

基礎研修

個別支援計画作成の ポイントと作成手順

サービス管理責任者及び児童発達責任者養成研修資料参照

1

この講義のねらい

個別支援計画作成手順の実際と、そのポイントについて理解し演習への準備とする。

(内容)

1. 個別支援計画におけるPDCAサイクルにより標準的なサービス提供にいたる過程を理解する。
2. 精神障害者の地域移行の事例を通して、個別支援計画作成手順の実際について学ぶ。
3. 個別支援計画作成手順のポイントについて、サービス管理者・児童発達管理責任者が配慮するポイントについて理解する。

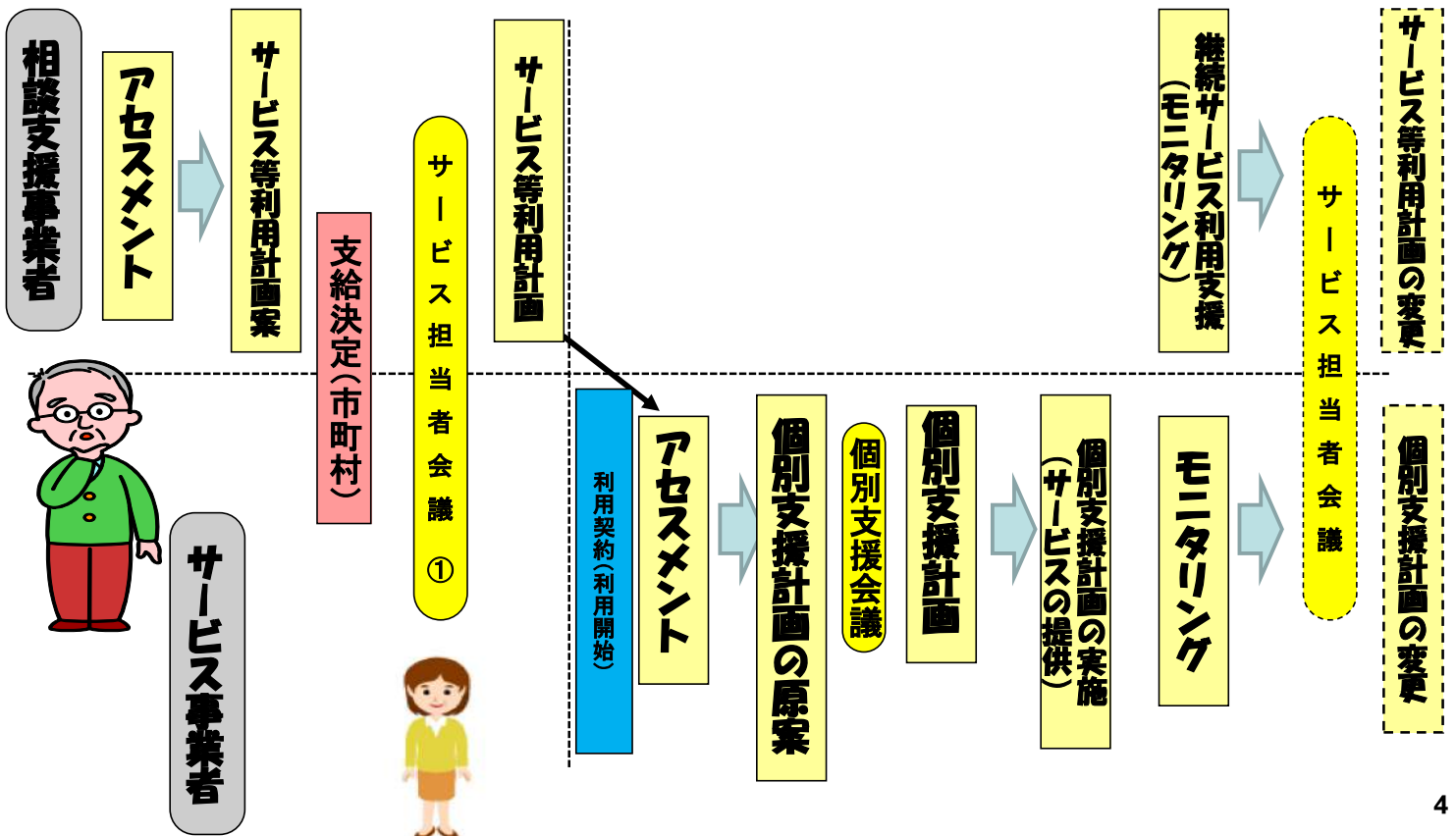
2

サービス提供プロセスの実際

- (1) サービス提供のプロセス
- (2) 相談支援時の状況把握
- (3) アセスメント
- (4) 個別支援計画の作成
- (5) 個別支援計画の実施
- (6) 中間評価と修正
- (7) 終了時評価

3

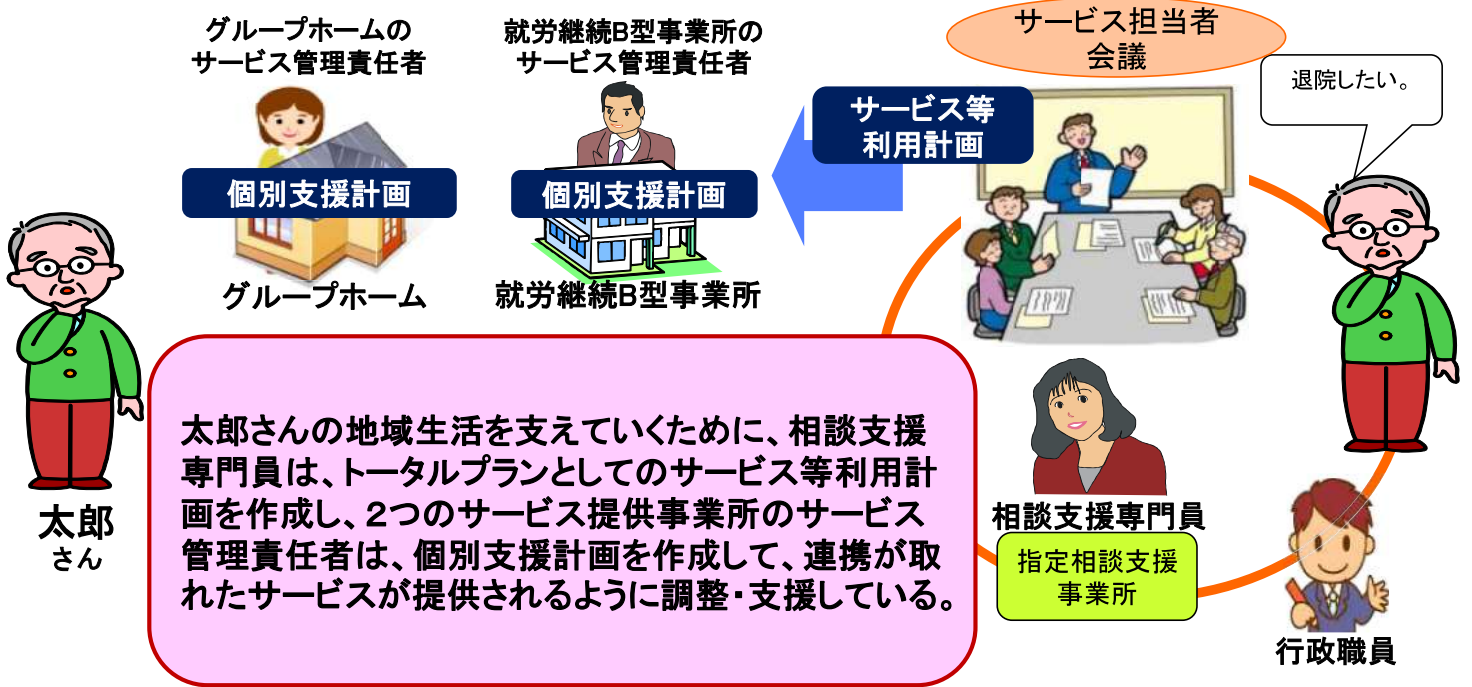
(1) サービス提供のプロセス



4

太郎さんを支えるサービス利用計画と個別支援計画の連携

太郎さんは、地域相談（地域移行支援）を利用して、20年間入院した精神科病院からグループホームに入居することを希望しています。退院後は、日中は就労継続B型事業所を利用しながら、自分の人生を取り戻していきたいと希望しています。



太郎さんの地域生活を支えていくために、相談支援専門員は、トータルプランとしてのサービス等利用計画を作成し、2つのサービス提供事業所のサービス管理責任者は、個別支援計画を作成して、連携が取れたサービスが提供されるように調整・支援している。

(2) 相談支援時の状況把握--1

実施方法

- 本人の意向を丁寧に聴く（ラポール形成）。
- 抱えている課題（問題）を一緒に明らかにする。
- 緊急か否かの見立てをする。
- 主人公は（私）本人。

事例より

自分の人生を取り戻したい

思いを聴くこと

- ・人生を取り戻すってどういう意味？
 - ・共感的に聴く
 - ・どんな暮らしをしたいのか
 - ・再確認・・・
- 働くこと、楽しむこと、役に立つことを望んでいるんだ。

どんな生活が待ち受けているのか不安です。

必要なツール

- 相談受付表

サービス管理責任者の視点

- **本人の意向（問題解決の主人公は利用者）は？**
- **現実的なニーズは何か？**
- 本人から必要な情報が聞き取れているか。

(2) 相談支援時の状況把握--2

実施方法

- 相談支援専門員は、本人、家族、サービス管理責任者・行政等と連携しサービス等利用計画を作成する。サービス管理責任者は本人の意向、支援方法について関係者と共有する。
- アセスメント開始の協力・理解を得る。
- 提供が想定される具体的サービス、サービス利用の経費、利用の手続きについて情報提供し、確認する
- 個人情報の管理は慎重に行う

必要なツール

- 相談受付表

事例より

自分の人生を取り戻したい

思いを聴くこと

相談支援専門員が招集したGH・就労継続B型のサービス管理責任者・行政・世話人・本人・家族でサービス担当者会議に参加して、ニーズを整理して、キーパーソン・役割分担を確認する。サービス等利用計画に基づき、太郎さんの意向を確認して個別支援計画の作成を準備する。



サービス管理責任者の視点

- 当該事業以外にどの程度の支援機関が関与しているか。
- 本人の同意の上で、関係機関の見立てや医療情報等の必要な情報が収集できているか。
- 本人・家族・関係機関等から必要な情報が聞き取れているか。

7

(3) アセスメント ① 初期状態の把握

実施方法

- 障害種別や支援方法に応じた評価表に基づき、適切な評価を行う。
- 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。
- 個人情報の管理については慎重に行う。

必要なツール

- 障害種別や支援事業に応じた評価表

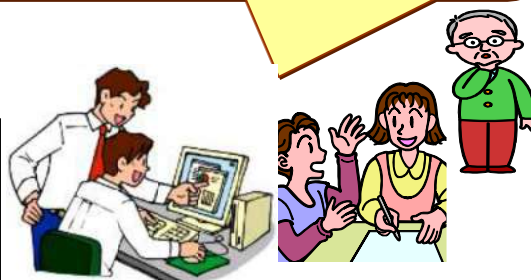
事例より

自分の人生を取り戻したい

グループホームの体験利用等で

- 計画的な支出はどの程度できるか
- 預金管理は？権利侵害の可能性は？
- 健康管理・家事はどこまでできるか？
- 余暇活動・仲間の状況確認

…知ることに(評価)



サービス管理責任者の視点

- 適切な評価項目を選択しているか。
- 必要な情報が集められているか。
- チームスタッフの意見など、必要な情報が集められているか。

8

(3)アセスメント ②基本的ニーズの把握

実施方法

- ・ 本人(必要に応じて家族)の意向を丁寧に聴取しニーズを把握。
- ・ 評価から得た心身状態の結果と本人の意向から、到達目標につながる支援課題の把握。

必要なツール

- ・ 障害種別や支援事業に応じた評価表

事例より

自分の人生を取り戻したい

- ・調理ができるようになりたい。
- ・計画的な金銭の使い方を身につけたい。
- ・趣味は？何をしていると楽しいか。
- ・どんな環境がじっくりくるのか。
- ・人とのつきあい方は？
- ・役に立つってどんことなのか。
- ・望んでいる生活を…**確認する**

サービス管理責任者の視点

- ・本人の**ストレンクスを的確に評価しニーズ把握しているか。**
- ・関係者の意見は把握しているか。
- ・必要な情報が集められているか。
- ・データに基づく客観的な分析ができているか。



9

(3)アセスメント ③課題の整理

実施方法

- ・ 本人の初期状態や基本的ニーズの把握から、課題を整理する。
- ・ 支援項目ごとの課題は、整理にあたって優先順位を設定して進める。
- ・ 課題設定が本人不在とならないように留意。

必要なツール

- ・ 障害種別や支援事業に応じた評価表
- ・ 支援項目ごとの課題の整理表

事例より

自分の人生を取り戻したい

- ・菊作りが趣味。
- ・働く気持ちはあるが、頑張り過ぎて疲れやすい。
- ・人の役に立つボランティア活動をしたい。
- ・阻む障害要因は何か…**見極めること**

サービス管理責任者の視点

- ・データに基づく客観的な分析ができているか。
- ・具体的で適切な課題が示されているか。
- ・優先順位は付けられているか。



10

(4) 個別支援計画の作成-1(サービス等利用計画との連携)

実施方法

- ・ サービス提供機関の個別支援計画を突合し、調整し、サービス等利用計画へ反映させる。
- ・ 課題から、サービス提供の到達目標が共有されているか、個別到達目標(項目=ニーズ)の役割分担は整合性・連続性があるか
- ・ サービス提供に偏りはないか。

必要なツール

- ・ 個別支援計画表・課題整理表
- ・ サービス利用計画表

サービス管理責任者の視点

- ・ 具体的で適切な課題と目標が示されているか。
- ・ 本人、(家族)もイメージできるものとなっているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

到達目標	充実した生活をおくる。	
項目(ニーズ)	本人の役割	サービス提供機関
日常生活	調理と金銭の使い方 方を覚えます。	グループホーム
働くこと	頑張りすぎないよう 心がけます。	就労継続B
楽しむこと	庭で菊作りをします。	グループホーム
役に立つこと	駅前清掃活動に参加 します。	地域活動



11

(4) 個別支援計画の作成-2(個別支援計画)

実施方法

- ・ サービス等利用計画との整合した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(項目=ニーズ)などからなる。
- ・ 到達目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成される。
- ・ 時間(支援期間)と領域(支援内容)の観点から個別支援計画を作成。

必要なツール

- ・ 個別支援計画表・課題整理表
- ・ サービス利用計画表

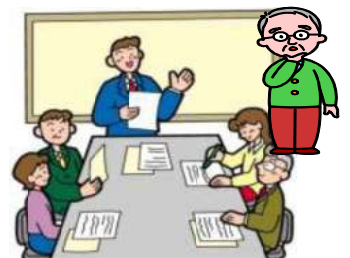
サービス管理責任者の視点

- ・ 具体的で適切な課題と目標が示されているか。
- ・ 本人、(家族)もイメージできるものとなっているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

到達目標	生活上の力が身につき、楽しみが見つかり、人づきあいに広がりが見られる。	
項目(ニーズ)	支援内容	担当者
調理の上達	献立をつくりながら調理を します。	世話人
金銭の使い方	出納帳をつけましょう。	世話人
楽しむこと	菊作り	世話人・地域の 人
役に立つこと	地域活動(ボランティア グループ)に紹介します。	サービス管理 責任者



12

(5) 個別支援計画の実施-1

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。
- ・ 設定された目標を、効率よく達成することに努める。

必要なツール

- ・ 個別支援計画実施表

サービス管理責任者の視点

- ・ 支援スタッフの相互連携がとれているか。
- ・ 段階を意識した支援となっているか。
- ・ 利用者の同意を得ながら支援しているか。
- ・ 設定された目標は効率よく達成されているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい



世話人さんと一週間の献立をつくることから始めます。夕食では調理の段取りを覚えます。金銭の使い方は、出納帳に記録することから始めます。…できることと苦手なことを**確認すること**

13

(6) 中間評価と修正 ①個別支援計画の評価

実施方法

- ・ 時期(段階)ごとに、到達目標達成度を評価・分析。
- ・ 本人にサービスが適切に提供されているかを評価。
- ・ 達成度は、初期状態と比較して主目標及び個別目標の観点から評価。
- ・ 評価は本人も一緒に。併せて、本人の意向や環境の変化なども評価。

必要なツール

- ・ 中間評価記録表

サービス管理責任者の視点

- ・ 段階ごとの到達目標の達成度はどうか。
- ・ 本人の満足度はどうか。
- ・ 本人の意向や環境の変化をとらえているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい



個別支援計画の評価は本人も一緒に目標をクリアした点、困難な点を、本人に十分に説明し、困難な目標については、ブレイクダウンした実現可能な当面の目標設定の検討当初のアセスメントとの**ズレ**の確認
本人のエンパワメントの視点で…**評価**

14

(6) 中間評価と修正 ②個別支援計画の修正

実施方法

- ・ 到達目標に達成するためにサービス利用計画・個別支援計画プログラムを修正。
- ・ 提供されるサービス内容を修正。
- ・ 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。
- ・ 本人に修正や変更の同意を得る。

必要なツール

- ・ サービス等利用計画・個別支援計画の修正・変更記録表

サービス管理責任者の視点

- ・ 本人の意向や目標の達成度など、支援の進捗度を見定め、軌道修正しつつも、最終目標は見失わないように。

事例より

自分の人生を取り戻したい



ズレの修正。
調理は上達した。
働くことにも慣れてきたけれど物足りない。
菊作りは楽しい、同好会に入りたい。
グループホームの同居の人とじっくりこない。
変更事由が発生したら、適時個別支援会議を開催し、本人も交えて事業所内で確認。相談支援専門員へ情報提供し、サービス担当者会議に参加、計画修正に関する意見を述べる。

15

(7) 終了時評価

実施方法

- ・ 到達目標達成度を含めたサービス等利用計画・個別支援計画全体を客観的に評価。
- ・ サービス提供はスムーズに行われたか、また、行われなかった場合の原因は何かを評価。
- ・ 本人の状態の変化・満足度などの観点から評価。
- ・ 同様のケースの個別支援計画作成に評価を活かす。
- ・ サービス担当者会議での振り返り。

必要なツール

- ・ 終了時評価表

サービス管理責任者の視点

- ・ 到達目標の達成度はどうか。
- ・ 適切なサービス提供ができたか。
- ・ 利用者の満足度はどうか。
- ・ 事例としてまとめ今後の参考としているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい



グループホームを退所して、一人暮らしをしたい……。
再アセスメント。支援計画の修正を経て…。⇒終結
支援のふり返り(評価)が重要
どのようにフェイディングしていくのか
相談支援専門員による見守り
サービス管理責任者によるフォローアップ
地域の人的資源との関わり…等
キーパーソンを確認する



16



参考資料

児童分野

ニーズ・課題の整理表作成時の留意点(例)

平成28年度 サービス管理責任者等
指導者養成研修会<児童>資料

利用者名 さん

No	発達ニーズ・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	<p>・「誰」欲したニーズかを明確に記載し整理することがポイント。 例えば、①保護者のニーズを子どもが欲したように書かないこと、②支援者から見た発達ニーズ(感覚ニーズや運動ニーズ)もわかること</p>		<p>「支援者の知識と技量があからさまになる」 ・左記のニーズの把握、状態の評価の内容を基に論理的に記載できるか！</p>	
家族支援		<p>・まずは、聞き取り表、モニタリング情報等に記載されている状況で左記に挙げたニーズに該当する文言をそのまま抽出する。 ・すでに参考とする書類の記載者(保護者、相談支援専門員、職員等)の主観のもとに記載されている可能性が高いことに留意して読み取る</p>	<p>・「支援者が気になる」等と思う根拠は何！ ・障害特性や家族像、地域資源等の一般的なイメージから推察される「強み・可能性」の記載にとどまらないこと ・より個別性を持たせるため、具体的に記載する</p>	<p>・左記のニーズの記載内容と主語が一致するとは限らない。解決すべき課題の主語を明確化することでどこにアプローチすべきかが定まる ・ここで挙げられた記載内容が、「個別支援計画」の具体的な到達目標となりうる</p>
地域連携				

19

ニーズの把握、課題の整理

平成28年度 サービス管理責任者等
指導者養成研修会<児童>資料

- ・ 本人のニーズ(本人が求めること、経験させるべきこと)をとらえる。
- ・ 家族のニーズをとらえる。
- ・ 生活の中から、「ありのままの」現状をとらえる。
- ・ 背景となる発達上の課題、障害特性による課題をとらえる。
- ・ 家族での生活の現実的、具体的場面を想像する。
- ・ こどもの力や強みをとらえる。
- ・ 家族の持つ力をとらえ、子育て環境をとらえる。
- ・ 「なぜ！」を意識して分析する。なぜ、課題と思うか？ なぜ、できないか？

個別支援計画作成時の留意点(例)

平成28年度 サービス管理責任者等
指導者養成研修会<児童>資料

利用者名 _____

作成年月日: _____年 ____月 ____日

○到達目標

長期(内容、期間等)	
短期(内容、期間等)	

- ◎どのような子どもに育てほしいかを保護者とともに
- ◎ワクワク、ドキドキ感のある計画になるように本人とともに
- ◎具体的な到達目標とリンクさせることが必要
- ◎具体性は必要だが、気持ちの在り方や育む力など緩やかな表現も
- ◎長期目標は約1年、短期目標は3～6か月で設定

○具体的な到達目標及び支援計画等

項目	具体的な到達目標	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
		支援期間終了後(モニタリング時)に到達しているであろう「子どもや家族の様子」を記載【主語は子ども・家族】			
		言葉で発せられるニーズだけでなく、子どもの成長に必要な「発達ニーズ」も検討して目標を設定			
		到達目標に掲げた子どもや家族等の様子になるよう、事業所がどのような「専門的な支援」、工夫、配慮を行うのかを具体的に記載。家族支援および地域支援の場合も具体的働きかけを記載【主語は事業所】			
		※ モニタリング時に、事業所の支援の質、力量が問われる⇒達成できなかった場合は子どもや家族、地域のせいではなく、事業所の目標設定や支援内容が悪かったと評価する			

・発達支援と家族支援と地域支援の割合は3:1:1を目安に設定。項目欄は、発達支援では発達の領域(運動、遊び…)に記載してもよい⇒アセスメントと直結
・「ニーズの整理票」で作成したニーズ、発達課題等を書けるよう欄を追加してもよい

総合的な支援方針

- ◎事業所として、どのようなコンセプトで支援していくのかも含めて書けるといい(どのような子どもに育てほしいのか、育てたいのかなど)
- ◎全体の活動のねらいとの関係がわかるといい
- ◎子どもの育ちにいいことがわかるといい
- ◎支援の見通し、イメージが持てるように(1年ではない長いスパンでの見通しも含めて)

平成 ____年 ____月 ____日

利用者氏名 _____

印

児童発達支援管理責任者 _____

印

21

個別支援計画作成のポイント

平成28年度 サービス管理責任者等指導者
養成研修会<児童>資料

- ・ 子どもの(障害児)支援利用計画に基づき個別支援計画を作成。
- ・ 本人や家族のニーズがきちんと反映されているか？
- ・ 支援者側の押し付けになっていないか？
- ・ 本人や家族を中心とした計画を、本人、家族と一緒に作っていく過程こそが大切。
 - 様々な場面にキーマンが存在する。困難な事例とされる場合においても、力のない状態はない。
 - 障害の受容ができていないことを目標が達成できない理由にしない！
- ・ 家族が(場合によっては子ども自身も)分かりやすい言葉で書く
- ・ 支援内容を抽象的な言葉でごまかさない。
 - (例：安定した生活、楽しい暮らし、薬がちゃんと飲めるように…etc. 但し、家族、特に母親の精神状態から判断して、意図的に支援目標の表現をあえて抽象的にしていくことも必要になることはあります。)
- ・ 発達支援の視点を必ず意識した上で、具体的な目標、期間を設定する。
 - 内容が具体的であるほどに家族はストレスになる場合もあります。示された側の気持ちも考えて、目標や期間の設定はしていきましょう。また、言葉の表現・使い方も気をつけ、何度も見直しをしていきましょう。
- ・ 家族の持つ力を引き出し、子育てを少しでも前向きに考える計画になっているか。
 - スモールステップで着実に進むということではなく、いくつかの達成可能な目標を示しながら、その優先順位を共に考え、互いに納得した上で、一つ一つゆっくりと取り組んでいくことが、長期的に考えると大切です。また、子どもの成長にも、家族の気持ちにも、「停滞」「立ち止まり」「休憩」は必要です。あえて「向上」を目指さずに、子どもと家族の気持ちを和らげる時期を意識できるといいですね。
- ・ 本人や家族が出来ること、出来そうなことは、温かなまなざしで見守る。
 - 要望があったから支援を行うというものはいけません。話を聞き、寄り添うだけでも立派な支援になることは、多いものです。

介護（生活介護・療養介護）

23

本人を知るための地図の必要性

平成28年度 サービス管理責任者等指導者養成研修会
＜介護（生活介護・療養介護）＞資料

- ☆利用者の状態像の明確化・見える化を行うためのツールである。
- この部分は、支援者の頭の中で暗算していた。
- アセスメントの過程は資料の収集と分析するためのツールである。
- 本人を知るための地図は「アセスメント」の一つである。
 - ・本人に関わる様々な聞き取った情報（相談支援記録・アセスメント表等）がトータルな本人情報として活用されることが少ない。
 - ・本人の状態像等のアセスメントがないまま、計画策定に至ることが多い。
 - ・本人の目線で様々な情報を項目ごとに地図に整理、確認することで「支援者側の思い込み、間違った利用者像」を作れることを予防できる。

ニーズ整理表の必要性

- ☆明確になった本人の状態・希望・ニーズに対し、どのような支援が必要かを整理するためのツールである。
- この部分も支援者の頭の中で暗算していた。
- 本人を知る地図など、様々な情報を整理した結果明らかになった「本人のニーズ・想い・願い」に対し、それに寄り添うための「支援の根拠」をこのツールを使って整理する。
- 個別支援計画の根拠となるのがニーズ整理表。

24

(1) 現在状況の整理(アセスメント情報を整理)

①私は、今までこんな生活をしてきました。生き方をしてきました。

・ポイント: 生育歴・職歴から事実を記載。事前課題、「私はこうして生きてきた」を参照。

③私の不安・気にしていることは？

・ポイント: 困り感・不安は、解決してほしいことでもある。ニーズ整理表の「A」の欄に反映される。

②私は今このような環境で生活しています。してきました。

・ポイント: 家族歴・本人を取り巻く環境から事実を記載。事前課題「私はこうして生きてきた」を参照。

④私自身が持っている力、得意なこと

ポイント: この項目はニーズ整理表の「B」に反映される



(2) 今、必要と思われる支援

⑤私は、〇〇で暮らしたいです。私の今の願い、希望は〇〇です。今、私は〇〇をやりたいです。

ポイント: 本人の言動等ら確認...本人の言葉。発語が十分ない人は、願いや希望が読み取れそうな行動を記載。ニーズ整理表の「A」及び個別支援計画の「E」欄に反映される

(3) 将来の暮らしに向けた支援

⑥☆私の将来の夢、希望は〇〇です。私は〇年後こんな暮らしをしたいです。ポイント

ポイント: この項目のアセスメントは、利用者本人の中長期的な暮らしの目標の関連している。(演習で検討)

記入様式1

ニーズ整理表

利用者名 T.T さん

T.Tさんの願い・希望など
 (現在困っていること、現在やりたいこと、将来やりたいこと・・・など)

A

T.Tさんのストレンクス
 (強み、得意なこと、可能性)

B

本人の 願い・希望	現在状況の確認 (本人のストレンクス)	願い・希望に応えるために 必要なこと	願い・希望を満たすための目標
Aから必要な項目に優先順位をつけて記載	Bの項目からAに関連することを抽出して記載)	「願い・希望・困りごと等に応えるため必要な支援」を演習で検討。(C)	C=「願い・希望・困りごと等に応えるため必要な支援」を行うにあたって目標を演習で検討(D)

※ 左の2つの欄について、事前に記入しておいてください

(3) 将来の暮らしに向けた支援

⑥ ☆私の将来の夢、希望は〇〇です。
私は〇年後こんな暮らしをしたいです。
ポイント

ポイント：この項目のアセスメントは、利用者本人の中長期的な暮らしの目標の関連している。



本人の夢・希望を叶えるため・・・の目標設定
・個別ケースの状況によるが、概ね「長期目標は1年程度」「短期目標は半年程度」。
個別支援計画「F」欄に反映

記入様式 2 個別支援計画書

利用者名 _____

作成年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	E(⑤及びサービス等利用計画)
総合的な援助の方針	サービス等利用計画

長期目標(内容、期間等)	F
短期目標(内容、期間等)	F

○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
D	C			
D	C			
D	C			

機能訓練

29

平成30年度 サービス管理責任者等指導者養成研修資料

利用者のニーズを醸成する ⇒ 利用者の気づきの支援

- 主訴(表出されている希望)は、ニーズの一つであるが、本人の想いをすべて代弁しているわけではない。
- 障害を負って間もない方や家族は、希望を聞かれても不安な状況にあり、その気持ちを的確に表現できないことを理解しなくてはならない。
- サービス管理責任者は、特に初期の段階では、一つ一つ**成功体験を積み重ね**ることで**意欲や自信を持ち、発動性を引き出す**ことを目的とする取り組みを想定すべきである。
- 支援を通じた小さな成功体験により少しずつ意欲が高まり、「次はこれができるようになろう」、「これをしたい」という小さな目的意識が生まれ、その積み重ねで将来に目を向けた**ニーズが表明**されるようになる。そして、それを**現実的なニーズ**にしていけるよう支援していかななくてはならない。

30

支援者の気づき ⇒ 利用者の理解に向けた支援

- 機能訓練事業では「身体機能の改善・回復」を多くの利用者は希望として表出する。しかし、その背景には「仕事に戻らなければ」「家族として役割を果たさないと」等の様々なニーズが秘められていることが多い。そのため**利用者の背景にあるニーズへの気づきの支援**もサービス管理責任者の重要な役割となる。
- また、サービス管理責任者は、「心身の状況」、「していること・できること」、「本人を取り巻いている様々な環境」、「これまで生きてきた人生・価値観」などへの理解から、専門職としてのニーズを明らかにしなくてはならない。そして、その必要性について、**利用者と共に確認しながら理解を深めていく支援**も重要となる。

31

利用者と支援者の合意 ⇒ 意思決定の支援

- ニーズを明らかにするプロセスでは、サービス管理責任者には様々な生活や社会参加の状況が可視化できるように**情報提供**が求められ、利用者が具体的生活の**再構築に向けた選択**ができるようにしなくてはならない。
- 機能訓練の場合は、訓練や代償手段の活用を通じた変化が期待され、利用者ニーズと支援者ニーズにも反映されることから、「**利用者の合意・納得**」の支援は、アセスメントのみならず、モニタリング場面においても積み重ねられ、めざす生活を利用者自身が決定していく力をつける支援とすべきである。

32

居宅支援

(共同生活援助、生活訓練
自立生活援助)

33

平成30年度 サービス管理責任者等指導者養成研修資料

日常生活動作、健康、コミュニケーション、社会的活動等の生活全般にわたるアセスメント

- 援助過程、参加過程、環境との相互作用としてのアセスメント。
- スtrenグス4つの側面(①性格・人柄／個人的特性、②才能・素質、③環境、④興味・関心／向上心)。
- スtrenグスは対話と関係性から導き出す。
- 日常生活動作、IADL、健康、生活基盤、コミュニケーションスキル、社会生活技能、社会参加、教育、就労などの生活全般にわたるアセスメント-生活の場面(環境)の正確な把握。
- アセスメントは現状の把握とともに、過去の支援記録も参考になる。
- 自立訓練、グループホームの各事業毎に、重点的なアセスメント項目を確認する。

34

その人に必要な生活訓練の軸を見立てる

- グループホームを目指すのか、一人暮らしを目指すのか、就労を目指すのか、生活習慣の確立を目指すのか、まず必要な支援を見立てる。
- 目指す目標に向けての支援上の課題を丁寧に評価し、本人とともにその優先順位を確定する。
- 不安やストレスの軽減を図りつつ、小さな前進を確認する。

35

地域生活移行後の自己実現と社会的関係の構築

- 地域の中で普通に暮らすために、どのような自己実現を図るのか確認する。
 - 本人の可能性やストレングスを把握する。
- グループホームという住まいの場、地域での活動の場がどのように生活を支え、社会的関係の繋がりを広げることが出来るのか、具体的に確認する。
 - 「自分が何かをして、それを他人が認めてくれる」ということは、社会的関係の中において、はじめて出来ること。

36

権利擁護のために

- 本人の意向優先を第一に。
 - 家族とのニーズをめぐるズレにどう向き合うか。
- 家族関係、地域の人間関係、生活基盤や金銭管理状況などの正確な把握。
 - エコマップを本人と一緒に作成する。

家族が「本人中心の支援」に移行するために
サービス管理責任者ができることを考えてみましょう。

37

地域社会資源の把握

- 地域の社会資源を把握する。
- 地域の社会資源を本人が理解出来るように支援する。
 - 地域の状況をビジュアルにして知る支援(グループホーム、近くの店、駅、目立つ建物等の写真を活用)
 - 見て、体験するための支援(パンフレット資料の提供と、サービス資源をどのように利用するか)
 - …示す(される)からアクティブ(する)へ…
- (地域自立支援)協議会へ参画し、関係機関との拡がりを進め、実情を理解する。

38

就労支援

(就労継続支援A・B型、就労移行支援
就労定着支援)

39

平成30年度 サービス管理責任者等指導者養成研修資料

目標や将来像を描ける支援

働き続けるために必要なこと

- ・ 自分を評価してもらえる仕事があるということ
(評価とは、やりがい・達成感・収入等)
- ・ 困ったら相談できる人、助けてくれる人が共に働く場にいること
- ・ 仲間がいること (誰もがひとりではやっていけない)



**サービス管理責任者自身が、
「自分だったらどうだろうか」と考える中でかたちを描くことが大切**

※ 障害特性を配慮し、具体的で理解しやすい目標の設定。実習など実際の場での体験。企業見学会やOB会の活用。支援機関など第3者からの説明。日々の振り返りなど、実施するうえで様々な取り組みや工夫を考えて取り組むことが大切。

40

利用者の職業生活の質の向上のために

- 安定した職業生活の実現の鍵を握る「就労定着支援」
- 一般の就労者の離職率を踏まえながらも、障害に関連する事由での離職の防止が必要
- 職場の環境条件(労働条件、人間関係等)のみならず日常生活における課題が定着の課題となることも少なくない。



個別支援計画にあたっては・・・

- 就労定着に向けた利用者の日常生活等における課題の把握
- 職業生活を支える社会資源の確認
- 企業等が行う職業生活支援を「支援」する視点の必要性