

1. 計画相談支援の流れと実際

1-1. 相談受付

- 相談支援専門員は、相談を受け付けた時点から相談支援が始まっていることを自覚し、利用者のニーズに則した適切な支援を行えるように、丁寧に話を聴きます。相談を受け付けたら、情報を整理します。

※特に様式の定めはありませんが、参考に相談受付票（資料 1）を掲載しています。

- サービス利用に限らない生活の相談をする人もいます。そのような場合も含め、相談支援専門員は利用者の状況を確認し、希望や課題等を整理すると共に、適切な機関や利用できるサービスなどの情報提供を行います。困った時は、区役所・支所、障害者相談支援センターに相談します。

- 指定特定相談支援事業所について、以下の国の基準を確認してください。

- 基準省令

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3月13日号外厚生労働省令第28号）

- 解釈通知

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について

（平成24年3月30日障発0330第22号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

1-2. インテークとアセスメント

(1) 重要事項説明・契約

- 利用申込の際、重要事項の説明は、利用者の障害特性に応じて適切に配慮しつつ必ず文書を交付して行います。
- 契約は、指定計画相談支援の提供開始について利用者の同意を得ることで成立しますが、利用者・指定特定相談支援事業所双方の保護のため、書面によって確認することが望ましいです。
- 契約が成立した時は、利用者の障害特性に応じて適切に配慮した書面を交付する必要があります。
- 契約後はすみやかに区役所・支所に計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書を提出します。
- この段階で終結についても説明します。

(2) インテーク（面接）

- 相談支援専門員が利用者と初めて「相談支援」という形で向かい合うのがインテークの場面です。インテークの場面では、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、ニーズを整理することが重要となります。
- 相談支援専門員は、利用者に寄り添い、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環境を確保するように配慮し、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。利用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。

(3) 利用者のニーズ把握

- 相談支援業務は、地域で暮らす利用者のニーズを把握することから始まります。課題を抱えていながらも相談支援につながっていないが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と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。

(4)アセスメント

- インテークで把握した利用者からの情報に加え、個人情報保護に配慮しながら利用者をよく知る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。
- アセスメントは、国の基準省令上必ず居宅等を訪問して行います。あらかじめインテークの際に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、アセスメントでは、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、複数人で訪問することも検討します。アセスメント後はアセスメント票を作成します。
- 相談支援専門員の訪問の結果、再度利用者等へ確認する事項が生じた場合等には、内容が軽微であれば訪問せず、電話や郵送、電子メール等によるでも差し支えない、とされています。（個人情報保護には十分注意します。）

表1 計画相談支援の流れと実施場所の関係

	居宅等 例：居宅（共同生活援助、サービス付き高齢者向け住宅を含む）、精神科病院、障害者支援施設等	その他 例：日中活動先、指定特定相談支援事業所、区役所等
契約	○	○
インテーク	○	○
アセスメント	○	×
サービス担当者会議	○	○
モニタリング	○	×

- 相談支援専門員は、利用者の了解を得て、相談受付票やアセスメントの情報を支援者間で共有し、課題解決に有効な専門機関との連携を検討します。

- ・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。

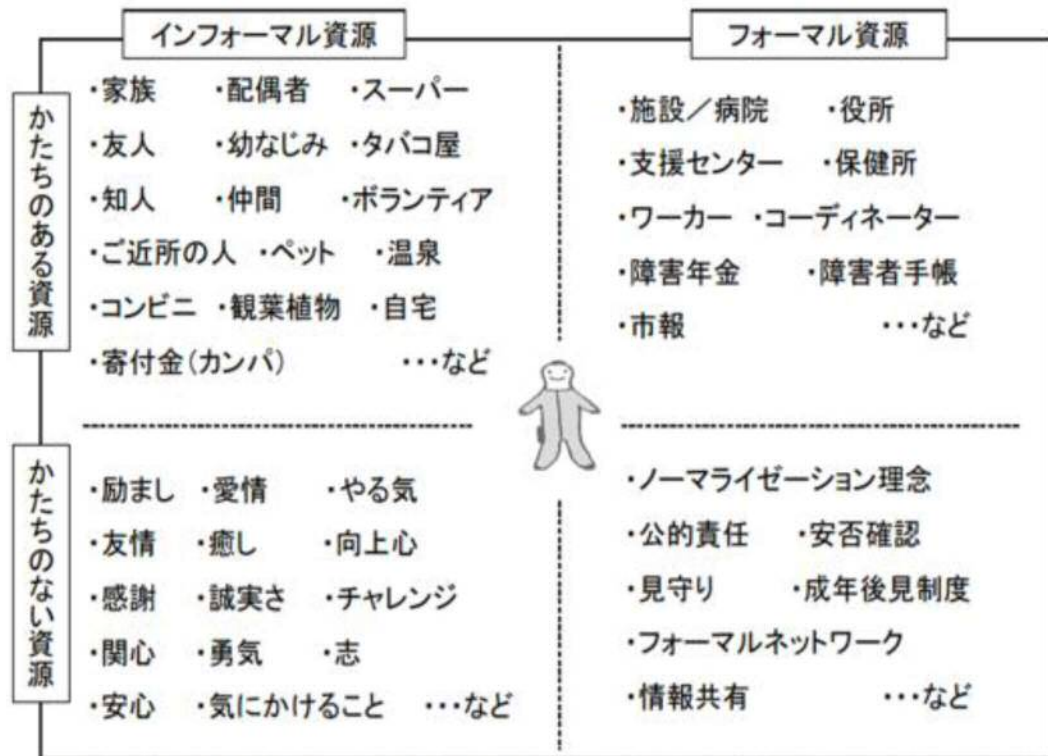


図1 かたちにとらわれずに社会資源の気づきを広げるツール

出典：佐藤光正、平成30年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）資料

○専門家によるアセスメントについて

- ・国の基準省令上の規定はありませんが、必要に応じて専門機関等から専門的な立場からのアセスメントを得ることも有効です。
- ・市内の専門機関には、障害者更生相談所・精神保健福祉センター（障害者センター）、れいんぼう川崎、視覚障害者情報文化センター、聴覚障害者情報文化センター、発達相談支援センター、就労援助センター、病院等があります。行政の専門機関に専門的な立場からのアセスメントを依頼する場合、障害者相談支援センターに相談してください。

○ストレングス（強み） の評価

- ・アセスメントは、利用者の「できないこと」だけではなく、「できること」（ストレングス・強み）も評価する作業です。利用者の生活上の強みを知ることによって、支援の組み立てや方策は大きく変化します。

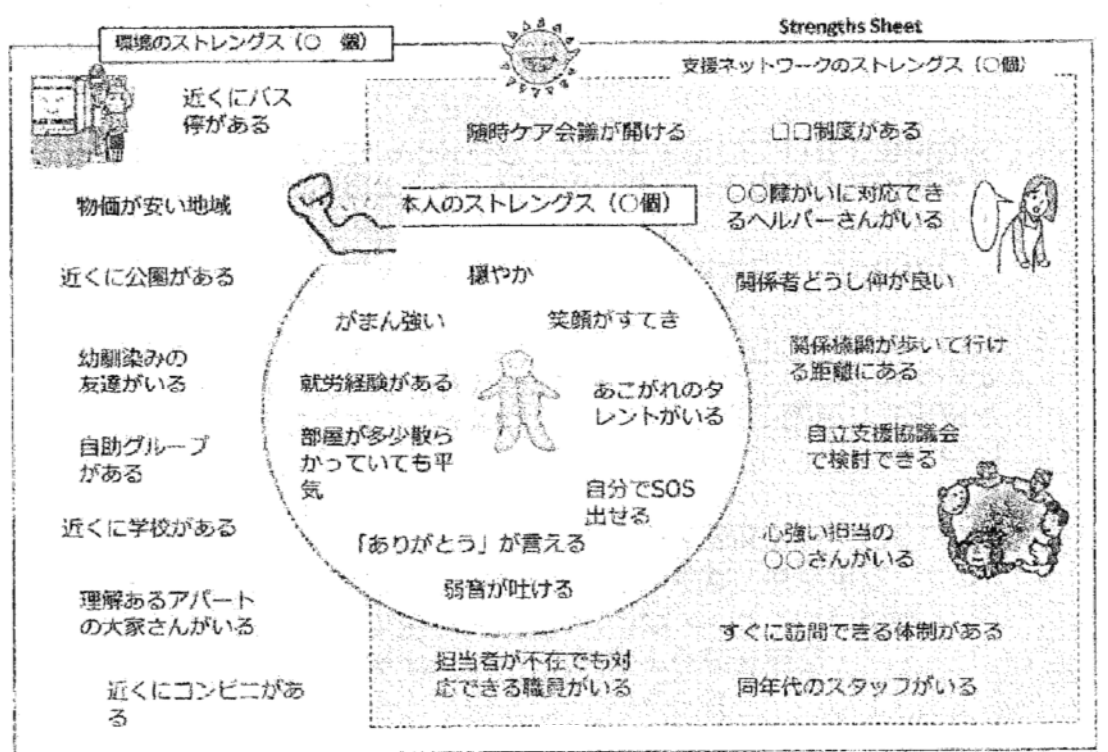


図2 その人と取り巻く環境のストレングスへの気づきを促す 100 スtrenグスシート
出典：佐藤光正、平成 29 年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）資料

1-3.サービス等利用計画案の作成

(1)支援の基本構想について～ズレに着目した5ピクチャーズ～

- インテークからアセスメントを行う上で、駒澤大学の佐藤光正先生が提唱しているミスポジション論に基づく^{ファイブ}5ピクチャーズの手法を使用すると整理しやすいです。5ピクチャーズ以外にも課題を整理する方法はありますし、危機介入が必要な急性期においては医学モデルが有効な場合もあります。しかし、計画相談支援を行っていく上では、この5ピクチャーズは本人のストレングスを使いながら本人のニーズをしっかりと整理することができます。
- ミスポジション論について説明していきます。図3を見てください。ミスポジション論は、AからBになりたいという本人の希望があります。しかし、B'のように何らかの阻害要因により、「将来になりたい自分」と「今の自分」とにギャップができてしまうことがある（つまり、自分の今いるポジションがミス）という考え方です。
- このような時に今までの医学モデルを基にした支援では、本人の中に解決すべき課題を見つけて、「あなたが頑張きなさい」という視点に陥りがちでした。しかし、このミスポジション論では、「将来になりたいポジション」に向かって、「阻害要因を、どう乗り越えていきましょうか?」、「なれたらいいね」という視点になります。
- このズレに着目し、可能性を信じて本人という車を走らせませす。本人のストレングス（車の燃料）を活用しながら、将来になりたいポジションに向かっていきます。

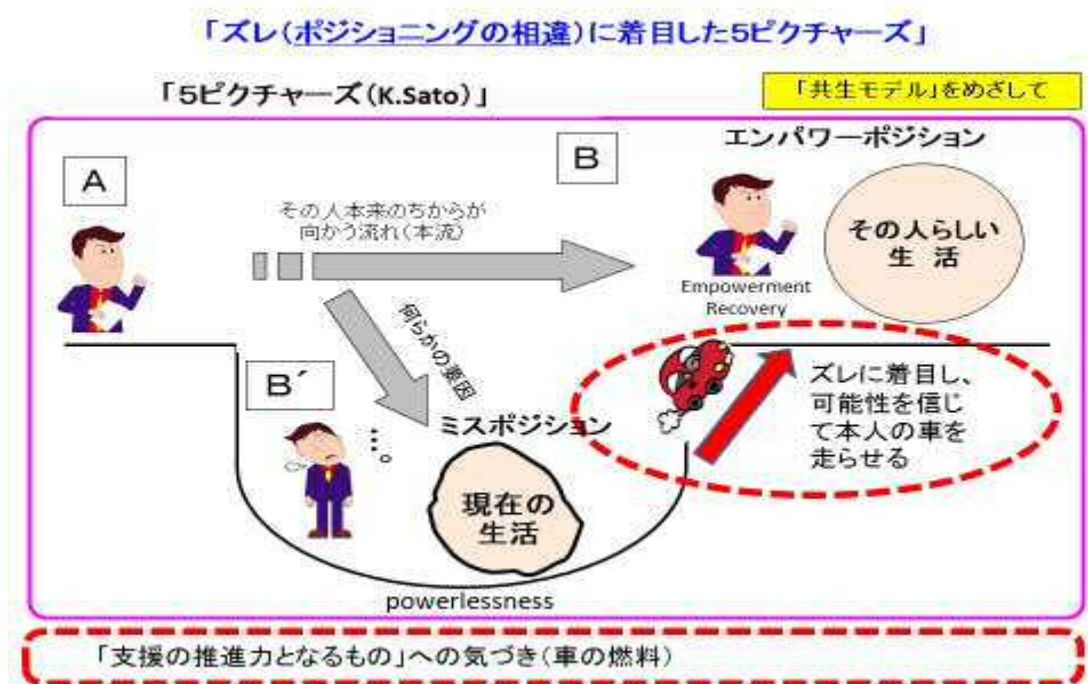


図3 ミスポジション論

出典：佐藤光正、平成28年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）資料

- ・ミスポジション論の理論をベースに、支援の基本的な構想を5つの場面に分けて整理していくのが5ピクチャーズです。下記のような整理を参考に、利用者と支援者が利用者の望む暮らしや希望を共有し、そのために何をするのかを確認しながら進めると良いでしょう。

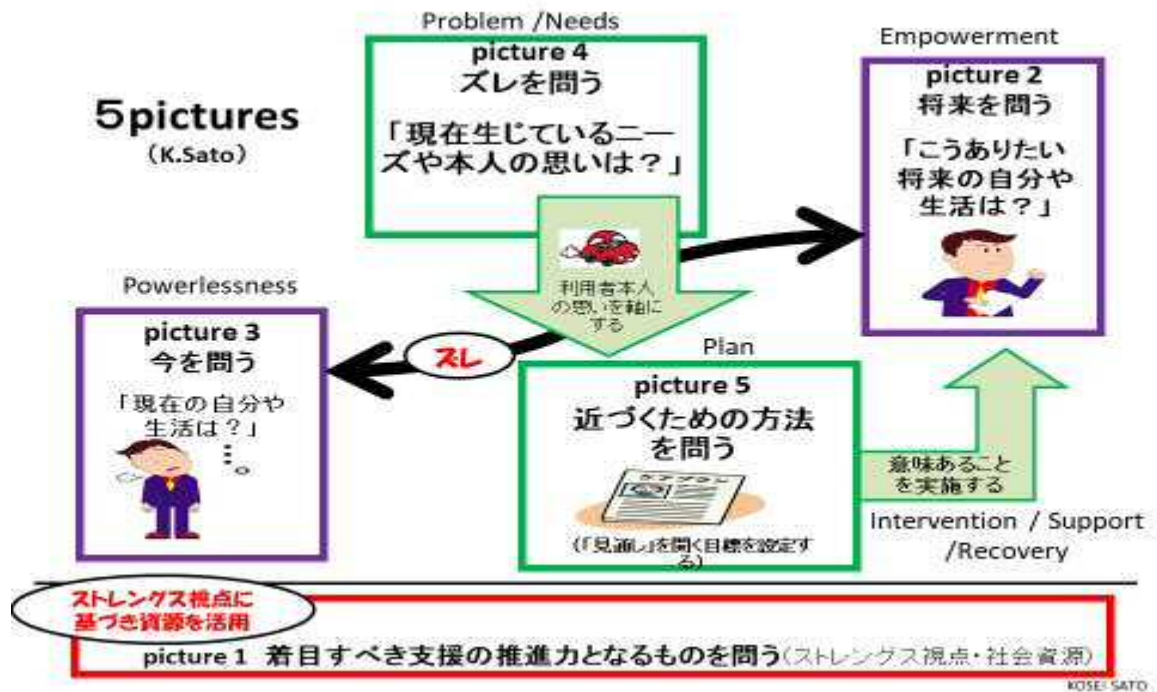


図4 5ピクチャーズ

出典：佐藤光正、平成30年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）資料

- ・ Picture 1；本人のストレングスに焦点を当てて推進力となるものを整理します。
- ・ Picture 2；到達点の将来を問う
「こうありたい将来の自分や生活は？」と本人の言葉や私は〇〇をしているといったように状態像で考えていくとよいでしょう。（ミスポジション論のBの段階です）
- ・ Picture 3；今の自分を問う
「現在はどんな状態になっているのか？」（ミスポジション論のB'の状態です。）
- ・ Picture 4；ズレを問う
picture 2と picture 3の間のズレを問うということです。この時に本人のニーズや思いを大切にしましょう。
- ・ Picture 5；近づくための方法を問う
計画を立てる場面です。「阻害要因をどう乗り越えていこうか」といった視点が必要です。

○参考になるテキスト等について

- ・サービス等利用計画を作成する際は、本手引きのほか、以下のテキスト等を参考にすると良いでしょう。

- ・障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員会、三訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト、中央法規出版、2013年
- ・日本相談支援専門員協会、サービス等利用支援計画の実態と今後のあり方に関する研究報告書「サービス等利用支援計画作成サポートブック」、2012年
- ・日本相談支援専門員協会、サービス等利用支援計画の評価指標に関する調査研究報告書「サービス等利用支援計画評価サポートブック」、2013年
- ・日本相談支援専門員協会、相談支援専門員のための「サービス等利用計画」書き方ハンドブック、中央法規出版、2017年
- ・川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課、支給決定・相談支援関係業務の手引き（Version 5）、2018年

(2)サービス等利用計画案に記載する各項目について

サービス等利用計画案（①～⑬は以下に説明があります）

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 (Ver.3)							
利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業所名			
障害福祉サービス受給資格番号		通所開始電話番号		計画作成担当者			
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)	⑫	利用者同意欄(署名又は押印)		⑬	
利用者及びその家族の生活に関する意向(希望する生活)	①						
総合的な援助の方針	②						
長期目標	③						
短期目標	④						
優先順位	解決すべき課題 (本人・家族)のニーズ	支援目標	達成時期	提供サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人(家族)の役割	評価 時期	その他留意事項
⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	
2							
3							
4							
5							
6							

① 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。
- ・利用者の困り感を利用者と共有した上で、できるだけ利用者の言葉や表現をそのまま使い、前向きな表現で記載します。「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。

＜例＞ ○○が必要なため、○○をしたい。

- ・家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し、誰の意向かを明示します。内容的に家族の意向に偏らないように記載し、特に利用者と家族の意向が異なる場合には留意します。利用者・家族が希望する生活を具体的にイメージしたことを確認した上で記載します。

② 総合的な援助の方針（利用者がめざす生活に沿った支援の方針）

- ・アセスメントにより明らかになった利用者がめざす生活に対して、支援者の立場からどのように取り組んでいくのかを記載します。支援に関わる関係者の共通の方針です。
- ・利用者や家族が持っている力、ストレングス（強み）など、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。

③ 長期目標

- ・利用者がめざす生活の具体的な希望について、半年から１年で達成できる目標を利用者の言葉を引用して記載します。（支援者側の目標やサービス内容ではありません。）

④ 短期目標

- ・長期目標実現のために、具体的に何をするのかを利用者と一緒に考えます。例えば、１～３か月程度で達成可能な目標を設定します。
- ・短期目標の達成できる時期を考慮し、モニタリングの頻度を設定します。

⑤ 解決すべき課題・優先順位（本人（家族）のニーズ）

- ・解決すべき課題は、利用者がめざす生活を実現するために必要なものでなくてはなりません。
- ・利用者が意欲をもって取り組める表現とするために、「～できない」という表現は避け、「～したい」などのプラスの表現でわかりやすく記載します。
- ・利用者本人に対する働きかけだけではなく、本人を取り囲む環境に働きかけることも想定して、課題を整理することが必要です。
- ・緊急な課題、利用者の動機づけになる課題、すぐに効果が見込まれる課題などを考慮し利用者の希望をもとに優先順位を設定します。

＜例＞ ・働きたい。
・グループホームで生活したい。

⑥ 支援目標

- ・⑤を相談支援専門員の立場から捉え直して記載します。
- ・③④をさらに細分化した、具体的な支援目標を記載します。

＜例＞ ・日中活動の体験をしてみる。

⑦ 達成時期

- ・段階的に達成できる時期を記載します。

＜例＞ ・〇年〇月
※「〇か月」という表記方法もありますが、よりわかりやすいよう具体的な時期を記載すると良いです。

⑧ 福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）

- ・利用するサービスの種類や内容等だけでなく、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。
- ・公的支援（障害福祉サービスのうち地域生活支援事業（例：移動支援、地域活動センター利用等）、介護保険、医療関係等）と、その他の支援（インフォーマルサービス）を盛り込みます。

トップ画面＞事業所を探す
事業所名、サービス種別、地
域等から検索できます。

表2 サービス・事業所に関する情報の掲載場所

名称	入手方法	内容
障害福祉情報サービス かながわ (通称:「らくらく」)	<ul style="list-style-type: none"> 神奈川県内の障害福祉サービス総合情報サイト障害福祉情報サービスかながわホームページ http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/ 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所検索(神奈川県内) 各自治体からのお知らせ等
ふれあいー障害福祉の案内ー 発行:川崎市健康福祉局障害保健福祉部	<ul style="list-style-type: none"> 区役所・支所窓口で冊子を配布 川崎市ホームページに掲載 http://www.city.kawasaki.jp/ 	<ul style="list-style-type: none"> 各制度の概要 相談窓口 事業所一覧(川崎市内)等
精神保健福祉制度の手引き 発行:川崎市健康福祉局精神保健課・精神保健福祉センター	<ul style="list-style-type: none"> 区役所窓口で冊子を配布 	<ul style="list-style-type: none"> 相談窓口 医療費助成 住まい 各機関の説明等
川崎市障害者就労支援機関の案内 かわジョブナビ 発行:川崎市	<ul style="list-style-type: none"> 川崎市ホームページに掲載 http://www.city.kawasaki.jp/ 	<ul style="list-style-type: none"> 就労支援事業所の情報等
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業務マニュアル Ver.5 【抜粋版】	<ul style="list-style-type: none"> 本手引きの資料に収録 	<ul style="list-style-type: none"> 支給決定の流れ 各サービスの概要等
川崎市地域包括ケアシステムポータルサイト	<ul style="list-style-type: none"> 川崎市地域包括ケアシステムポータルサイトホームページ https://www.kawasaki-chikea.jp/ 	<ul style="list-style-type: none"> イベント情報 お役立ち情報等
川崎市生活支援等サービスの情報公表	<ul style="list-style-type: none"> 川崎市生活支援等サービスの情報公表ホームページ http://kana.rakuraku.or.jp/rsrc/141305/index/tag/ 	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援に役立つ民間サービス等の情報

- ・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、支援の必要性について検討することが重要です。
- ・サービスの種類により、サービスに変更があった際にサービス利用支援の対象になる（報酬を請求できる）ものと、ならないもの（報酬を請求できない）があります。

＜サービス利用支援の対象になるもの＞ →報酬を請求できる

- 総合支援法に関する障害福祉サービス（軽微な変更を除く）
- 地域相談支援（地域移行支援、地域定着支援）

＜サービス利用支援の対象にならないもの＞ →報酬を請求できない

（受給者証に記載されるもの）

- 地域生活支援事業に関するものの一部
 - ・移動支援事業（移動支援、通学・通所支援）
 - ・生活サポート事業（あんしんサポート、生活サポート、ファミリーサポート、障害児重度訪問支援）
 - ・日中一時支援事業（日中短期入所、障害児者一時預かり）

（受給者証に記載されないもの）

- 総合支援法に関する障害福祉サービス（支給量は変わらず利用日や事業所のみ変わる等の軽微な変更）
- 地域生活支援事業に関するものの一部
 - ・福祉ホーム
 - ・地域活動支援センター
 - ・重度障害者入浴援護事業
 - ・日常生活用具給付事業
 - ・コミュニケーション支援事業（手話通訳、要約筆記者、コミュニケーション支援員）
- あんしんセンター（日常生活自立支援事業）、成年後見制度
- 介護保険
- 医療関係
 - ・訪問看護
 - ・訪問診療
 - ・訪問リハ
 - ・通院、処方
- インフォーマルサービス
 - ・親族・知人等の訪問
 - ・配食サービス
 - ・訪問マッサージ
 - ・近所のサロン
 - ・趣味の教室、サークル、講座 等

- ・利用者のニーズはあるが、社会資源の不足や未整備により利用できない、量が不足しているサービスに関しても記載します。この場合、「⑤解決すべき課題・優先順位」まで記載し、「⑪その他留意事項」に支給決定に至らない理由を記載します。

＜例＞ ヘルパー不足により行動援護の支給決定には至らなかったが、引き続き事業所を探す。

○障害支援区分認定がなくても利用できる障害福祉サービス

- ・国の規定では、障害支援区分認定がなくても利用できる障害福祉サービスもありますが、川崎市では原則的に一次判定まで実施しています。（資料 4-10 参照）

○区サービス調整会議・市審査会について

- ・以下の例のような場合には、区サービス調整会議・市審査会の承認により決定可能となります。該当の場合には、区・支所担当者に相談してください。

- ・例 1 サービス等利用計画に基づく 1 か月の支給量（時間）が支給決定基準を超過する場合。（資料 4-13～14 参照）
※対象のサービス：居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、移動支援事業、生活サポート事業
- ・例 2 訓練等給付の対象サービスは、暫定支給決定期間内にそのサービスの利用が適切か否かの判断を行う。（資料 4-15～17 参照）
※対象のサービス：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
- ・その他

⑨課題解決のための本人（家族）の役割

- 利用者（家族）が取り組むべきことをできるだけ具体的に、利用者（家族）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（家族）の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者（家族）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（家族）に無理な負担がないように留意します。
- 表現は利用者（家族）に合わせて柔軟に記載します。

＜例＞ ・通所先で送迎車に乗りましょう。
・ヘルパーが来る前に献立を考えておく。

⑩評価時期

- モニタリング時期に合わせて時期を記載します。

＜例＞ ・〇年〇月

⑪その他の留意事項（評価時期の設定理由）

- 各項目で記載できないこと（その他の取組、役割分担、サービス提供にあたっての留意事項等）を記載します。
- この項目も利用者が確認する内容であることを意識し、支援者間での留意事項であったとしても、利用者が了解できる表現を用いることが必要です。

⑫モニタリング期間（開始年月）

- ・モニタリングの時期や頻度は、サービス担当者会議等で関係者と話し合い、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、利用者によって柔軟に提案します。
- ・モニタリング頻度が標準期間でない場合は、その理由を記載すると良いでしょう。欄が小さいため⑫に記載しきれない場合は、例えば⑪「その他の留意事項」の計画相談支援の欄等に記載します。

表 3 川崎市における計画相談支援モニタリング実施標準期間の取り扱い

		平成30年4月～	平成30年10月～
新規サービス利用者		1月間 ※利用開始から3月のみ	
在宅の障害福祉サービス等	集中的支援が必要な者	1月間	
	【新サービス】 就労定着支援、自立生活援助、 日中サービス支援型共同生活援助	3月間	
	居宅介護、行動援護、同行援護、 重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、 自立訓練	6月間	3月間
	生活介護、就労継続支援、共同生活援助 （日中支援型を除く）、地域移行支援、 地域定着支援	6月間	3月間
障害児通所支援 【施設入所等】障害者支援施設、のぞみの園、 療養介護入所者、重度障害者等包括支援		6月間	

※障害者支援施設の入所者は、日中のサービスの種類に関わらず標準期間は6月間です。

作成：川崎市

＜毎月モニタリングの事例＞

- ・両親が家庭内別居状態。生活介護に通所する知的障害の利用者を父が主に介護しているが、ネグレクトの危惧があり毎月とした。
- ・精神障害のある利用者の1人暮らし。精神的に不安定で幻聴幻覚もあり、自らサービス事業者等との連絡調整を行うことが困難なため毎月とした。

⑬利用者の同意

- ・利用者又は家族に対して説明を行った上で、文書によって利用者の同意を得ます。

(3)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】に記載する各項目について

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】(⑭～⑰)は以下に説明があります)

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】(Ver.3)						
利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分		相談支援事業所名			
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			
計画開始年月						
	月	火	水	木	金	土・日・祝
9:00						⑮ 主な日常生活上の活動
10:00						
11:00						
12:00			⑭			
13:00						
14:00						⑯ 通所以外のサービス
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						⑰ サービス提供によって実現する生活の全体像
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						

⑭週間計画表

- 現時点での1週間の生活実態の全体を把握できるようでき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。
- 就寝中のことも、夜間覚醒や夜尿の程度の記載があると、短期入所や地域生活に有効な情報となります。

⑮主な日常生活上の活動

- ・週間計画を作成するにあたって重要になる日常生活上の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。

⑯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、相談支援専門員や区市町村の行政担当者、サービス提供事業所等が手配しているものも記載します。

- ・緊急時に急遽必要になるサービスを記載する。

＜例＞ 医療的ケア 併設医療機関を受診しておく

⑰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が実現するのか、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潔に記載します。例：支援の必要性は障害に起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境要因に起因するのか等

＜例＞

- ・移動支援を導入することによって、今まで行くことができなかった〇〇に安全に行けるようになる。
- ・短期入所を利用することによって、親子がお互いに休息する時間を確保することができる。

○その他サービス利用上の注意点など

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

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

- ・他の法律や制度により1日を包括した報酬が給付される場合は、公費による二重支給となるため原則的に障害福祉サービスは利用できませんが、一部例外があります。（資料4-2～3参照）

○受給者証交付後の内容確認

- ・サービス等利用計画案の提出後、区役所・支所での審査を経て支給決定されれば、受給者証が交付されます。（資料2に見本を掲載しています。）
- ・受給者証の写しは原則的に利用者から受け取ります。場合により区役所・支所から写しを受け取ることができることもあるため、事前に区役所・支所に相談してください。
- ・受給者証の写しを受け取ったら、次の点を確認します。

<確認点>

- ・受給資格
- ・各サービスの支給決定量・期間
- ・計画相談支援給付費の支給内容・期間

※計画相談支援の支給決定期間は、各サービスのうち支給決定期間が最長の期間に合わせて設定されます。

- ・モニタリング期間

※川崎市では、誕生月を基準にモニタリング月を設定しています。何月にモニタリングを行ったら良いかわからない場合は、「支給決定・相談支援関係業務の手引き」（川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課）を確認してください。（不明な場合は区役所・支所に確認してください。）

(4) サービス担当者会議

- サービス等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、サービス等利用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。国の基準省令上は利用者が参加することは必須ではありませんが、理念上は利用者が参加することが望ましいです。
- 会議では、相談支援専門員がサービス等利用計画案を提示し、会議に参加した多様な関係機関等からなるチームで、当面の課題解決に向けた支援の内容やそれぞれの機関等の役割、今後の支援の方向性、実際の担当者などを確認します。
- 会議を実効性あるものにするためには、利用者のほか、区役所・支所を含め支援に関わっている機関に参加してもらいます。これまで支援に関わった機関、今後関わることが想定される機関等についても、必要に応じて参加してもらいます。
- 一人の課題が地域の課題として受け止められるよう、相談支援専門員が積極的に働きかけることが重要です。このことが地域のネットワークにつながる活動となります。
- 会議において当初のサービス等利用計画案に修正があれば、後日、変更したサービス等利用計画案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。
- 原則として関係者全員が参加し開催することになっていますが、一部の参加者が業務の都合等で欠席となっても会議を開き直す必要はありません。欠席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に反映させます。この場合、意見交換を行った記録を文書で残します。
- 専門機関による専門的なアセスメントの結果をサービス等担当者会議で共有します。必要に応じて、専門機関に直接サービス等担当者会議で報告を依頼することもできます。

(5) 利用計画の作成

- ここまでのプロセスを踏まえて、必要に応じて「サービス等利用計画案」に修正を行い、「サービス等利用計画」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。
- 国の基準省令や解釈通知では、サービス等利用計画に対する同意を得るに当たって「居宅等への訪問」を要件としていません。利用者等の意向が正確に確認できることを前提として、郵送によるやりとりや補助職員の代行等により同意を得る方法でも差し支えありません。なお、郵送等による同意の場合においても、サービス等利用計画の内容を利用者等に対して説明し、理解していただく必要があるため、状況に応じて相談支援専門員が電話や電子メール等で利用者等とやりとりを行う必要があります。

○サービス等利用計画の区役所・支所への提出

- サービス等利用計画・週間計画を、利用者又は家族に確認してもらい、修正の必要があれば再度作成して再確認してもらいます。
- 修正があっても無くても、利用者又は家族に対して説明を行った上で、文書によって利用者の同意を得ます。
- サービス等利用計画は、以下の部数作成・用意します。

- 原本：2部作成
 - 利用者に渡す
 - 指定特定相談支援事業所が保管
- 写し：1部＋福祉サービス等の担当者分作成
 - 区役所・支所に提出
 - 個別支援計画に反映させるため福祉サービス等の担当者に渡す

○サービス利用の手助け

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

ちょっとひと息コラム

◎ストレングスについて

ストレングスとは、個人と環境の両方にある『強みや力』のことをいいます。

個人のストレングスには、辛抱強い・人なつこい・ユーモアがあるなどといった、その人の『性格や性質』を表すもの、ピアノが弾ける・将棋を教えることができる・ケーキをスポンジから作れるなどといった、その人の『才能や技能』を表すもの、世界一周旅行へ行きたい・編み物を人に教えたい・社長になりたいなどといった、その人の『関心や願望』を表すものがあります。

環境のストレングスとは、コンビニやスーパーが近くにある・見守ってくれる知り合いが近所にいる・お金の心配がないなどといった、その人の持っている近隣の地域資源・人間関係・資産など、その人の周囲にあって活用することのできるものを指します。

ストレングス・アセスメントでは、その人の過去の情報も重要となります。様々な点に着目して情報収集すると良いでしょう。

◎利用者への同行・同席について

利用者が安心して福祉サービスを利用できるように、相談員は様々な場面に同行・同席することがあります。

例えば、利用者が初めてそのサービスを利用する時、ヘルパーと初めて顔を合わせる時等は、相談支援専門員が同行することで利用者の緊張が和らぎ、その後のサービス利用がスムーズに進む一助となります。

また、相談支援専門員がアセスメントのために診察やサービス提供場面に同席することもあります。

毎回同行・同席する必要はありませんが、利用者の状況に合わせて考えていきましょう。

1-4.年齢に応じた支援

(1)18 歳未満

- 18 歳未満でも障害福祉サービスを利用できる場合があります。
(資料 4-2 参照)

(2)18 歳・高校 3 年生

- 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 歳の誕生月の翌月 1 日から、利用者名の新しい障害福祉サービス受給者証に切り替わり、受給者証番号も変更します。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。
- 18 歳以上になった人の利用者負担額については、利用者本人及び配偶者の収入により算定します。特別な収入がない時は、利用者の多くが負担額 0 円となるでしょう。
- 放課後等デイサービスを 18 歳の誕生月以降も引き続き利用する場合、児童通所受給者証はそのまま使用します。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。
- 特別支援学校高等部 3 年生等の卒業後の通所利用について、利用調整の仕組みがあります。計画書の作成は通所先決定後となります。
- 就労継続支援 B 型は、一般就労へ向けて継続的な支援が必要な方が通所する事業です。特別支援学校高等部 3 年生が、卒業後に就労継続支援 B 型への通所を希望している場合、就労移行支援事業所で、就労アセスメントのための実習を行います。

(3)40 歳～64 歳

- 40 歳到達の前日～65 歳到達の前日の医療保険加入者は、介護保険第 2 号被保険者となります。（例外的に、介護保険適用除外施設の入所者は介護保険の被保険者となりません。また、医療保険者に届け出る必要があります。資料 4-26～27 参照）

- 原則として介護保険は障害者総合支援法による給付より優先されますが、利用者が生活保護受給かつ医療保険未加入の場合は例外となります。優先順位は以下の通りです。

- 医療保険加入者：介護保険→障害福祉サービス
- 生活保護かつ医療保険未加入者：障害福祉サービス→生活保護（いわゆる「生保 10 割」・「みなし 2 号」）

- 介護保険第 2 号被保険者の場合は、以下の特定 16 疾病が原因で介護が必要になった時に介護保険サービスが利用できます。

- ①がん末期（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- ②関節リウマチ
- ③筋萎縮性側索硬化症（ALS）
- ④後縦靱帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症など）
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症
- ⑨脊柱管狭窄症
- ⑩早老症（ウェルナー症候群）
- ⑪多系統萎縮症（線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群、オリブ橋小脳萎縮症）
- ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患（脳梗塞、脳出血など）
- ⑭閉塞性動脈硬化症
- ⑮慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息など）
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(5)65 歳以降

- 65 歳到達の前日から介護保険の第 1 号被保険者となり、医療保険加入の有無に関わらず介護保険の被保険者となります。（例外的に、介護保険適用除外施設の入所者は介護保険の被保険者とはなりません。資料 4-26～27 参照）

- 介護保険サービス利用の前提となる要介護認定は、区役所高齢・障害課介護認定給付係（支所健康福祉ステーション介護認定給付担当）窓口で申請するか、利用者の住所を担当する地域包括支援センターに代行申請を依頼することができます。申請は資格取得（65 歳到達の前日）の 60 日前から可能です。

※利用者の住所を担当する地域包括支援センターは、以下から確認することができます。

- 川崎市ホームページ
<http://www.city.kawasaki.jp/>
- 介護情報サービスかながわホームページ
<http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

- 介護保険は障害者総合支援法による給付より優先されます。（資料 4-26～30 参照）
 - 介護保険の居宅介護支援と障害福祉の計画相談支援の両方を提供した場合、両方で報酬請求できますが、同一人物（介護支援専門員かつ相談支援専門員）が作成した場合は、障害福祉サービスの報酬が減算となります。
- ※詳細は「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に基づく指定計画相談支援に要する費用の額の算定に関する基準」を参照。

1-5.継続と終結

- 以下のようなときには、計画相談支援は終結となります。

＜例＞

- 利用者が計画相談支援の必要なサービスを利用しなくなったとき
- 利用者が事業所の通常の事業の実施地域外に転居し、適当な他の指定特定相談支援事業所の紹介その他の必要な措置を講じたとき
- 利用者が死亡したとき
- 事業者が解散命令を受けたとき
- 事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になったとき
- 事業所が総合支援法の指定を取り消されたとき、または指定を辞退したとき
- 契約が解約されたとき
- 契約期間が終了したとき

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

○相談支援事業所の引き継ぎ

- 指定特定相談支援事業所の変更はいつでも可能ですが、報酬はサービス利用支援・継続サービス利用支援の実施月に、変更後の事業所のみが請求できます。（引き継ぎに伴い、内容の変更がないサービス等利用計画を作り直しても報酬請求できません。）
- 利用者が市外に転居・障害者支援施設に入所等する場合、区役所・支所に相談します。

ちょっとひと息コラム

○訪問時間等について

指定特定相談支援事業所にも営業時間があり、基本的には営業時間内に訪問等の約束をするのが望ましいです。事業所の営業時間や緊急連絡に関して、予め利用者・家族に丁寧に説明しておきましょう。

相談支援業務を健康的に続けていくためにも、営業時間を意識することはとても大切です。

○訪問拒否の場合の柔軟な対応

信頼関係ができるまで自宅訪問をなかなか受け入れてもらえないこともあります。

計画作成に至るまでの間に電話で話を聞いたり、来所してもらったりして、ゆっくり関係を築いていき、アセスメントやモニタリングの際は国の制度として必要な訪問と説明して、最初は玄関先でも良いので訪問させていただきたいと伝えてみましょう。

強硬に押し進めてしまうと関係が壊れてしまうこともあるのであせらず進めていき、それでも上手くいかない時は、区役所・支所、障害者相談支援センターに相談してみましょう。