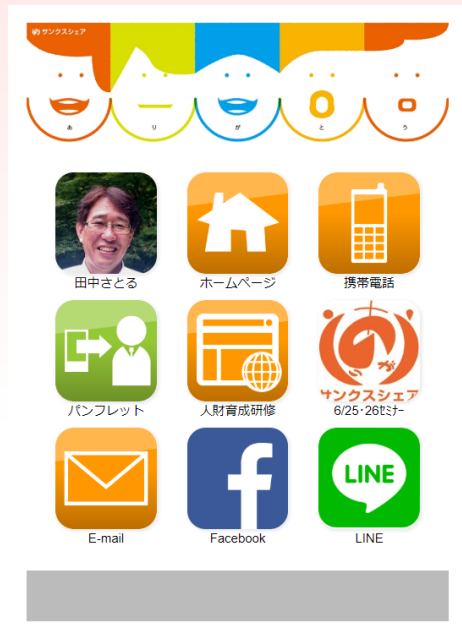


# 計画作成のポイント

～改めてケアマネジメントプロセスを振り返ろう～



R7.7.4

オトナの学校



相談支援事業所サックスシェア  
相談支援専門員 田中 聡



# ケアマネジメントプロセス



# ケアマネジメントプロセス

## 1. インテーク（初回面談）：

利用者の相談を受け、現状やニーズを把握

## 2. アセスメント（評価）：

利用者の状態やニーズをより詳細に評価し、課題を明確化

## 3. ケアプラン作成：

利用者の課題や目標に基づき、具体的な支援内容を盛り込んだケアプランを作成

## 4. ケアプランの実施・管理：

ケアプランに基づき、サービス提供を調整し、モニタリングを実施

## 5. モニタリング・再アセスメント：

ケアプランの実施状況を定期的に見直し、必要に応じてケアプランを修正

## 6. 終結：

支援の必要性がなくなった場合、ケアマネジメントを終了

# インテークとアセスメント

【インテーク】 = 初回面談

申請者(=サービスを利用しようとする人)のニーズを吟味し、サービス提供の可否を決定するために行われる援助過程の入り口

インテークの目的：サービス利用の検討と**合意**をすること

アセスメントの目的：適切な利用計画を作成する上での情報収集、見立てをすること

## アセスメントの定義

「一つ一つの情報を自分なりに解釈し」 + 「それらを組み立て」  
生じている問題の成り立ち（メカニズム）をまとめ上げ、

- ・ 支援課題を抽出すること
- ・ その人がどんな人で、どんな支援を必要としているのかを  
明らかにすること

【アセスメントをする際の3つの軸】

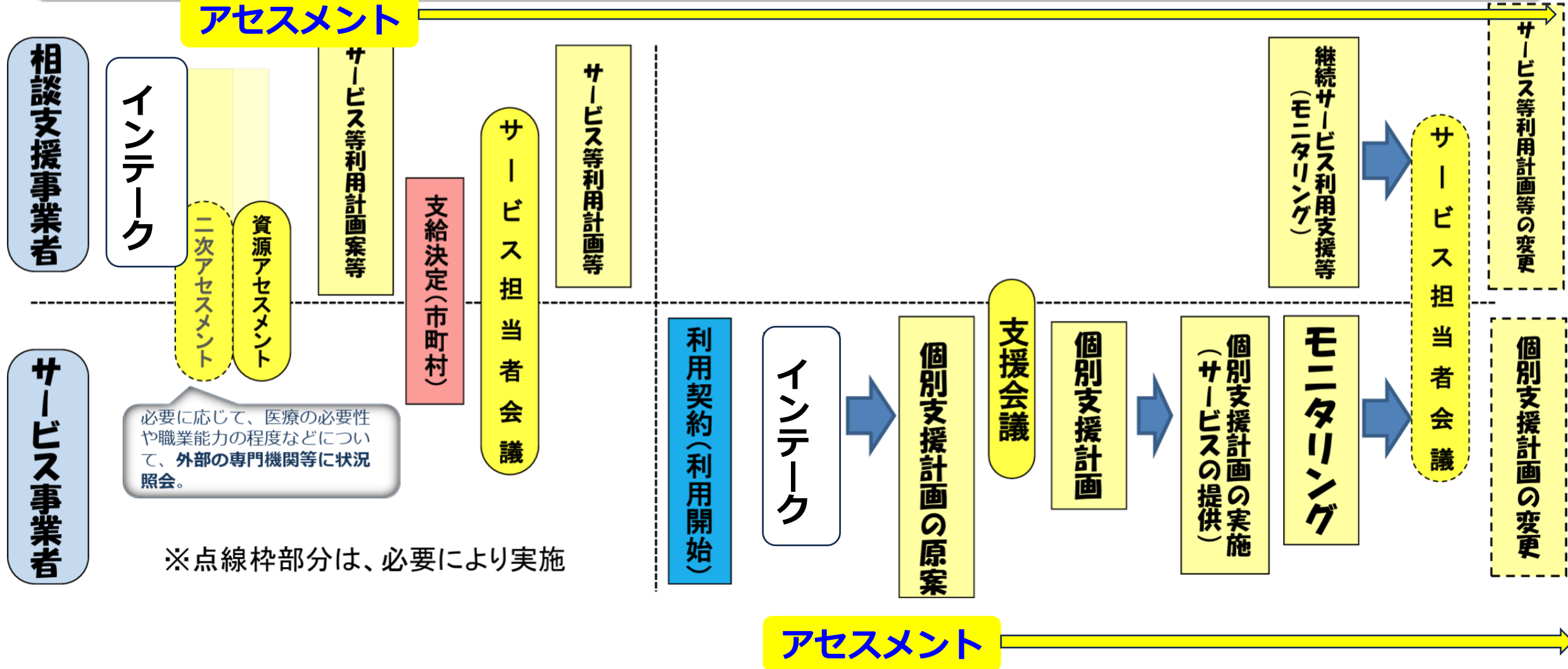
- ① 生物（気質、発達、障がい、疾患）
- ② 心理（不安、葛藤、希望、認知、感情統制、防衛機制など）
- ③ 社会（対人関係の特徴や適応）

# サービス利用の流れ

厚生労働省資料より

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

## アセスメント



## 計画の必要性

生きていくうえで変化する

Why (なぜ)

When (いつ)  
Where (どこで)  
Who (だれが)  
What (なにを)  
How (どのように)  
(どれくらい)

支援の

支援の

ニーズ

を

根拠

として

可視化

して

方向性を共有

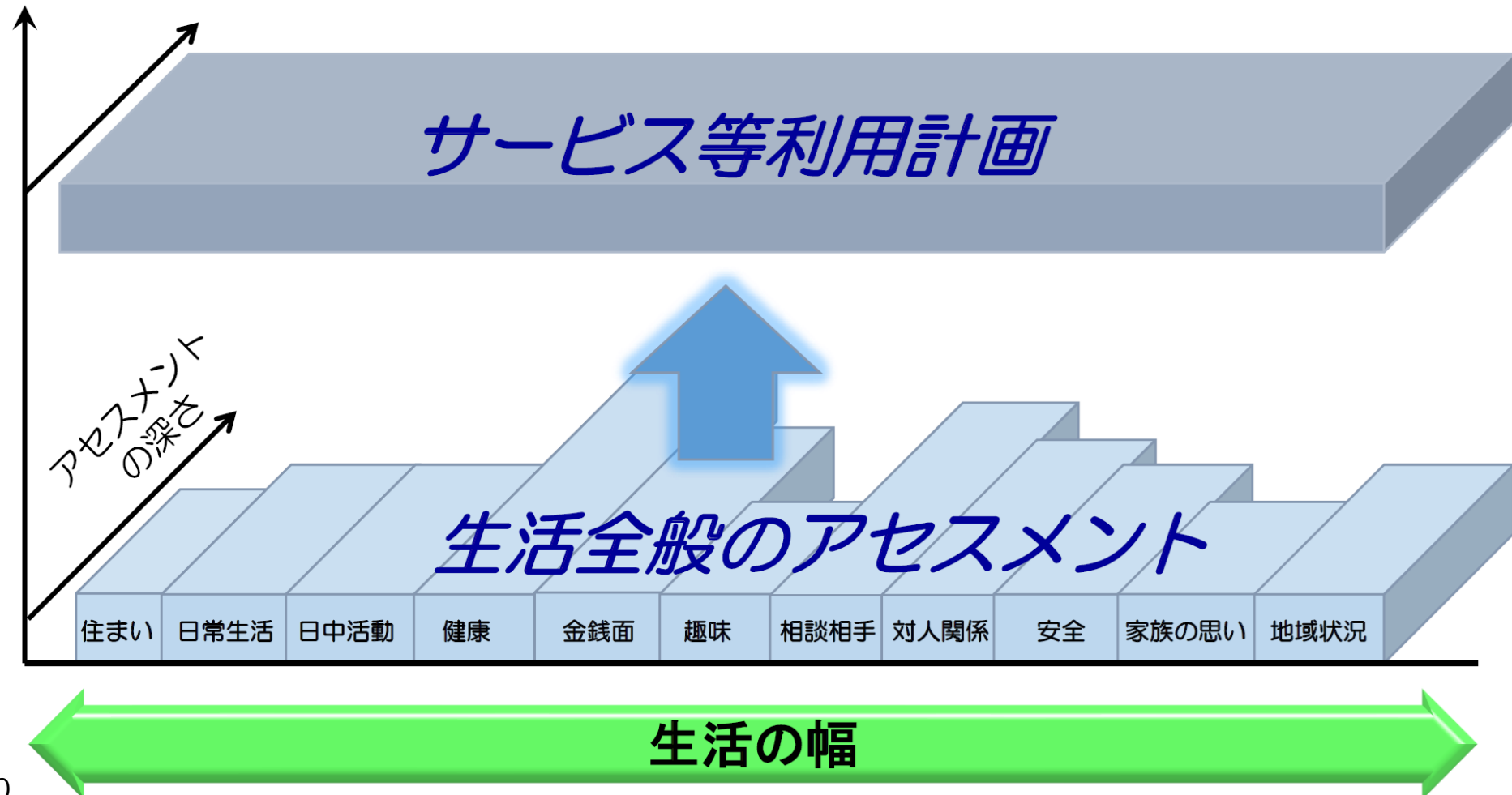
し

自分らしい生き方（暮らし）を実現するため

# （相談支援専門員が作成する）サービス等利用計画

## 【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を示したもの  
（相談支援専門員によるサービスを繋ぐ支援）





# 相談支援のニーズ整理

## 相談整理票『5ピクチャーズ』

受講番号:

受講者名:

本人氏名:

ざっくりと  
箇条書き程度に

### Pic.4: 生活ニーズアセスメント

●今、どのような困りごとがありますか？

- ・本人の想いに寄り添う
- ・本人の表現を使う
- ・本人の表現を助ける
- ・現状維持というニーズも対象

主語はI

アセスメントの要約  
・100字程度でズレの  
核心を表現する

### Pic.2: こうありたいと思う状況

●今後どのような生活をしたいですか？

- ・夢や希望は大きいほうがよい
- ・その時の夢や希望でよい
- ・本人にとっての意味を理解する
- ・夢を語れる関係がまず必要

主語はI

### Pic.3: 現在の状況

●今、どのような生活をしていますか？

- ・本人のプロフィール
- ・これまでと今の生活状況
- ・取り巻く環境(家族・住居・経済状況等)
- ・現在受けているサービス等

主語はI

### Pic.5: 近づくための方法

●どうすれば近づけるとおもいますか？

- ・本人、環境のストレングスを活用する
- ・ニーズと資源との適切なマッチングはかたちのないものまで含めて柔軟に考える
- ・大きな夢や希望はブレイクダウンしてみる
- ・やれそうな選択肢を挙げてみる

主語はWe

### Pic.1: 着目するストレングス

●どのようなストレングスに着目しますか？

- ・本人のストレングス
- ・環境のストレングス

## 【みるポイント】

- ① 現在の状況の把握  
(アセスメント)
- ② 真のニーズの把握
- ③ ズレを埋める目標  
設定の適切性
- ④ 支援方法の実効性
- ⑤ ストレングスの活用

# アセスメント時の心構え

## バイステックの7原則

- ① 個別化の原則
- ② 意図的な感情表現の原則
- ③ 統制された情緒関与の原則
- ④ 受容の原則
- ⑤ 非審判的態度の原則
- ⑥ 自己決定の原則
- ⑦ 秘密保持の原則

アメリカの社会福祉学者で  
ケースワーカーのバイスティック博士が、  
1957年に出版した学術書  
『ケースワークの原則』の中で提唱した  
介護や保育の現場（対人職）における  
援助の基本原則。

# アセスメント時の心構え

## バイステックの7原則

### ① 個別化の原則

### ② 意図的な感情表現の原則

### ③ 統制された情緒関与の原則

### ④ 受容の原則

### ⑤ 非審判的態度の原則

### ⑥ 自己決定の原則

### ⑦ 秘密保持の原則

### 「利用者がかげがえのない個人として捉える」

「こういう人はこうだろう」「このような境遇の人はこうだろう」と人格や環境で決めつけず、誰1人として同じ考えの人はいない。それぞれに合った関わりや解決策を模索する必要がある、という原則

# アセスメント時の心構え

## バイステックの7原則

① 個別化の原則

② 意図的な感情表現の原則

③ 統制された情緒関与の原則

④ 受容の原則

⑤ 非審判的態度の原則

⑥ 自己決定の原則

⑦ 秘密保持の原則

### 「どのような感情表現も認める」

プラスの感情だけでなく、マイナスな感情も自由に表現させることで、利用者自身が客観的に物事を見ることができたり、解決の糸口が見える効果もあるとされている。

# アセスメント時の心構え

## バイステックの7原則

- ① 個別化の原則
- ② 意図的な感情表現の原則
- ③ 統制された情緒関与の原則
- ④ 受容の原則
- ⑤ 非審判的態度の原則
- ⑥ 自己決定の原則
- ⑦ 秘密保持の原則

**「援助者自身が自分の感情をきちんと自覚し、利用者に引きずられないようにする」**

問題解決には、冷静な判断が必要。「本当に必要なことは何なのか」「利用者にとって何がベストなのか」を正確に導くためにも、利用者の心を理解すると同時に、自身の感情をコントロールすることが大切だという原則。

# アセスメント時の心構え

## バイステックの7原則

- ① 個別化の原則
- ② 意図的な感情表現の原則
- ③ 統制された情緒関与の原則
- ④ 受容の原則
- ⑤ 非審判的態度の原則
- ⑥ 自己決定の原則
- ⑦ 秘密保持の原則

### 「その人自身をあるがままに受け止める」

利用者自身の個性や考えを否定するのではなく、「どうしてそのような思考になるのか」「なぜこういった行動をするのか」といった要因を考え、適切な援助へと導くことが大切。

# アセスメント時の心構え

## バイステックの7原則

- ① 個別化の原則
- ② 意図的な感情表現の原則
- ③ 統制された情緒関与の原則
- ④ 受容の原則
- ⑤ 非審判的態度の原則
- ⑥ 自己決定の原則
- ⑦ 秘密保持の原則

### 「他者が良し悪しをつけない」

問題解決は自分にしかできず、またその判断は他人がするものではないという原則。  
援助者は、利用者の考えや行動に対して善悪をつけるのではなく、あくまでもサポート役であることを理解することが大切。

# アセスメント時の心構え

## バイステックの7原則

- ① 個別化の原則
- ② 意図的な感情表現の原則
- ③ 統制された情緒関与の原則
- ④ 受容の原則
- ⑤ 非審判的態度の原則
- ⑥ 自己決定の原則
- ⑦ 秘密保持の原則

### 「自分のことは自分で決める」

たとえトラブルがあったとしても、問題解決の主体は本人であり、利用者の成長や今後同じような壁にぶつかった時も乗り越えられるようにすることが目的。



# アセスメント時の心構え

## バイステックの7原則

- ① 個別化の原則
- ② 意図的な感情表現の原則
- ③ 統制された情緒関与の原則
- ④ 受容の原則
- ⑤ 非審判的態度の原則
- ⑥ 自己決定の原則
- ⑦ 秘密保持の原則

**「プライバシーを守り、  
情報を他者に漏らさない」**

一般企業における個人情報保護と同じように、個人にもプライバシーは存在し、たとえ小さなことであっても本人が言ってほしくないことは勝手に他人へ漏らしてはいけないという原則。

一次アセスメント票(児童)									
受付番号					訪問者氏名	相談支援専門員			
訪問日	令和	年	月	日	曜日	対応者氏名	続柄		
訪問目的									
ふりがな					性別	生年月日		令和 年 月 日 歳	
氏名									
住所	〒								
連絡先	自宅 092 -				携帯				
	FAX 092 -				メール				
家族状況	続柄	氏名	年齢	職業・学校	同居／別居		特記事項		
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
シエノグラム					主支援者 → 主	居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅(単身)		
					副支援者 → 副		<input type="checkbox"/> 自宅(家族と同居)		
				本人 → <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> GH・CH				
				男性 → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 病院				
				女性 → <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 施設				
				死亡者 → <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> その他				
生									

## 【重要な1ページ】

生活歴をしっかりとインタビューすることにより、なぜ、福祉サービス等を利用する必要があるのかを明確に分析する。

そして、このシートは、付加・修正されていくことが原則。

- 1 なぜ、その福祉サービス等を利用しようと思ったのか？（保護者・本人）
- 2 何が本人、もしくは家族の課題・願いなのか？（表のニーズから真のニーズを導き出す）
- 3 課題・願いの具体的な経過説明（いつから？ どこで？ どんな状況？ 期間？ 程度は？など）
- 4 課題・願いの理解に必要な関係機関（学校・医療・併用事業所・地域社会資源など）の情報
- 5 本人・家族は、その課題・願いをどのように感じ、考えているのか？
- 6 課題・願いは、本人や家族が日常生活を営むのにどれほどの支障・影響を生んでいるのか？
- 7 課題・願いは、どのような発達段階で起きていることなのか？（課題の要因分析・ストーリー化）
- 8 本人の成育歴（成長過程で起こったできごとやエピソード、家族や身近な人との関係性）
- 9 本人のもつ特技、よさ、長所、強みはなにか？
- 10 本人の性格傾向、価値観は何か？など
- 11 その課題の解決、願いの実現に際し、どのような働きかけがなされてきたか？その予定は？
- 12 課題・願いに影響を及ぼしているキーパーソンはだれか？（よくも悪くも）
- 13 課題・願いについて、影響を及ぼしている人以外の環境や仕組み、決まりなどがあるか？
- 14 課題・願いを解決するにあたって、利用・活用できる人的・物的・社会資源は何か？
- 15 本人のどのようなニーズが満たされれば、問題解決、願いの実現に向かうのか？
- 16 本人は、生活や自分の状態をどのようにしていきたいと思っているのか？

## 計画案の作成

- ① 目的：本人の望む生活へ近づけることを計画的に支援するため
- ② 内容
  - ・ 本人や家族のニーズを踏まえているか？
  - ・ 実現可能な目標か？
  - ・ 本人が達成すべき課題を正しくとらえているか？
- ③ 方法
  - ・ 事業所や社会資源で支援可能な方法か？  
（適切な次元・範囲か？ 具体性があるか？）
  - ・ 本人が達成すべき発達課題への取り組みの時期が適切か？
- ④ 評価
  - ・ できたか、できなかったか、の判定が可能か？  
（行動目標としての記述が必要）

# 支援計画を立てる

サックスシェアがやっていること









## 1 サービス等利用計画作成の目的

サービス等利用計画とは、相談支援専門員がケアマネジメント手法を活用し、障がい児者の心身の状況、生活環境やニーズを把握し、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅等の総合的な視点から、必要な支援と解決すべき課題を踏まえて、最も適切なサービスの組合せ等について本人を主体として検討し、本人の地域での自立した生活を支えるために作成する総合的な支援計画のことです。

相談支援専門員は、その人自身の生活を一緒に考え、「現在の困りごと」だけでなく、将来どのような生活をしていきたいか等を視野に入れた将来計画を作成することが求められるため、どのような意図でどのような支援を行っているのかを具体的に説明する力が必要です。また、利用者本人のニーズ、家族の状況も含めた本人が置かれた環境等を客観的に把握しつつ、最適な支援につなげるため、本人の希望する生活を実現していくことを目指したサービス等利用計画案の作成が重要になります。

# サービス等利用計画作成の手順書

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案							東
利用者（児童）氏名	〇〇 〇〇	障がい支援区分	区分〇	相談支援事業所サンクスシェア			
保護者氏名		本人との続柄		計画作成担当者 松本 浩治			
障がい福祉サービス	11004〇〇〇〇〇〇	障がい児通所受給者証番号		利用者同意欄（自署又は押印）			
地域相談支援受給者		モニタリング期間（開始年月）	3ヶ月				
計画案作成日	令和2年5月12日						
利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	（本人）農作業をしたい。（家族）穏やかに過ごしてほしい。通所しているぼすと事業所から笑顔で帰ってきてほしい。						
総合的な援助の方針	<p>武士さんは、日常生活で自立しています。しかし、日常の家事において洗濯機の操作は行えますが、洗剤の量や洗濯物の選別には介助が必要である等、日常生活の一部において声掛けや目視が必要とされています。現在はご家族の助けを受けながら一緒に生活しており、日中活動では生活介護に通い、活動の中で好きな農作業をしたり、掃除や調理等の家事や、交通機関を使ってみたり等、支援員と一緒に楽しみながら行ってきたことで、ご本人の出来ることが増えてきました。また、楽しみにされている外出余暇活動も、武士さんの希望・要望を尊重しながら、より幅が広がっていくように支援します。さらに、両親も高齢となってきたことからご本人の自立を促す目的から今回、生活介護（体験利用）にてご本人が将来的に訪れる生活環境の変化に対応できるように準備を行います。具体的には支援者からの声掛けにより身の回りの片づけや洗濯等の家事を行うことに慣れ、先々で生活の場が変わっても安心して過ごせるための支援を行います。モニタリングを3ヶ月ごとに行うことでご本人の生活状況や困りごとを把握して都度解決を図り、ご本人が安心して過ごせるように支援します。</p>						
目標	自分の希望を大切にしながら、安定した毎日を過ごすとともに、新しい場所の経験などいろいろなことに少しずつチャレンジしていきます。						
目標	明るく元気に日中活動や外出余暇活動を支援者と一緒に楽しみます。						
優先順位	解決したい課題	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	日中を楽しみながら過ごしたい	支援者と一緒に活動する中で、得意なことや好きなことに取り組み、楽しみながら自分のできることを増やしましょう。	1年	生活介護（月の日数から8日を除いた日数）	通所先での活動を楽しみながら、自分のできることを少しずつ増やしていきましょう。	3ヶ月	
2	家族以外から生活の助けを受けたい	支援者と自分に合った生活リズムを考え、安心して過ごしましょう。	1年	共同生活援助（休日中一時）	家族に事情があるとき、自宅以外の場所でも過ごすチャレンジをしましょう。	3ヶ月	
3	余暇を充実させたい	支援者に行きたい場所等の希望を伝えたり、金銭の支払いをしたりする際に支援を受けることによって、外出を楽しみましょう。			自分の行きたいところをヘルパーさんに伝えて、外出をより楽しみましょう。	3ヶ月	
※受給者証の送付先について				署名もしくは押印			
障がい福祉サービス受給者証を指定特定相談支援事業所へ送付することに同意します。							

提出先窓口を記入

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)



# サービス等利用計画作成の手順書

## 2 サービス等利用計画作成の考え方

### (1) 総合的な援助の方針

総合的な援助の方針は、所持している手帳の種別や障がい、状況について説明し、サービスが必要となる理由を明確にする。また、今後どのように支援を行っていくかを記述し、読み手に計画案の主旨が伝わるようにする。

### (2) 長期目標、短期目標

長期目標、短期目標は、総合的な援助の方針から連動して「支援を行うことで達成が見込める」ように作成する。

### (3) 解決すべき課題

解決すべき課題は、総合的な援助の方針の内容と連動することでそれぞれのサービス種別において利用者のニーズを明確にして④の支援目標へ連動するように作成する。

(4) 支援目標は③で作成した課題をクリアするために「～（支援）により、～を目指します。」「～（支援）により、～しましょう。」等のように何の支援を行うか明確に記述する。この欄では「計画相談ではどのような支援を行うか」を意識して作成する。

(5) 本人の役割については支援目標に応じて本人（保護者）が行えることを具体的に書く。

# サービス等利用計画作成の手順書

【総合的な支援の方針の記述に当たって】

1 基本情報 属性	障がい児・障がい者であること 障がい福祉サービス受給者であること	
2 課題 強み	課題→強み 強み→課題 どちらの順番もあり	
3 見立て 分析	課題が起きているのはなぜなのか？ どのような根本要因があるからなのか？ 「これは・・・と考えられます。」	ここ大変重要！ 相談支援専門員の生命線
4 支援の方策	どのような『視点』『考え方』で、 どのような『配慮』や『対応』をしてくのかを記述 ※この方策を考える視点としては、 「もの」「こと」「ひと」の3つの窓があります。 つまり、「だれが」「なにを」「どのように」を記述 ※子どもの場合、家族支援が必要かどうかについても見落とさないようにする。（必要に応じて地域支援）	※「～～できるように支援します」ではなく、「～～できるように、〇〇の支援をします」と記述する。
5 モ二期間 3ヶ月の場合	記述する内容は、「なぜ6ヶ月ではダメなのかの理由」 になっているかどうかのチェック	

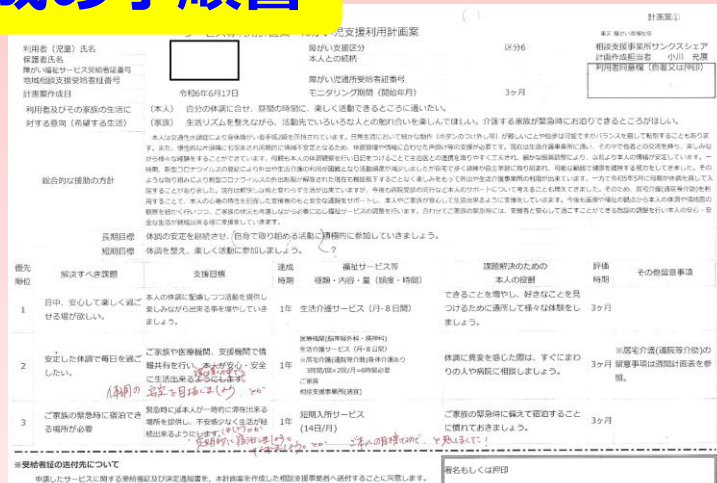
※6 この方針欄と解決すべき課題の連動が必要

# サービス等利用計画作成の手順書

## 【田中さとり支援計画文章例】

1	本人は、4年前、勤めていた社会福祉法人を自己都合で退職し、相談支援事業所を新規開設した代表で57歳です。
2	前向きで、なんにでも積極的に取り組みますが（強み）、幅を広げすぎて業務過多になり、また、それを他のスタッフへも強要する面があり、事業所の業務負担として支障が出ています（課題）。
3	これは、自分の思いを遂行することに意識が偏りすぎており、他者の状況や思いへの寄り添いが不足していることに加え、残り少ない人生へのあせりが影響していると考えられます。
4	<p>そこで、まず、事業運営については、専門的な助言ができるアドバイザーの指導の下に（ひと）、本人のやりたいことをイメージマップに書き出して整理し（もの）、しっかりと成果を見据えた上で、これらを実行する無理のないスケジュール設定をする（こと）取り組みを支援します。</p> <p>また、スタッフへの配慮については、定期的に個別面談を実施して、スタッフの思いや願い、負担感等を随時把握するとともに、スタッフが自分の考えを率直に表出できる仕組みづくりをお手伝いします。</p> <p>具体的には・・・（書いても良いし書かなくてもよい。おそらく、解決すべき課題のところへ詳細が出てくるはずです。）</p>
5	これらの取り組みには、定期的な仕組みづくりの導入評価が重要です。計画・実施・評価・改善のサイクルの実効性を保つためにも、3ヶ月ごとのモニタリング期間を申請します。

## サービス等利用計画作成後の 事業所内チェック



利用者名	更新費・管理費等	提出日	田中	高倉	高橋	船津	種崎	櫻本	小川	中西	倉光	橋本
小川 亮磨	247	8/2			8/13	8/2						
	8/25/24				8/18	8/2						

計画家のチェック項目

- ☐ サービスに合った受給者証番号がすべて入力されていますか？
- ☐ サービスの利用量、時間数は適切ですか？また、2枚目の週間計画とも整合性がとれていますか？
- ☐ 2枚目の週間計画の利用開始年月日はあっていますか？
- ☐ 方針、課題、目標が連絡していますか？
- ☐ モニタリング期間の理由が適切ですか？

## 計画案社内検討手順書

担当者	行程	社内（担当外相談員）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 計画書の作成</li> <li>・ 裏紙へ印刷</li> <li>・ 計画相談回覧表記入</li> </ul>	計画書作成	
	計画書検討	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 朝礼時に作成済計画書の有無を確認</li> <li>・ グループ内の相談員で内容を確認する</li> <li>・ 訂正、意見は色ペンで書き入れる</li> <li>・ チェックが終わったら確認者の名前の欄に日付を入れて担当者に渡す</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相談員のチェックを確認する</li> <li>計画書の見直しを行い、支援方針等、大きな訂正は訂正後に管理者（田中）の確認を取る。</li> <li>・ 訂正が終わったら本印刷を行う。</li> </ul>	本印刷	



令和5年11月6日←

サックスシェアでは計画案作成の際には基本的に本人以外の相談員（全員）で内容のチェックを行う。<sup>4)</sup>  
また3グループの各メンバーは必ず担当者の内容のチェックを行う。<sup>4)</sup>  
チェック内容は誤字やサービスの時間数や申請するサービスが適正か、サービスを利用する根拠が示されているかを確認することとする。<sup>4)</sup>

1 作成期日←

- ・管理ボードに従い、翌月更新予定の利用者分の計画書を**毎月 20 日の朝礼時**に作成が終わっているかの確認を行う。（土日となる場合はその前の金曜日朝礼にて行う）**できていない場合はその週末までに作成を行い、週明けに提出する。**⇐
- ・20 日の期限については Google カレンダーにも入力し、全員が確認、意識できるようにする。⇐
- ・サービス追加等、定期更新以外の場合は発生した時点でホワイトボードへ名札を追加する。⇐

## 2 計画案作成

- ・作成した書類は裏紙にレーザープリンターで印刷し、「計画相談回覧表」に利用者名・案・提出日を記入し、回覧の準備をする。☞
  - ・訪問日を記載したときには提出日の欄に（ ）で訪問日を記入する。☞
- ※マグネットの動きについては「ネームプレートの移動について」を参照する。☞

### 3 チェック←

- ・計画案のチェックは赤ペンもしくは青ペンで分かりやすくチェックを入れる。☞
  - ・計画案のチェックを行ったら計画相談閲覧表の自身の名前にチェックした日付を記入する。☞
  - ・記入が終わったら担当者または他の相談員に回覧する。☞
  - ・担当相談員には、直接チェックした内容を口頭で伝達する。☞
- ※ チェックにより計画案の内容が大きく変更となる場合は、修正したかを再度グループ内のメンバーで確認・再検討を行う。☞

#### 4 計画案チェック後の処理

- ・全員のチェックが終わり、担当者が管理ボードの利用者名札を裏返しにして計画案のチェックが終わったことを表示する。←
- ・軽微な修正（誤字・脱字等）については、データを修正後に閲覧した計画案をファイルに綴じる。←

## 5 計画案の本印刷

- ・訂正が終わり、訪問日が決定したら日付を入力して本印刷を行う。日付は訪問日とする。





## サービス等利用計画作成時に意識していること

- 本人、家族と確認した課題・願いを中心に書くようにしている。
- 利用者に関する必要な情報の提供を受けることや共有することを文章に盛り込むようにしている。
- アセスメントで本人から聞いた内容を要約し、なるべく総合的な援助の方針に記載するようにしている。そうすることで①本人自身が振り返りを出来るようになる。②計画相談が話を聞いていることを理解してもらえ関係性構築の一助となる。上記2点は意識して計画案の作成を行っている。
- 障がい名や障害特性から生活や就労等の中でどのような困り感や不安があったのか、あるのか。その困り感や不安を軽減するためにどの福祉サービスを利用し、どのような支援が重要になるのか。その方の目標や希望する生活などを作成時には入れたいと意識をしている。
- 関わっているサービス等を利用して目指している支援の方向性がイメージできるか。またそれがご本人の希望に沿った内容になっているか。
- 目標については、総合的な援助の方針から、各サービスの支援内容に落とされているか
- 本人がやりたいと思える（達成可能な）ステップになっているか
- 対象の利用者の方、ご家族、支援者誰もが理解できる内容、表記になっているか（特に軽度知的障害、LDの方など）
- 本人の視点に立った目標になっているか（支援者のしたい支援になっていないか）
- 本人のことをイメージして必要な支援を考えている。
- 生活に対する意向と援助の方針、課題が連動するように作るよう意識している。本人の思いなどが分かりやすく表現出来るように考えている（出来てない事も多いですが）課題だけでなく本人の強みを入れる。

計画案は、人の人生を方向付けるという自覚を大切にして作成したい。



## サービス等利用計画チェック時に意識していること

- 総合支援方針と解決すべき課題、短期目標長期目標がリンクしているかをチェックしている。
- 関係機関との情報の共有のやり方についてと必要性についてどのように記載があるか等を確認している。
- 誤字や脱字などがいないか確認し、書類としての基本的な体裁が整っているのか確認している。
- 申請内容や支援量、文章内容が妥当か否か確認し、疑問がある際は記載者に必ず質問するようにしている。
- 基本的な文章表現。（一文の長さ、接続語等）
- 希望する生活、援助の方針、長期・短期目標、支援目標の整合性。
- 援助の方針などを読み、利用する福祉サービス事業所でおおよそどのような目標を持ち、支援が行われるのかをイメージすることができるか。
- 自分が個別支援計画を立てるつもりで、やるべき方向性が分かりやすく示されているか。
- ご本人や家族の立場で気になる表記や不明な点がないか。前向きな気持ちになるか。
- 本人の状況にあった無理のない目標になっているか。
- 理解しやすい表記になっているか。

**決して十分とは言えないが、複数の目を通すことにより、  
責任感をもととともに十分でない計画案の発行リスクを減らしたい。**

# サービス等利用計画と個別支援計画の関係

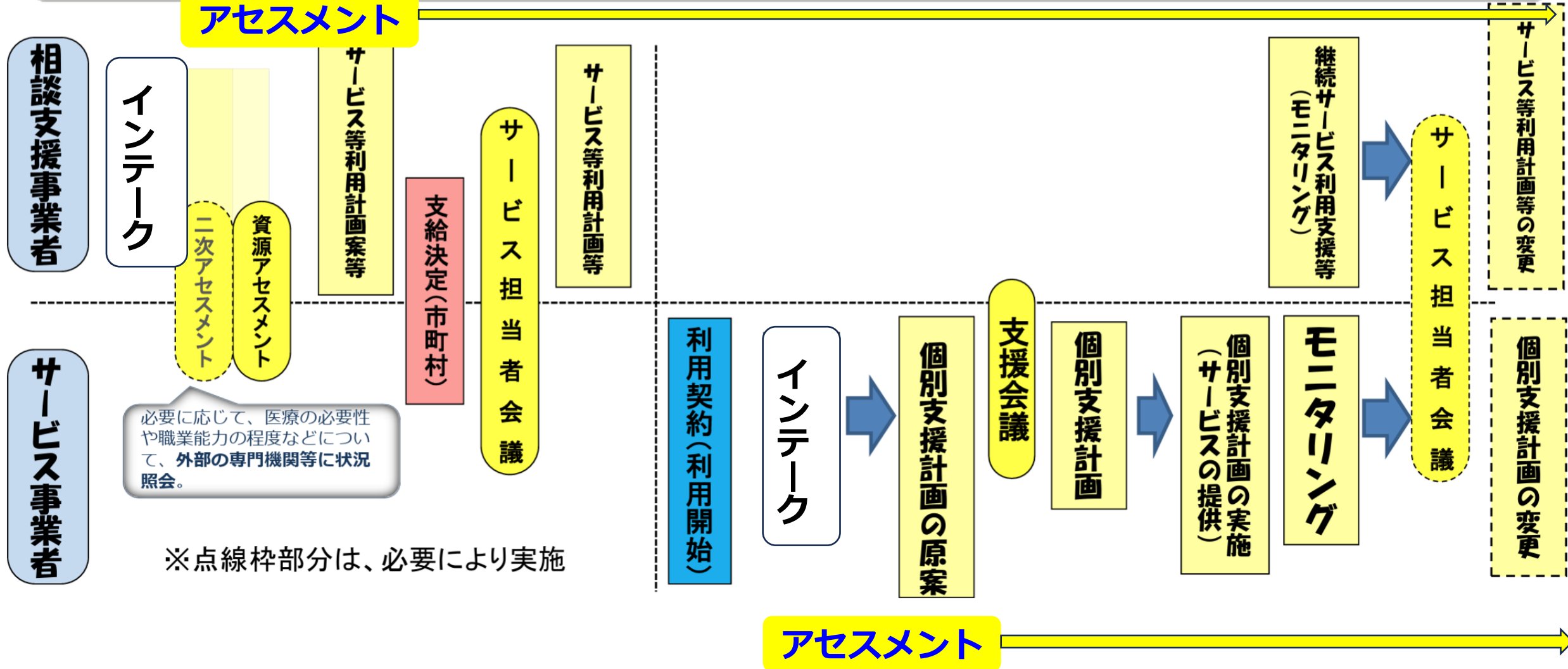


# サービス利用の流れ

厚生労働省資料より

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

## アセスメント

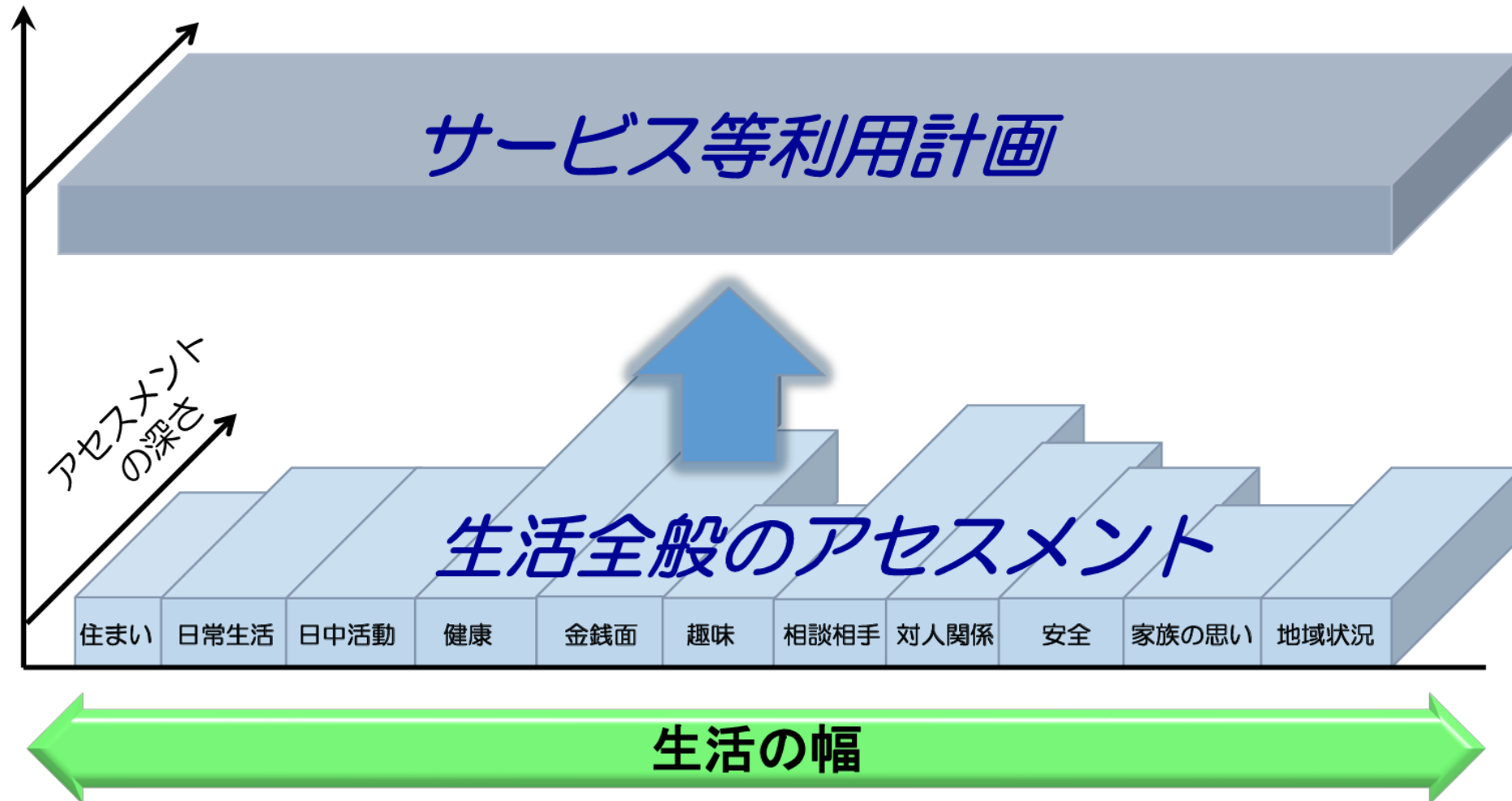




# (相談支援専門員が作成する) サービス等利用計画

## 【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を示したもの  
(相談支援専門員によるサービスを繋ぐ支援)



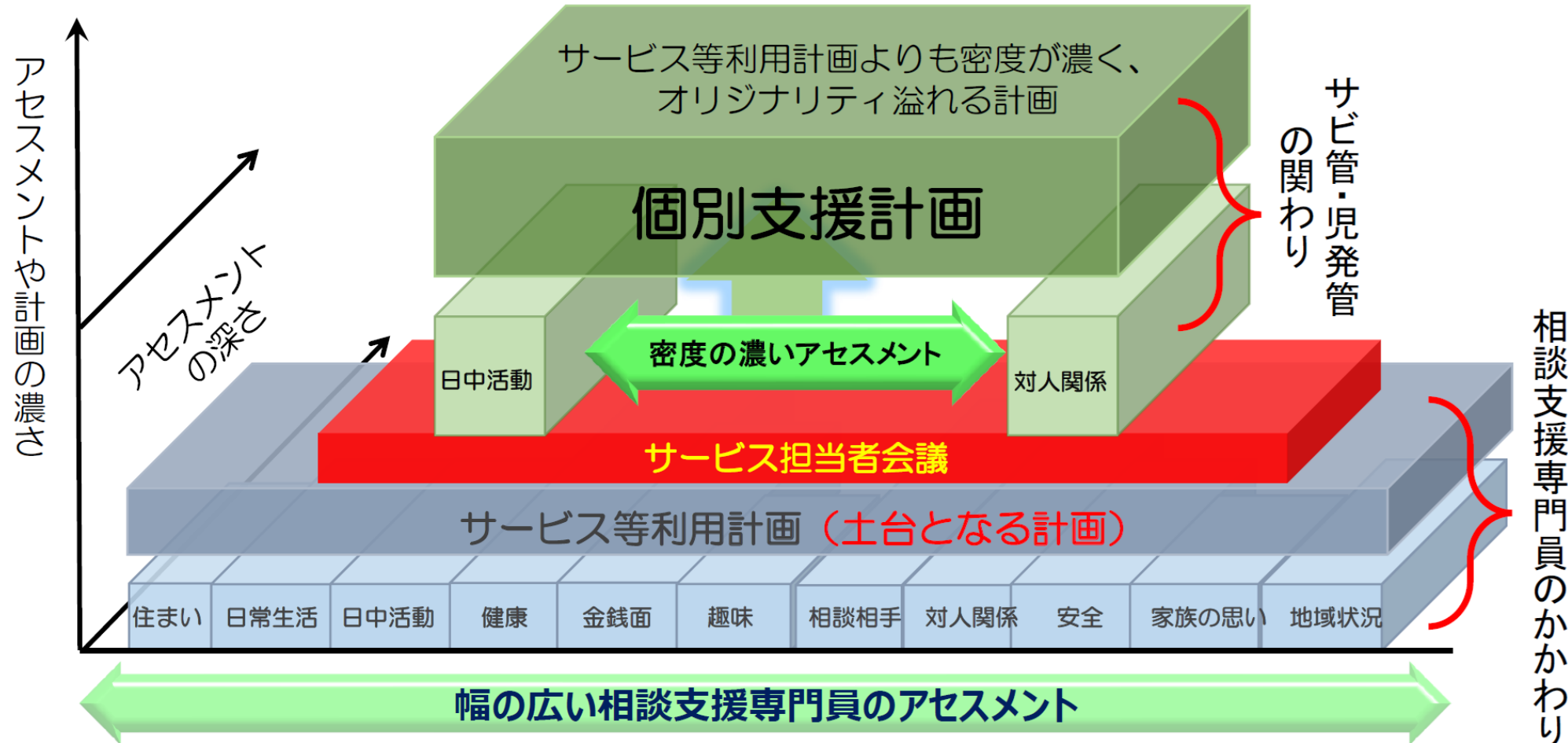
利用者の**生活全体**を考慮し、**希望される(必要な)生活を可能**とするための**サービスや社会資源の活用等**、総合的な支援、また、支援に関わる人たちがそれぞれの役割を果たせるように記したものの

本人（セルフプラン）もしくは**相談支援専門員**が作成

# (サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者が作成する) 個別支援計画

厚生労働省資料より

【個別支援計画】  
必要なアセスメントをさらに深め、本人の願いをかなえるため、  
より具体的な支援内容を盛り込んだもの  
(サビ管・児発管による深める支援)



## 個別支援計画

サービス事業所ごとの**専門的なサービス**を提供する上で、**利用者のニーズを充足**させるために、達成すべき目標や支援内容を具体的に記したもの

**サービス管理責任者**が作成

## サービス等利用計画及び障害児支援利用計画と個別支援計画の関係

厚生労働省資料より

- サービス等利用計画等については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
- 個別支援計画については、サービス管理責任者等が、サービス等利用計画等における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。

### 指定特定相談支援事業者等 計画作成担当)

#### アセスメント

- ・障害者の心身の状況
- ・その置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・現に受けているサービス
- ・サービス利用の意向
- ・支援する上で解決すべき課題
- ・その他

#### サービス等利用計画等

- ・生活に対する意向
- ・総合的な援助の方針
- ・解決すべき課題
- ・サービスの目的（長期・短期）
- ・その達成時期
- ・サービスの種類・内容・量
- ・サービス提供の留意事項

障害福祉サービス等に加え、保健医療サービス、その他の福祉サービスや地域住民の自発的活動なども計画に位置づけるよう努める。

複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等、総合的な支援計画を作る。

サービス事業者

サービス事業者等

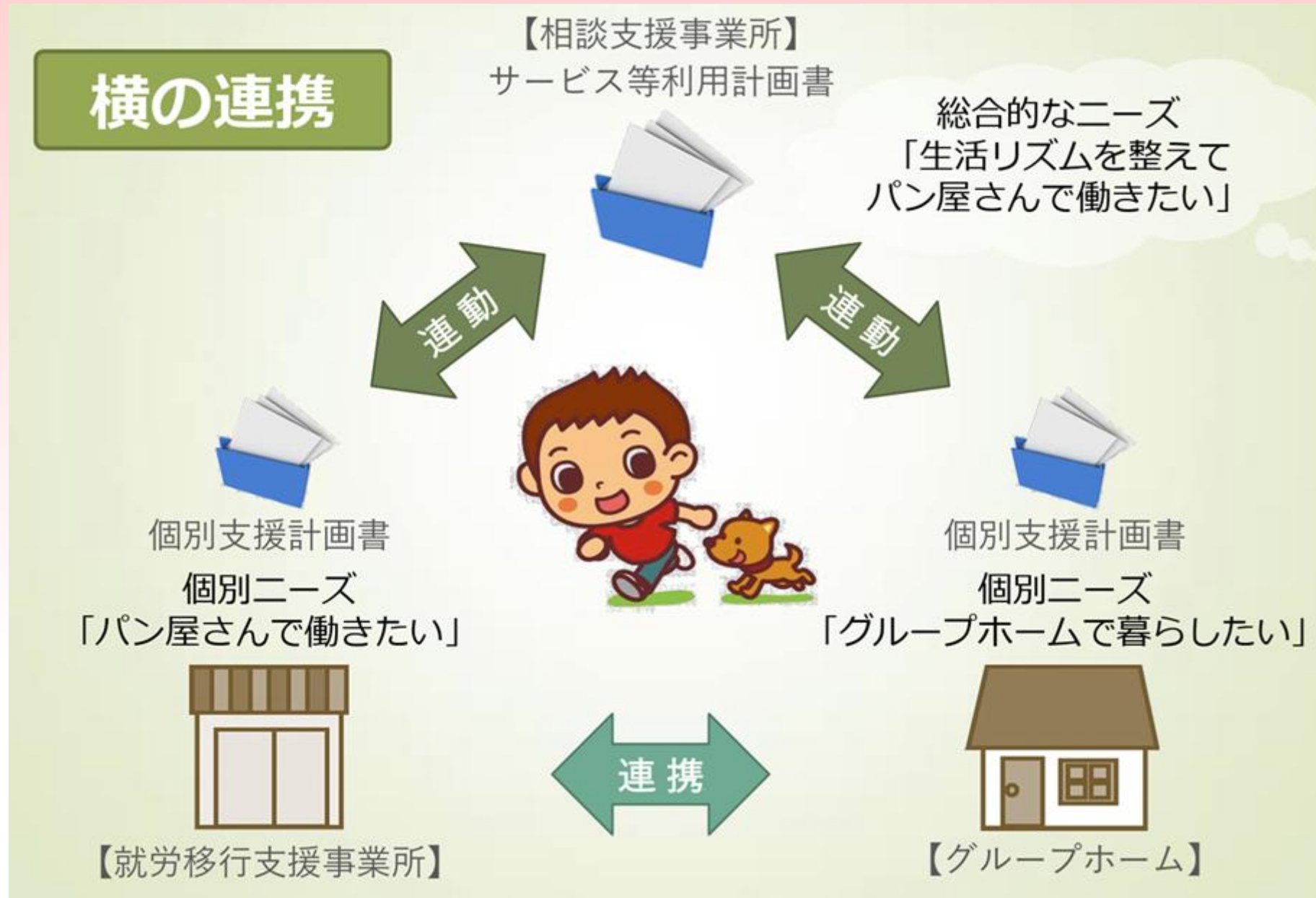
#### アセスメント

- ・置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・利用者の希望する生活課題
- ・その他

#### 個別支援計画

サービス等利用計画を受けて、自らの障害福祉サービス事業所の中での取組について具体的に掘り下げて計画を作成するよう努める。

相談では  
インフォーマルなサービス・  
地域社会資源の活用も含む  
単一サービス利用であっても  
違いはある、違いがでる





## 縦の連携

ライフステージの変化 ← 本人の状態だけでなく  
様々な環境も変化する

### 乳幼児期

出生 ➡ 乳児期 ➡ 幼児期

### 学齢期

小学校 ➡ 中学校 ➡ 高校

### 成人期

青年期 ➡ 壮年期 ➡ 高齢期

- 支援者
- 学校
- クラスメイト
- サービス
- 活動内容
- 通所方法
- etc..

ライフステージごとの支援をリセットするのではなく、  
次のステージにつないでいく

↓➡ の移行期支援では会議の場を活用した連携が重要

# ケアマネジメントプロセス

## 1. インテーク（初回面談）：

利用者の相談を受け、現状やニーズを把握

## 2. アセスメント（評価）：

利用者の状態やニーズをより詳細に評価し、課題を明確化

## 3. ケアプラン作成：

利用者の課題や目標に基づき、具体的な支援内容を盛り込んだケアプランを作成

## 4. ケアプランの実施・管理：

ケアプランに基づき、サービス提供を調整し、モニタリングを実施

## 5. モニタリング・再アセスメント：

ケアプランの実施状況を定期的に見直し、必要に応じてケアプランを修正

## 6. 終結：

支援の必要性がなくなった場合、ケアマネジメントを終了

# 行政から研修資料として使用依頼を受けたサービス等利用計画

サービス等利用計画						令和 6年 6月24日		
様式 2-1								
利用者氏名	様	障害支援区分	区分 2	相談支援事業者名	サンクスシェア(者)			
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	0 円	計画作成担当者				
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		利用者同意署名欄				
計画作成日	令和 6年 2月 1日	モニタリング期間(開始年月)	2か月					
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	福岡での生活を再開し、グループホームの生活を基盤に自分に合う通所先、信頼できる良い支援者等に巡り合い、運転免許の再取得や将来就職に役立つような資格や技能を習得するなどして、将来は就職を目指したい。また、公共交通機関の利用や地理等にも慣れながら、福岡での生活を少しずつ充実させていきたい。							
総合的な援助の方針	<p>県出身ですが、事情により福岡の 病院に入院され、退院支援(地域移行支援)を利用して現在のグループホーム に入居しました。慣れない福岡の地での地域生活を開始され、日中活動については就労継続支援B型に所属されました。福岡での生活を安定させたいと願っておられましたが、土地勘がなく、知り合いも居ないとのことで、郷里の への転居を決意し、貯めた貯金を使って令和5年12月下旬に転居を果たされましたが、当初希望した 市からは遠く、思っていた状況とは異なる状況だったため、福岡での生活と変わらないと思ったり、再び福岡に戻ることを決められて、帰福され、再度、福岡での生活を続けられることになりました。</p> <p>このため、本支援では、従前に取り組もうとしていたように、本人の得意な部分や苦手な部分等の特性について、支援の中で理解を深めながら、本人の持ち味を活かせるようにします。また、福岡の地で少しでも充実した生活を築いていくことができるように、今再び、医療機関、支援機関で連携して支援してまいります。</p> <p>なお、日中通所する利用機関等を改めて探すなどの支援が必要で、定着までは紆余曲折も想定されることから、日中の利用先や過ごし方がある程度安定し、生活全体が安定するまでの期間、本人、関係機関との連携等を密に行う必要性があることから、引き続き、2か月ごとのモニタリングの継続を希望します。</p>							
長期目標	目指す目標に意欲的に取り組めるようになります。							
短期目標	福岡での生活再開にあたり、自分の将来にとって必要な目標を考え見つけていきたいと思います。							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量 (頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	安心して生活したい。	少しでも安心できるように、グループホームで周囲との折り合いをつけながら生活を営めるようになります。	1年	共同生活援助(当該月の日数) ※精神障害者地域移行特別加算対象	氏：	困ったことがあれば、まず支援者に相談して解決していきましょう。	2か月	<p>【本人から福祉サービス支援者へ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・できることをできないと言ったり、できないことをできると言わないでほしい。</li> <li>・事前説明と実際の相違や突然の予定変更は受入れ難いので基本的に変更しないでほしい。</li> <li>・やむを得ず変更等が必要な場合であっても、非常事態の場合を除き、必ず7日前までに予告して丁寧な説明をするとともに決定ではなく結論を選ぶようにしてほしい。</li> <li>・なるべく静かで集中できる環</li> </ul>

# 行政から研修資料として使用依頼を受けたサービス等利用計画

様

## サービス等利用計画

令和 6年 6月24日

様式 2-1

優先 順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成 時期	福祉サービス等		課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
				種類・内容・量 (頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)			
								境であることを希望します。
2	トラブルを起こしたくない。	感情のコントロール等、他者とトラブルを起こさないで済む術を主治医等に相談しながら学んで行きましょう。	1年	医療・服薬調整 共同生活援助（当該月の日数） 就労継続支援B型 （当該月の日数-8日） 相談支援 障がい者機関相談支援センター	Dr. :	体調面や生活、仕事の心配事など、主治医になんでも相談しましょう。 トラブルになりそうなときは、話し合いで解決しましょう。	2か月	同上
3	将来に備え免許等を取得したい。	自分がやりたい仕事等をイメージしながら必要な資格や技能の取得等を目指して取り組みを始めましょう。	1年	自動車学校（未定） （普通自動車運転免許取得） 資格が取れる民間教育等（未定） ハローワーク 就労継続支援B型 （当該月の日数-8日） （未定）	未定	支援者に何でも相談しましょう。 利用先の最低限のルールは守りましょう。	2か月	同上
4	福岡のことがわからない。	買物や余暇等で福岡の公共交通機関、お店やレジャー施設等を使い、趣味等を楽しめるようになりましょう。	1年	ご自身 相談支援（随時） 共同生活援助（同上）	サンクスシェア : 東区第 障がい者基幹相談支援センター（氏・: 氏: : 同上）	知りたい情報等があれば遠慮なく支援者に教えてもらいましょう。	2か月	同上