

令和6年度 大阪府障がい児等療育支援事業
「地域別交流(研修)会」

「今、求められる個別支援計画の立て方」

NPO法人サポートグループほわほわの会
かざみどり相談室
主任相談支援
宮崎充弘

【児童発達支援管理責任者の役割】

職員の育成、事業所のサービス管理等【組織】

- 人材育成を担う、職員が力を発揮できる組織作りの役割

サービス提供のプロセスの管理【間接支援】

- 個別支援計画の質を担保する役割

関係機関との連携【関係機関】

- 事業所、利用者、障がいのある人を地域社会との橋渡しの役割

その他

- 管理者とも協同し、事業所としてのサービスの質の向上に取り組む役割

7つのセクション

7つを実施していくことで本人中心に近づいていくことを体験しましょう

1. 個別支援計画の作成

- ①ガイダンス サービス提供プロセス ➡本人中心支援の基礎
- ②サービス担当者会議への参加準備 ~利用者概要の把握~
- ③サービス担当者会議参加~アセスメントの深化と生活全体のニーズ把握~
- ④個別支援計画作成にあたり本人との面接~事業所におけるニーズ把握~
- ⑤個別支援計画の作成・説明

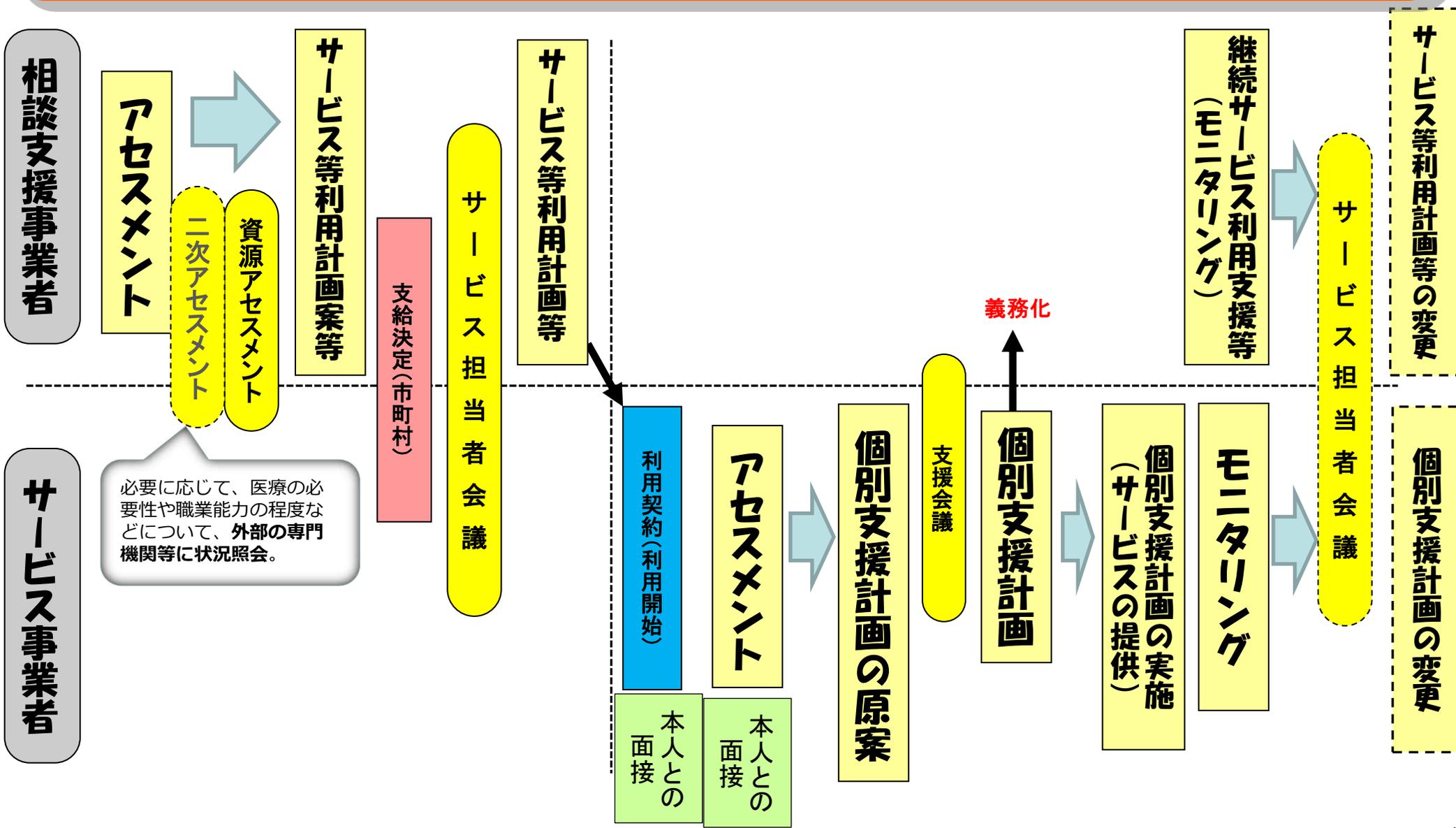
2. 個別支援計画の実施状況の把握（モニタリング）

及び記録方法

- ⑥サービス担当者会議（モニタリング） ~追加情報の提示~
- ⑦個別支援計画修正案の作成

本人中心支援の基礎

指定特定相談支援事業者(計画作成担当)及び障害児相談支援事業者と 障害福祉サービス事業者の関係

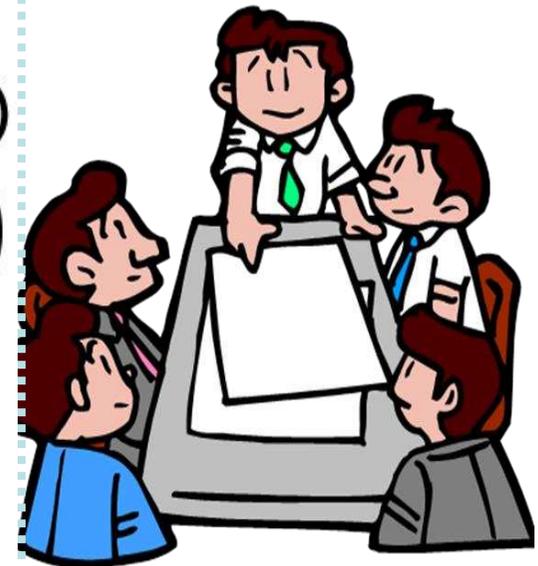


児童発達支援管理責任者等の立位置



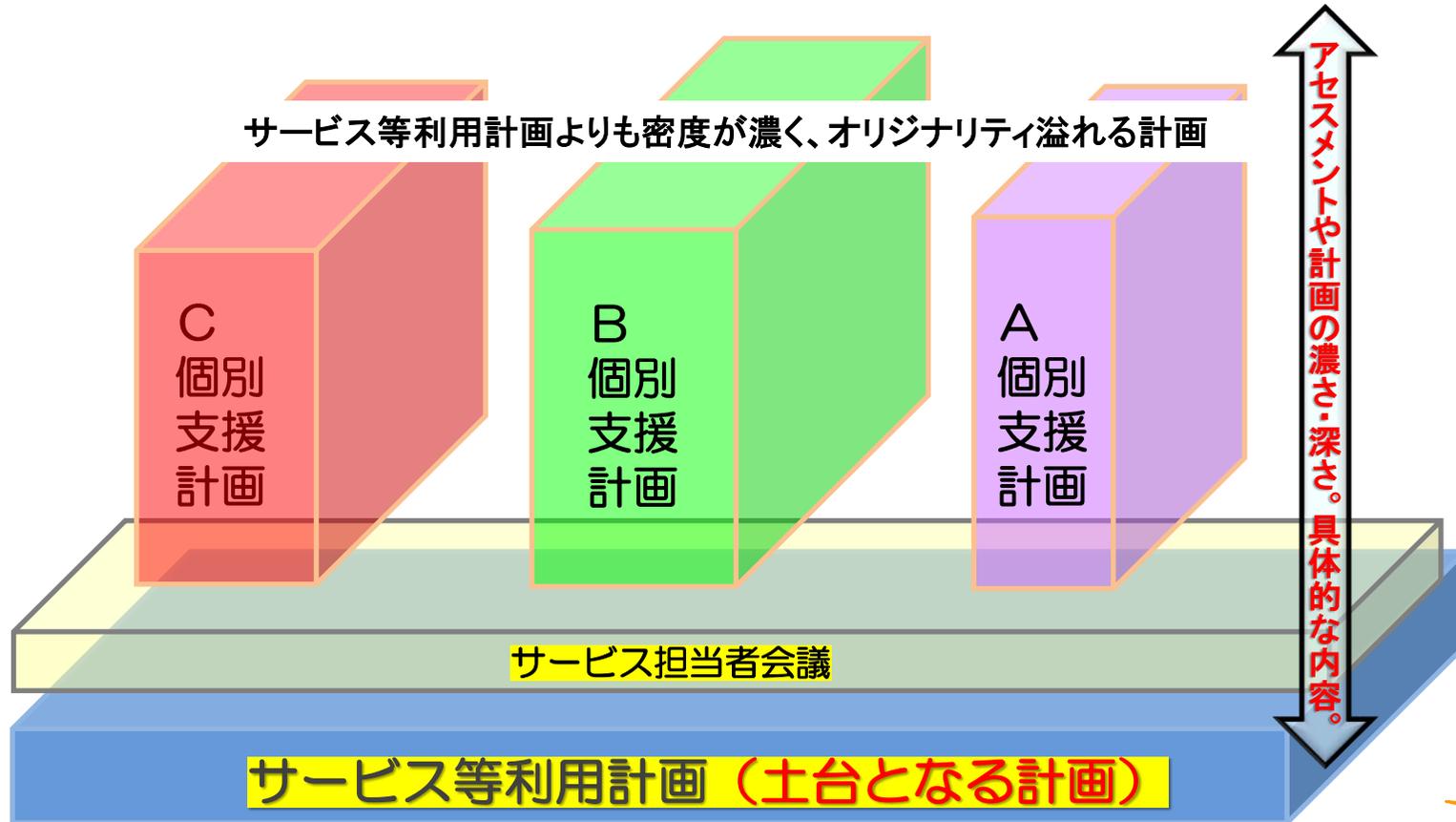
サービス担当者会議

サービス担当者会議
や事業所内の支援会
議を活用しながらサビ
児管の様々な役割を
果たしていきたいわ



支援会議

～サービス等利用計画と個別支援計画～



【個別支援計画】

生活全般を見ながら本人の願いをかなえるために、必要なアセスメントをさらに深め、個別なニーズに対し、より具体的な支援内容を盛り込んだもの

【サービス等利用計画】

生活全般をアセスメントし本人の願いを中心に生活や支援の全体像、将来像を考慮しながらトータルに示したもの

住まい 日常生活 日中活動 医療・健康 金銭面 趣味・遊び 相談相手 対人関係 安全 家族希望 地域状況 等々

幅の広い相談支援専門員のアセスメント(生活の幅)

繋がりを意識！

児童発達支援管理責任者の業務 関係機関との連携

- 「サービス担当者会議（障がい児支援利用計画作成会議）」への参加
 - ・ 相談支援専門員と連携し、支援チームによるネットワーク構築に寄与
 - ・ 専門的な見地から意見を述べてアセスメントを深める
- ⇒「障がい児支援利用計画」の作成に協力するとともにそれを踏まえて「個別支援計画」を作成することで、**地域や外部につながる支援になっていく**



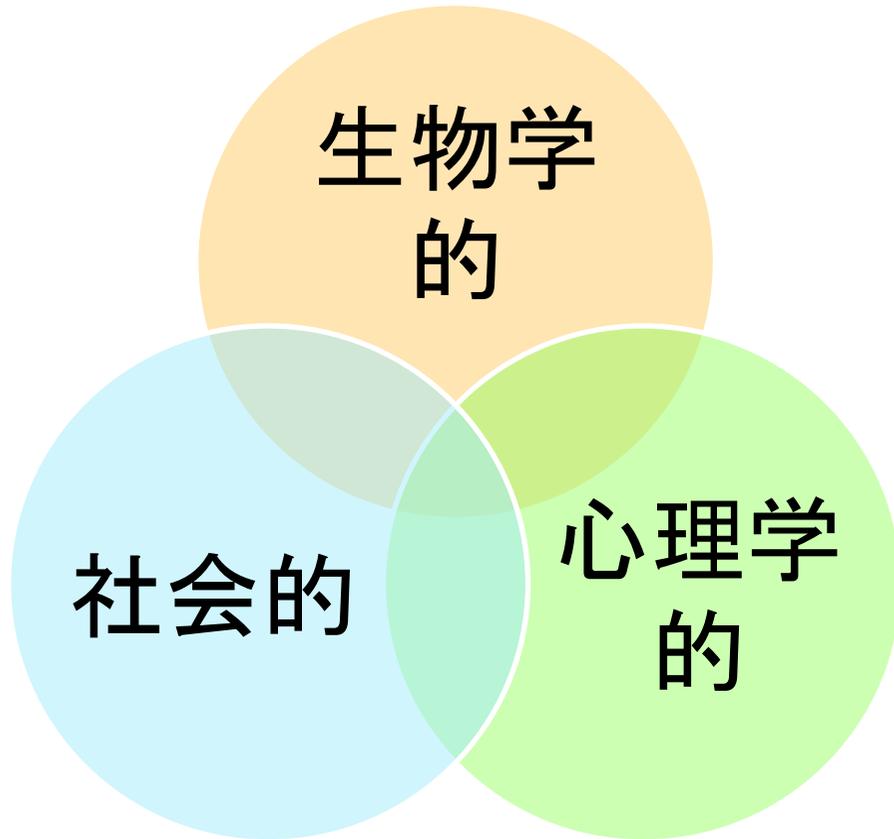
つまり、顔の見える関係の“顔”になるってことですね！

サービス担当者会議に参加する際のポイント

1. サービス利用に至る経過を、相談支援専門員の説明により確認する。
 2. 本人の意向について、本人のことばにより確認する。
 3. 家族の意向について、家族のことばにより確認する。
 4. 相談支援専門員によるアセスメント内容やニーズ整理について不明な点を確認したり、意見を述べる。
 5. サービス等利用計画案に示されている支援の方向性や必要な支援内容の全体像について確認する。
 6. 自らの事業所に求められていることについて確認するとともに、対応可能なことと、現状では難しいことなどについて意見を述べる。
 7. 今後のスケジュールについて確認する。
- ※準備をした質問や意見を必ずしも実行する必要はありません。本人や家族の状況、会議の進行状況に応じて判断が必要です。

本人参加が原則！
児童の場合は保護者も。

アセスメントの範囲例



【生物学的】

・脳、身体、神経、発達、疾病、
遺伝、障害

【社会的】

・家族、リアルの友人、学校、
ゲーム(仲間)、クラスメイト、
近所付き合い、 環境

【心理学的】

・感情、認知、行動、心理、性格、
モチベーション、好み等

ライフストーリー

ここに、生活スキル・作業スキル・ビジネススキルなどの分野別のアセスメントが加わる

アセスメント(ニーズ整理)がポイント

児童発達支援におけるアセスメントのポイント

～児童発達支援ガイドラインに示された「本人支援」～

障害のある子どもの発達の側面から、「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」の5領域において、将来、日常生活や社会生活を円滑に営めるようにすることを大きな目標として支援。

(ア)健康・生活

- (a)健康状態の把握
- (b)健康の増進
- (c)リハビリテーションの実施
- (d)基本的な生活スキルの獲得
- (e)構造化等により生活環境を整える

(イ)運動・感覚

- (a)姿勢と運動・動作の基本的技能の向上
- (b)姿勢保持と運動・動作の補助的手段の活用
- (c)身体の移動能力の向上
- (d)保有する感覚の活用
- (e)感覚の補助及び代行手段の活用
- (f)感覚の特性(感覚の過敏や鈍麻)への対応

(ウ)認知・行動

- (a)視覚、聴覚、触覚等の感覚や認知の活用
- (b)知覚から行動への認知過程の発達
- (c)認知や行動の手掛かりとなる概念の形成
- (d)数量、大小、色等の習得
- (e)認知の偏りへの対応
- (f)行動障害への予防及び対応

(エ)言語・コミュニケーション

- (a)言語の形成と活用
- (b)受容言語と表出言語の支援
- (c)人との相互作用によるコミュニケーション能力の獲得
- (d)指差し、身振り、サイン等の活用
- (e)読み書き能力の向上のための支援
- (f)コミュニケーション機器の活用
- (g)手話、点字、音声、文字等のコミュニケーション手段の活用

(オ)人間関係・社会性

- (a)アタッチメント(愛着行動)の形成
- (b)模倣行動の支援
- (c)感覚運動遊びから象徴遊びへの支援
- (d)一人遊びから協同遊びへの支援
- (e)自己の理解とコントロールのための支援
- (f)集団への参加への支援



専門性...

障がい児支援の基本理念

(1)	障がいの特性を踏まえたニーズに応じた発達支援の提供	○こどもの発達全般や障がいの特性・行動の特性等を理解し、こどものウェルビーイングの向上につながるよう、必要な発達支援を提供すること。 ○こどもの特性に合わない環境や不適切な働きかけにより二次障がいが生じる場合があることを理解した上で支援を提供するとともに、こども自身が内面的に持つ力を発揮できるよう、エンパワメントを前提とした支援をすること。
(2)	合理的配慮の提供	○障がいのあるこどもや保護者と対話を重ね、物理的な環境や意思疎通、ルールや慣行など、何が障がいのあるこどもの活動を制限する社会的なバリアとなっているのか、また、それを取り除くために必要な対応はどのようなものがあるか、などについて検討していくこと。
(3)	家族支援の提供	○家族の支援にあたっては、こどもの支援と同様、家族のウェルビーイングの向上につながるよう取り組んでいくこと。家族自身が内面的に持つ力を発揮できるよう、エンパワメントを前提とした支援をすること。
(4)	地域社会への参加・包摂(インクルージョン)の推進	○障がい児支援だけでなく、こども施策全体の中での連続性を意識し、こどもの育ちと個別のニーズを共に保障した上で、インクルージョン推進の観点を持ちながら、こどもや家族の意向も踏まえ、保育所、認定こども園、幼稚園等の一般のこども施策との併行利用や移行に向けた支援や、地域で暮らす他のこどもとの交流などの取組を進めていくこと。
(5)	事業所や関係機関と連携した切れ目ない支援の提供	○こどものライフステージに沿って、地域の保健、医療、障がい福祉、保育、教育、社会的養護、就労支援等の関係機関や障がい当事者団体を含む関係者が連携を図り、切れ目のない一貫した支援を提供する体制の構築を図ること。

放課後等デイサービスってなに？

・児童福祉法 第6条の2の2 ③

この法律で、放課後等デイサービスとは、学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する学校（幼稚園及び大学を除く。）に就学している障害児につき、授業の終了後又は休業日に児童発達支援センターその他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他の便宜を供与することをいう。

放課後等デイサービスガイドライン

○ モニタリングにより、放課後等デイサービス計画の見直しの必要性が判断された場合は、放課後等デイサービス計画の積極的な見直しを行う。その際、支援目標の設定が高すぎたのか、支援内容があっていなかったのか、別の課題が発生しているのか等の視点で、これまでの支援内容を評価し、今後も支援内容を維持するのか、変更するのかを判断していく。放課後等デイサービスの必要性が低くなった場合は、終結を検討する。なお、支援内容の変更や終結時には、設置者・管理者へ報告する。

○ 終結に当たっては、放課後等デイサービスの支援内容等について、関係機関・団体に引き継ぐことが必要である。終結に当たってのモニタリングは、障害児相談支援事業所、学校、子ども、保護者とともに行っていくことが望ましい。

障害者の意思決定支援を推進するための方策

意思決定支援の推進（運営基準への位置づけ）

障害者の意思決定支援を推進するため、「障害福祉サービス等の提供に当たっての意思決定支援ガイドライン」を踏まえ、相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準において、以下の規定を追加する。

【取扱方針】

- 事業者は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の意思決定の支援に配慮するよう努めなければならない。

【サービス等利用計画・個別支援計画の作成等】

- 利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、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上での適切な支援内容の検討をしなければならない。
 - 利用者の希望する生活や課題等の把握（アセスメント）に当たり、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に意思決定支援を行うため、当該利用者の意思及び嗜好並びに判断能力等について丁寧に把握しなければならない。
 - 相談支援専門員やサービス管理責任者が行うサービス担当者会議・個別支援会議について、利用者本人が参加するものとし、当該利用者の生活に対する意向等を改めて確認する。
- ※ 障害児者の状況を踏まえたサービス等利用計画・障害児支援計画の作成を推進する観点から、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者が作成した個別支援計画について相談支援事業者への交付を義務付け。

【サービス管理責任者の責務】

- サービス管理責任者は、利用者の自己決定の尊重を原則とした上で、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に利用者への意思決定支援が行われるよう努めなければならない。
- ※ 障害児通所支援、障害児入所施設についても、障害児及びその保護者の意思の尊重の観点から、上記に準じた規定を追加。

(参考) 障害者の意思決定支援のプロセス 相談支援専門員・サービス管理責任者が、利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、計画を検討



※相談支援専門員によるモニタリングについて、地域移行に向けた意思決定支援や重度の障害等のため頻回な関わりが必要な者は標準より短い期間で設定が望ましい旨例示

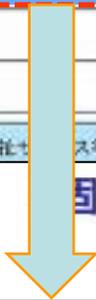
意思決定を支えるということとは

- 児童福祉法 第6条の2の2
- 社会生活力の支援について
- 意思決定を支えることは将来の生活にとっても大きな影響があることを、どこまで理解と想像力をもち、支援者が余裕をもって本人の意思表出を見逃さないか、家族が本人の意思を尊重できる環境とはどんな環境なのか がポイント。
- 意思決定したくなるような支援（育み）

サービス等利用計画と個別支援計画のつながり

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(例)

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上乗額	計画作成担当
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	
計画作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意書
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)		
総合的な援助の方針		
長期目標		
短期目標		



優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	地域	福祉サービス等	課題解決のための
------	-----------------	----	---------	----------

個別支援計画

作成年月日 / /

利用者氏名: _____

サービス等利用計画の総合的な方針

長期目標(内容・期間等) * 必要に応じてサービス利用終了時の目標を加える。

短期目標(内容・期間等)

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者	優先順位

(別添)

利用者氏名：

参考様式

個別支援計画書

作成年月日： 年 月 日

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>自事業所の「総合的な支援の方針」を書く。</p>	<p>自分の事業所の様式を確認しましょう！</p>
総合的な支援の方針		
長期目標 (内容・期間等)	<p>* 別で「サービス等利用計画の総合的な援助の方針」の欄もあると良い。</p>	支援の標準的な提供時間等 (曜日・頻度、時間)
短期目標 (内容・期間等)		<p>生活介護は記入必須 (生活介護の記載例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供時間 4時間 ・送迎に係る配慮 1時間 ・障害特性に係る配慮 30分 ・送迎時の移乗等 30分 <p>合計のサービス提供時間 6時間</p>

○支援目標及び具体的な支援内容等

項目	支援目標 (具体的な到達目標)	支援内容 (内容・支援の提供上のポイント等)	達成 時期	担当者 提供機関	留意事項 (本人の役割を含む)	優先 順位
<p>支援をカテゴリー化して記載する等の工夫に</p>		<p>使い方は任意だが、左に支援内容、右側にポイントを書く等。</p>				

提供するサービス内容について、本計画書に基づき説明しました。

本計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意しました。

サービス管理責任者氏名：

年 月 日

(利用者署名)

押印廃止

個別支援計画

利用者氏名: _____

作成年月日 _____ / _____ / _____

サービス等利用計画の総合的な援助の方針

長期目標(内容・期間等) * 必要に応じてサービス利用終了時の目標を加える。

短期目標(内容・期間等)

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者	優先 順位

上記の計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意します。

____年 ____月 ____日 利用者氏名 _____ 印

____サービス管理責任者氏名 _____ 印

利用児氏名：

参考様式

個別支援計画書

作成年月日： 年 月 日

利用児及び家族の生活に対する意向	<p style="text-align: center;">個別支援計画別表の時間区分に関する記載も必要。</p>	
総合的な支援の方針		
長期目標 (内容・期間等)		支援の標準的な提供時間等 (曜日・頻度、時間)
短期目標 (内容・期間等)		

○支援目標及び具体的な支援内容等

項目	支援目標 (具体的な到達目標)	支援内容 (内容・支援の提供上のポイント・5領域(※)との関連性等)	達成時期	担当者 提供機関	留意事項 (本人の役割を含む)	優先順位
本人支援						
本人支援						
家族支援						
移行支援						

「本人支援」「家族支援」「移行支援」は必ず記載。
「地域支援・地域連携」は必要に応じて記載。

支援内容と5領域の関連性を記載。
複数にまたがる場合は複数に記載。

※5領域の視点「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」

提供する支援内容について、本計画書に基づき説明しました。

本計画書に基づき支援の説明を受け、内容に同意しました。

児童発達支援管理責任者氏名：

年 月 日 (保護者署名)

押印廃止

個別支援計画作成のポイント

- **子どもの(障がい児)支援利用計画、サービス等利用計画に基づき個別支援計画作成。**
- **本人や家族のニーズがきちんと反映されているか？**
- **支援者側の押し付けになっていないか？**
- **本人や子どもの場合は、家族を中心とした計画を、本人、家族と一緒に作っていく過程こそが大切。本人や、家族が分かりやすい言葉で書く。場合によってはイラストを入れる！**
- **支援内容を抽象的な言葉でごまかさない。**
(例：安定した生活、慣れる、楽しい暮らし、薬がちゃんと飲めるように・・・etc。但し、家族、特に母親の精神状態から判断して、意図的に支援目標の表現をあえて抽象的にしていくことも必要になることがあります。)
- **発達支援の視点を必ず意識した上で、具体的な目標、期間を設定する。**
→ 内容が具体的であるほどに家族はストレスになる場合もあります。示された側の気持ちも考えて、目標や期間の設定はしていきましょう。また、言葉の表現・使い方も気をつけ、何度も見直しをしていきましょう。
- **家族や周囲の持つ力を引き出し、子育てや支援を少しでも前向きに考える計画になっているか。**
→ スモールステップで着実に進むということではなく、いくつかの達成可能な目標を示しながら、その優先順位を共に考え、互いに納得した上で、一つ一つゆっくりと取り組んでいくことが、長期的に考えると大切です。また、子どもの成長にも、家族の気持ちにも、「停滞」「立ち止まり」「休憩」は必要です。あえて「向上」を目指さずに、子どもと家族の気持ちを和らげる時期を意識できるといいですね。
- **本人や家族が出来ること、出来そうなことは、温かなまなざしで見守る。**
→ 要望があったから支援を行うというものではないけません。話を聞き、寄り添うだけでも立派な支援になることは、多いものです。

個別支援計画

利用者氏名:

作成年月日 / /

障がい児支援利用計画の総合的な援助の方針

到達目標

長期目標(内容・期間等) * 必要に応じてサービス利用終了時の目標を加える。

短期目標(内容・期間等)

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者	優先 順位
【主語】 ご本人	【主語】 ご本人	【主語】 支援者			
家族	家族	支援者			
地域	地域	支援者			

上記の計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意致しました。

年 月 日

利用者氏名

印

サービス管理責任者氏名

印

個別支援計画案

利用者氏名: _____

作成年月日 _____ / _____ / _____

サービス等利用計画の総合的な方針

長: _____ 用終了時の目標を加え

短: _____

本人の強みを活かして役割を！

**事業所や職員の強みを活かして！
(今回はアドリブOK)**

具体的な到達目標 _____ 計画等

具体的到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者	優先順位
・話す機会があること		役割が発揮できる配慮・工夫は？			
具体的到達目標	— 本人の役割 = 支援内容				
					

上記の計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意します。

年 月 日

利用者氏名

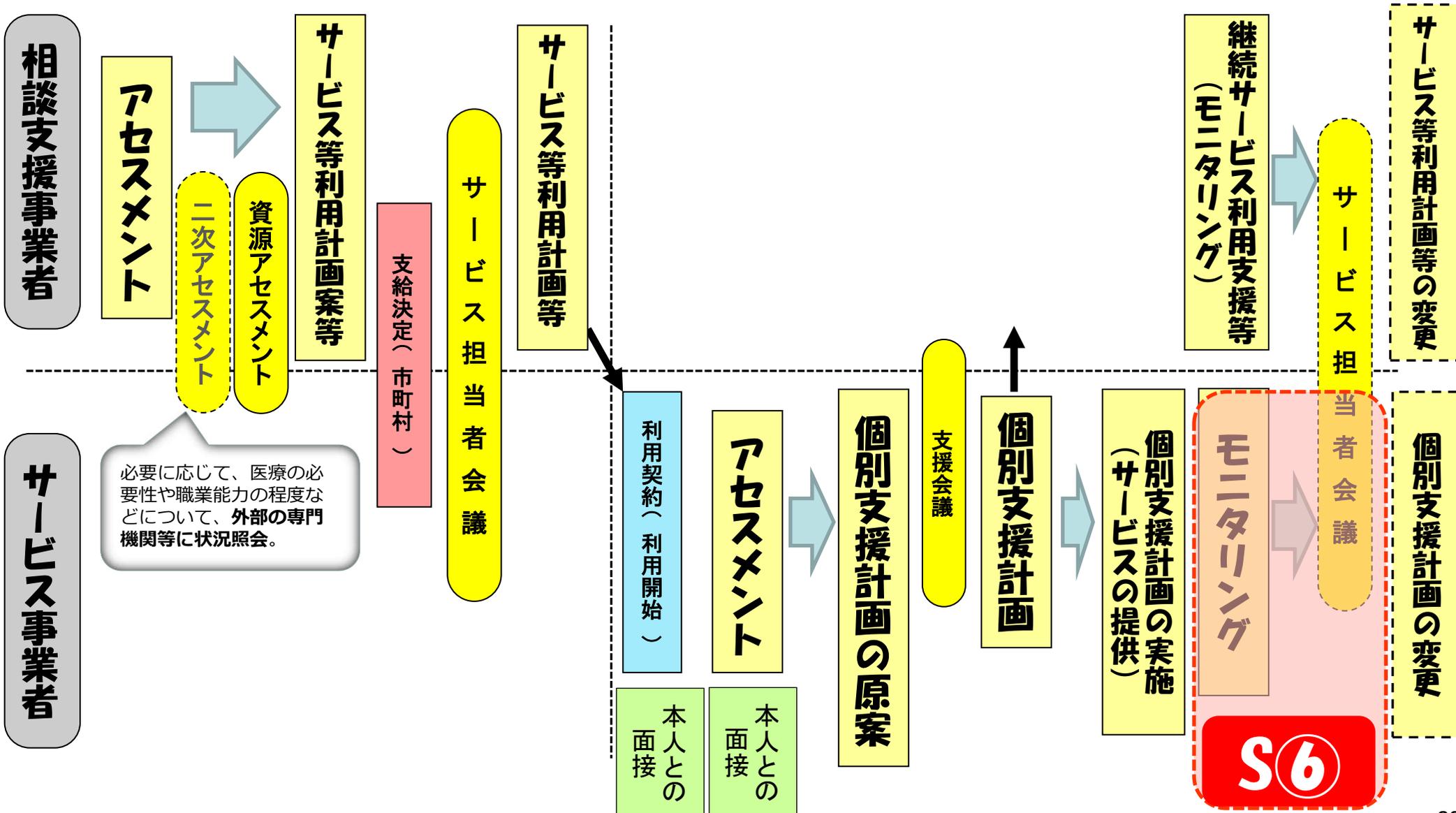
印

サービス管理責任者氏名

印

個別支援計画の実施状況の把握 (モニタリング)及び記録方法

指定特定相談支援事業者(計画作成担当)及び障害児相談支援事業者と 障害福祉サービス事業者の関係





モニタリングはいつから始めるの？

当事者の生活は日々変化し、個別支援計画通りに生活が継続されるのはごく稀です。そのため生活の変化を見守り、必要に応じて計画を見直すのがモニタリングです。モニタリングは、初期モニタリング、定期モニタリング、終結に向けたモニタリングがあります。

●初期モニタリング（サービスが提供された直後から実施されます）

- ・ 計画に基づく支援によって当事者の生活が安定しているか
- ・ 利用者を取り巻く環境に変化はないか
- ・ 支援内容は実施されているか

●定期モニタリング（月1回～半年に1回等、定期で実施）

- ・ 新たなニーズが発生していないか
- ・ 生活の中でのアクシデントに柔軟に迅速に対応できているか
- ・ 支援によって当事者の生活スキルの向上が見られているか
- ・ 支援内容は適切かどうか 等

●終結に向けたモニタリングでは（計画実施期間終了前）

- ・ 計画された目標が達成されているか
- ・ もし達成に向かっていない場合、その原因は何かを明らかにします。

しかし、実はサビ児管は、常にモニタリングを求めている
また日本には四季があるため、最低でも3か月に1回はモニタリングをした方がよい

モニタリングシート（中間評価用）

	具体的到達目標	達成状況評価				達成できている点と未達点 (未達成点は要因も記載)	今後の支援の方向性
		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		
1		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		<ul style="list-style-type: none"> ・継続 or 一旦中止 or 変更 ・変更案：
2		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		<ul style="list-style-type: none"> ・継続 or 一旦中止 or 変更 ・変更案：
3		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		<ul style="list-style-type: none"> ・継続 or 一旦中止 or 変更 ・変更案：
4		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成		<ul style="list-style-type: none"> ・継続 or 一旦中止 or 変更 ・変更案：

モニタリングシート（中間評価用）

	具体的到達目標	達成状況評価			達成できている点と未達成 (未達成点は要因も記載)	今後の支援の方向性
		達成	ほぼ達成	一部達成		
1	個別支援 計画 から転記	達成	ほぼ達成	一部達成	未達成	<ul style="list-style-type: none"> ・継続 or 一旦中止 or 変更 ・変更案：
2		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成	<ul style="list-style-type: none"> ・継続 or 一旦中止 or 変更 ・変更案：
3		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成	<ul style="list-style-type: none"> ・継続 or 一旦中止 or 変更 ・変更案：
4		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成	<ul style="list-style-type: none"> ・継続 or 一旦中止 or 変更 ・変更案：

達成されている状態は

プロセスが大切

どのように達成したか？

エンパワメントの視点

今後の方向性等

環境因子に着目した記載

新たなニーズの視点

利用者・家族への説明のポイント

- 本人に**分かりやすい言葉**で説明する。
- **総合的な支援の方針を確認**することで、サービス等利用計画に基づき作成したことを確認する。
- 本人のニーズがきちんと反映されていることを、**どのような過程を経て、何を根拠として支援内容を組み立てたかについて説明する。**
- 目標を分かりやすく説明することで、何のための支援かを明確化する。
- 支援内容を抽象的な言葉ではなく、具体的な場面などを想定して説明する。

アンビバレント(矛盾)

本人のニーズを確認したり、モニタリングをする中で、時折、ご本人が矛盾したことを話す時があります。アンビバレントの場合、以下のことを確認しましょう。

- ・アンビバレントの間隙にニーズがあるのかもしれませんが。
- ・ニーズ、意思は揺らいでいく

(例)

- ・本人の立場から考えると、どっちも進めたいこともあるのでは？
- ・グループホーム、就労B型でそれぞれでできることは？
- ・グループホーム、就労B型で連携してできることはないか？

個別支援計画（まとめ説明）

- わかりやすい（やさしい日本語の視点）
- 個別支援の視点
- 家族と地域へのアプローチ
- 意思決定の支援について