

中部広域市町村圏事務組合集団指導（令和6年6月26日）

サービス等利用計画（障害児支援利用計画）と
個別支援計画の連動について
～今後更に求められる本人支援・家族支援・地域支援について～

沖縄県障害者等相談支援体制整備事業

中部圏域アドバイザー：津波古 悟

サービス等利用計画（障害児支援利用計画）と 個別支援計画の関係性について

サービス等利用計画（トータルプラン：相談支援専門員）

(1)各社会資源の役割分担が明確になされる

(2)縦軸・横軸の表記について

縦軸：希望する生活→総合的援助方針→長期・短期目標→ニーズ

横軸： ニーズ→課題（苦手なところ）→支援の方向性→福祉サービス→本人の役割

※特にその横軸には各機関の役割が示されているので、個別支援計画と深く連動する。

個別支援計画（身近プラン：サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者）

トータルプランイングに示された役割をもとにより具体的な支援方法を提示する

特に障害児支援の場合、今後更に専門性の高い療育プログラムが求められている

(1)発達支援（本人支援・移行支援） (2)家族支援 (3)地域支援

児童発達支援で提供すべき支援は、大きく分けると
「発達支援」・「家族支援」・「地域支援」の3つ

1. 発達支援は、「**本人支援**」と「**移行支援**」に分かれます。

※本人支援は重要な支援ですが、「移行支援」も同様に重要です。

成長過程における移行支援は、児童発達支援の重要な役割となります。

2. 発達支援の中の本人支援は、こどもの発達についての側面から **5領域**にまとめられています。

(1)健康・生活 (2)運動・感覚 (3)認知・行動

(4)言語・コミュニケーション (5)人間関係・社会性

しかし子供の成長発達に関することなので、5領域はそれぞれが独立しているということではなく、相互が関連したり重なったりしております。

そして本人支援の 大きな目的は、子どもが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です。当たり前ですが支援は子どもたちの生活の為であり、事業所内での安定を目指しているわけではありません。なので、事業所内での 支援は少しずつ家庭や保育所等（地域）に広がっていくものであるという事を常に認識しましょう！

提供事業所は、利用計画に示された ニーズ・課題を基にアセスメントを開始！

- ①生育歴・発達状況・生活歴・健康状態（病歴）・障害種別・経済状況等の確認
- ②本人の好きな事・得意なこと・・・
- ③本人の苦手なこと・嫌なこと・・・
- ④家庭における本人の様子
- ⑤各事業所、学校、地域における本人の様子
- ⑥環境への配慮
 - ・バリアフリー環境の用意
 - ・的確な観察により構造化した環境を用意し、活動の見通しを持たせる・・・
 - 刺激を軽減し不必要なパニックを防止する
- ⑦地域の実情（地域診断）

本人支援 (課題の要因の確認)

- ①運動因子・・・ADL
- ②知的因子・・・IADL
- ③情緒因子・・・ソーシャルスキル
- ④言語因子・・・コミュニケーション
- ⑤環境因子・・・ネットワークの構築 (合理的配慮)
- ⑥疾病・・・医療的配慮

家族支援

(1) 家族の精神的援助と子育て支援・・障害の理解と受容を進める

- ① 親の愛着形成不全⇒学校で他児に暴力⇒親の見解（わがまま）⇒厳しい教育を求める
- ② 母親は療育を求めている⇒父親はそれを拒否（子供は障害ではない）⇒夫婦関係の亀裂

(2) 兄弟姉妹への支援・・家族機能の維持

- ① 姉（中2）将来結婚できないかも⇒親亡き後、弟のお世話をお願いされている
- ② 兄が自閉症、その弟が学校でいじめ⇒不登校⇒兄への暴力⇒母親の養育能力の限界

(3) 福祉的・経済的・医療的支援の必要な場合その機関と連携

- ネグレクト、虐待の早期発見へ・・ちょっとでも疑わしいと思ったら相談してください！

(4) 保護者のエンパワメント→父親の支援

- 養育のKPの8割強は母親⇒母親のレスパイトを兼ねて父親のエンパワメントは重要！

(5) 母子通園から母子分離→保護者へ見通しを持たせることが大事

- ピアカウンセリングの視点・・先輩ママのとの交流会（勉強会）等を企画する

地域支援～システムづくり～（地域課題の解決に向けて）

地域自立支援協議会の活用・・社会資源開発

- ①日頃から障がい児（者）を取り囲む関係機関と繋がり、その信頼関係を構築する
- ②定期的開催される担当者会議（モニタ会議）には積極的に参加する
※必要に応じてその会議開催を呼びかける
- ③利用者個々の支援を通して、その地域づくりの協議があった場合、積極的にその協議の場（地域自立支援協議会）へ参画する

サービス等利用計画と個別支援計画の 連動するイメージ（就労継続B型）

沖縄県サービス管理責任者基礎研修資料より

ジェノエコマップ (支援の見える化)

主訴:退院して一人暮らしをしたい。できれば仕事もやってみたいな！
相談支援専門員が主訴に基づくアセスメントを展開！

簡単な料理、服薬管理、金銭の管理、簡単お仕事がしたい、地域の方と仲良くなりたい

やぎ汁店
 ご飯を食べさせてもらえる。ジャンパーをくれた。
 海遊びの先生

お父さんに感謝！Aランチ
 をご馳走したい

警備の仕事

本人に拌みを強要

2週/1回受診

鉄筋工
 ・お酒を飲むと乱暴になる。日常的に弟たちに暴力

3人本土
 年数回帰
 程度

相談支援専門員
 医療機関より支援依頼

売店
 肩をもんだら
 500円くれることもある。

ご近所
 マキシムのコーヒーを
 飲ませてくれる。 区長さんと民生委員
 さんは面倒見がいい

病院の友達 Aさん・先に退院している。
 本人から5000円を借りている。
 Aさんが彼女を紹介してくれる。

海が大好き、タコとりが得意
 ヤギ汁のおじさんが海遊びの先生。
 ちょっと高額な釣り道具を揃えたい。

<本人のストレンクス>
 ・真面目でやさしい性格・食器洗いができる・定期的に病院に行くことができる・年金がある/1000円程度の買い物はできる・話が好きである・相手への気遣いができる・笑顔が素敵(愛嬌がある)
 ・好きなこと⇒海が好き(たことり)・体を動かすことが好き・仕事をしていた経験がある・力仕事OK

<環境のストレンクス>
 ・おじさんがいる・しんみになって相談にのってくれる支援者がいる・ヤギ汁のおじさんが優しい(時々ご飯食べさせてくれる)・売店のおばさんが優しい・面倒見のいい区長・民生委員さんがいる・かかりつけ医がいる・老人が多い・遊んでいる畑がある・草ボーボーしている家がある・家を片付けられないご近所さんがいる・行事が多い⇒年3回の掃除・草刈・豊年祭

ジェノエコマップに記された内容を整理し、サービス等利用計画を作成する

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)

僕は、無理やり拝みを強要されて、病気が悪くなり、地域の人に迷惑をかけてしまいました。その為、しばらく入院しましたが今は体調も良くなり、近々アパートを借りて一人暮らしをする予定です。ただ地域の方々に迷惑をかけてきたので受け入れてもらえるかが心配です。

「前みたいにやさしくしてもらえるといいな～」

それと食事のことやお金の管理のことが上手くできないので一人で暮らしは凄く心配です。また、将来は仕事をもって、彼女もできるとうれしいな～それと迷惑をかけてしまった、地域のおじさん、おばさんに頼られたり、お役に立てるとうれしいな～！

総合的な援助の方針

以前のように地域の方々と仲良く、そして安心して一人暮らしができるようにそのサポートをしていきます。

その為に先ず、食事のことやお金の管理のことが上手くできないのでそのお手伝いをします。その際、本人のできる事は本人にやってもらいます。次に将来は仕事をして、願わくば彼女を見つけたいとの願望があるので、その出会いの場をサポート（お友達の溝口さんお力を借りて）します。そして、これまで迷惑をかけてしまった、地域のおじさん、おばさんに頼られたり、お役に立ちたいと望んでいるのでB型事業所の作業プログラムをうまく活用し、地域のおじさん、おばさんとの良い出会いの場をサポート致します。

長期目標

ご近所さんとの信頼関係を回復し、以前のように良い近所づきあいができるようになります。

短期目標

- (1)生活リズムを整え、新しい生活に少しずつ慣れていきます。
- (2)一人暮らしを始める中で、食事の事やお金の管理の事、そしてお薬の管理の事が上手くできないのでそのお手伝いを致します。
- (3)僕のことを怖がっている地域住民の方々の気持ちを真摯に受け止め、頑張っている姿を見てもらいながら、良い出会いの場をコーディネート致します。

本人のニーズ	課題	支援の方向性	サービス等	本人の役割
簡単な料理を教えてほしい	白米とシーチキンだけの食事が多いので栄養バランスが悪い (本人もあまり意識していない)	ヘルパーさんに簡単な調理を教えてもらいながら教えてもらった調理は一人で実践してみます。 (炊飯器があればご飯は炊ける。)	ヘルパー (Aさん・Bさん) (火・木) 16:30~18:30 家事援助 (買い物、調理) 時々、地域の世話焼きさん (民生委員さん)	ヘルパーさんに教えてもらいながら、できそうなことから挑戦してみましよう。
お薬の管理とその効果について教えてほしい	薬の効能を理解しておらず、飲み忘れがある。 (薬を飲むと手が震えるから飲みたくない旨を訴えている)	薬の必要性を理解して、飲み忘れないようになる。 定期的に通院する。	外来通院 2週／1回 訪問看護 週／1回 (担当：Cさん)	薬を飲み忘れがないようにその方法(工夫)を一緒に考えてみましょう。
お金を上手に使えるようになりたい	お金が入ると後先を考えずに全部、使ってしまうことがある。	本人の活用しやすい小遣い台帳等を準備し、計画的にお金を使えるようにそのサポートをする。	社会福祉協議会(日常生活援助)	1週間単位でお金の管理してみましよう。家賃、水光熱費等公共料金は口座引き落としにします。

本人のニーズ	課題	支援の方向性	サービス等	本人の役割
<p>体力や体調にあわせて仕事がしたい。</p>	<p>長期間のブランクがあり、体力や自分がどれだけの作業ができるのかわからない。 (特に手の震え等あり 細かい作業は苦手である)</p>	<p>まず、得意、不得意を確認し、本人ができることからサポートする。 作業で分からないことがあった場合は直ぐに職員に聞けるよう配慮をする。(自信回復)</p>	<p>就労継続支援B型 (担当：Aさん) 5回/週 (月～金)</p>	<p>自分のペースで作業を行う。 わからないことがあったら気軽に聞いて下さい。</p>
<p>作業を通して地域の方と仲良くなりたい</p>	<p>地域において、拝所の破壊や住民への暴言があって、その地域から警戒されている。 (地域の方々には施設や病院での支援が望ましいと思っている。)</p>	<p>事業所の販売等を通して、地域の皆さんに頑張っている姿を見てもらう。また、地域の活動には積極的に参加し、良い出会いのコーディネートをする。 (家族や周りの人の不安を払拭する)</p>	<p>就労継続支援B型 (担当：Aさん) 1回/月</p> <p>相談支援専門員 (担当：津波古) 区長さん 民生委員さん</p>	<p>事業所の〇〇の販売等を行う 地域の皆さんに笑顔であいさつする。 地域の行事や活動に積極的に参加してみよう。</p>

サービス等利用計画に基づき個別支援計画を作成する

総合的な援助の方針

本人のペースでできる仕事を行い、家事なども手伝ってもらいながら自分でできることを増やし、一人で暮らすことに自信がもてるようにサポートします。また頑張っている様子を周りに知ってもらうことで、家族や地域の方にも安心して見守って(応援して)もらえるようサポートします。また、体調が安定するように自分の病気や症状を理解し、もし声が聞こえたり、不安や心配事があった場合、自分からSOSが出せるよう配慮致します。

到達目標

作業を通して自信をもてるようになり、就労移行や就労A型、一般就労へとステップアップを図ります。また一人暮らしをすることにも慣れ、家族や地域のみなさんと笑顔であいさつやお話しができるようにします。

長期目標

職員やメンバーのみなさんと気軽におしゃべりや相談ができ、任された作業に自信をもって取り組めるようになります。また事業所外の作業や活動でも、不安なく落ち着いて取り組めるようにします。

短期目標

新しい場所や人に慣れ、職員やメンバーのみなさんに自分から話しかけるようにします。また、任された作業は、自分なりにこなすことができるようになります。

具体的な到達目標 (本人の思い)	本人の役割	支援内容 (留意点)	支援期間 (頻度・時間)	担当者
<p>いろいろな季節の野菜作りを自分の体力に合わせて挑戦してみたい。その仕事の手順については、わかりやすい言葉で時には、そのやり方を一緒にやりながら具体的に教えてほしい</p>	<p>○仕事中に気分が悪くなったら直ぐに近くにいる職員に知らせましょう ○自分のペース配分を知り、何かわからないことがあった場合、職員に聞いてみましょう</p>	<p>仕事については、長期間のプランクがあるので体力面や能力面の状況を確認する。 先ず、体力面については、自分から気軽にSOSが発せられるように職員からの声掛けを意図的に多くします。次に能力面については、できそうな作業はできる範囲で取り組んでもらいながら、定期的な振り返りの面談を行い、具体的な作業内容を一緒に考えていきます。(得意な仕事と苦手な仕事の分類をする) 《留意点》 ①上から目線で指導的な対応をされると嫌な気持ちになるので声かけには十分配慮する ②「仕事は見て覚えなさい！」の指示は過去の経験、上トラウマがある。</p>	<p>月～金 9：00～15：00 定期面談 月1回実施</p>	<p>○職業指導員 農耕担当 (Aさん)</p>

具体的な到達目標 (本人の思い)	本人の役割	支援内容 (留意点)	支援期間 (頻度・時間)	担当者
<p>地域の方と仲良くなれるように良い出会いのコーディネートをしてほしい。</p>	<p>収穫した季節の野菜販売に参加する。その際、地域の皆さんに笑顔であいさつしてみる。そして、少し慣れてきたら地域の行事や活動にも積極的に参加してみよう。</p>	<p>盆踊りなど地域での催し物にも商品販売の機会を設けます。地域みなさんに本人の頑張っている姿を見てもらい、交流することで、自然と話ができるようにサポートします。</p> <p>先ず比較的、本人の事を理解してくれているヤギ汁のおじさんや売店のおばさん、マキシムのおばさんそして区長さんや民生委員さんに頑張っている姿を見てもらい、地域の良き理解者のキーパーソンになってもらいます。</p>	<p>販売活動 月に1回程度</p> <p>地域のイベント参加 不定期 年に2回～3回の参加を想定</p>	<p>○職業指導員 農耕担当（Aさん）</p> <p>○サビ管</p> <p>協力：区長民生委員</p>

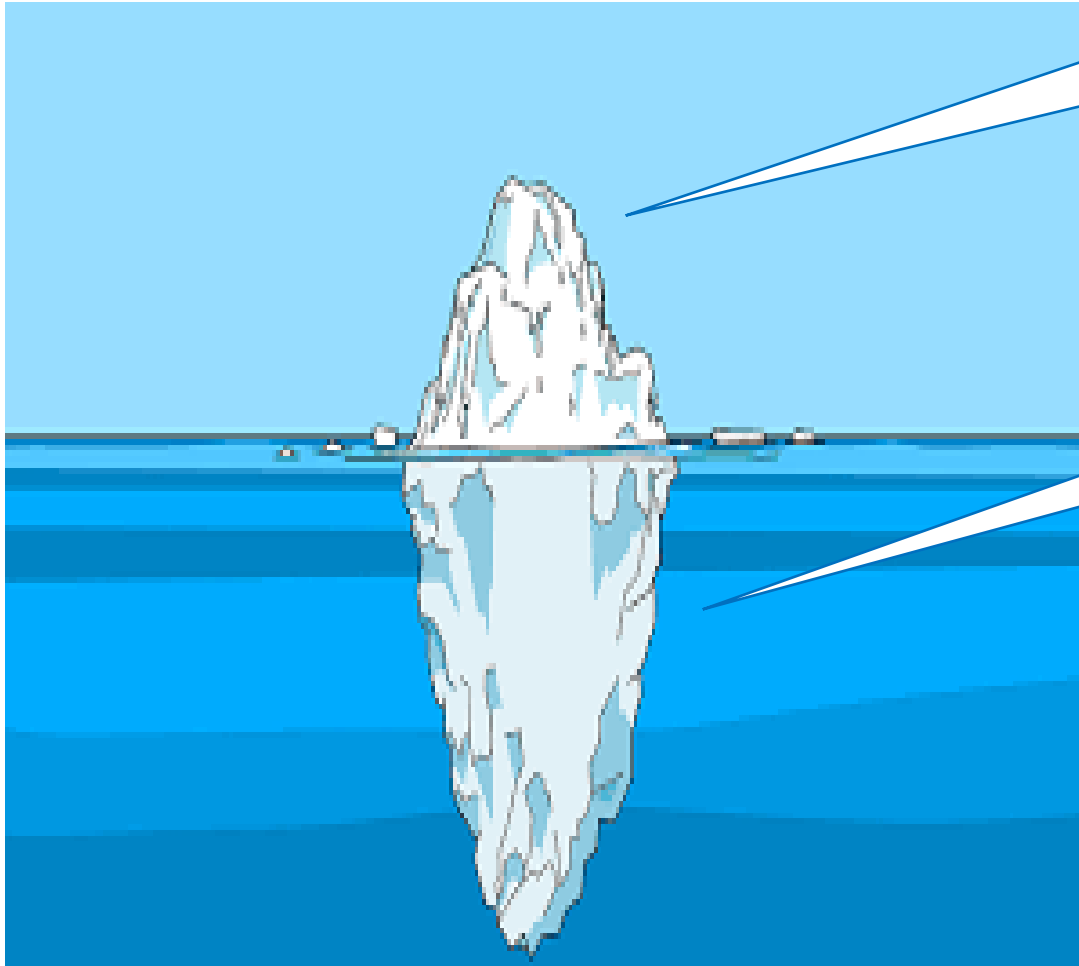
具体的な到達目標 (本人の思い)	本人の役割	支援内容 (留意点)	支援期間 (頻度・時間)	担当者
<p>地域の皆様にお役に立てるような活動がしたい</p>	<p>○カマを安全に使えるようにします</p> <p>○太い釣り糸状の刃を用いた草刈り機を上手に使えるようにします</p>	<p>地域の高齢世帯で、お庭の草刈りが難しい世帯を訪問し、その草刈りのサポートをします。お手伝いを終えてその世帯主さんから感謝されることで、その自信に繋げていきます。</p> <p>また、毎年末にその活動が継続できるように委託・計画相談員と連携し、「お庭の草刈応援マップ」を作成し、その充実を図っていきます。</p>	<p>年末・・・12月26日～12月27日（2日～3日）</p>	<p>○職業指導員 農耕 担当（Aさん）</p> <p>○サビ管</p> <p>○計画・委託の相談員</p> <p>協力者</p> <p>○民生委員</p> <p>○区長</p> <p>○庭の草刈を必要とする高齢者</p> <p>○社会福祉協議会</p>

アセスメントの重要性 ～冰山モデルの視点～

日々アセス！日々モニター！を意識すること！

事が起こってからの状況確認（アセスメント）は
その事の一角しか見えない！

日々アセス！日々モニタ！
なんでかね～の視点



見えやすい行動

うわぁ～パニックが起きた！

- ・ 暴言、イライラ、物を壊す
- ・ 自傷行為、他傷行為、エスケープ

見えにくい背景

これを引き起こしたのは何だろう！

- ・ 家庭における出来事が原因かな？
- ・ 地域における出来事が原因かな？

視野の拡大

事業所で見えているのはほんの一部・・・なので連携が必要！

(家族支援・地域支援)

サビ児管や自事業所だけで抱えるのはNG・・・自己完結に陥る！

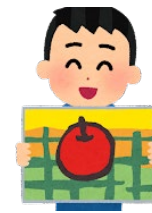
ストレングスアセス

ご本人が今できている事、そのすべてがストレングス（本人の強み）の視点です。なので、事例検討をする際は、課題に着目するのではなく、できている事にその焦点をあてましょう！



ご本人の趣味や特技！
勿論、それは特別な才能！
大きな強みです。

ご本人が今できている事を
いっぱい抽出しましょう！
（リフレーミングの視点）
それが最も大事なストレングスの視点となります。



課題事例を検討する場合、
その支援のカギはどこにあるの・・・？

外にあるのではなく
私たちの手の**掌**にあるのかもね～

ご本人を変える？
いや！私たちが
変わる努力を・・・



ご本人だけが頑張る？
いや！私たちの頑張りも
必要かも・・・

支援をする際の魔法の言葉

「**なんでかね～**」を常に意識し、
その課題を皆で考えるテーブル・・・

それが個別支援会議です。

個別支援会議進行の在り方（留意点）

◎ 支援会議は、チームアプローチの場であり、スタッフ全員のベクトル合わせをする場でもある。

（個別支援計画はスタッフ全員と協働・検討し、作成する）

◎常に他の支援方法の導入など、チームでサービス提供の工夫を凝らす。

①会議の目的（テーマ）を明確にする

②テーマに沿った所要時間を設定する（60分～90分） ～レジュメを作成する～

③ケースの概要は簡潔にまとめ説明する

④参加者全員が発言する（発言者に偏りがないようにする）

⑤建設的な意見が多く出るようにする

⑥お互いの意見を否定しない（相手の違う考えや視点を共有する）

⑦出された意見はその都度復唱する～ホワイトボードや模造紙を使用～

⑧会議は終始和やかな雰囲気です。進行はテンポ良く

⑨お互いの労をねぎらう。モチベーションを高める

⑩共通の理解から了解へ

⑪決議された意見を再確認する

⑫必要に応じて次回開催の日程を調整する

⑬議事録（特に決議事項を明確に）

サービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）や 相談支援専門員が常に意識する事

チームアプローチ（**連携**）について

連携とは・・・異なる要素やシステムが協力（協働）して一体となることです。

例えば、個々のメンバーがそれぞれの得意分野で協力し、お互いの強みを活かして共通の目標に向かって進むことです。一人だけでは達成できないことも、みんなが手を取り合って協力すれば成し遂げられるのです。

また、皆様ひとりひとりがパズルのピースだと仮定しましょう。各要素が一つの大きな絵を形作るためには、それぞれが正確にはまり合う必要があります。連携が良好であれば、全体としての調和が生まれ、効果的にそのパズルは仕上がっていくでしょう！しかし、その連携（調和）が乱れた場合、パズルはいつまでも完成することはないでしょう！

地域自立支援協議会の有効活用について

～地域の自立支援協議会の取り組みを知りましょう～

地域自立支援協議会とは・・・？

『個別支援会議から持ち上げられた課題について地域全体の課題として普遍化していくシステムである。』

- ①こどもの緊急時預かり（地域生活拠点等整備）
- ②こども関係事業所紹介の冊子づくり
- ③高校生の社会体験教室（お仕事体験ウィーク）
- ④親子サポート教室
- ⑤兄弟支援の会
- ⑥性の事を楽しく学ぶ女子会、男子会の発足等々

地域自立支援協議会には、大きく分けて 6 つの機能（①情報機能、②調整機能、③開発機能、④教育機能、⑤権利擁護機能、⑥評価機能）があります。

地域自立支援協議会は、共通の目的である障がいのある人が普通に暮らせる地域づくりを目指して、情報を共有して、具体的に協働することで、地域の支援体制のレベルアップを図っていくこととなります。

地域自立支援協議会の目的・機能

情報機能：地域の現状・課題等の情報共有と情報発信（支援する利用者の地域生活の実情について把握する）

調整機能：地域の関係機関によるネットワークの構築・困難事例への対応の在り方について協議、調整する

開発機能：地域の社会資源の開発、改善（フォーマルとインフォーマルサービスのバランス良い活用）

教育機能：構成員の資質向上の場としての活用（相談員・サビ児管等勉強会或いは情報交換会）

権利擁護機能：権利擁護に関する取り組みを展開する

評価機能：委託相談支援事業者・指定特定相談支援事業者等の運営評価（相談支援体制の評価）

社会資源の改善及び開発

『地域づくりの視点』

- ①地域の社会資源が障害者の生活ニーズに合致していなければ
その資源を**改善**

- ②障害者の生活ニーズに即した資源がなければ**開発**する
※その場合、社会資源を中期・長期に開発することが大事！
まず出来ることから始める

最後に確認しましょう！
個別支援計画作成に係る5点セット

(1)基本情報

(2)アセスメントシート

(3)個別支援会議開催に伴う個別支援会議録

(4)個別支援計画

(5)個別支援計画に基づく活動記録（支援記録）

その記録をもとに半年1回の評価がなされる