

## 「個別支援計画と演習」

華頂短期大学 介護学科

教授 武田 康 晴

平成29年度 民間社会福祉施設職員合宿研修会

### 「本人中心の個別支援計画」

本人中心のソーシャルワーク実践

華頂短期大学

武田康晴

#### 使用する資料について

講義で使用する資料は、「個別支援計画」作成および運用に関する研修会(全国障害者総合福祉センター戸山サンライズ)において使用された谷口氏、小川氏、小田島氏の資料、また平成28年度 京都府サービス管理責任者研修、京都府相談支援専門員研修等において使用した資料、平成28年度 福島県相双圏域「浜ねっと」研修で作成した資料、『障害のある人の支援計画—望む暮らしを実現する個別支援計画の作成と運用』(中央法規、2015)、空閑浩人編著『ソーシャルワーク入門』(ミネルヴァ書房、2009)、谷口/武田著『自立生活は楽しく具体的に』(かもがわ出版、1994)の内容を基に作成しています。

## はじめに(社会福祉援助の目的)

ソーシャルワーク(社会福祉援助)の目的は、well-beingの向上です。

※)ソーシャルワークとは、狭義には相談援助を、広義には社会福祉援助全般を指します。

※)well-beingとは、「良く存在すること」つまり「良く生活すること」という意味です。



ソーシャルワークとは、職種や職責が違ってても、ソーシャルワーカー(プロの援助者)が関わること(方法)によって、利用者の「良く生活する」を向上(目的)する仕事です。

## ソーシャルワークの定義

### 2000年の定義

「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利(well-being:ウェルビーイング)の増進を目指して…」

### 2014年の定義

「…ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイング(well-being)を高めるよう…」

(国際ソーシャルワーカー連盟)

## ソーシャルワークの対象

ソーシャルワークは、様々な手段によって生活上の課題を軽減し、ニーズを満たし、利用者の well-being の向上を目指すという意味で「生活の支援」と言い換えることができる。



1. ソーシャルワーカーが「生活を支援する」という視点を持つことが重要 ※生活を支援する専門職、対象は生活
2. 利用者の well-being の向上を目的として計画は立てられ、そのために支援は実践されることが重要
3. ソーシャルワーカーが、仕事の対象である「生活の特徴」を理解しておくことが重要

## 「生活」の特徴

1. 生活とは、個人、環境、個人と環境との関係によって構成されている。常にその三者に焦点を当てる。
- 2) 生活とは、「生きるための最低限」と「豊かさを求める部分」からなる。常にその両者に焦点を当てる。
- 3) 生活とは、人それぞれで、特にwell-beingの向上では個別性が前提となる。常に個別化を意識する。
- 4) 生活とは、日中活動、家庭生活、地域生活などの総合体として存在する。支援によって生活を分断しない。
- 5) 生活とは、不得意を補うためよりも得意を中心に営まれる。弱さだけでなく強さ(ストレングス)に注目する。

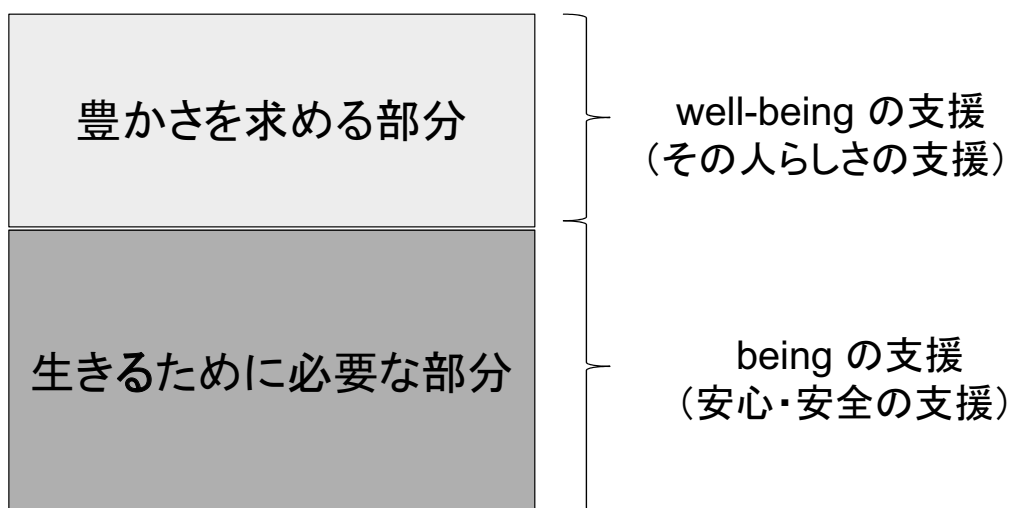
## ソーシャルワークの焦点(理論的な裏付け)

- ・M.リッチモンドは、ソーシャル(ケース)ワークは「人と環境の接点に介入する」と述べている。(1922)
- ・F.ホリスは、環境を固定的ではなく「状況の中の人」という変化の視点でとらえている。(1965)
- ・C.ジャーメインは、生活モデルとして「人と環境との相互作用」に焦点を当てている。(1980)



生活は、個人・環境によって成り立っている。

## being(生きること)と well-being(良く生きること)



安心・安全の上に…さて、何を積むか？

それ(well-beingの支援)こそが腕の見せどころ！

## ところで、「障害者」＝「利用者」なのか？

2003年に支援費制度が導入され、措置から契約へ移行する中で、行政の責任と権限で行政が「与える福祉」から、自分の生活に必要なサービスを障害者が「利用する福祉」に変わった。※利用者、利用するのは障害者本人

- ① サービスを利用しないで生活する障害者は「利用者」ではなく「わたし」として生活している。
- ② 福祉サービスを利用して初めて「利用者」となり、そこで初めて「支援」という関係が生じる。

⇒「わたし」として「望む生活」や「ニーズ」を考えている時点では「支援」という関係は生じておらず、障害者は利用者ではない。サービスありき、サービス前提で考えない。

## また、「本人中心」の持つ2つの意味

※ただし「本人」という言い方自体が支援者視点

- ① 本人が中心…本人が中心となって生活を営む、福祉サービスの利用を決める、望みの実現に向け計画に取り組む。 誰がする？⇒本人が！
- ② 本人を中心…本人(が営む生活)を中心に据えて支援する、本人と共に計画を作成する。

誰がする？⇒支援者が！

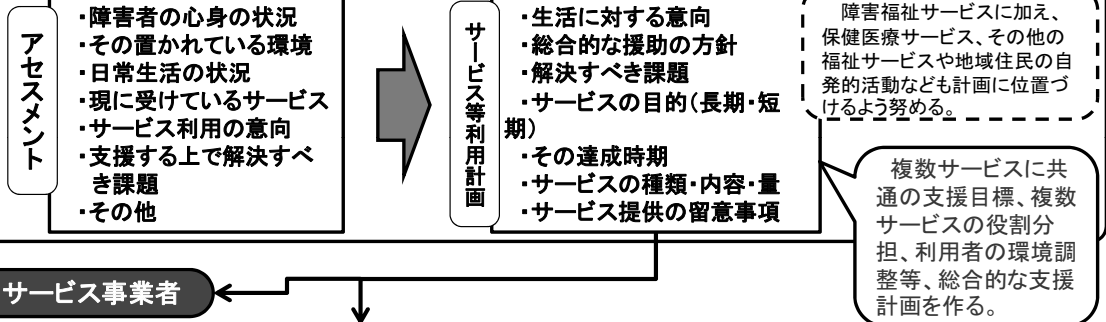
⇒①生活主体を第一義とし、その上で②支援主体を第二義としなければ、本人を主体としようしようと努力する支援者が主体となってしまう。サービスありきではなく、本人が望む生活、その実現に必要なこと(ニーズ)を整理した上で、ニーズを満たすための支援を考える。

## 国・新

### サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- サービス等利用計画については、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が、サービス等利用計画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(計画作成担当)



サービス事業者

サービス事業者

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。

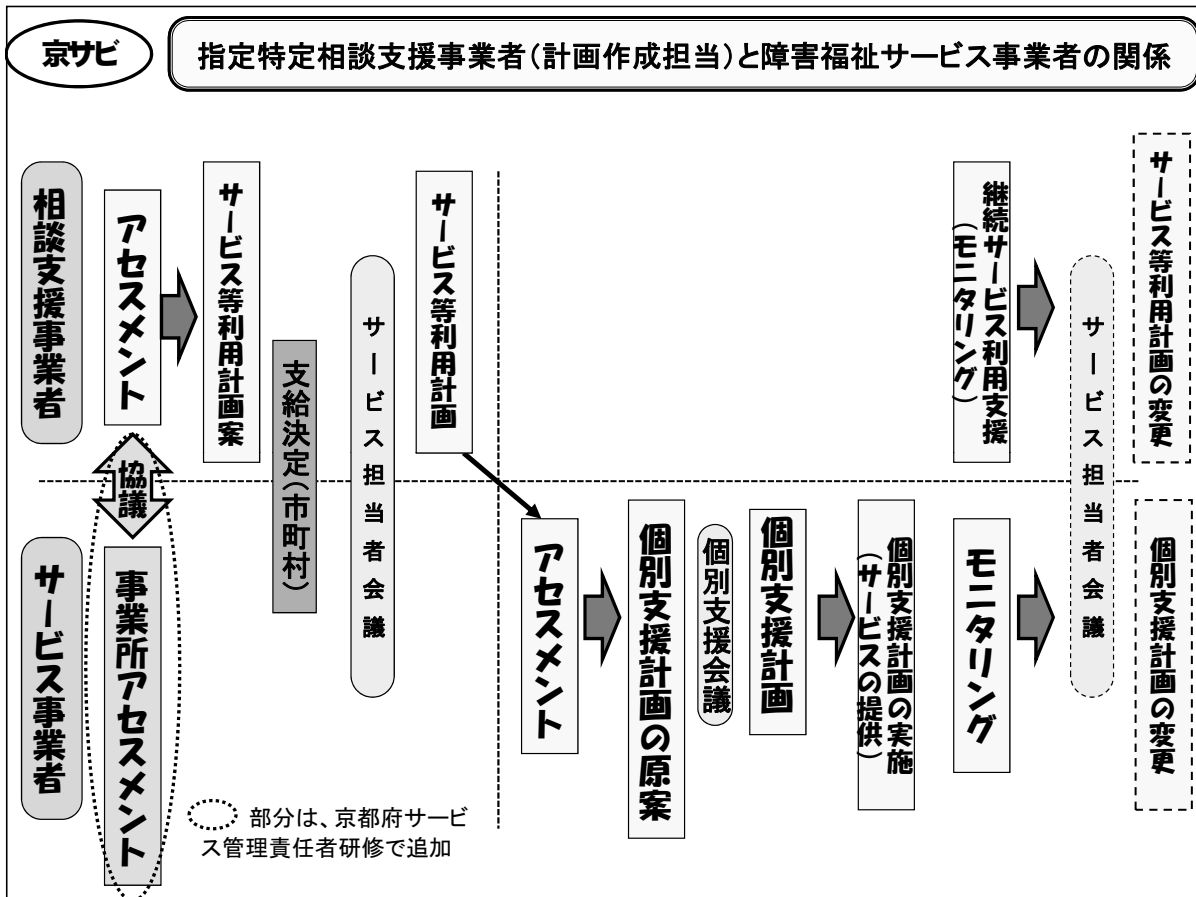
### サービス等利用計画と個別支援計画の関係

#### ◇サービス等利用計画

- ・24時間365日の生活全体を想定した計画
- ・将来を見据え1年後「実現したい生活」に向かう計画
- ・個別支援計画の概要が位置づけられた計画
- ・インフォーマルの支援も網羅した計画
- ・各サービスの支給決定の根拠が書かれた計画

#### ◇個別支援計画

- ・サービス事業所での関わりを基本とした計画
- ・サビ事業を通じて「実現したいこと」に向かう計画
- ・「実現したい生活」全体の一部を担う計画
- ・サビ計画における当該項目の詳細が書かれた計画
- ・他事業やインフォーマルの支援との連携を含む計画
- ・支給決定の主旨を満たす計画



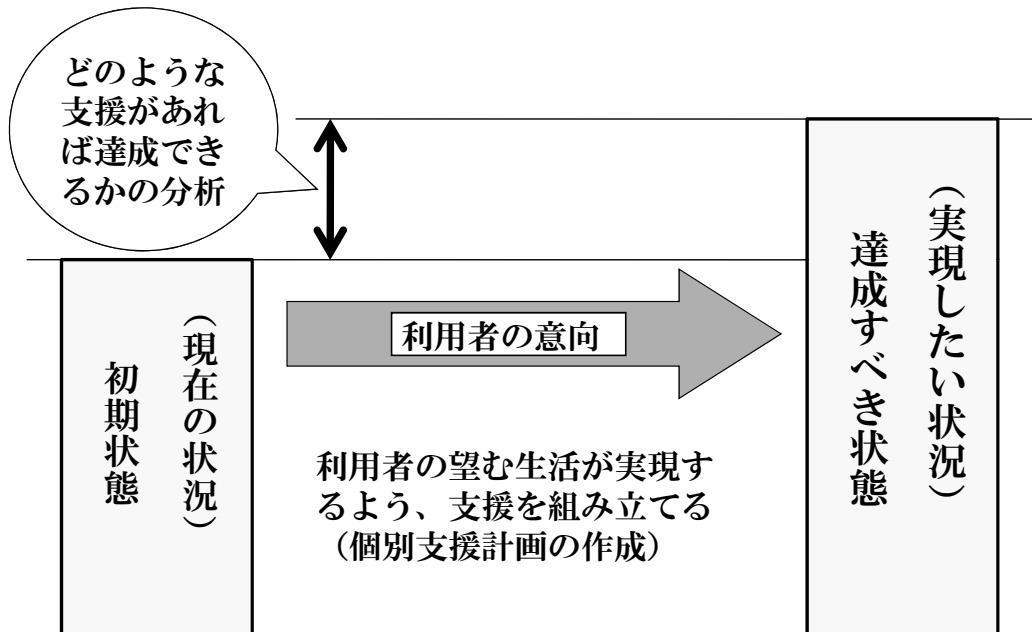
## 相談支援事業者とサービス事業者

1. 両者の得意なこと(双方が両方やって当たり前だが…)
  - 相談支援事業者…利用者の生活全般にわたる広い理解
  - サービス事業者…サービスの効果と提供場面での深い理解
2. なぜケース当初から協議・連携が必須か？
  - ・相談事業者は、支給決定前にサービスを内定しておく必要
  - ・「この人」とサービスを個別にマッチングしてサビ計画を作成
  - ・実際に利用を開始してから「ダメでした」では済まされない
  - ・継続の場合、サビ利用場面から見た生活はサビ事業者が熟知
  - ・新規の場合、サビ事業所のインテーク、見学、体験が望ましい
  - ・サビ事業者にとっては、利用候補者の利益になる協力

⇒相談、サビ事業者双方にとって必要不可欠な仕事の範疇

# サービス提供の基本的な考え方 (利用者中心のサービス提供)

国研修資料



京都

## 支援の基本的な考え方に基づくニーズ整理シート

利用者： \_\_\_\_\_ 記入者： \_\_\_\_\_

◇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. ○○がある」→「2. ○○がない」→「3. ○○を得る」で何も整理されない。望みに到達するために必要なことを考える。

1. 望み (本人の実現したい状況)

2. 現状 (望みに対応する現在の状況)

3. ニーズ (必要なこと・もの)

ギャップを埋めるために



## 国が例示した様式

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(例)

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名					
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	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						
計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	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)							
総合的な援助の方針							
長期目標							
短期目標							
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)	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							
2							
3							
4							
5							
6							

## 京都府研修の様式

様式1-1

サービス等利用計画(案)・障害児支援利用計画(案)

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名						
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	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(案)作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄(白紙又は押印)						
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)								
長期目標								
短期目標								
総合的な援助の方針								
優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等		ニーズ実現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								
2								
3								
4								
5								
6								

※利用計画として提出の際は、本様式中の「(案)」を二重線で抹消するとともに「利用者負担上限額」及び「提供事業者名」の各欄を記入してください。

様式1-1 サービス等利用計画(案)・障害児支援利用計画(案)

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	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(案)作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄(自署又は押印)

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)

ニーズ整理シートの1.「望み」を精査して反映、家族の意向を追加

長期目標

ニーズ整理シートの1.「望み」を念頭に、期間を区切って本人の到達点

短期目標

総合的な援助の方針

ニーズ整理シートの2.「現状」から1.「望み」実現へ向けた支援者(集団)で共有する方針

優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等		ニーズ実現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	ニーズ整理シートの3.「ニーズ」(整理されたニーズ)のうち長期・短期目標に向かうために必要なものを精査して反映							
2								
3								
4								
5								
6								

※利用計画として提出の際は、本様式中の「(案)」を二重線で抹消するとともに「利用者負担上限額」及び「提供事業者名」の各欄を記入してください。

サンライズの様式 サービス等利用計画(案)・障害児支援利用計画(案)

氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	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(案)作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄(自署又は押印)

現在の状況と私及び家族の生活に対する意向(希望する生活)

長期目標

短期目標

私のストレス(個人/環境)

総合的な支援の方針

優先順位	私のニーズ	私の活動と支援の具体的な内容	達成時期	福祉サービス等		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							
2							
3							
4							
5							

※利用計画として提出の際は、本様式中の「(案)」を二重線で抹消するとともに「利用者負担上限額」及び「提供事業者名」の各欄を記入してください。

京都府サビ管研修 参考様式		個別支援計画書		作成日 年 月 日	
氏名:	性別: 男 / 女	生年月日:	年 月 日 (満 歳)		
サービス管理責任者等:		担当職員:			
本人および 家族の意向 (望む生活)					
ストレングス (望む生活の実現 に有効なもの)	個人:				
	環境:				
長期目標 (1年後)					
短期目標 (半年後)					
個別支援等の内容					
番号	事業所で着目する 本人のニーズ	本人の活動と支援の内容 (内容・頻度・回数・時間等)	達成 時期	評価 時期	留意事項
1					
2					
3					
4					
本人への説明 年 月 日 (場所: )		本人署名:			印

京都府 個別支援計画 記入の手引き		個別支援計画書		作成日 年 月 日	
氏名:	性別: 男 / 女	生年月日:	年 月 日 (満 歳)		
サービス管理責任者等:		担当職員:			
本人および 家族の意向 (望む生活)	ニーズ整理シートの1.望み(本人の実現したい状況)を反映 生活全般に関する将来的な「本人の意向」と「家族の意向」を記入する。相談支援専門員とサービス管理責任者が同等(同質、協働)のアセスメントにより導き出せば、サービス等利用計画の本項目と同じ内容となる。本人と家族の意向は必ずしも同じではないため、(本人)や(家族)というように分けて記述しておく。また、演習では「本人に確認できない」という限界はあるが、支援者の見立ても大切にし、本人が本当に望む生活を具体的に記述する。				
ストレングス (望む生活の実現 に有効なもの)	個人:	ニーズ整理シートの利用者のストレングスを反映 たくさんある本人のストレングスのうち、特に「望む生活を実現するために有効なもの」を記入する。個人のストレングスには、能力や性格、経験などを、環境のストレングスには、本人の所有物や協力者、社会資源などを記述する。			
	環境:				
長期目標 (1年後)	ニーズ整理シートの1.望み(本人の実現したい状況)を参考 本人が望む生活のうち、事業所の支援も活用し1年後(または半年後)に実現する「本人の到達点」を記入する。目標に向かうのは本人なので「楽しい(目指したい)目標」、明確な到達点または到達を評価できる「具体的な目標」、着実に取り組むことのできる「実現可能な目標」でなければならない。				
短期目標 (半年後)					
個別支援等の内容					
番号	事業所で着目する 本人のニーズ	本人の活動と支援の内容 (内容・頻度・回数・時間等)	達成 時期	評価 時期	留意事項
1	ニーズ整理シートの3.本人のニーズ(必要なこと・もの)を参考 長期目標(短期目標)に到達するために必要なこと・ものを記入する。整理した本人のニーズを参考にすることが、安易に「できそうなこと」を選択せず、着実に目標に到達するために必要なことを記述し、また、当該事業所が主軸として関わらないニーズも「連携」を想定して記述しても構わない。	本人のニーズを満たすための本人の活動と支援を記入 ・左記「本人のニーズ」を満たすために、本人がする活動と支援の内容を分けて記入する。 ・本人が何を、支援は何をするのか(誰が、何を、どの程度するのか等)を具体的に記入する。 ・ここに記述された本人の活動と支援を繰り返すことで「本人のニーズ」を満たし、着実に目標達成に近づくような内容を記入する。	ニーズが満たされる期限、定期的な評価の間隔 達成時期には、本人のニーズが満たされる時期を記入する。 評価時期には、このニーズをこの活動と支援で満たしていく際の評価する間隔を記入する。		特に留意する事項 本人のニーズを本人の活動と支援を通じて満たそうとする時、特に留意すべき事項について、個人、環境、関係の側面から記入する。
2					
3					
4		全体としての留意点 個別支援計画書(案)は、作成して終了ではなく、本人及びご家族に説明して了承を得て確定し、支援員により計画に基づく支援が提供される。本人に説明すること、支援員が見て支援を実践することを念頭に内容を確認する。			
本人への説明 年 月 日		本人署名:			印

## 支援計画各項目(欄)の位置づけ

### 1. 本人の意向、本人の望む生活

本人が望む将来像、家族の意向とは必ずしも一致しない、生活の特徴が反映される、望むのは本人

### 2. 長期目標(短期目標)

本人が1年後に到達(獲得)している到達点、本人が望む将来像へ向かう方向にある、到達するのは本人

### 3. 本人のニーズ

本人が「現状」から目標に到達するのに必要なこと、本人が〇〇する場合や環境が××になる場合がある

### 4. 支援内容

本人のニーズ(目標達成に必要なこと)を満たすために支援者がすべきこと、具体的でないダメ、するのは支援者

## ところで、本人の望む生活を探る

本人中心の支援を実践するには「本人の望む生活」を知ることが必要不可欠だが…



### 【現場の悩み】

障害が重度で「本人の望み」「本人の意思」が分からない。

⇒言語によって「自分の意思」を伝えてくれない。

観察によっても本人の意思を読み取りにくい。



本人の意思を読み取るために何が必要なのだろう？

## 意思決定の条件

- ・意思決定の材料…選択肢がなければ選べない。
- ・意思伝達の手段…手段を持たなければ表明できない。
- ・意思表明の機会…機会がなければ表現できない。
- ・意向実現の期待…実現を諦めていれば表明しない。
- ・受信側のスキル…受信できなければならないのと同じ。



材料を作ること、手段を身に付けること、機会を確保すること、期待と意欲を持つこと、受信スキルを高めること…この全てが個人、環境のエンパワメント(empowerment)です！

## 重度障害者の状況

- ・意思決定の材料…選択肢を作る経験が量質とも少ない。
- ・意思伝達の手段…本人に合う手段の開発が充分でない。
- ・意思表明の機会…量質とも少ない、本人状況と合わない。
- ・意向実現の期待…実現を実感できる機会、経験が少ない。
- ・受信側のスキル…受信スキル、機会、材料が充分でない。



個人のエンパワメントと平行し、意思を読み取る機会・関わり自体を充実しなければならない。

こちらが本人中心の支援を提供するために、利用者に協力してもらい、多くの機会・場面に身を置いてもらう。

## おわりに(本人中心の支援と支援計画)

1. ソーシャルワークの目的は、利用者の well-beingの向上です。常にその観点から見直しましょう。
2. 本人が、一度しかない自分の人生を自分で生きていきます。支援者は、それを側面から支援する立場です。
3. 「本人の望む生活」が支援、支援計画の中心になければなりません。常に本人視点に立ちましょう。
4. 意思疎通が困難な人の望みを知るには、相当多くの情報が必要です。情報を得る機会を意図的に作りましょう。
5. 支援計画は、本人には望む生活に向かう「宝の地図」であり、支援者には自分の仕事を明確にする手引き書です。