

PG α-03

# サービス等利用計画と 個別支援計画の関係

(社福) 大阪市障害者福祉・スポーツ協会  
大阪市職業リハビリテーションセンター  
酒井 京子

## この科目の内容

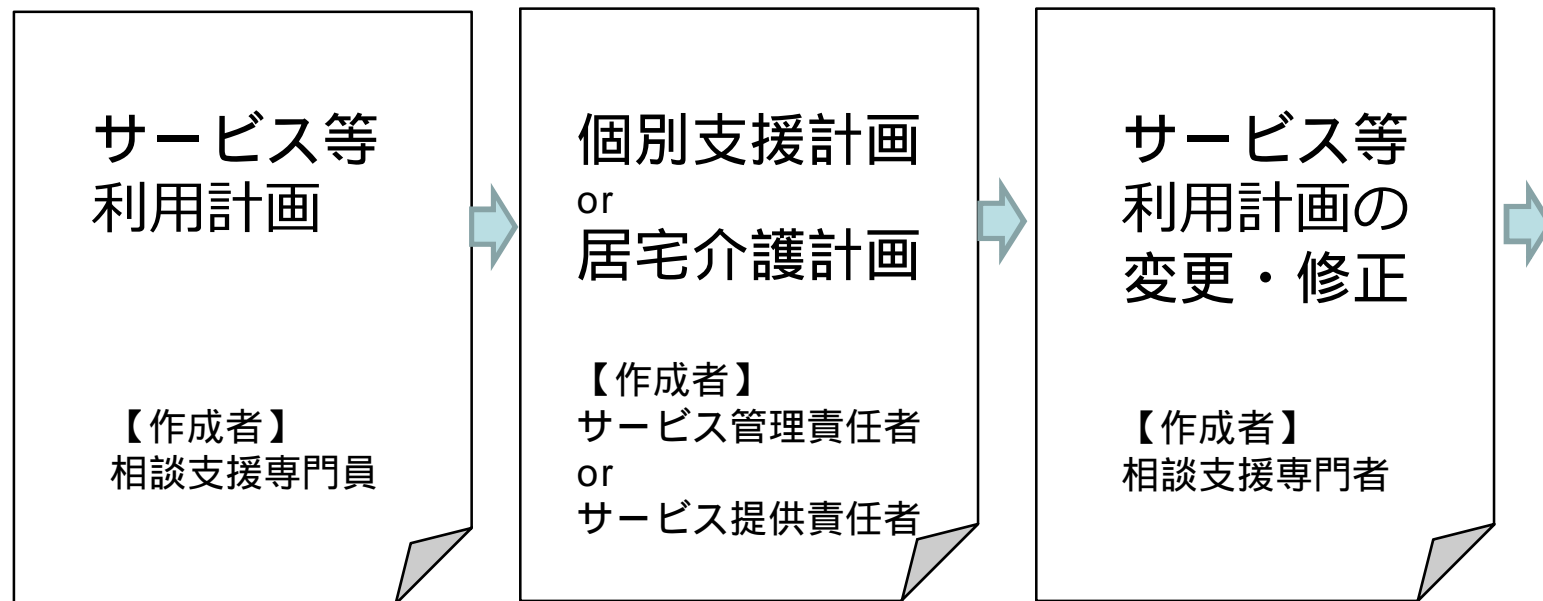
○サービス等利用計画における総合的な援助方針を導き出すプロセスを理解し、個別支援計画の出発点がサービス等利用計画の総合的な援助方針であることを認識する。

○また、サービス等利用計画が生活全体の範囲に及び、個別支援計画が生活全体をイメージしながらも事業所内サービスに重点を置いた計画であることを理解する。

# キーワード

- ・生活全体をみる
- ・利用者主体
- ・連携

# サービス等利用計画と個別支援計画の関係



- 利用者のニーズの変化に応じた細かな支援の**変更**が必要
- そのために、支援会議が重要になる

## サービス等利用計画及び障害児支援利用計画と個別支援計画の関係

サービス等利用計画等については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。

個別支援計画については、サービス管理責任者等が、サービス等利用計画等における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。

### 指定特定相談支援事業者等 (計画作成担当)

#### アセスメント

- ・障害者の心身の状況
- ・その置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・現に受けているサービス
- ・サービス利用の意向
- ・支援する上で解決すべき課題
- ・その他

#### サービス等利用計画等

- ・生活に対する意向
- ・総合的な援助の方針
- ・解決すべき課題
- ・サービスの目的(長期・短期)
- ・その達成時期
- ・サービスの種類・内容・量
- ・サービス提供の留意事項

障害福祉サービス等に加え、保健医療サービス、その他の福祉サービスや地域住民の自発的活動なども計画に位置づけるよう努める。

複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等、総合的な支援計画を作る。

### サービス事業者

### サービス事業者等

#### アセスメント

- ・置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・利用者の希望する生活
- ・課題
- ・その他

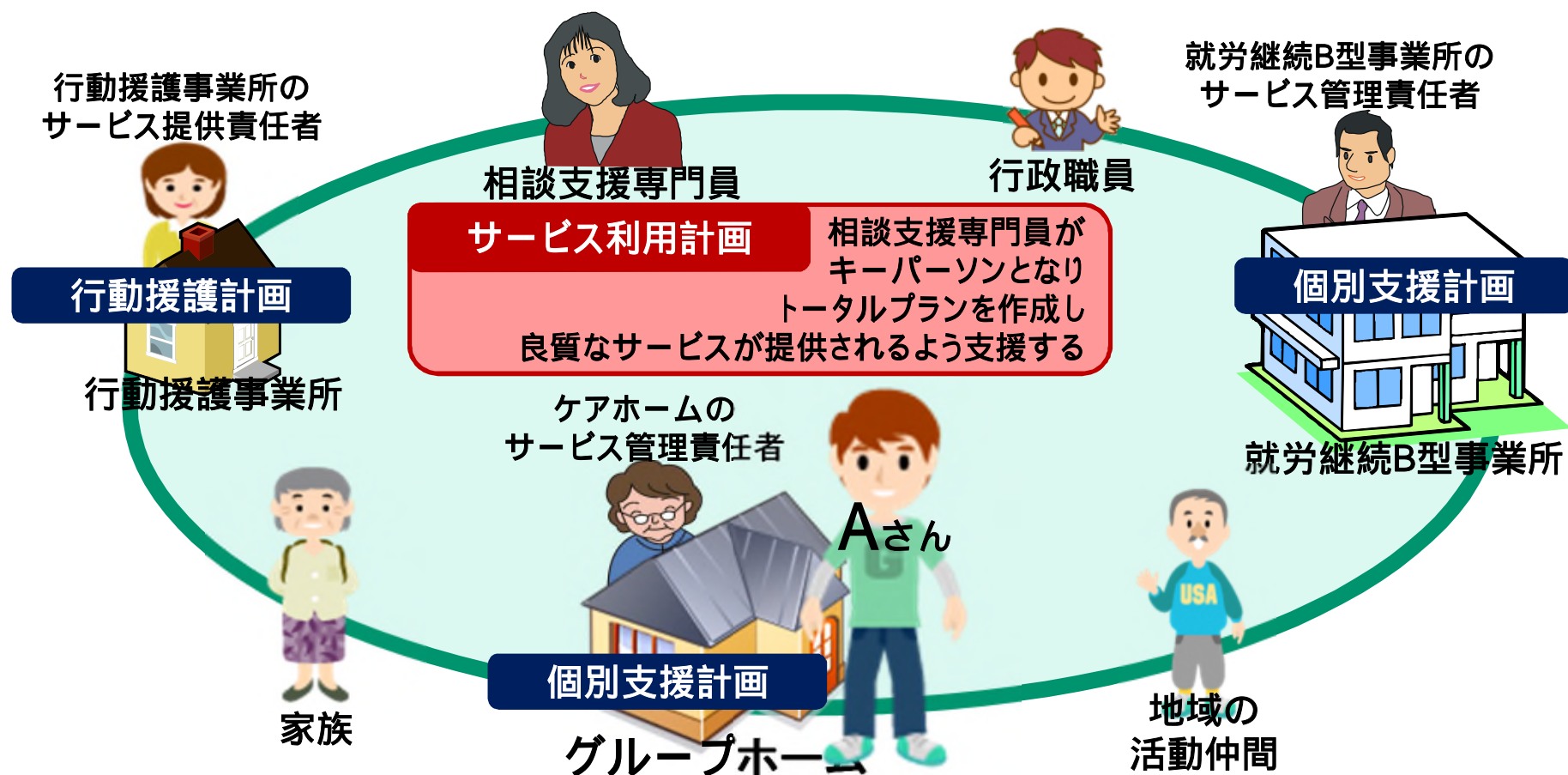
#### 個別支援計画

サービス等利用計画を受けて、自らの障害福祉サービス事業所の中での取組について具体的に掘り下げて計画を作成するよう努める。

# サービス管理責任者の連携イメージ

- Aさんの事例から -

自宅からグループホームに入居して2ヶ月経ったAさん。特定のこだわり行動による混乱も徐々に解決され、生活にも慣れてきた。日中は就労継続B型事業所を利用している。休日には行動援護を使って地域の活動への参加が始まって楽しみが増えてきた。



# サービス利用計画書の例

利用者名 Aさん

作成年月日:        年        月        日

援助の全体目標	家族から離れたケアホームでの新しい生活に慣れ、地域での暮らしが安定出来るようにする。本人の活動の幅を広げる。
長期目標	地域と一緒に活動出来る支援者を増やし、活動に安定して参加出来るようにする（目標 1年）
短期目標	生活リズムを安定させ、パニックになる回数を減らす（目標 3ヶ月後）

ニーズ	援助目標	サービスの内容・頻度・時間	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
これまで通り、住み慣れた地域で暮らしたい (GHで暮らしたい)	GHの体験利用をしたホームに入居して、同居者や支援者との共同生活に慣れる	Gで混乱が起きないような構造化した支援を実施 毎日	C法人共同生活介護事業所 サービス管理責任者: 支援員:	1
これまで通り、事業所の皿洗いを続けたい	これまでの作業が継続出来るよう、GHと連携し詳細な情報共有を図って支援する	事業所の喫茶コーナーで食器の洗浄を行う 月～金 10:00～16:00	B法人就労継続B型事業所 サービス管理責任者: 作業担当:	2
休日には、市営プールでのスイミングなどを楽しみたい	本人の楽しみが継続出来るよう、本人の障害の特性を理解した支援者を増やす。	スイミングに参加するための行動援護 土曜 15:00～17:00 活動を継続するための話し合い 月1回	社会福祉協議会ボラ担当 市営体育館総務担当: 行動援護事業所 サービス提供責任者:	3
たまには、家族と一緒に出かけたい	定期的な帰省を行い、家族団らんの機会を持つ	母親による送迎で外出帰省 月1回	家族(母親)	4
将来に備えて成年後見制度を検討したい(母親の希望)	成年後見制度の理解を深める	制度に対する理解を深めるため、親の会などの関係講座など情報提供、学習の場を示す	家族(母親) 相談支援センター	5

年月日:        年        月        日      利用者名 Aさん      印

相談支援センター 相談支援専門員      印

## 共同生活援助事業所の個別支援計画書の例

利用者名      Aさん

作成年月日： 年 月 日

## 到達目標

長期目標(内容、期間等)	ケアホームでの新しい生活に慣れ、地域での暮らしが安定出来るようにする (目標 1年)
短期目標(内容、期間等)	生活リズムを安定させ、GH内外でのパニックになる回数の減らす (目標 3ヶ月後)

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的な到達目標	支援内容 (内容・留意点)	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
同居者、支援者の名前と顔を覚える	代替コミュニケーションとして写真やカードを活用	毎日	GH担当支援者	1
毎日の生活のスケジュールを理解する	朝起床後から出勤するまで、帰宅後から就寝までのGH内のスケジュールの提示  月例で入るスイミングや帰省などの行事日程を理解出来るよう事前に提示	毎日	GH担当支援者 継続B事業所 サービス管理責任者 送迎担当者 行動援護事業所 サービス提供責任者	2
CH内外でのパニックの回数を減らす	代替コミュニケーション方法やスケジュールの提示など支援方法を関係機関で統一する  連絡ノートを作成し、事業所間で情報を共有する  サービス担当者会議の開催	毎日(連絡ノートの作成)  毎月1回担当者会議に出席	GH担当支援者 継続B事業所 サービス管理責任者 送迎担当者 行動援護事業所 サービス提供責任者 相談支援事業所	3

年月日： 年 月 日

利用者名 Aさん 印

サービス管理責任者 印



# サービス管理責任者の連携イメージ

- Aさんの事例から -

## 協議会(部会等)で検討

- (支援力を高めるために) 地域の社会資源の開発改良を -

(協議会の事務局で行う課題の共有化の例)

自閉症の障害特性について支援者の理解が必要  
学校から福祉へのバトンタッチをスムーズにしたい

相談支援  
専門員

サービス  
管理責任者

Aさんの支援において  
確認された課題

家族

相談支援  
専門員

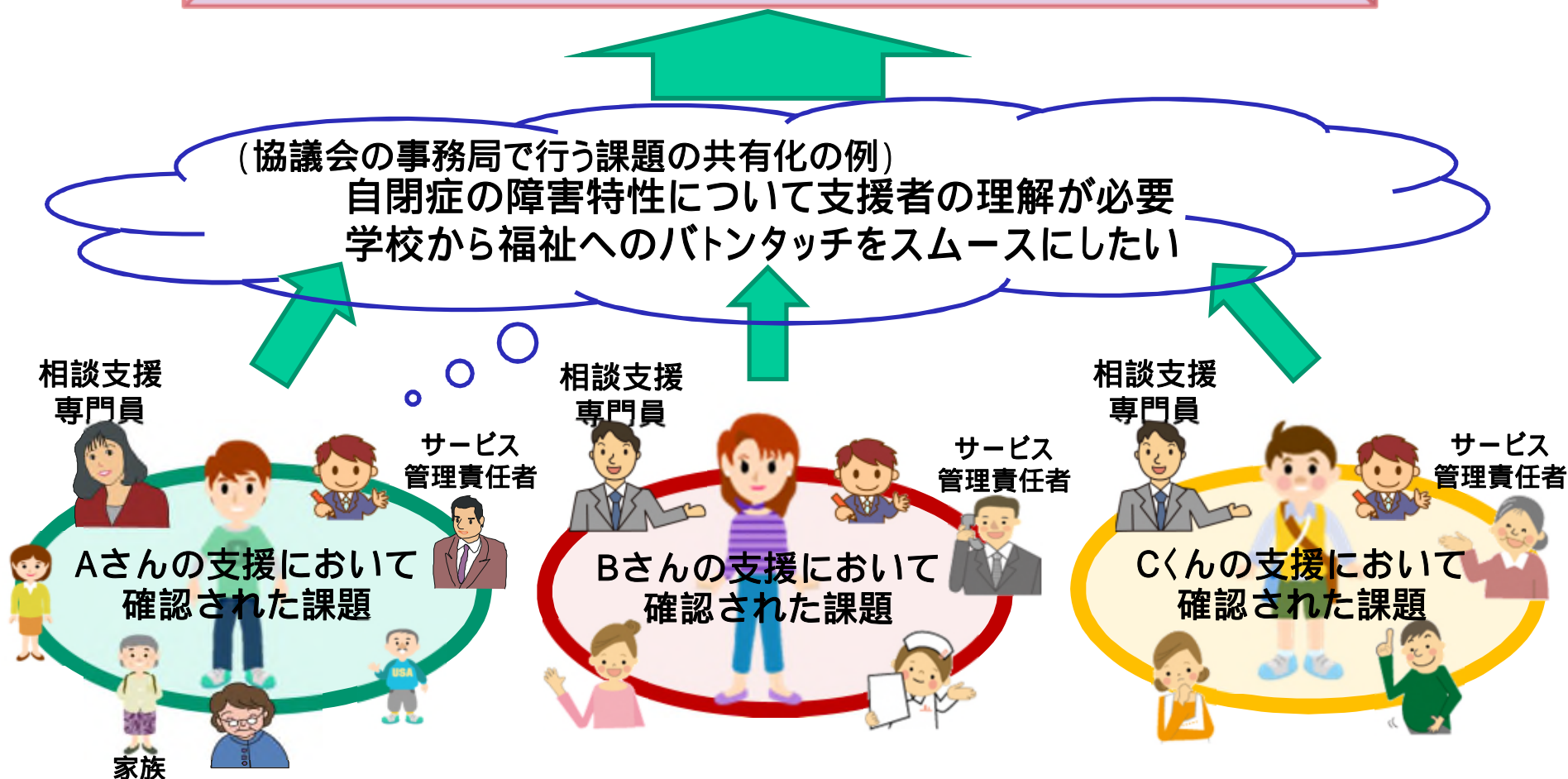
サービス  
管理責任者

Bさんの支援において  
確認された課題

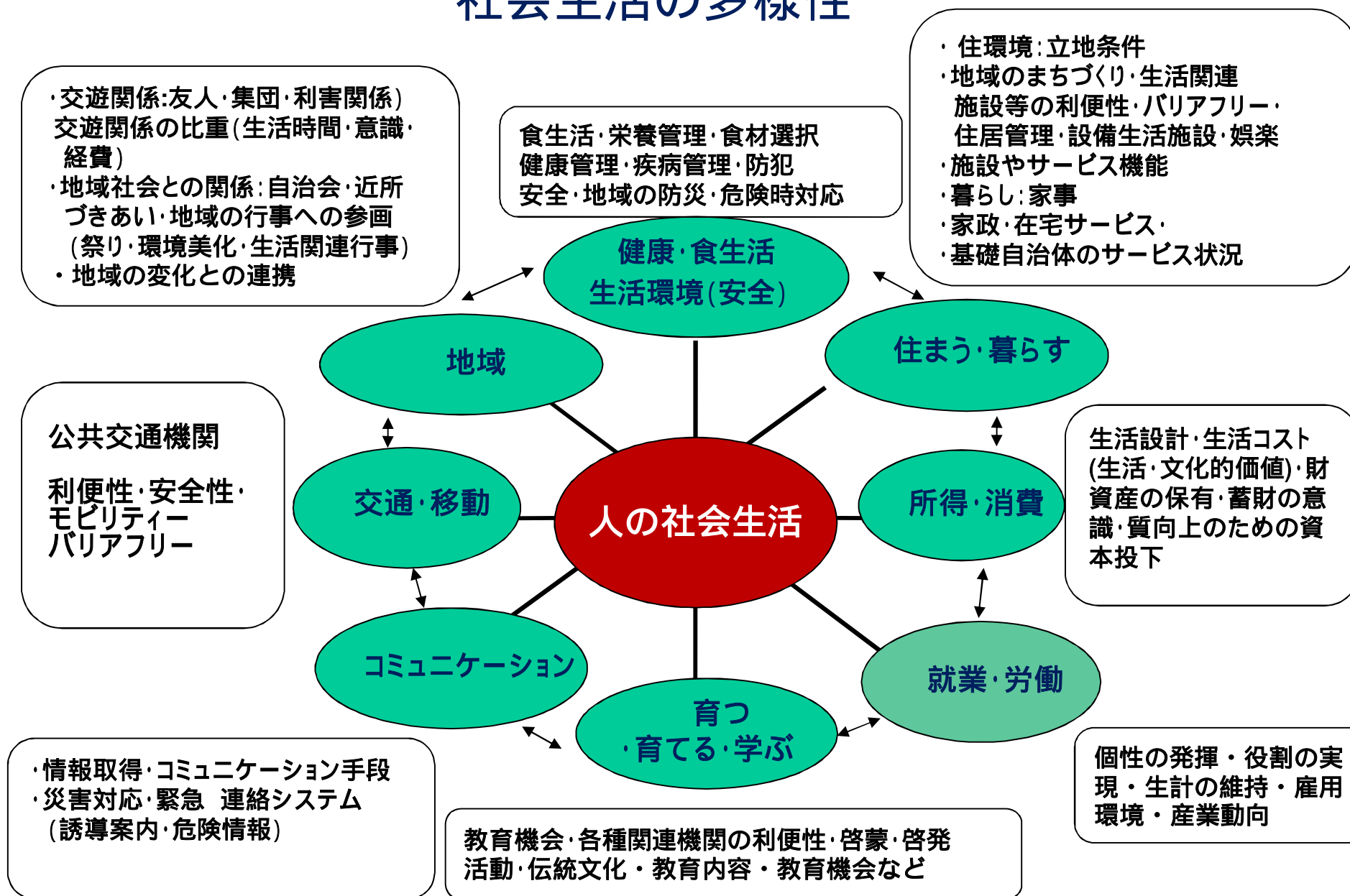
相談支援  
専門員

サービス  
管理責任者

Cくんの支援において  
確認された課題

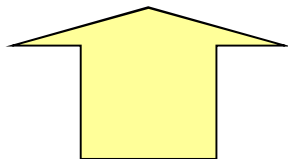


# 社会生活の多様性

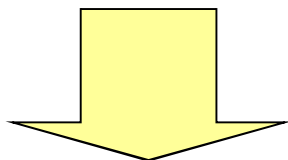


# 地域自立支援協議会は地域づくりの中核

- 自己完結に陥らない(ネットワークで取り組む基盤をつくる)
- 他人事にとらえない(地域の課題を的確に把握する)
- 出来ることから進める(成功体験を積み重ねる)
- 取り組みの成果を確認する(相互に評価する)



地域自立支援協議会は地域が協働する場



地域で障害者を支える