

東北地区知的障害者福祉協会 令和6年度 専門研修会

日 時： 令和6年9月12日(木)～13日(金)

会 場： 郡山ビューホテルアネックス

主 催 東北地区知的障害者福祉協会
福島県知的障害者福祉協会



9月12日 1日目のスケジュール

●11:30~12:40 受付

●12:40~13:00 開会式

●13:00~14:40 講義1

『個別支援計画の作成方法』

●14:40~15:00 休憩

●15:00~16:30 講義2

『個別支援計画作成の実際』

●16:30~17:00 事例紹介

●17:00~ 事務連絡

●18:00~ 情報交換会



9月13日 2日目のスケジュール

- 8:30～ 9:00 受付
- 9:00～12:00 グループワーク
- 9:00～ 9:10 自己紹介と役割決め
(司会・記録・報告)

- 9:10～ 9:40

アセスメント内容の確認とロールプレイ

- 9:40～11:20


グループワーク:プランの作成(休憩含む)

- 11:20～11:50 グループからの報告

- 11:50～12:00 講評まとめ

- 12:00～12:20 質疑応答

- 12:20～12:30 閉会




個別支援計画の作成方法

利用者サービスのさらなる向上を目指して

東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科

(一社) 茨城県社会福祉士会 会長

竹之内章代



個別支援計画はなぜ必要か

- 利用者の生活の質を高め、その人らしい生活を保障するため
- 障害者総合支援法による
- 契約の根拠となるもの
- 利用者の理解を深めサービスの質を確保するため
- 実践の証としての記録の役割

個別支援計画とは何か

- 利用者が主体的に、その人らしい生活ができるよう、生活のしにくさの解消やその人の夢の実現に向けて、その人の持てる力を最大限発揮できるように考えられた、その人のニーズに基づいた支援の計画のこと

個別支援計画のプロセス

インタビュー

→アセスメント

→プランニング

→支援の実施

→モニタリング

→再アセスメント・再プランニング

→終結・評価

個別支援計画作成のプロセス －アセスメント1

- アセスメント

→利用者の心身の状態

社会生活の様子

人や社会とのかかわりの様子

社会参加

就労・教育

家族とのかかわりなど

個別支援計画作成のプロセス －アセスメント2

- 利用者自身、家族、その他から得た情報を元に、利用者本人の抱えるニーズを導き出す
- 本人の意見や希望が最優先される
- 本人を取り巻く環境としての家族
- フォーマル資源・インフォーマル資源の把握

//////
個別支援計画作成のプロセス
－プランニング

• プランニング

→アセスメントで得た情報を元に、

生活の目標：長期目標および短期目標の作成

ニーズに優先順位をつけ、

どのようなサービスを、いつ、だれが、どれくらい

実施するのかを決める

//////
個別支援計画作成のプロセス
－支援の実施

• プランに沿って、支援を実施する

→短期目標に日々の実践がどう位置づいているか

一つの課題がクリアになったら、長期目標に従って次の課題は何か吟味する

吟味・検討する資料としての、記録の重要性

情報として開示するものとしての記録

個別支援計画作成のプロセス －評価と再アセスメント

- 実施を通して、
 - 本人は満足しているか
 - 家族は満足しているか
 - うまくいかなかったのはどこか
 - ニーズの捉え、計画作成、実施など各段階で
検証する
- これらを通して、更にアセスメントしプラン、実施を繰り返していく

個別支援計画作成の視点

- 利用者の希望や思いの最優先
- 生活の質が高められるか
- その人のエンパワメントにつながるか
- その人らしさが尊重されているか

知的障害のある方の生活を考える

- 日々の実践より考えること
- その人の文脈を理解すること
- その人らしさを支えること

プランはだれのものか？

「本人のものだ！」とすれば

- 本人の思いを
- だれが
- どのように
- 聞き取るのか？

ことばでのやりとりが難しいとき

- 普段の支援ではどのように「やりとり」をこころがけていますか？
- どのようなチャンネルで対応をしていますか？
- どのように観察することで思いを推測していますか？
- その推測は「本人の思い」に近い？遠い？

意思決定支援

- 障害者の権利条約にあるように「どんなに重い障がいがあっても、意思を持っている」という前提
- その意思をどのように把握したらよいか・・・いろいろな支援をするなかで探っていくこと
- それでも見つからないときに、複数の眼で意思決定支援のための協議をもって考えていく

意思決定支援を妨げるもの

支援者や家族の思い込み

- 当事者視点の欠如
- 「これがあたりまえ」という偏見
- 重度だから・「これでいい」はず

利用者の自分らしい暮らしのために

- 支援者としてのスキルアップ
- チームとしての共通認識
- 施設や組織として「人財」づくり

個別支援計画作成の実際

～サービス管理責任者の視点を踏まえ～

東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科

竹之内章代
(社会福祉士)

サービス提供の基本的考え方

- 本人の意向や家族の要望に基づく達成目標を設定してサービスを提供する
- 利用者のできないことだけでなく、できること、強さに着目する。
- 到達目標を達成するための個別支援計画作成する。
- エンパワメントを高める
- 必要に応じて、関係機関との連携を図りながらサービスを提供する。

サービス提供のプロセス

1. 相談支援時の状況把握
2. アセスメント
3. 個別支援計画の作成→a初期状況の把握、b基本的ニーズの把握、
c 課題の整理
4. 個別支援計画の実施→a到達目標の設定、b個別支援計画の策定
5. 中間評価と修正→a支援計画の中間評価、 b 支援計画の修正
6. 終了時評価
 - * 支援会議の実施

事例の概要

- Aさん 30代後半の女性 ダウン症・知的障害 療育手帳は最重度
- 幼児期は歩行などの訓練のため療育機関に通所、小学校から高校までは地元の養護学校で過ごす。
- 高等部卒業後、地域の通所更生施設に通うが、5年前に父親が亡くなり、ここ2年くらい母親の体調もすぐれず、入所施設への移行を希望している。
- 移動などは一部介助だが、その他のADLについてはほぼ全介助、ことばでの意思伝達は難しい。

事例の概要2

- 家族は、母親と姉の二人。公営アパートに暮らしている。姉は社会人。
- 母としては、なるべく自分が元気なうちは自分のそばにおいておきたい。また、姉には迷惑をかけたくないと思っている。
- 母親の希望は、「体力を維持を心がけて毎日元気に暮らして欲しい」である。
- 夏場は暑さに弱く、食欲も落ちてしまう。

相談支援開始時の状況の把握

実施方法

- 利用者の意向、心身の状況、終了後の計画等について保護者、経由機関から詳しく聞き取りをする。
- 提供される具体的サービス、サービス利用にかかる経費、利用の手続きについて情報提供し同意を得る。
- 個人情報の管理について慎重に行う。

必要なツール

相談受付表

事例より

- 高校卒業時より利用
- これまでの通所施設での様子や生活歴の聞き取りを行う。

サービス管理責任者の視点

- 今までどのようなサービスとのかかわりがあるか。
- 利用者同意の上で、情報提供が行われているか
- 説明が分かりやすいか
- 必要な情報は把握可能か

アセスメント・初期状態の把握

実施方法

- アセスメントシートに基づき適切な評価を行う
- 身体状況や精神発達の状況など客観的な状態把握に努める
- 個人情報の管理の徹底

必要なツール

アセスメントシート

必要に応じた検査や評価表

サービス管理責任者の視点

- 適切な評価項目の選択
- 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

- アセスメントシートによる評価
 - 排泄：定時、
 - 食事：スプーン及びフォーク使用、
 - 入浴：全介助、歩行及び移動：一部介助、
 - コミュニケーション手段：ことばなし
- 生活場面での行動の観察
 - 感覚的になって一人で過ごすことが多い、歩行など不安定で段差につまづく、自発的に何かをすることがみられない

アセスメント・基本的ニーズの把握

実施方法

- アセスメントの評価項目について評価をした本人の状態をふまえ、支援目標に沿ったニーズを把握する
- 本人の思いや保護者の意向を丁寧に聞き取り把握する

必要なツール

アセスメントシート

事例より

- 母親より、歩くことや身体を動かすことを積極的に行って欲しい、体力の維持に努めて欲しい。

サービス管理責任者の視点

- 家族の意向は？
- 必要な情報は収集は？
- データに基づく客観的な分析ができているか

アセスメント・課題の整理

実施の方法

- 利用者の初期状態から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、整理にあたって家族の同意を得ながら進める

必要なツール

- アセスメントシート
- ニーズ整理表

事例より

- 食事や運動など体力を維持するための課題
- やりがいや楽しみ等への支援
- 良好な信頼関係構築のためのコミュニケーション

サービス管理責任者の視点

- データに基づく客観的分析か
- 具体的で適切な課題か

課題の整理

アセスメント項目	現状	ニーズ
健康	夏場食欲が低下し、やせて体力が落ちてしまう。	食欲のない時には、好きな食物を中心に栄養をとり、体力を維持したい。
移動	歩行が不安定で少しの段差でもつまづくことがある。	見守りをしてもらいながら安全で安心な確保したい。
余暇	一人で感覚的に過ごすことが多くなってしまう。	人とのかかわりの中で、趣味・好きなことをみつきたい。
コミュニケーション	ことばでのコミュニケーションは難しいが、人に話しかけられたりかかわられたりすると表情よく応じている。	ことばでのやりとりはできないが、たくさん話しかけられたりかかわられたりすることでコミュニケーションをとりたい。

個別支援計画作成

実施の方法

- 支援項目の課題に基づき到達すべき目標を定める
- 到達目標は、主目標と個別目標から構成
- 到達目標は時間を通した段階を経て達成
- 支援期間と支援内容の観点から作成

必要なツール

個別支援計画書

個別支援計画の作成

	目標	支援内容
健康	食欲を落とさず体力を維持できる	夏場は特に食欲が落ちてしまうので、好きなものを準備し、必要に応じて提供する。
	好きな食物だけでも食べられるようになる。	
移動	見守りによりけがなく移動ができる。	散歩などの活動時、必ず見守りの職員を配置し支えや声かけを行う。
	屋外での移動では見守りによりつまずくことが減る。	
余暇	自分の好きなことや趣味をして余暇を楽しめるようになる。	職員が様々な余暇の過ごし方を提示し好きなことを探る。
	自分の好きなことを見つけられる。	
コミュニケーション	人とかかわりを楽しめ、ことば以外のコミュニケーションが増える。	一人で過ごしている時には職員から声かけやかかわりを行う。
	人からのかかわりが増えることで、一人で感覚的に過ごす時間が減る。	

個別支援計画の実施

実施方法

- 段階を意識した支援
- 支援のペースやスケジュールについては本人の状態を見ながら実施
- 目標の効率的達成に努める
- 支援スタッフの情報交換と役割の明確化

必要なツール

個別支援計画表

サービス管理責任者の視点

- スタッフ間の連携
- 利用者の同意を前提
- 目標の効率的な達成
- 段階を意識した支援か

個別支援計画の実施

健康	納豆やカレーなど、本人の好きなものを用意。
移動	危険なときには回避できる距離にしながら、見守りや声かけを行う。
余暇	感覚を刺激するものや人とのかかわりが多いものを提示。
コミュニケーション	一人で感覚的に過ごす時間が減るよう、職員間で申し合わせ。

モニタリング・個別支援計画の評価

実施方法

- 時期ごとに目標の到達度を評価・分析
- サービスが適切に提供されているか
- 達成度を初期段階と比較して目標を評価
- 利用者の意向や環境の変化も評価

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

- 段階ごとの目標達成度
- 利用者の満足度
- 利用者意向や環境の変化

中間評価と修正・個別支援計画の評価

- 事例より

健康	食欲が落ちることなく体力の維持がはかれた。
移動	支援の続行。
余暇	ボーリングや身体を動かすゲーム等、楽しめることが見つかった。
コミュニケーション	支援の続行。

モニタリングに基づく修正

実施方法

- 到達目標を達成するための個別支援計画プログラムを修正
- サービス内容を修正
- 修正は段階や支援内容から修正や変更をする
- 利用者に修正や変更の同意を得る

必要なツール

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

- 適切な修正か
- 利用者の同意があるか

中間評価と修正・個別支援計画の修正

- 事例より

健康	散歩等の適度な運動により、体力の維持をはかる。
移動	支援の続行。
余暇	好きなことを継続的に提示するとともに、新たに楽しめることを探る。
コミュニケーション	支援の続行。

終了時評価

実施内容

- 到達目標達成度を含めた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、行われない場合の原因は何か
- 利用者の満足度から
- 評価を次に繋げる

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
- 適切なサービス提供か
- 利用者満足度は
- 事例としてまとめ今後の参考となるか

終了時評価

- 事例より

健康	体力を維持し、生活できた。
移動	声かけや見守りにより、つまづくことが減った。
余暇	ボーリング・身体を動かすこと・買い物に行っておやつを買うことなど幾つか楽しめることが見つかった。
コミュニケーション	人とのかかわりが増え、感覚的に過ごす時間が少なくなった。

サービス管理責任者が行う評価

- 質の高いサービスの提供
 - ・利用者や家族の満足度
 - ・要望、苦情解決の件数
 - ・サービスの質の第三者評価の導入
- 職員の質の向上
 - ・資格取得の促進による有資格者数
 - ・OJT, OFF-JTの実施件数
 - ・部内外研修、自主研修の実施件数(時間)
- 事業の推進
 - ・利用者数の増減
 - ・事業所、利用者と社会資源との関係図の作成
 - ・他の関係機関、事業と連携した件数(支援会議)

個別支援計画作成のまとめ
