

サービス（支援）提供のプロセス①

この講義のねらい

サービス(支援)提供のプロセスを理解し、利用者中心のサービス(支援)を提供。

(内容)

1. サービス(支援)提供のプロセス

PDCAサイクルと、その継続によって本人のニーズに適合した質の高いサービス(支援)が提供されることを理解する。

2. プロセスにおけるサービス(支援)内容のチェックについて理解する。さらに、個別支援計画とその実施結果等の評価について理解する。

3. サービス(支援)提供における、管理的側面を適切に理解する。

4. サービス(支援)の評価及び事業所の評価等について理解する。

個別支援計画による支援

(PDCAサイクル)

個別支援計画
の見直し

PLAN
計 画

個別支援計画の作成

ACTION
対 応

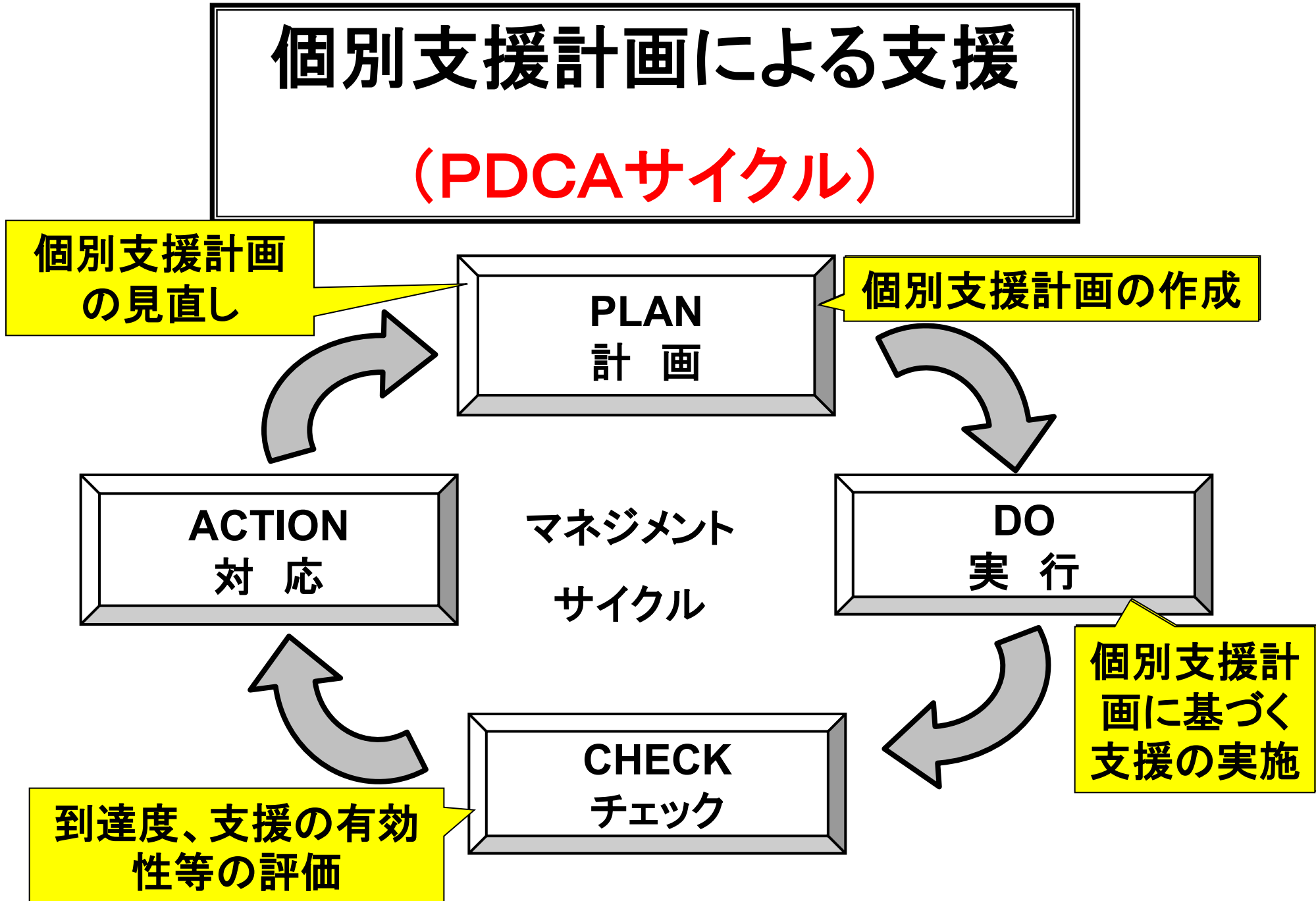
マネジメント
サイクル

DO
実 行

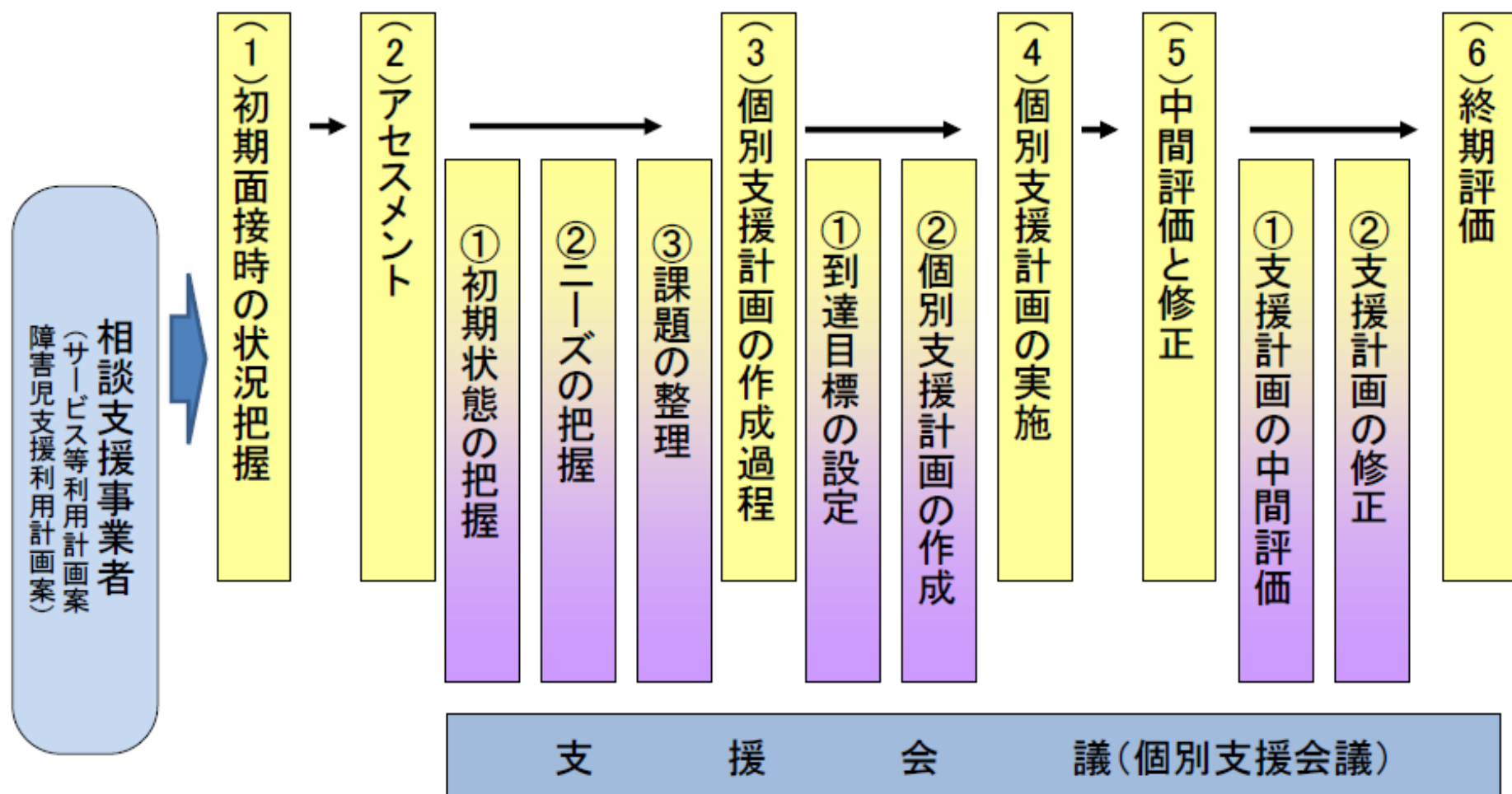
個別支援計
画に基づく
支援の実施

CHECK
チェック

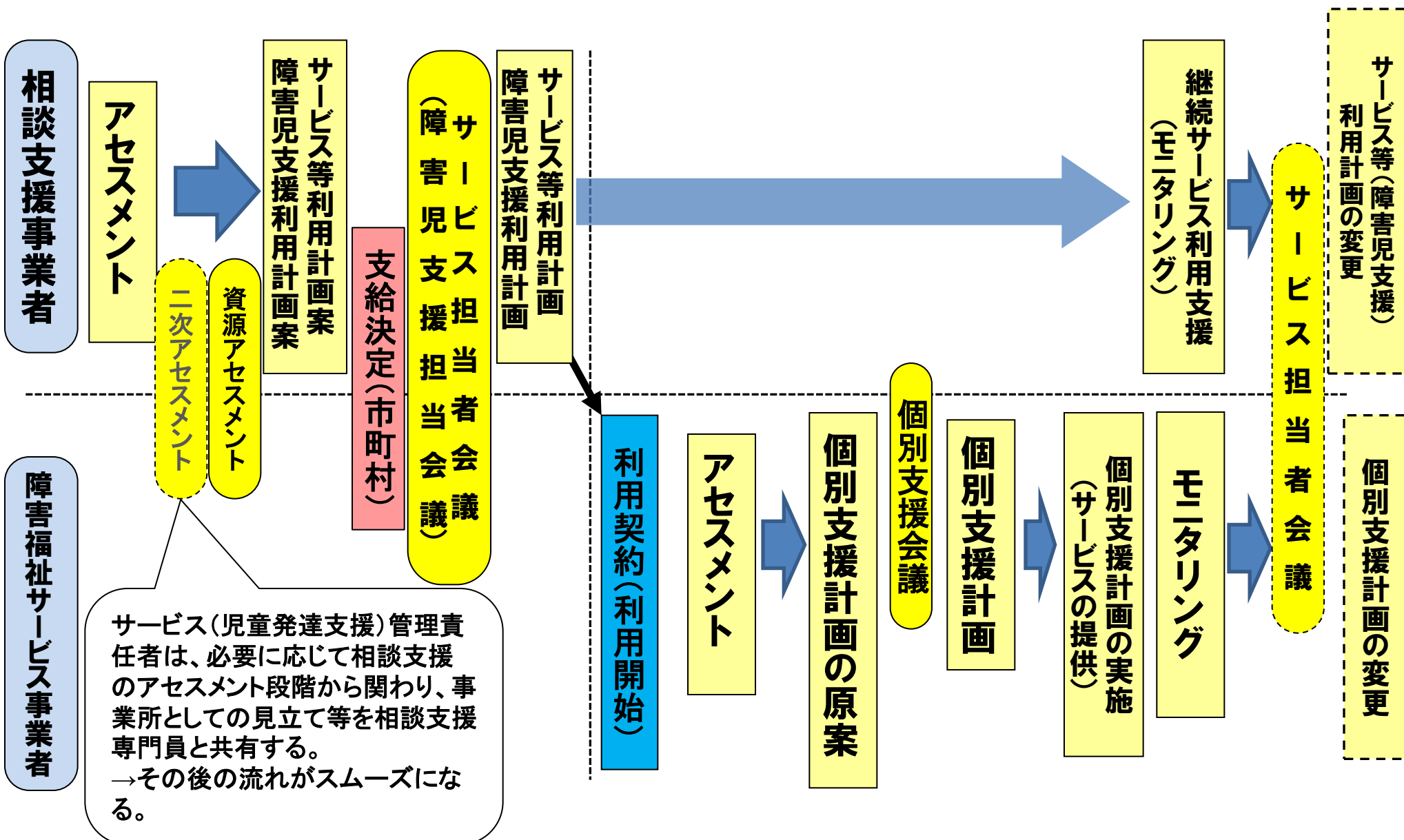
到達度、支援の有効
性等の評価



サービス(支援)提供のプロセス



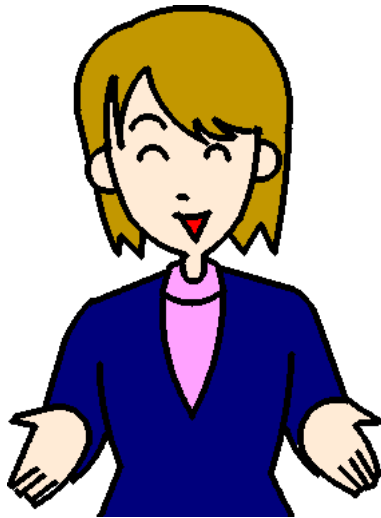
指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



(0) 相談支援事業所との連携

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者は、相談支援専門員がサービス等（障害児支援）利用計画案を作成する際、**専門的な助言（2次アセスメント）**を依頼される場合もある。利用契約前であっても、相談支援事業所と連携し、適切なサービス等（障害児支援）利用計画案となるよう協力する。

サービス管理責任者
児童発達支援管理責任者



相談支援専門員



連 携



適切な
サービス等（障害児支援）利用計画案

(1) 初期面接時の状況把握

1. 事業の対象や提供するサービス(支援)の内容について情報を提供する
2. 一連のサービス(支援)の流れについて説明する
3. 必要に応じて、関係機関との調整を図る
4. 利用にかかる経費を説明する 等

専門用語を使わない
平易でわかりやすい言葉を用いる

実施方法

1. 各事業における利用者の対象像、提供するサービス(支援)内容について情報を提供する
2. 他の事業やサービス(支援)など選択肢を説明
3. アセスメント→到達目標の設定→評価など一連のサービス(支援)の流れについて説明
4. サービス(支援)提供は、利用者との合意のもとで作成することや契約の内容に盛り込むことを説明
5. 必要に応じて他の事業者、市町村など関係機関と連携をとる
6. 個人情報の管理については慎重に行う

必要なツール

- ・初期面接受付表(あるいは調査表・プロフィール表)
- ・相談支援専門員が作成した利用計画及び基本情報



初期面接(インテーク)では・・・

支援プロセスで、紆余曲折することもあるので、インテークで**安易な励まし**は、**過度の依存、利用者の不信**を招くことに留意

- 課題があって不安
- 将来の展望がみえない
- 課題の解決方法がわからない 等

援助者と利用者の**信頼関係(ラポール)の形成の第一歩**
児童期は主として保護者との**信頼関係**を重視



- **安易に問題解決を**請け負ってしまわない
- **問題解決の主人公は利用者**である



- まず、**傾聴**する
- 肯定的にとらえる
- **不安を和らげる**
- **課題**を明らかにする
- 対応できる課題かどうか



この事業所が、はたして対応してくれるの？

(2) アセスメント

① 初期状態の把握

- ・ 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
- ・ 分野別に項目を立てて把握する

実施方法

- ・ 信頼関係の確立を基礎として、面接などを通して把握する
- ・ アセスメントの意味をよく説明して同意を得る
- ・ 移動関連、生活関連、コミュニケーション関連など分野別に評価項目を設定する
- ・ 初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価・最終評価の際比較検討する情報となることから、数量化など、できるだけ客観的な把握に努める
- ・ 必要に応じて医師、PT、OT、STや心理職などと連携する
- ・ 初期状態を記録しておく

必要なツール

- ・ 初期状態把握票（アセスメントシートNo1）

* 児童期は、専門機関等による心理検査、事業所における発達評価表などの情報

アセスメントは・・・

アセスメントの過程は情報の収集と分析である。

利用者と支援者の相互理解の場

利用者の主訴を十分に傾聴する

医師、教員、
心理判定員等の
専門家
からの情報入手



利用者の生活歴、
家族状況、直面し
ている課題、課題
がもたらす不安や
葛藤

専門家に依頼するときは
利用者の了解を得る

専門家からの情報入手(留意事項)

★印はサービス(児童発達支援)管理責任者の役割です。

①障害の理解

★機能はどこまで回復が可能なのか、リハビリや訓練の現状での有効性についての評価、及びその情報の収集

★最新の「障害」についての情報を得ながら、長期的に「できないこと」があれば支援目標から外していく

▼本人にとって、できない事、困難なことを安易に目標にしていく傾向の支援者がいます。その場合、何年も同じ目標になってしまうことになります。その人の持つ障害についての情報を、きちんとキャッチしていないために、そのようなことが起きることがありますので、権利擁護の視点からも留意すべきです。

▼障害についての捉え方については、医療の進歩等により変化しています。2, 3年前と現在で捉え方が違ってきていることもあること、各専門機関の視点によってアドバイスの内容が違う場合があることを踏まえ、障害を持つ本人と家族の混乱を最小限にとどめていくためにも、必要な知識を得ていきましょう。

②二次的に生じた障害

★障害の特性について事業所外部の関係者の意見を集め、事業所として可能な人的・物的環境への配慮をしていく(本人への不必要な負担を軽減させていく)

★本人のやる気と元気をなくす支援者の思い込みはないかに注意を向けていく(事業所としては、利用者の不適切な言動、ルール違反等に対し、指導をしていくことがあります。そのことばかりに注意を向けすぎ、その人の良さや強みを重視した支援が展開できていない場合もあります。)

ライフステージに留意したアセスメント

初期状態の把握としては、「身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握」に合わせて、ライフステージを十分に意識した評価を行っていくことが必要。

評価の視点

障害児・者としての評価の前に、子ども・成人として、ライフステージに応じた支援を目指していく

利用者の現在のライフステージとして大切に考えていくべき課題の確認
(例: 加齢による体力低下に応じた生活の見直し、同居家族の高齢化への配慮 等)

利用者が次のステージに移行していくために必要な準備内容の確認
(例: 児から者に移行する場合や、65歳を迎える場合、2～3年前から移行支援会議等を開始するなどの準備 等)

障害児・者のライフステージと各時期の中心的な課題の例

胎生期		胎生期における母親の不安への支援
新生児期(主として2か月まで)		先天性障害の告知とフォロー、治療・訓練の方針提示、家族への支援
乳児期(主として0～3歳未満)		健康診査後のフォロー、家庭における子育て、機能訓練、豊かな感覚的な遊びの体験、親子療育の開始、家族の障害受容のための支援
幼児期	前期(主として3歳～5歳未満)	発達段階に応じた遊びを通じた達成感の経験、集団での療育、地域の集団への参加の可能性、子どもに応じた複数の発達アセスメント
	後期(主として5歳～就学まで)	就学に向けての支援、豊かな遊びを通じた対人関係の構築と生活体験の広がり
学童期(小学校・中学校・高校)		能力に応じた臨機応変かつ適切な教育の提供、長期休暇の過ごし方、兄弟姉妹への支援、将来に向けて必要な生活体験、性教育、意思伝達・表現及び選択する機会、進学に向けた支援、卒業後に向けた支援、就労支援
青年期	前期(主として18～20歳)	地域・就労定着支援、本人のストレングスを活かした本格的な相談支援の開始、働き方についての可能性を広げていく支援
	後期(主として20歳代)	余暇・休日の過ごし方、適切な就労先の見直し、一人暮らしへの支援、本格的な意思決定支援の開始及び自己決定された暮らしの提供
成人期	前期(主として30～40歳代)	地域のイベントへの参加、地域での居場所づくり、趣味を増やすための支援
	中期(主として50歳代～65歳未満)	体力と本人の意欲に応じた生活の見直し、高齢期に向けた準備、保護者が後期高齢の年齢になっていることへの対応
	後期(主として65歳以上)	介護との連携及び障害分野との適切なバランスでのサービス利用状況のチェック、自己決定された暮らしが継続されているかのチェック、終末期の支援についての準備と検討事項の確認

子どもの支援におけるアセスメントのポイント

子どもが示す現状をありのままにとらえる
(知識と客観的視点)

因子を分類し、それぞれに分析しながら、深める

発達段階による因子

生活年齢

年齢特徴
(身体/知的/認知等の特徴)

障害特性による因子

発達年齢

運動特性

感覚特性

認知特性

学習形態

環境(人,場所,時間)による因子

家庭環境

友達関係

活動の場

とらえた状況を障害特性、発達段階、生活環境と照合する
(情報収集と評価と想定)

年齢相応の姿の想定と状況を照合し、次の段階(姿)を創造する
(創造と方針の決定)

把握

活動

分析

計画

毎回の支援でも、一年間の関わりでもこのプロセスを繰り返す。
(意図をもって過ごすことと自然とPDCAサイクルが生じる)

(2) アセスメント

② 基本的ニーズの把握

- ・ 利用者や家族の**意向**を把握する
- ・ 訓練や就労状況、置かれている**環境などの状況**を把握する
- ・ 利用できる**社会資源や関係機関**を把握する

実施方法

- ・ 信頼関係の確立を基礎とし、**面接**などにより把握する
- ・ コミュニケーションの障害を有する障害者については、**わかりやすい言葉**で意向などを把握する
- ・ **家族の意向**も把握する(家族と本人の意向が一致しているとは限らない)
- ・ **訓練や就労状況、環境などの状況**を把握する
- ・ 今後**利用できる社会資源や関係機関との連携の状況**について把握する
- ・ 利用者の基本的ニーズの状況を記録しておく

必要なツール

- ・ 利用者のニーズ把握票(アセスメントシートNo2)

* 児童期や言葉での意思確認が難しいケースの場合、家族の意向がそのままニーズとして記録されがちなため、ていねいに観察及び聴取した上で、興味・関心ごとを中心にした記録をニーズ把握票に書き込んでいくことが必要。

ご本人が訴えを言葉で示せない時は？

それでも必ず「意思」はあるという前提に立つこと

ご家族の意向を聞き取っていくことが中心となりがちですが、

1. どんな生活を送り、どんな困ったことが起きているのか、(本人が困っているのか、周囲の人が困っているだけなのか)事業所を利用している時の姿だけでなく、生活全体をイメージできるようにしましょう。
2. どんなことが好きで、どんなことに興味を持っているのか、実際に確かめることは大切です。(それは家族に聞くのではなく、関心のありそうなものを実際に提示しながら、自分が観察することです。)もちろん、ご本人に信頼されることが基本ですから、事業所の窓口でもあるサービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)は、「関わる」ためのテクニックも持っているべきでしょう。
3. 怖がっていること、不安を示すこと、嫌いなことについては、家族からの情報だけでは足りません。これまで関わっていた方からも情報を取り入れましょう。(そのためにも、幼いころからの様々なエピソード、どういった思いで関わってこられたのかなど、本人や家族の承諾を受けた上で、信頼関係をさらに築きながら、時間をかけて詳しく教えてもらいましょう。)
4. 本人が求めていること・ニーズについては、多くの情報があれば、推測できることがいくつも出てきます。言葉で表現できないからニーズがないのではなく、視線や表情をしっかりと読み取りながら、少しでもご本人の気持ちに近づきましょう。コミュニケーションボード(本人の理解に合ったもの)、筆談等も重要です。

(2) アセスメント

③ 課題の整理

- ・ 利用者の初期状態や基本的ニーズの把握から、課題を整理する
- ・ 課題の整理に当たっては、全体の課題と各分野別の課題を整理する
- ・ 課題の整理にあたっては、優先順位を設定する

実施方法

- ・ 利用者の初期状態や基本的ニーズから、支援者の気づきなどを踏まえ、解決すべき課題を整理する
- ・ 解決すべき課題を、全体の課題と各分野別の課題に整理する
- ・ 各分野別の課題については、支援計画を作成するときの優先順位のために重要度・緊急度などを考慮しておく(また、利用する他のサービス提供機関がある場合は、他機関との役割分担等を検討・確認し、協働による支援を実施する)
- ・ 課題の整理を記録しておく

必要なツール

- ・ 課題の整理表

課題の整理表に何を書くのか？

課題の整理表

利用者名 ○○ ○○さん

ニーズの把握	利用者や環境の状況	伸ばせるところ	心配なところ	具体的に取る組むこと	優先順位と根拠
本人が訴えたこと、希望していることのほか、必要に応じ、家族のニーズ、訴えも書いていきます。 相談支援専門員の書いた支援計画書や事業所で収集した本人の状況についてのこれまでの記録からニーズに関する文を拾っていきます。	左の欄のニーズに対して、本人や取り巻く環境の状況はどうであるかを記入していきます。実際はどうであるか、観察されたことや確かめられたことといった「事実」を記述していきます。	ニーズと状況を記載した上で、本人の強み「ストレングス」について記入していきます。「パソコンができる」「昆虫や動物が好きである」など、ポジティブな記述が多くなるよう意識しましょう。	左欄と同じく、今度は気になるところを記入していきます。気になったことについて再度面接を行い、「実際は～ではないか」といった、二次アセスメントとしての評価を記入する欄でもあります。	課題を解決(目標を達成)するために取り組んでいくことを具体的に書いていきます。「こんなこともできるのではないか」「こう考えると本人の意欲も増すのではないか」といった視点の記述があると支援の方向性が見えてきます。	一度にすべての課題をクリアすることは困難です。優先すべき事柄がわかるよう根拠も含めて記載していきます。

記入例

課題の整理表

利用者名 ○○ ○○さん

ニーズの把握	利用者や環境の状況	伸ばせるところ	心配なところ	具体的に取り組むこと	優先順位と根拠
仕事をして家族を少しでも養いたい。	左片麻痺の状態であるがパソコン操作の経験がある。	パソコンの経験があり操作ができる。	本人に会った仕事内容を把握できていない。	どのような仕事か本人に適しているか探る。	
人との関わりを持ちたい	言語障害により引きこもりがちになった。	病院に通院し、言語療法を受けている。徐々に回復しているとのこと。	人との関わりを増やす工夫が必要。	言語療法士から日中活動の場面での留意事項を聞いておく。	
またガーデニングができるようになりたい	庭の環境を整えれば能力的には可能。	花や観葉植物が好きである。	庭の環境整備が必要である。	庭の環境整備の助言と相談支援専門員に情報提供し、趣味活動を広げる方向で支援する。	
自宅での生活を続けたい	家族の支援で在宅生活が成り立っている。	家族との関係は良好である。	家族の介護負担が気になる。	在宅での介護を無理なく続けるためホームヘルプの導入等について、相談支援専門員と相談する。	
毎日通所させたい (家族)	現在の体力では毎日の通所は困難。	就労に向けて前向きである。	体力が落ちているので段階を追って進める必要がある。	本人の状況について、家族の理解を促し、進捗に合わせたフォローを行う。	

本人状態を把握するためのイメージ図

★私自身のストレングス(私の持っている強み)

母親、妹が私を理解して接してくれています。相撲、野球、アイドルの音楽が好きです。

★本人の障害状況

⇒私の不安や苦痛、悲しみ、困りごとは・・・障害のこと・病気のこと・障害のためにできないこと、...

個別支援計画



★家族歴・本人を取り巻く環境

⇒家族は・・・、私は今このような生活をしています。してきました。

★利用者のニーズ・希望する生活の確認

⇒私は、このような生活をしたいです。**私の願い・夢・要望は〇〇です。**

★生育歴・職歴

⇒私は、今までこのような生き方をしてきました。

★本人のニーズを整理する

⇒アセスメント内容を吟味し、本人のニーズを整理します。「みたて」

ストレングスに着目した支援とは

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

ストレングスとは

主に精神障害のケースマネジメントなどで発展した視点で、欠点よりも強さに着目したアセスメント視点。現在では、身体障害、知的障害においても応用されている。

ケアプランを作るときにポイントになる、本人と環境の両方にある強さのことをいう。

ストレングスモデルとは

全ての人やその人を取り巻く環境には、ストレングス(強み)があるので、それを中心にアプローチし、活用して行く支援技法。ストレングスに着目して支援することで、行動の動機付けを強める。

・本人のストレングス例

個人の属性(性質・性格)

才能・技能

関心・願望

・環境のストレングス例

安心して生活できる家

親友がいること

草野球チームに所属していること

子どものケースを把握するためのイメージ図



子ども自身が目指していききたい暮らし・課題となること
(子育て支援の方向性)

子どもと家族に、課題にずれはあるか？(ある・ない)

家族に関して解決していききたい課題
(母子・父子・夫婦・兄弟姉妹との関係等)

家族のニーズに対して
公的福祉サービスでできること
(それは子どもにとって、いつまで必要な支援か？)

支援者として気になること

子どもの強み(本人・家族・環境)

子どもの気持ち・やりたい事・望んでいること(普段の様子から推測できることも含む)

家族の思い、気になっていること及び主訴



ストレングスに着目した支援とは

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

ストレングスによるアセスメント(視点)と、アセスメントにより確認されたストレングスを活用した支援(モデル)は違うもの。

両者は長らく混同されて実践されてきた経緯がある。

確認されたストレングスを活用した支援を心がけることにより、利用者のやる気を引き出す支援が重要。

ストレングスに着目した支援事例

プロ野球の大ファンである障害のあるAさんは、働きたい意欲はあるがB型事業所ではうまくいかず転々としていた。

そこで、グループスーパービジョンによりアイディアを出し合い、大好きなプロ野球の球場での清掃作業を紹介したところ、安定した就職へとつながった。

公的なサービスばかりに着目していて、強みや興味をうまく活用できていなかった状態から、Aさんの興味や強みを就労へ結び付けて、効果を上げることができたことになる。

人が働くには、生活の維持だけではないここに特別な理由があることを理解する。

ストレングスに着目するために・・・

支援を組み立てるときに大切な事☞ストレングスに着目する



ストレングスに着目するために☞リフレーミングする
(視点を切り替える)



リフレーミングを考えてみる



ここで、ちょっと



現場の対面課題でのリフレーミング...



数字の1～30まで
理解して合わせる事が出来る



1～5の概念は？



学習の結果は、出来てない

数字の1から5の

概念はない

上から下の順番で

1から5の理解が出来ている



『できない』で終わるのではなく『〇〇が出来ている』の視点

リフレーミングしてみよう

- 負けず嫌い



- うるさい



- 頑固



- すぐ泣く



- すぐ怒る



- すぐ飽きる



リフレーミングしてみると

- 負けず嫌い ➡ 向上心がある



- すぐ泣く ➡ 共感力がある



- うるさい ➡ 明るい・元気



- すぐ怒る ➡ 情熱的



- 頑固 ➡ 意思が強い



- すぐ飽きる ➡ 好奇心旺盛

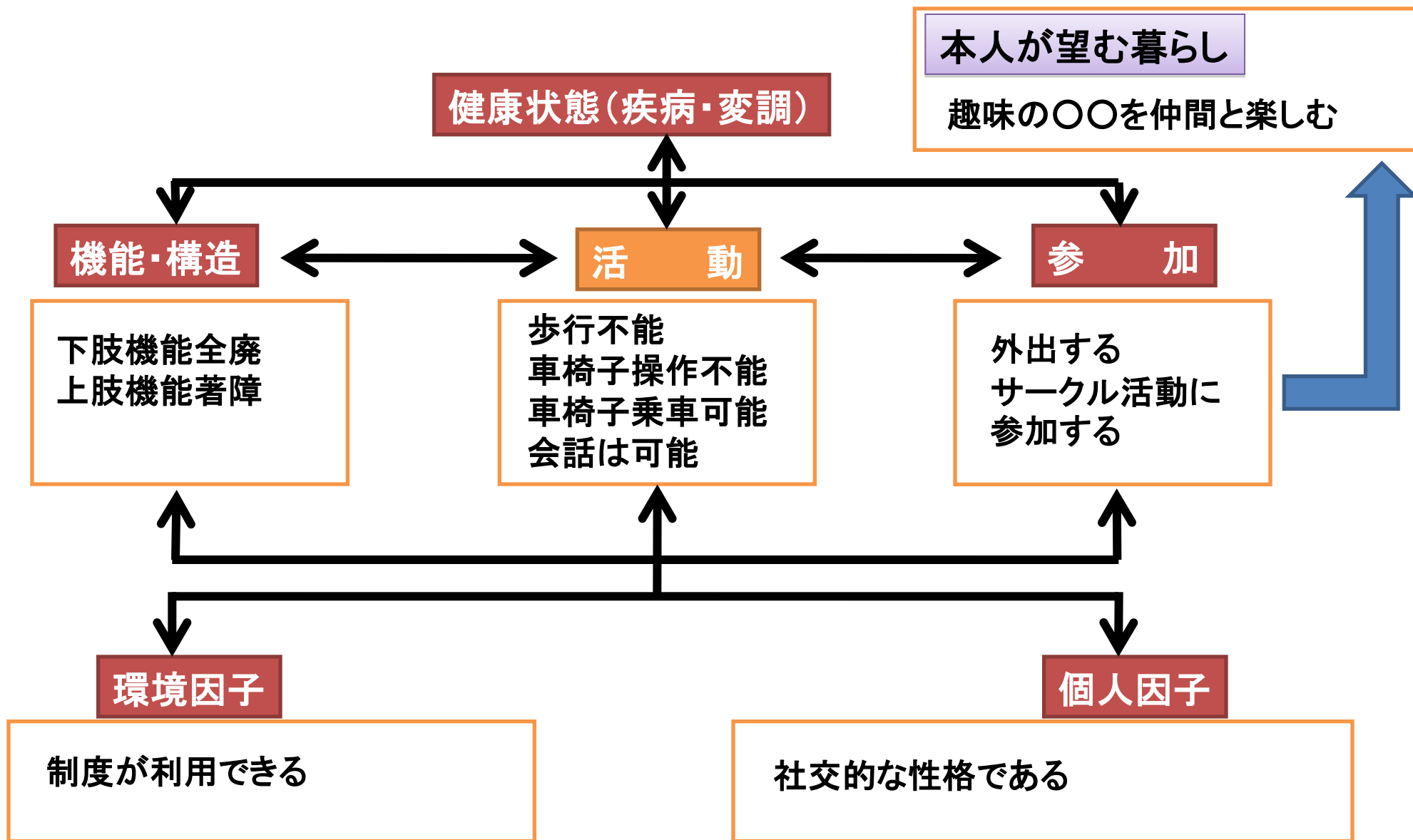


演習事例の猪苗代太郎さん

ストレングスを考える際に、一見『弱み』や『苦手な事』などを

リフレーミングして考えてみると・・・どんなストレングス(強み)が見えてきますか？

ICFを活用した利用者把握



(3) 個別支援計画の作成(概要)

個別支援計画の作成は、支援の実施過程を立案することである。

① 明らかになった
ニーズ(課題)をリ
ストアップする

② 到達目標を
設定する

③ 解決すべき課題
の優先順位を利用
者と決める



④ 資源とニーズのマ
ッチングを検討する

⑤ 個別支援計画案を
作成する

⑥ 利用者の最終同意を得
る(「案」をとる)

利用者との信頼関係を築き、支援チームの意思統一を図る

(3) 個別支援計画の作成(それぞれの立場から)

○ 利用者や家族の立場から

- ・質の高いサービスを提供してくれるためのもの。
- ・私の意向を汲んでくれているもの。
- ・利用者・家族とのコミュニケーションを深めていくためのツールとなるもの。

○ 職員の立場から

- ・的確な支援の方向づけをするもの。
- ・支援の効果を自己評価し、今後の計画を検討するベースとなるもの。

○ 施設経営者の立場から

- ・支援の質の向上を目指すためのもの。
- ・効率的・効果的に施設運営できるためのもの。

(3) 個別支援計画の作成

① 到達目標の設定

- ・ 利用者の課題(ニーズ)に基づき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などからなる
- ・ 現行の支援を見直すとともに、新しい支援を考える

実施方法

- ・ 個別支援計画の作成に当たっては、本人の意向を尊重すること
- ・ 到達目標は、就労移行支援事業などサービスの到達目標が予め明確であるような主目標と具体的な個別の到達目標が考えられる
- ・ 時間(支援期間)と領域(支援内容)という2つの観点から設定
- ・ 課題(ニーズ)が複数にわたる場合、緊急性の高い課題など優先順位を設定
- ・ 到達目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成される→スモールステップを踏む
- ・ ステップアップを実感できるよう、ニーズや課題に基づき、短期・長期目標を設定し、支援内容や期間、優先順位を定めるのも効果的である。
- ・ 目標の達成度の評価方法についてもあらかじめ決めておく
- ・ 個別支援計画を記録しておく

必要なツール

- ・ 個別支援計画表

支援目標の立て方の例

【事例1】

Aくん小学生男児、放課後等デイサービスを週に3日利用～母親より、兄弟げんかが絶えない、兄はこの子のことをよく思っていない。ケンカが始まる度に息苦しくなる、という相談。→いろいろと話を聴くうちに、①夫が子育てに参加してくれない。②この子の分も兄には勉強など頑張してほしい。といった思いが母親の話から伝わってくる。→母親自身は一人っ子。父親は確かに仕事帰りが遅いが、休日に子どもを連れて出かけることは多い。「この子の分も…」と言っていることから、障害を持つ子どもが生まれたことへの母親のダメージはまだまだ大きい。→母親とお兄ちゃんの関係はどうなのか？夫婦のコミュニケーション不足→事業所でのA君の様子も見てもらいながら、家族そろっての懇談会を実施してはどうか。

→「Aさん一家だけの参観日を行います。当事業所で家族そろって楽しく過ごしましょう！」

【事例2】

Bさん20代半ば、精神福祉手帳2級所持。「働きたい！」というニーズ、現在は就労継続支援(B型)に籍を置いているが、週に1回通うかどうかのペースで、ほとんど家で暮らす→話を何度もじっくりと聞いているうちに、①父親が「アルバイトでもいいから働いてみろ」といった言い方をよくしているとのこと。②ウォーキングを続けることは、体力づくりから大切だと言われているが、近所の人の目が気になって週に2、3回しか出かけられない、電車やバスには一人では乗れない、といった話が聴かれた。→父親に言われていることを気にして、働きたいと言っているのではないか。一年前のことを考えると、随分と家からは出る機会は増えている。20歳前後にアルバイトはしていた。話をすることは好きで、音楽や趣味のちょっとした工芸品作りなどの話をすると、嬉しそうにしゃべる。→今の生き方、生活状況を認められる機会がもっとあった方が良いのではないか。

→「今秋の〇〇市民プラザの展覧会に工芸作品を出品しましょう。」

(3) 個別支援計画の作成

② 個別支援計画の作成

- ・ 主目標や個別目標が達成されるような個別支援計画を作成する
- ・ 日課、週間、月間のプログラムとする
- ・ 支援方法については、個人に合うよう工夫する

実施方法

- ・ 時間軸(段階)を意識した個別支援計画とする
- ・ 支援の頻度やスケジュールについては、本人の同意を得て作成する
- ・ 具体的な支援方法などを個別支援計画に反映させる
- ・ やむを得ない場合の身体拘束等の様態、緊急やむを得ない理由を記載する
- ・ 個別支援計画においては担当者の役割を決めておく
- ・ 個別支援計画を記録しておく

必要なツール

- ・ 個別支援計画表

事例：サービス等利用計画に基づいた個別支援計画の作成

出典：日本相談支援専門員協会編「サービス等利用計画作成サポートブック修正版」P. 39～47

●脳血管障害により在宅で引きこもりになっている事例

【概要】

56歳男性、脳血管障害後遺症、右片麻痺、ブローカ失語症（運動性失語）、妻と子供3人（20歳大学生、19歳大学生、17歳高校生）5人暮らし、妻の姉夫婦が近隣に住んでおり手伝ってくれる。

2年前に脳出血発症、病院での治療が終了し〇〇リハセンター（自立訓練）に6か月入所。退所後、在宅にて介護保険制度のデイサービスを数回使ったが、コミュニケーションがうまく取れず中断、自宅にこもるようになる。本人の意向や社会参加の幅を広げるために、障害福祉サービスを申請、ヘルパー利用、就労移行支援事業を利用することになった。

【生活歴】

高校時代はスポーツで活躍。大卒後、私学の臨時教員3年後常勤となる。中学高等部の教員、昇進試験を受け教頭になる。仕事人間で真正直、家族思いである。

【経済状況】

病気前は年収700万円。傷病手当金として6割（420万円）給付を受けていたが、1年半で終了。職場に籍はあるが現在無収入。息子はアルバイト、妻は非常勤講師で年収120万円程度。預貯金2000万円程度。生命保険の後遺障害認定後1200万円が入る予定。

【利用者の主訴】

元の生活に戻りたい。働いて収入を得たい。

【経緯】

急性期・回復期リハで回復が見られ在宅へ。介護保険第2号被保険者（要介護1）であり、デイサービスを利用したものの、なかなか自分の気持ちが伝えられず休むようになり、表情が暗くなる。心配した家族がケアマネジャーに相談。ケアマネから障害者相談支援事業所へ相談され、今後のことを一緒に考えることとなった。

【具体的支援内容・経過】

ベッドは中古品を自費で購入。日常生活用具で玄関・廊下の手すり設置。介護保険でシャワー椅子購入、週2回のデイサービス、週1回の訪問リハでケアプランがたてられ在宅生活を行うこととなった。デイサービスに行くも、失語症のため自分の思いを伝えられず自宅にこもるようになった。

ケアマネは、なぜ引きこもり状態となったのか本人の気持ちを聞き出せないでいたが、社会参加を促し今後の方向性を見出したいということと、少しでも働いて収入を得たいという本人の希望から、相談支援へ相談があった。

相談支援専門員との面談から、「好きで家にいるわけではない」ことがわかった。そのほか、庭いじりが好きなこと、子供の学費や生活費が気になること、パソコンの経験を生かせる仕事がしたいことなどが聞き取れた。本来は意欲的な性格であることもわかってきた。少しずつ生活の幅を広げられれば、本人のやる気が増す可能性が高いと判断された。

介護保険に加えて障害福祉サービスを利用するため、行政や担当者が集まりケア会議を行う。その結果、障害福祉サービスの申請が決まり、社会参加や生活の幅を広げるために余暇活動も検討する。妻も収入を増やすために勤務形態を変更したいなどの希望が出てきている。

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇		
地域相談支援受給者証番号	0						
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	1か月間(2012年4月～6月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇男		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	左手を使い、以前のように働き、少しでも家族を養いたい。 趣味のガーデニングを楽しみたい。						
総合的な援助の方針	体力をつけて、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。 生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなことをして充実した生活を送れるようにする。						
長期目標	就労のための訓練をして、少しでも給料の高いところで働く。						
短期目標	運動などで体重を5キロ減らしながら体力をつけて、就労支援事業所に無理なく週3回行けるようになったら、週4回行けることを目指す。						
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	右片麻痺があるが体力を維持しながら、働きたい。	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	3ヶ月	・就労移行支援事業所へ週3回、10時から16時まで通う。 パソコンによる入力作業を練習する。 ・事業所への送りの調整は大学のボランティアセンターが行う。	就労支援センター△△(〇〇サービス管理責任者 ****-****-****)	・就労移行支援事業所への通所日には時間までに準備をする。 ・その日のボランティアの名前を調べておき挨拶する。	就労移行事業所への行きはボランティアに送迎をお願いする。帰りは事業所が送る。
2	無収入で経済的に家計がひっ迫している。	・年金の手続きをする。 ・特別障害者手当の受給について検討する。	3ヶ月	・年金申請手続きについて、相談支援センターが家族にアドバイスをする。 ・特別障害者手当の可否について本人・家族と主治医の意見をきく。	〇〇相談支援事業所(〇〇相談支援専門員 ****-****-****)	・制度を理解する。 ・一人で留守番をして、妻が働きに行けるように協力する。	・貯金を整理してきちんと把握(妻) ・生命保険の手続きをすすめる(妻) ・妻は非常勤講師から塾の教員に転職を考えている。
3	好きなガーデニングを楽しみたい。	昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。	12ヶ月	第1・2・4の月曜日に友人の送迎で2時間程度、ガーデニングのサークルに出かける。	友人〇〇氏(***-***-****)	・仲間の介助でサークルに参加する。	
4	運動不足から体重の増加があり、再発作を起こすおそれがある。	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	・モニタリング時に実施状況と体重のチェック ・月1回の通院は市の送迎サービスを利用	〇〇総合病院(〇〇医師 ****-****-****)	・家の周りを散歩する(1日2回、30分ずつ)	本人とプールに行き水中歩行(息子)
5	安心してお風呂に入りたい。	週に3回は入浴をする。	1ヶ月	・訪問介護(介護保険・身体介護)にて入浴の介護 週3回(各1時間) ・移動支援事業で週1回(2時間) 外出の支援	〇〇ヘルパーステーション(〇〇サービス提供責任者 ****-****-****)	外出の計画を立てる。	入浴日以外は、妻がシャワー浴の見守り等の支援をする。
6	もっとちゃんとはなせるようになりたい。	留守番ができるようになる。	3ヶ月	介護保険サービスによる通所リハ(ST) 月2回(市の送迎サービスを利用)	〇〇総合病院(〇〇医師 ****-****-****)	通所していない日の自習	

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	0				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00 8:00 10:00 12:00 14:00 16:00 18:00 20:00 22:00 0:00 2:00 4:00								短下肢装具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。就労支援事業所へ行きはボランティアによる介助をお願いする。 休日はゆっくりしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。
	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面		
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	起床・洗面	
		Vによる移動介助		Vによる移動介助	Vによる移動介助		朝食	
	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)	就労支援センター △△ (就労移行支援)		就労支援センター △△ (就労移行支援)	就労支援センター △△ (就労移行支援)	身体介護(入浴)	散歩	
	昼食		昼食			昼食	昼食	
	身体介護(入浴)		身体介護(入浴)			移動支援 (買い物など)		
		事業所の送り		事業所の送り	事業所の送り			
	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
		シャワー浴(妻の見守り)		シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)		シャワー浴(妻の見守り)	
	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	

サービス提供によって実現する生活の全体像	引きこもり状態になっている生活から、まず、居場所づくりを考え、障害があっても働くことへの意欲を失わないでほしい。工夫すれば働く環境はできる。とっかかりはまず、就労移行支援から検討した。本人ががでるところに着目し、ガーデニングという余暇活動の幅を広げ、充実感を増やしていくことで生活のリズムに変化が起きる。→外へ出るという意識を高め、社会参加の一歩から始める。 まだ未熟だがパソコンができる強みを生かして、持っている力を引き出す場所を提供することで、本人の居場所ができる。活動が広がる。 家族以外のボランティアを導入したのは、移動において、まだ本人の体力面で心配なので、介助できる人を探した。
----------------------	---

(初期)個別支援計画書(例)

利用者名

作成年月日: 年 月 日

総合的な援助の方針	体力をつけて、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。 生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなことをして充実した生活を送れるようにする。
長期目標(内容、期間等)	パソコンの経験を活かした仕事をしたいとのご本人のニーズや、学校の教頭という立場で働かれていた経験もあるので、様々な可能性を高め、ご本人に適した職場で一般就労し、充実した生活が送れるようになっている。(2年)
短期目標(内容、期間等)	これまで外出の機会が少なく、体力的に落ちていることもあるため、まずは、週3回の事業所通所が問題なくできるようになる。(3ヶ月)

○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
体力が向上し、一日のスケジュールを疲労なくこなし、週3回問題なく通所できている。	疲労度をチェックしながら、一日のスケジュールを徐々に伸ばし、体力が向上するよう支援します。	週3回 10:00～16:00 3か月	就労支援センター△△ (就労移行支援事業所) 担当: ○○	1
パソコン入力について、集中力・耐久力がつき、少ない疲労で一定の速度で入力できている。	確実な入力と、速度向上を目指し、片手(左手)入力の練習を行います。結果をフィードバックしながら動機づけを維持できるよう支援します。	週3回から開始し頻度を増やしていきます。 10:00～16:00 6か月	就労支援センター△△ (就労移行支援事業所) 担当: ○○、××	2
会話でのコミュニケーションがとりやすくなっている。関係機関との連携を図り、当センターでの支援が最適なものとなっている。	ご本人の同意の下、言語療法の状況や日常生活の過ごし方等を把握させていただきます。相談支援事業所等のサービス担当者会議へ出席し、総合的な支援方針を常に共有しながら支援します。	随時 6か月	通所リハST: ○○ 相談支援事業所 担当: ○○	3
送迎について、当センター及びボランティアにより安心して通所できている。	行きはボランティアによる支援、帰りは当センターの送迎車を利用し、安心して通所できるよう支援します。公共交通機関の利用も徐々に同行し支援していきます。	週3回、3か月 公共交通機関は3か月後から徐々に試行	就労支援センター△△ (就労移行支援事業所) 担当: ○○、●●	4

児童期の個別支援計画の例

事例の概要

- 小学二年生、男子。地元の小学校特別支援学級に在籍。母子家庭で兄と姉がいる。自閉スペクトラム症。両目共に弱視で、知的には1歳半の状態。
- 液晶タブレットで特に左目を近づけて動画を楽しみ、ねじ式の蓋を開けたり、ドアの鍵を自分で開けることができる。慣れた公園では活発に遊ぶことができているが、日常的に安全管理のための見守りと、部分的な介助による生活の支援が必要。学校には毎日元気に通い、行事ごとなど大勢いる場所だと笑顔が多い。気に入っている人にはスキンシップを頻繁に求め、慣れた場所では活発に遊ぶ。有意語は特にない。関心のある人には、よく手を引いて相手をしてもらおうとする。簡単な指示に応じることや、思いを通そうとすることは多くなっている。
- 母親の一番の悩みは、中学生の本児の兄が学校に通えなくなっていること。その兄の担任との信頼関係は良好であり、一時期よりは母親としては落ち着いてきている。
- 母親が就労していることもあり、放課後や特に学校の長期休暇の生活を保障していくために、3カ所の放課後等デイサービスと2カ所のホームヘルプサービスと行動援護を利用している。* 次スライドには障害児支援利用計画を示しているが、その次から示す個別支援計画は、週三日通う放課後等デイサービス事業所「すらり」の個別支援計画。

子どもの支援利用計画 《学童期》

子どもの名前	M・Sくん	性別	男	相談支援事業者名	子どもの相談支援事業所 れいんぼう
保護者氏名	K・S様	本人との続柄	母親		
住所	〇〇県〇〇市〇〇町△△			計画作成担当者	所沢 伊之助
計画作成日	2015年3月〇日	モニタリング期間（開始/終了年月）	3か月後	保護者同意署名欄	K・S

子ども及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	お子さんと過ごす時間を大切にしながらも、お仕事はできるだけ休まずに頑張っていきたいと考えていらっしゃるようです。Mくんのことについては、今はあまり心配していないという話も聞かせていただきましたが、子育てに関しては悩みは多く、特にお兄ちゃんのことでの悩みは多いことや、お姉ちゃんとの時間がなかなか取れないことでの心配をされているようです。				
総合的な支援の方針	毎朝、元氣にお母さんと学校に送っているようですね。朝は何かと忙しいでしょうが、Mくんにとっては、朝お姉ちゃんとお母さんと出かけることが、大切な一日のリズムになっており、「やる気」スイッチの入る素敵なひと時なのだと思いますので、ぜひ続けてみてください。日曜日については、勤務日になっているようですが、職場の理解もあるとのことですので、もしばらくは今のペースで休みを取っていかれることは、Sさん自身のためにも良いことだと思います。土、日が休みの仕事に変わることも考えていらっしゃるようですが、各事業所もしっかりと応援していますので、もしばらくこのままでもかまいません。また、多くの事業所を利用することで、何かと気疲れもされることでしょう。何が何だかわからなくなった！ということがありましたら、お話を聞かせてください。				
長期目標	視覚的にはかなりぼやけて見えているはずなのに、くっきり見えているかのように、すぐに相手が誰かを見分け、近くにいる相手によって、抱きついたり、欲しいものを要求したり、苦手な人には近寄ろうとしないMくんです。また、いろんな音や声には敏感ですね。Mくんが感じていること、理解できていること、判断できていること、決めていく力について、Mくんに関わっている皆さんが集まって話し合い、確認していく機会を何度か持ちたいものです。企画してみますので、Sさんからの呼びかけもよろしくお願いします。				
短期目標	昨年度までの学校の長期休みは、各事業所の工夫により何とか乗り越えてきましたが、開所日や受け入れ時間が変更されているところもありますので、今度の夏休みのことは、いろいろと考えていきましょう。仕事を続けながらも、どのくらいお子さんと向き合う時間を確保していくのが良いのか、一緒に作戦を練りましょうね。				

優先 順位	解決すべき課題 (家族及び本人の成長・発達の 課題)	支援目標	達成 時期	支援の具体的な内容 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 家族の役割・立場	評価 時期	その他留意事項
1	発達支援：Mくんの成長の 様子、これからの支援目標な どを各機関が共通理解してい くこと	Mくんの感じていること、見 えている世界、聴こえてくる ことについて、支援してい るみなさんと話し合ってい く機会を持ちましょう。	6ヶ月 後	学校の特別支援コー ディネーターの先生、Mく んの担任の先生、交流学 級の担任の先生、放課後 等デイサービス事業所 「すらり」「どあどあ」「 ミング」のスタッフの方、 以前Mくんが通っていた 児童発達支援センターの 言語療法士のHさん、視 覚支援機器の調整も手 掛けているパソコンソ フト会社のNさん、そこ で一緒に共同研究をし ているH大学のY教授、 あとはSさんが参加す るMくんのための会を 開きたいと思えます。(通 くとも8月の初めまで)	学校の担任の先生とは、 これまで通り定期的にお 会いしていきたいと思え ますので、Sさんからも よろしくお伝えくださ い。	5ヶ月後	児童期の教育機関、福祉 の支援機関が一層に集 まることは、なかなか難 しいものです。それでも 何とか皆さんが集まる ことができる機会を持つ ために、まずは教育委員 会、校長先生、事業所の 代表者の方々にお会い して、お願いをしていく ことから始めていきま す。
2	家族支援(就労支 援)：これまで通り仕 事を続けていくにあ たって、必要な支援を 受けていきたい。	平日の放課後や土、日 曜日の日中の活動につ いて、Mくんが時には、 のんびりと、時には目 を輝かせながら過ご せる場を、引き続いて 保障していきましょ う。	3カ月 後	放課後等デイサービス事業所 ①児童デイサービス すらり 週3日 ②放課後等デイサービスセンター どあどあ 週 2日 ③放課後等デイサービス ミング 月2～3日 ◆すらり居宅介護支援センター必要に応じて土曜日の9:00～13:00及び日曜日の13:00～16:30 ☆□□市ホームヘルプセンター希望 水曜17時～土曜日15時～ ▲げんこつ山ヘルパステーション(行動支援) 主に日曜日の14時～	利用している事業所によ って、またヘルパーさん によって、Mくんは違う 姿を見せていると思え ます。これまでも事業 所での様子はお聞きに なっているようですが、 事業所によって違うM くんの様子を一緒に知 っていきましょ う。	2ヶ月後	土曜日のお出かけはと ても楽しみにしている ようです。(Kタウン、九 段デパート、R体育館 など)Mくんにとって、 一泊の支援はとても大 切です。行動範囲が広 がりますし、暮ら行動 が増えていくためにと ても有効だと思います。
3				土曜のお出かけは、天 気の良い日は近所の公 園で過ごし、日曜日のお 出かけは、プールに行 っているようです。楽し んでいるようです。室 内でもゆったりと過ご せる場所も考えてみる ので、事業所の方とは また情報交換しましょ う。	2ヶ月後		
4	家族支援：ご兄弟の方への 今後の子育てについて	お兄ちゃんのこと、お姉 ちゃんのことについて も思い悩んでいること がたくさんありますね。 まずは、誰かとじっくり 話しをして、Sさんの頭 の中の整理をしてみま せんか。	3ヶ月後	それぞれの学校の先生 ともいると相談をして きましたが、Sさん自 身が親としての役割と して、何が得意なこ となのか、お子さんの 気持ちをどう受け止め ていけばいいのかにつ いて、ゆっくりと話し 合ってみましょう。G 発達支援センターの園 長先生や通信制高校の YY学院のF先生と会 ってみましょう。	それぞれの先生との連 絡調整は、こちらで行 いますので、月曜日の 日など、時間を作って 下さいね。	2ヶ月後	どちらの先生ともS さんが会って話した いけど、忙しいです よね～とおっしゃ っていた方です。お 二人とも、いいで すよ～！と喜んで いただいています。 お楽しみに！

個別支援計画 その1

子どもの名前 M・S さん

作成年月日: H30年 4月 5日

総合的な支援の方針	毎朝、元氣にお母さんと学校に通っているようですね。朝は何かと忙しいでしょうが、Mくんにとっては、朝お母ちゃんとお母さんと出かけることが、大切な一日のリズムになっており、「やる気」スイッチの入る素敵なひと時なのだろうと思いますので、ぜひ続けてみてくださいね。日曜日については、勤務日になっているようですが、職場の理解もあるとのことですので、もう少しは今のペースで休みを取っていかれることは、Sさん自身のためにも良いことだと思います。土、日が休みの仕事に変わることも考えていらっしゃったようですが、各事業所もしっかりと応援していますので、もう少しは今のペースでいきましょう。また、多くの事業所を利用することで、何かと気疲れもされることでしょう。何が何だかわからなくなった！ということがありましたら、お話を聞かせてください。
-----------	---

○目標

長期目標	興味を持って遊べる玩具や教材を見つけて、じっくり！没頭して！遊ぼう。
短期目標	Mくんが見えている、感じてることを少しでも共感できるよう他機関からの情報収集や情報交換を進めます。

○具体的な目標及び支援計画等

項目	具体的な目標	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 課題① (遊び)	Sさんが家庭でMくんと楽しめるようなことを一緒に考え、見つけましょう。	G発達支援センターの協力を得て、Mくんが楽しめるような光や映像の玩具などで遊び、ご家庭で楽しめるようなものを探してみます。楽しめた玩具で家庭でも準備していただけたら玩具と環境を提案したいと思います。その際には、月に一回程度ですがMくんとSさんがいらっしゃる時間に家庭訪問することだと思います。ヘルパーさんも同席してもらえるといいですね。	利用した日 ・3か月間 訪問は必要がある時 ・月に一回程度	すらし指導員 P (げんこつ山ヘルパーステーション Z山さん) (G発達支援センターの F川作業療法士)	3
発達 課題② (感覚運動:現状分析)	視力としてあまり見えていないとは思いますが、こけることが少なく、元気に動き回ることもあるMくんが、感じている世界を一緒に想像してみよう。	Mくんの見えていることについて、事業所として、もう少し理解していきたいと思います。 その際、Mくんが過ごしている様子をビデオに撮り、KKさんや、W先生に見ていただき、わかったことがあれば、そのことを生かした事業所の環境について、改善していきます。	4月中にビデオ撮りをして、5月中に二人に観てもらい、アドバイスをもらいます。 ・3か月間	視覚障害者の同行援護の研修などで講師をしているD市社会福祉協議会のKKさん すらし指導員 PとY J大学助教授のW先生	1
発達 課題③ (遊び・学習)	Mくんが集中できそうな遊びや課題をもっと広げてください。	好奇心は旺盛で、知りたいことややりたいことはたくさんありそうです。Mくん用に、大小のコインや円柱のピース、ビー玉などを、入れたり出したりして、その操作を楽しめる教材をいくつか作成しました。2種類のピースを、少しでもスムーズに分けられることを目標に、個別にかかわる時間を作っていきます。	利用した日は毎回誘ってみます。 ・3か月間	すらし指導員 PとY	2

個別支援計画(児童期)

個別支援計画 その2

子どもの名前 M・S さん作成年月日: H30年 4月 5日

○具体的な目標及び支援計画等

項目	具体的な目標	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
家族支援	Mくんのことで兄のJさんと私たちが語り合う時間を持てるように協力してください。	Jさんに手伝ってもらいながら、Mくんが興味を持ちそうな玩具等を製作する機会などを設けます。一緒に過ごすことで、お母さんには言わないことを話してくれる機会になるかもしれません。土、日曜日となりますが、時々Jさんに来ていただきます。	6か月 Jさん自身にはもちろんのこと、SさんやN先生と相談しながら、当事業所に来ていただく日は決めていきます。	すらし指導員 Y 〇〇中学校 N先生	3
地域支援	学校以外でも、地域の中にMくんが愉しめるところをMくんと一緒に体験していきます。	現在考えているところは、◇◇公民館の陶芸教室と、ジャズダンス教室のほか、LL少年サッカー教室と、自称「昆虫博士」の方の家と、事業所の近くにある〇〇電鉄の車庫と、〇〇電気本店のオーディオルームです。それぞれの場所で、顔なじみになれるよう、根気よく行ってみます。	6か月 どこも事業所の近くですので、週に1～2回のペースで、連れて行きたいと思います。	すらし児童発達支援管理責任者 山田 すらし指導員 PまたはY ◇◇公民館 Hさん 陶芸教室の先生 Bさんと 教室の生徒さん ジャズダンス教室の先生 Dさん 昆虫博士のC さん	4

事業所における総合的な支援方針

Mくんが昨年度同様に元気に過ごしていくために一週間の生活のメリハリに注意し、特に休養の時間には配慮していきます。その上で、集中して楽しめるようなことが増えていくような内容の支援を行っていきます。また、一人でも多くの人々が、Mくんに関心を持ち、Mくんのうれしそうな表情に出会えていくよう、少しずつ地域の中での体験を考えていきます。

平成 27年 4月7日 利用者氏名 K・S児童発達支援管理責任者 山田太郎

・ 児童分野における多種多様な支援

- ・ 児童分野においては、提供される支援内容が多種多様で、支援の「質」の観点からも大きな開きがあるといった実態があるとの指摘がなされている状況から、**放課後等データベースガイドライン**・児童発達支援についても同様に質の確保及びその向上を図り、障がいのある子ども本人やその家族のために児童発達支援を提供していく必要があるとして、**児童発達支援ガイドライン**として策定されている。
- ・ 児童発達支援は障がいのある子どもに対し、身体的、精神的機能の適正な発達を促し、日常生活及び社会生活を円滑に営めるようにするために行うそれぞれの障がいの特性に応じた福祉的、心理的、教育的及び医療的な援助であるが、具体的には、障がいのある子どものニーズに応じて「**発達支援**」「**家族支援**」「**地域支援**」を総合的に提供していくものと位置づけられている。
「発達支援」には2つの要素として、**本人支援・移行支援**があり、本人支援の大きな目標は、障がいのある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もので、移行支援については、地域社会で生活する平等の権利の享受と地域社会への参加・包容（インクルージョン）の考えに立ち、障がいの有無にかかわらず、すべての子供が共に成長できるよう移行支援を行うことで、可能な限り地域の保育、教育等の支援を受けられるようにし、同年代の子供との仲間作りを図ることが必要といった観点で支援。

(4) 個別支援計画の実施

- ・ 設定された目標を、効率よく達成することに努める
- ・ 個別支援計画に則り、適切にサービス(支援)を提供する
- ・ 支援のペースやスケジュールは、利用者によく話し合っ

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
- ・ 個別支援の実施に当たって支援の責任者を決めておく
- ・ 他の支援方法の導入など工夫を怠らない
- ・ 個別支援計画の実施を記録しておく

必要なツール

- ・ 支援経過記録表