

長野県 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 基礎研修

## 【講義 5】 個別支援計画のポイントと 作成手順について

社会福祉法人高水福祉会

平澤 大介

このスライドは平成30年度サービス管理責任者等指導者養成研修会の資料を参考にしています。

### この講義のねらい

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

(内容)

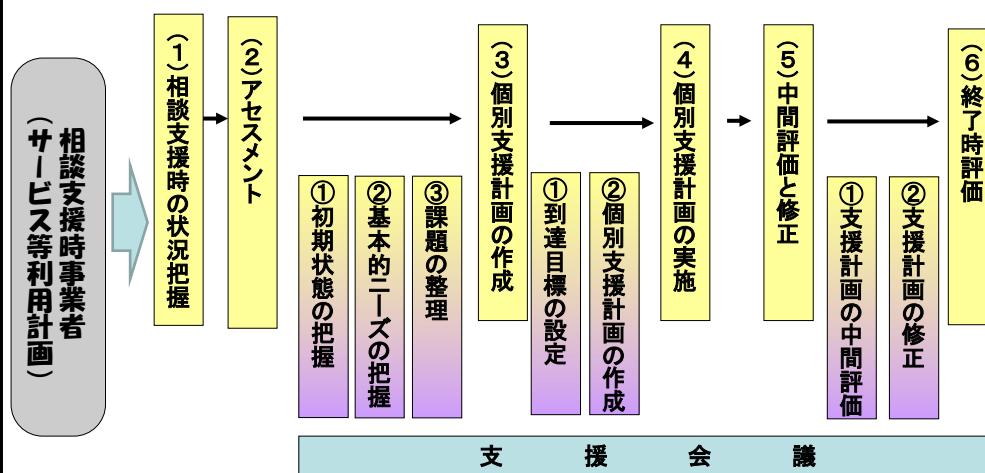
1. 個別支援計画におけるPDCAサイクルにより標準的なサービス提供にいたる過程を理解する。
2. 精神障害者の地域移行の事例を通して、個別支援計画の作成手順の実際について学ぶ。
3. 個別支援計画の作成手順のポイントについて、サービス管理責任者が配慮するポイントについて理解する。

# 1. サービス提供プロセスの実際

## サービス提供のプロセス

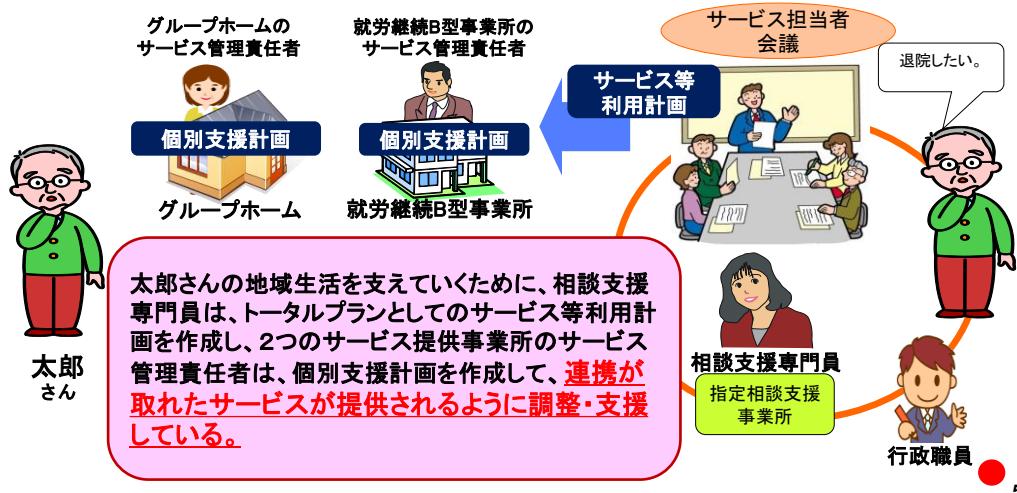
- (1)相談支援時の状況把握
- (2)アセスメント
- (3)個別支援計画の作成
- (4)個別支援計画の実施
- (5)中間評価と修正
- (6)終了時評価

## サービス提供のプロセス



## 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、日中は就労継続支援B型事業を利用しながら、自分の人生を取り戻していきたいと希望しています。



## 地域相談（地域移行支援）とは？

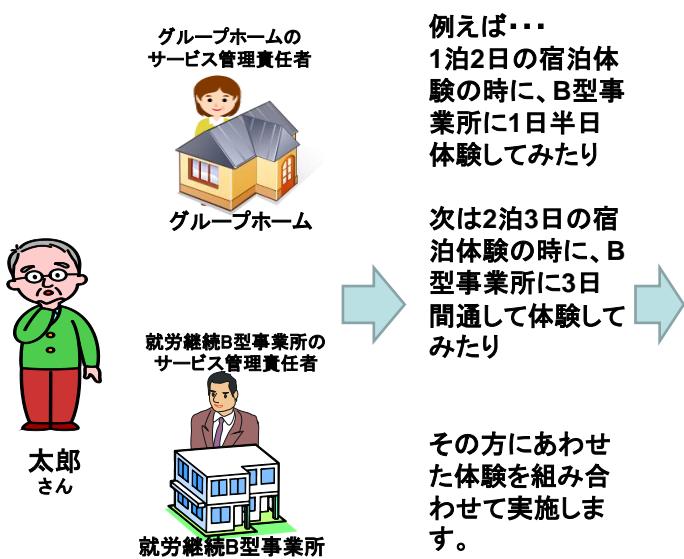
- 入所施設や精神科病院等からの退所・退院にあたって支援を要する障害者に対し、入所施設や精神科病院等における地域移行の取組と連携しながら、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援などを行います。

## 地域相談(地域移行支援)サービス内容

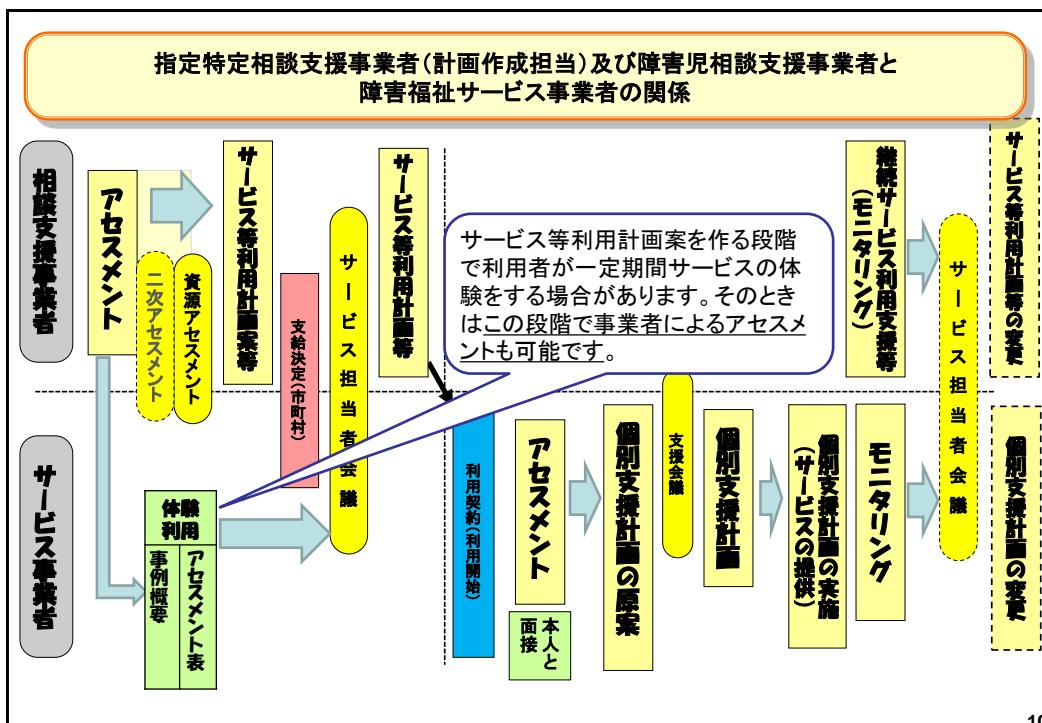
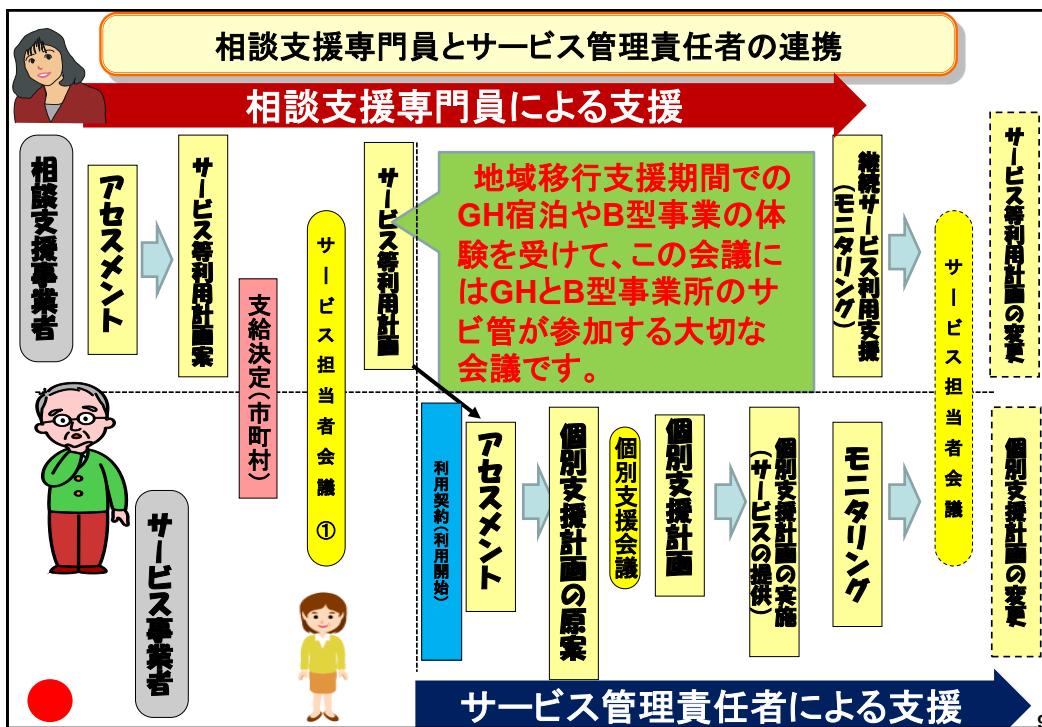
- 住居の確保その他の地域生活に移行するための活動に関する相談
- 地域生活への移行のための外出時の同行
- 障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援に限る)の体験利用
- 体験宿泊
- 地域移行支援計画の作成

指定一般相談支援事業所が地域移行支援を実施します。

### 太郎さんはGHとB型事業所への体験を実施しました。



- ・体験中のアセスメント
  - ・体験を受けての見立て
  - ・ご本人の感想や希望
  - ・事業所としての受け入れ等の検討
- ⇒相談支援専門員等との情報共有



## 提供するサービスの事業内容と位置づけをおさえます

	事業名	内 容 ・ 位置づけ
訓練等給付	就労移行支援	就労を希望する65歳未満の障害者で、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対して、 ①生産活動、職場体験等の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練 ②求職活動に関する支援 ③その適性に応じた職場の開拓 ④就職後における職場への定着のために必要な相談等の支援を行う（利用期間：2年）
	就労継続支援A型	通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結等による就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う。
	就労継続支援B型	通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

### (1)相談支援時の状況把握--1

#### 実施方法

- 本人の意向を丁寧に聞く（ラポール形成）。
- 抱えている課題（問題）と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

#### 思いを聞くこと

- 人生を取り戻すってどういう意味？
- 共感的に聞く
- 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。

## (1)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なサービス、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

#### 思いを聞くこと

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。

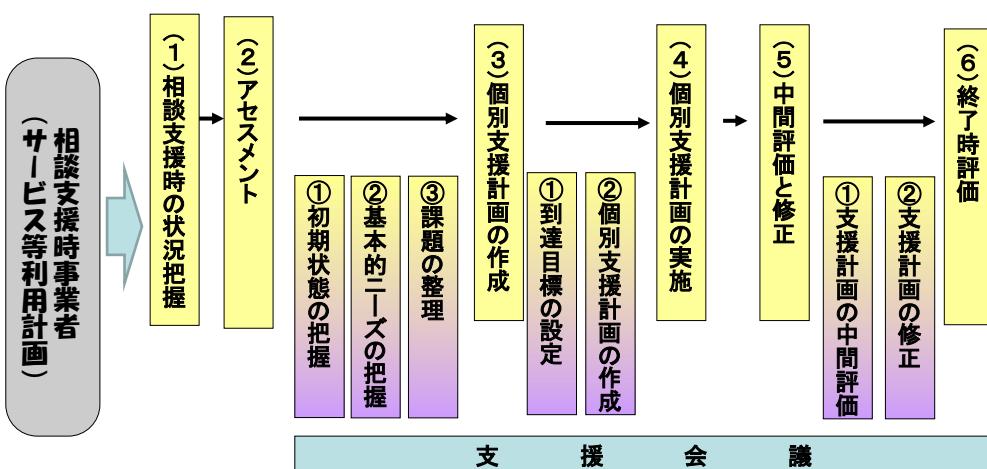


#### サービス管理責任者の視点

- 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られているか。

13

## サービス提供のプロセス 再確認



14

## (2)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。

### 事例より

自分の人生を取り戻したい

### 必要なツール

- ・障害種別や支援事業に応じた評価表

### 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。



15

## (2)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。

### 事例より

自分の人生を取り戻したい

### 必要なツール

- ・障害種別や支援事業に応じた評価表

- ・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。
- ・どんな環境がしつくりくるのか。
- ・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

- ・本人のストレング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。



16

### (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

#### 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。

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。
- 阻む阻害要因は何か…見極めること



17

グループ

利用者名

さん

No	サービス等利用計画で整理された解決すべき課題（本人のニーズ）	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）	願いや希望を満たすための具体的な到達目標

18

ニーズの整理表 【参考書式】					グループ 利用者名 さん																																																						
No	サービス等利用計画で整理された解決すべき課題（本人のニーズ）	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）	願いや希望を満たすための具体的な到達目標																																																							
	<p>サービス等利用計画は、サービス担当者会議にサビ管も参加して決めたものである。</p> <p>本人のニーズを全体的に把握したうえで、事業所で何ができるかを考える。その逆にならないように！</p>			<p>サービス等利用計画案(書式例)</p> <table border="1"> <tr><td>利用者氏名</td><td>障害属性区分</td><td>相談実績事業者名</td></tr> <tr><td>障害種別/サービス受給者証番号</td><td></td><td>計画作成担当者名</td></tr> <tr><td>地域相談支援受給者証番号</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>計画案作成日</td><td>モリタ期間(開始年月)</td><td>利用者同意署名欄</td></tr> <tr><td colspan="3">利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）</td></tr> <tr><td colspan="3">総合的な援助の方針</td></tr> <tr><td colspan="3">長期目標</td></tr> <tr><td colspan="3">短期目標</td></tr> <tr><td>優先順位</td><td>解決すべき課題（本人のニーズ）</td><td>支援目標</td><td>達成時期</td><td>福祉サービス等 機会・内容・量(頻度・時間)</td><td>課題解決のための本人の役割</td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		利用者氏名	障害属性区分	相談実績事業者名	障害種別/サービス受給者証番号		計画作成担当者名	地域相談支援受給者証番号			計画案作成日	モリタ期間(開始年月)	利用者同意署名欄	利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）			総合的な援助の方針			長期目標			短期目標			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 機会・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	1						2						3						4					
利用者氏名	障害属性区分	相談実績事業者名																																																									
障害種別/サービス受給者証番号		計画作成担当者名																																																									
地域相談支援受給者証番号																																																											
計画案作成日	モリタ期間(開始年月)	利用者同意署名欄																																																									
利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）																																																											
総合的な援助の方針																																																											
長期目標																																																											
短期目標																																																											
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 機会・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割																																																						
1																																																											
2																																																											
3																																																											
4																																																											

### (3) 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	事例より	自分の人生を取り戻したい																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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</li> <li>サービス提供に偏りはないか。</li> </ul>	<table border="1"> <tr><td>到達目標</td><td colspan="2">充実した生活をおくる。</td></tr> <tr><td>項目(ニーズ)</td><td>本人の役割</td><td>サービス提供機関</td></tr> <tr><td>日常生活</td><td>調理と金銭の使い方を覚えます。</td><td>グループホーム</td></tr> <tr><td>働くこと</td><td>頑張りすぎないよう心がけます。</td><td>就労継続B</td></tr> <tr><td>楽しむこと</td><td>庭で菊作りをします。</td><td>グループホーム</td></tr> <tr><td>役に立つこと</td><td>駅前清掃活動に参加します。</td><td>地域活動</td></tr> </table>	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	
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																		
<p><b>必要なツール</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個別支援計画表・課題整理表</li> <li>サービス利用計画表</li> </ul>	<p><b>サービス管理責任者の視点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>具体的で適切な課題と目標が示されているか。</li> <li>本人、（家族）もイメージできるものとなっているか。</li> </ul>																			



20

**個別支援計画書【参考書式】**

利用者氏名:	作成年月日 / /				
サービス等利用計画の総合的な方針					
到達目標					
<b>長期目標(内容・期間等)</b> <small>* 必要に応じてサービス利用終了時の目標を加える。</small>					
短期目標(内容・期間等)					
具体的な到達目標及び支援計画等					
具体的 到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者	優先順位

上記の計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意致しました。  
 令和 年 月 日      利用者氏名      印      サービス管理責任者氏名      印

21

**ニーズ整理票と個別支援計画  
のつながり**

07 ニーズの整理表

No	サービス等利用計画で整理された解決すべき課題（本人のニーズ）	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）	願いや希望を満たすための具体的な到達目標

08 個別支援計画

利用者氏名:	作成年月日 / /				
サービス等利用計画の総合的な方針					
到達目標					
<b>長期目標(内容・期間等)</b> <small>* 必要に応じてサービス利用終了時の目標を加える。</small>					
短期目標(内容・期間等)					
具体的な到達目標及び支援計画等					
具体的 到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者	優先順位

上記の計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意致しました。  
 平成 年 月 日      利用者氏名      印      サービス管理責任者氏名      印

22

### (3)個別支援計画の作成-2(個別支援計画) \* GHのサービス管理責任者の立場として

#### 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。

#### 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みられる。	
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(ボランティグ ループ)に紹介します。	サービス管理 責任者

#### 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。



23

### (4)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。

#### 事例より

自分の人生を取り戻したい



#### 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。

世話人さんと一緒に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

24

## (5) 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。

### 事例より

自分の人生を取り戻したい



### 必要なツール

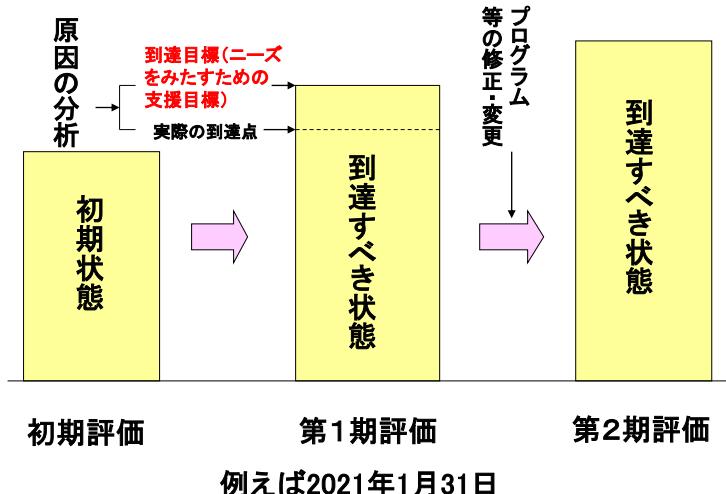
- ・中間評価記録表

### 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。

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、本人に充分  
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

## 個別支援計画の作成と修正 イメージ図



(記入様式) 個別支援計画の中間評価【参考書式】						利用者名	
	到達目標	達成状況の評価		現状・達成されない原因の分析等		今後の対応(支援内容・方法の変更等)	優先順位
		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		
1		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		
2		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		
3		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		
4		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		

27

## (5) 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。

### 事例より

自分の人生を取り戻したい



### 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。

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しつくりこな  
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。

## (6) 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、行われなかつ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

### 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……。  
再アクセスメント。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**

### サービス管理責任者の視点

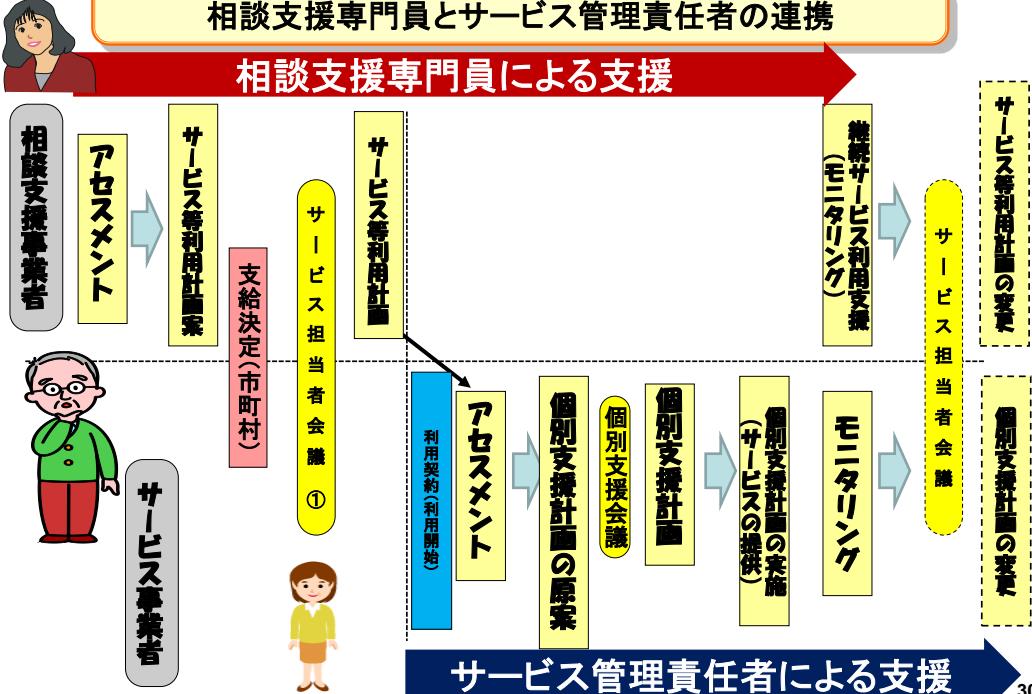
- 到達目標の達成度はどうか。
- 適切なサービス提供ができたか。
- 利用者の満足度はどうか。
- 事例としてまとめ今後の参考としているか。



29

## 相談支援専門員とサービス管理責任者の連携

### 相談支援専門員による支援



30