

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <p>□ 組織としての職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している</p> <p>□ 職員一人ひとりに対して教育・研修計画を策定している</p> <p>□ 職員は計画的に教育・研修を受けている</p> <p>□ 研修成果の評価を定期的に行っている</p> | <p>② 実施は…</p> <p>1. 非常に難しい</p> <p>2. やや難しい</p> <p>3. あまり難しくない</p> <p>4. まったく難しくない</p> | <p>→ 【1.2の場合、難しい理由をお知らせ下さい】</p> |
| <p>スーパージョンの体制</p> <p>事業所内外で定期的なスーパージョンを受けられる体制を整え、職員一人ひとりの資力を高めるとともに、困難事例にも対応できるようにする</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 事業所内の個別スーパージョン ● 事業所内でのグループスーパージョン ● 地域の困難事例検討会への参加 | <p>① 支援上…</p> <p>1. 非常に重要</p> <p>2. まあまあ重要</p> <p>3. あまり重要でない</p> <p>4. まったく重要でない</p> | <p>→ 【3.4の場合、重要でない理由をお知らせ下さい】</p> |
| <p>実習生の受け入れ</p> <p>実習生の受入態勢を整えとともに、積極的に受け入れ、ケアマネジメントに関連する知識や技術の普及に努める</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されている □ 実習担当者及び環境整備、マニュアル等受け入れについての体制が整備されている □ 実習生を実際に受け入れている、または受け入れたことがある □ 実習生を受け入れていない期間も、教育機関の実習責任者と定期的な連絡を取っている | <p>① 支援上…</p> <p>1. 非常に重要</p> <p>2. まあまあ重要</p> <p>3. あまり重要でない</p> <p>4. まったく重要でない</p> | <p>→ 【3.4の場合、重要でない理由をお知らせ下さい】</p> |
| <p>サービスの質の向上</p> <p>サービス内容について定期的に評価し、評価結果に基づき、課題の改善策・改善計画を立て実施する</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 一定の時間を割いて、事業体内部での自己評価を実施したことがある □ 第三者評価を受けたことがある □ 定期的にサービス内容についての評価を行う仕組みがある □ 評価結果を基に、組織として取り組むべき課題を明らかにし、スタッフが課題を認識している | <p>① 支援上…</p> <p>1. 非常に重要</p> <p>2. まあまあ重要</p> <p>3. あまり重要でない</p> <p>4. まったく重要でない</p> | <p>→ 【3.4の場合、重要でない理由をお知らせ下さい】</p> |
| <p>利用者本位のサービスの保障</p> <p>利用者を尊重したサービス提供を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が職員間で共有されている □ アンケートなど利用者の満足度を把握する仕組みがある □ 把握した結果を、サービスの質の向上に生かす仕組みがある □ 苦情解決の仕組みが確立されており、利用者や住民に周知している □ 理事会や評議会の委員として当事者が加わっており、組織運営に当事者の意見を反映させている | <p>① 支援上…</p> <p>1. 非常に重要</p> <p>2. まあまあ重要</p> <p>3. あまり重要でない</p> <p>4. まったく重要でない</p> | <p>→ 【3.4の場合、重要でない理由をお知らせ下さい】</p> |
| <p>② 実施は…</p> <p>1. 非常に難しい</p> <p>2. やや難しい</p> <p>3. あまり難しくない</p> <p>4. まったく難しくない</p> | <p>→ 【1.2の場合、難しい理由をお知らせ下さい】</p> | |

Ⅲ. 地域コーディネーション

ネットワークの形成と役割の確認

地域にある様々な事業者(所)とともに定期的な会合を開き、個別のケア・地域づくりを円滑にするためのネットワークを形成する

- 【役割分担】関係機関・団体と定期的に会議を開き、それぞれの機能や役割についての情報を共有している
- 【相互の機能手チェック】定期的に事業者の活動を報告しあい、お互いに各事業者の機能状況をチェックしている
- 【医療との連携】医療機関と連携をとり、入退院や救急時の役割分担について明確化している
- 【行政との連携】行政と民間事業者が協働できるよう、顔を合わせる定期的に持っている
- 【当事者・家族との連携】当事者会・家族会と協働できるよう、顔を合わせる場を定期的に持っている

| | | | | | |
|--------|-----------|-----------|-------------|--------------|--------------------------|
| ① 支援上： | 1. 非常に重要 | 2. まあまあ重要 | 3. あまり重要でない | 4. まったく重要でない | 【3.4の場合、重要でない理由をお知らせ下さい】 |
| ② 実施は： | 1. 非常に難しい | 2. やや難しい | 3. あまり難しくない | 4. まったく難しくない | 【1.2の場合、難しい理由をお知らせ下さい】 |

個別のケア会議と地域ネットワークの運動

個別のケア会議と地域のネットワークの運動による、地域全体の課題の共有化や課題解決に向けた取り組みに、参加している

- 【事例検討会】前項のネットワークを基盤に、困難事例について複数の事業者が集まり、検討会を開催している
- 【地域課題の検討】地域の事業者による会議に参加し、地域課題(福祉ニーズ)の洗い出をしている
- 【地域課題の解決】個別の事例で把握した課題(ニーズ)に基づいた事業・活動を実施する仕組みが地域にあり、参加している

| | | | | | |
|--------|-----------|-----------|-------------|--------------|--------------------------|
| ① 支援上： | 1. 非常に重要 | 2. まあまあ重要 | 3. あまり重要でない | 4. まったく重要でない | 【3.4の場合、重要でない理由をお知らせ下さい】 |
| ② 実施は： | 1. 非常に難しい | 2. やや難しい | 3. あまり難しくない | 4. まったく難しくない | 【1.2の場合、難しい理由をお知らせ下さい】 |

ケアマネジメントの活用を促進させるための工夫

- 関係各機関からのリファーマ体制の整備
- 利用者・機関関係者向けパンフレットの作成
- ケアマネジメントについての勉強会の開催
 - 各関係機関へのケアマネジメント事業の情報提供・説明会の開催

| | | | | | |
|--------|-----------|-----------|-------------|--------------|--------------------------|
| ① 支援上： | 1. 非常に重要 | 2. まあまあ重要 | 3. あまり重要でない | 4. まったく重要でない | 【3.4の場合、重要でない理由をお知らせ下さい】 |
| ② 実施は： | 1. 非常に難しい | 2. やや難しい | 3. あまり難しくない | 4. まったく難しくない | 【1.2の場合、難しい理由をお知らせ下さい】 |

社会資源のオープン性の保障

事業者の情報を積極的に開示し、事業の透明化を図るとともに、地域で活用できる資源を十分に活用できるようにする

- サービス内容の透明性やアクセスIBILITYを高めるために、パンフレットやチラシ等で、目標、サービス内容、利用者数、スタッフの構成、倫理規定などについての情報公開を行っている
- 地域の社会資源マップを作成し、スタッフや利用者が地域の社会資源についての情報を得られるようにしている
- 障書・法人の枠を超えた複数の事業者による会議に参加し、サービスの相互利用を心がけている
- インフォーマーナルなサービスの積極的利用を推進している

| | | | | | |
|--------|-----------|-----------|-------------|--------------|--------------------------|
| ① 支援上： | 1. 非常に重要 | 2. まあまあ重要 | 3. あまり重要でない | 4. まったく重要でない | 【3.4の場合、重要でない理由をお知らせ下さい】 |
| ② 実施は： | 1. 非常に難しい | 2. やや難しい | 3. あまり難しくない | 4. まったく難しくない | 【1.2の場合、難しい理由をお知らせ下さい】 |

図2. 重要性の高い項目

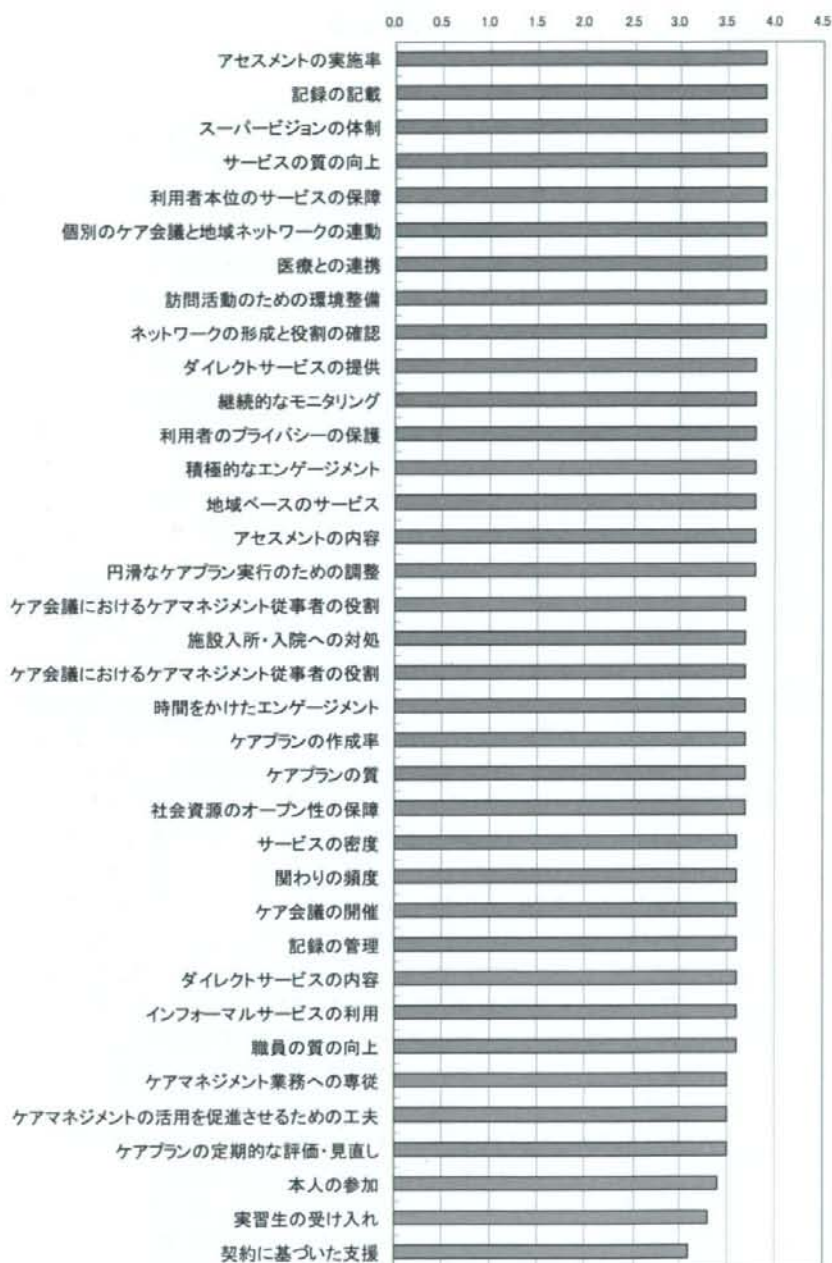


図3. 困難度の高い項目

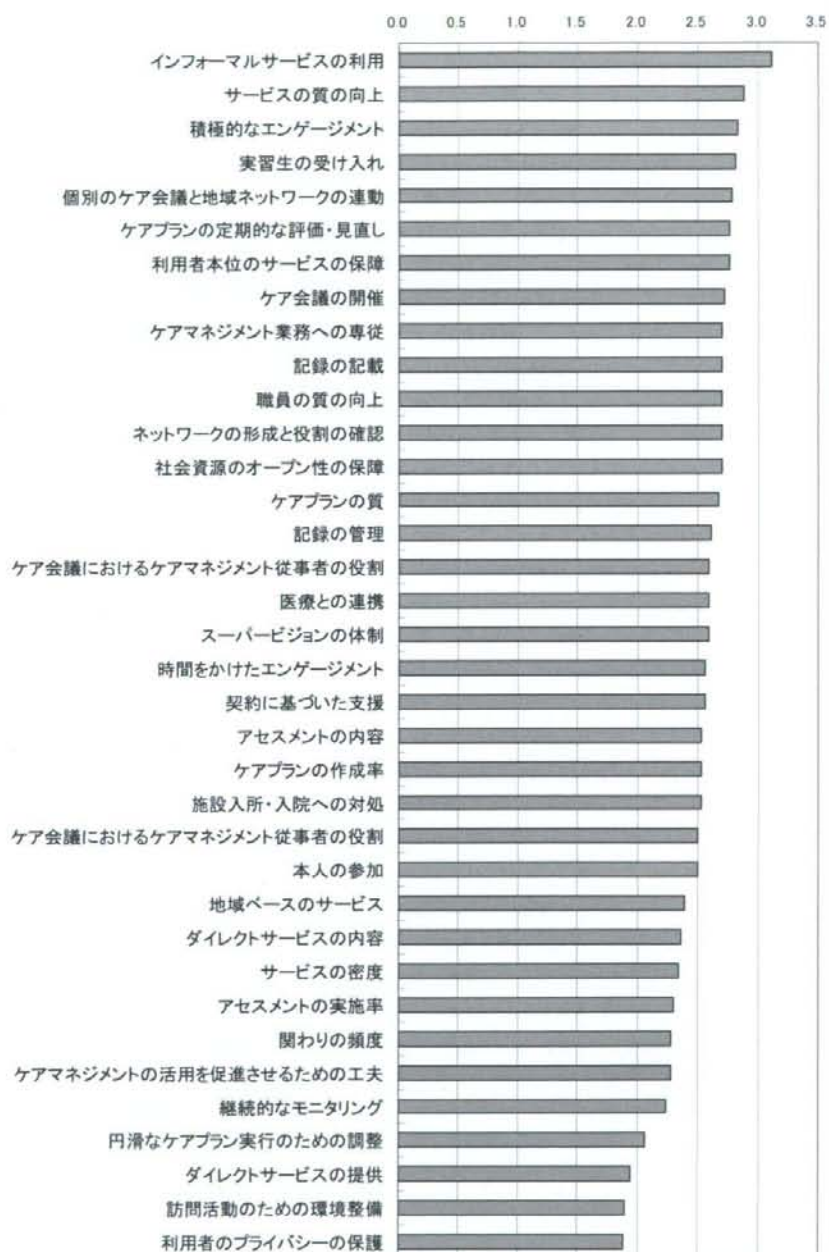


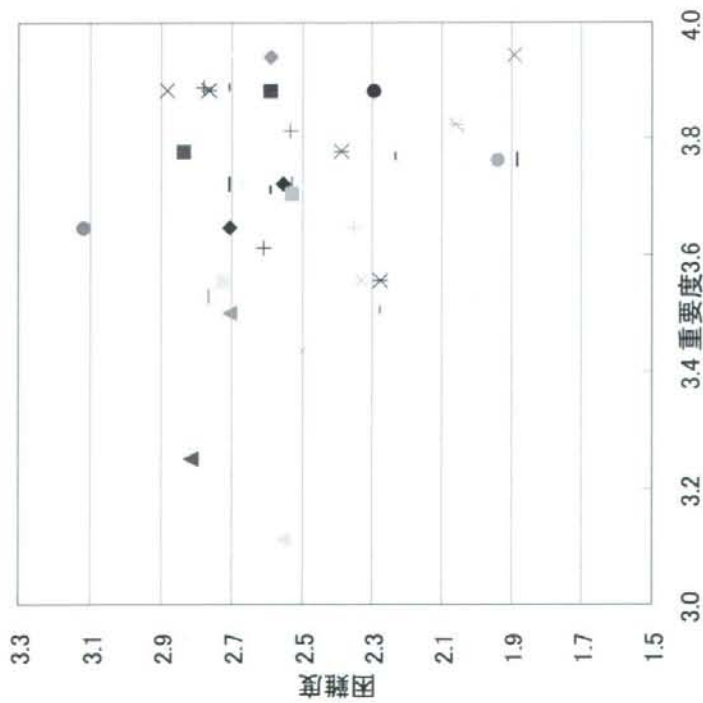
図4

| 困難感 高い | | 困難感 低い | |
|---|--|---|--|
| ケアマネジメントプロセス | 事業体の構造・機能 | 地域コーディネート | ケアマネジメントプロセス |
| <p>契約に基づいた支援</p> <p>ケア会議の開催</p> <p>ケアプランの見直し</p> | <p>ケアマネへの専従 インフォーマルサービスの利用 記録の管理</p> <p>職員の質の向上 実習生の受け入れ</p> | <p>地域コーディネート</p> | <p>時間をかけたケアマネ 積極的なエンゲージメント</p> <p>ケア会議における役割遂行</p> <p>ケアプランの質 医療との連携</p> |
| <p>サービス密度 かかわりの頻度</p> <p>ケア会議本人参加 ダイレクトサービス内容</p> | | <p>ケアマネジメント促進の工夫</p> | <p>アセスメントの実施 アセスメントの内容</p> <p>ケアプラン作成率</p> <p>ケアプラン実行の調整 ダイレクトサービス実施</p> <p>モニタリング 施設入所・入院への対応</p> |
| | | <p>事業体の構造・機能</p> <p>記録の記載</p> <p>サービス向上 利用者本位のサービスの保証</p> | <p>地域コーディネート</p> <p>社会支援のオープン性の保障 ネットワーク形成の役割 個別ケア会議と ネットワークの運動</p> |

重要度
低い

重要度
高い

図5



- ◆ 時間をかけたエンゲージメント
 - 契約に基づいた支援
 - × 間わりの頻度
 - + アセスメントの内容
 - ケアプランの作成率
 - ケア会議の開催
 - 本人の参加
 - ダイレクトサービスの提供
 - 継続的なモニタリング
 - ◆ 医療との連携
 - ▲ ケアマネジメント業務への専従
 - × 地域ベースのサービス
 - + 記録の管理
 - 利用者のプライバシーの保護
 - スーパーバイジョンの体制
 - × サービスの質の向上
- ネットワークの形成と役割の確立
- ケアマネジメントの活用を促進させるための工夫
-
- 積極的なエンゲージメント
 - × サービスの密度
 - アセスメントの実施率
 - ケア会議におけるケアマネジメント従事者の役割
 - ケアプランの質
 - ケア会議におけるケアマネジメント従事者の役割
 - × 円滑なケアプラン実行のための調整
 - + ダイレクトサービスの内容
 - ケアプランの定期的な評価・見直し
 - 施設入所・入院への対応
 - × 訪問活動のための環境整備
 - インフォーマルサービスの利用
 - 記録の記載
 - ◆ 職員の質の向上
 - ▲ 実習生の受け入れ
 - × 利用者本位のサービスの保障
 - + 個別のケア会議と地域ネットワークの運動
 - 社会資源のオープン性の保障

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

| 著書名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|-------------------|----------------|---------------------|------|-----|------|---------|
| 坂本洋一 | 障害者自立支援法に基づく主な専門職 | 社会福祉士養成口座編集委員会 | 障害者に対する支援と障害者自立支援制度 | 中央法規 | 東京 | 2009 | 136-141 |
| 坂本洋一 | 相談支援専門員の役割 | 社会福祉士養成口座編集委員会 | 障害者に対する支援と障害者自立支援制度 | 中央法規 | 東京 | 2009 | 142-145 |

IV 研究成果の刊行物・別刷

第2節 障害者自立支援法に基づく主な専門職

障害者自立支援法は、新たな障害者の自立システムを構築することを目指し、施設・事業体系を見直し、事業の人員や運営基準を示している。本節では、障害者自立支援法における指定事業所で障害福祉サービス等に携わる専門職種を概観する。

1 | 相談支援専門員

■ 法における位置づけ

相談支援専門員は、「障害者自立支援法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年度厚生労働省令第173号)の第3条において、「指定相談支援事業者は、当該指定に係る事業所(以下「指定相談支援事業所」という。)ごとに専らその職務に従事する相談支援専門員(指定相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるものをいう。以下同じ。)を置かなければならない。ただし、指定相談支援の業務に支障がない場合は、当該指定相談支援事業所の他の職務に従事させ、又は他の事業所、施設等の職務に従事させることができるものとする」と規定されている。

■ 相談支援とは

障害者自立支援法の第5条第17項に、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」と規定されている。さらに、サービス利用計画作成対象障害者等の依頼を受けて、支給決定にかかる障害者等の心身の状況、そのおかれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事項を勘案し、サービス利用計画を作成するとともに、障害福祉サービスの提供が確保されるよう指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行う指定相談支援がある。

■ 相談支援専門員の要件

相談支援専門員の要件は、「指定相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年厚生労働省告示第549号）に規定されている。

この規定によれば、相談支援専門員は、障害特性や障害者の生活実態に関する専門的な知識と経験が必要であるので、実務経験と都道府県知事が行う相談支援従事者初任者研修の受講を要件としている。

具体的な実務経験の範囲は、表6-1に示しているように、①障害者の保健、医療、福祉の分野における相談支援の業務および介護の直接支援業務、②障害者の就労、教育の分野における相談支援の業務に携わっていた者を定めている。

相談支援従事者初任者研修は、都道府県知事が行う研修で、障害者等の意向を踏まえ、必要な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービスを、総合的かつ適切に利用するための援助に関する知識および技術を習得させることを目的としている。なお、相談支援専門員は、相談支援従事者現任研修を5年に1回以上受講しなければならない。

2 | サービス管理責任者

■ 法における位置づけ

サービス管理責任者は、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）において、療養介護、生活介護、共同生活介護、児童デイサービス、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型のそれぞれの人員に関する基準のなかで利用者数に応じて配置されることとされている。

■ サービス管理責任者の責務

サービス管理責任者の責務については、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）の運営に関する基準において規定され、療養介護における第58・59条がほかの障害福祉サービスにも準用されている。この規定によれば、サービス管理責任者は表6-2の業務を担うことになる。

また、個別支援計画（療養介護計画、児童デイサービス計画、共同生活援助計画、共同生活介護計画、自立訓練（機能訓練）計画、自立訓練（生活訓練）計画、就労移行支援計画、就労継続支援A型計画、就労継続支援B型計画）の作成に関する業務を核としながら、関係機関との連携を図るとともに、従業員への助言、技術指導を行う。

表6-1 相談支援専門員の要件となる実務経験等

- 相談支援専門員の要件となる実務経験者
- ① 第1の期間が通算して3年以上である者
 - ② 第2、第3、第5および第6の期間が通算して5年以上である者
 - ③ 第4の期間が通算して10年以上である者
 - ④ 第2から第6までの期間が通算して3年以上かつ第7の期間が通算して5年以上である者
- ※ 3年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が通算して3年以上であり、かつ当該業務に従事した日数が540日以上
- 3年以上(540日以上) ○ 5年以上(900日以上) ○ 10年以上(1800日以上)
- 実務経験となる業務
- 第1 平成18年10月1日において現にイまたはロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、イまたはロに掲げる者として相談支援の業務(身体上もしくは精神上の障害があることまたは環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務)その他これに準ずる業務に従事した期間
- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者
- 第2 イからロに掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間
- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場その他これらに準ずる施設の従業者
- ハ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設および更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- 二 保険医療機関の従業者(社会福祉主事任用資格者、ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修の修了者、第7に掲げる資格を有する者、または第2のイからハに掲げる従事者および従業者の期間が1年以上の者に該当する者)
- 第3 イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等が、介護等の業務(身体上または精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、ならびにその者およびその介護者に対して介護に関する指導を行う業務)に従事した期間
- イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者
- ロ 障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者
- ハ 保険医療機関または保険薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- 第4 第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間
- 第5 次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間
- 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これらに準ずる施設の従業者
- 第6 盲学校、聾学校および養護学校その他これらに準ずる機関において、就学相談、教育相談および進路相談の業務に従事した期間
- 第7 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)または精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間
- ※1 社会福祉主事任用資格者等
- 社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者等、保育士、児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者

■ サービス管理責任者の要件

サービス管理責任者の要件は、「指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等」(平成18年厚生労働省告示第544号)に規定されている。この規定では、療養介護、生活介護、共同生活介護、児童デイサービス、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型のそれ

表6-2 サービス管理責任者の責務

- 1 指定療養介護事業所の管理者は、サービス管理責任者に指定療養介護にかかる個別支援計画（療養介護計画）の作成に関する業務を担当させる。
- 2 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成にあたっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、そのおかれている環境および日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（アセスメント）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するうえでの適切な支援内容の検討をする。
- 3 アセスメントにあたっては、利用者に面接して行わなければならない。この場合において、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得る。
- 4 サービス管理責任者は、アセスメントおよび支援内容の検討結果に基づき、利用者およびその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定療養介護の目標およびその達成時期、指定療養介護を提供するうえでの留意事項等を記載した療養介護計画の原案を作成しなければならない。この場合において、当該指定療養介護事業所が提供する指定療養介護以外の保健医療サービスまたはその他の福祉サービス等との連携も含めて療養介護計画の原案に位置づけるよう努める。
- 5 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成にかかる会議（利用者に対する指定療養介護の提供にあたる担当者等を招集して行う会議をいう）を開催し、療養介護計画の原案の内容について意見を求める。
- 6 サービス管理責任者は、療養介護計画の原案の内容について利用者またはその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- 7 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成した際には、当該療養介護計画を利用者に交付する。
- 8 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成後、療養介護計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下、「モニタリング」という）を行うとともに、少なくとも6か月に1回以上、療養介護計画の見直しを行い、必要に応じて療養介護計画の変更を行う。
- 9 サービス管理責任者は、モニタリングにあたっては、利用者およびその家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、①定期的に利用者に面接する、②定期的にモニタリングの結果を記録する。
- 10 療養介護計画の変更については、2から7までの手順を踏まえる。
- 11 サービス管理責任者は、1から10までの業務のほか、①利用申込者の利用に際し、その者にかかる指定障害福祉サービス事業者等に対する照会等により、その者の心身の状況、当該指定療養介護事業所以外における指定障害福祉サービス等の利用状況等を把握する。②利用者の心身の状況、そのおかれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行う。③ほかの従業者に対する技術指導および助言を行う。
- 12 共同生活援助、共同生活介護においては、さらに、利用者が自立した社会生活を営むことができるよう指定生活介護事業所等との連絡調整を行う。

それぞれにおいて実務範囲が明記されており、その実務経験を満たすとともに、一定の研修を修了した者がサービス管理責任者として業務を遂行することができる。研修コースは、11.5時間の相談支援従事者初任者研修を修了し、サービス管理責任者研修における「サービス管理責任の役割に関する講義」を6時間、「アセスメントやモニタリングの手法に関する講義」を3時間、「サービス提供プロセスの管理に関する演習」を10時間、合計19時間を修了することになっている。

3 | サービス提供責任者

■ 法における位置づけ

サービス提供責任者は、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）において規定され、都道府県知事から指定を受けた居宅介護事業所、重度訪問介護事業所、行動援護事業所、重度障害者包括等支援事業所に配置されることとされている。

■ サービス提供責任者の業務

サービス提供責任者の業務は、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」（平成18年厚生労働省令第171号）において規定されている。その規定によれば、サービス提供責任者は、①利用者または障害児の保護者の日常生活全般の状況および希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画を作成しなければならない、②居宅介護計画を作成した際は、利用者およびその同居の家族にその内容を説明するとともに、当該居宅介護計画を交付しなければならない、③居宅介護計画作成後においても、当該居宅介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該居宅介護計画の変更を行う、④指定居宅介護事業所に対する指定居宅介護の利用の申込みにかかる調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理等を行う、とされている。

4 | 生活支援員等の職員

表6-3に示しているように、障害者自立支援法における主な事業所に配置されている職種は数多く、特に生活支援員は、多くの事業所に配置されており、事業を推進するうえで重要な役割を果たしている。療養介護と生活介護には、医師、看護職員が配置されているが、看護職員とは看護師、准看護師または看護補助者とされている。就労関係の事業所には、職業指導員が配置されるが、就労移行支援事業においては就労を推進する観点から就労支援員が配置されている。また、知的障害者と精神障害者の自立訓練（生活訓練）の事業所には地域移行を推進する観点から地域移行支援員が配置されている。

表6-3 主な事業と配置されている主な職種

| 事業 | サービス管理責任者 | サービス提供責任者 | 生活支援員 | 医師 | 看護職員 | 理学療法士または作業療法士 | 指導員または保育士 | 世話人 | 職業指導員 | 就労支援員 | 地域移行支援員 | 管理者 |
|--------------------|-----------|-----------|-------|----|------|---------------|-----------|-----|-------|-------|---------|-----|
| 居宅介護、重度訪問介護および行動援護 | | ○ | | | | | | | | | | ○ |
| 療養介護 | ○ | | ○ | ○ | ○ | | | | | | | ○ |
| 生活介護 | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | ○ |
| 児童デイサービス | ○ | | | | | | ○ | | | | | ○ |
| 重度障害者包括支援 | | ○ | | | | | | | | | | ○ |
| 共同生活介護 | ○ | | ○ | | | | | ○ | | | | ○ |
| 共同生活援助 | ○ | | | | | | | ○ | | | | ○ |
| 自立訓練（機能訓練） | ○ | | ○ | | ○ | ○ | | | | | | ○ |
| 自立訓練（生活訓練） | ○ | | ○ | | | | | | | | ○ | ○ |
| 就労移行支援 | ○ | | ○ | | | | | | ○ | ○ | | ○ |
| 就労継続支援A型 | ○ | | ○ | | | | | | ○ | | | |
| 就労継続支援B型 | ○ | | ○ | | | | | | ○ | | | |

○参考文献

障害者福祉研究会監『障害者自立支援法 事業者ハンドブック指定基準編』中央法規出版、2007。

第3節 相談支援専門員の役割と実際

1 | 相談支援専門員の役割

相談支援専門員の業務は、「障害者自立支援法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年厚生労働省令第173号)の第15条に規定されている(表6-4)。この運営基準によれば、相談支援専門員は、障害者が地域で自立した生活を維持・継続するために、障害者等のニーズを把握し、サービス利用計画を作成し、そのサービス利用計画に沿って、地域の社会資源を活用・改善・開発することによって、総合的かつ効率的に継続してサービスを提供できるよう調整を図り、またモニタリングを行い、障害者が望んでいる地域生活が実現するよう支援する役割を担っている。

2 | 相談支援専門員の実際

相談支援専門員は、年金、補装具費等の一般的な相談支援を行うとともに、複数のサービスを計画的・継続的に利用する必要がある、地域生活支援を希望する障害者に対する相談支援を行う。

表6-4 運営基準にみられる相談支援専門員の主な業務

- ① 相談支援専門員は生活全般に係る相談、サービス利用計画の作成に関する業務を担当する。
- ② 利用者等に対してサービスの提供方法等について理解しやすいように説明するとともに、ピアカウンセリング等の支援を必要に応じて実施する。
- ③ 地域のサービス事業者の情報を適正に利用者等に提供する。
- ④ 利用者の居宅を訪問し、面接によるアセスメントを実施する。
- ⑤ サービス利用計画の原案を作成する。
- ⑥ サービス担当者会議を開催し、サービス利用計画の原案内容について意見を聴取する。
- ⑦ サービス利用計画の原案を利用者等に説明し、文書により同意を得る。
- ⑧ サービス利用計画を利用者等および利用サービス等の担当者に交付するとともに、市町村へ写しを提出する。
- ⑨ 月1回以上、利用者の居宅を訪問し、モニタリングする。
- ⑩ 必要に応じ、サービス利用計画の変更を行う。

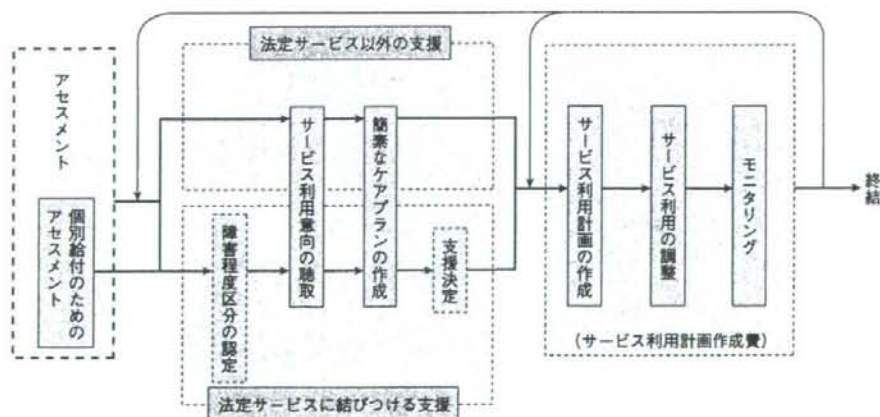
■ 相談支援のプロセス

相談支援専門員は、ケアマネジメントの手法を用いて、相談支援を行う場合がある。ここでの相談支援のプロセスは、ケアマネジメントのプロセスでもあり、インテークから始めて、アセスメント、サービス利用計画作成、サービス利用計画の実行、モニタリング、終結の一連のプロセスを経る。

インテークでは利用者や家族の主訴を明らかにし、アセスメントを行うための家庭訪問を約束する。アセスメントでは、家庭を訪問して利用者のニーズを明らかにし、利用者の課題分析を行う。その次に、利用者のニーズ・アセスメントによって明らかになった課題を解決するための援助の順序や優先度を検討し、簡素なケアプラン（サービス利用計画）を作成する。簡素なケアプランが作成されたら、サービス提供者等を招集し、サービス担当者会議を開催してケアプランを具体化するとともに、利用者の望んでいる生活等を共有する。そして、具体化されたケアプランに沿ってサービスを提供する。サービス提供中に、モニタリングを行い、新たなニーズが発生していないか、あるいは利用者がサービスに満足しているか等を点検する。もし、新たなニーズが発生していれば、再びアセスメントに戻る。利用者がケアマネジメントを必要としなくなったとき、病院に入院したとき等は終結に向かう。

図6-1に示すように、ケアプランは法定外の社会資源も取り込んで、利用者の望む地域生活を実現できるようなものとする。一方、法定サービスを利用する必要があるときは、市町村の障害程度区分の認定を受け、支給決定の手続きを行う。

図6-1 相談支援のプロセス



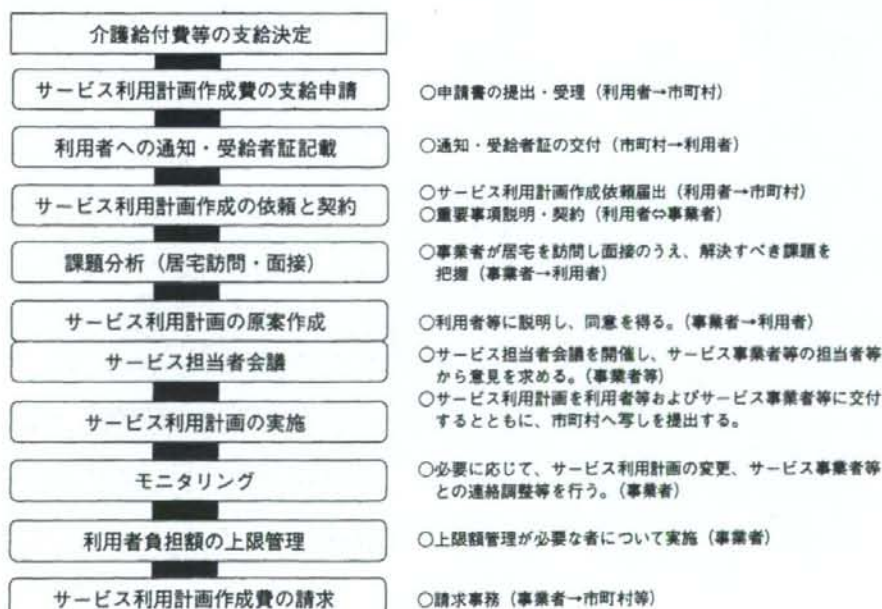
(平成21年1月現在)

■ サービス利用計画作成費支給対象者の相談支援

障害者の地域生活を支援するため、障害者自立支援法では、サービス利用計画作成費の自立支援給付を規定している。障害者のうち、特に計画的な自立支援を必要とする者に対して、サービス利用計画作成費の支給を行っている。サービス利用計画作成費の支給対象者を決定するのは市町村であるが、障害者自立支援法施行規則第32条の2にその支給対象者を規定している。その規則によれば、①障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者、②単身の世帯に属するため、また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者、③重度障害者等包括支援にかかる支給決定を受けることができる者、のいずれかに該当する障害者を対象としている。このようなサービス利用計画作成費の支給対象である障害者に対する相談支援では、図6-2に示すように相談支援専門員が中心的な役割を担ってサービス利用を支援する。

障害者は、市町村から支給決定通知を受けたとき、サービス利用計画作成費の支給対象であれば、市町村に支給申請を行う。支給申請に基づき市町村が支給決定を行った場合、障害者は指定相談支援事業者にサービス利用計画作成の依頼をし、事業者と契約を行う。障害者は、「サービス利用計画作成依頼届出書」を市町村に提出することになっている。指定相談支援事業者は、契約にあたっては、障害者に重要事項の説明を行い、説

図6-2 サービス利用計画作成費の支給プロセス



（平成21年1月現在）

明を受けたことを証明する署名等を得たうえで契約を行い、市町村は、サービス利用計画作成依頼届出書を受理したとき、指定相談支援事業者の確認を行う。

相談支援専門員は、アセスメントから終結までの一連のケアマネジメント・プロセスにかかわる。

■ 相談支援専門員の地域活動

相談支援専門員は、障害者個人々の地域生活を支援するため、地域における連携を推進する役割も担っている。特に、図6-3に示すように地域自立支援協議会とのかかわりが重要になってくる。地域自立支援協議会は、相談支援事業をはじめとする地域のシステムづくりの協議の場である。協議会は、福祉サービス利用にかかる相談支援事業の中立・公平性の確保、困難事例への対応のあり方に関する協議・調整、地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議、障害福祉計画の作成・具体化に向けた協議等を行う。

相談支援専門員は、困難事例の提供や、社会資源の開発等地域の関係者と連携を図りながら、専門職としての業務を行う必要がある。

図6-3 障害者相談支援の概要

