

世田谷区の障害者相談支援のための

# 計画相談マニュアル

Version 4.0

**【第2部】 技術編**

令和7年3月

編集・発行 世田谷区自立支援協議会／世田谷区

## 第2部 技術編

### 内容

はじめに.....	4
<b>1. 計画相談の流れ .....</b>	<b>6</b>
(1) 相談支援専門員から見た流れ .....	6
<b>2. インテークとアセスメント.....</b>	<b>8</b>
(1) インテーク・・・相談支援専門員と利用者の出会いの場面 .....	8
(2) 契約 .....	9
(3) アセスメント .....	10
(4) ニーズ整理 .....	12
<b>3. サービス等利用計画案の作成 .....</b>	<b>15</b>
(1) サービス等利用計画の必要性と備えるべき特徴.....	15
(1) ー1 サービス等利用計画の必要性.....	15
(1) ー2 サービス等利用計画の備えるべき特徴.....	16
(2) サービス等利用計画作成のポイント.....	18
(3) サービス等利用計画案（世田谷標準書式）に記載する各項目の書き方 .....	20
(4) 週間計画表に記載する各項目について .....	25

<b>4. サービス担当者会議</b> .....	<b>28</b>
(1) サービス担当者会議とは .....	28
<b>5. サービス等利用計画の作成</b> .....	<b>30</b>
(1) 利用計画の作成.....	30
(2) 利用計画の提出.....	31
(3) さまざまな計画作成時の留意点.....	31
(4) 年齢に応じた支援 .....	35
<b>6. モニタリング</b> .....	<b>38</b>
(1) モニタリングとは.....	38
(2) モニタリング期間の設定 .....	39
(3) モニタリングにおける基本的な視点 .....	41
(4) サービス種類や量の変更が必要な場合 .....	42
(5) 期間更新のみでサービス変更の必要がない場合.....	44
(6) モニタリング期間の変更 .....	44
<b>7. 終結</b> .....	<b>48</b>

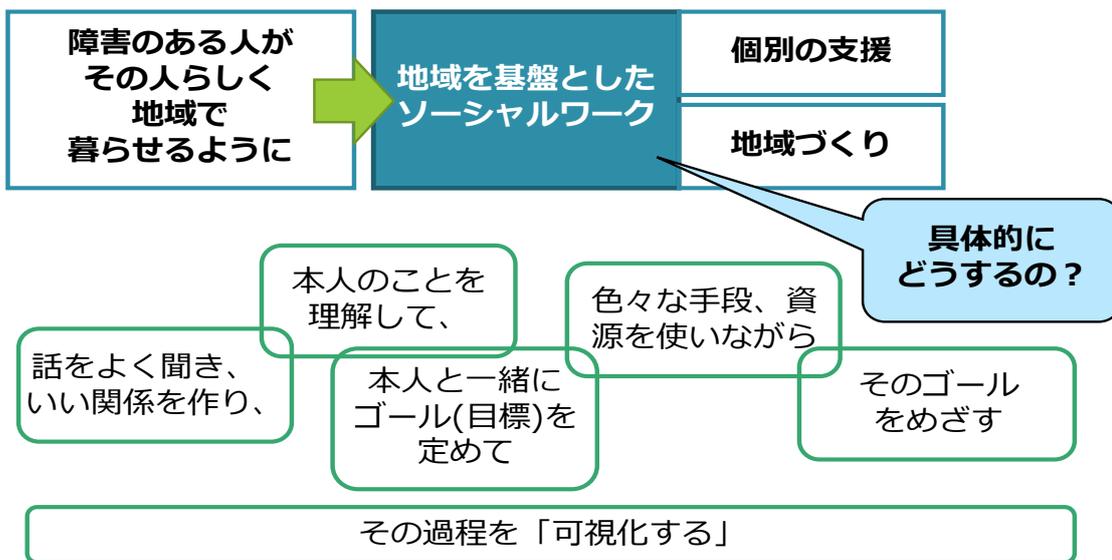
# はじめに

計画相談マニュアル第2部「技術編」は、初任者研修修了者を対象として、実務を行う上で再確認すべき事項を盛り込みました。

皆さまがご対応されている利用者の方は0歳から高齢者（70代・80代・・・）まで年齢も幅広く、障害種別も身体・知的・精神・難病など、日々の生活に何らかの支援を必要とされる方の支援に日々ご尽力されていることと存じます。

このマニュアルを皆さま方の日々の業務の振り返りの参考にして頂き、最終的には地域で生活されている利用者のウェルビーイングにつながることを願い、相談支援専門員として押さえておきたい視点として、本人主体・本人中心の支援を心がけていただきたいという思いを込めて作成しました。

## 相談支援の役割・ミッション



令和元年度相談支援従事者指導者養成研修資料より

## 相談支援の基本的視点

---

### ・本人主体であること

生活者としての支援、本人中心支援、意思決定支援  
エンパワメントに向けた支援、セルフマネジメント

- ・ 権利擁護、虐待防止
- ・ 多職種、他事業所とのチームアプローチ
- ・ 地域資源の活用、創造
- ・ 基本相談の重要性
- ・ 相談支援とサービス等利用計画の関係

「計画相談」は、一定の実務経験年数があり、かつ相談支援従事者研修を修了した相談支援専門員のみが行える独占業務です。専門職として、ケアマネジメントの視点・技術を用いたサービス利用支援及び継続サービス利用支援（モニタリング）を通して、ライフステージを見据えた支援を行います。

## ケアマネジメントの理念

---

- ・ 障害者の地域生活を支援する。
- ・ ケアマネジメントを希望する者の意向を尊重する。
- ・ 利用者の幅広いニーズを把握する。
- ・ 様々な地域の社会資源をニーズに適切に結びつける。
- ・ 総合的かつ継続的なサービスの供給を確保する。
- ・ 社会資源の改善及び開発を促進する。

# 1. 計画相談の流れ

## (1) 相談支援専門員から見た流れ

場面		支援内容	掲載ページ
出会い	インテーク	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用希望者からの相談受付</li> <li>・利用希望者から「サービス等利用計画案」作成依頼</li> <li>・利用希望者との利用契約を結ぶ</li> </ul>	8
	見立て	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者宅の訪問、面接、アセスメント</li> <li>・ニーズの整理</li> <li>・サービス利用調整（仮）</li> </ul>	10
手だて	プランニング	<b>「サービス等利用計画案」の作成</b>	15
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者へ「サービス等利用計画案」の説明を行い、同意を得る</li> <li>・利用者から署名をいただいた「サービス等利用計画案」の写し（コピー）を保健福祉課へ提出</li> </ul>	
		<b>支給決定→受給者証の発行</b>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・受給者証の写しを保健福祉課（利用者）から受け取る</li> <li>・サービス利用調整を行う</li> </ul>	
		<b>「サービス担当者会議」の開催</b>	31
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・「サービス等利用計画」（通称：「<small>あん</small>とれ」取れ）作成</li> <li>・利用者へ「サービス等利用計画」を説明し、同意を得る</li> <li>・利用者から署名をいただいた「サービス等利用計画」の写し（コピー）を保健福祉課へ提出</li> </ul>	
		<b>サービスの利用開始</b>	
見直し	モニタリング（終結）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受給者証に記載された期間（または、利用者の状況変化に応じて）モニタリングを実施</li> <li>➔必要な場合には、サービス内容や量の変更を行う</li> </ul>	
		<b>「モニタリング報告書」の作成 ➔ 保健福祉課へ提出</b>	40

## あると便利なもの

相談支援業務に携わる中で、持っている则便利なものがありますので、ご紹介します。

### 【事業所にあるといいもの】

- ・ 障害者のしおり
- ・ せたがや便利帳
- ・ ハートページ（介護保険事業者ガイドブック）
- ・ せたがやシルバー情報
- ・ 計画相談マニュアル（もちろん!!）
- ・ 移動支援の手引き、居宅支給限度額

### 【訪問カバンに入れておくといいもの】

- ・ 筆記用具、ノート
- ・ 名刺（事業所番号を入れる）
- ・ 押印用の朱肉
- ・ 自分の印鑑
- ・ 世田谷区地図または世田谷区サイクルマップ（交通安全自転車課作成）
- ・ スマホ（Google mapのアプリなど）

### 《必要に応じて》

- ・ マスク、スリッパ、使い捨てゴム手袋



## 2. インテークとアセスメント

### (1) インテーク・・・相談支援専門員と利用者の出会いの場面

- ◆相談支援専門員が当事者と初めて「相談支援」という形で向かい合うのがインテークの場面です。インテークの場面では、当事者自身が支援の必要性を感じていなかったり、複合的ニーズが混在し整理できていなかったりする事例も多くみられるため、当事者や家族との信頼関係の構築が求められます。
- ◆相談支援専門員は、バイステックの7原則にある対人援助における行動規範や面接技術などを習熟している必要があります。意思決定支援も重要なポイントです。支援者として自分の意見を押し付けるのではなく、当事者に寄り添い、その思いに耳を傾け、本人の話を引き出していけるようにしましょう。
- ◆面接の場面では、リラックスして話せるような雰囲気やプライバシーが確保できるような環境に配慮し、時間や場所もできるだけ希望に沿って進め、訪問で何度も足を運ぶ等、無理をせず肯定的な雰囲気の中かで信頼関係を構築することが大切です。当事者の生活を知るためには生活の場に出向いて話を聞くことが有効であるため、来所相談だけでなく積極的関与（相談を待つのではなく、相談支援専門員から積極的にご本人に関わりを持つこと）にも力を注ぐ必要があります。

#### コラム

### 初回訪問での工夫

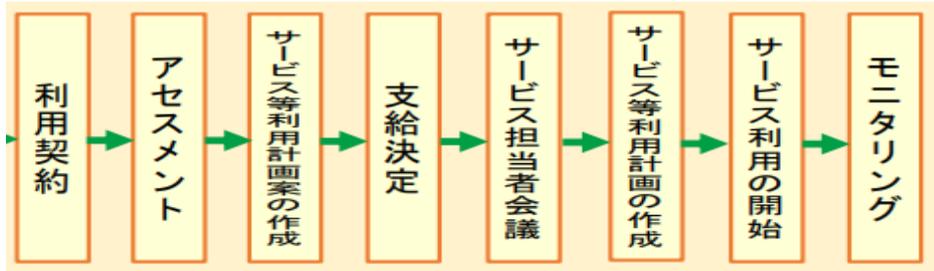
精神保健福祉手帳を所持している方の自宅を訪問したときの、アセスメント聴き取りでの場面で、家中に某有名歌手のポスターやグッズが数多く置いてあり、本人が好きなのは明白でした。

好きな物はなんですか？等の質問はせずに、「歌手の〇〇さんが好きなんですね？」と質問し、本人の反応を見ながら質問を行い、アセスメント聴き取りを行いました。

本人は、自分の好きな歌手の話が出来たことで、こちらの質問に答える姿勢が緊張し構えた姿勢から、リラックスした柔らかい姿勢となり、聴き取りがスムーズになりました。

## (2) 契約

◆相談支援事業所と利用者との契約は、利用を受け付けてから、早い段階で行います。契約にあたっては、事前連絡で面接場所・日時を決め、契約時に必要な書類（契約書、重要事項説明書、個人情報利用承諾書、代理受領）について説明し、各書類に署名、捺印をもらいます。契約後は、契約内容について区保健福祉課へ報告します。



### コラム

#### 個人情報保護（守秘義務とプライバシーの尊重）

「個人情報の保護に関する法律」（平成15年制定）により、個人情報を取り扱うすべての者は、その適切な取り扱いを図ることを法によって定められました。「個人情報」とは生存する個人に関する情報であり、特定の個人を識別することができるものをさします。正当な理由なく、その業務上知り得た秘密や情報を漏らすことは固く禁じられています。相談支援専門員が業務を実施するにあたり、必要に応じて最低限度の個人情報を関係者等に提供することについては、原則契約時に同意を取っているため可能となります。配慮しつつ必要な情報のみ提供するよう留意しましょう。ただし、自分の家族や友人などにうっかり「最近担当することになった利用者さんのことなんだけどね・・・」など勝手に個人情報を話してしまうことは漏洩となりますので注意が必要です。

### コラム

#### 法定代理受領について

「法定代理受領」とは、障害福祉サービスを利用する際に、利用者が自ら市町村へ給付費を請求するのではなく、サービス事業者が代わりに請求を行い、給付費が直接事業者を支払われる仕組みです。自己負担はありません。障害福祉サービス事業者は、法定代理受領によって世田谷区から介護給付費の支払いを受けた場合、その額を利用者に通知する義務があります。通知は「法定代理受領通知書」などの書面で行われ、利用者へ交付されます。この通知書は領収書ではなく、利用者負担が発生する場合は、代理受領通知書と領収書を別々に発行し、両方を利用者へ交付する必要があります。

年 月 日

体  
 社

利用者、保護者等名  
 指定特定相談支援事業所  
 代表者名

介護給付費等の受領のお知らせ  
（法定代理受領のお知らせ）

様に提供した下記のサービスに要した費用について、区市から下記のとおり  
 利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。  
 このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは区市にお問い合わせ  
 下さい。

記

サービス提供年月	令和 年 月 日 西暦: 年 月 日 ~ 年 月 日
サービス内容	担当サービス名記載
受領日	令和 年 月 日
代理受領金額	金 円

### (3) アセスメント

アセスメントとは、関係機関等からの情報を集め、利用者の一日の生活の流れ、住まいや地域等の生活環境を把握するとともに、利用者の要望を引き出し、利用者や家族が望んでいる暮らしを明らかにしていくことです。

**<ポイント>** 障害を考える前に利用者本人を見て、どのような人かを考えましょう。

「その人はどのような人で、どのような障害があり、そのことについてどのように思っているのだろうか？」—「障害」を先に考えるのではなく、その人は「どのような人」なのかを考え、その人の「生活のしづらさ」から、その人の「障害」を理解しましょう。

#### ①本人のニーズを把握すること

- ・話を聴き、主訴を把握する…本人像や本人の意向を確認する。
- ・情報の収集と分析

ニーズとは、その人が「〇〇がほしい」「△△したい」「□□になりたい」など、その人にとって必要なことや、実現したい希望などです。「ニーズ」の把握は、本人の話を「よく聴く」だけでなく、コミュニケーションや情報提供を通じて「発掘する」姿勢も大切です。

また、本人の現状に対する理解等を相談支援専門員自身も深く理解し、本人と共にニーズを把握し、整理していくことが大切です。

常に、自分に問いかけよう…

「ご本人はどう思っているのだろうか……」



#### ②ニーズを充足させる方法を模索すること

サービス中心の支援ではなく、本人の希望や選択に応じた「本人中心」の視点で、ニーズを充足させていく方法を模索していきましょう。

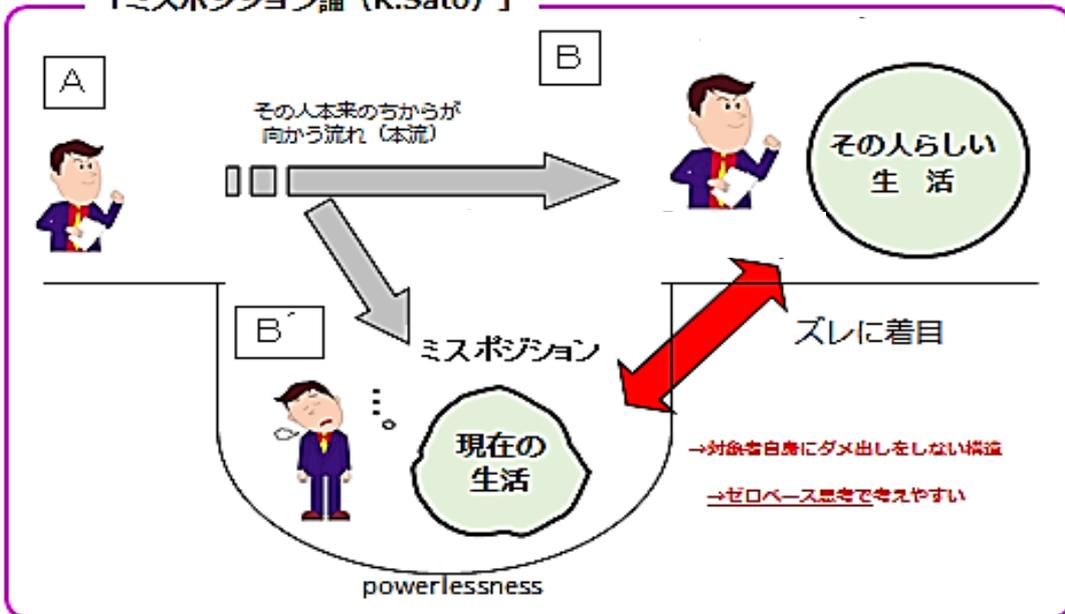
#### ③本人に必要な（ニーズを充足するための）社会資源を明らかにすること

本人に必要な社会資源は、障害福祉サービスなど、制度によるもの（フォーマル資源）だけではありません。本人自身が持っている内なる社会資源である「本人の強み（ストレングス）」、本人が住んでいる地域そのもの（誰もが活用する生活資源、様々な活動団体や人とのつながり＝インフォーマル資源）など、広い視野を持って社会資源を見ていけるようにしましょう。

## 相談の背景には、必ずズレ（ポジショニングの相違）がある

人としての「共通のモデル」をめざして

### 「ミスポジション論 (K.Sato)」



[佐藤光正, 駒澤大学]

## <アセスメントで収集する情報>

- ① 本人・家族・環境の状況（客観的事実）
- ② 相談支援専門員自身の主観的情報
- ③ 本人・家族の心理（障害受容も含む）
- ④ 本人の考えている目標
- ⑤ 本人・環境・支援ネットワークのストレングス
- ⑥ これまでの生活歴（経験や失敗談）

## 質問の視点

医 ⇒ 医療

衣 ⇒ 身なり

食 ⇒ 食事

職 ⇒ 仕事、お金、社会参加

住 ⇒ 住まい

友 ⇒ 仲間

遊 ⇒ 余暇活動



### ◆柔軟な情報収集

アセスメントについて、国の基準では、相談支援専門員が利用者等の居宅等に訪問して行うことを必須としていますが、相談支援専門員の訪問の結果、再度利用者等へ確認する事項が生じた場合等には、内容が軽微であれば訪問せず、電話や郵送、電子メール等による確認でも差し支えない、とされています。

（個人情報保護には十分注意します。）

以下のような視点でアセスメントすることでご本人の理解を深めましょう。

## (4) ニーズ整理

### ○ニーズのとらえ方

- ・ 支援者が本人の「ニーズ」を的確にとらえ、本人とともに「ニーズ」を充足させる方法を考えることがケアマネジメントを実践していく上で重要です。
- ・ 相談支援専門員が本人に必要な「ニーズ」を見立てる（一定の判断を加えたり、掘り下げたりする）ことなく、単に本人や家族からのオーダーに応じるだけならば、相談支援専門員として社会からの期待には応えていないといえます。
- ・ 一方、相談支援専門員としての見立てばかりでは、本人の思いに寄り添った支援とは言えません。信頼関係も協働関係も成立しにくいでしょう。
- ・ 本人に寄り添い、関わりを大切に、相互に関係性を築きながら、丁寧にリアルニーズに近づけられるよう模索し続けることが重要です。

#### 用語の解説

用語	支援者としての考え方
フェルトニーズ（主訴）	本人や家族が感じるニーズ、主訴 ※本人の表現で表す。
ノーマティブニーズ（規範的なニーズ）	支援者が必要だと考えるニーズ 支援者の推測
リアルニーズ（了解されたニーズ）	本人との確認によって整理されたニーズ

### ○ご本人の思いの要約

初任者研修では、右記の図のように、ご本人の思いを「過去」「現在」「未来」に分けてとらえ直しを行い、ご本人の言葉をそのまま使った100文字要約を行います。

支援は、今だけを見るのではなく、その利用者の方が生きている人生全体を見据え、今何が必要なのかを考えることが大切です。

#### 100文字要約のやり方

**過去** 私はこのような暮らしをしてきた（事実+思い）

**現在** 私は現在はこのような暮らしを送っている（事実+思い）

**未来** 私はこんな暮らしをしていきたい（思い）

それぞれ30文字程度

**過去 + 現在 + 未来 = 100文字程度**

#### <ポイント>

- ・ 主語はできる限り「私、わたし、僕、俺（本人）」で記入すること
- ・ 本人の希望は、具体的に記入すること
- ・ 本人が使う言葉やキーワードを入れると“らしさ”アップ

## 本人が運転する車に乗れますか？ 適切なナビゲートのためにニーズ整理が必要です。



### 《ノーマティブニーズの必要性》

ブラッドショーが1970年代に提唱した「ノーマティブニーズ」という言葉は「規範的なニーズ」と訳されています。ブラッドショーは、「価値基準や科学的判断に基づく絶対的基準との比較によって見えてくるニーズ」として「ノーマティブニーズ」を提唱しており、社会の価値観や知識（科学的根拠）の変化と共に変化していくものであることを踏まえ「支援者が推測するニーズ」としてとらえることが望ましいのではないかと思います。

「ノーマライゼーション」「本人主体」という支援のあり方から、「主訴として表出はされていないけれど、障害のない他者との平等の観点から、本来できてあたりまえのニーズ」を相談支援専門員が見出すことは重要となってきています。

たとえば、「重度の障害のある方は週1～2回、1回1時間以内で入浴している」のは当然ですか？ あなたは、週に何回入浴しますか？ 相談支援専門員として「もっと頻回に入浴したいのではないかと推測してモニタリングを行うことで、「この利用者さんは入浴時にとっても嬉しそうな表情をしており、入浴が好きなようだ」との情報を得ることにつながります。このような真のニーズをつかむための関わりが大切です。

### ○ニーズ整理のプロセス

整理されたニーズを導くためには、本人との確認が必須です。ところが言葉によるコミュニケーションが難しい方などは、この確認は推測かもしれません。本人以外の代弁者から意見を聞くとしても、です。

それでも、その方に対するアセスメントから、「本人と確認したらきつとこうした意思・意見だろう」と考えを巡らし、了解されたニーズに少しでも近づくことが大切です。

初任者研修では、次のような「ニーズ整理表」を利用しています。

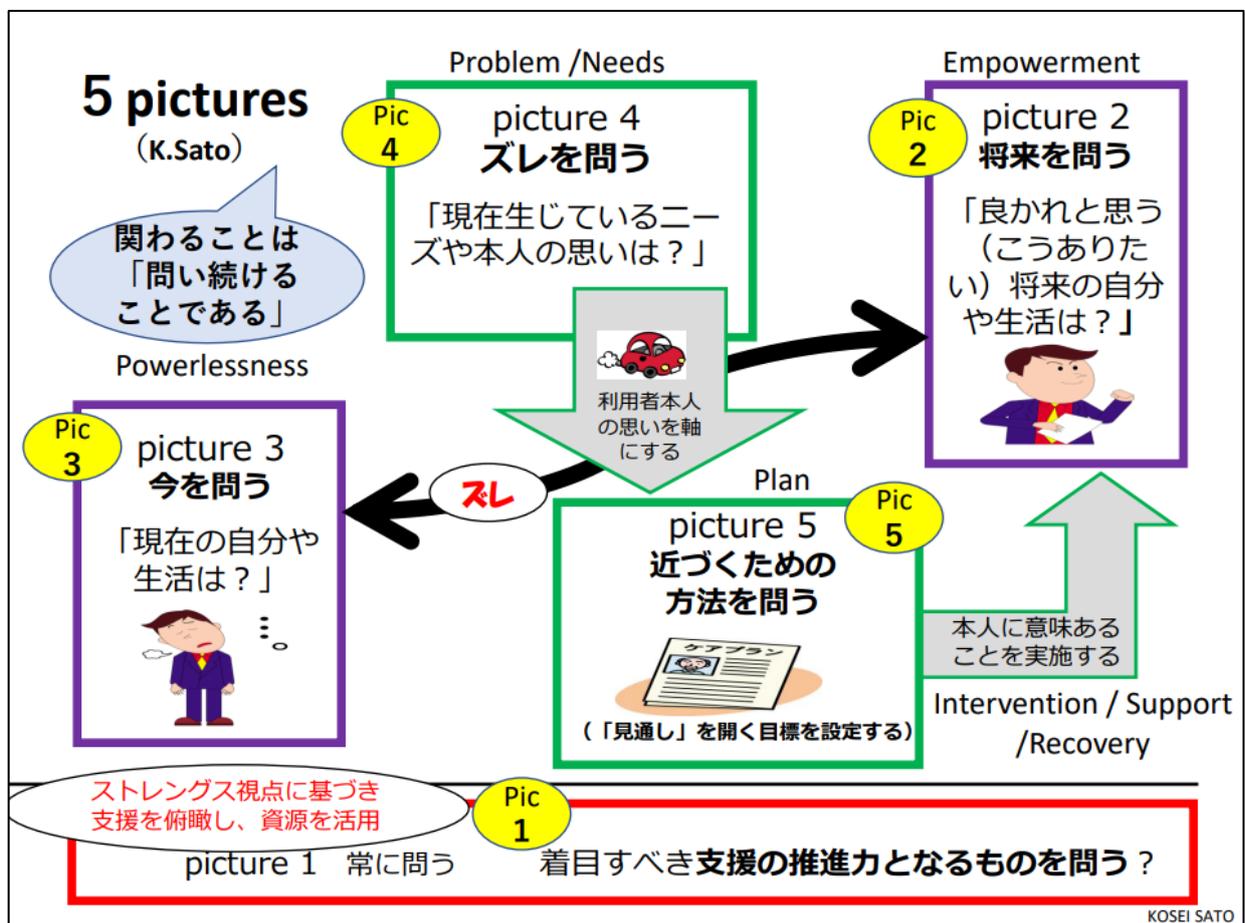
## ニーズ整理表（記入例）

本人の主訴	利用者の状況、 気になる情報	相談支援専門員の 推測	本人との確認 (特に意見を聞く べき人を含む)	リアルニーズ 整理されたニーズ
働きたい	ハローワークを 紹介しても行か ない  親が働けと小言 を言う	本当は自分の 居場所がほし い	ゆっくりでき る場所がほし い	自分の居場所 がほしい
		常に親にプレ ッシャーを感 じている	親に言ってほ しい	親と離れた場 所でゆっくり したい
		自分ででき ることで働きた いと思ってい る	自分でできる 仕事を探した い	働きたい
友達がほしい	障がいのため 友達と疎遠に なっている	仲間づくりが 必要	そうなんです 「仲間がほし い」	仲間がほしい
主訴なし	糖尿病があるが、 身長150cmで 体重100kg超	食べることは 好き (健康管理として減量 が必要だ)	やっぱり 「食べるため に運動した方 がいいですよ ね」	体にいいこと を考えたい

出典（一部改変）【佐藤光正氏，駒澤大学】

この「ニーズ整理表」のポイントは、

- ① 本人の意思、客観的状況、支援者や周囲の意向や解釈を分けて整理する。
- ② 「見立て」ができるようになる
- ③ 手だて（プランニング）はいったんおいておく。



# 3. サービス等利用計画案の作成

## (1) サービス等利用計画案の必要性と備えるべき特徴

### (1) - 1 サービス等利用計画案の必要性

#### ① ニーズに基づいた本人中心の支援を受けられる

障害福祉サービス等の幅広い情報の提供、活用できるサービス等についての懇切丁寧な説明、望む生活を含む必要なニーズのアセスメント、利用計画に沿った複数のサービス等の調整、一体的・総合的なサービス提供などにより、真の障害者のニーズに基づく本人中心の支援が可能となります。



参考：令和2年度東京都相談支援従事者初任者研修

#### ② チームによる質の高いサービスが提供できる

サービス等利用計画案は、ライフステージを通して切れ目なく支援をつなぐことを可能にします。利用するサービスについても、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅、司法等の幅広い領域にまたがり、サービスもフォーマル・インフォーマルと多様になっており、これらを適切に調整していくための各領域の共通言語であるサービス等利用計画が不可欠です。

サービス等利用計画案により、それぞれの領域を超えてチームアプローチや協働による支援が可能となります。また、計画に基づく支援は Plan → Do → Check → Action というプロセスであり、この過程を通して質の高いサービスを提供することができるようになります。

### ③ サービス提供（支給決定）の根拠となる

サービス等利用計画案は、障害者の生活実態や望む生活等のニーズを明らかにし、それを実現するためにはこのような種類のこれだけの量のサービスが必要であるということを明らかにするものです。

この意味で、サービス等利用計画案は、支給決定を含むサービス提供の根拠となるもの、サービス等利用計画案によって、エビデンス（根拠）に基づいた支給決定及びサービス提供が行われることとなります。特に、フォーマルサービスには公費が支出されていることを考えれば、区市町村、都道府県、国にとって、サービス等利用計画案は財政支出の根拠となるものです。

### ④ 地域全体のサービス充実の契機となる

サービス等利用計画案の作成及び作成のためのサービス担当者会議を通して、地域の量的に不足しているサービスやそもそも存在していないサービス等についての気づきが生まれます。このような個別のサービスの課題から地域全体のサービスの課題への認識へと発展します。それが、自立支援協議会等で検討され障害者計画等に反映されることにより、地域における障害者サービスの充実に結びついていくものと考えられます。

## （１）—２ サービス等利用計画案の備えるべき特徴

### ① 自立を支援する計画であること

サービス等利用計画案は障害者等が、地域での自立的な生活を可能とするための計画とすることが求められています。また、障害者等の自立については、自分自身で自分の生活や生き方を決めていくこと（自律）が重要であることから、その意思決定を支援する観点からも計画が作成される必要があります。

### ② 総合的な支援を行う計画であること

サービス等利用計画案は、本人の希望にそって、相談支援専門員等が本人とともに立案する生活設計であり、多くの領域を含んだトータル（総合的）な計画です。本人の希望を聴き取り、その実現にむけた、さまざまな公的なサービスや社会資源（インフォーマルな支援も含む）が調整されたトータル（総合的）な計画として作成するものです。

#### ◆さまざまな支援の検討

サービス等利用計画案作成では、障害福祉サービスだけでなく、通院や訪問看護などの医療サービス、地域の活動やボランティアなどインフォーマルな支援も含めて作成します。特に、訪問看護については、頻度や費用など難しい点がありますので、病院ソーシャルワーカーや区保健師などから情報をいただき、その内容を反映させます。

### ③ 将来を見据えた計画であること

サービス等利用計画作成案においては、生活の困難さやしづらさに対応することが重要ですが、今は実現していないが将来実現したい生活、あるいは望む生き方に対する将来計画の視点も重要です。その際、障害者自身が社会の一員として積極的に社会の中で役割を果たしていくという社会参加の観点から計画が作成されることが重要です。

### ④ ライフステージを通した一貫した支援を行う計画であること

サービス等利用計画作成案は、切れ目なく支援をつなぐためのツールです。そのため、サービス等利用計画作成にあたっては、利用者の情報を整理した個別支援ファイルの活用やライフステージ移行時のサービス担当者会議の開催等により、関係機関同士の支援のノウハウの円滑な共有・引き継ぎや支援の方向性の統一を図っていくことが求められます。

#### プランニング（手だてを考える）の際の視点

- ① 前提となるゴール設定（意思決定）は本人が行う
- ② 手だてを選択する際には根拠（エビデンス）が必要であり、その一つとして、ストレングスの活用がある。
- ③ 地域のあらゆるものを資源としてとらえる。
  - ・ フォーマルサービスに限らず、柔軟に支援を考える。
  - ・ 地域の様々な資源にアクセスできるように日頃から地域を知る。
- ④ エビデンス（根拠）に基づいた計画作成を行う。

## (2) サービス等利用計画案作成のポイント

### ① エンパワメントの視点が入っているか

サービス等利用計画案は、従来の医療モデルではなく、利用者の意思決定を尊重した社会・生活モデルに基づき、利用者の思いや希望をもとに、意思を尊重したライフスタイルを支援する計画となるようにしましょう。

パワーレスに陥っている利用者自身が本来持っている力（ストレングス）を引き出し活用することにより、自分の生活を自分で作っていく姿勢が反映されるサービス等利用計画案の作成が求められます。サービス等利用計画案の作成にあたっては、常にその計画にエンパワメント（自分の人生の主人公になれるよう力をつけて、自分自身の生活や環境をよりコントロールできるようにしていく）の観点が入っているか確認しましょう。

### ② アドボカシーの視点が入っているか

相談支援は、単にサービスを調整するだけでなく、自らの意思を表出していくことに困難を抱える利用者の意思や置かれている立場を代弁するという権利擁護（アドボカシー）の観点に立って、利用者の自己決定・自己選択を支援していくことが重要です。このような本人の権利を擁護する立場に立って、代弁機能や代理機能を果たしつつサービス等利用計画案を作成するとともに、作成したサービス等利用計画案の中にそのような権利擁護の視点が入っているかを確認しましょう。

#### コラム

### 支援の必要な人が同一世帯に複数

障害のある当事者同士で結婚されている場合や、兄弟、親子に障害のある方が複数いる場合など、個別ではなく、世帯の状況に合わせて、家族単位で支援の組み立てを行います。

食生活や、衛生部分の配慮が落ちやすいため、アセスメントの際に、健康部分についてしっかり聞き取りを行いましょう。体重、糖尿の有無、腎臓、肝臓疾患等、食事に配慮すべき健康状態にも留意します。

認知症高齢者と障害者の同居による介護や障害者同士の同居による介護の場合には、介入は慎重に行わないと、相談支援専門員が核心に近づけないばかりか、関係が悪くなって、サービス提供が継続できない事も想定されますので、十分に配慮して取り組む必要があります。

### **③ トータルな生活を支援する計画となっているか**

サービス等利用計画案の作成にあたっては、必要なサービス単体（公的なサービス等）が記入されているだけでは不十分です。生活に困難を抱えサービスを利用して生活する状況にある利用者の生活全体が考慮されて、望む生活を可能とする支援が網羅され、関わる人たちがそれぞれ役割を果たせるような、利用者の生活をトータル（総合的）に支援する計画となっているかを確認しましょう。

### **④ 連携してチームで活用する計画となっているか**

サービス等利用計画案は、サービス担当者会議で利用者、サービス提供者、関係機関等が確認した結果をもとに、支援の内容やそれぞれの提供者、関係機関等の役割を盛り込んだ計画とします。この計画は、利用者に分かりやすいものであると同時に、支援に関わる提供者や機関等が支援の方向性を共有できるツールともなります。

そのために、サービス等利用計画等の様式を統一するとともに、利用者のニーズや課題をどの機関がどのように支援していくのか、計画に支援の全体像と支援目標、役割分担を明確に記載することが必要です。また、このサービス等利用計画をもとにサービスが提供されることになった場合、個別のサービス提供事業者や関係機関等が作成する個別支援計画と整合性が取れているかを確認しましょう。

### **⑤ ニーズに基づいた計画となっているか**

インタビューで把握した利用者からの情報に加え、個人情報保護に配慮しながら利用者をよく知るサービス提供事業者や関係機関等からの情報を集め、相談支援専門員としてニーズ評価（アセスメント）を行います。

このようなニーズに基づいたサービス等利用計画案になっているかを常に検証することが大切です。また、利用者自身が気付いていないニーズを発見して、計画に繋げることも大切です。さらに、地域に埋もれているニーズへのアプローチを意識したサービス等利用計画案になっているかも確認しましょう。

### **⑥ 中立・公平な計画になっているか**

依頼された事業所からの一方的な計画になっていませんか？

サービス等利用計画案は、地域でサービスを必要とする障害者等にサービスが公平にいきたる観点から作成される必要があります。また、サービス等利用計画案を作成した相談支援専門員が所属する法人・事業所が提供するサービスだけが盛り込まれた計画になっていないか等、中立・公平な観点から作成されているかをチェックしましょう。

### **⑦ 生活の質を向上させる計画となっているか**

サービス等利用計画案作成の目的は、利用者のニーズに基づいて適切なサービスを提供して望む生活を実現すると共に、質の高いサービスを提供して障害者の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）の向上を図ることです。そのためには、サービス等利用計画に基づくサービス提供のプロセスや結果、さらには効果の評価を通して、利用者の生活の質の向上の観点からサービス等利用計画案を確認しましょう。

### ⑧ サービス担当者会議が開催されているか

サービス等利用計画書の作成過程におけるインテーク、アセスメントを通じて利用者のニーズや課題が明らかになった時点で、利用者の理解を得て必要なサービス提供事業者や関係機関等が集まり、サービス担当者会議が開催されます。

サービス担当者会議では、相談支援専門員がサービス等利用計画案等を提示し、会議に参加した多様な事業者や関係機関等からなるチームで、当面の課題解決に向けた支援の内容やそれぞれの役割、今後の支援の方向性を確認します。このような手続きを踏んでサービス等利用計画案が作成されているかを確認しましょう。

### (3) サービス等利用計画案（世田谷標準書式）に記載する各項目の書き方

サービス等利用計画（案）の世田谷区標準書式は、「アセスメントシート兼利用計画書（サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案）」という名称で、[サービス等利用計画の標準様式 | 世田谷区ホームページ \(setagaya.lg.jp\)](http://setagaya.lg.jp) に掲載されています。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名		相談支援事業者		担当者名		作成日	
受給者証番号		障害支援区分		利用者負担上限		有効期限	
本人（家族）の主訴		総合的な援助の方針		サービス提供のチーム		モニタリング期間	
目標とする生活							

活動領域	アセスメント領域と現在の領域	本人の困っていること	本人の希望	総合的課題	目標	達成時期	サービス種別			留意事項
							内容	種別	頻度	
移動	① 通学、通勤可動域、送迎、足元上がり、炊事洗濯、食事、排便 ② 入浴、移乗、整容、歩行移動、屋外移動	課題（支援者の視点）	家族の希望	1						
コミュニケーション	① 意欲表示、意思伝達、他者からの意欲伝達意欲の理解 ② 行動障害、暴力障害、言語障害									
日常生活活動	① 調理、洗濯、掃除、整理整頓、買い物、育児									
家事	① 管理職（本人・家族・その他）									
住まい	① 住環境（ハード面・ソフト面）									
その他										
経済状況	① 収入									
就学・仕事	① 就学状況、就労状況									
社会的支援	① 運動能力向上、フォーマルな支援、インフォーマルな支援									
健康状況	① 病状、腫瘍、通院、ストレスへの対応/留意点 ② ストレスへの対応/留意点									
社会参加	① 趣味、余暇									
その他										

本人への説明 年 月 日 本人署名

利用者氏名		相談支援事業者		担当者名		作成日	
受給者証番号		障害支援区分		利用者負担上限		有効期限	
本人（家族）の主訴		総合的な援助の方針		サービス提供のチーム		モニタリング期間	
目標とする生活							

## ① 本人（家族）の主訴（希望する生活）

※「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という、利用者が希望する生活の全体像を本人中心の支援を行う視点から、本人の言葉を使って、「今まで（過去）の生活の様子から、今の生活・困りごと（現在）はこんなだけど、（未来）こうなりたい（こんな生活を送りたい）」と100文字程度でまとめて記載します。（P12.「ご本人の思いの要約」参照）

※利用者のご家族の意向が異なる場合、「ご本人」「ご家族」を区別し誰の意向かを明示します。内容的に家族の意向に偏らないように留意し、ご本人・ご家族が希望する生活を具体的にイメージしたことを確認した上で行います。

※利用者の困り感を利用者で共有した上で、できるだけ利用者の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載しましょう。（例：〇〇が必要なため、〇〇をしたい等）「安定した（安心な）生活がしたい」といった抽象的な表現は避けます。

## ② 総合的な援助の方針

※アセスメントにより抽出された課題を踏まえて、相談支援専門員の立場からとらえ直したニーズ（ノーマティブニーズ）であり、計画作成の指針となるものです。

※支援にかかわる関係機関に共通の最終的に到達すべき方向性や状況を利用者の強みを活かすなど、エンパワメント支援を意識し、利用者が前向きになれるような記載をしましょう。その為には、「〇〇を支援します」と表現するのではなく、「〇〇ができるようになる」と表現するとチーム一丸となって同じ方向性が示しやすくなります。

※サービス提供事業所が個別支援計画の方向性やサービス内容を定める際にも参考にしやすいように抽象的な表現は避けましょう。

## ③ 目標とする生活（長期目標）

※総合的な援助の方針をふまえ、ライフステージの変化を見据え、短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる長期目標を本人と共有し、記載します。（半年から1年を目途）

※単なる努力目標ではなく、ご本人が希望する生活に近づくための目標を記載します。アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な（高すぎない、低すぎない）目標とします。

※利用者、家族に分かりやすい（抽象的でない、あいまいでない）目標とし、支援者側の目標やサービス内容を目標に設定しません。

※支援内容やサービス内容は目標には入れ込まない！

※「ヘルパーを利用する」といった手だてを入れるのではなく「〇〇ができるようになる」そのためにどうしたら望む生活になるのかを具体的に盛り込みます。そうすることで、モニタリングがしやすくなるといった効果だけでなく、本人・支援者のやる気につながる効果も期待できます。

#### ④ モニタリング期間

※それぞれの支援目標の達成時期を踏まえ、サービス導入後の変化についてあらかじめ見通しを持ち適切な評価時期を設定しましょう。

※サービスが効果的に機能しているかについての確認のために、サービス導入直後は特に留意してモニタリングを行う必要があります。

#### ⑤ サービス提供のチーム

※チームとして連携しながら関わりを持つために、フォーマルサービスだけでなく、必要に応じてインフォーマルサービスも記載しましょう。

⑥ アセスメント領域と現在の領域      ⑦ 本人の困っていること      ⑧ 本人の希望

#### ⑥ アセスメント領域と現在の領域

※アセスメントで得た、ご本人・ご家族の状況や今現状行われている支援とそれに伴う本人の評価および現在の社会資源などの情報を整理し、人間関係を含めたご本人の生活の全体像がわかるように事実をそのまま記載しましょう。

#### ⑦ 本人の困っていること

※ご本人が考えている困りごとだけでなく、支援者が感じているニーズ（ノーマティブニーズ）もそれぞれ分けて記載しましょう。

#### ⑧ 本人の希望

※本人と家族の要望が異なる場合は、「本人の希望」・「家族の希望」と分けて記載するようにしましょう。また、支援者の希望があればそちらも分けて記載しましょう。

⑨ 総合的課題      ⑩ 目標      ⑪ 達成時期      ⑫ サービス種別      ⑬ 留意事項

総合的課題	目標	達成時期	サービス種別				留意事項
			内容	種類	頻度	担当者	

#### ⑨ 総合的課題

※アセスメントした結果、総合化した生活全体に関わる課題、「目標とする生活」に必要なことを本人や家族が取り組みたい課題と相談支援専門員が考える課題からリアルニーズを導き出し、ご本人との話し合いにより優先順位を決め、優先順位の高い物から1, 2, 3, …と順に記載します。

※サービス利用の必要性がない課題（ニーズ）も網羅します。

※ネガティブな表現をすると本人やご家族が不快な気持ちになります。あくまでも目標の材料としてとらえ、本人のストレングスなども記載しておくといいでしょう。

\*利用者の言葉、例えば「●●したい。○○する。」など本人の言葉を適宜引用して、本人が自分のニーズとして捉えられるように工夫します。

\*専門用語は避けつつ、専門職の視点として必要なことを具体的に表現します。

#### 《優先順位のつけ方》

緊急性が高いと思われる課題だけでなく、利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいと思う意欲的な課題など、ご本人やご家族の意向を十分汲み取り優先順位を考えましょう。

### ⑩ 目標（短期目標）

\*総合的な援助の方針を踏まえ、本人の目標を記載します。利用者、家族が見ても具体的に何をするのか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標とし、できるだけ実現可能な内容を記載します。目標とする生活に近づけるために、ご本人が達成可能なスモールステップでできる目標を設定することが大切です。

\*当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定します。サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指標になることを意識し、モニタリング頻度も視野に入れ、直近から 3ヶ月までをめぐりに重点的に取り組むべき内容を入れ込みます。

\*サービス内容や支援内容は入れずに、本人の言葉で本人の目標として記載します。

### ⑪ 達成時期

\*「目標」に対し、段階的にご本人が達成できる達成時期を記載しましょう。（例：〇年〇月）

### ⑫ サービス種類

\*利用するサービスの種類や内容、担当者を分けて記載し、内容には具体的な支援内容（手だて）のねらいも記載します。フォーマルサービス（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）を必要に応じて盛り込みます。

\*すべてのサービス種類・内容が同時並行で導入されるとは限らないので、導入順序についても計画性をもたせます。

\*利用者が取り組むべきこと（本人の役割等）をできるだけ具体的に、利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避けて記載します。

\*利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のこととして主体的に取り組もうと思えるように記載します。利用者無理な負担がないように留意します。

### ⑬ 留意事項

\*関係機関の名称や役割分担や項目で記載しきれなかった具体的な支援のポイント等、サービス提供に当たって留意すべき点を記載します。

\*区標準期間と異なるモニタリング期間を提案する場合は、その理由を記載しましょう。

この項目は「事務処理7項目」となっており、サービス等利用計画には決まった書式はなく、この7項目の記載があれば計画となります。

### サービス等利用計画の規制事項

- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
- ② 総合的な援助の方針
- ③ 生活全般の解決すべき課題
- ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
- ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
- ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
- ⑦ モニタリング期間

介護給付費等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）

最終改正 令和3年4月版

厚生労働省：[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_17797.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17797.html) より

## (4)週間計画表に記載する各項目について

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 [週間計画表] (例)

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	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		
計画開始年月			

	月	火	水	木	金	土	日	
6:00								<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; color: white; background-color: orange; border-radius: 50%; padding: 10px;">15</span> </div>
8:00								
10:00								<div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; color: white; background-color: green; border-radius: 50%; padding: 10px;">16</span> </div>
12:00								
14:00				<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; color: white; background-color: blue; border-radius: 50%; padding: 5px;">14</span> </div>				
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								

<small>サービス提供 によって実現 する生活の 全体像</small>	<div style="border: 2px solid purple; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; color: white; background-color: purple; border-radius: 50%; padding: 10px;">17</span> </div>
--	--

### ⑭ 週間計画表

※現時点での一週間の生活実態の全体を把握できるようにできるだけ具体的に記載します。

※フォーマルサービスとインフォーマルサービスの違いが分かるように記載します。

※起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間（誰が、何を、支援しているか）もできる限り切れ目なく記載します。

※夜間・土日は家族がいるからと言ってニーズがないとは限りません。家族等の介護状況も記載できるといいですね。

### ⑮ 主な日常生活上の活動

※週間計画を作成するにあたって重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表①に記載しきれなかった情報や生活の中で習慣化していることがあれば記載します。

（例：夜7時のNHKニュースは欠かさず見ている、夜間は好きな音楽を聴いている 等）

※ボランティア等のかかわりや家族が不在の時間帯等の情報、利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動、余暇活動や趣味等について、利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目し記載します。

※週間計画表の中には盛り込めない、ヘルパーの利用時間数や生活介護の事業所名など、利用しているサービスの詳細を記載しましょう。

## ⑩ 週単位以外のサービス

※隔週、年・月間不定期に利用しているサービス等についてインフォーマルサービスも含めて記載します（例：短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等）。

※医療機関への受診状況、曜日ごとの週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについても記載します。（例：権利擁護事業やボランティア、民生委員、近隣による見守り等）

※利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要なサービス、相談支援専門員や区市町村の行政担当者、サービス提供事業所等が手配しているものも記載します。

※福祉タクシー券や訪問入浴やゴミ出し・配食等のサービス、紙おむつの支給などの日常生活で受けている支援等、わかる範囲で記載しましょう。

## ⑪ サービス提供によって実現する生活の全体像

※サービス等利用計画案を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、中立・公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載します。

※計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的にわかるよう、明快かつ簡潔に記載します。  
（例：支援の必要性は障害に起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境要因に起因するのか等）

※利用者・家族・関係機関等からの情報にはないけれど相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必要と考える事項等についても、必要に応じて記載します。

ここが支給決定の根拠となり、相談支援専門員の最も力の入れどころとなります。なぜ、当該の障害福祉サービスの提供が必要なのか？そして、そのサービスの提供によって、本人の暮らしがどの様に描けるのか？また変化していくのか？を説得力ある文章で記載してください。

担当のケースワーカーが、ここを読めば「なるほど確かに支給が必要だ」と思えるような記載を心がけましょう。また、そのサービスが必要な理由が、本人の障害に起因するのか、介護者の状態に起因するか、地域の環境に起因するのかまで記載できるとさらに良くなります。

フレーズとしては、計画作成における「着眼点としては・・・」「支給決定の根拠としては」という文言を活用してみてください。

◆サービス等利用計画・週間計画・モニタリング報告書については、相談支援の質の向上委員会でアドバイスシートの作成をしています。

➤ どのように計画を作成したらいいのかわからない・・・アドバイザー制度をご利用ください。

➤ 私の計画ってこれで大丈夫？

相談支援専門員は利用者の生活と共に歩んでいく存在ともいえます。

いい計画は 利用者のいい生活につながり、最終的には利用者の利益になります。

▶チェックに悩んだら、アドバイザー制度やモニタリング検証を使ってみませんか？

## ■チェック表

課題名	①自己点検欄：相談支援専門員の土台となるものの「価値」を押さえているかチェックしてください
ニーズ整理表	本人中心 ( 押さえた 自信がない ) 社会モデル ( 押さえた 自信がない ) エンパワメント ( 押さえた 自信がない ) 権利擁護 ( 押さえた 自信がない )
5Pics	本人中心 ( 押さえた 自信がない ) 社会モデル ( 押さえた 自信がない ) エンパワメント ( 押さえた 自信がない ) 権利擁護 ( 押さえた 自信がない )
サービス等利用計画案	本人中心 ( 押さえた 自信がない ) 社会モデル ( 押さえた 自信がない ) エンパワメント ( 押さえた 自信がない ) 権利擁護 ( 押さえた 自信がない )

## その他 サービス利用上の注意点など

利用計画案の作成の際、サービス利用上の決め事や注意点等についても利用者へ伝えます。例えば、以下のような内容です。

※区保健福祉課から受給者証が届いたら、利用しているサービス事業所すべてに受給者証を提示する必要があります。例えば、障害支援区分の認定結果が変更になっても、各サービス事業所は、利用者から提示されなければ知ることができず、適正な事務処理ができません。

※障害児通所支援（児童発達支援、放課後等デイサービスなど）や障害者の日中活動サービス（就労継続支援や自立訓練、生活介護など）では、1日に利用できるのは1箇所です。1日に2箇所以上の利用はできません。

※区保健福祉課による居宅介護の支給決定では、月あたり時間数（支給量）だけでなく、1回あたり時間数が決められます。サービスを利用して、やむを得ず時間超過する場合には、できるだけ速やかに区保健福祉課の担当者へ連絡・相談する必要があります。

## サービス利用の手助け

◆サービス利用の際、本人がサービス事業所を探したり、日程調整を行ったりすることなどが難しい場合があります。本人了解のうえで相談支援専門員が、サービス事業者の選定や依頼を行い、支給開始と共に利用できるように準備を行うと良いでしょう。利用契約時の同席も必要に応じて行います。

# 4. サービス担当者会議

## (1) サービス担当者会議とは

利用計画案に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集して、計画案の内容について説明を行い、各担当者から専門的な見地からの意見を求めます。利用者も参加します。

- ◆会議では、相談支援専門員が利用計画案を提示し、会議に参加した多様な関係機関等からなるチームで、当面の課題解決に向けた支援の内容やそれぞれの機関等の役割、今後の支援の方向性、実際の担当者などを確認します。
- ◆会議を実効性あるものにするためには、利用者のほか、区保健福祉課を含め支援に関わっている機関に参加してもらいます。これまで支援に関わった機関、今後関わることが想定される機関等についても、必要に応じて参加してもらいます。
- ◆一人の課題が地域の課題として受け止められるよう、相談支援専門員が積極的に働きかけることが重要です。このことが地域のネットワークにつながる活動となります。
- ◆会議において当初の利用計画案に修正があれば、後日、変更した利用計画を各サービス事業所に送付します。その後、各サービス事業所の個別支援計画を提出してもらい、内容を把握します。
- ◆国の基準では、原則としては関係者全員が参加し開催することになっていますが、サービス担当者に参加を求めても業務の都合等で欠席となる場合には、会議を開き直す必要はありません。出席できなかった担当者からは別途意見を求め、それらを必要に応じてサービス等利用計画等に反映させる形で差し支えありません。この場合、意見交換を行った記録を文書で残します。
- ◆会議では、相談支援専門員が利用計画案を提示し、会議に参加した多様な関係機関等からなるチームで、当面の課題解決に向けた支援の内容やそれぞれの機関等の役割、今後の支援の方向性、実際の担当者などを確認します。

## サービス担当者会議

### 【◆開催のポイント】

#### ① 日程調整

関係者に電話やメール等で開催告知と同時に都合の良い日時候補を挙げてもらい日程調整を行う。

#### ② 事前に利用者や事業所から情報収集を行う。

#### ③ 議題をまとめ、意見を出してもらえるように依頼しておく。

#### ④ 利用者の不安を解消する。

#### ⑤ テレビ電話装置等を活用したサービス担当者会議も認められる。（加算要件確認必要）

居宅訪問が用件の加算について、一部オンラインでの面接を可能とする。

離島等の地域において（継続）サービス利用支援の一部オンラインでの面接を可能とするとともに、居宅や事業所等の訪問を要件とする加算の上乗せ等を認める。

会議は準備8割

### コラム

「個別支援計画書」と「サービス等利用計画」の関係について

「個別支援計画」とは、利用者一人ひとりに対して、どのような支援を提供するかを具体的に記載した書類のことです。福祉サービスを提供する事業者は必ずこの計画を作成しなければなりません。個別支援計画は「サービス等利用計画」に沿って具体的に掘り下げた内容で計画を作成します。相談支援専門員は事業所がサービスを開始するまでにサービス等利用計画を事業所に渡しましょう。また個別支援計画も提出してもらい、お互いの計画を入手できるよう、関係作りに努めましょう。



# 5. サービス等利用計画の作成

## (1) 利用計画の作成

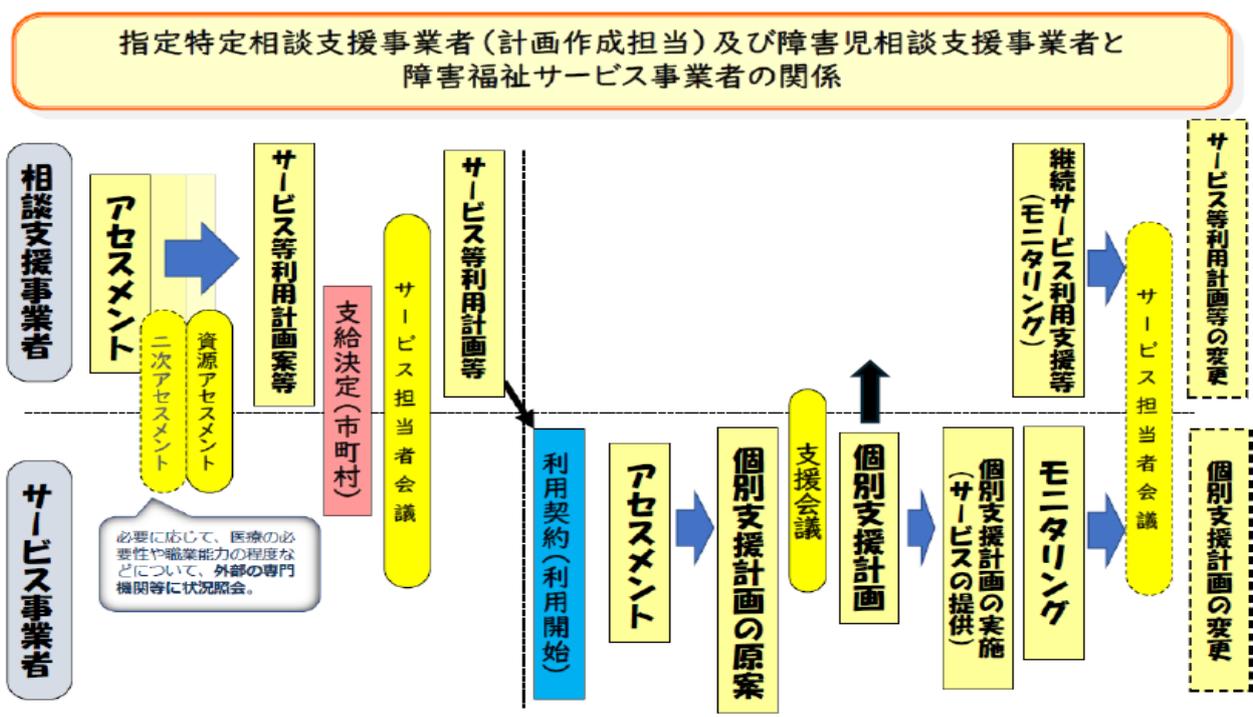
ここまでのプロセスを踏まえて、必要に応じて「利用計画案」に修正を行い、「利用計画」として利用者から同意を得ます。各サービスは、目標と計画に基づいて提供されていきます。

### 利用者同意を得る際の柔軟な対応

国の基準や解釈通知では、サービス等利用計画案等に対する同意を得るに当たって「居宅等への訪問」を要件としていません。利用者等の意向が正確に確認できることを前提として、郵送によるやりとりや補助職員の代行等により同意を得る方法でも差し支えありません。

なお、郵送等による同意の場合においても、利用計画の内容を利用者等に対して説明し、理解していただく必要があるため、状況に応じて相談支援専門員が電話や電子メール等で利用者等とやりとりを行う必要があります。（個人情報保護には十分注意します。）

「障害福祉現場の業務効率化のためのICT活用」が提示され、「サービス担当者会議・事例検討会等」の事項では、「サービス等利用計画の作成のために福祉サービスの担当者で行われる会議や基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等について、一部テレビ電話装置等を活用して行うことも可能とする。」と記されています。



## (2) 利用計画の提出

### 利用計画の区への提出

- ◆サービス等利用計画・週間計画については、本人（児童の場合は保護者）に確認してもらい、修正の必要があれば再度作成して再確認してもらいます。2部に同意のサインをもらい、1部を本人に、もう1部を相談支援専門員に、コピーを区保健福祉課に提出します。

## (3) さまざまな計画作成時の留意点

### ① 暫定支給決定での計画作成

#### ◆暫定支給決定の概要

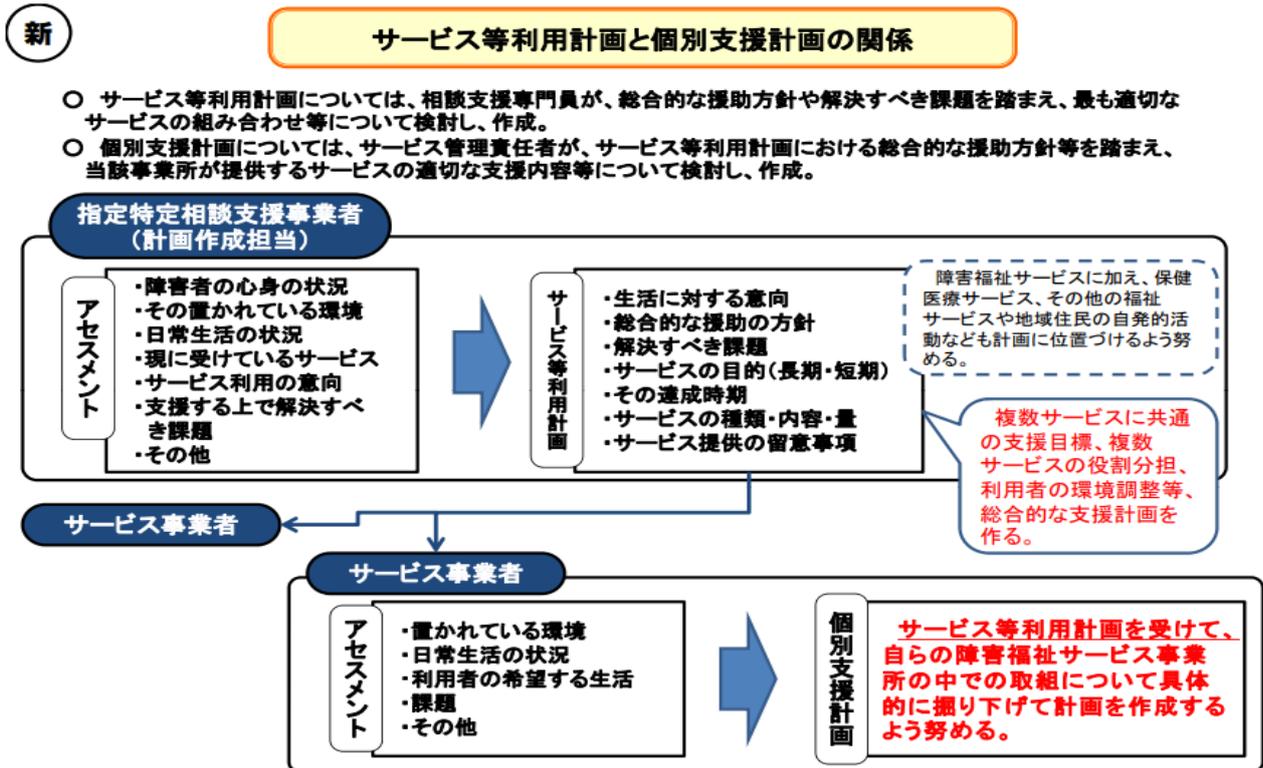
訓練等給付（共同生活援助及び就労継続支援B型を除く）は、「できる限り本人の希望を尊重し、暫定的に支給決定を行なった上で、実際にサービスを利用した結果を踏まえて正式の支給決定を行うこと」とされています。

#### ◆暫定支給決定の対象サービス

自立訓練（機能訓練、生活訓練、宿泊型自立訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型。

※GHの体験利用の取り扱いについて・・・（暫定支給とは分けて考えます）

日数が確定した時点で保健福祉課にプランを提出し、本入居が決まったら、再度プランを提出することになります。



◆ 暫定支給決定の期間

有効期間開始期から当該日が属する月の翌月末迄とし最長2か月となっており個別ケースに応じて設定することになっています。通所先や区保健福祉課に確認の上、短期間の暫定支給決定となる場合、その期間分のサービス等利用計画を作成します。暫定支給決定期間経過後、引き続きサービス利用を継続する場合の支給決定については、利用者のアセスメント内容（個別支援実績、評価結果）等確認後、改めて計画を作成します。障害福祉サービス受給者証では、訓練等給付サービスを行う通所事業所の考え方を踏まえて、サービス支給期間を1年としながら暫定支給期間を別に設定し、記載している場合もあります。



す。極めて例外的な対応ではありますが、著しい行動障害など児童の障害特性や保護者の障害・疾病状況などから、通常の日数を超えた支援が必要であって、日中ショートステイや児童館、BOP 学童保育などを利用することが難しい場合には、月23日以上支給決定を受けられる可能性があります。特別な事情の詳細を整理したうえで区保健福祉課へ相談します。

## ⑤ 高校3年生で18歳

- ◆短期入所などを利用して障害福祉サービス受給者証が交付されている児童の場合、18歳の誕生日の前日から、本人名で、新しい障害福祉サービス受給者証に切り替わります。サービス支給期間が一旦終了しますので、モニタリングのうえで新たな計画作成が必要です。
- ◆障害福祉サービス受給者証では、成人になった本人が利用者ですので、本人世帯（本人及び配偶者）収入による利用者負担月額の算定になります。高校生のときから就労していたり、不動産や株式など特別な収入が無ければ、利用者の多くが負担額 0円となるでしょう。受給者証番号も新しくなるので請求システムの入力なども忘れずに変更します。
- ◆放課後等デイサービスを 18歳の誕生日以降も引き続き利用する場合、児童通所は児童福祉法の制度ですので、利用者負担月額は保護者収入による算定のままで年度末3月まで継続します。

## ⑥ 児童の通学及び療育の場への通所移動支援

- ◆世田谷区の移動支援事業では、両親の就労や疾病、他の人（同居の要介護高齢者など）の介護等を理由に長期にわたり障害児の送迎ができない場合には、原則月23時間を上限に通学移動支援を利用することができます。なお、利用には別途支給決定が必要となります。
- ◆療育施設（児童発達支援や放課後等デイサービス等）への通所移動支援については、通学移動支援と同様の要件で利用することができます。なお、利用には別途支給決定が必要となります。

## ⑦ 成人の通所移動支援

- ◆生活介護への通所は、往復とも施設が準備する送迎バスによる通所が基本となりますが、介護者が疾病等の理由により長期にわたり送迎することができない場合には、移動支援を利用することができます。自立訓練についても、同様の状況が確認できれば移動支援を利用することができます。なお、利用には別途支給決定が必要となります。
- ◆就労継続支援A型、B型および就労移行支援は、利用者自身で通所する施設のため、移動支援の利用はできません。ただし、就労継続支援B型に通所している方が、転居して通所経路が変わる場合には、往復の経路に慣れるまでの期間（3か月程度）で利用が認められる場合がありますので、区保健福祉課に相談します。

## (4) 年齢に応じた支援

### ① 学校就学前

- ◆家庭と療育（あるいは保育）が中心だった子どもの生活に、学校という教育の場が加わる大きな変化の時期です。通学経路の練習や夕方の過ごし方（預け先）への心配など、いわゆる「小1の壁」は子どもの障害の有無にかかわらずあるようです。
- ◆小学校就学後には、毎日の放課後の過ごし方だけでなく、土日や夏休み等の長期休みの過ごし方などの課題に直面します。就学先の選択について相談支援専門員が関われる点はあまり多くありませんが、就学後の放課後等デイサービスの利用や学童保育の利用についての情報の整理など、できる限りのサポートを心がけます。

#### コラム

### 児童モニタリング時での工夫

自閉症があり通学バスに乗れず、家に引きこもってしまう児童のモニタリングでは、いきなり家の中には訪問せず、インターホン越しで「キャッチボールしよう！」と外へ誘ってみましょう。

児童は、6か月ごとのモニタリングが多いため、相談支援専門員の顔や名前も忘れていていることがあります。そのため、遊びを通し少しずつ思い出してもらいながらコミュニケーションを取ります。

ウォーミングアップしたところで、「ヘルパーさんに変身ベルトで仮面ライダーに変身してもらい明日一緒にバスに乗ろう」と促すと「うん」と嬉しそうにうなずき次の日に通学バスに乗車して学校へ行くことができました。

### ② 中学生

- ◆子どもの心も身体も大人になっていく時期です。個人差はありますが、成長の度合いに応じて、子ども本人の気持ちに寄り添いながら、無理なく保護者から離れる時間を作っていけるよう提案してはどうでしょうか。家庭から離れる自立体験として短期入所（ショートステイ）を利用することも検討します。学校が作成する教育個別支援計画を共有することができれば、より効果的な支援が考えられそうです。
- ◆移動支援事業は社会参加や余暇活動を充実させるための外出支援のサービスで、世田谷区では小学生以下の児童は対象になっていません。地域生活支援事業のため、移動支援事業単独では計画相談の対象サービスではありませんが、中学生になったら、本人の興味や生活状況を見ながら提案していきましょう。

### ③ 15歳

◆子ども医療証が15歳到達後の学年末で終了しますので、定期通院や医療系サービス利用のある児童の場合は留意します。保護者の収入状況にもよりますが、障害者手帳の等級を確認し、心身障害者医療費助成（マル障）について情報提供を行うと良いでしょう。

### ④ 高校生

◆特別支援学校に通っている児童の場合、高校生になると卒業後の進路相談が始まります。高校卒業後に一般企業に就労する児童も増えていますが、卒業後に通所施設利用を考えている場合、1年生から通所施設の見学、2年生になると通所施設実習（3日から1週間程度）があります。施設実習の最終日には振り返り会議もありますので、そうした場に参加できるよう関係者と調整していきましょう。

◆普通科（特別支援学校ではない）高校に通っていて、発達障害等がある児童の場合、本人の特性に応じた適切な支援がなく、大学に入ってから、あるいは就職してから困難に直面する方がいます。相談支援専門員につながる機会があれば、関係機関と連携しながら対応を検討します。

### ⑤ 18歳

◆多くの制度で、児童から成人になります。障害福祉サービス受給者証は、本人誕生日の前日から本人名のものに切替えとなります。移動支援受給者証は、誕生日のある月の翌月1日で切替わります。

### ⑥ 20歳

◆区の心身障害者福祉手当は、20歳未満や障害手当（児童育成手当）受給という制限事項があり、まれに申請手続きをしていない方がいますので、20歳になる前に確認した方が良いでしょう。国民年金の担当部署から年金案内が本人あてに届きますが、障害基礎年金の手続きも忘れないように本人と家族に情報提供します。

### ⑦ 40歳

◆介護保険の第2号被保険者となる年齢です。障害者総合支援法サービスを利用している方の場合、区保健福祉課で本人の疾病状況を把握していて、該当する場合に誕生日3か月前頃には介護保険の申請について案内があります。

◆介護保険の認定結果が出て介護サービスを利用する場合、障害福祉サービスとの併用であっても、通常、サービス利用全般のコーディネートを介護支援専門員（ケアマネジャー）にバトンタッチすることになりますので、準備していきましょう。介護支援専門員（ケアマネジャー）が付いている場合であっても、相談支援専門員による計画作成が必要な場合には、区保健福祉課に相談します。

◆第2号被保険者の方や生活保護被保護者の方の場合、介護保険制度よりも障害者総合支援法サービスが優先されますので、利用する制度について区保健福祉課と生活支援課の双方に確認します。ホームヘルプ（居宅介護）は障害福祉サービスを利用し、通所介護（デイサービス）や福祉用具レンタルは介護保険制

度（介護扶助）を利用する方がいます。

## ⑧ 65歳

- ◆介護保険の第1号被保険者となる年齢です。介護保険の申請案内や介護認定の流れは、上記「40歳になるとき」と同様です。40歳、65歳いずれの場合も、認定結果が「要支援」となった際には「あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）」が支援の中心となります。
- ◆あんしんすこやかセンターでは介護保険の代理申請ができますので、申請や居宅介護支援の選択等でご不安な場合はあんしんすこやかセンターと連携しながら対応することができます。

### コラム

## 就労や資格取得につながらずに 就労移行支援の終了

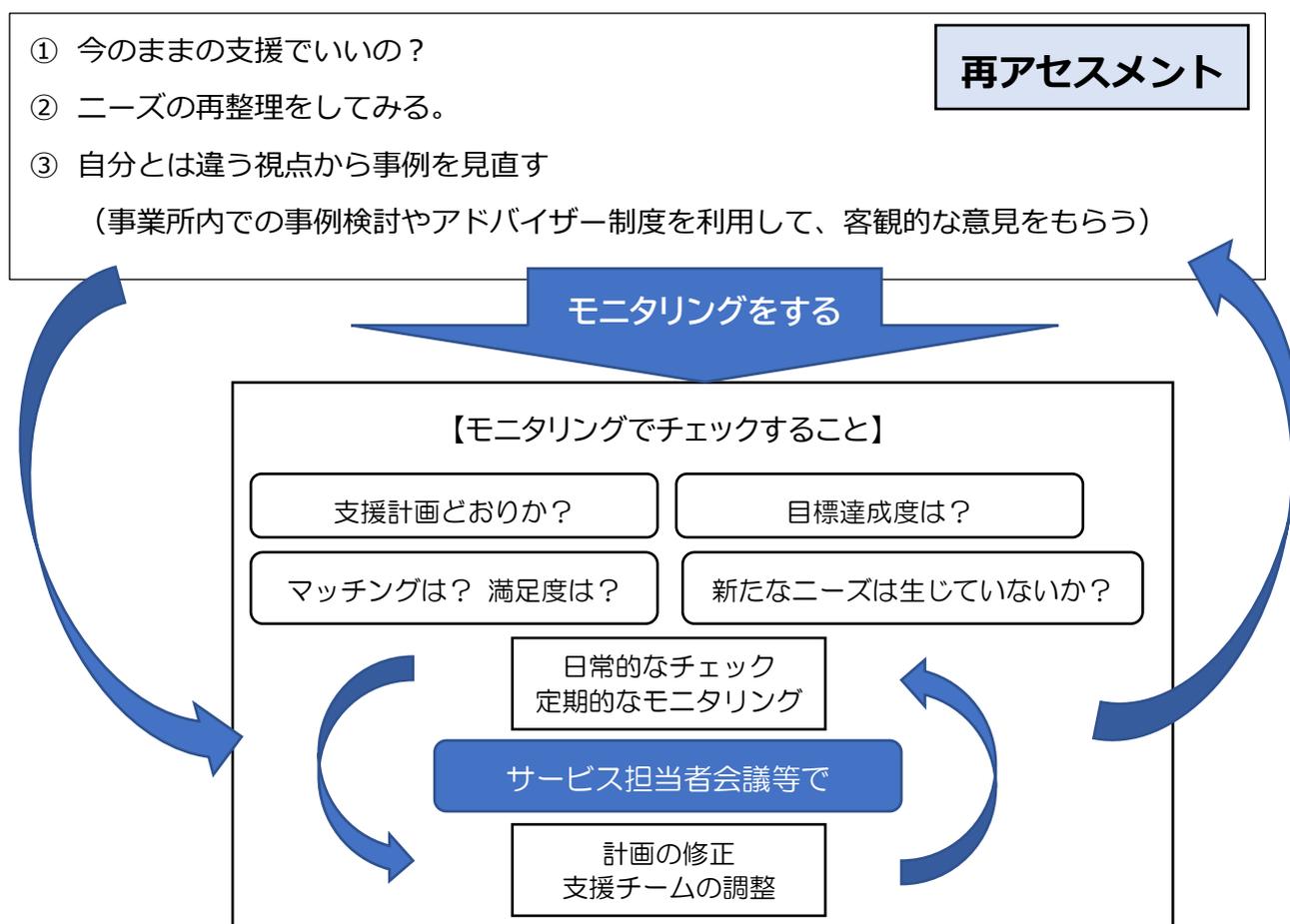
精神保健福祉手帳をお持ちの方で、就労移行支援を利用したいとの申し入れから相談支援事業所に繋がりました。当初、資格取得への意欲もあり、自習によって資格を取得することが出来る就労移行支援事業所の利用を始めました。

しかし、本人の体調不良などもあり、資格取得出来ないまま2年が過ぎ、事業所からは利用延長はしないと言われました。就労移行支援のみの受給であったため、受給者証は再交付されずに終了となりました。体調変動による就労の難しさを感じた事例です。

# 6. モニタリング

## (1) モニタリングとは

相談支援専門員は、サービス等利用計画等の作成後、支援の実施状況を定期的に把握し、モニタリングの中でサービス等利用計画の変更や調整を行います。誰しも思いや心身の状況、周囲の環境は日々変化しています。これは障害のあるなしに関わらず至極あたりまえの事です。良いモニタリングは支援の質の向上につながります。



### 【勘案事項】

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| ① 障害者等の心身の状況         | ⑤ 提供されるサービスの目標及び達成時期 |
| ② 障害者等の置かれている環境      | ⑥ 提供されるサービスの種類、内容、量  |
| ③ 総合的な援助の方針（援助の全体目標） | ⑦ サービスを提供する上での留意事項   |
| ④ 生活全体の解決すべき課題       |                      |

## (2) モニタリング期間の設定

モニタリング期間は、厚生労働省令でモニタリングの標準期間の設定（下記図参照）はありますが、一律に標準期間に沿って設定するものではなく、アセスメントにより勘案事項の状況を把握した相談支援専門員とご本人で設定します。標準期間と異なるモニタリング期間でサービス等利用計画を作成する際は、ケースワーカーは利用者の状況を細かく把握していないものとして、その理由と根拠がわかるようにして、保健福祉課に伝えることが大切です。

### ① モニタリング実施標準期間の見直し（計画相談支援）

- サービス等利用計画等の定期的な検証（モニタリング）の標準期間について、支援の必要性の観点から標準期間の一部を見直し、モニタリングの頻度を高める。

対象者	旧基準	見直し後	
		30年度～	31年度～
新規サービス利用者	1月間 ※利用開始から3月のみ	1月間 ※利用開始から3月のみ	
在宅の障害児通所支援サービス等	集中的支援が必要な者	1月間	
	【新サービス】 就労定着支援、自立生活援助、 日中サービス支援型共同生活援助	3月間	
	居宅介護、行動援護、同行援護、 重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、 自立訓練	6月間	3月間
	生活介護、就労継続支援、共同生活援助 (日中支援型を除く)、地域移行支援、 地域定着支援、障害児通所支援	6月間	6月間 ※65歳以上で介護保険の ケアマネジメントを 受けていない者は3月間
障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者、 重度障害者等包括支援	1年間	6月間	

※ 現に計画作成済みの対象者については、各見直し時期以降に計画再作成（又は変更）を行うまでは、なお従前の例による。

### ② 相談支援専門員1人あたりの標準担当件数の設定（計画相談支援・障害児相談支援）

- 計画相談支援・障害児相談支援の質のサービスの標準化を図るため、1ヶ月平均の利用者の数が35件に対して1人を標準とする  
※「1ヶ月平均」とは当該月の前6月間の利用者の数を6で除して得た数を指す

### ①モニタリング実施標準期間の見直し

- 支援の必要性の観点から標準期間の一部を見直し、モニタリングの頻度を高める。



例：

- 状態の変わりやすい居宅介護利用者 6月→3月
- 障害者支援施設入所者 1年→6月 等

### ②相談支援専門員1人あたりの標準担当件数の設定

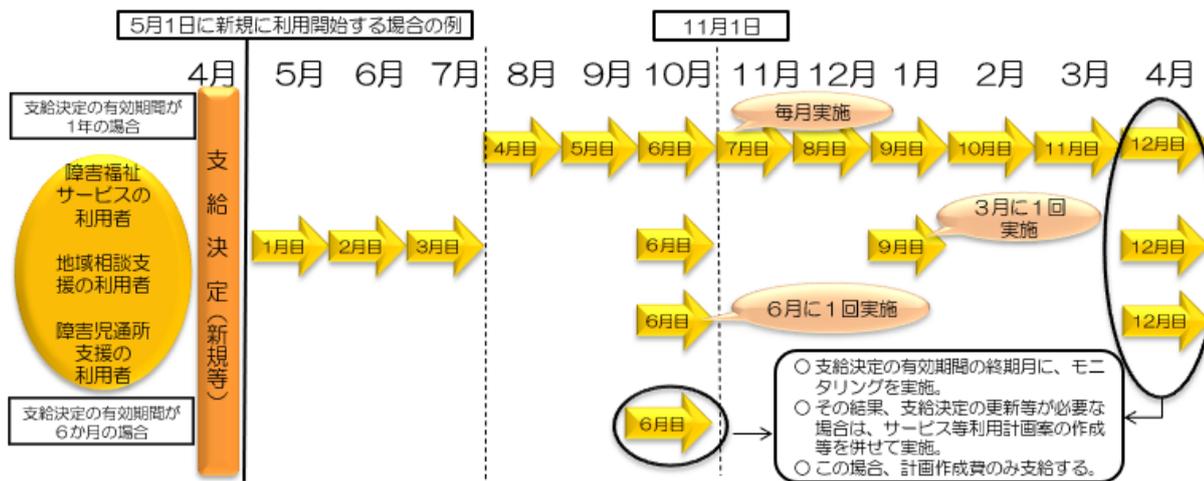
- サービスの質の標準化を図る観点から、1人の相談支援専門員が担当する一月の標準担当件数（35件）を設定。

## ◆モニタリング頻度に関する提案

モニタリングの時期や頻度は、利用計画案に記載する短期目標の達成時期に合わせて検討します。区標準に沿ったモニタリング頻度が示されていますが、利用者の個別性を踏まえてモニタリング頻度を決定します。また、モニタリング対象月以外でも利用者の状況に応じ緊急的、臨時的なモニタリングが必要な場合は、その理由を区保健福祉課に説明し、サービス等利用計画案に記載します。

## モニタリングの実施標準期間と実施イメージ

対象者	期間
①新規又は支給決定の内容に著しい変更があった者	1月間 ※利用開始から3月のみ
②集中的な支援が必要な者	1月間
③就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助の利用者	3月間
④居宅介護、行動援護、同行援護、重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、自立訓練の利用者	3月間
⑤生活介護、就労継続支援、共同生活援助（日中サービス支援型を除く）、地域移行支援、地域定着支援、障害児通所支援の利用者	6月間 ※65歳以上で介護保険のケアマネジメントを受けていない者は3月間
⑥障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者、重度障害者等包括支援の利用者	6月間



### モニタリング標準期間

頻度	対象者
毎月 (当初3か月間)	<ul style="list-style-type: none"> <li>新規支給決定者（初めて障害福祉サービスを利用する者）</li> <li>支給決定変更によりサービスの種類、内容または量に著しく変動があった者</li> </ul>
毎月	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行う必要がある者</li> <li>単身世帯、同居家族の障害・疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業所等との連絡調整を行う事が困難である者</li> <li>常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい障害がある者の内、四肢の麻痺及び寝たきり状態にある者、若しくは知的障害または精神障害により行動上著しい困難を有する者（重度障害者等包括支援に係る支給決定を受けていない者）</li> </ul>
3ヶ月ごと	<ul style="list-style-type: none"> <li>就労定着支援・自立生活援助・日中サービス支援型共同生活援助の利用者</li> <li>居宅介護、行動援護、同行援護、重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、自立訓練の利用者</li> <li>生活介護、就労継続支援、共同生活援助（日中サービス支援型を除く）、地域移行支援、地域定着支援の利用者のうち、65歳以上で介護保険のケアマネジメントを受けていない者</li> </ul>
6か月ごと	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活介護、就労継続支援、共同生活援助（日中サービス支援型を除く）、地域移行支援、地域定着支援、障害児通所支援の利用者（介護保険のケアマネジメントを受けている者を含む）</li> <li>障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者または重度障害者等包括支援の利用者</li> </ul>

## <毎月モニタリングの事例>

- ①両親が家庭内別居状態。生活介護に通所する知的障害の本人を父が主に介護しているが、ネグレクトの危惧があり毎月とした。
- ②重症心身障害のある方と高齢の母との2人世帯。母の認知機能に徐々に衰えがみられ、介護状況に応じたサービス調整が頻繁に必要なため毎月とした。
- ③精神障害のある方の1人暮らし。精神的に不安定で幻聴幻覚もあり、自らサービス事業者等との連絡調整を行うことが困難なため毎月とした。

### (3) モニタリングにおける基本的な視点

地域での利用者の生活は日々変化し、一度作成した個別支援計画の通りに生活が継続されるのはごくまれであるため、生活の変化を見守り、利用計画の実施状況の把握や利用者についての継続的な評価などを行うのがモニタリングです。

#### ◆モニタリングの際に確認すべきこと

利用計画に基づく支援によって利用者の生活が安定しているか、関係機関等は利用計画で確認された支援の方向性に沿ってサービス等を提供しているか、生活の中でのアクシデントに柔軟に迅速に対応できているか、支援によって利用者の生活スキルの向上が見られているか等の事項です。

#### コラム

### モニタリング対応について

- ①今回のモニタリングで聞き取りたい情報のポイント（例えば施設利用・居宅介護・困り事等）と、大体のかかる時間（例えば20分くらいで終わります等）を伝える。
- ②相手の都合の良い日時になるべく合わせ調整する。
- ③自宅訪問で室内拒否の場合は玄関先で行う。
- ④通所先など自宅以外の場所で行うことも可。

#### ◆虐待防止の視点

各事業者から提供されているサービスにおいて、事業者自身が気付いていない部分も含めて、「不適切な支援」や「虐待（疑い）」が潜んでいる場合があります。特に障害者支援施設（入所施設）やグループ

ホームなど外部の目が入りづらい事業の場合に、そうした視点をもってモニタリングを行いましょう。もしも「不適切な支援」や「虐待（疑い）」に気づいた場合には、速やかに区保健福祉課へ連絡します。※知識編にも障害者虐待について記載しています。

#### ◆支援体制

相談支援専門員は必要に応じて利用者の生活の場を訪問したり、利用者の生活の変化をキャッチしやすい関係機関等に協力を依頼したりして、見守り体制を構築することが重要です。また、利用計画の見直し等が必要になった場合、必要に応じて迅速にサービス担当者会議を開催し、関係機関等と今後の対応を検討し、切れ目のない支援体制を維持することが求められます。

#### ◆支援の終結

モニタリングの結果、個別支援計画にそった支援により、利用者の生活が安定する、当初の目標に到達する、支援がなくても自立した生活が維持できると判断されたときには支援の終結を迎えます。

#### ◆フォロー体制

サービス終結時点においても支援体制を組んでいたチームが集まり、サービス担当者会議により支援の終結が適切かどうか判断すること、今後の生活において変化が生じたときに、再度支援体制を組むことのできるチームの関係性を確認しておくこと、また利用者が必要なときにどこに連絡をすれば良いのか周知しておくことや、キーパーソンを明確にし、適宜フォローの取れる体制をとっておくことが必要です。

利用者さんやご家族が聞いてもらいたいと思えるような雑談の中から情報を集めてモニタリングにつなげるように心がけましょう。

## (4) サービス種類や量の変更が必要な場合

### 見直しについての連絡・相談

◆利用者の生活状況等を把握し、面接等を踏まえて、必要な対応を検討してから区保健福祉課へ連絡・相談します。利用計画を見直す場合には、作成月日についても確認します。利用計画と週間計画の両方に対応結果を反映させます。

◆訓練等給付サービスのみ利用している利用者が、新しく介護給付サービスを利用する場合には、障害支援区分認定が必要なため、支給決定までに時間がかかることを想定します。例えば、就労継続支援B型の支給決定を受けている利用者が、新たに居宅介護を利用したい場合には、障害支援区分の認定調査と審査会などで、受給者証が届くまでに1か月程度かかると考えます。

◆サービス種類や量の変更を検討する場合には、事前に区保健福祉課へ相談し、利用者がサービスを実際にどの程度使い切っているのか確認した方がよいでしょう。

◆利用者本人の入院や退院、家族による介護状況の大きな変化があった場合は、病院でのカンファレンスやサービス担当者会議の開催することでモニタリングを実施した後、サービス見直しを行い、継続サービス利用支援費を請求して差し支えないか区保健福祉課へ相談します。

### **支給決定期間の長いサービスの追加**

◆計画相談支援を支給決定されている利用者が、現在利用中のサービスに加えて支給決定期間の長いサービスが追加される場合、計画相談支援の支給決定期間も変更されます。ただし、区保健福祉課では、まずは受給者証に長いサービスを追加して、その後、短いサービスの支給決定期間の更新（又は終了）時に、計画相談の支給決定期間も合わせて変更する取扱いとしています。

◆例えば、短期入所（1年）が支給決定されていて、あらたに生活介護（3年）が決定される場合、受給者証の変更の順番としては、①生活介護を追加した受給者証を交付、②短期入所のサービス更新（又は終了）と同時期に、計画相談支援の期間も延ばした受給者証を交付という順になります。

### **支給決定期間の短いサービスが終了する月の請求**

◆上記の例で、②の短期入所サービスの終了月にモニタリングを行い、短期入所サービスを終了する場合は「継続サービス利用支援」、短期入所サービスを継続する計画を作成した場合は「サービス利用支援」を算定します。

◆なお、支給決定期間の異なる複数のサービスを利用している場合に、受給者証に記載されているモニタリング月が、支給決定期間の短いサービスの終了月と一致しないことがあります。そうした場合には、モニタリング月について区保健福祉課へ確認した方が良いでしょう。

### **相談支援事業所の引き継ぎ**

◆受給者証に記載されたモニタリング月以外で相談支援事業所を変更する場合、原則として「継続サービス利用支援」の算定はできません。計画相談を引き継ぐ際に、モニタリング月でなくても利用中のサービスを見直す必要がある場合には、その必要性について、区保健福祉課の担当者へ連絡・相談します。

◆利用者が、区外の障害者支援施設に入所する場合、相談支援事業所を継続するかどうか区保健福祉課と相談が必要です。現地の相談支援事業所に引継ぐ場合には、本人支援についての引継ぎだけでなく、計画相談支援のサービス提供月について確認した方が良いでしょう。引き継ぐ側と引継ぎを受ける側の情報の共有は利用者の同意を得てから引継ぎを行いましょう。

#### **【参考例】**

・引き継ぐ側はフェイスシート、計画書、モニタリング等必要書類一式。利用者の同意を得た上で必要な

情報を提供し、区に届出書を提出します。

- ・引き継ぐ側も5年間は記録を保管する義務があります。
- ・引き継ぎを受ける側はモニタリング月の引継ぎが情報収集しやすいです。

## (5) 期間更新のみでサービス変更の必要がない場合

◆これまでの利用計画を踏まえてモニタリングを行い、サービス変更が無い場合でも、利用計画のバージョンアップを検討しましょう。前利用計画の中で達成できなかった事柄や、目標を設定した事が出て来た課題等をアセスメントして、新たな利用計画を立案します。

◆サービスを更新するための計画作成では、それまでのサービス提供が利用者の生活にどのように効果があり、どのように変化したかについての評価を行い、その上で、サービスの種類や量を変更する必要がないことを記載します。

◆前利用計画で達成出来た事、本人の持っている力の新たな発見、相談を通して抽出された課題や希望、展望も盛り込むと良いでしょう。

## (6) モニタリング期間の変更

◆区の基準通りのモニタリング期間で良いのかを予め検討しておきます。必要であれば、利用計画作成の段階でモニタリング頻度や期間についても、区保健福祉課に提案します。

◆支給決定の期間中に、通常のモニタリングとは別にモニタリング回数の追加が必要だと判断された場合は、その根拠をモニタリング記録に記載して、区保健福祉課へ提出します。計画相談開始後に、支援をしていく中で、世帯状況の変化や、支援の頻度などの状況の変化があった場合も、区保健福祉課へ連絡を入れます。相談支援専門員は随時行うアセスメントからその人の生活の全体像の変化を把握し、評価を行い、根拠を持ってサービスを提案します。

◆モニタリング月にモニタリングを実施できなかった場合も、区保健福祉課への連絡は必要です。

◆モニタリング月ではないのに請求したり、月がずれたり、区保健福祉課へ連絡・相談せずに必要でモニタリングして請求した場合、請求エラーとなったと区保健福祉課から連絡が入ります。

◆必要な支援を行う場合には区保健福祉課へ事前に連絡しておかなければならず、区保健福祉課が把握していないとエラーとなってしまいます。単純な請求間違いも有り得るので注意しましょう。

### モニタリングを予定通りにできない場合

◆モニタリング月は、計画相談支援の終了月から逆算して行います。世田谷区では、平成28年4月以降に

交付される受給者証には、モニタリング月が具体的な月で記載されています。ただし当面は、更新していない受給者証をお持ちの方がいます。

◆モニタリングが、本来行うはずの月からずれたり、やむを得ず変更したりした場合、毎月20日までに区保健福祉課へ連絡・相談します。モニタリングの結果として、サービスの変更、支給量や支給期間の変更を伴う場合は計画再作成となり、「継続サービス利用支援費」ではなく「サービス利用支援費」を算定できます。

◆ご本人の障害支援区分や支給決定されているサービス内容により、支給期間が変わるので注意します。例えば、居宅介護は1年、生活介護は3年などです。計画相談支援の支給決定は、通常、もっとも長い期間で決定されているサービス期間と合わせて決定されます。

## コラム

### メンタルケア支援員

本人は、いつも誰かに見られていると感じていて、心配で外出が難しい様子が見受けられました。一人暮らしで、唯一心を寄せているのが同居の猫でした。アパートの取り壊しで大家さんから3ヶ月以内に転居してほしいと言われ、猫と一緒に暮らせなくなると思い、公園でタバコを多量に飲み込み救急搬送されました。

退院へ向けて、生活保護の担当者がメンタルケア支援員の派遣を決定し、入居希望物件の内覧にも同行しました。メンタルケア支援員は、転居後の荷物整理など手伝いながら、本人と信頼関係を築いていきました。その後も不安感を軽減するための訪問は継続していて、現在は安定しています。

## 面接技法の種類

### ①構造化面接

予め、決められた事を聞く面接手法です。

モニタリング時の聞く内容と順番を予め決め、それに基づいて質問をして行きます。終始質問されている状態と感じ易く、取り調べを受けているような印象を与えてしまう欠点があります。この方法は、テスト等の場に適していますが、モニタリングには適しているとは言えません。

### ②非構造化面接

質問内容を決めておらずに、本人とのやり取りの中で質問をして行く面接手法です。

予め聞く内容を決めずに流動的になる事が特色となります。

本人が好きな事を自由に話せるメリットがあり、次も話したいと思えるような面接となりますが、モニタリングで必要な事が聞き取れない事もあります。

### ③半構造化面接

事前に質問内容のアウトラインを決めておき、本人の調子や、状態で質問内容や、順番等を変えて質問する面接手法です。その為、構造化面接と非構造化面接の中間的面接技法と言えます。

本人のペースで話す事ができ、質問攻めされている感じも受けにくい為、モニタリング時には使い易い面接手法になります。

面接時は、上記の手法を使いながら、本人のペースで面接を行っていきましょう。

「またこの相談支援専門員さんと話がしたい」と思ってもらえるような、次につながるモニタリングを行う事は、本人との信頼関係構築にもつながります。



# モニタリング報告書作成上の留意点

総合的な援助の方針		全体の状況						
サービス等利用計画のものをそのまま転記する。								
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 サービス 種類のの変更 サービス 量のの変更 週間計画の 変更	その他留意事項
1	全体の状況			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえ今後の取り組みの方向性について記載する。</li> <li>○ より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価することが重要である。</li> </ul>				
	支援目標・達成時期			サービス等利用計画のものをそのまま転記する。				
	サービス提供状況			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業所から聞き取り、記載する。</li> <li>○ 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。</li> </ul>				
	本人の感想・満足度			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の感想・満足度はできるだけ利用者の言葉や表現で記載する。</li> <li>○ 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。</li> </ul>				
	支援目標の達成度			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。</li> <li>○ 未達成の支援目標については、サービス等調整会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。</li> </ul>				
	計画変更の必要性 その他 留意事項			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載する。</li> <li>○ 計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス料・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。</li> <li>○ 新たな課題が生まれた場合、サービスの種類・量の変更を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載する。</li> <li>○ 支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討する</li> <li>○ タイミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えてゆく。また、スケジュール変更にあたっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催する。</li> </ul>				

# 7. 終結

相談支援専門員にとって「終結」とは、一般的に思い浮かぶのは契約の終了、つまり、利用者の転居や遠方の施設入所、死亡により支援ができない状況になった場合が挙げられることでしょう。

しかし、利用者の状況は変化がないように見えるけれど、少しずつ変わっているところがあります。その変化をモニタリングで捉えて計画変更を行う中で、相談支援専門員が考える「終結」とは、

- ① 利用者の状況が著しく改善した時
- ② 利用者の心理的機能が著しく改善した時  
(利用者の状況に変化はないが、不安なく生活できる状態)
- ③ サービス等利用計画の目標が達成された時  
※ご本人の状況が改善した時を「終結」と捉えて、ご本人と共に次の目標を決めていくこと。
- ④ 利用者が死亡した場合

## ライフステージごとのつなぎの支援

### 令和3年度報酬改定から見える計画相談支援の終結後の相談支援のスタンス (I)

#### 【居宅介護支援事業所等連携加算(見直し)】

【現行】  
居宅介護支援事業所等連携加算 100単位/月  
【見直し後】  
【計画相談】  
居宅介護支援事業所等連携加算 300単位/月 ①、②  
100単位/月 ③

サービス終了前後に、以下の要件に基づく他機関へのつなぎの支援を行った場合に評価するため、介護保険の居宅介護支援事業者等への引継に一定期間を要する者に対し、次の①～③のいずれかの業務を行った場合に加算

#### 【保育・教育等移行支援加算《創設》】

【障害児相談】  
保育・教育等移行支援加算 300単位/月 ①、②  
100単位/月 ③

サービス終了前後に、以下の要件に基づく他機関へのつなぎの支援を行った場合に評価するため、就学、進学、就職等に伴い障害福祉サービスの利用を終了する者であって保育所、特別支援学校、企業又は障害者就業・生活支援センター等との引継に一定期間を要する者に対し、次の①～③のいずれかの業務を行った場合に加算

※ 算定回数について、障害福祉サービスの利用中は2回、**利用終了後(6か月以内)は月1回**を限度とする。

① 当該月に2回以上、利用者の居宅等(障害児の場合は居宅に限る。)に訪問し利用者及びその家族と面接を行った場合

300単位/月



② 他機関の主催する利用者の支援内容の検討に関する会議に参加した場合

300単位/月



③ 他機関との連携に当たり、利用者の心身の状況等に関する情報提供を文書により実施した場合

(この目的のために作成した文書に「ア」・計画やモニタリング等、これまでの情報コピーなどは認めない)

100単位/月



- 例1 例えば、65歳介護保険へのパトタッチは、Wケアマネでの丁寧な相談支援の提唱からして、引き継ぎ後にケアマネジャーと同行して自宅訪問やサービス担当者会議への出席等。
- 例2 就労移行支援から、就職し6か月までのフォローアップでの訪問や会議参加。  
(6か月後は、就労定着支援への切り替えまでのつなぎ支援の活用)

## 令和3年度報酬改定から見える計画相談支援の終結後の相談支援のスタンス(Ⅱ)

### 就労移行支援・就労定着支援における支援の質向上に資する報酬等の見直し

#### 【就労移行支援】

障害者本人の希望や適性・能力を的確に把握・評価を行うアセスメントについて、地域のノウハウを活用し、その精度を上げ、支援効果を高めていくための取組として、本人や他の支援機関等を交えたケース会議等を実施した事業所を評価するための加算を創設。

**【支援計画会議実施加算】 583単位/回 (新設)**

(1月につき1回かつ1年につき4回を限度)

**保育・教育等移行支援加算《創設》】**

他機関の主催する利用者の支援内容の検討に関する会議

300単位/月



#### 【就労定着支援】

関係機関との連携を強化し、個別の支援における協力関係を常時構築するため、関係機関とのケース会議等を実施した事業所を評価する新たな加算を創設。

**【定着支援連携促進加算】 579単位/回 (新設)**

(1月につき1回かつ1年につき4回を限度)