



— 生きがいとゆとりをめざして —

平成27年度 サービス管理責任者研修受講資格取得研修

計画作成とサービス提供のプロセス

芳賀地区障害児者相談支援センター
石崎 智

目次

1. サービス提供の基本的な考え方
2. サービス提供のプロセス
 - (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



目次

3. サービス提供における管理

(1) 支援会議の運営

(2) サービス提供職員に対するマネジメント

(3) サービス内容のチェック

1. サービス提供の基本的な考え方

1. サービス提供の基本的な考え方

- 本人の意向や家族の要望に基づく到達目標を設定してサービスを提供する。
- 利用者のできないことだけでなく、できること、強さに着目する。
- 到達目標を達成するための個別支援計画を作成する。
- エンパワメントを高める。
- 必要に応じて、関係機関との連携を図りながらサービスを提供する。

※ 個別支援計画の作成は、利用者、サービス管理責任者、実際にサービスを提供する職員の三者間の共同で行う。

エンパワメントとは

エンパワメント

アメリカにおけるマイノリティ(黒人等の社会的に圧倒された人々)が失っている力を強化していくことで、生活が弱体化、無力化している人々を本来持っている力を回復・強化していく援助。

- 経済的状況、性別、国籍、障害等によって、社会的に否定的な評価を受けている。
- 取り巻く環境によって、権利が侵害されている。

パワレス(無力)な状態から

エンパワー(問題理解・解決能力を獲得する)へのプロセス

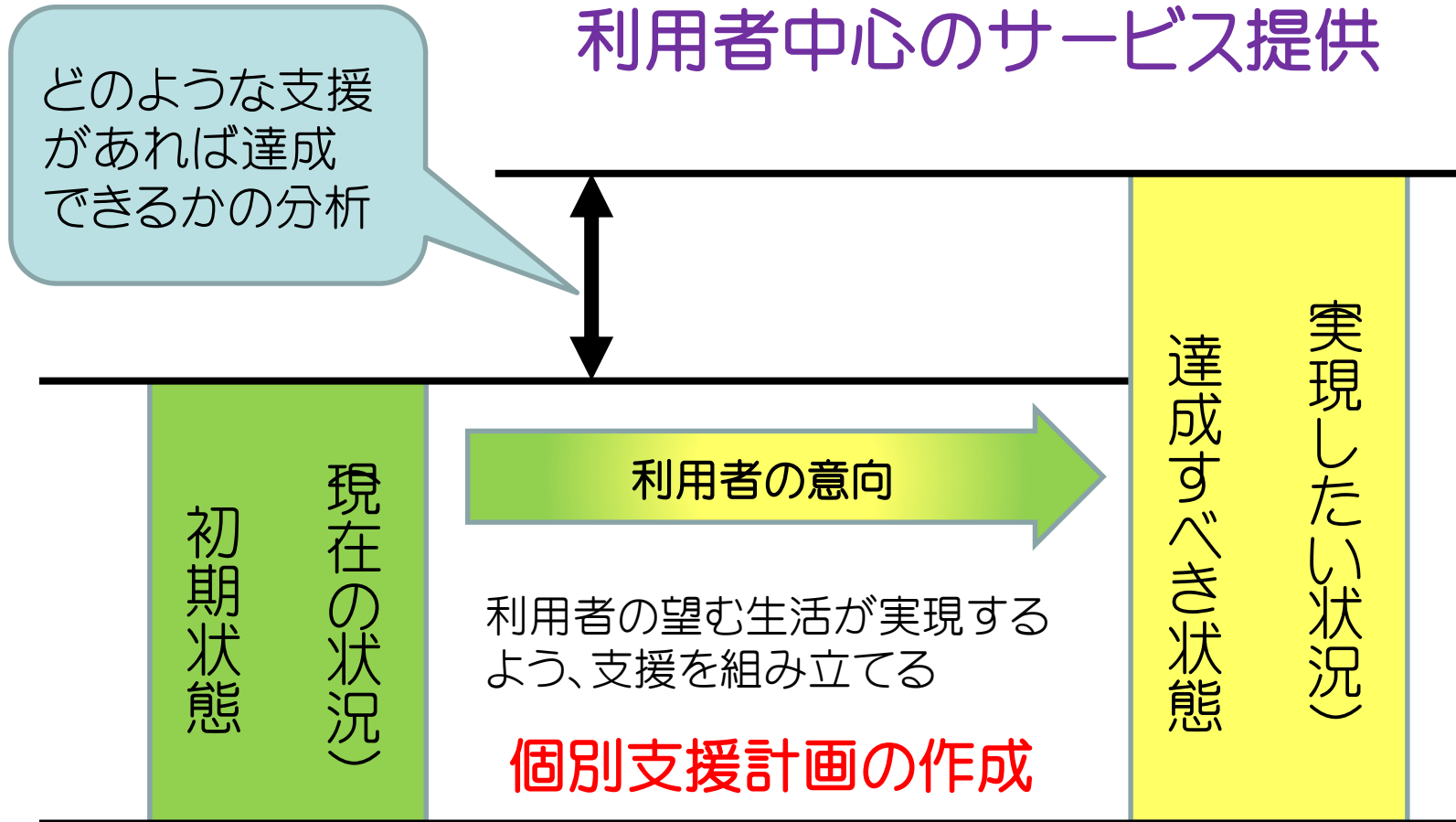


環境への働きかけ

- 利用者とともに環境に働きかける。
- その視点は、エンパワメントであり、利用者持っている力を引き出し、強化する。
- セルフヘルプ活動への参加も考慮する。

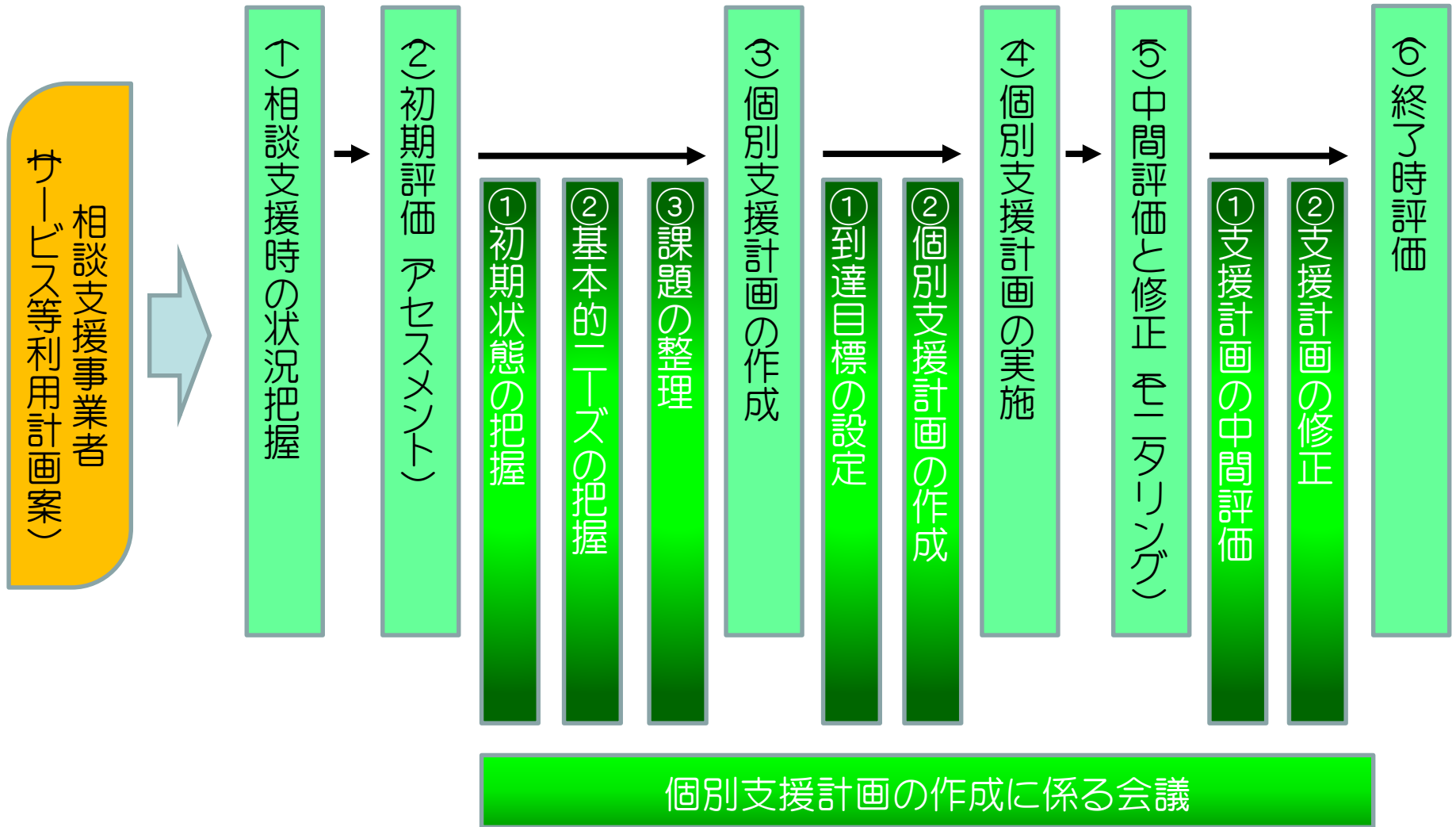
サービス提供の基本的考え方

利用者中心のサービス提供



2. サービス提供のプロセス

サービス提供のプロセス



(1) 相談支援時の状況把握 ①

支援プロセスで、紆余曲折するので、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を考える。

- 課題が生じて不安がある
- 将来の展望が見えない
- 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

- まず、傾聴する
- 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



- 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。



このサービス提供機関が、はたして対応してくれるのか？

(1) 相談支援時の状況把握 ②

- 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。
- 一連のサービスの流れについて説明する。
- 必要に応じて、関係機関との調整を図る。
- 利用にかかる経費を説明する。

専門用語を使わずに、平易でわかりやすい言葉を用いる。

実施方法

- 各事業における利用の対象像、提供するサービス内容について情報を提供する。
- 他の事業やサービスなど選択肢などを説明。
- 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、市町村などと連携をとる。
- 個人情報の管理については慎重に行う。

必要なツール

- 相談支援受付票(あるいは調査票、プロフィール表 等)

(2) 初期評価 (アセスメント)

アセスメントの過程は情報の収集と分析である。

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、直面している課題に対する対応、課題がもたらす不安や葛藤

専門家や関係機関に依頼する時は利用者の了解を得る



(2) 初期評価 (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。

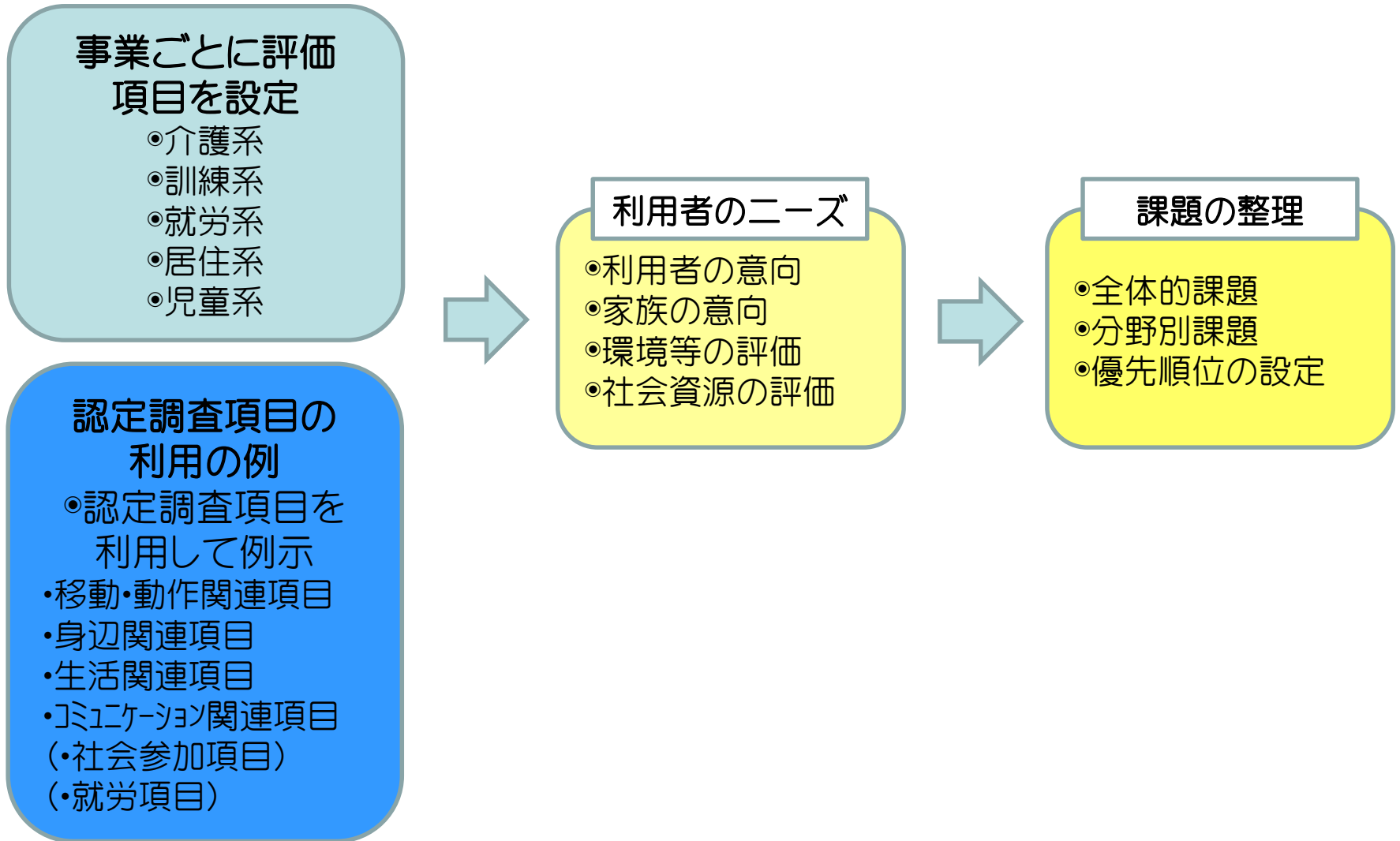
実施方法

- 信頼関係の確立を基礎として、面会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や心理職などを活用する。
- 初期状態を記録しておく。

必要なツール

- 初期状態把握のためのアセスメントシート

初期状態の把握 (アセスメント)



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。

初期状態
把握表の例

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					
社会生活関連項目	金銭の管理					
	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					
就労関連	情報利用					
	状況判断					
	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						



(2) 初期評価 (アセスメント)

② 基本的ニーズの把握

- 利用者 (必要に応じて家族) 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、面会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、解りやすい言葉で移行などを把握する。
- 必要に応じて家族の意向なども把握する。
- 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

- 利用者のニーズを把握するためのアセスメントシート



(2) 初期評価 (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の課題を整理する。
- 課題の整理に当たっては、優先順位を設定する。

実施方法

- 利用者の初期状態や基本ニーズから、支援者の気付きなどを踏まえ、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の課題に整理する。
- 各分野の課題については、支援計画を作成するときの優先順位ののために、重要度・緊急度などを考慮しておく。
- 課題整理を記録しておく。

必要なツール

- 課題整理表

課題整理票

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				

課題整理票記載例

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	仕事をしたい	能力的に可能である	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規則正しい生活パターンの継続が気になる。	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	対人関係は良好である	○体力的に週5回通えるか心配である。	①安定した通所を図る。 ②本人に合った日中活動を探る。
3	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本人が吸引を必要とするなど健康面が不安	通所での医療的ケアの強化
4			②家族が高齢のため自宅での介護力が低下している	①通うための手段の確保 ②家庭での支援を検討する
5	毎日通所させたい(家族)	日に数回発作がある	○発作が起こると1時間は安静にするため、毎日通所に不安がある	家族の主訴と本人の健康状態との調整を図る。
6				在宅での支援内容を検討する

(3) 個別支援計画書の作成

個別支援計画書の作成は、支援の実施過程を立案すること。

①明らかになった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社会資源とニーズのマッチングを検討する。

⑤個別支援計画書を作成する。

⑥利用者の最終同意を得る。



(3) 個別支援計画の作成

- ◎ **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のか。
 - ・利用者の意向を汲んでほしい。
- ◎ **職員の立場から**
 - ・的確な支援の方向づけ。
 - ・支援の効果を自己評価し、今後の計画を検討する。
- ◎ **施設経営者の立場から**
 - ・支援の質の向上を目指す。
 - ・効率的、効果的に施設運営できる。



(3) 個別支援計画の作成

① 到達目標の設定

- 利用者の支援課題に基づき、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。

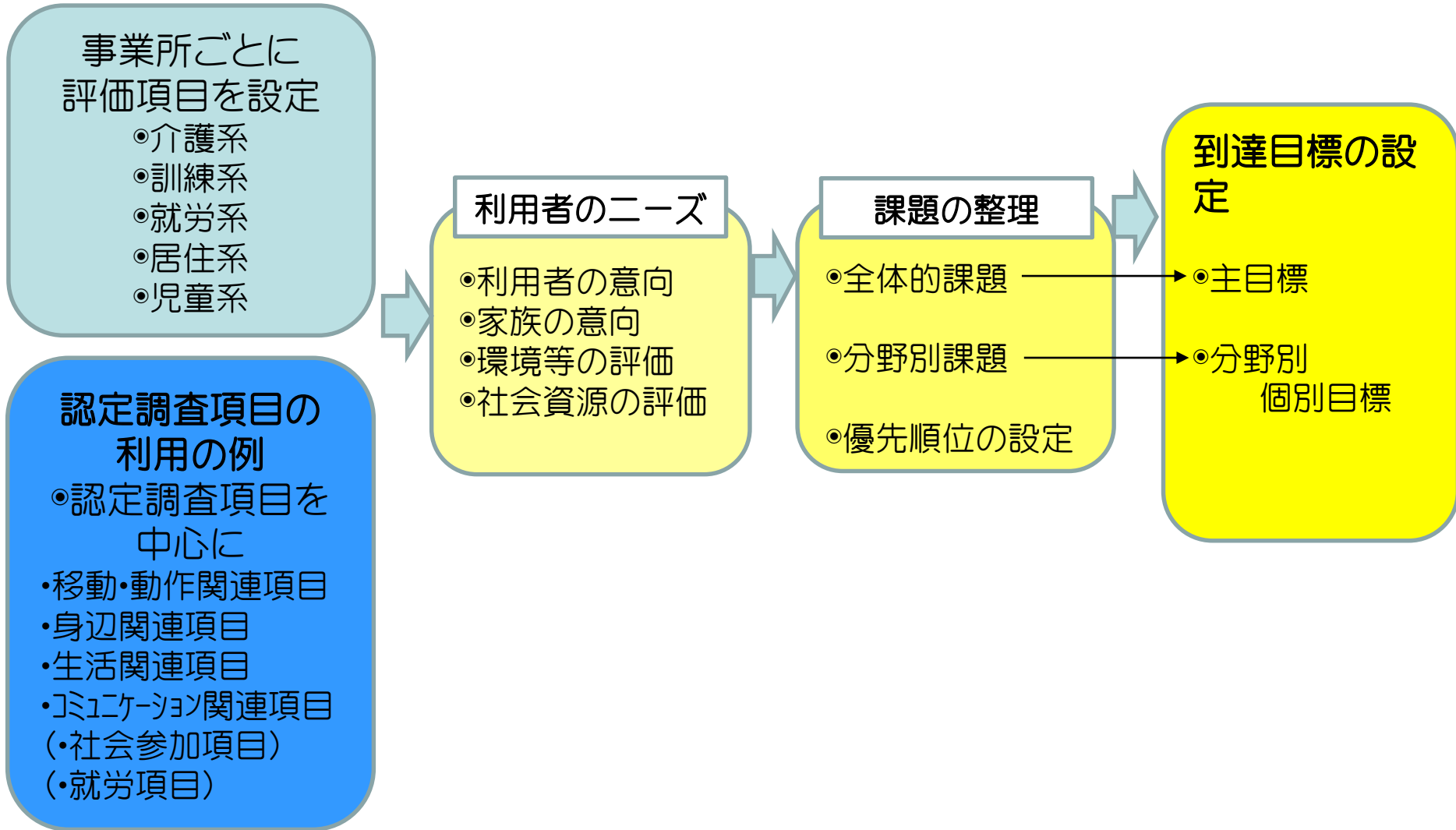
実施方法

- 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。
- 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り、主目標となる事項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)という二つの観点から設定。
- 支援課題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、時間軸を通して段階を踏んで達成される。
- 目標の達成度の評価方法についても予め決めておく。
- 実施・検討した状況を記録しておく。

必要なツール

- 個別支援計画表

到達目標の設定



自立訓練（機能訓練）の達成目標の例

対象者像	達成目標
<p>◎病院を退院し、一定の訓練が必要な身体障害者</p> <p>◎特別支援学校を卒業し、一定の訓練が必要な身体障害者</p>	<p>【サービスの達成目標】 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ようにする。 (心身の機能の回復・向上を目的とした訓練の実施)</p> <p>【主目標】 1年で、在宅での生活をほぼ可能にする。</p> <p>【個別目標】</p> <ul style="list-style-type: none">•ADL、IADL(食事、排泄、調理、買物、洗濯、車椅子による移動等)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)



(3) 個別支援計画の作成

② 個別支援計の作成

- 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。
- 個別支援計画においては、担当者の役割を決めておく。
- 検討した状況や内容等を記録しておく。

必要なツール

- 個別支援計画表

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(例)

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者			
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄			
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							
短期目標							
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 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

サービス等利用計画書の例

利用者名 Aさん

作成年月日: 年 月 日

総合的な援助の方針	家族から離れたケアホームでの新しい生活に慣れ、地域での暮らしが安定出来るようにする。本人の活動の幅を広げる。
長期目標	地域で一緒に活動出来る支援者を増やし、活動に安定して参加出来るようにする (目標 1年)
短期目標	生活リズムを安定させ、パニックになる回数を減らす (目標 3ヶ月後)

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
				種類・内容・量 (頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)		
1	これまで通り、住み慣れた地域で暮らしたい (CHで暮らしたい)	CHの体験利用をしたホームに入居して、同居者や支援者との共同生活に慣れる	1年	ケアホームで混乱が起きないような構造化した支援を実施 毎日	C法人共同生活介護事業所 サービス管理責任者:〇〇 支援員:〇〇	自室の掃除をする	1か月
2	これまで通り、〇〇事業所の皿洗いを続けたい	これまでの作業が継続出来るよう、CHと連携し詳細な情報共有を図って支援する	3か月	就労継続支援B型〇〇事業所の喫茶コーナーで食器の洗浄を行う 月～金 10:00～16:00	B法人就労継続B型事業所 サービス管理責任者:〇〇 作業担当:〇〇	毎日決まった時間にCHを出る。	3か月
3	休日には、市営プールでのスイミングなどを楽しみたい	本人の楽しみが継続出来るよう、本人の障害の特性を理解した支援者を増やす。	3か月	スイミングに参加するための行動援護 土曜 15:00～17:00 活動を継続するための話し合い 月1回	行動援護事業所 サービス提供責任者:〇〇 社会福祉協議会ボラ担当 市営体育館総務担当:〇〇	スイミングの日程を理解して外出準備をする。	3か月
4	たまには、家族と一緒に出かけたい	定期的な帰省を行い、家族団らんの機会を持つ	1か月	母親による送迎で外出帰省 月1回	家族(母親)		1か月
5	将来に備えて成年後見制度を検討したい(母親の希望)	成年後見制度の理解を深める	3か月	制度に対する理解を深めるため、親の会などの関係講座など情報提供、学習の場を示す	相談支援センター		

個別支援計画書の例

利用者名 Aさん

作成年月日: 年 月 日

サービス等利用計画における総合的な支援方針	家族から離れたケアホームでの新しい生活に慣れ、地域での暮らしが安定出来るようにする。本人の活動の幅を広げる。
-----------------------	--

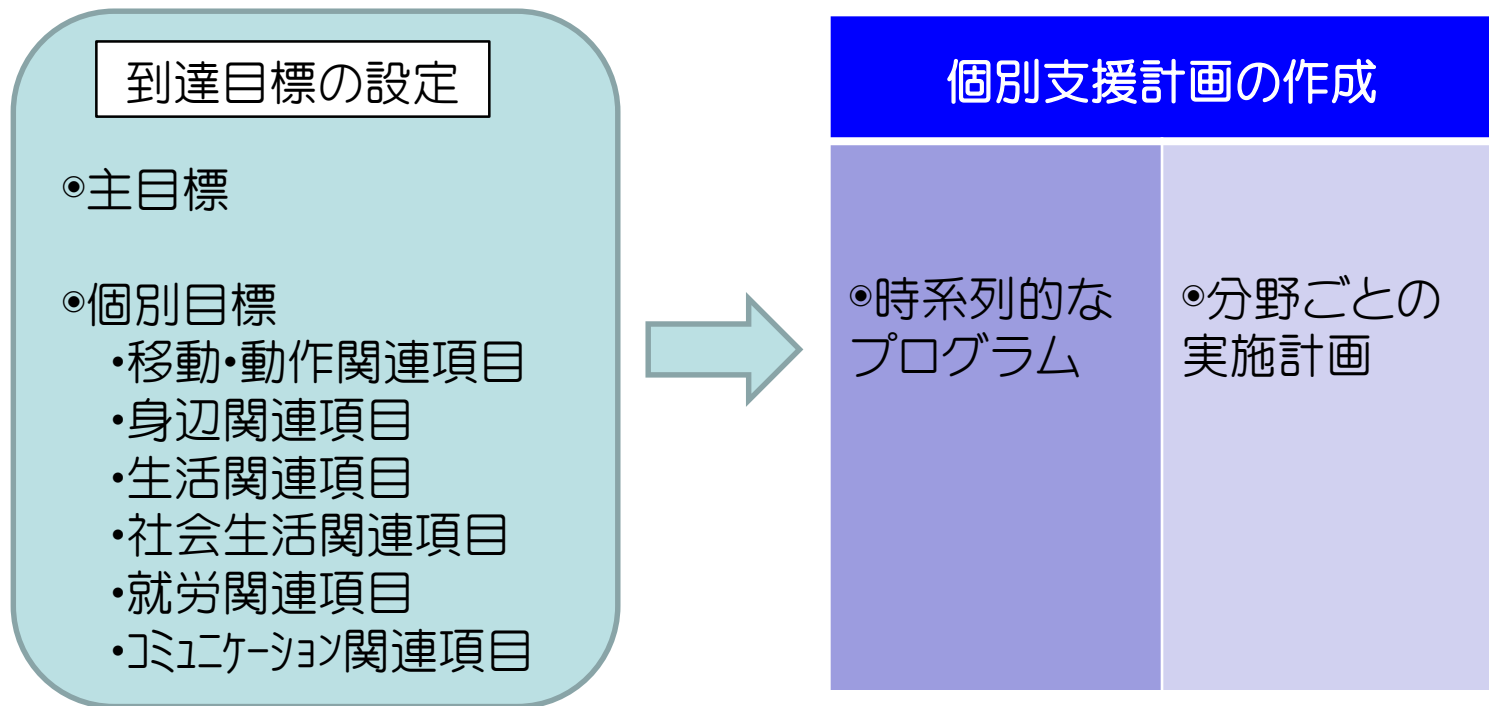
長期目標(内容、期間等)	地域と一緒に活動出来る支援者を増やし、活動に安定して参加出来るようにする (目標 1年)
短期目標(内容、期間等)	生活リズムを安定させ、CH内外でのパニックになる回数の減らす (目標 3ヶ月後)

具体的な到達目標	支援内容 (内容・留意点)	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
同居者、支援者の名前と顔を覚える	代替コミュニケーションとして写真やカードを活用	毎日	CH担当支援者	1
毎日の生活のスケジュールを理解する	朝起床後から出勤するまで、帰宅後から就寝までのCH内のスケジュールの提示 月例で入るスイミングや帰省などの行事日程を理解出来るよう事前に提示	毎日	CH担当支援者 継続B事業所 サービス管理責任者送迎担当者 行動援護事業所 サービス提供責任者	2
CH内外でのパニックの回数を減らす	代替コミュニケーション方法やスケジュールの提示など支援方法を関係機関で統一する 連絡ノートを作成し、事業所間で情報を共有する サービス担当者会議の開催	毎日(連絡ノートの作成) 毎月1回担当者会議に出席	CH担当支援者 継続B事業所 サービス管理責任者送迎担当者 行動援護事業所 サービス提供責任者 相談支援事業所	3

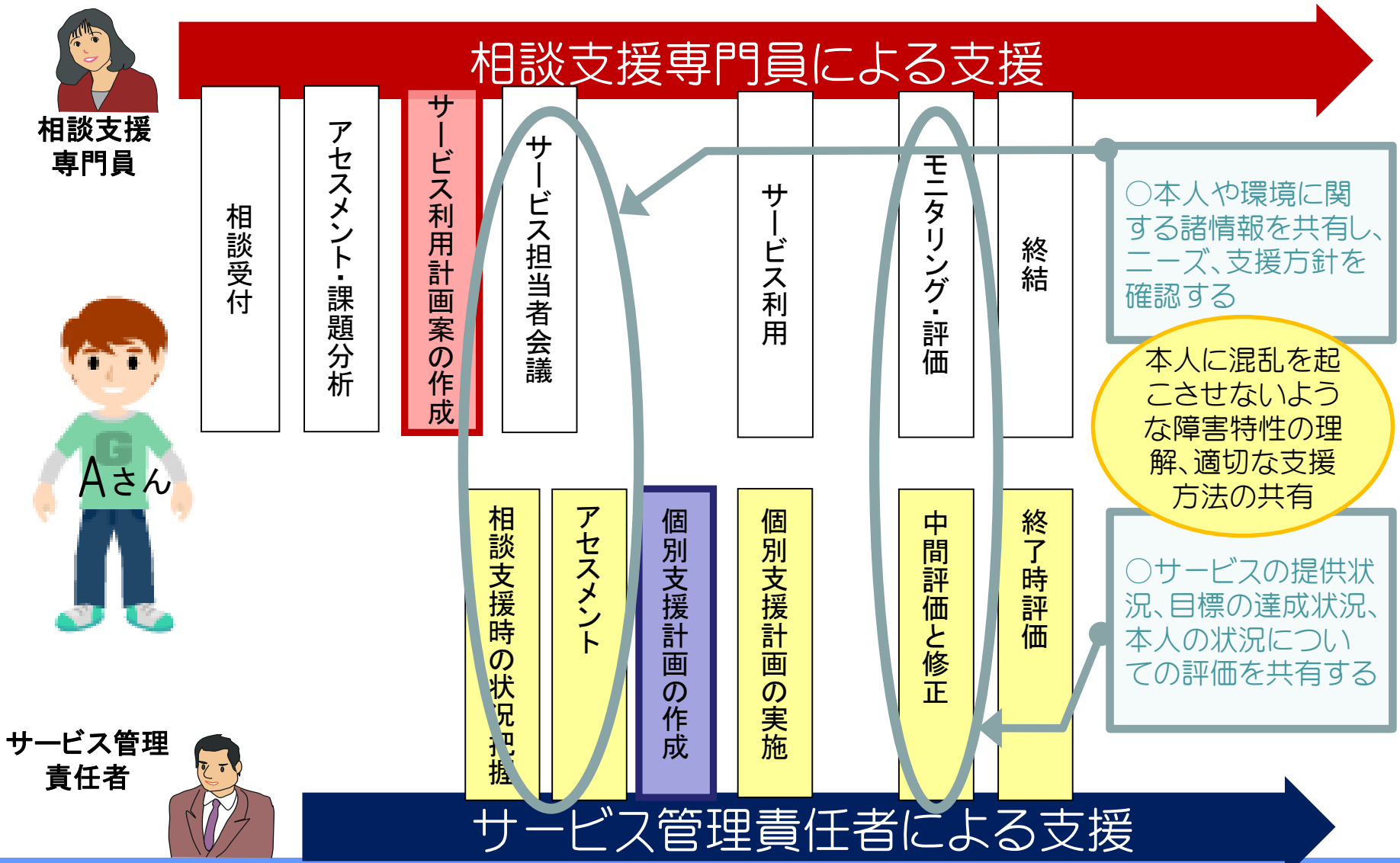
週間個別支援計画表

利用者名		様							作成年月日	
		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	支援上の留意点など	
午前	4:00									
	6:00									
	8:00									
	9:00									
	10:00									
	11:00									
	12:00									
午後	13:00									
	14:00									
	15:00									
	16:00									
	17:00									
	18:00									
	19:00									
夜間	20:00									
	22:00									
	0:00									
	2:00									
	4:00									

個別支援計画の作成



相談支援専門員とサービス管理責任者の連携



(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

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。
- 実施状況や検討内容について記録しておく。

必要なツール

- 個別支援計画表

【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	○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)	○実際の移行先の調整 ○環境の変化に伴う心理的不安を解消	○地域移行した際に活用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



(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、到達目標達成度を評価。
- 同時に、サービスの実施内容など個別も評価。
- 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

- 到達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。
- 評価分析した内容を記録する。

必要なツール

- 中間評価記録表(継続モニタリング表)

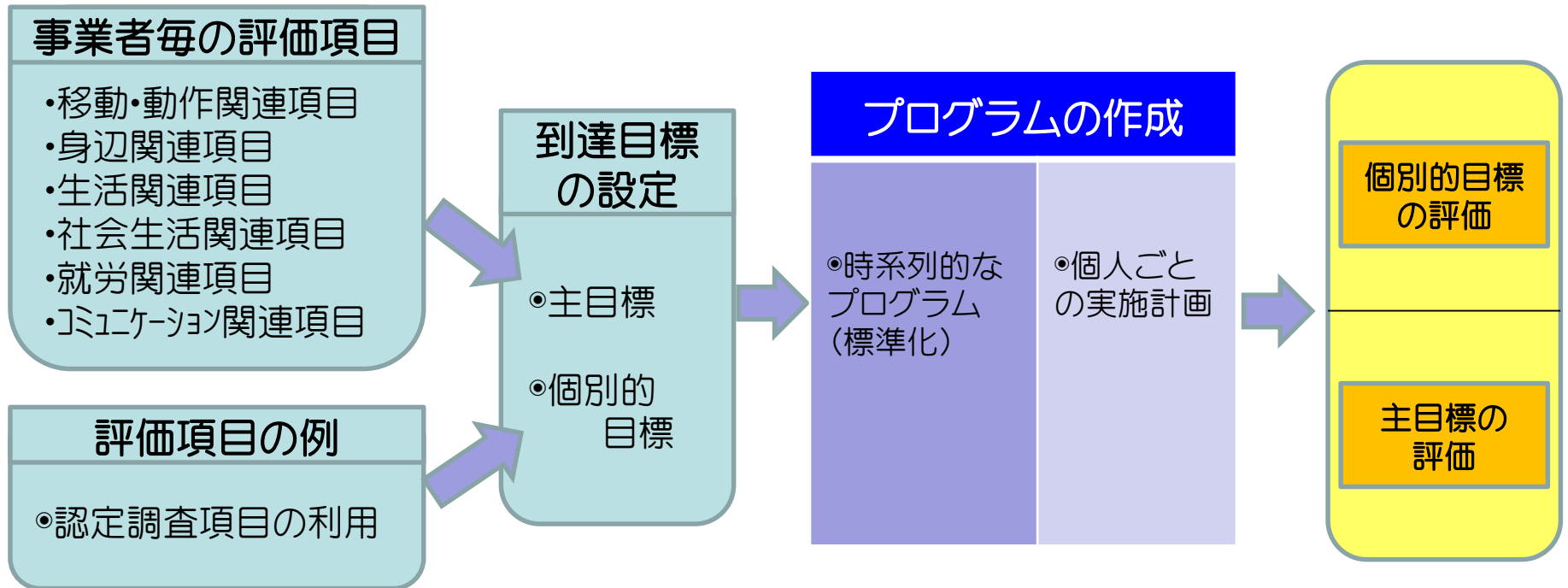
(5) 中間評価と修正



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るか。
4. 設定されている目標が達成されているか。



初期評価から中間評価への流れ





(5) 中間評価と修正

② 個別支援計画の修正

- 到達目標に達成するために個別支援計画を微調整する。
- 提供されるサービス内容を微調整する。
- 利用者に修正や変更の同意を得る。

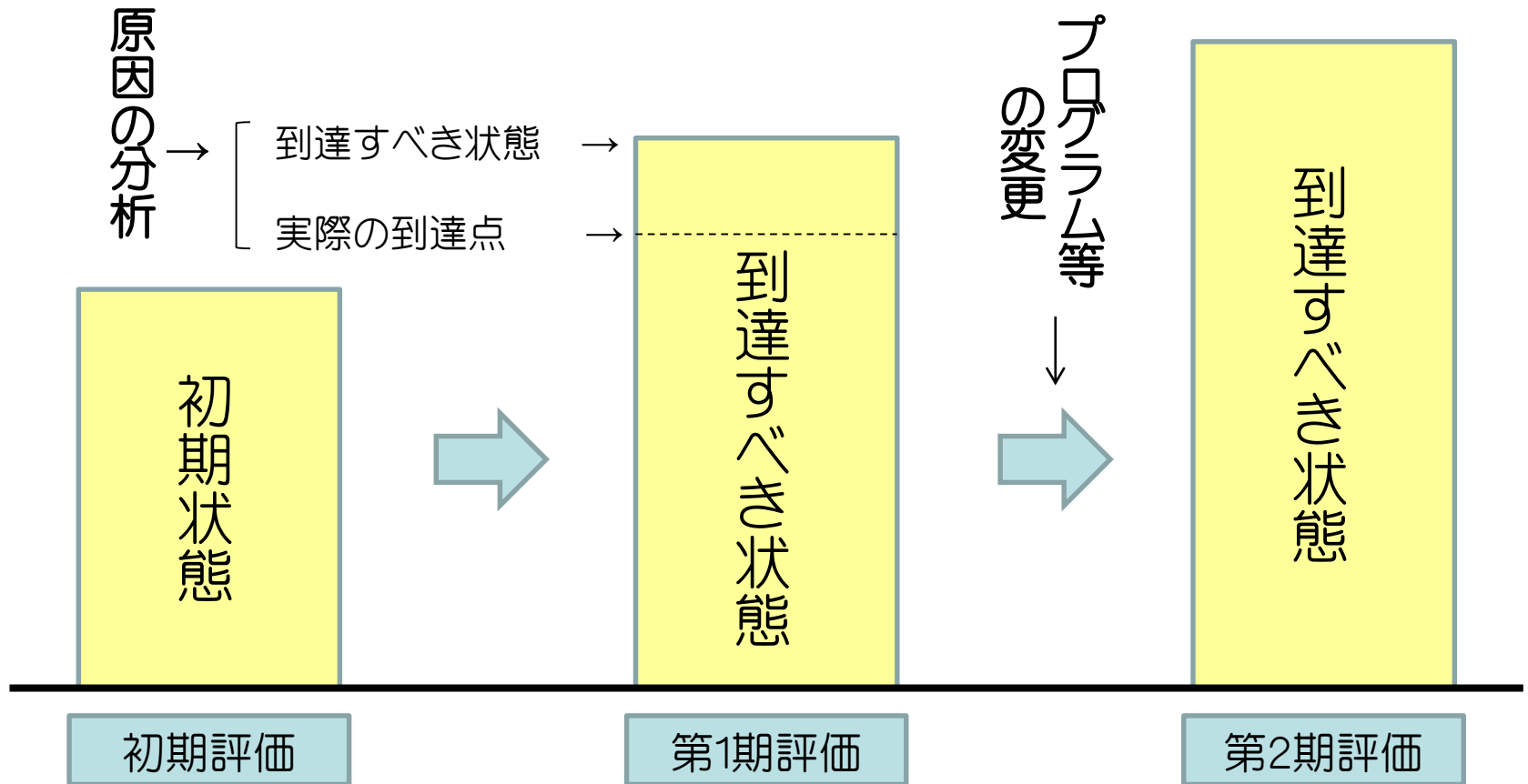
実施方法

- 目標達成度を評価した結果、例えば、到達目標を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
 - ・事業所のシステム等によるものか 等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。
- 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、変更の記録

中間評価による個別支援計画の修正



個別支援計画の中間評価

利用者名

	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		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		

(6) 終了時評価

- 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。
- 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

- 到達目標に達したかを評価。
- 目標に達成されなかった場合、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を評価。
- スムーズでなかった場合、どこに原因があったかを評価。
- 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持っているか(満足度はどうか)を評価。
- 次の目標の設定を含め、個別支援計画を作成するときにフィードバックする。

必要なツール

- 終了時評価表(終了時モニタリング表)

中間評価から最終評価

個別支援計画全体を評価し次期の計画につなげる

中間評価

全体的評価

個別的目標の
中間評価

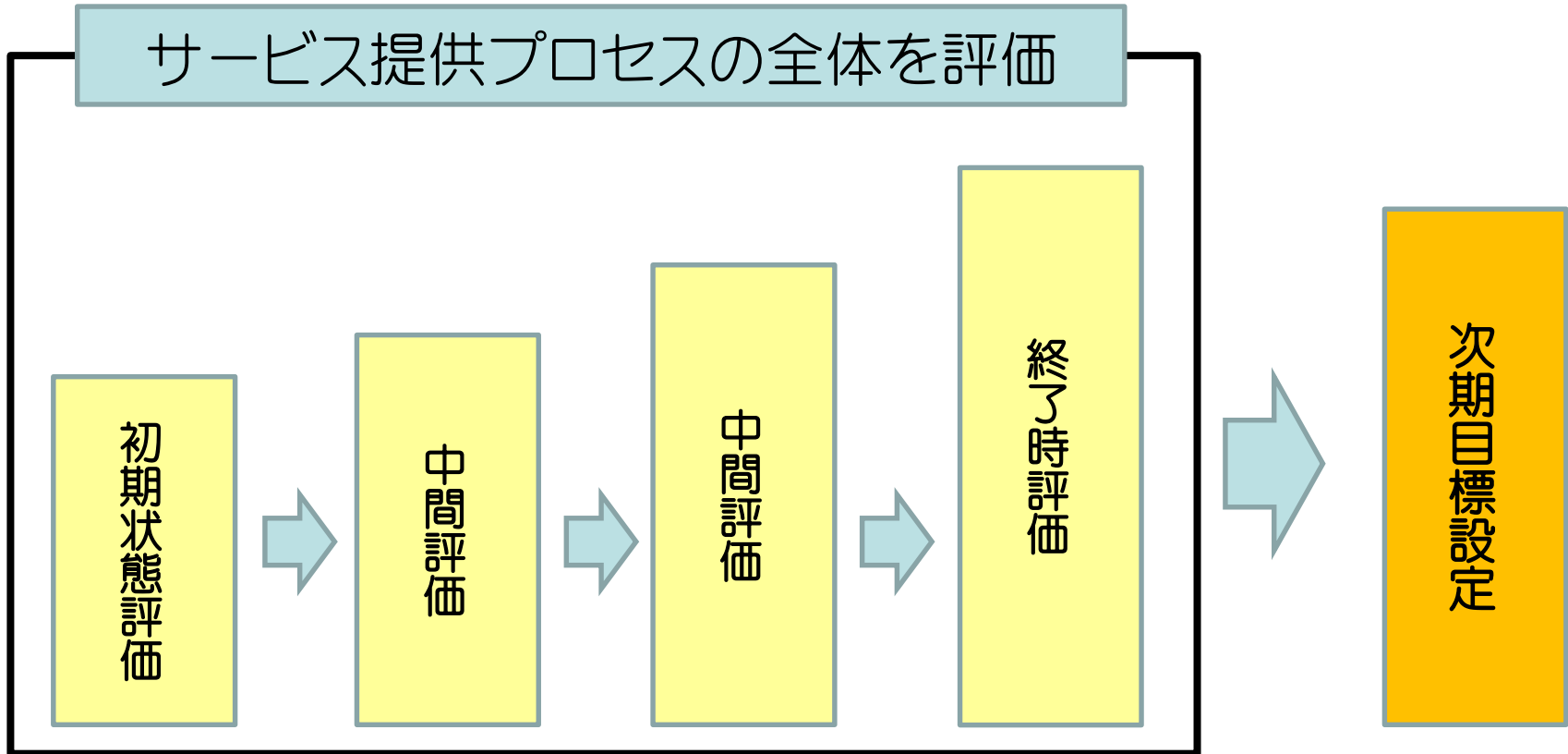
最終評価

- 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
個別支援計画
に活かす

- 主目標
- 個別的目標

中間評価から最終評価



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				

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

3. 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、必要に応じて利用者、関係機関と開催する。
- 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等を作成しておくとな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

- 支援会議録

支援会議の意義

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、様々な視点を持つ人の意見や知恵、力を合わせる。チーム力を高める。



他領域の知識を得ることができる

他の人の実際的な視野や知識に触れ、事態の理解や対処法について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。

支援会議で行われるべき事柄

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。

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、話しやすい雰囲気づくり。

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。

当面の支援方針決定

会議の結論は、真実の追及より、当面の一步を踏み出す行動目標。

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. 状況に応じ、事例の選択する。
4. 情報を整理した資料を準備しておく。
5. 運営上の役割を決めておく。
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

担当者の不備を
責める

結論が出ない
まま終了する

その場にいない人
や機関を悪者にす
る

納得しないのに
意見を言わない

記者や裁判官
のように真実
を追求する



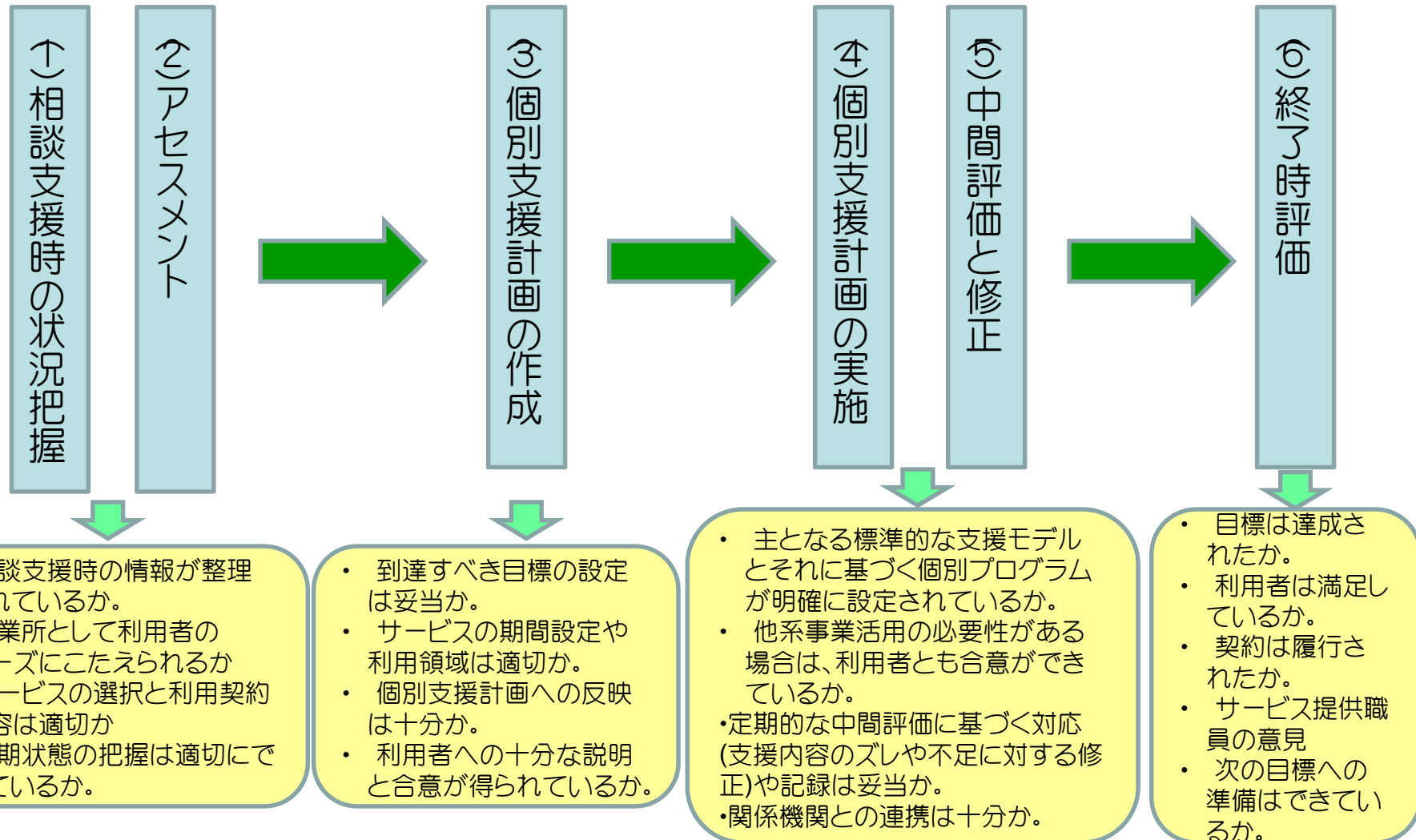
(2) サービス提供職員へのマネジメント

- チームマネジメントが基本である。
- 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ことの徹底。
- チーム共通目標を設定し、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、適材適所を心がける。
- チームのルールを明確にしておく。
- コーチング技法を身につける。
- 成果主義の導入。
- 育成方法の検討。

(3) サービス提供内容のチェック





— 生きがいとゆとりをめざして —

平成26年度 サービス管理責任者研修受講資格取得研修

計画作成とサービス提供のプロセス

芳賀地区障害児者相談支援センター
石崎 智