

計画相談支援 運営ガイドブック

令和3年度版（令和4年3月改訂）

仙台市健康福祉局障害福祉部障害者支援課

令和4年3月

目次

本ガイドブックについて	… 2
I 相談支援事業における計画相談支援の位置づけについて	… 5
1 相談支援事業の概要	
2 計画相談支援と障害児相談支援の対象者	
3 支給決定に係るプロセスと手順	
II 計画相談支援及び障害児相談支援	… 12
1 計画相談支援及び障害児相談支援の内容	
2 計画相談支援給付費等の支給期間とモニタリングの取扱い	
3 計画相談支援及び障害児相談支援の具体的取扱い方針	
4 「サービス利用支援及び障害児支援利用援助」の基本手順	
5 「継続サービス利用支援及び継続障害児支援利用援助」の基本手順等	
III 業務運営の実践例とポイント	… 21
1 各種締切と1か月ごとの活動との関係	
2 相談支援専門員の活動例	
IV 相談支援実践と報酬請求との関連性について	… 26
1 報酬請求の要件と支給額	
2 利用者ごとの報酬算定のイメージ	
3 月間報酬試算	
V サービス等利用計画・障害児支援利用計画の提出時期と提出帳票	… 43
VI 仙台市障害者基幹相談支援センターの概要	… 47
資料編	
参考資料1 『仙台市障害者相談支援事業実務ガイドライン』（主要部分）	
参考資料2 『乳幼児期、学齢期の相談支援で大切にしたいこと』	

本ガイドブックについて

計画相談支援は、障害児者が障害福祉サービス等を利用する場合に適用される、ケアマネジメントの制度的運用であり、障害者相談支援の対象者やプロセスの一部をカバーするものです。相談支援全体から見れば「一部」とはいえ、制度的には、障害福祉サービス等を利用するすべての人が対象とされているため、対象者数は大きくなっています。このカバーしている対象者について、仙台市においては、計画相談支援の需要に比して供給できる事業者が不足しているため、セルフプランでの対応が、支給決定を受けている人全体の約半数に上っている状況です（令和2年度末）。

一方、本来のケアマネジメントは、対象が支援希求の弱い人であっても、そのニーズをくみ取って支援を統合的に提供していく包括的な手法です。またこれは、利用者のデマンドを鵜呑みにしたり、肩代わりしたりするのではなく、中立性・公平性を保ちつつ、利用者のエンパワメント（～セルフマネジメント）を志向すべきものであるという理念に裏付けられています。

こうした状況の下、多くの対象者の様々なニーズに対し、限られたマンパワーと社会資源をもって適切に対応していくには、各相談機関が的確な相談受付と支援方針の決定、及び支援経過の管理に努め、支援（力）を過不足なく配分していく、といった運用が必要となります。

しかしながら、指定特定相談支援事業者にとってみれば、制度的に収入基盤がぜい弱であるなか、「一人事業所」を継続せざるを得ない等、業務遂行に際して様々な制約が生じる結果となっており、運用上の工夫ができにくい環境にあります。

以上のことを踏まえ、仙台市としては当面、次のような方策を段階的に実施していきながら、指定特定相談支援事業者へのサポートのあり方を検討してまいります。

- ・本ガイドブックの活用及び更新
- ・指定特定相談支援事業者等を対象とする実務研修（情報交換、ピアサポートの機会を兼ねる）の企画実施
- ・計画相談支援を導入する際の、優先すべき対象者像の整理等
- ・委託相談支援事業所と指定特定相談支援事業者との間の協働体制のあり方に係る検討

このガイドブックは、計画相談支援事業を新たに運営したい、あるいは、拡充したいと考えている事業者等が、事業運営のイメージを持つこと、また、既に計画相談支援を担っている相談員の皆さんが、相談支援に関するおさらいや、他事業者の活動の工夫を知り、自分たちの活動の参考にできるように作成しています。

ガイドブックの前半は、障害福祉サービス等の支給決定の流れ、計画相談支援の概要といった、手続きや手順などの基本的な事項、後半は事業運営のための工夫や運営モデルを掲載しました。そのため、最初から読み進めても、関心のある部分から読み始めてもよい構成としています。このガイドブックが事業者にとって持続的・安定的な事業運営の一助となり、ひいては計画相談支援を必要とする障害児者の生活の質の向上に寄与することを目指します。

※ 本ガイドブックで使用する用語について

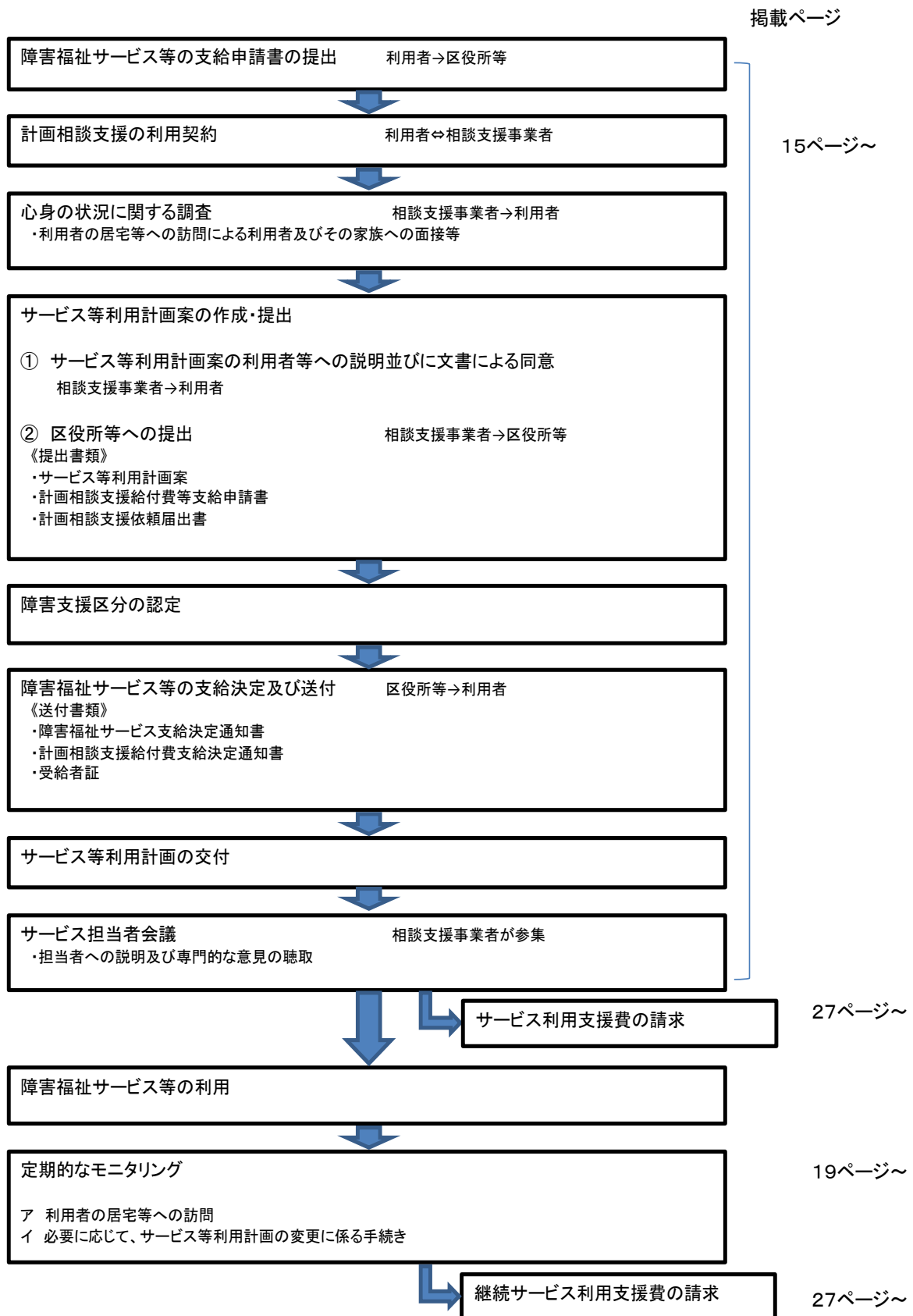
注釈がない限り、以下の表記とします。

- ・障害福祉サービス等 …介護給付，訓練等給付及び障害児通所給付費
- ・計画相談支援等 …計画相談支援及び障害児相談支援
- ・サービス等利用計画案等 …サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案
- ・サービス等利用計画等 …サービス等利用計画及び障害児支援利用計画
- ・サービス利用支援等 …サービス利用支援及び障害児支援利用援助
- ・継続サービス利用支援等 …継続サービス利用支援及び継続障害児支援利用援助
- ・指定特定相談支援事業者等…指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者

《知りたい項目ごとのページ検索》

知りたいこと	ページ
○ 障害福祉サービスの利用と計画相談の関係は？	6 ページ～
○ 相談支援専門員って、どんな動き方をしている？工夫していることは？	22 ページ～
○ サービス等利用計画作成後、どのタイミングで請求ができる？	27 ページ～
○ 支援内容と請求可能な報酬の関係を知りたい。	29 ページ～
○ 区役所への提出書類と提出時期は？	45 ページ～
○ 国の最新の動向が知りたい。	51 ページ
○ 事業者指定の新規申請，変更申請に必要な書類を知りたい。	
○ 相談支援の基本的な考え方を確認したい。	参考資料 1
○ 障害児の計画を初めて作るけど、障害児の相談支援のポイントって何？	参考資料 2

《障害福祉サービス等利用の流れと本ガイドラインの関係》



I 相談支援事業における計画相談支援の位置づけについて

ここでは、障害福祉サービス等や計画相談支援の支給決定にかかるプロセスや、計画相談支援等の対象者について説明します。

1 相談支援事業の概要

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、「障害者総合支援法」という。）及び児童福祉法の改正により相談支援事業体系が見直され、平成 24 年 4 月から相談支援事業は下記 4 種類に再編されました。

計画相談支援や障害児相談支援は、平成 24 年度から段階的に対象を拡大し、平成 27 年 3 月末までに原則として全ての障害福祉サービス等を利用する障害者等を対象とすることとされました。

《相談支援事業体系》

	市町村による 相談支援	計画相談支援	障害児相談支援	地域相談支援
実施主体	市町村	指定特定 相談支援事業者	指定障害児 相談支援事業者	指定一般 相談支援事業者
事業者 指定	—	市町村	市町村	都道府県・指定都 市・中核市
対象者	全ての障害児・者及 びその家族等	・障害福祉サービス を申請した障害児、 障害者 ・地域相談支援を申 請した障害者	障害児通所支援を申 請した障害児	【地域移行支援】 入所・入院している 障害者等 【地域定着支援】 緊急時等の支援体制 が必要な障害者
サービス 内容	・日常生活等に関す る相談、情報提供等	・サービス利用支援 ・継続サービス利用 支援	・障害児支援利用援 助 ・継続障害児支援利 用援助	・地域移行支援 ・地域定着支援
根拠法	障害者総合支援法	障害者総合支援法	児童福祉法	障害者総合支援法
実施事業 者	委託相談支援事業所	指定特定相談支援事 業者	指定障害児相談支援 事業者	指定一般相談支援事 業者
事業者の 手続き	現在は募集していま せん	指定申請を行い、事業者指定を受けます		

<参考>

「基本相談支援」

『サービス等利用計画』、『障害児支援利用計画』に関わる「計画相談支援」や「障害児相談支援」に注目されがちですが、障害福祉サービス等の利用者、その他、相談を希望する障害のある方々に対して相談支援専門員が行う相談の「基本」となる相談が「基本相談」であり、相談支援のベースになるものです。（総合支援法第 5 条第 19 項、総合支援法施行規則第 6 条の 11）

2 計画相談支援と障害児相談支援の対象者

(1) 計画相談支援

障害福祉サービス等の支給に係る申請（変更の申請を含む）を行う障害者、障害児の保護者、又は地域相談支援給付費の支給に係る申請を行う障害者が原則として対象となります。

ただし、当該申請者が、介護保険制度のサービスを利用する場合については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成対象者となるため、障害福祉サービス固有のものと認められる行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等の利用を希望する場合のみ計画相談支援の対象となります。（介護保険サービスへの居宅介護等の上乗せのみの場合は対象者となりません）。

また、障害児が児童福祉法に基づく障害児通所支援と障害福祉サービスの両方を利用する場合には、理論上、計画相談支援及び児童福祉法に基づく障害児相談支援の対象となりますが、報酬については障害児相談支援給付費のみ支給することとなるため、運用上は、計画相談支援の対象者とはしないこととします。

【提出先】

各区障害高齢課（宮城総合支所管内は、宮城総合支所保健福祉課）

(2) 障害児相談支援

障害児通所支援給付費の申請（変更申請含む）を行う障害児の保護者が対象者となります。

障害児入所支援給付費の支給に係る申請については、児童相談所（本市においては北部・南部アーチル）が専門的に判断を行うため、障害児相談支援の対象者とはなりません。

【提出先】

未就学児：北部発達相談支援センター（青葉区・宮城野区・泉区）

南部発達相談支援センター（若林区・太白区）

未就学児以外：各区障害高齢課（宮城総合支所管内は、宮城総合支所保健福祉課）

※なお、児童発達支援センター並びに児童発達支援事業の支給決定期間は、当該年度の4月1日から翌年3月31日までとなります。追加で障害福祉サービスの介護給付を受給する場合は、申請書並びに障害児支援計画案の提出は上記発達相談支援センターとなります。

すでに介護給付を受給している場合は、支給決定期間が誕生月で受給者証が発行されているため、各区障害高齢課と協議をすることで、支給決定期間を（4月1日から翌年3月31日に）揃えることが可能です。

(3) 計画相談支援等の導入時期

計画相談支援等を導入するのは、障害福祉サービス等の支給決定を伴うときです。ただし、利用者から、障害福祉サービス等の更新時期ではない時期に、相談支援事業者に相談があることもあります。そのような場合は、障害福祉サービス等の更新時期までお待ちい

ただくことも考えられます。しかし、面談等で把握した利用者の生活上の困りごとやニーズ等が現在の支給量で充足されているか（過剰ではないか）という視点で確認し、必要に応じ、障害福祉サービス等の変更を行うこともできます。

《利用するサービスと対象となる相談支援の種類（例）》

	利用するサービス	計画相談支援	障害児相談支援
障害者	障害福祉サービスのみ	○	×
	地域相談支援のみ	○	×
	地域生活支援事業のみ	×	×
	障害福祉サービス及び地域生活支援事業	○	×
	地域相談支援及び地域生活支援事業	○	×
	障害福祉サービス（行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援、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等）及び介護保険制度のサービス	○	×
	障害福祉サービス（居宅介護等の上乗せのみ）及び介護保険制度のサービス	×	×
障害児	障害福祉サービスのみ	○	×
	障害児通所支援のみ	×	○
	障害児入所支援のみ	×	×
	地域生活支援事業のみ	×	×
	障害福祉サービス及び障害児通所支援	×	○
	障害福祉サービス及び地域生活支援事業	○	×
	障害児通所支援及び地域生活支援事業	×	○

3 支給決定に係るプロセスと手順

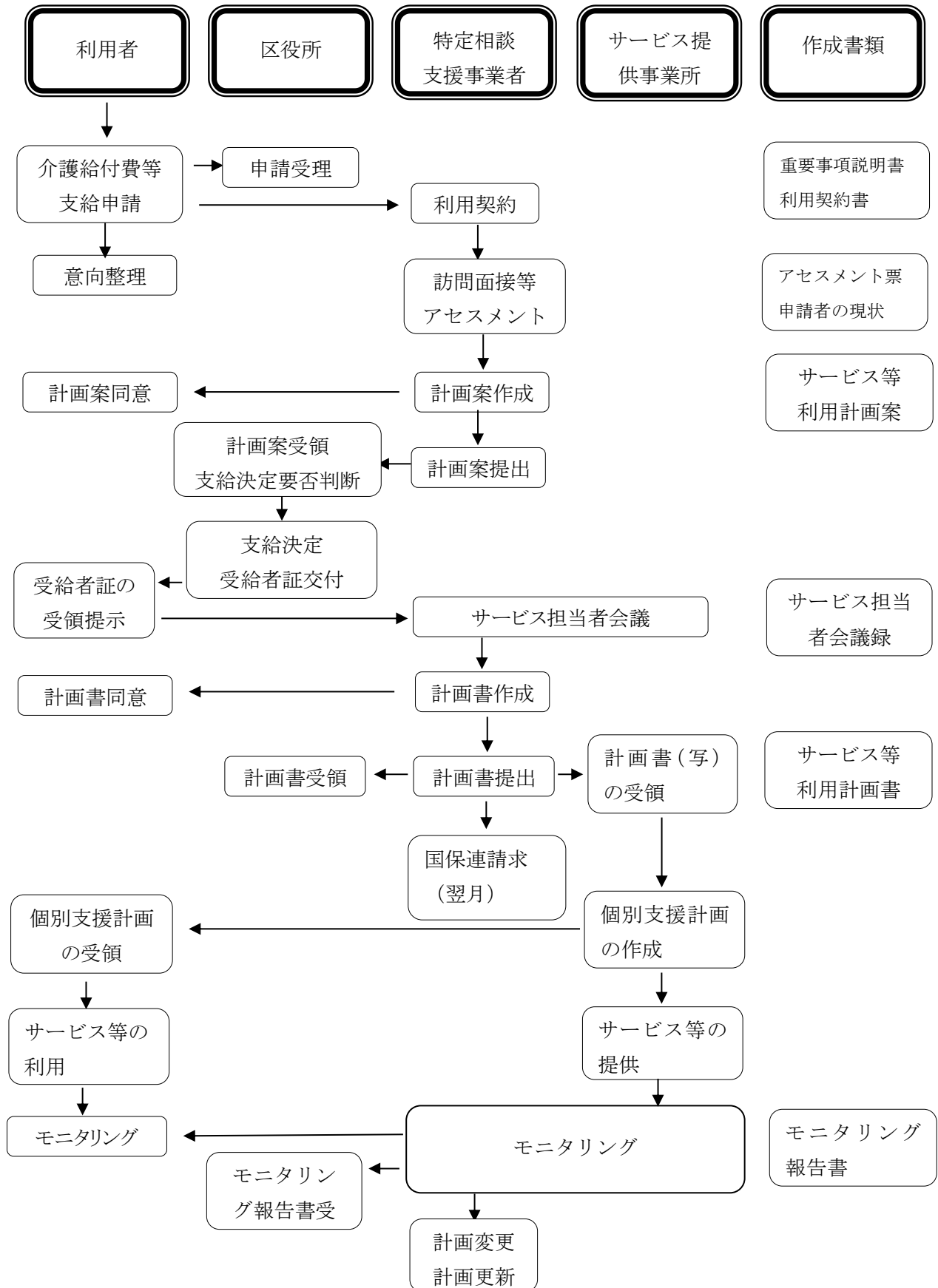
計画相談支援等の施行によって、市町村は障害福祉サービス等の支給申請者に対し、サービス等の支給決定前にサービス等利用計画案等（※）の提出を求め、これを勘案し支給決定することが定められています。障害福祉サービス等の支給決定（新規，更新，変更のいずれか）にかかわるプロセスは次ページのとおりです。

また、計画相談支援等の利用を希望しない場合等には、指定特定相談支援事業者等が作成する「サービス等利用計画案等」に代えて、本人や家族、支援者等が「セルフプラン」を作成し提出することができます。

（※）サービス等利用計画案

本人の希望や課題に対して、継続的かつ計画的に適切な福祉サービス等が提供されるよう作成するものです。必要なサービスと量について、本人の健康状態や家族の状況などをアセスメントし、作成していきます。

《障害福祉サービス等の支給申請からサービス利用までの流れ》



(1) 計画相談支援・障害児相談支援を利用した場合の流れ

(請求との関連は 26 ページ以降を参照)

① サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出依頼

区役所等では、障害福祉サービス等の支給申請をした方のうち、計画案の作成対象者に対し、「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書」を交付します。依頼書に記載された提出期限までに、サービス等利用計画案等を提出します。

② 利用契約の締結

利用者と指定特定相談支援事業者等が、利用契約を締結します。

なお、契約するという行為は、利用者自身のサービスや事業所を選択、決定する権利を確認し、その障害特性に応じた配慮をしながら、その希望の実現を目指していくものになります。

③ サービス等利用計画（案）等の提出

指定特定相談支援事業者等が、作成したサービス等利用計画案等その他必要書類を区役所等に提出します。

④ 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給通知書

区役所等では提出されたサービス等利用計画案等及び支給審査基準に基づき障害福祉サービス等の支給決定等を行い、併せて計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給通知を行うとともに、受給者証を交付します。

⑤ サービス担当者会議

ご本人（参加が難しい場合は理由や経過などを記録しておくことが望ましい。）、ご家族、相談支援専門員、サービス提供者、その他（教育・医療・行政など支援に関わる関係者）が一堂に会し、ご本人のニーズ（希望や課題等）整理や各関係者から意見を求めるために開催します。

なお、ヤングケアラー（法令上の定義はないが、一般に大人が担うとされる家事や家族の世話を日常的に行う児童）のいる世帯については、参加者にヤングケアラーである家族の通学する教育機関等の担当者を含め積極的な連携を行うこと。

（令和 3 年 7 月付 厚生労働省 事務連絡 より）

⑥ サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成

障害福祉サービス等の支給決定の後、支給決定の内容、担当者会議の内容を踏まえて指定特定相談支援事業者等がサービス等利用計画等を作成し、区役所等に提出します。

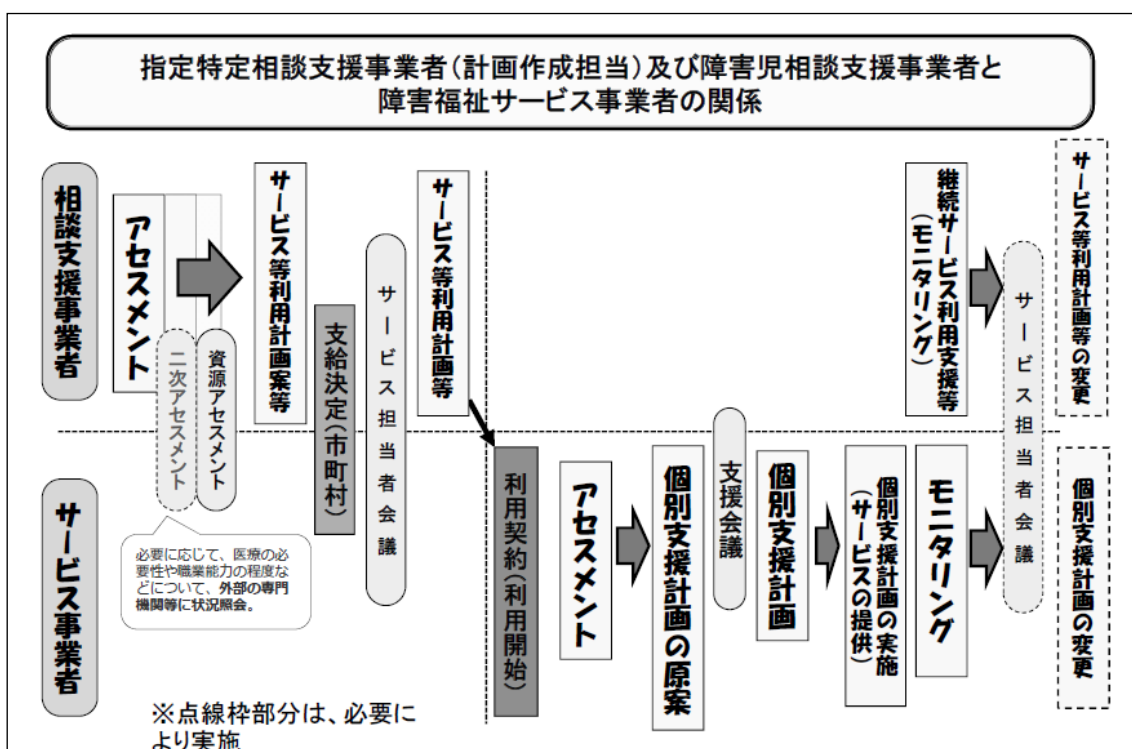
(※) 作成したサービス等利用計画（案）にご本人からの同意を得ることで、本計画（本プラン）に確定させ、請求が可能となります。

⑦ 継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助（モニタリング）の実施

指定特定相談支援事業者等が、モニタリング期間に応じてモニタリングを実施し、利用者及びその家族、障害福祉サービス事業者等から、利用状況などの聞き取りを行います。

(2) サービス等利用計画等と個別支援計画の関係

計画相談支援等の導入により、障害福祉サービス等のサービス管理責任者は、「サービス等利用計画等」における総合的な援助方針等と整合性のとれた内容の個別支援計画を作成することとなります。



(3) 受給者証の表示

計画相談支援給付費が支給されている場合は、障害福祉サービス受給者証の五面に、障害児相談支援給付費が支給されている場合は、通所受給者証の四面に、地域相談支援給付費が支給されている場合は、地域相談支援受給者証の四面に、それぞれ記載されます。

(4) セルフプラン

計画相談支援（障害児相談支援）を利用せずに、サービス利用者、家族、支援者が作成したサービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）を提出することもできます。

Ⅱ 計画相談支援 及び 障害児相談支援

ここでは，計画相談支援等の具体的な支援内容，モニタリング期間，基本手順等について説明します。

1 計画相談支援及び障害児相談支援の内容

(指定特定相談支援事業の運営に関する基準より)

(1) サービス利用支援及び障害児支援利用援助

サービス利用支援等とは、以下の支援のいずれも行うものをいいます。

- ① 障害福祉サービス等の申請若しくは変更の申請に係る障害者若しくは障害児又は地域相談支援の申請に係る障害者の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービス等の種類及び内容その他の厚生労働省令で定める事項を記載した「サービス等利用計画案等」を作成します。

【サービス等利用計画案等の記載事項】

ア 利用者及びその家族の生活に対する意向

イ 総合的な援助の方針

ウ 生活全般の解決すべき課題

エ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期

オ 福祉サービス等の種類、内容、量

カ 福祉サービス等を提供する上での留意事項

キ モニタリング期間

※ 指定特定相談支援事業者等以外の者が作成する場合（セルフプラン等）のサービス等利用計画案等の記載事項についても、上記に準じることとします（キを除く。）。

- ② 支給決定（変更を含む）後に、指定障害福祉サービス事業者、指定一般相談支援事業者等との連絡調整等の便宜を供与するとともに、支給決定又は地域相談支援給付決定に係るサービスの種類及び内容、担当者その他厚生労働省令で定める事項を記載した「サービス等利用計画等」を作成します。

【サービス等利用計画等の記載事項】

サービス等利用計画案等の内容に加え、以下の事項を追加。

ア 福祉サービス等の利用料

イ 福祉サービス等の事業所名・担当者名

(2) 継続サービス利用支援及び継続障害児利用援助（モニタリング）

継続サービス利用支援等とは、支給決定障害者等が、支給決定の有効期間内において、当該者に係るサービス等利用計画等が適切であるかどうかにつき、厚生労働省令で定める期間（モニタリング期間）ごとに、障害福祉サービス等の利用状況を検証し、その結果及び心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、サービス等利用計画等の見直しを行い、その結果に基づき、次のいずれかの便宜の供与を行うことをいいます。

- ア サービス等利用計画等を変更するとともに、関係者との連絡調整等の便宜を供与。
- イ 新たな支給決定（変更を含む）が必要と認められる場合において、当該支給決定障害者等に対し、当該申請の勸奨を行う。

（３）モニタリング期間の設定

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。モニタリング実施の標準期間が段階的に変更され、平成 31 年度からの取扱いは次ページのとおりとなります。

モニタリング期間は、区役所（未就学児の障害児相談支援はアーチル）が、指定特定相談支援事業者等の提案を踏まえ、以下の勘案事項及び期間を勘案して対象者ごとに定めます。なお次ページは、厚生労働省令で定める標準期間ですが、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の提案等を十分に踏まえながら、設定します。

そのため、相談支援専門員が、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（案）を作成する際は、その理由や根拠をサービス等利用計画案の備考等に記載をして区役所等にご相談ください。

また、児童の年齢により、更新月が年度末であったり、誕生日であるなど取扱いが異なりますので、モニタリング期間の設定にあたっては、注意が必要です。

なお、令和 3 年度報酬改定により創設された「集中支援加算」は、臨時的、不定期な業務を想定した加算であり、頻回に又は定期的に算定される場合には、支援の検証を行い、モニタリング頻度を短縮する等の見直しを検討する必要があります。

モニタリング期間設定時の勘案事項として

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

一般的には、状態が不安定で障害福祉サービス事業者等との連絡調整等を頻回に行わなければならない場合はモニタリング期間が短くなることが想定され、逆に、状態が安定している場合はモニタリング期間が長くなることが想定される。

（相談支援に関する 相談支援に関する 相談支援に関する 相談支援に関する Q&A 令和 3 年 4 月 8 日より抜粋）

《モニタリング標準期間（平成31年度～）》

頻度	対象者
毎月 (当初3か月)	a) 新規支給決定者（初めて障害福祉サービスを利用する者） b) 支給決定変更によりサービスの種類、内容又は量に著しく変動があった者
毎月	a) 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 b) 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者等との連絡調整を行うことが困難である者 c) 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うち、四肢の麻痺及び寝たきり状態にある者、若しくは知的障害又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か月ごと	a) 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、就労移行支援、自立訓練、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 b) 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	a) 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） b) 障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者又は重度障害者等包括支援の利用者

※現に計画作成済みの対象者については、更新または計画再作成（又は変更）から上記のモニタリング期間が適用されます。

参考：標準期間よりも短い期間でのモニタリングを実施場合の例

- ・虐待（疑い）のある世帯 ➡（毎月等）
- ・医療的ケアなどがあり、体調が変化しやすい方 ➡（隔月等）
- ・新しいサービスを利用すると定着までに半年程度かかる方 ➡（6か月間は毎月）
- ・毎年、年度替わり等に気持ちの変化が大きい方 ➡（3月、4月）
- ・長期休み前に調整が必要な方 ➡（6月）
- ・医療観察法対象者、犯罪をした者
- ・ヤングケアラーのいる世帯

※虐待が疑われる世帯、ヤングケアラーのいる世帯に関しては、モニタリングにより、居宅、施設等への訪問を通じて本人やその家族の状況等を把握し、各関係機関と情報共有を行い対応を行うことが重要です。

2 計画相談支援給付費等の支給期間とモニタリング期間の取扱い

(1) 計画相談支援給付費等の支給期間の開始日

- ① 新規に計画相談支援給付費等の対象となる者
障害福祉サービス等の申請日
- ② 既に計画相談支援給付費等の対象となっている者
更新前の支給期間の翌月 1 日

(2) 支給期間の終期日

計画相談支援給付費等の支給期間の終期日は、計画相談支援対象者又は障害児相談支援対象者が利用する障害福祉サービス等の支給決定の有効期間のうち最長の有効期間の終期日を基本とします。

※計画相談支援における終結

- ・プランに設定した目標が達成され、目標を更新する必要がなくなった場合（自分自身でマネジメントできるようになりセルフプランへの移行も含む）
- ・支援対象者である本人が希望しなくなった場合
- ・支援機関としての役割を終えた場合（障害福祉サービスの利用終了、介護保険への移行、転居、死亡等）

計画相談支援が終結する際には、終結に至った状況をモニタリング報告書に記載して提出します。福祉サービスの利用が終了しても継続した相談支援が必要な場合は、地域の相談支援事業所等に繋がります。

また、サービス終了前後の他機関へのつなぎの支援については、要件を満たした場合に評価され、居宅介護支援事業所等連携加算や保育・教育等移行支援加算を算定できます。

(3) モニタリング期間の開始月

継続サービス利用支援等の開始月については、支給決定の有効期間の終期月において継続サービス利用支援等を実施することを前提に、当該者に係るモニタリング期間を勘案して設定することとします。

※ 支給決定の有効期間の終期月においては、対象者の状況に応じて、継続サービス利用支援等と併せて支給決定の更新等のためのサービス利用支援等を実施（報酬はサービス利用支援等の報酬のみ算定）。

モニタリング期間の表記の仕方については、国の示す記載例では分かりにくいいため、本市としては、実際のモニタリング実施月を記載する形とします。

(4) モニタリング期間の終期月

原則として、計画相談支援給付費等の支給期間の終期月（障害福祉サービス等の支給決定の有効期間の終期月）と同じとします。

【例】新規でサービスを利用する場合

- ・ 障害福祉サービスの支給決定有効期間の開始日 2月1日
 - ・ 最長の支給決定有効期間の満了日 同年12月31日
 - ・ モニタリング期間 3月ごと
- ⇒モニタリング期間 2月, 3月, 4月, 7月, 10月, 12月

3 計画相談支援及び障害児相談支援の具体的取扱い方針

(1) サービス利用支援及び障害児支援利用援助

① アセスメント及びサービス等利用計画案等の作成

相談支援専門員は、利用者の居宅等を訪問し、利用者及びその家族に面接によるアセスメントを行い、サービス等利用計画案等(モニタリング期間の提案を含む)を作成します。

アセスメントとは、利用者が既に提供を受けている福祉サービス等や利用者を取り巻く環境等の評価を通じて、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要です。

なお、当該アセスメントは、相談支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、その者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければなりません。

なお、アセスメントの記録は、5年間保存しなければなりません。

② サービス等利用計画案等の交付

サービス等利用計画案等の内容について、文書により利用者等の同意を得た上で、当該サービス等利用計画案等を利用者等に交付し、区役所等に提出します。

なお、サービス等利用計画案等は、5年間保存しなければなりません。

③ サービス担当者会議の開催等

支給決定後、指定障害福祉サービス事業者等と連絡調整を行うとともに、サービス担当者会議の開催等により、サービス等利用計画案等の内容について説明を行い、担当者から、専門的な見地からの意見を求めます。

なお、指定障害福祉サービス事業者、指定一般相談支援事業者及び指定障害児通所支援事業者は、指定特定相談支援事業者等が行う連絡調整に協力しなければならない旨が省令において規定されています。

また、サービス担当者会議等の記録は5年間保存しなければなりません。

④ サービス等利用計画等の作成及び交付

③により求めた意見等を踏まえてサービス等利用計画等を作成し、文書により利用者等の同意を得た上で、利用者等及び当該利用者が利用する障害福祉サービス事業所等に交付するとともに、区役所等にも提出します。

なお、サービス等利用計画等は、5年間保存しなければなりません。

(2) 継続サービス利用支援及び継続障害児支援利用援助

相談支援専門員は、サービス等利用計画等の作成後においても、利用者及びその家族、福祉サービス事業者等との連絡を継続的に行い、区役所等が支給決定の際に利用者に対して通知するモニタリング期間ごとに、利用者の居宅、精神科病院又は障害者支援施設等で面接を行い、その結果を記録することが必要です。

なお、福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整に関する記録及びモニタリングの結果の記録は、5年間保存しなければなりません。

4 「サービス利用支援及び障害児支援利用援助」の基本手順

計画相談支援等を適用する場合、基本的には以下の手順により進めますが、申請者の状態・状況に応じて、適宜、相談支援事業所の紹介、相談支援事業所との協議・調整等を行いながら進めます。

- ① 区役所等が申請者に対し、サービス等利用計画案等の提出を依頼（サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書）します。なお、必要な場合には、障害支援区分認定調査等の案内も行います。
- ② 申請者が指定特定相談支援事業者等と計画相談支援等の提供について利用契約を結びます。
- ③ 指定特定相談支援事業者等が（居宅等への訪問によりアセスメントを行った上で）サービス等利用計画案等（モニタリング期間の提案も記載）を作成し申請者へ交付します。
- ④ 申請者又は指定特定相談支援事業者等が区役所等に対し、次の書類を提出します。
 - ・サービス等利用計画案（障害児支援利用計画案）
 - ・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
 - ・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書（契約した指定特定相談支援事業者等に係る届出）
- ⑤ 区役所等は障害福祉サービスの支給（却下）又は地域相談支援給付（却下）決定と併せて計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給（却下）を決定し申請者へ通知します。

併せて障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証に必要な事項を記載して申請者に交付します。

- ⑥ 指定特定相談支援事業者等は、障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うとともに、サービス等利用計画等を作成し、利用者へ交付、及び区役所等へ1部提出します。

5 「継続サービス利用支援及び継続障害児支援利用援助」（モニタリング）の基本手順等

（１）モニタリングの実施

相談支援専門員は、サービス等利用計画等の作成後においても、利用者及びその家族、福祉サービス事業者等との連絡を継続的に行います。区役所等が支給決定の際に利用者へ通知する「モニタリング実施月」ごとに、相談支援専門員が利用者の居宅等で面接を行い、サービスの利用状況を検証し、その結果をモニタリング報告書に記録します。

モニタリング報告書は必要に応じて（44～45 ページ参照）区役所等へ1部提出します。

（２）モニタリング期間の変更（モニタリング実施月の変更）

相談支援専門員は、モニタリングの結果、モニタリング実施月の変更が必要と判断する場合は、その旨をモニタリング報告書の「計画変更の必要性」の欄にその理由と変更後のモニタリング期間と実施月を記載すると共に区役所等の担当者へ伝えます。

区役所等は、これを受けてモニタリング実施月を変更する場合は、モニタリング期間変更通知書により利用者へ通知（利用者に受給者証の提出を求めモニタリング期間の記載を変更）します。

（３）サービス等利用計画等、支給決定の変更

相談支援専門員は、モニタリングの結果、支給決定の変更が必要と判断する場合は、（サービス等利用計画等作成時と同様に）計画の変更に係る手続きや連絡調整などを行う必要があります。

なお、利用者等の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を行う場合には、この必要はありません。

（４）利用者が契約する指定特定相談支援事業者等の変更

利用者が、契約する指定特定相談支援事業者等の変更を希望する場合には、計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書及び受給者証を区役所等へ提出します。区役所等が、受給者証の記載を変更し利用者へ返還します。

（５）ケアマネ（介護保険）への移行について

65歳になると、障害者総合支援法より介護保険が優先されるため、介護保険と内容が重複しているサービスについては介護保険への移行が必要です。利用される方が制度の移行に不安なく、スムーズに介護保険に移行できるように、早めに準備を進めていくことが大切です。

<介護保険サービス優先の捉え方>

障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、

一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。（中略）

市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること。

（障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について（平成19年通知）より抜粋）

(6) 介護保険への移行の留意点

- ・65歳到達（特定疾病がある場合は40歳到達）の3か月前より介護保険（介護認定）の申請の手続き開始。（この頃から地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携しておくとのスムーズです。65歳到達直前の引継ぎにならないよう気を付けましょう。）
- ・障害福祉サービスの居宅介護は介護保険の訪問介護に移行になりますが、障害福祉サービスでの支給量が介護認定によっては減ってしまう場合があるため注意が必要です。要件を満たせば障害福祉サービスで上乗せできる場合もありますが、介護保険への移行を見越して本当に必要なサービス量についてアセスメントを深めておくことで円滑な移行ができるよう努めます。（家庭状況により訪問介護が支給されない場合は、居宅介護の上乗せはできません。）
- ・障害福祉固有のサービスは、介護保険サービスと併用して利用できます。
- ・障害特性により介護保険施設では対応が困難な場合は、障害福祉サービスの利用が認められることがあります。（生活介護、短期入所、共同生活援助等）
- ・介護保険移行後は、介護保険のケアマネージャーが障害福祉サービスも含めたプランを作成しますが、ケアマネージャーだけでプランを作成するのが困難な場合は、障害福祉の観点からその必要性や支給量を判断して相談支援専門員がサービス等利用計画を作成することも認められます。
- ・給付費の請求は、「居宅介護支援費重複減算」「介護予防支援費重複減算」に留意すること。

<参考>

介護保険制度のケアプラン作成対象者の場合であって、重度訪問介護による外出支援等、障害福祉の観点からその必要性や支給量について判断する必要がある場合については、サービス等利用計画の作成対象者として良いか。

○市町村が支給決定に当たってサービス等利用計画が必要と認める場合には、作成対象者として差し支えない。

○「市町村が必要と認める場合とは、基本的には、介護保険のケアマネージャーが障害福祉サービスも含めたプランを作成すべきであるが、ケアマネージャーだけでプランを作成するのが困難である場合を想定している。

・平成24年3月6日事務連絡 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課 より

・H24.3.6 相談支援関係 Q&A より

※参考：「まるっとつなぎたいはく」（太白区役所ホームページから印刷できます）

太白区トップページ>健康・福祉・子育て>障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行パンフレットを作成しました。

QRコード



Ⅲ 業務運営の実践例とポイント

ここでは、相談支援専門員の具体的な実践（動き方の例）について、説明します。

1 各種締切と1か月ごとの活動との関係

計画相談支援等は、障害福祉サービス等の支給決定を勘案するための根拠となるもので、区障害高齢課等に定められた期日までに提出する必要があります。また、報酬を得るための国民健康保険連合会（国保連）への請求の締切も定められているため、これらの期日を目安として、1か月の活動をスケジュールリングしていきます（表1）。

表1 各種締切を活用した1か月の活動例

日	締切	相談支援専門員の基本的な動き				
1日		国保連請求事務 （前月の実績と記録の確認）	当該月サービス更新者の訪問と書類作成	当該月のモニタリング実施（相談者宅訪問・サービス提供事業者への連絡）・書類作成	受給者証が発行された対象者のサービス担当者会議	その他（新規利用者の対応・各種研修や協議会等への参加など）
2日						
3日						
4日						
5日						
6日						
7日						
8日						
9日						
10日	国保連請求					
11日						
12日						
13日						
14日						
15日	サービス等利用計画案提出締切					
16日						
17日						
18日						
19日						
20日						
21日						
22日						
23日						
24日						
25日						
26日						
27日						
28日						
29日						
30日						
31日						

2 相談支援専門員の活動例

相談支援専門員は、訪問などのアウトリーチが主たる支援方法となります。そのため、事業所内での各種記録作成と訪問などをうまく組み合わせたスケジュール管理が重要となります。以下は、仙台市内の指定特定相談支援事業者から聞き取った内容を基に、支援方法ごとの工夫のポイント及び、相談支援専門員の具体的な動き方の例を示したものです。

① 訪問

- ・利用者の状況や今回の訪問目的を考慮し、訪問にかかる時間を概算する。
- ・訪問の日程調整は、利用者（家族）の特徴に応じて、電話、FAX、電子メール、対面でのやりとりなど、様々な方法を活用する。
- ・初回訪問など、じっくり話を聞いたほうが良いと判断する場合、次の予定は余裕を持って入れる。
- ・事業所から利用者宅などの訪問先までの移動距離や方向、訪問間の移動時間等を勘案しながら、「複数訪問が出来ないか」、「区役所や、事業所への用事も一緒に済ませられないか」なども含めて、1日のスケジュールを組み立てる。

② サービス担当者会議

- ・参集機関が多くなるほど、日程調整は早めに行う。調整の結果、どうしても参加できない機関には、「事前に状況を聞き、担当者会議で伝える」、「担当者会議の結果を報告する」などを行い、必要な情報が支援者間で共有できるよう工夫する。

③ 連絡・調整

- ・連絡したい相手に合った方法（電話、FAX、電子メール、対面等）で連絡することで、スムーズな情報のやりとりができる。
- ・相談支援専門員が事務室不在時は、その事業所や法人の状況に応じた工夫をする。たとえば、他事業と事務室が同じ場合は、そちらの職員に電話対応をしてもらう。

④ 記録など

- ・モニタリングやサービス担当者会議は、その場で手書きにて追記や修正し、その場で利用者から同意（署名）をもらえるようにする。
- ・訪問等で外出しない日（時間帯）を定期的に設定し、帳票類の作成や各種事務のための時間を確保する。

⑤ 区自立支援協議会への参加

- ・支援者間のネットワークを拡大し困ったときに相談できる人や場を増やしたり、地域の課題等について共有し解決方法を模索したりする場であるため、可能な限り参加する。

<参考> 自立協の活動事例

- ・区によって運営の方法は異なるが、相談支援事業所が中心となって開催される会議体などは、計画案の記載方法などのスキルアップの機会等を設けていたりする。
- ・実務者ネットワークなどでは、様々な分野の方との出会いも多く、福祉サービス以外のアプローチのヒントとなることも多い。

※事例検討への参加は「機能強化型（継続）サービス利用支援費」の算定要件になっている。

⑥ その他、スケジューリングの工夫

- ・各所からの連絡や相談が多い曜日や時間帯は、訪問やサービス担当者会議などの予定を入れず、事務室内で作業をする時間とする。
- ・事務室内のホワイトボードや台帳などを活用し、相談支援専門員の予定や利用者ごとのモニタリング時期を可視化し、支援の抜けや漏れがないようにしている。
- ・児童発達支援の更新、進学や卒業に伴い、3月は更新者が多くなります。対象者のライフステージの変化を共有しながら活動を組み立てている。
- ・訪問時にPCを持参することで手書き記録をデータ入力する業務を省略している。
- ・「小型スキャナー」を持参することで書類の受け渡しを省略している。
- ・テレビ電話装置等を活用して会議を行い移動にかかる時間を省略している。

⑦ 自己研鑽

- ・相談支援専門員の仕事は、福祉サービスの提供調整だけではなく、生活全般へのアプローチとなるため、非常に多岐にわたります。そのため、ご本人にとって、より豊かな生活の選択を提示するためには、相談支援専門員自身が常に学びの姿勢を持ち、様々なネットワークを形成し続けることが重要です。
- ・自己を磨いていくこと（研修の受講、OJTを受ける機会を積極的に活用等）
- ・ネットワークを作っていくこと（同じ相談支援専門員で頼れる仲間を作る等）
- ・他（多）職種を理解し、チームを作っていくこと（得意分野を知る、一緒に課題を乗り越える等）
- ・地域を知ること（ご本人の住んでいる生活圏域を共に歩く等）

これらの工夫を基に、相談支援専門員の具体的な動き方の例を示します。なお、1人事業所と複数職員配置事業所では、動き方に違いがあります。

複数職員を配置している場合、学びあいや各種研修への参加等がしやすくなります。具体的には、「定期的にケースレビューを行い、支援の抜けや漏れがないかの確認をする」、「複数職員で支援する機会を作り、支援スキルを学びあう」ことなどが可能となります。

また、各職員の担当ケース数だけでなく、更新月が分散するようになり、どの程度支援が必要なケースか等を勘案しながら、担当者を決めていきます。

相談支援を通して障害のある方のニーズを充足することが私たちの役割です。そのことに時間を十分に当てられるように、再度事業所の中で当たり前に行っている業務を見直し、省略できる業務や重複している業務がないか確認してみてください。

ア) 1人事業所における1週間のスケジュール例

	月	火	水	木	金
8:00	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤(直行)
	所内ミーティング	所内ミーティング	所内ミーティング	所内ミーティング	
10:00	訪問等の準備	利用者と一緒に事業所見学	職員会議	区役所へ書類提出	緊急での家庭訪問
	家庭訪問		事務処理 連絡調整等	区自立協 相談支援事業所等 連絡会	
	家庭訪問	家庭訪問			
12:00	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩
14:00	サービス担当者会議 (日中活動施設)	提出書類の準備 訪問の準備	来所相談 (新規の相談)	訪問等の準備	
	記録作成 帳票類作成	区役所へ 書類提出 ケース打合せ	記録作成 連絡調整	ケア会議	家庭訪問
	電話等による 連絡調整	家庭訪問	家庭訪問	病院内で面接	
		家庭訪問	家庭訪問	病院SWと打合せ	連絡調整 記録作成等
16:00			家庭訪問	記録作成 帳票類作成	
18:00	退勤	退勤(直帰)	退勤(直帰)	退勤	退勤
効率化の工夫	*1…距離的に近い利用者宅を順に訪問	*2…訪問前に区役所に寄り、書類提出。その際、区担当職員と気になるケースについて共有。	*3…同じグループホームに同居している利用者宅を順に訪問。	*4…区自立協前に、区役所窓口で書類提出 *5…精神科病院でのケア会議後、同じ病院に入院している他利用者と面接、SWとの打合せを実施。	*6…前日夜、自宅で落ち着かなくなり急遽家庭訪問。先週に引き続き2回目の訪問。 *7…緊急訪問のケースについて、次週、サービス担当者会議を開催するための連絡調整。

イ) 2人事業所における1週間のスケジュール例

	月		火		水		木		金	
	相談員A	相談員B	相談員A	相談員B	相談員A	相談員B	相談員A	相談員B	相談員A	相談員B
8:00	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤		出勤	出勤	出勤(直行)	出勤(直行)
	所内ミーティング		所内ミーティング		連絡調整	出勤	所内ミーティング			
10:00	訪問等の準備	家庭訪問	ケースレビュー		利用者と一緒に事業所見学	事務処理 連絡調整等	訪問等の準備	区役所へ提出	緊急での家庭訪問	緊急での家庭訪問
	家庭訪問	訪問等の準備	事務処理 連絡調整等	サービス担当者会議	家庭訪問	昼休憩	区自立協 相談支援事業所等連絡会		緊急での家庭訪問	記録作成 連絡調整
	家庭訪問	昼休憩	昼休憩	昼休憩	家庭訪問	昼休憩				
12:00	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩	昼休憩
14:00	サービス担当者会議 (日中活動施設)	ケア会議	提出書類準備 訪問の準備等	家庭訪問	訪問等の準備 記録作成等	利用者と一緒に事業所見学	訪問等の準備		家庭訪問	訪問等の準備
	施設職員と打合せ	面接	区役所へ書類提出 ケース打合せ	家庭訪問	来所相談 (新規の相談)		ケア会議		区役所へ書類提出 ケース打合せ	家庭訪問
	記録作成 帳票類作成	連絡調整 記録作成等	家庭訪問	記録作成 帳票類作成等	家庭訪問	連絡調整 記録作成等	面接	外部研修参加	連絡調整 記録作成等	家庭訪問
	家庭訪問		家庭訪問		家庭訪問	区自立協 実務者NW会議	記録作成 帳票類作成等		連絡調整	連絡調整
16:00					家庭訪問	退勤(直帰)	記録作成 帳票類作成等			
18:00	退勤	退勤	退勤	退勤	退勤(直帰)	退勤(直帰)	退勤	退勤	退勤	退勤
効率化の工夫	*1…今後、緊急対応が必要になることが考えられるため、複数職員で訪問。		*2…モニタリングに合わせて、支援の進捗についてレビューを実施。		*3…複雑な状況と考えると、2人体制で面接を実施。				*4…前日夜、自宅で落ち着かなくなり急遽家庭訪問。まず、2人体制で状況確認後、相談員Bは事業所に戻り、各種支援機関等との調整。	

IV 相談支援実践と 報酬請求との関連性について

ここでは、報酬請求に必要な支援について概説した後、基本報酬及び加算・減算について説明します。

1 報酬請求の要件と支給額

(1) 計画相談支援給付費の支給要件

サービス利用支援費は、指定特定相談支援事業者等がサービス利用支援等（以下ア～エ）を行い、利用計画について利用者の同意を得た場合に算定します。制度上は利用者に支給されますが、指定特定相談支援事業者等が国民健康保険連合会（国保連）へ請求することで代理受領します。利用者負担はありません。

- ア) サービス等利用計画作成のためのアセスメントに係る利用者の居宅への訪問（面接）
- イ) サービス等利用計画案及びサービス等利用計画に係る利用者又はその家族への説明（～同意）
- ウ) サービス等利用計画案及びサービス等利用計画の利用者又は障害児の保護者及び担当者への交付
- エ) サービス担当者会議の開催等による担当者への説明及び専門的な意見の聴取

継続サービス利用支援費は、指定特定相談支援事業者等が継続サービス利用支援等（以下ア、イ）を行い、サービス利用支援費と同様に算定し、指定特定相談支援事業者等が代理受領します。

- ア) 利用者の居宅等への訪問（面接）
- イ) アの結果、必要に応じて、サービス等利用計画の変更に係る手続き

(2) 障害児相談支援給付費と計画相談支援給付費との適用関係

障害児相談支援給付費は、指定障害児相談支援事業者が障害児支援利用援助又は継続障害児支援利用援助を行った場合に支給されます。具体的な要件については、上記（1）と同様です。障害児が障害福祉サービスと障害児相談支援の両方を利用する場合には、計画相談支援及び障害児相談支援の対象となりますが、障害児相談支援のみ報酬請求が可能のため、本市では、障害児相談支援として支給決定しています。

(3) 相談支援専門員がサービス提供事業所の職員と兼務する場合のモニタリングの取扱い

指定特定相談支援事業者等に置くべき相談支援専門員は、原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事させてはならないこととされています。この場合のサービス提供時間帯とは、相談支援専門員の当該事業所における勤務時間をいうものであり、当該相談支援専門員の常勤・非常勤の別は問いません。ただし、指定計画相談支援等の業務に支障がない場合においては、相談支援専門員を当該指定特定相談支援事業所等の他の業務又は他の事業所・施設等の業務に従事させることができます。

相談支援専門員が担当する障害者が利用するサービス提供事業所の職員と兼務する場合（地域相談支援、障害児相談支援や自立生活援助事業を除く）については、サービス提供事業所との中立性の確保や、サービス提供事業所と異なる視点での検討が欠如しかねないこ

とから、以下のやむを得ない場合を除き、当該者が利用するサービス提供事業所と兼務しない相談支援専門員が継続サービス利用支援を実施することを基本としています。

また、支給決定の更新又は支給決定の変更に係るサービス利用支援等についても、当該者が利用するサービス提供事業所と兼務しない相談支援専門員が実施することを基本としています。

- ・支給決定又は支給決定の変更によりサービス内容に著しく変動があった者のうち、当該支給決定等から概ね3か月以内の場合（サービス利用支援等とその直後の継続サービス利用支援等は一体的な業務であること、また、指定特定相談支援事業者等の変更に当たっては利用者が別の事業者と契約を締結し直すことが必要となるため、一定期間を猶予。）
- ・その他市がやむを得ないと認める場合

(4) 事務負担の軽減について

- ・指定計画相談支援の具体的取扱い方針（基準省令第15条2項11）
（サービス担当者会議を）テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用して行うことができるものとする。
- ・加算の算定要件となる業務の挙証資料については、基準省令（第30条記録の整備）に定める記録等に記載、保管することで足りることとする。
※記載事項については、令和3年4月8日付「令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A」を参照。
- ・電磁的記録（基準省令第31条1項）
書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（人の知覚では認識できない、電子式・磁気式・光学式などの方法で記録され、コンピューターで処理される記録）により行うことができる。

(4) 報酬

①計画相談支援給付費（基本報酬）

受給者証に記載された所定の月において、サービス等利用計画や障害児支援利用計画、モニタリング報告書等を作成し、区役所等に提出（軽微な変更を除く）した場合に算定する基本報酬です。

	サービス内容	単位	算定要件
1	サービス利用支援費（新規・更新の計画作成）		
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ）	1864単位／月	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40未満である場合 ※他、人員要件あり。（体制整備による加算の項目を参照）
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅱ）	1764単位／月	
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅲ）	1672単位／月	
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅳ）	1622単位／月	
	サービス利用支援費（Ⅰ）	1522単位／月	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40未満である場合
	サービス利用支援費（Ⅱ）	732単位／月	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40以上である場合
2	継続サービス利用支援費（モニタリング）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）	1613単位／月	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40未満である場合。 ただし、機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）から機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）までのいずれかの機能強化型継続サービス利用支援費を算定している場合においては、機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）から機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）までのその他の機能強化型継続サービス利用支援費は算定しない。
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅱ）	1513単位／月	
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅲ）	1410単位／月	
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）	1360単位／月	
	継続サービス利用支援費（Ⅰ）	1260単位／月	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40未満である場合
	継続サービス利用支援費（Ⅱ）	606単位／月	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40以上である場合
3	障害児支援利用援助費（新規・更新の計画作成）		
	機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅰ）	2027単位／月	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40未満である場合 ※他、人員要件あり。（体制整備による加算の項目を参照）
	機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅱ）	1927単位／月	
	機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅲ）	1842単位／月	

	機能強化型障害児支援利用援助費(Ⅳ)	1792単位/月	
	障害児支援利用援助費(Ⅰ)	1692単位/月	・相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40未満である場合
	障害児支援利用援助費(Ⅱ)	815単位/月	・相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40以上である場合
6	継続障害児支援利用援助費(モニタリング)		
	機能強化型障害継続障害児支援利用援助費(Ⅰ)	1724単位/月	・相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40未満である場合。 ただし、機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅰ)から機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅳ)までのいずれかの機能強化型継続障害児支援利用援助費を算定している場合においては、機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅰ)から機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅳ)までのその他の機能強化型継続障害児支援利用援助費は算定しない。
	機能強化型障害継続障害児支援利用援助費(Ⅱ)	1624単位/月	
	機能強化型障害継続障害児支援利用援助費(Ⅲ)	1527単位/月	
	機能強化型障害継続障害児支援利用援助費(Ⅳ)	1476単位/月	
	継続障害児支援利用援助費(Ⅰ)	1376単位/月	・相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40未満である場合
	継続障害児支援利用援助費(Ⅱ)	662単位/月	・相談支援専門員一人あたり、1か月の取扱い件数が40以上である場合

※取扱い件数

1月の当該指定特定相談支援事業所全体の計画相談支援対象障害者等の数の前6月の平均値(以下「計画相談支援対象障害者等の平均数」という。)を、当該指定特定相談支援事業所の相談支援専門員の員数の前6月の平均値(以下「相談支援専門員の平均員数」という。)で除して得た数とする。

※同一の月に継続サービス利用支援とサービス利用支援を実施する場合

<計画作成前>

障害福祉サービス又は地域相談支援の支給決定等の終期月等において継続サービス利用支援を行った場合、サービス等利用計画作成の一連の支援であることから、継続サービス利用支援費は算定せず、「サービス利用支援費のみ」算定する。

<計画作成後>

障害福祉サービス又は地域相談支援の支給決定等にあたってサービス利用支援を行った後、同一の月に当該、支給決定等にかかるサービスの利用状況を検証するための継続サービス利用支援を行った場合には「サービス利用支援費」及び「継続サービス利用支援費」の両方を算定できる。

総合支援法・児童福祉法を根拠とする「報酬告示」(報酬の内容)「留意通知」(告示についての解釈などに関する通知)より(厚生労働省HPでも確認できます)

②計画相談支援給付費（個別支援による加算）

利用者に対し、個別に実施した支援内容や頻度等に応じて算定する加算です。

	加算名	単位	算定要件
1	初回加算	(計画相談) 300単位/月 (障害児相談) 500単位/月	<ul style="list-style-type: none"> 新規にサービス等利用計画等を作成する場合 障害福祉サービス等を利用する月の前6月間において障害福祉サービス及び地域相談支援を利用していない場合 指定計画相談支援（指定障害児相談支援）に係る契約をした日からサービス等利用計画案（障害児支援利用計画案）を交付した日までの期間が3ヶ月を超える場合であって、3ヶ月が経過する日以後に月2回以上、利用者の居宅等に訪問し面接を行その月分の初回加算に相当する額を加えた単位（所定単位数に当該面接を行った月の数（3を限度とする。）を乗じて得た単位数）を加算する。 ただし、初回加算の算定月から、前6月間において居宅介護支援事業所等連携加算を算定している場合は、初回加算を算定できない。
	集中支援加算 （1人につき1月1回を限度）	300単位/回	<p>次の①から③までのいずれかに該当する事項を実施した場合に算定する。</p> <p>①計画決定月及びモニタリング対象月以外で計画相談対象者等又は市町村の求めに応じて月2回以上の居宅等への訪問、面接を実施した場合。</p> <p>②サービス担当者会議を開催し、把握したサービス等利用計画の実施状況について説明、意見を求め、計画の変更等について検討を行う場合。</p> <p>③関係機関が開催する会議へ参加し、障害福祉サービス等の利用について、関係機関相互の連絡調整を行った場合。</p>
3	入院時情報連携加算 （Ⅰ）	200単位/月	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に医療機関に出向いて、病院職員と面接し、情報提供した場合
4	入院時情報連携加算 （Ⅱ）	100単位/月	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に医療機関に対し（Ⅰ）以外の方法（FAX、郵送等）で情報提供した場合
5	退院・退所加算 （3回を限度）	200単位/回 ※初回加算算定時は算定不可	<ul style="list-style-type: none"> 退院時に、医療機関職員等と面接により情報提供を受けた場合
6	居宅介護支援事業所等 連携加算 （障害福祉サービス等を利用している期間はそれぞれ2回を限度）	①100単位/回 ②300単位/回 ③300単位/回 ④100単位/回 ⑤300単位/回 ⑥300単位/回	<p>1月に①から⑥に掲げるもののうち該当するものを実施した場合に算定。また、障害福祉サービス等の利用を終了した日から起算して6月以内に実施した場合。</p> <p>①介護保険サービス利用へ移行するため、指定居宅介護支援事業所等の居宅サービ</p>

		※基本報酬を算定月は不可	<p>ス計画又は介護予防サービス計画作成に協力等に協力する場合 ※「協力する場合はアセスメントへの同行、利用者の直近の状況の説明」</p> <p>②介護保険サービスの利用を開始するに当たり、月に2回以上、居宅等を訪問し、対象者およびその家族に面接する場合</p> <p>③対象者の心身の状況の確認及び支援内容の検討に係る指定居宅介護支援事業所等が開催する会議に参加する場合。</p> <p>④対象者が雇用され、障害者就業・生活支援センター等における当該計画相談支援対象障害者等の支援内容の検討に協力する場合</p> <p>⑤対象者が雇用されるにあたり、月に2回以上、居宅等を訪問し、対象者及びその家族に面接する場合。</p> <p>⑥対象者が障害者就業・生活支援センター等による支援を受けるに当たり、心身の状況の確認及び支援内容の検討に係る当該障害者就業・生活支援センター等が開催する会議に参加する場合。</p>
	保育・教育等移行支援加算（2回を限度）	<p>（障害児相談）</p> <p>①100単位/回 ②300単位/回 ③300単位/回 ※②③は基本報酬算定月は不可</p>	<p>障害児が就学、進学又は事業所に雇用される場合、次の①から③までのいずれかの事項を実施した場合</p> <p>①障害者就業・生活支援センター等に対して、当該児に係る心身の状況等の必要な情報を提供し、支援内容の検討に協力する場合</p> <p>②月に2回以上、居宅等を訪問し当該児、及びその家族に面接する場合。</p> <p>③当該児の心身の状況の確認及び支援内容の検討に係る保育所等又は障害者就業・生活支援センター等が開催する会議に参加する場合。</p>
6	医療・保育・教育機関等連携加算	100単位/回	<ul style="list-style-type: none"> ・病院、企業、保育所、幼稚園、小学校、<u>特別支援学校、インフォーマルサービスの提供事業所等の機関職員と面接等を実施しサービス等利用計画を作成した場合</u>
7	サービス担当者会議実施加算	100単位/回	<ul style="list-style-type: none"> ・継続サービス利用支援時にサービス担当者会議を開催した場合
8	サービス提供時モニタリング加算	100単位/回	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のサービス提供現場を訪問等により、提供状況を確認した場合 但し、相談支援専門員が兼務する事業所のサービス提供場面のみを確認した場合は算定不可
9	地域生活支援拠点等相談強化加算（月4回を限度）	700単位/回	<ul style="list-style-type: none"> ・拠点機能を担う事業者が、緊急事態が生じた者等に対し、指定短期入所事業等の利用調整や情報提供をした場合

10	地域体制強化共同支援加算 (月1回を限度)	2,000単位/回	・拠点機能を担う事業者が、地域におけるサービス提供体制の確保や社会資源の連携体制の構築を目的として、事業所に指導等を行った場合
11	特別地域加算	+15/100	・中山間地域等に居住している者に対して支援を行った場合
12	利用者負担上限管理加算	150単位/月	・利用者負担合計額の管理を行った場合

③体制整備による加算

(機能強化型サービス利用支援費・機能強化型障害児支援利用援助費も含む)

専門性を有する相談支援専門員や常勤の相談支援専門員を複数配置するなど、手厚い相談支援体制を整備した事業所に対し加算されます。事業所が請求するすべての基本報酬に対し上乗せできます。

1	機能強化型サービス利用支援費・機能強化型障害児支援利用援助	
	支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。	
	名称	人員要件
	機能強化型サービス利用支援費(Ⅰ) 機能強化型障害児支援利用援助費(Ⅰ)	常勤かつ専従の相談支援専門員を4人以上、うち1人以上が現任研修の終了者。1人は兼務可(=当該事業所の業務に支障がない場合、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務可。)
	機能強化型サービス利用支援費(Ⅱ) 機能強化型障害児支援利用援助費(Ⅱ)	常勤かつ専従の相談支援専門員3人以上、うち1人以上は現任研修の修了者。1人は兼務可。(=Ⅰと同様)
	機能強化型サービス利用支援費(Ⅲ) 機能強化型障害児支援利用援助費(Ⅲ)	常勤かつ専従の相談支援専門員2人以上、うち1人以上は現任研修の修了者。1人は兼務可。(=Ⅰと同様)
	機能強化型サービス利用支援費(Ⅳ) 機能強化型障害児支援利用援助費(Ⅳ)	専従の相談支援専門員を2人以上、うち1人以上は現任研修を修了した常勤の相談支援専門員であること。
機能強化型加算Ⅰ～Ⅳの算定にかかる共通の要件		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の定期的(概ね週1回以上、記録を作成し5年間保存)な開催。 ・基幹相談支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に計画相談を提供していること。 ・基幹相談支援センター等が実施する事例検討会に参加していること。 ・自ら積極的に支援困難ケースを受け入れ、常に基幹相談支援センター、委託相談支援事業所又は協議会との連携を図らなければならない。 ・現任研修修了者の同行による、新規に採用した従業者に対する適切な指導。 ・取扱い件数が40未満であること。 		

2	主任相談支援専門員配置加算（100単位/月） ※体制が整備されている旨を掲示するとともに公表する ※基本報酬算定時のみ	
	常勤かつ専従の主任相談支援専門員を1人以上配置。適切な指導を行うことができる体制を整備し、事業所等の従業者に対し、資質の向上のための研修を実施した場合に所定単位数を加算する。 「研修を実施した場合」 ア 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の開催 イ 新規に採用した全ての相談支援専門員に対する同行による研修の実施 ウ 当該相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対して、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言 エ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等への参加	
3	体制加算 所定の研修を受けた相談支援専門員を配置した事業所に加算される ・基本報酬請求時の全ケースに対し35単位を加算 ・相談員の配置をホームページやパンフレットで公表する	
	加算名	研修実施主体
	行動障害支援体制加算	行動障害のある知的障害者や精神障害者に対して適切な支援計画相談支援等を実施するために、 <u>強度行動障害支援者養成研修（実践研修）</u> を修了
	要医療児者支援体制加算	重度心身障害など医療的なケアを要する児童や障害児者に対して適切な計画相談等を実施するために、 <u>医療的ケア児等コーディネーター養成研修</u> を修了
精神障害者支援体制加算	精神科病院に入院する者及び地域において単身生活等をする精神障害者に対して、地域移行支援や地域定着支援のマネジメントを含めた適切な計画相談等を実施するために、 <u>地域生活支援事業による精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修又は精神障害者の地域移行関係職員に対する研修</u> を修了	宮城県・指定研修事業者が実施 ※県HP参照 宮城県・仙台市 「医療的ケア児等コーディネーター養成研修」 ・仙台市:「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修会」 ・仙台市:「地域移行関連研修会」
4	ピアサポート体制加算（100単位/月） ※研修を修了した従業者を配置している旨を届出るとともに、事業所に掲示・公表すること。なお、公表に当たってはピアサポーター本人に対し、公表の趣旨を丁寧に説明を行った上で同意を得ること。（同意を得られない場合は利用者等に対して説明）	
	都道府県又は指定都市が実施する障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した者を常勤換算方法で0.5以上配置する事業所であって、当該者によりその他の従業者に対して障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われている場合に算定することができる。	都道府県又は指定都市 ※令和6年3月31日までの間は経過措置として、事業所より提出される研修の実施要綱等により判断も可。

※常勤換算方法（障害者総合支援法事業所ハンドブック 指定基準編 より）

指定障害福祉サービス事業所等の従業者の勤務延べ時間数を当該、指定障害福祉サービス事業所等において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする）で除することにより、当該指定障害福祉サービス事業所等の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。

④計画相談支援給付費（介護保険の居宅介護支援等との調整による減算）

介護保険制度でケアプランが作成されている利用者のうち、障害福祉のサービス等利用計画を同一の者が担当した場合に、所定の単位から以下の単位が減算されます。

ただし同一事業所の異なる職員が作成した場合には減算されません。（厚労省 H25.2.22 相談支援 Q&A 問 48 一部修正より）

サービス内容		単位	要介護度
1	居宅介護支援費重複減算（Ⅰ）		介護保険制度で 要介護1～2の者
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ）	▲572単位／月	
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅱ）		
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅲ）		
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅳ）		
	サービス利用支援費（Ⅰ）	▲623単位／月	
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅱ）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅲ）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）		
継続サービス利用支援費（Ⅰ）			
2	居宅介護支援費重複減算（Ⅱ）		介護保険制度で 要介護3～5の者
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ）	▲881単位／月	
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅱ）		
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅲ）		
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅳ）		
	サービス利用支援費（Ⅰ）	▲92単位／月	
	サービス利用支援費（Ⅱ）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）	▲932単位／月	
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅱ）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅲ）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）		
	継続サービス利用支援費（Ⅰ）		
	継続サービス利用支援費（Ⅱ）	▲278単位／月	
3	介護予防支援費重複減算		介護保険制度で 要支援1～2の者
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）	▲16単位／月	
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅱ）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅲ）		
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）		
	継続サービス利用支援費（Ⅰ）		

⑤加算対応表

個別支援による加算を算定する際、どの基本報酬の請求時に算定できるのか、また他の加算との併給の可否については以下のとおりです。

加算名	単価	障害児支援利用支援費	継続サービス利用支援費	基本報酬請求のない月 (加算の算定のみ)	地域移行支援サービス費	併給不可	備考
初回加算	300	○	×	×		退院・退所加算 医療・保育・教育機関等連携加算	
入院時情報連携加算(Ⅰ)	200	○	○	○		・入院時情報連携加算(Ⅱ) ・居宅介護支援事業所等連携加算の算定要件が①③④⑥の場合 ・保育・教育等移行支援加算の算定要件が①③の場合 ・集中支援加算の算定要件が③の場合	医療機関に向いて、当該医療機関の職員と面接し、必要な情報を提供した場合 1人につき1月に1回を限度
入院時情報連携加算(Ⅱ)	100	○	○	○		・入院時情報連携加算(Ⅰ) ・居宅介護支援事業所等連携加算の算定要件が①③④⑥の場合 ・保育・教育等移行支援加算の算定要件が①③④の場合 ・集中支援加算の算定要件が③の場合	(Ⅰ)以外のFAX、郵送等による方法等により、情報提供した場合 1人につき1月に1回を限度
退院・退所加算	200	○	×	×		・初回加算 ・医療・保育・教育機関等連携加算 ・居宅介護支援事業所等連携加算の算定要件が①③④⑥の場合 ・保育・教育等移行支援加算の算定要件が①③の場合 ・集中支援加算の算定要件が③の場合	・期間中に3回を限度 ・退院又は退所する施設の職員のみから情報の提供を受けている場合は算定することができない
居宅介護支援事業所等連携加算	100	△	△	○		・サービス利用支援費・継続利用支援費(②③⑤⑥の場合) ・入院時情報連携加算(①③④⑥の場合) ・退院・退所加算(③⑥の場合) ・集中支援加算(③会議の趣旨等が同一の場合)	・介護保険の指定居宅介護支援事業所を併せて運営している場合には、6月以内に再度同一の利用者に関して当該加算を算定することはできない ・障害福祉サービス等を利用している期間は①から⑥のそれぞれについて2回を限度
	300	×	×	○			算定要件が②③⑤⑥の場合のみ (※算定要件①②=100単位、算定要件②③⑤⑥=300単位)
医療・保育・教育機関等連携加算	100	○	×	×		・初回加算 ・退院・退所加算 (※かつ、退院又は退所する施設の職員のみから情報の提供を受けている場合)	連携先は、病院、企業、保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、利用者が利用しているインフォーマルサービスの提供事業所等が例示されている。
サービス担当者会議実施加算	100	×	○	×			利用者の居宅等を訪問し利用者面接することに加えて、サービス等利用計画に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催する
サービス提供時モニタリング加算	100	○	○	○			1人につき1月に1回を限度(39件まで) 相談支援専門員が業務する事業所にサービス提供場面のみ確認した場合は算定不可
初回加算	500	○	×	×		退院・退所加算 医療・保育・教育機関等連携加算	
入院時情報連携加算(Ⅰ)	200	○	○	○		入院時情報連携加算(Ⅱ)	医療機関に向いて、当該医療機関の職員と面接し、必要な情報を提供した場合 1人につき1月に1回を限度
入院時情報連携加算(Ⅱ)	100	○	○	○		入院時情報連携加算(Ⅰ)	(Ⅰ)以外のFAX、郵送等による方法等により、情報提供した場合 1人につき1月に1回を限度
退院・退所加算	200	○	×	×		初回加算 医療・保育・教育機関等連携加算	期間中に3回を限度
医療・保育・教育機関等連携加算	100	○	×	×		初回加算 退院・退所加算	連携先は、病院、企業、保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、利用者が利用しているインフォーマルサービスの提供事業所等が例示されている。
サービス担当者会議実施加算	100	×	○	×			利用者の居宅等を訪問し利用者面接することに加えて、サービス等利用計画に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催する
サービス提供時モニタリング加算	100	○	○	○			1人につき1月に1回を限度(39件まで) 相談支援専門員が業務する事業所にサービス提供場面のみ確認した場合は算定不可
保育・教育等移行支援加算	100	△	△	○		・障害児利用支援補助・継続補助費(②③の場合) ・入院時情報連携加算(①③の場合) ・退院・退所加算(③の場合) ・集中支援加算(③会議の趣旨等が同一の場合)	
	300	×	×	○			算定要件が②③の場合のみ (※算定要件①=100単位、算定要件②③=300単位)
初回加算	500			×	○		
集中支援加算	500			×	○	退院・退所月加算	利用者との対面による支援を1月に6日以上実施した場合
退院・退所月加算	2,700			×	○	集中支援加算	・退院・退所等をする日が属する月に算定、利用者との対面による支援が2日以上 ・退院・退所等をした後に他の社会福祉施設等に入所する場合は算定不可 ・利用者が精神科病院に入院した日から起算し、90日以上1年未満の期間内に退院した場合に限り算定できる
障害福祉サービスの体験利用加算(初日から5日目まで)	500			×	○		入院・入所中に障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供した場合(5日以内)単価は日額
障害福祉サービスの体験利用加算(6日目から15日目まで)	250			×	○		入院・入所中に障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供した場合(6日以上15日以内)単価は日額
体験宿泊加算(Ⅰ)	300			×	○		入院・入所中に体験的な宿泊支援を提供した場合(15日を限度)単価は日額
体験宿泊加算(Ⅱ)	700			×	○		入院・入所中に体験的な宿泊支援を提供し、かつ夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な見守り等の支援を行った場合(15日を限度)単価は日額

※仙台市は6級地となり、1単位=10.36円で算定。

2 利用者ごとの報酬算定のイメージ

利用者の状態や生活状況により、サービス等利用計画の内容、継続サービス利用支援（モニタリング）の実施時期などが変わります。また、事業所により、職員の配置も異なり、算定できる加算が異なります。

そのため、1年間でどの程度報酬算定が行えるかを一概には言えません。しかしながら、事業開始にあたり、どの程度の収入が得られるかを試算することは非常に重要であるため、ここでは、生活状況が不安定なケース、生活状況が安定しているケースの2パターンについて1年間での報酬を算定し、例示しました。

なお、以下の条件で算出し、作成しています。

- ・令和3年度改定にもとづく報酬単価
- ・相談支援専門員1人あたり、1月の請求件数が40件以下で減算はないものとして算出

(1) Aパターン（生活状況が安定しているケース）

ケース概要

グループホーム支援員からの紹介。40代前半男性。療育手帳B所持。誕生月5月。
Aさんは1年前から単身生活の意向があり、準備のためグループホームをセルフプランで利用。入所後はこれまで利用していた就労継続支援A型事業所への通所も継続しており、生活状況は安定。今回、誕生月（更新月）を迎えるにあたり、本人よりサービス等利用計画の作成について相談があったため、更新手続きに合わせて計画相談支援を導入することとなった。

※一人事業所の場合（機能強化型サービス利用支援費の算定なし）												サービス提供月：◎本計画、○更新（リプラン）、●モニタリング						
報酬請求内容	令和3年												令和4年					
	年	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月		
基本報酬とモニタリング			◎	●	●	●				●					○			
基本報酬単価		1,522	1,260	1,260	1,260					1,260					1,522			
体制加算	行動障害者支援体制加算		35	35	35	35				35					35			
	精神障害者支援体制加算		35	35	35	35				35					35			
加算	初回加算		300															
	サービス担当者会議実施加算																	
	サービス提供時モニタリング加算			100	100	100			100			100			100			
	医療・保育・教育機関等連携加算		100															
※仙台市は6級地となり、1単位=10,36円で算定します。												単価合計		9,504 単位				

※サービス提供時モニタリング加算：継続サービス利用支援（モニタリング）の実施時又はそれ以外の機会において障害福祉サービス等の提供場所（事業所など）を訪問し、利用状況の聴き取りなどを行い、記録を作成する。（1人につき1月1回を限度。基本報酬の算定がない月でも加算のみの算定可）
※提供したサービスの給付費請求は提供の翌月1日から10日までにを行う。

<解説>

誕生月の前月からAさんと面談し、生活状況を確認したうえで「サービス等利用計画（案）」を作成。（計画相談支援の場合、更新月より前に本人と面談などを行う）

生活状況が安定しているため、更新後は国の示す標準期間に沿ってモニタリング期間設定。（毎月→3ヶ月→6ヶ月）

このように生活状況に大きな変動がないケースの場合、翌年以降は、モニタリング実施期間を3ヶ月毎もしくは6ヶ月毎と設定するケースが多い。

(2) Bパターン（生活状況が不安定で手厚い支援を要するケース）

ケース概要

病院のケースワーカーからの紹介。30代後半単身女性。精神手帳2級所持。障害者支援区分2。誕生日12月。
Bさんは単身生活をしており、掃除や洗濯等は問題なくできるが精神状態に波があり、時折、居宅介護（家事援助）を利用することもあった。不安が強くなると入院を希望し、頻繁に入退院を繰り返す。Bさんは他者とのコミュニケーションに難があり、初対面の人との会話はまったくできない。退院先の主治医、ケースワーカー、担当看護師とはこれまでの経過から一定の信頼関係があり、近況を話すことで不安を落ち着かせている。状態が安定し、退院調整の過程で、主治医よりBさんに今後の生活に関する意向を確認したところ、「単身生活の継続」、「就労継続支援B型に通所したい」との意向があり、ケースワーカーの提案で入院中に就労継続支援B型事業所を体験し退院後も利用を希望。令和3年4月退院。

※一人事業所の場合（機能強化型サービス利用支援費の算定なし）												サービス提供月：◎本計画、○更新（リプラン）、●モニタリング					
報酬請求内容	令和3年						令和4年										
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
基本報酬とモニタリング	◎	●	●	●	●	●	●				○			●		●	
基本報酬単価	1,522	1,260	1,260	1,260	1,260	1,260	1,260				1,522			1,260		1,260	
体制加算	行動障害支援体制加算		35	35	35	35	35	35			35			35		35	
	精神障害者支援体制加算		35	35	35	35	35	35			35			35		35	
加算	初回加算	300															
	サービス担当者会議実施加算				100				100								
	サービス提供時モニタリング加算				100				100					100		100	
	医療・保育・教育機関等連携加算	100															
	集中支援加算								300	300		300	300		300	300	
※仙台市は6級地となり、1単位＝10.36円で算定します。											準備合計		16,554 単位				

※サービス提供時モニタリング加算：継続サービス利用支援（モニタリング）の実施時又はそれ以外の機会において障害福祉サービス等の提供場所（事業所など）を訪問し、利用状況の聴き取りなどを行い、記録を作成する。（1人につき1月1回を限度。基本報酬の算定がない月でも加算のみの算定可）

※「集中支援加算」の請求月は「医療・保育・教育機関等連携加算」は算定できない。

※提供したサービスの給付費請求は提供の翌月1日から10日までに行う。

<解説>

Bさんは単身生活の継続を希望しているものの、生活状況が不安定であり、定期的な生活状況の把握が必要である。

4月の退院に合わせて3月中に担当者会議を開催し、サービス等利用計画を作成。

生活状況が安定するまでの間は、国の示す標準期間に基づき毎月モニタリングを実施し、生活状況を把握するとともに、利用する就労継続支援事業所への訪問、状況に応じてモニタリング月以外の月にもサービス担当者会議を開催し、本人と支援者間で支援の振り返りと今後の方向性について確認を行った。

2つのケースを比較すると担当者会議や「モニタリング」の実施回数や関係機関との連携の密度が異なり、一人事業所として安定した事業所運営、計画相談支援を行うためには、自事業所の受け入れ体制、支援者の力量等を考慮し、バランスを調整することも必要である。

<基準省令第3条・4条、解釈通知第二の1>より

相談支援専門員の配置は1ヶ月平均の利用者の数が35件に対し1人を標準とするものであり、利用者の数が35件又はその端数を増すごとに増員することが望ましい。

(1ヶ月平均＝前6ヶ月間の利用者の数を6で除した数)

3 月間報酬試算

稼働状況が良好なくつかの指定相談支援事業者が国保連に請求した実績データをもとに、1か月の報酬額の目安を算出しました。今回は、月間の報酬試算のみ行いましたが、これを12倍することで、おおよその年間の報酬を試算することが可能です。

(1) 1人事業所の場合

常勤専従の相談支援専門員1名体制の事業所において1か月の報酬額の目安を算出しました(表1)。

表1 1か月の報酬試算(1人事業所の場合)

報酬請求内容	報酬・加算種別	単位数	請求件数	報酬額(円)
計画相談支援	サービス利用支援費(Ⅰ)	1,522	6	94,608
	継続サービス利用支援費(Ⅰ)	1,260	14	182,750
	小計			277,358
障害児相談支援	障害児支援利用援助費(Ⅰ)	1,692	2	35,058
	継続障害児支援利用援助費(Ⅰ)	1,376	3	42,766
	小計			77,824
体制加算	行動障害支援体制加算	35	25	9,065
	精神障害者支援体制加算	35	25	9,065
	小計			17,376
個別加算	初回加算(者)	300	1	3,108
	初回加算(児)	500	0	0
	サービス担当者会議実施加算	100	7	7,252
	医療・保育・教育機関等連携加算	100	2	2,072
	サービス提供時モニタリング加算	100	10	10,360
	入院時情報連携加算(Ⅰ)	200	1	2,072
	入院時情報連携加算(Ⅱ)	100	0	0
	退院・退所月加算	200	1	2,072
	集中支援加算	300	2	6,216
	小計			33,152
合計				406,464

※ 令和3年4月1日から適用される基本報酬単価で計算しています。

※ 6等級で算定(1単位=10.36円)

次に、表1で算出した請求件数を月間のスケジュールに落とし込むと表2のようになります。月前半はサービス等利用計画等の更新者宅を中心に訪問し、月後半は、モニタリングやサービス担当者会議を実施するようなスケジュールで構成しています。

表2 報酬請求に係る支援内容

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
更新・モニタ モニタリング	更新・モニタ 更新・モニタ モニタリング	更新・モニタ	更新モニタ 更新モニタ	更新モニタ サービス提供モニタ サービス提供モニタ		
8	9	10	11	12	13	14
サ担会・実施加算		サービス提供モニタ		集中支援加算		
15	16	17	18	19	20	21
	集中支援加算 モニタリング モニタリング サ担会・実施加算	モニタリング サービス提供モニタ 更新・サ担会 サ担会・実施加算	新規・訪問 退院・退所月加算 モニタリング	更新・サ担会 更新・サ担会 サービス提供モニタ サ担会・実施加算		
22	23	24	25	26	27	28
モニタリング モニタリング	更新・サ担会 更新・サ担会	モニタリング モニタリング 更新・サ担会	モニタリング 更新・サ担会 サ担会・実施加算	更新・サ担会 サービス提供モニタ		
29	30					
サービス提供モニタ サービス提供モニタ	モニタリング 更新・サ担会 サービス提供モニタ サ担会・実施加算					

※表中の表記について

表中の表記	正式名称
モニタリング	「継続サービス利用支援費」または「継続障害児支援利用援助費」
更新・モニタ	更新に伴うモニタリングの実施
更新・サ担会	更新に伴うサービス担当者会議の実施
サ担会・実施加算	「サービス担当者会議実施加算」
医療～等連携加算	「医療・保育・教育機関等連携加算」
サービス提供モニタ	「サービス提供時モニタリング加算」
入院時～加算（I）	「入院時情報連携加算（I）」
退院・退所月加算	「退院・退所月加算」
集中支援加算	「集中支援加算」

報酬請求に必須の支援及び、ケースの生活を整えるための支援や、各種事務作業等を含めた1週間のスケジュール例を表2の2週目と4週目で作成しました(表3, 表4)。

表3 1週間のスケジュール例(2週目)

	8日(月)	9日(火)	10日(水)	11日(木)	12日(金)
8:00	出勤	出勤	出勤	出勤	出勤(直行)
	所内ミーティング	所内ミーティング	所内ミーティング	所内ミーティング	緊急での 家庭訪問
	訪問等の準備	利用者と一緒に 事業所見学	職員会議	区役所へ書類提出	
10:00	家庭訪問		家庭訪問	事務処理 連絡調整等	区自立協 相談支援事業所等 連絡会
	家庭訪問	*1			
12:00	屋休憩	屋休憩	屋休憩	屋休憩	屋休憩
14:00	サービス担当者会議 (日中活動施設)	提出書類の準備 訪問の準備	来所相談 (新規の相談)	訪問等の準備	家庭訪問
	記録作成 帳票類作成	区役所へ 書類提出 ケース打合せ	記録作成 連絡調整	ケア会議	
16:00	電話等による 連絡調整	家庭訪問	家庭訪問	病院内で面接 病院SWと打合せ	連絡調整 記録作成等
	退勤	退勤(直帰)	退勤(直帰)	記録作成 帳票類作成	
18:00				退勤	退勤
効率化の工夫	*1…距離的に近い利用者宅を順に訪問	*2…訪問前に区役所に寄り、書類提出。その際、区担当職員と気になるケースについて共有。	*3…同じグループホームに入居している利用者宅を順に訪問。(サービス提供時モニタリング加算)	*4…区自立協前に、区役所窓口で書類提出 *5…精神科病院でのケア会議後、同じ病院に入院している他利用者と面接、SWとの打合せを実施。	*6…前日夜、自宅で落ち着かなくなり急遽家庭訪問。先週に引き続き2回目の訪問。(集中支援加算) *7…緊急訪問のケースについて、次週、サービス担当者会議を開催するための連絡調整。

表4 1週間のスケジュール例(4週目)

	22日(月)	23日(火)	24日(水)	25日(木)	26日(金)
8:00	出勤	出勤	出勤	有給	出勤
	所内ミーティング	所内ミーティング	所内ミーティング		所内ミーティング
10:00	記録 帳票類作成 事務処理等	職員会議	記録 帳票類作成	(出勤)	区役所で打合せ
	訪問等の準備	訪問	モニタリング		サービス担当者会議
12:00		屋休憩	屋休憩	屋休憩	屋休憩
14:00	翌月更新者宅への訪問(2件)	連絡調整 記録 帳票類作成	面接	訪問等の準備	連絡調整 記録 帳票類作成
	モニタリング	サービス担当者会議	モニタリング	サービス担当者会議	
16:00	モニタリング	サービス担当者会議	サービス担当者会議	モニタリング サービス担当者会議	*3
	記録作成	記録作成	事務処理等	退勤	
18:00	退勤	退勤	退勤	退勤	退勤
効率化の工夫	*1 同じグループホームに入居している利用者宅を順に訪問。	*2 同じ通所施設の利用者の担当者会議を施設内で実施。		*3 自宅にてモニタリング後、サービス担当者会議を実施。	

(2) 機能強化型サービス利用支援費(Ⅳ)を取得した2人事業所の場合

次に、機能強化型サービス利用支援費(Ⅳ)を取得し、常勤専従の相談支援専門員2名体制の事業所における1か月の報酬額の目安を算出しました(表5)。1人事業所と比較するため、各請求項目の件数は1人事業所の2倍としています。相談支援専門員1名体制の事業所と比較すると、報酬額は単なる2倍になるだけでなく、機能強化型分の報酬が上乘せされ、経営面での更なる改善要素となっています。

表5 1か月の報酬試算(機能強化型サービス利用支援費Ⅳを取得した2人事業所の場合)

報酬請求内容	報酬・加算種別	単位数	件数	報酬額(円)
計画相談支援	機能強化型サービス利用支援費(Ⅳ)	1,622	12	201,647
	機能強化型継続サービス利用支援費(Ⅳ)	1,360	28	394,509
	小計			596,156
障害児相談	機能強化型障害児支援利用援助費(Ⅳ)	1,792	4	74,260
	機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅳ)	1,476	6	91,748
	小計			166,008
体制加算	行動障害支援体制加算	35	50	18,130
	精神障害者支援体制加算	35	50	18,130
	要医療児者支援体制加算	35	50	18,130
	小計			54,390
個別加算	初回加算(者)	300	2	6,216
	初回加算(児)	500	0	0
	サービス担当者会議実施加算	100	14	14,504
	サービス提供時モニタリング加算	100	20	20,720
	医療・保育・教育機関等連携加算	100	4	4,144
	入院時情報連携加算(Ⅰ)	200	2	4,144
	入院時情報連携加算(Ⅱ)	100	0	0
	退院・退所月加算	200	2	4,144
	集中支援加算	300	4	12,432
	小計			66,304
合計			882,858	

※ 令和3年4月1日から適用される基本報酬単価で計算しています。

※ 6等級で算定(1単位=10.36円)

V サービス等利用計画・障害児支援利用計画の提出時期と提出帳票

ここでは、計画相談支援等に使用する帳票類、各時期に提出する帳票及び提出時期について説明します。

仙台市では、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のあり方に関する研究」報告書に基づき、特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会が作成した『サービス等利用計画作成サポートブック』を参考に、サービス等利用計画及び障害児支援計画の提出時期と提出帳票を定めています。新規や更新、モニタリング等の状況に応じて必要な帳票を表にしています。モニタリングについては、終期月（更新前月）やサービスの種類又は量の変更、軽微な変更、変更なし、などの状況により提出するものが異なりますのでご注意ください。各区役所において支給決定する際、変更や新規利用等の内容に対する理由や根拠が分かるものを提出いただくことを基本としています。

本市では、使用する帳票の書式を指定しておりませんが、厚生労働省が示している標準様式に準じた様式をご使用ください。

（１）各種様式

様式１－１	サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案
様式１－２	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）
別紙１	申請者の状況（基本情報）
別紙２	申請者の状況（基本情報）（現在の生活）
様式２－１	サービス等利用計画・障害児支援利用計画
様式２－２	サービス等利用計画・障害児支援利用計画（週間計画表）
様式３－１	モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)
様式３－２	継続サービス等利用計画・継続障害児支援利用計画（週間計画表）
提出帳票確認票	－
その他の任意様式	アセスメント票，ニーズ整理票 サービス担当者会議議事録等，独自様式

（２）提出にあたっての留意点

各種帳票の提出方法や期限は、以下の表のとおりですが、利用者や家族等との面談が遅れていたたり、サービス事業所の調整に時間がかかったりなど、期日に間に合わない場合には、区役所等にご連絡ください。特に、支給決定や国保連請求に関わる場合には、確定すべき期日が決まっておりますので、早めにご相談をお願いします。

また新規開始やサービス種類の変更、サービス量の増加等に関わる場合には、計画案に反映されるまでのアセスメント内容や解決すべき課題がどのようなもので、利用者の意向からどう目標設定したか、その目標の達成時期はいつごろでモニタリング期間をどう設定したのか、など計画作成（変更）した理由がわかる書類を添付してください。「アセスメント票」や「ニーズ整理票」などがこれに相当し、手書きであっても構いませんので、状況に応じご提出ください。

サービス等利用計画・障害児支援利用計画の提出時期と提出帳票

支給決定プロセスの各段階において、下記のとおり、サービス等利用計画等を区役所等へ提出する必要があります。必要があります。

● 支給決定プロセスの各段階で区役所等に提出するサービス等利用計画・障害児支援利用計画の様式

(●：必須提出，○：事業者の作成は必須で区役所等へは必要に応じて提出，△：必要に応じて提出)

No.	支給決定プロセス		指定事業者が区役所等へ提出する帳票								提出方法・期限			
	計画相談支援	障害福祉サービス 障害児通所支援	支給決定状況	様式1-1 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案	様式1-2 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)	別紙1 申請者の状況(基本情報)	別紙2 申請者の状況(基本情報)(現在の生活)	様式2-1 サービス等利用計画・障害児支援利用計画	様式2-2 サービス等利用計画・障害児支援利用計画(週間計画表)	様式3-1 モニタリング報告書(継続サービス支援・継続障害児支援利用(週間計画表))		様式3-2 継続サービス等利用計画・継続障害児支援利用計画(週間計画表)	提出帳票確認	アセスメント 票、ニーズ整理票、サービス等調整会議議事録等、独自様式
①	新規	新規 ・変更(サービスの種類・量の変更)	支給決定前	●	●	●	●					●	△	来所 サービス新規・個別に区役所等へ確認 サービス更新・サービス 新・サービスの 終期月の15日 まで 郵送可
②	更新 (終期月には、モニタリングを実施)	更新	支給決定後					●	●			●	△	来所 サービス更新・サービス 新・サービスの 終期月の15日 まで 郵送可

No.	支給決定プロセス				指定事業者が区役所等へ提出する帳票							提出方法・ 期限		
	計画相談支 援	障害福祉 サービス	支給決定 状況	様式1-1 サービス等利 用計画・障 害児支援利 用計画	様式1-2 サービス等利 用計画・障 害児支援利 用計画(週間 計画表)	別紙1 申請者の状況 (基本情報)	別紙2 申請者の状況 (基本情報) (現在の生活)	様式2-1 サービス等利 用計画・障 害児支援利 用計画	様式2-2 サービス等利 用計画・障 害児支援利 用計画(週間 計画表)	様式3-1 モニタリング報 告書(継続 サービス利 用・継続障 害児支援・ 継続支援利 用(週間計 画表))	様式3-2 継続サービス 等利用計画・ 継続障害児支 援利用計画 (週間計画表)		提出帳票確 認票	アセスメント 票, ニーズ整 理票, サービス 等調整会議 議事録等, 独 自様式
③	モニタリング (計画・障害児 相談支援の終 期月以外)	更新	支給決定前	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	来所 サービス更 新: サービス 終期月の15日 まで
④	モニタリング (計画・障害児 相談支援の終 期月以外)	変更(サー ビスの種類・ 量の変更)	支給決定前	●	●	○	○	●	●	●	●	●	△	来所 サービス更 新: サービス 終期月の15日 まで
⑤	モニタリング (計画・障害児 相談支援の終 期月以外)で モニタリング 期間の変更	軽微な変更 (曜日や時間 帯・事業所の 変更のみ) 変更なし	-		△			●	●			●		来所
⑥	モニタリング (計画・障害児 相談支援の終 期月以外)	軽微な変更 (曜日や時間 帯・事業所の 変更のみ) 変更なし	-					○		○		○		

VI 基幹相談支援センターの概要

ここでは、令和2年7月に開所した「基幹相談支援センター」の概要について紹介いたします。

1 基幹相談支援センターについて

基幹相談支援センターは「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）」（以下「障害者総合支援法」という。）第77条の2に基づき、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関とされています。

仙台市では、障害のある方が地域で安心して生活できるよう、相談支援体制をより強化するための機関として、仙台市障害者基幹相談支援センターを令和2年7月に開設しました。

2 仙台市障害者基幹相談支援センターの主な取組み

障害者相談支援事業所等の相談支援従事者が、よりの確な支援を展開できるよう、以下の取組みを行います。

① 障害者相談支援従事者へのサポート

基幹相談支援センターは、主に従来の支援体制では対応が難しい“支援困難ケース”への確実な介入と継続的な支援が確保できることを目指し、支援困難ケースの支援にあたる相談支援事業所等に対し、アウトリーチをメインとした共同支援の他、アドバイスの提供、ケース検討などを行いながら、支援の方策について一緒に考えていきます。

支援困難ケースの例

- ・ 様々な要因から自ら支援を求めることが難しいケース
- ・ ひとつの世帯に要介護高齢者、要支援児童、生活困窮などの複合的な課題を抱えるケース
- ・ 問題が長期化・複雑化し、支援の継続が難しいケース など

障害者基幹相談支援センターの支援の対象となる方

相談支援事業所等に従事する相談支援従事者です。障害者相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、仙台市障害者就労支援センター、仙台市ひきこもり地域支援センター、仙台市視覚障害者支援センター、仙台市難病サポートセンター、仙台市自閉症児者相談センター、仙台市第二自閉症児者相談センター、地域生活支援拠点事業（ひなたぼっこ）を対象とします。

市民や相談支援事業所等以外の支援機関からの直接の相談は受けておりません。

仙台市には、専門機関（障害者総合支援センター、精神保健福祉総合センター、北部発達相談支援センター、南部発達相談支援センター）にも支援者を支援する役割はありますので、障害者基幹相談支援センターでは専門機関等とも連携を図りながら、障害者相談支援事業所等の支援を行っていきます。

② 人材育成

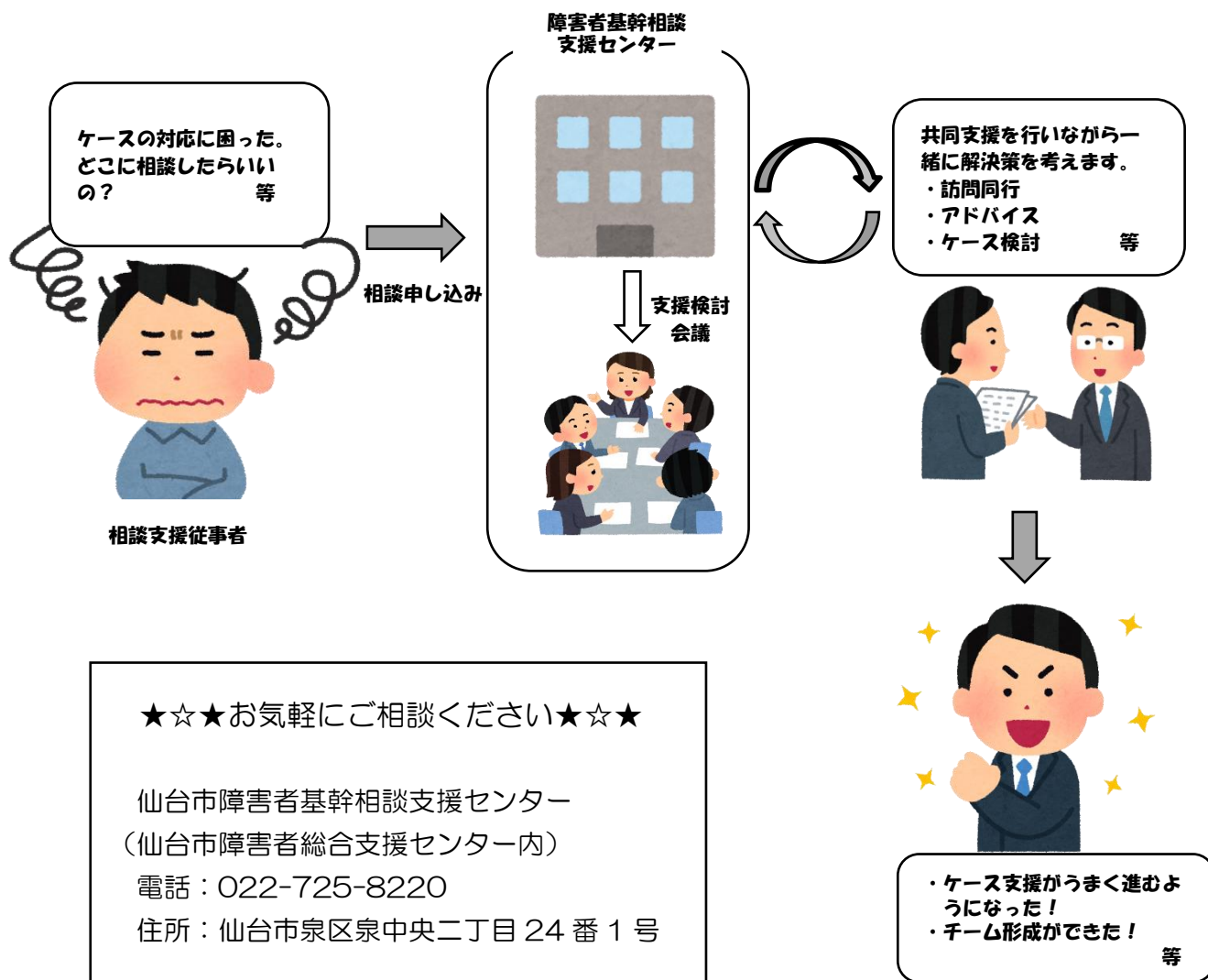
相談支援従事者が、計画相談を行うにあたり必要な知識や技術を学ぶための研修会（計画相談支援実務研修会）の開催や、相談支援専門員になるための「相談支援従事者法定研修」の実施に係る関係機関との調整等、相談支援従事者に必要な研修について企画・調整等を行います。

③ 関係機関との連携

仙台市および各区の障害者自立支援協議会などへの参加や、障害分野を超えた関係機関との連携を図ります。

3 障害者基幹相談支援センターへの相談方法

相談支援を行う中で、「ケースの支援に行き詰まってしまった」「どこに相談していいのか分からない」など相談支援を行う中で迷われたことなどがありましたらお気軽にご相談ください。



仙台市障害者自立支援協議会（評価・研修部会）
ガイドブック更新ワーキング 構成員

氏名	所属
高橋 壮	特定非営利活動法人アフタースクールぱるけ (障害者相談支援事業所ぱるけあであらんて)
李 暁冬	一般社団法人 思箭 (障害者相談支援事業所おもいやライフ)
蓬田 亜希子	社会福祉法人仙台市手をつなぐ育成会 (障害者相談支援事業所サポートはぎ)
太田 勇樹	社会福祉法人なのはな会 (障害者相談支援事業所ピース・スマイル)
福地 慎治	一般社団法人宮城・仙台障害者相談支援従事者協会
担当員 2 名	仙台市障害者基幹相談支援センター (仙台市障害者総合支援センター)
担当員 1 名	仙台市健康福祉局障害者支援課地域生活支援係 (事務局)

以上 8 名 (敬称略)

<各種参考情報>

【厚生労働省】



【令和2年度相談支援従事者指導者養成研修 資料公開】



【厚生労働省 障害保健福祉関係会議 資料】



【宮城県社会福祉協議会】



【仙台市（ホームページ）】



【障害福祉サービス事業者等の指定及び変更の様式】



【仙台市障害者自立支援協議会】



《編集・発行》

仙台市健康福祉局障害福祉部障害者支援課

〒980-8671 仙台市青葉区国分町 3 - 7 - 1

電話 022-214-8164 FAX 022-223-3573

資料編

参考資料 1

『仙台市障害者相談支援事業実務ガイドライン』

参考資料 2

『乳幼児期，学齢期の相談支援で大切にしたいこと』

仙台市障害者相談支援事業
実務ガイドライン
(主要部分 抜粋)

平成27年3月

仙台市障害者相談支援事業所
仙台市健康福祉局障害者支援課

目次

1	はじめに	1
2	相談支援とは	1
	(1) 相談支援が必要な理由	1
	(2) 相談支援事業における対象者	2
	(3) 相談支援従事者に求められること	3
	① 相談支援従事者としての心構え	3
	② 相談支援従事者としてのやりがい	6
	(4) 地域のワンストップの相談窓口として求められる相談支援のあり方	9
	① 当事者中心であること	9
	② 身近な相談場所であること	11
	③ 事業所の主体的なコーディネートによる支援ネットワークの構築	11
	④ 社会資源の改善・開発	12
3	相談支援の実際の現場での対応	14
	(1) 相談支援の流れ	14
	(2) 初期相談	15
	① 相談受付	15
	② 初回相談（インテーク）	16
	③ 初期相談時点での見立て・支援計画の作成	17
	④ 家族支援等	17
	⑤ その他の相談	17
	(3) 継続相談支援	17
	① 継続相談支援の対象者	17
	② 継続相談支援（ケアマネジメントによる支援）の流れ	18
	③ 支援の頻度	19
	④ 関係機関との連携，個別支援会議の開催	20
4	ケースレビューと事例検討	21
	(1) ケースレビュー	21
	(2) 事例検討	21

1 はじめに

相談支援では、「支援者・支援機関が有機的に連携し、どこで相談を受けても、共通の考えのもとに必要な支援を提供できること」を目指し、相談支援事業の運営体制の均衡化と評価システムの整備への対応が必要とされてきています(※)。平成24年度から事業所運営自己評価を実施してきていますが、事業所ごとの相談の質や業務手順が異なっている現状が明らかとなっています。

本ガイドラインは、相談支援事業における基本的な支援の考え方、相談支援の流れ等が示されており、相談支援事業に携わる職員が事業所を越えて共有すべき指針となるものが盛り込まれています。

(※) 平成23年度仙台市自立支援協議会「障害者相談支援事業の再編強化に係るフレームワーク」

2 相談支援とは

(1) 相談支援が必要な理由

障害者等の地域生活を支援するためには、障害者等の多様なニーズに応じていくことが求められています。またサービスやライフステージごとに支援が途切れてしまわないように、日々の暮らしやライフステージ全般にわたり支援が必要となります。相談支援では一人一人のニーズに応じたきめ細やかな対応が求められています。

障害者等の場合には、障害特性ゆえにコミュニケーションに困難を抱えていたり、適切に希望や必要な支援を伝えることができない場合があります。利用できるサービスがあったとしても、当事者自身が情報にアクセスし、適切なサービスを選択していくことが難しい場合があります。また障害者等に関する相談においては、身近な人(家族、友人)などへの相談では解決しづらい課題を抱えていたり、身近な人には相談しづらいことから、困りごとがあっても誰にも相談できないまま過ごしてきて、相談機関につながるまでに相当の時間を要している場合もあります。過去の人との関わりにおけるつまずき等から、関係性自体が構築しづらく適切なタイミングで相談に至らないで過ごしてきている場合もあります。以上のような障害特性や相談に至るまでの経過などを踏まえた上で、当事者の困りごとに対して一緒に解決の道筋を考えていくことが必要とされています。

また身近なつながりの不足や関係性の困難さなどがあるケースの場合、特にサービス調整だけではうまくいかなかったり、一機関では解決が困難である場合が多くあります。課題がすぐに解決するものでなくとも、「仕方ない」と諦めてしまうのではなく、地域の中で課題が解決しやすいように、関係機関同士の日頃からの連携をスムーズにしておき、ネットワークを構築しておくことも相談支援の役割として求められています。

（２）相談支援事業における対象者

相談支援の対象者は障害種別に限定せず、あらゆる障害が対象となります。障害者手帳を所持している者には限定しないため、障害等の疑いがあるケースも含まれ、障害者手帳を所持していない、診断を受けていないケースも想定されます。

地域の多様な相談に対応することから、当事者や家族からの直接の相談だけでなく、関係機関の支援者からの相談、地域住民等からの相談が寄せられることもあります。そのため、当事者（対象者）が相談者になる場合だけでなく、当事者を取り巻く人たちが相談者になりうる場合があります。相談支援では、当事者への直接的な支援に限らず、当事者を取り巻く人たちへの間接的な支援を行うことも必要となります。

また、相談支援の対象者については、地域で生活する障害者等の全体が対象となり、相談支援事業所にて直接支援を行っているケースに限定せずに、相談支援事業所での支援を行っていないケースの課題についても目を向けて、地域の課題として捉えることが必要となります。

特に相談支援事業にて積極的に支援を行うことが必要と考えられるケース

- ・ 支援が必要であるが、自ら声をあげられないケース
- ・ 多問題家族（一世帯に濃密な支援を要する障害者等が複数いる家族）
- ・ 緊急的な介入が必要なケース

上記のようなケースの他、フットワーク軽く当事者の生活の場に出向いて、当事者と直接会い、必要な相談支援をその場で提供できることが委託相談支援事業所の強みであり、そのような支援を必要とする人たちを対象とします。

従来から支援を行っているが、生活が安定している人への支援についても、対面でのモニタリングの上、他の相談機関の強みを理解した上で連携を行います（例．頻回な電話相談が必要と考える場合には、電話相談を主とする相談機関の活用も検討）。このような連携の中で、相談支援事業所は、その強みを発揮することが可能となります。

（3）相談支援従事者に求められること

① 相談支援従事者としての心構え

相談支援では、様々な当事者や家族、関係者等からの相談に対応していくこととなります。その際に注意しなくてはならないのが、単に「話をよく聞く」ことだけではなく、当事者のニーズを的確に捉えた上で、解決方法を考えていくことです。そのためには、表面にあらわれる訴え（デマンド）だけではなく、真に困っていることや望んでいること（ニーズ）を捉えることが必要です。また大切なことは、相談支援従事者が一方的に解決方法を考えるだけでなく、「相談者とともに」考えていく姿勢が必要です。

また、「相談者がどのようなことを求めて相談に来たのか」はもちろん、「当事者あるいは相談者はどのような人なのか。問題解決する力はある人なのか」等も含めて判断していくことが必要です。当事者や家族からの情報の他、関係者からの情報をもとに判断していきます。客観的な情報をもとに、相談支援従事者が当事者や相談者の生活状況についてイメージを膨らませ、見たてや手だてを考えていくことが大切です。相談支援従事者自身が主体的に考えていくプロセスが非常に重要です。その上で、事業所内の同僚や上司の見立てや手だてを肉付けし、事業所としての見立てや手だてへと客観性を高めていきます。支援の進み具合によっては、事業所外に助言を求め、判断の客観性を高めていくことが求められます。

実際に相談支援を行っていく上では、担当者一人だけで判断していくことが難しい場面は多くあると思います。その際には、「何に」「どこに」難しさを感じているのか、事業所内の同僚や上司に積極的に発信して意見を求めていく姿勢が大切です。事業所内でのスーパービジョンを受けることにより問題を抱え込まずに相談できたり、自分自身を知ることによって自己の限界や強みを知ることができます。

実践こそが学びの場！

- 相談支援の業務に携わる上で、相談支援従事者が学校や研修で学んだことは実践を行う上で基礎となる知識は与えてくれますが、実際現場では「知識だけでは実践でうまくいかない」と感じる人が多いのではないのでしょうか。
- 相談支援の現場では、実践こそが学びの場です。「どのような事例に」「どのような場面で」「どのような知識や技術を」専門職として発揮していくか、実践を通じて学びを深めることが必要です。
- 実践において、相談支援従事者が主体的に考えることが大切であり、「これでよいのか」「分からない」等と感じた時がこそが、学びを深めるチャンスとなり、大きな成長につながっていくものです。

○参考

下記の表は、埼玉県相談支援従事者人材育成ビジョン（特定非営利活動法人埼玉県相談支援専門員協会）より抜粋した「相談支援従事者に求められる力」です。

自分自身や事業所内での振り返りに使ってみましょう。

わかる・感じる Think Feel	想像力	利用者の生活全体を捉え、思いや、考えを察知したり、変化を感知する力。得られた情報から多様な展開や可能性を見出す力
	情報収集力	カギとなるライフストーリーをつかみ、必要な情報を適切な人から引き出す「聞く」「聴く」「訊く」力。
	分析力	主訴とニーズを明らかにし、現状を構成する要素を明らかにしたり、地域の課題を理解する力。
	判断力	タイミングや現在の必要性を見極め、支援の方策を定める、見立てる力。
	創造力	支援に必要なアイデアや新たな仕組みを発想する力。
うごく・かかわる Action Intervention	関係形成力	コミュニケーション技術を駆使し、信頼関係を構築したり、導いていく力。また、支援の輪を広げていく力。
	対話力	支援者の思いではなく、本人（利用者）主体に基づき、相互のコミュニケーションにより援助過程を進めていく力。思いを引き出す力。
	実行力	支援に必要な時間を見立て、時には時間をかけて目標を実現に向けていく力。
	継続力	事態が動かなくても、ねばり強く続けてゆける力。定めた計画や仕組みを改善を加えながら見守り続ける力。
つなげる・広げる Co-ordination Networking	交渉力	新しくチームに加わってもらえるよう、かけあう力。また、相手の出来ることを理解し、明確な役割を与え、引き込む力。
	調整力 (会議運営力)	複数の課題や関係する機関の特性を把握し、的確に役割分担を行い、繋げていく力。そのための会議を取り仕切る力。
	説明力	利用者の課題を要約して伝え、また、地域の課題を的確に把握し、それを必要な機関や会議でわかりやすく伝える力。
	推進力	必要性を見極めた上で、積極的に事態を動かしたり、本人、地域、関係機関を促していく力。

相談支援従事者が幅広い視野を持つこと

相談支援従事者の心身が健康であることが、よりよい相談支援を行う上では重要となります。また、当事者の生活は福祉サービスに限定して成り立っているわけではなく、一人一人が違った環境で生活しニーズも異なっている上、一人一人に合わせた支援を提供していくためには柔軟な発想が必要です。相談支援従事者が幅広い視野を持つことが大切で、そのためには相談支援従事者が自身の生活を楽しむこと、仕事以外の人と出会い多様な世界を知ること、感性を豊かにしておくことなどが重要です。

○バイステックの7つの原則から ～相談支援について考える～

相談支援においては、相談者がどのような背景で相談に至ったのか、その背景を理解することが求められています。相談支援従事者が実際に相談を受ける際に、相談者に対してどのように向き合うべきか非常に重要となります。

バイステック（2006）では、ケースワークにおける7つの原則が示されており、相談の現場における必要な視点が分かりやすく記載されていますので、常に意識して支援を行います。

○個別化の原則

利用者ひとりひとりが個性を持ち、独自性があること理解する

（ひとりひとりが独自の人格をもち、その行動の背景にはそれぞれに主張や理由があることを認める）

○自己決定の原則

利用者自身が答えを出せる過程を一緒にたどること

（本人やその家族の意思を尊重する。誤りのない自己決定を出来るよう環境や条件を整え、本人が選択するよう支援する）

○受容の原則

利用者の個性を否定せず、どうしてそのような考え方になるのかを理解する

（その人のあるがままの姿を受入れ認めること。感情的な面も含め、温かく受け止め支援者は自らの共感を態度や言葉であらわす）

○非審判的態度の原則

利用者の言動を「良い」「悪い」で判断しないこと

（考え方や行動など自分の価値観や社会通念によって一方的に評価してはならない。表情やしぐさも審判的にならないように注意する）

○秘密保持の原則

利用者が安心して相談できるように情報やプライバシーを守ること

（本人やその家族の情報を不用意に外部に漏らしてはならない。本人に関する情報を関係者に提供する場合には、事前に了解を得る必要がある）

○統制された情緒的関与の原則

利用者を理解するために、相談支援従事者の気持ちをコントロールする

（本人が怒りや敵意をぶつけてきた場合、その感情に巻き込まれたり、無視してはならない。支援者は自分の感情をコントロールする必要がある）

○意図的な感情表現の原則

利用者が気兼ねなく気持ちを表すことができるように配慮する

（相談者が自由に表現できるよう意図的にその機会を与える。感情もその人の持つ「事実」の一部である）

② 相談支援従事者としてのやりがい

相談支援の現場では、支援を通じて様々な人たちとの出会いがあり、福祉職以外の職種との出会いも多くあります。病院や学校などの福祉関係以外の支援者だけにとどまらず、民間事業者（例えば、スーパー、銀行、郵便局、不動産会社、弁護士等）や地域支援者（民生委員等）、または地域住民等との接点を持つ機会もあります。相談支援従事者は、事業所での相談を待つだけでなく、フットワーク軽く積極的に地域に出向くことができるため、より多くの人たちとの出会いや関わることで人脈が広がっていきます。多くの人に出会う機会があるということは、その分多様な価値観を知り、自分の価値観も広がっていく機会に恵まれているということです。

相談支援においては、地域の社会資源を知ることが非常に重要ですが、単に社会資源を把握するにとどまりません。上原（2005）は「コミュニティワークの柱は携わる人のネットワークである。どういった機関がどこにあり、その機能がどうかなどということは、お知らせパンフレットや、インターネットで情報入手は十分可能であり、大切なことは、そこにどういった人がいて、何をしてくれるかである」と述べています。最初から支援のネットワークが形成されているわけではなく、相談支援従事者自身の日々の実践を通していく中で、支援のネットワークも少しずつ広がっていくものです。当事者や支援者との信頼関係の構築や支援者とのネットワーク形成は、日々の小さな活動の積み重ねこそが重要となるものであり、こうした活動こそが相談支援における強みであり、相談支援従事者のやりがいにもつながってくるものです。

支援者同士でのサポートが大切！ ～燃え尽きてしまわないように～

相談支援を行う上で、当事者との関わりにより生まれる充足感、達成感は相談支援従事者としての仕事のやりがいにつながります。例えば、最初は支援に拒否的であった方と関係が少しずつ構築できるようになった時や、生き生きと生活できるようになった姿を見た時など、一見些細に思える変化であったとしても、本人や支援者とその変化を共有できるのは相談支援従事者として喜びを感じる場面です。

一方で、自分自身の無知や無力感を感じることにより、ストレスが生じたり、悲しみや怒りを抱いてしまうこともあります。一生懸命に支援しようとするあまりに、燃え尽きてしまうこと（バーンアウト）がないようにする意味でも、支援者同士のサポートが必要です。事業所内にとどまらず、事業所を超えたつながりも活用しましょう。支え合いや連帯感が負担の軽減に重要で、相互にサポートすることが支援への活力となっていきます。

現場の相談員からのエピソード

体験を通して本人の希望を明らかにし、支援者を広げていった A さんへの支援

50 代女性。知的障害と身体障害の重複障害。出会った当初は、単身でアパートの 2 階に住んでおり、病気が進んで段差の歩行が難しくなり、入浴ができていませんでした。

そんな時、主治医から足の手術を提案され、A さんも手術に同意している様子だったので、相談員は歯の治療など手術の準備や調整を進めていました。A さんは、言葉でのやりとりも日常会話程度であれば支障なく、周囲が提案することも理解しているように見えていたので、今回の手術にも同意しているものと思われました。ある日、A さんから「手術をしたくない」という言葉があり驚きましたが、よく話を聞いてみると「同じ病気で手術をしてもよくなっていない人を見てきたので、手術はしたくない」ということでした。A さんの言葉を聞いて、相談員は初めて「A さんは手術に同意している」と思い込み、支援を続けてきたことに気づかされました。A さんは具体的な手術の準備など体験していく過程を通して、「自分は手術を受けなくて生活する」という決断をしたようです。A さんと関わりながら、相談員が A さんの気持ちに気づけなかったことを反省しましたが、A さんが「自分で決断できた」ということは非常に重要なことで、相談員も A さんの決断を尊重し、車椅子でも生活できる住まいを一緒に見学し、新しい生活がスタートしました。

手術への決断のエピソードを通じて、A さんは「一見理解しているようでも、言葉のやりとりだけでは理解できていない場合があること」、「実際に自分自身で経験してみることでイメージが持ちやすいこと」に相談員はあらためて気づかされました。このような見方で A さんを捉えることで、A さんの生活する上でのスキルや必要な支援についても見直す機会となりました。A さんは人と関わることは好きなのですが、宗教団体に親戚の住まいを教えてしまい親戚との関係が疎遠になったり、借金を重ねていることなどが発覚しました。金銭面での支援や権利擁護の支援も必要であると判断し、まもり一歩仙台や成年後見制度の活用を進めることとしました。その際にも、相談員の一方的な押し付けにならないように、相談員と A さんと一緒に制度の説明を聞きに行き、その都度 A さんの意向を確認しながら制度利用に向けた手続きもあわせて行いました。

A さんの特性を理解した上で支援者が関わることで、A さんは「〇〇したい」という希望を発信することが多くなりました。相談員は当事者の方が自分の願いを伝えられるような工夫をしながら、当事者の方が生き生きと生活できるような支援を行っていくことが大切な役割だと感じています。

当初、地域から迷惑だと相談があったが、地域での見守りにより安心して暮らしている B さんへの支援

B さん、60 代女性。精神障害で単身生活を送っている方です。地域との関わりはなく、家はいわゆる「ゴミ屋敷」状態。そのため、隣家から「このままでは迷惑だ。施設に入れてくれ」と相談支援事業所に相談がありました。

相談支援事業所が訪問してみると、かなり不衛生な状態でとても生活できる環境でないものの、B さん自身は特に気にする様子もなく、「困ったことはない」と言うのみ。本人を何とか説得をし、義援金を利用して自宅をリフォームすること、ゴミを片付けることに同意が得られました。

同意を得るまでも大変でしたが、リフォームを引き受けてくれる業者を探すのも一苦労でした。まず家の様子を見るだけでもいいのでお願いしたいと伝え、実際にみてもらったところ、「地域にこういう人がいると初めて知った。心配なので早く直してあげたい」と優先的にリフォームをしてもらえることになりました。

B さんの家の訪問に合わせて必ず隣家にも訪問し、B さんのリフォームや片付けの状況を伝えてきました。最初は「施設に入れろ」と相当怒っていた隣家の方でしたが、次第に隣家の方から「昔は B さんの家族同士の交流があった」「B さんも大変だと思う」との話を聴くことができるようになり、少なからず B さんのことを心配している状況が伺えました。少しずつ話を重ねる中で、相談員の事情も知ってもらい、相談員に「お茶でもどうぞ」と声をかけてくれるようになりました。隣家の方と B さんの直接的な交流はありませんが、B さんにちょっとした変化があった時には、隣家の方からすぐに相談支援事業所に知らせてくれるようになり、B さんの支援において重要な地域の一員です。

相談員自身としては、当初相談支援の業務に携わった頃には「地域で協力してくれる人はいないのではないか」と地域の人には苦手意識もありましたが、何か協力したいと思いを抱いている方が少なからずいることを感じました。相談員が日頃支援している姿をメッセージしていきながら、支援が必要な人とをつなげるコーディネーターとしての役割が求められていることを実感しました。

連携とは ～ 共に関わり合いながら生まれるもの～

相談者のニーズについては、最初は解決困難であるように思えるものが多く、相談支援従事者も問題解決を諦めてしまいがちです。ただし、一機関だけでは対応が困難に思われる事例に対しても、様々な支援者が連携することで解決の糸口が見えてくることもあります。

顔が見えるだけで自然に連携できるわけではなく、共に支援者として関わり合うことを通して生まれます。また一見解決が困難と思われる事例に対しても、解決に向かうプロセスを事業所を超えて共有していく過程こそが非常に重要となります。

(4) 地域のワンストップの相談窓口として求められる相談支援のあり方

① 当事者中心であること

相談支援では、表面にあらわれる訴え（デマンド）に捉われず、相談者が何に困っているのかについて、言葉に表れない部分についても読み取り、ニーズとして捉えていく必要があります。

相談支援の対象者は幅広く、当事者が相談者とは限らず、家族や支援者あるいは近隣住民等の当事者を取り巻く人たちが相談者となる場合もあります。その際に難しいのが、「相談者が困っていること」イコール「当事者が困っていること」となる場合だけではない時です。当事者以外の人相談者となった場合には、「相談者が困っていること」が中心に表面にあらわれるため、「当事者の困っていること」が見えにくくなります。

また、当事者が生活上困っていることと、相談支援従事者自身が支援の際に感じる困難さを分けて考え、あくまで当事者が困っていることを中心にしてニーズを捉える必要があります。「相談支援従事者が対応困難と感じていること」イコール「当事者・相談者が困っていること」となる場合だけではありません。相談支援従事者のアセスメントが十分でないために、当事者・相談者のニーズに合っていない一方的な対応をとり関わりが困難となっている場合もあります。

ニーズ整理する上で必要な視点

- 常に、「誰が何に困っているのか（相談者が困っているのか、当事者が困っているのか）」を整理する。
- 「当事者・相談者が困っていること」と「相談支援従事者自身が困っていること」を切り分けて考えること。

また、相談支援では、基本的に何らか困っていることがあり相談があることが前提となるため、どうしても問題点や課題が中心となり表面化しやすくなります。もちろん相談支援従事者が問題点や課題を捉えることは必要ですが、そればかりに着目してしまうと、「できないことを補うためのサービス利用」のための支援となってしまう、ワンパターンな支援につながってしまう可能性があります。問題点だけでなく、当事者のプラスの部分、得意なこと（ストレングス）にも目を向けることが必要となります。

相談支援事業では、支援が必要であるにも関わらず自ら支援を求めることが困難なケースも支援対象となります。相談支援では、当事者の視点に立った上での確かなアセスメントを行い、支援計画を立てることが求められますが、自ら支援を求めることが困難なケースの場合には、当事者の困っていることやニーズが見えにくく、支援計画や方針が立てられずに行き詰ってしまう場合もあります。そうしたケースの中には、過去の対人関係のつまづき等から問題が複雑化している場合があり、当事者との信頼関係の構築が必要となる場合があります。相談支援従事者は、まずは当事者の生活の場にフットワーク軽く出向きながら、当事者との関係性の構築を行っていくことで、当事者の希望や可能性を引きだしていく関わりも求められています。

ストレングス（強み）を活かした支援を組み立てるために

ストレングスという言葉はよく耳にしますが、単に「当事者のプラスの部分を探し出せばよい」というものではありません。

大切なことは、当事者のライフストーリーを捉え、「その人らしさ」として「どのように暮らしてきたのか」「どのように問題解決してきたのか」「どのような希望を持っているのか」「どのようなことに関心があるのか」といった情報を生きた情報として捉えていくことが必要です。そうした視点で関わっていく中で、当事者のストレングスを捉えていくことができ、当事者の力を発揮できるような支援を考えていくことができます。

② 身近な相談場所であること

相談支援事業所は、地域における一次相談窓口であるため、住民からは敷居が高くなく、「相談しやすい場所」であることが必要です。特に初めての相談の場合には、見ず知らずの他人に相談することには相当の勇気が必要であり、不安を抱えていることが多いことを心にとめておく必要があります。不安を抱えている時に、すぐに相談できない状況はさらに不安となりますが、反対に「すぐに相談対応してもらえる」ということから、安心感が生まれます。そのため、相談支援では可能な限り、迅速な対応を行うことが必要となります。

また障害者等の場合には、様々な理由から相談ニーズがあっても直接の来所が難しい場合もありますが、相談方法を来所に限定することなく、訪問等により直接コンタクトを取るなどの柔軟な対応も必要となります。相談者と直接コンタクトを取り相談できることが望ましいですが、それ以外の方法でも相談しやすいように電話や其他媒体等を利用し、相談しやすい環境を整えます。

地域から相談支援事業所について知ってもらうために、ホームページ、広報紙など広く周知する等の工夫も有効ですが、単に事業所の周知を行うだけでは十分ではありません。日々の実践において、当事者や家族、関係者等からの相談に対して、一つ一つ真摯に対応していくことが最も重要で、こうした実践を積み重ねていくことで、地域住民にとって「困った時には、まず相談支援事業所に相談しよう」と思える相談窓口となります。

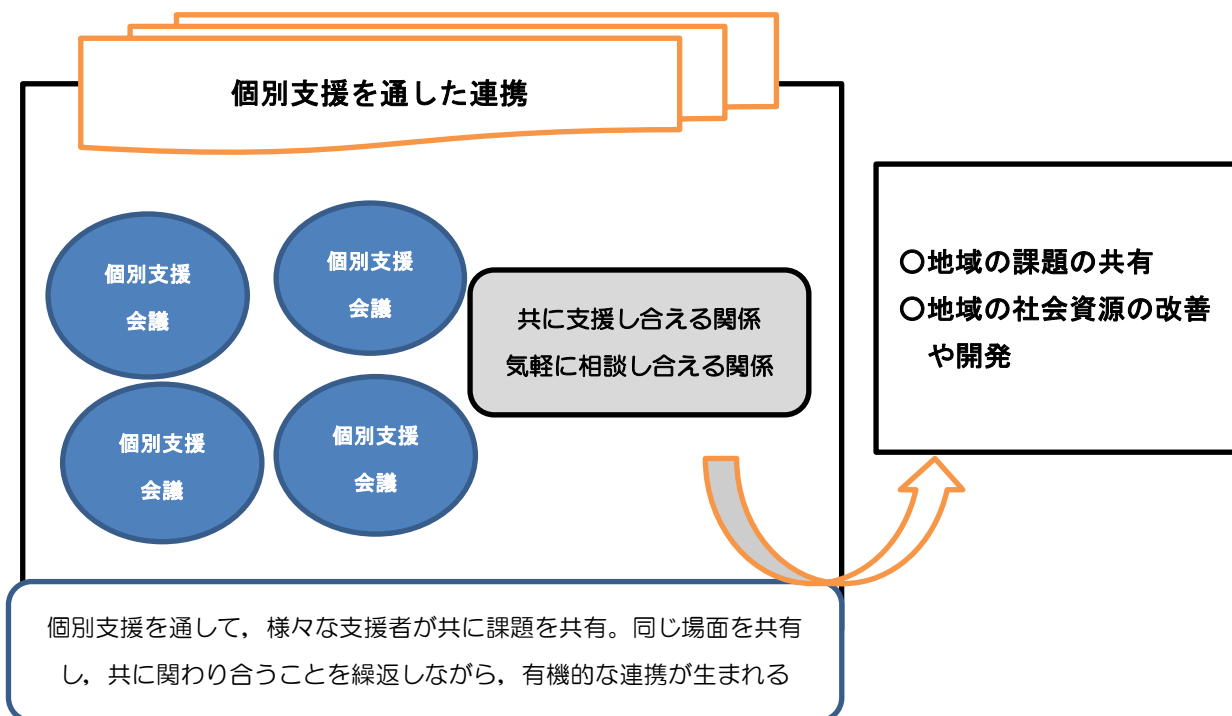
③ 事業所の主体的なコーディネートによる支援ネットワークの構築

当事者への支援を行っていく際に、多くの支援者が関わりを持つ場合があります。大切なことは、各支援者が当事者のニーズを共有し、当事者のニーズに沿った支援を行っていくことです。支援者は必ずしも専門家に限らず、当事者が地域で生活していく上では身近な人たちが重要な存在となる場合もありますが、様々な立場の支援者が持ち得ている情報を集約し、当事者のニーズを共有していくことが必要となります。

単に支援者が集まる場があれば課題やニーズを共有できるというものではありません。支援者がチームとして機能するために、相談支援従事者がプロフェッショナルとして力を発揮するところです。支援者それぞれに持ち得ている強みを最大限に発揮できるよう、相談支援従事者は積極的なコーディネートを行うことが求められます。そのため、まずは相談支援従事者が支援者それぞれの強みを知っていることが必要となります。

個別支援会議を中心としながら、支援者にて課題や支援計画、方針を確認していくことが必要となります。他機関の声がけによる個別支援会議の開催を待つだけでなく、相談支援従事者自らが主体的に積極的に個別支援会議等を開催し、チームアプローチが円滑になるような仕掛けを行うことが必要となります。

また、個別支援を通して連携し、共に悩み解決していくプロセスこそが重要であり、単なる顔の見える関係だけでなく、「共に支援をし合える」「気軽に相談できる」関係となり、有機的な連携が生まれてくるものといえます。こうした日々の相談支援の実践の積み重ねを繰り返していくことで、将来的には地域の社会資源の変革にもつながっていくものとなります。



④ 社会資源の改善・開発

相談支援は障害福祉サービスの調整を行えば足りるものではなく、当事者のニーズは多様なものであり、一人一人のニーズに沿ってきめ細やかに対応していくことが求められます。その中で、相談支援事業所では、地域での個別支援の積み重ねにより、個別の課題を集積し、地域の社会資源の状況や地域の課題を把握する必要があります。このような実践の積み重ねのなかから社会資源の開発の役割が求められます。

そのためには、前提として相談支援事業所自体が地域に開かれていることが必要です。事業所を知ってもらうためのPR等も必要ですが、日々の実践において地域からの様々な相談が寄せられた際に、相談に対して一つ一つ真摯に対応していくことが前提となります。また、一見解決が困難であると思われるケースについても、様々な支援者と共に支援のあり方を共有して解決していこうとする姿勢が大切です。個別支援のなかで地域の住民による見守り支援を生み出したり、サービス事業所が主な対象者以外の利用者受け入れに踏み出すことなども、社会資源の改善、開発につながります。個別支援と社会資源の改善や開発は独立しているものではありません。このように、事業所の実践の積み重ねから地域の課題を共有する取り組みがあつてこそ、社会資源の改善や開発につながっていくものです。

障害福祉サービス以外の社会資源活用のエピソード

事業所に入入りしている花の業者が、ケースの支援者に加わった！

自宅の周りに大きな毛虫が大量発生しており、車いすのご夫婦が困っている状況があり、害虫駆除の会社へ相談をしていったが、あまりよい返答ではなかった。

当事業所の事務所へ花を納めてくれている会社が来所していた時に相談をしたところ、一緒に訪問してくれた。殺虫剤のみならず、相談者の自宅周辺の草がとても高く生い茂っていたのを見て、何度か訪問をして機械で草を刈ってもらった。

飲料配達による安否確認サービスを活用！

難病で単身の利用者より、「いつどうなってもおかしくないから、毎日見守りしてくれるサービスはないだろうか」との相談を受けた。本人・支援者と話し合い、障害福祉サービスではなく、安否確認を行ってくれる民間の飲料配達を利用することにした。毎日の訪問があり、本人も安心して単身生活を続けることができています。

タクシー運転手さんと関係を築き、外出機会を増やすことができた！

てんかんや脳挫傷の後遺症、アルコール依存、薬物使用歴があるAさん。食べることやイベントごと、外出をすることが好きで、当事業所が開催している食事会への参加も強く希望していた。Aさんは、アパートで一人暮らしをしていたが、電話もなく、記憶力や見当識の低下が見られ、歩行時に転倒する可能性もあるため、思うように外出することが難しい状況だった。タクシーを使おうと思っても、タクシーが到着したことが分からなかったり、タクシーを呼んだこと自体を忘れてしまったり、乗れたとしても行き先を忘れてしまうことがあった。

ヘルパーと外出する際には決まったタクシー会社を利用し、運転手さんとのコミュニケーションを重ねていったところ、Aさんの障害特性を理解してくれるようになり、ヘルパーがいない時の外出でもタクシーがアパートに到着した際、運転手さんがAさんの部屋まで迎えに来てくれることになった。Aさんはチャイムが鳴ると玄関のドアを開け、タクシーの運転手の方の声かけでタクシーに乗ることを認識し、乗車することができた。今では、当事業所で食事会がある時には、こちらからタクシー会社へ連絡し、タクシーに乗ってくるAさんは、楽しそうに他の利用者の方とお話しながら笑顔で食事を楽しんでいる。

3 相談支援の実際の現場での対応

(1) 相談支援の流れ

相談支援事業所は、地域における一次相談窓口であり、ワンストップで様々な相談に対応することが求められるため、対象者も幅広く相談内容も多岐にわたります。権利擁護や虐待といった人権に関する支援や、経済面や健康面等の基本的な生活を保障するための支援、また余暇や当事者活動等へのより積極的な社会参加に関する支援まで、地域生活における多様なニーズへの対応が求められています。

相談支援では、「ニーズを整理した上で必要な支援を組み立てていくこと」が基本となりますが、単に「足りないもの」「できないもの」を補うためのサービス利用の調整にとどまりません。ニーズは一人一人に異なるものであり、支援はオーダーメイドのものを提供する必要があります。そのため、相談支援従事者はプロフェッショナルとしての確かなアセスメントのもと、必要な支援が組み立てられることになり、支援方法や頻度は、一人一人置かれている状況により異なってきます。

相談支援では、図1のとおり、初期相談から継続相談支援に至るプロセスが基本となります。初期相談では相談者からの情報収集を通して見立てを行い、継続相談支援の必要の有無を判断しますが、あわせて緊急的な対応の必要性も判断する必要があります。初期相談では面接あるいは訪問による直接コンタクトにて相談の場を設定することとなります。継続相談支援を行う場合には、ケアマネジメントの手法を用いての支援となります（アセスメントにより支援計画を作成、モニタリングを行い再度アセスメントを行うという繰り返しのプロセスとなります）。一旦支援計画を作成したとしても当事者の置かれる状況により支援目的や支援頻度は変わりうるものであり、場合によっては緊急的な対応が必要となります。

また、継続相談支援に至らないケースでも他機関紹介あるいは情報提供により終了する場合には、相談者が「相談しても話を聞いてもらえなかった」「たらい回しにされた」と受け止めてしまうことがないようにします。そのためには、相談者との相互のやりとりを通して相談者のニーズを整理し相談者の意向を確認することが重要です。また相談者の困っている状況を聞くだけでなく、相談者が自分自身で問題解決が可能か否かを見極めることが必要となります。例えば他機関を紹介する場合にも、相談者の了解を得た上で相談をつなぐ先の機関への情報提供なども行います。一旦相談を終了する場合にも、「何か困ったことがあれば、いつでも相談が可能である」というメッセージを伝え、相談者が再度困った時に相談できる体制を確保することが重要です。

相談支援相談支援従事者は、一人一人のニーズに合わせた支援を組み立てるため、知識を幅広く有していることが望まれます。ただし、重要なのは「誰に聞けばよいか」「誰に支援をお願いすればよいか」の情報にすぐにアクセスできるようにしておくことで、そのために相談支援従事者は日頃からのネットワーク作りをしておくことが必要です。

コミュニティワークは個別支援と独立したものではなく、日頃の個別支援の上に成り立つものであり、個別支援における課題ですぐに解決できないものであっても、支援者同士

が共に課題を共有し解決の手段を共に探っていくプロセスが重要であり、関係機関や地域住民とのネットワークを図っていくことが必要です。このような日々の実践を通しながら、地域で埋もれている相談ニーズの掘り起しを行っていくことが求められます。

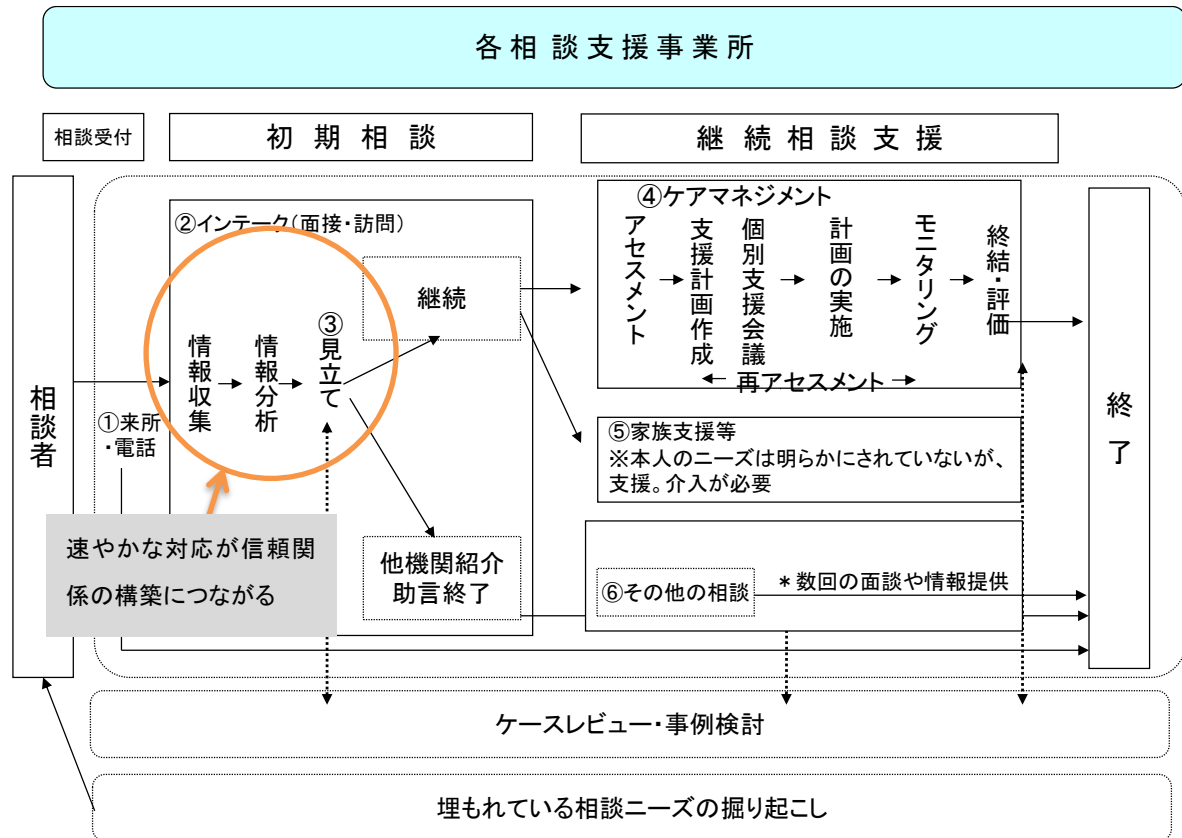


図1 相談支援の流れ

(2) 初期相談

① 相談受付

相談支援事業所はワンストップの相談窓口であるため、相談者は当事者や家族をはじめ、民生委員や近隣の方など地域の方、関係機関など様々です。また、相談経路も来所、電話、地域の方や関係機関と顔を合わせる機会など様々です。相談支援従事者はいつでも相談に応じられるよう、常にアンテナを張っておくことが大切です。

「困っていること（主訴）は何か」「どうしてその困りごとが生じているのか」「自身で解決していく力はあるか」をポイントに相談の概要を聞いたうえで、初回相談の調整を行います。受付はあくまで相談の入り口です。対面で改めて聞く必要が出てくることが多いため、電話の場合にはあれこれ聞くことはせず、相談の概要をつかみ初回相談につなげます。

また、一見単なる問合せのように思われる内容であっても、「どうしてその困りごとが生

じているのか」を聞いていくと、主訴の裏に課題や潜在的なニーズが隠れていることもあります。また、虐待や医療中断など緊急的な介入の必要性の判断が求められる場合もあります。判断に迷う時には初回相談につなげ、来所や訪問等により直接相談者や当事者と会い、生活の様子を直接聞き、課題を整理し支援計画や方針を立てることが必要です。

相談者にとっては初めての相談で不安等も予想されることから、できるだけ早く初回相談を行う必要があります。「相談は1か月待ち」「計画相談で忙しい」等の言葉は、相談者に対し「待たされる」という印象だけでなく、「断られた」という印象を与えてしまいます。受け付けした相談支援従事者でなくても、相談の状況に合わせてできるだけ早く対応できる相談支援従事者を調整しましょう。早く対応することが、相談者の安心感につながります。

② 初回相談（インテーク）

初回相談は、基本的には「来所」「訪問」など相談者（当事者あるいは家族）と直接コンタクトを取る方法により行います。来所が難しい場合もあるので、訪問など柔軟に対応しましょう。相談者は様々な不安を抱えての相談であることを念頭に置き、プライバシーに配慮し、安心して話ができる環境を作りましょう。

初回相談では、「今困っていること（主訴）」「今までどう過ごしてきたのか（経過）」「今はどう過ごしているのか（現状）」の概要をコンパクトに聞きます。情報収集のみにならないよう、会話を広げながら必要な情報を聞き、ニーズを整理します。相談者自身が問題整理できるよう話を引き出すこともあります。ただ単に訴えを聞くことや、一方的に相談者の思いを伝えるのではなく、誰が何に困っているか整理することが大切です。目の前の困りごとですぐに解決できるものに対しては、その都度迅速に対応することが必要であり、そのような支援を通じて信頼関係を深めるとともに課題の整理を行います。

さらに、必要に応じて相談支援従事者が捉えた要点や判断を伝え、相談者の思いとズレがないか確認します。相談者のニーズをつかむため、相談支援従事者1人1人が相談者とのコミュニケーションをとりながら向き合うことが大切です。また、面接・訪問時に相談者からだけでは十分な聞き取りができない場合には、誰に聞いたらよいかを相談者に確認し同意を得て他の支援者からも聞き取りを行います。

相談者が不安のためニーズを整理できない場合や、相談者にとっては一見困りごとがないように見える場合もありますが、初回相談だけで課題の整理を行うことができない場合は、初回相談だけで相談を終了させず、面接や訪問を重ねて見立てを行う必要があります。見立てに必要な情報、不足している情報をあらかじめ整理したうえで、ケアマネジメントのプロセスにより支援します。

また、緊急性の判断が必要になる場合もあります。担当が見立てを行った上で、相談支援事業所での継続相談や終結を決定します。担当者のみで抱え込まず、事業所内で対応を共有していくことが必要です。

なお、個別の個別支援台帳の作成は、相談者の氏名ではなく当事者の氏名で作成します。

③ 初期相談時点での見立て・支援計画の作成

初回相談の面接・訪問実施後、速やかにいったんの見立てを行い、継続相談支援の必要性を判断し、ケアマネジメントによる支援、家族相談等、一般相談の実施等の当面のおおまかな支援計画を作成します。詳細なアセスメントは継続相談支援の中で行っていきます。

見立てにあたっては、当事者や相談者の困りごとから、なぜその困りごとが生じているのかという背景をアセスメントし、課題を整理します。緊急性の判断も求められます。相談者の困りごとを直接聞いて、見て、感じているのは担当者自身です。まずは担当者自身が支援計画や方針を立てた上で、ケースレビューにより事業所内で方針を確認することを基本とします。

④ 家族支援等

家族等からの相談で当事者のニーズが明らかにされていない場合には、誰が何に困っているのかを整理しながら、あくまで当事者の立場に立ち、当事者へコンタクトをとれるよう家族等の相談を通じて支援していきます。家族等の困りごとが前面に出ている場合がありますが、「当事者の意思であるのか」「家族の意思であるのか」を確認していくことが大切です。当事者や家族の生活状況を聞き取る中で、家族等が困ったと感じる状況が生じている背景を客観的にとらえながらアセスメントします。そして、当事者の意思や生活状況を直接確認できるよう、当事者に会えるタイミングを探りながら相談を行います。家族の困りごとにも共感し、必要な場合には家族への支援も行います。当事者と会った上で当事者の意思が確認できた後には、図1のケアマネジメントによる支援を行う場合があります。当事者と家族が相反する立場にある場合には担当者を分けることも考えられます。

なお、虐待や医療中断など緊急性の判断は常に求められます。緊急的な介入が必要な場合には、タイミングを探っている時間はありませんので、すぐに生活状況を確認することが必要です。

⑤ その他の相談

ケアマネジメントのプロセスによる支援だけでなく、積極的な介入は必要ないケース等への相談等もあります。その場合には数回の面談や情報提供で課題が解決するケースなどが考えられます。生活状況の変化などにより積極的な支援の必要性が生じた場合には、基本的にはケアマネジメントのプロセスにより支援します。

(3) 継続相談支援

① 継続相談支援の対象者

委託相談支援において継続相談支援が必要となるケースについては、複数の問題を抱えているケース、問題が複雑化しているケースや、支援が必要な状況であるにも関わらず自ら支援を求めることが難しいケースが対象となります。支援が必要であるが自ら支援を求めることができない場合、「支援の同意が得られない」ことを理由に支援が提供されないことがないように、当事者との関係性構築の段階からの支援を行っていく場合があります。また、家族からの相談があるが、当事者が支援を拒否しており介入に結びつかないケースなども、家族への支援を継続していく中で、適切なタイミングで当事者への支援を行えるよう、介入の糸口を探ります。

複数の課題やニーズを有する場合には、優先すべき課題は何かを整理した上で支援を行います。また、解決しづらい課題やニーズのみに対して支援を行うのではなく、比較的解決しやすい課題やニーズあるいは具体的な希望への支援から始めることで、当事者と「解決できた」という経験を共有することができ、支援者との関係性の構築がスムーズとなることもあります。

継続相談支援が必要となるケース

○支援が必要であるが、自ら声をあげられないケース

- ・問題を抱え生活に支障が出ているにも関わらず、困りごとを発信することができないケースや、困りごとを感じていないケース。

○多問題家族（一世帯に濃密な支援を要する障害者等が複数いる家族）

- ・支援が必要な障害者と高齢の同居家族がおり、それぞれに支援が必要なケース。
- ・複数の障害者がいる家族であり、様々な支援者が関わる必要があるケース

○緊急的な介入が必要なケース

- ・主たる介護者である家族の入院等により生活が維持できなくなり、環境調整が必要なケース。
- ・病状の悪化等によりすぐに医療につなぐ必要があるケース。

② 継続相談支援（ケアマネジメントによる支援）の流れ

基本的には継続相談支援の流れは、図1の通り「アセスメント」→「支援計画作成」「個別支援会議」→「計画の実施」→「モニタリング」→「終結・評価」となります。

初期相談においてアセスメントを行い、継続相談支援の必要性を判断し初期相談段階よりもより具体的な支援計画を作成します。継続的な相談支援が必要な場合には、ケアマネジメントの手法による支援を行うことが基本となります。初期相談の段階では当面の大きな支援計画を作成することとし、詳細なアセスメントは継続相談支援の中でも行います。初期相談の段階では確認できなかった課題やニーズが明らかとなる場合があります。支援を行う際に、「モニタリング」は欠かせないプロセスであり、上記のように新たな課題やニーズが明らかとなった場合などには、支援計画の修正を行います。1回だけのアセスメントや支援計画の作成で、何年も同じ支援を繰り返すものではなく、アセスメントからモニタリングの過程を何度も繰り返しながら支援を展開していくこととなります。

支援を展開していき、目標が達成された、ニーズが充足された状態となった場合には、支援は終結となります。ただし、ある日突然に支援を終結するのではなく、徐々に支援の頻度を少なくするなどフェードアウトしながら、終結に向かいます。また、終結する場合には、評価を行うことが必要であり、それは単に目標が達成されたことを確認するものではありません。これらの評価を行うことは非常に重要であり、担当者のみで判断するのではなく、事業所としての判断が必要となります。初期相談から含めて支援全体を振り返り、

支援の評価を行った上で、支援の終結に向かうことが必要です。また支援は一旦終結した場合であっても、再度支援が必要になった時には、相談支援事業所が速やかに支援を行うことができるようにしておくことが必要です。例えば、当事者にいつでも相談できるように伝えておく、関係する支援者から何かあった時には連絡がもらえるようにしておくといった体制が必要です。

③ 支援の頻度

継続相談支援を行う際、アセスメントに基づき支援の頻度を判断しますが、中には頻回かつ濃密な支援が必要となるケースもあります。委託相談支援事業所では多くのケースを抱えていることから、頻回な支援を行うことは相談支援従事者にとっての負担となる可能性もありますが、相談支援従事者側の都合ではなく、当事者にどれくらいの支援が必要か判断することが重要です。

当事者との関係性構築を行う必要があるケースについては、関係性の構築のためにも一定期間の頻回な支援を必要とする場合があります。また、当事者や家族の置かれた生活環境の変化等により、緊急的な介入が必要となった場合には、一定期間頻回な支援が必要となります。当初には頻回な支援が必要であっても、タイミングを逃さずに適切な支援を行うことで、当事者にとって安心できる環境等が整い頻回な支援が必要でなくなる場合があります。反対に支援が必要なタイミングを逃してしまった場合には、問題が複雑化したり、新たな問題が起これり、目の前に起こっている問題への対応だけに追われてしまう可能性があります。目の前に起こっている問題への対応を行うだけでなく、「当事者にとって本来必要な支援が行われているか」という視点に立ち、継続相談支援のケースについても定期的に事業所内でのケースレビューを行い、支援計画や方針を確認します。

緊急的な介入が必要となった場合への対応

継続相談支援を行う中で、下記の例のように当事者や家族の生活状況の変化等により緊急的な対応が必要となる場合があります。

- 主たる介護者が入院したことにより、当事者の生活維持が困難となる場合
- 金銭面の困窮等による課題で生活維持が困難となる場合
- 虐待やDV、あるいは自殺企図など当事者の生命に危険がある場合
- 医療的な介入がすぐに必要な場合
- 刑罰法令に触れる行為のおそれがある場合

これらはいくまで例であり、緊急的な介入が必要となる場合には、相談支援事業所のみで解決できるものではありません。他機関と連携した上での支援が必要となる場合においても、上記のような事実が疑われる場合には、客観的な情報収集が必要となります。具体的には、すぐに関係機関から情報収集を行う他に、直接事業所が訪問等による事実確認を行い、他機関との連携や支援依頼を行います。

④ 関係機関との連携、個別支援会議の開催

ケアマネジメントの実践においては、単に公的な障害福祉サービス利用の調整にとどまるものではなく、幅広いニーズに基づき支援が展開されます。そのために、支援者は障害福祉を専門としている者に限らず、例えば近所の人、民生委員などごく身近な地域の関係者が支援者となる場合もあります。複数の関係者が支援を行っている場合には、支援者がチームとして機能するために、積極的に相談支援従事者が調整を行うことが必要です。

それぞれの支援者がチームとして適切な支援を展開させていくため、支援者にて情報共有を行います。基本的には当事者の同意を得た上での情報共有が必要ですが、緊急的な介入が必要となる場合（例．経済的な危機、虐待、緊急的な医療の必要がある場合）には、当事者の同意が得られなくとも情報共有を行い介入が必要となることがあります。

支援者同士での情報共有を適宜行うことが必要ですが、情報共有だけで支援チームとして機能するわけではないため、個別支援会議を行うことで課題や支援計画や方針を共有していくことが必要となります。支援者が直接顔を合わせる個別支援会議のメリットは、支援者同士の顔の見える関係が構築されること、課題や方針などが共有できること、それぞれの強みを生かした役割分担の確認ができることです。また当事者が個別支援会議に参加する場合には、当事者の自らの想いを発信できる場となります。こうした個別支援会議を相談支援従事者が積極的に調整していくことが求められます。

相談支援における記録について

相談支援従事者は支援の対象者ごとに記録を残します。相談支援における記録とは、自分がどのような支援を提供したか、支援における判断基準を明らかにし、支援の効果を明らかにするものです。

支援の都度に記録を残し、支援の経過を分かるようにする必要がありますが、支援の目的、支援計画を明らかにした上で日々の記録を整理します。記録は端的に内容を整理し、単なる情報の羅列ではなく、支援の都度、担当者の判断を記載することが必要です。事業所内で担当者以外の職員も共有するために、個別ファイルは常に最新の支援状況が分かるようにし、事業所内で記録を供覧します。

4 ケースレビューと事例検討

相談支援では、一人一人の相談支援従事者が主体的に判断していくことが重要ですが、それらの判断を一人の相談支援従事者のみに任せるのではなく、事業所としての見立てや手だてとして客観性を高めたものとしていくことが必要となります。そのために、事業所内において「ケースレビュー」「事例検討」を行います。ケースレビューや事例検討は、事業所としての見立てを客観的なものにしていく他、担当者だけが抱え込むことを防ぐこととなります。事業所を超えたケースレビューや事例検討ももちろん重要なものですが、事業所内で定期的に行うことが前提となります。

ケースレビューと事例検討では漫然と報告をするのではなく、以下のことに留意します。

(1) ケースレビュー

1 ケースあたり 1～2 分程度とします。担当者が判断したものを事業所としての方針として決定する作業となります。一旦作成された支援計画や方針をもとに継続相談支援を行うか否かを判断するとともに、支援の終結もケースレビューで判断していくこととなります。

基本的には、ケースレビューでは担当者が立てた中長期的な支援方針の確認を行います。単に集めた情報を羅列して報告することではなく、端的に支援方針の確認を行うことが必要です。その中でアセスメントの不足部分があれば確認することとします。ケースレビューだけでは、支援方針が整理できない場合も想定されますが、ケースレビューはあくまで中長期的な支援方針を確認することが目的となるため、ケースレビューで延々と意見交換はせずに事例検討の場を設けることとします。

新規ケースの支援計画は一度作成したら終了ではなく、ケアマネジメントの実践のプロセスと同様に、定期的の確認し見直していくことが必要です。そのため新規ケースだけではなく、継続相談支援ケースもケースレビューを定期的に行うことで、「何となく支援が終了する」、「本来支援が必要であるケースが埋もれてしまう」ことを防ぐことができます。

(2) 事例検討

1 事例につき 1 時間程度とします。ケースレビューにて支援方針が整理できない場合などに、事例検討の場で複数のメンバーで多角的に検討することとなります。担当者自らが事例検討の場に報告するだけでなく、ケースレビューの場で事例検討が必要であると判断された場合にも事例検討を行います。事例検討ではケースレビューと異なり、一事例に対して多角的に検討する場であり、定期的な事業所内で事例検討を行うことで、相談支援従事者一人一人のスキルアップを図ることができます。事例検討では「何となく」ケースの概要を報告するのではなく、「何が分からないのか」「何を整理したいのか」目的をもった上で行うことが必要です。また、事例検討の場においては参加者一人一人が主体的に考え発言することが必要です。

ケースレビュー、事例検討について

業務連絡・調整

(日々の連絡, 報告等)

ケースレビュー

(支援方針の確認, 支援の評価)

- 相談受付状況の共有
- 担当者決め
- 支援の流れ・手順の確認
- 地域資源の情報共有
- 個別の支援記録, 業務日誌の供覧
- アセスメントに必要な情報の助言
- 緊急性の判断
- ケースレビューや事例検討の必要性

- 相談支援従事者が立てた以下の内容を事業所内で共有
 - ・中長期的な支援方針の確認
 - ・支援継続の必要性
 - ・アセスメントの不足部分の確認
 - ・事例検討の必要性
 - ・次回のケースレビュー時期
- ※継続ケースは半年に1回は実施

事例検討

- 見立て, 支援計画や方針の検討
- 日々の報告, 連絡, 相談やケースレビューでは見立てや支援計画が明らかにならないケースを対象とする。
- 次回のケースレビュー時期

※具体的な手順や頻度は各事業所内で整理

事業所内で実施するもの

事業所を超えたケースレビュー, 事例検討

【参考文献】

上原文 (2005) 『私のソーシャルワーカー論 理論を实践に—現場からみたソーシャルワーカーの仕事』, ブレイン出版

F.P.バイスティック (2006) 『ケースワークの原則 (新訳改訂版)』 (訳: 尾崎新, 福田俊子, 原田和幸), 誠信書房

乳幼児期，学齢期の相談支援で大切にしたいこと

障害児の相談支援に携わる障害児相談支援事業者には、子どもの育ちを支えていく視点と、その家族も含めた暮らしを支えていく視点が求められます。

成長・発達の段階やその子どもの特性によって、意思の表出方法は様々です。そのため、初めて関わる支援者は子どもの意思のくみ取りが難しく、子どもの願いや希望を把握することができず悩むことがあります。一方、保護者（親）は、子どもに対して「いろいろなことが出来るようになってほしい」という気持ちが強くなったり、保護者自身が就労を望んでいたりすることがあります。このようなとき、一見すると、子どもの希望と保護者の希望は乖離しているように見えます。相談員は、保護者の思いをくみ取りつつ、子どもの権利が最大限守られるよう配慮した姿勢が求められます。そのため、その子どもにあった方法でコミュニケーションをとりながらニーズを把握し、また、子どもの一番近くで子どもを育む家族をサポートしていくという、子どもとその家族を一つのシステムとして支援していきます。

保護者（親）の立場に視点を転換すると、保護者は子どもを育む役割があると同時に、子どもに障害がある（かもしれない）ために、苦悩する存在でもあります。相談支援専門員などの支援者は、子どもに対する保護者の言動は合理的でないと思える場合もあります。保護者は、自身の関わりが適切ではないことを指摘されればされるほど、膠着する可能性も高く、保護者がなぜそのような言動を取っているのかといった背景を考えながら、寄り添う視点も求められます。

子どもと保護者双方への支援は、相談員一人だけでできるものではありません。よって、子どもと保護者に関わる機関、たとえば、子どもの所属する通園施設、保育所・幼稚園、学校やかかりつけの医療機関、地域のインフォーマルな支援者や資源などとチームを組み合わせながら支援していきます。相談員には、この支援チームをコーディネートしていく役割が期待されます。

1 乳児期からの関わりにおいて

現行制度下の障害児相談支援は、障害福祉サービス等の利用を検討することを機に開始するものとされています。従って、乳児期から相談支援専門員が関わるのは、子どもに何らかの障害が確認され、退院後の在宅生活において福祉的支援を必要とするであろうと認められるようなケースが主となります。

この時期に出会う子どもの状態像は、いわゆる重症心身障害児や医療的ケア児が想定されます。このような子どもたちへの支援にあたっては、本人への支援と併せて、家族への支援を考えていく必要があります。その際、当然ながら、福祉サービスの調整以前に、家族の心情や意思決定への十分な配慮、また家族全体の絆やきょうだい児の生活にも思いを巡らせることが求められます。

そして、子どもの成長とともに、家族以外の支援者との関わりを広げていく（≒家族が安心して託せる人や場所を増やしていく）ことや、同世代の子どもとの交流、生活体験の充足を支える視点を持ち、将来の姿・状況を予想しながら関わっていく必要があります。

ここでは、乳児期に出会うことが多いであろう医療的ケア児等の相談支援の特徴や、支援上の留意点などを、医療的ケア児等支援者養成研修テキスト及び医療的ケア児等コーディネーター養成研修テキストを引用し、まとめています。

子どもの身体機能・構造や基礎疾患、成長・発達を促す視点などを踏まえた計画作成が求められます。相談支援専門員がすべてのことを完璧に知っていることが求められているわけではなく、基本的な部分を理解しつつ、困ったときに相談できる人や機関を作っておくことが重要です。また、生活を支えるためのサービスの利用と、子ども自身や家族としての発達のバランスを考慮することが求められます。

(1) 医療的ケア児等と支援の特徴

- ・ 呼吸、対応の維持、摂食などの身体機能の維持・恒常性を保つ基本的な機能がぜい弱であり、健康維持のためにはきめ細やかな対応が不可欠である。
- ・ ある疾患名がついていても、時期や段階によって病状は変化する。また、成長・発達するにつれて各年代に生じやすい合併症に特徴がある。
- ・ 特性に応じて、その子どもらしい遊びや、同年代児との関わる機会を提供できるように心がける。様々な体験を通して社会性を育んだり、子どもの世界を広げていく視点が求められる。

(2) 医療的ケア児等相談支援の特徴・留意点

- ・ 子どもの状態やニーズはめまぐるしく変化するため、ケアプランの修正や変更の頻度が高い。
- ・ 障害の特徴より状態の急変なども含めた緊急事態が発生するリスクが高いため、考えられる緊急事態とその対応を準備しておくことが重要である。また、災害時の医療機器使用のための電源確保も含めた対応を検討し、家族及び支援者間で共有しておく。
- ・ 保護者（親）の人生設計も含めた、ケアプラン作成が必要である。保護者のニーズ

を確認しつつ、しかし、父親や母親としての役割を奪わないようにする工夫が求められる。

(3) 在宅への移行や、多職種連携に関する特徴

- ・ 病院から在宅への移行など生活の場が変わるときは、変わる前に、次の生活の支援チームを作り、ケア方法の伝達や連携体制を整える。このことにより、本人や家族の安心感が生まれる。
- ・ 複数（教育・保健・医療・福祉等）の特徴の異なる領域による多職種連携体制を構築することが必要である。それぞれの領域・分野の背景となる法律、所属機関、立場などにより、各支援者の価値観が異なることが多い。そのため、互いの価値観を尊重しながら、子どもとその家族の目標に応じたチームづくりが求められる。

2 幼児期からの関わりにおいて

前記のとおり、現行制度下の障害児相談支援は、障害福祉サービス等の利用を検討することを機に開始するものとされています。一方、幼児期に子どもの発達が気になった保護者は、区役所家庭健康課等へ相談したり、1歳半健診等を機に相談に繋がったり、あるいは自分で発達障害に関する情報を検索したりする中で、子どもの状態について考え、悩み、揺れ続けます。また近年は、発達障害概念の広がりもあって、保育所や幼稚園に入った後に、集団の中での行動がきっかけとなって相談に繋がるケースが増えています。

そうしたケースが相談支援専門員へ繋がるのは、上記の経過に加え、発達相談支援センター等での相談や療育、通園施設を経て、福祉サービスによる生活支援が必要と認められてから、となるのが一般的です。当然ながら、子ども一人ひとりの状態像は様々であり、保護者の受け止めや考え方も一様ではありません。子どもの生活の様子はもちろん、保護者がこれまで相談先とどのようなやりとりをしてきたのか、また、どのような育児観、障害観を持っているのか、家族の中でどのように考え方を共有しているのか、といったことに思いを巡らせる必要があります。既に支援チームがある、あるいは構成されつつある場合には、保護者の了解を得た上で、適宜情報収集・共有を行うとともに、一方の情報だけでアセスメントや支援方針等の判断をしないよう意識することも大切です。

以下に参考資料として、発達相談支援センターの作成資料から引用した、幼児期に大切にしたいことなどを記載します。

(1) 幼児期に大切にしたいこと

成人期の本人らしい「自立」と「社会参加」に向けた基盤となる幼児期には、以下のことが大切になります。

- ・ 人と安心して、心地よく関わる体験の積み重ね（人との信頼関係の基盤）。
- ・ 本人なりの手段で、自分の意思表示できる機会の保障（自己決定の基盤）。
- ・ やりたいことや欲しいことを他者に伝えて心地よい体験をすることに加え、出来ない時や困った時に他者に伝え、サポートしてもらって出来たり、嫌なことや不快な

ことから回避できる体験も重要である。

- ・ 周囲への関心と探索活動の広がり（能動的に外界と関わり活動する基盤）。
 - ・ 自分なりに見通しを持って行動し、出来たことへの承認（自己肯定感の保障）。
- こうした育ちが保障されていくことが、次の学齢期の原動力に繋がります。

（２） 相談時のポイント

- ・ 保護者の思い（「どう対応したらいいのか」、「将来どう育っていくのか?」、「他児との成長に追いつくのか? 差が大きくなるのか?」等）に寄り添いながら聞く。
- ・ 「今出来ること、まだ出来ないこと」、「得意なことや苦手なこと」、「対応をどう工夫すると、本人なりに理解して自律的に行動できるのか?」といったことを保護者と一つ一つ確認しながら、等身大の子どもの姿や対応の工夫を共有する。
- ・ 日々の子どもの成長や対応の工夫の効果等を保護者と支援者とで確認し、喜び合うことで、「障害があっても、本人なりの育ちがある」と保護者が実感できる場面を作る。
- ・ 上記のような活動を通して、保護者が「家族以外の人に相談する」成功体験につなげる。
- ・ 保護者（親）の抱える背景（「人と関わるのが苦手」、「わかっているけど行動に移すことが出来にくい」等の保護者自身の個性や生い立ち、家族状況等）は様々である。保護者の言動からこうした背景を見取り、支援することも大切である。
- ・ その時は子どもの状態や育ちを理解し受け止めていても、時間の流れとともに、保護者の気持ちも揺らぐことがあることを前提に支援することも大切である。

（３） 親（保護者）のエンパワメントの視点と目指したい方向

- ・ 保護者が「子どもの等身大の姿や必要な支援を理解すること」に加え、「子どもの育ちを肯定的に捉えながら子育てに向かえること」、また「親が一人で抱えるのではなく、家族以外の人と一緒に考え合いながら子育てするので良いと思えること」、そして「子どもはもちろん、自分自身の人生も肯定的に捉えて歩めること」も出来るよう、サポートする。子どものよりよい育ちにとって必要な環境（適切な進路）を自己決定出来るよう、支えていく。
- ・ やがては、子どもを取り巻く人々を信頼し、自分らしく生活できるように、子どものことや必要なサポート等について周囲に発信し、周囲に子どもの理解者を増やしていけるようにする。

3 学齢期からの関わりにおいて

すべての子どもが学校に在籍していることから、学校での過ごし方に関する相談は、まずは学校内で対応がなされますが、子どもの発達を確認したい時、あるいは子どもの行動背景を詳細に確認したい場合など、必要に応じて発達相談支援センターでの相談に繋がります。なお、学齢期に初めて発達相談支援センターの相談に繋がるケースは、ほとんどが通常学級在籍児（知的な遅れがない／障害特性がはっきりしない等）です。その中には、養育環境や愛着形成の問題が絡んで二次的な障害が生じてきているケースがあり、発達相

談支援センターや児童相談所が、委託相談支援事業所等とともに対応しています。

学齢期から相談支援専門員が関わるのは、就学後に放課後等デイサービスなど福祉サービスの利用を検討することが契機となる場合が多いと考えられます。また、知的障害を伴う自閉症のある子どもなどで、二次的に行動障害が生じているケースについて、チームで支援していくことが考えられます。

相談支援の中で二次障害のリスクを把握した場合は、適宜関係機関と共有し、経過を確認していくことが必要となります。

以下に参考資料として、発達相談支援センター作成資料から引用した、学齢期に大切にしたいことなどを記載します。

(1) 学齢期に大切にしたいこと

学齢期の育ちが成人期の本人らしい自立と社会参加に直結することから、二次障害を予防し、本人が安心して過ごすことが出来る環境を保障していくことが重要となります。そのためにも、以下のことが大切です。

- ・ 理解者を増やしていく(家庭、学校、地域等)。また安心して過ごすことが出来る場所を広げていく(学校、放課後の過ごしの方等)。
- ・ 「できたね」、「頑張ったね」と認められる経験を通して、自己肯定感を保ち、自信を持って行動できるよう、支援する。また、困った時やわからない時に、周囲の誰かに相談して上手くいった体験を重ねることで、人への信頼感を育ていけるようにする。
- ・ 子ども本人や保護者が納得した上で、自己決定、自己選択できるようサポートする。毎日過ごす学校という場の中で、理解者と一緒に具体的な環境設定、支援方法、支援内容を考え、実際に経験しながら一緒に考えていく。

(2) 社会的に自立するために

- ・ 他者に指示されて行動するのではなく、自ら理解して自律的に行動することができるようになることが目標である。そのためには「子ども本人にとっての『わかりやすさ』を活用した伝え方」、「出来た時に認めてくれる人の存在」、「またチャレンジしたいと思える対応の工夫」等が必要である。
- ・ 「自分は認められている」、「自分は誰か人の役に立っている」と思える体験を保障していく。そうした体験を通して、自己肯定感や自己有用感を損ねず、保障していくことが大切である。
- ・ 自分の出来ていない部分や苦手な部分だけに着目するのではなく、自分の出来ているところや得意なところにも目を向けて、自分を肯定的に捉えていけるようになる。そのためには、「出来ていることを生かす」、「いい部分を本人に伝える」等ストレングスモデルでの対応が効果的である。
- ・ 出来ないことを人に伝え、人と一緒に解決方法を考え、課題を解決したり、乗り越えることが出来る体験を保障する。このことが人に相談したり、報告したりする行

動の形成につながる。

(3) 保護者のエンパワメントの視点と目指したい方向

- ・ 保護者が子どものことや自分自身のことについて「子どもの発達しにくい部分はどのようなところか」、「どのような対応や支援があると生活しやすくなるのか」、「自分自身がどう成長したいと思っているのか（あるいは保護者は我が子にどう成長してもらいと願っているのか）」、「願っている成長につながるためには、必要な環境をどう考えていくのか」等保護者自身が自分の言葉で伝えられるようになる（しかし、これには時間と段階を要する）。
- ・ 保護者が自らの体験を振り返り、「今の自分だったら、何か誰かの役に立てないか」という思いを持つようになった場合には、その思いをキャッチし、「自らの体験を後進に伝える機会を設定する」等して「支えられる側」から「支える側」へ、支援の課題をともに考える「協働のパートナー」となるよう、サポートしていくことも大事な視点である。