

【講義】

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

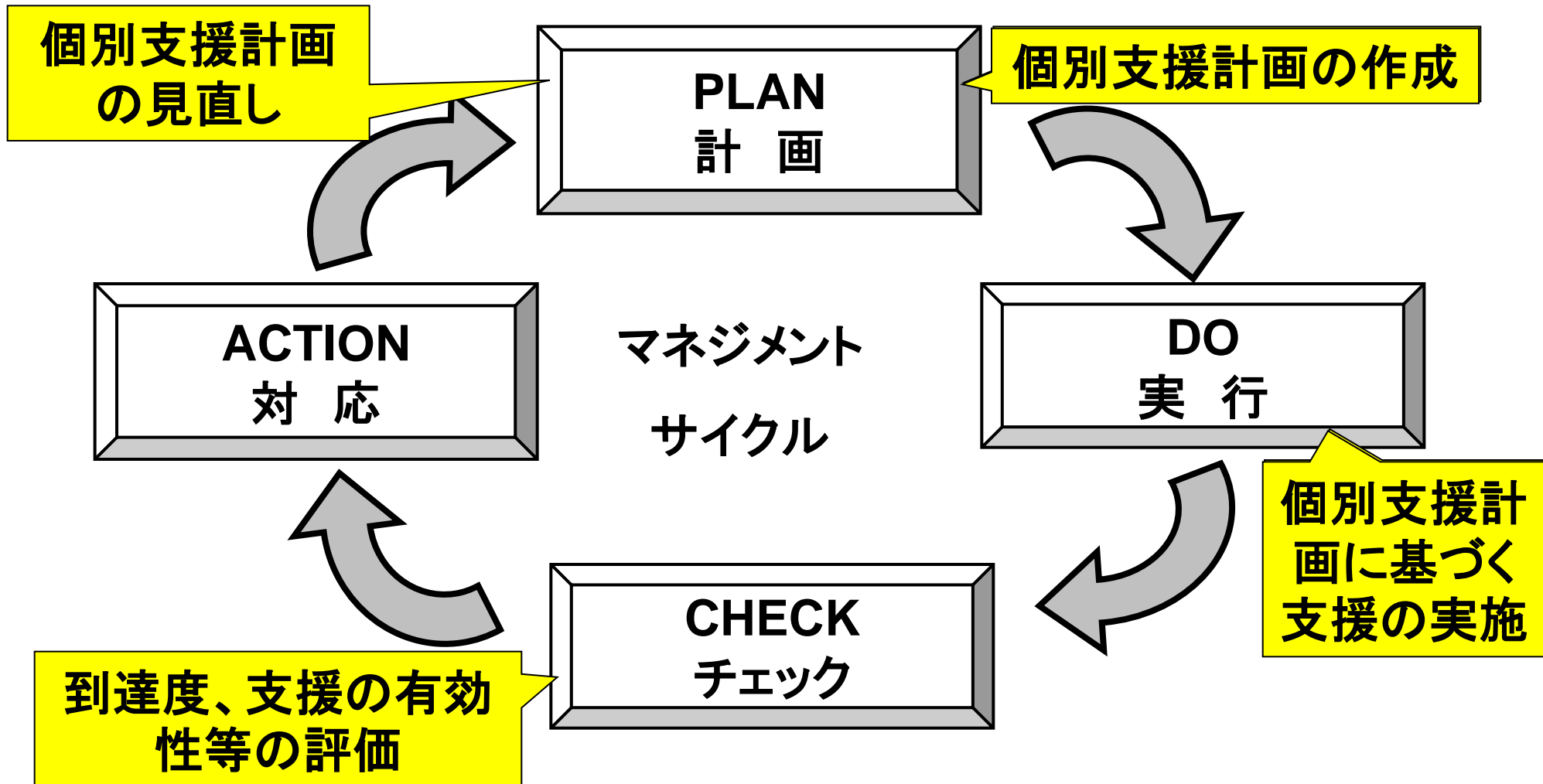
マネジメント
サイクル

DO
実 行

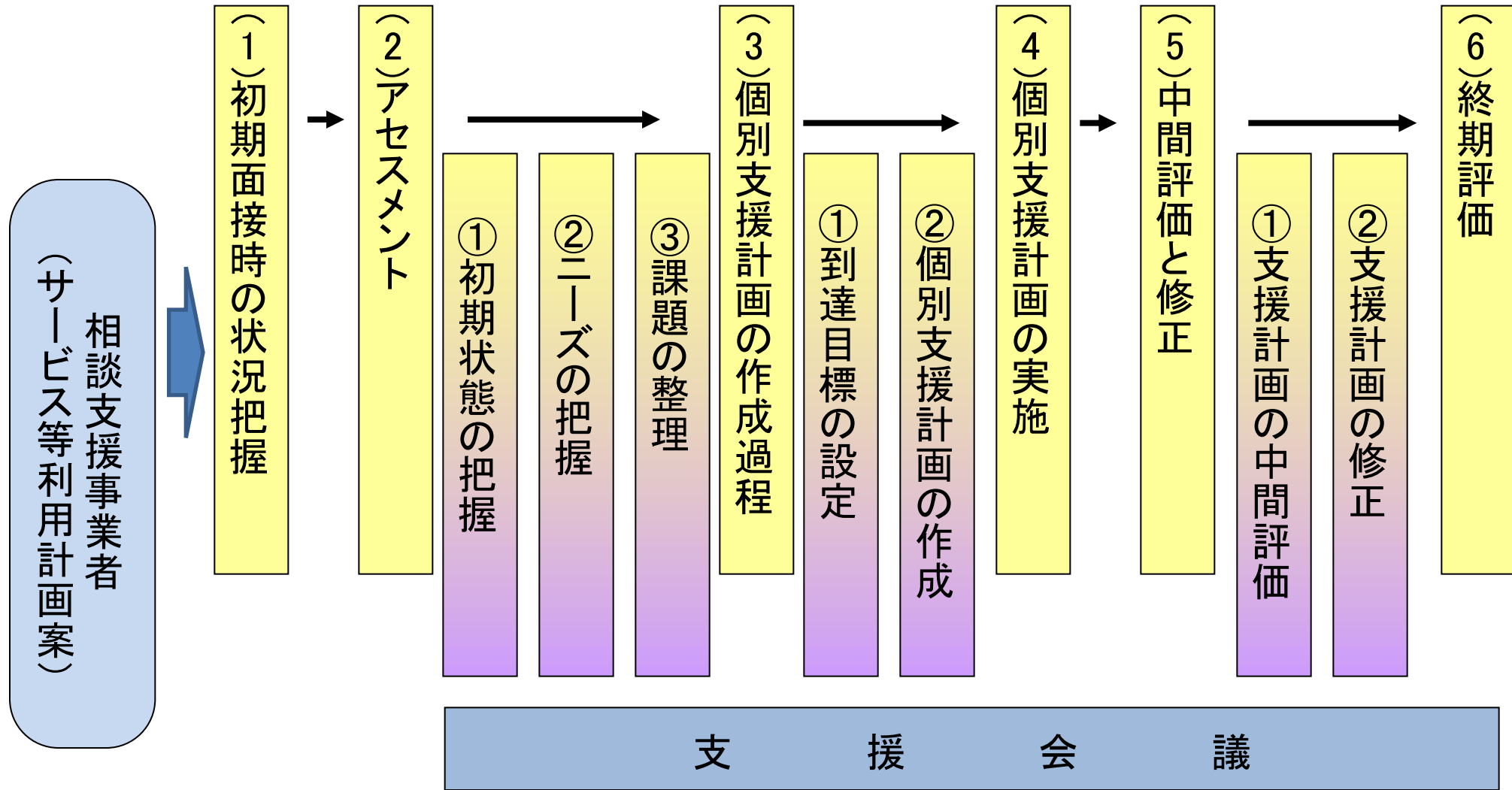
個別支援計
画に基づく
支援の実施

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



(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。

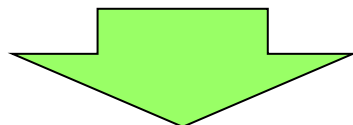
区分	項目	できる	見守り等	一部介助	全介助	特記事項
移動・動作関連項目	寝返り(体位変換)					
	起き上がり					
	座位保持					
	両足での立位保持					
	歩行					
	移乗(車いすとベッド間)					
	移動(室内)					
	立ち上がり					
	片足での立位保持					
	洗身(入浴行為以外)					
身辺関連項目	えん下					
	食事摂取					
	飲水					
	排尿					
	排便					
	口腔清潔					
	洗顔					
	整髪					
	つめ切り					
	上衣の着脱					
	ズボン、パンツの着脱					
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

利用者主体のアセスメント

- 支援を必要とする人々は、種々のハンディによる困難を抱えているが、基本的には各種サービス等を主体的に利用し、課題解決できる権利を有している。



- 福祉サービスを提供する際には、職員が利用者に代わって課題解決に取り組むのではなく、利用できる制度やその他の社会資源を紹介しながら、利用者がそれらを主体的に活用して課題解決に取り組めるよう支援する。(自己決定の原則)

課題解決の主人公
は利用者本人

職員は利用者のエンパワ
メントを高めるよう支援

アセスメントの目的

- **支援の方向性・計画を作るための根拠として重要である。**
- **個々のニーズに基づく支援の基礎となる**
- **本人中心の支援となる**
- **潜在的可能性を探るもの**

アセスメントの特色

- 情報は多いほうがいい
- 情報だけを集めればいいわけではない
- 他機関の情報から読み取れるもの
- 自分の今の位置（スタート地点）の確認
- 利用者の理解と本人の支援者理解
- 情報の整理と個別支援計画への橋渡し
- チーム支援の始まり

(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)

ニーズのアセスメントとは

ブラッドショウ (J. Bradshaw) のニーズ類型論

① Normative Needs (規範的なニーズ)

② Expressed Need (表明されたニーズ)

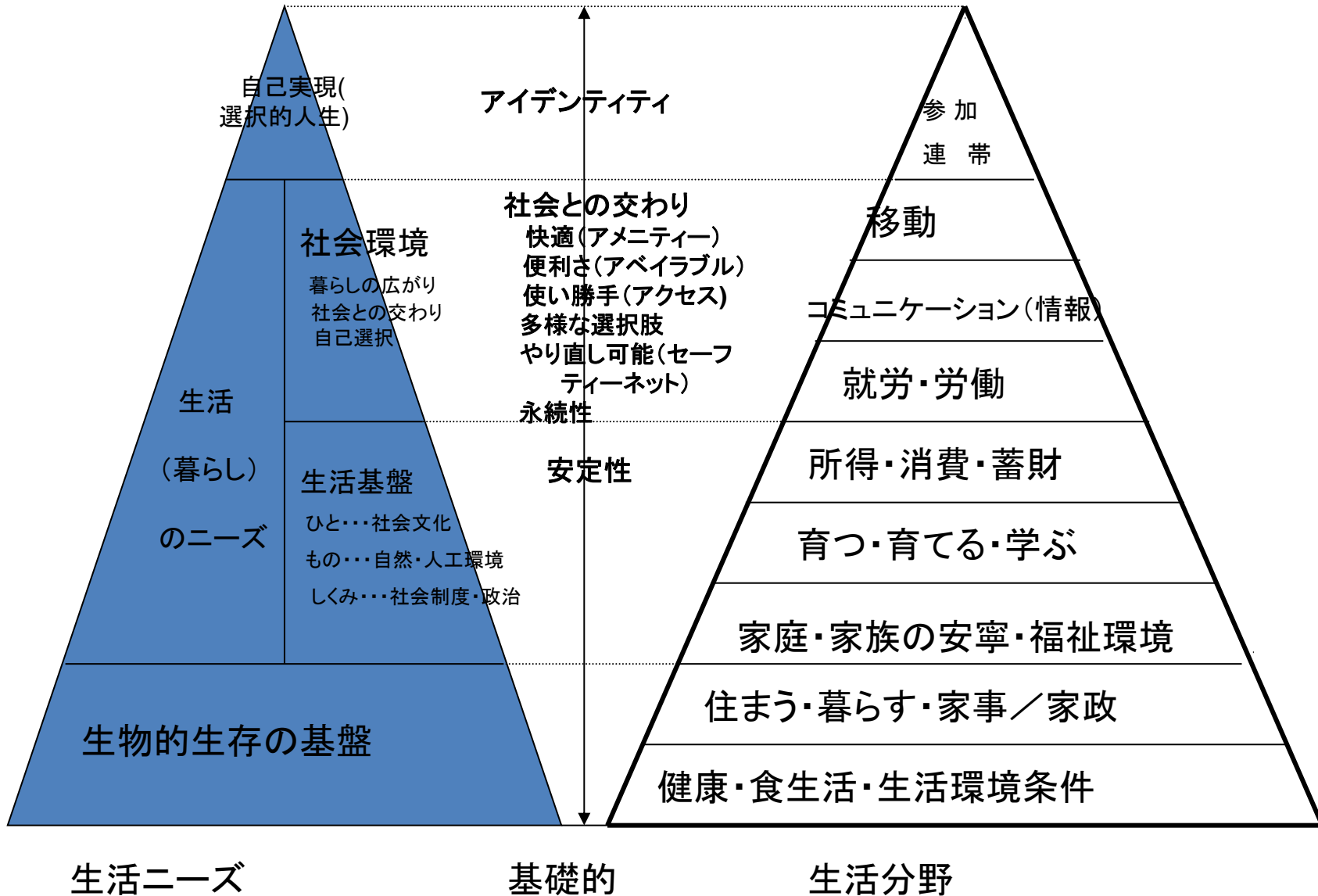
③ Felt Need (Wantに等しい概念) あなたの感得されたニーズ

④ Comparative Need (比較されたニーズ)、潜在的ニーズ



ニーズの構図 (経済企画庁;1992 より援用)

高次



デマンドとニーズ

- 本人の言い分はデマンド(要請)であり、必ずしもニーズではない。
- ニーズは本人も気づいていないことが多い。ニーズとは、人が生活をしていくために必要な要素(衣・食・住・・・)のうちで欠けたものである。
- 最初の段階では一致したニーズ理解にならないこともある。この場合は、利用者のニーズを優先して、とりあえず先に進むべきであろう。

「図説 ケアマネジメント、野中猛著、中央法規、2006年」

ストレングスモデルの活用

○「ストレングス (Strength)」とは、個別支援計画を作成す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。

○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、強さであるストレングスがあるので、それを中心にアプローチして行こうとする考え方。

ストレングスモデル

- チャールズ・A・ラップ等は、「全ての人にはストレングス(強さ)があり、生活に抱く願望や抱負、個人の素質、特質、技術、才能、そして環境の中に、ストレングスがある。」としている。
- 本人のストレングスは、人柄(個性)、才能、技能、生活に抱く願望や抱負、興味、良い生活習慣の継続、経験、経験からくる自負など。
- 環境のストレングスは、年金受給や保険利用ができるなどの制度的環境、家族仲が良い、近隣に知人が住んでいるなどの人的環境、持ち家である、一階に住んでいる、道路が広い、駅に近い、スーパーが近いなどの住環境など。

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こに特別な理由があることを理解する。

本人状態を把握するためのイメージ図

★私自身のストレンクス(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」



アセスメントの比較

ストレングス志向のアセスメント

- ・人が望み、欲し、希望し、願望し、夢見るもの、人の才能、技能、知識。全体的な描写。
- ・利用者が置かれている状況の観点から情報を収集する。
- ・民族誌的、質的。
- ・会話と目的に富む。
- ・「今ここで」に焦点が当てられる。将来/過去についても話し合う。これまでどのようにしのいできたのかを問う。
- ・人々は個人と環境のなかで自分の望むものを決定する、かけがえのない人間としてみなされる。
- ・アセスメントは関係性が基盤にあり、現在進行形で、決して完全なものでない。
- ・励まし、助言、承認は過程において不可欠である。
- ・ストレングスアセスメントは特有で詳細なものである。人間を個別化する。
- ・自然な支援ネットワークの活性化と形成を調べる。
- ・利用者が権威と所有意識をもつ。
- ・専門家は「私はあなたから何を学ぶことができますか」と尋ねる。

問題志向のアセスメント

- ・問題として診断を下す。
- ・問題と関連して質問が続けられる。ニーズ欠陥。症状。
- ・専門家の観点から見たクライアントの問題を追求する。分析的。
- ・疑問文の面接である。
- ・機能水準を確認するための診断評価の手順に焦点が当てられる。
- ・クライアントは行動に関して洞察を欠き、問題や病理については否認していると見なされる。
- ・クライアントは直接決定を導くサービス供給者の介入のために、無抵抗で受動的になっている。
- ・汎用の均質な言葉を使いながら、診断または問題の分類の対象として人を診る。
- ・公式のサービスによる問題とニーズの遵守とを管理する。
- ・専門家によってコントロールされる。
- ・専門家は「あなたが学ぶべき/取り組むべきことは…」指示する。

(『ストレングスモデル』、金剛出版、2014)

ストレングスの種類 その1

性質・個人の性格

- ・正直である
- ・思いやりがある
- ・希望をもっている
- ・勤勉である
- ・親切である
- ・辛抱強い
- ・感性が豊かである
- ・話好きである
- ・親しみやすい
- ・すすんで人助けをする
- ・弱者をかばう
- ・記憶力がすごい

技能・才能

- ・トランプが得意(スペード)
- ・数学とお金の管理が得意
- ・車の修理ができる
- ・石壁を積むことができる
- ・フラワーアレンジメント
- ・野球カードをすべて知っている
- ・コンピューターの天才
- ・古いロックをよく知っている

(『ストレングスモデル』、剛出版、2014)

ストレングスの種類 その2

環境のストレングス

- ・彼/彼女が本当に気に入っている
安全な家がある
- ・兄がいる
- ・犬のマックは親友である
- ・毎月535ドルのSSIを受給している
- ・2年前まで、地域の信仰コミュニティの一員だった。
- ・スウェットロッジ(儀式用のサウナ) – 文化的な癒しの伝統

関心・熱望

- ・ロックスターになりたい
- ・魚釣りが好き
- ・テレビで昔の映画を観るのが好き
- ・コーヒーショップでくつろぐの好き
- ・姪と一緒にもっと時間を過ごしたい
- ・近い将来自分の車を持ちたい

(『ストレングスモデル』、剛出版、2014)

〇〇のストレングスアセスメント

現在のストレングス 私の今のストレングスは？才能、技能、 個人の、環境のストレングス	願望・熱望 何がしたいか？ 何がほしいか？	過去の資源 個人、社会、環境 どのようなストレングスを今まで使ってきたか
	家/日常生活	
	財産・経済/保険	
	就労/教育/専門的知識	
	支援者との関係	
	快適な状態/健康	
	レジャー/余暇	
	スピリチュアリティ/文化	

リフレーミングとは



コップに半分の水を“もう半分しかない”と捉えるか“まだ半分ある”と捉えるか。

同じことを体験しても、人それぞれの価値観という枠組み(フレーム)で判断する。

その枠組みを取り換えて、別の肯定的な視点から見るようにするのがリフレーミング。

「強度行動障害支援者養成研修 受講者用テキスト」

国立のぞみの園 2014

想定される 障害特性

リフレミング（強みの表現に変換）してみると

	社会性	意思疎通	遅れと偏り	発達の	その他	
① ことばを聞いて理解することが苦手		●				▶ 目で見た情報は理解しやすい
② 表情や身振りを、誤って理解してしまう		●				▶ 明瞭に（はっきりと）区別された指示を好む
③ 人や場面によって態度を変えられない	●	●				▶ ルールをきっちりと守ろうとする。物怖じしない
④ 他の人の興味あることに関心が薄い	●					▶ 状況に左右されず、自分の好きなことに取り組むことができる
⑤ 全体をとらえて関係性をつかむことが苦手	●					▶ 細部に、強く意識を向けることができる
⑥ 別のやり方を探したり臨機応変な対応が苦手	●					▶ 状況に左右されず、ねばり強く取り組むことができる
⑦ 集団で一斉に行動することが苦手	●					▶ マイペースに課題を完了することができる
⑧ 「いつ終わる」かを理解するのが苦手	●		●			▶ 決められたことを、やり続けようとする
⑨ 抽象的、あいまいなことの理解が苦手	●		●			▶ 具体的で、はっきりとしたことを好む
⑩ 経験していないことを想像することが苦手	●		●			▶ 経験したことは、しっかりと覚える
⑪ 特定の物事に強く固執	●		●	●		▶ 興味があること（趣味・仕事）に、積極的に取り組める
⑫ 記憶することが苦手			●			▶ 繰り返し体験することで記憶する
⑬ 発達（認知能力）がアンバランス			●			▶ 興味・関心、好きなことは抜群にできる
⑭ 特定の行動を何度もくりかえしてしまう			●	●		▶ 決まったパターンを几帳面に行うことができる
⑮ 期待されていることに注意が向かない				●		▶ 興味・関心があるものに、強く注意・集中を向けることができる
・落ち着きがなく、その場にとどまっていられない				●		
・結果をかえりみず突然反応してしまう				●		
⑯ 特定の感覚が過敏、または鈍い				●		▶ 些細な違いや変化に気がつくことができる、または非常に我慢強い

(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

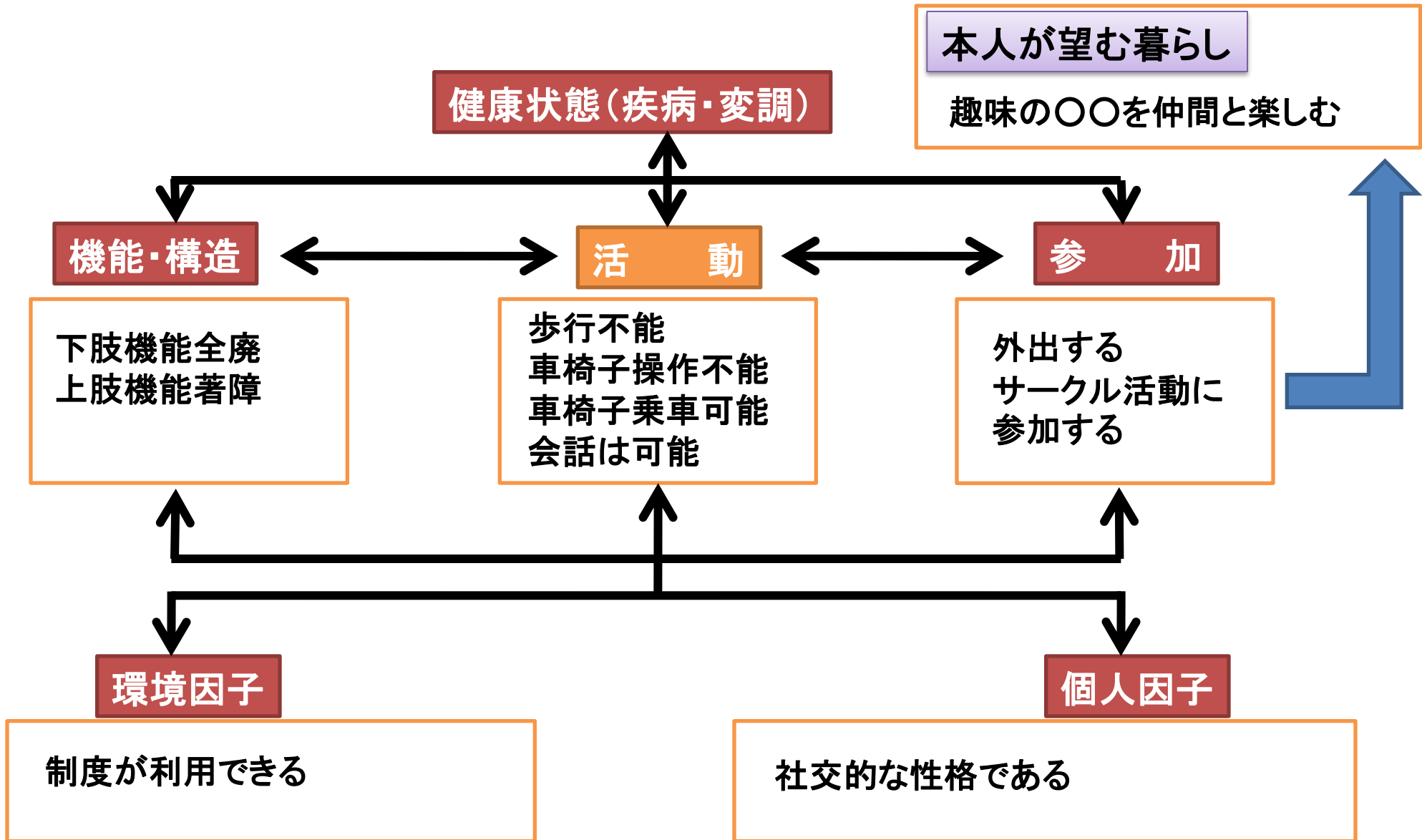
No	意向等の把握 (デマンド)	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること(分析) (事例の強み・可能性)	解決すべき課題 (ニーズ)

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。

ICFを活用した利用者把握



(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

(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

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">・ 病院等を退院し、一定の訓練が必要な身体障害者・ 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	<p>【サービスの達成目標】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 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。 (心身の機能の回復・向上を目的とした訓練の実施) <p>【主目標】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 1年で、在宅での生活をほぼ可能にする <p>【個別目標】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 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・ 社会活動への参加(スポーツ、趣味的活動、パソコン等)・ 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

(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

(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。

支援計画と支援記録



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
- 5W1Hの活用。「When:いつ」「Where:どこで」「Who:だれが」「What:何を」「Why:なぜ」「How(どのように)

(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

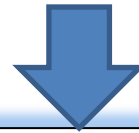
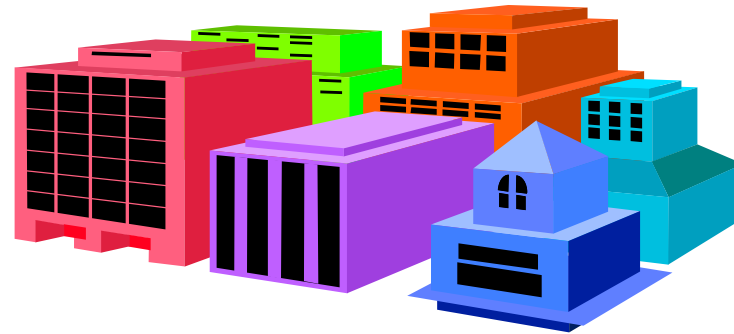
個別支援計画の修正・変更記録票

利用者名

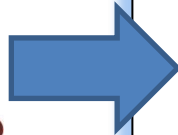
様

	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

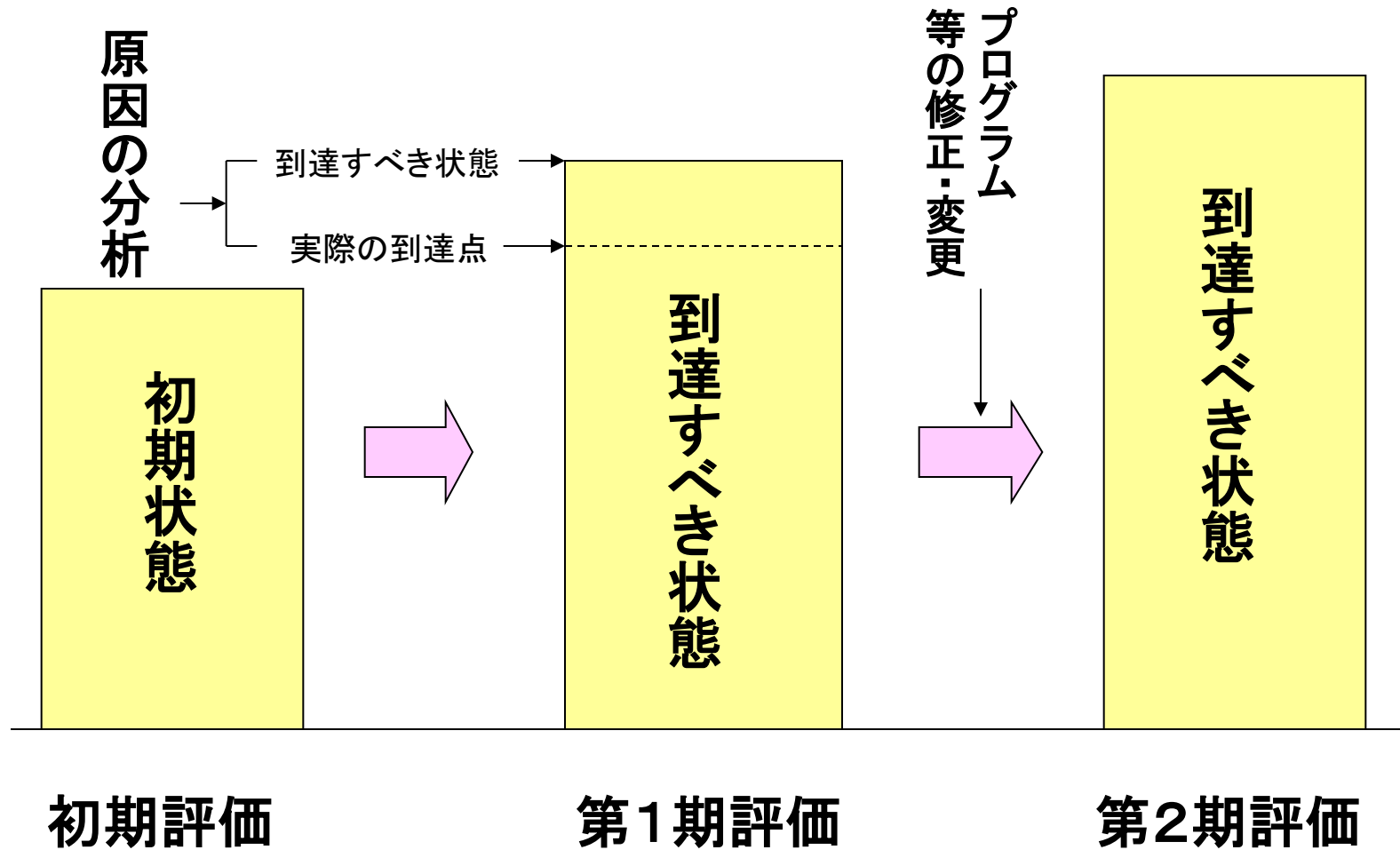
実施方法

- ・ 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

サービス提供のプロセスにおける 意思決定支援

障害者総合支援法と意思決定支援

○ 障害者総合支援法、児童福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法について、
その他所要の整備を行う。 【平成25年4月1日施行】

障害者及び障害児に対する意思決定支援（障害者総合支援法、児童福祉法、知的障害者福祉法）

○ 指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設等の設置者等は、障害者の**意思決定の支援**に配慮するとともに、常にその立場に立って支援を行うよう努めなければならないものとする。

○ 指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等の設置者等は、障害児及びその保護者の**意思をできる限り尊重**するとともに、常にその立場に立って支援を行うよう努めなければならないものとする。

○ 市町村は、知的障害者の**意思決定の支援**に配慮しつつ、知的障害者の支援体制の整備に努めなければならないものとする。（知的障害者福祉法）

障害者の意思決定支援を推進するための方策

意思決定支援の推進（運営基準への位置づけ）

障害者の意思決定支援を推進するため、「障害福祉サービス等の提供に当たっての意思決定支援ガイドライン」を踏まえ、相談支援及び障害福祉サービス事業等の指定基準において、以下の規定を追加する。

【取扱方針】

- 事業者は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の意思決定の支援に配慮するよう努めなければならない。

【サービス等利用計画・個別支援計画の作成等】

- 利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、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。
 - 利用者の希望する生活や課題等の把握（アセスメント）に当たり、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に意思決定支援を行うため、当該利用者の意思及び選好並びに判断能力等について丁寧に把握しなければならない。
 - 相談支援専門員やサービス管理責任者が行うサービス担当者会議・個別支援会議について、利用者本人が参加するものとし、当該利用者の生活に対する意向等を改めて確認する。
- ※ 障害児者の状況を踏まえたサービス等利用計画・障害児支援計画の作成を推進する観点から、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者が作成した個別支援計画について相談支援事業者への交付を義務付け。

【サービス管理責任者の責務】

- サービス管理責任者は、利用者の自己決定の尊重を原則とした上で、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に利用者への意思決定支援が行われるよう努めなければならない。
- ※障害児通所支援、障害児入所施設についても、障害児及びその保護者の意思の尊重の観点から、上記に準じた規定を追加。

（参考）障害者の意思決定支援のプロセス 相談支援専門員・サービス管理責任者が、利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、計画を検討



※相談支援専門員によるモニタリングについて、地域移行に向けた意思決定支援や重度の障害等のため頻回な関わりが必要な者は標準より短い期間で設定が望ましい旨例示

意思決定支援ガイドライン

「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」の概要

I 趣旨

- 障害者総合支援法においては、障害者が「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」される旨を規定し、指定事業者や指定相談支援事業者に対し、「意思決定支援」を重要な取組として位置付けている。
- 今般、意思決定支援の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめたガイドラインを作成し、事業者や成年後見の担い手を含めた関係者間で共有することを通じて、障害者の意思を尊重した質の高いサービスの提供に資することを目的とするもの。

II 総論

1. 意思決定支援の定義

意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意志決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう。

2. 意思決定を構成する要素

(1) 本人の判断能力

障害による判断能力の程度は、意思決定に大きな影響を与える。意思決定を進める上で、本人の判断能力の程度について慎重なアセスメントが重要。

(2) 意思決定支援が必要な場面

① 日常生活における場面

例えば食事・衣服の選択・外出・排せつ・整容・入浴等基本的な生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の場面が考えられる。

日頃から本人の生活に関わる事業者の職員が、場面に応じて即応的に行う直接支援の全てに意思決定支援の要素が含まれている。

② 社会生活における場面

自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、入所施設から地域移行してグループホームや一人暮らしを選ぶ場面等が、意思決定支援の重要な場面として考えられる。

体験の機会の活用を含め、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に、事業者、家族や成年後見人等が集まり、判断の根拠を明確にしなが、より制限の少ない生活への移行を原則として、意思決定支援を進める必要がある。

(3) 人的・物理的環境による影響

意思決定支援は、本人に関わる職員や関係者による人的な影響や環境による影響、本人の経験の影響を受ける。

3. 意思決定支援の基本的原則

- (1) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要である。
- (2) 職員等の価値観においては不合理と思われる決定でも、他者への権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢が求められる。
- (3) 本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながらい障害者の意思及び選好を推定する。

4. 最善の利益の判断

本人の意思を推定することがどうしても困難な場合は、関係者が協議し、本人にとっての最善の利益を判断せざるを得ない場合がある。最善の利益の判断は最後の手段であり、次のような点に留意することが必要である。

(1) メリット・デメリットの検討

複数の選択肢からメリットとデメリットを可能な限り挙げ、比較検討して本人の最善の利益を導く。

(2) 相反する選択肢の両立

二者択一の場合においても、相反する選択肢を両立させることを考え、本人の最善の利益を追求する。(例えば、食事制限が必要な人も、運動や食材等の工夫により、本人の好みの食事をしつつ、健康上リスクの少ない生活を送ることができないか考える場合等。)

(3) 自由の制限の最小化

住まいの場を選択する場合、選択可能な中から、障害者にとって自由の制限がより少ない方を選択する。また、本人の生命・身体の安全を守るために、行動の自由を制限せざるを得ない場合でも、他にないか慎重に検討し、自由の制限を最小化する。

5. 事業者以外の視点からの検討

事業者以外の関係者も交えて意思決定支援を進めることが望ましい。本人の家族や知人、成年後見人、ピアサポーター等が、本人に直接サービス提供する立場とは別の第三者として意見を述べることにより、多様な視点から本人の意思決定支援を進めることができる。

6. 成年後見人等の権限との関係

意思決定支援の結果と成年後見人等の身上配慮義務に基づく方針が齟齬をきたさないよう、意思決定支援のプロセスに成年後見人等の参画を促し、検討を進めることが望ましい。

1. 意思決定支援の枠組み

意思決定支援の枠組みは、意思決定支援責任者の配置、意思決定支援会議の開催、意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画(意思決定支援計画)の作成とサービスの提供、モニタリングと評価・見直しの5つの要素から構成される。

(1) 意思決定支援責任者の配置

意思決定支援責任者は、意思決定支援計画作成に中心にかかわり、意思決定支援会議を企画・運営するなど、意思決定支援の仕組みを作る等の役割を担う。サービス管理責任者や相談支援専門員が兼務することが考えられる。

(2) 意思決定支援会議の開催

意思決定支援会議は、本人参加の下で、意思決定が必要な事項に関する参加者の情報を持ち寄り、意思を確認したり、意思及び選好を推定したり、最善の利益を検討する仕組み。「サービス担当者会議」や「個別支援会議」と一体的に実施することが考えられる。

(3) 意思決定が反映されたサービス等利用計画や個別支援計画(意思決定支援計画)の作成とサービスの提供

意思決定支援によって確認又は推定された本人の意思や、本人の最善の利益と判断された内容を反映したサービス等利用計画や個別支援計画(意思決定支援計画)を作成し、本人の意思決定に基づくサービスの提供を行うことが重要である。

(4) モニタリングと評価及び見直し

意思決定支援を反映したサービス提供の結果をモニタリングし、評価を適切に行い、次の支援でさらに意思決定が促進されるよう見直すことが重要である。

2. 意思決定支援における意思疎通と合理的配慮

意思決定に必要なと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもって説明し、決定したことの結果起こり得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行うことが重要である。

3. 意思決定支援の根拠となる記録の作成

意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。

4. 職員の知識・技術の向上

職員の知識・技術等の向上は、意思決定支援の質の向上に直結するものであるため、意思決定支援の意義や知識の理解及び技術等の向上への取組みを促進させることが重要である。

5. 関係者、関係機関との連携

意思決定支援責任者は、事業者、家族や成年後見人等の他、関係者等と連携して意思決定支援を進めることが重要である。協議会を活用する等、意思決定支援会議に関係者等が参加するための体制整備を進めることが必要である。

6. 本人と家族等に対する説明責任等

障害者と家族等に対して、意思決定支援計画、意思決定支援会議の内容についての丁寧な説明を行う。また、苦情解決の手順等の重要事項についても説明する。意思決定支援に関わった関係者等は、業務上知り得た秘密を保持しなければならない。

IV 意思決定支援の具体例

1. 日中活動プログラムの選択に関する意思決定支援
2. 施設での生活を継続するかどうかの意思決定支援
3. 精神科病院からの退院に関する意思決定支援

○ 意思決定支援の流れ

意思決定が必要な場面 ・ サービスの選択 ・ 居住の場の選択 等

本人が自分で決定できるよう支援

自己決定が困難な場合

意思決定支援責任者の選任
とアセスメント

相談支援専門員・サービス管理責任者
兼務可

- 本人の意思決定に関する情報の把握方法、意思決定支援会議の開催準備等
- アセスメント ・ 本人の意思確認 ・ 日常生活の様子の観察 ・ 関係者からの情報収集 ・ 本人の判断能力、自己理解、心理的状況等の把握 ・ 本人の生活史等、人的・物理的環境等のアセスメント ・ 体験を通じた選択の検討 等

意思決定支援会議の開催

サービス担当者会議・個別支援会議
と兼ねて開催可

本人・家族・成年後見人等・意思決定支援責任者・事業者・関係者等による情報交換や本人の意思の推定、最善の利益の判断

意思決定の結果を反映したサービス等利用計画・個別支援計画
(意思決定支援計画) の作成とサービスの提供、支援結果等の記録

支援から把握される表情や感情、行動等から読み取れる意思と選好等の記録

意思決定に関する記録の
フィードバック

意思決定支援はチームで

意思決定支援は、
本人を真ん中に置
いて、チームで取り
くむ仕組み作りが
重要。

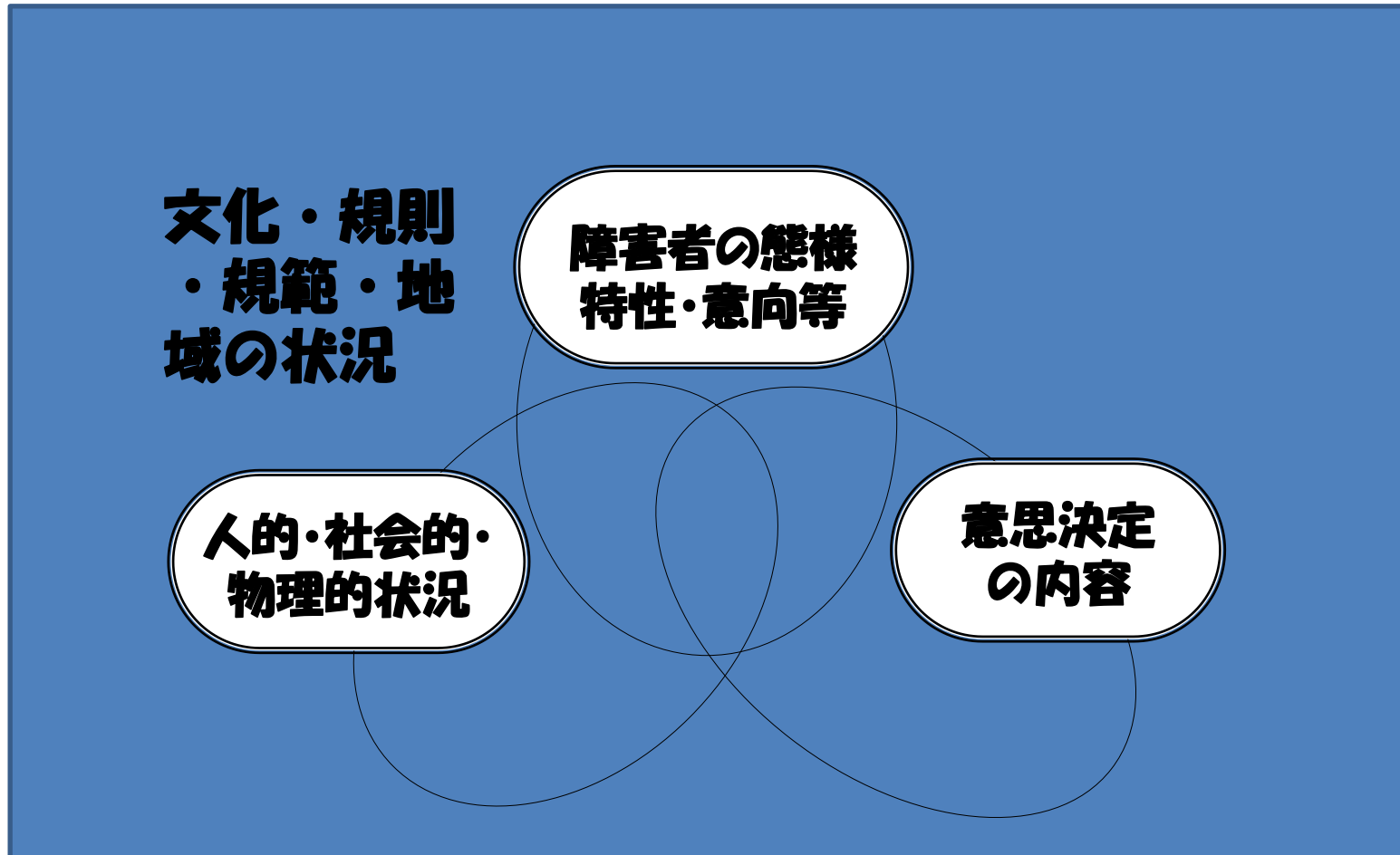


チーム形成と相互牽制機能

意思決定における本人の自律性と主導権を確保するため、意思決定支援に関わる複数の主体がそれぞれ独立した立場から確認、評価し合うことにより、本人の意思決定を支援する枠組みの透明性を確保し、もって本人の意思決定に対する**関係性の濫用及び不当な影響力の行使を抑制する機能。**

(「第二基成年後見制度利用促進基本計画に係る
中間報告書(案)」成年後見制度利用促進専門家会議)

意思決定の要素



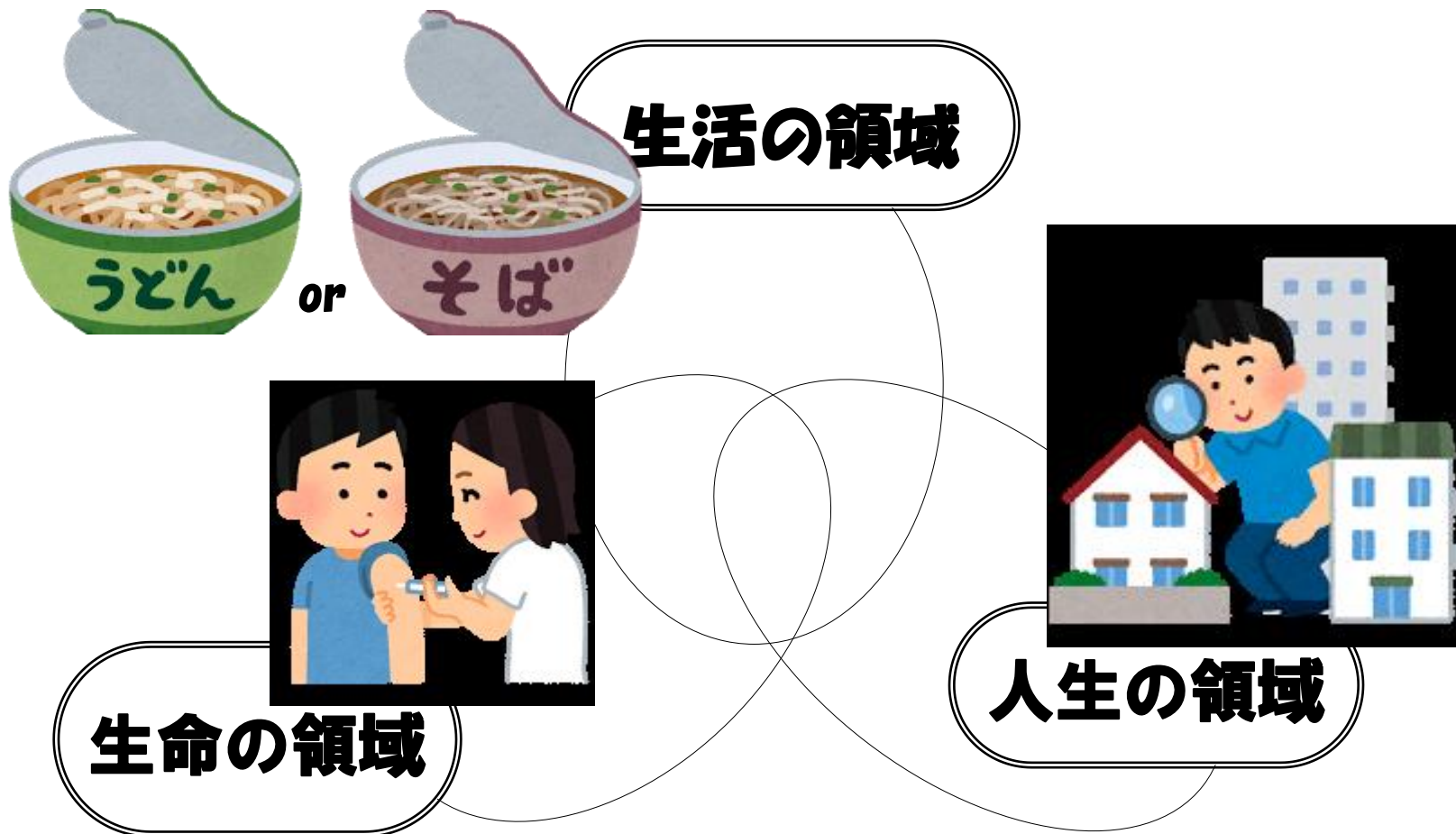
意思決定支援ガイドライン

意思決定を構成する要素

- (1) 本人の理解力・判断能力
- (2) 意思決定支援が必要な場面
 - ① 日常生活における場面
 - ② 社会生活における場面
- (3) 人的・物理的環境による影響

意思決定の三つの領域

LIFE (生活・人生・生命)



意思決定支援ガイドライン

意思決定支援の基本的原則

- (1) 本人への支援は、自己決定の尊重に基づき行うことが原則である。
- (2) 不合理と思われる決定でもその選択を尊重するよう努める。
- (3) あらゆる支援を行っても自己決定することが困難な場合、本人を良く知る関係者が集まって意思及び選好を推定する。

意思決定支援ガイドライン

障害者の最善の利益の判断

- (1) メリット・デメリットの検討
- (2) 相反する価値の両立
- (3) 自由の制限の最小化

意思決定支援の仕組み

意思決定支援
三要素

意思決定支援
責任者



意思決定支援会議



意思決定支援
計画書



意思決定支援ガイドライン

意思決定支援の仕組み

- (1) 意思決定支援責任者の配置
- (2) 意思決定支援会議の開催とアセスメント
- (3) 意思決定支援計画の作成
- (4) 支援の実施とモニタリング
- (5) 意思決定支援実施の評価とフォロー

情報の伝達ということ

われわれは、長い間、本人の意思決定能力を問題にしてきたが、問われるべきは、自分たちの意思決定支援能力である。



意思決定支援ガイドライン

意思決定支援における意思疎通 と合理的配慮

意思決定支援を行うにあたっては、意思決定に必要だと考えられる情報を本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう配慮をもって説明し、決定したことの結果起こり得ること等を含めた情報を可能な限り本人が理解できるよう、意思疎通における合理的配慮を行うことが重要である。

物語づくりということ



**障害の重い方への意思
決定支援は、本人のラ
イフストーリー(物語)づ
くりからはじまる**



意思決定支援ガイドライン

意思決定支援における記録の作成

意思決定支援を進めるためには、本人のこれまでの生活環境や生活史、家族関係、人間関係、嗜好等の情報を把握しておくことが必要である。家族も含めた本人のこれまでの生活の全体像を理解することは、本人の意思を推定するための手がかりとなる。

支援会議は連携ツール

連携していくためには、支援会議において、共通言語としての個別支援計画が必要であること、それを関係者が一緒に作っていくことを認識する

→ ツールを使いこなす



意思決定支援ガイドライン 関係者・関係機関との連携

総論における、「事業者以外の視点からの検討」、各論における「意思決定支援会議」における利益相反の場合、外部の第三者の参加や協議会等開かれた仕組みとすることが求められていることを含むものである。

要は、協働決定の仕組みづくり

家族や支援者は、
心強い味方であるが
親密圏にあるからこそ
皆で決定する仕組み
と第三者が必要。

→(自立支援)協議会？



意思決定支援の具体的例

利用者名 _____

作成年月日: _____年 月 日

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	友だち、職員、販売所、家族等のさまざまな人と会話し、多くの人との関係をもち続けさせたい。
総合的な援助の方針	友だち、職員、販売所、家族等のさまざまな人と会話し、多くの人と関係をもちたい。
長期目標(内容、期間等)	販売所に行き、さまざまな人とコミュニケーションを図り、多くの人との関係をもち続けたい。
短期目標(内容、期間等)	作業を自分で選び、ふくろずめの仕事を眠ることなく、集中して行いたい。

○支援目標及び支援計画等

支援目標	支援内容 6ヶ月 (内容・支援の提供上のポイント等)	達成時期	担当者 提供機関	留意事項 (本人の役割を含む)	優先 順位
ふくろずめの仕事や畑仕事、ミニブタの世話、配達を選んで取り組みたい。	ふくろずめの仕事等が忙しい時は別にして、その日の作業の状況に応じて、ふくろずめ、畑仕事、ミニブタの世話、配達等の仕事を選択できるように、朝礼の時に確認して、本人の意思決定を促す。	6ヶ月	事業所	仕事を選択する 選べる実感をもつ	1
ふくろずめの仕事を眠ることなく、続けたい。	・眠気がある状態では、誉め言葉による声かけにより、集中して続けられるよう促す。トイレに行ったり、水分を補給して気分転換を図り、作業への取り組みを促す。 ・眠気が強い時は、前半(14時)まで取り組み、それ以降はゆっくり休んでもらう等、本人の体調をみながら対応する。休む場所は、本人に確認し、意思決定していただいて、休んでもらう。	3ヶ月	事業所	体調に応じて作業に 取り組む	1
販売に行きたい	・販売所に行き、さまざまな人とコミュニケーションを図り、ワクワクドキドキした時間をもつ。ハイテンションになりそうな時は、優しい声かけ等により落ち着きを促す。	6ヶ月	事業所	声を出して接客する	1

○支援目標及び支援計画等

支援目標	支援内容 (内容・支援の提供上のポイント等)	達成時期	担当者 提供機関	留意事項 (本人の役割を含む)	優先 順位
皆と同じ時間に食べ始め、同じ時間に食べ終わり、後片付けをしたい。	<ul style="list-style-type: none"> ・食事を先に食べてしまうので、配膳は最後にして、皆と同じ時間に食べ始めるよう環境を整える。 ・食が進まない時は、随時、声かけをして、食事が進みよう促す。 ・食事が終わったら、自分でカウンターに持って行けるよう声かけをして促す。(最終的には、ごちそうさまになったら、自分で片付けられるようになる) 	6ヶ月	事業所	食事をおいしくいただく。 自分で食器を片付ける。	2
目標をもってウォーキングをしたい。	<ul style="list-style-type: none"> ・行く場所を明確に伝え、不安なく集中して歩ける環境をつくる。 ・集団から遅れる場合は、その都度、声かけをして、歩くことに集中できるよう促す。 ・散歩後の、お茶等の楽しみを伝える。 	3ヶ月	事業所	葉っぱを拾うことなく、歩くことに専念する	2

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

スーパービジョンの 目的について



スーパービジョンとは

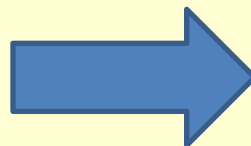
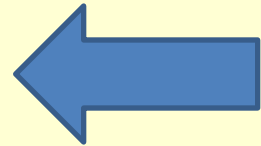
「援助者の専門的実践についての指導・調整・教育・評価する立場にある機関の管理運営責任を持つ職員が行うもので、スーパーバイザーとの信頼関係を基底にその人の仕事を管理し、教育し、支持することによって専門家としての熟成を図るものである。スーパーバイザーの究極の目的は、機関の方針と手続きに従って、利用者へのサービスが量的・質的に最高の水準となるように取り組むことである」

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

従業員

- 思考
- 選択

(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。

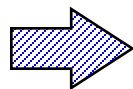
4. 職員間の**コミュニケーションの促進**を図る

サービスの評価

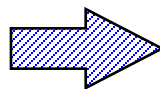
サービス内容のチェック

(1) 初期面接時の状況把握

(2) アセスメント

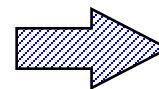


(3) 個別支援計画の作成



(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

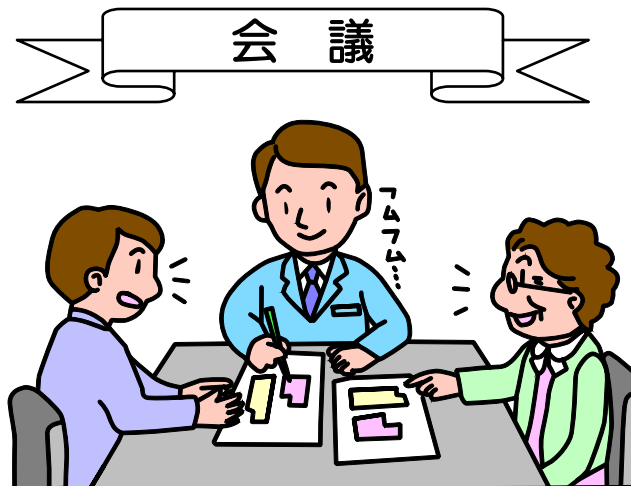
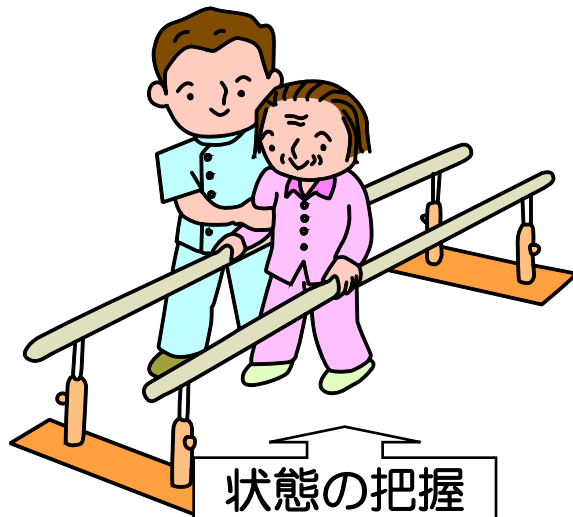
- ・目標は達成されたか
- ・利用者は満足しているか
- ・契約は履行されたか
- ・サービス提供職員の意見
- ・次の目標への準備はできているか

(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">①利用者の到達目標達成度②利用者や家族の満足度③サービス管理責任者自身の自己評価の導入④苦情解決件数⑤質の第三者評価の導入
2. 事業の推進・効率化	<ul style="list-style-type: none">①地域や就労系事業へ移行した利用者数、定着率②利用者数の増減、サービス利用期間③リーダーシップの発揮④効率的な支援会議の運営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)⑥事業所、利用者と社会資源との関係図の作成
3. 人材の育成・強化	<ul style="list-style-type: none">①資格取得の促進(キャリアアップ)による有資格者数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)③職員間の良好なコミュニケーション

(2) サービス管理責任者の役割と確認

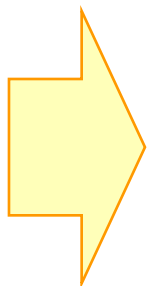
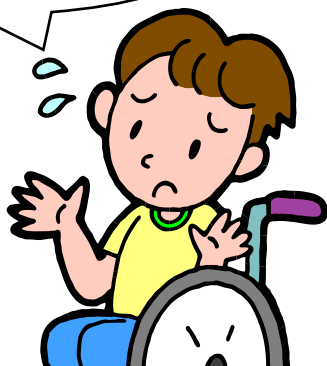
- まず、各サービス提供職員のアセスメント結果等を通じて、利用者の現在の状態を把握する。(助言・指導の根拠を持つ。)
- 各サービス内容を相互に活かしかつあえるよう、サービス全体を眺めて適切なマネジメントを行う。その際、リスクマネジメントの観点も必要。
- その上で各サービス提供職員の支援内容をチェックし、利用者がエンパワメントできるよう、適切な助言・指導を行うことが重要。
- 各サービス提供職員の意思統一を図るため、定期的(少なくとも3ヶ月に1回)、又は必要に応じて、適時会議等を企画運営する。



- 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）**

社会福祉法

第76条(利用契約の申込み時の説明)

社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスの利用を希望する者からの申込みがあつた場合には、その者に対し、当該福祉サービスを利用するための契約の内容及びその履行に関する事項について説明するよう努めなければならない。

第78条(福祉サービスの質の向上のための措置等)

社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立つて良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。



福祉サービス第三者評価

行政監査

「福祉サービス第三者評価事業」の推進体制

