

令和8年度徳島県サービス管理責任者等基礎研修 個別支援計画作成の ポイントと作成手順

上智大学 名誉教授
大塚 晃

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. 児童発達支援ガイドラインを通して、児童の個別支援計画作成のポイントを学ぶ
4. 個別支援計画作成手順のポイントについて、サービス管理者が配慮するポイントについて理解する。

個別支援計画作成のポイント

個別支援計画作成の前提

- (1) ケアマネジメントの基本的視点
- (2) 聴く・知ることから始まる支援(根拠)
- (3) 活用する支援
- (4) 固有ニーズへの支援
- (5) 生き方に関わる支援
- (6) 一人の住民へ誘う支援

(1) ケアマネジメントの基本的視点

- 個別性重視の援助
- ニード中心、利用者中心
- 生活者、QOLの重視
- エンパワメント(利用者自身の問題解決力)
- 自己決定による自立
- 利用者の権利擁護

出典 小澤 温(筑波大学)資料から

(2) 聴く・知ることから始まる支援(根拠)

専門家主導の訓練

専門家が判断し作成した訓練計画は「やらされる」訓練となりがちで、利用者の意志とのミスマッチにより、積極的に取り組む訓練とはなりにくい。



他人の希望より 利用者の意向

意向を知るために「聴く」ことを丁寧に行い、「やらされる」訓練ではなく、利用者の自主性・主体性を尊重した「する」支援を行い、希望する将来像に向かうため、関係機関と連携していくことを重視。

ニーズを見極める前に大切なことは
聴くこと・対話・かかわりです。
わかったつमりの支援は禁物です。

権利擁護の基本は、話を聴くことです。

関係づくり

- 目的にむかって進むこと
ご本人と支援者が目的にむかってすべきことをあきらかにする。
- 相互に利益を得ること
お互いから学び、一緒に過ごす時間を楽しむ。
- 誠実な関係づくり
支援者は誠実で責任のある感覚をご本人に伝える。
- 信頼のある関係づくり
相互の信頼と尊敬 利用者の希望、不安や夢を共有する。
- エンパワメントを促す関係づくり
ご本人が自分自身の支援プロセスの監督者となる。

出典 「ストレングスモデルに基づく障害者ケアマネジメントマニュアル」一部改

変

7

(3) 活用する支援

地域生活移行を支えるサービスの組み合わせが不足

地域生活移行支援を、単一の法人・事業者で行おうとするため、サービス提供が限られてしまう



圏域・他の法人のサービスを組み合わせる

地域生活支援を、単一の法人・事業者で支えるという考えから脱却し、圏域・他の事業所のグループホーム、通所事業、地域生活支援事業、雇用、インフォーマルサービスなどと連携して提示し・選択し・社会資源を組み合わせた支援

インフォーマルなサービスのイメージはつきますか？

(4) 固有ニーズへの支援

昼間の活動も同じ顔ぶれ

グループホーム利用者が、同じ顔ぶれで日中活動サービス・余暇活動を利用するなど、地域で暮らしているのに、集団的で画一的な暮らしが見られる。

目標設定について、退院、退所、就職はゴールではありません。

昼間は住居から離れてそれぞれの活動の場へ通う

グループホームは暮らしの場であり、昼間の活動は、それぞれ個別固有の生活ニーズや生活パターンに応じて、様々なサービス提供機関を選択し、働く場や活動の場に通うことが原則。

9

(5) 生き方にかかわる支援

地域生活での老い・病いには、高齢者施設や入所施設・病院が終の住まい

老いや病いを得たとき、高齢者施設や入所施設・病院の利用という選択肢を当然と思い、疑問も持たずに終生の生活の場と決めている。

生活支援とは「いのち・くらし・生きざま」支援です。

地域生活の継続・選択は、利用者ニーズが最優先される

入所施設・精神科病院からグループホーム・単身や夫婦でのアパート生活など、ニーズに応じて住まいも変わる。老いや病いを得たとき、暮らしの選択は、分かりやすい情報提供と、本人の意志に沿う支援であるかが重要。

(5)_{+α} 障害の重い人の生き方支援は

入所施設だけが選択肢？グループホームは高嶺の花？

障害の重さ？というスケールに依存＝あきらめている。

（誰が本人を代弁するの？
家族が代弁するの？）

入所施設からグループホームへ、医療支援体制も整える。

生活モデルを作ろう。
自立訓練で見極めは出来る・
……表情から意思を汲み取れる。そのノウハウをどう活かすかが支援者の力量。
あきらめず始めてみないと分からない。

(6)ひとりの住民へ誘う支援

地域住民との交流を制限してしまう

迷惑をかけないようにとの支援者側の思いが優先し、地域住民との交流の機会を制限し、地域住民の一人としての生活を質的に確保していない。

一人の地域住民としての生活

地域の住民たちがホームを訪問し、利用者が町内の資源・町内会活動・町内サークル等に参加する機会を用意し、相互の交流を通じ、利用者が一人の地域住民として生活が広がるよう支援する。

地域をアセスメントしていますか？
地域社会への参加の機会のつくりかたを持っていますか？

3. サービス提供のポイント

- (1) アセスメントとニーズの把握について
- (2) 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
- (3) その人に必要な生活訓練の軸を見立てる
- (4) 地域生活移行後の自己実現と社会的関係
- (5) 権利擁護のために
- (6) 地域社会資源の把握
- (7) 課題整理の工夫
- (8) 個別支援計画はプロセスシート
- (9) きめ細やかなモニタリング
- (10) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

13

(1) アセスメントとニーズの把握について

- 本人中心の生活を支援するためのアセスメント。
- 本人の障害特性と状態像を理解する。
- 主訴とニーズの違いを理解する。

傾聴と共感 対話とかかわり

- 「主語＝私」で始まる計画となるよう本人のニーズに心がける。
- 表出出来ないニーズの把握にも留意する。
 - 本人の声(ニーズ、不安、ストレス)を記録化する。

14

(2) 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。
- ストレングス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)。
- ストレン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。

15

(3) 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。

16

(4) 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。

17

(5) 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。

18

(6) 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、関係機関との広がりを進め、実情を理解する。

19

(7) 課題整理の工夫

- 都道府県の研修では、ケアマネジメントのアセスメント、課題整理、ご本人の希望に即した個別支援計画の作成について、再確認する機会となる。
- アセスメントでは、できることとできないことをチャックしているうちに、ご本人の全体像がぼやけてしまうことがある。⇒アセスメントを100字程度で要約してみる。
- ご本人の意向等のニーズを、一つひとつ整理しながらも、支援課題を全体的に整理する。
- ご本人の能力、家族、インフォーマルな支援等の状況等は、利用者の状況、環境の状況に整理する。
- 支援者の気になることや推測できることには、ご本人の強さ、可能性、揺れ具合も含めた見立てとして整理する。
- 支援者の見立てのうえで、ご本人の希望に即した支援を行うためには、もう一度、ご本人の全体像を確認する。⇒「〇〇さんって、どんな人」ということを、100字程度でまとめてみる(箇条書きでも可)。
- ご本人の全体像をふまえて、ご本人の希望に即した支援を行うための解決すべき課題を整理する。
- ご本人に解決すべき課題から目標を導き出し、それが、なぜご本人にとって大切なのかを整理する。

(8) 個別支援計画

計画をつくることが目的ではありません。

- 個別支援計画は、生活支援の現時点でのプロセスシート
- アセスメントと個別支援計画は援助過程において循環する。
- 長期目標は、本人の希望から得られる。良い長期目標は、本人の情熱、希望、夢が反映されている。
- 本人の目標を受け止め、そのために必要なことを一緒に考える。
- 本人にとって成功の可能性が高い目標であること。
- 短期目標は、本人にとって肯定的で、成功の可能性が高く、経過がわかりやすいもの。
- さらに、目標達成のための小さなステップをつくる。その際は、現実的でわかりやすく、期限があること。

21

(9) きめ細やかなモニタリング

- モニタリング項目の確認(生活に直結したチェック項目を本人と一緒に確認)。
- 本人のニーズや生活環境などに対してきめ細かいモニタリングを行い、小さな変化を見逃さず、個別支援計画の修正を繰り返す。
- モニタリングは、権利侵害を防止する。
 - 気軽に相談出来る仲間などの人間関係の拡がりはどうか。
 - 個々の生活の場であるグループホームは閉鎖的になりやすい場であることを自覚し、権利侵害を防止する(集団管理の排除)。

計画をつくることが目的ではありません。

22

(10) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

- 相談支援専門員との役割分担と連携。

連携とは？大切なことはなんですか。

- 個々を作り出す、人間関係、地域の社会資源との関係を丁寧に取り結ぶ支援。
- 本人の社会的関係を広げる地域の関係機関との連携。
- 地域生活に必要な地域の社会資源を改善、開発するために、協議会への参画。

協議会とは、新しい仕組みではありません。旧来のさまざまなサービスを生み出してきたインフォーマルなネットワークを組織化したものです。

23

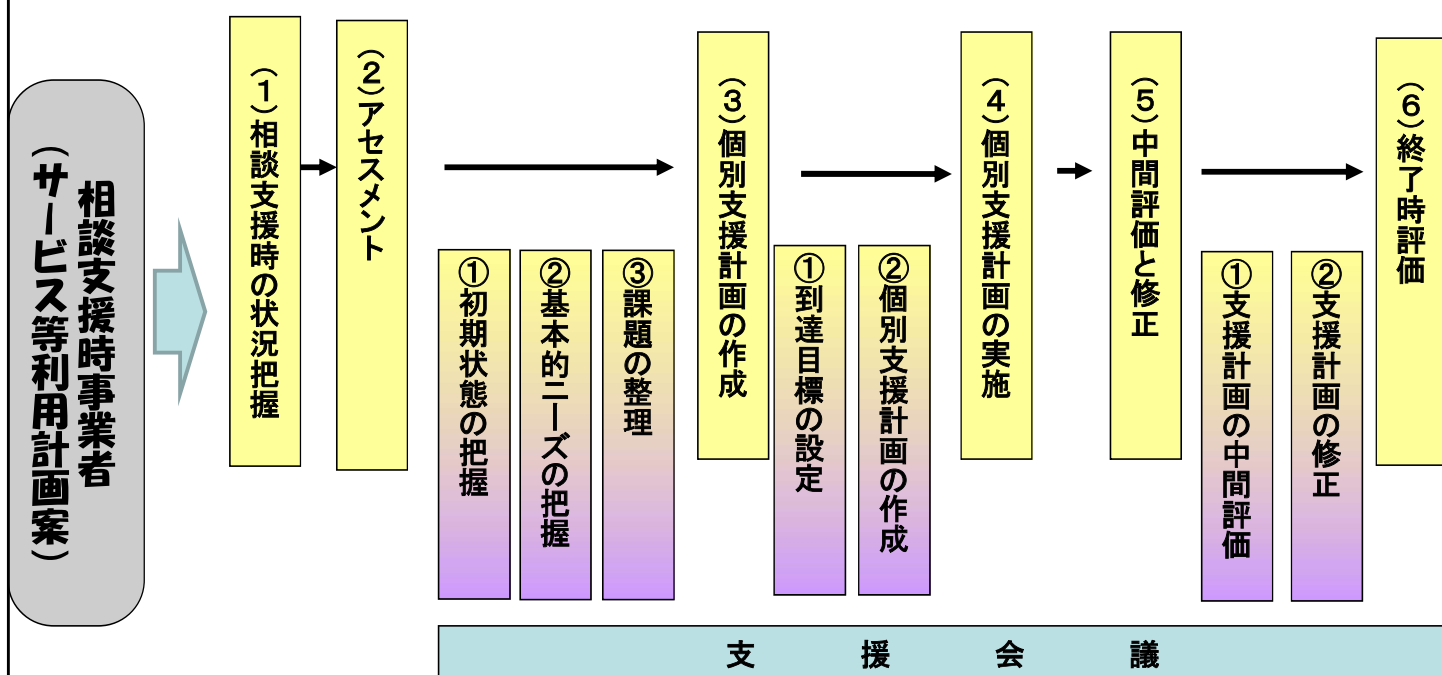
4. サービス提供プロセスの実際

- (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

受講者にあった事例を作成しましょう。

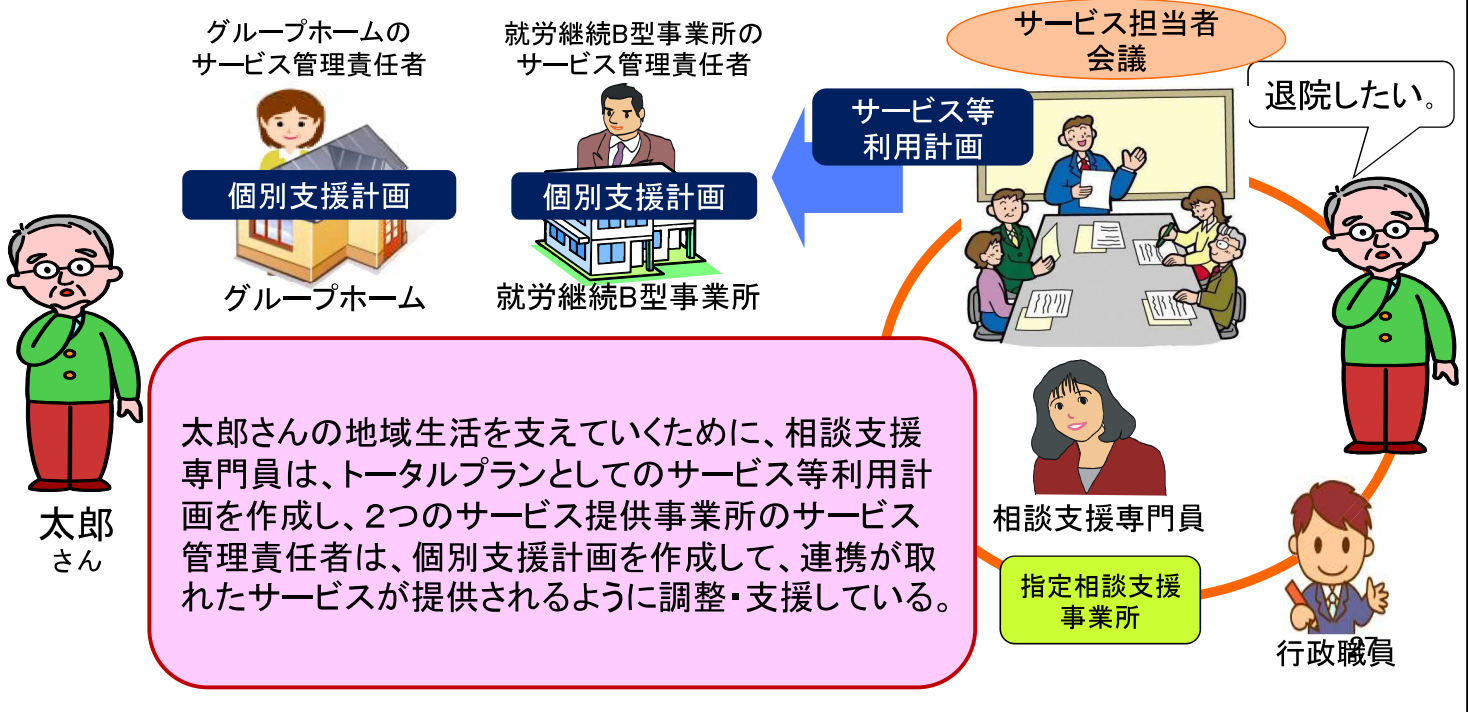
個別支援計画作成の手順

(1) サービス提供のプロセス



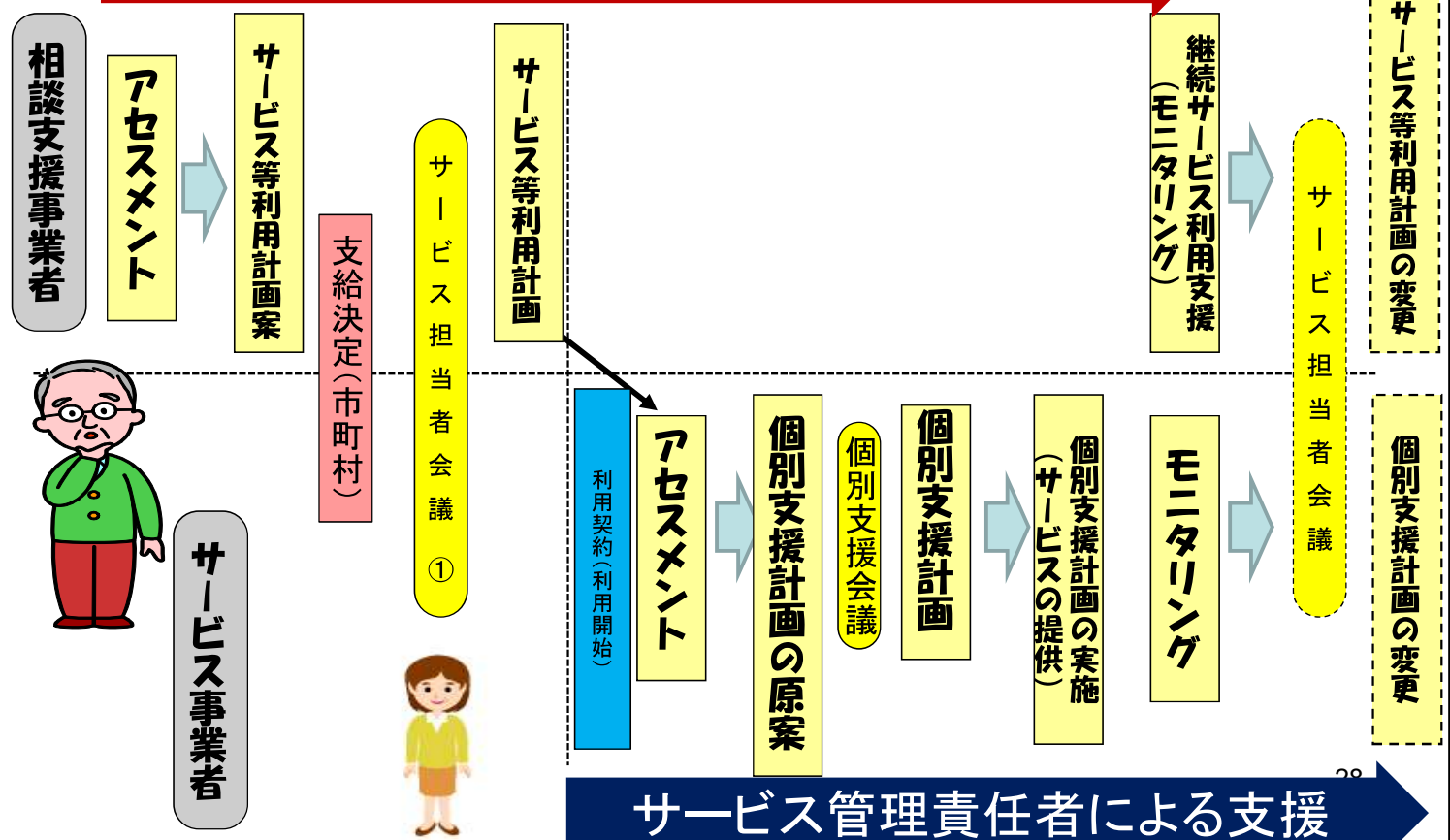
太郎さんを支えるサービス利用計画と個別支援計画の連携

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。



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



リカバリー(Anthony.1993)

態度、価値、感情、目標、技術、そして役割が変化していく、個々の特性ある過程(プロセス)である。リカバリーは病気による制限がありながらも、満足で、希望にあふれた生活や充実した生活を送る生き方である。また、精神疾患の深刻な影響の中で、人生の新しい意味や目的を見いだすことでもある。精神疾患からのリカバリーは、単に疾患自体からの回復する以上のことである。

相談支援時における説明と同意

個別支援計画について十分説明し、利用者の同意を得る。その際、利用者に支援計画により、どのようなサービスが提供されるか、意見を述べられる等、十分に説明しなければならない。

→契約でもある



(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。

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

- 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・・・(期待と不安・葛藤)
- 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。



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。

31

(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

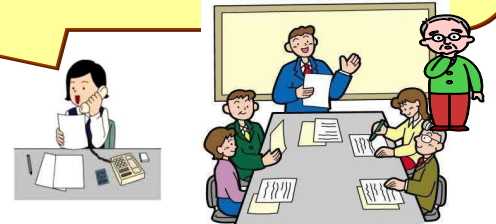
- 相談受付表

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。

32

アセスメント

利用者の希望などから、生活ニーズを把握するとともにニーズを充足する方法や社会資源の検討を行う。いわゆるニーズアセスメントを行う。

→ サービス有りきではない



(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。
⇒ **新たな場面(体験)で知ること**

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。

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(評価)**



(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。

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。
- どんな環境がしっくりくるのか。
- 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。



(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。



個別支援計画の作成

利用者とともに、ケア計画を作成する。その際、どこに向かうのかという援助全体の目標を明らかにし、生活ニーズについてそれぞれ目標を立て、優先順位をつけてみる。また、具体的な援助方法もリストアップしてみる。

→ **利用者とともに作成**



(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に心がけます。	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



(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



39

個別支援計画の実施

利用者の望む生活を実現するための、最も適切なサービスを提供していく。サービス提供の場所、設備、人材などについて、それぞれの個人について、最も適切な環境を用意していく。

→ サービスの管理
が重要



(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

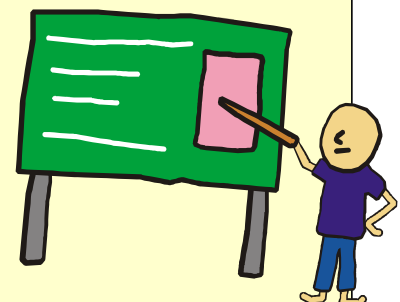


世話人さんと一週間の献立をつくることから始めます。夕食では調理の段取りを覚えます。金銭の使い方は、出納帳に記録することから始めます。…できることと(苦手なこと)を**確認すること**

モニタリング

個別支援計画に基づいて、適切なサービスが提供されているかどうかを確認する。計画どおりにサービスが提供されているか、サービスの内容はどうか、利用者は満足しているか、新たなニーズは発生していないかなどの観点から行う。

→ **個別支援計画の修正も視野に入れて**



(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**

(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

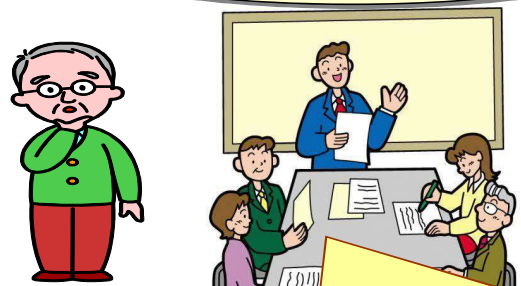
- ・ サービス等利用計画・個別支援計画の修正・変更記録表

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。

終了・評価

利用者へのサービス提供が、一定の時期迎えたら、このサイクルのサービス提供について振り返りの時をもつ。その際、個別支援計画によるサービス提供の全体はどうであったかかえりみる。

→ 反省をしてみる



(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

- 到達目標の達成度かどうか。
- 適切なサービス提供ができたか。
- 利用者の満足度かどうか。
- 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

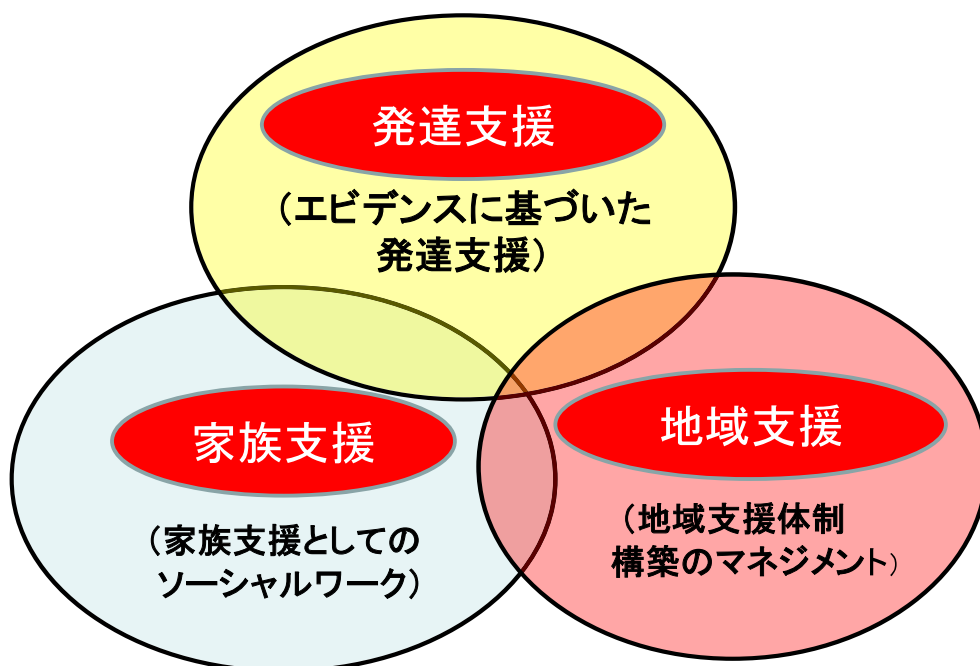
グループホームを退所して、一人ぐらしをしたい……。
再アセスメント。支援計画の修正を経て……⇒終結

支援のふり返し(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



個別支援計画作成の 手順とポイント(障害児)

障害児支援の3つの要素 (児童発達支援の専門性)



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				

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】			

・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...)で記載してもよい⇒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

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

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 _____

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。

本人を知るための地図の必要性

- ☆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。

個別支援計画 (ガイドライン項目の記載例)

参考資料3

子どもの名前 K・Y さん

作成年月日: 29年 2月 21日

○目標	長期目標	気持ちをサインやことばで表現し、みんなと一緒に活動を楽しみながら、保育所への移行を準備しよう。
	短期目標	食事や着替などがスモールステップできるようになり、「できた」という経験を増やしていきましょう。

○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		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
		内容・留意点等	ガイドライン項目			
発達支援 【健康・生活】	食事、衣類の着脱などが自分ででき、「できた」という達成感をえましょう。	お昼時、使いやすい食具を用意し、姿勢を保持しながら食事ができるように支援します。来所・通所時の着替えの際、衣類に前後の目印を付けるなど工夫して、シャツ、ズボンなどの着脱にスモールステップで取り組みます。	本人支援の(ア)健康・生活のb-(d)	3か月 (週3日)	担当スタッフ ○○ ○○	1
発達支援 【言語・コミュニケーション】	自分の気持ちを、少しずつことばサインで伝えていきましょう。	午後の個別活動の際、身振りなどで意思の伝達ができるように支援します。絵カードなどを通して、言葉で伝えることができるようにスモールステップで支援します。	本人支援の(エ)言語・コミュニケーションのb-(b)、(c)	6か月 (週3日)	担当スタッフ ○○ ○○	1
発達支援 【人間関係・社会性】	友だちと仲良く遊びながら、みんなで活動を楽しみましょう。	午前の集団活動の中で、友だちとのやりとり遊びを設定します。友だちとの手つなぎや役割のある遊びや活動などを通じて、集団を意識できるよう支援します。	本人支援の(オ)人間関係・社会性のb-(c)、(e)	6か月 (週3日)	担当スタッフ ○○ ○○	2
移行支援	Y・Kくんの今後の目標など、月に1回程度併行通園先の保育所の先生と一緒に話し合います。	併行通園先の保育所と、定期的に、本人の状況や支援内容等の情報を共有します。また、ケース会議やモニタリングの際には、併行通園先の保育所の先生にも参加いただくことにしています。	移行支援の(イ)-(e)、(f)	6か月	児童発達支援管理責任者、担当スタッフ○○、保育所の担当先生	1
家族支援	Y・Kくんについて3月に1回、話し合う機会をもちます。	保護者面談の時間を3か月に1回に設け、当所での様子を丁寧に伝えるとともに、家庭での様子を聞き取り、情報を交換するとともに、親御さんの心配ごとへの助言を行います。	家族支援の(イ)-(ア)、(イ)	6か月	児童発達支援管理責任者、担当スタッフ○○、お母さん	3

事業所における総合的な支援方針

食事、衣類の着脱などが自分ででき、「できた」という喜びを味わえるようにします。また、遊びを通じた友だちとの交流により、かかわりや表現することの楽しさを味わえるように支援し、通園が楽しみの場になることを目指します。

サービス管理責任者と専門性

「当事者に向かうときに求められるのは**スペシャリスト**としての技量ですが、連携する者たちは、すでに何かしらの意志によりはせ参じた、あるいは真夜中に呼び鈴で呼び出された**プロフェッショナル**でなければなりません。」

田中康雄「誰のための連携なのか」

教育と医学、2006, 9 No639

ナラティブ・アプローチの可能性

利用者の語る「物語」を通して援助を行なうもので、援助者は、利用者の中に現実として存在し、支配している「物語」(**ドミナントストーリー**)を、利用者とともに共同して見い出していく作業を行うものである。その結果、利用者は、新たな意味の世界(**オルタナティブストーリー**)を創り出すことにより、困難な状況から新たなポジションを見いだしていく可能性が生まれる。

課題：サービス管理責任者として、
今後6か月以内に、どんなアクション
を起こしますか？

57

希望ということ

Hope is Wish for Something to Come
True by Action with Others.

(希望は、他者と一緒に行為することにより、実現
すべき何かを望むこと)

(『希望のつくり方』 玄田有史、岩波新書、2011)

