

Ⅶ. 個別支援計画作成の手順とポイントについて

この講義では、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等が配慮するポイントについて理解する。

1. 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

アセスメントを行う際は、本人中心の生活を支援するためのアセスメントであることを念頭に置く必要がある。アセスメントにより、本人の障害特性と状態像を把握し理解する。また、本人から表出された言葉（主訴）と本人が望む生活を叶えるための本当の願い（ニーズ）の違いを理解する必要がある。その際、現実的でない主訴があっても、傾聴と共感の姿勢を持ち対話し関わりを持つ姿勢が重要である。

「主語＝私」で始まる本人のニーズ中心の計画となるよう心がける。本人がまだ整理できず表出出来ないニーズの把握にも留意する必要がある。本人の発言（望み、不安、ストレス）を記録し、本人が整理できるよう援助する。

(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

アセスメントはソーシャルワークの過程で最も重要視される。また、アセスメント自体が過程であり、本人への援助の過程、本人が社会へ参加する過程、環境との相互作用を把握する過程である。アセスメントの際は、本人のストレングスを把握することが重要となるが、ストレングス4つの側面として、①性格・人柄／個人的特性、②才能・素質、③環境、④興味・関心／向上心がある。これらの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を行う。また、生活の場面（環境）の正確な把握もアセスメントの要素である。

アセスメントの際は、本人との会話や生活状況の観察など現状の把握とともに、過去の支援記録も参考にする。

自立訓練やグループホームなど、各事業毎に、重点的なアセスメント項目（自立訓練では各動作の遂行能力等、グループホームでは生活能力等）を選択しチェックすることになる。

(3) その人に必要な支援の軸を見立てる

本人の願いや望み、特性、現状能力等を把握し、将来的に、グループホームを目指すのか、一人暮らし

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、長期目標を置き、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、スモールステップで、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

本人が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考えていく必要がある。そのためには、本人の可能性やストレングスを把握することが必要である。本人の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、具体的に考えていく必要がある。

「自分が何かをして、それを他人が認めてくれる」という社会的評価を得ることは、社会的関係の中において、はじめて出来ることとなる。

(5)権利擁護のために

本人の意向を何よりも優先するという原則を大切にする。

それは、家族とのニーズをめぐるズレがあった場合にどう家族と向き合うかということが問われる。

家族の思いも大切にしつつ、本人の思いを本人と一緒に伝える中で家族の変化を促していくことが必要となる。

家族関係、地域の人間関係、生活基盤や金銭管理状況などを正確に把握しておき、権利侵害が生じた際に気づけるようにしておくことが必要である。

エコマップを本人と一緒に作成する際にこれらに留意しながら作成してほしい。

(6)地域社会資源の把握

まずは、自分の地域の社会資源を把握する必要がある。次に、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する。（見る支援）

さらに、資源をどのように活用するか、実際に体験してもらうための支援をする。（体験の支援）

示す（される）からアクティブに利用（する）ための支援へ転換する必要がある。

（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していく。

(7)課題(ニーズ)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、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、本人の全体像を表してみることで明確化できる。

本人の全体像をふまえて、本人の希望に即した支援を行うための解決すべき課題（ニーズ）を整理する。

本人の解決すべき課題から目標を導き出し、それが、なぜ本人にとって大切なのかを整理する。

本人の目標が明確な場合は、まず目標を設定し、それに向けた支援内容をプログラムすることもある。

(8)個別支援計画はプロセスシート

個別支援計画は、生活支援の現時点でのプロセスシートという位置づけになる。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。支援開始から日々アセスメントが行われ、中期の計画変更に反映される。長期目標は、本人の希望から得られ、良い長期目標は、本人の情熱、希望、夢が反映されているものである。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姿勢が重要である。

目標設定については、本人にとって成功の可能性が高い目標を一緒に考える。

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で、さらに、目標達成のための小さなステップである。現実的でわかりやすく、期限があることも重要な要素となる。

計画書の書式をただ埋める作業になりがちであるが、これらの基本姿勢を常に念頭に置いておく必要がある。

(9)きめ細やかなモニタリング

モニタリング項目の確認をする際は、生活に直結したチェック項目を本人と一緒に確認する。

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役割もある。日々の支援がつつい効率を優先したものになりがちで、本人の権利が侵害されていることに気づけない場合もある。日々の支援を立ち止まって振り返る機会となる。

気軽に相談出来る仲間などの人間関係の拡がりかどうか。といった利用者の人間関係の視点や、個々の生活の場であるグループホーム等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）。といった支援者の視点もあらためて問い直される。

(10)相談支援専門員、地域の関係機関との連携

まずは相談支援専門員との役割分担と連携を意識する。連携とは、縦ではなく横の関係、上下関係はない、お互いを尊重しあう関係である。個々が作り出す人間関係や、地域の社会資源との関係を丁寧に結び結ぶ支援が重要である。本人の社会的関係を広げる地域の関係機関との連携も重要である。ここではボランティア組織などのインフォーマルサービスが登場してくる。

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、協議会へ積極的に参画する。協議会は、従来からあるインフォーマルなネットワークを組織化したものであり、構える必要はない。

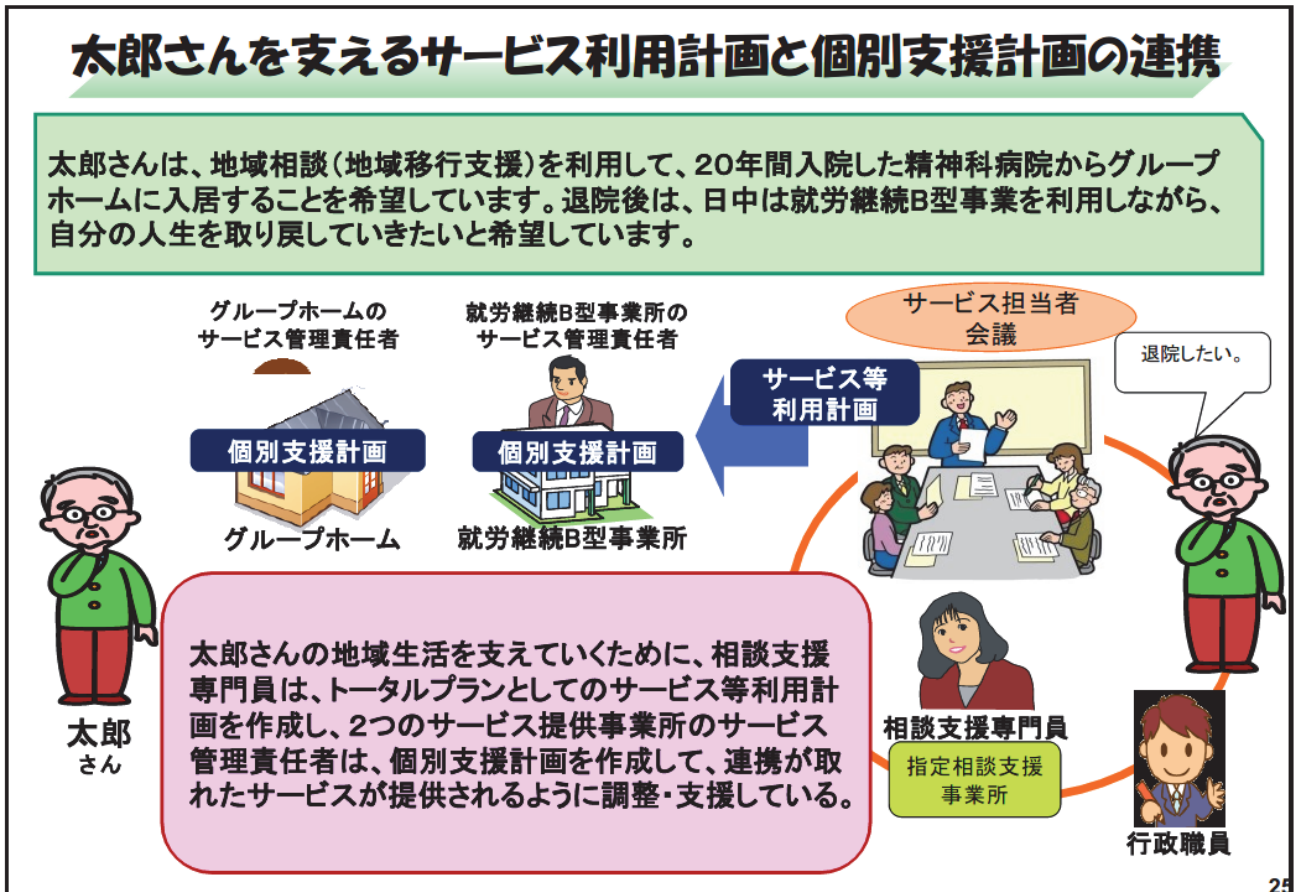
最近では、協議会で言ったのに改善されないから協議会は意味がないなどの声も聞かれるが、あくまで協議する場であり、行政も含めて地域課題を共有する場である。現状を変えるために、行政に訴えるだけではなく、関係者それぞれが何をなすべきか、みんなで考えていこうという場である。

2. 個別支援計画の作成手順の実際

ここからは、事例を通してサービス利用計画と個別支援計画の連携をみていく。

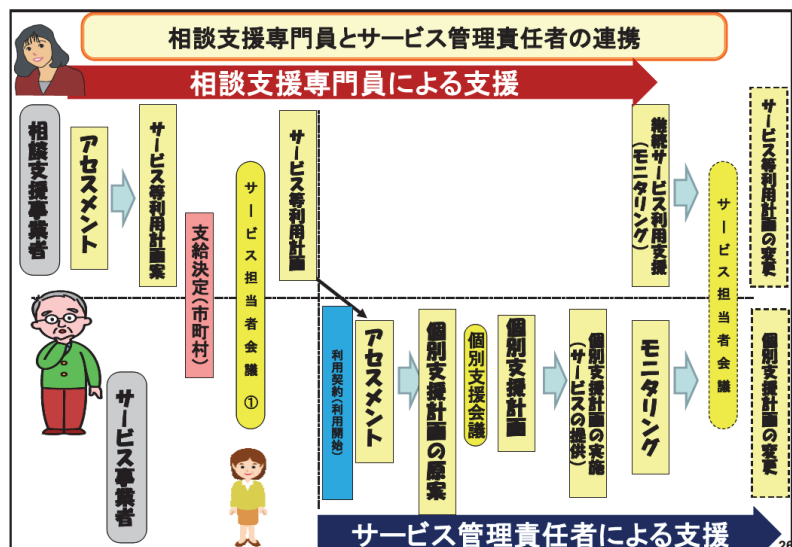
精神科病院に20年入院していた太郎さんは、相談支援専門員からのアセスメントを受け、サービス等利用計画で、グループホームへ入居しながらB型事業所への通所するという希望をプランにおとした。

2つのサービス提供事業所のサービス管理責任者は、個別支援計画を作成して、連携が取れたサービスが提供されるように調整・支援することになった。



25

太郎さんの支援の流れを図示する。



(1)相談支援時の状況把握

インテークでは、「思いを聴くこと」に重点を置く。

事例から、

- ・「人生を取り戻す」と太郎さんが言っているのはどういう意味で言っているのか、言語化を促す。
- ・その際、共感的に聴くことが重要。
- ・どんな暮らしをしたいのか、太郎さんの思いを傾聴する。
- ・そして、整理して太郎さんに問い直してみる（再確認）。
「働くこと、楽しむこと、そして社会の役に立ちたい」ということを望んでいることがわかった。

(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

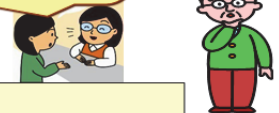
自分の人生を取り戻したい

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。

太郎さんの事例では、相談支援専門員が招集したグループホーム・就労継続支援 B 型のサービス管理責任者・行政・世話人・本人・家族によるサービス担当者会議に参加して、ニーズを整理し、キーパーソン・役割分担を確認した。

サービス等利用計画に基づき、太郎さんの意向を確認しながら、個別支援計画の作成を準備する。

(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・・・知ること(評価)

グループホームの体験利用等を通して、以下の情報を得る必要がある。

- ・計画的な支出はどの程度できるか
- ・預金管理は誰がしているのか？権利侵害の可能性はないか？
- ・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

その他、グループホーム、就労継続支援B型事業所の各評価表に基づきアセスメントを行う。

(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。

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基本的ニーズの把握

太郎さんの事例では、サービス等利用計画で把握されているニーズを土台に、望んでいる生活を具体的に確認していく。

- ・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。

というニーズが具体的にわかった。

その他の確認事項として

- ・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？
- ・役に立ってどんことなのか。

などを確認していく。

(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

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くか。

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？
- ・役に立ってどんことなのか。

望んでいる生活を・・・確認する



③課題の整理

太郎さんの事例では、

- ・ 菊作りが趣味であること。
- ・ 働く気持ちはあるが、頑張り過ぎて疲れやすいこと。
- ・ 人の役に立つボランティア活動をしたいと思っていること。

がわかってきた。

これらは太郎さんが望めばすぐにできることなのだろうか。もしできないなら、阻む阻害要因は何なのだろうか。「課題の整理」は、これらを見極めることが重要となる。

(2)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**



(3)個別支援計画の作成

①サービス等利用計画との連携

太郎さんの事例では、サービス等利用計画において「充実した生活を送る」という到達目標を掲げ、グループホームでは、調理と金銭管理と庭での菊づくり、就労継続支援B型事業所では、頑張りすぎないよう働くことを支援しつつ、社会に役立つことをしたいというニーズに対して駅前清掃活動に参加するという計画を立案した。

(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

- ・ 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



140

②個別支援計画

グループホームのサービス管理責任者は、太郎さんのサービス等利用計画を土台に、個別支援計画を作成する。「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。」との到達目標を掲げ、調理、金銭管理、菊づくり、地域活動に関する支援を盛り込んだ。

(3)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


事例より

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

自分の人生を取り戻したい

サービス管理責任者の視点

- 具体的な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。



(4)個別支援計画の実施

グループホームでの太郎さんの支援は、まず、世話人と一週間の献立をつくることから始める。

夕食では調理の段取りを覚え、少しずつ自分で作れるよう支援する。

金銭の使い方は、出納帳に記録することから始める。

実際の日々の支援の中で、具体的にできることと苦手なことを確認していく。

日々の支援の中でも細かなアセスメント、スモールステップでの目標設定、できたことを一緒に確認を繰り返す。

(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。

必要なツール

- 個別支援計画実施表

事例より



自分の人生を取り戻したい

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**

(5) 中間評価と修正

① 個別支援計画の評価

太郎さんへの支援開始から3か月がたち、グループホームのサービス管理責任者は個別支援計画の評価を行う。その際は本人も一緒に評価に参加してもらう。目標をクリアした点、困難な点を、本人に充分説明し、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を検討する。

当初のアセスメントで見落とししていたことや、日々の支援を通して変化してきたことなどがあるはずである。当初とのズレを確認し修正する。

ズレが大きい場合や将来目標が変化した場合は相談支援専門員にも情報提供する。(必要に応じて事業所の個別支援会議に招集する。)

20年間入院生活を送ってきた太郎さんなので、退院後少しずつ自分本来の力を取り戻しつつあるはずである。初期計画の評価は、本人がエンパワメントしているという視点で行う。

(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。


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**

② 個別支援計画の修正

太郎さんの初期計画とのズレを修正する必要がある。太郎さんからはこのような言葉を聴くことが出来た。

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する。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。

(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。


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。

(6) 終了時評価

太郎さんは、グループホームを退所して、一人暮らしをしたいとの願望を持ちはじめた。


グループホームのサービス管理責任者は再アセスメントし、個別支援計画を修正し、支援を行った結果、一人暮らしとなり、グループホームの支援は終結を迎える。

初期から中期（複数）の計画の変遷や日々の支援記録は、その事業所の貴重な財産である。最終的な支援のふり返り（評価）のため、終了時評価をしっかりと作成しておきたい。とはいえ、どのように支援をフェイディング（徐々に手放していく）していくのかという視点も持たなくてはならない。

相談支援専門員による見守り、つまり「地域定着支援」の活用も検討する。サービス管理責任者も、これまで濃密に関わったものとしてフォローアップしていく視点も必要である。平成 30 年度以降は障害者総合支援法の改正により「自立生活援助」の活用も可能となる。


地域の人的資源と関わり、太郎さんの地域生活を支えていける環境をつくる、つまり、太郎さんの地域生活におけるキーパーソンをつくっていく支援が必要である。

(6) 終了時評価

<p>実施方法</p> <ul style="list-style-type: none">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。 <p>必要なツール</p> <ul style="list-style-type: none">終了時評価表	<p>事例より 自分の人生を取り戻したい</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p>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</p><p>支援のふり返り(評価)が重要</p><p>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</p><p>キーパーソンを確認する</p></div> 
---	--

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。



以上、太郎さんのインテークから支援終結まで、サービス管理責任者が何をなすべきかという観点からみてきた。

繰り返しになるが、初期から終結までの計画作成・見直しの過程、日々の支援記録はその事業所の財産である。

そこに新たな発見があるケースや望ましい支援ができたケース、失敗から学べるケースは、是非地域のなかで情報共有し、地域全体の支援力の底上げに役立てていく必要がある。