

サービス管理責任者研修テキスト
分野別講義

「アセスメントとサービス提供の基本姿勢」

〈介護（療養介護・生活介護）〉

(国サビ管研修 和洋女子大学 坂本洋一先生資料を引用)

特定非営利活動法人 栃木県障害施設・事業協会
サービス管理責任者研修委員会

芳賀地区障害児者相談支援センター 石崎 智

(目 次)

○研修目標の確認

1 . 生活介護・療養介護について

- (1) 事業の概要
- (2) サービス管理責任者の役割
- (3) サービス・マニュアルの必要性

2 . サービス提供の基本的姿勢

- (1) 利用者中心の考え方
- (2) 達成すべき状態の明確化
- (3) 利用者のニーズについての理解
- (4) 提供するサービスについての理解

3 . 生活介護・療養介護のサービス提供の視点

- (1) 小さな変化に気づく観察力を
- (2) 利用者の能力を伸ばす支援
- (3) 地域行事への参加やボランティアの利用など社会参加に配慮
- (4) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

4 . アセスメントのポイント

- (1) アセスメント時の視点
- (2) 個別支援計画策定・展開時の視点
- (3) 地域生活移行支援時のポイント

5 . サービス管理プロセスの実際

- (1) 相談支援時の状況把握
- (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) 終了時評価

6 . サービスの評価

- ・ 福祉サービスの第三者評価基準
- ・ サービス管理責任者の仕事の評価

7 . サービスの評価及び検証例

研修目標の確認

1 . 生活介護・療養介護におけるサービス提供の**基本的な姿勢**、**サービス提供のポイント**、**アセスメントのポイント**、**サービス管理プロセスの実際**、**サービス評価**について理解する。
(講義)

2 . 演習を通じ、サービス管理責任者の**役割**を理解する。

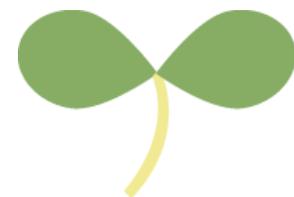
① **アセスメントに基づいて目標設定**、**個別支援計画の作成**の技術を習得する。

② **模擬支援会議を通じて**、**サービス内容のチェックとマネジメントの実際**を習得する。

③ **モニタリングを通じて**、**個別支援計画の修正及び見直し**の技術を習得する。

④ **サービス内容のチェックとマネジメントの実際**を習得する。

1 . 生活介護・療養介護について



(1) 事業の概要： (生活介護の概要)

【利用者】

- 地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な者

- 常時介護が必要な障害者であって、次のいずれかに該当する者

- ① 障害程度区分3（施設へ入所する場合は区分4）以上である者
- ② 年齢が50歳以上の場合は、障害程度区分2（施設へ入所する場合は、区分3）以上である者

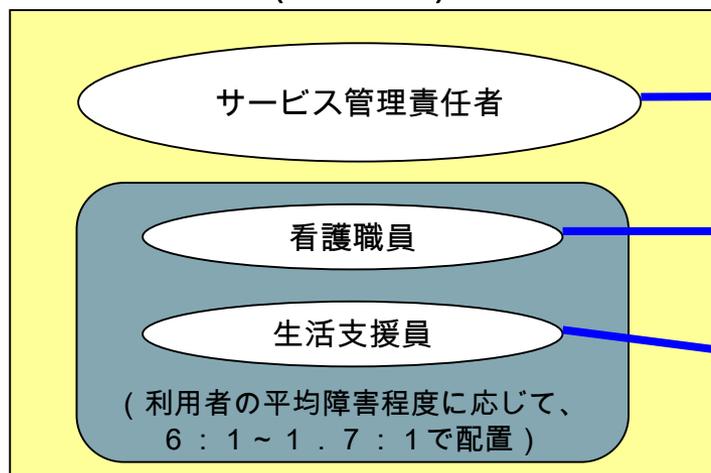
（具体的な利用者のイメージ）

- ・ 身体機能の状態から在宅生活を維持することが困難であり、施設に入所して介護を受けながら安定した生活を希望する者
- ・ 病院は退院したが介護等の支援が必要なため、直接地域生活へ移行することには不安がある者
- ・ 訓練施設を利用していたが、障害の状態が悪化し介護が必要な状態になった者

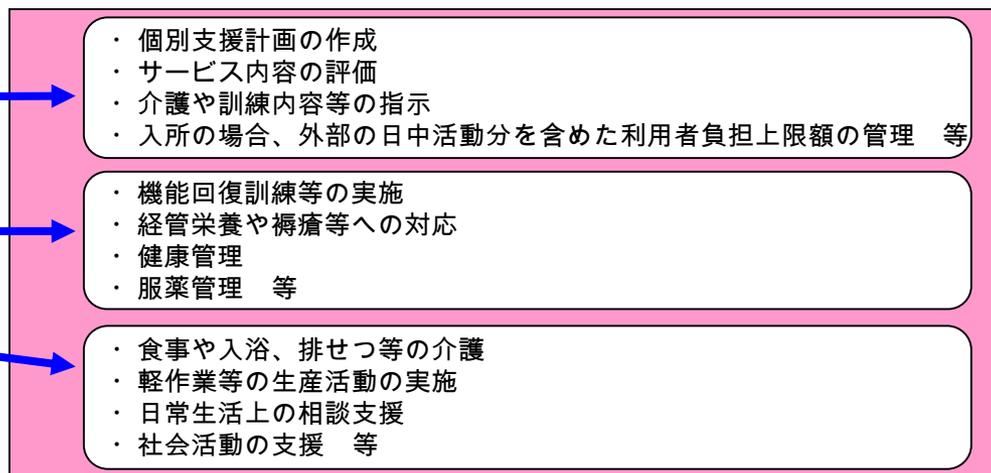
【サービス内容】

- 食事や入浴、排せつ等の介護や日常生活上の支援を提供。併せて、軽作業等の生産活動や創作的活動の機会も提供。
- これらを通じて、身体能力、日常生活能力の維持・向上を目指す。
- 居住の場として、夜間の介護等を行う「施設入所支援」を実施。
- 利用期間の制限なし。利用者の状態に応じて地域移行を支援。

（職員配置）



（サービス内容）



(1) 事業の概要： (療養介護の概要)

【利用者】

○ 病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者

○ 医療及び常時の介護を必要とする障害者のうち、長期の入院による医療的ケアを要する者で、次のいずれかに該当する者

- ① 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害程度区分が区分6の者
- ② 筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害程度区分が区分5以上の者

(具体的な利用者のイメージ)

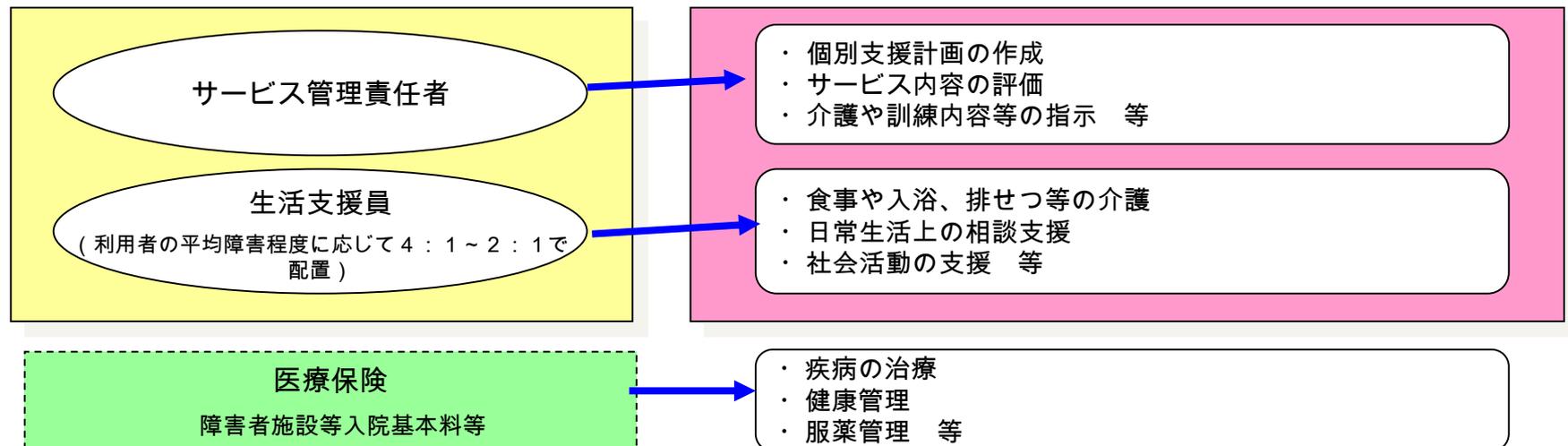
- ・ 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者
- ・ 入院医療に加え、常時の介護が必要な筋ジストロフィー症患者
- ・ 入院医療に加え、常時の介護が必要な重症心身障害者

【サービス内容】

- 病院等への入院による医学的管理の下、食事や入浴等の介護を提供。
- 併せて、日常生活上の相談支援やコミュニケーション支援、レクリエーション活動等の社会参加活動支援を実施。
- これらを通じて、身体能力、日常生活能力の維持・向上を目指す。
- 利用期間の制限なし。利用者の状態に応じて地域移行を支援。

(職員配置)

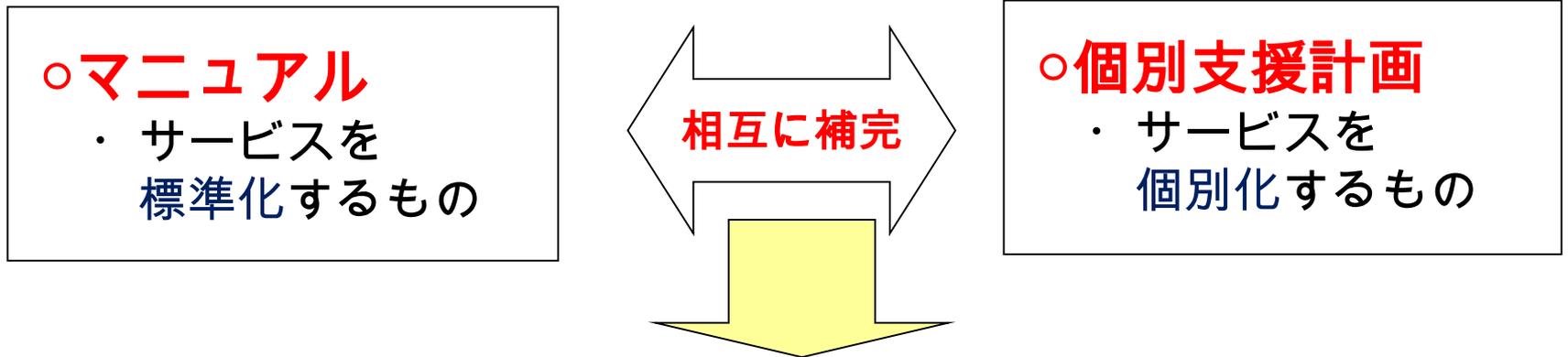
(サービス内容)



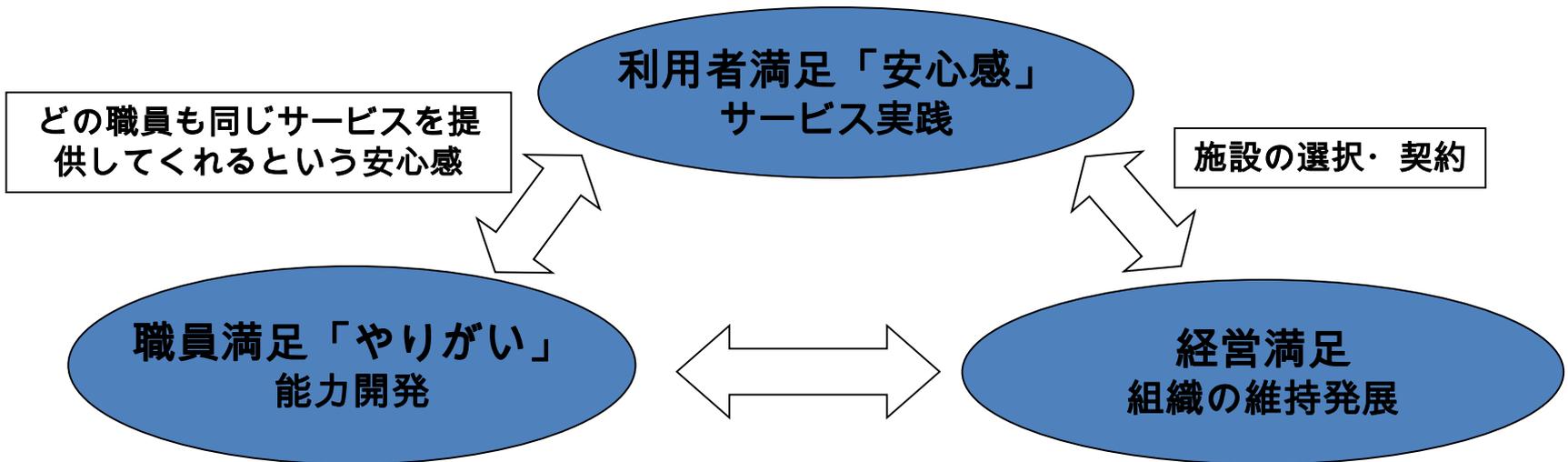
(2) サービス管理責任者の役割

- ① 利用者の**状態を把握** → 助言・指導の根拠を持つ
- ② 各サービス提供職員の**支援内容を確認** → **適切な助言・指導**を行う
- ③ サービス全体の**適切なマネジメント** → 各サービス支援内容を相互に活かす
- ④ **支援会議等を企画運営** → サービス提供職員の意思統一を図る
- ⑤ 常に**利用者の意向を把握** → 各サービスの支援内容が意向を反映したものと調整
- ⑥ 利用者の意向が支援方針と著しく異なる等の場合 → 利用者の理解度を確認の上、理解を求める (**説明責任**)
- ⑦ 個別支援計画の作成過程や実際のサービス提供場面において、**サービス提供職員のOJT**につながるような工夫を行う
- ⑧ サービス提供開始から終了までの**スケジュール管理** → 支援内容の優先順位付け
- ⑨ 様々な**社会資源を活用**できるよう各支援内容を確認 → 円滑な地域生活への移行を図り、必要に応じて助言・指導を行う
- ⑩ **管理者への連絡と報告の義務** → 要望の多い個別的なサービスは標準的なサービスに変化させていく → マニュアルの見直し
- ⑪ **サービス終了後の総括** → 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、サービス全体を確認 → 今後の仕事に活かす

(3) サービスマニュアルの必要性



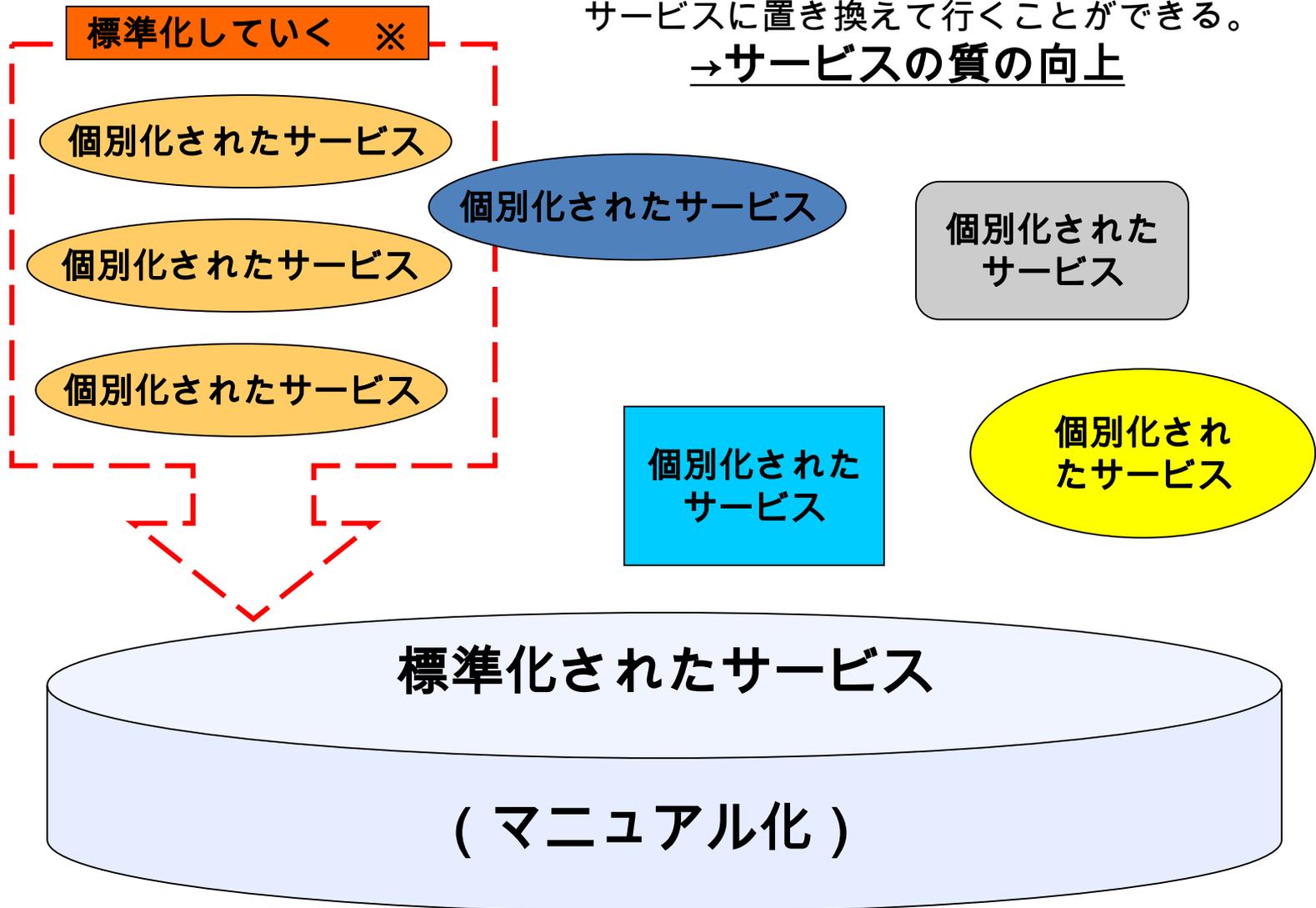
施設や在宅での利用者の支援を図っていくことが求められている



(イメージ図)

※ 同じようなサービスや複数の人々が希望する個別的なサービスを整理統合していけば、標準化されたサービスに置き換えて行くことができる。

→サービスの質の向上



(例え ば)

標準化していく ※

衣類の着脱介助

食事介助

入浴介助

歩行介助

ADLに関する基本的な
施設のサービスなど

標準化されたサービス

(マニュアル化)

※ 同じようなサービスや複数の人々が希望する個別的なサービスを整理統合していけば、標準化されたサービスに置き換えて行くことができる。 → サービスの質の向上

個人のニーズに応じたサービス

個人のニーズに応じたサービス

個人のニーズに応じたサービス

個人のニーズに応じたサービス

利用者のニーズに着目した個別支援計画

地域の事業所へ利用者の関わり方の指針となる。

支援マニュアル（例）

記入日		更新日						
利用者氏名		記入者						
(I) 食 事	食事の共通内容		<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日、朝・昼・晩の三食、美味しい食事を提供します。 ・ 楽しく食事を食べてもらうよう、必要に応じて食事に関する支援を実施します。 ・ 利用される方の嗜好を大事します。 					
	(1) 食事の形態	①・主食	1・普通	2・特別な配慮	A・お粥			
					B・ミキサー食		C・その他	
		留意内容						
		②副食	1・普通	2・特別な配慮	A・キザミ食			
					B・ミキサー食		C・その他	
		留意事項						
	(2) 支援の必要度	1・支援なし	2・見守り・声掛け支援	3・一部間接支援	4・一部直接支援	5・全支援		
		留意内容						

(II) 衣類	衣類の共通内容		<ul style="list-style-type: none"> ・ 季節に応じ、成人として相応しい衣類を着ていただくこきます。 ・ 同性介護を基本に、利用者される方のプライバシーに十分注意します。 ・ 衣類の汚れや損傷については、速やかに補修をします。 			
	(1) 上下衣の選択及び着脱	1・ 支援なし	2・ 見守り・声掛け支援	3・ 一部間接支援	4・ 一部直接支援	5・ 全支援
		留意内容				
	(2) 靴下の選択・着脱	1・ 支援なし	2・ 見守り・声掛け支援	3・ 一部間接支援	4・ 一部直接支援	5・ 全支援
		留意内容				
	(3) 洗濯	1・ 支援なし	2・ 見守り・声掛け支援	3・ 一部間接支援	4・ 一部直接支援	5・ 全支援
留意内容						

(Ⅲ) 入浴	入浴の共通内容		<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日、入浴していただく機会を提供します。 ・ 同性介護を基本に、利用者される方のプライバシーに十分注意し、清潔が保持できるよう支援を実施します。 				
	(1) 洗体	1・ 支援なし	2・ 見守り・声掛け支援	3・ 一部間接支援	4・ 一部直接支援	5・ 全支援	
		留意内容					
	(2) 洗髪	1・ 支援なし	2・ 見守り・声掛け支援	3・ 一部間接支援	4・ 一部直接支援	5・ 全支援	
留意内容							

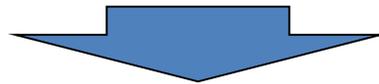
(Ⅳ) 排泄	排泄の共通内容		<ul style="list-style-type: none"> ・ 同性介護を基本に、利用者される方のプライバシーに十分注意し、清潔が保持できるよう支援を実施します。 				
	(1) 排尿	1・ 支援なし	2・ 見守り・声掛け支援	3・ 一部間接支援	4・ 一部直接支援	5・ 全支援	
		留意内容					
	(1) 排便	1・ 支援なし	2・ 見守り・声掛け支援	3・ 一部間接支援	4・ 一部直接支援	5・ 全支援	
留意内容							

2 . 生活介護・療養介護の サービス提供の基本的姿勢



(1) 利用者中心の考え方

- 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、基本的にはそのサービスを主体的に利用し、問題解決できる能力を有している。

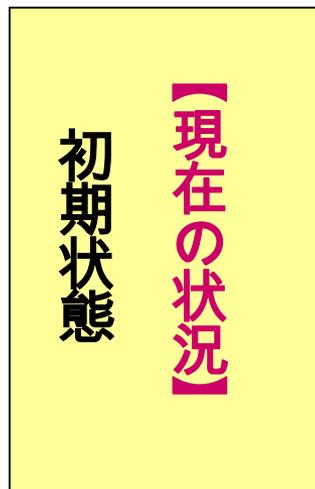


- 福祉サービスの提供では、利用者に代わって課題を解決するのではなく、提供できる制度やその他の社会資源を紹介しながら、利用者がそれらを主体的に活用して課題解決に取り組めるよう支援する。

(2) 達成すべき状態の明確化

サービス管理責任者の役割・・・ニーズに基づいて利用者の望みを実現

どのような支援
があれば達成で
きるかの分析



利用者の意向

反 映

個別支援計画

達成すべき状態
【実現したい状況】

サービス開始

サービス提供

サービス終了

(3) 利用者のニーズについての理解

1. 個別性・多様性がある

・障害者一人ひとりの考え方や価値観、障害の内容や程度、年齢、家族介護の状況等の違いから利用者のニーズには個別性があり、多くの要因によって影響を受けている点で多様性がある。

2. 幅がある

・在宅等での生活を支援する視点と共に、利用者の地域における社会参加や自己実現、成長発達を支える視点も必要である。

3. 変化し発展する

・ニーズは固定的なものではなく、利用者の状態の変化や成長発達等、多様な要因の影響を受けつつ、継続的に変化し発展する。

(4) 事業所で提供するサービスの理解

<サービスの特徴>

1. 社会的支援策の一環である

- 利用者のニーズに対応するため、支援目標を設定し、支援計画を策定した上で、チームにより支援に取り組む。

そしてPDCA (Plan・Do・Check・Action) のプロセスに基づき提供される社会的支援策の一環である。

2. 個別性が高く多様性のある支援

- 利用者一人ひとりの心身の状況(障害等)、ニーズ、思い、家族関係、社会活動への参加意欲、人間関係での価値観等に十分配慮した個別性が高く多様性のある支援である。

3. ライフステージ、社会活動参加との関連が強い支援

- 利用者の価値観、人間性、社会的活動の内容等に直接触れる部分が多く、人間的な共感や信頼感、守秘義務等に特に配慮したサービスであり、専門職としての自覚に立った態度が求められる。

<サービスの機能>

- 利用者の生命維持を保障しつつ、利用者が求めている人間らしい生活保障を支援する。

1. 日常生活の基盤を支える機能

- ・日常生活を維持し安定を図る
- ・通院介助、買い物の付き添い等、外出を支援
- ・見守り、相談援助、危機介入等

2. 地域での生活の質の向上のための機能

- ・生活環境改善・維持
- ・自分らしい生活スタイルを維持するための支援
- ・近隣関係の維持・拡充、住民としての役割、関係作りを支援

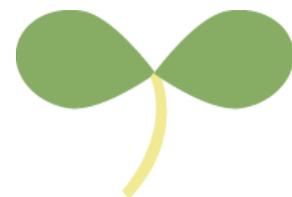
3. 社会活動、自己実現のための活動参加への支援の機能

- ・社会活動参加に関する情報収集、相談等
- ・ボランティアとの連携、関係作り
- ・活動場面での付き添い支援等

4. 育成・訓練ニーズに対する支援の機能(開発的機能)

- ・障害児の発達支援、生活力を高めるための実習(調理実習)等
- ・家族関係の調整、地域との関係作り
- ・他の専門職、専門機関との連絡調整

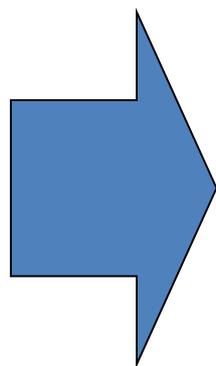
3. 生活介護・療養介護サービス提供の視点



(1) 小さな変化に気づく観察力を

今までは…

利用者は日々変化しているにもかかわらず、**利用者の変化を見逃し**、生命に危険が及ぶような変化を見逃すこともあった。

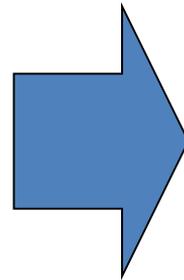


利用者の健康状態は常に変化しており、**小さな変化も見逃さない観察力を**養い、健康の管理や維持に努める。

(2) 利用者の能力を伸ばす支援

今までは…

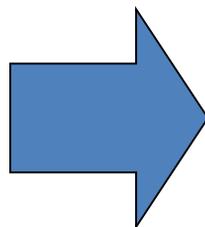
本人が行う行為に時間がかかるため、職員が待つことができずに、つい「やってあげる」支援になってしまいがちであり、その結果、能力の低下や依存心が高まり、本人の自立を妨げることになりかねない。



利用者の
「能力」を把握し、それを活かす環境をつくり、その中で「更に可能性が広がるよう」支援する。

利用者個々に応じた活動を創る

今までは…
介護中心の支援
に重点をおくあまり、
生産的活動、
文化的活動、趣味的
活動など、利用者
の生き甲斐を
実現する活動は
軽視されている。

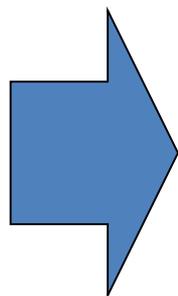


生産的活動、文化的
活動、趣味的活
動など、
一人ひとりが
生きがいを感じら
れるような活動を
創造し、
利用者の思いを実
現していく。

利用者のニーズに応じて次の生活を目指す

今までは…

障害の重さ故に、
家族や関係者さ
えも、支援開始当
初から地域生活
への移行は困難
であるとあきら
めてきた。



利用者のニーズに応じ、
生活介護から就労継続
支援、施設入所支援から
ケアホームなど、地域生
活への移行に**トライ**する。

また、利用者への動機
付けや、家族や関係者の
理解と協力を求め、移行
先の見学や体験など**支
援のあり方を工夫**する。

(3) 地域行事への参加や ボランティアの利用など社会参加に配慮

1 . 地域住民と接する機会を考える

- ① 地域に外出する機会を充実させる
- ② 地域の行事等を積極的に活用する
- ③ 地域の人と関わる日中活動を考える
- ④ 地域の人気が気軽に立ち寄れる機会を考える

2 . 利用者のニーズに沿った支援を実現する

利用者が市民講座などを希望するとき、積極的に事業所内の支援に留まらず、外部の社会資源を活用する

(4) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

地域で生活するためには、福祉、保健、医療、労働、教育など幅広い関係機関との連携が必要。

また、地域の他のサービス提供事業者や相談支援事業者等とネットワークを構築して支援していくことが必要である

支援の内容

- ・ 事業者で抱えこまないで、地域で支援する体制をつくる。
- ・ 地域における関係機関などと定期的な支援の調整の場を設ける。
- ・ 相談支援事業や地域自立支援協議会等を活用する。
- ・ 家族との良好な関係も普段から築いておく。
- ・ 利用している他のサービス提供事業者とケア会議などを通して連携する。
- ・ 連携やネットワークの構築については、取り組みの成果を評価する。

サービス管理責任者のチェックポイント

- ・ 地域自立支援協議会への参加はどうか？
- ・ 地域の社会資源を熟知しているか？
- ・ 利用者の多様なニーズに対応してほかの事業者を紹介しているか？ 等

(4) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

生活介護・療養介護の支援では、日中活動の場、暮らしの場・居宅支援事業所・医療機関・行政・相談支援事業所などとの連携を図る

利用者のニーズに対応した個別支援計画を作成すると、関係機関との連携が発生する

相談支援の充実

- ①通所・入所・居宅サービスを使っている人**全員**に相談支援事業所の相談支援専門員が「サービス等利用計画」を作成することになる。（平成27年度4月から）
 - ※「サービス等利用計画」=イメージとしては、介護保険のケアプランを想像して下さい。
 - ※「サービス等利用計画」の作成は、平成24年度から平成26年度の3年掛けて対象者を拡大。
- ③地域への移行・地域への移行後の定着を実施する相談支援事業が出来る。
- ④障害児に関わる相談支援事業が、児童福祉法の枠からスタートする。

これから地域で起きること

- ① サービス等利用計画の対象者は、入所・通所の事業所を利用している人も対象になる。(平成24年度目標約68,000人。最終的目標・65万人!?)
- ② 相談支援事業所・サービス提供事業所の今まで以上の組織間の連携が求められることである。
- ③ このことは、相談支援専門員・サービス管理責任者・支援員等、人の連携も今まで以上に求められることである。
- ④ このことは、相談支援専門員が作成する「サービス等利用計画」と事業所で作成している「個別支援計画書」との整合性や連携・調整が今まで以上に必要になることである。
- ⑤ 対象者の拡大で、相談支援従事者の人材を増やす必要がある。同時に専門性や質を担保する仕組みが課題である。

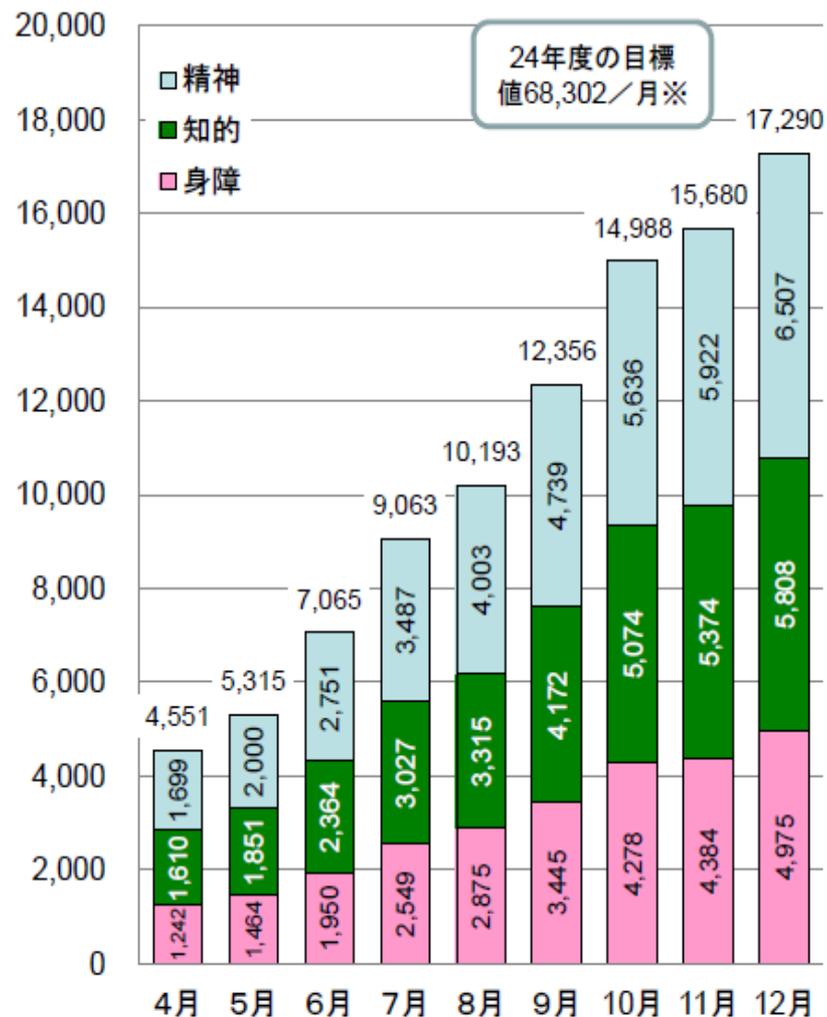
相談支援事業所とサービス提供事業所との連携

- ・平成23年度までは、利用者の生活に関する支援は、事業所ごとに実施していた。(支援がバラバラ)
- ・事業所間がネットワークを組んでチームアプローチする仕組み(ケアマネジメント)が動いてなかった。
- ☆改正自立支援法では、サービス等利用計画(計画相談)を中心にケアマネジメントの仕組みが動き始める。

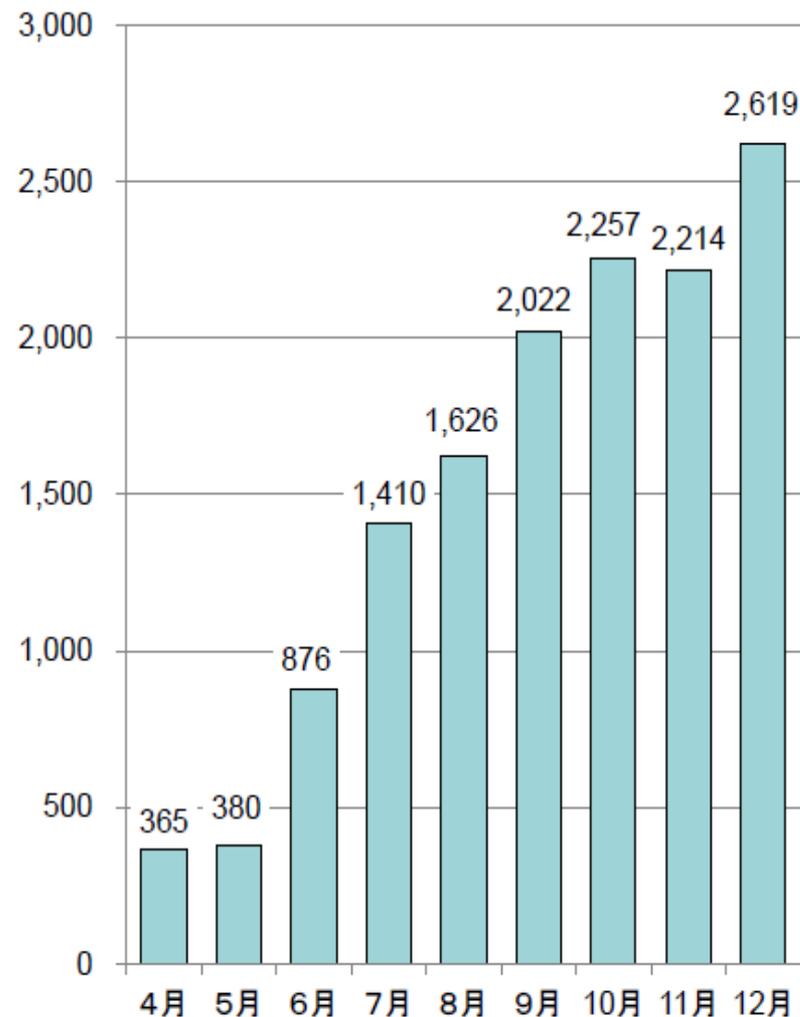
相談支援の利用状況（平成24年4月～）

国保連集計

計画相談支援

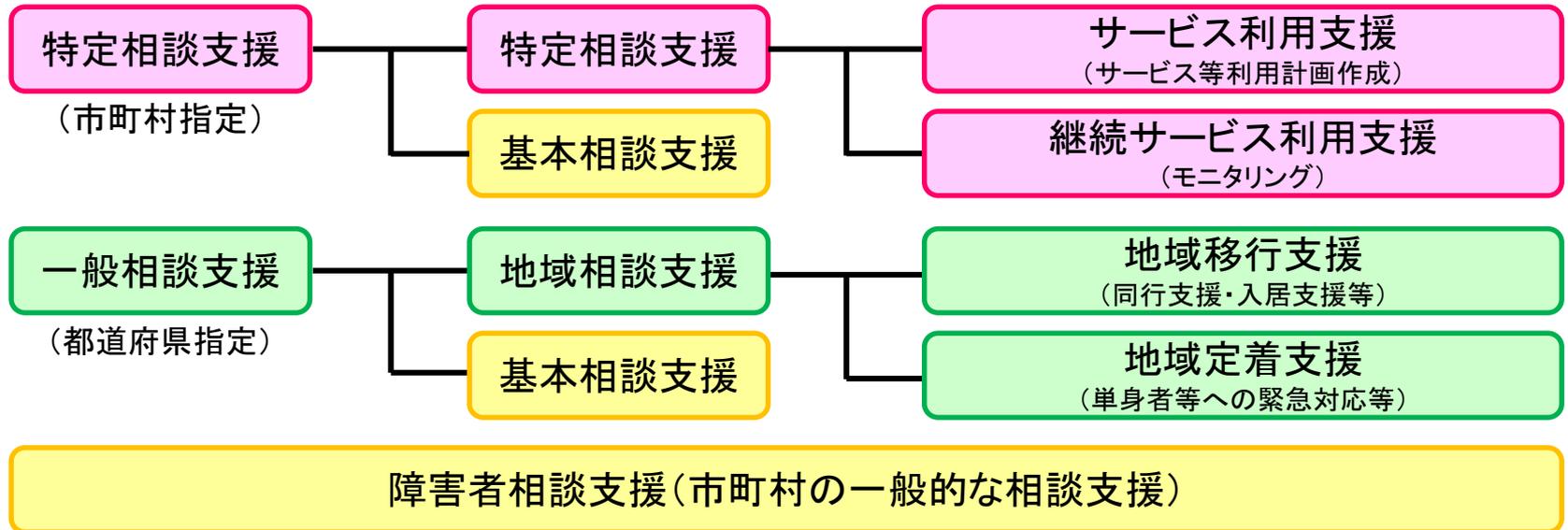


児童相談支援



相談支援の体系

障害者総合支援法



児童福祉法



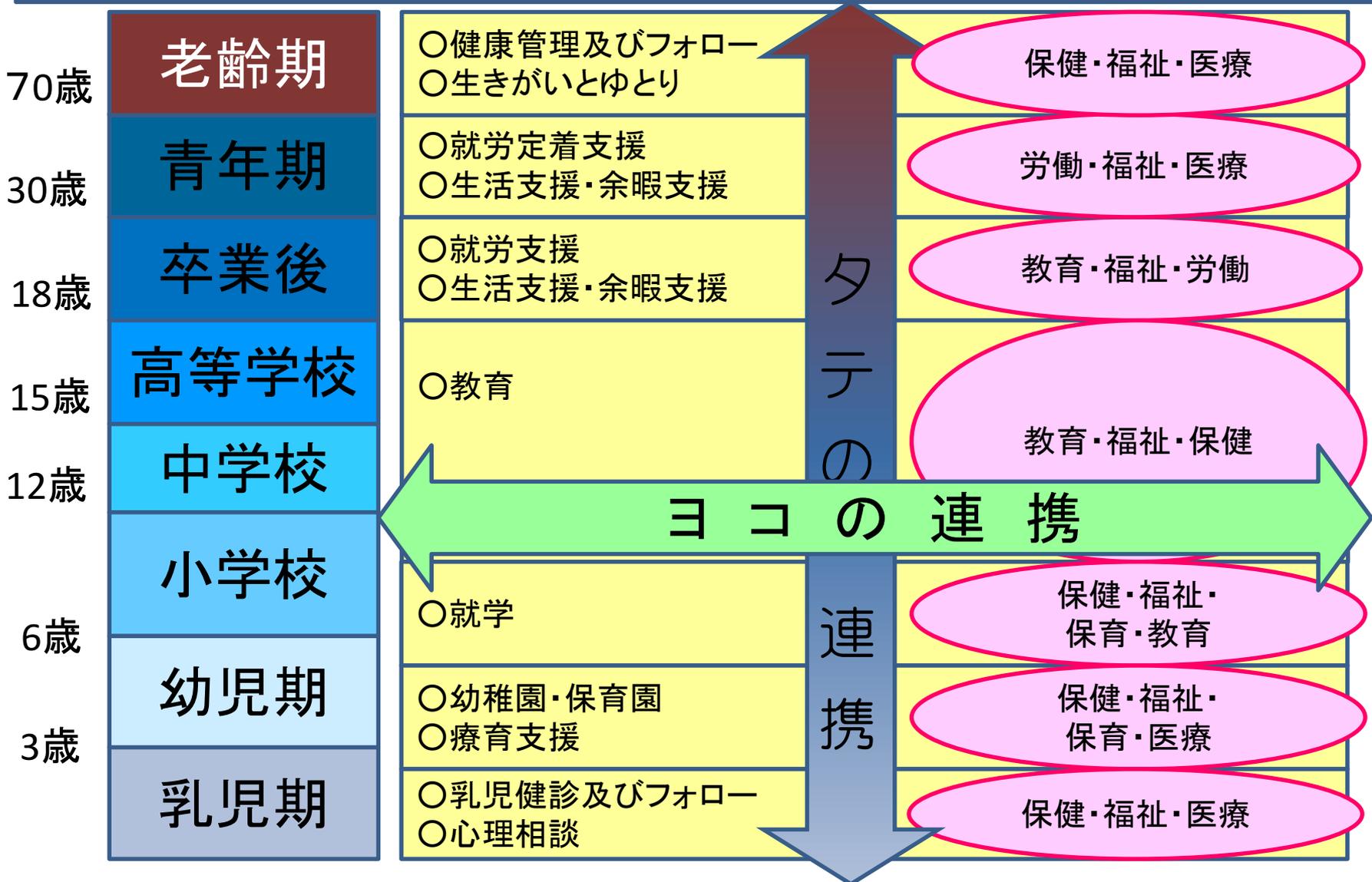
相談支援の種別と内容

相談支援の種別	内 容
障害者相談支援 (市町村の一般的な相談支援)	障害者等の福祉に関する様々な問題について障害者等からの相談に応じ、情報の提供や助言をはじめ、障害福祉サービスの利用支援、虐待の防止及びその早期発見のための関係機関との連絡調整、障害者の権利擁護のために必要な援助などを行う。
基本相談支援	障害者等の相談に応じ、必要な情報提供や助言、サービス利用の調整等を行う。
計画相談支援	(サービス利用支援) 障害者の利用する障害福祉サービスの内容等を定めた「サービス等利用計画」の作成を行う。
	(継続サービス利用支援) サービスの利用開始後に、一定期間ごとにその利用状況が適切であるか検証し、必要に応じて計画の変更等を行う。
地域相談支援	(地域移行支援) 入所施設や精神科病院に入所・入院している障害者に対し、住居の確保や地域生活への移行に関する相談や援助を行う。
	(地域定着支援) 居宅において単身等で生活をする障害者に対し、常時の連絡体制を確保して、相談や緊急時の対応などを行う。
障害児相談支援	(障害児支援利用援助) 障害児の通所サービスの利用に関する援助を行い、「障害児支援利用計画」の作成を行う。
	(継続障害児支援利用援助) サービスの利用開始後に、一定期間ごとにその利用状況が適切であるか検証し、必要に応じて計画の変更等を行う。

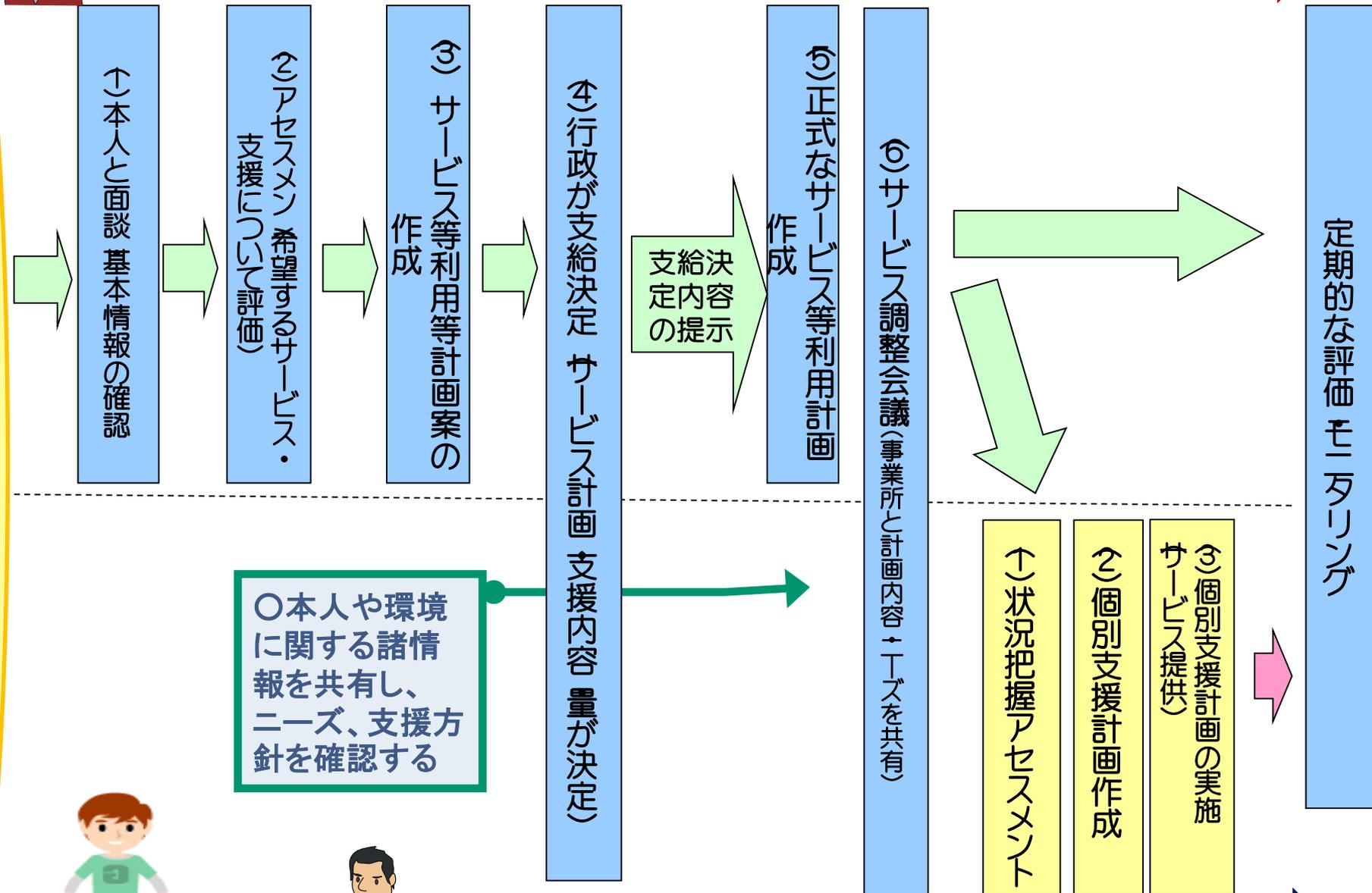
利用するサービスと対象となる相談支援

	利用するサービス	計画相談支援	障害児相談支援
障害者	障害福祉サービスのみ	○	×
	地域相談支援のみ	○	×
	地域生活支援事業のみ	×	×
	障害福祉サービス＋地域生活支援事業	○	×
	地域相談支援＋地域生活支援事業	○	×
	障害福祉サービス (行動援護・同行援護・自立訓練【生活】 就労移行支援、就労継続支援 等) ＋ 介護保険サービス	○	×
	障害福祉サービス(居宅介護上乗せ) ＋ 介護保険サービス	×	×
障害児	障害福祉サービスのみ	○	×
	障害児通所支援のみ	×	○
	障害児入所支援のみ	×	×
	地域生活支援事業のみ	×	×
	障害福祉サービス＋障害児通所支援	×	○
	障害福祉サービス＋地域生活支援事業	○	×
	障害児通所支援＋地域生活支援事業	×	○

ライフステージにわたる支援(例)



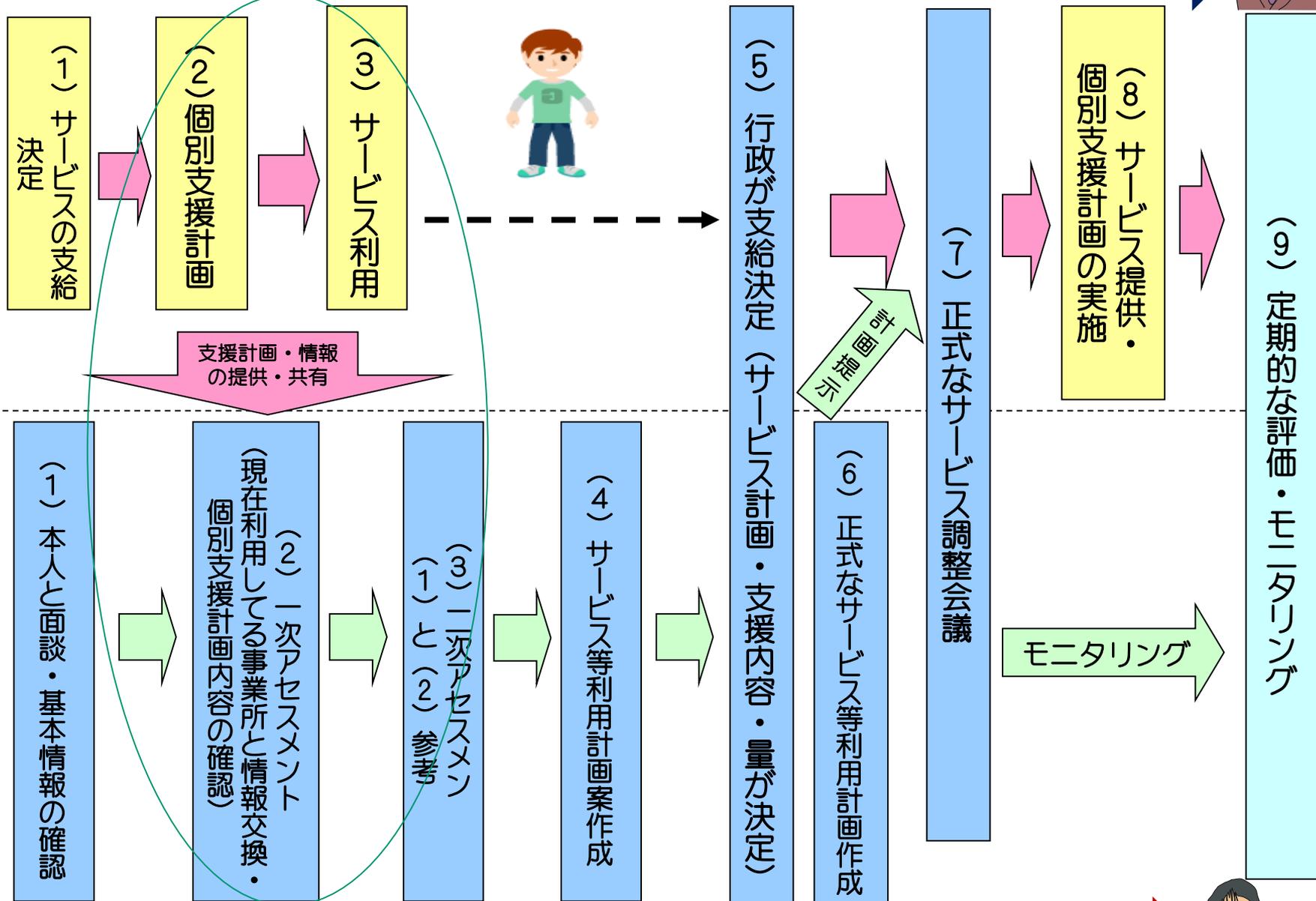
相談支援事業所による支援



サービス提供事業所による支援



サービス提供事業所による支援



個別支援計画が作成されている場合

相談支援事業所による支援



4 . 生活介護・療養介護アセスメントの ポイント



(1) 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。
- 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。
- 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。

共通講義の
復習です。

アセスメントとは？診立て力

- ・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

例えば、生活介護事業所（旧法の身障療護施設）では…

1. 利用者についての理解

- ・常時介護を必要とする状況の中で、利用者は身体機能について自分なりに理解し、周囲の人たちは自分の障害をどのように思って接しているかなどを、利用者自身の心身で感じ受け止めながら暮らしている。
- ・また、利用者は過去に最低一つの大きな喪失（受障等）と選択（地域で生活し続けることが困難な理由を持ち、一つの決断として施設入所を選択している等）をしてきている。

2. 施設サービスについての理解

- ・支援者（サービス提供職員）は、施設がどのような内容、レベルのケアを提供できているか評価し、理解しておくこと。

3. 支援者自身についての理解

- ・支援者が、「この場で専門的視点と技術を持って、この目的で利用者と向き合っている自分」についての理解と整理が必要⇒自己覚知

インタビュー(面接)での留意点

- デマンド：「主観的な要望・要求」
 - 主 訴：「相手の言った事の中の最も真になる部分。最も重要な訴え。」
 - ニーズ：「利用者が、社会生活する上での必要とする要求。困ること・不足していること。必要としていること。希望すること」
- ☆重要なのは、これらの事柄を聞き、「デマンドなのか主訴なのかを聞き分ける力・聴く力」と「必要とすることは何なのかを客観的に分析するアセスメント力」が大事である。

例えば… 重度の障害のある方のニーズのとらえかた

☆どんなに重度の障害者でも、本人のニーズはある…
という前提。

<ポイント>

意思疎通の取り方がどうなのかの確認。

言語的なコミュニケーション

本人の独特なコミュニケーション

非言語的なコミュニケーション

・ 顔の表情・行動など…

☆ 支援者が、利用者の訴えを汲み取れるか、否かが
ニーズの把握の分かれ道。

☆ **気づきが大事である。**

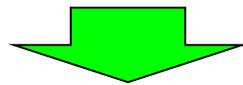
従来のアセスメント例～障害・能力に着目～

①ADL・課題行動に対して「出来ないこと・出来ていること」を能力的に評価。

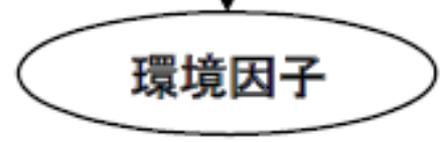
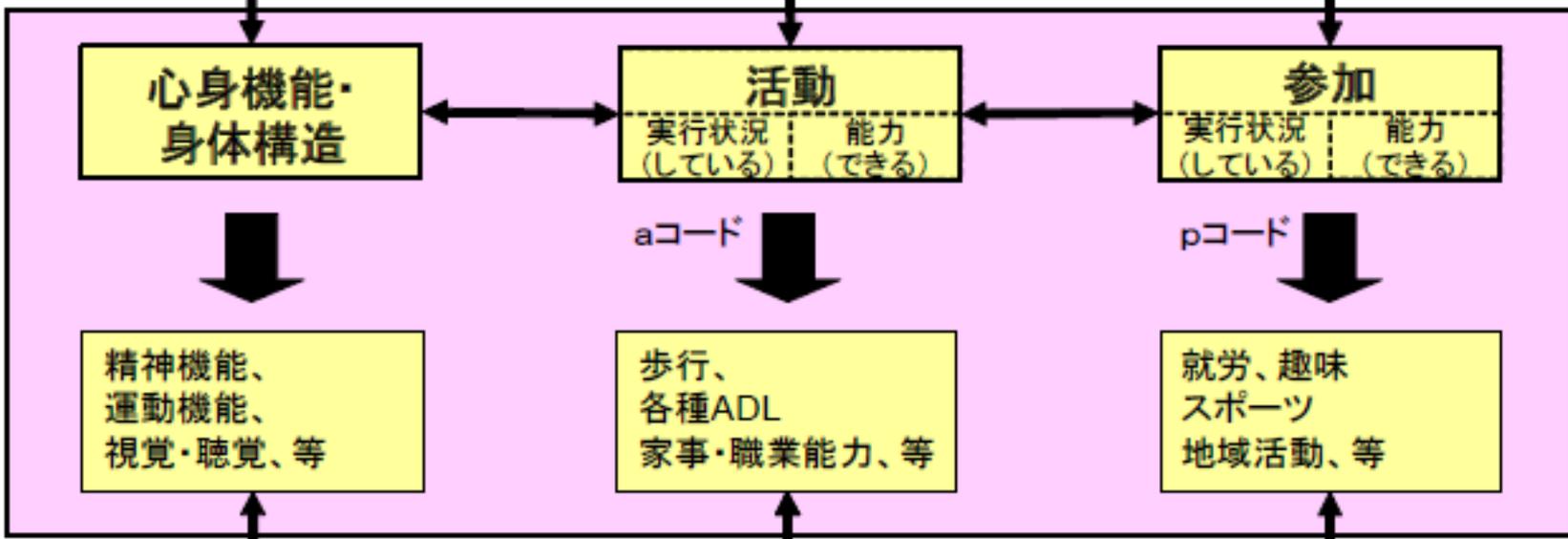
⇒「出来ないこと・介助を必要とする事」に着目し評価・分析して支援の組み立てを行う。

②就労に関しては、働くためにはどのような支援が必要か評価。

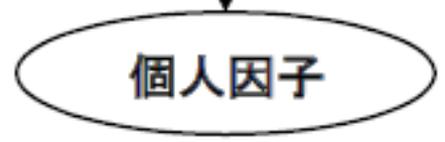
⇒本人の就労能力を高めるための支援に注目。目標を設定する。



決して間違ったアセスメントではないが、これからは、**アセスメントの視点を切り替える**ことが求められる。



物的環境:福祉用具、建築、等
 人的環境:家族、友人、等
 社会環境:制度、サービス、等



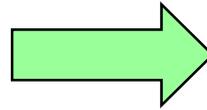
年齢、性別、民族、
 生活観、価値観、
 ライフスタイル、等

= 個性

障害の概念・定義の変化

社会生活上の困難の原因に着目。障害者基本法第二条

医学モデル



社会モデル

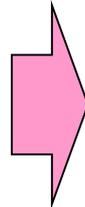
○障害とは

・個人の「身体的、知的、精神的」な機能に障害ある状態

☆診断・・・個人の病名・障害名・障害の原因を探るとらえ方が狭くて、限定的

○障害者とは

・身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者



(定義) 第二条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

一 障害者 身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

二 社会的障壁 障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。

視点の切り替え・リフレーミング

・ICFは、出来ないこと(障害)に着目する事ではなく、「できていること(実行状況)・できること(能力)に着目し、できることの範囲を広める」こと。介護給付から介護予防給付の変化

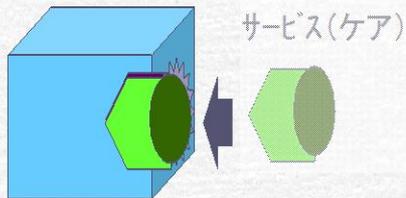


介護給付：補完的ケアマネジメント

介護予防給付：力が発揮できない状況を改善

サービス(ケア)とは

障害を埋める(補う)粘土の様なものと考えられます



障害

マイナスの視点

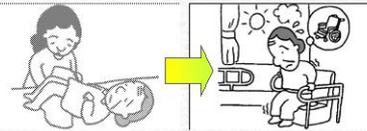
ケアマネジャー
ソーシャルワーカー

これまでは、確かにできないこと(障害)に着目して、どのように補うかという視点でケアプランを作ってきました。



ICF的な(生活機能の)見方

機能



障害因子を取り除くと

障害因子

プラスの視点

十分に能力が発揮されるようになり、活動(生活)のレベルが高まります。

ケアマネジャー
ソーシャルワーカー



実行状況

能力

アセスメントの視点を変えてみよう

ストレングス (strengths) 視点の焦点は「病気 (病理)」や「障害そのもの」ではなく「可能性」。

この演習では、①その人が本来持っている強さ、健康な側面、得意なこと、潜在的な能力、暮らしていく中で獲得した様々な技能 (関心、コミュニケーション、日常生活上のノウハウ) 等、また②その人を支えるプラスの環境のストレングスについて気づきと理解を深める。

ストレングスは一見弱みに見えるものの中にも実は存在するなど奥が深いもの。強さへの気づきはその人の「自分らしさ」へ向かう推進力 (燃料) となる大事な社会資源への気づきとも言える。

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
- ・カラオケ仲間がいる
- ・腕の良い主治医が担当
- ・親切な民生委員が担当
- ・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ある

- ・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
- ・プログラムをさぼれる
- ・〇〇の資格を持っている
- ・絵（字）が上手い
- ・几帳面である
- ・元気に挨拶ができる
- ・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
- ・近くに100円ショップがある
- ・隣町の兄弟が時々来てくれる
- ・図書館がある
- ・公園がある
- ・海が近い
- ・川が近い

…等

アセスメントの視点を変えてみよう

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

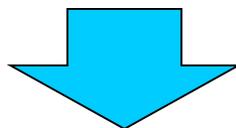
- 限られた空間、限られた人間関係で、長期間生活している。
⇒環境から受ける刺激が少ない。
- 在宅で生活してる人と比べて、地域との接点がすくない。
⇒本人を取り巻く世界が狭い…

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。

アセスメントの視点を変えてみよう

- 「課題・機能面中心＝障害の原因・本人の課題・ダメージモデル（出来ないこと探し）医学モデル」のアセスメントから
- ☆ 「生活を送る上で全般的なニーズ・その人が本来持っている力に着目」した支援の組み立てを行う。（社会モデル）
- ・ そのために・・・その人らしい生活や本来持っている力が発揮できない生活を送る上での障害因子を取り除く支援。
- ・ 従がって・・・生活全般の質向上に向けた支援に向けた180度の支援の視点の転換が求められる。



- ・ 利用者の今の姿の分析と、将来の姿を想定した支援の組み立てを行う。⇒従ってADLや課題は、その人の姿を知る上では、一部分である。
- ・ 事業所で、共通・標準化できるADL等の介護は、標準マニュアル化する。

アセスメント力(観察力)を高めるため
人間のとる行動のほとんどには、理由があって行動する！

背景

きっかけ

行
動

原因

何かよいことがあった
何か悪いことがあった

行動を起こす背景（理由）は？

- 誰かに見て欲しい・そばに来て欲しい・声をかけて欲しい。⇒注目されたい。
- 好きな物を手に入れたい・興味のある活動をやりたい。⇒プラスの欲求。
- 苦手なことはやりたくない・嫌いなことを避けたい
⇒マイナスの欲求・回避行動。
- これをやると気持ちがいい⇒プラスの体験。など

行動が起きない・停止してしまう背景（理由）があるのか？

- 何をするのかわからない
- 求められていることが難しくてできない。
- それをやってもいいことがない。
- やらなくても困ったことにならない… など

(2) 個別支援計画策定・展開時の視点

1. どのような支援があれば、「潜在的な可能性を引き出せる」のか、そのための「全て」を支援の範囲として考えてみる。
2. 「生活全体を支援する」という視点に立った支援を行う。本人と周囲の人々の生活全体を勘案して、必要なことは支援していく。
3. 行動の自由については完全に支援する。
外出等の頻度や行き先は問わない。
4. 支援の制限については、一番低い生活レベルを基準としてそれ以上は提供しないとする最低保障の考え方はとらない。

個別支援計画作成にあたっての基本的な視点

- アセスメントは**利用者・家族の希望、意見を重視**する。
- 計画では、利用者・家族が希望する生活を実現するために、スタッフは**どのようなサービス提供をするか**を中心に作成する。
- 計画では、一人で行なうことが難しい内容は **どのような支援をすればできるようになるか**の視点で作成する。
- スタッフ**個人の考え**で作成するのではなく、策定会議などで決める。
- 利用者・家族の**同意を得る**。
- 計画が適正に実施されているか**継続的なモニタリング**を行う。

例えば…

重度の障害のある方のニーズのとらえかた

- ☆支援者が、利用者の訴えを汲み取れるか、否かがニーズの把握の分かれ道。
- ☆ニーズの汲みとり方や支援者のアセスメントが弱いと、支援目標が利用者の趣味・趣向に沿った、漠然とした支援計画を作成する傾向になる。
- 外出したい・好きな物を食べたい。サッカー見たい。など、一回支援を実施すれば終わる事柄を支援目標として設定する傾向が見られる。
- 外出することの目的は、「利用者の生活の選択肢を広げる、一人で自由に外出するようになりたい。」など手段の後ろにどんな目的があるかを考える思考が大事。

(3) 地域生活移行支援時のポイント

1. 施設（病院）内における推進体制の構築

- (1) 施設全体としての方針の明示
- (2) 職員全体の意識
- (3) 多職種職員で構成する「地域生活移行を支援する委員会」等の設置
- (4) 地域の関係機関・団体と協働したプログラムの実施

2. 施設入所者、長期在院者が地域の住民と接する機会の充実

- (1) 地域に外出する機会の充実
- (2) 地域の人と関わる日中活動の充実
- (3) 地域の人が気軽に立ち寄れる機会の充実

3. 希望の明確化と地域生活移行後における支援のポイントの明確化

- (1) 地域で暮らす当事者によるピアカウンセリング
- (2) 地域の情報の提供と地域生活の具体的なイメージ作りへの支援
- (3) 見学や体験、聞き取り調査を通じた希望の明確化への支援
- (4) 体験の機会を通じた地域生活移行後における支援のポイントの明確化

4. 本人の希望を実現するための家族との調整

- (1) 家族との調整における具体的な情報の提供
- (2) 家族の理解を促進する取り組みの推進

5. サービス管理プロセスの実際

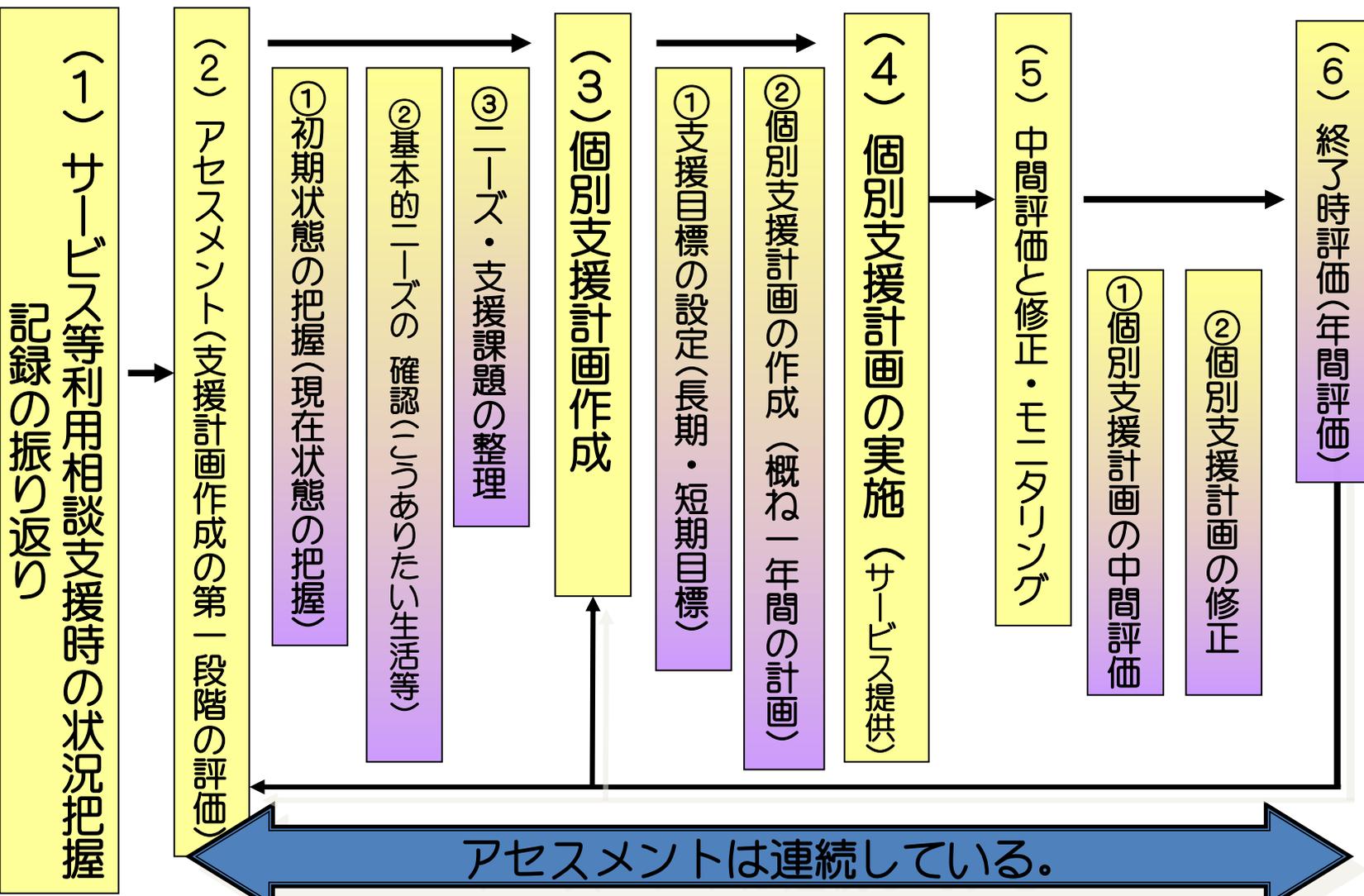


共通の講義
の復習です。

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

相談支援時事業者
(サービス等利用計画案)



(1) 現在、サービスを利用している人の場合 (相談支援時の状況把握)

(ポイント)

- 利用者のことを十分知らないと、支援計画は作成できない。
- その人がサービスを使うことになった原因や、サービスを使うまで、どんな生き方をしてきたが知ってく必要がある。

(利用者のFACE SHEET・相談記録等の確認)

①利用者の基本状況

生育歴・生活歴・家族状況・利用者ADL・IADL等の
確認⇒ストレングスが潜んでいるかも・・・

②支援記録の確認。

③年度後の個別支援計画・支援のまとめ等の書類の 確認。

(例)

【相談受付票】

相談日： 年 月 日 ()

利用者名		性別		相談方法： 来所・訪問・電話
年齢		生年月日		
相談者氏名		続柄		(家族状況)
＜連絡先＞ 住所： 電話番号： その他：緊急連絡先等				
本人状況： 在宅 利用事業所 ()				
手帳等	身体障害者手帳：なしあり ()	療育手帳：なしあり ()	精神保健手帳：なしあり ()	支援費情報 ()
	介護保険：ありなし ()			その他： ()
＜相談内容＞				
①施設利用	④福祉用具・住宅改修	◎その他		
②在宅サービス利用	⑤福祉制度全般			
③在宅介護について	⑥医療機関について			
＜主 訴＞				
＜特記事項＞ ～ADL・疾病・住環境等～				
＜対応の確認＞				

(1) ー②相談支援時の状況把握(現在状態の把握)

- 年齢50歳・頸椎損傷(C4)寝たきり・じょくそう有り。入所半年。介護拒否(暴言)が続き、支援スタッフも関わるのが困難。
- 病院を数件転院後、本人は、気がついたら寝たきりになってA施設に入所していた。

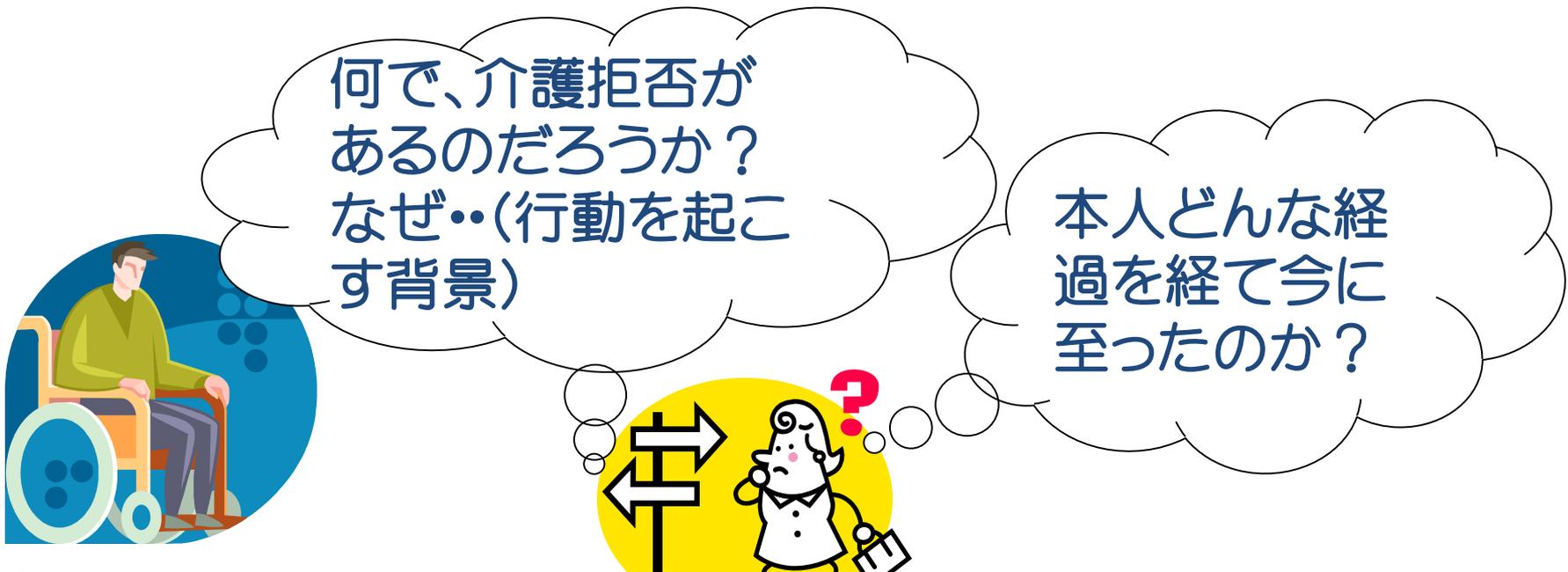


(課題)スタッフが支援するのに介護拒否・暴言があり、困難を要していた。対応困難な事例?こんな人は退所させてほしい?

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。

(2) - ① アセスメント:初期(現在)状態の把握



単純に当事者の性格と考えるとよいだろうか？

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。

(2) - ② アセスメント: 基本的ニーズの把握

当事者の気づいていないニーズはないのだろうか？

- 現在の入所を納得しているのか？
- 本人支援者以外で、関わる身内はいるのか？ (家族歴・キーパーソン)
- 障害の受容ができてしているのか？



(生育歴のアセスメント)
• 受傷前、本人が趣味にしていたこと、楽しかったことは何だろう。

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。
• 複数の専門職等から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しているか。

(2)－③ アセスメント:ニーズや課題の整理

演習①で実施

何で、介護拒否があるのだろうか？

本人どんな経過を経て個々に至ったのか？

現在の入所を納得しているのか？
・本人支援者以外で、関わる身内はいるのか？



・受傷前、本人が趣味にしていたこと、楽しかったことは何だろう。

どのようなことが原因で困っているのか・理由・背景の分析

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ことを中心に考えながら、見立てていますか？

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。

共通の講義
の復習です。

アセスメント表(抜粋)

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
経済環境	要	年金	無	障害基礎年金1級	
住環境	要	改修済み	無	(手すり・玄関スロープ・電動リフト)	
服薬管理	要	全介助	有	全介助	
食事管理	要	全介助	有	刻み食・嚥下障害が少しづつ進行している	
病気への留意	要	定期的な通院必要訪問看護訪問リハ	有	ALSは進行性の障害であるが、本人はその診断に納得していない。痰の吸引が頻回に必要	
体力	要	筋力低下が急速に進行している	有	リハビリに対して強い意欲がある	
寝返り	要	妻が介助している	有	意思伝達が困難なので、体位変換の際手足の位置調整に時間がかかる	
起き上がり	要	妻が介助している	有	全介助	
衣服着脱	要	妻が介助している	有		
整容行為	要	妻が介助している	有		
食事行為	要	妻が介助している	有	全介助・嚥下障害	
排泄行為 (排尿) (排便)	要	妻が介助している	有	出来る限り洋式トイレに座り排便したいが、座位保持が困難になってきている。妻一人では介護が困難になってきている。	
入浴行為	要	通所リハで2回/週 入浴	有	全介助・4回/週程度入浴したい	
ベッドへの移乗	要	ヘルパー妻	有	二人介助	
屋内移動	要	妻が介助している	有	車椅子使用全介助	

ツールを使ってニーズを整理する。本人を知るための地図

(1) 現在状況の整理 (アセスメント情報を整理)

①★私の不安や苦痛、悲しみ・障害・病気・困りごと(何に困っているか)
☆本人のニーズに関連

どのようなことが原因で困っているのか・理由・背景の分析



④★私自身の**ストレングス**私の強み・得意なこと・可能性

②★生育歴・職歴のアセスメント⇒私は、今までこんな生き方をしてきました。

③★家族歴・本人を取り巻く環境⇒私は今このような生活をしてます。してきました。

(2) 将来の暮らしに向けた支援

⑤★私は、〇〇で暮らしたいです。私の今の願い、希望は〇〇です。今、私は〇〇をやりたいです。☆利用者等の生活に対する意向・本人のニーズ・各目標に関連

⑥☆私の将来の夢、希望は〇〇です。私は〇年後こんな暮らしをしたいです。
☆長々期的な暮らしの目標

ニーズ整理表

利用者名 _____さん

〇〇さんのストレングス

〇〇さんが望むこと・希望など

ニーズ	現在状況の確認 (利用者の意向・ ストレングス)	現状等から、支援者が 気になること	ニーズに応えるための 支援	ニーズを満たすための目標

記入例:演習事例とは関係ありません。

記入様式1

ニーズ整理表

グループ _____
利用者名 _____ さん

〇〇さんのストレングス

- ・働く意欲はある。
- ・就労に向けた力もある。
- ・自宅に住んでいる。
- ・家族の理解もある。

〇〇さんが望むこと・希望など

- ・私は、働く訓練をして、一般企業で仕事をしたい。

ニーズ	現在状況の確認 (利用者の意向・ ストレングス)	現状等から、支援者が 気になること	ニーズに応えるための 支援	ニーズを満たすための目標
・一般企業で仕事を したい	・働くことの力は十 分ある。 ・本人の意欲もある。	①朝起きることが出来 ない。生活パターンの継 続が気になる。 ②本人に合った仕事内 容を支援者が把握でき ていない。	①生活リズム(規則正しい 生活が継続)を作ろう。 ・目覚ましを5個位置く。 ・家族に起床の協力をお 願いする。 ・職員が起こしに行く。 ②通所先を含め、どんな 仕事を希望しているか支 援スタッフと考える。	①仕事のつくため、毎日通所 が出来るようになろう。 ②どのような仕事に適してい るかを探る。

(3) 個別支援計画の作成(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。

(3) 個別支援計画の作成

演習1で実施

本人との関わりの
きっかけ？

生育歴等を丁寧に再アセスメントした結果、受傷前、本人が趣味にしていたこと、楽しかったことは何だろう...
かつてはお城見物が趣味だったことが分かる。



目標に向かった支援

「お城を見に行くこと」
を目標に新たな支援を
実施。

•支援スタッフ以外で本人を応援してくれる人が居るか。
⇒実兄との関わりが良好。(キーパーソンになれそう)

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と目標が示されているか。
- 利用者自身がイメージできるものとなっているか。

個別支援計画

利用者名 _____

作成年月日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

本人(家族)の希望	
長期目標(内容、期間等)	
短期目標(内容、期間等)	

○支援計画内容

ニーズ	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

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 利用者氏名 _____ 印

サービス管理責任者 _____ 印

(4) 個別支援計画の実施

- 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
- 目標、モチベーションを高める支援

必要があれば積極的にサービス提供者へアドバイスをする

サービス提供者へは、サービス提供時の当事者の様子を報告させ、修正等が必要な場合には、サービス提供者との会議等をレスポンスよく行えますか？

サービス管理責任者のチェックポイント

- 支援スタッフの相互連携がとれているか。
- 段階を意識した支援となっているか。
- 利用者の同意を得ながら支援しているか。
- 設定された目標は効率よく達成されているか。
- 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。



(5) - ①中間評価と修正:個別支援計画の評価

共通講義の
復習です。

実施経過

- 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主目標及び個別目標の観点から評価する。
- 併せて、利用者の意向や環境の変化なども評価する。

必要なツール

- 中間評価記録表

サービス管理責任者の視点

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

(5) – ②中間評価と修正:個別支援計画の修正

実施経過

- 到達目標に達成するために、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。
- 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・変更する。
- 利用者に修正や変更の同意を得る。

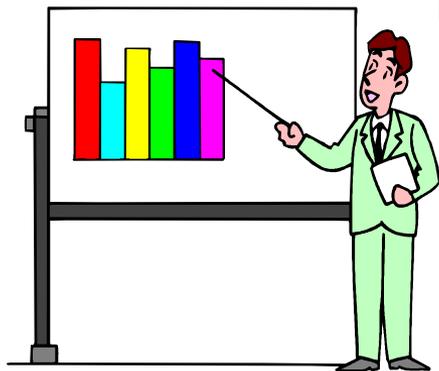
必要なツール

- 個別支援計画の修正・変更記録表

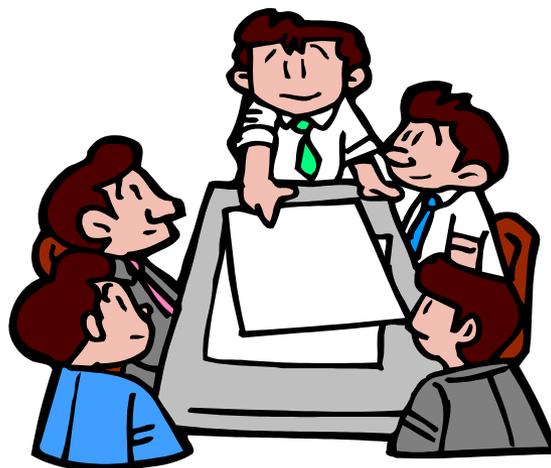
サービス管理責任者の視点

- 適切な修正ができているか。
- 利用者の同意を得ているか。

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会議や要望苦情への対応システムがありますか？

共通講義の
復習です。

個別支援計画の中間評価

利用者名 _____ 様

	到達目標	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)
		達成	ほぼ達成	未達		
1		達成	ほぼ達成	未達		
2						
3						
4						
5						
6						

○モニタリングの視点から…

- 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)

(6) 終了時評価

実施経過

- 到達目標達成度を含めた個別支援計画全体を客観的に評価する。
- サービス提供はスムーズに行われたか、また、行われなかった場合の原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。
- 同様のケースの個別支援計画作成に評価を活かす。

必要なツール

• 終了時評価表

サービス管理責任者の視点

- 到達目標の達成度はどうか。
- 適切なサービス提供ができたか。
- 利用者の満足度はどうか。
- 事例としてまとめ、今後の参考としているか。

終了時評価表の例

前日の講義
の復習です。

利用者名

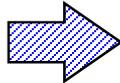
様

	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			

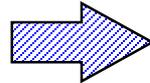
サービス内容のチェック

① 相談支援時の状況把握

② アセスメント

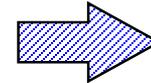


③ 個別支援計画の作成



④ 個別支援計画の実施

⑤ 中間評価と修正



⑥ 終了時評価

- ・相談支援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

- ・主となる標準的な支援モデルとそれに基づく個別プログラムが明確に設定されているか
- ・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

我々は目標に向うための考えを暗算している。

○福祉の仕事がしたいな…？って目標があった場合。
(まず、そのためには..)目標に向かうための整理。

- 福祉の知識がほしい。 •福祉の勉強をする
- 就職の状況って？。 •福祉にはどんな仕事があるかな？
- 資格を取った方がいいかな？

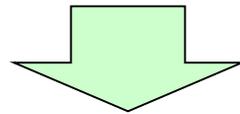
(ならば…)仕事に就くための目先の目標。

- もう少し福祉関係の情報を集めよう。(慎重派)
- 福祉関係の学校に行こう。(積極派)
- 就職先を探してみよう。(超積極派)

○など…。 頭の中で考えているはず。色々な情報や状況の中から選択して決定して暮らしているはず…。その人の状況に応じた決定を行っているはず。

(障害が重い方々って)

- 生き方や暮らし方のイメージをもって、プランを自分で決めて自分で実行することって…。
- 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、もしくは、障害・疾病により本人の力が弱くなってる可能性が高いかも。(パワレスな状態)。
- 生活介護・療養介護を利用している方々は、具体的に希望や夢を上手く示せる人は少ないかも。



(支援者が持っていたい視点)

- ☆ 従来持つてる力や可能性を引き出すアセスメント力が大事
- ☆ このような状況の人たちに対して、行き方や暮らし方のお手伝い(支援)をするのが我々の専門的な仕事だと思う
- ☆ 究極は利用者が「より良い生き方・暮らし方をするための支援を形にしたもの」が個別支援計画だと思う

共通講義の
復習です。

支援会議

演習ロールプレイ
で実施

- 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となら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

共通講義の
復習です。

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



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)

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)

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)

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)

見立てや手立てに関する 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)

6. サービスの評価



(1) 福祉サービスの第三者評価基準(試案)
(「福祉の第三者評価に関する中間まとめ」より)

- I 福祉サービス提供の基本方針と組織
- II 地域等との関係
- III 対等なサービス利用関係の構築
- IV 福祉サービス提供過程
- V 福祉サービスの適切な提供
- VI 利用者本位のサービス提供
- VII 組織の運営管理

Ⅰ 福祉サービス提供の基本方針と組織

1 福祉サービス提供の基本方針

- (1) 福祉サービスの提供に関する基本姿勢が明示されている
- (2) 理念や基本方針を内外に周知している

2 サービス提供組織の運営

- (1) 組織の運営に関する諸規程が定められている
- (2) 組織の運営が適切に行われている

3 計画の策定

- (1) サービスの質の向上に向けた中・長期的な計画を策定している
- (2) サービスの質の向上を意図した事業計画を策定している

4 職員の質の向上

- (1) 職員の質の向上に向けた基本姿勢を明示している
- (2) 職員の研修体制が確立している

II 地域等との関係

1 地域社会との連携

- (1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている
- (2) 地域の社会資源との連携が確保されている

2 福祉人材の育成

- (1) 実習生の受け入れるための体制が整備されている

III 対等なサービス利用関係の構築

1 サービス提供開始時の対応

- (1) サービス提供の開始が適切に行われている
- (2) 利用者との契約が適切に行われている

Ⅳ 福祉サービス提供過程の確立

1 サービス提供計画の管理

- (1) サービス提供計画の策定、実施及び評価の各過程における責任体制が明確である
- (2) 利用者その家族を尊重したサービス提供過程を確保している

2 サービス提供計画の策定

- (1) 利用者一人ひとりについてアセスメントを行っている
- (2) 一人ひとりの利用者に対するサービス提供計画を作成している

3 サービスの提供

- (1) 組織が提供するサービスの標準化が図られている
- (2) サービス提供に関わる適切な記録が確保されている

4 評価・変更

- (1) サービス提供計画の実施の評価を行っている
- (2) 評価結果をサービス提供計画に反映している

V 福祉サービスの適切な提供

- 1 **生活環境**(1)サービス提供環境が適切に整備されている
- 2 **コミュニケーション**(1)利用者とのコミュニケーションが円滑に保たれている
- 3 **移動**(1)必要な利用者に対する移動の支援が適切に行われている
- 4 **食事**
 - (1)要な利用者に対する食事の支援が適切に行われている
 - (2)快適な食事環境の整備に配慮している
- 5 **入浴**
 - (1)必要な利用者に対する入浴の支援が適切に行われている
 - (2)入浴の安全性やプライバシーを確保するための取り組みを行っている
- 6 **清拭**
 - (1)必要な利用者に対する清拭の支援が適切に行われている
 - (2)清拭時の安全性やプライバシーを確保するための取り組みを行っている
- 7 **排泄**
 - (1)必要な利用者に対する排泄の支援が適切に行われている
 - (2)排泄時の安全性やプライバシーを確保する取り組みを行っている
- 8 **整容**
 - (1)利用者の身だしなみや清潔保持が適切に行われている
 - (2)利用者の理・美容が適切に行われている
- 9 **相談等の援助**
 - (1)利用者からの相談に適切に対応している
 - (2)家族や友人等のつながりに配慮している
- 10 **機能回復訓練等への支援**
 - (1)利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている
 - (2)利用者の余暇活動や学習に対する支援が適切に行われている

VI 利用者本位のサービス提供

1 利用者の意向の尊重

(1) 利用者の希望に沿った生活の実現や日常生活への配慮を行っている

2 利用者の安心と安全の確保

(1) 事故防止のための取り組みを行っている

(2) 事故や災害発生時の対応体制が確立している

(3) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている

VII 組織の運営と管理

1 経営

(1) 地域住民等の福祉に対するニーズに対応している

(2) 経営状況を的確に把握している

2 人事管理

(1) 人事管理の体制が整備されている

(2) 職員に対する配慮がなされている

3 財務管理

(1) 予算管理が適切に行われている

(2) 情報の開示に向けた取り組みを行っている

4 物品管理

(1) 物品の購入などが適切に行われている

(2) 組織が保有する物品に関する管理が適切に行われている

(2) 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

7. サービスの評価及び検証例



(1) サービス提供事業所評価・検証の方法例

- 事業所としての適正を評価（行政監査含む）
- 事業所が自ら行う、内部評価
- 第三者による外部評価
- 利用者によるユーザー評価
- 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

