

第2部

帳票類を活用した相談支援の展開にあたっての 25のポイント

相談支援を効果的に展開するためには帳票類を適切に活用することが望めます。ここでは、帳票類の活用に関することを中心として、相談支援の展開に際してよくある質問への回答を紹介します。

帳票類を活用した相談支援の展開にあたっての 25 のポイント

1 相談の受付・申込

- Q 1 〈相談受付・申込票〉はどのように活用すれば良いのか？
- Q 2 本人以外の家族からの相談が来た。どうすればよいのか？
- Q 3 相談受付直後の初期段階における対応において留意すべきことはあるか？
- Q 4 関係機関から課題を抱えている人を紹介されたが、本人又は家族が自立相談支援機関の介入を渋っており、〈相談受付・申込票〉に書いてもらえない。どうすれば良いのか？
- Q 5 家族全体が複合的に課題を抱えている場合、誰を「本人」として相談支援を進めていけばよいのか？
- Q 6 本人同意のない状態で、どこまで他機関との情報共有が可能か？

2 アセスメント

- Q 7 〈インタビュー・アセスメントシート〉はどのように活用すれば良いのか？
- Q 8 〈インタビュー・アセスメントシート〉はどのようなタイミングで使用するのか？ 本人の主訴が日々変化し、次々に起こる問題への対応に追われ、明確な課題の分析ができないが…。
- Q 9 〈インタビュー・アセスメントシート〉で扱う情報はどのように収集するのか？
- Q 10 「課題と背景要因」はどのように書けばよいのか？
- Q 11 「課題のまとめと支援の方向性」はどのようにまとめればよいのか？また、どのように活用するのか？

3 プランの策定

- Q 12 プランを策定しなくても、支援は動いている。プランを策定する必要性は？ また、〈プラン兼事業等利用申込書〉は活用しなければならないのか？
- Q 13 次々に新たな課題が明らかになり、プラン策定のタイミングが掴めない。
- Q 14 アセスメントからプランにどのようにつなげればよいのか？
- Q 15 プラン策定にあたり、アセスメント結果と本人の意向にかい離がある。どうすればよいのか？
- Q 16 〈プラン兼事業等利用申込書〉の「実施すること」の欄には、何をどのように書けばよいのか？
- Q 17 本人だけでなく、家族も課題を抱えている場合のプランの組み方は？
- Q 18 プラン期間はどれぐらいの長さで設定するのがよいのか？
- Q 19 支援調整会議における帳票類の有効な活用方法は？
- Q 20 帳票類に記載した情報はどこまで関係機関と共有すべきか？関係機関との連携にあたっての留意点は？
- Q 21 「次回モニタリング時期」はどのように設定すればよいのか？
- Q 22 プラン策定・支援決定後、支援実施中に本人の状況が変化した。どうすればよいのか？

4 評価について

- Q 23 〈評価シート〉を用いた評価はどのように実施するのか？ また、評価はどのタイミングで行えばよいのか？
- Q 24 「終結」と「再プランして継続」のいずれの方針とするかについて、どのような基準で判断するのか？ 特に「終結」のタイミングが分からない。
- Q 25 評価の結果、再プランを策定することになった。再プラン策定において、初回プラン策定時とは異なる留意点はあるか？

1 相談の受付・申込

Q1 〈相談受付・申込票〉はどのように活用すれば良いのか？

A1

〈相談受付・申込票〉は、本人あるいは家族からまず最初に相談の内容を聞き取ると共に、自立相談支援機関による支援についての同意をとるツールでもある。この相談受付・申込票において本人の同意を得ることによって、関係機関との連携のもとでの支援が可能となる。

〈相談受付・申込票〉は、単に本人情報を確認するためだけのものではなく、そこへの本人の記載内容や記載状況から、本人がどのように自分自身の状態を捉え、課題意識を持っているのかを把握することができる。特に、「ご相談内容」に書かれた事柄については、相談支援員が相談受付・申込票をもとに本人とより深くコミュニケーションをとり、本人の意識・認識を引き出し確認し、その後の支援に向けた共感を深めるきっかけとしたい。

また、相談受付・申込票を書き、相談支援員とコミュニケーションをとる際の本人の様々な様子（しぐさ、筆跡、会話の状況等）から、コミュニケーション能力等を含めたソーシャルスキルの状況を把握したり、本人の考え方や会話の特徴を捉えることもできる。中には、この段階での様子から、障害や病気が疑われる場合もある。ここでの気づきはその後の相談支援の展開にあたって重要であり、相談支援員は感度を高く持ちながら〈相談受付・申込票〉を活用した初期の本人支援に当たる必要がある。この段階で相談支援員が把握したり気づいたりした情報については、インテーク・アセスメントシートに記載し、関係者間で共有できるようにしておく。

Q2 本人以外の家族からの相談が来た。どうすればよいか？

A2

家族から状況をよく聞き取ったうえで、本人と直接の接点を早期に持てるように家族を通じて調整する。本人と早期の接点が持てそうであれば、いったん家族に本人情報を代理で書いてもらい〈相談受付・申込票〉を起票する。

本人との接点が持ちづらく、家族との接点のみで相談支援が継続することが見込まれる場合は、まずはその家族を相談者として申込を受け付ける。そして、家族自身が抱える課題を解決することから始める。本人については、その本人との直接の接点を持ち、直接的な相談支援が可能となった時点で本人を相談者として別途申込を受け付ける。

ただし、家族から相談が来るケースでは、聞き取りを進めていくと、家族自身が課題を抱えている場合もある。家族間の関係や影響の与え方、課題相互の関連性に留意しつつ、専門的な観点からの考察（見立て）が求められる。課題の見極めが困難な場合には、家族の主訴を踏まえて早期に本人に対するプラン策定し、モニタリングを通じて家族の課題を明らかにするという方法も考えられる。

Q3 相談受付直後の初期段階における対応において留意すべきことはあるか？

A3

相談受付直後の初期の段階においては、本人が抱える課題の状況を把握の上、生活課題の切迫性の度合いについて判断し、切迫性が高い場合には緊急支援の実施や早期の介入を図ることが望まれる。切迫性が高い状況には、経済的困窮が著しく衣食住に困窮している、ひどいDVや家庭内暴力があり身を守る必要がある、健康状態が極度に悪化している、住居からの立ち退きを求められている等が含まれる。また、面接等の機会を通じて、相談者本人のコミュニケーションスキルや理解力等がどの程度あるか、周囲の支えの有無と孤立の状況などについて見立て、相談支援を進めていくにあたっての本人や家族とのコミュニケーションの取り方や支援のアプローチ方法について検討する材料とする。この際、障害や病気の疑いがないかという視点も念頭に置いておく。

相談受付直後の、本人の状況を詳細に把握していない段階において、家族の意向を確認したいと考える場合や、家族との調整が必要であると考えられる場合も予想される。しかし、家族から逃れてきたため、居場所を知られたくない等、家族と接点を持つことが許されない状況も考えられるため、家族との連絡・連携を考える前には、まず本人から家族の状況を聴取し、連絡の可否について確認しなければならない。

緊急連絡時に自宅に連絡をしてもよいか、支援機関名を名乗ってよいか等の連絡手段の確認においても同様である。

Q4

関係機関から課題を抱えている人を紹介されたが、本人又は家族が自立相談支援機関の介入を渋っており、〈相談受付・申込票〉に書いてもらえない。どうすれば良いか？

A4

本人同意が得られない場合も、本人が特定でき、自立相談支援機関として引き続き支援することが必要と判断する場合は、相談支援員が〈相談受付・申込票〉をいったん起票し、新規相談者として登録のうえ、支援を開始する。

このように、相談支援を必要とするとみられる本人に対して、本人が当初は積極的ではなくとも関わりを持ち続け、支援につなげていくことは、自立相談支援機関に求められる「アウトリーチ」の観点においても重要である。

当初、本人同意が得られない場合の対応は、下記のような考え方で行う。

本人同意が得られない場合の対応

① 継続的な接触による信頼関係の構築

- ・いずれ本人の同意が得られるように、本人と関係性を持ち続け、信頼関係を構築するよう努める。
- ・本人が同意に前向きになった時点で、改めて本人に相談受付・申込票を記載してもらい、同意をもらう。

② 自立相談支援機関単独の支援は行うが、関係機関との情報共有はできない

- ・本人同意がとれる前の段階においては、自立相談支援機関が単独で行う相談支援や他機関等についての情報提供は行うことができる。
- ・ただし、本人への支援にあたって他の機関と本人に関する情報を共有するためには、「個人情報に関する管理・取扱規程」等に基づく本人同意が必要であるため、同意がない場合は関係機関との情報共有はできない。

③ プラン策定には同意があることが必要

- ・プラン策定は、本人同意を必要とする。これは、プランが、本人同意のもとで解決すべきものとして特定した課題を解決するための方針を定め、本人が目指すべき目標を設定するものであることから、当然必要となるものである。
- ・ただし、本人同意がとれない場合、本支援プロセスで定められた様式でのプランは策定しなくとも、本人が必要とする支援を暫時行っていくことは可能である。この場合も、支援の方針や内容について、自立相談支援機関内で検討しながら計画的に進めていくことが望まれる。

④ 本人の同意がない場合の工夫

- ・本人同意はないものの、生活困窮の程度が深刻であったり事態が切迫している等の場合は、別途、他の福祉制度や精神保健等の「措置」制度の利用も検討してみる。
- ・ただし、このような場合も、まずは本人に利用申込の意義やメリットについて説明し、同意が得られるよう努めることが必要である。

Q5

家族全体が複合的に課題を抱えている場合、誰を「本人」として相談支援を進めていけばよいのか？

A5

家族全体が複合的に課題を抱えており、その全体へのアプローチが必要とされる場合も、帳票類を活用した相談支援の展開においては、そのうちの誰かをクライアント（本人）と位置づけて進めていく。誰をクライアント（本人）と位置づけるかについては、その家族の状況に応じて下記のようにさまざまな対応の仕方がありうる。

家族全体が課題を抱える場合、誰をクライアント(本人)とするか

① 自立相談支援機関との接点が多い人を対象とする

- ・自立相談支援機関との接点を多く持っており、直接的なアプローチがとりやすい家族をまずはクライアント（本人）に位置づける。

② 家族内のキーパーソンを対象とする

- ・家族内において、主たる生計維持者であったり、他の家族への影響が強い人など、家族内におけるキーパーソンをクライアント（本人）に位置づけ、その本人への支援を通じて家族の変革を図っていく。

③ まだ支援につながっていない人を対象とする

- ・既に他機関による支援が一部進められている家族については、他機関からの支援が主になっている家族員はそちらを中心に引き続き支援を図っていくこととし、それ以外のまだあまり支援につながっていない家族員をクライアント（本人）として位置づけ、自立相談支援機関が中心となって支えていくことが考えられる。

④ 複数の家族をクライアント（本人）と位置づけ、別々に帳票類を起票する

- ・家族それぞれに別の相談支援のアプローチが必要となる場合には、それぞれの家族員をクライアント（本人）として位置づけ、一連の帳票類についても別々に起票する。
- ・特に、家族によって相談支援のアプローチの仕方が全く異なる場合や、家族員の間で利益が相反しうる場合（たとえば、離婚を検討している場合、DV等の場合等）は、別々の対応が求められる。
- ・この場合も、同一世帯の対象ケースについては、〈インテーク・アセスメントシート〉の「関連ID」で相互に関係性がわかるようにしておくことが望まれる。

Q6

本人同意のない状態で、どこまで他機関との情報共有が可能か？

A6

本人への支援にあたって他の機関と本人に関する情報を共有するためには、〈個人情報に関する管理・取扱規程〉について説明をした上で、〈相談受付・申込票〉における本人同意を得ることが必要であるため、同意がない場合は関係機関との情報共有はできない。

また、本人同意がない場合にはプラン策定が成されないため、法に基づく事業等のうち、下記の3事業については利用できない。

- ・家計相談支援事業

※ただし、家計相談支援事業に直接相談があった場合で、給付・減免等の利用や債務整理へのつなぎ等の支援で終結する場合など、継続的な家計管理の支援までは必要ないと考えられる場合には、自立相談支援機関のプラン案に盛り込む必要はない。

- ・就労準備支援事業

- ・認定就労訓練事業

上記のように本人同意は、関係機関連携のもとでの多面的な支援の展開のために重要なステップであることから、いずれ本人の同意が得られるように、本人と関係性を持ち続け、信頼関係を構築するように努めることが重要である。

なお、本人同意がとれる前の段階においても、自立相談支援機関が単独で行う相談支援や他機関等についての情報提供は行うことができる。また、本人が同席する形によって実質的に本人同意をとりながら進める事ができるのであれば、他機関との情報を共有することができる。

本人同意はないものの、生活困窮の程度が深刻であったり事態が切迫している等の場合は、別途、他の福祉制度や精神保健等の「措置」制度の利用も検討してみる。ただし、このような場合も、まずは本人に利用申込の意義やメリットについて説明し、同意が得られるよう努めることが必要である。

2 アセスメント

Q7 〈インテーク・アセスメントシート〉はどのように活用すれば良いのか？

A7

〈インテーク・アセスメントシート〉を活用しながら本人についてのアセスメントを深めることは、本人が抱える課題とその背景要因を明らかにし、本人の状況に応じた相談支援を組み立てていくために非常に重要な過程である。この過程を通じて本人や周囲の環境がどのような状況にあり、本人がどのような認識や思いを持っているか、またどのような課題がどのようなメカニズムで生じているのかについての確認と考察を深めておかなければ、根本原因を放置したままで本人の希望に沿わない的外れな支援となってしまうかねない。

〈インテーク・アセスメントシート〉は、自立相談支援機関の相談支援員が記載し、本人に関する情報を整理し、アセスメントを深める。すべての項目について情報を埋める必要はなく、本人の訴えや状況から課題と考える項目を使用する。

本人自身の現在の状況だけでなく、それまでの生活歴や家族や周囲との関係性、家族が抱える課題にも目配りして、どのような構造で本人の課題が生じているか、何が自立や社会参加の阻害要因となっているかについて見立てを深める。その人個人の状況やニーズだけでなく、社会的関係にも着目し、家族として、地域社会の一員として、その人が担う役割も含めた生活全体を理解できるように努める。また、この過程を通じて本人や周囲の環境が有する「強み」を把握することも今後の支援のあり方を考えるために重要である。

〈インテーク・アセスメントシート〉への記載事項としては、本人や関係者からの聞き取りにより得られた事実、相談支援員による考察に加え、本人及び関係者の発した言葉や、本人のしぐさ・様子など、相談支援員が相談や同行支援などの最中に観察したものを記載する形も考えられる。客観的な事実を記載することにより、アセスメントの根拠がより分かりやすいものとなるだけでなく、他の相談支援員や専門機関等とのケース会議等を通じた事例検討において、本人のイメージを共有し、異なる目線で本人を捉える機会も得られる。

なお、〈インテーク・アセスメントシート〉に情報を記載する際には、事実として捉えてよいものとそうでないものとが峻別できるように、情報の確度に応じて書き分けておくことも必要である。具体的には、既に裏取りもなされており確実な情報と、曖昧な情報であり今後裏づけの確認が必要な情報とは、その区別がわかるようにして記載しておく必要がある。また、本人の様子など主観が関与しやすい情報については、誰が言った（捉えた）情報をわかるようにしておく。

Q8 〈インテーク・アセスメントシート〉はどのようなタイミングで使用するのか？ 本人の主訴が日々変化し、次々に起こる問題への対応に追われ、明確な課題の分析ができないが…。

A8

〈インテーク・アセスメントシート〉は、相談受付・申込の段階から、アセスメント、プラン策定、モニタリング、評価といった相談支援の一連の過程を通じて継続的に活用していく。〈インテーク・アセスメントシート〉は、相談初期の段階に一度作成して終わりではなく、継続的に情報を書き足し、更新・修正していく形で活用する。

特に、インテークからプラン策定までの段階で本人と何度か面接を重ねて関わりを深めていく過程において順次さまざまな情報がわかっていくことが多い。最初から〈インテーク・アセスメントシート〉をすべて埋めようとするのではなく、相談支援の長い経過の中で順次情報を追加していくスタンスで臨む。また、〈インテーク・アセスメントシート〉にある情報項目を参考にしつつ、本人の状況を踏まえるとより詳細なアセスメントが必要とされることが何かを見きわめることができ、本人や周囲からの情報収集を図っていくことも重要である。

プラン策定及び支援を展開する過程で、動くことで色々なことが分かってきてアセスメントを深めていくというプロセスもありえる。プラン策定や支援の展開の段階で様々な動きがあり、関係者を巻き込んでいくことでまた新しいことが分かることもある。日々情報が更新されるなかで、その時々課題と背景要因を分析し、どの部分がまだ見えていないか、どこと連携していくべきか等の支援の方向性を再考していく過程で、〈インテーク・アセスメントシート〉を活用していくことが望ましい。

なお、〈インテーク・アセスメントシート〉は順次最新の状態に更新されていくことから、ある一時点における情報を保管したい場合には、その時点の情報をファイル保存あるいはプリントアウトして紙ベースで保存しておく。

Q9 〈インタビュー・アセスメントシート〉で扱う情報はどのように収集するのか？

A9

〈インタビュー・アセスメントシート〉で扱う情報については、多方面からの情報収集が必要である。本人と面接を重ねる過程で本人との言葉のやりとりを通じて直接的に得る情報もあれば、その面接の中で本人が見せたしぐさ・表情等から読み取る情報もある。背景要因を分析のうえで支援の方向性を見定めていくためには、目の前にある本人の状況、主訴を把握・理解するだけでは足りず、本人がこれまでの人生でどんな道筋を辿ってきたのかといった生活歴の把握や、面談時以外の生活場面等の把握を通して、多面的かつ包括的に本人を捉えることも重要である。生活歴の把握は、本人がこれまでの人生の転機において、どのように行動したのか、どう解決してきたのかを知ること、本人の強みを理解することにつながり、今後どのように働きかけていけばよいかを考えるヒントにもなる。

また、面接の中だけで本人のことを理解することには限界がある。家に出向く、何かの場面に同行したり立ち会う、一緒に何かを行う等、生活場面や生活時間を共有しつつ、継続して本人と様々な形で関わっていく中で、本人についての理解が深まり、情報も追加されていく。

また、本人からだけでなく家族や地域の人々、関係機関等、本人を取り巻く人々からの情報収集も重要である。各々の立場からの情報には、その立場ならではの主観が含まれうることに留意しつつ、多方面から本人の状況を、社会関係の中における位置づけや役割も含めて捉えていくことが求められる。また、本人の状況のみならず、周囲の環境についてのアセスメントを深めることも重要である。

なお、ここで留意すべきことは、アセスメントの過程において本人の情報を収集することだけが目的化してはならないということである。本人に関する全ての情報を聞き取ることが必要なのではなく、課題に関連して必要と考えられる情報のみを聴取、把握していく。その点において、〈インタビュー・アセスメントシート〉はそれをすべて埋めることは目的ではない。

また、本人との会話の流れから、自然な形で周囲との関わりやこれまでの経緯を聞き出すこと、そして、本人が語ってくれた内容が現在の課題にどのようにつながっているのかを相談支援員が理解し、本人に言葉で伝えることにより本人自身の気づきを促すことも意識して進めることが重要である。

Q10 「課題と背景要因」はどのように書けばよいのか？

A10

〈インタビュー・アセスメントシート〉の中においても、この「課題と背景要因」と、これに続く「課題のまとめと支援の方向性」は、相談支援員としての専門性を背景にアセスメント結果を集約して整理するきわめて重要な項目である。

「課題と背景要因」は、本人の主訴を中心として、アセスメントの過程で把握した情報をもとに、本人に関係する課題を列挙し、それらの課題の背景にどのような要因が関与しているかについて、本人だけでなく家族や本人をとりまく地域も視野に入れながら、相談支援員の考察を簡潔に箇条書きで整理する。

本人の主訴や、本人を取り巻く現在の状況についての情報収集の成果を記載する場ではなく、本人が今の状況をどのように捉えているか、目の前にある本人の状態に至った背景をどのように理解するかという点における相談支援員の考察の結果をまとめる項目である。

Q11

「課題のまとめと支援の方向性」はどのようにまとめればよいのか？ また、どのように活用するのか？

A11

「課題のまとめと支援の方向性」は、アセスメント結果を踏まえた課題について、総合的にまとめて支援の方向性についての相談支援員としての所見を記載する。自立相談支援機関としての専門的な観点からの考察（見立て）が集約的に示される項目である。A7でも述べたとおり、この段階において、本人や周囲の環境がどのような状況にあり、本人がどのような認識や思いを持っているか、またどのような課題がどのようなメカニズムで生じているのかについての確認と考察を深めておかなければ、根本原因を放置したままの本人の希望に沿わない的を外れた支援となってしまうかねない。

「課題と背景要因」で整理した内容に基づき、自立相談支援機関として取り組むべき課題を特定し、優先順位をつけていく。困窮や暴力、健康状態等の切迫性の有無を判断し、緊急的な対応が必要と考えられる場合には、関係機関との連携を含めた対応方法を具体的に示す。長期的な課題を視野に入れながら、当面何に取り組んでいくかを整理する。

自立相談支援機関が課題を解決するための方策ではなく、本人が課題を解決していくために取り組むべき援助の方向性や内容を見定めていく。同時に、自立相談支援機関による支援終了後においても、本人たちが課題が生じても周囲の支援を受けながら安定して生活していくためのセーフティネットとして、本人を支える地域のネットワークを作っていくことを視野に入れて、まとめていくことが望ましい。

ここでまとめた「課題のまとめと支援の方向性」を基にプランの策定を進めていく。なお、プランの策定においては、本人が理解する課題と設定する目標を尊重して本人の主体性や気づきを尊重してプランを策定していくことが重要であるため、〈インテーク・アセスメントシート〉で相談支援員がまとめた「課題のまとめと支援の方向性」がそのままプランに反映されるわけではないことに留意が必要である。

「課題のまとめと支援の方向性」を導き出すための実践上のポイント

■援助関係の構築及び本人の主訴と取り巻く状況の正確な把握

自立に向けた本人の取組を相談支援員が支えていくにあたって、まずは支援の基盤として、本人と相談支援員との間に信頼関係に裏打ちされた援助関係を築くことが重要である。援助関係の構築は、本人の主訴や本人を取り巻く状況を正確に把握することと深く関係する。そのための実践上のポイントは、次のとおりである。

【実践上のポイント】

- 本人との良好な信頼関係を基礎として、本人の主訴を引き出すことが大切である。
- 言語によって語られることだけでなく、時間や空間を共有し、表情や態度等、非言語の情報も含め、相談支援員が観察したり、感じ取ったことも取り上げていくことが必要となる。
- 本人のこれまでの生活や現在の生活に関わってきた人たち（親族や近隣、関係機関等）からも必要な範囲で情報収集し、多面的に本人を理解していくことが必要となる。
- 社会的に逸脱した行動があったり、本人を取り巻く関係者と本人との認識にズレがある等の場合であっても、本人の側に立って、「なぜそうなるのか」、「本人は今どのような認識でいるのか」という理解に努めることが大切となる。

■本人を主体とした支援に向けた取り組み

自立相談支援機関による支援は、支援者が課題を解決するために取り組むのではなく、本人が主体となって課題に取り組むことを支援するものである。このような方向性での支援を検討するための実践上のポイントは、次のとおりである。

【実践上のポイント】

- 相談支援員は、本人が自分自身や自分の置かれている状況を直視し、理解を深めることができるように支えることが重要となる。
- 本人が、家族・親族や近隣地域等と自分との社会関係に気づき、活用できる社会資源等を含めて自分を取り巻く環境に対する認識を深められるようにする。
- 本人自身が自分の長所や強み（ストレングス）に気づくことができるようにする。
- 課題解決のプロセスにおいては、本人が困りごとに気づき、それを表明し、周囲がその解決に協力することが基本となる。さらには、多様な社会関係のなかで、本人が役割を見出していくことの積み重ねや体験の獲得が重要な意味をもつ。自立相談支援機関の目的は、その後の人生において、本人が周囲との関係を維持しながら、困窮や孤立に陥る前に適切な支えを得ることにより、自立した生活を送ることができるよう支援することにある。

(→次頁へ続く)

■環境への働きかけとネットワークを活かした支援

生活困窮者への支援においては、本人の主体的な取組を支援するだけでなく、本人と環境との関係を調整して改善すること、また地域の社会資源等のネットワークを活用した支援とすることが求められる。このような支援の展開に向け、プラン策定時に留意すべき実践上のポイントは、次のとおりである。

【実践上のポイント】

- 本人と家族・親族や近隣地域等との社会関係について、現状を把握するとともに、本人が今後の人生において孤立することなく生活していくことができるよう、相談支援員が媒介する役割を果たしながら、良好な関係形成のプロセスを支える視点を持つ。
- 本人だけでなく、家族が複合的に課題を抱えることも多いことから、家族間の関係性や影響の与え方、課題相互の関連性に留意しつつ、本人への支援とともに家族支援についても視野に入れながら、関係機関と連携して家族全体への包括的な支援体制を築いていく。
- 関係機関の特徴や役割を適切に理解したうえで、プランのなかでは、協議を重ね、調整を図りながら、自立相談支援機関だけでなく関係機関がどのような役割を果たし、どのように支援するかを示す。その際、本人を含めた当事者が中心となったプラン策定を関係者間で意識することが重要となる。
- 本人を取り巻く民生委員やボランティア、近隣、ピアサポート等のインフォーマルサポートの担い手たちが、本人をどのように認識しており、本人にどのようにアプローチできるかを想定し、本人との関係を築き、広げていくための具体的な道筋を検討する。

3 プランの策定

Q12 プランを策定しなくても、支援は動いている。プランを策定する必要性は？ また、〈プラン兼事業等利用申込書〉は活用しなければならないのか？

A12

プランは相談者本人が主体的に策定するものであり、プラン策定の過程は、課題に取り組む主体が本人自身であるということであらためて確認する過程でもある。本人が自立相談支援機関と共にプランを策定するという過程を経て、自分自身の抱える課題を整理し、その背景要因や取り組むべき事柄について理解を深めることができる。また、課題解決に向けた目標を主体的に設定することにより、取組に対する本人の意欲が高まるだけでなく、取組の達成状況や新たに見えてきた課題についても自分自身で認識し、自己理解を深めることにつながる。

特に、本人がコミュニケーションや理解に困難を抱えている場合には、プラン策定のプロセスは本人と相談支援員とが課題や目標、実施する取組を共有していくうえでのツールの1つにもなる。

生活困窮者自立支援法の手続きの観点においては、法に基づく事業等の利用申込が不要な場合であっても、支援について行政を含む支援調整会議の協議のもとで計画的かつ効果的に進める観点から、基本的には〈プラン兼事業等利用申込書〉を用いてプランを策定することが必要となる。

なお、プラン策定前から行っている支援については、プラン策定時に立案する支援方針の中で、それ以降も支援の一環として位置付けられるものについてはプランに反映する。「住宅確保給付金」及び「一時生活支援事業」については、既に受給または利用している場合、〈プラン兼事業等利用申込書〉にその記録を残すことが必要となる。

また、法に基づく事業等のうち、下記の3事業については〈プラン兼事業等利用申込書〉による利用の申し込みとそれについての行政の支援決定が必須であるため、プランを策定しなければこれら事業を利用することができない。

- ・家計相談支援事業

- ※ただし、家計相談支援事業に直接相談があった場合で、給付・減免等の利用や債務整理へのつなぎ等の支援で終結する場合など、継続的な家計管理の支援までは必要ではないと考えられる場合には、自立相談支援機関のプラン案に盛り込む必要はない。

- ・就労準備支援事業
- ・認定就労訓練事業

Q13 次々に新たな課題が明らかになり、プラン策定のタイミングが掴めない。

A13

本人の状況や得られる情報には常に変化があるものではあるが、それを理由としてプランの策定を先延ばしにしてはならない。

プランの策定には、下記の効果やメリットがあることから、基本的には早めにプランを策定して支援を行うことが必要である。

- ・本人の状態や課題を総合的に整理し、見通しを持って支援を計画的に進めることができる。
- ・本人参加のもとで目標を定めることから、本人の課題解決や自立に向けた意欲を高めることに寄与する。
- ・本人と自立相談支援機関との間で、それぞれが自立に向けて何をするのか、文書により共有することができる。
- ・関係機関と連携した支援を計画的に組み立て、関係機関間で協議・共有することができる。
- ・法に基づく事業等の利用申込を兼ねる（家計相談支援事業、就労準備支援事業、認定就労訓練事業は、〈プラン兼事業等利用申込書〉による「利用申込」と「支援決定」が必須）。

本人の状況や取り巻く環境は、支援によって段階的に変化していくものとの観点を持つことも重要である。1回のプランですべての課題を解決しようとするのではなく、まずは相談初期の段階でプランを策定するものの、その後の状況の変化に応じて、再プランの段階で次のステップに対応したものを計画することも考えられる。プラン終了のたびに本人と共に振り返り次の課題を設定して段階的に取組を進めることで、徐々に本人ができることが広がり目標が達成されていく過程は、本人の自信につながる。

Q14 アセスメントからプランにどのようなつながればよいのか？

A14

アセスメントの過程においては、本人が訴える相談の内容を把握しながら、相談支援員の立場から本人が抱える課題と背景要因について分析を深め、支援の方向性を検討し、優先的に取り組むべき事項を整理していく。言ってみれば、相談支援員あるいは自立相談支援機関として、当該本人に対する「見立て」を深めていく過程であるといつてよい。この「見立て」を集約したものが、「課題のまとめと支援の方向性」となる。

一方、プラン策定は、本人と相談支援員の協働作業であり、本人が主体的に目標を設定して、何に取り組むか、どのような支援を受けていくかを決めていくものである。そのため、アセスメントにおいて相談支援員が深めた「見立て」や「支援の方向性」がそのままプランに反映されるとは限らない。相談支援員の考えを本人に伝えながらも、本人の思いや考えをくみ取り、相互のコミュニケーションのもと、協働作業を通じて援助関係を深めながらプランを策定していく。この過程では、相談支援員がアセスメントにおいて当初整理した「見立て」そのものも修正が求められることもあり、相談支援員によるアセスメントと、協働作業によるプランとを元に、どのように支援プロセスを展開していくかという点が問われる。

Q15 プラン策定にあたり、アセスメント結果と本人の意向にかい離がある。どうすればよいか？

A15

プランの目標、内容等は、本人と常に確認しながら決定する。本人の意向を尊重しつつも、本人の意欲を増し、自立促進（社会参加）につながるようなプランとなるよう、促すことも時として必要になる。また、目標を本人が設定できない場合は、相談支援員から本人の思いや課題への意識を引き出しながら、目標設定の過程を大切にす。

本人主体のプランに仕上げていくためには、できるだけ本人の言葉を大切にす、本人が理解しやすい「目標（目指す姿）」を設定することが望ましい。ただし、「本プランにおける達成目標」は漠然とした内容に留めず、具体的に何をやるかを明確な形で設定し、後の評価の段階において本人が達成状況を判断しやすいようにす。本人の思いや認識が相談支援員のアセスメントとかい離しており、本人が設定しようとする目標が現実的には難しいと思われる内容であっても、後に実際に支援を進めていくなかで、本人が現状のペースや能力では達成が難しいことに気付き、自己理解を深めていくという長期的効果を期待して、プランに織り込むことが望ましい。

なお、「目標（目指す姿）」を設定する際には、相談支援員は、多様な目標（目指す姿）、すなわち多様な自立のあり方がありえるという認識に立つと共に、相談支援員自身の価値観でそれを設定し、押し付けることのないように留意する必要がある。就労自立だけが自立ではなく、周囲に支えられながら社会参加しながらの生活を成り立たせていくことがその本人にとって目指すべき自立の姿であることもある。また、第三者の目線では離婚や施設入所等の判断をした方がよいと思われる場合であっても、その本人や家族の主観・価値観からはそうした選択が是とされない場合もありえる。相談支援員自身が自分の価値観を相対化し、本人の主観・価値観に寄り添って「目標（目指す姿）」を本人と共に考えていくことが重要である。

Q16

〈プラン兼事業等利用申込書〉の「実施すること」の欄には、何をどのように書けばよいのか？

A16

〈プラン兼事業等利用申込書〉の「本プランにおける達成目標」には本人の目指す変化を記入するのに対し、「実施すること」には、本人が目標を達成するためには何が必要かを本人の抱える課題をもとに多方面から考え、本人の取り組むべきこと、本人の取組実施のために自立相談支援機関やその他の関係機関が支援することをできるだけ詳細に記入する。更に、取組を実施するにあたり相談支援員のどのようなサポートが考えられるのか、頻度や内容も含め、具体的に記入することが望ましい。

法に基づく事業等を利用する場合は、「実施すること」の欄に全体の支援方針の中での位置づけがわかるよう記入して○印をつけると共に、次の「法に基づく事業等」の欄において各事業の利用有無及び実施方針（期間・実施機関・給付額等）を記入する。

「実施すること」に挙げる支援事項をうまく組み立てていくには、本人と向き合う一方で、長期的・継続的援助を視野に入れて地域のサポート体制づくりを日頃から図っていくことが重要である。本人や家族に対する支援を自立相談支援機関が単独で全てを担うのではなく、地域全体で考え、支えていく姿勢で取り組んでいくことが求められる。

Q17

本人だけでなく、家族も課題を抱えている場合のプランの組み方は？

A17

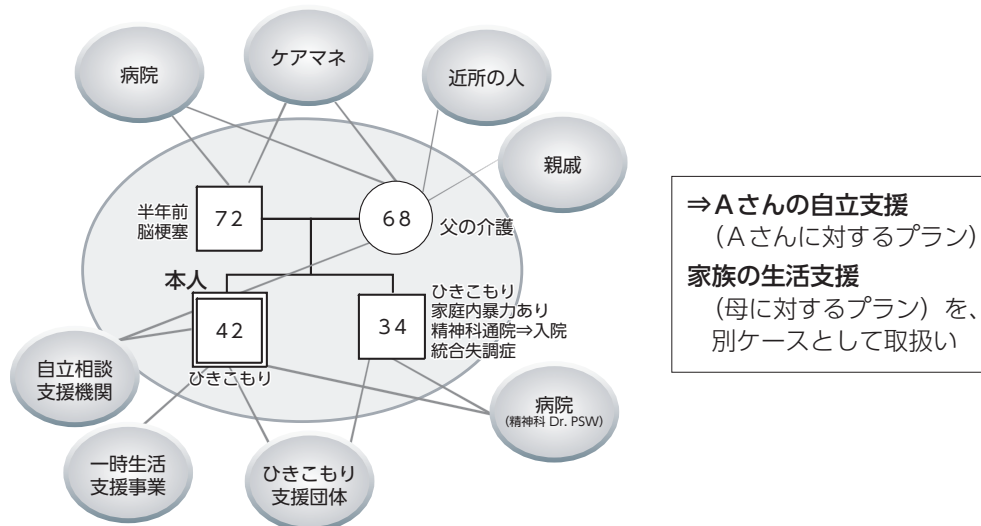
家族に対する支援は、本人に対する支援の一環として本人に対するプランの中に織り込んで組み立ててよい。

しかし、本人の抱える課題と家族全体の抱える課題の背景に異なる要因が存在する場合等には、それぞれに対して方向性の異なる支援が必要とされるため、そのような状況下で家族とも接点を持つ場合には、その家族の構成員について個別に帳票を起票し、プランを策定する形も考えられる。この場合、同一世帯の構成員については、〈インタビュー・アセスメントシート〉の「関連ID」で相互に関連性がわかるようにしておくことが望まれる。

Aさん事例における案件の整理

Aさん：ひきこもり生活から脱却し、働いて自立することを希望

Aさん世帯：年金収入のみ。要介護状態の父、精神病院に入院中の弟を抱えており、生活支援・経済支援が必要な状況。母の負担が大きい。



Q18 プラン期間はどれぐらいの長さで設定するのがよいか？

A18

本人の抱える課題に対して、どれぐらいの期間で変化が期待できるかを見極め、プラン期間を設定する必要がある。

達成目標が「心療内科の受診」、「障害者手帳の申請」、「就学援助の手続き」等、すぐに実行に移すことが可能な環境を整えることにある場合には、プラン期間は短め（2～3ヶ月など）に設定し、「生活リズムを整える」、「定期的に外出する」等、本人の行動変容を目指すものである場合には、プラン期間は長め（半年程度など）に設定することが適切であると言える。

また、支援メニューの中に法に基づく事業等で期間を区切った支援が組み込まれている場合には、その支援についての継続の必要性を判断するためにも、プランの終期を当該支援の期間終了のタイミングに合わせる形もありえる。

Q19 支援調整会議における帳票類の有効な活用方法は？

A19

協議対象となる事例の情報について、〈プラン兼事業等利用申込書〉を提示することに加えて〈インタビュー・アセスメントシート〉の「■アセスメント結果の整理と支援方針の検討」欄等を活用して事例情報をわかりやすく整理することが重要である。また、それに加えて、当該会議の中で特に協議したい「協議事項」を箇条書き等であらかじめ参加者に明示していくことが考えられる。

なお、帳票類についての「入力・集計支援ツール」を活用すると、アセスメントやプラン等の情報の要点が〈支援ケース一覧〉として出力可能である。特に多数の事例について支援調整会議で扱う場合には、この〈支援ケース一覧〉を活用することも可能である。

Q20 帳票類に記載した情報はどこまで関係機関と共有すべきか？関係機関との連携にあたっての留意点は？

A20

支援の展開にあたって、つなぎ先の機関に対しては、プランに掲げる目標や支援方針を共有し、支援において踏まえておくべき本人に関する情報や留意事項等を共有しておくことも求められる。その際には、個人情報保護の観点から、むやみにすべてのアセスメント情報を共有することは望ましくないが、本人への支援を目的に沿って効果的に行うために共有しておくことが必要と判断する情報を共有する。

また、プランの内容についても、本人同意が得られる範囲において、プランに関わる各種事業・支援機関との間で共有する。この共有場面としては、支援調整会議の場を活用することも考えられる。

他事業へのつなぎに際しては、その事業を利用する目的や支援にあたっての留意事項等を明文化して伝達し、また、その後の支援の状況についてのフィードバックの時期や方法についてもあらかじめ自立相談支援機関と他事業との間で定めておくことが望ましい。

関係機関につなぐ際には、単に「××に行ってみてはどうか」と勧めるのではなく、まず本人に対して何のためにその機関につなぐのかについて丁寧に説明をすることで、本人が納得した状態でつながっていただけるような働きかけをすることが求められる。本人の抱える問題の要素を具体的に取り上げ、関係機関へつながることがその問題を解決する手段の1つとなりえることと伝えることにより、本人が関係機関につながる意味を理解できるようにすることが望ましい。

Q21 「次回モニタリング時期」はどのように設定すればよいか？

A21

モニタリングは、プラン期間の途中で支援の途中経過を確認して、支援方針について修正の必要がないか確認するために行うものである。モニタリングの実施時期については、そのプランがどのような目的と意図を持って策定されたかを踏まえて設定することが望ましい。例えば「障害年金の受給申請」等、手続きの実施が主となるプランの場合には、その手続きのタイミングに合わせて、書類が揃ったか、手続きが終了したかどうかなどについて確認するためにモニタリングを実施する。また、「生活リズムを整える」等の、本人の行動変容をゆるやかに目指していく内容のプランの場合には、本人の行動変容の状況を面談や訪問等で確認できるタイミングを見計らいながら、1ヶ月ごとなど定期的にモニタリングすることが望まれる。

モニタリングは、ある一定期間ごとに定時で設定して実施する場合と、普段から断続的に実施する場合とが考えられる。いずれの場合においても、相談員の一方的な確認の場ではなく、本人が取組の達成度と残された課題とを認識し、成果を実感する場とすることが大切である。そのため、普段から断続的に実施している場合にも、ある区切りの良い時期においてはモニタリングのための時間と場を明確な形で設定することが望ましい。これまでの取組において何を頑張ったか、何が難しかったかを本人と相談員とが一緒になって考え、共有することにより、本人が今後の取組に対する意欲を新たにすることも期待できる。

Q22 プラン策定・支援決定後、支援実施中に本人の状況が変化した。どうすればよいか？

A22

本人の状況が大きく変化し、支援方針の見直しが必要とみられる場合には、現在実施中のプランについて、当初予定していたプラン終了時期の前であっても一度評価を行う。評価の後、改めてアセスメントを行って現在の状況を確認の上、再度プランが必要であれば再プランを計画する。

プランを策定し、支援決定・確認を実施した後の段階で、新たに支援内容を追加したり一部支援メニューの内容を変更したりする場合で、本人の状態像に大きな変化があったわけではなく、かつ、法に基づく事業等に関する変更のない場合は、現行プランを修正する形で対応する。プラン修正時は、現行プランに加筆修正のうえ、修正点を<備考>欄にメモ書きし、行政に修正後プランを再提出する。

なお、本人の状態像に大きな変化があったわけでもなくとも、法に基づく事業等に関する変更がある場合には、プラン期間の途中でであっても一度現行プランを終了して、再プランを策定する。

4 評価について

Q23 〈評価シート〉を用いた評価はどのように実施するのか？ また、評価はどのタイミングで行えばよいか？

A23

〈評価シート〉を用いて評価を行うが、この際には支援の過程やその過程を経た変化を振り返りながら行う。〈評価シート〉は、担当の相談支援員を中心として自立相談支援機関が作成し、これを支援調整会議に諮る。

評価の実施においては、相談支援員による一方的な評価や、支援の成果に対する漠然とした評価ではなく、本人と一緒にあって、設定した目標1つ1つに対して達成度を確認し、共有することが重要である。本人と達成度を確認する過程は、本人に取組の成果や進捗について実感を持たせ、その後の取組への意欲を持続・向上させることにつながる。また、取組の成果と残された課題とを明確にすることで、再プランをより具体的かつ現実的に描けるようになるだけでなく、本人と相談支援員の認識に違いがあればそれが分かるし、その違いについて検討したうえで再プランを策定することができる。そしてこれらの評価の過程においては、プラン期間に限った短期の結果のみをみるのではなく、プラン期間終了後の見通しも含めて変化の状態を捉え、本人と話し合うことが望ましい。

評価のタイミングは、原則としては〈プラン兼事業等利用申込書〉で定めたプラン期間の終了時に行う。

ただし、支援の経過の中で、大きな状況の変化等によってプランについて大幅な変更が必要になり、再度プランを立て直す必要がある場合には、当初のプラン期間の終了予定時期の前の時点において早めに評価を行い、再プランにつなげることも可能である。

なお、支援を進めるなかで、取組への参加に対する周囲の理解が十分でなかった場合は、評価実施の面談に家族及び関係者を同席させ、家族及び関係者に取組の成果を実感させることも望ましい。

Q24 「終結」と「再プランして継続」のいずれの方針とするかについて、どのような基準で判断するのか？特に「終結」のタイミングが分からない。

A24

自立相談支援機関が行う支援に一律の期間の制限は設けないが、基本的には他の制度・事業等やインフォーマルサポートを中心として本人を見守る体制に移行し、バトンタッチによって終結していくことが望まれる。

終結には、大きくは次の3つのパターンが考えられる。

- ①生活困窮の状態が改善し、設定していた目標を達成する目途が立った場合
- ②生活困窮の状態から脱却できていないものの、大きな課題がある程度解決し、いったん支援を終了してもよいと判断できる場合
- ③本人からの連絡が途絶えるなど、支援の継続が困難な場合（→帳票上は「中断」にチェックする。）

終結と判断する場合には、他機関へのつなぎが必要か否か、地域における見守りにどのようなつなげるか等のフォローアップ策についても検討し、本人及び関係者間で共有しておく。プラン策定当初にどのような意図で、どのような目標を立ててプランを策定したのかということ意識しながら、終結の是非について判断する。終結後には一定期間本人の状況を確認し、フォローアップで把握した状況については〈支援経過記録シート〉に記録しておく。

なお、この際には多様な終結のあり方があるという視点を相談支援員が持つことも重要である。本人の就労自立だけでなく、地域に見守られ支えられながら生活を継続していく形もまた自立の一つの姿である。

Q25 評価の結果、再プランを策定することになった。再プラン策定において、初回プラン策定時とは異なる注意点はありますか？

A25

支援実施～評価～再プランの連続性を意識しながら、再プランを策定する。再プランは、評価実施時に本人と相談支援員とで確認した現状と課題とを引き継いだものでなければならない。また、残された課題において、本人の希望と相談員のアセスメントにかい離がある場合には、再プラン策定時に再度初回プランの達成度を振り返るとともに本人の置かれている状況を見直すことで、初回プランよりも両者の想いが歩み寄った状態で再プランの策定となることが求められる。