

令和7年度 世田谷区相談支援従事者初任者研修

# 相談支援における ケアマネジメント手法とそのプロセス

社会福祉法人めぐはうす・地域生活支援センターMOTA

上原 孝一

# まずは、自己紹介

## ◆上原孝一

◆勤務先：地域生活支援センターMOTA（社会福祉法人めぐはうす）

◆資格：精神保健福祉士、公認心理師 他

## ◆相談支援専門員の受講歴

H21年度（2009） 東京都相談支援従事者初任者研修修了

H23年度（2011） 東京都相談支援従事者現任研修修了

※H26年度（2014） 障害支援区分認定調査員研修修了

H28年度（2016） 東京都相談支援従事者現任研修修了（2回目）

（同時に演習指導者研修修了）

R3年度（2021） 東京都相談支援従事者現任研修修了（3回目）

R6年度（2024） 東京都相談支援従事者主任研修修了

## ◆研修指導者としての経歴

H24年度（2012）～ 東京都相談支援従事者初任者研修のファシリテータ

H28年度（2016）～ 東京都相談支援従事者現任者研修のファシリテータ

H31年度（2019）～ 世田谷区相談支援従事者初任者研修のファシリテータ

平成17年（2005） 障害者自立支援法施行（身体、知的、精神に対するサービスが一本化）

平成25年（2013） 障害者総合支援法施行（難病が追加）

平成27年（2015） 計画相談が「義務化」

# 本科目の内容と獲得目標

## 【獲得目標】

本人を中心とした（本人の選択・決定を促す）

ケアマネジメントのプロセスと必要な技術の全体像について理解する。

# 本科目の内容と獲得目標

## 【内容】

- ① 本人を中心としたケアマネジメント（ストレングスモデル）の目的、意思決定に配慮した一連のプロセスについて、具体的な計画相談支援等の事例を用いて講義を行う。
- ② 意思疎通に困難を有する障害児者（知的障害児者や発達障害者児童等）の場合のアセスメントとニーズ把握の基本的な注意点と技術を理解する。
- ③ 相談支援専門員とサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、サービス提供責任者との具体的な連携のあり方について理解し、個別支援計画等は、サービス等利用計画等に記載された総合的な支援の方針やニーズ、目標等に基づき作成され、適切なサービス提供のためには両計画の連動が重要であることを理解する。
- ④ ケアマネジメントにおける社会資源の活用、多職種連携、チームアプローチ、不足している社会資源の創設の重要性について留意する。

# ケアマネジメントとは、・・

「 利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害する、

さまざまな複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、

地域社会にある資源の活用・改善・開発をとおして、総合的かつ効率的に

利用者のニーズに基づく課題解決を継続して図っていくというプロセスと、それを支えるシステム」

・・である。

（厚生労働省「相談支援の手引き」（第2版）より、一部改変）

# ケアマネジメントの基本的な理念

## ① 個別化

個人の思いを、先入観や常識に囚われず、個別にしっかり受け止めること。パターンリズムに陥らない。

## ② QOL

その人らしい生き方を支援して、QOL（生活・人生の質）を高める。

## ③ 利用者中心

利用者の生活ニーズに合わせて必要な調整を行う。社会資源を開発するという姿勢も大切である。

## ④ エンパワメント

一人一人の考え方、生活のさまざまな場面での自分らしさ等を尊重しながら、主体的・積極的に能力を発揮できるように支援する。

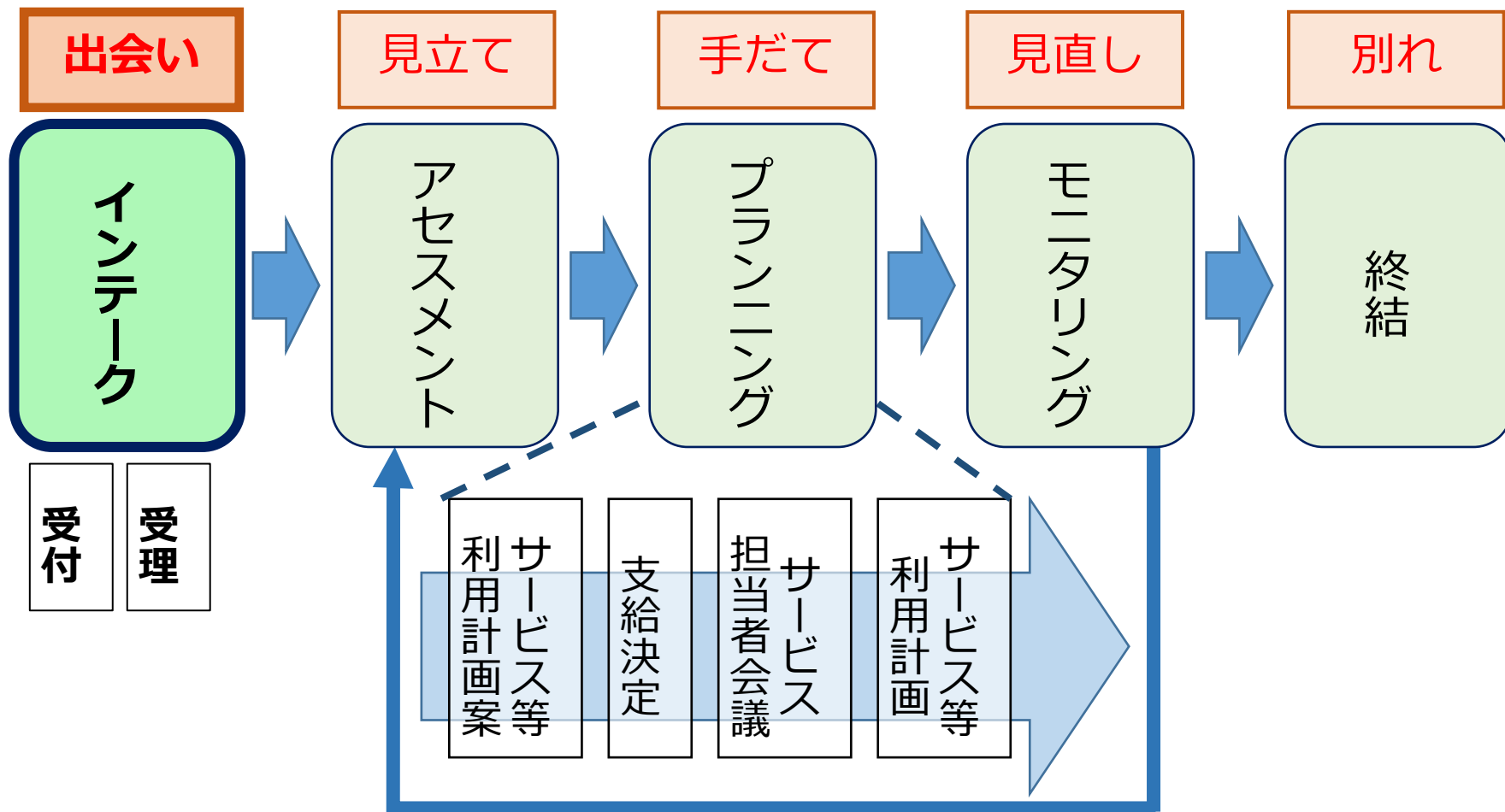
## ⑤ 自立（自己決定）

一人一人が責任ある個人として主体的に生きること（自立）を目指して、社会経済活動への積極的な参加を支援する

## ⑥ 権利擁護

その人らしい暮らしを実現するために、搾取やネグレクトなど権利侵害に対して、利用者とともに毅然とした対応をとる。

# § 1 関係性の構築とインテーク（初期相談）



# § 1 関係性の構築とインテーク（初期相談）

## 1. インテークとは

相談者（障害当事者とは限らない）の依頼・主訴などを確認し、相談支援専門員自身やその組織で担当できるかどうかを検討するための初期面談です。

# 事例

初回面談

インタビュー

- ・対象者：山田あさみさん (仮名)、当時20歳、女性
- ・支援経路：入院中のリハビリ病院・医療相談室MSWより電話

## MSWの話 (このMSWとは何度か一緒に動いたことのある)

- ・世田谷区在住のA大学教育学部2年生。事故後は休学中
- ・実家は青森県。現在は単身アパート生活
- ・住民登録は、19歳から現在の住所（世田谷区）に移している。
- ・半年前の冬、大学2年次(20歳)にスノーボード中の事故により受障
- ・急性期の病院を経て、当病院に転院しリハビリ中。
- ・外傷性クモ膜下出血、頸椎損傷。下半身マヒで自操式車イス
- ・MSWは、リハビリを終えて退院した後のことを考えはじめたい。
- ・「今後自立訓練を利用し、大学を退学・実家に戻るのが妥当」と考え、家族ともその方向で話をしている。

# § 1 関係性の構築とインタビュー（初期相談）

初回面談

本人中心

意思決定支援

前のスライドの時点では …  
電話での関係機関の話

① 受理の判断をしたいが、判断材料が不足  
(本人と直接、話をしていない・情報不足)

② まずは本人と会う  
⇒ 会って話を聴き、主訴を把握

- ・ 直接、本人像や本人の意向を確認
- ・ 対面での関係が基本

# § 1 関係性の構築とインタビュー（初期相談）

## ③ インタerview・アセスメント （情報の収集と分析）

- ・ 相談員自身の印象（主観的）
- ・ 本人・家族・環境の状況（客観的事実）
- ・ 本人／家族の心理（障害受容含め）
- ・ 本人のゴール（目標） など

現段階では情報が不足  
です。どのような情報  
が必要でしょうか？

### ポイント！

・ 「面接は『おしゃべり（会話）』ではない。」

- ↓
- ・ （支援者が）意図を持って
    - ・ 場面を構成し、
    - ・ 話を聴き（傾聴）、
    - ・ 話（や課題）を整理し、
    - ・ 一緒に向かうゴール（課題）を共有する。〈半構造化面接〉

トレーニングや  
準備が必要

# § 1 関係性の構築とインタビュー（初期相談）

ポイント！

トレーニングや  
準備が必要

- ・信頼関係構築のため

インタビューでは、相談者は「非常に緊張し、普通は他人に話せないような思いや、プライバシーを話さなくてはならない」ということを理解して、受容的な言動と、非言語的な表情など雰囲気作りも大切です。

- ・本人は、どの程度「障害受容」できているか？

障害を受け入れきれない状況では、これからのことを具体的に考え、検討することは難しい。どの程度、障害を受容できているかもインタビューのポイントです。

# § 1 関係性の構築とインタビュー（初期相談）

## 重要！

・コミュニケーションが困難な場合、その内容や程度により配慮が必要

視覚障害・聴覚障害：障害特性に合った準備や工夫が必要

知的障害：（音声での理解・表現が難しい場合）情報の視覚化（イラストや図で説明）や、わかりやすい表現などの配慮が必要

発達障害：文字化、視覚化することでコミュニケーションがとりやすいことが多いが、コミュニケーション上の特性はさまざまなので、そのためのアセスメントも事前に必要

重度の知的障害・身体障害：表情や態度、選好など意思を表明できる方法を模索して判断する。意思の表明が困難であっても、音声や文字の認識ができる場合もあるので、説明することを怠らない。

※親や後見人との調整を行わざるを得ない場合でも、（本人主体のケアマネジメントに留意し）本人の最善の利益となるかどうかを基準に判断していくことになる。

## 初回面談（病棟ラウンジで、MSWを含め3名で面談）

落ち込んだり、怒ったりという様子は見受けられなかったものの……

- ・「学校、どうしよう？」
- ・「今後、どうすると言われてたって…」

退院を嬉しがる様子もあまり見られず、今後への不安と、突然人生が一変してしまったことへの戸惑いが見て取れた。

初回は、本人にとっては、何か具体的な話しがまとまるわけではありませんでしたが、

「今後に向けて、継続して話をしてゆこう」ということになりました。

# § 1 関係性の構築とインタビュー（初期相談）

## インタビュー面談における留意点

- ① 主訴の把握
- ② 相談の経緯、支援経路、課題感の主体を確認・把握
- ③ スクリーニング（受理判断・緊急性の判断・支援方法検討）
- ④ 事業説明 ※対等性に基づいて、計画相談の利用契約
- ⑤ 個人情報保護 ※守秘義務とプライバシー尊重について説明
- ⑥ 初期段階における関係性構築

### ポイント！

#### ・記録のポイント

- ① 客観的情報（事実・聞き取り）
- ② 主観的情報（本人のことば）
- ③ 所見・今後の見通し（見立て）

トレーニング  
が必要

# § 1 関係性の構築とインテーク（初期相談）

## インテーク面談における留意点

### ① 主訴の把握

#### ポイント！

トレーニング  
が必要

・ 主訴の把握の難しさ . . .

✓ 主観的な認識と、客観的情報を判別して、整理する

✓ そのそも、誰の主訴か？（家族や支援者の思いと分ける）

✓ 自分の問題についての理解・認識がさまざまです

➢ 本人が、何から話したらよいかわからない

➢ なにが、問題か認識できていない

➢ 本人の都合の悪いことを話さない

➢ 周困の問題にしたり、愚痴だけしか話さない

# § 1 関係性の構築とインタビュー（初期相談）

## インタビュー面談における留意点

②相談の経緯、支援経路、課題感の主体を確認・把握

③スクリーニング

（受理判断・緊急性の判断・支援方法検討）

# § 1 関係性の構築とインタビュー（初期相談）

## インタビュー面談における留意点

- ④ 事業説明 ※対等性に基づいて、計画相談の利用契約
- ⑤ 個人情報保護 ※守秘義務とプライバシー尊重について説明

### ポイント！

「相談に来た人」（本人や家族など）に以下のことを、  
確認しておくことが重要です。

- ① その時点の主訴の確認
- ② 守秘義務の確認
- ③ ケアマネジメントの目的と内容の確認
- ④ 相談支援専門員と利用者の役割と責任の確認
- ⑤ 納得と同意（インフォームドコンセント）に基づく進め方であることの確認

# § 1 関係性の構築とインタビュー（初期相談）

## インタビュー面談における留意点

### ⑥ 初期段階における関係性構築

ポイント！

✓相談支援の前提となるのは良い関係性である。

✓ラポールを形成して、

エンゲージメント(強い信頼関係)を構築する。

トレーニング  
が必要

① 前提となる態度・価値：

共感的理解、生活者視点による本人理解、個別性の尊重  
※相談支援専門員の態度や言動にあらわれる。

② 必要な技術： 面接技術

初回面談



ゴール設定  
に向けて

関係性構築

インタビュー

アセスメント

## その後の経過（1）

（車イスで病院内や外で散歩しながら本人との話を継続）

・本人は、「やっぱり大学を卒業して東京で仕事をしたい」という希望がある様子です。

・しかし、現実味をあまり感じていない様子で、希望を話した後では必ず「そうは言っても、もうダメだよね」と付け加えます。



・そこで、「今後の具体的な道筋を一緒に考えよう」と提案

◇（入院中に両親が維持していた）自宅アパートに車イスで外出

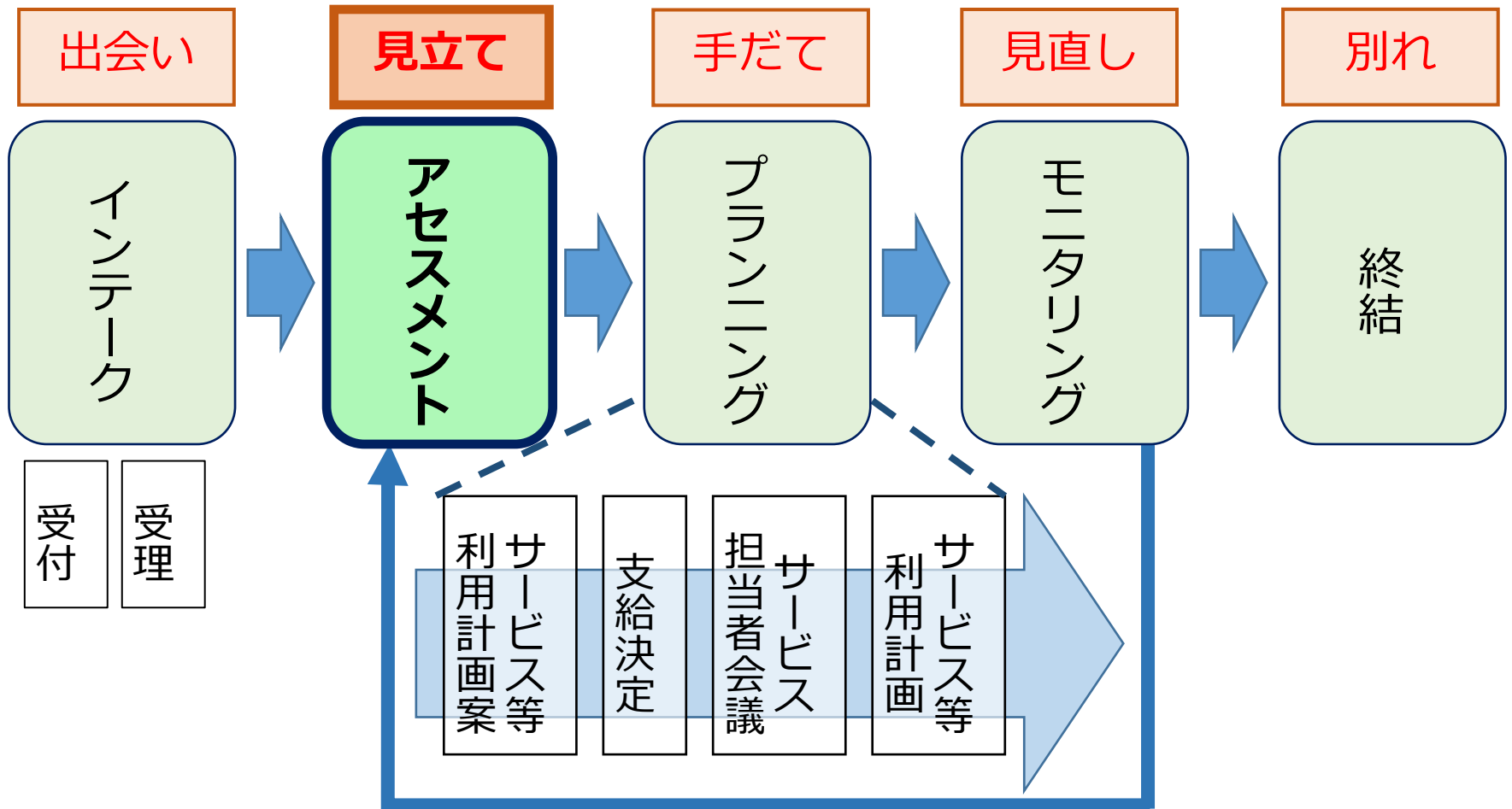
◇車イスで自宅アパート近くの散歩やお店を探検

◇中途障害の方のお宅を拝見（生活イメージを持ってもらう）

◇ピアサポーターとの面談（疑問や不安を払拭）

などを、並行して行うことにします。

# § 2 アセスメント –情報の収集と分析–



# 事例

初回面談



ゴール設定  
に向けて



アセスメント

## その後の経過 (2-1)

- ・ 今後の目標が少しずつ具体的になり、  
「大学に戻りたいけど、ひとまず置いておいて、まずは家（自宅アパート）に戻りたい」というゴールに向かって、さらに取り組んでみることになりました。
- ・ 両親や医師は、当初は、大反対で  
「そんなことできるわけがない」とけんもほろろでしたが、完全否定というわけでもなく、  
「とにかくできることから前向きに進もう」と本人の意向に合意しました。

# 事例

初回面談



ゴール設定  
に向けて



アセスメント

## その後の経過 (2-2)

- ・ 本人の望む暮らしに向けたプログラムを病院のコメディカル(OT, PT)が立てたことで、本人は目標が明確になり、リハビリにも今まで以上に真剣に取り組むようになりました。
- ・ 入院期間が終了に近づき、「もう少しリハビリを続けたい」という意向に対して、病院も検討することになりました。
- ・ ゴールが定まってきたところで、相談員はこれまでの本人の意向や様々な情報を整理・分析することとし、それをもとに今後のプランを作成して本人に提案しようと考えました。

# 事例

初回面談



ゴール設定  
に向けて



アセスメント

【両親からの話】（身の回りの世話もあり、頻繁に上京している両親との面談）

後悔や諦めきれない思いもあり、手元におきたい気持ちが強い

- ・ 「どうしてこんなことに？」
- ・ 「娘を東京にやらなければ…」
- ・ 「退院したら、うち（実家）に戻ってくるように言っているんですが…」
- ・ 「娘とどう接していいか、わからない時があります」
- ・ （相談員にはまだ話していないが）

「（本人は）青森（実家）には帰りたくない」と言っている様子

# 事例

初回面談



ゴール設定  
に向けて



アセスメント

## 【医師からの話】

・リハビリでどの程度機能が回復するか、医学的に明確なことは言えない。しかしまだ年齢も若く、経験則からいって、リハを継続すれば、機能の向上は期待できると考える。本人次第の部分も大きい。

・入院中の現段階で問題は出ていないが、今後、社会生活を営む上で脳外傷の影響が出る可能性は否定できない。その時は改めて専門医を受診し、評価を受けたほうがよいと思う。

# 事例

初回面談



ゴール設定  
に向けて



アセスメント

## 【PT・OTから話】

・ 現在、機能維持・回復に向けた一般的な課題に取り組んでいる。今後の生活環境が固まってくれば、そこに着目をしたプログラムを考えるとよいと思う。ここを退院後にはなると思うが。

## 【看護師からの話】

- ・ 相談支援専門員さんが来るようになって、次第に前向きになる本人を実感している。
- ・ 外出は空いた時間に手順を踏んでもらい、介助者さえついてくれば特に制限はない。食事に変更がある時だけは前もって申し出てほしい。

## § 2 アセスメント –情報の収集と分析–

### 1. アセスメントとは

本人の夢・希望の実現や課題の解決に向け、必要な根拠(情報)をおさえ(収集し)、整理・分析すること

例として・・・

- ✓ 人となり
- ✓ 夢・希望、解決したい課題
- ✓ 必要な状況把握
- ✓ 本人や環境に関する多角的・総合的な情報
- ✓ 支援者自身の考え、本人像の解釈、支援の方向性
- ✓ そのための手立て

参考

### 広義のアセスメント

インテーク

情報の収集

ニーズ整理

情報の整理・分析

## § 2 アセスメント – 情報の収集と分析 –

### 2. 情報の収集（アセスメントする領域）

本人のゴール・解決したい課題に向け必要な情報を得る。

あなたからの質問が、本人や家族から  
「なんでそんなこときくの？」と言われても、  
「〇〇のために必要なことだから」と  
答えられるような質問ですか？

#### ポイント！

アセスメント票は…

整理・分析の補助をするための可視化ツール

偏ったみかたにならないように「鳥の目」の効果

票の網羅がアセスメントではない！

ツールは多種多様です。道具選びと使いこなし！

# § 2 アセスメント – 情報の収集と分析 –

## 2. 情報の収集（アセスメントする領域）〈続き〉

- 医 ⇒ 医療、服薬
- 衣 ⇒ 身なり、更衣
- 食 ⇒ 食事、栄養状態
- 職 ⇒ 仕事、お金
- 住 ⇒ 住まいの形態、住環境
- 友 ⇒ 仲間、人との関係
- 遊 ⇒ 余暇活動、社会参加

「東京都相談支援従事者初任者研修」講義資料より

### 日常生活状況

（活動・移動、コミュニケーション、家事、金銭管理、住まい、その他）

### 経済状況

### 仕事・就学

### 社会的支援

### 健康状況

### 社会参加

### その他

「サービス等利用計画案（世田谷区様式）」より

## § 2 アセスメント – 情報の収集と分析 –

### 2. 情報の収集（アセスメントする領域）〈続き〉

状況に応じて、特にアセスメントしておきたいアセスメント領域

✓今後の「障害や病気」の見通しを想定するために

（特に知的障害、発達障害、精神障害など）

⇒ 成育歴、生活歴、病歴

✓「親亡きあと」などの将来の生活（在宅・施設入所など）を見立てるために

⇒ 経済状況や家族関係のアセスメント

✓精神疾患が安定した生活を送るために

⇒ 病歴・入院歴、発症の経緯、かかりつけ医との関係性

# 参考：総合的・多角的なアセスメントの枠組み例（厚生労働省ケアガイドライン）

一次アセスメント票		受付No.	作成者氏名	作成日
ふりがな	性別	(〒 - )		
氏名	住所			
生年月日	歳	連絡先		
本人の要望・希望する暮らし、困っていること・解決したいこと				
<b>ここからはじまる。ここを一緒に作り出す。</b>				
家族の要望・希望する暮らし、困っていること・解決したいこと				
希望する一日の流れ				
本人				
平日	6 9 12 15 18 21 24 3			
休日				
生活状況【普通の1日の流れ】				
本人				
平日	6 9 12 15 18 21 24 3			
休日				
【その他の1日の生活の流れ】 ※いくつかの1日の生活があれば、別紙に記入				
本人				
平日	6 9 12 15 18 21 24 3			
休日				
本人の概要	生活歴（病歴含む）			
	<p style="text-align: center;"><b>【過去(これまで)】も大事です。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どのように暮らしてきたか。</li> <li>・どのような経験をしているか。</li> <li>・どう育ち、どのような価値観をもっているか。など</li> </ul> <p>☞ひとりひとりの物語があります。 (ライフヒストリー、ライフストーリー)</p> <p>☞いきなりは聞きにくいですが、本人像の理解にも役立ちます。</p>			
【ジェノグラム】		【エコマップ】		
<p>パツと書けるようにしましょう。</p> <p>書き方の本はたくさんでいます。</p>		<p>【人間関係】【社会とのつながり】を幅広く捉えます。</p> <p>☞本人にとっての「地域」とはなにかをつかみます。</p>		

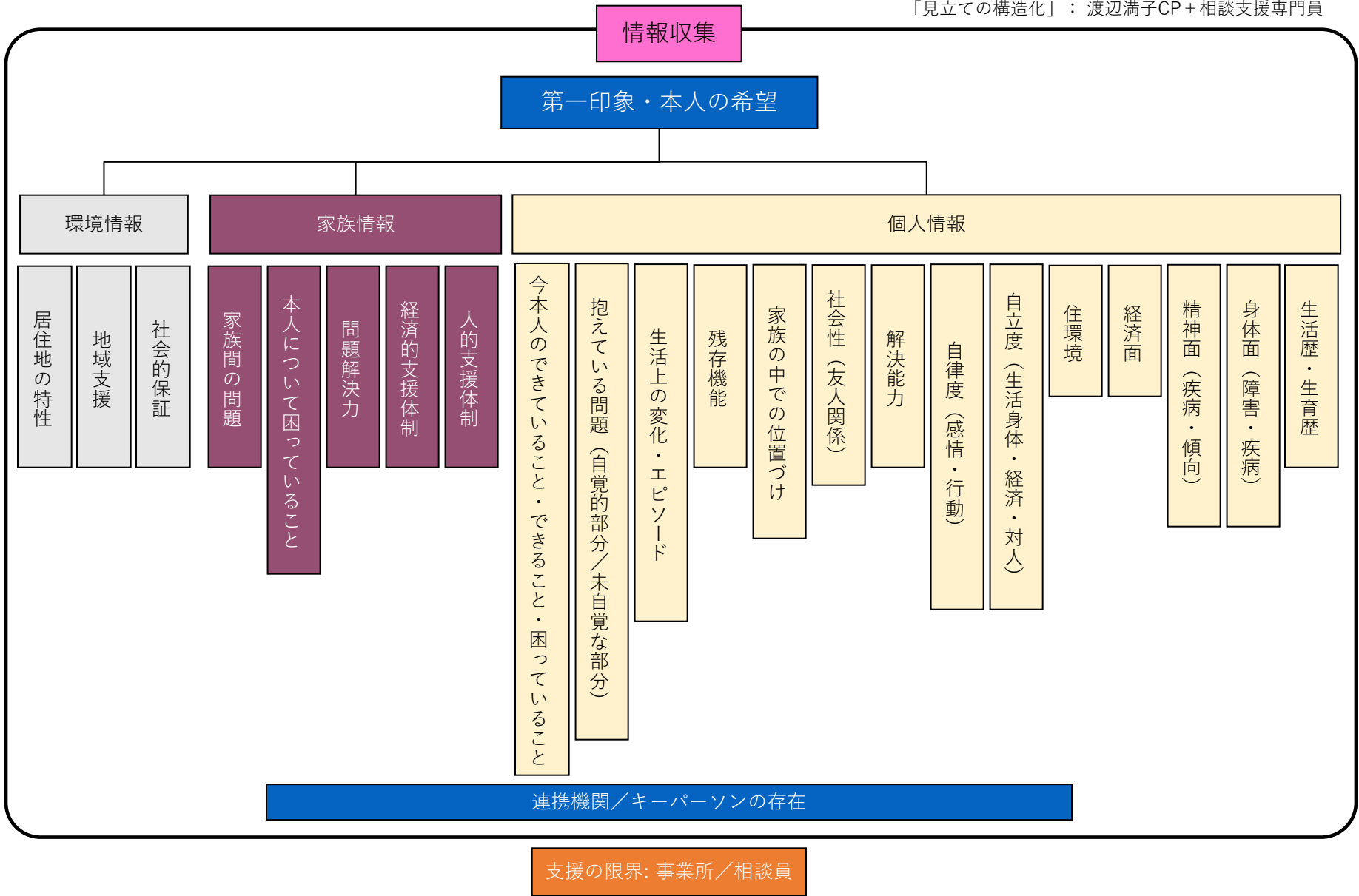
利用者の状況		状況・意思		支援者の気づき	
項目	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外（専門的アセスメントを含む）
1 生活基盤・日常生活に関する領域					
住環境					
経済環境					
2 社会参加に関する領域（教育、就労を含む）					
趣味・旅行・レクリエーション					
当事者団体の活動					
自治会への参加					
その他各種社会的活動					
就労					
3 コミュニケーションや意思決定、社会生活技能に関する領域					
意思表明	客観的事実やデータ	本人の表明	選好の解釈	記入者の解釈	その他の他者の解釈
意思決定					
他者からの意思伝達の理解	本人の(推定)意思		他者の解釈が介在		
コミュニケーションツールの使用(電話、FAX、パソコン、タブレット、インターネット)					
対人関係					
屋外移動やその手段(長距離、遠距離)					
金銭管理					
4 日常生活に関する領域					
身辺のこと					
調理					
食事					
入浴					
清掃・整理整頓					
洗濯					
書類整理・事務手続き					
買い物					
5 健康に関する領域					
体力					
健康状態					
医療機関利用状況					
医療費・健康保険					
障害					
6 家族支援に関する領域 ※必要に応じて加除する。					
父母					
姉妹					
姪					
対応者所見のまとめ					

意図をもって集めた情報を整理します。  
(情報の取捨選択から整理と分析です。)

- ・多角的な検討や必要な視点が落ちていないかの確認に有効です。
- ・網羅すること(埋めること)がよいアセスメントではありません(あまりに聞けていないのも困るが)。

# 参考：総合的・多角的なアセスメントの枠組み例（見立ての構造化）

「見立ての構造化」： 渡辺満子CP+相談支援専門員



情報収集

第一印象・本人の希望

環境情報

家族情報

個人情報

- 居住地の特性
- 地域支援
- 社会的保証

- 家族間の問題
- 本人について困っていること
- 問題解決力
- 経済的支援体制
- 人的支援体制

- 今本人のできていること・できること・困っていること
- 抱えている問題（自覚的部分／未自覚な部分）
- 生活上の変化・エピソード
- 残存機能
- 家族の中での位置づけ
- 社会性（友人関係）
- 解決能力
- 自律度（感情・行動）
- 自立度（生活身体・経済・対人）
- 住環境
- 経済面
- 精神面（疾病・傾向）
- 身体面（障害・疾病）
- 生活歴・生育歴

連携機関／キーパーソンの存在

支援の限界：事業所／相談員

参考：総合的・多角的なアセスメントの枠組み例（「世田谷区サービス等利用計画案」書式）

アセスメント領域と現在の領域		本人の困っていること	本人の希望
日常生活状況	活動・移動 例) 麻痺、関節可動域、寝返り、起き上がり、衣類着脱、食事、排泄 入浴、移乗、整容、屋内移動、屋外移動	課題（支援者の視点）	家族の希望
	コミュニケーション 例) 意志表示、意志伝達、他者からの意志伝達意志の理解 行動障害、聴力障害、言語障害		
	家事 例) 調理、洗濯、掃除、整理整頓、買い物、育児	経済状況 例) 収入源	
	金銭管理 例) 管理者（本人・家族・その他）	仕事・就学 例) 就学状況、就労状況	
	住まい 例) 住宅環境（ハード面・ソフト面）	社会的支援 例) 家族の協力体制、フォーマルな支援、インフォーマルな支援	
	その他	健康状況 例) 病状、服薬、通院、ストレスへの対処/留意点 ストレスへの対処/留意点	
		社会参加 例) 趣味、余暇	
		その他	

## § 2 アセスメント –情報の収集と分析–

### 【情報の収集の留意点】

相談面接技術が大きく影響する！

- ① 表出された言葉や意思、選好の意味や背景を探る問いを多様に用意する。
  - ② 多様な手段や情報源を活用する。
    - 面接（言語・非言語）
    - 経験の共有（見学、同行、体験等）
    - 周囲からの情報収集など
- 本人の言葉の背景・真意を理解する。  
→ その前提となる本人像を多角的に捉える。

### 【復習】

情報保障や意思疎通に支援が必要な利用者がいることに留意する。

## § 2 アセスメント –情報の収集と分析–

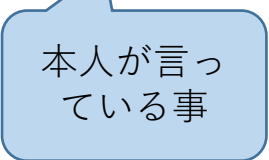
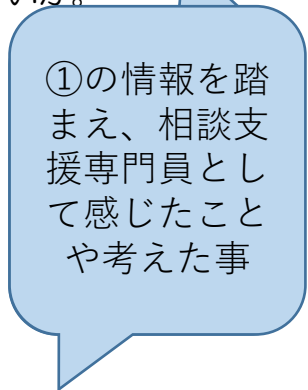
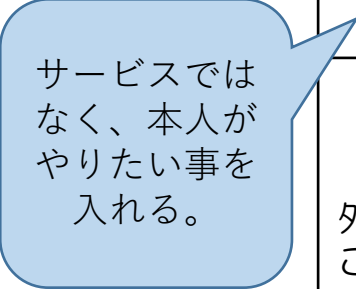
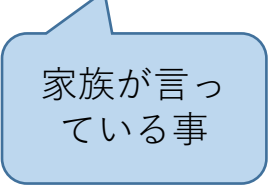
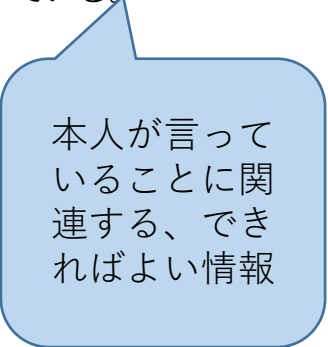
ニーズを3つに分けて、整理・検討していきます。

### 【用語解説】

用語	支援者としての考え方
フェルトニーズ（主訴）	本人や家族が感じるニーズ、主訴 ※本人の表現で表す （サービス等利用計画書案など）
ノーマティブニーズ（規範的ニーズ）	支援者が必要だと考えるニーズ 専門的な視点・知見に基づくニーズ
リアルニーズ（了解されたニーズ）	（フェルトニーズとノーマティブニーズを踏まえた） 本人との確認によって整理されたニーズ

# § 2 アセスメント –情報の収集と分析–

## 世田谷区版のニーズ整理表記入例

フェルトニーズ		ノーマティブニーズ			リアルニーズ
①情報 (見た事・聞いた事・データなど)		②相談支援専門員の推測		③本人との確認 (特に意見を聞くべき人を含む)	④今後の方向性 (本人と支援者が合意したこと)
本人の希望 (主訴)	利用者の状況 ・気になる情報				
大学に戻りたい。 とりあえず、ア パートに帰り一人 暮らしをしたい。  	<ul style="list-style-type: none"> <li>・もともと大学入学を機にひとり暮らしができていた。</li> <li>・とても積極的な性格</li> <li>・アパートの2階でEVなし。1Kで部屋が狭く、手すりなし。</li> <li>・事故を受け入れられないところがあったが、最近は前向きになり、表情や取り組む姿勢に変化見られている。</li> </ul>	本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリを進めたら、ひとり暮らしができるのではないか。</li> <li>・具体的な今後のイメージが描ければ、さらにモチベーションが高まるのではないか。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世田谷区内でのひとり暮らしに向けて、機能回復を図っていきましょう。</li> <li>・退院後の生活に向けて、具体的な住環境をイメージしてみませんか？</li> <li>・退院後の生活に向けて楽しみを見つけるために外出を増やしませんか？</li> </ul> 	ベッドから車イスへの移乗ができるようになりたい。
家族の希望  大学は卒業してほしいけど、一人暮らしは無理ではないか(心配)。  			環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車イスで暮らせる物件への転居が必要ではないか。</li> </ul>	物件探しをしてみたい。

# ニーズ整理票 (例)

近藤直司

『医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック【第2版】』（明石書店）を改変

インタビュー		アセスメント			プランニング
情報の整理 (見たこと、聴いたこと、データなど：事実)		理解・解釈・仮説 (作成者のとらえたかた、解釈・推測)	理解・解釈・仮説② (専門的アセスメントや他者の解釈・推測)	支援課題 (支援が必要と作成者が思うこと)	対応・方針 (作成者がやると思うこと)
<p>本人の表明している 希望・解決したい課題</p>	<p>(作成者の)おさえておきたい情報</p>	<p>生物的事象</p>			
		<p>心理的事象</p>			
		<p>社会性・対人関係の特徴</p>			
		<p>環境</p>			
<p>今回大づかみに捉えた本人像(100文字程度で要約する)</p>					

# 事例

初回面談



ゴール設定  
に向けて



アセスメント

## その後の経過 (3-1)

ニーズ整理の結果大きく分けてふたつの提案をします。

- ① 世田谷区に戻るためにも、リハビリを継続する。
  - 具体的には自立訓練(機能訓練)の利用
- ② 入所中も世田谷区に戻る準備をするとともに、その時に楽しいことを考えて、やってみる。
  - 外出時に新たな住まいのイメージをする。
  - 以前の遊びや楽しみを続けることが難しくなっている場合は新たな楽しみを見つけてみる。
- ③ 計画相談の相談支援専門員と一緒に考え、一緒に動く。

# 事例

初回面談



ゴール設定  
に向けて



アセスメント

## その後の経過 (3-2)

本人的には本当にできるのかな？と不安な思いもあるようですが、勇気を出して挑戦してみるようになりました。

ここでサービス等利用計画を作成することになります。

## § 2 アセスメント – 情報の収集と分析 –

### 【二ーズ整理の留意点】

普段自分のアタマの中で、同時並行処理していることを…可視化し、整理する

#### ① 「見立て」ができるようになるろう

支援者自身が

- a. どのような情報を得て、
- b. どのような解釈をし、
- c. どのような方針をたてるか。

#### ② アタマの中を整理できるようになるろう

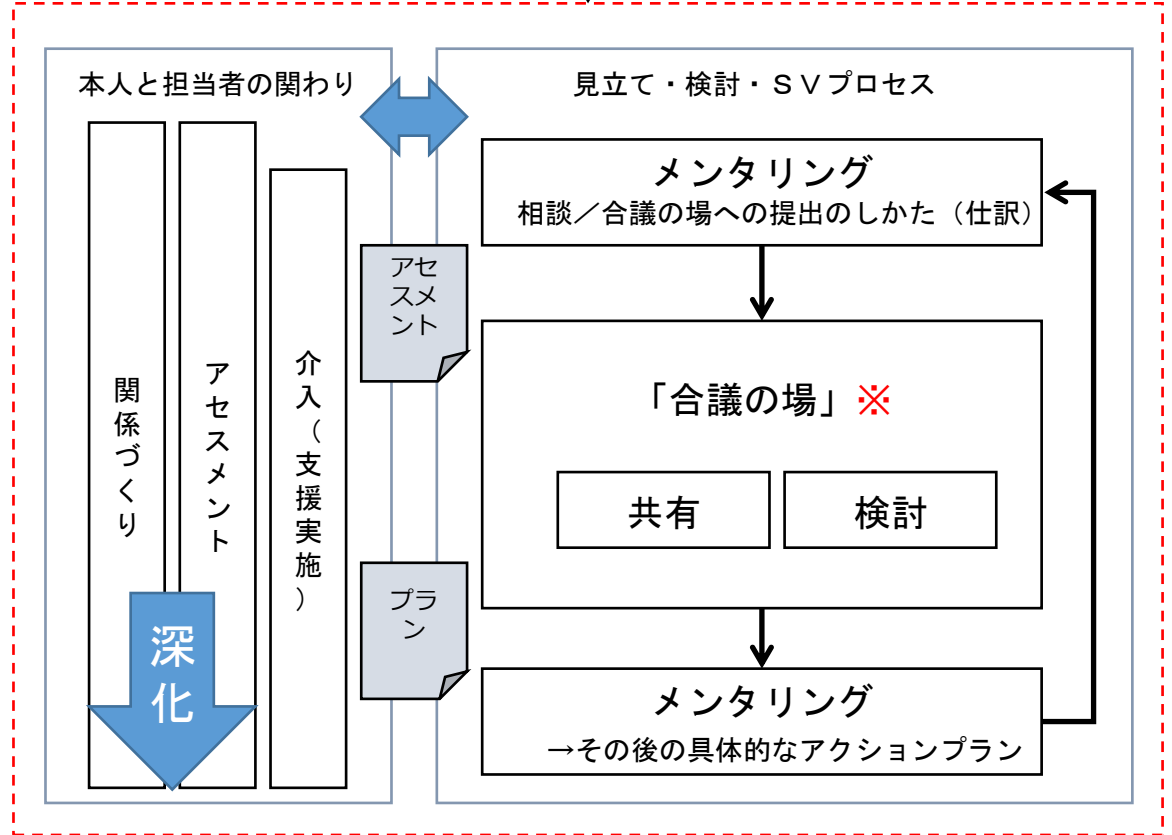
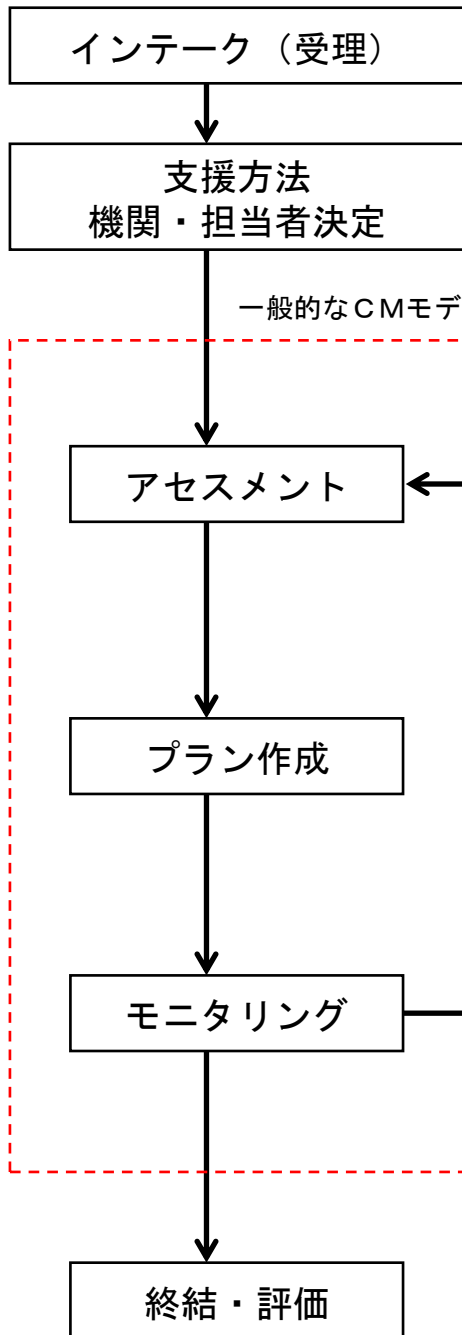
- ・ 事実、本人の意思、客観的事実
- ・ 「自分」の考え、「自分」の解釈、「自分」の支援方針

#### ③ 「手だて（プランニング）」は一旦置いておこう

本人の言葉・本人の（深めた）理解から始める。  
手立て（障害福祉サービスなど）の対応から入らない。

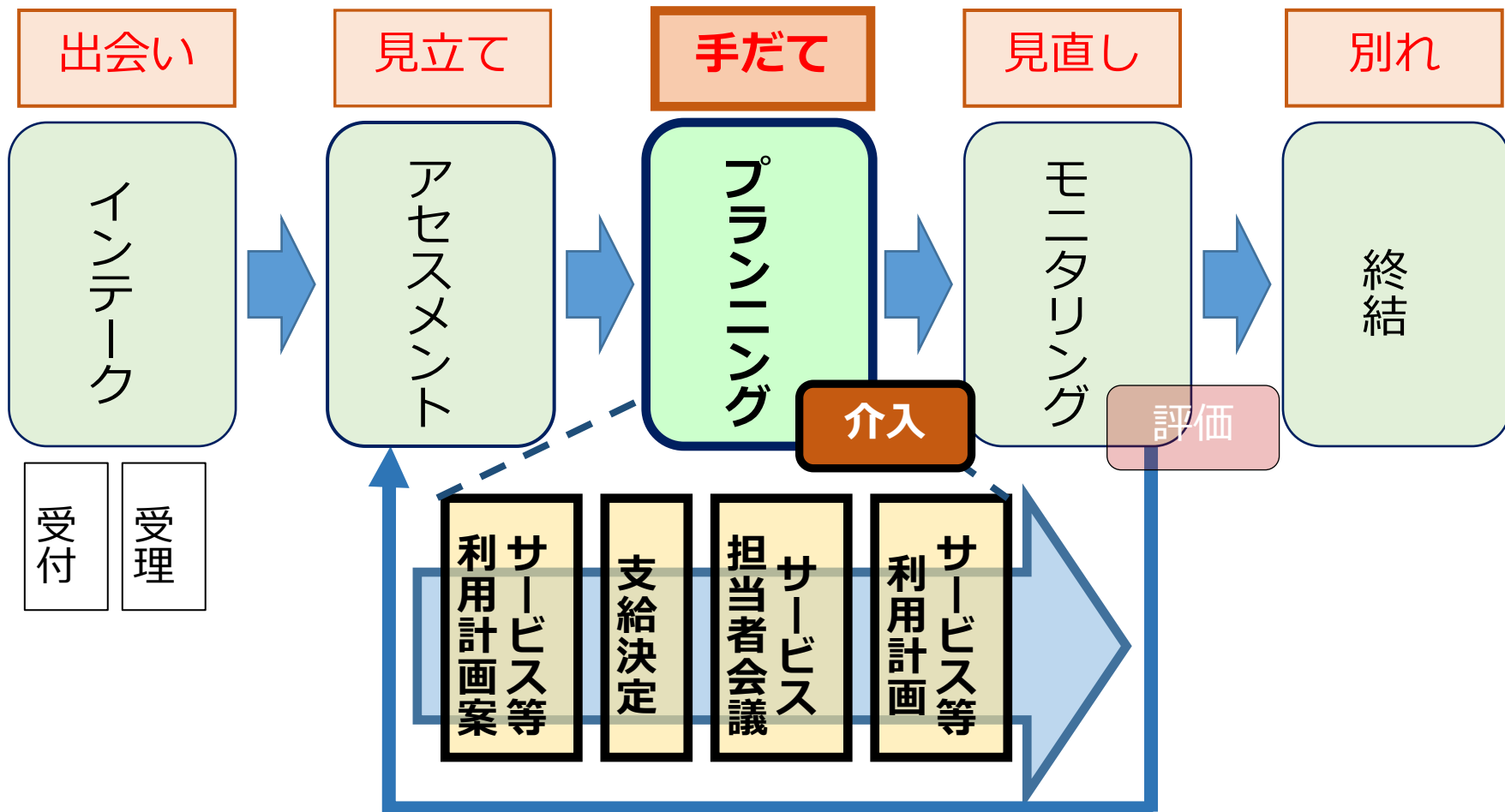
**発展：現実的には左図のモデルのような線形のプロセスではない**

インテーク時からアセスメントは始まり、ずっと継続・深化する  
 CMの各プロセスが動じ並行的に動くこともある。

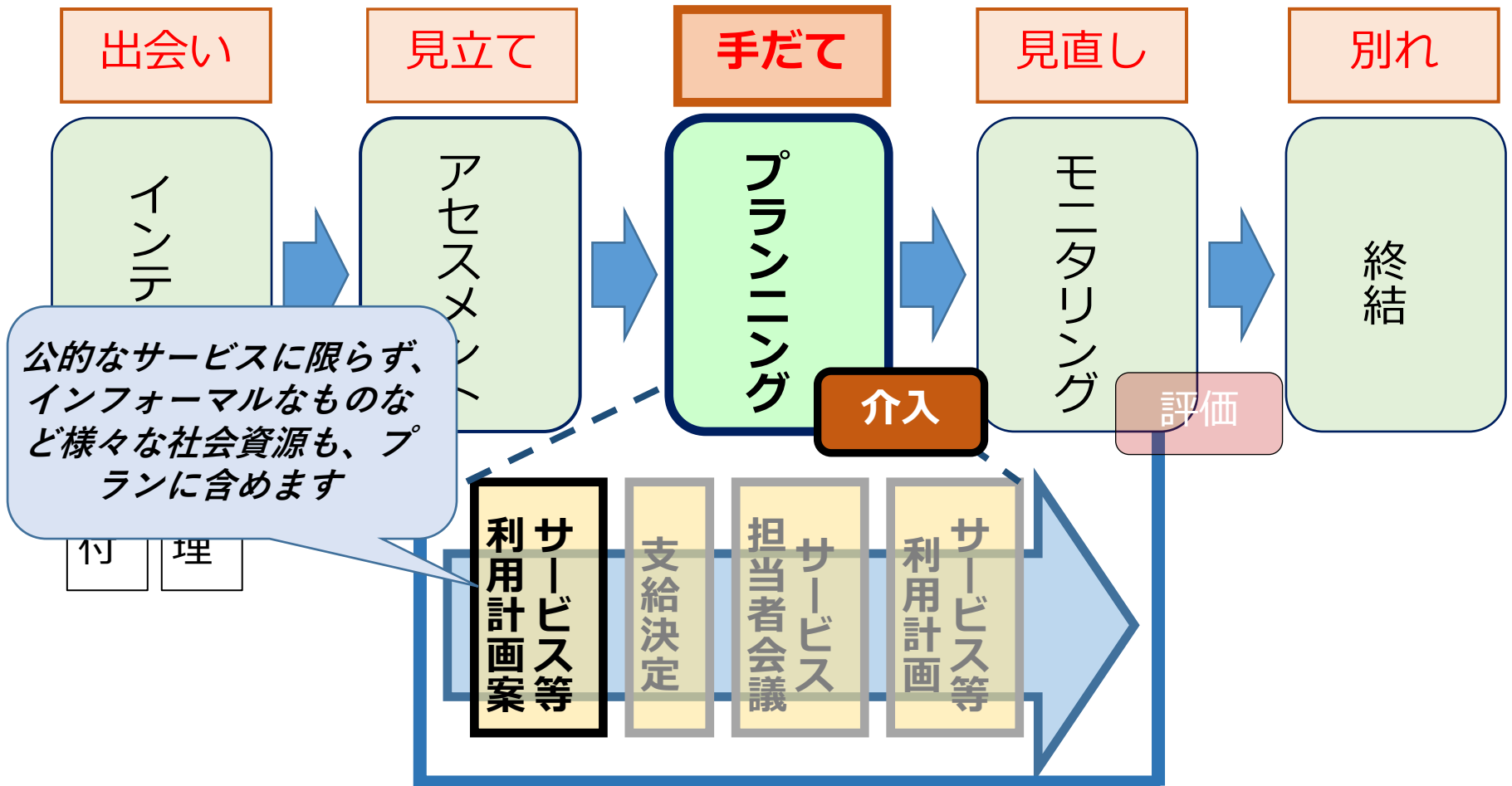


※合議の場 (GSV等)  
 アセスメント・関係構築に課題 → 関わりかたやアセスメントの内容やとりかたなど  
 検討課題が明確 → アイディア出し (支援方針/支援内容の検討)

# § 3 フランニング



# § 3 フランニング



# § 3 フランニング

## サービス等利用計画案の必須7項目

- ① 利用者およびその家族の生活に対する意向
- ② 総合的な援助の方針
- ③ 生活全般の解決すべき課題
- ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
- ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
- ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
- ⑦ モニタリング期間

○平成24年3月13日 厚生労働省令第8号  
「障害者自立支援法に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」

○介護給付費等に係る支給決定事務について（事務処理要領）  
令和元年7月1日 P.124

# § 3 フランニング

## サービス等利用計画の作成に当たって

『サービス等利用計画作成サポートブック』（日本相談支援専門員協会）から

### 【必要性】

- 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】

- 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】

- 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。

# § 3 フランニング

サービス等利用計画案（世田谷区版）として提出する帳票

- ① 相談記録兼個人台帳（フェイスシート） <世田谷区書式>
- ② サービス等利用計画案 <世田谷区書式>
- ③ サービス等利用計画案[週間計画票] <国書式>

相談記録兼個人台帳(フェイスシート) 書

本人の氏名	性別	住所	戸籍(口持ち家 □賃貸)
生年月日	年齢	収入	収入(受給年月)
TEL	連絡先	健康保険	国民健康保険 □協会けんぽ □組合健康保険
FAX	連絡先	その他	その他( )

本人のプロフィール (属性、関係機関等、エコマップ)

① (2ページ)

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画票

印刷者氏名	相談支援事業者	相談者名	作成日
相談者氏名	相談支援区分	利用者の属性(性別)	相談者氏名
本人(家族)の住所	総合的な援助の方向	サービス提供のチーム	【モニタリング実施】

②

本人・家族からのアセスメント・ニーズ整理、サービスの内容

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] (例)

時間	水	木	金	土	日	祝	実行状況(実況)
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

③

サービス利用後の生活状況  
※「サービス提供によって実現する生活の全体像」を記載

## ②サービス等利用計画案〈世田谷区様式〉の例

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		相談支援事業者		担当者名		作成日	
受給者証番号		障害支援区分		利用者負担上限		有効期限	
本人(家族)の主訴:		総合的な援助の方針		サービス提供のチーム		モニタリング期間	
目標とする生活							
日常生活状況	アセスメント領域と現在の領域	本人の困っていること	本人の希望	総合的課題	目標	達成時期	サービス種別
	内容	種類	頻度	担当者	留意事項		
日常生活状況	例) 麻痺、関節可動域、寝返り、起き上がり、衣類着脱、食事、排泄入浴、移乗、整容、屋内移動、屋外移動	課題(支援者の視点)					
日常生活状況	例) 意志表示、意志伝達、他者からの意志伝達意志の理解 行動障害、聴力障害、言語障害						
日常生活状況	例) 調理、洗濯、掃除、整理整頓、買い物、育児						
日常生活状況	例) 管理者(本人・家族・その他)						
日常生活状況	例) 住宅環境(ハード面・ソフト面)						
経済状況	例) 収入源						
就学	例) 就学状況、就労状況						
支援	例) 家族の協力体制、フォーマルな支援、インフォーマルな支援						
健康状況	例) 病状、服薬、通院、ストレスへの対処/留意点 ストレスへの対処/留意点						
社会参加	例) 趣味、余暇						
その他							

**ノーマティブ  
ニーズ**  
支援者が考える  
解決すべき課題

**フェルトニーズ**  
本人の希望・主訴と、  
客観的情報

**リアルニーズ**  
本人と合意された  
目標

**手だて**  
福祉サービス等  
(提供されるサービス等の種  
類・内容・量と提供事業所名)  
※本人が行うことや、イン  
フォーマルな社会資源も含む

### ③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	<p><b>【週間計画表】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>							<p><b>【主な日常生活上の活動】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>													
8:00																					
10:00																					
12:00																					
14:00																					
16:00																					
18:00																					
22:00															週単位以外のサービス						
0:00															<p><b>【週単位以外のサービス】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 隔週・不定期に利用しているサービスについて記載する。</li> <li>○ 医療機関等への受診状況などもここに記載する。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>						
2:00																					
4:00																					

**重要!**

このプランによって実現できる本人の生活像を記述する。  
つまり「このような生活を実現するためには、このような手立て(サービス)の必要である」ことを説明する

サービス提供によって実現する生活の全体像

- 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。

## 参考) サービス等利用計画案<国様式>の例

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)	山田あさみ	障害支援区分	区分4	相談支援事業者名	R相談支援センター		
障害福祉サービス受給者証番号	0			計画作成担当者	田中華子		
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	平成〇年〇月〇日	モニタリング期間(開始年月)	3ヶ月毎(平成〇〇年〇月)	利用者同意署名欄	<b>山田あさみ</b>		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<p>【本人】 大学に戻りたいが、それをひとまずおいて、A市の家に戻りたい(車いすでも暮らせる家に転居したい)。</p> <p>【両親】 本人の意向は尊重したいが埼玉にひとりていさせるのには不安もある。本当は親元で過ごしてほしい。</p>						
総合的な援助の方針	さらなる改善の可能性を狙い、リハビリを継続する。 同時に、今後の生活に前向きになれるよう、退院後のイメージ作りとその具体的な準備作業を一緒に行う。						
長期目標	A市で本人が暮らすことのできる住まいを探し、まずはそこで暮らせるようになる。						
短期目標	リハビリを継続して機能改善をはかりながら、具体的な今後のひとり暮らしの見通しをもつ。						
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	体の機能改善をはかりたい(リハビリを続けたい)。	さらなる改善の可能性を狙い、リハビリを継続する。	12ヶ月	・自立訓練(機能訓練) ・施設入所支援		3ヶ月	退所後に向けて、できるだけ頻度を高くモニタリングを行う。
2	A市でのひとり暮らしを続けたい。	車いすでもひとり暮らしてできる家を探す。	12ヶ月	・A市委託相談支援センター ・K不動産(K社長)	・積極的に見学したり、自らの意見を言う。	6ヶ月	

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"> <li>○ 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)。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 抽象的な表現は避ける。(例「安定した生活がしたい。」)</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	
総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	
長期目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 総合的な援助の方針をふまえた長期目標を記載する。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 半年から一年をめどに記載する。</li> </ul>	
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 総合的な援助の方針をふまえた短期目標を記載する。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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標となることを意識して記載する。</li> <li>○ 支援者側の目標を設定しない。</li> <li>○ 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。</li> </ul>	

## サービス等利用計画案作成上の留意点

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"> <li>○ 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を関連づけ、まず取り組むべき事項から優先順位をつける。</li> <li>○ 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。</li> </ul>
解決すべき課題 (本人のニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 利用者が理解しやすいように難しい専門用語は避ける。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 課題(ニーズ)の中にサービスの種類は記載しない。</li> </ul>
支援目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>
達成時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 段階的に達成できる達成時期を記載する。</li> </ul>
福祉サービス等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 特定のサービスによる偏りがないように作成する。</li> <li>○ 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。</li> </ul>

# サービス等利用計画案作成上の留意点

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							

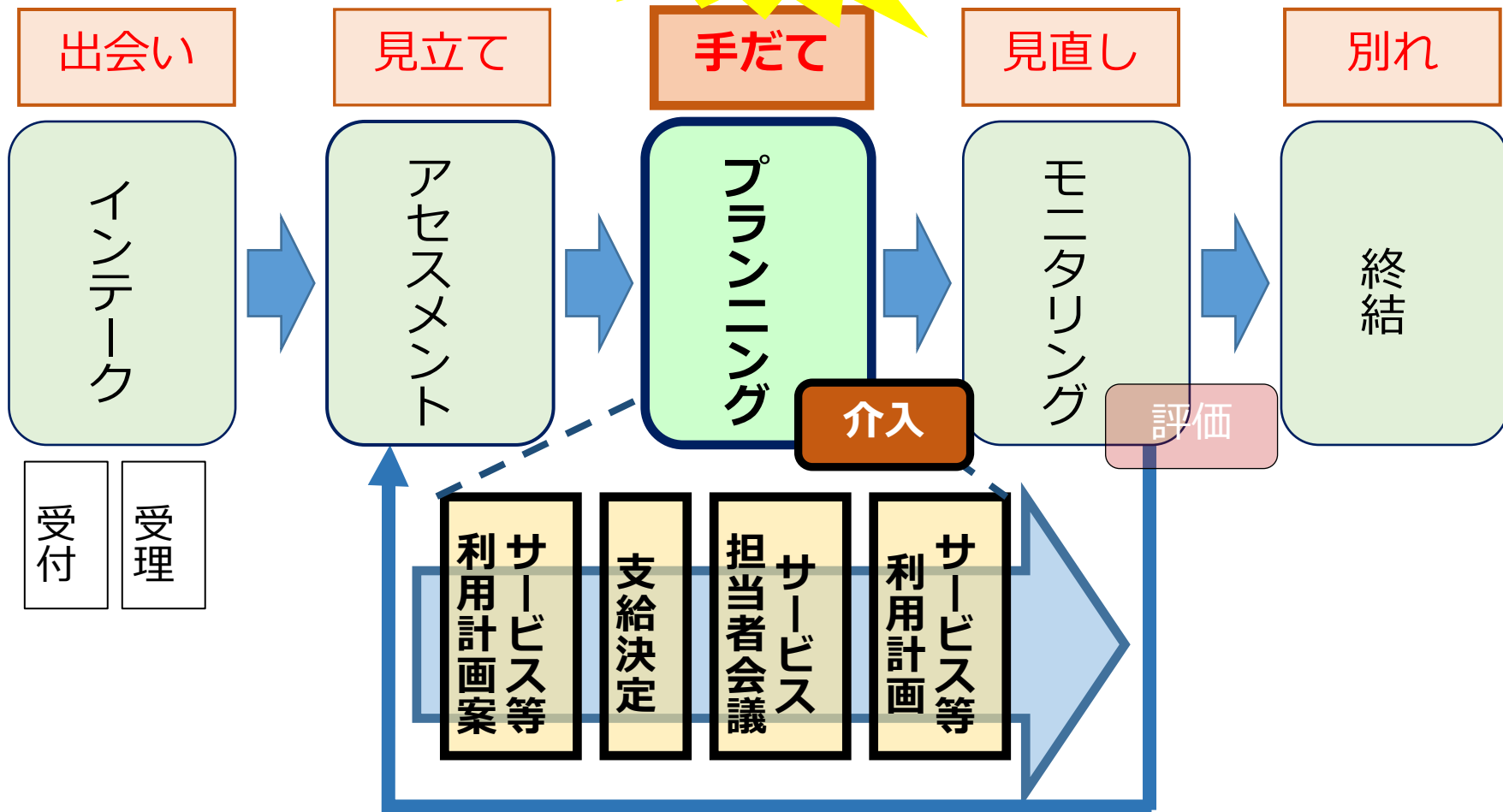
課題解決のための 本人の役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者が取り組むべきことをできるだけ具体的に記載する。</li> <li>○ 利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。</li> <li>○ 利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のこととして主体的に取り組もうと思えるように記載する。</li> <li>○ 実効性を適切にアセスメントして、利用者に無理な負担がかからないように留意する。</li> </ul>
評価時期	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 設定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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>
その他 留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>

## 【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。

# § 3 フランニング

ストレングス視点



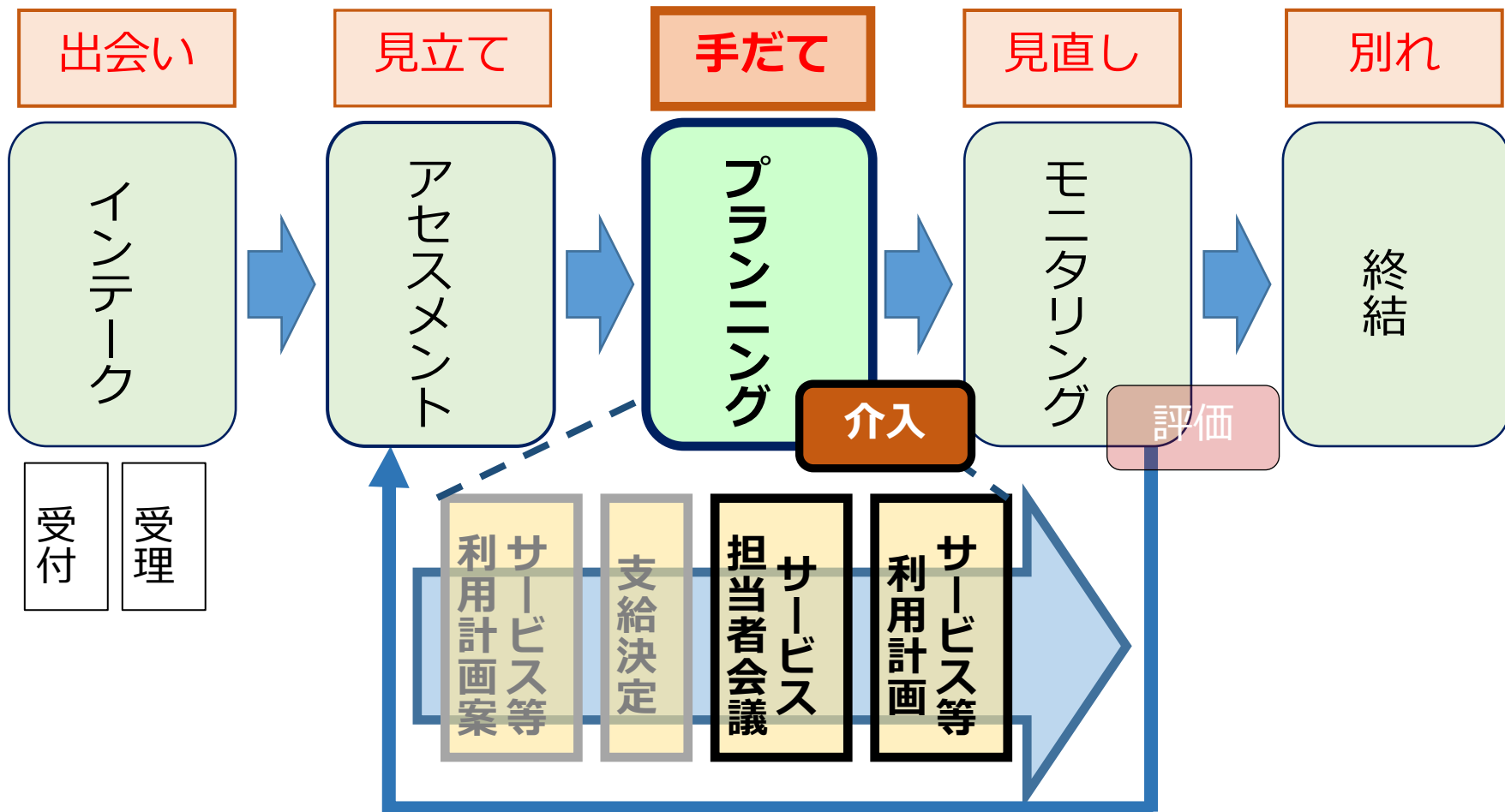
# 世田谷区版のニーズ整理表記入例

フェルトニーズ		ノーマルニーズ	リアルニーズ
①情報 (見た事・聞いた事・データなど)		②情報	④今後の方向性 (本人と支援者が 合意したこと)
本人の希望 (主訴)	利用者の状況 ・気になる情報		
<p>大学に戻りたい。とりあえず、アパートに帰り一人暮らしをしたい。</p> <p>本人が言っている事</p>	<p>・もともと大学入学を機にひとり暮らしができていた。</p> <p>・とても積極的な性格</p> <p>・アパートの2階でEVなし。1Kで部屋が狭く、手すりなし。</p> <p>・事故を受け入れられないところがあったが、最近は前向きになり、表情や取り組む姿勢に変化見られている。</p> <p>本人が言っていることに関連する、できればよい情報</p>	<p>・リハビリを進めたら、ひとり暮らしができるのではないか。</p> <p>・具体的な今後のイメージが描ければ、さらにモチベーションが高まるのではないか。</p> <p>①の情報を踏まえ、相談支援専門員として感じたことや考えた事</p>	<p>・世田谷区内でのひとり暮らしに向けて、機能回復を図っていきましょう。</p> <p>・退院後の生活に向けて、具体的な住環境をイメージしてみませんか？</p> <p>・退院後の生活に向けて楽しみを見つけるために外出を増やしませんか？</p> <p>サービスではなく、本人がやりたい事を入れる。</p>
家族の希望		本人	物件探しをしてみたい。
<p>大学は卒業してほしいけど、一人暮らしは無理ではないか(心配)。</p> <p>家族が言っている事</p>		環境	外出して楽しめることを見つけたい。

ストレングス視点

確認

# § 3 フランニング



## § 3 フランニング

### 【サービス担当者会議開催の意義と内容】

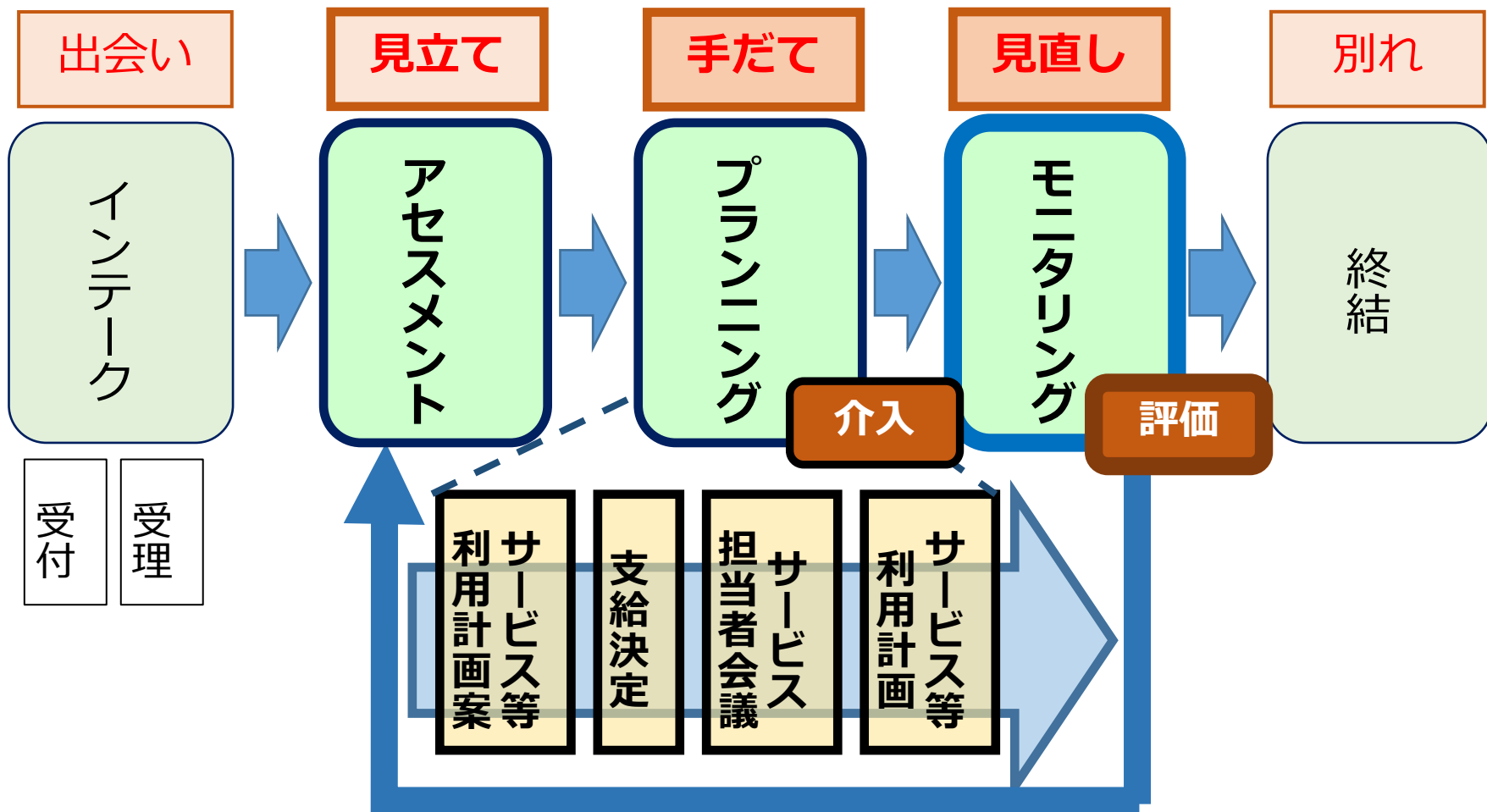
- 私たちの支援はチームで行います。チームを構築し、方向性や情報を共有した上で、よい支援するためにはサービス担当者会議の機会が有効です。
- 計画相談支援ではこの会議は制度的に必要であり、名称を「サービス担当者会議」と言う。
- できる限り、本人が参加するサービス担当者会議とする。  
(「本人主体」のプランであり、本人からの発言を尊重する)
- 会議を通じて、チームメンバー同士の連携が円滑になり、スムーズな支援を実現できる基盤を構築することができる。

## § 3 フランニング

### 【サービス担当者会議の目的・効果】

- ① 「サービス等利用計画案」の共有  
就労継続支援などで作成する「個別支援計画」や、各サービス提供する事業者が、チームとして一貫性を以って支援できるように、ニーズに基づく目標やそのためのプランを共有する。
- ② サービス提供者間の役割分担・調整  
サービスの提供以外にも、本人や家族との関係性から「どこの誰が、どういうときに関わる」などの役割分担を調整する。
- ③ 「サービス等利用計画案」への各所からの助言  
「サービス等利用計画」（案取れ・本計画）とするため、参加した各所の専門性や助言もらい、必要ならプランを修正する。

# § 4 モニタリング



# § 4 モニタリング

## 【モニタリングの視点】

本人を「査定」するわけではない！  
あくまでもプランやアセスメントの評価

### ① プランの進捗状況や適切性

- ・ サービス等は適切に／計画通り提供されているか
- ・ 目標は達成されているか／目標に向けて進んでいるか  
(ニーズは充足されているか。)

### ② 本人による評価

- ・ 満足度はどうか
- ・ 本人の「思いやゴール」に変化はあるか

### ③ 関係者による評価

→ プランに変更・修正の必要はあるか？  
(アセスメントはどう変わったか？：次スライド)

# § 4 モニタリング

## 【モニタリングの留意点】

### ① 再アセスメント・評価の視点

- ・ 状況確認(情報更新) - 見立て直し
- ・ アセスメントの更新・深化

### ② 変更は前提

- ・ 経験等により本人は変化するはず

### ③ チームによる評価

- ・ 多様な視点（多角的・総合的）
- ・ 連携の一助（情報と方向性の共有）
- ・ そのためのサービス担当者会議等の活用

# § 4 モニタリング

## 【モニタリングの留意点】

### 参考

#### モニタリングの頻度・期間について

- ・ 原則、期間を定めて一定間隔で実施される。
- ・ モニタリング期間を、支給決定時に予め設定される。
- ・ 基本的には、サービスの支給内容に応じた標準期間により決定される。
  - ※ 「サービス等利用計画案」提出時に、必要なモニタリングの期間を設定されるように求めることはできる。
- ・ 必要に応じて、モニタリング月以外でも臨時に可能
  - ※ 事前にケースワーカーに相談・申請が必要

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)										一部抜粋
総合的な援助の方針					全体の状況					
サービス等利用計画のものをそのまま転記する。					<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 総合的な援助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。</li> <li>○ より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価することが重要である。</li> </ul>					
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	サービス等利用計画のものをそのまま転記する。						有・無	有・無	有・無	

サービス提供状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、サービス提供事業所から聞き取り、記載する。</li> <li>○ 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。</li> </ul>
本人の感想・満足度	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>
支援目標の達成度	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整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。</li> <li>○ 未達成の支援目標については、サービス等調整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。</li> </ul>
計画変更の必要性  その他留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載する。</li> <li>○ 計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス料・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。</li> <li>○ 新たな課題が生まれた場合、サービスの種類・量の変更を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載する。</li> <li>○ 支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討する</li> <li>○ タイミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えてゆく。また、スケジュール変更にあたっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催する。</li> </ul>

# 事例

初回面談

ゴール設定  
に向けて

アセスメント

プラン

自立訓練  
の利用

モニタ  
リング

地域での新た  
な暮らしへ

## その後の経過 (4-1)

あと数ヶ月で1年。自立訓練(機能訓練)も卒業が見えてきました。

22歳になり、大学は休学して2年。本当なら卒業前の秋です。計画相談でも若手の相談支援専門員に入ってもらい、楽しみやサービス利用の部分を主に担当してもらいながら、住居や学校との調整を主に行ってきました。

住まいは、古いけれども縁側からアクセスすれば車いすで生活できる一軒家を借りました。「そのうち取り壊すから、どのようにしてもいい」という協力的な大家さんです。

# 事例

初回面談

ゴール設定  
に向けて

アセスメント

プラン

自立訓練  
の利用

モニタ  
リング

地域での新た  
な暮らしへ

## その後の経過 (4-2)

簡単で費用のかからない改修や福祉用具等は一ハスタッフが  
出向いて、一緒に考えてくれました。費用は両親が「出世払  
いだぞ」などと言いながら出してくれました。事故について  
も訴訟になりましたが和解しました。

お風呂だけは改修が難しいため、しばらくは訪問入浴となり  
ます。「仕方ないけど、たまには湯船に浸かりたい」と本人  
は言っています。

何度か外泊をして、介助の必要なことを検討しました。その  
時は、両親や大学の友だちが協力してくれました。

# 事例

初回面談

ゴール設定  
に向けて

アセスメント

プラン

自立訓練  
の利用

モニタ  
リング

地域での新た  
な暮らしへ

## その後の経過 (4-3)

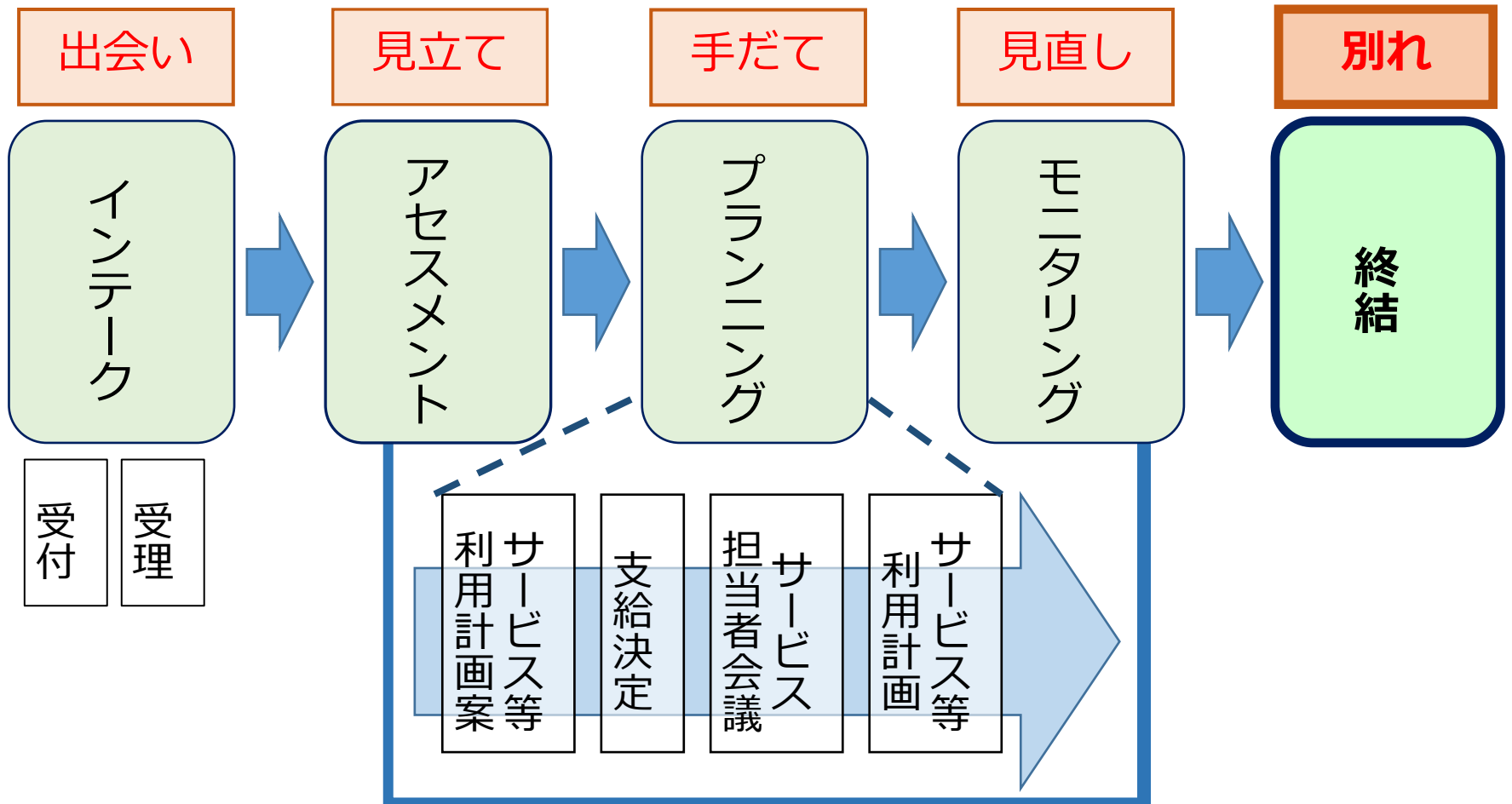
そして退院時のサービス等利用計画を変更します。

- ・ 1、2ヶ月は自宅でひとり暮らしをすることに慣れます。
- ・ だいぶできることが増え、朝の支度や家事の一部、外出を支援してもらえると、あとは自分でできることが多そうです。
- ・ 自分でできることを増やしながらか、全てを自分で行うと社会生活に影響が出るため、必要に応じて福祉サービスを利用します。
- ・ その間に介助の細かな内容は見直すことにしました。
- ・ やはり大学に復学したいと思っていますが、まだ具体化はしていません。
- ・ 学生課や専攻の先生たちは協力的です。
- ・ 初めての経験だが、教室等環境整備はできる限りしたいとのこと。
- ・ 授業内でサポートが必要なことについては、今後具体的に検討します。
- ・ ただし、通学に課題が残ります。

# 「地域移行」時のサービス等利用計画案

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）	山田あさみ	障害支援区分	区分3	相談支援事業者名	R相談支援センター		
障害福祉サービス受給者証番号	0			計画作成担当者	田中華子		
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	平成〇年〇月〇日	モニタリング期間（開始年月）	1ヶ月毎（平成〇〇年〇月）	利用者同意署名欄	<b>山田あさみ</b>		
利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	<p>【本人】 A市の家でひとり暮らしを続ける。大学に復学して卒業したいし、やっぱり自立した女子になりたい。先生は難しくても、社会人になりたい。</p> <p>【両親】 埼玉にひとりでいさせるのにはまだ不安もあるが、本人の気持ちはわかった。できる限り応援したい。親やお金の心配はしなくていい。</p>						
総合的な援助の方針	本人の夢に向かって、着実に必要なサービスを提供する。自分で考え、できることが多いので、福祉からの支援や学校との連携に徹する。						
長期目標	ひとり暮らしを続けて、大学に復学したい。						
短期目標	学校に復学できるための生活を整える。						
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	身だしなみを整えたい。	本人ひとりでは難しいケアは福祉サービスを利用して実現する。	3ヶ月	・居宅介護（身体介護） 毎日 朝60分 夜30分 ・訪問入浴 2/w（火・土）	自分でできることは自分でいき、依頼したいことはヘルパー等に依頼する。	1ヶ月	朝 着替え・整容、夜はそれに加え清拭（入浴のない日）
2	家事を一部手伝ってほしい。	食事作りや洗濯等がひとりでするよう支援する。	6ヶ月	・居宅介護（身体） ※時間は1を含む。 ・居宅介護（家事援助） 2/w 1回60分	少しずつ、自分ひとりで行う部分を増やしてゆく。	3ヶ月	
3	学校に復学したい。	学校とやりとりをしながら、次年度の復学を目指し後方支援をする。	6ヶ月	・学校（学生課、専攻主任） ・基幹相談支援センター ・移動支援 月10時間	自ら学校とやりとりをする。わからないことは相談員に手伝ってもらう。	6ヶ月	学校に行く必要がある場合は、休学中のみ移動支援を利用する。

# § 5 終結



## 事例

### その後の物語 (1)

- ・サービスの曜日や時間、量、具体的な内容などの調整や変更はありましたが、特に大きな問題はなく、自宅での暮らしに慣れていきました。
- ・その中で「(ホントに) 学校に通いたい。」という思いが確かなものになりました。
- ・この頃には、入浴以外の身の回りのほとんどのことを自分で行うようになっていました。
- ・学校との調整も自身で上手にやっていたようです。初めて障害のある学生を受け入れるという学校のバックアップを、「ぽーと」や病院のスタッフが行いました。
- ・そして復学。学業との両立も勘案し、週に1度の家事援助の居宅サービスは残しました。
- ・入浴は、昼間に自宅にいることが難しくなったため悩んだようですが、大学の体育館でシャワーを浴びるなどの工夫を、周囲の協力も受けながらしていた様子です。

初回面談

ゴール設定  
に向けて

アセスメント

プラン

自立訓練  
の利用

モニタ  
リング

地域での新た  
な暮らしへ

モニタリング・再アセス  
メント・プラン変更

終結

# 事例

## その後の物語 (2)

- ・ 数年後、大学を卒業しました。
- ・ 障害者雇用で学習塾の会社へ入社しました。職場の評価も高く、会社の業績もよかったので、それに応じたボーナスをもらっているとのこと。
- ・ 恋愛や友だちづきあいも、うまくやっているようです。
- ・ 27歳の時、彼氏と同棲をはじめ、このタイミングで福祉サービスがすべて終了しました。
- ・ 平日が休みの時に、ごくたまに顔を見ることがあります。病院で初めて面談した当時の話か、たわいもない話をします。
- ・ 妊娠出産が難しいため、結婚に躊躇するなど、悩みはあるようですが、彼女らしく”自立した女性”でいる様子です。

初回面談

ゴール設定  
に向けて

アセスメント

プラン

自立訓練  
の利用

モニタ  
リング

地域での新た  
な暮らしへ

モニタリング・再アセス  
メント・プラン変更

終結

## § 5 終結

### 【ケアマネジメントにおける計画相談の終結】

- ① 障害福祉サービス利用を終了した場合  
（プランに設定したゴールが達成され、新たなゴールの設定も必要ない場合）
- ② 本人が計画相談を希望しなくなった  
（セルフプランへ移行など）
- ③ 本人の転居・死亡

**計画相談が終了しても、  
何らかの相談支援としての関わりが必要な場合**

- ・ 相談支援事業の基本相談として、関わりを継続する
- ・ 他機関（ぽーと、保健福祉課など）へ引き継ぐ

# 最後に

## 誰のための、何のための計画相談か？

- ✓ 計画相談は「本人」生活を支えるためのツールのひとつ
  - 「本人」の生活全体に眼差しを向ける
  - 「本人」の望む生活は何だろう？
  - 教えてもらい、語ってもらい、一緒に考え、時には提案することも
  - 意向やステージの変化に伴い、「終結」があることも視野に
  
- ✓ あくまで「本人」が主体
  - 相談支援専門員はサービスの単なる「代理店」「管理者」ではない
  - 計画相談を利用するのは「本人」であり、相談支援専門員も一（いち）サービス提供者
  - 計画相談の運用によっては「本人」を管理、相談、指導する関わりになってしまう恐れがあることを留意

# 最後に

## これから相談支援専門員になる方へのメッセージ

- ◆根底に「**基本相談支援**」があることを忘れない  
計画作りが主体ではなく、本人の生活や希望に沿った「相談支援」を
- ◆サービス“等”の部分を大切に  
その人らしさを活かせるような、**柔軟な発想と想像力**を  
そのためには、地域の資源（人・もの・場所）を知る努力も  
地域の**情報通になることが**、専門性に大事な要素
- ◆ネットワークづくりが、相談支援専門員を育てる  
相談支援専門員とサービス提供事業者は、対等で双方向的な関係  
現場に出向いて支援員と顔を合わせる、一緒に動き、一緒に考える  
支援のネットワークが強くなると、みんなで助け合える、応用できる
- ◆困難にぶつかった背景に思いを巡らせ、疑問に思ったことを大切に  
ひとりが困っていることは、もしかしてこの地域の課題なのかも？  
自身の「ひっかかり」を大事に、周囲に発信していくことも必要