

四日市障害保健福祉圏域版

計画相談支援・障害児相談支援

ガイドブック

【本編】



発行 令和6年11月

編集 四日市障害保健福祉圏域自立支援協議会 相談支援部会

目次

1. 相談支援専門員の基本理念と求められる役割と資質	2
2. 計画相談（障害児相談支援、以下略）について	3
3. サービス等利用計画と個別支援計画の違い	5
4. サービス等利用計画の必要性や備えるべき特徴、作成のポイント	6
コラム#1 障害福祉サービスがニーズ優先なのは何故？計画相談から出てきた 地域課題の解決に向けて	9
5. 年齢に応じた支援	10
6. サービス等利用計画・障害児支援利用計画の様式と記入上の留意点	12
コラム#2 人事交流とまではいなくても...～他事業所さんをつなごう～	26
参考文献・資料	27

1. 相談支援専門員の基本理念と求められる役割と資質

1) 基本理念

- 相談支援専門員の基本理念は、「すべての人間の尊厳を認め、いかなる状況においても自己決定を尊重し、当事者（障害者本人及び家族）との信頼関係を築き、人権と社会正義を実践の根底に置くこと」である。
- この理念に基づき相談支援専門員は、本人の意向やニーズを聴き取り、必要に応じて本人中心の支援計画およびサービス等利用計画の作成にかかる支援を行う。具体的には、本人のニーズを満たすために制度に基づく支援に結びつけるだけでなく、制度に基づかない支援を含む福祉に限らない教育、医療、労働、経済保障、住宅制度等々あらゆる資源の動員を図る努力をする。また、資源の不足などについて、その解決に向けて活動することも重要である。

【出典】障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言—新法の制定を目指して—
平成23（2011）年8月30日 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会

2) 求められる役割

- 利用者が地域で自立した生活を送るために、抱えている課題を的確に捉え、解決するための目標を設定し、目標達成に向けた道筋を描き、その実現のために支援していくことである。

3) 求められる資質

相談支援専門員が身につけておくべき資質は、概ね次のようになる。

- ① 信頼関係を形成する力
- ② 相談支援に係る幅広い知識と技術の習得
 - 福祉分野や他の分野についての幅広い知識（制度やサービスを含む）
 - 基本的なコミュニケーション技術
 - 基本的な面接技術
 - ニーズを探し出すアセスメント力
 - チームアプローチやネットワークを形成する力
 - 社会資源を活用・調整・開発する力
- ③ 交渉力・調整力

2. 計画相談（障害児相談支援、以下略）について

1) 計画相談支援とは

本人の生活に対する思いや悩みなどを聞きながら、サービス等利用計画（障害児支援利用計画、以下略）を作成し、サービス等利用計画に沿って障害福祉サービス等が提供されているのかを確認しながら、サービス等利用計画の定期的な見直しを行います。

計画相談支援には、「①サービス利用支援（障害児支援利用援助）」と「②継続サービス利用支援（継続障害児支援利用援助）」の2種類があり、本人はサービスの利用前の計画作成やサービス利用中のモニタリング等を受けながら、安心して障害福祉サービス等を利用することができます。

また、指定相談支援事業者は、①・②の業務以外に「③基本相談支援」も行います。

2) サービス等利用計画とは

サービス利用者の課題解決や、障害福祉サービス等の利用をするために作成するものです。サービス等利用計画には、「本人の解決すべき課題」「その支援方針」「利用するサービス」などが記載されます。

3) 計画相談支援の対象者

	利用するサービス	計画相談支援	障害児相談支援
障害者	障害福祉サービスのみ	○	
	地域相談支援のみ	○	
	地域生活支援事業のみ	—	—
	障害福祉サービス及び地域生活支援事業	○	
障害児	障害福祉サービスのみ	○	—
	障害児通所支援のみ	—	○
	地域生活支援事業のみ	—	—
	障害福祉サービス及び障害児通所支援	—	○
	障害福祉サービス及び地域生活支援事業	○	—
	障害児通所支援及び地域生活支援事業	—	○

※障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児支援利用計画の作成対象外となっています。

※利用計画案を作成・提出し、障害福祉サービス等の支給決定を受けても、サービス担当会議の実施、サービス等利用計画の交付に至らなければ、計画相談支援給付費は支給されません。

【介護保険制度の対象となる障害者の場合】

介護保険制度のサービスを利用する場合については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成対象となるため、基本的には計画相談支援対象外となります。但し、障害福祉サービス固有のもの 行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等の利用を希望する場合であって、市町村がサービス等利用計画案の作成が必要と認める場合には、計画相談支援対象となります。

介護保険のケアプランと障害福祉の計画相談支援の両方を利用した場合、両方で報酬請求できます。ただし、同一人物が作成した場合は報酬が減算となります。

4) サービス等利用計画作成にかかる料金

サービス等利用計画作成の料金は無料です。

計画を作成した「事業所」に対して、各市町村から報酬が支払われます。

5) サービス等利用計画の作成者

市町村の指定を受けた「指定特定相談支援事業所」・「指定障害児相談支援事業所」と本人が契約を結んでから「相談支援専門員」が作成します。

本人がサービス利用計画を作ることもできます。（セルフプラン）

市町村（障害の窓口）にて障害福祉サービスの申請手続きをおこなった後、サービス利用者やその家族が希望する障害福祉サービスの種類や内容等を書いた（セルフプラン）を作成し提出してください。

6) 計画相談支援の終了

本人がサービスの更新を行わない場合、他の相談支援事業所へ引き継ぐ場合、又は65歳となり介護保険に移行する場合等計画相談支援が終了する場合は、「契約内容報告書」を市町村に提出してください。

3. サービス等利用計画と個別支援計画の違い

サービス等利用計画は、指定特定相談支援事業者の相談支援専門員が作成する本人が利用する障害福祉サービス等の一覧を表示する総合的なプランです。一方、個別支援計画とは、サービス提供事業者のサービス管理責任者が、サービスごとに作成する事業所独自のプランです。

項目	サービス等利用計画	個別支援計画
作成者	相談支援専門員	サービス管理責任者
本人の署名・同意	必要	必要
計画書と障害福祉サービス事業所との関係	本人の利用する全ての障害福祉サービス事業所等の役割を明記	本人の利用する障害福祉サービスの事業所の内での職種等の役割を明記
市町村への提出	必要	不要(保管は必要)
計画書の更新の頻度	利用するサービスや年齢等の条件によって異なる (障害福祉サービス受給者証に更新頻度を記載)	利用するサービスによって異なる

4. サービス等利用計画の必要性や備えるべき特徴、作成のポイント

1) サービス等利用計画の必要性

①ニーズに基づいた本人中心の支援を受けられる

障害福祉サービス等の幅広い情報の提供、活用できるサービス等についての懇切丁寧な説明、望む生活を含む必要なニーズのアセスメント、利用計画に沿った複数のサービス等の調整、一体的・総合的なサービス提供などにより、本人の真のニーズに基づく本人中心の支援が可能となります。

②チームによる質の高いサービスが提供できる

サービス等利用計画は、ライフステージを通して切れ目なく支援をつなぐことを可能にしています。利用するサービスについてもフォーマル・インフォーマルと多様になっており、これらを適切に調整していくための各領域の共通言語であるサービス等利用計画が不可欠です。

サービス等利用計画により、それぞれの領域を超えてチームアプローチや協働による支援が可能となります。また、計画に基づく支援は『Plan→Do→Check→Action』というプロセスであり、この過程を通して質の高いサービスを提供することができるようになります。

③サービス提供（支給決定）の根拠となる

サービス等利用計画案は、障害者の生活実態や望む生活等のニーズを明らかにし、それを実現するためにはこのような種類のこれだけの量のサービスが必要であるということを明らかにするものです。

この意味で、サービス等利用計画案は、支給決定を含むサービス提供の根拠となるもの、サービス等利用計画案によって、エビデンス（根拠）に基づいた支給決定及びサービス提供が行われることとなります。特に、フォーマルサービスには公費が支出されていることを考えれば、市町村、都道府県、国にとって、サービス等利用計画は財政支出の根拠となるものです。

④地域全体のサービス充実の契機となる

サービス等利用計画の作成及び作成のためのサービス担当者会議を通して、地域の量的に不足しているサービスやそもそも存在していないサービス等についての気づきが生まれます。このような個別のサービスの課題から地域全体のサービスの課題への認識へと発展します。それが、自立支援協議会等で検討され障害者計画等に

反映されることにより、地域における障害者サービスの充実に結びついていくものと考えられます。

2) サービス等利用計画作成のポイント

①エンパワメントの視点が入っているか

サービス等利用計画等は、従来の医療モデルではなく、本人の意思決定を尊重した社会・生活モデルに基づき、本人の思いや希望をもとに、意思を尊重したライフスタイルを支援する計画となるべきです。本人自身が本来持っている力（ストレングス）を引き出すことにより、自分の生活を自分で作っていく姿勢が反映されるサービス等利用計画等が求められます。サービス等利用計画等の作成にあたっては、常にその計画にエンパワメント（自分の人生の主人公になれるよう力をつけて、自分自身の生活や環境をよりコントロールできるようにしていく）の観点が入っているか確認することが必要です。

②アドボカシーの視点が入っているか

相談支援は、単にサービスを調整するだけでなく、自らの意思を表出していくことに困難を抱える本人の意思や置かれている立場を代弁するという権利擁護（アドボカシー）の観点に立って、本人の自己決定・自己選択を支援していくことが重要です。このような本人の権利を擁護する立場に立って、代弁機能や代理機能を果たしつつサービス等利用計画等を作成するとともに、作成したサービス等利用計画等の中にそのような権利擁護の視点が入っているかを確認する必要があります。

③トータルな生活を支援する計画となっているか

サービス等利用計画等の作成にあたっては、必要なサービス単体（公的なサービス等）が記入されているだけでは不十分です。生活に困難を抱えサービスを利用して生活する状況にある本人の生活全体が考慮されて、望む生活を可能とする支援が網羅され、関わる人たちがそれぞれ役割を果たせるような、本人の生活をトータル（総合的）に支援する計画となっているかを確認する必要があります。

④連携してチームで活用する計画となっているか

サービス等利用計画等は、サービス担当者会議で本人、サービス提供者、関係機関等が確認した結果をもとに、支援の内容やそれぞれの提供者、関係機関等の役割を盛り込んだ計画とします。この計画は、本人に分かりやすいものであると同時に、支援に関わる提供者や機関等が支援の方向性を共有できるツールともなります。

そのために、サービス等利用計画等の様式を統一するとともに、本人のニーズや課

題をどの機関がどのように支援していくのか、計画の支援の全体像と支援目標、役割分担を明確に記載することが必要です。また、このサービス等利用計画等をもとにサービスが提供されることになった場合、個別のサービス提供事業者や関係機関等が作成する個別支援計画と整合性が取れているかを確認する必要があります。

⑤サービス担当者会議が開催されているか

サービス等利用計画等の作成過程におけるインタビュー、アセスメントを通じて利用者のニーズや課題が明らかになった時点で、本人の了解を得て必要なサービス提供事業者や関係機関等が集まり、サービス担当者会議が開催されます。

サービス担当者会議では、相談支援専門員がサービス等利用計画案等を提示し、会議に参加した多様な事業者や関係機関等からなるチームで、当面の課題解決に向けた支援の内容やそれぞれの役割、今後の支援の方向性を確認します。このような手続きを踏んでサービス等利用計画等が作成されているかを確認する必要があります。

⑥ニーズに基づいた計画となっているか

インタビューで把握した本人からの情報に加え、個人情報保護に配慮しながら本人をよく知るサービス提供事業者や関係機関等からの情報を集め、相談支援専門員としてニーズ評価（アセスメント）を行います。

このようなニーズに基づいたサービス等利用計画等になっているかを常に検証することが大切です。また、本人自身が気づいていないニーズを発見して、計画に繋げることも大切です。さらに、地域に埋もれているニーズへのアプローチを意識したサービス等利用計画等になっているかも確認する必要があります。

⑦中立・公平な計画になっているか

サービス等利用計画等は、地域でサービスを必要とする障害者等にサービスが公平にいわたる観点から作成される必要があります。また、サービス等利用計画等を作成した相談支援専門員が所属する法人・事業所が提供するサービスだけが盛り込まれた計画になっていないか等、中立・公平な観点から作成しているかをチェックする必要があります。

⑧生活の質を向上させる計画となっているか

サービス等利用計画等の作成の目的は、本人のニーズに基づいて適切なサービスを提供して、望む生活を実現するとともに、質の高いサービスを提供して本人の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）の向上を図ることです。そのためには、サービ

ス等利用計画等に基づくサービス提供のプロセスや結果、さらには効果の評価を通して、本人の生活の質の向上の観点からサービス等利用計画等を確認する必要があります。

⑨将来を見据えた計画であること

計画作成においては、生活の困難さやしづらさに対応することが重要ですが、今は実現していないが将来実現したい生活、あるいは望む生き方に対する将来計画の視点も重要です。その際、本人自身が社会の一員として積極的に社会の中で役割を果たしていくという社会参加の観点から計画が作成されることが重要です。

⑩ライフステージを通した一貫した支援を行う計画であること

サービス等利用計画は、切れ目なく支援をつなぐためのツールです。そのため、サービス等利用計画の作成にあたっては、本人の情報を整理した個別支援ファイルの活用やライフステージ移行時のサービス担当者会議の開催等により、関係機関同士の支援のノウハウの円滑な共有、引き継ぎや支援の方向性の統一を図っていくことが求められます。

★コラム

＃1 障害福祉サービスがニーズ優先なのは何故？計画相談から出てきた地域課題の解決に向けて

私たちが日々作成しているサービス等利用計画は、ご存じのとおり「ニーズ優先」です。これは、障害の有無に関わらず、「誰もが基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営む」権利があり、利用者の希望する生活が実現できるよう支援していくことが目的だからです。障害福祉サービスはそれを実現するためのツールの一つに過ぎません。

日々の業務に忙殺され、このサービスは利用できるか否かということに頭がいっぱいになっていませんか？行政に相談したら「利用できません」と言われ、あきらめていませんか？繰り返しますが、私たちの目的は、サービスを利用できるようにすることではなく、利用者の方々のニーズが満たされることです。目的を伝えた上で、柔軟な対応はできないか、他の方策はないか等、相談していくことがとても大切になってきます。それでもうまく行かなかった場合は、相談支援部会等で相談してみてください。他の相談支援専門員も同じ悩みを抱えているかもしれません。四日市圏域の地域課題として、解決に向けて一緒に考えていきましょう。

5. 年齢に応じた支援

1) 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関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。

2) 中学生

- ・子どもの心も身体も大人になっていく時期です。個人差はありますが、成長の度合いに応じて、子ども本人の気持ちに寄り添いながら、無理なく保護者から離れる時間を作っていけるよう提案してはどうでしょうか。家庭から離れる自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。

3) 15歳

- ・子ども医療証が15歳到達後の学年末で終了する自治体もありますので、定期通院や医療系サービス利用のある児童の場合は留意します。保護者の収入状況にもよりますが、障害者手帳の等級を確認し、障害者医療費助成について情報提供を行うとよいでしょう。

4) 高校生

- ・特別支援学校に通っている児童の場合、高校生になると卒業後の進路相談が始まります。高校卒業後に一般企業に就労する児童も増えていますが、卒業後に通所施設利用を考えている場合、1年生から通所施設の見学、2年生になると通所事業所実習（5日程度）があります。事業所実習の最終日には振り返り会議もあります。
- ・普通科（特別支援学校ではない）高校に通っていて、発達障害等がある児童の場合、本人の特性に応じた適切な支援がなく、大学に入ってから、あるいは就職してから困難に直面する方がいます。相談支援専門員につながる機会があれば、関係機関と連携しながら対応を検討します。

5) 18歳

- ・多くの制度で、児童から成人になります。障害福祉サービス受給者証は、本人誕生日

から本人名のものに切り替えとなります。地域生活支援事業受給者証は、誕生日のある月の翌月1日で切り替わります。

6) 20歳

- 障害基礎年金の手続きが可能となります。市町村の担当部署からの案内はないため、事前に本人や家族に案内をしておきます。申請書の受け取りは誕生日の3ヵ月前より保険年金課にて可能です。手当も20歳で切り替わることがありますので、確認が必要です。

7) 40歳

- 介護保険の第2号被保険者となる年齢です。障害者福祉サービスを利用している方の場合、市障害福祉課で本人の疾病状況を把握していて、該当する場合に誕生日3ヵ月前頃には介護保険の申請について案内があります。
- 介護保険の認定結果が出て介護サービスを利用する場合、障害福祉サービスとの併用であっても、通常、サービス利用全般のコーディネーター等を介護支援専門員（ケアマネジャー）にバトンタッチすることになりますので、準備していきましょう。介護支援専門員（ケアマネジャー）が付いている場合であっても、相談支援専門員による計画作成が必要な場合には、市町村障害福祉課に相談します。
- 生活保護被保護者の方の場合、介護保険制度よりも障害者福祉サービスが優先されますので、利用する制度について生活保護担当部署と市町村障害福祉課の双方に確認します。ホームヘルプ（居宅介護）・通所介護（デイサービス）は障害福祉サービスを利用し、福祉用具レンタルは介護保険制度（介護扶助）を利用する方がいます。

8) 65歳

- 介護保険の第1号被保険者となる年齢です。介護保険の申請案内や介護認定の流れは、上記「40歳になるとき」と同様です。

6. サービス等利用計画・障害児支援利用計画の様式と記入上の留意点

1. 様式1-1：サービス等利用計画案

サービス等利用計画案							
利用者氏名				障害程度区分			
障害福祉サービス受給者証番号				相談支援事業者名			
地域相談支援受給者証番号				計画作成担当者			
計画作成日				モニタリング期間(開始年月)			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	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	⑥ ⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
2							
3							
4	⑤ サービス等利用計画案全般						
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する。
- 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使い、前向きな表現で記載する。(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る。
- 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する。内容的に家族の意向に偏らないように記載する。

② 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ある。
- 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する。
- 利用者や家族が持っている力、強み、できること、エンパワメントを意識し、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する。

- ・表現が抽象的でなく、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する。

③ 長期目標

- ・総合的な援助の方針をふまえた長期目標を記載する。
- ・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目標を記載する。
- ・単なる努力目標ではなく、利用者が希望する生活に近づくための目標を記載する。
- ・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）目標を記載する。
- ・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）目標を記載する。
- ・支援者側の目標を設定したり、サービス内容を目標に設定したりしない。
- ・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て記載する。
- ・半年から1年をめぐりに記載する。

④ 短期目標

- ・総合的な援助の方針をふまえた短期目標を記載する。
- ・長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載する。
- ・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、できるだけ実現可能な内容を記載する。
- ・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する。
- ・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て記載する。
- ・支援者側の目標を設定しない。
- ・モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヵ月までをめぐりに記載する。

⑤ サービス等利用計画案全般

- ・支給決定に直結する項目であるため、解決すべき課題（本人のニーズ）に対応する公的支援、その他の支援を網羅して検討。
- ・支援を受けながらも利用者が役割をもつこと、『エンパワメント支援』を意識して記載する。
- ・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基礎情報となることを意識して記載する。
- ・関係機関が役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解して支援できるよう、計画作成時には利用者も含めたサービス等調整会議を開催する。
- ・単に利用者や家族の要望だけに合わせて計画作成するのではなく、相談支援専門員が専門職として利用者の希望する生活を実現するために必要なことは何かを考えて記載す

る。

⑥ 優先順位

- ・緊急である課題、利用者の動機づけとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪循環を作りだす原因となっている課題、医師等の専門職からの課題等を関連付け、まず取り組むべき事項から優先順位をつける。
- ・利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載する。

⑦ 解決すべき課題（本人のニーズ）

- ・「利用者及びその家族の生活に対する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載する。
- ・生活する上でサービスの利用の必要性がない課題（ニーズ）についても網羅し、単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活を実現するための課題を記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・漠然としたまとめ方ではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載する。
- ・抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、相談支援専門員がアセスメント等を通じた専門職の視点として、その人にとっての必要なことは何かを考え、具体的にその内容を表現する。
- ・課題（ニーズ）の中にサービスの種類は記載しない。

⑧ 支援目標

- ・「解決すべき課題（本人のニーズ）」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載する。
- ・長期、短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載する。

⑨ 達成時期

- ・段階的に達成できる達成時期を記載する（省令には、「達成時期」と記載されているため、「達成期間」ではない）。

⑩ 福祉サービス等

- ・利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載する。
- ・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む。
- ・インフォーマルサービスが含まれていない場合、直ちに不適切ということはないが、含

まれていない理由を考慮して、支援の導入を検討することが重要である。

- 支援に当たっては、福祉サービス等を導入するとともに、本人のできていること、強みを活かした計画作成を心がける。
- 特定のサービスによる偏りがないように作成する。
- すべてのサービス種類・内容が同時並行で導入されるとは限らないので、導入順序についても計画性をもつ。
- 社会資源の不足や未整備により、該当地域で利用できないサービスについても記載する。
- 本人のニーズはあるが、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ついても記載する。

⑪ 課題解決のための利用者の役割

- 利用者が取り組むべきことをできるだけ具体的に記載する。
- 利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- 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する。
- 実効性を適切にアセスメントして、利用者に無理な負担がないように留意する。

⑫ 評価時期

- 設定した個々の支援の達成時期をふまえ、適切な評価時期を設定する。
- サービス導入後の変化についてあらかじめ見通しをもち、適切な評価時期を設定する。
- 過剰なサービスにより利用者のエンパワメントが妨げられないよう、適切な時期に必要な性の再評価が必要である。
- ここで設定した評価時期を総合して、全体の「モニタリング期間」を設定する。

⑬ その他留意事項

- 項目で記載しきれない具体的な取り組み等について記載する。
- 関係機関の役割分担等、サービス提供にあたっての留意事項を記載する。
- スケジュールや見通しに対して、対応方法の一貫性が必要な利用者に対しては、家族、事業所間での密な連携が重要であるため、必要に応じて、支援方法を統一するためのサービス等調整会議の開催が求められる。

2. 様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】

様式第1-2

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当書	
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月					

	日	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								↑ ②
8:00								
10:00								
12:00								①
14:00								
16:00								
18:00								↑ ③
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

『サービス等利用計画案』で示された具体的な支援の内容を、週単位で示した表である。利用者の本来の日常生活の流れを把握した上で、サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活の流れがどのように変化しているかがわかる。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活の流れを管理することができる。さらに、支援チームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立つものである。

『別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】』と比較することによって、新たに障害福祉サービスを導入する意義（支援が必要な曜日・時間帯、具体的に必要な支援の内容等）が明確に確認できるように記載する。

サービス提供によって実現する生活の全体像 ④

① 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する。
- ・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する。
- ・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する。
- ・個々の内容について、誰が（家族等）支援しているか記載する。
- ・夜間・土日は家族等がいるからといってサービスが必要でないとは限らない。家族の介護状況等も記載する。

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行動や特記事項で、週間計画表に記載しきれなかった情報を記載する。
- ・一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載する。
- ・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について記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載する。
- ・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て記載する。
- ・週間計画表に記載されていない日常生活上のリアルな様子や留意事項を記載する。

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について記載する。(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などもここに記載する。
- ・週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載する。(例：権利擁護事業やボランティアや民生委員、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について記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動」と異なり、相談支援専門員、市、サービス提供事業所等が手配しているものを記載する。

④ サービス提供によって実現する生活の全体像（計画の効果）

- ・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、この計画を作成しサービスを提供することによってどのような効果があるのか、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する。
- ・計画作成の必要性、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する。(例：支援の必要性は障害に起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境要因に起因するのか等)
- ・利用者・家族・関係機関等からの情報にはないが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記載する。

3. 別紙1：申請者の現状（基本情報）

別紙1

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）

①

2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住 所	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			電話番号	
				FAX番号	
障害または疾患名		障害程度区分		性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 ②			社会関係 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割） ③		
生活歴 ※受診歴等含む ④				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、得意病、検査結果等	
本人の志願（意向・希望） ⑤			家族の志願（意向・希望） ⑥		

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)			⑦		
その他の支援			⑧		

基本情報表は、申請者の現状をわかりやすくまとめた一覧表というべきものである。相談支援専門員は、障害者や家族からの面接等を通して具体的な情報をまとめ、今後の支援の方向性を定めるための見立てに必要な基本情報となる。このように基本情報表は、本人の主訴(意向・希望)等を含め、今後の利用者の自立支援にむけたサービス等利用計画を作成するために必要な情報を適切に収集する観点から記載されるものである。

① 概要(支援経過・現状と課題等)

- これまでの相談・支援経過および現状、ニーズについて具体的に記載する。
- これらを踏まえた今後の取り組み等について具体的に記載する。

② 家族構成(ジェノグラム)

- 男性は□、女性は○で表す。
- 利用者は二重囲いにする(回、◎)。
- 原則として、年長者、男性を左に配置する。
- 死去は、黒で塗りつぶす(■、●)。
- 婚姻関係は—(横線)、離婚は—(横線)を斜めの2本線(//)で切る。
- 同居の範囲を、実線で囲む。
- 年齢、職業、主たる介護者、キーパーソン等、利用者を取り巻く家族環境として重要な情報を追記する。

③ 社会関係図

- 利用者を中心として、支援にかかわる関係機関、関係者を記載する(エコマップ)。
- 公的機関だけでなくインフォーマルで関わりのある資源も記載する。
- 強い関係は—(太い実線)、普通の関係は—(細い実線)、弱い関係は…(点線)で表す。
- ストレスや葛藤の関係は、×××で表す。
- 働きかけの方向を→(矢印)で表す。

④ 生活歴

- 受障歴、発症歴、受診歴等について記載する。
- 生活歴は、現在の状況に関連している情報に焦点を当てて記載する。

⑤ 本人の主訴(意向・希望)

- 利用者の抱えている課題ではなく、利用者の意向・希望(～したい)を記載する。
(例：同じ障害のある仲間と交流したい、月2回の通院時に手伝ってほしい等)

- できるだけ利用者本人の言葉や表現で記載する。家族や関係機関から聞き取って記載する際は、誰からの情報であるかとそれが利用者本人の主訴であると相談支援専門員が判断した根拠も記載する。
- 利用者が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子や利用者にとっては慣習的になっているため気付いていないことも含めて観察する。

⑥ 家族の主訴（意向・希望）

- 誰の主訴かを記載する。必要に応じて家族の生活、介護や経済面での負担、人間関係等を記載する。

⑦ 公的支援（障害福祉サービス、介護保険サービス等）

- 障害福祉サービス、障害児通所支援、地域生活支援事業、自立支援医療、介護保険サービス、権利擁護事業（成年後見制度、日常生活自立支援事業）等、現在利用している公的なサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。
- 公的年金（障害年金等）、各種手当、生活保護の受給状況についても記載する。

⑧ その他の支援

- 民生委員や近隣住民による見守り、ボランティア等のインフォーマルサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。

5. 様式2-1: サービス等利用計画

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名		障害程度区分		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				
地域福祉支援受給者証番号								
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄				
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	①							
総合的な援助の方針								
長期目標								
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		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1								
2								
3								
4								
5								
6								

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき「サービス等利用計画案」を修正・確定し、市に提出するものである。
 記入上の留意点は、「サービス等利用計画案」に準じる。

① モニタリング期間

- 市町村が決定したモニタリング頻度を記載する。記載方法は、受給者証に合わせる。
- 設定されたモニタリング期間に関わらず、状況の変化などによりサービスの調整等が必要になった場合は所用の手続きをとってモニタリング月を変更する。

6. 様式2-2: サービス等利用計画【週間計画表】

様式2-2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分						
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額						
地域相談支援受給者証番号								
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								
18:00								事業所以外のサービス
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								

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき「サービス等利用計画案【週間計画表】」を修正・確定し、市に提出するものである。
記入上の留意点は、「サービス等利用計画案【週間計画表】」に準じる。

7. 様式3-1：モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)										
利用者氏名		障害程度区分		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										
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄						
総合的な援助の方針					全体の状況					
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	施設計画の変更	
1	④		⑤	⑥	⑦		⑦			
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4	③ モニタリング結果全般									
5										
6							有・無	有・無	有・無	

モニタリングは、サービス等利用計画に基づいて利用者にサービスが適切に提供されているか、それによって利用者のニーズが充足されているかを確認する過程である。また、利用者の生活全般について新たに対応すべきニーズが生じていないかを、定期的・継続的に見守る過程である。モニタリング報告書は、このようにサービスが適切に利用者に届いているか、利用者に新たなニーズが発生しているか等を、適時把握するために、モニタリングを実施したときに市に提出するものである。モニタリングの結果で障害福祉サービスの種類や量が変更になるときは支給申請（種類の変更）か変更申請（量の変更）をするよう助言する。

① 総合的な援助の方針

- ・「様式2-1：サービス等利用計画」に記載した総合的な援助の方針を転記する。

② 全体の状況

- 総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。
- より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価することが必要である。

③ モニタリング結果全般

- 以下のような点についてモニタリングを実施し、結果を記載する。
 - * サービス等利用計画通りにサービスが提供されているか。
 - * 総合的な援助の方針で想定した利用者の生活が実現しているか。
 - * 解決すべき課題（本人のニーズ）が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。
 - * サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善してほしいことはないか。
 - * 期間中に新たな課題が生まれていないか。

④ 支援目標、達成時期

- 「様式2-1：サービス等利用計画」に記載した支援目標、達成時期を転記する。

⑤ サービス提供状況

- サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業所から聞き取り、記載する。
- 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑥ 本人の感想・満足度

- 利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載する。
- 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑦ 支援目標の達成度、今後の課題・解決方法

- 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。
- 未達成の支援目標については、サービス等調整会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。

⑧ 計画変更の必要性、その他留意事項

- 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載する。
- 計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス量・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。
- 新たな課題が生まれた場合、サービス種類・量の変更を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載する。
- 支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討する。
- タイミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えていく。また、スケジュール変更に当たっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて、別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催する。

★コラム

#2 人事交流とまでいかななくても・・・～他事業所さんをつなごう～

私は、ミレニアムイヤーという年に精神科病院を母体を持つ法人に入職をしました。自由で楽しい学生生活の終盤に卒論を書くためという理由で精神障害者が通う作業所にボランティアで入らせていただくようになったことがきっかけで、将来は精神障害者の地域生活支援センターで『精神障害の方も地域住民の方も分けなく互いに集えるようなセンターをつくっていきいたい』と、今思えばキラキラした思いをもってこの世界に入りました。3年間相談業務をした後、精神科デイケアで10数年間利用者さん、同僚に支えられながら若き日の葛藤とつきあい、結婚し、子育ての期間を過ごしました。今法人の相談支援センターで働いていますが、私の仕事への価値観はデイケアで培われたものが大きく、仕事だけでなく人としての生き方もデイケアで利用者さんから学んだことがとても大きいと感じています。

相談支援の世界に来てびっくりしたことは、相談支援部会で出会う相談支援専門員の方が皆さん対象領域（精神、知的、身体、児童）も違えば、この世界に入ってきた経緯も当然なのですが違うことです。アプローチの仕方も個々のアセスメントの濃淡も皆さんそれぞれ違います。話してみて何だか自分とは考えが違うなと思うことも多々ありますが、その方のバックグラウンドがみえてくると、違うなと感じたことも「～だからか」と附に落ちたりします。

話は変わりますが相談支援1年目に困ったことは、今まであまり接してこなかった重度知的障害（精神障害と重複）の方も担当することになったこと、これまでの自分の技術が全く通用しないどうしたものか（あの頃はまだパワーがあったのかもかもしれません）。「そうだ、相談に行こう！」と委託相談支援事業所の〇だまりさんへケースの相談に行ったのです。

相談していろいろ教えてもらったことがもちろんあるのですが、なによりもこのときは、〇だまりさんへ伺った際に「どうぞ」と快く迎え入れてくれたMさんにほっとしたことを覚えています（今でもそのときの光景が目には浮かぶほどです）。

あのときの安心感はきつとつながれた安心感だったのだと思います。

相談支援で不安になったとき、孤立感を感じたとき、憤りを感じたときどこかにつながりましょう。できれば自分とは違うバックグラウンドを持った人とつながってみませんか。

自分があまり関わってこなかった領域に足を踏み入れてみると支援の幅がぐーんと広がるような（錯角かもしれませんが）感覚も得られます。

飛躍しますが・・・近い将来圏域内で「××相談支援事業所さんに行ってきた」「〇〇相談事業所さんで実習してきたよ」「今度うちに△△相談事業所さんから実習にくるの」など人事交流が当たり前になるといいなと思います。

【参考文献・資料】

- 特定非営利活動法人 日本相談支援専門員協会
『サービス等利用計画作成サポートブック』 2013年6月 p5-10 p20-37

- 大阪府障がい者自立支援協議会
『大阪府相談支援ハンドブック』 2013年3月 p11

- 堺市保健福祉局 障害福祉部 障害施策推進課
『計画相談支援・障害児相談支援 手引書 第3版』 2022年9月 p12

- 世田谷区自立支援協議会/世田谷区
『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』
2023年2月 p54-58