

この講義のねらい

サービス(支援)提供のプロセスを理解し、利用者中心のサービス(支援)を提供。

(内容)

1. サービス(支援)提供のプロセス

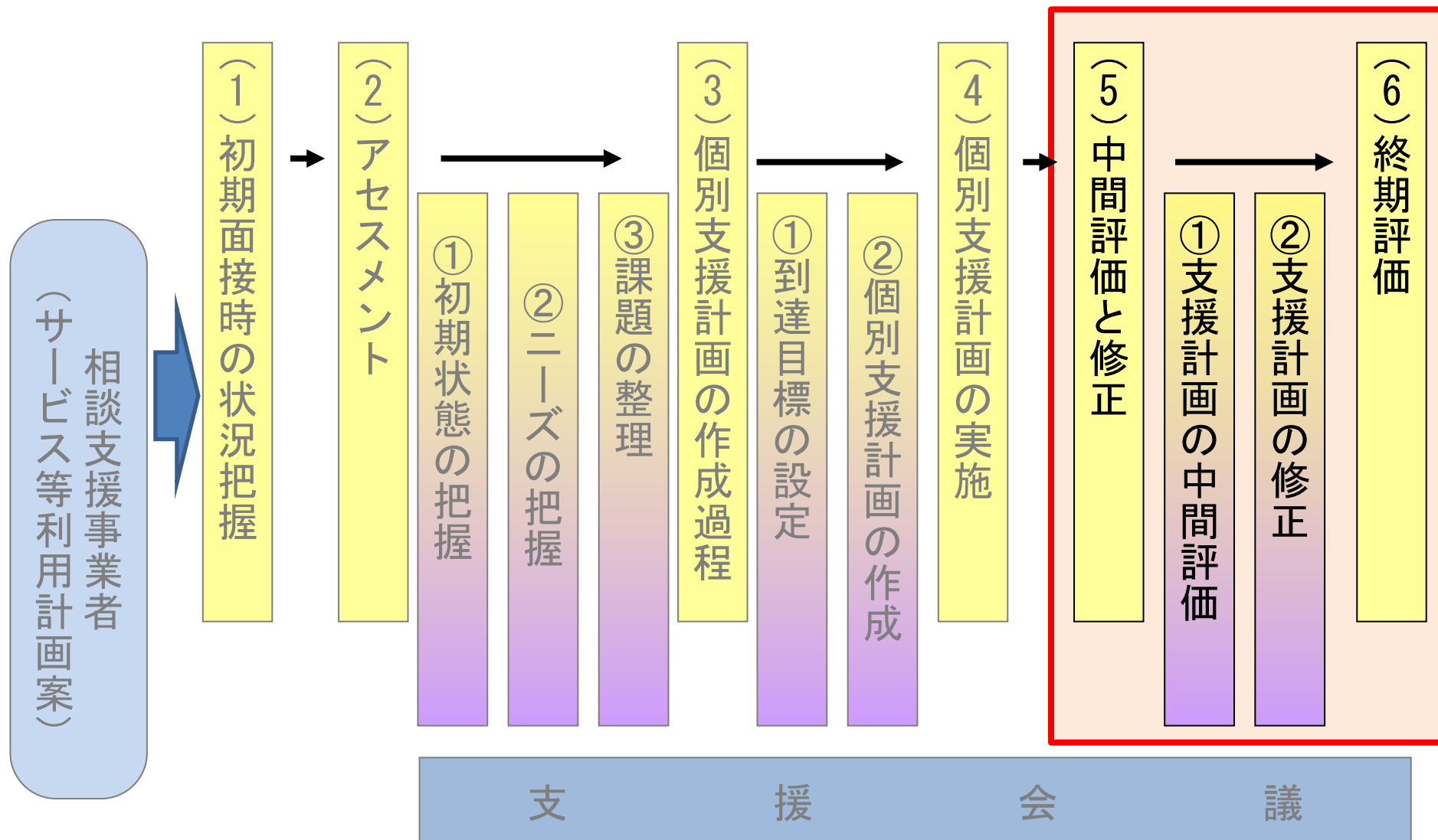
PDCAサイクルと、その継続によって本人のニーズに適合した質の高いサービス(支援)が提供されることを理解する。

2. プロセスにおけるサービス(支援)内容のチェックについて理解する。さらに、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(支援)提供における、管理的側面を適切に理解する。

4. サービス(支援)の評価及び事業所の評価等について理解する。

サービス提供のプロセス



(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

実施方法や視点

- ・ 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

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に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	有 ☒ 無	有 ☒ 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薄薄にならないか考慮する。	有 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 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する方法を考える。上のライセンスにチャレンジする。	有 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 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 ☒ 無	有 ☒ 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と？	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 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 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 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 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 8.00 10.00 12.00 14.00 16.00 18.00 20.00 22.00 0.00 2.00 4.00	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		
	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	起床・洗面	
		Vによる移動助	Vによる移動助	Vによる移動助	Vによる移動助		朝食	
	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)					身体介護（入浴）	散歩	
	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	
	身体介護（入浴）					移動支援（買い物など）	身体介護（入浴）	
		事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り	事業所の送り			
	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	
	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）			
	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	

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仲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。

個別支援計画の修正・変更記録票

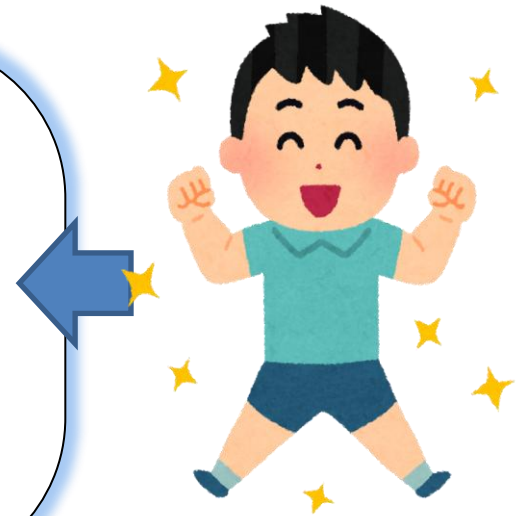
個別支援計画の修正・変更記録票の例

	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。	入力の内容を、学校新聞や塾の教材などに変更し、実際に生徒が喜んでくれるものにする。	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することで、より回復の可能性が高まるのではないか。	学校新聞の作成後に、実際に生徒と会話をする機会を設けるなど、積極的に会話を楽しめるよう支援する。	3	〇〇支援員

(5)中間評価と修正の視点



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ないか
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

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

ケースの生活全体を知ること

- ① 朝起きてからの生活の様子、入浴の時に気をつけていること、就寝前の習慣、食後の過ごし方、休日の家庭の中での過ごし方、よく見ているテレビ番組、買い物での様子等々、月曜から日曜までの様子を知らずにサービス（支援）提供を行って良いのでしょうか？
- ② 大人も子どもも、家でゆったりと過ごすことが明日へのエネルギーになることは多いわけですし、年齢や障害の状態によっては、休息の内容や余暇への支援が中心的な課題になることは多いものです。家族の要望のままサービス（支援）の利用頻度を増やしていくのではなく、時にはサービス（支援）の頻度を減らすことを考慮した方が良い場合もあります。
- ③ 家庭環境は半年や一年で大きな代わりはないものですが、ご本人ばかりでなく、ご家族それぞれの気持ちや価値観は変化していくものです。ご本人や家族がよりリラックスできるところでそうした変化をキャッチしていくために、ご家庭や長く住んでいたご実家、他にも利用している事業所等、できる限りアウトリーチによる情報収集を重視していきます。

各サービスごとのモニタリング時期について

サービス管理責任者は、個別支援計画作成後、計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うとともに、**少なくとも〇〇月に1回以上、個別支援計画の見直し**を行い、必要に応じて計画の変更・修正を行います。

生活介護	6ヶ月に1回以上のモニタリング
共同生活援助	6ヶ月に1回以上のモニタリング
就労継続支援A・B	6ヶ月に1回以上のモニタリング
自立訓練（生活訓練）	3ヶ月に1回以上のモニタリング
自立訓練（機能訓練）	3ヶ月に1回以上のモニタリング
就労移行支援	3ヶ月に1回以上のモニタリング
児童発達支援	6ヶ月に1回以上のモニタリング
福祉型障害児入所施設	6ヶ月に1回以上のモニタリング

(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

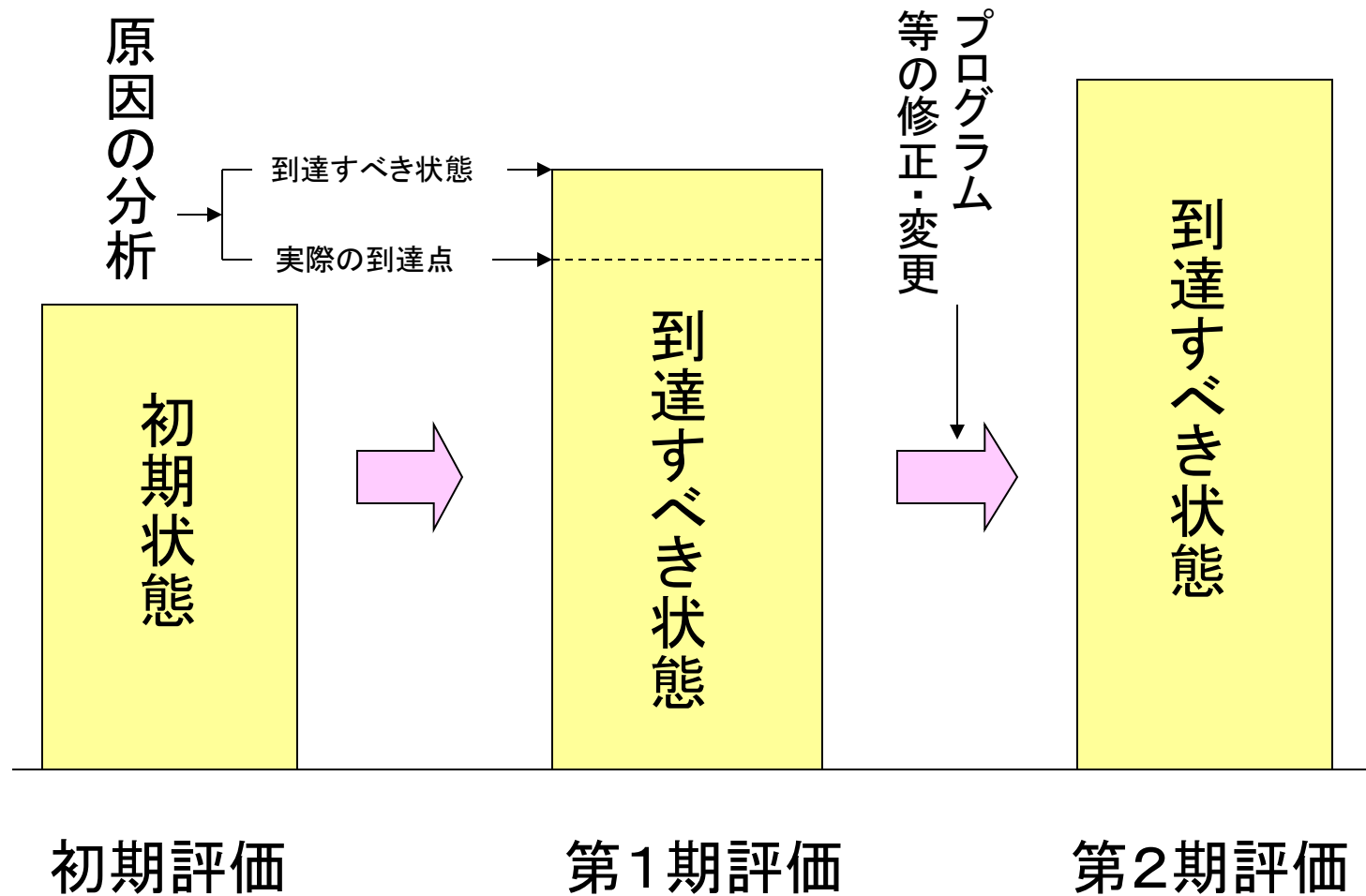
実施方法

- ・ 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



※サービス管理責任者として、個別支援計画作成プロセスと重要ポイント

サービス管理責任者は、作成した個別支援計画の原案の内容について、意見を求めることになっているが、そのために**計画作成に係る会議**を開催しなければならない。また、原案の内容について、**利用者又はその家族**に対して説明し、**文書により利用者の同意**を得なければならないとされている。また、その計画を利用者に**交付**しなければならない。

(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
- ・ （満足度はどうか）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

初期評価から中間・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

初期
状態
評価

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

サービス提供プロセスの全体を評価

終期評価表の例

利用者名

	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			
総括コメント							

令和 年度おおぞらの夢 個別支援計画モニタリング(年間まとめ)										作成日 令和 年 月 日	
利用者名						さん		サービス管理責任者			
								担当職員			
長期目標		(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)									
長期目標見直し		(令和 年 月 日)									
短期目標		(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)									
短期目標見直し		(令和 年 月 日)									
短期目標に対する評価								年間のご本人の感想		次年度のご本人の希望	
本人		(主観的達成率: %)									
支援員		(客観的達成率: %)									
支援目標		達成率		支援目標に対する評価							
		%									
		%									
		%									
年間のまとめ(ご本人の主な様子)											

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

サービス（支援）提供における管理

この講義のねらい

サービス(支援)提供のプロセスを理解し、利用者中心のサービス(支援)を提供。

(内容)

1. サービス(支援)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(支援)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(支援)内容のチェックについて理解する。さらに、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(支援)提供における、管理的側面を適切に理解する。

4. サービス(支援)の評価及び事業所の評価等について理解する。

サービス管理責任者はサービスの質を上げる事で 「共生社会の実現」を意識する

地域の事業所のサービスの質が上がると **地域全体の質** 上がる
(マクロ)

個別支援計画の質が上がると
事業所のサービスの質 上がる
(メゾ)

個別支援計画の質 を上げる
(ミクロ)



さらに質を高める為に

- 人材育成
- スーパービジョン
- チーム作り

さらに質を高める為に

- 多職種連携
- 自立支援協議会
(地域課題に取り組む)



サービス管理責任者等の4つの役割（業務）、責務

- 支援プロセスの管理に関する事
（個別支援計画を含むプロセス全体と責務を理解する）
- サービス提供者への指導・助言に関する事
（サービス品質管理や事業所内リーダー）
- 関係者や関係機関の連携に関する事
（地域の支援チームとして等）
- その他に関する事（利用者満足度や第三者評価等）

(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

- ・ 支援会議記録表

(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
- ・ 心理的安全性の高い職場づくりを意識する

私たちの仕事「対人援助」とは

支援を必要とする人に対し、**良好な関係性を築き**、一人一人の生活や健康をサポートすること。対人援助職は、**相手の気持ちを理解し、共感する力、コミュニケーション能力、状況判断能力**などが求められ、特に**専門知識、コミュニケーション能力、感情コントロール、ストレス耐性**などが重要。

対人援助の基本姿勢

バイスティックの7原則

- ①個別化 ②意図的な感情表出 ③統制された情緒的関与
- ④受容 ⑤非審判的態度 ⑥自己決定
- ⑦秘密保持

という7つで構成され、医療機関や福祉機関、学校など、人と人とのコミュニケーションが必須となる現場で広く活用されています。

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. クライエントを個人としてとらえる。
2. クライエントの感情表現を大切にする。
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. クライエントを一方的に非難しない。
6. クライエ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

1. 相手（クライアント）を個人としてとらえる。

相手の抱える困難や問題は、どれだけ似たようなものであっても、人それぞれの問題であり「同じ問題は存在しない」とする考え方。

- ✓ 同じような状況に見えても、人それぞれ育ってきた環境が違い、価値観も違う。
- ✓ 偏見や先入観で自分の考えを押し付けていないか？



2. 相手（クライアント）の感情表現を大切にする。

感情表現の自由を認める考え方

- ✓ 相手が我慢している・本当は伝えたい事が言えるよう、傾聴していますか？
- ✓ 話しやすい雰囲気を意識しているか？



3. 援助者は自分の感情を自覚して吟味する。

相手の感情に呑み込まれないようにする考え方

- ✓ 今抱いている感情は誰の感情なのか？共感の及ぼす過度な感情移入をしていないか？
- ✓ 自らの感情を統制して接していく事が大事



4. 受け止める。

誰もが弱点もあればコンプレックスも抱えている。それがどんなものであろうと、まずは受け止めるという考え方

- ✓ 相手自身の『個性』と捉えていますか？
- ✓ 頭から否定していませんか？ どうしてそういう考え方になるかを理解する事が大事



5. 相手（クライアント）を一方的に非難しない。

相手の行動や思考に対して「自分は善悪を判じない」とする考え方
客観的に見て、例え間違っただけをしようとも、それを非難してはいけないということ

- ✓ 自身の物差しで測っていませんか？違う角度からもみるようにしているか？
- ✓ 常識という枠にとらわれていないか。



6. クライアントの自己決定を促して尊重する。

「あくまでも自らの行動を決定するのはクライアント自身である」とする考え方。

7. 秘密を保持して信頼を醸成する。

クライアントの個人的情報・プライバシーは絶対に他方にもらしてはならないとする考え方

助言・指導

助言・指導とは？

- 助言：助けになることをいうこと
- 指導：教えみちびくこと

(三省堂 Web Dictionary: <http://www.sanseido.net/>)

対人サービスの質の維持の向上のための 助言・指導

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

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（バイザー）が行うもので、サービス提供職員（バイジー）との信頼関係を基底にその人の仕事を管理し、教育し、支持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」

■スーパービジョンの3つの機能「管理・教育・支持」

スーパービジョンの3つの機能

助言・指導
はここ

①管理的機能

- ・ オンボーディング
- ・ 配置、仕事の分担や業務量の管理
- ・ 職場やチーム環境を整える

②教育的機能

- ・ 価値、知識、技術の習得
- ・ 個人の成長

③支持的機能

重要！

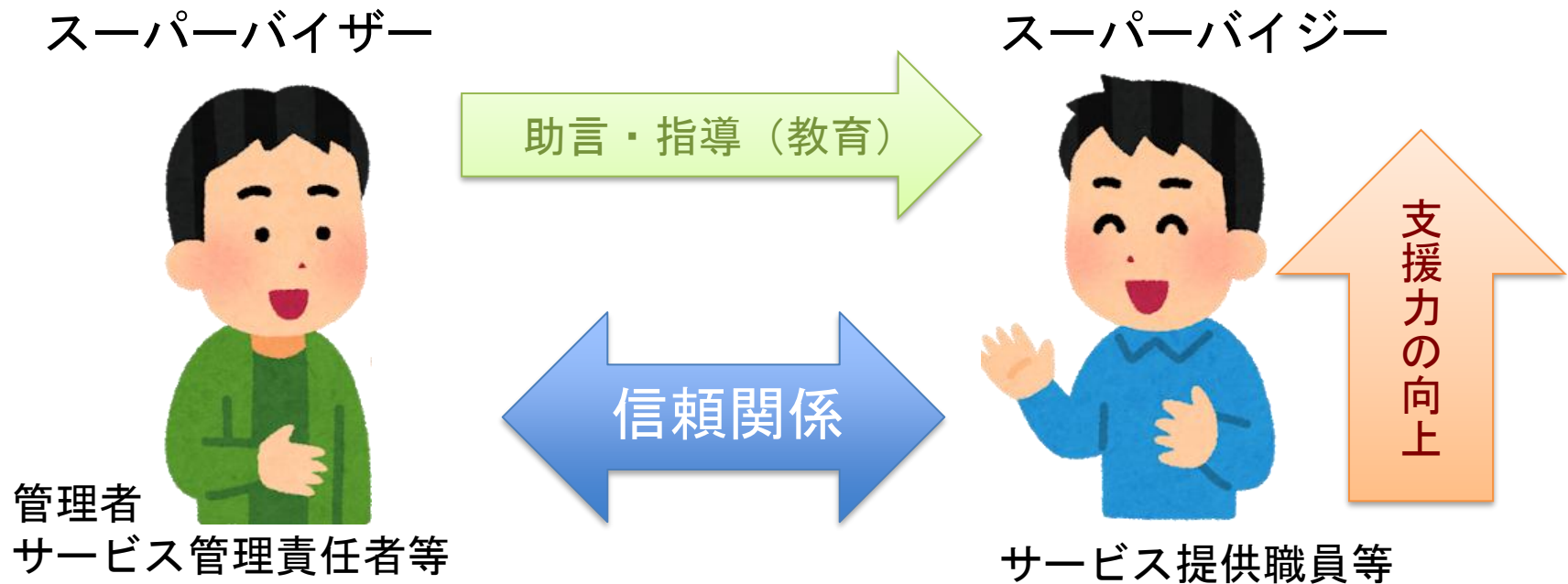
※③支持的機能の上に
①管理的機能と②教育的機能が乗っているイメージ

- ・ 不安を和らげる
- ・ やりがいを持つ
- ・ バーンアウト（燃え尽き）予防

※ソーシャルワークは

個人のもつ価値観とソーシャルワークの価値と倫理、クライアントのもつ価値観の間に時にジレンマが生じることがあります。

スーパービジョンとは



【目的・効果】

サービスの質の向上

- 知識やスキルの不足を補う
- トラブルの対処能力の向上
- 満足度モチベーションの向上 など

助言・指導にあたららないもの

- 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

→ 科学的根拠だけでは現場にあてはまる説明が難しいかもしれない
→ 経験だけでは、主観的なものになりがちである

助言・指導をする場所

- 助言・指導用の時間を取り、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

× パソコンが並んだデスクで、記録を書きながらの会話
→ 「ながら指導・ながら（スーパー）ビジョン」

話しやすい雰囲気

- ・ 受理
- ・ 容
- ・ 分
- ・ 解析



サービス管理責任者等

- ・ 質問
- ・ 承認
- ・ 提案

話す



言葉にし、それを自ら聞くことで問題を整理

サービス提供職員・従業者

- ・ 思考
- ・ 選択

コメント

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（OJT）	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

(信頼度・実施困難度)

信頼度が高い

記録資料

- 個別支援計画
- 支援記録
- その他の利用者に関する情報媒体

実地指導で得る情報(OJT)

- 指導者自身の観察
→ 支援場面に同席/同行

スタッフからの声

- スーパーバイザーからの声
- 周囲からの声

困難度が高い

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

支援記録の書き方

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

記載のポイント

- 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）
明確に、具体的に
- 事実と判断・計画は分けて記載する
- トピック（支援目標）ごとに簡潔に記載する

記載方法の1つ：SOAP（そーぷ）

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」ことも計画です）

原則的に情報、アセスメント、計画はワンセットで記載

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。（本人からの情報・本人の言葉をそのまま使う）

O： 昼食時、ツナタマゴサンドと一緒に野菜ジュースを飲んでいる。（観察した情報：表情、姿勢、周囲の状況など）

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（主観・客観情報から考えられること）

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

（アセスメントの結果を踏まえた今後の計画）

こんな場面をどう記録するか

目標：就労につながるよう、パソコンスキルを身につける



Aさん、プログラムの時間ですよ

あんなのやっても
意味ないですよ



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つける

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

記載時の注意

- 価値判断を含むような記載はしない
- 利用者本人が読んでも不快にならないように
（記録の開示を求められても大丈夫ですか？）
- 複数の意味にとれる略語、施設独自の略語は避ける（第三者が読んでも分かるように）

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

記録を書くことでもたらされるもの

- 支援への姿勢の見直し
- 支援の意図、意義の共有・明確化

必然性に欠ける支援は記録することが難しい、またはアセスメントの過程で淘汰される

- 個々の支援のレベルアップ

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こと、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、意見をしやすくなる

支援記録と支援計画



(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

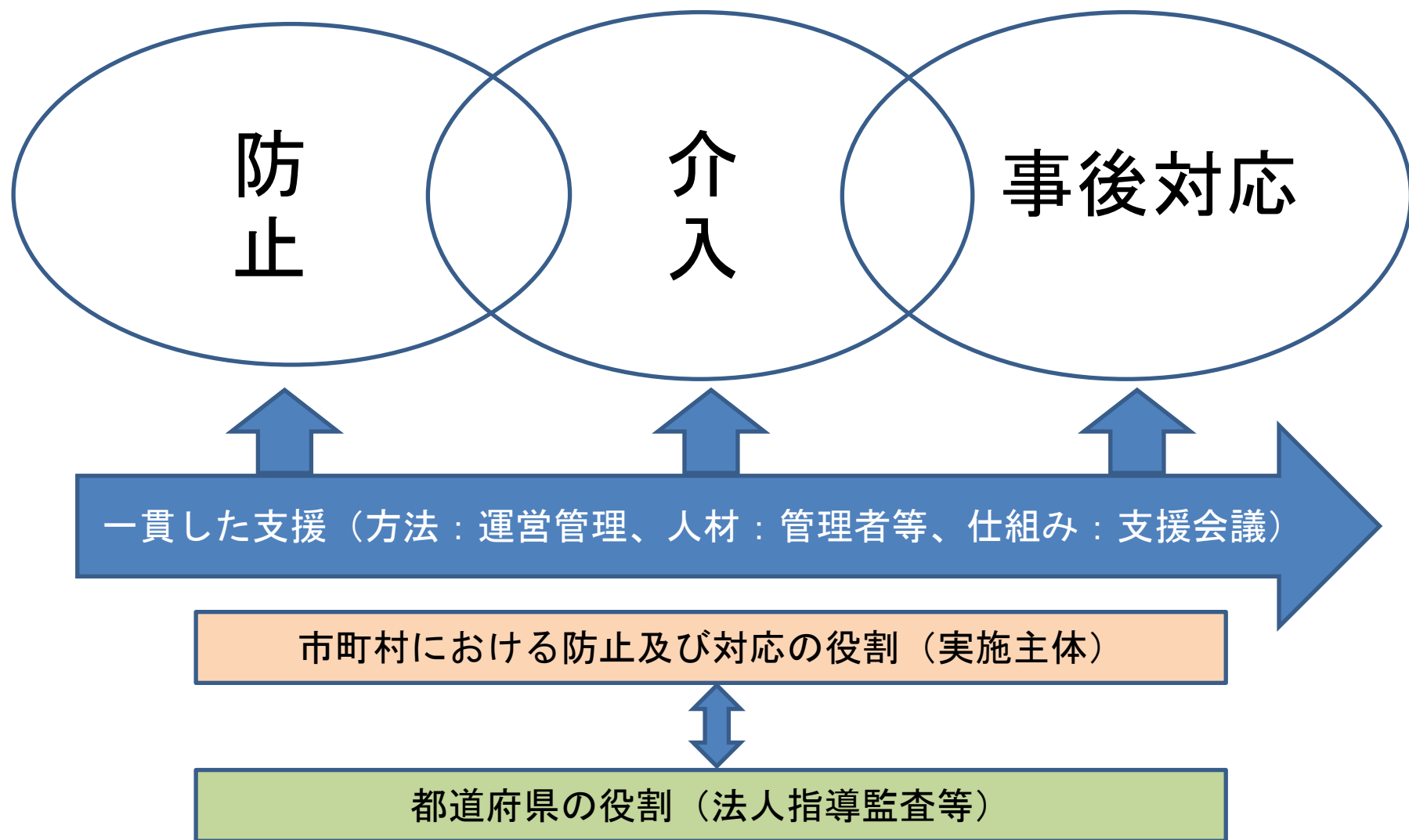
サービス管理責任者は、虐待防止に取り組むとともに、虐待防止マニュアルの作成を必ず行う。

2. 利用者の権利擁護の徹底を図る

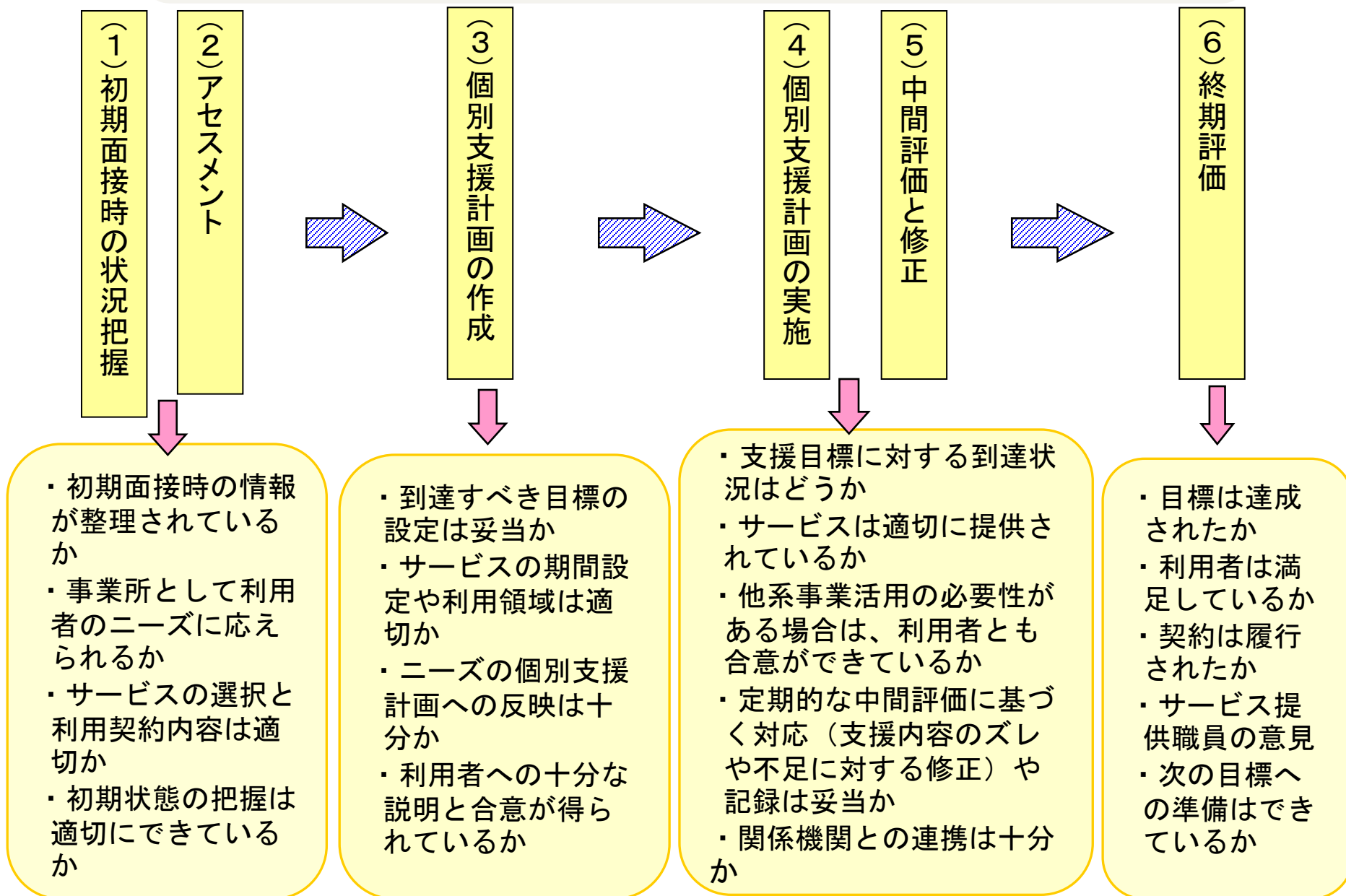
3. 虐待防止は、関係機関（市町村、市町村障害者虐待防止センター、自立支援協議会等）との連携が必要である。

4. 職員間のコミュニケーションの促進を図る

虐待防止及び対応（施設従事者等）



(4)サービス内容のチェック



この講義のねらい

サービス(支援)提供のプロセスを理解し、利用者中心のサービス(支援)を提供。

(内容)

1. サービス(支援)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(支援)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(支援)内容のチェックについて理解する。さらに、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(支援)提供における、管理的側面を適切に理解する。

4. サービス(支援)の評価及び事業所の評価等について理解する。

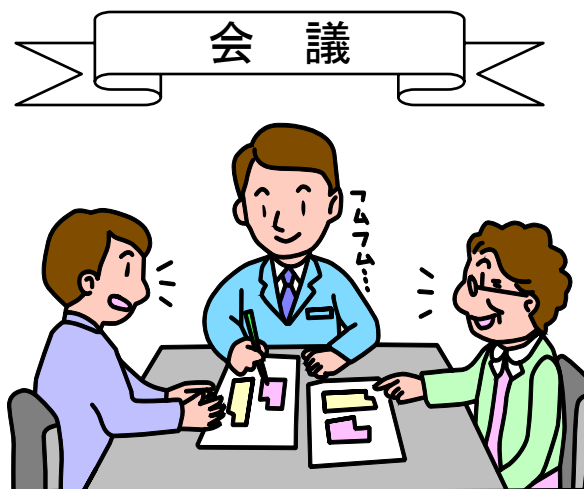
サービス（支援）の評価

(1) サービスの評価基準 (例示)

評価の項目	評価の基準
1. 質の高いサービスの提供	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

(2) サービス管理責任者の役割と確認

- まず、各サービス提供職員のアセスメント結果等を通じて、利用者の現在の状態を把握する。（助言・指導の根拠を持つ。）
- 各サービス内容を相互に活かしあえるよう、サービス全体を眺めて適切なマネジメントを行う。その際、リスクマネジメントの観点も必要。
- その上で各サービス提供職員の支援内容をチェックし、利用者がエンパワメントできるよう、適切な助言・指導を行うことが重要。
- 各サービス提供職員の意思統一を図るため、定期的（少なくとも3ヶ月に1回）、又は必要に応じて、適時会議等を企画運営する。

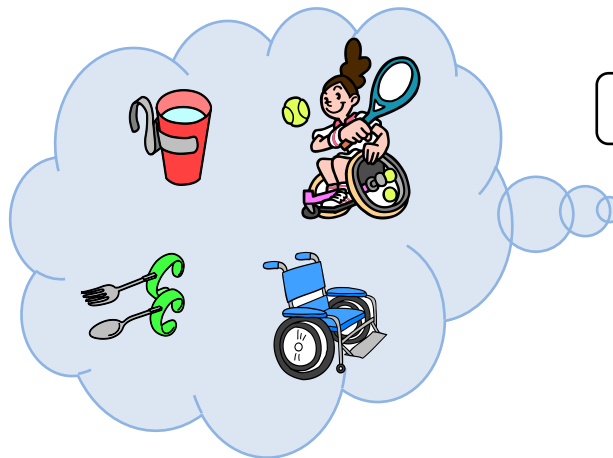
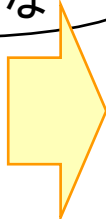


- 常に利用者の意向を把握し、各サービス内容が意向を反映したものとなるよう調整する。
- 仮に、利用者の意向が支援方針と大きく異なり、意向の反映が困難な場合には、支援内容を工夫するとともに、利用者及び家族へ十分に説明し、同意を得ることが必要。
- サービス開始から終了までのスケジュールを管理し、支援内容の優先順位付けを行う。
- 地域生活への円滑な移行を図るため、様々な社会資源を活用できるよう、サービス終了後の生活を想定し、必要に応じて助言・指導、地域関係機関等との連携・調整を行う。（利用者自身が連絡・調整を行うことを支援する場合もある。）
- サービス終了時には、必ず総括し、利用者の目標達成度や満足度、地域生活移行後の状況等から、サービス全体のチェックを行う。（反省点を踏まえ今後のケースに活かす。）

利用者の意向把握



困ったな
~



解決方策の検討



（３）サービス事業の各評価

- 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）

ご清聴ありがとうございました。