

## 知的障害のある人の支援のタイプと個別支援計画に関する研究

### —T法人における個別支援計画の作成に関する研修を中心に—

#### A Study on Types of Support and the Individual Support Plans for People with Intellectual Disabilities

室 林 孝 嗣

MUROBAYASHI Takatsugu

めまぐるしく変化する障害福祉制度の中、サービス等利用計画と個別支援計画の関係が明確にされた。また経過措置として平成27年3月末までに原則として全ての障害福祉サービス等を利用する障害者等を対象としてサービス等利用計画を立てることとされている。障害福祉サービス事業所はサービス等利用計画に基づいて個別支援計画を作成することになるが、十分な準備も進まないまま個別支援計画が立てられていく。そうした職員の想いをもとに個別支援計画の作成に関する研修を開催した。利用契約制度になり援助がサービスとなり、サービスを購入・利用するという考え方に変わった。一方で自立支援が望まれることから、サービス利用現場では新しい考え方と現実とのギャップに戸惑う日々が続いている。こうした課題から「支援のタイプ」を考えることで、支援のあり方を考える一つの手立てを見出すことが可能となる。

キーワード： サービス等利用計画、個別支援計画、アセスメント、支援のタイプ

#### I. はじめに

現在、障害者福祉制度はめまぐるしく変化している。平成18年に施行された障害者自立支援法は、施行時から利用者負担、施設・事業者への報酬、障害程度区分の課題等が指摘されていた。そのため、政府は、審議会等の検討を踏まえ、「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案」を国会に提出（平成21年3月）したが、7月廃案となった。その後、同法案は、平成22年12月「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて 障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」として成立し、相談支援や障

害児支援が平成24年4月から大きく変わった。改正の主な内容は、相談支援体制を強化すること、市町村に基幹相談支援センターを設置する、「自立支援協議会」を法律上位置づけ、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化する。また、支給プロセスの見直し（サービス等利用計画案を勘案）、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大をはかることである。

平成24年3月、「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」が、閣法として閣議決定され、同年4月に衆議院にて修正・可決、同年6月に参議院にて可決・成立、同月27日に公布された。同法律により、平成25年4月1日から、「障害者自立支援法」を「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（以下、障害者総合支援法）」とするとともに、障害者の定義に難病等を追加し、平成26年4月1日から、重度訪問介護の対象者の拡大、ケアホームのグループホームへの一元化などが実施される。

本稿では、平成24年4月の改正障害者自立支援法施行により定められたサービス等利用計画及び各事業所で作成される個別支援計画に着目し、平成24年から平成25年にかけて富山県内のT法人において行ったサービス管理責任者を対象とした個別支援計画の作成に関する研修の概要を以下に記す。

## Ⅱ. サービス等利用計画と個別支援計画

### 1. サービス等利用計画について

平成24年4月の改正障害者自立支援法施行により市町村は障害福祉サービス等の支給申請者に対し、サービス等の支給決定前に「サービス等利用計画案」の提出を求め、これを勘案して支給決定を行うことが定められた。サービス等利用計画とは、「指定特定相談支援事業者」が、障害福祉サービス等の利用を希望する障害者の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、作成するものである。

サービス等利用計画案の対象者については、省令において「障害福祉サービスを申請した障害者または障害児」及び「地域相談支援を申請した障害者」と定められている。なお、経過的な取扱いとして、相談支援の提供体制を考慮し、平成24年度から段階的に対象を拡大し、平成27年3月末までに原則として全ての障害福祉サービス等を利用する障害者等を対象とすることとされている。

サービス等利用計画に関して、「障害者総合支援法」では、以下のように定めている。  
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<sup>1)</sup>

(支給要否決定等)

#### 第二十二條

4 市町村は、支給要否決定を行うに当たって必要と認められる場合として厚生労働省令で定める場合には、厚生労働省令で定めるところにより、第二十条第一項の申請に係る障害者又は障害児の保護者に対し、第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求めるものとする。

5 前項の規定によりサービス等利用計画案の提出を求められた障害者又は障害児の保護者は、厚

生労働省令で定める場合には、同項のサービス等利用計画案に代えて厚生労働省令で定めるサービス等利用計画案を提出することができる。

また、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施行規則<sup>2)</sup>では、サービス等利用計画の提出に関する経過措置を以下のように定めている。

(法第二十二条第四項に規定する厚生労働省令で定める場合)

第十二条の二 法第二十二条第四項に規定する厚生労働省令で定める場合は、障害者又は障害児の保護者が法第二十条第一項の申請をした場合とする。ただし、当該障害者が介護保険法第八条第二十三項に規定する居宅介護支援又は同法第八条の二第十八項に規定する介護予防支援の対象となる場合には、市町村が必要と認める場合とする。

附則

(サービス等利用計画案の提出に関する経過措置)

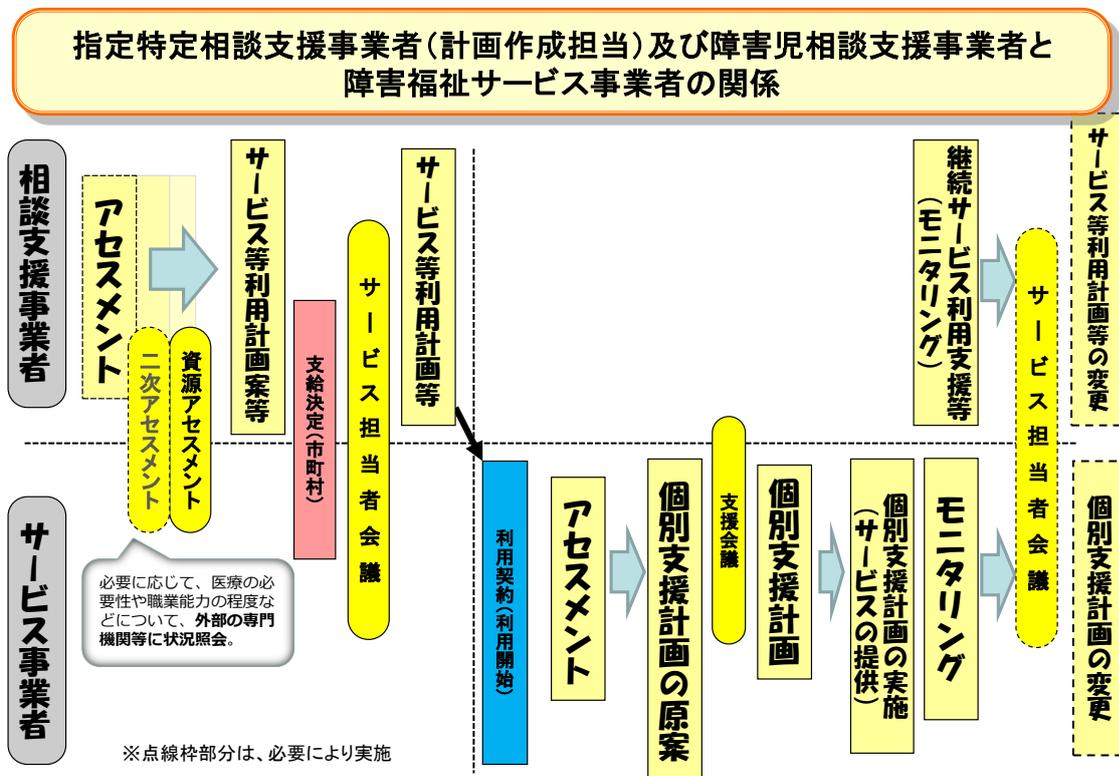
第五条 平成二十七年三月三十一日までの間は、第十二条の二及び第三十四条の三十六の規定の適用については、これらの規定中「申請をした場合」とあるのは、「申請をした場合であって市町村が必要と認めるとき」とする。

## 2. サービス等利用計画と個別支援計画の関係

平成 23 年 10 月 31 日、障害保健福祉関係主管課長会議で、サービス等利用計画と個別支援計画の関係について以下のように示された。

「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

【図 1】



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」する。「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」するとしている。指定特定相談支援事業者（計画作成担当）は、「アセスメント（障害者の心身の状況、その置かれている環境、日常生活の状況、現に受けているサービス、サービスの意向、支援するうえで解決すべき課題、その他）」し、「サービス等利用計画（生活に対する意向、総合的な援助の方針、解決すべき課題、サービスの目的（長期・短期）、その達成時期、サービスの種類・内容・量、サービス提供の留意事項）」を立てる。さらに「障害福祉サービスに加え、保健医療サービスやその他の福祉サービスや地域住民の自発的活動なども計画に位置づけるよう努める」「複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等総合的な支援計画を作る」としている。障害福祉サービス事業者は、サービス等利用計画を受けて、「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）」し、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（個別支援計画）」としている。指定特定相談支援事業者とサービス事業者の関係を図で表すと【図1】のようになる。

個別支援計画については、上記のものが示される以前より、「現：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障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年九月二十九日厚生労働省令第百七十一号）」<sup>9)</sup>に、サービス管理責任者と個別支援計画について以下のように定めている。

（従業者の員数）

第五十条

四 サービス管理責任者（指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるものをいう。以下同じ。） 指定療養介護事業所ごとに、イ又はロに掲げる利用者の数の区分に応じ、それぞれイ又はロに掲げる数

イ 利用者の数が六十以下 一以上

ロ 利用者の数が六十一以上 一に、利用者の数が六十を超えて四十又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上

（療養介護計画の作成等）

第五十八条 指定療養介護事業所の管理者は、サービス管理責任者に指定療養介護に係る個別支援計画（以下この章において「療養介護計画」という。）の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下この章において「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容の検討をしなければならない。

3 アセスメントに当たっては、利用者に面接して行わなければならない。この場合において、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得なけ

ればならない。

4 サービス管理責任者は、アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定療養介護の目標及びその達成時期、指定療養介護を提供する上での留意事項等を記載した療養介護計画の原案を作成しなければならない。この場合において、当該指定療養介護事業所が提供する指定療養介護以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて療養介護計画の原案に位置付けるよう努めなければならない。

5 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成に係る会議（利用者に対する指定療養介護の提供に当たる担当者等を招集して行う会議をいう。）を開催し、前項に規定する療養介護計画の原案の内容について意見を求めるものとする。

6 サービス管理責任者は、第四項に規定する療養介護計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

7 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成した際には、当該療養介護計画を利用者に交付しなければならない。

8 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成後、療養介護計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行うとともに、少なくとも六月に一回以上、療養介護計画の見直しを行い、必要に応じて療養介護計画の変更を行うものとする。

9 サービス管理責任者は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

- 一 定期的に利用者に面接すること。
- 二 定期的にモニタリングの結果を記録すること。

10 第二項から第七項までの規定は、第八項に規定する療養介護計画の変更について準用する。

（サービス管理責任者の責務）

第五十九条 サービス管理責任者は、前条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

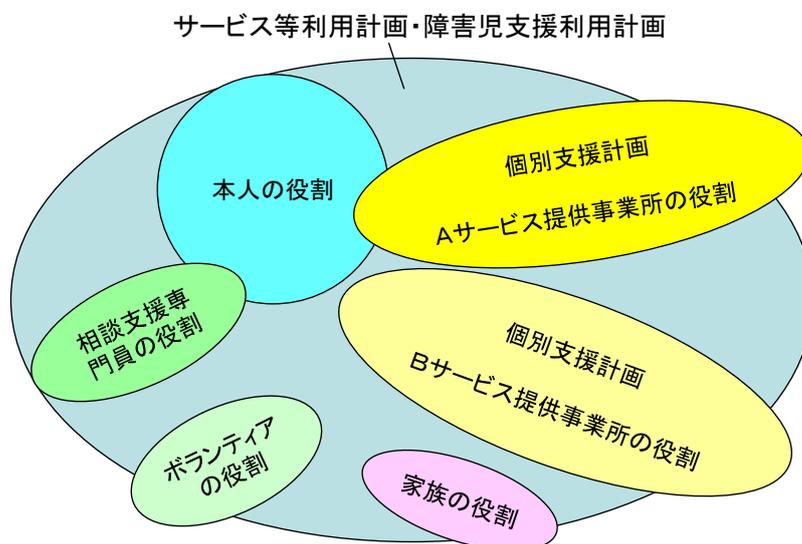
- 一 利用申込者の利用に際し、その者に係る指定障害福祉サービス事業者等に対する照会等により、その者の心身の状況、当該指定療養介護事業所以外における指定障害福祉サービス等の利用状況等を把握すること。
- 二 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行うこと。
- 三 他の従業者に対する技術指導及び助言を行うこと。

基準で示されているとおり、個別支援計画は、事業によりその名称は異なるものの、作成の手順は、サービス管理責任者が、①アセスメント→②個別支援計画（原案）の作成→③会議→④（利

用者・家族に) 説明・同意を得→⑤計画の交付→⑥モニタリング、というプロセスを経る。

【図2】

### サービス等利用計画と個別支援計画の役割



個別支援計画は、サービス管理責任者（または児童発達支援管理責任者、サービス提供責任者）が、サービス等利用計画における総合的な援助方針を踏まえ、自らの障害福祉サービス事業所のなかでの支援内容等について具体的に検討し、作成するものである。

【図2】の円（それぞれの役割、サービス提供事業所の個別支援計画）は、互いに重なり合うこともあるが、重なり合わず別々の役割を担うこともある。またそれぞれの円は、相談支援専門員が作成したサービス等利用計画の中にすっぽり入る場合もあれば、そこからはみ出すこともあり得る。サービス等利用計画からはみ出した部分は、サービス等利用計画ではカバーできないそれぞれの事業所が独自の役割を發揮する部分といえる<sup>4)</sup>。

### Ⅲ. T法人個別支援計画作成研修会

#### 1. 個別支援計画を立てる際の問題点及び課題<sup>5)</sup>

平成24年2月、個別支援計画作成の研修を始めるに当たり、知的障害のある人が多く利用するT法人の中堅職員（サービス管理責任者）に個別支援計画を立てる際の問題点及び課題についてアンケートを行った。その結果は、以下のとおりである。

<フェイスシート>

・「福祉の森」を使っている。フェイスシート（生育歴・現状・これからの生活を踏まえた）が把握できているのかアセスメントから出る課題にばかり捕らわれていないのか、疑問を感じることもある。

<アセスメント>

- ・セルフ協のアセスメントシートを使用しているが、事業所に合わない質問は省略してよいのか。また、事業に即した質問を追加してよいのか。
- ・家庭訪問でのアセスメントが必要だと思うケースがあるが、日中活動のサービス事業所という立場では踏み切れていない。
- ・サービス管理責任者の異動や、対象ケースの家庭環境等に変化があった場合に再アセスメントの必要性を感じる。
- ・アセスメントを単独で行うと支援者側の癖や偏見、思い込みが出やすいと思う。
- ・新規利用者に関しては、アセスメントを相談支援機関・事業所と共有することが理想。
- ・既存の利用者に対しても、利用計画を念頭においてのアセスメントが必要と感じる。
- ・自己表出の難しい利用者のニーズ把握に困難を感じる。家族・聞き取り職員の主観をどう除くか。
- ・重度の障害のある方へのアセスメント方法、なかなか表現できない人もいるので、職員の考えを記入してしまいがちになる。
- ・アセスメントの段階で、「できる・できない」だけでなく全体像がつかみきれいていないのではないか。
- ・生活・暮らしが捉えられていない（ニーズがつかめていない）
- ・個人の支援（～できる）にとどまらず、人間関係のつながり広がりなど生活の質への着眼点が明確でない。
- ・利用者・家族のニーズ、支援課題を踏まえ、計画を作成するが「できる・できない」に捕らわれすぎている。
- ・アセスメントをすることで、どうしても問題点の洗い出しになってしまいがちである。状態の把握という意識が低いのではないか。
- ・ニーズより問題点を優先してしまいがちになる。
- ・アセスメントシートが使いづらい（内容、記入の仕方の見直し）
- ・現在使っている項目が本当に、利用者に合っているのか？もっとシンプルな内容でもよいのではないか。
- ・何のためのアセスメントなのか？
- ・現存のシートでは、全体像が現れていない。
- ・利用者のニーズがあり、そのことを支援するためのヒントとなるのがアセスメントであるとサビ管の研修で学んだが、かたかご苑のアセスメントは、支援目標と連動しているため、一つひとつの項目がニーズとなり、本人の生活を主体とした支援計画につなげにくい。
- ・GH、CHの利用者のアセスメントは共有してもよいのではないか？
- ・「ニーズ」という言葉の意味に日々悩む。自立生活を目標においた考え方の中で、本人が自立できるための援助が求められている。聞き取りでは、「希望」から自立へ向けた「ニーズ」にするための作業として、聞き取るという操作的な作業になっているような気がする（自分ではすでにやっている）。

#### <個別支援計画作成時の課題>

- ・サービス管理責任者が個別支援計画をすべて（その部署の利用者？）作成すべきなのか。

- ・本人、保護者を交えて、職員が作成している
- ・個別支援計画を立案するにあたり、本人のニーズよりも家族や支援者の想いを優先的に落とし込みがちで反省しきり。
- ・本人や家族が理解できる記述（写真、絵も含めて）をしないといけないと思うができていない。
- ・長く施設利用をしている利用者に対しての目標設定に悩む。（特に入所）支援計画という側面からすると、ニーズを充足するために支援者の具体的支援目標を落とし込んでいくのが現実的に思えるが、どうしても利用者の変化に達成までの過程を期待する計画になりがちが気がする。
- ・保護者の理解、本人との意見調整。
- ・難しい計画になりがち（保護者に向けての文章にしてある）
- ・記入の仕方が統一されていない（各生活介護事業所で記入の仕方が違う）
- ・本当に利用者のニーズに沿った支援目標なのかいつも疑問に思う。家族や職員の希望を押しつけていないか？

・自分の意思伝達が困難な利用者が多いので、家族の希望が重視されている。支援員が利用者のニーズを家族に伝えても、ことが多い。

GH、CH利用者について、それぞれの支援計画を確認する必要があるのではないかと。連携して支援できることもあると思う。

・個別に支援が求められる計画が多い中、どこまで現場で連携して実施できるのか考える。支援者間の定期的な確認作業がないと、立案したままでモニタリングの時期に来ているのが現状。

#### <相談支援事業所との連携>

- ・長期計画についてはなるべく相談支援機関・事業所と共有することが望ましい。
- ・新規の利用希望者に対しては、相談支援専門員が作成するサービス等利用計画との連動が必要と思われる。項目事項に意識をとられ、ニーズの把握が不十分になっていないか。

#### <スーパーバイズ>

- ・スーパーバイズの仕組みが必要と思われる。
- ・職員全体に利用者のストレスを高める工夫が必要である。

## 2. 研修の経過

以上のことを踏まえ、それ以後、平成24年度を中心に、法人内で個別支援計画の研修を行った。研修日程及び研修内容は、【表1】のとおりである。

【表1：研修日程】(2012.2～2013.4)

月日	研修内容	備考
2/21	平成23年度T法人研修会「個別支援計画について」	
4/24	「T法人プラン」の作成について	
5/29	「個別計画書」を各事業所ごとに発表	
6/26	個別支援会議（K苑）	* 個別支援会議
7/24	個別支援会議（F事業所）	* アセスメント
8/28	個別支援会議（J事業所）	* 個別支援計画
9/25	個別支援会議（S事業所）	

10/30	個別支援会議（S K事業所及びGH・CH）	
11/27	中間のまとめ（個別支援会議後の経過）	*モニタリング
12/25	「サービス等利用計画と個別支援計画について」の講義（講師：室林）	
1/22	フェイスシート・アセスメントシートの「様式」の検討	*フェイスシート
2/26	モニタリングについて	*様式の検討
3/12	総括	
4/13	T法人全体研修「サービス等利用計画と個別支援計画との関連性と個別支援計画作成のポイントに関する研修」	

### 3. 研修方法

研修方法は、以下のとおりである。

- ① 個別支援計画作成についての講義受講。
- ② 個別支援計画作成の研修参加者は、各部署における自分が理想とする組織を描きそれを実現するためのプラン（個別計画書）を立てる。
- ③ 個別計画書を発表する。
- ④ 各事業所で個別支援会議を実施する。
- ⑤ 事前に「アセスメント」「個別支援計画」を作成したうえで、個別支援会議を実施する。  
参加者は、本人、担当者、関係者（スタッフ）
- ⑥ 個別支援会議後の「個別支援計画」を作成。実施後、その後の経過を報告（モニタリング）する。
- ⑦ フェイスシート、アセスメントの様式等を検討する。

### 4. 研修内容 6)

研修内容は、講義等で個別支援計画に対する考え方を共有し、個別支援会議・個別支援計画作成を通して、各様式等の検討を行った。

研修を進めていく中で行った確認及び検討内容について、(1) 確認内容 (1)個別支援計画の考え方、(2)処遇計画と個別支援計画の違い、(3)個別支援計画を立てるにあたって、(2) 検討内容（様式及び具体的内容と記入上の留意点）を以下に記す。

#### (1) 確認内容

##### (1) 個別支援計画の考え方

個別支援計画は、利用者自身の計画であることから、利用者の主訴にもとづき、本人の希望する生活（状態）を実現することを目的とする。そのために今の状態を正しく理解（アセスメント）したうえで、どれくらい実現するか具体的な目標を立て、またどのような方法でいつまでに実現するかを利用者と共同で決める（プランニング）。そして実行されたことがうまくいっているかどうかの確認をする（モニタリング）。うまくいっていない場合は、その実行内容を検討するとともに現在の状況を再確認（再アセスメント）し、計画を修正する。最終的に計画全体の評価をする。個別支援計画を立てる際の共通基盤として、以下のことを確認した。

- ① 本人中心であるということ
- ② 何ができないかではなく、どのような支援があれば何ができるか
- ③ 利用者本人と一緒に計画を作成する
- ④ モニタリングと計画の評価、ケース会議の開催

これは、以前の「処遇計画」と「個別支援計画」との違いを明確に意識するためである。

## (2) 処遇計画と個別支援計画の違い

従来の「処遇計画」と「個別支援計画」の違いを松端克文は、以下のように整理している。（「障害者の個別支援計画の考え方・書き方」日総研出版、2004）<sup>7)</sup>

処遇計画	個別支援計画
①本人の希望・思い・意見などが「計画」に反映されることはあまりなく、アセスメントも本人の「できないこと」や「問題行動」に着目。	①本人の望む生活ができるような支援を行なうための「計画」。
②「計画」の内容は、指導・訓練・学習が中心。本人の努力が前提。	②「計画」は利用者の「できないこと」ではなく、「どのような支援があればどのようなことができるか」に焦点を当てる。アセスメントの方法を検討。
③施設の既存の目標・プログラムに適応させることを目指す内容。	③本人の努力ではなく、支援の方法・内容を考える。
④計画は受け持ち担当職員が（会議・協議を経ずに）作成。	④利用者本人を中心に（本人参加）、本人に関わる人たちが会議を開き協議し作成。
⑤利用者の同意を得ることは、あまり重要視されてこなかった。	⑤施設での支援は、基本的には「計画」に基づき、実施。
⑥施設での支援は「計画」に基づき実施されるという側面が弱かった。	⑥「計画」作成後はモニタリングを実施し、計画の見直しをプロセス化。
⑦「計画」の実施段階におけるモニタリングが不十分。	⑦「計画」の期間が終了すれば、計画の評価をする。

## (3) 個別支援計画を立てるにあたって

個別支援計画を立てる際に大切なことは、まず本人の主訴を確認することである。つまり本人が望む生活とはどのような生活なのかを理解することである。そのためには、本人の状態と本人を取り巻く環境の状態を理解することが必要である。その人が「できること」「できないこと」ではなく、今「している」「していない」状態を見る。「していない」場合は、「なぜそれをしていないのか」を考察する。「能力的に困難で、していないのか」「できるのにしていないのか」「支援があるからしていないのか」「何がそれを制限しているのか」等をアセスメントにより判断するのである。本人が望む生活と現在の状況にズレがある場合、それをニーズとして捉え、そのニーズを解決するための方法を考える。その際、どのような状態まで到達するのかをあらかじめ決める必要がある。

個別支援計画を立てるときには、①具体的に実現できる目標を定める（援助目標）。②そのこと

が可能になるためにどのような方法を取るのかを決め(方法)、③どのくらいの期間のうちに実現するのか(期間)を設定するのである。この「援助目標」「方法」「期間」をセットでとらえ、この三つの要素の相互関連のなかで調整しつつ、現実的な援助計画を立てるのである。そうすることで、モニタリングと計画の評価が明確にできることになる。つまり、援助活動を始めるにあたってクライアントと援助者の双方が合意した「課題」または「目標」が、どれほど変化し、未解決あるいは目標に向けての改善段階のどの辺に到達しているか、具体的な状況について評価するのである。

上記のことを実行する上において、以下のことを検討した。①フェイスシートの様式を変更し、現在の状況と現在に至るまでの経過、本人主訴、家族の希望、本人を取り巻く環境図等を記載するようにした。②アセスメントの領域項目の整理と評価項目を変更した。評価項目は「していること」(実行状況)と「できていること」(能力)という実態に対しての評価をした。③個別支援計画では、本人の役割を追加した。このことにより支援者が行う役割と本人が行う役割を明確にすることが可能となる。④モニタリングでは、記載内容について注意点を明示した。

なお、日々の記録について、「要約記録」について提案した。数年来ほとんど変化のないケースの場合、3か月に一度くらいの定期的な「要約記録」を書くことをルールとしてみてはどうか。3か月前との比較をすることは、同じように見えている状況のわずかな変化を記録しておくことができ、それによって長期の担当ケースの評価に役立つことが多い。さらに、一年前と比較して現状はどうであるか、客観的な指標を用いての評価が可能になる。「特記すべき事件」「発言」「事情などをめぐって対処が行われた場合」等、「要約」と「対処」についての意見をまとめておく。このことが、全体としての個別支援計画の評価に反映されることとなり、日々の関わる内容について大きな示唆を与えてくれることとなる。

## (2) 検討内容(様式及び具体的内容と記入上の留意点)

### (1) フェイスシート 8)

フェイスシートでは、その人となりをおよぼすこれまでの生育歴をふくめて現在の当施設・事業所を利用するに至った経緯を整理することで、現時点で当施設の利用が適正かどうか確認することになる。長期にわたり入所施設を利用している利用者が入所したときの状況と現在の状況を比較することで、その人にとってどのような生活状況が望ましいのか考える機会となる。入所時と現在では、家族構成も社会関係も変化している。そして、本人の主訴を記入する欄があるが、改めて本人の主訴を確認する作業となる。

### (2) アセスメント 9)

アセスメントを検討した際のポイントとしては、これまで記入したものが全体として把握できなかった点を一覧の形式にし、一目で全体を見ることができるようシートにしたことである。このことにより、どの領域において「していない」ところがあるのか支援の必要な領域が確認できた。基本的な生活習慣が身につけているが社会性の面で不得意な点が見られるなど、その人全体として見ることが可能となる。

また、評価する項目をこれまで「できる・できない」(能力)から、①支援者がすべて行っている、②支援者が実質的な部分について行っている、③支援者が言葉でサポートしている(本人は

フェイスシート					
1. 概要(支援経過・現状と課題)	作成日	所属		作成者	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの相談・支援経過および現状、ニーズについて具体的に記載する。</li> <li>・これらを踏まえた今後の取り組み等について具体的に記載する。</li> </ul> </div>					
2. 利用者の状況					
氏名		生年月日		年齢・性別	
住所				電話番号	
	(緊急連絡先)			電話番号 (緊急時)	
障害または疾病名	手帳等	身体( 級)、療育( )、精神( 級)		障害程度区分	
障害の状況					
経済状況 (年金等)					
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※友人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を中心として、家族・親族の構成を記載する。(ジェノグラム)</li> <li>・男性は□、女性は○で表す。</li> <li>・利用者は二重囲いにする(回、◎)。</li> <li>・原則として、年長者、男性を左に配置する。</li> <li>・死去は、黒で塗りつぶす(■、●)。</li> <li>・婚姻関係は—(横線)、離婚は—(横線)を斜めの2本線(/)で切る。</li> <li>・同居の範囲を、実線で囲む。</li> <li>・年齢、職業、主たる介護者、キーパーソン等、利用者を取り巻く家族環境として重要な情報を追記する</li> </ul> </div>			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を中心として、支援にかかわる関係機関、関係者を記載する(エコマップ)。</li> <li>・公的機関だけでなくインフォーマルで関わりのある資源も記載する。</li> <li>・強い関係は—(太い実線)、普通の関係は—(細い実線)、弱い関係は...(点線)で表す。</li> <li>・ストレスや葛藤の関係は、×××で表す。</li> <li>・働きかけの方向を→(矢印)で表す。</li> </ul> </div>		
生活歴		健康の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受障歴、発症歴、受診歴などについて記載する。</li> <li>・生活歴は、現在の状況に関連している情報に焦点を当てて記載する。</li> </ul> </div>		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活課題等から整理された主訴等を簡潔に記載する。</li> <li>・利用者の抱えている課題ではなく、利用者の意向・希望(～したい)を記載する。(例: 同じ障害のある仲間と交流したい、月2回の通院時に手伝ってほしい等)</li> <li>・できるだけ利用者本人の言葉や表現で記載する。家族や関係機関から聞き取って記載する際は、誰からの情報であるかとそれが利用者本人の主訴であると相談支援専門員が判断した根拠も記載する。</li> <li>・利用者が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子や利用者にとっては慣習的になっているため気付いていないことも含めて観察する。</li> </ul> </div>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液型 ( )</li> <li>・アレルギー (有・無: )</li> <li>・発作 (有・無: )</li> </ul>	
本人の主訴(意向・希望)		家族の主訴(意向・希望)			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・誰の主訴かを記載する。</li> <li>・必要に応じて家族の生活、介護や経済面での負担、人間関係等を記載する。</li> </ul> </div>					

【アセスメントシート】

利用者氏名		サービス管理責任者					年 月 日
	項目	①	②	③	④	⑤	コメント
基本的 生活 習慣	1 洗面・歯磨き						
	2 衣服の着脱						
	3 食事						
	4 排泄						
	5 移動						
	6 入浴						
生活 スキル	1 衣類整理						
	2 洗濯						
	3 配膳・食事準備						
	4 掃除機の使用						
	5 ゴミの分別(掃除)						
	6 爪の手入れ						
	7 身なり・季節に応じた服装						
	8 服薬						
	9 物品管理						
	10 自動販売機の利用						
社会 スキル	1 食べ過ぎ・飲み過ぎ						
	2 健康管理						
	3 体調管理						
	4 お金の使用・管理						
	5 社会的ルールを理解						
	6 交通安全						
	7 危機回避						
	8 計画・実行						
	9 状況判断						
	10 余暇時間						
社会 参加	1 医療機関の利用						
	2 公共交通機関の利用						
	3 物品購入						
	4 レクリエーション参加						
	5 地域活動への参加						
	6 行事への参加						
	7 作業への参加						
	8 作業の持続性						
	9 道具・機械等の危険性の理解						
	10 就労意欲						
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	1 相談・支援を求めることができる						
	2 異性との接し方・マナー等						
	3 自分の考えをきちんと言える						
	4 自分に対する意見を聞くことができる						
	5 他人と仲良く付き合う						

①支援者がすべて行っている

②支援者が実質的な部分について行っている

③支援者が言葉でサポートしている(本人は言葉に沿って行う)

④支援者はあるが、本人がすべて一人で行っている

⑤支援者はその場におらず、本人がすべて一人で行っている。

言葉に沿って行う)、④支援者はいるが、本人がすべて一人で行っている、⑤支援者はその場におらず、本人がすべて一人で行っている。とした点である。本人の「できる」「できない」という見方ではなく、「していること」(実行状況)と「できていること」(能力)という実態に対しての評価をした。

このように項目を設定することによって、これまで利用者のできない点が強調され、「できないところをできるようにする」という視点から、利用者のできるできないことではなく「利用者がしている状況(現在、何をしていたり何をしていないのか)」「(利用者ができるのに)支援者がしている状況」を確認することで、支援内容を再度検討するうえで参考となる。

### (3)個別支援計画

#### ①利用者の意向支援の方針

- ・「このような生活がしたい」「こんなことをしてみたい」という、利用者が希望する生活・活動等を記載する。
- ・「規則正しい生活がしたい」といった抽象的な表現は避ける。
- ・家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し誰の意向かを明示する。内容的に家族の意向に偏らないように記載し、特に利用者と家族の意向が異なる場合には留意する。
- ・利用者・家族が希望する生活(活動)を具体的にイメージしたことを確認した上で記載する。

#### ②支援の方針

- ・サービス等利用計画の総合的な援助の方針に基づき、当該事業者が提供するサービスの適切な支援内容等について具体的に記載する。
- ・アセスメントにより抽出された課題をふまえ、「利用者及び家族の意向」をサービス提供事業所の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となるものである。
- ・利用者や家族が持っている力、強み(ストレングス)、できること、エンパワメントを意識し、一方的に支援して終わるのではなく、支援することで強みやできることが増える方針を記載する。

#### ③解決すべき課題(ニーズ)

- ・生活(活動)する上で単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活(活動)を実現するための課題を記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・漠然としたまとめ方ではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載する。(例：〇〇が必要なため、〇〇をしたい等)
- ・抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、サービス提供事業者がアセスメント等を通じた専門職の視点として、その人にとっての必要なことは何かを考え、具体的にその内容を表現する。
- ・課題(ニーズ)の中にサービスの種類は記載しない

#### ④長期目標

- ・「解決すべき課題(本人のニーズ)」をサービス提供事業者の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載する。
- ・短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる目標を記載する。

- ・単なる努力目標ではなく、利用者が希望する生活（活動）に近づくための目標を記載する。
- ・アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な（高すぎない、低すぎない）目標を記載する。
- ・利用者、家族に分かりやすい（抽象的でない、あいまいでない）目標を記載する。
- ・半年から1年をめぐりに記載する。

⑤ 短期目標

- ・長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載する。
- ・利用者、家族が見ても具体的に何をするのか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標、できるだけ実現可能な内容を記載する。
- ・当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定する。
- ・モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヶ月までをめぐりに記載する。

⑥ 支援内容（方法）

- ・具体的な支援の内容を記載する。
- ・「〇〇のために、〇〇（の支援）をします」
- ・本人の出来ていること、強みを活かした計画作成を心がける。

⑦ 本人の役割

- ・利用者が取り組むべきことをできるだけ具体的に記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のこととして主体的に取り組もうと思えるように記載する。
- ・実効性を適切にアセスメントして、利用者にも無理な負担がないように留意する。

⑧ 個別支援計画全般

- ・支援を受けながらも利用者が役割をもつこと、エンパワメント支援を意識して記載する。
- ・スタッフ等の役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解して支援できるよう、計画作成時にはできる限り利用者も含めた個別支援会議を開催する。
- ・単に利用者や家族の要望だけに合わせて計画作成するのではなく、サービス管理責任者が専門職として利用者の希望する生活・活動を実現するために必要なことは何かを考えて記載する。

(4)モニタリング

<モニタリング全般として>

- \* 個別支援計画通りにサービスが提供されているか。
- \* 支援の方針で想定した利用者の生活が実現しているか。
- \* 解決すべき課題（本人のニーズ）が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。
- \* サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善してほしいことはないか。
- \* 期間中に新たな課題が生まれていないか。

個別支援計画書							平成 年 月 日作成
利用者氏名	生年月日	( )	障害程度区分	所属名	作成者		
利用者(及び家族)の意向				支援の方針			
・「このような生活がしたい」「こんなことをしてみたい」という、利用者が希望する生活・活動等を記載する。(できるだけ利用者の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する) ・家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し誰の意向かを明示する。内容的に家族の意向に偏らないように記載し、特に利用者と家族の意向が異なる場合には留意する。				・サービス等利用計画の総合的な援助の方針に基づき、当該事業者が提供するサービスの適切な支援内容等について具体的に記載する。 ・アセスメントにより抽出された課題をふまえ、「利用者(及び家族)の意向」をサービス提供事業所の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となるものである。			
NO	NO	長期目標(期間)	短期目標(期間)	支援内容(方法)	本人の役割	いつどこで	担当者
①		・生活(活動)する上で単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活(活動)を実現するための課題を記載する。 ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。	・「解決すべき課題(本人のニーズ)」をサービス提供事業者の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載する。 ・短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる目標を記載する。	・長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載する。 ・利用者、家族が見ても具体的に何をやるのか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標、できるだけ実現可能な内容を記載する。 ・当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定する。 ・モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヶ月までをめに記載する。	・具体的な支援の内容(方法)を記載する。 ・「〇〇のために、〇〇(の支援)をします」 ・本人の出来ていること、強みを活かした計画作成を心がける。		
②		・漠然としたまともな表現ではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載する。(例:〇〇が必要のため、〇〇をしたい等)	・単なる努力目標ではなく、利用者が希望する生活(活動)に近づくための目標を記載する。				
③		・抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、サービス提供事業者がアセスメント等を通じた専門職の視点として、その人にとっての必要ことは何かを考え、具体的にその内容を表現する。	・アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な(高すぎない、低すぎない)目標を記載する。				
④			・利用者、家族に分かりやすい(抽象的でない、あいまいでない)目標を記載する。				
⑤			・半年から1年をめに記載する。				

10)

支援方針には

- ・個別支援計画に記載した支援の方針を記載する。

全体の状況には

- ・支援の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。

支援目標には、

- ・個別支援計画に記載した支援目標、達成時期を記載する。

サービス提供状況には、

- ・サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業職員(スタッフ)から聞き取り、記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

本人の感想・満足度

- ・利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

支援目標の達成度

- ・利用者、サービス提供事業職員(スタッフ)からの聞き取り等、個別支援会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。

今後の課題・解決方法

- ・未達成の支援目標については、個別支援会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。

モニタリング報告書										平成 年 月 日作成		
利用者氏名	生年月日	( )	障害程度区分	所属名	作成者							
支援の方針					全体の状況							
・個別支援計画に記載した支援の方針を記載する。					支援の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。							
NO	支援目標	達成時期	サービス提供状況	本人の感想・満足度	支援目標の達成度	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性		その他			
							いつ	どこ	誰			
①	・個別支援計画に記載した支援目標、達成時期を記載する。		・サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業職員から聞き取り、記載する。 ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。	・利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載する。 ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。	・未達成の支援目標については、個別支援会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。		有・無	有・無	有・無			
②							有・無	有・無	有・無			
③				・利用者、サービス提供事業職員からの聞き取り等、個別支援会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。			有・無	有・無	有・無			
④	<モニタリング全般として> ＊個別支援計画通りにサービスが提供されているか。 ＊支援の方針で想定した利用者の生活が実現しているか。 ＊解決すべき課題(本人のニーズ)が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。 ＊サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善してほしいことはないか。 ＊期間中に新たな課題が生まれていないか。						有・無	有・無	有・無			
⑤							有・無	有・無	有・無			

11)

#### IV. 支援のタイプ

この度の研修では、以下の3点を中心に改正を行った。

- ① アセスメントの評価項目に「している・していない」(実行状況)の観点を取り入れた。
- ② 「支援の必要性」及び「本人の意向」から解決すべき課題(ニーズ)を導き出す。
- ③ 「個別支援計画」に「本人の役割」の項目を追加した。

以上のことを踏まえ、「実行状況(している・していない)」「能力(できる・できない)」「支援必要性(問題の有無)」「本人の意向(支援の希望)」「できるようになりたい」の項目で支援を受ける状況を整理するといくつかのパターンが見られる。【表2】

「Aパターン」は、「実行状況」が「している」「していない」、また「能力」として「できる」「できない」に関わらず、「支援の必要性」はなく、「本人の意向(支援の希望)」も「できるようになりたい」という希望もないので支援は受けない。

「Bパターン」は、「実行状況」が「している」「していない」、また「能力」として「できる」「できない」に関わらず、「支援の必要性」はなく、「本人の意向(支援の希望)」があり、「できるようになりたい」という希望がなくとも受ける支援である。

「Cパターン」は、「実行状況」が「している」「していない」、また「能力」として「できる」「できない」に関わらず、「支援の必要性」はなく、「本人の意向(支援の希望)」及び「できるようになりたい」という希望がある場合に受ける支援である。

「Dパターン」は、「実行状況」が「している」「していない」、また「能力」として「できる」「できない」に関わらず、「支援の必要性」があり、「本人の意向(支援の希望)」がない(確認で

きない)場合に受ける支援である。

「Eパターン」は、「実行状況」が「している」「していない」、また「能力」として「できる」「できない」に関わらず、「支援の必要性」があり、「本人の意向(支援の希望)」がある場合で、「できるようにになりたい」という希望がなくとも受ける支援である。

「Fパターン」は、「実行状況」が「している」「していない」、また「能力」として「できる」「できない」に関わらず、「支援の必要性」があり、「本人の意向(支援の希望)」及び「できるようにになりたい」という希望がある場合に受ける支援である。

【表2】支援のパターン

実行能力	能力	支援の必要性 (問題の有無)	本人の意向 (支援の希望)	できるように になりたい	パターン
している	できる	—	—	—	A
			○	—	B
			○	○	C
		○	—	—	D
			○	—	E
			○	○	F
	できない	—	—	—	A
			○	—	B
			○	○	C
		○	—	—	D
			○	—	E
			○	○	F
していない	できる	—	—	—	A
			○	—	B
			○	○	C
		○	—	—	D
			○	—	E
			○	○	F
	できない	—	—	—	A
			○	—	B
			○	○	C
		○	—	—	D
			○	—	E
			○	○	F

それぞれの支援を受ける状況のパターンをもとに「支援のタイプ」で分けるとすれば、以下のよう考えることができる。

利用者は、利用契約制度になりサービスを購入してサービスを受けるわけであるから、特に利用者自身何か努力をすることなく本人の希望する支援を受ける（便宜的支援）。しかしながら、サービスを提供する側は、利用者がより良い状態（well-being）になるように支援していこうとする。利用者自身が、あることができるようになろうとしているときは、「自律的支援」になるが、利用者自身ができるようになろうと意識せずにいるときは、支援者と利用者の中にズレが生じる。この支援者が利用者に対してより良い状態になるようにしようとする支援を「QOL支援」と呼ぶことにする。QOL（=Quality of Life：生活の質）を高める支援である。さらに本人が支援を希望しないが、最低限度支援を受けないと生活が成り立たないときに行う支援を「ミニмум支援」と呼ぶことにする。

このように「支援のタイプ」は、「便宜的支援」「自律的支援」「QOL支援」「ミニмум支援」の4つのタイプに分けることができる。整理すると、【表3】（支援のパターンと支援タイプ）のようになる。（注）いずれのパターンも「実行状況」（している・していない）と「能力」（できる・できない）に関わらず言えることなので、2つの項目を抜いて記載

【表3】支援のパターンと支援のタイプ

支援の必要性（問題の有無）	本人の意向（支援の希望）	できるようになりたい	パターン	支援のタイプ
—	—	—	A	支援なし
—	○	—	B	便宜的支援
—	○	○	C	自律的支援
○	—	—	D	ミニмум支援
○	○	—	E	QOL支援
○	○	○	F	自律的支援

「Bパターン」は、本人がそのサービスを必要としてそのサービス（商品）を購入し利用するので、「便宜的支援」に相当する。「本人の役割」を定める必要はない。

「Cパターン」と「Fパターン」は、本人はそのサービスを通して自分自身を高めるために利用するので、「自律的支援」に相当する。「本人の役割」はある。

「Eパターン」は、よりよい生活（生活の質の向上及び生活の安定等）を目的とするため、「QOL支援」に相当する。一方的にサービスを提供するというよりはむしろ「本人の役割」も明確にしながら協働して行う支援である。また、利用者がどこか日中活動の場を探しているときに場を提供する支援でもある。

「Dパターン」は、「支援の必要性」があるにもかかわらず、「本人の意向（支援の希望）」がない（確認できない）、例えば、本人が自分の健康状態を正しく認識していない場合や劣悪な環境にいる場合、本人は支援を受けるという認識は持たないでいることがある。このような場合に、最低限度の生活を保障し安定を図る支援が必要である。「本人の意向（支援の希望）」が明確でないことから、通常のサービス（商品）を購入するのとは異なる障害福祉サービスの特異性が顕著となる支援である。「ミニмум支援」に相当する。「本人の役割」は内容による。

以下、「支援のタイプ別」に再整理するとともに、「本人の役割」の項目を加えると【表4】（支援タイプと本人の役割）のようになる。

「支援のタイプ」を区別することで、本人の役割が異なってくる。それは、利用者がどのような目的で障害福祉サービスを利用するかによるのである。

【表4】支援のタイプと本人の役割（1）

支援の必要性	本人の意向	できるようになりたい	支援のタイプ	本人の役割
—	—	—	支援なし	—
—	○	—	便宜的支援	—
△	○	○	自律的支援	○
○	○	—	QOL支援	○
○	—	—	ミニマム支援	△

\* ○…あり、△…不明確、—…なし

障害福祉サービス事業所が、利用者にサービスを提供する場合、個別支援計画に基づいて支援を行う。その際にまず本人の意向を確認したうえで、自立をめざすためにサービスを利用するのか、単にサービスを利用するだけなのか、また日中活動をする場所を探しているのかの確認することが大切である。本人の意向が明確でない場合は、本人の信頼関係の構築を図りながら本人の意思を確認するなどの配慮が必要である。

あらためて、「支援のタイプ」と「本人の役割」を整理すると【表5】（支援のタイプと本人の役割（2））のようになる。

「便宜的支援」(Expedient support) は、利用契約制度になり「支援」がサービスとして捉えられた時点から、消費者としてのサービス利用であるといえる。また、「自律的支援」(Autonomous support) は「障害者自立支援法」により顕著となった支援である。障害者総合支援法においてはより明確な利用者の希望により利用される支援である。「QOL支援」(Quality of Life support) は、よりよい生活 (well-being) をめざすことができるよう支援する従来から行われていた支援である。知的障害のある利用者には主流となる支援である。「ミニマム支援」(Minimum support) は、もともと福祉が関わってきた基本的な支援の領域である。人間として生活するうえで最低限度の生活を保障することが優先される場合である。

以上のことから、「支援の必要性」と「本人の意向」を確認することにより、その「支援のタイプ」と「本人の役割」が異なることがいえる。これまで個別支援計画を立てることイコール自立支援をめざすのではなく、利用者によって望む支援の方法も異なればめざすゴールも異なる。

大切なことは、「支援の必要性」をどのように見るかである。支援の必要性はいわゆる専門職が捉えるところのニーズである。そして「本人の意向」があれば、それらをすり合わせて目標を立てる。問題は「本人の意向」がない（確認できない）場合である。つまり「ミニマム支援」である。本人の意向がない（確認できない）場合というのは、①その人の生命が脅かされている、②その人の人権が侵されている、③最低限度の生活が守られていないというような状況である。

このことについては、紙面上本稿では言及しないが今後の課題としたい。

【表5】支援のタイプと本人の役割(2)

実行能力	能力	支援の必要性 (問題の有無)	本人の意向 (支援の希望)	できるように なりたい	支援のタイプ	本人の役割		
している	できる	—	—	—	—	—		
			○	—	便宜的支援	—		
		○	—	—	—	○	自律的支援	○
				○	—	ミニмум支援	△	
			○	—	—	○	QOL支援	○
				○	—	○	自律的支援	○
	できない	—	—	—	—	—	—	
				○	—	便宜的支援	—	
			○	—	○	自律的支援	○	
		○	—	—	—	—	ミニмум支援	△
				○	—	QOL支援	○	
			○	—	○	自律的支援	○	
していない	できる	—	—	—	—	—		
			○	—	便宜的支援	—		
		○	—	—	—	○	自律的支援	○
				○	—	ミニмум支援	△	
			○	—	—	○	QOL支援	○
				○	—	○	自律的支援	○
	できない	—	—	—	—	—	—	
				○	—	便宜的支援	—	
			○	—	○	自律的支援	○	
		○	—	—	—	—	ミニмум支援	△
				○	—	QOL支援	○	
			○	—	○	自律的支援	○	

\* ○…あり、△…不明確、—…なし

\* 便宜的支援 (Expedient support) …便宜的な支援

\* 自律的支援 (Autonomous support) …自分でできるようになる支援

\* QOL支援 (Quality of Life support) …QOLを高める支援

\* ミニмум支援 (Minimum support) …最低限度の生活支援

## V. まとめ

T法人において、ほぼ1年余りサービス管理責任者と一緒に個別支援計画作成について検討を重ねてきた。国が定めるサービス等利用計画と個別支援計画の関係からすれば、障害福祉サービ

ス事業者は、サービス等利用計画を受けて、「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）し、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（個別支援計画）」ことになる。相談支援事業者とサービス提供事業者は、支給決定後やモニタリング後の「サービス担当者会議」で情報共有、連絡調整等を行い、このほかにもアセスメントする段階から相談支援事業者とサービス提供事業者は、必要に応じて様々なタイミングで連携を図っていく必要がある。

日々のかかわりの中で利用者と接することの多いサービス提供事業者は、利用者の様々な心身等や状況の変化を見ることになる。プランによってその人の生活が大きく左右されることを考えれば、その人の人生に寄り添って歩いていくことの意味を考えることが求められる。

職員から発せられた日々の業務からの疑問をもとに、アセスメントの方法と個別支援計画の立て方を検討してきたが、アセスメントから導き出されるニーズとプランの課題設定とがうまく結びつかずにいた。

これまで、「できない」人を「できる」ようにすることに力が注がれてきた。それは本人の思いとは関係なく進められてきた。しかし、「できる」ようにする「指導」は「援助」となり、「本人の意向」を考えることなしに対応はできなくなった。その「援助」も「サービス」となり、「サービス」は契約に基づいて購入することになった。「サービス」を購入するのであるから、「サービス」を受ければ良いのであって、何も「本人が努力する」必要はない。ただしそのサービスは社会が認め用意したサービスであって、ある程度の制限がある。単に市場にあるサービス（商品）とは異なる「サービス」である。その「サービス」の内容は「支援のタイプ」により異なる。つまり、それは「支援の必要性」と「本人の意向（支援の希望）」による差であり、そのことを明確に認識しているか否かによっても異なる。①単に「サービス」として利用するのか、②「サービス」を利用して自分自身を高めようとするのか、③「サービス」を利用して「生活の質」を高めるのか、④最低限度の生活を保障するためにサービスを利用するのか、により「支援のタイプ」が異なる。その「見極め」をするのが「サービス等利用計画」を立てる相談支援専門員であり、「個別支援計画」を作成するサービス管理責任者である。

大きく障害福祉制度が変わり、その考え方も変化してきた。わが国の障害福祉施策を進めるために必要な改革の一つとして、今多くの障害者相談支援従事者がサービス等利用計画を平成 27 年 3 月末を目途に作成している。とかくサービスの項目だけを埋めるだけのプランになるのではないかと不安視されている。それに伴って個別支援計画も作成されていく。

現在行われている相談支援専門員の研修にグループスーパービジョン（GSV）がある。インテーク、アセスメント、ケア会議、プラン作成、モニタリングに至るまでのプロセスの中で、本人の想いをどれだけ聴き取り、その実現のために誰が何をしていくかというプランをグループスーパービジョン（GSV）で検討している。単にサービスを提供するプランを作成するのではなく、相談支援の基本を改めて確認しようとする試みである。各障害福祉サービス事業所においても、これまでのサービスのあり方とは異なる個別のサービス提供の検討が必要となる。一律に自立をめざす個別支援計画ではなく、個々の想いの実現に向けた個別支援計画となるために、一連のプロセスの中で【表 5】を参考にしていればと思う。利用者が望む生活を誰がどのように進めていくのか、一方通行にならない支援のあり方を考える一助となることを期待したい。

引用・参考文献

- 1) 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  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H17/H17HO123.html>
- 2) 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施行規則、  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/H18F19001000019.html>
- 3) 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障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年九月二十九日厚生労働省令第百七十一号）  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/H18F19001000171.html>
- 4) 三訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト 中央法規 2013.12.1
- 5) 室林孝嗣編「平成24年度たかおか万葉福祉会研修会報告」富山国際大学子ども育成学部  
室林孝嗣 2013.12.1 p5-8
- 6) 前掲書 5) p18-24
- 7) 松端克文「障害者の個別支援計画の考え方・書き方」日総研出版、2004
- 8) 前掲書 5) p27
- 9) 前掲書 5) p32
- 10) 前掲書 5) p29
- 11) 前掲書 5) p31