

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 3.0

【第2部】技術編

令和4年7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

目次

はじめに.....	4
1. 計画相談の流れ.....	6
(1) 相談支援専門員から見た流れ	6
2. インテークとアセスメント	8
(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
3. サービス等利用計画案の作成	15
(1) サービス等利用計画の必要性と備えるべき特徴.....	15
(1) - 1 サービス等利用計画の必要性	15
(1) - 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

4. サービス担当者会議	30
(1) サービス担当者会議とは	30
5. サービス等利用計画の作成	32
(1) 利用計画の作成	32
(2) サービス等利用計画と個別支援計画	33
(3) いろいろな計画作成	33
(4) 年齢に応じた支援	36
6. モニタリング	39
(1) モニタリングとは	39
(2) モニタリング期間の設定	40
(3) モニタリングにおける基本的な視点	42
(4) サービス種類や量の変更が必要な場合	43
(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	45
7. 終結	48

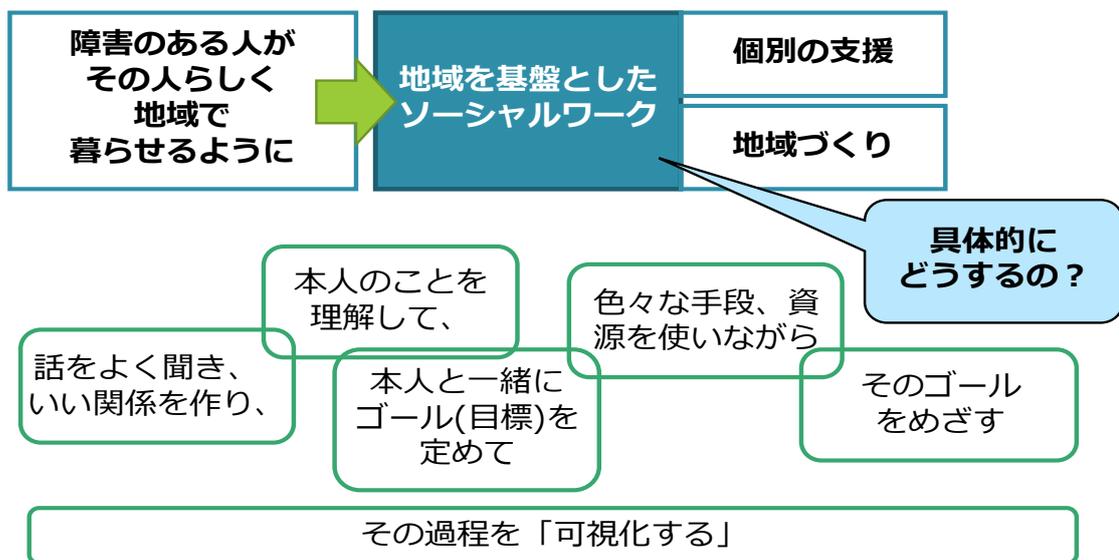
はじめに

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。

皆様がご対応されている利用者の方も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・難病だけでなく、障害のあるなしに関わらず、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いていただきたい視点として、**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	・ 利用希望者からの相談受付	8
		・ 利用希望者から「サービス等利用計画案」作成依頼 ・ 利用希望者との利用契約を結ぶ	
見立て	アセスメント	・ 利用者宅の訪問、面接、アセスメント	10
		・ ニーズの整理 ・ サービス利用調整（仮）	
手だて	プランニング	「サービス等利用計画案」の作成	15
		・ 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。 ・ 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	
		支給決定→受給者証の発行	
		・ 受給者証の写しを保健福祉課（利用者）から受け取る ・ サービス利用調整を行う	
		「サービス担当者会議」の開催	31
		・ 「サービス等利用計画」（通称：「 <small>あん</small> 取れ」作成 ・ 利用者へ「サービス等利用計画」を説明し、同意を得る ・ 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	
		サービスの利用開始	
見直し	モニタリング（終結）	・ 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 ➡必要な場合には、サービス内容や量の変更を行う	
		「モニタリング報告書」の作成 ➡ 保健福祉課へ提出	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!!）

【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）
- ・ カーボン紙
- ・ 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、ティスポ（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

- ◆相談支援専門員が利用者と初めて「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、**バイスティックの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。場合によっては意思決定支援も必要です。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、話を引き出すことが重要です。
- ◆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**のな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を出れたことで、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、代理受領承諾書）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。

<インテーク・アセスメントにおける留意点>

- ① 主訴の把握
- ② 相談の経緯、支援経路、課題の主体
- ③ スクリーニング（受理判断、緊急性の判断、支援方法）
- ④ 事業説明（対等性と利用契約）
- ⑤ 個人情報保護（守秘義務とプライバシーの尊重）
- ⑥ 初期段階における関係性の構築

面接は「おしゃべり」ではありません。支援者は意図をもって面接を行いましょう。話しやすい場面を作り、面接技術を駆使し、「**ご本人中心の支援**」を大切にすることが信頼関係の構築につながります。今後の支援にもつながる大切な場面です。

コラム

面接場所の工夫

通所施設に通われている方は、通所先で面談をすることで、本人・家族の考え方だけでなく、通所施設職員の意見も合わせて伺うことができます。しかし、中には通所先に対して様々な意見を持っている方もいますので、初回面談場所の設定の際には本人、家族に確認し場所を設定します。モニタリングでも同様に場所の設定について検討します。

(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……」

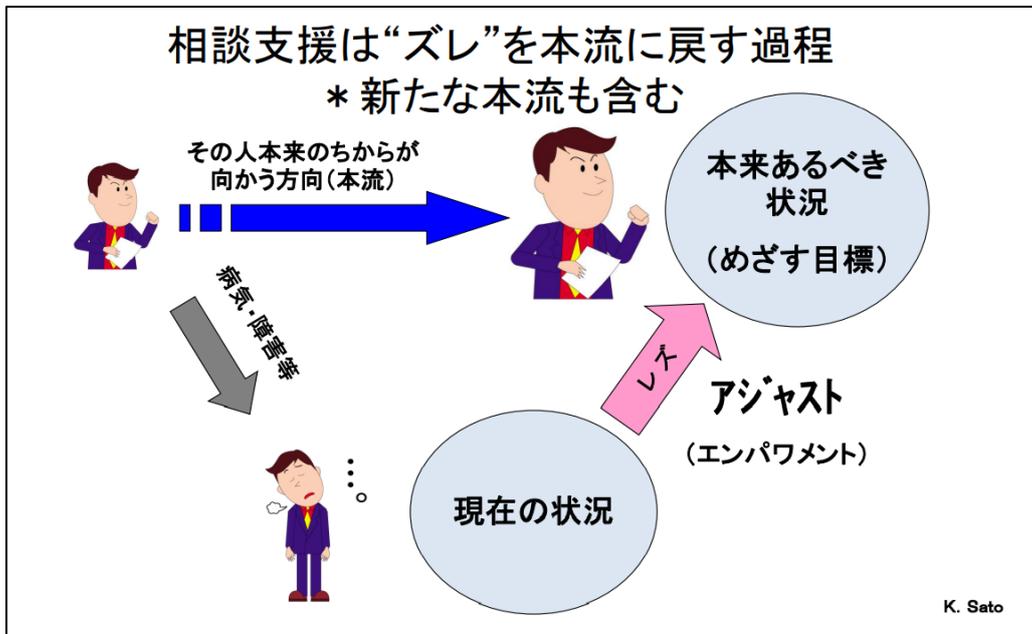


②ニーズを充足させる方法を模索すること

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。



<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、関わりを大切にし、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るよう模索し続けることが重要です。

東京都初任者研修資料より

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 ※本人の表現で表す。	ご本人・家族に関する情報を客観的事実として捉える
ノーマティブニーズ (規範的なニーズ)	支援者が推測するニーズ 社会的規範、科学的根拠	専門職としての主観で捉えた課題
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	ご本人と一緒に考えた課題

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。

主訴
本人の表現
ご本人や家族
が言っている
こと

フェルト
ニーズ



相談支援専門員
の推測
ご本人や家族が言っ
ていることと、その
ことに関連する事実
を踏まえ、相談支援
専門員として感じる
こと・考えたこと

ノーマティ
ブニーズ

整理されたニーズ

リアルニーズ

《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考えられます。

「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？ 刑務所では週3回入浴できます。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、この確認は想像の域を超えないかもしれません。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。

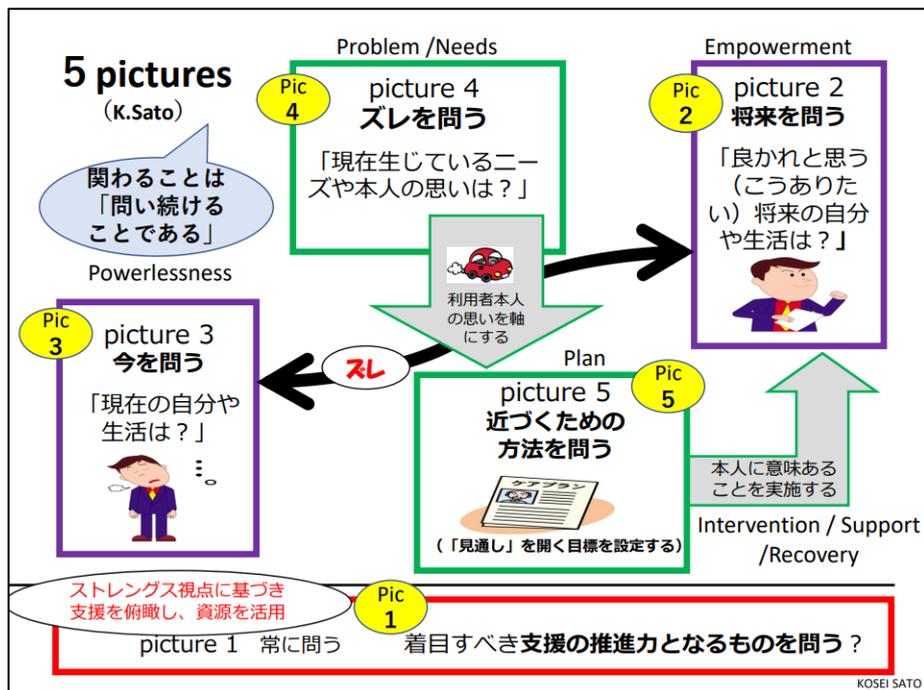
【ニーズ整理表記入例】

大学入学で上京され、世田谷区内でひとり暮らしをしながら通学していたが、事故により脊椎損傷を負い車椅子生活となった方への支援

フェルトニーズ		ノーマティブニーズ		③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
①情報 (見た事・聴いたこと・データなど)		②相談支援専門員の推測			
本人の希望 (主訴)	利用者の状況・ 気になる情報	本人	環境		④今後の方向性 (本人と支援者が合意した事)
大学に戻りたい。とりあえず、アパートに帰りひとり暮らしをしたい。 本人が言っている事	・もともと大学入学を期にひとり暮らしができていた。 ・アパートの2階でEVなし。1Kで部屋が狭く、手すりなし。 ・事故を受け入れられないところがあったが、最近は前向きになり、表情や取り組む姿勢に変化が見られている。 本人が言っていることに関連する、できれば良い情報				
家族の希望					
大学は卒業して欲しいけど、ひとり暮らしは無理ではないか(心配)。 家族が言っている事					

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

○ご本人の思いの要約

初任者研修では、左記の図のように、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文字要約を行いました。

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

(1) サービス等利用計画の必要性と備えるべき特徴

(1)ー1 サービス等利用計画の必要性

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、市町村、都道府県、国にとって、サービス等利用計画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

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

計画作成においては、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の作成にあたっては、当事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べきです。

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の作成が求められます。サービス等利用計画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することが必要です。

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を作成するとともに、作成したサービス等利用計画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する必要があります。

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きましょう。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。

認障介護（認知症高齢者と障害者の同居による介護）や障障介護（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する必要があります。

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する必要があります。

⑤ 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、利用者の了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が作成されているかを確認する必要があります。

⑥ ニーズに基づいた計画となっているか

インテークで把握した**当事者からの情報**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になっているかも確認する必要があります。

⑦ 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する必要があります。

⑧ 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を確認する必要があります。

平成 23 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業サービス利用計画の実態と今後あり方に関する研究報告書「サービス等利用計画作成サポートブック」平成 24 年 3 月特定非営利活動法人 日本相談支援専門員協会を参考としました。

(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 \(setagaya.lg.jp\)](#) に記掲載されています。

サービス専利用計画書・障害児支援利用計画書

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	
活動・移動	例) 通学、通勤可動域、施設内、近き上り、衣服整理、食事、排泄 入浴、移乗、整容、室内移動、屋外移動	課題(支援者の視点)	家族の希望	1						
日常生活	例) 意思表示、意思伝達、他者からの意思伝達意思の理解 行動障害、能力障害 言語障害			2						
住まい	例) 調理、洗濯、掃除、整理整頓、買い物、育児									
その他	例) 管理費(本人・家族・その他)									
経済状況	例) 収入源									
就学・社会的	例) 就学状況、就労状況			3						
健康状況	例) 家族の関与の程度、フォーマルな支援、インフォーマルな支援									
社会参加	例) 病状、薬量、通院、ストレスへの対応/留意点 ストレスへの対応/留意点									
その他	例) 趣味、余暇									

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。
 - *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します。
 - *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:○○が必要なため、○○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決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入れ込みます。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

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
			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。

*ネガティブ表現をすると本人が嫌な気持ちになる。あくまでも目標の材料としてとらえ、本人ができることなども本人が快いと思うこと、ストレングスなどを「〇〇ができています」で文末が終るように記載しておくといかと思ひます。

*利用者の言葉、例えば「●●したい。〇〇する。」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、支援に関わる側から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）のねらい等も記載し、各事業所に向けたお願いを入れ込みます。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。

▶課題解決のための利用者本人の役割（世田谷書式にはないが、国書式にはある）

内容の中に入れ込むといいですね。

※利用者が取り組むべきこと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。利用者に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。

※連携して支援を行う意識を持ちましょう。特にスケジュールや見通しに対して、対応方法の一貫性が必要な利用者に対しては、家族、事業所間での密な連携が必要となります。その為必要に応じて、支援方法を統一するためのサービス等調整会議の開催が求められます。

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 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	主な日常生活上の活動
6:00								15
8:00								
10:00								16
12:00				14				
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
	サービス提供によって実現する生活の全体像							17

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が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？・・・相談支援の質の向上委員会または、サービス等利用計画チェックシートをご利用ください。

サービス等利用計画等チェックシート



チェック日： 年 月 日

利用者名	様	計画作成日	
計画作成者		チェック者名	

※計画作成者とチェック者が同じ方でも大丈夫です。セルフチェックに活用しましょう！

項目		確認ポイント	できていたらチェック	コメント
1	本人(家族)の主訴(希望する生活)	本人の希望を聞き取り、本人の言葉で前向きな表現を使って「〇〇したい」など本人や関係者が見てわかる内容になっていますか？	<input type="checkbox"/>	
2	総合的な援助の方針	関係者が共通の理解を持って取り組めるよう、支援の方向性・目的が具体的に記載されていますか？ また、福祉サービスを利用するためだけではなく、本人をエンパワメントする内容となっていますか？	<input type="checkbox"/>	
3	目標とする生活	努力目標ではなく、本人が希望する生活に近づくためのわかりやすい目標となっていますか？	<input type="checkbox"/>	
4	モニタリング期間	モニタリング期間が区の標準期間と異なる場合は留意事項に理由を記載できていますか？	<input type="checkbox"/>	
5	サービス提供のチーム	公的サービス以外にも本人に関わりのある人や機関が記載できていますか？	<input type="checkbox"/>	
6	アセスメント領域と現在の領域	ご本人の生活がイメージできる情報が書けていますか？	<input type="checkbox"/>	
7	本人の困っていること	誰が困っていると感じているのか、本人・家族・支援者の区別出るように記載していますか？	<input type="checkbox"/>	
8	本人の希望	本人がどうありたいのか、本人の言葉で具体的にイメージできるような表現になっていますか？	<input type="checkbox"/>	
9	総合的課題	本人の希望する生活に近づけるためにはどのような課題があるのかを考えて記載していますか？	<input type="checkbox"/>	
10	目標	本人や関係者がわかりやすい具体的な内容で、3～6か月程度で達成できるように、「やってみよう」と前向きに取り組める内容になっていますか？	<input type="checkbox"/>	
11	達成時期	本人がこの時期なら目標を達成できると思える期日になっていますか？	<input type="checkbox"/>	
12	サービス種類	公的サービスにとらわれず、支援内容のねらいも含めて記載していますか？	<input type="checkbox"/>	
13	留意事項	関係者間で共有したい注意事項や担当者の変更にも対応できるような内容になっていますか？	<input type="checkbox"/>	
14	主な日常生活上の活動	生活の中で習慣化していることやサービス利用事業所名・提供時間数の記載はありますか？	<input type="checkbox"/>	
15	週単位以外のサービス	福祉タクシー券や配食サービス、通院や社会参加など、不定期利用のサービス等があれば記載していますか？	<input type="checkbox"/>	
16	サービスによって実現する生活の全体像	将来、サービス提供によりどのような生活が実現するのか、本人や関係機関と共有できる内容となっていますか？担当のケースワーカーが見て、「なるほどこれならサービスの利用が必要だ」と思える根拠が示されていますか？	<input type="checkbox"/>	



相談支援専門員は利用者の生活を背負っているといっても過言ではないでしょう。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？

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。必要に応じて当事者の参加も検討します。

◆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、当事者のほか、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、今後関わるの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。各サービス事業所での個別支援計画についても把握に努めます。

◆国の基準では、原則としては関係者全員の参加を得た上で開催することになってはいますが、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。

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。必要に応じて当事者の参加も検討します。

◆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

【目的】

ご本人および関係者全員が課題を共有し、同じ目標に向かっていくために、支援の方向性を考えること。

【参加者】

基本的にはサービス等利用計画案の右上に記載されている「サービス提供のチーム」全員を招集する。

【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の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

会議は準備8割

5. サービス等利用計画の作成

(1) 利用計画の作成

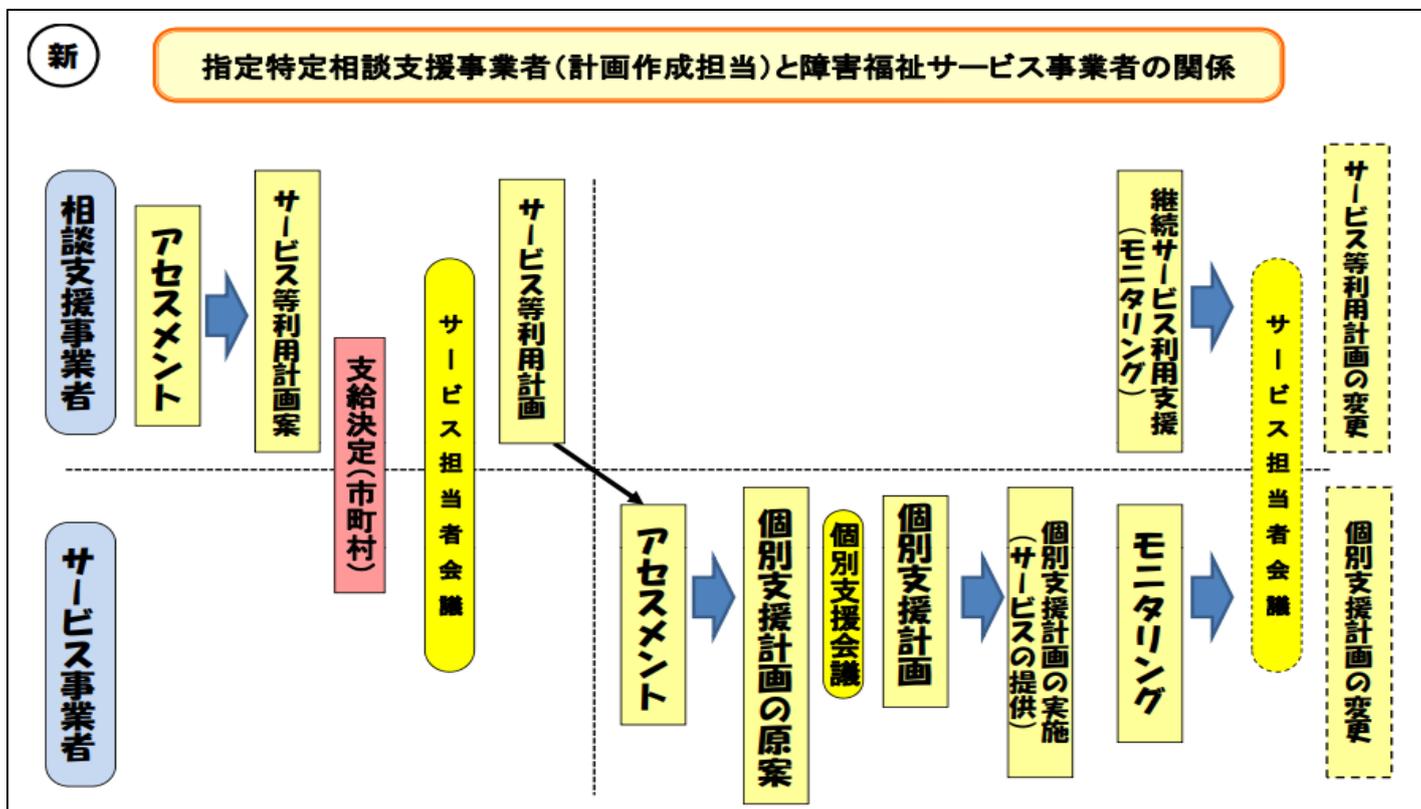
ここまでのプロセスを踏まえて、必要に応じて「利用計画案」に修正を行い、「利用計画」として利用者から同意を得ます。各サービスは、目標と計画に基づいて提供されていきます。

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。）

令和3年度の報酬改定では、「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、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。」と記されています。



(2)サービス等利用計画と個別支援計画

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。修正があっても無くても、同意サインと押印をもらい、原本を本人に、写しを区保健福祉課に提出します。

(3)いろいろな計画作成

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。

新

サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- サービス等利用計画については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
- 個別支援計画については、サービス管理責任者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。

指定特定相談支援事業者
(計画作成担当)

アセスメント

- ・障害者の心身の状況
- ・その置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・現に受けているサービス
- ・サービス利用の意向
- ・支援する上で解決すべき課題
- ・その他

サービス等利用計画

- ・生活に対する意向
- ・総合的な援助の方針
- ・解決すべき課題
- ・サービスの目的(長期・短期)
- ・その達成時期
- ・サービスの種類・内容・量
- ・サービス提供の留意事項

障害福祉サービスに加え、保健医療サービス、その他の福祉サービスや地域住民の自発的活動なども計画に位置づけるよう努める。

複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等、総合的な支援計画を作る。

サービス事業者

サービス事業者

アセスメント

- ・置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・利用者の希望する生活
- ・課題
- ・その他

個別支援計画

サービス等利用計画を受けて、自らの障害福祉サービス事業所の中での取組について具体的に掘り下げて計画を作成するよう努める。

ある児童もいます。その場合、児童のための療育必要性を前提として、保護者と通所事業所の双方の了解を確認したうえで、学校長期休み期間中だけ変更支給決定を受けることが可能です。区保健福祉課へ相談します。

④ 月23日を超える通所

◆児童発達支援や放課後等デイサービスは、原則として、月23日以内の必要な日数で支給決定を受けます。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い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、児童通所受給者証が切替わります。切替えにより、受給者証番号が変わり、児童通所受給者証の保護者氏名欄に本人氏名が入りますが、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。

※児童通所受給者証の切替えは、原則18歳の誕生日の前日をもって行ないませんが、変更前と変更後いずれも負担額が発生（負担上限月額0円以外）している場合は、負担額の重複にならないよう翌月1日に切替えています。

⑥ 児童の通学移動支援

- ◆世田谷区の移動支援事業では、両親が自身の疾病や他の人（同居の要介護高齢者など）の介護があったりして障害児の送迎ができない場合のほか、両親就労の場合に、月23時間の範囲内で、通学のための移動支援を利用できます。
- ◆上記の通学移動支援と同じ要件が確認できた場合で、療育施設（児童発達支援事業や放課後等デイサービス）による送迎がない場合に、療育通所のための移動支援が利用できます。

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ですが、介護者が疾病等（就労は除く）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、移動支援を利用できます。自立訓練でも同様の状況が確認できれば移動支援事業の利用が可能です。
- ◆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ですので、移動支援の利用はできません。ただし、例えば就労継続支援 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、往復の経路に慣れるまでの期間（3 か月程度）であれば利用を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！」と外へ誘い出します。

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たことがあります。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。

モニタリング時の密は避けつつも、心の密はしっかりとっていきます。

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。家庭から離れる自身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ター等を介護支援専門員（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。
- ◆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」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

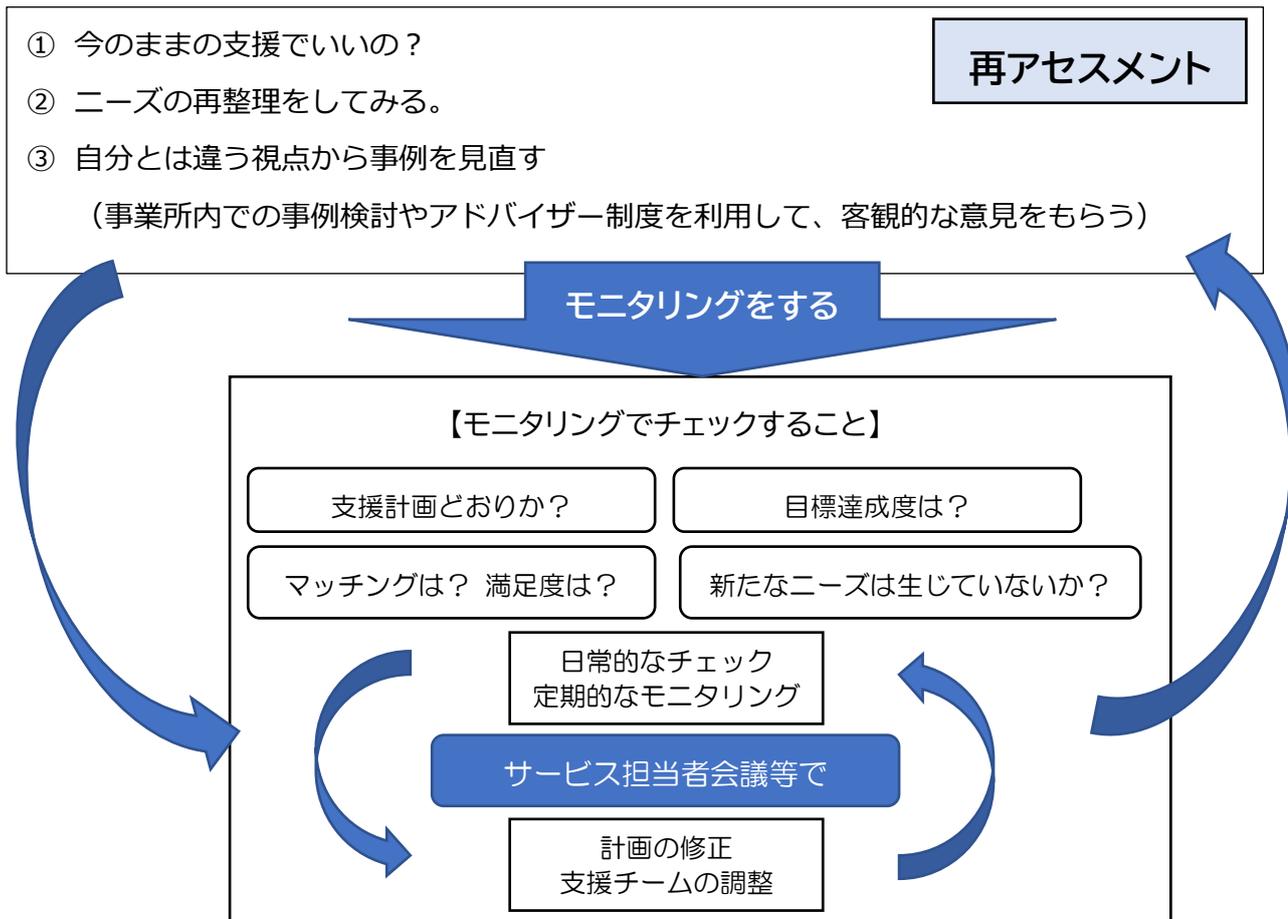
精神保健福祉手帳をお持ちの方で、就労移行支援を利用したいとの申し入れから相談支援事業所に繋がりました。当初、資格取得への意欲もあり、自習によって資格を取得することが出来る就労移行支援事業所の利用を始めました。

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されました。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、必要に応じてサービス等利用計画等の変更や調整をするなどモニタリングを実施します。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。これば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。



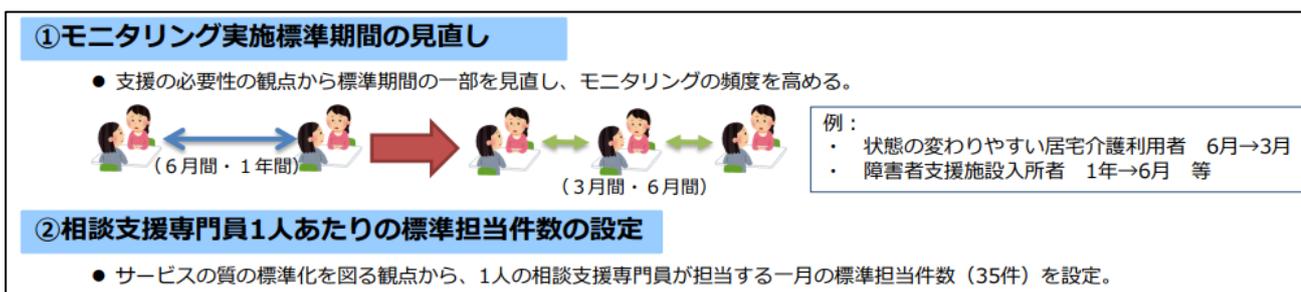
【勘案事項】

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

(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
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	6月間	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
		6月間	6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			



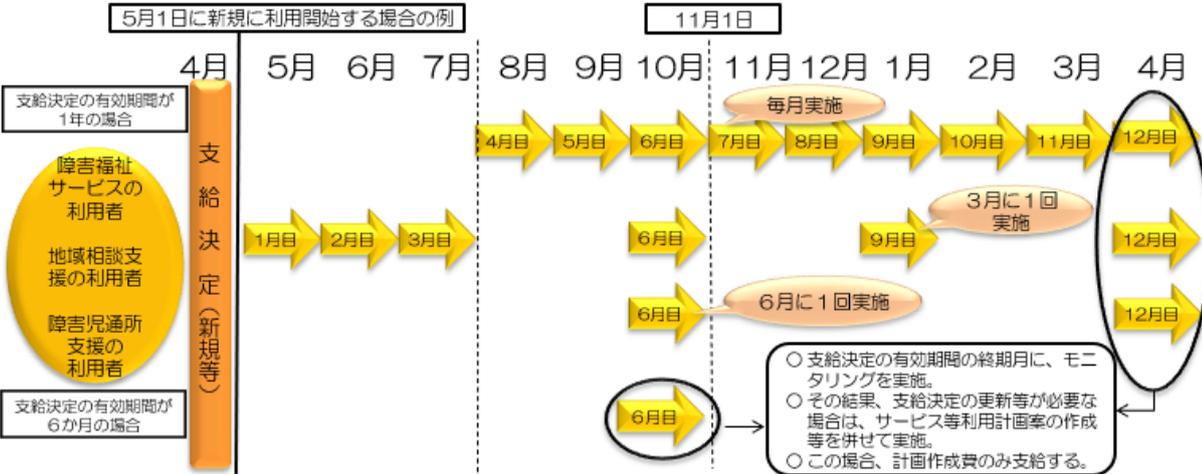
◆モニタリング頻度に関する提案

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。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容より

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"> ・ 新規支給決定者（初めて障害福祉サービスを利用する者） ・ 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
毎月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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）
3ヶ月ごと	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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
6か月ごと	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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） ・ 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

<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

地域での当事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当事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、支援によって当事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。

◆支援体制

相談支援専門員は必要に応じて当事者の生活の場を訪問したり、当事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、当事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

この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、また当事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。

(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。

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かずに、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、次も来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		その他留意事項
							サービスの種類の変更	サービスの量のの変更	
1	全体の状況								<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。
	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。
	サービスの提供状況								<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。
	本人の感想・満足度								<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。
	支援目標の達成度								<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。
	計画変更の必要性 その他 留意事項								<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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 ○ 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。

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

等の様に、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が大切です。

相談支援の「終結」の概念

○計画目標の達成を終結の基準(岡村 1983:148)

○目標が達成されるということとクライアントの課題が解決したということとは同じではない

「終結段階ではクライアントの目標が必ずしも達成される必要はない」(Goldsteinら1999)

○「クライアントの問題が完全に除去され、すべて解決しているとは限らないが、クライアントが問題と上手につきあい、援助から離れても、その人なりに生活することが可能となれば、援助関係の終了を検討する」

日本福祉大学 綿祐二教授「基本相談スキルアップ研修」資料より

相談支援の積極的・消極的終了

○積極的終了

「生活問題が具体的に解決し、クライアントによる主体的な生活形成が可能となる積極的な終了時期」

○消極的終了

「クライアントが問題を認識しているか否かにかかわらず、福祉サービスの援助を拒否し関係が遮断してしまうような消極的な終了時期」

※「将来的にはなんらかの理由で援助が再開する可能性を含んでいる。クライアントが死亡して援助が終結する以外は、……一次的終結と考えるべきである」

相談支援の終結後の関係性

○「終結や中断は、一区切りであり、関係自体は永続的なのである」(岡野 2016)

○SwとCLは、専門職業的な関係「より統制され目的」「機能を遂行するための手段」 Aptekar(1968)

○「すべての専門的關係には、それを個人的關係から区別する共通要素がある」 Pincusら(=1980: 104-105)

○「援助の目標達成という一定の目的と範囲に従って取りむすぶべき関係」 岡村(1983)

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歳介護保険へのボタンタッチは、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に

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)