

サービス等利用計画と 個別支援計画の関係

兵庫県サービス管理責任者等 基礎研修 共通講義

社会福祉法人かるべの郷福祉会
かるべの郷ドリーム相談所
主任相談支援専門員 中川 祐一

講義の構成

➡ 【第1部（講義）】

1. 相談支援専門員・サービス管理責任者の役割
2. それぞれの計画の特徴と関係性
3. 連携の必要性
4. 会議の場を活用した連携

【第2部（対談）】

事例から考える計画と連携の重要性

講義のねらい

- ① 「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」の関連性を理解する。
- ② 「サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者」と「相談支援専門員」の役割と連携を理解する。
- ③ 生活の全体像をイメージしながら、事業所におけるサービスに重点を置いた個別支援計画を作成する視点を獲得する。

相談支援専門員の役割とは

「つながる支援」を展開するための地域の責任者

- ①地域でサポートするためのチームを作り、ネットワークを組織する
- ②本人・家族・環境・生活全体に関する様々な情報・技術の共有、ニーズ・支援方針を確認・統括する
- ③サービス提供事業所に期待される役割を明確化する
- ④適切にサービスが提供されているか第三者の視点で判断する

サービス管理責任者の役割とは

「**深める支援**」を展開するための事業所の責任者

- ①事業所内で個別支援会議を開き、必要な支援を検討する
- ②本人の特性やニーズに応じた具体的な支援が提供できているか、**目標が達成できているか確認**する
- ③支援の質の向上のために、スタッフのスキルアップを図る **チームマネジメント**

計画の特徴

サービス等利用計画（総合的）

住まい・日中活動・暮らし(家事)・余暇(休日)...

連動

個別支援計画
(個別的・具体的)

【サービス等利用計画】

利用者の生活全体を考慮し、希望される（必要な）生活を可能とするためのサービスや社会資源の活用等、総合的な支援、また、支援に関わる人たちがそれぞれの役割を果たせるように記したもの

⇒ 本人（セルフプラン）もしくは相談支援専門員が作成

【個別支援計画】

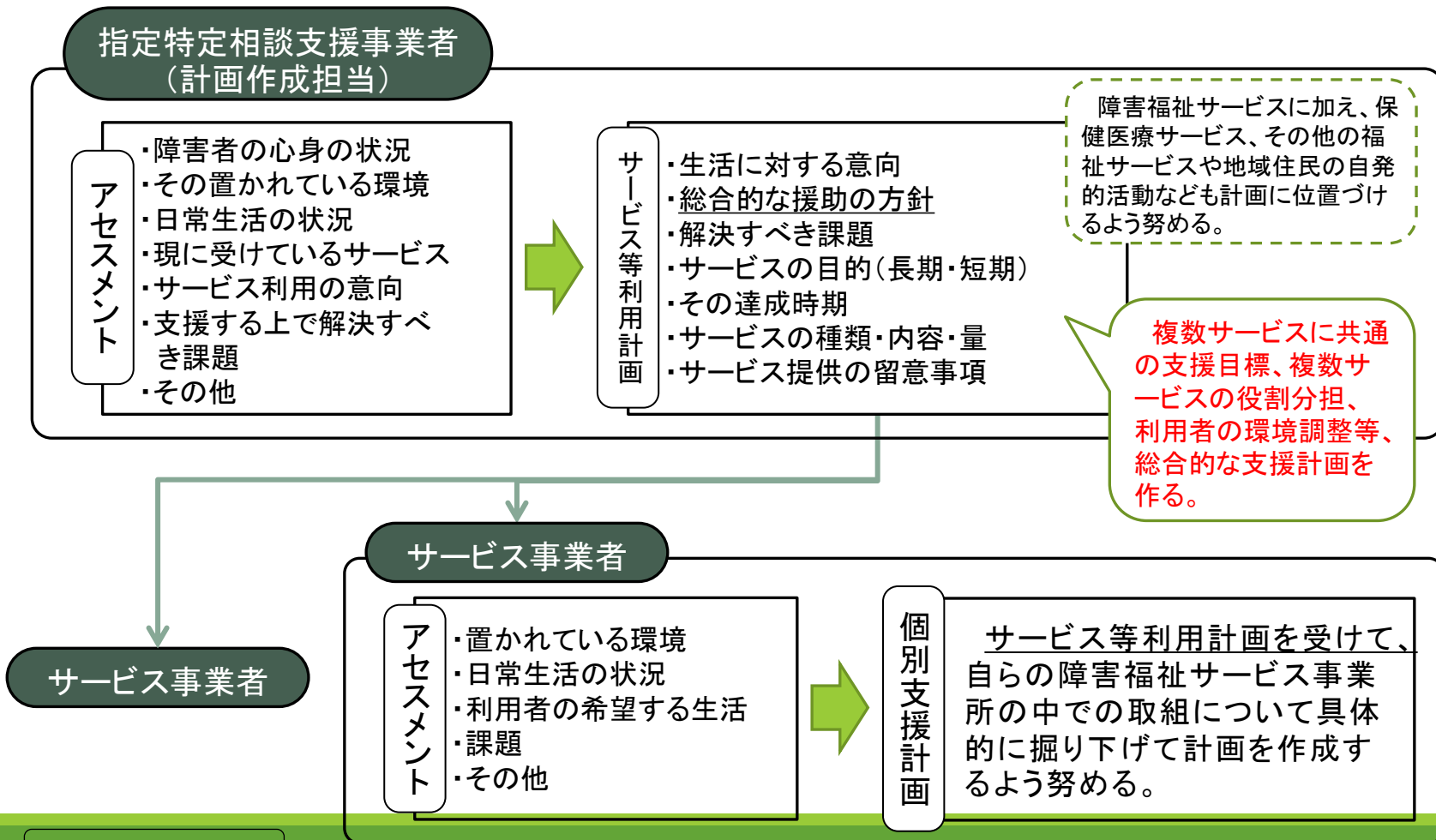
サービス事業所ごとの専門的なサービスを提供する上で、利用者のニーズを充足させるために、達成すべき目標や支援内容を具体的に記したもの

⇒ サービス管理責任者が作成

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。



時間による計画の関係性

サービス等利用計画



Aさんの事例を通して

登場人物の紹介

Aさん(??歳)

統合失調症

- ・ 約10年の精神科病院の入院経験を経てグループホームに退院する。
- ・ グループホームで独り暮らしの練習を積み、1年後隣町のアパートで独り暮らしを始める。
- ・ 今ハマっているのは友達とのスシローランチと週末のローソンカフェ。
- ・ 退院後自身の体験を生かしながら、同じ生きづらさを抱える仲間たちを支えるピアサポーターとして活躍していた。



B相談支援専門員

- ・ Aさんの担当相談支援専門員。
- ・ Aさんの引っ越しに向けて「サービス等利用計画」を作成。関係機関と連携を図りながらグループホームにしながら、練習を重ね“Aさんの一人暮らし計画”をすすめていく。



GHサービス管理責任者



- ・ Aさんが入居していたグループホームのサービス管理責任者。
- ・ グループホームにいながら退院に向け経験が積めるよう相談支援専門員と意見交換をしながら「個別支援計画」を作成した。

登場人物

精神科訪問看護
入院していた精神科
病院の看護師。
退院後自宅への訪問
をする。



ヘルパー
GH入居時から退
去後も家事支援
を行う。



就労Bサビ管
精神科に入院して
いた時から体験利
用をしていた就労B
のサービス管理責
任者。



- ・ 40年前統合失調症を発症したAさん。入退院を繰り返しながら人生の大半を精神科病院内で過ごされる。
- ・ 入院当初は「退院したかった」ものの、長い入院生活を送る中でその意欲も無くなっていく。原因は入院期間の長期化に比例して大きくなっていく「地域で生活する事への不安感」。
- ・ そんなAさんであったが、他相談支援事業所が精神科病院内で行っていた「院内説明会」への参加をきっかけに、グループホームに退院する事となる。

精神科病院



グループホーム



- ・グループホームでの生活も落ちつき、自信を取り戻しつつあったAさんは「いつかは一人暮らしがしたい」との思いを支援者に打ち明ける…。

今日はみなさんにここから先のお話を紹介していきます。



当時のAさんの様子。

- ・ 長期入院による社会経験の不足。それによって一人暮らしのイメージが持ちづらく、ぼんやりとした不安感が強い。
- ・ 不安要素が具体化していない為、ただただモヤモヤ・・・。

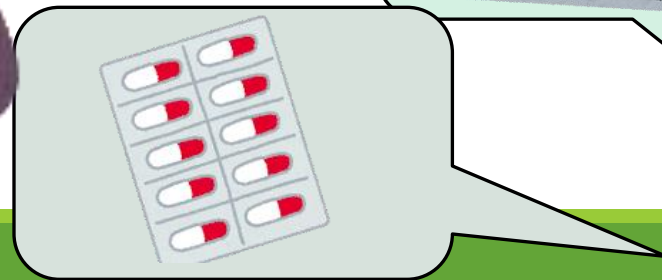
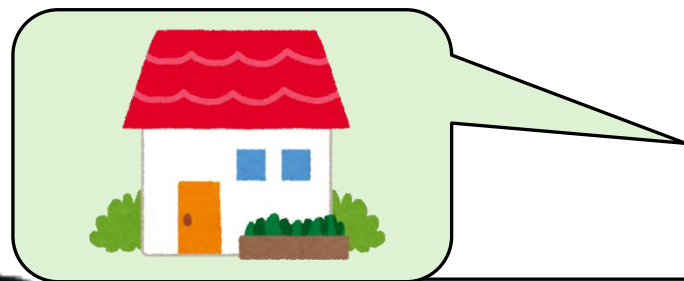


一体何をどうしたらいいのかわかりません・・・。

・それに加えて支援者の意見もバラバラで、みんなが色々なタイミングで色々な事を言ってくる。

・Aさんは思った。

『もー、わけがわかりません！！』



支援者の連携は本当に大切です。

でも、連携って実際どういう事
なんでしょう？

わたしは
こー思うけど
なあ……。



わたしの
はなしは
どこいったん？



ぼくは
あー思うけど
なあ……。




実際の具体的な連携

～Aさんの不安を知りましょう～


みんなで話あいました。

～サービス担当者会議にて～




ちゃんと服薬

出来るだろうか……。



不安な事って
なんだろう？

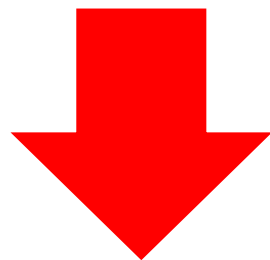
家事なんてほとんど
した事もないし
出来るか心配。



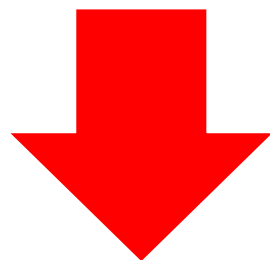
それなら
グループホームで
練習してみたら
どうかな？



Aさん
(一人暮らしがしたいけど不安がいっぱい)



相談支援専門員(サービス等利用計画)



サービス管理責任者(個別支援計画)



人と計画のつながり (グループホーム退所前)

本人の思いを100文字要約にする。

- ・ 利用者の意向を「私は」を主語にした100文字で要約したもの。
- ・ 「こうやって生活したい。」 「こんなことをやってみたい」という、利用者が希望する生活の全体像を記載する。
- ・ 困り感を利用者と共有した上で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。

計画書を渡す際には本人の気持ちも
渡しています。



受け取るのは紙ではなく「思い」です。

計画の役割と関係性

相談支援専門員

サービス等利用計画

私は退院してグループホームでの生活や入院中から体験利用していた就労Bに通うことは安心できるし楽しい。けど今はアパートで独り暮らしをしたいと思っている。家事の経験がほとんどないので不安だし、どうやって生活していったらいいのかわからないので今から教えてもらいながら準備をしていきたい。

就労Bに通ってお金を稼いだり、生活リズムが崩れないようにしたい。

家事経験がほとんどないので教えてもらいながら練習をしていきたい。

友だちと定期的に会って、趣味を楽しみたい

複数のニーズ

サービス管理責任者

希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画 A
就労継続支援B型

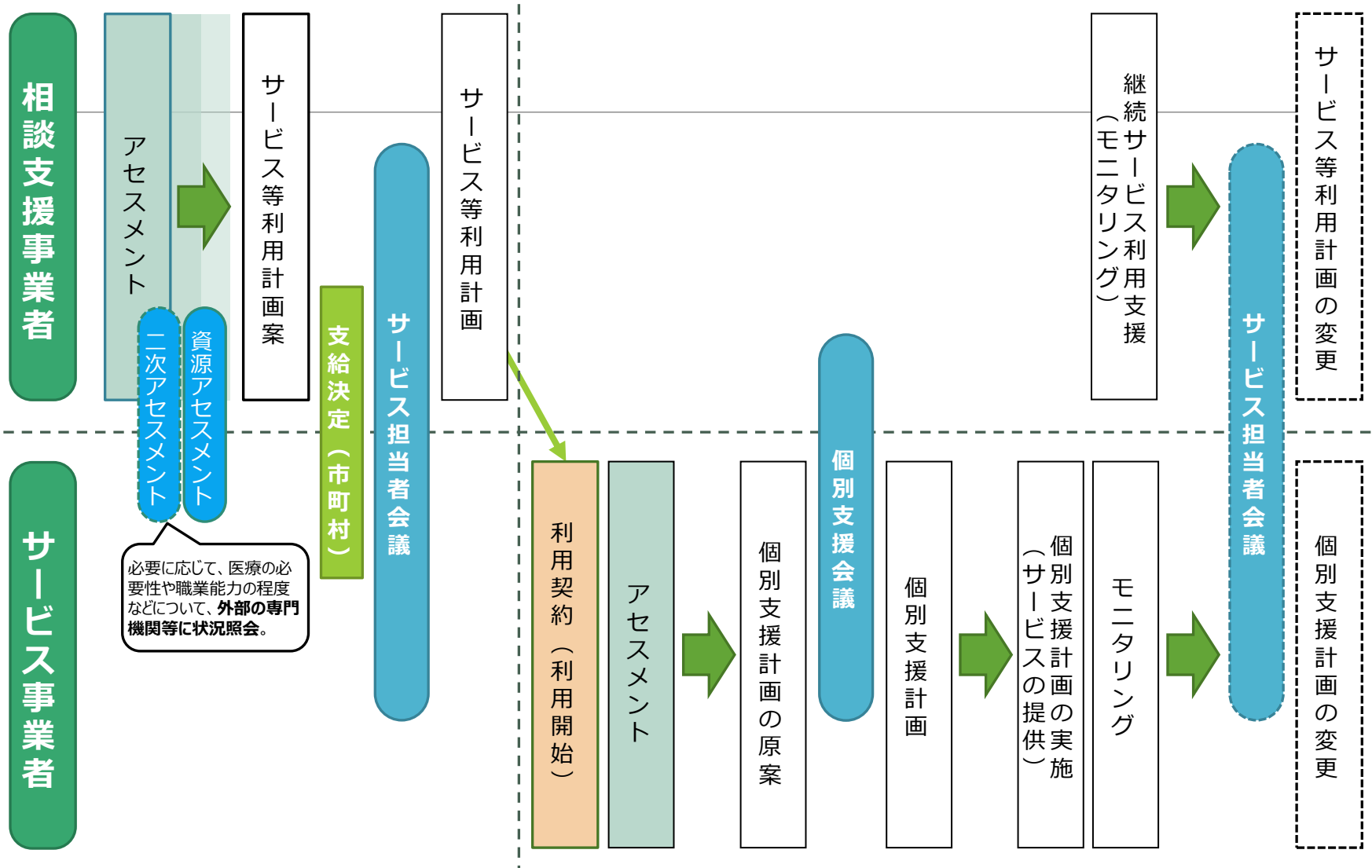
希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画 B
共同生活援助
（グループホーム）

希望する生活像（総合的なニーズ）

インフォーマルサービス
家族 友人 助け合い等

指定特定相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係



* 厚生労働省資料より引用

※点線枠部分は、必要により実施

モニタリングにおける連携

相談支援事業者の行う「継続サービス利用支援のモニタリング」とサービス事業者の行う「個別支援計画を見直すためのモニタリング」の時期は必ずしも一致しない。

しかし、個別支援計画を見直す必要が生じ、その見直しによりサービス等利用計画を見直すまで大きく支援の方向性を変更する場合は、サービス担当者会議の開催が必要となり、個別支援計画とサービス等利用計画の双方ともを変更する。

※「個別支援計画」と「サービス等利用計画」の内容と方向性にブレが生じないように、サービス事業者のモニタリング結果を相談支援事業者へ情報提供する等の連絡は密におこなう。

少しずつ準備を重ね、いよいよ引っ越しの日が近づいてきました。

新たなサービス等利用計画が必要になってきます。



人と計画のつながり (グループホーム退所後)

サービス等利用計画書 様式 1-1

利用者氏名	居住区分	区分1	相談支援事業者名	ドリーム相談所
障害種別	計画作成担当者			
計画作成日	計画開始月	6月		
利用者及びその家族の生活に対する意向	院中から体験利用していた就労に満ちたことは安心できるし楽しい。けど今はアパートでとんどないので不安だし、どうやって生活していったらいいのかわからないので介助を希望する生活。			
総合的な援助の方針	支援をしていきます。			
長期目標	として一人暮らしを勧められる。			
短期目標	達成する事ができる。			
解決すべき課題	相談サービス等	課題解決のための本人の意欲	評価時期	その他留意事項
家事経験がほとんどないので教えてもらいながら練習をしていきたい。	見守り	・一人暮らしに向けて掃除や調理等の練習をしていきましょう。	平成28年11月、平成29年5月	
再入院しないように生活したい。			平成28年11月、平成29年5月	

1 / 3

一人暮らしの準備が始まる時は、

相談支援専門員



サービス管理責任者

サービス等利用計画



個別支援計画

施設利用への利用者の意向

一人暮らしをしたら一人でしないといけないことがたくさんある。ヘルパーさんや家族のサポートがほしい。一人暮らしの準備ができていないので掃除や調理を頑張って練習していきたい。入院しないように確認して支援してほしい。

No	解決すべき課題 (ニーズ)	支援目標	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	どこで	期間
地域生活移行に関する支援計画						
1	一人で掃除ができるようになる。	一人で掃除ができるようになる。	ヘルパーと一緒に掃除をする。	ヘルパーと一緒に掃除をする。	施設	H28. 6. 1 ~ H28. 11. 30
2	食事が作れるようになる。	食事が作れるようになる。	簡単な調理ができる。	世話人と一緒に見守り・助言	日朝	H28. 6. 1 ~ H28. 11. 30
3	元気に生活していきたい。	元気に生活していくことができる。	服薬を続けていくことができる。	受診日の確認	〇〇病院	H28. 6. 1 ~ H28. 11. 30
4	困ったら相談したい。	困った時に相談できる。	相談できる。	グループホーム	〇〇グループホーム	H28. 6. 1 ~ H28. 11. 30
5	再入院しないように生活したい。	再入院しないように生活したい。	再入院しないように生活したい。	再入院しないように生活したい。	〇〇病院	H28. 6. 1 ~ H28. 11. 30

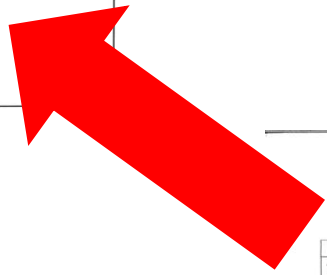
※本計画書は、記入年月日現在における契約期間満了時までの目標と支援計画を示したものであり、状況により計画の変更及び見直しが生じる場合があります。計画の変更及び見直しが生じた場合は、再度利用者に対して説明し同意を得るものです。

MS05(10P)

個人情報



今度は個別支援計画での経験やモニタリングがその後のサービス等利用計画に反映されていきます。グループホームでの経験が、これからアパートで独り暮らしを始めるAさんにしっかりと返っていきます。



サービス等利用計画と個別支援計画がつながるきっかけになったのがサービス担当者会議です。

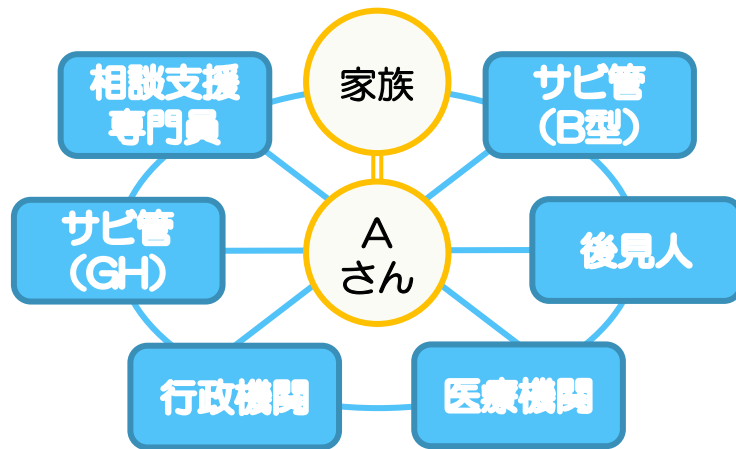
No	解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標	実施期間	その他留意事項
1	一人で掃除ができるようになりたい。	一人で掃除できるようになる。	毎月	
2	食事が作れるようになりたい。	食事が作れるようになる。	毎月	
3	元気に生活していきたい。	元気に生活ができるようになる。	毎月	
4	困ったら相談のってほしい。	困ったら自分で解決できるようにする。	毎月	



*本計画書は、記入年月日現在におけるものです。計画の変更及び見直しが生じた場合は、変更及び見直しが生じる場合があります。

会議を活用した連携 ～つながる～

【サービス担当者会議】



* 相談支援専門員が開催

地域のフォーマルサービス・インフォーマルサービスなどの情報を共有をし、その役割を理解する

利用者のニーズや課題を共通理解し、支援の方向性、目標、計画について協議する

サービス等利用計画におけるサービス事業者等の役割を相互に理解する

～つながる支援～

サービス管理責任者は、相談支援専門員等と連携して、個別支援の課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織する。

相談支援専門員によるサービス担当者会議に参加する。

サービス担当者会議のポイント

連携に向けたネットワークの構築

サービス事業所ごとの役割を確認する。

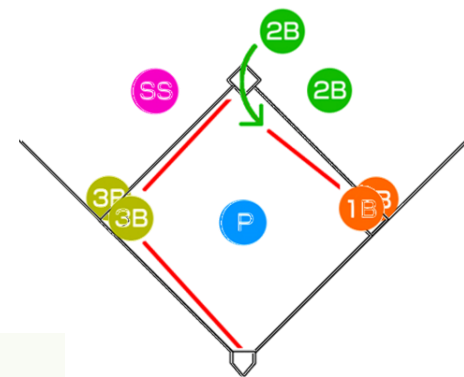
⇒ ポジションの確認

関係者が、利用者を中心とした顔の見えるネットワークを作る。

⇒ 連携プレーに向けて

お互いに協力できるところを出し合い、支援の切れ目をなくす。

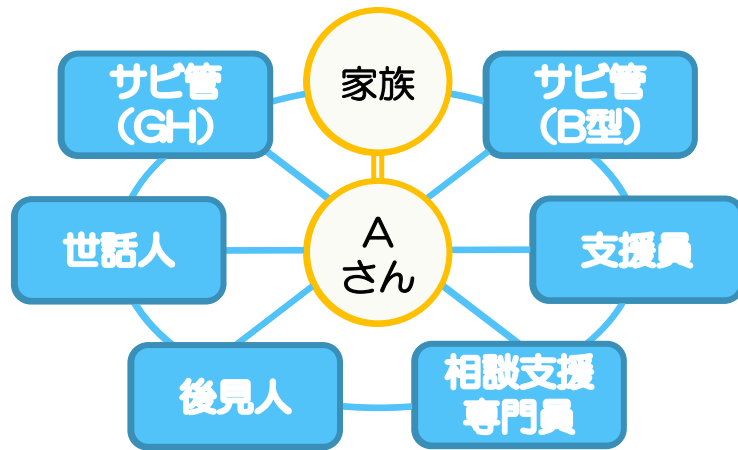
⇒ お見合いエラーを防止



「誰が」だけでなく「誰のための連携か」を意識

会議を活用した連携 ～深める～

【個別支援会議】



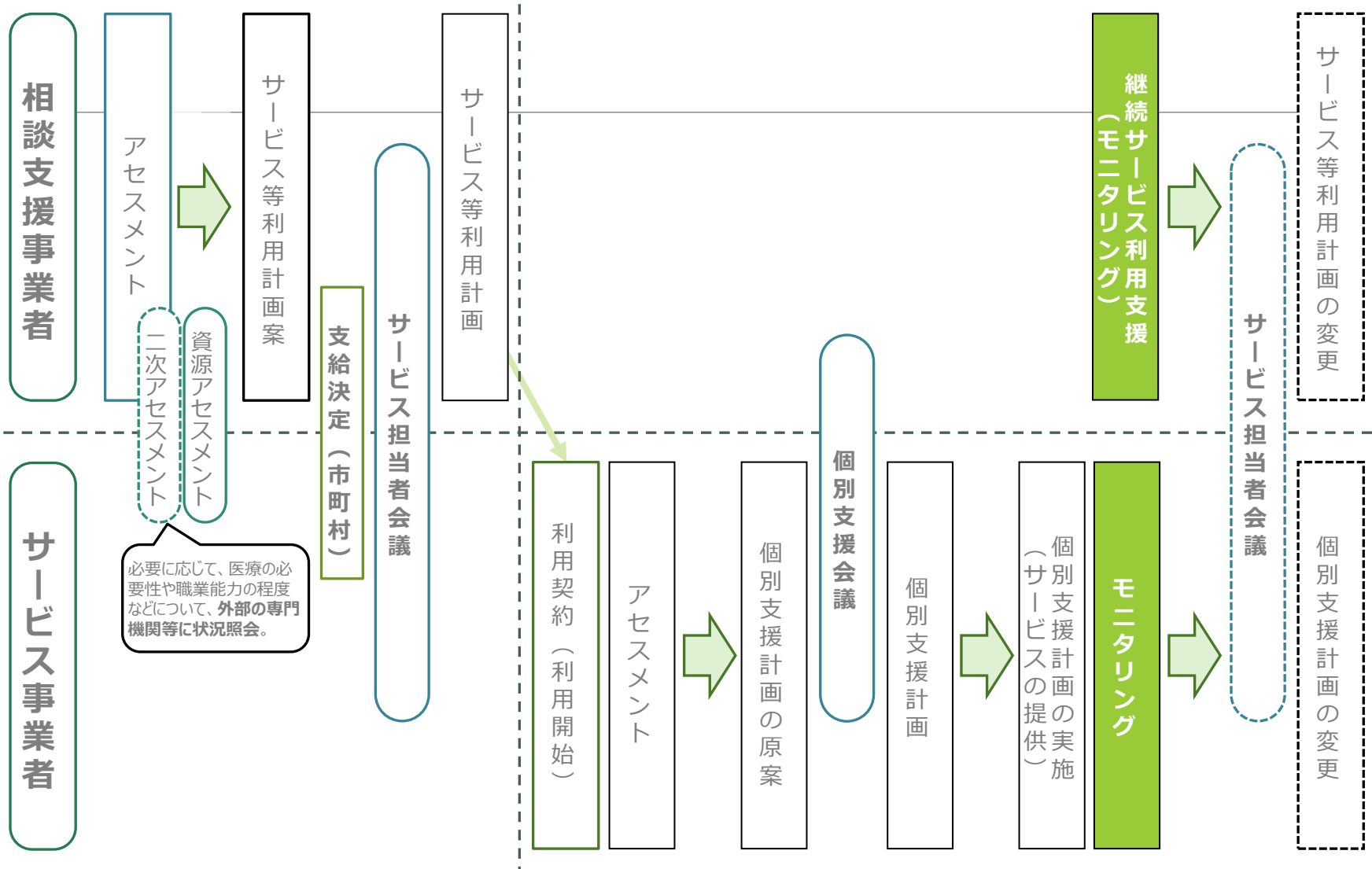
- ▶ サービス等利用計画に位置付けられた自サービス事業所の役割などを共通理解する
- ▶ 利用者のニーズや課題を共通理解し、支援の方向性、目標、計画について協議する
- ▶ 個別支援計画における支援者および関係者個々の役割を理解する

～ 深める支援 ～

サービス管理責任者は、サービス等利用計画をもとに個別的・具体的なサポートをするために、関係機関に呼び掛けて個別支援会議を開催し、個別支援計画を作成する。

支援を深めるための、事業所内での連携にも着目する。

指定特定相談支援事業者(計画作成担当)及び 障害児相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係

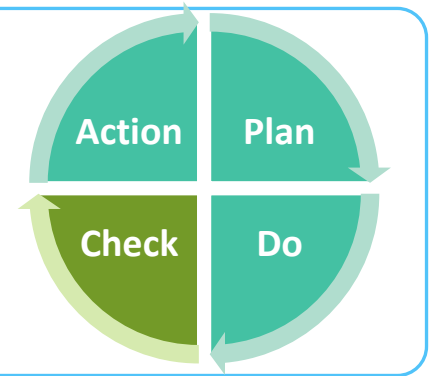


モニタリングの目的

PDCAサイクルの「C(チェック)」

⇒ 確認 (評価)

* 全てが計画通りにいくとは限らない



サービス（支援）の内容は適切か？

→ ひとつの支援にこだわっていないか（俯瞰的視点）

目標の達成度、ニーズの充足度は？

→ 充足していない場合は原因を分析

利用者の状況に変化は？（変化を見逃さない）

→ 状態（状況）は変化するもの（周囲の変化も影響）

総合的なニーズと個別ニーズ

横の連携

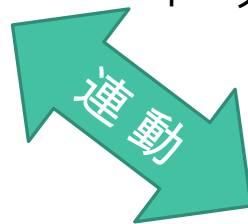
【相談支援事業所】
サービス等利用計画書

総合的なニーズ
グループホーム退所後
「一人暮らしを続けたい」

総合的なニーズ
グループホーム退所前
「一人暮らしを目指したい」



個別支援計画書



個別支援計画書

個別ニーズ
「元気に一人暮らしを続けたい」

個別ニーズ
「家事や服薬管理の練習をして
一人暮らしを目指したい。」



【ヘルパー】 【訪問看護】



【グループホーム】

途切れない継続的な支援

縦の連携

ライフステージの変化 ← 本人の状態だけでなく
様々な環境も変化する

乳幼児期

出生 ➡ 乳児期 ➡ 幼児期



学齢期

小学校 ➡ 中学校 ➡ 高校



成人期

青年期 ➡ 壮年期 ➡ 高齢期



- 支援者
- 学校
- クラスメイト
- サービス
- 活動内容
- 通所方法

etc..

ライフステージごとの支援をリセットするのではなく、次のステージにつないでいく



の移行期支援では会議の場を活用した連携が重要

ライフステージによって関わる機関

乳幼児期 (0歳～)

保健所（保健センター）
医療機関
福祉事務所
（家庭児童相談室）
児童相談所
保育所、幼稚園
児童館等
児童発達支援事業
児童発達支援センター
障害児入所施設
相談支援事業所 等

学齢期 (6歳～)

小学校、中学校
高等学校
特別支援学校
福祉事務所、児童相談所
医療機関、療育機関
教育相談所
教育委員会
放課後等デイサービス
放課後児童クラブ
障害児入所施設
相談支援事業所 等

学齢後期 (～18歳)

卒業後を見据えた支援

企業
障害福祉サービス事業所
（実習、体験等）
医療機関
地域障害者職業センター
ハローワーク
障害者就業・生活支援センター
相談支援事業所 等

機関によっては長い関わりがある。

サービス等利用計画と 個別支援計画の関係(第2部)

(対談)～事例から考える計画と連携の重要性～

社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団

出石精和園共同生活援助事業所

出石精和園児童通所支援事業所ぽけっと

出石精和園相談支援事業所

管理者 金海 太一

社会福祉法人 かるべの郷福祉会

かるべの郷ドリーム相談所

主任相談支援専門員

中川 祐一

事例から考える計画と連携の重要性

【Q1】

サービス担当者会議などで、ご本人のニーズや支援の方向性が共通認識されていたことで、うまくいった支援事例

事例から考える計画と連携の重要性

【Q2】

共通認識がうまくできていなかったことで、
うまくいかなかった失敗事例

事例から考える計画と連携の重要性

【Q3】

小→中→高とライフステージが変わる移行期におけるつなぎ「縦の連携」についての事例

事例から考える計画と連携の重要性

【Q4】

個別支援計画作成において気をつけていることや大切にしていること

全体を通してのまとめ

- 「深める支援」と「つながる支援」
 - 「縦の連携」と「横の連携」
 - ライフステージの移行期の支援
 - 計画の主体は「本人」
 - 本人を支えるチームの一員として
- 「夢の実現を目指す本人」を支える支援者を一緒に目指しましょう。