

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修

サービス(支援)提供のプロセス①

講義のねらい

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

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

ACTION
対 応

マネジメント
サイクル

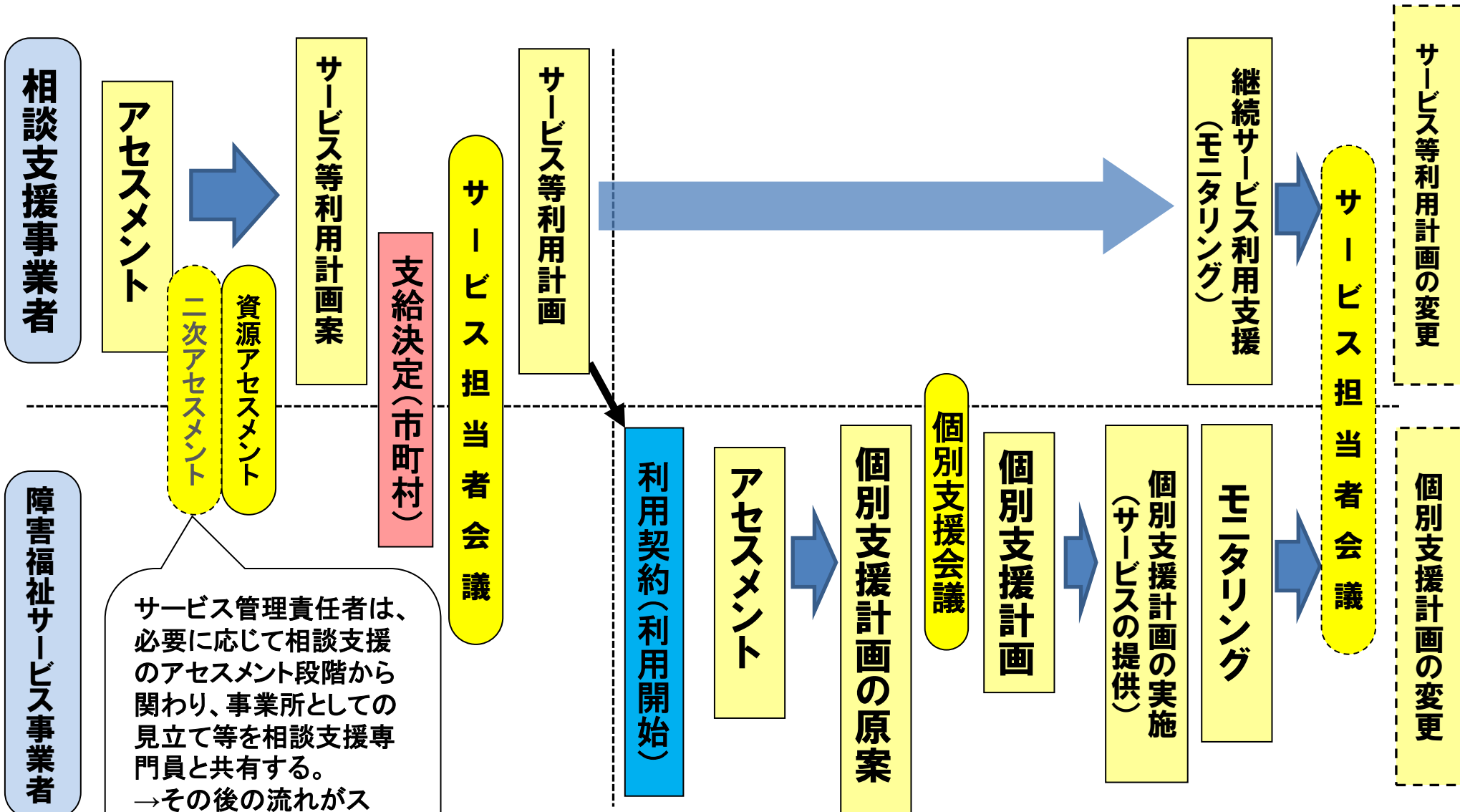
DO
実 行

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

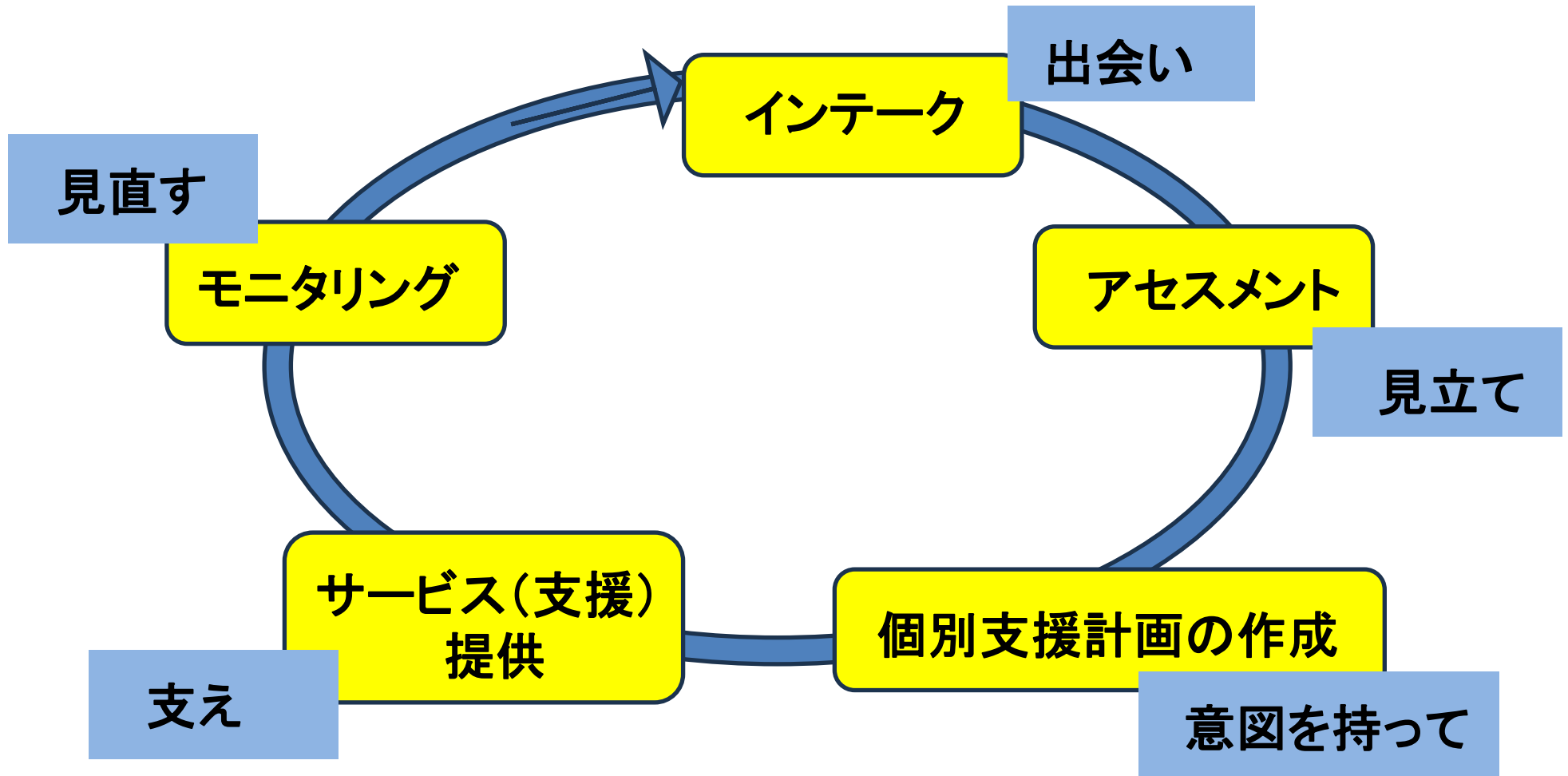
指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



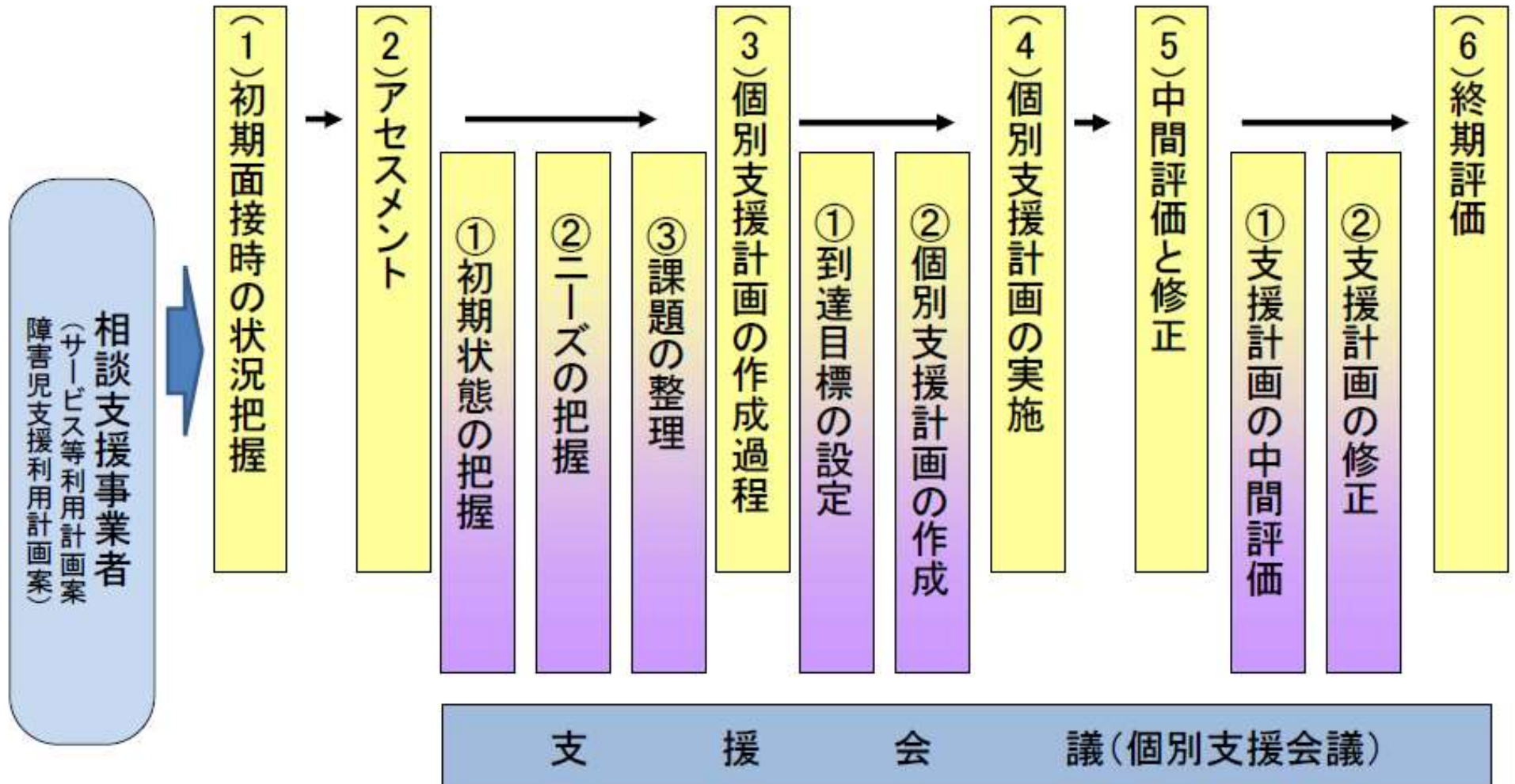
サービス管理責任者は、必要に応じて相談支援のアセスメント段階から関わり、事業所としての見立て等を相談支援専門員と共有する。
→その後の流れがスムーズになる。

* 児童期においては、サービス管理責任者は、児童発達支援管理責任者。
サービス等利用計画は、障害児支援利用計画。サービス担当者会議は、障害児支援担当者会議。

サービス(支援)提供のサイクル



サービス(支援)提供のプロセス



<サービス提供のプロセス>

(1) 初期面接時の状況把握

- 1 事業の対象や提供するサービス(支援)の内容について情報を提供する
- 2 一連のサービス(支援)の流れについて説明する
- 3 必要に応じて、関係機関との調整を図る
- 4 利用にかかる経費を説明する 等

専門用語を使わない
平易でわかりやすい言葉を用いる

実施方法

- 1 各事業における利用者の対象像、提供するサービス(支援)内容について情報を提供する
- 2 他の事業やサービス(支援)など選択肢を説明
- 3 アセスメント→到達目標の設定→評価など一連のサービス(支援)の流れについて説明
- 4 サービス(支援)提供は、利用者との合意のもとで作成することや契約の内容に盛り込むことを説明
- 5 必要に応じて他の事業者、市町村など関係機関と連携をとる
- 6 個人情報の管理については慎重に行う

必要なツール

- ・ 初期面接受付表(あるいは調査表・プロフィール表)
- ・ 相談支援専門員が作成した利用計画及び基本情報



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
- ・ 将来の展望が見えない
- ・ 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



この事業所は、
対応してくれる
のかな？

- ・ **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

- ・ **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**

<サービス提供のプロセス>

(2) アセスメント

① 初期状態の把握

- 身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握に努める
- 分野別に項目を立てて把握する

実施方法

- 信頼関係の確立を基礎として、面接などを通して把握する
- アセスメントの意味をよく説明して同意を得る
- 移動関連、生活関連、コミュニケーション関連など分野別に評価項目を設定する
- 初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価・最終評価の際比較検討する情報となることから、数量化など、できるだけ客観的な把握に努める
- 必要に応じて医師、PT、OT、STや心理職などと連携する
- 初期状態を記録しておく

必要なツール

- 初期状態把握票(アセスメントシートNo1)

* 児童期は、専門機関等による心理検査、事業所における発達評価表などの情報

アセスメントは・・・

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

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が、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)

障害児・者のライフステージと各時期の中心的な課題の例

胎生期		胎生期における母親の不安への支援
新生児期(主として2か月まで)		先天性障害の告知とフォロー、治療・訓練の方針提示、家族への支援
乳児期(主として0～3歳未満)		健康診査後のフォロー、家庭における子育て、機能訓練、豊かな感覚的な遊びの体験、親子療育の開始、家族の障害受容のための支援
幼児期	前期(主として3歳～5歳未満)	発達段階に応じた遊びを通じた達成感の経験、集団での療育、地域の集団への参加の可能性、子どもに応じた複数の発達アセスメント
	後期(主として5歳～就学まで)	就学に向けての支援、豊かな遊びを通じた対人関係の構築と生活体験の広がり
学童期(小学校・中学校・高校)		能力に応じた臨機応変かつ適切な教育の提供、長期休暇の過ごし方、兄弟姉妹への支援、将来に向けて必要な生活体験、性教育、意思伝達・表現及び選択する機会、進学に向けた支援、卒業後に向けた支援、就労支援
青年期	前期(主として18～20歳)	地域・就労定着支援、本人のストレングスを活かした本格的な相談支援の開始、働き方についての可能性を広げていく支援
	後期(主として20歳代)	余暇・休日の過ごし方、適切な就労先の見直し、一人暮らしへの支援、本格的な意思決定支援の開始及び自己決定された暮らしの提供
成人期	前期(主として30～40歳代)	地域のイベントへの参加、地域での居場所づくり、趣味を増やすための支援
	中期(主として50歳代～65歳未満)	体力と本人の意欲に応じた生活の見直し、高齢期に向けた準備、保護者が後期高齢の年齢になっていることへの対応
	後期(主として65歳以上)	介護との連携及び障害分野との適切なバランスでのサービス利用状況のチェック、自己決定された暮らしが継続されているかのチェック、終末期の支援についての準備と検討事項の確認

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

子どもの支援におけるアセスメントのポイント

子どもが示す現状をありのままにとらえる
(知識と客観的視点)

把握

因子を分類し、それぞれに分析しながら、深める

発達段階による因子

生活年齢

年齢特徴
(身体/知的/認知等の特徴)

障害特性による因子

発達年齢

運動特性

感覚特性

認知特性

学習形態

環境(人,場所,時間)による因子

家庭環境

友達関係

活動の場

とらえた状況を障害特性、発達段階、生活環境と照合する
(情報収集と評価と想定)

分析

年齢相応の姿の想定と状況を照合し、次の段階(姿)を創造する
(創造と方針の決定)

計画

活動

毎回の支援でも、一年間の関わりでもこのプロセスを繰り返す。
(意図をもって過「ず」と自然とPDCAサイクルが生じる)

<サービス提供のプロセス>

(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、

丁寧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。

<サービス提供のプロセス>

(2) アセスメント

② 基本的ニーズの把握

介護系における本人主体のアセスメント

介護系(療育介護、施設入所支援、生活介護)のポイント

- ・ 言葉によるコミュニケーションが難しく、意思表示や変化を読み取ることに工夫が必要
- ・ 複数の人たちが継続的に連携をとりながら、ツールも活用する
- ・ ニーズアセスメントの理解とそのため具体的な方法がイメージできること

* 障がいのある人への本人主体支援実践テスト(中央法規) P51より抜粋

<サービス提供のプロセス>

(2) アセスメント

② 基本的ニーズの把握

地域生活系における本人主体のアセスメント

地域生活系(自立訓練[生活訓練・機能訓練]、共同生活援助、自立)のポイント

- ・ 地域の暮らしは一人ひとり多様で場面も幅広く、オーダーメイド支援が必要
- ・ 制度に当てはめずに、一人ひとりの望む暮らしにサービスを合わせる姿勢
- ・ 本人の暮らしのなかからサポーターを見つけ、つながれば、支援の幅が広がる

<サービス提供のプロセス>

(2) アセスメント

② 基本的ニーズの把握

就労系における本人主体のアセスメント

就労系(就労移行支援、就労継続支援[A型・B型]、就労定着支援)のポイント

- ・ 「働く」が前提で、「働き続ける」ための支援が必要
- ・ そのために、多職種連携も重要。連携先が企業に広がる
- ・ アセスメントの多角性(同じ作業を通じてアセスメント目的は様々)

* 障がいのある人への本人主体支援実践テスト(中央法規) P59より抜粋

<サービス提供のプロセス>

(2) アセスメント

② 基本的ニーズの把握

児童系における本人主体のアセスメント: 概論

児童系(児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設[医療型・福祉型])のポイント

- ・ 支援のための3要素(発達支援・家族支援・地域支援)と特に保護者支援が重要
- ・ 0歳から18歳まで/ちょっと気になる発達の遅れから重症心身障がい児までの幅広さ
- ・ 子どもの育ちについての基礎理解、育ちに応じた発達課題の見立ての重要性

* 障がいのある人への本人主体支援実践テスト(中央法規) P62より抜粋

<サービス提供のプロセス>

(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 ニーズの把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (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 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (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。相談支援専門員の書いた支援計画や、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 becoming 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、自ずと課題は見えてきます。</p>

課題の整理表

利用者氏名 ○○ ○○

No	意向等 ニーズの把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (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。 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。 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。 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。 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 (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 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。

課題の整理表

子どもの名前 M・S さん

	発達課題(ニーズ)・意向等の把握	初期状態の評価(利用者の状況・環境の状況)	支援者の気になること・推測できること(事例の強み・可能性)	解決すべき課題
発達支援	・子どもの成長のことでは、特に心配はしていない。もっと遊んであげたいとは思っているが時間が無い。	・母親は、子どもと一緒に早い時間には就寝しており、家事は早朝に済ませるようにしている。 ・土・日は基本的に母親は仕事。 ・広々とした公園に連れて行くのが好きでいる。 ・買い物中に走り回るMKんを追いかけることは、むしろ楽しいとのこと。 ・子どもの発達レベルは、1歳前半から1歳半。行動保護の対象になっている。	・障害の状態としては重度のレベルであるが、母親としてはわりとその状態を冷静に受け止めており、支援を受けていくことに抵抗はない。 ・一方で、年説的にはまだ発達面からのアプローチに、母親自身もう少し関心を持ってほしいのかなとは思っている。 ・支援については、対応が難しいと利用できなくなったことがある。	・忙しい毎日の中で、家庭の中で母親が前向きな気持ちで働きかけられることについて、改めて考えて、具体的にいくつかの課題等を提示していく必要はあるのではないかと。
	・あまり見えているわけではないけど、おもしろいなと思うおもちゃはたくさんあるよ！	・ファスナーの開閉ができる ・積み木つみは3〜4個可。 ・スコップを使ってバケツに砂を入れて遊ぶことができる。 ・液晶タブレットの簡単な操作ができる	・触った感覚を始め、フィードバックのある内容では楽しめている。 ・ぼんやりと見える状態で、本人なりに弁別できていることはありそう。 ・はじめての場所は苦手だが、物に対してはむしろ積極的に触れていける。	・好奇心は旺盛で、本人としては知りたいことはたくさんあり、残存する能力の中で、せいっぱい感じ、世界を広げようとしているのではないかと。もっと工夫していくことで、楽しめることはたくさん出てくるのではないかと。
	・やってほしいことはたくさんあり、ダイナミックに遊んでくれることは大好き。	・水遊び、泥、スライム粘土は大好き。 ・やってほしいことがあると近くに大人に両手を打ち合わせて示す。 ・手荒に遊んでくれる男の人にはよく寄って行く。 ・皆がダンスをしたり、遊んでいるところの近くにいるとうれしそうにしている。	・太鼓の音など、大音量の音楽などわりと騒々しいところも平気。全般に、強めの刺激を求めている。振動のあるようなものが特に、快の刺激となっている。 ・踊る様子などを見て楽しむのではなく、皆が動き回り、歓声を上げたりしているなどの場面でも、その場の空間を感じる事ができやすいのかもかもしれない。	・視覚的にあまり見えていないはずなのに、こけることが少なく、元気に動き回ることもあることについて、もっとMKんの感じている世界を考えてみる必要があるのではないかと。 ・単に重度の知的障害という見方ではなく、視覚障害から生じている遅れの部分に、もっと着目した方が良さそう。
家族支援	・MKんの兄や姉のことで悩みはある。特にお兄ちゃんのことでは、よく学校から呼び出しがあり、話し合いの度に落ち込んでしまう。姉のことでは、勉強が滞り気味なのに付き合ってくれない。	・兄は中一の時から学校への行きしぶりが出ている。登校しても別室で過ごすことは多い。進学のこと親子で言い合いになることはある。 ・姉はまだ一人で遊びに行くこともなく、身のまわりのことについて、ささ々と行動できないとのこと。	・MKんが生まれて、MKん中心の生活。 ・兄は母親と口げんかになるとのことだが、自分なりの思いは持っていそう。 ・姉はすべりの職員と接するときは、むしろ明るく外交的なところがある。	・MKんが就学して、母親としては支援を受けていく中で、思いのほか順調に日々を過ごすことができ、ようやく兄や姉のことに気持ちが向けられるようになったのかもかもしれない。
地域連携	・保育所で過ごした子どもらと、交流する機会をもっとあるといいなと思っている。	・小学校で母親としては思ったより交流の機会が少ないと感じている。 ・特別支援学校を勧められたことがあり、そのことで今も悔しい思いが残っているとのこと。	・大勢の子どもの中にいることを好んでいる。 ・笑顔が多いMKんなので、わりと気にかけてくれる子は多くいるのではないかと。	・学校以外でも、地域の中にMKんの居場所があることを示していけると、母親としては随分と前向きになれるのではないかと。

本人状態を把握するためのイメージ図

★私自身のストレンクス(私の持っている強み)

母親、妹が私を理解して接してくれています。相撲、野球、アイドルの音楽が好きです。

個別支援計画

★本人の障害状況

⇒私の不安や苦痛、悲しみ、困りごとは…障害のこと・病気のこと・障害のためにできないこと、…

★生育歴・職歴

⇒私は、今までこのような生き方をしてきました。

★家族歴・本人を取り巻く環境

⇒家族は…、私は今このような生活をしています。してきました。

★利用者のニーズ・希望する生活の確認

⇒私は、このような生活をしたいです。
私の願い・夢・要望は○○です。

★本人のニーズを整理する

⇒アセスメント内容を吟味し、本人のニーズを整理します。「みたて」



子どものケースを把握するためのイメージ図



子ども自身が目指していききたい暮らし・課題となること
(子育て支援の方向性)

子どもと家族に、課題にずれはあるか？(ある・ない)

家族に関して解決していききたい課題
(母子・父子・夫婦・兄弟姉妹との関係等)

家族のニーズに対して
公的福祉サービスでできること
(それは子どもにとって、いつまで必要な支援か？)

支援者として気になること

子どもの強み(本人・家族・環境)

子どもの気持ち・やりたい事・望んでいること(普段の様子から推測できることも含む)

家族の思い、気になっていること及び主訴



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。

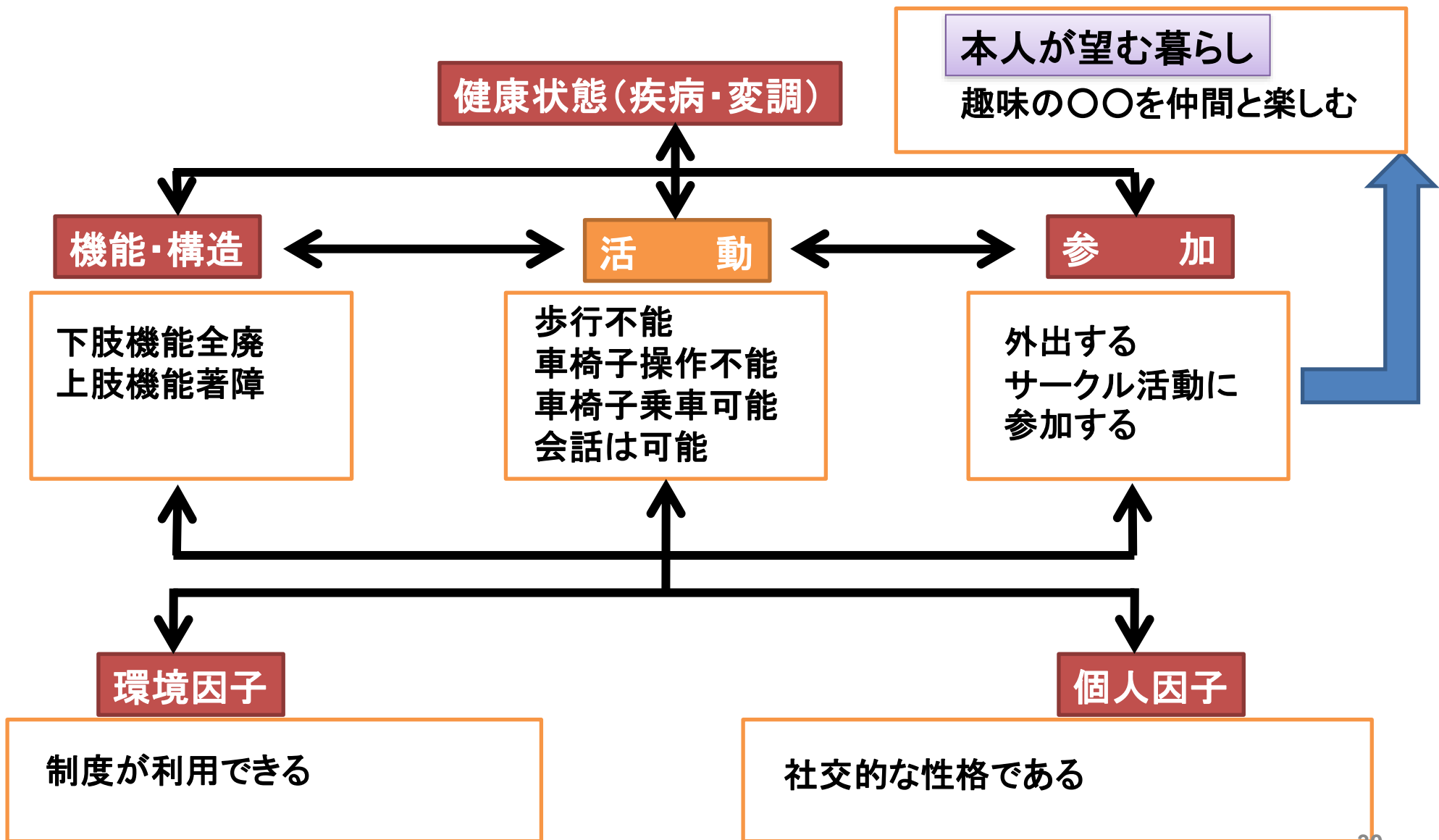
ケアプランを作るときにポイントになる、本人と環境の両方にある強さのことをいう。

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

ICF (国際生活機能分類) を活用した利用者把握



<サービス提供のプロセス>

(3) 個別の支援計画の作成

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

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
- 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

<サービス提供のプロセス>

(3) 個別の支援計画の作成

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

自立訓練(機能訓練)の達成目標の例

対象者像	達成目標
<ul style="list-style-type: none">▪ 病院等を退院し、一定の訓練が必要な身体障害者▪ 特別支援学校等を卒業し、一定の訓練が必要な身体障害者	<p>【サービスの達成目標】</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 一定期間にわたり訓練を行うことを通じて、利用者が地域において自立した日常生活及び社会生活を営むことができる。 (心身の機能の回復・向上を目的とした訓練の実施) <p>【主目標】</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 1年で、在宅での生活をほぼ可能にする <p>【個別目標】</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ADL、IADL(食事、排泄、調理、買物、洗濯、車いすによる移動等)の習得・回復・向上▪ 社会活動への参加(スポーツ、趣味的活動、パソコン等)▪ 就労意欲の向上→就労移行支援や就労継続支援等の次の目標への移行

<サービス提供のプロセス>

(3) 個別の支援計画の作成

① 到達目標の設定

- 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

第3章 「サービス等利用計画」様式の記入事例

1. 脳血管障害により在宅で引きこもりになっている事例【改訂】

1. 事例の概要

56歳の男性 脳血管障害後遺症 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に自立訓練として6か月入所（機能訓練）。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とれず中絶、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、障害者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。

2. 利用者の状況

年齢・性別	56歳 男性
障害の状況	脳出血後遺症 右片麻痺 プローカ失語症（運動性失語）
主な生活歴	高校時代はスポーツで活躍した。大学卒業後、私学の臨時教員として採用され、3年後に常勤となる。その後、中学高等部の教員から昇進試験を受けて、高等部の教頭になる。仕事人間で真正直、家族思いである。
経済状況	病気前は7百万円、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。職場に籍はあるが無収入。息子はアルバイト、妻は非常勤講師で120万円程度。本人を介護しているので、収入増は見込めない。預貯金や株は2千万円程度。生命保険の入院給付金もあったが、生活費に回った。生命保険の後遺障害が認定されれば、1200万円が入る予定。
健康状況	脳神経外科に月1回通院（抗てんかん剤服用） 高血圧症高脂血症があり脳神経外科と同じ総合病院の内科に月1回通院。体重管理が必要
家族状況	妻と子供3人（20歳大学生・19歳大学生・17歳高校生）の5人暮らし 両親は遠方で弟夫婦と同居。近くに妻の妹夫婦が住んでおり本人の介護を手伝ってくれる。
利用者の主訴	元の生活にもどりたい。働きたい収入を得たい。
特記事項	

3. 相談に至る経緯（背景といきさつ）

急性期回復期リハの治療で回復がみられ、在宅サービスが検討された。介護保険によりデイサービスを受けたが、なかなか自分の気持ちが伝えられず休むようになり、表情が暗くなり家族が心配し介護保険のケアマネジャーに相談した。ケアマネジャーはまだ56歳と若いという点と、家計を支える（家族の大黒柱）という希望のある点などを考えて、障害者相談支援事業所に相談してきた。障害者相談支援事業者は本人と面談して今後のことを一緒に考えることになった。

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

4. 具体的支援内容・経過

第二号被保険者で介護保険対象のため介護保険申請、要介護Ⅰ
ベッドは中古品を自費で購入、日常生活用具で廊下の手すり・自宅の玄関の手すり設置、入浴補助用具（シャワー椅子）、週二回のデイサービス、週一回の訪問リハでプランが立てられ在宅生活を行うことになった。デイサービスに行くも、失語症のためコミュニケーションうまくいかず、自宅にこもるようになった。

介護保険のケアマネジャーは、Ｔさんがなぜ閉じこもり状態であるのか本人の気持ちをなかなか聞き出せずにいる。何とか社会参加することで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、ケアマネジャーから障害者相談支援事業所に相談があった。

障害者相談支援専門員が本人と話し、「好きで家にいるわけではない」ということは分かった。
その外に、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、パソコン経験の経験を生かせる仕事がしたい、などが聞き取れた。本来は意欲的な性格であることも分かってきた。
一度には無理なので、少しづつ生活の幅を広げられたら本人のやる気が増す可能性が高いと判断された。

介護保険サービスに加えて障害福祉サービスを利用するために、担当者が集まり、ケア会議を行う。
その結果、障害福祉サービスを申請することになった。また、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。 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。 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	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。パソコンによる入力作業を練習する。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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) ・生命保険の手続きをすすめる(妻) ・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 ・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 週3回(各1時間) ・移動支援事業で週1回(2時間) 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) 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。
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
8:00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	休日はゆっくりしたりリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。
						起床・洗面	
10:00	ガーデニングサークル会 (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)	散歩	
12:00	昼食	就労支援センター△△ (就労移行支援)	昼食	就労支援センター△△ (就労移行支援)	就労支援センター△△ (就労移行支援)	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	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。 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。 通院は、市の送迎サービスを利用する。 息子と一緒にプールに行き水の中歩行して体力の向上を図る。
20:00	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	
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。本人ががでるところに着目し、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。一外へ出るという意識を高め、社会参加の一歩から始める。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過入したのは、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。

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。 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 (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 (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。 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。 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。 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。 工賃が少しアップするか。	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	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。 ・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ことも、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。 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 checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	妻の介護負担軽減を図る。
3	昔の仲間と市内のガーデンへ出かける。	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 checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	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。 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。 油ものを控えたり、食事にも気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 checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	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？	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。 就労移行支援の回数増に伴う入浴介助の曜日変更。	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	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 checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	

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。 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。 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。 ガーデニングを昔の仲間と一緒に月3回楽しむ。
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
8:00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	起床・洗面	
10:00	ガーデニングサークル会 (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)	朝食	
12:00	昼食	就労支援センター△△ (就労移行支援事業)	就労支援センター△△ (就労移行支援事業)	就労支援センター△△ (就労移行支援事業)	就労支援センター△△ (就労移行支援事業)	昼食	散歩	
14:00	身体介護(入浴)					移動支援(買い物など)	昼食	
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		身体介護(入浴)	
18:00	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		
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から火曜日に変更。
 歩くことで体重維持し健康管理。
 浴槽内での立ち上がり動作について方法を工夫する必要があるので専門職の意見をきく機会を作る。

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中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。

(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。 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 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
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 10:00～16:00 3か月	就労支援センター△△ (就労移行支援事業所) 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。 10:00～16:00 6か月	就労支援センター△△ (就労移行支援事業所) 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 6か月	通所リハST: ○○ 相談支援事業所 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 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△△ (就労移行支援事業所) 担当: ○○、●●	4

<サービス提供のプロセス>

(4) 個別の支援計画の実施

- 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、適切にサービスを提供する
- 支援のペースやスケジュールは、利用者によく話し合っ決めて決める

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 ○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 ○食事、排泄等の基本動作の習得 ○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 ○適切な人間関係の構築を図るための基礎を習得 ○社会生活全般に関する習慣の習得	○金銭管理 ○交通機関、電話の利用 ○社会生活に関する習慣の定着 ・対人関係を築く ・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 ○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

支援経過記録表の例

支援経過記録表

平成 年 月 日

利用者氏名 様

月日	支援内容	経過	記録者

<サービス提供のプロセス>

(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

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	
No.	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				

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

<サービス提供のプロセス>

(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

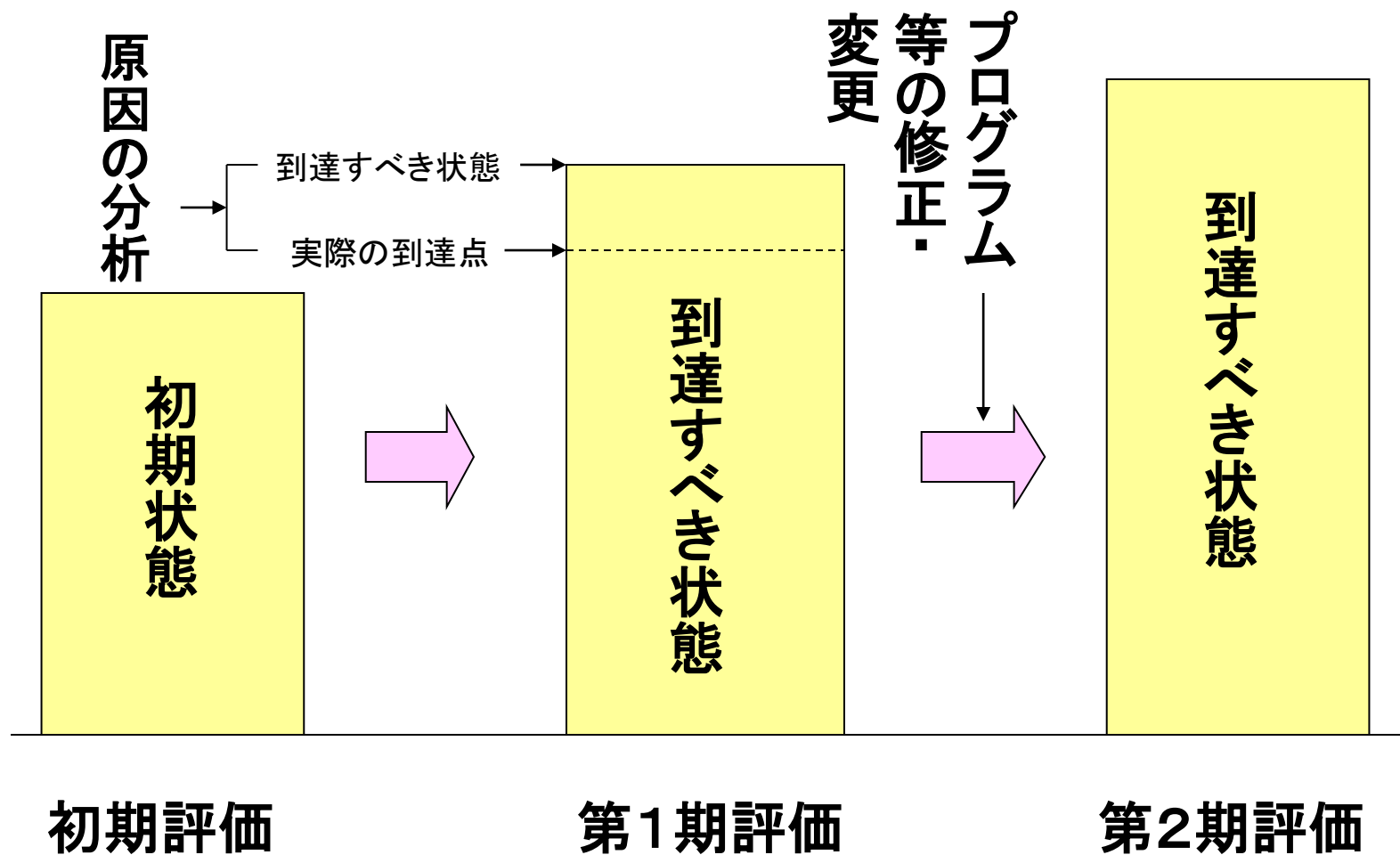
実施方法

- ・ 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
- ・ 修正にあたっては、時間軸と支援(サービス)内容の観点から修正・変更
- ・ 個別支援計画の修正・変更にあたっては、利用者に説明し同意を得る
- ・ 個別支援計画の修正・変更とその結果を記録する

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>

(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

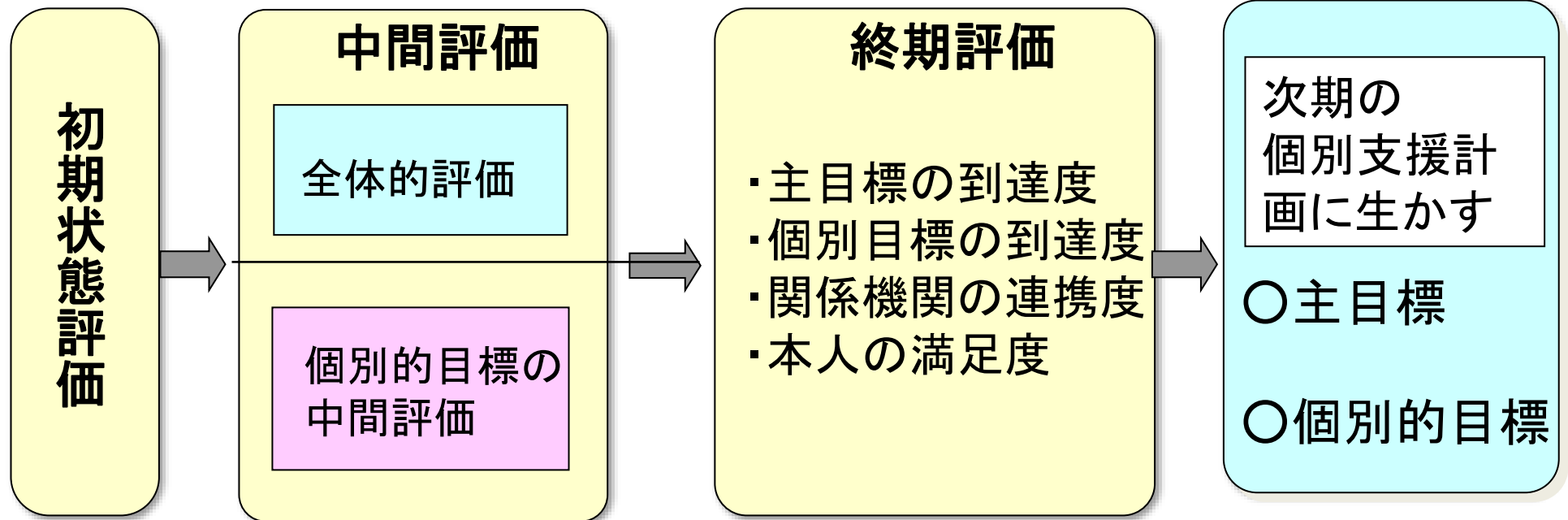
- 支援目標に達したかを評価
- 目標が達成されなかったらどの段階まで達成されたか評価
- サービス提供はスムーズに行われたか評価
- スムーズでなかった場合どこに原因があったか評価
- サービス提供を受けた利用者はどのように変化したか
- 利用者は提供されたサービスについてどのような気持ちをもっているか
(満足度はどうか)評価
- 次の目標設定を含め終期評価表を作成し、チームにフィードバックする

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



サービス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

※「サービス管理責任者等」とは、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者をいう。以下同じ。

① 実践研修の受講に係る実務経験（OJT）について

- 現行制度上、**実践研修の受講にあたって必要な実務経験^①(OJT)**については、基礎研修修了後「**2年以上**」の期間としており、これを原則として維持しつつ、**一定の要件を充足した場合には**、例外的に「**6月以上**」の期間で受講を可能とする。

【要件】 ※①～③を全て満たす必要あり

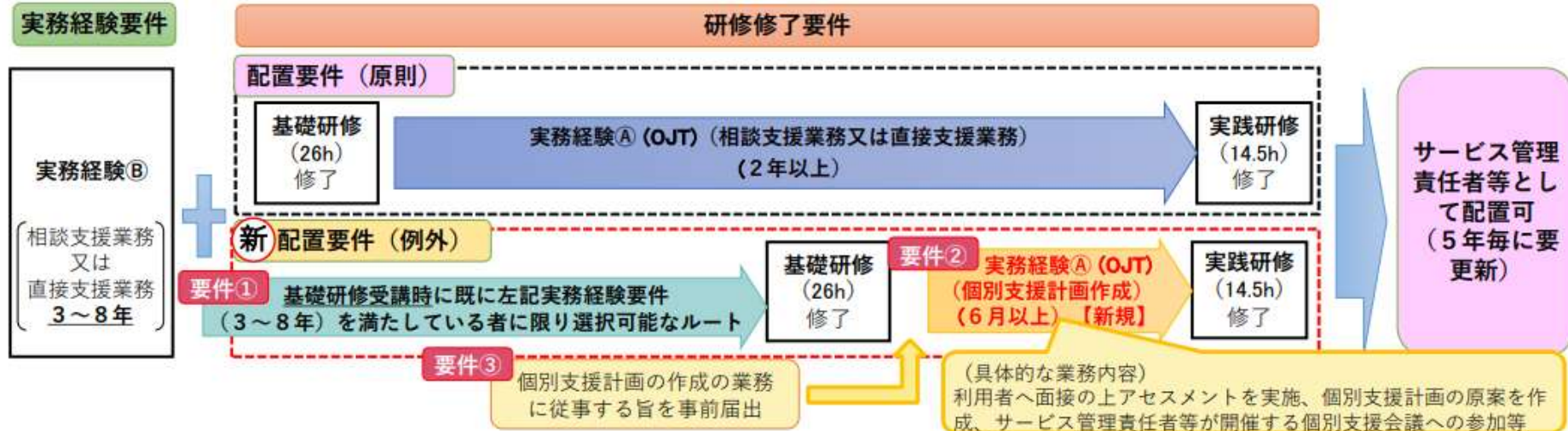
- 基礎研修受講時**に既にサービス管理責任者等の配置に係る**実務経験要件^②**（相談支援業務又は直接支援業務3～8年）を満たしている。

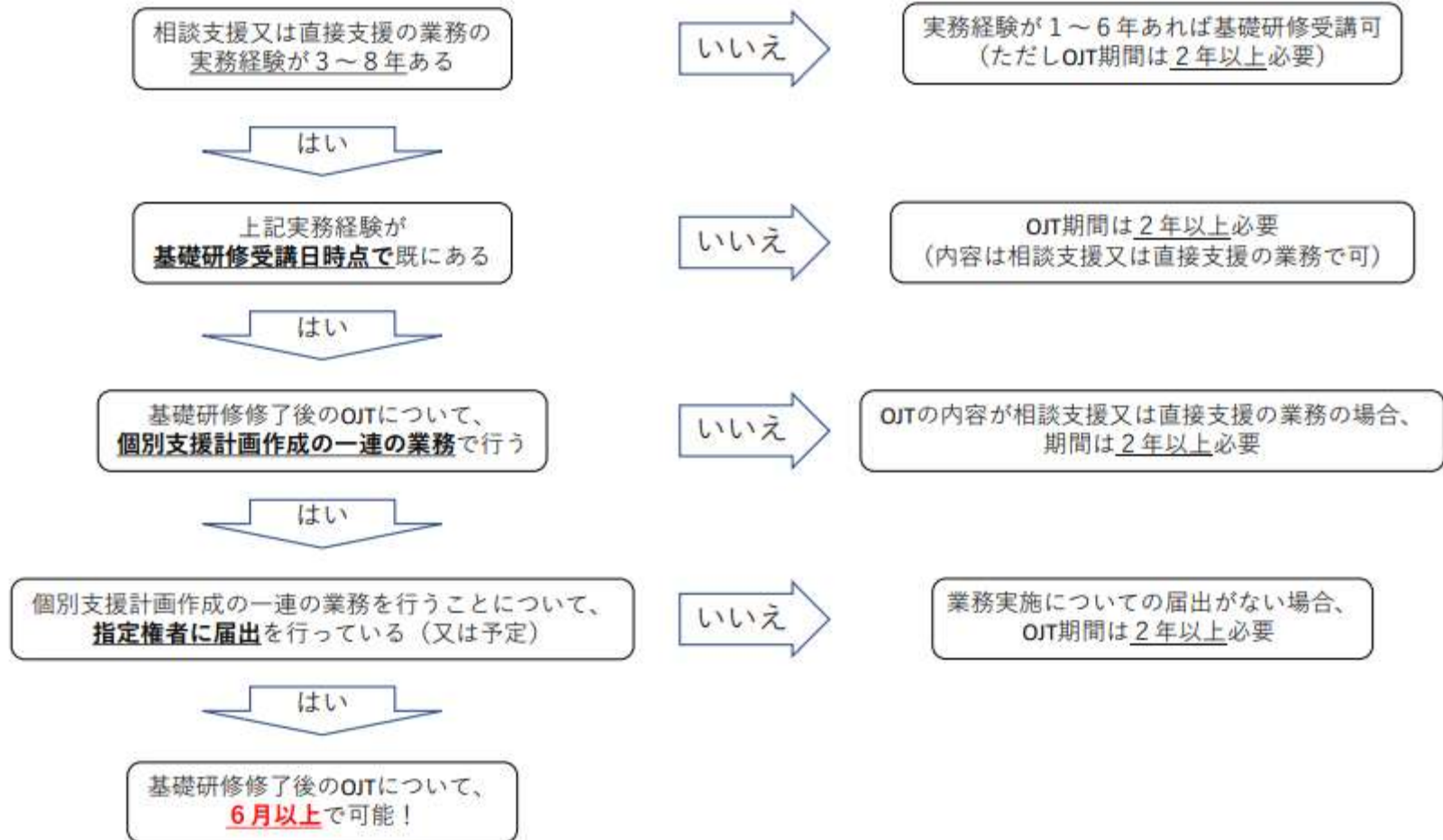
- 障害福祉サービス事業所等において、**個別支援計画作成の業務**に従事する。（具体的には以下のいずれかのとおり）

- サービス管理責任者等が配置されている事業所において、**個別支援計画の原案の作成までの一連の業務**（※）を行う。
- やむを得ない事由によりサービス管理責任者等を欠いている事業所において、**サービス管理責任者等とみなして従事し、個別支援計画の作成の一連の業務**を行う。

（※） 利用者へ面接の上アセスメントを実施し、個別支援計画の原案を作成し、サービス管理責任者が開催する個別支援会議へ参加する等。

- 上記業務に従事することについて、指定権者に**届出**を行う。





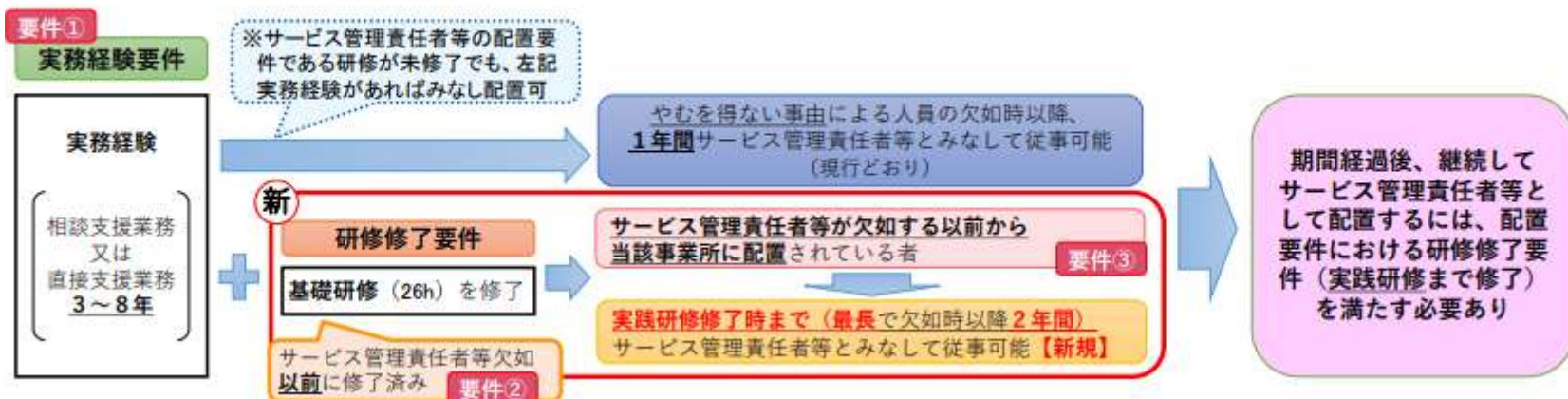
② やむを得ない事由による措置について

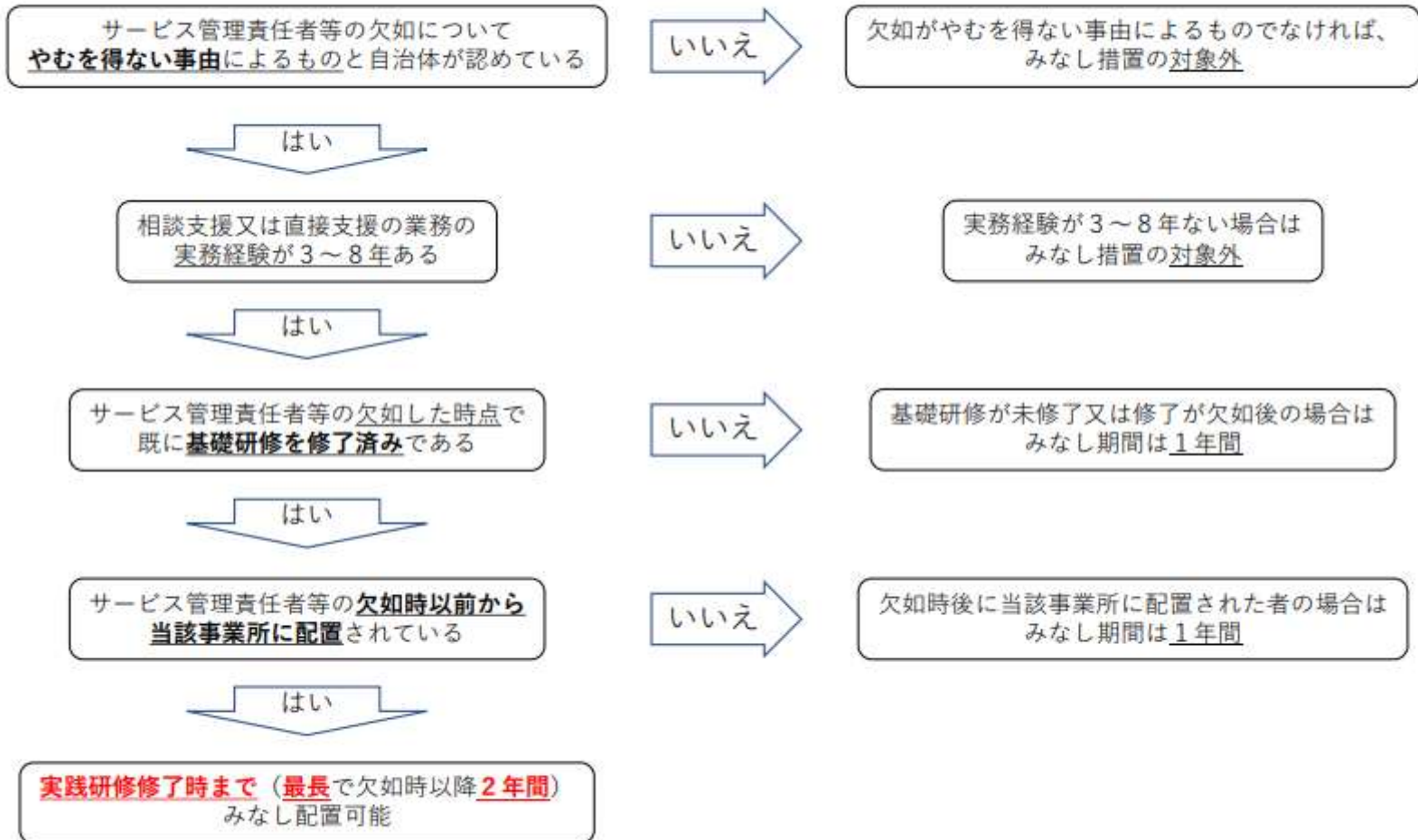
- やむを得ない事由** (※) によりサービス管理責任者等が欠いた事業所について、現行制度上、サービス管理責任者等が欠いた日から1年間、実務経験（3～8年）を有する者をサービス管理責任者等とみなして配置可能であるが、これに加え、当該者が一定の要件を充足した場合については、**実践研修を修了するまでの間（最長でサービス管理責任者等が欠いた日から2年間）** サービス管理責任者等とみなして配置可能とする。

(※) 「やむを得ない事由」については、「サービス管理責任者等が退職、病休など事業者の責に帰さない事由により欠如した場合であって、かつ、当該事業所にサービス管理責任者等を直ちに配置することが困難な場合」である。

【要件】 ※①～③を全て満たす必要あり

- ① 実務経験要件（相談支援業務又は直接支援業務3～8年）を満たしている。（現行と同じ）
- ② サービス管理責任者等が欠如した時点で既に**基礎研修を修了済み**である。
- ③ サービス管理責任者等が欠如する**以前から**サービス管理責任者等以外の職員として当該事業所に配置されている。





情報提供

あきたケアマネジメントネットワーク協会について

<設立の目的>

障害のある人の意向に基づく地域生活を実現するため、保健、医療、福祉、就労、教育、司法などのサービスを総合的かつ適切な利用者支援を図ることとし、これを担う援助技術の習得が必要な相談支援専門員等を養成する

<設立年月日>

令和元年11月21日

<ホームページ>

<https://sites.google.com/acnet.page/acnet>