

「毎日休まずに通ってきてくれて、全体の作業が遅れて納品に間に合っていないときでも進んで遅くまで残って手伝ってくれます」という話がありました。ただ、最近気になることとして、以前に比べて少しやせすぎはないかと感じているので、病院の担当医から話を聞いてもらった上で対処が必要であれば、またサービス担当者会議で説明をお願いします。ということでした。

ホームヘルプサービス提供事業所からも同様の話があったばかりだったため、相談支援専門員は医師へ連絡を取り、医療情報を取りました。幸い、現時点では糖尿病の顕著な進行もなく、食事による栄養管理程度で構わないとのことでしたが、担当医師によると、Aさんは、休日などに食材の買物に行った際、揚げ物が好物であり、どうしても弁当や総菜を多めに買って食べてしまうとのこと、食事面での見直しが必要になってきているのではないかと助言がありました。ヘルパー事業所と通所施設へその旨の連絡を取り、その際、近日中にサービス担当者会議の開催調整をすることを伝えました。

事例のポイント

- ① Aさんの場合はホームヘルプサービスの利用が初めてであったため、ホームヘルパーとの会話が弾みすぎて肝心の食事作りを覚えていくといった当初の目的から逸脱してしまうことも多々ありました。慣れない一人暮らしのなかで自宅に来てくれる人がいるという安心感がAさんの寂しさを紛らわしてくれるといった気持ちの表現になっていったことが推察されます。
- ② 墓参りや金銭拠出のための外出支援も当初は初めての取り組みであったため、相談支援専門員も同行して実態を把握することに努めました。
- ③ 食事面のことは医師には話せても相談支援専門員にはなかなか話せないことなどもあり、つい対応が遅れがちになってしまいました。それゆえに各機関との連絡調整が非常に重要であることを痛感することになりました。

モニタリングは、相談支援専門員の取り組みの中でも最も重要な役割となります。本人は満足しているか、ヘルパーが関わり方に戸惑いを抱いていないか、当初の計画通りにサービス提供がなされているか、事業所相互の連絡調整は滞っていないか、新たな課題が表出してい

いないか、そして何より本人のエンパワメントがなされているか、権利擁護につながっていく課題は表出していないかなど、様々な視点でモニタリングしていくことが重要です。

【モニタリング】一般的なポイント

- ① モニタリングは、初期モニタリング、継続モニタリング、終結に向けたモニタリングによって、その目的が異なります。初期モニタリングは、サービスが提供された直後から実施され、計画されたサービスがマッチしているか、サービスが適切に提供されているか、利用者を取り巻く環境に変化はないか等をチェックします。継続モニタリングは、サービスの質を確保すること、新たなニーズが発生していないかをチェックします。終結に向けたモニタリングは、計画された目標が達成されているか、もし達成に向かっていない場合、その原因は何かを明らかにします。
- ② 新たなニーズが発生したり、サービス利用計画を修正する必要がある場合、再アセスメントを行うかどうかを判断する必要があります。
- ③ 再アセスメントが必要であれば、ニーズ・アセスメントから開始することになります。
- ④ モニタリングは、利用者の満足度、サービス提供者の目標達成への意見等により行われます。
- ⑤ サービス利用計画作成費の算定においては、モニタリングは1か月に1回居宅を訪問し、本人と面接して記録することになっています。

(「障害者自立支援法第45条の規定に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」平成18年9月29日厚生労働省令第173号、第15条第13号)

② 再アセスメント

支援が開始されたのち、4か月後にサービス担当者会議を開くことになりました。参加者は第1回と同様です。

Aさんは食生活改善の必要性があることを通所施設の栄養士に伝え、できるだけわかりやすくAさんに説明してもらうようお願いをし、このままだと入院をする必要もあることを伝えたところ、Aさんも事の重大さに気づいてくれました。

その後、サービス担当者会議を開く中で、サービス導入後、

- Aさんが生き生きとして一人暮らしをしていること
- 料理のレパトリーも増えてとても喜んでいること

○生活支援員の助言をもらいながらではあるものの、郵便局に行って自分で生活費をおろせるようになってきたこと

○念願の両親のお墓参りに行けるようになったこと

など、生活に幅ができて充実してきたことなどを共有化しました。

その上で、新たな課題として、

① 糖尿病のための食事管理をどのようにAさんがストレスを感じないようになら進めていくか

② 日常の食材に関する買い物やお墓参り以外に外出機会が乏しいため、休日時の過ごし方の提案をどのようにしていくか

を中心に話し合いがされました。

①については、定期通院の際に、担当医師から食事管理の必要性を伝えてもらうことになりました。また、通所施設の栄養士が月ごとに自宅で献立を作成して、ホームヘルプサービス提供事業所のサービス提供責任者と打ち合わせをしていきながら、ホームヘルパーに周知すると同時に、協力して手伝ってもらえるようになりました。

②については、Aさん自身は節約化であり無駄遣いをしないことと相まって、洋服や下着なども最近購入したことがないとの話が以前聴取したアセスメント票にも記載されていたため、月に一回開催されている当事者活動の情報提供と合わせて、「もし、当事者活動に参加することになると、外出着が必要では？」と促していきながら、休日時の衣類等の購入を前提としたサービス利用に結び付けていけないか、といったことを前提に相談支援専門員から働きかけてみることになりました。

また、今回のサービス担当者会議で話し合われた内容と、Aさんの同意をもとにした「モニタリング報告」「サービス利用計画作成書」をサービス利用計画作成費審査委員会へ報告することにしました。

事例のポイント

① Aさんの場合は、通所施設の栄養士の協力により支援の幅が更に広がることとなります。医師も同様で、通常なら必要な時以外連絡を取らないといったケースも少なくはありませんが、Aさんについては定期的な連絡調整を常に図っていたことで、医師の協力もスムーズに得ることができました。

② Aさんの場合は質素な生活に終始し、必要以上の金銭拠出をせず、衣類の購入や旅行などに対しても意欲が高くないため、相談支援専

門員はAさんの生活全般に対する意欲を高めてもらうことを今後の取り組みとしました。

当初のサービス提供が開始されると、本人や家族からは特別な事情がない限り、不満や苦情が出されないことがあります。相談支援専門員は客観的な視点をもって常にサービスの見直しを前提とした聞き取りが重要となってきます。

また、権利擁護の視点、本人のエンパワメントの視点を常に欠かさないことが重要です。

〔再アセスメント〕の一般的なポイント

- ① 再アセスメントは、新たなニーズが発生した場合、必ず行われます。その際、ニーズ・アセスメントから出発します。
- ② サービス利用計画を修正する必要がある場合も、必要に応じて再アセスメントから出発します。
- ③ 相談支援専門員は、最初に行ったアセスメントにおいて見落としや実施していなかったことがなかったかをチェックしましょう。
- ④ アセスメント内容に変更またはもれがないときは、利用者の主訴からニーズを引き出し、ニーズの整理を行ったときに問題はなかったかを確認しましょう。
- ⑤ サービス担当者会議において、ニーズを充足するための検討が行われたかを確認しましょう。

6 利用者負担上限額の上限管理

Aさんの場合は障害者自立支援法の自立支援給付のうち、通所施設(就労継続支援B型；訓練等給付)と居宅介護(介護給付)、移動支援(地域生活支援事業)を利用することで、利用者負担上限額の上限管理を相談支援専門員が担うことになります。

Aさんは母親が残してくれた財産があることで、負担上限額がどうしても高くなってしまいうこともあり、こういったサービスを月に何回、何時間利用したことで各事業所から請求書が届いていることなどをできるだけわかりやすく説明するようにしています。また、サービス提供と負担額のバランスを考慮して、サービスの増減も含めて毎回説明をしているところです。

サービスを提供している事業者とは、サービス管理責任者やサービス提供責任者と綿密な調整をしていきながら各々の事業者の請求業務に支障が出ないように丁寧なやり取りを心がけています。

事例のポイント

Aさんの利用状況を毎回確認していくことが必要ですが、各事業所から毎月送付されてくる書類をどういった形で説明をしていくかがポイントです。Aさんにはできるだけわかりやすく利用した回数や時間帯などを説明していきながら、その結果、自己負担金がどれくらいかかるかを丁寧に説明していくようにしました。

【利用者負担上限額の上限管理】一般的なポイント

- ① 複数のサービス提供事業者からサービスを受け、利用者負担の上限額を超えるサービス利用者に対しては、利用者負担の上限額管理を行います。
- ② 上限額管理を必要とする利用者に対しては、利用者が利用している事業者のどちらかを上限額管理事業者として指定するようにアドバイスする必要があります。

7 サービス利用計画作成費の請求

相談支援事業者から提出された「モニタリング報告」「サービス利用計画作成書」は市のサービス利用計画審査委員会等で適切な取り組みがなされているか、モニタリングが適切に行われているかを協議・検討し、結果は市町村を経て、最終的に事業者には減算なしといった結果が示されました。それ以降に具体的な請求をしていくことになります。

事例のポイント

法律上は、Aさんにはサービス利用計画作成費の請求について直接関わりはありませんが、「利用者主体」の観点から「サービス利用計画審査委員会」等で助言や指導があった項目についてはできるだけわかりやすい内容に変えて、「今後は、相談支援専門員も助言があった内容を意識して取り組みを進めていく」ことをAさんにも説明しました。

【サービス利用計画作成費の請求】一般的なポイント

- ① サービス利用計画作成費の支給対象者には、毎月サービス利用計画

作成費が支給されます。

- ② サービス利用計画作成費の支給には、生活全般の相談（アセスメントを含む）、サービス利用に関する情報提供、サービス利用計画の作成、サービス担当者会議の開催（サービス事業者との連絡調整を含む）、モニタリング（少なくとも月に1回）を行っていることが必要です。
- ③ 相談支援を開始した日から5年間は記録を保存しなければなりません。

8 終結

Aさんの場合は支援の途中であり、現時点では終結までには至っていませんが、サービス導入して、安定してくるまでには、再アセスメントやサービス調整が必要となってくるのが当然予想されることから最低でも1年程度の期間が必要と思われます。

また、場合によっては糖尿病の悪化なども予想され、一旦終結しても生活上大きな変化がもたらされることが予想される場合は市町村との打ち合わせをもとにして、再度相談支援専門員の関わりが必要になってきます。

事例のポイント

障害のある人の生活を支援していく上で、「終結」することは考えにくいと思われませんが、相談支援専門員が取り組んできた役割を、どういった機関や人に委ねていけばよいかを常に考慮に入れて支援の組み立てをしていく必要があります。また、利用者のエンパワメントによって社会性の向上を見極めていくことも重要です。

利用者も、相談支援専門員から突然、関わりを終えると告げられることで、不安や戸惑いが生じてしまうでしょう。そのため、どうしても相談支援専門員が担ってきた役割を担える機関や人がいない場合は、市町村と協議していきながら、今後の対応を検討し、地域自立支援協議会に終結が困難と思われる利用者についての対応を提言していくことが必要となります。

現時点でAさんは、終結までには至っていませんが、関係者による支援が開始された当初からすると、現在たくさんの関係者が見守ってくれている実態があります。相談支援専門員の調整も、Aさんの健康

状況に変化があったときや伯母さんに制度変更の説明をすることなどに限られてきています。今後は、Aさんのエンパワメントを高めて自身での生活を更に充実した上で、終結に向けての取り組みを進めていく必要があります。

【終結】一般的なポイント

- ① 相談支援の終結に当たっては、サービス提供は継続的になされることを利用者に理解してもらう必要があります。
- ② 相談支援が病院に入院する等中断される場合、再開の準備をしておくことが大切です。
- ③ ケアマネジメントは、ある程度期限を設定して始める方が、利用者やサービス提供者にとって効果的な場合もありますので、利用者と話合って期限を決めておくことも大切です。
- ④ 利用者が住居を移転するときは、利用者の了解を得た上で、移転先の市町村に情報を提供しましょう。
- ⑤ 終結後に、地域のネットワーク、社会資源等が今後も適切に機能するか、地域に定着するかを見直しましょう。