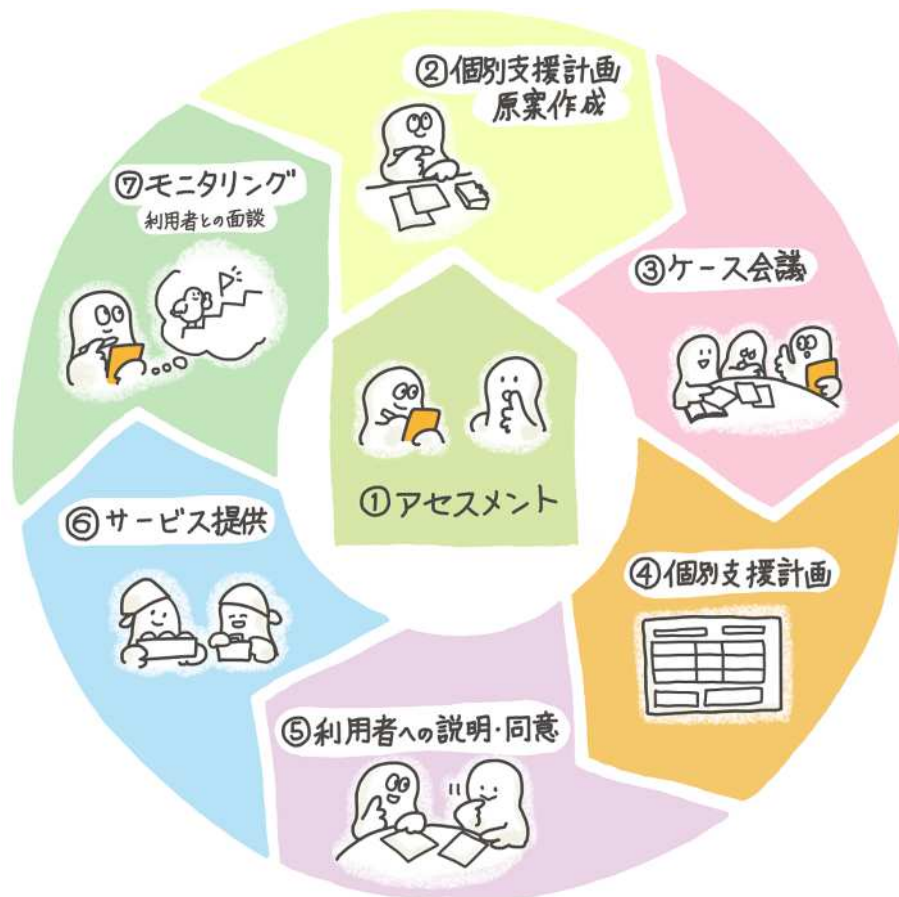




第1回 個別支援計画の作成

利用者の特性等に沿って個別支援計画を作成しサービスを行うことが義務付けられています。
この**個別支援計画**は支援のための**基本中の基本**であり、
その作成等の責任はサービス管理責任者が負うこととなります。
ここでは、個別支援計画作成のサイクルについて解説します。



1. 最初はアセスメントから

● 個別支援計画作成の第一歩

サービス管理責任者は、計画を作成する際にまずアセスメントを行います。アセスメントとは、利用者について情報収集を行い分析することであり、主なポイントを示すと次のとおりです。

- ★利用者が持っている能力（できること、できないこと、など）
- ★利用者が置かれている環境や日常生活全般の状況（家族関係、健康面、など）
- ★利用者の希望する生活（生きがい、人との関り方、嗜好、など）
- ★課題（例：就労上の課題、希望する生活を実現するための課題、など）

これらのことは、あくまでサービス管理責任者自身が把握して評価するものです。利用者やその家族がアセスメントシートに記入しておしまい、ということがないようにしましょう。

事業所が提供する支援サービスの種類などに応じて把握・分析する事項の優先度は異なります。利用者への支援の質を重視して対応して下さい。

● 「自立支援」の考え方について

個別支援計画の作成においては、アセスメントを行ったうえで「利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する」ために支援内容を検討することが求められています。アセスメントの重要性を押さえておくための重要なポイントです。

提供するサービスや利用者の障害特性などの状態によっては、「自立」という考え方に戸惑いを覚えることもあると思います。そのような場合には次の説明を参考にしてください。

「自立」とは、「他の援助を受けずに自分の力で身を立てること」の意味であるが、福祉分野では、人権意識の高まりやノーマライゼーションの思想の普及を背景として、「自己決定に基づいて主体的な生活を営むこと」、「障害を持っていてもその能力を活用して社会活動に参加すること」の意味としても用いられている。

※厚生労働省 社会保障審議会福祉部会第9回〔2004年（平成16年）4月20日〕より

2. 利用者との面接は必須

●面接

面接の前に必ず、面接の趣旨を十分説明して理解してもらうこと

アセスメントにあたっては、利用者との面接が義務付けられています。義務だから面接するのではなく、会って話してみても初めてわかることや気づきがあることを重視してください。

面接の際には、たとえば次のような事柄がとり上げる話題や着眼点として考えられます。

- ・アセスメントシートに沿って利用者の状態を確認する
- ・障害の状態について利用者自身が認識していることと実情にギャップがないか把握する
- ・利用者自身が意思決定をする際にサポートの必要はないか、ある場合にはどのようなサポート（意思決定支援）が必要かを把握する。

利用者が自ら意思決定をすることに困難を抱える場合には、意思決定支援の考え方を取り入れることが望まれます。意思決定支援については厚生労働省からガイドラインが出されていますので、できるだけ参考にしてください。

※厚生労働省「障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン」
（なお、このガイドラインはあくまで助言の位置づけです）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushi/0000159854.pdf>

●支援内容の検討

アセスメントにより利用者の特性・環境・生活について把握し、支援内容を検討します。以下の内容なども併せて検討し、より適切な支援ができるように支援の方針を固めます。

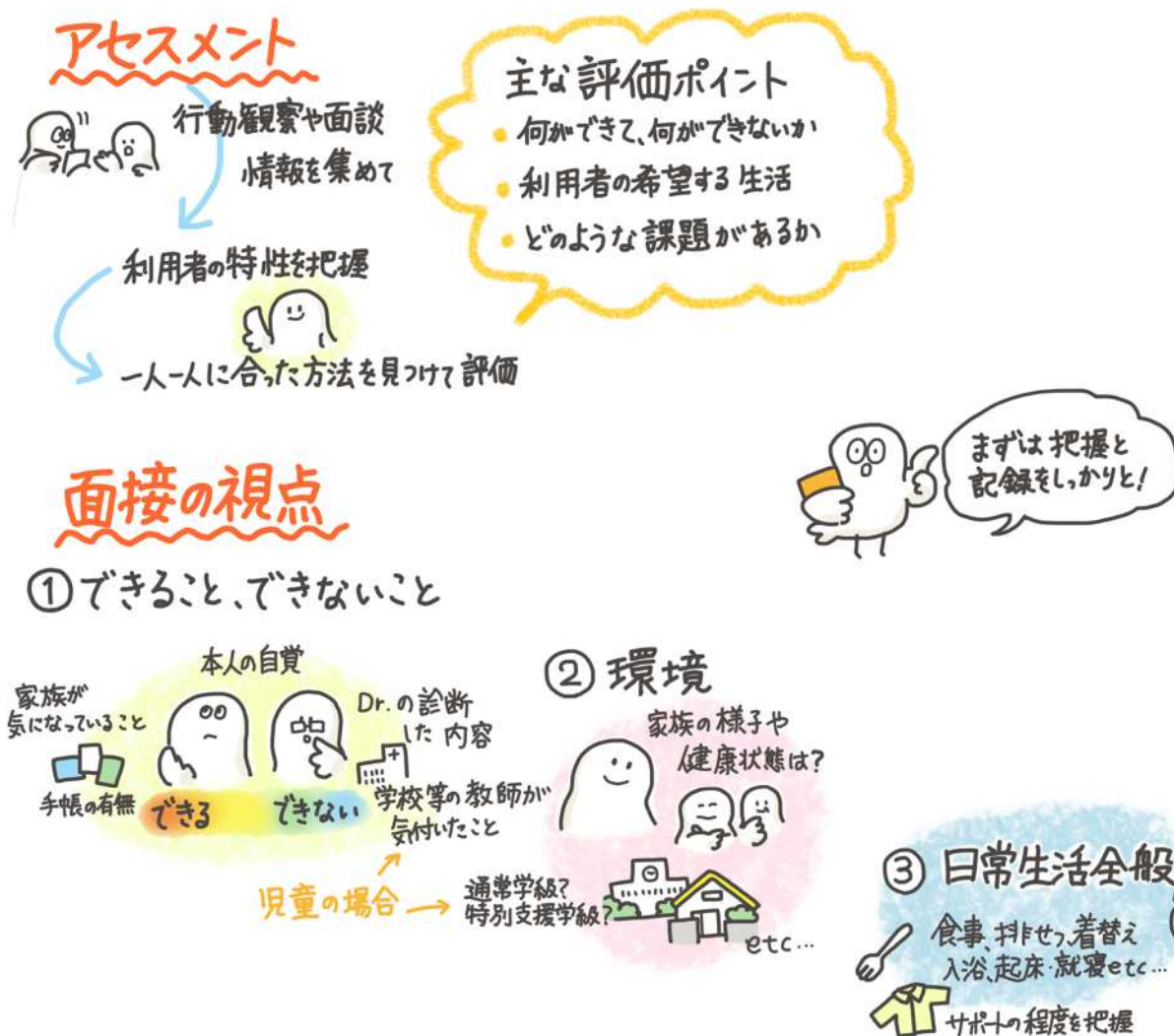
★事業所の専門人材

（従業者の保有資格の状況や、視覚障害者・聴覚障害者・言語機能障害者への支援について専門性を有する従業者の有無、など）

★事業所を利用する際の前提

（通所の場合は送迎の有無・可否、事業所の立地や交通の便など）

個別支援計画の作成 利用者を支援するための基本中の基本



3. 個別支援計画「原案」の作成とケース会議

● 原案の作成

アセスメントを経て、サービス管理責任者は個別支援計画の原案を作成します。

計画に含まれる内容

- ★生活に対する意向（利用者本人・家族）
- ★総合的な支援の方針
- ★生活全般の質を向上させるための課題
- ★支援目標とその達成時期
- ★支援の具体的な内容（行事や日課なども含む）
- ★留意事項など

事業所の外での保健医療サービスやその他の福祉サービスとの連携も忘れないでください

原案の作成



●個別支援計画の書式

書式は、必要な項目が記載されていれば事業所の任意のもので構いません。

(なお、就労継続支援A型については兵庫県の公式ホームページに様式例が公表されています)。

【兵庫県公式ホームページ（就労継続支援A型）】

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf10/syougaijishitei.html>

原案を作成するとともに、作成したことが確認できるように記録として残しましょう。

●ケース会議の開催は個別支援計画の作成に必須のプロセス

サービス管理責任者は、利用者への支援サービスに直接携わる担当者等を招集して会議を開催し、サービス管理責任者が作成した原案について、意見を交換することが義務づけられています。

※基準省令ではケース会議のことを担当者等の会議として定めています。

会議の記録は必須です。担当者が原案に対し、
 どのような意見をだしたのか、
 議論の内容などがわかるように記録を残してください。

ケース会議



実施日
 出席者
 意見(賛成・反対のどちらか)

記録として残す



4. 説明と同意・交付

利用者への説明・同意



サービス管理責任者は、個別支援計画の内容を利用者（またはその家族）に説明し、文書で利用者の同意を得て、そのうえで利用者に交付しなければなりません。

5. モニタリング

モニタリングとは、個別支援計画の実施状況や、利用者の状態になにか変化が生じていないか、といったことを把握することです。モニタリングもサービス管理責任者の重要な役割です。モニタリングの結果、必要に応じて計画の見直しを行います。

●個別支援計画の実施状況をしっかり把握

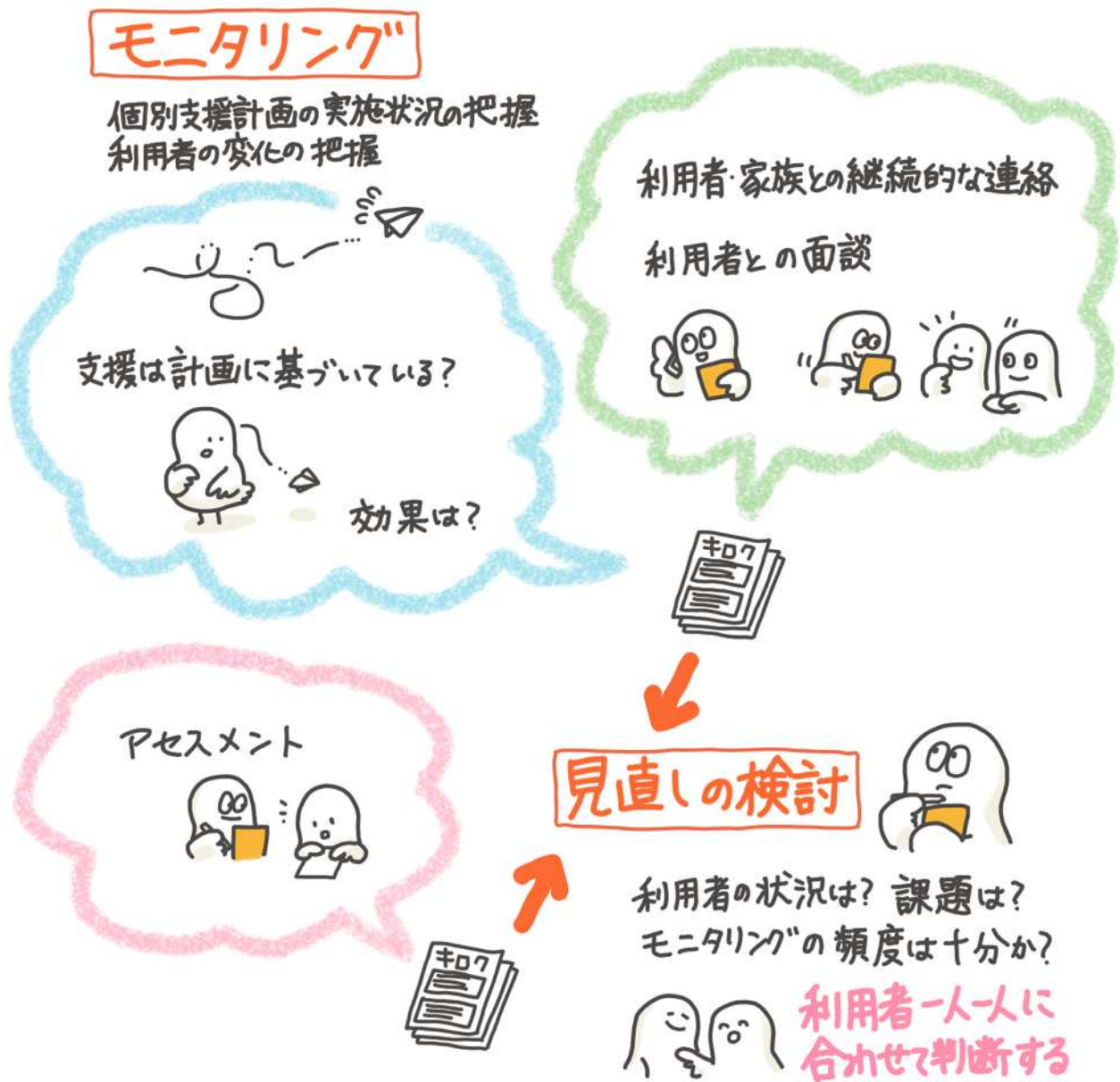
個別支援計画が実際の日々の支援の中でどのように実施されているか、その効果はどうかなどの確に把握しておきましょう。

●見直しのタイミングは、6か月に1回以上

〔自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）または就労移行支援を提供する場合は3か月に1回以上〕

支援計画を実践していく中で継続的にアセスメントを行うこともモニタリングに含まれます。モニタリングを通して個別支援計画の見直し（変更）をすべきかどうかを検討してください。この検討は、少なくとも6か月に1回以上などの頻度で行わなければなりません。

モニタリングでは、利用者本人やその家族との連絡を継続的に行うことが不可欠です。そして定期的に利用者との面接を行うこと、定期的にモニタリング記録を作成することが求められています。



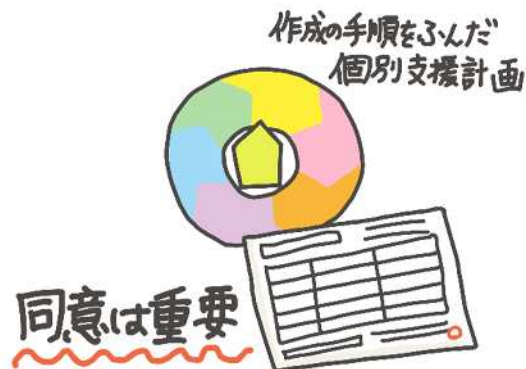
計画を個別支援計画に記載した支援は、支援目標の実現をめざすものです。支援目標が達成できた場合には、新たな目標とその達成時期について検討します。

一方、達成できていない場合には、設定した目標やその達成時期について見直しが必要ないか、引き続き継続することが適切なのか、といった視点をもつようにしましょう。

個別支援計画が作成されないと……

● 個別支援計画を作成せず支援を実施すると、個別支援計画未作成減算の対象に

個別支援計画が作成されないまま支援が実施された場合は、適切な支援をしたとは認められず、個別支援計画未作成減算の対象となります。利用者が初めて支援サービスを利用するときはもちろんのこと、計画の見直し（6か月に1回以上等）を実施した際には必ず個別支援計画を作成してください。



サービス等の利用計画

● サービス等の利用計画

障害者が障害福祉サービスを利用する場合、以下の流れでサービスを受けるのが本来の形です。

- ① 相談支援事業所に所属する相談支援専門員の面接を受ける
- ② 相談支援専門員が作成するサービス等利用計画に、どのような支援をどのくらい利用するのかが記載される
- ③ それに基づいて事業所での具体的な支援サービスの内容が検討される

実際には、サービス等利用計画を自ら作成し（いわゆるセルフプラン）、相談支援専門員との相談を経ることなく利用する事例が少なくありません。受給者証の申請や更新手続きを行う際に、なるべくセルフプランではなく相談支援専門員による相談を受けられるように配慮してください。

よりよい支援のために

● 利用者のさまざまな点に目を行き届かせる

1. 利用者のことを的確に把握する

利用者の心理や健康の状態、家族との関係などは、ちょっとしたことがきっかけで変化したりするものです。状況を常に的確に把握するよう努めましょう。

2. 利用者や家族の相談にのる

利用者や家族の相談に対応することも重要な役割のひとつです。相談を持ち掛けられたときだけでなく、ちょっとしたことを話題にして声掛けするなど、話しやすい雰囲気づくりを心掛けてください。

●他の従業者に指導や助言を行う

サービス管理責任者は、まわりのスタッフにとってのコーチの一面も持っています。具体的な支援方法について指導や助言を行うには、さまざまな知識やノウハウが欠かせません。

技術指導には幅広い知識、ノウハウが必要

たとえば、障害の種類は多種多様です。また、それぞれの障害で程度の軽重もあります。

★障害者手帳の種類

身体障害者手帳 : 1級から6級までの等級がある

療育手帳 : A、B1、B2の区分がある

精神障害者保健福祉手帳 : 1級から3級までの区分がある

など

利用者の障害特性を的確に理解するためには、必要な専門知識を身に付けていなければなりません。

障害者に関する「知識」「情報」は世の中に山ほど…

全てを知っている人なんていない…

こつこつ1つずつ着実に知識やノウハウの幅をひろげていきましょう！

●サービス管理責任者本人も 知識やノウハウを充実化させる研修機会を！

サービス管理責任者は、事業所や施設の中で研修の講師役を担うことが多いと思います。自らが研修受講者になるのは県や市が主催する公的な研修ばかり、ということになっていないでしょうか。

公的な研修は、その多くがルールの周知徹底や不備事例の情報の共有などであって、事業所や施設によって異なる支援サービスの質の向上に直接効果を発揮するようなものではありません。自らの資質の向上のための研修にも参加するようにしましょう。

基準省令では「従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない」と定められています。この「従業者」にはサービス管理責任者ももちろん含まれます。

新規の利用の相談を受ける際には、利用の可否を含めて適切な相談に応じるためにも幅広い知識が必要です。さまざまな障害の特性だけでなく、その特性に応じてどのような支援が効果的であるか、といった知識やノウハウも豊富に持っていることが望まれます。

そうした知識とノウハウに基づいて、支援に直接携わる従業者に技術面での指導を行うほか、支援する際にどうすればいいかアドバイスをすることが求められます。利用者やその家族の相談にのることと、従業者に対して技術指導することは、いわばコインの表と裏の関係にあるといっても言い過ぎではないのではないのでしょうか。

7. サービス提供記録の作成漏れが生じないように

●記録する内容

支援サービスを提供した際には、次のことを提供の都度、記録することが義務付けられています（ただし、施設入所支援で入所している利用者に支援サービスを提供することについては、後日一括して記録することが認められます）。

- ★支援サービスの提供日
- ★支援サービスの内容
- ★その他必要な事項（その他該当ある場合）

支援内容の記録は、提供した具体的な内容がわかるようになっていることが求められます。また、その他の必要な事項とは、たとえば利用者が負担する費用などが該当します。このサービス提供記録については、利用者本人の確認を得ることも必須です。単に「支援しました」「手伝えました」だけでは、具体的な支援の内容とはいえません。

8. 相談に応じたり助言したり…

●適切な相談や助言に必要なこと

利用者本人や家族に対して相談に応じることや、必要があれば助言するなどの援助を行うことが求められています。相談や助言などを適切に行うためには、利用者の心身の状況や本人が置かれている環境のことを的確に把握しておかなければなりません。

9. 病状の急変などの緊急時における対応

利用者がどのような状態にあるのか（心と体と）、利用者を取り巻くさまざまな環境はどうなっているのか（家庭、事業所での過ごし方や対人関係、など）、についてきちんと把握できていないと、いい相談相手にはなれません。積極的に利用者の生活の質の向上を図りましょう。

●協力医療機関との連携

支援サービスを提供している最中に利用者の病状が急変したり、ケガをしたりするなどの事態が生じたら、すぐに医療機関への連絡を行うなど利用者のことを第一に考えて必要な措置を講じてください。協力医療機関との連携がいつでもすぐ取れるようにしておきましょう

こうした緊急時においてどのような対応を行うかは、運営規程に定めていることであり、それに基づいた対応が必要です。もし運営規程に定めてある内容が実情にそぐわないようになった場合は、運営規程を変更するなどの対応を取るようしてください。