

全国救護施設協議会(全救協)版

『救護施設個別支援計画書』 指導者マニュアル

2019（令和元）年12月

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

全国救護施設協議会

目 次

.....

この本の使い方	1
---------------	---

第1章

1 救護施設の現状と全救協の目指す方向性.....	4
2 個別支援計画の必要性	8
3 総合支援目標を立てる	9
4 個別支援計画の策定方法	11

第2章

I 基本情報	18
II 利用者の希望・要望	20
III アセスメント	22
IV ニーズ整理表	24
V 支援計画	26
VI モニタリング記録表	28
VII 支援計画に具体化されなかったニーズ	30
VIII 同意書	32

委員名簿

この本の使い方

はじめに

この『「救護施設個別支援計画書」指導者マニュアル』は、救護施設において個別支援計画等に係る指導的職員を対象にした本会の研修会を受講した職員が、その内容をもとに「救護施設個別支援計画書作成ガイド」を用いて計画書を作成する職員を指導する際の補完的資料として作成をしました。

したがって、全救協版の「救護施設個別支援計画書」を施設の状況により様式のカスタマイズ、あるいは施設の独自様式を使用する場合は、全救協の個別支援計画書等の考え方を理解（研修会を受講）のうえ、そのエッセンスを自施設の実践でどのように運用するかをご検討いただければと思います。

※なお、本書の内容は、原則的には研修会を受講していることを前提としておりますことをご承知おきください。

この本の構成

第1章

本章は、救護施設の現状や全救協の考える個別支援計画への理解など、指導する際の前提となる背景などをまとめています。

第2章

個別支援計画書を作成する際に実際に指導者として理解しておくべき事項として、下記の4つの内容を掲載しています。

考え方の解説	全救協版『救護施設個別支援計画書』の各様式で抑えておくべき要点・意味など抑えるべきポイントをわかりやすくまとめています。
伝え方のポイント	実際の指導の場面での伝え方を、想定される場面などの例示を通して何を伝えるのかまとめています。
知識を磨く	本書をさらに理解するためのアドバイスを載せています。

自分用マニュアル

研修や日常の実践（指導・仲間との会話）で「はっとしたこと」や「残しておきたいこと」を書き溜めるために使います。

積み重ねることで「自分が何を大切にしているのか」がわかり、自分の言葉で説明するときの助けになります。

.....

第 1 章

1 救護施設の現状と全救協の目指す方向性

■ (1) 救護施設の位置づけ

多様な人々を受け入れている救護施設

救護施設は、1950（昭和25）年の新生活保護法（以下、法）第38条第1項に規定された保護施設の一類型であり、同第2項において、その目的は次のように説明されている。

生活保護法第38条第2項

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とする。

法施行当時は、「身体上又は精神上著しい欠陥があるため」とされていたが、現在は「身体上又は精神上著しい障害があるため」という表現に改められている。全救協調査によると、救護施設に入所している利用者の約9割が身体障害、知的障害、精神障害あるいは生活上のさまざまな困難（生活障害）を個別に、あるいは重複して有していることが明らかになっている。

制度創設以降、救護施設について制度上の大きな変更は行われていないが、精神科病院への社会的入院患者の問題に対応して制度化された「緊急救護施設（1958～73年）」など、精神障害者施策との関係は深いものがある。しかし、他の障害者施設と異なり、障害の種類によって利用対象者を限定しておらず、実際に、救護施設では、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、内部障害などさまざまな身体障害のある人、知的障害のある人、精神障害のある人、それらの障害を重複して持つ人、アルコール依存症の人など、多様な人々が生活している。

さらに、いわゆる3障害に該当しない、手帳を取得していない等の要因により制度の狭間に置かれた人々やホームレス、矯正施設出所者、DV被害者等、その時代において他の福祉施設では受け入れ困難とされる人々の生活を支えている。このように、救護施設は、身体や精神の障害に加え、経済的な問題や生活環境等のさまざまな要因によって、ひとりで自立した日常生活を営むことが困難な人たちの安全安心な暮らしを支える“最後のセーフティネット”として、社会においてたいへん重要な役割を担っているといえる。

■ (2) 救護施設利用者の特徴

実態調査からみる救護施設利用者像

全国救護施設実態調査（平成28年度実施）の結果から、救護施設利用者像を概観する。

- 性別は男性63.8%、女性36.2%と概ね2：1の比率となっている。
- 「50歳以上」の利用者が約9割（89.3%）を占めており、「65歳以上」（52.8%）が半数を超えている。
- 「10年未満」の利用者が約6割（59.7%）の一方で、「30年以上」（14.5%）も少なくない。
- 重複も含め、精神障害のある利用者が約6割（57.4%）となっている。一方で、「障害なし」の利用者も1割程度（10.5%）いる。

救護施設利用者の状況（性別・年齢・入所期間・障害の状況）

性別	人数	割合
男性	10,497	63.8%
女性	5,968	36.2%
計	16,465	100.0%

年齢構成	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65歳以上	無回答	計
人数	6	91	329	1,225	2,908	3,090	8,689	127	16,465
割合	0.0%	0.6%	2.0%	7.4%	17.7%	18.8%	52.8%	0.8%	100.0%

入所期間	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上 30年未満	30年以上 40年未満	40年以上	無回答	計
人数	2,185	4,658	3,014	2,739	1,376	1,104	1,292	127	16,495
割合	13.2%	28.2%	18.3%	16.6%	8.3%	6.7%	7.8%	0.8%	100.0%

利用者の障害状況	障害なし	身体障害	知的障害	精神障害	身体 +知的	身体 +精神	知的 +精神	身体 +知的 +精神	生活障害	その他	無回答	計
人数	1,721	1,245	2,227	6,774	654	818	1,544	317	987	74	104	16,465
割合	10.5%	7.6%	13.5%	41.1%	4.0%	5.0%	9.4%	1.9%	6.0%	0.4%	0.6%	100.0%

精神障害のある利用者（57.4%） ※重複障害含む

出典（平成 28 年度全国救護施設実態調査）

（3）救護施設の基本的理念および実践的目標

救護施設のサービス提供にあたっての基本的理念と実践的目標については、2001（平成 13）年に全救協が策定した「救護施設サービス評価基準」に以下のとおり定められている。

○ 基本理念

救護施設は、障害の種類等を問わず支援を要する者がともに生きる場として、利用者を地域で生活する市民として尊重し、その基本的人権と健康で文化的な生活を保障する。と同時に、利用者の幸福の追求と、その人らしい豊かな生活の実現の支援に最大限努める。

○ 実践的目標

- ① 利用者の基本的人権を保障し、主体性を尊重した自己実現を図る
 - 利用者を独立した人格として尊重し、人権の擁護に最大限努める
 - 利用者が主体的に自己実現を図れるよう、できる限り支援する
- ② 多様な障害や課題を持つ利用者のニーズに応じたサービスを提供する
 - 利用者個々の生活の困難さに対応したサービスを提供する
 - ノーマライゼーションの考え方を踏まえ「ともに生きる」ための生活環境を構築する
- ③ 地域の社会資源におけるネットワークを構築し、地域に根ざした施設をめざす
 - 他法、他機関を含めた地域の社会資源とのネットワークを活用し、利用者のニーズに応じた支援を提供する
 - 救護施設自身が地域の社会資源として機能することを目指す

■ (4) 「保護施設のあり方」をめぐる議論の動向と全救協が掲げる「基本的考え方」

「保護施設のあり方」をめぐる議論の動向

2017（平成 29）の『社会保障審議会 生活困窮者自立支援及び生活保護部会 報告書』（以下、部会報告書）において、救護施設を含む「保護施設のあり方」について提言されているが、保護施設のあり方について、国の審議会等の場で議論されたのはこれが初めてではない。2004（平成 16）年 12 月の社会保障審議会福祉部会生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書でも、「保護施設の在り方」として、「施設名称や各保護施設における機能の整理統合も含め、今後、総合的な見直しを検討する必要がある」と提言されたものの、この報告書に基づく制度の見直しは行われず、保護施設の体系等について今日まで大きく変更されていない。

部会報告書では、救護施設をはじめとする保護施設について、多種多様なニーズを受け止めて支援を行う「最後のセーフティネット」としての基本的性格があらためて確認された。また、入所者の地域生活移行を推進するにあたっての社会的資源の不足や、退所先、退所後のサービスの利用調整の困難など、必ずしも施設側だけでなく地域社会側において整備が進められるべき要件についての言及や、入退所についての決定権（措置権）を有する福祉事務所と保護施設間での援助方針の共有等に係る課題などが指摘されている。

「救護施設のあり方」に関する基本的考え方～『救護施設が目指すべき将来像』の構築に向けて～

部会報告書において、「保護施設の施設体系については、関係者の意見も十分に聴いた上で、更に検討すべき」と提言されたことを受け、全救協では、保護施設の中心的役割を担う救護施設が果たすべき社会的使命・役割についてあらためて確認することを目的に、「救護施設のあり方に関する検討会（特別委員会）」を設置して議論を重ね、救護施設をめぐる今後のあり方やその将来像の構築に向けた現段階の対応方針の基本となるものとして、以下 4 項目からなる「基本的考え方」を策定した。

一、真に支援を必要としている人を確実に受けとめる、『最後のセーフティネット』としての役割を果たします。

利用者本人の健康状態、障害程度、日常生活要支援度等についての的確なアセスメントを行い、「真に必要な支援」を見極め、居住と生活に関わる適切な支援につなぐとともに、個別ニーズに配慮した健康で文化的な生活の実現を図る。また、「個別支援計画」を作成し、根拠（エビデンス）に基づく支援を行う。

二、救護施設入所者の地域生活への移行と定着のための支援を、「個別支援計画」に基づいて行い、「施設から地域へ」「地域から施設へ」という「循環型支援体制の構築」を目指します。

本人の意思や意向を尊重した「個別支援計画」に基づく支援と、家族や地域の社会資源など周辺環境の調整等により、適切なタイミングで地域生活への移行を進めるとともに、保護施設通所事業等を活用して定着に向けた継続的な取り組みを推進する。本人の心身の状態や環境変化に柔軟に対応して、他法施設の活用等を含む「循環型支援体制の構築」を目指す。

三、救護施設が培ってきた「居住支援」や「生活支援」等の強みを活かし、その機能を地域に積極的に展開することで、地域におけるセーフティネット機能の強化に貢献します。

全救協『救護施設が行うべき生活困窮者支援の行動指針』に基づき、救護施設の「居住支援」「生活支援」に係る専門性を活用した地域でさまざまな困難を抱える人々への支援を展開する。また、「地域共生社会の実現」に向けて生活困窮者の住まいと生活の支援に関わる地域のさまざまな担い手と連携・協働し、地域のセーフティネット体制の構築やその機能の強化等に貢献する。

四、保護実施機関（福祉事務所）や生活困窮者自立相談支援機関との連携を強化し、居住と生活に課題を抱える要保護者や生活困窮者等への支援の充実を図ります。

救護施設における相談支援等の機能（ソフト）の強化と、施設・設備機能（ハード）の活用等によって、福祉事務所におけるケースワーク機能の一端を担うなど新たな役割を果たす。

具体的には、「緊急一時入所支援（衣食住の確保）」「アセスメント（健康状態、障害程度、日常生活要支援度の査定）」「地域の社会資源との連携・協働」等の機能や体制を強化した救護施設において、保護実施機関（福祉

事務所)等における支援方針や住まう場の検討に参画する等の場面を想定している。また、生活困窮者自立支援制度により自治体が設置する「関係機関間の情報共有を行う会議体(支援会議)」への参画等、同制度のもとで救護施設がこれまで以上に重要な役割を担えるよう取り組みをすすめる。

『基本的考え方』の理解～全救協が目指す方向性～

「基本的考え方」において、将来にわたり救護施設が社会で果たすべき役割や機能について整理しているが、「一、最後のセーフティネットとしての役割」「二、循環型支援体制の構築」は以前より全救協が一貫して掲げてきた基本姿勢である。また、「三、地域におけるセーフティネット機能強化への貢献」は、これまで培ってきた支援ノウハウを地域の生活困窮者に向けて展開するとする「行動指針」に沿った内容となっている。そして、「四、関係機関との連携強化による居住と生活に課題を抱える人々への支援の充実」では、今般の社保審部会報告で指摘された「福祉事務所と保護施設の連携の課題」に対する考え方を示したものである。

全国各地の救護施設では、多様で複合的な課題をもつ利用者一人ひとりに寄り添いながら、それぞれの自立に向けた支援に取り組んでいる。居住と生活に課題を抱えるすべての人々のために、その機能を最大限に発揮していくことが望まれている。

2 個別支援計画の必要性

■ (1) サービスの主体である利用者の自己決定の保障、個別性の尊重

通常、私たちは自分自身の生き方や生活を自ら決定し、その選択に責任を持ちながら生活している。すなわち、私たちには個人として自己決定の機会が保障されている。

このことは救護施設の利用者についても同様でなければならない。救護施設の利用者は、それまでの生活状況はもちろん、心身の障害、家族関係を含む対人関係、就労をはじめとする社会参加などについて置かれている状況がそれぞれ異なる。そして、生き方について個別に価値観を形成している。福祉サービスの主体者は利用者自身である。したがって福祉サービスは利用者各々の価値観を尊重して計画・提供される必要がある。

こうした個別性の尊重は、社会から社会福祉サービスの提供者である私たちに求められている価値観でもある。

計画し提供されるサービスについては、利用者自身が自己決定を行う機会を保障することはもちろん、自らの生き方を見出しにくい人が、分からないことや迷っていることについて必要な情報などを提供し、その人自身が権利を擁護されながら生きていくために必要な支援を、側面から行っていくスタンスで利用者に向き合うことが、個別性の尊重と合わせて重要な点である。

■ (2) 法的な位置づけ

社会福祉法第3条は、福祉サービスの基本的理念を「個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」と定めている。すなわち、社会福祉法に拠って行われるわが国の福祉サービスは、個人を尊重しその能力に応じて支援する「個別支援」を基本的考え方としていることがわかる。このことは、たとえば介護保険制度や支援費制度の事業者指定基準において、居宅介護計画、デイサービス計画、施設支援計画等の作成が義務付けられていることから理解されるだろう。これは、全救協の目指している方向とも一致する。

個別支援計画の必要性は、このように、社会福祉サービスの提供者としての価値観と、法的位置づけの両面から位置づけられるといえる。

3 総合的支援目標を立てる

■ (1) 総合的支援目標とは

いきいきした生活を目指すための目標

他者から自分の存在が認められ、信頼を得る。いい人間関係の中で、自分が居心地よく過ごせる場所で、生きがいややりがいを感じる生活をおくる。このような生活は誰でも望むことである。施設が行う支援とは、利用者の現在・将来の生活が、たとえ100%とはいかなくても少しでも利用者の希望に近づけるような目標や内容を伴うものでなければならない。

全救協「救護施設サービス評価基準」では、救護施設の基本的理念として“利用者の幸福の追求と、その人らしい豊かな生活の実現の支援”を位置づけている。サービス提供や支援にあたってはこの理念に沿ったあり方が重要である。そして、サービス提供や支援の内容における“その人らしさ”とは、“利用者の意向”が尊重されているということである。したがって、サービス内容を決める個別支援計画には“利用者の意向”が反映されなければならない。

支援やサービス提供にあたっては、さまざまなアセスメントがなされ、利用者の状況や課題が整理されて計画が立案される。その際、個々の障害・疾病への対応や細かい事項等へ留意するあまり、利用者の意向や自己実現の目標が妨げられることがあってはならない。個別支援計画の策定においても、利用者の意向や状態像をトータルに把握・理解する視点が必要であり、その視点に基づいた“支援全体のトータルな方針”が据えられたうえで、個々の具体的な支援内容が形成されることが必要である。

本書では、個々の具体的な支援内容の判断基準となるトータルな支援方針を「総合的支援目標」と位置づけている。「総合的支援目標」とは、救護施設で生活している利用者の生活が「いきいきとしたもの」になるための柱のようなものである。利用者それぞれが望む自分自身のあり方や自分の描く将来像とはどのようなもので、そこに向かっていくために何が必要なのか、施設として支援することは何か、といった事柄に対する指針となるものである。

利用者の意向と状態に基づく目標

利用者のいきいきした生活や自己実現の支援という大きな目標に向けて、「総合的支援目標」をどのように導き出すのかは大変重要である。いわゆる「医学モデル」的な立場で失われた機能や能力の回復を主眼とするのか、「生活モデル」的な立場でQOLの向上等を目指すのか。そして何よりも、それが利用者本人の意向が反映されたものになっているのかどうか。

ICFでは、「医学モデル」と「生活モデル」¹⁾の統合を目指している。救護施設の多様な利用者に着目した場合、一人の人の人生を必要に応じて支援するという観点から、やはり「統合」される必要性があると思える。

総合的支援目標は、利用者の意向に沿ったものであるとともに、利用者一人ひとりの状態に合わせたものであることが求められる。たとえば、健康の維持に関する課題については、利用者の意向に沿うことが健康状態の悪化につながるような場合には、そのような利用者の意向が優先されるべきではない。総合的支援目標には、そのような観点も加味されることが必要である。

以上のような立場に立ち「総合的支援目標」を以下のように位置づけることとする。

◇ (位置づけ) 総合的支援目標とは、個別支援計画に盛り込まれる具体的なサービス内容を規定するために策

1) 医学モデル (あるいは医療モデル) の対比語としてここでは生活モデルという用語を使っているが、社会モデルという場合もある。これらの考え方について、身体障害者ケアガイドライン (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課 (2002)) で紹介されている解説を以下に引用する。「サービス対象者の病理、弱さ、マイナス面に着目し、専門職者が自らの方針に基づき、それらの改善を目指して処遇する従来の援助方法を「医学モデル」といいますが、この医学モデルに対置する概念として「生活モデル」という用語が、1970年代から主にアメリカにおいて使われ始めました。生活モデルは、専門職者が主導するサービス提供方法 (援助方法) ではなく、サービス対象者の生活状況や社会状況を全体として把握し、対象者の主体性、選択性を尊重した援助方法です。」(身体障害者ケアガイドラインより)

定する、個別支援計画全体の方針である。

- ◇（内 容）総合的支援目標とは、利用者の現在・将来の生活や自己実現に対する意向・希望を実現するための基本的方針である。

■（２）総合的支援目標をどのように導き出すか

全体像を捉える視点

個別支援計画とは、いきいきとした生活や自己実現という目標に向かってサービス内容や支援内容を決めるための計画である。計画の作成にあたってまず必要なことは、“主体性や自己実現の欲求を持った個人”としてその人の全体像を捉えているかどうか、という点である。全体像を捉えるためには、多方面からアセスメントすることが必要であるが、そうして収集した個々の情報に意識が集中してしまうあまり、一番大切な「その人」を見失ったり間違った見方をしてしまう可能性がある。その結果、支援の方向性が異なったものになってしまうことが生じうる。すなわち、利用者の意向や自己実現の欲求とかけ離れてしまったり、利用者の満足度が低い結果に終わってしまうことが起こりうる。

そのため、個別支援計画の策定において総合的支援目標を導き出す際には、アセスメントで明らかになった利用者の情報や課題の中から、利用者にとって優先されるべきものは全体のどの部分なのかを見極める視点が重要である。

利用者の意向の尊重

総合的支援目標では、利用者の思い描く生活や将来像に向かって、何が問題になっており、その問題を解決するためにはどのような支援があればよいのか、ということについて全体の方針を決める。それは、利用者と支援者の共通の理解に基づいて合意されたものでなければならない。そのためには、検討の際に利用者の参画を得たり、作成された目標や計画案の内容が利用者に十分に説明され納得が得られるというプロセスが確保されていることが必要である。

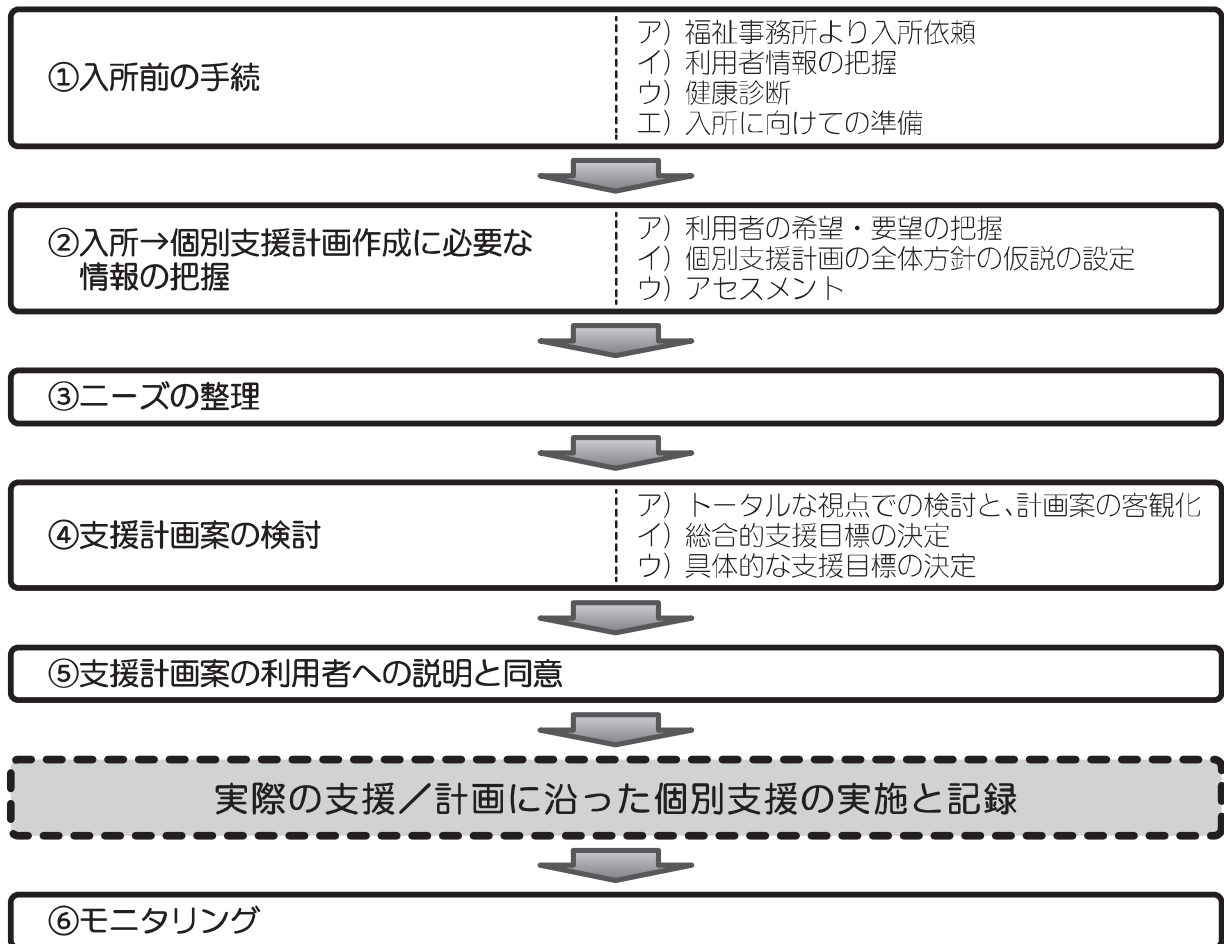
個別支援計画のプロセスにおいて、利用者の意向は常に確認・尊重され、目標の設定からモニタリングまで一貫して意識することが必要である。本書では、アセスメントに先立ち「利用者の希望・要望」を把握する時に、「利用者本人の希望する生活のイメージ及び必要な支援目標（仮案）」を立てるプロセスを位置づけた。この「仮案」は、アセスメントを経て、課題やニーズが明らかになった時点で、施設のサービス提供能力も勘案したうえで、正式な総合的支援目標として決定する、という流れを提案する。

- ※総合的支援目標は、支援計画全体の方針となるものであり、総合的・包括的な内容となるが、必ずしも1項目である必要はない。[4 記入方法]も参照されたい。

4 個別支援計画の策定方法

■ (1) 個別支援計画のプロセス

個別支援計画は、以下のようなプロセスを経て策定される。



①入所前の手続

ア) 福祉事務所より入所依頼

福祉事務所からの入所依頼に対し、施設側が依頼登録を行い、登録したことを文書で福祉事務所に回答する。その後、入所可能になった段階でその旨を施設から福祉事務所に連絡し、健康診断等必要な事前準備を経て入所となる。

施設に利用者の空きが出た場合に、施設側から福祉事務所に空き情報を提供することにより、福祉事務所から入所依頼が施設にきて、必要な手続を経て入所にいたる、という流れもある。

※通常福祉事務所からの入所依頼に際しては、入所依頼書、健康診断書、調査書が添付される。

イ) 利用者情報の把握

いずれの場合にも、入所に必要な利用者情報は、事前に可能な調査をする。調査項目は、各施設のおかれている状況や利用者構成によって異なるが、上記文書（入所依頼書、健康診断書、調査書）にある内容は必須である。特に、利用者の生活歴については、入所後の利用者の生活様式、価値基準、倫理観等に大きな影響を及ぼすものであり、把握しておくことは重要である。

※その他、「訪問調査書（施設として利用者に行うもの）」「事前面接記録（施設として利用者に行うもの）」「本人・家族の入所同意書」、「所持品一覧」等がある。これらを必要とするかしないかは施設により様々であるので、本書では必須の情報からは外してある。

入所後の家族の精神的安堵感や安定により施設に対する信頼が形成されて初めて得られる情報もある。特に家族が苦勞してきた本人の暴力や借金の問題などは典型的である。

ウ) 健康診断

健康診断については、感染症に罹患したまま入所した事例や、感染症罹患の疑いのある利用者の入所依頼の増加により、診断項目が増えていく傾向がみられる。

DVや災害、警察の保護等による緊急保護の場合は、性別以外の情報が何もない状態で入所する場合も想定できる。その場合も、事後に検診命令を出してもらうなど、必要な情報の入手が必要である。

エ) 入所に向けての準備

利用者が入所した日から、食事や入浴といった具体的なサービス提供が発生することから、食事制限の有無など基本的な情報については整理しておくことが必要である。また、正式なアセスメントに基づく支援計画の作成の前に、暫定支援計画を作成しておくことも必要である。

※正式なアセスメント、個別支援計画策定は速やかに行わなければならないが、入所後1ヶ月程度は要すると思われる。その間は、暫定支援計画をベースに、漸次、情報を追加しながら支援をしていく、というのが一般的と思われる。

※本書では、「基本情報」のシートに〈入所にあたっての基本事項〉の欄を設け、《サービス提供上の目標》《サービス提供上の配慮事項》などを記入することを提案している。

②入所→個別支援計画作成に必要な情報の把握

ア) 利用者の希望・要望の把握

利用者の希望、困っていること等について把握し、利用者自身が「自分がどのように生活していきたいのか、人生をおくっていききたいのか」ということを最初に確認する。

利用者に「あなたは今後どのような生活をしたいですか?」という質問を投げかけることは意味のあることである。「一生ここで生活したい。」「病院暮らしが長かったので、アパート生活に慣れる練習をして、早く出て行きたい。」「いますぐこの施設を出て行きたい。」等々さまざまな希望や要望があるはずである。

イ) 個別支援計画の全体方針の仮説の設定

利用者の希望・要望に基づいて、個別支援計画全体の方針の仮説を立てる。この仮説は、これ以後のアセスメントや、施設のサービス提供能力等を踏まえて検討したうえで、正式な方針として決定する。

仮説は、予測や予断を極力排除し、得ている事実のみを積み上げた中で想定されるものであり、アセスメントにより得られる新たな情報に基づく正式な方針が定められるまでの間のサービス提供の指針となる。

※本書では、〈本人の希望する生活のイメージ及び必要な支援目標の仮説〉と呼称する。

ウ) アセスメント

利用者の心身および社会的な状況について把握する。本検討会では10領域からなるアセスメント項目により利用者の状態像を把握し、さらにICF（国際生活機能分類）の考え方を踏まえ、環境との関係等も考慮したうえで、援助の要・不要についての概要まで把握することとしている。

③ニーズの整理

アセスメントの結果、利用者が日常生活上困っていることを解決し、希望することを実現するために、助長・促進すべき課題や、解決すべき課題（ニーズ）を整理する。

利用者の希望・要望を踏まえて、ニーズの優先度等を検討する。ニーズへの対応に関して優先度をつけるため

には、利用者の全体像をトータルな視点でみる必要がある。

④支援計画案の検討

ア) トータルな視点での検討と、計画案の客観化

ここまでで得られた情報（利用者本人の希望・要望、本人の希望する生活のイメージ及び必要な支援目標、状態像、助長・促進および解決すべき課題）に加えて、施設自身のサービス提供能力や施設内外の活用できる資源（マンパワー、設備、法制度、など）を含め、支援に必要なあらゆる要素をすべて踏まえて、支援計画案を検討する。

ここには、時間の要素（週／月／年／将来）の視点も加味される。

支援計画作成の担当者が作成する計画案は、カンファレンスや、スーパーバイズ等のプロセスを経ることにより、担当者だけの判断に留まることなく、客観化された計画となる。

個別支援計画を決定する際には、利用者本人が検討に参画すること、あるいは、少なくとも利用者の意向を確認する手続きを経ることが必要である。

イ) 総合的支援目標の決定

支援計画の全体方針の仮説を、正式にトータルな目標（総合的支援目標）として位置付ける。総合的支援目標は、個別支援計画における優先順位の判断基準となる計画全体の指針である。そしてそれは利用者の意向を尊重するものである。但し、反社会性を伴う場合や生命・健康等へ悪影響を及ぼす場合はその限りでない。

*支援計画に具体化できない内容も現実には存在する。そのために本検討会では、「支援計画に具体化されなかったニーズ」を整理・記入する様式を設けている。

個別支援計画を具体化するためには、資源（人的、制度的、設備・器具など）の配分・活用を検討することが必要となる。その意味でも、施設の「支援力」（＝環境要因）を考慮する必要が生じてくる。

ウ) 具体的な支援目標の決定

総合的支援目標に基づき、対応すべきニーズの優先順位にしたがって具体的な支援目標を定め、その実現に向けた支援内容・方法について具体的に計画する。

*必要に応じて、利用者への支援内容を、毎日の業務・週間業務・月間業務・年間業務へ落とし込む作業も発生するが、本書ではその書式は取り上げていない。

⑤支援計画案の利用者への説明と同意

職員が策定した支援計画案は、利用者に対しその内容を説明・周知するとともに、同意書の様式で利用者・施設の双方が確認する。双方が確認した段階で、案が取れて正式な個別支援計画となる。

⑥モニタリング

モニタリングは、①から⑤までのプロセスにより作成された個別支援計画について、「支援が適切に提供されているか」「計画内容は適切であるか」「利用者本人の満足度はどうか（不安や不満はないか）」「新たなニーズが生じていないか」を評価し、必要に応じて計画の修正につなげる作業である。モニタリングなしに個別支援計画は存在しえない。

個別支援計画はあくまでも作成時点におけるニーズ把握と環境把握に基づいて作成されたものであり、随時の変更とニーズや環境の変化があることを前提で作成されているものである。支援者の認識、実行状況の反省や見直しを一定期間ごとに行うためにも、モニタリング・再評価は必須要件となる。

モニタリングの時期、対象範囲については、総合的支援目標まで立ち返る場合と、具体的な支援目標・内容・方法の見直し、サービス提供上の細かな留意事項等の見直しなど、必要に応じて実施できるよう、段階別に定めておく必要がある。

大きな変更を伴う場合には、福祉事務所へ連絡し、合意をとっておくことが必要である。例えば、退所（地域生活移行、入院、他施設利用、強制退所など）を伴う場合などである。

■ (2) 利用者の参画

利用者の参画の方法

個別支援計画の策定にあたっては、利用者に対する「説明と同意」が適切に行われることに留まらず、利用者主体のサービスという観点から、利用者の参画まで視野に入れたプロセスが整えられなければならない。福祉サービス第三者評価事業「救護施設版評価基準ガイドライン」では、個別支援計画の策定・実施にも関連する利用者の参画にかかわるいくつかの着眼点が盛り込まれており、少なくともこれらのプロセスが位置づけられていることが必要である。

【共通評価基準ガイドライン】

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者希望者に対して福祉サービス利用に必要な情報を積極的に提供している。

Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。

【内容評価基準ガイドライン】

A-1-(1) 支援の基本

A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。

A-1-(1)-⑤ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。

A-3-(1) 社会参加の支援

A-3-(1)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加のための支援を行っている。

A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援

A-3-(4)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。

利用者との共通認識の合意

検討会義への参画や説明の方法等、「利用者の意向を踏まえる」ための具体的方法は、利用者の判断能力も勘案して決定することになる。介護保険制度や支援費制度においては、利用者は重要事項説明書等書面による説明を受け、利用契約を締結する。救護施設の場合は契約による利用ではないが、サービス方針や内容について、利用者と施設が共通認識に立って合意したことを確認するための書式を同意書として提案している。

※判断能力の不十分な利用者については、同意書に代わる方法として、家族、福祉事務所、医師（嘱託医を含む）、代理人、複数の職員等による検討により、利用者の意向・希望等を勘案していく、といったことが考えられる。

■ (3) 実施機関との役割分担と連携

実施機関との役割分担、責任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。

実施機関からの入所委託に始まり、入所中の支援や退所決定の判断など、実施機関と情報を共有したり、協議したりすることが重要である。

検討会で特に重要視されたのが、入所前に必要な情報を実施機関から確保することである。本書では、その部分を「基本情報」の中に明確に盛り込んだ。このように書面に明記することにより、情報の共有が具体的に促進することと、入所の委託・受託の関係が明確になる。

個別支援計画策定にあたっては、実施機関の処遇方針とも関わるため、年 1 回程度は実施機関の担当ケースワーカーと各利用者について検討会をもつ必要がある。さらには、死亡退所の際に発生する諸々の連絡調整や事務処理事項についても、役割と責任の分担について明確にしておくことが必要である。

保護施設指導監査事項（平成 24 年 3 月 26 日社援発 0326 第 4 号厚生省社会局長通知「生活保護法による保護施設に対する指導監査事項について」別添）では、実施機関との連携に関して次のように記載されている。

第1. 適切な入所者処遇の確保

1. 入所者処遇の充実

(12) 実施機関との連携が図られているか。

入所者の入退所及び処遇計画策定の際に、必要に応じ実施機関との連携を図っているか。

退所後の生活まで視野に入れて個別支援計画を考える場合をはじめ、施設における支援と地域生活支援が連続性を持ったものとなるためにも、実施機関と緊密な連絡を行い情報の共有を図ることが重要である。

■（４）地域生活移行支援を行うにあたって

“ごく自然に毎日の支援が行われる”ということについて現状の認識

入所施設の中では、“ごく自然に”、そして“すでに”、毎日必要な支援が提供し続けられている、という現実をしっかりと認識しておく必要がある。この認識の度合いによっては、その後の「地域生活移行に必要なアセスメント」の内容が左右される可能性がある。

社会資源の把握

アセスメントでは、環境との関係が重要になるため、「自分自身でできる生活技術」と「なんらかの支援を必要とする生活技術」を明確にする必要があると前述した。両者は「生活のしづらさを解消する社会資源の存在」の有無や量的保障の程度によって比重が変化するという関係にある。例えていうなら、食事提供を行うホームヘルプ制度の充実した地域であれば、食事を作るという技術がなくても地域でアパート生活が可能になるというようなことである。

地域生活移行支援にあたっては、支援者として地域の社会資源を正確に、具体的に把握する必要があり、それが支援計画に反映されることになる。社会資源把握の具体的手段のひとつとして『エコマップ』の作成手法を例示（50～51 ページ参照）したので、参考にされたい。

.....

第 2 章

I 基本情報

参照 ▶ 作成ガイド p.4 ~ 6

考え方の解説

基本情報は、全ての情報の基礎となることから正確なものであることが重要である。各項目は、利用者支援において必要となる内容であると同時に、それらの情報が確実に把握できているかを一目でチェックできる。利用者や家族の状況は、日々変化するものであることから、入所の際に作成したきりになっているということがないように、常に最新の情報に更新を行い、施設内で共有することが重要である。

特に生活歴については、アセスメントに影響を与えるので、人生のターニングポイントとなった出来事など丁寧に記述することが必要である。実施機関等から伝えられた事項だけでなく、職員が利用者本人に聴き取りを行うなどして、必要な事項は常に集約をする。

伝え方のポイント

単に最新の情報であるというだけでは不十分である。例えば、家族等の連絡先が書いてあっても、利用者との関係性がどのようなものかがわからないと、いざ連絡をする際に躊躇してしまう。同様に救急搬送時等に担当者以外の職員がこのシートを持っていった場合、例え未記入の項目があった場合でも、その理由が書かれていれば、基本情報を正しく伝えることができる。そのため、基本情報に記載されている情報にバラツキがあるのであれば、その情報は「どんな時に、何のために」使うのか、そのためには「どのような内容が必要か」ということを話し合い、「情報」への共通認識を持つことが重要である。

自分用マニュアル

A large, empty rectangular frame with a double-line border, intended for a personal manual. The frame is positioned centrally on the page, leaving a margin at the top where the header is located. The interior of the frame is completely blank, providing space for the user to write their own manual.

Ⅱ 利用者の希望・要望

参照 ▶ 作成ガイド p.7 ~ 9

考え方の解説

表面的な希望・要望の表出に終わらず、本人の価値観を知ることが重要である。利用者の本音を忠実に聞き取れているか、職員が推測や予断、解釈を加えないよう注意する。また、家族からの要望については、職員が意識して家族の意向を聴くことが必要であるが、「利用者の希望・要望」と「家族の意向」に相違がある場合は、利用者主体の個別支援が基本であることを意識する。

伝え方のポイント

本人の希望・要望を聴き取ることは、実に難しいことである。だからこそ、どのようにすれば、本人が本当に望んでいることが理解できるだろうかということを意識し、工夫しなければならない。例えば、今後の人生設計を把握する際に「〇〇さんは将来どうしたい」ということを質問したとして、本人が答えた「将来」がどこを指し、その断片的な生活のイメージの先とそこに至る生活をイメージできるような聞き取りが必要になる。

また、希望・要望は変化するものであるため、別の時点で同じ質問をしたとして、回答が同じとは限らない。意向を変えた場合はその理由を聴くなど、利用者の心情理解を深める機会とすることが重要である。そのため面接時だけでなく日常の関わりの中で、利用者の希望・要望を把握することを意識することを伝える。

自分用マニュアル

A large, empty rectangular frame with a double-line border, intended for a personal manual. The frame is positioned centrally on the page, leaving a margin at the top where the header is located.

Ⅲ アセスメント

参照 ▶ 作成ガイド p.10 ~ 30

考え方の解説

救護施設の利用者の多様性に対応するためには、利用者の抱えている生活のしづらさをありのままとらえ、整理をすることが必要である。そのため、全救協では人が生きるということを総合的にとらえるモデルであるICFの考え方を基本に置いている。そのため、きわめて広範囲の社会福祉的課題を持つ対象者を本人の状態のみならず、そこに影響を及ぼす環境を含めて記録することができる。ICFでは、それら構成要素は相互に作用を及ぼしあうとされており、支援者である職員は対象者に「環境」として関わることになる。

さまざまな生活課題を抱えて入所してきた利用者の人生は複雑であり、解決すべき課題も複雑である。だからこそ、複雑なその人そのものを具体的に見て、整理して、その人の希望する生き方を模索し、目標を見つけ出すことの意義は大きいと考える。

伝え方のポイント

まず、アセスメント表からその人の状況が見えるかどうかポイントである。そして、事実が具体的にありのままの内容であるかを確認する。抽象的な表現やあいまいな表現を避け、数で表せるものは数で表すなど具体的に表すためのルールを決めておくとわかりやすく、記入もしやすい。

ICFの項目は非常に多岐にわたるため、すべての項目を埋めなくてはとの思いから負担に感じるものが考えられるが、現状で特段問題がない項目については空白のままでもよく、事実を積み上げていくという視点が必要であることを強調する。しかしながら、ここで気を付けなくてはいけないことは「知っているから事実を事実としてアセスメントできるとは限らない」ということである。施設の中で作成される計画書の対象者は、入所者(通所者)なので、職員はその人をよく知っている可能性がある。しかし、職員によっては、「この人はこういう人である。」というような思い込みや、知っているからこそその固定観念でアセスメントが行われることもある。事実と違うアセスメントにならないよう客観的であるかを意識して作業することが重要である。

知識を磨く

誰にでもあてはまるような抽象的な計画書は、支援の内容も方法も具体性が欠けていることが多い。そのため「何をやり」「その効果はどうだったか」というモニタリングが機能不全に陥る。そうならないためにも、ICFの構成要素間の相互作用の理解や面接力の向上、ICF的記述を意識するなど、よりその利用者に寄り添った視点が見えるための知識や技術を身に付けることで、その利用者だけにあてはまるオリジナルの支援計画が作成できるようになる。

IV ニーズ整理表

参照 作成ガイド p.31 ~ 33

考え方の解説

アセスメントの結果、支援が必要とした項目全てを行うだけの体制が整っていれば良いが、現実にはそのようなにならない事が殆どである。したがって、ここではニーズを絞り込む作業を行うのであるが、何故、そのような優先度にしたのかを確認しておく必要がある。救護施設個別支援計画書が何よりも大切にしているのは「利用者の希望・要望」である。個別支援計画書は利用者がどのような人生を送りたいか、どのような生活を送りたいかという事を実現するためのものであるのであって、単純にケア量の多寡を記述すればいいというものではない。従って、利用者本人の希望・要望を最大限考慮できるためには、ここで優先度の判断基準を言語化できていることが重要である。

伝え方のポイント

ニーズの整理が思うように出来ていないと思われるものの殆どは、上記のような視点が欠けている場合が多い。判断基準があいまいな場合は、優先度が高いと判断したのから順に、何故、そのように判断したのか尋ね、その答えに対し、欠けている視点や、判断基準そのものが相応しくないものであればその事を具体的に指摘してあげる事が大切である。

知識を磨く

この項目だけではなく、全ての項目についても言える事であるが、「利用者の希望・要望」を如何にして実現するかという事が個別支援計画書の肝である。一人の人の人生を考えた時、施設で提供出来る支援と本人の努力だけで実現するものの方がむしろ少ないとも言える。従って地域の社会資源や活用できる制度等についてもある程度把握しておく事が大切である。

自分用マニュアル

V 支援計画

参照 作成ガイド p.34 ~ 35

考え方の解説

ここで必ず確認しなければいけない事は、「利用者の希望・要望」を踏まえた支援計画となっているかという事と、実際に実施可能な内容の支援計画になっているかという事である。

利用者が望むような生き方を実現するには、職員の支援だけでなく、利用者本人も望む生活に向かって、出来る範囲で取り組む事が不可欠である。望む生活を実現する為に必要な努力であれば取り組めても自分の「希望・要望」からかけ離れた計画であれば、たとえ、客観的にみてその利用者にとって必要と思われる事であっても本人がそのことに取り組む事は難しくなり、結果、計画の実施が難しくなってしまう。

もう一つは、実施可能な計画になっているかどうかという点である。本人の「希望・要望」をしっかりと汲み取り、立てられた計画であっても実際にその計画に基づいた支援が行えなければ意味ない。施設の都合ばかりを優先して計画を立てるのは論外であるが、実態からかけ離れた計画では実行する事が出来ないのも事実である。そのためにも施設を構成する各セクションの実態を常日頃から把握し、計画を立てる際に考慮する必要がある。

伝え方のポイント

利用者の望む生活の実現を、「総合的支援目標」とし、それを可能とする為に必要な支援を幾つかに絞り込んで支援目標を立てる。そしてその支援目標は出来る限り具体的な内容（何時、誰が、どのように）に落とし込んだものとなっているか確認する事が大切である。この支援計画を見た他の職員が皆同じ支援が行えるという内容になっている事が望まれる。

また、支援計画を立てる職員はその利用者に対して思い入れが強く、視野が狭くなり、他の利用者の状況や他のセクションの実態を考えればとても出来ないような計画を立ててしまう事も少なくない。従って支援計画が具体的な内容に落とし込まれたものであっても、実行が難しいと思われる内容である事もある。一つ目は他の利用者の支援計画やチームを構成する他の職員の動き、更には他のセクションの状況等が理解出来ていない場合などである。何故、その計画の実行が難しいのか説明する事で、チーム全体で取り組むものだからこそ、周囲の状況も考慮したものでないといけないという事が理解出来るようになる。二つ目に、実行が難しい支援計画になってしまう原因は、支援目標を設定する思考プロセスに問題があることが多い。一見妥当な支援目標であっても最初から高い水準に設定している場合などは、目標を細分化することで実施が可能な水準になることもある。もし、この細分化ができない時は、ゴールまでのステップの理解が十分でないことが考えられるため、何が必要なステップかということを丁寧に確認する必要がある。

知識を磨く

最終的に、個別支援計画は本人の同意を得たうえで実行するものであるので、支援を受ける利用者がどのような支援を受けられるのかイメージし易いものであることが望ましい。具体的な内容が分かるようなものとなるように、分かりやすい表現で書き記す訓練をすることも大切である。

VI モニタリング記録表

.....

参照 ▶ 作成ガイド p.36 ~ 37

考え方の解説

モニタリングでは、計画通りに支援が提供されているか、その効果がどのようなものだったかを検証していく。その際は計画を全体的に捉えて単に効果の有無を判断するのではなく、その支援の良い部分とそうでない部分に分けることで、次の支援の検討材料となる。同じ支援内容でも支援者によって効果の感じ方が違う場合などはその部分を掘り下げることで支援の方法や評価の視点の共通認識が得られる。

伝え方のポイント

日々の実践の中で職員が利用者支援で効果を感じることができる場面は多くない。そのため支援内容に不安を感じることもある。そういう意味では、このモニタリングは効果を実感し、成果を共有する場であることも重要である。モニタリングを随時行うことで、目指した方向を見失うことなく、また、日々変化する状況にも迅速に対応できるようになる。

自分用マニュアル

A large, empty rectangular frame with a double-line border, intended for a personal manual. The frame is positioned centrally on the page, leaving a margin at the top where the header is located.

Ⅶ 支援計画に具体化されなかったニーズ

.....

参照 ▶ 作成ガイド p.38 ~ 39

考え方の解説

利用者の希望・要望からアセスメントをへてニーズ整理表で整理され、優先度を考え、本人の望む生活の実現計画を立てるのであるが、その際、ニーズとして上がってはいるが、支援目標として具体化しないことも必ずでてくる。しかし、それらは本当に優先度が低いのか、今は必要がないのか、理由は様々であるが、決して放置してはならない内容も含まれている可能性が高い。状況が変わった際には優先度が高くなることなども考えられることから、それらのニーズを埋没させることのないようにすることが重要である。

伝え方のポイント

具体化されなかった理由が、第三者が見た際に理解できるかという視点が必要である。ここでは、ニーズはありながら、具体的に支援につながらないということを本人はもちろん、関係者も納得できるように整理する必要がある。例えば、具体化されなかったニーズが実は本人が一番望んでいたことであった場合など、その対応は慎重かつ丁寧におこなわれるべきであり、「説明と同意」が形式的に終わることのないようにすることが必要である。

自分用マニュアル

VII 同意書

参照 ▶ 作成ガイド p.40 ~ 41

考え方の解説

全救協においては、今後目指す方向のひとつとして「希望する生活内容を本人の意向に基づいて選択・決定できること」を挙げている。個別支援計画書では、こうした実態と今後の方向性を踏まえ、同意書によって「説明と同意」の機会を保障する仕組みを取り入れることとした。これらの手続きの後、利用者から同意書に署名を受ける。

個別支援計画書で、説明と同意の機会が手続き上位置づけられ、同意書の作成を通じて支援者と利用者双方で確認される形になった。利用者が自分の個別支援計画について説明を受け話し合う機会が確保されたことは、救護施設のサービス向上において大きな意味を持つ。

伝え方のポイント

利用者の自己決定の尊重や権利擁護の観点から、全ての利用者に対して組織のルールに沿って手続きが進められることが重要である。そのため、説明を受けることが困難な利用者に対しての配慮などについては、一度ルール化すれば終わりということではなく、利用者の同意を得るまでの過程や苦情の受付状況等を確認し、常に適正な説明、運用が図られるよう意識することが必要である。

自分用マニュアル

全救協 個別支援計画に関する検討委員会
(令和元年度特別委員会) 委員名簿

委員長	守家 敬子	(香川県・萬象園)
委員	藤巻 契司	(東京都・光の家神愛園)
	左右田 雅子	(静岡県・慈照園)
	前嶋 弘	(大阪府・こうせいみなと)
	中村 厚徳	(三重県・菰野千草園)
オブザーバー	大西 豊美	全国救護施設協議会 会長

全国救護施設協議会（全救協）版
『救護施設個別支援計画書』指導者マニュアル

2019（令和元）年12月

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国救護施設協議会

〒100-8980 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル

社会福祉法人全国社会福祉協議会 高年・障害福祉部内

TEL：03-3581-6502 FAX：03-3581-2428

(HP) <http://www.zenkyukyo.gr.jp/>

(E-mail) kyugo@shakyo.or.jp