

■ 基準上における個別支援計画作成業務について

1. 事業者の一般原則

条例第4条

指定障害福祉サービス事業者は、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえた計画（以下「個別支援計画」という。）を作成し、これに基づき利用者に対して指定障害福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより、利用者に対して適切かつ効果的に指定障害福祉サービスを提供しなければならない。

→ 「個別支援計画」は障害福祉サービスを提供する上で、根幹となる非常に重要なものと位置付けられています。

2. 計画作成の担当者

条例第60条

指定療養介護事業所の管理者は、サービス管理責任者に指定療養介護に係る個別支援計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

→ 上記のように、個別支援計画はサービス管理責任者が作成するものとして規定しています。

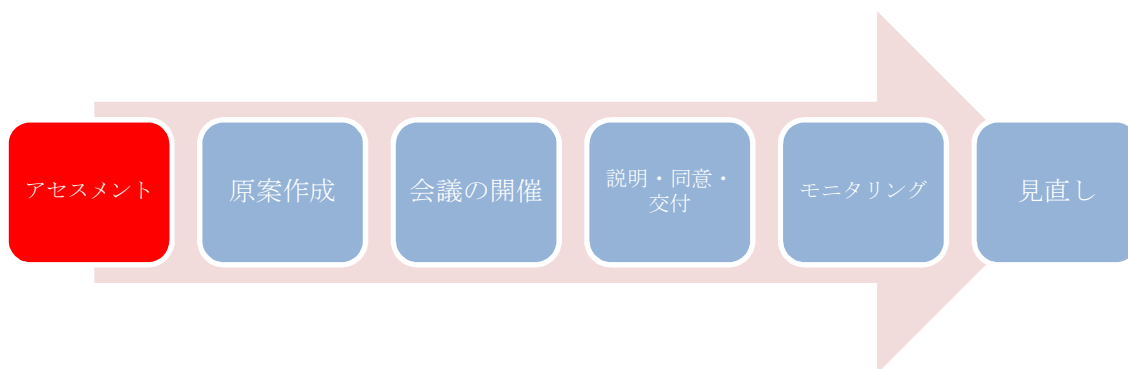
また、第60条第2項以降ではアセスメント、原案作成、会議の開催の他、計画作成にかかる一連の業務についての規定がありますが、その条文の主語は「サービス管理責任者は～」となっています。

※ 直接支援を行う担当者等（生活支援員、世話人、就労支援員等）が計画作成することは認められません。

3. 個別支援計画作成の流れ



(1) アセスメント



条例第60条

(略)

2 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下この条において「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容の検討をしなければならない。

3 サービス管理責任者は、アセスメントに当たっては、利用者と面接して行わなければならない。この場合において、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

→ アセスメントも計画作成業務の一部ですので、サービス管理責任者が行う必要があります。

<評価すべき項目の一例>

- ☐ 利用者が有する能力
- ☐ 利用者が置かれている環境
- ☐ 日常生活全般の状況

等

⇒ これら进行评估することで、

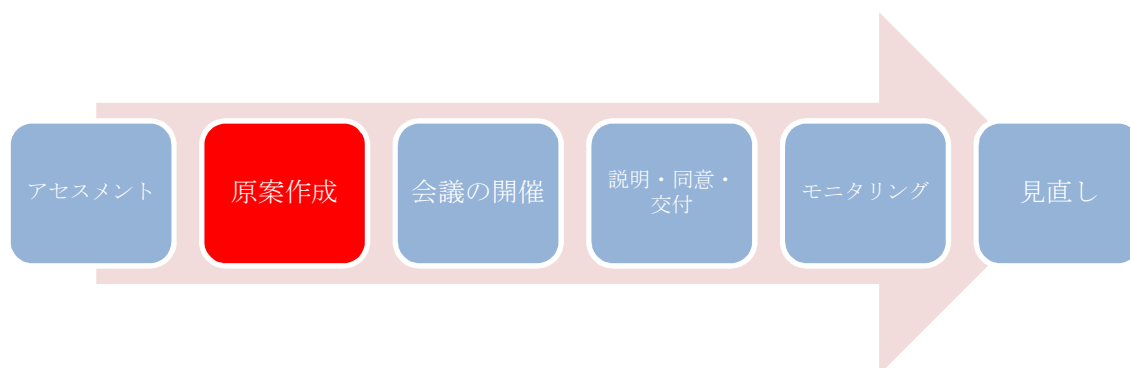
- 「利用者の希望する生活や課題等」を把握する
- 「利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容」の検討を行う

(参考資料2にアセスメントシートの一例(就労系事業所向け)を添付しています。実際には各サービス種別に合ったアセスメントの項目を設定する等、適宜修正し、必要に応じてご活用ください。)

<アセスメントの適切な方法>

- ☐ 利用者と面接して行う
- ☐ 面接の趣旨を十分に説明し、理解を得る

(2) 原案作成



条例第60条

(略)

4 サービス管理責任者は、アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、利用者及びその家族の生活に対する意向、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、指定療養介護の目標及びその達成時期、指定療養介護を提供する上での留意事項等を記載した療養介護計画の原案を作成しなければならない。この場合において、サービス管理責任者は、当該原案が当該指定療養介護事業所の提供する指定療養介護以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めたものとなるよう努めなければならない。

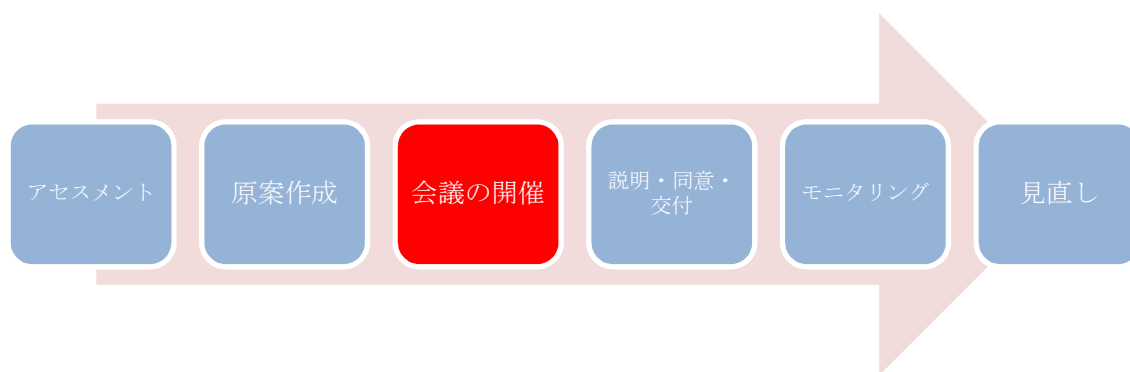
→ 計画の原案作成も計画作成業務の一部ですので、サービス管理責任者が行う必要があります。

＜個別支援計画（原案）に落とし込むべき項目の一例＞

- ☐ 利用者及びその家族の生活に対する意向
 - ☐ 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
 - ☐ 目標及びその達成時期
 - ☐ サービス提供する上での留意事項
- 等

（参考資料３に個別支援計画の一例を添付しています。上記項目を落とし込んだ内容となっていますので、必要に応じてご活用ください。）

（３）会議の開催



条例第60条

（略）

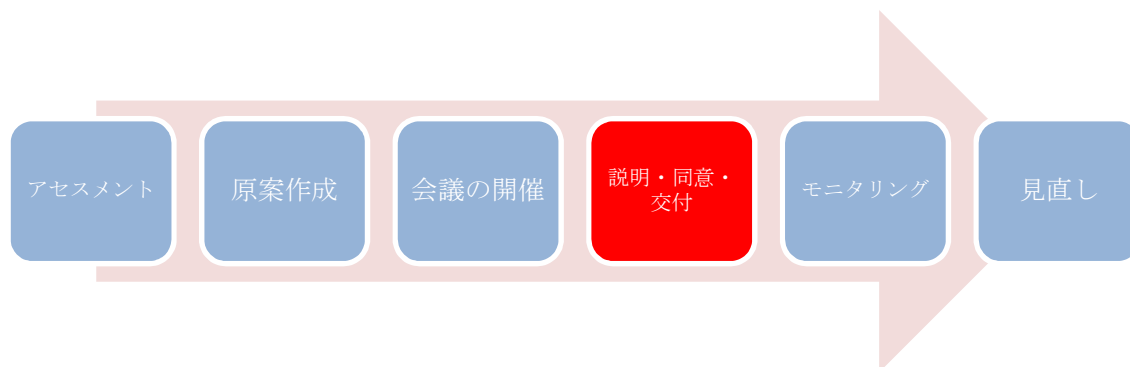
５ サービス管理責任者は、療養介護計画の作成に係る会議（利用者に対する指定療養介護の提供に当たる担当者等を招集して行う会議をいう。）を開催し、前項に規定する療養介護計画の原案の内容について意見を求めるものとする。

→ 会議の開催も計画作成業務の一部ですので、サービス管理責任者が行う必要があります。

会議を行うことで、原案について意見を求め、必要に応じ原案の加除修正等を行います。また、会議を開催したことを客観的に確認できるよう、会議録を作成されるようお願いいたします。なお、会議に出席した担当者等から出た意見等を会議録に記載しておく、サービス管理責任者だけでは気づかない視点等の発見等に繋がります。

（参考資料４に個別支援計画作成会議録の一例を添付しています。必要に応じてご活用ください。）

(4) 説明・同意・交付



条例第60条

(略)

6 サービス管理責任者は、第4項に規定する療養介護計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により当該利用者の同意を得なければならない。

7 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成した際には、当該療養介護計画を利用者に交付しなければならない。

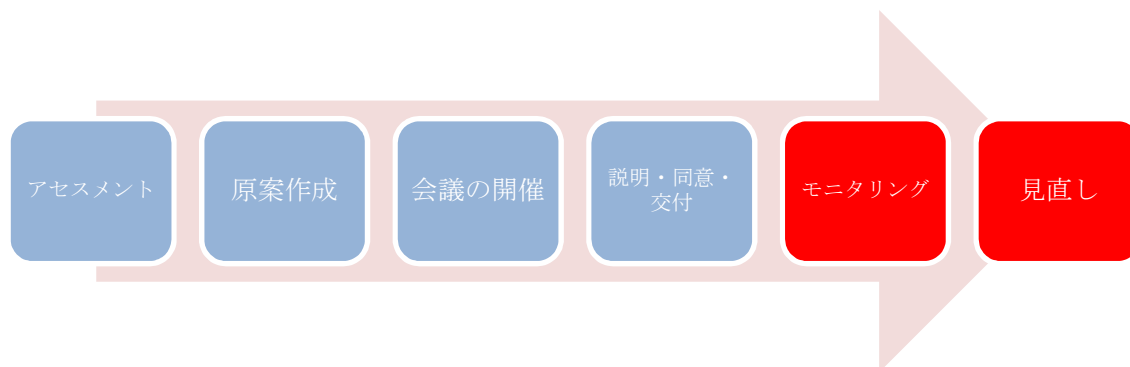
→ 個別支援計画（原案）の説明、同意、交付についても計画作成業務の一部ですので、サービス管理責任者が担う必要があります。

<特に注意すべき点>

- ☐ 個別支援計画の説明はサービス管理責任者が行っているか（サービス管理責任者以外のものが行っていないか）
- ☐ 利用者や家族の同意を得ているか
- ☐ 計画作成後、すみやかに同意を得ているか（作成から同意までの期間が相当程度経過していないか）

（参考資料3に個別支援計画の一例を添付しています。必要に応じてご活用ください。）

(5) モニタリング、見直し



条例第60条

(略)

8 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成後、当該療養介護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含む。次項において「モニタリング」という。）を行うとともに、少なくとも6月に1回以上、当該療養介護計画の見直しを行い、必要に応じて当該療養介護計画の変更を行うものとする。

9 サービス管理責任者は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

(1) 定期的に利用者と面接すること。

(2) 定期的にモニタリングの結果を記録すること。

10 第2項から第7項までの規定は、第8項の規定による療養介護計画の変更について準用する。

→ 個別支援計画のモニタリング、見直しについても計画作成業務の一部ですので、サービス管理責任者が担う必要があります。

<特に注意すべき点>

☐ 計画作成後、個別支援計画の実施状況の把握を行うこと（継続的なアセスメントを含む）＝ モニタリング

☐ モニタリングの結果をもとに、計画の見直しを行う

● 療養介護、生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型、共同生活援助

⇒ 少なくとも6月に1回以上

● 自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援

⇒ 少なくとも3月に1回以上

☐ 見直しの結果、必要に応じて計画の変更を行う

- モニタリングは利用者と面接をし、またモニタリングの結果を記録する
- 計画の変更の際は、改めてアセスメント→原案作成→会議の開催→説明・同意・交付の順に行う
- ※ アセスメントが初回だけになっているケースが散見されます。ご利用者の状況は日々変化していますので、過去のアセスメント内容と比較検討し、その後の支援に繋げることが重要です。

(参考資料5にモニタリング結果記録の一例を添付しています。必要に応じてご活用ください。)

4. 実地指導等における主な指摘事項

【アセスメント】

- サービス管理責任者以外の者がアセスメントを行っている。
- 個別支援計画作成後にアセスメントを行っている。
- 計画見直しの検討の際、アセスメントを行っていない。

【原案作成、会議の開催】

- サービス管理責任者以外の者が、計画の原案を作成している。
- 計画書に利用者及びその家族の生活についての意向が記載されていない。
- 計画書に目標及びその達成時期が記載されていない。
- 計画作成会議が行われていない。会議の記録が残されていない。

【説明・同意・交付】

- サービス管理責任者以外の者が説明を行っている。
- 利用者や家族の同意がない、計画書の様式に同意（署名）欄がない。
- 計画作成日から3ヶ月～1年後に説明し、同意を得ている。

【モニタリング、見直し】

- モニタリングが行われていない。モニタリングの記録が残されていない。
- サービス管理責任者以外の者がモニタリングを行っている。
- 少なくとも6月（3月）に一回以上の見直しが行われていない。