

6つの手順で立てる通所支援計画



田中さとる



サンクスシェア



九州発達障がい 支援協会



パンフレット



ヤミナー資料



人財育成案内



携帯電話



Facebook



LINE

右のQRコードから
左のページの表示を
お願いします。



合同会社サンクスシェア 代表社員・相談支援専門員 田中 さとる



支援計画を立てる6つの手順

① アセスメント

- ・ インテークシートによる利用の背景、利用の必要性等の聞き取り

② 原案の作成

- ・ 課題の分析及び支援の方向性の立案

③ サービス担当者会議

- ・ 支援の具体的な内容と支援の方法の吟味、協議

④ 案の修正と保護者の同意と署名

- ・ 担当者会議をもとに修正した計画案を保護者に説明

⑤ 支援の提供と記録

- ・ 全体的な行動等の記録 + 子ども別・課題別の記録 の組み合わせ

⑥ アセスメントによるモニタリングと支援計画の改善

- ・ 目標達成に伴う評価を経て計画の更新

支援計画を見る

『まずは、ガイドライン』



【放課後等ディサービスの目標】

- ① 生きる力の育成と子どもの育ちの充実
- ② 家族への支援を通じた子どもの暮らしや育ちの安定
- ③ こどもと地域のつながりの実現
- ④ 地域で安心して暮らすことができる基盤づくりの推進

よりどころは？

放課後等デイサービスガイドライン

【放課後等デイサービスの内容】

① 本人支援

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

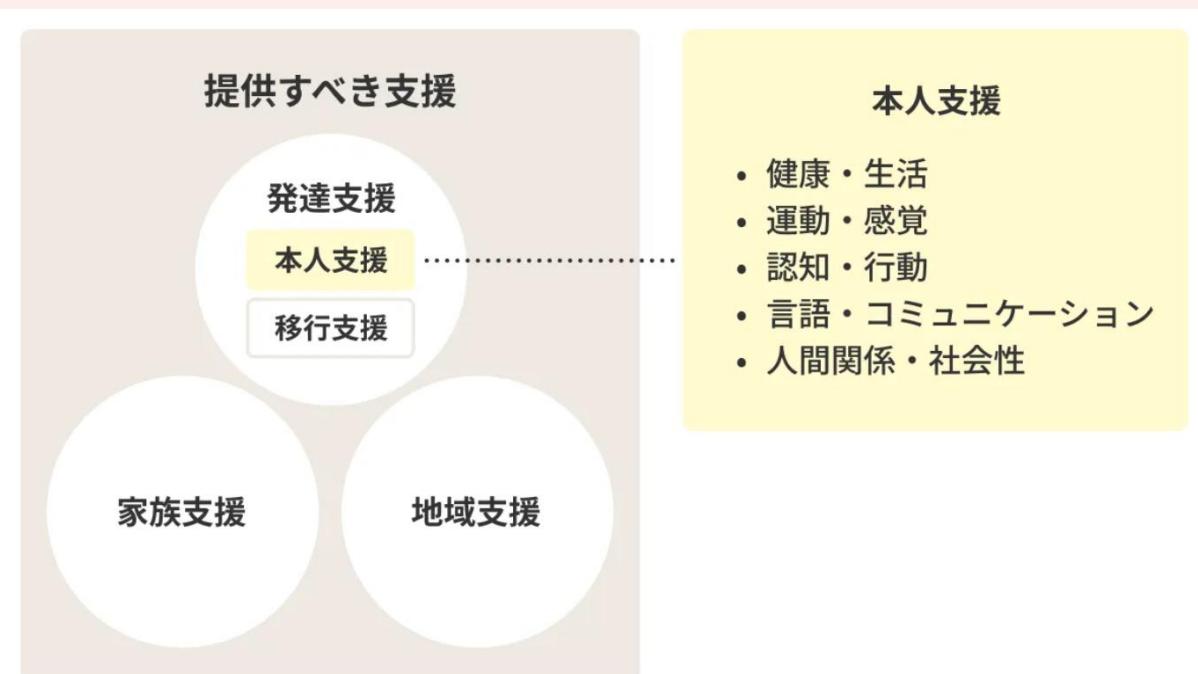
② 家族支援

③ 移行支援

④ 地域支援・地域連携

4基本活動

- 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
- こどもが主体的に参画できる活動



支援計画を立てる手順 ①

【アセスメント】



『何に困っているのでしょうか？』 ⇒ 困り感の明確化

- ・ 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）

手順①：アセスメント

【アセスメント書式例】

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
					<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
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
ジ エ ノ グ ラ ム				主支援者 → 主	居住環境 <input type="checkbox"/> 自宅(単身) <input type="checkbox"/> 自宅(家族と同居) <input type="checkbox"/> GH・CH <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他
				副支援者 → 副	
				本人 → <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	
				男性 → <input type="checkbox"/>	
				女性 → <input type="radio"/>	
				死亡者 → <input type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/>	
生					

【重要な 1 ページ】

生活歴をしっかりインテーク
することにより、なぜ、放課
後等デイサービスを利用する
必要があるのかを明確に分析
する。

手順①：アセスメント

【視点A：インテークにおけるポイント】

- 1 なぜ、放課後等デイサービスを利用しようと思ったのか？（保護者・本人）
- 2 何が本人、もしくは家族の問題・課題なのか？（表のニーズから真のニーズを導き出す）
- 3 問題・課題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 問題・課題理解に必要な関係機関（学校・医療・併用事業所・地域資源など）の情報
- 5 本人・家族は、その問題・課題をどのように感じ、考えているのか？
- 6 問題・課題は、本人や家族が日常生活を営むのにどれほどの支障を生んでいるのか？
- 7 問題・課題は、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 その問題の解決に際し、どのような働きかけがなされてきたか？または、その予定は？
- 12 問題・課題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 この問題・課題について、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 この問題・課題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、問題が解決に向かうのか？

【チャレンジ】 社会資源マップ（エコマップ）の作成

※ 目の付け所は、ものやひと、環境そのものに加えて、それらの関係性がどうであるか？

手順①：アセスメント

【視点B：インテークにおけるポイント】

(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

児童発達支援ガイドラインに示された「本人支援」

手順①：アセスメント

【視点C：インテークにおけるポイント】



特別支援
学校
幼稚部

特別支援学校小学部

特別支援学校中学部

特別支援学校高等部

学校

保育園

小・特別支援学級（通級）

中・特別支援学級（通級）

通信制高等学校

専門学校

幼稚園

小・普通学級

中 普通学級

普通高等学校

大学

0 ————— 6 ————— 12 ————— 15 ————— 18 —————

児童発達支援

放課後等デイサービス

福祉サービス

保育所等訪問支援

一般就労

一般就労（障がい者雇用）

就労継続支援A型

就労継続支援B型

生活介護

支援計画を立てる手順 ②

【原案の作成】



本人視点 適時性 優先順位

手順②：原案の作成

【計画相談が作成するサービス等利用計画の参照】

サービス等利用計画・障害児支援利用計画								
利用者氏名(児童氏名)	○○ ○○	障害程度区分	無	相談支援事業者名	指定特定相談支援事業所 ○○			
保護者氏名	○○ ○○	本人との続柄	母					
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	○○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						
計画作成日	平成○年○月○日	モニタリング期間(開始年月)	○ヶ月	利用者同意署名欄				
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<ul style="list-style-type: none"> 学校への登校や、放課後デイのお迎え時など、マイペースさもあって時間を守ることが難しいです。 状態が良いときは良いのですが、バランスが崩れると歯止めがきかず悪さをすることがあります。 日常生活動作を含め、引き続き自分の気持ちを伝えたり、できることが増えてほしいです。 今は○○療育機関の個人セッションを受けているので、必要な時に一緒にやってほしいです。 							
総合的な援助の方針	<p>二次障害につながらないよう、本人の意図をくみ取りながら、信頼感あるコミュニケーションの相互的な情緒交流が出来るよう、福祉サービスによって療育を受けながら、自信をもって生活出来るよう支援します。そのための関係機関との連携、統一した療育を受けられるよう支援します。</p>							
長期目標	バランスが崩れた時に自分で整える方法を身に着け、実践しながら穏やかに過ごせるようになります。							
短期目標	認知面での捉え方に幅を利かせ、コミュニケーションにおけるトラブルを少なくしましょう。							
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)			
1	皆との関わり(相互のやり取り)を待ってほしい。その中で、自分の気持ちを伝えられるようになってほしいです。	信頼できる大人の見守りの中、安心できるやりとりを通して、自己表現をしたり、相手の意図を正しく理解し、主体的な行動が出来るよう支援します。	6ヶ月	①放課後等デイサービス 頻度:23.0日／月 曜日:月～土曜 •A放課後等デイサービス 曜日:火、水、木、金曜 •B放課後等デイサービス 曜日:金曜(心理面談) •C放課後等デイサービス 曜日:月曜 •D放課後等デイサービス 曜日:土曜 ※長期休暇中においては、利用目的に合わせて曜日や日数を変更し申し込みをします。	思いが伝わりあう体験をたくさん経験しましょう。またその方法をたくさん学びましょう。	6ヶ月	○語彙数は年齢相応にありますが、言葉を一時的に保持する力や、注意を向け続ける集中力の難しさから、本来行うことから離れることがあります。一つひとつ丁寧に行い、達成感を味わうことで、理解と自信につなげましょう。	
2	出来ることになるべく早く出来るようになってほしい。 (日常生活動作) (時間を守る、見通しを持つ)	本人の理解につながるような支援を行い、できることを増やします。また、周りをみて行動することを意識できるよう支援します。	6ヶ月	②○○小学校 (特別支援学級) ③計画相談事業所 頻度:適宜 ④○○市役所	楽しく分かりやすく活動できるよう工夫しますね。	6ヶ月	○宿題:音読はご家庭で、それ以外については放課後デイで行い、どうしても分からない部分はご家庭や学校に持ち帰るよう統一します。 ○体温調節が難しいようです。水分補給は各関係機関しっかりと確認して取り組んでいきましょう。	
3	状態が良いときは良いのですが、バランスが崩れると歯止めがきかず悪さをすることがあります。	本人の言動の要因をしつかりアセスメントしながら、現象だけにとらわれず、良し悪しも含め気持ちの理解に努めます。	6ヶ月	⑤○○療育園(医療) ⑥○○療育機関	いまの状態に気づけるよう、先生方がお話をしますね。	6ヶ月	○周りをみて状況に合わせた行動が出来るよう支援しましょう。(年齢に合わせた行動も意識しましょう。) ※学校の行事等やご家庭の事情により、放課後等デイサービスでは、營業時間前後の延長利用をします。その都度事業所と受け入れについて検討します。	
4	福祉サービスや医療教育との連携を図ったり、情報提供等を行います	安心して本児の発達が促せるよう、各機関と連携しながら支援をしていきます。	1年		不安なことや困ったことがあればいつでも相談して下さいね。【保護者様】お子様の成長を様々な支援機関と連携しながら行っていきましょう。	1年	※ひとりでの移動には外的要因から事故、怪我等が心配される為、送迎を利用します。	

手順②：原案の作成

【計画相談が作成するサービス等利用計画の参照】



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、その人自身の生活と一緒に考え、「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。

手順②：原案の作成

【計画相談が作成するサービス等利用計画の参照】

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案						提出先窓口を記入	
利用者（児童）氏名 保護者氏名	○○ ○○	障がい支援区分 本人との統柄	区分○	相談支援事業所ワンルーム 計画作成担当者 松本 浩治			
障がい福祉サービス番号 地域相談支援受給者番号	1100400000	障がい児通所受給者証番号		利用者同意欄（自署又は押印）			
計画案作成日	令和2年5月12日	モニタリング期間（開始年月）	3ヶ月				
利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活） (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。							
<p>総合的な援助の方針</p> <p>武士さんは、日常生活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世話を必要です。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、公共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立派にこなせています。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己実現（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>							
<p>目標 (3) 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。</p> <p>目標 (3) 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。</p>							
優先順位	解決すべき課題	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、楽しみながら自分で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	家族以外で生活を受けながら必要	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（体中一時）	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、外出を楽しめましょう。			自分の行きたいところをヘルパーさんに伝えて、外出をより楽しめましょう。	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。							

手順②：原案の作成

【計画相談が作成するサービス等利用計画の参照】

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**」ようを作成する。

(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。

手順②：原案の作成

【計画相談が作成するサービス等利用計画の参照】

【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』をしていくかを記述 ↵ ※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 モニ期間 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 ↵

↑

手順②：原案の作成

【計画相談が作成するサービス等利用計画の参照】

«

【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、負担感等を隨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。»

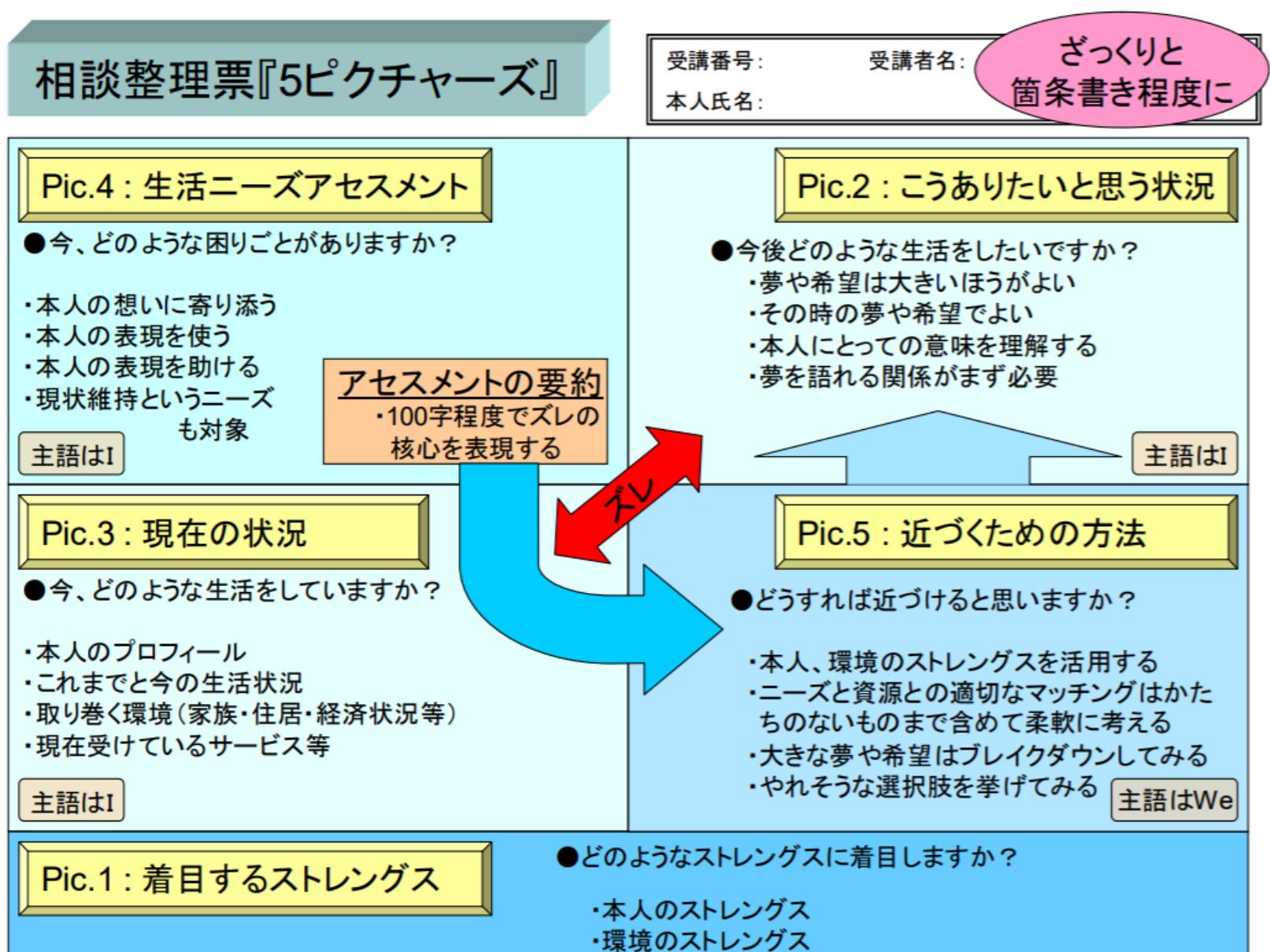
具体的には・・・（書いても良いし書かなくてもよい。おそらく、解決すべき課題のところへ詳細が出てくるはずです。）»

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。»

«

手順②：原案の作成

【ニーズ整理法（相談支援）】



一覧のポイント

- 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 ストレンジスの活用

手順②：原案の作成

【ニーズ整理法（ニーズ整理シート）】

2. 利用者のストレングス（強み、できること、持っているもの等）

個人：

環境：

◇「望み」と「現状」の間にあるギャップを埋めるために「必要なこと」

ポイント！
「1.〇〇がある」「2.〇〇がない」「3.〇〇を得る」では何も
整理されない。望みに到達するために必要なことを考える。

3. 現状（望みに対する現在の状況）

ギャップを埋めるために
必要なこと

1. 望み（本人の実現したい状況）

4. ニーズ（必要なこと・もの）

支援計画を立てる手順 ③

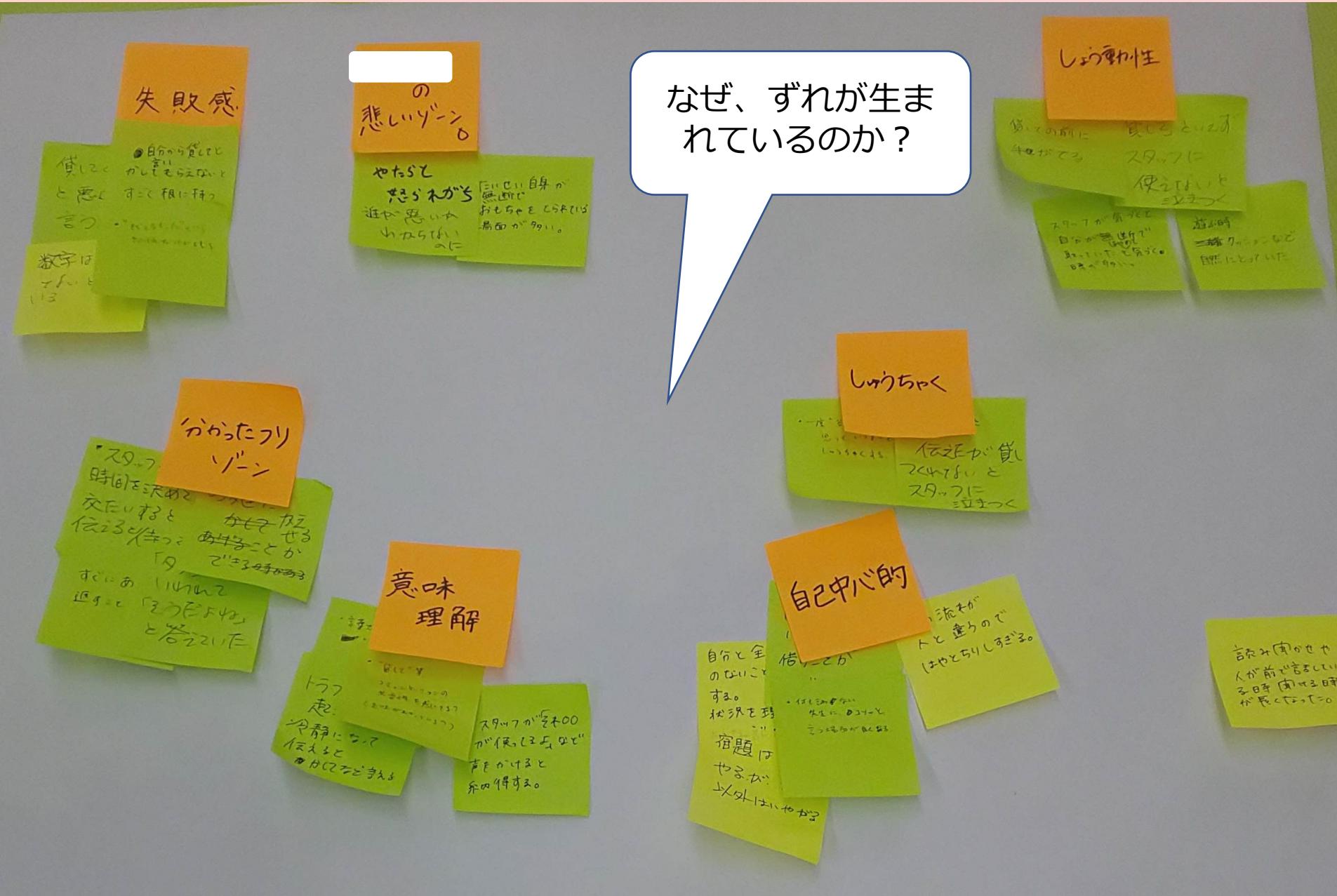
【サービス担当者会議】



『支援計画は、共通理解されていますか？』

手順③：サービス担当者会議

【KJ法による課題分析】

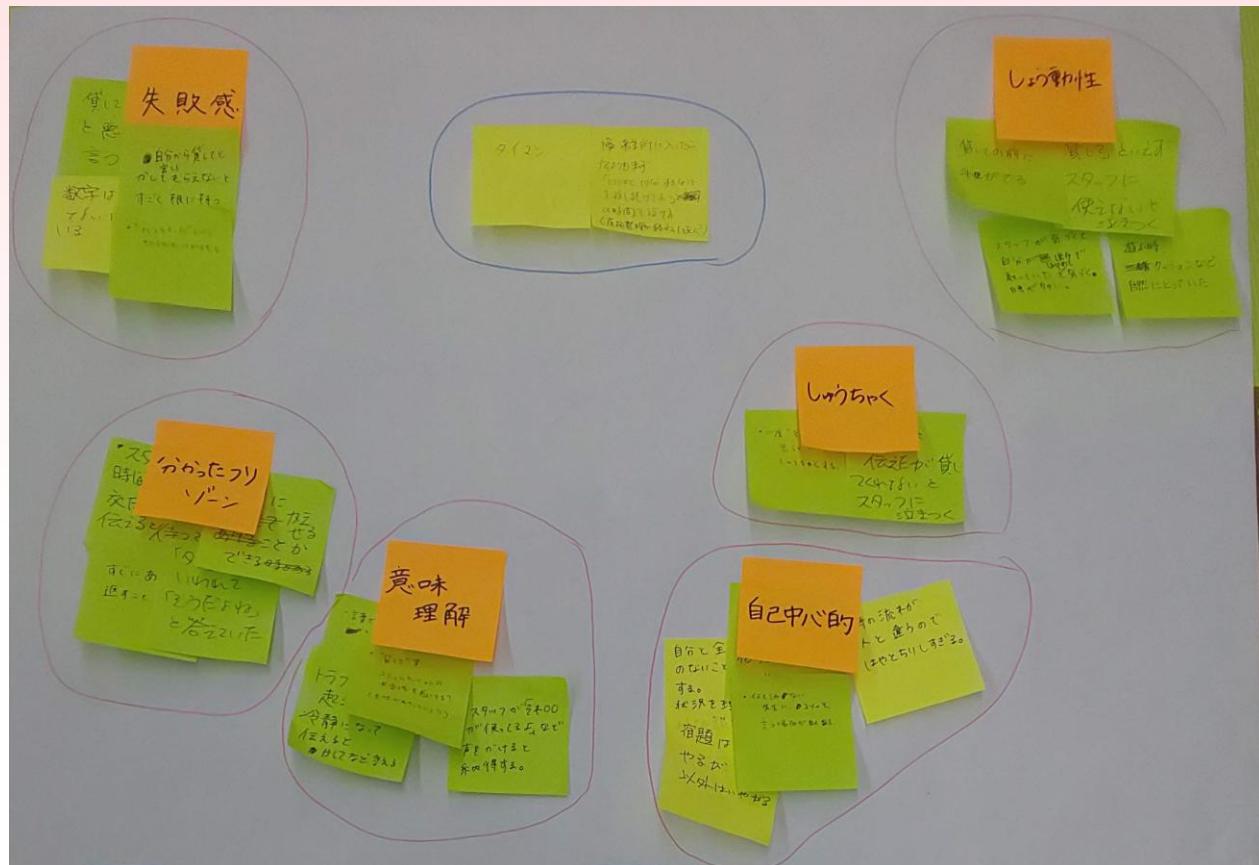


手順③：サービス担当者会議

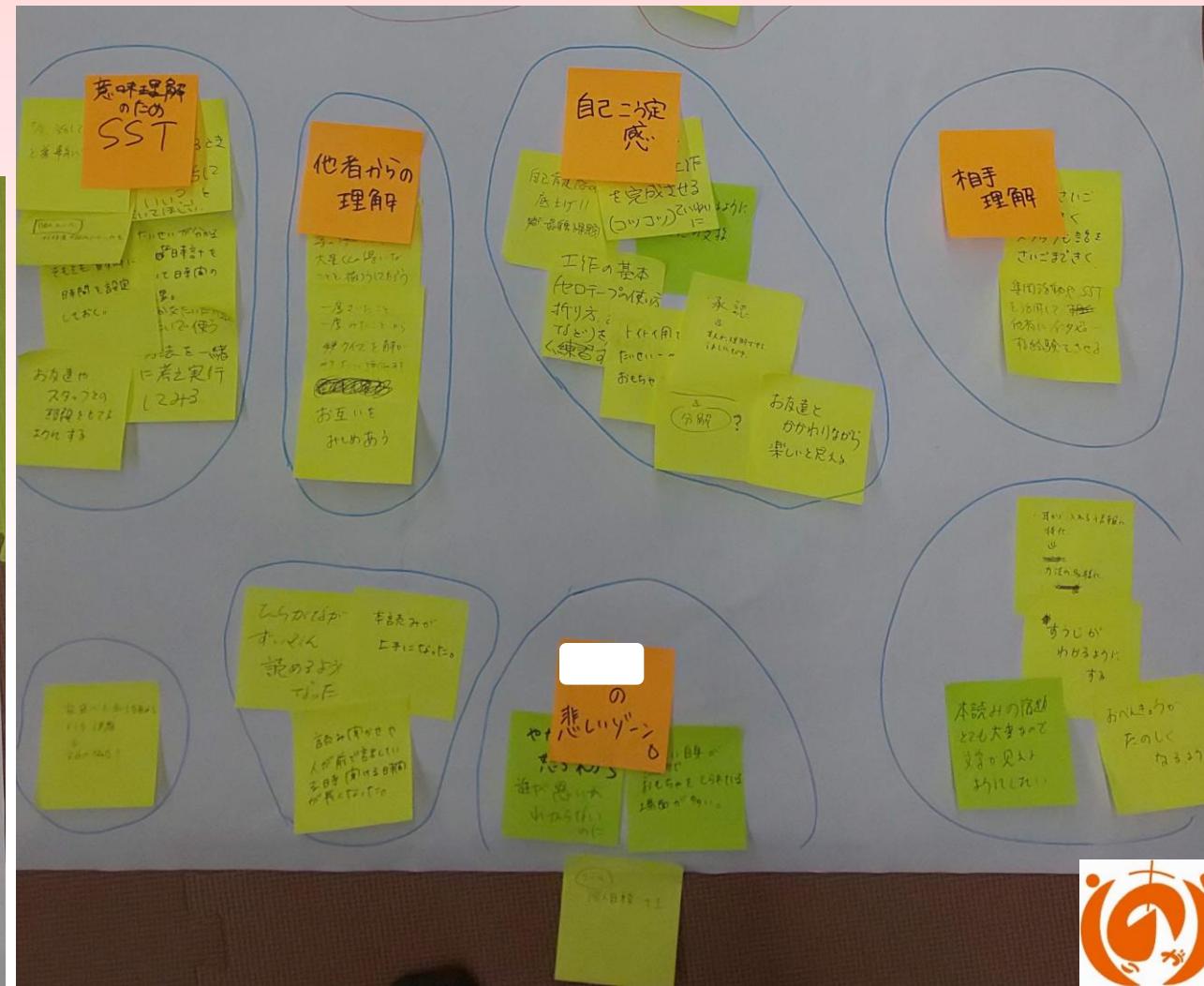
【KJ法による課題分析】

【前半】 KJ法による課題整理

- ①付箋の内容をカテゴリ分類する
- ②カテゴリのストーリー化
(階層を掘り下げる要因分析)

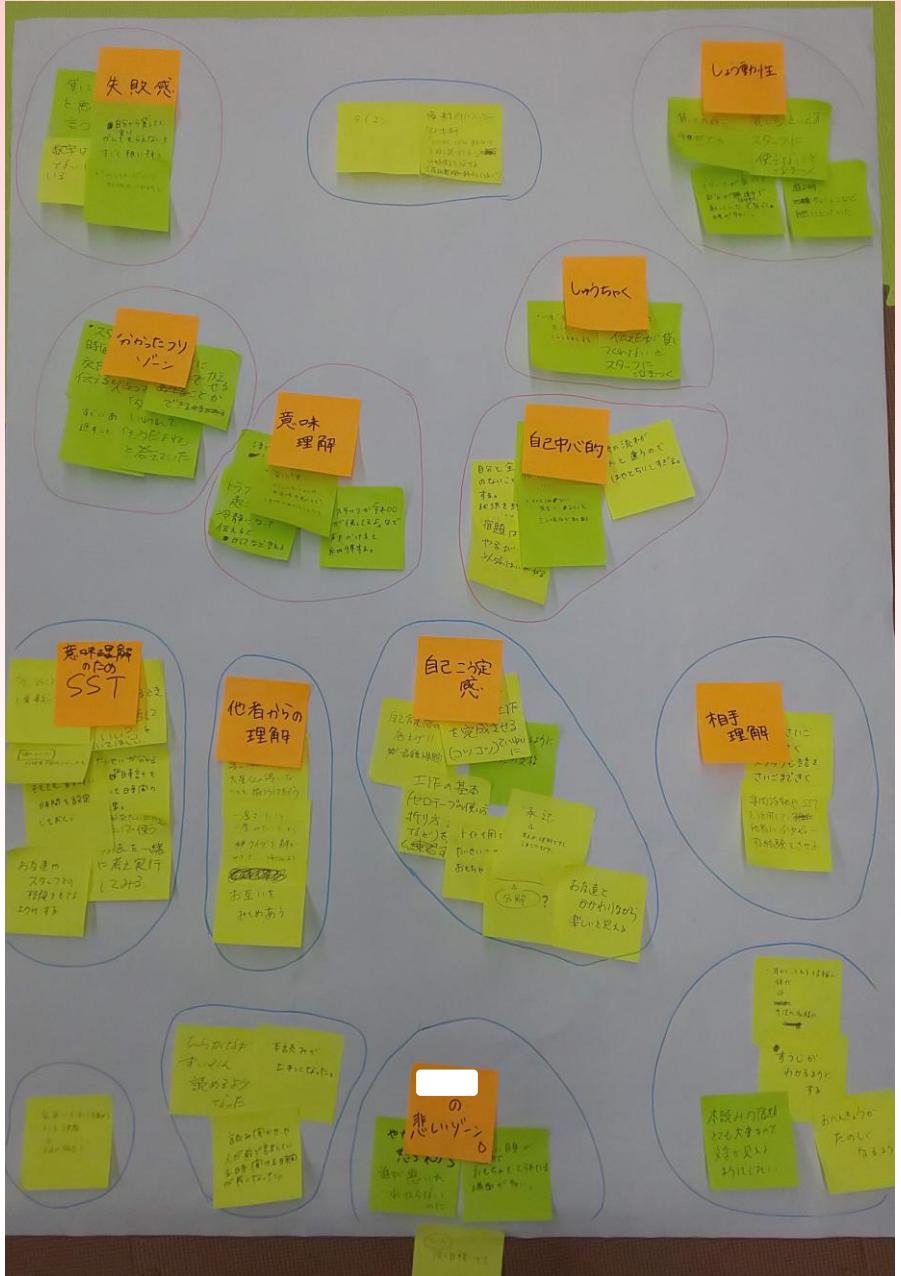


【後半】 KJ法による支援内容整理 支援内容カテゴリの重点化



手順③：サービス担当者会議

【KJ法による課題分析】



—KJ法による個別支援計画立案の手順—

- 1 付箋に課題を書き出す
 - 2 カテゴリ分類する
 - 3 階層を掘り下げ根本要因分析
 - 4 課題解決の柱をしほる
(発達課題からストーリー化)
※必要に応じて再アセスメント
 - 4 付箋に支援内容を書き出す
 - 5 カテゴリ分類する
 - 6 文章化する

発達の特長（厚生労働省）

1 乳幼児期

2 学童期

小学校低学年・中学年・高学年

3 青年前期

中学校

4 青年中期

高等学校

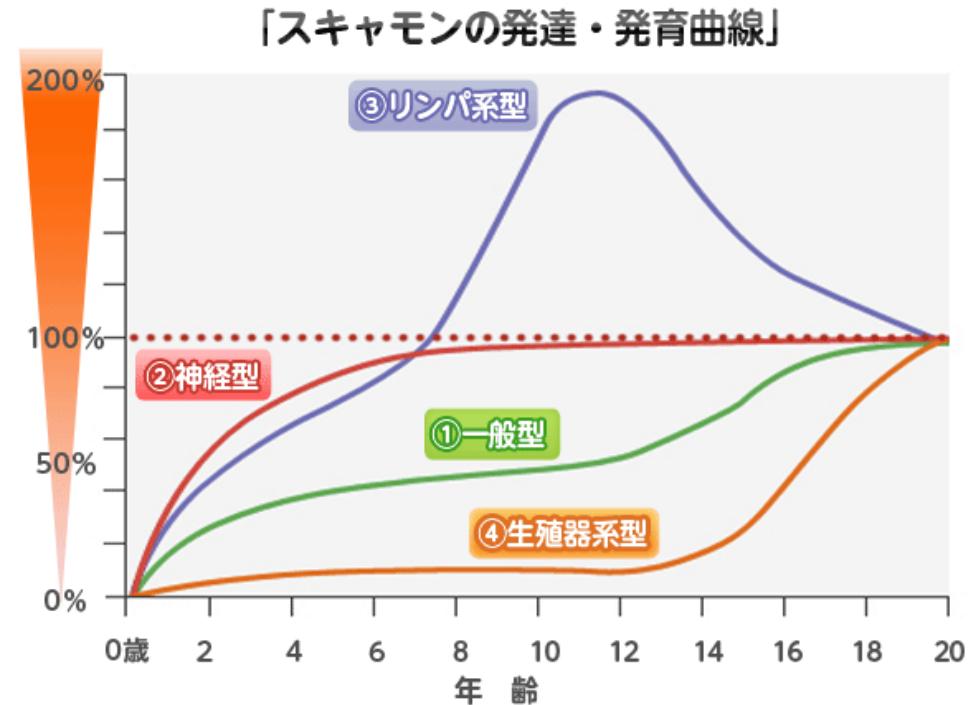
①

発達的特質の理解

- ・ **身体的発達**
- ・ 知的発達
- ・ 社会性の発達
- ・ 自我の発達
- ・ 基本的欲求の発達

【身体障害の種別】

- ・ 視覚障害
- ・ 聴覚障害
- ・ 音声機能、言語機能又はそしやく機能の障害
- ・ 肢体不自由
- ・ 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害



① 発達的特質の理解

- ・身体的発達
- ・知的発達
- ・社会性の発達
- ・自我の発達
- ・基本的欲求の発達

- ・言語理解
 - ・知覚推理
 - ・ワーキングメモリ
 - ・処理速度
-
- ・結晶性領域
 - ・流動性領域
 - ・記憶領域
 - ・論理推理

WISC-IV

田中ビネーV

① 発達的特質の理解

- ・身体的発達
- ・知的発達
- ・社会性の発達
- ・自我の発達
- ・基本的欲求の発達

- ・コミュニケーション
- ・日常生活スキル
- ・社会性
- ・運動スキル
- ・不適応行動
- ・身辺自立
- ・移動
- ・作業
- ・コミュニケーション
- ・集団参加
- ・自己統制

Vineland-II

S-M社会生活

①

発達的特質の理解

- 身体的発達
- 知的発達
- 社会性の発達
- 自我の発達
- 基本的欲求の発達

エリクソンの発達段階

老年期
(65才～)壮年期
(40～65才)成人期初期
(22～40才)思春期・青年期
(13～22才)学童期
(6～13才)幼児期後期
(3～6才)幼児期初期
(1才半～3才)乳児期
(0～1才半)

知 惠

自我の統合

絶望

世 話

世代性

自己停滞

幸福・愛

親密性

孤立

忠誠心や帰属感

自我同一性

役割拡散

自己効力感

勤勉性

劣等感

目的をもつこと

積極性

罪悪感

意 志

自律性

恥や疑惑

希 望

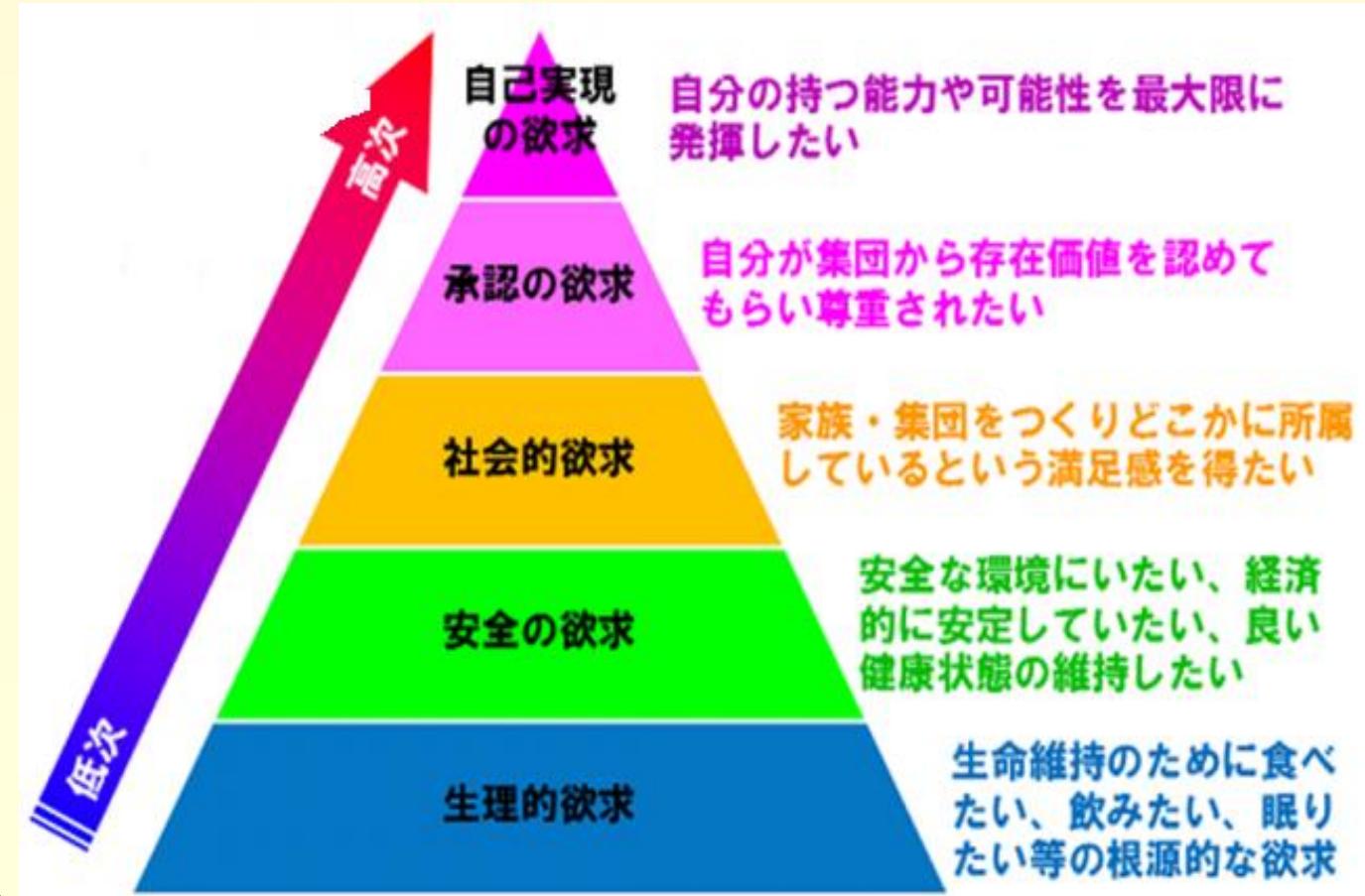
基本的信頼感

基本的不信感

① 発達的特質の理解

- ・身体的発達
- ・知的発達
- ・社会性の発達
- ・自我の発達
- ・基本的欲求の発達

マズローの欲求 5段階説



支援計画を立てる手順 ④

【案の修正と保護者の同意と署名】



誰が読んでも「わかる」文章化

① **目的：本人の望ましい成長を意図的・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？
- ・本人が達成すべき発達課題を正しくとらえているか？

③ **方法**

- ・事業所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、できなかつたか、の判定が可能か？
(行動目標としての記述が必要)

手順④：案の修正と保護者の同意と署名

【文章化のポイント】

<目標設定におけるポイント> 「SMARTの原則」

S(specific) 具体的であること

M(measurable) 計測可能であること

A(achievable) 十分にチャレンジング（挑戦的）であると同時に、
 達成が不可能でない水準であること

R(relevant) 当該部門・組織の責任権限の範囲内で管理可能、かつ
 実現する上で関係のあること

T(time-based) 達成の期限が明確になっていること

個別指導計画チェックリスト【短期目標編】



ルール	×不適切な例	○適切な例
短期目標は具体的に！ ・指導目標が達成できたかどうかが客観的にわかるような「動詞」を使うこと。	<p>「～がわかる」「～が理解できる」「～を感じる」「～を知る」「～を楽しむ」「～に親しむ」など</p> <ul style="list-style-type: none"> 1桁の数どうしの引き算が理解できる。 <ul style="list-style-type: none"> 数の概念がわかる。 <ul style="list-style-type: none"> 10までの数を理解する。 <ul style="list-style-type: none"> 「描く」「切る」「貼る」などの遊びを楽しむ。 	<p>「～する」「～できる」「～という」「～を選ぶ」「～と書く」など</p> <ul style="list-style-type: none"> 1桁の数どうしの引き算の式を見て、答えが書ける。 実物を見せながら文章題として話すと、質問に答えられる（例：「先生はみかんを5つ買ってきました。昼に2つ食べてしまいました。残りはいくつでしょう？」）。 <ul style="list-style-type: none"> 指差しながらビー玉の数を数える（1~5個まで）。 <ul style="list-style-type: none"> 1~10の数字を読める。 1~10個の物事を数えられる。 10個以上のものから「～個とて」と言われて個数を取って渡せる。 <ul style="list-style-type: none"> 花や飛行機などの線画をクレヨンで塗ることができる。 色紙を簡単な枠線に沿って切り取ることができる。 切り取った紙を画用紙の□や○で囲んだところに糊で

○ 短期目標の目標を具体的にする

- ・ この目標が達成できたかどうかが客観的にわかるような動詞を使う
→ 具体的にチェックできる本人の行動レベルを明確にする

○ 短期目標で取り組む場面を限定する

- ・ あらゆる場面で評価が必要な目標は、全てのチェックができない

○ 短期目標の目標達成者は子ども

- ・ 子どもができるようになることを記述
- ・ ひとりで？ 具体的な支援を受けながら？ 手助けを明確に記述

○ 指導方法は具体的に書く

- ・ 文章を読めば、別のスタッフが再現できるレベルで記述

手順④：案の修正と保護者の同意と署名

【文章化のポイント】

利用児氏名：〇〇 〇〇（2019年4月30日生：5歳0か月）

個別支援計画書（参考記載例）

作成年月日： 年 月 日

利用児及び家族の生活に対する意向	<ul style="list-style-type: none"> ・楽しく遊びたい（本人）。 ・場面に合った行動を自分で気付いて行えるようになってほしい（保護者）。
総合的な支援の方針	<p>〇〇さんは、ことばよりも視覚的な手掛けりの方が理解しやすいと見立てています。このため、目の前の情報が動きに繋がりやすく、説明の理解が曖昧なまま活動に取り組む様子が見られ、集団での活動等の流れに沿わない行動として捉えられることがあるようです。視覚的な情報処理が優位という特性を活かし、手順や活動の流れを視覚化・スケジュール化（構造化）することで、より確実な理解を促していきます。また、本人の気持ちをタイムリーに表現できる手段（例：複数の絵カードや具体物の中から指差しをする、該当するカードや具体物を大人に手渡す等）により、まずは大人とのやり取りの中で、「（言われていることが）わかった-（言いたいことが相手に）伝わった」経験を楽しみながら丁寧に積み重ねていきます。こうした取組を中心に保育園とも情報共有を行い、必要に応じて訪問等の方法により連携を図り、保育園での生活の中でも、より多くの「わかった」「できた」に繋がるように支援していきます。</p>
長期目標 (内容・期間等)	<ul style="list-style-type: none"> ・視覚的なスケジュールを手掛けりに指示を理解し、わからない時には様々なコミュニケーション手段を用いて、大人に聞くことができる。
短期目標 (内容・期間等)	<ul style="list-style-type: none"> ・見える化された手順やスケジュールを大人と一緒に確認し、設定活動時に自分で動けるようになる。 ・大人が介在する中で、絵カードやイラスト等を用いて、「これで遊びたい」等の具体的な意思を友達に表現できるようになる。 <p>支援の標準的な提供時間等 (曜日・頻度、時間)</p> <p>・個別：毎週月曜日14:30-15:15（空き状況によって週2回の利用有） 心理担当職員（月3回）、作業療法士担当（月1回） ・小集団：毎週水曜日 9:15-14:45（保護者都合により2時間の延長支援の可能性有）</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・5領域(※)との関連性等)	達成時期	担当者 提供機関	留意事項	優先順位	
本人支援	「どうぞ」と言われてから活動に取り組み、遊具に合わせた体の調整ができるようになる。	<ul style="list-style-type: none"> ・活動前に全体を指差しする等を行い、全体を見渡す機会を設けてから声をかける。 ・手の平、足の裏、お尻等体を支えたり、接地している感覚をつかみやすくするため、つかむ・支える・滑る等の要素を取り入れた遊具遊びを提供する。 	人間関係・社会性 運動・感覚	6か月後	作業療法士 保育士	専門的支援実施加算については、別紙参照。	2
本人支援	嫌な時やお願いをする時に、身振りやことばで伝えることができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的な伝え方のモデルを大人が示す。 ・簡単なやり取りを端的に都度促していく（本人がストレスをため込まないように、執拗な繰り返しは行わない）。 ・本人からの表出や要求に可能な限り応え、伝わったことの楽しさを伝えていく。 	認知・行動 言語・コミュニケーション	6か月後	心理担当職員	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者に対して具体的な接し方の例を示す時間（5月に心理担当職員による個別面談）を設ける。 ・専門的支援実施加算については、別紙参照。 	2
本人支援	「できた」という実感を持てるよう、以下の取組を行う。 ・食事：スプーン、フォーク、箸を使って、漬す、切る、混ぜる等の遊びの要素を強調して行う。 ・衣類の着脱：どのような形であれば、身にまとうことができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・道具の使用と手の操作性を強調して提供する。特に着脱は、外遊びや水遊び等、本人が楽しめる活動の前に重点的に取り組む。 ・服を頭上に掲げる程度の行動を促すところから、スマーロルステップで始めていく。 ・身だしなみや整え方の観点は次のステップとし、大人がサポート・仕上げを行う。 	健康・生活	3か月後	保育士 理学療法士	6月に予定している家庭訪問の時に、ご家庭で着替えている場面を見させていただく。	3

手順④：案の修正と保護者の同意と署名

【文章化のポイント】

本人支援	コミュニケーションのパートナーが拡がり、自らやり取りすることが増える。	・自信を持って取り組める活動に担任以外の職員と参加する。 ・活動内容を絵やシンボル等での紹介を通し、選択肢から選ぶことや表現する機会を設ける。	言語・コミュニケーション	6か月後	心理担当職員 保育士 理学療法士	個別での取組が小集団でも行えるよう、小集団担当者と定期的に（月に1回）情報共有を行う。	1
本人支援	日常的な場面で、同年代のこども（クラスの友達）の行動を意識する場面が増える。	・トイレで用を足す、着替える、食事の後や玩具の片付けを行う。 ・椅子を所定の位置に持ってくる場面において、見本になる子どもの近くに誘う等の関わり・促しを行う。	人間関係・社会性	6か月後	保育士 理学療法士		3
家族支援	日常生活において、本人の意思を大切にしながら、やり取りをする場面を増やす。	・本人が自分で考えたり選んだりすることができるよう、一呼吸おいてから次の提案をしたり、具体的な選択肢を2つ提示して選ぶ機会を設ける等、具体的な方法をお伝えし、実践していただく。 ・本人のコミュニケーションや判断する仕草等を、個別支援の場面の観察や面談の機会などを通じてお伝えし、共有する。		6か月後	心理担当職員 保護者	・子育てサポート加算：月1回の頻度を想定し、担当者との具体的なやり取りをモデルにしながら、家庭での実践の様子を踏まえたフィードバックを行う。 ・家族支援加算（II）：月1回の頻度で子育てに関する講座をグループワークにて実施。	
移行支援	日常的な連携に加え、特に行事等の際には、説明の方法や促し方について共有を図る。	・必要に応じて保育園を訪問し、行事等、普段と異なる活動の際のこどもの関わりについて、具体的な関わり方のモデルを示す。 ・保育園の連絡と当事業所の連絡内容を相互に確認し、日々の様子を交換する（保育園からの電子連絡については、お手数ですがスクリーンショット等を送ってください）。		6か月後	児童発達支援管理責任者、○○保育園△△先生、保護者	保護者の意向も確認しながら三者で連携を図る点に留意する（行事のスケジュールの共有も含む）。	
地域支援 ・ 地域連携	関係機関で役割分担を行うと共に、それぞれの機関で得られた情報を共有し、日常的な生活や支援に活用するための具体策を提案する。	・連携会議を定期的に開催し、情報収集・役割分担について協議する。 ・各関係機関からの情報に基づき、具体的な場面でのこどもの関わり方の提案や関わり方のポイントについて助言を行う。		6か月後	児童発達支援管理責任者、支援担当者、○○保育園◇◇園長先生、△△先生	関係機関連携加算（II）：3ヶ月に1回程度の頻度で連携会議の開催を予定。	

※「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

手順④：案の修正と保護者の同意と署名

【文章化のポイント】

利用児氏名：○○ ○○ (生年月日：暦年齢)	個別支援計画書		作成年月日： 年 月 日	(別紙2)																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">利用児及び家族の生活に対する意向</td> <td colspan="2" style="padding: 10px; border: 2px dashed red; vertical-align: top;"> <p>こども本人や家族の意向を聞いた上で、家族より得た情報やこどもの発達段階や特性等を踏まえて、整理して記載する。</p> </td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">総合的な支援の方針</td> <td colspan="2" style="padding: 10px; border: 2px dashed red; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1年間を目指す（それ以上の期間も可）、以下の観点も踏まえながら、こどもや家族、関係者が共通した状況や課題への認識と支援の見通しやイメージを持つことができるよう、事業所としてのこども等の状況の見立てとどのように支援をしていくかという方針を記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害児支援利用計画、障害児支援担当者会議（セルフプランの場合には、事業所間連携算等も活用し、複数の利用事業所を集めた支援の連携のための会議）で求められている事業所の役割 ・ 支援場面のみではなく、家庭や通っている保育所や幼稚園、放課後児童クラブ等（以下「保育所等」という。）、学校等での生活や育ちの視点 ・ 保育所等の併行利用や移行、同年代の子どもの仲間づくり等のインクルージョン（地域社会への参加・包摶）の視点 ・ こどもが事業所を継続的に利用している場合には、個別支援計画のモニタリング結果を踏まえたPDCAサイクルによる支援の適切な提供の視点 </td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">長期目標 (内容・期間等)</td> <td colspan="2" style="padding: 10px; border: 2px dashed red; vertical-align: top;"> <p>総合的な支援の方針で掲げた内容を踏まえ、概ね1年程度で目指す目標を設定して記載する。</p> </td> <td style="width: 15%;">支援の標準的な提供時間等 (曜日・頻度・時間)</td> <td rowspan="2" style="width: 30%; vertical-align: middle; text-align: center;"> <p>【個別支援計画全般に係る留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画の作成に当たっては、子どもの意思の尊重（年齢及び発達の程度に応じた意見の尊重等）及び子どもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて作成することが必要である。 ○ それぞれの記載項目について、こどもと家族の意向とアセスメントを踏まえて、つながりを持って作成していくことが必要である。「利用児及び家族の生活に対する意向」も踏まえて「総合的な支援の方針」を設定し、それを受けた「長期目標」「短期目標」、それを達成するための「支援目標及び具体的な支援内容等」を設定すること。 ○ 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った上で、5領域の視点を網羅した支援を行なうことが必要である。この際、5領域の視点を持ちながら、こどもと家族の状況を多様な観点・情報から総合的・包括的に確認・分析してそのニーズや課題を捉え、そこから必要な支援を組み立てていくことが重要であり、単に5領域に応じる課題や支援への当てはめを行うだけのアセスメント・計画作成にならないよう留意すること。 ○ なお、発達支援は個々の子どものアセスメントを踏まえたオーダーメイドの支援を行うものであり、支援目標や支援内容がそれぞれの子どもについて同一のものとなることは想定されないこと。 ○ 「支援目標及び具体的な支援内容等」においては、発達支援の基本となる「本人支援」「家族支援」「移行支援」について必ず記載すること。 ○ また、「地域支援・地域連携」（例：医療機関との連携等）については、必要に応じて記載することとするが、関係者が連携しながらこどもと家族を包括的に支援していく観点から、当該事項についても積極的に取り組むことが望ましい。 ○ アセスメントに基づく子どもの状態像の把握を適時に行ないながら、PDCAサイクル（Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善））で構成されるプロセスにより支援の適切な提供を進めることが必要である。 ○ 個別支援計画の作成後も、こどもについての継続的なアセスメントにより子どもの状況等について把握するとともに、計画に基づく支援の実施状況等の把握を行い、モニタリングの際には、作成した個別支援計画に定めた支援目標に対する達成状況等の評価を行い、これを踏まえて個別支援計画の見直しを行うこと。 ○ この観点からは、支援目標や支援内容の記載が長期にわたり同一であることは想定されないこと。 </td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">短期目標 (内容・期間等)</td> <td colspan="2" style="padding: 10px; border: 2px dashed red; vertical-align: top;"> <p>長期目標で掲げた内容を踏まえ、概ね6か月程度で目指す目標を設定して記載する。</p> </td> <td style="width: 15%;">・ 利用曜日・提供時間等を記載。 ・ 計画及び延長時間を別表で定めることも可。</td> </tr> </table>		利用児及び家族の生活に対する意向	<p>こども本人や家族の意向を聞いた上で、家族より得た情報やこどもの発達段階や特性等を踏まえて、整理して記載する。</p>		総合的な支援の方針	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1年間を目指す（それ以上の期間も可）、以下の観点も踏まえながら、こどもや家族、関係者が共通した状況や課題への認識と支援の見通しやイメージを持つことができるよう、事業所としてのこども等の状況の見立てとどのように支援をしていくかという方針を記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害児支援利用計画、障害児支援担当者会議（セルフプランの場合には、事業所間連携算等も活用し、複数の利用事業所を集めた支援の連携のための会議）で求められている事業所の役割 ・ 支援場面のみではなく、家庭や通っている保育所や幼稚園、放課後児童クラブ等（以下「保育所等」という。）、学校等での生活や育ちの視点 ・ 保育所等の併行利用や移行、同年代の子どもの仲間づくり等のインクルージョン（地域社会への参加・包摶）の視点 ・ こどもが事業所を継続的に利用している場合には、個別支援計画のモニタリング結果を踏まえたPDCAサイクルによる支援の適切な提供の視点 		長期目標 (内容・期間等)	<p>総合的な支援の方針で掲げた内容を踏まえ、概ね1年程度で目指す目標を設定して記載する。</p>		支援の標準的な提供時間等 (曜日・頻度・時間)	<p>【個別支援計画全般に係る留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画の作成に当たっては、子どもの意思の尊重（年齢及び発達の程度に応じた意見の尊重等）及び子どもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて作成することが必要である。 ○ それぞれの記載項目について、こどもと家族の意向とアセスメントを踏まえて、つながりを持って作成していくことが必要である。「利用児及び家族の生活に対する意向」も踏まえて「総合的な支援の方針」を設定し、それを受けた「長期目標」「短期目標」、それを達成するための「支援目標及び具体的な支援内容等」を設定すること。 ○ 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った上で、5領域の視点を網羅した支援を行なうことが必要である。この際、5領域の視点を持ちながら、こどもと家族の状況を多様な観点・情報から総合的・包括的に確認・分析してそのニーズや課題を捉え、そこから必要な支援を組み立てていくことが重要であり、単に5領域に応じる課題や支援への当てはめを行うだけのアセスメント・計画作成にならないよう留意すること。 ○ なお、発達支援は個々の子どものアセスメントを踏まえたオーダーメイドの支援を行うものであり、支援目標や支援内容がそれぞれの子どもについて同一のものとなることは想定されないこと。 ○ 「支援目標及び具体的な支援内容等」においては、発達支援の基本となる「本人支援」「家族支援」「移行支援」について必ず記載すること。 ○ また、「地域支援・地域連携」（例：医療機関との連携等）については、必要に応じて記載することとするが、関係者が連携しながらこどもと家族を包括的に支援していく観点から、当該事項についても積極的に取り組むことが望ましい。 ○ アセスメントに基づく子どもの状態像の把握を適時に行ないながら、PDCAサイクル（Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善））で構成されるプロセスにより支援の適切な提供を進めることが必要である。 ○ 個別支援計画の作成後も、こどもについての継続的なアセスメントにより子どもの状況等について把握するとともに、計画に基づく支援の実施状況等の把握を行い、モニタリングの際には、作成した個別支援計画に定めた支援目標に対する達成状況等の評価を行い、これを踏まえて個別支援計画の見直しを行うこと。 ○ この観点からは、支援目標や支援内容の記載が長期にわたり同一であることは想定されないこと。 	短期目標 (内容・期間等)	<p>長期目標で掲げた内容を踏まえ、概ね6か月程度で目指す目標を設定して記載する。</p>		・ 利用曜日・提供時間等を記載。 ・ 計画及び延長時間を別表で定めることも可。																					
利用児及び家族の生活に対する意向	<p>こども本人や家族の意向を聞いた上で、家族より得た情報やこどもの発達段階や特性等を踏まえて、整理して記載する。</p>																																				
総合的な支援の方針	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1年間を目指す（それ以上の期間も可）、以下の観点も踏まえながら、こどもや家族、関係者が共通した状況や課題への認識と支援の見通しやイメージを持つことができるよう、事業所としてのこども等の状況の見立てとどのように支援をしていくかという方針を記載する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害児支援利用計画、障害児支援担当者会議（セルフプランの場合には、事業所間連携算等も活用し、複数の利用事業所を集めた支援の連携のための会議）で求められている事業所の役割 ・ 支援場面のみではなく、家庭や通っている保育所や幼稚園、放課後児童クラブ等（以下「保育所等」という。）、学校等での生活や育ちの視点 ・ 保育所等の併行利用や移行、同年代の子どもの仲間づくり等のインクルージョン（地域社会への参加・包摶）の視点 ・ こどもが事業所を継続的に利用している場合には、個別支援計画のモニタリング結果を踏まえたPDCAサイクルによる支援の適切な提供の視点 																																				
長期目標 (内容・期間等)	<p>総合的な支援の方針で掲げた内容を踏まえ、概ね1年程度で目指す目標を設定して記載する。</p>		支援の標準的な提供時間等 (曜日・頻度・時間)	<p>【個別支援計画全般に係る留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画の作成に当たっては、子どもの意思の尊重（年齢及び発達の程度に応じた意見の尊重等）及び子どもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて作成することが必要である。 ○ それぞれの記載項目について、こどもと家族の意向とアセスメントを踏まえて、つながりを持って作成していくことが必要である。「利用児及び家族の生活に対する意向」も踏まえて「総合的な支援の方針」を設定し、それを受けた「長期目標」「短期目標」、それを達成するための「支援目標及び具体的な支援内容等」を設定すること。 ○ 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った上で、5領域の視点を網羅した支援を行なうことが必要である。この際、5領域の視点を持ちながら、こどもと家族の状況を多様な観点・情報から総合的・包括的に確認・分析してそのニーズや課題を捉え、そこから必要な支援を組み立てていくことが重要であり、単に5領域に応じる課題や支援への当てはめを行うだけのアセスメント・計画作成にならないよう留意すること。 ○ なお、発達支援は個々の子どものアセスメントを踏まえたオーダーメイドの支援を行うものであり、支援目標や支援内容がそれぞれの子どもについて同一のものとなることは想定されないこと。 ○ 「支援目標及び具体的な支援内容等」においては、発達支援の基本となる「本人支援」「家族支援」「移行支援」について必ず記載すること。 ○ また、「地域支援・地域連携」（例：医療機関との連携等）については、必要に応じて記載することとするが、関係者が連携しながらこどもと家族を包括的に支援していく観点から、当該事項についても積極的に取り組むことが望ましい。 ○ アセスメントに基づく子どもの状態像の把握を適時に行ないながら、PDCAサイクル（Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善））で構成されるプロセスにより支援の適切な提供を進めることが必要である。 ○ 個別支援計画の作成後も、こどもについての継続的なアセスメントにより子どもの状況等について把握するとともに、計画に基づく支援の実施状況等の把握を行い、モニタリングの際には、作成した個別支援計画に定めた支援目標に対する達成状況等の評価を行い、これを踏まえて個別支援計画の見直しを行うこと。 ○ この観点からは、支援目標や支援内容の記載が長期にわたり同一であることは想定されないこと。 																																	
短期目標 (内容・期間等)	<p>長期目標で掲げた内容を踏まえ、概ね6か月程度で目指す目標を設定して記載する。</p>		・ 利用曜日・提供時間等を記載。 ・ 計画及び延長時間を別表で定めることも可。																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 50%; border: 2px dashed red; vertical-align: top;"> <p>○ 支援目標及び具体的な支援内容</p> <p>・ こどもの利用頻度や発達の状況に応じて欄の増減等のアレンジは適宜行っていただきたい差し支えない。</p> </td> <td colspan="2" style="width: 50%; border: 2px dashed red; vertical-align: top;"> <p>○ 支援目標を達成するために必要となる期間を設定する。</p> <p>○ 個別支援計画については、6か月に1回以上の見直しが求められているため、達成期間についても最長6か月後までとする。1～3か月で達成する目標も積極的に検討していくこと。</p> </td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">項目</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">支援目標 (具体的な到達目標)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">支援内容 (内容・支援の提供上のポイント・5領域)</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">優先順位</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0f0f0;">本人支援</td> <td colspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「本人支援」「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」を項目欄に記載する。 ○ 「本人支援」「家族支援」「移行支援」については必ず記載する。「地域支援・地域連携」については、必要に応じて記載することとするが、各事業所において積極的に取り組むことが望ましい。 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0f0f0;">本人支援</td> <td colspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援期間終了の際（モニタリング時）に、到達できているであろう「こども本人や家族の状況」を具体的な到達目標として記載する。 ○ こども本人や家族の意図だけでなく、アセスメントの結果も踏まえて、必要と考えられる支援ニーズも含めて目標設定を行うこと。 ○ 到達目標については、主語はこども本人や家族となるよう記載することを基本とする。なお、「移行支援」及び「地域支援・地域連携」については、支援方針の立て方や連携体制のとり方によって、主語が事業所・関係機関・関係者等にもなりうるため、柔軟に取り扱うこと。 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0f0f0;">本人支援</td> <td colspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援期間終了の際（モニタリング時）に、到達できているであろう「こども本人や家族の状況」を具体的な到達目標として記載する。 ○ 优先順位として番号を振ることのほか、二重丸や丸等で優先度を示すこととしても差し支えない。また、優先度がつけられない又は判断できない場合には空欄にすることや、同一の番号とすることとしても差し支えない。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、優先順位の記載は不要である。 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0f0f0;">本人支援</td> <td colspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援内容に設定した取組が、加算の算定を想定している取組である場合には、算定する加算や頻度等について記載する（例：子育てサポート加算・家族支援加算・関係機関連携加算等）。 ○ 個別支援計画とは別途計画を作成することが必要な加算についても、個別支援計画との関連性を記載する（例：専門的支援実施加算・自立サポート加算等）。 ○ 家族の役割、支援の進め方等、支援について補足事項があれば記載する。 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0f0f0;">家族支援</td> <td colspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援目標（具体的な到達目標）で設定した目標に向けて、事業所がどのような支援、工夫、配慮を行なうのかを具体的に記載する。 ○ 「本人支援」については、具体的に設定した支援内容と5領域との関連性を記載する。支援内容と関連する5領域が複数にまたがる場合には、関連する領域を全て記載する。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、家族や関係機関への具体的な働きかけや取組等について記載する。なお、これらの項目については5領域との関連性の記載は不要である。 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0f0f0;">移行支援</td> <td colspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援目標（具体的な到達目標）で設定した目標に向けて、事業所がどのような支援、工夫、配慮を行なうのかを具体的に記載する。 ○ 「本人支援」については、具体的に設定した支援内容と5領域との関連性を記載する。支援内容と関連する5領域が複数にまたがる場合には、関連する領域を全て記載する。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、家族や関係機関への具体的な働きかけや取組等について記載する。なお、これらの項目については5領域との関連性の記載は不要である。 </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f0f0f0;">地域支援 ・ 地域連携</td> <td colspan="3"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 主として支援を提供する担当者の氏名や職種等を記載する。 ○ 「移行支援」や「地域支援・地域連携」において、関係機関との連携を行うことを支援内容として設定している場合には、具体的な連携先である機関名等を記載する。 </td> </tr> </table>		<p>○ 支援目標及び具体的な支援内容</p> <p>・ こどもの利用頻度や発達の状況に応じて欄の増減等のアレンジは適宜行っていただきたい差し支えない。</p>		<p>○ 支援目標を達成するために必要となる期間を設定する。</p> <p>○ 個別支援計画については、6か月に1回以上の見直しが求められているため、達成期間についても最長6か月後までとする。1～3か月で達成する目標も積極的に検討していくこと。</p>		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)	優先順位	本人支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「本人支援」「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」を項目欄に記載する。 ○ 「本人支援」「家族支援」「移行支援」については必ず記載する。「地域支援・地域連携」については、必要に応じて記載することとするが、各事業所において積極的に取り組むことが望ましい。 			本人支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援期間終了の際（モニタリング時）に、到達できているであろう「こども本人や家族の状況」を具体的な到達目標として記載する。 ○ こども本人や家族の意図だけでなく、アセスメントの結果も踏まえて、必要と考えられる支援ニーズも含めて目標設定を行うこと。 ○ 到達目標については、主語はこども本人や家族となるよう記載することを基本とする。なお、「移行支援」及び「地域支援・地域連携」については、支援方針の立て方や連携体制のとり方によって、主語が事業所・関係機関・関係者等にもなりうるため、柔軟に取り扱うこと。 			本人支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援期間終了の際（モニタリング時）に、到達できているであろう「こども本人や家族の状況」を具体的な到達目標として記載する。 ○ 优先順位として番号を振ることのほか、二重丸や丸等で優先度を示すこととしても差し支えない。また、優先度がつけられない又は判断できない場合には空欄にすることや、同一の番号とすることとしても差し支えない。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、優先順位の記載は不要である。 			本人支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援内容に設定した取組が、加算の算定を想定している取組である場合には、算定する加算や頻度等について記載する（例：子育てサポート加算・家族支援加算・関係機関連携加算等）。 ○ 個別支援計画とは別途計画を作成することが必要な加算についても、個別支援計画との関連性を記載する（例：専門的支援実施加算・自立サポート加算等）。 ○ 家族の役割、支援の進め方等、支援について補足事項があれば記載する。 			家族支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援目標（具体的な到達目標）で設定した目標に向けて、事業所がどのような支援、工夫、配慮を行なうのかを具体的に記載する。 ○ 「本人支援」については、具体的に設定した支援内容と5領域との関連性を記載する。支援内容と関連する5領域が複数にまたがる場合には、関連する領域を全て記載する。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、家族や関係機関への具体的な働きかけや取組等について記載する。なお、これらの項目については5領域との関連性の記載は不要である。 			移行支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援目標（具体的な到達目標）で設定した目標に向けて、事業所がどのような支援、工夫、配慮を行なうのかを具体的に記載する。 ○ 「本人支援」については、具体的に設定した支援内容と5領域との関連性を記載する。支援内容と関連する5領域が複数にまたがる場合には、関連する領域を全て記載する。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、家族や関係機関への具体的な働きかけや取組等について記載する。なお、これらの項目については5領域との関連性の記載は不要である。 			地域支援 ・ 地域連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主として支援を提供する担当者の氏名や職種等を記載する。 ○ 「移行支援」や「地域支援・地域連携」において、関係機関との連携を行うことを支援内容として設定している場合には、具体的な連携先である機関名等を記載する。 		
<p>○ 支援目標及び具体的な支援内容</p> <p>・ こどもの利用頻度や発達の状況に応じて欄の増減等のアレンジは適宜行っていただきたい差し支えない。</p>		<p>○ 支援目標を達成するために必要となる期間を設定する。</p> <p>○ 個別支援計画については、6か月に1回以上の見直しが求められているため、達成期間についても最長6か月後までとする。1～3か月で達成する目標も積極的に検討していくこと。</p>																																			
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)	優先順位																																		
本人支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「本人支援」「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」を項目欄に記載する。 ○ 「本人支援」「家族支援」「移行支援」については必ず記載する。「地域支援・地域連携」については、必要に応じて記載することとするが、各事業所において積極的に取り組むことが望ましい。 																																				
本人支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援期間終了の際（モニタリング時）に、到達できているであろう「こども本人や家族の状況」を具体的な到達目標として記載する。 ○ こども本人や家族の意図だけでなく、アセスメントの結果も踏まえて、必要と考えられる支援ニーズも含めて目標設定を行うこと。 ○ 到達目標については、主語はこども本人や家族となるよう記載することを基本とする。なお、「移行支援」及び「地域支援・地域連携」については、支援方針の立て方や連携体制のとり方によって、主語が事業所・関係機関・関係者等にもなりうるため、柔軟に取り扱うこと。 																																				
本人支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援期間終了の際（モニタリング時）に、到達できているであろう「こども本人や家族の状況」を具体的な到達目標として記載する。 ○ 优先順位として番号を振ることのほか、二重丸や丸等で優先度を示すこととしても差し支えない。また、優先度がつけられない又は判断できない場合には空欄にすることや、同一の番号とすることとしても差し支えない。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、優先順位の記載は不要である。 																																				
本人支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援内容に設定した取組が、加算の算定を想定している取組である場合には、算定する加算や頻度等について記載する（例：子育てサポート加算・家族支援加算・関係機関連携加算等）。 ○ 個別支援計画とは別途計画を作成することが必要な加算についても、個別支援計画との関連性を記載する（例：専門的支援実施加算・自立サポート加算等）。 ○ 家族の役割、支援の進め方等、支援について補足事項があれば記載する。 																																				
家族支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援目標（具体的な到達目標）で設定した目標に向けて、事業所がどのような支援、工夫、配慮を行なうのかを具体的に記載する。 ○ 「本人支援」については、具体的に設定した支援内容と5領域との関連性を記載する。支援内容と関連する5領域が複数にまたがる場合には、関連する領域を全て記載する。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、家族や関係機関への具体的な働きかけや取組等について記載する。なお、これらの項目については5領域との関連性の記載は不要である。 																																				
移行支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支援目標（具体的な到達目標）で設定した目標に向けて、事業所がどのような支援、工夫、配慮を行なうのかを具体的に記載する。 ○ 「本人支援」については、具体的に設定した支援内容と5領域との関連性を記載する。支援内容と関連する5領域が複数にまたがる場合には、関連する領域を全て記載する。 ○ 「家族支援」「移行支援」「地域支援・地域連携」については、家族や関係機関への具体的な働きかけや取組等について記載する。なお、これらの項目については5領域との関連性の記載は不要である。 																																				
地域支援 ・ 地域連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主として支援を提供する担当者の氏名や職種等を記載する。 ○ 「移行支援」や「地域支援・地域連携」において、関係機関との連携を行うことを支援内容として設定している場合には、具体的な連携先である機関名等を記載する。 																																				
<p>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。</p>																																					
<p>児童発達支援管理責任者氏名： _____</p>				<p>年 月 日 (保護者署名) 押印欄</p>																																	

支援計画を立てる手順 ⑤

【支援の提供と記録】



- ・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작作品 絵画 感想文など）

手順⑤：支援の提供と記録

【情報源：ポートフォリオ】



【パターン I】
個別目標達成に向けた
評価のために

【パターン II】
日常の支援の
記録のために

① 変化を把握する

- 子どもの状態はさまざまな環境の影響を受けて変化する。
- 場面による行動の違い、週・月・年単位での行動の変化がある。
⇒ 客観的な記録があることによって、職場内や他職種との共通理解が図りやすくなる。

② 原因を考える

- 必ずしも支援の計画を立てる段階で、背景にある原因を考えるのに十分な情報があるとは限らない。
⇒ 支援計画を立てて実施した後も、情報を収集して、それを元に支援を再検討する必要がある。

手順⑤：支援の提供と記録

③ 「なぜ？」を意識して記録する

「なぜ」そのことを記録に残そう
と思うのかを問う
(記録のもつ意味や必要性)

「厳選」…記録の項目を限定する
「効率」…記録に時間をかけ過ぎない
「活用」…支援に活かす仕組みをつくる

【アセスメントに活用する記録】

【留意したいポイント】

- ・個別支援計画との整合性をみる
- ・事実と推測を区別する
- ・5W1Hを意識する
- ・支援者側が働きかけたことを記録する
- ・人権に配慮した文章にする（敬体必要なし）
- ・開示を求められた場合を意識して書く
- ・その子の成長に寄与する意識を常にもつ

支援計画を立てる手順 ⑥

【アセスメントによるモニタリングと支援計画の改善】



手順⑥：アセスメントによるモニタリングと支援計画の改善

① 目的：本人の望ましい成長を意図的・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？
- ・本人が達成すべき発達課題を正しくとらえているか？

③ 方法

- ・事業所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、できなかつたか、の判定が可能か
(行動目標としての記述が必要)

手順⑥：アセスメントによるモニタリングと支援計画の改善

【放課後等デイサービスの内容】

① 本人支援

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

4基本活動

- 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
- こどもが主体的に参画できる活動

② 家族支援

③ 移行支援

④ 地域支援・地域連携



手順⑥：アセスメントによるモニタリングと支援計画の改善

【視点A】

- 1 なぜ、放課後等デイサービスを利用しようと思ったのか？（保護者・本人）
- 2 何が本人、もしくは家族の問題・課題なのか？（表のニーズから真のニーズを導き出す）
- 3 問題・課題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 問題・課題理解に必要な関係機関（学校・医療・併用事業所・地域資源など）の情報
- 5 本人・家族は、その問題・課題をどのように感じ、考えているのか？
- 6 問題・課題は、本人や家族が日常生活を営むのにどれほどの支障を生んでいるのか？
- 7 問題・課題は、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 その問題の解決に際し、どのような働きかけがなされてきたか？または、その予定は？
- 12 問題・課題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 この問題・課題について、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 この問題・課題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、問題が解決に向かうのか？

【チャレンジ】 社会資源マップ（エコマップ）の作成

※ 目の付け所は、ものやひと、環境そのものに加えて、それらの関係性がどうであるか？

手順⑥：アセスメントによるモニタリングと支援計画の改善

【視点B】

(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



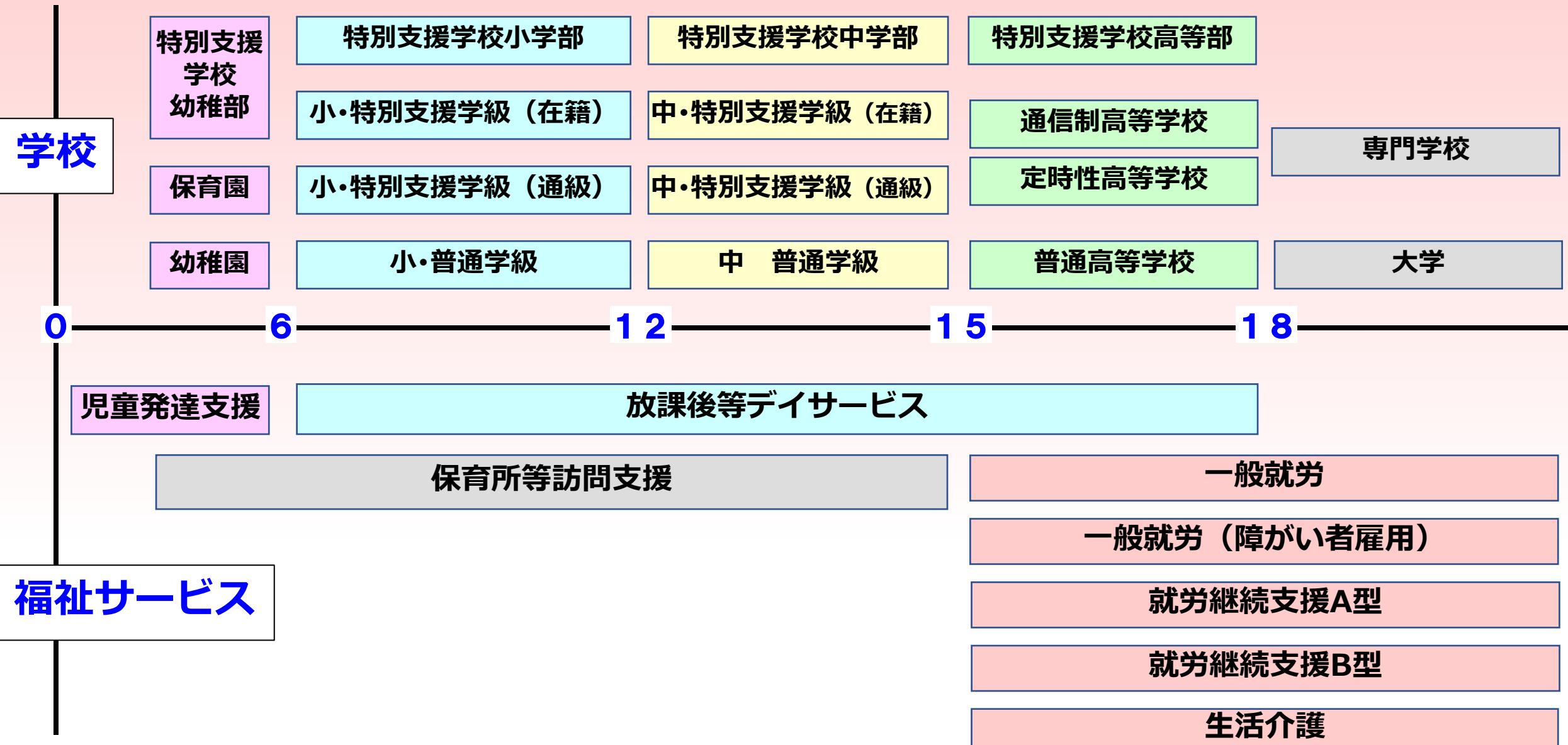
(オ) 人間関係・社会性

- (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

児童発達支援ガイドラインに示された「本人支援」

手順⑥：アセスメントによるモニタリングと支援計画の改善

【視点C】



支援計画を立てる

『子ども（家族）のストーリー化』



療育活動の系統化

【目指すこと】

思考：自己否定 → 自己肯定
感情：不安定 → 安定
行動：（うまく）できない → （よく）できる

① 【系 統 型】

量 : 少 → 多い
難易 : 易 → 難
集団 : 個 → 集団
つくり : 単純 → 複雑
視点 : ソロ → マルチ
自立 : 手伝ってもらって → ひとりで

② 【問題解決型】

イベント・活動そのものと付随する療育活動