開催する
- サービス(児童発達支援)管理責任者は**支援会議が効率的に運営されるようマネジメント**する

### 実施方法

- 支援会議は**チームアプローチの場**であり、サービス(支援)提供職員と個別支援計画を実現していく場であることを認識する
- サービス(支援)提供職員と個別支援計画を**協働して検討し作成**していく
- サービス(児童発達支援)管理責任者は適時、**指導・助言**を実施する
- 担当した個別支援計画の説明などサービス(支援)提供職員の**教育の場**でもある
- **他の支援方法の導入**などチームでサービス(支援)提供の工夫を凝らす
- **支援会議運営マニュアル**などを作成しておくとならば効果的な運営が可能となる
- 支援会議の内容を**記録**しておく

### 必要なツール

- 支援会議記録表

## (2) サービス(支援)提供職員に対するマネジメント

- ・ **チームマネジメント**が基本であること
- ・ 利用者の**権利擁護**などの幅広い視点を伝えること
- ・ 高度な専門的知識・技術の獲得のための**研修**などの企画・運営

幅広い知識と対応力が求められる  
～自己研鑽～

### 実施方法

- ・ 大きな成果は良好なチームワークで生まれるという**意識の徹底**
- ・ チームの共通目標を設定し課題を**共有**すること
- ・ チームメンバーの**やる気**を引き出すこと
- ・ 情緒的**コミュニケーション**と課題的**コミュニケーション**を図る
- ・ メンバーの**役割**を明確にし、適材適所に心がける
- ・ チームの**ルール**は、明確にしておく
- ・ **コーチング**技法を身につける
- ・ **成果(アウトカム)主義**の導入
- ・ 育成方法の検討

マネジメント力  
コミュニケーション力  
コーチング力  
が必要

# バイステックの7原則

F.P.Biestek『ケースワークの援助関係』(1957)

1. クライエントを個人としてとらえる。
2. クライエントの感情表現を大切にす。
3. 援助者は自分の感情を自覚して吟味する。
4. 受け止める。
5. クライエントを一方向的に非難しない。
6. クライエントの自己決定を促して尊重する。
7. 秘密を保持して信頼を醸成する。

『ケースワークの原則(新訳版)』誠信書房、1996

# 助言・指導と支援記録の書き方

# 助言・指導とは？

- 助言：助けになることをいうこと
- 指導：教えみちびくこと

(三省堂 Web Dictionary: <http://www.sanseido.net/>)

# 対人サービスの質の維持の向上のための の助言・指導

- 支援の質の維持・向上を目的として、本人では気付かない点について、**経験・知識の豊富な者が専門的経験や科学的知見に基づいて、改善点**等を伝えること



# スーパービジョンとは

「援助者の専門的実践についての指導・調整・教育・評価する立場にある機関の管理運営責任を持つ職員が行うもので、スーパーバイザーとの信頼関係を基底にその人の仕事を管理し、教育し、指示することによって専門家としての熟成を図るものである。スーパーバイザーの究極の目的は、機関の方針と手続きに従って、利用者へのサービスが量的・質的に最高の水準となるように取り組むことである」

高橋学. スーパービジョンの定義と展開過程 ケアマネジャー 2010; 12: 20-25.

# 助言・指導に当たらないもの

- 事実に基づかないもの
- 感情的な表現での伝達
- 専門的経験や科学的根拠に裏打ちされないもの
  - 科学的根拠だけでは現場にあてはまる説明が難しいかもしれない
  - 経験だけでは、主観的なものになりがちである

# 助言・指導をする場所

- 助言・指導用の時間を取り、個室で行う
- 実際の支援場面に同行し、その場で効果的な支援方法を伝える

× パソコンが並んだデスクで、記録を書きながらの会話

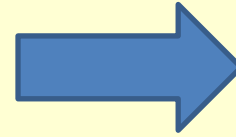
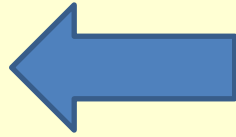
→ 「**ながら指導・ながら(スーパー)ビジョン**」

話しやすい雰囲気

聴く

話す

- 受理
  - 容
  - 分
- 解析



- 言葉にし、それを自ら聞くことで問題を整理

サービス(児童発達支援)管理責任者

- 質問
- 承認
- 提案

コメント

従業者

- 思考
- 選択

# 助言・指導の効率と効果

教員の新しいスキルについての研究(メタ分析)

| トレーニング<br>内容                          | 知識<br>の獲得  | 支援スキル<br>の習得 | 実践で<br>使ってみる |
|---------------------------------------|------------|--------------|--------------|
| 新しい支援スキルの知識の提供とその議論（講義）               | 10%        | 5%           | 0%           |
| 新しい支援スキルの（講師による）実演                    | 30%        | 20%          | 0%           |
| 新しい支援スキルを実際に体験学習し、フィードバックを得る          | 60%        | 60%          | 5%           |
| 新しい支援スキルを実際の現場で、実際に行い、フィードバックを得るコーチング | <b>95%</b> | <b>95%</b>   | <b>95%</b>   |

Joyce B, Showers B: Student achievement through staff development (3rd edition), Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria, VA, 2002.

# 助言・指導に必要な物

(信頼度・実施困難度)

信頼度が高い

## 記録資料

- 個別支援計画
- 支援記録
- その他の利用者に関する情報媒体

## 実地指導で得る情報

- 指導者自身の観察
- 支援場面に同席/同行

## スタッフからの声

- スーパーバイザーからの声
- 周囲からの声

困難度が高い

助言・指導（振り返りやスーパービジョン）において、

記録がない = 支援をしていない

# サービス(支援)提供における支援記録

- 支援の継続性の担保
- 支援の質の向上: 振り返り、計画の修正
- 事故(・訴訟)、トラブル時の際の資料

支援のための行動と記録はワンセット  
毎日、毎回記録しましょう



# 記載のポイント

- 誰が読んでも同じように解釈できるように記載する(あいまいな表現は避ける)  
明確に、具体的に
- 事実と判断・計画は分けて記載する
- トピック(支援目標)ごとに簡潔に記載する

# 記載時の注意

- 価値判断を含むような記載はしない
- 利用者本人が読んでも不快にならないように  
(記録の開示を求められても大丈夫ですか?)
- 複数の意味にとれる略語、施設独自の略語は  
避ける (第三者が読んでも分かるように)

# 記録を書くことでもたらされるもの

- 支援への姿勢の見直し
- 支援の意図、意義の共有・明確化  
必然性に欠ける支援は記録することが難しい、またはアセスメントの過程で淘汰される
- 個々の支援のレベルアップ  
個々の支援者が何を観察し、どのように判断し、何を計画したかを毎回意識すること、またこれらが明文化されることで他のスタッフからも提案、意見をしやすくなる

## (3) サービス(支援)提供の管理と虐待防止

### 1. 虐待防止マニュアルの作成

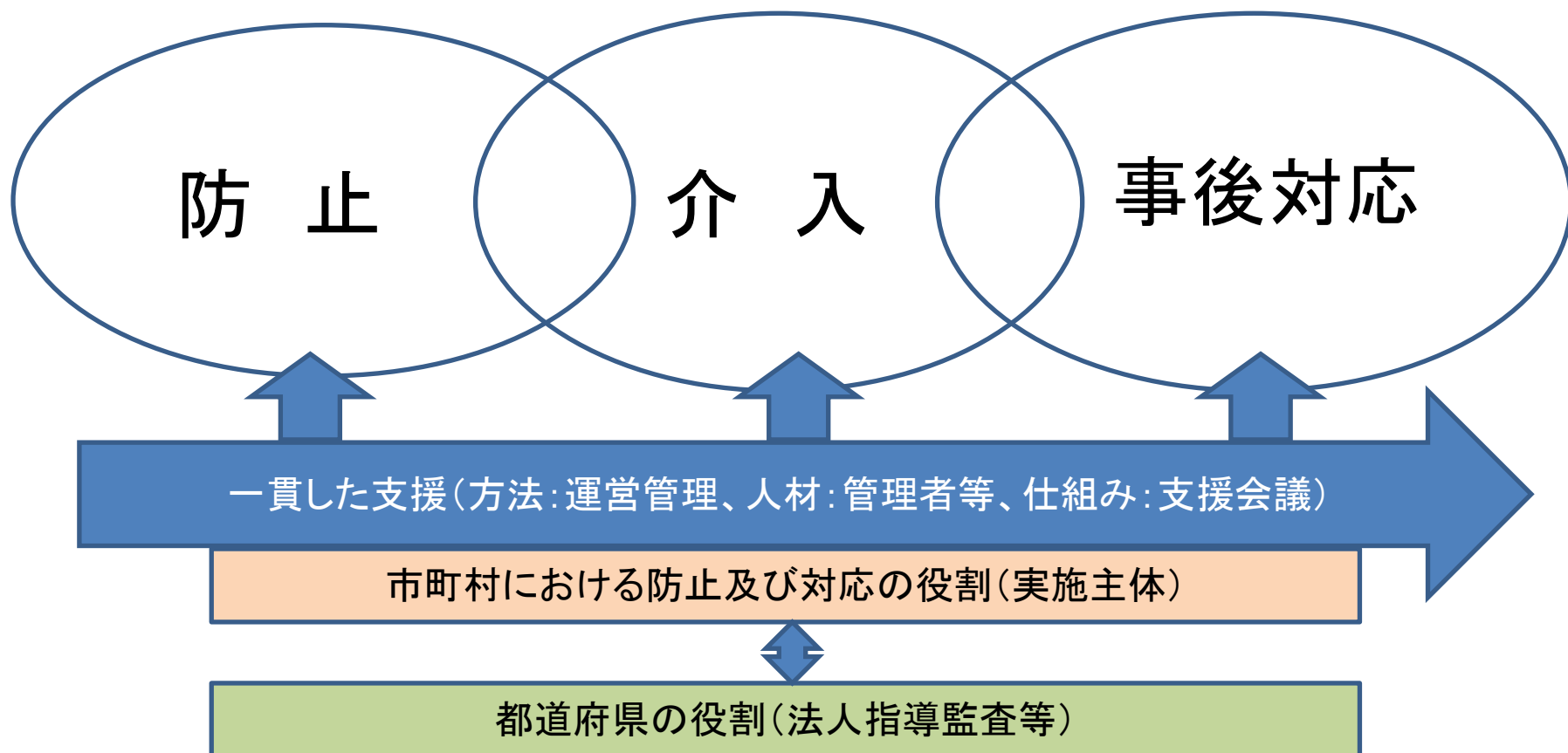
サービス(児童発達支援)管理責任者は、虐待防止に取り組むとともに、虐待防止マニュアルの作成を必ず行う。

### 2. 利用者の権利擁護の徹底を図る

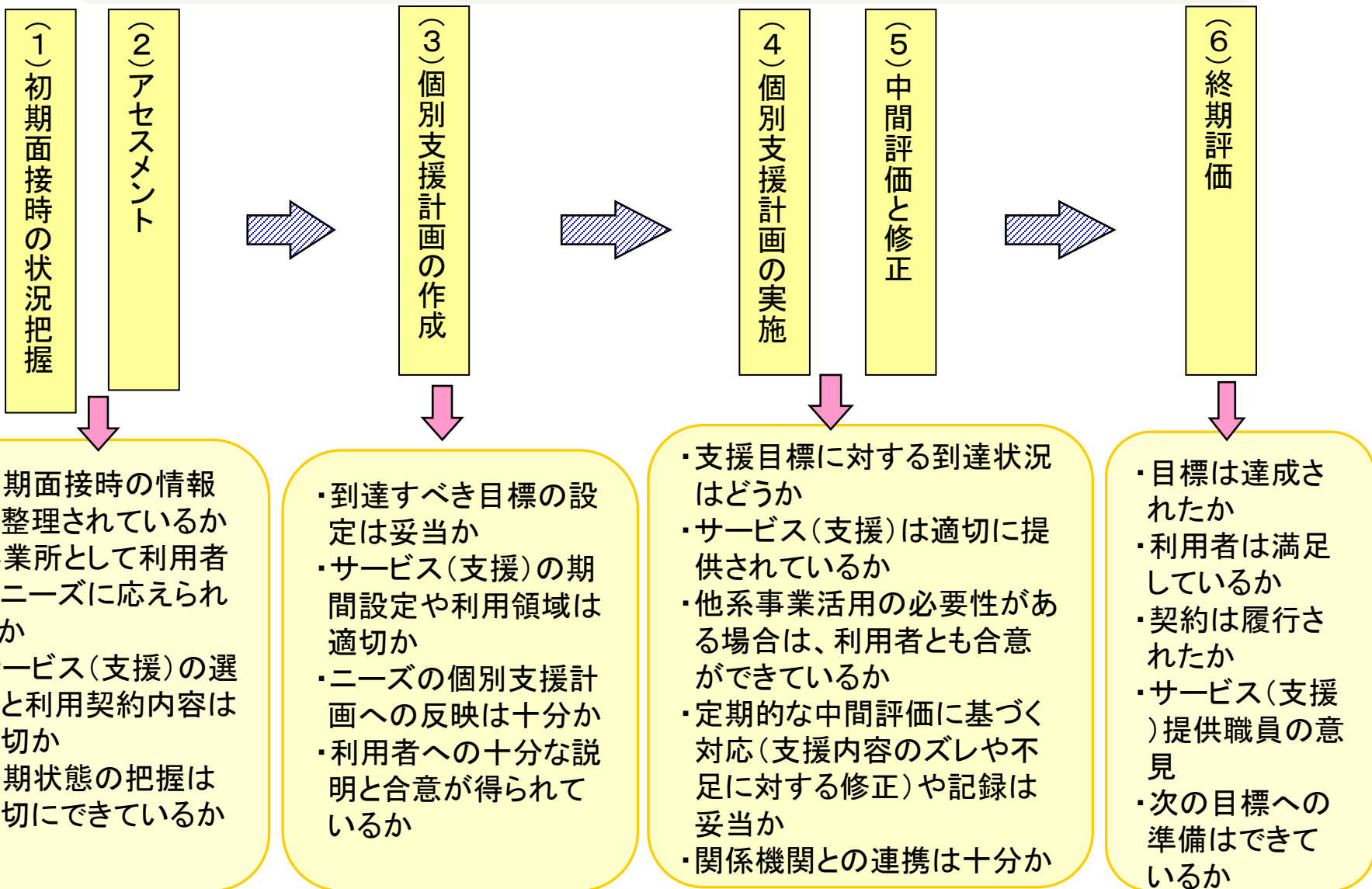
3. 虐待防止は、関係機関(市町村、市町村障害者虐待防止センター、自立支援協議会等)との連携が必要である。

### 4. 職員間のコミュニケーションの促進を図る

# 虐待防止及び対応（施設従事者等）



## (4) サービス(支援)内容のチェック



# サービス(支援)の評価

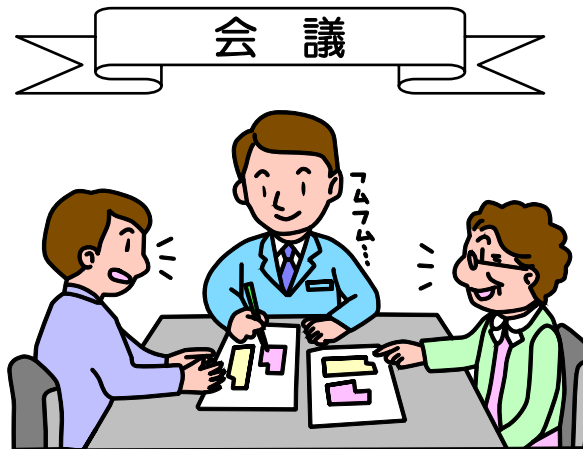
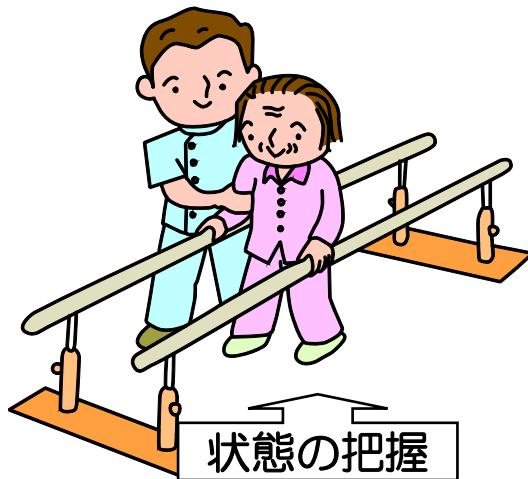
# (1) サービス(支援)の評価基準(例示)

| 評価の項目              | 評価の基準  |
|--------------------|--|
| 1. 質の高いサービス(支援)の提供 | <ul style="list-style-type: none"> <li>①利用者の到達目標達成度</li> <li>②利用者や家族の満足度</li> <li>③サービス(児童発達支援)管理責任者自身の自己評価の導入</li> <li>④苦情解決件数</li> <li>⑤質の第三者評価の導入</li> </ul>  |
| 2. 事業の推進・効率化       | <ul style="list-style-type: none"> <li>①地域や就労系事業へ移行した利用者数、定着率</li> <li>②利用者数の増減、サービス利用期間</li> <li>③リーダーシップの発揮</li> <li>④効率的な支援会議の運営</li> <li>⑤地域関係機関との円滑な連絡調整(地域自立支援協議会の活用度)</li> <li>⑥事業所、利用者と社会資源との関係図の作成</li> </ul> |
| 3. 人材の育成・強化        | <ul style="list-style-type: none"> <li>①資格取得の促進(キャリアアップ)による有資格者数</li> <li>②職員育成(OFF-JT)プログラムの有無、外部研修会等への参加・発表件数、OJTの実施件数(時間)</li> <li>③職員間の良好なコミュニケーション</li> </ul>   |

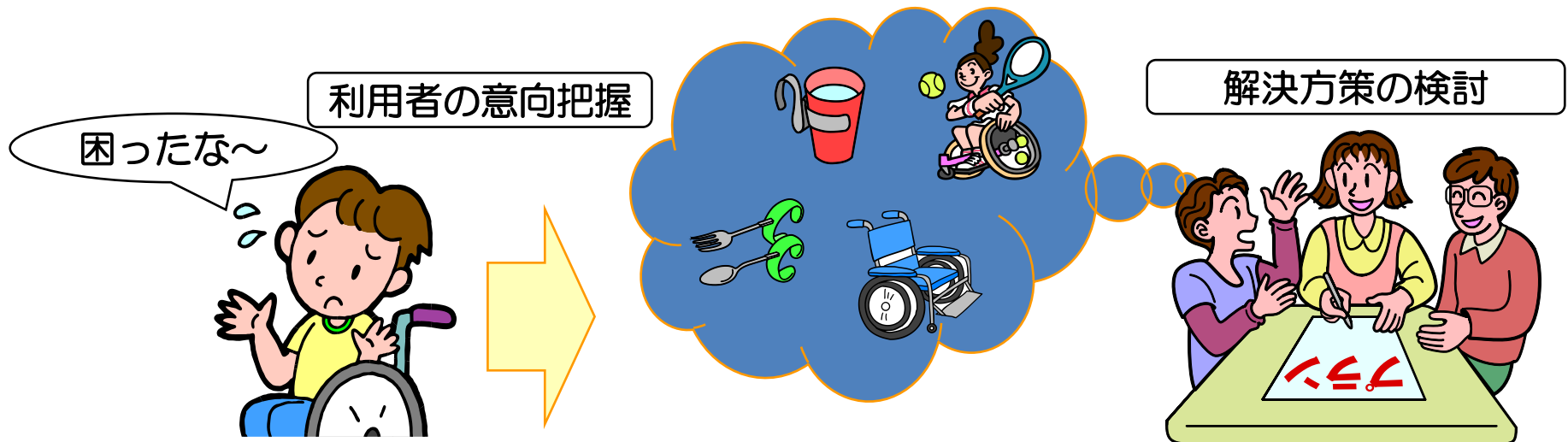


## (2) サービス(児童発達支援)管理責任者の役割と確認

- まず、各サービス(支援)提供職員のアセスメント結果等を通じて、利用者の現在の状態を把握する。(助言・指導の根拠を持つ。)
- 各サービス(支援)内容を相互に活かしかえるよう、サービス全体を眺めて適切なマネジメントを行う。その際、リスクマネジメントの観点も必要。
- その上で各サービス(支援)提供職員の支援内容をチェックし、利用者がエンパワメントできるよう、適切な助言・指導を行うことが重要。
- 各サービス(支援)提供職員の意思統一を図るため、定期的(少なくとも3ヶ月に1回)、又は必要に応じて、適時会議等を企画運営する。



- 常に利用者の意向を把握し、各サービス(支援)内容が意向を反映したものとなるよう調整する。
- 仮に、利用者の意向が支援方針と大きく異なり、意向の反映が困難な場合には、サービス(支援)内容を工夫するとともに、利用者及び家族へ十分に説明し、同意を得ることが必要。
- サービス(支援)開始から終了までのスケジュールを管理し、支援内容の優先順位付けを行う。
- 地域生活への円滑な移行を図るため、様々な社会資源を活用できるよう、サービス(支援)終了後の生活を想定し、必要に応じて助言・指導、地域関係機関等との連携・調整を行う。(利用者自身が連絡・調整を行うことを支援する場合もある。)
- サービス(支援)終了時には、必ず総括し、利用者の目標達成度や満足度、地域生活移行後の状況等から、サービス(支援)全体のチェックを行う。(反省点を踏まえ今後のケースに活かす。)



### **(3) サービス(支援)事業の各評価**

- **利用者自身によるユーザー評価**
- **事業所が自ら行う、内部評価**
- **第三者による外部評価**
- **行政による評価（行政監査を含む）**
- **その他の評価（上記の組み合わせを含む）**

## 実務研修受講までの2年間のOJTについて

- ①サビ児管と協働し個別支援計画案を作成。
- ②事業所内の個別支援会議の司会進行を担当。
- ③権利擁護等の研修企画の担当。
- ④自立支援協議会への参画（協議会の傍聴・部会等への参加）
- ⑤地域診断。地域にどのような社会資源があるか。
- ⑥各地域の支援事業所が主催する事例検討会等への参画。
- ⑦サービス担当者会議への参加。・・・などなど。

**ご清聴ありがとうございました**