

救護施設・更生施設における個別支援計画 策定導入マニュアル

令和 6 年 3 月

社会福祉法人全国社会福祉協議会

(厚生労働省委託事業)

目 次

第1章	個別支援の目的	1
1	救護施設及び更生施設の現状	1
2	個別支援計画の制度化の意義	1
3	福祉事務所との連携・情報共有	2
第2章	個別支援計画の事前準備	3
1	支援者の価値倫理	3
2	地域資源や施設の支援能力	4
3	法人の方針理解	5
4	専門的な視点	6
第3章	個別支援のプロセス	9
1	情報収集	9
2	事前評価（アセスメント）	10
3	計画作成（プランニング）	11
4	支援の実施（インターベンション）	13
5	観察・見守り（モニタリング）	14
6	事後評価（エバリュエーション）	15
7	終結（ターミネーション）	15
第4章	個別支援計画書	17
1	記載項目と記載要領	17
2	様式例	19
第5章	記入例	20
	事例1. 救護施設において、居宅生活訓練事業を活用し、居宅生活への 移行をめざすケース	21
	事例2. 救護施設において、介護保険施設への移行をめざすケース	26
	事例3. 更生施設において、退所後のフォローを含めた居宅生活への 移行をめざすケース	32
	検討委員会名簿	39

第1章 個別支援の目的

1 救護施設及び更生施設の現状

(1) 保護施設の位置づけ

救護施設及び更生施設（以下、保護施設）は、生活保護法第38条に規定される施設である。

救護施設は、「身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設」である。

更生施設は、「身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させて、生活扶助を行うことを目的とする施設」と規定されている。

施設数は、救護施設186施設、更生施設18施設となっている（2023年現在）。

(2) 保護施設の対象

保護施設は、生活保護法が居宅保護を原則とし、他法他施策優先のなかで、最後のセーフティネットとして、さまざまな生活課題を抱える者の受け入れを行っている。

具体的には、精神疾患や身体・知的障害のある者、アルコールや薬物などの依存症のある者、DVや虐待の被害を受けた者、ホームレスや矯正施設退所者など、さまざまな対象者に対する支援を行っている。

(3) 保護施設の支援内容

救護施設では、居住の場を基本として生活支援・日中活動の場を提供し、更生施設においては、通所も含めた就労・技能訓練を実施している。

保護施設からの地域移行に向けては、保護施設通所事業や救護施設居宅生活訓練事業において支援を実施している。

2 個別支援計画の制度化の意義

生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度の見直しの議論を行う社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会（以下、「困窮保護部会」）において、「救護施設等については、入所者が抱える様々な生活課題に柔軟に対応し、可能な方については地域移行を更に推進することが重要であり、施設の機能や目的に応じて、福祉事務所のケースワーカーを始めとする関係機関とも連携しつつ、計画的な支援に取り組む環境を整える必要がある。このた

め、福祉事務所と情報共有を図りつつ、救護施設等の入所者ごとの支援計画の作成を制度化する方向で対応する必要がある。」と記されている。

個別支援計画の制度化は、利用者の状態や意向に即した支援の質と業務の効率性を上げ、利用者の自立支援を推進することにつながる。

3 福祉事務所との連携・情報共有

先に述べたように福祉事務所と保護施設との連携については、困窮保護部会の意見にあるように、保護施設の個別支援計画作成の制度化には福祉事務所のケースワーカー等関係機関との連携、福祉事務所と情報共有が併せて記載されている。

保護施設と福祉事務所との連携は、現行制度上では1年に1回以上保護施設に訪問し、要保護者と面談し状態と意向の把握、また保護施設と利用者の居宅生活への移行や他施策による施設等他の場所への移行の可能性について意見交換を行うことになっている。

効果的な支援のためには、生活保護の実施機関である福祉事務所の援助方針と直接支援を実施する保護施設の個別支援計画との整合がとれている必要があるため、個別支援計画の検討・見直しに際しては、福祉事務所の援助方針と整合をとり、可能な利用者の地域移行はじめ、利用者の自立に向けた現実のある取り組みへと進めていく必要がある。

また、困窮保護部会の「生活困窮者への自立相談支援及び被保護者への自立支援の強化」の項に、「対応困難なケースについて関係機関等が連携して対応する体制を整備するとともに、地域における支援体制を検討する枠組みを作ることが重要である。」とし、「生活保護制度においては、コーディネーター機能を担うケースワーカーが関係機関と連携し、被保護者に対する支援の質の更なる向上を目指して、ケースワーカーと関係機関との支援の調整や情報共有を行うための枠組みとして会議体を設置できるように法定化する必要がある。(中略)なお、会議体の運営方法など制度の具体化に向けては、構成員の対象として、地域とのつながりに関わる支援を行う救護施設等も含めて検討する必要がある。」としている。保護施設利用者の支援に関する情報共有、連携から、地域における被保護者の支援に係る情報共有、連携へとこれから広がりを見せることより、地域の被保護者への適切な支援（保護施設入所含む）に向けて保護施設のもつ機能やノウハウがさらに期待されているといえる。

第2章 個別支援計画の事前準備

保護施設は社会福祉施設であり、ソーシャルワークの専門的実践機関である。したがって、保護施設にはソーシャルワークの原理に則った専門的実践が期待される。

そこで、ここでは保護施設の支援者に求められる価値倫理、支援に関する基礎的知識と技術について、ソーシャルワーカーの倫理綱領等を参照しながら、個別支援計画の作成に必要な範囲で確認していくことにする。

1 支援者の価値倫理

保護施設の支援には守るべき原理と倫理がある。

ソーシャルワークにおいて一般的な考え方として、日本ソーシャルワーカー連盟(JFSW)では、「ソーシャルワーカーの倫理綱領」の中でソーシャルワークの原理として次のIからVIを挙げている。

I(人間の尊厳) ソーシャルワーカーは、すべての人々を、出自、人種、民族、国籍、性別、性自認、性的指向、年齢、身体的精神的状況、宗教的文化的背景、社会的地位、経済状況などの違いにかかわらず、かけがえのない存在として尊重する。

II(人権) ソーシャルワーカーは、すべての人々を生まれながらにして侵すことのできない権利を有する存在であることを認識し、いかなる理由によってもその権利の抑圧・侵害・略奪を容認しない。

III(社会正義) ソーシャルワーカーは、差別、貧困、抑圧、排除、無関心、暴力、環境破壊などの無い、自由、平等、共生に基づく社会正義の実現をめざす。

IV(集団的責任) ソーシャルワーカーは、集団の有する力と責任を認識し、人と環境の双方に働きかけて、互恵的な社会の実現に貢献する。

V(多様性の尊重) ソーシャルワーカーは、個人、家族、集団、地域社会に存在する多様性を認識し、それらを尊重する社会の実現をめざす。

VI(全人的存在) ソーシャルワーカーは、すべての人々を生物的、心理的、社会的、文化的、スピリチュアルな側面からなる全人的な存在として認識する。

次に、JFSWの「ソーシャルワーカーの倫理綱領」を見ると、ソーシャルワーカーの倫理基準を4つに分けて示している。

- I クライアントに対する倫理責任(12項目)
- II 組織・職場に対する倫理責任(6項目)
- III 社会に対する倫理責任(3項目)
- IV 専門職としての倫理責任(8項目)

それぞれに複数の項目を挙げ、基準が示されているが、ここでは一例として「クライアントの自己決定の尊重」を取り上げて、倫理基準がどのように書かれているかを説明する。「クライアントの自己決定の尊重」の倫理基準は次のとおりである。

ソーシャルワーカーは、クライアントの自己決定を尊重し、クライアントがその権利を十分に理解し、活用できるようにする。また、ソーシャルワーカーは、クライアントの自己決定が本人の生命や健康を大きく損ねる場合や、他者の権利を脅かすような場合は、人と環境の相互作用の視点からクライアントとそこに関係する人々相互のウェルビーイング¹※の調和を図ることに努める。

この倫理基準は、まず前段で自己決定の尊重の重要性を強調している。しかし、例外として利用者の自己決定を認めると、利用者自身の生命に危険が生じる、病気が悪化するなど、利用者自身に著しい不利益が生じる場合がある。これには専門的知見に基づいて考えると将来そのような状態に陥る可能性が高い場合も含まれる。あるいは、ある自己決定によって他者の権利を脅かすことも考えられる。このような場合、支援者は利用者自身の自己決定に介入したり関係する他者に働きかけて理解を求めるなどして「ウェルビーイングの調和を図る」。

これを現場の観点では、「倫理基準には保護施設の支援者が守るべきことが書かれている」といえる。

2 地域資源や施設の支援能力

保護施設が利用者支援を進める際には、地域資源の理解が大変重要になる。施設の利用者は、入所中から地域資源を利用する。そして入所者が地域移行後にどのような資源を利用できるかを考える場合にも、地域資源の状況を知っておく必要があるからである。

そして、これら地域資源に関する情報は常に最新の状況が反映されたものである必要がある。

参考

地域資源を調査し整理する方法として「地域アセスメント」がある。地域アセスメ

¹ ※ウェルビーイングとは、生活の安定や豊かさのこと。(社会福祉学習双書第 9 巻「ソーシャルワークと専門職」全国社会福祉協議会刊から引用)

ントは、社会福祉協議会等が地域支援のために行っているものがよく知られている。地域アセスメントは救護施設が個別支援を行う場合にも必ず必要なものである。地域アセスメントは、活用できる社会資源を把握したり、地域に必要な支援が無ければ開発するといった場合の手がかりになる。

インターネットサイト等を探すと、都道府県社会福祉協議会や市町村社会福祉協議会が開発したものが多数あり、調査フォーマットを発見できるだろう。ぜひ参考にされたい。ただし、実際にこのうちのいくつかを検討すると、個別ニーズから地域ニーズを発見するように設計されているものが多く見られる。これは開発した機関の特性上やむを得ないことである。

救護施設において利用者支援に活用する目的で地域アセスメントを行う場合、まず地域資源が個別ニーズにどのように活用できるかといった視点が中心になる。次に地域資源の開発という手順になる。これらの機関が開発した調査フォーマットを活用する際は、機関の特性による考え方の違いに注意が必要である。

自施設の支援能力を知ることも重要である。自施設の支援能力を知るとは、その強み、弱み、機会、リスクを定量的、定性的に調べて理解することである。これによって、どのような支援が必要な利用者をどの程度まで受け入れることができるかなどを判断する基準になる。入所受入れ時の判断に役立つ他、個別支援計画を作成する時、これに基づいて支援を行う時、カンファレンス²※の時などにも役に立つ。

参考

施設ごとに強みを持つ分野の違いがあるのは、地域性やこれまでに支援した利用者の傾向などが相互に関係しているからである。自施設の強みを知ることによって、より適切かつ具体的に個別支援計画を作成し支援を行うことができる。

たとえば、自施設の強みを活かすことができる利用者には、より優れた個別支援計画が作成でき、強みをもつ職員の知見を活かしてよりよい支援が提供できるだろう。一方で、自施設の強みが活かされにくい利用者には、その利用者の課題により適切な施設に紹介するなどの判断を的確に行えることにつながる。あるいは、それを強みにする取り組みを考えるなど施設等での改善につながることもあるだろう。

3 法人の方針理解

法人の理念や施設の支援方針を理解することは、個別支援計画の作成や日々の

² ※カンファレンスとは、複数の部門や機関、人材が協働していくために欠かせない調整の場。関連する複数の人々が、とある物事について協議し、情報共有しながら物事を進めていく場のこと。(社会福祉学習双書第 10 巻「ソーシャルワークの理論と方法」全国社会福祉協議会刊から引用)

実践のポイントになる。運営主体の理念は、その法人等の問題意識を表していることが多い。もし、法人等の理念が抽象化されたものであったとしても、創業から現在までの実践を丹念に見ていけば、問題意識と向かうべき方向がわかる。

施設の支援方針からは、どのような人に、どのような支援を行おうとしているのかを知ることができる。これと事業計画を合わせると、最近の傾向もわかる。これら法人の理念や支援方針、事業計画は、それぞれの保護施設で個別支援計画の方向性を考える際の参考になる。

事例

法人・施設の理念・方針の違いが支援方針の違いにつながる例を紹介する。

戦前、ある法人は、貧困や障害で地域生活ができないのは社会の不備であり、こうした人に家族的な愛情を持って接し、安心して暮らせる環境を提供することが使命である、との思いを持って設立された。この法人は当時貧しかった地方都市に拠点を構えて事業を行っており、現在もこの信条を理念に掲げている。この法人が運営する救護施設は、利用者に家族的な愛情を土台にした関係性を築くことがよい支援だと考えている。この法人は創設から100年以上を経た。社会情勢は変化し、救護施設のあり方も「循環型」へと移った。当然この救護施設も利用者の自立支援には熱心に取り組んでいるが、それを早急に求めることはない。利用者が施設での暮らしで安心感を得て、職員との信頼関係が十分に醸成されてから二人三脚のような形で退所に向けた支援を行っている。

一方、大都市にある比較的新しい救護施設は、精神科病院の長期入院問題や触法障害者が何度も刑務所に戻っている現状を解消したいという創立者の強い思いで開設された。この救護施設は、施設の場所も社会資源が多い大都市の中心部に求め、それらを活用しながら可能な限り短期間で地域移行ができるよう支援を行っている。

同じ属性を持った利用者でも、どちらの救護施設に入所するかで作成される個別支援計画は違って来るだろう。それは、運営主体(法人等)の理念や施設の支援方針から、その実現に向けて行われる地域資源の開発や職員の育成まで、支援に関わる全てが影響するからである。

4 専門的な視点

利用者の支援にあたっては、利用者をICFの考え方を活用して捉え、ストレングスに着目して支援する。

ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health 国際生活機能分類)

保護施設の利用者は、心身の障害をもつ場合や、障害認定がされなくとも日常生

活に困難を来している場合が多い。利用者のアセスメントの際には、ICF の考え方を活用することで、適切な支援計画の立案や記録に役立てることができる。

ICFは、WHO(世界保健機関)が 2001 年 5 月に採択した「人間の生活機能と障害についての分類法」である。ICFは「健康状態」、生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元、「環境因子」「個人因子」の2つの背景因子で構成されている。

「健康状態」は、病気や怪我、障害の有無などを指す。体調の変化として肥満や妊娠、加齢なども健康状態の指標として取り扱う。

「心身機能・身体構造」のうち「心身機能」は、生理的機能と心理的機能を指す。「身体構造」は、解剖学的な分類である。「活動」は、生活上の目的をもった具体的な行動を指す。ICFではそれを行う”能力”と”実行状況”とを分けて捉える。「参加」は家庭や社会での役割を指す。ICFではその活動に一員として加わることを「参加」と呼んでおり、必ずしも特定の役割を担うことまでは求めていない。これらの生活機能を変化させる要因を背景因子という。背景因子のうち「環境因子」は、その人を取り巻く環境すべてを指し、「物的環境」「人的環境」「制度的環境」がある。もうひとつの「個人因子」は、年齢、性別、学歴、価値観や嗜好といった、その人の特質、特徴で構成される。

ICFは、支援内容を救護施設のみならず、福祉、保健、医療分野の誰が見ても理解できる形で記録しようとする場合にも役に立つ。

ストレングスモデル

ストレングス(strength)の直訳は「強み、長所、能力」である。ストレングスモデルは、できないことではなく「できること」に着目する考え方である。このストレングスモデルを提唱したのはチャールズ・ラップ(Charles A.Rapp・カンサス大学)である。ストレングスモデルは精神障害者のためのケースマネジメント技法として開発され、現在では、ソーシャルワーク、ケアワーク、看護といった対人支援の分野で広く取り入れられている。

ラップによれば、ストレングスモデルには6つの原則がある。

- ①障害者は回復し、生活を改善して質を高めることができる
- ②焦点は病理でなく個人の強みである
- ③地域は資源のオアシスとして捉える
- ④利用者は支援プロセスの監督者である
- ⑤相談援助者と利用者の関係が根本であり本質である
- ⑥相談援助者の仕事の場所は地域である。

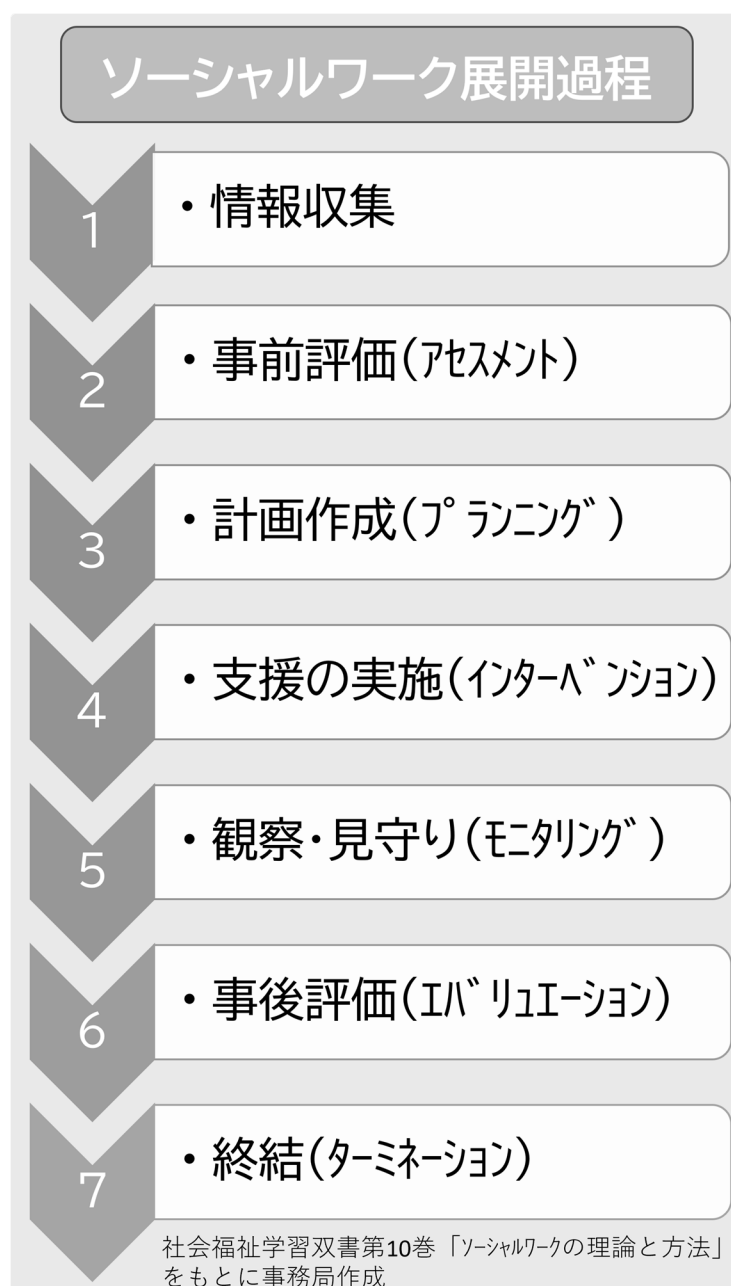
ストレングスモデルでは、利用者個人の力だけではなく地域をはじめとする本人が置かれている環境もストレングスと捉える。ストレングスモデルによって利用者を捉えることで支援者が介入するポイントがわかりやすくなるという利点もある。

参考

例えば、お釣りの計算ができない利用者が施設近くの商店へ買い物に行くという状況を捉えるとき、できないことに着目して「お釣りの計算ができない」とするか、ストレングスに着目して「その商店までひとりで歩いて行くことができる」と捉えるかで、課題の見え方が違ってくる。前者では、その他になにができないのかわかりにくいですが、後者はその商店への往復は問題なさそうだとわかるので、商品の選択と購入に限定して支援するか、より詳しくこれらについて再アセスメントをすればよいと判断できる。

第3章 個別支援のプロセス

保護施設において、個別支援は、図のように情報収集から終結まで7段階で展開する。



1 情報収集

①情報収集とは

保護施設の職員(以下、施設職員)は支援開始時から利用者の情報を十分に把握できているわけではない。実際の支援の場面では、限られた情報に基づいて支援を開始し、その過程を通じて、情報の追加、確認、修正、更新を行っていくことが求められる。

特にインテーク(初回面接)の場面は、支援過程において福祉事務所の担当者や保護施設の利用を検討されている利用者、施設職員の3者が初めて顔を合わせる重要な局面と言える。利用者に施設職員を自らの生活問題の解決に対するパートナーと思ってもらえるかが重要となる。

そのためインテークの場面において施設職員は、利用者がどのような不安や心配事を抱えているのかという気持ちに寄り添いながら、信頼関係に基づく支援関係の構築をこころがけ、利用者の生活の困難に対し利用者自身が解決の主体であること、利用者が施設で支援を利用する意味、伴走者としての施設職員の役割の理解を共有する段階とも言える。

②継続的な情報収集を

情報収集は、利用者が生活困難に陥った状況やその背景に存在する構造を包括的に把握するため、施設職員と利用者が協働して必要な情報を収集する局面である。利用者自身が置かれている状況や利用者を取り巻く環境に関する理解を深める過程を通して、両者の支援を通じた信頼関係の深化が図られる。得られる情報は利用者のプライバシーに触れる情報も多いため信頼関係の深化の状況に応じて適宜、収集する必要がある。緊急的な支援を行っている場合においても、支援関係の醸成を考慮せずに拙速な情報収集を目的化した関わりを実施してしまうと支援関係の断絶、支援の中断に陥ることも想定されるため注意が必要である。

また、情報は福祉事務所をはじめとした関係機関からも収集する必要がある。例えば、福祉事務所が保護施設の入所委託をする場合、「援助方針」に基づく決定となる。つまり、保護施設は福祉事務所が定める「援助方針」の一局面を担う役割となる。

したがって、情報収集の際に利用者の状況に加え、福祉事務所が利用者に対する支援の全体像の中で、保護施設にどのような役割を期待しているのかという情報を予め収集しておくことも重要となる。

2 事前評価(アセスメント)

①アセスメントとは

アセスメントとは、収集された情報に基づき、その背景やさまざまな要因等を分析し保護施設が利用者と共に対応すべき課題を設定し解決の方向性を見出す局面と言える。

アセスメントは利用者と施設職員の協働作業により利用者本人(「バイオ:生理的・身体的ーサイコ:心理的・精神的ーソーシャル:社会的・環境的」、「ストレングス」)と利用者を取り巻く環境、それらの相互関係を分析し、「支援の出発点」を明確にすること、及び「支援の目標」を設定することが目的である。

②客観的な「データ」から主観的な「意味」の探究へ

アセスメントは、客観的な情報の収集と分析の局面と捉えることができる。では、「客観的」であるとはどのようなことを意味するか。例えば、条件や方法が同一である場合、「誰」が「何度」実施しても同じ結果を導き出すようなことを想定しているのだろうか。この場合、「客観的」事実は価値中立的である状況と言える。

しかし、情報収集に続く情報分析は、情報を統合しながら意味を見出す作業である。すなわち、収集された個々の情報に対し「重みづけ(価値づけ)」をする作業である。そのため、個々の情報に対し利用者が「どのような意味づけをしたか」を解釈する必要がある。

施設職員はアセスメントの局面において利用者から生活歴を聴取することが求められるが、利用者の人生の中で生じた出来事の内容、時期、場所など他の情報源により検証可能な客観的な情報としての「ライフヒストリー」のみならず、個々の出来事をどのように「意味づけした」という「ライフストーリー」を読み解く力が求められる。

③アセスメントの仕組みづくり

個別支援のプロセスは、アセスメントの結果を踏まえた支援計画が立案され支援が実施される。しかし、その後においても、利用者自身、施設職員との関係性、その他の事情は可変的である。支援の進捗に応じて新たな気づきや発見がもたらされたり、新たな情報が得られたりして、支援の目標や内容の見直しを実施する必要が生じる。その意味では、アセスメントは支援の展開過程において、定期的かつ継続的に実施されると理解することが大切である。さらに、アセスメントは施設職員のみで実施するものではない。利用者をはじめ「施設内の様々な職員がアセスメントに関わる仕組み」があること、更に「施設外の機関や他の専門職等との連携、協働によって行われる仕組み」があることも重要である。

アセスメントは個別支援における利用者のニーズの把握、さらに、ニーズに基づく社会資源のアセスメントを通じて、保護施設内外の多職種連携や地域との協働の仕組み、ネットワーク構築の促進・強化する実践とも言える。

3 計画作成(プランニング)

①プランニングとは

アセスメントの結果を踏まえ、利用者と施設職員の協働作業により個別支援計画を策定する。個別支援計画は、アセスメントで定めた支援目標を具体的に実現していくための支援内容を定めるものであり、支援の進行による利用者の状態変化に対し柔軟に対応するものでなければならない。したがって、アセスメントと同様に個別支援計画も適宜見直し、変更が必要である。実際には、概ね保護施設に入所後「1か月から3か月以内」に初回の支援計画書が作成さ

れ、その後、「3か月～6か月」程度で計画を見直し、その後は、「1年以内」の期限を目安に個別支援計画の見直しが行われている施設が多い。

個別支援計画は、保護施設において実施可能な支援策が明示されることとなるため、換言すれば、各施設の支援スキル、ノウハウ、社会資源の活用が可視化される局面とも考えられる。プランに基づく支援が実施された結果、目標が達成され、新たな目標を設定することが必要となった場合、あるいは目標達成の困難が判明した場合には、再アセスメントや再プランニングを実施する。

②長期的な支援計画と短期的な支援計画

保護施設において長期的な支援目標である「福祉事務所による援助方針」と、アセスメント結果を踏まえ、長期的な支援目標を達成するためのプロセスを所与の有効期間内にて、どの程度の達成を見込むのか、また、短期的には保護施設という日常生活の場において何を目標にして、どのような支援を「いつ」、「誰が」、「何を」、「どのように」実施するのか、あるいはモニタリングの時期や範囲、確認方法などを含めて具体的に記載する必要がある。

③個別支援計画の共有

・利用者との共有

個別支援計画は、利用者の思い描く生活や将来像の実現に際し、アセスメントにて何が問題(ニーズ)であり、その問題を解決するためにどのような支援が必要となるのかについて具体化されたものと言える。

個別支援計画を実行性の高いものとするためには、利用者の意向が常に確認・尊重され、利用者と施設職員が理解を共有し合意したものとしなければならない。そのためには、利用者の参画を前提に策定された目標や計画内容が、利用者に十分な説明がなされ納得が得られるというプロセスが確保される必要がある。

また、この説明と同意の手続きは、利用者の自己決定を保障するだけでなく、課題解決の主体であるという自覚を促すという意義もある。一方、利用者の意向の尊重が重要ではあるものの、実行可能な支援計画を策定するためには、保護施設の機能や支援提供能力も勘案した上で支援計画を立案する視点も併せもつ必要がある。

・職員間との共有

保護施設は、社会福祉士や精神保健福祉士などの生活相談員³※をはじめケアスタッフ、看護師、栄養士等、さまざまな専門職がそれぞれの専門性を発

³ ※いわゆる最低基準である「救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設の設備及び運営に関する基準(昭和41年厚生省令第18号)」では、職員の配置の基準として「生活指導員」と記されている。

揮しながら施設で生活する利用者支援を実施する場である。そのため、個別支援計画は、施設職員の間で共有され、計画に基づく支援が適切に実施されている状況を記録により確認できる体制を構築することが必要である。

また、日々の支援を通じて多様な職種が記録の作成、閲覧をする中で情報が更新、蓄積されていくことから、支援記録を策定するためのガイドラインを設定し施設職員の記録作成能力の標準化に向けて取り組んでいく必要がある。

・福祉事務所との共有

福祉事務所は「援助方針」に基づいて、保護施設への入所委託に始まり入所中の支援や退所決定の判断を行う責任がある。そのため、福祉事務所と保護施設は双方の役割分担や連携のあり方について明確にしておく必要がある。

個別支援計画においては、福祉事務所の「援助方針」をふまえていなければならない。そのため、策定された個別支援計画と「援助方針」の関係について理解を共有することが重要である。

具体的には、施設職員は支援の実施に移行する前に、福祉事務所と個別支援計画書を共有し、その内容が「援助方針」の想定する課題解決に向けた内容となっているか、計画に基づいて提供される支援の内容は適切か、活用される社会資源が適切か等について福祉事務所との間で調整を図ったうえで、支援を実施する必要がある。

そのため、個別支援計画の立案、変更等が行われる際には福祉事務所との緊密な連携が求められる。

参考

「援助方針」とは、訪問調査活動や関係機関調査により把握した生活状況を踏まえ、個々の要保護者の自立に向けた課題を分析し、それらの課題に応じて具体的に策定された指針となる。

「援助方針」は「被保護世帯に対する指導援助の結果を適宜適切な時期に評価し、援助方針の見直しを行うこと」とされており、「援助方針の見直し」は、「世帯の状況等の変動にあわせて行うほか、世帯の状況等に変動がない場合であっても少なくとも年に1回以上行うこと」とされている。

(「生活保護法による保護の実施要領について(昭和38年4月1日社発第246号厚生省社会局長通知)第12-4)

4 支援の実施(インターベンション)

支援の実施は、一連の個別支援のプロセスの中心であり、これまでに策定された個別支援計画に基づく支援が実施される局面である。個別支援計画に基づき、目標達成に向けて施設内での支援やその他の社会資源の活用、関係機関や地域資源との連携・協働により支援が実施される。

施設職員は、アセスメントで把握された状況を個別支援計画に則り、利用者
と利用者を取り巻く状況に働きかける、つまり変化を促し、その結果、利用者
のニーズの充足や目標達成という新たな安定につながることを目指す局面で
ある。

支援は、施設職員が介入することにより、利用者本人が、その生活の主体で
あること、利用者自身が主体的に生活の維持、回復、再建を果たすことを目的
としている。

そのためには、施設職員は、支援を通じて利用者が「その人らしい」生活を支
えるかかわりや働きかけ、すなわち「ストレングス」、「エンパワメント⁴※」の視
点に基づく支援が求められる。

5 観察・見守り(モニタリング)

①モニタリング・計画の見直し

モニタリングは、個別支援計画に基づいて実施された支援の内容や、支援の
結果ニーズがどの程度充足されたのか、それが適切あるいは有効であったか
否か、また支援の実施を通して新たな問題が発生していないか、潜在的なスト
レングスがあったか、今後の対応をどのように進めるか、などについて検討を
行う局面である。

そのため、モニタリングは、アセスメント、個別支援計画の立案、支援の実施
の局面と連動しながら実施されることが必要である。

モニタリングは、個別支援計画に基づいて予め定められた期間に経過の振
返りや点検を行う作業であり、支援内容に応じて適切に時期を設定する必要
がある。実際には、個別支援計画書作成時でのモニタリングは概ね6か月程度
の期間を設定している施設が多く、また、その後の支援計画に関するモニタ
リングは6か月から1年程度の期間を設定している施設が多い実態がある。

このモニタリングの作業や事後評価の作業は、必要に応じて、関係者による
事例検討やケースカンファレンス、あるいはスーパービジョンを通して実施さ
れる。その際、利用者の参画を前提とするならば、「ニーズがどの程度充足さ
れたかについて利用者自身が評価すること」が重要である。

また、支援の実施においては、多様な事情により当初の計画に沿って支援
が実行できなかつたり、あるいは支援目標と比較して支援効果が上がらない
ことも考えられる。その際には、モニタリング結果を踏まえ、再度、情報収集、
アセスメントの局面に戻り、支援目標の設定が適切だったか否か、個別支援計
画自体を修正し、支援内容を改善する仕組みを整えておくことも必要である。

⁴ ※エンパワメントとは、「直訳すれば「力をつける」という意味の言葉であるが、ソーシャルワ
ークではさまざまな事情で無力(powerless)な状態におかれた人々が、自らの力に気付くあ
るいは取り戻すことによって、自らが置かれた状況を変えていけるように支援することをい
う。本人主体、利用者主体、住民主体の支援の考え方である。」(社会福祉学習双書第9巻「ソ
ーシャルワークの基礎と専門職」全国社会福祉協議会刊から引用)

②モニタリング結果の福祉事務所との共有

保護施設における支援の実施は、福祉事務所による利用者に対する「援助方針」の一部と位置付けられる。したがって、モニタリングの結果による計画の修正は保護施設内における支援方針の変更のみならず、「援助方針」にも影響する。

現状では、「福祉事務所から求められた場合のみ、見直した計画書を共有している」とする保護施設が多いという実情であるが、モニタリングの結果に基づいて計画を見直す際は、福祉事務所と調整を図る必要がある。

6 事後評価(エバリュエーション)

事後評価とは、モニタリングと同様に、これまでに行ってきた支援を振り返り、それが適切であったか否か、有効であったか否か、新たな問題が発生していないか否か、などの支援経過の点検と振り返りの局面である。「事後評価」とは特に、福祉事務所が保護施設へ入所委託する際に提示した「援助方針」により、予定されていた支援の終わりの時期に実施される作業と言える。

予定されていた支援の終わりとは、「援助方針」の内、保護施設の利用による支援を通じて想定されたニーズが充足されたことにより、福祉事務所が退所(地域生活移行、他施設移行)の判断を行う場合、あるいは、保護施設の利用を継続しても当初の想定されたニーズの充足が見込めない場合(入院、失踪、死亡)などが想定される。

いずれの場合も、福祉事務所の担当ケースワーカーとケース会議をもつ必要がある。特に、施設生活上のルールを守れない等、継続的な施設での生活が困難であると思われる場合には、早期に担当ケースワーカーと相談をし、対応策を検討する必要がある。更に、死亡退所の場合には諸々の連絡調整や事務処理事項についても、福祉事務所と施設の役割分担を明確にする必要がある。

7 終結(ターミネーション)

「援助方針」に基づいた保護施設利用における支援目標の達成により、利用者の生活状況の改善が見られた場合、保護施設の支援は終結(ターミネーション)の局面へ向かう。

この局面は、利用者の問題解決や支援を通じた問題状況の改善などの目標達成によりもたらさせることもあれば、当事者の入院、失踪、死亡などによってもたらされることも想定される。支援の終結は、利用者のみならず施設職員にとっても新たな始まりを意味する。この局面において、支援者は利用者とこれまでの支援過程を振り返り、利用者の抱く感情を受容、共感しながら、利用者が安心感をもって終結の段階を迎えられるように、今後の希望や思いについて傾聴していくことが求められる。

さらに、今回の支援関係は終結となるが、今後必要であれば新たな相談に

応じたり、社会資源の紹介をするなど、利用者の状況に応じた関わりや支援の実施を示す必要がある。

一方、福祉事務所に対しては、保護施設でどのような支援が実施されたのか、実施された支援により、利用者本人にどのような変化が生じたのか、また、保護施設内で実施された支援内容を代替可能とするための資源の紹介等についても、今後の援助方針を遂行するために必要となる情報を引き継ぐことが求められる。

(参考①)全国救護施設協議会(全救協)版『救護施設個別支援計画書』作成ガイドブック・様式集 Ver.0(施行版)

(参考②)自立相談支援事業従事者研修テキスト編集委員会 編
「生活困窮者自立支援法 自立相談支援事業従事者養成研修テキスト 第2版」
2022年 中央法規

第4章 個別支援計画書

1 記載項目と記載要領

個別支援計画書の記載項目及び各項目の記載要領は、以下の通りである。

①「利用者氏名」

[記入要領]

当該個別支援計画書の利用者氏名を記載する。

②「生年月日」

[記入要領]

当該利用者の生年月日を記載する。

③「計画書 No」

[記入要領]

当該利用者が、当該保護施設において初めて個別支援計画書を作成する場合は「1 回目」に、2回目以降の場合はその回数を記載する。

④「施設名」

[記入要領]

当該個別支援計画書を作成する施設名を記載する。

⑤「作成者名」

[記入要領]

当該個別支援計画書の作成者の氏名を記載する。

⑥「作成日」

[記入要領]

当該個別支援計画書を作成した年月日を記載する。

⑦「利用者の意向」

[記入要領]

利用者の意向を記載する。

⑧「利用者のニーズ(アセスメントを基に整理した課題)」

[記入要領]

利用者の意向を踏まえ、アセスメントを基に整理した課題を記載する。

⑨「総合的な支援目標」

〔記入要領〕

「利用者のニーズ」に対して、当該保護施設がどのような支援を行うかを利用者を確認、検討の上、総合的な援助方針を記載する。

⑩「ニーズに向けた個別課題と設定理由」

〔記入要領〕

個々の解決すべき課題についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるのかを分析し、その波及する効果を予測して、原則として優先度合いの高いものから順に記載する。

⑪「支援の目標(課題に対する目標)」

〔記入要領〕

個別課題に対応して解決が可能と見込まれる具体的な内容を記載する。

⑫「支援内容」

〔記入要領〕

目標の達成に必要であって、最適な支援の内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

⑬「具体的な方法」

〔記入要領〕

「支援内容」で掲げた内容を具体的にどのような方法(一定期間内での回数や実施曜日等)で実施するかを記載する。

⑭「モニタリングの時期」

〔記入要領〕

「支援の目標」を達成するにあたっての期限を記載する。なお、「支援内容」や「具体的な方法」の検証のために、定期的なモニタリングを行うことが必要な場合は、その時期を記載する。

⑮「備考」

支援にあたっての必要な付加情報を記載する。

2 様式例

利用者氏名	生年月日	計画書No	回目		
施設名	作成者名	作成日			
利用者の意向	総合的な支援目標				
利用者のニーズ (アセスメントを 基に整理した課 題)					
ニーズに向けた個別課題 と設定理由	支援内容	具体的な方法	モニタリングの時期	備考	
			年	月	日
【同意書】	上記の個別支援計画について説明を受け、		氏名		
	これに基づいて支援が行われることに同意しました。		代理人氏名		

第5章 記入例

本章は、具体的事例をもとに個別支援計画作成の考え方と記入方法を学ぶことを目的にしている。

以下の異なる3つの事例をもとに個別支援計画書の作成について紹介する。

事例1. 救護施設において、居宅生活訓練事業を活用し、居宅生活への移行をめざすケース

事例2. 救護施設において、介護保険施設への移行をめざすケース

事例3. 更生施設において、退所後のフォローを含めた居宅生活への移行をめざすケース

事例1. 救護施設において、居宅生活訓練事業を活用し、居宅生活への移行をめ ざすケース

事例の概要

Aさん

①年齢・性別

A氏は、50歳代半ばの男性。

②入所の経緯

約20年前にアトピー性皮膚炎の悪化によって、人目を避けるようになり、会社での人間関係がうまくいかず退職。アルコールで気分を晴らすようになり、酒量が増えていった。アルコール依存症と診断され治療のため入院。入院中に生活保護を受給した。退院後、激しいうつ症状により精神科病院に緊急搬送され再入院。退院が決まるも、入浴、家事など生活場面のほとんどをひとりでできない状態のため、福祉事務所のケースワーカーが一人暮らしは困難と判断し、アルコール依存症回復者の地域移行で実績がある当施設へ入所が決まった。

③本人の状態(生活状況)

入所時は、運動項目のADLが多くの項目で4～5点(FIM(機能的自立度評価法))。対して認知項目は6～7点(同)。体力的には、長距離の移動は厳しいものの、短距離の移動、施設での生活上は問題が無い状態。

④本人の希望・要望

入所時面接における本人の希望は「居宅に戻りたい」であった。

(1回目)

計画書作成の考え方

①「利用者のニーズ」

入所1カ月後には、入所前の情報と比較して生活スキルは相当向上し、福祉事務所での聞き取りや施設での面接調査、日常生活の状態を合わせて考えると、本人の希望は実現可能と判断し、居宅移行を課題として設定した。そこでこれを施設内で協議し、次にケースワーカーとも共有した上で、本人の同意を得て居宅移行に向けて、総合的支援目標を設定した。

②「支援の目標」

総合的支援目標の実現のため、個別の支援目標を4つ設けた。

③「支援内容」

支援目標に対応して、支援内容を定めた。

④「具体的な方法」

支援内容を具体的に実施する方法を記載した。

⑤「モニタリングの時期」

支援の進捗、実行状況をそれぞれの項目ごとに確認、評価の時期を定めた。

⑥「備考」

AUD(アルコール使用障害)の支援機関や、支援の際の本人への配慮などを記載した。

個別支援計画書 記入例 事例1. 1回目

利用者氏名	A	生年月日	□□□□年(昭和□□年)□月□日	計画書No	1	回目
施設名	救護施設□□□	作成者名	D	作成日	□□□□/4/1	
利用者の意向	「居宅に戻りたい」		総合的な支援目標	AUD(アルコール使用障害)を含む心身の健康維持。地域社会と良好な関係性を築き、それを保つ。		
利用者のニーズ(アセスメントを基に整理した課題)	居宅生活を実現する。その状態を保つ。					
ニーズに向けた個別課題と設定理由	支援の目標(課題に対する目標)	支援内容	具体的な方法	モニタリングの時期	備考	
AUDの再発防止	断酒を6か月継続する	施設で実施する集団認知行動療法への参加を促す。	ASWと連携し、そのコーディネートによって施設で集団認知行動療法を実施。本人に各回への参加を促す。	毎月第1週の通院日前日。意識づけを兼ねて参加状況を面接で確認。	断酒継続期間は最終的に36か月を目標とする。	
日常の健康管理習慣	規則正しい生活習慣を身に付ける。入浴や家事などを「できる」ようになる。	起床・就寝時間、食事時間を一定にする。毎日、夕食後に適度な運動を行う。入浴や家事などを「できる」ようになる支援プログラムを提供する。	起床時、定刻に居室を訪問し声をかける。就寝時に在室を確認する。3食とも定時に食堂へ来るよう促す。施設の設備を使って入浴や家事などを自ら行う機会を毎日提供する。	月例のカンファレンス前日。ケース記録と運動した記録表により実行状況を評価。		
ADLの維持	FIM各運動項目6点以上を維持する。	日常生活場面でADL各項目を自発的に行うよう促し、「できるADL」を「しているADL」に変え、「しているADL」を維持する。	ストレングスを評価する。FIM1点プラスの行動を促す。	月例のカンファレンス前日。状況を評価。		
コミュニケーションの中で暮らしていくスキルを身に付ける	コミュニケーションに受け入れられる服装、言動、規範意識を持つ。	適切な服装、抑制の効いた言動、規範意識の向上(独自スケール)	清潔感のある服装と着こなしの提案、生活ルールを守る。攻撃的言動があれば指摘。皮膚科通院。	月例のカンファレンス前日。状況を評価。	コミュニケーションの主体的参加のため、身だしなみからコミュニケーションスキルの獲得まで段階的な取り組みが必要。	

【同意書】

上記の個別支援計画について説明を受け、これに基づいて支援が行われることに同意しました。

氏名
代理人氏名

A

(2回目)

モニタリング

①AUDの再発防止

ミーティングには全6回遅刻せず参加。求めに応じて自分の状況を話すことも、回を重ねるごとにスムーズにできるようになった。

直近1、2カ月頃は、自主的に会場の準備も行うようになった。

②日常の健康管理習慣

2カ月目に入るところから起床、就寝時間が声かけによらず一定にできるようになった。

しかし、直近1カ月前頃から、就寝時間後に自室ベッドでスマートフォンの画面を見ているところの確認されたので、スマートフォンの使用タイミングについて睡眠の質を高める観点から助言したところ、改善され、繰り返しているところは見られなかった。

③ADLの維持

声かけの結果、支援開始直後からできることは自ら身体を動かして行うようになった。ただし、運動項目については、動作の完成度すべてが4以上にはならなかった。

また、ひとつの動作に対して10%程度の支援が必要(6点)なものを完全にできるようになることを目指したが、このモニタリングの時点では未了だった。

④コミュニティの中で暮らしていくスキルを身に付ける

清潔感のある服装と着こなしの提案については理解が得られ、服装や着こなしについては、地域で違和感を与えない状態になった。

衣類の管理(洗濯やアイロンがけなど)ができないことがわかったので、これらの項目を支援内容に追加して実行した。

入所当初からの他の利用者に対する攻撃的言動については、そうした場面が無く取り組めなかった。

皮膚炎については、皮膚科通院し処方された塗り薬を毎日自己塗布。炎症は目立たなくなったが、季節等の移り変わりによって再発の可能性があり、引き続き通院することになっている。本人に外見の改善による心象を尋ねたところ「そういえば他人の目は以前ほど気にならなくなった。なにより自分自身が痒みに気をとられなくなったことがうれしい」と感想を話した。

事後評価

今回の総合的な支援目標は、A氏が希望どおり、近い将来地域での居住を実現するため、AUDを含む心身の健康維持と、地域社会と良好な関係を築き、それを保つことができるようになることとし、その目標に向けて、優先度の高い課題を4つ設定、施設の日常生活場面で取り組んできた。いずれの課題も本期間(6か月)では、生活スキルの向上が評価できるため、次期計画期間の後半からは、救護施設居宅生活訓練事業の利用により、居宅生活にむけてステップアップを図ることが

適当である。

計画書作成の考え方

①「利用者のニーズ」

利用者のニーズに変化はなかったため、継続。

②「支援の目標」

1回目の目標を継続。

③「支援内容」

1)AUDの再発防止

集団認知行動療法について、各回への参加を求めるとレベルを上げた。

2)日常の健康管理習慣

家事等の習慣化を設定した。

3)ADLの維持 及び4)コミュニティの中で暮らしていくスキルを身に付ける

1回目の支援内容を継続。

④「具体的な方法」

1)AUDの再発防止

断酒継続のための新たな具体的な取り組みを記載。

2)日常の健康管理習慣

夕方に隣接する公園での散歩を促すことを追加。

居宅生活訓練事業での調理や掃除などの指導を追加。

3)ADLの維持 及び4)コミュニティの中で暮らしていくスキルを身に付ける

1回目の方法を継続。

⑤「モニタリングの時期」

1)～4) 1回目の時期を継続。

※居宅生活訓練事業移行後も同様。

⑥「備考」

ケースワーカーとの共有状況などを記載した。

個別支援計画書 記入例 事例1. 2回目

利用者氏名	A	生年月日	〇〇〇〇年(昭和〇〇年)〇月〇日	計画書No	2	回目
施設名	救護施設〇〇〇	作成者名	D	作成日	〇〇〇〇/10/1	
利用者の意向	「居宅に戻りたい」意向は2回目のアセスメントでも変わりませんでした。		総合的な 支援目標		AUD(アルコール使用障害)を含む心身の健康維持。 地域社会と良好な関係を築き、それを保つ。 救護施設居宅生活訓練事業の利用を開始する。	
利用者のニーズ (アセスメントを 基に整理した課 題)	居宅生活を実現する。その状態を保つ。					
ニーズに向けた個別課題 と設定理由	支援の目標 (課題に対する目標)	支援内容	具体的な方法	モニタリングの時期	備考	
AUDの再発防止	断酒を6か月継続する	ASWと連携し、そのコー ディネートによって施設 で集団認知行動療法を実 施し、各回への参加を求 める。	施設内ミーティングでの報 告時、断酒継続をテーマに 話すことを促す。 ※期間後半は居宅生活訓練 事業から通う。	毎月第1週の通院日前 日。意識づけを兼ねて面 接で確認。 ※居宅生活訓練事業移行 後も同様。	断酒継続を就労より優先する方 針。断酒継続期間は最終的に36か 月を目標とする。	
日常の健康管理習慣	規則正しい生活習慣を身 につける。 入浴や家事などを「でき る」から「している」に向 上させる。	起床・就寝時間、食事時 間を一定にする。 毎日、夕食後に適度な運 動を行う。 家事等の習慣化に向けて 支援を行う。	・起床時、定刻に居室を訪問 し声をかける。就寝時に在 ・夕方に隣接する公園での 散歩を促す。 ※期間後半は居宅生活訓練 事業で自主的に実行できる ことを確認する。 居宅訓練施設で調理や掃除 などを実際に指導する。	月例のカンファレンス前 日。ケース記録と運動し た記録表により実行状況 を評価。 ※居宅生活訓練事業移行 後も同様。	1回目の計画実施中、cwとの協議 で、本人には生活リズムを安定させ ることが、居宅生活移行やAUD再 発防止に有用と示唆あり、この個別 課題に反映した。	
ADLの維持	FIM各運動項目6点以上 を維持する。	日常生活面でADL 各項目を自発的に行うよ う促し、「できるADL」を 「しているADL」に変え、 「しているADL」を維持す る。	ストレッチングを評価する。FI M1点プラスの行動を促す。 ※期間後半は居宅生活訓練 事業で自主的に実行できる ことを確認する。	月例のカンファレンス前 日。状況を聞き取りによ り評価。 ※居宅生活訓練事業移行 後も同様。		
コミュニティの中で暮らし ていくスキルを身に付け る	コミュニティに受け入れ られる服装、言動、規範意 識を持つ。	適切な服装、抑制の効い た言動、規範意識の向上 (独自スケジュール)	清潔感のある服装と着こな し継続。生活ルールを守 ること、攻撃的言動があれ ば指摘。※居宅生活訓練事 業では訪問時等に確認。皮 膚科通院。	月例のカンファレンス前 日。状況を確認。 ※居宅生活訓練事業移行 後も同様。	コミュニティへの主体的参加のた め、身だしなみからコミュニケー ションスキルの獲得まで段階的な 取り組みが引き続き必要。	

A

氏名

代理人氏名

【同意書】 上記の個別支援計画について説明を受け、
これに基づいて支援が行われることに同意しました。

事例2. 救護施設において、介護保険施設への移行をめざすケース

事例の概要

Bさん

①年齢・性別

Bさんは、70代半ばの男性。

②入所の経緯

診断名、統合失調症・不眠症。精神障害者保健福祉手帳 2 級。58歳、精神科病院へ入院していたが、症状が安定し退院可能となる。陰性症状(無為・自閉)が残存し、担当医より単身生活不可との評価。入所前に本人と面談。会話等、コミュニケーションは可能だが、長期入院で生活能力は低下しており、無気力な様子が窺えた。身体機能は維持できており特定の疾患はなし。

福祉事務所のケースワーカーは、病院から得た情報により単身生活困難と判断し、救護施設への措置とした。

施設見学の後、本人も入所を希望した為、入所に至る。

②本人の状態(生活状況)

服薬管理・通院同行、金銭管理に支援を要す。食事・栄養管理も自身で準備等を行うことは困難な状態。精神症状は入所後は安定していた。施設内では他は概ね自立していたが、加齢で身体機能(嚥下・下肢機能)が徐々に低下しており、支援を要する場面が増えてきている。

③本人の希望要望

現在困っていること:歩いてトイレに行くことが困難で、排泄の失敗が増えた。

食事について、硬い物が食べづらくなってきた。

施設、職員への希望:トイレまでの誘導。お肉などおかずは細かく刻んで欲しい。

今後の生活について:他施設へ移り静かに暮らしたい。実家の近くに帰りたいたい。

家族への希望:面会に来て欲しい。

(1回目)

計画書作成の考え方

①利用者のニーズ

本人の今後の生活に関する意向の背景には身体機能の低下がある。介護中心の支援の場合、現状の評価をニーズと捉え、アセスメントで現れた食事・排泄・移動面の課題を記入。

②支援の目標

介護保険施設移行については、関係者の方針の統一と介護保険申請の手続きを行う。

身体機能は食事・排泄・移動に関して現在の能力を測り、その維持を図る。

③支援内容

目標に対して必要な支援を落とし込む。身体状況については現状の観察・確認を行う。排便については、活動量の増加は現状身体的に困難なため項目に加

えず。

④具体的な方法

作成した職員以外の者が読んで理解し支援を行えるよう、内容と方法を具体的に記載する。

⑤モニタリングの時期

介護保険申請を行い、動き出すまでの期間を 2 か月程度と予想。他の課題もそれに合わせて 2 か月とする。

個別支援計画書 記入例 事例2. 1回目

利用者氏名	B	生年月日	昭和 □年 □月 □日	計画書No	1	回目
施設名	救護施設 □□	作成者名	E	作成日	□□□□/4/1	
利用者の意向	<ul style="list-style-type: none"> ・実家の傍の施設へ移りたい。 ・他施設(介護保険施設)で静かに暮らしたい。 ・トイレと食事の支援をして欲しい。 		総合的な支援目標	残存能力の維持を図りつつ、介護保険を申請し、ご兄弟の住む〇〇市内の介護保険施設への移行。		
利用者のニーズ(アセスメントを基に整理した課題)	<ul style="list-style-type: none"> 食事…嚥下状態の低下により、食事介助や食事形態の再評価が必要。 排泄…活動量の低下により便秘傾向。排泄状況の把握や下剤の調整が必要。 移動…下肢筋力の低下により車椅子使用。移乗・移動時は支援が必要。 		具体的な方法	<ul style="list-style-type: none"> ご家族・福祉事務所との情報共有、介護保険の申請。主治医意見書の依頼。認定調査の対応。 食事・水分はスプーンを使用し介助を行う。嚥下機能・食事摂取量の低下時は看護師・栄養士へ報告する。 定時に多目的トイレへの誘導を行う。排便時は量や形状を確認し記録する。便秘時は看護師へ報告する。 一日2回(午前・午後)、廊下の手すりを使用して歩行訓練を行う。 		
ニーズに向けた個別課題と設定理由	支援の目標(課題に対する目標)	支援内容	具体的な方法	モニタリングの時期	備考	
介護保険施設への移行調整 利用者の意向と共にADLが低下している為	介護保険施設への移行に向けて関係各所との調整を行う。	家族との調整 福祉事務所との調整 介護保険の申請	ご家族・福祉事務所との情報共有、介護保険の申請。主治医意見書の依頼。認定調査の対応。	2か月		
安全に食事をする 嚥下機能が低下しており、誤嚥のリスクが高まっている為	食事介助をすることで栄養状態の把握と共に安全な食事環境を整える。	食事介助 嚥下状態の把握 食事摂取量の把握	食事・水分はスプーンを使用し介助を行う。嚥下機能・食事摂取量の低下時は看護師・栄養士へ報告する。	2か月		
自力での排泄 残存能力の維持を図る	トイレでの排泄を継続すること自然排便を促す。	排泄誘導 排便確認 下剤の調整	定時に多目的トイレへの誘導を行う。排便時は量や形状を確認し記録する。便秘時は看護師へ報告する。	2か月		
自力での移動 残存能力の維持を図る	筋力維持を目的に日常動作に近距離の歩行訓練を取り入れる。	歩行時の見守り 安全の確保	一日2回(午前・午後)、廊下の手すりを使用して歩行訓練を行う。	2か月		

【同意書】 上記の個別支援計画について説明を受け、
これに基づいて支援が行われることに同意しました。

氏名 B □□
代理人氏名 □□

(2回目)

モニタリング

- ①介護施設への移行調整：関係各所との方針統一及び介護保険申請関係の手続きは終了。
- ②食事：半粥・刻み食を自力で接種するとむせが多い。粥・刻み食で介助によりスムーズに食べられている。食事量が落ちてきている。
- ③排泄：もとは 24 時間リハビリパンツで対応し、誘導にてフォロー可能、夜間も本人で訴えることができていたが、現在は夜間の訴えがなくなり失禁が増加。本人と相談し夜間のみオムツを使用することに。下剤の調整は医師と相談しつつ行っている。
- ④移動：特に変化なし。歩行がおぼつかなくなってきたといったこともない。

事後評価

介護保険施設への移行調整は、目標達成したため、次の段階へ移る。

安全な食事については、粥・刻み食で全介助が必要と考える。食事量の低下への対応が必要。

自力での排泄については、日中は問題ないものの、夜間は排泄のコントロールが困難になっている。本人の不安感を考慮し、夜間のみオムツの着用をしつつ誘導を継続する。

自力での移動は、現在の支援で能力の維持はできていると考えられる。

計画書作成の考え方

①利用者のニーズ

事後評価を元に記入。

②支援の目標

前回からの期間が短いこともあり、総合的な支援目標については変更なし。

介護保険施設への移行が近づいているため、関連の支援項目を増やした。

食事の支援については、量が落ちていることや生活の楽しみという面を考慮し、新たに食事を楽しんで頂くという内容を追加。

移動面の本人状況・支援は変化なしということもあり、排泄支援に加える形で統合。

③支援内容

介護保険施設移行については、次の段階として移行先施設と日時を決定し準備を進める。

食事は本人が希望する嗜好品の提供を加え、積極的に食べられるようにする。

排泄面では下剤調整にからむ支援は終了。夜間のオムツ使用を加える。

④具体的な方法

新たに加わった支援について特に具体的に記載。

⑤モニタリングの時期

介護保険施設への移行が迫ってきている為、そのスケジュールに合わせ全体を1か月と設定。

個別支援計画書 記入例 事例2. 2回目

利用者氏名	B	生年月日	昭和 □年 □月 □日(□□歳)	計画書No	2	回目
施設名	介護施設 □□	作成者名	E	作成日	□□□□/7/1	
利用者の意向	<ul style="list-style-type: none"> ・実家の傍の施設へ移りたい。 ・他施設(介護保険施設)で静かに暮らしたい。 ・トイレと食事の支援をして欲しい。 		総合的な支援目標	引き続き残存能力の維持を図りつつ、介護保険を申請し、ご兄弟の住む〇〇市内の介護保険施設への移行。		
利用者のニーズ(アセスメントを基に整理した課題)	<ul style="list-style-type: none"> 食事…粥・刻み食・水分とろみみの提供。食事・水分摂取時の全介助。 排泄…排便サイクルの確立。排泄状況(量・形状)の把握。 移動…下肢筋力の低下により車椅子使用。移乗・移動時は支援が必要。 					
ニーズに向けた個別課題と設定理由	支援の目標(課題に対する目標)	支援内容	具体的方法	モニタリングの時期	備考	
移行先施設の決定 利用者の意向と共にADLが低下している為	移行する介護保険施設の決定。	介護保険施設への移行に向けて移行先施設のリスト化	移行先について調査・見学等を行う。 ご家族・福祉事務所との連絡・調整。	1か月		
移行先との調整 利用者の意向と共にADLが低下している為	介護保険施設への移行に向けて移行先施設との調整を行う。	日程調整 引き渡しの準備 (物品・情報等)	移行日の日程調整。 看護ケアマリー、本人情報シート の作成。 預かり金品・私物の整理。	1か月		
安全かつ楽しい食事 嚥下機能が低下してお り、誤嚥のリスクが高まっ ている為	安全に食事を摂取してい ただくと共に、食事を楽 しんでいただく。	食事摂取量の維持 嗜好品の提供	食事介助は継続すると共 に、食事摂取量が少ない際 は代替の嗜好品を提供す る。	1か月		
自力での排泄と移動 残存能力の維持を図る	トイレでの排泄を継続す ること自然排便を促 す。下肢機能の維持。	定時の排泄誘導 夜間のオムツ使用 機能訓練	一日7回の排泄誘導を継続す る。夜間はオムツを使用。就寝 前に着用し、起床時にオムツを 外す。1日2回の機能訓練は継 続して実施する。	1か月		

【同意書】 上記の個別支援計画について説明を受け、
これに基づいて支援が行われることに同意しました。

氏名 B □□
代理人氏名 □□

事例3. 更生施設において、退所後のフォローを含めた居宅生活への移行をめざす ケース

事例の概要

Cさん

①年齢・性別

Cさんは、30代後半の男性。

②入所経緯

主な疾病、障害等 療育手帳 B2 II型糖尿病

中学生の時、療育手帳取得。高校は特別支援学校入学。高校3年時に父母は離婚。母と同居するも、母はギャンブル依存症のため、この時点から生活保護受給となる。

高校卒業後、父宅へ転入。その後、パチンコ店で就労、生活保護を受けずにC氏の就労収入、父の収入を合わせ生活していたが、3年後父が急死。以後単身生活となり、生活保護開始となるも、パチンコ等で浪費してしまい、家賃等の滞納が目立ち金銭管理が困難となった。II型糖尿病の受診もしておらず、アパート生活が破綻し、福祉事務所からの依頼により当施設入所に至る。

③本人の状態(生活状況)

ギャンブルに依存傾向があり、昼夜逆転で生活のリズムが乱れている。家賃等支払いが出来ない。公的な郵送物等をそのまま放置する。借金が多い。ご利用直前の血糖値 600 と極端に悪い。生活は身体的に自立している。

④本人の希望要望

なるべく早い段階で、アパート単身生活をしたい。

(1回目)

計画書作成の考え方

①利用者のニーズ

1日も早くアパート生活に戻りたいという本人の希望は理解できるものの、乱れた生活リズム、借金を抱えたままの単身生活は本人にとっても不安が大きい。

②支援の目標

生活にリズムを取り戻す。施設利用中に借金の整理を開始する。

③支援内容

1)生活のリズム

本人の現状を把握し、日課による生活・作業を行い、生活にリズムを取り戻す。

2)金銭管理

徐々に金銭自己管理を進め、ギャンブルへの傾倒を把握する。借金整理に着手する。

3)糖尿病

当施設嘱託医に受診とし経過を観察する。

④具体的な方法

当初は生活リズムを取り戻すことに専念するため、内部作業からスタートし、外部作業を経験する。一方、借金については総額を把握し、対応を検討する。

⑤モニタリングの時期

生活に一定のリズムを取り戻す事を念頭に置くと3か月後とする。

個別支援計画書 記入例 事例3. 1回目

利用者氏名	C	生年月日	□□□□年□□月□□日	計画書No	1	回目
施設名	□□□□	作成者名	F	作成日	□□□□年□□月□□日	
利用者の意向	施設での生活に慣れ、1日でも早くアパート生活をしたい。		総合的な支援目標	規則正しい生活をおくっていただくため日課、施設内作業・ボランティア作業を中心とした生活をしたい。またながら、借金の整理を進め、安心してアパート生活に移行できる環境を築く。		
利用者のニーズ(アセスメントを基に整理した課題)	アパート生活を健全に送っていただくには、昼夜逆転傾向の生活を改善し、ギャップル・借金の問題、郵送物への対応なども並行して解決していく。その後、まずは短時間就労へ向けて活動していく。		具体的な方法			
ニーズに向けた個別課題と設定理由	支援の目標(課題に対する目標)	支援内容	具体的な方法	モニタリングの時期	備考	
日中活動中心の生活に帰する。	施設プログラムに沿った生活に慣れていただく。	施設プログラムに合わせる事の出来る適応力を見極める。	①日課の説明 ②起床・就寝時の見守り ③作業訓練時の見守り	3か月後		
借金の整理を進める。	社会的資源を利用し借金の整理を目指す。	ご本人の申告以外にも借金があるか調べ、総額から対応策を考える。	①住民票の異動 ②督促状の整理 ③法テラスへの同行	3か月後		
就労に向かって意欲の助長を図る。	作業訓練時の見守りと外部作業(単発ボランティア)への意欲の確認をすすめる。	作業時間のご様子を確認し、順調であれば早くからの外部作業(単発ボラ)への移行も検討する。	①作業時間中の見守り ②集団内での様子確認 ③ボランティア作業移行の際の心情確認	3か月後		
血糖値を改善する。	当施設嘱託医の診察に切り替え経過を観察する。	ご利用直前血糖値600台から200以下に改善する。	①規則正しい食生活 ②隔週木曜日受診 ③投薬	3か月後		

【同意書】 上記の個別支援計画について説明を受け、
これに基づいて支援が行われることに同意しました。

氏名 C
代理人氏名

(2回目)

モニタリング

集団生活、日課の遵守などに適応できるか憂慮していたが、施設プログラムに合わせた生活に順調に適応し、本人の穏やかな性格もあり集団生活にも馴染んできた。本人もこの点では高い自己評価をしている。

一方で借金総額が多額であることが判明した。予期できなかった案件として父親から譲り受けた軽自動車が公共の場に無断で放置されたままになっていることが判り、本人の悩みとなっている。

作業については積極的に取り組み作業レベルも高く、3か月後から単発の外部作業にも参加している。

現状、ギャンブルについては手を付けることはない。

事後評価

施設内での生活・作業においてはご本人が生真面目に取り組み高評価であったので、定期(週3回)の外部作業を勧め、より就労を意識した作業にトライする。

借金については、多額で今後の返済がアパート生活への障害となることが予想されるので、自己破産を念頭に自動車の処分と合わせ本人の意向を確認する。

ギャンブルについては、手を出すことなく生活できており現状維持とする。

計画書作成の考え方

①利用者のニーズ

定期作業から就労に結び付け単身アパート生活に移行する。

②支援の目標

就労を念頭に作業レベルを上げ、就労活動につなげる。

③支援内容

定期作業の見守りと就労活動に備えて、履歴書記方法などの支援を行う。

④具体的な方法

当初1か月間で生活リズムを取り戻し、内部作業からスタートし、外部作業(ボランティア)につなぐ。

⑤モニタリングの時期

3か月後とする。

個別支援計画書 記入例 事例3. 2回目

利用者氏名	C		生年月日	□□□□年□□月□□日	計画書No	2	回目
施設名	□□□□		作成者名	F	作成日	□□□□年□□月□□日	
利用者の意向	<p>定期作業から就労に結び付け、単身アパート生活に移行する。</p>						
利用者のニーズ (アセスメントを 基に整理した課 題)	<p>外部作業については定期の作業で週3回に増やし、そのほかは内部作業で土日 以外は隙間を作らないプログラムとする。履歴書の記載例などを示し、就労へ の援助活動も並行して行う。</p>						
ニーズに向けた個別課題 と設定理由	支援の目標 (課題に対する目標)	支援内容	具体的方法	モニタリングの時期	備考		
プログラム達成度は優秀 であり、就労に向けての 生活サイクルに変えてい く。	提供された隙間の無い平 日プログラムを実行し、 就労に備える。	平日・休日の過ごし方へ の支援。	①作業訓練時の見守り ②ご本人疲労度の確認	3か月後	ご本人のまじめな性格もあり、こ こまで順調に課題をクリアしてい る。		
借金の整理を進める。	引き続き社会的資源を利 用し借金の整理を目指 す。	判明した借金総額が多額 だったため、ご本人の意 思を確認後、自己破産手 続きを進める。	①法テラスへの同行 ②自己破産手続き支援	3か月後	予期できぬ案件として放置された 軽自動車は、ご本人の承諾のもと 処分していくこととする。		
就労に向かって意欲の助 長を図る。	外部作業(ボランティア) への参加も順調なので、 就労へ向け定期の外部作 業へ移行する。	週3回定期の外部作業と して公的ビル清掃を開始 する。	①定期清掃作業を開始 ②作業時の様子確認 ③現場スタッフから意見 聴取 ④履歴書記載練習	3か月後	作業能力の高さから、入所利用4 か月で外部作業(地域の高齢者庭 清掃ボランティア)に参加できてい るので、更にレベルアップした定期 外部作業を試みる。		
血糖値を改善する。	嘱託医からの処方をもと に服薬と規則正しい食生 活を続ける	血糖値を正常値に戻す支 援をする。	①規則正しい食生活 ②隔週木曜日受診 ③投薬	3か月後	現状、血糖値180となっている。		

【同意書】 上記の個別支援計画について説明を受け、
氏名 C
これに基づいて支援が行われることに同意しました。
代理人氏名

(3回目)

モニタリング

負荷の高い作業も順調に適応し、本人の自己評価も高い。

借金については自己破産手続き中である。無断放置された軽自動車は、減免等により処分費のみの負担ということで本人の障害加算金・作業賃金から支払い完了した。本人の強い希望によりハローワークで求職活動を行い、ビル清掃業者での就労がスタートしたものの、予期せぬ案件として、初回給与をパチンコで散財してしまい帰館できず、母宅へ外泊した。翌日、福祉事務所担当・当施設に電話連絡したのち、落胆した表情で施設に帰った。

事後評価

就労は週3回午後のみからスタートし、現在は4回午後のみとなっている。

借金、自己破産手続きが順調に進み、気が緩んだのかギャンブルに手を出してしまった。ギャンブル依存傾向について当事者グループへの参加を勧めるも、本人は母親も通ったが止められなかったと拒否。意向を尊重して次回同様のことがあった際には参加を考えることでご納得を得た。

血糖値については、就職後、食べ過ぎの傾向があり160台で留まっている。

計画書作成の考え方

①利用者のニーズ

就労できたので1日も早く単身アパート生活に移行する。

②支援の目標

ここまで順調に過ごしてきたが、ギャンブルの問題があったことから、居宅生活移行後の助言・支援が必要となったので、福祉事務所とも連携し保護施設通所事業を活用したい。

③支援内容

就労、日課については順調であるものの、ギャンブル依存傾向を止める支援を続けるため、居宅移行時は就労収入と生活保護費を合わせた形でのアパート生活を目指す。

④具体的な方法

居室から自立訓練室での居宅生活模擬訓練(※)に移しアパート設定。アパート移行後3か月程度は訪問事業を利用し、家計支援・公的郵送物の確認支援を続け、以降は地域の公益的活動として展開する居宅移行利用者の相談事業を利用する。

※独自事業。更生施設の多くは独自に居室改装やアパート借上げで訓練室を提供している。

⑤モニタリングの時期

就労開始も初回給料の多くをギャンブルで失ってしまったこと、自己破産手続き完了まで時間を要すことから6か月後とする。

個別支援計画書 記入例 事例3. 3回目

利用者氏名	C	生年月日	□□□□年□□月□□日	計画書No	3	回目
施設名	□□□□	作成者名	F	作成日	□□□□年□□月□□日	
利用者の意向	就労できたので、1日も早くアパート生活に移行したい。		総合的な支援目標		前個別支援計画内で就労に至ったものの、初回給与をギャンブルで散財してしまったので、アパート生活へ向け居宅訓練室での支援・居宅移行後の支援を念頭に置き、3か月ではなく6か月での計画とする。	
利用者のニーズ(アセスメントを基に整理した課題)	ご本人の希望に沿い居宅移行したいが、ギャンブルをしてしまうなど不安な部分を感じる。そこで、就労は現状を維持し、就労収入＋生活保護費での居宅移行を目標として、保護施設通所事業も活用したい。		具体的な方法		備考	
ニーズに向けた個別課題と設定理由	支援の目標(課題に対する目標)	支援内容	具体的な方法	モニタリングの時期	備考	
ギャンブルへの対応	ギャンブルに依存傾向が高いので、自助グループへの通所を促すも拒否。再度の行為で通所とす	ご本人の拒否感も理解できるので、再度同様の行為があれば通所するという条件で納得いただく。	①自助グループの説明 ②居宅へ向け一定の条件提案 ③自立訓練室の説明	6か月後	ギャンブル依存症の母親への思いもあり、自助グループへの通所は拒否的なので、条件付きで了解する。	
居宅訓練の開始	アパート生活に向けて自立訓練室にて自炊等を行う訓練をスタートする。	自身による家計・自炊・日記などの訓練の実施と共に、物件探し支援でアパート生活に備える。	①訓練室の使用説明 ②家計簿記載方法の支援 ③食事・栄養面の支援 ④アパート物件探し支援	6か月後	訓練中は多額の金銭を自己管理する必要があり、ギャンブルへの欲求を抑えられるかの確認にもつながる。	
アパート生活開始後の保護施設通所事業の利用	ギャンブル、公共郵便物の未読などアパート生活開始後の不安があるので訪問事業を利用する。	ご本人承諾の上で、実施機関と連携し保護施設通所事業(訪問事業)を利用する。	①利用期間等をアパート設定前に実施機関と連携する	6か月後	保護施設通所事業(訪問事業)・担当職員から内容説明。ご本人の意向を確認する。	
血糖値を改善する。	嘱託医からの処方をもとに服薬と規則正しい食生活を続ける	血糖値を正常値に戻す支援をする。	①規則正しい食生活 ②隔週木曜日受診 ③投薬	6か月後	現状、血糖値160台。	

C

氏名

代理人氏名

【同意書】 上記の個別支援計画について説明を受け、

これに基づいて支援が行われることに同意しました。

救護施設等における個別支援計画策定にかかる広報・啓発
(厚生労働省委託事業) 検討委員会名簿

※敬称略

	氏名	所属・肩書（施設所在地）	備考
委員長	岡部 卓	明治大学公共政策大学院 ガバナンス研究科専任教授	学識経験者
委員	笠木 素子	社会福祉法人 育心会 理事長 (埼玉県)	全国救護施設協議会
	前嶋 弘	救護施設こうせいみなと施設長 (大阪府)	全国救護施設協議会
	江森 幸久	更生施設 民衆館 施設長 (神奈川県)	全国更宿施設連絡協議会
	大久 伸治	北九州市保健福祉局 総務部 保護課長	自治体
	高木 孝一	豊中市福祉部 福祉事務所 施設係長	自治体
	櫻井 真一	武蔵野大学人間科学部 社会福祉学科講師	学識経験者

[事務局]

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 高年・障害福祉部

部長 佐々木 靖典

副部長 蓮子 輝之

参事 武藤 拓也

厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室

室長補佐 横溝 豊

自立支援係長 高橋 愛

救護施設・更生施設における個別支援計画策定導入マニュアル
(厚生労働省委託事業 救護施設等における個別支援計画策定に係る広報啓発一式)

令和6年3月

社会福祉法人全国社会福祉協議会

〒100-8980 東京都千代田区霞が関3-3-2新霞が関ビル
TEL03-3581-6502