

平成19年度障害者保健福祉推進事業

サービス利用計画作成費の支給対象者を中心とした
相談支援事業のあり方に関する調査研究報告書

2008年3月

 株式
会社 三菱総合研究所

「サービス利用計画作成費の支給対象者を中心とした
相談支援事業のあり方に関する調査研究」報告書 目次

I. はじめに.....	1
1. 研究の目的.....	1
2. 研究の概要・実施経過.....	1
(1) 検討委員会の設置・運営.....	2
(2) 相談支援事業者の業務実態把握調査の実施.....	3
(3) 先進地域に対するヒアリング調査の実施.....	4
(4) サービス利用計画作成費の今後の給付対象範囲やその給付内容のあり方検討.....	4
II. サービス利用計画作成費の制度概要.....	5
1. 根拠条文.....	5
2. 支給対象者.....	6
3. 支給内容.....	7
4. 支給期間.....	7
5. 支給プロセス.....	7
6. 報酬単価について.....	7
7. 報酬を算定できない場合.....	8
8. 国庫負担基準.....	8
9. 利用者負担に係る上限額管理.....	8
III. 相談支援事業者・相談支援専門員の業務実態～アンケート結果から～.....	9
1. 調査の概要.....	9
(1) 調査目的.....	9
(2) 調査対象.....	9
(3) 調査時期.....	9
(4) 調査方法.....	9
(5) 調査項目.....	9
(6) 回収状況.....	10
2. 調査結果の概要.....	11
(1) 相談支援事業者の現状.....	11
(2) 相談支援専門員の現状.....	11
(3) 相談支援の困難性が高いケースの概要.....	12
(4) サービス利用計画作成費対象とそれ以外のケースの異同.....	13
3. 相談支援事業者の現状（詳細）.....	15
(1) 事業所の基本情報.....	15
(2) 事業所の相談支援の実施状況.....	17
(3) 市町村における地域自立支援協議会との関係性.....	23
(4) 担当ケースと職員体制.....	24
(5) 事業所の事業活動収支.....	26

4.	相談支援専門員の現状（詳細）	28
(1)	担当ケース数	28
(2)	個別ケース対応の負担感	29
(3)	相談支援専門員として業務を進める上での負担感	30
5.	相談支援の業務量の実態（詳細）	32
6.	相談支援の困難性が高いケースの概要（詳細）	34
(1)	基本属性	34
(2)	相談支援の実施状況	49
(3)	ケースの支援を行うにあたり困難な点	60
7.	サービス利用計画作成費対象とそれ以外のケースの異同（詳細）	64
(1)	基本属性	64
(2)	相談支援の実施状況	70
(3)	ケースの支援を行うにあたり困難な点	75
IV.	サービス利用計画作成費の運用上の課題～自治体ヒアリング結果から～	76
1.	調査の概要	76
(1)	調査の目的	76
(2)	調査対象・調査時期	76
(3)	調査項目	76
2.	ヒアリングで提起されたサービス利用計画作成費の運用上の課題	78
(1)	相談支援業務の定義と作成費の評価対象の明確化	78
(2)	作成費の給付対象範囲の再検討	78
(3)	作成費の単価の再検討	79
(4)	行政のコーディネート力の向上	79
(5)	その他	79
V.	障害者の相談支援とサービス利用計画作成費の今後のあり方について	80
VI.	資料編	84
1.	ヒアリング調査結果詳細	84
(1)	北海道帯広市	84
(2)	宮城県登米市	89
(3)	山梨県甲府市	95
(4)	長野県長野市	103
(5)	愛知県知多圏域	112
(6)	京都府京都市	119
(7)	大阪府大阪市	128
(8)	大阪府茨木市	138
(9)	大阪府堺市	149
(10)	山口県宇部市	157
(11)	沖縄県那覇市	166
2.	アンケート調査票原票	172

1. はじめに

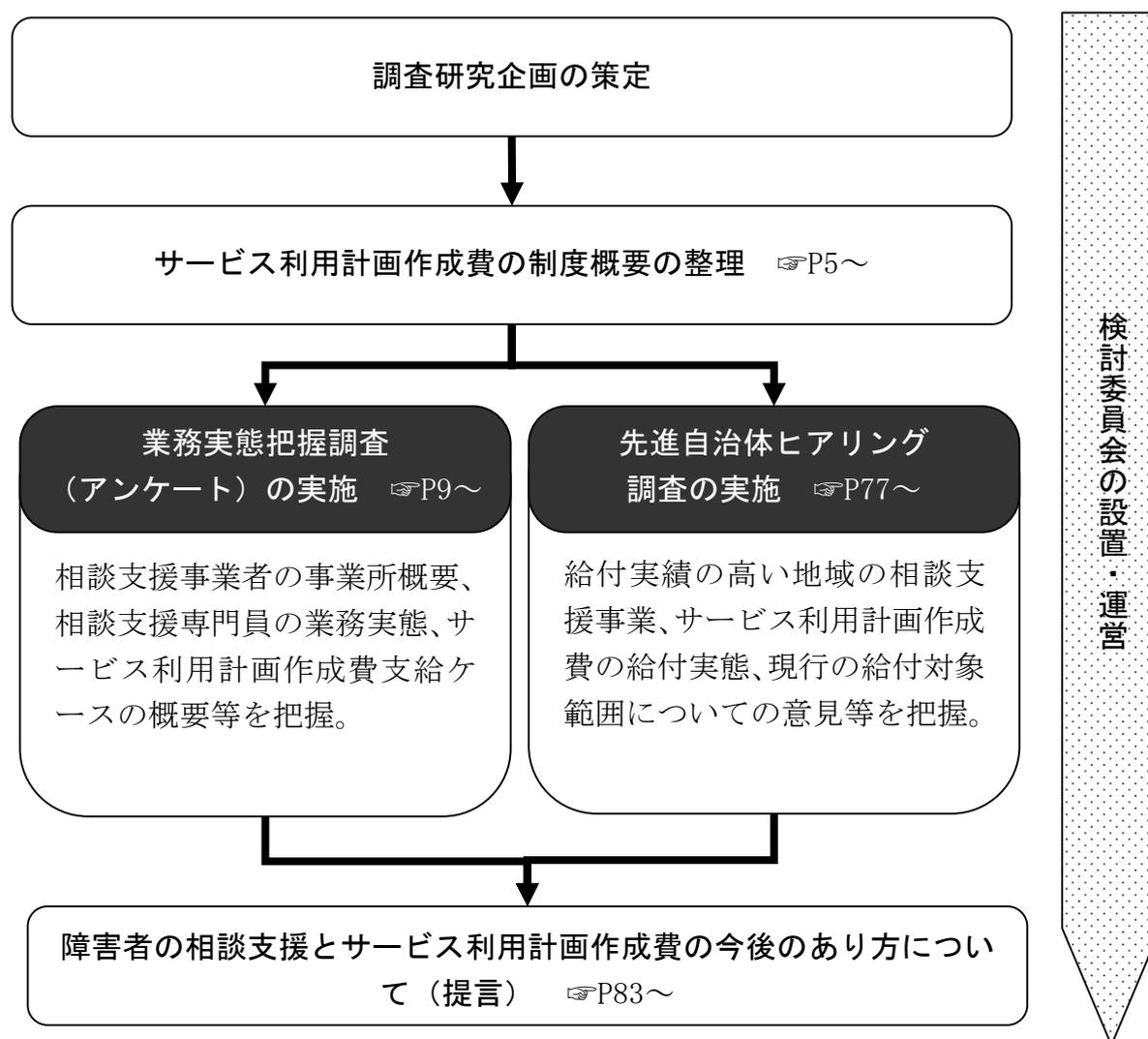
1. 研究の目的

障害者自立支援法では、地域生活支援事業の必須事業として相談支援が位置付けられ、特に計画的な支援を必要とする者を対象にサービス利用計画作成費が制度化された。しかし、制度化当初に予定していたほど給付が伸びていないため、現行の給付対象範囲が適切か、当初予定していたインフォーマルサービス、保健医療、教育、就労等を含めた生活設計支援が適切に行われているかについて検証する必要があるが出てきた。そこで、本事業では、現在の給付対象者の状態像や相談支援実態を把握するとともに、今後の給付対象範囲やその給付内容のあり方について検討する。

2. 研究の概要・実施経過

本研究の概要と実施経過は以下のとおりである。

図表 I-1 研究の流れ



(1) 検討委員会の設置・運営

調査研究企画、調査結果分析を行う委員会を設置した。委員会は、職能団体、相談支援において先駆的な取り組みを行っている相談支援事業者、市町村担当者等により構成し、3回開催した。

図表 I-2 委員名簿

【委員】

氏名	所属等
門屋 充郎	NPO 法人十勝障がい者支援センター 理事長
坂本 洋一	和洋女子大学家政学部生活環境学科 教授
◎ 野中 猛	日本福祉大学 社会福祉学部 教授
福岡 寿	北信圏域障害者生活支援センター 所長
宮田 広善	姫路市総合福祉通園センター 所長
山口 和彦	東松山市 健康福祉部 福祉課 課長補佐

◎：委員長。五十音順

【オブザーバー】

氏名	所属等
黒岩 嘉弘	厚生労働省 障害保健福祉部 障害福祉課 課長補佐
清水 剛一	〃 相談支援専門官
茅根 孝雄	〃 障害福祉専門官
高原 信幸	〃 障害福祉専門官
武田 牧子	〃 地域移行支援専門官
大塚 晃	〃 障害福祉専門官
大城 正志	〃 相談支援係長
佐々木隆行	〃 相談支援係

【事務局】

氏名	所属等
橋本 政彦	三菱総合研究所 人間・生活研究本部 ヒューマン・ケア研究グループ 主任研究員
高森 裕子	〃 研究員

図表 I-3 開催経過

	開催日時	開催場所	議題
第1回	平成19年10月29日 14:00～17:00	弊社 CR-2F 会議室	(1) 開 会 (2) 調査研究の目的・計画説明 (3) 国の実態調査報告 ～サービス利用計画 作成費の全国動向～ (4) プレヒアリング結果報告 (5) 自由討議 ・サービス利用計画作成費のあり方について (意見交換) ・今後の研究の進め方について ・ヒアリング先候補選定 ・相談支援の実態把握調査の目的、方法、調 査対象の検討 (6) その他 ・今後のスケジュール確認
第2回	平成20年1月28日 14:00～17:00	弊社 大会議室 B	(1) 開 会 (2) 相談支援の実態把握調査の進め方

	開催日時	開催場所	議題
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 調査計画の検討 ・ 調査票案の検討 (3) ヒアリング結果報告 ・ 先存取組み事例整理 ・ 同行委員からのコメント (4) サービス利用計画作成費のあり方について (意見交換) (5) その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 報告書とりまとめ (目次構成案) ・ 今後のスケジュール確認
第3回	平成20年3月3日 14:00～17:00	弊社 CR-4 会議室	<ul style="list-style-type: none"> (1) 開 会 (2) 相談支援、サービス利用計画作成費のあり方について (意見交換) (3) その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 今後のスケジュール確認

(2) 相談支援事業者の業務実態把握調査の実施

地域性、障害種別に配慮して、望ましい相談支援を実施できている相談支援事業者を都道府県から推薦いただき（合計 247 ヶ所）、アンケート調査で相談支援事業者の事業所概要、相談支援専門員の業務実態、サービス利用計画作成費支給ケースの概要等を把握した。

図表 I-4 アンケート調査回収状況

・ 相談支援事業者 155 ヶ所（回収率 63%）

調査票	票数
①事業所概要票	155
②相談支援専門員調査票	426
③相談支援専門員業務実態記録票	399
④ケース調査票	407

図表 I-5 アンケート調査項目

調査票	記入者	記入部数	調査項目
①事業所概要票	管理者	1事業所につき1部	事業所の経営主体、委託・指定の区分、職員体制、経営概況、自立支援協議会との関わりを把握。
②相談支援専門員調査票	相談支援専門員全員	専門員1人につき1部	相談支援専門員が業務上困難と感じている点、対応困難な利用者の特徴等、相談支援専門員の意識を把握。
③相談支援専門員業務実態記録票	相談支援専門員全員	専門員1人につき1部	2/15（金）～2/24（日）の10日間の相談支援専門員の業務実態を回数で把握。（訪問回数、電話回数等）
④ケース調査票	報告事例を担当する相談支援専門員	1ケースにつき1部	<p>貴事業所で以下の基準で「相談支援の困難性が高い」3ケースを選定いただき、当該ケースの主担当の相談支援専門員の方が記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①平成19年4月～12月にサービス利用計画作成費の支給決定を受けたケース（あれば必ず1件は記入） ②平成19年4月～12月に地域以降支援を行ったケース（あれば必ず1件は記入） ③今後、サービス利用計画作成費の対象を拡大する場合、対象にすべきと貴事業所が考えるケース

(3) 先進地域に対するヒアリング調査の実施

サービス利用計画作成費の給付実績の高い地域の行政担当者・相談支援業者に対し、相談支援事業及びサービス利用計画作成費の給付実態（給付対象者の障害種別・障害程度区分等の状態像、給付対象としての具体的な選定理由等）、現行の給付対象範囲についての意見等に関するヒアリング調査を実施した。

図表 I-6 ヒアリング調査対象・時期

自治体名	調査日	対応者
北海道帯広市	平成 19 年 12 月 6 日	行政担当者
宮城県登米市	平成 20 年 1 月 17 日	行政担当者・相談支援事業者
山梨県甲府市	平成 19 年 9 月 27 日	行政担当者・相談支援事業者
長野県長野市	平成 20 年 1 月 15 日	行政担当者・相談支援事業者
愛知県知多圏域	平成 19 年 9 月 12 日	相談支援事業者
京都府京都市	平成 19 年 12 月 14 日	行政担当者・相談支援事業者
大阪府大阪市	平成 19 年 10 月 12 日	行政担当者・相談支援事業者
大阪府茨木市	平成 19 年 12 月 14 日	行政担当者・相談支援事業者
大阪府堺市	平成 20 年 1 月 8 日	行政担当者・相談支援事業者
山口県宇部市	平成 19 年 12 月 13 日	行政担当者・相談支援事業者
沖縄県那覇市	平成 20 年 1 月 9 日	行政担当者・相談支援事業者

(4) サービス利用計画作成費の今後の給付対象範囲やその給付内容のあり方検討

相談支援事業者の業務実態把握調査、先進地域に対するヒアリング調査の結果をふまえて、サービス利用計画作成費の給付範囲を現行のとおり、地域生活移行した者や単身者等に限定していることが適切であるか、拡大（縮小）する場合はどのような対象者像が想定されるか、特に、地域移行や退院を促進する観点から、検討した。また、具体的なサービス利用計画作成費の給付対象者に対する支援内容について整理した。

II. サービス利用計画作成費の制度概要

本章では、本研究で検討テーマとした「サービス利用計画作成費」の根拠条文、支給対象者、支給内容等の制度概要を整理する。

1. 根拠条文

障害者自立支援法では、障害福祉サービスの支給決定・サービス利用のプロセスにおいて、障害者や家族からの相談に応じ、障害者個々の心身の状況、サービス利用の意向、家族の状況などを踏まえ、(1)適切な支給決定がなされるようにするとともに、(2)様々の種類のサービスが適切に組み合わせられ、計画的に利用されるようにするための仕組み（ケアマネジメント）が制度化された。

具体的には、利用者が、必要に応じて支援を受けられるよう、市町村の必須事業（地域生活支援事業）として相談支援事業を位置付け、これを相談支援事業者に委託できるようにした。（障害者自立支援法 77 条 1 項 1 号）

さらに、特に計画的な支援を必要とする者を対象として、サービス利用のあっせん・調整などを行うための給付（サービス利用計画作成費）が制度化された。（同法 32 条 1 項）

図表 II-1 障害者自立支援法 サービス利用計画作成費の根拠条文

（市町村の地域生活支援事業）

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。

一 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、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、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、障害者等に対する虐待の防止及びその早期発見のための関係機関との連絡調整その他の障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行う事業

（サービス利用計画作成費の支給）

第三十二条 市町村は、支給決定障害者等であって、厚生労働省令で定める数以上の種類の障害福祉サービス（施設入所支援を除く。）を利用するものその他厚生労働省令で定めるもののうち市町村が必要と認めたもの（以下この条において「計画作成対象障害者等」という。）が、都道府県知事が指定する相談支援事業を行う者（以下「指定相談支援事業者」という。）から当該指定に係る相談支援（第五条第十七項第二号に掲げる便宜の供与に限る。以下「指定相談支援」という。）を受けたときは、当該計画作成対象障害者等に対し、当該指定相談支援に要した費用について、サービス利用計画作成費を支給する。

2 サービス利用計画作成費の額は、指定相談支援に通常要する費用につき、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該指定相談支援に要した費用の額を超えるときは、当該現に指定相談支援に要した費用の額）とする。

3 計画作成対象障害者等が指定相談支援事業者から指定相談支援を受けたときは、市町村は、当該計画作成対象障害者等が当該指定相談支援事業者に支払うべき当該指定相談支援に要した費用について、サービス利用計画作成費として当該計画作成対象障害者等に対し支給すべき額の限度において、当該計画作成対象障害者等に代わり、当該指定相談支援事業者を支払うことができる。

4 前項の規定による支払があったときは、計画作成対象障害者等に対しサービス利用計画作成

費の支給があったものとみなす。

5 市町村は、指定相談支援事業者からサービス利用計画作成費の請求があったときは、第二項の厚生労働大臣が定める基準及び第四十五条第二項の厚生労働省令で定める指定相談支援の事業の運営に関する基準（指定相談支援の取扱いに関する部分に限る。）に照らして審査の上、支払うものとする。

6 市町村は、前項の規定による支払に関する事務を連合会に委託することができる。

7 前各項に定めるもののほか、サービス利用計画作成費の支給及び指定相談支援事業者のサービス利用計画作成費の請求に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

2. 支給対象者

障害福祉サービス（重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練及び共同生活援助を除く。）を利用する支給決定障害者等であって、下記のいずれかに該当する者とする。

①入所・入院から地域生活へ移行するため、一定期間、集中的な支援を必要とする者

②単身で生活している者（家族が要介護状態であるため等、同居していても適切な支援が得られない者を含む。）であって、次の状態にあるために、自ら福祉サービスの利用に関する調整を行うことが困難であり、計画的な支援を必要とする者

- ・知的障害や精神障害のため、自ら適切なサービス調整ができない。
- ・極めて重度な身体障害のため、サービス利用に必要な連絡・調整ができない。

③重度障害者等包括支援の対象者の要件に該当する者のうち重度訪問介護等の障害福祉サービスの支給決定を受けた者

図表 II-2 サービス利用計画作成費の支給対象者の解釈通知

「サービス利用計画作成費の支給対象となる支給決定障害者等について」（平成20年1月31日障
障発第0131001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）

標記については、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第32条第1項に基づく、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「規則」という。）第32条の2において規定されているところであるが、当該条項の解釈は下記のとおりであるので、御了知の上、貴管内市町村、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用について遺憾のないようにされたい。

記

1 規則第32条の2第1号について

規則第32条の2第1号に規定する「障害者支援施設からの退所等」とは、障害者支援施設からの退所のほか、共同生活介護又は共同生活援助からの退居、精神科病院からの退院等、地域生活への移行に当たり住環境や生活環境が大きく変わる場合、家族の入院、死亡又は弟妹の出生等による家庭環境の変化やライフステージの変化（乳幼児期から学齢期への移行や学齢期から就労への移行等）により生活環境が大きく変わる場合等が含まれるものであること。

2 規則第32条の2第2号について

規則第32条の2第2号に規定する「同居している家族等の障害、疾病等」とは、家族等の障害・疾病のほか、家族が高齢（要介護状態等）である場合、家族による放置、無理解、無関心等により家族等による援助を受けることが困難である場合等が含まれるものであること。

3. 支給内容

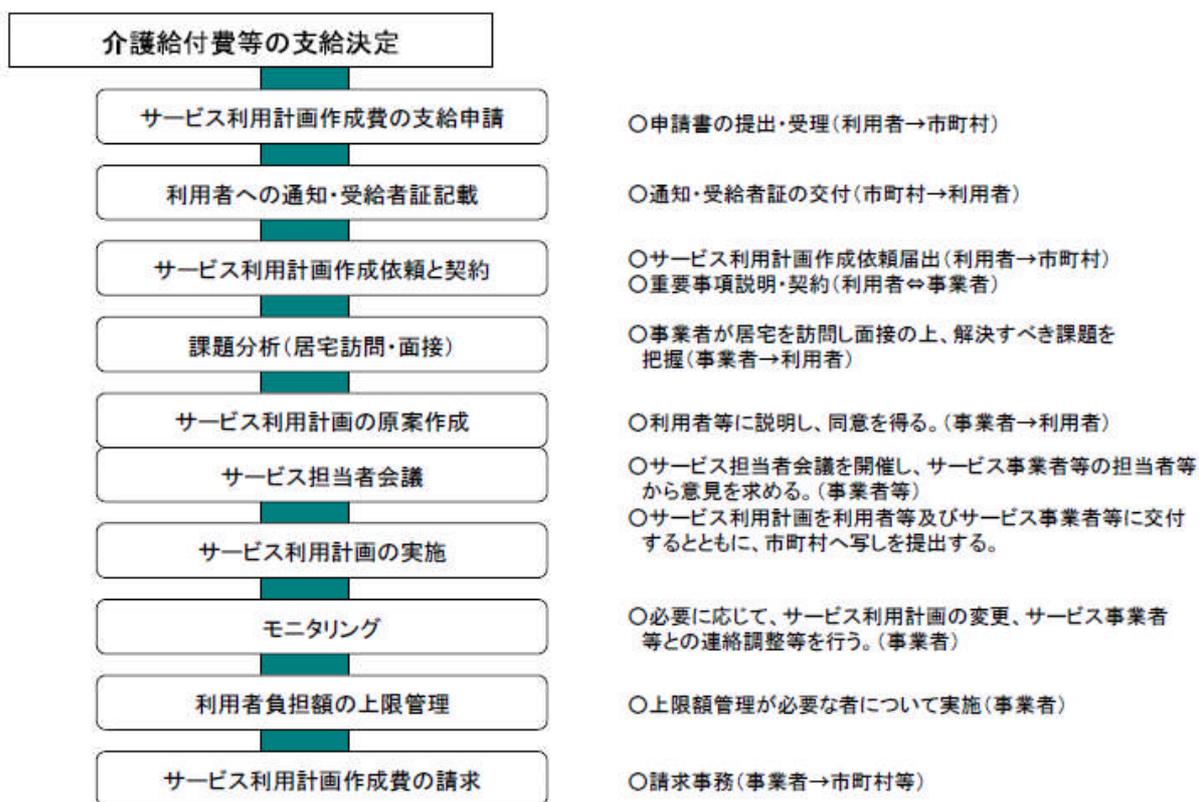
- ・生活全般の相談
 - ・情報提供
 - ・サービス利用計画の作成
 - ・サービス担当者会議の開催
 - ・サービス事業者との連絡調整
 - ・モニタリング
- 等

4. 支給期間

次の範囲内で市町村が定めることとする。

- ①地域生活移行の場合は、6か月の範囲内（原則1回更新できる）
- ②単身者等、重度障害者等包括支援対象者の場合は、当該支給決定障害者に係る障害福祉サービスの支給決定の有効期間の範囲内

5. 支給プロセス



6. 報酬単価について

サービス利用計画作成費分 850 単位、利用者負担上限額管理分 150 単位として単価を設定。

- ①サービス利用計画作成費（Ⅰ）850 単位
- ②サービス利用計画作成費（Ⅱ）1,000 単位

※1（Ⅰ）の単価は、在宅にあって障害福祉サービス（重度障害者等包括支援、共同

生活介護、施設入所支援、自立訓練及び共同生活援助を除く。) を利用する支給決定障害者等に対して指定相談支援を行った場合に、1月につき算定する。

※2 (Ⅱ) の単価は、上記に該当する者について、利用者負担額等の上限額管理を行った場合に算定する。

※3 地域区分に応じた単価とする。

※4 障害程度区分は報酬に反映しない。

7. 報酬を算定できない場合

相談支援専門員の行う業務が運営基準に抵触する場合は、報酬を算定しない仕組みとする。

○少なくとも月1回、利用者の居宅を訪問し利用者等に面接すること(モニタリング)

○サービス担当者会議等によりサービス利用計画の内容等について担当者から意見を求めること

○利用者又はその家族に対して説明のうえ、サービス利用計画を利用者等に交付すること等

【報酬減算について】

①相談支援専門員が行う指定相談支援の業務については、運営基準に定めることとしており、その基準に抵触する場合は、850単位(サービス利用計画費相当分)を算定しない。

②サービス利用計画費(Ⅱ)の対象者については、150単位(利用者負担上限額管理相当分)のみ算定できる。

8. 国庫負担基準

①対象者の選定に当たっては、対象者の状態像についての解釈について、市町村間でばらつきが生じることが予想されることから、限られた財源を公平に配分するため、国庫負担基準を設定する。

②国庫負担基準(月額)については、当該月のサービス利用計画作成費Ⅰ及びⅡの総支給額を求め、その総支給額を市町村の障害福祉サービス利用者数(施設入所者、自立訓練の利用者、グループホーム及びケアホーム利用者、重度包括支援の利用者を除く)の10%に相当する数に換算した額とする。

(例) サービス利用者数1,000人(施設入所者等除く)、計画対象者120人(作成費Ⅰ90人、Ⅱ30人)

○120人の総支給額 $10,000 \text{円} \times 30 \text{人} + 8,500 \text{円} \times 90 \text{人} = 1,065,000 \text{円}$

○サービス利用者の10% $1,000 \text{人} \times 10\% = 100 \text{人}$

○国庫負担基準 $1,065,000 \text{円} \times 100 \text{人} \div 120 \text{人} = 887,500 \text{円}$

9. 利用者負担に係る上限額管理

サービス利用計画作成費の対象者に係る上限額管理事務については、当該指定相談事業者が行うこととする。(サービス利用計画作成費Ⅱ)

III. 相談支援事業者・相談支援専門員の業務実態～アンケート結果から～

本章では、サービス利用計画作成費の制度運用の担い手である相談支援事業者・相談支援専門員の業務の現状と課題、実際に担当しているケースの概要を把握するために実施したアンケート調査の結果を報告する。

1. 調査の概要

(1) 調査目的

給付が伸び悩んでいるサービス利用計画作成費について、現行の給付対象範囲が適切か、当初予定していたインフォーマルサービス、保健医療、教育、就労等を含めた生活設計支援が適切に行われているかについて検証し、今後の給付対象範囲やその給付内容のあり方について検討することを目的として、この一貫として、指定相談支援事業者が実施している相談支援の業務実態を把握するため、アンケート調査を実施した。

(2) 調査対象

- ・地域性、障害種別に配慮して、都道府県が推薦した、望ましい相談支援を実施できている相談支援事業者 247 ヶ所。
- ・都道府県における推薦基準は以下のとおりである。
 - *複数の相談員を配置していること
 - *開設後一定期間を経過しており、相談支援体制が安定していること
 - *相談支援専門員研修に事例提供している等、相談支援の評価が高いこと
 - *3 障害のいずれかを重点的に実施しているところ、総合的に受けているところ等バランスに配慮すること

(3) 調査時期

平成 20 年 1～2 月

(4) 調査方法

アンケート調査票を郵送配布・郵送回収。

(5) 調査項目

調査票	記入者	記入部数	調査項目
①事業所概要票	管理者	1 事業所につき 1 部	事業所の経営主体、委託・指定の区分、職員体制、経営概況、自立支援協議会との関わりを把握。
②相談支援専門員調査票	相談支援専門員全員	専門員 1 人につき 1 部	相談支援専門員が業務上困難と感じている点、対応困難な利用者の特徴等、相談支援専門員の意識を把握。
③相談支援専門員業務実態記録票	相談支援専門員全員	専門員 1 人につき 1 部	2/15 (金)～2/24 (日) の 10 日間の相談支援専門員の業務実態を回数で把握。(訪問回数、電話回数等)
④ケース調査票	報告事例を担当す	1 ケースにつき 1 部	事業所で以下の基準で「相談支援の困難性が高い」3 ケースを選定し、当該ケースの主担当の相談支援

調査票	記入者	記入部数	調査項目
	る相談支援専門員		専門員が記入。 ①平成19年4月～12月にサービス利用計画作成費の支給決定を受けたケース（あれば必ず1件は記入） ②平成19年4月～12月に地域以降支援を行ったケース（あれば必ず1件は記入） ③今後、サービス利用計画作成費の対象を拡大する場合、対象にすべきと貴事業所が考えるケース

(6) 回収状況

・相談支援事業者 155 ヶ所（回収率 63%）

調査票	票数
①事業所概要票	155
②相談支援専門員調査票	426
③相談支援専門員業務実態記録票	399
④ケース調査票	407

2. 調査結果の概要

(1) 相談支援事業者の現状

活動圏域	○複数市町村にまたがる事業所が 63.9%であった。
対応時間	○平日：日中（8～18時）は9割、夜間（18～22時）は3割が開所している一方、深夜・早朝（22～8時）の開所はない。 ○土曜日：開所率は5割である。 ○日曜・祝祭日：開所率は2割である。
個別支援計画の作成状況	○計画作成率：担当ケース総数の半数以下という事業所が7割である。 ○計画の見直し頻度：半年に1回以下が6割である。 ○計画の本人・家族への交付割合：ほぼ全数が38.1%である一方、ほとんどない、1～2割程度が37.4%である。 ○計画の関係機関への交付割合：ほぼ全数が31%である一方、ほとんどない、1～2割程度が38.1%である。
サービス担当者会議の開催状況	○月1回以上会議を開催するケースの割合：1～2割程度が42.6%、ほとんどないが32.3%である。 ○会議の出席者：利用者に直接関わる事業所職員以外にも高齢・児童の関係機関、地域住民など幅広い。 ○利用者・家族の出席割合：ほぼ全数、7～8割程度が38.1%である一方、ほとんどない、1～2割程度が29.7%である。
対象者宅訪問	○訪問にかかる平均移動時間：20分以上30分未満が52.9%である。 ○対象者宅での平均滞在時間：30分～1時間半が86.5%である。
自立支援協議会との関係性	○自立支援協議会への参加状況：通常のメンバーとして、事務局として、75.5%が関係性を持っている。 ○困難事例を受け止める仕組み：個別支援会議を設置しているのは54.1%である。
職員体制	○平均職員数：3.5人で、常勤専任が1.9人（全体の56.8%）である。 ○障害分野の相談員としての平均経験年数：6.5年である。 ○相談支援従事者研修修了状況：職員全体のうち70.7%が研修を修了している。
事業活動収支	○事業規模：年間1400～1500万程度であり、収支差は-4%の赤字である。 ○収入：委託相談支援事業にかかる収入が79%で、サービス利用計画作成費収入は1%である。 ○支出：人件費が84%である。

☞詳細はP15～参照。

(2) 相談支援専門員の現状

担当ケース数	○平均主担当ケース数：全体平均で39.9件であり、常勤専任は他に比べて多い。 ○平均サポートケース数：他職員が主担当だが担当の一人として関わっているケース数は18.5件である。
--------	---

業務負担	<ul style="list-style-type: none"> ○個別ケース対応の負担感：利用者と家族の関係調整、利用者の依存や状態の不安定さ、地域資源の不足に起因する負担感が高い。 ○業務を進める上での負担感：業務範囲の不明確さ、困難ケース対応、自分の力量への不安、事務作業の煩雑さ、職員待遇の低さに起因する負担感が高い。 ○勤務形態別の負担感：常勤のほうが非常勤に比べて負担感が高い。
業務量	<ul style="list-style-type: none"> ○相談支援に関わった平均時間数：2月15日（金）～24日（日）（10日間）で32.3時間である。 ○平均業務実施回数：2月15日（金）～24日（日）（10日間）で電話25回、訪問・外出同行7.7回、来所6.6回であり、個別ケース対応が多い。

☞詳細はP28～参照。

(3) 相談支援の困難性が高いケースの概要

基本属性	<ul style="list-style-type: none"> ○年齢：18歳以上65歳未満が90.2%である。 ○性別：男性49.6%、女性43%である。 ○障害程度区分：区分1～3が38.1%、区分4～6が32.9%、非該当・未認定が23.6%とばらついている。 ○手帳の保有率：身体障害者手帳4割、療育手帳5割、精神保健福祉手帳2割である。 ○生活場所：自宅が87.2%である。 ○直近2年の入院・入所回数：平均1.08回である。
サービスの利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ○利用しているサービス数：1種類が31.9%、2種類25.6%、3種類17.7%であり、8割は何らかのサービスを利用している。 ○利用しているサービスの内容：訪問系サービスが60.4%、日中活動系サービス54.5%、居住系サービス27.8%である。 ○区分が重いケースほどサービスの利用率は高く、身体のみ・重複障害ケースは知的のみ・精神のみに比べてサービスの利用率が高い。
介護者の状況	<ul style="list-style-type: none"> ○介護者の有無：介護者有りが64.6%である。 ○介護者の課題：ほとんどのケースで何らかの課題を抱えており、特に介護者の心身に問題がある、高齢である（65歳以上）、要支援・養介護状態にある割合が高い。
作成費の支給状況	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス利用計画作成費の支給の有無：相談支援の困難性が高いケースのうち、作成費の支給があるのは26.5%である。区分が重いケース、身体のみ・重複障害ケースの支給割合が高い。 ○作成費の支給理由：単身等が57.4%、退所等支援が34.3%である。
相談支援の状況	<ul style="list-style-type: none"> ○初回相談受付：平成18年以降（2年以内の関わり）が全体で61.6%である。 ○現在の相談体制：主担当1人で対応が57%である。区分の軽いケース、知的のみ・精神のみケースでは複数で対応する割合が高い。

	○1月あたりの平均相談実績延べ件数：来所1.1回、訪問1.9回、電話5.7回、FAX・メール・手紙1.7回、事業所内部のサービス担当者会議0.7回、事業所外も含むサービス担当者会議0.4回である。
個別支援計画の作成状況	○計画作成率：68.6%である。区分の思いケース、身体のみ・重複障害ケースは作成率が高い。 ○計画の見直し頻度：平成19年4～12月の平均見直し回数は1.9回である。 ○計画の本人・家族への交付割合：毎回交付60.6%、一部交付21.9%である。 ○計画の関係機関への交付割合：全機関に交付60.9%、一部機関に交付19.4%である。
サービス担当者会議の開催状況	○開催回数：平成19年4～12月の平均開催回数は4.9回（約2ヶ月に1回）である。 ○会議の出席者：利用者に直接関わる事業所職員や医療機関の出席率が高い。 ○利用者・家族の出席割合：平均2回である。
相談支援領域	○支援割合が高い領域：福祉サービス等の利用援助83.5%、障害や病気に関すること66.1%、制度、法律に関する情報提供62.4%である。
支援の困難性	○支援の困難点：利用者の状態の不安定さ、利用者とのコミュニケーションの難しさ、利用者や家族の関係調整、地域資源の不足の割合が高い。 ○困難点の項目数：区分が軽いケース、知的のみ・精神のみケースの困難点の項目数が他に比べて多い。

☞詳細はP34～参照。

(4) サービス利用計画作成費対象とそれ以外のケースの異同

基本属性	○年齢：支給なしケースのほうが18歳未満の若年層の割合が高い。（支給あり3.7%、支給なし7.9%） ○障害程度区分：支給ありケースは91.7%が認定を受けているが、支給なしでケースでは64.7%である。 ○手帳の保有率：身体障害者手帳は支給ありケースのほうが保有率が高い一方、療育手帳、精神保健福祉手帳は支給なしケースのほうが保有率が高い。 ○生活場所：支給ありケースのほうが自宅（単身）の割合が高い。（支給あり38.9%、支給なし25.6%）
サービスの利用状況	○利用しているサービス数：支給ありケースはほぼ全数でサービスを利用しているのに対し、支給なしケースは21.1%が全くサービスを利用していない。 ○利用しているサービスの内容：支給ありケースでは訪問系の割合が高く、日中活動系が続くのに対し、支給なしケースでは訪問系、日中活

	動系の割合がほぼ同程度である。
介護者の状況	○支給の有無で大きな差はない。
相談支援の状況	○初回相談受付：支給なしケースのほうが、平成17年以前に相談を受けている（2年以上の関わり）割合が高い。 ○現在の相談体制：支給なしケースでは複数の相談支援専門員で対応する割合が高い。 ○1月あたりの平均相談実績延べ件数：訪問1.9回、FAX・メール・手紙での相談については、支給ありケースのほうが件数が多い。
個別支援計画の作成状況	○計画作成率：支給ありケースは98.1%であるのに対し、支給なしケースは59.2%である。 ○計画の見直し頻度：平成19年4～12月の平均見直し回数は支給ありケース2.2回、支給なしケース1.7回で支給ありケースのほうが頻度が高い。 ○計画の本人・家族への交付割合：支給ありケースのほうが交付割合が高い。 ○計画の関係機関への交付割合：支給ありケースのほうが交付割合が高い。
サービス担当者会議の開催状況	○開催回数：平成19年4～12月の平均開催回数は支給ありケース5.2回、支給なしケース4.8回である。 ○会議の出席者：支給ありケースはサービス利用率が高いため、事業所職員の出席率が高い。 ○利用者・家族の出席割合：支給ありケースのほうが出席回数が多い。
相談支援領域	○支援割合が高い領域：支給ありケースは、制度、法律に関する情報提供、福祉サービス等の利用援助、個別支援計画作成に関するものの割合が高いが、それ以外は支給なしケースのほうが幅広く相談を受けている。
支援の困難性	○支援の困難点：全体に支給ありケースより支給なしケースのほうが困難点が多い。

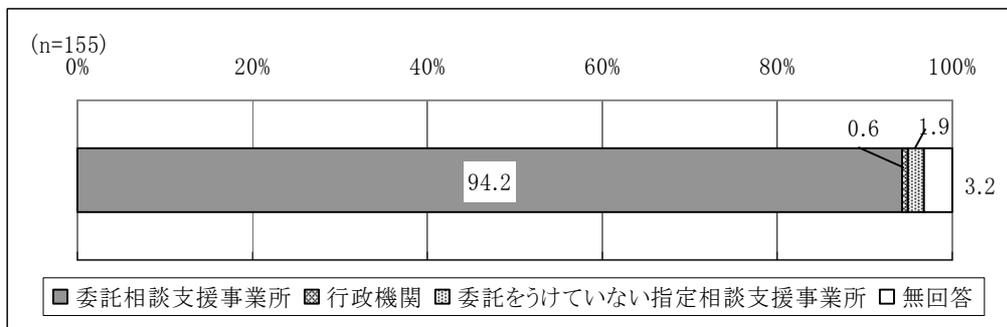
☞詳細はP64～参照。

3. 相談支援事業者の現状（詳細）

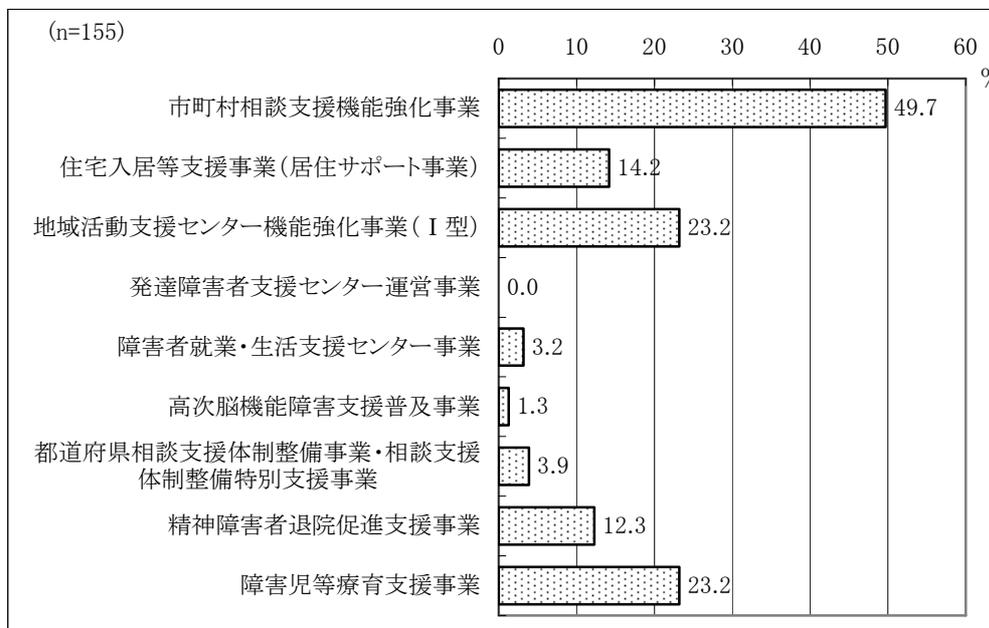
(1) 事業所の基本情報

- 事業所の種別は、委託相談支援事業者が 94.2%で大半を占めた。
- 事業所の受託事業は、市町村相談支援機能強化事業が 49.7%、地域活動支援センター機能強化事業（I型）と障害児等療育支援事業がそれぞれ 23.2%と、相談関連の事業をあわせて受託している事業所が多かった。
- 事業所の経営主体は、社会福祉法人（社会福祉協議会以外）が 66.5%と最も多く、医療法人が 9.7%、社会福祉協議会が 9.0%で続いていた。
- 事業所の開設年は、2000～2002 年が 36.8%、1999 年以前が 23.2%で、開設後 5 年以上経過している事業所が全体の 6 割を占めた。
- 併設施設・事業所は、地域活動支援センターが 32.3%、短期入所 29.7%、居宅介護と旧法施設支援等（入所系）がそれぞれ 29.0%であった。

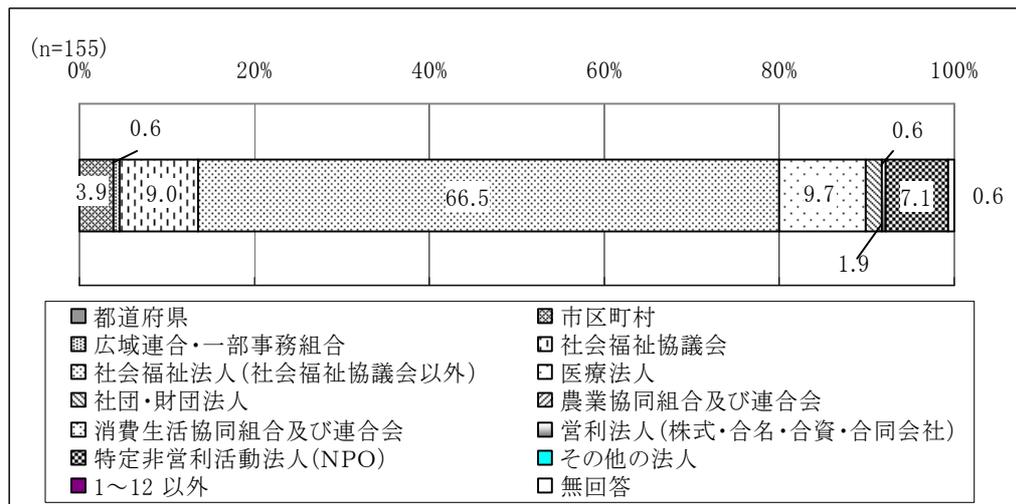
図表 III-1 事業所の種別



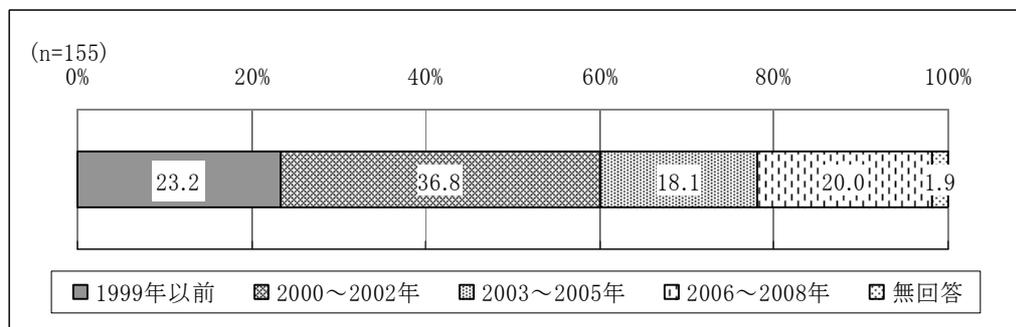
図表 III-2 受託事業



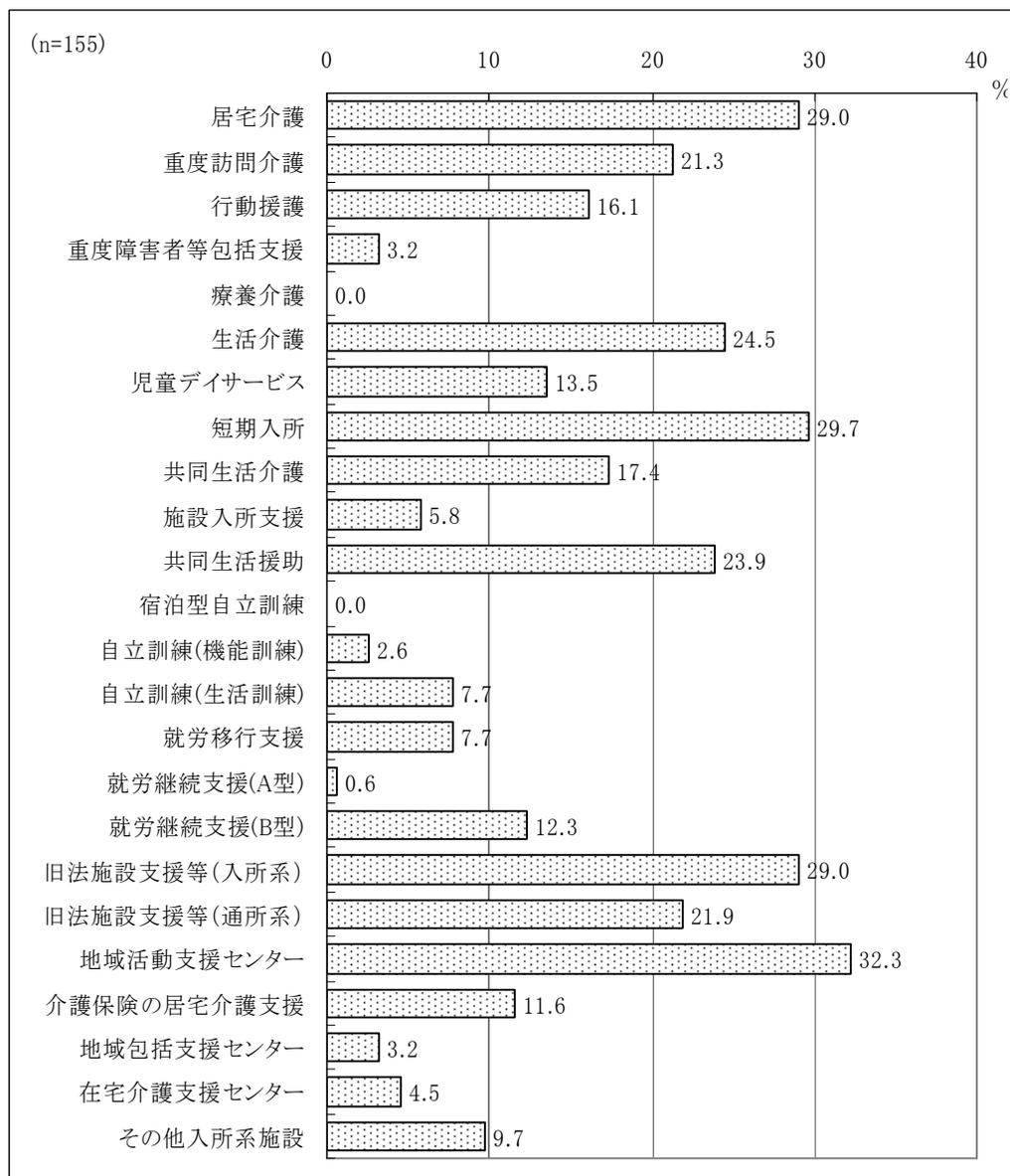
図表 III-3 経営主体



図表 III-4 開設年



図表 III-5 併設施設・事業所

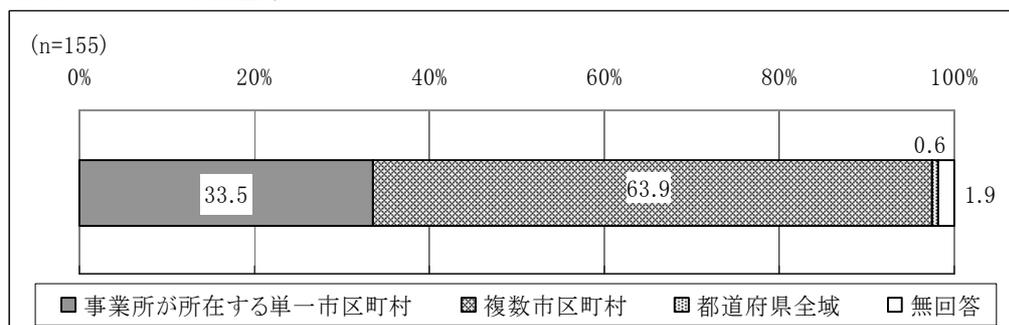


(2) 事業所の相談支援の実施状況

①活動圏域

○事業所の活動圏域は、複数市区町村が 63.9%と多く、事業所が所在する単一市区町村が 33.5%であった。

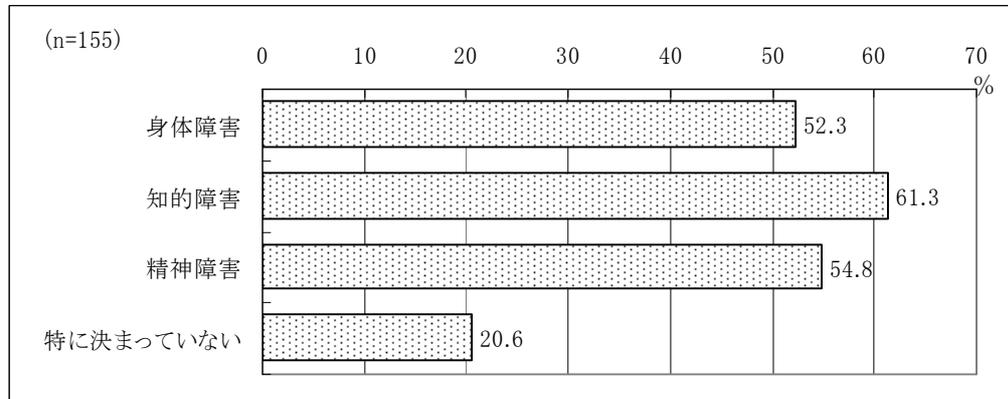
図表 III-6 活動圏域



②対応する障害

○主に対応する障害は、身体障害 52.3%、知的障害 61.3%、精神障害 54.8%、特に決まっていないが 20.6%であった。

図表 III-7 主に対応する障害



③対応時間・方法

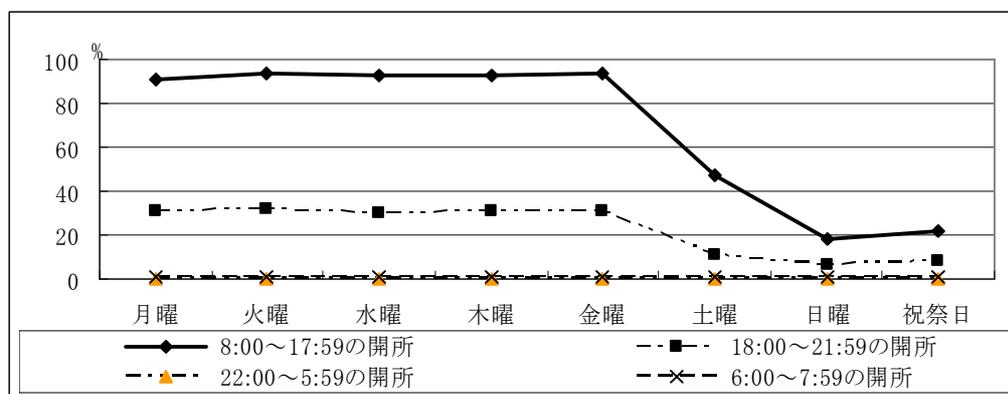
○月～金曜日までの平日は、9割が日中（8～18時）に開所しており、3割が夜間（18～22時）も開所していた。一方、深夜（22～6時）、早朝（6～8時）に開所している事業所はなかった。また、土曜日の開所率は5割、日曜・祝祭日の開所率は2割程度であった。

○開所時間外の相談受付方法は、事業所職員の携帯電話 63.9%が最も多く、電子メールの受信 45.8%、FAXの受信 43.2%が多かった。

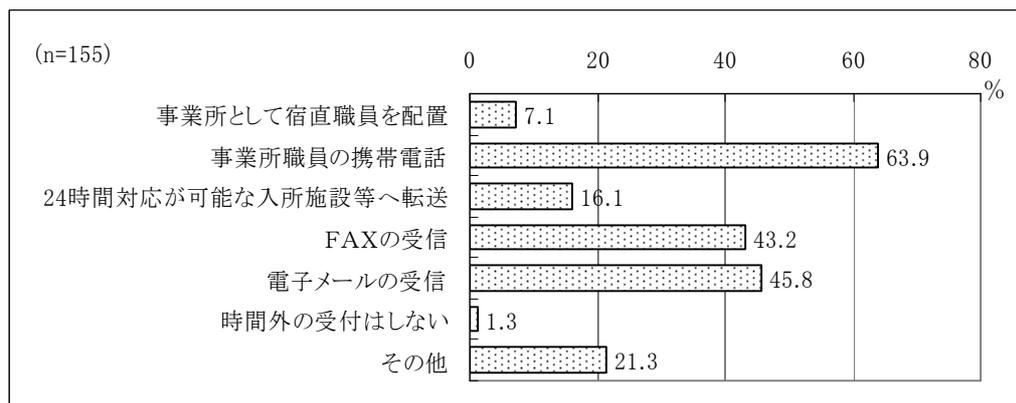
○なお、電子メールやFAXの受信については、時間外は受信のみという事業所が多く、電子メールで 70.4%、FAXで 88.1%となっていた。

○また、時間外に対応者は、事業所の全員が 23.9%、事業所の管理者と常勤職員が 22.6%、事業所の管理者が対応 11%、事業所のその他特定職員が対応が 10.3%であり、事業所職員で対応するところが7割を占めた。併設施設・事業所で対応するところは 12.3%であった。

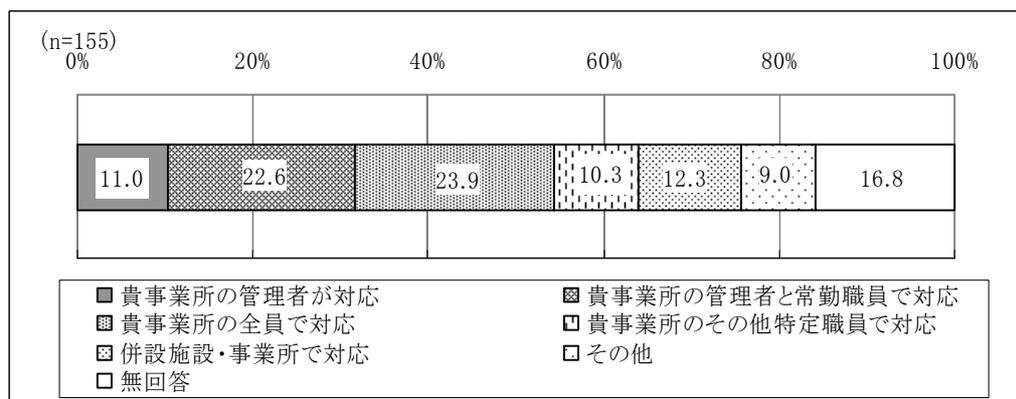
図表 III-8 開所曜日・時間



図表 III-9 開所時間外の相談受付方法



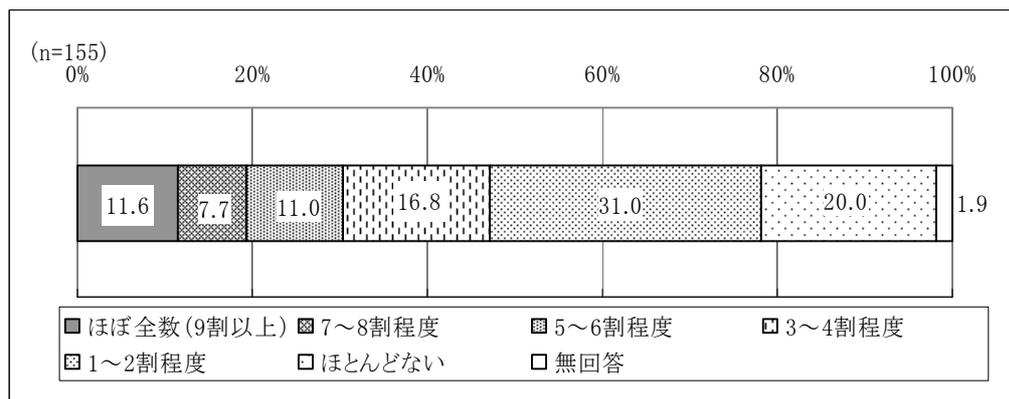
図表 III-10 開所時間外の対応者



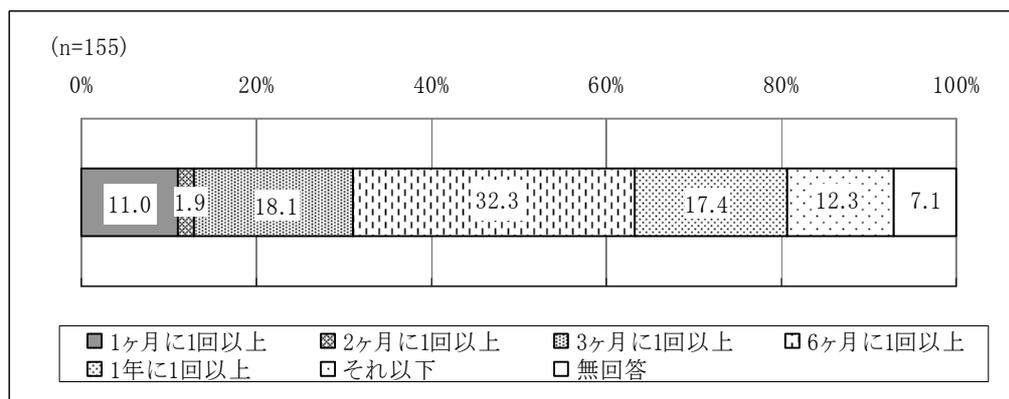
④個別支援計画の作成状況

- 個別支援計画を作成する割合は、全ケースの1～2割程度が31.0%、ほとんどないが20.0%、3～4割程度が16.8%で、ケース総数の半分を切っている事業所が7割であった。一方で、ほぼ全数（9割以上）で作成している事業所は11.6%であった。
- 個別支援計画の見直し頻度は、6ヶ月に1回以上が32.3%、1年に1回以上が17.4%、それ以下が12.3%で、全体の6割を占めた。
- 個別支援計画を本人・家族へ交付する割合は、ほぼ全数（9割以上）が38.1%である一方で、ほとんどない21.9%、1～2割程度15.5%をあわせて37.4%は交付割合が低調であった。
- 個別支援計画を関係機関へ交付する割合は、ほぼ全数（9割以上）が31.0%である一方で、ほとんどない21.3%、1～2割程度16.8%をあわせて38.1%は交付割合が低調であった。

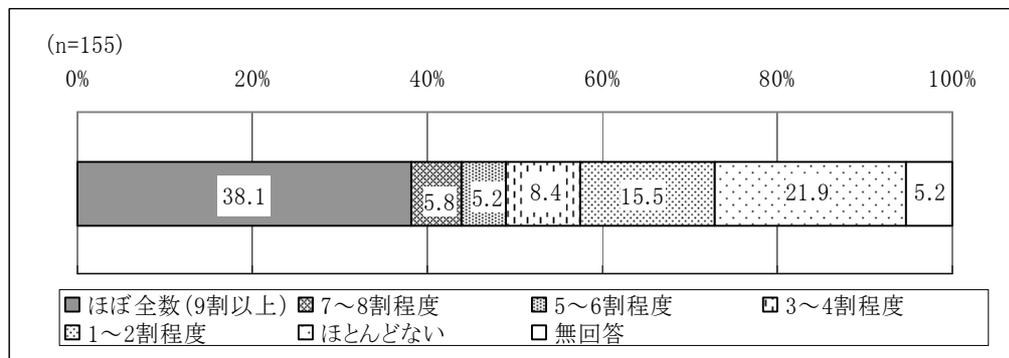
図表 III-11 個別支援計画の作成割合



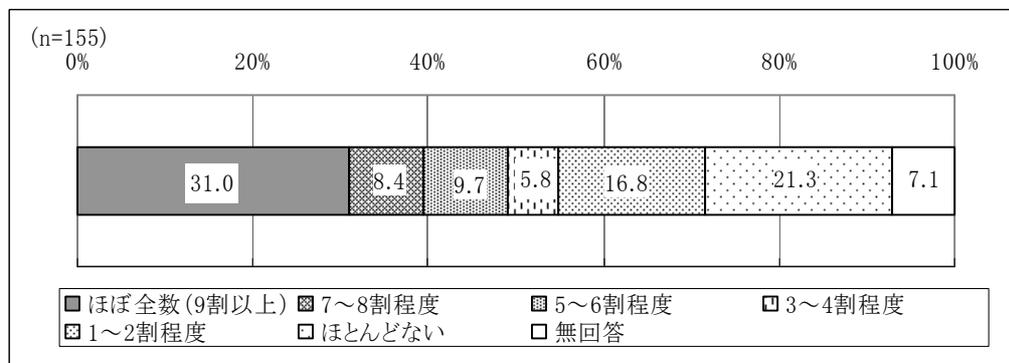
図表 III-12 個別支援計画の見直し頻度



図表 III-13 個別支援計画の本人・家族への交付割合



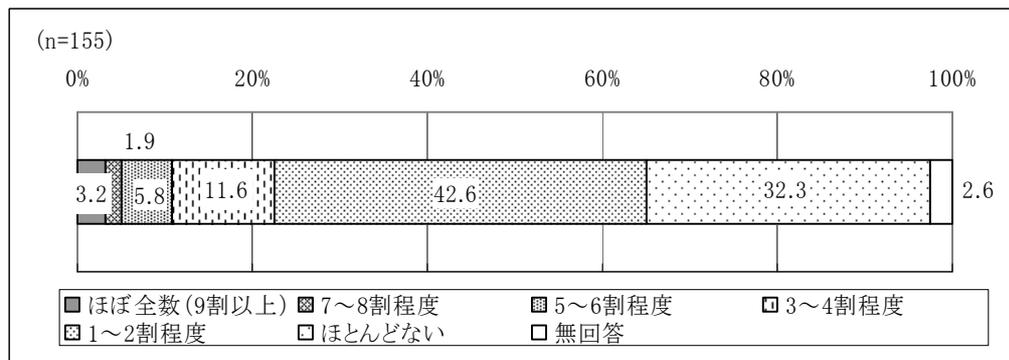
図表 III-14 個別支援計画の関係機関への交付割合



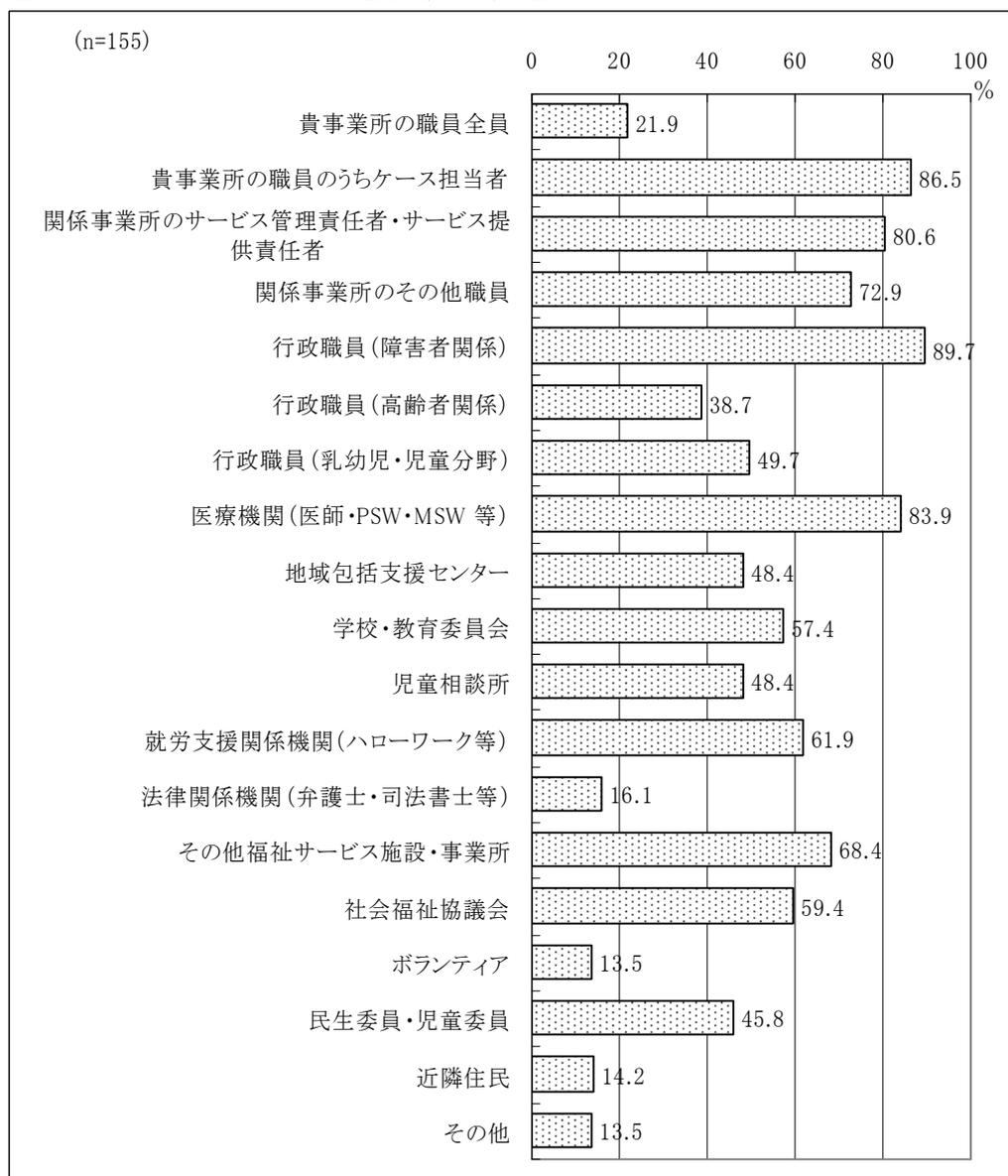
⑤サービス担当者会議の開催状況

- 月 1 回以上サービス担当者会議を開催しているケースの割合は、1～2 割程度が 42.6%、ほとんどないが 32.3%であり、頻回にサービス担当者会議を開催するケース数は多くなかった。
- サービス担当者会議への出席者（必要に応じて出席する人を含む）は、利用者に直接関わる相談支援事業者や関係事業所の職員以外にも多岐にわたっている。高齢者関係では、行政職員（高齢者関係）38.7%、地域包括支援センター48.4%、児童関係では、行政職員（乳幼児・児童分野）49.7%、学校・教育委員会 57.4%、児童相談所 48.4%であった。また、障害者の地域生活支援という視点から、民生委員・児童委員が 45.8%、近隣住民が 14.2%あった。
- サービス担当者会議に利用者・家族が出席する割合は、ほぼ全数(9割以上)が 18.1%、7～8割程度が 20.0%である一方、ほとんどないが 15.5%、1～2割程度が 14.2%であった。

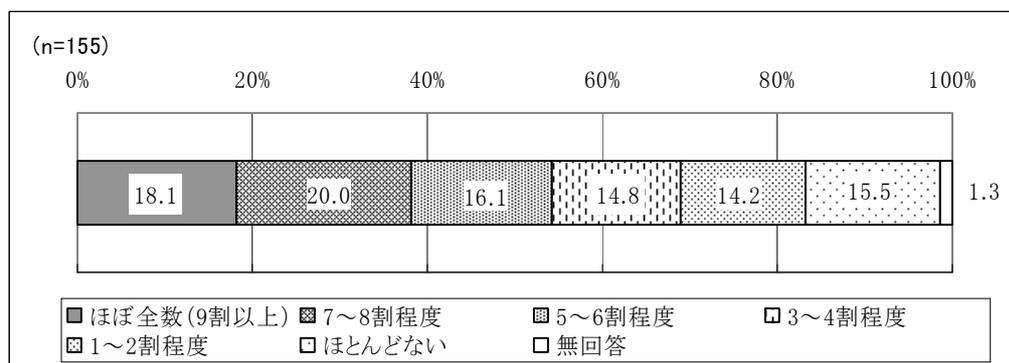
図表 III-15 月 1 回以上サービス担当者会議を開催しているケースの割合



図表 III-16 サービス担当者会議の出席者



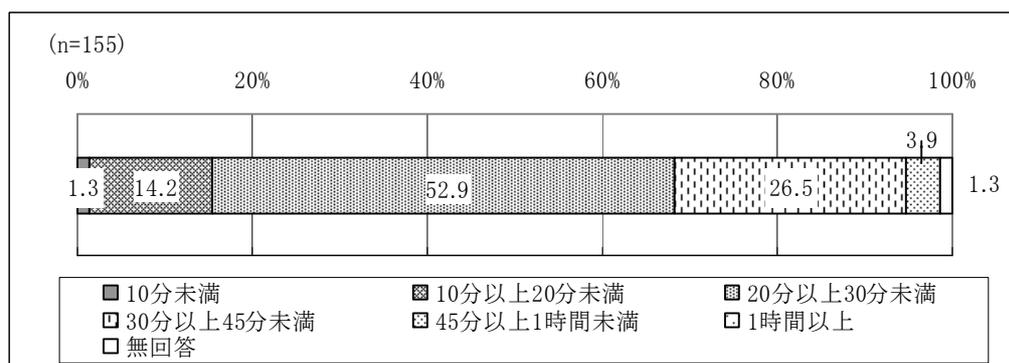
図表 III-17 サービス担当者会議に利用者・家族が出席する割合



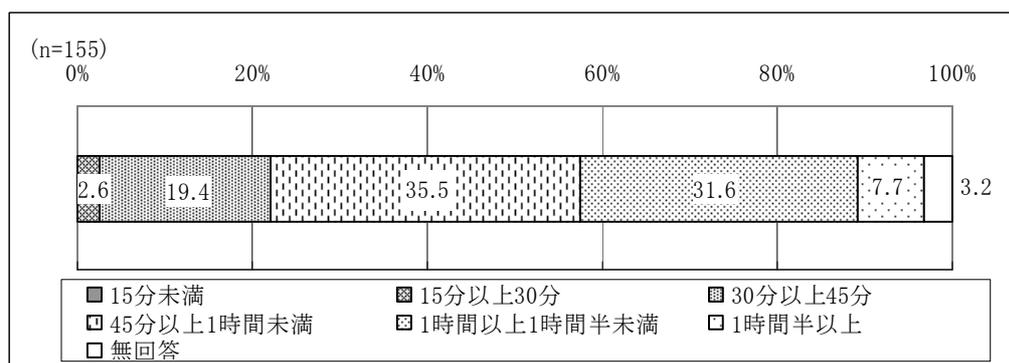
⑥対象者宅訪問の所要時間

- 対象者宅訪問にかかる平均移動時間は、20分以上30分未満が52.9%で最も多く、30分以上45分未満が26.5%が続いていた。
- また、対象者宅での平均滞在時間は、45分以上1時間未満35.5%、1時間以上1時間半未満31.6%、30分以上45分19.4%であり、30分～1時間半が全体の86.5%を占めた。

図表 III-18 対象者宅訪問にかかる平均移動時間



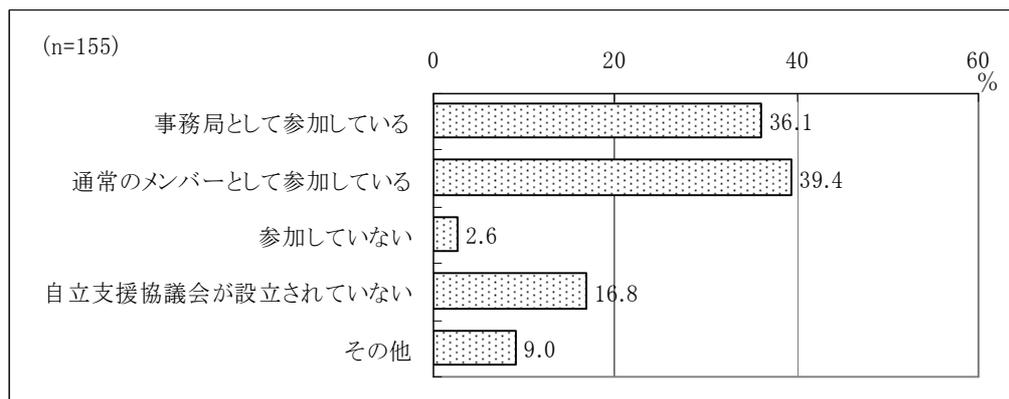
図表 III-19 対象者宅での平均滞在時間



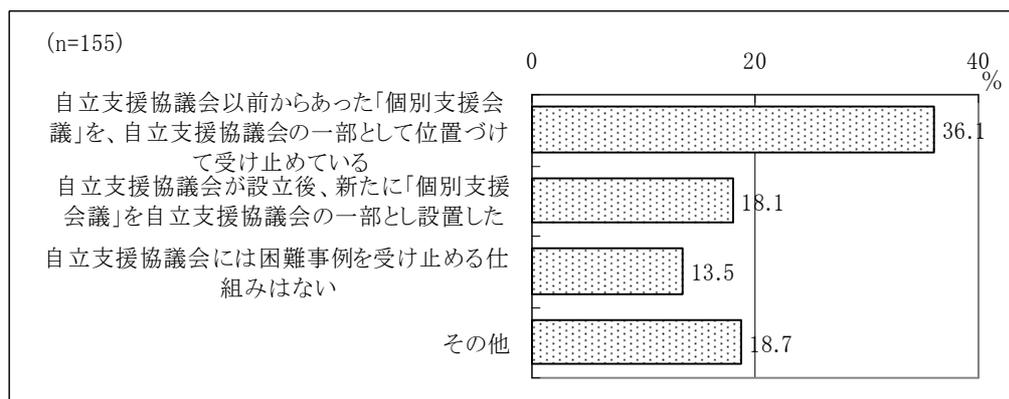
(3) 市町村における地域自立支援協議会との関係性

- 地域自立支援協議会への参加状況は、通常のメンバーとして参加している39.4%、事務局として参加している36.1%をあわせて75.5%が地域自立支援協議会との関係性を持っていた。
- 自立支援協議会で困難事例を受け止める仕組みとしては、自立支援協議会以前からあった「個別支援会議」を自立支援協議会の一部として位置づけて受け止めているが36.1%、自立支援協議会が設立後、新たに「個別支援会議」を自立支援協議会の一部とし設置したが18.1%で、受け止めの仕組みがある事業所は全体の54.1%であった。一方で、自立支援協議会には困難事例を受け止める仕組みはないとした事業所が13.5%あった。

図表 III-20 自立支援協議会への参加状況



図表 III-21 自立支援協議会で困難事例を受け止める仕組み

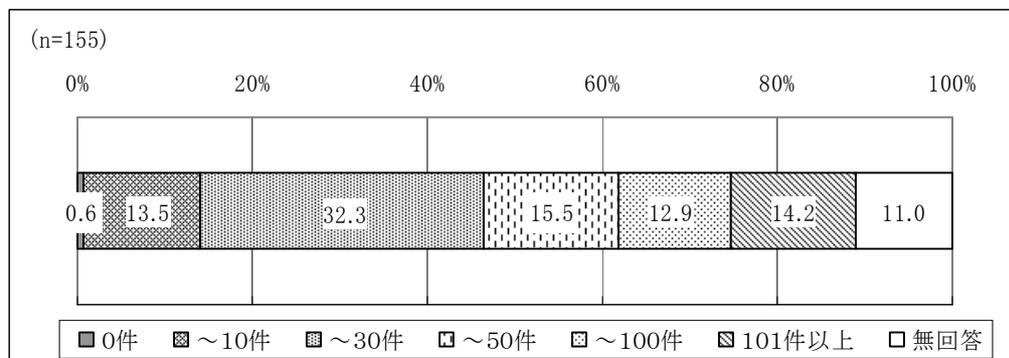


(4) 担当ケースと職員体制

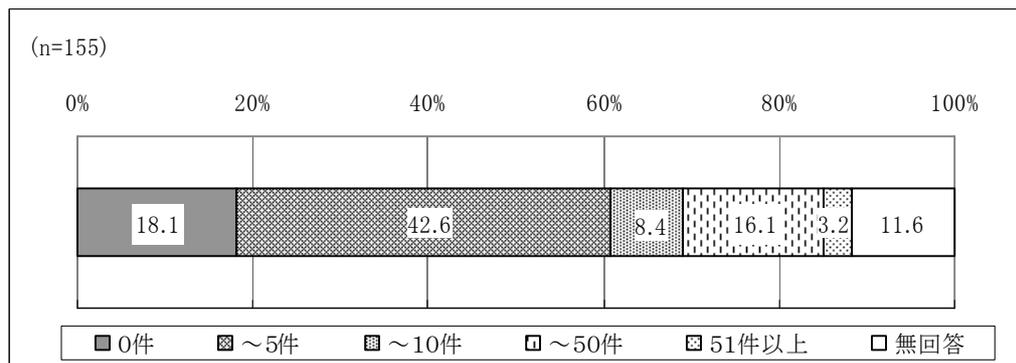
①新規・終結ケース数

- 事業所の担当ケースのうち、平成19年4月から12月の新規ケース数は、11～30件 32.3%、31～50件 15.5%、51～100件が 12.9%、101件以上が 14.2%であった。
- 事業所の担当ケースのうち、平成19年4月から12月に終結したケース数は、1件～5件 42.6%、0件 18.1%であった。新規ケースに比べて終結ケースは少なく、事業所の抱えるケース数は増加傾向にあることがうかがえる。

図表 III-22 平成19年4～12月の新規ケース数



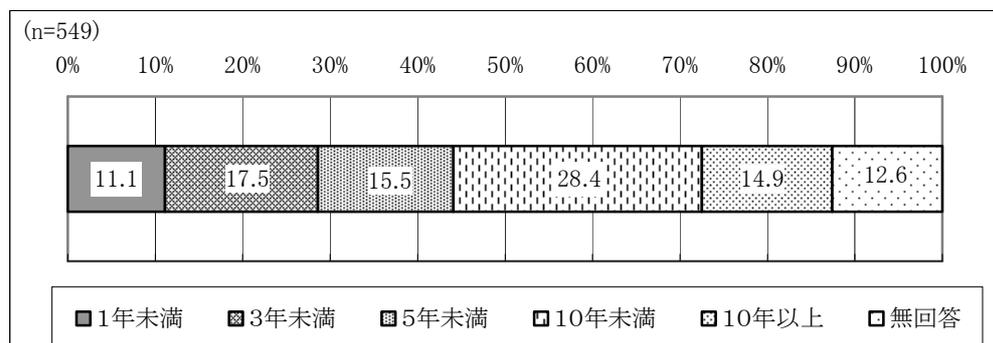
図表 III-23 平成 19 年 4-12 月の終結ケース数



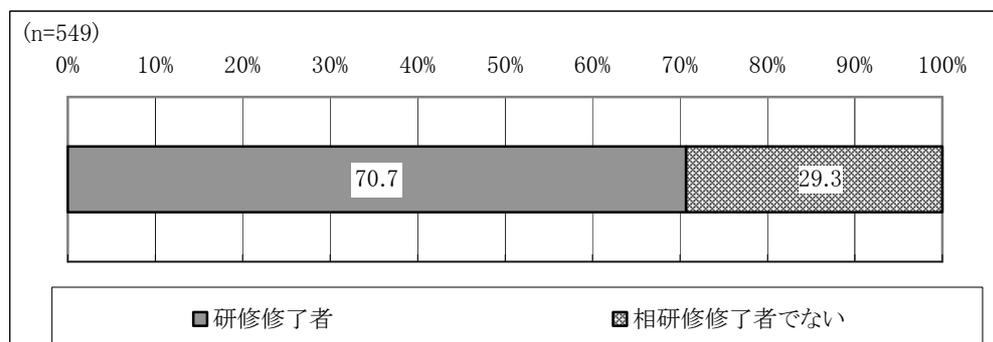
②職員体制

- 1 事業所あたりの平均職員数は 3.5 人であった。勤務形態別にみると、常勤・専任 1.9 人、常勤・兼任 1.2 人、非常勤・専任 0.3 人、非常勤・兼任 0.2 人であった。
- 障害分野の相談員としての経験年数はばらついており、平均 6.5 年であった。
- 職員の相談支援従事者研修修了状況をみると、70.7%は研修を修了していた。
- 職員の保有資格は、社会福祉士 32.6%、社会福祉主事任用資格 29.9%、精神保健福祉士 22%が多かった。

図表 III-24 職員の障害分野の相談員としての経験年数（以前の経歴も含む）



図表 III-25 職員の相談支援従事者研修修了状況



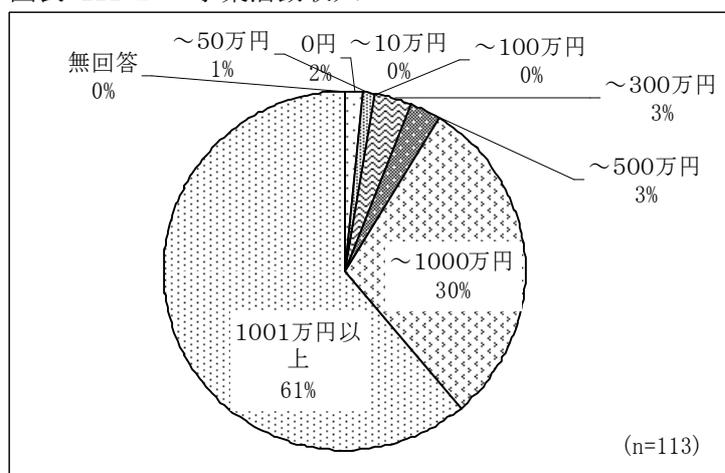
図表 III-26 職員の保有資格

	人数	%
医師・歯科医師・薬剤師	1	0.2%
保健師	9	1.6%
看護師・准看護師	15	2.7%
理学療法士	3	0.5%
作業療法士	3	0.5%
言語聴覚士	1	0.2%
社会福祉士	179	32.6%
精神保健福祉士	121	22.0%
介護福祉士	59	10.7%
臨床心理士	4	0.7%
社会福祉主事任用資格	164	29.9%
介護支援専門員	106	19.3%
N	549	100.0%

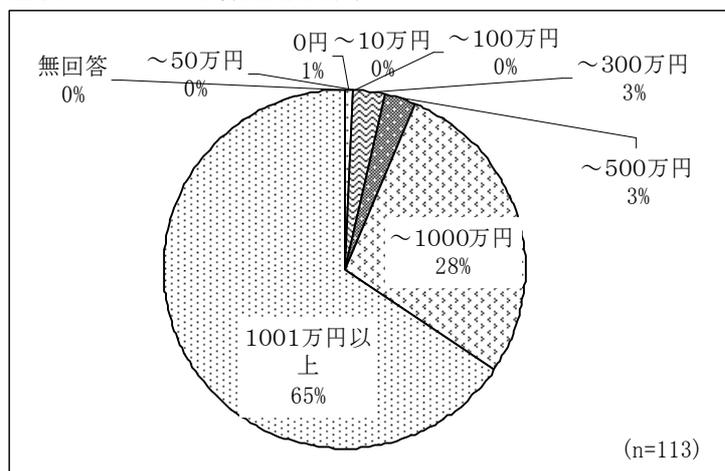
(5) 事業所の事業活動収支

- 事業所の事業活動収支をみると、平均的な事業規模は 1400～1500 万程度であり、収支状況は、-4%と赤字であった。
- 収入は、委託相談支援事業にかかる収入が 79%を占め、サービス利用計画作成費の収入は 1%であった。一方、支出では人件費が 84%を占めていた。

図表 III-27 事業活動収入



図表 III-28 事業活動支出



図表 III-29 事業活動収支

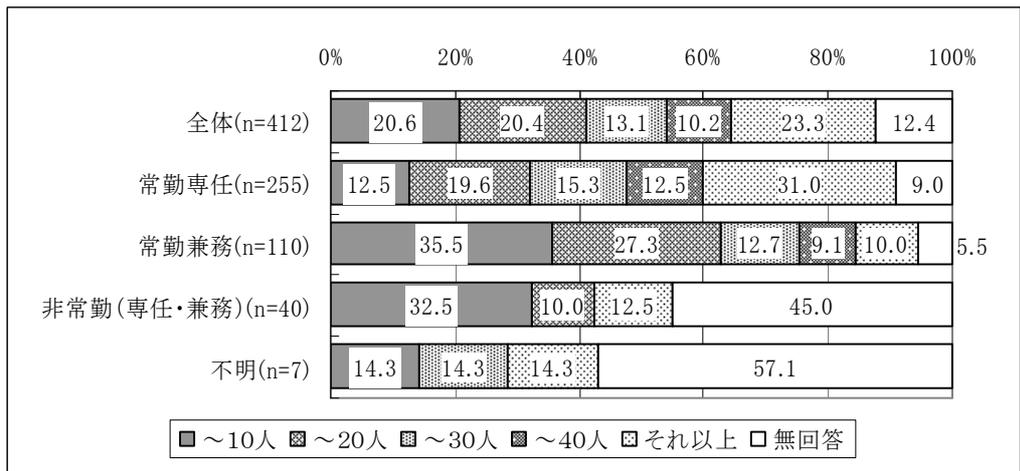
(n=113)		平均(千円)	%
事業活動収入	委託相談支援事業にかかる収入	11,230	79%
	サービス利用計画作成費収入	156	1%
	障害程度区分認定調査の受託収入	53	0%
	その他	2,866	20%
	事業活動収入計	14,306	100%
事業活動支出	人件費	12,016	84%
	旅費交通費	224	2%
	通信運搬費	287	2%
	土地・建物・建物付属設備の賃借料	449	3%
	その他の事務費・事業費支出	1,589	11%
	減価償却費	216	2%
	徴収不能額	0	0%
	引当金繰入	29	0%
	事業活動支出計	14,810	104%
	事業活動収入－事業活動支出		-504

4. 相談支援専門員の現状（詳細）

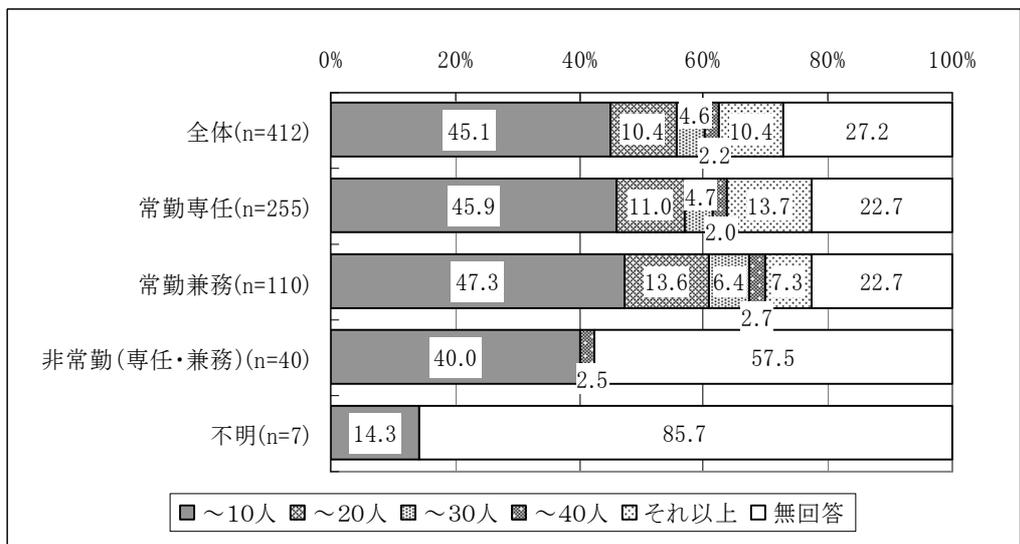
(1) 担当ケース数

- 相談支援専門員の担当しているケース数は平均 39.9 件であり、勤務形態別にみると、常勤専任が常勤兼務や非常勤に比べて多かった。
- 他職員が主担当だが担当の一人として関わっているケース数は平均 18.5 件であり、勤務形態別にみると、常勤が非常勤に比べて多かった。
- 全体として相談支援専門員が担当しているケース数は平均 58.4 件であった。

図表 III-30 主担当ケース数；勤務形態別



図表 III-31 他職員が主担当だが、担当の一人として関わっているケース数；勤務形態別



(2) 個別ケース対応の負担感

○個別のケース対応を進める上ではさまざまな困難な場面がある。特に相談支援専門員が負担を感じているのは、以下のような項目であった。

(利用者との関係調整)

- ・利用者との意見が違い調整を要する：54.9%
- ・家族の意向が強くてそれに振り回される：52.2%
- ・家族にキーパーソンがいない：57.3%
- ・家族も障害・疾病等を抱え支援が必要である：56.3%

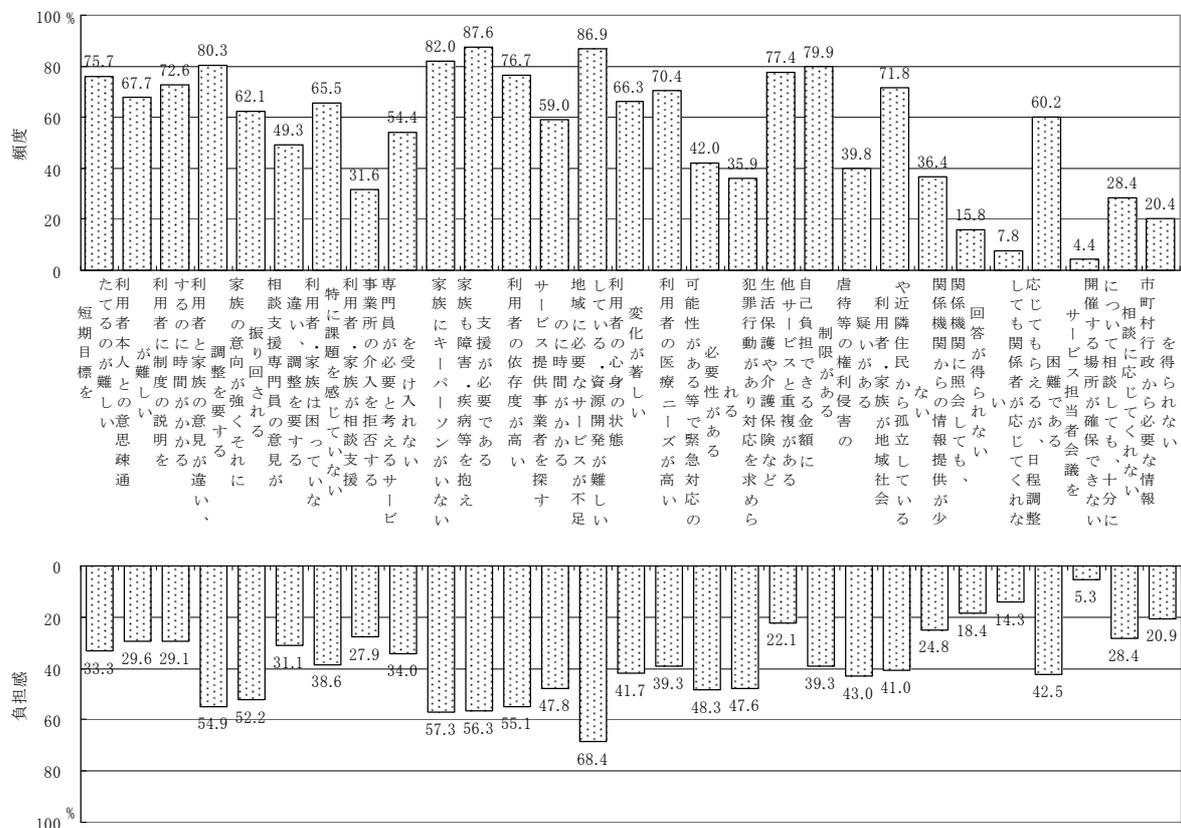
(利用者の依存や状態の不安定さ)

- ・利用者の依存度が高い：55.1%
- ・自殺企図や病状急変の可能性のある等で緊急対応の必要性がある：48.3%
- ・利用者に反社会的な行動や犯罪行動があり対応を求められる：47.6%

(地域資源の不足)

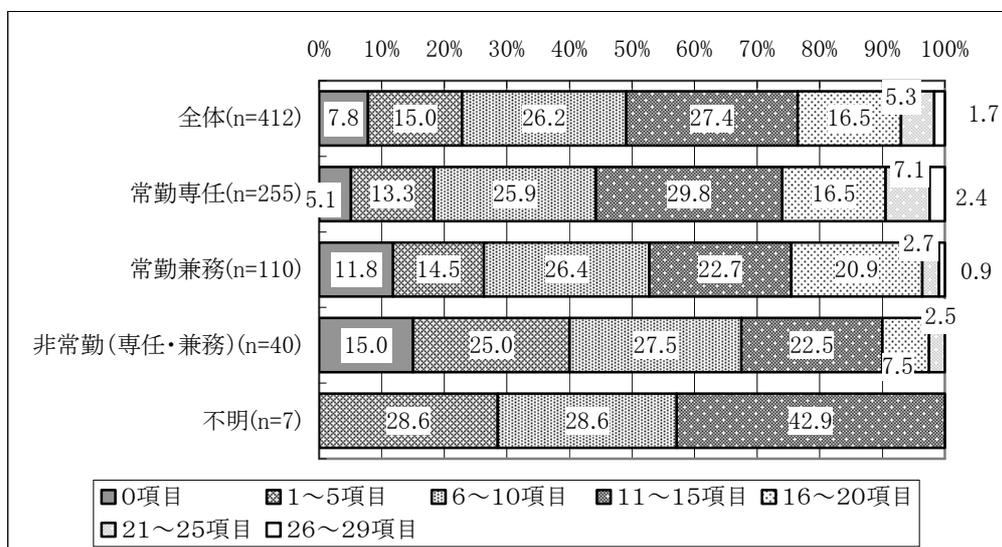
- ・サービス提供事業者を探すのに時間がかかる：47.8%
- ・地域に必要なサービスが不足している・資源開発が難しい：68.4%

図表 III-32 相談支援専門員として個別ケースを進める上での頻度/負担感：全体



○負担感を感じている項目数を勤務形態別にみると、常勤のほうが非常勤に比べて負担感を感じている項目数が多かった。

図表 III-33 相談支援専門員として個別ケースを進める上での負担感を感じる項目数（「1 非常に負担」「2 どちらかといえば負担」を選んだ個数）；勤務形態別



(3) 相談支援専門員として業務を進める上での負担感

○相談支援専門員が業務を進める上で特に負担を感じているのは、以下のような項目であった。

(相談支援専門員の業務について)

- ・相談支援専門員の業務範囲が明確でない:56.3%
- ・困難ケースへの対応に手間がとられる:68.4%
- ・自分の力量について不安がある:67.0%

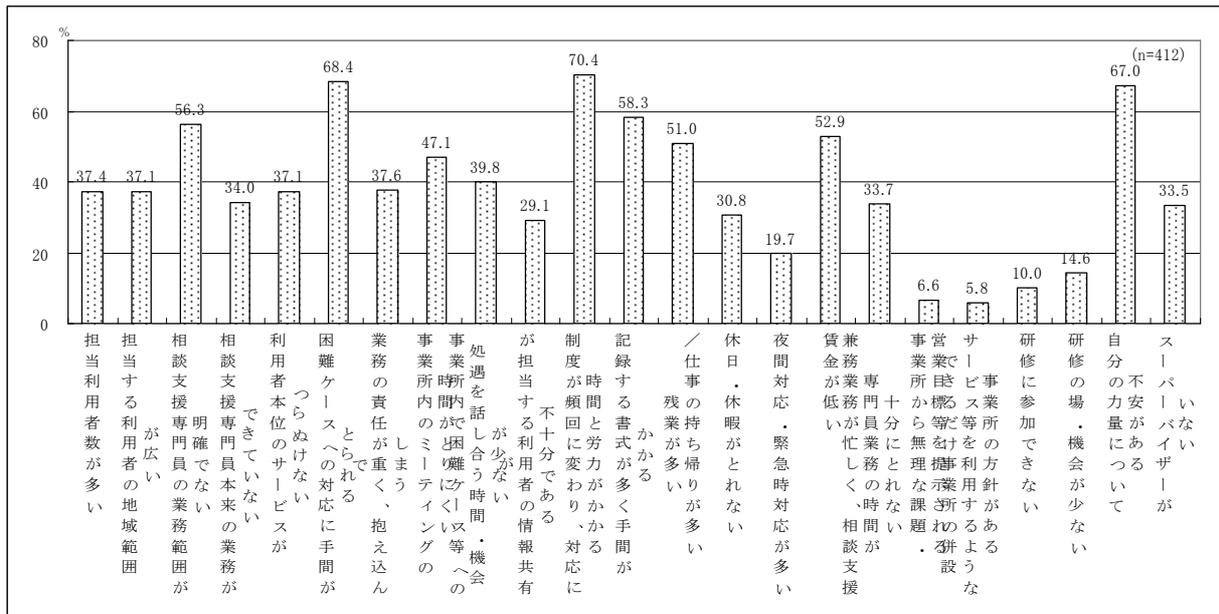
(事務作業について)

- ・制度が頻回に変わり、対応に時間と労力がかかる:70.4%
- ・記録する書式が多く手間がかかる:58.3%

(職員待遇について)

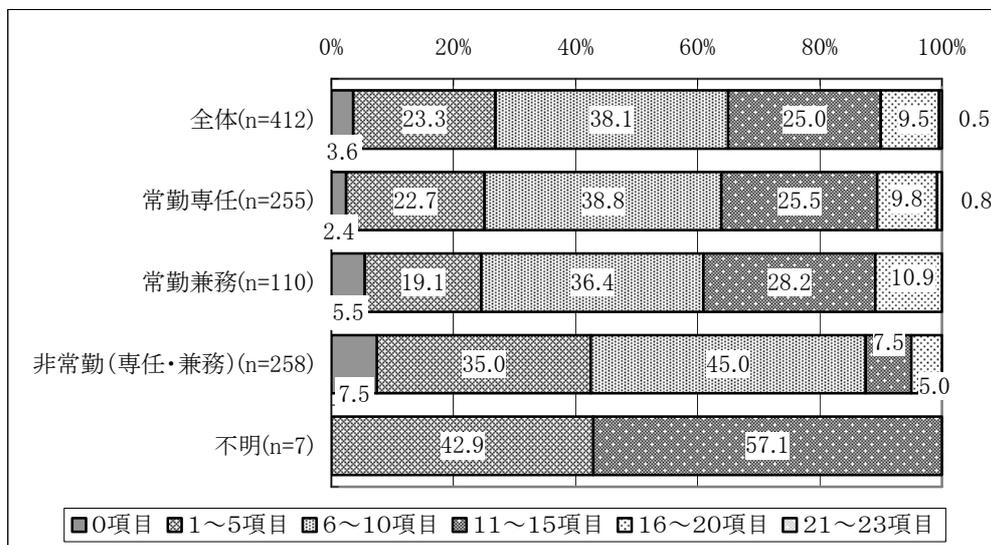
- ・残業が多い／仕事の持ち帰りが多い:51.0%
- ・賃金が低い:52.9%

図表 III-34 相談支援専門員として業務を進める上での負担感



○負担感を感じている項目数を勤務形態別にみると、常勤のほうが非常勤に比べて負担感を感じている項目数が多かった。

図表 III-35 相談支援専門員として業務を進める上での負担感を感じる項目数（「1 非常にそう思う」「2 どちらかといえばそう思う」を選んだ個数）；勤務形態別



5. 相談支援の業務量の実態（詳細）

- 平成20年2月15日（金）～24日（日）に、相談支援専門員が相談支援に関わった時間数は、平均32.3時間であった。
- 平成20年2月15日（金）～24日（日）の相談支援専門員の業務実施回数は、電話が25回と最も多く、ついで、訪問・外出同行7.7回、来所6.6回で、全体として個別ケース対応が多かった。

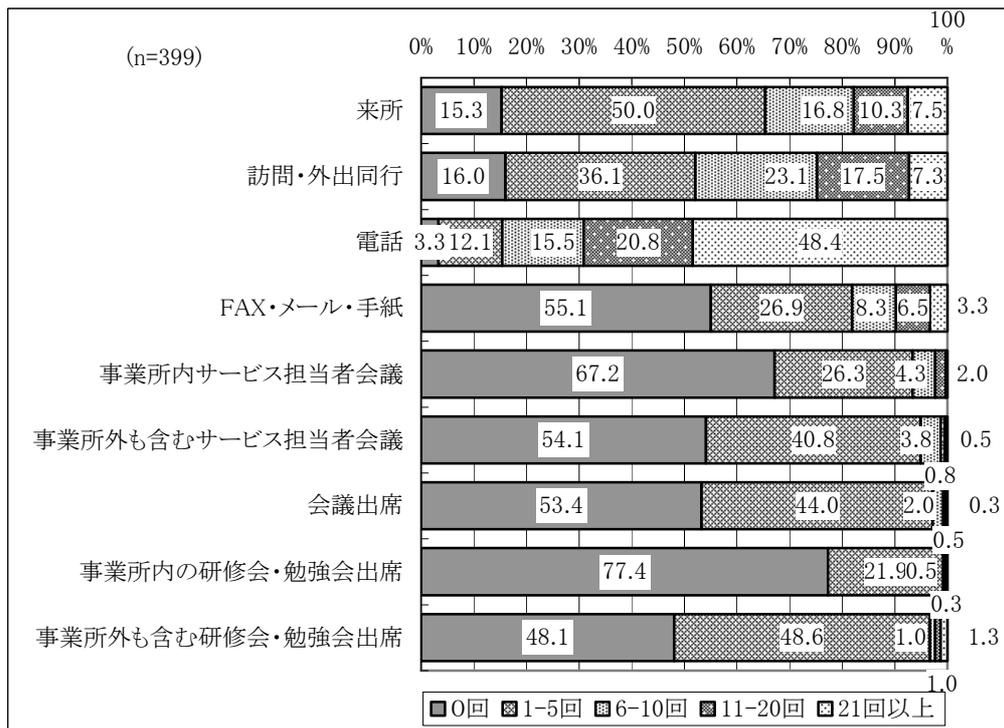
図表 III-36 2/15～24の相談支援専門員一人当たり平均業務時間数；勤務形態別

	平均 (時間)	最大値 (時間)	最小値 (時間)	標準偏差	N
全体	32.3	101.1	0.0	21.8	399
常勤専任	38.1	101.1	0.0	21.0	254
常勤兼務	23.8	75.5	0.0	19.9	106
非常勤（専任・兼務）	18.3	58.3	0.0	17.1	32
不明	13.0	27.0	0.0	11.3	7

図表 III-37 2/15～24の相談支援専門員一人当たり平均業務実施回数

		平均(回)	最大値(回)	最小値(回)	標準偏差
個別ケース対応	来所	6.6	51.0	0.0	8.5
	訪問・外出同行	7.7	60.0	0.0	8.9
	電話	25.0	191.0	0.0	22.9
	FAX・メール・手紙	3.6	89.0	0.0	8.7
	事業所内サービス担当者会議	1.2	27.0	0.0	3.0
	事業所外も含むサービス担当者会議	1.3	24.0	0.0	2.6
その他	会議出席	1.2	58.0	0.0	3.4
	事業所内の研修会・勉強会出席	0.4	20.0	0.0	1.3
	事業所外も含む研修会・勉強会出席	1.7	50.0	0.0	4.8
N		399			

図表 III-38 2/15～24 の相談支援専門員一人当たり平均業務実施回数分布；業務内容別



6. 相談支援の困難性が高いケースの概要（詳細）

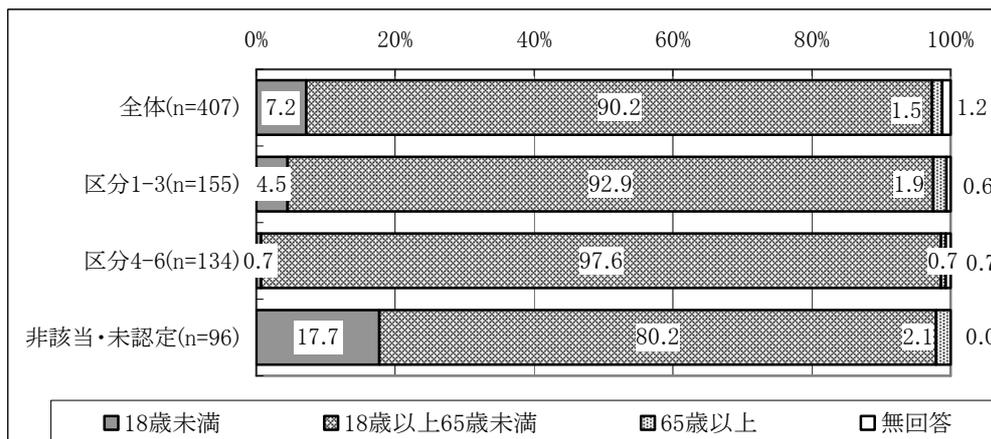
本項では、調査対象となった相談支援事業者において「相談支援の困難性が高い」と考えるケースの概要について、障害程度区分別、障害種別に分析し、サービス利用計画作成費で評価すべき「相談支援の困難性が高い」ケースとはどのようなものか、その範囲を明らかにする基礎資料を提示する。

(1) 基本属性

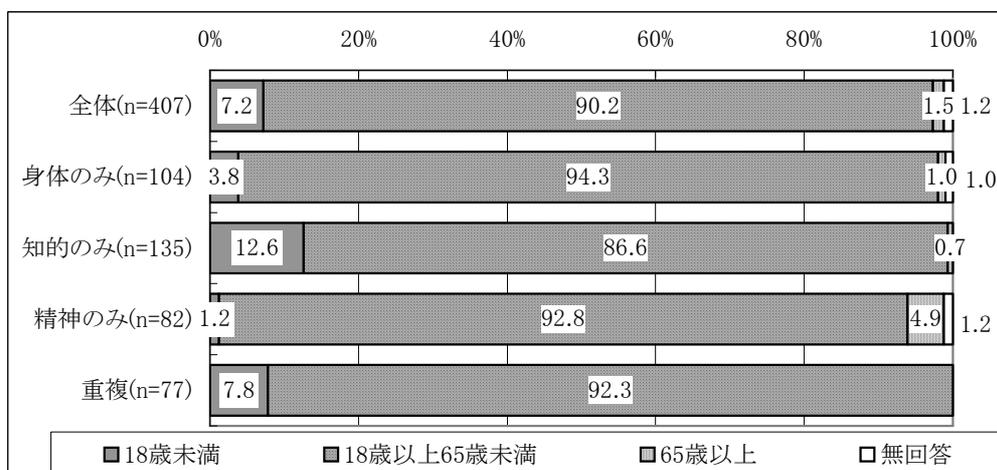
①年齢・性別

- 相談支援の困難性が高いケースの年齢をみると、全体では、18歳以上65歳未満が90.2%と大半を占めた。
- 障害程度区分別にみると、非該当・未認定ケースでは18歳未満の若年層の割合が17.7%と高かった。また、障害種別にみると、知的のみ・重複ケースでは18歳未満の若年層の割合がそれぞれ12.6%、7.8%と高く、精神のみケースでは65歳以上の高齢層の割合が4.9%と他に比べて高かった。
- 性別は、全体では、男性49.6%、女性43.0%であった。

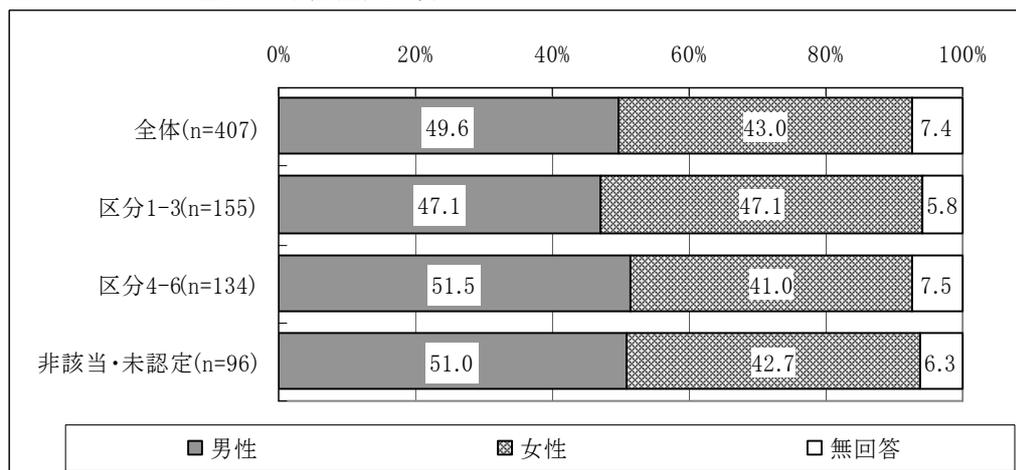
図表 III-39 年齢：障害程度区分別



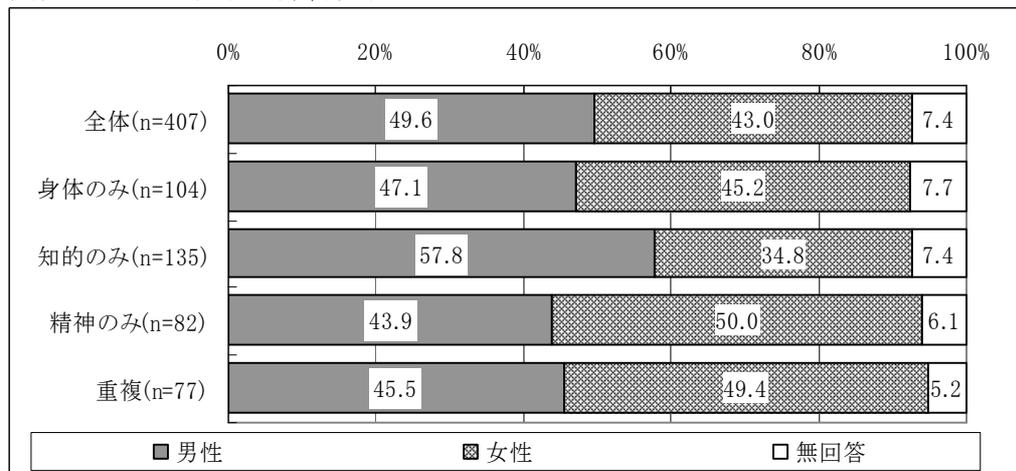
図表 III-40 年齢：障害種別



図表 III-41 性別：障害程度区分別



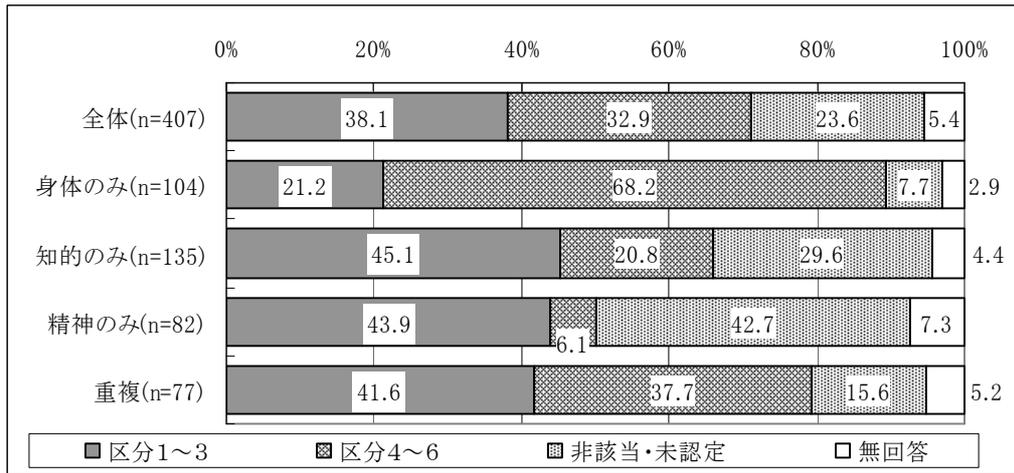
図表 III-42 性別：障害種別



②障害程度区分

- 障害程度区分をみると、全体では区分1～3が38.1%、区分4～6が32.9%、非該当・未認定が23.6%であり、相談支援の困難性が高さと障害程度区分の重さには関連がなかった。
- 障害種別に障害程度区分をみると、身体のみケースでは区分4～6が68.2%と最も多い一方、知的のみケースでは区分1～3が45.1%、非該当・未認定が29.6%、精神のみケースでは、区分1～3が43.9%、非該当・未認定が42.7%であり、軽度者が多い傾向にあった。

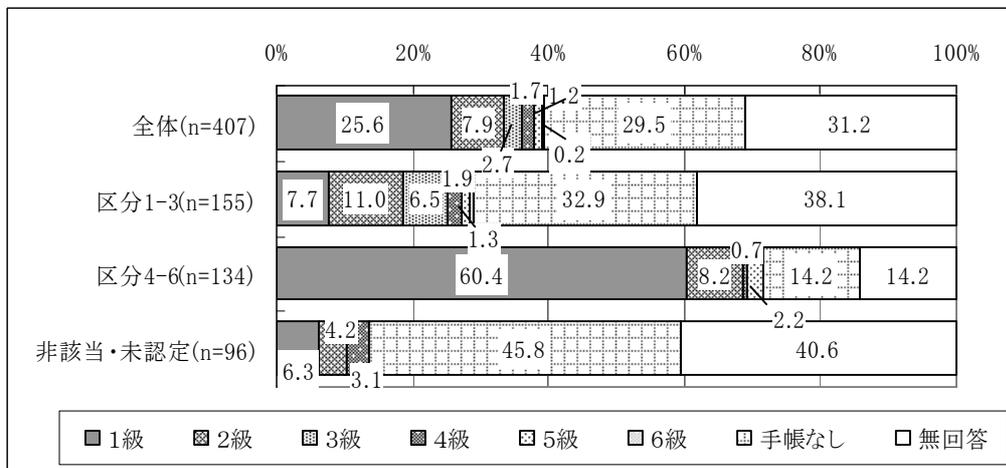
図表 III-43 障害程度区分：障害種別



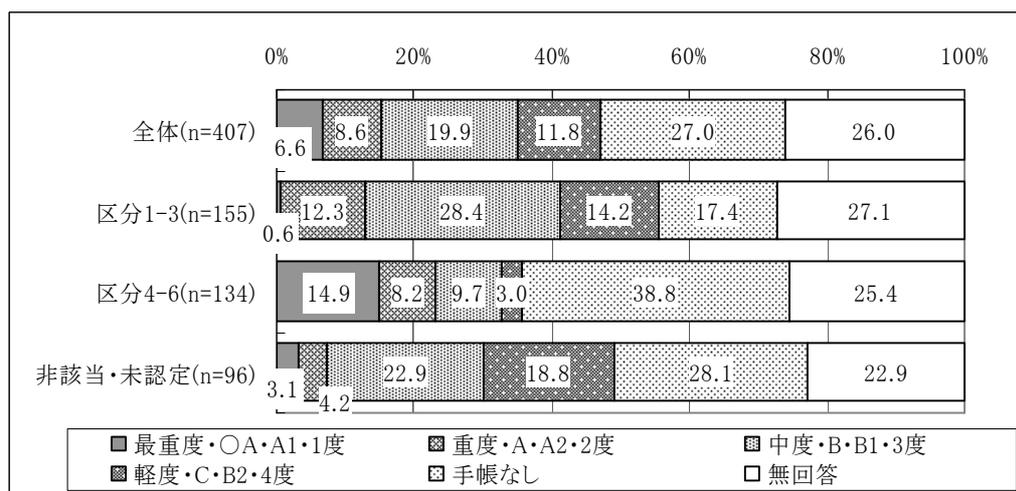
③手帳の状況

- 身体障害者手帳を保有しているのは全体の約 4 割で、29.5%、1級 25.6%、2級 7.9%であった。
- 療育手帳を保有しているのは全体の約 5 割で、中度が 19.9%、軽度が 11.8%であった。
- 精神保健福祉手帳を保有しているのは全体の約 2 割で、2級 16.5%、1級 3.2%、3級 2.7%であった。

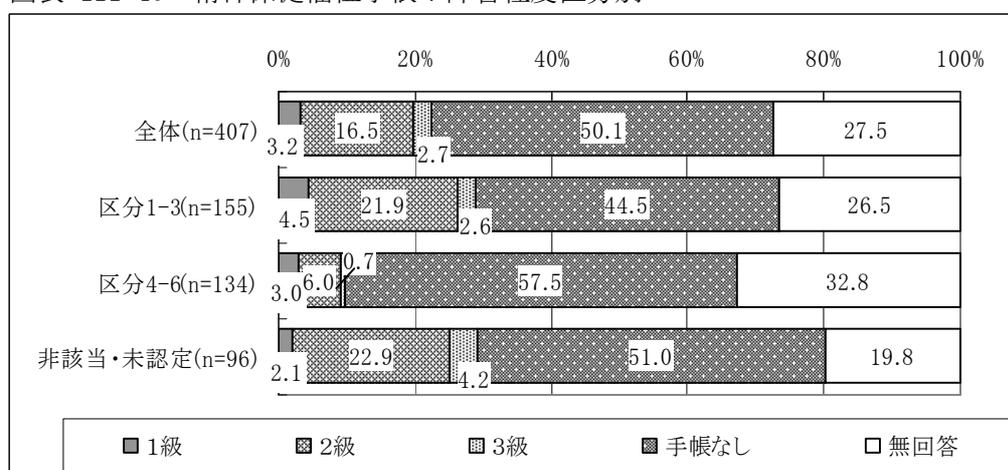
図表 III-44 身体障害者手帳：障害者程度区分別



図表 III-45 療育手帳：障害程度区分別



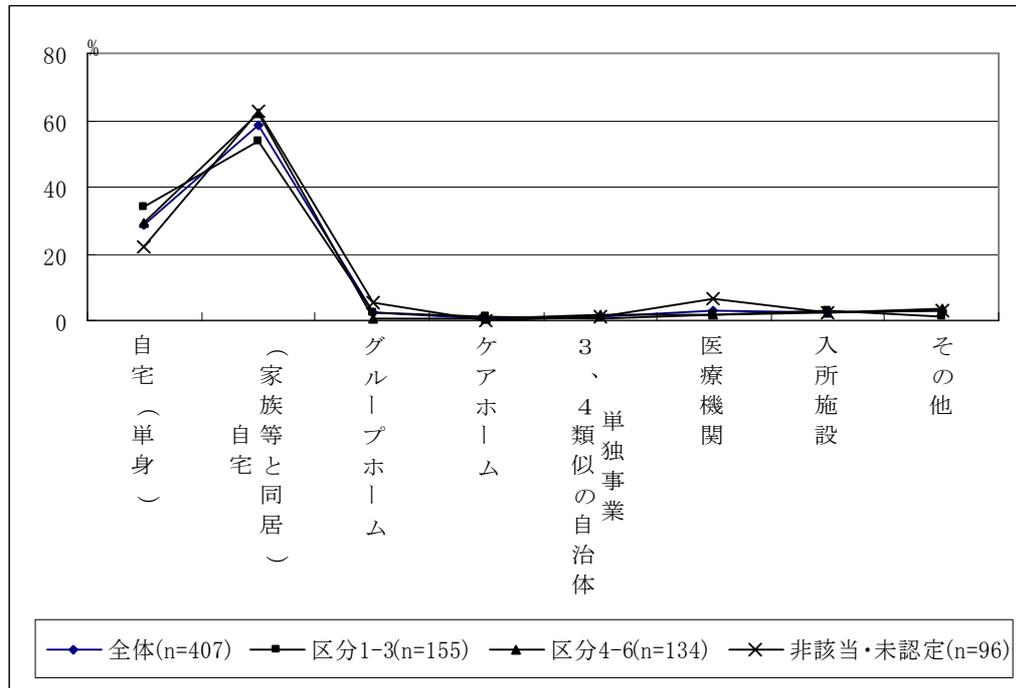
図表 III-46 精神保健福祉手帳：障害程度区分別



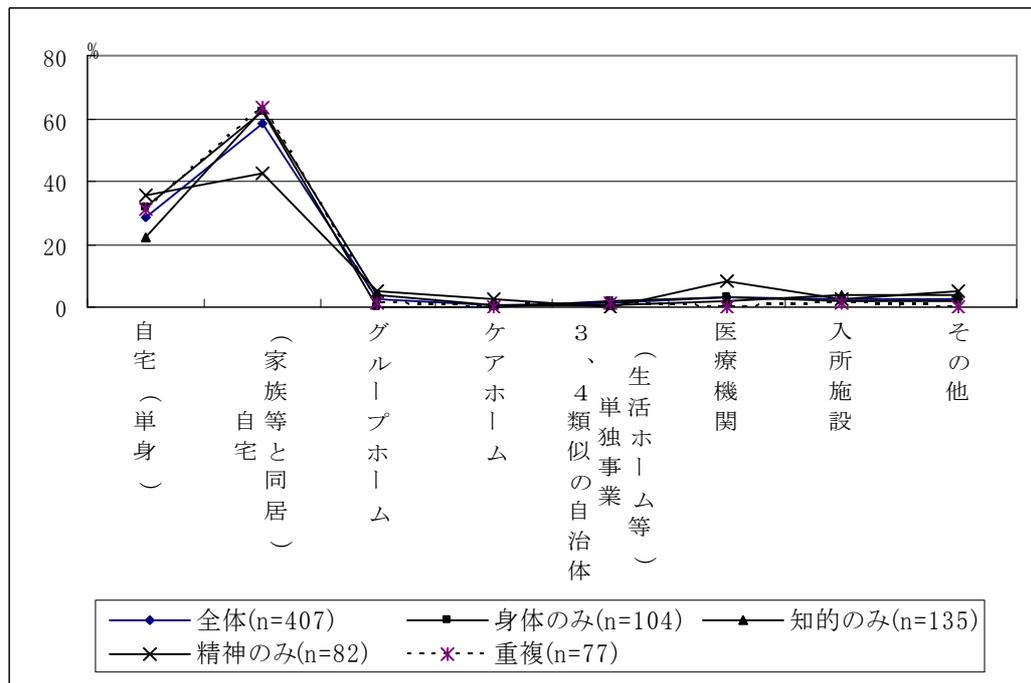
④生活場所

○生活場所は、自宅（家族等と同居）58.7%、自宅（単身）28.5%が大半を占めた。

図表 III-47 生活場所：障害程度区別

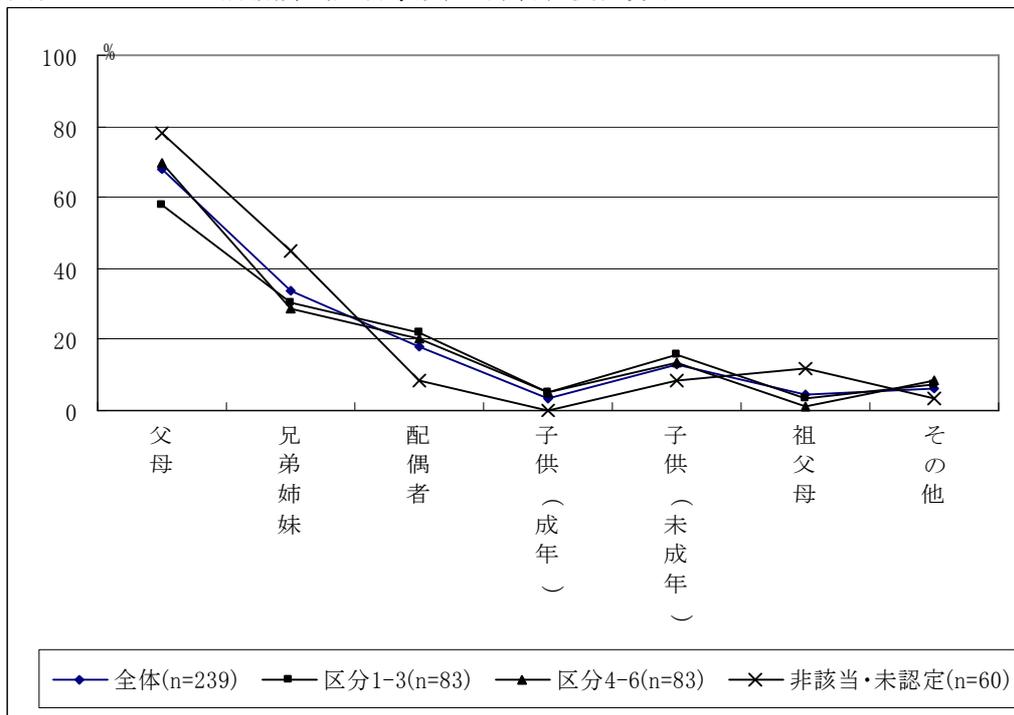


図表 III-48 生活場所：障害種別

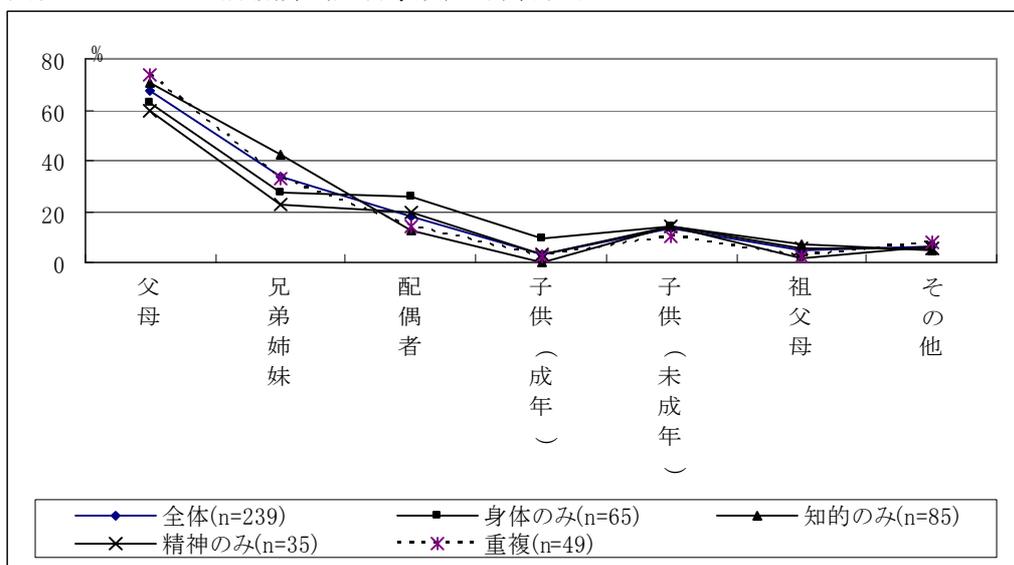


○生活場所が自宅（家族等と同居）の場合、同居家族として多いのは、父母 67.8%、兄弟姉妹 33.5%、配偶者 18.0%であった。

図表 III-49 生活場所（同居家族）：障害程度区分別



図表 III-50 生活場所（同居家族）：障害種別

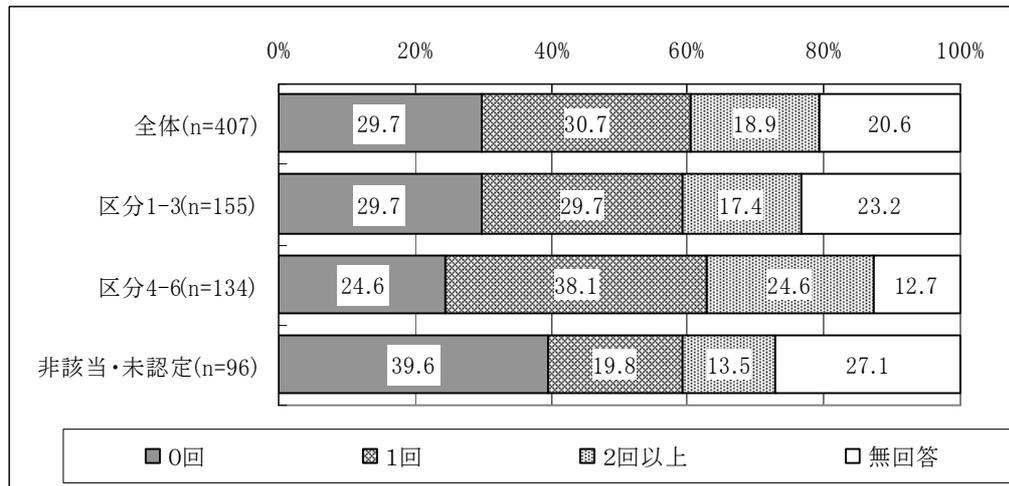


⑤入院・入所の状況

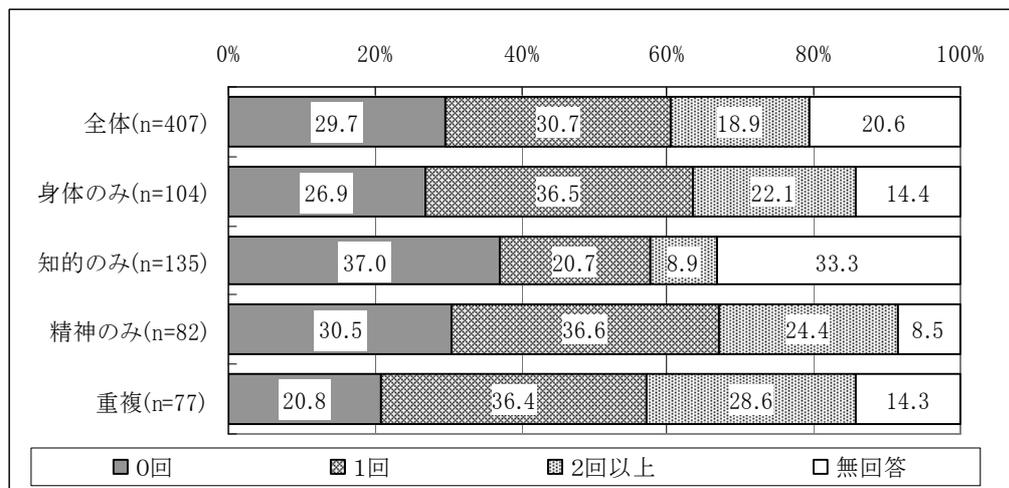
○平成18年1月～平成19年12月の2年間の入院・入所回数は、全体で1回が30.7%、0回29.7%、2回以上18.9%であった。平均回数は1.08回であった。

○障害程度区分別にみると、区分が重いケースほど入院・入所回数は多かった。障害種別にみると、知的のみケースは他の種別に比べて入院・入所回数が少なかった。

図表 III-51 平成18年1月～平成19年12月の入院・入所回数：障害程度区分別



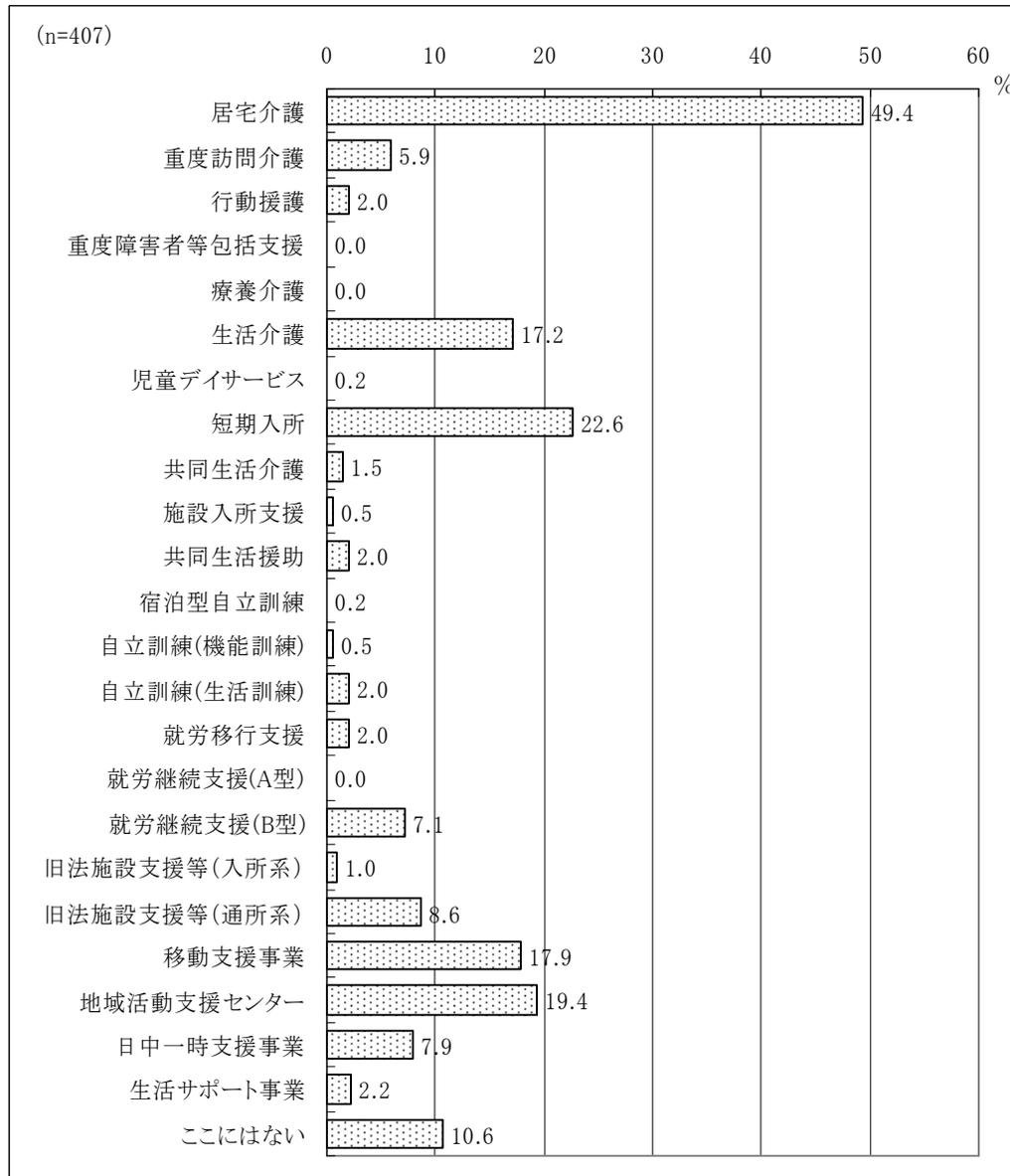
図表 III-52 平成18年1月～平成19年12月の入院・入所回数：障害種別



⑥現在利用しているサービス

○現在利用しているサービスは、全体で、居宅介護 49.4%、短期入所 22.6%、地域活動支援センター19.4%、移動支援事業 17.9%、生活介護 17.2%が多かった。

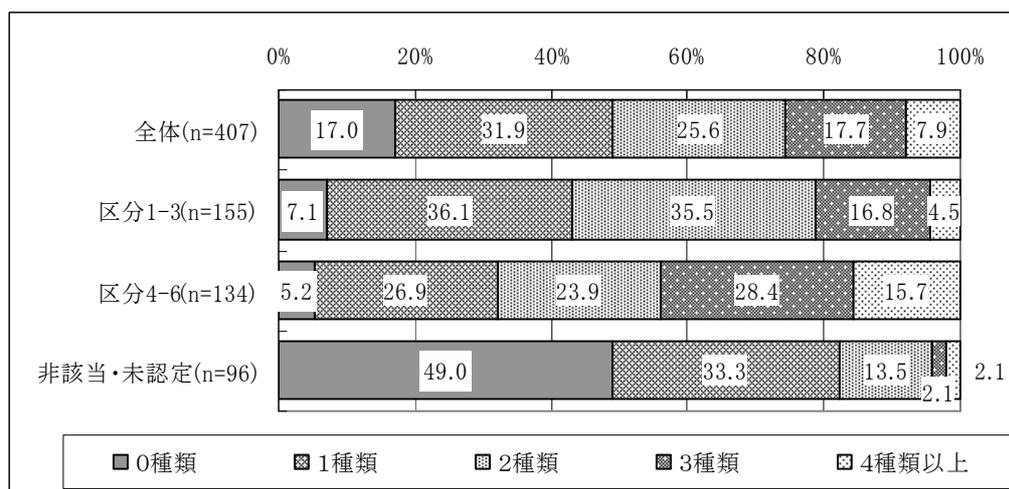
図表 III-53 現在利用しているサービス



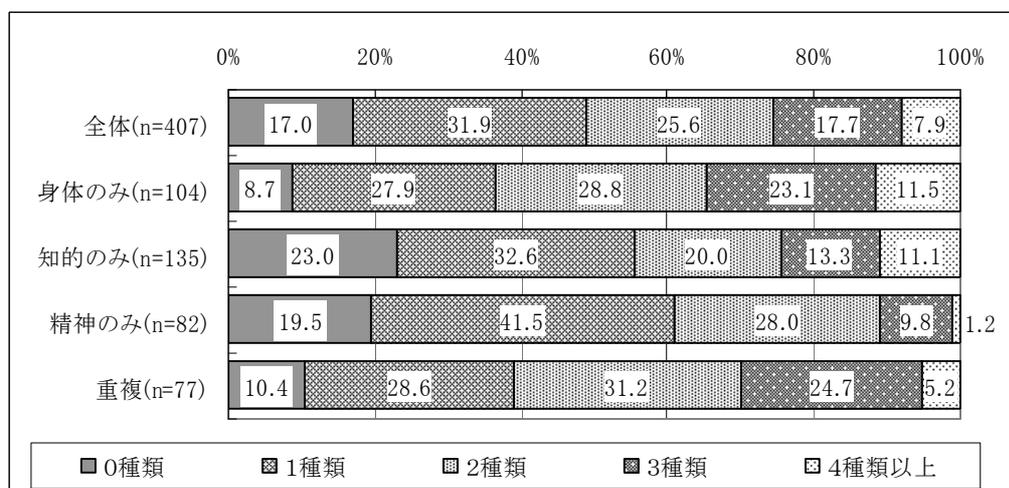
○現在利用しているサービス数をみると、全体では1種類が31.9%と最も多く、2種類25.6%、3種類17.7%、4種類以上7.9%をあわせ、8割強は何らかのサービスを利用している。

○障害程度区分別にみると、区分が重いケースほど利用するサービスの数は多い。障害種別にみると、身体のみ・重複ケースは知的のみ・精神のみケースに比べて利用するサービスの数が多い。

図表 III-54 現在利用しているサービス数：障害程度区分別

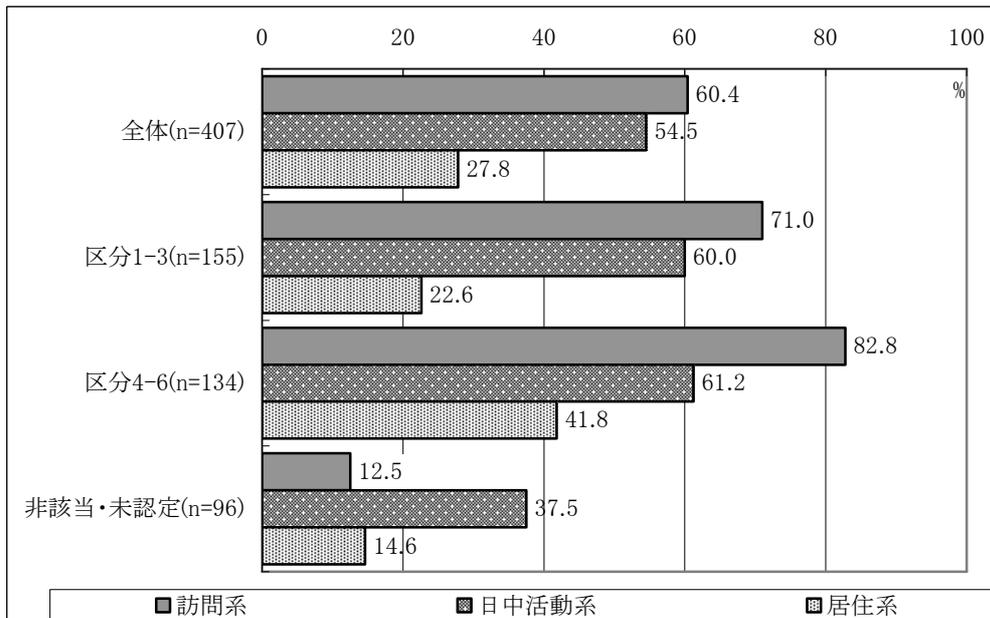


図表 III-55 現在利用しているサービス数：障害種別

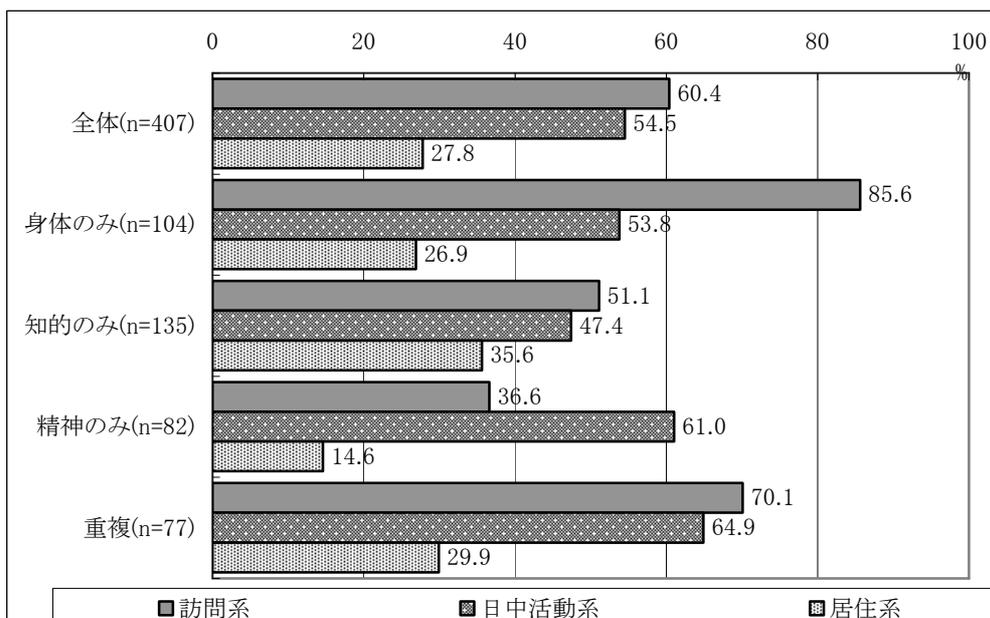


- 現在利用しているサービスの内容をみると、全体では訪問系サービスが 60.4%と最も多く、日中活動系 54.5%、居住系 27.8%であった。
- 障害程度区別にみると、区分が重いケースほど居住系の利用率が高く、訪問系・日中活動系については区分認定を受けているかどうかで利用率に差があった。障害種別にみると、訪問系は身体のみ・重複ケースで利用率が高く、日中活動系は、重複・精神のみケースで利用率が高かった。一方、居住系は知的のみ・重複ケースの利用率が高かった。

図表 III-56 現在利用しているサービス内容：障害程度区分別

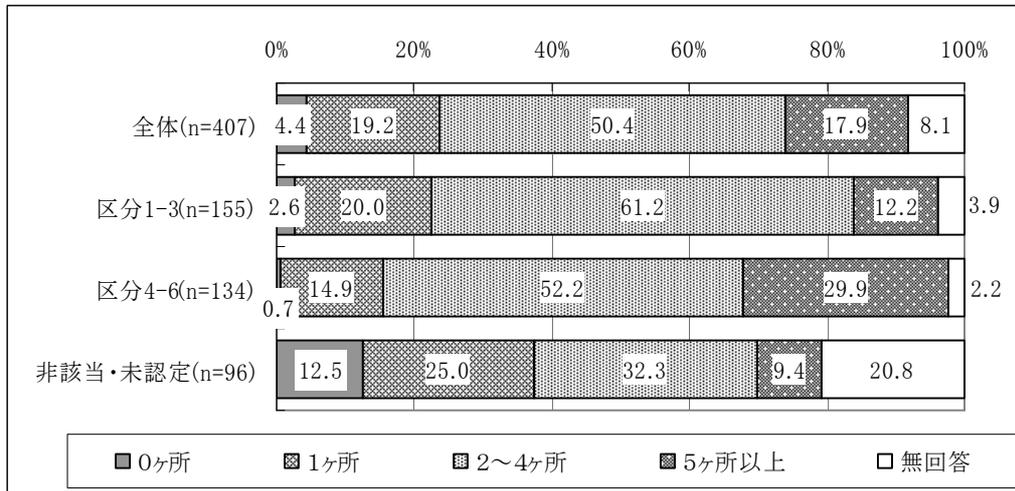


図表 III-57 現在利用しているサービス内容：障害種別

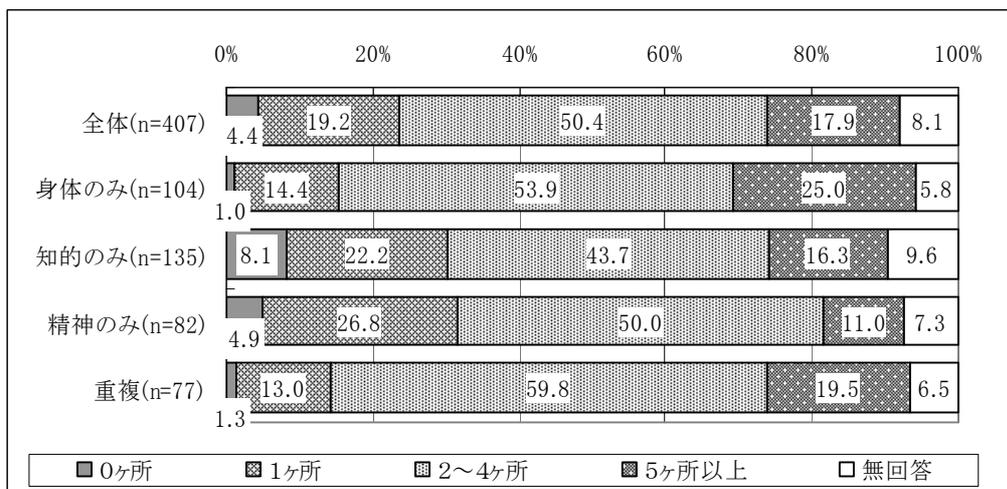


- 現在利用しているサービスを提供するにあたり関わっている施設・事業所数は、全体で、2～4ヶ所が50.4%と最も多く、1ヶ所19.2%、5ヶ所以上17.9%が続いていた。
- 平均では2.95ヶ所で、最も多いケースでは15ヶ所の施設・事業所が関わっていた。

図表 III-58 現在利用しているサービスを提供するにあたり関わっている施設・事業所数：障害程度区分別



図表 III-59 現在利用しているサービスを提供するにあたり関わっている施設・事業所数：障害種別

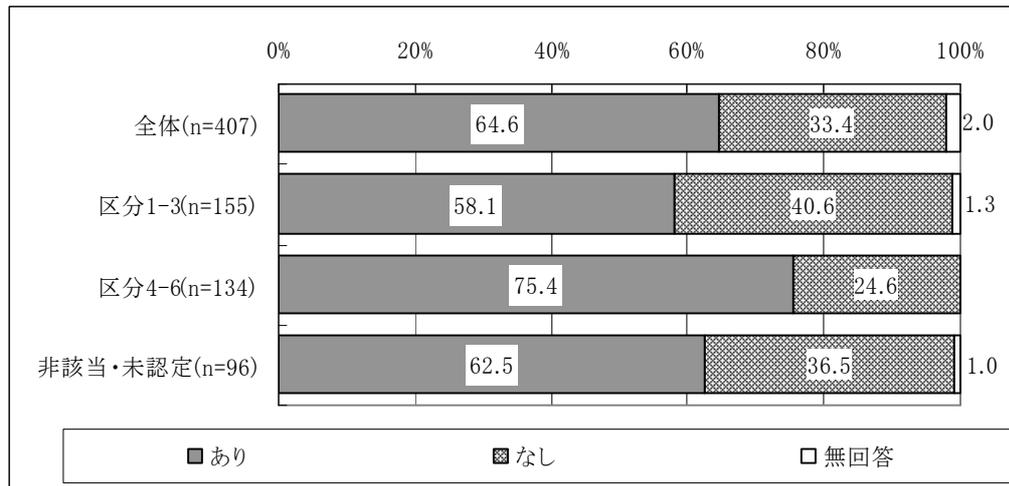


⑦介護者の状況

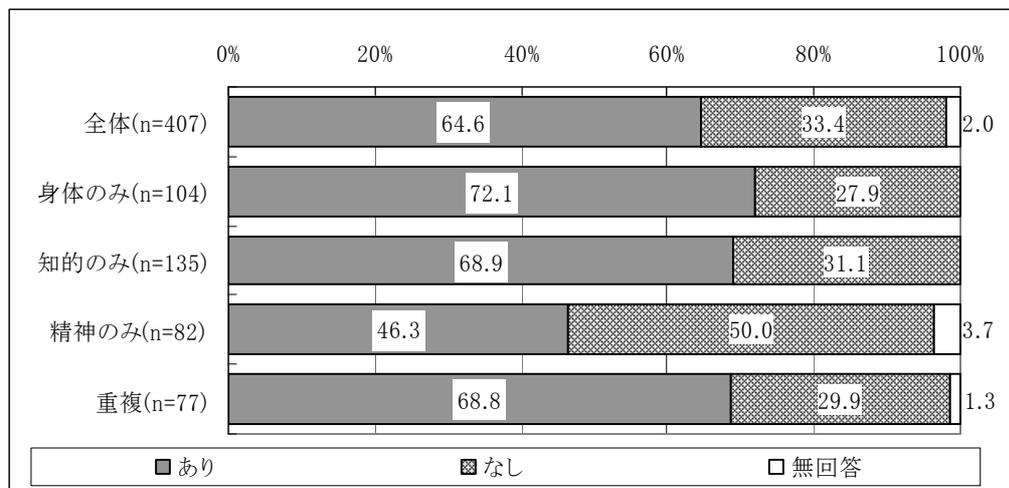
○介護者の有無をみると、全体では、ありが64.6%、なしが33.4%であった。

○障害程度区別にみると、区分4～6の重度ケースにおいて介護者がいる割合は他に比べて高かった。障害種別でみると、精神のみケースは他の種別に比べて介護者がいる割合が低かった。

図表 III-60 介護者の有無：障害程度区分別

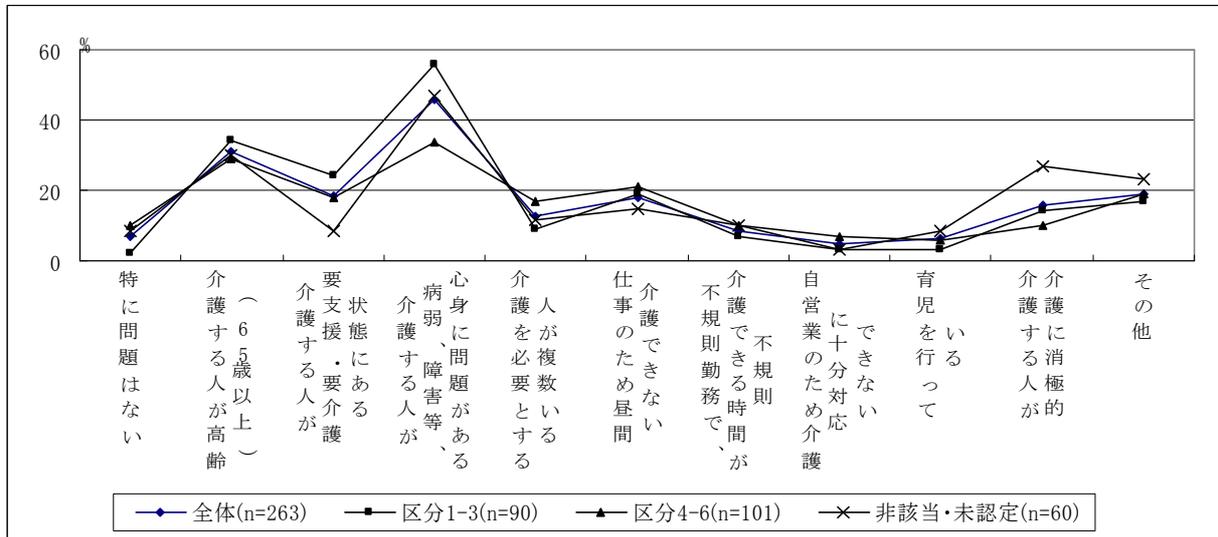


図表 III-61 介護者の有無：障害種別

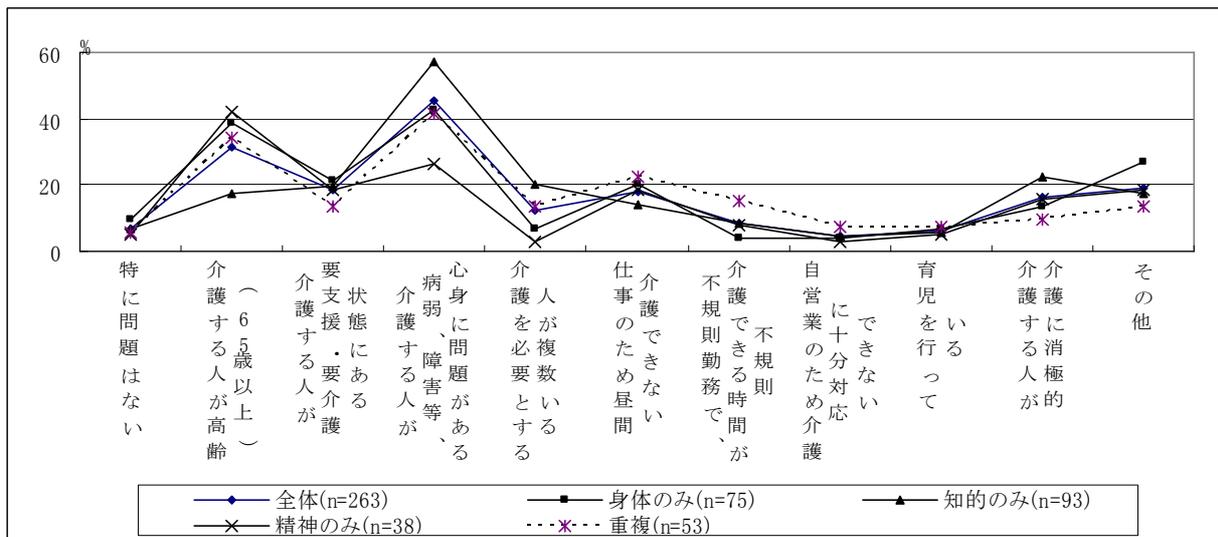


○介護者ありの場合の状況をみると、ほとんどのケースで介護者が何らかの課題を抱えていた。具体的には、「介護する人が病弱、障害等、心身に問題がある」45.6%、「介護する人が高齢（65歳以上）」31.2%、「介護する人が要支援・要介護状態にある」18.6%の割合が高くなっていった。

図表 III-62 介護者の状況（介護者ありの場合）：障害程度区分別



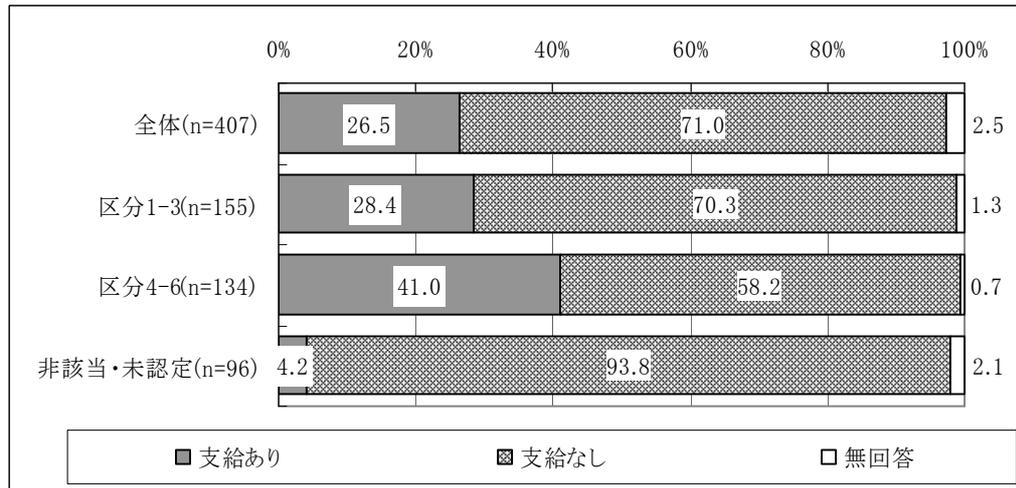
図表 III-63 介護者の状況（介護者ありの場合）：障害種別



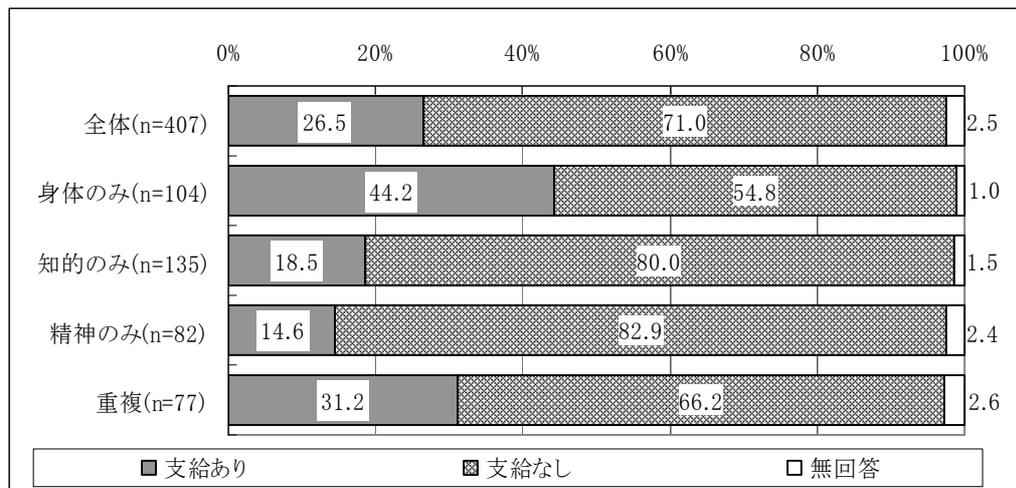
⑧サービス利用計画作成費の支給状況

- 相談支援の困難性が高いケースのうち、サービス利用計画作成費の支給を受けているケースは全体の26.5%であった。
- 障害程度区別にみると、区分が重いケースほど支給割合が高かった。障害種別に見ると、身体のみ・重複ケースの支給割合が高かった。

図表 III-64 サービス利用計画作成費支給の有無：障害程度区分別

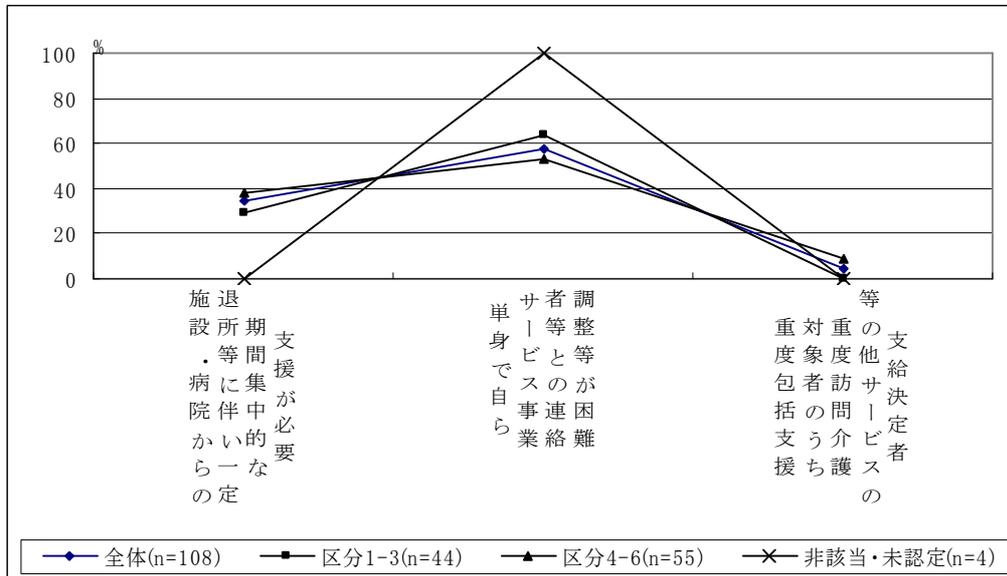


図表 III-65 サービス利用計画作成費支給の有無：障害種別

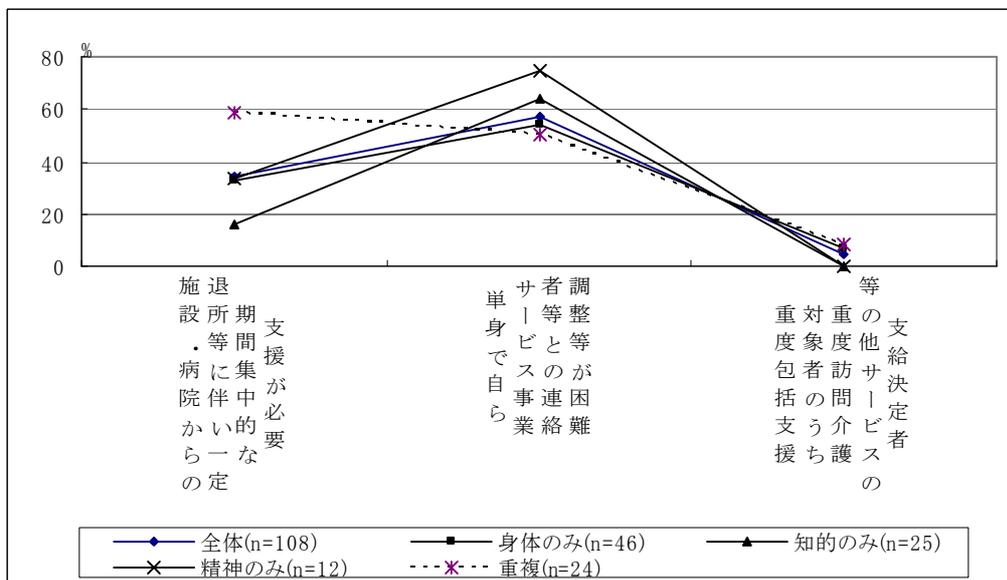


○サービス利用計画作成費の支給理由は、「単身で自らサービス事業者等との連絡調整等が困難」が57.4%と最も多く、「施設・病院からの退所等に一定期間集中的な支援が必要」が34.3%、「重度包括支援対象者のうち重度訪問介護等の他サービスの支給決定者」が4.6%であった。

図表 III-66 サービス利用計画作成費の支給理由：障害程度区分別



図表 III-67 サービス利用計画作成費の支給理由：障害種別



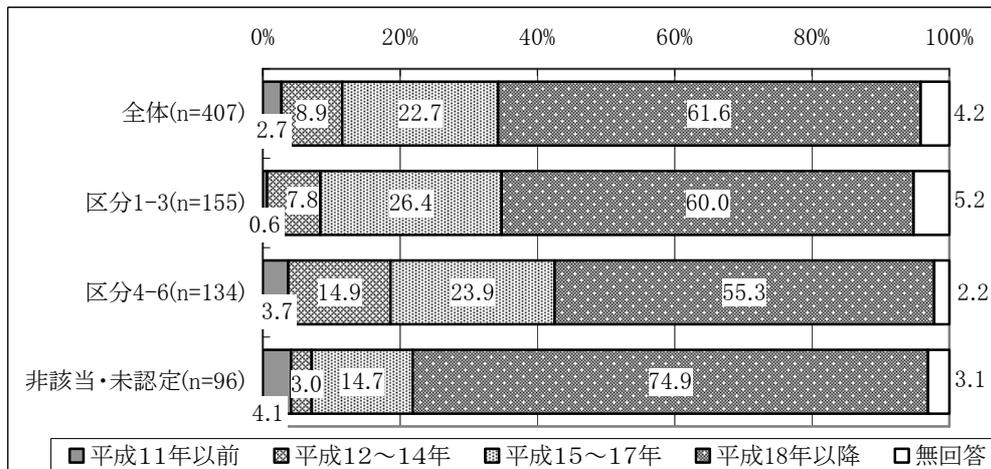
(2) 相談支援の実施状況

①初回相談受付

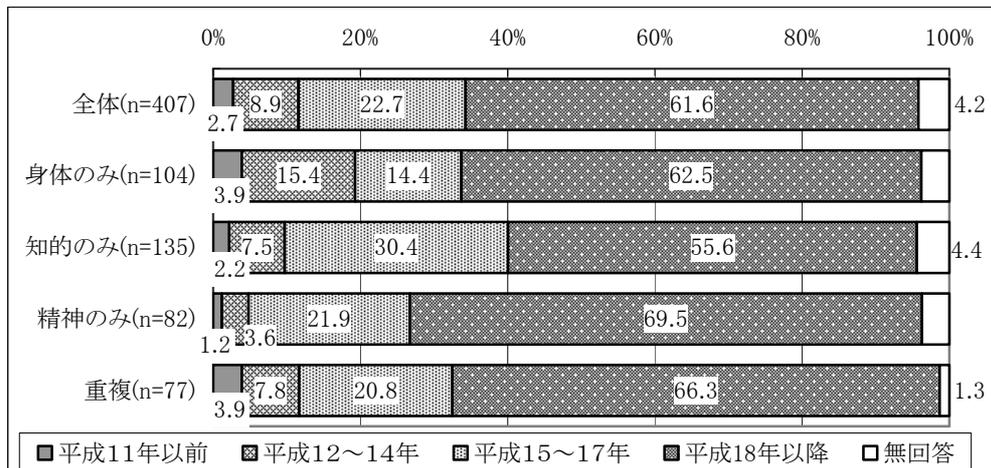
○初回相談受付は、平成18年以降（2年以内の関わり）が全体で61.6%、平成15～17年（5年以内の関わり）が22.7%、平成14年以前（5年超の関わり）が11.6%であった。

○障害程度区別にみると、区分が重いケースほど初回相談受付からの期間が長い傾向にある。障害種別にみると、身体のみケースが他に比べて平成14年以前（5年超の関わり）の割合が高かった。また知的のみケースでは、支援費制度施行前後の平成15～17年（5年以内の関わり）の割合が高かった。

図表 III-68 初回相談受付：障害程度区分別



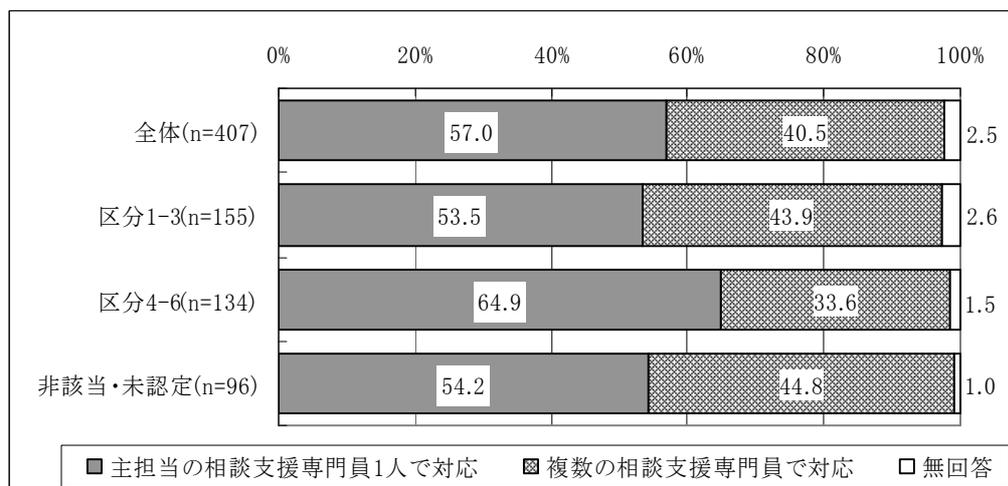
図表 III-69 初回相談受付：障害種別



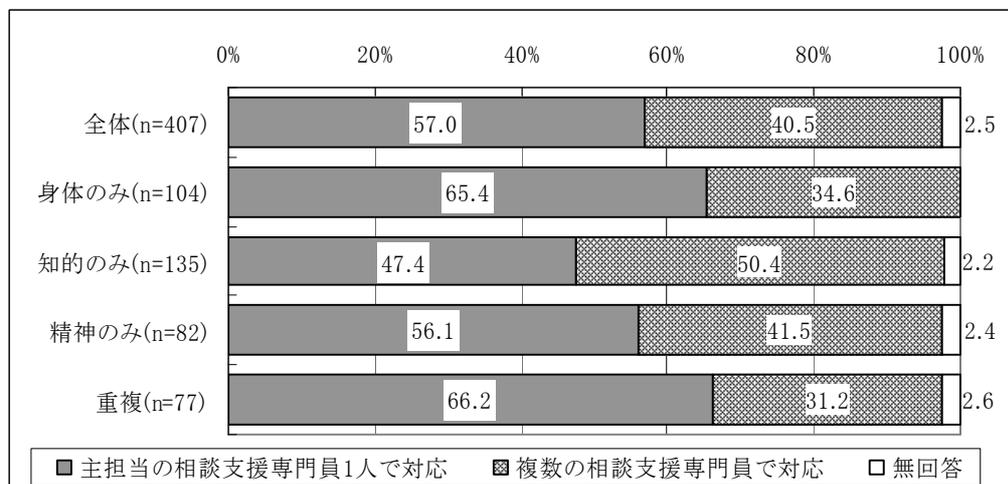
②現在の相談体制

- 現在の相談体制は、主担当1人で対応が全体で57.0%、複数で対応が40.5%であった。
- 障害程度区別にみると、区分4-6ケースは他に比べて主担当1人で対応する割合が高かった。障害種別にみると、知的のみ・精神のみケースはそれ以外に比べて複数で対応する割合が高かった。
- 複数で対応する場合の相談支援専門員の平均人数は、全体で2.66人であった。

図表 III-70 現在の相談体制：障害程度区分別



図表 III-71 現在の相談体制：障害種別



③相談実績延べ件数

- 平成19年4月～12月の1月あたりの1ケース当たり平均相談実績は、全体で来所1.1回、訪問1.9回、電話5.7回、FAX・メール・手紙1.7回、事業所内部のサービス担当者会議0.7回、事業所外も含むサービス担当者会議0.4回であった。
- 障害程度区分別にみると、区分が重いケースほど件数が多くなっている。障害種別には身体障害のみケースのFAX・メール・手紙の件数が他に比べて多くなっている。

図表 III-72 平成19年4月～12月の相談実績延べ件数：障害程度区分別

	平成19年4～12月の延べ件数(回)						1月あたりの延べ件数(回)					
	来所	訪問	電話	FAX・メール・手紙	事業所内部のサービス担当者会議	事業所外も含むサービス担当者会議	来所	訪問	電話	FAX・メール・手紙	事業所内部のサービス担当者会議	事業所外も含むサービス担当者会議
全体(n=407)	10.2	16.8	51.0	15.7	5.9	3.7	1.1	1.9	5.7	1.7	0.7	0.4
区分1-3(n=155)	12.3	15.7	53.7	12.2	5.2	3.7	1.4	1.7	6.0	1.4	0.6	0.4
区分4-6(n=134)	6.4	20.7	58.2	23.4	6.8	3.8	0.7	2.3	6.5	2.6	0.8	0.4
非該当・未認定(n=96)	12.6	13.5	39.1	9.9	6.4	3.8	1.4	1.5	4.3	1.1	0.7	0.4

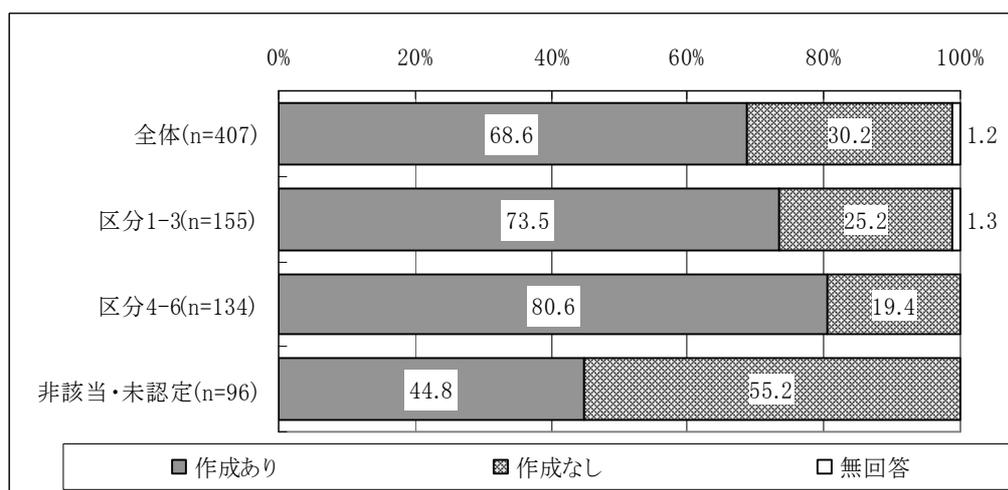
図表 III-73 平成19年4月～12月の相談実績延べ件数：障害種別

	平成19年4～12月の延べ件数(回)						1月あたりの延べ件数(回)					
	来所	訪問	電話	FAX・メール・手紙	事業所内部のサービス担当者会議	事業所外も含むサービス担当者会議	来所	訪問	電話	FAX・メール・手紙	事業所内部のサービス担当者会議	事業所外も含むサービス担当者会議
全体(n=407)	10.2	16.8	51.0	15.7	5.9	3.7	1.1	1.9	5.7	1.7	0.7	0.4
身体のみ(n=104)	6.1	16.5	48.0	24.8	8.0	3.4	0.7	1.8	5.3	2.8	0.9	0.4
知的のみ(n=135)	9.9	18.6	45.0	14.5	3.9	3.9	1.1	2.1	5.0	1.6	0.4	0.4
精神のみ(n=82)	15.6	13.7	39.0	6.4	7.6	3.5	1.7	1.5	4.3	0.7	0.8	0.4
重複(n=77)	8.2	16.1	52.9	14.3	4.7	4.3	0.9	1.8	5.9	1.6	0.5	0.5

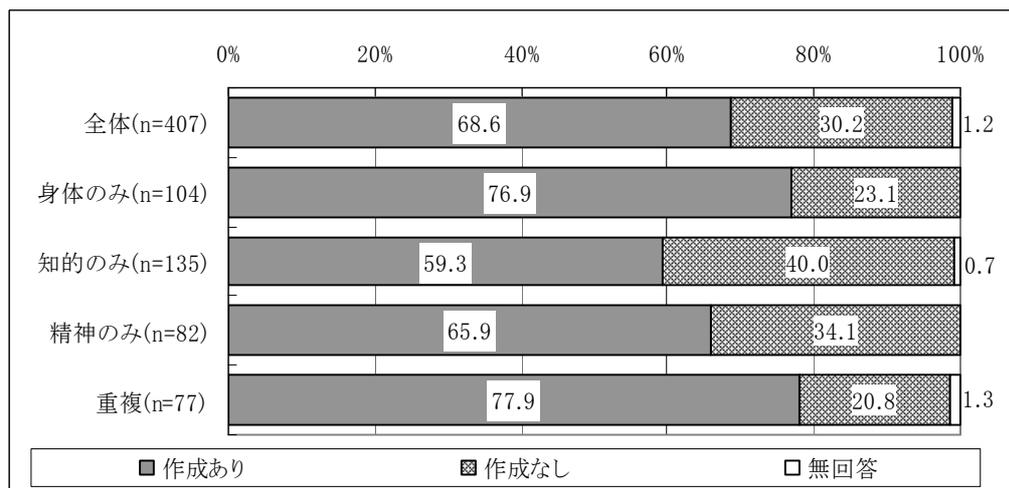
④個別支援計画の作成状況

- 個別支援計画を作成しているのは全体の68.6%であった。
- 障害程度区分別にみると、区分が重いケースのが作成割合が高く、障害種別にみると、身体のみ・重複ケースが他に比べて作成割合が高かった。

図表 III-74 個別支援計画の作成有無：障害程度区分別

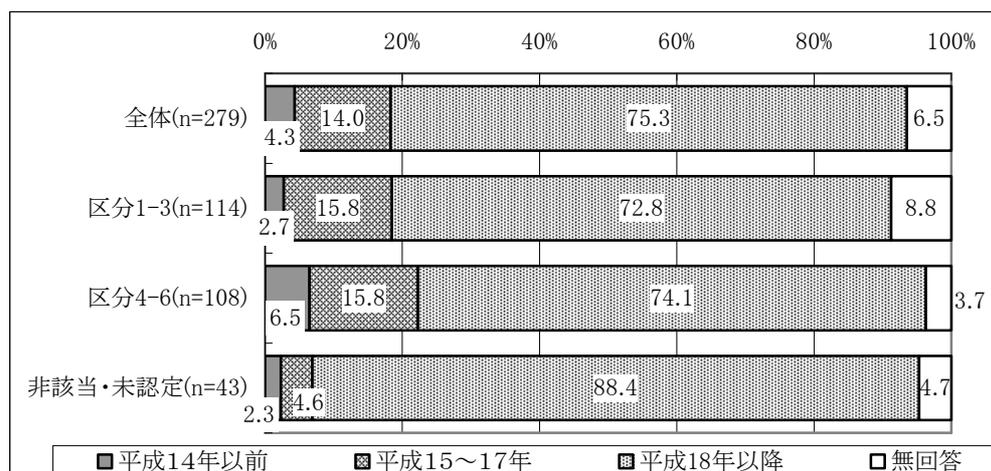


図表 III-75 個別支援計画の作成有無：障害種別

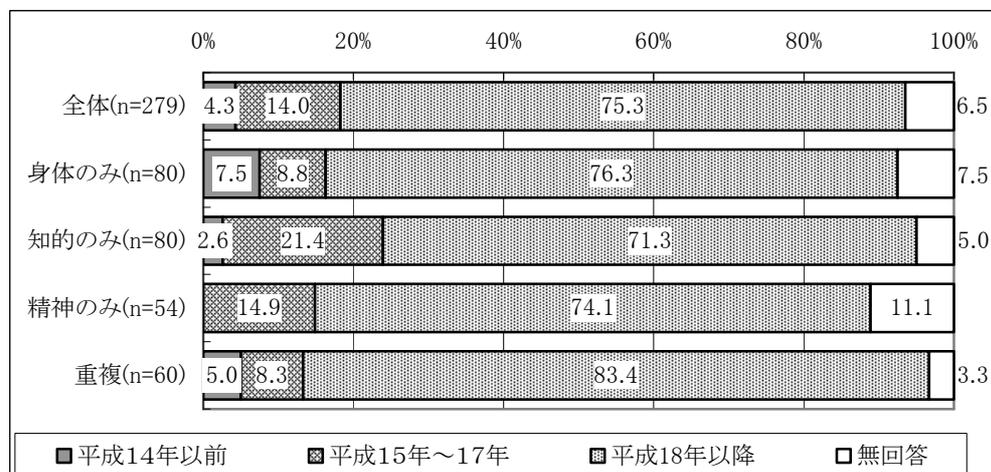


○個別支援計画の初回作成時期は、平成18年以降（2年以内）が75.3%、平成15～17年（5年以内）が14%、平成14年以前（5年超）が4.3%であった。

図表 III-76 個別支援計画の初回作成時期：障害程度区分別



図表 III-77 個別支援計画の初回作成時期：障害種別



⑤個別支援計画の見直し状況

○平成19年4～12月の個別支援計画の見直し回数は全体平均で1.9回、最大で10回であった。

○具体的な個別支援計画の見直し内容としては、「利用しているサービスの内容及び結果」47.0%、「新たな生活課題」40.9%、「利用者／介護者自身が感じている状態像の変化」25.8%が多かった。

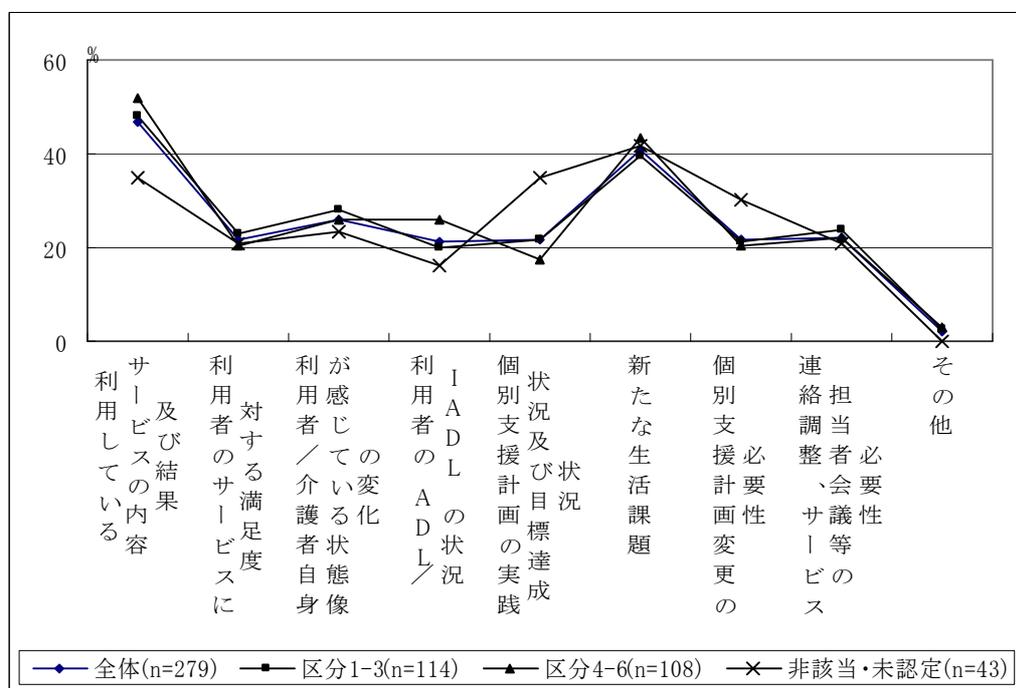
図表 III-78 個別支援計画の見直し回数：障害程度区分別

	平均 (回)	最大値 (回)	最小値 (回)	標準偏差	N
全体	1.9	10.0	0.0	2.0	279
区分1-3	1.8	9.0	0.0	1.9	114
区分4-6	2.1	10.0	0.0	2.2	108
非該当・未認定	1.7	8.0	0.0	1.7	43

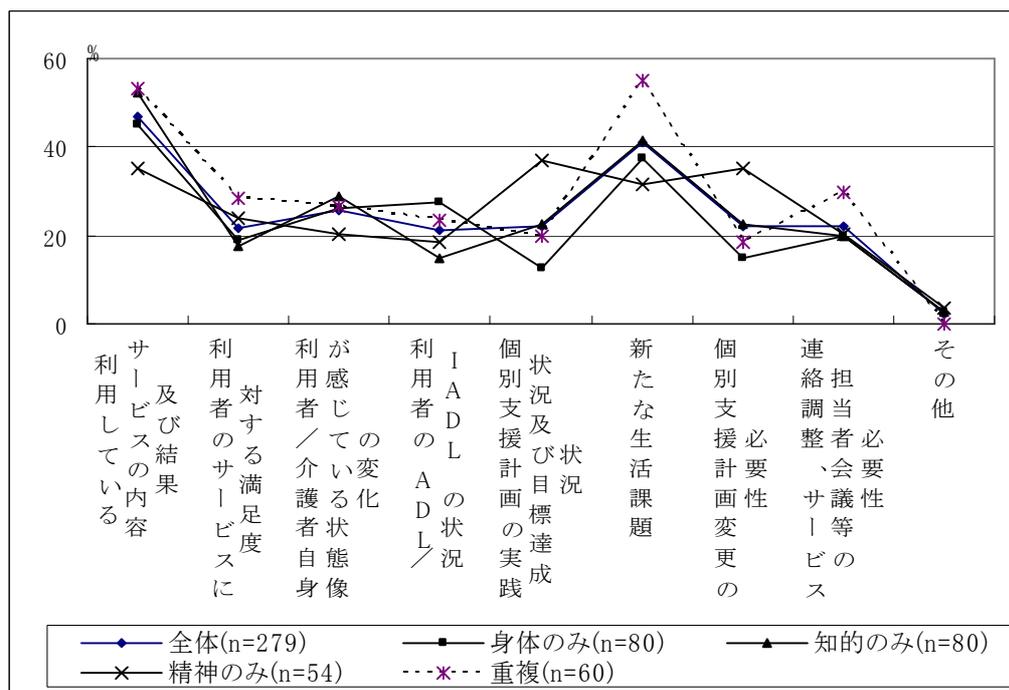
図表 III-79 個別支援計画の見直し回数：障害種別

	平均 (回)	最大値 (回)	最小値 (回)	標準偏差	N
全体	1.9	10.0	0.0	2.0	279
身体のみ	2.2	10.0	0.0	2.4	80
知的のみ	1.5	5.0	0.0	1.3	80
精神のみ	1.9	9.0	0.0	1.9	54
重複	2.0	9.0	0.0	2.1	60

図表 III-80 個別支援計画の見直し内容：障害程度区分別



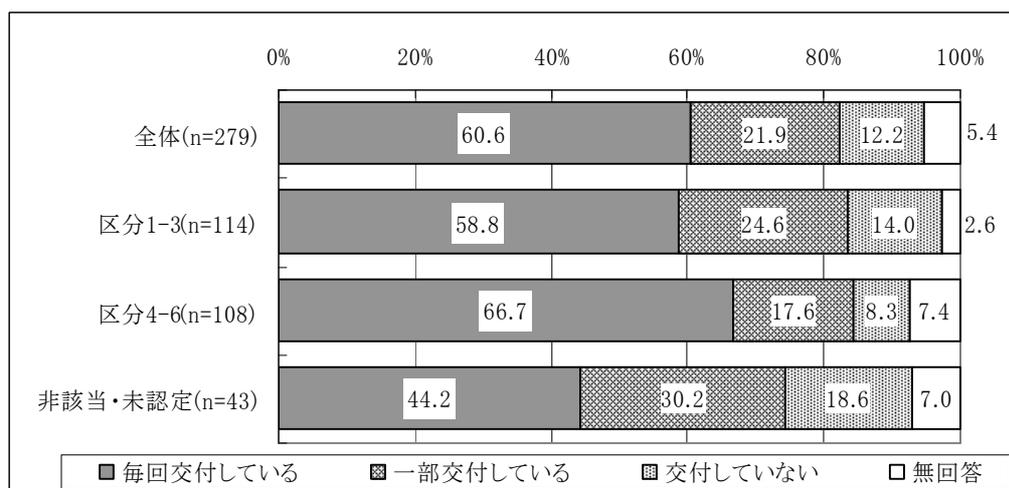
図表 III-81 個別支援計画の見直し内容：障害種別



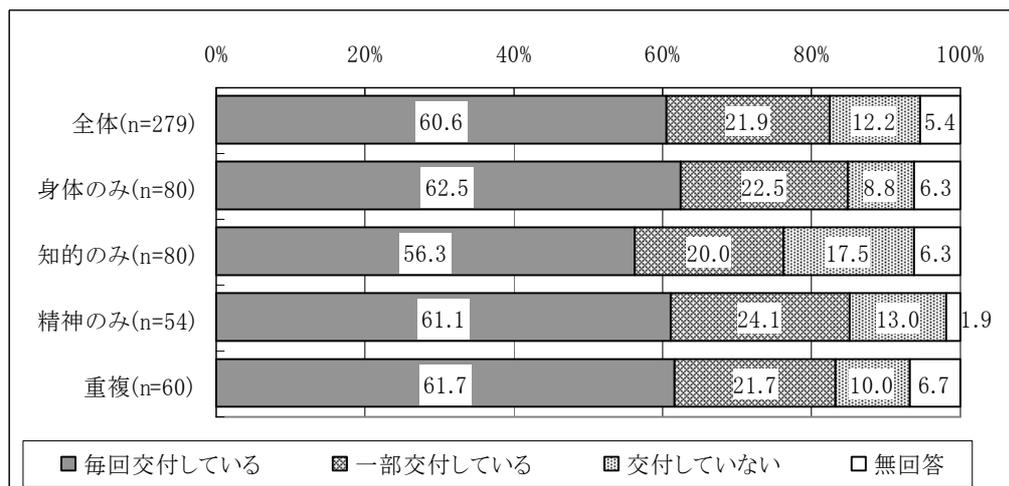
⑥個別支援計画の交付状況

- 個別支援計画の本人・家族への交付は、全体として、毎回交付 60.6%、一部交付 21.9%、交付していない 12.2%であった。
- 障害程度区分別にみると、非該当・未認定ケースは交付していない割合が他に比べて高かった。障害種別にみると、知的のみケースは、交付していない割合が他に比べて高かった。

図表 III-82 個別支援計画の本人・家族への交付：障害程度区分別

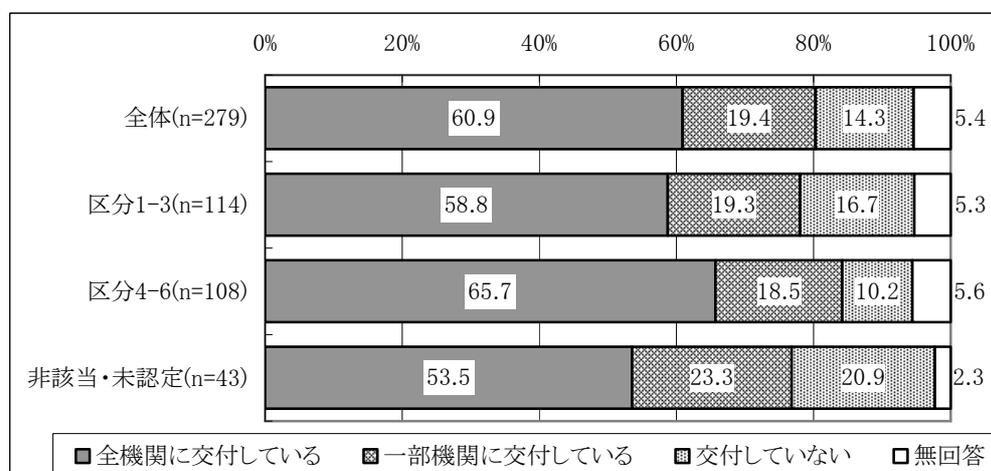


図表 III-83 個別支援計画の本人・家族への交付：障害種別

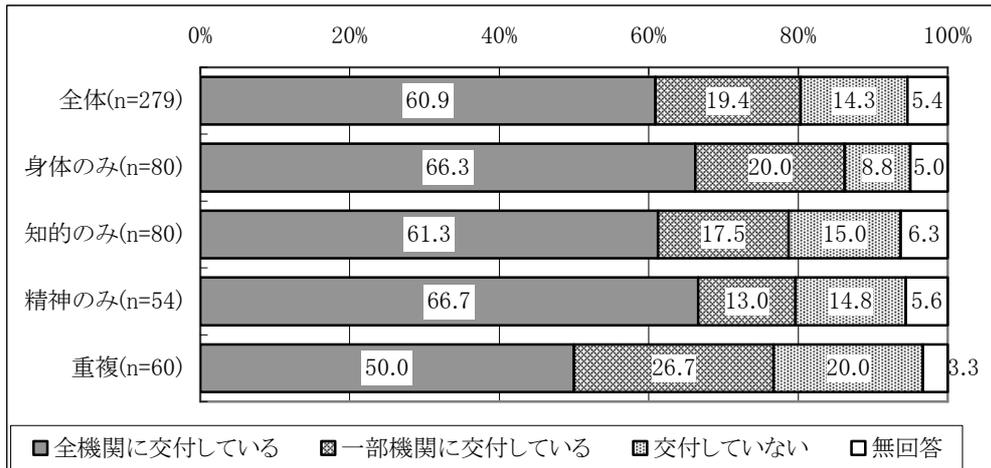


- 一方、個別支援計画の関係機関への交付は、全体として全機関に交付 60.9%、一部機関に交付 19.4%、交付していない 14.3%であった。一部機関に交付の場合、交付割合は、全体として5～6割 38.9%、7～8割 25.9%、それ以上 5.6%であった。
- 障害程度区分別にみると、区分が軽いケースほど交付していない割合が高かった。障害種別にみると、重複ケースは他に比べて交付していない割合が高かった。

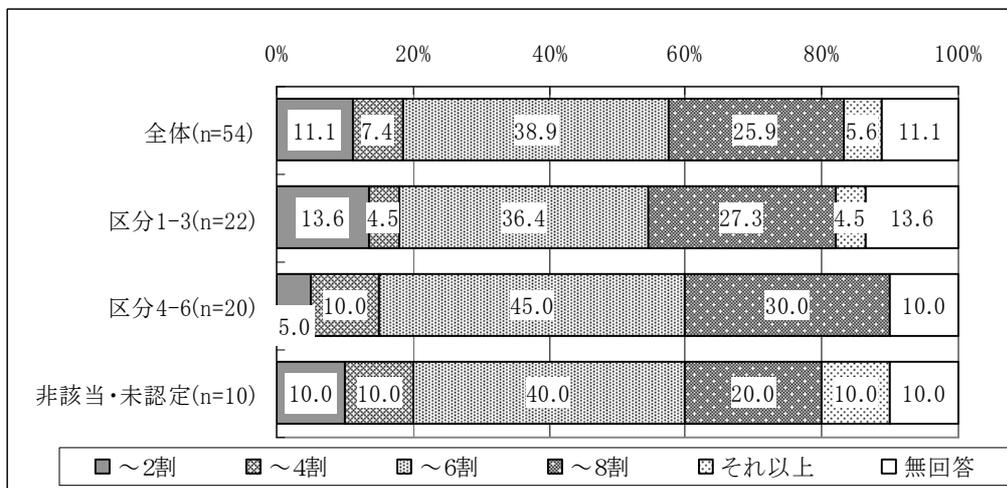
図表 III-84 個別支援計画の関係機関への交付状況：障害程度区分別



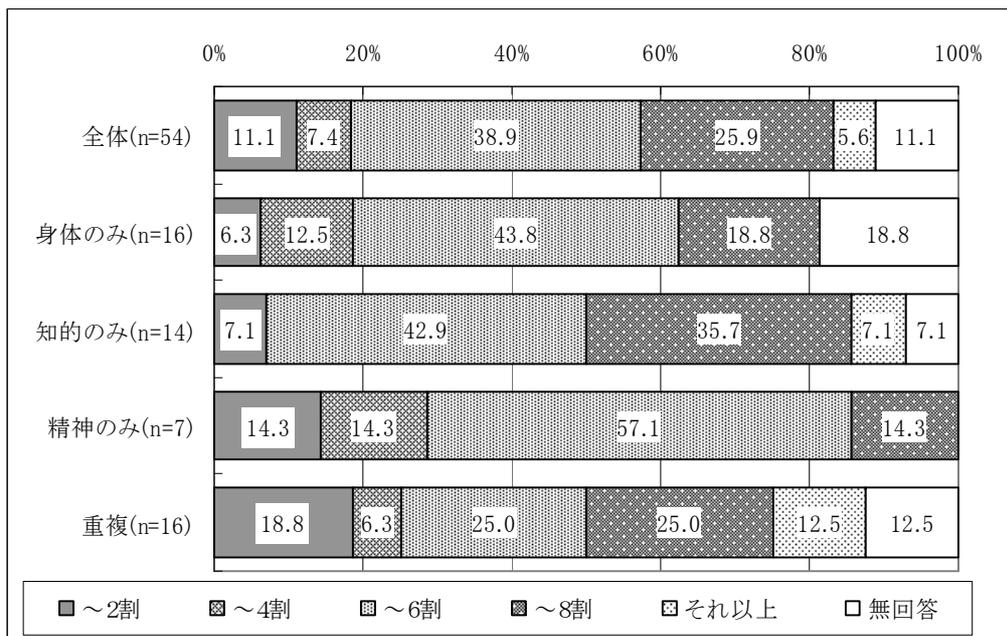
図表 III-85 個別支援計画の関係機関への交付状況：障害種別



図表 III-86 個別支援計画を関係機関へ交付している割合：障害程度区分別



図表 III-87 個別支援計画を関係機関へ交付している割合：障害種別



⑦サービス担当者会議の開催状況

○平成19年4～12月のサービス担当者会議の平均開催回数は全体で4.9回だった。最大値は114回で、2、3日に1回程度開催されているケースがあった。

図表 III-88 サービス担当者会議の開催回数：障害程度区分別

	平均 (回)	最大値 (回)	最小値 (回)	標準偏差	N
全体	4.9	114.0	0.0	9.7	407
区分1-3	4.7	114.0	0.0	10.0	155
区分4-6	4.7	49.0	0.0	7.0	134
非該当・未認定	5.6	111.0	0.0	12.6	96

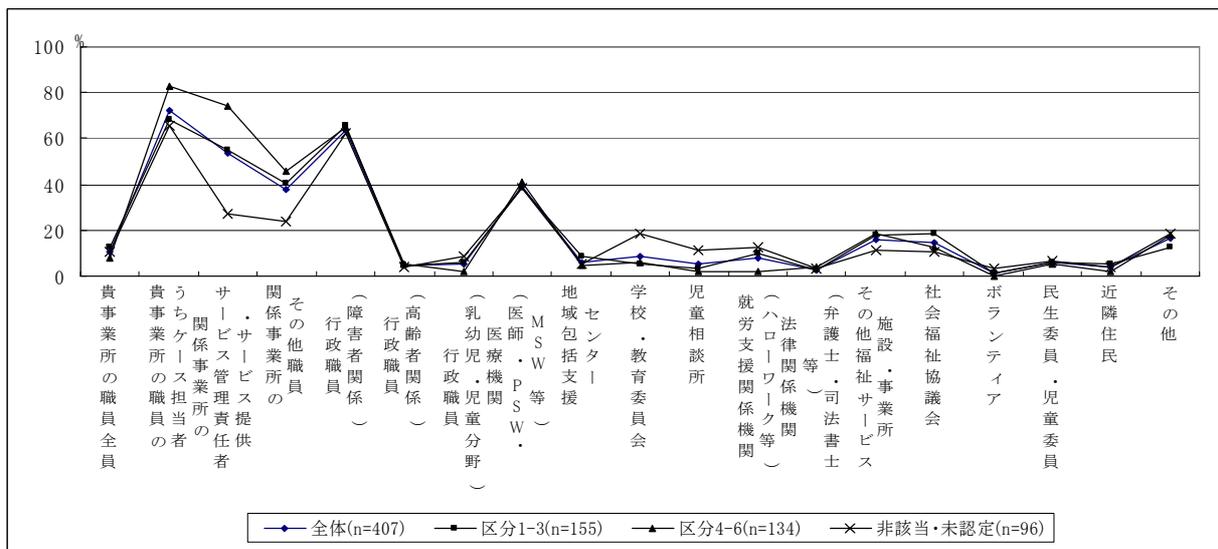
図表 III-89 サービス担当者会議の開催回数：障害種別

	平均 (回)	最大値 (回)	最小値 (回)	標準偏差	N
全体	4.9	114.0	0.0	9.7	407
身体のみ	4.7	49.0	0.0	7.7	104
知的のみ	4.6	31.0	0.0	5.1	135
精神のみ	6.7	114.0	0.0	18.2	82
重複	3.8	14.0	0.0	3.0	77

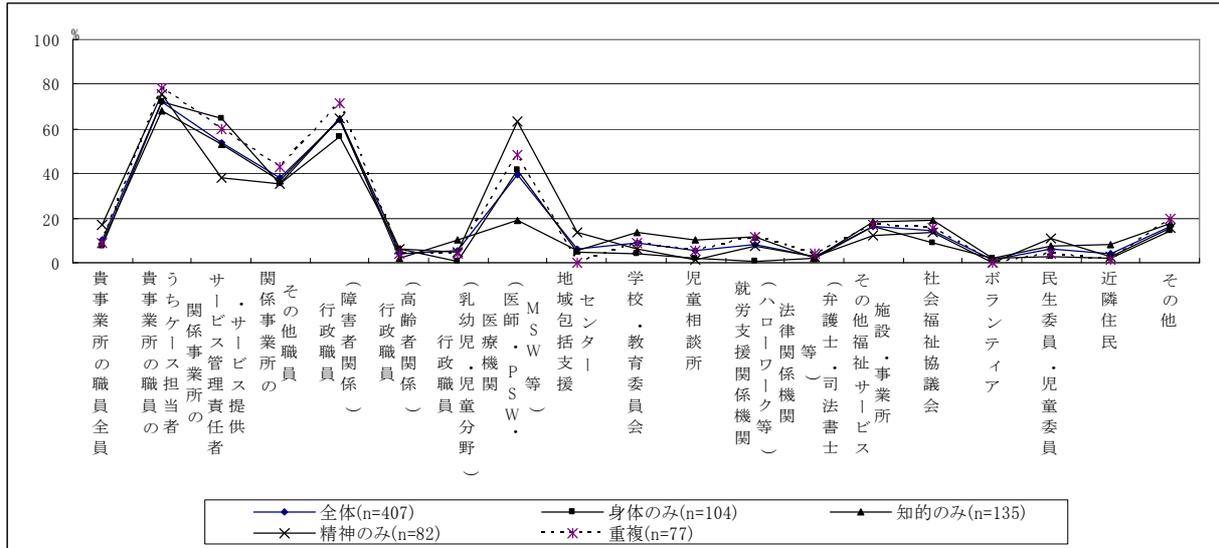
○サービス担当者会議への出席者は、事業所の職員のケース担当者72.2%、行政職員（障害者関係）63.9%、関係事業所のサービス管理責任者・サービス提供責任者53.8%、関係事業所のその他の職員37.8%、医療機関39.3%が多かった。

○障害程度区分別にみると、区分が重いケースほどサービス提供事業所の出席割合が高く、区分が軽いケースはサービス利用も少ないため、事業所の出席割合は低かった。また非該当・未認定ケースでは、学校・教育委員会、児童相談所の出席割合が他に比べて高かった。

図表 III-90 サービス担当者会議の出席者：障害程度区分別

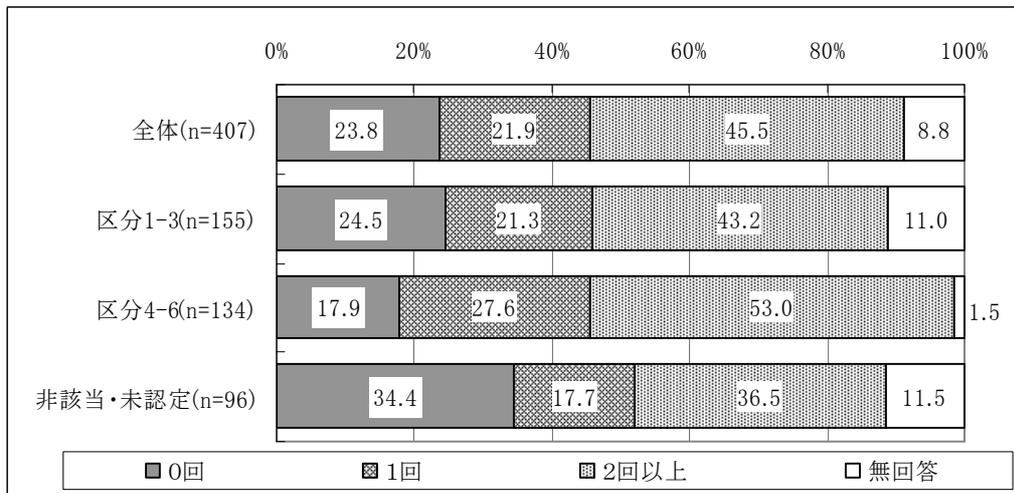


図表 III-91 サービス担当者会議の出席者：障害種別

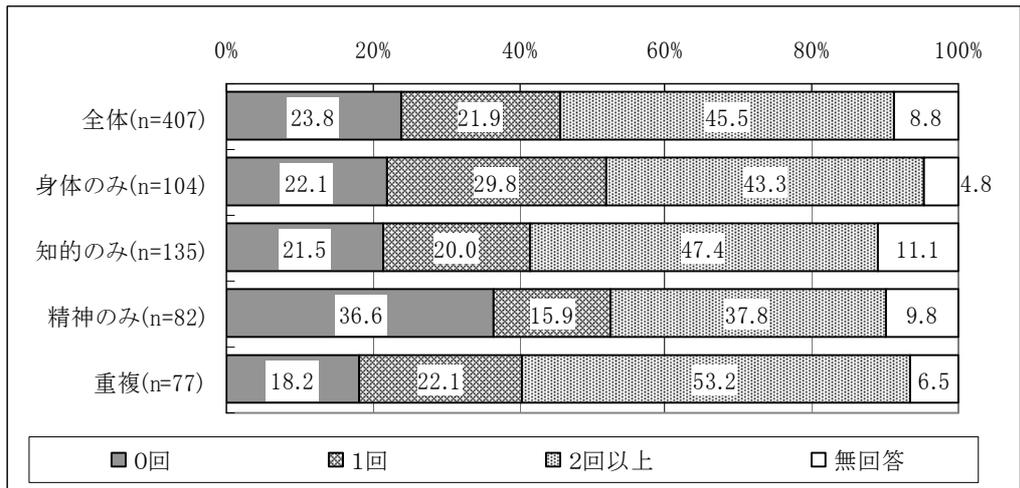


- サービス担当者会議に利用者・家族が出席した回数は、2回以上45.5%、0回23.8%、1回21.9%で、平均回数は2.0回だった。
- 障害程度区分別にみると、区分が重いケースのほうが出席回数が多かった。障害種別にみると、精神のみケースの出席0回の割合が他に比べて高かった。

図表 III-92 サービス担当者会議に利用者・家族が出席した回数：障害程度区分別



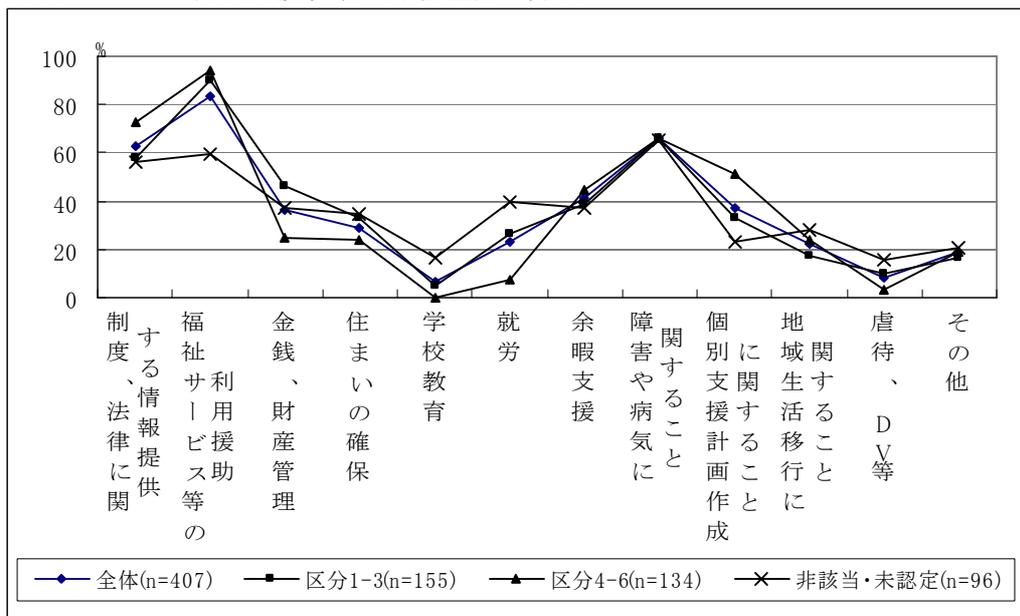
図表 III-93 サービス担当者会議に利用者・家族が出席した回数：障害種別



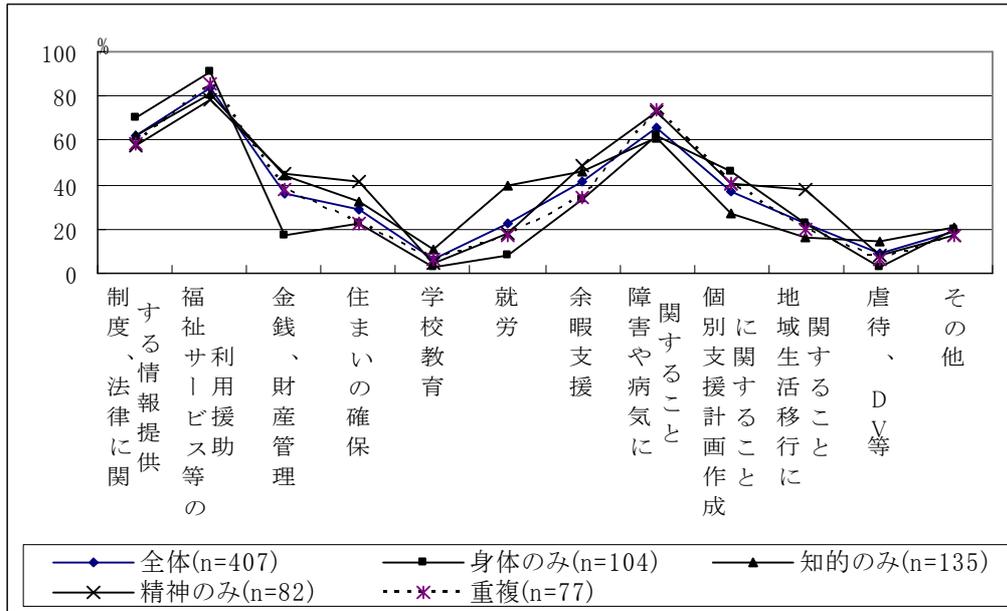
⑧相談支援領域

- 平成19年4月～12月の相談支援領域は、全体として、福祉サービス等の利用援助 83.5%、障害や病気に関すること 66.1%、制度、法律に関する情報提供 62.4%が多かった。
- 障害程度区分別にみると、区分が軽いケースでは、福祉サービス等の利用の援助や個別支援計画の作成に関することの割合が低い一方、学校教育、就労の割合が他に比べて高かった。区分が重いケースでは、個別支援計画に関することの割合が他に比べて高かった。
- 障害種別にみると、知的のみケースでは就労の割合が高く、精神のみケースでは、住まいの確保、地域生活移行に関することの割合が高かった。

図表 III-94 相談支援領域：障害程度区分別



図表 III-95 相談支援領域：障害種別



(3) ケースの支援を行うにあたり困難な点

○今回報告したケースの支援を行うにあたり困難な点として、特に割合が高かったのは、以下のような項目であった。

(利用者の状態の不安定さ)

- ・利用者の心身の状態変化が著しい：42.8%
- ・利用者の医療ニーズが高い：35.9%

(利用者とのコミュニケーションの難しさ)

- ・利用者本人との意思疎通が難しい：41.8%
- ・利用者に制度の説明をするのに時間がかかる：30.7%

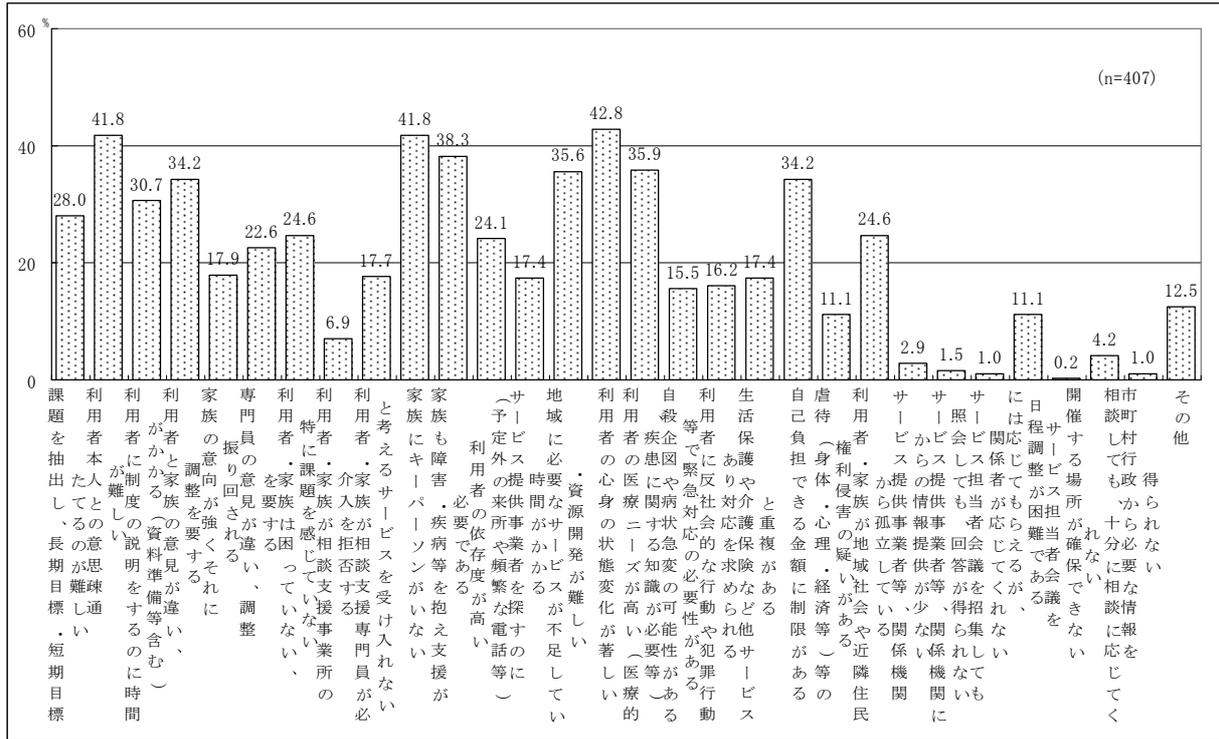
(利用者と家族の関係調整)

- ・家族にキーパーソンがない：41.8%
- ・家族も障害・疾病等を抱え支援が必要である：38.3%
- ・利用者と家族の意見が違い調整を要する：34.2%

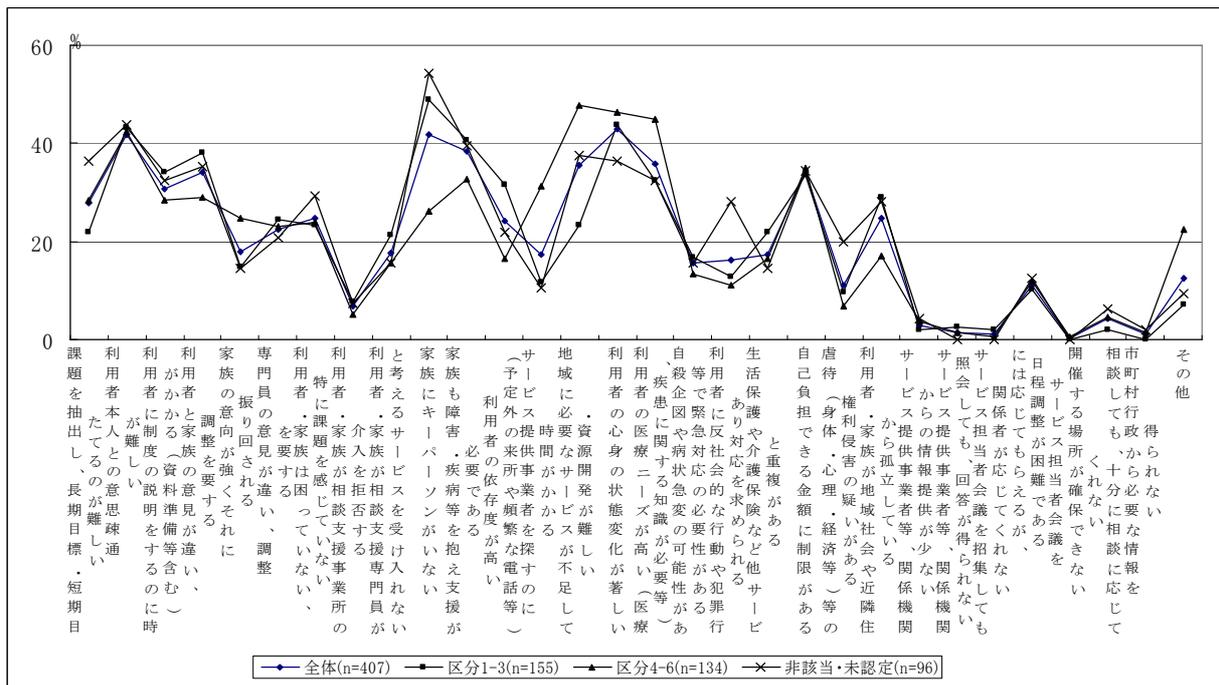
(地域資源の不足)

- ・地域に必要なサービスが不足している・資源開発が難しい：35.6%
- ・自己負担できる額に制限がある：34.2%

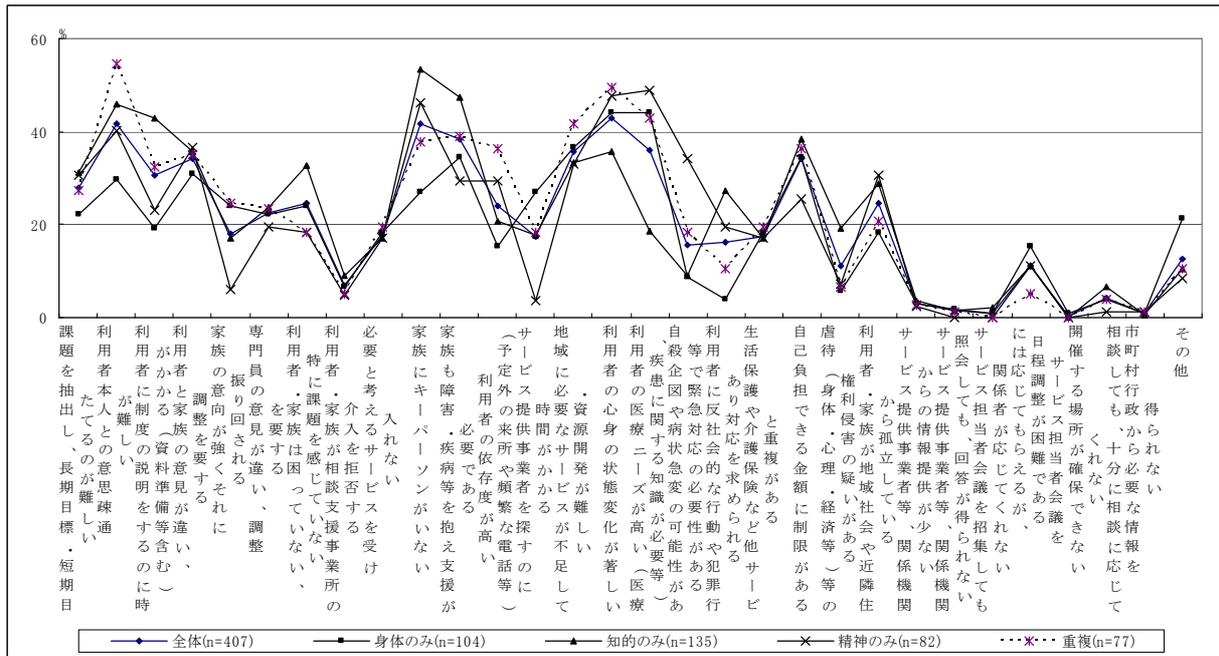
図表 III-96 このケースの支援を行うにあたり困難な点



図表 III-97 このケースの支援を行うにあたり困難な点：障害程度区別別

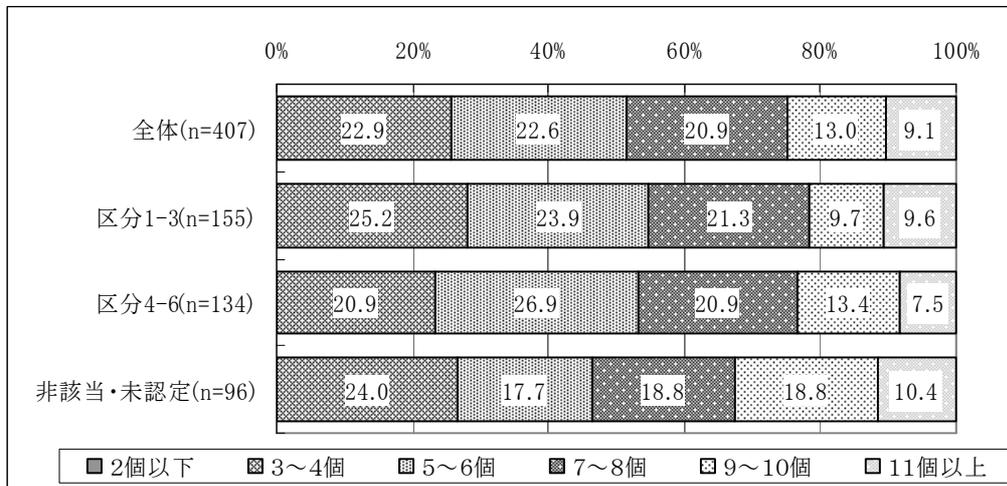


図表 III-98 このケースの支援を行うにあたり困難な点：障害種別

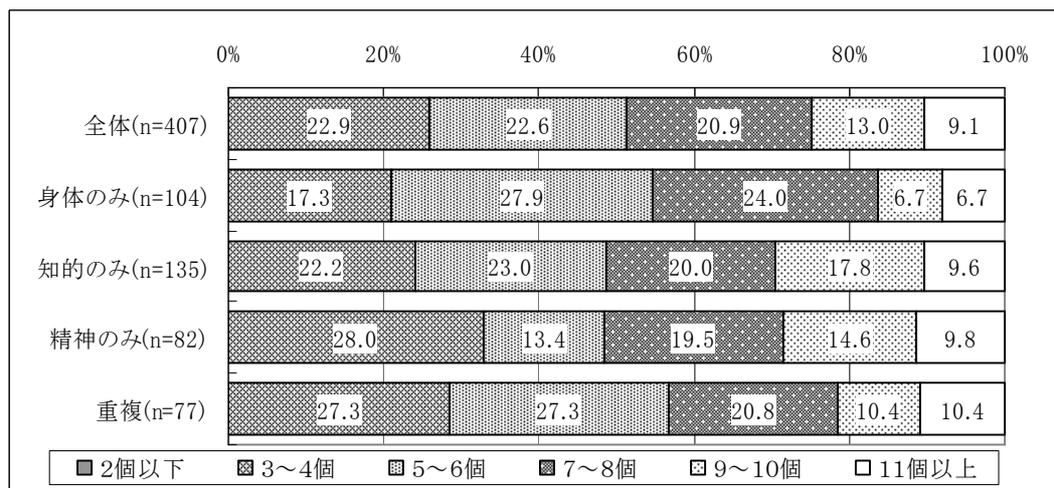


○困難点の項目数を障害程度区分別にみると、区分が軽いケースのほうが困難点の個数が多かった。障害種別にみると、知的のみ・精神のみケースのほうが困難点の個数が多かった。

図表 III-99 このケースの支援を行うにあたり困難な点の個数：障害程度区分別



図表 III-100 このケースの支援を行うにあたり困難な点の個数：障害種別



7. サービス利用計画作成費対象とそれ以外のケースの異同（詳細）

前項では、調査対象となった相談支援事業者において「相談支援の困難性が高い」と考えるケースの概要について、サービス利用計画作成費の対象かどうかにかかわらず、障害程度区分別、障害種別に分析した。

本項では、これらの「相談支援の困難性が高い」ケースのうち、サービス利用計画作成費対象ケースとそれ以外のケースの概要の異同について分析することにより、現行のサービス利用計画作成費対象の範囲設定の適否を検討する際の基礎資料を提示する。

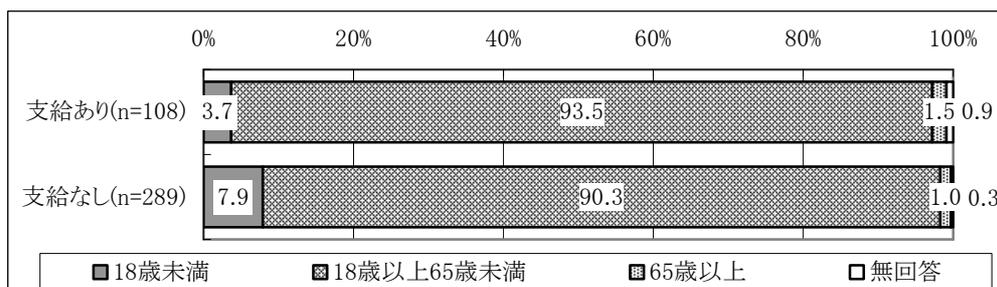
(1) 基本属性

①年齢・性別

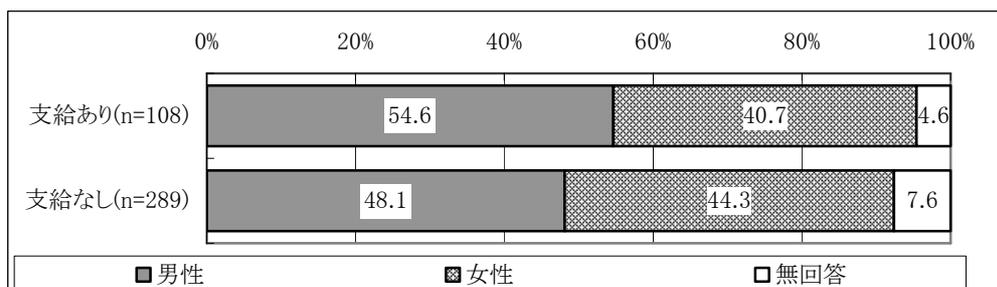
○年齢をみると、作成費支給ありケースより支給なしケースのほうが、18歳未満の若年層の割合が高かった。

○性別をみると、支給なしケースより支給ありケースのほうが男性の割合が高かった。

図表 III-101 年齢：作成費支給有無別



図表 III-102 性別：作成費支給有無別

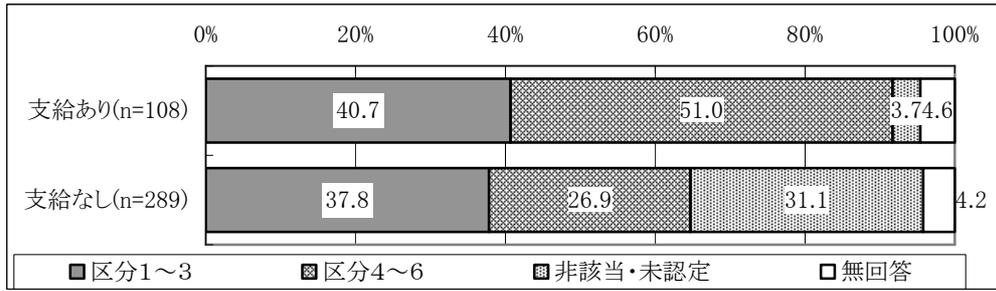


②障害程度区分・障害種別

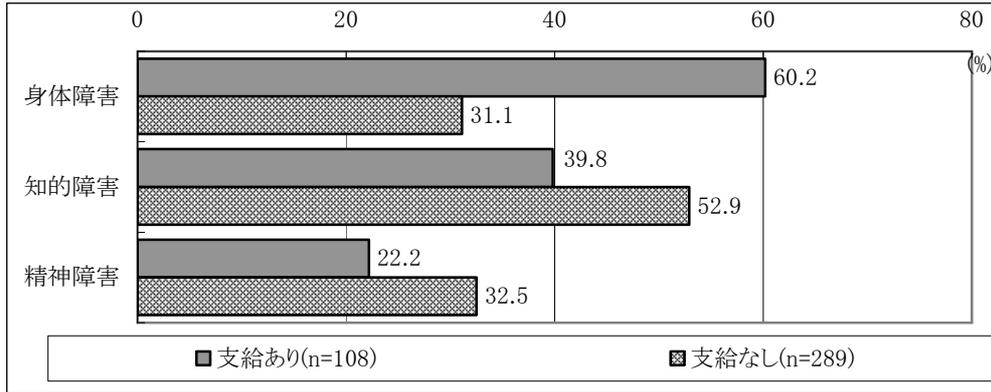
○障害程度区分をみると、支給ありケースでは9割以上が区分認定を受けているのに対し、支給なしケースは31.1%が非該当・未認定であった。

○障害種別をみると、身体障害は支給ありケースのほうが割合が高く、知的・精神障害は支給なしケースのほうが割合が高かった。

図表 III-103 障害程度区分：作成費支給有無別



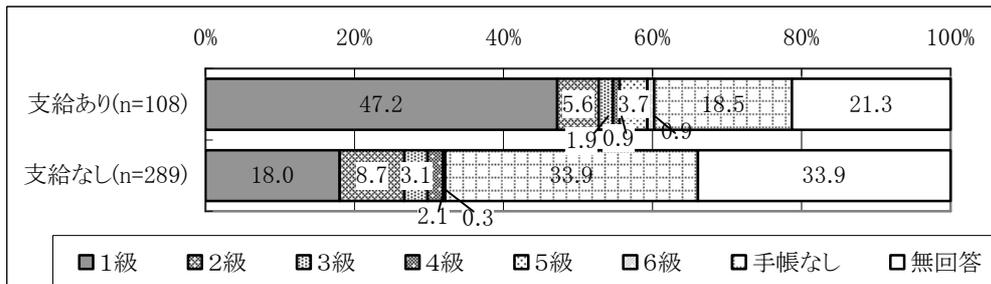
図表 III-104 障害種別：作成費支給有無別



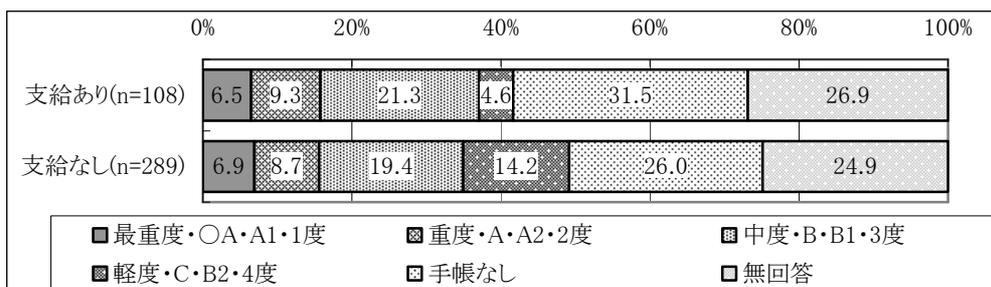
③手帳の状況

- 身体障害者手帳の保有率は、支給ありケースのほうが高かった。
- 療育手帳の保有率は、支給なしケースのほうが高かった。
- 精神保健福祉手帳の保有率は、支給なしケースのほうが高かった。

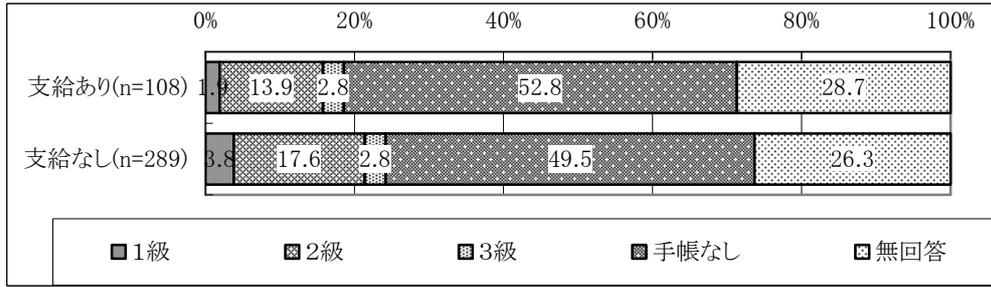
図表 III-105 身体障害者手帳：作成費支給有無別



図表 III-106 療育手帳：作成費支給有無別



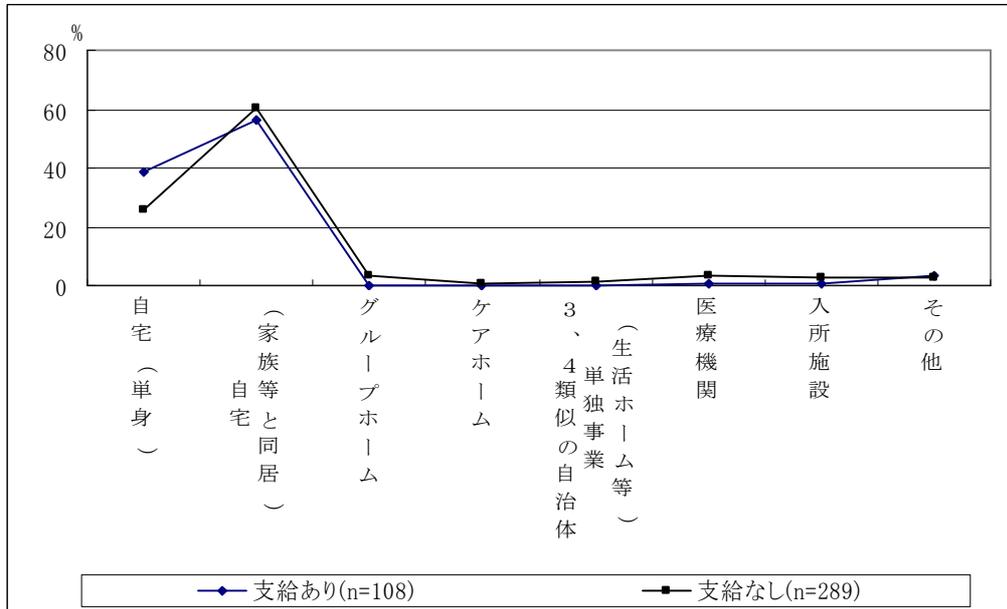
図表 III-107 精神保健福祉手帳：作成費支給有無別



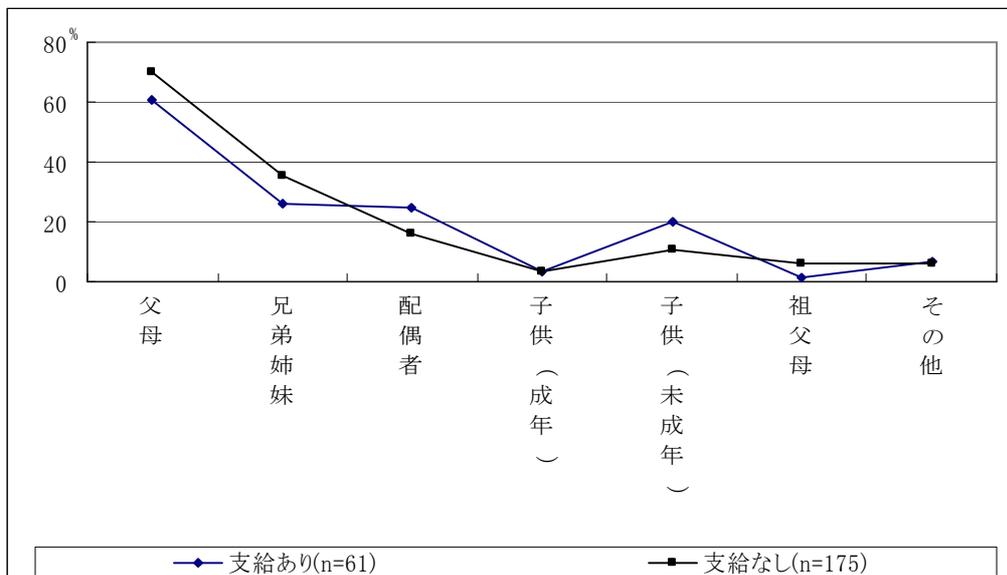
④生活場所

○生活場所の全体的な傾向は変わらないが、支給ありケースでは、支給なしケースに比べて自宅（単身）の割合が高かった。

図表 III-108 生活場所：作成費支給有無別



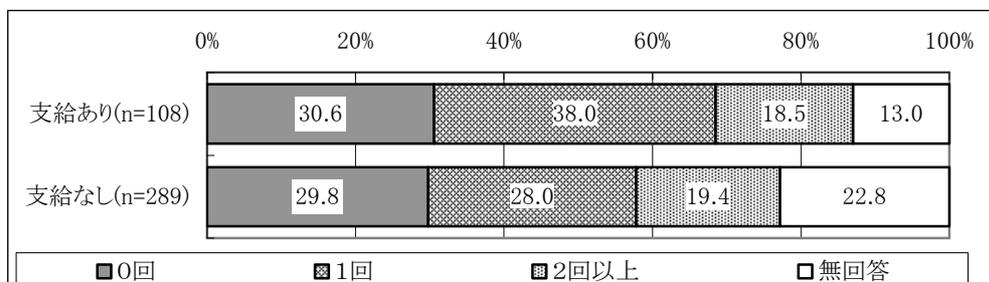
図表 III-109 生活場所（同居家族）：作成費支給有無別



⑤入院・入所の状況

○平成 18 年 1 月～平成 19 年 12 月の 2 年間の入院・入所回数は、支給ありケースのほうが支給なしケースより多かったが、平均ではいずれも 1.1 回であった。

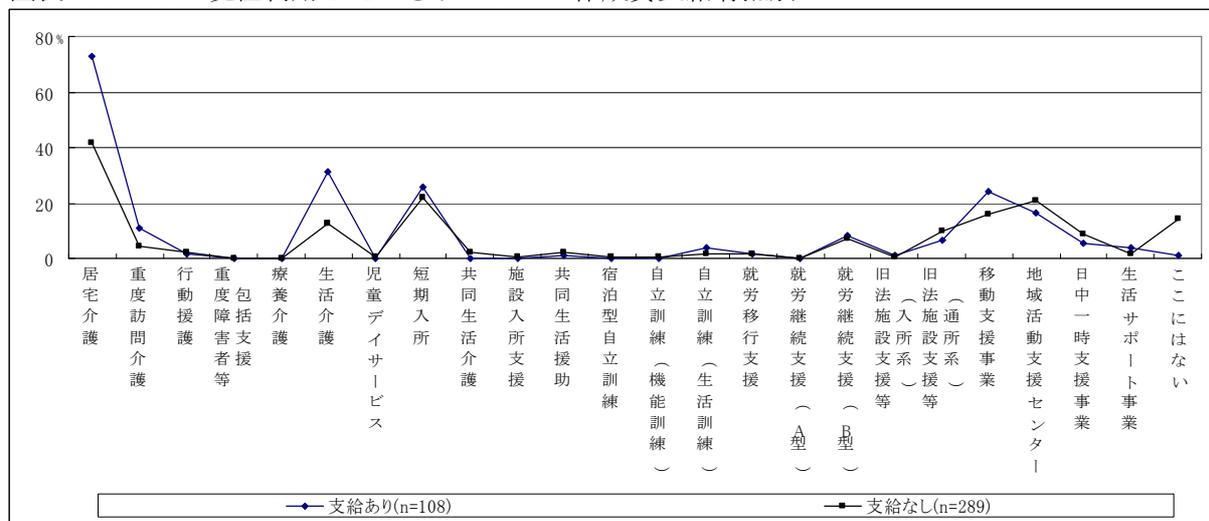
図表 III-110 平成 18 年 1 月～平成 19 年 12 月の入院・入所回数：作成費支給有無別



⑥現在利用しているサービス

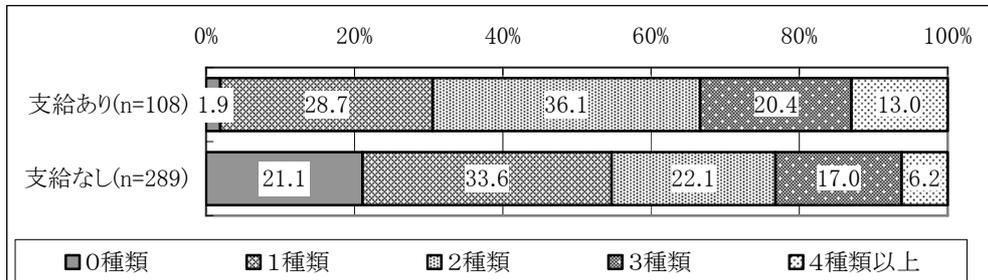
○現在利用しているサービスは、居宅介護、重度訪問介護、生活介護、移動支援事業について支給ありケースのほうが多かったが、それ以外はほぼ同様の利用状況であった。

図表 III-111 現在利用しているサービス：作成費支給有無別



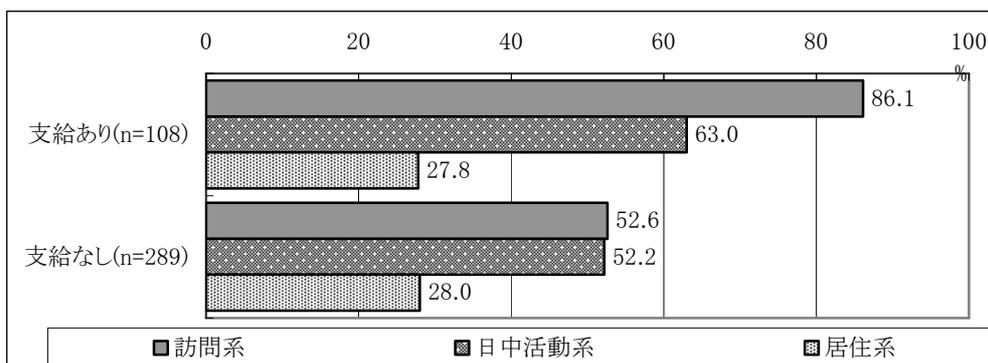
○現在利用しているサービス数をみると、支給ありケースでは、ほぼ全数がサービスを利用しているのに対し、支給なしケースでは21.1%がサービスを全く利用していなかった。

図表 III-112 現在利用しているサービス数：作成費支給有無別



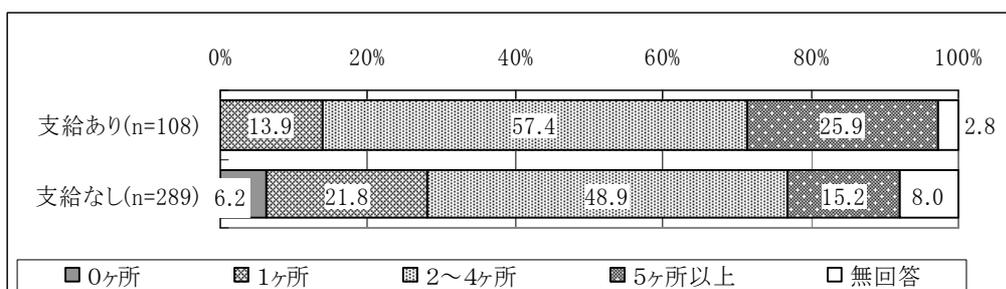
○現在利用しているサービスの内容をみると、支給ありケースでは、訪問系の割合が高く、日中活動系、居住系が続くのに対し、支給なしケースでは、訪問系、日中活動系の割合がほぼ同程度であった。

図表 III-113 現在利用しているサービス内容：作成費支給有無別



○現在利用しているサービスを提供するにあたり関わっている施設・事業所数は、支給ありケースでは、2～4ヶ所が57.4%と最も多く、5ヶ所以上も25.9%が続いているのに対し、支給なしケースでは、2～4ヶ所48.9%と最も多く、1ヶ所が21.8%で続いていた。

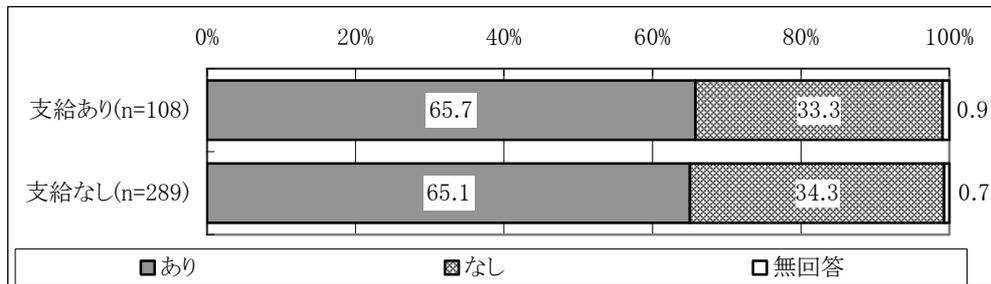
図表 III-114 現在利用しているサービスを提供するにあたり関わっている施設・事業所数：作成費支給有無別



⑦介護者の状況

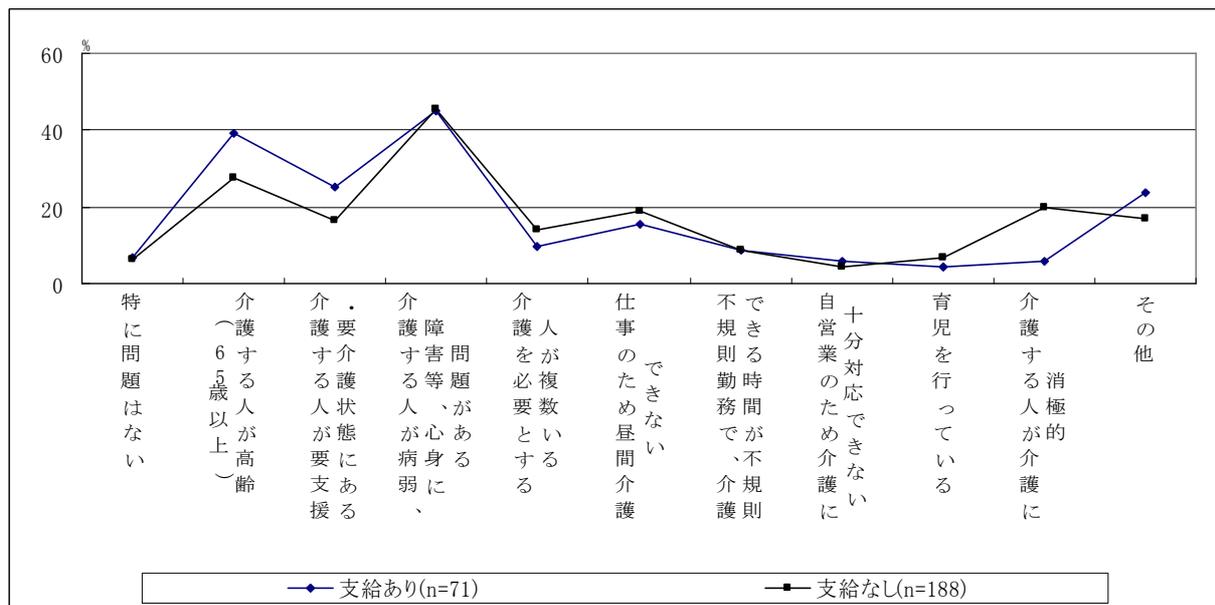
○介護者の有無割合については、支給の有無による大きな差はなかった。

図表 III-115 介護者の有無：作成費支給有無別



○介護者ありの場合の状況をみると、ほとんどのケースで介護者が何らかの課題を抱えていた。支給ありケースでは、「介護する人が高齢（65歳以上）」「介護する人が要支援・要介護状態にある」の割合が支給なしケースより高くなっている。一方、支給なしケースでは、「介護する人が介護に消極的」の割合が支給ありケースより高かった。

図表 III-116 介護者の状況（介護者ありの場合）：作成費支給有無別

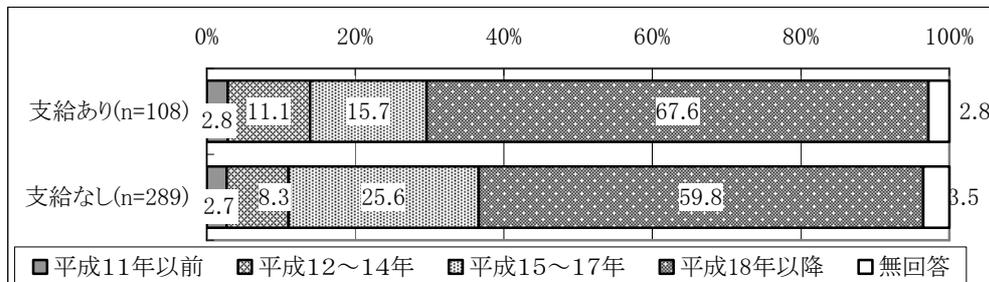


(2) 相談支援の実施状況

①初回相談受付

○初回相談受付は、平成18年以降（2年以内の関わり）が支給ありケース67.6%で支給なしケースの59.8%より割合が高いのに対し、平成15～17年（5年以内の関わり）については、支給なしケース25.6%が支給ありケース15.7%より割合が高かった。

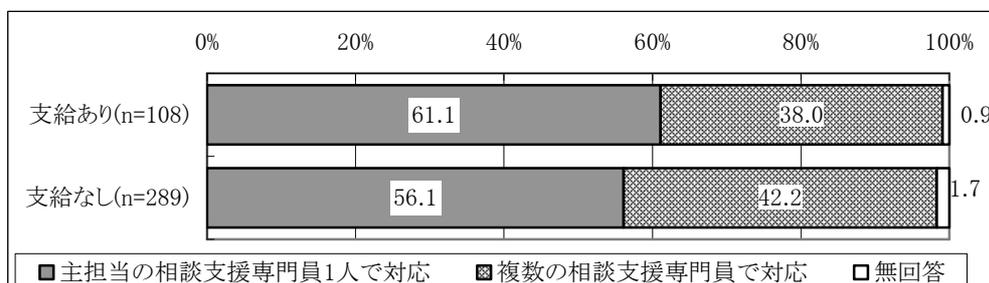
図表 III-117 初回相談受付：作成費支給有無別



②現在の相談体制

○現在の相談体制は、主担当1人で対応が支給有無を問わず多いが、支給なしケースでは複数の相談支援専門員で対応する割合が支給ありケースよりも高かった。

図表 III-118 現在の相談体制：作成費支給有無別



③相談実績延べ件数

○平成19年4月～12月の1月あたりの1ケース当たり平均相談実績は、訪問、FAX・メール・手紙において、支給ありケースが支給なしケースに比べて実績件数が多かった。

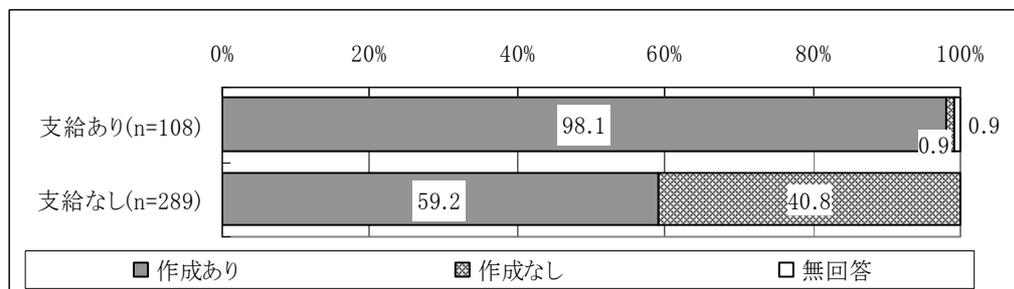
図表 III-119 平成19年4月～12月の相談実績延べ件数：作成費支給有無別

	平成19年4～12月の延べ件数(回)						1月あたりの延べ件数(回)					
	来所	訪問	電話	FAX・メール・手紙	事業所内部のサービス担当者会議	事業所外も含むサービス担当者会議	来所	訪問	電話	FAX・メール・手紙	事業所内部のサービス担当者会議	事業所外も含むサービス担当者会議
支給あり(n=108)	8.9	22.8	56.9	28.7	8.3	3.8	1.0	2.5	6.3	3.2	0.9	0.4
支給なし(n=289)	10.8	14.5	49.2	11.3	5.2	3.7	1.2	1.6	5.5	1.3	0.6	0.4

④個別支援計画の作成状況

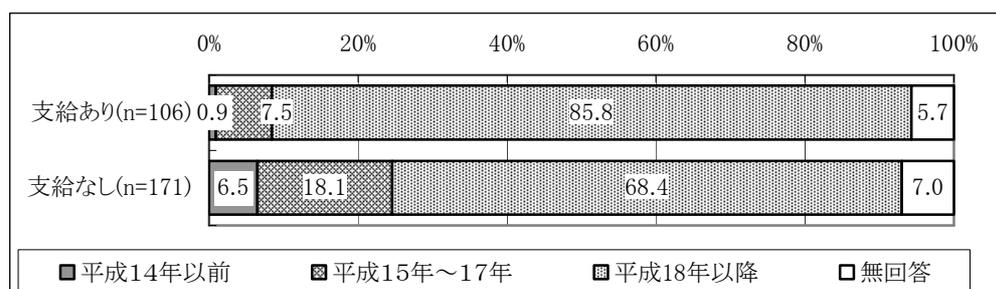
○個別支援計画の作成率は、支給ありケースでは 98.1%とほぼ全数であるのに対し、支給なしケースでは 59.2%であった。

図表 III-120 個別支援計画の作成有無：作成費支給有無別



○個別支援計画の初回作成時期は、支給ありケースに比べ支給なしケースのほうが古いものが多かった。

図表 III-121 個別支援計画の初回作成時期：作成費支給有無別



⑤個別支援計画の見直し状況

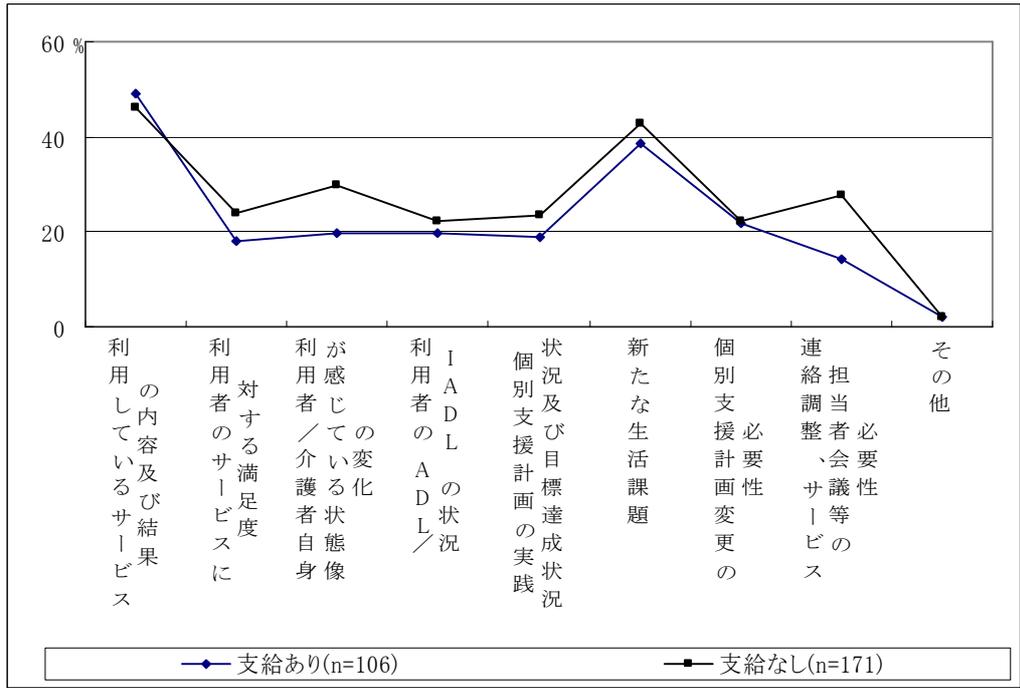
○平成 19 年 4～12 月の個別支援計画の見直し回数は、支給ありケースで平均 2.2 回、支給なしケースで 1.7 回であり、支給ありケースのほうが多かった。

○具体的な個別支援計画の見直し内容は、全体として支給ありケースより支給なしケースのほうが多かった。

図表 III-122 個別支援計画の見直し回数：作成費支給有無別

	平均 (回)	最大値 (回)	最小値 (回)	標準偏差	N
支給あり	2.2	10.0	0.0	2.5	106
支給なし	1.7	9.0	0.0	1.5	171

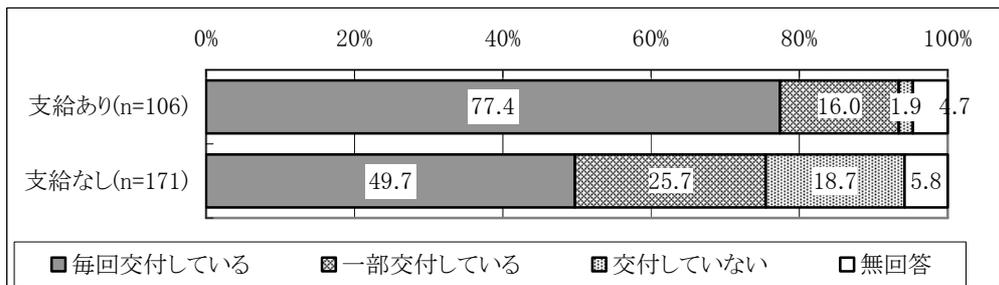
図表 III-123 個別支援計画の見直し内容：作成費支給有無別



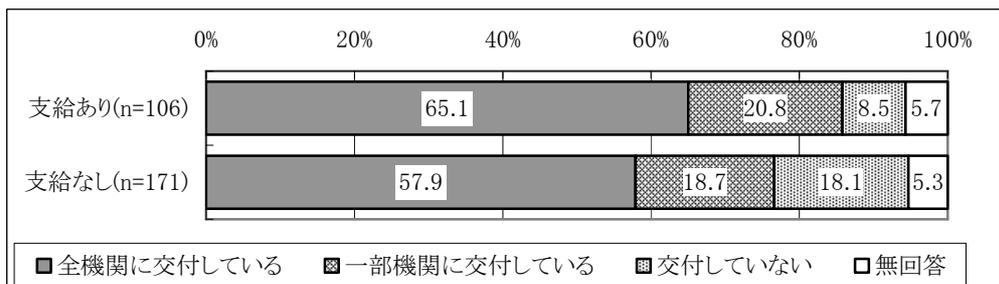
⑥個別支援計画の交付状況

- 個別支援計画の本人・家族への交付割合は支給ありケースが支給なしケースに比べて高かった。
- また、個別支援計画の関係機関への交付割合についても、支給ありケースが支給なしケースに比べて高かった。

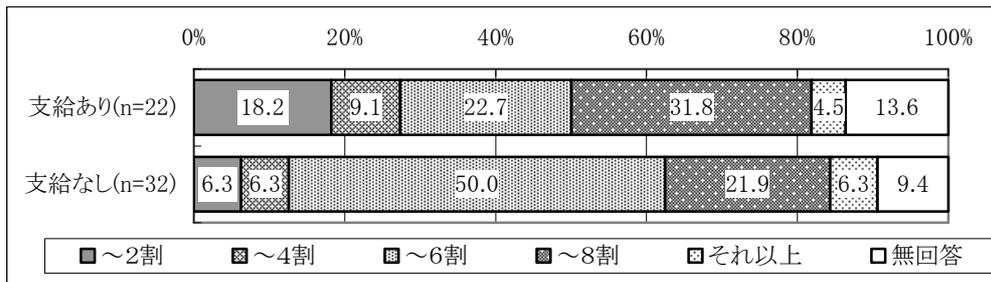
図表 III-124 個別支援計画の本人・家族への交付：作成費支給有無別



図表 III-125 個別支援計画の関係機関への交付状況：作成費支給有無別



図表 III-126 個別支援計画を関係機関へ交付している割合：作成費支給有無別



⑦サービス担当者会議の開催状況

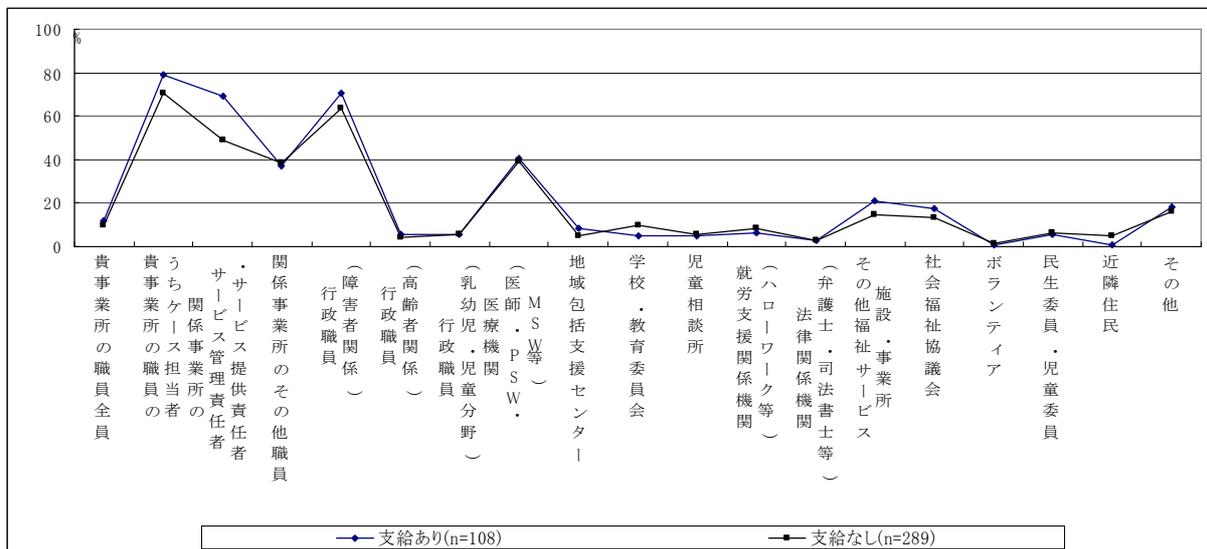
○平成 19 年 4～12 月のサービス担当者会議の平均開催回数は、支給ありケースで 5.2 回、支給なしケースで 4.8 回であった。ただし、最大値は支給なしケースのほうが大きく 114 回で、2、3 日に 1 回程度開催されているケースがあった。

図表 III-127 サービス担当者会議の開催回数：作成費支給有無別

	平均 (回)	最大値 (回)	最小値 (回)	標準偏差	N
支給あり	5.2	49.0	0.0	7.7	108
支給なし	4.8	114.0	0.0	10.4	289

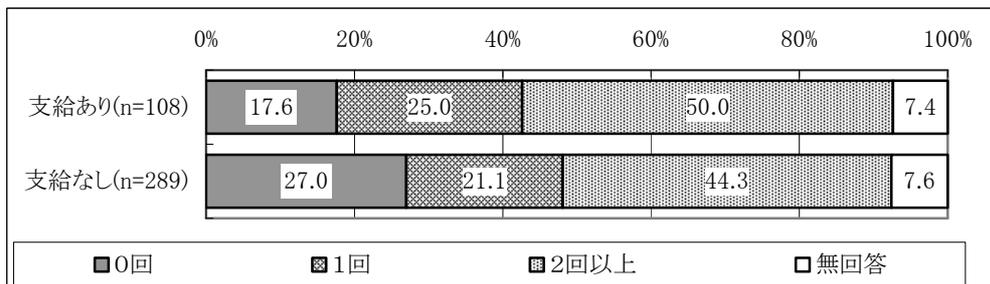
○サービス担当者会議への出席率は、サービス事業所関係者について、支給ありケースが支給なしケースに比べ多くなっていた。

図表 III-128 サービス担当者会議の出席者：作成費支給有無別



○サービス担当者会議に利用者・家族が出席した回数は、支給ありケースのほうが支給なしケースより多かった。

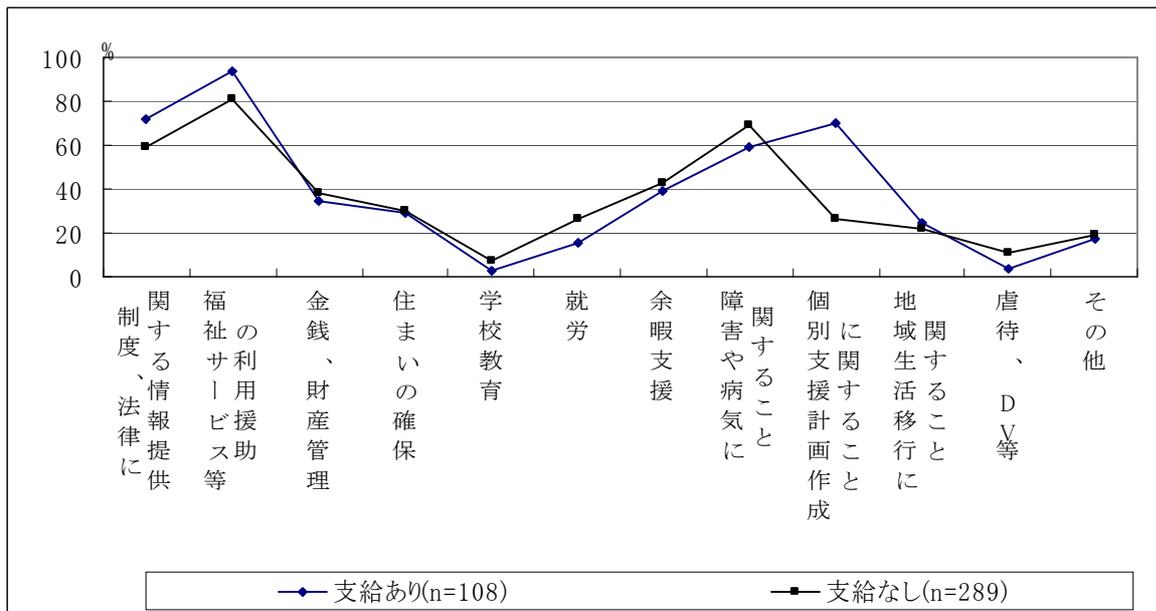
図表 III-129 サービス担当者会議に利用者・家族が出席した回数：作成費支給有無別



⑧相談支援領域

○平成 19 年 4 月～12 月の相談支援領域は、制度、法律に関する情報提供、福祉サービス等の利用援助、個別支援計画に関することは支給ありケースのほうが割合が高いが、それ以外の領域については、支給なしケースのほうが幅広く相談支援を実施していた。

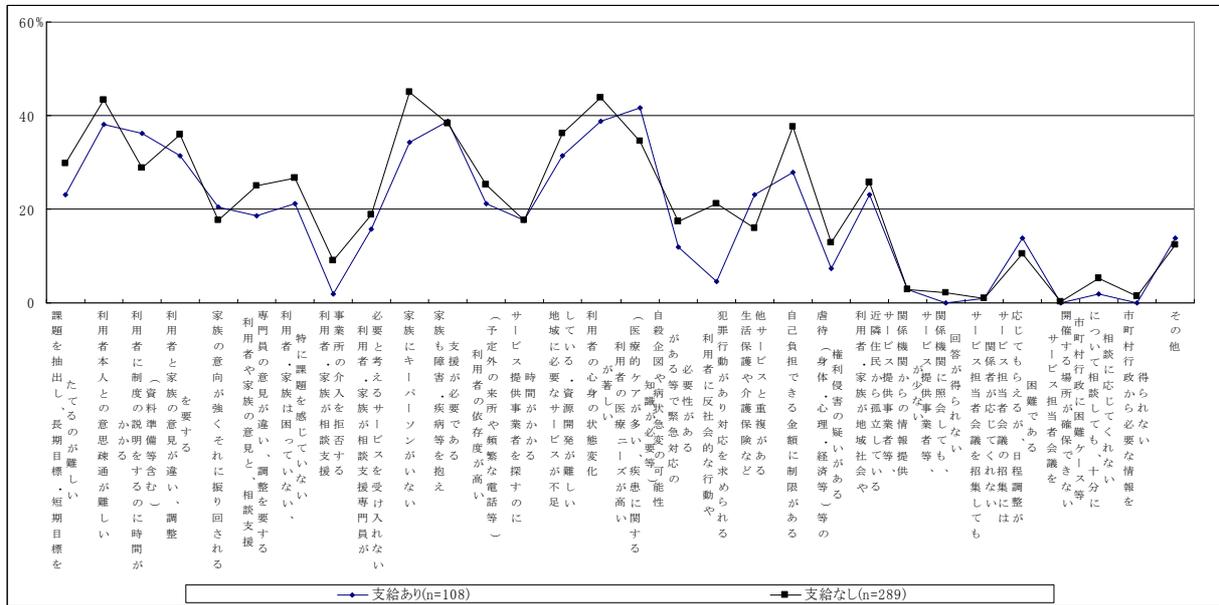
図表 III-130 相談支援領域：作成費支給有無別



(3) ケースの支援を行うにあたり困難な点

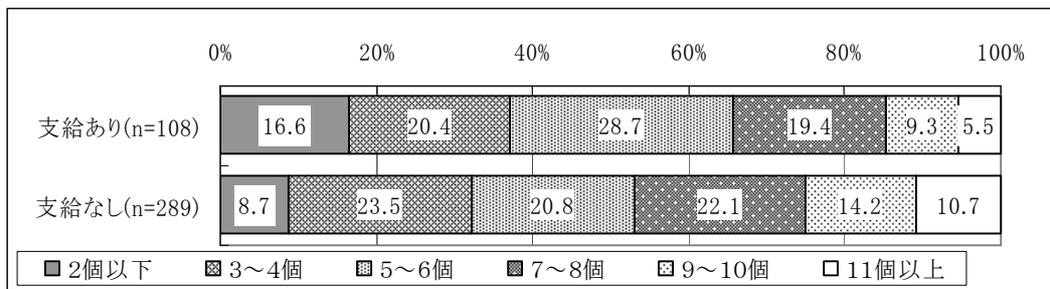
○今回報告したケースの支援を行うにあたり困難な点として、特に割合が高かったのは、以下のような項目であった。

図表 III-131 このケースの支援を行うにあたり困難な点：作成費支給有無別



○困難点の項目数をみると、支給ありケースよりも支給なしケースのほうが困難点の個数が多かった。

図表 III-132 このケースの支援を行うにあたり困難な点の個数：作成費支給有無別



IV. サービス利用計画作成費の運用上の課題～自治体ヒアリング結果から～

本章では、サービス利用計画作成費の利用実績が高い地域に対して実施したヒアリング調査の結果を報告する。

1. 調査の概要

(1) 調査の目的

ヒアリング調査は、委員会での検討の基礎情報となる、地域での相談支援実態を把握すること、サービス利用計画作成費の今後の給付対象範囲やその給付内容のあり方について制度運用の現場担当者から意見を把握することを目的とする。

具体的には、サービス利用計画作成費の利用実績の高い地域において、行政担当者・相談支援事業者に対し、相談支援事業及びサービス利用計画作成費の給付実態（給付対象者の障害種別・障害程度区分等の状態像、給付対象としての具体的な選定理由等）を把握するとともに、現行の給付対象範囲や給付内容のあり方について意見等を聴取する。

(2) 調査対象・調査時期

自治体名	調査日	対応者
北海道帯広市	平成 19 年 12 月 6 日	行政担当者
宮城県登米市	平成 20 年 1 月 17 日	行政担当者・相談支援事業者
山梨県甲府市	平成 19 年 9 月 27 日	行政担当者・相談支援事業者
長野県長野市	平成 20 年 1 月 15 日	行政担当者・相談支援事業者
愛知県知多圏域	平成 19 年 9 月 12 日	相談支援事業者
京都府京都市	平成 19 年 12 月 14 日	行政担当者・相談支援事業者
大阪府大阪市	平成 19 年 10 月 12 日	行政担当者・相談支援事業者
大阪府茨木市	平成 19 年 12 月 14 日	行政担当者・相談支援事業者
大阪府堺市	平成 20 年 1 月 8 日	行政担当者・相談支援事業者
山口県宇部市	平成 19 年 12 月 13 日	行政担当者・相談支援事業者
沖縄県那覇市	平成 20 年 1 月 9 日	行政担当者・相談支援事業者

(3) 調査項目

①圏域の基本情報

- ・市町村名、人口、面積
- ・障害者数：手帳保持者、障害種別・障害程度区分別
- ・障害福祉サービスの支給決定者数：サービス別
- ・障害者関連サービスの整備状況

②サービス利用計画作成費の利用概況

- ・対象者数（推計でも可）：障害種別・障害程度区分別

- ・支給決定者数：障害種別・障害程度区分別、支給決定理由別、支給決定期間別
- ・給付者数：障害種別・障害程度区分別、支給決定理由別、支給決定期間別

③相談支援の実施体制

- ・行政主管部署の概要：担当者の人数、職種、経験年数、専任・兼務の状況等
- ・委託相談支援事業者の概要：事業者数、担当者の人数、職種、相談支援従事者・サービス管理責任者研修の修了有無、経験年数、専任・兼務の状況、併設サービスの状況等
- ・地域自立支援協議会の概要：設置時期、構成メンバー、協議内容、指定相談支援事業者との関係
- ・市町村相談支援機能強化事業の概要：配置された人数、職種、経験年数、所属、専任・兼務の状況、具体的な活動内容
- ・地域移行や退院促進事業の取組状況

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

- ・計画作成担当者：行政、委託相談支援事業者、本人の参画状況
- ・計画作成の具体的プロセス、業務内容、業務量、使用している様式等
- ・計画作成にあたっての連携先：教育関係、就労関係、医療関係（医師、訪問看護、保健所等）、住まいの確保（居住サポート等）
- ・計画作成の効果：施設等への入退所率、本人・家族の満足度等
- ・計画作成の負担：どんなケースやどのプロセスの負担感が大きいのか
- ・サービス利用計画作成費対象者とそうでない者の異同：担当者、プロセス、業務内容、業務量、様式、連携先、効果、負担

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

- ・給付対象範囲：
 - ＊サービスの限定（重度包括、グループホーム、ケアホーム、施設入所、自立訓練）
 - ＊施設・病院からの退所等に伴い一定期間集中的な支援が必要
 - ＊単身（家族が障害・疾病等を含む）で自らサービス事業者等との連絡調整等が困難
 - ＊重度包括支援対象者のうち重度訪問介護等の他サービスの支給決定者
 - ＊サービスの数
- ・人員体制：人数、資質、サービス管理責任者との役割分担
- ・地域資源の整備状況
- ・利用者・家族を取り巻く生活環境、キーパーソン
- ・行政・相談支援事業者のコーディネート力
- ・給付にいたる手続き
- ・相談支援にかかる費用（サービス利用計画作成費の単価）
- ・対象者の把握方法
- ・制度の周知方法

⑥その他

- ・サービス利用計画作成費の運用に当たり困っていること
- ・サービス利用計画作成費の効果的な活用に関する意見・要望

2. ヒアリングで提起されたサービス利用計画作成費の運用上の課題

先進自治体ヒアリングで共通して提起されたサービス利用計画作成費の運用上の課題は以下のとおりである。

(1) 相談支援業務の定義と作成費の評価対象の明確化

- 障害者の「相談支援」にはさまざまな定義があるため、定義によっては業務内容が多岐にわたる（生活全体のマネジメント、個別具体的な暮らしの支援・見守り等）。また、一般相談と個別給付としての作成費との関係も不明確である。現状では、相談支援に関わる関係者に業務内容についての共通認識がないため、今後は、相談支援業務としてどこまで何をすればよいか、定義を明確にする必要がある。
- 相談支援業務の内容が不明確であるため、行政、委託相談支援事業者、指定相談支援事業者、その他関係機関が、どのような役割分担と連携で相談支援を進めるべきか、担い手の議論ができていない。相談支援業務の定義を明確にした上で、業務内容に応じた担い手を明確にする必要がある。
- 相談支援の流れを俯瞰した場合、サービスの利用に結びつく前段階での支援に技術や時間を要することが少なくないことを踏まえ、どの段階から作成費の対象とすることが適当か、検討する必要がある。

(2) 作成費の給付対象範囲の再検討

- サービスを利用する以上、相談支援業務は必ず発生するので、給付対象を限定せずサービスを利用するすべてのケースに作成費を給付することを検討する必要がある。
- 障害児・者を支援するサービスが自立支援法の介護給付以外にもある（例：訓練等給付、地方単独事業、医療、保育、教育、就労、権利擁護等）ことを踏まえ、「サービス利用計画作成」への給付という位置づけを再検討する必要がある。
- 世帯で支援を必要とするケースのほうが相談支援の業務負担が大きい場合もあり、自立支援の視点からも、家族の有無が条件となることについては再検討する必要がある。
- 施設・病院からの退所等支援の過程をみると、退所等前の関わりが長期にわたり業務負担が大きい場合もあるので、どの時点から作成費で評価するか、客観的な判断基準も含めて再検討する必要がある。
- 三要件のいずれかに該当する複数サービスの利用者という対象者の規定が、作成費の支給決定を抑制している実態を踏まえ、対象者の範囲を再検討する必要がある。
- 障害児は「地域生活移行時の支援」「単身（または家族がいても支援が期待できな

い)」という条件になじみづらいため、障害者とは異なる条件設定を検討する必要がある。また、幼児期～学齢期における発達支援・療育支援に係る相談支援にも一定の評価が必要である。

(3) 作成費の単価の再検討

- 作成費で評価する相談支援業務の内容・範囲・期間を明確にして、それにかかる諸経費を算定し、事業所の経営が安定する作成費単価を設定する必要がある。現状では、事業所が積極的に事業に参入し、作成費だけで事業所運営できる単価ではないため、作成費の需要があっても供給が不足する実態がある。
- 施設・事業所のサービス管理責任者とサービス利用計画を作成する相談支援事業者の役割分担を明確化し、それに応じた報酬を担保する必要がある。

(4) 行政のコーディネート力の向上

- 作成費の支給状況は、障害程度区分の認定調査段階で行政が対象該当を判断するか、申請主義か等、行政のコーディネート力に大きく左右されている。また、従来から相談支援を着実に実施してきた自治体では、新たに作成費を支給しなくても、従来の業務範囲で対応できるのではないかという意識もある。作成費を積極的に活用するためには、行政のコーディネート力の向上が必要である。
- 相談支援は間接サービスであるため、給付内容の透明性を確保するための方策を検討する必要がある。透明性確保のためには事業所に書類作成等の客観的なエビデンスを求めざるを得ないが、その負担が過剰にならないよう配慮する必要がある。また、相談支援業務の効果を客観的に評価できる指標や適切な評価体制等を自治体ごとに整備する必要がある。
- 当事者の「身近なところで気軽に相談できる相手が必要」というニーズと「より高度で専門的な相談支援の機能が必要」というニーズの両方に対応できる相談支援体制はどのようにあるべきか自立支援協議会等の場で協議し、その体制整備を促進するための装置の一つとして作成費を積極的に活用する必要がある。

(5) その他

- サービス利用計画作成費は間接サービスで、利用者にとってのメリットが意識しにくく、利用者から積極的な利用申請が期待しにくいこと、自立支援法の制度が複雑かつ頻繁に変更されるためサービス提供事業所も作成費について十分な知識がないことから、利用者・事業者双方に向けて、一層の制度周知が必要である。
- 相談支援が的確に行われるためには、公的サービスの基盤整備はもちろんインフォーマルな支援も含め、一層の地域資源の開発が不可欠である。

☞自治体ごとのヒアリング結果の詳細はP84～参照。

V. 障害者の相談支援とサービス利用計画作成費の今後のあり方について

本章では、サービス利用計画作成費（以下「作成費」という）を実効性ある制度として運用するための今後の望ましいあり方を提言する。

■■■本報告における「相談支援」の定義■■■

障害者の「相談支援」にはさまざまな定義がある。この報告書における「相談支援」は、総合的かつ継続的な相談支援、すなわちケアマネジメントをさすものとし、電話受付や窓口対応による、各種窓口・機関の案内、問題点の整理、基本的な事項のアドバイス等、一般的で単発の相談とは異なるものとする。

ケアマネジメントとは、障害者の地域における生活支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である。（「障害者ケアガイドライン」平成 14 年 3 月 31 日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部）

○作成費が評価するのはケアマネジメントプロセスである。

- ・サービス利用「計画作成」費という名称によって誤解が生じている可能性もあるが、本来、作成費が評価すべきは、計画作成に限らず、インテーク、アセスメント、サービス利用計画作成とサービス調整、サービス利用計画の実施、モニタリングと再アセスメント、終結といったケアマネジメントプロセス全体である。
- ・ケアマネジメントは、総合的かつ継続的なサービスの提供を確保するため、利用者のニーズに応じて、さまざまな支援者によるチームワークの取れた支援ネットワークによって進める必要がある。この支援ネットワークの関係者が的確に情報を共有することは、ケアマネジメントを効率的・効果的に進めるために不可欠である。情報共有のための具体的方策として、個々の関係者が有する情報を暗黙知から形式知にするために、共通の様式に従って文書等として明確に言語化することが重要である。
- ・暮らしの支援・見守り等の直接的サービスは、ケアマネジメントの過程で必要に応じて開発され、対象者に提供されるべきものである。しかし、その担い手が相談支援事業者であったとしても、その業務は作成費の枠内で評価すべきものではない。相談支援事業者の中核業務はケアマネジメントプロセスを進めることであるため、業務対象者との関係や地域資源の状況等から、一時的に相談支援事業者が直接的サービスを担うことがあっても、早期に他の担い手を開拓し、直接的サービス提供についてはその新たな担い手に渡していくことが重要である。

○作成費が評価する業務はケアマネジメントプロセスを順序だてて進めることであるという前提で、作成費業務の担い手は指定相談支援事業者である。

- ・委託相談支援事業者が行う支援の対象は、特定のサービス導入を必要とするが、状態が不安定、サービスへの拒否がある、生活のしづらさを抱えているが課題が明確でない等の理由で実際の利用に至っていないケース、放置すると状態悪化が予想されるケース（いわゆる「地域を漂う人々」）に対するものである。その中で、ケアマネジメントプロセスに受理されたケースは、指定相談支援事業者を相談支援の主体担当とし、作成費の支給対象とする。
- ・なお、委託相談支援事業者による「地域を漂う人々」に対する支援は、掘り起こしの段階が終了したら、指定相談支援事業者に移管することを念頭に進める必要がある。限られた人的資源において、指定相談支援事業者でも対応可能なケアマネジメントプロセスに投入し続けると、本来、委託相談支援事業者にしかな対応できない「地域を漂う人々」の掘り起こしに注力することが難しくなるからである。
- ・地域資源の状況に応じて、委託相談支援事業者と指定相談支援事業者が同一の事業者であっても構わないが、担当者を分ける等、その役割を明確に区別して活動すべきである。

○給付対象範囲は、介護給付だけでなく、訓練等給付、地域生活支援事業を含めた、自立支援法に基づき公費が投入されるサービスの利用者に拡大する。

- ・自立支援法に基づく障害福祉サービスは、現行では複雑で、かつ制度改正が頻繁に行われているため、利用者や家族等がその動向を逐一把握して、その時々に応じた的確なサービスを選択し組み合わせることは難しい状況にある。
- ・また、利用者や家族等は、サービス利用の当事者であるため、サービスの質を中立かつ公正に評価し、必要に応じてその是正を求めることが難しい状況にもある。
- ・一方で、市町村において限られた財源を効果的・効率的に活用するという観点から、自立支援法に基づき公費が投入されるサービスについては、利用者の意見を十分踏まえた上で、専門的な見地からそれを検討し、適正なケアプランに調整する過程が不可欠である。
- ・作成費として評価されるべきはケアマネジメントプロセスであるとしたことを踏まえると、先に引用した障害者ケアガイドラインにおいて、ケアマネジメントは「総合的かつ継続的なサービスの供給を確保」するとしていることから、給付対象範囲を限定することは適当ではない。
- ・したがって、現行の給付対象範囲を拡大する方向で、家族の有無やサービスの種類の制限をなくし、自立支援法に基づいて公費が投入されるサービスの利用者すべてに作成費を支給し、そのケアマネジメントプロセスを評価すべきである。

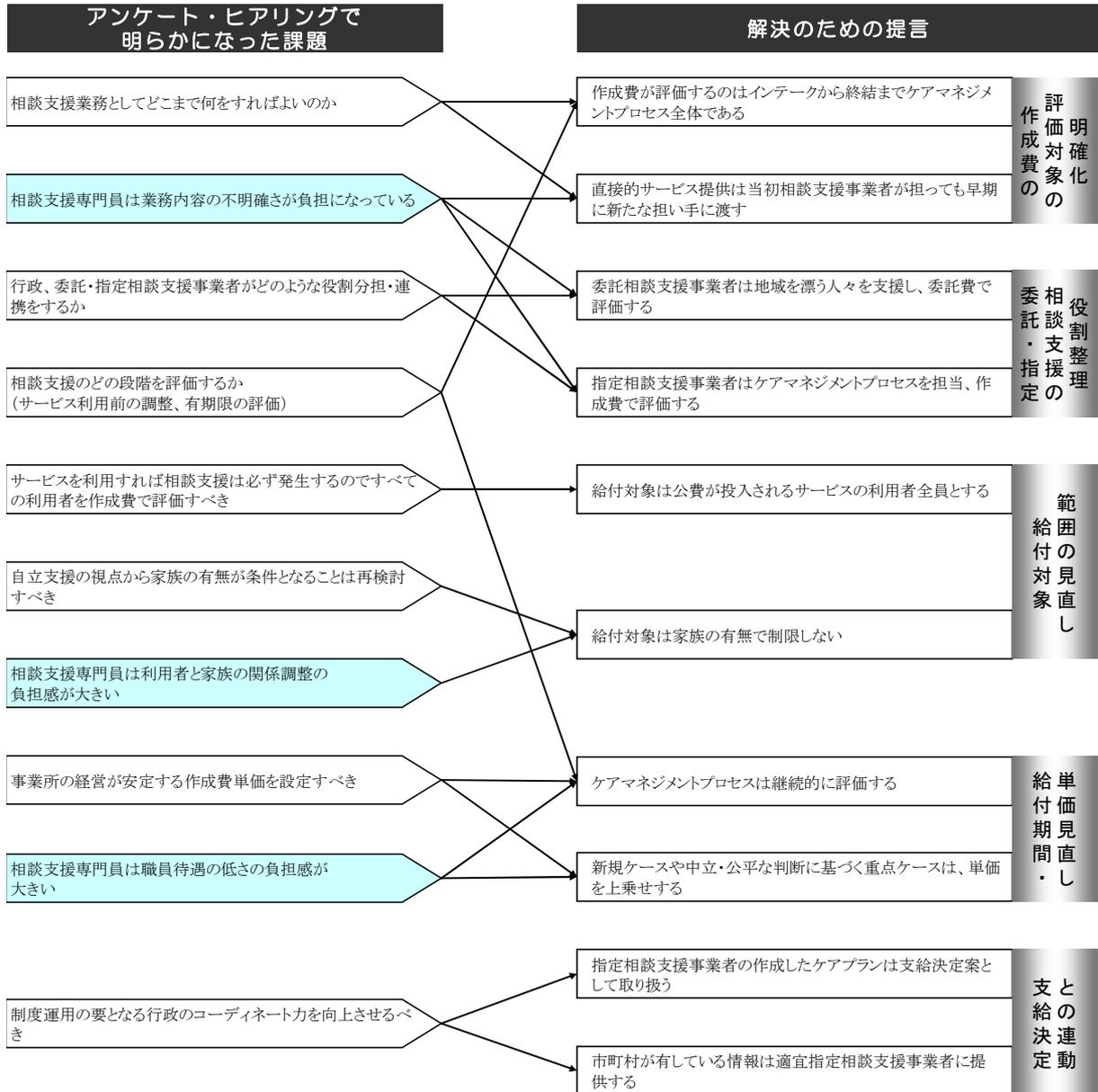
○すべてのケースについて、ケアマネジメントプロセスを継続的に評価する。ただし、新規ケースや業務負担が大きいと考えられる重点ケースについては、作成費単価を上乗せする等の工夫が必要である。

- ・上記の前提に立つと、自立支援法に基づいて公費が投入されるサービスを利用している限り、そのケアマネジメントプロセスは継続的に作成費において評価されるべきである。(状態が安定していても、年1回はモニタリングを実施すべきである)
- ・ただし、サービス利用につなぐ最初の段階、退院・退所時の支援段階、心身の状態や家庭環境などライフステージの大きな変化に対応する段階等では、通常とは異なる濃厚な支援が必要となり、業務負担が大きくなると考えられる。したがって、そのような新規ケースや重点ケースについては、作成費単価を上乗せする等の工夫が必要である。
- ・重点ケースに該当するかどうかは、市町村審査会や地域自立支援協議会等、地域の実情を把握し、かつ中立・公平な判断ができる合議体において、半年に1回程度、定期的に判定を行うことを想定する。
- ・また、重点ケースについては、地域自立支援協議会や委託相談支援事業者が、随時指定相談支援事業者の活動を後方支援する体制を構築することが重要である。

○市町村の支給決定は、上記、指定相談支援事業者の作成したケアプランを尊重して行われるべきである。

- ・自立支援法に基づいて公費が投入されるサービスについては、市町村の支給決定プロセスを経てサービスの利用にいたる。
- ・指定相談支援事業者のケアマネジメントを作成費で評価していることを実体化するためには、支給決定に当たっては、指定相談支援事業者が利用者の意見を十分踏まえた上で、専門的な見地からそれを検討して作成したケアプランを尊重すべきである。すなわち、当該ケアプランを、支給決定に先立つ暫定ケアプラン（支給決定案）として取り扱うべきである。
- ・指定相談支援事業者のケアプラン作成を効率的に行うために、支給決定に当たって市町村が有している障害程度区分認定調査や概況調査の情報について、適宜、指定相談支援事業者に提供する仕組みの構築が必要である。
- ・この提案は、支給決定に先立つ暫定ケアプラン（支給決定案）を行政直営で作成することを妨げるものではないが、暫定ケアプランの性格にかんがみ、行政直営で作成する場合であっても、その担当は相談支援専門員研修を受講した職員とすることが必要である。ケアマネジメント技術の専門性を考えると、将来的には、相談支援専門員の資格要件を高度化した上で、その専任業務とするべきである。

図表 V-1 実態調査で明らかになった作成費の課題と解決のための提言



VI. 資料編

1. ヒアリング調査結果詳細

(1) 北海道帯広市

①圏域の基本情報

- ・帯広市：人口 170,150 人(19 年 10 月末現在)、面積：618,94 km²
- ・帯広市は十勝支庁（1 市 16 町 2 村）の中心で、周辺市町村からのサービス利用もある。特に精神は、圏域全体で施策が展開されている。

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

- ・障害福祉課 障害福祉係が、1 つの係で認定調査から支給決定まですべてを担当している。
- ・障害児については、子ども未来部 子育て支援課で対応。
- ・相談窓口は、市役所と保健福祉センター（地域活動支援センター併設。自立支援協議会事務局を担当。市役所から車で 5 分程度）の 2 ヶ所で、職員も 2 ヶ所に分かれて配置。
- ・相談支援担当職員は以下のとおり。

職種	人数	内容
訪問相談員	嘱託専任 2 人	重度障害者へのアウトリーチ相談を担当。
相談員	嘱託専任 6 人	
ピアカウンセラー	嘱託専任 2 人	身体障害
認定調査員	嘱託専任 2 人	
手話通訳者	嘱託専任 2 人	
保健師	常勤専任 2 人	

※嘱託は週 30 時間程度の勤務。

(b) 委託相談支援事業者の概要

- ・市内の相談支援事業者 4 ヶ所のうち、3 障害の対応が可能、事業実績のある 2 ヶ所に委託。

法人格	NPO 法人	社会福祉法人
人数	3 名	3 名
職種	3 名とも精神保健福祉士	3 名とも精神保健福祉士（うち 2 名は社会福祉士の資格も有）
経験年数	7 年、7 年、40 年	23 年、11 年、8 年
相談支援従事者研修	修了	修了
サービス管理責任者研修	未	未
専任・兼務	兼務	兼務
併設サービス	なし（ただし、別法人で事業を展開）	地域活動支援センター I 型としての事業実施

(c) 自立支援協議会の概要

設置時期	平成 19 年 5 月
構成メンバー	社会福祉協議会、地域活動支援センター当事者団体（知的・身体）、障害者当事者団体（精神・身体）障害福祉サービス事業者、相談支援事業者（4ヶ所）、知的障害者更生施設、養護学校圏域センター 計 13ヶ所 その他、関係各機関随時参加
協議内容	○地域生活支援会議 各機関の情報交換、ネットワーク構築に向けた協議。 個別支援会議から見えてくる地域の課題や社会資源の開発及び改善に関する協議。 関係機関が抱えている課題等の協議等。 ○個別支援会議 相談支援専門員等の資質向上。 個別の困難事例解決に向けた協議。
指定相談支援事業との関係	運営を委託（1事業所） 管内指定相談支援事業者 4箇所 協議会構成員

- ・ 地域生活支援会議と個別支援会議（身体・知的中心）を月 1 回、同日に開催。
- ・ 精神については、別途、以前から全体会（月 1 回）、ケアマネジメント会議（月 2 回）があったので、これを参考に、身体・知的も新たに会議を立ち上げた。
- ・ これまで地域の横の連携が弱かったので、個別支援会議は学習会的な位置づけであり、3 障害の関係者いずれも熱心に参加している。地域移行やネットワークの構築をどのように進めているかが伝わるような事例を意識的に提供している。
- ・ 最初は地域にどのような困難事例があり、どのような体制で支援するかを議論することを目的としていたが、そろそろ個別ケースを検討する会議に性格を変えることを予定している。

③サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 対象者数

- ・ 対象者数の推計は以下のとおり。

区分	身体	知的	精神	合計
対象者推計	3	8	20	31
区分 1			2	2
区分 2		4	6	10
区分 3		4	12	16
区分 4				0
区分 5				0
区分 6	3			3

(b) 支給決定者数

- ・ 支給決定者数は、10 人（区分 1：1 人、区分 2：3 人、区分 3：6 人）で、すべて精神障害者。6 ヶ月で更新している。
- ・ 支給決定理由は、一人暮らしで、サービスの調整ができないこと。具体的には、自分で電話ができない、申請行為が難しいケース。
- ・ 現在は、ケアマネジメントのモデル事業で対象となっていたケースを大方そのまま移行しており、支給決定と同時に作成費が必要かどうかの判断を求められたケースはない。
- ・ 認定調査員には利用計画について説明し、支給決定の必要性を感じたら連絡するようお願いしているが、今のところ認定調査は認定調査のみであり、意向調査は別立てになっているので、予防的なかわりまではいたっていない。

- ・相談受付時には常に対象になるかどうか探っている。
- ・市が相談支援事業者に契約書、重要事項説明等のひながたを作って提示している。重要事項説明、契約手続が煩雑なことから支援している。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

- ・計画作成にあたっての連携先：医療機関、住まいの確保（居住サポート）ケアマネ会議
- ・計画作成の効果：利用者のケアマネジメント、地域で支える体制構築、自立支援に繋がる。
- ・作成費でもそうでないケースでも使用する様式は同じ。従来やっているもので、事務量以外は大きな変化はない。

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 給付対象範囲

- ・事業者側の契約手続きが煩雑
- ・「同居していても適切な支援が得られない者を含む」の具体例の提示が必要。的確な判断基準がほしい。（例：家族が知的障害であれば該当するのか、それに近い人はどうするのか、育児拒否的な人はどうなるのか等）
- ・「施設・病院からの退所等」については、退所・退院前からの必要性が高く、重要である。そのことを前提に給付できるようにする。退所できない場合の単価を設定しておけばよいのではないか。
- ・退所、退院先がグループホームの場合、繋がるまでの間の支援が対象にならない。
- ・支援の必要な人でサービスの支給決定がされていない場合が多い。給付範囲を拡張するか、別な支援方法が必要である。以下のようなケースがある。
 - *申請の手続きまでなかなか辿りつかない。
 - *認定調査を受けてくれない。
 - *知的障害で、自分が困っていることに気づいていない。（支援を受けたくない、知らない人を受け入れない、支援が必要ない。）
 - *健康で最低限の文化的な生活が維持されていない。ご飯を食べていない、不衛生で虫がわいている。誰かが支援しないとイケない。放っておくと病気や生活状態が悪化してしまう。障害福祉サービスを入れたら持ち直すと見込まれるケースがある。
 - *知的・精神の施設入所者の退所に向けたケース会議を、施設職員や病院の医師を含めケース会議を開いている。地域での支援についても話し合っている。ここが一番困難である。

(b) 一般相談と作成費の関係

- ・相談支援事業の枠組みとサービス利用計画の報酬との境目の判断がしにくい。地域活動のⅠ型の相談業務を担うところでは、どの段階の相談がどちらに該当するのか不明瞭。

- ・作成費が、サービスを利用する際に、事業所を知らないとか、利用の仕方が分からないところをアドバイスするものなのか、その人のケアマネとして地域移行のためのシステムを作るためのものなのか、見えてこない。
- ・支給決定はしても、事業所探しが進まない。事業所も精神となると受けてくれずサービス利用につながらないことが多い。
- ・障害程度区分が出ていてヘルパーを探す。そのための人を頼んで、事業所を見つけるだけであれば一般の相談支援事業だが、ヘルパーが入って安定しなければ作成費対象にしようと考えているケースの場合に、どこまでが土台の相談でやれる範囲になるのか。
- ・サービスをどう使ったらいいのか、連絡調整ができないための支援ということと考えるとあまり作成費の必要性は感じない。選べるほどサービスが豊富ではないし、今までもある程度やれている。

(c) 行政のコーディネート力

- ・認定調査の調査票を全部確認して、作成費（特別な支援）の必要がありそうな人をリストアップしたら、4、50人いたが、結果的には該当になっていない。
- ・作成費の予算は19年度40人分を確保している。
- ・当事者や家族ときちんと話ができるようになる等、信頼関係を作っていくところまでにはかなり時間がかかる。継続的な係わりや細かいことができるのは相談支援事業者ではないか。人事異動がある行政側ではそこまで手が回らないのが実状。

(d) 作成費の単価

- ・サービス利用の前段の支援の部分に何がしかの報酬があってもよいのではないか。それがなければ、最初から相談支援事業としての財源があったほうがよい。
- ・相談支援は人件費がすべて。きちんとした金額がないと難しい。相談員の生活が成り立つ分の報酬が確保されないと難しい。

(e) 作成費の名称

- ・制度内ケアマネと生活支援計画は別もの、包括的・統合的ケアマネにはいたっていない。インフォーマルな調整もやれることで初めて、マネジメントの内容が豊かなものになってくる。
- ・生活支援計画に重きをおくならば、サービス利用計画という名前も見直したほうが良いのではないか。名称からイメージがしにくい。

(f) 制度の周知

- ・相談支援事業者へ制度の説明を実施。事業者からの情報で対象者とした人もいる。
- ・障害程度区分の認定調査員研修を独自で実施している中で、作成費の対象者を説明し情報提供を依頼している。
- ・相談支援事業者の中で、市から相談支援事業の委託をしていないところへは8500円をお願いしにくい部分もある。

- ・自ら適切なサービス調整ができない人が対象となっており、特にサービスの利用に抵抗があるということはないと思う。サービスを受けようとする人であれば抵抗感はないはず。

⑥その他

(a) 施設からの地域移行の課題

- ・新体系移行を見据え施設の障害程度区分認定が始まっている。この中で特に区分3以下の人をどう考えていくのかが課題。
- ・北海道は相談支援事業の7割が行政直営。今後、相談支援事業を充実させていく上では、北海道独自の圏域障害者総合相談支援センターは必要不可欠。困難事例の個別支援も受けてもらっていたが、この事業も20年度で終了予定。センターを継続できないか。

(b) その他

- ・これから条件緩和されて利用が増えると相談支援専門員が足りなくなるのではないか。

(2) 宮城県登米市

①圏域の基本情報

- ・人口：89,293人（H19.4.1）、面積：536.38km²
- ・9町が平成17年に合併してできた市であり、総合支所として9つの旧役場が残っている。
- ・合併のときに町ごとの独自事業等を突合するのに、福祉担当者が月1,2回集まって、たたき台、要綱を作っていた。サービスの質は高いところにあわせましょうということで進めたので、合併によりサービスが始まったという地域もある。

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

- ・本庁機能を持ったところが3ヶ所あって、そのうちの1つとして市民生活部と福祉事務所が南方庁舎にある。各支所には、市民福祉係、健康づくり係があり、保健師と事務担当がいて窓口対応をしている。少ない支所で保健師2人、多いところでは保健師5人体制。
- ・申請にかかる相談は支所が対応し、支給決定にかかる部分は福祉事務所で担当。決定に係る会議等には福祉事務所が行っているが、調査は支所が行う。GHや施設入所者の対応については、福祉事務所。在宅ケースは支所が担当するが、トラブルが多い、支所と関係が保てないといった困難ケースは福祉事務所に対応する。ケース会議を随時行うようにしているが、距離が離れているので電話のやり取りが多い。
- ・登米市福祉事務所 社会福祉課 障害福祉係は職員9名が配置。他に課長、手話通訳相談員（非常勤）が配置されている。係員のうち2名が保健師、他は事務職である。

	職種	経験年数	専任・兼任
1	課長	1	専任・兼任
2	係長	3	専任・兼任
3	技術主幹（保健師）	18	専任・兼任
4	技術主査（保健師）	14	専任・兼任
5	主事	3	専任・兼任

(b) 委託相談支援事業者の概要

- ・3障害を対象としているが、それぞれ得意分野を生かして精神障害、知的障害を中心をお願いしている。身体は、支所で支援する体制ができているので、相談が多くない。
- ・委託費の算定基準は、相談支援事業を始めるときに県の委託を受けていたので、その人件費を基礎に算定。B事業所は、1年国庫補助を受けて精神の地域生活支援センターをやっていたので、その額を基礎に算定。B事業所は登米と栗原の中間にあり、相談が半々なので、登米・栗原と2人ずつ相談業務をやってもらう。県事業の実績が1年しかなかったので、引き続き県で手当してほしいと依頼したが、実現せず、2市で引き継いだ形になっている。A事業所は登米市内を対象にしている。たまに近隣市町との連携が必要なケースはあるが、必要に応じて対応している。
- ・A事業所は療育等支援事業の流れで委託。専門的な療育は県で、その委託も受けて

いるので、兼任という形になっている。県は1/6の委託費を出している。これは県としての地域生活支援事業の専門的な部分を担うもので、宮城県は人口割で委託する契約をし圏域設定しているが、この県の圏域と登米市のエリアは一致している。

- ・指定の事業者はない。

	職種	相支従事者研修	サビ管研修	経験年数	専任・兼任	併設
A	相談支援専門員	○	○	5	専任・兼任	なし
	相談支援専門員	○	○	3	専任・兼任	
	精神保健福祉士	○		5	専任・兼任	
B	相談支援専門員	○		5	専任・兼任	福祉ホーム 精神授産
	相談支援専門員	○		2	専任・兼任	

(c) 自立支援協議会

- ・県保健福祉圏域単位で障害者ケアマネジメント連絡協議会は開催されていた。自立支援法施行後の開催はなく、自立支援法に伴う事務量の増加で開催できなかった。個人へのサービスが途切れないようにすることが精一杯で、今年になってようやく地域づくりに動き出した形。

設置時期	平成19年11月15日
構成メンバー	保健・医療関係機関、教育・雇用関係機関、企業、障害者関係団体 サービス事業者 12名で構成 さらに、協議内容を深め具体化するため、4専門部会を開催。 ①こども支援部会 ②しごと支援部会 ③くらし支援部会 ④なかま支援部会 *相談支援事業者については協議会並びに部会において事務局として出席。
協議内容	①相談支援事業の運営計画、実績等に関する協議及び評価に関すること。 ②困難事例への対応のあり方に関すること。 ③地域の関係機関等による連携体制の構築に関すること。 ④社会資源の開発及び改善に関すること。 ⑤登米市障害福祉計画の具体化に関する協議及び評価に関すること。 ⑥その他、障害者の自立に関し必要と認められること。

(d) 市町村相談支援機能強化事業の概要

- ・実績なし

(e) 地域移行や退院促進事業の取組事業

- ・施設からの地域移行については、支所・福祉事務所・相談支援事業者等の関係機関でケース会議等を開催しながら在宅への移行を支援。また、移行型ホームの運営委員となり、支援内容等についての検討を行なっている。
- ・自立支援法になってから在宅移行した人がGHを含め14人。(身体・知的で施設から在宅6人、知的で移行型GHへ3人、精神入院中でGHに移る人が4人)
- ・自立支援法になってから移行は増えている。自己負担が高くなったので、在宅でということで相談が来るケースもある。障害が重くないと施設を出されるといふ思いがあり、いずれ悩むなら早い時期にといふことで、家から通わせたいと相談を受けるケースもある。30-40歳代が多い。
- ・県の精神障害者自立生活支援事業に参加し、退院前から病院と地域の連携を図り関係機関でチーム支援をおこなっている。

③サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 支給決定者数

No.	障害種別	区分	決定理由	期間
1	知的B	3	母要介護状態、就学児童3人養育。	※介護給付期間と同じ
2	精神1	2	独居、不安による入退院も多い。	10ヶ月（65歳到達まで）
3	知的B	2	独居。	介護給付期間と同じ
4	知的B	2	独居。	介護給付期間と同じ
5	精神2	3	兄（就労中）と同居だが、関係性悪い。	介護給付期間と同じ
6	知的A	3	父高齢・病弱（入退院繰り返す）。	介護給付期間と同じ
7	身障2・知的A	2	独居。	介護給付期間と同じ
8	精神2	2	独居。	介護給付期間と同じ
9	知的B	3	母高齢・病弱（入退院繰り返す）。	介護給付期間と同じ
10	知的B	4	両親高齢、施設退所後の支援要。	6ヶ月
11	知的B	2	夫精神障害。	介護給付期間と同じ
12	精神1	1	夫アルツハイマー。	介護給付期間と同じ

*介護給付期間については概ね1年間

- ・特徴として、知的・精神で独居の人が多。独居でなくても高齢世帯、病弱者の世帯で、サービスを使うにあたって事業者との調整ができかねるとい人が多い。施設退所後まもなくで、施設でのトラブルがあって退所してきた問題ケースについては、6ヶ月を期間として作成費を支給決定しているケースもある。
- ・利用しているサービスは居宅介護と通所が多い。
- ・法施行時では、支所保健師に対して作成費の制度の内容と対象者像を説明し、ケースの吸い上げをしてもらった。上がってきたケースを支給決定案と見比べて精査して、対象者にだけ申請書を送付し、保健師が訪問し、説明をしている。そのときに届出書を出してもらい、一斉に支給決定会議をした。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) 行政の支給決定プロセス

- ・介護給付費支給決定時に「介護給付費支給決定取扱規程」に基づき支給決定会議を開催。支給決定案（簡易サービス計画）については各総合支所の保健師（障害者ケアマネジメント研修・相談支援従事者研修受講済）が作成。なお、新規申請者については障害程度区分認定調査も支所保健師が実施している。
- ・支給決定会議において、支給量・サービス計画・支援の方針・サービス利用計画作成の必要性等について協議。サービス利用計画作成の対象者については、支所担当者より制度の説明を行い、市内の2相談支援事業者を紹介し本人が事業者を選択し作成依頼を提出してもらう。
- ・給付決定後、支所担当と事業者間（本人参加有り）でのケア会議を開催しサービスの調整を実施している。なお、認定結果等（認定調査内容・医師意見書等）については「障害程度区分認定等に係る情報の開示等を定める要綱」を設置し、本人同意のもと事業者に対して情報開示を実施している。
- ・行政としては、作成費支給決定者は処遇困難なケースがほとんどであることから相談支援事業者を中心にフォーマル・インフォーマルなサービスも含めて個別支援会議を開催しチームでの支援をサポートしている。

(b) 委託相談支援事業者の具体的な業務

- ・毎月最低2～3回家庭訪問実施。申請の他、諸手続きの代行や周囲との関係調整、月末には翌月のヘルパー利用の予定を本人と相談し作成。その都度、支所の担当保健師やヘルパー事業者と連絡調整し、本人の希望を報告している。その他、サービス利用事業所の見学同行や、常用薬の服薬確認や受薬の調整を行う。訪問以外でも本人からの電話相談や関係機関との連絡等がある。実際には、ほぼ毎日何らかの関わりが必要な方がほとんどであり支援している。
- ・作成にあたっての連携先は、登米市福祉事務所担当保健師、市内総合支所担当保健師、ヘルパー事業所、日中活動事業所職員、病院のケースワーカー、ハローワーク、民生委員、その他状況に応じた関係機関である。

(c) 計画作成の効果

- ・ヘルパー利用等のケア計画を作成することにより、本人や家族の希望が明確となり、必要なサービスを適切に提供できていると感じられる。種々のサービスを利用しながら、本人の自立に対する意識が高まったり、混乱した部分を整理できたことにより、安心した生活に結びつくようである。また相談支援専門員が担当となった方は、支給期間後も継続して相談支援を希望している。
- ・ありとあらゆるところに電話して振り回していた人がキーパーソンができることで混乱しなくなった。そのおかげで地域でも「困った人」と言われなくなる。理解して地域の人がある人をどう受け止めてくれるかという関係作りができるようになる。
- ・緊急時の対応がスムーズで、危機管理が可能となっている。また、本人・家族だけでなく地域においても安心した生活を営んでいる。
- ・入退院を繰り返すケースでも、在宅での生活不安が解消されることにより入院を回避するケースもある。
- ・相談支援事業者間での連携（障害種別による対応）を図ることができ、役割分担も可能。サービス提供事業者も、それなりに制度のことは知っていて、ケア会議の拒否のケースはなく、逆にかかわっている事業者はどこも問題だと思ってサービス提供しているので、知恵を集めようということ、早く会議を開いてと言われることはある。
- ・サービスがほしい本人からすると本人を粹付けする使い方もできる。本人に納得してもらえる分量は決まっている。24時間を27時間でやってほしいという要求は違うということを理解してもらわないといけない。そこをきちんと伝えるのは苦勞する。地道にやって達成感を持ってもらうのが重要。
- ・市民も役場の敷居は高く、電話も一呼吸おいてという感じだが、その部分を相談支援事業者が受けてくれて、休みの日も24時間対応してもらっており、お茶を飲みながら話を聞いてもらえる、行政への不満も話せるとの評価。職員が休むと家族や本人が心配してくれたりといった雰囲気は定着してきている。
- ・この相談はどこに相談すればよいかの判断が自然にできており、選んで電話できる

ようになってきている。(自己決定の力)

(d) 計画作成の負担

- ・作成費の対象は困難な事情を抱えて、様々な機関をすでに利用している場合が多い。そうした関係機関との連絡調整や、情報の共有化、マネジメントの主導などにおいて、本人の希望や自立を第一に考えると調整が難しい場合がある。
- ・登米市の福祉事務所や総合支所の担当者間では定着し流れが確立されてきているが、相談支援事業そのものが利用者はもとより、関係機関に広く理解されていない部分があり、制度全体の課題である。
- ・記録シートを作るところが負担。シンプルすぎて、これですべていいのか、事務の折り合いの付け方が難しい。

(e) 作成費対象者の情報の共有

- ・障害程度区分の認定調査情報を相談支援事業者に出していない自治体も多いが、当市は介護保険の場合、ケアマネに市で要綱を作って情報を提示しているので、それにあわせ調査の情報を相談支援事業者に開示した。
- ・もともと付き合いがあったケースでも診断書等の情報は知らないもので、認定情報がもらえるととても便利。本人からの情報は不確実だったりするので、アセスメントの状況が正確に把握できるので良い。

(f) 作成費対象者とそうでない者の異同

- ・作成費対象外の相談者もほぼ同じようなプロセスの場合が多い。総合支所窓口からの紹介や広報等で来所や連絡があり、サービスの説明や申請方法、施設見学への同行等多岐にわたる。
- ・対象外の相談者には、ケア計画表の作成は必要に応じて行なうが、連携する関係機関との調整やフォローアップ等にかかる業務量は、作成費対象者と同程度の場合がある。

⑤ サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

- ・サービス量が多い場合、家族がいても対象にしたほうが良い。年末にも作成費対象のケースで、本人ではなくお母さんが動かないということで呼ばれて、救急車を呼んだが結果的には亡くなった。そのとき誰を頼っていいかという、その後の仕組みがない。本人の困っていることを助けるにはお母さんを助けないといけない。
- ・ケアホーム、グループホームについてはサービス管理責任者が計画を作成しないとけないことは決まっているので、今度どう整理していくのか。サービス管理責任者の質を確保できる単価を用意したほうがよい。個別支援計画を立てているのか微妙な事業所もある。訓練等給付の計画を出してもらい、みなしをはずしているが、まちまちのところが多い。
- ・法律の施行から相談支援事業に対する行政の捉え方が様々で、法律に基づく目的意識が正確に理解されていない市町村が多いように見受けられる。

- ・介護保険と同様にケアマネジメントが法的に体制づけられていないため、認識も低いことが低調な理由。
- ・支給決定の際、必要性の有無を検討することを意図的に行い、対象者に対して制度の説明をし、理解を得るプロセスが必要。
- ・独居なので、電気が切れたので助けてとか、雨漏りするとか、住宅改修の申請のチェックをしたり、親戚に了解をもらうとか、手足になる部分があるので、今の単価十一人に対する支援でみると、実際の業務量には見合わない。
- ・生活支援をやるマンパワーが別にあると、マネジメントに特化できる部分はありうる。ただ、人間関係がきちんとできないケースでは、最初のかかわりからの信頼関係を作れたから相談が持ち込まれたという要素もあり、そこは時間をかけないといけない。
- ・本来はサービス利用の実績のある人は介護と同じようにすべてケアマネがいるのが良い。自己作成できる人はその形でも良い。かかわりの頻度によっていくつかのグループわけをする可能性はある。
- ・一月の最低単位数を設定し、訪問回数や相談回数に応じた加算の検討はできないか。

⑥その他

- ・委託相談は、全体にケアマネがついてもやはり必要。サービスに結びつかない人、手帳は持っているがどんな生活をしているか分からない人、そこは残したい。
- ・相談支援事業を2法人に委託するとき、作成費の対象＝保健師の精神相談や市の職員が関わっていた業務を委託するのだから、市は職員を減らす、業務が減るという尺度で考えがちだった。しかし、サービスを使っていなかった人にサービスをつないでいく、個別支援が必要な人に適切なサービス提供をするという、基本レベルアップのために必要な事業と了解してもらった。
- ・同じように、一人ひとりにケアマネがつくのであれば、相談業務を減額してもいいのではないかという議論になるが、見方を変えた整理をしないと、財源が厳しい中で、こちらの業務が増えればこちらが減るという考え方は危ない。ただ、これは、心情としては分かっても財政にデータで示すのは難しい。
- ・純粹に必要なかどうか、生活状況等から判断するので、10%という国の基準は、全く気にしていない。公平性を保つことで考えている。全体の費用から考えると、作成費は今の単価であれば件数が増えても財政的な問題はない。むしろ地域生活支援事業の法が財政的には厳しい。独自の事業が打ち出しにくく、特に日中一時支援事業と市直営の八つの作業所が新体系に移行していない点での負担感が大きい。

(3) 山梨県甲府市

①圏域の基本情報

- ・甲府市：人口 199,623 人、面積：212.41 km²
- ・手帳所持者数：身体 9,975 人、知的 1,067 人、精神 1,041 人（平成 19 年 3 月 31 日現在）
- ・障害福祉サービスの支給決定者数（平成 19 年 9 月 21 日現在）：

	身体	知的	精神	実数計
区分 1	32	10	11	51
区分 2	34	46	42	112
区分 3	49	70	24	118
区分 4	25	52	4	71
区分 5	38	43	1	66
区分 6	46	35	0	64
児童	27	131	2	141
非該当・区分無	124	193	21	331
合計	375	580	105	954

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

- ・福祉部 自立支援室 障害福祉課に 3 係あり、自立支援係、相談支援係が協働で相談支援を実施。（もう 1 係は、医療支援係。更生医療、援護関係等を所管）

職種	人数	専任・兼任	経験年数	備考
保健師	3	兼任	4.5・1.5・1.5	障害程度区分調査等を担当
相談員	2	専任	0.5・0	機能強化事業で配置
アドバイザー	1	専任	1.5	19 年 9～12 月

- ・保健師は、これまで自立支援係に配置。認定調査からそのまま支給決定につながることを想定していたが、相談支援事業に積極的に取り組むため、平成 19 年 4 月に相談支援係を新設したのに伴い、保健師は相談支援係に異動。2 係が連携しながら支給決定につながる流れとした。一次の窓口は相談支援係、支給決定等にかかる場合は、自立支援係の担当と一緒に相談を受ける方式をとっている。
- ・新しい体制になって、相談事業者は、ケースを抱えた際、どこに相談に行けばいいかが窓口が明確になった。また、「このサービスの枠を広げて譲歩してもらえますか」といった交渉もやりやすくなった。
- ・組織変更の効果：機能強化事業の相談件数について、平成 18 年 10 月～19 年 3 月の実績と、相談支援係ができて 1 ヶ月の実績が同数になったことから、窓口の明確化の効果がうかがえる。（相談に来る人にとって分かりやすいし、相談しやすくなった）

(b) 委託相談支援事業者の概要

・4事業者に委託。概要は以下のとおり。

No.	人数	専任・兼任	経験年数	研修修了	形態	併設サービス
1	2.75	専・兼任	9.5年・5.5年・3.5年	有	委託	○身体中心 生活介護・知的通所授産
2	1.2	専・兼任	8年・5.5年	有	委託	○精神中心 地域活動支援センターI型・通所授産・援護寮・グループホーム・短期入所
3	1.2	専・兼任	15年・4.5年	有	委託	○精神中心 地域活動支援センターI型・通所授産・グループホーム
4	1.2	専・兼任	6年・1年	有	委託	○知的中心 居宅介護・日中一時・移動支援・知的入所更生・短期入所

- ・平成18年9月まで県の相談事業を受託していたところを中心に委託先を選定。18年10月にNo.1～3の3事業者に委託、19年4月にNo.4に委託。
- ・事業者は、もともと特定の障害種別の相談事業を行っていたところだが、基本的に3障害に対応している。従来から事業者間で勉強会等を開いており、ネットワークがあるので、専門性を生かしながら定期的に連携をとりながら事業を進めている。
- ・事業者はそれぞれ市域の東西南北に位置しており、意図したものではないが、地域バランスも取れている。
- ・委託費は、県事業の委託料を維持している。1人常勤を確保できる程度の予算。県内では、件数ベース、出来高で単価設定している市町村もある。

(c) 指定相談支援事業者

- ・委託相談支援事業者の4ヶ所のほか、市内に3ヶ所。(身体、療育等支援事業のコーディネーター、介護保険関係の事業所)

③サービス利用計画作成費の利用概況

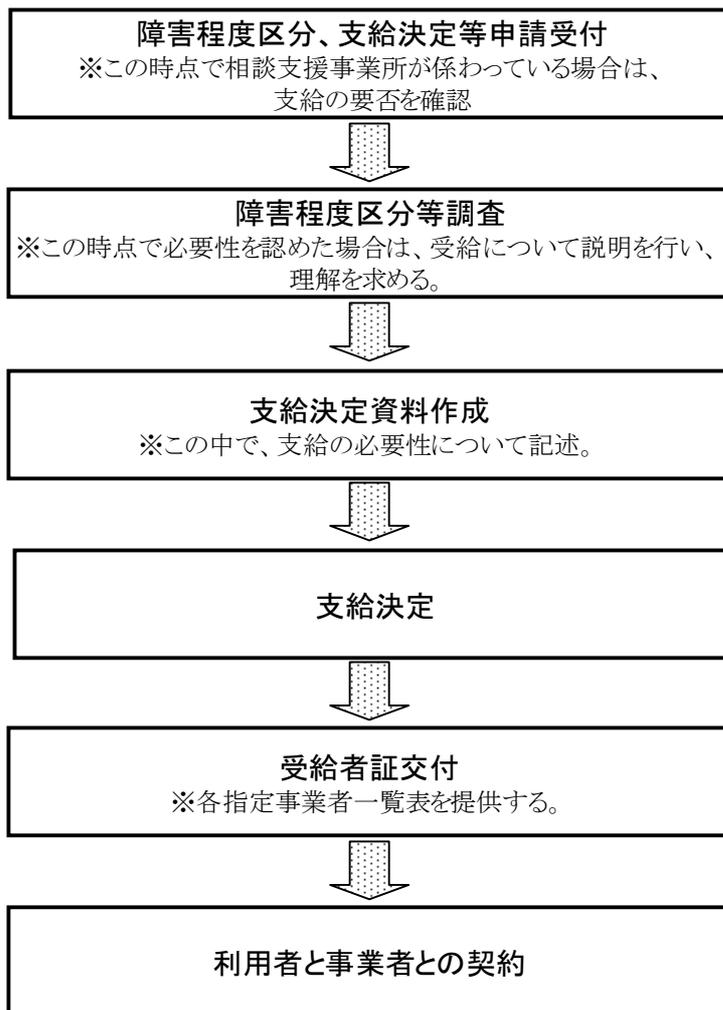
(a) 支給決定者数（平成 19 年 9 月 1 日現在）：

	身体	知的	精神	実数計
区分 1	6	2	5	12
区分 2	8	15	22	40
区分 3	13	16	12	32
区分 4	8	10	4	18
区分 5	6	2	1	6
区分 6	10	4	0	12
児童	0	2	0	2
合計	51	51	44	122

(b) 給付者数（平成 19 年 9 月 1 日現在）：

	身体	知的	精神	実数計
区分 1	2	1	0	3
区分 2	2	7	4	12
区分 3	3	5	3	9
区分 4	4	2	2	6
区分 5	0	0	0	0
区分 6	3	1	0	3
児童	0	0	0	0
合計	14	16	9	33

(c) サービス利用計画作成費の給付までの流れ



- ・ 障害程度区分・支給決定等の申請を受け付ける段階で、事業所がかかわっている場合は、支給要否を確認し、必要があれば申請してもらおう。ケースとしては少ない。
- ・ 全体としては、当初申請のない状態で区分の調査に行き、その時点で聞き取り、家庭状況等を把握した上で必要性を判断し、申請するケースが多い。認定調査は、3人の保健師と自立支援系の職員8人で実施。（新規ケースは必ず保健師が担当）
- ・ 認定調査は時間が60分等限られているため、この情報だけで支給要否を判断するのは大変。職員の在籍年数が長く、支援費制度当時からかわりがあり、家族からの協力が得られにくい、一人では厳しいといった状況を知っているため、支給が必要と判断しているものも多い。今までの過程、対応の経過を見ながらという要素も大きい。
- ・ 給付費の支給決定と作成費の支給決定は同時に行い、申請書も一体化している。（給付費、作成費、負担上限額の申請）
- ・ 最初、一般相談と思って入ったところ、実は隠されたニーズがあり、色々な手法や体制が必要と事業所が判断した場合、きちんとアセスメント結果を伝えれば、市は状況に応じて柔軟に支給決定をしている。

(d) 作成費対象者の具体的な状態像

- ・母と二人暮らしで母が要介護
- ・父が重度認知症、母が高齢で本人の面倒を見られない
- ・夫が仕事で面倒が見られない
- ・独居で寝たきりの状態
- ・本人がサービスを利用しようとしめないケースも「自らサービスの調整が困難」と解釈できれば対象とする。
- ・勘案事項としてできるだけ具体的に記述している。
- ・基本的には「自らサービス事業者等との連絡調整等が困難」で決定するケースが大半。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) 一般相談と作成費対象者の異同

- ・従来から一般的な相談支援に対応する一環としてケアマネジメントをやっているが、サービス利用計画作成費は個別給付の対象であり、完全に別物という認識。サービス利用計画作成、モニタリング等はこれまでの簡単なケアプランとは全く異なり、業務負荷は大きい。市から、介護保険を雛形にした様式例を提示し、それに基づいて各事業所が取り組んでいるため、外形的にも別物という意識が定着している。
- ・作成費対象者とそうでない人はかかわる度合いは違う。対象者は手間がかかるし、事務量も違う。来月の計画を立てる、そのために本人の話を聞く、その計画を持って確認に行く、各事業所に結果をお知らせする、それに基づいて事業所が計画を立てる、これまで電話確認で済んだものが確認の捺印をもらうために訪問する等、作業量はかなり多い。

(b) 計画作成の効果

- ・これまで記録になっていなかったモニタリングやサービス提供実績を、一定の様式で報告するようになり、相談支援の実態を目に見える形で表せるようになった。
- ・住宅を追い出されて、居宅介護事業所を運営するオーナーの家に住ませてもらったため、不適正なサービス提供実態があった。(例：入っていないのに入っているがごとく対応) 学校卒業に当たって、相談支援事業者がかかわるようになり、作業所に通うことになって、全体でアセスメントを丁寧にするようになったら、第三者の目が入り、「皆知っている」ということで余計なサービスを入れられなくなった。入ってもいないサービスを割り当てて請求することが予防できた。(支給量が半減) 公の場に出して、皆が共通理解で見ているという状況はとても有効。
- ・その人の持っている課題を共通の課題にし、一事業所だけで困っていないで、うちもそこに取り組もうという動きになる点は有効。

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 甲府市において利用が多い背景

- ・障害程度区分の認定調査段階で、市が対象該否を判断。(先述)
- ・委託事業者はもともと、自立支援法成立前から、自立支援協議会では相談支援事業者が中心になるという自覚があり、相談業務が終わった夜に自主勉強会を月2回開いていたので、その中でアセスメントシートや個別支援、週間計画を持ち寄り、できるだけ標準化を目指した。この勉強会に市のアドバイザーも参加し、簡単な相談支援事業のフローや介護保険の書式を提示した。今後、自立支援協議会ができれば、自主勉強会は発展的に解消する予定。
- ・アドバイザーを配置して、委託事業者の難しいケースの相談に協働で対応したり、市役所窓口の一般相談で入ってきたケースについて、的確な機関につないだりといった調整業務を行っている。また、ケアマネジメントについて委託事業者に講義したり(セルフケアマネジメント導入、ケアプランの作成試行、利用者本人署名の意識付け等)、相談支援専門員の指導を担当している。
- ・委託事業者の一人の相談員で解決できない場合、市のアドバイザーを通じて保健師に相談できたり、「支給決定が足りない」「制度の間に落ちてしまう」ケースについては自立支援係の担当職員に柔軟な対応を依頼するなど、個別対応がスムーズ。

(b) サービス利用計画作成費の利用に向けて

- ・他の自治体は申請主義が多いと思うが、事業所が事業に取り組みやすい環境を作ることが大切。「枠組みができたので使ってください」と言うだけではなく、「そこはこうしてこうやるんですよ」というルールや手順を示していくと乗りやすいのではないか。
- ・訓練等給付と介護給付を行ったり来たりするケースもあるので、トータルで関われる環境作りが重要。訓練等給付にいくと支援計画をつくるので、マネジメントが途切れるといったことが起きないように配慮が必要。

(c) 給付対象範囲

- ・医療SWから相談が多い。まだ退院していないので支給決定してもらえないが、受け皿がないと退院促進ができないので、地域支援を勉強している医療SWが積極的にケア会議の働きかけをしている。受け止める側の事業者としては、支給決定なしでは動きにくいので、退所前であっても、計画の中に「退所」を視野に入れた項目が入る段階から対象にしたほうが良いのではないか。
- ・旧法の授産施設が新体系(就労移行・就労継続)に行くと対象外になる。これらのサービスの利用者の中には、周囲とトラブルを起こしたりして支援が必要な人が多くいるので、対象者の範囲の拡大が必要。
- ・利用者は、「介護保険はケアマネが全員についてサービスのマネジメントをしてくれるのだから、障害者にも」と言う仕組みを分かっている人は、障害者も全員にケアマネをつけてほしいという要望が出てきている。家族がしっかりしていても、障害のサービスと言うと制度が変わったり仕組みが難しかったりしてどう使ってい

いかわからないので、個別にマネジャーをつけてほしいという声が聞かれる。

(d) 制度周知の必要性

- ・受給者証に「サービス利用計画作成費」の記載があっても、かなり意識の高い保護者でも意味が分からない。制度の周知も大きな課題。

(e) どの範囲をサービス利用計画作成費で評価するか

- ・相談事業者はサービス利用計画作成費の目的、趣旨を十分理解しており、単にケアプランを作るだけではない質の高い相談支援をしているので、一般相談の委託費とは別枠で個別給付で評価すべき。
- ・一般相談からケアマネジメントに至るプロセスをみると、ケアマネジメントの土台に載せるまでの手間が一番大きい。サービス利用計画作成費は、土台に載ったところからしか評価しない点が課題。
- ・サービスアレンジ以外が評価につながらないのが課題。介護保険は介護給付の中にケアマネがいて、その中で一定程度仕事が成り立つが、自立支援給付は、そのサービスだけでは生活が組み立てられず、病院関係、多重債務、就労、権利擁護、配食、住宅とサービスは多岐にわたる。自立支援給付は生活のごく一部で、それ以外も含めた全体調整をしないと地域生活は成り立たない。ケアマネジメントというよりソーシャルワークで、その部分は評価しにくい。
- ・相談件数は同じ1件だが、延々とかわらなければいけない重いケースにどう対応するか整理しないと、作成費に行き着く以前の骨の折れるケースが落ちてしまう。こうしたケースは、相談支援専門員に大変な力量が求められ、単にサービスマネジメントをすればいいという話ではなく、ケースをどう捉えるかが重要。介護保険のケアマネとは異なる。
- ・作成費対象の33ケースの中身をみると、比較的サービスにうまく乗ったケースが多い。本当に大変な、犯罪者、成年後見、サラ金に追われているケース等の困難事例、多問題家族が対象からもれている。
- ・当事者からの相談を受ける環境そのものがどういう形になるのが望ましいかを展開した上で、対象者や対象範囲を議論すべき。

(f) 相談支援にかかる費用

- ・委託費で1人分の人件費は確保できるが、相談の質を高めるには複数体制を確保したい。事業所運営の観点からは、あと1人の人件費を確保する収入源のひとつとして、サービス利用計画作成費は活用の余地がある。ただし、日中作業所等に通っているケースでは、本人に会えるのは休日・夜間ということも多く、8500円では割に合わない。
- ・現状でも、事業所が持てるケース数を超えつつある。1事業所20件以上は難しい。これ以上対応するためには人材が必要で、国としても財源を手当てしてもらいたい。
- ・地域生活支援事業の委託費について十分な予算が取れないので、サービス利用計画作成費は、それを補う財源になる可能性はあるが、行政の立場からは、事務量が増

えるので、メリットとデメリットについて一概には判断しかねる。

⑥その他

- ・安定的にかかわらなければならないケース、緊急一時的にケアマネジメントでしのがなければならないケース等、事業所、相談支援専門員がどれだけ関わっているかが数値化されるとよい。具体的には、電話、訪問、来所、同行等の回数が把握できると良い。現状では回数の把握も不十分なので、時間カウントは難しい。(時間をカウントしている事業者もあるようだが…)
- ・回数カウントについては、方法が標準化されていないので、現状では、「回数が多いから良い事業所」といった評価指標には使えない。
- ・個別ケースの支援経過を追う場合、緊急ケースは一般には3ヶ月くらいでひと段落することが多い。季節によっても大きく異なるので、短期の調査期間では把握できない。
- ・高齢者のケアマネは円滑に導入が進んだ。知識がなくてケアマネジメントが進んでいいかという疑問はあるが、障害のケアマネジメントも、どこかで従来の福祉と施設の枠の中では育たないという見切り発車せざるをえない。今まで施設でやってきたからケアマネジメントができるというのは安易過ぎる。

(4) 長野県長野市

①圏域の基本情報

- ・人口：382,835人(平成19年7月1日現在)、面積：738.51km²

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

- ・障害福祉課は企画管理担当（庶務、手帳関係、施設整備、補助金、手当て）、自立支援担当（介護訓練等給付）、相談支援担当（地区をもって障害福祉サービス、自立支援医療、補装具等、障害者と直接かかわって全般の相談支援）の3つの担当からなる。
- ・障害福祉課の相談支援担当は9人、うちケースワーカーとして動いているのは7人。
- ・行政区が30あって、それぞれワーカーを地区担当で割り振って対応している。相談支援の事業所や保健センターがあるので、そこでも対応している。厚生課の分室には障害担当者が3人いて、障害種別ごとに対応できる体制になっている。
- ・ケースワーカーとしては、保健師も事務職も同じだが、精神等は事務職で対応しにくいところがあるので、保健師が主に相談に乗っている部分もある。

担当者数	職種	経験年数※	専任、兼務の別
9	事務職※ 6	最長 3年	専任
	保健師 3	最短 9ヶ月	

※事務職6名の内4名がケースワーカー

※経験年数は1/1現在

※別に3名の認定区分調査員（嘱託）がいる。

(b) 委託相談事業者の概要

- ・8事業所に委託。
- ・精神に強い事業所が4つ、知的が3つ、身体が1つ。自立支援法前からやっていたところが相談支援事業者に移行した。
- ・旧地域生活支援センター+身障の実績が多かったところを、地域活動支援センターI型とした。地域バランスは取れている。
- ・指定相談支援事業者はこれ以外にもある。（株式会社等）
- ・相談としては、長野市独自のケアプラン作成事業があるので、国の作成費、ケアプラン事業、委託を受けている相談、直営の相談の4パターンがある。
- ・行政と委託相談支援事業者のネットワーク、ケア会議や顔見知りになっていてすぐ連絡が取れる体制になっていることは、相談事業を進める上で意義が大きい。
- ・委託事業者とは月2回連絡会を開催し、ケアマネジメント連絡会でも会っている。地域自立支援協議会、専門部会にも行政担当が出ているので情報交換ができています。ケア会議もサービス提供サイドから招集されるような環境ができています。

事業者数	担当者数	職種	研修修了の有無		経験年数	専任兼務	併設サービス	
			相談支援従事者	サービス管理者				
8	A	3	相談支援専門員 1 ケアプランナー 2	○ 3	× 3	9・10 38	専任 1 兼務 2	地域活動支援センター I 型
	B	3	相談支援専門員 1 ケアプランナー 2	○ 1 × 2	○ 1 × 2	4 2・1	専任 1 兼務 2	地域活動支援センター II 型・短期入所
	C	1	相談支援専門員 1	○	○	3	専任 1	地域活動支援センター I 型
	D	9	相談支援専門員 1 ケアプランナー 8	○ 9	○ 9	3・2 1・0	専任 1 兼務 8	敷地外自活訓練・入所支援施設・日中活動多機能型支援設備・地活
	E	4	相談支援専門員 1 ケアプランナー 3	○ 4	○ 2 × 2	1 2	専任 3 兼務 1	地域活動支援センター I 型
	F	4	施設長 1 相談支援専門員 1 相談支援従事者 2	○ 4	○ 2 × 2	17 8 4・22	専任 1 兼務 3	地域活動支援センター I 型・ケアプラン作成事業・退院支援事業・自立支援協議会への協力等
	G	3	相談支援専門員 1 ケアプランナー 2	○ 3	○ 2 × 1	4 18・3	専任 1 兼務 2	地域活動支援センター I 型
	H	1	相談支援専門員 1	○	×	1	専任	
合計	28	相談支援専門員 8 ケアプランナー 17 その他 3	○ 26 × 2	○ 17 × 11		専任 10 兼務 18	地域活動支援センター I 型・・・5 地域活動支援センター II 型・・・1 その他	

※経験年数は相談に関する業務を始めた時からの合計年数

(c) ケアプラン作成事業

- ・長野市で委託しているケアプランナーの事業所が 14 事業所あり、平成 16 年 1 月から事業開始。
- ・支援費になってケアプランがないと支給決定ができないので、ケアプランが必要であるということは行政も分かっていたし、事業所も理解を示してくれた。
- ・直接サービスを利用するだけで複雑でない人は手続だけですむが、ケアマネジメントの必要があるかないかのボーダーラインのケースや、単なる自立支援給付ではないものについて、利用者の 4 割くらいが対象になっている。(1700 件のうちの 600 - 700 件程度) 施設入所者は対象としない。
- ・対象となるかどうかは、第一次的にはケアプランナーの事業所が判断し、悩んだ場合は、地区担当に相談がある。
- ・ケアプラン作成については、12300 円/回が支払われる。モニタリングについては、3700 円/回支払われる。12300 円、3700 円は直営の嘱託職員の時給から計算。(モニタリングは 3 時間で積算)
- ・モニタリングの必要性の判断等は相談担当のケアプランナーが判断する。
- ・事業所によって担当ケース数にはばらつきがある。専任のところは 100 件/人持っている。

- ・この事業は、委託相談支援専門員以外の人（＝委託として人件費が出ていない人）がやっている。だいたい兼務で施設業務が主。ケアマネジメント従事者研修を受けた人がケアプランナーになれる。
- ・昨年は、800 件の認定調査をしなければならなかったもので、ケアプランナーに調査もお願いして、ケアプランと合わせて支給決定案を作っていた。今は落ち着いてきたので、調査は市の直営に一本化。ケアプランが必要な人については、それぞれの事業所をお願いしている。
- ・認定調査に行っても行かなくても、12300 円／回が暫定ケアプランのお金としてもらえる。（認定調査 5500 円分は込み）ケアプランナーがつかない人は市で暫定ケアプランを作成。
- ・ケア会議を開催し、セルフケアマネジメントは大変なケースの場合は、巻き込む形にしている。その場合は、「この人にも相談できるよ」という形で徐々につないでいる。ケアプランナーを入れると、本人との軋轢も出てくるので、市の担当者も入って、プレッシャーを分散させている。
- ・モニタリング事業は 3700 円を払っており、報告が来るので、頻繁に入らなければならないケースは市でも把握できるので、作成費に乗せる必要が出てきたら、市から働きかけたり、事業者や本人から申請が来る。
- ・最初から作成費でいく場合と、ケアプラン事業でいく場合がある。しょっちゅう電話がかかってきてやりきれないようなものが作成費に流れる。そうすると 3700 円のモニタリングではなく、8500 円がもらえる仕組み。
- ・ケアプラン事業の事業費は全体で 1000 万未満／年で、事業所の運営経費は、委託料のほうが大半である。

(d) 自立支援協議会

- ・平成 15 年から長野市障害ふくしネットを立ち上げ。専門部会を置いて、相談事業者、医療関係、学校関係、障害福祉課が参加し、課題等を検討し、情報共有している。その中からサービスに関する課題が出てきたら、全体協議会や施策フォーラムに上げ、相談支援事業につないでいく。今はこれが自立支援協議会に位置づけられている。
- ・これらを全体として支えていく仕組みの中に先述のケアプラン作成事業がある。

設置時期	平成15年9月
構成メンバー	行政、相談支援事業者、医療・保健機関、サービス事業所、教育機関、当事者団体、その他
協議内容	<ul style="list-style-type: none"> ・障害児者の地域での暮らしの安定、自立生活のための関係機関の連携強化及び地域生活支援サービスの推進 ・複合したニーズを有する具体的なケースについての支援の策定 ・障害児者及びその家族のニーズの把握ならびに福祉サービス供給のための調査研究 ・その他 以上の内容を協議する為、全体協議会、運営部会、ケアマネジメント連絡会、施策フォーラム、専門部会を開催している。
指定相談事業者との関係	各種部会に参加

(e) 市町村相談支援機能強化事業の概要

- ・地活 I 型を受けているところが、相談支援機能強化事業も受けており、専門的知識を有しないと対応できない困難ケース対応や、自立支援協議会を構成する相談支援事業者への指導・助言等を実施している。

事業者数	担当者数	職種	経験年数	専任兼務	具体的な活動内容
5	A	所長 1 支援員 2 ピアカウンセラー 1	10 2・0.5 10	専任 2 兼務 2	相談事業・ボランティア、実習生等の受け入れ・当事者の講師派遣他
	B	相談支援専門員 4	2・1 0	専任 1 兼務 3	相談事業・地域交流・普及啓発活動
	C	指導員 4	3・1	専任 1 兼務 3	交流の場の提供・登録者への相談支援・ボランティア育成、地域交流活動等
	D	施設長 1 指導員 4 まかない 1 事務員 2	17 4・15 2 15	専任 3 兼務 5	デイケア事業・生活支援事業・普及啓発活動・地域交流・退院支援事業・家族の支援 ボランティア育成
	E	指導員 2 指導員 2 (非常勤)	18・3 0.1	専任 2 兼務 2	相談支援・普及啓発に関する事業・ボランティア育成
合計	24	ピアカウンセラー 1 相談支援専門員 4 指導員 14 その他 5		専任 9 兼務 15	

③ サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 支給決定者数・給付者数

障害種別		障害程度区分・決定理由										備考			
		1		2		3		4		5			6		
		②	③	②	③	②	③	②	③	②	③		②	③	
身体	10					1		2			3		2	2	
知的	8	3		4		1									
精神	2			1		1									
計	20	3		5		3		2			3		2	2	

※ 決定理由

②は、単身で生活している者であって、自ら福祉サービスの利用に関する調整を行なうことが困難であり、計画的な支援を必要とする者。

③は、重度障害者等包括支援の対象者の要件に該当するもののうち重度訪問介護等他の障害福祉サービスの支給決定を受けた者。

※ 支給決定期間は、全て 1 年。

(b) ケアプラン事業と作成費の切り分け

- ・給付費を出す立場からすると人数は多すぎる。新たに出そうかと言う人はいない。移行できる人はもうすべて移した印象。
- ・プランナーの立場からは、「この人は違うだろうな」と思いながらも申請を出して見て確認している状況。単身でなくても、複雑なサービスを利用して、家族でも大変だと思うケースは、申請しながら手探りしている。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) サービス利用計画作成費対象者の業務

計画作成担当者	研修を受けた相談支援専門員（委託相談支援事業者）が作成している。長野市の相談支援の体制の中で、行政の担当者（ケースワーカー）と協力しながら、本人や家族の意向を聞きながら計画を作成している。
プロセス業務内容	訪問や面談をしながら支援の必要性を把握し、本人や家族の意向を確認してプランを作成する。サービスの事業者との調整も含めてケア会議を開催する。同時に事務手続きを行なう。月1回の定期訪問により、本人の状況を把握するとともに、必要に応じてプランの変更を行なう。
業務量	具体的なサービス利用に結びつくまでの経過はケースによって違うが、訪問の回数や時間、サービス調整の時間、プラン作成の事務処理等に手間取ることが多い。ほぼ1人につき1日は最低でも費やしている。
様式	長野市のケアプラン作成事業の様式に基づく。
計画作成にあたっての連携先	就労関係、医療関係、（医師、訪問看護、保健所等）、住まいの確保（居住サポート等）サービスの事業所では、ヘルパーや短期入所事業所、通所先の福祉サービス事業所が多い。
計画作成の効果	本人や家族は、福祉サービスの事業所との面倒なサービス調整の煩わしさがなく、利用できるサービスの情報提供により、よりスムーズにサービスが利用できる事及び、定期的に相談に乗ってくれることで本人や家族に安心感がある。また、精神障害、アルコール依存で入退院を繰り返していた人の入院の頻度が減っている。
計画作成の負担	○実相談の過程で、実際のサービス利用に結びつくまでに時間がかかる。 ・何回か訪問しないと関係作りが出来ない。信頼関係が成立しないとサービス計画に結びつかない。 ・サービスへ結び付けるまでの過程で、通所先を見学するとか、ヘルパー事業所と顔合わせする等の事前の取り組みに時間がかかる。 →コーディネーターに時間がかかる。 ○家族の支援者がいないケースは、相談支援専門員が動かざるを得ないケースが多く、サービス利用につながらない。 ○対応困難ケースが多いため相談頻度が多い。

(b) 作成費のメリット

- ・ずっと一緒にかかわってもらえることの安心感がある。定期的に訪問でつながっていかないといけないという意味では、ケアプラン事業よりも安心感は大きい。
- ・ヘルパー、事業所のほうから入ってくる情報は後追いになってしまう。そこから今の状態がどうかというところが、作成費の対象者については待ちの姿勢でなく、こちらから情報を集められるようになる。

(c) 作成費対象者とそうでない者の異同

	作成費対象者	作成費非対象者
担当者	相談支援専門員、ケアプランナー	ケアプランナー、市委託の相談支援専門員、市ケースワーカー
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ CWによる訪問調査 ・ ケア会議の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス利用開始時、更新時、変更時の訪問調査 ・ 必要に応じてケア会議の開催
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月モニタリング ・ 連絡調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要に応じてモニタリング ・ 訪問、連絡調整
業務量	生活状況やサービスの利用状況は、サービス事業者によるところが大きく、事業所との連絡調整の機会が多く、訪問の頻度も多い。	必要に応じて対応している。家族や本人からの生活状況の把握に頼るケースが多い。年2～3回の状況確認。
様式	モニタリング（別紙）	ケアプラン（別紙）モニタリング
連携先	ケースワーカー、各福祉サービス事業所、医療機関（訪問看護、リハビリ）他	本人若しくは家族 ケースワーカー、各福祉サービス事業所、医療機関（訪問看護、リハビリ）他
効果	利用者の安心感につながり、生活が安定している。情報提供がスムーズにできる。見守り体制が出来る。相談者が明確である。	支援のキーワーカーになる人が不明確

	作成費対象者	作成費非対象者
負担	ある程度利用者を確保しないと専任の職員を配置できない。兼務での業務で、利用者の必要性に応じて対応しなければならない。	

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 給付対象範囲

- ・福祉サービスの利用に結びつく以前の問題状況が大きいケースがあり、単純にサービス利用計画作成に結びつく者だけを対象とすべきでない。
- ・サービスを限定すると利用しづらい。GH、CHで継続的に日中活動にうまく入っていけない人については、サービス管理責任者では対応しにくい。そういうケースは対象にしても良い。ある程度型にはまっていてどう組み立てるかはっきりしているケースは対象外としても、幅広くかかわっていかないといけない人については、今のGH、CHの中でサービス管理責任者に責任を持ってやれというのは厳しいのではないか。一方で、サービス管理責任者の業務ではないかというイメージもある。CH、GHの基盤をきっちりしないことにはというもっと前段階の課題がある。
- ・入所施設から地域移行する際、施設内だけでは限界があるのではないか。積極的な施設とそうでないところとの温度差もある。地域支援の視点での外部の相談支援のアプローチも必要である。
- ・一度導入すると廃止にならない。問題が次々と出てくる為（特に独居）支給期間を延長することが多い。
- ・家族はありながらも積極的に支えが出来ないケースも多々ある。仕事を持っていて、時間的な余裕のない家庭もある。サービス利用の手続きや連絡調整で限界がある。
- ・障害の状態や抱える問題状況によっては家族で支えるには限界があり、支援の困難ケースはサービス利用計画作成の対象とすべきである。
- ・家族全員が障害者だったり、高齢だったりということでマネジメントできない場合は、必要性を感じて作成費を入れているが、子供でも両親はいるが、問題意識が薄く、子供が放置されていたり、児童相談所との兼ね合いも難しく、保護まではいかなくて地域で見ているが親が当てにならない子供にはこまめにサービスを入れないといけないし、相談にも入らないといけない。親には頻繁に来なくていいと言うが、行かないといけないときには、入るべくして入っていったほうが良いか。
- ・子どものケースで大変なケース（母子世帯、親も障害がある等）に拡大してもらいたい。
- ・母子家庭で自閉症の中学生で不登校になった子供。学校もかかわっているが、お母さんだけでは難しい、昼夜逆転があったりする、生活の建て直しも含めてどう支援していくか、高等部に進学したいところをどうつないでいけるか。いったんサービスを使って知りませんと言うことにはならないので、毎月ケア会議を行っている。行動援護を使っているので、ケアプラン事業には乗っているが、本当は作成費の対象にしても良いのではないか。
- ・単身を要件にしているが、一人でそれなりに生活している人もいるし、家族といっても家族力の問題で進んでいかないという人もいるので、困難ケースも対象にすべき。

- ・介護保険のように必ずケアマネが入る形にするのであれば、多くの人を対象にすべきである。
- ・セルフマネジメントをしている人は頻繁に必要性はないと思うが、家族力がなかったり、自分ひとりではいろんなところを使って、マネジメントしていくにあたってプランナーをお願いしたいと希望している人なので、そこまでは制度になれば、入れてもらいたい。
- ・毎月訪問と頻度が限定されず、いろんな人に入れられるのであれば、市独自でケアプラン事業を持っている必要性はなくなるか。国の事業に入ってもらえるなら入ってもらいたい。
- ・子供からライフステージに応じた一貫した支援を考えると、乳幼児期から将来を見通して、1人に1人の支援者がつく形での体制を、介護給付の利用にこだわらず構築すべき。その人らしい生活をつくるためにはそうである。

(b) 人員体制

- ・相談支援専門員を専任で確保するのは難しい。専任で対応できる体制を作るまでには、対象者が限定され人数が確保できない。人口が集中しているところは確保できる可能性はあるが、時間と労力が必要である。本来的にはニーズの発掘の業務が重要であるが時間を割くには限界がある。

(c) 地域資源の整備状況

- ・ケアプラン作成事業で概ね対応できている。
- ・自立支援協議議会なりの相談支援の体制がしっかりでき、必要とするサービスを整備できるシステムを作ることが重要であり、地域間の格差がある。

(d) 利用者・家族を取り巻く生活環境、キーパーソン

- ・家族の協力が得られない人が利用している。ただし、通常家庭であっても連絡調整が苦手であったり、サービスを多数組み合わせている人がケアプランを必要としている為、児童等にも導入できるようにしてほしい。
- ・概ね地域で孤立しているケースが多い。見守りのネットワークを作る意味でも相談支援の体制作りが必要である。キーパーソンがいないケースが多い。

(e) 行政・相談支援事業者のコーディネート力

- ・事業所によって差があり、行政が相談（支給量や内容等）に乗ることも多い。
- ・行政のケースワーカーや委託の相談支援専門員とのネットワークがとれ易い体制にあるかどうかは重要である。

(f) 給付にいたる手続き

- ・本人からの申請書と事業所からの届出書が別々で混乱する場合がある。1枚になっているとわかりやすい。
- ・サービス利用にいたるまでの面談や訪問、関係機関との連絡調整に時間と労力を必

要とする。サービスを利用するに至るまでがスムーズに行かないことが多い。

- ・作成費について今のところ様式が何もないので、市のモニタリング用紙を使って、毎月どんな支援をしたかを確認することにしている。(ケアプラン事業と負担感は変わらない) 法定給付なのに様式がないと審査ができないので、国から様式を示してもらいたい。

(g) 相談支援に係る費用

- ・介護保険並みに設定するなら多くの人を対象にすべきである。
- ・ケアプランナーが少なく多くは兼務している為、相談事業だけでは運営が難しい為専任でできる程度の収入が必要。
- ・相談支援は、ある程度の専門性とコーディネート力が必要であり、ある程度の経験がないと難しい。現在の報酬で、その人材を確保するには利用者を 40~50 人程度確保しないと難しいと思われる。年間で、最低でも 500~600 万円程度の財源がないと厳しい。車等の維持費用等をいれると尚難しい。実際に 1 人で 50 人を担うのは困難である。対象者が限定され、人数的な確保も難しい。

(h) 対象者の把握方法

- ・地域全体の相談支援体制を確立し、行政のワーカーや委託の相談支援専門員との連携が取れないと把握は難しい。同時にニーズの掘り起こしをどう進めるかが重要である。
- ・地域で孤立していて、支援が必要だが、全くつながりのある人がいないし、心配する人がいないケース、放置されているケースにどうかかわっていくのが難しい。拾い上げる仕組みがないと、結果的に届かない人が出るのではないか。ケアプラン作成事業や相談支援の担当者はあちこちに散らばっているが、そこにもかかってこない人がいる。障害だけでない仕組みも必要。手帳も出たら出っ放し。

(i) 制度の周知方法

- ・ケアプランナーやケースワーカーから必要な者に紹介しており、広く周知はしていない。
- ・対象の利用者はほとんど情報がないか、情報があっても理解するのが難しい状況にある。具体的に相談支援を担ってくれる人の顔が見えないとつながっていかない。専任で担える体制作りをしながら周知していく必要がある。
- ・介護保険もやっている事業所とそうでないところの温度差があり、ケアプランナーはケアマネのようにその人の担当でかかわっていると思っている事業所もあるし、作成費とケアプランの違いが分からない、支援の頻度の浅いか深いかだけで同じことをやっていると思っている事業所もある。連絡も、「こんな状況なのでケア会議を開いてください」と頻繁に連絡をくれるところもあるし、そうでないところもある。細かいところまで連絡してくるところもあるし、すべてかかわって支援してもらえるようになってきているところもある。作成事業という利用している人も少ないので、区分けが分からない人は多い。

- ・行政のケースワーカーや調査員は、セルフマネジメントの人も含め、期間が切れるときには全部お知らせしている。作成費の人もケアプラン事業の対象者も更新のときは更新ですよということできちんと入ってもらうようにしている。

(j) その他

- ・サービスに結びつかないとできない制度だが、そこに行く前段の部分がとても大事。サービス使うまでのプロセスは、何回も足を運んだり、こういうサービスがいいかどうか、顔を見て初めて安心して利用に結びつくとか、その前段のところがもう少し評価されるべき。
- ・市のワーカーや委託の専門員がかかかわっていて、そこからさあどうぞと作成費の相談員に渡すわけにはいかない。人とつながる相談と言う意味では、手を引けない、人間との信頼関係の中で成り立っているのも、サービスにつながらないが前段としても評価できる部分があると良い。それは市の事業も同様。

⑥その他

(a) ケアプランの評価

- ・ケアプランの評価は、福祉ネットの中でやっているが、どこまでの実効性があるかは疑問。そこまでは手が回っていない。最低限のチェックにとどまっており、サービスの平準化までは手が回っていない。第三者的な評価の組織を作っていないと、自立支援協議会もまだ混乱しているので、今の体制では難しい。
- ・今年度プランナーの連絡会で、質の向上を図っているが、まだこれから。

(b) その他

- ・国の制度に先行する市町村事業があるので、それをつぶさない形にしてもらいたい。
- ・利用者負担の上限額が下がるとサービス利用量が増えるので、適正なサービス利用ができるプランを作れるような人材を育成しなければ、支援費と同じ財政破綻を招く。作成費の利用を伸ばす以外に検討すべきことがあるはず。
- ・サービスが難しすぎて、プランナーも理解しきれないので、計画が作れない。
- ・全員に作成費がついても、委託は重要。インテークを評価するためには不可欠。

(5) 愛知県知多圏域

①圏域の基本情報

- ・2市2町で広域対応。幹事の東浦町が事業費等の予算執行を担当。(持ち回りになるかは未定)

	人口	面積
東海市	106,745 (2007/10/1 現在)	43.36
知多市	84,056 (2007/10/1 現在)	45.43
阿久比町	25,016 (2007/ 9/1 現在)	23.94
東浦町	49,255 (2007/10/1 現在)	31.08

- ・もともと知多圏域(5市5町)では、市町村障害者生活支援事業、県事業としての障害児等療育支援事業、国県事業としての精神障害者地域生活支援事業等を実施。
- ・知多北部圏域では、市町村の組合せは少し違うが、介護保険の広域連合もある。
- ・知多圏域は、海に囲まれ、生活圏として閉じており、利用者にしても、事業所にしても、他からの流入、他への流出が少ない、制度運営上枠組みを作りやすいという特徴がある。
- ・知多圏域は、福祉関係のNPOが多く、これらをまとめるNPOが別にあって、関係者が顔なじみであり、法人間の連携が取りやすい。
- ・日本福祉大学の学生が多く、柔軟なサービスの支え手として活躍してくれている。

②相談支援の実施体制

(a) 委託相談支援事業者の概要

- ・社会福祉法人愛光園(知的・身体中心)、社会福祉法人憩の郷(精神中心)の2法人が受託。
- ・圏内に2ヶ所事業所を設置。
- ・委託形態:当初、規模の大きい愛光園が一括受託し、憩の郷に再委託する計画だったが、県に認められなかったため、2法人で受託し、共同事業として運営するスタイルとした。委託費は、各法人の職員の人件費を振り分けた後、各法人1ヶ所の事業所を担当しているので、残りを折半して運営費としている。
- ・担当者数:8名(すべて専任)
→3障害のコーディネーター各1名、ワーカー各1名=合計6名。
→市町村相談支援機能強化事業:2名
 - ①社会福祉士(1名。愛光園):一般相談、地域の権利擁護体制の検討
 - ②精神保健福祉士(1名。憩の郷):一般相談、困難事例検討、退院促進事業助言
- 相談支援研修修了:7名、サビ管研修修了:0名
- ・併設サービス:地域活動支援センター
- ・個別ケースのケア会議を頻繁に開催しており、行政担当者はそこに参加して情報共有。
- ・2事業所とも年末年始だけ休み(12月31日~1月3日)。日曜は当番制。
- ・9~18時までフルに対応。7~9、18~22時は転送電話で対応。

- ・ 18年度後半6ヶ月の相談実績は実人数190人、延べ3629件。
- ・ 継続的にかかわっている相談は、実人数100人程度。1ヶ月当たり延べ相談件数は600～700件程度。
- ・ 相談開始・終了時間は記録しているので、ある程度業務時間は算出できる。

(b) 地域自立支援協議会の概要

- ・ 設置時期：2007年2月
- ・ 構成メンバー：育成会、中核的NPO、権利擁護事業担当の社協、地元障害者施設、日本福祉大学教授、学識経験者（医師）、保健所、養護学校、ハローワーク、行政、就労支援等の関係者で構成。
- ・ 広域で委員選任が煩雑なため、とにかく動かすことを優先し、21年に再構成する予定である。今年度、自立支援協議会を地域に周知した上で、第三者も巻き込んでメンバーを再編成したい。
- ・ 協議内容：
 - ①運営委員会：1ヶ月の相談実績の確認、専門部会の活動確認、自立支援協議会の協議内容の検討。自立支援協議会の運営事務局である行政担当者と支援センターで開催しているので、この場で個別ケースの情報共有も実施。
 - ②専門部会：相談支援部会、地域生活支援部会、発達支援部会、就労支援部会、権利擁護支援部会の5つ（発達支援・就労は市町別作業部会）。部会により毎月～3ヶ月に1回開催。小さな課題を設定しながら動き、課題が見えてきたら、次につなぐ感じで活動。

③サービス利用計画作成費の利用概況

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

- ・ 作成費対象者数：把握できていない（およそ、身体2名、知的4名、精神？）。
- ・ 作成費支給決定・給付者数：身体（2名）、知的（1名）

(a) ケース①

ケース概要	身体障害。区分6。脳性まひ。30歳代。
対象理由	身障療護施設からの退所
支援経過	<p>入所施設から生まれ故郷へ退所（家族と同居）。将来的には一人暮らしを希望。</p> <p>退所初期相談に濃厚に付き合った。現在は、セルフコーディネートに向けて調整中。</p> <p>ヘルパー、ショートステイの利用計画の作成、変更がなければ定番の計画となる。ケア会議報告書、月予定表を作成。</p> <p>もともとかわりのあった利用者なので、本人が退所の意思表示をした時点から支援をスタート。</p> <p>作成費の申請事務は、行政と事前に調整も済んでいたもので、特に煩雑ではなかった。</p> <p>初期（3ヶ月）は、毎日電話して、事業者とも調整、下準備して役割分担を決めていった。従来から事業者間のネットワークがあり、支援の実態があったため、相談員に支援に対するイメージも実績もあるので、特に、作成費対象者だからという戸惑いもない。日常業務の一環という印象。</p> <p>ただ、全く事業をやっていないところが新規に相談事業をやっていくのは大変と思われる。たとえば、当事業所でも、以前は、ケア会議ひとつ開催するために派遣依頼等発出しなければならず、苦慮していた。今は、「派遣依頼がない」というような事業所は来なくていいと言えるくらいに地域全体の意識が変わってきている。（現在は最低でも月10ケース、多いときは25ケースのケア会議を開催）</p> <p>相談事業者も地域の事業者も協働の経験を積んで、皆で考えるほうが楽になれるという成功体験があることが大きい。一人の利用者を支援することに対する周りの関係のとり方が解きほぐされている。</p>
効果	<p>「相談員に相談しても良い」と明確になっているので良かった。</p> <p>退院・退所支援の場合、入所先が遠方だと、退所予定の地域に頻繁に準備に来るわけにいかないの、作成費対象として、相談窓口が明確になって動く有効。（本人とはメール・電話でやり取り）</p>
負担・課題等	複数（3から4事業所）の居宅サービス事業所の調整が必要。

(b) ケース②

ケース概要	身体障害+精神。区分6。体幹機能障害、頸椎損傷。30歳代。
対象理由	要支援家族と同居。
支援経過	地域包括支援センターが家族ぐるみで支援していたケース。母親が介護保険を利用、子どもが精神障害を抱えており、リスク分散しないと支えきれない家族だったので、制度変更時に役割分担。親が要支援であるため対象とした。
効果	
負担・課題等	本人の病気や家族間のトラブルによる、急な予定変更への対応。(親子喧嘩でシェルターを求めて急遽ショートを使う等) サービスの予約(例えば1ヶ月前に予約が必要なサービス)の遺漏がないよう配慮すること。 複数(3から4事業所)の居宅サービス事業所の調整が必要。

(c) ケース③

ケース概要	知的障害。区分3。
対象理由	単身
支援経過	日中活動の調整、ヘルパーの調整、生活状況の確認、心理的援助(毎日)。ケア会議報告書、ケア計画検討表の作成。 日々不安定で、寄り添いの要素が大きい。毎日電話がかかってくる。けんかしては事業所を変えるので、サービスがどんどん変化する。相談員は自立支援を意識しながら次のサービスの提案をしていく。提案は文書だけでOKにはならないので、やってみて修正して、やってみて壊れてということの繰り返し。 発達障害、精神症状もある印象。知的レベルは低すぎないので社会不適合が起こりやすい。
効果	作成費対象にすることで、担当や相談する人が誰かと改めて明確にできる。
負担・課題等	活動の場でのトラブルが多いため、調整が大変。 新しい計画作成が大変。

(d) 精神障害について

- ・精神障害の場合、頼る人が分散しがち。(例：医療は主治医、生活の一部は主治医、一部は家族…) そうすると、相談支援専門員も、認知のなかに入れば相談相手の一人になるが、キーパーソンが複数になることも。また、疾患の状況によってキーパーソンが変わりやすい。
- ・精神障害で計画作成費の実績がないのは、候補者はいつもいるが、病状が安定しないので、局面が変わりやすく、サービス利用計画を作成し、計画通り実行して、見直すというのは難しい。せっかく作ろうと思ったら入院したというようなことも

多々ある。

- ・長期入院ケースで「退院する」という声が上がれば対象に加えても良いと市町村からは言われているが、病院サイドに「自らが計画作成して地域移行する」という自覚がないので、退院までの準備期間が短すぎ、関係者を集めてケア会議をやる時間的余裕がない。最前線の人を集めるのが精一杯な状況。
- ・精神の場合、障害者支援の枠組みに乗り切れていない部分もある。精神の場合、役割分担しながらも、担い合う人材も重要。医療的管理も生活の支えも必要なので、誰か一人が招集役というのは、落ち着いて生活の大きな崩れがないケース以外では現実的でない。

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

- ・地方では、現行の対象者は希少である。
- ・グループホーム、ケアホームのサービス管理責任者の役割が広くなりすぎている。実務から権利擁護まで、ぼんやりと大きい。
 - 他事業と並びで見れば、サビ管は暮らしの管理者であって、生活全体をコーディネートする事業者は別にいるべき。
 - GH, CHの単価は安く、生活全体のコーディネートはできない。
 - 本人が「ホームを変わりたい」と言っても、自由に動けるほどGH, CHがない地域では無理だし、仮に資源が潤沢な場合には特定のGHのサビ管が調整するのはおかしい。
- ・自立支援の視点からは、家族の同居の有無が条件となるのはおかしい。
 - できる家族とできない家族がいて、介護保険は家族の状況は関係ない。家族の同居が条件となるのであれば、サービスを家族から離す理由もなくなりかねず危険。
 - 相談は世帯としてみるケースがほとんどなので、家族がいるからこそ困難さが増すこともある。
 - 誰がコーディネートするかは個人の選択で、自分、家族、第三者というのは利用者が選択すべきもの。それでこそ自立支援の自覚が生まれるし、役割がはっきりする。これは、今の若い親の世代の感覚とも合っている。
 - 退院・退所に伴う支援も本人の選択に委ねるべき。ぎりぎりのところで考えているとき、「やるしかないよ」と言うか、「やれるところまでやってみて、疲れたら交代したらいいよ」という選択を提示できるかは大きい。
- ・サービス利用計画作成費は、事業として成立が不透明。委託相談支援事業者は、対象者が無限に広がる役割であるため、指定相談支援事業者が担うのが望ましいが、事業者が見当たらない。仕事になる単価、枠組みでなく、市場として魅力がない。
- ・在宅支援サービスの単価が低いため、取り組む事業者がいない、あるいは事業の縮小を考えざるを得ない。
 - このような中で、退所、退院に取り組むのは事業所としてリスクが高く、人材の確

保ができない。

- 障害者は、一人で安心して暮らせるサービスがないので、退院・退所を考えても、実現しない。(何もない地域には出て行けない)
- ・指定事業者が乱立するくらい、「相談」という仕事の価値を上げることが重要。事業化のチャンスと皆が考えるような仕組みを検討する必要がある。
 - ・利用者本位の仕組みになっているか。利用者の揺らぎや含みに寄り添えているのか。サービス利用計画作成費は、このうちどこまでを求めてこの単価なのかを明示すべき。ただやっていけばいいのではなく、経過をモニタリングしながら委託事業者と指定事業者が連携していくことが重要。
 - ・ケア会議を丁寧にやっている場合、いまさら作成費対象にするのは面倒というのも本音。ただ、世帯全体が要支援者で構成されているようなケースで、世帯に高齢者もいると、ケア会議に、いろいろな制度から関係者が入ってくるので、そういった行動の根拠が違う関係者と連動していくときに、作成費の枠組みはうまく使える。
 - ・作成費対象者は、本来、委託事業者が対象とすべきではない。無限に利用者が広がっている立場で相談を受け止めなければならない一方で、作成費対象者を受けてしまうと本来業務ができなくなる。今は地域に指定事業者がないので、見本としてやっているが、将来的には、ケースが出てくれば、指定事業者に流すイメージ。
 - ・作成費対象者は、ある程度プランもできているし、本人の希望もまとまっているので、指定事業者が個別支援を担当し、委託事業者はケア会議にスーパーバイズ的に参加するのが望ましい。ただ、経営として成り立たないため、指定事業者がないのが現状。(もてるのは30ケース程度が上限で、今の単価では経営として成り立たない)
 - ・明らかに「この人のために第三者が何らかのことをしなければいけない」という状態の人を、委託相談の枠で無限に受けていくのは無理。受けるとすれば、相談実績が増えた場合、行政に相談員を増やしてくれということになる。したがって、見込みがついた、定番サービスの人は作成費対象者として指定事業者に対応してもらおうほうが、予算的に効率的。
 - ・定番サービスにたどり着くまでには、本人のセルフマネジメント力、障害種別によって1年以上かかることもある。生活史を調べ、関係者にインタビューしてようやく生活背景が見え、視野が絞られた段階で、サービスの調整に入れる。ここにいたるまでは、緊急対応や危機介入が多いので、大変。
 - ・こうした整理がついて、作成費対象者となって、指定事業者がついたとしても、プランで動いている部分でないイレギュラー対応には、委託事業者が対応せざるをえない。
 - ・相談はどんどん増えていく。それに伴い、整理がついても、完全には離せずに持っているケースも増えていく。直営はよりこの傾向が顕著ではないか。どこまで行政が面倒をみていけるのか。指定事業者にこういったケースを渡すことで、相談員の増員が不要となれば、行政はより積極的に対応してくれるのではないか。市町村経

費の削減にもつながる。

- 委託事業者の委託費が、基本部分と出来高部分に分かれていれば、作成費を利用する可能性は高まる。（確定払いの場合、作成費を取ると二重取りになりかねない）ただ、出来高になると、相談支援専門員が実績を上げるために無理をする可能性があり、利用者にも無理をさせる可能性がある。

(6) 京都府京都市

①圏域の基本情報

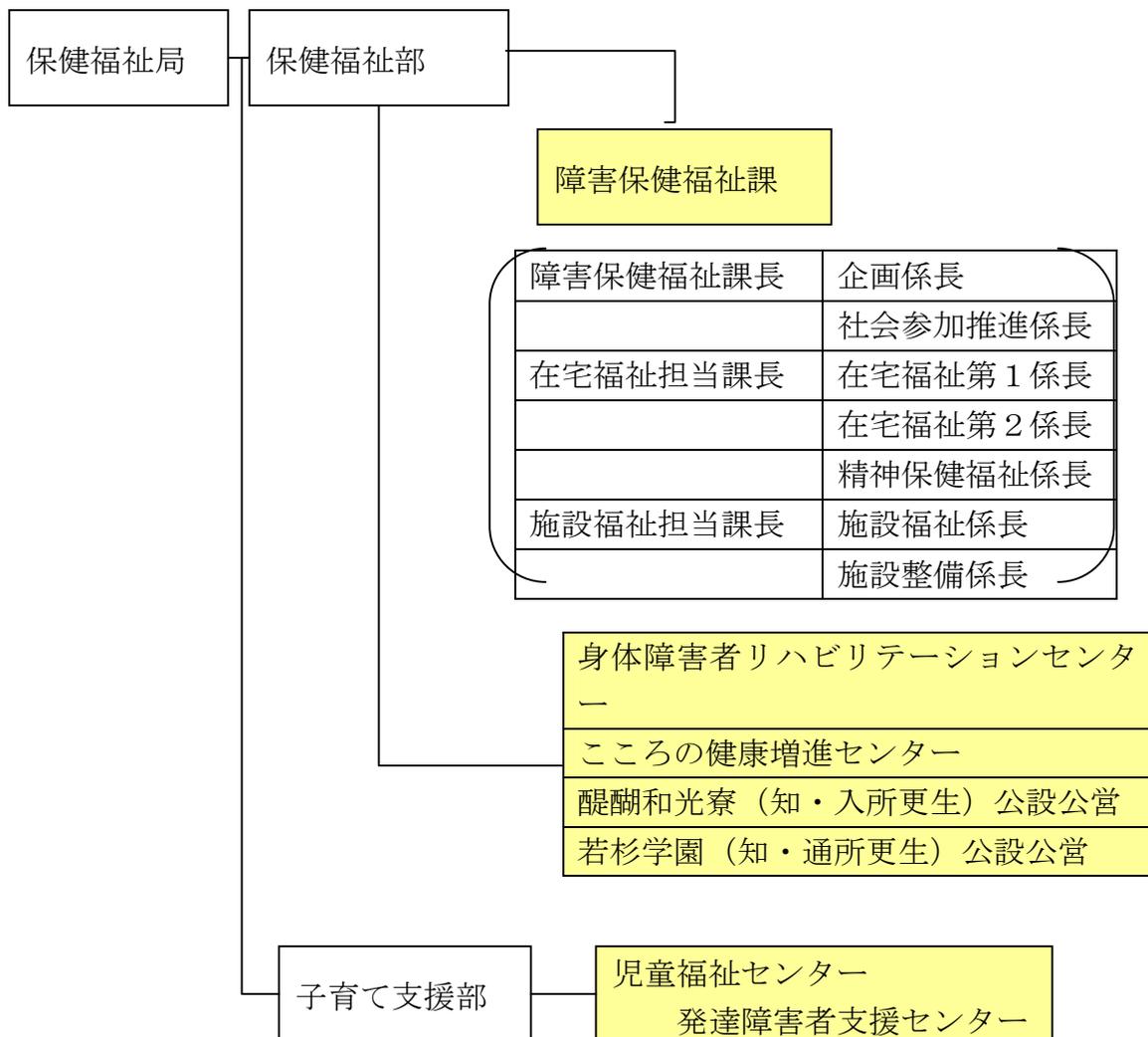
・人口 1,467,285 人(平成 19 年 4 月 1 日現在)、面積：827.9 km²

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

(1) 本庁課、事業所

ア. 組織図 (関係課等のみ抜粋)



イ. 障害保健福祉課の所管業務

(ア) 障害者施策推進プラン等の進行管理に関する事務 (企画係長)

課庶務、予算・決算、市会、障害者施策推進プラン及び障害福祉計画の進行管理に関する事務を行なう。

(イ) 障害のある方の社会参加の促進に関する事務 (社会参加推進係長)

障害者スポーツや就労支援など障害のある方の社会参加の促進に関する事務を行なう。

(ウ) 在宅福祉に関する事務（在宅福祉担当課長、在宅福祉第1係長、第2係長、精神保健福祉係長）

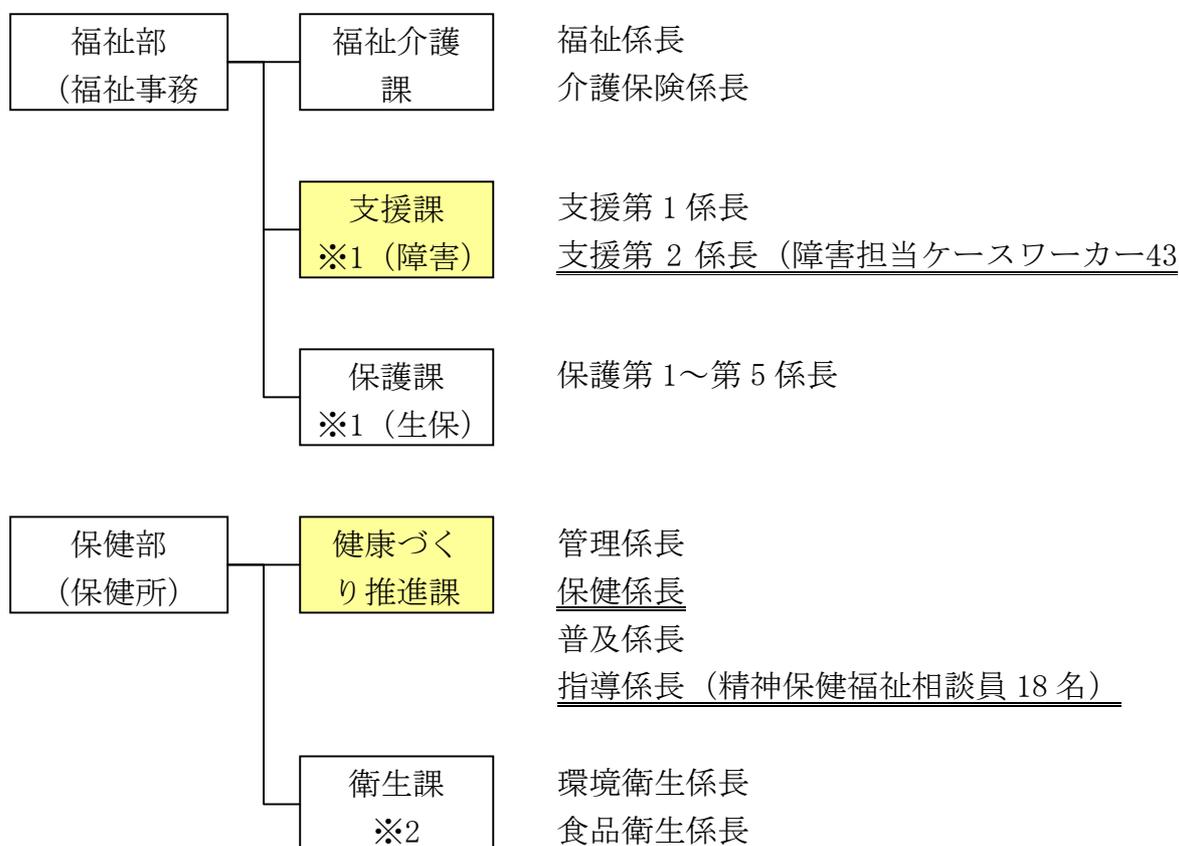
障害のある方のホームヘルプサービス等在宅福祉施策、障害程度区分認定審査会、自立支援医療、補装具、精神保健福祉に関する事務を行なう。

(エ) 障害者福祉施設の整備、運営等に関する事務（施設福祉担当課長、施設福祉係長、施設整備係長）

障害者自立支援法に基づくサービスを提供する施設の整備、運営、指導及び身体障害者福祉法等旧法施設の運営、指導に関する事務を行なう。

(2) 区役所、支所（市内14区・支所に設置）

ア. 組織図（障害保健福祉施策の担当は、 下線部）



※1 市内8箇所は、支援保護課として1課制となっている。

※2 市内3箇所の保健部支所は、室として係がない1室体制となっている。

イ. 福祉部（福祉事務所）・保健部（保健所）の所管業務

(ア) 福祉部（福祉事務所）

身体障害・知的障害のある市民について、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、障害者自立支援法に基づく福祉に関する相談を受け、各種の援護を行っている。

[主な業務内容]

- 1 福祉に関する相談、訪問、指導
- 2 身体障害者手帳・療育手帳の交付
- 3 障害程度区分認定調査
- 4 障害福祉サービス等の支給決定
- 5 自立支援医療（更正医療）の給付
- 6 補装具の交付等、日常生活用具の給付・貸与
- 7 心身障害者扶養共済事業
- 8 重度心身障害者医療費の支給
- 9 特別障害者手当の支給
- 10 家庭奉仕員の派遣

(イ) 保健部（保健所）

精神保健福祉相談員を配置し、精神障害のある市民について、精神保健福祉法、障害者自立支援法に基づき保健医療福祉に係る相談、事業等を実施している。

[主な業務内容]

- 1 精神保健福祉相談、訪問、指導
- 2 精神障害者保健福祉手帳の交付
- 3 障害程度区分認定調査
- 4 障害福祉サービス等の支給決定
- 5 自立支援医療（育成医療、精神通院）の給付
- 6 こころのふれあいネットワーク等地域の普及啓発事業
- 7 患者会、家族会等の自助グループやボランティア団体の活動支援
- 8 社会復帰相談支援事業（デイケア事業）
- 9 精神保健福祉法に基づく入院等に係る申請、通報、届出の受理

(b) 委託相談支援事業者の概要

- ・ 15箇所（5つの福祉圏域ごとに身体・知的対応、精神対応、3障害対応を一箇所ずつ配置）
- ・ 身体・知的については、地域療育等支援事業を委託していた事業所にそのまま相談支援事業、5箇所。精神は、精神障害者地域生活支援センターを頼んでいた5箇所に地域活動センターの1型と併設の形で継続して委託。
- ・ 人員配置：一箇所当たり5名。うち3名以上は相談支援専門員の資格を有するものとする。
- ・ 委託費は1ヶ所2000万。（人件費5人分）
- ・ 施設をもつ法人についても、相談は、中立性確保のため、地域におくことを基本にしている。
- ・ 身体・知的、精神でそれぞれ連絡会をもっており、3障害の事業所は両方に顔を出している。今後は、一本化する方向で考えている。3ヶ月から半年に1回程度、行

政が入った形で会をもち、支援センター同士の意見交換の場として活用しており、必要に応じて随時連絡を取っている。指定の事業者は入っていない。

- ・指定相談支援事業者：委託も含めて29箇所（14箇所）作成費は一部のところにしか出していないが、指定を拒むものではない。

(c) 自立支援協議会

- ・19年度中に設置を目指して取り組みを進めている。
- ・支援困難事例は個別のケースカンファレンスで、福祉事務所、障害者地域生活支援センター、事業所等で連携取り合って集まってやっている。退院時のカンファレンスを病院でやる等がすでにあるので、自立支援協議会として、困難事例とか退院促進の観点から、明確な位置づけを与える仕組みづくりをやっていく予定。

③サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 対象者数

- ・555人（平成18年8月時点推計値）

(b) 支給決定者数

- ・26人（平成19年4月1日現在）

障害種別	障害程度区分	支給期間			総計
		6箇月以下	7箇月～1年	1年以上	
身体障害者	区分1				
	区分2				
	区分3			1	1
	区分4				
	区分5				
	区分6	4	1		5
	合計	4	1	1	6
知的障害者	区分1				
	区分2		1		1
	区分3		1	1	2
	区分4		1		1
	区分5			1	1
	区分6				
	合計		3	2	5
精神障害者	区分1				
	区分2		1		1
	区分3	1	3		4
	区分4	2	6	1	9
	区分5		1		1
	区分6				
	合計	3	11	1	15
全体	区分1	0	0	0	0
	区分2	0	2	0	2
	区分3	1	4	2	7
	区分4	2	7	1	10
	区分5	0	1	1	2
	区分6	4	1	0	5
	合計	7	15	4	26

(c) 給付者数

・13人（平成19年4月利用分）

障害種別	障害程度区分	支給期間			総計
		6箇月以下	7箇月～1年	1年以上	
身体障害者	区分1				
	区分2				
	区分3		1		1
	区分4				
	区分5				
	区分6	3		1	4
	合計	3	1	1	5
知的障害者	区分1				
	区分2				
	区分3	1		1	2
	区分4				
	区分5				
	区分6				
	合計	1		1	2
精神障害者	区分1				
	区分2				
	区分3	1		1	2
	区分4			4	4
	区分5				
	区分6				
	合計	1		5	6
全体	区分1				
	区分2				
	区分3	2	1	2	5
	区分4			4	4
	区分5				
	区分6	3		1	4
	合計	5	1	7	13

(d) 対象要件

- ・事業者（HH事業者も含めて130くらい）に一定の流れの説明をしているが、どういう人をピックアップするかは説明していない。一斉に対象者が出てくると対応できないので、当初は市独自に要件を設けようと言うことで、厳しい要件設定をしている。
- ・単身：認定調査項目のうち、意思伝達について他者に伝達できる以外のもの。単身世帯でも近隣に援助が得られる家族がいる場合は対象外。
- ・10月以降で利用が低調なので、他者への伝達については、知的・精神で調整できないと現場で確認ができれば対象にしても良いと緩和している。
- ・現状では利用が低調なので、要件を緩和する必要があるかと考えている。要件を緩和してもすぐに広がるかと言うと、制度自体の活用方法が理解されていない状況があるので、すぐに増えることはないのではないか。
- ・作成費の身体・知的については、すでに福祉事務所や支援センターがかかっているとところにかぶせており、ニーズから掘り起こして適用していく感じではない。

(e) 支給決定の流れ

- ・身体・知的：サービス利用が多い人について、福祉事務所から支援センターにサービス調整を依頼するときには作成費を出して手当してもらおう。
- ・精神：退院して地域移行する取り組みをしているところではこれを活用して保健所から依頼する。
- ・それ以外はどういう人に適用していいか、相談支援事業者もどういう制度か分かっているのか微妙なところもある。
- ・福祉事務所、保健所で事業所の状況をつかめていない。どの事業所が何が得意か、ヘルパーの空き状況をつかめていないので、複数事業所が入らないといけないときは、支援センターにサービスの斡旋調整を依頼するときに合わせて支給決定。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) 具体的な事例

(ケース①)

- ・60歳男性。頰椎損傷、1年の入院から退院する際に妻から相談があった。
- ・退院1ヶ月前に連絡が入り支援導入。(18年11月から)。
- ・福祉事務所のケースワーカー、医師、担当相談員、リハ担当、ヘルパー事業所、入浴を考えてデイ事業者で、退院前に2回カンファレンスを開いて、退院までにはラフプランを作成、退院から支援が始まる形にもっていった。その後、イメージしていたのと体調等でプランを修正。妻が腰痛もちということでショートを導入。制度の理解も情報が入ってこないのでセンターが中心にかかわる。
- ・退院半年で作成費の支給期間は終了したが、時々ケアプランの変更や何かあれば相談に乗ったりしている。モニタリングは、退院後毎月2,3回行っていたが、今も訪問は継続している。電話相談もある。
- ・業務量は、支給期間を過ぎてもあまり変わらない。

(ケース②)

- ・市リハセンターからの相談。担当福祉事務所のケースワーカーからの相談でかかわりがスタート。
- ・18歳。脳出血で四肢体幹機能障害。半年前には地域に戻る相談が入っていたケース。
- ・18年10月に退院。その前に2回カンファレンス。
- ・地域の病院にかかりつけを変えたいということで、地域の病院や医師、リハ、訪問看護ステーションとのつながりがあった。
- ・学校に戻りたいと言う希望で養護学校へ転校、学校との連携を始めている。
- ・年度途中の入学は難しいので半年在宅生活をした後、落ち着いている。
- ・今でもプラン変更や何かあれば相談に行ったりしている。

(ケース3)

- ・29歳女性。療育手帳B、精神3級。移動支援、家事援助を使っている。
- ・母がパーキンソンと精神疾患。姉妹で姉が療育手帳A（GHで生活）の3人家族。

- ・福祉事務所から紹介。
- ・4, 5年前からかかっているケース。
- ・母の判断が難しいということで、ケースカンファや電話が日に10回、何かあれば駆けつけて対応する状況。
- ・生保を受給しているので保護のワーカーとのつながりもある。
- ・家族も本人も中途障害で制度や情報を知らないところからなので、センターがマネジメントしていくことで安心感を得たと思う。ただ、別ケースでも同じようなことをやっている。
- ・請求事務、上限管理がとても大変。訪問、モニタリングもやっているし、請求事務が大変。

(b) 作成費の負担

- ・上限額管理の事務が大変、調整するだけで1週間つぶれるなら、電話を受けていたほうが利用者のためになる。

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 給付対象範囲

- ・利用計画の対象と本当に大変なケースは別。
- ・一人暮らしで、自分で意思決定がある人でもサポートが必要。他市から京都市に一人暮らしがしたくて引越し、本人は意思決定ができるが、自分でプランを作りながらもトータルな視野では作成できず、フォローしてかかわって、各事業所とも窓口になって連携して課題を見つけて本人に提供するようなケース。
- ・家族で知的障害の姉妹で母との3人暮らし。母ががんで緊急入院して、2人をどう支えるか。入院前から兄弟げんかで駆けつけたり、通所拒否の場合に通所サポートをしたりしている。
- ・介護保険対象者でケアマネはいたが、障害の制度も利用していて、相談がきたら返す。
- ・治療が中断している人へのかかわり、支援センターはそこまではかかわらないのが普通だが、もともとかかっている人へのかかわりが必要。
- ・ヘルパー利用に至らない、家の中がぐちゃぐちゃでがんとして利用しない、関係ができた人がかかわることで何とか生活を維持しているケース。
- ・介護保険に移った人で、介護保険のケアマネにいきなり渡せないのが、一緒にかかわっていくケース。
- ・GHを同じ建物で持っていて、どんな重症でも地域で生活できるように、入院中の人を迎えて地域でアパート生活ができるように練習するケース。
- ・重度包括支援も対象になるとあるが、制度を利用している人がケースとしてない。どういう使い方をすればいいのかが分からないということも背景にあるか。
- ・介護のように全員にケアマネがつけば浸透するが、一部の人というのは浸透しない。関係機関も何をやっているのか分からない。対象になったらキーパーソンができるというのではなく、義務化したほうがのりやすい。その上で、ケアマネの力量は研

修でつけていくことが現実的。

(b) 制度の周知

- ・医療にかかわり退院するときに、何も情報がなく、あと1週間で退院ということどたばた動くことがあるが、医療に対して支援センターが働きかけをすることも今後の課題。支援センターの認知度も含め、かかわっている機関と連携する仕組みづくりが必要。
- ・ベースとして利用者に理解しづらい、これを使うことでどうメリットがあるかわからない。
- ・代理受領の通知が必要。それで儲けているのかと言われる。その説明の手間を考えると作成費を受けるのはとても難しい。報酬目的ではないが、利用者には報酬目的と思われる。
- ・福祉サービス事業所の中では、サービス利用計画は意識されていない。
- ・病院や入所施設は制度自体を知らないかもしれない。制度施策の関係の中で情報提供はしているが浸透はしていない。

(c) その他

- ・手間がかかっている人、濃厚にかかわっている人と、作成費対象者が一致していない可能性がある。
 - ・緊急に調整しないといけないケースは短いサイクルでかかわってカンファレンスしている。制度にのりにくい。形どおりの支給決定、認定で利用できる人は、いい人。サービスにのらないボーダーの人をどう拾うかで苦勞している。
 - ・作成費は誰に対して何を目的にということが分かりにくい。イメージとしては、制度としてどう作られているのか。
- 特に計画的な支援が必要な人についてサービス提供することを目的としているが、一般相談をきちんとやっているところから見ると、違いが見えない。
- サービス利用計画作成はケアプランとリンクしがち。限度額があるので、給付管理がメイン。区分認定と関係ない現状では、必要なものを打つということなので、管理も何もない。障害の相談援助は、ケアプラン、給付管理でなく、その人の生活の質をどう高めるかであり、自立支援協議会で課題を取り上げて支援する、そのツールとして作成費もあるが、仕組みと対象者が一致しづらい。

⑥その他

- ・相談支援事業の評価：体制、力量、客観指標がない。事務負担の軽減をいかにはかって相談支援に集中してもらえそうな体制にできるか。
- ・対象者像をはっきり示してほしい。仕組みでは制度としては理解できるが、誰が入るのか、援助の大変さの部分とミスマッチが出ている。中軽度でも援助が大変なケースもある。訪問だけで評価できないところもある。
- ・地域生活支援事業については、統合補助金とされているため、実質的に補助金の上限がある。地域生活を支えていくには、移動支援を中心とした地域生活支援事業の

適用が不可欠であり、国において市町村に対し十分な補助がなされないと、制度の維持が困難となってしまう。

- 相談支援は相談件数等の数字で図れるものではなく、不特定を対象にしているので、それぞれの大変さがある。そこをどう評価するかというと「箱うち」しかない。
- 本当は相談支援についてしっかり議論したいが、制度施行で手一杯。
- 1割負担でも利用を減らす人がいる。サービスを必要とする人が、費用負担があるためにサービスを利用できないということがないように、国においても対応をお願いしたい。

(7) 大阪府大阪市

①圏域の基本情報

・人口：2,642,204人（平成19年8月1日推計）、面積222.11km²

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

担当者	係長級 1名	係員 1名
職種	事務	事務
経験年数	2年6ヶ月	3年6ヶ月
専任・兼務	兼務	兼務

(b) 委託相談支援事業者の概要

事業者数	36ヶ所
担当者数	各事業所1名以上
職種	相談支援専門員等
研修修了の有無	修了済み
経験年数	3年以上
専任・兼務	専任又は兼務
併設サービスの状況	事業所ごとに相違

(c) 市町村相談支援強化事業の概要

配置人数	各事業所1名以上
職種	相談支援専門員等
経験年数	不明
所属	法人
専任・兼務	兼務
具体の活動	困難ケースへの対応や自立支援協議会への助言

(d) 指定相談支援事業者の概要

・市内に75ヶ所。

(e) 地域自立支援協議会の概要

・設置に向け協議中。

③サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 支給決定者数（平成19年4月）：215件

身体	73	区分1	5
知的	55	区分2	29
精神	112	区分3	67

再掲	身体・知的	15	区分4	43
	身体・精神	6	区分5	16
	知的・精神	4	区分6	55
	身体・知的・精神	0		

(b) サービス利用計画作成費の給付までの流れ

- ・ 障害程度区分判定結果出た後のサービス利用計画案作成は、基準の客観化・透明性の担保の視点、区職員の事務負担軽減の観点から、すべて外部委託している。
- ・ 原則は認定調査を実施している社協の調査員に引き続き計画案作成を依頼するが、サービス利用計画作成費対象者については、この段階から指定相談支援事業者に委託している。
- ・ この業務は本来市が実施すべきものなので、6,285円/件で委託。(サービス利用計画作成費対象者については、これとは別に、8,500円/件を支払う)
- ・ 指定相談支援事業者 75ヶ所(委託が取れなかった事業者、介護保険系が多い)のうち、計画案作成を担当しているのは半数程度。

(c) サービス利用計画作成費の支給対象者の要件

- ・市ではサービス利用計画作成費の支給対象者の要件をより具体化し、指定相談支援事業者や区担当者にマニュアルとして配布している。
- ・誰が担当になっても、統一的な判断ができるよう、要件設定には認定調査の項目を活用し、団体とも相談した上で基準を設定している。

【省令①に該当する者（地域移行のケース）の要件】

- ・概ね3ヶ月以上に及ぶ施設入所や入院から退所又は退院する場合、もしくは事故・病気等により入院し、障害者となって退院する場合（この場合には入院の期間は問わない。）
- ・地域移行のケースであっても、退院・退所後にグループホームやケアホームに入居する場合や、重度障害者等包括支援又は自立訓練を利用する場合には省令で定められた要件から外れるため対象とならないが、逆に出身世帯に戻る（親族と同居する）場合には、単身か否かに関わらず対象となる。

【省令②に該当する者（単身生活者のケース）の要件】

- ・次のいずれかに該当する場合とする。ただし、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練及び共同生活援助のいずれかのサービスの支給決定を受けている場合については省令で定められた要件から外れるため対象とならない。

(a) 知的障害者・精神障害者の場合

- ・単身生活者（家族と同居する場合であっても、家族の障害、疾病等のため適切な支援が受けられない者を含む。以下同じ。）であって、日常の意思決定において何らかの支援が必要である場合。
- ・日常の意思決定において何らかの支援が必要であることの具体的な判断基準としては、認定調査票の「5-6 日常の意思決定」の選択肢が「できる」以外である場合に該当するものとする。

(b) 身体障害者の場合

- ・単身で生活する重度訪問介護の対象者であって、外部との連絡調整に支援が必要である場合、又は単身で生活するコミュニケーションに著しい支障のある盲ろう者である場合。
- ・外部との連絡調整に支援が必要であることの具体的な判断基準としては、認定調査票の「5-5 電話の利用」の選択肢が「できる」以外である場合に該当するものとする。

単身生活者の定義について

- ・家族と同居する場合であっても、「家族の障害、疾病等のため適切な支援が受けられない者」については単身生活者に含むと規定している。
- ・「障害、疾病等のため適切な支援が受けられない」状態としては、家族が障害者で

ある場合や重い疾病がある場合、又は、要介護状態にある場合などを想定しているが、家族が就労しており昼間独居である場合などは、昼間不在であることが必ずしも「サービス利用にかかる適切な支援が受けられない状態」ではあるとはいえないことから対象外とする。

- ・上記に該当しない場合で、区において単身生活者に準じた扱いとすることが適切であると判断される場合は、個別に障害者施策部担当あてその適否について照会する。（個別に支援の必要性を勘案して対応を検討する。）
- ・単身生活者に準じた扱いとすべきであると考えられる例：家族と同居しているものの、介護や生活上の支援が全く得られていない状態であり、適切なサービス利用のための支援を提供しながら本人の生活状態の改善を図る必要があると認められる場合。（ネグレクト等）

【省令③に該当する者（重度障害者等包括支援対象者ケース）の要件】

- ・重度障害者等包括支援の対象者であるが、重度障害者等包括支援の支給決定を受けず、重度訪問介護等他の障害福祉サービス（共同生活介護、施設入所支援、自立訓練及び共同生活援助を除く。）を利用する場合。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) ケース①

ケース概要	盲ろう障害（区分3）、聴覚障害・精神障害の重複（区分3）の夫婦。
対象理由	サービス事業者等との連絡調整等が困難
支援経過	<ul style="list-style-type: none"> ・専任相談支援専門員1人と補助スタッフ2人で担当。コミュニケーション手段が手話、触手話なので、補助の通訳者もつけている。 ・ケア会議は、相談支援事業者とヘルパー派遣事業所で開催。（本人は参加せず） ・5年前、施設からの地域移行でサポートして依頼の関係。地域移行時に、住宅の手配や生活に必要な情報提供等をして、生活が軌道に乗るように支援。現在はケースとしては安定しており、日常的な相談から制度の相談まで、FAXで来たものに対応している。 ・コミュニケーション障害があるので、地域に住んでいても近隣住民とのつながりが難しく、今後、つながりの構築が課題。 ・地震、犯罪等の緊急時の体制作りが課題。地元警察との関係作りをしている。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・安定しているので、作成費対象になる前は、FAXのやり取りがほとんどで、訪問での相談は2ヶ月に1回程度。これが定期的に月1回訪問できるようになり、状況が的確に把握できるようになった。また、対象者に事業所へ出向いてもらうことが多かったので、事業所から訪問するようになって楽になったと言われている。
負担・課題等	<ul style="list-style-type: none"> ・通訳者の手配・調整。 ・盲ろう障害の場合、コミュニケーションの時間がかかる。モニタリ

	<p>ング 1 回につき 2 時間かかる。また、モニタリング以外にヘルパー派遣を受けているが、電話で調整できないので、本人の要望等を FAX でやり取りしながら、調整する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまで支援してきたことの延長ケースなので、月 1 回モニタリングと書類を作成しなければいけないところは負担に感じる。
--	---

(b) ケース②

ケース概要	肢体障害（左上肢機能全廃、左耳失聴）。区分 4
対象理由	サービス事業者等との連絡調整等が困難
支援経過	<ul style="list-style-type: none"> ・区役所から作成費の対象ケースとして依頼があった。 ・兼務の相談支援専門員 1 人と補助スタッフ 1 人が担当。 ・ケア会議は、区役所担当、2 ヶ所のヘルパー事業所の担当、相談支援事業者の担当で実施。（本人は参加せず） ・訪問は月 2 回。1 回目に本人の話を聞いて、関係機関とのケア会議を開催、その内容を 2 回目の訪問時に本人に確認して調整する。 ・ヘルパー変更等が出てくる場合は、すべて相談支援事業者を通じて本人に連絡。 ・1 ヶ月のサービス利用計画を本人と別居家族に報告している。
効果	
負担・課題等	<ul style="list-style-type: none"> ・日程調整が難しい。限られたスタッフの中で月 2 回訪問とケア会議を開催するには他の業務に支障が出るが、何とかこなしている。 ・資料作成の負担感がある。 ・新規ケース＋精神的にも不安定なため、電話でのやり取りや訪問に配慮が必要なので、現行単価では負担感が大きい。

(c) ケース③

ケース概要	精神障害。区分 2。女性
対象理由	サービス事業者等との連絡調整等が困難
支援経過	<ul style="list-style-type: none"> ・夫が高齢で、入院することが多く、単身生活になることが多いため、夫のケアマネから連絡が入った。 ・夫が入退院を繰り返していると、「他人には看病を任せられない」と不安定になる。一方で、退院して一緒に生活すると介護負担が大きく、体調が悪くなる。（本人も自覚） ・夫のケア会議と一緒に参加して、夫の退院後の支援体制作りを行うとともに、本人に対して、気負わなくてもよいということをケア会議の関係者皆で話をしている。 ・本人のヘルパー派遣を増やすようにして、今は安定して夫と暮らしている。 ・今後も入退院を繰り返すので、定期的なモニタリングが必要。
効果	

負担・課題等	
--------	--

(d) ケース④

ケース概要	知的障害。区分6。女性
対象理由	サービス事業者等との連絡調整等が困難
支援経過	<ul style="list-style-type: none"> ・区役所からの紹介。 ・軽い認知症の両親と3人暮らし。週3日生活介護事業所に通っている。 ・本人の体重増加で歩行しにくくなり、本人も健康状態に不安がある。家庭での健康管理や食事管理が難しいので、居宅介護・生活介護事業所ケア会議を開催し、食事の見直し、調理、生活管理を依頼。 ・両親ともになかば寝たきり。ヘルパーは両親が利用していたが、調整して、本人にも利用できるようにした。
効果	・本人が健康に関心がもてるようになってきた。体重も目標体重まで減らせた。
負担・課題等	・地域で問題を起こしているため、両親サイドからでかかわる必要がある。

(e) ケース⑤

ケース概要	知的障害。区分2
対象理由	サービス事業者等との連絡調整等が困難
支援経過	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害の母と二人暮らし。母も対象者だったが、19年4月に介護保険に移行。 ・別居していた兄が時々家に帰ってくるようになり、本人は、兄と暮らすのが嫌で、大切な家財を売ってしまい、兄に叱られ、家に帰りにくくなって薬を服用して倒れているところを発見され、緊急入院。 ・兄がいると、生活時間が合わない、家にお金を入れてくれないといった不満がたまってしまう。 ・入院の知らせに母が動揺し、その担当ヘルパーの報告で、相談事業所に連絡が入り、緊急で自宅訪問。翌日、母に同行して病院へ、退院手続き代行、自殺企図への対応、家族との関係調整、仕事への復帰がスムーズに行くように、就労支援センターとの連携を図りながら支援。 ・今後も色々ななかかわりが必要と思われる。
効果	
負担・課題等	

(f) 精神障害の支援センターのケース

- ・地域活動支援センター（登録者120人）のスタッフ7人中3人が相談支援専門員を兼務（支援センター、退院促進・就労移行支援、就労移行支援とそれぞれ兼務）

- ・作成費対象者の契約数は、56人。
- 支援センターの利用者が20人、残りは施設を1度も使ったことがない、新規ケース。
- 男性32人、女性24人。
- これまでに4人が終結。(1年見て安定したので、支援はなくてもいけるということで終結2人。人格障害で問題があり、危害を加えたので終結1人。介護保険、高齢ケアマネに移行して終結1人)
- 精神49人、残りは精神と知的・身体の重複。
- ほぼ全員居宅介護を利用している。これまでケース会議がきちんと開催されておらず
- 入退院の支援が9人。

(g) 計画作成の効果

- ・行政からみた場合、事業者がついていると、区の支援の負担が軽くなる。
- ・一人暮らしケースが作成費の対象になると、事業者側から入ってモニタリングするきっかけが作れる。きっかけがないと運任せになってしまう。
- ・作成費対象者は、定期的にモニタリング、ケア会議を開催している。(それ以外は必要に応じて随時、不定期)
- ・従来の支援センター利用者については、これまでもケア会議を開催していたが、月1回のモニタリングで確実に対象者宅を訪問するようになったことで、自宅に行って初めて把握できる課題もあり、この点は有益である。
- ・新規利用者については、保健センターのかかわりはあったが、外部とつながっていなかったケースが多く、実質的なアウトリーチができるようになったのが利点。事業所、ヘルパーと本人で援助する中で、明らかに援助方法に問題があるといったものについて、改善方法を皆で話し合い、ケア会議を開催できるようになった。
- ・支援センターを使っていない人は単身、別居家族、兄弟、親戚とトラブルで、ストレスになって病気が安定しない人がかなりいるので、その間に入って調整することで、本人の安定や家族のレスパイトになる。
- ・状態悪化のときの対応が迅速に行える。今まではヘルパーが抱え込んで何とかしないといけなかったのが、病院や区役所ワーカーとの調整ができるようになったので、ヘルパーはヘルパーの役割に集中できるようになった。

(h) 計画作成の課題

- ・相談支援事業、ケアマネについて認知が低い。本人、家族だけでなく、居宅介護の事業所でもケアマネが入っていることの意味を理解できておらず、相談支援事業者の知らない間に時間数の変更があったりした。
- ・もともと障害者のケアマネジメントは、本人のエンパワメントといわれているが、地域の一人暮らしはそこまで行かない。とにかく安否確認も含めてやっている。もっとやるべきことがあるのと思うことが多い。そういうことが十分できるようにするにはどうしたらよいかを考える。

- ・終結の見極めが重要。精神障害の支援センター併設の場合で、居場所として来ている人も必要があれば作成費を使ったら良いが、そのことが次へステップアップする能力を奪う形になってはいけない。1年間ケース会議も必要でなく、状態安定していれば、無理に入っていく必要もない人がいる。そういう人はきちんと話して終了しないとはいけない。終了したときにどうつなぐか、区や医療機関との連携が課題。

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 給付対象範囲

- ・ケアホームでヘルパーを入れているケースでは、計画作成が必要かもしれない。ただ、日中活動の場を必ずとって、そこで相談ができていれば、モニタリングは必須ではない。
- ・ケアホームには計画作成が必要か。たとえば、知的重度で行動障害があるケースなど。ケアホームは報酬が手厚くないので、ヘルパー派遣で補っており、職員の指導が課題。夜間密室になりやすく、利用者に対して本人の意向をふまえた支援がなされているか分からない。利用者の立場から、支援が必要かチェックする人がいたほうが良い。外からの目が入ることが必要。
- ・脳性まひ、脳性まひと知的の重複で、30～40代、家族が70代の人たちは、家族ありという理由で、作成費の対象にならない。10年後、20年後も家族からの介護が期待できるわけではなく、ヘルパーを使った自立生活を考えていかないとはいけないが、事業所サイドでもマンパワーの限界がある。
- ・家族の介護力が弱い人（母が知的のボーダー。障害名がついていなくても精神障害と分かる等）は、外から第三者がその状況を把握し、支援しないと、充実した地域生活を送ることが難しい。

(b) 人員体制・相談支援にかかる費用

- ・事業者が自分から顧客開拓するような仕事ではない。
- ・8500円の報酬は、安定ケースという前提では「こんなにもらっていいのかな」と思う。やっていることは変わらず、違うフォームに落として、それを提出する作業が増えるだけ。新規ケースでは厳しい単価である。
- ・現行単価ではやっていけない。緊急ケースが1件発生すると手一杯になる。安定10ケースに、緊急ケースが1件あると、それだけで1人が張り付きになる。できれば、専任の相談員を置きたいが、財政的に困難。
- ・当事業所の場合、3人の相談員で、80人程度を担当。同一法人内の通所施設（2施設）の利用者が多く、その職員と連携できる点で負担が軽減できている。
- ・地域生活支援を考えた場合、相談窓口としてこういう機能をもち、一人暮らし人等ときちんとかかわれることは必要。できれば事業所として独立させたいが、現行単価では難しいし、緊急ケース3ケースは同時に持てない。
- ・1人あたり、20件、13件、23件担当している。兼任では手一杯。区や保健センター、事業所から依頼が来ても、もう受けられない状況。委託相談支援事業者が8ヶ所しかなく、精神障害で動ける指定相談支援事業者も少なく、たらいまわしになっ

ている状態。頼みたいけれど頼めない状況になっている。

- ・専任職員を配置してみようかと思うが、経営的に成り立つか躊躇している。30 ケース見るのは大変ではないか。採算が取れない。

(c) 制度周知の必要性

- ・利用者の意識として、「これまでホームヘルプですべて完結しているのに、その上にどこかを」という認識にはなかなかならない。利用計画案を 10 件作っても、サービス利用計画作成費の対象として 1 件も上がってこないという実態もある。サービスの周知ができておらず、どう使ってよいか分からないため、利用者が断るケースもある。

(d) その他

- ・精神が多いだらうと見込んでいた（単身の場合はほとんど該当）が、事業者側の受け皿がない状況。
- ・精神は掘り起こせばいくらでも出てくるが、安定していれば複雑にサービスを組み合わせなくていいし、単身だからと無理して支給決定しなくても良いと考えている。
- ・利用者が一番安心できる、日常的にこの人なら何でも相談できる存在と考えると、一番身近に支援してくれる人が安心できる。居宅介護で頑張っているところもあるけれども、日中の通所施設が生活拠点となっており、施設職員のほうが関係が強いこともある。日中施設職員も日中だけでなく、ある程度その人の生活を視野に入れて支えるという視点を持てば、利用者は安心する。

(8) 大阪府茨木市

①圏域の基本情報

- ・人口 270,779 人(19 年 10 月 31 日現在)、面積：76.52 km²
- ・南北縦長の市で南部に市街地が集中。

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

- ・障害福祉課の中にケースワーカーが兼務で配置されており、専従はいない。
- ・福祉係（主に手帳の交付事務、サービスの支給決定、ケースワーク、処遇、手話通訳や自立支援法のサービス部門を担当）8人体制と、管理係（主に事務所の管理的業務、手当ての受給や福祉金等の交付、障害福祉計画、啓発事業、福祉団体との連携、補助）がある。
- ・平成 14 年度に都道府県から市に精神保健福祉事務の一部が移管されたときに精神保健福祉士を配置。

種別	人数	職種	経験年数	兼務状況
身体・児童	2	事務	5 年	兼務
		事務	1 年	兼務
知的	2	事務	1 年	兼務
		事務	1 年	兼務
精神	1	精神保健福祉士	6 年	兼務

- ・認定調査は、18 年度上半期は障害福祉課職員では対応しきれなかったもので、民間の居宅介護事業所及び精神障害者地域生活支援センターに委託したのに加え、市直営の居宅介護事業所及び通所授産施設等の職員も導入した。18 年度下半期は障害福祉課の職員 5 名体制。19 年度からは直営の居宅介護の事業所のホームヘルパー、介護福祉士が担当し、困難ケースや決定した障害程度区分に苦情があったケース等特に必要性の高いケースは障害福祉課職員が調査を行うこともある。（直営の居宅介護事業所は、昭和の家庭奉仕員の頃からずっとやっており、旧制度における精神の HH を 4/5 程度、自立支援法施行後も 1/3 以上をやっている。精神障害者にサービス提供できる事業所数自体が少数であることに加え、精神障害者がヘルパーに暴力を振るうのではないかとといった偏見が根強かったり、キャンセルが多発するなど民間で行った場合明らかに採算に合わないケース等様々な事情から当市域において市直営で実施するのが好ましい部分が残っているので、現在に至っても直営の事業所の存在価値が高い。介護保険の事業所は昨年終了した。担当する 30 ケースのうち 27、8 件は精神）。

(b) 相談支援事業者の概要

- ・委託事業所が 3 ケ所、それ以外の指定事業所が 4 ケ所ある。
- ・委託費は、18 年度委託を行った二事業所のうち一箇所は、身体障害者を対象とした地域生活支援事業の額をそのまま特に出来高部分はなく、もう一箇所は精神障害者地域生活支援センターから地域活動支援センター I 型に移行したもので、センター事業と相談支援事業を併せ旧制度の生活支援センターの国庫補助基準額と同レ

ベルの委託費とした。知的を専門とした事業所への委託がなかったため、両事業所が知的障害に関する相談を受けることとした。19年度は前年度の事業所に加え、知的を専門に扱う事業所を人員配置で積算し、入札形式で3事業所に提示してもらい、その一番低いラインにあわせて設定し、三障害にそれぞれ対応できる体制を整備した。

委託相談支援事業者の概要	担当者	職種	経験年数	専任・兼任	常勤・非常勤	相談支援従事者研修	サービス管理責任者研修	併設サービスの状況
ステップ21 (身体)	3人	専門員	8年	兼任	常勤	受講済	未受講	なし
		専門員	8年	専任	非常勤	受講済	未受講	
		専門員	7年	専任	非常勤	受講済	未受講	
茨木自立支援センター ぽぽんがぽん(知的)	2人	相談支援専門員	17年	専任	-	受講済	受講中	居宅介護・移動支援事業所 送迎サービス
		相談員	1年	専任	-	未受講	未受講	
菜の花障害者相談支援センター(精神)	3人	精神保健福祉士	14年	兼任	常勤	受講済	受講済	地域活動支援センターI型、グループホーム、就労移行、精神科病院
		精神保健福祉士	17年	専任	常勤	受講済	受講済	
		精神保健福祉士	11年	兼任	常勤	受講済	未受講	

- ・相談支援事業者の連絡、情報共有のための連絡調整会議は11月から始めた。お互いに持っているスキルを共有しながらアップしていきたい。施策の軸として動いてもらうことを想定している。月1回ペースで開催。
- ・大阪府では、都道府県相談支援機能強化事業を今年度からスタートし、アドバイザーがそろってきて、20年1月から派遣できる仕組みづくりの基盤ができたところ。大阪府内を4ブロックに分けて3障害1人ずつ確保して、12人のアドバイザーが仕組みづくりを手伝う予定。

(c) 自立支援協議会

- ・検討中。
- ・内容は困難事例、困難ケースに対応するための社会資源の点検や分析、ネットワークの構築、現在相談にあがっていないケースや新たなニーズの掘り起こし等を想定しているが、形骸化しないためにどうするか検討している。

③サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 対象者試算 (H18.11末現在)

- ・認定調査項目と医師意見書から、精神・知的の担当者がケースを照らし合わせて、調査項目の条件設定を検討した。サービス調整に必要と思われる能力をピックアップし、必要な方に支給を制限してしまわないような設定で試算したところ、81%は対象になりうるとされた。
- ・独居条件については、住民票ではなく実態としての単身ケースも含め、概況調査(介護者の状況)で、介護者が何らかの体調不良を訴えている場合も、準単身として、

試算を行った結果、単身 35 人、準単身を合わせて 200 人程度が対象になりうるとされた。

要件	精神知的調査票該当	359	総数	524		
	精神知的意見書該当	303	身体のみ	106		
	精神知的該当	417	知的のみ	223		
	身体等級該当	142	精神のみ	65		
	身体調査票該当	348	重複障害	130		
	身体該当	94				
本人条件	精神知的のみ該当	330	計	424	合計	205
	身体のみ該当	7				
	いずれも該当	87				
独居条件	精神知的のみ単身	28	単身計	35	合計	205
	身体のみ単身	3				
	いずれも該当単身	4				
	精神知的のみ準単身	123	準単身計	170		
	身体のみ準単身	2				
	いずれも該当準単身	45				

本人条件	81%
単身	7%
準単身	32%
計	39%

・対象者推計にあたっては、調査票の以下の項目について、点数以上のものを該当とした。

(知的・精神)

5-5 電話	5-6 意思決定	6-2 聴力	6-3 ア意思伝達	6-3 イ独自表現	6-4-ア指示反応
3	2	4	2	2	2
6-4-イ言葉以外 >=3	6-5 記憶(6=全部 できる)	7-ア被害的	7-ケ助言抵抗	7-ム話まとまり	7-ヤ猜疑的
2	8	3	3	3	3
精神症状(医師 意見) 1	コミュニケーション(医師 意見) 2	精神知的調査票 該当項目数	精神知的意見書 該当項目数		
3	3	2	1		

(身体)

5-5 電話	6-2 聴力	6-3 ア意思伝達	6-3 イ独自表現	身体調査票該当 (該当項目数)
3	4	2	2	1

・区分別にみると以下のとおり。

区分	本人要件				独居要件						
	精神知的のみ 該当	身体のみ 該当	いずれ も該当	小計	精神知的のみ 単身	身体のみ 単身	いずれ も該当 単身	精神知的のみ 準単身	身体のみ 準単身	いずれ も該当 準単身	小計
区分 1	6	0	0	6	0	0	0	2	0	0	2
区分 2	49	1	0	50	5	0	0	11	0	0	16
区分 3	76	2	10	88	11	2	0	16	0	3	32
区分 4	94	0	5	99	5	0	0	35	0	1	41
区分 5	71	0	10	81	3	0	1	39	0	4	47
区分 6	34	4	62	100	4	1	3	20	2	37	67
合計	330	7	87	424	28	3	4	123	2	45	205

(b) 支給決定者数

- ・支給決定は11人、相談中が1人。

NO	性別	生年	障害程度区分	障害種別			支給事由				支給開始	支給終了	実績	備考
				身体	知的	精神	地域移行	単身知精	単身身体	包括対象				
1	M	S21	5			○					H18.12.07	H19.06.30	無	単一サービス定着支援
2	M	S34	2			○	◎	○			H18.12.09	H19.06.30	有	
3	F	S25	2		○			◎			H19.02.16	H20.01.31	無	
4	F	S23	3		○			◎			H19.02.16	H20.01.31	無	
5	F	S47	2		○			◎			H19.03.09	H20.02.29	未	
6	F	S47	3		○			◎			H19.03.09	H19.08.31	無	単一サービス
7	F	S48	3		○			◎			H19.03.09	H20.02.29	未	
8	M	S33	4			○	◎	○			H19.09.27	H20.02.29	有	
9	M	S29	4	○	○			◎			H19.10.17	H20.04.30	有	単一サービス定着支援
10	M	S41	5			○	○	◎			H19.10.18	H20.09.30	未	
11	M	S21	4	○		○		◎			H19.12.11	H20.11.30	未	
12	F	S46	6	○										筋ジス 相談中

◎…支給事由 ○…その他該当する事由

- ・作成費について、どういうプロセスでどういう内容でやるか障害福祉課内での共有が不十分。制度の趣旨を理解し、適切な利用者の選定ができ、支給決定に係る事務等必要な事項を把握し実際に制度の運用ができる職員は2,3人。
- ・認定調査段階から作成費の対象者かどうかと把握するのは難しい。ホームヘルパーが調査に行くので、調査のスキルは問題ないが、制度全体の枠組みまでは把握できない。ひとつの入り口は市が行う個別のケースワーク。そのほかには、地域から「この人の地域支援は計画的な支援が必要」ともちこまれる、精神の場合、長期入院の地域移行ということで連絡が入るといったことから対象者を把握することになるのではないかと。府の退院促進事業のケースとして上がってくるものは、退院後の継続的支援をきちんとした枠組みでやっていくのが難しいので、退院促進事業からサービス利用計画作成費につないで、継続的な支援を提供していくといったところか。一定のノウハウの蓄積や人力的な基盤を整えば当制度の周知を広く行い、地域のネットワークを駆使して必要な方にサービスが行き届く工夫を行って、積極的に推進していきたい。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) 支給決定して、作成にいたらなかったケース

- ・知的の支援をやっている法人から相談があったケース。もともと入所施設を持っていて、5人が退所して居宅を構えた。同一法人が運営する授産施設や作業所に通い、法人の居宅介護のサービスがすでに入った状況の中で計画費を使いたいという申し出があった。
- ・地域移行の時点で相談してほしかったが（いずれも施設の退所自体も法人都合で退所させられたものであり、判断能力が不十分な利用者に十分な説明があったとは考

えにくい状況で迅速に進められるなど、その地域移行のあり方自体に問題を多く含んでいたと思われる事例だった)、すでにパッケージが整った後に計画費をとという話。介護保険もそうだが、単一法人でサービスパッケージを組むことは適切なサービスの質を維持する上でも権利擁護の観点からも問題があると法人側に指摘した。本人要件は満たしていたため支給決定は行ったが、支援内容として同一法人でないと地域資源がないということではないので、認められないとした。

- ・別法人の事業所が入るなり、相談支援は別の事業所にするチェック機能が働くようなところでないといけないと言う指導をしたが、一件もそれに向けた動きを行った形跡はなく、法人は単一の法人でパッケージングをすることのリスクや問題点を理解していないと判断した。
- ・ケースがつみあがった段階ではやむを得ず同一法人下でサービス提供されるプランを認めざるを得ない場合はあると思うが、まだ初期でもあり、まずはケアマネジメントの趣旨に沿ったケースの積み上げが必要な時期であったのでだったので、認められないとした。

(b) 具体的な事例

(ケース①)

- ・アルコール精神疾患。長年にわたり福祉事務所、複数の医療機関等でトラブルを多発していて、関係機関でよく知られている。
- ・地域でトラブルを起こし続けているケース。支援の手が入りにくく、生活実態を把握できていない状況でHHの定着支援を目的に対象とした。サービスを使って無理難題を事業所に言って、そのまま切れて終わりとなったり、逆に事業所が本人の障害特性を十分に理解しないまま本人の言いなりに不適切なサービスを続けられる恐れが強いという意味で事業所間の支援が必要なケース。入退院を繰り返すので、ショートも含め、サービス利用計画作成費について支給決定。
- ・現在も継続して相談を聞いている。
- ・作成費に乗せてほしいという依頼を市から受け、地域でもトラブルメーカーとして有名な人だったのでしり込みしたが、最終的には受けた。定期的に相談に来るし、電話での相談もある。
- ・作成費に乗せる段階でサービス調整し、ヘルパーステーションの調整をして、身体介護で入ってもらうことになったが、アルコール疾患で、自己都合による入退院を繰り返すので追いかけていけない。連絡がないと入院しているといった状況で、今も入院中。ヘルパーステーションとの調整をしているが、ヘルパーが行ったらいなかった、無理難題を言われた、との事業所からの苦情を受けて本人を説得するというスタイルをとっている。
- ・調整会議を開いたり、複数事業所にかんでもらうことについて、本人は納得しないので、地域生活支援事業の一環として相談を継続している。

(ケース②)

- ・大阪府の退院促進事業で長期入院から退院してきた。

- ・入院中から府の委託事業として、併設の地域活動支援センターがかかわって、退院支援を行っていた。1年の退院支援を行って退院した。府の事業は退院の時点で終わるので、その先を地域で支えるために、ヘルパーステーションを使う、生活費の管理で権利擁護、訪問看護を使う、色々な事業所にかかわってもらい、地域で安定した生活をしてもらわないといけないということで、作成費の対象となる。
- ・6ヶ月の支給決定で、地域生活が安定したので、作成費の役割は終わったということで終了。今も、地域活動支援センターの範疇でフォローできるケース。
- ・精神については、退院促進事業にうまくのれたら、退所前のところも評価できる。
- ・行政からすると、委託事業者であれば、退所前の本人の居場所に行ってくれと言えるが、計画費を使わないで終わることもありえるので、指定の事業者には頼みにくい。

(ケース③)

- ・区分4。病状悪化時、他害行為が想定される要医療ケース。
- ・病院から退院するという情報が入り、計画的な支援をしたいということで、地域移行の半年で支給決定。
- ・同じ法人の病院に10年近く入院して、今回退院して初めて一人暮らしをするということで、悪化時に粗暴行為、近所への迷惑行為が出る可能性があり、作成費に載せて月1回モニタリング訪問したいと考え、事業所からお願いして支給決定をしてもらった。
- ・ヘルパーを使い、家族、法人の訪問看護、デイケアで、毎日メニューをつめて、来なかったら連絡を入れてという段階。
- ・作成費は、福祉パッケージ。医療サポートメインの人に作成費をどう合わせていくかが、今後の課題。医療サービスは1ヶ所に集中しているが、地域のサービスは、自宅に出向いて生活を把握するのはヘルパー、そこでは指導的かかわりができないので、そこを十分フォローする医療側と連携を取っていくことが不可欠。円滑に回るならサービス提供責任者と連携を取りながらやっていけるだろうが、精神保健福祉専門職の調整がないと今は連携がうまくいかない。

(ケース④)

- ・知的で初めてのケース。
- ・数年前から一人暮らしで、単一事業所のサービスを使いながら何とか生活していたが、本人の支援拒否等により、ニーズに応じた安定した支援体制が構築できない。主たる介護者である姉が相談支援事業者に相談し、相談支援事業者が聞き取りをする中で、本人のアウトリーチの解消及び病状悪化等の緊急時の対応、ニーズに応じたサービス量の確保等について、支援体制の再構築が必要という趣旨で、市に連絡が入り、決定に至った。
- ・基礎疾患による特性から（視覚障害）夜間支援体制が整備されている「ケアホーム」の利用を前提としたが、一人暮らしが長かったことに起因して、共同生活における適性に課題が多く、ケアホームの利用には至らず、結果として単身生活をベースと

した生活支援体制を再構築する方向性を持った。

- ・特定のヘルパーの支援（過剰なサービス？）は受け入れるが、他のヘルパーについては支援を拒否、けんかをするなどのアウトリーチ。医療機関とのトラブルも多く、結果的に6つくらい行って、待合室で楽しんでいるくらいしか日中活動がなかったので、そこも充実させたい。計画的にかかわることで、生活の広がりがつくれたらということで、10月から作成費の対象となった。移動支援について、複数事業者で時間を増やして、違うところにも行ってみたい、公民館活動を紹介したり、旅のボランティアを探したり、楽しみから何か入っていったらと経験拡大を通じて対人面の耐性の強化を図るなどの支援目標の基にサービス利用計画作成費の支給決定を行った。
- ・医療機関に朝5:30に行ったりするので、通院支援を受けられず、医療的などところも整理がついていない。服薬管理ができていないので、薬剤師等につなごうとしている。

(ケース⑤)

- ・居宅生活が何回も破綻している。近々に退院予定の統合失調症のケース。区分5。
- ・退院に向けたサービス担当者会議が終わったところ。導入サービスやお互いの役割分担を確認し、退院の日取りが決まり、計画として動くかという段階。
- ・市の直営のヘルパーを使って3回くらい入院を繰り返している。2年弱の入院から退院。きちんとサービスを入れないと維持できないだろうということで、ヘルパー事業所が2ヶ所、配食、訪問看護、作業療法、サービス計画作成ということで複数事業所が入る予定。生活保護になったので、その担当も訪問を考えてくれている。緊急通報も実費で検討している。
- ・精神症状によるこだわりが増えて、症状が悪いと、ヘルパーが入れる場所が減っていき、病状に支援者が引きずり込まれるケースなので、密な連携を取りながらやっていかないといけないことが明確。このため、地域移行ではあるが、単身の生活を継続的に維持する必要があるという判断で1年の支給決定を考えている。
- ・1年で安定しないケースもあって、2, 3年でも必要な人はいるが、長期的な利用が必要な方に関しても、支給決定が切れる際には、いたずらに長期間の支給とならないよう、これまでの支援の評価や再アセスメントを行った上でどのような支援がどの程度の期間必要なのか意識を持った支援をしてもらいたいので、市は「終結を意識した支援」を事業所に指導している。それでもなお必要と言うことであれば、協議する。

(ケース⑥)

- ・脳血管性認知症+肢体不自由3級。
- ・介護保険で要介護2、生活保護を受けたので、障害優先ということで回ってきた。18年以降、脳梗塞のくりかえしで老健と病院の行き来をしていたケース。プランをとりあえずもらって、介護保険の資源を障害に置き換えながら、高齢者デイの穴埋めをどうするか、居宅介護で配膳も自分でできないため、1日3回ヘルプが入る必

要があり、そこから生活のアセスをやっていく。

(ケース⑦)

- 唯一の身障ケース。
- 府立施設に入所している筋ジスで、医療管理も必要。夫との二人暮らしで、24時間HHがつかないといけない。
- 包括の支援ができる事業所がほとんどない。重度包括のサービスを組むので、身障のケースワーカーから相談。委託相談支援事業者に依頼しているところ。
- 24時間のHHをどう穴埋めするかというところが、地域資源でカバーできないので、管理が入らない時間ができるリスクは受け入れるしかないのではないかという話も出ている。

(c) 作成費の対象者とそうでない者の異同

- 作成費の対象については、ケースワークと作成費の区分分けをどうするか。
- 精神障害の人に対するサポートについては、精神保健福祉士のパッケージは当たり前前の業務でやっているの、請求ケースとそうでないケースの色分けはない。病院のワーカーは普通にやっている。この制度があって、委託も受けているので使っているだけ。
- 現段階では運用のあり方について試行錯誤している段階で、多くが精神の重度、処遇困難ケースとなっている。処遇困難ケースをやるには経験年数が豊かでないといけないので、担当には経験年数のある人を付けている。そうすると今の単価ではあわない。処遇困難なケースであるだけに、月一回のモニタリングではすまず、月に何度も家庭訪問が必要であったり、細やかな調整が必要であることも多く、一ケースあたりの所要時間が長いことや、制度を活用する場合は記録にも相当な時間を割かねばならないことも、制度の趣旨にのっとって適切に実施しようとするれば報酬面で課題があるといわざるを得ない。
- 聞き取り等の結果をきちんとした記録に残すかどうかは違うだけ。ツールに落とし込むところが手間。普段の記録は記録用紙に書けばすむのをきちんと形にしないとイケないところが大変。
- 作成費にのっていないが、同じような形で在宅支援をして、事業所と連絡するのが大変なケースはある。

(d) 作成費の効果

- 長期にわたって定期的な訪問やモニタリングが必要なケースであっても、市のケースワーカーが行う相談援助では、体制的に困難。精神障害の場合、月1回見に行くところがないと生活維持できないが、行政はそこまで手が回らないので、作成費の対象にしているケースがある。
- 入っている事業所は作成費の対象者かどうかはあまり意識していない。ただ、何かあったらあそこに言えばいい、決まった連絡先があるくらいの認識で、会議に定期的に呼ばれるのでうっとうしい感じかもしれない。

- ・とりわけ居宅介護従業者は知的でも精神でも十分な専門性が担保されておらず、ヘルパーは分からない中で試行錯誤しているので、テーブルに載せられる場所があるのは意味がある。ヘルパーなりがどこに相談したらいいか、困ったときにどうしたらいいかは分かってもらっている。

(e) 担当ケース数

- ・菜の花では相談支援事業を3人でやっていて、兼務の人は本務が忙しく、あまり人手がさけない。担当できるケース数については具体的な限界を示すことはできないが、現在の担当者が扱っているケース数は経験年数の裏打ちがあるのでできる件数。
- ・市の担当者は、障害者ケアマネジメント試行事業の経験から、専従の相談支援専門員1人で担当する件数は概ね20件が限界ではないかと考えている。

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 給付対象範囲

- ・ケアガイドラインで推進してきたものと今回の計画費、サービスのプランニングは内容に乖離がある。そこを一緒にしていることに難しさがある。国が推進してきた障害者ケアマネは生活全体を見て社会資源のないところは作ってトータルコーディネートするもの。法定サービスを計画的に組むことにならざるを得ないサービス利用計画とは現実的に乖離していて、制度で規定される報酬と枠組みの下で可能なことと、従来の障害者ケアマネジメントには相当隔たりがあるといわざるを得ない。
- ・障害者がサービスを探しにくい、希望を伝えにくいというところに焦点を当てて、円滑な障害福祉サービス利用に係る援助を広く行うのであれば、介護と同じように全員につけたらよい。もともとの障害者ケアマネの目的を大事にするなら、障害福祉サービスの支給決定を受けていることの要件をはずすべき。移動支援、デイケア、OT、訪問看護等障害福祉サービスでない様々な制度を組み合わせるものでもよいということにしたら良いのではないか。
- ・サービスは援助の一部でそこにつなぐまでが大変。サービスの支給決定を一種類でもうけていないと計画費に載せられないということが大変。サービスを拒否する人が多く、作成費の形は使いにくい。
- ・入院中・入所中の部分が算定できないか。地域に移行するためというところが矛盾している。
- ・施設・病院から押し出すところと地域から引っ張るところ、両方必要。
- ・単身に準ずる＝同居でも未成年、給付を受けている、虐待に近いことをやっている親がいること等は範囲に入れられる。家族からの支援が受けられない状況は単身に準ずると判断しても不適當ではないと解釈している。

(b) 行政のリーダーシップ

- ・制度の趣旨を理解していない又は悪意を持った事業所がほとんどサービスを行っていなくても請求が可能な構造になっているため（とりわけ電子請求ではチェックのしようがない）、適切なサービスの実施を市町村が監視せざるを得ない状況がある。

当市ではモラルハザードの管理及び今後当制度を推進する上で援助の実態を把握しておきたいという側面から、現在のところサービス利用計画に係る書面についてはすべてその写しの提出を事業所に求めている。プランを立てたときに全部見せてもらってなぜ回るかという件数が少ないから。制度が定着するまでは、計画案をチェックし、請求前にも本人同意の判を押して写しをもらう、モニタリングの記録をもらうということを想定しているが、将来的には、自立支援協議会等でプランをチェックする体制が必要。それによって地域でケアマネジメントのノウハウを蓄積できるということも狙いの一つ。

- ・支給決定のプラン、利用意向の聞き取りは大変。一般的な市町村職員がもつ最低限のスキルでは適切な簡易サービスプランを作成できるだけのスキルを持った職員は当市に於いてもごく少数に限られる。申請窓口でよほどおかしくなければそのまま認めてしまう。相談支援事業者に頼むのであれば、認定調査段階からある程度関与してもらい、支援がきちんと足りているのか、ニーズを満たせるのかを見てほしい。その場合は相談支援事業者の十分な受け皿や中立、公平性が確立しているのが最低限の条件。

(c) 制度の周知

- ・申請に来た人の案内のパンフレット（全社協）にも作成費が入っていないので、説明のしようがない。意識しながら市民が申請する環境は整ってはいない。（今後パンフレットを作成予定）
- ・対象者について、積極的に制度の案内をするか、市から働きかけるかの議論はまだ整理がついていない。

(d) 単価

- ・月に10回は動いている。指定の事業所では経営的に成り立たない。8500円の位置づけとして、委託の事業所の上乗せという制度設計がされているのであれば、気になるケースがあったときに手上げをするかという程度。
- ・導入に手間隙がかかることを考えると、サービス利用計画が出来上がった翌月から算定できるという単価設定は大変。

(e) 基本的なツール

- ・国が様式例を示してくれないので迷う。
- ・自立支援協議会での相談支援事業者の評価のときに、どの担当者でも同じように情報提供できる条件整備として基本的なツールは必要ではないか。

(f) その他

- ・相談支援と作成費の区分けと明確にする必要がある。
- ・支給決定の要件として疑問の多いとされる「単身」の要件については、本人を支援できる家族が居るのであれば、家族の力を引き出すという意味は重要で、あってもよい条件と考える（菜の花）。
- ・サービスの根幹の1割負担の抑制を取るときに適切なサービスをしようとする負

担がかかる。そこに重点を置いたときに家族に適切にサービス利用計画を組めるのかどうか。同居家族がいることによって抑制され、本人意向でないプランが立つ要素はある。

(9) 大阪府堺市

①圏域の基本情報

- ・人口：約 83 万人(平成 19 年 11 月 1 日現在)、面積：約 150 km²
- ・平成 18 年度に政令市に移行。

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

- ・担当者の人数：本庁 1 名、各区 1 名程度（地域福祉課・保健センター）→計 14 名程度
- ・事務職員 9 名、技術職員 5 名
- ・兼務 14 名（主に障害福祉サービスに係る支給決定業務等に従事）
- ・各区 1 名程度は、通常の実給決定業務や認定調査の内容チェック、審査会、支給決定後のフォロー、日常の相談窓口業務もかねてやっている。相談支援・作成費だけの専任ではない。
- ・通常の実務職員のほか、堺市直営のヘルパー業務を廃止した後のヘルパー等の技術職員もいる。
- ・支給決定業務は区役所で完結する。本庁は、作成費の支払い事務をやっている。マニュアルを作ったり、全体的な取り扱い、疑義のあることの調整等、区役所で支給決定を行えるようなバックアップを行っている。対象者とのやり取りや出来上がった計画のやり取り等は区役所でやっている。

(b) 委託相談支援事業者の概要

- ・現在 17 ヶ所の委託相談支援事業者がある。
- ・委託料は地域活動センターをつけている精神のみ少し高いが、基本は同様。作成費は、委託とは別の事業として考えている。指定相談事業のために非常勤を雇っていることはない。委託と作成費は二重取りかという考えもあったが、採用していない。
- ・委託事業者は、3 圏域で 6 箇所ずつということで整備を進めている。プロポーザルで選定。2, 3 年で入れ替わる可能性もある。
- ・支援センターの連絡協議会を開催している。2 ヶ月に 1 回程度。自立支援の機能強化や居住サポート等、区会議での話し合いの情報交換。連絡協議会に市の自立支援協議会を委託している。各区にも協議会があるが、そこを集約する形で毎月情報提供している。区ごとには毎月 1 回集まっている。
- ・平成 17 年 2 月に美原町と合併し、その地区はそのまま美原区となったが、美原区の窓口業務は三障害統合しているので、そこに向けてという動きはある。支援センターも三障害統合は目指しているが、これまでの経緯と専門性から主たる障害は決めている。

(c) 地域自立支援協議会の概要

- ・設置時期：平成 19 年 3 月

(d) 市町村相談支援機能強化事業の概要

- ・ 専門職人材バンクを活用していく予定。
- ・ 専門家の登録状況：弁護士 4 名、社会保険労務士 1 名
- ・ 相談すると医師・弁護士は 1 日 1 万、それ以外は 5000 円。機能強化事業の委託費の中から払われている。

(e) 地域移行や退院促進事業の取り組み状況

- ・ 地域移行：グループホームの立ち上げと日中サービスの利用調整を行う「地域移行支援センター事業」（大阪府との協働事業。堺市内 1 ヶ所）を実施しているほか、今後、市所管の知的障害者入所施設 2 ヶ所については、地域移行に向けたアンケート調査の実施を検討。
- ・ また、市内入所施設からの地域移行実績としては少ないものの、重度障害者（重複含む）が施設に入所することなく直接グループホームに入居するケースも多く、グループホーム利用者数についてはここ数年で倍増している。

③ サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 支給決定者数

- ・ 平成 19 年夏時点で 44 人。

(b) 支給決定の流れ

- ・ 地域福祉課や保健センターは、7 ヶ所の区の身体・知的は地域福祉課、精神は保健センターで受付をする。
- ・ 認定調査は、直営で市職員（非常勤職員の専門調査員）が実施。その場でニーズを的確に捉えてというところにはいかない。戻ってきたファイルを区担当者が確認して、こういう人は作成費の対象にしてはどうかと思ったケースは電話で事業説明をし、本人が契約を結びたいということになれば、本人から事業者へ電話してもらう。それ以前に相談支援事業者が入っているケースもある。申請の段階で相談というケースもある。
- ・ 家族状況や本人ニーズ等の 106 項目以外で見ている。自立したいので家探しをしたいがどうやったらよいか、自分は自立したいが家族が反対している等。
- ・ 保健センターで精神の受付をしている。長期に、生活訓練施設にいて、退所して地域移行するとか、長期入院から地域移行するケースはぜひ利用してもらいたいということで声をかける。実際の決定の中で、親と生活していて親も精神障害がある人で、子どもがこれから日中活動や就労に向けて色々なサービスについて計画し、支援する必要があると申請があがったときに、「単身」ではなく迷ったが支給決定はした。親にそういうサービスを決めていくことは難しいだろうということで本庁と協議の上支給決定した。
- ・ 市がマニュアルを出したので指定相談事業所は動けた。具体的にどういう手続きが必要か、市としての様式が出ていたので、それにのればよいということがあって動きやすかった。「単身」の注意書きが明記されていたので、単身以外にも対象にな

るという意識がもてた。

- ・対象になる人は、指定相談事業が始まるまでに既に委託相談支援事業者とのかかわりを持っていて、事業が始まったときに対象者だった人が多い。それ以外の人は、色々な情報の中から、指定相談支援が必要かどうかではなく、相談支援が必要かどうかで紹介される。それが委託を受ける相談支援事業者の場合はすぐには制度に乗せない。契約に違和感を感じる人も多いので、とりあえず相談支援を始めながら、ニーズにあったサービスにつながったときに、結果として介護給付で、本人がこれからも相談支援をやるんですよというところの理解ができたときに契約する。最初は、指定相談支援の契約になじめていない人がほとんど。
- ・支給決定案は、区役所の中で地域福祉課、保健センターが意思決定をする。調査員が聴き取った本人意向や家庭の状況を踏まえて作成し、長期入院から退院・退所する地域移行ケースは施設スタッフや病院ワーカーから申請時に提出がある。支給決定量を決める段階で、既にかかわりがあれば相談支援事業者からサービス利用についてのケアプランは出している。調査段階で事業者に立ち会ってもらったケースもある。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) 作成費の効果

- ・普段かかっている区役所の担当者に毎月の状況を知ってもらえるということはメリット。
- ・計画票を本人と立てたときに、本人ニーズがモニタリングを出すときに消えて、充実していくと、達成したねというところで本人も相談員も充実しているかと思う。
- ・計画を立てたり、会議をしたりという中で、本人が入ってという形を意識するようにはなった。
- ・事業者指定相談事業の認識はまだあまりない。会議で呼ばれるのも何の会議かと言われる場合もある。全事業者にモニタリング結果を送って、ばらばらに動かないようにしている。
- ・堺の場合、重度訪問介護で決定している人は100-200時間越えている。相談支援事業者と契約してもらいたい。本当は、そのケアプランをつくってもらいたい、身体なので本人が作ってしまう。お風呂の水を入れるのに30分というようにおかしいプランでも、行政からはいいにくいことが指定相談支援事業者の立場であれば言えるのではないかな。

(b) 作成費の負担

- ・指定相談事業者は、指定は受けたがメリットよりも負担が大きいため実績がない。報酬単価でも人件費の確保はできないし、障害者の支援はモニタリングが月1回ですむ人はいないのでかなり負担がかかる。
- ・委託相談支援事業者がこれ以上できるかというところ、かなりしんどい。対象者はまだいるが、業務負荷が課題になる。20人対象者がいても、非常勤の人件費を払えるかは疑問。単価は低い。知的でいえば、1人の専門員で専任でやったとしても20人が

限界ではないかという印象。非常勤の人では難しいと思う。介護保険の決められたメニューをピックアップしていく仕事以外の、その人の人生を見据えてサービスを組み立てていくことの重みがある。

- ・事業者としては紙ベースにするのはきつい。ケース記録に書いて終わりにしたほうが早い。精神は身体・知的と違いもうネットワークがあり、お金をもらうために制度にわざわざ乗せるのは苦しい。精神は、地域活動支援センターとドッキングしているので、日中活動運営もあるので、相談支援だけでやっているわけではないので、1型の運営も兼務しているので、マンパワーが足りない。
- ・委託としての報告に指定としての報告をさらに求めるのは煩雑。手続きを簡素化すればよいのではないか。支援センターも行政も知っているなので、わざわざ様式を出すのは大変である。
- ・今までやってきたことをどう蓄積して次につなげるか、客観性を持って続けていくかというときに報告書等の一定の様式は必要。電話一本のほうがニュアンスまで伝わるところもあるが、担当が急に変わらないといけない状況が出て最低限の情報がつながっていきけるだけの記録を残す必要はある。そのための様式の作成ではないか。

(c) 作成費対象者とそうでない者の異同

- ・委託相談支援事業はあいまいな事業なので、融通がきくが、指定相談事業は手続きにのっとってやらないといけないので、対象者認定の書類2枚、受給者証が届いたら契約、その後計画を考え、会議をしてようやくモニタリングして、終わったと思っても毎月訪問しないとけない。この流れは今までの相談に比べたら負担が大きい。
- ・初対面の人といきなり契約して相談に乗っていくことの重みがある。どこまでできるのかがわからない。

⑤ サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 給付対象範囲

- ・対象者を広げようとする場合、行政の判断になるので、相談支援事業者が対象になるとして申請してもどうなるかは行政担当者の判断次第。
- ・自立訓練は対象にならないが、この間だけ対象から外れるというのはおかしい。
- ・介護給付の対象にならないければ指定相談支援の対象にならないために、契約に至らない人もたくさんいる。
- ・閉鎖的な地域で、相談窓口にとどり着くまでに、実際に作成費が必要でも、サービスにつなぐところが大変。
- ・アセスメントに時間がかかったり、つながりを作るのに時間がかかったところに報酬がほしいという部分があるのではないか。一番精力と時間を使う部分をどうするか。入院している人については退院後に支給決定となるが、退院時にはほぼ仕事が終わっていたりする。手間と単価が見合わない。
- ・病院から退院するとき、病院が家の確保をしてくれるケースもあるが、支援セン

ターに家探しから依頼するケースも多い。家探しや身の回りのことを全部しないといけないので、これにかかるまでにかなり時間を費やして、身体は自分の考えを持っているので、契約というところまでなかなか至らない。本人と丁寧に接していかないと契約に至らない。支給決定を出すのに時間がかかるので、決定時点ではある程度のことが終わっていてモニタリングに行きづらい。

- 色々なサービスを選んで自分で意思決定して契約するというのができない人のために契約してから利用するのは不思議な制度だと思う。対象者が本当に契約内容を理解しているかは疑問。経験で理解してもらい契約してもらっている。
- 対象者を限定しないといけないものなのか。ヘルパーを使いたいといった、通常のサービスの支給申請の場合限定していないのに、ここだけ縛りがある。これを全く制限をかけないとして、不必要なものまで乱発するかというと、と市町村が認定するという押さえが利いていれば、無尽蔵に決定できるとは思えない。市町村が必要と認めたものということでも良いのではないか。市町村がガイドラインとして対象者を決めていけるとよい。
- 市は、精神では、最初は爆発的に伸びるのではないかと手帳1級要件を課していたが、なくした。各市町村がふたを開けてみないと分からないということで手探りで、国の1割という基準が頭にあると思いきっていけないというところがあるのではないか。

(b) 相談支援事業者の資質

- 色々なケースに接していると、指定相談支援事業者の資質に差がある。この事業者に行ったら生活の幅が広がるが、こちらの事業者に行くと狭まるというのが分かる。ただ、市から事業者を指定するのは難しい。
- 本人から相談支援事業を断りたいというケースもあった。事業者が入らなくても、自分の生き方を決められるのに、なぜ指導するのかという声があった。
- 幅広い支援（専門性）が求められるだけに事業者としては手が出しにくい。
- 指定相談支援事業者は法人内の利用者以外の対象者とつながる機会がない（行政は他の居宅介護事業者同様、特定の事業者紹介はしにくい？）
- 指定相談支援事業者の多くは障害者支援に関して経験が不足している。となればスーパーバイズが欠かせないが、行政に障害者の相談支援（ケアマネジメント）に精通した人がいなければ提出したモニタリングも活かされないのではないか。
- 委託の事業者から指定の事業者に渡していくことは現状では想定できない。指定の事業者がどこまでできるのか、資質の問題がある。依頼できそうなところは見つけにくい。すその広がったときにどこまでカバーができるのか、誰が指導するのか。

(c) 行政のリーダーシップ

- ケアマネジメントという手法が形で蓄積されていくだろうとは思いますが、その中身をきちんとどこまで見てくれるのか。出したモニタリングをどう返してもらえるのか、誰が必要な助言をしてくれるのか。

(d) 一般相談と作成費で評価する範囲

- ・指定相談支援事業をやっていて、委託の融通の利く事業の中でしか対応できない人は必ずいると感じる。今かかわっている居宅事業者や利用者の方が申請して決定もらってというテーブルにつくまでが大変。一定要件を満たせば自動的に計画費に乗る形であれば、契約であっても抵抗なく入れるのではないか。
- ・指定相談支援に比べて融通の利く支援ができる委託相談支援事業の位置づけも残しておかないと、必ず指定相談支援から漏れてくる利用者が出てくる。指定相談支援は事業者都合で動かされる可能性が高くなる。
- ・居宅事業者に指定相談事業者になってもらいたい気持ちがある。そうすると申請し契約するところにいるのではないか。ただ、同一事業者が相談もサービス提供もやるのはリスクもある。
- ・積極的に相談支援を利用できる人は指定相談支援で対応できるが、そうでない人は行政や委託相談支援の中で対応するのが望ましい。

(e) 単価

- ・指定相談支援専任でやっても15~20人が限度と感じる。しかし、20人やっても1人分の人件費にもならない。(20人で1人分の人件費がまかなえるだけの単価が必要)
- ・対象者としての認定から契約に至るまでの手間がかかる。その後のプロセスにも手間がかかる。支援の幅も広く、月1回の訪問では十分な支援ができない。結果報酬以上の支援を求められる。
- ・事業者としては、とにかく「手間がかかる」といった印象。委託相談支援との兼任では1人につき10人ほどが限界。指定相談支援のみの事業者にとっても手間に合った報酬単価がなければ積極的には取り組めない。
- ・国は就労支援に力を入れているのに対して生活支援に対する位置づけが低すぎる(ジョブコーチの1回あたりの支援と日々支援を要する生活支援の月単価には大きな隔たりがある。)
- ・単価を低く抑えたり、対象者を限定しているのは相談支援の位置づけが低い証拠。より多くの人に相談支援を広めるのであれば、単価の改善が不可欠。
- ・その時々で金額を変えるのは大変かもしれないが、いずれにせよ1万をきるのはおかしい。
- ・何をどこまでするかによって単価は違う。精神だけ見ている、病院、作業所、ヘルパーをやっているところの顔は見えるので、紙でやりとりする意味が分からない。電話一本ですぐに連絡はついてしまう。堺は、前から多い区で4人、少ないところで2人相談員がいて、今まで区がやっていたことをどこまで相談支援事業者に渡せるのか、手探りで進めている。顔が見えている場合は、わざわざ紙に書かなくても良い。制度を使う必要性を感じないケースが多い。先に事業を作るよりは、現場が事業になじむのを待ったほうが良い。相談支援事業者と行政の関係の中で支援センターにやってもらいたい仕事は、地域差が出てくる。

(f) 制度の周知

- そもそも対象となる人は指定相談支援を知らない。(情報を得ることが困難な人が多い。)
- 契約に対する抵抗感、違和感(利用者・事業者とも)
- 対象者が限定されているために知名度が低い。
- 低調なのは、制度自体誰も知らないこと。病院のワーカーが指定を取れるといったことは知られていない。病院もそんな認識を持っていないと思う。認識が出たとして、次の段階でメリットがあるかという、ないと思う。
- 介護保険のケアマネほど知られていない。プロセスに必ずかむようにしたほうがよい。あえて作成費のテーブルに載っても、契約しても面倒なだけでメリットがなく、特に裾野が広がるわけでもない。大変な人と全然大変ではない人のランクがある。区分とは切り離れた段階で市の判断で特別基準の単価を決めるといったこともありうるか。
- 計画を作る人を増やすには委託以外のサービス事業者に拡大しないといけないと思う。今は、サービス事業者にも行政にもそのような意識はないが、キーパーソンがヘルパー事業所のサービス提供責任者だった場合、相談支援従事者の研修を受けてもらい、指定を取ってもらい、一定の手続きをしてお金が入りますよということをもっと広報しても良い。1割の国庫負担要件が取れるなら、もっと積極的に行政としても説明会をやっていけるのではないか。
- 調整会議は手間がかかる。事業所の日程調整が大変で集まりにくいのと、事業所が何のための会議かまだよく分かっていない。モニタリングは1ヶ月の間に本人と都合のあわないときもあるので、自分の判断で請求を上げなかったりしている。もっと皆が作成費について知ってもらわないとひとつずつ説明しないといけない。

(g) その他

- HHの事業者で複数かかわらないと時間が確保できないので、一堂に会してカンファレンスを開いた後、ぜひ相談支援をやってほしい、キーパーソンを作ってサービス調整をしてもらいたい、今後日中活動も必要になるし、近く一人暮らしになることも見えていた(親が末期がん)のでということで、依頼をしたが、事業者から「調整はするが、作成費は要らない」と言われた。事業者にとって余程使いにくい制度なのではないか。
- 形式的な訪問と書類作成に追われて大切な支援がおろそかになりやすい。
- ケアマネジメントが制度化された意味では作成費は大きな意味がある。お金をつけて制度にきちんと乗ったところからどう発展させるか。一人で20ケースか、連携の中で40ケースかによっても違う。
- 相談の裾野を広げようとしている、対象にならなかった人まで相談支援を広げようという仕組みを考えているのだと思うが、介護給付を使ったから対象者だとか、その前段階から支援を必要としている場合、つながった後にフォローしていくとか、対象者を限定している以上、数の広がりには期待できない。単価だけ上がっても難し

い。

- 本人が希望しない、生活を管理してほしくないという思いがある。事業者の負担が増える。メリットとしては、支援者としてかかわる人の責任、この人が担当者というのが明確になることがあると思っただが、実質それでなくても回っているという現状がある。色々なところがやっているの、相談支援事業者だけでなく誰でもがつくるようにすれば責任もでき、制限もなくなっていくのではないかな。
- その人が最初に行った相談窓口と関係ができて離れがたいというケースもある。
- 新規申請と同時に作成費の申請ができると良い。新規ケースで、事業所を探す等が大変なので、さかのぼれないと、一番大変なところが評価されない。サービスの支給決定はさかのぼれないにしても、作成費は審査会も経ないので、受給者証をもらってから契約というとならだけで 2 ヶ月くらい遅れてしまう。地域移行だけでも、サービス利用前から重要なケースで、期間限定なので、これだけでも支給決定のない人でも使える形に持っていけないかと思う。

(10) 山口県宇部市

①圏域の基本情報

・宇部市：人口 177,395 人(19 年 11 月末現在)、面積：287.69 km²

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

・障害福祉課に障害者支援係（個別の支給決定事務）、障害福祉係（窓口事務）の 2 係があり、全体で 20 人の職員が配置されている。主に相談にかかわるのは保健師 6 人。後述の退院情報連絡システムの中で、保健師の役割が規定されてきた経緯がある。

行政主管部署の概要	担当者の人数	職種	経験年数※	専任・兼務の状況
宇部市 健康福祉部 障害福祉課 (障害者支援係)	6 人	保健師（課長補佐）	23 年	兼務
		保健師	7 年	専任
		保健師	5 年	専任
		保健師	5 年	専任
		保健師（臨時）	1 年 7 ヶ月	専任
		保健師（臨時）	2 年	専任

※経験年数は、宇部市の任用期間を表示。

(b) 委託相談支援事業者の概要

・指定相談支援事業者：3 障害 4 ヶ所、知的 1 ヶ所、精神 1 ヶ所
 ・委託相談支援事業者が 3 ヶ所。3 障害のバランスを取って、これまで市町村障害者生活支援事業、地域療育等支援事業、精神障害の地域生活支援センターの実績があったところに委託。基本的には、3 障害対応であるが、必要に応じて、事業所間で連絡を取り、得意分野を生かしている。
 ・平成 14 年から、相談支援事業者 3 事業所、社会福祉協議会（ボランティア、地域福祉コーディネート機能）、市の担当課で 2 ヶ月に 1 回の連絡会議を開催し、情報交換している。この連絡会議で、相談支援事業者の啓発不足の課題から、啓発用の相談支援事業者パンフレットを作成した。

委託相談支援事業者の概要	担当者の人数	職種	相談支援従事者・サービス管理責任者研修終了の有無	経験年数※	専任・兼務の状況	併設サービスの状況
障害者生活支援センター 「ぴあ南風」	4 人	相談支援専門員（所長）	有	3 年 8 ヶ月	専任	身体障害者入所授産施設、身体障害者通所授産施設、知的障害者通所授産施設、生活介護事業所、地域活動支援センター（Ⅱ型）
		相談支援専門員	有	5 年 8 ヶ月	専任	
		相談支援専門員	有	7 年 8 ヶ月	専任	
		相談支援専門員	有・有（サービス管理研修）	6 年 8 ヶ月	兼務	
総合相談支援センター 「ぷりずむ」	2 人	事業管理者	有・有（サービス管理研修）	-	兼務	知的障害者更生施設、知的障害者通所授産施設、知的障害児通園施設、訪問介護事業所、障害者就業・生活支援センター、障害児等療育支援事業
		相談支援専門員	有	9 年 8 ヶ月	兼務	
生活支援センタ	2 人	相談支援専門員	有	9 年 8 ヶ月	専任	精神障害者生活訓練施設（援

委託相談支援事業者の概要	担当者の人数	職種	相談支援従事者・サービス管理責任者研修終了の有無	経験年数※	専任・兼務の状況	併設サービスの状況
一 「ふなき」		相談支援専門員	有・有（サービス管理研修）	9年9ヶ月	兼務	護寮）、精神障害者通所授産施設、地域活動支援センター（I型）、福祉ホーム、福祉ホームB型、グループホーム

※経験年数は、相談支援業務の経験年数を表示。

(c) 退院情報連絡システム

- ・平成9年11月に宇部市退院情報連絡システムを稼動した。対象の年齢は問わず退院情報を病院から宇部健康福祉センターに送付し、患者に主として関わる市の関係各課にFAXで退院連絡票を転送。連絡を受けた保健師が必要なスタッフと共に病院へ出向き、退院前に医師ほか病院スタッフと一緒にケア会議を開催し、退院後に必要なサービス調整を行うもの。
- ・この仕組みの中で、障害者への支援調整が自然に始まった。地域のスタッフからの、「困れば行政保健師へ」という関係ができてきた。
- ・スタートの平成9年度と平成18年度を比較すると、利用が5市町に広がるとともに65歳未満の若年者の増加、連絡病院数も倍増している。
- ・取り組みのきっかけは、平成5年頃に保健師が寝たきり高齢者の家庭訪問をしていて、連携が全くないことに気づき、医師会に相談。その後医師会との定期的な会議（平成6年2月から月1回開催の在宅ケア協議会）において、多くの医療依存度の高い患者が退院し在宅に帰っているにもかかわらず、その情報が行政やかかりつけ医に届かず、在宅で必要な医療や福祉サービスも受けず、症状を悪化させているケースが問題事例として度々検討された。そこでこの処遇検討の協議から、脳卒中システムを宇部市独自に見直してシステム化した。
- ・市外の人についても、健康福祉センターから担当市町へ連絡されている。
- ・山口大学の医学部付属病院の存在も大きい。

(d) 若年者ブロック会議

- ・地区毎に担当者出席の高齢者サービス調整ブロック会議を開催していたが、65歳未満のケースでも話し合いや情報交換が必要なケースがあることから、0歳から65歳までを対象とした若年者ブロック会議を平成10年に設置し、毎月1回開催。
- ・個別ケア会議はケースごとに随時開催（月約25回、参加延数は約160人）。その中の処遇困難ケースを事例提出し、さまざまな視点から検討している。
- ・どんな事例でも検討（身体・知的・精神等障害事例、障害窓口事例、生活保護事例、小児事例、手帳外対象者の事例等）。
- ・参加者・機関は年を追うごとに拡大。平成19年度は、31機関から1回平均24人の参加があった。顔の見える関係づくり（人的ネットワークの形成）が基本。

年度	参加者所属機関
H10	医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、身体障害施設、知的障害施設、精神健康福祉センター、健康福祉センター、市社協、市（保健センター、福祉課）
H11	病院（CW）、市（介護保険課）
H12	養護学校、児童施設、小学校、市（児童家庭課）
H13	就労・生活支援センター、ハローワーク、保育園、幼稚園
H14	機関・職種が少しずつ拡大してきた

- ・関係者の意識の変化として、以下の点があげられる。
 - *重複障害への理解と対応のノウハウの取得
 - *各機関・各職種の役割の相互理解
 - *連携事例の増加
 - *チームでの支援の増加
 - *連携方法の取得
 - *自立支援を目指した目標の共有（チーム支援の手法）等

(e) 障害支援関係者交流の集い

- ・月1回開催の若年者ブロック会議の拡大版として年1回開催。関係者と当事者・家族会・市民団体等が一堂に会しての研修・交流を行なう。約150～200名。

回	年月	内容
第1回	H13年3月	「若年者ブロック会議3年間の事例検討を振り返って」
第2回	H14年3月	「地域生活をすすめるための支援と連携」
第3回	H15年1月	「こんなサービスを利用して自分らしく輝いています」
第4回	H16年1月	「障害者の立場から見たケアマネジメント」
第5回	H17年2月	「エンパワメントへの関わりをいかにつくるか」
第6回	H18年1月	「障害者自立支援法について」
第7回	H19年1月	「新サービス体系と就労支援」
第8回	H20年1月(予定)	「障害者の地域移行の課題について」

(f) 地域自立支援協議会

- ・平成18年5月にこれまでの仕組みを活用して、立ち上げた。
- ・障害福祉のシステムの中核的役割を果たす。
 - *療育・教育・就労・精神・市民団体等関係機関からの課題提案をもとに検討協議
⇒社会資源の開発、施策への提言
 - *地域ニーズ（権利擁護・就労支援・地域移行等）に向けた対応のあり方の協議・調整
 - *サービス事業所の運営・評価
 - *障害福祉計画・障害者福祉計画の進捗状況等分析・評価
- ・構成メンバーは、各ネットワークからの代表18人
 - *委託相談支援事業者 3人

- *福祉サービス事業者 3人
- *福祉団体 2人
- *障害当事者団体 4人（身体・知的・精神・児童）
- *保健・医療 2人（医師会・精神病院）
- *教育 1人（養護学校）
- *企業・就労支援 1人（ハローワーク）
- *学識経験者 2人（大学・障害者ケア協議会）

(g) その他

- ・市町村相談支援機能強化事業は取り組んでいない。今までの仕組みでカバーできている部分も大きい。
- ・今年度相談支援事業者の研修会をしたら、「処遇困難ケースが多いので、事例検討を中心とした研修をしてほしい」という要望があり、今後は外部からのスーパーバイザーを入れて、研修を開催予定。
- ・機関によっては、連携手法に気付かず利用者の困り込みや、アセスメントを含む個別支援まで手が回っていない状況のところもある。そういうところへは、「事例をまとめて複数で検討しましょう」と、行政側が引っ張り込む取り組みをしている。行政は言わなくても、他の参加者から「〇〇と連携してみれば」というような意見も出る。行政が引っ張り込めば、他の参加者がアドバイスをしてくれる感じ。
- ・地域移行：事例検討会。施設の中にいる人をどう地域移行させるかの勉強会（年2回程度）をしている。精神病院からは、地域移行をしたいので、行政が来て勉強会をしてもらいたいという要望があり、昨年3回開催した。退院情報連絡システムの一層の活用をお願いしている。

③サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 対象者数

- ・障害福祉計画上の19年度見込み数（推計）：70人

(b) 支給決定者数（平成19年10月）

- ・認定調査を保健師が実施しているので、その中からケースを選定。また、事業者が申請してくるケースもある。

支給決定者数		障害程度区分						
	給付者数*	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	未
59		10	19	12	10	4	3	1
	44	5	17	10	6	4	2	0

支給決定者数		障害種別			
	給付者数*	身体障害者	知的障害者	精神障害者	重複障害者
59		22	13	20	4
	44	14	11	15	4

支給決定者数	支給決定理由		
	給付者数*	施設からの退所	単身等
59		1	58
	44	1	43

(c) サービス利用計画作成費支給対象基準

	国の基準	市の基準	状況	支給期間
①	入所・入院から地域生活へ移行するため、一定期間、集中的な支援を必要とする者	同左 入所（グループホーム・ケアホーム含む）		6ヶ月を限度で支給（更新1回可能）
②	知的障害者や精神障害のため、自ら適切なサービス調整が出来ない者	単身若しくは家族による支援が受けられない者		障害福祉サービスの支給決定の有効期間
	極めて重度な身体障害のため、サービス利用に必要な連絡・調整が出来ない者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以下の条件を全て満たす者 ・ 重度訪問介護支給決定者（対象者） ・ 単身若しくは家族による支援が受けられない者 <ul style="list-style-type: none"> ■ 以下の条件を全て満たす者 ・ 障害程度区分2以上の者 ・ 単身若しくは家族による支援が受けられない者 ・ 意思疎通に支援が必要な者 		
③	重度障害者等包括支援の対象者の要件に該当する者のうち、重度訪問介護等の障害福祉サービスの支給決定を受けた者	同左 （現在、重度障害者等包括支援の対象者なし）		

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) 作成費の効果

- ・市の支援ネットワークの中で相談事業をするという意味では、今も昔も変わらないが、作成費の対象となり、重要事項説明と契約書を交わすと、チーム支援の中でのキーパーソンという責任の所在が明確になった。
- ・ヘルパー事業所のサービス提供責任者を兼務していると、相談と区別するのがかなり難しい。ただ、作成費の対象となると、契約があるので、利用者は「いつでも呼べば来てもらえる」という安心感がある。
- ・今までは行政保健師が呼ばれて動いていたのが、それをしないですむケースもある。
- ・複数関係機関の連携がきちんと確実にできるような形にできる。事務的に管理するので、都度モニタリングもあるし、計画表、実績表も確認しないといけないので、関係者間の適切な運営ができる。
- ・ヘルパーについてはヘルパーステーション、授産は授産と、本人や家族から色々なところに情報が出ていたものが、作成費の対象になると、本人・家族からは相談支援事業者へ情報を一本出せばいいので、安心感がある。連絡の間違ひもなくなり、短時間で終わるので良い。ばらばらのチームから情報が一本化されたのは、大きな効果。
- ・利用者は、今までは色々なところに電話していたのが1本ですむようになった。兄弟の様子を知りたいときも、市役所のどこに聞いてみようとはっきりするようになった。今までの「自分はどこに電話をかけてどう聞いたらいいのだろう」という不

安がなくなった。

- ・本人は効果を意識していない。作成費について説明をしても本人には負担がないので、何らかの形で3ヶ月、半年に1度はこういう形で作成費をもらっていると言うことを伝えていかないと本人の自覚も出ない。

(b) 担当できる件数

- ・大体15件前後。通常相談業務の年間利用実数が160件（18年度）。
- ・指定相談は、15件だったら相談員3人で5件ずつといったやり方をしている。今後件数が増えると、それに合わせた人員の手当てをしなければならない。今までの関係性の中で担当を決めているが、業務負荷の偏りが無いような配慮も必要。
- ・現在、13人担当しているうちの、4人が頻回に対応している。

(c) 作成費対象者とそうでない者の異同

- ・作成費の対象者とのかかわりはとても濃い。夜同時に複数対象者から呼ばれることもある。
- ・作成費が入って、事務量が増えた。書類の整理が大変。今までとは考え方を変えないといけないと思った。モニタリングは過去もやってきたが、きちんとした形で記録を残さないといけないし、自分たちが抱えるのではなく、利用者にも提示し、他の関係者にも情報提供しないといけない、第三者にも分かる形でファイルをしないといけない。
- ・日々の支援記録と業務日誌の関連付けを工夫しないといけない。
- ・請求事務はあまり大変ではないが、上限管理の部分は各事業所とのやり取りが大変。
- ・制度が変わるたびにシステムが変わるので、それに慣れるまでが大変。国保連の請求が全部エラーで返ってくる。請求事務よりもシステム処理が大変。

(d) 具体的なケース

(①身体障害)

- ・1人暮らし。区分4。40代、男性。脳性まひ。2回の離婚歴あり。
- ・重度障害であるがゆえにヘルパーへの依存が高い。何でもかんでもヘルパーにというところから、時間はかかったが、インフォーマルなサービス（ピアカウンセリングや集団の場に出る）が入るようになった。
- ・ヘルパーへの依存の高い人が、より自立に近いケア計画になった点が、効果として上げられる。
- ・毎朝晩サービスに入るので、1ヶ所の居宅事業所では対応が難しかった。今は4ヶ所から入ってもらっているが、内容や連絡の行き違いがメンタルな部分にはね返っていたので、ゆっくり話を聞いて、ケア会議を開催した。
- ・連絡手段は直接電話ができない人なので、何かを伝えようと思ったら、行って会うしかない。
- ・本人が頑張りすぎで感情が不安定なところをどう支援していくかに、支援者は時間をかけ検討している。

- ・当事者の会に出て自己表現をうまくしていこうというケア計画をたて、そこで励まされて再就職にいたった。
- ・ヘルパーの仕事についても理解を示し始め、ヘルパーが使いやすいように物の位置を変えることを了解したり、今までは買い物もすべてヘルパー任せであったのが、自分で移動支援を使って買い物に出たりということも始めている。

(②知的障害)

- ・区分2、20代で、家事支援、短期入所、就労移行を利用。母も知的障害、50代、区分2、父が身体障害、60代。
- ・父の金銭の扱いが悪くて、一家で判断力が低い。
- ・作成費は2人にしかついていないが、家族3人を見ている。父は身体障害を持っているが、福祉施設で働いているので、サービス利用なし。母は専業主婦で、ヘルパーを利用。
- ・単なる相談のほか、金銭、携帯電話の使い方、男性が中に入っただけの母子との性的関係など、複雑な多くの問題があり、警察等との連携もある。
- ・権利擁護を利用し、親族とも連絡を取り、ケア会議を頻回に開いている。
- ・権利擁護の支援員がお金を届けに行くときに、相談支援事業者が同行し、小遣いの管理等までやっている。
- ・作成費の効果として、行政の負担は軽くなった。本人にとっては相談相手が増えた。
- ・兄弟が海外にいるので、メールのやり取りも大変。(お盆のお参りをしたか等の確認依頼がある)
- ・近所のトラブルへは一緒に謝る、宗教勧誘や新聞勧誘から守る等の支援も必要であり、ケア計画作成よりもその他もろもろの業務のほうが多い。

(③精神障害)

- ・50代、男性、統合失調症、区分3、ヘルパー週3回(家事と入浴の声かけ)、地域生活支援事業の日中一時支援(毎日)を利用。87歳の父と二人暮らし。
- ・本人の判断能力低下、父の高齢により、精神障害者支援センターとしてかわりをもっていた。
- ・父は精神疾患に対する理解がない。
- ・今年2月、退院調整もして退院するところからかわり始めた。
- ・地域との関係も不十分で、当事者からも敬遠されていて、行き先がなかったため、まずは、NPO法人の日中一時支援事業所に通ってもらっている。
- ・計画を立てる中で、家族間の調整のほか、地域で生活していくために、家の中だけでなく外にも目を向けたケア計画をたてて、調整してもらえるのが作成費の効果。
- ・退院後半年落ち着いていたが、今は症状が不安定なので、病院とも連携し、ヘルパーからも相談支援事業のほうに連絡が入る。
- ・近所でもトラブルメーカー、市営住宅で子供と話したくてお菓子やお金をあげるといので苦情もあったが、後に友達を増やしたい気持ちの表れだと分かった。
- ・障害者ケア協議会(官民協働の任意団体)主催の障害者イベントの発表の場で、手

紙を読むことを勧めたところ、手紙を書いて「友達がほしい」と読んで自信につながった。こういうことは、相談支援事業者ならではの発想（支援）。手紙による気持ちの発表をしたことで、地域の人からも「ああ、そうだったのか」という受けとめがあり、精神障害の本当の気持ちがわかってよかったという声があがった。相談支援事業者は後押しが上手。行政とは違った立場で、本人の能力に応じて対応してくれる。

- ・手紙を聞いたヘルパー2級の資格を持つ高校生と一緒に、本人宅へ訪問したら、本人はとても喜んだ。精神障害のことを一生懸命高校生に教え、自分の役割を見出したかのようにだった。

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 給付対象範囲

- ・「自分の相談相手をもつ」という視点に立つと、単身でなくても必要な人は大勢いる。とくに、サービスを多数使う人、ヘルパー、デイ、訪問看護を複数事業所で使っている人は、それぞれへの連絡が必要であり、単身に限らず、サービス利用が込み入っている人は対象にしたほうが良いのではないか。
- ・以下のようなケースについては対象にすることを検討すべきである。
- * しっかりした家族がいてサービス回数等は調整できても、不安が強く、訴えが強いために、支援の手法等細かな調整が必要な人。
- * 家族がいても、精神障害で子供への依存が強いなど家族調整が必要な人。
- * 家族がいても精神障害の人は家族にも言えない何かがある、どこに言ったらいいかわからないなど明確な相談者が必要な人。
- * 重度身体障害者は家族に余裕がない。本人のお世話にかかりきりであり、介護負担の大きい人。
- * 重度知的障害で行動障害もある人は、家族が本人に振り回されている。介護負担が大きい人。
- * セルフケアプランができるかどうかに関わらず、ニーズが強く、事業所間の細かな調整が必要な人。（支援者側は必要と思うが、拒否されるケースが多い。訴えに振り回される傾向にある。）
- ・障害者は家族も大変。相談員がつくと、家族も相談でき、利用できるサービスが分かる。どこに相談すればいいかわからないという声が多いので、そこを相談支援事業で支援できればよい。
- ・サービス利用の調整が大変で、2、3ヶ月はかかる。かかわり的大変さは区分とは連動しないので、初期加算があっても良いのではないか。
- ・GHから単身になるケースで、退所までの大変なときに頻繁にかかわっても、対象にならないのが課題。
- ・退所支援のため毎日関わっているが、集中的に関わる時がやはり出てくる。関係者はタイミングを逃さず、探っていくことが大切である。

(b) 制度の周知

- ・判断力がある人は、勧めても「自分はいらない」という。行政サイドは必要で利用してほしいと思うが、本人は要らないというケースについて、サービス制度の周知が必要。(身体障害、精神障害等)
- ・サービス利用には必ず必要ということになれば、一気に普及すると思う。
- ・相談支援のPRができていないので、当事者から申し込まれたことはほとんどない。介護のようにケアマネを探してほしいと言ってくることはない。当事者・家族でも知らない人が多い。
- ・相談員がついていることを事業所でも知らない人が多い。ついている人が少ないので、広がらない。事業所に広がれば、事業所からもこの人を対象にという声が出るのではないかと。

(c) 人材確保

- ・時間ばかりかかってマンパワーを確保できないのでやめたいという声も事業所からあった。
- ・利用が伸びても、積極的に取りくんで対応しきれるか。研修が年1回しかなく、5日連続というのも大変。

(d) 行政のリーダーシップ

- ・行政のかかわり方にも地域差がある。取り組み状況によって違いが出ている。今まで障害福祉行政はデスクワークが中心だったが、フットワークの体制が必要。サービスの基準にしてもまちまち。社会資源の情報にしてもフットワークがないと情報が入らない。

(11) 沖縄県那覇市

①圏域の基本情報

- ・人口 316,534人(平成19年11月末現在)、面積：約39.04km²(沖縄県勢のあらまし(平成19年2月)の豊見城市と按分した推計面積による)

②相談支援の実施体制

(a) 行政主管部署の概要

- ・障害福祉課は、定数33人。4係体制。
- ・企画審査グループ：障害程度区分等のアセスメント調査、審査会運営。地域生活支援事業では、障害者相談支援事業および自立支援協議会、地域活動支援センター、コミュニケーション支援事業等を担当。
- ・支援グループ：新事業分については、勘案調査と支給決定を担当。旧法施設は調査から支給決定まで行う。サービス利用計画作成費の決定も行う。地域生活支援事業では、移動個別支援型、日中一時支援事業等。
- ・福祉サービスの新規相談は、主に在宅サービスの場合は保健師(定数2人、非常勤職員2人)で対応。訓練等給付や入所施設の利用は、一般職で対応している。
- ・今は、3障害1グループで見ているが、相談の窓口は、昨年まで精神だけ独立したグループを置いていた(従来、地区保健師がいるところ=健康推進課で相談を受けていた経緯から)。現在は、相談業務も一本化し、保健師で対応している。

(b) 委託相談事業者の概要

- ・今後の相談受付は、できるだけ委託先にやってもらいたいと考えている。

事業者数(4)	A(なんくる)	B(Enjoy)	C(サーポートi)	D(ゆいゆい)
担当者の人数	2人	2人	1人	3人
職種 (市町村相談支援機能強化事業の対象者となる専門的職員の状況)	精神保健福祉士 1名	社会福祉士 2名	作業療法士 1名	社会福祉士・精神保健福祉士 1名 社会福祉士 1名 介護福祉士 1名
相談支援従事者・サービス管理責任者研修の終了有無	修了	修了	修了	修了
経験年数	8年・4年	5年・3年	5年	5年・5年・1年
専任・兼務の状況	専任	専任	専任	専任
併設サービスの状況	地域活動支援センターI型			

- ・委託以外の指定相談支援事業者が2ヶ所あったが、1ヶ所は辞退したので、今は1ヶ所。
- ・作成費は、委託先2ヶ所、指定1ヶ所、他市町村在の指定を受けているところ1ヶ所から請求がある。

(c) 自立支援協議会

- ・分科会が5つあり、いずれかで月1回は開催している。
- ・作成費についても1回意見交換会をした。精神が弱いので、今後の対応を検討して

もらいたいと依頼したところ。

③サービス利用計画作成費の利用概況

(a) 支給決定者数

対象	人数	障害程度区分等の状況	利用しているサービスの種類等
地域移行対象者	2	区分6 (1人) 区分1 (1人)	区分6…居宅介護(身体・家事)+短期入所 区分1…居宅介護(家事)のみ
単身かつ精神障害あり	7	区分5 (3人) 区分4 (1人) 区分2 (1人) 区分1 (2人)	区分5…2人が居宅介護+生活介護の決定 1人が居宅介護+生活介護+短期入所の決定 区分4…居宅介護+生活介護+短期入所の決定 区分2…居宅介護(家事のみ) 区分1…2人とも居宅介護のみ。そのうち1人は家事のみ。
単身かつ知的障害あり	7	区分6 (1人) 区分4 (1人) 区分3 (2人) 区分2 (2人) 区分1 (1人)	区分6…重度訪問介護+生活介護の決定 区分4…居宅介護+生活介護+短期入所の決定 区分3…1人は居宅介護(家事)のみ、 1人は居宅介護+就労継続B型の決定 区分2…1人は居宅介護(身体・家事)+短期入所の決定。1人は居宅介護+就労継続B型の決定 区分1…居宅介護(家事のみ)
単身かつ重度肢体不自由あり	9	区分6 (8人) 区分5 (1人)	区分6…訪問系+生活介護 or 重度訪問介護のみ 区分5…居宅介護(身体)+生活介護
重度包括対象者	14	重度包括I型 (1人) 重度包括II型 (13人)	11人が、訪問系+生活介護+短期入所の決定 2人が重度訪問介護+生活介護の決定 1人が重度訪問介護+短期入所の決定
計	39		

(b) 11月の請求実績

対象	人数	障害程度区分等の状況	モニタリングの有無
地域移行対象者	1	区分6 (1人)	すべて有り
単身かつ精神障害あり	5	区分5 (3人) 区分4 (1人) 区分1 (1人)	すべて有り
単身かつ知的障害あり	7	区分6 (1人) 区分4 (1人) 区分3 (2人) 区分2 (2人) 区分1 (1人)	すべて有り
単身かつ重度肢体不自由あり	7	区分6 (6人) 区分5 (1人)	すべて有り
重度包括対象者	6	重度包括II型 (6人)	有(4人)、無(2人) 上限管理のみ
計	26		

(c) 支給決定のプロセス

- ・作成費は、この人にはつけた方がよい、ということ由市担当課で話していることが多い。福祉サービスの申請と同時で申請をとることはしていない。作成費の制度の説明が難しいので説明もしていない。先日要件に該当しないが、申請してきたケースはある。
- ・認定調査の状況で重度包括の要件が出た人は、同時支給決定を出して、更新も一緒にやっている。
- ・相談事業所につながるのは大変で、市から紹介も難しいので、今は相談事業所から相談があった人について、この人は付けられるから付けましょうということで市のほうから確認を取って、長期入院の人等につけている。

- ・ 単身等の要件はやりにくい。単身で福祉サービスを申請する人には相談事業所を使っていない人も多いし、生活保護で介護扶助から移行する人も多い。介護扶助でケアマネがいる場合、作成費をつける必要があるかが不明。本当に必要な人について精査が難しいこともあり、相談事業所とつながっている人を中心に決定している。
- ・ 事業所を探して契約してくださいというのは、利用が初めての人には厳しい。相談事業所経由で来る人はそこをお願いできるなら支給決定する。
- ・ 認定調査に行くと作成費の対象者になりそうな人は、ある程度分かるので、相談支援事業者がついていればピックアップ。それ以外の人はこれから。
- ・ 精神でヘルパーを使っている人は世帯力が弱いので要件に該当する人も多いが、精神の相談支援事業者はまだ慣れていないので、なかなかつながりにくい。やっと1件入りそうな状況。
- ・ 重度包括対象者には説明するが、本人が必要がないと感じていたり、単身でいることがほとんどなく家族で調整できればよいという人もいるので、利用していないケースも多い。
- ・ 国庫の条件以外では支給決定していない。肢体不自由も区分5以上、認定調査で連絡調整ができない項目にかかる人、知的の人もつながっていける人だけ支給決定している。継続的に自立支援法以前からかかわっている人、もともと毎月モニタリングしていたケースがほとんど。

④個別ケースの相談支援・サービス利用計画の作成

(a) 具体的なケース

(身体障害中心の相談支援事業者)

- ・ 12月時点で10件の作成費対象者がいる。うち単身5人、重度包括2人、家族も障害があり、調整が難しいケースが2人、退院直後の支援が1人。
- ・ 身体だけという人は2人、知的・精神との重複がほとんど。

(知的障害中心の相談支援事業者)

- ・ 作成費対象者は3人。
- ・ 知的ベースで、知的の単身の人が1人、子育て中の母子世帯2人。
- ・ 息子が重度の知的障害があり支援に入ったが、その後、本人は施設に入所。家に入っていく中で、お母さんにも支援が必要ということになり、つながっている。3年間かかわっていて、作成費が始まってからも継続してかかわっている。
- ・ 昨年6月から、子供が2人いて、一人が養護学校に通っていて、学校から相談事業者につながってきたケースがある。家庭に入的过程中でお母さんも障害を持つことで家庭全体にかかわるようになり、作成費にいたっている。
- ・ 単身者は5年くらい継続してかかわっている。

(精神障害中心の相談支援事業者)

- ・ 作成費は数が少ない。上がりそうな人、申請していない人が2件あり、うち1件は既に計画作成し請求段階まで来ている。うち1件は入院中で1級の視覚障害があり、

退院に向けて支援する予定になっている。

(b) 作成費の効果

- ・委託だと契約に基づいて相談をやっているわけではないので、相談員の立場として主導権を持ってまとめてお願いする立場が見えてこないが、作成費を受けていると会議に集まってもらいやすい。立場の違いがある。
- ・ヘルパーとは、困りごとがあると相談してそれきりで終わったりするが、契約を結ぶと相談事業者を通して調整が進むというのが本人にも福祉サービス事業所にもわかりやすい。それぞれがサービスを使うとそれぞれにことが進んで集約できないが、作成費があることで、いったんここに集約しようと情報がまとまりやすくなる。本人、世帯像が見えてくる。
- ・障害福祉サービスは、本人主体で使いたいように使っていいというように捉えられがちだが、個別に走っていたものが整理されたケースもあった。

(c) 作成費対象者とそうでない者の異同

- ・作成費の対象者もそうでない人も業務は変わらない。
- ・作成費の対象者は単身だったり、重複障害で、サービス調整が苦手な人ということがかかわっているが、家族がいても事業所の調整ができるかどうか微妙で、様子を見ているところはある。事務処理は+アルファの提出物があるが、内容的には同じような形で支援している。
- ・契約している人としていない人の差は事業所としても整理できない状況。請求も手間取って、去年10月からしかできていない。本人が知的障害を持っているので、大前提として相談支援の際の本人の権利擁護がある。本人の思いを聞く努力をする。今できる最善の方法を考えても一機関では決定しないという認識を持っていて、常に悩んだときは皆で集まって話し合おうというスタンスでやってきたので、作成費になったときうまく整理がつきにくかった。
- ・委託相談でかかわっている人にもかかわりの重さとしては同じ。地域療育等支援事業をやっていたこともあって子供の相談が多い。その中でお母さんへのかかわり、お母さんの意識を変えていく、整理するということのほうがきつかったりする。

⑤サービス利用計画作成費の利用が低調な理由、今後改善すべき事項

(a) 給付対象範囲

- ・しぼりが大きい。家族があっても、知的等で難しいケースはある。国の要件がはっきりしないのでためらいがある。
- ・重度包括Ⅱ型の方は安定していないと在宅生活できないので、あまり対象にならない。
- ・単身でいる人は入居支援のサービスを受けていたりするので、家族ありでも作成費を付けられると良い。
- ・家族がサービスの使い方が分からず、家族の意図で事業所を変えたりするケースでは、違った視点でのアドバイザーとしてのかかわりがあったらよい。家族がいるが

ゆえに困難になる。

- ・児童でお母さんつきというケースがあるが、要件がよく分からないので児童にどこまでつけていいかわからない。連絡調整ができないというのが何をさすかわかりにくい。
- ・広く読むのが難しい。国と県のお金が絡み、後から返してと言われるのは困るので、要件をきちんと示してほしい。
- ・初回は全員つけても良いのではないか。相談機関につながっても大変だし、つながらなくてももっと大変。地域移行が半年になっているが、半年でもつけてもらえれば整理できる。サービスを初めて使う、地域で障害を持っている人がいるが、誰も訪ねてこない、単にヘルパー利用だけでなく、年金取得、手帳取得、病院に行っているかどうか、2ヶ月くらい様子を見て状況を行政に伝えて対応するという、ヘルパーにつながる前の整備が大変。つながったとしてもつながって始めるまでが大変。
- ・ヘルパー事業所の関係が壊れたら1からやり直しというのは大変なのでキーパーソンがいたほうが良いし、初めての人は家族がいてもうまく使えるようになる、連絡を取れるようになるまではつけたほうが良いのではないか。
- ・地域移行半年は短い。1年はつけて当然。普通の人でも半年くらいはついたほうが良い。初回相談は1年くらい。家の様子も関係者の様子も連携の方法も、本人もこれほどどこに相談すればよいかとあったことが分かってくる。
- ・悩ましいケースは、家族がいて、20歳前後の娘がいる。この子が親のためにサービス調整ができるか見守っている。将来結婚する等考えるとあまり娘に頼り過ぎないほうがよいか+調整に慣れるまではサポートが必要。
- ・訓練等給付を使うときも必要ではないか。デイが消滅したときに、生活訓練に移行させるのが大変だった。サービスの行き場がない人が出てくる。通所で利用するものまで制限するのは理解できない。トータルで入所系のようにサービス提供する形ははずすとしても、通所は対象にすべき。どういう実態のあるものにつけるのかからスタートするのがよい。
- ・子供の世帯でも初回はつけたほうがよいのではないか。親が伝え方が分からないことには変わらない。制度の普及にもなる。乗っかるまでの大変さ、事業者とやり取りするときのノウハウ等の整理が難しい。それは大人も子供も変わらない。
- ・兄弟が年子で、2、3歳しか変わらないととても親は大変。進行性の疾患があったりすると家族の話も聞きながら一番よいサービスがどれだということを教えることは重要。
- ・児童の場合は、一般的な児童の施策との整合性ある支援を行う部分も重要。障害に負荷を全部かけるのは大変かもしれない。ホームヘルプサービスの利用は、基本的には就学児童だが、親の支援者がいない場合は、2歳でもヘルパーがついているケースはある。手帳所持が大原則。
- ・退院ケースの場合、想定していたことと現実のギャップが大きい。本人でなく介護者の側でも大きい。医療で把握している本人の状態と自宅に帰ったときの状態が違う。ADLから発生する生活のしづらさの整理が大変。カンファレンスにこない家族をどう支援するかという課題もある。落ち着いたなら1年で委託のよろず相談にス

ライドするとよい。更新の条件等も明示してもらいたい。

(b) 使用する様式

- ・毎月何をしているかを報告してもらっている。国保連請求になったが、これは今後
も続ける。特に様式は国からも示されていないので様式は任意。書類を作ることに
負担はあるが、いつモニタリングして、どういう支援を行ったかと、計画票を添付
することしか求めていないので、それほど大きな負担ではないと考えている（業務
日誌をそのままでもいい）。行政としては、費用支払いのためにエビデンスが取り
たいだけなので、最初詳しくしていたところはシンプルにした事業所もある。でき
るだけ簡略化の方向で考えている。

(c) 委託費と作成費の切り分け

- ・委託の事業所で作成費が出たら、上乘せ。それなりに手がかかる形になっているの
で、それでよい。ただ、委託の範囲で、作成費レベルのかかわりをしているケース
もある。
- ・委託よろず相談のメリットはとりあえず何でも相談できること。契約で作成費をと
ると、この対象者でないと相談できないのかという戸惑いがあるかもしれない。

(d) 担当件数と単価

- ・相談支援専門員 1 人でやれる件数は 15 件程度。毎週のようにデイや自宅の様子を
見に行ったりという動きがあるので、訪問が大変。事務処理が追いつかない。10
件がせいぜい。余力とフットワークを残して、という感じ。
- ・非常勤には頼みにくいので、雇用形態は重要。作成費のみで対象者の支援をまかな
えとなると、交通費等がまかなえない。移動手段の費用も入れてほしい。介護保険
のケアマネより動く範囲は広い。対象者も密集していないし、施設もばらついてお
り、自治体を超えることも多い。
- ・5 ヶ月～1 年の準備期間、買い物や貯金通帳管理等をやっていくところ等は委託の
ほうでやるべきことかもしれないが、どう考えるのか。

⑥その他

- ・市町村職員は人事異動もあり、力量がないので、対応できない。制度改正が頻繁で
事業者もついていけない。
- ・病院との連携はそれなりに取れている。連携が難しいのは学校。病院はそれぞれの
分野の専門家として意見を出し合えるが、学校のコーディネーターとはやり取りが
始まったばかり。

平成19年度障害者保健福祉推進事業
相談支援の業務実態把握調査【①事業所概要票】

この調査票は、事業所の管理者の方が記入してください。(1事業所1部)

1. 貴事業所の基本情報についてお聞きします。(平成20年2月1日現在)

(1)事業所名			
(2)所在地	都道 府県	区市 町村	
(3)種別	1. 委託相談支援事業所	2. 行政機関	3. 委託をうけていない指定相談支援事業所
(4)受託事業	1. 市町村相談支援機能強化事業 2. 住宅入居等支援事業(居住サポート事業) 3. 地域活動支援センター機能強化事業(I型) 4. 発達障害者支援センター運営事業 5. 障害者就業・生活支援センター事業	6. 高次能機能障害支援普及事業 7. 都道府県相談支援体制整備事業・相談支援体制整備特別支援事業 8. 精神障害者退院促進支援事業 9. 障害児等療育支援事業	
(5)経営主体	10. 都道府県 11. 市区町村 12. 広域連合・一部事務組合 13. 社会福祉協議会 14. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 15. 医療法人 16. 社団・財団法人	17. 農業協同組合及び連合会 18. 消費生活協同組合及び連合会 19. 営利法人(株式・合名・合資・合同会社) 20. 特定非営利活動法人(NPO) 21. その他の法人 22. 1～12以外	
(6)開設年月	西暦()年()月開設	※自立支援法の指定以前から実施している場合は、当該事業開始年月を記入	
(7)併設施設・事業所(該当すべてに○)	1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 重度障害者等包括支援 5. 療養介護 6. 生活介護 7. 児童デイサービス 8. 短期入所	9. 共同生活介護 10. 施設入所支援 11. 共同生活援助 12. 宿泊型自立訓練 13. 自立訓練(機能訓練) 14. 自立訓練(生活訓練) 15. 就労移行支援 16. 就労継続支援(A型)	17. 就労継続支援(B型) 18. 旧法施設支援等(入所系) 19. 旧法施設支援等(通所系) 20. 地域活動支援センター 21. 介護保険の居宅介護支援 22. 地域包括支援センター 23. 在宅介護支援センター 24. その他入所系施設

2. 貴事業所の相談支援の実施状況についてお聞きします。(平成20年2月1日現在)

(1)活動圏域	1. 事業所が所在する単一市区町村	2. 複数市区町村	3. 都道府県全域	
(2)主に対応する障害(該当すべてに○)	1. 身体障害	2. 知的障害	3. 精神障害	
(3)開所曜日・時間 (各日該当する1つに○) (時間は24時制で記入)	【例】	1. (8) : (30) ~ (19) : (00) 開所	2. 24時間開所	3. 休み
	月曜	1. () : () ~ () : () 開所	2. 24時間開所	3. 休み
	火曜	1. () : () ~ () : () 開所	2. 24時間開所	3. 休み
	水曜	1. () : () ~ () : () 開所	2. 24時間開所	3. 休み
	木曜	1. () : () ~ () : () 開所	2. 24時間開所	3. 休み
	金曜	1. () : () ~ () : () 開所	2. 24時間開所	3. 休み
	土曜	1. () : () ~ () : () 開所	2. 24時間開所	3. 休み
	日曜	1. () : () ~ () : () 開所	2. 24時間開所	3. 休み
	祝祭日	1. () : () ~ () : () 開所	2. 24時間開所	3. 休み

(4)開所時間外の相談受付方法	1. 事業所として宿直職員を配置 2. 事業所職員の携帯電話 3. 24時間対応が可能な入所施設等へ転送 4. FAXの受信 →[ア.時間外の返信あり イ.受信のみ] 5. 電子メールの受信 →[ア. 時間外の返信あり イ.受信のみ] 6. 時間外の受付はしない 7. その他(
①開所時間外の対応者(時間外の受付がある場合のみ記入)	1. 貴事業所の管理者が対応 2. 貴事業所の管理者と常勤職員で対応 3. 貴事業所の全員で対応 4. 貴事業所のその他特定職員で対応 5. 併設施設・事業所で対応 6. その他()		
(5)個別支援計画 ¹ の作成割合	1. ほぼ全数(9割以上) 2. 7～8割程度	3. 5～6割程度 4. 3～4割程度	5. 1～2割程度 6. ほとんどない
(6)個別支援計画の見直し頻度(最も一般的なケースを想定して記入)	1. 1ヶ月に1回以上 2. 2ヶ月に1回以上	3. 3ヶ月に1回以上 4. 6ヶ月に1回以上	5. 1年に1回以上 6. それ以下
(7)個別支援計画の本人・家族への交付割合	1. ほぼ全数(9割以上) 2. 7～8割程度	3. 5～6割程度 4. 3～4割程度	5. 1～2割程度 6. ほとんどない
(8)個別支援計画の関係機関への交付割合	7. ほぼ全数(9割以上) 8. 7～8割程度	9. 5～6割程度 10. 3～4割程度	11. 1～2割程度 12. ほとんどない
(9)月1回以上サービス担当者会議 ² を開催しているケースの割合	1. ほぼ全数(9割以上) 2. 7～8割程度	3. 5～6割程度 4. 3～4割程度	5. 1～2割程度 6. ほとんどない
(10)サービス担当者会議の出席者(該当すべてに○)(必要に応じて出席する人を含む)	1. 貴事業所の職員全員 2. 貴事業所の職員のうちケース担当者 3. 関係事業所のサービス管理責任者・サービス提供責任者 4. 関係事業所のその他職員 5. 行政職員(障害者関係) 6. 行政職員(高齢者関係) 7. 行政職員(乳幼児・児童分野) 8. 医療機関(医師・PSW・MSW等) 9. 地域包括支援センター 10. 学校・教育委員会 11. 児童相談所 12. 就労支援関係機関(ハローワーク等) 13. 法律関係機関(弁護士・司法書士等) 14. その他福祉サービス施設・事業所 15. 社会福祉協議会 16. ボランティア 17. 民生委員・児童委員 18. 近隣住民 19. その他()		
(11)サービス担当者会議に利用者・家族が出席する割合	1. ほぼ全数(9割以上) 2. 7～8割程度	3. 5～6割程度 4. 3～4割程度	5. 1～2割程度 6. ほとんどない
(12)対象者宅訪問にかかる平均移動時間(片道)	1. 10分未満 2. 10分以上20分未満	3. 20分以上30分未満 4. 30分以上45分未満	5. 45分以上1時間未満 6. 1時間以上
(13)対象者宅での平均滞在時間(移動除く)	1. 15分未満 2. 15分以上30分	3. 30分以上45分 4. 45分以上1時間未満	5. 1時間以上1時間半未満 6. 1時間半以上

¹ ここでいう「個別支援計画」とは、「ケアプラン」「サービス利用計画」等の名称如何を問わず、利用者に対して適切かつ効果的にサービスを提供するために、貴事業所が利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえ作成し、これに基づき利用者に対してサービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施する計画をさします。(以降同じ)

² ここでいう「サービス担当者会議」とは、「ケア会議」「ケース会議」「支援会議」「個別支援会議」「ケアマネジメント会議」「サービス調整会議」等の名称如何を問わず、利用者に関わる関係者が集まり、利用者のニーズやアセスメントを共有したり、サービス内容・実施方法・提供機関・利用期間等を検討・調整したり、個別支援計画の作成・修正・終結をしたりするための会議であって、貴事業所が招集して開催するもの(サービス提供事業者からの利用者の状況変化等の報告に基づき開催するものを含む)をさします。(以降同じ)

3. 貴事業所がある市町村における地域自立支援協議会と貴事業所の関係性についてお聞きします。(平成20年2月1日現在)

(1)自立支援協議会への参加の有無	1. 事務局として参加している 2. 通常のメンバーとして参加している 3. 参加していない	4. 自立支援協議会が設立されていない 5. その他()
(2)自立支援協議会で困難事例を受け止める仕組みの有無	1. 自立支援協議会以前からあった「個別支援会議」を、自立支援協議会の一部として位置づけて受け止めている 2. 自立支援協議会が設立後、新たに「個別支援会議」を自立支援協議会の一部として設置した 3. 自立支援協議会には困難事例を受け止める仕組みはない 4. その他()	

4. 貴事業所の担当ケース数・職員体制についてお聞きします。

(1)平成19年4-12月の新規ケース数	() 件	※「新規ケース」とは、継続的な支援が必要であり、支援台帳を作成したり、システム上に基本情報を登録し、受理したケースをさします。
(2)平成19年4-12月の終結ケース数	() 件	※「終結ケース」とは、相談者本人と明確に合意した上で積極的・継続的な支援を終えたケース、他機関に支援台帳等の記録を正式に引き継いだケース、転居・死亡等で支援を終えたケースをさします。

(3)職員体制(平成20年2月1日現在)

職員ID	管理者に○	勤務形態(1つに○)				1週間の相談支援事業所での労働時間 【常勤兼任・非常勤の場合】	障害分野の相談員としての経験年数 (現在の事業所以前の経歴も含む)	相談支援従事者研修修了者に○	保有資格 (下から選んで数字を記入)	担当ケース数 (複数人で担当している場合は主担当となっているケース数を記入)	請求事務等の担当者に○
		1 常勤・専任	2 常勤・兼任	3 非常勤・専任	4 非常勤・兼任						
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				
		1	2	3	4	時間/週	年 月				

↳この職員IDを『②相談支援専門員調査票』『③相談支援専門員業務量調査票』『④ケース調査票』に必ず記入してください。

【保有資格】保有資格の欄に、以下の数字を選んで記入してください。

1. 医師・歯科医師・薬剤師	4. 理学療法士	7. 社会福祉士	10. 臨床心理士
2. 保健師	5. 作業療法士	8. 精神保健福祉士	11. 社会福祉主事任用資格
3. 看護師・准看護師	6. 言語聴覚士	9. 介護福祉士	12. 介護支援専門員

※職員が多く、この欄に書ききれない場合は、お手数ですが、このページをコピーして記入ください。

5. 貴事業所の事業活動収支についてお聞きします。(平成 19 年度決算見込み)

※千円未満は四捨五入して記入してください。

※出来高払いや現時点で正確な金額を確定できない費目については、現時点で見込まれている金額の概算で記入いただければ結構です。

※細かい費目別の記入が困難場合は、収支の合計額のみ記入してください。

(1) 事業活動収入

費目	金額			
	億	百万	千円	
1 委託相談支援事業にかかる収入（補助金・委託費等）				
2 サービス利用計画作成費収入				
3 障害程度区分認定調査の受託収入				
4 その他				
事業活動収入計				

▶ 【「4 その他」の具体的な事業名等を可能な範囲で記入してください】

(2) 事業活動支出

費目	金額			
	億	百万	千円	
1 人件費				
2 旅費交通費				
3 通信運搬費				
4 土地・建物・建物付属設備の賃借料				
5 その他の事務費・事業費支出				
6 減価償却費				
7 徴収不能額				
8 引当金繰入				
事業活動支出計				

6. サービス利用計画作成費のあり方や相談支援全般についてのご意見等があればご自由に記入してください。

■■■ 調査は以上です。お忙しいところご協力ありがとうございました ■■■

相談支援の業務実態把握調査【②相談支援専門員調査票】

この調査票は、貴事業所に勤務する全員の相談支援専門員の方が、1人1部記入してください。

管理者の方が相談支援専門員の場合、管理者の方も記入してください。

事業所名	
職員ID	

←『①事業所概要票』P3「4(3)職員体制」の「職員ID」欄から必ず数字を転記してください。

1. あなたが担当しているケース数についてお聞きします。(平成20年2月1日現在)

	全体	
	うちサービス利用計画 作成費対象ケース	うち退院・退所支援ケース (退院・退所前を含み、退院・ 退所後1年以内)
(1)主担当ケース		
(2)他職員が主担当だが、担当の一人として関わっているケース		

2. あなたが相談支援専門員として個別のケース対応を進める上で、以下のような場面はどの程度あり、どの程度負担感を感じますか。(各項目該当する番号1つに○)

	頻度				負担感				
	1 よくある	2 時々ある	3 あまりない	4 全くない	1 非常に負担である	2 どちらかと言えば 負担である	3 どちらとも いえない	4 どちらかと言えば 負担ではない	5 全く負担ではない
1. 課題を抽出し、長期目標・短期目標をたてるのが難しい	1	2	3	4	1	2	3	4	5
2. 利用者本人との意思疎通が難しい	1	2	3	4	1	2	3	4	5
3. 利用者には制度の説明をするのに時間がかかる(資料準備等含む)	1	2	3	4	1	2	3	4	5
4. 利用者や家族の意見が違い、調整を要する	1	2	3	4	1	2	3	4	5
5. 家族の意向が強くとそれに振り回される	1	2	3	4	1	2	3	4	5
6. 利用者や家族の意見と、相談支援専門員の意見が違い、調整を要する	1	2	3	4	1	2	3	4	5
7. 利用者・家族は困っていない、特に課題を感じていない	1	2	3	4	1	2	3	4	5
8. 利用者・家族が相談支援事業所の介入を拒否する	1	2	3	4	1	2	3	4	5
9. 利用者・家族が、相談支援専門員が必要と考えるサービスを受け入れない	1	2	3	4	1	2	3	4	5
10. 家族にキーパーソンがいない	1	2	3	4	1	2	3	4	5
11. 家族も障害・疾病等を抱え支援が必要である	1	2	3	4	1	2	3	4	5
12. 利用者の依存度が高い(予定外の来所や頻繁な電話等)	1	2	3	4	1	2	3	4	5
13. サービス提供事業者を探すのに時間がかかる	1	2	3	4	1	2	3	4	5
14. 地域に必要なサービスが不足している・資源開発が難しい	1	2	3	4	1	2	3	4	5
15. 利用者の心身の状態変化が著しい	1	2	3	4	1	2	3	4	5
16. 利用者の医療ニーズが高い(医療的ケアが多い、疾患に関する知識が必要等)	1	2	3	4	1	2	3	4	5
17. 自殺企図や病状急変の可能性のある等で緊急対応の必要性がある	1	2	3	4	1	2	3	4	5
18. 利用者には反社会的な行動や犯罪行動があり対応を求められる	1	2	3	4	1	2	3	4	5
19. 生活保護や介護保険など他サービスと重複がある	1	2	3	4	1	2	3	4	5
20. 自己負担できる金額に制限がある	1	2	3	4	1	2	3	4	5
21. 虐待(身体・心理・経済等)等の権利侵害の疑いがある	1	2	3	4	1	2	3	4	5
22. 利用者・家族が地域社会や近隣住民から孤立している	1	2	3	4	1	2	3	4	5

	頻度				負担感				
	1 よくある	2 時々ある	3 あまりない	4 全くない	1 非常に負担である	2 どちらかと言えば負担である	3 どちらともいえない	4 どちらかと言えば負担ではない	5 全く負担ではない
23. サービス提供事業者等、関係機関からの情報提供が少ない	1	2	3	4	1	2	3	4	5
24. サービス提供事業者等、関係機関に照会しても、回答が得られない	1	2	3	4	1	2	3	4	5
25. サービス担当者会議 ¹ を招集しても関係者が応じてくれない	1	2	3	4	1	2	3	4	5
26. サービス担当者会議の招集には応じてもらえるが、日程調整が困難である	1	2	3	4	1	2	3	4	5
27. サービス担当者会議を開催する場所が確保できない	1	2	3	4	1	2	3	4	5
28. 市町村行政に困難ケース等について相談しても、十分に相談に応じてくれない	1	2	3	4	1	2	3	4	5
29. 市町村行政から必要な情報を得られない	1	2	3	4	1	2	3	4	5

3. あなたが相談支援専門員として業務を進める上で、以下のような項目についてどう感じていますか。
(各項目該当する番号1つに○)

	1 非常にそう思う	2 どちらかと言えばそう思う	3 どちらともいえない	4 どちらかと言えばそう思わない	5 全くそう思わない
1. 担当利用者数が多い	1	2	3	4	5
2. 担当する利用者の地域範囲が広い	1	2	3	4	5
3. 相談支援専門員の業務範囲が明確でない	1	2	3	4	5
4. 相談支援専門員本来の業務ができていない	1	2	3	4	5
5. 利用者本位のサービスがつかぬ	1	2	3	4	5
6. 困難ケースへの対応に手間がとられる	1	2	3	4	5
7. 業務の責任が重く、抱え込んでしまう	1	2	3	4	5
8. 事業所内のミーティングの時間がとりにくい	1	2	3	4	5
9. 事業所内で困難ケース等への処遇を話し合う時間・機会が少ない	1	2	3	4	5
10. 事業所内の他の相談支援専門員が担当する利用者の情報共有が不十分である	1	2	3	4	5
11. 制度が頻回に変わり、対応に時間と労力がかかる	1	2	3	4	5
12. 記録する書式が多く手間がかかる	1	2	3	4	5
13. 残業が多い／仕事の持ち帰りが多い	1	2	3	4	5
14. 休日・休暇がとれない	1	2	3	4	5
15. 夜間対応・緊急時対応が多い	1	2	3	4	5
16. 賃金が低い	1	2	3	4	5
17. 兼務業務が忙しく、相談支援専門員業務の時間が十分にとれない	1	2	3	4	5
18. 事業所から無理な課題・営業目標等を提示される	1	2	3	4	5
19. できるだけ事業所の併設サービス等を利用するような事業所の方針がある	1	2	3	4	5
20. 研修に参加できない	1	2	3	4	5
21. 研修の場・機会が少ない	1	2	3	4	5
22. 自分の力量について不安がある	1	2	3	4	5
23. スーパーバイザーがいない	1	2	3	4	5

■■■ 調査は以上です。お忙しいところご協力ありがとうございました ■■■

¹ ここでいう「サービス担当者会議」とは、「ケア会議」「ケース会議」「支援会議」「個別支援会議」「ケアマネジメント会議」「サービス調整会議」等の名称如何を問わず、利用者に関わる関係者が集まり、利用者のニーズやアセスメントを共有したり、サービス内容・実施方法・提供機関・利用期間等を検討・調整したり、個別支援計画の作成・修正・終結をしたりするための会議であって、貴事業所が招集して開催するもの（サービス提供事業者からの利用者の状況変化等の報告に基づき開催するものを含む）をさします。（以降同じ）

平成19年度障害者保健福祉推進事業
相談支援の業務実態把握調査【③相談支援業務量調査票】

- △この調査票は、平成20年2月15日（金）～24日（日）に勤務する全員の相談支援専門員の方が、1人1部記入してください。
- △管理者の方が相談支援専門員の場合、管理者の方も記入してください。
- △調査期間中にあなたが相談支援にかかった時間数を「相談支援に関わった時間」の欄に15分単位で記入してください。
業務としてかかった時間であれば、時間外の対応時間も含めて記入してください。
相談支援業務と他の業務を兼務している場合、他の業務に従事した時間は除いてください。
自己啓発、地域のネットワーク作り等のため、業務外の位置づけで相談支援業務に関連する会議等に出席した時間も含めて記入してください。
- △上記相談支援にかかった時間内に、相談支援業務として行った個別ケース対応、個別ケース対応ではない業務を行った回数を、具体的内容別に「正」の字で記入してください。

事業所名	
職員ID	

—「①事業所概要票」P3「4(3)職員体制」の「職員ID」欄から必ず数字を転記してください。

No.	勤務日	相談支援にかかった時間 (15分単位で合計を記入)	個別ケース対応(本人・家族・関係機関等との連絡・調整すべてを含む)					個別ケース対応ではない業務等		
			来所	訪問・外出同行 (自宅・利用施設・医療機関・役所等)	電話	FAX・メール・手紙	サービス担当者会議 (貴事業所内部担当者のみ参加)	サービス担当者会議 (貴事業所外の関係者も参加)	会議出席 (貴事業所外の関係者も参加。開催場所は不問。自立支援協議会の事務局会議等)	研修会・勉強会出席 (貴事業所内部担当者のみ参加。講師等としての参加も含む)
【記入例】	10 時間 15 分	正	正	正 正	正 正			正		
1	15日(金)	時間 分								
2	16日(土)	時間 分								
3	17日(日)	時間 分								
4	18日(月)	時間 分								
5	19日(火)	時間 分								
6	20日(水)	時間 分								
7	21日(木)	時間 分								
8	22日(金)	時間 分								
9	23日(土)	時間 分								
10	24日(日)	時間 分								

※ここでいう「サービス担当者会議」とは、「ケア会議」「ケース会議」「支援会議」「個別支援会議」「ケアマネジメント会議」「サービス調整会議」等の名称如何を問わず、利用者に関わる関係者が集まり、利用者のニーズやアセスメントを共有したり、サービス内容・実施方法・提供機関・利用期間等を検討・調整したり、個別支援計画の作成・修正・総括したりするための会議であって、貴事業所が招集して開催するもの(サービス提供事業者からの利用者の状況変化等の報告に基づき開催するものを含む)をさします。

(11)(10)で選んだサービスを提供するにあたり関わっている施設・事業所数	合計()ヶ所						
(12)介護者の有無	1. <u>あり</u> ↓ 2. なし						
①介護者の状況(介護者ありの場合、該当すべてに○)	1. 特に問題はない 2. 介護する人が高齢(65歳以上) 3. 介護する人が要支援・要介護状態にある 4. 介護する人が病弱、障害等、心身に問題がある 5. 介護を必要とする人が複数いる 6. 仕事のため昼間介護できない 7. 不規則勤務で、介護できる時間が不規則 8. 自営業のため介護に十分対応できない 9. 育児を行っている 10. 介護する人が介護に消極的 11. その他()						
(13)サービス利用計画作成費支給の有無	1. 支給あり →支給決定期間:平成()年()月～平成()年()月 →支給理由 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px;">ア.</td> <td>施設・病院からの退所等に伴い一定期間集中的な支援が必要</td> </tr> <tr> <td>イ.</td> <td>単身(家族が障害・疾病等を含む)で自らサービス事業者等との連絡調整等が困難</td> </tr> <tr> <td>ウ.</td> <td>重度包括支援対象者のうち重度訪問介護等の他サービスの支給決定者</td> </tr> </table>	ア.	施設・病院からの退所等に伴い一定期間集中的な支援が必要	イ.	単身(家族が障害・疾病等を含む)で自らサービス事業者等との連絡調整等が困難	ウ.	重度包括支援対象者のうち重度訪問介護等の他サービスの支給決定者
ア.	施設・病院からの退所等に伴い一定期間集中的な支援が必要						
イ.	単身(家族が障害・疾病等を含む)で自らサービス事業者等との連絡調整等が困難						
ウ.	重度包括支援対象者のうち重度訪問介護等の他サービスの支給決定者						
	2. 支給なし						

2. 貴事業所のこのケースに対する相談支援の実施状況についてお聞きします。(特に指定のない限り平成20年2月1日現在)

(1)初回相談受付	昭和・平成()年()月	
(2)現在の相談体制	1. 主担当の相談支援専門員1人で対応 2. 複数の相談支援専門員で対応 →合計人数:()人	
(3)相談実績延べ件数 (平成19年4月～12月) (本人・家族・関係機関等の連絡調整の合計)	来所	
	訪問	
	電話	
	FAX・メール・手紙	
	サービス担当者会議 ¹ (事業所内部職員のみ)	
	サービス担当者会議(事業所外職員を含む)	

¹ ここでいう「サービス担当者会議」とは、「ケア会議」「ケース会議」「支援会議」「個別支援会議」「ケアマネジメント会議」「サービス調整会議」等の名称如何を問わず、利用者に関わる関係者が集まり、利用者のニーズやアセスメントを共有したり、サービス内容・実施方法・提供機関・利用期間等を検討・調整したり、個別支援計画の作成・修正・終結をしたりするための会議であって、貴事業所が招集して開催するもの(サービス提供事業者からの利用者の状況変化等の報告に基づき開催するものを含む)をさします。(以降同じ)

(4)個別支援計画 ² の作成有無	1. 作成あり →初回作成:[昭和・平成()年()月] 2. 作成なし
①個別支援計画の見直し回数(計画ありの場合)	()回 ※平成19年4月～12月の実績
②個別支援計画の見直し内容(平成19年4月～12月)(計画ありの場合)	1. 利用しているサービスの内容及び結果 2. 利用者のサービスに対する満足度 3. 利用者／介護者自身が感じている状態像の変化 4. 利用者のADL/IADLの状況 5. 個別支援計画の実践状況及び目標達成状況 6. 新たな生活課題 7. 個別支援計画変更の必要性 8. 連絡調整、サービス担当者会議等の必要性 9. その他()
③個別支援計画の本人・家族への交付	1. 毎回交付している 2. 一部交付している 3. 交付していない
④個別支援計画の関係機関への交付割合	1. 全関係機関に交付している 2. 関係機関の()割に交付している ※整数で記入 3. 交付していない
(5)サービス担当者会議の開催回数	()回 ※平成19年4月～12月の実績
(6)サービス担当者会議の出席者(平成19年4月～12月)(該当すべてに○)(必要に応じて出席する人を含む)	1. 貴事業所の職員全員 2. 貴事業所の職員のうちケース担当者 3. 関係事業所のサービス管理責任者・サービス提供責任者 4. 関係事業所のその他職員 5. 行政職員(障害者関係) 6. 行政職員(高齢者関係) 7. 行政職員(乳幼児・児童分野) 8. 医療機関(医師・PSW・MSW等) 9. 地域包括支援センター 10. 学校・教育委員会 11. 児童相談所 12. 就労支援関係機関(ハローワーク等) 13. 法律関係機関(弁護士・司法書士等) 14. その他福祉サービス施設・事業所 15. 社会福祉協議会 16. ボランティア 17. 民生委員・児童委員 18. 近隣住民 19. その他()
(7)サービス担当者会議に利用者・家族が出席した回数	()回 ※平成19年4月～12月の実績
(8)相談支援領域(該当すべてに○)(平成19年4月～12月)	1. 制度、法律に関する情報提供 2. 福祉サービス等の利用援助 3. 金銭、財産管理 4. 住まいの確保 5. 学校教育 6. 就労 7. 余暇支援 8. 障害や病気に関すること 9. 個別支援計画作成に関すること 10. 地域生活移行に関すること 11. 虐待、DV等 12. その他()

² ここでいう「個別支援計画」とは、「ケアプラン」「サービス利用計画」等の名称如何を問わず、利用者に対して適切かつ効果的にサービスを提供するために、貴事業所が利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえ作成し、これに基づき利用者に対してサービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施する計画をさします。(以降同じ)

3. このケースの支援を行うにあたり困難な点についてお聞きします。(該当すべてに○)

1. 課題を抽出し、長期目標・短期目標をたてるのが難しい
2. 利用者本人との意思疎通が難しい
3. 利用者に制度の説明をするのに時間がかかる(資料準備等含む)
4. 利用者や家族の意見が違い、調整を要する
5. 家族の意向が強くそれに振り回される
6. 利用者や家族の意見と、相談支援専門員の意見が違い、調整を要する
7. 利用者・家族は困っていない、特に課題を感じていない
8. 利用者・家族が相談支援事業所の介入を拒否する
9. 利用者・家族が相談支援専門員が必要と考えるサービスを受け入れない
10. 家族にキーパーソンがいない
11. 家族も障害・疾病等を抱え支援が必要である
12. 利用者の依存度が高い(予定外の来所や頻繁な電話等)
13. サービス提供事業者を探すのに時間がかかる
14. 地域に必要なサービスが不足している・資源開発が難しい
15. 利用者の心身の状態変化が著しい
16. 利用者の医療ニーズが高い(医療的ケアが多い、疾患に関する知識が必要等)
17. 自殺企図や病状急変の可能性のある等で緊急対応の必要性がある
18. 利用者に反社会的な行動や犯罪行動があり対応を求められる
19. 生活保護や介護保険など他サービスと重複がある
20. 自己負担できる金額に制限がある
21. 虐待(身体・心理・経済等)等の権利侵害の疑いがある
22. 利用者・家族が地域社会や近隣住民から孤立している
23. サービス提供事業者等、関係機関からの情報提供が少ない
24. サービス提供事業者等、関係機関に照会しても、回答が得られない
25. サービス担当者会議を招集しても関係者が応じてくれない
26. サービス担当者会議の招集には応じてもらえるが、日程調整が困難である
27. サービス担当者会議を開催する場所が確保できない
28. 市町村行政に困難ケース等について相談しても、十分に相談に応じてくれない
29. 市町村行政から必要な情報を得られない
30. その他

[]

4. 貴事業所がこのケースを「相談支援の困難性が高い」として選定した理由をできるだけ具体的に記入してください。

[]

■■■ 調査は以上です。お忙しいところご協力ありがとうございました ■■■

平成19年度障害者保健福祉推進事業

サービス利用計画作成費の支給対象者を中心とした
相談支援事業のあり方に関する調査研究報告書

発行： 2008（平成20）年3月

発行者： 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

ヒューマン・ケア研究グループ

〒100-8141 東京都千代田区大手町2-3-6

電話 03-3277-0730 FAX 03-3277-3460

E-mail hcd-info@mri.co.jp