

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、本人が好きなことを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	石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には時間までに準備をする。 ・その日のボランティアの名前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。 ・特別障害者手当の受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、妻が働きに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(妻) ・生命保険の手続きをすすめる(妻) ・妻は非常勤講師から塾の教員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。	昔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、再発作を起こすおそれがある。	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	

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		短下肢装具で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。 休日はゆっくりとしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
8:00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	起床・洗面	
							朝食	
10:00	ガーデニングサークル会 (第1・2・4月曜)	Vによる移動介助		Vによる移動介助	V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)	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	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			
18:00	散歩	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	夕食	
22:00		シャワー浴(妻の見守り)		シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)	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(ST)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の中歩行して体力の向上を図る。
0:00	就寝	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。→外へ出るという意識を高め、社会参加の一歩から始める。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。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

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す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	サービス量の変更	週間計画の変更	
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 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 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新聞、塾の教材などの入力に変えて、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。 ・特別障害者手当の受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。	妻が働く時間が増えることで家族関係が希薄にならないか考慮する。	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	妻の介護負担軽減を図る。
3	昔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、活動の幅が広がり、ちょっとしたことだが勇気が出てきて、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。上のライセンスにチャレンジする。	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	ガーデニングの放送大学をTVで視聴して、上のラ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 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	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に工夫が必要か。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?	浴槽内の立ち上がり動作について専門職の意見を得る機会を作る。 就労移行支援の回数増に伴う入浴介助の曜日変更。	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	専門職の意見を得るようにする。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施できるようになった。伝言メモも書ける。	引き続き訓練を継続する。	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	

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IT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、椅子もリクライニ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。 ガーデニングを昔の仲間と一緒に月3回楽しむ。
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
8:00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	起床・洗面	
							朝食	
10:00	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)	Vによる移動介助	Vによる移動介助	Vによる移動介助	V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	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	散歩	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
		シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)			
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								
								週単位以外のサービス 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ので専門職の意見をきく貴会を作る。

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回から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笑顔が見られるようになってきた。持病を持って就労する不安はあるが、仕事日を増やし、塾の教材を作成するなどのパソコン入力は、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中間意識を高めることになり、職場環境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。

個別支援計画書例

利用者名 _____

作成年月日: _____ 年 月 日

総合的な援助の方針	(サービス等利用計画において示された「総合的な援助の方針」を記載)
長期目標(内容、期間等)	就労の場を確保し、充実した生活を送れるようにする(2年)
短期目標(内容、期間等)	週3回事業所に通えるようにする(6ヶ月)

○支援目標及び支援計画等

支援目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
一日のスケジュールを決めて、体力の向上を目指す	週3回、事業所に通う体力に配慮し、疲労度を毎回チェックし、徐々に体力をつけさせる。	週3回、10時から16時まで、6か月	B就労移行支援事業所 〇〇〇担当	1
パソコンの入力作業の向上を目指す	片手入力を行い、確実な入力と、どの程度の速度でできるか、結果をフィードバックしながら動機づけを持たせる	週3回、10時から16時まで、6か月	B就労移行支援事業所 〇〇〇担当	2
関係機関との連携を図る	STの訓練状況の把握、日常生活の過ごし方等の把握のため、〇〇総合病院のST、相談支援事業所等のサービス担当者会議への出席	随時、6か月	病院ST、相談支援事業所 〇〇担当	1

平成 年 月 日 利用者氏名 _____

印 サービス管理責任者 _____

印 _____

個別支援計画書例

利用者氏名 S・K

作成年月日 H19年5月〇日

1 利用者及び家族等の要望

(1) 本人 (言語的な表現で本人の意向を確認することはできない)
(2) 家族 イライラも少なくなり、周りに気を配る等、本人なりに“おとな”になってきた。親が見ている下ではなく、本人ひとりの個性でいろいろな人と仲良くなり、そういう人たちの中で生活してほしい。
(3) 備考

2 支援目標と課題

(1) 長期（内容及び期間等） 本人らしい自立生活（活動、暮らし）を確立する
(2) 短期（内容及び期間等） 地域の人とのかかわりを中心とした日中活動を展開する

3 具体的な課題及び支援計画等

要望実現のための 具体的課題	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 ・摘要等)	優先 順位
本人らしさがさらに際立つ活動の設定が必要	近隣の軽度認知症の方とのかかわりを定例化し、本人だからこそできる役割を確立する	週1回 1時間半程度 6ヶ月間	日中活動支援事業所	1

(以下、略)

週間個別支援計画表の例

		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								
午後	11:00								
	12:00								
	13:00								
	14:00								
	15:00								
夜間	16:00								
	17:00								
	18:00								
	19:00								
	20:00								
	22:00								
	0:00								
2:00									
4:00									

(4) 個別支援計画の実施

- 設定された目標を、効率よく達成することに努める
- 個別支援計画に則り、適切にサービスを提供する
- 支援のペースやスケジュールは、利用者によく話し合っ決めて決める

実施方法

- 支援スタッフの役割を明確にする
- 支援スタッフはお互いに情報交換しながら支援を実施
- 時間軸(段階)を意識した支援に努める
- 支援のペースやスケジュールについては、本人の同意を得て実施する
- 個別支援の実施に当たって支援の責任者を決めておく
- 他の支援方法の導入など工夫を怠らない
- 個別支援計画の実施を記録しておく

必要なツール

- 支援経過記録表

【自立訓練(生活訓練)の標準的な支援内容】

① 長期入所者・入院患者

	退所・退院早期		通所期・訪問導入期	訪問期
	(訓練準備期)	(生活習慣修得期)	(定着期)	(フォロー期)
期間	12ヶ月間	6ヶ月間	6ヶ月間	12ヶ月間
日中通所	○	○	○	—
訪問	△	△	○	○
長期入院・入所者の特記事項	○施設又は病院が準備したグループホーム等において訓練 ○具体的な地域生活の理解と動機付け(例:視覚的にわかりやすい情報提供や極めて短期的なグループホームの体験)		○地域移行した際に活用の可能性のある福祉サービスに係る情報を提供	
ADL,IADLの向上	○生活リズムの確立 ○食事、排泄等の基本動作の習得 ○着脱衣、洗面等の身辺処理の習得	○洗濯、調理、買い物、掃除などの日常生活関連動作の習得	○日常生活関連動作について直接的な支援から、本人の自主的な取り組みを促す支援の方法に切り替える	○訪問により食事、服薬、掃除、洗濯、身だしなみの状況確認や相談に応じる
社会経済活動参加能力の向上	○コミュニケーション能力を身につける	○本人の地域生活のルール(安全管理)、マナーの習得 ○適切な人間関係の構築を図るための基礎を習得 ○社会生活全般に関する習慣の習得	○金銭管理 ○交通機関、電話の利用 ○社会生活に関する習慣の定着 ・対人関係を築く ・生活上の社会経済活動への参加のための訓練	○訪問により福祉サービス利用、金銭管理等の状況確認や相談に応じる ○必要に応じて、事業者、利用者と圏域(地域)でのコーディネーター等との協力・連携を図ることにより、地域生活の安定が図れるよう協力する

※ 地域の社会資源の状況から通所することが困難であるなど、一定の条件に該当する場合、施設入所も可能。45

支援経過記録表の例

支援経過記録表

平成 年 月 日

利用者氏名 様

月日	支援内容	経過	記録者

(5) 中間評価と修正

① 個別支援計画の評価

- ・ 時期(段階)ごとに、支援目標達成度を評価
- ・ 同時に、サービスの実施内容など個別適性も評価
- ・ 利用者にサービスが適切に提供されているかを評価

実施方法

- ・ 支援目標の達成度を評価するための情報を収集する
- ・ 情報を時期(段階)ごとに、達成度を評価する
- ・ 達成度は、主目標及び個別目標の観点から評価
- ・ 状態の評価は、初期状態と比較してどれだけ変化したかをベースに評価
- ・ 併せて、利用者の意向や環境の変化なども評価
- ・ 個別支援計画に沿ってサービスが提供されたかを評価
- ・ 分析を記録する

必要なツール

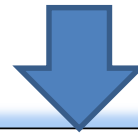
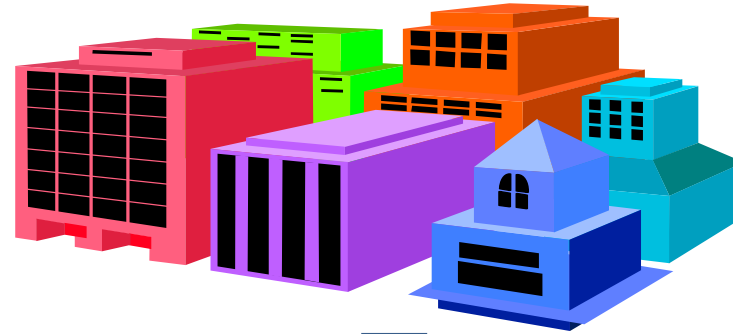
- ・ 個別支援計画の修正・変更記録票

個別支援計画の修正・変更記録票の例

個別支援計画の修正・変更記録票

					利用者名	様		
	支援目標	達成状況の評価			達成されない原因の分析	今後の対応(支援内容・方法の変更等)	優先順位	担当者
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				

(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



モニタリングの際の勘案事項

① 障害者等の心身の状況

③ 総合的な援助の方針(援助の全体目標)

④ 生活全般の解決すべき課題

② 障害者等の置かれている環境

- ・ 家族状況
- ・ 障害者等の介護を行う者の状況
- ・ 生活状況(日中活動の状況(就労・通所施設等)、地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージの変化(乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等)

⑤ 提供される各サービスの目標及び達成時期

⑥ 提供されるサービスの種類、内容、量等

(5) 中間評価と修正

② 個別支援計画の修正

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

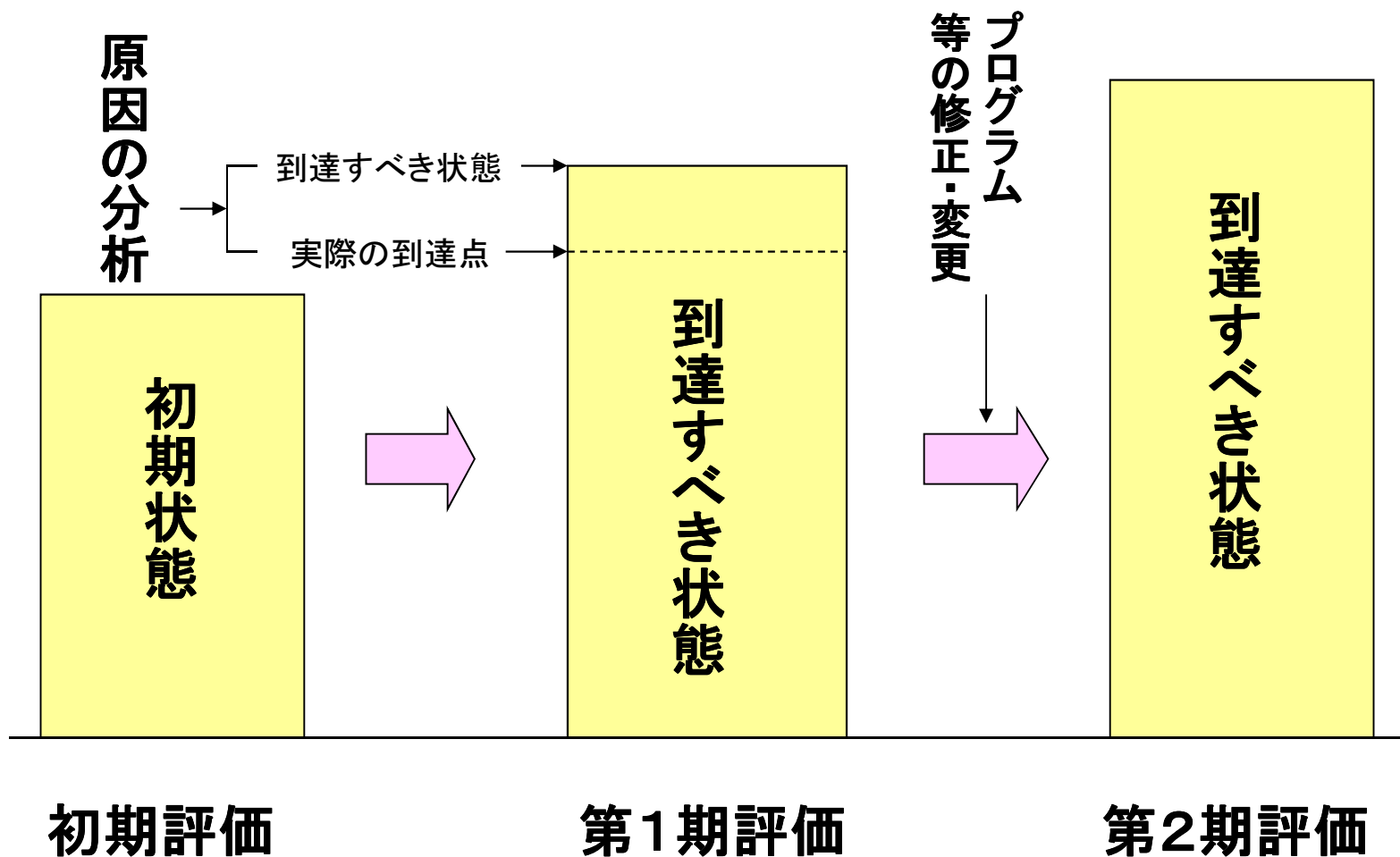
実施方法

- ・ 支援達成度を評価した結果、到達目標に達成していない場合、
 - 利用者や家族の要因によるものか
 - スタッフの要因によるものか
 - 事業所のシステムによるものかなどについて詳しく分析する
- ・ 分析の結果、必要に応じて個別支援計画を修正
- ・ 修正にあたっては、時間軸と支援(サービス)内容の観点から修正・変更
- ・ 個別支援計画の修正・変更にあたっては、利用者に説明し同意を得る
- ・ 個別支援計画の修正・変更とその結果を記録する

必要なツール

- ・ 個別支援計画の修正・変更記録票

中間評価による個別支援計画の修正



(6) 終期評価

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

実施方法

- ・ 支援目標に達したかを評価
- ・ 目標が達成されなかったらどの段階まで達成されたか評価
- ・ サービス提供はスムーズに行われたか評価
- ・ スムーズでなかった場合どこに原因があったか評価
- ・ サービス提供を受けた利用者はどのように変化したか
- ・ 利用者は提供されたサービスについてどのような気持ちをもっているか（満足度はどうか）評価
- ・ 次の目標を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

- ・ 終期評価表

中間評価から終期評価

個別支援計画全体を評価し次期の計画につなげる

中間評価

全体的評価

個別的目標の
中間評価

終期評価

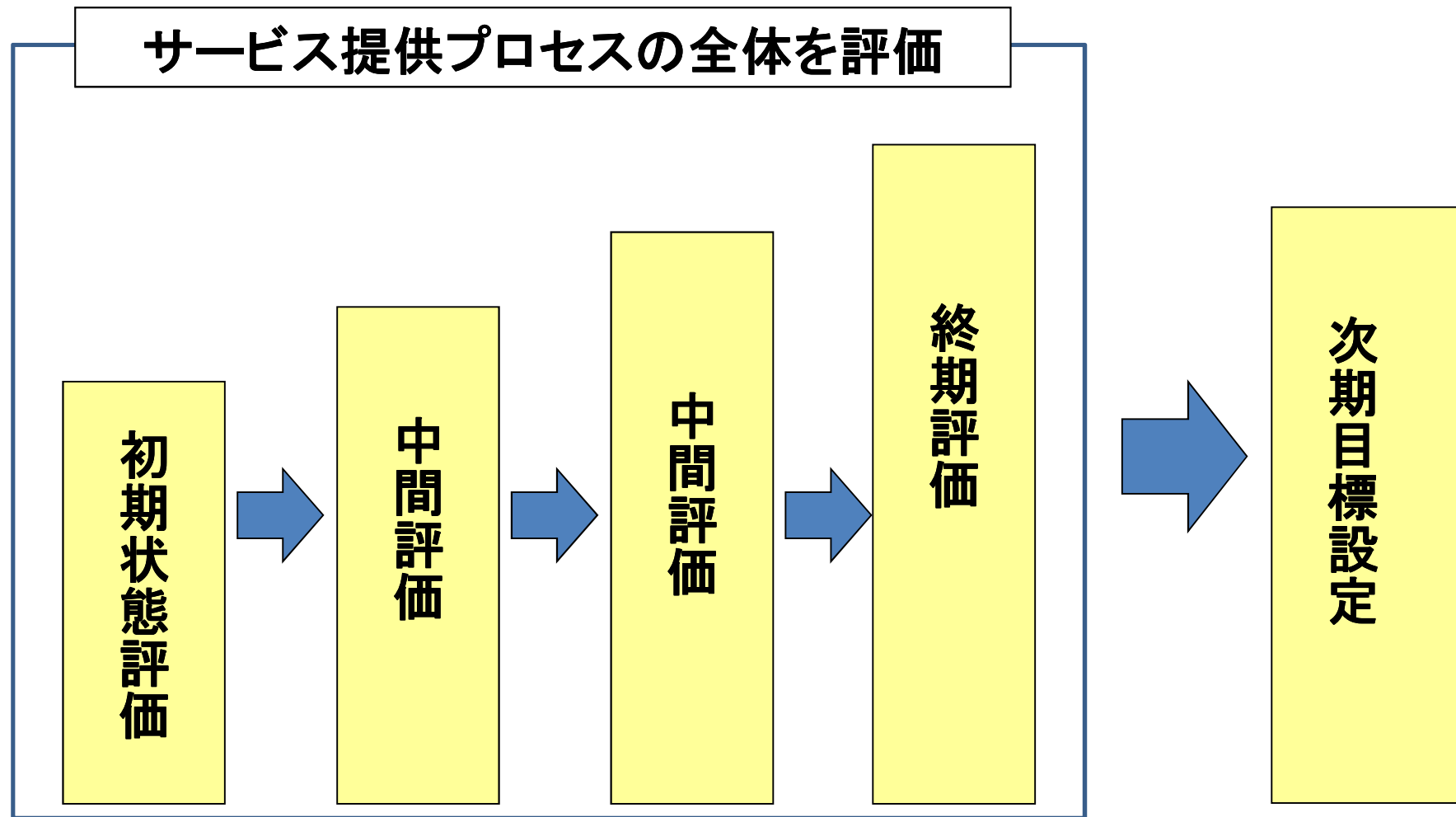
- ・主目標の到達度
- ・個別目標の到達度
- ・関係機関の連携度
- ・本人の満足度

次期の
個別支援計画
に生かす

○ 主目標

○ 個別的目標

終期評価について



終期評価表の例

利用者名 _____ 様

	到達目標	達成状況の評価			全体的評価	利用者の満足度等意見	次の目標設定への意見等
1		達成	ほぼ達成	未達成			
2		達成	ほぼ達成	未達成			
3		達成	ほぼ達成	未達成			
4		達成	ほぼ達成	未達成			
5		達成	ほぼ達成	未達成			
6		達成	ほぼ達成	未達成			

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

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) サービス提供の管理と虐待防止

(4) サービス内容のチェック

(1) 支援会議の運営

- ・ 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

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)

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)

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

野中 猛 氏「ケアマネジメント実践のコツ」P. 85～86より

支援会議で行うべきでないこと

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

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

記者や裁判官の
ように真実を追究する

納得しないまま
「お説拝聴」をする

(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ことの徹底
- ・ チームの**共通目標**を設定し**課題を共有**すること
- ・ チームメンバーのやる気を引き出すこと
- ・ 情緒的コミュニケーションと課題的コミュニケーションを図る
- ・ メンバーの**役割を明確**にし、適材適所に心がえる
- ・ チームのルールは、明確にしておく
- ・ コーチング技法の導入
- ・ **成果(アウトカム)主義の導入**
- ・ 育成方法の検討

初心者に対するスーパービジョン

1. 対人支援の原則を伝える
2. 全体像をとらえる
3. 支援の方向を示す
4. 価値や意義を指摘する
5. 実践技術を伝える
6. 問題解決を示唆する
7. 他者との役割分担を示唆する
8. 関連する情報を伝える
9. 限界を設定する
10. 才能を発見して強化する

サービス管理責任者の
役割

コーチング技法の導入

コーチングとは

「会話によって相手の優れた能力を引き出しながら、
前進をサポートし、自発的な行動を促すコミュニケーション・スキル」です。

それは、「答は、その人の中にある」ということが前提になります。答えをもっていると信じているからこそ、前進をサポートでき、自発的な行動を促すことができるのです。

播摩早苗「今すぐ使える！コーチング」PHPビジネス新書、P. 14

4つのコーチング力

B 働きかける力

コメント
力

質問力

コーチング = 聴く力

理解力
分析力

受容する
人間力

A 受け入れる力

(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

(4) サービス内容のチェック

