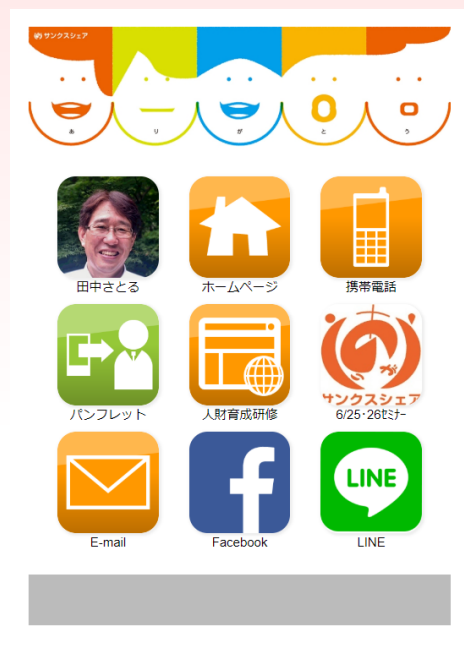


個別支援計画の立案

～ ケアマネジメントプロセスとサービス等利用計画 ～



R7.11.27

NPO法人 さんぽ



右のQRコードから上記のページの表示をお願いします。

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

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

インタビュー・アセスメント



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】

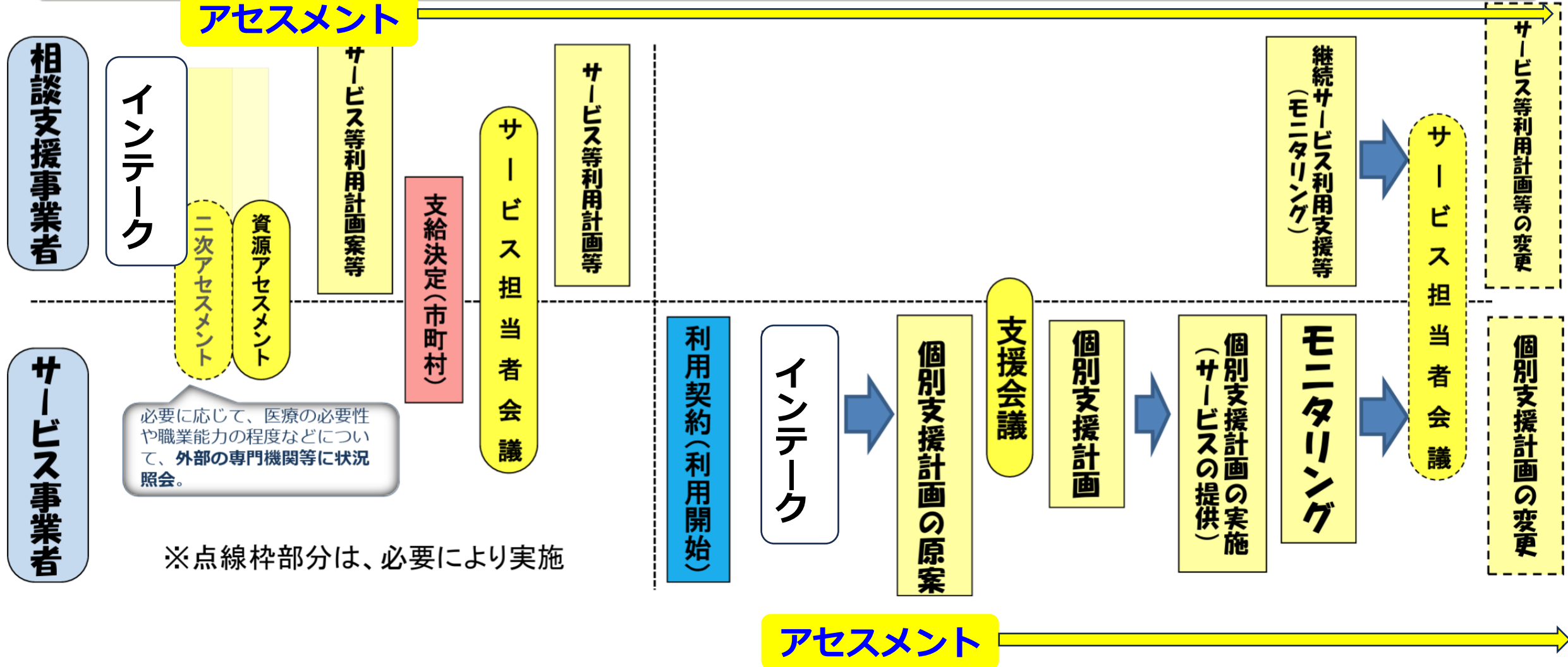
- ① 生物（気質、発達、障がい、疾患）
- ② 心理（不安、葛藤、希望、認知、感情統制、防衛機制など）
- ③ 社会（対人関係の特徴や適応）

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

- 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？

- ・ 基本情報（氏名 所属 生年月日など）
- ・ 家族構成（家族の仕事や生活状況 経済状況など）
- ・ ニーズ（本人 家族）
- ・ 関係機関（学校 病院 他の利用事業所 地域の社会資源など）
- ・ 生活歴・障がい歴（障がいの認定 療育相談の経緯など）
- ・ 現在の状況（日常生活 行動の特性や問題 コミュニケーション
健康面 社会生活能力 興味関心・強み 医療情報
他の関係機関の情報など）

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		
					☐ 同居 ☐ 別居				
					☐ 同居 ☐ 別居				
					☐ 同居 ☐ 別居				
					☐ 同居 ☐ 別居				
ジ ェ ノ グ ラ ム					主支援者 → 主	居住 環境	☐ 自宅(単身)		
					副支援者 → 副		☐ 自宅(家族と同居)		
				本人 → ☒ ☒	☐ GH・CH				
				男性 → ☐	☐ 病院				
				女性 → ☐	☐ 施設				
				死亡者 → ☐ ☒	☐ その他				
生 活									

【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。

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:

ざっくりと
箇条書き程度に

本人氏名:

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

- ・ 観察（自然観察・仮説検証観察）
- ・ 面接（本人や保護者、関係者からの聞き取り・情報収集）
- ・ 質問紙法（アンケート）
- ・ 検査法（学力検査 知能検査 性格検査 投影法
人間関係検査 作業検査法 各種心理検査）
- ・ ポートフォリオ（連絡帳 写真 創作作品 絵画 感想文など）

アセスメントのポイント

① 次数を上げる（情報次数＞情報量）

【一次情報】自分が実際に見聞きし、体験した情報

【二次情報】自分が他人から聞いた情報

【三次情報】情報元がだれかわからない情報

② 仮説の選択肢の数を増やす

- ・ ひとつの情報（理由）から考えられる仮説は複数ある
- ・ 複数の情報（理由）から考えられる仮説はさらに複数ある

③ 正解はない しかし 正解を求めようとせよ！

- ・ その子ども、その家族、その支援関係者のことを「知りたい」が原動力
- ・ この「動き」そのものが信頼関係（ラポール）を生む

サービス等利用計画・個別支援計画

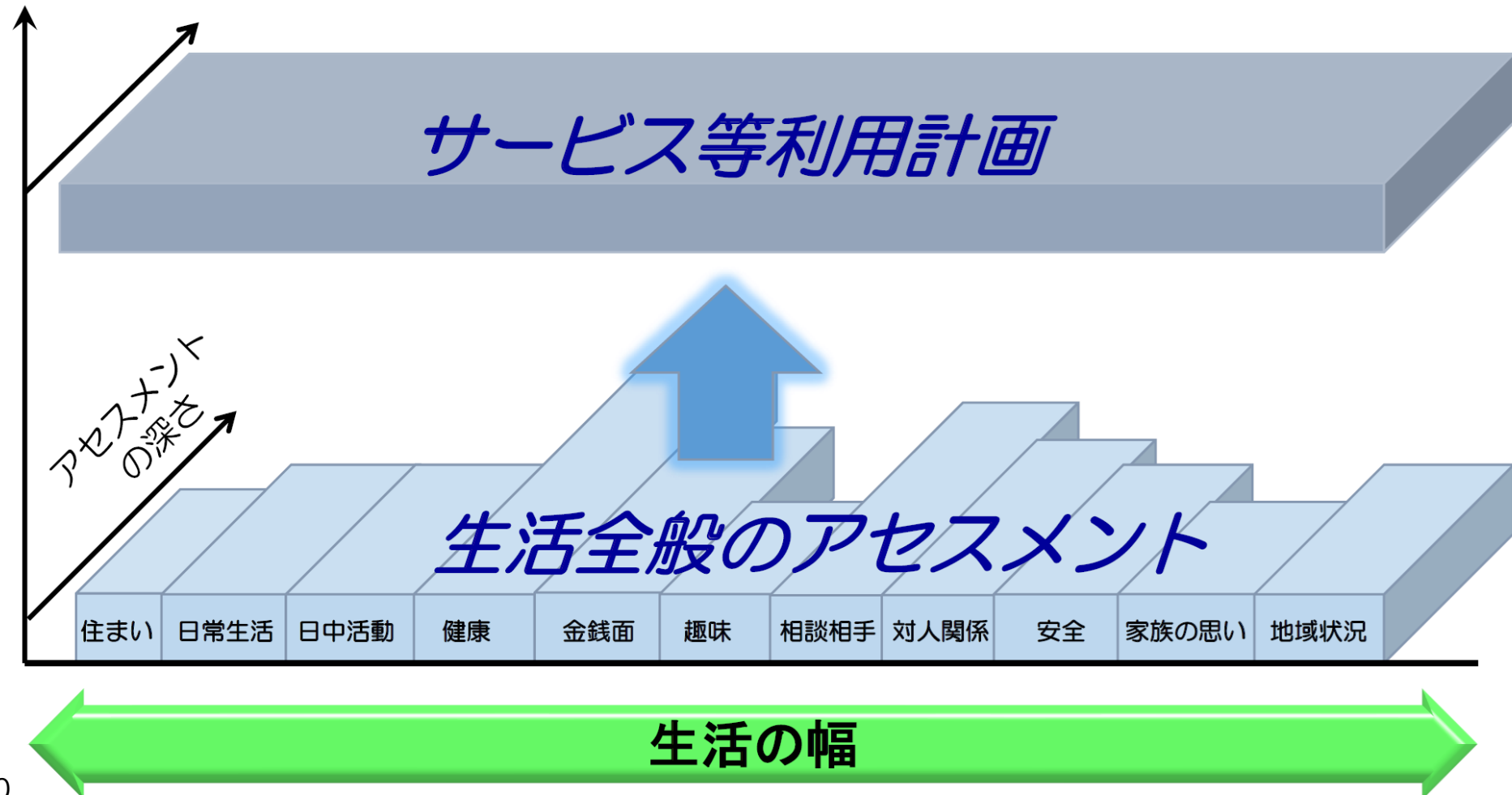


- ① 目的：本人の望む生活へ近づけることを計画的に支援するため
- ② 内容
 - ・ 本人や家族のニーズを踏まえているか？
 - ・ 実現可能な目標か？
 - ・ 本人が達成すべき課題を正しくとらえているか？
- ③ 方法
 - ・ 事業所や社会資源で支援可能な方法か？
（適切な次元・範囲か？ 具体性があるか？）
 - ・ 本人が達成すべき発達課題への取り組みの時期が適切か？
- ④ 評価
 - ・ できたか、できなかったか、の判定が可能か？
（行動目標としての記述が必要）

（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）





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作成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	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。						
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。							

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

【田中さとる支援計画文章例】

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	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。 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。 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。）
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

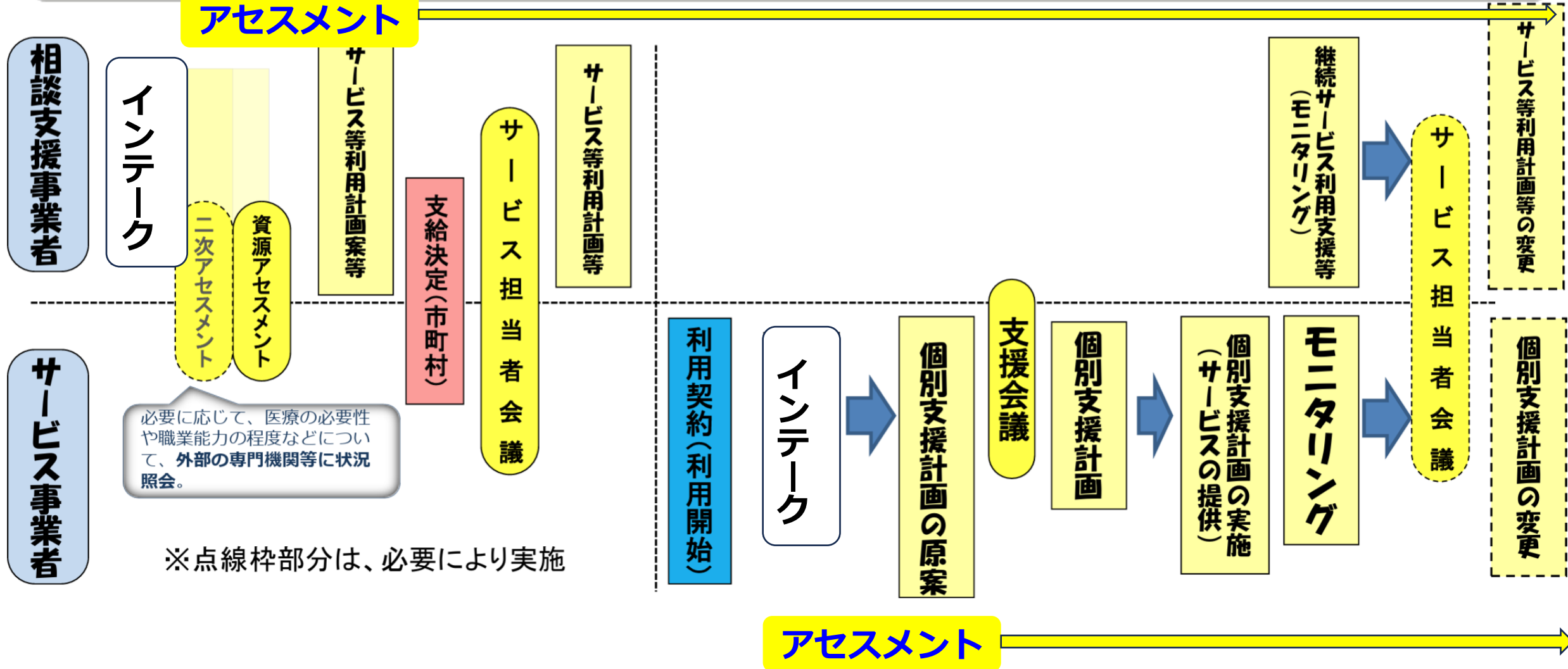


サービス利用の流れ

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

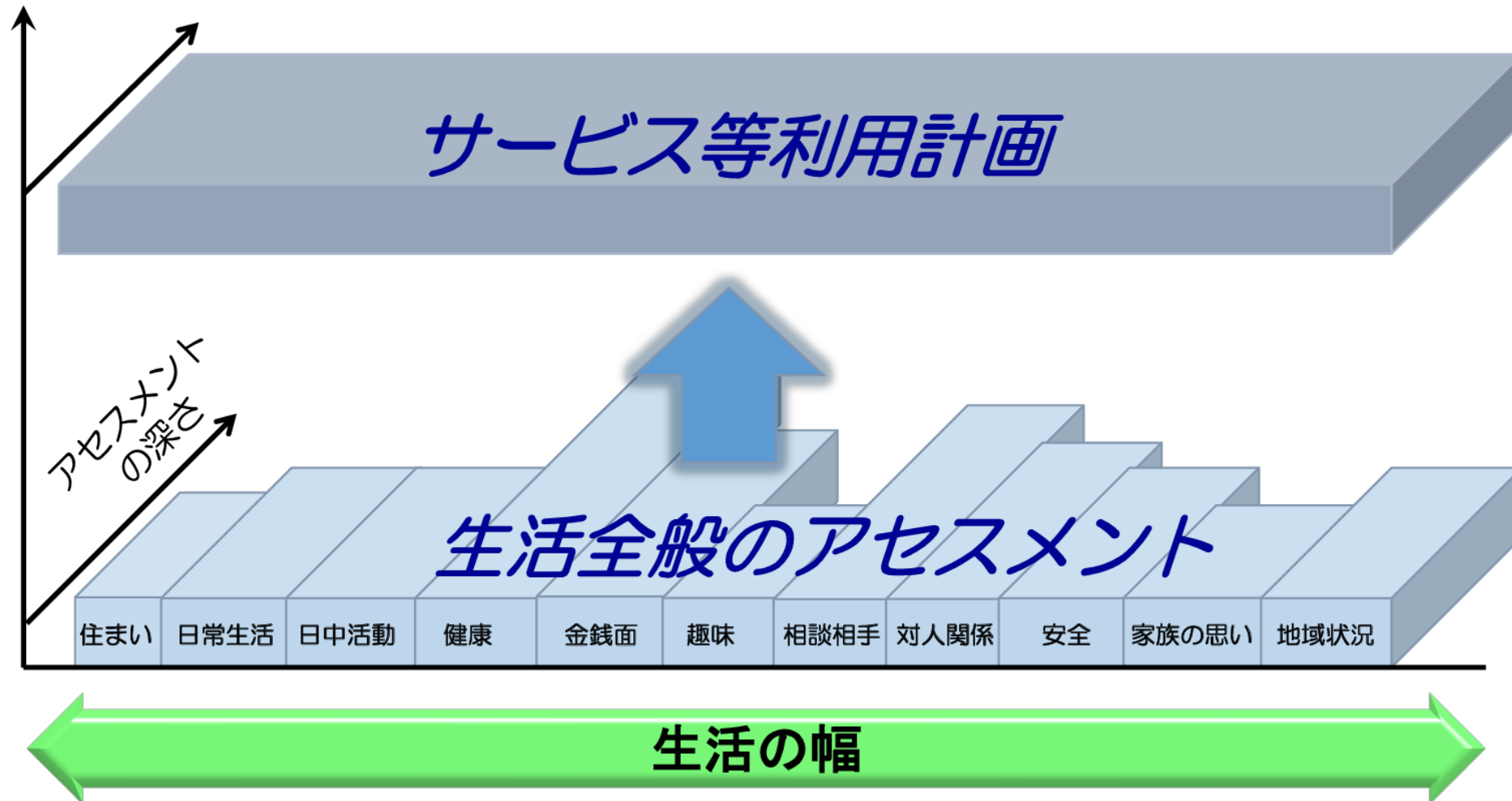
アセスメント



(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)



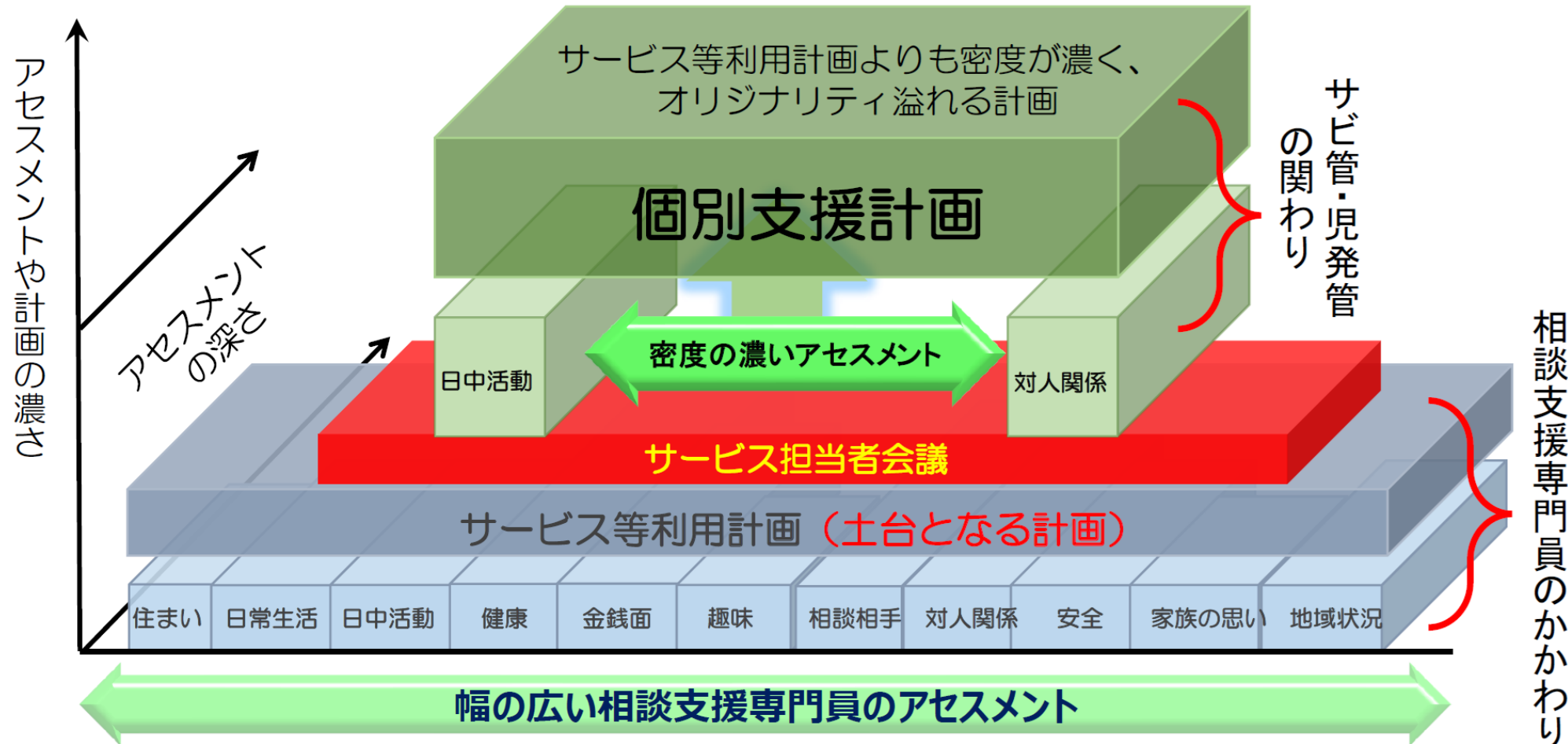
利用者の**生活全体**を考慮し、**希望される(必要な)生活を可能**とするための**サービスや社会資源の活用等**、総合的な支援、また、支援に関わる人たちがそれぞれの役割を果たせるように記したものの

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

生活介護サービス

（２）基本的役割

○利用者の心身の健康の維持・増進のための支援 生活介護事業所は、利用者一人ひとりの障害や心身の状態を理解し、それぞれに適切な支援を行うことで、心身の健康の維持及び増進を目指すことが重要である。

○利用者の主体的な生活と自己実現を目指した支援 生活介護事業所のサービスの提供にあたっては、利用者一人ひとりのニーズを理解し、利用者が主体と自己点検チェックのための生活介護事業ガイドライン案 なり、自己のニーズと希望する生活を実現するために、必要な支援を行うことが重要である。

○利用者の社会参加の機会の保障 生活介護事業所は、利用者がその事業所に通うことを基線（ベースライン）として、事業所での活動・体験をとおり生活圏域の拡大と利用者の意思・能力・特性に応じた地域社会での役割を創出するよう努めることにより、利用者のエンパワメントを高めつつ具体的な社会参加を推し進めることが重要である。

○利用者の権利と意思決定の保障 生活介護事業所は、利用者の基本的人権を尊重し、虐待、差別等の不適切な行為、権利侵害を未然に防止し、利用者一人ひとりの権利を保障するとともに、利用者の自己決定の機会を保障するための意思決定支援の意識を徹底することが重要である。

①の基本的姿勢を踏まえ、利用者一人ひとりの個別支援計画に沿って、下記の基本活動を複数組み合わせ、支援を行うことが求められる。

ア) 自立支援と日常生活の充実のための活動 利用者がサービスを利用することで、心身機能の維持、向上、創作的活動や生産活動等の諸活動を通して楽しみややりがいを感じることで、さらに友人や支援者等との交流を通して対人関係や活動の幅が広がることを目指して支援を行う。これらの支援においては、利用者の主体的な行動を促進し、利用者の自己実現と自立を目指した支援を行う。

イ) 創作的活動 創作的活動は、自己を表現する喜びや、視覚や手指からの感覚的な刺激を通して、豊かな感性を培うよう図っていく。また、利用者の特性に応じて、創作的活動を通して潜在的な表現力や感性を引き出し、利用者の活動の幅を広げていくことも重要である。

ウ) 生産活動 生産活動は、働くことを通して、心身機能の維持・向上や、役割を担うことでのやりがい、働くことの楽しさ等を享受できることを目指す。また、利用者の障害特性や心身の状況に応じて、作業台、いす、作業に関する道具等の環境を調整し、合理的配慮に則った対応を行なうことが重要である。

エ) 利用者の心身の状況に応じた支援 生活介護の利用者は、自立した日常生活及び社会生活を営む為により多くの専門的支援を要する障害者であり、利用者一人ひとりの心身の状況に応じて、身体介助や医療的ケア等適切な支援を行う必要がある。主に、生活支援員や理学療法士、作業療法士等による心身機能の維持・向上のための専門的な支援や、食事、入浴等の日常生活のための支援を行う。また、日常生活上のバイタルチェックや服薬の管理、健康に関する相談等の支援を適宜行うことが必要である。

オ) 障害の状態像に応じた支援 生活介護の利用者の、身体障害、知的障害、精神障害、さらに発達障害や高次脳機能障害、難病など多様な障害特性に応じて、居住空間や支援プログラムの作成、コミュニケーション支援等において、利用者が安心して過ごしやすい環境を整えることが重要である。

カ) 社会参加・地域交流の機会の提供 障害があることで社会生活上の行動範囲や経験が制限されることがないように、社会経験の幅を広げていく。特に、地域社会への参加、交流の機会を提供し、地域のなかで安心して生活できる環境を作ることを行う。障害者が地域の担い手の一人として地域社会を創っていく地域共生社会の実現に寄与することを目指すことが重要である。

キ) 地域の状況やニーズに応じた支援 生活介護事業所は、所在地である地域における障害者の生活状況や社会資源の状況等及び、地域において求められる障害者支援にかかわるニーズに応じて、積極的に取り組むことが重要である。特に、地域において支援のニーズがあるにもかかわらず、提供されるサービスの不足や、行き場のない者がいないよう、地域の行政、関係機関等との連携を取りながら、地域における役割を担うことが重要である。

ク) 社会生活のための支援 利用者が社会のなかで様々な経験を積み、生活の幅を広げていくことや、社会のなかでの役割や喜びや生きがいを創出するために、外出や地域で行われる活動への参加等、社会生活のための支援を提供することも重要である。

ガイドライン改訂の背景

- 放課後等デイサービスは、平成24年の児童福祉法改正により位置づけられて以降、事業所数約2万箇所、利用者数約30万人と飛躍的に増加(令和4年度)。
- 令和3年から令和5年にかけてとりまとめられた各種報告書や、令和4年の児童福祉法改正により児童発達支援センターが地域の障害児支援の中核的役割を担うことが明確化されたこと、令和5年度のこども家庭庁創設によりこども施策全体の中で障害児支援を進めることとされたこと等を踏まえ、支援の質の確保及びその向上をより一層図るため、放課後等デイサービスにおける支援の内容を示し、一定の質を担保するための全国共通の枠組みとして示しているガイドラインを改訂。

ガイドラインの目的

- 放課後等デイサービスについて、障害のあるこどもやその家族に対して質の高い支援を提供するため、支援の内容や運営及びこれに関連する事項を定めるもの。

こども施策の基本理念

- 全てのこどもは大切にされ、基本的な人権が守られ、差別されないこと。
- 全てのこどもは、大事に育てられ、生活が守られ、愛され、保護される権利が守られ、平等に教育を受けられること。
- 年齢や発達の程度により、自分に直接関係することに意見を言えたり、社会の様々な活動に参加できること。
- 全てのこどもは年齢や発達の程度に応じて、意見が尊重され、こどもの今とこれからにとって最もよいことが優先して考えられること。
- 子育ては家庭を基本としながら、そのサポートが十分に行われ、家庭で育つことが難しいこどもも、家庭と同様の環境が確保されること。
- 家庭や子育てに夢を持ち、喜びを感じられる社会をつくること。

障害児支援の基本理念

- 障害の特性を踏まえたニーズに応じた発達支援の提供(こどものウェルビーイングの向上、エンパワメントを前提とした支援)
- 合理的配慮の提供(社会的なバリアを取り除くための対話・検討)
- 家族支援の提供(家族のウェルビーイングの向上、エンパワメントを前提とした支援)
- 地域社会への参加・包摂(インクルージョン)の推進(一般のこども施策との併行利用や移行に向けた支援、地域で暮らす他のこどもとの交流などの取組)
- 事業所や関係機関と連携した切れ目のない支援の提供(関係機関や関係者の連携による切れ目のない一貫した支援を提供する体制の構築)

放課後等デイサービスの役割

- 学齢期の障害のあるこども又はその可能性のあるこどもに対し、個々の障害の状態や発達の状況、障害の特性等に応じた発達上のニーズに合わせて本人への発達支援(本人支援)を行うほか、こどもの発達の基盤となる家族への支援(家族支援)を行うこと。
- 全てのこどもが共に成長できるよう、学校、特別支援学校、専修学校等と連携を図りながら、小学生の年齢においては放課後児童クラブ等との並行利用や移行に向けた支援を行うとともに、学齢期全般において地域の一人としての役割の発揮や地域の社会活動への参加・交流を行うことができるよう支援(移行支援)を行うほか、こどもや家庭に関わる関係機関と連携を図りながら、こどもや家族を包括的に支援(地域支援・地域連携)していくこと。

放課後等デイサービスの目標

- 生きる力の育成とこどもの育ちの充実
- 家族への支援を通じたこどもの暮らしや育ちの安定
- こどもと地域のつながりの実現
- 地域で安心して暮らすことができる基盤づくりの推進

放課後等デイサービスの方法

- **こどもの発達の過程や障害の特性等に応じた発達上のニーズを丁寧に把握(※1)し理解した上で、全てのこどもに総合的な支援(※2)を提供することを基本**としつつ、こどもの発達段階や特性など、個々のニーズに応じて、**特定の領域に重点を置いた支援(※3)を組み合わせて行う**など、包括的かつ丁寧に支援を行っていくことが重要。
※1 本人支援の**5領域**(「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」)の視点等を踏まえたアセスメントを行うことが必要。
※2 個々のこどもに応じた、生活や遊び等の中での、**5領域の視点を網羅した支援**
※3 5領域の視点を網羅した支援(総合的な支援)を行うことに**加え**、理学療法士等の有する専門性に基づきアセスメントを行い、計画的及び個別・集中的に行う、**5領域のうち特定(又は複数)の領域に重点を置いた支援**

放課後等デイサービスの内容

①本人支援

「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**の視点を網羅した個々の子どもに応じたオーダーメイドの支援を**4つの基本活動を組合せて**提供する。

日常生活の充実と自立支援のための活動	多様な遊びや体験活動
地域交流の活動	子どもが主体的に参画できる活動

②家族支援

こどもの成長や発達の基盤となる親子関係や家庭生活を安定・充実させる支援

③移行支援

こどもが、可能な限り、地域において放課後等に行われている多様な学習・体験・活動や居場所を享受し、その中で適切な支援を受けられるようにしていくことや、同年代のこどもをはじめとした地域における仲間づくりを図っていく支援

④地域支援・地域連携

こどもの育ちや家庭の生活の支援に関わる保健・医療・福祉・教育・労働等の関係機関や障害福祉サービス等事業所等との連携による支援

放課後等デイサービスの流れ

- 障害児相談支援事業所が、障害児支援利用計画を作成し、その後、児童発達支援管理責任者が、障害児支援利用計画における総合的な援助の方針等を踏まえ、放課後等デイサービス計画を作成し、これに基づき日々の支援が提供される。
- 児童発達支援管理責任者は、放課後等デイサービスを利用することもと家族のニーズを適切に把握し(**5領域の視点等を踏まえたアセスメント**)、放課後等デイサービスが提供すべき支援の内容を踏まえて放課後等デイサービス計画を作成し(**将来に対する見通しを持ち、こどもや保護者の意思の尊重、こどもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて作成**)、全ての職員が放課後等デイサービス計画に基づいた支援を行っていくように調整する。作成した放課後等デイサービス計画は、障害児相談支援事業所へ交付する。
- 放課後等デイサービス計画は、概ね6か月に1回以上モニタリングを行うこととなっており、モニタリングの結果に基づき、放課後等デイサービス計画の見直しを行っていく。

関係機関との連携

- 障害のあるこどもの発達支援は、こども本人が支援の輪の中心となり、様々な関係者や関係機関(※)が関与して行われる必要があり、これらの関係者や関係機関は連携を密にし、適切に情報を共有することにより、障害のあるこどもに対する理解を深めることが必要。
※ 市町村、医療機関、学校等、他の放課後等デイサービスや児童発達支援事業所、放課後児童クラブ等、こども家庭センターや児童相談所、(自立支援)協議会等
- セルフプランにより複数の事業所等を利用することもについては、適切な障害児支援の利用の観点から、利用する全ての事業所間において、こどもの状態や支援状況の共有等を行うなど、特に連携を図ることが重要。

組織運営管理

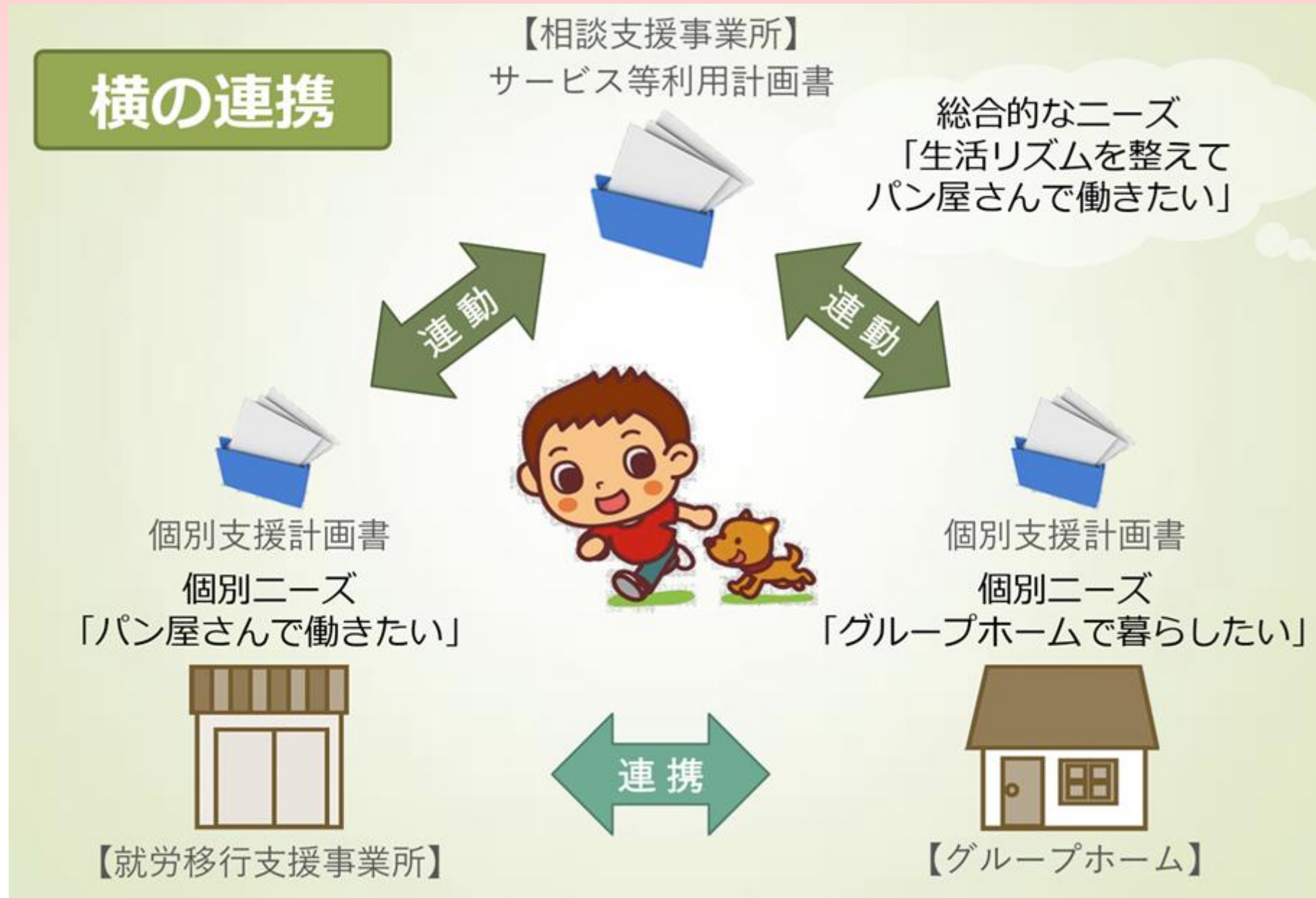
- **自己評価**については、**従業者評価及び保護者評価**を踏まえ、**全職員による共通理解の下**で、事業所全体として行う必要がある。
- **総合的な支援の推進と事業所等が提供する支援の見える化**を図るため、**5領域との関連性を明確にした事業所等における支援の実施に関する計画(支援プログラム)**を作成する必要がある。

衛生管理・安全管理対策等

- 衛生管理:感染症対応として、対策を検討する**委員会**の定期的な開催や、**指針**の整備、**研修や訓練**の定期的な実施、**業務継続計画(BCP)**の策定が必要。
- 非常災害対策:非常災害に備えて、消火設備等の必要な**設備、具体的計画**の作成や周知、定期的な**避難訓練、事業継続計画(BCP)**の策定が必要。市町村が作成する個別避難計画への協力(計画作成に当たっては、こどもの状況等をよく把握している相談支援事業所等の参画が想定されることから、当該相談支援事業所等との間で災害時の対応について意思疎通を図っておくこと)も重要。
- 安全管理対策:**安全計画**の策定、事故発生時の**都道府県・市町村・家族等への報告**、緊急時における対応方法についての**マニュアル**の策定・訓練、**救急対応**に関する知識と技術の習得が必要。

権利擁護

- **虐待防止委員会**の定期的な開催やその結果の職員への**周知徹底**、職員に対する**研修の定期的な実施**やこれらの措置を適切に実施するための**担当者の配置**が必要。
- **身体拘束等の適正化を図る措置**(①身体拘束等の記録、②身体拘束適正化検討委員会の定期開催、③指針の整備、④研修の実施)を講じる必要。



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

○ **障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成二十四年三月十三日)(厚生労働省令第二十八号)**

2 指定計画相談支援における指定サービス利用支援(法第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定サービス利用支援をいう。)の方針は、第二条に規定する基本方針及び前項に規定する方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

十二 相談支援専門員は、支給決定又は地域相談支援給付決定を踏まえてサービス等利用計画案の変更を行い、**指定障害福祉サービス事業者等、指定一般相談支援事業者その他の者との連絡調整等**を行うとともに、**サービス担当者会議(相談支援専門員がサービス等利用計画の作成のために利用者及び当該変更を行ったサービス等利用計画案に位置付けた福祉サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を招集して行う会議をいい、テレビ電話装置その他の情報通信機器(次条、第二十二条第三項第一号及び第二十八条の二第一号において「テレビ電話装置等」という。)を活用して行うことができるものとする。以下同じ。)**の開催等により、当該**サービス等利用計画案の内容について説明を行う**とともに、**当該利用者の生活に対する意向等を改めて確認した上で、担当者から、専門的な見地からの意見を求め**なければならない。

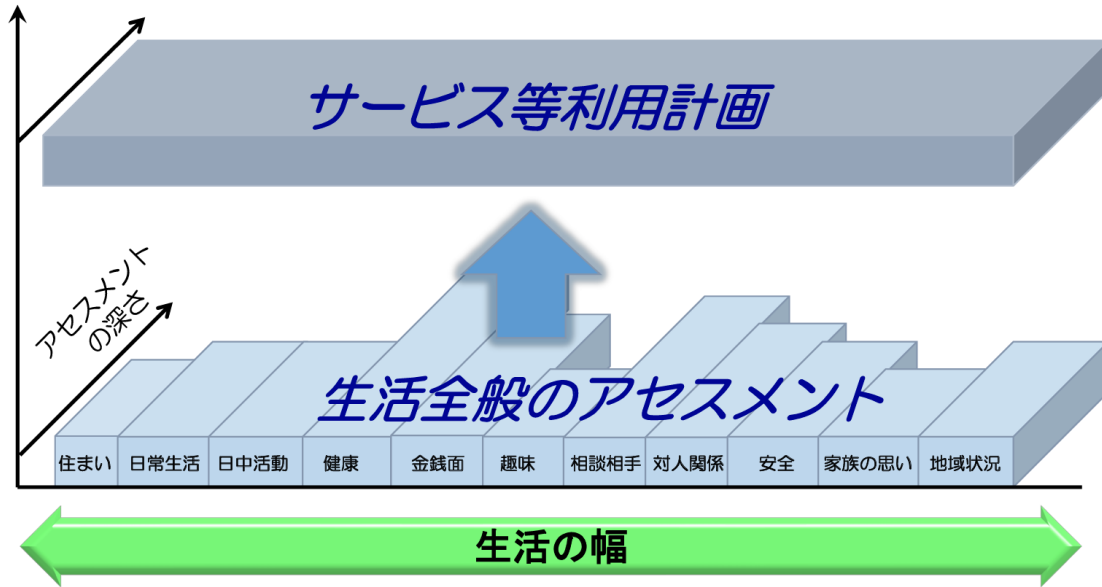
十三 相談支援専門員は、サービス担当者会議を踏まえたサービス等利用計画案の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、**文書により利用者等の同意を得**なければならない。

十四 相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成した際には、当該**サービス等利用計画を利用者等及び担当者に交付**しなければならない。

(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**)



8

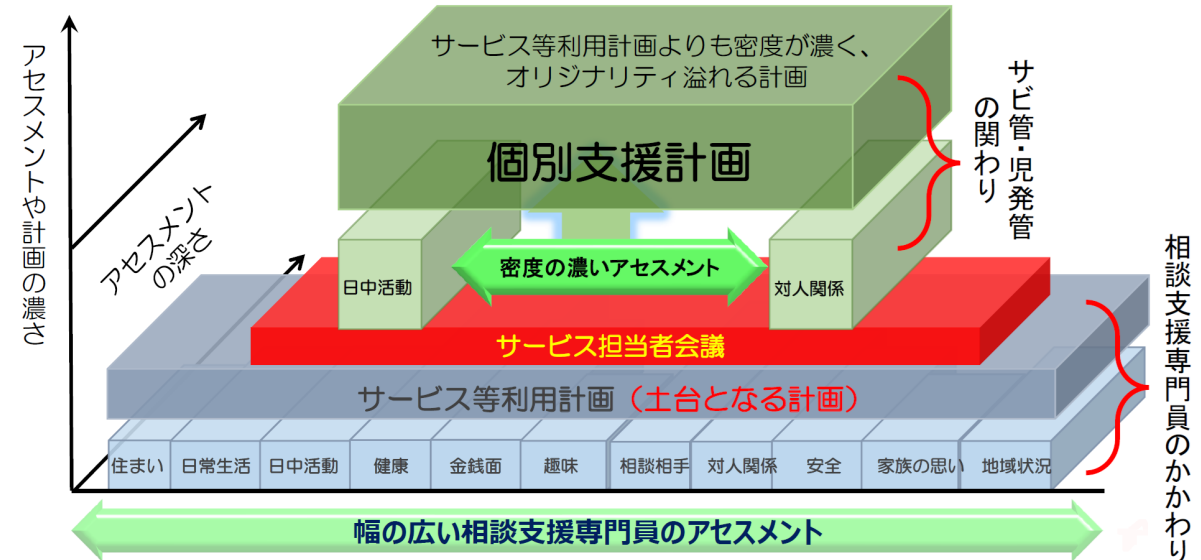
利用計画

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

【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の

サービス管理責任者等が作成

【担当者会議の主な内容例】

・利用者の現状報告

- ・ 心身の状態、生活状況、家族の状況などの共有
- ・ 利用中サービスの実施状況や課題

・関係機関からの情報共有

- ・ 各サービス提供者（福祉・医療・介護など）からの支援経過や評価
- ・ 多職種の視点からの意見・アセスメント

・本人・家族の意向の確認

- ・ 支援に対する満足度、新たなニーズや希望
- ・ 今後の生活に対する目標や希望する支援内容

・支援目標・課題の整理

- ・ 解決すべき課題と優先順位の整理
- ・ 支援の方向性のすり合わせ

・サービス等利用計画の検討・見直し

- ・ 新たな支援ニーズへの対応策
- ・ サービス内容・回数・提供者の調整や変更提案

・今後の支援体制の確認

- ・ 役割分担の確認と調整
- ・ 連携体制の再構築・強化の検討

・モニタリング結果の反映

- ・ これまでの支援の評価と今後への活かし方
- ・ 計画の改善点・成功例の共有

・次回会議の予定・継続的フォローアップ

- ・ 定期的な会議実施の合意
- ・ モニタリングの時期と方法の確認

サービス担当者会議

【会議の位置づけ】

- ・ 関係性づくり
- ・ 情報共有
- ・ 情報交換
- ・ アイディア出し
- ・ 合意形成
- ・ 意思決定
- ・ 問題解決
- ・ 役割分担

※ 会議のコスト感覚

- ① サービス担当者の視点からは、それぞれの専門的立場から意見を述べ、原案を更によりものにする機会
- ② 利用者の視点からは、原案に対して実際にサービスを提供してくれる事業者との間で確認ができる、共有の機会
- ③ 相談支援専門員の視点からは、利用者と実際にサービスを提供しているサービス担当者から、現実的な情報が得られる機会

モニタリング



○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成二十四年三月十三日)(厚生労働省令第二十八号)

3 指定計画相談支援における指定継続サービス利用支援(法第五十一条の十七第一項第二号に規定する指定継続サービス利用支援をいう。)の方針は、第二条に規定する基本方針及び前二項に規定する方針に基づき、次の各号に掲げるところによるものとする。

一 相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成後、**サービス等利用計画の実施状況の把握**(利用者についての継続的な評価を含む。以下「モニタリング」という。)を行い、**必要に応じてサービス等利用計画の変更、福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整、その他の便宜の提供**を行うとともに、新たな支給決定又は地域相談支援給付決定が必要であると認められる場合には、利用者等に対し、支給決定又は地域相談支援給付決定に係る**申請の勧奨**を行うものとする。

二 相談支援専門員は、モニタリングに当たっては、**利用者及びその家族、福祉サービス等の事業を行う者等との連絡を継続的に行う**こととし、法第五条第二十三項に規定する主務省令で定める期間ごとに**利用者の居宅等を訪問し、利用者等に面接するほか、その結果を記録**しなければならない。

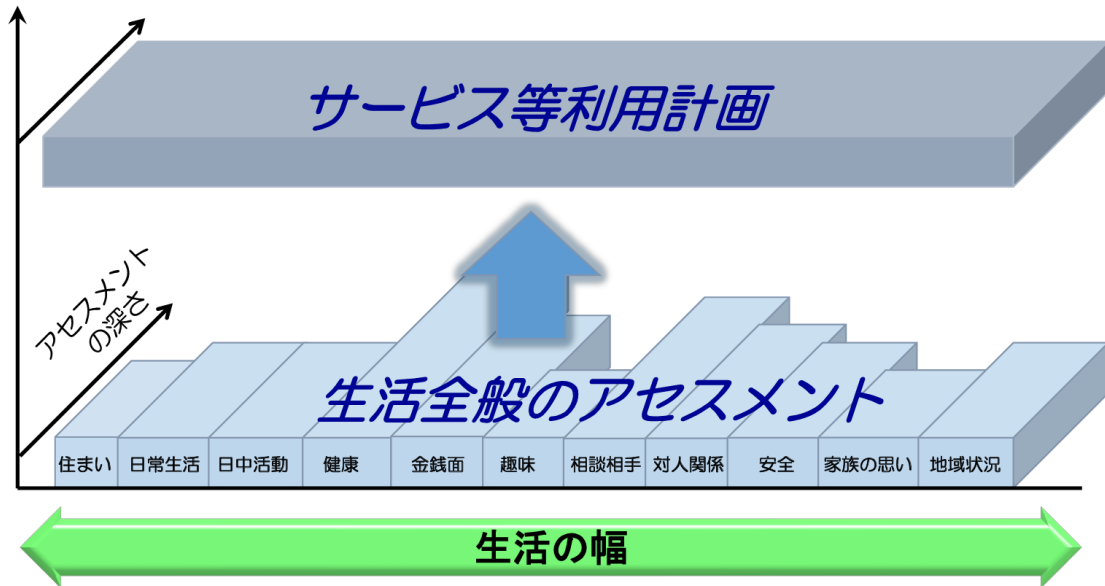
なぜモニタリングは必要か？

- ◆ サービスが計画どおりに実施されているか確認するため
 - ・ 支援内容の実施状況を定期的に把握する
- ◆ 利用者の状態やニーズの変化に気づくため
 - ・ 生活状況や健康状態の変化を早期に察知し対応できる
- ◆ 支援が適切かどうか評価するため
 - ・ 利用者が満足しているか、不適切な支援がないかを確認
- ◆ 支援計画の見直しや再調整のための根拠となるため
 - ・ 現状に合わないサービスは修正・改善につなげる
- ◆ 関係機関との連携状況を確認・強化するため
 - ・ 多職種間の協働体制が維持できているかを把握する
- ◆ 権利擁護の視点から利用者を守るため
 - ・ 不利益や不当な対応を防ぐチェック機能としての役割
- ◆ 本人主体の支援を継続的に実現するため
 - ・ 利用者の意思や希望が支援に反映されているか確認する

(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)



8

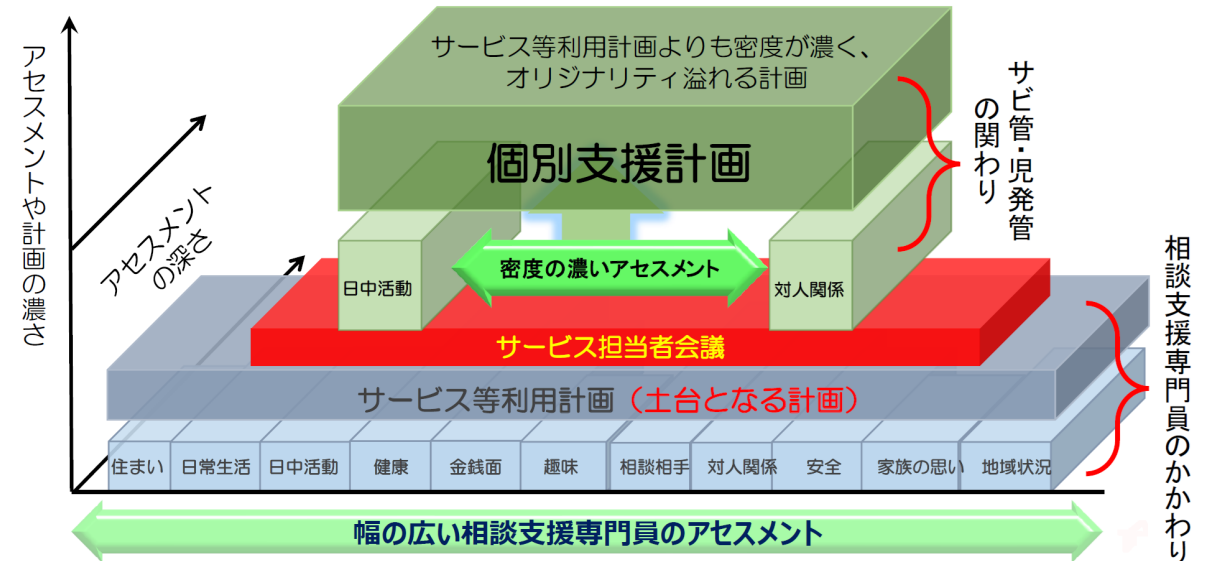
利用計画

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

【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の

サービス管理責任者等が作成

【モニタリングの主な内容】

- ◆ サービスの利用状況
 - ・ 利用者がサービスを予定どおりに利用できているか
 - ・ 利用回数・頻度・時間の把握
- ◆ サービス提供の適切性
 - ・ サービス内容が計画に沿って提供されているか
 - ・ 支援の質や支援者の対応に問題がないか
- ◆ 利用者の生活状況・心身の変化
 - ・ 健康状態、精神状態、日常生活動作の変化
 - ・ 新たな課題や支援ニーズの出現
- ◆ 本人・家族の満足度と意向
 - ・ サービスに対する評価・満足度
 - ・ 継続の意思や新たな希望
- ◆ 支援目標の達成状況
 - ・ 個別支援計画に設定した目標の進捗や達成度合い
- ◆ 関係機関・サービス提供者との連携状況
 - ・ 情報共有の状況、連携の円滑さ、役割分担の確認
- ◆ 課題や問題点の抽出
 - ・ 支援上のトラブルや困難な点
 - ・ 改善が必要な箇所の明確化
- ◆ 次回モニタリングの時期と方法
 - ・ 定期的なモニタリング実施のためのスケジュール確認

【モニタリングの方法】

◆ 訪問による直接面談

- ・ 利用者の居宅やサービス提供事業所等を訪問し、本人・家族・職員と直接話をする
- ・ 環境や表情・態度などから非言語的な情報も収集

◆ 電話やオンラインによる聞き取り

- ・ 対面が困難な場合に有効
- ・ 利用者や家族、サービス提供事業者から状況をヒアリング

◆ 関係機関との情報共有・会議参加

- ・ 担当者会議やサービス提供会議などに出席して意見交換
- ・ 多職種連携の中での情報収集

◆ サービス提供記録や支援記録の確認

- ・ 提供事業所が作成する記録類を閲覧・分析
- ・ 利用状況や支援の詳細を把握

◆ 日常的なやり取りからの把握

- ・ 日々の連絡や相談対応を通じて得られる情報を活用

◆ 定期的なモニタリング計画の実施

- ・ サービス等利用計画に基づくスケジュールに沿って定期確認
- ・ 必要に応じて随時モニタリングを実施

◆ アセスメントの再実施（必要に応じて）

- ・ 状況の大きな変化があった場合には再評価を行い、計画見直しへつなげる

留意点



- ・『**子どもの自由**』が保障されていること
※**大人も同じ**

子どもの権利（child rights）とは、
子どもの人権（human rights of children）と同じ意味です。

子どもは**生まれながらに**人権（権利）をもっていて、それは、**義務と引き換えに**与えられるものではなく、また、何かをしないと取り上げられるものでもありません。

unicef | 子どもの権利条約



差別の禁止（差別のないこと）

すべての子どもは、子ども自身や親の人種や国籍、性、意見、障がい、経済状況などどんな理由でも差別されず、条約の定めるすべての権利が保障されます。



子どもの最善の利益（子どもにとって最もよいこと）

子どもに関することが決められ、行われる時は、「その子どもにとって最もよいことは何か」を第一に考えます。



生命、生存及び発達に対する権利（命を守られ成長できること）

すべての子どもの命が守られ、もって生まれた能力を十分に伸ばして成長できるよう、医療、教育、生活への支援などを受けることが保障されます。



子どもの意見の尊重（子どもが意味のある参加ができること）

子どもは自分に関係のある事柄について自由に意見を表すことができ、おとなはその意見を子どもの発達に応じて十分に考慮します。

意思決定支援とは

「意思決定支援」とは、自らの意思を決定することに困難を抱える障がい者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が**自ら意思決定**ができるように支援し、本人の**意思の確認**や**意思及び選好を推定**し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために**事業者の職員が行う**支援の行為及び仕組みをいいます。



- 『自己決定』が保障されていること

ステップ1 意思形成

『これおもしろそう
だな。やってみたい
なあ』

ステップ2 意思表示

「これ、おもしろそ
うだからやってみた
いです。」

ステップ3 意思決定

「これ、やりたいの
で、やります。」

ステップ4 意思実現

【やりたいことへの
参加行動】

自己選択 自己決定の場が保障されている
内容 方法 量（量・時間）

意思決定支援の基本原則

- ① 自己決定の尊重とわかりやすい情
報提供 … 必要な情報の説明は本人が
理解できるように工夫する
- ② 不合理と思われても他者の権利を
侵害しないのであれば尊重する … 家
族や支援者が不合理と判断しても、他
者の権利を侵害しなければ尊重する

快 ・ 不快

(やってみたいのもと)
子ども脳

情動をつかさどる扁桃体（大脳辺縁系）

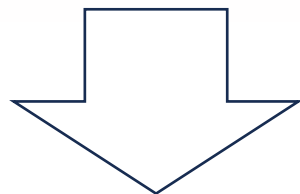
- ・ 幼児期に急激に発達
- ・ 10歳～ さらに発達
(思春期のホルモン影響)

価値観

(ねばならない)
おとな脳

価値観をつかさどる前頭前野

- ・ 20歳から30歳に完成
※感情の抑制、コントロールは
20歳を過ぎても発達



教育と遊育
AKU

価値観の行き過ぎた優先は、
大脳辺縁系のゆがんだ発達を招く

