

E-5. 市町村以外の者(相談支援事業者)が意向聴取した場合、市町村はどのように、その意向聴取の内容を把握しましたか

1. 意向聴取をした者からのみ、その内容を聴取した
 ・聴取の方法（面接、電話、書面、その他： _____）
2. 再度、本人等から意向を聴取した
 ・聴取の方法（面接、電話、書面、その他： _____）

E-6. 意向聴取を行った者と、本人等の両方から意向聴取内容の聴取をした際、両者の結果に相違がありましたか

1. あった 2. なかった

E-7. 聴取内容に相違があった場合の、相違点について記載して下さい(無い場合は空欄)

●利用意向聴取の中で、明らかになったニーズ等について、他の専門家等にアセスメントを依頼したり、相談する必要がある事項がありましたか。 1. あった 2. なかった

●必要と判断された他の専門家等に対するアセスメントや相談依頼の内容と実施時期・結果
 （補装具の適合判定、医療の必要性、住宅改造の方法等）

○内容： _____（実施時期； _____）
 結果： _____

○内容： _____（実施時期； _____）
 結果： _____

調査票 A-F

① 相談日	② 相談の相手	③ 相談方法	個別相談の場合の方法
/	<u>サービス事業者</u> 提供するサービスの種類 ()	1. 関係者を含めた会議開催 (他の参加者:) 2. 個別相談 3. その他 ()	1. 面談 2. 電話 3. 書面 4. その他
個別相談又は会議で話し合われた内容			
/	<u>サービス事業者</u> 提供するサービスの種類 ()	1. 関係者を含めた会議開催 (他の参加者:) 2. 個別相談 3. その他 ()	1. 面談 2. 電話 3. 書面 4. その他
個別相談又は会議で話し合われた内容			

調査票 A-F

F-2. 支給決定の際に、以下のような概況調査等の項目を勘案した場合、どの程度勘案しましたか。
 また、例示以外の勘案した事項があれば空欄に記載の上、併せて、当てはまる数字に○を付けて下さい。
 それぞれの項目について、何らかの支給基準がすでにある場合は、印を付けて下さい

	←		
全くしなかった			大いにした
1	2	3	4

* 例示以外の独自項目があれば、空欄に追加して下さい

勘案事項	勘案の程度				(✓)
障害程度区分	1	2	3	4	
医師意見書	1	2	3	4	
サービス利用状況	1	2	3	4	
入所・入院歴	1	2	3	4	
就労状況	1	2	3	4	
日中活動状況	1	2	3	4	
介護者の状況	1	2	3	4	
居住の状況	1	2	3	4	
外出頻度	1	2	3	4	
社会活動の参加状況	1	2	3	4	
本人及び家族の経済状況	1	2	3	4	
当該自治体のサービス基盤の状況	1	2	3	4	
	1	2	3	4	
	1	2	3	4	
	1	2	3	4	
	1	2	3	4	

※ 独自の勘案事項整理票、一覧表等を作成している場合は、添付して下さい

調査票 A-F

※ 支給決定案を、添付して提出してください。支給決定案に関する独自の記入様式がなく、添付できない場合のみ以下の「F-3」の書式に記入してください。

F-3. 作成された支給決定案についてご記入下さい(添付する決定案がない場合のみ)		
1. 対象者のニーズの概要		
2. 案で利用されたサービス【当てはまるものすべてに○印】		
<p>■ 居宅支援</p> <p>1) ホームヘルプ</p> <p>2) デイサービス</p> <p>3) ショートステイ</p> <p>4) グループホーム</p>	<p>■ 施設型支援</p> <p>1) 重症心身障害児施設</p> <p>2) 療護施設</p> <p>3) 更生施設</p> <p>4) 授産施設</p> <p>5) 小規模授産施設</p> <p>6) 福祉工場</p> <p>7) 生活訓練施設（援護寮）</p> <p>8) 通勤寮</p> <p>9) 小規模作業所</p>	<p>■ その他</p> <p>1) 手話通訳</p> <p>2) 介助犬</p> <p>3) 聴導犬</p> <p>4) 盲導犬</p> <p>5) 補装具</p> <p>6) 相談支援</p> <p>7) 地域福祉権利擁護事業</p>
<p>■ その他のフォーマルサービス（自由記述）</p> 		
インフォーマルサービス		
<p>■（自由記述）</p> 		

調査票 A-G

G-2.審査会の構成について具体的に記載して下さい(A-D「二次判定審査会」と同じ場合は不要)

1つの審査会の人数

審査会の構成員の職種や属性

G-3.審査会の意見は、支給決定にどのように反映しましたか

最終的に支給決定を行い、ご本人に伝えた日をお知らせ下さい

支給決定の本人への伝達 月 日

調査票Bは、支給決定を本人または代理の人に伝える際に、本人（または代理の方）にその場で記入してもらい、回収してください。

調査票 A-H

<p>サービス事業者 提供するサービスの種類 ()</p>	<p>1. 関係者を含めた会議開催 (他の参加者:) 2. 個別相談 3. その他 ()</p>	<p>1. 面談 2. 電話 3. 書面 4. その他</p>
調整の内容		
<p>サービス事業者 提供するサービスの種類 ()</p>	<p>1. 関係者を含めた会議開催 (他の参加者:) 2. 個別相談 3. その他 ()</p>	<p>1. 面談 2. 電話 3. 書面 4. その他</p>
調整の内容		

※ サービス利用計画書を添付して下さい

【調査票 B】

—— ご本人用 ——

サービスを利用するにあたって、窓口での相談、調査などいろいろな手続きがあります。こうした手続きについてのあなたのお気持ちやご意見を教えてください。

あなたのお名前や住所、年齢などが他の人に知られることはありません。また、答えたくない場合には、答えなくてもかまいませんし、途中でやめてもかまいません。しかし、大切な質問なので、できる限りご協力を願います。

よろしく願います。

【記入者に関する情報】1つに○をつけてください

極力、本人が記入して下さい。ただし、本人の記入が困難な場合には、ご家族、その他の方が記入いただいても結構です。

- 記入者： 1. ご本人
 2. ご家族 続柄 ()
 3. その他 続柄 ()

質問：下のそれぞれの文について、あなたのお気持ちに一番近いもの1つに○をつけてください

サービスを ^{りよう} 利用するにあたって、どこに ^{そうだん い} 相談に行つてよいか、 知っていましたか。	よく 知っていた	し 知っていた	あまり ^し 知らな かった	まった 全く知らな かった
^{しきゅうけつてい} 支給決定（サービスを ^{うける} までのながれ）についての ^{せつめい} 説明をきちんと うけましたか。	く 詳しく うけた	う けた	あまり ^う けて いない	まった 全く ^う けて いない
^{さいしょ} 最初に ^{そうだん い} 相談に行つてから、サービス ^{りよう} 利用が ^き 決まるまでの ^{じかん} 時間の ^{なが} 長さは どうでしたか。	なが 長 なかった	すこし なが 長かった	なが 長かった	たいへん 大変 長かった
^{りよう} 利用できる ^{せいど} 制度やサービスについての ^{せつめい} 説明はわかりやすかったですか。	とてもわかり やすかった	わかりやす かった	すこしわかり にくかった	たいへんわ かりにく かった
さまざまな ^{ちゆうさ} 調査を受けていただきましたが、どのように ^{かん} 感じましたか。	たいへん 大変では なかった	すこし ^{たいへん} 大変 だった	たいへん 大変だった	すごく ^{たいへん} 大変 だった
^{じぶん} 自分がどのようなサービスを、どのように ^{りよう} 利用したいかといった ^{いこう} 意向についての ^き 聞き取りはどうでしたか。	時間をかけ て聞いても らえた	あるていど 聞いてもら えた	あまり ^き 聞いて もらえな かった	まった 全く ^き 聞いて もらえな かった
^{こんかい} 今回作成した「 ^{しきゅうけつていあん} 支給決定案」あるいは「サービス ^{りようけいかく} 利用計画」は あなたに ^{やくだ} 役立ちそうですか	おおいに ^{やくだ} 役立ちそう	まあまあ ^{やくだ} 役立ちそう	あまり ^{やくだ} 役立ちそう ではない	まったく ^{やくだ} 役立ちそう ではない

そのほかに感想やご意見がありましたらお書きください

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

きょうりよく
ご協力ありがとうございました。

第 1 版

相談支援マニュアル

平成 17 年度厚生労働科学研究 主任研究者 坂 本 洋 一

相談支援マニュアル

目 次

- 第1章 ケアマネジメントの基本
 - 第1節 ケアマネジメントの基本
 - 1 ケアマネジメントの意義と目的
 - 2 ケアマネジメントにおけるチームアプローチ
 - 3 ケアマネジメントのプロセス
 - 4 社会資源の改善・開発
 - 第2節 ケアマネジメント過程における倫理と基本姿勢
 - 1 ケアマネジメント過程における倫理
 - 2 ケアマネジメント過程における基本姿勢
 - 第3節 利用者の権利擁護
 - 1 利用者の視点に立つサービス
 - 2 サービスと苦情対応の仕組み
 - 3 相談支援専門員と権利擁護

- 第2章 相談支援の流れ
 - 第1節 受付・相談
 - 1 受付・相談の意義と目的
 - 2 受付・相談の内容と方法
 - 3 障害福祉サービスの説明
 - 第2節 支給決定プロセス（相談支援の流れ）
 - 1 受付・申請
 - 2 障害程度区分認定調査・概況調査
 - 3 一次判定（コンピュータ判定）
 - 4 医師意見書
 - 5 市町村審査会（二次判定）《障害程度区分の認定》
 - 6 判定結果通知（市区町村長・申請者）
 - 7 サービス利用意向聴取：ニーズアセスメント
 - 8 個別ケア会議
 - 9 支給決定案の作成（簡易サービス計画）
 - 10 支給決定と支給決定通知
 - 11 サービス利用計画作成依頼と契約
 - 12 課題分析：ニーズの把握
 - 13 サービス利用計画（案）
 - 14 サービス担当者会議
 - 15 サービス利用計画費
 - 16 モニタリング
 - 17 終結

第3章 市町村等の責務

第1節 市町村等の責務

- 1 国の責務
- 2 国民の責務
- 3 都道府県の責務
- 4 市町村の責務

第2節 地域自立支援協議会の目的と位置づけ

第3節 地域自立支援協議会の構成

第4節 地域自立支援協議会の運営内容

障害者の地域生活と就労をすすめ、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念にのっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設することとし、自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの基盤整備のための計画作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉等の関係法律について所要の改正を行うために、障害者自立支援法（以下「法」という。）を制定しようとするものです。

法の主な改革のねらいは、以下のとおりです。

1. 障害者の福祉サービスの「一元化」！

サービス提供主体を市町村に一元化する。障害の種類（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供される。

2. 障害者がもっと「働ける社会」に！

一般就労へ移行することを目的とした事業を創設するなど、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるよう福祉側から支援します。

3. 地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」！

市町村が地域の実情に応じて障害者福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用も視野に入れて規制を緩和します。

4. 公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化・明確化」！

支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化・明確化します。

5. 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し、支え合う仕組みの強化！

（1）利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」！

障害者が福祉サービス等を利用した場合、食費等の実費負担や利用したサービスの量等や所得に応じた公平な利用者負担を求めるとともに、低所得者に配慮した経過措置を設けます。

（2）国の「財政責任の明確化」！

福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改めます。

以上のように、法が障害の種類を共通の制度に一元化したことを受け、今まで分かれていた障害者の相談支援体制もその一元化が必要であり、この度、法の主旨に沿った相談支援事業の手引きを作成することになりました。

障害者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むために、障害者の多様な生活課題などを様々な支援者や専門家が個々に把握して対応するのではなく、相談支援専門員が生活全体を総合的に捉え、そこで明らかになった課題の相関性や統一性を基に、サービス提供事業者等のチームアプローチをとおしてケアマネジメントを展開し、総合的かつ効率的なサービスを提供することが可能となります。

この手引きは、ケアマネジメントを行う市町村及び相談支援事業者が、様々な社会資源を活用し、総合的かつ効率的課題解決を図っていく過程において、障害者自立支援法のサービスを活用する場合の支給決定の流れに沿った、簡潔でわかりやすく、新制度の理解にも結びつく内容にまとめたものであります。

第1章 ケアマネジメントの基本

第1節 ケアマネジメントの基本

ケアマネジメントの意義と目的

障害者の相談支援業務に携わる職員（ケアマネジメント従事者）は、障害者基本法の理念を常に念頭において、個人の尊厳と社会、経済、文化活動の参加の機会を保障することが大切です。

【障害者基本法はケアマネジメントの原点】

（基本理念）

第3条 すべての障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有するものとする。

2 すべての障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。

また、人間は、生まれながらにして、または、人生途中にして、障害や疾病などの様々な原因によって、他からの支援や介護を必要とする状態になったり、自分だけのあるいは家族だけの力では生活できないことがあります。

【他から支援や介護を必要とする状態】

【自分や家族だけの力で生活できない状態】

支援や介護が必要な状態になっても、

【支援や介護が必要な状態になっても、意志や希望がある】

・「可能な限り自分らしい生活を営みたい」

・「自分の人生に主体的・積極的に関わり自分の人生を自分で創り上げていきたい」

★エンパワーメント
（自己決定・自己実現）

・「家族として、人間としての尊厳ある人生と生活を送ってほしい」

障害をもつ方々が住み慣れた地域で自立した生活を送ることは、ふつうのことです。しかし、自立した生活を送るためには、住み慣れた地域の様々なサービス資源や、保健・医療

★ノーマライゼーション

・福祉・教育・就労等をはじめとする様々な領域のサービスを上手に使ったり、地域の障害者に対する意識やかかわりを深めたり、また、地域（又は利用者・家族）が有している“

★社会資源

強さ”や“力”を引き出していくことが必要となりますが、それは容易にできるものではありません。これらのことを、

★ストレングス

障害者のおかれている状況等を踏まえ、適切かつ総合的に課題調整する必要が生じてきます。その技法がケアマネジメントです。

ケアマネジメントとは、「地域社会の中で、利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な課題に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源を活用し、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」といえます。

【ケアマネジメントとは】

それでは、なぜ、そのようなプロセスとシステムが必要なのでしょう。

例えば、前述のような意志や希望を実現するために、「どこに相談したらいいの？」と尋ねるときに、市区町村に行くこととなります。

市区町村が相談支援を委託している場合がありますので、その場合は、委託された相談支援事業者に相談することになります。

障害者自立支援法（以下「法」という。）では、市区町村の相談窓口以外に相談支援事業者を都道府県知事が指定（指定相談支援事業者）する場合は、そこに相談支援専門員（ケアマネジメント従事者）を配置することとしました。

相談支援専門員は、ケアマネジメントのプロセスとシステムを活用して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくこととなります。

それは、利用者も「有する能力」に応じた日常生活を営むことを求めており、人間の尊厳を示す「自己決定」や「自立」という権利をもっているからです。「人間の尊厳」を実現していくためには、何が必要なのでしょうか。ケアマネジメントの目的は、「人間の尊厳」を守ることであり、「自己決定」「自立」を支えることです。「自己決定」と「自立」は、本人及び家族（介護者）の生活の質と深く結びつき、日常生活における「利用者の自立」と「家族の自立」を支援することによって具体的に現れます。

このために、法の中にケアマネジメントが位置づけられました。

法上は「自立」についての定義はしていません。しかし、
・「可能な限り自分らしい生活を営みたい。」
・「自分の人生に主体的・積極的に関わり自分の人生を自分で創り上げていきたい。」
・「家族として、人間としての尊厳ある人生と生活を送ってほしい。」

などという意識が「自立」という価値観を見だし、そのエネルギーに対して「支援」していくこととしています。

つまり、「自立支援」という考え方がケアマネジメントを法に位置づけた理念です。

（目的）

第1条 この法律は、障害者基本法の基本的理念にのっとり、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、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、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

障害者の自立を支援するための給付

法は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができることを目的とし、具体的には、利用者が暮らしている地域の社会資源のみでは自立支援ができない場合、必要な障害福祉サービスに係る給付をすることにしています。

【障害者の自立を支援するための給付】

法における給付は、「利用者の自立を支援する」ために行うこととしています。

(目的)

第1条 この法律は、障害者基本法の基本的理念にのっとり、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、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、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

法の自立の考え方の基本理念が、「自立支援」であること
を述べてきましたが、この自立支援は具体的には給付をと
して行われることとなります。(法第29条)

【介護給付費・訓練等給付費】

(介護給付費又は訓練等給付費)

第29条 市町村は、支給決定障害者等が、支給決定の有効期間において、都道府県知事が指定する障害福祉サービス事業を行う者（以下「指定障害福祉サービス事業者」という。）若しくは障害者支援施設（以下「指定障害者支援施設」という。）から当該指定に係る障害福祉サービス（以下「指定障害福祉サービス」という。）を受けたとき、又はのぞみの園から施設障害福祉サービスを受けたときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該支給決定障害者等に対し、当該指定障害福祉サービス又は施設障害福祉サービス（支給量の範囲内のものに限る。以下「指定障害福祉サービス等」という。）に要した費用（食事の提供に要する費用、居住若しくは滞在に要する費用その他の日常生活に要する費用又は創作的活動若しくは生産活動に要する費用のうち厚生労働省令で定める費用（以下「特定費用」という。）を除く。）について、介護給付費又は訓練等給付費を支給する。

障害者自立支援法へのケアマネジメントの導入

法における自立支援を、給付をとおして行う場合は、ケアマネジメントの仕組みを導入することによりサービスを提供することとしました。

【自立支援はケアマネジメントを導入することによりサービス提供することとした】

ケアマネジメントを受けるか否かの判断は「利用者の判断」になります。また、どのようなサービスをどのように組み合わせるか、その判断も、最終的には「利用者の選択」に委ねられます。《サービス利用の主体は利用者本人》

【ケアマネジメントは利用者から依頼を受けてから】

【サービスの組み合わせも利用者の選択】

従って、サービス利用計画（以下「ケアプラン」という。）も最終的には利用者の承諾を得ることになります。

【ケアプランは利用者の承諾を得る】

利用者がケアプランを承諾するということは、承諾する過程において、利用者の判断と希望が取り入れられていますので、利用者も自立支援に対する責任をもたなければならない、「協同の作業」としてケアマネジメントを受けているからで

【自立支援に対する利用者の責任】

す。

第5条

17 この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをい
い、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。

一 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29条第2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。

二 第19条第1項の規定により同項に規定する支給決定を受けた障害者又は障害児の保
護者（以下「支給決定障害者等」という。）が障害福祉サービスを適切に利用すること
ができるよう、当該支給決定障害者等の依頼を受けて、当該支給決定に係る障害者等の
心身の状況、その置かれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事
情を勘案し、利用する障害福祉サービスの種類及び内容、これを担当する者その他の厚
生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この号において「サービス利用計画」とい
う。）を作成するとともに、当該サービス利用計画に基づく障害福祉サービスの提供が
確保されるよう、第29条第2項に規定する指定障害福祉サービス事業者等その他の者
との連絡調整その他の便宜を供与すること。

ケアマネジメントにおけるチームアプローチ

ケアマネジメントを地域社会における支援システムとして考えると、そのキーパーソンは誰になるのでしょうか。それは相談支援専門員です。しかし、相談支援専門員が一人ですべてを背負うわけではありません。利用者が生活を営む上で、保健、医療、福祉、就労をはじめ、さまざまな領域に関わっていることは前述しましたが、ケアマネジメントは特定の「誰か」がすべてを担当するのではなく、その人に関わるさまざまな領域の専門職がチームとして対応していくことに意味があるのです。

このように、多分野・多職種の専門職による多様なサービスを一体的に、継続的に利用することができるようになることがチームケアといわれるもので、地域によるケアを実現していくためのシステムの重要な要といえるものです。

チームケアを実現するためには、チームによる利用者の生活の目標に対する取り組みが必要となります。これをチームアプローチといいます。

各種のサービスは、それぞれの専門職や利用者に関わる人によって担当されることとなりますから、チームアプローチはサービス提供にあたっての前提となるものです。

また、サービス提供にあたっては、サービス事業者間の調整や協働を図ることなしには適切なサービスを提供することができませんから、同一職種だけでなく他の専門職やサービス提供事業者等のチームアプローチが不可欠となります。

保健・医療・福祉・教育・就労等のサービスは、これまで多様な問題に対応できるように専門分化がすすめられてきました。しかし、ケアマネジメントで実現しようとする一人ひとりの自立した生活は、多様な生活課題などを個々に把握して対応するのではなく、生活全体を総合的にとらえて対応す

★相談支援専門員は、中立・公平な立場でケアマネジメントする位置づけとなっております。法人等の所属長など、立場や権限を行使し、中立・公平を損ねることは決してあってはなりません。

《相談支援専門員の独立・中立性の保証》

★チームアプローチの要素

①アセスメントの共有