

# 【講義3】

## サービス提供のプロセス

# この講義のねらい

サービス提供のプロセスを理解し、利用者中心のサービスを提供。

(内容)

## 1. サービス提供のプロセス

PDCAサイクルと、その継続によって本人のニーズに適合した質の高いサービスが提供されることを理解する。

2. プロセスにおけるサービス内容のチェックについて理解する。更に、個別支援計画とその実施結果等の評価について理解する。

3. サービス提供における、管理的側面を適切に理解する。

4. サービスの評価及び事業所の評価等について理解する。

# 個別支援計画による支援

(PDCAサイクル)

個別支援計画  
の見直し

PLAN  
計画

個別支援計画の作成

ACTION  
対応

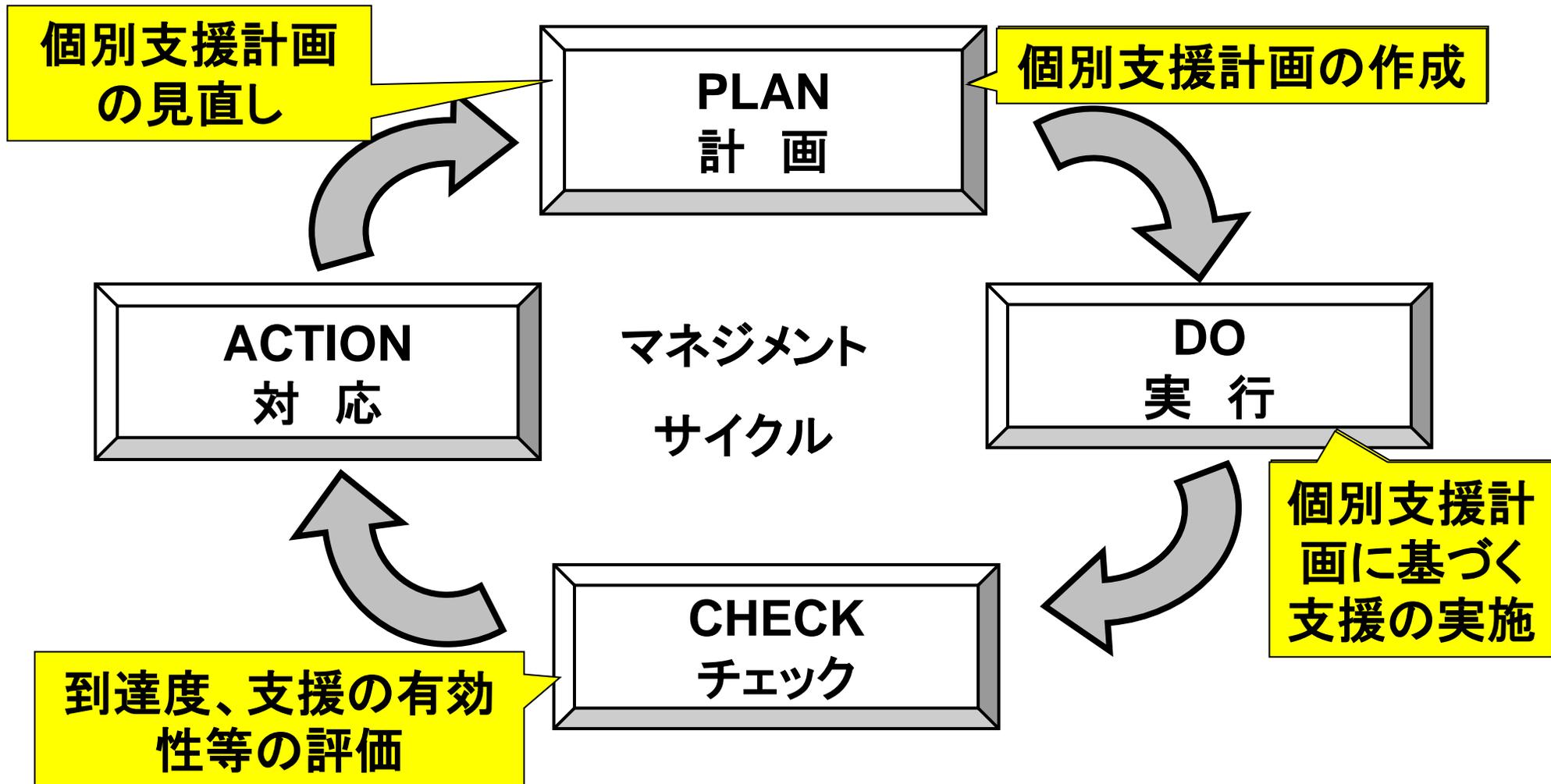
マネジメント  
サイクル

DO  
実行

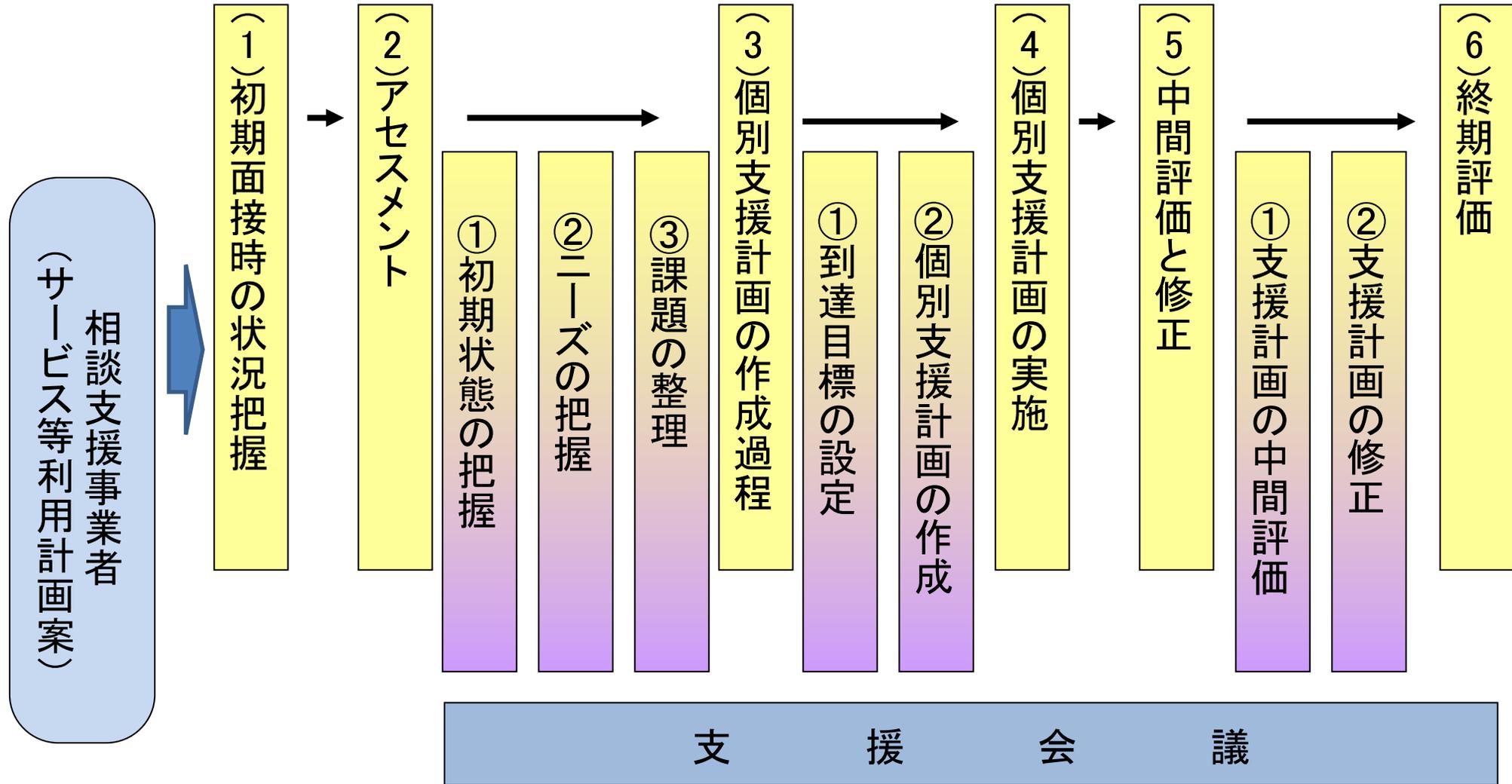
個別支援計  
画に基づく  
支援の実施

CHECK  
チェック

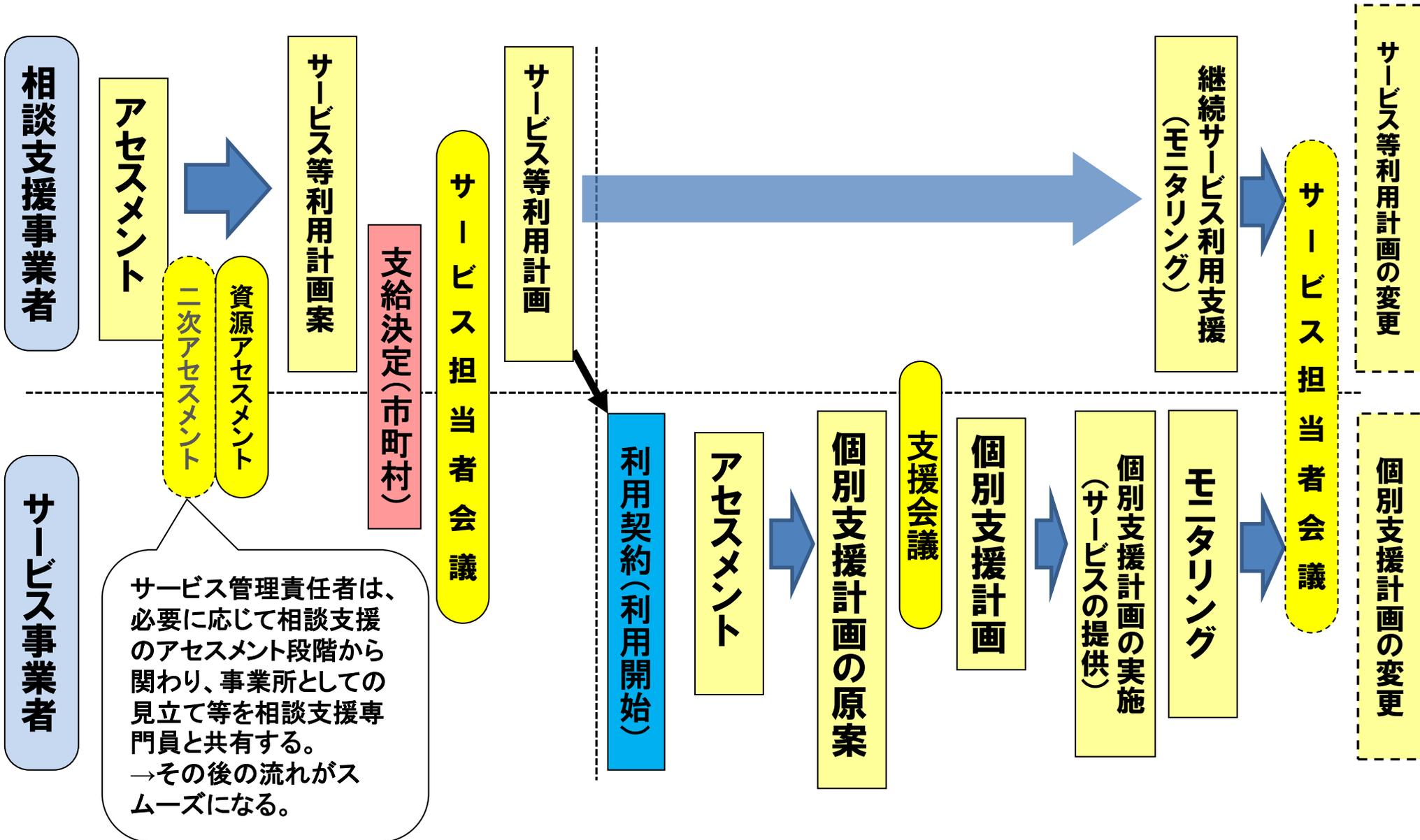
到達度、支援の有効  
性等の評価



# サービス提供のプロセス



# 指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



## (0) 相談支援事業所との連携

サービス管理責任者は、相談支援専門員がサービス等利用計画案を作成する際、**専門的な助言(2次アセスメント)**を依頼される場合もある。利用契約前であっても、相談支援事業所と連携し、適切なサービス等利用計画案となるよう協力する。

サービス管理責任者



相談支援専門員



連携



適切な  
サービス等利用計画案

# (1) 初期面接時の状況把握

1. 事業の対象や提供するサービスの内容について情報を提供する
2. 一連のサービスの流れについて説明する
3. 必要に応じて、関係機関との調整を図る
4. 利用にかかる経費を説明する 等

専門用語を使わない  
平易でわかりやすい言葉を用いる

## 実施方法

1. 各事業における利用者の対象像、提供するサービス内容について情報を提供する
2. 他の事業やサービスなど選択肢を説明
3. アセスメント→到達目標の設定→評価など一連のサービスの流れについて説明
4. サービス提供は、利用者との合意のもとで作成することや契約の内容に盛り込むことを説明
5. 必要に応じて他の事業者、市町村など関係機関と連携をとる
6. 個人情報の管理については慎重に行う

## 必要なツール

- ・初期面接受付表(あるいは調査表・プロフィール表)



# 初期面接(インテーク)では・・・

支援プロセスで、紆余曲折することもあるので、インテークで安易な励ましは、過度の依存、利用者の不信を招くことに留意

- 課題があって不安
- 将来の展望がみえない
- 課題の解決方法がわからない 等

援助者と利用者の信頼関係(ラポール)の形成の第一歩



- 安易に問題解決を請け負ってしまわない
- 問題解決の主人公は利用者である

- まず、傾聴する
- 肯定的にとらえる
- 不安を和らげる
- 課題を明らかにする
- 対応できる課題かどうか

この事業所が、はたして対応してくれるの？

## (2) アセスメント

### ① 初期状態の把握

- ・ 身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握に努める
- ・ 分野別に項目を立てて把握する

#### 実施方法

- ・ 信頼関係の確立を基礎として、面接などを通して把握する
- ・ アセスメントの意味をよく説明して同意を得る
- ・ 移動関連、生活関連、コミュニケーション関連など分野別に評価項目を設定する
- ・ 初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価・最終評価の際比較検討する情報となることから、数量化など、できるだけ客観的な把握に努める
- ・ 必要に応じて医師、PT、OT、STや心理職などと連携する
- ・ 初期状態を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 初期状態把握票(アセスメントシートNo1)

# アセスメントは・・・

アセスメントの過程は情報の収集と分析である。

利用者と支援者の相互理解の場

利用者の主訴を十分に傾聴する

医師、教員、  
心理判定員等の  
専門家  
からの情報入手



利用者の生活歴、  
家族状況、直面し  
ている課題、課題  
がもたらす不安や  
葛藤

専門家に依頼するときは  
利用者の了解をとる

# 各事業の評価項目の例

※ 分野別評価項目は、各事業者ごとに設定。

区分	項目	できる	見守り等	一部介助	全介助	特記事項
移動・動作関連項目	寝返り(体位変換)					
	起き上がり					
	座位保持					
	両足での立位保持					
	歩行					
	移乗(車いすとベッド間)					
	移動(室内)					
	立ち上がり					
	片足での立位保持					
	洗身(入浴行為以外)					
	身辺関連項目	えん下				
食事摂取						
飲水						
排尿						
排便						
口腔清潔						
洗顔						
整髪						
つめ切り						
上衣の着脱						
ズボン、パンツの着脱						
生活関連項目		調理(献立を含む)				
	食事の配下膳(運搬)					
	入浴の準備及び後片づけ					
	調理以外の家事					
	買物					
	交通手段の利用					
	薬の内服					
	電話の利用					
	金銭の管理					
	社会生活関連項目	社会性・協調性				
活動参加						
時間管理(遅刻・欠勤)						
計算能力						
計量・計測						
金銭理解						
読み書き						
情報利用						
状況判断						

就労関連項目	指示理解					
	修正能力・判別能力					
	作業の正確性					
	作業の持続性					
	作業のスピード					
	質問・報告					
	単純作業					
	複合作業					
コミュニケーション関連項目	日常の意志決定(日常生活における不安、悩み等に関する相談)					
	コミュニケーションの理解					
	コミュニケーションの表出					
医療的ケア(記述)						
問題行動(記述)						

初期状態を把握するためのアセスメントシート例

## (2) アセスメント

### ② 基本的ニーズの把握

- ・ 利用者や家族の意向を把握する
- ・ 訓練や就労状況、置かれている環境などの状況を把握する
- ・ 利用できる社会資源や関係機関を把握する

#### 実施方法

- ・ 信頼関係の確立を基礎とし、面接などにより把握する
- ・ コミュニケーションの障害を有する障害者については、わかりやすい言葉で意向などを把握する
- ・ 家族の意向も把握する(家族と本人の意向が一致しているとは限らない)
- ・ 訓練や就労状況、環境などの状況を把握する
- ・ 今後利用できる社会資源や関係機関との連携の状況について把握する
- ・ 利用者の基本的ニーズの状況を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 利用者のニーズ把握票(アセスメントシートNo2)

## (2) アセスメント

### ③ 課題の整理

- ・ 利用者の初期状態や基本的ニーズの把握から、課題を整理する
- ・ 課題の整理に当たっては、全体の課題と各分野別の課題を整理する
- ・ 課題の整理にあたっては、優先順位を設定する

#### 実施方法

- ・ 利用者の初期状態や基本的ニーズから、支援者の気づきなどを踏まえ、解決すべき課題を整理する
- ・ 解決すべき課題を、全体の課題と各分野別の課題に整理する
- ・ 各分野別の課題については、支援計画を作成するときの優先順位のために重要度・緊急度などを考慮しておく
- ・ 課題の整理を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 課題の整理表

# 課題の整理表

利用者氏名

No	意向等 ニーズの把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (事例の強み・可能性)	解決すべき課題

(記入例)

# 課題の整理表

利用者氏名 ○○ ○○

No	意向等 ニーズの把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (事例の強み・可能性)	解決すべき課題
1	仕事をして家族を少しでも養いたい	右片麻痺の状態ではあるが、パソコン操作が可能である。以前の職場でもPCの経験がある。両手操作の際の工夫が必要。	①本人に合った仕事内容を支援者が把握できていない。 ②引きこもりがちであったため集中力や耐久力がもつか気になる。 ③PC操作が可能である。	①どのような仕事が本人に適しているかを探る。 ②生活状況を把握し、安定した通所を図る。
2	人との関わりを持ちたい	家族との関係は良好であるが、言語障害があり引きこもりがちになった。	①病院へ通院し言語療法を受けている。徐々に回復しているとのこと。	①言語療法士から日中活動の場での留意事項などを聞いておく。 ②人との関わりを増やすため、趣味のガーデニングで仲間を増やせないか、相談支援専門員へ情報提供。
3	またガーデニングができるようになりたい	庭の環境を整備すれば、能力的には可能である。	①花や観葉植物が好きで昔はよく育てていた。	①庭の環境整備の助言を行うとともに、相談支援専門員に情報提供し、趣味の活動を広げる方向で支援する。
4	在宅での生活を続けたい	家族の支援で生活は成り立っている。	①家族の介護負担が気になる。	①在宅での介護を無理なく続けるため、ホームヘルプの導入等を相談支援専門員と検討する。
5	毎日通所させたい (家族)	現在の体力では毎日の通所は無理がある。	①本人が就労に向けて前向きに取り組もうとしている ②体力が落ちているので段階を追って進めていく必要がある	①本人の状況を、家族にも理解を促し、進捗に合わせたフォローを促す。

# 本人状態を把握するためのイメージ図

## ★私自身のストレングス(私の持っている強み)

母親、妹が私を理解して接してくれています。相撲、野球、アイドルの音楽が好きです。

## ★本人の障害状況

⇒私の不安や苦痛、悲しみ、困りごとは…障害のこと・病気のこと・障害のためにできないこと、…

## 個別支援計画

## ★家族歴・本人を取り巻く環境

⇒家族は…、私は今このような生活をしています。してきました。

## ★利用者のニーズ・希望する生活の確認

⇒私は、このような生活をしたいです。**私の願い・夢・要望は〇〇です。**

## ★生育歴・職歴

⇒私は、今までこのような生き方をしてきました。

## ★本人のニーズを整理する

⇒アセスメント内容を吟味し、本人のニーズを整理します。「みたて」

# ストレングスに着目した支援とは

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

## ストレングスとは

主に精神障害のケースマネジメントなどで発展した視点で、欠点よりも強さに着目したアセスメント視点。現在では、身体障害、知的障害においても応用されている。

ケアプランを作るときにポイントになる、本人と環境の両方にある強さのことをいう。

## ストレングスモデルとは

全ての人やその人を取り巻く環境には、ストレングス(強み)があるので、それを中心にアプローチし、活用して行く支援技法。ストレングスに着目して支援することで、行動の動機付けを強める。

### ・本人のストレングス例

個人の属性(性質・性格)  
才能・技能  
関心・願望

### ・環境のストレングス例

安心して生活できる家  
親友がいること  
草野球チームに所属していること

# ストレングスに着目した支援とは

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

ストレングスによるアセスメント(視点)と、アセスメントにより確認されたストレングスを活用した支援(モデル)は違うもの。

両者は長らく混同されて実践されてきた経緯がある。

確認されたストレングスを活用した支援を心がけることにより、利用者のやる気を引き出す支援が重要。

## ストレングスに着目した支援事例

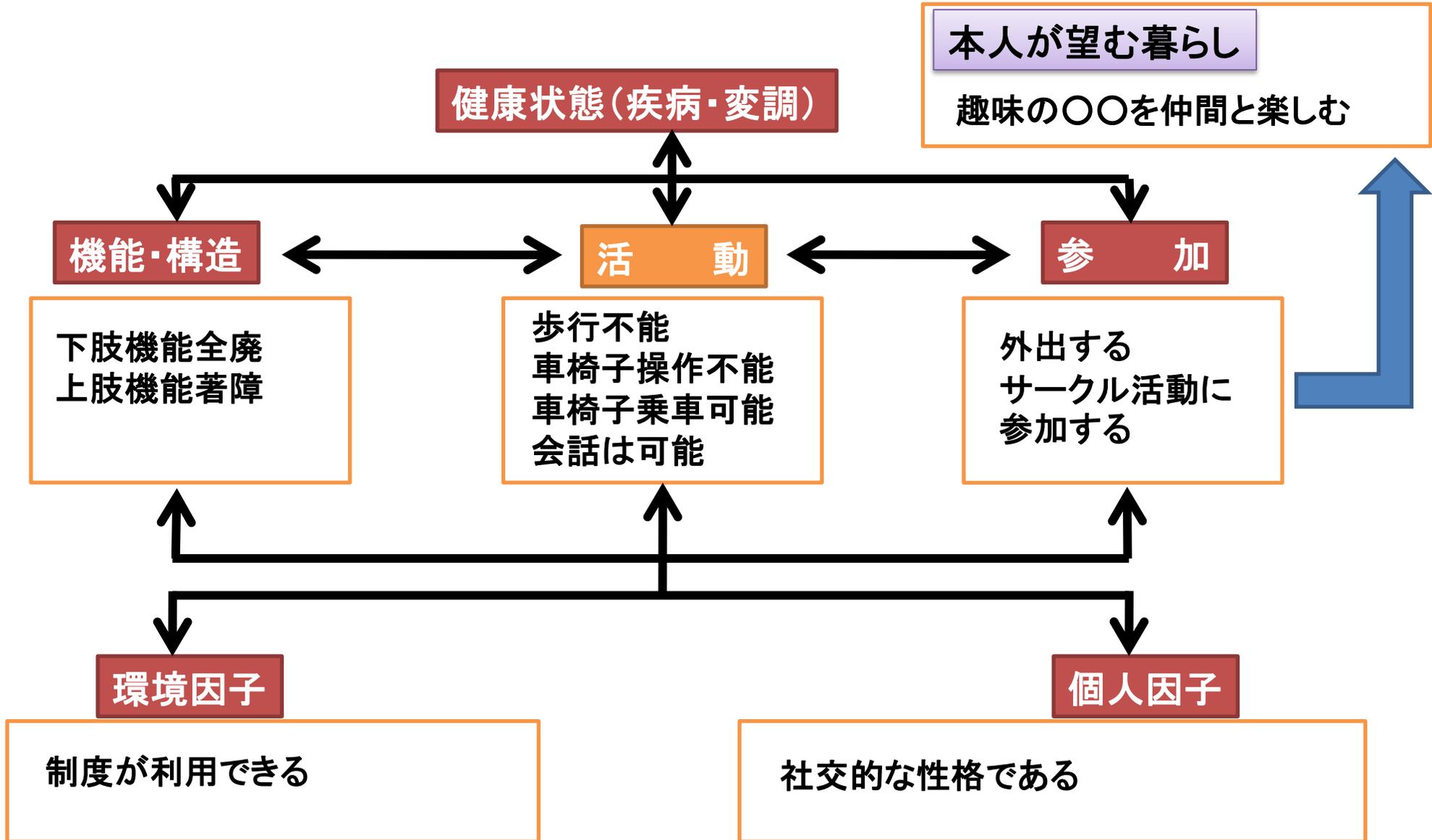
プロ野球の大ファンである障害のあるAさんは、働きたい意欲はあるがB型事業所ではうまくいかず転々としていた。

そこで、グループスーパービジョンによりアイディアを出し合い、大好きなプロ野球の球場での清掃作業を紹介したところ、安定した就職へとつながった。

公的なサービスばかりに着目していて、強みや興味をうまく活用できていなかった状態から、Aさんの興味や強みを就労へ結びつけて、効果を上げることができたことになる。

人が働くには、生活の維持だけではないことに特別な理由があることを理解する。

# ICFを活用した利用者把握



### (3) 個別支援計画の作成(概要)

個別支援計画の作成は、支援の実施過程を立案することである。

① 明らかになった  
ニーズ(課題)をリ  
ストアップする

② 到達目標を  
設定する

③ 解決すべき課題  
の優先順位を利用  
者と決める



④ 資源とニーズのマ  
ッチングを検討する

⑤ 個別支援計画案を  
作成する

⑥ 利用者の最終同意を得  
る(「案」をとる)

利用者との信頼関係を築き、支援チームの意思統一を図る

### (3) 個別支援計画の作成(それぞれの立場から)

- 利用者や家族の立場から
  - ・質の高いサービスを提供してくれるためのもの。
  - ・私の意向を汲んでくれているもの。
- 職員の立場から
  - ・的確な支援の方向づけをするもの。
  - ・支援の効果を自己評価し、今後の計画を検討するベースとなるもの。
- 施設経営者の立場から
  - ・支援の質の向上を目指すためのもの。
  - ・効率的・効果的に施設運営できるためのもの。

## (3) 個別支援計画の作成

### ① 到達目標の設定

- ・ 利用者の課題(ニーズ)に基づき到達すべき目標を定める
- ・ 到達目標は、サービスの到達目標である主目標と個別到達目標などからなる
- ・ 現行の支援を見直すとともに、新しい支援を考える

#### 実施方法

- ・ 個別支援計画の作成に当たっては、本人の意向を尊重すること
- ・ 到達目標は、就労移行支援事業などサービスの到達目標が予め明確であるような主目標と具体的な個別の到達目標が考えられる
- ・ 時間(支援期間)と領域(支援内容)という2つの観点から設定
- ・ 課題(ニーズ)が複数にわたる場合、緊急性の高い課題など優先順位を設定
- ・ 到達目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成される→スモールステップを踏む
- ・ 目標の達成度の評価方法についてもあらかじめ決めておく
- ・ 個別支援計画を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 個別支援計画表

# 自立訓練(機能訓練)の達成目標の例

対象者像	達成目標
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病院等を退院し、一定の訓練が必要な身体障害者</li><li>・ 特別支援学校等を卒業し、一定の訓練が必要な身体障害者</li></ul>	<p>【サービスの達成目標】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 一定期間にわたり訓練を行うことを通じて、利用者が地域において自立した日常生活及び社会生活を営むことができる。</li></ul> <p>(心身の機能の回復・向上を目的とした訓練の実施)</p> <p>【主目標】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 1年で、在宅での生活をほぼ可能にする</li></ul> <p>【個別目標】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ ADL、IADL(食事、排泄、調理、買物、洗濯、車いすによる移動等)の習得・回復・向上</li><li>・ 社会活動への参加(スポーツ、趣味的活動、パソコン等)</li><li>・ 就労意欲の向上→就労移行支援や就労継続支援等の次の目標への移行</li></ul>

## (3) 個別支援計画の作成

### ② 個別支援計画の作成

- ・ 主目標や個別目標が達成されるような個別支援計画を作成する
- ・ 日課、週間、月間のプログラムとする
- ・ 支援方法については、個人に合うよう工夫する

#### 実施方法

- ・ 時間軸(段階)を意識した個別支援計画とする
- ・ 支援の頻度やスケジュールについては、本人の同意を得て作成する
- ・ 具体的な支援方法などを個別支援計画に反映させる
- ・ やむを得ない場合の身体拘束等の様態、緊急やむを得ない理由を記載する
- ・ 個別支援計画においては担当者の役割を決めておく
- ・ 個別支援計画を記録しておく

#### 必要なツール

- ・ 個別支援計画表

## 第3章 「サービス等利用計画」様式の記入事例

### 1. 脳血管障害により在宅で引きこもりになっている事例【改訂】

#### 1. 事例の概要

56歳の男性 脳血管障害後遺症 2年前に脳出血発症、病院での治療が終了し〇〇リハセンターに自立訓練として6か月入所（機能訓練）。退所後、在宅にて介護保険制度のデイサービスを数回使ったが、コミュニケーションがうまくとれず中絶、自宅にこもるようになる。本人の意向や社会参加の機会を広げるために、障害者福祉サービスを申請、ヘルパー利用、就労移行支援事業を利用することになった。

#### 2. 利用者の状況

年齢・性別	56歳 男性
障害の状況	脳出血後遺症 右片麻痺 フローカ失語症（運動性失語）
主な生活歴	高校時代はスポーツで活躍した。大学卒業後、私学の臨時教員として採用され、3年後に常勤となる。その後、中学高等部の教員から昇進試験を受けて、高等部の教頭になる。仕事人間で真面目、家族思いである。
経済状況	病気前は75万円、傷病手当金として6割(420万円)給付を受けていたが1年半で終了。職場に籍はあるが無収入。息子はアルバイト、妻は非常勤講師で120万円程度。本人を介護しているので、収入増は見込めない。預貯金や株は2千万円程度。生命保険の入院給付金もあったが、生活費に回った。生命保険の後遺障害が認定されれば、1200万円が入る予定。
健康状況	脳神経外科に月1回通院（抗てんかん剤服用） 高血圧症高脂血症があり脳神経外科と同じ総合病院の内科に月1回通院。体重管理が必要
家族状況	妻と子供3人（20歳大学生・19歳大学生・17歳高校生）の5人暮らし 両親は遠方で弟夫婦と同居。近くに妻の妹夫婦が住んでおり本人の介護を手伝ってくれる。
利用者の主訴	元の生活にもどりた。働きたい収入を得たい。
特記事項	

#### 3. 相談に至る経緯(背景といきさつ)

急性期回復期リハの治療で回復がみられ、在宅サービスが検討された。介護保険によりデイサービスを受けたが、なかなか自分の気持ちが伝えられず休むようになり、表情が暗くなり家族が心配し介護保険のケアマネジャーに相談した。ケアマネジャーはまだ56歳と若いという点と、家計を支える（家族の大黒柱）という希望のある点などを考えて、障害者相談支援事業所に相談してきた。障害者相談支援事業者は本人と面談して今後のことを一緒に考えることになった。

## 事例：サービス等利用計画に基づいた個別支援計画の作成

#### 4. 具体的支援内容・経過

第二号被保険者で介護保険対象のため介護保険申請、要介護1  
ベッドは中古品を自費で購入、日常生活用具で廊下の手すり・自宅の玄関の手すり設置、入浴補助用具（シャワー椅子）、週二回のデイサービス、週一回の訪問リハでプランが立てられ在宅生活を行うことになった。デイサービスに行くも、失語症のためコミュニケーションがうまくいかず、自宅にこもるようになった。  
介護保険のケアマネジャーは、Tさんがなぜ閉じこもり状態であるのか本人の気持ちをなかなか聞き出せずにいる。何とか社会参加することで今後の方向性を見出したいということと、少しでも働いて収入を得たいという本人の希望から、ケアマネジャーから障害者相談支援事業所に相談があった。

障害者相談支援専門員が本人と話し、「好きで家にいるわけではない」ということは分かった。  
その外に、庭いじりが好きなこと、子供の学費や生活費が気になること、パソコン経験の経験を生かせる仕事がしたい、などが聞き取れた。本来は意欲的な性格であることも分かってきた。  
一度には無理なので、少しづつ生活の幅を広げられたら本人のやる気が増す可能性が高いと判断された。

介護保険サービスに加えて障害福祉サービスを利用するために、担当者が集まり、ケア会議を行う。  
その結果、障害福祉サービスを申請することになった。また、社会参加や生活の幅を広げるために、余暇活動も検討する。妻も収入を増やすために勤務形態を変更したいなど希望が出てきている。

## サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	0				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	1か月間(2012年4月～6月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇男

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	左手を使い、以前のように働き、少しでも家族を養いたい。 趣味のガーデニングを楽しみたい。
総合的な援助の方針	体をたづね、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。 生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなことをして充実した生活を送れるようにする。
長期目標	就労のための訓練をして、少しでも給料の高いところで働く。
短期目標	運動などで体重を5キロ減らしながら体力をつけて、就労支援事業所に無理なく週3回行けるようになったら、週4回行けることを目指す。

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		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	右片麻痺があるが体力を維持しながら、働きたい。	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	3ヶ月	・就労移行支援事業所へ週3回、10時から16時まで通う。 パソコンによる入力作業を練習する。 ・事業所への送りの調整は大学のボランティアセンターが行ふ。	就労支援センター△(〇〇サービス管理責任者 ****-****-****)	・就労移行支援事業所への通所日には時間までに準備をする。 ・その日のボランティアの名前を調べておき挨拶する。	1ヶ月	就労移行事業所への行きはボランティアに送迎をお願いする。帰りは事業所が送る。
2	無収入で経済的に家計がひっ迫している。	・年金の手続きをする。 ・特別障害者手当の受給について検討する。	3ヶ月	・年金申請手続きについて、相談支援センターが家族にアドバイスをする。 ・特別障害者手当の可否について本人・家族と主治医の意見をきく。	〇〇相談支援事業所(〇〇相談支援専門員 ****-****-****)	・制度を理解する。 ・一人で留守番をして、妻が働きに行けるように協力する。	1ヶ月	・貯金を整理してきちんと把握(妻) ・生命保険の手続きをすずめる(妻) ・妻は非常勤講師から塾の教員に転職を考えている。
3	好きなガーデニングを楽しみたい。	昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。	12ヶ月	第1・2・4の月曜日に友人の送迎で2時間程度、ガーデニングのサークルに出かける。	友人〇〇氏(****-****-****)	・仲間の介助でサークルに参加する。	1ヶ月	
4	運動不足から体重の増加があり、再発作を起こすおそれがある。	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	・モニタリング時に実施状況と体重のチェック ・月1回の病院は市の送迎サービスを利用	〇〇総合病院(〇〇医師 ****-****-****)	・家の周りを散歩する(1日2回、30分ずつ)	1ヶ月	本人とプールに行き水中歩行(息子)
5	安心してお風呂に入りたい。	週に3回は入浴をする。	1ヶ月	・訪問介護(介護保険・身体介護)にて入浴の介護 週3回(各1時間) ・移動支援事業で週1回(2時間) 外出の支援	〇〇ヘルパーステーション(〇〇サービス提供責任者 ****-****-****)	外出の計画を立てる。	1ヶ月	入浴日以外は、妻がシャワー浴の見守り等の支援をする。
6	もっとちゃんとはなせるようになりたい。	留守番ができるようになる。	3ヶ月	介護保険サービスによる通所リハ(ST) 月2回(市の送迎サービスを利用)	〇〇総合病院(〇〇医師 ****-****-****)	通所していない日の自習	1ヶ月	

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	0				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	<p><b>主な日常生活上の活動</b> 短下肢装具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。就労支援事業所へ行きはボランティアによる介助をお願いする。</p> <p>休日はゆっくりしたりリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。</p> <p><b>週単位以外のサービス</b> 自宅から作業所まで公共機関（JR利用）を利用して一人で通うのは不安なため、県立大学の学生にボランティアをお願いする。 毎月、脳外科と内科に通院する。月に2回、通所によるリハ（ST）に通う。 通院は、市の送迎サービスを利用する。 息子と一緒にプールに行き水の中歩行して体力の向上を図る。</p>
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
8:00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	起床・洗面	
10:00	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)	VIによる移動介助		VIによる移動介助	VIによる移動介助	身体介護（入浴）	朝食	
12:00	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援)	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援)	就労支援センター △△ (就労移行支援)	昼食	散歩	
14:00	身体介護（入浴）		身体介護（入浴）			移動支援 (買い物など)	昼食	
16:00		事業所の送迎		事業所の送迎	事業所の送迎			
18:00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00		シャワー浴（妻の見守り）		シャワー浴（妻の見守り）	シャワー浴（妻の見守り）			
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	シャワー浴（妻の見守り）	
0:00							就寝	
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像

引きこもり状態になっている生活から、まず、居場所づくりを考え、障害があっても働くことへの意欲を失わないでほしい。工夫すれば働く環境はできる。とっかかりはまず、就労移行支援から検討した。本人がができることに着目し、ガーデニングという余暇活動の幅を広げ、充実感を増やしていくことで生活のリズムに変化が起きる。→外へ出るという意欲を高め、社会参加の一歩から始める。まだ未熟だがパソコンができる強みを生かして、持っている力を引き出す場所を提供することで、本人の居場所ができる。活動が広がる。家族以外のボランティアを導入したのは、移動において、まだ本人の体力面で心配なので、介助できる人を探した。

## モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	0				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング実施日	2011年6月5日	利用者同意署名様	〇〇 〇男

総合的な援助の方針	全体の状況
体力をつけて、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。 生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなことをして充実した生活を送れるようにする。	障害者自立支援法のサービスを受けるようになって社会参加するようになり生活リズムがついた。

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	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	3ヶ月	朝10時から16時まで(6時間)事業所で過ごすことができた。 パソコンの入力も片手打ちだが入力時間の短縮ができた。	最初は慣れなかったパソコン操作だが、左手で打つスピードが上がった。	入力する内容が簡単なものはできるようになった。 体力も付き、週3回の通所は無理なくできるようになった。	回数を週3回から4回に変更する。 就労移行支援事業所のサービス管理責任者と連携を取って、本人の能力にあった業務内容に変更してもらう。 工賃が少しアップするか。	有(無)	有(無)	有(無)	パソコン業務内容について、テープおこしの入力や学校新聞、塾の教材などの入力に変えて、失語症の訓練を兼ねるとともに自信につなげる。
2	・年金の手続きをする。 ・特別障害者手当の受給について検討する。	3ヶ月	厚生年金の手続きは完了。医師は特障は難しいと。(妻は求職登録をすることにも、今の職場へも就職あっせんを依頼している。)	収入が少ないと心配。早く働きたい。	手続き完了。 引き続き妻の求職活動についてアドバイスする。	妻が働く時間が増えることで家族関係が希薄にならないか考慮する。	有(無)	有(無)	有(無)	妻の介護負担軽減を図る。
3	昔の仲間と市内のガーデンへ出かける。	12ヶ月	ガーデニングは天候にも左右されやすいが、そんな時はDVDを見て楽しんだ。(友人)	引きこもっていた自分の姿で落ち込む日もあったが、仲間が誘ってくれてよかった。	外出の機会が増えて、活動の幅が広がり、ちょっとしたことだが勇気が出てきて、自信がついた。	仲間からの誘いだけでなく、本人から進んで計画ができるようにする方法を考える。上のライセンスにチャレンジする。	有(無)	有(無)	有(無)	ガーデニングの放送大学をTVで視聴して、上のライセンスを取得する。
4	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	4キロ減量できた。このまま運動を継続するように。(主治医)	再発が怖いので、注意している。 5キロ減らせそうに思う。	規則正しく運動している。血圧は正常値を保っている。 油ものを控えたり、食事にも気を使うようになった。	引き続き運動を継続。定期的な受診。食事管理、野菜や豆を多く摂取する。	有(無)	有(無)	有(無)	月1回定期
5	週に3回は入浴をする。	1ヶ月	脱衣は自力、浴槽の出入りは見守りで可能。浴槽内での立ち上がり動作に工夫が必要か。着衣は一部確認が必要。	風呂に入れるのは嬉しい。訓練に通っている日はシャワー浴で仕方ないか。	回数は、ほぼ達成できた。本人は毎日入浴したいのではないか？	浴槽内の立ち上がり動作について専門職の意見を得る機会を作る。 就労移行支援の回数増に伴う入浴介助の曜日変更。	有(無)	有(無)	有(無)	専門職の意見を得るようにする。現在の通院先の外来で可能か確認する。
6	留守番ができるようになる。	3ヶ月	月2回の訓練では単語カードなどを使って訓練を行い、蓄的な回復が見られている。	言いたいことが伝わるようになってきた。うれしい。	留守番をしていても簡単な用件なら実施できるようになった。伝言メモも書ける。	引き続き訓練を継続する。	有(無)	有(無)	有(無)	

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	〇				
計画開始年月	2011年7月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面		就労支援センターB型ではITセンターでパソコン操作を行い、文字入力を行う。 パソコン環境を整え、椅子もリクライニングタイプにしてリラックスした。 朝食は事業所の職員がセッティングしてくれ、自力で摂取する。 ガーデニングを昔の仲間と一緒に月3回楽しむ。
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
8:00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	起床・洗面	
		Vによる移動介助	Vによる移動介助	Vによる移動介助	Vによる移動介助		朝食	
10:00	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)					身体介護(入浴)	散歩	
12:00	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援事業)	就労支援センター △△ (就労移行支援事業)	就労支援センター △△ (就労移行支援事業)	就労支援センター △△ (就労移行支援事業)	昼食	昼食	
14:00	身体介護(入浴)					移動支援(買い物など)	身体介護(入浴)	
16:00		事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り			
18:00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
22:00		シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)			
	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス  
 ガーデニングのサークル会を月曜日  
 から火曜日に変更。  
 歩くことで体重維持し健康管理。  
 浴槽内での立ち上がり動作について  
 方法を工夫する必要があるため専門  
 職の意見をきく貴会を作る。

サービス提供  
 によって実現  
 する生活の  
 全体像

就労移行支援事業所の利用を週3回から4回に増やした。元々していた教員の教材のパソコン入力やテープ起こしをすることになった。家族を養うという意欲が出てくる。中途障害であるが、家族と一緒に生活するという元来のライフステージが取り戻せて笑顔が見られるようになってきた。持病を持って就労する不安はあるが、仕事日を増やし、塾の教材を作成するなどのパソコン入力は、失語症の訓練にもなっている。パソコン操作は個別に行っているが、流れ作業をすることで仲間意識を高めることになり、精進環境が充実したものになる。常に誰かのお世話にならないと生活ができないという思いを、少しでもなくし、「自分も役割があるよ」という思いを持ってもらいたい。

# (初期)個別支援計画書(例)

利用者名

作成年月日: 年 月 日

総合的な援助の方針	体力をつけて、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。 生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなことをして充実した生活を送れるようにする。
長期目標(内容、期間等)	パソコンの経験を活かした仕事をしたいとのご本人のニーズや、学校の教頭という立場で働かれていた経験もあるので、様々な可能性を高め、ご本人に適した職場で一般就労し、充実した生活が送れるようになっている。(2年)
短期目標(内容、期間等)	これまで外出の機会が少なく、体力的に落ちていることもあるため、まずは、週3回の事業所通所が問題なくできるようになる。(3ヶ月)

## ○支援目標及び支援計画等

支援目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
体力が向上し、一日のスケジュールを疲労なくこなし、週3回問題なく通所できている。	疲労度をチェックしながら、一日のスケジュールを徐々に伸ばし、体力が向上するよう支援します。	週3回 10:00~16:00 3か月	就労支援センター△△ (就労移行支援事業所) 担当:○○	1
パソコン入力について、集中力・耐久力がつき、少ない疲労で一定の速度で入力できている。	確実な入力と、速度向上を目指し、片手(左手)入力の練習を行います。結果をフィードバックしながら動機づけを維持できるよう支援します。	週3回から開始し頻度を増やしていきます。 10:00~16:00 6か月	就労支援センター△△ (就労移行支援事業所) 担当:○○、××	2
会話でのコミュニケーションがとりやすくなっている。関係機関との連携を図り、当センターでの支援が最適なものとなっている。	ご本人の同意の下、言語療法の状況や日常生活の過ごし方等を把握させていただきます。相談支援事業所等のサービス担当者会議へ出席し、総合的な支援方針を常に共有しながら支援します。	随時 6か月	通所リハST:○○ 相談支援事業所 担当:○○	3
送迎について、当センター及びボランティアにより安心して通所できている。	行きはボランティアによる支援、帰りは当センターの送迎車を利用し、安心して通所できるよう支援します。公共交通機関の利用も徐々に同行し支援していきます。	週3回、3か月 公共交通機関は3か月後から徐々に試行	就労支援センター△△ (就労移行支援事業所) 担当:○○、●●	4

## (4) 個別支援計画の実施

- ・ 設定された目標を、効率よく達成することに努める
- ・ 個別支援計画に則り、適切にサービスを提供する
- ・ 支援のペースやスケジュールは、利用者によく話し合っ決めて決める

### 実施方法

- ・ 支援スタッフの役割を明確にする
- ・ 支援スタッフはお互いに情報交換しながら支援を実施
- ・ 時間軸(段階)を意識した支援に努める
- ・ 支援のペースやスケジュールについては、本人の同意を得て実施する
- ・ 個別支援の実施に当たって支援の責任者を決めておく
- ・ 他の支援方法の導入など工夫を怠らない
- ・ 個別支援計画の実施を記録しておく

### 必要なツール

- ・ 支援経過記録表

# 【自立訓練(生活訓練)の標準的な支援内容】

## ① 長期入所者・入院患者

期 間	退所・退院早期		通所期・訪問導入期	訪問期
	(訓練準備期)	(生活習慣修得期)	(定着期)	(フォロー期)
期 間	12ヶ月間	6ヶ月間	6ヶ月間	12ヶ月間
日 中 通 所	○	○	○	—
訪 問	△	△	○	○
長期入院・入所者の特記事項	○施設又は病院が準備したグループホーム等において訓練 ○具体的な地域生活の理解と動機付け(例:視覚的にわかりやすい情報提供や極めて短期的なグループホームの体験)		○地域移行した際に活用の可能性のある福祉サービスに係る情報を提供	
ADL,IADLの向上	○生活リズムの確立 ○食事、排泄等の基本動作の習得 ○着脱衣、洗面等の身辺処理の習得	○洗濯、調理、買い物、掃除などの日常生活関連動作の習得	○日常生活関連動作について直接的な支援から、本人の自主的な取り組みを促す支援の方法に切り替える	○訪問により食事、服薬、掃除、洗濯、身だしなみの状況確認や相談に応じる
社会経済活動参加能力の向上	○コミュニケーション能力を身につける	○本人の地域生活のルール(安全管理)、マナーの習得 ○適切な人間関係の構築を図るための基礎を習得 ○社会生活全般に関する習慣の習得	○金銭管理 ○交通機関、電話の利用 ○社会生活に関する習慣の定着 ・対人関係を築く ・生活上の社会経済活動への参加のための訓練	○訪問により福祉サービス利用、金銭管理等の状況確認や相談に応じる ○必要に応じて、事業者、利用者と圏域(地域)でのコーディネーター等との協力・連携を図ることにより、地域生活の安定が図れるよう協力する

※ 地域の社会資源の状況から通所することが困難であるなど、一定の条件に該当する場合、施設入所も可能。



## (5) 中間評価と修正

### ① 個別支援計画の評価

- ・ 時期(段階)ごとに、支援目標達成度を評価
- ・ 同時に、サービスの実施内容など個別適性も評価
- ・ 利用者にサービスが適切に提供されているかを評価

#### 実施方法

- ・ 支援目標の達成度を評価するための情報を収集する
- ・ 情報を時期(段階)ごとに、達成度を評価する
- ・ 達成度は、主目標及び個別目標の観点から評価
- ・ 状態の評価は、初期状態と比較してどれだけ変化したかをベースに評価
- ・ 併せて、利用者の意向や環境の変化なども評価
- ・ 個別支援計画に沿ってサービスが提供されたかを評価
- ・ 分析を記録する

#### 必要なツール

- ・ 個別支援計画の修正・変更記録票

# 個別支援計画の修正・変更記録票の例

## 個別支援計画の修正・変更記録票

利用者名

様

	支援目標	達成状況の評価			達成されない原因の分析	今後の対応(支援内容・方法の変更等)	優先順位	担当者
		達成	ほぼ達成	未達成				
1	体力が向上し、一日のスケジュールを疲労なくこなし、週3回問題なく通所できている。	達成	ほぼ達成	未達成		週4回の通所に変更し、引き続き体力の向上を図り、週5回の通所を目標とする。	2	〇〇支援員
2	パソコン入力について、集中力・耐久力がつき、少ない疲労で一定の速度で入力できている。	達成	ほぼ達成	未達成	片手うちの入カスピードは上がったが、入力の内容をもっと関心のあることにしたほうが意欲的に取り組めるのではないか。	入力の内容を、学校新聞や塾の教材などに変更し、実際に生徒が喜んでくれるものにする。	1	〇〇支援員
3	会話でのコミュニケーションがとりやすくなっている。関係機関との連携を図り、当センターでの支援が最適なものとなっている。	達成	ほぼ達成	未達成	言語療法により着実に回復している。本人が関心のある内容で会話をすることで、より回復の可能性が高まるのではないか。	学校新聞の作成後に、実際に生徒と会話をする機会を設けるなど、積極的に会話を楽しめるよう支援する	3	〇〇支援員
4		達成	ほぼ達成	未達成		。		
5		達成	ほぼ達成	未達成				
6		達成	ほぼ達成	未達成				

## (5) 中間評価と修正の視点



- 1 利用者の**権利**が守られているか
- 2 サービスについて利用者は**満足**しているか
- 3 **新たにニーズ**が発生していないか
- 4 設定されている**目標**が**達成**されているか



# モニタリングの際の勘案事項

① 障害者等の心身の状況

③ 総合的な援助の方針(援助の全体目標)

④ 生活全般の解決すべき課題

② 障害者等の置かれている環境

- ・ 家族状況
- ・ 障害者等の介護を行う者の状況
- ・ 生活状況(日中活動の状況(就労・通所施設等)、地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージの変化(乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等))

⑤ 提供される各サービスの目標及び達成時期

⑥ 提供されるサービスの種類、内容、量等

## (5) 中間評価と修正

### ② 個別支援計画の修正

- ・ 支援目標を達成するために個別支援計画(個別支援)プログラムを修正する
- ・ 提供されるサービス内容を修正する
- ・ 利用者に修正や変更の同意を得る

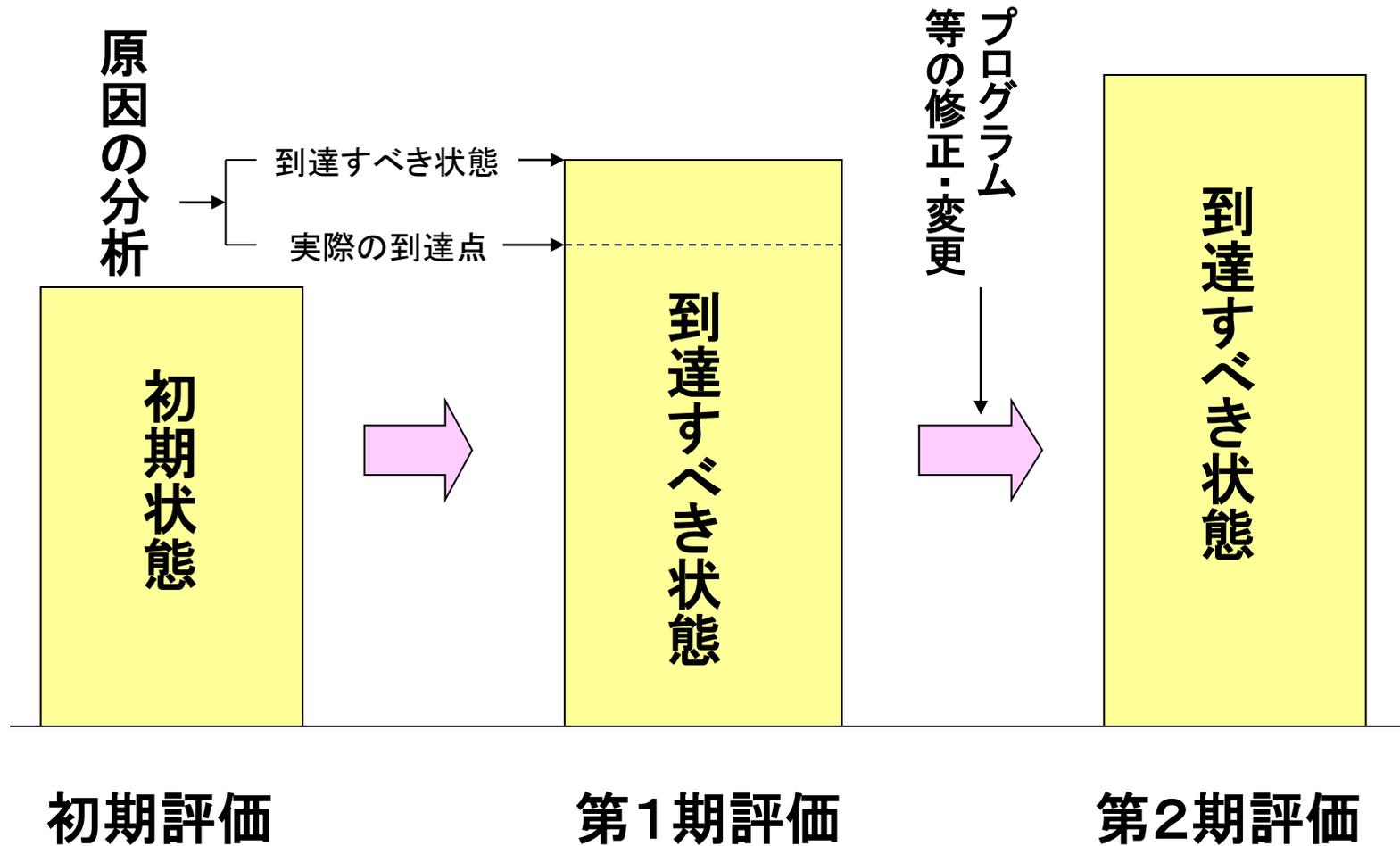
#### 実施方法

- ・ 支援達成度を評価した結果、到達目標に達成していない場合、
  - 利用者や家族の要因によるものか
  - スタッフの要因によるものか
  - 事業所のシステムによるものかなどについて詳しく分析する
- ・ 分析の結果、必要に応じて個別支援計画を修正
- ・ 修正にあたっては、時間軸と支援(サービス)内容の観点から修正・変更
- ・ 個別支援計画の修正・変更にあたっては、利用者に説明し同意を得る
- ・ 個別支援計画の修正・変更とその結果を記録する

#### 必要なツール

- ・ 個別支援計画の修正・変更記録票

# 中間評価による個別支援計画の修正



## (6) 終期評価

- ・ 支援目標達成度を含めた個別支援計画全体を客観的に評価
- ・ 利用者の状態の変化・満足度などの観点から評価
- ・ 次回の個別支援計画作成に評価を活かす

### 実施方法

- ・ 支援目標に達したかを評価
- ・ 目標が達成されなかったらどの段階まで達成されたか評価
- ・ サービス提供はスムーズに行われたか評価
- ・ スムーズでなかった場合どこに原因があったか評価
- ・ サービス提供を受けた利用者はどのように変化したか
- ・ 利用者は提供されたサービスについてどのような気持ちをもっているか（満足度はどうか）評価
- ・ 次の目標設定を含め終期評価表を作成し、チームにフィードバックする

### 必要なツール

- ・ 終期評価表

# 初期評価から中間・終期評価

個別支援計画全体を評価し次期の計画につなげる

初期状態評価

中間評価

全体的評価

個別的目標の  
中間評価

終期評価

- ・主目標の到達度
- ・個別目標の到達度
- ・関係機関の連携度
- ・本人の満足度

次期の  
個別支援計画  
に生かす

- 主目標
- 個別的目標

サービス提供プロセスの全体を評価

# 終期評価表の例

利用者名

様

	到達目標	達成状況の評価			全体的評価	利用者の満足度等意見	次の目標設定への意見等
1		達成	ほぼ達成	未達成			
2		達成	ほぼ達成	未達成			
3		達成	ほぼ達成	未達成			
4		達成	ほぼ達成	未達成			
5		達成	ほぼ達成	未達成			
6		達成	ほぼ達成	未達成			

総括コメント

## プログラム及びサービスに対する満足度調査(例)

1 このプログラムの質はどの程度でしたか。該当するものに○印をつけてください。

- ① とてもよかった ② よかった ③ どちらともいえない ④ よくなかった

2 友人がこのプログラムを受けたいと希望したら、このプログラムを推薦しますか。

- ① 積極的に推薦する ② 推薦する ③ どちらともいえない ④ 推薦しない

3 プログラムを受けた量に満足はしていますか。

- ① とても満足している ② 満足している ③ どちらともいえない ④ 満足していない

4 このプログラムは、役立ちましたか。

- ① とても役に立った ② 役に立った ③ どちらともいえない ④ 役に立たなかった

5 全体的にこのプログラムに満足しましたか。

- ① とても満足している ② 満足している ③ どちらともいえない ④ 満足していない

6 もしこのプログラムがもう一度あったら、このようなプログラムをもう一度受けたいと思いますか。

- ① 積極的に受けたい ② 受けたい ③ どちらともいえない ④ 受けようと思わない

# サービス提供における管理

# (1) 支援会議

- ・ 個別支援計画の作成等のために**定期的に支援会議**を実施する
- ・ 利用者やサービス提供職員その他、必要に応じて家族、関連機関の職員と開催する
- ・ サービス管理責任者は**支援会議が効率的に運営されるようマネジメント**する

## 実施方法

- ・ 支援会議は**チームアプローチの場**であり、サービス提供職員と個別支援計画を実現していく場であることを認識する
- ・ サービス提供職員と個別支援計画を協働して**検討し作成**していく
- ・ サービス管理責任者は**適時、指導・助言**を実施する
- ・ 担当した個別支援計画の説明などサービス提供職員の**教育の場**でもある
- ・ **他の支援方法の導入**などチームでサービス提供の工夫を凝らす
- ・ **支援会議運営マニュアル**などを作成しておく**と効果的な運営が可能**となる
- ・ 支援会議の内容を**記録**しておく

## 必要なツール

- ・ 支援会議記録表

## (2) サービス提供職員に対するマネジメント

- ・チームマネジメントが基本であること
- ・利用者の権利擁護などの幅広い視点を伝えること
- ・高度な専門的知識・技術の獲得のための研修などの企画・運営

### 実施方法

- ・大きな成果は良好なチームワークで生まれるという意識の徹底
- ・チームの共通目標を設定し課題を共有すること
- ・チームメンバーのやる気を引き出すこと
- ・情緒的コミュニケーションと課題的コミュニケーションを図る
- ・メンバーの役割を明確にし、適材適所に心がける
- ・チームのルールは、明確にしておく
- ・コーチング技法を身につける
- ・成果(アウトカム)主義の導入
- ・育成方法の検討

# バイステックの7原則

F.P.Biestek『ケースワークの援助関係』(1957)

1. クライエントを個人としてとらえる。
2. クライエントの感情表現を大切にす。
3. 援助者は自分の感情を自覚して吟味する。
4. 受け止める。
5. クライエントを一方向的に非難しない。
6. クライエントの自己決定を促して尊重する。
7. 秘密を保持して信頼を醸成する。

『ケースワークの原則(新訳版)』誠信書房、1996

# 助言・指導と支援記録の書き方

# 助言・指導とは？

- 助言：助けになることをいうこと
- 指導：教えみちびくこと

(三省堂 Web Dictionary: <http://www.sanseido.net/>)

# 対人サービスの質の維持の向上のための の助言・指導

- 支援の質の維持・向上を目的として、本人では気づかない点について、経験・知識の豊富な者が専門的経験や科学的知見に基づいて、改善点等を伝えること

# スーパービジョンとは

「援助者の専門的実践についての指導・調整・教育・評価する立場にある機関の管理運営責任を持つ職員が行うもので、スーパーバイザーとの信頼関係を基底にその人の仕事を管理し、教育し、指示することによって専門家としての熟成を図るものである。スーパーバイザーの究極の目的は、機関の方針と手続きに従って、利用者へのサービスが量的・質的に最高の水準となるように取り組むことである」

# 助言・指導にあたららないもの

- 事実に基づかないもの
- 感情的な表現での伝達
- 専門的経験や科学的根拠に裏打ちされないもの
  - 科学的根拠だけでは現場にあてはまる説明が難しいかもしれない
  - 経験だけでは、主観的なものになりがちである

# 助言・指導をする場所

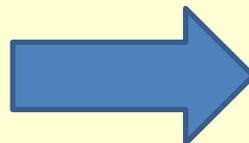
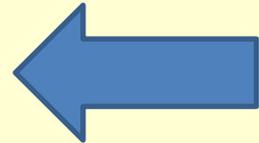
- 助言・指導用の時間をとり、個室で行なう
- 実際の支援場面に同行し、その場で効果的な支援方法を伝える
- × パソコンが並んだデスクで、記録を書きながらの会話
  - 「ながら指導・ながら(スーパー)ビジョン」

話しやすい雰囲気

聴く

話す

- 受理
- 容解析
- 分



- 言葉にし、それを自ら聞くことで問題を整理

サービス管理責任者

- 質問
- 承認
- 提案

コメント

従業者

- 思考
- 選択

# 助言・指導の効率と効果

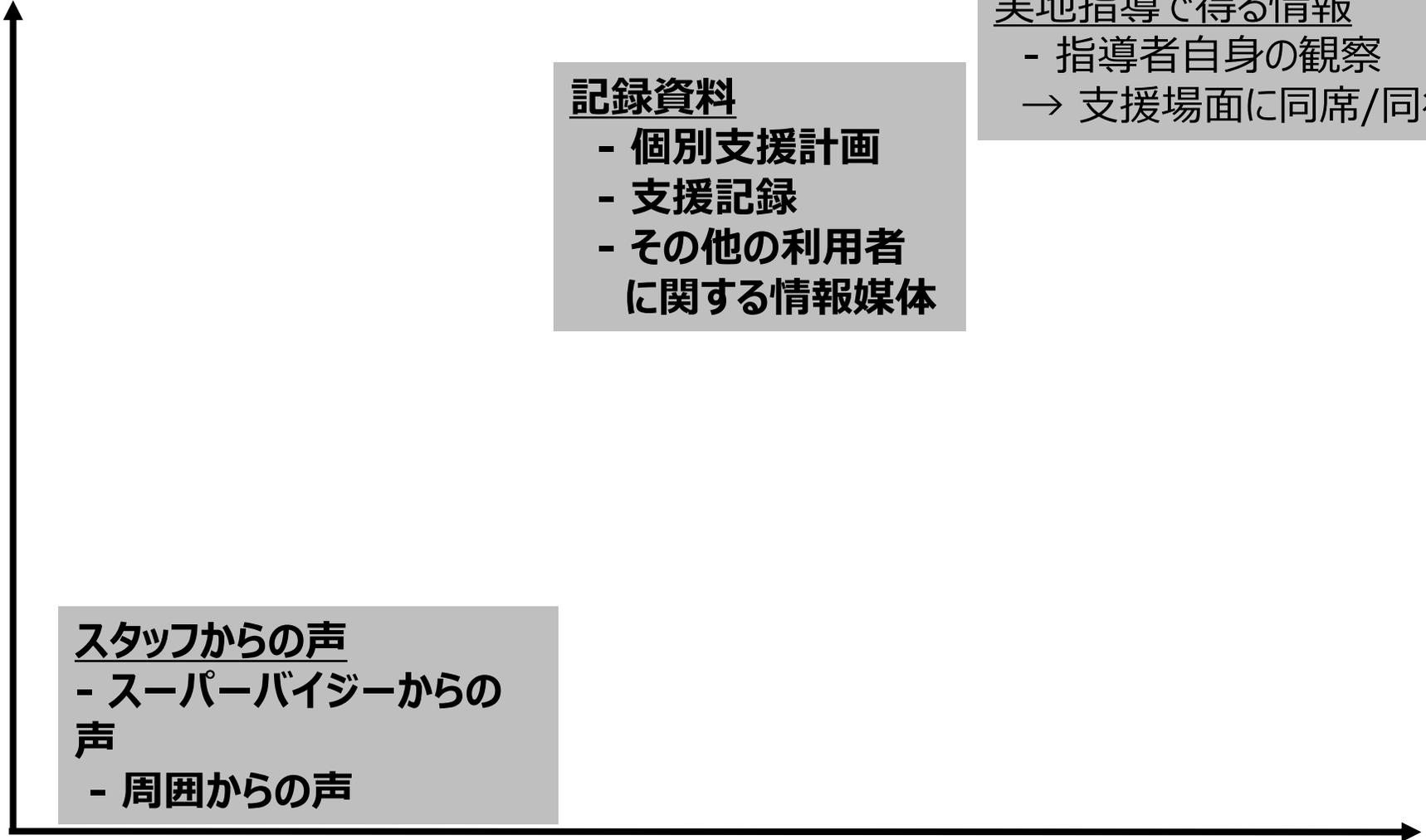
教員の新しいスキルについての研究(メタ分析)

トレーニング 内容	知識 の獲得	支援スキルの 習得	実践で 使ってみる
新しい支援スキルの知識の提供とその議論（講義）	10%	5%	0%
新しい支援スキルの（講師による）実演	30%	20%	0%
新しい支援スキルを実際に体験学習し、フィードバックを得る	60%	60%	5%
新しい支援スキルを実際の現場で、実際に行い、フィードバックを得るコーチング	95%	95%	95%

# 助言・指導に必要な物

(信頼度・実施困難度)

信頼度が高い



困難度が高い

助言・指導（振り返りやスーパービジョン）において、

記録がない = 支援をしていない

# サービス提供における支援記録

- 支援の継続性の担保
- 支援の質の向上：振り返り、計画の修正
- 事故（・訴訟）、トラブル時の際の資料

支援のための行動と記録はワンセット  
毎日、毎回記録しましょう

# 記載のポイント

- 誰が読んでも同じように解釈できるように記載する(あいまいな表現は避ける)  
明確に、具体的に
- 事実と判断・計画は分けて記載する
- トピック(支援目標)ごとに簡潔に記載する

# 記載方法の1つ: SOAP

## **S: Subjective (主観的情報)**

本人からの情報

本人の言葉をそのまま使う

(異なる言葉、支援者の言葉に置き換えない)

## **O: Objective (客観的情報)**

観察した情報: 表情、姿勢、周囲の状況など

## **A: Assessment (アセスメント)**

主観・客観情報から考えられること

## **P: Plan (計画)**

アセスメントの結果を踏まえた今後の計画

(現在の支援を「変更せず継続する」ことも計画です)

原則的に情報、アセスメント、計画はワンセットで記載

# 記載例

目標 1日3回、バランスの取れた食生活を送る

- S: 野菜をとらなきゃと思うんだけど、最近高いんだよね。
- O: 昼食時、ツナタマゴサンドと一緒に野菜ジュースを飲んでいる。
- A: 生活費を考えながら、バランスよく栄養を取る工夫をしている
- P: 今回の工夫を支持すると共に、野菜の価格が高騰している際には価格の安定している冷凍野菜の活用なども提案してみる

# こんな場面をどう記録するか



Aさん、プログラムの時間ですよ

あんなのやっても  
意味ないですよ



# 避けたい記録の例

目標 就労につながるよう、パソコンスキルを身に着ける

S: あんなのやっても意味ないですよ

O: BMプログラムに参加しないため、声かけするが上記のように悪態をつく。

A: プログラムの必要性が理解できていない

P: プログラムの必要性を再度伝え、参加を促す

# 記載時の注意

- 価値判断を含むような記載はしない
- 利用者本人が読んでも不快にならないように  
(記録の開示を求められても大丈夫ですか?)
- 複数の意味にとれる略語、施設独自の略語は避ける(第三者が読んでも分かるように)

# 先ほどの記録を見てみると

目標 就労につながるよう、パソコンスキルを身に着ける

第三者に分からない略語

S: あんなのやっても意味ないですよ

O: BMプログラムに参加しないため、声かけするが上記のように悪態をつく。

価値判断を含む

A: プログラムの必要性が理解できていない

P: プログラムの必要性を再度伝え、参加を促す

一方的な決めつけ: 本人が読んで大丈夫?

# 書き直してみると

目標 就労につながるよう、パソコンスキルを身に  
着ける

S: あんなのやっても意味ないですよ

O: ビジネスマナーのプログラム開始時間以降も休憩室におり、声掛けしたところ、スタッフに背を向けたまま上記のように答える。

A: 本人にとっては現在のプログラムが有益と感じられていない様子。ニーズに即していない可能性も考えられる。

P: 理由について尋ねると共に、支援目標に即したプログラムであるか再検討する

# 記録を書くことでもたらされるもの

- 支援への姿勢の見直し
- 支援の意図、意義の共有・明確化  
必然性に欠ける支援は記録することが難しい、またはアセスメントの過程で淘汰される
- 個々の支援のレベルアップ  
個々の支援者が何を観察し、どのように判断し、何を計画したかを毎回意識すること、またこれらが明文化されることで他のスタッフからも提案、意見をしやすくなる

# 支援記録と支援計画



## (3) サービス提供の管理と虐待防止

### 1. 虐待防止マニュアルの作成

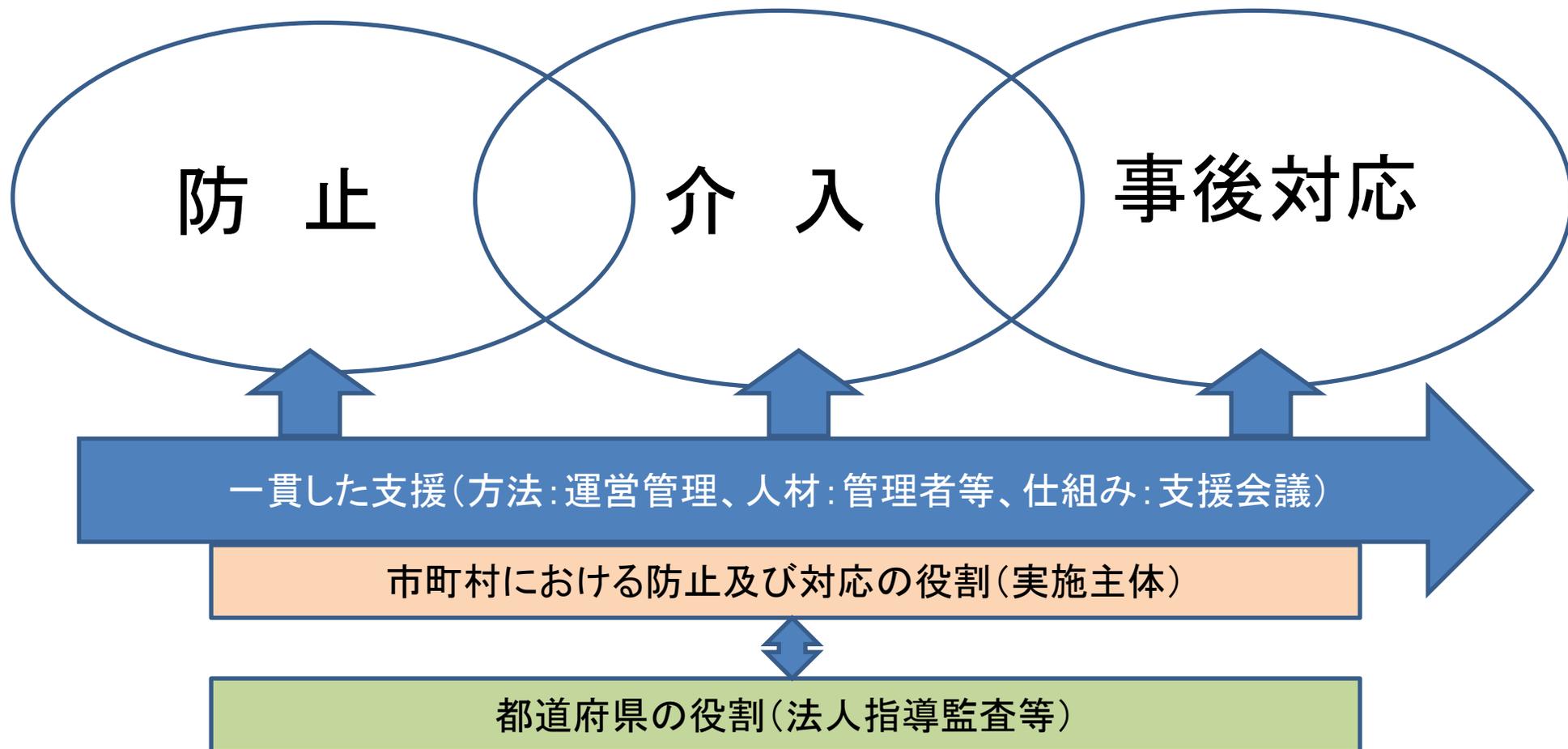
サービス管理責任者は、虐待防止に取り組むとともに、虐待防止マニュアルの作成を必ず行う。

### 2. 利用者の**権利擁護の徹底**を図る

3. 虐待防止は、関係機関（市町村、市町村障害者虐待防止センター、自立支援協議会等）との**連携**が必要である。

### 4. 職員間の**コミュニケーションの促進**を図る

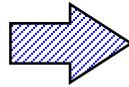
# 虐待防止及び対応（施設従事者等）



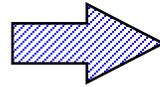
## (4) サービス内容のチェック

(1) 初期面接時の状況把握

(2) アセスメント

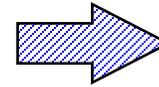


(3) 個別支援計画の作成



(4) 個別支援計画の実施

(5) 中間評価と修正



(6) 終期評価

- ・初期面接時の情報が整理されているか
- ・事業所として利用者のニーズに応えられるか
- ・サービスの選択と利用契約内容は適切か
- ・初期状態の把握は適切にできているか

- ・到達すべき目標の設定は妥当か
- ・サービスの期間設定や利用領域は適切か
- ・ニーズの個別支援計画への反映は十分か
- ・利用者への十分な説明と合意が得られているか

- ・支援目標に対する到達状況はどうか
- ・サービスは適切に提供されているか
- ・他系事業活用の必要性がある場合は、利用者とも合意ができているか
- ・定期的な中間評価に基づく対応(支援内容のズレや不足に対する修正)や記録は妥当か
- ・関係機関との連携は十分か

- ・目標は達成されたか
- ・利用者は満足しているか
- ・契約は履行されたか
- ・サービス提供職員の意見
- ・次の目標への準備はできているか

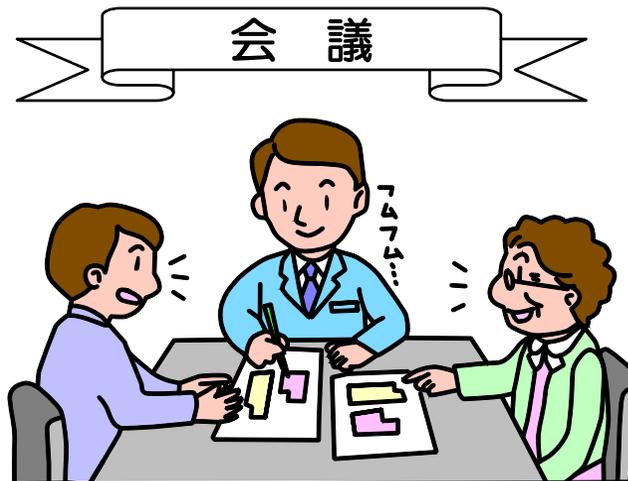
# サービスの評価

# (1) サービスの評価基準(例示)

評価の項目	評価の基準
1. 質の高いサービスの提供	<ul style="list-style-type: none"><li>①利用者の到達目標達成度</li><li>②利用者や家族の満足度</li><li>③サービス管理責任者自身の自己評価の導入</li><li>④苦情解決件数</li><li>⑤質の第三者評価の導入</li></ul>
2. 事業の推進・効率化	<ul style="list-style-type: none"><li>①地域や就労系事業へ移行した利用者数、定着率</li><li>②利用者数の増減、サービス利用期間</li><li>③リーダーシップの発揮</li><li>④効率的な支援会議の運営</li><li>⑤地域関係機関との円滑な連絡調整(地域自立支援協議会の活用度)</li><li>⑥事業所、利用者と社会資源との関係図の作成</li></ul>
3. 人材の育成・強化	<ul style="list-style-type: none"><li>①資格取得の促進(キャリアアップ)による有資格者数</li><li>②職員育成(OFF-JT)プログラムの有無、外部研修会等への参加・発表件数、OJTの実施件数(時間)</li><li>③職員間の良好なコミュニケーション</li></ul>

## (2) サービス管理責任者の役割と確認

- まず、各サービス提供職員のアセスメント結果等を通じて、利用者の現在の状態を把握する。(助言・指導の根拠を持つ。)
- 各サービス内容を相互に活かしかえりあえるよう、サービス全体を眺めて適切なマネジメントを行う。その際、リスクマネジメントの観点も必要。
- その上で各サービス提供職員の支援内容をチェックし、利用者がエンパワメントできるよう、適切な助言・指導を行うことが重要。
- 各サービス提供職員の意思統一を図るため、定期的(少なくとも3ヶ月に1回)、又は必要に応じて、適時会議等を企画運営する。



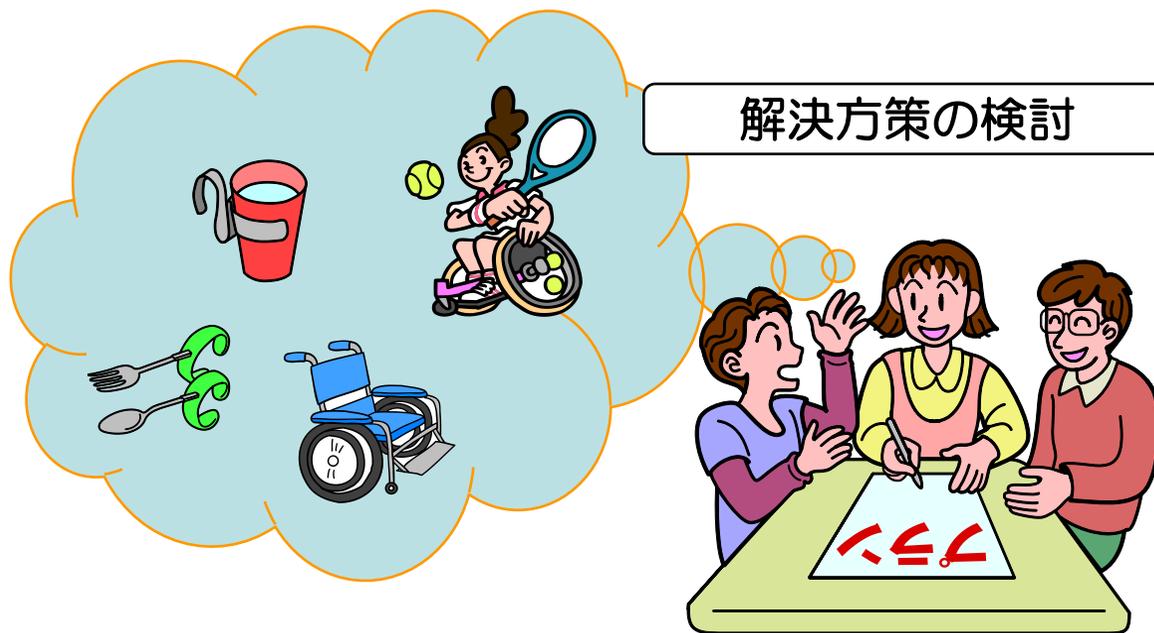
- 常に利用者の意向を把握し、各サービス内容が意向を反映したものとなるよう調整する。
- 仮に、利用者の意向が支援方針と大きく異なり、意向の反映が困難な場合には、支援内容を工夫するとともに、利用者及び家族へ十分に説明し、同意を得ることが必要。
- サービス開始から終了までのスケジュールを管理し、支援内容の優先順位付けを行う。
- 地域生活への円滑な移行を図るため、様々な社会資源を活用できるよう、サービス終了後の生活を想定し、必要に応じて助言・指導、地域関係機関等との連携・調整を行う。(利用者自身が連絡・調整を行うことを支援する場合もある。)
- サービス終了時には、必ず総括し、利用者の目標達成度や満足度、地域生活移行後の状況等から、サービス全体のチェックを行う。(反省点を踏まえ今後のケースに活かす。)

利用者の意向把握

困ったな～



解決方策の検討



### (3) サービス事業の各評価

- 利用者自身によるユーザー評価
- 事業所が自ら行う、内部評価
- 第三者による外部評価
- 行政による評価（行政監査を含む）
- その他の評価（上記の組み合わせを含む）