

個別支援計画作成の 手順とポイントについて

社会福祉法人唐池学園貴志園
富岡貴生

1

この講義のねらい

個別支援計画作成手順の実際と、そのポイントについて理解し、演習への準備とする。

(内容)

1. 個別支援計画におけるPDCAサイクルにより標準的なサービス提供にいたる過程を理解する。
2. 精神障害者の地域移行の事例を通して、個別支援計画作成手順の実際について学ぶ。
3. 個別支援計画作成手順のポイントについて、サービス管理者が配慮するポイントについて理解する。

2

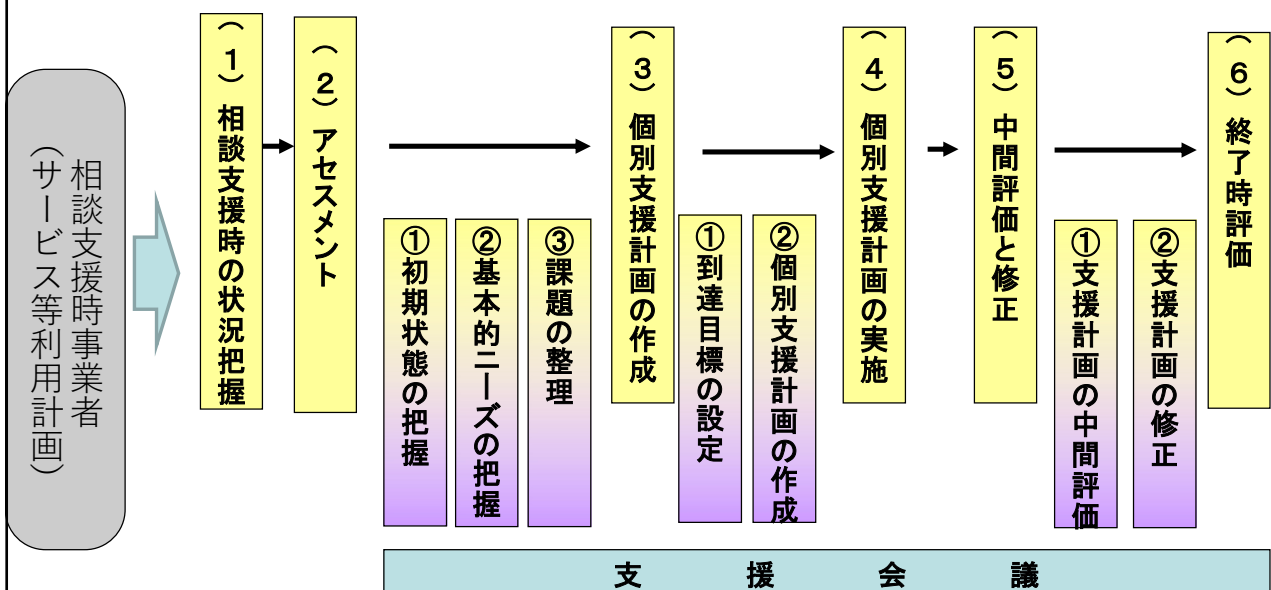
2

1. サービス提供プロセスの実際

- (1) サービス提供のプロセス
- (2) 相談支援時の状況把握
- (3) アセスメント
- (4) 個別支援計画の作成
- (5) 個別支援計画の実施
- (6) 中間評価と修正
- (7) 終了時評価

3

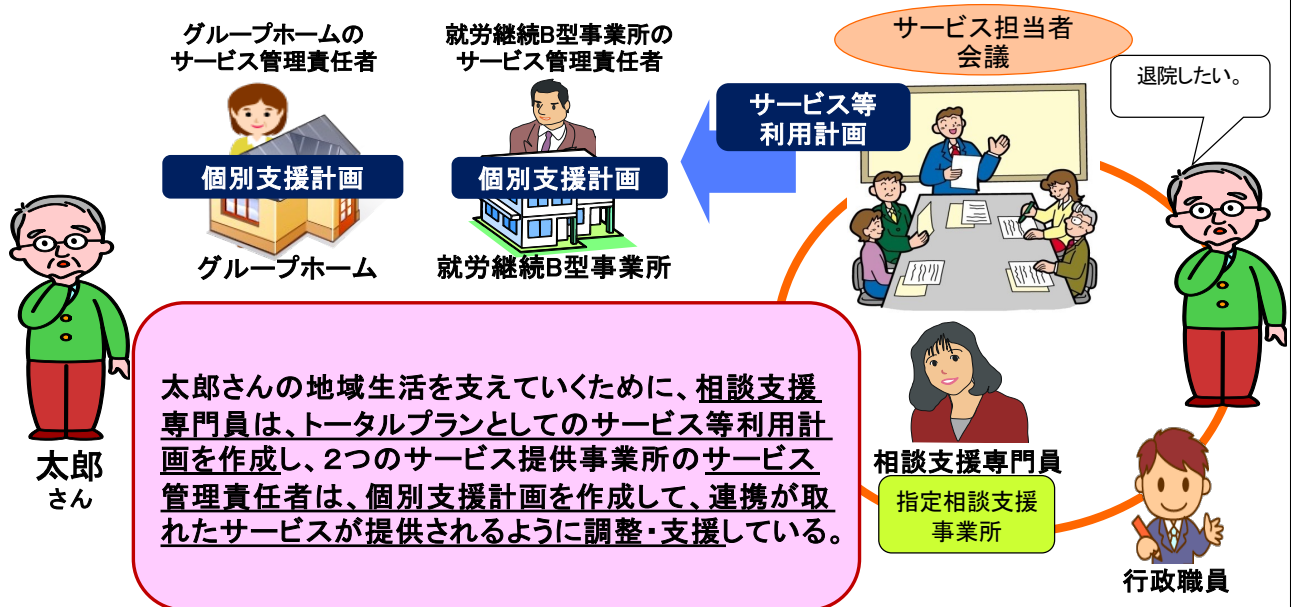
(1) サービス提供のプロセス



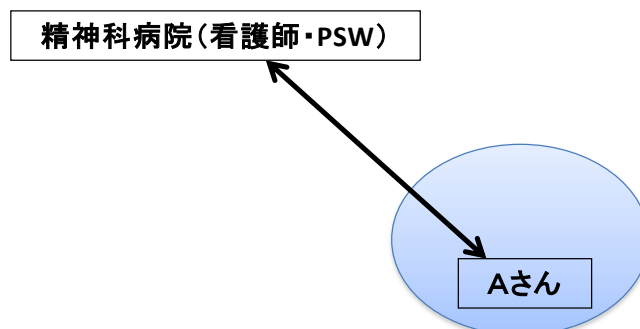
4

太郎さんを支えるサービス利用計画と個別支援計画の連携

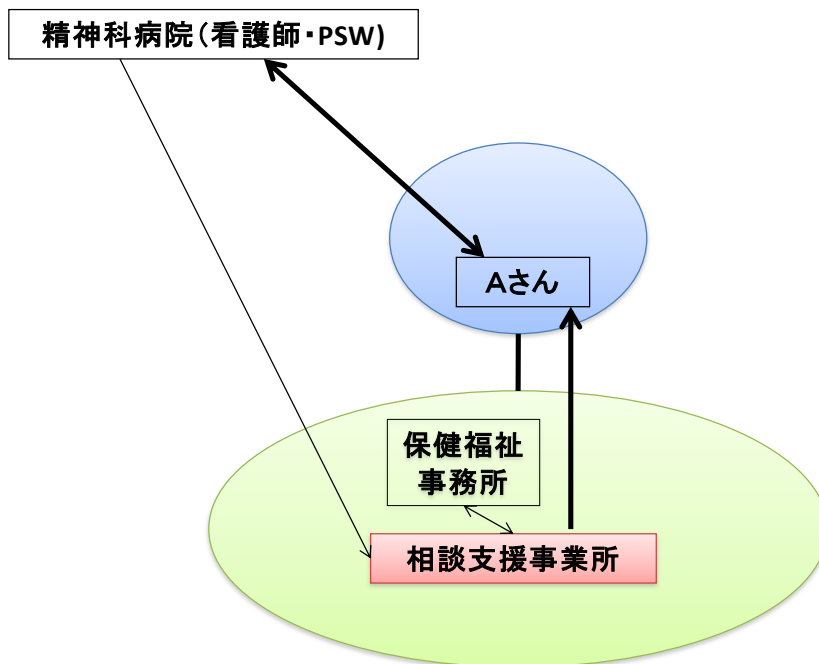
太郎さんは、地域相談（地域移行支援）を利用して、20年間入院した精神科病院からグループホームに入居することを希望しています。退院後は、日中は就労継続B型事業所を利用しながら、「**自分の人生を取り戻していきたい**」と希望しています。



(参考): 退院までの支援

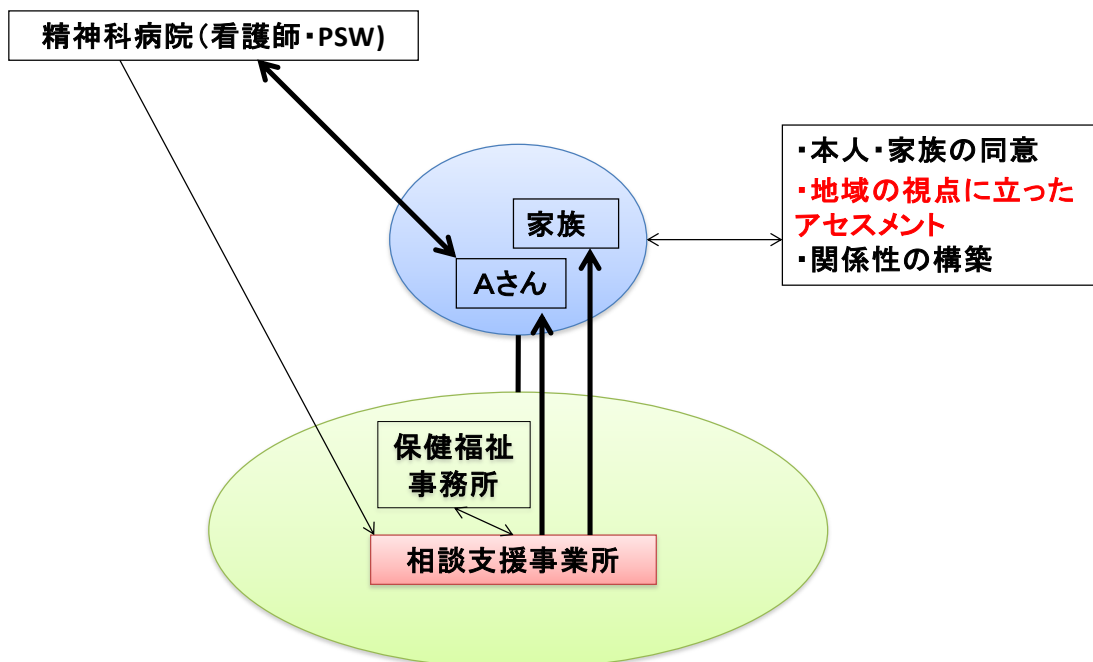


病院内支援



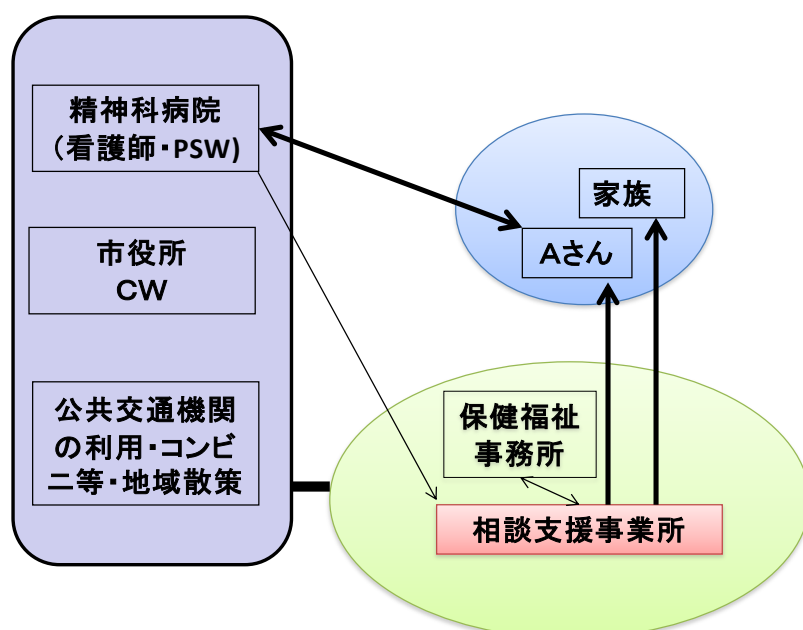
7

地域視点のアセスメント



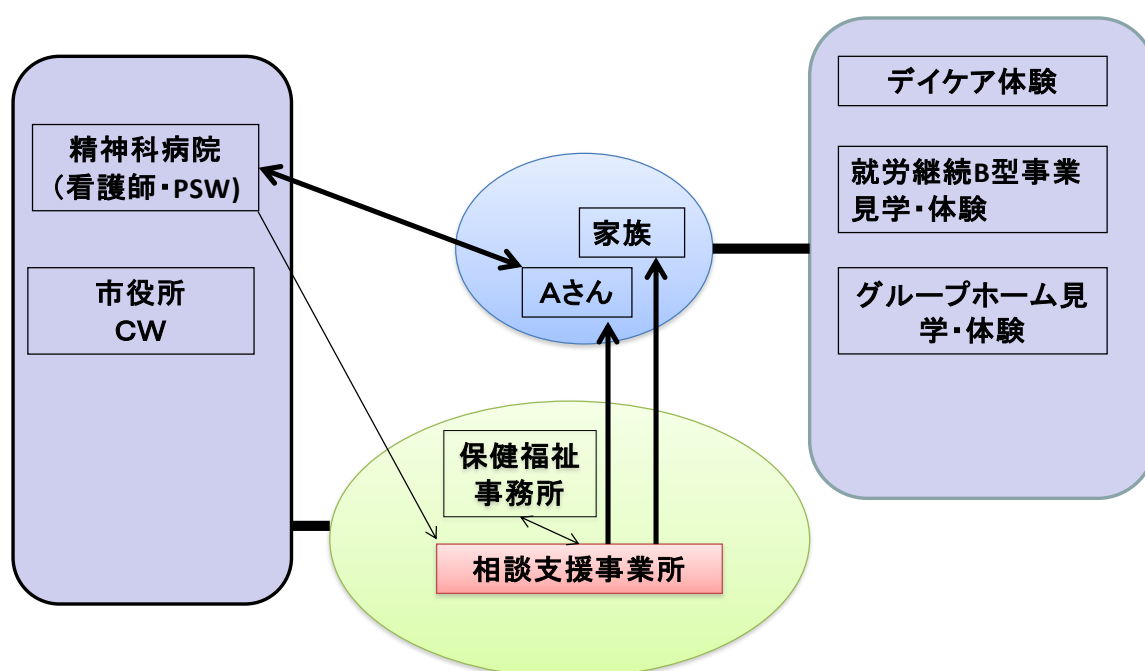
8

ケア会議・地域散策



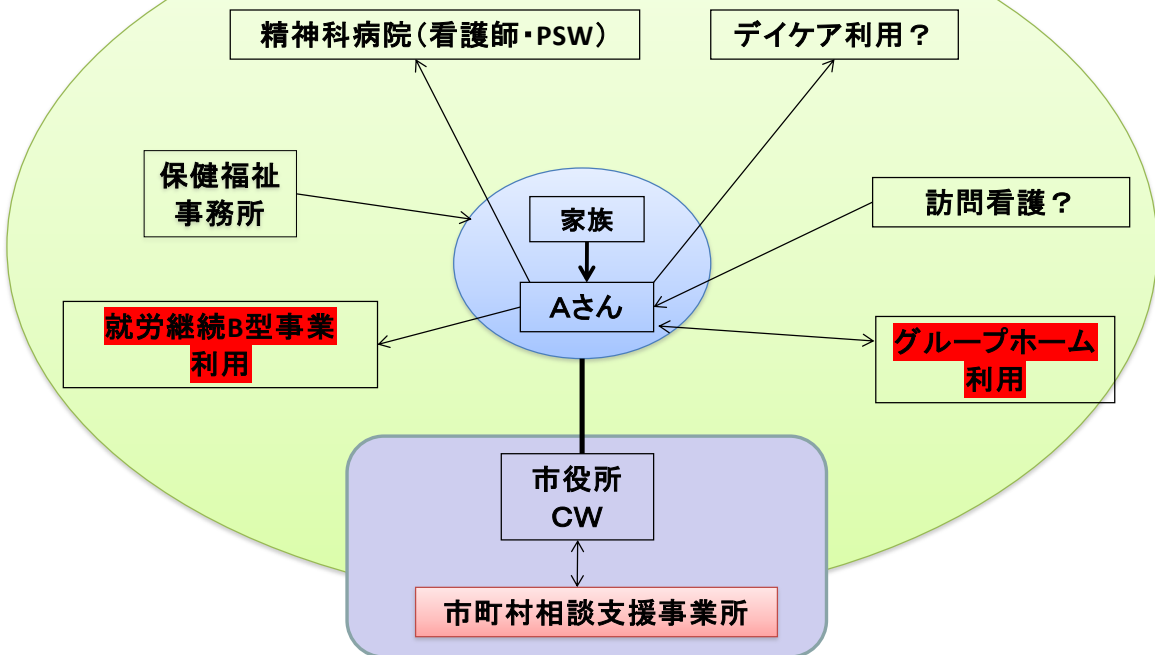
9

ケア会議・見学、体験利用

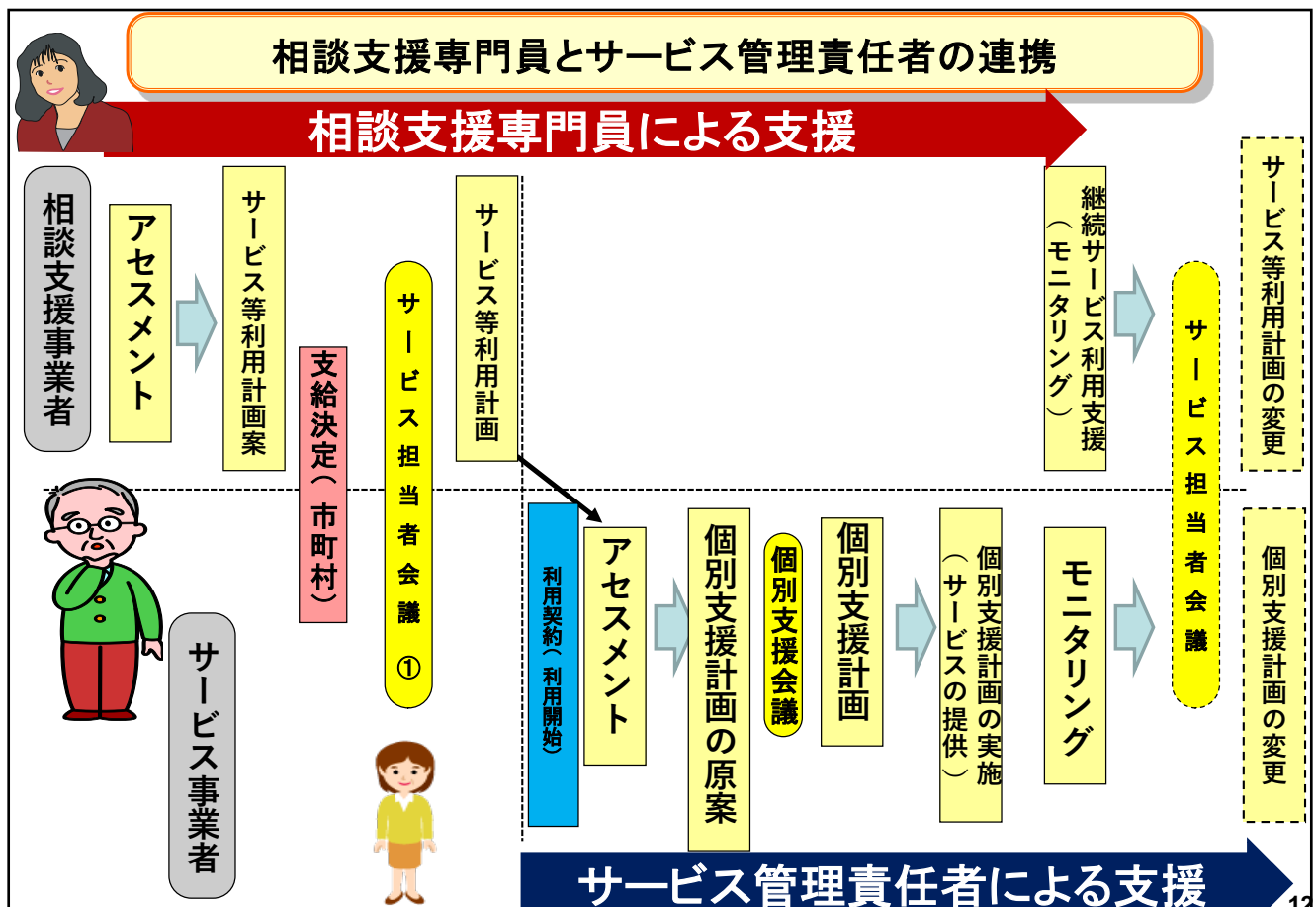


10

地域生活スタート: 福祉事業所の利用



11



12

(2)相談支援時の状況把握--1

実施方法

- ・ 本人の意向を丁寧に聴く(ラポール形成)。
- ・ 抱えている課題(問題)と一緒に明らかにする。
- ・ 緊急か否かの見立てをする。
- ・ 主人公は(私)本人。

必要なツール

- ・ 相談受付表

事例より

自分の人生を取り戻したい

思いを聴くこと

- ・ 人生を取り戻すってどういう意味？
- ・ 共感的に聴く
- ・ どんな暮らしをしたいのか
- ・ 再確認...

働くこと、楽しむこと、役に立つことを望んでいるんだ。

どんな生活が待ち受けているのか不安です。



サービス管理責任者の視点

- ・ 「人生を取り戻したい」という本人の意向に対して、GHでどのような支援が必要か
- ・ 希望と現実的なニーズの違いは何か？
- ・ サビ児管として、必要な情報は何か？

13

13

(2)相談支援時の状況把握--2

実施方法

- ・ 相談支援専門員は、本人、家族、サービス管理責任者・行政等と連携しサービス等利用計画を作成する。サービス管理責任者は本人の意向、支援方法について関係者と共有する。
- ・ アセスメント開始の協力・理解を得る。
- ・ 提供が想定される具体的サービス、サービス利用の経費、利用の手続きについて情報提供し、確認する
- ・ 個人情報の管理は慎重に行う

必要なツール

- ・ 相談受付表

事例より

自分の人生を取り戻したい

思いを聴くこと

相談支援専門員が招集したGH・就労継続B型のサービス管理責任者・行政・世話人・本人・家族でサービス担当者会議に参加して、ニーズを整理して、キーパーソン・役割分担を確認する。サービス等利用計画に基づき、太郎さんの意向を確認して個別支援計画の作成を準備する。



サービス管理責任者の視点

- ・ 当該事業以外に、本人の意向に対して支援機関の役割、どこまで関与しているか。
- ・ 当該事業所への利用以降の連携方法について確認できているか。
- ・ 本人の同意の上で、関係機関の見立てや医療情報等の必要な情報が収集できているか。
- ・ 本人・家族・関係機関等から必要な情報が聞き取れているか。

14

14

(2)アセスメント ①初期状態の把握 GH

実施方法

- ・ 障害種別や支援方法に応じた評価表に基づき、適切な評価を行う。
- ・ 身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握に努める。
- ・ 個人情報管理については慎重に行う。

必要なツール

- ・ 障害種別や支援事業に応じた評価表

事例より

自分の人生を取り戻したい

グループホームの体験利用等で

- ・ 計画的な支出はどの程度できるか
- ・ 預金管理は？権利侵害の可能性は？
- ・ 健康管理・家事はどこまでできるか？
- ・ 余暇活動・仲間の状況確認

・・・知ること（評価）

サービス管理責任者の視点

- ・ 適切な評価項目を選択しているか（アセスメント）。
- ・ 本人はGHの利用の目的・要望・期待していることは何か。
- ・ 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。



15

15

(2)アセスメント ②基本的ニーズの把握

実施方法

- ・ 本人（必要に応じて家族）の意向を丁寧に聴取しニーズを把握。
- ・ 評価から得た心身状態の結果と本人の意向から、到達目標につながる支援課題の把握。

必要なツール

- ・ 障害種別や支援事業に応じた評価表
- ・ 利用者の意思の着目したアセスメント票

事例より

自分の人生を取り戻したい

- ・ 調理ができるようになりたい。
- ・ 計画的な金銭の使い方を身につけたい。
- ・ 趣味は？何をしていると楽しいか。
- ・ どんな環境がしっくりくるのか。
- ・ 人とのつきあい方は？
- ・ 役に立ってどんことなのか。
- ・ 望んでいる生活を・・・確認する

サービス管理責任者の視点

- ・ 本人のストレングスを的確に評価しニーズ把握しているか。
- ・ 関係者の意見は把握しているか。
- ・ 社会生活を送る上での力。
- ・ データに基づく客観的な分析ができているか。



16

16

(3) アセスメント ③課題の整理

実施方法

- ・ 本人の初期状態や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、整理にあたって優先順位を設定して進める。
- ・ 課題設定が本人不在とならないように留意。

必要なツール

- ・ 障害種別や支援事業に応じた評価表
- ・ 支援項目ごとの課題の整理表
- ・ 利用者の意思決定支援に着目したアセスメント票

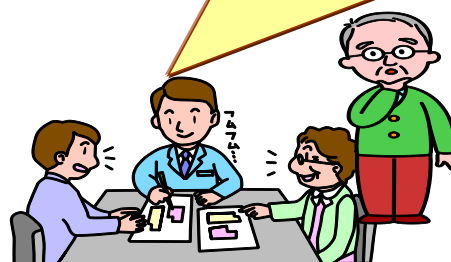
サービス管理責任者の視点

- ・ 生活上の要望に対してGHでは対応は可能か。
- ・ 優先順位は付けられているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

- ・ 菊作りが趣味。
- ・ 働く気持ちはあるが、頑張り過ぎて疲れやすい。
- ・ 人の役に立つボランティア活動をしたい。
- ・ 阻む阻害要因は何か… **見極めること**



17

17

(4) 個別支援計画の作成-1(サービス等利用計画との連携)

実施方法

- ・ サービス提供機関の個別支援計画を突合し、調整し、サービス等利用計画へ反映させる。
- ・ 課題から、サービス提供の到達目標が共有されているか、個別到達目標(項目=ニーズ)の役割分担は整合性・連続性があるか
- ・ サービス提供に偏りはないか。

必要なツール

- ・ 個別支援計画表・課題整理表
- ・ サービス利用計画表

サービス管理責任者の視点

- ・ 「自分の人生を取り戻したい」に対して、GHの役割等について、事業所内及び関係者と共有しているか
- ・ 本人、(家族)もイメージできるものとなっているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

到達目標	充実した生活をおくる。	
項目(ニーズ)	本人の役割	サービス提供機関
日常生活	調理と金銭の使い方を覚えます。	グループホーム
働くこと	頑張りすぎないように心がけます。	就労継続B
楽しむこと	庭で菊作りをします。	グループホーム
役に立つこと	駅前清掃活動に参加します。	地域活動



18

18

(参考) チーム支援

チームアプローチとは

サービス等利用計画を通してチームでかかわれるようになった(役割の明確)。

個別支援計画を通して、事業所内の共通した支援が行われるようになった。

利用者に関係する職種や取り巻く人すべてが、本人の生活の自立やQOL向上に向けてアプローチするなかで、それぞれの職種がその特徴を活かしながら自分がどの役割を担い、全体としてどのように意思決定支援を進めていくのか確認する。



抱え込み型支援から脱却し、
支援の社会化が必要

19

(4) 個別支援計画の作成-2(個別支援計画)

実施方法

- サービス等利用計画との整合した到達すべき目標を定める。
- 到達目標は、サービスの到達目標である主目標と個別到達目標(項目=ニーズ)などからなる。
- 到達目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成される。
- 時間(支援期間)と領域(支援内容)の観点から個別支援計画を作成。

必要なツール

- 個別支援計画表・課題整理表
- サービス利用計画表

サービス管理責任者の視点

- 本人の要望とGHでの生活上の支援内容が具体的に示されているか。
- 本人、(家族)もイメージできるものとなっているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

到達目標	生活上の力が身につき、楽しみが見つかり、人づきあいに広がりが見られる。	
項目(ニーズ)	支援内容	担当者
調理の上達	献立をつくりながら調理をします。	世話人
金銭の使い方	出納帳をつけましょう。	世話人
楽しむこと	菊作り	世話人・地域の人
役に立つこと	地域活動(ボランティアグループ)に紹介します。	サービス管理責任者



20

(参考) 支援員がかかわるということの意味

- GHは、住居、食事、健康、余暇等人が生きて行くために必要なサービスが用意されている
- しかし、それだけで利用者の生活は安定しない
- なぜなら、サービス(支援)を通して、**かかわる支援員と利用者の関係性が「生活の安定」に大きく影響するからである**
- だから、支援員の存在はとても重要となるので、利用者の特性や支援の方法を共有することは大切です。

21

記入様式 2 個別支援計画書		平成28年度 サービス管理責任者等指導者養成研修会<介護(生活介護・療養介護)>資料		
利用者名 _____		作成年月日: ____ 年 ____ 月 ____ 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)	「自分の人生を取り戻したい」ための本人の要望(サービス等利用計)			
総合的な援助の方針	サービス等利用計画			
長期目標(内容、期間等)	「自分の人生を取り戻したい」という思いに対して、GHでどのように過ごしていくのか、本人の希望とその理由			
短期目標(内容、期間等) ○支援目標及び支援計画等	豊かな生活を送るための一歩として何をしてみるか			
支援目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
趣味: 菊作り 生きがい: 役に立つ				
調理				
金銭				
「自分の人生を取り戻す」ためにGHで全てできるものではなく、就労B、医療、相談支援専門員、協議会、地域とのつながりを通して実現していくもの。				
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	利用者氏名 _____	印 _____	サービス管理責任者 _____	印 _____

22

(5) 個別支援計画の実施-1

実施方法

- ・ 支援スタッフの役割を明確にする。
- ・ 支援スタッフはお互いに情報交換しながら支援を実施。
- ・ 時間軸(段階)を意識した支援に努める。
- ・ 支援のペースやスケジュールについては、本人の同意を得て実施する。
- ・ 設定された目標を、効率よく達成することに努める。

必要なツール

- ・ 個別支援計画実施表

サービス管理責任者の視点

- ・ 支援スタッフの相互連携がとれているか。
- ・ 趣味(菊作り)、生きがい(役に立ちたい)をGH内で行えているか、他者の協力が必要か
- ・ 利用者の同意を得ながら支援しているか。
- ・ 得意・不得意

事例より

自分の人生を取り戻したい



世話人さんと一週間の献立をつくることから始めます。夕食では調理の段取りを覚えます。金銭の使い方は、出納帳に記録することから始めます。菊つくりを始めてみます。・・・できることと苦手なことを一緒に行うことで理解していく。また、**安心して生活が送れているか**も気に掛ける。

23

23

(6) 中間評価と修正 ①個別支援計画の評価

実施方法

- ・ 時期(段階)ごとに、到達目標達成度を評価・分析。
- ・ 本人にサービスが適切に提供されているかを評価。
- ・ 達成度は、初期状態と比較して主目標及び個別目標の観点から評価。
- ・ 評価は本人も一緒に。併せて、本人の意向や環境の変化なども評価。

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

- ・ 趣味、生きがい、生活上の食事づくり等の生活上の必要なことの達成度
- ・ GHでの生活に満足できているか。
- ・ 本人の意向(菊づくり等)の変化はみられるか。

事例より

自分の人生を取り戻したい



個別支援計画の評価は本人も一緒に目標をクリアした点、困難な点を、本人に充分に説明し、困難な目標については、ブレイクダウンした実現可能な当面の目標設定の検討当初のアセスメントとのズレの確認
本人の満足度の視点で・・・**評価**

24

24

(6) 中間評価と修正 ②個別支援計画の修正

実施方法

- ・ 到達目標に達成するためにサービス利用計画・個別支援計画プログラムを修正。
- ・ 提供されるサービス内容を修正。
- ・ 修正にあたっては、時間軸と支援(サービス)内容の観点から修正・変更。
- ・ 本人に修正や変更の同意を得る。

必要なツール

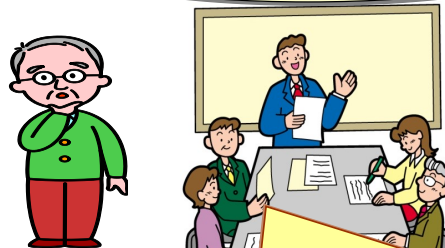
- ・ サービス等利用計画・個別支援計画の修正・変更記録表

サービス管理責任者の視点

- ・ 本人の意向や目標の達成度など、支援の進捗度を見定め、軌道修正しつつも、最終目標は見失わないように。

事例より

自分の人生を取り戻したい



ズレの修正。
調理は上達した。
働くことにも慣れてきたけれど物足りない。
菊作りは楽しい、**同好会に入りたい**。
グループホームの同居の人とじっくりこない。

変更事由が発生したら、適時個別支援会議を開催し、本人も交えて事業所内で確認。相談支援専門員へ情報提供し、サービス担当者会議に参加、計画修正に関する意見を述べる他、**協力を求める**。

25

25

持ち帰り履行する

個計を変更して
支援の実施します！

(施設)
サービス管理責任者

家族

本人

友人

サ計を変更しよう！

相談支援専門員

決定
事項

意思決定支援
専門アドバイザー

県

後見人

市役所

支給決定を変更して、
市単事業の手続きしなきゃ！

26

26

会議のねらい

- みんなで集まって、
- みんなで話合って、
- みんなで確認して、
- みんなで決めて、
- それぞれが持ち帰って、
- 決定事項を履行する。

決定事項の素早い反映と 実効性の担保

27

27

(7) 終了時評価

実施方法

- 到達目標達成度を含めたサービス等利用計画・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、また、行われなかった場合の原因は何かを評価。
- 本人の状態の変化・満足度などの観点から評価。
- 同様のケースの個別支援計画作成に評価を活かす。
- サービス担当者会議での振り返り。

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どうか。
- 適切なサービス提供ができたか。
- 利用者の満足度はどうか。
- 事例としてまとめ今後の参考としているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

グループホームを退所して、
一人暮らしをしたい……。
再アセスメント。支援計画の修正を経て……。⇒終結
支援のふり返し（評価）が重要
どのようにフェイディングしていくのか
相談支援専門員による見守り
サービス管理責任者によるフォローアップ
地域の人的資源との関わり…等
キーパーソンを確認する



28

28

参考資料

29

29

個別支援計画とは

- 施設を利用するにあたって、漠然としている利用者の利用目的や希望を個別支援計画を通して具現化し、支援方法を示す
- 利用者（家族）の満足度、達成度、支援の妥当性を日々の業務を通してモニタリングで確認し、必要であれば計画を修正する
- 利用者個々によって計画の内容は異なる。また、**利用者の状況に応じて変化していく。**

30

様々な支援場面と計画作成

- 日常生活上の支援
- 社会生活上の支援
- 人として主体性を支える
- 障害がありながらも、(人生を取り戻したい)人生を創っていかなくてはならない。そのためには、自分自身の心と身体を建て直し、家族や親しい人たちとの関係や職場等の人たちとの交流も必要となる。また、社会生活を営んでいくための社会の壁に対処し、乗り越えていくには、支援を受けながらも、主体性が求められることになる。
- サビ児管は、人が生きることの感受性を高めていかないと支援は断片的なものになってしまう。

31

何を計画するのか

- 利用者の夢や希望の実現に向けた支援計画

例)旅行に行きたい、グループホームで生活したい、就職したい、友達を作りたい、等

- 事業所が必要とする支援計画(約束事)

例)通院、生活支援、金銭管理、家族の協力、余暇等

* 上記2つの内容は意味合いが違うことを理解して計画を作成しましょう！

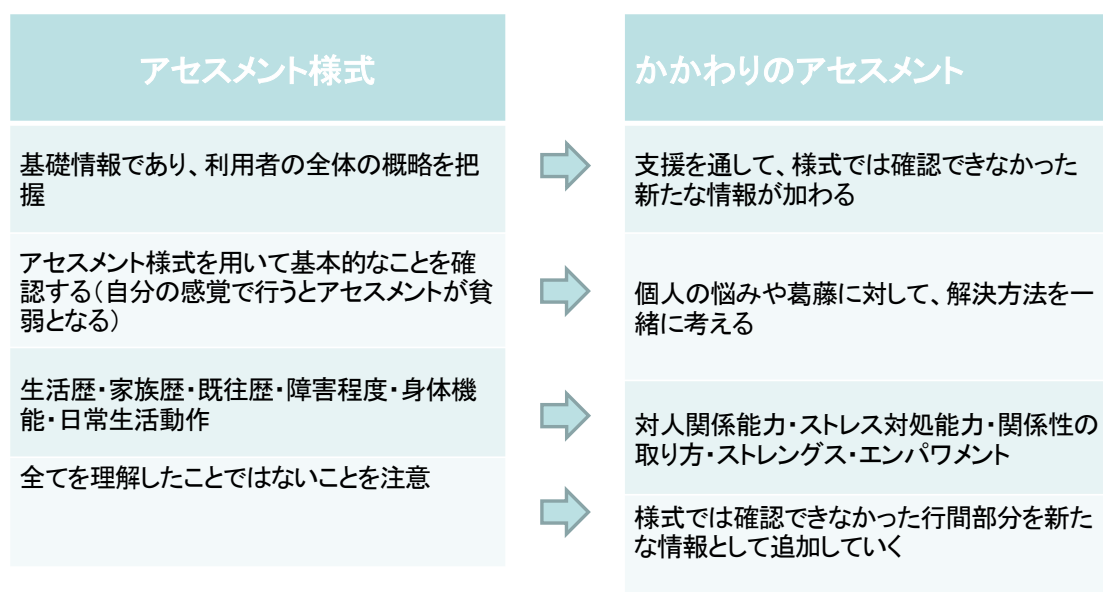
32

アセスメントの技術

- 自分の感覚で行っていると、自分の興味のないところには関心がいかないなどしてアセスメントが貧弱になる。また、ガイドがないと分からなくなる。
- ICF、家族関係、健康・発達面、生活歴(ストーリー)、ストレングス(強さ)、ヒアリングシート(意思表示)
- アセスメントは、常に新たな情報を追加していくものと理解することが大事

33

アセスメント様式と支援によるアセスメントの違い



34

診断と支援

診断は、短所に着目して成立するが、

支援は、長所に着目し、個人と環境に焦点を
当てることで成立する。

35

本人を知るための地図の必要性

平成28年度 サービス管理責任者等指導者養成研修会
＜介護(生活介護・療養介護)＞資料

☆**利用者の状態像の明確化・見える化を行うためのツールである。**

○この部分は、支援者の頭の中で暗算していた。

○アセスメントの過程は資料の収集と分析するためのツールである。

○本人を知るための地図は「アセスメント」の一つである。

・本人に関わる様々な聞き取った情報（相談支援記録・アセスメント表等）が
トータルな本人情報として活用されることが少ない。

・**本人の状態像等のアセスメントがないまま、計画策定に至ることが多い。**

・本人の目線で様々な情報を項目ごとに地図に整理、確認することで「支援者
側の思い込み、間違った利用者像」を作れることを予防できる。

ニーズ整理表の必要性

☆**明確になった本人の状態・希望・ニーズに対し、どのような支援が必要かを
整理するためのツールである。**

○この部分も支援者の頭の中で暗算していた。

○本人を知る地図など、様々な情報を整理した結果明らかになった「本人のニ
ーズ・想い・願い」に対し、それに寄り添うための「支援の根拠」をこのツ
ールを使って整理する。

○**個別支援計画の根拠となるのがニーズ整理表。**

36

36

(1) 現在状況の整理（アセスメント情報を整理）

①私は、今までこんな生活をしてきました。生き方をしてきました。

・ポイント：生育歴・職歴から事実を記載。事前課題、「私はこうして生きてきた」を参照。

②私は今このような環境で生活しています。してきました。

・ポイント：家族歴・本人を取り巻く環境から事実を記載。事前課題「私はこうして生きてきた」を参照。

(2) 今、必要と思われる支援

⑤私は、〇〇で暮らしたいです。私の今の願い、希望は〇〇です。今、私は〇〇をやりたいです。

ポイント：本人の言動等ら確認・・・本人の言葉。発語が十分ない人は、願いや希望が読み取れそうな行動を記載。ニーズ整理表の「A」及び個別支援計画の「E」欄に反映される

③私の不安・気にしていることは？

・ポイント：困り感・不安は、解決してほしいことでもある。ニーズ整理表の「A」の欄に反映される。

④私自身が持っている力、得意なこと

ポイント：。この項目はニーズ整理表の「B」に反映される

(3) 将来の暮らしに向けた支援

⑥☆私の将来の夢、希望は〇〇です。私は〇年後こんな暮らしをしたいです。ポイント

ポイント：この項目のアセスメントは、利用者本人の中長期的な暮らしの目標の関連している。（演習で検討）

記入様式1

ニーズ整理表

平成28年度 サービス管理責任者等指導者養成研修会
＜介護（生活介護・療養介護）＞資料

利用者名 T.T さん

T.Tさんの願い・希望など
(現在困っていること、現在やりたいこと、将来やりたいこと・・・など)

A

T.Tさんのストレングス
(強み、得意なこと、可能性)

B

本人の 願い・希望	現在状況の確認 (本人のストレングス)	願い・希望に応えるために 必要なこと	願い・希望を満たすための目標
Aから必要な 項目に優先順位をつけて記載	Bの項目からAに関連することを抽出して記載)	「願い・希望・困りごと等に応えるため必要な支援」を演習で検討。(C)	C=「願い・希望・困りごと等に応えるため必要な支援」を行うにあたって目標を演習で検討(D)

※ 左の2つの欄について、事前に記入しておいてください

(3) 将来の暮らしに向けた支援

⑥ ☆私の将来の夢、希望は〇〇です。
私は〇年後こんな暮らしをしたいです。
ポイント

ポイント：この項目のアセスメントは、
利用者本人の中長期的な暮らしの目標
の関連している。



本人の夢・希望を叶えるため・・・の目標設定
・個別ケースの状況によるが、
概ね「長期目標は1年程度」
「短期目標は半年程度」。
個別支援計画「F」欄に反映

記入様式 2 個別支援計画書

利用者名 _____

作成年月日: ____ 年 ____ 月 ____ 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)	E(⑤及びサービス等利用計画)
総合的な援助の方針	サービス等利用計画

長期目標(内容、期間等)	F
短期目標(内容、期間等)	F

○支援目標及び支援計画等

支援目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
D	C			
D	C			
D	C			

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 利用者氏名 _____ 印 サービス管理責任者 _____ 印

ニーズ・課題の整理表作成時の留意点(例)

平成28年度 サービス管理責任者等
指導者養成研修会＜児童＞資料

		利用者名			さん
No	発達ニーズ・意向等の把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (事例の強み・可能性)	解決すべき課題	
発達支援	・「誰」欲したニーズかを明確に記載し整理することがポイント。 例えば、①保護者のニーズを子どもが欲したように書かないこと、②支援者から見た発達ニーズ(感覚ニーズや運動ニーズ)もわかること		「支援者の知識と技量があからさまになる」 ・左記のニーズの把握、状態の評価の内容を基に論理的に記載できるか！		
家族支援	・まずは、聞き取り表、モニタリング情報等に記載されている状況で左記に挙げたニーズに該当する文言をそのまま抽出する。 ・すでに参考とする書類の記載者(保護者、相談支援専門員、職員等)の主観のもとに記載されている可能性が高いことに留意して読み取る		・「支援者が気になる」等と思う根拠は何！ ・障害特性や家族像、地域資源等の一般的なイメージから推察される「強み・可能性」の記載にとどまらないこと ・より個別性を持たせるため、具体的に記載する		
地域連携				・左記のニーズの記載内容と主語が一致するとは限らない。解決すべき課題の主語を明確化することでどこにアプローチすべきかが定まる ・ここで挙げられた記載内容が、「個別支援計画」の具体的な到達目標となりうる	

41

ニーズの把握、課題の整理

平成28年度 サービス管理責任者等
指導者養成研修会＜児童＞資料

- ・ 本人のニーズ(本人が求めること、経験させるべきこと)をとらえる。
- ・ 家族のニーズをとらえる。
- ・ 生活の中から、「ありのままの」現状をとらえる。
- ・ 背景となる発達上の課題、障害特性による課題をとらえる。
- ・ 家族での生活の現実的、具体的場面を想像する。
- ・ こどもの力や強みをとらえる。
- ・ 家族の持つ力をとらえ、子育て環境をとらえる。
- ・ 「なぜ！」を意識して分析する。なぜ、課題と思うか？ なぜ、できないか？

42

個別支援計画作成時の留意点(例)

平成28年度 サービス管理責任者等
指導者養成研修会<児童>資料

利用者名

作成年月日: 年 月 日

○到達目標

長期(内容、期間等)

短期(内容、期間等)

- ◎どのような子どもに育ってほしいかを保護者とともに
- ◎ワクワク、ドキドキ感のある計画になるように本人とともに
- ◎具体的な到達目標とリンクさせることが必要
- ◎具体性は必要だが、気持ちの在り方や育む力など緩やかな表現も
- ◎長期目標は約1年、短期目標は3~6か月で設定

○具体的な到達目標及び支援計画等

項目	具体的な到達目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
・発達支援と家族支援と地域支援の割合は3:1:1を目安に設定。項目欄は、発達支援では発達の領域(運動、遊び...)で記載してもよい⇒アセスメントと直結		支援期間終了後(モニタリング時)に到達しているであろう「子どもや家族の様子」を記載【主語は子ども・家族】		到達目標に掲げた子どもや家族等の様子になるよう、事業所がどのような「専門的な支援」、工夫、配慮を行うのかを具体的に記載。家族支援および地域支援の場合も具体的な働きかけを記載【主語は事業所】	
・「ニーズの整理票」で作成したニーズ、発達課題等を書けるよう欄を追加してもよい		言葉で発せられるニーズだけでなく、子どもの成長に必要な「発達ニーズ」も検討して目標を設定		※ モニタリング時に、事業所の支援の質、力量が問われる⇒達成できなかった場合は子どもや家族、地域のせいではなく、事業所の目標設定や支援内容が悪かったと評価する	

総合的な支援方針

- ◎事業所として、どのようなコンセプトで支援していくのかも含めて書けるといい(どのような子どもに育ってほしいのか、育てたいのかなど)
- ◎全体の活動のねらいとの関係がわかるといい
- ◎子どもの育ちにいいことがわかるといい
- ◎支援の見通し、イメージが持てるように(1年ではない長いスパンでの見通しも含めて)

平成 年 月 日

利用者氏名

印

児童発達支援管理責任者

印

43

個別支援計画作成のポイント

平成28年度 サービス管理責任者等指導者
養成研修会<児童>資料

- ・ 子どもの(障害児)支援利用計画に基づき個別支援計画を作成。
- ・ 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。
 - 様々な場面にキーマンが存在する。困難な事例とされる場合においても、力のない状態はない。
 - 障害の受容ができていないことを目標が達成できない理由にしない！
- ・ 家族が(場合によっては子ども自身も)分かりやすい言葉で書く
- ・ 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、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はあります。)
- ・ 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。
- ・ 家族の持つ力を引き出し、子育て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はいけません。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。

44