

長浜市 米原市の障害児者相談支援のための

計画相談支援マニュアル

Version 1.2

令和6年（2024年）4月1日 発行

長浜市しょうがい福祉課

米原市社会福祉課

湖北基幹相談支援センターふらっと

※「障害」の表記については、様々な意見があることから法律の表記である「障害」で統一します。

令和6年（2024年）3月末日一部更新

目 次

はじめに	1
（１）相談支援の体系	2
（２）計画相談支援・障害児相談支援の対象者	3
（３）計画作成（変更）が必要なタイミング	3
（４）計画相談の標準的なプロセス	4
計画相談支援における相談支援専門員の役割	5
基本的留意点	5
（１）訪問面談時	5
（２）計画案作成	6
（３）支給決定	6
（４）サービス担当者会議等	6
（５）モニタリング	7
その他	7
5年間保存をしなければならない書類	7
相談支援専門員からみた計画相談の流れ	8
計画作成までの実際	
（１） インテークとアセスメント	9
契約	
インテーク（面接）	
当事者のニーズ把握	
アセスメント	
（２） 利用計画案の作成	11
利用計画案作成にあたって	
申請者の現状（基本情報）に記載する各項目について	
利用計画案に記載する各項目について	
週間計画表に記載する各項目について	
（３） 利用計画案の同意・提出	15
（４） 支給決定受給者証の交付	15
（５） 上限管理について	16
（６） サービス担当者会議	16
（７） 利用計画作成	17

(8) 利用計画の同意・提出	17
(9) モニタリング	18
(10) モニタリング報告書の作成	18
(11) モニタリング報告書の提出	19
(12) その他サービス利用上の注意点	19
まとめ	19
計画作成のポイント	20

時々ある計画作成等 21

暫定支給決定での計画作成
 高校生のアセスメント
 夏休み等の学校長期休み
 月23日を超える通所
 高校3年生で18歳になる人
 年齢に応じた支援
 小学校就学前
 中学校
 高校生

参考資料 23

長浜市・米原市における標準的な支給期間	24
標準的なモニタリング期間	25
障害サービス利用者の介護保険制度利用にあたっての留意点	26

別に添付している参考資料

申請者の現状（基本情報）記載例
 サービス等利用計画案 記載例
 モニタリング報告書 記載例
 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の請求要件について
 長浜市 しょうがい福祉から介護保険サービスへの移行連携シート
 就労定着支援の手引き（湖北圏域版）
 湖北圏域相談受付シート
 長浜市・米原市のルール（準備中）
 長浜市・米原市の計画相談に係る Q&A（作成中）
 長浜米原しょうがい者自立支援審査会の判断が必要な事例（作成中）
 相談支援従事者現任研修期間

※参考とした資料等

滋賀県相談支援従事者初任者研修（サービス等利用計画 障害児支援利用計画
作成のポイント）

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 Version2.2

は じ め に

【マニュアルの目的】

このマニュアルは、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（以下、障害者総合支援法）に定める相談支援専門員の業務を始めるさいの実務に役立ててもらふこと。また、相談支援専門員同士、あるいは相談支援専門員と市職員等とで、実務や情報を確認する際に役立ててもらふことを目的に、長浜市、米原市、機能強化員、基幹相談調整センターが協議しながら作成しました。

【計画相談支援の必要性】

○障害児者の自立した生活を支えるためには、その抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けたきめ細かく継続的な支援が必要であり、そのためには定期的なマネジメントを行う体制が求められます。

○障害児者にとって、専門的な知見を持った担当者からのアドバイスを活用してサービスを幅広く組み合わせて利用することが、選択肢の拡大につながります。

○可能な限り中立的な者が、専門的な視点から一貫してケアマネジメントを行うことにより、市の支給決定の裏付け又は個別のサービス・支援の内容の評価を第三者的な観点から行うことが可能となります。

（計画相談支援・障害児相談支援の体制整備を進めるに当たっての基本的考え方等について平成26年2月27日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活支援推進室事務連絡より）

【相談支援専門員が目指すべき役割】

○相談支援専門員は、障害児者やその家族等との信頼関係を構築し、障害児者の生活を成立させ、継続し、ニーズを叶えることを含めて個々の人生を支援する専門職です。

○相談支援専門員の役割としては、本人の希望に基づいて、本人の思いや希望を明確化していき、それを本人並びに支援者や、本人とかかわりのある人と共有し、実現に向けてコーディネートしていくことにあります。

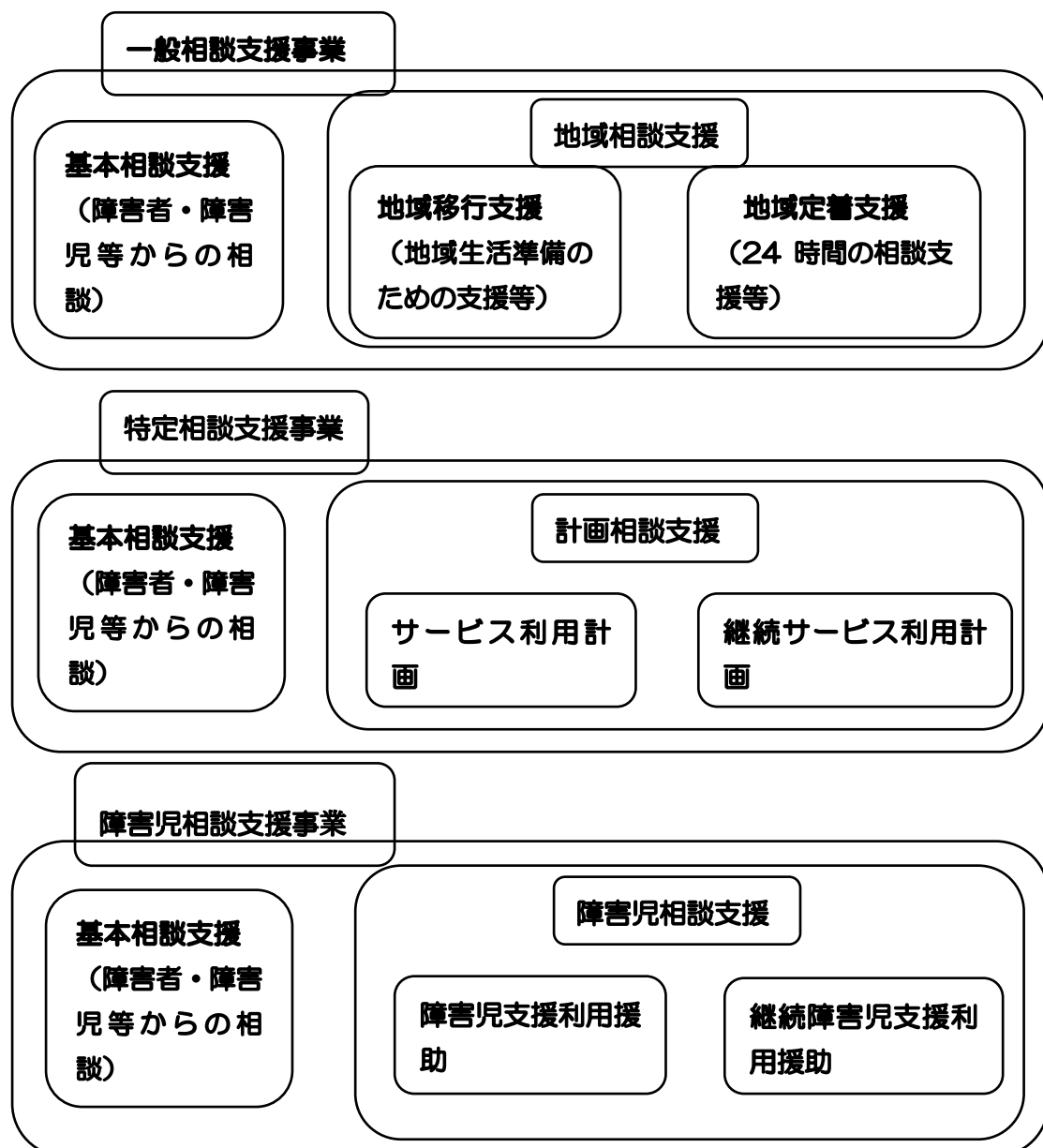
○住み慣れた地域で継続して生活するために、本人の希望や、多様な生活課題を、生活全体を総合的に捉え、具体的支援を明確にし、地域の障害福祉サービス事業者等の関係者と広くネットワークをつくり、チームアプローチの視点をもって支援を展開していきます。

この「計画相談支援マニュアル」が計画相談支援に携わる皆さんの、利用者に質の高い計画相談支援を提供することの一助になれば幸いです。

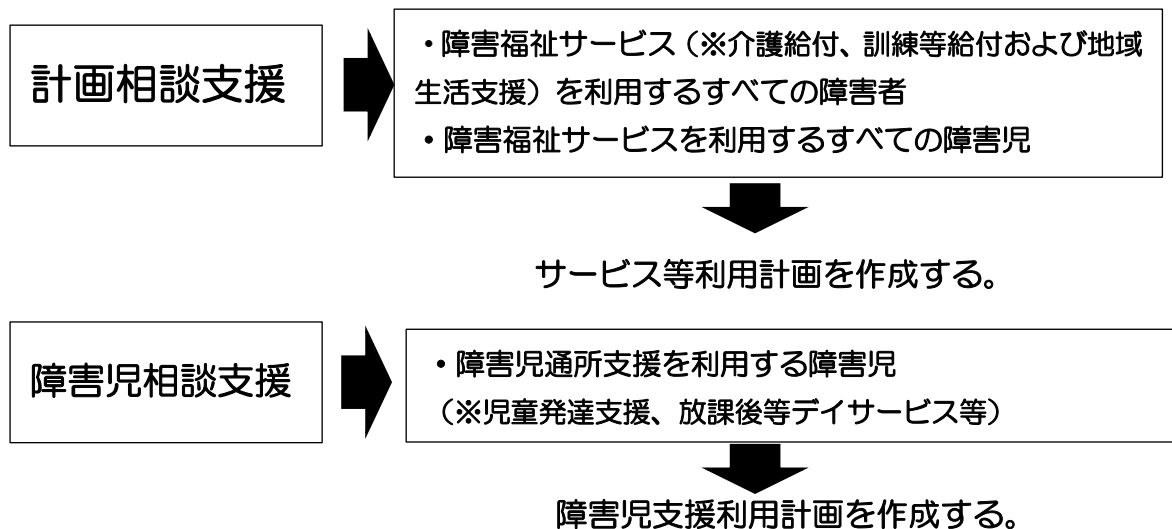
（１）相談支援の体系

サービス利用計画作成のための相談支援は、「特定相談支援事業」における「計画相談支援」（個別給付）として位置付けられました。また、地域移行及び地域定着のための相談支援が「一般相談支援事業」における「地域相談支援」（個別給付）として位置付けられました。さらに、障害児が障害児通所支援を利用する際の計画作成についても「障害児相談支援」として位置付けられ、計画作成が給付の対象となっています。

そして、こうした計画作成等に至るまでに不可欠である、一般的な相談支援は、「基本相談支援」として各事業のベースに位置付けられています。



（２）計画相談支援・障害児相談支援の対象者



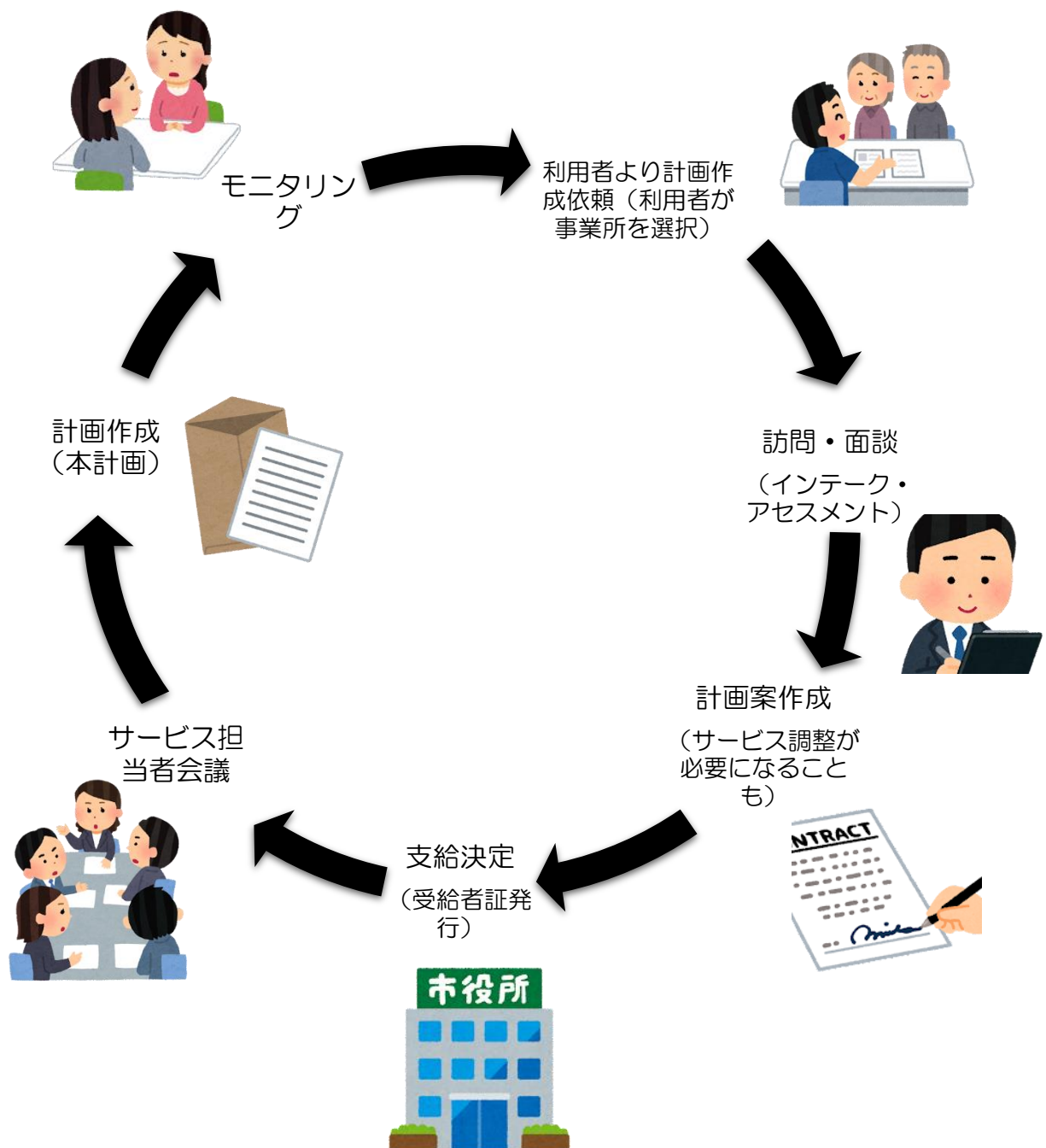
（３）計画作成（変更）が必要なタイミング

- ① 新しくサービス利用申請があった場合
 - ・新規サービス利用者には必須です。
- ② サービス内容に変更があった場合
 - ・モニタリングの結果、サービス内容や量の変更があった場合。
 - ・軽微な変更（長期休暇など期間限定的な変更、時間数および日数の変更など）は必要ない場合もあります。⇒市へ確認してください。
- ③ サービス支給期間が切れる場合
 - ・サービス支給期間満了日。（モニタリングが必須）
 - ・障害支援区分の有効期限満了日。
- ④ その他、市が必要と認めた場合
 - ・既存対象者で、著しく生活に変化があった場合などです。

※（参考）サービス支給期間の取り扱い

- ・基本的に障害支援区分がある方は区分の終了月とサービス支給終了月を合わせてあります。
- ・就労継続支援B型、放課後等デイサービス等で障害支援区分がない人は、誕生月の末日にしてあります。

(4) 計画相談の標準的なプロセス



※ 終結月、またはモニタリングの結果、計画変更が必要な場合は計画案作成を行います。

計画相談支援における相談支援専門員の役割

障害者総合支援法に基づく相談支援専門員は、上記の表に記載されている、指定特定相談支援事業所にて、障害のある方や障害児及び保護者等の相談に応じ、助言や連絡調整等の必要な支援を行うほか、サービス等利用計画の作成を行います。

厚生労働省「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に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」

平成 24 年厚労令 28 号 より一部抜粋（参考資料に全文を記載しています。）

基本的留意点

○エンパワメントの視点

利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの課題の解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要です。

○自己選択・自己決定・中立公平性の視点

相談支援専門員は利用者自身がサービスを選択することを基本に、これを支援するものです。サービスの提案はしますが、選ぶのは利用者です。

○アドボカシーの視点

自分の意思をうまく伝えることのできない利用者の立場を代弁するという観点に立って、その人の自己決定、自己選択を支援していくことも重要です。

○根拠（情報）のあるアセスメントが重要

利用者が望む自立した生活を阻害する要因、自立に向けて利用者がどのような希望や意志をもっているかを明らかにし、解決すべき課題を明らかにした内容を計画に反映していくこととなります。アセスメントという手続きを疎かにすると、ケアマネジメントは利用者の立場にたつことはできません。

（１）訪問・面談時

○居宅（自宅・入所施設・病院などの、日常生活を送っている場）、日中活動の場（障害者作業所等）への訪問をすることが必須。

利用者の居宅等を訪問し、利用者及びその家族等に面接します。

○利用者との信頼関係、協働関係の構築が重要。＝信頼関係の一步。

相談支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ます。

○正確な情報提供をするためには知識が必要。

サービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供します。

（２）計画案作成

○本人の希望は最優先

利用者の希望等を踏まえて作成するよう努めます。

○公的サービス以外にも目を向ける（民生委員児童委員、地域住民、ボランティアなど）

指定障害福祉サービス等以外の福祉サービス等、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めてサービス等利用計画上に位置付けるよう努めるなければいけません。

○「計画案」が支援体制の基礎になる事を意識する

アセスメントにより把握された解決すべき課題等に対応するための最も適切な福祉サービス等の組み合わせについて検討しサービス等利用計画案を作成します。

○計画等の書類交付は原則。求められれば開示できるようにしておく

相談支援専門員は、サービス等利用計画案を作成した際には、当該サービス等利用計画案を利用者等に交付します。

○理解しやすいように作成、説明する必要がある

書面の交付を行う場合は、利用者の障がいの特性に応じた適切な配慮をします。（例えば、わかりやすい文書、ルビを振る、拡大文字等の活用）

○具体的に丁寧な説明を

サービス等利用計画案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者等の同意を得ます。

○計画案がサービス支給決定の根拠⇒市は計画案がないと支給決定できない

サービス等利用計画を作成したときは、その写しを市に対し遅滞なく提出します。

（３）支給決定

○受給者証の内容が全ての根拠となるため、必ず確認を行う

受給者証によって、計画相談支援給付費の支給対象者であること、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等を確認します。

（４）サービス担当者会議等

○計画等の共有と、適正であるか確認。チーム支援の基盤となる

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の内容について説明を行うとともに、担当者から専門的な見地からの意見を求めます。

○サービス提供事業者へも交付。利用者の同意を忘れずに

サービス等利用計画を作成した際には、当該サービス等利用計画を利用者等及びサービス事業所に交付します。

（５）モニタリング

○モニタリングの結果、サービス内容や量に変化があれば計画案の再提出が必要

サービス等利用計画の作成後、サービス等利用計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、必要に応じてサービス等利用計画の変更、新たな支給決定が必要であると認められる場合には、利用者等に対し、支給決定に係る申請の勧奨を行います。

○会うことが大事、モニタリング時期を忘れずに（居宅訪問が必須です）

モニタリングに当たっては、厚生労働省令で定める期間ごとに利用者の居宅等を訪問し、利用者等に面接するほか、その結果を記録しなければいけません。

○市への報告に関わらず、モニタリング報告書の作成は必要

以下に掲げる場合や、市から報告を求められたら市に提出をします。

- ① 支給決定の更新や変更が必要となる場合
- ② 対象者の生活状況の変化からモニタリング期間の変更が必要な場合
- ③ モニタリング期間を設定し直す必要がある場合

その他

○様々な分野、人との連携が必要

利用者の状況に応じて利用者等の選択に基づき、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければいけません。

○スーパーバイズ・外部評価（協議会の活用）

自らその提供する指定計画相談支援の評価を行い、常にその改善を図らなければいけません。

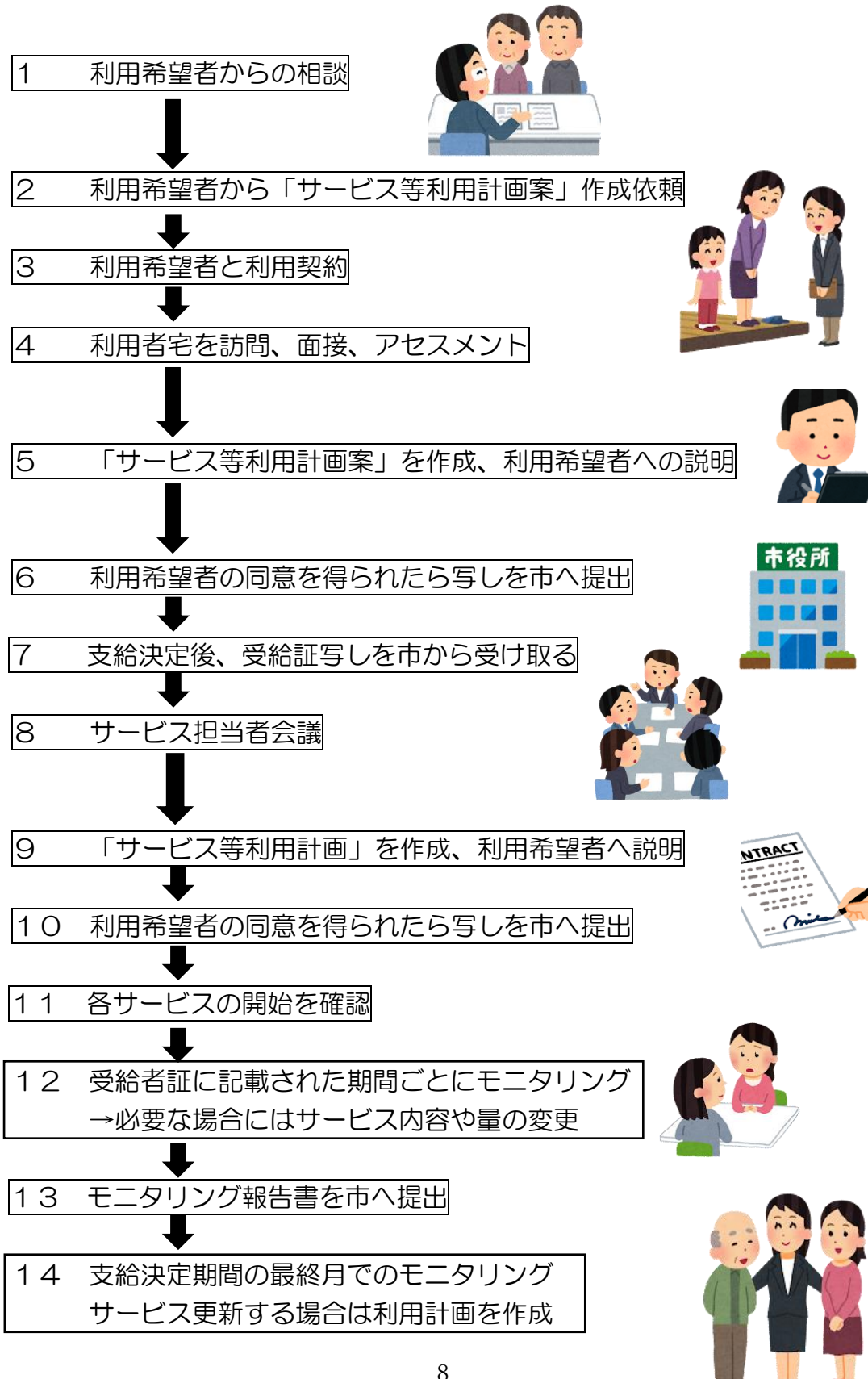
○計画を作るだけが仕事ではない。地域づくりの担い手に

業務を行う中で、こんなサービスがあったら地域の中で生活していけると感じることもあるかも知れません。その事を、障害者自立支援協議会に参画しながら、皆さんと一緒に施策化していく努力も必要です。

5年間保存をしなければならない書類（当該指定計画相談支援を提供した日から5年間）

- ・福祉サービス等事業者との連絡調整に関する記録
- ・サービス等利用計画案及びサービス等利用計画
- ・アセスメントの記録
- ・サービス担当者会議等の記録
- ・モニタリングの結果の記録
- ・市町村への通知に係る記録
- ・規定する苦情の内容等の記録
- ・事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

相談支援専門員からみた計画相談の流れ



計画作成までの実際

(1) インテークとアセスメント

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等）について説明をおこない、各書類に署名、捺印（各事業所の判断で行う）をもらいます。

ポイント

- ・利用者から作成依頼を受けてから動くのが原則ですが、事前に市から連絡がある場合が多いです。
- ・障害手帳、受給者証、薬の処方箋、生育歴のわかる資料（母子手帳など）などがあれば、準備をお願いしておきます。
- ・訪問までに市から基本情報が得られると、面談がスムーズにいいますが、利用者の同意がないと市も提供されません。
- ・市への提出は、「支給申請書・サービス等」利用計画案（署名でOK）で、契約書は提出の必要はありません。

インテーク（面接）

- 相談支援専門員が相談者と初めて「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い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、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。そのためには、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アウトリーチ（訪問）にも力を注ぐ必要があります。

ポイント

- ・面談時間は約1時間が目安に効率よく行います。（長いとお互い疲れます）
- ・制度や今後の流れなどを丁寧に説明します。
- ・面談時に契約、重要事項説明書、個人情報取扱説明書等の説明し同意を確認します。

当事者のニーズ把握

- 相談支援業務は、地域で暮らす当事者のニーズを把握することから始まります。制度の変化や情報についていけない人、支援を求めることに抵抗感のある人、課題を抱えていながらも「相談支援」につながっていない支援が必要な人の存在を顕在化させ、その生活実態やニーズを把握することが重要です。また、疾病等により途中で障害になった人が退院後に地域に埋もれてしまわないよう目を配る必要があります。

ポイント

- ニーズは確実、正確に。一度に聞き取れない場合は複数回でも話を聞きます。（電話でも OK です。）

アセスメント

インタビューで把握した当事者からの情報を加え、個人情報保護に配慮しながら当事者をよく知る関係機関等からの情報を集め、相談支援専門員として評価を行うのがアセスメントです。生活ニーズを把握するとともに、ニーズを充足する方法や社会資源の検討を行っていきます。

■アセスメント

アセスメントでは、利用計画を作成するために、利用者の生活の状況や置かれている環境の状況を理解し、利用者の要望や主訴から具体的な生活ニーズを探ることが重要です。

あらかじめ家庭訪問の目的を理解してもらい、何を明らかにするかを整理しておきます。通常、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ます。必要に応じて、他の相談支援専門員と一緒に家庭訪問することも考慮します。

■ニーズと社会資源

相談支援専門員は、相談受付票やアセスメントでわかったことから生活ニーズを整理します。そして、それらのニーズを解決するための社会資源を検討します。地域の社会資源について理解を深めたうえで、それらの社会資源が利用者のニーズに合っているか、利用できる可能性はあるか、容易に利用できるか等の観点から検討していきます。

■強みの評価

アセスメントは、当事者のできないことだけを評価する作業ではなく、できること（強み・ストレングス）も評価する作業です。当事者の生活上の強みを知ることで、支援の組み立てや方策は大きく変化します。

■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な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。）

（２）利用計画案の作成

利用計画案作成にあたって

■目標の優先順位

利用計画案の作成は、利用者とともに、おおまかな案の作成から始めます。その際、援助するニーズについてそれぞれ目標を立て、優先順位をつけてみます。さらに、社会資源のアセスメントを踏まえ、具体的な援助方法をリストアップします。

■利用者の同意

利用するサービスやその他の支援のリストに基づき、利用計画案を利用者と話し合いのうえ作成します。作成された案は、利用者、必要に応じて家族等の同意を得ます。その後、速やかに市へ提出します。

■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、病院のソーシャルワーカー等から情報をいただき、その内容を反映させます。

■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。市の標準に沿ったモニタリング頻度が基本ですが、必要であれば、それ以上の頻度でのモニタリングを提案します。その理由も含めて利用計画案に記載し、市にも説明します。

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ので、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の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をします。）

ポイント

- 「申請書の現状（別紙①、②）」、「利用計画案」、「週間計画表」の4点セットを作成します。
- 支給決定に繋がることを意識して。ただし、あくまで利用者主体であることが前提です。
- 状況によっては、サービス利用調整を同時進行で行うこともあります。（利用者の希望するサービス、支援の利用可否確認が必要です。）

申請者の現状（基本情報）に記載する各項目について

（基本情報は正確に記載します）

① 概要（支援経過・現状と課題等）

※これまでの支援経過、本人の状況、課題、希望、今後の支援の見通しなどを端的に表現します。

※手帳、年金受給、医療給付等の状況も記載します。

※障害児の場合は、保護者の障害に対する受容状況に応じて慎重に聞き取りを行います。思いを大切にしてください。

② 家族構成・社会関係図

※本人、家族以外に頼れる人がいるのかも聞き取ります。（祖父母、親戚、ご近所さんなど）

※家族それぞれの役割、状況を明確に記載します。

③ 生活歴

※生活歴聞き取りのポイントは、①出生時状況、②乳幼児健診、③就園、就学時の様子、④成人期の就労状況など、障害発生時期、医療受診経過、親の苦労話も重要です。ライフストーリーから把握できることが多くあります。

④ 支援の状況

※障害福祉サービス以外の支援も記入します。（民生委員児童委員、地域住民、相談機関、民間サービスなど）

利用計画案に記載する各項目について

(サービス利用計画案)

① 計画案作成日

※日付は計画が適用される月から記載します。

② モニタリング期間（開始月日）

※モニタリング期間を記載します。その横にモニタリングが適用される期間からモニタリングを実施する月を記載します。

記載例：3か月（令和2年12月～令和3年3月）

③ 利用者及びその家族の生活に対する意向（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記載します。

※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す。（例：〇〇が必要なため、〇〇をしたい等）「安定的な生活がしたい」といった抽象的な表現は避けます。

※家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区分し、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記載し、特に利用者と家族の意向が異なる場合には留意します。

④ 総合的な援助の方針

※総合的な援助の方針は、アセスメントにより抽出された課題をふまえ、「利用者及びその家族の生活に対する意向」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、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として記載します。

※利用者や家族が持っている力、強み、出来ることを意識し、一方的に援助して終わるのではなく、援助することで強みやできることが増える方針を記載します。抽象的な表現にならないよう留意し、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記載します。

⑤ 長期目標

※総合的な援助の方針をふまえ、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記載します。（半年から1年を目途とします。）

※単なる努力目標でなく、利用者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は設定しません。

⑥ 短期目標

※総合的な援助の方針をふまえ、長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載します。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、出来るだけ実現可能な内容を記載します。

※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ヶ月までをめどに記載します。

⑦ 福祉サービス等

※利用するサービスの種類や内容等だけでなく、具体的な支援のポイント等も記載します。公的支援（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。インフォーマルサービスが含まれていない場合、不適切ということではありませんが、含まれていない理由や、支援の導入について検討することが重要です。

⑧ 課題解決のための利用者本人の役割

※利用者が取り組むべきことを出来るだけ具体的に、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かからないように留意します。

週間計画表に記載する各項目について

① 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出来るだけ具体的に記載します。公的支援（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）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。

② 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活動等を記載します。曜日ごとの週間計画表に記載しきれなかった情報、家族や近隣、ボランティア等のかかわりや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も記載します。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ます。

③ 週単位以外のサービス

※隔週、不定期に利用しているサービス等について記載します（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となるサービス、相談支援専門員や市の行政担当者、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。

④ 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目指すのか、中立・公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載します。サービス提供の根拠が客観的に分かるよう明快かつ簡素に記載します。（例：支援の必要性は障害に起因するのか、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。

（３）利用計画案の同意・提出

ポイント

- どのような意図で計画案を作成したのか、利用者に理解できる表現で説明します。
- 利用者に異存がなければ、署名もしくは捺印を頂きます。
- 市への提出は原則利用者ですが、相談員が代行することも可能です。
（計画案の提出があって初めて市は支給決定業務を行うことができます。）
- サービス提供事業所等への配布を行います。

（４）支給決定受給者証の交付

利用計画案の提出後、市での審査を得て支給決定されれば、受給者証が交付されます。受給者証の写しは、市から相談支援事業所にも送られてきます。次の点を確認しましょう。

- ◆利用者の受給資格と各サービスの支給決定量、計画相談支給給付費の支給内容を確認します。
- ◆特に、計画相談支援の支給期間やモニタリング期間、毎月ごとのモニタリングについて、確認します。「サービス利用支援」は、利用計画（利用計画案ではない。）について利用者から同意を得た日が属する月が提供月で、その翌日が請求月となります。
- ◆障害福祉サービス受給者証の事業者記入欄に、事業所の所在地や名称、契約日を併せ

て記入し、事業所名を特定することができる確認印を押印します。

（５）上限管理について

◆受給者証では、月額負担上限額、負担上限額管理事業者についての確認も、サービス利用開始時に必要です。計画書に、サービスの総支給決定時間とその根拠となる計算式、一日の上限時間を記載するとスムーズに計画がたてられます。

ポイント

受給者証の内容で特に、次の点を確認します。

- ・「計画相談支給給付費」支給期間の開始日。
- ・支給量。
- ・モニタリング期間。

（６）サービス担当者会議

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、当事者のほか、行政を含め支援に関わっている機関にも参加してもらいます。これまで支援に関わった機関、今後関わるも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。

◆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になる場合には、会議を開きなお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。

◆一人の課題が地域の課題として受け止められるよう、障害者自立支援協議会などに、相談支援専門員が積極的に働きかけることも必要です。

ポイント

- 本人及び家族、可能な限り全ての支援関係者を招集し、サービス等利用計画案についての共有、内容が適正であるかの確認をします。
- 会議に出席できない関係者からは事前に意見等を受け取る。事後には会議内容の報告を行います。
- 会議開催が困難な場合には、全支援関係者にサービス等利用計画案等を送付し、照会等により意見を求めます。その内容を踏まえサービス等利用計画の調整を行います。

（７）利用計画作成

ここまでのプロセスを踏まえて、必要に応じ「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。

※国の基準や解釈通知では、サービス等利用計画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る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ので、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。

ポイント

- 受給者証、サービス担当者会議等の内容に伴い、サービス等利用計画を作成します。（計画案を修正、追記するイメージ）

（８）利用計画の同意・提出

ポイント

- 計画の意図を説明。計画案から変更があった箇所については十分に説明。利用者に理解できる表現で説明します。
- 利用者に異存がなければ、署名もしくは捺印（事業所の判断で行う）を頂く。
- 市への提出は相談員が代行することも可能です。
- サービス提供事業所等への配布を行います。

(9) モニタリング

ポイント

- 受給者証に記載されているモニタリング実施月に合わせて実施します。
- 実施月の前月末くらいから面談の日程調整を開始します。
(児童の場合は家庭訪問が原則)
- 利用計画と現在の利用者の状況が一致しているか、サービス利用状況はどうか、新たな課題、希望が生まれていないか確認します。
- サービス提供事業所等にも聞き取りを行います。
- 支給決定期間が終了する人には利用計画案の再作成が必要です。

(10) モニタリング報告書の作成

■総合的な援助の方針

サービス利用計画書の「総合的な援助の方針」と連動します。

■全体の状況

モニタリング報告書は当事者も確認されることから、当事者と内容を共有しておくことが必要です。

■支援目標

サービス利用計画書の「支援目標」と連動します。

■本人の感想・満足度

出来る限り、本人の言葉で記載します。言葉での聞き取りが難しい人や、本人の調子が悪くて聞き取りが出来なかった等の時は、サービスの提供状況や周囲の情報を基に内容を記載します。

■支援目標の達成度（ニーズの充足度）

目標に対して達成が出来たことには次回更新時まで継続する旨を記載し、出来なかったことに対してはその理由、次回のモニタリングまでに注意すべき点などを記載します。

■今後の課題・解決の方法

「支援目標の達成度」欄の内容を受け、次回モニタリングまでに対応する必要がある事柄、その理由について記載します。(例えば、支給量の変更、サービス内容の追加等の内容とその理由について記載します。)

ポイント

- モニタリングの結果を書式に反映します。
- 利用者に分かりやすい表現で記載します。
- 終結月は、利用計画案とモニタリング報告書の両方を作成します。
- モニタリングの結果により利用計画の変更が必要な場合は、計画も作成します。

(11) モニタリング報告書の提出

ポイント

- 利用者に対してモニタリング報告書を提出、内容を説明します。
- 特に、今後どのように支援していくのか、方向性をしっかり伝えます。
- 終結月に更新する場合、利用計画案とモニタリング報告書の両方を提出します。
- 市へは相談支援事業所が提出する。サービス提供事業所等への配布も行います。

(12) 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。

※市しょうがい福祉担当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。

まとめ

- 計画相談のプロセスは覚えてしまえば難しくはありません。
- 最初から完璧な計画を目指さなくても良いのです。モニタリングを重ねていく中で、計画を熟成していきます。
- 計画相談の軸は、「会う」ことと「聴く」こと。これを怠らなければ、利用者の安心と信頼は得られるはずです。

精神：依存症、人格障害をお持ちの方の計画作成のポイント

「家の事ができないのでヘルパーさんに来てもらいたい」という希望で支援が始まる場合があります。もちろん、ご本人の希望や生活状況を把握し、サービス調整をすすめてゆくのですが、関わっていくうちに、実はアルコール依存症で、ヘルパーに家事を手伝ってもらいながら隠れて飲酒を続けていたということがありました。

アルコール依存症は病気です。支援者が病気への理解が不十分だとこのようなことも起こります。当事者の生活を支えることが福祉サービスの目的ですが、知らない間にご本人の病気を悪化させてしまう「イネーブラー」(注1)になってしまっていたのです。

ご本人の自立を支援してゆくのであれば、飲まずにはいられない気持ちに寄り添いながらも飲酒の事実直面化できるよう関わり、治療(依存症治療や自助グループの利用)にたどり着けるような支援が必要になります。そして、ご本人を取り巻く人々(主に家族)にも支援が必要になります。依存症への支援はチームプレイです。関係機関(病院、行政職員、福祉サービス事業所、地域住民)と連携し、ご本人の「お酒をやめて回復したい」という意思を支えてゆく必要があります。専門員が疾患や対象理解を深めることで関係機関との関わりや調整が可能になります。相談支援専門員は単なる福祉サービスの調整者ではないことの自覚も大事です。

人格障害の方でもよく似たことが起こります。もともとご本人の生活支援のために調整したサービスなのに、ご本人が周囲の人たちを自分の思うように動かそうとする「操作行為」(注2)を繰り返すため、支援者が不安になつたり疲弊してしまうことがあります。そういった場合、福祉サービスは本人の「相手の関心を得たい、試したい」というニーズには添えないことを伝え、集団や社会のルールの中でご本人を支えるために関係機関で連携し関わってゆく必要があります。

福祉サービスは単なる生活支援ではなく、対象者の回復や人間的な成長を促すものであることを、相談支援専門員自身が理解し、調整してゆくことが求められます。

注1：「イネーブラー」とは、アルコール依存症の人を、根本的な解決にならないような方法で、支援者が支えてしまい、より状況を悪化させてしまうことです。

注2：「操作行為」とは、周囲の人たちを自分の思う方向に動かそうとする行為です。

時々ある計画作成等

○暫定支給決定での計画作成

- ◆訓練等給付は、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な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型です。
- ◆暫定支給決定の期間については、2 か月の範囲内で市が個別のケースに応じて設定することになっています。通所先や市役所に確認のうえ、短期間の暫定支給決定となる場合、その期間分のサービス等利用計画を作成します。暫定支給決定期間中のアセスメント結果を確認後、あらためて計画を作成します。
- ◆障害福祉サービス受給者証では、訓練等給付サービスを行う通所事業所の考え方を踏まえて、サービス支給期間を1年間としながら、暫定支給決定期間を別に設定し、記載している場合もあります。

高校生のアセスメント実習

- ◆養護学校高等部・高等養護学校の卒業後の進路決定に向けて、就労移行支援事業所において、アセスメントを行っています。学校と実施先の事業所で調整がされます。

夏休み等の学校長期休み

- ◆放課後等デイサービスの利用では、通常、月曜日から金曜日までの毎日学校がある月の利用日数で支給決定を受けます。しかし、夏休み等の学校長期休みの間、家庭状況等により利用日数を変更する必要がある児童もいます。その場合、児童のための療養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、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。市に相談してください。

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な場合は、月23日以上を支給決定を受けられる可能性があります。
- ◆通所サービスは月8日を超える時は、特別な事情を求めています。放課後等デイサービスは、親の就労事情等により一定の説明を市にすることにより可能です。

高校3年生で18歳になる人

◆短期入所などを利用して障害福祉サービス受給者証が交付されている児童の場合、18歳の誕生日の前から、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、18歳以上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円となります。受給者証番号も新しくなるので請求システムの入力なども忘れずに変更します。

◆放課後等デイサービスを18歳の誕生日以降も引き続き利用する場合、児童通所は児童福祉法の制度ですので、利用者負担月額は保護者収入による算定のままで年度末3月まで継続します。

年齢に応じた支援

小学校就学前

◆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。

中学校

◆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時間を作っていくよう提案してはどうでしょうか。家庭から離れる自立体験として短期入所（ショートステイ）を利用することも検討します。学校が作成する教育個別支援計画を共有することができれば、より効果的な支援が考えられそうです。

◆移動支援事業は社会参加や余暇活動を充実させるための外出支援のサービスで、本人の興味や生活状況を見ながら提案していきます。

高校生

◆長浜養護学校、長浜北星高等養護学校に通っている生徒の場合、高校生になると卒業後の進路相談が始まります。一般就労する人も増えていますが、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・実習があります。施設実習の最終日には振り返りの会議もありますので、参加しながら調整していきます。

参考資料

長浜市・米原市における標準的な支給期間

標準的なモニタリング期間

障害サービス利用者の介護保険制度利用にあたっての留意点

(別に添付している参考資料)

申請者の現状（基本情報）記載例

サービス等利用計画案 記載例

モニタリング報告書 記載例

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の請求要件について

長浜市 しょうがい福祉から介護保険サービスへの移行連携シート

就労定着支援の手引き（湖北圏域版）

湖北圏域相談受付シート

長浜市・米原市のルール（作成中）

長浜市・米原市の計画相談に係る Q&A（作成中）

長浜米原しょうがい者自立支援審査会の判断が必要な事例（作成中）

相談支援従事者現任研修期間

標準的な支給期間（長浜市・米原市）

利用しているサービスの内容	標準期間
地域移行支援	6 か月
居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、重度障害者等包括支援、自立訓練、就労移行支援、地域定着支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助（体験利用）、就労継続支援 B 型、児童発達支援、放課後等デイ	1 年
共同生活援助（地域移行支援型ホーム）	2 年
療養介護、生活介護、共同生活援助、施設入所支援 就労継続支援 A 型	3 年
地域生活支援事業（移動支援、日中一時、訪問入浴）	1 年

◎運用について

次のサービスグループについては、原則それぞれのグループごとに有効期限の終期を合わせます。

- ① 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護および短期入所、地域生活支援事業（移動支援、日中一時、訪問入浴）
- ② 生活介護、自立訓練、就労移行支援および就労継続支援 A 型
- ③ 施設入所支援は、その他の施設障害福祉サービスに係る支給決定の有効期限を超えない。

例：生活介護との組み合わせ【3年】、就労継続支援 B 型との組み合わせ【1年】

就労継続支援 B 型又は放課後等デイサービスのみを利用する場合の支給決定期間は、原則、当該利用者の誕生日までとする。これは、支給決定に係る、サービス計画等の作成、市の事務の平準化を目的に利用者の同意を得て実施することに留意する。利用者の同意が得られない場合については、国の基準に基づく申請月から 1 年間の支給決定を行うものとする。

その他の運用については、「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）に基づき実施する。

モニタリング実施標準期間

利用しているサービスの内容	標準期間
新規サービス利用者 著しくサービスの内容等に変更があった者	1月ごと 利用開始（変更）から3月のみ
在宅の障害福祉サービス・障害児通所支援等	
集中的支援が必要なもの	1月ごと
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月ごと
生活介護、就労継続支援、地域移行支援、地域定着支援、障害児通所支援、共同生活援助（日中サービス支援型を除く）	6月ごと ※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月ごと
施設入所等	
障害者支援施設、のぞみ園、療養介護入所者、重度障害者等包括支援	6月ごと

障害サービス利用者の介護保険制度利用にあたっての留意点

【参考】

「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に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」（平成 27 年 2 月 18 日付事務連絡）厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課・障害福祉課通知から抜粋

（１）障害福祉サービス利用者への介護保険制度の案内について

要介護認定等の申請は、申請に係る者の状態について大きな変更が生ずることが見込まれないということから、65歳到達日（誕生日の前日）、特定疾病に該当する者の40歳到達日（誕生日の前日）又は適用除外施設退所日（以下「65歳到達日等」という。）の3か月前以内に要介護認定等申請を受理し、65歳到達日等に認定することを運用上の対応として可能としている。

そのため、障害福祉サービス利用者の介護保険制度の円滑な利用に向け、要介護認定等の申請から認定結果通知にかかる期間を考慮して65歳到達日等前の適切な時期から要介護認定等に係る申請の案内を行うこと。

その際には、単に案内を郵送するだけでなく、市町村職員から、又は、（３）にお示しする相談支援専門員から直接、介護保険制度について説明を行うことが望ましい。

（２）障害福祉サービス利用者等に対する介護保険制度との併給が可能な旨の案内について

介護保険法の規定による保険給付が優先されることが、あたかも介護保険のみの利用に制限されるという誤解を障害福祉サービス利用者に与えることのないよう、適用関係通知（２）②の場合や③の場合については介護給付費等の支給が可能な旨、利用者及び関係者へ適切に案内を行うこと。

（３）指定特定相談支援事業者と指定居宅介護支援事業者等との連携について

障害福祉サービス利用者が介護保険サービスを利用するに当たっては、障害者が適切なサービスを受けられるよう

- ・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）における指定特定相談支援事業所の相談支援専門員がモニタリングを通じて、必要な介護保険サービスを円滑に利用できるよう利用者に対し、介護保険制度に関する案内を行うことや、介護保険サービスの利用に際しては、本人に了解の上利用する指定居宅介護支援事業所等に対し、利用者の状態や障害福祉サービスの利用状況等サービス等利用計画に記載されている情報を提供するように適切に引継ぎを行うこと。

- ・介護保険サービス利用開始後も引き続き障害福祉サービスを利用する場合は、サービス担当者会議等を活用して相談支援専門員と介護支援専門員が随時情報共有を図ること等必要な案内や連携を行なうこと等の周知をお願いしたい。

（４）施設入所者の介護保険への移行について

- ・施設入所者が 65 才を越え身体機能の低下等により現状の生活の継続が難しく、介護保険施設等での生活がご本人にとって適当であると考えられ、ご本人が介護保険への移行を考えられた時には、まず初めに行政しょうがい福祉担当課へ行きその旨を相談すること。しょうがい福祉担当課の指示に従い地域包括支援センターや介護保険担当課等と連携協力すること。

※なお、ここでいう、「指定居宅介護支援事業者等」とは、小規模多機能型居宅介護や介護老人福祉施設のように、人員配置基準において介護支援専門員の配置が義務づけられている事業者を含むものである。