

個別支援計画を作成するにあたって

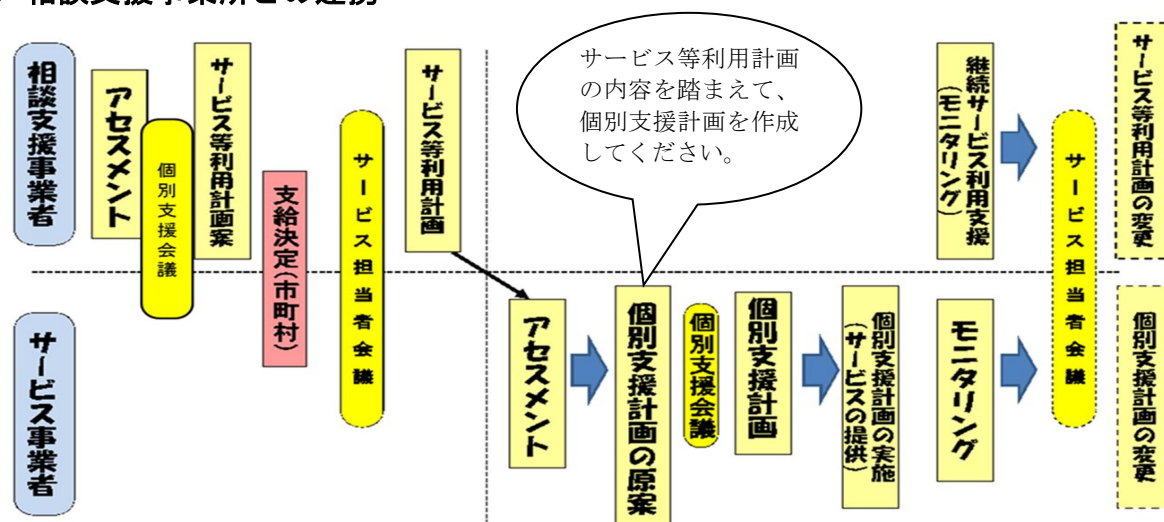
1 計画相談と個別支援計画について

(1) 計画相談支援とは

計画相談支援では、障害児者の希望する生活の実現や適切なサービス利用等のため、サービスの必要性や必要量を考慮し、サービス等利用計画書を作成するなど、支給決定前から継続的に支援を行います。

平成27年4月以降にサービスの支給決定を受けるためには、指定特定相談支援事業者（以下、「相談支援事業者」と記載）等が作成するサービス等利用計画書の作成が必須となっています。サービス等利用計画書には、障害児者の生活全体における目標や希望、実現するために解決していくべき課題等が記載されており、各サービス提供事業者は、このサービス等利用計画書の内容及び各サービス提供事業者の果たすべき役割を踏まえた個別支援計画を作成します。

(2) 相談支援事業所との連携



(3) サービス等利用計画と個別支援計画の違い

※社会福祉法人南高愛隣会（2013）「障がい者地域生活支援計画サポートブック」から引用

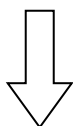
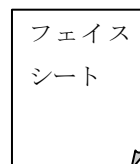
サービス等利用計画 (人生の設計図となるもの)	並立協働の関係	個別支援計画 (夢や希望の道標となるもの)
生活全般をアセスメントし、本人の願いを中心に、生活や支援の全体像を示したものであり、障害福祉サービス等の必要性を見立てたもの		必要なアセスメントをさらに深め、本人の願いをかなえるために、より具体的な支援内容を盛り込んだもの
支給決定の根拠となる		サービス提供の根拠となる
本人はもとより、 複数の事業者が同じ方向を向いて支援していくべき指針 となるもの		個別支援計画は、 事業所内の職員が本人と同じ方向を向いて支援していくべき指針 となるもの
【特徴】サービス等を「つなげる」「広げる」支援		【特徴】サービス等を「深める」支援

2 作成までの流れ

個別支援計画は、利用者に対して適切かつ効果的なサービスを提供する上で、基本となる重要なものです。サービス管理責任者による指揮のもと、適切な手順を踏み、必要な書類を整えながら、作成してください。

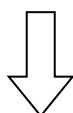
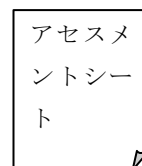
(1) 利用者のフェイスシートの作成

- ・利用者個人の基本情報、家族構成、主な生活歴、他の施設利用状況、施設利用に至った経緯、障害の状況・程度、健康状態など、利用者の基礎的な情報をできるだけ簡潔に整理する。



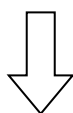
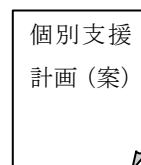
(2) アセスメント

- ・利用者の能力や置かれている環境、日常生活全般の状況などを評価し、利用者の希望する生活や課題などを把握する。
- ・アセスメントは利用者等に面接して行い、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に意思決定の支援を行うため、当該利用者の意思及び選好並びに判断能力等について丁寧に把握するように努めてください。



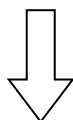
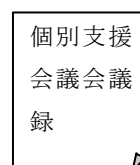
(3) 個別支援計画（原案）の作成

- ・利用者が自立した生活を営むことができるように、適切な支援内容を検討する。
- ・個別支援計画には、利用者・家族の生活に対する意向や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、提供するサービスの目標と達成時期、サービスを提供する上での留意事項などを盛り込む。
- ・必要に応じて、他の福祉サービス等との連携を含める。



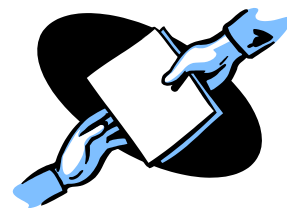
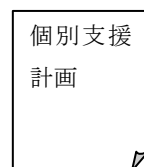
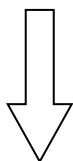
(4) 個別支援会議（個別支援計画（原案）の検討）

- ・利用者及びサービス提供の担当者等を招集して会議を開催し、利用者の希望する生活やサービスについての意向等を改めて確認するとともに、原案について意見を求める。
- ・なお、個別支援会議は意思決定支援ガイドラインにおける意思決定支援会議と一体的に行うことも差し支えありません。
- ・個別支援会議については、原則、利用者が同席の上で行わなければなりません。利用者の病状等により、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も可能です。その場合には、同席以外の方法で実施した理由も記録に残してください。



(5) 利用者・家族への説明と文書による同意

- ・ 本人名で署名・本人が署名できない場合は、代筆者名と本人との関係を記載すること。



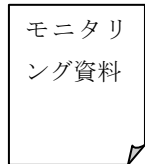
(6) 利用者等への個別支援計画の交付

- ・ 利用者及び指定計画相談支援や指定障害児相談支援を行う相談支援事業者に、個別支援計画を交付する。

3 個別支援計画の見直し

(1) モニタリング（個別支援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実施する。
- ・定期的に利用者に面接する。
- ・定期的にモニタリングの結果(変更の有無)を記録する。



(2) 定期的に計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画を変更する。

- ・定期的な見直しの期間は、障害福祉サービスごとに次のように定められている。

ア 自立訓練(機能訓練・生活訓練)、就労移行支援、自立生活援助

少なくとも3か月以内に1回以上

イ 共同生活援助、療養介護、生活介護、就労継続支援(A型・B型)、就労定着支援、施設入所支援

少なくとも6か月以内に1回以上

(3) 個別支援計画を変更する場合は、2 (2) ~ (6) に準じて取り扱う。

【注意！このような場合、個別支援計画未作成等減算になります！】

- サービス管理責任者による指揮の下、個別支援計画が作成されていない。
 - 個別支援計画の作成に係る一連の業務が適切に行われていない。
(例) × 原案がない × 同意がない
 - モニタリング・個別支援計画の見直しが適切に行われていない場合。
(例) × 所定の期間内に見直しが行われていない。
 × モニタリング資料が作成されていない。
 - 新規利用者の個別支援計画が利用開始月に作成されていない。
- ※ 新規利用の場合、原則、利用開始日までに個別支援計画が作成されていることが望ましいです。

【個別支援計画作成のポイント】

- ・ 個別支援計画作成者（サービス管理責任者）を記載する。
- ・ 同意日欄を作る。
- ・ 施設入所支援の場合、「施設入所」と「日中活動」それぞれの支援目標・計画を記載します。

もうワンポイント！



個別支援計画の対象期間も記載した方が、次のモニタリング・再作成の際、分かりやすいです。