

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。

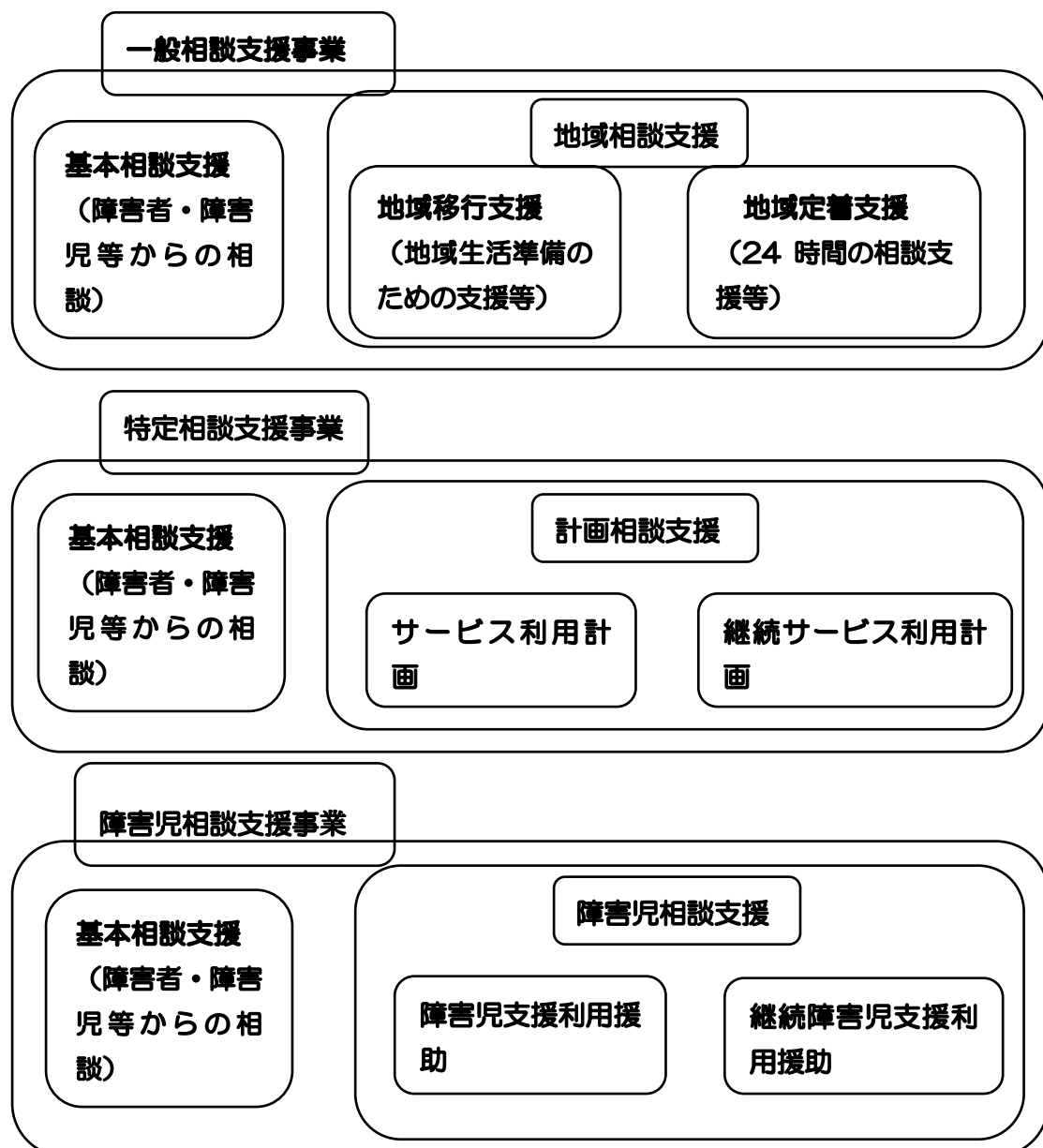
○住み慣れた地域で継続して生活するために、本人の希望や、多様な生活課題を、生活全体を総合的に捉え、具体的支援を明確にし、地域の障害福祉サービス事業者等の関係者と広くネットワークをつくり、チームアプローチの視点をもって支援を展開していきます。

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。

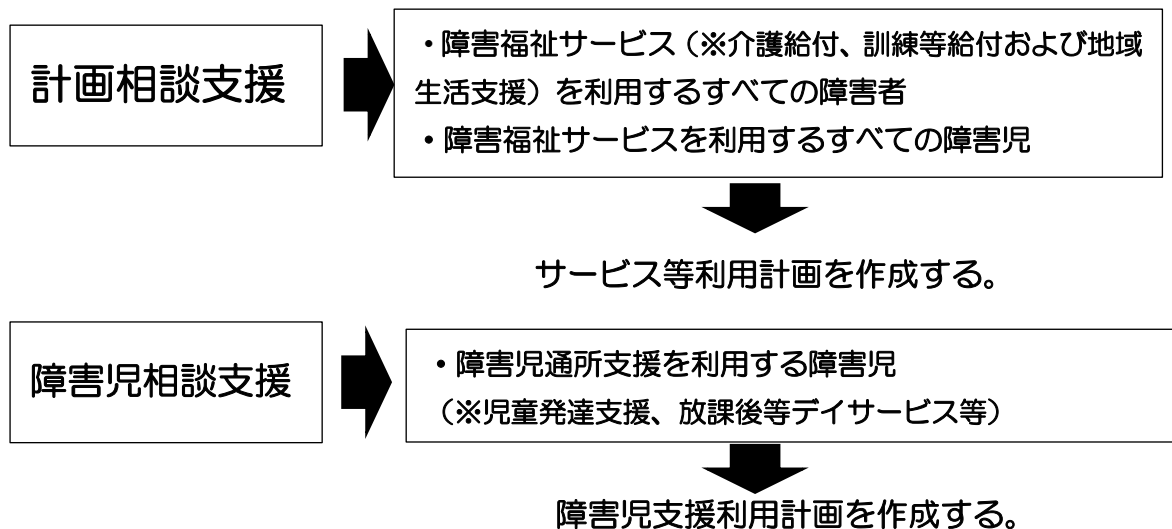
（１）相談支援の体系

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



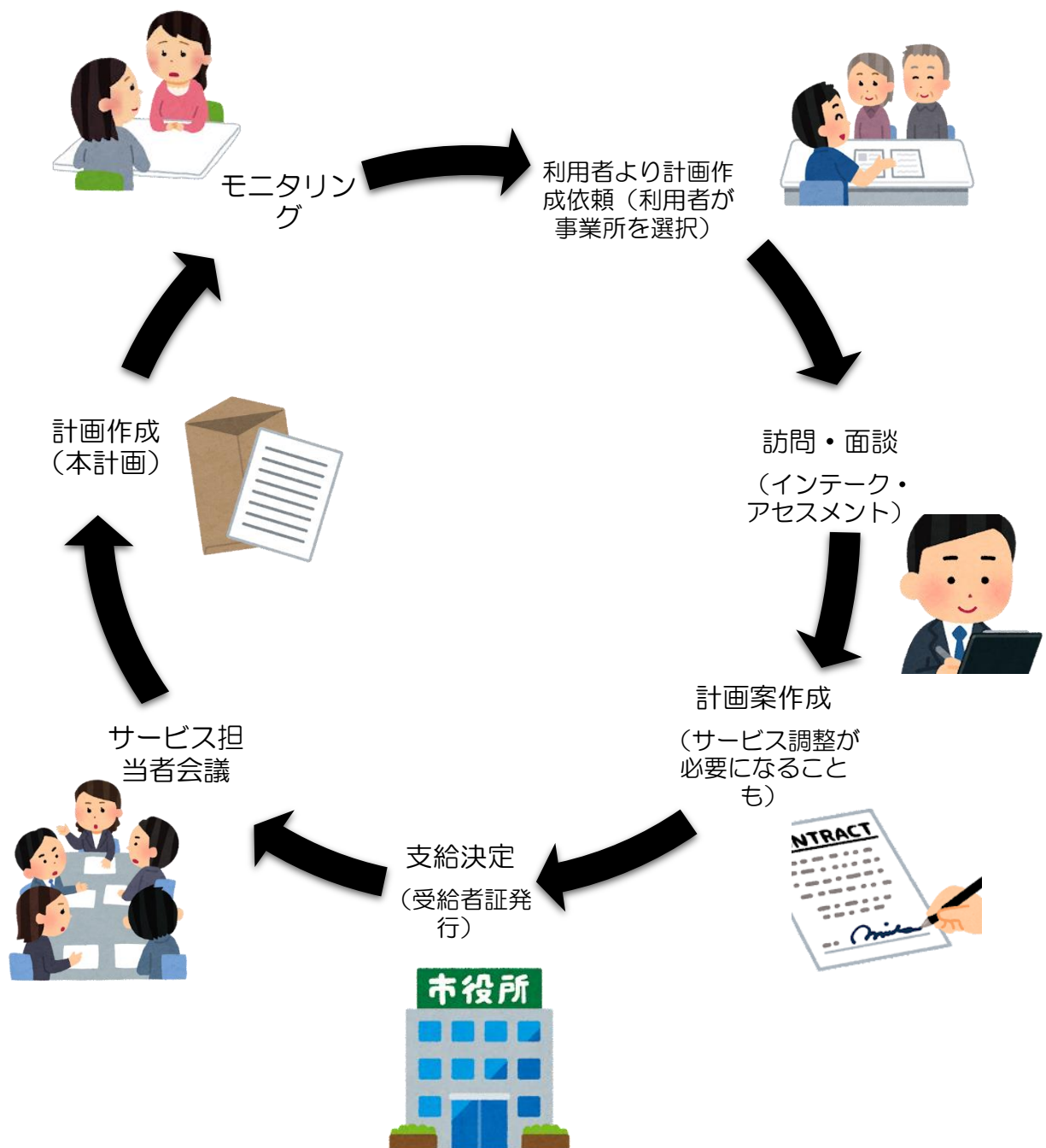
（３）計画作成（変更）が必要なタイミング

- 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。

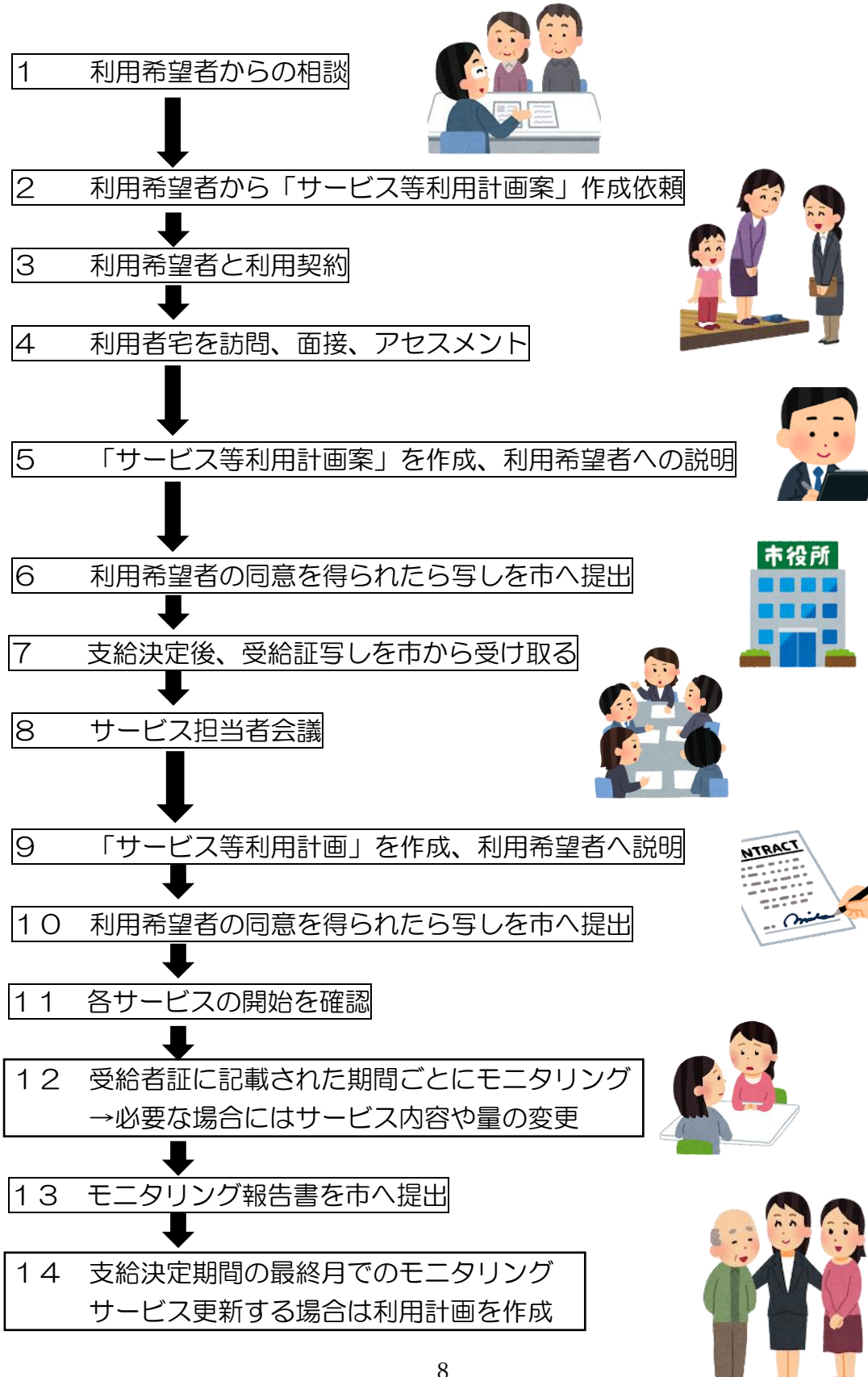
○計画を作るだけが仕事ではない。地域づくりの担い手に

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きますが、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、今後関わることが想定される機関等についても、必要に応じて参加してもらいます。

◆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。

申請者の現状(基本情報)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

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. 利用者の状況

氏 名		生年月日		年 齢	
住 所				電話番号	
	[持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名		障害支援区分		性別	男 ・ 女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)

(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します。(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。

生活歴 ※受診歴等含む

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

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。

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援	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、民間サービス等)				

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	様	障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月	日付は計画書が適用される時からを記載します。				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								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。
8:00			・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、公的支援（障害福祉サービス等）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、支援しているのか）もできる限り切れ目なく記載します。					
10:00								
12:00								
14:00								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なサービス、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。
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	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員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。
----------------------	--

サービス等利用計画案

利用者氏名	様	障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		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。	
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。	モニタリング期間（開始年月）	記載例：3か月（平成29年12月～平成30年3月）		

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	・アセスメントにより抽出された課題をふまえ、（希望する生活）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を記載します。 ・利用者や家族が持っている力、強み、できることを意識し、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、出来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に留意し、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定める際に参考にしやすいよう記載します。	・「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。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、誰の意向が明示します。
総合的な援助の方針	・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年を目途に） ・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。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）目標とします。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。	
長期目標	・長期目標実現のための段階的で具体的な目標とし、利用者、家族が具体的に何をやるかが分かり、目標達成したかが判断できる、出来るだけ実現可能な内容を記載します。	
短期目標		

優先順位	解決すべき課題（本人のニーズ）	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	・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（障害福祉サービス等）とその他の支援（インフォーマルサービス）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。						
2							・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。
3							
4							
5							
6							
7							

利用者同意署名欄	利用計画（案）について、説明を受け、内容を承諾し交付を受けました。 _____ 印					
	説明・交付日	平成	年	月	日	説明・交付者

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	様	障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	
----------------------	--

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	様	障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日		モニタリング実施日	平成29年12月6日		

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必要があります。

総合的な援助の方針		全体の状況	
サービス利用計画書の「総合的な援助方針」と連動します。		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、サービス提供状況や周囲の情報を基に内容を記載します。	

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	
7							有・無	有・無	有・無	

サービス利用計画書の「支援目標」と連動します。

「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ります。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。)

目標に対して達成でき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、次回モニタリングまでに注意すべき点などを記載します。

利用者同意署名欄	モニタリング報告書について、説明を受け、内容を承諾し交付を受けました。				印	
	説明・交付日	平成	年	月	日	説明・交付者

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

(令和4年2月16日)

【用語】

・サービス利用支援

⇒サービス等利用計画案を作成し、支給決定等が行われた後に、関係者との連絡調整その他の便宜を供与するとともに、サービス等利用計画を作成すること。(障害者総合支援法第5条第22項)

・継続サービス利用支援

⇒モニタリングを行うこと。(障害者総合支援法第5条第23項)

・障害児支援利用援助

⇒障害児支援利用計画案を作成し、支給決定等が行われた後に、関係者との連絡調整その他の便宜を供与するとともに、障害児支援利用計画を作成すること。(児童福祉法第6条の2の2第8項)

・継続障害児支援利用援助

⇒モニタリングを行うこと。(児童福祉法第6条の2の2第9項)

1 計画相談支援費の算定要件

(1) サービス利用支援費

指定特定相談支援事業所等がサービス利用支援を行い、サービス等利用計画について文書により利用者又は障害児の保護者の同意を得た場合に算定する。

また、算定にあたっては以下のア～オの全てを満たす必要がある。

- ア サービス等利用計画の作成に当たってのアセスメントに係る利用者の居宅への訪問による利用者及びその家族への面接等
- イ 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その家族への説明並びに利用者又は障害児の保護者の文書による同意
- 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

(2) 継続サービス利用支援費

指定相談支援事業所等が継続サービス利用支援(モニタリング)を実施し、文書(モニタリング報告書)により利用者又は障害児の保護者の同意を得た場合に算定する。

また、算定にあたっては以下のア、イのいずれも満たす必要がある。

- ア 利用者の居宅等への訪問による利用者又は障害児の保護者への面接等
- イ アの結果必要に応じて、サービス等利用計画の変更についての(1)ア～エに準じた手続きの実施

2 障害児相談支援給付費及び計画相談支援費との適用関係

(1) 障害児相談支援給付費の算定要件

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い、文書により同意を得た場合に算定する。

具体的要件については「1（1）サービス利用支援費及び（2）継続サービス利用支援費」と同様。

（2）障害児相談支援と計画相談支援の適用関係

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る。

なお、この場合、報酬は障害児相談支援給付費のみ支給される。

3 支給単位・加算等

（1）計画相談支援費

	支給単位・加算	算定要件	留意事項	単位/月
サービス利用支援費				
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ）	1（1）及び別表1参照	事前に市へ届出が必要	1,864
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅱ）	1（1）及び別表2参照	事前に市へ届出が必要	1,764
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅲ）	1（1）及び別表3参照	事前に市へ届出が必要	1,672
	機能強化型サービス利用支援費（Ⅳ）	1（1）及び別表4参照	事前に市へ届出が必要	1,622
	サービス利用支援費（Ⅰ）	1（1）参照	相談支援専門員1人当たり、1か月の取扱件数（※）が40未満の部分について算定	1,522
	サービス利用支援費（Ⅱ）	1（1）参照	相談支援専門員1人当たり、1か月の取扱件数（※）が40以上の部分について算定	732
継続サービス利用支援費				
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）	1（2）及び別表1参照	事前に市へ届出が必要	1,864
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅱ）	1（2）及び別表2参照	事前に市へ届出が必要	1,764
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅲ）	1（2）及び別表3参照	事前に市へ届出が必要	1,672
	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）	1（2）及び別表4参照	事前に市へ届出が必要	1,622
	継続サービス利用支援費（Ⅰ）	1（2）参照	相談支援専門員1人当たり、1か月の取扱件数（※）が40未満の部分について算定	1,260
	継続サービス利用支援費（Ⅱ）	1（2）参照	相談支援専門員1人当たり、1か月の取扱件数（※）が40以上の部分について算定	606

※取扱件数は前6か月の平均値、基本報酬以外の加算や地域相談支援事業として対応した件数は含めない。

(2) 障害児相談支援費

	支給単位・加算	算定要件	留意事項	単位/月
障害児支援利用援助費				
	機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅰ）	2（１）及び別表１参照	事前に市へ届出が必要	1,864
	機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅱ）	2（１）及び別表２参照	事前に市へ届出が必要	1,764
	機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅲ）	2（１）及び別表３参照	事前に市へ届出が必要	1,672
	機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅳ）	2（１）及び別表４参照	事前に市へ届出が必要	1,622
	障害児利用支援費（Ⅰ）	2（１）参照	相談支援専門員１人当たり、１か月の取扱件数（※）が４０未満の部分について算定	1,692
	障害児利用支援費（Ⅱ）	2（１）参照	相談支援専門員１人当たり、１か月の取扱件数（※）が４０以上の部分について算定	815
継続障害児支援利用援助費				
	機能強化型継続障害児支援利用援助費（Ⅰ）	2（１）及び別表１参照	事前に市へ届出が必要	1,724
	機能強化型継続障害児支援利用援助費（Ⅱ）	2（１）及び別表２参照	事前に市へ届出が必要	1,624
	機能強化型継続障害児支援利用援助費（Ⅲ）	2（１）及び別表３参照	事前に市へ届出が必要	1,527
	機能強化型継続障害児支援利用援助費（Ⅳ）	2（１）及び別表４参照	事前に市へ届出が必要	1,476
	継続障害児利用支援費（Ⅰ）	2（１）参照	相談支援専門員１人当たり、１か月の取扱件数（※）が４０未満の部分について算定	1,376
	継続障害児利用支援費（Ⅱ）	2（１）参照	相談支援専門員１人当たり、１か月の取扱件数（※）が４０以上の部分について算定	662

※取扱件数は前６か月の平均値、基本報酬以外の加算や地域相談支援事業として対応した件数は含めない。

別表 1

基本報酬区分	要件	
機能強化 (Ⅰ)	①	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を定期的開催している。
	②	24 時間常時連絡できる体制を整備している。
	③	当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。
	④	基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。
	⑤	基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。
	⑥	1 人の相談支援専門員の取扱件数（前 6 月平均）が 40 件未満である。
	⑦	専ら指定計画相談支援の提供に当たる常勤の相談支援専門員を合計 <u>4 名以上</u> 配置し、かつ、そのうち 1 名以上が相談支援従事者現任研修を修了している。 ※ <u>3 名</u> （現任研修を修了した相談支援専門員 1 名を含む。）を除いた相談支援専門員については、当該指定特定相談支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えない。また、同一敷地内にある事業所が指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定自立生活援助事業所の場合については、当該 3 名を除く相談支援専門員に限らず、職務を兼務しても差し支えない。

別表 2

基本報酬区分	要件	
機能強化(Ⅱ)	①	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を定期的開催している。
	②	24 時間常時連絡できる体制を整備している。
	③	当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。
	④	基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。
	⑤	基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。
	⑥	1 人の相談支援専門員の取扱件数（前 6 月平均）が 40 件未満である。
	⑦	専ら指定計画相談支援の提供に当たる常勤の相談支援専門員を合計 <u>3 名以上</u> 配置し、かつ、そのうち 1 名以上が相談支援従事者現任研修を修了している。 ※ <u>2 名</u> （現任研修を修了した相談支援専門員 1 名を含む。）を除いた相談支援

		専門員については、当該指定特定相談支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えない。また、同一敷地内にある事業所が指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定自立生活援助事業所の場合については、当該3名を除く相談支援専門員に限らず、職務を兼務しても差し支えない。
--	--	---

別表3

基本報酬区分	要件	
機能強化（Ⅲ）	①	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を定期的開催している。
	②	24 時間常時連絡できる体制を整備している。
	③	当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。
	④	基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。
	⑤	基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。
	⑥	1 人の相談支援専門員の取扱件数（前6月平均）が 40 件未満である。
	⑦	専ら指定計画相談支援の提供に当たる常勤の相談支援専門員を合計2名以上配置し、かつ、そのうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了している。 ※現任研修を修了した相談支援専門員1名を除いた相談支援専門員については、当該指定特定相談支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えない。また、同一敷地内にある事業所が指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定自立生活援助事業所の場合については、当該3名を除く相談支援専門員に限らず、職務を兼務しても差し支えない。

別表4

基本報酬区分	要件	
機能強化（Ⅳ）	①	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を定期的開催している。
	②	24 時間常時連絡できる体制を整備している。
	③	当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。
	④	基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケ

		ースを受託する体制を整備している。
	⑤	基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。
	⑥	1人の相談支援専門員の取扱件数（前6月平均）が40件未満である。
	⑦	専ら指定計画相談支援の提供に当たる相談支援専門員を合計 <u>2名以上</u> 配置し、かつ、そのうち <u>1名以上</u> を常勤とするとともに、そのうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了している。

(3) 各種加算

	加算名称	算定要件	留意事項	単位/月
①	特別地域加算	中山間地域等に居住している利用者に対して支援を行った場合	・該当者は受給者証に記載あり ・通常の事業実施地域を超えてサービス提供しても交通費の受領は不可	+15/100
②	利用者負担上限管理加算	利用者負担上限管理を行った場合	・「利用者負担上限管理事務依頼（変更）届出書」の提出が必要 ・負担額が負担上限額を超えているか否かは問わない。	150
③	初回加算	①新規にサービス等利用計画等を作成する場合 ②サービス等利用計画を作成する月の前6月間において、障害福祉サービス又は地域相談支援を利用していない者に対して指定サービス利用支援を行った場合 ③計画相談に係る契約をした日からサービス等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った場合	・①又は②に非該当でも③の要件を満たしていれば算定可能 ・③の要件を満たす場合、最大3回分が算定可能 ・①又は②と③を満たす場合は、合算し最大4回分が算定可能・退院・退所加算を算定する場合、初回加算は算定不可	300 (計画相談) 500 (障害児相談)
④	入院時情報連携加算（Ⅰ）	入院時に病院等に情報提供した場合 ⇒（Ⅰ）は病院等を訪問し情報提供を行った場合	・提供した情報の記録を5年間保存すること。 ・基本報酬を算定しない月でも請求可能	200

⑤	入院時情報連携加算（Ⅱ）	⇒（Ⅱ）は上記以外の方法で情報提供した場合		100
⑥	退院・退所加算	利用者の退院・退所時に病院や入所施設等から情報収集した場合	・入院・入所等の期間中、サービス利用計画作成に併せて3回を限度に算定 ・初回加算を算定する場合、退院・退所加算は算定不可 ・情報収集を行ったことの記録を5年間保存すること。	200
⑦	居宅介護事業所等連携加算（計画相談のみ）	これまで障害福祉サービス等を利用していた利用者が、介護保険サービスを利用する場合又は通常の事業所に新たに雇用される場合であって、指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所、雇用先の事業所又は障害者就業・生活支援センター等（以下「関係機関」という。）へ引継ぐ場合において、一定期間を要するものに対し、当該利用者を担当している相談支援専門員が、情報提供を行い支援内容の検討等に協力する場合（①④）、居宅等への月2回以上の訪問による面接を行った場合（②⑤）、関係機関が開催する会議への参加を行った場合（③⑥）に算定	・利用者が介護保険サービスを利用開始する場合、通常の事業所等に新たに雇用された場合にのみ算定可能 ・基本報酬を算定しない月でも請求可能 ・サービス利用支援費、継続サービス利用支援費、入院時情報連携加算、退院・退所加算を算定している場合は算定不可 ・提供した情報の記録を5年間保存すること。	100/回 （①④） 300/回 （②③⑤⑥） ※指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所の場合は①～③ ※雇用先の事業所、又は障害者就業・生活支援センター等の場合は④～⑥

⑧	保育・教育等 移行支援加算 (障害児相談のみ)	これまで障害福祉サービス等を利用していた利用者が、就学、進学する場合又は通常の事業所に新たに雇用される場合であって、保育所、小学校、特別支援学校、雇用先の事業所又は障害者就業・生活支援センター等(以下「関係機関」という。)へ引継ぐ場合において、一定期間を要するものに対し、当該利用者を担当している相談支援専門員が、情報提供を行い支援内容の検討に協力する場合(①)、居宅への月2回以上の訪問による面接を行った場合(②)、関係機関が開催する会議への参加を行った場合(③)に算定	利用者が保育所等に通う場合、通常の事業所等に新たに雇用された場合にのみ算定可能 ・基本報酬を算定しない月でも請求可能 ・障害児支援利用援助費、継続障害児支援利用援助費、入院時情報連携加算、退院・退所加算を算定している場合は算定不可 ・提供した情報の記録を5年間保存すること。	100/回 (①) 300/回 (②③)
⑨	医療・保育・教育機関等連携加算	医療・保育・教育機関等の職員と面談を行い、情報提供を受けた上でサービス利用計画を作成した場合	・月1回を限度に算定 ・初回加算又は退院・退所加算を算定し、かつ、退院又は退所する施設の職員のみから情報提供を受けている場合は算定不可 ・情報収集を行ったことの記録を5年間保存すること。	100
⑩	集中支援加算	計画決定月及びモニタリング対象月以外の業務について、月2回以上の居宅等への訪問による面接を行った場合(①)、サービス担当者会議を開催した場合(②)、関係機関が開催する会議へ参加した場合(③)に算定	・計画作成月及びモニタリング月には算定不可 ・入院時情報連携加算、退院・退所加算を算定する場合も算定不可 ・利用者1人につきそれぞれ月1回を限度に算定可能 (ひと月に最大3回算定可能：①、②、③それぞれ1回ずつ)	300

⑪	サービス担当者会議実施加算	継続サービス利用支援等の実施時に、居宅への訪問及び面接することに加え、サービス等利用計画に位置付けた関係機関の担当者を招集して、サービス担当者会議を開催し、検討を行った場合	・月 1 回を限度に算定 ・検討の結果、サービス等利用計画の変更を行った場合は、サービス等利用支援費を算定するため、当該加算は算定不可 ・検討に必要な担当者が参加していれば、必ずしも担当者全員の出席は要しない。 ・サービス担当者会議の内容を記録し、5年間保存すること。	100
⑫	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等実施時又はそれ以外の機会において、サービス等利用計画に位置付けた障害福祉サービス事業所等を訪問し、確認結果の記録を作成した場合	・月に 1 回を限度に算定 ・1 人の相談支援専門員が 1 月に請求できる当該加算の件数は 39 件が限度 ・サービス等利用計画に位置付けた障害福祉サービス事業所等の全てを訪問することは要しない。 ・基本報酬を算定しない月でも請求可能 ・確認結果の記録を 5 年間保存すること。	100
⑬	主任相談支援専門員配置加算	常勤の相談支援専門員を 1 名以上配置し、かつ、そのうち 1 名以上が主任相談支援専門員で、その旨を公表し、主任相談支援専門員が適切な指導を行うことができる体制が整備され、事業所の従事者等に対し資質の向上のための研修を実施した場合に算定	・事前に市へ届出が必要 ・加算の届出をしていれば、事業所の全ての相談支援専門員が実施する計画相談支援等で算定可能	100

⑭	行動障害支援体制加算	強度障害支援者養成研修（実践研修）又は行動援護従業者養成研修を終了した常勤の相談支援専門員を 1 名以上配置し、その旨を公表している場合	・事前に市へ届出が必要 ・加算の届出をしていれば、事業所の全ての相談支援専門員が実施する計画相談支援等で算定可能 ・対象の障害特性を有する利用者への支援を行わなかった場合でも算定可能 ・当該加算を算定する場合、強度行動障害を有する者へのサービス提供を拒むことは認められない。	35
⑮	要医療児者支援体制加算	医療的ケア児等コーディネーター養成研修等を修了した常勤の相談支援専門員を 1 名以上配置し、その旨を公表している場合	・事前に市へ届出が必要 ・加算の届出をしていれば、事業所の全ての相談支援専門員が実施する計画相談支援等で算定可能 ・対象の障害特性を有する利用者への支援を行わなかった場合でも算定可能 ・当該加算を算定する場合、医療的ケア児等へのサービス提供を拒むことは認められない。	35
⑯	精神障害者支援体制加算	精神障害関係従事者養成研修等を修了した常勤の相談支援専門員を 1 名以上配置し、その旨を公表している場合	・事前に市へ届出が必要 ・加算の届出をしていれば、事業所の全ての相談支援専門員が実施する計画相談支援等で算定可能 ・対象の障害特性を有する利用者への支援を行わなかった場合でも算定可能 ・当該加算を算定する場合、精神障害者等へのサービス提供を拒むことは認められない。	35

⑪	ピアサポート体制加算	障害者ピアサポート研修における基礎研修及び専門研修の課程を修了し、修了した旨の証明書の交付を受けた者を、次の従事者としてそれぞれ常勤換算方法で0.5人以上配置し、その旨を公表し、配置された者のいずれかにより、事業所の従事者に研修が年1回以上行われている場合に算定 ・ 障害者又は障害者であったと市町村長が認める者 ・ 管理者、相談支援専門員その他従事する者 ※ 令和5年度までの経過措置あり	・ 事前に市へ届出が必要 ・ 加算の届出をしていれば、事業所の全ての相談支援専門員が実施する計画相談支援等で算定可能	100
⑫	地域生活支援拠点等相談強化加算	地域生活支援拠点の機能を担う事業所が、連携する短期入所事業所への緊急時受入の対応をした場合	・ 月に4回を限度に算定 ・ 他の指定特定相談支援事業所において指定計画相談支援等を行っている要支援者又はその家族等からの要請に基づき連絡・調整を行った場合は算定不可 ・ 連絡・調整を行った記録を5年間保存すること	700
⑬	地域体制強化共同支援加算	地域生活支援拠点の機能を担う事業所が、利用者の同意を得て、3者以上の関係者と共同して、在宅での療養上必要な説明及び指導を行った上で、協議会にたいし、文書により当該説明及び指導内容を報告した場合	・ 月に1回を限度に算定 ・ 協議会への報告内容の記録を5年間保存すること	2,000

(4) 各種減算

介護保険制度のケアプランが作成されている利用者に、1人の相談支援専門員が、一体的に指定計画相談支援等を提供した場合に減算となる。

	支給単位・	算定要件	適用区分	単位/月
②⑩	居宅介護支援費重複減算（Ⅰ）	要介護１・２の利用者に対して一体的に指定計画相談支援等を提供した場合	機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ～Ⅳ） サービス利用支援費（Ⅰ）	-572
			機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ～Ⅳ） 継続サービス利用支援費（Ⅰ）	-623
②⑪	居宅介護支援費重複減算（Ⅱ）	要介護３～５の利用者に対して一体的に指定計画相談支援等を提供した場合	機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ～Ⅳ） サービス利用支援費（Ⅰ）	-881
			サービス利用支援費（Ⅱ）	-92
			機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ～Ⅳ） 継続サービス利用支援費（Ⅰ）	-932
			継続サービス利用支援費（Ⅱ）	-278
②⑫	介護予防支援費重複減算	要支援１・２の利用者に対して一体的に指定計画相談支援等を提供した場合	機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ～Ⅳ） 継続サービス利用支援費（Ⅰ）	-16

事業所名

しょうがい福祉→介護保険移行連携シート

記入日

担当者

氏名		生年月日(年齢)	(歳)
住所 長浜市		電話	
しょうがい(等級等)	身体(級)・療育()・精神(級)	障害年金(級・	円/年)
疾患・しょうがい		主治医(医療機関名・医師名・電話番号)	
しょうがい特性			
配慮を要する事項			
区分	期間	自己負担額	
家族構成(キーパーソンに☆)			
		家族の連絡先	
		支援者の連絡先	

移行を検討するに至った経過	
---------------	--

課題・めざす姿

課題	
自立にむけてめざす姿	
本人の思い	
家族の思い	
支援者の思い	

移行について

移行が必要な理由		
移行の時期(目安)		
移行のメリット		
移行にむけての課題		
現在利用中のサービス	今後必要なサービス	

しょうがい福祉から介護保険サービスへの移行について

令和3年2月作成（令和4年5月一部修正）
長浜市役所しょうがい福祉課・長寿推進課

時期			内容	担当				
	0	移行対象者情報共有	年度末までに、来年度移行対象者の月毎の人数を、長寿推進課に提出。（開始時期未定）	相談支援専門員	しょうがい福祉課			
			長寿推進課は、地域包括支援センターと情報共有。			長寿推進課	地域包括支援センター	
	1	移行について検討	移行連携シート*他資料作成	相談支援専門員				
			移行の時期の検討（介護保険申請後手続きは2か月は必要）					
	2	移行についてケース協議	移行連携シート	相談支援専門員	しょうがい福祉課			
	3	移行連携について相談	相談（移行連携シートの利用）		しょうがい福祉課	長寿推進課		
			移行連携会議開催調整					
	4	移行連携について会議	移行連携シートをもとに協議	相談支援専門員	しょうがい福祉課 （司会・書記）	長寿推進課	地域包括支援センター	
			しょうがい福祉サービスの継続について					
			本人や家族への介護保険への移行説明ポイントと説明資料の確認					
			利用料シミュレーションシート**で、費用概算の算出					
			高齢のしょうがいのある方の利用者負担軽減制度の確認					
			介護支援専門員への依頼について相談					
	5	本人と家族への説明	移行の必要性・移行のメリット、課題	相談支援専門員	←支援（しょうがい福祉課）		支援（地域包括支援センター）	
			移行連携会議の結果をもとに介護保険と費用のめやすの説明					
	6	移行について、 本人と家族の合意を得る	合意が得られるよう、説明をする。	相談支援専門員	←支援（しょうがい福祉課）			
	7	利用中のサービス事業所への説明	継続利用となるのか、変更が必要か確認し、事前に説明	相談支援専門員	←支援（しょうがい福祉課）			
	8	介護保険の申請	しょうがい福祉部門で申請し、地域包括支援センターが支援する。	相談支援専門員	←		支援（地域包括支援センター）	
			必要時、申請前に介護保険の説明を、相談支援専門員・本人・家族に地域包括支援センターがする。					
	9	認定調査同席	本人と家族への事前の説明と同席	相談支援専門員				
			地域包括支援センターは情報収集				地域包括支援センター	
	10	介護支援専門員依頼	地域包括支援センターが、しょうがい福祉部門と一緒に依頼する。	相談支援専門員			地域包括支援センター	
	11	移行会議開催調整	関係機関との開催調整と資料等の準備	相談支援専門員	←支援（しょうがい福祉課）			
	12	移行会議	資料： 計画相談資料、介護保険移行について必要な情報 （しょうがい特性や疾患の詳しい資料 生活歴、目標、自立についての考え等）	相談支援専門員	しょうがい福祉課 （司会・書記）	長寿推進課	地域包括支援センター	介護支援専門員
			介護保険移行の理由、目的、めざす姿等の確認					
			今後の連携についての取り決めをする					
	13	引継ぎ、同行訪問	確実に移行できるように、引継ぎと同行訪問を必要な回数実施する。	相談支援専門員 から一般相談	←支援（しょうがい福祉課）		支援（地域包括支援センター）→	介護支援専門員
			しょうがい福祉サービス併用時必要時：しょうがい福祉サービス利用継続の申請					
	14	ケアプランの作成	ケアプランに入れるしょうがい福祉サービスについての共有、役割の確認	支援（一般相談）				介護支援専門員
			しょうがい福祉サービス併用時：しょうがい福祉課へケアプランの提出					

- ★ ポイント

★ 移行後の相談

★ 移行後の相談

○しょうがい福祉課への資料提供依頼

★ 介護保険サービスだけでは移行前の支給量が維持できない場合

① 上乘せ要件

② 継続可能なサービス

★ 高齢のしょうがいのある方の利用者負担軽減制度について

★ 介護保険移行後のしょうがい福祉制度での福祉用具の支給について

○長寿推進課が準備する資料

介護保険サービスの利用のしかた・介護保険・介護予防 こんなサービスが利用できます・長浜市「介護予防・日常生活支援総合事業」のご案内

介護保険の例外給付について・福祉用具について

○今後について

認定期間

介護支援専門員依頼
- 連携、アセスメント、丁寧な準備と説明

しょうがい福祉サービスについての変更の相談は、しょうがい福祉課へ

ケースについての相談は、相談支援事業所へ

いずれ合わせられるように調整していく。

いずれ相談支援専門員から依頼するように取り組む。

湖北圏域版

「働きたい！」を支援するために

【 就労支援の手引き 】

令和3年3月
令和6年3月改定

就労定着に向けた支援体制の構築について

平成30年4月、就労継続支援事業所から一般就労へ移行した方について、就労に伴う生活面の課題に対して、就労の継続を図るために企業・自宅等への訪問や来所により必要な連絡調整や指導・助言等を行うサービスとして、就労定着支援が創設されました。

職場への定着支援は、従来、就労移行支援事業所等による就職後6か月間の定着支援（努力）義務と就労移行支援での就労定着支援体制加算により評価されてきました。この支援体制においては、就労移行支援事業所が継続的に行うことで途切れない支援が可能となりますが、それ以外の福祉事業所から一般就労された方については、支援が途切れる恐れがあるとの課題がありました。

就労定着支援の創設は、一般就労後の職場定着支援をサービスとして位置付けることにより、指定就労定着支援事業所や相談支援専門員が定着支援に関わることとなります。しかし、どのように事業所と協働するとよいのか、そして、サービスとして位置付けられたことにより、これまでさまざまな対象の方への就労支援、定着支援を行ってきた働き・暮らし応援センターが、福祉事業所から一般就労された方への支援に対して、どのように関わるのかという課題も浮き彫りになってきました。

「仕事を変えること」は、外的要因（給料面や人間関係、勤務時間、通勤手段など）や内的要因（本人のやりがいや達成感など）により、本人に大きな期待や不安を与え、生活リズムや生活環境など、本人の生活スタイルに大きく影響してまいります。

このような課題の中、湖北圏域では「働きたい！」と思う方に対し、本人の思いを大切にしながら、支援者（会社、事業所、相談員など）が協力し合い、生活と仕事の両側面から途切れない支援が提供できることを目指し、就労定着支援プロジェクトを立ち上げ、検討を進めてまいりました。

検討の結果、湖北圏域の就労定着の支援を行うにあたって、「なじみの関係づくり」が最も重要であり、そこから本人と支援者の信頼関係が生まれ、仕事のみならず生活に関することまでの相談を受けることができると考え、「なじみの関係づくりと体制づくり」を個別に構築し、支援の変更や追加のタイミングで支援者がしっかりと連携し、支援を引き継ぐ際にも本人に不安を与えることなく「なじみの顔」による継続的な支援が行えるような仕組みを構築すべきとの結論に至りました。

本手引きでは、「なじみの顔」による支援により、本人が安心して就労に向き合えるよう、そして、それぞれの支援者が「いつ・誰が・何をするか」を確認し、就労定着に向けた円滑な支援体制が構築できるよう示したものです。

本人の「働きたい！」という声から「働き続けたい！」と言える支援に向け、本手引きを参考にしながら、支援者同士が協力しあい、連携と共有を図っていただきたく願っております。

令和3年3月

長浜米原しょうがい者自立支援協議会

就労定着支援プロジェクトメンバー 一同

目 次

就労定着支援とは・・・・・・・・・・・・・・・・	1
就労定着に向けた支援を行うにあたって・・・・・・・・	2
関係機関について・・・・・・・・	3
就労定着に向けた支援の進め方・・・・・・・・	6
パターン整理表・・・・・・・・	7
パターン（①～⑧、①'～⑧'）・・・・・・・・	9
会議の進め方・・・・・・・・	23
会議の進め方（  ～  ）・・・・・・・・	24
連絡先一覧・・・・・・・・	31
就労支援スケジュール・・・・・・・・	32

就労定着支援事業とは

事業概要

就労移行支援、就労継続支援（A 型、B 型）、生活介護、自立訓練の利用を経て、通常の事業所に新たに雇用され、就労移行支援等の職場定着の義務・努力義務である6月を経過した者に対して、就労の継続を図るために、しょうがい者を雇用した事業所、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整、しょうがい者が雇用されることに伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言その他の必要な支援を行う。（利用期間：3年）

対象者

就労移行支援、就労継続支援（A 型、B 型）、生活介護、自立訓練の利用を経て一般就労へ移行したしょうがい者で、就労に伴う環境変化により生活面・就業面の課題が生じている者であって、一般就労後6月を経過した者

サービス内容

- しょうがい者との相談を通じて日常生活面及び社会生活面の課題を把握するとともに企業や関係機関等との連絡調整やそれに伴う課題解決に向けて必要となる支援を実施
- 利用者の自宅・企業等を訪問することにより、月1回以上はしょうがい者との対面支援
- 月1回以上は企業訪問を行うよう努める
- 利用期間は最長3年間(経過後は必要に応じて障害者就業・生活支援センター（滋賀県障害者働き・暮らし応援センター）等へ引き継ぐ

就労定着に向けた支援を行うにあたって

福祉事業所や関係機関がしっかりと連携・協力しあい、本人の就労定着に向けた支援がすすめられるよう、下記の項目をしっかりとおさえる。

本人の意向と支援者の意向

本人が一般就労で「働きたい！」との意向があった時、または、支援者が本人に「一般就労でがんばってもらいたい」と考えたとき、その思いをしっかりと受け止め、本人が一般就労するためには何をすべきかを、評価・検討していくことを目指す。

個別の支援体制（チーム）の構築

一般就労で「働きたい！」との意向を受け止めた際に、本人の能力や生活環境など様々な状況の確認と、本人の就労に必要な情報共有と適正な評価が行えるよう、今かかわっている支援者のみならず、今後関わる可能性のある専門職による個別の支援体制を構築する。

事業所間の協力体制

本人の支援者である相談支援専門員や就労継続支援事業所のみならず、本人を支える居宅介護事業所や就労関係機関は、本人の就労定着に向けて積極的に協力する。

本人となじみの関係

個別の支援体制を構築する際、支援者と本人との信頼関係が構築できるよう、現支援者が本人と顔の見える関係づくりを行います。また、将来関わるべき専門職についても、現在の支援者もなじみの関係になれるよう、顔つなぎや引継ぎ、信頼関係の構築の手助けになれるよう協力する。

会議の開催

支援者や関係機関が本人の状況や必要なタイミングに、適正な評価と今後の進め方を検討する。また、必要に応じて専門職からのアドバイスを受けられるようチームへ参画する。

タイムスケジュールの共有

本人の活動や支援の変更や追加を行うタイミングにどの事業所が、どのような事を確認し、今後いつまでに何をすべきかをスケジュール管理し、支援者間で共有するために、本手引きのパターンを参考にして、個別のタイムスケジュールを作成し、支援者間での共有を図る。

関係機関について

就労継続支援事業所

- 就労継続支援（A型）

通常の事業所に雇用されることが困難なしょうがい者のうち適切な支援により雇用契約等に基づき就労する者につき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う事業所です。就労された方に対して、就労後6カ月の定着支援（努力）義務があります。

- 就労継続支援（B型）

通常の事業所に雇用されることが困難なしょうがい者のうち通常の事業所に雇用されていたしょうがい者であってその年齢、心身の状態その他の事情により引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった者、就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった者その他の通常の事業所に雇用されることが困難な者につき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う事業所です。就労された方に対して、就労後6カ月の定着支援（努力）義務があります。

生活介護

しょうがい者支援施設等において、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他必要な援助を要するしょうがい者であって、常時介護を要するものにつき、主として昼間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行う事業所です。

自立訓練

- 自立訓練（生活訓練）

自立訓練（生活訓練）

しょうがい者につき、しょうがい者支援施設若しくはしょうがい福祉サービス事業所に通わせて当該しょうがい者支援施設若しくはしょうがい福祉サービス事業所において、または当該しょうがい者の居宅を訪問して、入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行います。

宿泊型自立訓練

しょうがい者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行います。

- 自立訓練（機能訓練）

しょうがい者につき、しょうがい者支援施設若しくはしょうがい福祉サービス事業所

に通わせて当該しょうがい者支援施設若しくはしょうがい福祉サービス事業所において、又は当該しょうがい者の居宅を訪問して、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行います。

就労定着支援事業所

就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）、生活介護、自立訓練を利用して一般就労へ移行した方で、就労に伴う環境の変化により生活面で課題が生じている人に対し、雇用された企業などで就労の継続を図るため、企業・事業所や関係機関との連絡調整、雇用に伴い生じる日常生活、または社会生活上の各問題に関する相談、指導・助言などの支援を一定期間行う事業所です。

相談支援事業所

サービス利用支援：次の支援のいずれも行う。

- ①しょうがい福祉サービスの申請若しくは変更の支援に係るしょうがい者若しくはしょうがい児の保護者又は地域相談支援の申請に係るしょうがい者の心身の状況、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、利用するしょうがい福祉サービス又は地域相談支援の種類及び内容等を記載した「サービス等利用計画案」を作成する。
- ②支給決定若しくは支給決定の変更の決定又は地域相談支援給付決定後に、指定しょうがい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、担当者等を記載した「サービス等利用計画」を作成する。

継続サービス利用支援：次の支援を行う。

支給決定又は地域相談支援給付決定の有効期限内において、当該者に係るサービス等利用計画が適切であるかどうかにつき、モニタリング期間ごとに、しょうがい福祉サービス又は地域相談支援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」の見直しを行い、その結果に基づき、便宜を供与する。

就労移行支援事業所

就労を希望するしょうがい者であって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれるものにつき、生産活動、職場体験その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する支援、その適性に応じた職場の開拓、就職後における職場への定着のために必要な相談その他の支援を行う事業所です。就労された方に対して、就労後6カ月の定着支援義務があります。

はたらき・くらし応援センターこほく（就業・生活支援センターこほく）

しょうがいのある方の働くことと暮らすことを一体的にサポートする専門機関で、就労ニーズと企業の雇用ニーズを結びつける取り組みを進めるとともに、実習の実施、職場の定着、就労にともなう生活のサポート等などを関係機関と連携して実施する機関です。

ハローワーク

就職を希望するしょうがい者の求職登録を行い、専門職員や職業相談員がケースワーク方式により障害の種類・程度に応じたきめ細かな職業相談、紹介、地域障害者職業センターとの職業評価・ジョブコーチの連絡調整、トライアル雇用制度をはじめとした各種助成金の提案、雇用管理上の職場定着指導等を実施する機関です。

成年後見制度・権利擁護事業

判断能力の低下により、自身の財産の管理が困難な方や日常の金銭管理が困難な方、必要なサービスの契約を行うことが困難な方などで、権利を侵害されているまたは侵害される恐れのある方に対して、その方の権利を守るための制度・事業です。

行政（長浜市健康福祉部しょうがい福祉課、米原市社会福祉部社会福祉課）

しょうがい福祉のサービスや制度、事業に関する案内や相談等を行います。しょうがい福祉サービスの利用に向けた相談やサービスの支給決定を行います。

長浜米原しょうがい児者基幹相談センター

長浜米原しょうがい児者基幹相談センターは、湖北地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、自身が希望する生活ができるような湖北の地域づくりを目指す機関です。サービス等利用計画作成のための相談支援事業所の調整や相談支援専門員への助言も行います。また、圏域内の計画相談支援体制の構築や相談支援専門員の人材育成などを行います。

その他の関係機関

本人のこれまでの生活の中で、相談などの支援を行ってきた機関や家族、地域団体などで、今後の就労を継続するにあたって、引き続き支援を行うことが必要と思われる機関等について、支援者として継続的な支援を求めます。

就労定着に向けた支援の進め方

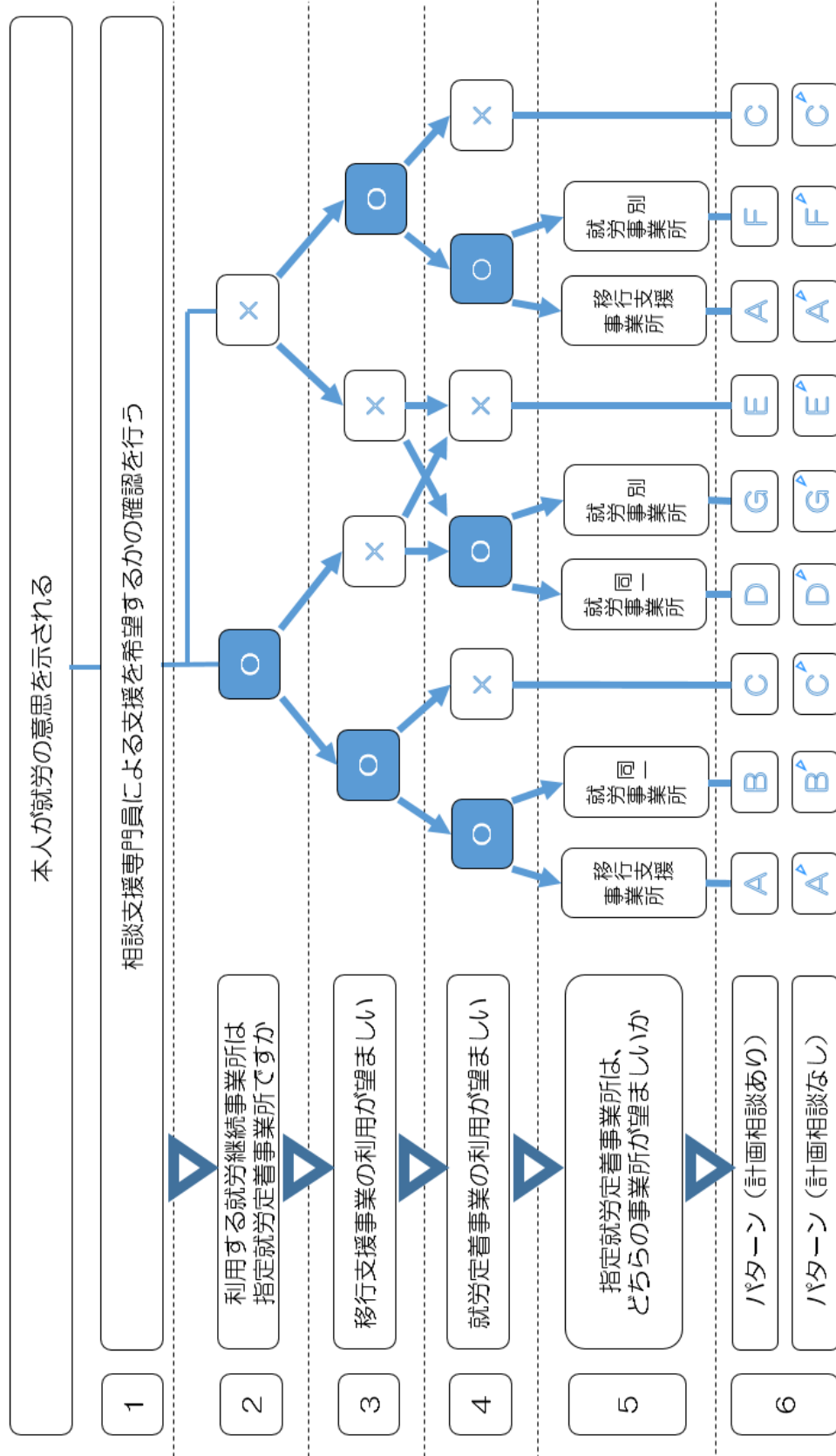
相談支援事業所による計画相談を利用している場合

- ①相談支援専門員が、就労定着支援を行う際の条件に類似したパターンを選択する。
- ②選択したパターン（④～⑥）を参考にして、本人の状況に応じたタイムスケジュールを作成する。
- ③旗の場面での会議は相談支援専門員が会議を招集し、会議の趣旨や招集メンバー、会議内容を参考にして、必要時に開催する。
- ④会議の内容などから、タイムスケジュールを確認・修正を行い、支援者間でその都度共有する。

相談支援事業所による計画相談を利用していない場合（セルフプラン）

- ①相談支援専門員による計画相談の利用について、本人の意向確認を行う。
- ②計画相談の利用について行政に相談する。
- ③計画相談を利用する場合は、上記の「相談支援事業所による計画相談を利用している場合」に沿って進める。
- ④計画相談を利用しない場合は、 ④ を開催するにあたり、本人の所属している就労継続支援事業所等は（働き・暮らし応援センターに相談・助言を求め）、今後の方向性等を行政と確認する。
- ⑤パターン（④'～⑥'）を選択する。（合致しない場合は、類似のものを選択する。）
- ⑥選択したパターンを参考にして、本人の状況に応じたタイムスケジュールを作成する。
- ⑦現在の支援者や今後の必要となる支援者等を招集し、 ⑦ を開催する。
- ⑧旗の場面（一般就労まで）での会議は就労継続支援事業所が会議を招集し、会議の趣旨や招集メンバー、会議内容を参考にして必要時に開催する。
- ⑨一般就労後は、指定就労定着支援事業所がタイムスケジュール等を引き継ぎ、会議を開催する。
- ⑩会議の内容などから、タイムスケジュールを確認・修正を行い、支援者間でその都度共有する。

パターン整理表



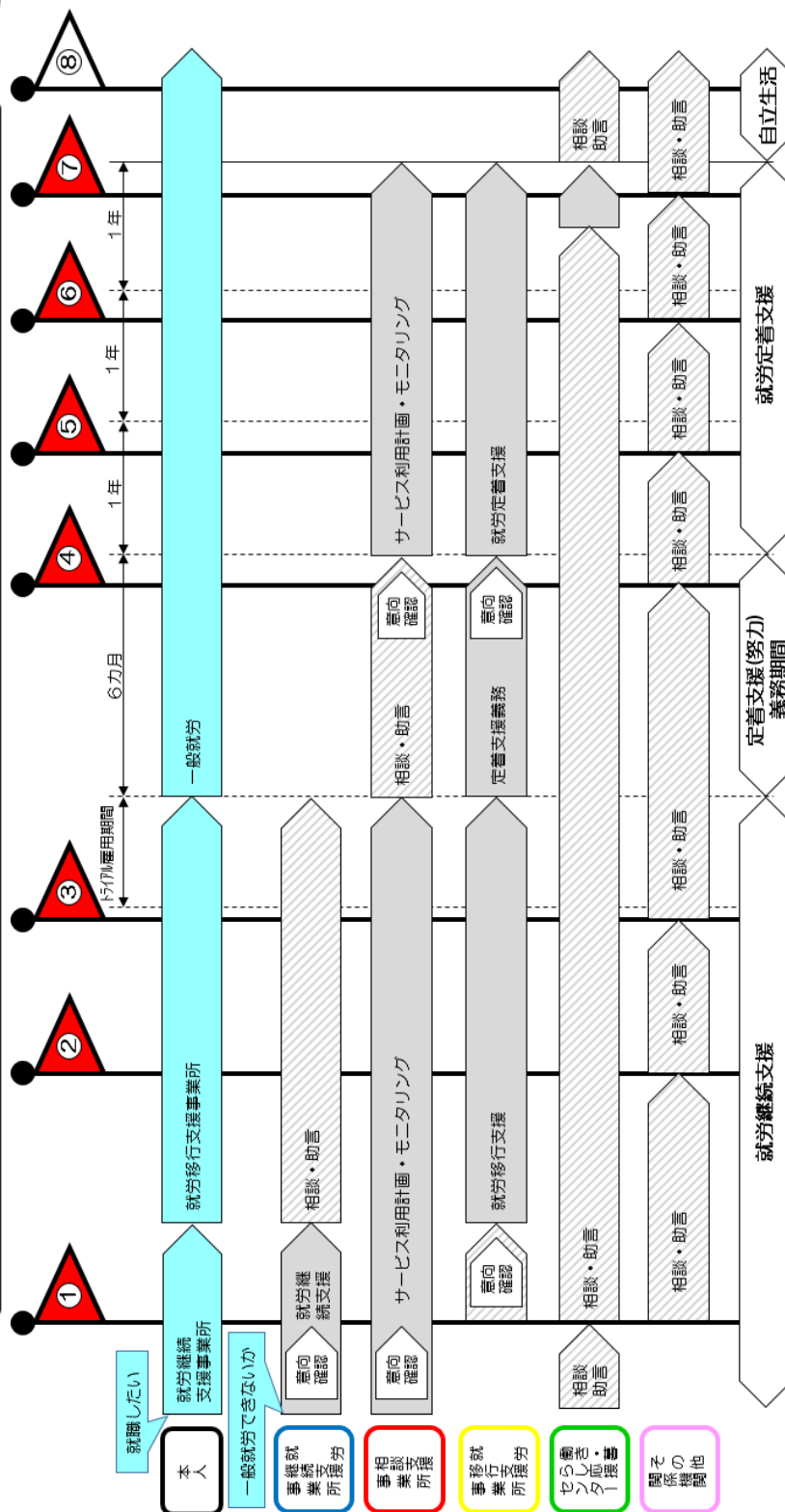
パターン整理表の見方

一般就労に向けた支援を行うにあたり、次の事項について確認を行い、支援体制の構築を行う。

- 1 相談支援専門員による支援を受けているかの確認を行い、支援を受けていない場合は、本人に相談支援専門員の支援を受けるかどうかの確認を行う。
- 2 利用する就労継続事業所が指定就労定着事業所であるかの確認を行う。
- 3 本人が就労移行支援事業を利用することが望ましいかどうかの確認を行う。
- 4 本人が就労定着事業を利用することが望ましいかどうかの確認を行う。
- 5 就労定着支援事業を利用する場合に、どの事業所を利用することが望ましいかの確認を行う。
- 6 当てはまるパターンを参考に、本人の今後の支援にあったタイムスケジュールの作成を行う。（計画相談を利用している場合は上段、利用していない場合は下段）

-  本人支援に関わる支援者として、チームに参画する。
-  必要に応じて本人支援のために情報共有や助言を行う。
- 旗の色は、主となって会議等を開催する機関

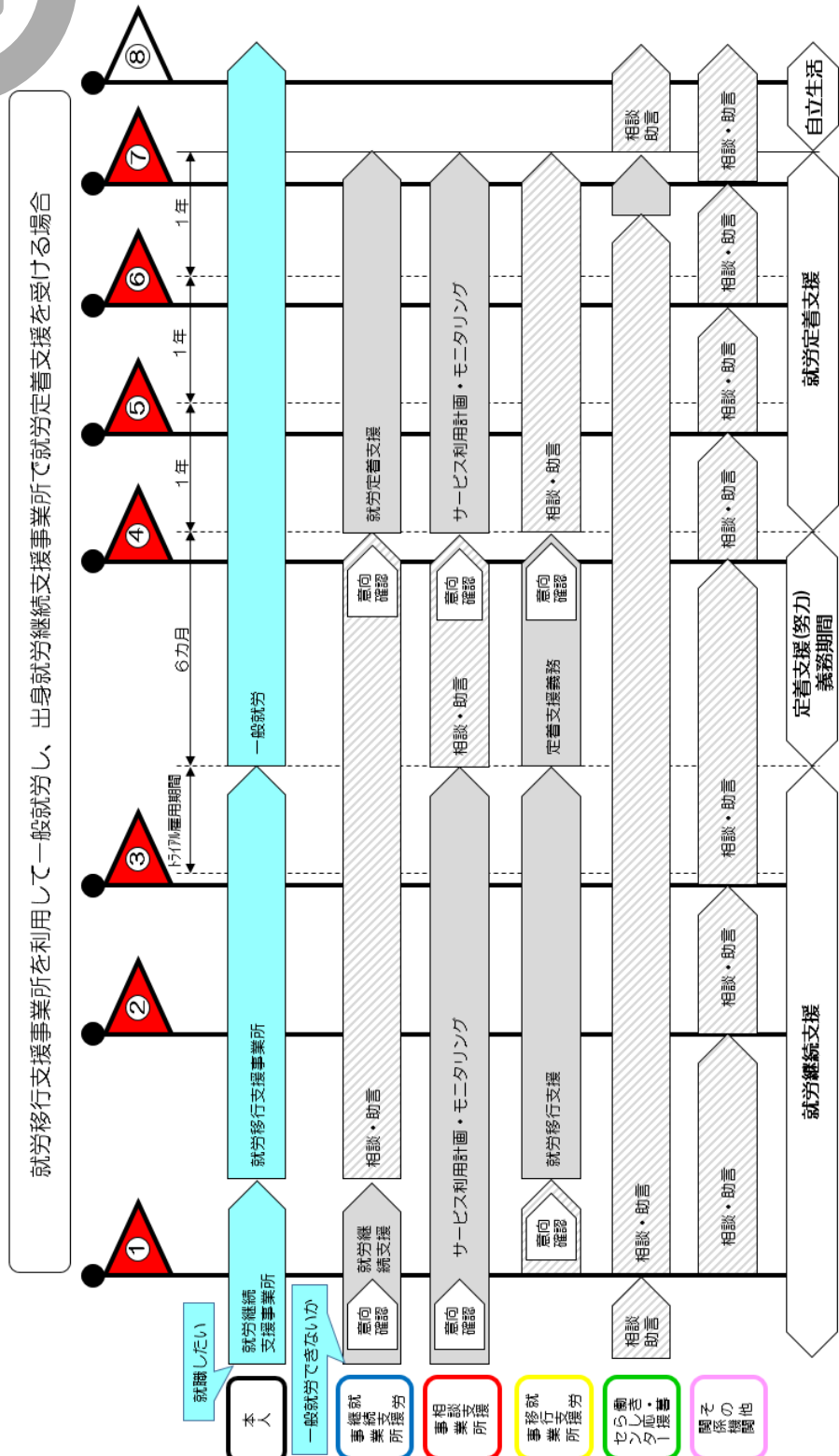
就労移行支援事業所を利用して一般就労し、就労移行支援事業所と同一定支援事業所を利用する場合



パターン (Ⓐ ~ Ⓔ)



計画相談を利用している時のパターン



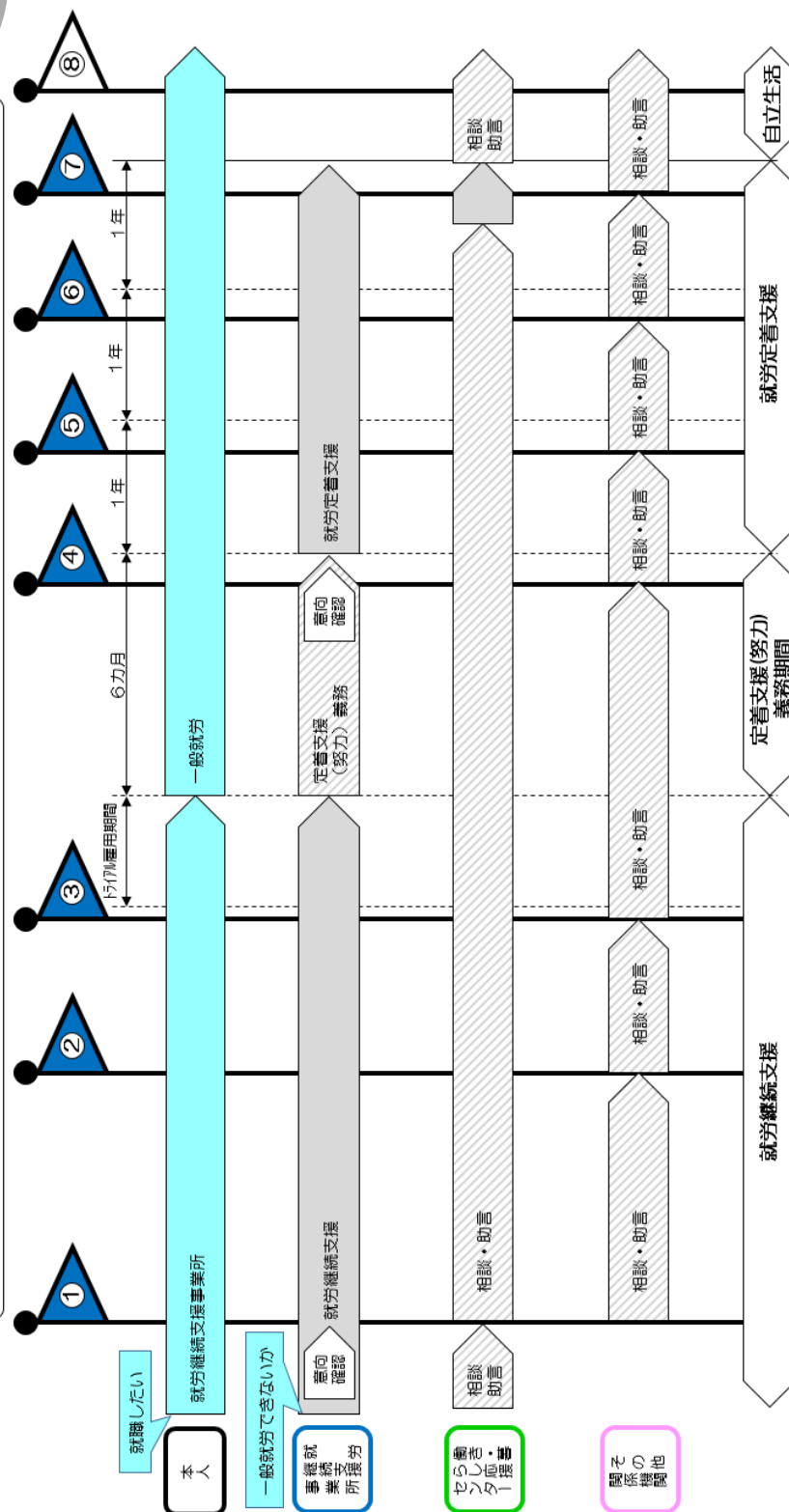








就労継続支援事業所を利用して一般就労し、就労移行支援を利用せず、同一就労継続支援事業所で就労定着支援を利用する場合



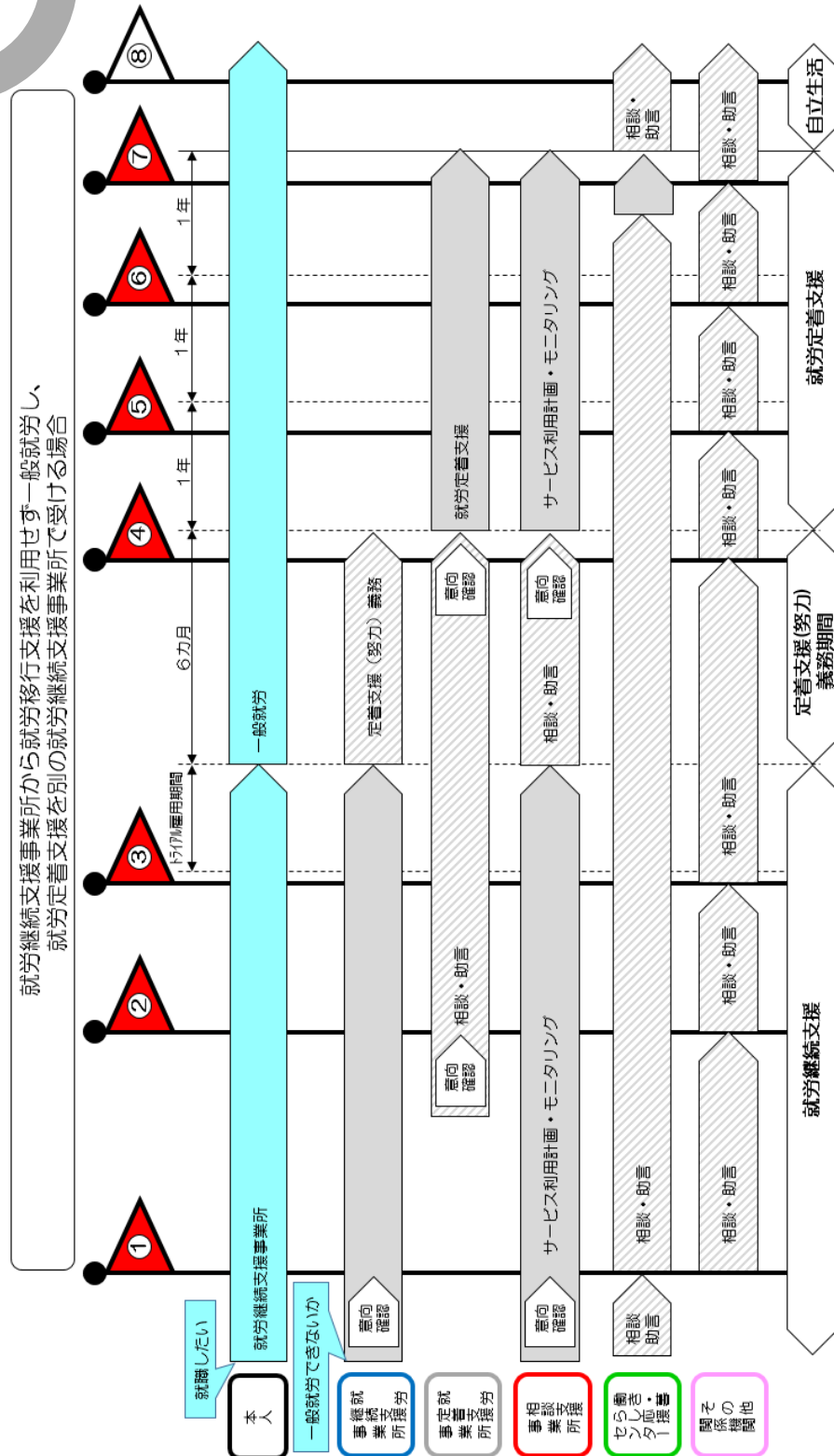
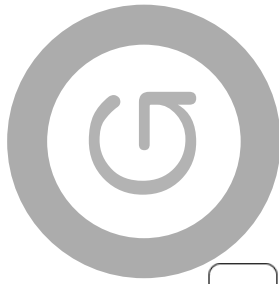








計画相談を利用している時のパターン



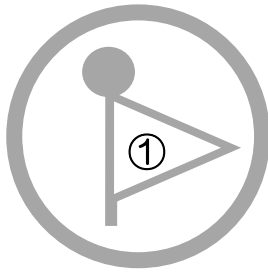


会議の進め方

会議の開催については、「就労支援スケジュール」にて開催時期を確認する。但し、本人の状況等が変わった場合には、その都度スケジュールの見直しを行い、スケジュールに合わせて会議を開催する。次ページ以降に、会議の目的、参加者、会議の内容を記載しておりますが、本人に対する支援状況や本人の就労状況、生活支援状況を考慮して、それぞれのタイミングに応じた内容に変更し、会議を開催する。

- ①会議の目的は、それぞれの旗のタイミングにおいて、会議の目的を明確にして開催する。
- ②会議の参加者は、現在の支援者を中心に招集するが、今後支援・連携が必要と考えられる専門機関にも参加を依頼する。
- ③会議の内容は、支援者間で情報共有が必要な事項や課題、今後の支援体制など、本人の今後の支援のために必要な事項について、協議や確認を行う。

会議の進め方 (① ~ ⑧)



会議の目的

本人から「働きたい！」との意思表示または支援者として一般就労ステップアップを目指したい時に以下の内容を目的に開催する。

- ・本人の一般就労の希望に対してどのようなサービスが提供できるかの検討
- ・本人の意思確認、就労に対する見極め
- ・今後の方針の決定
- ・就労に向けた支援チームの構築（キックオフ・プランニング）
- ・個別サービス調整会議 等

会議の参加者

＜現在の支援者＞

- 相談支援事業所 ○本人 ○家族 ○在籍中の就労継続支援事業所（サービス管理責任者等）
- 行政 ○本人が相談している支援機関 ○その他サービス提供事業所

＜今後の支援に必要な支援者＞（本人の就労に必要な支援者の出席を求める）

- 働き・暮らし応援センター ○ハローワーク ○就労移行支援事業所 等

会議の内容

＜本人についての情報共有＞

- ・就労状況…出勤状況、作業の状況（得意・不得意なこと）、コミュニケーション能力
- ・就労継続支援事業所B型の就労アセスメント状況、個別支援状況
- ・本人が関わっている相談機関の有無
- ・生活状況…生活リズム、睡眠状況、内服・受診状況・公共交通機関の利用状況、金銭管理
- ・意思確認…希望する職種、時給、通勤範囲等、ハローワーク初回相談時に必要なこと

＜本人の就労に向けての課題について＞

- ・就労に向けての進め方（タイムスケジュール）
- ・就労した時に想定される課題
- ・職業評価をとってもらうのか
- ・就労アセスメントをとるのか⇒就労アセスメントの依頼
- ・就労移行支援や就労定着支援を利用するかどうかの見極め

＜本人の就労に向けた支援体制について＞

- ・社会資源（しょうがい福祉サービス、インフォーマル等）の検討
- ・支援者の招集（事業所としてすすめたい人を含む）
- ・ハローワークの登録・依頼
- ・次の支援機関へつなぐタイミング

＜サービス等利用計画の位置づけについて＞

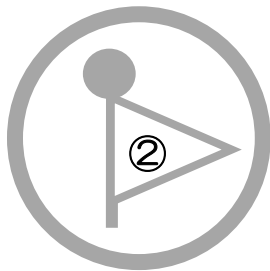
- ・サービス等利用計画の策定
- ・個別支援計画の見直し⇒一般就労に向けた支援計画の策定 等

（その他、必要に応じて協議事項を追加する）

Point

旗1では、「就労希望」を意思表示され（または支援者が目指せるのではと感じている場合）支援チームを作るキックオフ会議になります。

会議への参加者は今後必要になってくるであろう支援機関を列挙してあるので、個別のケースに応じて関係機関の出席を求めてください。



会議の目的

本人の就労意欲の確認と就労能力の見極め、支援者間の情報共有、支援体制を整えたい時に以下の内容を目的に開催する。

- ・就労意欲・就労能力の確認
- ・就労アセスメントの結果の振り返り
- ・具体的就職活動に向けた支援体制の整備
- ・就労に向けた支援の方向性
- ・就職（トライアル雇用）に向けた準備
- ・今後の流れの確認
- ・情報共有 等

会議の参加者

<現在の支援者>

○①の会議の参加者

（相談支援事業所、出身就労継続支援事業所（サービス管理責任者等）、行政、本人、家族働き・暮らし応援センター、ハローワーク）

○就労アセスメントを実施した就労移行支援事業所 等

<今後の支援に必要な支援者>（本人の就労に必要な支援者の出席を求める）

○ハローワーク ○就労定着支援事業所 ○働き・暮らし応援センター 等

会議の内容

<本人についての情報共有>

- ・①の会議からの振り返り
- ・希望職種の確認
- ・一般就労に対する意向確認と今後のサービス（就労移行支援・就労定着支援等）利用意向の確認

<本人の就労に向けての課題について>

- ・職業評価やアセスメントの実施計画
- ・アセスメントの振り返り
- ・③の会議までに職業評価の実施
- ・トライアル雇用実施の検討について

<本人の就労に向けての支援体制について>

- ・支援体制の確認
- ・タイムスケジュールの確認

<サービス等利用計画について>

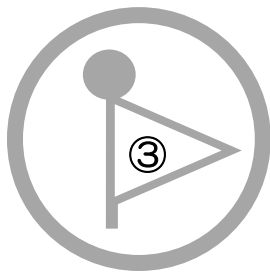
- ・サービス等利用計画への反映について 等

Point

旗1で話し合った内容や課題の振り返りを行い、見学・実習へ進むためのステップとして旗2会議をします。

体験目的の見学実習をしたら、再度旗2の会議でチーム全体の共有、雇用目的の見学実習をして雇用に進むと旗3の会議でチーム全体の共有とすすみます。

（その他、必要に応じて協議事項を追加する）



会議の目的

本人が一般就労を行うにあたり、課題の共有と解決に向けた取り組み等以下の内容について話し合い、本人が安心して就労に向かうことができるよう開催する。

- ・一般就労に向けた課題の共有、支援体制の確認
- ・一般就労に向けての進捗状況の確認
(就労できる状態と考えられるタイミングで)
- ・就職後のフォロー体制の確認 等

会議の参加者

<現在の支援者>

○②の会議の参加者（相談支援事業所、就労継続支援事業所（サービス管理責任者等）、就労移行支援事業所、本人、家族等） ○ハローワーク ○働き・暮らし応援センター ○行政

<今後の支援に必要な支援者>（本人の就労に必要な支援者の出席を求める）

○企業 ○就労定着支援事業所 等

会議の内容

<本人についての情報共有>

- ・②の会議からの振り返り

<本人の就労に向けての課題について>

- ・一般就労に向けた課題や問題点についての整理、解決に向けた取り組み
- ・トライアル雇用の状況確認

<本人の就労に向けての支援体制について>

- ・支援者の役割分担（どのタイミングで、誰が、何を、情報共有の仕方）
- ・一般就労が始まった際の支援体制の確認（相談支援事業所含む）
- ・定着支援義務期間終了後の支援体制の確認 等

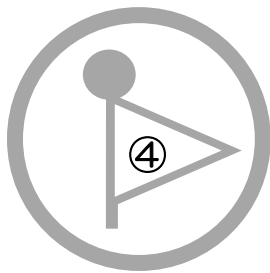
Point

就労が決まったらなるべく雇用開始前に支援者間での情報共有、何かしらの雇用支援制度を使って働くのかなど雇用に関する状況を支援者間で確認。

就労後のアフターフォロー・定着支援の役割を確認すると同時に、アフターフォロー終了後の支援体制についても協議をする。

チームで共有、協議することで関係機関の相互的な協力体制が構築出来る。

（その他、必要に応じて協議事項を追加する）



会議の目的

一般就労後に行うはじめての会議で、以下の内容を目的に開催する。

- ・就労状況および生活状況の確認
- ・新たな課題の有無について
- ・就職後のフォロー体制の確認（就労定着事業を利用するかの確認） 等

会議の参加者

<現在の支援者>

○③の会議の参加者（相談支援事業所、就労継続支援事業所（サービス管理責任者等）、就労移行支援事業所、本人、家族、ハローワーク、企業） 等

<今後の支援に必要な支援者>（本人の就労に必要な支援者の出席を求める）

○就労定着支援事業所 ○働き・暮らし応援センター ○行政 ○相談支援事業所 ○権利擁護 等

会議の内容

<本人についての情報共有>

- ・就労状況…出勤状況、作業状況、就労条件等の確認
- ・生活状況…生活リズム、睡眠状況、受診状況、金銭管理等の確認
- ・本人の思いや要望について

<本人の課題について>

- ・人間関係…新しい交友関係について
- ・金銭管理…必要時、権利擁護の提案
- ・新たな課題の有無

<本人の支援体制について>

- ・今後の支援方針、必要な支援について
- ・就労定着支援を利用の場合…就労継続支援からのスムーズな移行に向けて

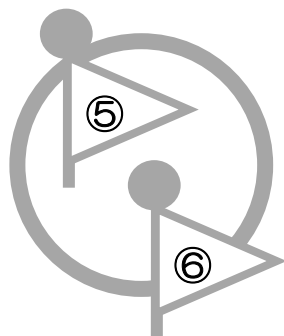
<サービス終了の場合>

- ・今後の必要な支援について
- ・今後の見守りのための支援体制（関係機関の連携）の確認について
- ・サービス利用の希望があった場合の支援体制の確認について

Point

事業所の努力義務・義務終了前に、その時点での情報共有と課題について確認。
また、本人へは今後の支援についての意向確認（支援の提案も含む）

（その他、必要に応じて協議事項を追加する）



会議の目的

一般就労後一年目または二年目を迎えるあたり、この一年間の振り返り等、以下の内容について話し合い、本人が継続して就労できるよう開催する。

- ・就労状況および生活状況の確認
- ・新たな課題の有無について
- ・就労定着支援の利用の検討
- ・サービス終了者がサービス利用を希望される時の支援体制の構築 等

会議の参加者

＜現在の支援者＞

○本人 ○家族 ○相談支援事業所 ○就労定着支援事業所 ○就労移行支援事業所 ○企業
○働き・暮らし応援センター ○ハローワーク ○行政 ○権利擁護 等

＜今後の支援に必要な支援者＞（本人の就労に必要な支援者の出席を求める）

○働き・暮らし応援センター ○権利擁護 等

会議の内容

＜本人についての情報共有＞

- ・就労状況…出勤状況、作業状況等の確認
- ・生活状況…生活リズム、睡眠状況、受診状況、金銭管理等の確認
- ・本人の思い・要望について

＜本人の課題について＞

- ・人間関係…職場関係、交友関係について
- ・金銭管理…必要時、権利擁護の提案
- ・新たな課題の有無

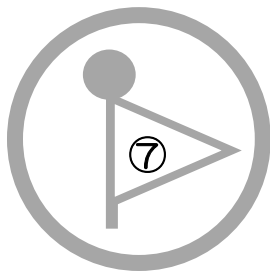
＜本人の支援体制について＞

- ・今後の支援方針、必要な支援について
- ・就労定着支援を利用の場合…スムーズな利用開始に向けて

＜サービスが終了している場合＞

- ・サービス利用の希望があった場合の支援体制の確認について
 - ・課題がある場合のサービス利用の検討と支援体制の確認について
- ※見守り支援を行う中で、必要に応じて協議を行う

（その他、必要に応じて協議事項を追加する）



会議の目的

サービスを終了するにあたり、これまでのサービス全体の振り返りおよび今後の支援体制等、以下の内容を目的に開催する。

- ・一般就労、就労定着支援の振り返りおよび今後に向けて
- ・サービス終了の確認と今後の支援、相談窓口について 等

会議の参加者

＜現在の支援者＞

- 本人 ○家族 ○相談支援事業所 ○就労定着支援事業所 ○就労移行支援事業所
- 働き・暮らし応援センター ○ハローワーク ○企業 ○行政 ○権利擁護 等

＜今後の支援に必要な支援者＞（本人の就労に必要な支援者の出席を求める）

- 権利擁護 等

会議の内容

＜本人についての情報共有＞

- ・就労状況…出勤状況、作業状況等の確認
- ・生活状況…生活リズム、睡眠状況、受診状況、金銭管理等の確認
- ・本人の思いや要望、困っていることの有無等

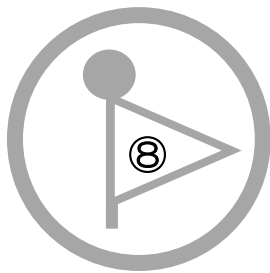
＜本人の課題について＞

- ・人間関係…職場関係、交友関係について
- ・金銭管理…必要時、権利擁護の提案
- ・新たな課題の有無…このまま定着できそうかどうか

＜サービス終了にあたり、今後の支援体制について＞

- ・今後の支援方針、必要な支援について
- ・関係機関の連携について確認
- ・働き・暮らし応援センター…スムーズな利用に向け、引継ぎの有無について確認
- ・今後の相談窓口の確認、利用可能な社会資源の紹介 等

（その他、必要に応じて協議事項を追加する）



会議の目的

就労を継続するにあたり、課題が新たに起こったあるいは顕在化した場合に、就労が継続できるよう、以下の内容を目的に開催する。

- ・課題の共有・支援方針や支援体制の検討、確認 等

会議の参加者

＜一般就労時に関わった支援者＞

○⑦の会議の参加者（本人、家族、相談支援事業所、就労定着支援事業所、就労移行支援事業所、ハローワーク、働き・暮らし応援センター、企業、行政、権利擁護）等

会議の内容

＜本人についての情報共有＞

- ・就労状況…出勤状況、作業状況等の確認
- ・生活状況…生活リズム、睡眠状況、受診状況、金銭管理等の確認
- ・本人の思い、困っていること、今後どうしていきたいか

＜本人の課題について＞

- ・課題や明確化した問題についての経過、状況について
- ・今後の支援方針、必要な支援についての検討

＜本人の支援体制について＞

- ・今後の支援の必要性和支援体制について 等

（その他、必要に応じて協議事項を追加する）

連絡先一覧

長浜米原しょうがい児者基幹相談センター

〒529-0341 滋賀県長浜市湖北町速水 1860
湖北ステーション内
電話：0749-78-2144 ファックス：0749-78-2212

長浜市役所健康福祉部しょうがい福祉課

〒526-8501 滋賀県長浜市八幡東町 632 番地
電話：0749-65-6518 ファックス：0749-64-1767

米原市社会福祉部社会福祉課

〒521-0292 滋賀県米原市長岡 1206 山東庁舎
電話：0749-55-8102 ファックス：0749-55-8130

長浜市成年後見・権利擁護センター

〒526-0037 滋賀県長浜市高田町 12 番 34 号
さざなみタウン ながはま文化福祉プラザ 3 階
電話：0749-62-1804 ファックス：0749-62-1834

米原市権利擁護センター

〒521-0023 滋賀県米原市三吉 570 米原地域福祉活動センター
電話：0749-54-3205

はたらき・くらし応援センターこほく

〒526-0845 滋賀県長浜市小堀町 32 番地 3 ながはまウェルセンター内
電話：0749-64-1216 ファックス：0749-64-5131

ハローワーク長浜

〒526-0032 滋賀県長浜市南高田町字辻村 110
電話：0749-62-2030（代表）ファックス：0749-65-3246

サービス提供事業所

就労継続支援事業所、就労定着支援事業所、相談支援事業所、就労移行支援事業所等については、それぞれの事業所のホームページやパンフレットなどでご確認いただくほか、長浜市のホームページなどで公開されている「しょうがい福祉サービス事業所一覧」などでご確認ください。

（令和 6 年 3 月現在）

発行・お問い合わせ

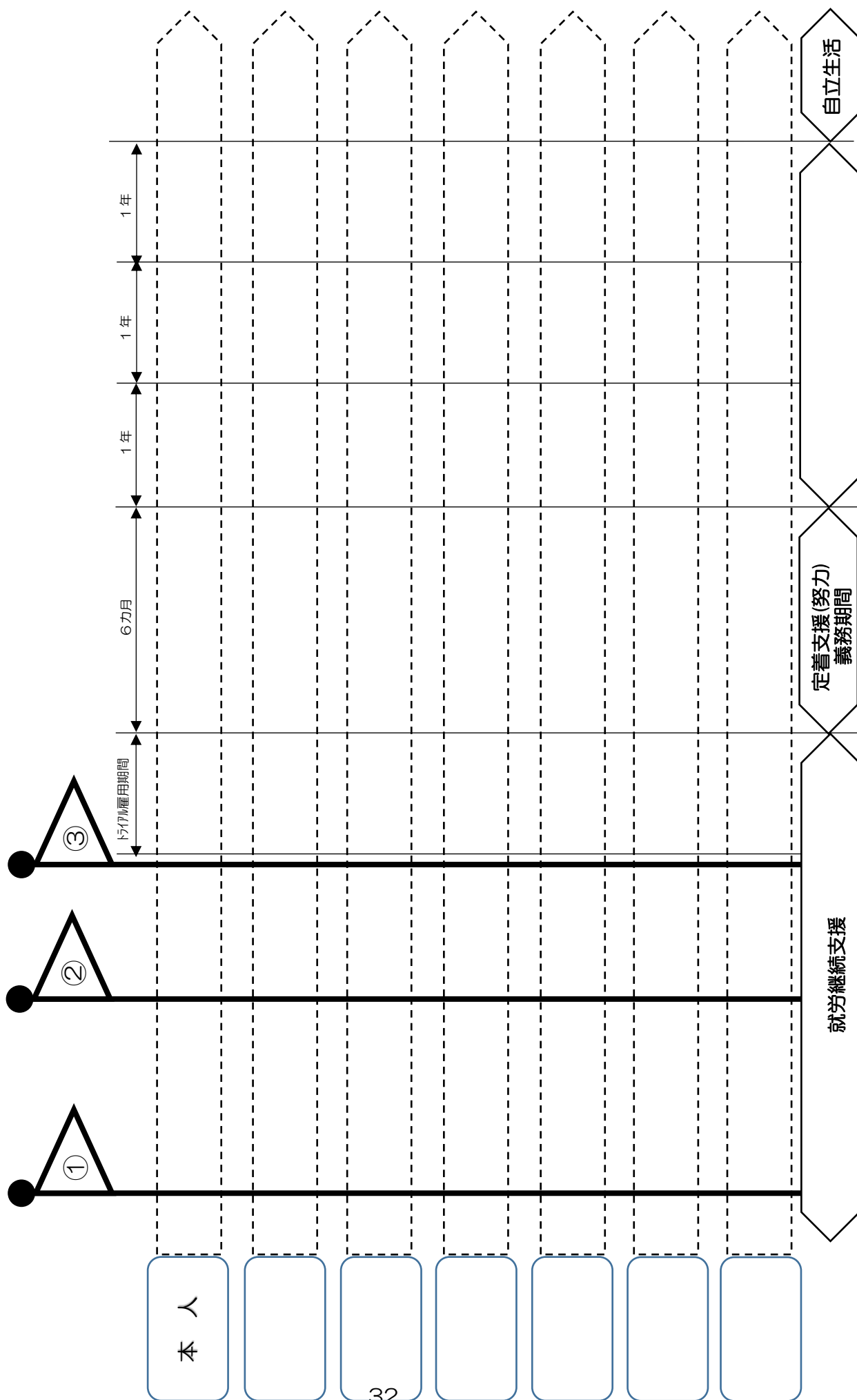
【発行年月】 令和 3 年 3 月

【発行】 長浜米原しょうがい児者基幹相談調整センター
長浜米原しょうがい者自立支援協議会就労定着支援プロジェクト
（事務局）電話：0749-62-1804

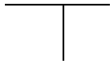
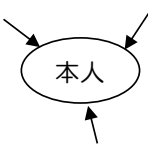
FAX：0749-62-1834

様の 就労支援スケジュール

(利用者)



相談受付シート

相談日	年 月 日	対応者		
相談方法	電話 ・ 来所 ・ 訪問 ・ その他 ()		本人との関係 ()	
相談者	さん ()		相談者電話	自宅・携帯 () -
相談経緯				
本人氏名	(ふりがな)	性別	生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和
		男 ・ 女		年 月 日 (歳)
現住所		電話	自宅・携帯 () -	
			連絡取りやすい時間帯：	
しょうがい または疾患名	知的障害、アルコール依存症			
手帳等	□身障 (種 級) ■療育 () □精神 (級) □難病 ()			
医療状況	主治医 () 医療機関 (セフィロト病院 科) 通院頻度 (回 / 月)			
	通院付き添い (有 ・ 無) 服薬 (有 ・ 無) 内服薬 ()			
障害支援 認定区分	□区分なし □区分 ()		認定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	
しょうがい 福祉 サービス	□利用なし □利用あり ()			
	支給決定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日			
介護保険	□なし □事業対象 □要支援 ・ 要介護 () 認定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日			
経済状況	□就労収入 □年金 () □生活保護 □その他 ()			
就労状況	□就労していない □求職中 □就労している 勤務先 ()			
家族構成 (シエノグラム)			エコマップ (社会関係図)	
生育歴 (既往歴)				

(生活および心身の状況)

A D L 状 況	麻痺・拘縮 なし・あり（ ）		掃除 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
	歩行 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		洗濯 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
	移動 独歩 ・ 歩行器 ・ 車いす（自走・介助）		調理 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
	食事 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		買い物 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
	排泄 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		視力 支障なし ・ 弱視（ ） ・ 全盲		
	入浴 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		聴力 支障なし ・ やや難聴（ ） ・ 難聴（ ）		
	医療ケア なし ・ あり（ ）				
	その他必要な情報				
特記事項（しゅうがい特性など）			一日・一週間の流れ		
相談歴（これまで相談した機関等）					
本人・家族の思い					
市担当者の思い					
計画相談についての説明	本人（ 済 ・ 未 ） 家族（ 済 ・ 未 ） 備考：				
緊急度	急ぎ ・ それ以外（ ）				
個人情報提供の同意	☐ 同意あり ☐ 同意なし				
基幹受付日	年 月 日	受付者		対応	受付済・（ ）

相談支援従事者現任研修受講期間

相談支援従事者現任研修は、

- ・相談支援従事者初任者研修（6日課程）又は
- ・平成17年度までの障がい者ケアマネジメント従事者養成研修修了者で相談支援初任者研修の講義部分（1日または2日）

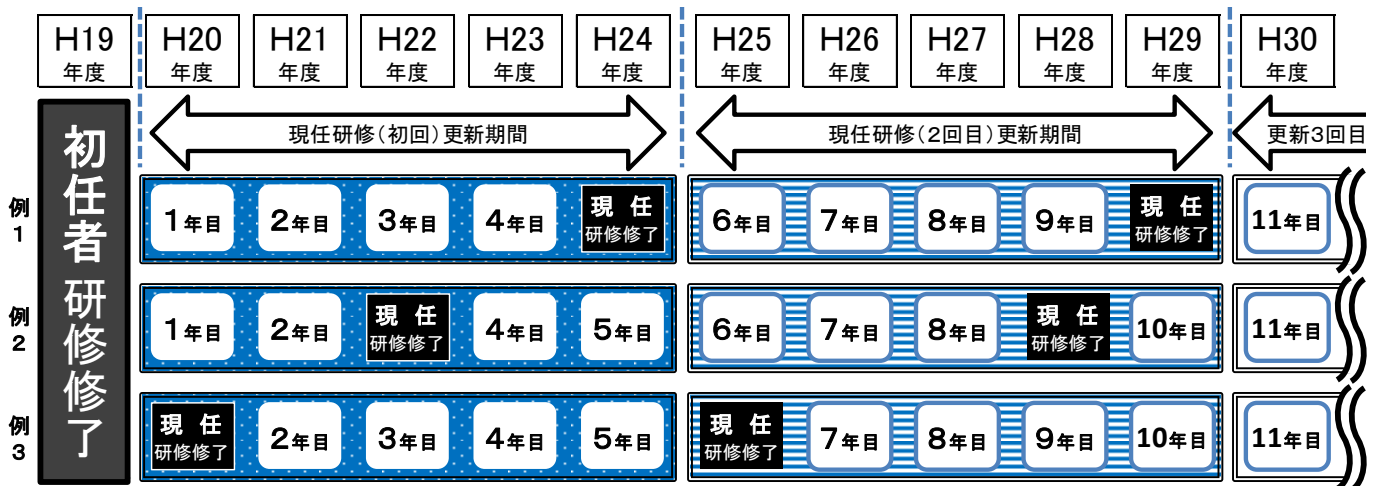
を修了した翌年度を初年度とする5年度ごとの各年度末日までに修了する必要があります。

例えば、

平成19年度に相談支援従事者初任者研修を修了した方が相談支援専門員として従事するためには、平成20年度から平成24年度までの間に相談支援従事者現任研修を修了（初回更新）する必要があります。また、その後も平成25年度から平成29年度までの間、平成30年度から平成34年度までの間と、5年度ごとに相談支援従事者現任研修を修了する必要があります。

5年度ごとの現任研修を修了しなかった場合は、改めて初任者研修から研修を修了しなければなりません。

平成19年度 初任者研修修了者の例



※ 自分の現任研修更新時期を確認してみましょう。

