

サービス(支援)提供のプロセス

名古屋市総合リハビリテーションセンター

副センター長(兼自立支援局長) 鈴木 智敦

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者(サビ児管)指導者養成研修資料より抜粋
一部撮影用に修正・削除

1

1

この講義のねらい

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)を提供すること

【内容】

I. サービス(支援)提供のプロセスの流れを理解する
制度の流れ、PDCAサイクルとその継続→質の高いサービスの提供

II. プロセスごとの内容を理解する
前半: 個別支援計画作成、実施まで
後半: 中間評価と修正(個別支援計画の変更)

III. サビ児管の役割と管理的側面について理解する

IV. 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

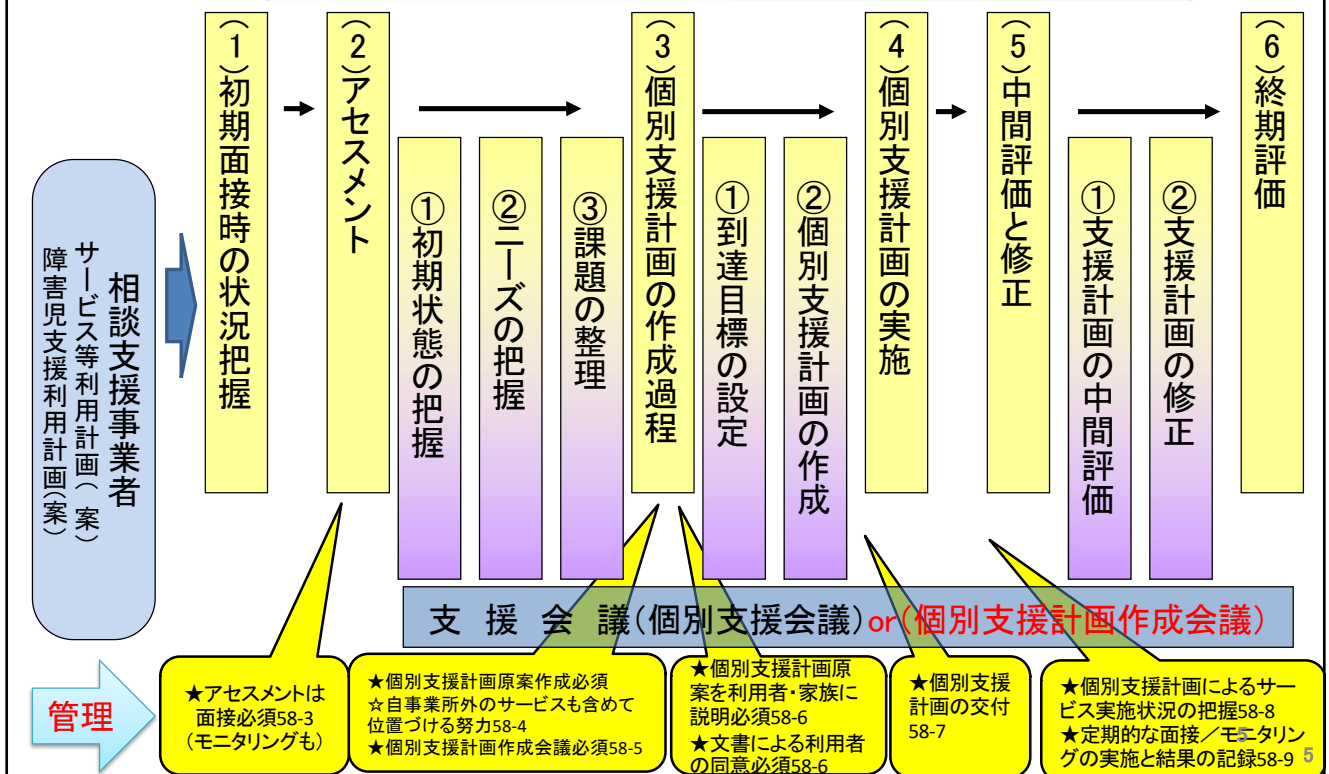
2

2

3

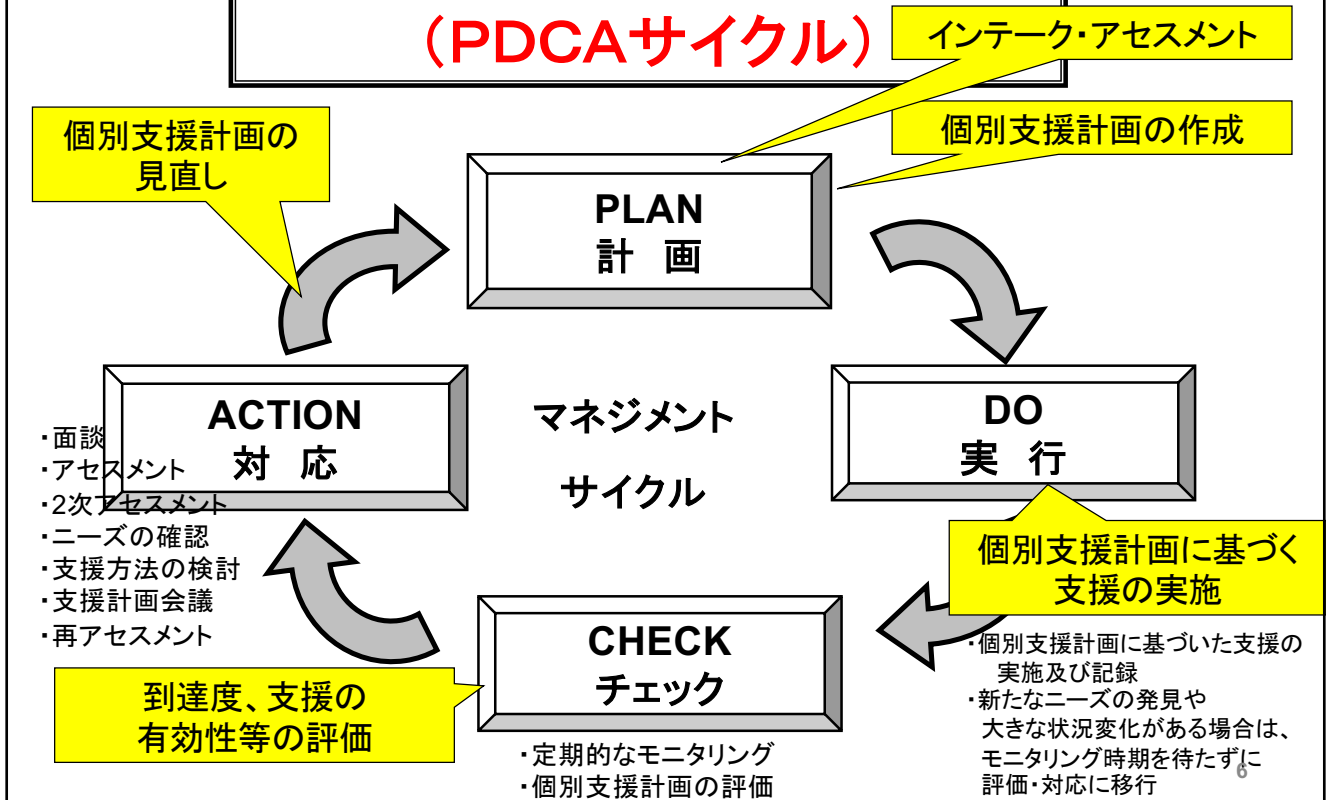


サービス提供のプロセス(と管理)



5

個別支援計画による支援 (PDCAサイクル)



6

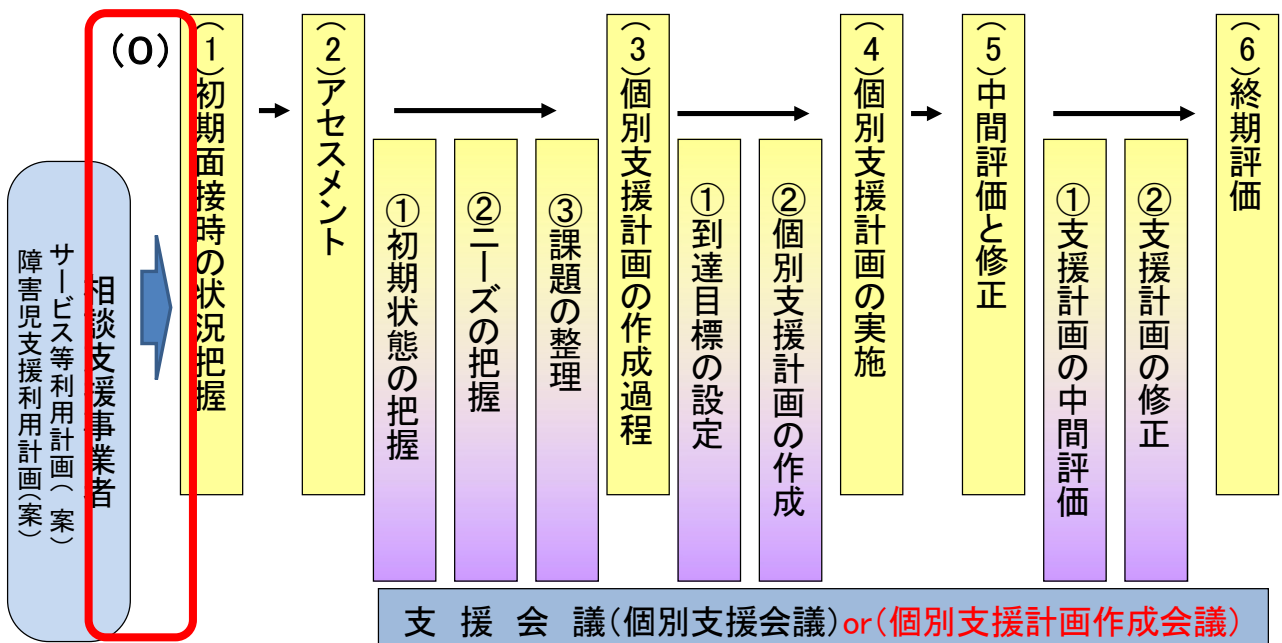
Ⅱ. プロセスごとの内容を理解する (前半)

7

7

再

サービス提供のプロセス(と管理)



8

8

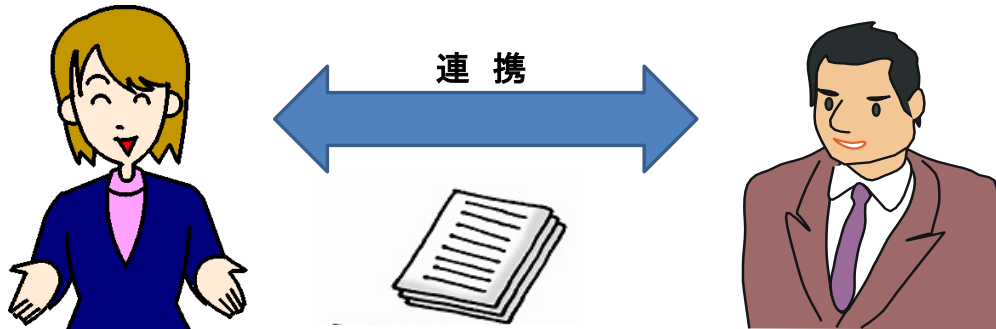
8

(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



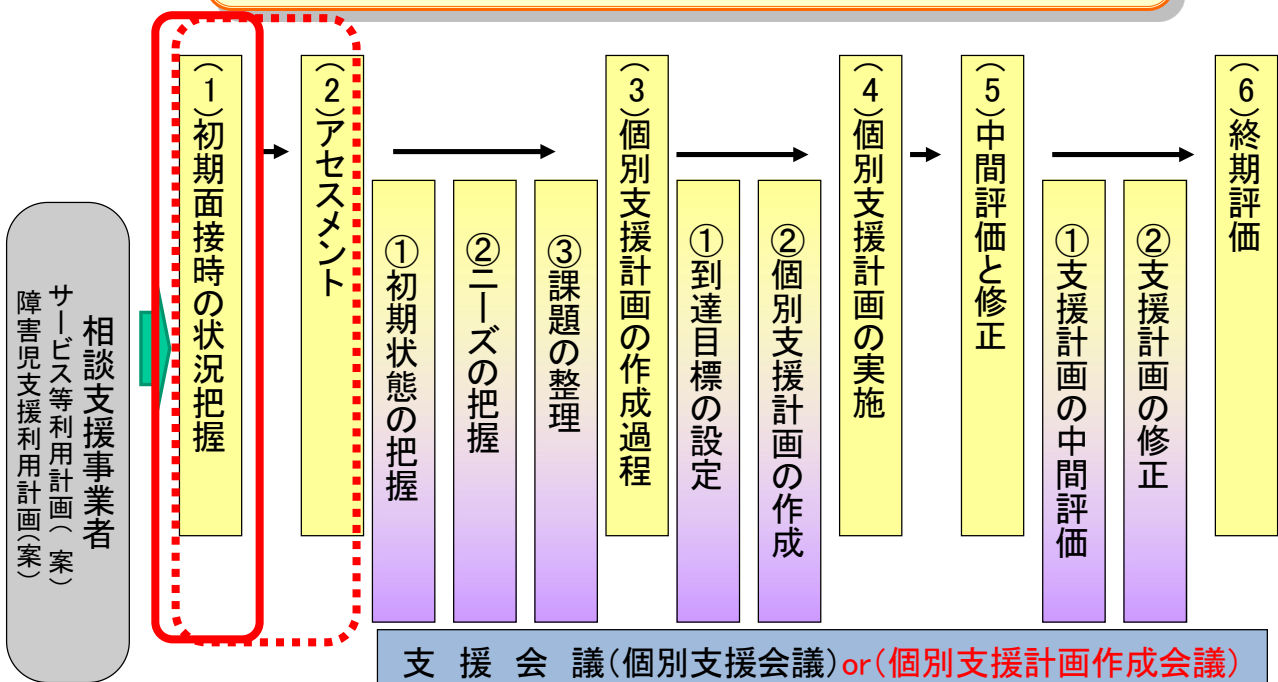
適切な
サービス等（障害児支援）利用計画案

9

9

再

サービス提供のプロセス（と管理）



100

(1) 初期面接(インテーク)では・・・

- 日々の生活で困っている
 - 先のみえない不安……
 - どうしたらいいのかわからない
 - …まわりが困ってる 等
- いろいろな段階での相談がある

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

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

この人誰？大丈夫？
この事業所が、はたして対応してくれるの？

- 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

11

(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

相手に応じたことばを選ぶ
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 *サービス等利用計画又は、障害児支援利用計画



12

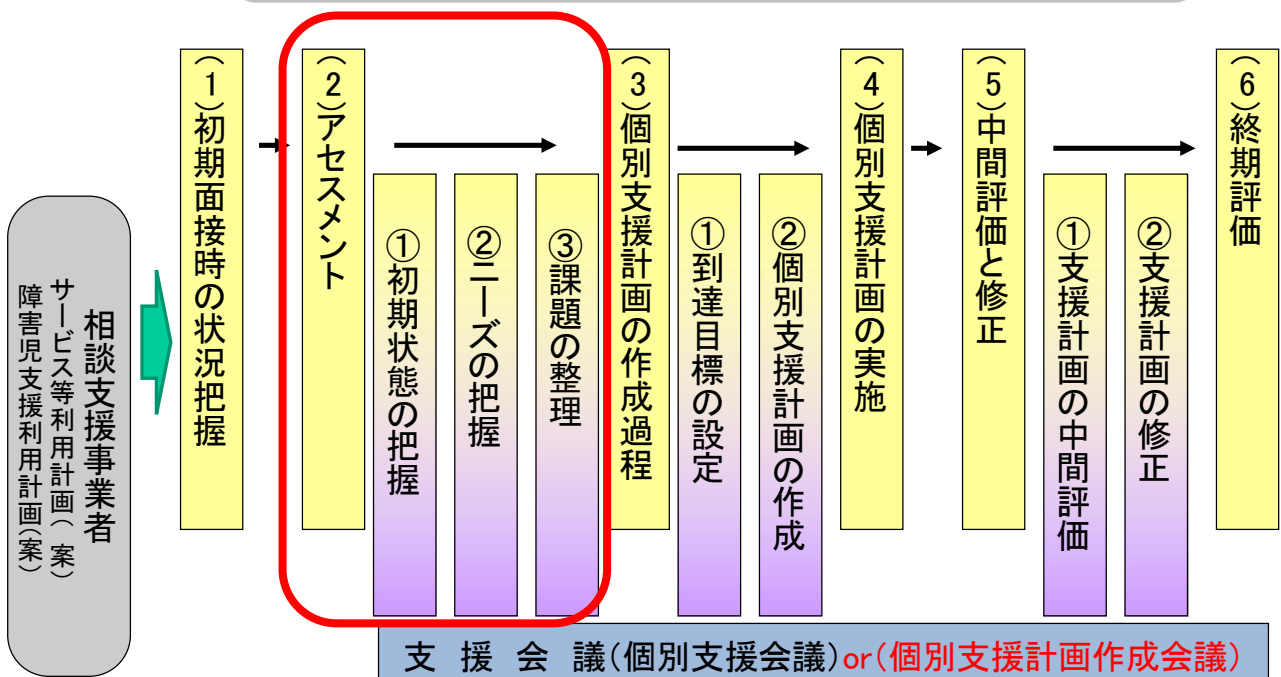
(2) アセスメント

13

13

再

サービス提供のプロセス(と管理)



14₄

14

(2) アセスメント

① 初期状態(現状)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)

* 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

15

15

アセスメントは・・・適切な支援を実践するために必要不可欠なこと
アセスメントの過程は情報の収集と分析である。



- ★ 専門家や関係者からの情報収集(依頼)するときは、利用者の了解をとる。
- ★ 支援開始前や支援開始後は、日々の実践の中に継続・連続してアセスメントがある。
- ★ 何気ない会話や行動の中にも、気づきや発見を意識しておく。

16

16

専門職等との連携・情報共有

1) 障害の理解

- ・障害そのものや特性の正しい理解が必要です。
- ・本人の**機能や能力の伸びや回復がどこまで可能な**のか、短期的なのか長期的なのか、**縦ではなく横に広げることが重要な場合**もあります。
- ・リハビリ訓練等が現状でどの程度有効なのか、現場でできることは何かの評価や情報収集が必要です。

2) 最新の「障害」やリハの情報なども聞く機会(**多職種連携**)をもつこと

★本人にとって、できない事や、困難な事を安易に支援目標にしてしまう傾向の支援者がいます。その場合、何年も同じ目標の繰り返し、無為な時間、本人の意欲の低下やマイナスな感情を増長させ傷を与えることにもなりかねません。

★医療の進歩等により障害の捉え方や対応方法が変化してきます。機器や環境整備も同様です。数年で変化し古いままでの対応は、本人・家族の不利益や情報の混在による混乱にもつながります。逆に医療職にも現在の生活、支援状況を伝えましょう。

17

専門職等との連携・情報共有

3) 二次障害や二次的な障害

- ・例えば、アテトーゼ型脳性麻痺者が頸椎症性脊髄症によって、短期間に著しく運動能力低下をきたすことがある。この頸椎症性脊髄症の他にも、さまざまな骨関節障害が二次障害として脳性麻痺者の運動能力の低下や疼痛の原因となる。
- ・発達障害者や高次脳機能障害者が社会の環境の中で、自らの障害を理解してもらえず強いストレスなどにより、うつや統合失調症などを発症してしまう。
- ・糖尿病性網膜症による視覚障害者が、原疾患により末梢神経の感覚不全や末梢血管の不全により足先に壊死を起こす。…

★障害や障害特性、原疾患などを理解するための連携や知識をもにつけること。

★**人的・環境的整備**などにより二次的障害を少しでも防ぐこと。

★知識や技術を学び支援に活かすこと。

(環境や対応方法が未熟なため利用者が崩れることも)

ライフステージに応じたアセスメント

初期状態の把握としては、「身体状況や精神・心理状況などの状態像の客観的な把握」にあわせて、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

子ども・成人・高齢等ライフステージに応じた支援を目指す

ライフステージ／年齢直線での整理

利用者の現在のライフステージとして大切に考えてくべき課題の確認
(例: 成長にともなう社会経験や体験機会の確保、加齢にともなう体力低下等にと
まなう生活の見直し、同居家族の高齢化、抱え込みへの配慮 等)

利用者が次のステージに移行するための準備内容、期間の確認
(例: 学齢期への移行、児から者への移行、65歳を迎える場合など、必要な期間・準備を含め移行支援会議などをするなど、支援者だけでなく本人・家族の段階的準備も必要)

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					
生活関連項目	ズボン、パンツの着脱					
	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					
	計画・計測					
	金銭理解					
	読み書き					
	情報利用					
	状況判断					

例：参考

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関連項目	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

21

21

(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なので、20 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。

22

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。

18
23

23

(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

24

24

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

25

25

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
	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。	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況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。	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でもあります。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。	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、自ずと課題は見えてきます。

21

26

26

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

事例1 参考

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断、**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】

事例1 参考

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、相談支援専門員へ相談があった。

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。

課題の整理表

利用者氏名 ○○ ○○

事例1
参考

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。

29

29

課題の整理表

子どもの名前 M

事例2
児童

	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足りない。	・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と喜んでいて、買い物中に走り回るMくんを助けることは、むしろ楽しいとのこと。 ・子どもの発達レベルは、1歳半から1歳半。行動援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、年齢的にはまだ発達面からのアプローチに、母親自身も少し関心を持ってもらえないかと思う。 ・支援については、対応が難しいと利用できなかったことがある。	・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があるのではないかと。
	・あまり見えていないわけではないけど、おもしろい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く。	・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、せいぜい一歩一歩、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たいそうにしている。	・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。全体的に、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は、その場の空間を感じることでできやすいのかもしれない。	・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Mく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	・Mく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つき合ってあげられない。	・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。進学のことでは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。	・Mくんが生まれて、Mくん中心の生活。 ・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るそう。 ・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。	・Mくんが就学して、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、交流する機会は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く感じている。 ・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Mくんなので、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Mくんの居場所があることを示していくと、母親としては随分と前向きになれるのではないかと。

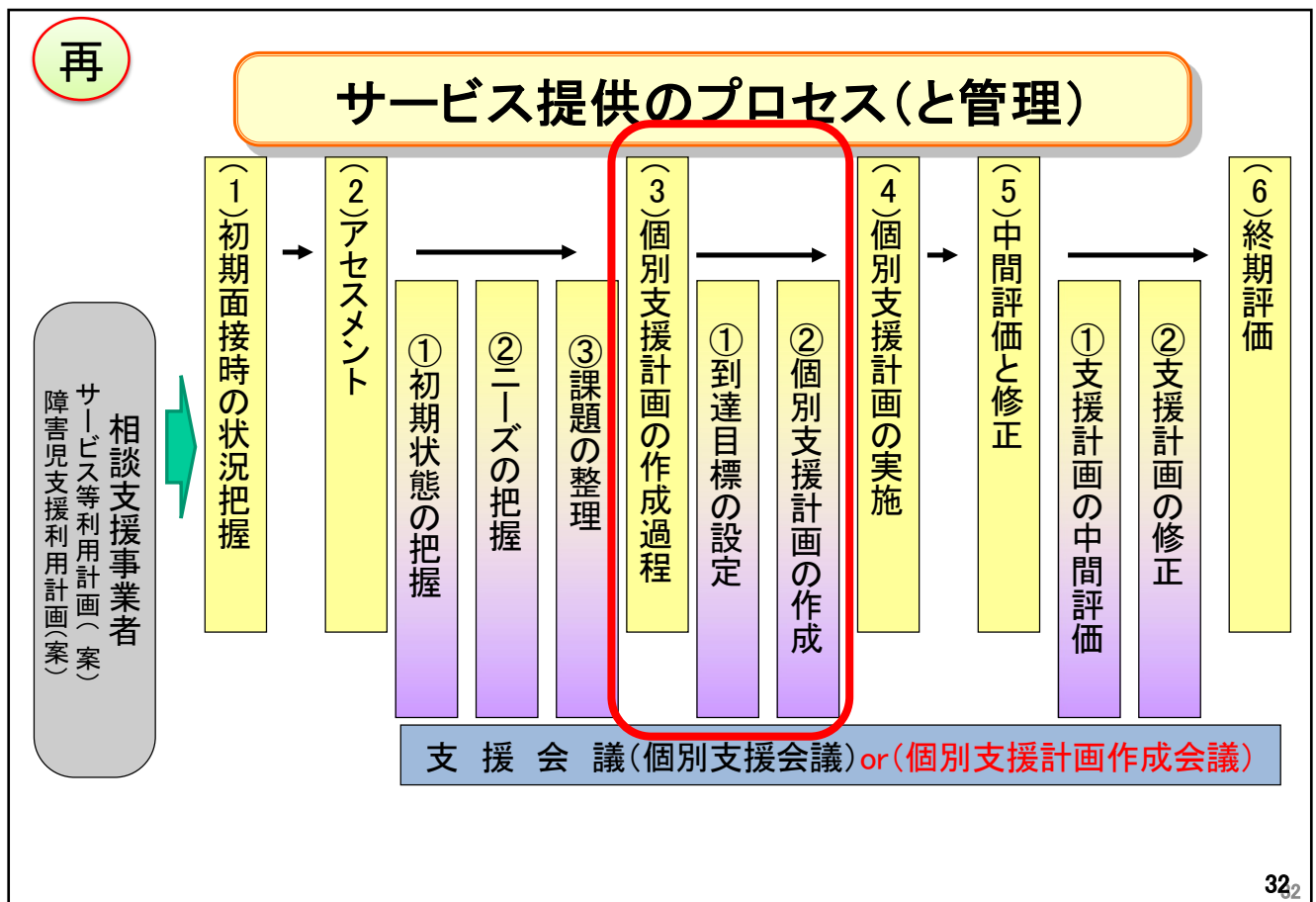
30

30

(3) 個別支援計画の作成

31

31



32

32

(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

33

(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。

34

(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
- ・ 現状あるいは、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

35

35

自立訓練(機能訓練)の達成目標の例

対象者像	達成目標
・ 地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の向上等のため、一定の支援が必要な障害者 ①入所施設・病院等を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な者 ②特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者 等	【サービスの達成目標】 ・ 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・維持を目的とした訓練の実施) 【主目標】 ・ 1年で、在宅での生活をほぼ可能にする 【個別目標】 ・ 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

36

36

(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

37

37

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. 44

サービス等利用計画

事例1
参考

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	

38

38

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。 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。
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	
10:00		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	ガーデニングサークル会（第1・2・4月曜）							
	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	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			
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	週単位以外のサービス 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っている水歩行して体力の向上を図る。
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）	
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
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、本人の居場所が広がる。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も心配なので、介助できる人を探した。

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。

(初期)個別支援計画書(例)

利用者名

作成年月日:

事例1
参考

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
体力の向上、一日のスケジュールを疲労なくこなし、週3回通い続けることを目指す。	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・耐久力がつけ、少ない疲労で一定の速度で入力を目指す。	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少しずつとれています。関係機関との連携を図り、継続的に実施します。	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:○○ ○○総合病院 担当:○○ (居宅支援事業所○○)	3
送迎等を利用し、通所を継続します。徐々に、交通機関の利用を目指します。	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

平成 年 月 日 利用者氏名

印 サービス管理責任者

印

41

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

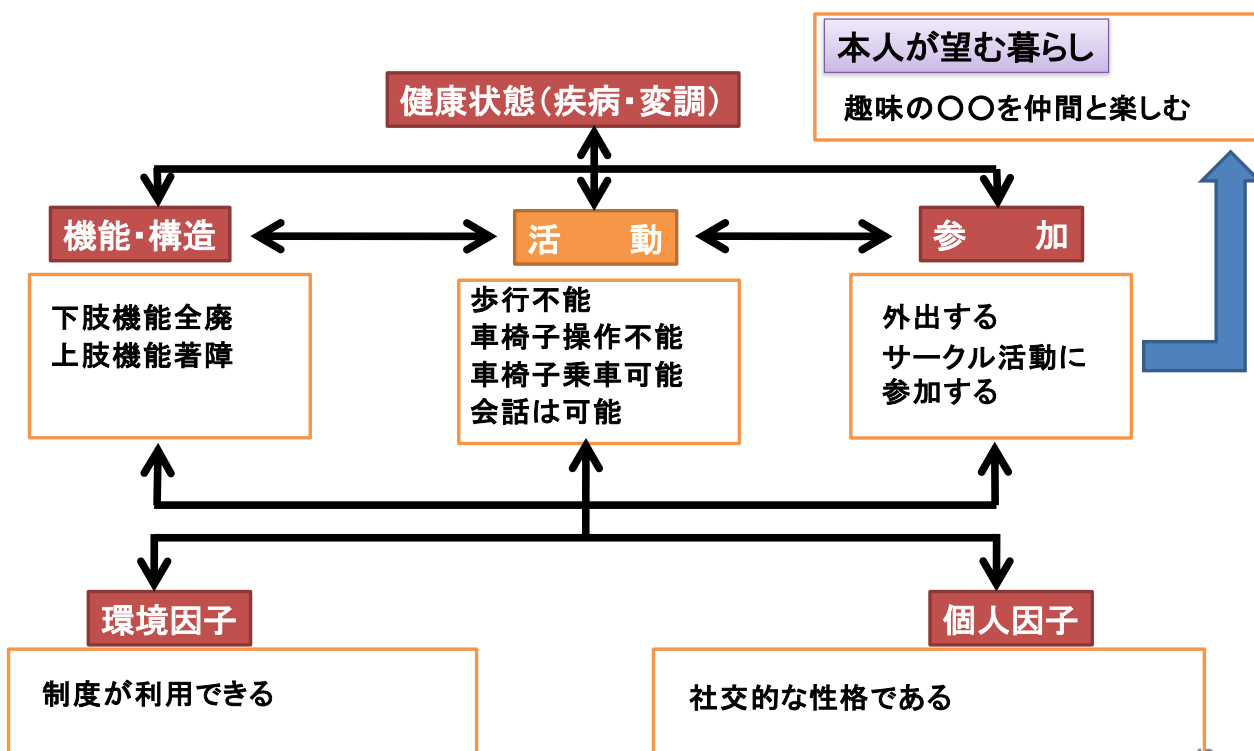
全ての人^人やその人を取り巻く環境^{環境}には、ストレングス(強み)があるので、それを中心にアプローチし、活用して行く支援技法。

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。

42

42

ICFを活用した利用者把握



43

43

当日資料

44

44

個別支援計画例(児童期)

個別支援計画 その1

参考

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、元氣にお母さんと学校に通っているようですね。朝は何かと忙しいのですが、Mくんにとっては、朝お母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、もし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、もししばらくこのままでもいいでしょう。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て、じっくり！没頭して！遊ぼう。
短期目標	Mくんが見えている、感じてい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 (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
発達課題① (遊び)	Sさんが家で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、ご家庭で楽しめるよ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そうな玩具と環境を提案したいと思います。その際には、月に一回程度ですがMくんとSさんがいらしゃる時間に家庭訪問することがあると思います。ヘルパーさんも同席してもらえるといいですね。	利用した日 ・3か月間 訪問は必要がある時 ・月に一回程度	すりり指導員 P (げんこつ山ヘルパーステーション Z山さん) (G発達支援センターの F川作業療法士)	3
発達課題② (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、元気に動き回れることもあるMくんが、感じている世界と一緒に想像してみよう。	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と思っています。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。 ・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 すりり指導員 PとY J大学助教授のW先生	1
発達課題③ (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ていきたいと思います。	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くん用い、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。 ・3か月間	すりり指導員 PとY	2

47

47

個別支援計画(児童期)

個別支援計画 その2

参考

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 (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
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 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。	すりり指導員 Y 〇〇中学校 N先生	3
地域支援	学校以外でも、地域の中にMくんが楽しめる場所を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〇〇電鉄の車庫と、〇〇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 どこも事業所の近くでするので、週に1〜2回のペースで、連れて行きたいと思っています。	すりり児童発達支援管理責任者 山田 すりり指導員 PまたはY ◇◇公民館 Hさん 陶芸教室の先生 Bさんと教室の生徒さん ジャズダンス教室の先生 Dさん 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、一人でも多くの人が、Mくんに関心を持ち、Mくんのうれしそうな表情に出会っていくよう、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

(S)

児童発達支援管理責任者 山田太郎

(山田)

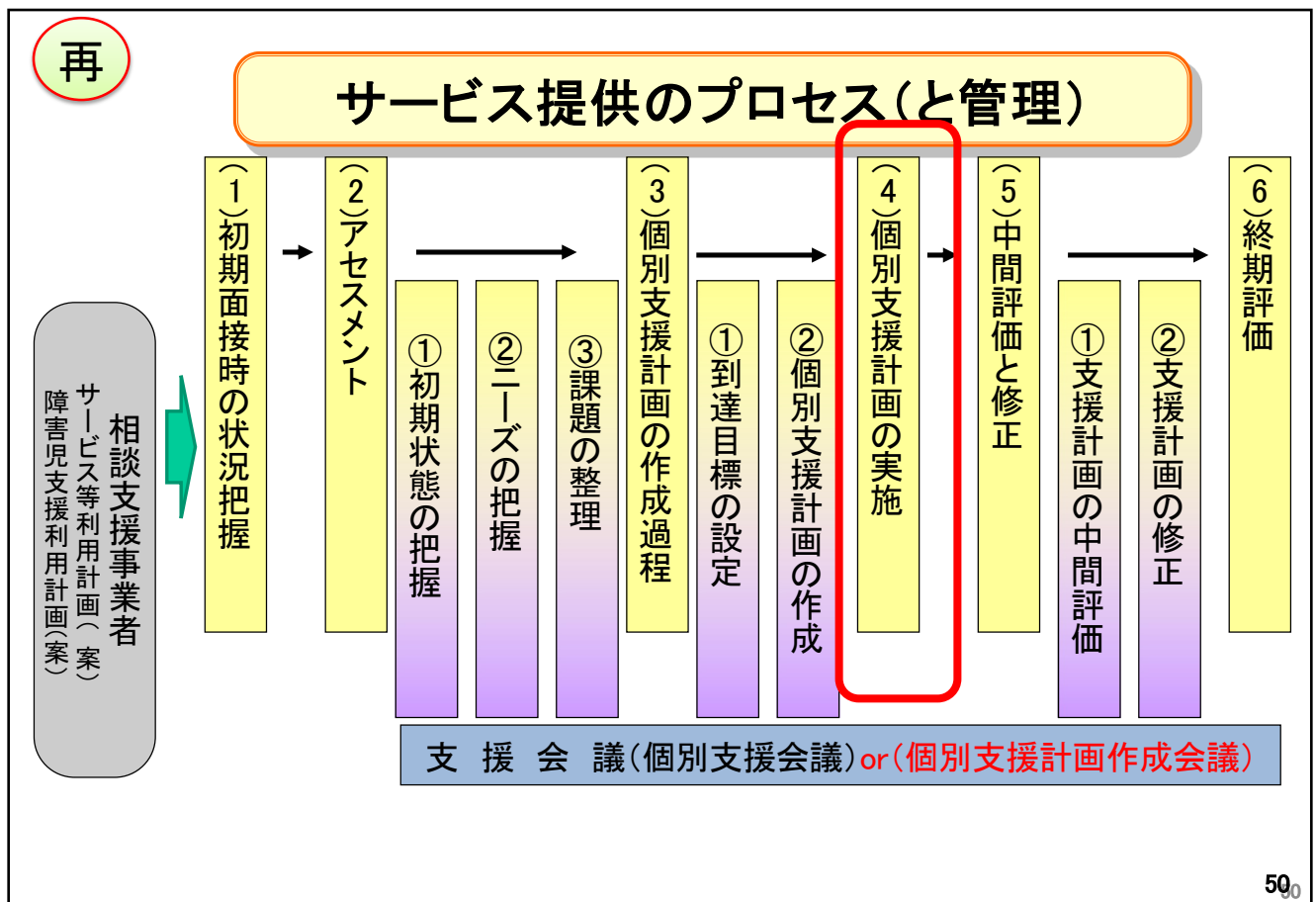
48

48

(4) 個別支援計画の実施

49

49



50

50

(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、利用者によく話し合っ

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

51

51

【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

	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)でのコーディネート等との協力・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

52

※ 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。

52