

令和6年度日常生活支援住居施設の生活支援提供責任者等資質向上研修

日常生活支援住居施設における 個別支援計画作成の概要

令和6(2024)年11月20日
一般社団法人全国日常生活支援住居施設協議会

日常生活支援住居施設における個別支援計画作成の概要 目次

第1章	日常生活支援住居施設とは.....	2
(1)	日常生活支援住居施設の支援内容.....	2
(2)	日常生活上の支援の基本指針.....	2
(3)	信頼関係構築の重要性.....	3
(4)	支援提供プロセス.....	5
第2章	個別支援計画とは.....	11
第3章	個別支援計画の作成と展開.....	12
(1)	インテーク.....	12
(2)	アセスメント.....	13
(3)	プランニング.....	19
(4)	モニタリング・再アセスメント.....	20
(5)	再プランニング.....	21
(6)	具体的な手順.....	21
第4章	参考文献一覧.....	32

第1章 日常生活支援住居施設とは

法律上の位置づけ、支援内容の概要は、前の講義資料を参照されたい。

(1) 日常生活支援住居施設の支援内容

日住省令第8条で、支援の内容は次のとおり定められている。

(支援の内容)

第八条 日常生活支援住居施設は、その入所者に対し、生活課題に関する相談に応じ、必要に応じて食事の提供等の日常生活を営むために必要な便宜を供与するとともに、入所者がその能力に応じて自立した日常生活及び社会生活を営むことができるよう、第十五条第一項に規定する個別支援計画に基づき、家事等に関する支援、服薬管理等の健康管理の支援、日常生活に係る金銭の管理の支援、社会との交流の促進その他の支援及び関係機関との連絡調整を行うものとする。

単なる無料低額宿泊所と日常生活支援住居施設との大きな違いの一つが、日常生活支援住居施設では入所者ごとに個別支援計画を作成することである。個別支援計画については日住省令第15条に規定されている。個別支援計画とは、入所者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、日常生活及び社会生活上の支援の目標及びその達成時期、支援を提供する上での留意事項等を記載した書面である¹。

日住省令第20条によれば、日常生活支援住居施設で提供される支援は、「家事等、服薬管理等の健康管理、日常生活に係る金銭管理、社会との交流の促進その他に係る日常生活及び社会生活上の支援」であり、定常的に必要となる身体介護等の行為は含まれていないことに留意すること。定常的な身体介護等が必要となる場合は、他の社会資源（介護保険や障害福祉等のサービス等）を活用することが想定されている。

個々の入所者に対して、どのような支援を提供するかについては、それぞれの入所者の状況に応じて個別支援計画の中に定めるものであるため、日住省令で列挙された支援内容を一律に提供する必要はあるものではない²。

(2) 日常生活上の支援の基本指針

日住省令第9条で、日常生活支援住居移設での支援の基本方針について、次のとおり定められている。

第九条 日常生活支援住居施設における支援は、第十五条第一項に規定する個別支援

¹ 前掲資料、日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等について（通知）、第4の3（1）。

² 前掲資料、日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等について（通知）、第1の9。

計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入所者がその能力に応じ自立した日常生活及び社会生活を営むことができるようにすることを旨とするものでなければならない。

2 日常生活支援住居施設における支援は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に当該入所者の立場に立って行われるものでなければならない。

3 日常生活支援住居施設における支援は、入所者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、入所者の選択に基づき、適切な保健、医療、福祉、就労支援等のサービスが、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

4 日常生活支援住居施設における支援は、入所者に提供される福祉サービス等が特定の種類又は特定の福祉サービスを行う者によるサービスに不当に偏ることのないよう、公正中立に行われるものでなければならない。

5 日常生活支援住居施設は、自らその提供する支援の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(3) 信頼関係構築の重要性

日常生活支援住居施設には、様々な理由で地域から受け止められずに孤立してしまった方の相談が寄せられる。例えば、行き倒れ状態で急迫保護（職権保護）となる方、DV被害を受けた方、本人の特性により社会では受け入れられない行動を繰り返したり、罪を犯す・罪を繰り返す中で地域では受け入れられなくなってしまった方、自分から社会との関わりを断つ方・そうせざるを得ない状況に追い込まれてしまう方などが考えられるが、これらはあくまで一例である。

こういった状況に置かれた方々も、かつては家族や友人など親しい関係の人が近くにいるような状態を受け止め、支えてくれていただろう。日常生活支援住居施設に相談があるケースは、社会とのつながりが途切れてしまい孤立状態となってしまうことが特徴的である点に着目すれば、「つながりや本人の力を取り戻していくこと」が支援をするための大前提として求められる。そのために、まずは支援者と本人との信頼関係の構築が求められる。

コラム：自殺するためある自治体を訪れ、自殺企図～行き倒れ、救急搬送されたケース

ある自治体を訪れて自殺企図し、行き倒れているところを通りかかった人に発見され救急搬送された。その後、一命を取りとめ病院へ入院となる。本人が自殺企図の前に身元を証明できるものの一切を処分していたため、氏名や年齢などの情報が全くわからなかった。本人は病院スタッフに心を開かず、自身のことを一切語ることはなかった。

その後とあるスタッフが、毎日本人のもとを訪ね、全く話してもらえなくても何かしらの関わりをもち続けた。スタッフの熱心な関わりから、入院から半月以上経ったある日、本人が心を開き、自身のことを語り始めた。自身の氏名、生年月日、出身地、頼れる身寄りがないことなど、事細かく話し、また今後の生活のことなどを話した。入院から1か月程経過の後に、本人は自殺企図した自治体を今後の生活の拠点とすることに決め、退院した。

信頼関係構築のためには、支援者側が、「本人のことが何もわからない状態にあること」「そもそもそのようになってしまった背景にあるもの」を含め、「ありのままの本人を受け止める」という視点が重要である。まずは、三食をしっかり摂ることができて、あたたかいお風呂に入り、あたたかい布団で眠ることができる衣食住が整った状態を取り戻し、本人が自身のことを整理できるようになった上で、「ここにだったら居られそうだ」と思ってもらうことが信頼関係構築のための大前提と言えるのではないかな。

これまで家族が担ってきた関わりや役割を意識し、人と人との信頼関係の構築を整理してみると、一朝一夕には成しえないことであるのを念頭におきながら、前のめりになりすぎず、出しゃばらないようにしつつ、それでも関わり続けていくことの大事さが改めて浮き彫りになる。心を開いてもらうことができるまでの期間については一概に言い切れるものではなく、本人が負った心の傷などがどれだけ回復してくるかによって変わってくる。

(4) 支援提供プロセス

日常生活支援住居施設での支援提供は、おおむね図3-1のプロセスをたどる。

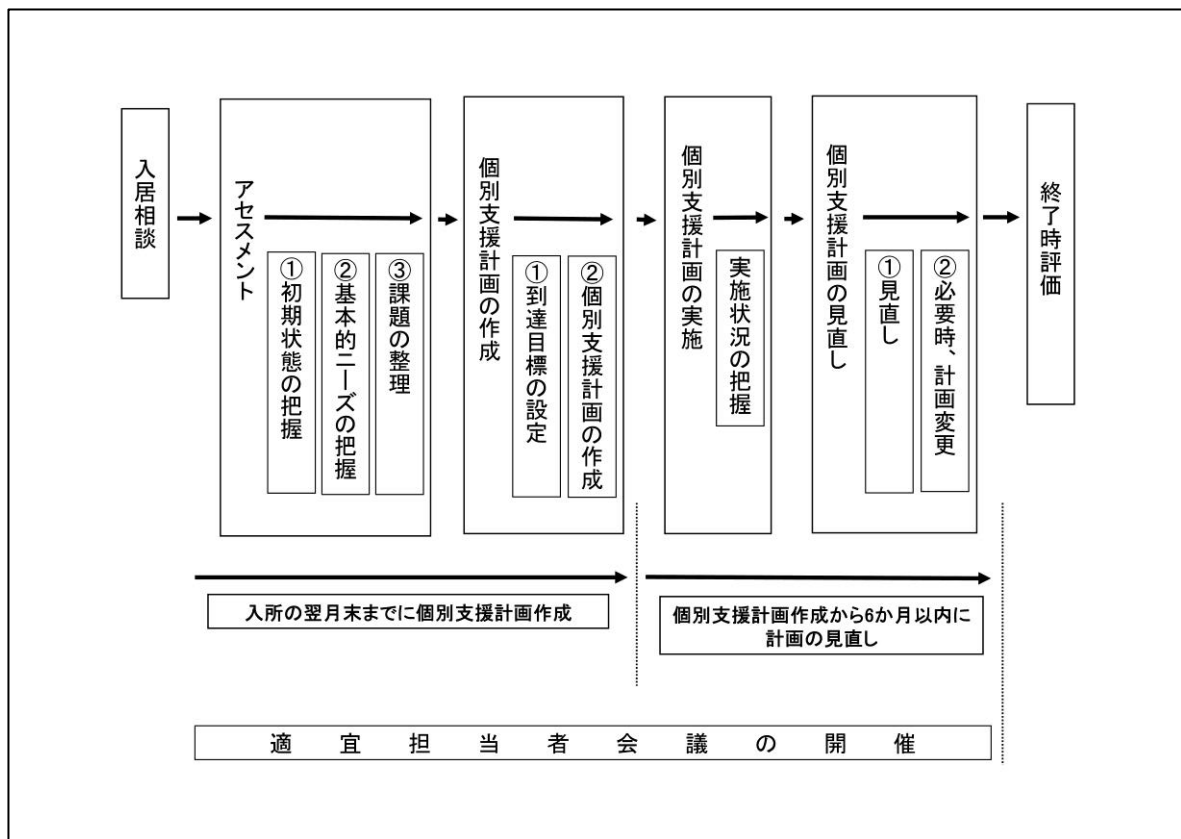


図3-1 日常生活支援住居施設での支援提供プロセス

(4-1) 入所

日常生活支援住居施設は、生活保護法第30条ただし書きの規定により、福祉事務所が日常生活上の支援の必要性があると判断した者について、日常生活支援住居施設に対して支援の委託を行うものである³。

日常生活支援住居施設に要保護者から直接入所申込みがあった場合には、原則として、事前に生活保護の申請及び福祉事務所への委託の可否の判断を経た上で、委託の必要があると福祉事務所が判断した場合において入所となる⁴。要保護者のみならず、関係機関から入所相談が寄せられた場合も同様の流れとなる。

なお、委託の必要性があるかは福祉事務所が判断するが、実際に日常生活支援住居施設に入所するかは本人の希望による。福祉事務所としては、活用可能な施設の選択肢として提示した上で、本人が入所先等を選択する⁵。

³ 厚生労働省社会・援護局 保護課、生活保護関係全国係長会議資料、令和2年3月5日、第3の2(4)ア。

⁴ 前掲資料、厚生労働省社会・援護局 保護課、第3の2(4)イ(ウ)。

⁵ 前掲資料、厚生労働省社会・援護局 保護課、第3の2(4)イ(イ)。

委託及び入所の際の手続きとしては、入所者と施設間での入所契約を締結するのにあわせて福祉事務所から日常生活支援住居施設に支援依頼を行うこととなる⁶。

福祉事務所から委託先の日常生活支援住居施設へ、支援を委託したい旨の依頼が送られ、日常生活支援住居施設はそれに回答する。なお、日住省令第13条で、日常生活支援住居施設は、保護の実施機関（福祉事務所）から生活保護法第三十条第一項ただし書の規定による入所の委託の依頼を受けたときは、正当な理由なくこれを拒んではならないとされている。委託の依頼を拒むことができる正当な理由としては、施設の定員や職員体制から入所申込に応じきれない場合、介護や病気の治療等の委託申込者の状態から当該施設では適切な支援が困難である場合等が例示されている⁷。

保護の申請があった際に緊急的に当面の居所を確保する必要がある場合、これまでも保護施設や無料低額宿泊所、簡易宿泊所その他の宿泊施設等が活用されてきたが、このような緊急的な居所の確保として福祉事務所が日常生活支援住居施設へ入所させる場合には、日常生活上の支援が必要かどうかの判断等が十分に確認できていない状況であっても、委託の対象として差し支えないこととされている⁸。ただし、緊急で入所した後、福祉事務所は速やかに支援委託の必要性について確認し、仮に居宅生活が可能等と判断された場合には、居宅への移行の支援又は日常生活支援住居施設でない無料低額宿泊所への転所等の支援を行う⁹。

支援委託の必要性についての福祉事務所による確認の際、その入所者の状態が日常生活支援住居施設相当ではなく、さらに手厚い支援が必要（入所施設等が相当）と判断され、日常生活支援住居施設へ支援を委託したい旨の依頼がされないことがあるが、その場合でも、日常生活支援住居施設と福祉事務所との相談や協議を重ねるなかで最終的に依頼がされる場合もあるため、十分に相談を行うこと。

（４－２）個別支援計画に基づく支援

生活支援提供責任者は、日常生活支援住居施設の入所者ひとりひとりについて、個別支援計画を作成する（日住省令第15条第1項）。作成にあたっては、必要に応じて、担当者会議（生活支援提供責任者が個別支援計画の作成のために当該個別支援計画の原案に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集して行う会議）の開催等により、当該個別支援計画の原案の内容について説明を行うとともに、当該担当者から、専門的な見地からの意見を求めることができる（日住省令第15条第5項）。

なお、生活支援提供責任者は、個別支援計画の作成に当たり、その内容について、あらかじめ、当該個別支援計画の対象となる入所者を委託した福祉事務所に協議し、同意を得なければならない（日住省令第15条第6項）。また、生活支援提供責任者は、個別支援計画の作成に当たり、その内容について入所者に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければなら

⁶ 前掲資料、厚生労働省社会・援護局保護課、第3の2（4）ア。

⁷ 前掲資料、日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等について（通知）、第4の1。

⁸ 前掲資料、厚生労働省社会・援護局保護課、第3の2（4）イ（ウ）。

⁹ 前掲資料、厚生労働省社会・援護局保護課、第3の2（4）イ（ウ）。

い（日住省令第15条第7項）。

生活支援提供責任者は、個別支援計画作成した際には、当該個別支援計画を入所者に交付しなければならない（日住省令第15条第8項）ほか、個別支援計画作成した際には、その写しを当該個別支援計画の対象となる入所者を委託した福祉事務所に遅滞なく提出しなければならない（日住省令第15条第9項）。

（4-3）個別支援計画の見直しと必要に応じた変更

生活支援提供責任者は、個別支援計画の作成後、個別支援計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うとともに、少なくとも6か月に1回以上、個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行わなければならない（日住省令第15条第10項）。

個別支援計画の見直しは最低でも6か月に1回行うこととされているが、新規ケースで計画作成し、開始したばかりの段階において、特にニーズや意向の変化などで個別支援計画がうまく展開できない場面が起こりえる。そのような場合に適宜個別支援計画を変更できるよう、個別支援計画の実施状況をこまめに把握しておくことが望ましい。

モニタリングのため入所者と面談をする際、本人の意向と現状をみる生活支援提供責任者に必要な視点は以下のとおりである。

- ① 生活支援員、外部のサービス事業所、医療機関等が本人の意向に対して適切な支援等を提供できているか。できていなければなぜそのようなことが起こっているのか。
- ② 個別支援計画がどのように本人の生活に変化をもたらしたか（いい面、そうではない面も含めて）。
- ③ 個別支援計画であげられた目標は達成されたか。未達成の場合計画の進捗やどの程度の時間をかければ達成できるか、達成するためにあとどれくらいの期間を要するか。そもそも計画が途中で本人の意向やニーズと乖離したものになっていなかったか。
- ④ 入所者が新たにできるようになったことは何か。例えば、作れる料理が何品目増えた、内服薬を自分で3日分管理できるようになった、お金を3日分管理できるようになったなど。
- ⑤ 新たな課題・ニーズは発生していないか。例えば、加齢や疾病等による心身機能の低下によってできなくなったことがあるなど。

モニタリングでは、上記の視点到に留意し、入所者及び入所者を取り巻く環境等について評価し再アセスメントしていく。また、家事（調理、掃除、洗濯などが一定のレベルでできる）、体

調管理（定期的な通院や内服を忘れずにできるか）、金銭管理（1週間に一度程度の期間内でお金を自分で計画して使うことができるなど）等の能力が、居宅での単身生活に移行できそうなレベルに達している方については、福祉事務所とも協議して検討することが望まれる。

入所中に加齢や疾病等の心身状態の低下により、入所している日常生活支援住居施設で提供される生活支援や外部の福祉サービスで受けられる支援量を超える生活支援等を必要とする入所者や、医療ニーズを要する入所者も出てくると考えられる。そのような場合には、本人や福祉事務所との協議により、状態に対応した支援がなされる社会福祉施設等への転所を検討する。

（4-4）居宅生活への移行¹⁰

日常生活支援住居施設から居宅への移行にあたり、入所者の意向が顕在化・明確化している場合は、単身生活に向けて個々の入所者の不足している能力や移行にかかる必要な手続き・物品の選定を行っていくことを想像しやすい。しかし、本人が自信を失っていたり「こんなことを施設側に言ったら迷惑になってしまうのではないか」、「自分はもう単身生活をするのができないのではないか」などと諦めてしまっている入所者も一定数存在すると思われる。そのような方々に対しても支援者側から単身生活への移行を積極的に応援し、入所者本人の挑戦したい気持ち呼び起こしていくことが重要である。

居宅移行の流れは図3-2のとおりである。

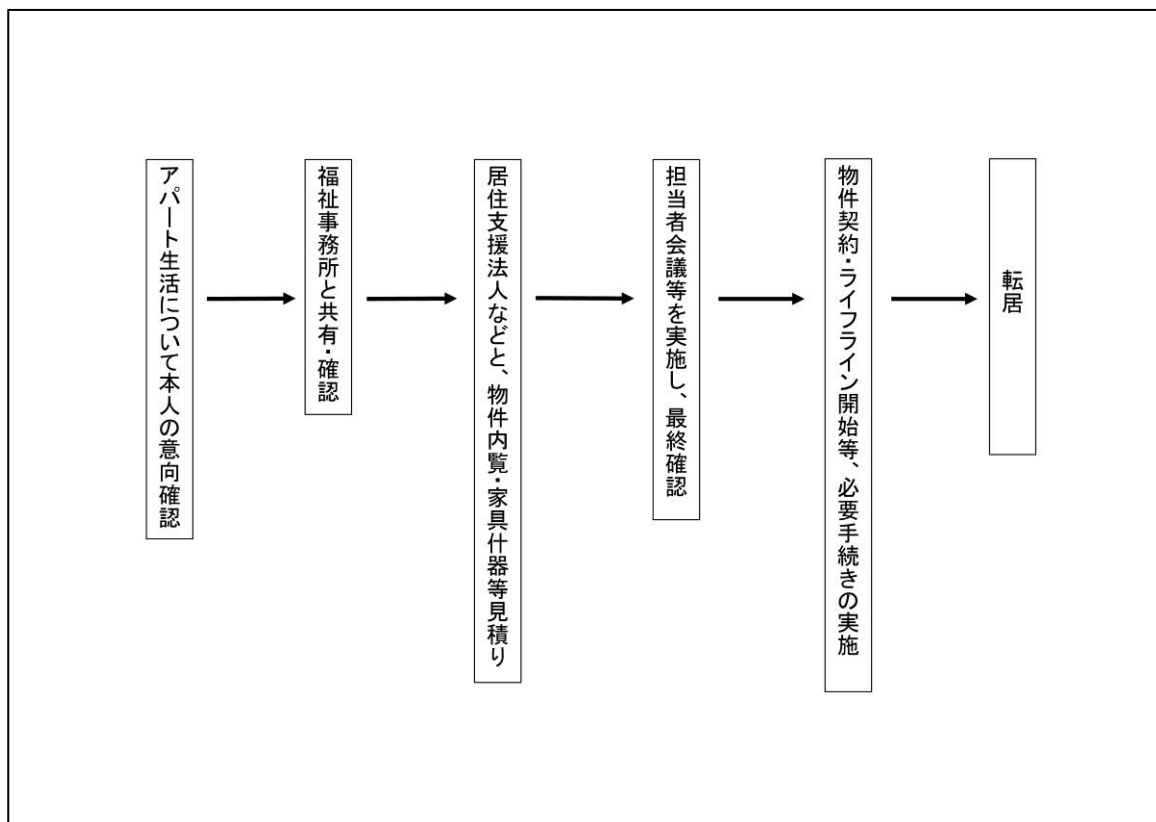


図 3-2 居宅移行の流れ

¹⁰ 令和2年度2次補正予算で新設された居宅生活移行緊急支援事業については自治体により実施状況が異なるため今回は言及を控える。

居宅での単身生活について、入所者の意向が確認され、状況が整っている場合、福祉事務所とも協議する。転居日の決定にあたって、転居費用等（アパート初期費用のうち、家賃・敷金・礼金・火災保険料、家具什器代・布団代等）が生活保護から出る方は保護費支給に合わせて転居日を設定するとよい。受給した保護費の中から転居費用等を貯めることを認められている方は、すでに貯まっている額をふまえ予算上限を検討したり、転居時期を調整するとよい。

福祉事務所から居宅移行の了承が得られたら、物件の内覧をおこなう。ここでも必要に応じて、初期費用や購入が必要な物品の見積もりをとる。

居宅移行後の生活・支援体制についても、関係者と入所者本人とで共有をすすめる。担当学会等会議等を適宜実施し、最終確認をする。

引っ越し前に必要な手続きとして、転居日に合わせて、水道・電気・ガスなどライフラインの開始手続きをしたり、家具什器の購入・配送の手配、住民票の異動（転出）手続きを支援する。

本人の居宅移行後も、日常生活支援住居施設は、本人の生活を支える関係者の一つとして、郵便物の転送の手続きや、銀行口座等の登録住所の変更手続きの支援や、制度サービスの利用が円滑に行われるように連絡調整するなど関わり続けることが望ましい。

（４－５） 他施設への転所

場合によっては、入所者の心身の状況等の低下や入所者の希望により、当該日常生活支援住居施設以外への転所を支援することもある。日常生活支援住居施設は、自ら適切な支援を提供することが困難と認めた場合や入所者が他の施設等への転所等を希望する場合、福祉事務所にその旨を伝え、必要な対応について依頼を行うとともに、転所先の施設等へは本人の希望や状況等について引継ぎ等を行うなど必要な支援を行うこととされている（日住省令第14条第4項）¹¹。

他施設への転所を支援するケースとして、入所者の加齢・疾患等による心身状態の変化により、日常生活支援住居施設では適切な支援を提供することが困難となる場合が想定される。例えば、入所者の認知機能が低下するなど「食事の準備・摂取が入所者自身できなくなり、食事の準備や食事の直接介助などの対応が必要」「失禁等による清拭やおむつ交換等の対応が常時必要」という状態になり、日常生活支援住居施設では適切な支援を提供することが困難となる場合などが挙げられる。

また、緊急的に受け入れたが、アセスメントの結果、他施設への転所を支援するケースも想定される。例として「住まいやお金がなく行き場をなくした状況で、緊急の居所確保として日常生活支援住居施設で受け入れた。しかし、アセスメントをおこなったところ、実際には必要となる支援の種類・頻度（量）が当該住居施設の提供できる能力を超えてしまう状態の入所者だった」というケースを考えてみよう。このようなケースの対応としては「介護保険等の高齢者向け施設や障害福祉の居住系サービスなどで次の住まいが見つかるまでの間のみ、日常生活

¹¹ 前掲資料、日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等について（通知）、第4の2（2）。

支援住居施設で受け入れる。すみやかに次の住まいとなる社会福祉施設等への転所を支援する」という対応が考えられる。

他施設への転所の流れは図3-3のとおりである。入所者本人の意向を確認しつつ、福祉事務所と協議する。次の入所候補施設の情報収集をし、福祉事務所とも共有しながら、転所可能な施設への入所申し込み手続きを支援する。待機が必要な場合、転所までの間、日常生活支援住居施設で必要な支援や環境調整をおこなう。

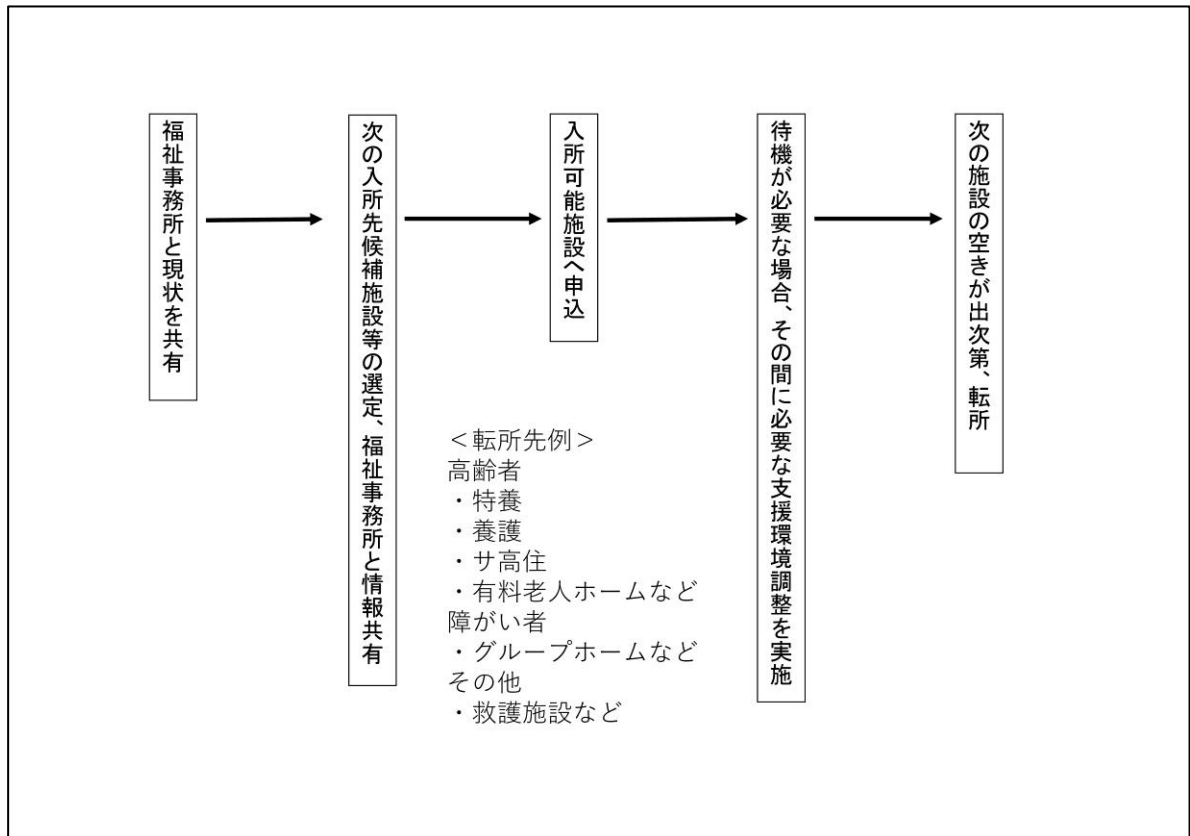


図3-3 他施設への転所の流れ

第2章 個別支援計画とは

日住省令第15条に規定される個別支援計画とは、入所者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、日常生活及び社会生活上の支援の目標及びその達成時期、支援を提供する上での留意事項等を記載した書面である¹²。生活支援提供責任者は、少なくとも6か月に1回以上、個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行わなければならない（日住省令第15条第10項）。日住省令第9条で、日常生活支援住居施設における支援は、個別支援計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入所者がその能力に応じ自立した日常生活及び社会生活を営むことができるようにすることを旨とするものとされている。

個別支援計画に基づく支援展開のイメージを図3-4に示す。

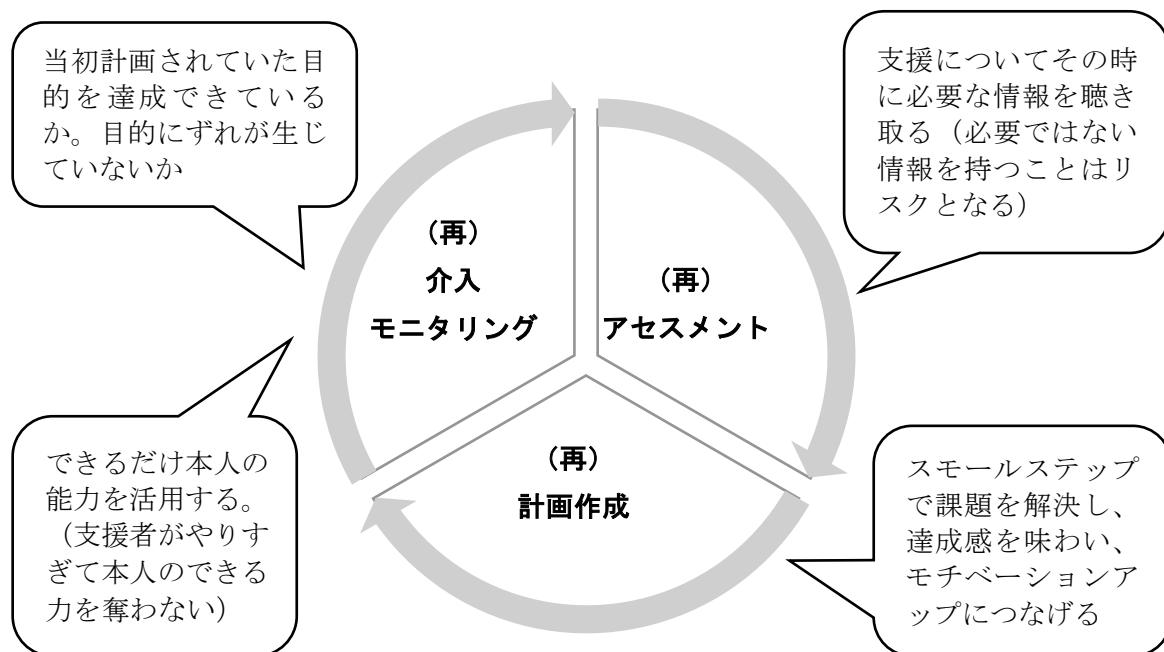


図 3-4 個別支援計画に基づく支援展開

¹² 前掲資料、日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等について（通知）、第4の3（1）。

第3章 個別支援計画作成と展開

個別支援計画作成と、その後の計画に基づく支援は、大きく分けて次の5段階で展開し、繰り返していく。

- (1) インテーク：信頼関係構築、情報収集、スクリーニング
 - (2) アセスメント：初期状態の把握。情報収集、ニーズ整理
 - (3) プランニング：ニーズに対する目標・支援内容等を盛り込んだ計画作成
 - (4) モニタリング・再アセスメント：計画に基づく支援提供と状況評価
 - (5) 再プランニング：計画の見直し、必要に応じて計画の変更
- < (2)・(3)・(4)・(5)の一連が展開したら >
- (2)に戻り、再度同じ手順で展開を続けていく。

(1) インテーク

インテークとは、一般的に「最初の面談」を指す。この段階では、相談者との信頼関係構築、情報収集、スクリーニング（対象者であるかどうかのふるい分け・確認）がおこなわれる。

通常は福祉事務所で一定程度、相談者についてのスクリーニングがなされ、福祉事務所が日常生活支援住居施設に支援を委託することが相当と判断し相談者が入所を希望してから、日常生活支援住居施設へ依頼がある。しかし、続いて福祉事務所からの依頼を受けた住居施設側が相談者と面談等を行うと、新たな情報が得られ、実は日常生活支援住居施設は相談者にとってふさわしい場所ではないことが判明して、さらに他機関へリファー（紹介し、つなぐこと）が必要となるケースもある。従って、福祉事務所からの依頼を受けて、相談者と最初の面談等を行うときは、日常生活支援住居施設の対象者であることを確認しつつ、信頼関係構築に努める。

相談があった時点では、相談者は家族や友人など頼れる人とのつながりが切れている状態であることが多い。本人がどうしたらいいかわからず、そこまで気持ちがついていっていないかもしれないことに配慮しつつ、入所の希望について確認していくことが必要である。

スクリーニングとそれに伴うリファーが必要なケースとしては次の例のような場合が想定され、関係機関との間で慎重な対応が求められる場合がある。

(例1) 必要な医療を受けてからの入所が望まれる相談者

精神症状により自傷他害の可能性があるが、精神保健福祉法に基づく措置入院や医療保護入院にまで至らない状態像の相談者、高熱など急性期病院での内科治療が必要な相談者など。

このような相談者は、保健・医療機関へリファーして、必要な診察・治療等を受けてから、日常生活支援住居施設等の福祉機関につながることを望ましい。

※この例のようなケースは、生活困窮者自立支援制度の、一時生活支援事業の相談者とも重なる部分である。一時生活支援事業を実施しておらず日常生活支援住居施設のみが設置されている自治体で、例1のような対応を迫られる可能性がある。

(例2) 反社会的勢力等との関わりや、犯罪行為等をしている可能性がある相談者

暴力団等反社会的勢力との関わりが明らかになった相談者については、平成18年3月30日付け厚生労働省社会・援護局保護課長通知「暴力団員に対する生活保護の適用について（通知）」等に照らして、福祉事務所と連携し対応すること。また、相談者が捜査機関から犯罪の嫌疑を受けて捜査や訴追されていると明らかになった場合、福祉事務所と取り扱いを確認しながら対応すること。

※ 相談者が、福祉事務所（公的な機関）の職員には言い出しづらく話せないなどで、福祉事務所では発覚しないまま日常生活支援住居施設に支援を委託したい旨の依頼がなされ、日常生活支援住居施設の職員が面談で話を聴くなかで発覚することが想定される。

(2) アセスメント

アセスメントの流れは図3-5のとおりである。

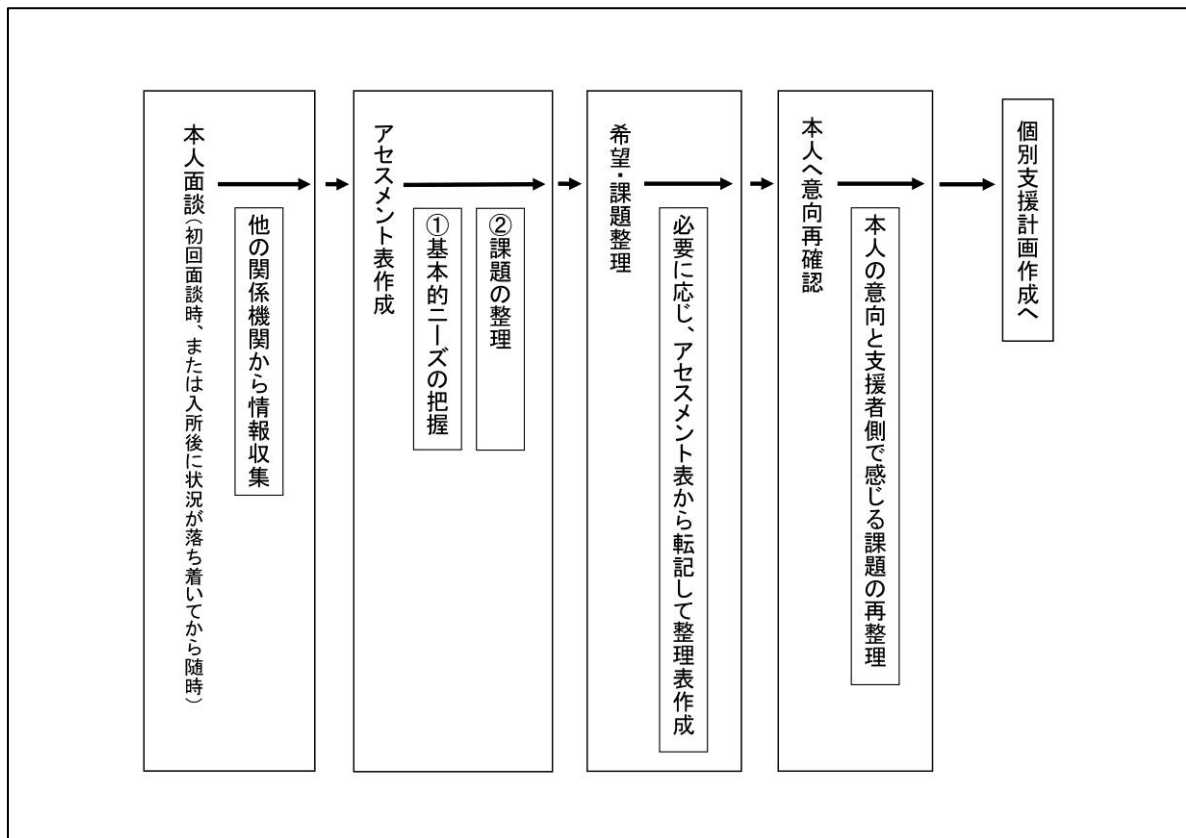


図3-5 アセスメントの流れ

日住省令第15条第2項で、アセスメントについて次のとおり定められている。

第十五条 2 生活支援提供責任者は、個別支援計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その心身の状況、その置かれている環境、日常生活全般の状況等の評価を通じて入所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、入所者が自立した日常生活及び社会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。

日住省令第8条で、日常生活支援住居施設の支援内容として「個別支援計画に基づき、家事等に関する支援、服薬管理等の健康管理の支援、日常生活に係る金銭の管理の支援、社会との交流の促進その他の支援及び関係機関との連絡調整を行う」とされていることから、アセスメントの項目としては少なくとも次の点を含んでいなければならないと言える。

- ・家事等に関すること
- ・服薬管理等の健康管理に関すること
- ・日常生活に係る金銭の管理に関すること
- ・社会との交流に関すること

アセスメントの項目や視点の例としては、令和2年3月27日付け厚生労働省社会・援護局保護課長通知「無料低額宿泊所及び日常生活支援住居施設における生活保護の適用について」の別添2に「本人の状態像の例」として記載されている表が参考になるので、次に図3-6、図3-7として引用する。

一般社団法人全国日常生活支援住居施設協議会
令和6年度日常生活支援住居施設の生活支援提供責任者等資質向上研修
日常生活支援住居施設における個別支援計画作成の概要

別添2 本人の状態像の例

○ 下表については、要保護者に生活保護を適用する場合において、適切な居住の場及び必要な日常生活上の支援を提供するための目安として、要保護者本人の状態像の例を示したものである。日常生活支援住居施設へ日常生活支援の委託を行う対象者については、概ね下表のうち、「本人の状態に応じた生活支援」及び「状況確認・必要に応じた相談助言」の欄に該当する場合が想定される。

○ ただし、当該本人の状態像の例については、あくまでも委託対象とする者の選定の目安であることから、当該欄に該当する数等で委託の可否を決定するものではなく、また、下表欄の支援が必要な状態であっても、他の福祉サービス等の活用により居宅生活が可能と判断される場合には居宅による保護が優先されるものことに留意が必要である。

項目	視点	生活全般に渡る支援	本人者の状態に応じた生活支援	状況確認・必要に応じた相談助言	定期的な確認・見守り等の支援	日常生活自立
金銭管理	収入等に応じた計画的な消費ができるか否か。	金銭の価値や、使用方法など基本的な理解が不足している。	家計管理について意識がほとんど無く、公共料金を滞納したり、数日間で浪費してしまう。	家計管理について意識が乏しく、月の途中で生活費を使い果たしてしまうことが度々ある。	家計管理について一定の意識はあるが、月末に生活費が足らなくなる時々ある。	残金等を意識して買い物等ができる。
健康管理・衛生管理	疾病等がある場合、必要な服薬や通院ができているか。	病識等がなく、治療の必要性について理解していない。	服薬等の治療の必要性について意識が乏しい。	服薬を忘れたり、一度に服薬してしまうことが度々ある。	治療の必要性は理解しているが、服薬を忘れてしまう場合が時々ある。	特段の疾病はない又は服薬等は自己管理できている。
	アルコール等への依存があるか。	依存症の認識等がなく、問題行動等を繰り返す。	依存症の認識はあるが断酒等の対処ができていない。	断酒等の意思はあるが、飲酒してしまうことが時々ある。	依存症又は依存傾向はあるが、断酒等が自己管理ができていない。	依存症の傾向は見られない。
	入浴や着替えなどの衛生管理ができるか。	入浴や着替えについて介助等が必要。	衛生管理の意識がほとんど無く、入浴等について繰り返し声かけが必要。	衛生管理の意識が乏しく何日も入浴しないことが度々ある。	衛生上の問題が生じるほどではないが、入浴等を怠ったりする傾向がある。	特段の問題は見受けられない。

図 3-6 本人の状態像の例 1/2 13

項目	視点	生活全般に渡る支援	本人者の状態に応じた生活支援	状況確認・必要に応じた相談助言	定期的な確認・見守り等の支援	日常生活自立
炊事洗濯等	食事の支度が自分自身でできるか。	食事行為そのものについて介助等が必要。	自分自身では食事の支度等が困難。	市販品の購入はできるが、食事の内容等に問題等がみられる。	総菜等を購入したり、電子レンジを使うことができる。	自分自身で調理等ができる。
	掃除・洗濯が自分自身でできるか。	掃除・洗濯が自分自身ではできない。	具体的な指示や部分的な支援があればできる。	掃除・洗濯が適切に行われないなど、声かけが必要な場合がある。	基本的には自立しているが、ゴミ捨ての状況など確認が必要な場合がある。	自分自身で掃除や洗濯ができる。
安全管理	火気等の管理など安全管理ができるか。	火気などの危険性に関する理解や認識が不足している。	火気の取扱いの制限など、一定の管理が必要。	機器等の使用ルールの徹底など、一定の管理が必要。	能力等の低下等、予防的観点からの注意が必要。	特段の問題は見受けられない。
理解・コミュニケーション	生活する上での決まりごとなど理解したり、問題解決ができるか。	理解能力に不足があり、生活を送る上で、常に声かけや具体的な指示が必要。	理解能力に不足がみられ、声かけや具体的な指示が必要な場合がある。	十分な理解能力があるとは言えないが、繰り返し説明をすれば理解が可能。	日常生活上は特段の問題はないが、各種手続きなど複雑な事項については支援等が必要。	理解能力は問題なく、不明な点などは、自分から質問もできる。
	周りの者とのコミュニケーションが適切に図れるか。	他者とのコミュニケーションを図ることが困難。	コミュニケーション能力に難あり、孤立したり、問題となる行動をとってしまう恐れがある。	他者の感情等の理解や自分自身の意思伝達が苦手なため、対人トラブルを生じることがある。	コミュニケーション能力に一定の課題等が見受けられ、トラブル等抱えていないが定期的な確認が必要。	生活を送る上での大きな支障は見受けられない。

図 3-7 本人の状態像の例 2/2 14

13 無料低額宿泊所及び日常生活支援住居施設における生活保護の適用について 別添2、令和2年3月27日付け厚生労働省社会・援護局保護課長通知、社援保発0327第1号。

14 前掲資料、無料低額宿泊所及び日常生活支援住居施設における生活保護の適用について 別添2。

アセスメントは、生活支援提供責任者が入所者に面接して行わなければならない（日住省令第15条第3項）、関係機関等からの聴取のみでアセスメントにはならないことに留意しなければならない。本人同意のもとで、病院からは診療情報提供書や退院時等看護サマリー、福祉事務所からも情報を受け取ることができる場合がある。こういった情報を面接時に得られたアセスメント情報に追加し入所者理解を深めることにつなげていく。

生活支援提供責任者は、アセスメントにあたっては面接の趣旨を入所者に対して十分に説明し、理解を得なければならない（日住省令第15条第3項）とあるが、面談時に「より多くの情報を必要とするから」との気持ちから、相談者の心の傷になっていて相談者がその時点ではまだ言うことができないことを引き出そうとして、つい住居施設への入所に必要ではない情報まで聞いてしまう場面がある。これは、相談者や入所者の立場からすると「どうして今ここまで聞かれなければならないのか」と、より心の傷を深める体験となってしまう、その後の信頼関係の構築が難しくなる恐れがあり避けなければならない。「入所に必要なことだからこそお伺いしている」という前提に立ち、相談者や入所者の同意を得ながら、その時点で必要なことを聴き取っていく、ということを行っていかなければならない。

また、大変な思いをしてやっと入所に至った中で、唐突に「これからどうしたいですか」と訊くことがそぐわない場合がある。特に今後の生活に対して本人が希望を持ってない場合が考えられる。また、どこかで生活に躓き、家族や親しい人たちとのつながりが切れた状態で日常生活支援住居施設に至るまで、直接的な原因の他、本人が置かれている環境、幼少期からの生育歴なども複雑に絡みあいながら相互に関連している。他者から見て「問題行動」と言われる行動を本人がとってしまう背景には、被虐経験や両親・きょうだいとの関係性など、幼少期の生育に関連があることもあり、その行動は本人にとってみればSOSのサインである場合もある。そうした機微にわたる情報をきめ細やかに聴き取るためには、当然、入所者と職員との信頼関係が形成されていなければならない。入所に至る状況やその背景を理解した上で、まずは信頼関係を築くことを優先的に行っていくことを念頭に置かなければならない。

相談者や入所者から得たアセスメント情報は、特段定められた様式はないが法令等で定められた項目が網羅されている必要がある。アセスメント情報は、各住居施設の整理しやすい方法で整理・記載していく。

アセスメントで浮かび上がった入所者本人の希望する生活や課題等は、大きく「希望」と「課題」に分けて考えると、入所者の課題解決や目標達成に向けて今後必要な部分を整理しやすくなる。「希望」は入所者本人がこうなりたいと思うもの、「課題」は本人は認識していないが支援者側からみて課題に思うことである。さしあたっては顕在化していないが、そのままにしていると生活上の躓きにつながりそうなものも含めて「課題」となる。

この整理を踏まえ、いったんアセスメント表とは別に希望と課題を整理して記載したシートを用いると個別支援計画が作成しやすくなる。本人の「希望」、支援者が感じているが本人にはまだ認識されていない「課題」は、すり合わせられていないため、真に必要なニーズが隠れていることもある。ニーズ整理から個別支援計画を作成する事前の段階で本人と面談し、お互いの考えなどをすり合わせしておくといいだろう。具体的な整理の方法は以下のように考えることができる。

「本人が解決していきたいと希望している課題」は「希望」として整理する。これは、本人がこのままだと良くないと思っていて、改善したい・良くなりたいと思っていることである。また、課題にはなっていないが、得意にしていることなどでもっとできるようになりたいと思っていることも含まれる。この部分は本人と支援者で共通認識ができているため、円滑に進めていくことができる。

次に「支援者にだけ見える課題」があり、これは「課題」として整理する。本人はまだ気付いていないが支援者が気づいていて、そのままにしていると躓くであろう課題である。本人が必要を感じていないがゆえに、本人と課題をテーマにして話をする際、本人が受け止められずに感情的になってしまうことがある。支援者が先回りをしすぎず、課題やそれに対する本人の思い・意向をすり合わせていきたい。本人がまだ受け止めきれない場合は、個別支援計画として立案できない場面もあるので、無理に個別支援計画に立案しないほうがよい。こういった場合は、本人の生活の状況や、支援者や周囲の人との関わりに応じて気持ちが変わっていく中で、課題に向き合うことができたり、課題として認識することができるようになる。それぞれの入所者にとってかかる時間は異なるが、入所者ひとりひとりの人生の物語に寄りそいながら関わらせてもらうことが肝心になる。

また、個別支援計画を作成する上で配慮すべきは、「本人だけが思う希望」や「本人にも支援者にも隠れた課題」もあるということ意識することである。

「本人だけが思う希望」は、本人が内に秘めていて表明されていないものである。信頼関係がある程度形成された後に本人から話が出ることもあり、中長期的な関わりの中からはしか見えてこないことがある。「本人のことは支援者にはわからない」という前提に立ち、それでもなお本人が見ている世界を学ぶ姿勢をもち、日々の信頼関係の形成などに努めておきたい。

「本人にも支援者にも隠れた課題」は本人・支援者ともにまだ見えていないため、関わってある程度時間が経過してわかってくることや、より多くの支援者・多職種での関わりから浮かび上がってくることもある。

これら2点は、すぐに個別支援計画に結び付くものではないが、入所者との普段の関わりにおいて支援者が少しでも意識することで、入所者理解を深めるきっかけとなるだろう。

コラム：アセスメント項目と視点の例

ある事業者では、次のような項目についてアセスメントをとっている。

<就労>

健康な心身や生活能力（身だしなみを整える、お金を計画的に使うことができるなど）が整った上でなければ就労に結びつかない（定着もしない）ことが一般的に言われる。しかし、中には「就労をして『いっぱし』な自分があってこそ、充実した生活を送ることができる」という方もいる。一概に生活を整えてから就労と順番が決められているものでもない。

<生活>

ルーティーンになっているものやクセを共有することで生活上の躓きが見えてくるため、定期的な評価が欠かせない。タバコやお酒などの嗜好品をどれくらい嗜んでいるか、趣味活動に使う時間がどれくらいあるか、また起床・就寝時間や活動時間なども参考にできる。いつもよりもその頻度や回数に増減があれば、生活に影響をもたらすものを考える材料になりうる。

<健康>

基礎疾患、主に糖尿病などの慢性疾患を適切な治療につなぐことができなければ、長く地域生活を送ることが難しくなってしまう。

特に高齢者の場合、内服薬等が少し変化しただけで体調が急激に悪化する場合がある。安定した体調は、絶妙なバランスの上に立っているという視点が必要である。例えば認知症の治療薬が処方され内服を始めたら、怒りっぽくなってきて急に暴れだし、手がつけられない状態になるとか、利尿剤の服用を始めたら脱水症状となり急にふらつきが多くなり転倒してしまうことが増えたり、長距離を歩くことが難しくなってこれまでできていた徒歩での外出ができなくなってしまうといったことが起こりうる。

<人間関係>

地域生活を送る上では、人との距離感をつかず離れず適切にとることが求められる。距離感が近すぎると依存的になってしまい、ともすればその人がいなければ何もできない状態になってしまうし、距離感が遠すぎると、いざというときに誰からも助けてもらえなくなってしまう懸念がある。

困ったときに「助けて」ということがどの程度できるのか。困ったときに「困った」と言えない人は、ぎりぎりまで我慢してしまい、最悪の状態になったときに発見を迎えることもある。地域生活を長く続けられるコツは「SOS」の上手い出し方にある、といっても過言ではない。

<生きがい>

衣・食・住だけが整ったとしても「人間らしい生活」とは言えないのではないかな。さらに、「居」場所があって、「職」業（役割なども含む）があってこそ、「充」実感が得られる。職場や住居施設の仲間だけとずっと過ごす時間は、どこかで息が詰まる瞬間が来るかもしれない。住居施設の仲間以外にもゆるやかなつながりを持つことができることができているか。趣味などをもって過ごすことができているか、という視点が重要である。

(3) プランニング

アセスメントから得られた課題やニーズを整理し、巻末に掲載する希望・課題整理シートを用いた場合は、その内容を個別支援計画に転記し落とし込んでいく。個別支援計画に含まれていなければならない内容は「入所者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」、「日常生活及び社会生活上の支援の目標、その達成時期」、「日常生活及び社会生活上の支援を提供する上での留意事項等」である(日住省令第15条第4項)。

文書化するときは、文章が長すぎたり言葉遣いを難しくしすぎると、入所者本人が理解しきれない懸念がある。誰のための個別支援計画なのか、ということ意識し、個別支援計画を用いて課題解決をしていく本人が理解できる内容になっているか、という視点が必要である。個別支援計画は、入所者に端的にわかりやすい文章表現にすることが、結果的に入所者にも受け止められやすく、取り組みやすい計画となる。真に活用できる、生きた計画を目指していきたい。

個別支援計画作成の流れは図3-9のとおりである。

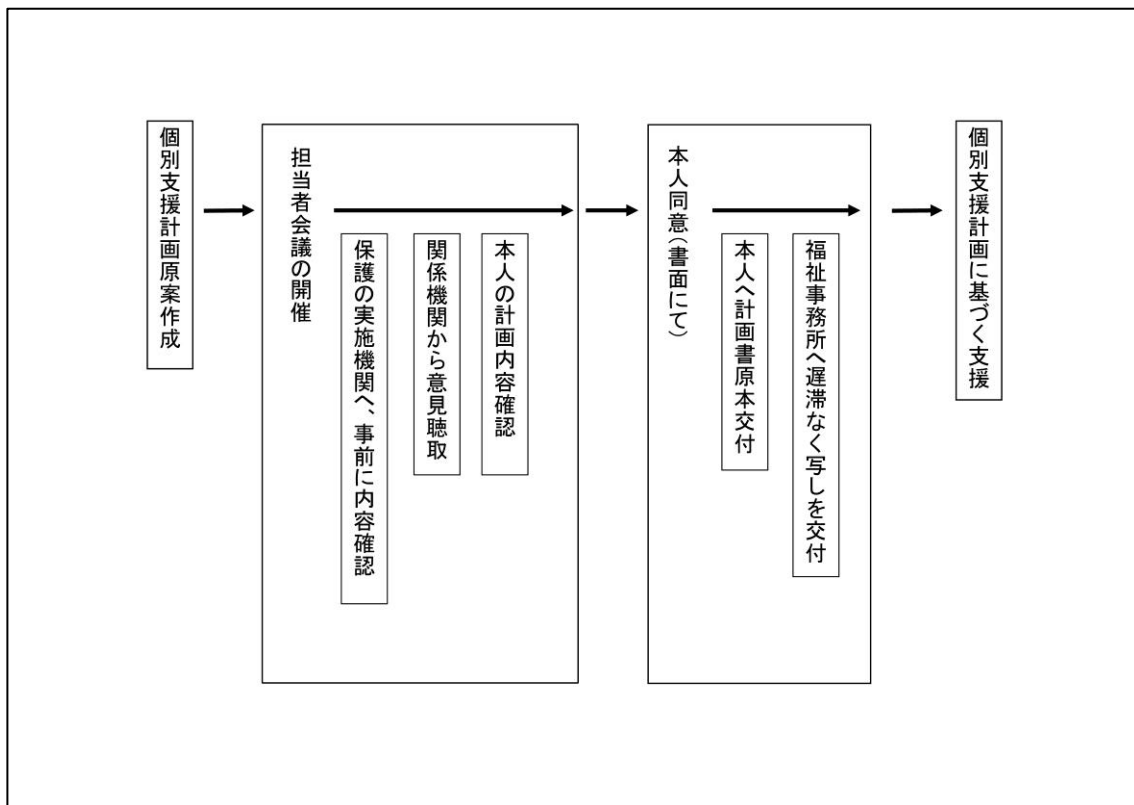


図 3-9 個別支援計画作成の流れ

初回の個別支援計画は、入所者が入所した月の翌月末日までは未作成でも委託事務費は減算しないこととされている¹⁵。例えば、7月31日に入所し、その当日に入所者とは当面の生活目

¹⁵ 前掲資料、厚生労働省社会・援護局 保護課 保護事業室、無料低額宿泊所及び日常生活支

標を口頭で確認していたが、個別支援計画を9月に作成した場合には8月分の委託事務費は減算の対象、7月分及び9月分は減算の対象外となる。入所から計画作成までの期間は、口頭で目標確認と合意形成に努める。また、計画原案の立案には施設内のサービスのみならず、施設外の社会資源も盛り込むように努めることとされている（日住省令第15条第4項）。

作成された個別支援計画原案は、福祉事務所の担当ケースワーカーに内容についてあらかじめ協議し、同意を得なければならない（日住省令第15条第6項）。福祉事務所からみても内容が妥当であることを確認・共有する意味もある。

あらかじめ福祉事務所と協議し、同意を得た計画書原案をもって入所者に個別支援計画の内容を説明し了承されたら、入所者に文書で同意を得る（日住省令第15条第7項）。この際に必要に応じて関係機関等を招集し担当者会議を実施し、個別支援計画の内容について専門的な意見をいただくとより充実した計画となるため望ましい（日住省令第15条第5項）。

入所者本人から同意を得た個別支援計画は、原本を本人に交付する（日住省令第15条第8項）。実務的には計画原案を入所者用と施設用の2部作製しておき、1部は本人用、1部を施設側の控えとして保管することとなるだろう。

入所者の心身状況から今後のことを見出せない状況にある方など、上記原則によりがたい場合は例外的に、作成していた個別支援計画の説明をしたときをもって、書面での同意を得られなかったことをケース記録等に記録し計画作成の完了とみなすことができる¹⁶。

入所者の同意を得て本計画となった個別支援計画は写しを遅滞なく福祉事務所に交付すること（日住省令第15条第9項）。また、施設が提供する支援を関係者間で共有する意味では、その他の関係機関（関わっている居宅介護支援事業所や介護サービス事業所、相談支援事業所や障害福祉サービス事業所等があれば）にも写しを交付し計画を共有することが望まれる。

コラム：新規計画時の留意点

新規計画時は入所者の意向やニーズが変化しやすく、それに合わせて立案していた計画が短期間で実態と乖離しやすいことを念頭に置く必要がある。新規計画時の方法として、意向やニーズが固まるまでの1~2か月間程度の短期間での計画を立案し、ニーズがある程度固まってきたところで3~6か月程度の計画期間の本計画を作成する、という手法もある。

（4）モニタリング・再アセスメント

個別支援計画の見直しは最低でも6か月に1回の実施とされている（日住省令第15条第10項）。また、個別支援計画の実施状況の把握（モニタリング）は、入所者に面談して実施することとされている（日住省令第15条第11項）。計画の見直し時には、生活支援提供責任者として作成したサービスが入所者本人の自律の支援のために計画どおり適切に実施されているかどうか、という視点が必要である。計画に無理が生じていないか、生活支援員が行っている支援と計画の内容にずれが生じていないか、などといった点検がモニタリング時には求められ、その

援住居施設に関するQ&A（R2年9月版）、p.9、Q12。

¹⁶ 前掲資料、厚生労働省社会・援護局 保護課 保護事業室、無料低額宿泊所及び日常生活支援住居施設に関するQ&A（R2年9月版）、p.8、Q10。

点検結果を記録しなければならない(日住省令第15条第11項)。新規計画作成時は特に、本人の意向と提供するサービスがずれたものになっていた、ということが生じやすく、新規計画作成から1か月または2か月程度で個別支援計画の見直しが必要になることもある。また、本人に面談してモニタリングを実施するだけではなく、自施設の他の生活支援員や管理者、また他の社会資源を活用している場合はそういった関係機関にも連絡し状況確認が求められる。

モニタリングし記載した内容を評価し、現時点での状況を把握して入所者にどのような変化があったか再度アセスメントし記録する。前回のアセスメントに歪み(とらえ違い)が生じていないか、目標は達成されたか、新たに生じた課題はないか、など軽微な変化を見逃さないことが求められる。そのために、生活支援提供責任者は、定期的に生活支援員や管理者に意見をもらったり、入所者に対して普段の生活状況確認や定期的な面談をしたり、職員会議などの場で検討したりして、真に求められるものを常に見逃さないようにすることが有効である。

コラム：計画見直し時の留意点

計画の見直し時は、当初の計画が達成されたかどうか、ニーズが満たされたかどうか、新たな課題等が発生していないか、を見定める必要がある。見直し時などの節目には、モニタリングのための面談を行って、これらの見落としがないか、また、入所者本人、支援者、関係機関間の意向や課題点等を確認し合うことが重要である。

(5) 再プランニング

現行の個別支援計画でモニタリングや評価した内容は、個別支援計画を実施して実際にどのような変化がもたらされたかを可視化して入所者本人や福祉事務所、その他関係機関とも共有することが望まれる。

個別支援計画で立案した目標は、再プランニングの際には、達成したため終了するもの、未達成だったため次回の計画でも継続して実施するものに大別される。再プランニングにあたり、現計画にて実施したモニタリング・評価・再アセスメントの内容は必要な部分を福祉事務所や他の関係機関に一定程度共有しておくといだろう。その上で新たに目標設定を本人と一緒にいき、再度計画を作成していく。何度か個別支援計画を本人と一緒に作成していると、本人も要領を理解し、今後達成したい目標や課題とと思っていることなどをあらかじめ紙面に記載することも可能となってくるだろう。その後の流れは新規計画時と同様である。

(6) 具体的な手順

個別支援計画作成のための手順は先述してきたとおりだが、この項では本人・関係機関から得られた情報をもとに個別支援計画に落とし込むポイントを架空事例をもとにして確認する。流れは次のとおりである。

<アセスメント項目(基本的ニーズの把握)の確認>

調理ができるようになりたい、計画的な金銭の使い方を身につけたい…等々
入所者が望んでいる生活を確認する。

<課題等の整理>

浮き彫りになった「希望」と「課題」を共有・整理し、入所者と今後6か月程度で実現したい物事やその優先順位、スケジュールを確認する。改めて得られた情報は随時、アセスメントシートに加筆・修正する。本人の感じる課題と支援者側が感じる課題にずれがあるときは、改めて本人と面談するなどして意向を確認するなどして課題を再度整理しておくこと。

<課題・希望等整理シートへの転記>

アセスメントシートに記載した入所者の希望・課題をアセスメントシートとは別の課題・希望整理シートに記載する。課題と希望、それに対する支援内容、目標なども併せて記載しておく。

<個別支援計画作成>

個別支援計画は、入所月の翌月末日までに作成しなければ委託事務費が減算となる。作成していた課題等整理シートに記載していた希望・課題それに対する支援内容、目標を個別支援計画原案に転記する。作成した個別支援計画原案はあらかじめ福祉事務所に協議し同意を得る。

次のシート1-1は、架空の事例をもとに本人や関係機関からのアセスメント情報をまとめたアセスメントシートである。なおこのシートは、日住省令第8条で示されている個別支援計画に基づく生活支援内容（家事、服薬管理等の健康管理、日常生活に係る金銭管理、社会との交流の促進、その他の支援等）のみ抽出して作成していることをご了承いただきたい。5つに分けられた項目を各項目の情報ごとに記載しアセスメント情報としている。

シート1-2は、アセスメントシートからシート2（課題・希望等シート）に転記する際に、アセスメント情報のどの項目が希望で、どの項目が課題なのか抽出した例を記載したものである。課題には、支援者が感じる課題に該当する部分に二重線で記載、希望（本人の希望する生活）に該当する部分を波線として表記している。

シート 1-1

アセスメントシート

<p>金銭管理</p>	<p>家計管理について意識がなく、光熱費や電話料金なども滞納してしまうことがある。お金が手元にある分使ってしまうがち。月末にお金が足りなくなることが3か月に1回くらいある。自分ではお金を使う習慣が無く、光熱費（電気・ガス・水道）の支払いもやったことがなかった。自分で管理などできるようになりたい意識はある。</p>
<p>健康管理 ・ 衛生管理</p>	<p>大きな病気やケガなどはしたことが無く、現在病院にかかっていない。 入浴は毎日している。頭髪を整えたり、髭剃りについては定期的に行っている様子。</p>
<p>炊事 洗濯 等</p>	<p>昔から家事（調理・掃除・洗濯など）は全て寮母さんがやってくれていたため、自分ではやらなくてもいい環境だった。ずぼらな気質もあるため、洗濯や掃除をやらずにたまってしまいがちで、やったりやらなかったりとムラもある。やり方がわからないため教えてもらいながら自分でやってみたい。</p>
<p>安全管理</p>	<p>自分一人では調理をしないため、ガスコンロを使うことはほぼ無い。使い方はある程度分かっている。エアコンやストーブの消し忘れはほぼ無いようである。</p>
<p>理解 ・ コミュニケーション</p>	<p>他者とコミュニケーションをとることがほとんど無い。他者の感情が理解できなかったり、自分自身の感情表現や意思伝達が苦手で上手くできないため、集団の中で孤立してしまうことがある。どんな状況の時にどんな話を切り出して他の人に話をしたらいいかわからない（嬉しいことや悩み事を含め）。</p>

シート 1-2

課題

アセスメントシート

<p>課題</p> <p>金銭管理</p>	<p><u>家計管理について意識がなく、光熱費や電話料金なども滞納してしまうことがある。お金が手元にある分使ってしまうがち。月末にお金が足りなくなることが3か月に1回くらいある。自分ではお金を使う習慣が無く、光熱費（電気・ガス・水道）の支払いもやったことがなかった。自分で管理などできるようになりたい意識はある。</u></p> <p>希望</p>
<p>健康管理 ・ 衛生管理</p>	<p>大きな病気やケガなどはしたことが無く、現在病院にかかっていない。 入浴は毎日している。頭髪を整えたり、髭剃りについては定期的に行っている様子。</p>
<p>課題</p> <p>炊事 洗濯 等</p>	<p><u>昔から家事（調理・掃除・洗濯など）は全て寮母さんがやってくれていたため、自分ではやらなくてもいい環境だった。ずぼらな気質もあるため、洗濯や掃除をやらずにたまってしまいがちで、やったりやらなかったりとムラもある。やり方がわからないため教えてもらいながら自分でやってみたい。</u></p> <p>希望</p> <p>課題</p>
<p>安全管理</p>	<p>自分一人では調理をしないため、ガスコンロを使うことはほぼ無い。使い方はある程度分かっている。エアコンやストーブの消し忘れはほぼ無いようである。</p> <p>課題</p>
<p>課題 理解 ・ コミュニケーション</p>	<p><u>他者とコミュニケーションをとることがほとんど無い。他者の感情が理解できなかつたり、自分自身の感情表現や意思伝達が苦手で上手くできないため、集団の中で孤立してしまうことがある。どんな状況の時にどんな話を切り出して他の人に話したらいいかわからない（嬉しいことや悩み事を含め）。</u></p> <p>課題</p>

個別支援計画に記載すべき「入所者の生活に対する意向」と「総合的な支援の方針」のまとめ方と記載方法は次のとおりである。

個別支援計画に記載すべき「入所者の生活に対する意向」をアセスメントするときには、例えば「なぜ、日常生活支援住居施設に入るようになったのか」、生活に躓いた理由などを聴く。一例として、ギャンブルなどにお金を使いこんで家賃滞納した、といった答えがきかれるかもしれない。頼れる身寄りがいないために連帯保証人が確保できないとか、ギャンブルしない状態を一日でも続けるのが自分一人の力では困難であるという答えもあるかもしれない。

また例えば、「日常生活支援住居施設でこれからどうやって生活を良くしていきたいのか」、さらにその先に目指す生活像があればそれも聴いて記載する。一例として、「誰かの力を借りながらギャンブルをしなくても済む環境や、やめ続ける方法を身につけていきたい」「そのために、日常生活支援住居施設のスタッフ等の力を借りて生活を立て直し、ゆくゆくはまた一人暮らしをしていきたい」といった答えがきかれるかもしれない。

実際に文章にして記載するときの主語は、「入所者」となるように記載する。(入所者は、)「□□をしたい」という書き方である。

次に、個別支援計画に記載すべき「総合的な支援の方針」をまとめる際は、上記アセスメントで聴取した、「なぜ日常生活支援住居施設に入るようになったのか」という根本的な内容に対して、日常生活支援住居施設としての支援の主要方針を打ち出すかたちで記載する。したがって、アセスメントの段階で入所者の生活に対する意向を十分に聴き取れており、なおかつ個別支援計画の支援内容がアセスメントシートで網羅されていなければ、個別支援計画を書くことが難しくなる。総合的な支援の方針の書き方は、例えば「○○様(さん)がギャンブルをやめ続けられる支援やお金の使い方等のアドバイスなどして生活を立て直し、その後一人暮らしを目指すことができるよう支援します」などが考えられる。

実際に文章にして記載するときの主語は、「事業所」となるように記載する。(事業所は、)「□□のように支援いたします」という書き方である。

次のシート2は、課題・希望整理シートで、「課題」の欄には先述した支援者が感じる課題を記載する。「希望」の欄には本人の希望(希望する生活)を記載する。その後、支援が必要な項目ごとに目標、支援内容、担当を記載していく。シート2(課題・希望整理シート)は、シート3の個別支援計画の書面に転記していく内容となっている。例えば、個別支援計画の「生活の質を向上させるための課題(ニーズ)」の部分で課題・希望整理シートと対応した部分は記号番号でいうとA1やA2(本人の課題と希望)の部分である。その他の部分についても課題・希望整理シートから個別支援計画の書面に転記していく。

シート2

課題・希望整理シート

	1 (課題) 本人	2 (希望)	3 (目標)	4-1 (支援内容)	4-2 (担当)
金銭 (A)	家計管理について意識がなく、光熱費や電話料金なども滞納してしまうことがある。お金が手元にあると使ってしまいがち。月末にお金が足りなくなることがある。光熱費の支払いもやったことがなかった。	自分で管理できるようになりたい意識はある。	月の途中で生活費が足りなくならないようにする。	お金を使ったら家計簿をつける。 一日に必要な金額を決め、残金を意識して買い物をする。	日常生活支援住居施設 生活支援員
家事 (B)	昔から家事（調理・掃除・洗濯など）は全て寮母さんがやってくれていたため、自分ではやらなくてもいい環境だった。ずぼらな気質もあるため、洗濯や掃除をやらずにたまってしまいがちで、やったりやらなかったりとムラもある。	家事はやったことがなかったため、上手な方法を教えてもらいたい。ずぼらな性格だが、定期的に掃除や洗濯をしたい気持ちはある。	掃除・洗濯をムラなく自分でできるようになる。	洗濯・掃除のやりかたを教えていく。 定期的に声をかけて実施状況を確認する。	日常生活支援住居施設 生活支援員
コミュニケーション面 (C)	他者とコミュニケーションをとることがほとんど無い。他者の感情が理解できなかったり、自分自身の感情表現や意思伝達が上手くできないため、集団の中で孤立してしまうことがある。どんな状況の時にどんな話を切り出して他の人に話したらいいかわからない（嬉しいことや悩み事を含め）		困ったとき・悩んでいるときに助けてもらうことができる。	誰かと会話をするときにはスタッフが間に入る。 場面に応じた他者感情を伝える。また、本人が思っていることや伝えたいことを聞く。 いつもと違う様子を時は声をかけ、様子を伺う。	日常生活支援住居施設 生活支援員

日常生活支援住居施設 個別支援計画

利用者氏名	〇〇 〇〇 様	生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇〇日	計画No.	第 1 回目
事業所名	〇〇〇〇	個別支援計画 作成担当者名	生活支援提供責任者 氏名： 〇〇 〇〇	計画作成日	2023年 10月 1日

1	入所者の生活 に対する意向	児童養護施設退所後に借りたアパートの家賃を滞納し退去となってしまった。自分のことができるようになり、また一人暮らしをしていきたい。	9	総合的な支援 の方針	一人暮らしした時、それが継続できるようにお金の使い方や掃除・洗濯の仕方、人との付き合いかたなど苦手なことが練習でき、一人暮らしに必要なスキルを身につけられるよう支援します。
---	------------------	---	---	---------------	--

28

生活全般の質を向上させるための課題（ニーズ）	日常生活及び社会生活上の支援の目標（課題に対する目標）	達成時期（期間）	支援内容・方法等			備考（留意事項）
			内容	方法	提供機関担当者	
2	3	4	5	6	7	8
A1,2 公共料金を滞納したり、数日間で浪費したりする。自分で管理できるようになりたい。	A3 月の途中で生活費が足りなくならないようにする。	2023. 10. 1 ~ 2024. 3. 31	A4-1 本人がお金を使ったら家計簿をつけられるよう、つけ方を教える。一日に必要な金額を決めてもらい、残金を意識して買い物できるよう声がけていく。	6 買い物時、他随時	A4-2 日常生活支援住居施設生活支援員	
B1,2 掃除・洗濯等が自分自身では定期的に行えず、部分的に支援が必要。	B3 定期的に自分で掃除・洗濯を行うことができるようになる。	2023. 10. 1 ~ 2024. 3. 31	B4-1 洗濯・掃除のやりかたを教えていく。定期的に声をかけて実施状況を確認する。	1日1回、他随時	B4-2 日常生活支援住居施設生活支援員	
C1,2 他者の感情の理解や自分自身の意思伝達が苦手で、対人トラブルがある。スムーズにコミュニケーションをとりたい。	C3 困ったとき・悩んでいるときに助けてもらうことができる。	2023. 10. 1 ~ 2024. 3. 31	C4-1 誰かと会話をするときにはスタッフが間に入る。場面に応じた他者感情を伝える。また、本人が思っていることや伝えたいことを聞く。いつもと違う様子の時は声をかけ、様子を伺う。	1日1回、他随時	C4-2 日常生活支援住居施設生活支援員	

【同意書】

私は、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。

年 月 日

本人 (印)

代理人等 (印)

シート3（個別支援計画）の中で□で囲んだ数字をつけた欄の、記載要領を以下に示す。

- 1 今後の望む生活や将来の夢・希望、それを実現するために施設に入所しながら実現させたいこと、解決したい課題などを記載することが多い。そのため長期的な視点で記載されることが多い。短期的・中期的なものの例「病気を治療し仕事ができるように心身の状態を整えていきたい」、長期的なものの例「仕事しながら貯めたお金で引越しし、一人暮らししたい」など。

<チェックポイント>

- ・主語は「入所者」になっているか。（支援者の希望になっていないか。）
- ・内容は「意向・希望」になっているか。（課題の羅列になっていないか。）

- 2 「課題+利用者の意向」という書き方で整理できることが望ましい。課題のみの記載、入所者の意向のみの記載のことも状況に応じてありうる。課題のみの記載の場合でも入所者に同意が得られれば、計画原案から本計画とすることができる。

<チェックポイント>

- ・課題ばかり突き付けて入所者の意欲を低下させる内容や表現になっていないか。
- ・入所者が理解して同意できるような文言や表現になっているか。

- 3 2の課題に対して、6か月程度で達成可能な目標を設定する。短期的、中・長期的な時間軸を意識しながらも、目標を大きくしすぎて本人が最初から達成することが難しくならないよう、できるだけスモールステップとすること。また、抽象的なものではなく具体的に達成が目に見えてわかる目標とすることが望ましい。

<チェックポイント>

- ・6か月程度で達成が可能な、スモールステップの目標となっているか。
- ・モニタリングの際に、達成されたかどうかははっきり評価できる具体的な目標になっているか。
- ・入所者が理解して同意できるような文言や表現になっているか。

※3 目標とモニタリング

モニタリングを実施したら、モニタリングの記録に、サービスの提供によって本人にもたらされた効果等を記載する。そして、個別の目標ごとに、「達成されたかどうかの評価」「継続になるか終了するか」「継続の場合は継続する理由、終了の場合は終了する理由」を記載する。

- 4 開始日と終了日が明確にわかるよう、「6か月」等の記載ではなく日にちで（例：2023.10.1～2024.3.31）明確に記載することが望ましい。

※開始日と終了日を明確に記載する理由

計画の開始日から計画の終了日までの間に、モニタリングとモニタリングの記録、またモニタリングの結果によって計画の変更（再計画）をする場合は、再計画をおこなわなければならない。支援提供の過程でいつまでに何をやるか、期限を明確化するために、開始日と終了日は明確に記載する必要がある。

- 5 主語を事業所とし、事業所が入所者に支援する内容を記載する。例えば、「（事業所は）内服し忘れないよう、決まった時間に直接（入所者に）お渡しする」など。目標と支援内容が同じにならないように留意する。利用者にわかりやすいように具体的に記載することが望ましい。

<チェックポイント>

- ・主語は「事業所」になっているか。
- ・入所者への支援内容が書かれているか。（3目標や目指す状態を書いていないか）
- ・5支援内容は、3の目標を達成することにつながるか。
- ・入所者が理解して同意できるような文言や表現になっているか。
- ・外部の社会資源の活用を検討したか。（例えば、介護保険サービスや障害福祉サービス、インフォーマルな社会資源など）。

- 6 どのような方法で支援していくか、記載する。

<チェックポイント>

- ・（事業所、または外部のサービス提供機関が）どれくらいの頻度、また、どんな方法で支援をしていくかを記載する。

（記載例1）1日1回 （記載例2）週1回

- 7 サービス提供機関と、担当者が決まっていれば担当者名も記載するのが望ましい。

- 8 留意事項があれば記載する。

- 9 個別支援計画の全体に対し、事業所が留意して支援する要点を記載する。例えば「〇〇様（さん）がギャンブルをやめ続けられる支援やお金の使い方等のアドバイスなどして生活を立て直し、その後一人暮らしを目指すことができるよう支援します」などが考えられる。

<チェックポイント>

- ・主語は事業所になっているか。
- ・目標や目指す状態だけでなく、その達成のために事業所が何をするか書かれているか。
- ・**9**総合的な支援の方針は、**1**入所者の生活に対する意向に呼応する内容になっているか。(ちぐはぐな内容が書かれていないか。)
- ・**3**目標や**5**支援の内容は、**9**総合的な支援の方針に沿っているか。
- ・入所者が理解して同意できるような文言や表現になっているか。

第4章 参考文献一覧

- 日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等を定める省令、令和2年厚生労働省令第44号。【本文中では「日住省令」と略記】
- 日常生活支援住居施設に関する厚生労働省令で定める要件等について（通知）、令和2年3月27日付け厚生労働省社会・援護局長通知、社援発0327第3号。
- 厚生労働省社会・援護局保護課、生活保護関係全国係長会議資料、令和2年3月5日。
- 暴力団員に対する生活保護の適用について（通知）、平成18年3月30日付け厚生労働省社会・援護局保護課長通知、社援保発0330002号。
- 無料低額宿泊所及び日常生活支援住居施設における生活保護の適用について、令和2年3月27日付け厚生労働省社会・援護局保護課長通知、社援保発0327第1号。
- 厚生労働省社会・援護局 保護課 保護事業室、無料低額宿泊所及び日常生活支援住居施設に関するQ&A（R2年9月版）、令和2年9月30日。