

IV. サービス提供のプロセス

この講義では、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提供を理解する。

(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。

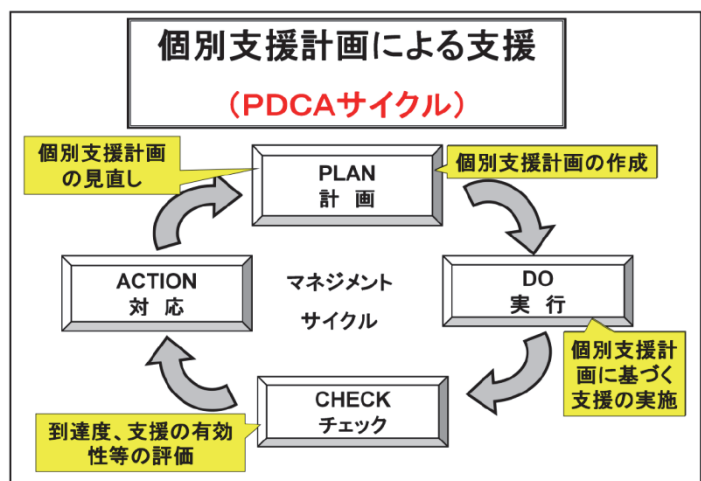
1. サービス提供のプロセス

(1) 個別支援計画による PDCA サイクルを活かした支援

他の講義でも出てくるが、個別支援計画による PDCA サイクルを活かした支援についてここでもう一度おさえておく。

障害者自立支援法以前の支援では、個別支援計画の作成義務がなかったため、Plan (計画) → Do (実行) → Check (評価) → Action (対応・修正) といった PDCA サイクルが、事業所内で機能していなかったところもあったのではないかと。

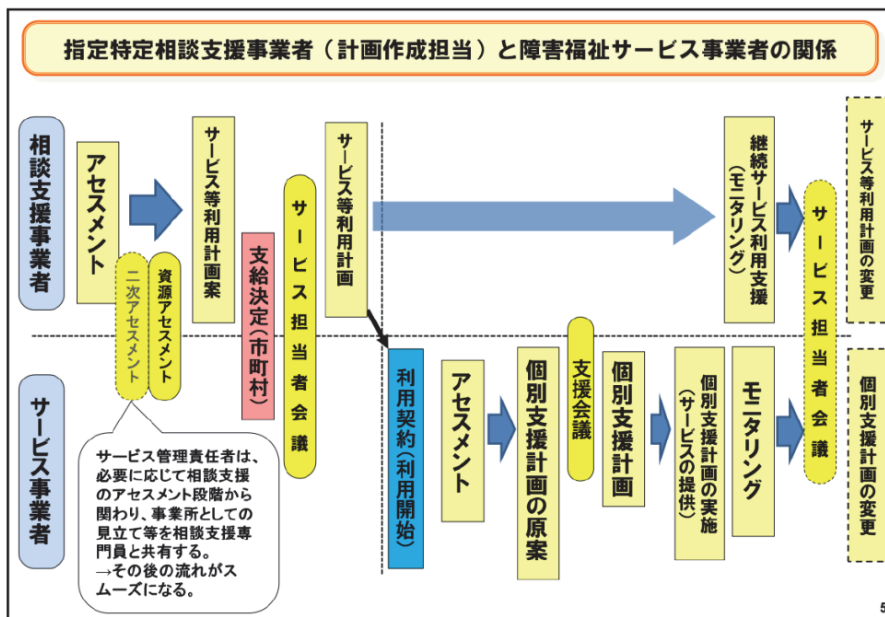
この一連の活動は、個別支援計画 (プラン) を作成し、計画に基づき支援を実施し、その支援が有効であったかの評価を行い、必要に応じて修正し、個別支援計画の見直しを行い、また見直し後の支援を行うといった「サービス提供のプロセス」そのものであることを、まずはここでおさえておきたい。



(2) 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

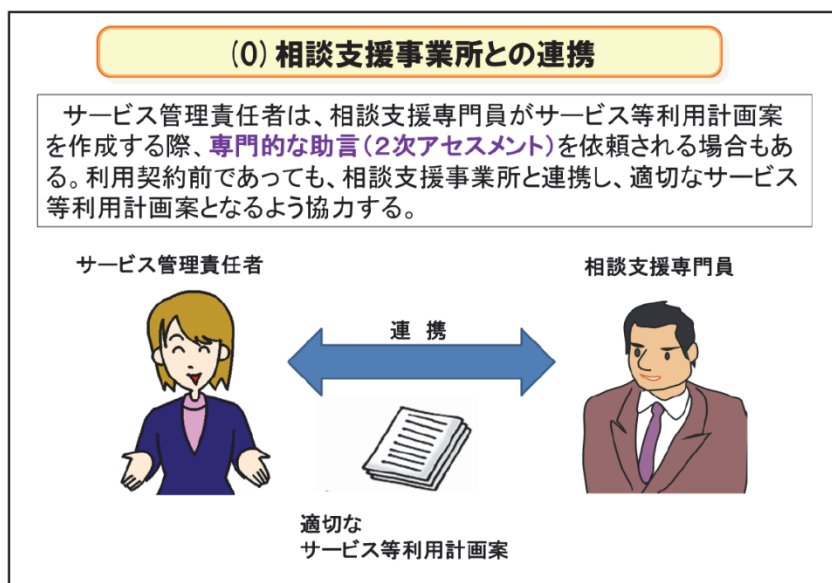
サービス等利用計画と個別支援計画の関係性については、「V. 相談支援専門員によるサービス等利用計画とサービス管理責任者による個別支援計画の関係」(P.76) において詳しく述べるが、流れだけ確認しておく。平成 24 年度からの改正法施行により、サービス事業者が行うサービスは、相談支援専門員が作成するサービス等利用計画に基づくこととされた。とはいえ、サービス等利用計画は生活全般のプランであるので、各事業所で実施される詳細な支援内容まで記載されるわけではない。サービス事業者は、

サービス等利用計画を踏まえつつ、より専門的なアセスメントを行い、個別支援計画を作成することとなるが、サービス等利用計画との整合性を保つ必要がある。



(3) サービス提供のプロセス

① 相談支援事業所との連携



サービス等利用計画と個別支援計画の整合性を保ち、適切なサービス等利用計画となり、サービス開始後の支援がスムーズに進むためにも、支援の困難性が想定されるような利用者の場合などで、相談支援専門員から二次アセスメントの依頼があれば、利用契約前から相談支援専門員と連携し、事業所としての見立てを助言するなど、適切なサービス等利用計画案となるよう協力することが必要である。特に、自立訓練や就労移行支援では、目標達成機

関の見通しなど、専門的な見立てが必要となるケースがあると思われる。相談支援専門員とサービス管理責任者等は、上下関係なく、連携・協働して両計画を作成していく立場となる。

①初期面接時の状況把握

(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

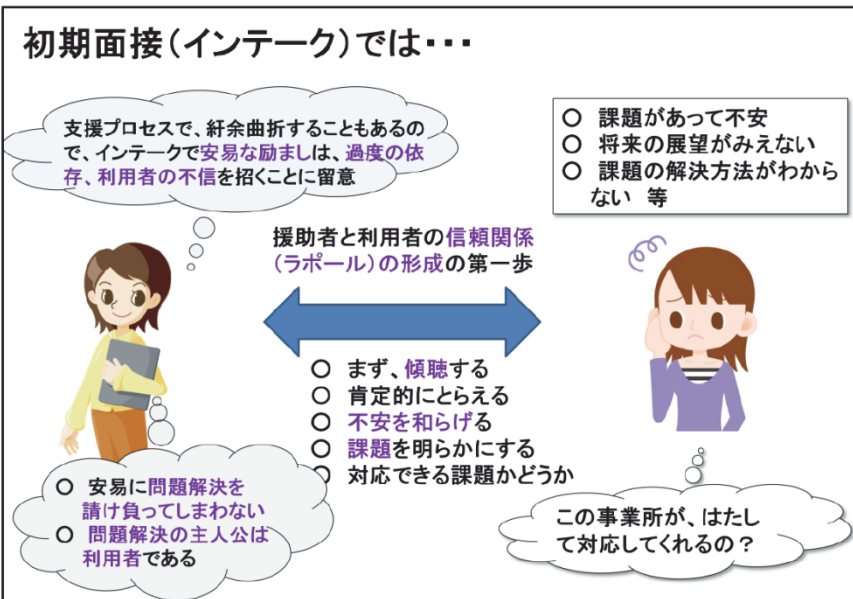
1. 各事業における利用者の対象像、提供するサービス内容について情報を提供する
2. 他の事業やサービスなど選択肢を説明
3. アセスメント→到達目標の設定→評価など一連のサービスの流れについて説明
4. サービス提供は、利用者との合意のもとで作成することや契約の内容に盛り込むことを説明
5. 必要に応じて他の事業者、市町村など関係機関と連携をとる
6. 個人情報の管理については慎重に行う

必要なツール

・初期面接受付票(あるいは調査票・プロフィール票)



初期面接（インテーク）では、本人の希望や訴えを理解し、援助を受ける意思を確認し、問題解決への動機づけを行いながらお互いの信頼関係の構築を目指す。また、事業所としての最初の説明の場でもある。必要に応じて、関係機関との調整を図りつつ、事業所として提供できるサービス等の機能と支援員の役割、事業



業の対象や提供するサービスの内容、一連のサービスの流れについて説明したり、利用にかかる経費などについても説明する。この際、専門用語や自分たちにしかわからない略語を使わず、平易でわかりやすい言葉を使って話す必要がある。個人情報に関わることもあるので記録等の取扱いは慎重に行う必要がある。

初期面接では、利用者は「この事業所が、はたして対応してくれるのだろうか？」と、不安を持って、あるいはこれまでうまくいかなかった経験があれば不信感を持って、面接に臨んでいるかもしれない。初期面接を、援助者と利用者の信頼関係（ラポール）の形成の第一歩ととらえ、まずは傾聴し利用者を肯定的にとらえることが重要である。そして、不安を和らげるとともに、対応できる課題かどうか考慮しつつ課題を明らかにしていく作業になる。その際、支援プロセスで、紆余曲折することもあるので、安易な励ましや問題解決の請け負いは、過度の依存や逆に不信を招くことにも留意しつつ、あくまでも問題解決の主人公は利用者であることを念頭に進めることが重要である。

②アセスメント

・初期状態の把握

アセスメントの過程で、まず、初期状態の把握を行う。初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価・最終評価の際に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。また、漏れがないように、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しておくといよい。必要に応じて、

医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士や心理職等と連携し、本人の同意を得たうえで情報を収集し、総合的な把握に努める。

生活歴や家族状況等の基本情報については、相談支援専門員がアセスメントの際に把握しているため、本人の同意の下、あらかじめ情報を共有しておくといよいと思うが、信頼関係構築のためにも、サービス管理責任者等が直接面接で確認しておくといよい事項もある。

記録については、これ以降同様だが、第三者が読んでもわかるように記載することを心がける。基本は5W1H、特殊な略語を使わない、本人が発した言葉のまま記載する等である。

(2)アセスメント

① 初期状態の把握

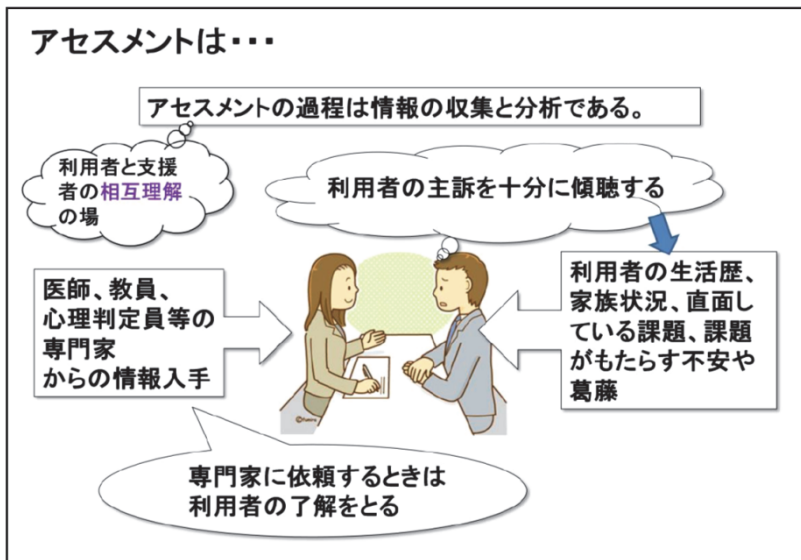
- ・ 身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握に努める
- ・ 分野別に項目を立てて把握する

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



手を行い、個別的にかつ総合的に利用者の状態像を客観的に把握する。

アセスメントの過程は、利用者と支援者の相互理解の場であり、さらに、利用者本人及び利用者を取り巻く環境の情報の収集と分析を行うことが求められる。そのためには、利用者の主訴を十分に傾聴し、利用者の生活歴、家族状況を聞きだすとともに、直面している課題、課題がもたらす不安や葛藤を探求し、さらに、利用者の了解を得たうえで、これまで本人と関わってきた医師、教員、心理判定員等の専門家からの情報入

初期状態を把握するためのアセスメントシート例を示す。このアセスメントシートは、事業種別や対象障害種別によってもポイントが異なるため、主な利用者の障害像から項目を追加したり、より詳細な項目建てをするなど、各事業所ごとに工夫してもよい。

初期状態把握票

※ 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					
生活関連項目	ズボン、パンツの着脱					
	調理(献立を含む)					
	食事の配下(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					
	計画・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

・基本的ニーズの把握

初期状態の把握とともに、基本的ニーズの把握を行う。まず、利用者や家族の意向がはっきりしている場合は、その意向を聞き取る。しかし、表明している言葉が真のニーズであるかどうかは分析が必要となる。これまで受けてきた医療や訓練、就労状況などを聞き取り、成功体験や失敗体験を把握する。また本人が置かれている環境などの状況を把握する。将来できる限り地域に溶け込んで暮らせるよう、本人が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。コミュニケーションの障害を有する障害者については、わかりやすい言葉や絵カードなどを用いて、好きなこと、やりたいこと等の意向を把握する。家族の意向も把握するが、このとき家族と本人の意向が一致しているとは限らないことも念頭に置いておく必要がある。いずれにしても、

将来できる限り地域に溶け込んで暮らせるよう、本人が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。コミュニケーションの障害を有する障害者については、わかりやすい言葉や絵カードなどを用いて、好きなこと、やりたいこと等の意向を把握する。家族の意向も把握するが、このとき家族と本人の意向が一致しているとは限らないことも念頭に置いておく必要がある。いずれにしても、

(2) アセスメント ② 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

初期の段階では、本人が表明した意向や周囲の状況から推測されることが、基本的ニーズとなると思われる。実際に支援を実施してみてわかるということも多いので、本当のニーズ把握は支援開始後からだという意識が必要である。

・ニーズの整理

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も踏まえて、充足すべきニーズを整理する。その際、全体のニーズと各分野別のニーズに分けて整理するとともに、重要度・緊急度を考慮して優先順位をつけて整理する。

ニーズの整理表の書式例を示す。整理に当たっては、支援会議を開催して行う必要があるが、各担当者に記入を依頼し、サービス管理責任者等がまとめるなどの省力化の工夫も行いつつ、個別支援計画案の確定の際に支援会議を開催し最終確認する。

次ページの図は、ある就労移行支援事業者が記入したニーズの整理表である。後出する脳血管障害のある方の事例に基づいたものとなっている。当然ながら、仕事に関するニーズの優先順位を高く設定することになると思うが、コミュニケーションや趣味、生活面の充実・安定に関するニーズも把握し、相談支援専門員とも連携しながらニーズの充足を図ろうとしている。これは、コミュニケーションや趣味、生活の充実・安定が、仕事の面にも好影響を及ぼすからであり、実際に支援を行うかどうかは別として就労移行支援事業所のサービス管理責任者であっても、事業所内のみにしか視点を向けないということがないようにする必要がある。

(2) アセスメント
③ ニーズの整理

- ・ 利用者の初期状態や基本的ニーズの把握から、ニーズを整理する
- ・ ニーズの整理に当たっては、全体のニーズと各分野別のニーズを整理する
- ・ ニーズ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、達成すべきニーズを整理する
- ・ 達成すべきニーズを、全体のニーズと各分野別のニーズに整理する
- ・ 各分野別のニーズについては、支援計画を作成するときの優先順位のために重要度・緊急度を考慮しておく
- ・ ニーズの整理を記録しておく

必要なツール

- ・ ニーズの整理表

ニーズの整理表

利用者氏名

№	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)	達成すべきニーズ

(記入例)

ニーズの整理表

利用者氏名 ○○ ○○

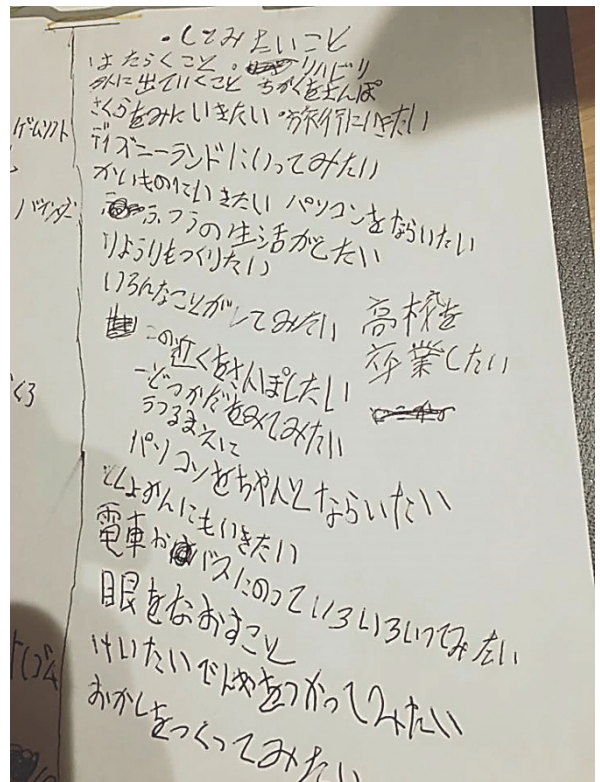
No	意向等 ニーズの把握	初期状態の評価 (利用者の状況 ・環境の状況)	支援者の気になること ・推測できること (事例の強み・可能性)	達成すべきニーズ
1	仕事をして家族を少しでも養いたい	右片麻痺の状態ではあるが、パソコン操作が可能である。以前の職場でもPCの経験がある。両手操作の際の工夫が必要。	①本人に合った仕事内容を支援者が把握できていない。 ②引きこもりがちであったため集中力や耐久力がもつか気になる。 ③PC操作が可能である。	①どのような仕事が適しているかを知りたい。 ②生活状況を把握し、安定した通所を図りたい。
2	人との関わりを持ちたい	家族との関係は良好であるが、言語障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言語療法士から情報を得たい。(日中活動の場での留意事項など)
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人との関わりを増やしたい。(趣味のガーデニングで仲間を増やせないか、相談支援専門員とともに支援する。) ②趣味の活動を広げたい。(庭の環境整備など、相談支援専門員とともに支援する。)
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たい。(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踏んで進めていく必要がある	①本人の状況を、家族も理解する。(家族とともに進捗に合わせたフォローを行う。)

15

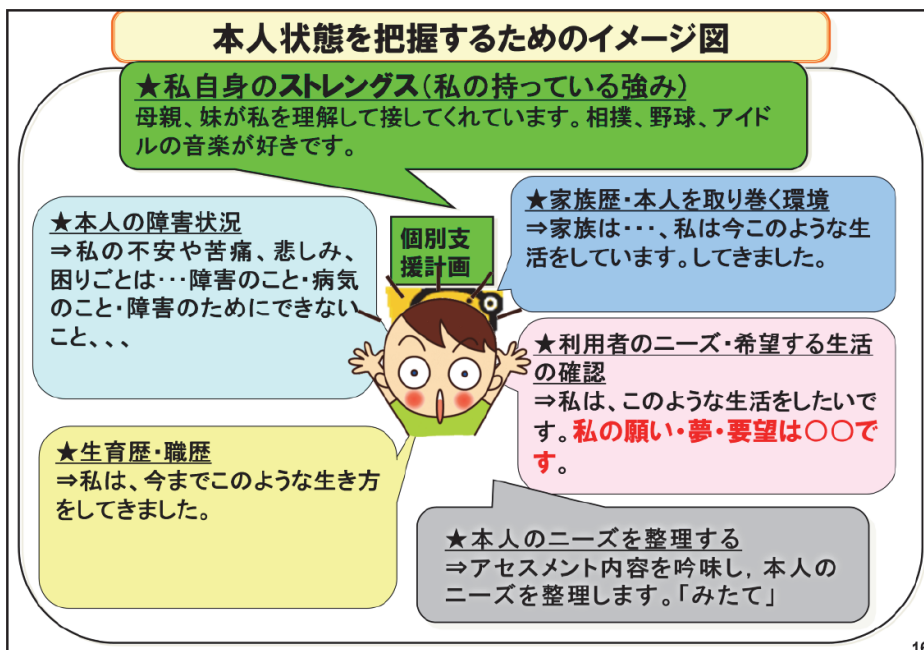
【コラム】「してみたいこと」リスト

右の写真は、30 数年自宅で引きこもっていた知的障害のある方が、グループホームに入居された時のインタビューにてご自身で書かれた「してみたいこと」リストです。どれだけ普通の暮らしに憧れていたのかわかり、涙を禁じえません。ここからスタートし、すぐにでもできること、準備してできること、時間がかかってもできることなどに分類・整理していく過程が思い描けます。

地域には、まだまだこのようにサービスにつながっていない方々もいるということも覚えておいてください。



下図は、本人の状態像を把握するためのイメージ図である。個別支援計画作成のため、様々な情報を収集・分析・整理する必要がある。障害状況、生育歴、家族歴、環境などの基本情報はもちろん重要だが、最も重要なのは本人のストレングスや夢・願望である。夢や願望は本人が本人らしく生きるための原動力となるし、そのきっかけはストレングスのなかにある。例えば「アイドルが好き→一度だけでもコンサートに行きたい→定期的にコンサートに行きたい→定期的に行くためにはお金がいる→仕事を頑張らなきゃ」という具合だ。この方は自分の人生を生きている実感を味わえるのではないかと思う。最後に本人のニーズを整理し、「見立て」をし、「100文字要約」で書いてみる。



「ストレングス」という言葉が出てきたので説明しておきたい。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』に由来する。

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である。現在では、身体障害、知的障害においても応用されており、個別支援計画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である。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ことができる。

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

人は自分に興味がないことや動機がないことを強要されても、エンパワメントにはつながらない。これまでストレングスをアセスメントまではするものの、アセスメントをただで、支援の中に取り込んで利用者の動機を強めるような働きかけができていないケースが見受けられた。その反省から現在では、「ストレンクスモデルによるケアマネジメント」（下図の支援事例を参照）と「ストレンクス視点」は違うものと捉えられている。

ストレンク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クスを活用した支援(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ク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。

ストレンク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。

児童期等の子供の支援は、教育的な意味も強いいため慎重に考えるべきだが、障害者等の成人期を迎えた人に対して、支援者や家族からみるベストインタレスト(最善の利益を生み出す決定)を強要することは適当ではない。サービス等利用計画や個別支援計画も、利用者の欠点ばかり

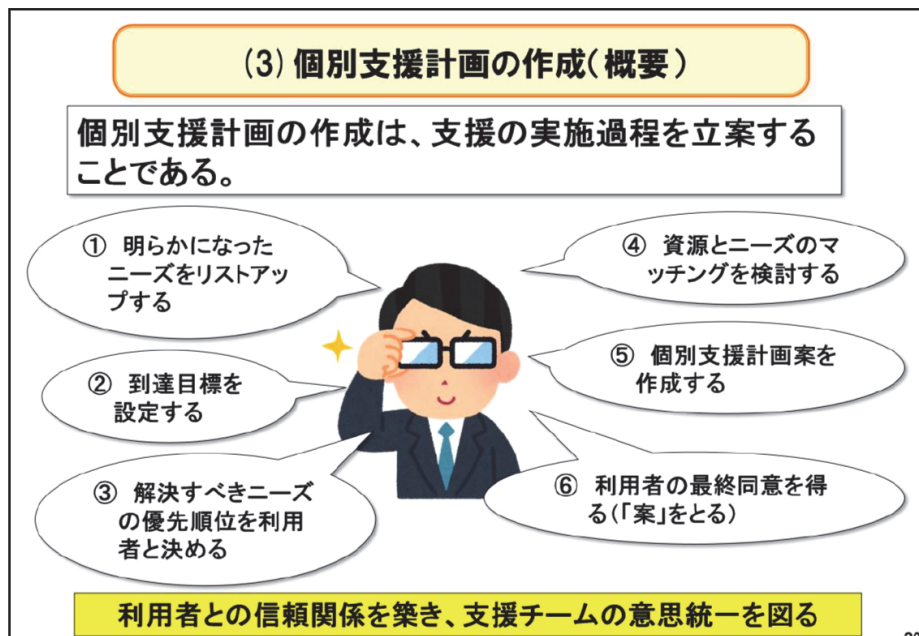
りに着目した支援計画から、利用者視点で見た「強み」に着目した支援計画へ移行が図られる必要がある。

③個別支援計画の作成

・概要

個別支援計画の作成では、アセスメントの結果明らかになったニーズをリストアップし、到達目標を設定し、解決すべきニーズの優先順位を利用者と決め、事業所で提供できるサービスとニーズのマッチングを検討し、個別支援計画案を作成し、利用者の同意を得て「案」をとる。

この作成過程のなかで、利用者（必要に応じて家族）との合意を得ることで信頼関係を築き、支援チームの意思統一を図ることで一貫した支援が可能となるので、個別支援計画は支援を行ううえで前提となるべきものである。



・それぞれの立場から

個別支援計画をそれぞれの立場でみってみる。

利用者や家族の立場からみると、質の高いサービスを提供してくれるためのものであり、利用者の意向を汲んでくれているものである。同意して「写し」も持っているので、事業所との約束事項として文書化されているという安心感を与えるものともなっている。

職員の立場からみると、的確な支援の方向性をチーム全員で確認するためのものであり、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である。支援は計画に沿って行わなければならないし、変更する場合は支援チームと利用者本人で確認される。

施設経営者の立場からみると、支援の質の向上を目指すためのものであり、また限りある人材・資源を有効に活用して効率的・効果的に施設運営できるためのものである。

・到達目標の設定

個別支援計画の作成に当たって、到達目標（支援目標）を設定する必要がある。目標は、本人の意向を尊重するとともに、ニーズに基づき到達すべき目標を定める。また、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に分けて考える。目標は、時間（支援期間）と領域（支援内容）

という2つの観点から設定し、ニーズが複数にわたる場合、緊急性の高いニーズなど優先順位を設定する。目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成されるものであるから、ずっと同じ目標を置くのではなく達成可能なスモールステップを踏むように設定する。その目標をクリアし、本人に新たなニーズが芽生えたとき、現行の支援を見直すとともに、新しい支援を考えていく。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必要がある。訓練系の事業であれば明確だが、生活系でも「〇〇のとき笑顔を増やす」「〇〇の役割を持つ」など、具体的な目標とすることで評価方法も決めやすくなる。そして、個別支援計画書に落とし込んでいく作業を行う。

(3) 個別支援計画の作成

① 到達目標の設定

- ・ 利用者のニーズに基づき**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
- ・ ニーズが複数にわたる場合、緊急性の高いニーズなど**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"> ・ 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

自立訓練(機能訓練)の達成目標の例である。訓練系の場合、達成目標という言葉がなじみやすいが、生活系の場合は「支援目標」などと言い換えてもよいかもしれない。

・個別支援計画の作成

これまでのアセスメントの結果整理された、初期状態、ストレングス、夢・願望、目標を踏まえて、本人も交えたチームでの支援会議を経て個別支援計画書への落とし込みをしていく。その際、支援方法については、事業所の都合に合わせるのではなく、なるべく個人に合うよう工夫していく必要がある。また、計画が作りっぱなしにならないためにも、誰が(どの職種が)その支援を行うのか役割を決めておくことも重要である。支援を行ううえでやむを得ない場合の身体拘束等を行う場合もあると思うが、その身体拘束の様態や緊急やむを得ない理由を記載しておく必要がある。虐待が疑われ通報された場合のトラブル回避にもつながる。さらに、日課、週間、月間のプログラムも作成する。最後に、完成した個別支援計画について本人に説明しサイン(押印)をしていただき、サービス管理責任者等のサイン(押印)をしたうえで、本人に交付する。

(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

ここから、事例を使って、サービス等利用計画に基づいた個別支援計画の例を紹介する。

脳血管障害（右片麻痺、運動性失語）により在宅で引きこもりになっていた56歳男性である。介護保険のデイサービスを利用したが失語のためコミュニケーションがうまくいかず自宅に引きこもるようになった。しかし、相談支援により「好きで家に居るわけではない」「庭いじりが好き」「子供の学費が気になる」「パソコンの経験を活かせる仕事がしたい」などの言葉が聞けるようになり、就労移行支援事業の利用を希望したケースである。

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、病後の治療が終了しOO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利用したが、コミュニケーションがうまくいかず中絶、自宅にこもるようになる。本人の意向や社会参加の幅を広げるために、障害者福祉サービス申請、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 プローカ失語症（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。仕事人間で真直、家路直である。
経済状況	病発前は7百万円、障害手当金として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ため、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 配偶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い。動き回って収入を得たい。
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や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2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、「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、少しでも働いて収入を蓄え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、少しず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。要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。

日本相談支援専門員協会編
「サービス等利用計画作成サポートブック修正版」
P. 39

次に、ケースのサービス等利用計画を示す。囲みで示している「総合的な援助の方針」は、個別支援計画にも同じ内容を記載し、共有する。

日本相談支援専門員協会編、「サービス等利用計画作成サポートブック修正版」P. 44							様式2-1	
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、本人が好きなことと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う。	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は時間までに準備をする。 ・その日のボランティアの名称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。 ・特別障害者手当の支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、費が働きこ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(費) ・生命保険の手続きをすすめる(費) ・妻は非常勤講師から監の郵賃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。	昼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、再発を繰り返すおそれがある。	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回の通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	

週間計画表については、右の欄にある「主な日常生活上の活動」「週単位以外のサービス」にも重要な情報が記載されている。さらに下段の「サービス提供によって実現する生活の全体像」も重要な情報であるし、ここは、就労移行支援のサービス管理責任者とも調整の上記載されることが望ましい部分である。

日本相談支援専門員協会編、「サービス等利用計画作成サポートブック修正版」P. 45							様式2-2
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		利用者負担上乗額	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	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	主な日常生活上の活動 宿下勤務員で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。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	休日にはゆっくりしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。
10:00	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)	VCによる移動介助		VCによる移動介助	VCによる移動介助	身体介護(入浴)	
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	
14:00	身体介護(入浴)		身体介護(入浴)			移動支援 (買い物など)	
16:00		事業所の送り		事業所の送り	事業所の送り		週単位以外のサービス 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(STI)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歩行して体力の向上を図る。
18:00	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	
22:00		シャワー浴(着の脱ぎ)		シャワー浴(着の脱ぎ)	シャワー浴(着の脱ぎ)	シャワー浴(着の脱ぎ)	
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	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。本人ががでるところに着目し、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。一外へ出るという意欲を高め、社会参加の一步から始める。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。

こちらは3か月後のモニタリング報告書である。週3回の通所を4回にするなど、進捗に合わせた変更を、就労移行支援事業所と連携して行っている。

日本相談支援専門員協会編、「サービス等利用計画作成サポートブック修正版」P. 46										
モニタリング報告書(継続サービス利用支援)										
様式3-1										
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	利用者同意署名欄	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でき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	サービス量の増減	通所計画の変更	
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	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訪問、塾の教材などの入力に慣れて、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。 ・特別障害者手当の支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ともに、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。	妻が働く時間が長くなることで家族関係が希薄にならないか考慮する。	有	無	有	妻の介護負担軽減を図る。
3	母の仲間と市内のガーデニングへ出かける。	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、活動の幅が広がって、ちょっとしたことが勇気が出てきて、自信がついた。	仲間からの誘いだけではなく、本人から進んで計画ができるようになる方法を考える。上のワイセンスにチャレンジする。	有	無	有	ガーデニングの放送大学をTVで視聴して、上のワ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	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は工夫が必要か。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と。	浴槽内の立ち上がり動作について専門職の意見を求める機会を作る。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	専門職の意見を求めるようにする。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、着実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演できるようになった。伝言メモも聞ける。	引き続き訓練を継続する。	有	無	有	

モニタリング後の週間計画表である。

日本相談支援専門員協会編、「サービス等利用計画作成サポートブック修正版」P. 47

様式3-2

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	0				
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1T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、椅子もリクフイングタイプにしてリラックスした。 昼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。 ガーデニングを目的の仲間と一緒に月3回来し。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	
10:00	VCによる移動介助	VCによる移動介助	VCによる移動介助	VCによる移動介助	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	
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	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
	シャワー浴（着の脱ぎ）	シャワー浴（着の脱ぎ）	シャワー浴（着の脱ぎ）	シャワー浴（着の脱ぎ）	シャワー浴（着の脱ぎ）		
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00							通所以外のサービス 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機会を作る。
2:00							
4:00							

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日から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実感が湧いてきた。
 持病を持って就労する不安はあるが、仕事を増やし、塾の教材を作成するなどパソコン入力は、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、離脱準備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。

④個別支援計画の実施

作成された個別支援計画に基づき支援を開始する。設定された目標を効率よく達成することに努め、計画に則った適切なサービス提供に努めつつ、支援のペースやスケジュールについては、利用者によく話し合って決める。最初の見立て通り進まない場合もあるので、モニタリングの際に計画を変更することも検討する。支援スタッフの役割を明確にし、お互いに情報交換しながら支援を実施する。支援

に当たっては、時間軸（段階）を意識した支援に努める。計画を作ったまま放置しないよう、支援の実施に当たって担当の責任者を決めておき、他の支援方法の導入など工夫を怠らないようにする。ケース記録の書き方については後述するが、日々の支援の記録がモニタリングの際役立つ。記憶は時間がたつとあいまいになってくるので、大変だが記録を残しておくことは重要である。

支援経過記録表の書式例を示す。

「昨日と同じ」という記載が、何週間もずっと続くというような内容にならないよう、日々の変化に気づきをもつ必要がある。

(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**とよく話し合って決める

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

月日	支 援 内 容	経 過	記 録 者

支援経過記録表 平成____年__月__日
利用者氏名 _____ 様

⑤中間評価と修正

・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する。同時に、サービスの実施内容などが本人に適したものとなっているか、時間やペースなどサービスが適切に提供されているかを評価する。支援目標の達成度を評価するための情報を収集する際、日々の記録が役立つ。達成度は、主目標及び個別目標の

観点から、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する。併せて、利用者の意向や環境の変化なども評価し、何が良かったか・悪かったか・今後どうするか等を分析し記録する。

前述の事例に基づく個別支援計画の修正・変更記録票の記入例を示す。

(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

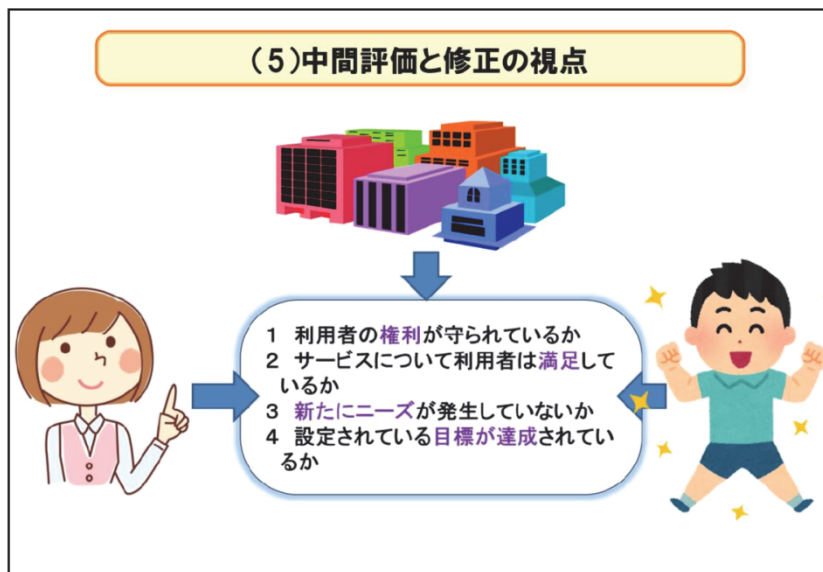
- ・ 個別支援計画の修正・変更記録票

前述の事例に基づく個別支援計画の修正・変更記録票の記入例を示す。

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
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	片手うちの入力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。	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。	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			

・中間評価と修正の視点

中間評価と修正の視点としては、利用者の権利が守られているか、サービスについて利用者は満足しているか、新たにニーズが発生していないか、設定されている目標が達成されているか等に着目する。



・モニタリングの際の勘案事項

モニタリングの際の勘案事項としては以下の6項目が挙げられる。

初期のアセスメントではまだ明確にならなかった本人のニーズや、みえていなかった生活面の課題など、一定期間支援してみても見えてくることもある。また、新たなニーズの発生や、児童の場合はライフステージの移行も見逃せない。いずれにしても、事業所内の事だけでなく、視野を広げ生活全般をみて、適切な修正をしていく必要がある。つまり、相談支援専門員との連携が必要となってくる。

【モニタリングの際の勘案事項】

- (1) 障害者等の心身の状況
- (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）
- (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
- (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

・個別支援計画の修正

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し、必要に応じて個別支援計画を修正する。

修正にあたっては、時間軸（段階）と支援（サービス）内容の観点から、本人に説明し同意を得たうえで修正・変更を行う。次回のモニタリングのためにも、個別支援計画の修正・変更とその結果を記録する。

中間評価による個別支援計画の修正のイメージ図を示す。

初期状態から、到達すべき状態（本人が望む状態）に少しずつでも近づけるよう、PDCA サイクルを回しながら支援を継続する。

(5) 中間評価と修正

② 個別支援計画の修正

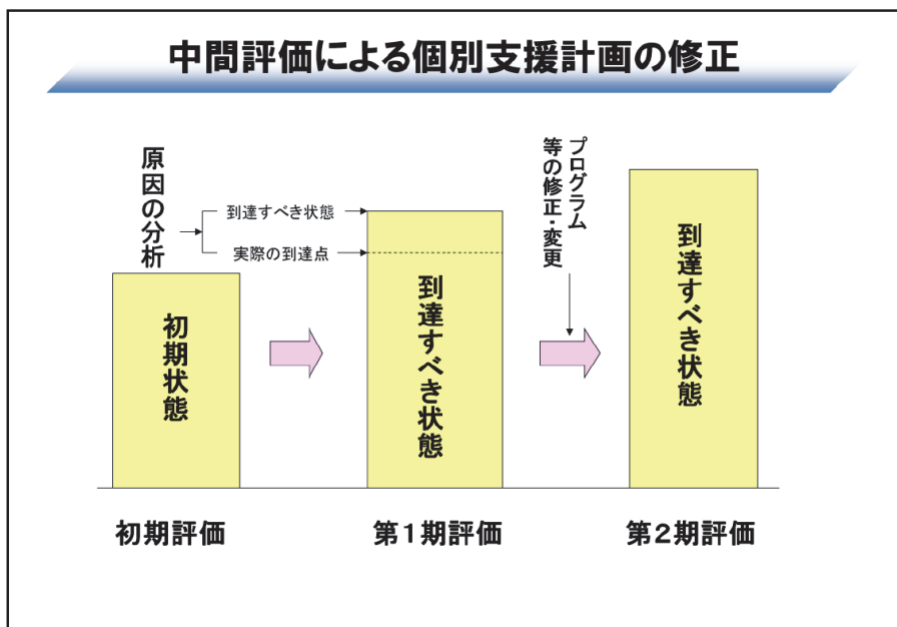
- ・ 支援目標を達成するために個別支援計画(個別支援)プログラムを修正する
- ・ 提供されるサービス内容を修正する
- ・ 利用者に修正や変更の同意を得る

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



⑥終期評価

訓練系などの有期限の事業や施設の退所などの場合で、当該事業のサービスを終了する場合、終期評価を行う。

終期評価では、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し、利用者の状態の変化・満足度などの観点からこれまでの支援を振り返って評価する。次に引き継ぐ事業所の個別支援計画作成にこれらの評価を活かし、自事業所の経験値として積み重ね、新規利用者の個別支援計画に活かす。

評価の視点としては、支援目標に達したか、もし目標が達成されなかったらどの段階まで達成されたか、サービス提供はスムーズに行われたか、スムーズでなかった場合どこに原因があったか、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（満足度かどうか）などについて評価する。

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し、近い類型の利用者がきたときに参考にする。

終期評価（振り返り）は、自事業所の財産ともなるし、引き継ぎ先の事業所に情報提供（本人の了解を得たうえで）することにより、引き継ぎ先の個別支援計画作成の参考となる。

終期評価表の書式例を示す。事例の総括

(6) 終期評価

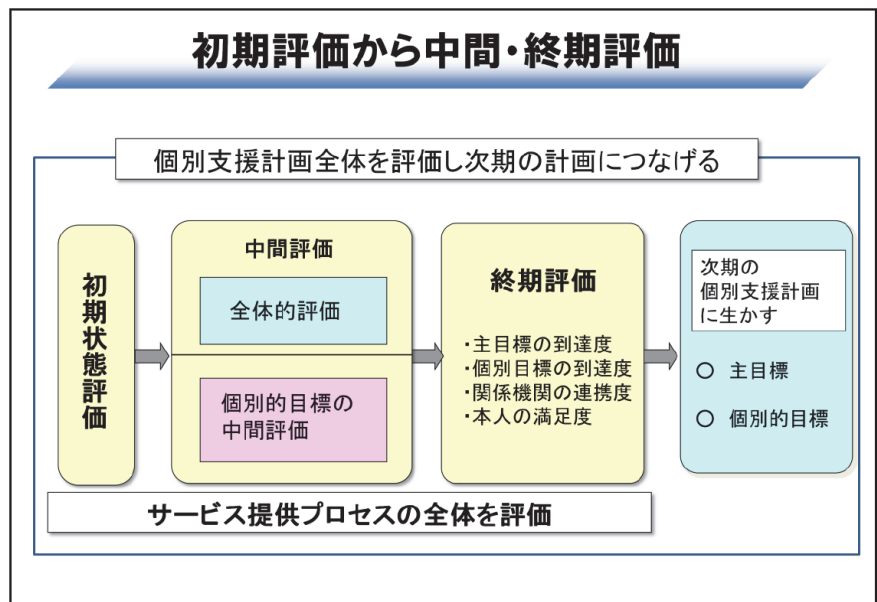
- ・ 支援目標達成度を含めた**個別支援計画全体を客観的に評価**
- ・ 利用者の**状態の変化・満足度**などの観点から評価
- ・ 次回の個別支援計画作成に評価を活かす

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（満足度かどうか）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



終期評価表の例

	到達目標	達成状況の評価			利用者名		様
		達成	ほぼ達成	未達成	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							

として文章で記載しておく（総括コメント）ことも重要である。

プログラム及びサービスに対する満足度調査票の例を示す。終了時にこういった利用者評価ももらっておくと、事業所の自己評価につながる。

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

2. サービス提供における管理

ここからは、実践研修のほうで詳細を行う部分になるが、簡単に触れておきたい。

(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

サービス管理責任者は、個別支援計画の作成等のために定期的に支援会議を開催し運営する。

支援会議はチームアプローチの場であり、利用者やサービス提供職員の他、必要に応じて家族、関連機関の職員を交えて開催する。

支援会議において、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。その際、サービス管理責任者等は適時、サービス提供職員に対して指導・助言を行うことで、人材育成の場にもなる。また、担当したサービス提供職員の意見を取り入れ、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場でもある。サービス管理責任者等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ことが求められる。そのためにも、支援会議運営マニュアルなどを作成しておく効果的な運営が可能となる。支援会議の内容は、当然記録しておく必要がある。

・サービス提供職員に対するマネジメント

サービス提供職員に対するマネジメントについても簡単に触れておきたい。

サービス管理責任者等は、個々の職員をバラバラに指導するのではなく、個々の職員がチームとして全体の力を高めていけるよう、支援内容の検討等がチームマネジメントを基本にしていることを理解させる必要がある。そのためには、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

設定しニーズを共有すること、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合理的コミュニケーションを図ること、メンバーの役割を明確にし、適材適所に心がけること、チームのルールは、明確にしておくこと、成果(アウトカム)主義の導入などが求められる。

また、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・運営をすることも役割としてはある。

サービス管理責任者等は、コーチング技法を身につけるなど、人材育成方法を管理者とともに検討しておく必要がある。

バイステックの7原則は、対人援助技術の基礎的知識として重要であり、支援の際に常に念頭に置いておく必要があるが、この援助技術はサービス提供職員に対するスーパーバイズにも有効である。

(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ニーズを共有すること
- ・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合理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. クライアントを個人としてとらえる。
2. クライア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. クライアントを一方向的に非難しない。
6. クライア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

ここからは、助言・指導と支援記録の書き方について、触れておきたい。特に記録の書き方については、日々のことであり、「コツ」をつかめばすぐに上達する場合もあるので、基本を押さえておくことが重要である。

助言、指導とは、(三省堂 Web Dictionary: <http://www.sanseido.net/>) によると、

助言とは、助けになることをいうこと 指導とは、教えみちびくこと

対人サービスの質の維持・向上のための助言・指導とは、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である。

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」(高橋学. スーパービジョンの定義と展開過程 ケアマネジャー 2010; 12: 20-25.)

では逆に、助言・指導にあたらぬものとは、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といえる。

しかし、現場ではすべてが科学的根拠だけでは説明できないこともあるかもしれない。とはいえ、経験だけでは、主観的なものになりがちとなり、次に同様の課題が出てきたときに適切に対処できない。やはり、事例を積み重ね、科学性を持つことが重要となる。

助言・指導をする場所として適切なのは、

- 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

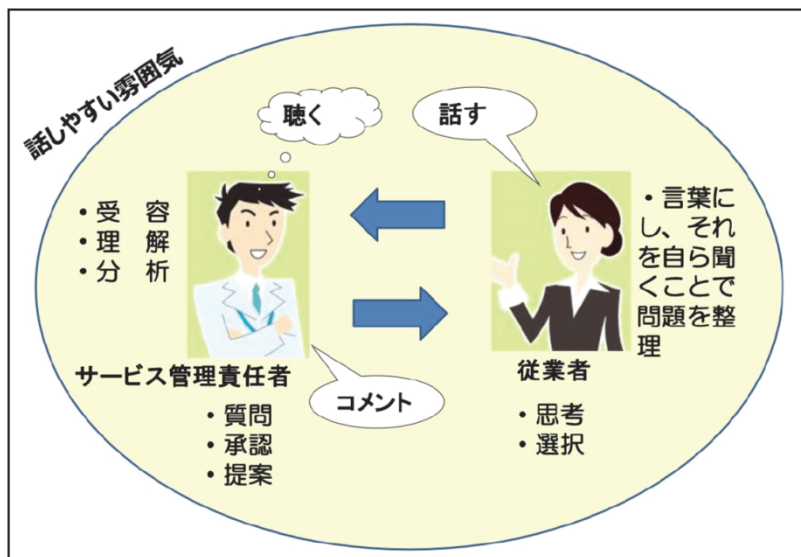
など、直接支援する現場や落ち着いて話せる場所である。

助言・指導の方法として不適切なのは、

- × パソコンが並んだデスクで、記録を書きながらの会話

などである。これは、「ながら指導・ながら(スーパー)ビジョン」となってしまう、話す方も聞く方も身が入らないからである。

個室で話す場合も、話しやすい雰囲気づくりをする必要がある。お茶やコーヒーを持ってくるなど、お互いリラックスできるような工夫が必要である。話し手は、話すことによって悩みを言語化し、そのことで自らの問題を整理できる。聞き手は、話し手の話を受け入れ、理解し分析するために質問したり、承認したりしながら聞いていくが、分析後に提案としてコメントを返すこともある。話し手は、受け入れられ、理解・承認してもらうことで聞き手のアドバイスを受け入れやすくなる。



助言・指導の効率と効果をみると、OJT、体験学習、実演、講義の順に知識・スキル・実践のすべての効果が高くなっている。

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)

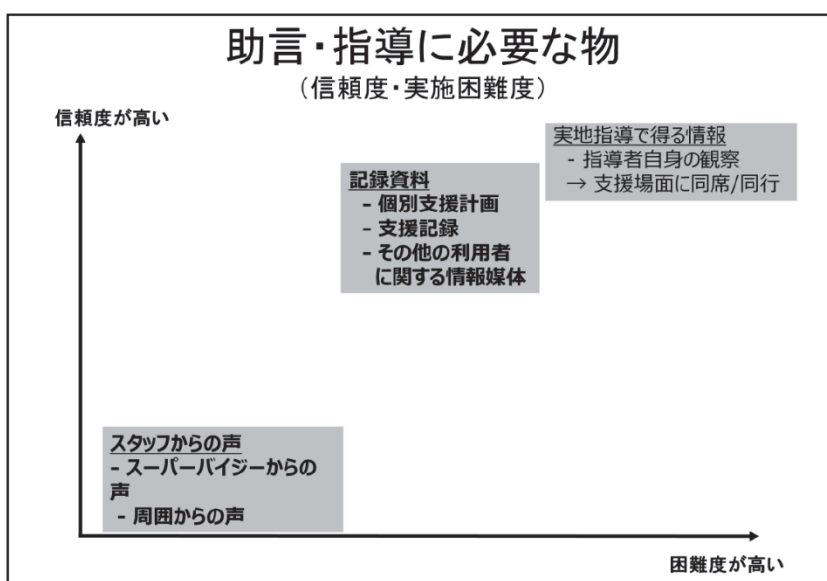
トレーニング内容	知識の獲得	支援スキルの習得	実践で使ってみる
新しい支援スキルの知識の提供とその議論(講義)	10%	5%	0%
新しい支援スキルの(講師による)実演	30%	20%	0%
新しい支援スキルを実際に体験学習し、フィードバックを得る	60%	60%	5%
新しい支援スキルを実際の現場で、実際に行い、フィードバックを得るコーチング	95%	95%	95%

Joyce B, Showers B: Student achievement through staff development (3rd edition), Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria, VA, 2002.

助言・指導に必要な物を、縦軸を信頼度、横軸を実施困難度としてみると、スタッフからの声かけ、記録資料、OJTの順に信頼度、困難度ともに高まる。

実際の現場における指導は、信頼度も高いが、指導者がいつもそばで見守るといことは時間的にも物理的にも困難である。

そこで記録が重要になってくるのである。



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

実際の現場を見て指導できない場合は記録を見て助言・指導（振り返りやスーパービジョン）するしかないが、その際、もし記録がなかったら、それは支援をしていないことと同義になってしまう。

サービス提供における支援記録は、支援の継続性を担保するためのものであり、支援の質の向上、振り返り、計画の修正を行うための根拠資料となるものであり、事故（・訴訟）、トラブル時の際の資料ともなる。

支援のための行動と記録はワンセットと肝に銘じ、毎日、毎回記録することが重要である。

記載のポイントとしては、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）こと、明確に、具体的に記載すること、事実と判断・計画は分けて記載すること、トピック（支援目標）ごとに簡潔に記載することなどである。

記載方法の1つに SOAP があるので紹介する。

【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」ことも計画である）

※ 原則的に情報、アセスメント、計画はワンセットで記載する。

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

【SOAP 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、ツナたまご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

ある精神障害のある方の支援場面である。こんな場面をどう記録するか・・・



【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

その場面で、ある支援者が書いた SOAP である。どこがまずいだろうか。

記載時の注意として、価値判断を含むような記載はしないこと、利用者本人が読んでも不快にならないように記載すること（記録の開示を求められても大丈夫か?）、複数の意味にとれる略語・施設独自の略語は避けること（第三者が読んでも分かるように）などに心がける。

先ほどの記録を振り返ってみる。

「S」は、発した言葉そのままという
ことでこれでよいのだが、「O」では、
「BMプログラム」という略語が出てく
る。「ビジネスマネジメント」のことだ
ろうか。また、「S」で記載した本人の言
葉を「悪態」という価値判断が入った言
葉で記載されている。

「A」では、プログラムに参加しない
のは「理解できていない」からだとい
方的に決めつけた書き方になっている。
これでは、本人が読んだときに悲しくな
ってしまうだろう。

最後の「P」では、「A」を踏まえて「必要性を伝え参加を促す」となっているが、理解できていないという決めつけのもとにこういった対応で果たして参加してくれるだろうか。結果として理解が足りなかったからだとしても、参加しない理由として様々な可能性を排除してしまっは適切な支援から遠ざかってしまうことになりかねない。

これらに留意して書き直したものを
みてみると、

S: あんなのやっても意味ないですよ
→ここはこのままでよい。

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。→BMとはビジネスマナ
ーのことだった。具体的に客観的な事
実を記載している。

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。
→本人が参加しない理由の分析である。
幅広に受け止めまだ結論には至って
いない。

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。→まず理由について本人に
尋ねるところから入り、場合によっては
プログラムの再検討も視野に入れている。

記録を書くことでもたらされるものとしては、以下の3点が挙げられる。

- ・支援者の支援への姿勢を見直す機会となること
- ・支援の意図を明確にすることや、支援の意義をスタッフ・本人とともに共有し明確化できること

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: 本人が読んでも大丈夫?

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。

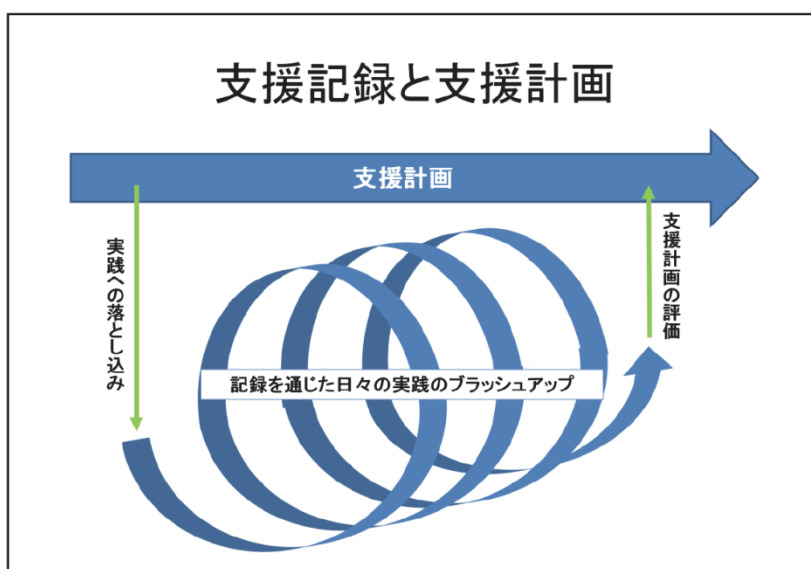
P: 理由について尋ねると共に、支援目標に即した
プログラムであるか再検討する

もし、必然性に欠ける支援だった場合、記録に記載することが難しいはずである。記載したとしてもアセスメントの過程で淘汰されるはずである。関わるスタッフが個別支援計画の内容を常に念頭に置き、計画に沿った支援を心がけるようになるはずである。

・個々の支援のレベルアップとなること

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ようになる。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や意見出しがしやすくなる。

支援記録と支援計画の関係性についていえば、まず、初期状態の把握のうえ、初期の計画を作成し、支援を開始するが、初期で計画したものの、まだみえていなかった本人のストレンクスや隠れたニーズもある。そういった、実際に支援を日々実践していく中で気づきを記録し、翌日の支援に活かしていくことで、記録を通じた日々の実践のブラッシュアップができていき、モニタリングの際の支援計画の評価や、支援計画の修正・見直しにつながっていくとよい。



・サービス提供の管理と虐待防止

最後に、サービス管理責任者等が行うこととして、虐待防止の取り組みがある。

まず、事業所ごとに虐待防止マニュアルを作成しておく。日ごろから、利用者の権利擁護の徹底を図るとともに、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）と連携し、虐待が発覚した場合は遅滞なく通報する。また、虐待防止のためにも職員間のコミュニケーションの促進を図る必要がある。

(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

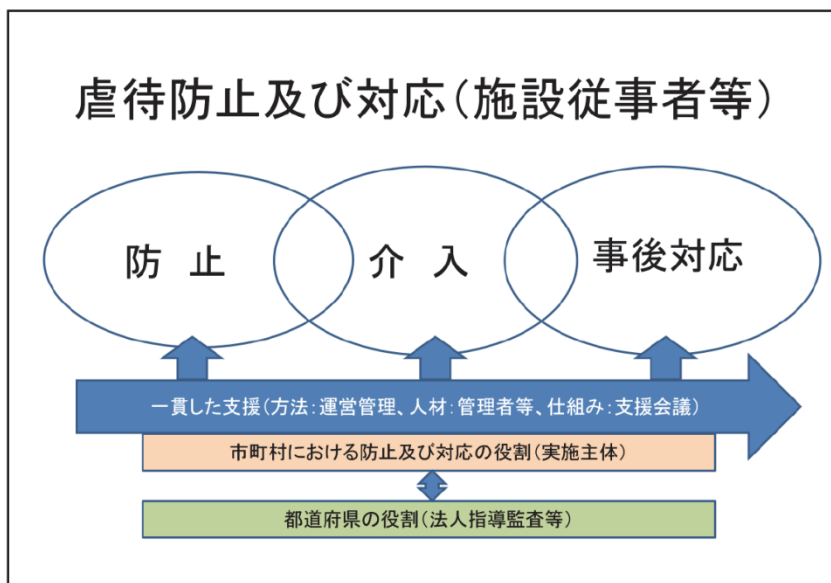
サービス管理責任者は、虐待防止に取り組むとともに、虐待防止マニュアルの作成を必ず行う。

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。

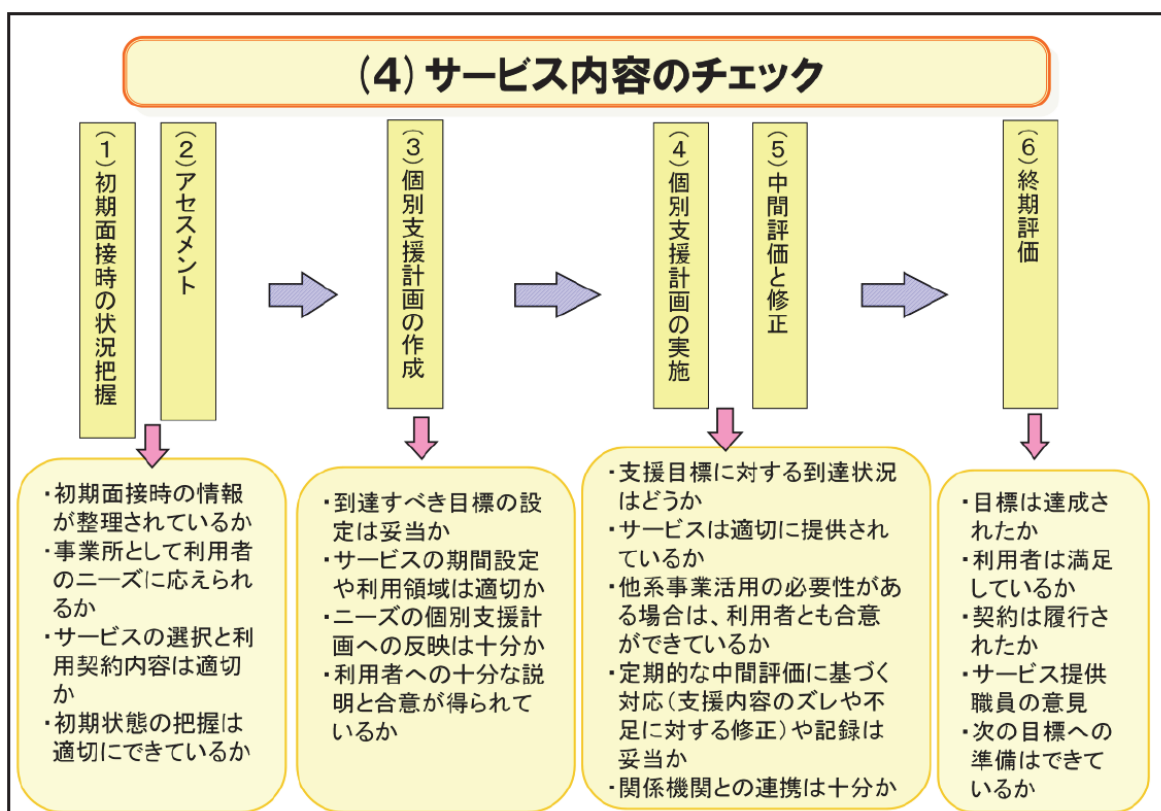
4. 職員間のコミュニケーションの促進を図る

右図は、施設従事者等における虐待防止及び対応の概念図である。まずは虐待防止に努めること、虐待が生じた場合の介入、そして事後対応は通報先である市町村と協働し、一貫した支援の下なされるべきである。



・サービス内容のチェック

下図は、各段階でのサービス管理責任者等の役割をまとめたものである。サービス管理責任者等はどの段階で何をチェックすればよいか、常に念頭に置きながら動く必要がある。



3. サービスの評価

・サービスの評価基準(例)

その事業所等の評価は、サービス提供全般についての権限を持つサービス管理責任者等の仕事の進め方等にかかってくるといっても過言ではない。

サービス管理責任者等の評価について、考えられるその基準をまとめると、

○ 質の高いサービスの提供については、利用者の到達目標の達成度や利用者の満足度等

○ 事業の推進・効率化については、地域生活や就労系事業への移行した利用者数、定着率、利用者数の増減、平均利用期間等

○ 人材の育成・強化については、職員研修、外部研修への参加等がどうであったかにより、評価される。

サービス事業所の評価については、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）がある。事業所のサービスについて、なるべく多くの目でみてもらい、質の向上のきっかけとする必要がある。

サービスの評価基準(例)	
評価の項目	評価の基準
1. 質の高いサービスの提供	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	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	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

サービス事業所の評価
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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）