

個別支援計画作成の 手順とポイントについて

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(自律)
- 利用者の権利擁護

(2) 聴く・知ることから始まる支援(根拠)

専門家主導の支援

専門家が、過去の経験に基づき判断し作成した支援計画は、必ずしも本人のニーズに合致したものになるとは限らない。

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。
わかったつもりの支援は禁物です。



他人の希望より 利用者の意向

同じような障害特性を持つ方であっても、その背景や好みは個人個人異なる。まずはその方を知るため、本人や周囲の方々からお話を伺うことから始める。

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

(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。



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、働く場や活動の場に通うことが原則。

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。

(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。

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？

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。

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

(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。

(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。

(3) その人に必要な生活訓練の軸を見立てる

- 将来的に、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、長期目標を設定し、そのために必要な短期目標をスモールステップで設定し、支援内容を見立てる。
- 目指す目標に向けての支援上の課題(ニーズ)を丁寧に把握し、本人とともにその優先順位を設定する。
- 本人の不安やストレスの軽減を図りつつ、小さな前進を一緒に確認しつつ進める。

(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何が必要か、本人の好みや関心事から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。
- 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。

(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。

(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。
 - 例えば、知的障害者が利用者の場合、地域の資源をビジュアル化(近くの店、駅、目立つ建物等の写真を活用)し、どこに何があるのかわかりやすく提示。(見る支援)
 - さらに、資源をどのように活用するか、実際に体験していただくための支援。(体験の支援)
 - …示す(される)からアクティブに利用(する)へ…
- (自立支援)協議会にも積極的に参画し、関係機関とのつながりを進め、いざというときに頼れる仲間を増やす。

(7) 課題整理の工夫

- アセスメントでは、できることとできないことをチェ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。
- ご本人の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。

(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。
計画をつくることが目的ではありません。
- 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）。

(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。

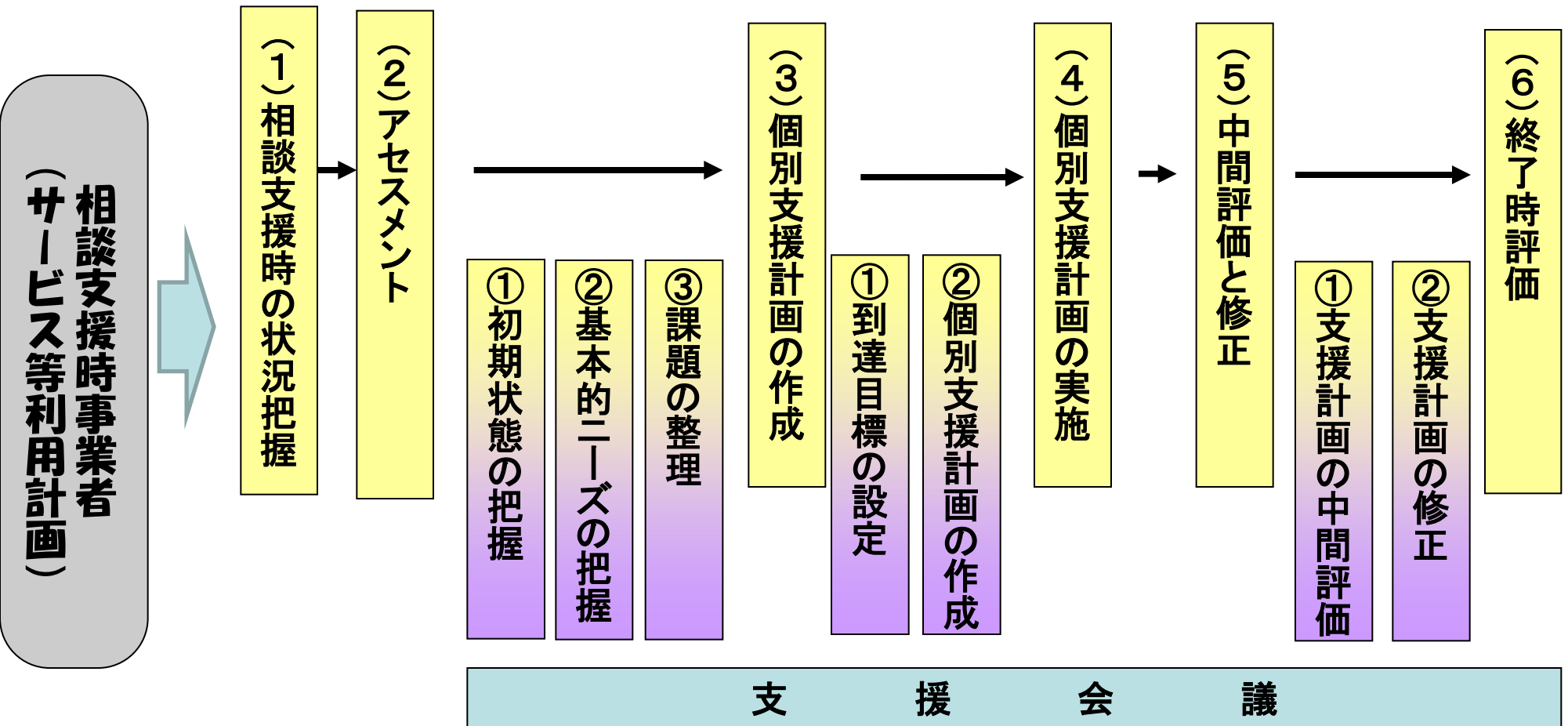
- 個々が作り出す人間関係、地域の社会資源との関係を丁寧に取り結ぶ支援。
- 本人の社会的関係を広げる地域の関係機関との連携。
- 地域生活に必要な地域の社会資源を改善、開発するために、協議会への参画。

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。

4. サービス提供プロセスの実際

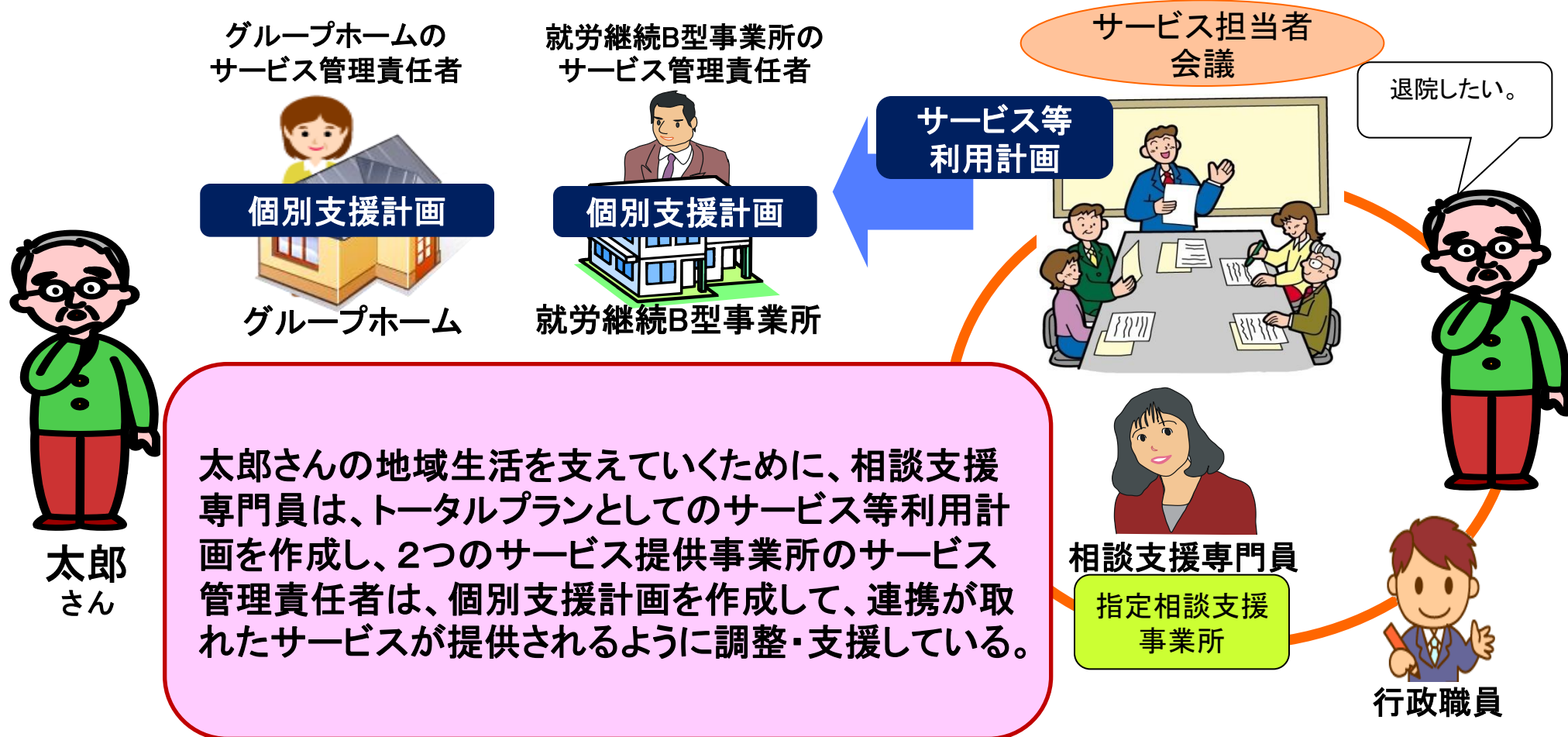
- (1) サービス提供のプロセス
- (2) 相談支援時の状況把握
- (3) アセスメント
- (4) 個別支援計画の作成
- (5) 個別支援計画の実施
- (6) 中間評価と修正
- (7) 終了時評価

(1) サービス提供のプロセス



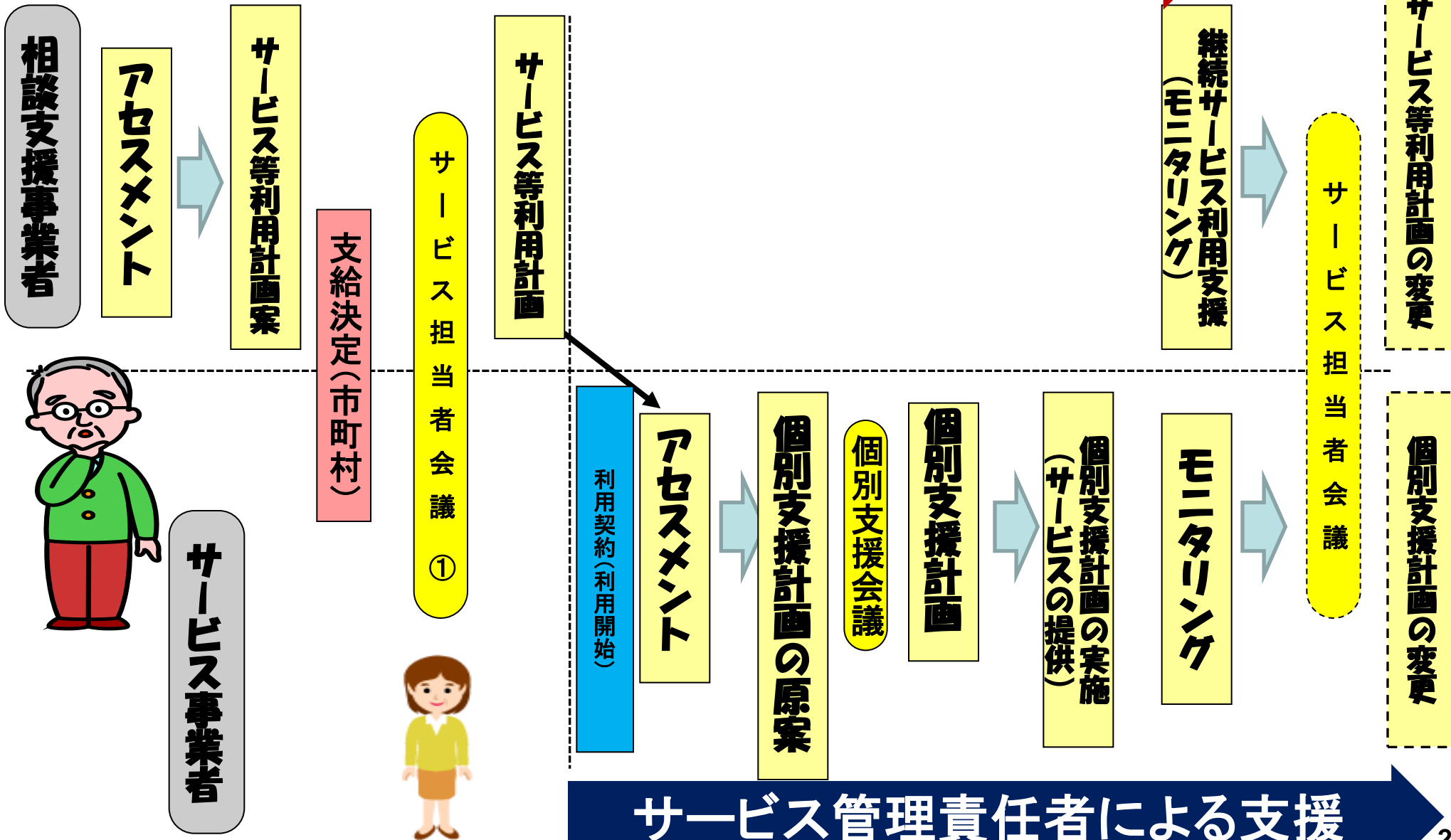
太郎さんを支えるサービス利用計画と個別支援計画の連携

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く希望しています。



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



(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...

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。

(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。

(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

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。



(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**



(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

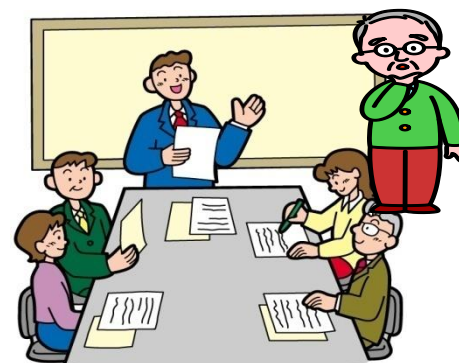
サービス管理責任者の視点

- 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



(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**

(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**

(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。

(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

