

の支援者としての力量が問われるところである。

3. 本人の意思や希望の確認について

利用者が自分の意思や希望を言語で表現できない人が大多数であるので、本人の希望や思いは、今までの本人の生活場面を観察した結果からくみ取るということがほとんどであった。この場合、どのような観察結果からその意向をくみ取ったのかということの根拠を明らかにしておく必要があると考える。この点を明確にすることによって、利用者本人の意思の尊重を尊重した個別支援計画であるということが説明できると考える。

また、全体の利用者の3%にも満たないが、ある程度、個別支援計画の内容を理解できた利用者もいた。

4. 地域生活や地域との関わり方をどのように捉えるか

個別支援計画作成については、どんなに障害が重くても地域生活を視野に入れることを基本方針とした。この考え方自体は誤りではないが、知的障害が極めて重く、なおかつ高齢や病弱であったり、あるいは重い運動機能障害を併せ持つ人達の直接支援に当たっている職員の多くは、理念と現実のギャップを強く感じている様子が伺われた。

地域生活や地域社会との関わりをどういう形で持つのかという具体的なイメージを整理する必要がある。そういうイメージができないと、個別支援計画の中に地域生活を視野に入れるという基本方針が、特に、重い知的障害がある人や重介護を要する人達の支援に具体的につながらない。

5. 個別支援計画の実行を阻害する要因

利用者一人ひとりの意思や希望を入れた個別支援計画を実施するためには、様々な阻害要因がある。例えば、事故の発生を過度に恐れるあまり安全第一主義を旨とする考え方であり、あるいは利用者のニーズの違いを考慮しない平等主義の弊害である。人が社会の中で生活したり地域社会との関わりを持とうとすれば、何かしらのリスクを背負わなければならない。また、個々の利用者の障害のレベルやその興味・関心のもち方によってもその欲求の持ち方が異なるのは当然である。

支援の共通項を明確にすると共に、個別性をも明確にした支援であることが必要である。

6. 支援に伴う社会資源の活用について

利用者の支援計画を作成するにあたっては、利用者のニーズに社会資源を結びつけていくことが大切であることは言うまでもない。しかし、全体的には、施設内の資源を活用しようとする姿勢は認められるが、地域の社会資源にまで支援者の目が向けられていない傾向が認められた。利用者の生活を社会化していくことの重要性はもとより、知的障害を持つ人達の問題を地域社会にアピールしたり、障害をもつ人達も共に生きる社

会づくりにも役立つという意味で、地域の社会資源に目を向けることが必要である。

7. 本人に代わる保護者等の同意について

意思表示ができない本人に代わって、保護者等の同意を得る手続きを行ったが、480人の利用者の保護者等から同意を得ることができた。これは、全体の94.5%を占め一応の好結果であった。しかし、この480人の中で、個別支援計画の内容について、家族の立場からあらためて希望や注文が出されたのは、2家族だけであった。これは、利用者本人に代わって個別支援計画の中味を検討するという趣旨が浸透していないことを示している。保護者等から様々な希望や注文が出されることによって、支援にあたる施設職員も支援者としての力量を鍛えられるのであるから、そういう意味も含めて、その趣旨を一層浸透させる努力が必要がある。

8. 個別支援計画と支援記録との関係について

最後に、支援者が日々の業務の中で記録する個別支援記録が、個別支援計画の支援のねらいや支援方法に記された内容に基づいて記載されていないものも認められたことに触れておかなければならない。

日々の支援は、基本的には個別支援計画に基づいて行われるべきであり、日々の個別記録もその支援内容について具体的に記載されなければならない。日々の個別支援記録が、提供した支援サービスの中味を明示するものであり、一定の期間ごとに個別支援計画の内容を見直す材料になる。支援者が個別支援計画の内容を十分に念頭に置きながら、日々の支援を行い、その支援経過や結果を日々の個別記録に記載することに努める必要がある。

〈まとめ〉

個別支援計画の試行を通して、個別支援計画のあり方についての報告を行ったが、時間的な制約等もあり必ずしも十分なものにはなっていない。足らざる点については、今後の課題としたい。

最後に、個別支援計画の作成やこれに基づく支援の展開にあたって、重要と思われるいくつかの視点をもう一度整理して、この報告書のまとめとしたい。

- (1) 利用者本人の意思や希望を反映した内容であること。
- (2) 利用者本人が理解できるように可能な限り工夫した内容であること。
- (3) エンパワーメントの視点から利用者の長所や得意な面にも着目した内容であること。
- (4) 利用者が生活の主体者として社会適応性を高め、生活の質が高まるような内容であること。

- (5) 地域社会との関わりや社会資源を活用した内容であること。
- (6) 社会参加や自立支援、更には地域生活移行を積極的に進めるような方向性をもつ内容であること。
- (7) 利用者のライフステージや将来の生活の見通しを踏まえた内容であること。

付 参考資料

1. 個別支援計画について
2. 個別支援計画の書式

個別支援計画について

1. 趣旨

社会福祉施設の利用は、平成15年度より現在の措置制度から契約制度（利用制度）に移行する。これに伴って、今までの措置費に代わり、市町村が認定をした障害者に支援費を支給することになる。施設等の利用は、施設の福祉サービスを利用しようとする者と福祉サービス事業者との契約によることになる。

この契約制度においては、福祉サービスの事業者は、個別支援計画を作成し、提供するサービスの内容について、利用者及び保護者等にわかりやすく説明して同意を得る等の義務が課せられている。個別支援計画は、この契約内容の中心になるものである。

今回作成した個別支援計画は、利用者一人ひとりが自分の望む援助が受けられるように配慮するとともに、地域生活移行も視野に入れた支援計画を作成することを目的としている。また、利用者の生活の場で援助にあたる職員ができるだけ記入しやすいように工夫した。

個別支援計画の実施にあたっては、ノーマライゼーション、自己選択・自己決定、生活の質（QOL）の向上などの障害者福祉の理念や当園の職員行動基準等の趣旨を十分に踏まえていくことが大切である。さらには、各部区所間で連携しながら、利用者一人ひとりの願いやニーズにそって健康で豊かな生活を送るとともに、自立のための支援を効果的に進めることが必要である。

2. 基本的な考え方

この個別支援計画を作成する基本的な考え方は、次のとおりである。

- (1) 利用者を一人の生活者として捉え、その障害や心身の状況、あるいは本人自身及び保護者等の願いや希望をよく理解することが前提となる。的確な観察や理解に基づいた利用者一人ひとりの多様なニーズに応えられる援助的観点から作成すること。
- (2) 利用者一人ひとりの「支援方針及びねらい（目標）」に向かって、職員が効果的に働きかけることにより、その利用者に必要な支援・援助を提供するとともに、心身の状態や障害を改善したり、社会適応を図ることで、

生活の質（QOL）を向上させるとともに、利用者の自立につながる支援内容であること。

- (3) 利用者のハンディキャップやマイナス面に着目するのではなく、その人の長所や得意な面に着目して援助するというエンパワーメントの視点が大切である。

したがって、本人の障害等の状況に照らして過大な目標を立てて、その達成を強いることになったり、本人が負担感を感じるような支援計画であってはならない。

- (4) さまざまな援助・支援にもかかわらず、老化等により心身の機能低下が認められる場合は、「支援方針及びねらい（目標）」（1頁）の「支援方針」や「領域」の欄にその旨を記載すること。

- (5) 「支援方針及びねらい（目標）」は、可能な限り利用者本人の将来の生活を見通した具体的内容を示すこと。

- (6) 支援方針は3年度で支援目標の達成が可能であり、領域別の支援のねらいは単年度で支援目標が達成できる内容とすること。

利用者本人や援助に携わる職員が達成感を感じられ、ともに喜びを分かち合えるような内容のものであることが望ましい。そのためには、個々の利用者のニーズに応じた支援方針を見据えたうえで、これを段階的に整理し、日々の援助実践の中で具体的に取り組みやすいものを領域別の支援のねらいにすること。

- (7) 個別支援計画は、全利用者を対象にして作成するものとする。

地域生活支援事業にかかわる利用者についても、この個別支援計画に準拠して作成することとする。

3. 個別支援計画の構成

今回作成した個別支援計画は、「個別支援計画」と「個別支援計画アセスメント表」の2部から構成されている。

「個別支援計画アセスメント表」は、個々の利用者の身体状況や援助の必要に関する評価を行うためのものであり、個別支援計画を作成するための基礎資料となるものである。

「個別支援計画アセスメント表」等に基づいて、提供する援助サービスについて検討して、その内容を「個別支援計画」に記載する。

本人及び保護者等に同意を得なければならないのは、この「個別支援計画」の部分であり、「個別支援計画アセスメント表」は、利用者が生活する寮等に保管する。

4. 作成の手続きについて

個別支援計画の作成の手続きは、次のとおりとする。

- (1) 一人ひとりの利用者について、その年の援助経過、達成状況、評価や反省、今後の課題等についての検討をすること。
- (2) 一人ひとりの利用者の生活状況や全体像について検討すること。
- (3) 利用者本人及び保護者の希望や願いをくみ取ること。
- (4) 他部所の情報や意見を参考にしたり、相談すること。
- (5) 他部所は、関係する利用者について、当該部所の支援プログラム等の写しや必要な情報等を居住区（寮）等へ提供すること。
- (6) 支援会議（寮会議やケースカンファレンス等）の場に於いて、職員間で十分に検討すること。

個々の利用者に対する支援は、職員がチームを組んで行い、他の部所とも連携しながら行うものであるから、一人の職員だけの考えで作成するのではなく、支援会議等を通じて、できるだけ多くの人の意見を参考にし作成する。

- (7) このような過程を経て作成した個別支援計画案は、年度当初に居住区長等に提出すること。
- (8) 居住区長等は、個別支援計画案の内容を精査し、内容が適切でなかったり不十分なものについては、適切な助言を行うとともに、ケースカンファレンス等の開催を指示するものとする。
- (9) 年度途中には、その個別支援計画が適切であったか、問題点はないか等についての評価を行い、その結果、必要があれば個別支援計画の修正を行うこと。

なお、年度途中に大幅な修正をした場合は、あらためて利用者及び保護者等にわかりやすく説明して同意を得なければならない。

- (10) 年度末には、支援の達成度及び支援方法等の適否について評価し、翌年度の支援につなげること。

なお、年度末の総合評価がC評価であるものについては、ケースカンファレンス等を行い、適切な支援の内容や方法について見直しを図るものとする。

5. 作成の手順

個別支援計画作成の手順は、次のとおりとする。

- (1) 先に、「プロフィール表」（6頁～7頁）の各項目を記載する。

- 視覚障害、聴覚障害、言語障害については、それぞれの障害があれば、「□有、□無」の□有をチェックして、その後の項目をチェックする。
- (2) 次に、「援助の必要度に関する評価表」(10頁～22頁)の各項目をチェックして、「援助の必要度」を「評価表の記入について」(10頁)を参考にして1～5で評価する。
- その後、素点合計を記載して、素点合計に対応する評価点を記入する。
- 「必要とされる支援」の欄には、援助の必要な状態に対して、どのような支援が必要であるかを記入する。
- (3) 「強度行動障害」(22頁)については、該当する行動があればチェックをして合計点を記入する。
- この強度行動障害判定基準には達していないが、記載しておくことが必要な行動がある場合は、「上記判定基準に達していないが記載しておくべき行動」(22頁)の下欄に記載する。
- (4) 次に、「利用者・保護者等の欄」及び「関係部所の援助に対する留意事項」(9頁)を記入する。
- 利用者と保護者等の希望・要望が同じである場合もあるし、異なる場合もある。本人が希望等を述べるできない場合は、その旨をチェックする。
- 「関係部所の援助に対する留意事項」は、診療所、治療訓練部、作業活動部の指摘事項等があれば、利用者本人の生活にどのように具体的に活かすかという視点からその要約を記載する。
- (5) 次に、「支援計画検討表」(8頁)に、各領域で得られた評価点を転記して、「必要とされる支援」に各領域の総括的な援助・支援を記入し、どのような視点で支援するかを「支援のねらい」として記載する。
- その際には、「利用者・保護者等の欄」(9頁)の希望や「関係部所の援助に対する留意事項」等(9頁)も反映させる。
- (6) この支援計画検討表に基づき、「支援方針及びねらい(目標)」(1頁)を記載し、支援方針を立てる。
- 次に、「一日のプログラム」(2頁)」と「週間プログラム」(3頁)を作成し、個別支援計画案を立案する。
- (7) 個別支援計画案は、居住区長等の決済を受けて、利用者及び保護者等の同意を受ける。
- なお、利用者及び保護者等の願いや希望をそのまま受け入れることが困難な場合は、その理由を説明して、その了解を得ることに努める。
- (8) 「年度のまとめ」(4頁～5頁)については、計画書に基づいて支援を行った結果を、年度末に記載する。
- したがって、保護者等の同意を得る時点では、「年度のまとめ」の欄は

未記入である。

- (9) 個別支援計画を利用者及び保護者等に説明し同意を得て、支援を開始することになる。

ただし、利用者及び保護者等に説明し同意を得るまでの間は、利用者が必要とする支援度等に応じて適切な日常生活が送られるように配慮し、援助を行うものとする。

なお、利用者本人については、説明をして、署名、捺印ができたかどうかを確認し、チェックする。保護者等については、保護者か、それに代わる者であるか確認し、チェックする。

- (10) 以上の手順を要約すると次のようになる。

- | | | |
|-----|--|--------|
| 1) | 5. 「プロフィール表」の記入 | 6～7頁 |
| 2) | 9. 「援助の必要度に関する評価表」の記入 | 10～21頁 |
| 3) | 10. 「強度行動障害判定基準表」の記入 | 22頁 |
| 4) | 7. 「本人や家族の希望」、8. 「関係部所の援助に対する留意事項」の記入。 | 9頁 |
| 5) | 6. 「支援計画検討表」の作成 | 8頁 |
| 6) | 1. 「支援方針及びねらい(目標)」を作成 | 1頁 |
| 7) | 2. 「一日のプログラム」を作成 | 2頁 |
| 8) | 3. 「週間プログラム」を作成 | 3頁 |
| 9) | 居住区長等の決裁を得る | |
| 10) | 利用者本人及び保護者等に説明し、同意を得る
(「同意書」に署名・捺印) | |
| 11) | 計画の実施 | |
| 12) | 年度途中の見直し | |
| 13) | 年度末に「年度のまとめ」、総合評価を記載する。 | 4～5頁 |

6. 作成上の留意事項

個別支援計画の作成にあたっては、以下のことに留意して記載する。

- (1) 「支援方針及びねらい(目標)」(1頁)

① 「支援のねらい及び手順・手法等」は、利用者の重点的な援助項目を領域別にまとめたものである。この欄には具体的な援助の要素と、その援助を行う時の具体的な手順や手法等を記載する。

② 「支援のねらい及び手順・手法等」の欄に記入された、具体的な援助の

要素等を総合的に捉えたものが「支援方針」となる。

(2) 「年度のまとめ」(4～5頁)

- ① 「年度のまとめ(1)」(4頁)は、年度末に領域別に1年間支援した経過・結果を記載する。1年間の支援の経緯や結果と次年度に継続する課題等を記載する。
- ② 「年度のまとめ(2)」(5頁)は、個々の利用者を継続的に支援していく上で重要なデータであるので、1年間の記録を記載する。
- ③ 「年度のまとめ(1)(2)」の記載にあたっては、支援会議(寮会議やケースカンファレンス等)の場に於いて、職員間で十分に検討するとともに、各部所での支援経過等の資料や意見を反映させることに努めること。

(3) 「個別支援計画の同意書」

「個別支援計画の同意書」は、「1. 支援方針及びねらい(目標)」に基づいた「2. 一日のプログラム」と「3. 週間プログラム」の内容について、利用者及び保護者等の同意を得るものである。

(4) 「一日のプログラム」(2頁)

一日の生活に伴う援助計画を記載する。夜間や早朝の援助についても記載する。

どのようなねらいで援助しているかが分かるように記載する。

(5) 「週間プログラム」(3頁)

一週間の日中活動と支援内容等について記載する。

(6) 「プロフィール表」(6頁～7頁)

利用者本人の身体面や家族の状況等について記入する。摂食機能や肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、言語障害については、有・無をチェックし、日常生活の中で、その障害が影響を及ぼしている動作や程度をチェックし、具体的な状態を記載する。

言語障害については、知的障害に起因するものは除いて、麻痺などによる言語障害について記載する。

老化に関する事項については、日常生活で認められる老化の有・無をチェックし、その後必要に応じて記載する。

(7) 「支援計画検討表」(8頁)

「援助の必要度に関する評価」を集約し、必要とされる援助を整理する表である。10頁～21頁の各項目についての「援助の必要度」の評価点を、この表に転記する。

「必要とされる支援」には、具体的な援助を記載し、「支援のねらい及び手順・手法等」には、どのようなねらいや手法で援助するかを記載する。

「行動障害」については、22頁の基準表に従って、点数を加算した合計点を記入する。

(8) 「援助の必要度に関する評価表」(10～21頁)

「評価表の記入について」(10頁)の説明に従って記載する。

(9) 「強度行動障害の判定基準表」(22頁)

強度行動障害の目安と内容例を参考にして基準表をチェックし、加算した合計点を行動障害の欄(8頁)に転記する。

なお、上記の「強度行動障害判定基準」に達していない行動障害があれば、必要な援助について「支援方針及びねらい(目標)」(1頁)及び「支援計画検討表」(8頁)の該当欄に記載する。

所在不明になることがある場合も、同じように記載しておくこと。

(10) 記載の表現等について

個別支援計画書は、利用者に説明したり保護者に見ていただくものであるから、専門用語や抽象的な表現はできるだけ避けて、可能な限り、平易な言葉や文章で記載することに努めること。

7. 個別支援計画の実施に当たって留意すべきこと

- (1) 職員の共通理解のもとに、統一的な援助方法が取れるようにすること。
- (2) 個別支援計画の支援目標を達成するために、必要な生活環境や条件を整備すること。

8. 個別支援計画の達成状況のとりまとめ

居住区長等は、「年度途中の見直し」及び「年度のまとめ」の結果に基づき、利用者の個別支援計画の達成状況を別に定める書式により、企画研究部に提出するものとする。

9. 個別支援計画作成のスケジュール(目途)

月	スケジュール	備考
2月～3月	他部所の支援プログラムや情報の提供を受ける 旧年度の支援経過について検討 「年度のまとめ」の記載 支援会議の開催 利用者や保護者等の希望の聴取 新年度の個別支援計画の作成	他部所から居住区(寮)等へ情報を提供する 面談や郵送による聴取

	居住区長等の決裁を得る 必要に応じてケースカンファレンス	居住区長等は、別に定める書式により個別支援計画の達成状況を企画研究部に提出する
4月末まで	必要に応じてケースカンファレンス 利用者や保護者等の同意を得る	面会時や郵送による同意 (同意を得るまでの間は、利用者が必要とする支援度等に応じて適切な援助を行うものとする)
5月	個別支援計画に基づく支援のスタート	
9月 ～10月	個別支援計画の中間見直し 支援会議の開催 必要に応じてケースカンファレンス	居住区長等は、別に定める書式により個別支援計画の達成状況を企画研究部に提出する
11月	必要に応じてケースカンファレンス	

(注) ① 保護者等への説明については、面会時に直接説明するか、又は郵送による。

② 個別支援計画書は、複写により2部作成し、一部は「寮保管用」とし、他の一部は「保護者等保管用」とする。

10. 個別目標について

個別支援計画の導入により、平成10年4月1日作成の「個別目標」は、廃止する。

平成 年度
国立のぞみの園

個別支援計画

利用者氏名 _____ 様

所属 _____ 区 _____ 寮

コード

--	--	--	--	--	--	--

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日作成

こべつしえんけいかく どういしょ
個別支援計画の同意書

こくりつ その りよう しせつ しめ
国立のぞみの園を利用するにあたり、施設から示された
いか こべつしえんけいかく どうい
以下の個別支援計画に同意します。

1. しえんほうしんおよび もくひょう
支援方針及びねらい(目標)
2. いちにち ぶろぐらむ
一日のプログラム
3. しゅうかんぶろぐらむ
週間プログラム

平成 年 月 日

りようしゃしめい
利用者氏名.....印

説明したが、署名捺印が困難

本人の理解困難

平成 年 月 日

ほごしゃとうしめい
保護者等氏名.....印

りようしゃ そくがら
利用者との続柄.....

保護者以外の場合：後見人 関係機関担当者

その他.....

説明者.....

平成 年度
国立のぞみの園

個別支援計画

利用者氏名 _____ 様

所属 _____ 区 _____ 寮

コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日作成

こべつしえんけいかく どういしょ
個別支援計画の同意書

こくりつ その りょう しせつ しめ
国立のぞみの園を利用するにあたり、施設から示された
いか こべつしえんけいかく どうい
以下の個別支援計画に同意します。

1. しえんほうしんおよび もくひょう
支援方針及びねらい(目標)
2. いちにち ぶろぐらむ
一日のプログラム
3. しゅうかん ぶろぐらむ
週間プログラム

平成 年 月 日

りょうしゃしめい
利用者氏名..... 印

説明したが、署名捺印が困難

本人の理解困難

平成 年 月 日

ほごしゃとうしめい
保護者等氏名..... 印

りょうしゃ ぞくがら
利用者との続柄.....

保護者以外の場合：後見人 関係機関担当者

その他.....

説明者.....

1. 支援方針及びねらい(目標)

作成者 _____

支援方針	
領域	支援のねらい及び手順・手法等
日常生活	
健康安全	
社会性	
社会生活技能	
コミュニケーション	
日中活動	
社会参加	
行動障害	

(注) 特に、利用者本人や保護者等の希望を含めた支援内容には、文頭に※印を付けて明確にする。

平成 年 月 日

居住区長	副区長	寮長	副寮長	作成者

2. 一日のプログラム

一日の流れ	介助内容	所要時間	支援のねらい	摘 要
(時間)				
起 床				
朝 食				
午前の活動				
お 茶				
昼 食				
午後の活動				
お 茶				
夕 食				
余 暇				
就 床				
夜間の介助				

3. 週間プログラム

曜日	午前	午後	入浴	摘要
日曜日				
月曜日				
火曜日				
水曜日				
木曜日				
金曜日				
土曜日				

4. 年度のまとめ（1）

作成者 _____

支援方針	
領 域	ま と め
日常生活	
健康安全	
社会性	
社会生活技能	
コミュニケーション	
日中活動	
社会参加	
行動障害	

（総合評価）

支援の達成度	A（充分達成できた）	B（達成できた）	C（次年度へ継続）
--------	------------	----------	-----------

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

平成 年 月 日

居住区長	副区長	寮 長	副寮長	作成者