

相談支援ハンドブック

1. はじめに

2. 「相談支援」とは？

- 1) 精神保健福祉士にとっての「相談」「相談援助」「相談支援」
- 2) 「相談支援」と「自立支援協議会」「基幹相談支援センター」

コラム★ サービス等利用計画におけるサービス“等”とは？

コラム★ ピアのカ

3. 計画相談支援の流れとポイント

- 1) 計画相談支援の流れ
- 2) 「サービス等利用計画」のあり方

コラム★ 「サービス担当者会議」の重要性

コラム★ 「セルフ作成」について

4. 計画相談支援と障害福祉サービス等との関係

・「サービス等利用計画」と「個別支援計画」

コラム★ 障害福祉サービス事業者が最初の相談窓口になった場合は？

コラム★ 障害福祉サービスが既に支給決定されている場合は？

5. 相談支援と精神保健福祉のこれから

6. おわりに

付 録 「相談支援」をもっと深く理解するために !!

※本書では「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」については「障害者総合支援法」と全て略称表記しています。

※本書では「介護給付費等に係る支給決定事務等について」については「事務処理要領」と全て略称表記し、ページ数、内容等は、H25年4月1日改正後のものを表記しています。

1. はじめに

私たち相談支援政策提言委員会は、ここに本人中心の地域生活支援を実践するすべてのPSWのための「相談支援ハンドブック」を作成いたしました。私たちがソーシャルワーカーとして担ってきた「相談」が「相談支援事業」として制度化された今、名称独占資格である精神保健福祉士が業務独占任用資格である相談支援専門員資格を得て、制度における相談支援を包含した相談支援業務を行なうことの意義は大きいと考えています。障害のある国民が障害福祉サービスを利用するには必ず相談支援を受けることになったこと、相談支援専門員が地域相談支援というサービスを行なえるようになったこと、それが、社会的入院の解消に役立つ地域移行支援等であることから、精神障害者の社会的復権を願い生活支援を行なっているPSWとしては、欠くことのできない業務として相談支援事業が重要となったと言えます。

我が国の障害福祉施策は障害者総合支援法によって、障害種別を分けずに本人主体、他の者との平等、地域生活支援、社会モデルなどを基本とする地域生活支援施策となり、ノーマライゼーション社会に向けた本格的な社会変革が始まりました。PSWは「相談」を担う専門職として長年の実践から積み上げてきた大切な理念や視点、方法と技術などをもっています。いよいよ相談支援の専門職として社会的実践の先導者としての役割を果たすべき時代を迎えたと考えています。また今こそ相談支援の専門職として相談支援事業に関心を向けていただきたいと切に願います。

精神保健福祉士は「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動」を行う職業として自覚し続けてきました。精神障害者として、差別を受けること、自由でなくなること、自らの決定よりも支援者などの決定が優先されて従うこと等々、理不尽な状況から解放することが私たちの大きな支援課題です。広義では多様な生活支援を担うことがソーシャルワーカーの業務ですから、個人の問題解決だけではなく個人と相互関係にある多様な環境・状況に対して働きかける社会的活動も私たちの業務です。

私たちPSWは相談から始まり、相談支援の連鎖としての多様な援助関係の展開を基本としてきました。私たちは、実践軸を「クライアントと対等な関係の確立」という「かかわり」においてきたのです。これは支援者と支援を受ける者との主体的「協働過程」を歩むことです。どのような場所、立場で働こうと基本に本人中心、自己決定の尊重を据えて、“障害者”となった人々の、その人の生活＝人生を支援することが責務です。

私たちは、①自己支援力（セルフケアの力）、②家族支援力、③地域支援力（制度を含む）、④専門職支援力の4つのストレングスに注目し、疾病・障害があってもリカバリーできることを可能とする相談支援を提案します。それは「支援を受けながらも本人たちが主体的に判断して利用する相談支援」となり、主体的判断＝自己決定への支援も含んでいます。精神保健福祉士であり相談支援専門員となった者は、当事者の言葉を借りるならば次のようなことが支援の内容となるでしょう。①彼らの人生に希望を与えること、②彼らに効果のある治療と支援を提供すること、③彼らの苦しみの意味を見出すことを助けること、④個人の持つ力を支援すること、⑤対等なパートナーとなること、⑥彼らの権利を守ること、⑦彼らを家族や地域につなげることなどです。これらが求められ、それを満たす相談支援を実践することになります。

病院で働こうと、障害福祉サービス事業所で働こうと、相談支援事業所で働こうと、この相談支援ハンドブックに関心を寄せられ、地域で暮らすことをあたりまえにするための実践に活用していただくことを願います。

門屋 充郎

2. 「相談支援」とは

1) 精神保健福祉士にとっての「相談」「相談援助」「相談支援」

(1) 「相談」

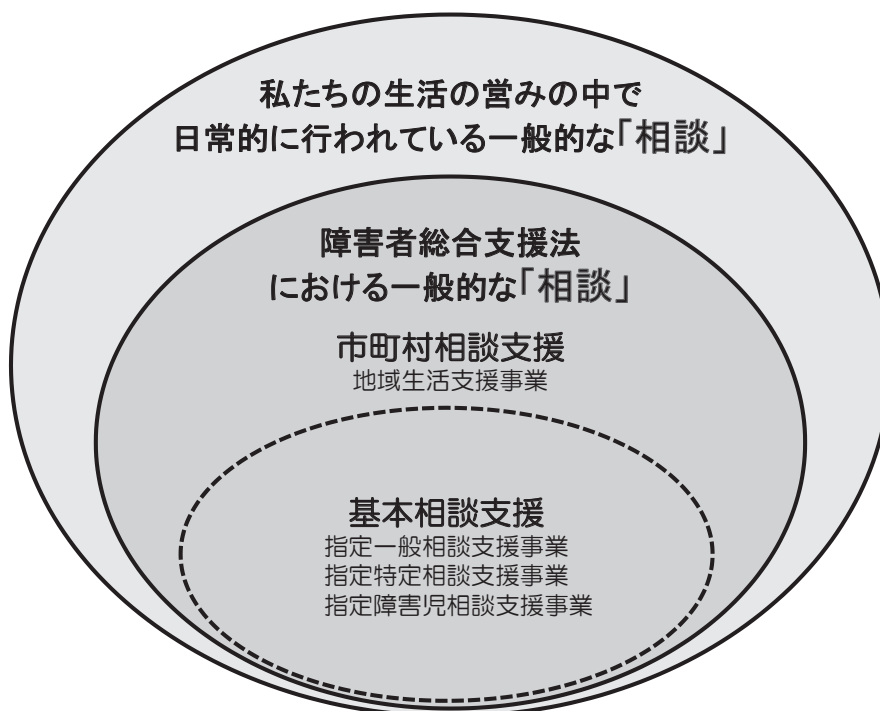
私たちの日常にはどこにでも「相談」があります。

この日常的、一般的に行われている「相談」は、障害者総合支援法では、市町村の必須事業である地域生活支援事業の一つとして位置付けられています。そしてこの日常的、一般的に行われている「相談」は、障害者総合支援法を根拠とする「相談支援」では、「基本相談支援」としても整理されています。

つまり、日常的、一般的にある「相談」が、障害者総合支援法においては市町村の責務として明確に位置付けられ、さらに「相談支援」においては「基本相談支援」としても明確に位置付けられ強調されているということが分かります。「相談」が障害者等に対する支援の起点であり、非常に重要な役割として捉えられているということです。

この一般的な「相談」が効果的に行われるためには、市町村の責務である相談支援事業が相談支援事業所に委託されるなどし、各々の相談支援事業所における「基本相談支援」が担保される土台づくりが非常に重要です。

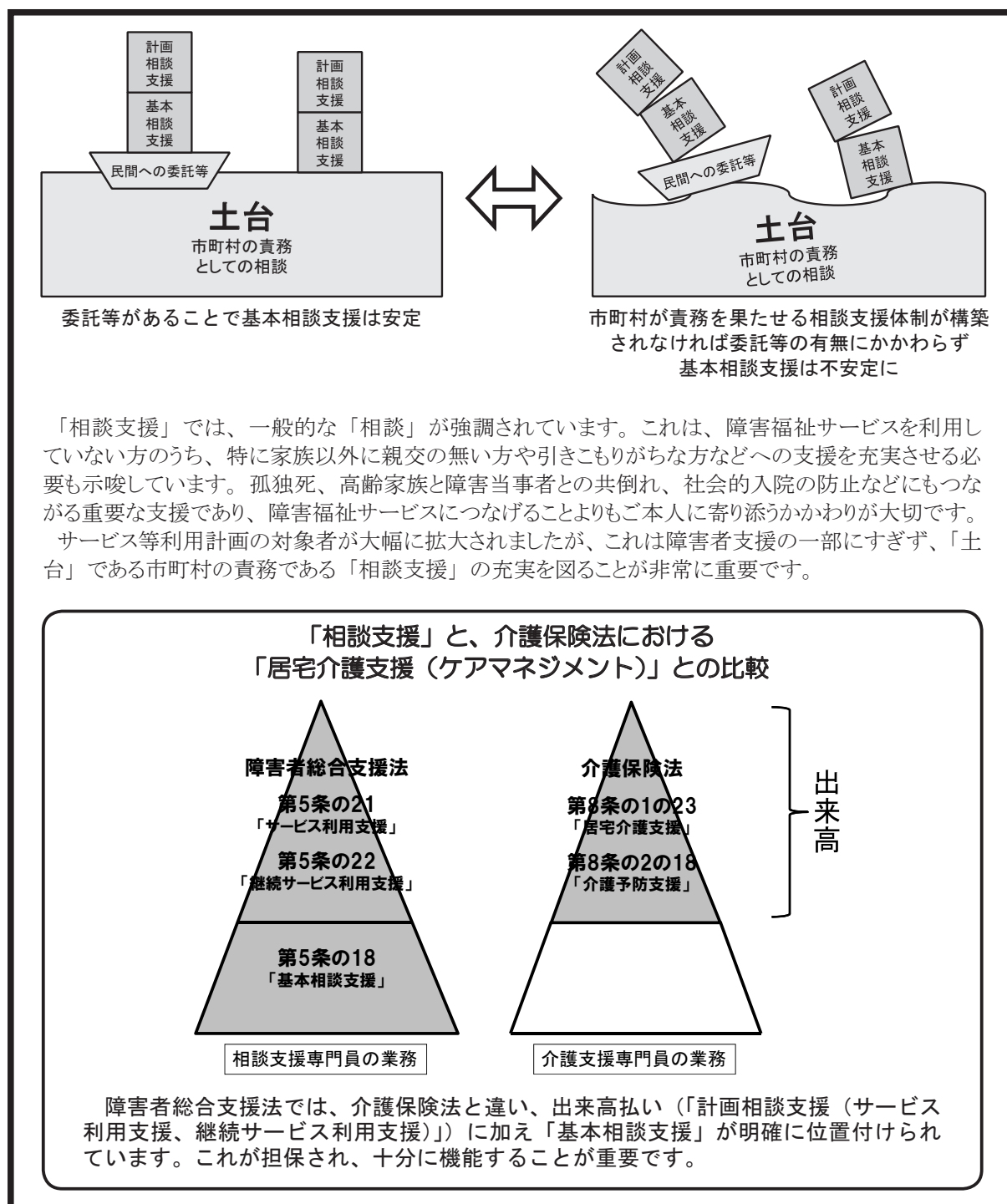
【一般的な「相談」について】



出典：東京都相談支援従事者初任者研修（精神障害者地域生活支援とうきょう会議初任者研修）の資料を改変

※一般的な「相談」が、相談支援事業者において行われる「相談支援」でも「基本相談支援」として明確に位置付けられたことに注目しましょう！！

【市町村の責務としての「相談」と「基本相談支援」との関係】



(2) 「相談援助」

ところで一般的な「相談」は、相談支援事業所だけでなく、障害福祉サービス提供事業所や病院、学校等でも行われています。「相談」からニーズやストレンクスが掘り起こされ、必要な支援につながるきっかけとなることも多いはずで。

この「相談」が精神保健福祉士等「相談」を担う専門職により行われることは、「相談援助」として整理されます。わたしたち精神保健福祉士は、この「相談援助」を、専門職としての理念

や視点、方法と技術を持ち、関わる人たちが抱える理不尽な状況を解放し、合理的配慮が供されるよう、多様なフィールドで行い続けてきました。

「相談援助」は、援助関係の中で展開されます。この関係性は、ときに専門職主導、結果としての不平等に陥るリスクも含んでいます。「相談援助」では、このようなことを十分意識し、関わる人たちが、主体的に、支援者と協働過程を歩めるようなかわりをするのが重要です。

(3) 「相談支援」

2006年に施行された障害者自立支援法では、「相談支援」が法律上に定義を持った言葉として位置付けられました。障害者総合支援法においてもこれは変わりません（指定障害児相談支援については児童福祉法を根拠とする）。

「相談支援」は、(1)で述べた市町村の責務である地域生活支援事業としての相談支援、都道府県等から指定を受けた事業者が実施する「指定一般相談支援」、市町村から指定を受けた事業者が実施する「指定特定相談支援」「指定障害児相談支援」がこれに相当します。

また、特に「計画相談支援」は、一定の経験年数があり、かつ指定の研修を修了した「相談支援専門員」のみが行うことのできる**独占業務**です。「相談支援」は、「相談援助」同様に、相談支援専門員としての専門性—ケアマネジメントの視点・技術に基づき行われる必要があります。

① 指定一般相談支援（都道府県等が指定）

指定一般相談支援は「地域相談支援」と「基本相談支援」がその内容です。

さらに「地域相談支援」は「地域移行支援」と「地域定着支援」を内容とします。

② 指定特定相談支援（市町村が指定）

指定特定相談支援は「計画相談支援」と「基本相談支援」がその内容です。

さらに「計画相談支援」は「サービス利用支援」と「継続サービス利用支援」を内容とします。

③ 指定障害児相談支援（市町村が指定）

指定障害児相談支援は「障害児支援利用援助」と「継続障害児支援利用援助」がその内容です。

【「相談」「相談援助」「相談支援」の比較】

	相談	相談援助	相談支援
対象	誰でも	障害者等 ※精神保健福祉士等相談支援援助専門職として関わる人たち	障害者等 ※計画相談支援においては障害福祉サービスを利用する者※地域相談支援においては地域移行支援・地域定着支援の支給決定者
根拠法	特になし ※障害者総合支援法における「相談支援」には、障害者等を対象とする一般的な「相談」（基本相談支援等）が含まれる。	精神保健福祉士法等	障害者総合支援法 ※「指定障害児相談支援」については児童福祉法が根拠
専門性	特になし ※障害者総合支援法を根拠とする一般的な「相談」（基本相談支援）は相談支援専門員等としての専門性を持つ必要がある	あり ※精神保健福祉士法等における援助技術としての専門性	あり ※特に計画相談支援は相談支援専門員としての専門性

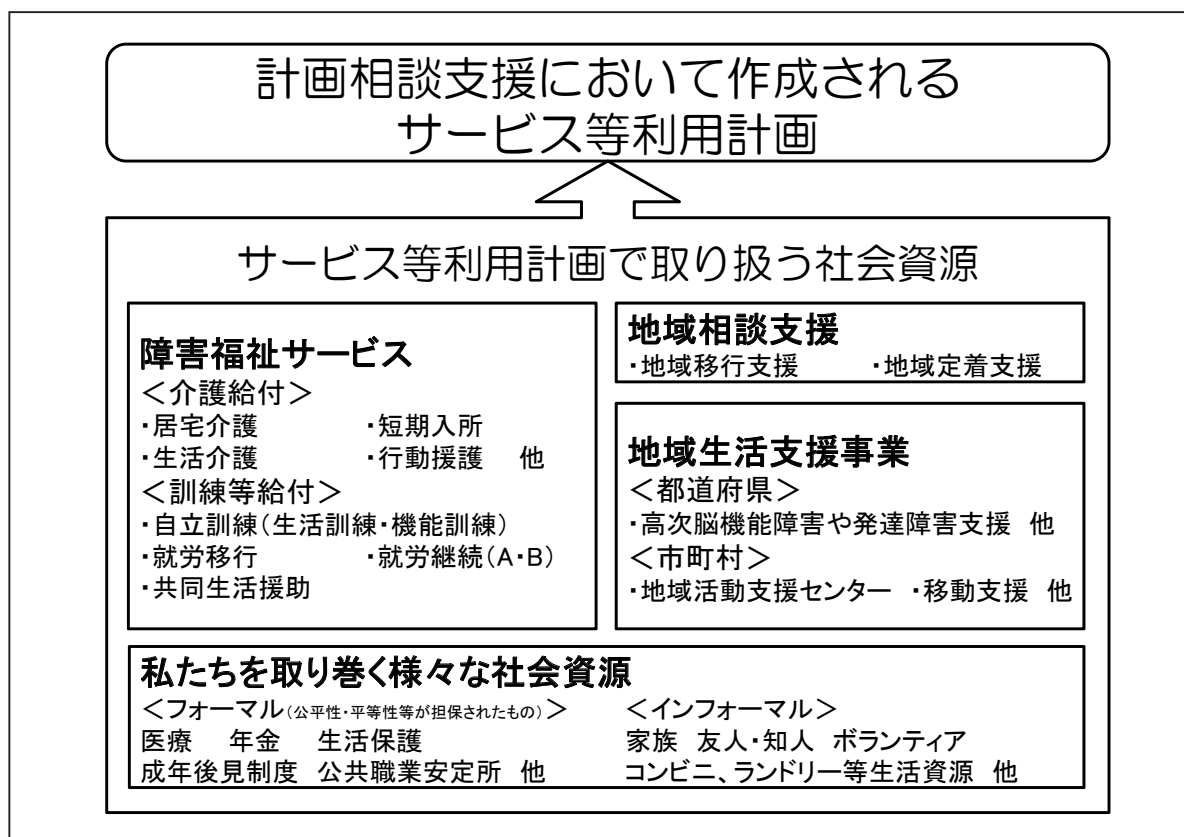
以上のように「相談」「相談援助」「相談支援」という言葉が、様々な意味を持ち使われるようになりました。私たちには、これらの言葉を整理し、意識して活用することが求められます。

(4)「計画相談支援」と「地域相談支援」との関係

「地域相談支援」が個別給付化されたことは、私たち精神保健福祉士にとって、社会的入院の解消を促すツールとして非常に重要視すべきです。これは「障害福祉サービス」と同様に「計画相談支援」において作成される「サービス等利用計画」の中に位置付けられ、主に同行支援、体験宿泊・体験利用の提供等直接支援が役割として強調されています。相談支援専門員が持ち得た直接支援サービスとして、精神保健福祉士としてはこれを特筆すべきですが、本書では、まずはケアマネジメントとして展開される「相談支援」の基本を押さえるという趣旨から、主に「計画相談支援」を中心に上げます。

なお計画相談支援については「3. 計画相談支援について」で詳しく取り上げます。ここでは「計画相談支援」と「地域相談支援」との関係について、他の障害福祉サービス等と併せて下図のように整理しておきます。（詳細は「地域相談支援に向けた働きかけガイドライン」をご参照ください。）

【「計画相談支援」と「障害福祉サービス等」との関係】



※社会資源についての詳細は「コラム1 サービス等利用計画におけるサービス“等”とは？」をご参照ください。

※計画相談支援と障害福祉サービス等との関係については「4. 計画相談支援と障害福祉サービス等との関係」をご参照ください。

2) 「相談支援」と

「障害者総合支援法に基づく協議会」・「基幹相談支援センター」

(1) 相談支援と障害者総合支援法に基づく協議会

障害者総合支援法に基づく協議会（以下、自立支援協議会）の設置は市町村の努力義務です。自立支援協議会には、様々な分野（保健・医療・福祉・教育・労働等）の関係者が枠を超えて集まり、地域における課題を共通認識として捉え、明確にし、官民協働で協議・解決していく機能があります。

地域の課題は、相談支援事業所が対応している事例を通して顕在化させていくことが重要です。「自分たちの地域にはどのような社会資源が足りないのか」「どの分野が弱いのか」「それによって誰が困っているのか」などを適切に評価し、具体的に解決策を検討するプロセスを、自立支援協議会ではたどります。相談支援事業者には、相談実績を自立支援協議会に報告していくことが求められます。

「相談支援」と「自立支援協議会」には密接な関係があります。相談支援の体制が脆弱であれば、地域の課題は集約されず、自立支援協議会の機能は十分に果たされません。逆に、自立支援協議会には前述の機能の他に相談支援事業に中立・公平性が確保されているかを評価する機能などもありますが、自立支援協議会が形骸化するなどして機能していなければ、相談支援は個々の相談支援事業所で完結し、その機能を十分に果たせないでしょう。

まずは、自分たちの地域の自立支援協議会は「どのような構成メンバーなのか」「何を協議しているのか」「相談支援事業を通して顕在化した地域の課題解決への取り組みは適切に行われているのか」「それにより成果が出ているのか」などに興味関心を持ち、知ることが重要です。そして、誰もが暮らしやすい地域づくりのために、最大限有効に活用していくことが求められます。

(2) 基幹相談支援センター

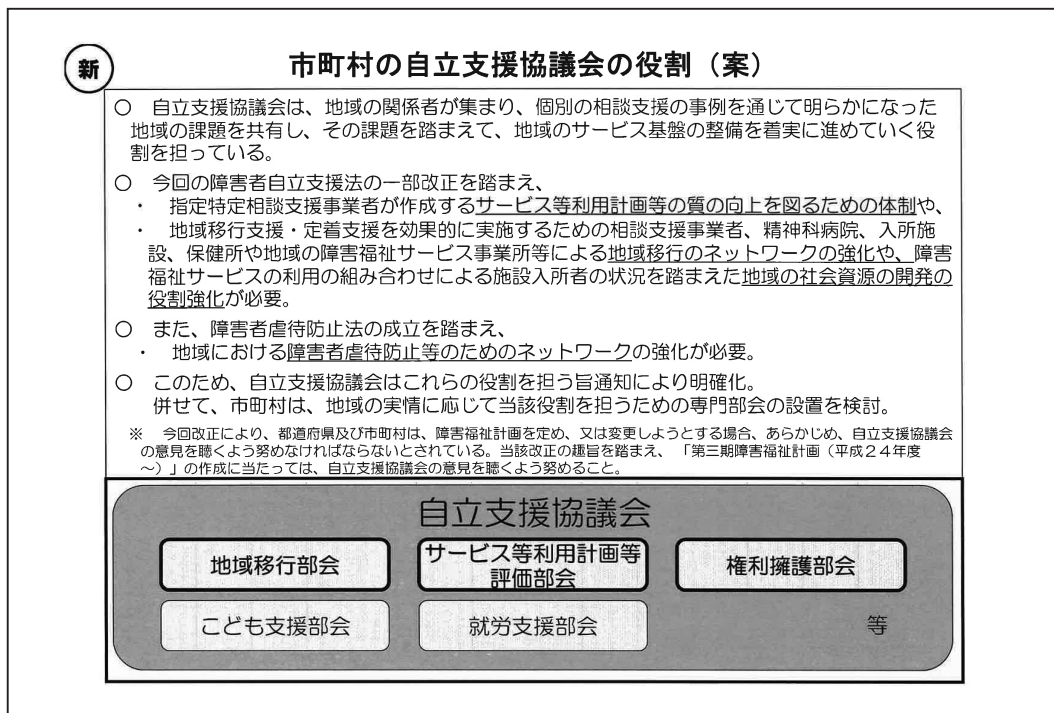
市町村における相談支援体制は、地域格差があるとともに、多様化・複雑化する生活課題に適切に対応するための人員体制が不足しがちですが、身近な地域においてより重層的な相談支援体制を確保するために、市町村は基幹相談支援センターを設置することができます。基幹相談支援センターには、障害の種別にかかわらず、相談支援事業所等で対応が困難な事例への対応や権利擁護（虐待防止等）、地域移行・定着に係る支援など、地域のセーフティーネットとして総合的な相談支援を行うことが期待されます。

基幹相談支援センターには地域の課題を把握し、地域ネットワークの強化を図ることや社会資源を創設していくことでその課題を解決していく、地域づくりの役割もあります。そしてこれを実現するには、自立支援協議会との連携が必要です。その運営に直接的に係わることも期待されます。官民協働をコーディネートし、より効果的に自立支援協議会を機能させることが求められます。

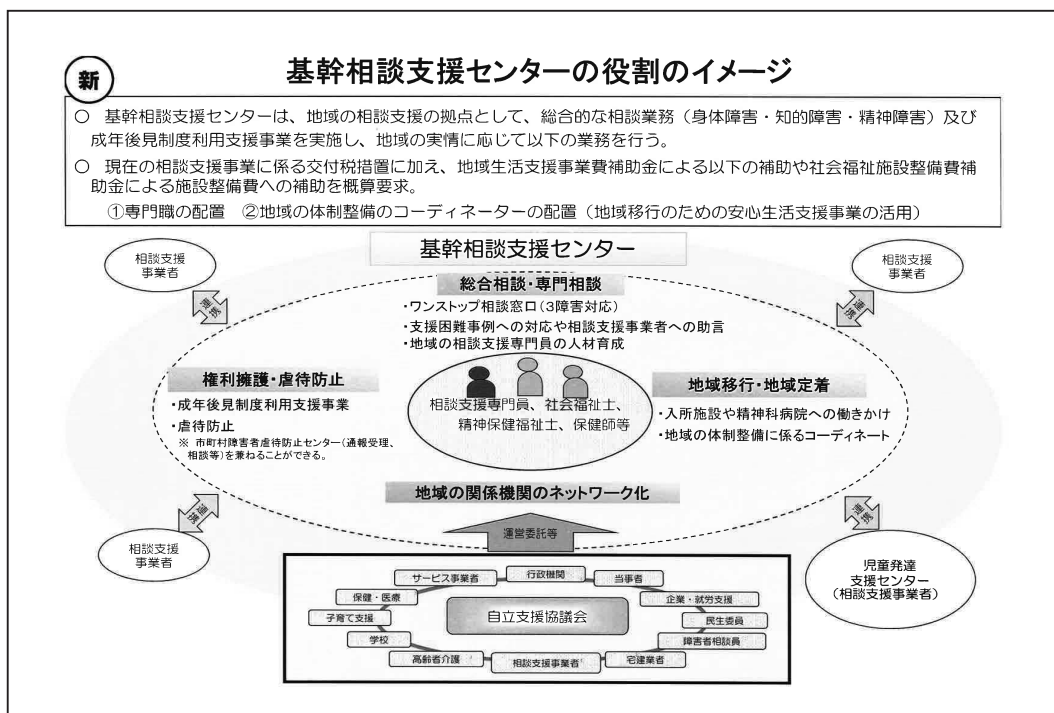
基幹相談支援センターは、地域の相談支援体制の拠点として相談支援事業所への支援も行います。精神保健福祉士等の国家資格を持つ相談支援専門員を配置し、専門的な指導や助言を行うとともに、会議や研修会を主催して情報の共有や人材育成を図ります。これにより、相談支援の質

の標準化を図り、より適正にケアマネジメントが実践される仕組みが確立されます。また、地域の相談支援体制が、量的に拡充し、かつ質的に向上するための方策を練ることも重要な役割です。以上の実践のためには、より高度な技術を持った専門職を配置することも必要です。独自に主任相談支援専門員資格を定めたり、独自に人材養成研修の仕組みを展開したりといった先駆的な市町村もありますが、精神保健福祉士等国家資格所持者による独占業務として位置付け、必要な専門性が担保されることも検討されるべきではないかと考えます。

【国から示されている自立支援協議会と基幹相談支援センターの役割イメージ】



[H23. 10. 31 厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議資料]



[H23. 10. 31 厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議資料]

「サービス等利用計画」における サービス“等”とは？

小さな変化ですが、2012年の法改正から「サービス利用計画」は、「サービス“等”利用計画」になりました。

ところで「～等」と書いてあると、この“等”は、「あまり深い意味はなく、とりあえずくらいでくっついてるんじゃない？」というような感覚を持ちませんか？この“等”には、どのような意味があるのでしょうか？

実はこの“等”、私たちにとっては大変重要なものなんです。

じっくり考えてみると、とっても奥深いものですよ(*^_^*)

ではでは、まずは「サービス“等”」を分解してみましょう…

サービス“等” =	<ol style="list-style-type: none"> 1. サービス ⇒個別給付に係る「障害福祉サービス」がこれに相当します。具体的には「介護給付」と「訓練等給付」を指します。 2. サービス等 ⇒「サービス」以外のあらゆる“社会資源”を指します。
-----------	--

2012年法改正以前の「サービス利用計画」では、私たちがよく活用する、地域生活支援事業（地域活動支援センターや移動支援事業など）も、医療系のサービス（デイケアや訪問看護など）も、日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）なども含まれていませんでした（計画に記入してはいけないということではない）。もちろん、インフォーマルな社会資源もです。「サービス“等”利用計画」では生活に関わるあらゆる社会資源を活用することを考えていくことがとっても大切です。

ではでは、特にインフォーマルな社会資源について考えてみましょう…

例えば…

- ・家族や友人、ボランティアなどの「人」
 - ・コンビニ、コインランドリー、公共交通機関、銀行、郵便局などの「生活資源」
- などがありますよね。
では他には…??

例えば…

- ・よく利用する喫茶店のマスター（の笑顔）
- ・同じアパートに住む当事者（の理解）
- ・毎朝の愛犬の散歩で出会う近所の人（の挨拶）
- ・昔の職人としての経験
- ・主婦の勘 などなど

私たちには、このサービス“等”を柔軟に発想し、創造していくことが求められていることが分かります。サービスを導入することばかりを優先するのではなく、目に見えるものだけでなく、見えないものも含めたたくさんの気づきを「サービス等利用計画」として言語化し、ご本人含む支援チームで共有することが重要です。

小さな変化ですが、「サービス等利用計画」のこの“等”には、相談支援専門員として、そして精神保健福祉士としての**矜持**があります。

ピアの力

◆リカバリーとピアサポート

突然ですが、「アルプスの少女ハイジ」というアニメをご存知でしょうか。主人公のハイジは1歳で両親と死別し、5歳の時にアルムの山小屋にいる父方のおじいさんに預けられながらも自然の中でひびひと暮らしている女の子です。一方、大金持ちのお嬢様のクララは、幼くして母親を亡くし、不在がちの父親のかわりに厳しい執事や祖母に育てられます。クララは身体が弱く車椅子生活で、医師を含めて周りの誰もが彼女が歩けるようになるとは思っていませんでしたが、歩けるようになると無邪気に信じるハイジやペーターと山のなかで暮らすなかで徐々に歩くことへの意欲が芽生え始めます。おじいさんもまたクララが歩けると確信し、ハイジやペーターと一緒に歩く訓練をはじめます。ハイジはくじけそうになるクララを励ましたり、時には怒ったりわめいたりもしながら対等にぶつかっていきます。そしてクララは遂に自分の足で歩けるようになります。

クララのおばあさんも執事もそしてお父さんにとっても信じられないことでした。おばあさんや執事のもとでは決して歩けるようにはならなかったでしょう。歩けることでクララらしい暮らしを送れるはずだと信じ続けたハイジやペーターという仲間の支えあい（ピアサポート）と、同じくリカバリーを信じ、ハイジやペーターの力も信じて、専門的な訓練のお手伝いをしたおじいさんの存在により歩けるようになったといえます。ピアサポートによって「リカバリー」の過程を歩んだのです。

◆（経験のない）専門職の限界

クララの例でもわかるとおり、医師がクララの足を専門的に診ていても決して歩けるようにはなりません。ハイジやペーター、おじいさんのリカバリーを「信じる力」によって歩けるようになりました。また野原をかけまわる彼らの存在からクララ自身が歩きたいと思えるようになったことによって成し得たといえます。

これはフィクションですが、実践の中でもこのようなことはあります。症状も落ち着きいつでも退院ができる状態で長年入院していて、これまでPSWがどんなに声をかけてもなかなか退院すると言わなかった方が、入院していた仲間が退院したと知り突然退院すると言い出すなどです。私たち専門職だけでは限界があり、届けることのできない支援が確実にあるということを実感しなければ、まだまだ専門職主導のシステムの中で、ピアとの協働もピアサポートが活かされることもないでしょう。

◆ピアサポートのさまざまなカタチ

改めて、「ピア」とは、「仲間」「対等」「同輩」という意味で、ピアサポートとは「仲間同士の支えあいの営みのすべて」のことになります。同じような経験をしている仲間同士が集まり自然発生的に生まれていた支えあい（ピアサポート）が、実はさまざま効果があることがわかりました。それならば意図的に導入しようということで、ピアカウンセラーやピアヘルパー、ピアスタッフ等経験のある当事者を職員として採用し、意図的に仲間同士が出会い、支えあうということが始まりました。つまり、「ピアサポート」とは、インフォーマルで自然発生的な仲間同士の支えあいの意と、フォーマルで意図的な（ときには仕事としての）支えあいの意の両方で使われています。（右図参照）

意図的なピアサポートのなかには、サポートグループ（同じ病や経験のある者同士が支えあうことを目的に集うグループ）のメンバー同士対等な立場の中で営まれるものと、ピアスタッフやピアサポーター、ピアカウンセラーなど職員の立場で営まれるものとあります。またサポートグループのファシリテーターとしてピアスタッフがその役割を担う場合もあります。

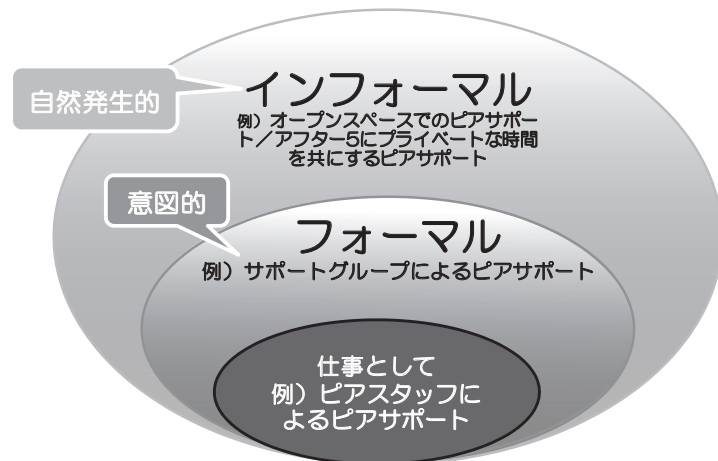


図 ピアサポートの構造（ナカミ）

◆新たな職種としての「ピアスタッフ」とピアサポート～ある地域の事例～

地域移行支援で行き詰まりを感じていた A 相談支援事業所が、保健所や就労支援事業所、近隣大学の PSW とともにこれまでの支援の振り返りを始めました。そのなかでこの行き詰まりはピアサポーターを導入することで開けてくるかもしれないという思いに至り、ピアサポーター導入を志向しはじめました。事業所を中心に保健所、精神保健福祉センター、病院、市、近隣大学の PSW らによるネットワーク会議のなかで、ピアサポーター雇用にあたっての理念の共有、養成講座のあり方、具体的なプログラム等を検討していきました。すべての人がリカバリー志向の互いに支え合う関係づくりを基礎とするピアサポート講座をベースに、積み上げ方式でピアサポーター養成講座を開催しました。

両者の修了者のなかからピアサポーターを採用することになり、3年経ちます。新たな職種の誕生に当初は雇用主も専門職もどうしてよいかわからないという不安や揺らぎ、葛藤がありました。しかし一つ一つ不安材料を克服すると、これまで専門職だけでは見えてこなかった新たな視点がチームに加わることによる支援やサービスの広がりを感じるようになりました。

また、ピアサポート講座終了者のフォローアップ講座や、講座の終了者たちの声から「ティーパーティー」と称するピアサポートグループが生まれました。「ティーパーティー」は家で引きこもっているひとなどなたにでも開放しており、子育て中の母親が子どもと一緒に参加することもあります。

障害の有無にかかわらず、すべての人が互いに支えあう社会を目指していくことがピアサポートの究極的な目的です。ピアサポートを広げていくファシリテーターとなるのがピアサポーターということになるでしょう。

◆新しいサービスを生み出す

A 相談支援事業所のある日のケースカンファレンスでは、なかなか薬をのみたがらない B さんについて検討していました。B さんはこれまでも退院後薬を中断して再発するパターンを繰り返していました。PSW らは、自分から薬を飲むためにどうしたらよいか、服薬管理か、都度声かけをしようかなどと話しましたが、ピアサポーター C さんが、「薬をのみたくない気持はよくわかるよ。やっぱりだるくなったり眠くなったりするから辛いんだよね。ぼくもなんども繰り返してやっとわかったけど、薬が必要だと自分が納得すれば自分からのむようになるんだよね」と。そうか…「じゃあ、B さんが納得するためにはどうしたらいいんだろう?」「お薬講座を開催して、皆の薬の経験談などを話しあうのはどうか。」など、新たな視点による新たなサービスが生まれていきました。

私たちはこれまで永きにわたって専門職だけでサービスや制度を作り続けていました。知識はあるとはいえ経験がない故に確実に見えないところがあるにもかかわらずです。本人に寄り添う、真の本人中心のサービスとなるには、経験のあるピアの力は不可欠といえるでしょう。

◆ピアの力を導入するキーパーソンは精神保健福祉士

このように、「ピアの力」とは、精神保健福祉士や専門職の手が足りないときの安価な労働力ではないですし、また専門職は足りないからピアサポートでまかなってもらえばいいんじゃないか、という専門職の人手不足を埋める代替サービスでもありません。

ピアにしか見えないことがあり、できないことがあるのであって、それは私たち（経験のない、もしくは経験があることを開示していない）専門職には見えないこと、でき得ないことだと言えます。「じゃあ、専門職は不要か?」という決してそうではありません。

—昨年、私は東日本大震災のボランティアに参加させていただきました。行く前は想像を絶する地震や津波の恐ろしさを経験していない私になにができるだろうかと不安でした。が、現地の保健師さんから「私たちは皆被災しています。そうすると住民の被災体験に耳を傾けようと思ってもちちゃんと聞くことができないのです。だからこそ経験していない人に支援に入ってもらいたいのです。」とおっしゃられました。改めて、経験のない者と経験者がともに協働していくことで、一人ひとりの思いに寄り添った支援が構築されるのだと実感しました。

冒頭にお話したハイジとクララのお話のように、ピアサポートは誰もがリカバリーできる（その人らしい暮らし・生き方・歩む途に立つことができる）と信じることから始まります。今ある日本の精神保健福祉システムにおいて、リカバリーを信じ、ピアもしくはピアサポートの力を信じ、協働の場にピアを導入することのできるキーパーソンとして精神保健福祉士が期待されます。それは、これまでの専門職主導の歴史を反省し、日本の精神保健福祉システムを変革しなければならないという同じ土台にたっているからです。

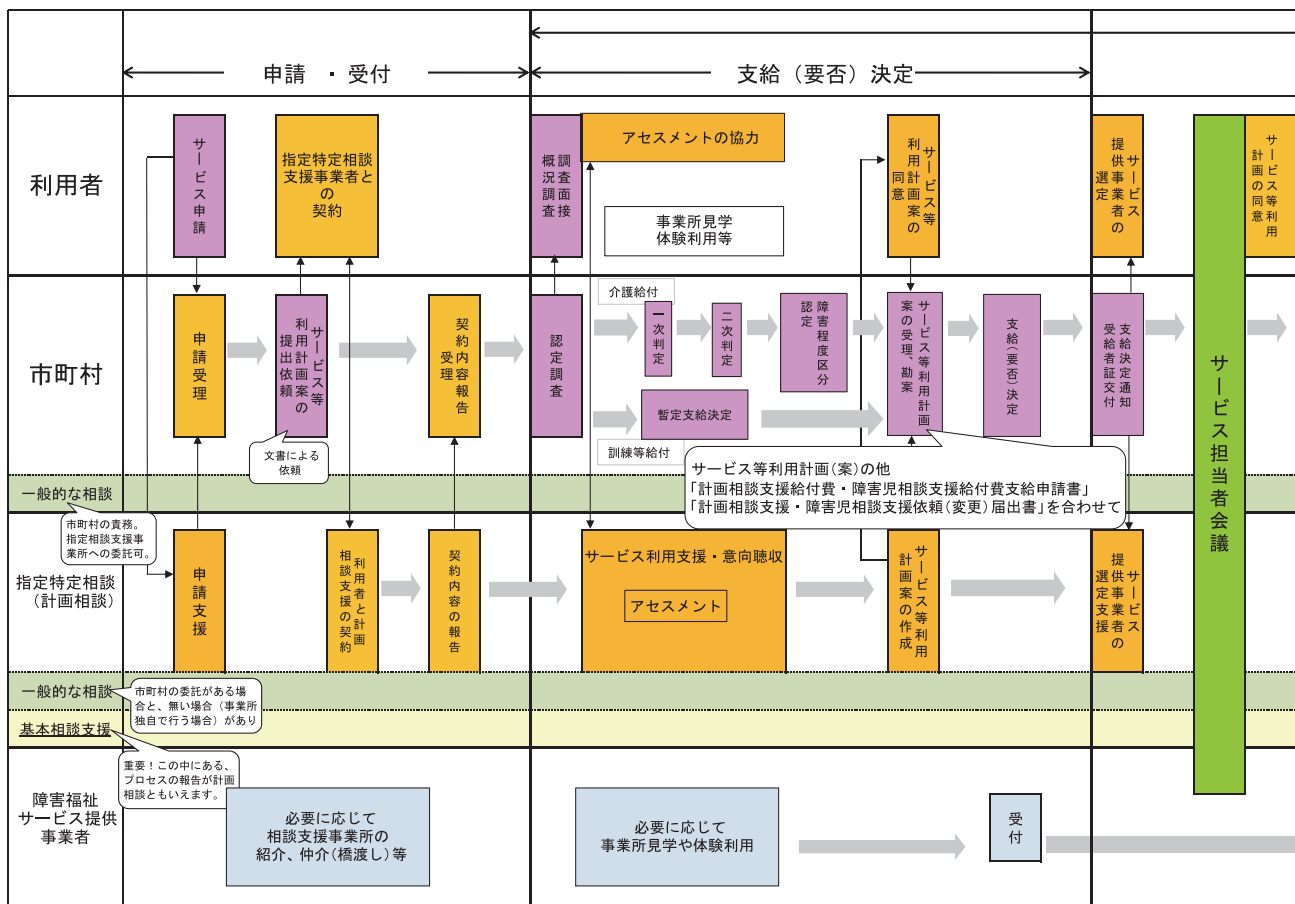
ピアサポートの広がりが、今よりもっと暮らしやすい地域の創造につながると信じています。

3. 計画相談支援の流れとポイント

1) 計画相談支援の流れ

この図は、計画相談支援についての、手続きや支援の流れのイメージ図です。実際は、この図の通りではなく、途中で必要な支援が入ることや、「行きつ戻りつ」しながらすすめていくこともあります。あくまでも、計画相談支援の全体的な流れをイメージしていただくためのものです。

【申請・受付までのかわりの重要性】 この図では、ご本人が計画相談支援の対象者となったところからはじまっていますが、実はそこに至るまでの部分も重要です。相談そのものがはじまるきっかけ・場面は様々です。ご本人が生活のしづらさや希望する暮らし等について、まずはじめに相談するところは、市町村の窓口や相談支援事業所とは限りません。医療機関、障害福祉サービス提供事業所など様々な機関、人が想定されます。



相談支援専門員の支援ポイント

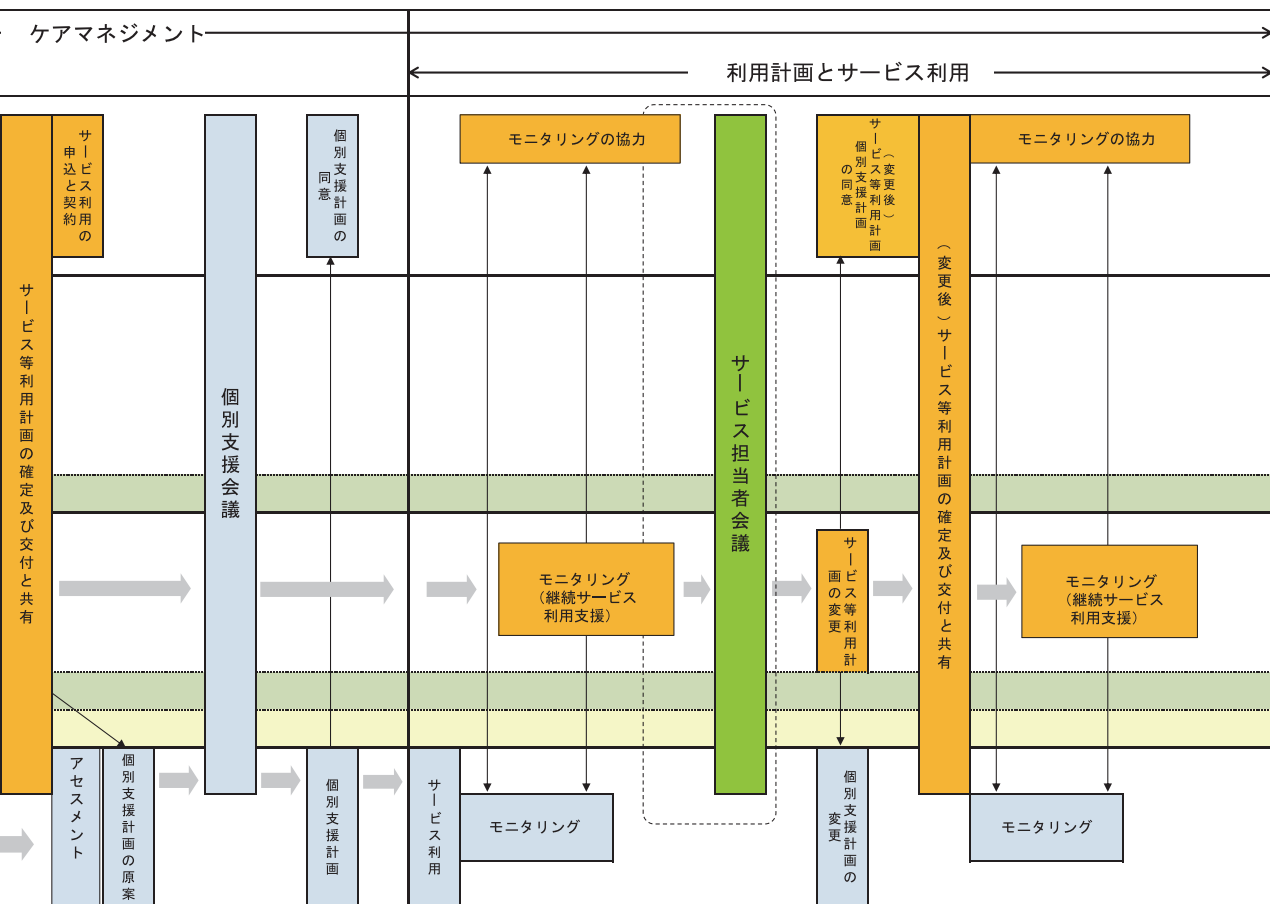
利用者とのかわりはじめ～サービス等利用計画作成

サービス担当者会議

- 支給申請(必要に応じて支援)
申請は可能な限り、本人から区市町村窓口に出掛けてもらいましょう。
- サービス等利用計画(案)の作成準備(アセスメント)
アセスメントシート、ニーズ整理票、サービス等調整会議事録等、独自の様式を使用しています。サービス等利用計画案の根拠として、必要と判断されるときや市町村から求められたときは提出します。関係機関と共有すべき情報といえます。
- サービス等利用計画(案)の作成
市町村が行う支給決定の根拠となります。また、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にもなります。可能な限り、利用者も含めたサービス等調整会議を開催し、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すすめていくことが大切です。
- 利用するサービスについて、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅、司法等幅広い領域にまたがり、サービスもフォーマル、インフォーマルと多様です。
- 関係機関と情報の共有を図り、利用者が何度も同じことを聞かれるようなことがないよう、負担の軽減に配慮しましょう。

- 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
 - ②アドボカシーの視点が入って
 - ③トータルな生活を支援する計画
 - ④連携・チーム計画となってい
 - ⑤サービス等調整会議が開催
 - ⑥ニーズに基づいた計画となっ
 - ⑦中立・公平な計画となってい
 - ⑧生活の質を向上させる計画と
- サービス担当者会議の開催
本人の参加が原則です。地域生活に必要なフォーマル、インフォーマル(案)を提示し、必要な修正や個別支援計画を立てる際の基礎この時点で障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者からすり合わせることがポイントです。

☆ 「相談」の中からニーズがあきらかとなり、必要な支援へとつなげていくきっかけになります。誰もが精神保健福祉士としてかわり、適切な支援につなげていくことが求められます。その展開の中で、障害福祉サービスを利用される方を対象に計画相談支援のサービス利用支援、継続サービス利用支援が行われていくこととなります。計画相談支援の流れの中には、専門性に裏打ちされた日常生活支援のための相談として、常に「基本相談」がベースに位置づけられています。真のニーズに基づく本人中心の支援を展開していくために、どの場面においても、ご本人に寄り添い、かかわるプロセスが大切です。



議～サービス等利用計画の確定

イント
ていますか
いますか
画となっていますか
ますか
されていますか
ていますか
ますか
なっていますか

ンフォーマルサービスを含んだサービス等利用計
確定を行います。サービス提供事業所が作成す
礎情報となります。
を利用されている方については、サービス提供事
個別支援計画(案)の提示を受け、両者の計画を

計画の実行とモニタリング（継続サービス利用支援）

- モニタリングの実施ポイント
 - ①サービス等利用計画通りにサービスが提供されていますか
 - ②総合的な援助の方針で想定した利用者の生活が実現できていますか
 - ③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ますか
 - ④サービスの内容について利用者は満足していますか
 - ⑤期間中に新たな課題が生じていませんか
- モニタリング期間の設定
モニタリングの期間は個別の勘案事項により決定するものであり、必要であれば毎月でも可能です。
- サービス導入直後のモニタリングは特に留意が必要です。サービスが効果的に機能しているかについて初期段階での確認が大切です。
- 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に、必要性の再評価を適切な時期に行いましょう。
- モニタリングの結果、支給決定の更新等が必要な場合は、更新申請を市町村に提出し、併せてサービス等利用計画案を作成、提出を行います。

[※一般社団法人支援の三角点設置研究会発行「障害者地域相談のための実践ガイドライン」P9～12の図及び社会福祉法人南高愛隣会作成の図を基に作成]

2) 「サービス等利用計画」のあり方

(1) 「サービス利用計画」から「サービス等利用計画」へ

2011年度までの「サービス利用計画」は、2012年度から「サービス等利用計画」へと変わりました。このことは、計画の中身に障害福祉サービスのみならず、インフォーマルな支援や資源も盛り込んでいくことを意味しています。単なるサービス調整や斡旋の為ではなく、総合的な計画にすべきというメッセージが“等”という文字に込められています（「コラム1」参照）。それにもかかわらず、「このままではサービスを支給決定する為だけの計画になってしまう」「サービス提供事業所を調整する為だけの計画になってしまう」と危惧する声が多く聞こえてきます。なぜでしょう？

(2) 計画を作成する前に

これから「サービス等利用計画」を作成していくにあたって、私たちが最初に考えなければならぬことは、「なぜ計画相談が、障害福祉サービスを利用する全ての方に対象となったのか？」ということと、「モニタリングは誰の為にするのか？何の為にするのか？」ということです。

私たちは、目の前の方々の生活支援を日々行っています。その場面において必要だと思われる関わりを続けていくわけですが、その支援は決してサイコロを振って内容を決めているわけではなく、ご本人の意向や、私たちの見立ての上で、意図的に行われています。

そう考えると、今までも私たちの頭の中では「計画」がつくられてきたとも言えます。「サービス等利用計画」の作成は、そういったことを、改めて、きちんとご本人を中心とした支援チームの中で、書面で共有していく過程だと理解できます。

大前提として、「生活支援をする為に計画を作成するのであり、生活支援をする為にモニタリングを行う」のであるということを、今一度確認しましょう。計画作成に追われ日常の業務に忙殺されてしまっている現状の私たちは、ご本人のことを置き去りにしてしまわない為にも、このことに常に立ち返る必要があります。

(3) ご本人と一緒に計画を作成していく

「サービス等利用計画」は必ずご本人の意向を確認しながら一緒に作成していきます。

「ご本人のいないところでご本人の処遇を決定しない」ということは、この先どのように制度が変わろうと決して変わらないということを、相談支援に携わる私たちはこれからも大切にしていく必要があります。また、日常的に行われるサービス担当者会議やケア会議においても、ご本人の参加が基本となります。

また、中にはご自分の気持ちを上手く表現することが苦手な方や、会議の同席が難しい方もいらっしゃると思います。こうした方々にとっては、その人の意向が十分に反映されている内容になっているかどうかによって、「その計画が“意向の代弁”としての重要なアイテムになるのか」「“処遇”としてまるで支援者からの通達文書ようになってしまうのか」「“サービスを使う為に必要な儀式的な書類”として誰も振りかえる気がしないような通り一辺倒のものになってしまうのか」など、改めて私たちの専門性が問われることとなります。

ワンポイント

※「サービス担当者会議」（厚生労働省令第二十八号基準第十五条十）

⇒支給決定後に必須となる会議を指します。

※「ケア会議」

⇒ここでの「ケア会議」とは、日々の支援の過程で開催される、ご本人の参加を前提条件とした会議を指します。支援の方針を共有したり、ご本人の状況を共有したりする目的で開催します。

(4) 計画に盛り込む必要のある内容

「サービス等利用計画」の作成において、書式は特に定められていません。

厚生労働省が示している標準様式は、あくまで書式の例示です。

厚生労働省令（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施行規則第6条の15）にあるサービス等利用計画案の記載事項は、「事務処理要領」のP111には以下のよう相談支援ハンドブックに示されています。

【サービス等利用計画案の記載事項】

- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
- ② 総合的な援助の方針
- ③ 生活全般の解決すべき課題
- ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
- ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
- ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
- ⑦ モニタリング期間

※ 指定特定相談支援事業者以外の者が作成する場合のサービス等利用計画案の記載事項についても、上記に準じることとする（⑦を除く。）。

【対象者】

障害福祉サービスの申請若しくは変更の申請に係る障害者若しくは障害児の保護者又は地域相談支援の申請に係る障害者。

「サービス等利用計画」を作成するうえで気を付けなければならないことは、ご本人と一緒に作成したものに上記①～⑦が盛り込まれていれば「サービス等利用計画」として成立するが、例えご本人と一緒に作成したとしても上記①～⑦が盛り込まれていなければ成立しないということです。①の「利用者及びその家族の生活に対する意向」は非常に大切な項目で、ご本人の「夢・希望」や「将来生活展望」「こんなような生活になれば」といったことが記載されます。この①と②の部分が、“③～⑥だけしか記載されないようなサービス斡旋・調整表”と“本人中心計画を目指した計画”との差異に影響するといえます。

事務処理要領等の内容を把握することは重要です。とりわけ行政機関には異動があり、また「サービス等利用計画」に関わる全ての方が専門職というわけではありません。異動してきた職員は、この事務処理要領に基づいて様々な事を判断し、決定します。計画を作成する相談支援専門員と行政機関職員とに齟齬が生まれた際に、その狭間で不利益を被ってしまうのはご本人です。

私たちが関わることで、ご本人にかえって不利益が生まれるような事態は避けるべきというこ

とは言うまでもありません。

下の図は、国の書式例です。

この書式例を使いながら、ご本人の夢や希望、ストレンクス等をどのように表現するか、日々悩んでいる相談支援専門員が沢山いるはずで。

また、市町村の行政機関と話し合いながら、事務処理要領の項目に沿いながらも、より本人中心計画になるよう、独自に書式を開発している事業所や市町村もあります。本人中心計画を作成するにあたって、ネットワークを活用して情報交換・意見交換を行い、国の例示した書式より、“進化したもの”を私たちは開発していく必要があります。

【国から示されている書式の例（標準書式）】

サービス等利用計画案（例）							
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		通所受給者証番号					
計画案作成日		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)	ご本人やご家族の意向・将来の夢・希望						
総合的な援助の方針	相談支援専門員がアセスメントした関係機関共通の方向性や状況						
長期目標	総合的な援助の方針を踏まえた半年から1年の目標						
短期目標	総合的な援助の方針を踏まえた直近から3か月くらいの目標						
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	福祉サービス種類・内容・量(単位)	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	そのために必要な(ニーズに対する)フォーマル・インフォーマルな支援						
2							
3							

※厚生労働省ホームページに記載されている書式例に、日本相談支援専門員協会発行の「サービス等利用計画作成サポートブック（2012年3月）」のP20-23を参照して加筆。

(5) 一つの計画を作成するまで

「サービス等利用計画」の作成に取り組んでいる相談支援専門員の方達と意見交換をすると、「何をもって“完成”としてよいかわからない」「自分が作成した物が本当にご本人にとっていいものになっているか心配」というような声がよく聞かれます。「サービス等利用計画」は、ご本人に相談支援専門員が伴走しながら変化し続けるものなので当然の疑問であり、こういった疑問があるからこそ、常にご本人の意向を確認しながら、必要に応じて変化させていくことができます。また、ご本人の状況によって「サービス等利用計画」を作成する手順が変わる場合もあります。一人ひとり状況は千差万別なので全てが当てはまるわけではありませんが、大きく分けて2つのパターンをここでは例示してみたいと思います。

① 利用者の意向をじっくり確認しながら、時間をかけて作成する例

利用者の中には、生活のしづらさがあって相談しに来たものの、「自分自身ではどんなサービス利用したらよいか分からない」「サービスを利用することが本当に生活のしづらさの解消に向かうのか分からない」「どんなサービスを自分が利用できるのかが分からない」「上手く自分の困りごとを周囲の人に伝えるのが苦手」というような方もいます。また、中には今までの支援者との関わりで支援を受けること自体に不信感を抱いている方もいるかもしれません。

そういった方に対して、1回の面接で「サービス等利用計画案」を作成して終わりということは現実的ではありません。何回も面接し Ver. 1 を作りご本人に見ていただいて文言を修正し、この先の生活イメージを語り合いながら Ver. 2、Ver. 3 とバージョンアップしていきます。そのようなプロセスを通じて、ご本人が例えば「自分の気持を言えば目の前の人には計画にすぐ赤字を入れて修正してくれるんだ」という実感を持つ体験を積み上げていくことが重要です。面接や訪問をしていく過程そのものがご本人との関係づくりとなります。

※【「少しずつバージョンアップを重ねながらサービス等利用計画案を作成した例】参考】

② 直ぐに計画を作成してサービスを導入する緊急性が高い場合

一方で、生活上困難な状況に直面していて、直ぐに必要なサービスを導入しないと不利益が生じる状況の方もいます。そのような状況の方に、相談支援専門員が納得いく計画ができるまで何回も面接して、その間ご本人に必要なサービスが提供できないという事態を引き起こすことは生活支援の主旨からいってもかえって権利侵害になりかねません。状況判断によってはすぐさま目の前の事態に対応するサービス導入を優先した「サービス等利用計画案」を作成する必要があります。例えば、暫定的な利用頻度や内容を盛り込み、それが適切か否かについては「(自分に合った利用頻度や内容を) 探す・考える」などの言葉を用いながら、サービスの支給決定を優先することが必要な場合があるかもしれません。

このように作成した場合は、モニタリング等を通じて、他にもご本人に潜在的なニーズは無いか、緊急で導入したサービスでご本人のニーズは満たされているのかといったことを確認しながら、ご本人と一緒に改めて計画のバージョンアップをしていく必要があります。

(6) モニタリングの設定期間

モニタリングの設定期間は、厚生労働省令（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施行規則第6条の16）に勘案事項として例示されていますが、例えば指定特定相談支援事業所の計画相談支援の一部として生活支援が必要な場合等は、国の例示より増えることが予測されます。「モニタリング期間については、市町村が指定特定相談支援事業者の提案を踏まえて以下の勘案事項及び期間を勘案して、個別の対象者ごとに定める。」と事務処理要領（P112）にも示されているとおり、そうした場合であれば毎月の設定も可能です。

ただし、相談支援専門員が勝手に「この人は生活支援が結構必要そうだからモニタリングは毎月しよう」と請求してしまえば、支給決定する区市町村は根拠が分からず、困ってしまうでしょう。例えば、サービスを使い始めて3ヶ月目にサービス担当者会議を開き、本人・支給決定部署（市町村）等と一緒に今後のことを決めながら、「次のモニタリングは6ヶ月後」とか「やっぱり今後も毎月モニタリングをしよう」等々を、ご本人含めて共有しておくことがご本人、事業所、行政機関が協働していくうえで必要となります。

【事務処理要領の抜粋（P112-114）】

(3) モニタリング期間（則第6条の16）の設定

モニタリング期間については、市町村が、指定特定相談支援事業者の提案を踏まえて以下の勘案事項及び期間を勘案して、個別の対象者ごとに定める。

ア 勘案事項

- a 障害者等の心身の状況
- b 障害者等の置かれている環境
 - ・地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージ（乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等）の変化の有無等
- c 総合的な援助の方針（援助の全体目標）
- d 生活全般の解決すべき課題
- e 提供されるサービスの目標及び達成時期
- f 提供されるサービスの種類、内容及び量
- g サービスを提供する上での留意事項

イ 期間

- ※ 当該期間は「標準」であるため、市町村が、当該標準を踏まえつつ対象者の状況に応じて、「2、3月ごと」や、在宅サービスの利用者を「1年ごと」、施設入所者を「6月ごと」とする等柔軟に設定することが可能である。
- a 支給決定又は支給決定の変更によりサービスの種類、内容又は量に著しく変動があった者
→ 1月（毎月）ごと
（ただし、当該支給決定又は支給決定の変更に係る障害福祉サービスの利用開始日から起算して3月間に限る。）
- b 療養介護、重度障害者等包括支援及び施設入所支援を除く障害福祉サービスを利用する者又は地域定着支援を利用する者（いずれも a に掲げる者を除く。）のうち次に掲げるもの
→ 1月（毎月）ごと
 - (a) 障害者支援施設からの退所等にに伴い一定期間集中的に支援を行うことが必要である者
 - (b) 単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である
 - (c) 重度障害者等包括支援に係る支給決定を受けすることができる者
- c 療養介護、重度障害者等包括支援及び施設入所支援を除く障害福祉サービスを利用する者若しくは地域定着支援を利用する者（いずれも a 及び b に掲げる者を除く。）又は地域移行支援を利用する者（a に掲げる者を除く。）
→ 6月ごと
- d 療養介護、重度障害者等包括支援、施設入所支援を利用する者（a に掲げる者及び地域移行支援を利用する者を除く。）
→ 1年ごと
- ※ 重度障害者等包括支援については、当該サービスの指定基準において相談支援専門員であるサービス提供責任者が当該サービスの実施状況の把握等を行うこととされているため、原則として、支給決定の有効期間の終期のみ継続サービス利用支援を実施。

(6) 計画はご本人にとって、この世で唯一オリジナルなものであること

このハンドブックをはじめとして、様々なマニュアルやガイドラインが存在します。事務処理要領には一定のルールが記載されているので、それらマニュアルやガイドラインはひとつの指標として大事ですが、「こうあるべき」とか「見本はこうなんだから、これに合わせるべき」となりやすいので注意が必要です。

事務処理要領でも“個別の状況を勘案する”という主旨の文言が多く出てくるように、「サービス等利用計画」は、あくまで私たちが向き合うご本人と一緒に作成していくことが最優先です。その方に合わせて柔軟な計画を作成することに留意しましょう。

私たちは支給を受けることを目的に面接や訪問をするのではなく、ご本人の夢や希望の実現に向けて、生活支援をする為に面接や訪問をします。その過程に伴走し、ご本人を中心とした支援チームで共有する為に計画を作成していくのだということを今一度確認しましょう。

私たちが作成するものは、「サービス斡旋・調整表」ではなく、**本人を中心に考えた計画**です。

サービス等利用計画案作成具体例：

【少しずつバージョンアップを重ねながらサービス等利用計画案を作成した例】

Ver.1

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	塩屋 梅男	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 くじら		
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	若山 桃子		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日	平成*年*月*日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成*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)	<p>通院先で出会った友人に「このままだと入院になっちゃうよ。ヘルパーさんに来てもらったら？」とすすめられた。市の保健師さんに相談したら、そうした方がいいとくじらを紹介された。入院はしたくない。ヘルパーさんに来てもらいたい。</p> <p>生活のことで色々気になることがある。一人暮らしが大変。もう少し、生活も症状も安定させたい。一人で生活のことも症状のことも、両方考えるときんどくなる。今後どうしていったらよいか分からない。相談できる人が欲しい。</p>						
総合的な援助の方針	<p>希望をもちながら生活がおくれるように、生活と症状の安定が図れる方法を一緒に考えていく。</p>						
長期目標	相談できる体制や見守りがある中で、生活と症状の安定を図る。						
短期目標	一人で抱え込まずに、相談しながら気になることを少しずつ整理していく。						
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	生活の安定を図る。(色々気になることをなんとかしたい。)	生活状況や希望を確認しながら、気になることについて整理し、必要なことを考える。	1年?	・居宅介護(家事援助)／2日/週(1回あたり1.5時間)程度	ヘルパーを利用しながら、自分で出来ること、手伝ってもらおうと助かることを整理していく。周囲の支援者に伝える。	毎月	不安なので、2日/週は来てもらいたいと本人の希望。
2	症状の安定を図る。	服薬を続け、定期的に通院する。	1年?	・2週間に1回の通院時に主治医の先生や、外来看護師さんへの相談など。	薬のことで気になることがあれば、主治医や外来Nsに相談する。	毎月	以前は4週間に1回の通院で不安だった。今後、必要であれば訪問看護の利用も考えてみる。
3	相談できる体制。(生活と症状の安定やこれからのことを考える。)	一人でしんどくならないよう、支援の体制をつくっておく。	1年?	・居宅介護(ヘルパーさん)／支援時に相談してみよう ・相談支援(くじらの若山、他)／随時	一人で抱え込まず、気になると、困ったことなどを話す。	毎月	まずは、一番話しやすい人から伝えてみる。少しずつ関係をつくっていき、かかわる人を増やしていく。
4	ヘルパー利用の話を進めながら、塩屋さんの気になる点を聞いた結果、通院・服薬が安定していないこと、住んでいるアパートの地域のゴミ捨てルールの複雑なものが貼り紙されて持って行ってもらえなかったり、その結果、ゴミを捨てに行くのが不安になってアパートに物が溜まっていったりといった様子が分かってきました。						
5	塩屋さんの中では「ヘルパー利用＝入院しないで済む」という結びつきが強く、それ以上のことは現状混乱を深めるだけだと判断し、まずは懇話のヘルパー利用の導入と、通院の確認、相談関係の構築をメインにver.1をまとめてみました。						

最初、塩屋さんから表現された「ニーズ」は「ヘルパーさんに来てもらいたい」のみでした。利用の動機も、友人や保健師さんから勧められ、入院したくないとの思いからでした。なぜヘルパー利用を周囲に勧められたのかは伝わりきっていません。塩屋さんなりの目的も曖昧で、面接でも「入院したくないのでヘルパー利用させてください！保健師さんからもOKもらってます！」といった様子でした。

相談支援ハンドブック

Ver.2

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	塩屋 梅男	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 くじら		
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	若山 桃子		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日	平成*年*月*日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成*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)	<p>生活も症状も両方安定できている状態を維持したい。相談できる人ができて一人で抱え込まずに済むようになったので、家事をこなす不安が減ってきた。気になるところが減って、余裕ができたので、外出して人の中で過ごすことに慣れていきたい。いずれは趣味のギターも再開させたいと思っている。色々一人で考えるのは不安なので、これからは相談できる人がいる安心感があれば、何とかやっていけそうな気がする。</p>						
総合的な援助の方針	<p>生活と症状の安定が図れるように一緒に考え、希望をもちながら生活がおくれるようになる。</p>						
長期目標	安定した生活を継続し、外出や趣味などを楽しめるようになる。						
短期目標	外に出掛ける機会を増やす。日中気軽に過ごせる場所を探す。						
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	生活の安定を図る。	生活状況や希望を確認しながら、気になることについて整理し、必要なことを考える。	1年	・居宅介護(家事援助)／1日/週(1回あたり1.5時間)	やり方に困った時、不安でやれなくなった時は相談する。自分で出来ることはやる。	毎月	自分で出来ることが増えたため、回数を減らし、外出する機会をつくっていきたくて希望あり。生活に困った時は、回数を増やすことも検討。
2	安定した生活の維持。(生活と症状の安定。これからのことを考える。)	困った時には相談できる体制の中で、現在の生活が維持、安定できるよう見守る。	1年	・地域定着支援(相談支援事業所くじらによる24時間の相談支援体制) ・居宅介護／支援時の相談など ・移動支援／行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に連れてもらうなど(相談から)必要時(月20時間上限) ・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談 ・お隣の有元さん／困った時の相談/必要時	一人で抱え込まず、気になると、困ったことなどを話す。普段から、世間話もしておく。	毎月	必要なことはみんなで確認し合う。場合によっては、共有する範囲を限定して欲しいとの希望あり。
3	外出したい。(外出できるように症状の安定を図る。)	服薬を続け、定期的に通院する。	1年	・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談	薬のことで気になるところがあれば、主治医の先生や外来Nsに相談する。	毎月	健康面についても留意。
4	外出したい。(安心して外出できる機会をつくる)	外出の機会を増やし、楽しめるようになる。	1年	・移動支援／行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に連れてもらうなど(相談から)、余暇を充実させるための買い物等/必要時(月20時間上限)	ヘルパーと一緒に外出をする。行きたい場所などを考える。	毎月	電車やバスも利用したいが、まずは歩いて体力をつけることからやってみる。
5	日中気軽に過ごせる場所を探す。(できれば、ギターがひけるようになる。)	気軽に過ごせる居場所を見つけ、他の方と交流できるようにする。	1年	・地域活動支援センターI型(さくら)／お試利用から、相談支援専門員(くじらの若山)と一緒に見学できるような場所があるか検討/月に1～2回	自分にあつた通いやすい、居心地の良い居場所を探す。他の方の話も聞きながら、考える。	毎月	同じ病気の仲間(ピアサポーター)の話も聞いてみる。

ご本人に寄り添い、伴走しながら一緒に「サービス等利用計画案」をつくっていきます。状況が変わることもあります。障害福祉サービス等、社会資源への理解や認識も変わります。そういったことに伴いニーズが変わることもあるでしょう。ご本人が希望する生活を目標として、一緒に考えることが続きます…。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	塩屋 梅男	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 くじら		
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	若山 桃子		
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	平成* *年* *月* *日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成* *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)	外出して人の中で過ごすことに慣れていきたい。他の人の話を聞きながら、生活と症状が両方安定できるようにしたい。いずれは趣味のギターも再開させたいと思っている。色々一人で考えるのは不安なので、相談できる人がいる安心感があれば、何とかやっていけそうな気がする。						
総合的な援助の方針	安心して生活がおくれるようになり、外出や趣味などを楽しめるようになる。						
長期目標	相談できる体制や見守りがある中で、生活と症状の安定を目指す。						
短期目標	外に出掛ける機会を増やし、他の方の話を聞いて参考にする。日中気軽に通えるところがあればいいと思う。						
<p>ご本人に寄り添い、伴走しながら一緒に「サービス等利用計画案」をつくっていきます。状況が変わることもあります。障害福祉サービス等、社会資源への理解や認識も変わります。そういったことに伴いニーズが変わることもあるでしょう。ご本人が希望する生活を目標として、一緒に考えることが続きます…。</p>							
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	外出したい。(外出できるように症状の安定を図る。)	服薬を続け、定期的に通院する。	1年	・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談	薬のことで気になることがあれば、主治医の先生や外来Nsに相談する。	毎月	以前は4週間に1回の通院で不安だった。今後、必要であれば訪問看護の利用も考えてみる。
2	外出したい。(安心して外出できる機会をつくる)	外出の機会を増やし、楽しめるようになる。	1年	・移動支援/行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に行ってもらうなど(相談から)/必要時(月20時間上限)	ヘルパーと一緒に外出をする。行きたい場所などを考える。	毎月	電車やバスも利用したいが、まずは歩いて体力をつけることからやってみる。
3	相談できる人がいる安心感。(生活と症状の安定。これからのことを考える。)	一人でしんどくないよう、支援の体制をつくっておく。	1年	・地域定着支援(相談支援事業所くじらによる24時間の相談支援体制) ・居宅介護/支援時の相談など ・移動支援/行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に行ってもらうなど(相談から)/必要時(月20時間上限) ・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談 ・お隣の有元さん/困った時の相談/必要時	一人で抱え込まず、気になること、困ったことなどを話す。普段から、世間話もしておく。	毎月	まずは、一歩話しやすい人から伝えてみる。必要なことはみんな確認し合う。場合によっては、共有する範囲を限定して欲しいとの希望あり。
4	日中気軽に通えるところを探す。(できれば、ギターがひけるところが良い。)	気軽に過ごせる居場所を見つけ、他の方と交流できるようになる。	1年	・地域活動支援センターI型(さくら)/お話し利用から、相談支援専門員(くじらの若山)と一緒に見学できそうな場所があるか検討/月に1~2回	自分にあった通いやすい、居心地の良い居場所を探す。他の方の話も聞きながら、考える。	毎月	移動に不安がある時や慣れない電車やバスの利用が必要な時は、移動支援も検討。同じ病気の仲間(ピアサポーター)の話も聞いてみる。
5	生活の維持、安定。	困った時には相談できる体制の中で、現在の生活が維持、安定できるように見守る。	1年	・地域定着支援(相談支援事業所くじらによる24時間の相談支援体制) ・居宅介護/支援時の相談など ・移動支援/行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に行ってもらうなど(相談から)/必要時(月20時間上限) ・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談 ・お隣の有元さん/困った時の相談/必要時 ※さくらのお話し利用時にも、スタッフさんや利用者さんに工夫できることなどあるか聞いてみる	自分で出来ることはやる。やり方に困った時、不安ややれなくなった時は相談する。他の方の話を聞いて参考にする。	毎月	ヘルパーの訪問支援については、まだ少し抵抗がある。希望や状況に応じて、考えていく。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	塩屋 梅男	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 くじら		
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	若山 桃子		
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	平成* *年* *月* *日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成* *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)	生活も症状も両方安定できている状態を維持したい。色々一人で考えるのは不安だが、相談できる人が増えて一人で抱え込まなくてもよくなったので、何とかやっていけそうな気がする。						
総合的な援助の方針	生活と症状の安定が図れるよう一緒に考え、希望をもちながら生活がおくれるようになる。						
長期目標	安定した生活を継続し、外出や趣味などを楽しめるようになる。						
短期目標	外に出掛ける機会を増やす。日中気軽に通えるところを探す。						
<p>塩屋さんは、ヘルパーの利用方法や自分が利用しているときのイメージが具体化していく中で、気になっていたゴミ捨てや、荷物の整理を支援してもらえると分かり、「他のことにも目を向けるゆとりが少しずつできてきた」ちょっと安心した表情を見せてくれるようになりました。家のことが気になって引きこもりがちでしたが、外出の希望も出、それを実現するための方法も具体的にまとまりました。</p>							
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	生活の安定を図る。 ・ゴミ捨て(分別、溜めずに出す) ・荷物の整理を続けていく	ゴミの分別ルールの確認・一緒に分別して決められた曜日に出せるようにする。 荷物の整理を塩屋さんと一緒に進めていく。	1年	・居宅介護(家事援助)/ゴミの分別、ゴミ出しについて教えてもらう、部屋の中の荷物の整理、他、必要なこと/1日/週(1回あたり1.5時間)	やり方に困った時、不安ややれなくなった時は相談する。自分で出来ることはやる。	毎月	ヘルパーを導入してみた結果、気になっていたゴミ捨てや荷物整理が進んだ。ゆとりができた分、外出する機会をつくってほしいと塩屋さんの希望あり。生活に困った時は、回数を増やすことも検討。
2	安定した生活の維持。(生活と症状の安定。これからのことを考える。)	困った時には相談できる体制の中で、現在の生活が維持、安定できるように見守る。	1年	・地域定着支援(相談支援事業所くじら)/何かあったときの相談 ・居宅介護のヘルパーさんと移動支援のヘルパーさん/支援に入ってもらっているときの相談 ・主治医の先生、外来の看護師さん/通院のときの相談 ・お隣の有元さん/困ったときの相談	一人で抱え込まず、気になること、困ったことなどを話す。普段から、世間話もしておく。	毎月	必要なことはみんな確認し合う。場合によっては、共有する範囲を限定して欲しいとの希望あり。
3	外出したい。(外出できるように症状の安定を図る。)	服薬を続け、定期的に通院する。	1年	・2週間に1回の通院時に主治医の先生や外来の看護師さんへの相談	薬のことで気になることがあれば、主治医の先生や外来Nsに相談する。	毎月	健康面についても留意。
4	外出したい。(安心して外出できる機会をつくる)	外出の機会を増やし、楽しめるようになる。	1年	・移動支援/行ってみたいけれども一人だと不安なところへ一緒に行ってもらうなど(相談から)/必要時(月20時間上限)	ヘルパーと一緒に外出をする。行きたい場所などを考える。	毎月	電車やバスも利用したいが、まずは歩いて体力をつけることからやってみる。
5	日中気軽に通えるところを探す。(できれば、ギターが弾けるところが良い。)	ギターも弾けるような気軽に過ごせる居場所を見つけ、他の方と交流できるようになる。	1年	・地域活動支援センターI型(さくら)/交流スペースのお話し利用、相談支援専門員(くじらの若山)と一緒に見学できそうな場所があるか検討/頻度はお話し利用しながら検討	自分にあった通いやすい、居心地の良い居場所を探す。他の方の話も聞きながら、考える。	毎月	同じ病気の仲間(ピアサポーター)の話も聞いてみる。

「サービス担当者会議」の重要性

「サービス担当者会議」は、本人を中心に考えて作成した計画に基づいた支援を推し進めていくプロセスの一つでなくてはなりません。相談支援専門員は、本人が参加し、自らが中心となっていることを実感できるような場として機能していくために、事前準備を含めて会議の構造化をはかっていく必要があります。

「自分の知らないところで決めている場」「自分が参加していても、予め支援者間で決めたことを宣告のように言い渡される場」というようなネガティブな体験をしてきた方々も少なくありません。「自分の生活を応援してくれるチームの心強さ」「自分の力を実感し、支援者と共有できる晴れがましさ」を感じられるような配慮が一層求められているといえます。

入院中のAさんと相談支援専門員Bさんの例

入院中のAさんは、同居の家族の葛藤もあり自宅への退院は難しい状況でした。本人、Dr、病院PSWも退院を進めていることから、相談支援専門員のBさんはなんとかかしたいと思い、「とにかく情報共有しなくては」と急いでサービス担当者会議を開くことにしました。しかし会議当日、家族は「退院させられてしまうのか?」、行政担当者は「今日はなんのために自分が呼ばれたのか?」、病院は「自宅に退院が難しいならグループホームを探してほしい」とそれぞれ伝えたいことが交錯してしまいました。本人は「家族は面会の時には帰ってきていいよ、と言っていたのに。グループホームっていったい何ですか?」と不安と不信が募る場となってしまいました。

入院中のCさんと相談支援専門員Dさんの例

入院中のCさんは、入院前、服薬中断による病状悪化に伴い近所とのトラブルからアパートを退去せざるをえなかった事情がありました。現在は病状も安定していますが、生活保護のCWも保健師も「単身生活は無理なのでは?」と心配し、家族も「アパートの保証人にはなれない」となかなか退院に向けた話が進みません。相談支援専門員のDさんは、まず支援者間だけで調整のための会議を開き、率直に各々の不安を出し合い、退院後の服薬支援などの具体的な支援体制をどうするかなどを提案し合い、退院に向けて前向きに協力し合うことを確認しました。また、病院PSWと一緒に家族とも面接しました。退院に反対一辺倒なわけではなく、本人の希望に沿いたい思いはあるけれども自分の負担を考えると躊躇してしまう気持ちを確認し、家族だけで抱えずサービス等を利用していくことを勧めました。こうした一連の連絡調整については、その都度、本人にも退院準備の一環であることを伝えて報告しました。

相談支援専門員のDさんはそのうえでサービス担当者会議を開きました。当日、まずCさんから「入院前のことで家族に申し訳ない気持ちはあるが、今は服薬について病棟の学習グループに参加している。退院してアパートで一人暮らししたい。」と気持ちを伝えてもらいました。病棟の担当看護師からも本人の服薬管理に取り組んでいる様子を伝えてもらいました。今後は体験宿泊など利用しながら退院準備をすすめていくことを共有することが出来ました。また退院準備の進捗状況も共有していくために、しばらくは1~2ヶ月ごとに会議を行う予定も確認しました。会議が終わった後、Cさんは「みんなとこれからの予定を確認出来たので、まだ家族がアパートの保証人になってくれるかどうかはわからないけど、少し希望が見えてきたので安心しました。服薬学習グループへの参加も無駄じゃないんだってこともわかりました。」と笑顔を見せてくれました。

「セルフプラン」について

「セルフプラン」とは、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する「サービス等利用計画」のことをいいます。

「セルフプラン」の作成者は、指定特定相談支援事業者以外の者とされていますので、ご本人が同意した場合は、誰でもつくることができます。では、もし私たちが「セルフプラン」作成を支援することになった場合はどのように考えたらよいのでしょうか？

私たちがそこで支援する場合は、ご本人のエンパワメントや主体的な社会経験などを考える必要があるでしょう。しかし、よく考えてみれば、これは「サービス等利用計画」の作成過程そのものです。本来は、ご本人（児童の場合は保護者）が行政窓口からきちんと説明を受けたうえで、自分自身で利用する障害福祉サービス等を考えながら作成されなければなりません。そのように考えると、行政窓口には、自己決定支援の観点からも、「セルフプラン」について必要な内容のみならず、意味や目的なども丁寧に説明する義務があることが分かります。

ところで行政窓口では、比較的安易に「ご本人が作成してサインをすれば障害福祉サービスが使える」などと「セルフプラン」の作成が促されるようなことが起こるかもしれません。指定特定相談支援事業所では「サービス等利用計画」の対象者数が飽和状態で、相談支援専門員から「セルフプラン」の作成が促されることがあるかもしれません。

しかし「セルフプラン」を選択するか否かは、ご本人が決定することです。行政窓口や相談支援専門員から促されるものではありません。

「セルフプラン」は、相談支援専門員が作成する「サービス等利用計画」と同程度の質が確保されなければなりません。それは、障害福祉サービスの要否判定と支給決定における勘案事項として非常に重要な意味を持つからです。さらには、「セルフプラン」により障害福祉サービスが支給決定された場合、モニタリングは実施されないことにもなっています。「セルフプラン」は、総合的、客観的な視点から適切な障害福祉サービス等の利用が選択され、表現されなければなりません。

「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）」で定められるサービス等利用計画への記載内容（再掲）

- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
- ② 総合的な援助の方針
- ③ 生活全般の解決すべき課題
- ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
- ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
- ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
- ⑦ モニタリング期間

「※ 指定特定相談支援事業者以外の者が作成する場合のサービス等利用計画案の記載事項についても、上記に準じることとする（⑦を除く。）。」

セルフ作成の場合も①～⑥の内容を
提出しなければならない

4. 計画相談支援と障害福祉サービス等との関係

「サービス等利用計画」と「個別支援計画」

2012年4月より障害福祉サービスを利用するすべての障害児・者に「サービス等利用計画」が作成されることになりました。

ところで、これまでは、各障害福祉サービス事業所で作成する「個別支援計画」の中で、フォーマルな社会資源だけでなくインフォーマルな社会資源も含んだ、「サービス等利用計画」に相当するような総合的な計画がつくられていたはずですが、しかしこれからは、この総合的な計画を「サービス等利用計画」として相談支援専門員が作成し、各障害福祉サービスの具体的な利用計画を「個別支援計画」としてサービス管理責任者が作成します。

これまでと異なる仕組みに混乱もあるかもしれませんが、これからは相談支援専門員とサービス管理責任者が有機的に連携していくことが必要です。

(1) サービス等利用計画

「サービス等利用計画」は、ご本人が希望する生活を実現するために必要な障害福祉サービスを含む社会資源を、総合的な支援方針に基づいて整理しながら作成します。そして「サービス等利用計画」には、ご本人の希望や夢に応じて、短期・長期の「希望」や「目標」が明示され、それを達成するために障害福祉サービスを含む社会資源を、どのように、どの程度の期間、どのような頻度で利用するのかなどが記入されます。

利用者は、地域にはどのような社会資源があるのか、どのような利用ができるのかなどをすべて把握しているわけではありません。相談支援専門員は、地域の社会資源を、ネットワークにより把握できる専門家として、「サービス等利用計画」を作成します。

(2) 個別支援計画

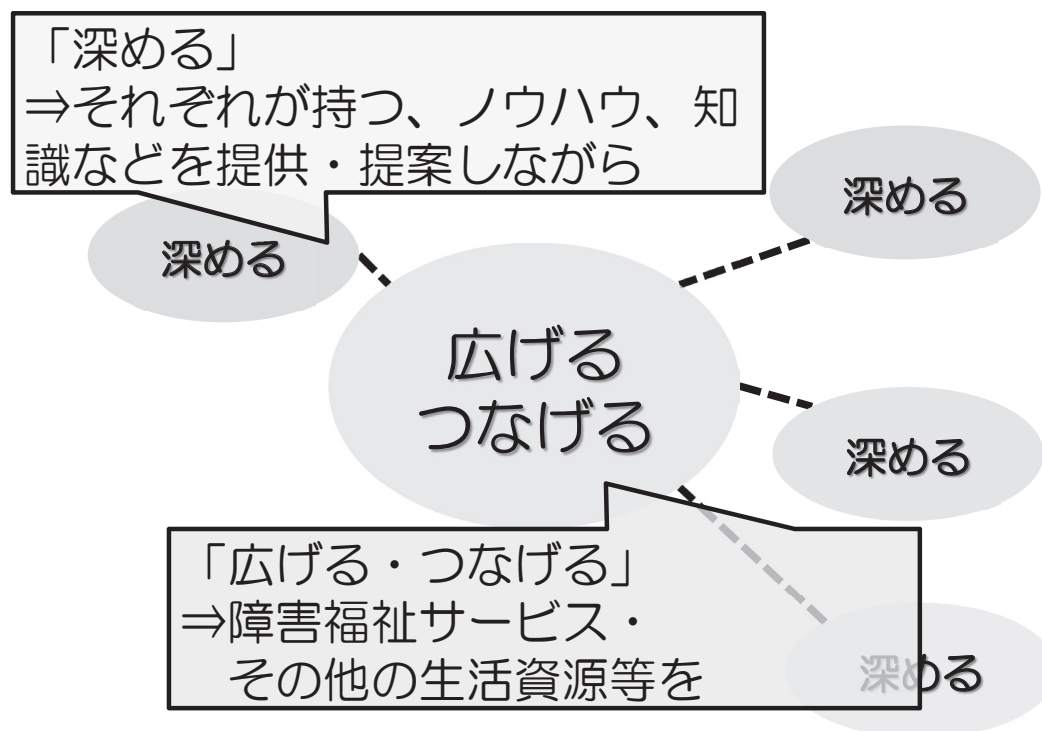
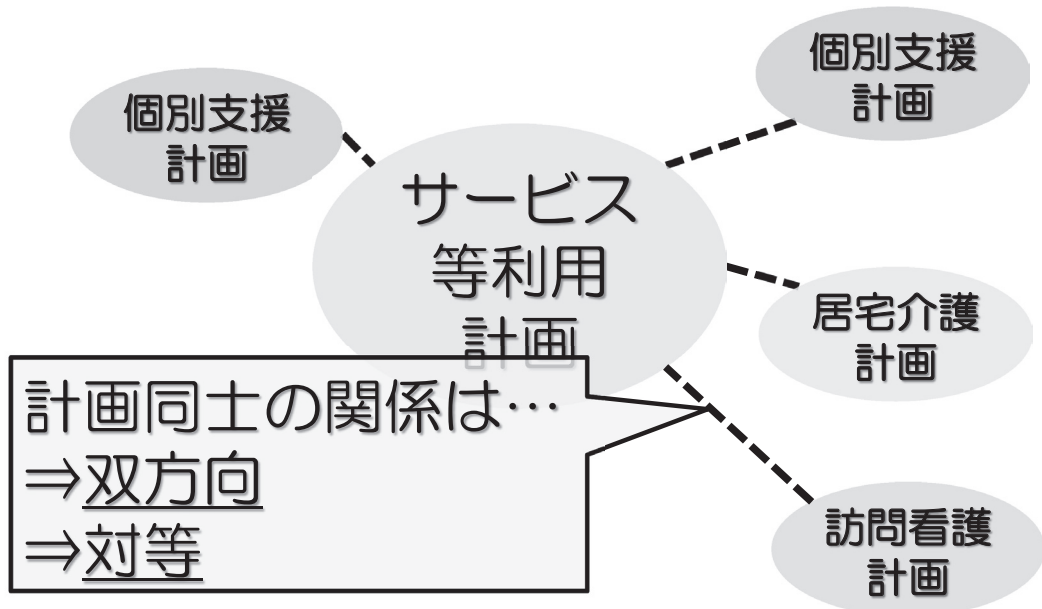
一方、「個別支援計画」は、「サービス等利用計画」という総合計画に基づいて作られる、障害福祉サービスそれぞれの詳細な利用計画です。各障害福祉サービス事業所が、サービスを提供するにあたり、どのような目的・目標を持ち、どのように支援していくのかを、より具体的に細かく示すものです。

「個別支援計画」は、サービス管理責任者がご本人と一緒につくります（居宅介護事業所（いわゆるホームヘルプサービス等を提供する事業所）では、障害福祉サービス事業所で作成される「個別支援計画」にあたる「居宅介護計画」をサービス提供責任者が立てます。）

どちらの計画も、障害福祉サービスやサービスメニューをただ列挙するだけでなく、ご本人を含めた様々な社会資源が、その機能を十分活かせるよう、具体的な内容にすることが大切です。

【「サービス等利用計画」と「個別支援計画」の関係（イメージ）】

サービス等利用計画（総合計画）と個別支援計画等個別の各計画との関係



サービス等利用計画（総合計画）と個別支援計画等個別の各計画との関係については、「コラム5」「コラム6」でも触れています。

総合的な計画と個別的な計画がどちらもある例

総合的な計画と個別的な計画がどちらもある例は、少し考えてみれば、よくあることです。ここでは、「家を建てる時」の例を考えてみましょう。

相談支援専門員の作成する「サービス等利用計画」は、家を建てる時の設計図によく似ています。設計図は、施主であるご本人の希望が盛り込まれた、全体を見渡すことのできる包括的なものになります。そこには期限も書かれています。「サービス等利用計画」でも、「いつ頃までに私はこんな生活をしていきたい」とか、「**か月先には、こんな場所で、**さんと一緒に暮らしていきたい」とか、「このサービスを利用して、できれば**年後には働きたい」など、期限が具体的な内容が大切です。総合的な計画は、進捗状況を管理する工程表の役割も合わせ持つことが重要と言えます。

一方、家を建てる時には、たくさんの専門職がかかわります。一人もしくは一つの会社で全て担うことはほとんどありません。基礎工事をする会社、塗装工事をする会社、電気設備工事をする会社…というように、役割分担をします。もちろん塗装工事には塗装工事用の仕事内容やスケジュールがあり、電気工事には電気工事担当の仕事内容やスケジュールがあります。障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者が作成する「個別支援計画」は、これにあたるでしょう。

ところで、昔は、腕利きの大工さんが、一人で全体の設計図、塗装や設備工事などの図面や工程表を担い、全てを管理することも多くありました。しかし、時代が進むにつれ、例えば「外国文化も盛り込みたい」「バリアフリーにしてほしい」など家に対するニーズは複雑多様化し、技術は革新し、工法もいろいろと開発され、制度も色々とできました。施主一人ひとりの個性に合った暮らし、夢や希望を最大限目指した家を建てるためには、プロジェクトチームを組み、そのチームで「設計⇒着工⇒進捗状況管理⇒完成引き渡し」までを行わなければなりません。

障害福祉領域においても、社会の価値基準や状況の変化に伴いニーズは複雑多様化し、様々な社会資源が整備され、支援方法が開発されてきました。「家を建てる時」と同様に、チームでニーズの充足を目指すための方法論—P D C A (Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Action(改善)) サイクルを踏まえ、ケアマネジメントの理論に基づいた実践が必然と言えるでしょう。

さて、「地域生活を支援するとき」と同様に「家を建てる時」でも、まずは「きちんとご本人の希望を把握すること」が重要です。そして「地域生活支援をする時」と同様に「家を建てる時」でも、ご本人の希望を把握したうえで、予算はどの位か、どのくらいの広さや間取りが必要か、家族関係や趣味は、イメージしている将来像はどのようなものかなどをアセスメントします。しかし、「地域生活を支援するとき」に考えなければならないことは、「家を建てる時」以上に複雑で、広範かもしれません。なぜなら一人ひとりの価値観や歴史、その人の生活する地域社会の在り方や、活用できる社会資源の可能性などが非常に多様だからです。保健医療福祉等フォーマルな社会資源だけではなく、家族、職場、街の商店の人、隣人、友人など、さまざまな社会資源の可能性を掘り起こしながら、それらと有機的に連携し、オーダーメイドのチームで支援をすることが必要です。相談支援専門員は、このオーダーメイドの本人を中心に考えて作成する「サービス等利用計画」を、チームで共有していくための核たる存在です。

障害福祉サービス事業所が最初の相談窓口になった場合は？ ～相談支援専門員とサービス管理責任者の関係性は対等です！～

ある障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者より…

相談支援が個別給付化される前は、相談支援事業所の相談支援専門員さんよりも、病院のソーシャルワーカーや市役所の障害福祉サービスの窓口担当者、あるいはご本人やご家族から「そちらの生活訓練を利用したいのですが？」と相談を受けることが多かったですね。

制度が変わってからは特に、決まって「まずはですね、相談支援事業所といいまして、あなたの希望を丁寧に聞いてその希望に一番合った所と一緒に探してくれる所があります。障害福祉サービスを使う方は、まずは相談支援事業所にご相談していただくようお願いしています。」と、相談支援事業所の説明をしています。うちのサービスを使っていたか前に、必ず相談支援事業所でアセスメントをしてもらっています。相談支援事業所への橋渡しですね。

その時はもちろん、こちらから、紹介先の相談支援事業所に「こういう方から電話があり、まずはそちらに連絡して下さいと紹介しましたので、どうぞよろしくお願ひします。」と連絡しておきます。日頃から事業所同士が顔の見える関係だと紹介しやすいですね。そうじゃない場合は自己紹介などを丁寧にしないとです。

そうすると、少し経った後、今度は相談支援専門員さんから連絡があります。ご本人にとって本当にうちのサービスが必要な方は、利用につながります。しかし電話を受けた中で1/3弱くらいの方は、実はうちのサービスよりも、もっとピッタリなサービスを提供してくれる事業所を見つけてそちらに行かれたり、ご本人の思い込みで「こんなサービスが受けられる」と勘違いされていたりで、うちのサービスにつながらない結果になっています。

それと、相談支援事業所でも生活訓練事業所（障害福祉サービス事業所）でも、同じように利用者のアセスメントをしますが、アセスメントの視点は違うかもしれないですね。何を集中的にアセスメントするのか、どこに支援の軸を置くのかなどは、立ち位置によって随分と違うものだなあと感じます。例えば私たちは生活訓練事業の一環でご自宅に訪問したり、一緒に地域の様々な場所へ外出したりしながら、その方の地域での暮らしを継続的にアセスメントします。また通所先では集団の中でのご本人の様子をみることになりまます。日常的生活場面や活動場面における連続的なアセスメントは、相談支援専門員さんには難しいと思います。なので、意識的にこちらから連絡を入れるようにしたり、サービス担当者会議を通じて情報交換したりしています。

逆に、ご本人が、ご家族のことや、生い立ち、うちを卒業したあとの仕事のことなどを相談支援専門員さんに話していることも随分とあります。このような情報がうちでの支援において重要な場合などは、先程とは逆に相談支援専門員さんから色々教えてもらうこともあります。もちろん、どちらの場合にしてもご本人の了解を得てからですが。

相談支援専門員もサービス管理責任者も、プロの対人援助専門職です。私、以前は相談支援専門員をしていたこともありましたが、チームで同じ方向を見続けようとする、立場や役割の違いを互いに理解し合うことがいかに大切かということに気づかされます。もちろん両者に上下関係はありません。その関係性が対等でなければ支援はうまくいかないでしょうね。

障害福祉サービスが既に支給決定されている場合は？

「サービス等利用計画」は、2012年度から2014年度末の間に、障害福祉サービスを利用する全ての方に対して作成されなければなりません。もちろん、既に障害福祉サービスが支給決定され、障害福祉サービスを利用している方も対象です。

本来は、相談支援専門員が作成した「サービス等利用計画案」に基づき、障害福祉サービスが支給決定されます。そして支給決定後に障害福祉サービスを提供する事業所が調整され、「サービス等利用計画」が作成され、さらにその「サービス等利用計画」に基づき、事業所ごとに「個別支援計画」や「居宅介護計画」が作成されます。

しかし2012年度から2014年度の間は、障害福祉サービスが既に支給決定されている場合が多くあります。この場合、既にサービス管理責任者やサービス提供責任者によって「個別支援計画」や「居宅介護計画」が作成され、ご本人や支援チームと共有されています。「サービス等利用計画」は後追いとなりますが、相談支援専門員は、既に作成・共有されている各計画を確認し、それらを結び合わせながら、トータルマネジメントしていくことが必要です。

でも、もしかすると、相談支援専門員がかかわってこなかったこれまでと異なる状況に、利用者や事業所には少し戸惑いや不安が生まれるかもしれません。

障害福祉サービスが既に支給決定されているAさんの例

では、障害福祉サービスが既に支給決定されているAさんを例に考えてみましょう。

Aさんは現在、アパートで一人暮らしをしながら、日中は就労継続B型事業所を利用し、居宅介護（家事援助）を週2回、訪問看護・指導を月2回利用しています。

Aさんは、時々調子を崩すことがあります。調子を崩すその度に、就労継続B型事業所の利用調整を居宅介護のスタッフが行ったり、居宅介護の利用調整を訪問看護・指導のスタッフが行ったり、場合によってはAさんが自ら事業所間の調整を行ったりと、Aさんが調子を崩す度にAさんの支援の枠組みが不安定になる状況が続いていました。

そもそも、関係する事業所それぞれがAさんの支援の方針をそれぞれ個別に考えており、それらは、共有されていませんでした。Aさんの生活の全体像や「私はこんな暮らしをしたいんだ！」というAさんの思いの把握の仕方も、事業所ごとにちょっとずつずれていました。

そんなAさんに、あるときから相談支援専門員のBさんが関わることになりました。Bさんは、日頃Aさんの身近で支援を行い関係性がつくられているそれぞれの事業所とチームをつくることにしました。まずBさんは、Aさんの生活の全体像や「私はこんな暮らしがしたいんだ！」というAさんの思いの把握について事業所ごとにちょっとずつずれている状況を、事業所ごとにそれぞれ立場が異なる点について相互理解を促しながら統合しました。そしてAさんの「私はこんな暮らしがしたいんだ！」という思い、そしてAさんが抱いていた夢に向かい、Aさんを中心にチームが動き出しました。

相談支援専門員は、ご本人の思いはもちろんですが、これまでご本人とかがわりのある様々な方たちの「かかわりの歴史」も大切にしなければなりません。ご本人を中心に、皆が同じ方向を見ながら、一緒に進んでいけるといいですね。

5. 相談支援と精神保健福祉のこれから

(1) 精神保健福祉士の責務

私たち精神保健福祉士は、個人としての尊厳を尊び、人と環境の関係を捉える視点を持ち、共生社会の実現をめざし、社会福祉学を基盤とする精神保健福祉士の価値・理論・実践をもって、精神保健福祉の向上に努めること、精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を行う専門職としての責務があります。

(2) 精神保健福祉士は地域相談支援を業とする

精神保健福祉士法の第二条では、「精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと（以下「相談援助」という。）を業とする者という。」と規定されています。

(3) 改正精神保健福祉法

2013年第183回国会（常会）において、精神保健及び精神障害者に関する法律が改正され、2014年4月1日（一部、2016年4月1日）に施行されます。厚生労働大臣は、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する重要事項を指針（大臣告示）として定めるとしてあります（法第41条）。この指針は、これからの精神保健福祉の方向性を決める極めて重要な指針となるでしょう。私たち精神保健福祉士は、2012年6月29日に公表された「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」の報告書にある内容が具体化されるかどうか踏まえて注視するとともに、実践と理論に基づいた意見集約と関係団体との協議、及び必要な要望活動を行う必要があります。

(4) 入院時点から地域生活支援が始まる

改正精神保健福祉法では、精神科病院の管理者に対して、医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置、地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携、退院促進のための体制整備を義務付けています（法第33条の4、法第33条の5、法第33条の6）。

医療機関の精神保健福祉士は、入院時から相談支援専門員と連携して、本人が希望する退院後の生活にむけた支援を開始することになります。

(5) 地域移行支援と地域定着支援の活用

2012年施行の改正障害者自立支援法（現、障害者総合支援法）において、地域移行支援は、支援の必要性が相対的に高い1年以上の入院者及び、特に支援が必要な1年未満の入院者（措置

入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とするものや地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者など）を対象としています。

また、退院後の地域生活支援は、入院外医療（アウトリーチ（訪問支援）や外来医療など）と障害福祉サービス等との連携がかかせません。医療サービス中心の支援となる場合にも、特に地域定着支援を活用することで、本人中心の支援を相談支援専門員と連携して行うことが可能となります。

(6) 準備すること実践すること

このように、法律上は、精神障害者が入院した際、医療機関の精神保健福祉士と相談支援専門員が協力して早期の支援体制を整えることを期待されています。これが絵に描いた餅とならないために、今から準備すること、実践しておくべきことがあります。

まず、相談支援専門員は、市町村と協働して、障害者総合支援法に基づく協議会を活用して、一般的な相談、基幹相談支援センター、計画相談支援、地域相談支援を含めた相談支援体制を早急に整えるとともに、地域の人材育成を行う必要があります。地域の相談支援体制を早急に整えておかなければ、障害福祉サービスを必要としている人のサービス等利用計画の作成に追われて、入院している人への支援が行き届かないことでしょう。

一方で、医療機関の精神保健福祉士は、改正精神保健福祉法を踏まえて、精神保健福祉士の役割と機能を見直し、入院から退院にむけた支援体制を再構築する必要があります。そこでは、相談支援専門員との連携をどのように行うかについても検討してください。早期の支援体制の確立は、あたりまえのことが法律に位置づいたに過ぎません。しかし、より効果的に実践するために、相談支援専門員と医療機関の精神保健福祉士の連携協議を今から始めておきましょう。

(7) 本人中心の支援

私たち精神保健福祉士は、実践軸を「クライアントと対等な関係の確立」という「かかわり」においてきました。そして、この「本人中心の支援」を実践するうえで、「ケアマネジメント」「グループワーク」「コミュニティーワーク」といった、ソーシャルワークの知識と技術を持ち合わせています。私たちは、単に、サービスに結び付けることだけを業とせず、先達が実践してきたように、同じような悩みのある人が複数いれば「グループワーク」を通して仲間づくりを行い、インフォーマルなネットワークを通して支援者を増やして、フォーマルなネットワーク（現在は協議会等）を通して政策反映させましょう。

精神保健福祉士の国家資格ができたとき、この資格は、ソーシャルワーカーのための資格でなく、精神障害者のための資格であってほしいと言われていました。

私たちは、いまだその期待に応えられていないことを真摯に受け止めるとともに、これからも、個人としての尊厳を尊び、人と環境の関係を捉える視点を持ち、共生社会の実現をめざして、精神障害者のリカバリーのために、本人中心の支援を「かかわり」を軸として行っていきましょう。

6. おわりに

2006年度に施行された障害者自立支援法において、サービス利用計画は、地域移行や地域で安心して生活することをすすめるための制度的裏付けとなるものと期待されていましたが、残念ながらサービス利用計画作成費を活用する利用者は非常に少ない状況でした。この反省から2010年に障害者自立支援法を見直すために厚労省において検討会等が行われ、「障がい者総合福祉法（仮称）」の議論を経て同年12月に自立支援法の改正法が成立しました。改正法では、相談支援体制の強化として基幹相談支援センターの設置や自立支援協議会の法定化、サービス等利用計画案を勧案するような支給決定プロセスの見直し、またそのサービス等利用計画を作成する対象者の拡大が図られました。

サービス等利用計画の作成は、これまで精神保健福祉士が行ってきた相談支援が、障害者のケアマネジメントとして、制度に位置づけられたものといえます。それまでの障害者ケアマネジメントは、ケアマネジメント従事者が援助技術として活用する手法でした。サービス等利用計画の作成は法的に位置づけられ、個別給付化されることにより、サービス利用計画作成費として評価されるものとなりました。

今回、相談支援施策提言委員会では、「相談支援」にスポットを当て、このハンドブックを作成しました。本書においては、「相談」とは何か「相談援助」、「相談支援」の違い、日頃私たちが、何気なく口にしてしている言葉の持つ意味を掘り下げることにより、「基本相談」や「計画相談」「地域相談」がどのような専門性の上に成り立っているのかを解説しました。その上で、サービス等利用計画のあり方について考え、その作成段階において注意する点に触れ、一つの計画を作成するまでの利用者との寄り添いを通して、サービス斡旋や調整表ではなく、本人を中心に考えて作成することを強調しています。また、計画相談支援と障害福祉サービスとの関係についても解説しました。最後に相談支援を通して、精神保健福祉のこれからを展望しました。ここでは、本書が相談支援事業に携わる精神保健福祉士だけのものにならないよう、医療機関の精神保健福祉士にも知っておいてもらいたいことに触れています。また、今回のハンドブックが、ただの解説書とならないよう、「よりわかりやすく」の視点から、随所に「コラム」を入れています。ここでは、本書の作成に携わった委員が日頃の業務の中で体験した事例や考え方を紹介し、より実践に近く、相談支援の仕事に就いたばかりの方からベテランと言われる方までが、読めるように工夫しました。

障害のある人の生きづらさは、その障害にあるのではなく、その障害のある人を取りまく環境にあることを私たちは学んできました。地域のサービスは十分でないかもしれませんが、インフォーマルな資源を加え、それら全体をコーディネートする力が、ケアマネジメントであり、それこそが「相談支援」なのです。その人がその人らしく、自身が納得いく人生を送れるように、私たちが障害のある人の可能性を自ら信じ、その人たちに希望を与えると同時に周囲の人たちの姿勢をも変えるような実践を行う必要があります。

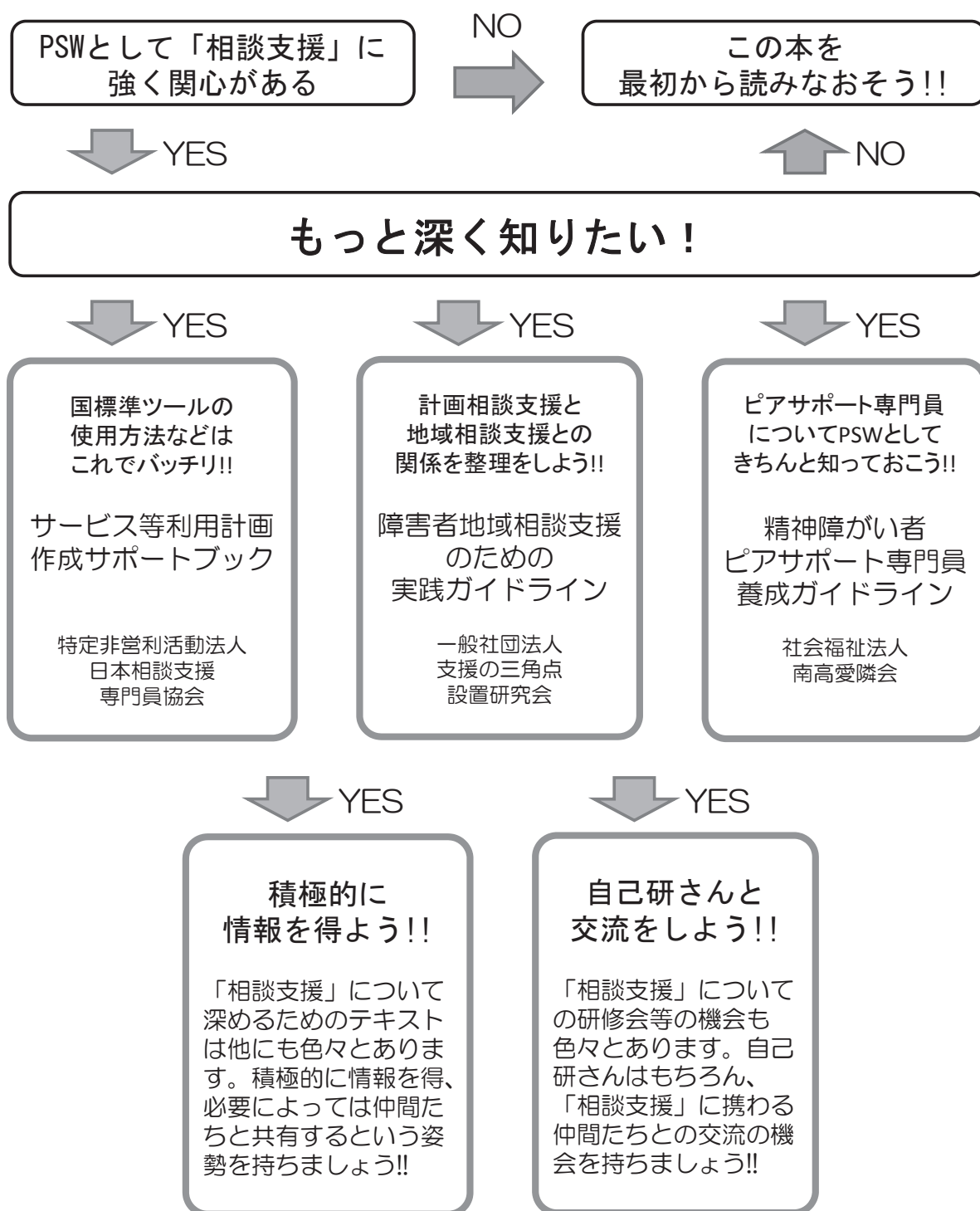
「相談支援」がよりよいものとなるように、そしてそれが普遍的なものとなり、住む場所は違えども同じように質の高いサービスが受けられるような技術の研鑽、そのためにも何が必要かを私たちが考える、私たちが気づこうとする、そしてそれを行動にすることが大切です。このハンドブックが、その手助けの一つになることを期待しています。

最後まで、お読み頂きありがとうございました。

（付録「相談支援」をもっと深く理解するために!!）

中川 浩二

(付 録 「相談支援」をもっと深く理解するために!!)



制度も、社会情勢も、“障害”“障害者”の捉え方も、そして私たち精神保健福祉士に求められる期待も、これからまた少しずつ変わっていくことでしょう。そうした変化を追いかけ、受け入れながらも、普遍的な大切なことを実現していく力を、私たちは、養い、積み上げ続けていくことが必要なのではないでしょうか？

(付 録 「相談支援」の詳細を確認しよう!! - 根拠法 -)

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から一部抜粋

第五条

17 この法律において「相談支援」とは、基本相談支援、地域相談支援及び計画相談支援をいい、「地域相談支援」とは、地域移行支援及び地域定着支援をいい、「計画相談支援」とは、サービス利用支援及び継続サービス利用支援をいい、「一般相談支援事業」とは、基本相談支援及び地域相談支援のいずれも行う事業をいい、「特定相談支援事業」とは、基本相談支援及び計画相談支援のいずれも行う事業をいう。

18 この法律において「基本相談支援」とは、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整（サービス利用支援及び継続サービス利用支援に関するものを除く。）その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与することをいう。

※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施行規則

（法第五条第十八項に規定する厚生労働省令で定める便宜）

第六条の十一 法第五条第十八項に規定する厚生労働省令で定める便宜は、訪問等の方法による障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者（以下この条及び第六十五条の十において「介護者」という。）に係る状況の把握、必要な情報の提供及び助言並びに相談及び指導、障害者等、障害児の保護者又は介護者と市町村、指定障害福祉サービス事業者等（法第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等をいう。以下同じ。）、医療機関等との連絡調整その他の障害者等、障害児の保護者又は介護者に必要な支援とする。

第七十七条

市町村は、厚生労働省令で定めるところにより、地域生活支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

三 障害者等が障害福祉サービスその他のサービスを利用しつつ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の厚生労働省令で定める便宜を供与するとともに、…

(付 録 「相談支援」の詳細を確認しよう!! -Q & A-)

相談支援関係 Q & A (2013年2月22日) から一部抜粋

【基本相談支援】

問21 指定相談支援事業者が行う「基本相談支援」と、「地域生活支援事業の相談支援事業」との関係についてお示しいただきたい。

(答) 「地域生活支援事業の相談支援事業(財源は交付税措置)」は、指定相談支援事業者が行う「基本相談支援」とは異なり、障害者自立支援法に基づき、市町村の責務として必ず実施する事業として規定されているものであり、これまでと何ら変更がないものである。

(H24.3.6 相談支援関係Q&A 3支給決定通知・事務処理要領 - 3)

【基本相談支援】

問22 計画相談支援の対象者で、モニタリング月ではない時も随時相談があったり、電話が頻回で対応をしなければならない場合も基本相談支援で対応をしなければならないのか。

こういう場合は、委託相談支援事業所が担当することとしてよいか。または、地域定着支援事業で対応することはできないか。

(答) 計画相談支援以外の相談支援が日常的に必要な場合は、委託相談支援事業所と連携したり必要に応じてモニタリングの回数を増やすなどの対応も検討されたい。

地域定着支援の対象となる者(単身等であって地域生活が不安定な者)である場合には、支給決定の上で地域定着支援で対応することも想定される。

相談支援政策提言委員会委員名簿（※HB=ハンドブック）

	氏 名	所 属	支 部
担当部長	中川 浩二	和歌山県障害福祉課	和歌山県
委員長	岩上 洋一	特定非営利活動法人じりつ	埼玉県
委 員	青戸 忍	特定医療法人養和会 養和病院	鳥取県
委 員	有野 哲章	埼玉県幸手保健所	埼玉県
委 員	今村 まゆら	かまた生活支援センター	東京都
委 員	遠藤 紫乃	特定非営利活動法人ほっとハート	千葉県
委 員	金川 洋輔 (HB作成チーム)	地域生活支援センター サポートセンターきぬた	東京都
委 員	菅原 小夜子	特定非営利活動法人こころ	静岡県
委 員	中野 千世	地域活動支援センター櫻	和歌山県
委 員	吉澤 浩一 (HB作成チーム)	相談支援センターくらふと	東京都
委 員	吉野 智 (HB作成チーム)	中核地域生活支援センター 海匠ネットワーク	千葉県
助言者	門屋 充郎	特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター	北海道
協 力	相川 章子	学校法人聖学院大学 人間福祉学部	埼玉県

精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン

2014年3月発行（ver.1）

地域移行推進委員会

精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック

2013年6月発行（ver.1.1）

2013年8月改定（ver.1.2）

2013年9月改定（ver.1.3）

相談支援政策提言委員会

ガイドライン&ハンドブック 合本版

2014年3月発行

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会