

令和2年度
埼玉県サービス管理責任者等基礎研修

「サービス提供のプロセス」

(国サービス管理責任者等指導者養成研修資料より)*一部改

(社福)川越にじの会 にじいろ壺番館
管理者 菊池 崇臣

この講義のねらい

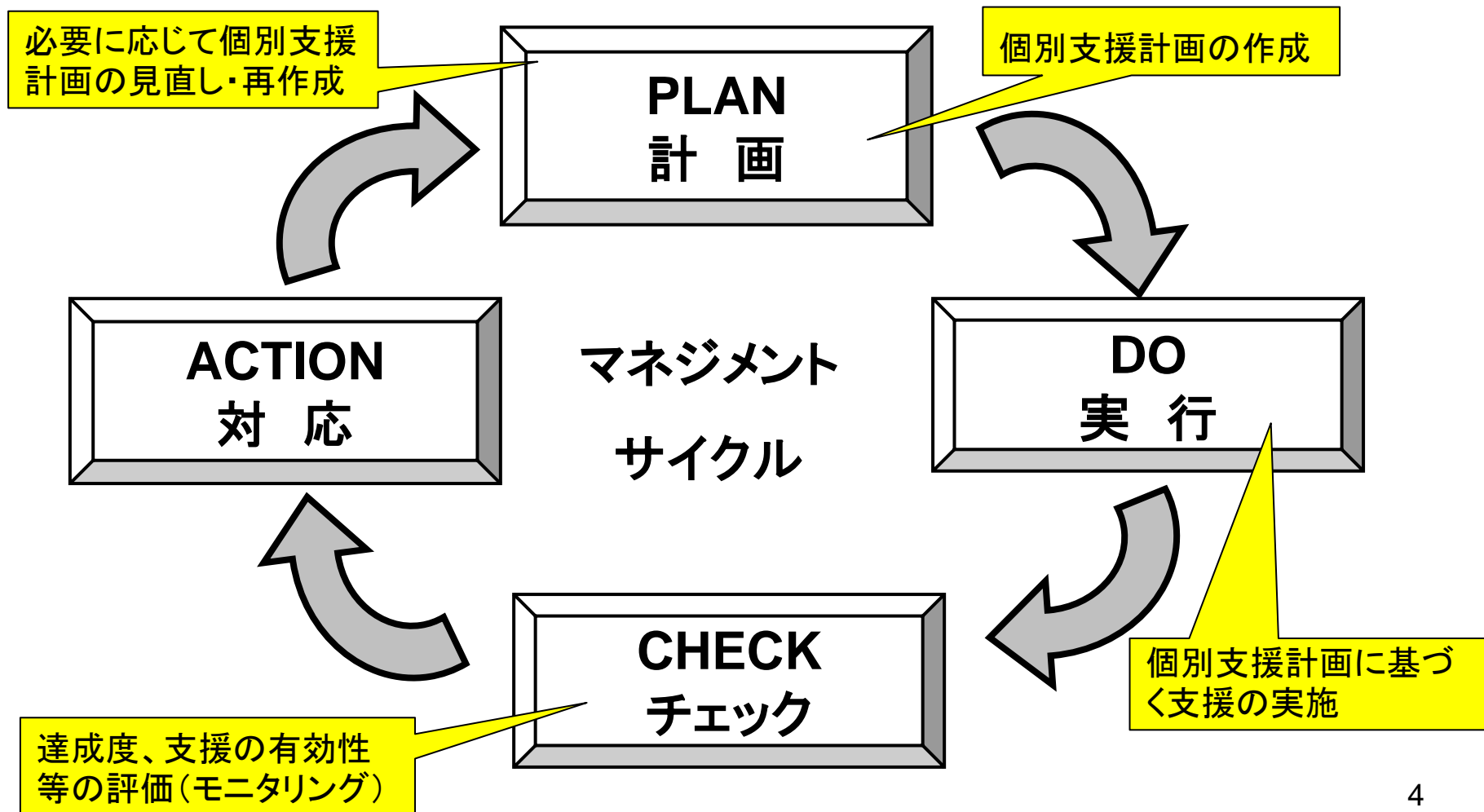
利用者中心のサービスを提供していくためには、サービス提供のプロセスを正しく理解し、そのプロセスに沿ったサービス提供に努める必要がある。そのために…

1. PDCAサイクルとその継続によって本人のニーズに沿った質の高いサービス提供がなされることを理解する
2. 各プロセスごとの内容・実施方法・ツールについて学び、今後の現場での支援に活かす
3. サービスの評価及び事業所やサビ管・児発管としての自己評価等について理解する

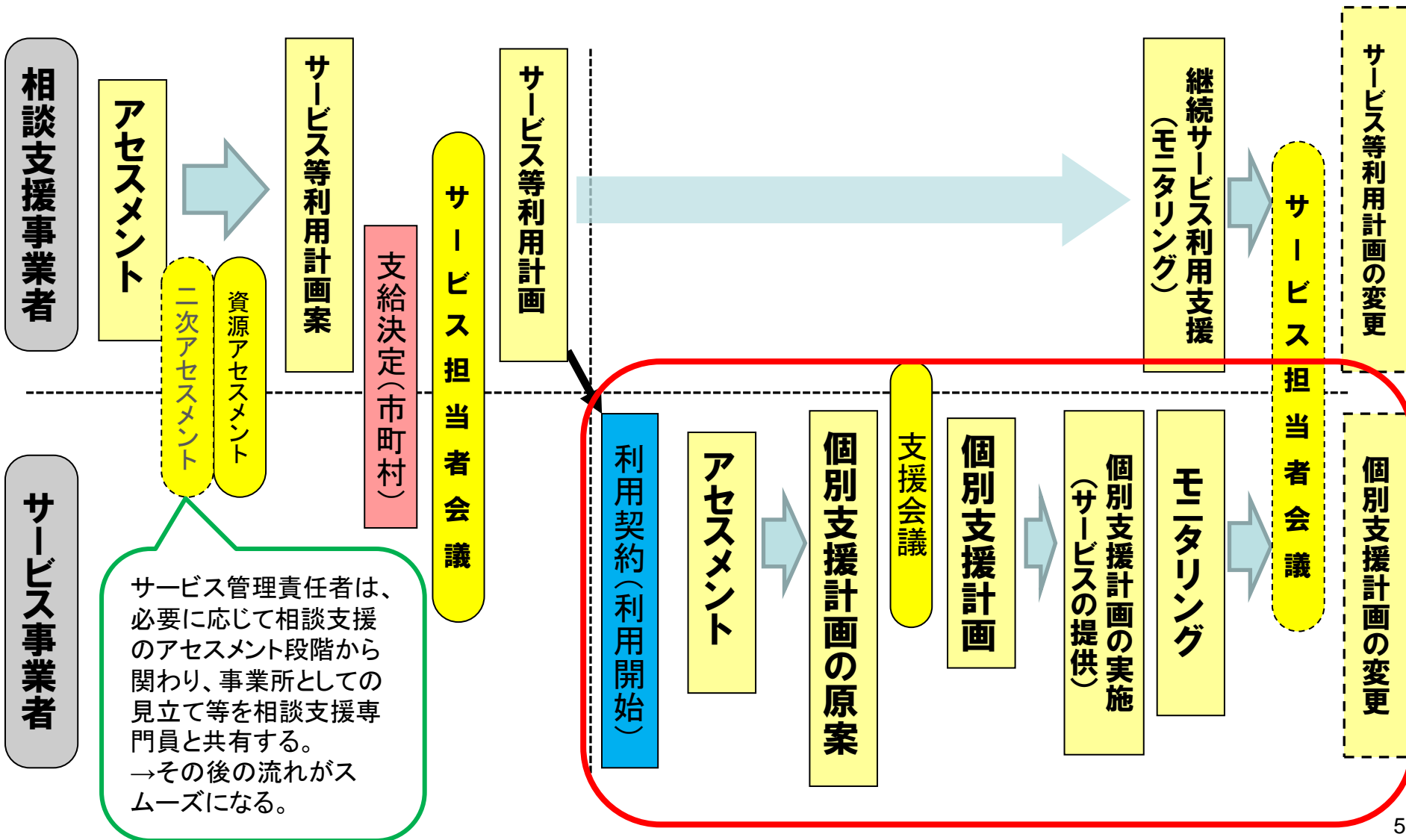
1. サービス提供プロセスの実際

個別支援計画による支援

(PDCAサイクル)



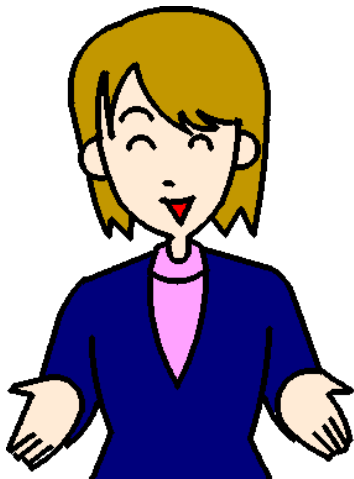
指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



(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

(参考:国サビ管研修) 地域の連携イメージ

関係機関とのつなぎを相談支援専門員が中心になって調整。相談支援専門員が作る「サービス利用計画」と、サービス管理責任者が責任を持つ「個別支援計画」との連動・連携が不可欠となる。

相談支援専門員



サービス利用計画

相談支援専門員がキーパーソンとなりトータルプランを作成し良質なサービスが提供されるよう支援する

行動援護事業所のサービス提供責任者



行動援護計画



行動援護事業所



行政職員

就労継続B型事業所のサービス管理責任者



個別支援計画



就労継続B型事業所



グループホームのサービス管理責任者



個別支援計画



グループホーム



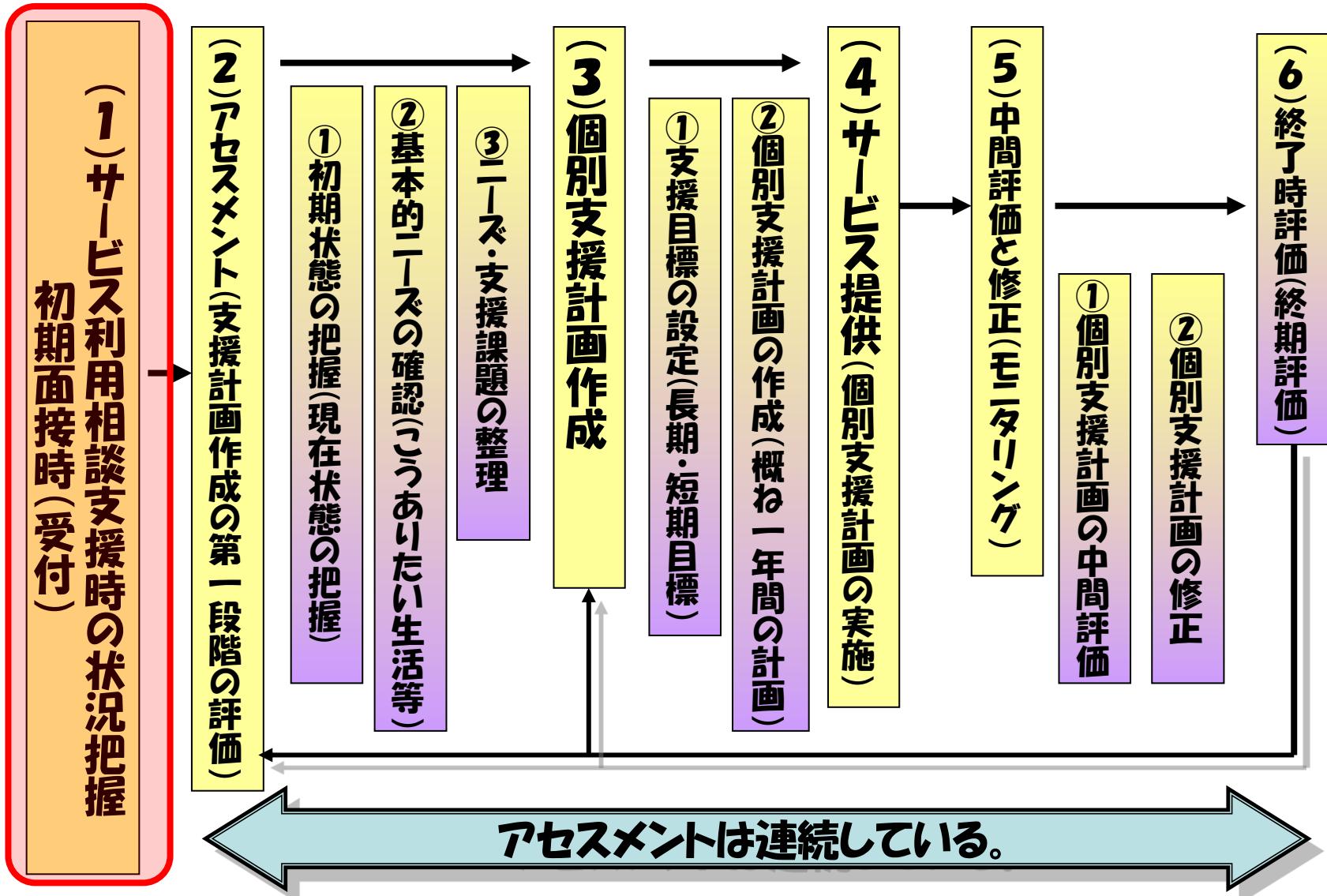
家族



地域の活動仲間

事業所におけるサービス提供プロセス

事業所内での支援会議（随時）



(1) 相談支援時の状況把握(初期面接時)

【実施内容等】

- ・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
- ・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
- ・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
- ・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
- ・個人情報の管理については慎重に行う

サービス管理責任者のチェックポイント

- ・必要な情報が提供できているか。
- ・説明はわかりやすいか。
- ・必要な情報が聞き取れているか。

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

事業者



- 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

援助者と利用者の信頼関係(ラポール)の形成の第一歩



- 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

- 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

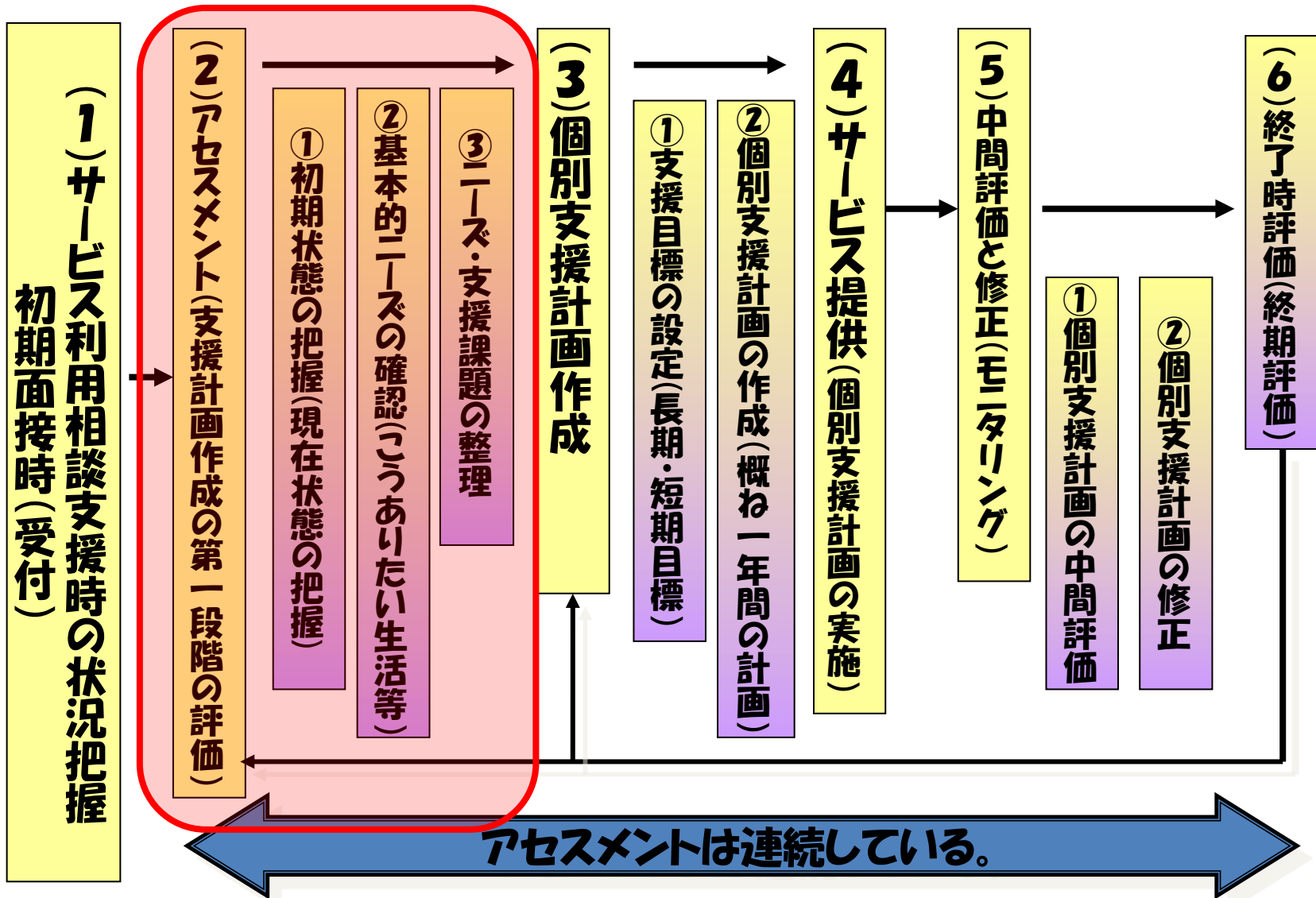
利用者



この事業所が、はたして対応してくれるの？

事業所におけるサービス提供プロセス

事業所内での支援会議（随時）



(2) - ① アセスメント：初期状態の把握

【実施方法】

- ・信頼関係の確立を基礎として、面接などを通してご本人の状態像の客観的な把握をする。
- ・アセスメントの意味をよく説明して同意を得る
- ・初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価や終期評価の際に比較検討する情報となることから、数量化など、出来るだけ客観的な把握に努める
- ・必要に応じて医師や看護師、心理士などと連携する
→必要なツール：「アセスメントシート」など

サービス管理責任者のチェックポイント

- ・適切な評価項目を選択しているか。
- ・必要な情報が集められているか。
- ・データに基づく客観的な分析ができているか。

02-1 アセスメントシート

例

氏名 大宮 正

記入 相談支援専門員

与謝野一茂

項目		介助が いるか	程度	項目	介助が いるか	程度
起居動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> 有		衛生保持	手洗い	<input type="checkbox"/> 有
	寝返り	<input type="checkbox"/> 有			爪切り	<input type="checkbox"/> 有
姿勢保持	座位	<input type="checkbox"/> 有			耳掃除	<input type="checkbox"/> 有
	立位	<input type="checkbox"/> 有			月経	<input type="checkbox"/> 有
移動	屋内	<input type="checkbox"/> 有		行排 為泄	排尿	<input type="checkbox"/> 有
	屋外 (徒歩)	<input type="checkbox"/> 有			排便	<input type="checkbox"/> 有
衣類着脱	着脱行為	<input type="checkbox"/> 有		食事全般	飲食行為	<input type="checkbox"/> 有
	服装の選択	<input type="checkbox"/> 有			食事状況	<input type="checkbox"/> 有
整容行為	歯磨き	<input type="checkbox"/> 有	時々めんどろになり声掛けが必要	食事の後片付け	<input type="checkbox"/> 有	
	洗顔	<input type="checkbox"/> 有	時々めんどろになり声掛けが必要	調理全般	調理	<input checked="" type="checkbox"/> 有 やったことがないので支援が必要
	整容	<input type="checkbox"/> 有	時々めんどろになり声掛けが必要		安全確認	<input checked="" type="checkbox"/> 有 やったことがないので支援が必要
	ひげ剃り	<input type="checkbox"/> 有	時々めんどろになり声掛けが必要	入浴全般	入浴の準備と片付け	<input type="checkbox"/> 有
	化粧	<input type="checkbox"/> 有			入浴	<input type="checkbox"/> 有
家事全般				洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 有 やったことがないので支援が必要	
				洗濯物干し	<input checked="" type="checkbox"/> 有 やったことがないので支援が必要	
				掃除	<input checked="" type="checkbox"/> 有 やったことがないので支援が必要	
				衣類整理	<input checked="" type="checkbox"/> 有 片づけなどは苦手、声掛けが必要	
				所持品整理	<input checked="" type="checkbox"/> 有 片づけなどは苦手、声掛けが必要	
				ペットメイク	<input type="checkbox"/> 有	

日常生活面

アセスメント アセスメントとは？

- ・アセスメントの過程は資料の収集と分析である。
- ・支援の実践では、アセスメントは常に継続・連続している。
- ・アセスメントで大事なものは、利用者をどのように診ているか。
- ・利用者との関わりの中で、気づくこと・発見することである。

相互理解
の場

支援員の利用者に対する診方
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
ている課題に対
する対応、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

アセスメント時の視点

- ①表面的な個々の現象を捉えるのではなく、生活の中で起こっている状況を繋がりのあるものとして総合的に捉える。

多面的に見ましょう！

- ②利用者の生活が人間らしい「健康で文化的な生活」の水準を満たしていない状況を敏感に捉える。

その人らしい生活ができているか？

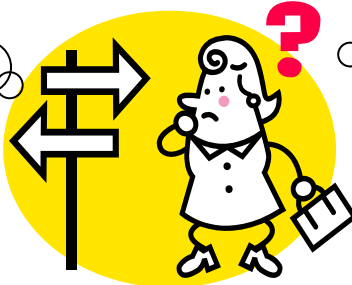
- ③利用者の多様な訴えを冷静に受け止め、支援者側も一方的に解釈することのないよう気をつける。

この人は〇〇だからと決めつけない！

(2) - ① アセスメント：初期状態の把握 行動障害があるような支援が難しい方の場合…

何で、突然に他の
利用者さんに掴
みかかったのだろ
うか？なぜ…

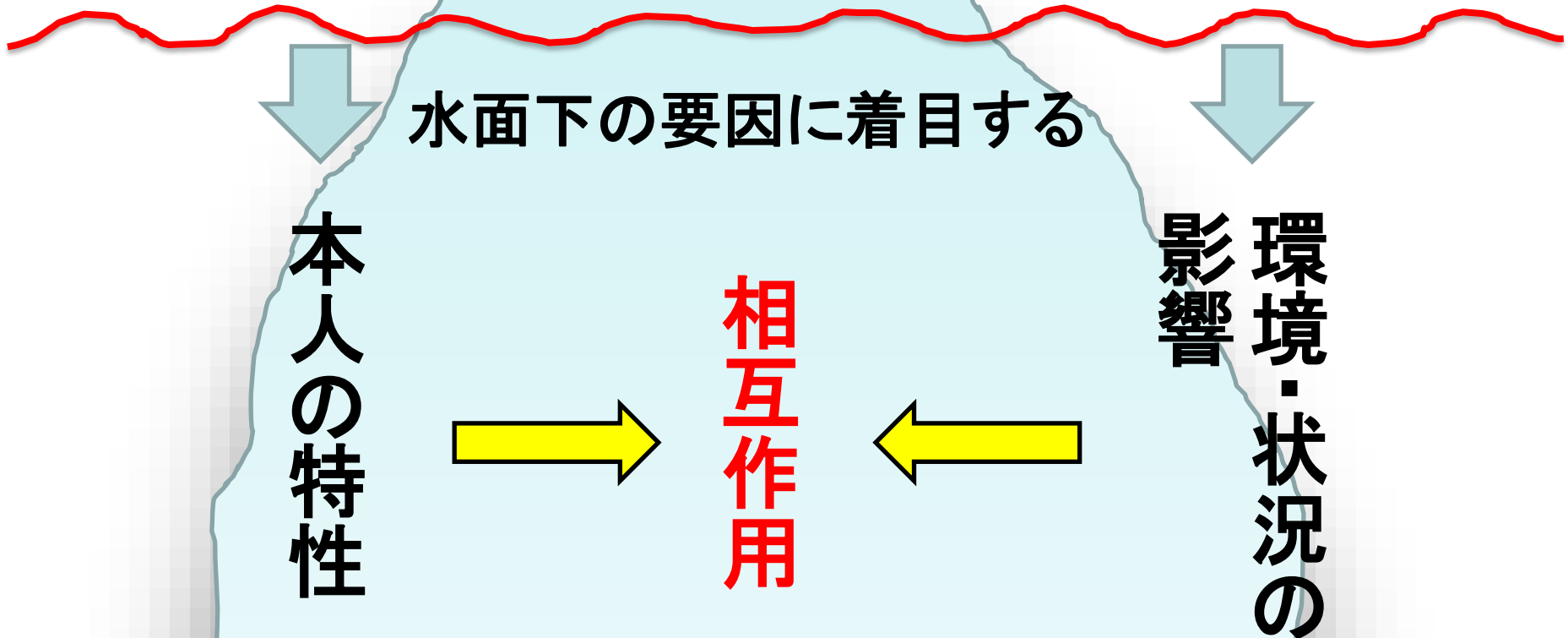
本人はどんな
経過を経て今
に至ったのか？



単純に当事者の性格、問題行動と考えてよいのだろうか・？

冰山モデル

かんしゃく、奇声、他害、自傷、パニック
不適切な行動、強いこだわり…



【冰山モデルとは】

情報処理に障害のある人の課題となっている行動を氷山の一角として捉えて、氷山の一角に注目するのではなく、その水面下の要因に着目することで、支援の方法を考えることを意味します。自閉症等の障害特性を理解し支援に生かしていく際に紹介されています。

冰山モデル

かんしゃく、奇声、他害、自傷、パニック
不適切な行動、強いこだわり...

AさんとBさんで余暇活動で工作をしていて、Aさんが「後で貸してあげるから」と言いながら、先にハサミを使ったら、突然BさんがAさんを叩いた。

水面下の要因に着目する

【本人の特性】

- ・言葉で自分の思いを表現することが難しい
- ・相手の気持ちを察することが苦手である
- ・「あとで」のイメージが難しい
- ・言葉より先に手が出てしまう

相互作用

【環境・状況】

- ・「あとで」について本人が理解できるような形での提示を(支援者が)しなかった
- ・自分の使っているもの、仲間の使っているものに区別のない環境になっていた

必要な支援策

- ・「あとで」ではなく、支援者が具体的にいつになったら借りられるのかを本人が理解できるかたちで提示する
- ・自分の使っているもの、相手の使っているものの境界を明確にする。

(2) - ② アセスメント: 基本的ニーズ(主訴)の把握

【実施方法と把握の必要な内容】

- ・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、わかりやすい言葉を使うなどして把握する。
- ・家族など身近で支える方の意向も把握する(ただし、ご本人の意向と一致しているとは限らない)
- ・現在のサービス利用状況や就労状況、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
- ・利用者の基本的ニーズ(主訴・意向)については必ず記録しておくこと

サービス管理責任者のチェックポイント

- ・利用者の意向を丁寧に聴取しているか。
- ・当事者の気づいていないニーズはないだろうか？
- ・データに基づく客観的な分析ができているか。

(2) - ③ アセスメント: 解決すべき課題の整理

【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。
- 解決すべき課題を整理した結果、複数の課題がある場合は、後の支援計画を作成するときの優先順位を考えるために重要度や緊急度なども考慮しておくとう良い。
- 課題の整理については必ず記録しておくこと
→ 必要なツール: 「課題の整理表」や「ニーズ整理表」など

サービス管理責任者のチェックポイント

- データに基づく客観的な分析ができているか。
- 具体的で適切な課題が示されているか。
- 当事者が選択できるほどの情報や経験を持っているかという点も常に考えながら見立てていますか？

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。

事前課題①：事例概要の整理
大宮 正さんってどんな人？

所属： _____ 氏名： _____

本人が希望する事や困っている事など（主訴や意向）

■どんな生活をしてきたか？
困っている事の背景は？

→本人を取り巻く環境、過去の体験なども…。

■どんな特徴がある？

→ADL、コミュニケーション、
対人関係は…

■ストレングス

長所、強み、得意なところ、可能性は？
→課題と思っている所も発想を変えれば…。



■具体的な到達目標（本人のニーズ）

-
-
-

※事業所のサービス管理責任者・児童発達支援管理者による確認サイン

上記、事前課題の終了後、サビ管・児発管または施設長（管理者）に署名・捺印を受けること。

役職： _____ / 氏名： _____ 印

アセスメントの視点を変えてみよう

ストレングスの例

環境のストレングス

- ・ 貯金がある
- ・ カラオケ仲間の幼友達がいる
- ・ 腕のよい主治医が担当
- ・ 親切な民生委員さんが担当
- ・ 近くに大学がありボランティアに困らない
- ・ 近くに当事者グループの事務局がる

- ・ 住まいは持ち家があり困らない

本人のストレングス

- ・ 笑顔が魅力的
- ・ 好きな人がいる
- ・ プログラムを欠席しない
- ・ プログラムをサボれる
- ・ ○○の資格をもっている
- ・ 絵(字)が上手い
- ・ 几帳面である
- ・ 元気にあいさつができる
- ・ 弱音が吐ける …等
- ・ 近くに支援センターがある

- ・ 近くに駅があり便利
- ・ 近くにコンビニがある
- ・ 100円ショップがある
- ・ 隣町の兄弟がときどき来てくれる
- ・ 図書館がある
- ・ 公園がある
- ・ 海がある
- ・ 川がある

…等

(ストレングスの例2)

①その人の生きてきた道・その人史・生育歴のストレングス

- **元気だった時は、裁縫が得意だった。会社の営業マンでバリバリ働いていた。学生時代皆勤賞をもらった。など・・・**

②生活場面におけるストレングス

- **配膳を率先して手伝ってくれる。作業は熱心に行っている。利用者の誘導をしてくれる。**
- **自宅では、優しいお父さん・お母さんである。**

アセスメントの視点を変えてみよう

- 入所施設の場合、利用者のストレングスが見えにくい。エンパワメント・ストレングスが弱まっている可能性が高い。

(考えられる理由)

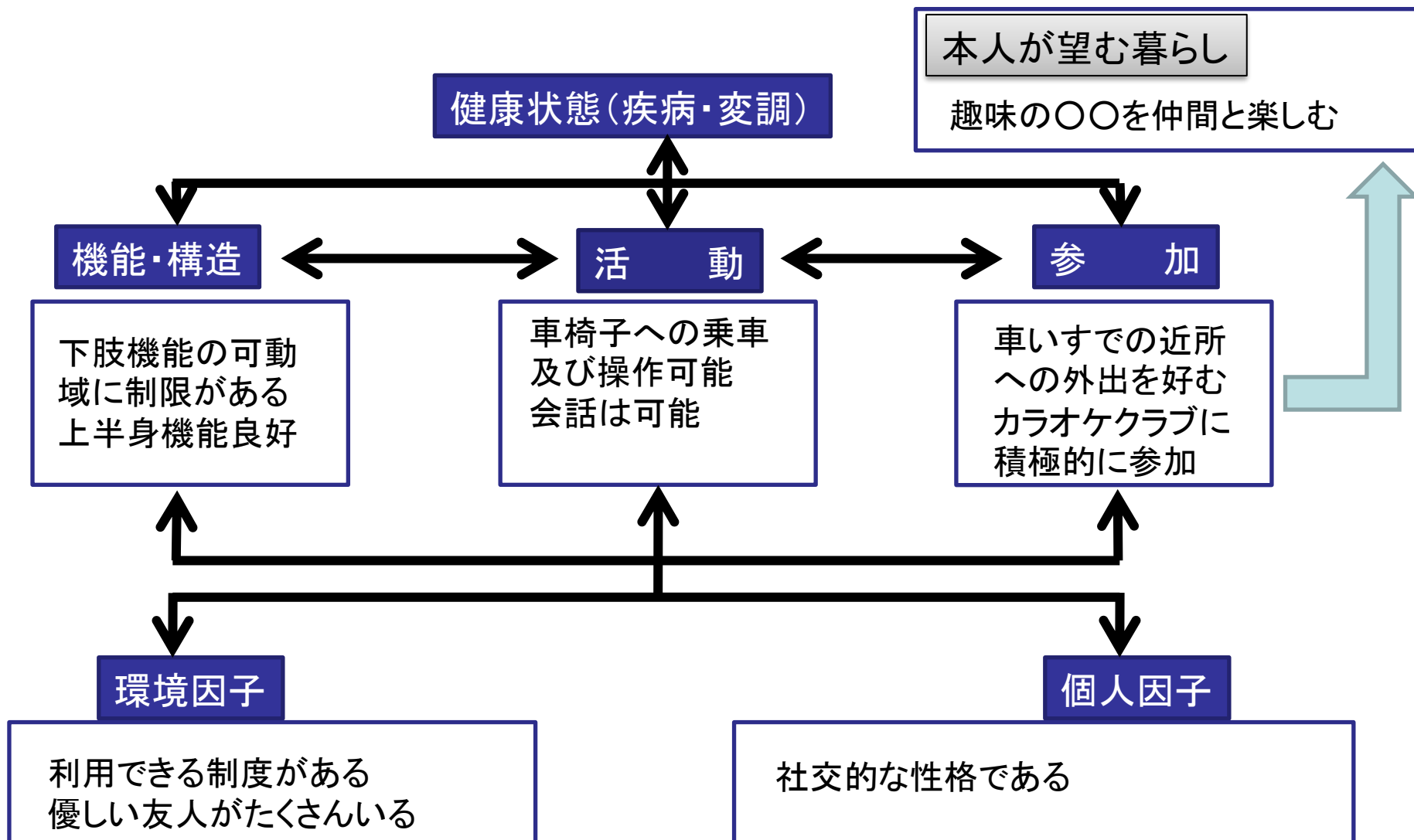
①環境要因

- 限られた空間、限られた人間関係で、長期間生活している。
⇒環境から受ける刺激が少ない。
- 在宅で生活してる人と比べて、地域との接点がすくない。
⇒本人を取り巻く世界が狭い…

②本人の状況

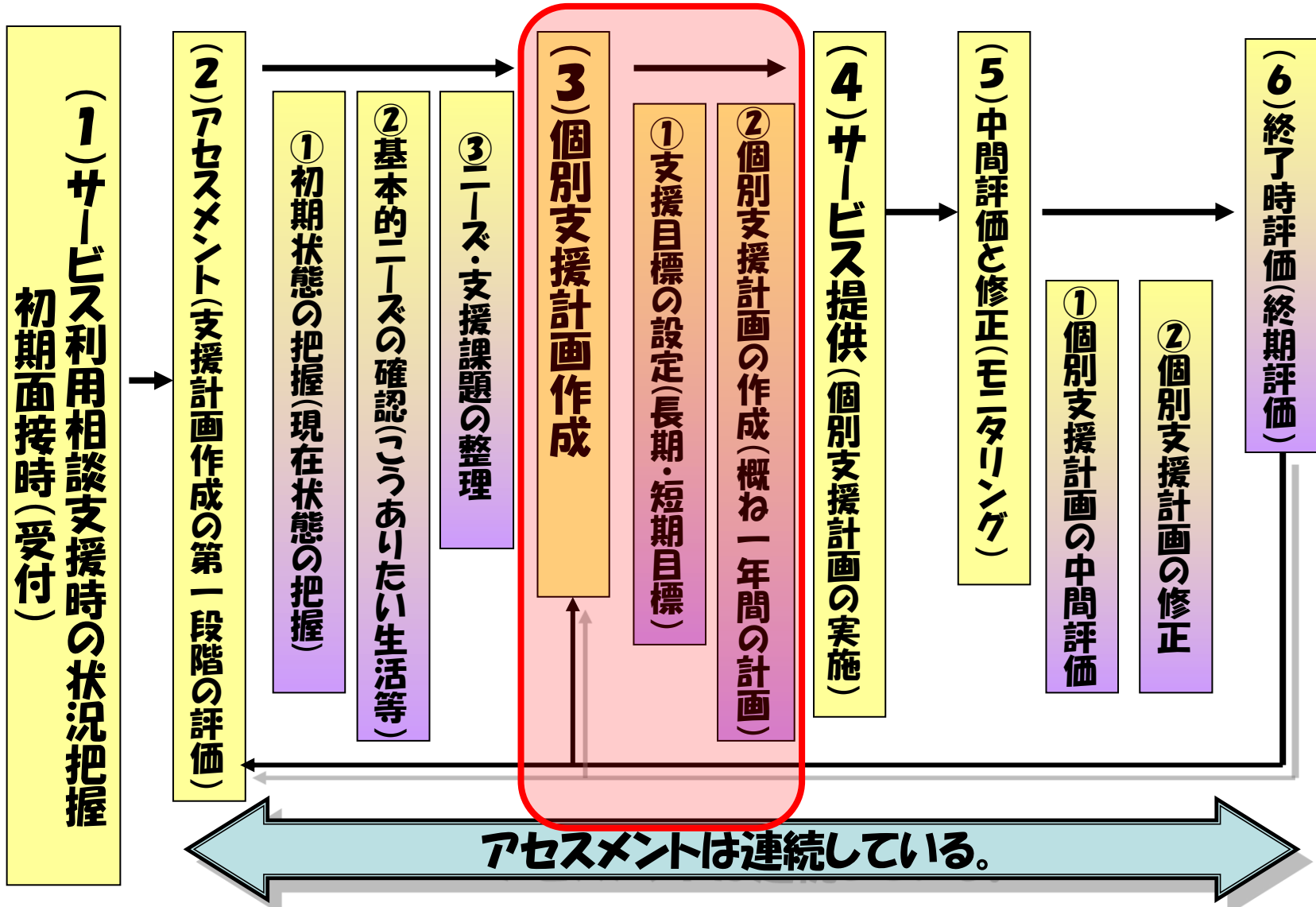
- 本人なりの力は持っているが、体験・経験の場面・刺激が少なく、本人の力が弱くなっている可能性が高い。
- 現場のスタッフが、本人のストレングスを感じ取る環境として、ストレングスに対する関心が薄い。

ICFを活用した利用者把握



事業所におけるサービス提供プロセス

事業所内での支援会議（随時）



(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

① 支援目標の設定

- ・作成にあたっては本人の意向を尊重すること
- ・到達目標は、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(段階を踏んで達成されるようなスモールステップを踏むことも大切)
- ・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

など

② 個別支援計画の作成

- ・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(表記)させておく
- ・担当者が複数いる場合などはその担当者の役割を明確にしておく
- ・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とはどんな時なのかを記載しておく
- ・個別支援計画を記録し同意を得る
→必要なツール:「個別支援計画書」

身体拘束の3原則
切迫性・非代替性・一時性

(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。

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)	
総合的な援助の方針	

長期目標(内容、期間等)	
短期目標(内容、期間等)	

○支援目標及び支援計画等

解決すべき 課題	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

計画作成時の留意点

- 安全性ばかりに着目した、リスクマネジメントにならないようにする。
- 自立性も考慮した、ストレングス（当事者（利用者）の強さ）を常に意識する。
- 当事者の自主性が向上するよう、自己決定・自己選択を基本とする。
- 標準化されたサービスは事業所マニュアルで示し、個別化されたサービスは支援計画で示す。

(施設内)支援会議

- ・ 個別支援計画の作成等のために定期的に施設内支援会議を実施する
- ・ 利用者やサービス提供職員その他、必要に応じて利用者、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ことより効果的
- ・ 支援会議の内容を記録しておく

必要なツール

- ・ 支援会議記録表など

支援会議の意義

野中 猛 氏「ケアマネジメント実践のコツ」P. 83より修正

サービス利用者の 支援に役立つ

(個別支援計画の作成、
中間評価、最終評価など
を行う場で、様々な視点をもつ
人の意見や知恵、力を合わせるチーム)



他領域の知識を 得ることができる

(他の人の実際的な視点や知識に触れ、事態の理解や対処法について行き詰まり打開の発想が広がる)

サービス提供職員間のコミュニケーション を高める

(活動の場をともにし、理解を共有することで、
お互いの立場や実情、能力がわかり、
日常の実践においてコミュニケーションを高める)

(施設内)支援会議で行われるべき事柄

野中 猛 氏「ケアマネジメント実践のコツ」P. 84より

①

客観的情報の交換

(家族歴、生活歴、生活全般、行動特性、地域特性、制度の実情など具体的にとらえ、情報を広く集め、固定した見方を避ける)



⑤ 役割分担

(支援方針に基づき、サービス提供職員の役割分担を具体的に決定する)

③ 当面の支援方針決定

(会議の結論は、真実の追究より当面の一步を踏み出す行動目標)

② 主観的感情の交流

(関係者の正直な想いは、良くも悪くも貴重な情報源、話しやすい雰囲気作り)

④ 見立てや手立てに関するたとえば発想の交換

(前半は見立てを、後半は手立てを集中して意見交換)

支援会議の運営作業

- 1. 目的に沿って参加者を選択する**
- 2. 支障のない場所と時間を設定する**
- 3. 大変な事例から選択する**
- 4. 情報を整理した資料を準備する**
- 5. 運営上の役割を定めておく**
- 6. 見立てと手立ては時間的に分けて議論する**
- 7. 最後の結論を確認する**

支援会議で行うべきでない注意点

野中 猛 氏「ケアマネジメント実践のコツ」P. 87より

担当者の不備を責める

①あれこれ足りないという×

その場にいない人や
機関を悪者にする

②仕組みや体制を批判×

納得しないまま「お説拝聴」をする

③周囲も「ウンウン」と言って頷いて、いかにも深まったように感じるが、何も生まれていない。

結論が出ない
まま終了する

④これは気を付けよう

記者や裁判官の
ように真実を追究する



支援会議におけるファシリテーションについて

【ファシリテーションとは？】

- ・ファシリテーションとは「支援・促進」
- ・具体的には、会議やミーティングの場で、発言や参加を促したり、話の流れを整理したり、参加者の認識の一致を確認したり、合意形成や相互理解をサポートすることにより、参加者のコミュニケーションを支援・促進させ、組織や参加者の活性化、協働を促進させる手法・技術の総称である。
- ・そのような場で公平な立場にたち、話し合いのプロセスに必要に応じて介入してファシリテーションを行う者のことを「ファシリテーター」という。

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者にも
ファシリテーション技術は求められます！

支援会議等の場でなぜファシリテーション技術が求められるのか？ ～(支援)会議等の本質と現実から～

① コラボレーションの場として

触発の連鎖

- ・言いたいことが言える
- ・お互いに刺激しあう
- ・議論が盛り上がる



会議のプロセス
に対する満足

- ・おもしろいアイデア
- ・たくさんのアイデア
- ・思いもよらない解決策



会議の成果に
対する満足

しかし、実態は・・・

- ・声の大きい者勝ち
- ・言った者“負け”を恐れて沈黙
- ・予想通りの結論
- ・玉虫色で中途半端な結論

② 時間節約の仕組み

サビ管

- ・一人ひとりに伝える
- ・1件ずつ別のの人に伝える

A職員

サビ管

- ・一度に全員に伝える
- ・まとめて一度に相談できる

B職員

C職員

D職員

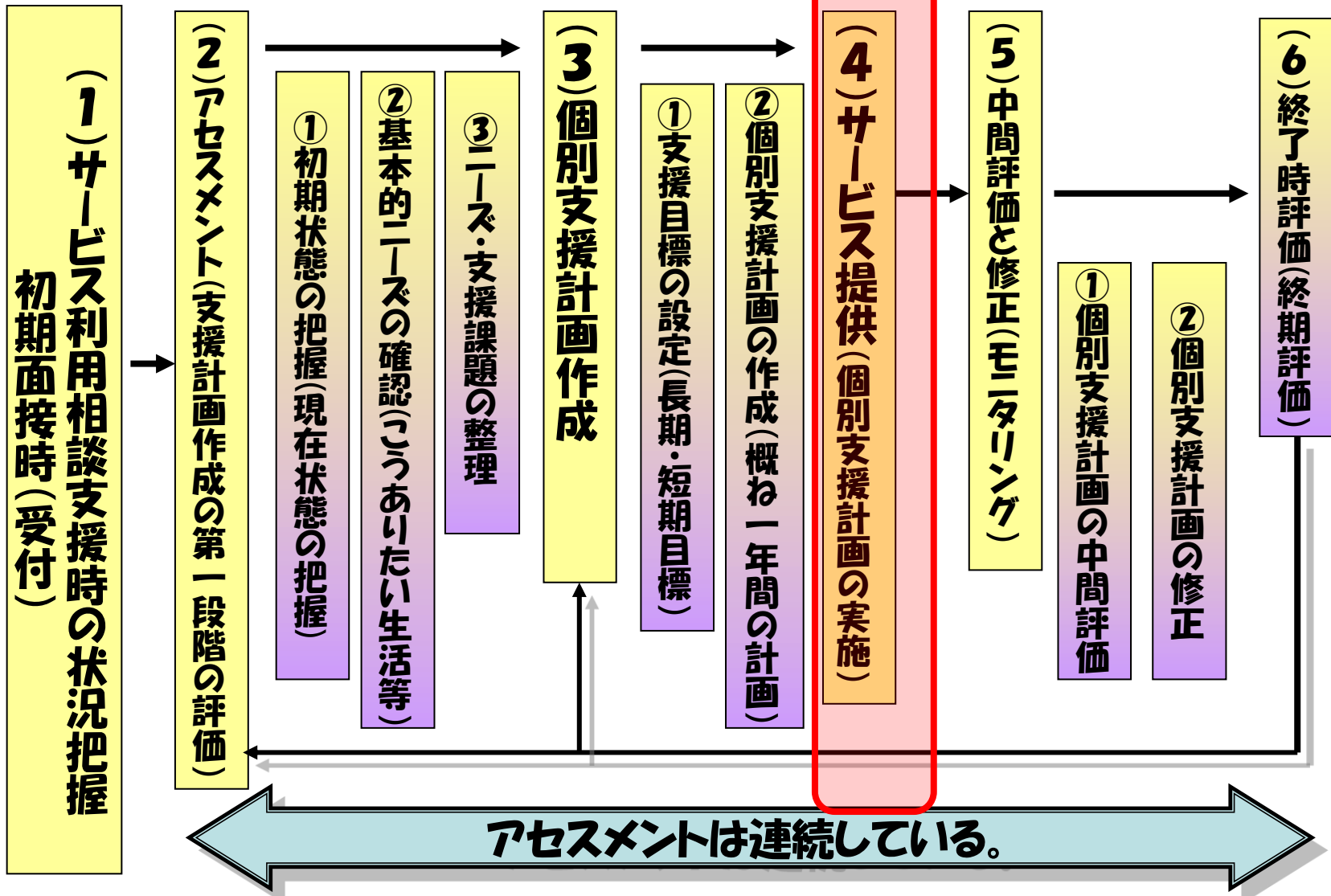
しかし、実態は・・・

- ・主催者のみの時間節約
- ・会議そのものが時間の浪費の場合も
(準備不足、私語や無駄話など)

時間切れや次回持ち越しなどで非効率的な
会議となる場合も・・・

事業所におけるサービス提供プロセス

事業所内での支援会議（随時）



(4) 個別支援計画の実施……実施に先立ち

必ず利用者本人・家族から個別支援計画の同意を得る

同意が難しければ修正



(4) 個別支援計画の実施

【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をしながら支援を実施(連携)
- ・時間軸(段階)を意識した支援に努める
- ・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、新たな支援方法の導入など、工夫を怠らない
- ・必要があれば、積極的に支援スタッフにアドバイスをしていく
- ・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」や「生活日誌」など

・サービス導入後は、早い段階で当事者や家族の感想を聞く

サービス管理責任者のチェックポイント

- ・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
て決めていく

(4) 個別支援計画の実施 行動障害があるような支援が難しい方の場合…

チームアプローチ が重要

- サービス導入後もチームアプローチ
- モチベーションを高める支援
(支援者、家族のやる気を引き出す)

必要があれば、サビ管から積極的に支援スタッフにアドバイスを



サービス管理責任者のチェックポイント

- 支援スタッフ、家族で抱え込まない。
- チームで取り組むことができているか。
- いろいろな情報、アイデアを共有できているか。
- 支援者のモチベーション向上。
- 必要に応じ、サービス提供職員等への適切な助言指導を行っているか。

サービス提供における支援記録

どうして記録が必要（重要）なのか？

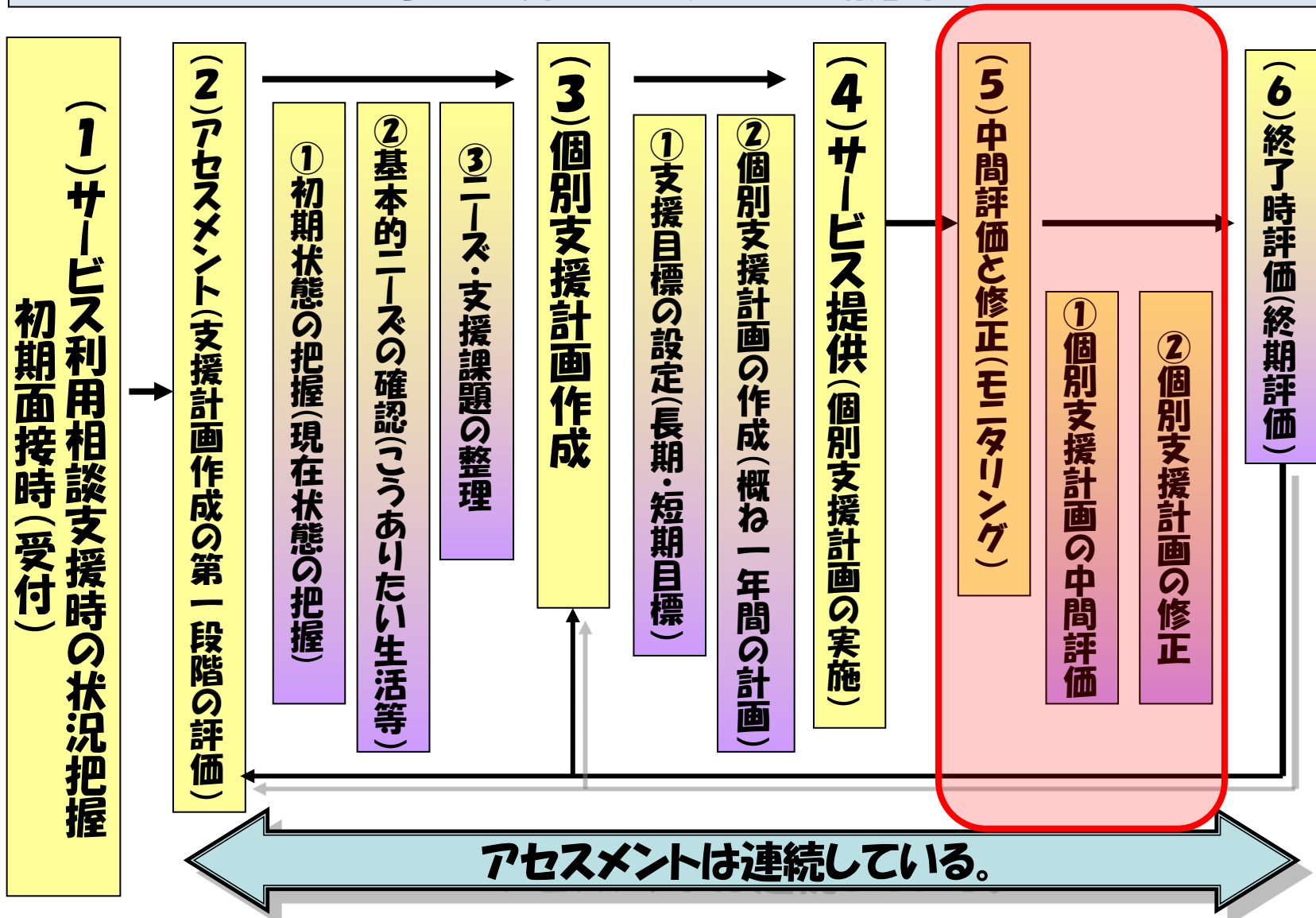
- ①利用者の生活の証として
- ②利用者の変化を確認するために
- ③支援を実施した結果の証拠として
- ④職員同士で情報を共有するために
- ⑤事故や訴訟、トラブル時の資料（反証）のため
など

支援のための行動と記録はワンセット！

「記録がない」＝「支援をしていない」と受け取られても弁明できなくなってしまう・・・

事業所におけるサービス提供プロセス

事業所内での支援会議（随時）



(5) - ① 中間評価と修正：個別支援計画の**評価**

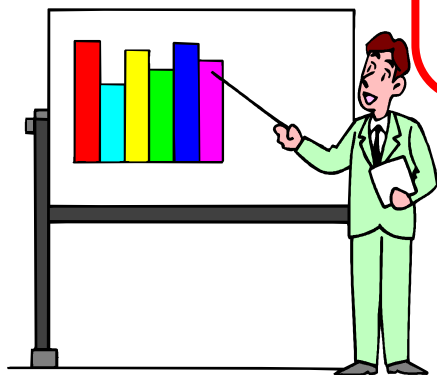
【実施方法】

- ・時期(段階)ごとに、到達目標達成度を評価・分析する
- ・利用者にサービスが適切に提供されているかを評価する
- ・達成度は、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
- ・あわせて、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
- ・分析した結果を記録しておく
→必要なツール:「中間評価表」「モニタリング表」など

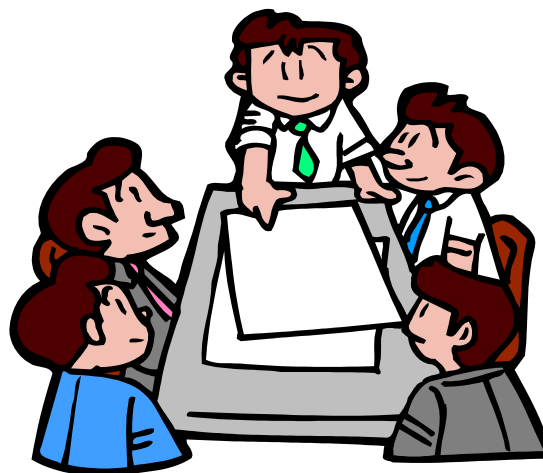
サービス管理責任者のチェックポイント

- ・段階ごとの到達目標の達成度かどうか
- ・利用者の満足度かどうか
- ・利用者の意向や環境の変化をとらえているか

**ニーズは常に一定ではない
(人は毎日変わるものです)**



定期的な調査による分析や評価ができますか？



当事者のニーズや考えにズレが生じたら、再評価や再計画が行えますか？

他職種やサービス提供者との定期的なモニタリング(中間評価)会議や要望苦情への対応システムがありますか？

○モニタリング(中間評価)の視点から・・・

- ・知的障害者施設の場合、本人の劇的な状況の変化が無い限り、個別支援計画を見直す機会が少ない。(特に生活施設の場合)
- ・ゆえに、計画を立てても「特になし」「支援継続中」となりがち。
- ・たからこそ、計画に沿って、多くの支援員が利用者に関わり、少しの状況の変化を見過ごさないように努力することが大事。
- ・定期的なモニタリングの場を意識して設定すべき。(介護系は半年に一回・訓練系は3ヶ月に1回のモニタリング)
 - ⇒ 事業所によっては介護系でも1カ月に1～2回実施しているところもあり。
 - また、ニーズや状況に変化があった時はすぐに対応が必要。
 - 改めて他の機関と連携しないと叶えられないニーズも発生するかも・・・

(記入様式)

個別支援計画の中間評価表

							利用者名	
	到達目標	達成状況の評価			現状・達成されない原因の分析等	今後の対応(支援内容・方法の変更等)	優先順位	
1		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
2		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
3		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			
4		達成	ほぼ達成	一部達成	未達成			

(5) - ② 中間評価と修正：個別支援計画の修正

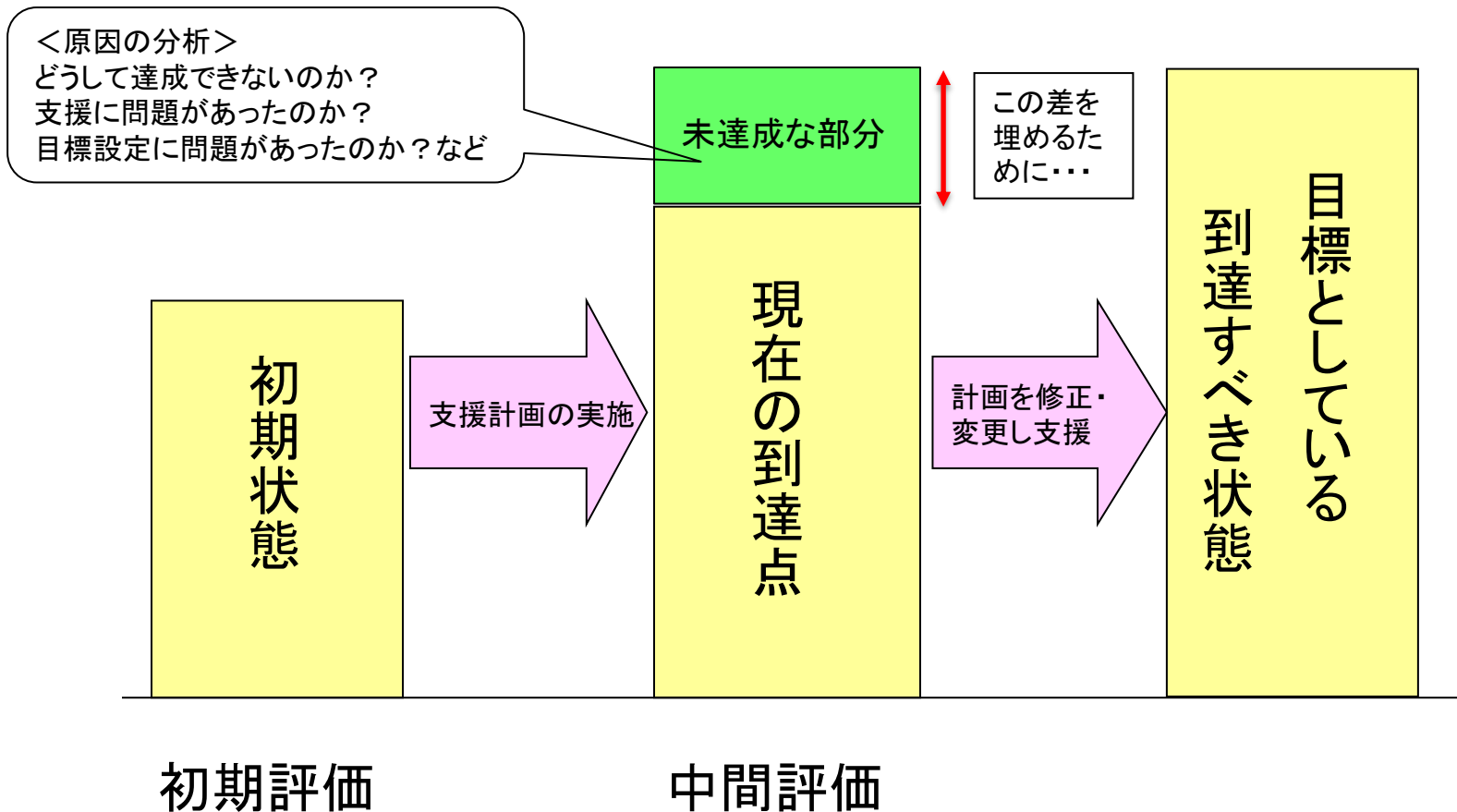
【実施方法】

- ・まずは支援達成度を評価し、到達目標に達成していない場合、その要因を分析する
 - 利用者や家族の要因によるものなのか
 - スタッフ側の要因によるものなのか
 - 事業所のシステムによるものなのか など
- ・分析の結果、必要に応じて…
 - 支援目標を達成するために個別支援計画(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
- ・計画の変更や修正にあたっては、利用者に説明し同意を得る
- ・計画の変更や修正、その結果を記録しておく
 - 必要なツール:「個別支援計画の修正・変更記録表」など

サービス管理責任者のチェックポイント

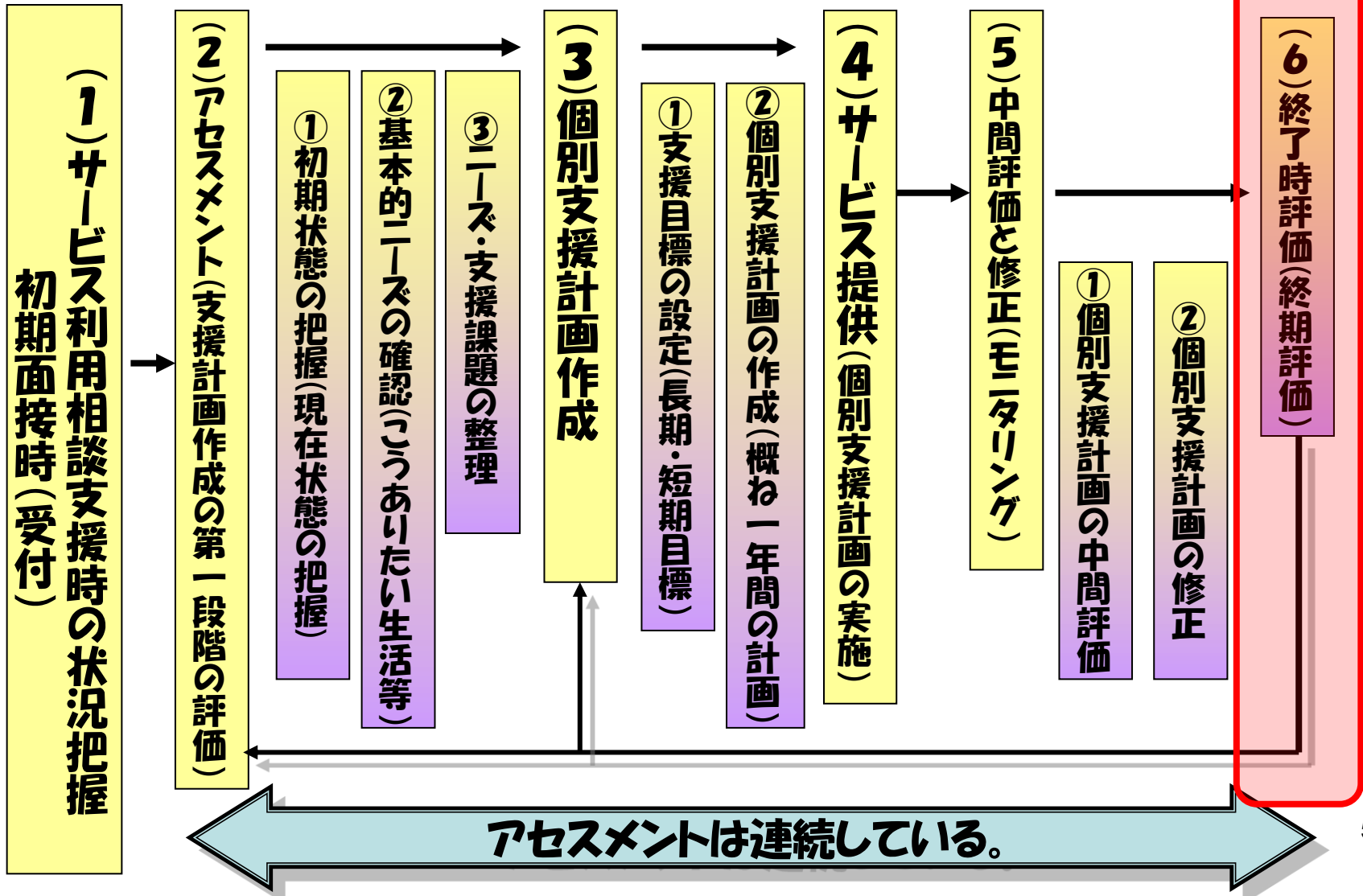
- ・適切な修正や変更ができているか
- ・利用者の同意を得られているか

中間評価による個別支援計画の修正



事業所におけるサービス提供プロセス

事業所内での支援会議（随時）



(6) 終了時評価(終期評価)

【実施方法】

- ・支援の目標達成度を含めた個別支援計画全体を客観的に評価
- ・目標が達成されていないと判断された場合、どの段階まで達成されたかを評価
- ・サービス提供はスムーズに行われたか、また、行われなかったと判断される場合、その要因は何かを評価する
- ・利用者の状態の変化、満足度などの観点から評価する
- ・同様なケースの個別支援計画作成に活かす
- ・次の目標設定を含め終了時評価表を作成し、チームにフィードバックする
→必要なツール:「終了時評価表」など

サービス管理責任者のチェックポイント

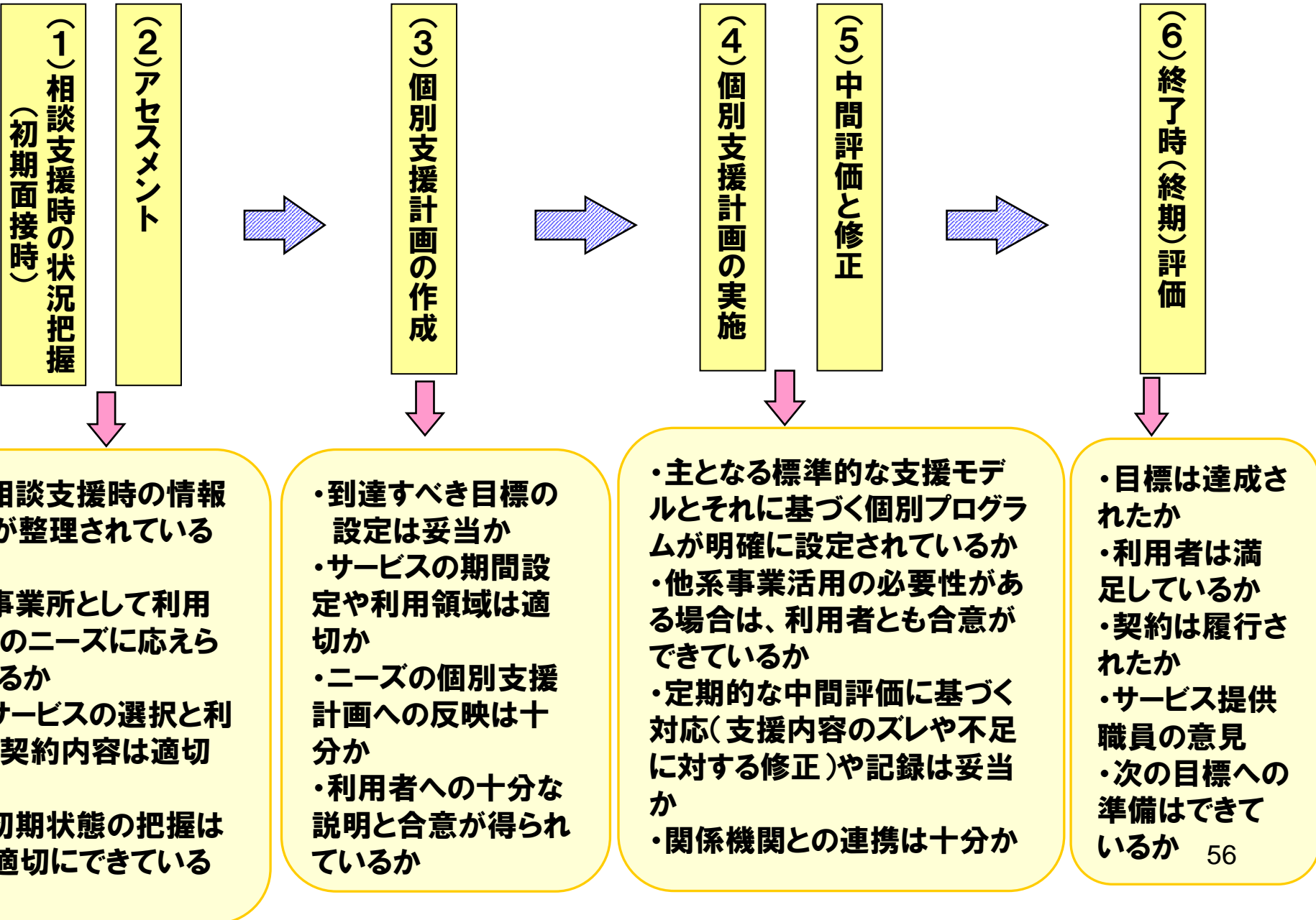
- ・ 目標の達成度かどうか
- ・ 適切なサービス提供ができたか
- ・ 利用者の満足度かどうか など

終了時評価表の例

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			
2		達成	ほぼ達成	未達			
3		達成	ほぼ達成	未達			
4		達成	ほぼ達成	未達			
5		達成	ほぼ達成	未達			
6		達成	ほぼ達成	未達			

各段階でのサービス内容のチェックポイント



2. サービスの評価

(1) サービス提供事業所評価・検証の方法例

- **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)**
- **上記評価を総合的に勘案した、総合評価などが考えられる**

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) - ① サービス管理責任者の仕事の評価

例えば、

- 個別支援計画の作成など、利用者のニーズに基づいたサービス提供の仕組みを作ったか
- 適切な個別支援計画の作成やサービス提供ができるよう、サービス提供職員を適切に支援したか
- 利用者に対して質の高いサービスを提供したか

などが評価される。

サービス管理責任者の役割は自分自身の役割を常に意識して仕事を果たすこと

(2) - ② サービス管理責任者自身でできる内部評価・検証の例

サービス管理責任者セルフチェックシート

(所要目安時間：20分)

作成年月日	年 月 日	作成者名	
-------	-------	------	--

項目	番号	サービスに関する点検ポイント	評価				現状・理由等
1. サービス提供方針	1	サービス提供の際は、説明と同意に基づいてサービス提供を行っている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	2	施設利用時に支援方針、提供されるサービスについて丁寧で分かりやすい言葉で説明している。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	3	利用者との「信頼関係」の構築に努めている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	4	利用者自身を（生活）主体者として捉えている。利用者の生活を長期的な視点で捉え、視野を広げている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	5	利用者自身の生活意欲を高めるよう、自らが豊かな感性を持ち、資質向上に努めている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
2. 利用者の権利擁護	6	利用者の呼称は「さん」または「様」に統一している。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	7	利用者からの苦情に対する「苦情解決体制」やマニュアルが整備されている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	8	虐待が起こらないように、虐待防止研修などには積極的に職員を派遣するようにしている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	9	適宜ないし定期的に利用者からの要望・意見を聞く場を設けている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	10	利用者からの要望が多い事項について、サービス提供者とともに改善できるように検討している。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	11	基本的には同性介助だが、諸事情により異性による介助を行う場合は、必ず利用者同意を得て行っている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	
	12	利用者へのプライバシー配慮をしつつ、ボランティアなど外来者の受け入れを積極的に行っている。	できていない	あまりできていない	満たせている	できている	

	13	電話や手紙の取り次ぎは素早く適切に行っている。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	14	個人情報の保護についての体制やマニュアルを整備している。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	15	個人情報の取り扱いについて、利用者に同意を得ている。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	16	居室に関して、個室を提供できない場合は、個々のプライバシーが守れるよう何らかの配慮している。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	17	トイレに関して、プライバシーへの配慮はもちろん、常に気持ちよく利用できるよう配慮工夫をしている。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	18	浴室に関して、着替え時もプライバシーが守られ、入浴はゆったりと心地よくできるよう工夫している。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	19	食堂に関して、落ち着いて食事を楽しめるような配慮や工夫をしている。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	20	ヒヤリハット等で定期的に施設内外の設備に危険箇所がないか把握し対処している。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
3. アセスメント	21	利用者の理解度に合わせてアセスメントの趣旨と手順等を丁寧に説明してから聞き取りを行っている。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	22	これまでの生活歴や支援経過も念頭において、聞き取りを行っている。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	23	利用者（ないしは家族等）の想いにしっかりと耳を傾け、強みを発見しようと努めている。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	24	当該利用者の家族や多の専門職、及び関係機関などからも情報を収集している。	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	
	25	サービス等利用計画との連動性を考慮し、アセスメントの段階から相談支援機関と連携を図っている	できていない 	あまりできていない 	概ねできている 	できている 	

4. 個別支援計画	26	個別支援計画作成会議を開催し、担当者任せにせず、複数の関係者の視点から協議している。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	27	目標や支援内容が具体的に表記されている。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	28	個別支援計画作成の際は、できるだけ利用者の言葉を用いて分かりやすく表現している。(配慮している)	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	29	安全性ばかりに着目せず、自立性やストレングスに着目した計画を立案している。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	30	利用者や家族に説明をし、承諾の後、署名を頂いた個別支援計画を交付している。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
5. モニタリング	31	個別支援計画に基づいて、サービス提供ができていますか定期的に確認している。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	32	目標への達成度合いを利用者や家族とともに評価している。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	33	モニタリングの結果については、利用者本人ないしは家族に文書で報告している。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	34	個別支援計画に修正が必要になった場合は、利用者ないしは家族の同意を得て適宜修正している。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	35	定期的にモニタリング会議などを設定し、複数の関係者・専門職の視点から意見を集めるようにしている。	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
4. 人材育成	36	日常的なサービス提供の場面において、常に先輩職員が後輩職員のレベルにあわせつつ、課題発見、問題解決についての視点でサポートしている。(OJT)	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	37	施設内研修や施設外研修への派遣計画など、年間を通じて研修計画を立てている。(OFF-JT)	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている
	38	事業所として資格取得やスキルアップのための仕組み作りや応援を行っている。(SDS)	できていない	あまりできていない	概ねできている	できている