

医療的ケア児等コーディネーター 養成研修

【計画相談について】

児玉郡市障害者基幹相談支援センター

You & Iほみか

五月女裕美

自己紹介

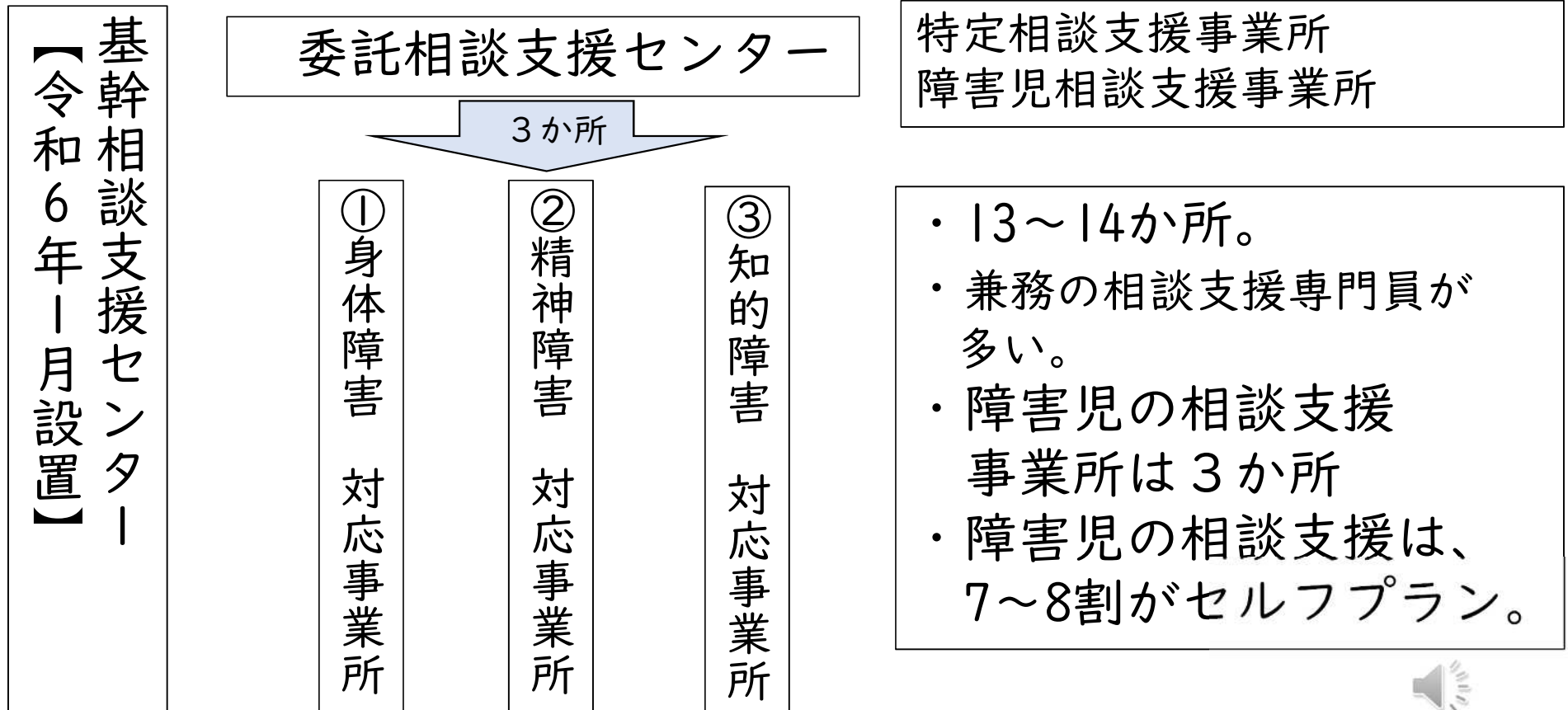
- 平成27年まで 社会福祉法人ルピナス会 ルピナス鴻巣ホーム
障害者支援施設（知的障害者） 生活支援員として勤務
- 平成27年 // 相談支援事業所ルピナス鴻巣 相談支援専門員
- 平成30年 // 相談支援事業所ルピナス本庄 相談支援専門員
- 令和元年 医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了
- 令和6年 児玉郡市障害者基幹相談支援センターYou&Iほみか



用語の説明

- 「相談支援専門員」 ➡ 特定相談支援事業所や障害児相談支援事業所に所属し、様々な関係機関と連携やサービス調整を行い、サービス等利用計画書等を作成し、本人や家族の思いや目標に向けて支援します。基幹相談支援センターや委託相談支援センターにも所属しています。
- 「特定相談支援事業所」 ➡ 相談支援専門員が所属し、原則18歳以上の障害者を対象に支援する事業所。サービス等利用計画書等を作成します。
- 「障害児相談支援事業所」 ➡ 相談支援専門員が所属し、18歳未満の障害児を対象に支援する事業所。サービス等利用計画書等を作成します。
- 「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」 ➡ 障害者や障害児の希望や目標などを聞き取り、その目標に向けて適切なサービス等が提供されるように作成する書類。サービスの支給決定前の書類。
- 「週間計画案」(正式には「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案・週間計画表」) ➡ 上記の「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」のサービスを受けた場合、1週間の生活及び週単位以外のサービス等も記載し、より詳細に生活全体が把握できるよう作成する書類。サービスの支給決定前の書類。
- 「サービス等利用計画・障害児支援利用計画」 ➡ サービス等が支給された後に、サービスの内容や目標、利用頻度等を総合的に盛り込んだ計画書。サービスの支給決定後の書類。
- 「週間計画」(正式には「サービス等利用計画・障害児支援利用計画・週間計画表」) ➡ サービスの内容や量が支給された後に、そのサービスを受ける曜日や時間帯等を細かく記載し、生活全体が把握できる書類。サービスの支給決定後の書類。
- 「モニタリング報告書」 ➡ 本人等に面談し、サービス等が適切に受けられているか、調整が必要な事はないか等、定期的(支給内容で決定)に評価し、その状況をまとめた書類。
- 「障害福祉サービス受給者証」 ➡ 障害者が障害福祉サービスを利用する際に交付される。サービスの種類、量、障害支援区分など、支給決定された内容などが記載されます。
- 「通所受給者証」 ➡ 障害児がサービスなどを利用する際に交付される。サービスの種類、量など、支給決定された内容などが記載されます。
- 「障害支援区分」 ➡ 一部、区分が不要なサービスはありますが、18歳以上の障害者がサービス等を利用する際に行政が実施する区分調査を受け、決定されます。1～6まで区分があり、区分によって利用できるサービスの種類、量が違います。
- 「セルフプラン」 ➡ サービス等を利用する際に、相談支援専門員が介入せず本人や周囲の関係者が作成する計画書等。セルフプランの場合には、サービス等の調整も自ら行う必要があります。

児玉郡市 相談支援体制 (R6.4時点)



相談支援の機能と役割

地域により事業内容や体制の違いがあります。
国と児玉郡市で求められている内容をまとめたものになります。

相談支援の機能・役割

【担い手】相談内容、事業内容等

地域
核的
相談
役割

- ①地域の相談支援体制の強化
- ②地域づくり

【基幹相談支援センター】

- ・基本相談
- ・総合的・専門的な相談の実施
- ・地域の相談機関への専門的な助言や人材育成の支援
- ・各種研修会や会議の開催による地域の相談機関との連携強化・事例検証
- ・障害者の地域移行・地域定着を進める取り組み
- ・権利擁護・虐待の防止に関すること

個別
の
相談
支援

- ①障害福祉サービス利用者以外への相談支援
- ②特定相談支援事業所等と連携した相談支援

【委託相談支援センター】 【市区町村障害福祉担当課】

- ・基本相談
- ・障害福祉サービスの利用相談
- ・日々の生活や将来のこと
- ・家族としてのかかわり方 等

- ①障害福祉サービス等利用者の相談支援
- ②通所給付等利用者への相談支援(障害児)

【特定相談支援事業所】 【障害児相談支援事業所】

- ・基本相談
- ・障害福祉サービス等の利用者と契約し、サービス等利用計画書等を作成
- ・サービスの新規利用や更新等に関するサポート
- ・定期的なサービス利用状況や生活状況等のモニタリング



障害児が利用できるサービス

【障害児(原則18歳未満)が利用できるサービス】(一部)

〈児童福祉法〉(通所系)

- ◎児童発達支援
- ◎医療型児童発達支援
- ◎放課後等デイサービス

(入所系)

- ◎障害児入所施設(福祉型)食事・排泄などの介護サービス等を提供。
- ◎障害児入所施設(医療型)生活に必要な医療行為、精神医療、強度行動障害への対応等

〈障害者総合支援法〉

- ◇短期入所(福祉型・医療型)
- ◇居宅介護サービス(ヘルパー)

〈地域生活支援事業〉

- 日中一時支援
- 移動支援、生活サポート事業
- 訪問入浴

(行政により名称が違う)



障害者が利用できるサービス

【障害者(原則18歳以上～64歳)が利用できるサービス】(一部)

〈障害者総合支援法〉

- ◇短期入所(福祉型・医療型)
- ◇居宅介護サービス(ヘルパー)
- ◇生活介護
- ◇施設入所支援
- ◇療養介護

〈地域生活支援事業〉

- 日中一時支援
 - 移動支援、生活サポート事業
 - 訪問入浴
- (行政により名称が違う)



相談支援専門員が計画書を作成する時に連携し確認する事項

【医療】

- ・訪問看護
- ・病院
- ・訪問リハビリ
- ・往診 等

【福祉】

- ・前スライド①②
等

【教育】

- ・幼稚園
- ・保育園
- ・学校 等

【家族・余暇】

- ・サークル
- ・サロン
等

【行政】

- ・小児慢性医療特定疾病医療受給者証
- ・特別児童扶養手当
等

これらの機関と包括的に連携し支援します

【計画相談の手続き】

①の前に行政への申請と計画相談支援事業所との契約が必要。

- ①計画相談の事業所がアセスメントを実施
- ②アセスメントを元に「サービス等利用計画(案)・障害児支援利用計画(案)」を作成し、行政に提出。
- ③障害支援区分が必要なサービスの場合➡区分調査➡障害支援区分認定(行政が手続き)
- ④提出されたサービスの種類、サービス量等が適切かを行政が確認し、支給決定。
- ⑤行政より、支給内容等が記載された「障害福祉サービス受給者証」や「通所受給者証」が交付される。
- ⑥支給決定内容を元に、計画相談の事業所が本人と関係機関とのサービス担当者会議を開催(関係機関とここで内容確認と情報共有、訂正箇所の有無を確認)
- ⑦⑥の担当者会議で話し合った内容を「サービス等利用計画・障害児支援利用計画」に反映し、署名を頂き行政に提出。
- ⑧サービスの開始。
- ⑨交付された受給者証に記載された期間にモニタリングを実施。
- ⑩サービスは支給期間があるため、更新が必要な場合は①に戻ります。



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) | 〇〇〇様 | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | 相談支援事業所〇〇〇 |
| 保護者氏名 | | 本人との続柄 | | | |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | | | 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) | 3か月ごと | 利用者同意署名欄 | |
| | | | | 代筆者署名欄(続柄) | () |

| | |
|----------------------------|---|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) | 学校は楽しく通えている。音楽、キラキラ光るものが好き。お風呂も好き。(考察) 歩くのも練習している。いろいろな物に興味を持ってほしい。指先の発達など、成長につながる遊びに興味を持ってくれたら、歩けるようにしてあげたい。リハビリは続けていきたい。(母親) (今後) 身体が大きくなるとお風呂に家族で入れられるか心配。緊急時に相談したいので、訪問看護を考えている。 |
| 総合的な援助の方針 | 今後も学校や放課後等デイサービス等で、好きな事をおして、興味の幅を広げ、心地よく過ごせる時間を増やしていけるようサポートしていく。安心・安全に入浴ができる方法を家族と一緒に考えていく。 |
| 長期目標 | 学校や放課後等デイサービスのお友達と行事や授業の中で、楽しく活動していく。リハビリや遊びを通して、身体機能の向上を目指していく。入浴については、家族の負担状況を確認し、必要な調整を行い支援していく。 |
| 短期目標 | 訪問看護について検討し、家族も本人も安心して生活が送れるようにしていく。 |

| 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 | 歩けるようにしてあげたい。リハビリは続けていきたい。(家族) 歩く事も歩行器を使って練習している。 | 毎日の医療的ケアや定期通院を行い、健康に過ごしていけるように支援していく。 日々の体調について、家族と学校、事業所が情報共有を行う。 理学療法やリハビリ外来での訓練内容を共有し、自宅や学校、放課後等デイサービスで取り組めることを検討していく。 | 半年 | ・放課後等デイサービス(25日/月)重症心身障害児、個別サポートⅠ 好きな事や興味あることを引き出し、楽しい時間、成長を促す時間の提供 ・学校 授業や行事等をおして、様々な経験を積み重ねていけるよう支援する。 ・医療 ・理学療法、リハビリ外来 ・家族 ・障害児計画相談 目標に向けた調整、情報共有の場等の調整 | 快適な医療的ケアや介助が受けられるよう、気持ち良い・嫌だということを介助者に伝えてみましょう。 リハビリに取り組みたいきましょう。 | | <p>母が学校に送迎 放課後等デイサービスが近隣の〇〇まで送ってくるため、〇時に迎え。 など、家族の動きを記入している。</p> |
| 2 | 学校は楽しく通えている。音楽、キラキラ光るものが好き。お風呂も好き。(考察) いろいろな物に興味を持ってほしい。指先の発達など、成長につながる遊びに興味を持ってくれたら。(家族) | 様々な遊びや活動を通して、本人の興味を広げ、発達に繋げていけるように支援する。 表情や反応から、本人の気持ちを汲み取っていく。 心地よさ、楽しさを感じられる時間を増やしていく。 | 1年 | ・放課後等デイサービス(25日/月)重症心身障害児、個別サポートⅠ 好きな事や興味あることを引き出し、楽しい時間、成長を促す時間の提供 ・学校 授業や行事等をおして、様々な経験を積み重ねていけるよう支援する。 ・家族 | お友だちと一緒に、楽しく遊ぶ。 新しいことにもチャレンジしていく。 | | |
| 3 | (今後) 身体が大きくなるとお風呂に家族で入れられるか心配。緊急時に相談したいので、訪問看護を考えている。 | 本人の気持ちに合いながら、入浴支援や訪問看護について、家族と一緒に考え、情報提供、必要時の調整を行う、 | 1年 | ・障害児計画相談 必要に応じて情報の提供や調整等 | | | |

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

| | | | | | |
|--------------------|----------|----------|--------|----------|------------|
| 利用者氏名(児童氏名) | 〇〇様 | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | 相談支援事業所〇〇〇 |
| 保護者氏名(成人からはこの列を削除) | | 本人との続柄 | | | |
| 障害種別 | 番号 | 利用者負担上限額 | 4,600円 | 計画作成担当者 | 〇〇〇 |
| 地域 | 相談支援支所番号 | 通所受給者証番号 | | | |

計画開始年月

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|--|
| 6:00 | 睡眠 起床 朝食(経管栄養) | 睡眠 起床 朝食(経管栄養) | 睡眠 起床 朝食(経管栄養) | 睡眠 起床 朝食(経管栄養) | 睡眠 起床 朝食(経管栄養) | 睡眠 起床 朝食(経管栄養) | 睡眠 起床 朝食(経管栄養) | <p>・令和〇年〇月、県立〇〇〇特別支援学校小学部入学。入学当初は、母親が学校に待機し、経管栄養や痰吸引等、必要な処置を行っていたが、夏休み前には送迎のみになっている。</p> <p>・長期休暇は、放課後等デイサービスの送迎の日もあるが、母親が送迎する日もある。</p> <p>・経管栄養(胃ろう) 1回1時間</p> <p>・令和〇年〇月から、放課後等デイサービス「〇〇〇」の利用開始。当初は火・木に利用していたが、2年生になってからは金曜日を追加して週3日利用している。送迎もしてもらっている。</p> <p>・食事は経管栄養(胃ろう)。排泄、入浴は全介助。痰吸引は1日10回程度。体調に応じて吸入を行っている。</p> <p>・両親と姉の4人暮らし。自宅では、音の出る絵本や音楽、テレビを楽しんでいる。</p> <p>・休日は、家族でショッピングモールや室内遊びのできる施設に出かけることもあるが、コロナ禍では外出は減らしている。</p> |
| 8:00 | 身支度等 母親の送迎 | 身支度等 母親の送迎 | 身支度等 母親の送迎 | 身支度等 母親の送迎 | 身支度等 母親の送迎 | 自宅過ごすことが多い | 身支度等 | |
| 10:00 | 特別支援学校小学部 昼食(経管栄養) | 特別支援学校小学部 (経管栄養) | 特別支援学校小学部 (経管栄養) | 特別支援学校小学部 (経管栄養) | 特別支援学校小学部 (経管栄養) | | | |
| 12:00 | | | | | | 昼食(経管栄養) ゴロゴロ、遊びなど | | |
| 14:00 | 母親の送迎 | | 母親の送迎 | 放課後等デイサービス | 放課後等デイサービス | 昼寝 | ショッピングモールなど | |
| 16:00 | ゴロゴロ、遊びなど | 放課後等デイサービス 送迎 | ゴロゴロ、遊びなど | 放課後等デイサービス 送迎 | 放課後等デイサービス 送迎 | ゴロゴロ、遊びなど | | |
| 18:00 | 夕食(経管栄養) | ゴロゴロ、遊びなど 夕食(経管栄養) | ゴロゴロ、遊びなど 夕食(経管栄養) | ゴロゴロ、遊びなど 夕食(経管栄養) | ゴロゴロ、遊びなど 夕食(経管栄養) | ゴロゴロ、遊びなど 夕食(経管栄養) | 夕食(経管栄養) | |
| 20:00 | ゴロゴロ、遊びなど 入浴 | ゴロゴロ、遊びなど 入浴 | ゴロゴロ、遊びなど 入浴 | ゴロゴロ、遊びなど 入浴 | ゴロゴロ、遊びなど 入浴 | ゴロゴロ、遊びなど 入浴 | ゴロゴロ、遊びなど 入浴 | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |

週単位以外のサービス


- ・〇〇〇病院【小児科、耳鼻科】(月1回)
- ・〇〇眼科(3か月ごと)
- ・〇〇〇医院(随時)
- ・〇〇〇園【PT・MT】(月2回)(コロナ禍で休止中)
- ・医療型障害児入所施設(月2回リハビリ)
- ・医療型障害児入所施設(有期有目的入所・親子入所)(年に1~2回、1回1ヶ月)



申請者の現状【基本情報】

| | | |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| 作成日 | 相談支援事業者名 | 計画作成担当者 |
| 1.概要(支援経過・現状と課題等) | | |
| | | |
| 2.利用者の状況 | | |
| 氏名 | 生年月日 | 年齢 |
| 住所 | [持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()] | |
| | 電話番号 FAX番号 | |
| 障害または疾患名 | 障害支援区分 | 性別 男・女 |
| 家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 | | 社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割) |
| | | |



| | | | | | |
|--------------------------------------|----|----------|------|------------------------------|---|
| 生活歴 ※受診歴等含む | | | | 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 | |
| | | | | | |
| 本人の主訴(意向・希望) | | | | 家族の主訴(意向・希望) | |
| | | | | | |
| 3. 支援の状況 | | | | | |
| | 名称 | 提供機関・提供者 | 支援内容 | 頻度 | 備考 |
| 公的支援 (障害福祉 サービス、 介護保険 等) | | | | | |
| その他の支 援 | | | | |  |

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

| | | | | | |
|-------|--|--------|--|----------|--|
| 利用者氏名 | | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | |
| | | | | 計画作成担当者 | |

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
|-------|---|---|---|---|---|---|-----|---|
| 6:00 | | | | | | | | <div style="border: 1px solid black; height: 100%; width: 100%;"></div> |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |



【復習】 サービス等利用計画作成の作成にあたって

『サービス等利用計画作成サポートブック』 から

【必要性】 (p.5-p.6)

- ① ニーズに基づいた本人中心の支援を受けられる。
- ② チームによる質の高いサービスが提供できる。
- ③ サービス提供(支給決定)の根拠となる。
- ④ 地域全体のサービス充実の契機となる。

【備えるべき特徴】 (p.7-p.8)

- ① 自立支援計画であること。
- ② 総合支援計画であること。
- ③ 将来計画であること。
- ④ ライフステージを通した一環した支援計画であること。
- ⑤ 不足したサービス、資源を考える契機であること
- ⑥ ネットワークによる協働であること。

【ポイント】 (p.9-p.10)

- ① エンパワメントの視点が入っているか。
- ② アドボカシーの視点が入っているか。
- ③ トータルな生活を支援する計画になっているか。
- ④ 連携、チームでの計画になっているか。
- ⑤ サービス等調整会議(サービス担当者会議)が開催されているか。
- ⑥ ニーズに基づいた計画になっているか。
- ⑦ 中立公平な計画になっているか。
- ⑧ 生活の質を向上させる計画になっているか。



サービス等利用計画案作成上の留意点

『サービス等利用計画作成サポートブック』(p.20-p.23)

| サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 | | 一部抜粋 |
|----------------------------|--|----------|
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が希望する生活の全体像を記載する(「こんなふうに生活したい」「こんなことをやってみたい」等)。 ○ 利用者の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。 ○ 抽象的な表現は避ける。(例「安定した生活がしたい。」) ○ 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を具体的にイメージしたことを確認した上で記載する。 | |
| 総合的な援助の方針 | <ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメントにより抽出された課題をふまえ、上記の意向を相談支援専門員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。 ○ 支援にかかわる関係機関に共通の最終的に到達すべき方向性や状況として記載する。 ○ 利用者や家族が持っている力、強み、できること、エンパワメントを意識し、一方的に援助して終わるのではなく、援助することで強みやできることが増える方針を記載する。 ○ 表現が抽象的でなく、サービス提供事業所が個別支援計画の方向性やサービス内容を定める際にも参考にしやすいように記載する。 | |
| 長期目標 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 総合的な援助の方針をふまえた長期目標を記載する。 ○ 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。 ○ 単なる努力目標でなく、利用者が希望する生活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、家族にわかりやすい(抽象的でない、曖昧でない)目標を記載する。 ○ 支援者側の目標を設定したり、サービス内容を目標に設定しない。 ○ 半年から一年をめどに記載する。 | |
| 短期目標 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 総合的な援助の方針をふまえた短期目標を記載する。 ○ 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かわかり、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目標を設定する。 ○ 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。 ○ サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指針となることを意識して記載する。 ○ 支援者側の目標を設定しない。 ○ モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヶ月までをめどに記載する。 | |



サービス等利用計画案作成上の留意点

『サービス等利用計画作成サポートブック』(p.20-p.23)

| 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 | | | | | | | |

| | |
|---------------------|---|
| 優先順位 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急である課題、利用者の動機づけとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題、医師等の専門職からの課題等に関連づけ、まず取り組むべき事項から優先順位をつける。 ○ 利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいと思う意欲的な課題から優先するなど、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載する。 |
| 解決すべき課題 (本人のニーズ) | <ul style="list-style-type: none"> ○ 「利用者及びその家族の生活に対する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載する。 ○ 生活する上でサービス利用の必要性がない課題(ニーズ)についても網羅し、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は避ける。 ○ 漠然としたまとめかたではなく、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。 ○ 抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、相談支援専門員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。 |
| 支援目標 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 「解決すべき課題(本人のニーズ)」を相談支援専門員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。 ○ 短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載する。 |
| 達成時期 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 段階的に達成できる達成時期を記載する。 |
| 福祉サービス等 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載する。 ○ 公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)とその他の支援(インフォーマルサービス)を必要に応じて盛り込む。 ○ インフォーマルサービスが含まれていない場合、直ちに不適切ということではないが、含まれていない理由や、支援の導入を検討することが重要である。 ○ 支援にあたっては、福祉サービス等を導入するとともに、本人のできていること、強みを活かした計画作成を心がける。 ○ 特定のサービスによる偏りがないように作成する。 ○ すべてのサービス種類・内容が同時並行で導入されるとは限らないので、導入順序についても計画性をもつ。 |



サービス等利用計画案作成上の留意点

『サービス等利用計画作成サポートブック』(p.20-p.23)

| 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 | | | | | | | |

| | |
|-------------------|--|
| 課題解決のための 本人の役割 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 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、利用者に無理な負担がかからないように留意する。 |
| 評価時期 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 設定した支援の達成時期をふまえ、適切な評価時期を設定する。 ○ サービス導入後の変化についてあらかじめ見通しをもち、適切な評価時期を設定する。 ○ サービスが効果的に機能しているかについて初期段階での確認が大切であるため、サービス導入直後のモニタリングは特に留意が必要である。 ○ 過剰なサービスにより利用者のエンパワメントが妨げられないよう、適切な時期に必要な性の再評価が必要である。 |
| その他 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 項目で記載しきれない具体的な取り組み等について記載する。 ○ 関係機関の役割分担等、サービス提供にあたっての留意事項を記載する。 ○ スケジュールや見通しに対して、対応方法の一貫性が必要な利用者に対しては、家族、事業所間での密な連携が必要であるため、必要に応じて、支援方法を統一するためのサービス等調整会議の開催が求められる。 |

【サービス等利用計画案全般】

- 支給決定に直結する項目であるため、解決すべき課題(本人のニーズ)に対応する公的支援、その他の支援を網羅して検討する。
- 支援を受けながらも利用者が役割を持つこと、エンパワメント支援を意識して記載する。
- サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の基礎情報となることを意識して記載する。
- 関係機関が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サービス等調整会議を開催する。
- 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、相談支援専門員が専門職として利用者の希望する生活を実現するために必要なことは何かを考えて記載する。



サービス等利用計画案作成上の留意点

『サービス等利用計画作成サポートブック』(p.24-p.25)

| サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】 | | | | | | | 一部抜粋 |
|---|--|---|---|---|---|-----|---|
| 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 | <p>【週間計画表】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現時点での一週間の生活実態の全体を把握できるよう、できるだけ具体的に記入する。 ○ 公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)とその他の支援(インフォーマルサービス)の違いがわかるように記載する。 ○ 起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間(活動内容)、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間(誰が、何を支援しているか)もできるだけ切れ目なく記載する。 ○ 個々の内容について、誰が(家族など)支援しているか記載する。 ○ 夜間・土日は家族がいるからといってサービスが必要ないとは限らない。家族の介護状況等も記載する。 | | | | | | <p>【主な日常生活上の活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 週間計画を作成するにあたり重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表に記載しきれなかった情報を記載する。 ○ 一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載する。 ○ 家族や近隣、ボランティア等のかかわりや不在の時間帯等について記載する。 ○ 利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載する。 ○ 利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載する。 |
| | | | | | | | 週単位以外のサービス |
| | <p>【週単位以外のサービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 隔週・不定期に利用しているサービスについて記載する。 ○ 医療機関等への受診状況などもここに記載する。 ○ 週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載する。 ○ 利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要なサービスについて記載する。 ○ 利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動と異なり、相談支援専門員や市町村行政担当者、サービス提供事業所等が手配しているものを記載する。 | | | | | | |
| | <p>ニーズ整理票「今回大づかみに捉えた本人像」から導かれる</p> | | | | | | |
| | <p>サービス提供によって実現する生活の全体像</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、中立公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載する。 ○ 計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的にわかるよう、明快かつ簡潔に記載する。 ○ 利用者・家族・関係機関等からの情報にはないが相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必要と考える事項等について記載する。 | | | | | | |

サービス等利用計画

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|--|------|--|
| 利用者氏名 | | 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 | | | | | | |
| 計画作成日 | | サービス提供期間(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) | | <ul style="list-style-type: none"> ● 援助の方針は、あやふやでなく、できるだけ明確に。この援助の方針が一致しないと、サービス提供事業所の個別支援計画もぶれてきてしまう。大切な指針。そして、その為に、どんな目標を掲げればいいのか、具体的に、長期目標、短期目標を設定していく。 ● 総合的な援助方針を踏まえて、長期目標・短期目標を記載する。 ※重症心身障害児者の場合、特別なイベントだけでなく、日常生活を大切にすることを必要。 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者が希望する生活の全体像を記入する。 ※重症心身障害児者の場合は、家族の意向のみに偏りがちであるが、利用者自身の意向も表情や反応等から汲み取り、反映していく。 ● 本人の願いや思いを、できるだけ本人の表現で、前向きな表現、具体的な表現で記入。 ● 家庭の意向と、本人の意向が異なる場合には、特に工夫が必要。本人の意向と区別し、誰の意向が明記する。 | | |
| 総合的な援助の方針 | | <ul style="list-style-type: none"> ● モニタリングの期間を視野に入れて、おおむね直近から3か月、半年を目途に。 ● 達成できたか判断できる実現可能な内容で。 | | <ul style="list-style-type: none"> ● アセスメントにより抽出した課題を踏まえ、「利用者及びその家族の生活に関する意向」を捉え、計画作成の指針とする。 ※重症心身障害児者の場合は、医学的な情報、身体状況等も含めて総合的にアセスメントする。 | | |
| 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) | 福祉サービスの種類・内容・量(頻度・時間) | 提供事業者名(担当者名・電話) | サービスの役割 | 評価時期 | その他留意事項 |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> ● 「利用者及びその家族の生活に関する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載する。 ● 本人の思いも含めて、実現したいことや解決したいことを出来るだけ具体的に。 ● 専門用語は避け、漠然と抽象的に誰にも当てはまるような表現でなく。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 半年から一年位を目途に、本人が希望する生活に近づくための目標。 ● 高すぎもせず、低すぎもしない妥当な目標。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 利用するサービスを単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載する。 ● 公的サービスだけでなく、インフォーマルサービスも。 ※重症心身障害児者の場合、本人家族が希望していても社会資源の不足により提供できない場合もその旨を記載する。 ※ICFの考え方に基づき、補装具、日常生活用具(代替コミュニケーション機器含む)等も積極的に導入する。 | <ul style="list-style-type: none"> ● できれば、本人の強み(ストレングス)が活かせるような、或いは、本人の気持ちが動くような、エンパワメント(力)更に伸ばせることが本人の役割として入れられるように記載する。 ● 本人が自分のこととして取り組めるような表現で、専門用語は使わない。 ※重症心身障害児者の場合もエンパワメントの内容、感性を豊かにしたり、笑顔を多く引き出せるなども視野に入れる。 | | <ul style="list-style-type: none"> ● 記載しきれなかった、具体的取り組みなど。 ● 支援にあたるサービス提供事業所が個別支援計画を作成するにあたり、ポイントとなる点、共有化しておきたいこと。また、特に、障害が困難な場合は、支援方法の統一を図るための手立てなど。 ● 関係機関の役割分担等も記載する。 |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> ● 本人の願いや、解決したい課題について、[急ぐ⇔急がない][重い⇔軽い]を考えながら、すぐに対応すべきことと、時間をかけて取り組むべきことを見極めていく。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 長期、短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載する。 ● そのために、どのような支援が必要か、達成時期との兼ね合いも見据えて、できるだけ具体的に記載する。 ● 本人のニーズを相談支援専門員の立場で捉えなおし、支援の側からの目標として記載する。 | <ul style="list-style-type: none"> ● 段階的に達成できる時期を記載する。※重症心身障害児者の場合は、障害(進行性疾患等)の状況によっては、スピードが必要なことも意識する。 | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |

サービス等利用計画【週間計画表】

| | | | | | |
|----------------|--|----------|--|----------|--|
| 利用者氏名 | | 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 | | | | | |
| 計画開始年月 | | | | | |

| | 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 | | | | | | | | |
| サービス提供によって実現する生活の全体像 | | | | | | | | |

●一日の生活の流れを起床から就寝まで(日中の活動を含め)記載する。
 ●公的サービスだけでなく、できるだけ、途切れなく、自分で過ごす時間、家族やそれ以外の支援者が支援している時間も記載する。

●週間表では記入できないことを出来るだけ細かく記入。家庭の状態も含めて記入すると分かり易い。また、本人の楽しみ、生活の豊かさなども記載する。
 ●一日の生活の中で習慣化していることがあればそれも記載する。

●週間の情報に書けない内容を記入。例)月1回、第三〇曜日、〇〇病院通院
 ●障害福祉サービスでない、インフォーマルサービスも記載する。

●なぜ、当該の障害福祉サービスの提供が必要なのか、そして、そのサービスの提供によって、本人の暮らしがどの様に描けるのか、良くなっていくのか。説得力ある文章で記載する。
 ●そのサービスが必要なのは、本人の障害に起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境に起因するのかを記載する。

週単位以外のサービス



モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

| | | |
|----------------|-----------|----------------|
| 利用者氏名(児童氏名) | 障害支援区分 | 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 | |
| 計画作成日 | モニタリング実施日 | 利用者同意署名欄 |
| | | 代筆者署名欄(続柄) () |

| | |
|-----------|-------|
| 総合的な援助の方針 | 全体の状況 |
|-----------|-------|

| 優先順位 | 支援目標 | 達成時期 | サービス提供状況 (事業者からの聞き取り) | 本人の感想・満足度 | 支援目標の達成度 (ニーズの充足度) | 今後の課題・解決方法 | 計画変更の必要性 | | | その他留意事項 |
|------|------|------|--------------------------|-----------|-----------------------|------------|-----------|----------|---------|---------|
| | | | | | | | サービス種類の変更 | サービス量の変更 | 週間計画の変更 | |
| 1 | | | | | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| 2 | | | | | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| 3 | | | | | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| 4 | | | | | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| 5 | | | | | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |

計画書の「総合的な援助の方針」を記入

計画書の「支援目標」を記入

モニタリング月の状況を要約して記入(特に決まりはない為、留意事項である経歴等を記入する場合もある。)

計画相談のポイント

- 【1】意思決定支援
- 【2】チーム支援
- 【3】アセスメント
- 【4】家族への配慮



【1】意思決定支援

障害者の権利に関する条約と意思決定

- 2006年 障害者の権利に関する条約が国連総会で採択される。
- 条約をつくるための話し合いには、

「 “Nothing About Us Without Us”
(私たちのことを、私たち抜きに決めないで)

というスローガンのもと、多くの当事者も参加しました。



障害者の権利に関する条約と意思決定

- 2014年 日本が障害者の権利に関する条約に批准
- 国連本部では、毎年締結国による会議が行なわれるほか、各国の取り組み状況を国連の委員会が定期的に審査し、必要な勧告を出すことが定められている。
- 審査は、「政府報告」（どのような法律を定め施行しているか等）を国連の障害者権利委員会に提出し、障害者団体や日弁連等も、パラレルレポート（障害者施策の現状や課題・改善点をまとめたもの）を障害者権利委員会に提出した後、質疑応答と対面審査が行われる。



障害者の権利に関する条約と意思決定

- 2022年8月22日～23日 日本の初回審査
- 2022年9月9日 総括所見

脱施設・強制入院・地域移行やインクルーシブ教育について勧告があったことが報道されているが、その他にも条約12条 法の前に等しく認められる権利についても勧告されている。

全ての差別的な法規制と政策を廃止し、支援付きの意思決定のメカニズムを確立すること。

代理・代替的な意思決定の廃止を勧告



令和6年度 法改正（「指定計画相談の事業の人員及び運営に関する基準について」より抜粋）

- サービス担当者会議については原則として利用者等が同席した上で行わなければならないものである。ただし例えば当該利用者の病状により会議への同席事態が極めて困難な場合等やむを得ない場合については、例外的にテレビ電話装置の活用等、同席以外の方法により希望する生活及びサービスに対する意向等を改めて確認することで差し支えない。



令和6年度 法改正（「指定計画相談の事業の人員及び運営に関する基準について」より抜粋）

サービス等利用計画の作成にあたっては、利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援の配慮しつつ、利用者の希望等を踏まえて作成する事が基本
その際、「障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン」を踏まえて利用者が自立した日常生活又は社会生活を営む事ができるよう、意思決定支援ガイドラインに掲げる次の基本原則に十分に留意しつつ利用者の決定支援に配慮すること

- ア 本人の意思決定に配慮すること。
- イ 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するように努める姿勢が求められる。
- ウ 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら意思及び選好を推定する。



意思決定支援に向けた視点

- ◎ 言葉やジェスチャー、筆記、クレーン行動、PC等の意思表示が難しい方も、必ず「意思」「気持ち（不安、怒り、悲しい、嬉しい、好き、嫌い、苦手）」「希望」「意向」「考え」等がある。
- ◎ これは、医療的ケアが必要な方に限らない。
- ◎ どうしたら、その方の気持ちが分かり、どうしたらその方が自分の意思を決定できるかを考える。
- ◎ ノンバーバル（言葉を使わない、非言語的）コミュニケーション（視線、表情、まばたき、身振り、手振り、筋緊張等）



意思決定支援内容 いつ・誰と・どこで・何を

- ◎ 生活の領域 食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴、社会参加、余暇等

- ◎ 人生の領域 生活場所、働き場所、障害福祉サービスの利用・利用先の選択等

- ◎ 生命の領域 健康上の事項、医療措置等



意思決定支援を行う環境

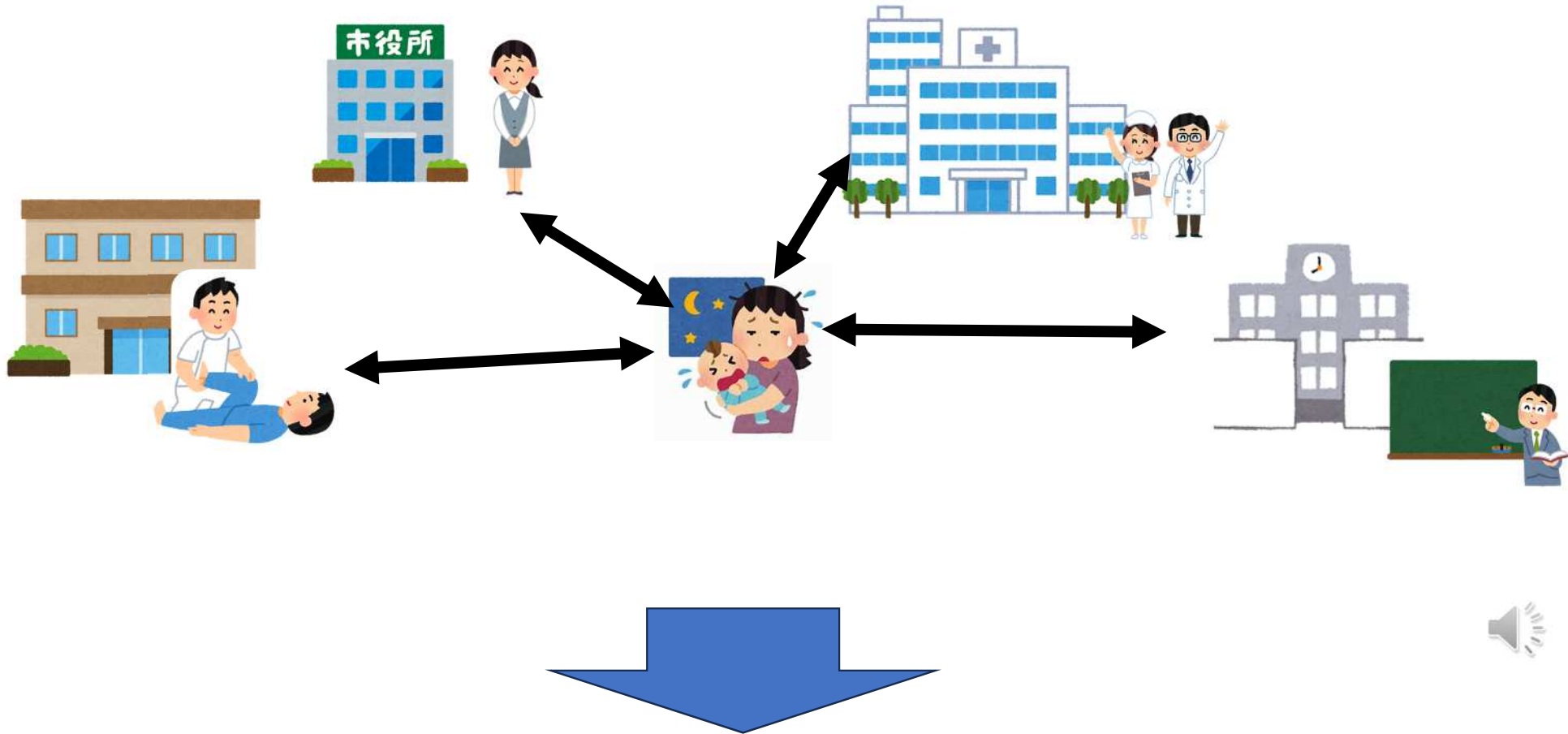
- ◎ 場所・・・どのような場所で意思決定をするか、慣れた場、親しみある場、快適さも大切。
- ◎ 人・・・人も環境であり、決定する際の態度、方法、技術も影響する。

意思決定支援においても、一人ひとりにとってどんな合理的配慮が必要か考えていく事が大切です。

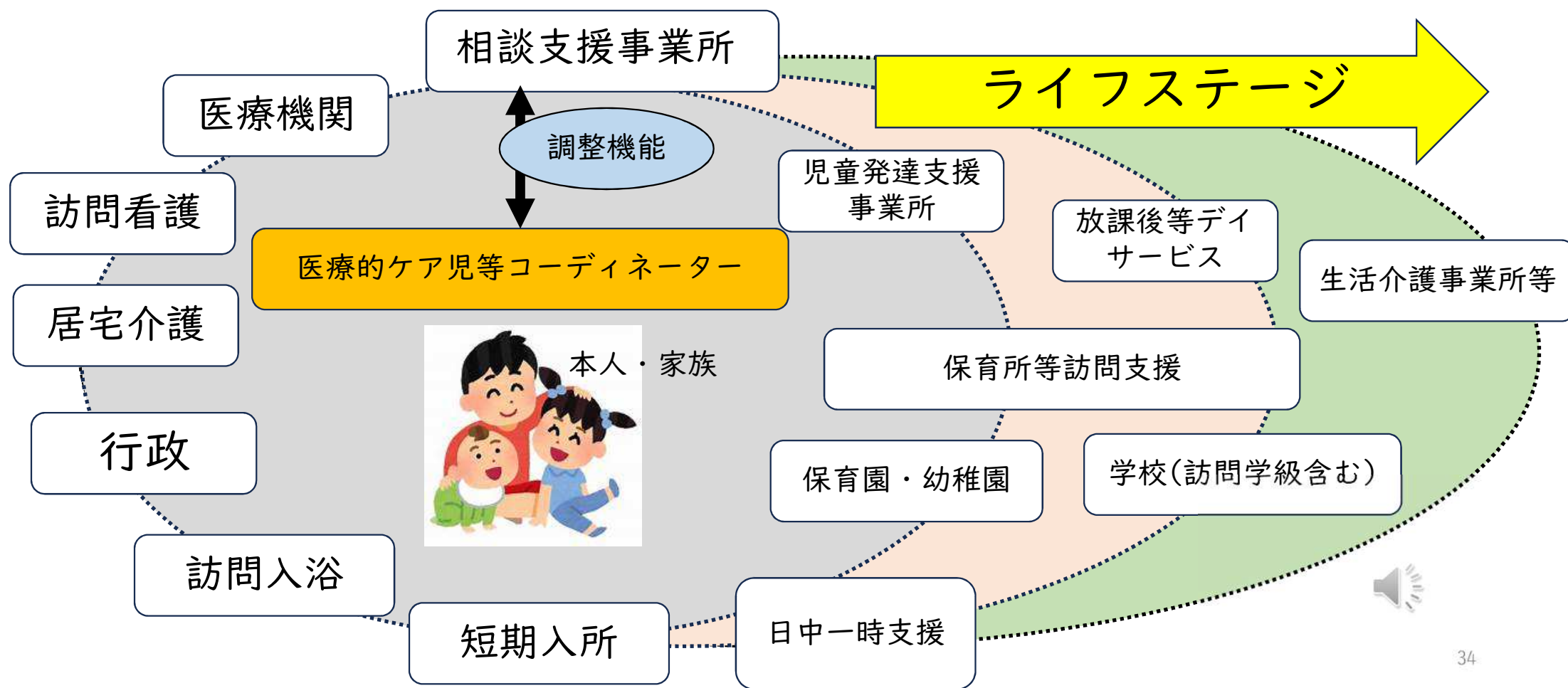


【2】 チーム支援

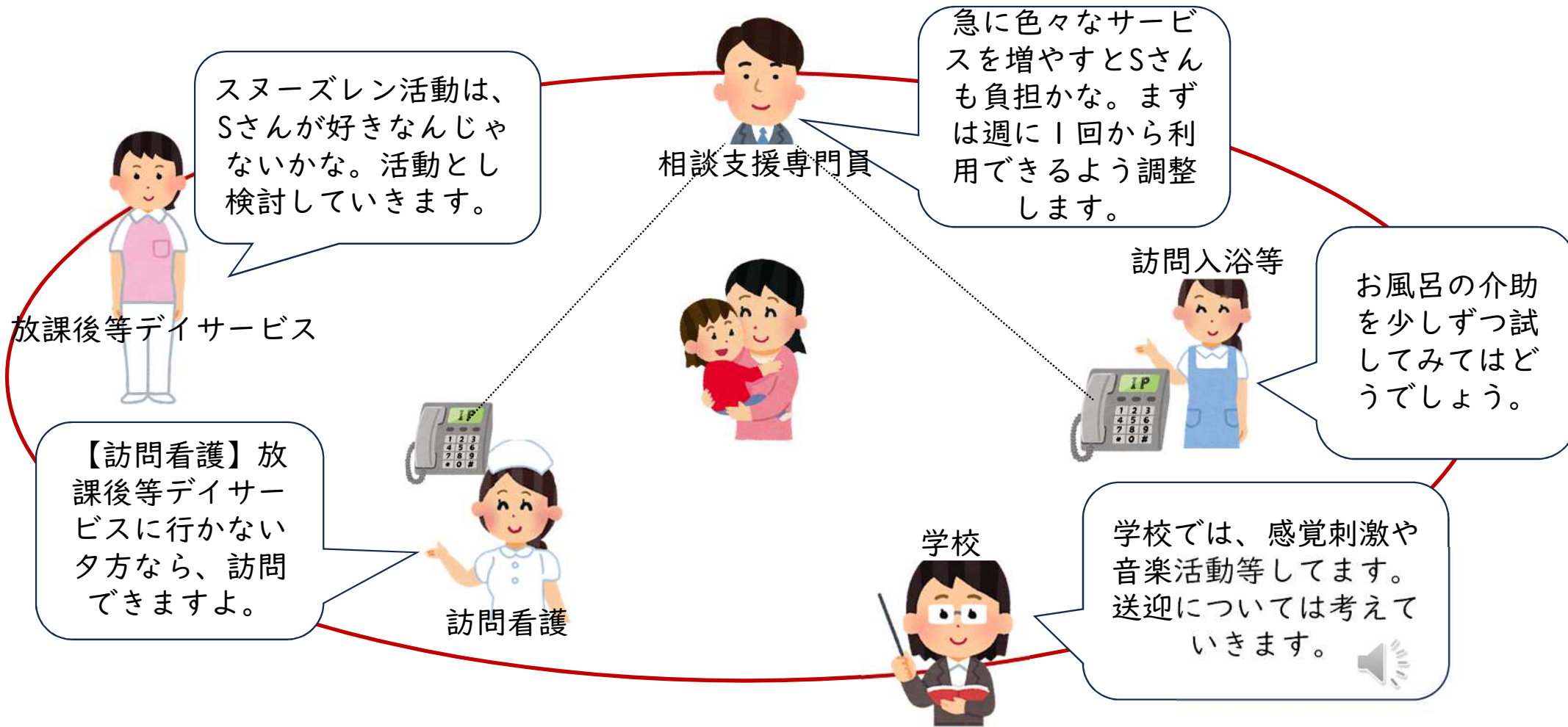
家族が頑張って、一つひとつの支援機関と直接やり取りしてつなげてきた。(まだ現状多い。)



本人を中心に、支援機関がライフステージに合わせて継続的に、そして一体的に支える。



チーム支援での効果



チーム力を高める

【日々実践している事】

- ・メールがきたら返信する。
- ・着信があったらすぐに折り返す。
- ・経過と結果を知らせる。
- ・足を運ぶ。
- ・お礼を伝える。
- ・気にかける。

◎当たり前前のことを当たり前に。
◎接触回数を増やすことで親近感がわく、好感度が高まる。
(ザイオンス効果)

◎リンゲルマン効果
数名集まることで誰かがやるだろうという心理が働く。



【3】 アセスメント

アセスメントとは、一つ一つの情報を自分なりに解釈し、それらを組み立て、生じている問題の成り立ちを構成し(まとめ上げ)、支援課題を抽出すること、あるいは、その人がどんな人でどんな支援を必要としているのかを明らかにすること

(近藤直司さん「アセスメント技術を高めるハンドブック」より抜粋)

〈インテーク〉

主訴の確認と情報の収集・整理

〈アセスメント〉

本人の主訴を理解し、解釈し仮説を立てる。
解釈したことの根拠となる情報を整理する。
支援課題を抽出する。

〈ニーズ整理〉

支援者(自分の)判断の根拠を可視化・言語化する。

『情報』は「本人の気持ち」なのか「関係者の考え」なのか「事実」なのか「客観的状況」なのかの視点を持ち、整理していく事が重要

①情報

音楽が好きなのかな？
そういえば学校の先生からディズニーの曲の時に機嫌が良いと聞いた。

ディズニーの曲が好きなんですか？

②解釈

中でもどんなキャラクターが好きなんだろう。プーさんのぬいぐるみがあるから、プーさんのテーマ曲やふわふわした感じが好きなのかな。

④解釈

援助者

家族

小さい頃、私たち(父母)が好きで、ディズニーランドによく行ったんです。その時、笑顔が多かったんです。

③根拠

医療的ケアが必要な方は、特に言語での意思表示が難しい方が多い。そのため、必要な『情報』を得て、『解釈』し、その『根拠』を求めて、本人の選好や意思を確認していく。



[アセスメント]

《アセスメントの視点と項目》

- ①問題解決の視点・・・緊急性の把握、問題の整理
- ②ストレングス視点・・・問題に目がいきがち。リフレーミングをして強みを支援にいかす。
- ③社会モデルの視点・・・問題は個人だけにあるのではなく、環境にもある。個人と環境がどんな風に関わり、問題につながっているのか。

《アセスメントの3領域・3要素》

- | | | | |
|----------|------|--------|-----------------|
| ①暮らしの3要素 | 生活の場 | 日中活動の場 | 余暇（コミュニケーション等も） |
| ②生活の3要素 | 医療 | 介助・介護 | 移動・外出 |
| ③後ろ盾の3要素 | 所得保障 | 相談支援 | 権利擁護 |

（福岡 寿さん『相談支援の実践力』引用）



1回のアセスメントで全てが分かる、そんな人はいない。
モニタリングにより、アセスメント内容を膨らませたり、固めたりしていく。

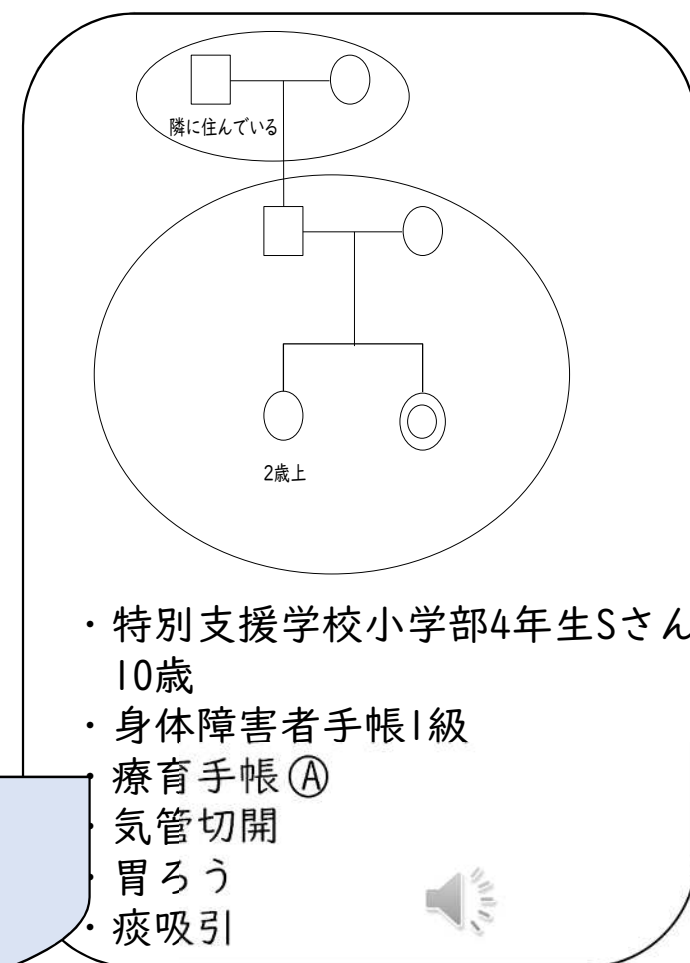


事例 Sさん

【概要】

- ・ 妊娠31週で出血があり、救急搬送。搬送中、救急車内で出産した。
- ・ 極低出生体重児、重症新生児仮死、低酸素性虚血性脳症（HIE）慢性肺疾患（CLD）Ⅲ型、上気道狭窄、胃食道逆流と診断
- ・ 7ヶ月で身体障害者手帳交付
- ・ 入院中に胃ろう造設、気管切開。
- ・ NICU、GCU(回復治療室)に入院し、10か月後に退院
- ・ その後も半年ほどは入退院を繰り返した。
- ・ リハビリに週1回通院。（自宅から約60km、1時間半）
- ・ 2歳、児童発達支援事業所（母子通園）利用
- ・ 就学前に、障害児相談支援事業所が、居住している市に開設され利用開始。
- ・ 現在、放課後等デイサービスを週3日利用。
- ・ つかまり立ち、座位可能（不安定）

- ・ 好きな事(色、音等)は？
- ・ どんな場所が心地よい？
- ・ 要求はどんな方法？
- ・ 好き、苦手な時の表情は？



【4】 家族への配慮

以下の視点も大切にして計画書などを作成する。

- ◎学校への送迎が必要
 - ◎学校行事（体育祭、社会体験等）に家族同伴
 - ◎夜間の医療的ケアによる家族の負担
 - ◎毎日のように他者が自宅に出入りする負担
 - ◎体調不良等により呼び出しが生じる可能性が高い
 - ◎長期休み等の放課後等デイサービスへの送迎
 - ◎兄弟児、姉妹児への思い
 - ◎社会資源の選択肢が少ないゆえの負担
 - ◎短期入所先が少ないゆえの負担
- 等

■本人の日課とともに、家族の仕事状況や日課を確認することも大切！



【参考】 家族の思いと支援者の思い

障害者支援施設職員へのインタビュー

家族

- ・たまにはゆっくり休みたいんです。
 - ・私（母親）がまだできるんじゃないか・・・
 - ・でも、自分が歳をとってからの事を考えなきゃ・・・
- 葛藤して、やっとの思いで泣きながらわが子を施設に預けていく

職員

- ・共倒れしないでほしい。
- ・家族の人生もあるよね。
- ・自宅だとケアは1～2人だけど、施設なら多人数。負担は全然違う。
- ・希望を聞いても、断られ続けてきたからか、多くは望まず体調だけみてくれれば・・・という家族も多い。
- ・病院や自宅ですっと過ごしてきた方も多い。
- ・楽しめる事、好きな事を見つけていけるように。
- ・入所して良かったと思ってもらえるように。
- ・面会や短期入所退所時には、入所中の様子を伝えるようにしている。
- ・最初は泣く泣く預けていた家族も安心を感じてくれるのか「預けてよかった」と話してくれる。



【まとめ】計画相談とは

◎意思決定支援

- ・ 職員の価値観においては不合理な決定でも、他者の権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。
- ・ サービス担当者会議には本人の同席が原則。

◎チーム支援

- ・ 日ごろ、当たり前に行うことを続けていくことがチームをつくる。
- ・ チームを組むことで、専門的な意見や支援のアイデア等により支援の幅が広がる。
- ・ チームの相乗効果が、結果的には本人や家族を支える力になる。

◎アセスメント

- ・ 「情報」を「解釈」し、その「根拠」となる情報を整理する。
- ・ 一つ一つの情報を自分なりに解釈しそれらを組み立て、生じている問題の成り立ちを構成し(まとめ上げ)支援課題を抽出すること
- ・ その人がどんな人でどんな支援を必要としているか明らかにする。

(近藤直司さん「アセスメント技術を高めるハンドブック」より抜粋)



〈計画書などを書く時の留意点〉

◎計画書 誰のためのプラン？

- ・ 家族の意向のみになってないか ➡ 本人の意向、意思をくみ取る。本人中心の内容に。
 - ・ 周囲の不安をなくす為の内容になってないか（親、事業所、学校） ➡ 本人の意思選好。「僕は（私は）～したい、〇〇が好き」など本人の言葉に。
 - ・ サービスを利用する事が目標になっていないか「〇〇サービスの利用をする」 ➡ サービスを利用してどういう生活にしたいのか。
- （福岡 寿さん研修資料 参考）

◎社会とのつながり

- ・ 訪問学級、訪問看護、訪問入浴、ヘルパーと・・・「自宅」という1か所で生活が完結してしまう事が多い。
- ・ 特に就学前は、どこにも通わず自宅で家族とだけ過ごしている子も多い。
- ➡ 行政、保健師、基幹相談支援センター、医療的ケア児等コーディネーター等との連携により、家族へのアプローチ（アウトリーチ）も大切。

◎成長による変化

- ・ 身体の成長に伴う介助負担、兄弟（姉妹）の思い
- ➡ 本人、両親、兄弟（姉妹）のライフステージや人生、未来を見据えながら、寄り添い、共に伴走していく事が大切。

どんなに重い障害があろうとも、
「本人の意思がある」ということ