資料2

令和8年度秋田県
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修

サービス（支援）提供のプロセス

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

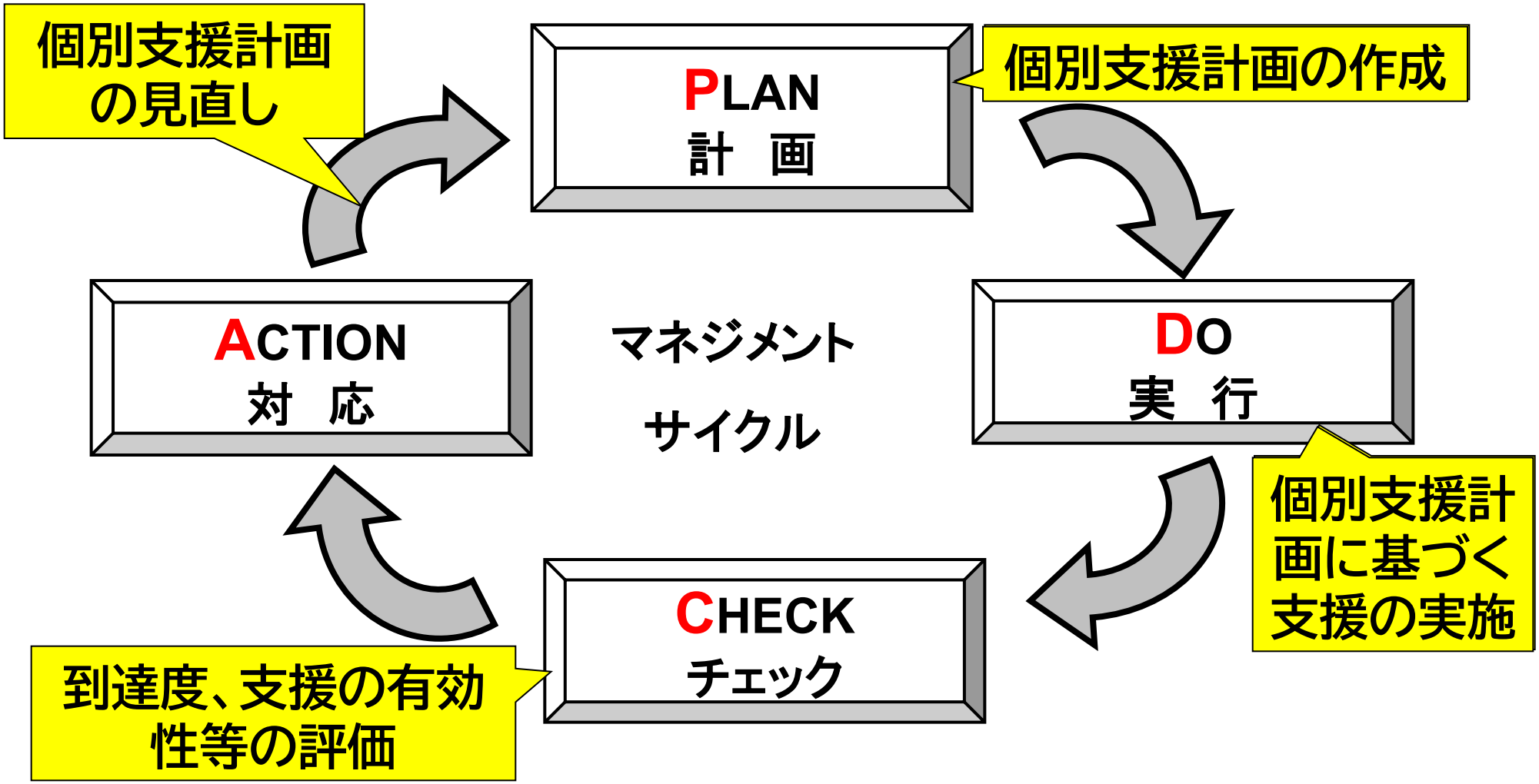
2　プロセスにおけるサービス（支援）内容のチェックについて理解
さらに、個別支援計画とその実施結果等の評価について理解

3　サービス（支援）提供における、管理的側面の理解

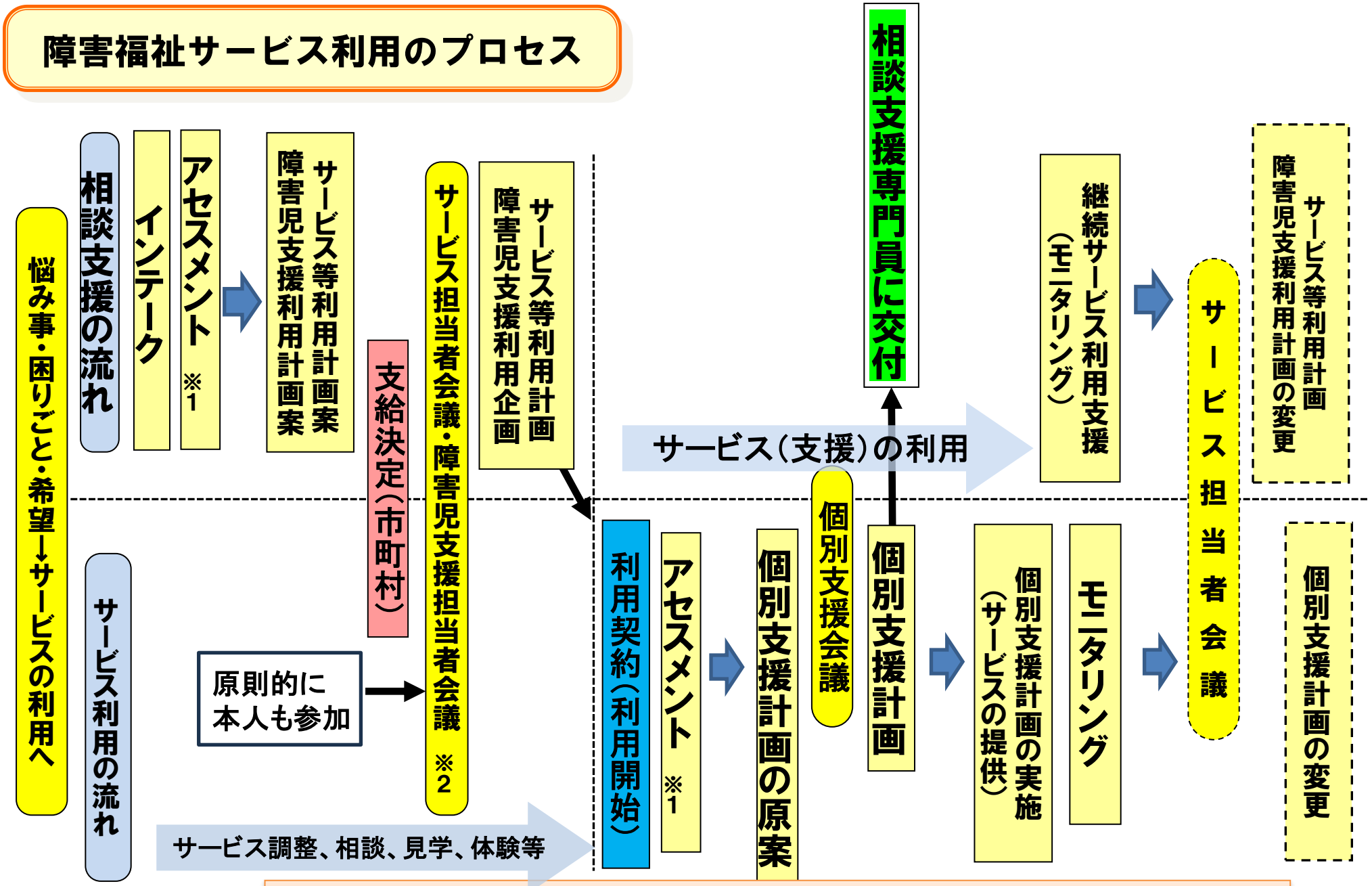
4　サービス（支援）の評価及び事業所の評価等の理解

個別支援計画による支援

（PDCAサイクル）

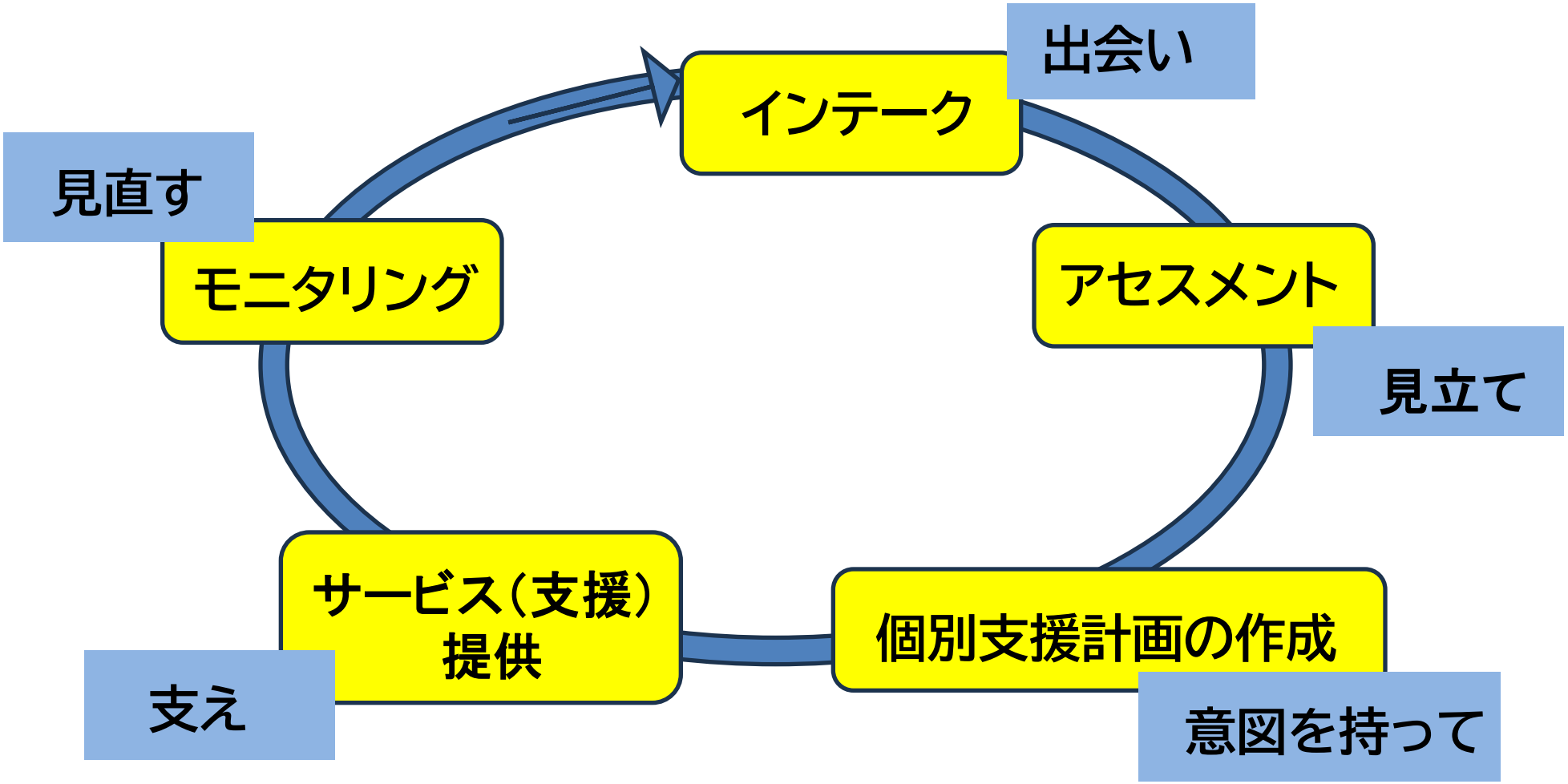


障害福祉サービス利用のプロセス



【令和6年度報酬決定に伴う改定内容の反映】
※1　意思決定に困難を抱える者の意思および選好、判断能力等の把握　　※2　利用者本人の参加（原則）

サービス(支援)提供のサイクル



＜サービス提供のプロセス＞

（1） 初期面接時（インテーク）の状況把握

1　事業の対象や提供するサービス（支援）の内容について情報を提供する
2　一連のサービス（支援）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　事業所における利用者の対象像、提供するサービス（支援）内容について情報を提供
2　他の事業やサービス（支援）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（支援）の流れについて説明
4　サービス（支援）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
6　個人情報の管理

必要なツール

- 初期面接受付表（あるいは調査表・プロフィール表）
- 相談支援専門員が作成したサービス等利用計画・基本情報

初期面接（インテーク）では・・・

支援プロセスで紆余曲折することもあるので、インテークで安易な励ましや過度の依存、利用者の不信を招くことに留意

- 課題があって不安
- 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

児童期は主として保護者との信頼関係を重視

- まず、傾聴する
- 肯定的にとらえる
- 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

この事業所は、対応してくれるのかな？

- 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

＜サービス提供のプロセス＞

（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・最終評価の際に比較検討する情報となることから、数量化等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（アセスメントシートNo1）

＊児童期は、専門機関等による心理検査、事業所における発達評価表などの情報

アセスメントは・・・

アセスメントの過程は情報の収集と分析である。

利用者と支援者の相互理解の場

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、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

専門家からの情報入手（留意事項）

①障害の理解

・機能はどこまで回復が可能か

リハビリや訓練の現状での有効性についての評価及び情報の収集

・長期的に「できないこと」があれば支援目標から外す

・医療の進歩等により障害の捉え方は変化する

各専門機関のアドバイスが違う場合を踏まえ、必要な知識を得て本人や家族の混乱を最小限にとどめる

②二次的に生じた障害

・障害の特性について、事業所外部の関係者の意見を集める

本人への不必要な負担を軽減し、可能な人的・物的環境への配慮をする

・本人のやる気と元気をなくす思い込みはないか

事業所として利用者の不適切な言動やルール違反に対して指導していくあまり、その人の良さや強みを重視した支援が展開できていない場合もある

ライフステージに留意したアセスメント

＜初期状態の把握＞

「身体状況や精神・心理状況などの状態像の客観的把握
＋「ライフステージを十分に意識した評価」

評価の視点：障害児・者としての評価の前に、子ども・成人として
ライフステージに応じた支援を目指す

・利用者のライフステージとして大切に考えていくべき課題の確認

例：加齢による体力低下に応じた生活の見直し
同居家族の高齢化への配慮　等

・利用者が次のステージに移行していくために必要な準備内容の確認

例：児から者に移行する場合や65歳を迎える場合、2～3年前から移行支援会議等を開始するなどの準備　等

障害児・者のライフステージと各時期の中心的な課題の例

胎生期		胎生期における母親の不安への支援
新生児期(主として2か月まで)		先天性障害の告知とフォロー、治療・訓練の方針提示、家族への支援
乳児期(主として0～3歳未満)		健康診査後のフォロー、家庭における子育て、機能訓練、豊かな感覚的な遊びの体験、親子療育の開始、家族の障害受容のための支援
幼児期	前期(主として3歳～5歳未満)	発達段階に応じた遊びを通した達成感の経験、集団での療育、地域の集団への参加の可能性、子どもに応じた複数の発達アセスメント
	後期(主として5歳～就学まで)	就学に向けての支援、豊かな遊びを通した対人関係の構築と生活体験の広がり
学童期(小学校・中学校・高校)		能力に応じた臨機応変かつ適切な教育の提供、長期休暇の過ごし方、兄弟姉妹への支援、将来に向けて必要な生活体験、性教育、意思伝達・表現及び選択する機会、進学に向けた支援、卒業後に向けた支援、就労支援
青年期	前期(主として18～20歳)	地域・就労定着支援、本人のストレングスを活かした本格的な相談支援の開始、働き方についての可能性を広げていく支援
	後期(主として20歳代)	余暇・休日の過ごし方、適切な就労先の見直し、一人暮らしへの支援、本格的な意思決定支援の開始及び自己決定された暮らしの提供
成人期	前期(主として30～40歳代)	地域のイベントへの参加、地域での居場所づくり、趣味を増やすための支援
	中期(主として50歳代～65歳未満)	体力と本人の意欲に応じた生活の見直し、高齢期に向けた準備、保護者が後期高齢の年齢になっていることへの対応
	後期(主として65歳以上)	介護との連携及び障害分野との適切なバランスでのサービス利用状況のチェック、自己決定された暮らしが継続されているかのチェック、終末期の支援についての準備と検討事項の確認

＜サービス提供のプロセス＞

（2） アセスメント

② 基本的ニーズの把握

- 利用者や家族の意向の把握
- 訓練や就労状況、置かれている環境などの状況の把握
- 利用できる社会資源や関係機関の把握

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等を把握する
- 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（No2）

＊児童期や言葉での意思確認が難しいケースの場合、家族の意向がそのままニーズとして記録されがちなため、丁寧に観察及び聴取した上で興味・関心ごとを中心にした記録をニーズ把握票に書き込んでいくことが必要です。

<サービス提供のプロセス>

(2)　アセスメント

②　基本的ニーズの把握

1)本人主体のアセスメント

○改正障害者総合支援法(2024)

意思決定支援をより重要視

意思決定支援

アセスメントに当たっては、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に意思決定の支援を行うため、当該利用者の意思及び選好並びに判断能力等について丁寧に把握しなければならない。

基準省令第58条第32項

どんな人でも意思をもっているという前提

出典:障がいのある人への本人主体支援実践テキスト

意思確認がはじめの一歩

どんな状態像であろうと、その人の中に**「意思」は必ずある。**

つい、現場の支援の中では「～をしてもらう」こと（行動の管理・制御・コントロール）に意識を向けてしまいやすいが、**分かりやすい説明と意思確認を怠ってはならない**

意思決定支援の「三本の柱」

〇意思形成

本人が自分の願いや考えを形づくる過程を支える・支援する
⇒経験や情報の提供

〇意思表出

本人が表現しやすい環境を整え、発せられたサインを受け止める
⇒受け止める側の環境整備

〇意思実現

決定したことが実際の生活や行動に反映されるよう具体的に支える・支援する
⇒想いが形になり、自信（エンパワメント）につなげる

※結論　**この3つが揃って初めて「意思決定支援」となる**

意思決定支援の3つの視点

- **意思表出（機能障害や障害特性）**

【インプット】

□通常の話し言葉だけで理解できる
□質問や話し方などに配慮が必要
□話し言葉に加えて文字や図などの視覚情報が必要
□文字や図などの視覚情報中心
□言葉の理解は限られるので、言葉以外の働きかけが必要

【アウトプット】

□話し言葉で意思表示ができる
□話し言葉に加えて文字や絵カード、指差しなどの視覚情報が必要
□話すより視覚情報中心のほうがいい
□表情、しぐさ、行動、発声、体の動きなど言葉以外の表出を理解し、読み取る必要がある

出典：障がいのある人への本人主体支援実践テキスト

- **主体性の土台（決定機会の経験）**

□自分のことを自分で決める機会があったか？

□選択や決定をするだけの（生活・就労・社会）経験があるか？

□家族などから暴力を日常的に受けて、顔色を窺ったり、過剰に空気を読んだりすることがデフォルトになっていないか？

□直接暴力を受けなくても、家庭内に暴力や緊張や不安があり、調整役や気遣う役割を担ってきていないか？

□意思表示をすることで否定や圧力、暴力などを受けて自己抑制や自己否定が強くなるような経験やその蓄積がないか？

□あきらめや自暴自棄、無気力、強い自己否定、反抗など健康的な意思を発揮することが難しい状況ではないか？

□本人の意思を覆したり、ジャッジする存在がいないか？　など・・・

これまでの背景に目を向ける必要があります

出典：障がいのある人への本人主体支援実践テキスト

・ 関係性の土台（信頼関係・力関係）

問題のない関係は・・・

①ほどほどの距離感

□過度の負担にならない

□過度に求めすぎない、頼りすぎない

□好きすぎない、嫌いすぎない

②ほどほどの対等さ

□支援者の上から目線や支配、抑圧がない

□利用者からの過度な要求や駆け引きがない

③ほどほどの相互理解

□相手を理解しようとする姿勢

□相手のわかること、わからないことが大体わかる

□わからないことを「知りたい」「教えてほしい」と相手に伝えられる

出典：障がいのある人への本人主体支援実践テキスト

最重度の人たちへの意思決定支援

チーム支援 ～ いろいろな形でかかわる人たちがそれぞれ観察して気づいたこと、感じた事を持ち寄り、検討をするチーム支援が重要

↕

サビ児管（マネージャー）

中重度の人たちへの意思決定支援

どんな利用者にも思いがある

うまく言葉にできているとは限らない

知らない・経験していないから選択できないだけかもしれない

出典：障がいのある人への本人主体支援実践テキスト

2）子どものアセスメントと発達支援

児童発達支援とは

①本人支援
②家族支援
③地域支援・地域連携

①本人支援（本人支援および移行支援）・・・・・・子ども自身のニーズを！

健康・生活、運動・感覚、対人関係、言語、コミュニケーション、身辺、認知、行動等

②家族支援・・・・・・家族の要望ではなく希望を！

保護者兄弟も含めた家族の心理的および生活支援を家族の要望だけではなく、本人の希望を引き出し支えていく

③地域支援・地域連携・・・・・・ライフステージを見据えて！

家族の思いを受け止め、身近な地域で安心して生活できるようライフステージを見据えてつなぐ支援
関係機関との連携を得ながら、地域づくりを進めるなど

出典：障がいのある人への本人主体支援実践テキスト

本人支援（発達支援）の5領域

（1）健康・生活
- 健康状態に維持・改善
- 生活習慣や生活リズムの形成
- 基本的生活スキルの獲得

（2）運動・感覚
- 姿勢と運動・動作の基本的技能の向上
- 姿勢保持と運動・動作の補助的手段の活用
- 身体の移動能力の向上
- 保有する感覚の活用
- 感覚の補助及び代行手段の活用
- 感覚の特性への対応

（3）認知・行動
- 認知の特性についての理解と対応
- 対象や外部環境の適切な認知と適切な行動の習得
- 行動障害への予防及び対応

（4）言語・コミュニケーション
- コミュニケーションの基礎的能力の向上
- 言語の受容と表出
- 言語の形成と活用
- 人との相互作用によるコミュニケーション能力の獲得
- コミュニケーション手段の選択と活用
- 状況に応じたコミュニケーション

（5）人間関係・社会性
- アタッチメント（愛着）の形成と安定
- 遊びを通じた社会性の発達
- 自己の理解と行動の調整
- 仲間づくりと集団への参加

＋

自立への支援
創作活動
余暇の充実

出典：子ども家庭庁「児童発達支援ガイドライン」（令和6年7月）より作成

＜サービス提供のプロセス＞

（2）アセスメント

③課題の整理

〇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
〇課題の整理にあたっては全体の課題と各分野別の課題を整理
〇課題の整理にあたっては優先順位を設定

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、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別の課題に整理する
- 各分野別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ために重要度・緊急度などを考慮しておく
  また、利用する他のサービス提供機関がある場合は、他機関との役割分担等を検討・確認し、協働による支援を実施する
- 課題の整理を記録しておく

必要なツール

- 課題の整理表

課題の整理表

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）	解決すべき課題

＜サービス提供のプロセス＞

（3） 個別の支援計画の作成

個別支援計画の作成は、支援の実施過程を立案することである。

①明らかになったニーズ（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資源とニーズのマッチングを検討する

⑤個別支援計画案を作成する

⑥利用者の最終同意を得る（「案」をとる）

利用者との信頼関係を築き、支援チームの意思統一を図る

それぞれの立場から

〇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ためのもの

・私の意向を汲んでくれているもの

〇職員の立場から

・的確な支援の方向づけをするもの

・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

〇施設経営者の立場から

・支援の質の向上を目指すためのもの

・効率的・効果的に施設運営できるためのもの

＜サービス提供のプロセス＞

（3） 個別の支援計画の作成

① 到達目標の設定

・利用者の課題（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
・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
・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
・課題（ニーズ）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
・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	【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） 【主目標】 ・1年で、在宅での生活をほぼ可能にする 【個別目標】 ・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

＜サービス提供のプロセス＞

（３） 個別の支援計画の作成

① 到達目標の設定

- 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

＜サービス提供のプロセス＞

（4） 個別の支援計画の実施

- 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

＜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

- 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	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	○○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。	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。	1	○○支援員
3	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。	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。	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。	3	○○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				

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

＜サービス提供のプロセス＞

（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、
  〇利用者や家族の要因によるものか
  〇スタッフの要因によるものか
  〇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・変更に当たっては、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

＜サービス提供のプロセス＞

（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、チームにフイードバックする

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