

**計画相談支援  
障害児相談支援  
手引書**

**—第 4 版—**

**堺 市  
令和 7 年 4 月**

| 発行年月        | 版番号     | 改訂内容  |
|-------------|---------|---|
| 平成 28 年 2 月 | 第 1 版   | 初版発行  |
| 令和元年 7 月    | 第 2 版   | 平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に係る項目の追加<br>障害児にかかる項目の追加<br>セルフプラン様式の変更<br>モニタリング月・モニタリング期間変更届の追加<br>Q&A の別冊化、その他文言修正  |
| 令和 3 年 9 月  | 第 3 版   | 令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定に係る項目の追加<br>押印の省略に伴う様式変更<br>その他文言修正   |
| 令和 5 年 3 月  | 第 3.1 版 | セルフプラン様式の変更（P.36、37、143）<br>その他申請書の修正（P.133、134）  |
| 令和 7 年 4 月  | 第 4 版   | 令和 6 年度障害福祉サービス等報酬改定に係る項目の追加<br>計画相談支援・障害児相談支援の原本及び写しに関する運用の変更<br>文書による利用者等の同意に関する運用の変更<br>モニタリング標準期間の修正<br>各手続きにおける留意点〔障害者から高齢者へ変わる時（65 歳になる時）〕<br>の追加<br>堺市電子申請システムの活用について の追加<br>文書による同意について の追加<br>様式の修正<br>・介護給付費等申請書（新規・更新・変更）様式の変更<br>・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書様式の変更<br>・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書様式の変更<br>・サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案様式の変更<br>・サービス等利用計画・障害児支援利用計画様式の変更<br>・モニタリング報告書様式の変更<br>・セルフプラン様式の変更<br>・計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書様式の変更<br>・計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書様式の変更<br>その他制度等の追記、削除、修正<br>その他文言修正 |

## ご利用上の注意

- ◆この手引書に掲載しているのは、令和 7 年 4 月時点の情報です。
- ◆この手引書にある **児** の内容は、障害児のみにかかる内容です。
- ◆今後、基準や制度の内容等が変わる場合がありますので、確認のうえ、ご活用ください。
- ◆各種様式等は、「堺市ホームページ <https://www.city.sakai.lg.jp/>」からダウンロードできます。  
堺市ホームページのトップ画面右上の、検索キーワード入力欄に、「計画相談支援」と入力して検索してください。  
<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/keikakusoudansi-en.html>

### 各種問い合わせ先

| 問合せ項目                 | 問合せ先  |
|-----------------------|---|
| 手引書に関する事              | 堺市健康福祉局障害福祉部<br>障害施策推進課 企画相談係<br>072-228-7818 (FAX : 072-228-8918)  |
| 請求に関する事               | (障害者総合支援法関係)<br>(児童福祉法関係)<br>堺市健康福祉局障害福祉部<br>障害福祉サービス課 認定給付係<br>072-228-7510 (FAX : 072-228-8918)<br><br>堺市ホームページ<br>「障害者総合支援法に係る介護給付費・訓練等給付費の請求事務」参照 |
| 利用者に関する事<br>支給決定に関する事 | 受給者証の発行区<br>(94～95 ページの連絡先一覧を参照)  |
| 請求システムの操作方法に関する事      | 国民健康保険中央会ヘルプデスク<br>TEL : 0570-059-401<br>FAX : 0570-059-411<br><br>大阪府国民健康保険団体連合会<br>TEL : 06-6949-5435<br>FAX : 06-6949-5437                         |

## はじめに

堺市では、令和 6 年 3 月に「第 5 次堺市障害者計画・第 7 期堺市障害福祉計画・第 3 期堺市障害児福祉計画」を策定し、「障害者が住み慣れた地域で、安心して、主体的に、心豊かに暮らせる共生社会の実現」を掲げ、サービスの充実や環境の整備などに積極的に取り組んでいます。

障害の有無や程度、種別に関わらず地域で安心して暮らすためには、様々な障害への理解、合理的配慮が提供される環境が必要であり、希望する暮らしやサービスを自ら選択できるよう意思決定の支援や、ライフステージに応じた途切れない支援がさらに重要です。中でも、日々生活の中で抱えているニーズや課題にきめ細かく対応し、障害のある方の思いに寄り添って支援する「相談支援」は、障害のある方が希望する生活を実現し、かつ継続させるうえで、重要な役割を担っています。

また、近年では、障害のある方が必要とするサービス等が多種多様であり、相談支援に携わるだけでなく、福祉、保健、医療、教育、就労等といった関係機関と緊密に連携する必要がある、「重層的支援体制整備事業」や「地域生活支援拠点等の整備」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」といった取組も進められています。

堺市においては、相談支援体制の充実を図るために、従前の取組も踏まえ、平成 24 年度に市域の中核として「総合相談情報センター」を、区域の中核として 7 つの「障害者基幹相談支援センター」を設置しました。各センターでは、区の相談窓口や専門相談機関や地域の相談支援機関とのネットワークづくりを推進し、また、相談支援の充実にも取り組んでいます。

障害のある方の支援を行うにあたっては、すべての支援機関が基本となる考え方を共有することが重要です。それは「本人がどのような生活を望んでいるのか」「本人自らの意志でサービスを選択する」という当事者主体の考え方です。相談支援を進めるときには、様々な問題に突き当たることもあると思います。そのような時こそ、障害のある方がどう生きたいと思うのか、障害のある方が住み慣れた堺市に住み続けるために、どのように支援すべきかという原点に立ち戻ってもう一度考えてみるのが大切です。

本手引書は、相談支援専門員として新たに従事される方をはじめ、堺市で相談支援に関わるすべての方に活用され、当事者主体の質の高い相談支援の実現につながれば幸いです。

結びに、堺市障害者相談支援専門員協会の方をはじめ、本手引書の改訂にあたってご協力、ご尽力いただきました皆様に感謝申し上げます。

令和 7（2025）年 4 月

堺市健康福祉局障害福祉部  
障害施策推進課長



# 目次

## はじめに

### 第1章 堺市における障害者相談支援

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 1 <u>堺市の障害施策の基本理念</u>        | 1 |
| 2 <u>堺市の相談支援について</u>         |   |
| (1) <u>相談支援とは</u>            | 1 |
| (2) <u>堺市の相談支援体制</u>         | 2 |
| <u>障害者の窓口</u>                | 4 |
| <u>障害児の窓口</u>                | 5 |
| 3 <u>堺市における計画相談支援の現状について</u> |   |
| (1) <u>現状</u>                | 7 |
| (2) <u>進捗状況</u>              | 7 |

### 第2章 実務編

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 1 <u>相談支援従事者の役割</u>                | 9  |
| (1) <u>相談支援専門員の役割</u>              | 10 |
| (2) <u>主任相談支援専門員の役割</u>            | 10 |
| (3) <u>相談支援員の役割</u>                | 10 |
| 2 <u>計画相談支援・障害児相談支援</u>            | 12 |
| (1) <u>計画相談支援とは</u>                | 12 |
| (2) <u>計画相談支援の対象者</u>              | 12 |
| (3) <u>障害児相談支援</u>                 | 13 |
| (4) <u>計画相談支援業務の流れ</u>             | 14 |
| 3 <u>障害児支援・障害福祉サービス体系</u>          | 16 |
| 4 <u>支給決定のプロセス</u>                 | 17 |
| (1) <u>手続きの流れ</u>                  | 17 |
| (2) <u>各手続きに必要な書類</u>              | 18 |
| (3)―1 <u>障害児相談支援の手続きの流れ</u>        | 19 |
| (3)―2 <u>障害児相談支援の各手続きに必要な書類</u>    | 20 |
| 5 <u>計画相談支援に関する書類</u>              | 21 |
| <u>記載例（様式1－1、様式1－2、別紙1、別紙2）</u>    | 22 |
| <u>記載例（様式2－1、様式2－2）</u>            | 30 |
| <u>記載例（様式3－1、様式3－2）</u>            | 32 |
| <u>記載例（セルフプラン）</u>                 | 35 |
| 6 <u>計画相談支援及び障害児相談支援における事務と留意点</u> |    |
| (1) <u>各手続きにおける留意点</u>             | 37 |
| ① <u>障害福祉サービス等の申請</u>              | 37 |
| ② <u>サービス等利用計画案の作成依頼</u>           | 37 |

|   |     |
|---|-----|
| ③ <a href="#">計画相談支援の利用契約</a>                           | 38  |
| ④ <a href="#">認定調査、サービス等利用計画案の作成</a>                    | 39  |
| <a href="#">＜計画への位置付けが必要なものについて＞</a>                    | 39  |
| ⑤ <a href="#">計画相談支援の申請</a>                             | 40  |
| ⑥ <a href="#">支給決定等</a>                                 | 40  |
| ⑦ <a href="#">サービス担当者会議</a>                             | 41  |
| ⑧ <a href="#">サービス等利用計画の作成</a>                          | 42  |
| ⑨ <a href="#">モニタリング</a>                                | 42  |
| <a href="#">モニタリングの標準期間</a>                             | 43  |
| <a href="#">モニタリング後の計画変更について</a>                        | 45  |
| <a href="#">モニタリング実施月やモニタリングの回数の変更を行う場合の手続き</a>         | 46  |
| ⑩ <a href="#">相談支援事業所の変更について</a>                        | 47  |
| ⑪ <a href="#">計画相談の終了</a>                               | 47  |
| (2) <a href="#">各手続きにおける留意点〔セルフプランの方に計画相談事業所が付く場合〕</a>  | 48  |
| (3) <a href="#">各手続きにおける留意点〔障害児から障害者へ変わる時（18歳になる時）〕</a> | 48  |
| (4) <a href="#">各手続きにおける留意点〔障害者から高齢者へ変わる時（65歳になる時）〕</a> | 48  |
| (5) <a href="#">電磁的記録等について（ICTの活用）</a>                  | 49  |
| (6) <a href="#">堺市電子申請システムの活用について</a>                   | 52  |
| (7) <a href="#">文書による同意について</a>                         | 53  |
| <b>7 <a href="#">請求事務</a></b>                           |     |
| (1) <a href="#">報酬算定構造</a>                              | 54  |
| <a href="#">標準担当件数、取扱件数について</a>                         | 57  |
| <a href="#">基本報酬（サービス利用支援費、継続サービス利用支援費）</a>             | 59  |
| （機能強化型（継続）サービス利用支援費）                                    | 59  |
| <a href="#">体制加算</a>                                    | 63  |
| <a href="#">その他加算</a>                                   | 68  |
| <a href="#">減算について</a>                                  | 84  |
| (2) <a href="#">請求のタイミング</a>                            | 86  |
| (3) <a href="#">障害児の請求について</a>                          | 88  |
| (4) <a href="#">上限管理について</a>                            | 89  |
| (5) <a href="#">代理受領について</a>                            | 90  |
| (6) <a href="#">介護保険利用者について</a>                         | 90  |
| <a href="#">減算について（再掲）</a>                              | 90  |
| <b>8 <a href="#">障害者（児）虐待の防止について</a></b>                |     |
| (1) <a href="#">障害者虐待防止法及び児童虐待防止法の概要</a>                | 91  |
| (2) <a href="#">障害者（児）虐待の早期発見</a>                       | 92  |
| <b>第3章 <a href="#">資料編</a></b>                          |     |
| <b>1 <a href="#">相談支援に関わる機関</a></b>                     | 94  |
| <b>2 <a href="#">障害福祉サービス及び相談支援のサービスの名称と内容</a></b>      | 99  |
| (1) <a href="#">居宅介護</a>                                | 100 |
| (2) <a href="#">重度訪問介護</a>                              | 101 |

|   |     |
|---|-----|
| (3) <a href="#">同行援護</a>                              | 102 |
| (4) <a href="#">行動援護</a>                              | 104 |
| (5) <a href="#">療養介護</a>                              | 105 |
| (6) <a href="#">生活介護</a>                              | 105 |
| (7) <a href="#">短期入所</a>                              | 106 |
| (8) <a href="#">重度障害者等包括支援</a>                        | 106 |
| (9) <a href="#">施設入所支援</a>                            | 107 |
| (10) <a href="#">自立訓練（機能訓練）</a>                       | 108 |
| (11) <a href="#">自立訓練（生活訓練）</a>                       | 108 |
| (12) <a href="#">宿泊型自立訓練</a>                          | 109 |
| (13) <a href="#">就労移行支援</a>                           | 109 |
| (14) <a href="#">就労継続支援 A 型</a>                       | 110 |
| (15) <a href="#">就労継続支援 B 型</a>                       | 111 |
| (16) <a href="#">就労定着支援</a>                           | 112 |
| (17) <a href="#">自立生活援助</a>                           | 112 |
| (18) <a href="#">共同生活援助（グループホーム）</a>                  | 113 |
| (19) <a href="#">地域移行支援</a>                           | 113 |
| (20) <a href="#">地域定着支援</a>                           | 114 |
| <b>3 <a href="#">障害児支援の名称と内容</a></b>                  | 115 |
| (1) <a href="#">児童発達支援</a>                            | 115 |
| (2) <a href="#">放課後等デイサービス</a>                        | 116 |
| (3) <a href="#">居宅訪問型児童発達支援</a>                       | 116 |
| (4) <a href="#">保育所等訪問支援</a>                          | 116 |
| <b>4 <a href="#">地域生活支援事業の名称と内容</a></b>               |     |
| (1) <a href="#">移動支援事業（ガイドヘルプサービス）</a>                | 117 |
| (2) <a href="#">日中一時支援事業（日帰りショートステイ）</a>              | 118 |
| (3) <a href="#">訪問入浴サービス</a>                          | 118 |
| (4) <a href="#">手話通訳者・要約筆記者の派遣</a>                    | 118 |
| (5) <a href="#">盲ろう者通訳・介助者の派遣</a>                     | 118 |
| (6) <a href="#">重度障害者入院時コミュニケーション支援事業</a>             | 119 |
| (7) <a href="#">地域活動支援センター</a>                        | 119 |
| (8) <a href="#">重度障害者就業支援事業</a>                       | 119 |
| <b>5 <a href="#">その他の事業</a></b>                       |     |
| (1) <a href="#">障害児施設入浴サービス</a>                       | 120 |
| (2) <a href="#">堺市重症障害者医療的ケア支援事業</a>                  | 120 |
| (3) <a href="#">地域生活支援拠点等の事業所（緊急時の受け入れ・対応）</a>        | 120 |
| <b>6 <a href="#">障害支援区分が利用の要件となっているサービス（介護給付）</a></b> | 121 |
| <b>7 <a href="#">様式集</a></b>                          | 122 |
| <b>8 <a href="#">巻末資料</a></b>                         | 154 |

## 第1章 堺市における障害者相談支援

# 1 章 堺市における障害者相談支援

## 1 堺市の障害施策の基本理念

堺市がめざすべき共生社会の目標像として、第5次堺市障害者計画では、次のように定めています。この理念のもとに、相談支援体制の充実に取り組んでいます。

障害者が住み慣れた地域で、安心して、主体的に、  
心豊かに暮らせる共生社会の実現

基本理念の趣旨は以下のとおりです。

- 障害者が生活・人生を尊重され、必要なサービスや支援等が選択でき、住み慣れた地域の中で安心して、自らの意思のもと、自分らしく多様な暮らし方ができる共生社会
- 障害への理解と認識、障害者それぞれの個性と人格を尊重する人権意識が社会全体にいきわたり、障害の有無や程度、種別にかかわらず、すべての人が主体的に、地域の中で安心して暮らすことができる共生社会
- 障害の有無や程度、種別にかかわらず、すべての人が支え合い、ともに暮らし、そして一緒に作る地域の中で、障害者が安心して、それぞれの個性や能力を発揮し、その一員として生きがいをもって心豊かに暮らすことができる共生社会

この基本理念の実現に向けた取組を進める上で、基本方針を定め、相談支援においても取り組んでいます。

## 2 堺市の相談支援について

### (1) 相談支援とは

相談支援とは、障害のある方が、その程度や種別に関わらず、住み慣れた地域の中で安心して、自分らしい暮らしを実現することができるように、本人の立場に立って、本人の意向やニーズを確かめながら、本人を中心にフォーマルだけでなく、インフォーマルな様々なサービスを利用して、本人の地域生活を総合的に支援していくことをいいます。

障害のある方が地域で安心して主体的に、心豊かな生活を送るために、さまざまなサービスや支援を必要とする場合、そのサービスへつなげるためのきめ細かい調整やコーディネートなどの相談支援が必要となります。相談支援は障害のある方が地域で安心して生活を送るための最初の支援で、その役割は重要です。

## (2) 堺市の相談支援体制

障害福祉のサービスのあり方は、平成 15 年 4 月 1 日から施行された「支援費制度」によって、それまでの「措置」から「契約」へ大きく変わり、自己決定、利用者本位の考え方が明確になりました。措置の時代は障害福祉の相談は行政機関だけで、施設（病院）への措置を中心に行っていました。

堺市では、身体障害者福祉及び知的障害者福祉に関しては福祉事務所（現地域福祉課）が、精神障害者に関しては保健所（現保健センター）が担当しています。

昭和 49 年に大阪府の療育手帳制度が始まったこともあり福祉事務所（現地域福祉課）には当時より、知的障害者担当が配置されています。最近ではその業務の大半を社会福祉職が担い、障害福祉サービスの担当者を兼務しています。

また、昭和 49 年 3 月から、保健所（現保健センター）には、精神衛生相談員（現精神保健福祉相談員）が配置され、精神障害者への医療・保健・福祉に関する相談窓口として、地域で生活するための支援を行ってきました。支援費制度が始まる前から、ノーマライゼーションの考えから施設から在宅へと、障害者のサービスのあり方も変化しています。

平成 13 年度に市町村障害者生活支援事業（身体障害）2 ヶ所を設置したのをはじめに、平成 14 年度から順次、障害児（者）地域療育等支援事業（知的障害）を設置しました。平成 16 年度に上記の 2 事業を「障害者（児）生活支援事業」に名称を統一。平成 18 年度の政令市移行に伴い、精神障害者地域生活支援センター（精神障害）を大阪府から移譲されました。同年度には、2 障害（身体・知的）10 センターが集まって、支援センター連絡協議会が設置されました。その後、平成 20 年に精神障害者地域生活支援センター協議会に参加し、3 障害の連絡協議会となりました。

平成 22 年度には、障害者（児）相談支援事業に名称が変わりました。平成 24 年度からは、障害のある方の相談支援体制を充実するため、障害者（児）生活支援センターから、各区役所に区障害者基幹相談支援センターを設置、健康福祉プラザに総合相談情報センターを設置し、相談窓口のワンストップ化と総合的・専門的な相談支援体制に再編し充実を図りました。

さらに、相談支援に関する中核的な機能として、堺市障害者自立支援協議会を平成 19 年 3 月に、順に各区障害者自立支援協議会も設置し、行政と関係機関（民間も含む）が協力し、地域での個別支援の協議や相談支援のシステム構築に向けて取り組んでいます（次ページ【体制図】参照）。

障害のある方が計画相談支援や地域相談支援を受ける場合は、指定特定相談支援事業所や指定障害児相談支援事業所が一番身近な相談窓口となります。相談支援専門員は障害のある方の希望やニーズを把握し、適切な障害福祉サービス事業所とのコーディネートを行います。

本人のニーズはフォーマルな資源にとどまらずインフォーマルな資源とのコーディネートが必要な場合もあります。様々な地域の機関と協力して支援を行わなければならない等、困ったり悩んだりした時は各区の地域福祉課や保健センター、障害者基幹相談支援センター等と連携することが重要です。

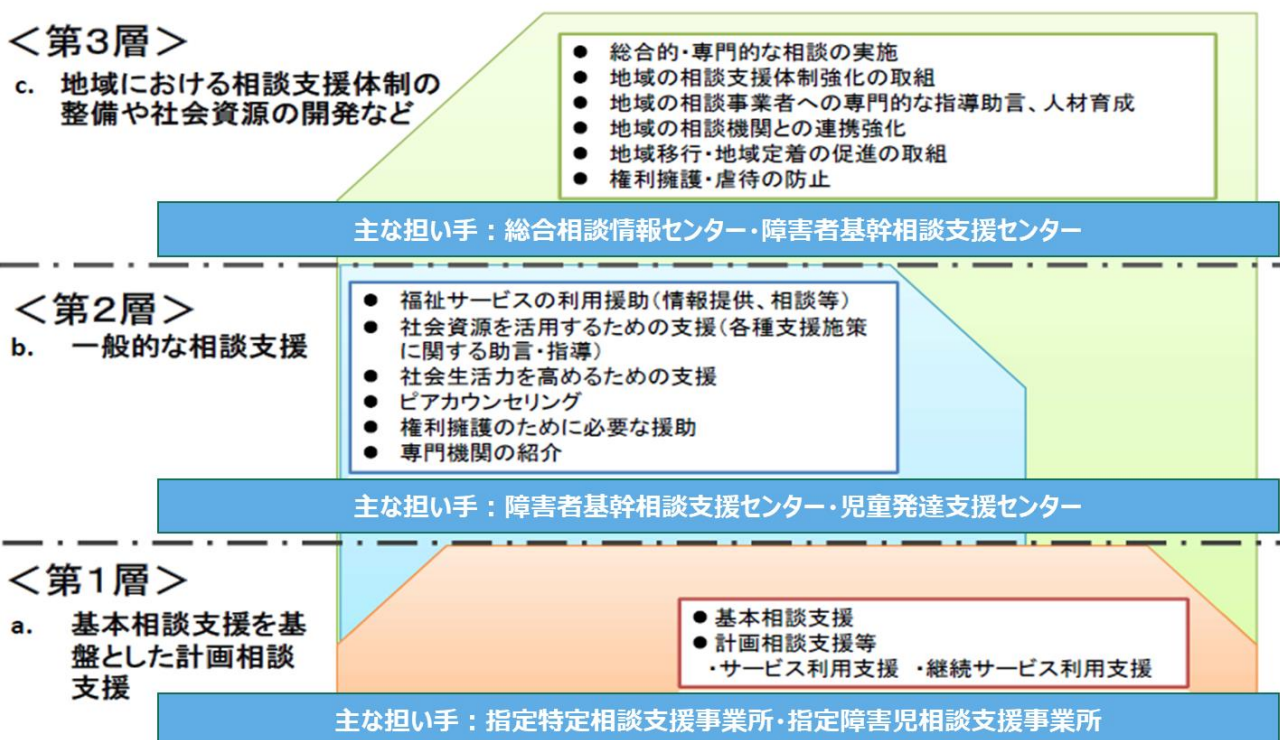
このように、地域の機関だけでなく、市域の専門機関や本庁関係課と連携し、堺市の相談支援体制の充実に取り組んでいます。

堺市では、障害のある方やその家族がどこに相談しても、ニーズを的確に聞き取り、必要な支援につなげることができるよう、本人に最も近い相談窓口としての相談支援事業所や区障害者基幹相談支援センター、区地域福祉課・保健センターとの連携を中心とした相談支援体制を構築しています。

各機関相互の連携を深めるために、日頃から関係づくりに取り組んでいく必要があります。堺市では各区の自立支援協議会、相談支援事業所連絡会等の取組があります。

また、この相談支援体制を機能させるためには、それぞれの機関が研さんを積む必要があります。専門機関や本庁課も含めて連携を強化しながら、障害のある方の相談支援に従事するすべての方が、この体制を理解して取り組んでいきます。

### 【重層的な相談支援体制】



## 障害者の窓口

障害者に関する手続きや相談の窓口は下記のとおりいろいろあります。それぞれの業務内容に関して特徴があります。

### (1) 障害者に関する障害福祉サービス・障害者支援の窓口

| 対象者   | 受付・決定機関  |
|-------|--|
| 身体障害者 | 各区地域福祉課(美原区は精神障害者・難病患者も含む)   |
| 知的障害者 |  |
| 精神障害者 | 各区保健センター(美原区は精神障害者保健福祉手帳の申請・交付、自立支援医療(精神通院)、障害福祉サービスなど各種福祉制度の受付は地域福祉課) |
| 難病患者  |  |

### (2) 障害者に関する機関の主な業務内容

| 機関              | 業務内容  | 職種<br>(未記載は主に事務)          |
|-----------------|---|---------------------------|
| 保健センター          | こころの健康、心の病気に関する相談   | 精神保健福祉相談員<br>保健師          |
|                 | 精神障害者保健福祉手帳の申請・交付、自立支援医療(精神通院)、障害福祉サービスなどの各種福祉制度の受付(美原区は地域福祉課)  |                           |
| 地域福祉課           | 身体障害者手帳・療育手帳の申請・交付、特別障害者手当・大阪府重度障がい者在宅生活応援制度の給付、障害福祉サービスなど各種福祉制度の受付   |                           |
|                 | 知的障害者の福祉に関する相談  | 主に福祉職                     |
| 障害者基幹相談支援センター   | すべての障害のある人のワンストップ窓口。本人や家族、関係機関から相談を受け、必要な窓口や社会資源につなぐ。   | 相談員                       |
| 指定特定相談支援事業所     | 障害のある人が希望する生活を実現することができるよう計画を作成し、その生活を継続するために、必要なサービスの組み合わせや事業所との調整を行う。   | 相談支援専門員                   |
| 指定一般相談支援事業所     | 地域移行支援や地域定着支援の相談支援  | 相談支援専門員など                 |
| 障害者更生相談所        | 身体障害者更生相談所と知的障害者更生相談所が併設された行政機関で、区からの依頼により専門的な相談や補装具の判定、療育手帳の判定等を行う。  | 整形外科医、精神科医、福祉職、心理士、理学療法士  |
| こころの健康センター      | 精神保健福祉に関する行政機関で「ひきこもり」「薬物依存」「自死遺族」についての専門相談を行う。   | 精神科医、精神保健福祉士、心理士、保健師など    |
| 発達障害者支援センター     | 発達障害に関する相談  | 精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理士など     |
| 難病患者支援センター      | 難病に関する療育相談、情報提供、就労相談、医療講演会、患者・家族の交流会実施など  | 保健師、社会福祉士                 |
| 生活リハビリテーションセンター | 障害のある方に対する各種機能訓練、生活訓練、高次脳機能障害に関する相談、情報提供など  | 福祉・医療の専門職                 |
| 障害者就業・生活支援センター  | 就職を希望する障害者から相談、または就労している障害者の職場定着支援など  | 専門支援員                     |
| 視覚・聴覚障害者センター    | 視覚・聴覚障害者およびその家族等からの各種相談、点字図書、字幕入りビデオ等の貸出、ボランティア養成・育成、コミュニケーション支援など  | 社会福祉士、精神保健福祉士、視能訓練士、歩行訓練士 |
| 権利擁護サポートセンター    | 認知症や知的障害者、精神障害などにより判断能力が十分でない方などの権利侵害や財産管理に関する法律的な問題、成年後見制度の利用などの相談・支援を行います。また、高齢者・障害者相談機関、その他事業所など関係機関・団体に対して相談対応・支援を行います。相談は無料です。 | (定例相談)<br>弁護士、司法書士、社会福祉士  |



子どもに関する手続きや相談の窓口は下記のとおりいろいろあります。それぞれの業務内容に関係して特徴があります。

## (1) 障害児に関する障害福祉サービス・障害児支援の窓口

| サービス名             |             |                           | 受付機関  | 決定機関    |
|-------------------|-------------|---------------------------|---|---------|
| 児童福祉法に基づく障害福祉サービス |             |                           | 各区地域福祉課（身体・知的）保健センター<br>（精神・難病）美原区はすべて地域福祉課 |         |
| 障害児通所支援           | 放課後等デイサービス  | 就学児童対象                    | 各区地域福祉課<br>（市立児童発達支援センターの<br>利用申込みは障害支援課）   |         |
|                   | 児童発達支援      | ①児童発達支援センター<br>②児童発達支援事業所 |   |         |
|                   | 保育所等訪問支援    |                           |   |         |
|                   | 居宅訪問型児童発達支援 |                           |   |         |
| 障害児相談支援           | 障害児相談支援     |                           | 通所支援に付随                                     | 各区地域福祉課 |
| 障害児入所支援           | 福祉型障害児入所支援  |                           | 子ども相談所                                      |         |
|                   | 医療型障害児入所支援  |                           |   |         |

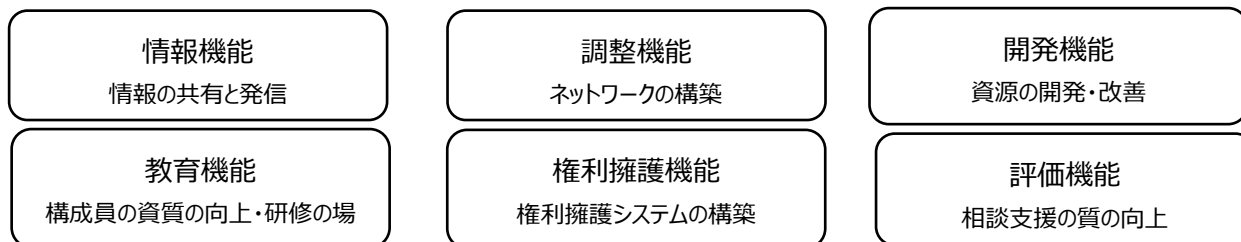
## (2) 障害児に関する機関の主な業務内容

| 機関                   | 業務内容  | 職種<br>(未記載は主に事務)         |
|----------------------|---|--------------------------|
| 保健センター               | 障害及び疾病を早期に発見し、早期療育につなげるための支援を行う。乳幼児健康診査   | 保健師                      |
|                      | こころの健康、心の病気に関する相談   | 精神保健福祉相談員<br>保健師         |
|                      | 精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療(精神通院)、障害児通所支援（放課後等デイサービスのみ）  |                          |
| 子育て支援課               | 認定こども園等の入所決定、自立支援医療（育成医療）   |                          |
|                      | 0～18 歳未満の児童の養育に関する様々な相談   | 家庭児童相談員                  |
| 地域福祉課                | 身体障害者手帳・療育手帳の申請、交付、特別児童扶養手当・障害児福祉手当、大阪府重度障がい者在宅生活応援制度、障害児通所支援、障害福祉サービスなどの各種福祉制度の受付                      |                          |
|                      | 知的障害児の福祉に関する相談  | 主に福祉職                    |
| 障害者基幹相談支援センター        | 障害のある方のワンストップ窓口、本人や家族、関係機関からの相談を受け、必要な窓口や社会資源につなぐ。  | 相談員                      |
| 障害児等療育支援事業（あいすてーしょん） | 障害のある児童や発達に不安のある児童の地域における生活を支えるため、訪問や外来による療育、相談支援や保育所等への技術指導を行う。<br>＊サービスを利用していない人が対象(令和 6 年度は 7 法人に委託) | 相談員、児童指導員、保育士、心理士、言語聴覚士等 |
| 指定障害児相談支援事業所         | 障害のある児童や家族が希望する生活を実現することができるような計画を作成し、その生活を継続するために、必要なサービスの組み合わせや事業所との調整などを行う。                          | 相談支援専門員                  |
| 子ども相談所               | 児童相談に関する総合的、専門的機関(児童虐待・養護・非行・育成相談)<br>障害児入所支援、療育手帳の判定   | 児童福祉司、児童心理司              |
| 発達障害者支援センター          | 発達障害に関する相談  | 精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理士      |
| さかいっこひろば             | こどもと保護者が集い、憩い、交流し、学べる場。成長や発達について気になっていることを気軽に相談できる発達相談も実施。  | 発達支援コーディネーター             |

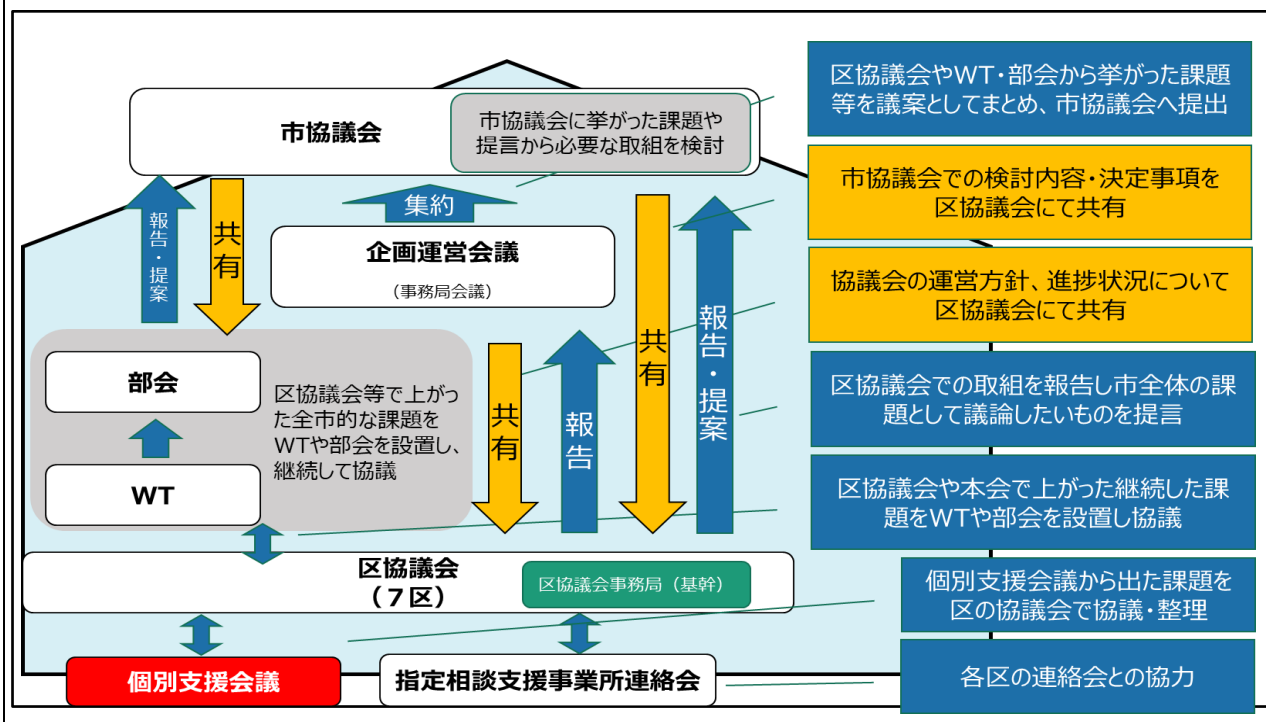
## 堺市障害者自立支援協議会

障害者等が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、相談支援事業所、障害福祉サービス事業者、保健・医療機関、教育・雇用関係機関、企業、障害者関係団体、学識経験者など、障害者福祉の関係者が幅広く参加し、地域での相談に関するシステムづくりについて、中核的な役割を果たすことを目的として設置している。（根拠：障害者総合支援法第 89 条の 3、堺市障害者自立支援協議会設置規約）

### ◆6つの機能



### ◆組織



※WT（ワーキングチーム）

### 相談支援事業所のみなさまへ

各区の障害者自立支援協議会や指定相談支援事業所連絡会等では、情報交換や勉強会などを行い、区域のネットワークを構築しています。個別支援会議等（※）から本人・家族・地域の課題を吸い上げ、協議会で共有し、その課題を踏まえて地域における障害者等の支援体制の整備につなげていくことが相談支援専門員の重要な役割となりますので積極的にご活用ください。

参加については、各区に設置している区障害者基幹相談支援センターへご相談ください。

（※）個別支援会議等とは、相談支援におけるサービス担当者会議や個別支援会議等のこと

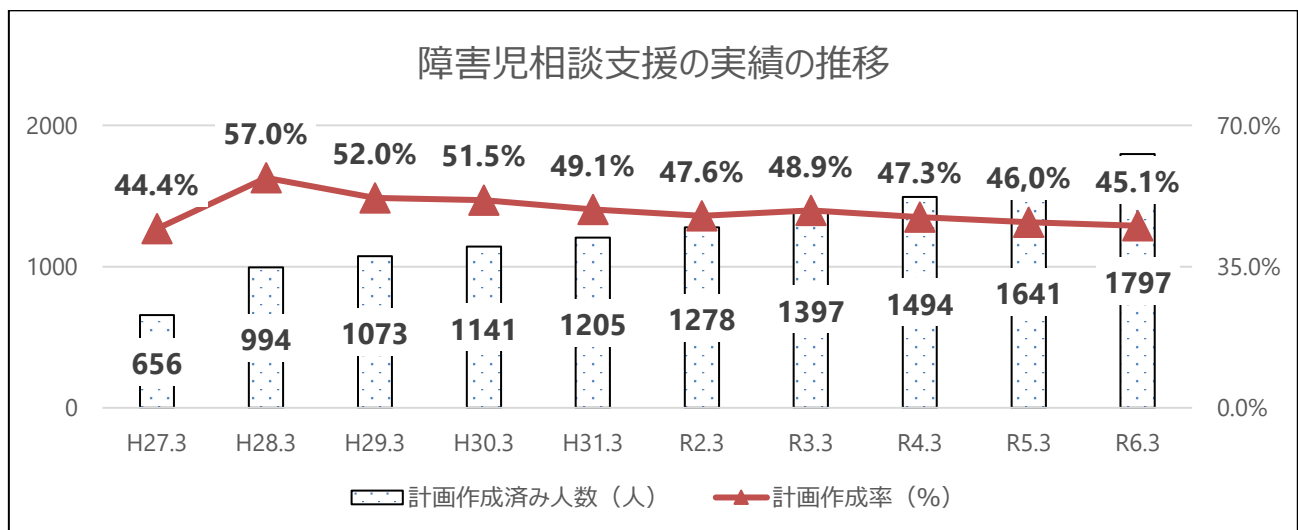
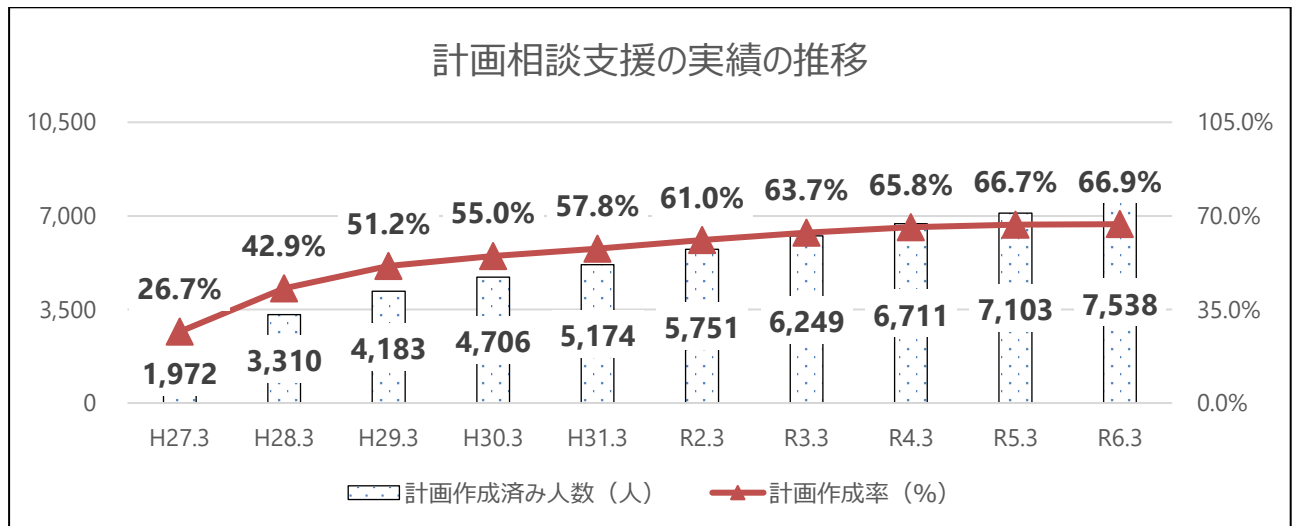
### 3 堺市における計画相談支援の現状について

#### (1) 現状

平成 27 年 4 月 1 日から、原則としてすべての障害福祉サービス・地域相談支援・障害児通所支援の利用者について、サービス等利用計画案の提出が必須となりました。堺市における令和 7 年 4 月現在の指定特定相談支援事業所は 167 箇所（障害児相談支援事業所 104 箇所）です。なお指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所による相談支援を推進するため、事業所の拡大と育成に取り組んでいるところです。

また、堺市では利用者本人が希望し、利用者本人（家族、後見人、支援者を含む。）が計画を作成し、サービス事業所との利用調整ができる場合、サービス等利用計画案に代えてセルフプランを作成することができます。この場合、相談支援事業所によるモニタリングは行われません。

#### (2) 進捗状況



## 第2章 実務編

## 第2章 実務編

### 1 相談支援従事者の役割

障害福祉分野における相談支援は、利用者のライフステージや心身の状態をはじめとする状況の幅広さ等を踏まえた上で、本人（当事者）主体の視点や個別性の重視、エンパワメントの視点、ストレングスへの着目、権利擁護や意思決定支援の視点を重視しています。

対象者像やそのニーズがより幅広いことに留意し、本人の「できないこと・できない状態」（弱み）ではなく、本人が希望することやできること、経験してきたことなどの（強み・可能性：ストレングス）に着目することが重要であり、障害児者及びその家族が抱える複合的な課題を把握し、適切な保健、医療、福祉サービスにつなげる等行政機関その他関係機関との連携に努めることが必要です。

以上のことから、相談支援従事者は、ケアマネジメントの全プロセスに携わる必要があることから、その資質として、①信頼関係を形成する力、②専門的面接技術、③ニーズを探し出すアセスメント力、④サービスの知識や体験的理解力、⑤社会資源の改善及び開発に取り組む姿勢、⑥支援ネットワークの形成力、⑦チームアプローチを展開する力が求められます。

#### 信頼関係を形成する力

ケアマネジメントにおいて、相談支援従事者に信頼関係を形成する力が求められます。そのため、相談支援従事者は利用者の立場に立つことが必要です。

また、相談支援従事者は、多くの人々とチームワークを組むことになるので、利用者のプライバシーの保護、人権の尊重に配慮する必要性が特に重要です。

#### 専門的面接技術

相談支援従事者は、相談をととして、利用者の生活全体を理解していきます。したがって、利用者を一人の生活者として理解し、相互の十分な意思疎通を図ることによって、利用者のニーズをともに明らかにしていくことになります。

これらの過程において、相談支援従事者は、利用者の感情表現を敏感に受けとめ、利用者の価値観を受容し、従事者自身の感情を覚知しながら、利用者の自己決定を促すような専門的面接技術の力を伸ばすことが大切です。

#### ニーズを探し出すアセスメント力

相談支援従事者は、利用者とともにニーズを探し出すアセスメント力を求められます。情報収集の過程を経て、ニーズを明確にしていく観点を理解することが重要です。

さらに、ニーズの背景となっている要因を分析し、利用者のできないことに着目するだけでなく、利用者のプラスの力を引き出すことにも着目してニーズを探す視点が必要となります。

#### サービスの知識や体験的理解力

相談支援従事者は、利用者和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調整を図り総合的かつ継続的なサービスの提供を確保する役割です。

そのためには、地域にある様々な公的サービスやインフォーマル・サポートが、どこにあり、どのようなサービス内容で、どのように利用するかを知る必要があります。

さらに、相談支援従事者は、利用者が社会資源を利用しやすくするために、体験的な理解力が求められます。

### 社会資源の改善及び開発に取り組む姿勢

相談支援従事者は、利用者のニーズに合致したサービスを提供するため、サービス提供者や行政の窓口等に社会資源の改善等を働きかけることが求められます。

また、利用者のニーズを充足するための社会資源が不足している場合においても、利用者の立場に立って、社会資源の開発のためにサービス提供者や行政等に提言し、協力して取り組む姿勢が重要です。

### 支援ネットワークの形成力

サービス提供に際しては、利用者のための支援ネットワークを形成し、利用者が満足を得られるように調整します。

### チームアプローチを展開する力

ケアマネジメントの各過程においては、多くの関係者とチームを組み、チーム内の合意形成や役割調整等が的確に確保されていることが必要であり、相談支援従事者は特にそのキーパーソンとなることを期待されています。

## （１）相談支援専門員の役割

相談支援専門員は、障害児者の自立の促進と障害者総合支援法の理念である共生社会の実現に向けた支援を実施することが望まれており、そのためには、ソーシャルワークの担い手としてそのスキル・知識を高め、インフォーマル・サービスを含めた社会資源の改善及び開発、地域のつながりや支援者・住民等との関係構築、生きがいや希望を見出す等の支援を行うことが求められています。

さらに将来的には、相談支援専門員は障害者福祉に関する専門的知見や援助技術の習得のみならず、社会経済や雇用情勢など幅広い見識や判断能力を有する地域を基盤としたソーシャルワーカーとして活躍することが期待されています。

## （２）主任相談支援専門員の役割

主任相談支援専門員は、事業所や地域において指導的役割を担う者であって、相談支援の仕組みを支える中核的な人材です。

中立・公正（利用者中心）の観点に基づき、相談支援体制の強化と地域づくりの推進役として、利用者等の要望・苦情に対する解決に取り組むとともに、「相談支援専門員の養成に関する実習時の助言・指導」や「適切なサービス等利用計画作成のための現場での実地教育」を行う等、相談支援専門員の支援スキルやサービス等利用計画について適切に評価・助言を行い、相談支援の質の確保を図る役割が期待されています。

堺市においては、主任相談支援専門員の地域援助の一環として、総合相談情報センター及び障害者基幹相談支援センターと協働し、相談支援従事者向けの研修の実施や、相談支援従事者研修におけるインターバルの充実、新たな相談支援専門員に向けた体系的な勉強会の実施等を進めています。

## （３）相談支援員の役割

相談支援専門員として配置されるためには、相談支援従事者養成研修を修了することのほか、障害者の支援についての相談支援又は直接支援の実務経験が必要であり、その人材の確保や養成には課題があります。

そのため、令和６年度障害福祉サービス等報酬改定において、相談支援専門員になる前の段階からソーシャルワーク専門職が一定の計画相談支援の業務に従事できる趣旨で相談支援員の配置が可能となりました

相談支援員は特に丁寧な育成が必要な段階にある人材であり、適切にOJT が実施できる体制を確保している事業所に限って配置できることとなっています。

## 相談支援員

指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者は、次に掲げる要件をいずれも満たす場合には、相談支援員を置くことができる。

### <事業者要件>

- ① 当該相談支援事業者が機能強化型サービス利用支援費の算定要件を満たしていること。
- ② 当該相談支援事業者に配置される主任相談支援専門員により、相談支援員に対して指導及び助言が行われる体制が確保されていること。（次に定める要件をいずれも満たすこと。）
  - (ア) 利用者に対する情報またはサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の開催
  - (イ) すべての相談支援員に対する主任相談支援専門員の同行による継続的な実施
  - (ウ) 当該相談支援事業者のすべての相談支援員に対する、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上を目的とした指導、助言

### <相談支援員の要件>

- ① 専従として勤務する者
- ② 社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する者

### <相談支援員の兼務>

相談支援員は原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の業務に従事させてはならない。

ただし、一体的に管理運営される指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所、指定自立生活援助事業所、その他これに類する業務（※）には従事できる。

なお、兼務に関する留意点については、相談支援専門員と同様である。

※その他これに類する業務

地域活動支援センター、障害児等療育支援事業（あい・すてーしょん）その他堺市の認めるもの。

### <実施可能な業務>

- ① サービス等利用計画の原案作成（利用者へのアセスメントを含む。）
- ② モニタリング

なお、相談支援員が実施した場合は、そのことがわかる旨の記録を作成すること。

問 相談支援専門員、相談支援員について、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）との兼務は可能か。

（答） 計画相談支援、障害児相談支援に係る指定基準上の取扱いとしては、介護支援専門員との兼務は可能である。

また、計画相談支援、障害児相談支援の機能強化型基本報酬の算定にあっても、相談支援専門員が居宅介護支援事業の主任介護支援専門員（介護予防支援事業の介護支援専門員）と兼務する場合に限り、原則として可能とする。

（R6 相談支援に関するQ & A 問 23 一部抜粋）

## 2 計画相談支援・障害児相談支援

### (1) 計画相談支援とは

平成 24 年 4 月から、障害のある方が、希望する生活を実現できるように、利用するサービスや事業所の選定、モニタリングなどの支援を行う「計画相談支援」が新たに導入されました。

「計画相談支援」には、「①サービス利用支援」と「②継続サービス利用支援」の 2 種類があり、サービスの利用前の計画作成やサービス利用中のモニタリング等を受けながら、安心して障害福祉サービスを利用することができます。

また、指定相談支援事業者は、下記の①②の業務以外に「③基本相談支援」も行います。

#### ①サービス利用支援（障害者総合支援法第 5 条第 22 項）

- ・障害福祉サービスの支給決定前に、サービス等利用計画案を作成
- ・障害福祉サービスの支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整、サービス等利用計画の作成

#### ②継続サービス利用支援（障害者総合支援法第 5 条第 23 項）

- ・サービス等利用計画で決めた期間ごとに、サービス等の利用状況の検証を行い、計画の見直しを行ないます（モニタリング）。
- ・サービス事業者等との連絡調整、障害福祉サービスの変更・更新に係る申請の勧奨

#### ③基本相談支援（障害者総合支援法第 5 条第 19 項）

- ・障害者、障害児の保護者や介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報提供、助言、障害福祉サービス事業者等との連絡調整等を行ないます。

### (2) 計画相談支援の対象者

- ・障害福祉サービス又は地域相談支援を利用するすべての障害者
- ・障害福祉サービスを利用するすべての障害児

※障害福祉サービスと障害児通所支援の両方のサービスを利用する障害児については、「計画相談支援」と「障害児相談支援」両方の指定を受けた事業者が一体的に実施。報酬は「障害児相談支援」のみ。

<介護保険制度の対象となる障害者の場合>

介護保険制度のサービスを利用する場合については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成対象となるため、基本的には計画相談支援対象外となります。但し、障害福祉サービス固有のもの（行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）の利用を希望する場合であって、区役所がサービス等利用計画案の作成が必要と認める場合には、計画相談支援対象となります。

介護保険のケアプランと障害福祉の計画相談支援の両方を利用した場合、両方で報酬請求できます。ただし、同一人物が作成した場合は報酬が減算となります。また、請求にあたり下記の条件が必要となります。

- ・堺市が障害福祉サービス又は地域相談支援（以下、障害福祉サービス等）の支給決定を行った対象者であること
- ・対象者が、指定特定相談支援事業者から計画相談支援を提供されていること

※利用計画案を作成・提出しても、実際に対象者が障害福祉サービス又は地域相談支援の支給決定を受けなければ、計画相談支援給付費は支給されません。

（例）地域生活支援事業である「地域活動支援センター」「移動支援事業」のみの利用者は計画相談支援の対象外。



### 児(3) 障害児相談支援

障害児相談支援は、市町村が指定する障害児相談支援事業者が実施するもので、「障害児支援利用援助」と「継続障害児支援利用援助」からなります。

障害児通所支援を利用する全ての障害児に計画を作成し、その計画に沿った支援を実施し、定期的なモニタリングの実施やそれに伴う計画の見直し等を行いながら継続的に支援する一連の業務をいい、「計画相談支援」と同様です。

#### ① 障害児支援利用援助（児童福祉法第6条の2の2第8項）

障害児通所支援給付費等の申請に係る障害児の心身の状況、その置かれている環境等を勘案し、利用する障害児通所支援の種類・内容等を、障害児または保護者の意向などを踏まえて障害児支援利用計画案を作成します。給付決定等が行われた後に、関係機関との連絡調整等を行うとともに、当該給付決定等の内容を反映した障害児支援利用計画を作成することをいいます。

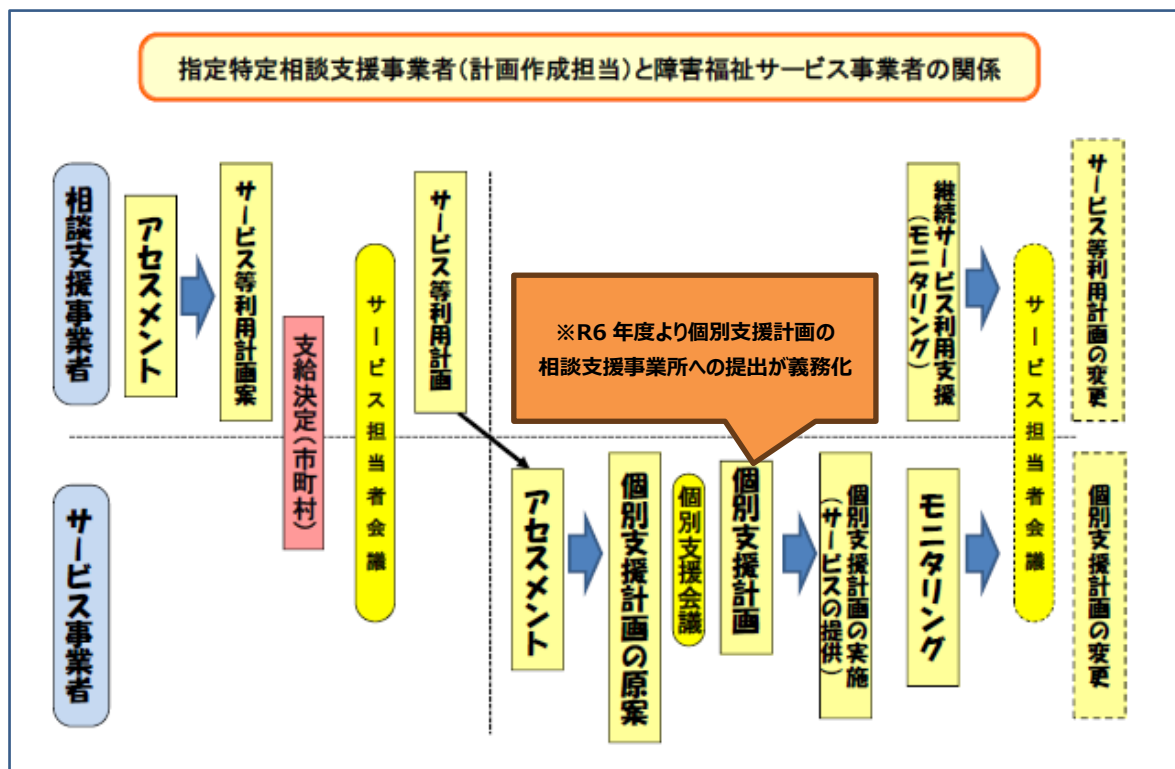
#### ② 継続障害児支援利用援助（児童福祉法第6条2の2第9項）

障害児支援利用計画が適切であるかどうかを一定期間ごとにサービス等の利用状況の検証（モニタリング）し、その結果等を勘案して障害児支援利用計画の見直しを行います。また、障害児支援利用計画の変更等を行うことをいいます。

注意すべきは、障害児の居宅介護等の居宅サービスは、障害者総合支援法に基づき、特定相談支援事業者がサービス等利用計画を作成し、通所サービスは、上記のとおり障害児相談支援事業者が障害児支援利用計画を作成することになる点です。居宅・通所の両サービスを利用する障害児に係る計画については、特定相談支援事業者及び障害児相談支援事業者の両方の指定を受けた同一の事業者が、一体的（居宅・通所）に作成することが想定されています。

なお、障害児の入所サービスについては、子ども相談所が専門的な判断を行うため、障害児支援利用計画の作成対象外となっています。

#### (4) 計画相談支援業務の流れ



##### ① サービス利用支援（障害児支援利用援助）

サービス等利用計画案の作成依頼を受けてから実際にサービスの利用を開始するまでに実施するものです。

###### ○アセスメント

相談支援専門員は、その専門性を発揮してアセスメントをしっかりと行います。アセスメントでは、障害のある方の状況や希望を正確に把握してください。単なる情報収集ではなく、信頼関係を構築するようにしてください。

###### ○サービス等利用計画案の作成

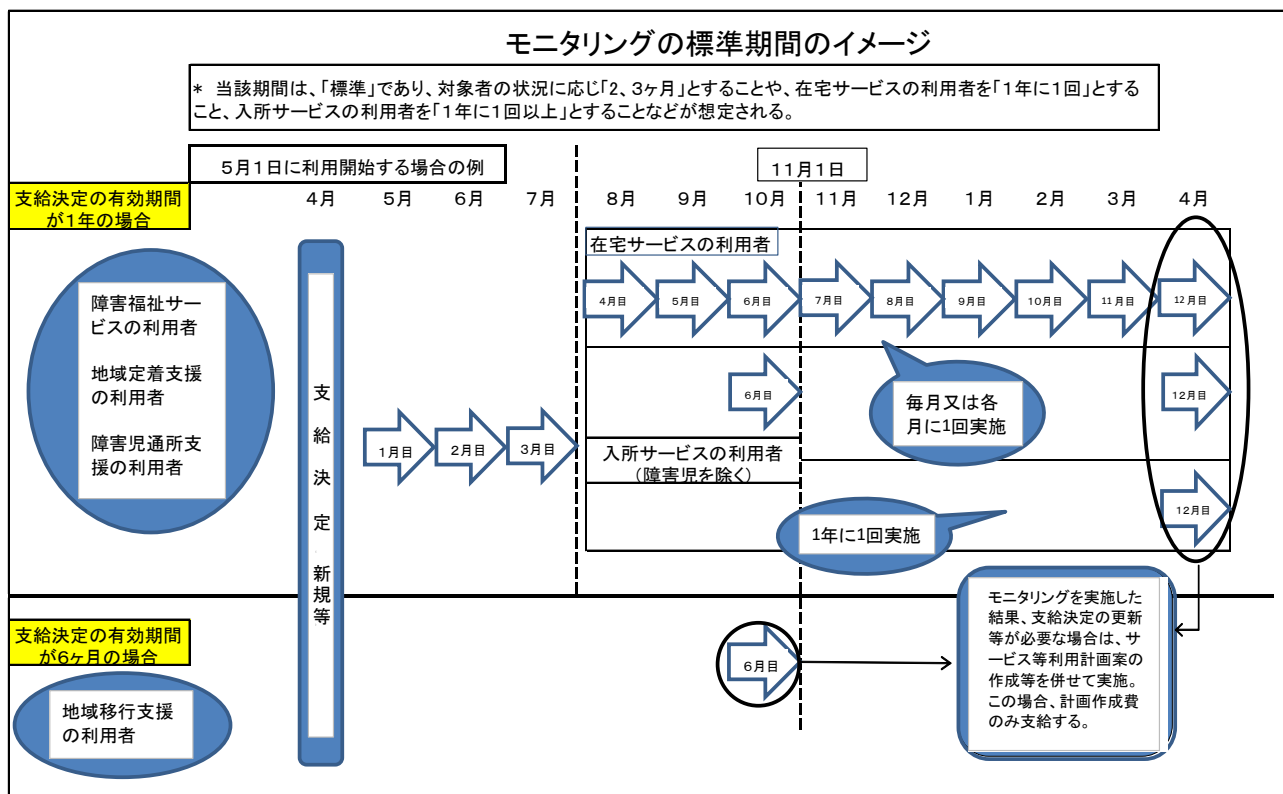
アセスメントにおいて、障害のある方に必要なサービスの種類と量を的確に見極め、サービス等利用計画案として示します。そして、このサービス等利用計画案を、本人の同意を得た上で、本人に交付をし、合わせて市に提出します。

###### ○サービス等利用計画の作成

市では、特定相談支援事業者から提出されたサービス等利用計画案を勘案して支給決定を行います。その後、相談支援専門員は、障害福祉サービス事業所等とサービス担当者会議を行い、支給決定の内容を反映したサービス等利用計画を作成し、サービス利用につなげます。

##### ② 継続サービス利用支援（継続障害児支援利用援助）

サービス利用を開始した後、サービス等利用計画が適切であるかどうかを一定期間ごとに検証（モニタリング）し、その結果等を勘案してサービス等利用計画の見直しを行い、サービス等利用計画の変更等を行います。（46 ページのモニタリングの標準期間参照）



※ サービス等利用計画は、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成するものであるのに対し、障害福祉サービス事業所のサービス提供責任者やサービス管理責任者が作成する「個別支援計画」は、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等を検討し、作成するものです。

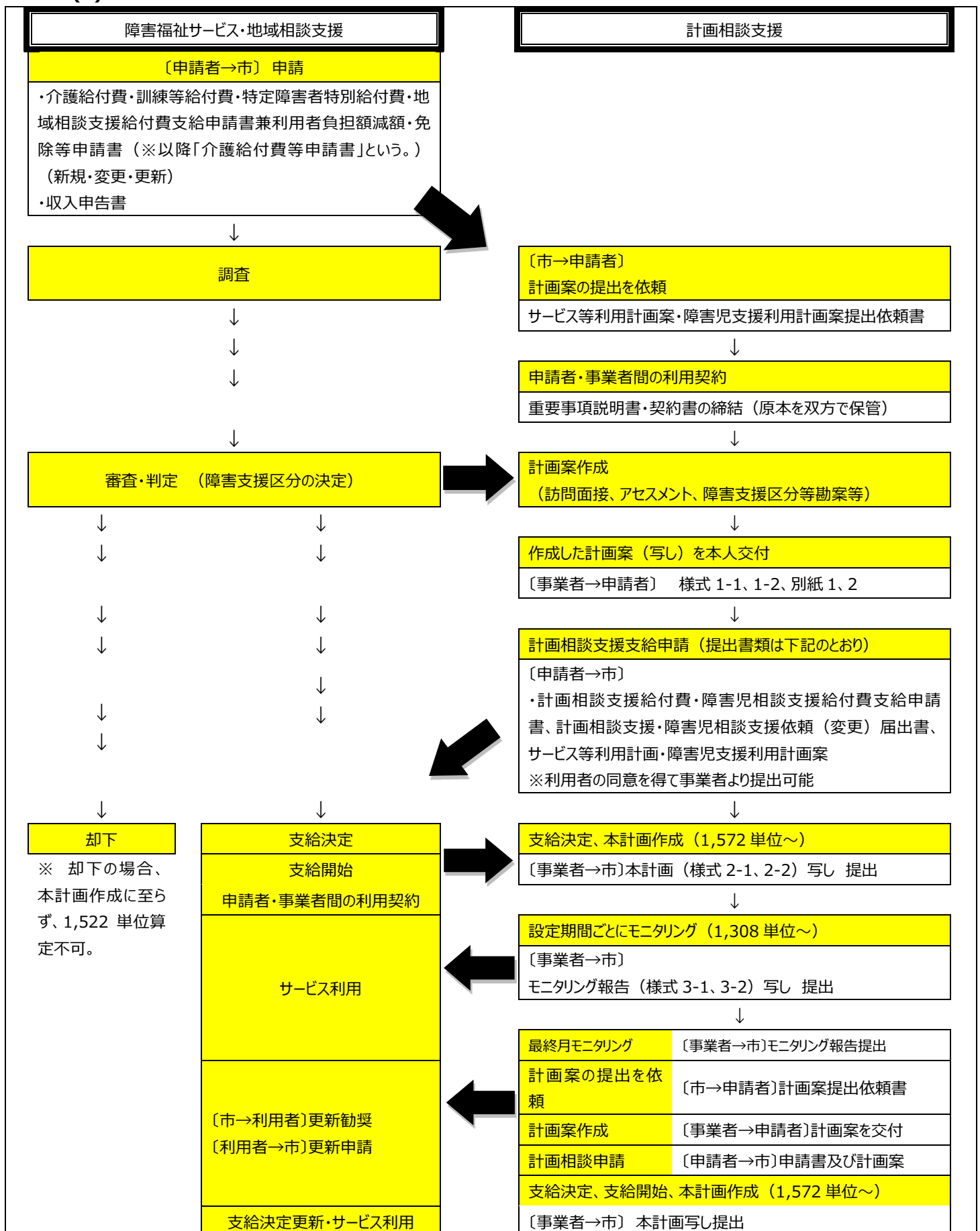
総合的な支援計画は、相談支援専門員が、個別のサービスの支援計画は、サービス提供責任者等が、進行管理の責任を持つことになります。そのため、相談支援専門員と、支援に関係するサービス提供責任者等は、密接な関係を構築し、利用者に関する情報共有に努める必要があります。

### 3 障害児支援・障害福祉サービス体系



## 4 支給決定のプロセス

### (1) 手続きの流れ



計画案：サービス等利用計画案のこと（案の状態）

本計画：サービス等利用計画のこと（決定した状態）

## (2) 各手続きに必要な書類

|  | 本人  | 指定特定   | 担当者<br>(サービス担当者<br>会議)  | 区役所   |
|--|---|--|---|---|
| ①〔本人→区役所〕<br>障害福祉サービス又は地<br>域相談支援の申請   | ●介護給付費等申請書<br>※<br>(新規・変更・更新)   |    |   | <div>提出</div>   |
| ②〔区役所→本人〕<br>サービス等利用計画案作<br>成依頼  | <div>依頼</div>   |    |   | ●サービス等利用計画案提<br>出依頼書  |
| ③〔本人⇄指定特定〕<br>重要事項の説明<br>利用契約  | <div>契約</div>   | ●重要事項説明書<br>●契約書及び個人情報の同意  |   |   |
| ④〔区役所→本人〕<br>調査・審査<br>障害支援区分の決定<br><br>〔指定特定→本人、担当者〕<br>サービス等利用計画案<br>作成、交付、提出 | <div>同意</div><br><div>交付（写し）</div>  | <br>●サービス等利用計画案作成（様式 1-1、1-2、<br>別紙 1、2）<br>・アセスメント、障害支援区分等を勘案して、計画<br>案を作成<br>・文書による利用者等の同意<br>・5 年間保存（原本）<br><div>交付は必<br/>須ではない</div> |   | 障害支援区分が必要なサー<br>ビスの場合<br>●障害支援区分認定通知<br>書                             |
| ⑤〔本人→区役所〕<br>計画相談の申請   | ●計画相談支援給付費<br>申請書<br>●計画相談支援依頼<br>（変更）届出書<br>●サービス等利用計画案<br>（様式 1-1、1-2、別<br>紙 1、2） | ※利用者等の同意を得て、事業者より提出可能<br>  |   | <div>提出（写し）</div>   |
| ⑥〔区役所→本人〕<br>支給決定<br>あるいは不支給決定   | <div>通知</div>   | <br>※不支給の場合は、サービス等利用計画の作成は<br>不要。算定不可  |   | 各決定通知書<br>（支給又は不支給のいずれ<br>か）<br>・計画相談支援給付費<br>・障害福祉サービス又は地域<br>相談支援給付 |
| ⑦〔指定特定、担当者〕<br>以降⑥で支給の場合のみ<br>・サービス等利用計画案の変<br>更<br>・サービス担当者会議の開催              |   | ●支給決定を踏まえて、サービス担当者会議を開<br>催し、サービス等利用計画案の検討。サービス担<br>当者会議では当該サービス等利用計画案の説明<br>を行うとともに、担当者から、専門的な見地か<br>らの意見を求める   | <div>サービス<br/>担当者<br/>会議</div>  |   |
| ⑧〔指定特定<br>→本人、担当者、区役所〕<br><br>サービス等利用計画<br>作成、交付、提出                            | <div>同意</div><br><div>交付（写し）</div>  | ●サービス等利用計画作成（様式 2-1、2-2）<br>・文書による利用者等の同意<br>・5 年間保存（原本）<br><div>交付</div>  |  | <div>提出（写し）</div>   |
| ⑨〔指定特定→本人〕<br>モニタリング<br><br>〔指定特定→市〕<br>モニタリング結果の報告                            | <div>モニタリング</div><br><div>同意</div>  | ●モニタリング結果（様式 3-1、3-2）<br>・計画で定めた期間ごとにモニタリングを実施<br>・文書による利用者等の同意<br>・5 年間保存（原本）<br>  |   | <div>提出（写し）</div><br>モニタリング実施ごと                                       |

※「介護給付費等申請書」とは、「介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」のこと

### 児 (3) -1 障害児相談支援の手続きの流れ

#### 【新規申請の場合】

##### ①サービス利用申請

- ・申請者は「障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」を地域福祉課又は保健センターへ提出
- ・地域福祉課又は保健センターで「障害児支援利用計画案提出依頼書」により申請者に提出依頼

##### ②「指定障害児相談支援事業者」と契約

- ・申請者は障害児相談支援の提供について、指定障害児相談支援事業者と利用契約

##### ③地域福祉課又は保健センターによる調査

- ・地域福祉課又は保健センターで、申請者に対し、概況調査、サービス利用の意向調査を実施

##### ④「障害児支援利用計画案」の作成

- ・アセスメントの実施等により計画案を作成し、文書による保護者の同意を得て申請者に交付

##### ⑤「障害児支援利用計画案」等の提出

- ・申請者等から地域福祉課又は保健センターへ「障害児支援利用計画案」「障害児相談支援給付費支給申請書」「障害児相談支援依頼（変更）届出書」を提出（※保健センター受付分は写しを地域福祉課へ送付）

##### ⑥障害児通所支援の支給決定

- ・地域福祉課は「障害児相談支援給付費支給決定通知書」を申請者に送付
- ・地域福祉課又は保健センターは「障害児通所給付費支給決定通知書」と「通所受給者証」を申請者に送付（※保健センター受付分は地域福祉課と保健センター間で連絡調整）

##### ⑦「障害児支援利用計画」の作成、障害児通所支援事業者と契約

- ・指定障害児相談支援事業者は、支給決定を踏まえ、サービス担当者会議を開催し、「障害児支援利用計画」を作成し、文書による保護者の同意を得て申請者に交付。計画の写しを地域福祉課へ提出（※保健センターに提出された場合は、地域福祉課へ送付）
- ・申請者は、障害児通所支援事業者と利用契約

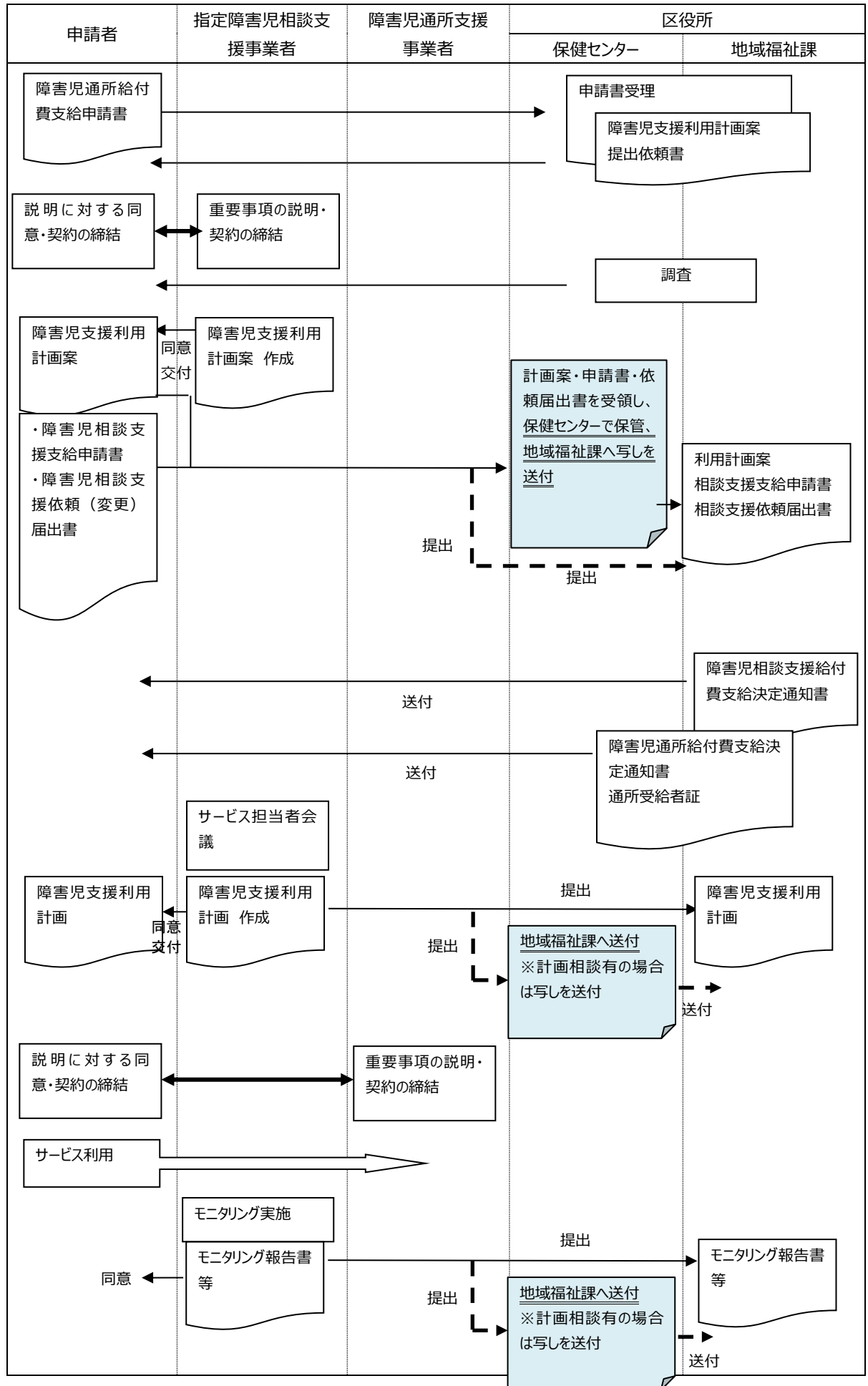
##### ⑧サービス利用開始

- ・申請者は「通所受給者証」を事業者に提示し、通所支援利用

##### ⑨モニタリング

- ・指定障害児相談支援事業者は、受給者証に記載されたモニタリング期間ごとにサービスの利用状況等を検証し、計画の見直しを実施のうえモニタリング報告書等を作成し、文書による保護者の同意を得る。その後、モニタリング報告書の写しを地域福祉課へ提出（※保健センターに提出された場合は、地域福祉課へ送付）

### 児(3)-2 障害児相談支援の各手続きに必要な書類





## 5 計画相談支援に関する書類

支給決定プロセスの各段階で特定相談支援事業者が作成・提出する「サービス等利用計画」の様式は下記のとおりです。また、記載例等については、次頁以降をご参照ください。

|   |  | サービス等利用計画の様式 |           |                                   |                                   |           |           |           |           | その他手続きに必要な様式       |                                      |             |
|---|--|--------------|-----------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|--------------------------------------|-------------|
| 状況  |  | 様式<br>1-1    | 様式<br>1-2 | 別紙1                               | 別紙2                               | 様式<br>2-1 | 様式<br>2-2 | 様式<br>3-1 | 様式<br>3-2 | 計画相談<br>給付費申<br>請書 | 計画相談支<br>援(変更)依<br>頼書                | 契約内容<br>報告書 |
| サービス支給決定前<br>(市からサービス等利用計画<br>案の提出依頼書が出された<br>とき) |  | ●            | ●         | ●                                 | ●                                 |           |           |           |           | ●                  | ●                                    |             |
| サービスの支給決定後  |  |              |           |                                   |                                   | ●         | ●         |           |           |                    |                                      | ●           |
| 支給決定内容の変更が必要<br>な場合<br>(モニタリング月以外)                |  | ●            | ●         | ○(基<br>本情報に<br>変更があ<br>るときの<br>み) | ○(基<br>本情報に<br>変更があ<br>るときの<br>み) |           |           |           |           |                    | ○<br>(計画相談<br>事業所が変<br>更になるときの<br>み) |             |
| 設定月ごとの<br>モニタリング                                  | ①特に変更がない場合                                   |              |           |                                   |                                   |           |           | ●         |           |                    | ○<br>(計画相談<br>事業所が変<br>更になるときの<br>み) |             |
|   | ②支給決定の範囲内<br>で、サービスの曜日や時<br>間帯などが変更となる<br>場合 |              |           |                                   |                                   |           |           | ●         | ●         |                    | ○<br>(計画相談<br>事業所が変<br>更になるときの<br>み) |             |
|   | ③新たなサービスの追<br>加や支給決定内容の変<br>更が必要な場合          | ●            | ●         | ○(基<br>本情報に<br>変更があ<br>るときの<br>み) | ○(基<br>本情報に<br>変更があ<br>るときの<br>み) |           |           | ●         | ●         |                    | ○<br>(計画相談<br>事業所が変<br>更になるときの<br>み) |             |
| 最終月<br>モニタリング                                     | ①特に変更がない場合<br>(現状のサービスをその<br>まま更新)           | ●            | ●         | ●                                 | ●                                 |           |           | ●         |           | ●                  | ○<br>(計画相談<br>事業所が変<br>更になるときの<br>み) |             |
|   | ②変更がある場合(支<br>給決定内容の変更有<br>無を問わない)           | ●            | ●         | ●                                 | ●                                 |           |           | ●         | ●         | ●                  | ○<br>(計画相談<br>事業所が変<br>更になるときの<br>み) |             |

|                          |          |          |          |          |  |  |  |          |          |  |   |   |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|----------|----------|--|---|---|
| 計画相談支援事<br>業所を変更する<br>とき | ○<br>(※) | ○<br>(※) | ○<br>(※) | ○<br>(※) |  |  |  | ○<br>(※) | ○<br>(※) |  | ○ | ● |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|----------|----------|--|---|---|

(※)モニタリング実施月ではないが、事業所の変更に伴い、変更後の事業所が変更前の事業所からサービス等利用計画を引き継ぎ、利用者の状況把握のためアセスメント等を行いモニタリングを実施する場合には、モニタリング月の変更について区役所への提出が必要です。また、モニタリングの結果、新たなサービスの追加や支給量変更等、支給決定内容の変更が必要な場合には、サービス等利用計画案（様式1-1・1-2、基本情報に変更があるときは別紙1・2を含む。）の提出が必要です。

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 計画相談支援の契約を<br>終了するとき |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ● |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

| サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案                     |                                      |      |      |                           |                   |      |         | 様式1-1    |  |  |
|---|--------------------------------------|------|------|---------------------------|-------------------|------|---------|----------|--|--|
| 利用者氏名                                     |                                      |      |      | 障害支援区分                    |                   |      |         | 相談支援事業者名 |  |  |
| 障害福祉サービス受給者証番号                            |                                      |      |      | 利用者負担上限額                  |                   |      |         | 計画作成担当者  |  |  |
| 地域相談支援受給者証番号                              |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 計画案作成日                                    |                                      |      |      | モニタリング期間(開始年月)            |                   |      |         | 利用者同意署名欄 |  |  |
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) <div>← ①</div> |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 総合的な援助の方針 <div>← ②</div>                  |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 長期目標 <div>← ③</div>                       |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 短期目標 <div>← ④</div>                       |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 優先順位                                      | 解決すべき課題(本人のニーズ)                      | 支援目標 | 達成時期 | 福祉サービス等<br>種類・内容・量(頻度・時間) | 課題解決のための<br>本人の役割 | 評価時期 | その他留意事項 |          |  |  |
| 1   | ⑥ ⑦                                  | ⑧    | ⑨    | ⑩                         | ⑪                 | ⑫    | ⑬       |          |  |  |
| 2   |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 3   | <div>⑤</div> <div>サービス等利用計画案全般</div> |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 4   |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 5   |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |
| 6   |                                      |      |      |                           |                   |      |         |          |  |  |

※ 利用者同意署名欄へ署名又は記名押印がない場合は、ケース記録へ同意について記載してください。

新規の申請（障害福祉サービスの量の変更を含む）及び変更申請の時に使用する。

障害者の現在の生活の状況等に関する基本情報や個別のアセスメントから導き出された一つ一つの生活課題（ニーズ）を解決し、「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という利用者が希望する生活を実現していくために、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための計画を表したものである。また、相談支援専門員がアセスメントを通して作成した計画は、市が障害福祉サービスの支給決定を行うための根拠となるととても大切なものである。

#### ① 利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）

- ・「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という、利用者が希望する生活の全体像を記載する。
- ・利用者の困り感を利用者と共に共有した上で、できるだけ利用者の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。（例：○○が必要のため、○○をしたい等）
- ・「安定的な生活がしたい」といった抽象的な表現は避ける。
- ・家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し誰の意向かを明示する。内容的に家族の意向に偏らないように記載する。

#### ② 総合的な援助の方針

- ・総合的な援助の方針は、アセスメントにより抽出された課題をふまえ、「利用者及び家族の生活に対する意向」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となるものである。
- ・支援にかかわる関係機関に共通の最終的に到達すべき方向性や状況として記載する。
- ・利用者や家族が持っている力、強み、できること、エンパワメントを意識し、一方的に援助して終わるのではなく、援助することで強みやできることが増える方針を記載する。
- ・表現が抽象的でなく、サービス提供事業所が個別支援計画の方向性やサービス内容を決める際にも参考にしやすいように記載する。

#### ③ 長期目標

- ・総合的な援助の方針をふまえた長期目標を記載する。
- ・短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる目標を記載する。

- ・単なる努力目標ではなく、利用者が希望する生活に近づくための目標を記載する。
- ・アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な（高すぎない、低すぎない）目標を記載する。
- ・利用者、家族に分かりやすい（抽象的でない、あいまいでない）目標を記載する。
- ・支援者側の目標を設定したり、サービス内容を目標に設定しない。
- ・サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指標になることを意識して記載する。
- ・半年から1年をめどに記載する。

#### ④ 短期目標

- ・総合的な援助の方針をふまえた短期目標を記載する。
- ・長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載する。
- ・利用者、家族が見ても具体的に何をするのか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標、できるだけ実現可能な内容を記載する。
- ・当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定する。
- ・サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指標になることを意識して記載する。
- ・支援者側の目標を設定しない。
- ・モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヶ月までをめどに記載する。

#### ⑤ サービス等利用計画案全般

- ・支給決定に直結する項目であるため、解決すべき課題（本人のニーズ）に対応する公的支援、その他の支援を網羅して検討する。
- ・支援を受けながらも利用者が役割をもつこと、エンパワメント支援を意識して記載する。
- ・サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の基礎情報となることを意識して記載する。
- ・関係機関が役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解して支援できるよう、計画作成時にはできる限り利用者も含めたサービス等調整会議を開催する。
- ・単に利用者や家族の要望だけに合わせて計画作成するのではなく、相談支援専門員が専門職として利用者の希望する生活を実現するために必要なことは何かを考えて記載する。

#### ⑥ 優先順位

- ・緊急である課題、利用者の動機づけとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪循環を作りだす原因となっている課題、医師等の専門職からの課題等を関連付け、まず取り組むべき事項から優先順位をつける。
- ・利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載する。

#### ⑦ 解決すべき課題（本人のニーズ）

- ・「利用者及びその家族の生活に対する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載する。
- ・生活する上でサービスの利用の必要性がない課題（ニーズ）についても網羅し、単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活を実現するための課題を記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・漠然としたまとめ方ではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載する。
- ・抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、相談支援専門員がアセスメント等を通じた専門職の視点として、その人にとっての必要なことは何かを考え、具体的にその内容を表現する。
- ・課題（ニーズ）の中にサービスの種類は記載しない。

#### ⑧ 支援目標

- ・「解決すべき課題（本人のニーズ）」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載する。
- ・長期、短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載する。

#### ⑨ 達成時期

- ・段階的に達成できる達成時期を記載する。（省令には、「達成時期」と記載されているため、「達成期間」ではない。）

#### ⑩ 福祉サービス等

- ・利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）を必要に応じて盛り込む。
- ・インフォーマルサービスが含まれていない場合、直ちに不適切ということはないが、含まれていない理由を考慮して、支援の導入を検討することが重要である。
- ・支援に当たっては、福祉サービス等を導入するとともに、本人の出来ていること、強みを活かした計画作成を心がける。
- ・特定のサービスによる偏りがないように作成する。
- ・すべてのサービス種類・内容が同時並行で導入されるとは限らないので、導入順序についても計画性をもつ。
- ・社会資源の不足や未整備により、該当地域で利用できないサービスに関しても記載する。
- ・本人のニーズはあるが、社会資源の不足や未整備により利用できない、量が不足しているサービスに関しても記載する。

#### ⑪ 課題解決のための利用者の役割

- ・利用者が取り組むべきことをできるだけ具体的に記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のこととして主体的に取り組もうと思えるように記載する。
- ・実効性を適切にアセスメントして、利用者にも無理な負担がないように留意する。

#### ⑫ 評価時期

- ・設定した個々の支援の達成時期をふまえ、適切な評価時期を設定する。
- ・サービス導入後の変化についてあらかじめ見通しをもち、適切な評価時期を設定する。
- ・過剰なサービスにより利用者のエンパワメントが妨げられないよう、適切な時期に必要な性の再評価が必要である。
- ・ここで設定した評価時期を総合して、全体の「モニタリング期間」を設定する。

#### ⑬ その他留意事項

- ・項目で記載しきれない具体的な取り組み等について記載する。
- ・関係機関の役割分担等、サービス提供にあたっての留意事項を記載する。
- ・スケジュールや見通しに対して、対応方法の一貫性が必要な利用者に対しては、家族、事業所間での密な連携が重要であるため、必要に応じて、支援方法を統一するためのサービス等調整会議の開催が求められる。

| サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】 |   |   |   |          |   |   |          | 様式第1-2     |
|------------------------------|---|---|---|----------|---|---|----------|------------|
| 利用者氏名                        |   |   |   | 障害支援区分   |   |   | 相談支援事業者名 |            |
| 障害福祉サービス受給者証番号               |   |   |   | 利用者負担上限額 |   |   | 計画作成担当者  |            |
| 地域相談支援受給者証番号                 |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 計画開始年月                       |   |   |   |          |   |   |          |            |
|                              | 月 | 火 | 水 | 木        | 金 | 土 | 日・祝      | 主な日常生活上の活動 |
| 6:00                         |   |   |   |          |   |   |          | ②          |
| 8:00                         |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 10:00                        |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 12:00                        |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 14:00                        |   |   |   |          |   |   |          | ③          |
| 16:00                        |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 18:00                        |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 20:00                        |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 22:00                        |   |   |   |          |   |   |          | ④          |
| 0:00                         |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 2:00                         |   |   |   |          |   |   |          |            |
| 4:00                         |   |   |   |          |   |   |          |            |
| サービス提供によって実現する生活の全体像         |   |   |   |          |   |   |          |            |

「様式1-1：サービス等利用計画案」で示された具体的な支援の内容を、週単位で示した表である。利用者の本来の日常生活の流れを把握した上で、自立支援法のサービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活の流れがどのように変化しているかがわかる。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活の流れを管理することができる。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、支援チームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立つものである。

「別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】」と比較することによって、新たに障害福祉サービスを導入する意義（支援が必要な曜日・時間帯、具体的に必要な支援の内容等）が明確に確認できるように記載する。

サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の参考情報まですべて盛り込むと情報過多となるため、この様式に記入しきれない情報は必要に応じてアセスメント表（相談支援事業所の任意様式）等を添付し、情報を補足する。

#### ① 週間計画表

- ・現時点での1週間の生活実態の全体を把握できるようにできるだけ具体的に記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）の違いが分かるように記載する。
- ・起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間（誰が、何を、支援しているか）もできる限り切れ目なく記載する。
- ・個々の内容について、誰が（家族など）支援しているか記載する。
- ・夜間・土日は家族等がいるからといってサービスが必要でないとは限らない。家族の介護状況等も記載する。

#### ② 主な日常生活上の活動

- ・週間計画を作成するにあたって重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表に記載しきれなかった情報を記載する。
- ・一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載する。
- ・家族や近隣、ボランティア等のかかわりや不在の時間帯等について記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載する。
- ・利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載する。
- ・週間計画表に記載されていない日常生活上のリアルな様子や留意事項を記載する。

### ③ 週単位以外のサービス

- ・隔週・不定期に利用しているサービスについて記載する。（例：短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等）
- ・医療機関への受診状況などもここに記載する。
- ・週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載する。（例：権利擁護事業やボランティアや民生委員、近隣による見守り等）
- ・利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要なサービスについて記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動」と異なり、相談支援専門員、市、サービス提供事業所等が手配しているものを記載する。

### ④ サービス提供によって実現する生活の全体像（計画の効果）

- ・サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、この計画を作成しサービスを提供することによってどのような効果があるのか、中立・公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載する。
- ・計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的に分かるよう、明快かつ簡潔に記載する。（例：支援の必要性は障害に起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境要因に起因するのか等）
- ・利用者・家族・関係機関等からの情報にはないが相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必要と考える事項等について記載する。

| 申請者の現状(基本情報)   |  |          |  |   | 別紙1   |
|--|--|----------|--|---|-------|
| 作成日  |  | 相談支援事業者名 |  | 計画作成担当者   |       |
| 1. 概要(支援経過・現状と課題等)   |  |          |  |   |       |
| <div style="position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;">①</div> </div>                                       |  |          |  |   |       |
| 2. 利用者の状況  |  |          |  |   |       |
| 氏 名  |  | 生年月日     |  | 年 齢   |       |
| 住 所  |  |          |  | 電話番号  |       |
|  | [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他( )]  |          |  | FAX番号   |       |
| 障害または疾患名   |  | 障害程度区分   |  | 性別  | 男 ・ 女 |
| 家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 <div style="position: relative; height: 150px;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;">②</div> </div> |  |          | 社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割) <div style="position: relative; height: 150px;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;">③</div> </div> |   |       |
| 生活歴 ※受診歴等含む <div style="position: relative; height: 100px;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;">④</div> </div>            |  |          |  | 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 <div style="position: relative; height: 100px;"></div> |       |
| 本人の主訴(意向・希望) <div style="position: relative; height: 50px;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;">⑤</div> </div>            |  |          | 家族の主訴(意向・希望) <div style="position: relative; height: 50px;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;">⑥</div> </div>                |   |       |
| 3. 支援の状況   |  |          |  |   |       |
|  | 名称   | 提供機関・提供者 | 支援内容   | 頻度  | 備考    |
| 公的支援<br>(障害福祉サービス、介護保険等)   | <div style="position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;">⑦</div> </div> |          |  |   |       |
| その他の支援   | <div style="position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px;">⑧</div> </div> |          |  |   |       |

基本情報表は、申請者の現状をわかりやすくまとめた一覧表というべきものである。相談支援専門員は、障害者や家族からの面接等を通して具体的な情報をまとめる。概要（支援経過・現状と課題等）については、これまでの相談・支援の経過及び現状が記載され、それに基づき今後の支援の方向性を定めるための見立てに必要な基本情報となる。

このように基本情報表は、本人の主訴（意向・希望）等を含め、今後の利用者の自立支援にむけたサービス等利用計画を作成するために必要な情報を適切に収集する観点から記載されるものである。

#### ① 1. 概要（支援経過・現状と課題等）

- ・これまでの相談・支援経過および現状、ニーズについて具体的に記載する。
- ・これらを踏まえた今後の取り組み等について具体的に記載する。
- ・相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成する前に基本相談として、本人、家族、関係機関等と十分な情報共有を行うとともに、信頼関係をつくり、計画作成に向けての見立てを誤らないように心掛ける。

#### 2. 利用者の状況

##### ② 家族構成

- ・利用者を中心として、家族・親族の構成を記載する（ジェノグラム）。
- ・男性は□、女性は○で表す。
- ・利用者は二重囲いにする（回、◎）。
- ・原則として、年長者、男性を左に配置する。
- ・死去は、黒で塗りつぶす（■、●）。
- ・婚姻関係は—（横線）、離婚は—（横線）を斜めの2本線（//）で切る。
- ・同居の範囲を、実線で囲む。
- ・年齢、職業、主たる介護者、キーパーソン等、利用者を取り巻く家族環境として重要な情報を追記する。

##### ③ 社会関係図

- ・利用者を中心として、支援にかかわる関係機関、関係者を記載する（エコマップ）。
- ・公的機関だけでなくインフォーマルで関わりのある資源も記載する。
- ・強い関係は—（太い実線）、普通の関係は—（細い実線）、弱い関係は…（点線）で表す。
- ・ストレスや葛藤の関係は、×××で表す。
- ・働きかけの方向は→（矢印）で表す。

##### ④ 生活歴

- ・受障歴、発症歴、受診歴などについて記載する。
- ・生活歴は、現在の状況に関連している情報に焦点を当てて記載する。

##### ⑤ 本人の主訴（意向・希望）

- ・生活課題等から整理された主訴等を簡潔に記載する。
- ・利用者の抱えている課題ではなく、利用者の意向・希望（～したい）を記載する。（例：同じ障害のある仲間と交流したい、月2回の通院時に手伝ってほしい等）
- ・できるだけ利用者本人の言葉や表現で記載する。家族や関係機関から聞き取って記載する際は、誰からの情報であるかとそれが利用者本人の主訴であると相談支援専門員が判断した根拠も記載する。
- ・利用者が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子や利用者にとっては慣習的になっているため気付いていないことも含めて観察する。

##### ⑥ 家族の主訴（意向・希望）

- ・誰の主訴かを記載する。
- ・必要に応じて家族の生活、介護や経済面での負担、人間関係等を記載する。

#### 3. 支援の状況

##### ⑦ 公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）

- ・国、地方公共団体が主体となって実施している公的支援について記載する。
- ・障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス、地域生活支援事業、自立支援医療、介護保険サービス、権利擁護事業（成年後見制度、日常生活自立支援事業）等、現在利用している公的なサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。
- ・公的年金（障害年金等）、各種手当、生活保護の受給状況についても記載する。

##### ⑧ その他の支援

- ・民生委員や近隣住民による見守り、ボランティア等のインフォーマルサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。





| サービス等利用計画・障害児支援利用計画        |   |                |      |                |                 |               |      | 様式2-1   |
|----------------------------|---|----------------|------|----------------|-----------------|---------------|------|---------|
| 利用者氏名                      |   | 障害支援区分         |      | 相談支援事業者名       |                 |               |      |         |
| 障害福祉サービス受給者証番号             |   | 利用者負担上限額       |      | 計画作成担当者        |                 |               |      |         |
| 地域相談支援受給者証番号               |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 計画作成日                      |   | モニタリング期間(開始年月) |      | 利用者同意署名欄       |                 |               |      |         |
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) | <div style="text-align: center;">  <br/>① </div> |                |      |                |                 |               |      |         |
| 総合的な援助の方針                  |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 長期目標                       |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 短期目標                       |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 優先順位                       | 解決すべき課題(本人のニーズ)   | 支援目標           | 達成時期 | 福祉サービス等        |                 | 課題解決のための本人の役割 | 評価時期 | その他留意事項 |
|                            |   |                |      | 種類・内容・量(頻度・時間) | 提供事業者名(担当者名・電話) |               |      |         |
| 1                          |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 2                          |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 3                          |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 4                          |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 5                          |   |                |      |                |                 |               |      |         |
| 6                          |   |                |      |                |                 |               |      |         |

※ 利用者同意署名欄へ署名又は記名押印がない場合は、ケース記録へ同意について記載してください

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき「様式1-1：サービス等利用計画案」を修正・確定し、市に提出するものである。

記入上の留意点は、「様式1-1：サービス等利用計画案」(P22～)に準じる。

#### ① モニタリング期間

- ・市が決定したモニタリング頻度を記載する。記載方法は、受給者証に合わせる。
- ・設定されたモニタリング期間に関わらず、状況の変化などによりサービスの調整等が必要になった場合は所用の手続きをとってモニタリング月を変更する。

| サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】       |   |   |          |   |   |          |     | 様式2-2      |
|----------------------------------|---|---|----------|---|---|----------|-----|------------|
| 利用者氏名                            |   |   | 障害支援区分   |   |   | 相談支援事業者名 |     |            |
| 障害福祉サービス受給者証番号                   |   |   | 利用者負担上限額 |   |   | 計画作成担当者  |     |            |
| 地域相談支援受給者証番号                     |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 計画開始年月                           |   |   |          |   |   |          |     |            |
|                                  | 月 | 火 | 水        | 木 | 金 | 土        | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
| 6:00                             |   |   |          |   |   |          |     | 週単位以外のサービス |
| 8:00                             |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 10:00                            |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 12:00                            |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 14:00                            |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 16:00                            |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 18:00                            |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 20:00                            |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 22:00                            |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 0:00                             |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 2:00                             |   |   |          |   |   |          |     |            |
| 4:00                             |   |   |          |   |   |          |     |            |
|                                  |   |   |          |   |   |          |     |            |
|                                  |   |   |          |   |   |          |     |            |
|                                  |   |   |          |   |   |          |     |            |
|                                  |   |   |          |   |   |          |     |            |
| サービス提供<br>によって実現<br>する生活の<br>全体像 |   |   |          |   |   |          |     |            |

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき「様式 1 - 2：サービス等利用計画案【週間計画表】」を修正・確定し、市に提出するものである。

記入上の留意点は、「様式 1 - 2：サービス等利用計画案【週間計画表】」（P 26～）に準じる。

| モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助) |                 |           |                          |               |                       |                |               |              |             | 様式3-1   |
|-----------------------------------|-----------------|-----------|--------------------------|---------------|-----------------------|----------------|---------------|--------------|-------------|---------|
| 利用者氏名                             |                 | 障害支援区分    |                          | 相談支援事業者名      |                       |                |               |              |             |         |
| 障害福祉サービス受給者証番号                    |                 | 利用者負担上限額  |                          | 計画作成担当者       |                       |                |               |              |             |         |
| 地域相談支援受給者証番号                      |                 |           |                          |               |                       |                |               |              |             |         |
| 計画作成日                             |                 | モニタリング実施日 |                          | 利用者同意署名欄      |                       |                |               |              |             |         |
| 総合的な援助の方針                         |                 |           |                          |               | 全体の状況                 |                |               |              |             |         |
| ①                                 |                 |           |                          |               | ②                     |                |               |              |             |         |
| 優先<br>順位                          | 支援目標            | 達成<br>時期  | サービス提供状況<br>(事業者からの聞き取り) | 本人の感想・<br>満足度 | 支援目標の達成度<br>(ニーズの充足度) | 今後の課題・<br>解決方法 | 計画変更の必要性      |              |             | その他留意事項 |
|                                   |                 |           |                          |               |                       |                | サービス<br>種類の変更 | サービス<br>量の変更 | 通関計画の<br>変更 |         |
| 1                                 | ④               |           | ⑤                        | ⑥             | ⑦                     |                | ⑧             |              |             |         |
| 2                                 |                 |           |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 3                                 |                 |           |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 4                                 | ③<br>モニタリング結果全般 |           |                          |               |                       |                |               |              |             |         |
| 5                                 |                 |           |                          |               |                       |                |               |              |             |         |
| 6                                 |                 |           |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |

※ 利用者同意署名欄へ署名又は記名押印がない場合は、ケース記録へ同意について記載してください。

モニタリングは、サービス等利用計画に基づいて利用者にサービスが適切に提供されているか、それによって利用者のニーズが充足されているかを確認する過程である。また、利用者の生活全般について新たに対応すべきニーズが生じていないかを、定期的・継続的に見守る過程である。モニタリング報告書は、このようにサービスが適切に利用者に届いているか、利用者に新たなニーズが発生しているか等を、適時把握するために、モニタリングを実施したときに市に提出するものである。

モニタリングの結果で障害福祉サービスの種類や量が変更になるときは支給申請（種類の変更）が変更申請（量の変更）をするよう助言する。

- ① 総合的な援助の方針
  - ・「様式 2 - 1 : サービス等利用計画」に記載した総合的な援助の方針を転記する。
- ② 全体の状況
  - ・総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。
  - ・より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価することが必要である。
- ③ モニタリング結果全般
  - ・以下のような点についてモニタリングを実施し、結果を記載する。
    - \* サービス等利用計画通りにサービスが提供されているか。
    - \* 総合的な援助の方針で想定した利用者の生活が実現しているか。
    - \* 解決すべき課題（本人のニーズ）が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。
    - \* サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善してほしいことはないか。
    - \* 期間中に新たな課題が生まれていないか。
- ④ 支援目標、達成時期
  - ・「様式 2 - 1 : サービス等利用計画」に記載した支援目標、達成時期を転記する。

⑤ サービス提供状況

- ・サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業所から聞き取り、記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑥ 本人の感想・満足度

- ・利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑦ 支援目標の達成度、今後の課題・解決方法

- ・利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。
- ・未達成の支援目標については、サービス等調整会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。

⑧ 計画変更の必要性、その他留意事項

- ・利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載する。
- ・計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス量・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。
- ・新たな課題が生まれた場合、サービス種類・量の変更を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載する。
- ・支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討する。
- ・タイミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えていく。また、スケジュール変更に当たっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて、別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催する。

様式3-2

継続サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

|                |  |          |  |          |  |
|----------------|--|----------|--|----------|--|
| 利用者氏名          |  | 障害支援区分   |  | 相談支援事業者名 |  |
| 障害福祉サービス受給者証番号 |  | 利用者負担上限額 |  | 計画作成担当者  |  |
| 地域相談支援受給者証番号   |  |          |  |          |  |
| 計画開始年月         |  |          |  |          |  |

|       | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |            |
|-------|---|---|---|---|---|---|-----|------------|------------|
| 6:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 8:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 10:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 12:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 14:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 16:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 18:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 20:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 22:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 0:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 2:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
| 4:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
|       |   |   |   |   |   |   |     |            | 週単位以外のサービス |
|       |   |   |   |   |   |   |     |            |            |
|       |   |   |   |   |   |   |     |            |            |

|                      |  |
|----------------------|--|
| サービス提供によって実現する生活の全体像 |  |
|----------------------|--|

モニタリングの結果、サービスの種類や量に変更はなく、曜日や時間帯のみを変更する場合にその変化の部分を記載する様式である。

記入上の留意点は、「様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】」（P26～）に準じる。

【参考：セルフプラン様式（表面）】

[illegible]

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

週間予定表

|         |   |
|---------|---|
| れい<br>例 | 9:00 起床<br>10:00～15:00 ●●作業所を利用<br>15:30～17:00 ○○ヘルパーが訪問（食事、洗濯）<br>22:00 就寝 |
| げつ<br>月 |   |
| か<br>火  |   |
| すい<br>水 |   |
| もく<br>木 |   |
| きん<br>金 |   |
| ど<br>土  |   |
| にち<br>日 |   |

例に沿って記載

かのう はんい きにゆう  
 可能な範囲で記入してください。  
 ようび おな ないよう ばあい ようび おな きにゆう かま  
 曜日によって同じ内容の場合「●曜日と同じ」と記入いただいても構いません。

おも にちじょうたいいかづじょう かつどう しゅうかん  
 主な日常生活上の活動、習慣

毎週行っている生活状況を記載してください。  
 （例：週 5 回就労計測支援 B 型に通っている、毎週土曜日にプールに行

しゅうたんい いがい  
 週単位以外のサービス

月〇回、年〇回のサービスについて記載してください。  
 （例：月 2 回病院へ行くためにガイドヘルパーを利用する、月 1 回短期入所

た  
 その他




## 6 計画相談支援及び障害児相談支援における事務と留意点

※障害児相談支援については、「障害児相談支援の各手続きに必要な書類（P.20）」を参考の上、各項目において読み替えてください。

### (1) 各手続きにおける留意点


#### ① 障害福祉サービス等の申請

障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）を受けようとする障害者や障害児の保護者は、その受けようとするサービスに応じて、4～5 ページに記載されている窓口で介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（新規・更新・変更）により支給申請を行います。

|                                      | 本人                                | 指定特定   | 担当者<br>(サービス担当者会議) | 区役所       |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------|-----------|
| ①〔本人→区役所〕<br>障害福祉サービス又は<br>地域相談支援の申請 | ● <u>介護給付費等申請書※</u><br>(新規・変更・更新) |  |                    | <u>提出</u> |

#### ② サービス等利用計画案の作成依頼

①により支給申請をした場合に、堺市より、申請者に「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書」を交付し、計画案及び計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書の提出を求めます。

|                                 | 本人        | 指定特定   | 担当者<br>(サービス担当者会議) | 区役所                      |
|---------------------------------|-----------|--|--------------------|--------------------------|
| ②〔区役所→本人〕<br>サービス等利用計画案<br>作成依頼 | <u>依頼</u> |  |                    | ● <u>サービス等利用計画案提出依頼書</u> |

・サービス等利用計画案作成依頼書は、障害福祉サービス申請時に申請者本人に交付します。

・更新時期が到来する場合に、更新のお知らせと併せて依頼書を郵送する場合があります。

計画相談支援給付費支給申請は、区分認定後となります。

<サービスの支給量等の変更に伴う計画相談について>

・モニタリング等により計画の変更が必要となった時は、障害福祉サービスの変更申請に伴う、「サービス等利用計画案提出依頼書」が本人に交付されるため、相談支援事業所はこれを確認し計画案を作成します。

サービス等利用計画案作成依頼書の保存（手引書 別冊 Q&A より）

問 1-2 サービス等利用計画案作成依頼書について手引書では依頼書の「確認」となっており、依頼書の保存まで求めているのか。

答 サービス利用支援の報酬請求は、計画作成までの一連の事務を行う必要があり、その一つとして、サービス等利用計画案作成依頼書が区役所より交付されていることが必要で、計画案の作成にあたり、指定特定相談事業所はこれを確認しなければなりません。したがって、一連の事務が正しく行われているかを判断する書類として、依頼書の写し等を保存してください。

短期入所など軽微な支給決定の変更と計画案（手引書 別冊 Q&A より）

問 2-1 短期入所で毎月支給量の変更が生じる場合など、軽微な変更であってもその都度、サービス等利用計画案提出依頼書及び計画案の提出が必要ですか？

答 軽微な変更であっても、支給決定の変更を伴う場合であれば、その都度、サービス等利用計画案提出依頼書及び計画案の提出が必要です。ただし、移動支援のみの変更やサービスを利用する曜日や時間帯の変更のみの場合は、計画案の提出は必要ありません。

計画相談支援給付費の申請時期（手引書 別冊 Q&A より）

問 2-2 障害福祉サービス申請時にサービス等利用計画案とともに計画相談支援給付費申請書の提出は可能ですか？

答 同時の提出は可能です。ただし、区分認定の結果により、申請時のサービスが対象外となった場合は、利用計画案を見直し、再提出が必要です。

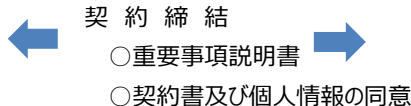
暫定支給決定と計画相談支援（手引書 別冊 Q&A より）

問 2-3 就労移行支援など暫定支給決定のあるサービスも、暫定支給期間終了時にサービス等利用計画案が必要ですか？

答 暫定支給時にサービス等利用計画案は必要です。暫定支給決定後、本支給になる時には計画案は必要ありません。

### ③ 計画相談支援の利用契約（新規利用者の場合のみ）

特定相談支援事業所は、サービス等利用計画案提出依頼書の確認を行った上で、計画相談支援を行うことについての重要事項説明を行い、支援についての契約を締結します。計画案の作成など計画相談支援はこの契約日以降に開始しなければなりません。

|                              | 本人  | 指定特定 | 担当者<br>(サービス担当者会議) | 区役所 |
|------------------------------|---|------|--------------------|-----|
| ③〔本人⇔指定特定〕<br>重要事項説明<br>利用契約 |  |      |                    |     |

計画相談支援の契約日（手引書 別冊 Q&A より）

問 1-1 指定特定相談支援事業の利用契約日はいつですか？

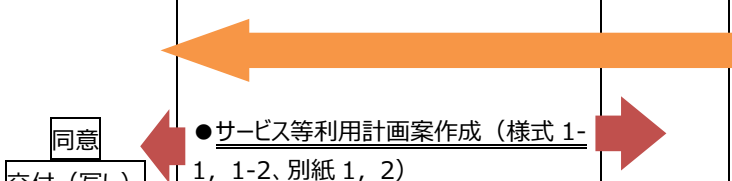
答 指定特定相談支援事業の利用契約日は、個人情報扱うため、サービス等利用計画案作成依頼を受諾したときを、契約日とするのが適切です。

契約書の中で、契約期間は契約の始期が記載されていれば、必ずしも終期の記載は必要ありません。

ただし、契約がサービス等利用計画案作成日以前となることから、契約後に、不支給となった場合について、契約終了となる等の不支給を想定した内容や、契約解除等の要件を記載しておく必要はあります。

#### ④ 認定調査、サービス等利用計画案の作成

区役所の認定調査員が調査を行い、審査会を経て障害支援区分が決定されます。特定相談支援事業所は決定された障害支援区分を勘案し、本人と面接、アセスメントを経てサービス等利用計画案を作成し、本人に交付します。

|  | 本人           | 指定特定  | 担当者<br>(サービス担<br>当者会議) | 区役所  |
|--|--------------|---|------------------------|--|
| ④〔区役所→本人〕<br>調査・審査<br>障害支援区分の決定<br>〔指定特定→本人、<br>担当者〕<br>サービス等利用計画案<br>作成、交付、提出 | 同意<br>交付（写し） |  <p>●サービス等利用計画案作成（様式 1-1, 1-2、別紙 1, 2）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント、障害支援区分等を勘案して、計画案を作成</li> <li>・文書による利用者等の同意</li> <li>・5年間保存（原本）</li> </ul> | 交付は必須ではない              | <p>障害支援区分が必要なサービスの場合</p> <p>●障害支援区分認定通知書</p> |

\* 事業所印、作成者印は不要です。

計画案の事業所交付（手引書 別冊 Q&A より）

問 2-4 作成したサービス等利用計画案等を障害福祉サービス事業所等関係機関への交付は必要ですか？

答 更新の場合で利用するサービス利用事業所等がわかっている場合であっても、交付は必須ではありません。なお、計画については、個別支援計画との関係もあり交付は必要です。モニタリング結果についての交付も必須ではありません。

計画案の本人同意の方法（手引書 別冊 Q&A より）

問 2-5 サービス等利用計画案で本人の署名、押印は必要ですか？

答 国基準で、サービス等利用計画案は書面により利用者又はその保護者に説明し、同意を得なければなりません、と規定されています。本人等の署名、記名押印は必要ありませんが、なんらかの手段を用いて本人等の同意を得てください。また、その旨を記録等に残してください。

なお、サービス等利用計画案への署名、記名押印を妨げるものではありません。（P53 参照）

<計画への位置付けが必要なものについて>

児 ・居宅訪問型児童発達支援の利用については、障害児相談支援事業所が作成した障害児支援利用計画案の提出を必須としています。

児 ・児童発達支援及び放課後等デイサービスの延長支援加算は、主として重症心身障害児を通わせる事業所において重症心身障害児に対してサービスを行う場合、共生型児童発達支援事業所又は基準該当児童発達支援事業所若しくは共生型放課後等デイサービス事業所又は基準該当放課後等デイサービス事業所の場合については、原則として当該理由の障害児支援利用計画（又はセルフプラン）への記載が必要です。重症心身障害児の計画を作成する場合は、児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所に、該当する施設かを確認してください。

・【「熟練した重度訪問介護従業者による同行支援」にかかる支給決定について】

「変更申請」にあたりますので、ご本人からは変更用の介護給付費等申請書の提出をしていただきます。したがって、通常の「変更申請」のプロセスが必要です。サービス等利用計画案には、「熟練ヘルパーによる同行支援」が必要

な旨を記載してください。を参照してください。

- ・相談支援専門員が作成したサービス等利用計画等において、医療型短期入所事業所における日中活動の提供が必要とされた利用者について、日中活動実施計画に基づき指定短期入所を行う場合に、日中活動支援加算の算定が可能です。

・【「就労系サービスの在宅利用」にかかる支給決定について】

通常の「新規申請」もしくは「変更申請」のプロセスに加え、「就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）における在宅利用に係る申立書」および「個別支援計画（在宅での訓練内容等を記載したもの）の写し」の提出が必要です。サービス等利用計画案には、在宅利用が必要な旨を記載してください。区役所が在宅でのサービス利用による支援効果を認める場合について、受給者証に「在宅利用可」と記載します。

**障害支援区分認定調査時の資料等開示について**

- ・アセスメント実施にあたり、障害支援区分認定調査時の資料等開示を求める場合は、資料提供依頼書兼受領書（P.148）を、本人同意のうえで、区役所に請求することで、写しは交付されます。
- ・手続きに必要な一連の様式はホームページに掲載しています（122 ページの巻末資料参照）。
- ※ 障害支援区分認定調査時の資料のうち、主治医意見書に関しては、これを記載した医師の同意がある場合に限り資料開示することができます。

**⑤ 計画相談支援の申請**

本人又はその保護者又は事業者は、指定相談事業所より交付されたサービス等利用計画案(写し)等を添えて、区役所等に計画相談支援給付申請を行います。この際、あわせて、「計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書」により相談支援を受ける特定相談支援事業所を届け出ます。なお、この届出書は、更新時でかつ同一事業所を継続して利用する場合は提出不要です。

|                      | 本人   | 指定特定                  | 担当者<br>(サービス担当者会議) | 区役所    |
|----------------------|--|-----------------------|--------------------|--------|
| ⑤〔本人→区役所〕<br>計画相談の申請 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 計画相談支援給付費申請書</li> <li>● 計画相談支援依頼（変更）届出書</li> <li>● サービス等利用計画案（様式 1-1、1-2、別紙 1、2）</li> </ul> | ※利用者等の同意を得て、事業者より提出可能 |                    | 提出（写し） |

**⑥ 支給決定等**

区役所から本人に対して支給決定あるいは不支給決定通知が送付されます。

|                                | 本人 | 指定特定   | 担当者<br>(サービス担当者会議) | 区役所   |
|--------------------------------|----|--|--------------------|---|
| ⑥〔区役所→本人〕<br>支給決定<br>あるいは不支給決定 | 通知 | <p>※不支給の場合は、サービス等利用計画の作成には至らない。1,522 単位算定不可。</p> |                    | <p>各決定通知書<br/>(支給又は不支給のいずれか)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・計画相談支援給付費</li> <li>・障害福祉サービスは地域相談支援給付</li> </ul> |

サービスの支給決定期間と計画相談の支給決定期間（手引書 別冊 Q&A より）

問 2-6 支給決定期間 3 年のサービスは計画相談も 3 年の決定ですか？

答 支給決定期間 3 年のサービスのみ受給していれば、計画相談も 3 年の決定です。他のサービスも利用していれば、基本的には計画相談の支給決定期間は、誕生月（1 年間）での更新となります。例えば、就労継続 A・B（50 歳以上）型（3 年サービス）と居宅介護（1 年サービス）を併給している場合の計画相談の支給期間は 1 年となります。

計画案と支給決定が異なる場合（手引書 別冊 Q&A より）

問 2-7 相談支援専門員が作成したサービス等利用計画案が、支給決定の際には変更となっていることがありますが、その際には案の再提出が必要ですか？

答 相談支援専門員が作成したサービス等利用計画案はあくまで支給決定の勘案事項の一つであるため、計画案と支給決定内容が異なる事があります。この場合、計画案の再提出は不要で、支給決定内容を計画に反映してください。

## ⑦ サービス担当者会議

サービス担当者会議は、計画案及び支給決定内容を基に、実際のサービスの提供するサービス事業所の担当者等の参加により開催します。計画相談支援については、原則として利用者が同席した上で行う必要があります。やむを得ず利用者が出席できない場合は、例外的にテレビ電話装置の活用等により、同席以外の方法により代替することで差し支えありません。障害児相談支援については、障害児の年齢や発達の程度に応じて、障害児本人や保護者が参加することが望ましいです。

会議の開催方法について、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。

|   | 本人 | 指定特定   | 担当者<br>(サービス担当者会議) | 区役所 |
|---|----|--|--------------------|-----|
| ⑦〔指定特定、担当者〕<br>以降⑥で支給の場合のみ<br>・サービス等利用計画案の変更<br>・サービス担当者会議の開催 |    | ● 支給決定を踏まえて、サービス担当者会議を開催し、サービス等利用計画案の検討。サービス担当者会議では当該サービス等利用計画案の説明を行うとともに、担当者から、専門的な見地からの意見を求める。 | サービス担当者会議          |     |

\* サービス担当者会議の開催は新規・更新・変更時において、計画作成又は変更する場合に、その都度開催が必要です。

### <会議録の作成について>

サービス担当者会議を開催した場合は、その内容を会議録としてとどめておき、参加者で情報の共有をします。開催日時、場所、参加者名、会議で確認した内容や役割、残された課題、調整が必要な事項を記載しておきます。

サービス担当者会議の開催時期（手引書 別冊 Q&A より）

問 2-8 月末に受給者証が届く場合などサービス担当者会議を開くまでの期間が短く会議の調整が困難である場合が想定されるが、支給決定前に会議を開催することはできますか？



答 本来支給決定を踏まえてサービス担当者会議を開催することとなりますが、支給決定前にサービス担当者会議の開催はできます。ただし、計画案と異なる決定内容であった場合は、再度会議の開催が必要です。また、案と同じ決定内容だったとしても、各事業所への連絡は必要です。

サービス担当者会議の参加者（手引書 別冊Q&Aより）

問 2-9 サービス担当者会議は関係者全員が参加していないと、再度開催する必要はありますか？

答 再度開催する必要はありません。国の基準省令では、原則としては関係者全員の参加を得た上で開催することとなっていますが、サービス提供担当者に参加を求めても業務の都合等で欠席となった場合でも、再度会議を開き直す必要はなく、出席できなかった担当者からは別途、意見を求め、それらを必要に応じてサービス等利用計画等に反映させる形で差し支えありません。なお、上記の方法で意見を求める場合は、意見交換を行った記録を文書で残す必要があります。

## ⑧ サービス等利用計画の作成

サービス担当者会議を経て、作成した計画に基づき本人に具体的なサービス内容説明し、その同意を得たうえで本人に交付。相談支援事業所も保存し、区役所等に提出します。

|   | 本人           | 指定特定  | 担当者<br>(サービス担当者会議) | 区役所    |
|---|--------------|---|--------------------|--------|
| ⑧〔指定特定<br>→本人、担当者、区役所〕<br><br>サービス等利用計画<br>作成、交付、提出 | 同意<br>交付（写し） | ●サービス等利用計画作成（様式 2-1, 2-2）<br>・文書による利用者等の同意<br>・5 年間保存（原本） | 交付                 | 提出（写し） |

## ⑨ モニタリング

計画で定めたモニタリング時期に合わせて、サービス利用が計画に基づいて適切に行われているかを確認するものです。モニタリングの結果、サービスの変更が必要な場合は、サービスの変更申請を行った上で、計画を変更します。

モニタリング報告書は、本人の同意を得たうえでその写しを区役所に提出し、事業所で保管をします。

モニタリング報告書は、サービス提供事業者への交付は必須ではありません。

|   | 本人           | 指定特定  | 担当者<br>(サービス担当者会議) | 区役所                      |
|---|--------------|---|--------------------|--------------------------|
| ⑨〔指定特定→本人〕<br>モニタリング<br><br>〔指定特定→市〕<br>モニタリング結果の報告 | モニタリング<br>同意 | ●モニタリング結果（様式 3-1, 3-2）<br>・計画で定めた期間ごとにモニタリングを実施<br>・文書による利用者等の同意<br>・5 年間保存 |                    | 提出（写し）<br>モニタリング<br>実施ごと |

・標準的なモニタリング期間（P 46 参照）は、厚生労働省令のほか事務処理要領などで示されていますが、より柔軟な設定（例えば 2 ヶ月毎、3 ヶ月毎など）も可能とされています。

・モニタリング期間は計画において、必要と認められて設定されたもので、相談支援事業所はモニタリング月を厳守する必要があります。

＜モニタリング期間の基本的な考え方＞

モニタリング期間は、計画案に基づき区が決定します。決定は、下記の国が示す標準期間を基本に対象者の生活状況やサービス利用の必要性等、個別の状況に応じて柔軟に判断します。

計画案でモニタリング期間を決める際、下記の基準を参考にしながら、アセスメント等から実際に必要と考えられるモニタリング期間を記載してください。

**モニタリングの標準期間**

|   |  |                            |
|---|--|----------------------------|
| ① | <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害福祉サービス、地域相談支援、障害児通所支援の新規利用者</li> <li>・支給決定の更新・変更によりサービスの種類、内容、支給量に著しい変更があった者</li> </ul>  | サービスの利用開始から3月間<br>1月（毎月）ごと |
| ② | <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害福祉サービス（療養介護、重度障害者包括援及び施設入所支援は除く。）もしくは地域定着支援、障害児通所支援の利用者で、次の項目のいずれかに該当する者</li> <li>（１）障害者支援施設又は障害児入所施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者</li> <li>（２）・単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等と連絡調整を行うことが困難である者</li> <li>・同居している家族等の障害、疾病等のため、指定障害児通所支援事業者等との連絡調整を行うことが困難である者</li> <li>（３）重度障害者等包括支援の支給決定を受けることができる者</li> </ul> | 1月（毎月）ごと                   |
| ③ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、就労移行支援、自立訓練、就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助を利用する者</li> <li>・生活介護、就労継続支援、共同生活援助（日中サービス支援型は除く。）の利用者のうち、65歳以上のもので介護保険におけるケアマネジメントを受けていない者</li> </ul>   | 3月ごと                       |
| ④ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養介護、重度障害者包括支援および施設入所支援を利用する者（①に該当するものを除く。）</li> <li>・療養介護、重度障害者包括支援若しくは施設入所支援を除く障害福祉サービス又は地域定着支援を利用する者（①②③に該当するものを除く。）</li> <li>・地域移行支援を利用する者（①に該当するものを除く。）</li> </ul>  | 6月ごと                       |

※国の通知では、当該期間はあくまで利用するサービス等に応じて設定した標準期間であることを踏まえ、一律に標準期間に沿って設定するのではなく、アセスメントにより勘案すべき事項の状況を把握した相談支援専門員の提案等も十分に踏まえながら設定することになっています。

問 モニタリング期間の設定についての考え方如何。

(答) モニタリング期間については、障害者等の心身の状況、環境、生活課題、援助方針、サービスの種類・内容・量などを勘案して定める必要がある。

具体的には、指定特定相談支援事業者が、サービス等利用計画案において、個々のサービスの効果・必要性を判断すべき時期を設定した上でモニタリング期間の提案をしたものを踏まえ、市町村が設定する。

一般的には、状態が不安定で障害福祉サービス事業者等との連絡調整等を頻回に行わなければならない場合等はモニタリング期間が短くなることが想定され、逆に、状態が安定している場合等はモニタリング期間が長くなることが想定される。

例えば、本人の特性、生活環境、家庭環境等により、以下のような状態像にある利用者の場合、頻回なモニタリングを行うことで、より効果的に支援の質を高めることにつながると考えられるため、標準よりも短い期間で設定することが望ましい。

(具体例)

- ・ 心身の状況や生活習慣等を改善するための集中的な支援の提供後、引き続き一定の支援が必要である者
- ・ 利用する指定障害福祉サービス事業者の頻繁な変更やそのおそれのある者
- ・ その他障害福祉サービス等を安定的に利用することに課題のある者
- ・ 障害福祉サービス等と医療機関等との連携が必要な者
- ・ 複数の障害福祉サービス等を利用している者
- ・ 家族や地域住民等との関係が不安定な者
- ・ 学齢期の長期休暇等により、心身の状態が変化するおそれのある児
- ・ 就学前の児童の状態や支援方法に関して、不安の軽減・解消を図る必要のある児
- ・ 進学や就労をはじめとしたライフステージの移行期にある児や、複数の事業所を利用する等により発達支援や家族支援に係る連絡調整等が頻回に必要な児
- ・ 重度の障害を有する等により、意思決定支援のために頻回な関わりが必要となる者
- ・ 障害者支援施設又はグループホームを利用している者で、地域移行や一人暮らし等に係る意思が明確化する前の段階にあって、居住の場の選択について丁寧な意思決定支援を行う必要がある者

また、下記に掲げる者は、上記の状況に該当する場合が多いと考えられるため、モニタリング期間の設定に当たっては、特に留意して検討すること。

- ・ 単身者（単身生活を開始した者、開始しようとする者）
- ・ 複合的な課題を抱えた世帯に属する者
- ・ 医療観察法対象者
- ・ 犯罪をした者等（矯正施設退所者、起訴猶予又は執行猶予となった者等）
- ・ 医療的ケア児
- ・ 強度行動障害児者
- ・ 被虐待者又は、その恐れのある者（養護者の障害理解の不足、介護疲れが見られる、養護者自身が支援を要する者、キーパーソンの不在や体調不良、死亡等の変化等

(厚労省相談支援に関する QA 令和 6 年 4 月 5 日 問 36)



### <モニタリング後の計画変更について>

モニタリングの結果、現状のサービス利用を見直し、計画を変更する必要がある場合は、サービスの変更申請を行うと「サービス等利用計画案提出依頼書」が本人または保護者に交付されます。相談支援事業所はこれを確認のうえ、必要なプロセスを経て計画案および計画を作成し、サービス利用支援費を請求します。この場合、実施したモニタリングは、計画案作成のためのアセスメントとなる為、継続サービス利用支援費は請求できません。

モニタリング月でない場合であっても、現状のサービス利用の見直しが必要で計画を変更する場合も同様です。なお、この場合は、計画案を作成するためのモニタリング実施は必須ではありません。

モニタリング頻度の決定（手引書 別冊 Q&A より）

問 3-1 相談支援専門員が作成したサービス等利用計画案のモニタリング頻度が、支給決定の際には変更となることはありますか？

答 相談支援専門員が作成したモニタリング頻度は、基本的に尊重しています。モニタリングの標準期間と大きく異なる場合は、その理由を、サービス等利用計画案のその他留意事項欄に分かるように記載してください。

モニタリング報告書の提出（手引書 別冊 Q&A より）

問 3-2 モニタリング報告書は、市に提出する必要はありますか？

答 モニタリング報告書は、必ず市へ写しの提出が必要です。概ねモニタリング実施の翌月中に提出してください。

モニタリング期間の記載方法（手引書 別冊 Q&A より）

問 3-3 受給者証にモニタリング期間はどのように記載されますか？

答 受給者証へのモニタリング期間の記載は、モニタリング頻度と開始月を記載しています。終期の月から数えていくのでわかりにくいため、具体的な標記にしています。

例えば、「3 か月ごと（令和元年 9 月、12 月、令和元年 3 月、6 月）」となります。

不定期なモニタリング周期（手引書 別冊 Q&A より）

問 3-4 モニタリング周期を不定期に設定することはできますか？

答 モニタリングは計画に対する評価であり、基本的には事務処理要領などの標準期間を参考に定期的（＝〇〇ごと）に設定されるものです。ただし、モニタリング周期は障害者の心身状況等を勘案し柔軟に設定をするよう国も求めていることから、利用者の個別事情により、モニタリングが必要な時期が定期的とならない場合については、不定期での設定も可能です。その場合における受給者証へのモニタリング周期の記載は下記のとおり、モニタリング実施月のみ記載されます。

【例】6 月末更新の場合

通 常：3 ヶ月ごと（令和元年 9 月、12 月、令和元年 3 月、6 月）

不定期：（令和元年 8 月、12 月、令和元年 4 月、6 月）

計画相談支援のモニタリング報告書の、利用者の署名又は記名押印省略（手引書 別冊 Q&A より）

問 3-5 計画相談支援のモニタリング報告書について利用者の署名又は記名押印を求めないとされているが、モニタリングを実施したという客観的な根拠はどのように担保していけばいいのか。

答 モニタリング報告書の、利用者の署名又は記名押印を省略する場合、ケース記録等によりモニタリングとして行った面接やサービス提供事業所からの情報収集など一連の行為について記録に残しておくと同時に、本人に説明を行い同意を得た旨の記録も残してください。

## ＜支給決定期間中にモニタリング実施月やモニタリングの回数の変更を行う場合の手続き方法について＞

既に支給決定を受けている計画相談支援（障害児相談支援）に関して、モニタリング期間等の変更を行う必要がある場合、次の手続きを行ってください。

本手続きについては、堺市電子申請システムでの提出が可能です。（P.52 参照）

|                               | 届出の方法                                      | 受給者証の<br>再交付       | 備考   |
|-------------------------------|--|--------------------|--|
| 【１】モニタリング期間に変更なく、実施月のみを変更する場合 | 事前に「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書」を区役所へ提出する。  | 無                  | モニタリング報告書に、区役所に提出した「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書」の写しを添付して保存する。 |
| 【２】モニタリング期間を変更する場合            | 事前に「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書」を区役所へ提出する。 | 変更後の内容を記載した受給者証を発行 | 受給者証の写しを保存する。  |

### 【１】モニタリング期間に変更なく、実施月のみを変更する場合

（届出書）「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書」（P.150）

（事象） 本人、家族の都合により、本人と会うことができなかった等の事情により、決定を受けているモニタリング月を翌月に変更する場合。

※原則、事業所都合での変更は認められません。

（手続きの流れ）

ア 本人にモニタリング月を変更する同意をもらい、「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書」により、事前（モニタリング実施前）に区役所窓口へ届出を行う。本人の同意を得た旨をケースファイルに記録しておく。

イ 届出を受けた区役所において、その内容を確認の上、変更処理を行う。受給者証の発行は行わない。ただし、届出書の理由が認められない場合は、区役所から連絡する。

ウ 変更した月に居宅等（※）にてモニタリングを実施のうえ、モニタリング報告書の写しを区役所に提出する。

エ モニタリング報告書に、区役所に提出した「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書」の写しを添付して保存する。

オ 報酬を請求する。

### 【２】モニタリング期間を変更する場合

（届出書）「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書」（P.151）

（事象） サービスの支給内容は変更しないが、本人の状況に変化が生じたことで、モニタリング期間を変更する場合。

（手続きの流れ）

ア モニタリング期間の変更について本人に同意をもらい、「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書」により、事前（モニタリング実施前）に区役所窓口へ届出を行う。

イ 届出を受けた区役所において、可否を決定し、本人あてに「モニタリング期間変更通知書（様式第 19 号）」にて通知するとともに受給者証の発行を行うので、それを確認し、受給者証の写しを保存する。ただし、届出書の理由が認められない場合は、区役所から連絡する。

ウ 変更した月に居宅等（※）にてモニタリングを実施のうえ、モニタリング報告書の写しを区役所に提出する。

エ 報酬を請求する。

※居宅等とは

厚生労働省の解釈通知では、「利用者の居宅、精神科病院又は障害者支援施設等で面接を行い」と示されており、利用者の生活の基礎となるところを指す。

居宅以外でのモニタリング（手引書 別冊 Q&A より）

問 3-6 本人が入院した場合等、居宅でモニタリングができない場合には、請求はできますか？

答 モニタリングは、原則、居宅で実施することになっていますが、入院先等で、本人と面接ができた場合には請求できます。この場合、居宅以外で行わねばならない理由をケース記録等に残しておいてください。また、入院が長期となる場合には区担当者へ連絡してください。

毎月設定されていないモニタリングと報告書への記載（手引書 別冊 Q&A より）

問 3-7 モニタリング報告書について、毎月設定されていないモニタリングは前回実施から当月までのモニタリングと考えればよいのか。

答 前回モニタリング以降の本人の生活状況等をふまえて、当該モニタリング時期における状況により報告書を作成してください。

毎月モニタリングの方の実施月の変更（手引書 別冊 Q&A より）

問 3-8 毎月モニタリングの方で、本人・家族の都合により、当月に本人と会うことができなかった場合、翌月に 2 回行うのか。

答 モニタリングの請求は月に 1 回しかできません。上記の場合は、「計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書」は必要なく、次月のモニタリング実施日を早める等の対応で、利用者に不利益のないようモニタリングの間隔を調整してください。

## ⑩ 相談支援事業所の変更について

計画相談支援の支給決定を受けている障害者等が支援を受ける相談支援事業所を変更する場合は、区役所へ「計画相談支援依頼(変更)届出書」(136 ページ)の提出が必要です。提出に伴い新たな受給者証が交付されます。事業所が提出する場合は変更後の事業所が提出することを原則とします。

更新時以外の変更の時は、変更前の事業所が作成した計画を引き継ぐことになります。サービスの支給決定内容に変更がある場合又は更新時は P.18 と同じ流れで計画案を作成してください。変更前の事業所は本人との契約を終了し、「契約内容報告書」を区役所へ提出してください。

## ⑪ 計画相談の終了

本人がサービスの更新を行わない場合、他の相談支援事業所へ引き継ぐ場合、又は 65 歳となり介護保険に移行する場合等計画相談支援が終了する場合は、「契約内容（サービス受給者証記載事項）報告書（P.147）」により区役所に提出をしてください。

## (2) 各手続きにおける留意点【セルフプランの方に計画相談事業所が付く場合】

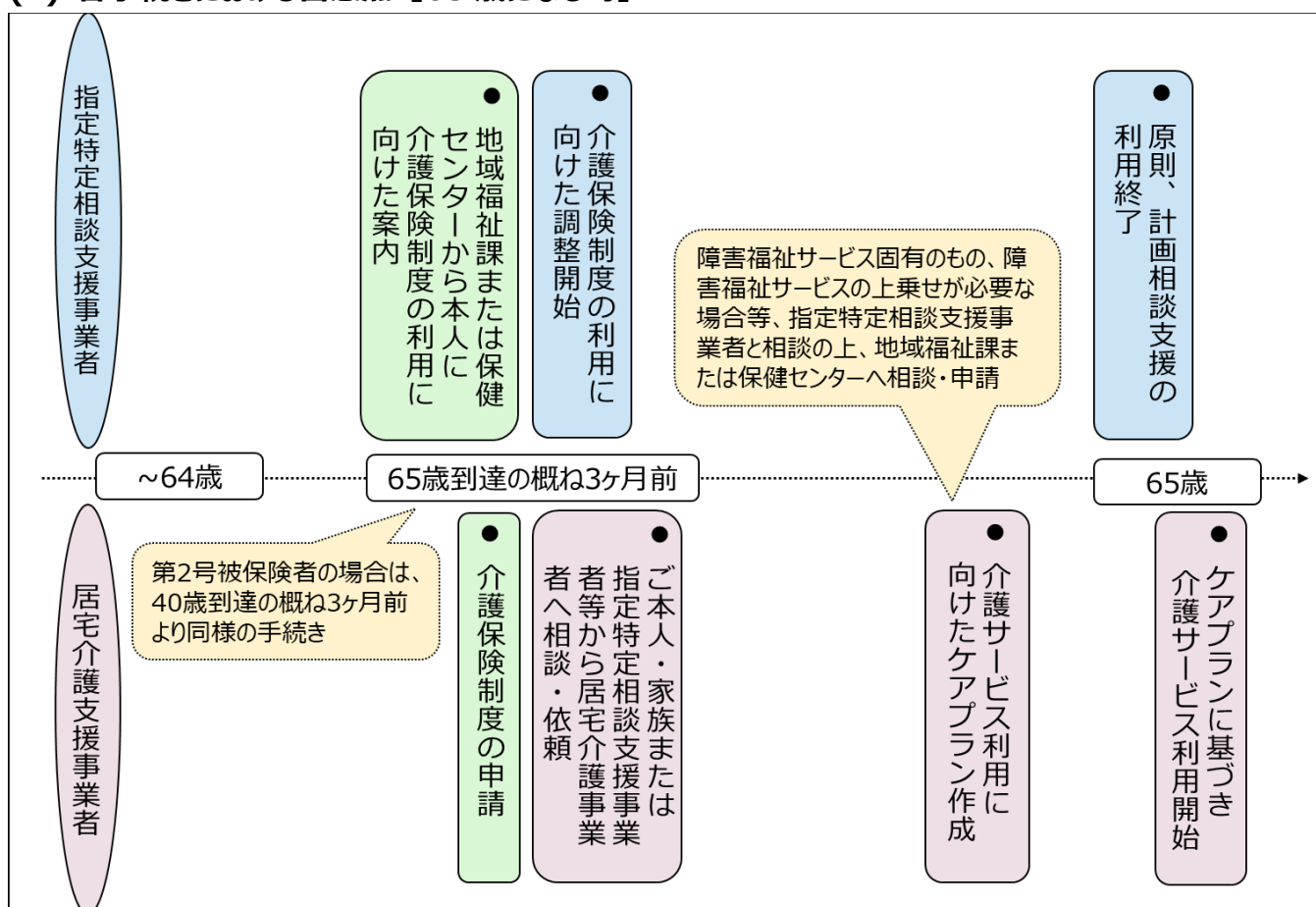
- ①更新時に計画相談を開始する時は、P.18 と同じ流れになります。
- ②更新月以外に計画相談を開始する時は、区役所に申し出てください。新規もしくは更新時に区役所へ提出済みの介護給付費等申請書（様式第 1 号）を元に区役所よりサービス等利用計画案作成依頼書を本人宛に送付しますので、依頼書を確認し、計画案を作成してください。

## 児 (3) 各手続きにおける留意点【18 歳になる時】

＜放課後等デイサービスの利用年齢に関する特例＞

放課後等デイサービスの利用中に 18 歳の誕生日を迎えた場合でも、引き続きサービスを受ける必要がある時は高等学校卒業まで利用することができます。

## (4) 各手続きにおける留意点【65 歳になる時】



障害福祉サービスを利用されている方で、65 歳到達により介護保険制度の利用が可能である場合には、65 歳到達の概ね 3 か月前から順次、お住まいの区の地域福祉課または保健センターから本人へ、介護保険制度への移行について案内があります。

その後、ご本人やご家族等が介護保険制度の利用を申請し、要介護（要支援）認定を踏まえ、ケアプランが作成されます。この際、必要に応じて指定特定相談支援事業者が申請手続き等を支援し、居宅介護支援事業者や地域包括支援センターへ相談、依頼し、本人の生活・サービス利用状況等の引継ぎを実施します。

ケアマネージャー等によるケアプラン作成にあたり、障害福祉サービス固有のものに利用が必要な場合、介護サービスに上乗せして障害福祉サービス利用が必要となる場合は、お住まいの区の地域福祉課または保健センターへご相談ください。基本的には、65 歳の誕生日前日から介護サービスが利用開始されます。

なお、下記の場合については引き続き障害福祉サービスの利用が認められる場合があります。

- ①支給限度基準額の制約から介護保険サービスのみによって確保することができないものと認められる場合
- ②利用可能な介護保険サービス事業所や施設が身近にない、あっても利用定員に空きがないなど障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合
- ③介護保険の要介護認定で非該当と判定された場合であって、申請のあった障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合（介護給付については必要な障害支援区分が認定される場合。）

※介護保険のサービス利用に関する請求の留意事項については、P.90 の「（6）介護保険利用者について」を参照してください。

## （5）電磁的記録等について（ICT の活用）

「電磁的記録」とは、電子計算機（パソコン、スマートフォン、タブレット等）によって作成又は活用される記録のこと。その取扱いについては、以下のとおり。

### 1 電磁的記録について（作成・保存）

指定特定相談支援事業者及びその従業者の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、規定された書面の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができる。

- (1)電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機（パソコン、スマートフォン、タブレット等）に備えられたファイルに記録する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。
- (2)電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
  - ①ネットワークに接続されている状態のパソコン、スマートフォン、タブレット等を使って作成された電磁的記録を保存する方法（例：パソコンで文書を作成し、パソコン上で保存する）
  - ②磁気ディスク等をもって調製する方法により記録を作成し、電磁的記録により保存する方法（例：作成された電磁的記録を CD-ROM などに保存する）
  - ③紙媒体で保存しているものをスキャナ等で読み込んできた画像情報を含む電磁的記録にした上で保存する方法
- (3)電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」等を遵守すること。

### 2 電磁的方法について（交付等）

書面で行うことが規定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意その他これに類するものをいう。）について、当該交付等の相手方の利便性向上及び事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、**事前に当該交付等の相手方の承諾を得た上で**、次に掲げる電磁的方法により提供することができる。

- (1) 電磁的方法による交付は、以下の①から⑤までに準じた方法によること。

- ① 事業者等は、利用申込者からの申出があった場合には、基準第 5 条の規定による文書の交付に代えて、④で定めるところにより、当該利用申込者の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電磁的方法により提供することができる。この場合において、当該事業者等は、当該文書を交付したものとみなす。

ア 電子情報処理組織を使用する方法のうち a 又は b に掲げるもの

- a 事業者等の使用に係る電子計算機と利用申込者の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法（例：電子メールなどで、相手のパソコン等のフォルダに電磁的記録を送信する方法）
- b 事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された基準第 5 条第 1 項に規定する

重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

（例：事業者等がホームページに電磁的記録を掲載し、それを利用申込者又はその家族がダウンロードできる状態に置く方法）

イ 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物（DVD、ブルー・レイ・ディスク等の光学ディスク等）をもって調製（作成）するファイルに基準第5条第1項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

- ② ①に掲げる方法は、利用申込者が紙にプリントアウトすることが可能な状態でなければならない。
- ③ ①アの「電子情報処理組織」とは、事業者等の使用に係る電子計算機と、利用申込者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。
- ④ 事業者等は、①の規定により基準第5条第1項に規定する重要事項を提供しようとするときは、**あらかじめ、当該利用申込者に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。**

ア ①のア及びイに規定する方法のうち事業者等が使用するもの

イ ファイルへの記録の方式（例：PDF ファイル、テキストファイル、ドキュメントファイル等）

- ⑤ ①の規定による承諾を得た事業者等は、当該利用申込者から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者に対し、基準第5条第1項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者が再び①の規定による承諾をした場合は、この限りでない。
- (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより当該同意の相手方が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ & A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- (3) その他、基準第31条第2項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。ただし、基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- (4) また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」等を遵守すること。

（電磁的記録）

問「電磁的記録」とはそもそもどのようなものを指すのか。

（答）

- 「電磁的記録」とは、電子計算機（パソコン、スマートフォン、タブレット等）による情報処理の用に供されるものをいう。

（ R3 厚労省 Q & A vol.5 問 1）

（電磁的記録による保存）

問 電磁的記録による保存について、「作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法」とは具体的にどのような方法をいうのか。

（答）

- 電磁的記録による保存とは、①電子情報処理組織（ネットワークとそれに接続された電子計算機、すなわち、ネットワークに接続されている状態のパソコン、スマートフォン、タブレット等をいう。）を使って作成された電磁的記録を保存する方法、又は②作成された電磁的記録をフロッピーディスク、ミニディスク、シー・ディー・ロムなどに保存する方法をいう。

（ R3 厚労省 Q & A vol.5 問 2）

（電磁的方法による交付①）

問 電磁的方法による交付について、①「事業者等の使用に係る電子計算機と利用申込者の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法」及び②「事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された基準第 5 条第 1 項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法」の具体例を教えてください。

（答）

- ①の具体例としては、電子メールなどで、相手のパソコン等のフォルダに電磁的記録を送信する方法が、②の具体例としては、事業者等が自分のホームページに電磁的記録を掲載し、それを利用申込者又はその家族がダウンロードできる状態に置く方法がそれぞれ想定される。

（ R3 厚労省 Q & A vol.5 問 3）

（電磁的方法による交付②）

問 電磁的方法による交付の方法のうち、「磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに」「重要事項を記録したものを交付する方法」について、「その他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物」とは具体的にどのようなものを指すのか。

（答）

- 「その他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物」としては、DVD やブルー・レイ・ディスク等の光学ディスク等が想定される。

（ R3 厚労省 Q & A vol.5 問 4）

（電磁的方法による交付③）

問 電磁的方法による交付の方法は「利用申込者がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない」とあるが、どのような趣旨か。

（答）

- 利用申込者に交付した電磁的記録については、当該利用申込者が、紙にプリントアウトすることが可能な状態でなければならないという趣旨である。

（ R3 厚労省 Q & A vol.5 問 5）

（電磁的方法による交付④）

問 電磁的方法による交付を行うに当たって事前に利用申込者等に対して承諾を得る必要がある事項のうち、「ファイルへの記録の方式」については、例えばテキストファイルやドキュメントファイル、P D F ファイルなど、どのファイル形式で記録するかを指すという理解で良いか。

（答）

- お見込みのとおり。

（ R3 厚労省 Q & A vol.5 問 6）

（電磁的方法による同意）

問 電磁的方法による同意について、参考資料として「押印についての Q & A（令和 2 年 6 月 19 日 内閣府・法務省・経済産業省）」が挙げられているが、具体的にどのような点で参考になるのか。

（答）

- 文書の成立の真正を証明する手段等について記載されているので、参考にされたい。

（ R3 厚労省 Q & A vol.5 問 7）

## （ 6 ） 堺市電子申請システムの活用について

計画相談支援及び障害児相談支援に関する手続きについて、堺市電子申請システムでの申請及び提出が可能です。

電子申請システムの申請開始により、下記の手続きに係る書類に自署又は記名押印は求めません。

ただし、活用については利用者及び事業者の利便性向上を目的としており、利用者の同意、意思決定が不要となるものではありませんので、ご注意ください。

また従来どおり、窓口での申請も可能です。

### 1 提出可能な書類

- ・サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）
- ・サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（様式 1-1、1-2、別紙 1、2）
- ・計画相談支援・障害児相談支援給付費申請書
- ・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書
- ・サービス等利用計画・障害児支援利用計画（様式 2-1、2-2）
- ・モニタリング報告書（様式 3-1、3-2）
- ・計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書
- ・計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書



・契約内容報告書

## 2 利用者への確認・同意について

下記の方法により、利用者への確認・同意を**確実に**実施してください。

- ・利用者への対面での確認、同意
- ・利用者への電子メールや SNS、FAX による確認、同意
- ・利用者への郵送による確認、同意
- ・堺市電子申請システムによる本人の電子署名（本人が申請する場合のみ。）
- ・堺市電子申請システムによる代理申請機能を用いた申請
- ・利用者への確認依頼と同意のあった旨が記載されている記録等（※）  
※障害特性、その他やむを得ない状況により上記の方法を用いて確認できない場合。

## 3 利用者への確認依頼と同意のあった旨の記録等について（5 年間保存）

下記の方法等により、記録等を実施してください。なお、様式への署名、記名押印がない場合は、ケース記録への記載は**必須**です。

複数の手段を用いることは問題ありませんが、いずれの手段においても本市からの確認があった際には、根拠となる記録等をご提出ください。

- ・直接の署名や記名押印された文書等
- ・利用者への確認依頼と同意のあった旨が記載されている電子メールや SNS 等、同意に至るやりとりがわかるもの
- ・電子署名法に基づく「認証業務」「特定認証業務」で作成された電子署名
- ・ケース記録への記載（※）

### ※ケース記録への記載について（様式への署名又は記名押印がない場合は必須）

同意について、「利用者氏名」「担当相談支援専門員氏名」「日付」「方法」「場所（対面の場合）」「同意者（児の場合は保護者氏名）」を必ず記載すること。

具体的な申請方法については、堺市ホームページをご確認ください。

計画相談支援・障害児相談支援

(URL)

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/keikakusoudansien.html>

堺市電子申請システム

(URL)

<https://lgpos.task-asp.net/cu/271403/ea/residents/portal/home>

## (7) 文書による同意について

本手引書における「文書による同意」については、「(6) 堺市電子申請システムの活用について」のとおり本人又は保護者等の署名又は記名押印を求めません。

ただし、各手続きにおいて、本人又は保護者等への確認、同意を不要とするものではなく、署名又は記名押印のない文書等においては、適切な意思決定のプロセスを経て提出されていると判断し受領します。

同意の方法については（6）2 及び 3 を確認の上、適切に実施してください。

**事業者の都合により意思決定を省くなど、必要な確認を怠ったことが発覚した場合、厳しい処分となる場合**がありますので、ご注意ください。

## 7 請求事務

### (1) 報酬算定構造

「4 支給決定のプロセス」を経て、サービス等利用計画・障害児支援利用計画を作成したとき（サービス利用支援・障害児支援利用援助）、定められた期間ごとにモニタリングを実施したとき（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助）、又は質の高い支援を実施したとき（加算）に、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費が支給されます。

- 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の報酬算定構造は、「①基本報酬＋②基本報酬への減加算＋③加算」となっています。

| ① 基本報酬 ※該当月にいずれか1つを選択 |              |                      |            |
|-----------------------|--------------|----------------------|------------|
| 計画<br>相談<br>支援        | サービス利用支援費    | 機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ）    | 2,014 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型サービス利用支援費（Ⅱ）    | 1,914 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型サービス利用支援費（Ⅲ）    | 1,822 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型サービス利用支援費（Ⅳ）    | 1,672 単位/月 |
|                       |              | サービス利用支援費（Ⅰ）         | 1,572 単位/月 |
|                       |              | サービス利用支援費（Ⅱ）         | 732 単位/月   |
|                       | 継続サービス利用支援費  | 機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）  | 1,761 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅱ）  | 1,661 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅲ）  | 1,558 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）  | 1,408 単位/月 |
|                       |              | 継続サービス利用支援費（Ⅰ）       | 1,308 単位/月 |
|                       |              | 継続サービス利用支援費（Ⅱ）       | 606 単位/月   |
| 障害児<br>相談<br>支援       | 障害児支援利用援助費   | 機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅰ）   | 2,201 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅱ）   | 2,101 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅲ）   | 2,016 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型障害児支援利用援助費（Ⅳ）   | 1,866 単位/月 |
|                       |              | 障害児支援利用援助費（Ⅰ）        | 1,766 単位/月 |
|                       |              | 障害児支援利用援助費（Ⅱ）        | 815 単位/月   |
|                       | 継続障害児支援利用援助費 | 機能強化型継続障害児支援利用援助費（Ⅰ） | 1,896 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型継続障害児支援利用援助費（Ⅱ） | 1,796 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型継続障害児支援利用援助費（Ⅲ） | 1,699 単位/月 |
|                       |              | 機能強化型継続障害児支援利用援助費（Ⅳ） | 1,548 単位/月 |
|                       |              | 継続障害児支援利用援助費（Ⅰ）      | 1,448 単位/月 |
|                       |              | 継続障害児支援利用援助費（Ⅱ）      | 662 単位/月   |

| ② 基本報酬への減加算 ※該当するものを選択 |  |                  |                  |                 |         |
|------------------------|--|------------------|------------------|-----------------|---------|
|                        |  | 居宅介護支援費<br>重複減算Ⅰ | 居宅介護支援費<br>重複減算Ⅱ | 介護予防支援<br>費重複減算 | 特別地域加算  |
| 計画<br>相談<br>支援         | 機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ）  | -582 単位          | -894 単位          |                 | +15/100 |
|                        | 機能強化型サービス利用支援費（Ⅱ）  | -582 単位          | -894 単位          |                 |         |
|                        | 機能強化型サービス利用支援費（Ⅲ）  | -582 単位          | -894 単位          |                 |         |
|                        | 機能強化型サービス利用支援費（Ⅳ）  | -582 単位          | -894 単位          |                 |         |
|                        | サービス利用支援費（Ⅰ）   | -582 単位          | -894 単位          |                 |         |
|                        | サービス利用支援費（Ⅱ）   |                  | -54 単位           |                 |         |
|                        | 機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅰ）  | -633 単位          | -945 単位          | -20 単位          |         |
|                        | 機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅱ）  | -633 単位          | -945 単位          | -20 単位          |         |
|                        | 機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅲ）  | -633 単位          | -945 単位          | -20 単位          |         |
|                        | 機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅳ）  | -633 単位          | -945 単位          | -20 単位          |         |
|                        | 継続サービス利用支援費（Ⅰ）   | -633 単位          | -945 単位          | -20 単位          |         |
|                        | 継続サービス利用支援費（Ⅱ）   |                  | -243 単位          |                 |         |
|                        |  |                  |                  |                 |         |
| 障害児<br>相談<br>支援        | 機能強化型障害児支援利用援助費<br>障害児支援利用援助費<br>機能強化型継続障害児支援利用援助費<br>継続障害児支援利用援助費 |                  |                  |                 |         |

|                 |  | 虐待防止措置<br>未実施減算 | 業務継続計画<br>未策定減算 | 情報公表未報告減算 |
|-----------------|--|-----------------|-----------------|-----------|
| 計画<br>相談<br>支援  | 機能強化型サービス利用支援費<br>サービス利用支援費<br>機能強化型継続サービス利用支援費<br>継続サービス利用支援費     | ×99/100         | ×99/100         | ×95/100   |
| 障害児<br>相談<br>支援 | 機能強化型障害児支援利用援助費<br>障害児支援利用援助費<br>機能強化型継続障害児支援利用援助費<br>継続障害児支援利用援助費 | ×99/100         | ×99/100         | ×95/100   |

| ③ 加算 ※併給不可のものを除き、該当加算を選択 |                        |  | 算定月 ※可能なものは●で示す                |                                    |           |  |
|--------------------------|------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------|-----------|--|
|                          |                        |  | サービス<br>利用支<br>援（計<br>画作<br>成） | 継続サ<br>ービス利<br>用支援<br>（モニタ<br>リング） | その他の<br>月 | 留意事項   |
| 基本報酬算定時に毎回算定可能           | 行動障害支援体制加算             | (Ⅰ)60 単位/月<br>(Ⅱ)30 単位/月   |                                |                                    |           | (Ⅰ)研修修了者により、相談支援を行っている場合。<br>(Ⅱ)配置・公表のみ。<br><br>本市（障害福祉サービス課）への届出が必要                                 |
|                          | 要医療児者支援体制加算            | (Ⅰ)60 単位/月<br>(Ⅱ)30 単位/月   | ●                              | ●                                  |           |  |
|                          | 精神障害者支援体制加算            | (Ⅰ)60 単位/月<br>(Ⅱ)30 単位/月   |                                |                                    |           |  |
|                          | 高次脳機能障害支援体制加算          | (Ⅰ)60 単位/月<br>(Ⅱ)30 単位/月   |                                |                                    |           |  |
|                          | ピアサポート体制加算             | 100 単位/月   | ●                              | ●                                  |           | 本市（障害福祉サービス課）への届出が必要   |
|                          | 主任相談支援専門員配置加算          | (Ⅰ)300 単位/月<br>(Ⅱ)100 単位/月                                       | ●                              | ●                                  |           | (Ⅰ)主任相談支援専門員を配置し、地域の中核を担う機関と認める場合。<br>(Ⅱ)主任相談支援専門員を配置する、上記以外<br>(P67 参照)<br><br>本市（障害福祉サービス課）への届出が必要 |
| 対応時に算定可能                 | 利用者負担上限額管理加算（月 1 回を限度） | 150 単位/回   | ●                              | ●                                  |           | 月 1 回を限度。<br>利用者負担上限額は 0 円でない方等（P89 参照）  |
|                          | 初回加算                   | 計画相談支援の初回加算  | ●                              |                                    |           | 前 6 月間において居宅介護支援事業所等連携加算、保育・教育等移行支援加算を算定している場合は算定不可。   |
|                          |                        | 障害児相談支援の初回加算   |                                |                                    |           |  |
|                          | 退院・退所加算（月 3 回を限度）      | 300 単位/回   | ●                              |                                    |           | 併給不可である加算は P72 参照。   |
|                          | 医療・保育・教育機関等連携加算        | ①関係者等との面談・会議にて情報提供を受ける<br>(計画作成月) 200 単位/月<br>(モニタリング月) 300 単位/月 | ●                              | ●                                  |           | 以下の場合には本加算の算定不可。<br>(1)初回加算を算定している。<br>(2)退院・退所加算を算定し、かつ退院又は退所する施設の職員のみから情報の提供を受けている。                |
|                          |                        | ②通院同行及び情報提供  | ●                              | ●                                  |           | 月 3 回（同一の病院等は月 1 回）を限度。  |
|                          |                        | ③情報提供  | ●                              | ●                                  |           | それぞれの対象において、月 1 回を限度。  |
|                          | 集中支援加算                 | ①訪問、会議開催、会議参加  |                                |                                    | ●         | ①それぞれ月 1 回を限度。<br>②月 3 回（同一の病院等は月 1 回）を限度。<br>③それぞれの対象において、月 1 回を限度。                                 |
|                          |                        | ②通院同行及び情報提供  |                                |                                    | ●         |  |
|                          |                        | ③情報提供  |                                |                                    | ●         | 基本報酬算定月は算定不可。<br>会議参加については入院時情報連携加算（Ⅰ）及び退院・退所加算併給不可。居宅介護支援事業所等連携加算の趣旨と同様の場合も同様。                      |
|                          | サービス担当者会議実施加算          | 100 単位/月   |                                | ●                                  |           | モニタリング時であっても、サービス利用支援費を算定する場合は算定不可。  |
|                          | 入院時情報連携加算              | (Ⅰ)300 単位/月<br>(Ⅱ)150 単位/月                                       | ●                              | ●                                  | ●※        | ※単独請求可能。<br>(Ⅰ)と(Ⅱ)の併給不可。<br>居宅介護支援事業所等連携加算の「情報提供」「会議参加」と併給不可。<br>(Ⅰ)と集中支援加算の「会議参加」と併給不可。            |

|  |                                 |        |                       |   |   |    |  |
|--|---------------------------------|--------|-----------------------|---|---|----|--|
|  | 居宅介護支援事業所等連携加算（訪問、会議参加、情報提供）    | 情報提供以外 | 300 単位/月              |   |   | ●  | 障害福祉サービス等又は障害児通所支援若しくは障害児入所支援を利用している期間はそれぞれ月 2 回を限度として算定可。障害福祉サービス等又は障害児通所支援若しくは障害児入所支援を終了した日から起算して 6 月以内の期間はそれぞれ月 1 回を限度として算定可。併給不可である加算は P77～78, P81 参照。 |
|  |                                 | 情報提供   | 150 単位/月              | ● | ● | ●  |  |
|  | 保育・教育等移行支援加算（訪問、会議参加、情報提供）      | 情報提供以外 | 300 単位/月              |   |   | ●  | 併給不可である加算は P77～78, P81 参照。   |
|  |                                 | 情報提供   | 150 単位/月              | ● | ● | ●  |  |
|  | サービス提供時モニタリング加算                 |        | 100 単位/月              | ● | ● | ●※ | ※単独請求可能  |
|  | 遠隔地訪問加算                         |        | 300 単位/回              | ● | ● | ●  | 遠隔地とは、概ね片道 1 時間以上を要する距離。   |
|  | 地域生活支援拠点等相談強化加算<br>地域体制強化共同支援加算 |        | 地域生活支援拠点の機能を担う事業所が対象。 |   |   |    |  |

●相談支援専門員 1 人あたりの標準担当件数の設定（計画相談支援・障害児相談支援）

- ・計画相談支援・障害児相談支援の質のサービスの標準化を図る観点から、1 人の相談支援専門員は 1 月に実施するサービス利用支援等の標準担当件数を設定し、標準担当件数を一定程度超過する場合の基本報酬の逓減制を導入する。
- ・相談支援専門員の配置は、1 ヶ月平均の利用者の数は 35 件に対して 1 人を標準とするものであり、利用者の数が 35 件又はその端数を増すごとに増員することが望ましい。（解釈通知より）

問 相談支援専門員 1 人当たりの取扱件数には基本報酬以外の加算の件数も含むのか。また、計画相談支援を行う事業所が地域相談支援の事業の指定も併せて受けており、相談支援専門員は地域相談支援における対応も実施している場合、当該件数も含まれるのか。

（答）

○ 取扱件数は、1 月間に実施したサービス利用支援、継続サービス利用支援、障害児支援利用援助、継続障害児支援利用援助の合計数であり、基本報酬以外の加算や地域相談支援の事業として対応した件数は含めない。

（H30 厚労省 Q & A vol.1 問 77）

●取扱件数の取扱いについて（計画相談支援・障害児相談支援）

- ・取扱件数は、相談支援専門員 1 人当たりの前 6 月間における計画相談支援対象障害者等の数の平均値をいう。
- ・取扱件数が 40 以上の場合は、40 以上に相当する件数に相談支援専門員の平均員数を乗じた件数（小数点以下の端数は切り捨てる。）が、算定月におけるサービス利用支援費（Ⅱ）又は継続サービス利用支援費（Ⅱ）を適用する件数となる。機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）～（Ⅳ）を算定する場合も、取扱件数が 40 以上である場合においては、40 以上の部分について、サービス利用支援費（Ⅱ）を算定する。

●サービス利用支援費及び継続サービス利用支援費の割り当てについて（計画相談支援・障害児相談支援）

- ・サービス利用支援費（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び継続サービス利用支援費（Ⅰ）又は（Ⅱ）の利用者ごとの割り当てに当たっては、利用者の契約日が新しいものから順に、上記「取扱件数の取扱いについて」で算定した件数分について、サービス利用支援費（Ⅱ）又は継続サービス利用支援費（Ⅱ）を割り当て、それ以外の利用者について、サービス利用支援費（Ⅰ）又は継続サービス利用支援費（Ⅰ）を割り当てること。

なお、当該指定特定相談支援事業所が指定障害児相談支援事業所も一体的に運営している場合は、指定特定相談支援事業所における利用者の契約日が新しいものから順に割り当て、その後に指定障害児相談支援事業所の利用者の契約日が新しいものから順に割り当てること。（留意事項通知第四の1の（3）より）

問 例えば、相談支援事業所において、1月から8月までの取扱件数及び相談支援専門員の配置数が以下のとおりであった場合、7月、8月の請求分において、サービス利用支援費（Ⅱ）又は継続サービス利用支援費（Ⅱ）（以下「基本報酬（Ⅱ）」という。）を何件算定するのか。

| 月           | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 対応件数合計（件）   | 45 | 45 | 60 | 45 | 45 | 50 | 60 | 75 |
| うち計画相談      | 30 | 30 | 30 | 25 | 30 | 30 | 40 | 50 |
| うち障害児相談     | 15 | 15 | 30 | 20 | 15 | 20 | 20 | 25 |
| 相談支援専門員数（人） | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  |

（答）

- 基本報酬（Ⅱ）を算定する件数は、取扱件数（1月間に計画作成又はモニタリングを行った計画相談支援対象障害者等の数（前6月の平均値）÷相談支援専門員の員数（前6月の平均値））が40以上である場合において、40以上の部分に相談支援専門員の員数（前6月の平均値）を乗じて得た数（小数点以下の端数は切り捨てる。）により算定することとなり、上記例の場合では以下のとおりとなる。

① 7月分の請求について

- ・ 計画相談支援対象障害者等の数（1月から6月の平均値）  
→  $(45 + 45 + 60 + 45 + 45 + 50) \div 6 = 48.333\cdots$ （A）
- ・ 相談支援専門員の員数（1月から6月の平均値）  
→  $(1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 2) \div 6 = 1.166\cdots$ （B）
- ・ 取扱件数 →  $(A) \div (B) = 41.428\cdots$ （C） $\geq 40$

のため、基本報酬（Ⅱ）を算定する必要があり、算定する件数は

$((C) - 39) \times (B) = 2.833\cdots$ となり、小数点以下の端数を切り捨てた2件となる。

なお、計画相談支援と障害児相談支援を一体的に実施しているので、計画相談支援の7月の請求件数40件のうち2件を基本報酬（Ⅱ）で算定する。

② 8月分の請求について

- ・ 計画相談支援対象障害者等の数（2月から7月の平均値）  
→  $(45 + 60 + 45 + 45 + 50 + 60) \div 6 = 50.833\cdots$ （A）
- ・ 相談支援専門員の員数（2月から7月の平均値）  
→  $(1 + 1 + 1 + 1 + 2 + 2) \div 6 = 1.333\cdots$ （B）
- ・ 取扱件数 →  $(A) \div (B) = 38.125$ （C） $< 40$ となり、

全てサービス利用支援費（Ⅰ）又は継続サービス利用支援費（Ⅰ）を算定することとなる。

（H30 厚労省Q & A vol.1 問78）

<各段階、各種加算において必要な事務>

●【基本報酬】サービス利用支援費・障害児支援利用援助費

| 段階                | 必要な事務  |
|-------------------|--|
| 利用計画案作成依頼         | ・区役所が利用者に対して「サービス等利用計画案提出の依頼書」を出していることを確認し、写しをとっておく。   |
| 利用計画案作成依頼<br>及び契約 | ・利用者が指定相談支援事業者に利用計画案の作成を依頼し、指定相談支援事業者が、利用者に重要事項説明を行った上で、計画相談支援の利用に係る契約を締結していること。   |
| 利用計画案作成           | ・指定相談支援事業者が、計画案の作成にあたって、利用者宅を訪問し、利用者及びその家族に面接し、アセスメントを行う。<br>・同意を得た利用計画案（写し）を区役所に提出すること。<br>指定相談支援事業者は、計画案の原本を保存。  |
| 届出                | ・「計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書」を区役所へ届け出ること。   |
| 利用計画作成<br>（本計画）   | ・指定相談支援事業者が、本計画の作成にあたって、利用者宅を訪問し、利用者及びその家族に面接すること。<br>・指定相談支援事業者が、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、サービス提供事業者の担当者から意見を求めていること。<br>・同意を得た利用計画を利用者（写し）と指定相談支援事業者（原本）がそれぞれ保存。写しを区役所に提出し、サービス提供事業者へも交付すること。 |

●【基本報酬】継続サービス利用支援費・継続障害児支援利用援助費

| 段階     | 必要な事務   |
|--------|---|
| モニタリング | ・指定相談支援事業者が、定められたモニタリング月に利用者の居宅を訪問し、利用者等に面接及びサービス提供事業者等へ聞き取り等をおこなうこと。<br>・利用者等の同意を得た（署名又は記名押印は不要としているが、同意を得た旨をケース記録に残しておくこと。）モニタリング報告書の写しを区役所に提出すること。指定相談支援事業所が原本を保存。<br>※モニタリングの結果、利用計画に変更がない場合であっても算定可。 |

●機能強化型サービス利用支援費（機能強化型継続サービス利用支援費）の取扱いについて

（厚生労働大臣の定める基準より）

①事業所の要件

機能強化型（継続）サービス利用支援費を算定できる事業所の条件は下記のとおり。

※単独の指定特定相談支援事業所で算定する場合

■機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ） 【2,014 単位／月、（継続）1,761 単位／月】

（イ）常勤・専従の相談支援専門員を4名以上配置。そのうち、相談支援従事者現任研修を修了した相談支援専門員を1名以上配置。

（ロ）取扱件数が40件未満であること。（P62【ロ関係】参照）

（ハ）利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議を定期的開催。

（二）24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保。

- (ホ) 新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施。
- (ヘ) 基幹相談支援センター等から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定計画相談支援を提供。
- (ト) 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加。
- (チ) 障害者自立支援協議会等に定期的に参画し、必要な取組を実施していること。
- (リ) 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制強化の取組に参画していること。
- (ヌ) 運営規程において、市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを定めていること又は拠点関係機関との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画していること。（※令和 9 年 3 月 31 日まで経過措置。）

■機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅱ） 【1,914 単位／月、（継続）1,661 単位／月】

- (イ) 常勤・専従の相談支援専門員を 3 名以上配置。そのうち、相談支援従事者現任研修を修了した相談支援専門員を 1 名以上配置。
- (ロ) 取扱件数が 40 件未満であること。（P62【ロ関係】参照）
- (ハ) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議を定期的に開催。
- (ニ) 24 時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保。
- (ホ) 新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施。
- (ヘ) 基幹相談支援センター等から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定計画相談支援を提供。
- (ト) 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加。
- (チ) 障害者自立支援協議会等に定期的に参画し、必要な取組を実施していること。
- (リ) 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制強化の取組に参画していること。
- (ヌ) 運営規程において、市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを定めていること又は拠点関係機関との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画していること。（※令和 9 年 3 月 31 日まで経過措置。）

■機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅲ） 【1,822 単位／月、（継続）1,558 単位／月】

- (イ) 常勤・専従の相談支援専門員を 2 名以上配置。そのうち、相談支援従事者現任研修を修了した相談支援専門員を 1 名以上配置。
- (ロ) 取扱件数が 40 件未満であること。（P62【ロ関係】参照）
- (ハ) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議を定期的に開催。
- (ホ) 新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施。
- (ヘ) 基幹相談支援センター等から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定計画相談支援を提供。
- (ト) 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加。
- (チ) 障害者自立支援協議会等に定期的に参画し、必要な取組を実施していること。
- (リ) 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制強化の取組に参画していること。
- (ヌ) 運営規程において、市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを定めていること又は拠点関係機関との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画していること。（※令和 9 年 3 月 31



日まで経過措置。)

■機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅳ） 【1,672 単位／月、（継続）1,408 単位／月】

- （イ）専従の相談支援専門員を2名以上配置し、かつそのうち1名以上を常勤とするとともに、そのうち、1名以上が相談支援従事者現任研修を修了していること。
- （ロ）取扱件数が40件未満であること。（P62【関係】参照）
- （ハ）利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議を定期的開催。
- （ホ）新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施。
- （ヘ）基幹相談支援センター等から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定計画相談支援を提供。
- （ト）基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加。

② 趣旨

機能強化型サービス利用支援費は、支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

③ 基本的取扱方針

当該報酬の対象となる事業所は、

- ・公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること
- ・常勤かつ専従の相談支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に支援できる体制が整備されており、市町村や基幹相談支援センター等との連携体制が確保されていること
- ・協議会と連携や参画していること

本報酬については、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、支援困難ケースを含めた質の高いマネジメントを行うという趣旨に合致した適切な運用を図られるよう留意されたい。

④ 具体的運用方針（厚生労働大臣が定める基準における各要件の取扱いについて）

上記①「事業所の要件」の各項の取扱いについては、次に定めるところによること。

【関係】

機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）

常勤かつ専従の相談支援専門員を4名以上配置し、そのうち1名以上が現任研修を修了した相談支援専門員であること。ただし、3名（現任研修を修了した相談支援専門員1名を含む。）を除いた相談支援専門員については、当該指定特定相談支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。

また、同一敷地内にある事業所が指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定自立生活援助事業所の場合については、当該3名を除く相談支援専門員に限らず、職務を兼務しても差し支えない。

機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅱ）

常勤かつ専従の相談支援専門員を3名以上配置し、そのうち1名以上が現任研修を修了した相談支援専門員であること。ただし、2名（現任研修を修了した相談支援専門員1名を含む。）を除いた相談支援

専門員については、当該指定特定相談支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。

また、同一敷地内にある事業所が指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定自立生活援助事業所の場合については、当該2名を除く相談支援専門員に限らず、職務を兼務しても差し支えない。

#### 機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅲ）

常勤かつ専従の相談支援専門員を2名以上配置し、そのうち1名以上が現任研修を修了した相談支援専門員であること。ただし、現任研修を修了した相談支援専門員1名を除いた相談支援専門員については、指定特定相談支援事業所の業務に支障がないと市町村が認めた場合においては、同一敷地内にあるそれ以外の他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。

また、同一敷地内にある事業所が指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定自立生活援助事業所の場合については、当該1名を除く相談支援専門員に限らず、職務を兼務しても差し支えない。

#### 機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅳ）

専従の相談支援専門員を2名以上配置し、かつ、そのうち1名以上が現任研修を修了した常勤の相談支援専門員であること。

#### 【関係】

取扱件数については、40件未満であること。

また、取扱件数は、1月の当該指定特定相談支援事業所全体の計画相談支援対象障害者等の数の前6月の平均値（以下「計画相談支援対象障害者等の平均数」という。）を、当該指定特定相談支援事業所の相談支援専門員の員数の前6月の平均値（以下「相談支援専門員の平均員数」という。）で除して得た数とする。

なお、当該指定特定相談支援事業所が指定障害児相談支援事業所も一体的に運営している場合は、指定障害児支援利用援助又は指定継続障害児支援利用援助を提供した障害児相談支援対象保護者の数も取扱件数に含むものとする。

#### 【関係】

「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議」は、次の要件を満たすものでなければならないこと。

- a 議題については、少なくとも次のような議事を含めること。
  - (a) 現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針
  - (b) 過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策
  - (c) 地域における事業者や活用できる社会資源の状況
  - (d) 保健医療及び福祉に関する諸制度
  - (e) アセスメント及びサービス等利用計画の作成に関する技術
  - (f) 利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針
  - (g) その他必要な事項
- b 議事については、記録を作成し、5年間保存しなければならないこと。
- c 「定期的」とは、概ね週1回以上であること。

【ニ関係】

24 時間連絡可能な体制とは、常時、担当者が携帯電話等により連絡を取ることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があることをいうものであり、当該事業所の相談支援専門員の輪番制による対応等も可能であること。

【ホ関係】

相談支援従事者現任研修（以下「現任研修」という。）を修了した相談支援専門員の同行による研修については、当該相談支援専門員が、新規に採用した従業者に対し、適切な指導を行うものとする。（テレビ電話装置等の活用は適切な指導等の体制が確保されている場合は可。）

【ヘ関係】

機能強化型サービス利用支援費算定事業所については、自ら積極的に支援困難ケースを受け入れるものでなければならず、また、そのため、常に基幹相談支援センター、委託相談支援事業所又は協議会との連携を図らなければならないこと。

⑤ 手続き

機能強化型（継続）サービス利用支援費、機能強化型（継続）障害児支援利用援助費を算定するときは、①の体制が整備されている旨を堺市へ届け出ること。

⑥ 堺市の方針

【ト関係】

区自立支援協議会や各区の指定事業所連絡会への参加、区障害者基幹相談支援センター等が実施する指定相談支援事業所を対象とした事例検討会や研修などへの参加を要件とします。

【チ関係】

区自立支援協議会や各区の指定事業所連絡会への参画、区障害者基幹相談支援センター等が実施する指定相談支援事業所を対象とした事例検討会や研修などへの参画を要件とします。

【リ関係】

基幹相談支援センターの実施する地域の相談支援体制の強化の取組に参画していること。（相談支援サポート事業や事業所向け研修、相談支援従事者研修に係るインターバルへの協力等）

※【ト】【チ】を満たしている場合は、【リ】を満たすものとします。

●【体制加算】行動障害支援体制加算（（Ⅰ）60 単位、（Ⅱ）30 単位／月）

＜算定要件＞ ※（Ⅰ）については次の要件を全て満たす場合、（Ⅱ）についてはア～ウを満たす場合に算定可能

ア 行動障害（※ 1）のある知的障害者や精神障害者に対して適切な計画相談支援を実施するために、各都道府県が実施する強度行動障害支援者養成研修（実践研修）又は行動援護従業者養成研修を修了した常勤（※ 2）の相談支援専門員を 1 名以上配置し、行動障害のある障害者へ適切に対応できる体制が整備されていること

イ 研修を修了した相談支援専門員を配置している旨を堺市へ届け出ること

ウ 体制が整備されている旨を事業所に掲示するとともに公表（※ 3）していること

エ 実践研修修了者が、区分 3 に該当する強度行動障害者（児）に対して現に指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を実施していること

(※ 1) 行動障害とは、障害支援区分認定調査において行動援護スコアが 10 点以上の利用者

(※ 2) 原則、常勤専従ですが、支障がない場合は兼務可能。支障がない場合とは、当該相談支援専門員が障害児相談支援、自立生活援助、地域移行支援、地域定着支援、居宅介護支援の同一法人が運営する事業所の相談員と兼務している場合、又は相談支援事業所の管理者を兼務している場合。

その他の兼務の可否については、個別に障害福祉サービス課事業者係へ問い合わせてください。

なお、要医療児者支援体制加算、精神障害者支援体制加算及び高次脳機能障害支援体制加算についても同様です。

(※ 3) 情報公表システム、法人のホームページ等

なお、要医療児者支援体制加算、精神障害者支援体制加算及び高次脳機能障害支援体制加算についても同様です。

#### <算定にあたっての留意事項>

・「現に指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を行っている」とは、前 6 月に強度行動障害者（児）に対して指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を行っていることです。

・強度行動障害等を有する者から利用申込みがあった場合に、利用者の障害特性に対応できないことを理由にサービスの提供を拒むことは認められません。

問「行動障害支援体制加算」は、対象となる研修を受講した相談支援専門員以外の者が行った計画相談支援にも加算されるのか。

(答) 加算の届出をしていれば、事業所の全ての相談支援専門員が実施する計画相談支援で算定が可能である。なお、要医療児者支援体制加算及び精神障害者支援体制加算も同様である。

(H30 厚労省 Q & A vol.1 問 89)

問「行動障害支援体制加算」の届出が月途中で提出された場合、いつから実施した計画相談支援で加算が算定できるのか。

(答) 届出が毎月 15 日以前になされた場合には翌月から、16 日以降になされた場合には翌々月から算定を開始する。なお、要医療児者支援体制加算及び精神障害者支援体制加算も同様である。

(H30 厚労省 Q & A vol.1 問 90)

問「行動障害支援体制加算」の対象となる者を配置していても、当該月に強度行動障害の利用者がいない場合は算定できないのか。

(答) 対象の障害特性を有する利用者への支援を行わなかった場合でも算定は可能である。なお、要医療児者支援体制加算及び精神障害者支援体制加算も同様である。

(H30 厚労省 Q & A vol.1 問 91)

問「行動障害支援体制加算」は、対象となる研修を受講した常勤の相談支援専門員を1名以上配置していることを要件としているが、行動障害のある知的障害者や精神障害者以外の利用者に対して支援を行った場合でも算定可能なのか。また、1事業所に複数の相談支援専門員が配置されており、対象となる研修を受講した常勤の相談支援専門員を1名のみ配置している場合、研修を受講していない相談支援専門員が支援を行った場合でも算定可能なのか。

(答)「行動障害支援体制加算」については、行動障害のある障害者へ適切に対応できる体制が整備されていることを評価する加算であるため、要件を満たしている期間中に当該事業所で実施した全てのサービス利用支援及び継続サービス利用支援について加算を算定できるものである。なお、要医療児者支援体制加算及び精神障害者支援体制加算についても同様である。

(H30 厚労省Q & A vol.3 問 13)

問「行動障害支援体制加算」を算定していた事業所が月途中で要件を満たさなくなった場合、加算を算定できるのはいつまでか。

(答) 月途中で要件を満たさなくなった場合、当該月の要件を満たしている期間中に実施した指定サービス利用支援又は指定継続サービス利用支援に係る計画相談支援費について加算を算定することができ、要件を満たさなくなった日以降に実施した分については加算を算定することができない。なお、要医療児者支援体制加算及び精神障害者支援体制加算についても同様である。

(H30 厚労省Q & A vol.3 問 14)

### ●【体制加算】要医療児者支援体制加算（（Ⅰ）60単位、（Ⅱ）30単位／月）

＜算定要件＞ ※(Ⅰ)については次の要件を全て満たす場合、(Ⅱ)についてはア～ウを満たす場合に算定可能

- ア 人工呼吸器を装着している障害児者その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児者等（以下「医療的ケア児等」という。）に対して適切な計画相談支援を実施するために、医療的ケア児等の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤(※1)の相談支援専門員を1名以上配置し、医療的ケア児等へ適切に対応できる体制が整備されていること
- イ 研修を修了した相談支援専門員を配置している旨を堺市へ届け出ること
- ウ 体制が整備されている旨を事業所に掲示するとともに公表(※2)していること
- エ 養成研修修了者が医療的ケア児者に対して、現に指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を実施していること

＜算定にあたっての留意事項＞

- ・「現に指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を行っている」とは、前6月に医療的ケア児者に対して指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を行っていることです。
- ・医療的ケア児等から利用申込みがあった場合に、利用者の障害特性に対応できないことを理由にサービスの提供を拒むことは認められません。

### ●【体制加算】精神障害者支援体制加算（（Ⅰ）60単位、（Ⅱ）30単位／月）

＜算定要件＞ ※（Ⅰ）については次の要件を全て満たす場合、（Ⅱ）についてはア～ウを満たす場合に算定可能

- ア 精神科病院等に入院する障害者等及び地域において単身生活をする精神障害者等に対して、地域移行支援や地域定着支援のマネジメントを含めた適切な計画相談支援を実施するために、精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤（※ 1）の相談支援専門員を1名以上配置し、精神障害者等へ適切に対応できる体制が整備されていること
- イ 研修を修了した相談支援専門員を配置している旨を堺市へ届け出ること
- ウ 体制が整備されている旨を事業所に掲示するとともに公表（※ 2）していること
- エ 重点的な支援を要するものへ支援を実施する病院または訪問看護ステーション等における保健師、看護師又は精神保健福祉士との連携体制が構築されていること
- オ 精神障害者研修修了者が精神障害者（児）に対して、現に指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を実施していること

※ここでいう「精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修」とは、地域生活支援事業通知の別紙1 地域生活支援事業実施要綱別記17に定める精神障害関係従事者養成研修事業若しくは精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修事業又は同通知の別紙2 地域生活支援促進事業実施要綱別記26に定める精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業において行われる精神障害者の地域移行関係職員に対する研修その他これに準ずるものとして都道府県知事が認める研修をいう。

※ここでいう「重点的な支援を要するものへ支援を実施する病院または訪問看護ステーション等」とは、療養生活継続支援加算を算定している病院等又は精神科重症患者支援管理連携加算を届け出ている訪問看護事業所であり、当該利用者が前1年以内に通院又は利用していること。

※ここでいう「保健師、看護師又は精神保健福祉士と連携する体制が構築されていること」とは、少なくとも1年に1回以上、研修を修了した相談支援専門員と保健師、看護師又は精神保健福祉士との間で面談又は会議を行い、精神障害者（児）に対する支援に関して検討を行っていることをいう。

＜算定にあたっての留意事項＞

- ・「現に指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を行っている」とは、前6月に精神障害者（児）に対して指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を行っていることです。
- ・精神障害者等から利用申込みがあった場合に、利用者の障害特性に対応できないことを理由にサービスの提供を拒むことは認められません。

### ●【体制加算】高次脳機能障害支援体制加算（（Ⅰ）60単位、（Ⅱ）30単位／月）

＜算定要件＞ ※（Ⅰ）については次の要件を全て満たす場合、（Ⅱ）についてはア～ウを満たす場合に算定可能

- ア 指定特定相談支援事業所の相談支援専門員のうち地域生活支援事業として行われる研修（高次脳機能障害支援者養成に関する研修に限る。）又はこれに準ずるものとして都道府県知事が認める研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者（以下「高次脳機能障害支援者養成研修修了者」という。）を1名以上配置していること。
- イ 研修を修了した相談支援専門員を配置している旨を堺市へ届け出ること
- ウ 体制が整備されている旨を事業所に掲示するとともに公表（※ 2）していること
- エ 高次脳機能障害支援者養成研修修了者が高次脳機能障害者（児）に対して現に指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を実施していること

※ここでいう「高次脳機能障害者（児）」とは、①障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）の支給決定における医師の意見書②精神保健福祉手帳の申請における医師の意見書③その他医師の診断書等（原則として主治医が記載したもの。）によって確認する。

＜算定にあたっての留意事項＞

- ・「現に指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を行っている」とは、前 6 月に高次脳機能障害者（児）に対して指定計画相談支援（指定障害児相談支援）を行っていることです。
- ・高次脳機能障害者（児）等から利用申込みがあった場合に、利用者の障害特性に対応できないことを理由にサービスの提供を拒むことは認められません。

●【体制加算】ピアサポート体制加算（100 単位／月）

ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、一定の要件を設けた上で評価するもの。

＜算定要件＞

ア 都道府県又は指定都市が実施する地域生活支援事業の「障害者ピアサポート研修（基礎研修及び専門研修）」を終了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で 0.5 人以上配置していること。（併設する事業所《計画相談支援・障害児相談支援・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援に限る》の職員を兼務する場合は兼務先を含む業務時間の合計が 0.5 人以上の場合も算定可）

①障害者又は障害者であったと市町村が認める者であって、相談支援専門員又はその他指定計画相談支援に従事する者

②管理者又は相談支援専門員又はその他指定計画相談支援に従事する者

イ アの者により、事業所の従業員に対し、障害者に対する配慮等に関する研修が年 1 回以上行われていること。

ウ アの者を配置していることを堺市へ届け出たうえで、その旨を事業所に掲示するとともに公表していること。

＜公表にあたっての留意事項＞

・ピアサポーター等の本人の氏名の公表を求めるものではなく、加算の算定要件を満たすピアサポーター等を配置している事業所である旨を公表することを求める趣旨である。当該旨の公表にあたっては、あらかじめピアサポーターである障害者等の本人に対し、公表の趣旨（※）を障害特性に配慮しつつ丁寧に説明を行った上で、同意を得ることが必要である。

※ピアサポートによる支援を希望する者に対し、事業所の選択の重要な情報として知ってもらうために公表するものである。

●【配置加算】主任相談支援専門員配置加算（（Ⅰ）300 単位、（Ⅱ）100 単位／月）

＜算定要件＞

ア 相談支援従事者主任研修を修了した常勤かつ専従の主任相談支援専門員を 1 名以上配置し、当該主任相談支援専門員が適切な指導・助言を行うことができる体制が整備されていること

イ 研修を修了した主任相談支援専門員を配置している旨を堺市へ届け出ていること

ウ 体制が整備されている旨を事業所に掲示するとともに公表していること

#### <算定にあたっての留意事項>

当該加算は、主任相談支援専門員に求められる地域における中核的な役割を踏まえ、当該指定特定相談支援事業所の従業者又は当該指定特定相談支援事業所以外の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所の従業者に対し、その資質の向上のための研修を実施した場合に算定できるものである。

#### <堺市の方針>

堺市ホームページ内、「主任相談支援専門員配置加算について（堺市版）」を参照。

問 体制を評価する加算（主任相談支援専門員配置加算、行動障害支援体制加算、要医療児者支援体制加算、精神障害者支援体制加算、ピアサポート体制加算）を算定するためにはどのような手続きが必要か。

（答）体制を評価する加算を算定するに当たっては事前に文書により届け出ることが必要である。届出に当たっての文書及び入院時情報提供書については、標準様式を参考とされたい。

（R3 厚労省 Q & A vol.2 問 29）

⇒体制加算及び配置加算の届出については、障害福祉サービス課へお問い合わせください。

また、（答）に記載の「入院時情報提供書」は、体制加算及び配置加算の届出に必要な様式という意味ではありません。R3 厚労省 Q & A vol.2 問 28（P.81）の注釈に、「H30 年度報酬改定にかかる別添資料 2 は廃止」とありますが、入院時情報提供書は廃止ではなく、参考様式として継続します。

### ●【その他加算】利用者負担上限管理加算（月 150 単位／回）

#### <算定要件>

利用者の負担額合計額の管理を行った場合に算定可能。負担額が負担上限額を超えているか否かは算定の条件としない。（上限管理については P89 を参照）

### ●【その他加算】初回加算（計画相談支援 300 単位／月、障害児相談支援 500 単位／月）

#### <算定要件>

ア 新規にサービス等利用計画を作成する場合

※障害福祉サービスや障害児通所支援を利用していなかった方、セルフプランによりサービスを利用していた方等

イ 計画相談支援対象障害者等が障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）を利用する月の前 6 月間において障害福祉サービス及び地域相談支援を利用していない場合

ウ 指定計画相談支援に係る契約をした日からサービス等利用計画案を交付した日までの期間が 3 ヶ月を超える場合であって、3 ヶ月が経過する日以後に月 2 回以上、利用者等に面接した場合

※テレビ電話装置等を利用して面接した場合も含まれるが、月 1 回は利用者の居宅等を訪問すること。

#### <算定にあたっての留意事項>

・上記ウの要件を満たす場合については、その月分の初回加算に相当する額を加えた単位（所定単位数に当該面接を行った月の数（3 を限度とする。）を乗じて得た単位数）を加算するもの。

・重ねて算定する場合、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、面接を行った年月日及び場所、面接の内容に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。



- ・初回加算の算定月から、前 6 月間において居宅介護支援事業所等連携加算、保育・教育等移行支援加算を算定している場合は、初回加算を算定できない。

問 障害児相談支援を利用していた障害児が、初めて計画相談支援を利用する場合について、計画相談支援の初回加算は算定可能か。また、計画相談支援を利用していた障害児が、初めて障害児相談支援を利用する場合も、障害児相談支援の初回加算は算定可能か。

(答) 算定できる。

(H30 厚労省 Q & A vol.1 問 81)

問 計画相談支援及び障害児相談支援に係る初回加算は、事業所の変更や転居等に伴い、違う事業所が新規でサービス等利用計画を作成する場合も対象になるのか。

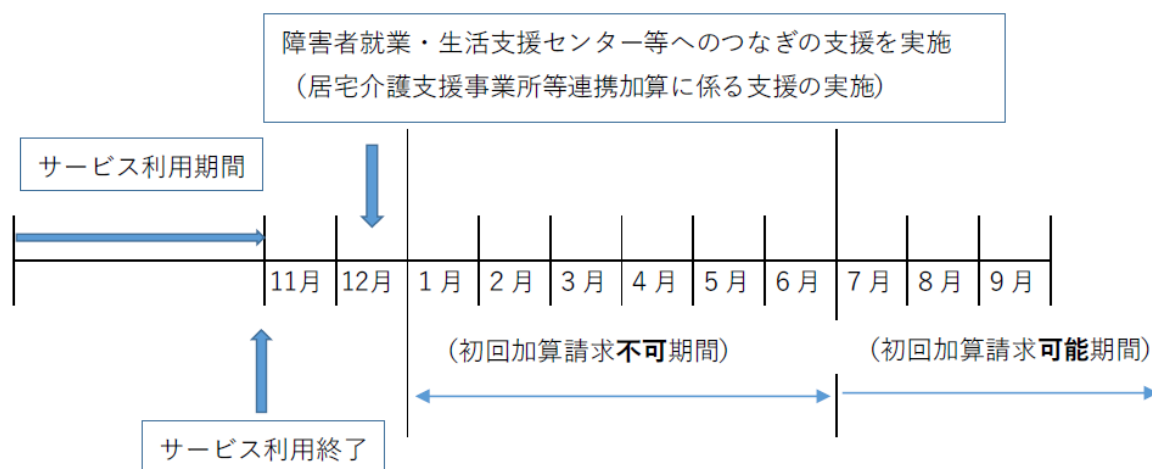
(答) 計画相談支援対象障害者等（障害児相談支援対象保護者）に対して、新規にサービス等利用計画（障害児支援利用計画）を作成する場合や、前 6 月間において障害児通所支援及び障害福祉サービス等の利用がない場合に対象となるものであるため、利用する相談支援事業所が変更となるだけでは対象にならない。

なお、セルフプランにより支給決定を受けている計画相談支援対象障害者等（障害児相談支援対象保護者）に対して、初めてサービス等利用計画（障害児支援利用計画）を作成する場合も初回加算の対象となる。

(R3 厚労省 相談支援に関する Q & A 問 69)

問 初回加算の算定月から、前 6 月において居宅介護支援事業所等連携加算を算定している場合は、初回加算を算定できないとされているが、具体的にはどのような場合か。

(答) 以下の図のとおり、居宅介護支援事業所等連携加算を取得した場合は、加算を取得した最終月から 6 月経過するまでは、初回加算を取得できないという趣旨である。



(R3 厚労省 Q & A vol.2 問 34)

## ●【その他加算】退院・退所加算（300 単位／回）

### <算定要件>

- ・病院若しくは診療所又は障害者支援施設等へ入院、入所等をして利用者が退院、退所し、障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）を利用する場合において、当該利用者の退院、退所に当たって、当該施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報（※ 2）の提供を得た上で、サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）の利用に関する調整を行い、当該利用者が障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）の支給決定を受けた場合に加算するものである。

※ 2 「必要な情報」とは、入院時情報連携加算において具体的に掲げた※ 1 の内容に加え、入院、入所等の期間中の利用者に係る心身の状況の変化並びに退院、退所に当たって特に配慮等すべき事項の有無及びその内容をいう。

### <算定にあたっての留意事項>

- ・初回加算を算定する場合、当該加算は算定できない。
- ・当該加算（当該退院等施設のみとの連携の場合）と医療・保育・教育機関等連携加算の併給はできない。
- ・入院、入所等の期間中に実施した情報収集又は調整等に関して、当該利用者のサービス等利用計画の作成にかかるサービス利用支援費の算定に併せて 3 回分を限度に加算を算定できる。
- ・本加算と居宅介護支援事業所等連携加算における「会議参加」の併給はできない。
- ・本加算と集中支援加算における「会議参加」の併給はできない。
- ・退院、退所する施設の職員と面談を行い情報の提供を受けた場合には、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、機関名、対応者氏名、開催年月日、場所、情報交換等の内容、情報交換の結果からサービス等利用計画に反映されるべき内容に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村等から求めがあった場合については、提出しなければならない。

## ●【その他加算】医療・保育・教育機関等連携加算（面談等 200 単位／月※計画作成月）

（面談等 300 単位／月※モニタリング実施月）

（通院同行 300 単位／月）

（情報提供 150 単位／月）

保健、医療、福祉、就労支援、教育等の関係機関（障害福祉サービス及び地域相談支援を除く。）との日常的な連携体制を構築するとともに、障害児の状態や支援方法の共有を行うことを目的としており、以下の業務を行った場合に、所定単位数を加算する。**サービス利用支援費、継続サービス利用支援費算定時のみ。**

### <算定要件>

利用者が利用する病院、企業、保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校等の関係機関との日常的な連携体制を構築するとともに、利用者の状態や支援方法の共有を行うことを目的に実施するものであるから、面談を実施することに限らず、関係機関との日常的な連絡調整に努めること。

### （1）福祉サービス等提供機関の職員との面談等【200 単位／月】又は【300 単位／月】

福祉サービス等を提供する機関（障害福祉サービス及び地域相談支援を除く。以下同じ。）の職員等と面談又は会議を行い、計画相談支援対象障害者等に関する必要な情報の提供を受けた上で、指定サービス利用支援又は指定継続サービス利用支援を行った場合。

## (2) 利用者への通院同行【300 単位/月】

計画相談支援対象障害者等が病院等に通院するに当たり、当該病院等を訪問し、当該病院等の職員に対して、対象者の心身の状況、生活環境等の対象者に係る必要な情報を提供した場合。（1 月 3 回まで。ただし同一病院等 1 月 1 回まで。）

## (3) 福祉サービス等提供機関への情報提供【150 単位/月】

福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に対して計画相談支援対象者等に関する必要な情報を提供した場合。（それぞれの区分ごとに 1 月 1 回まで。）

### <算定にあたっての留意事項>

- ・当該加算は医療・保育・教育機関をはじめとする各福祉サービス等提供機関との連携をさらに促進することを目的としていることから、連携の対象機関については、障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）事業者以外の福祉サービス等提供機関（病院等、訪問看護事業所、企業、保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校等）と規定する。
  - ・算定要件(1)については、テレビ電話装置等の活用が可能である。また、様々な専門的見地からの意見を踏まえることから、サービス担当者会議において福祉サービス等提供機関の職員から必要な情報の提供を受ける場合も含むものとして、当該職員との面談と同様の評価としている。
  - ・算定要件(1)については、①初回加算、②退院・退所加算を算定し、かつ、退院又は退所する施設の職員のみから情報の提供を受けている場合は、当該加算を算定できない。
  - ・算定要件(2)については、単に同行することを評価するものではなく、通院に同行した上で、病院等の職員等に対して、利用者の基本情報、状態、支援の留意点等、家族・世帯の状況、生活の状況、受診・服薬の状況、サービスの利用状況及びサービス等利用計画の内容等の必要な情報を提供し連携を図るもの。①利用者の状態に変化があった場合、②利用者の治療や療養上病院等と在宅生活の支援に係る関係機関等が連携する必要がある場合、③利用するサービス及びサービス利用計画に変更があった場合、等を想定している。（入院時情報提供書等を参考とすること。）
  - ・算定要件(3)については、次の区分ごとにそれぞれ 1 月に 1 回を限度に算定。
    - (一)病院等、訪問看護事業所（入院時情報提供書等を参考とすること。）
    - (二) (一)以外の福祉サービス等提供機関なお、病院等への情報提供と同じ月において、同病院等に対して通院同行により情報提供している場合は重複して算定できないが、異なる病院等に対して情報提供を行う場合はそれぞれ算定可能。
  - ・保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス（障害福祉サービス及び地域相談支援を除く。）を提供する機関の職員等と面談を行い情報の提供を受けた場合には、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、機関名、対応者氏名、開催年月日、場所、情報交換等の内容、情報交換の結果からサービス等利用計画に反映されるべき事項に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村等から求めがあった場合については、提出しなければならない。ただし、作成したサービス等利用計画等において、上記の記録すべき内容が明確にされている場合は、別途記録の作成を行うことは要しない。
- ※参考様式については堺市ホームページ又は厚生労働省ホームページを参照。

問「医療・保育・教育機関等連携加算」の連携先はどこまで含まれるのか。

(答) 留意事項通知で示しているとおり、サービス等利用計画又は障害児支援利用計画（以下「サービス等利用計画等」という。）を作成する際に、利用者が利用している病院、企業、保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校と連携することが想定されるが、その他にも利用者が利用しているインフォーマルサービスの提供事業所等が想定される。

なお、これらの障害福祉サービス等以外の機関における支援内容や担当者等についても、サービス等利用計画等に位置付けることが望ましい。

(H30 厚労省Q & A vol.1 問 83)

●【その他加算】集中支援加算（情報提供以外 300 単位／月）  
（情報提供 150 単位／月）

以下の業務を行った場合に、サービス利用支援費、継続サービス利用支援費算定時以外の場合のみ所定単位数を加算する。

ただし、当該加算は、緊急的、臨時的な取扱いであり、頻回に算定が必要となる利用者については、モニタリング頻度を改めて検証する必要があることに留意すること。

<算定要件>

次の(1)から(5)までのいずれかに該当する場合に、1 月にそれぞれ(1)から(5)までに掲げる単位数を加算する。ただし(1)から(3)までについては、計画相談支援対象障害者等 1 人につき 1 月に 1 回を限度とする。

(1) 利用者等への訪問による面接【300 単位/月】

障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）の利用に関して、計画相談支援対象障害者等又は市町村等の求めに応じ、月に 2 回以上、当該計画相談支援対象障害者等の居宅等を訪問し、又はテレビ電話装置等を活用して、当該計画相談支援対象障害者等及びその家族に面接する場合。（月 1 回以上居宅等の訪問により面接を行う場合に限る。）

(2) サービス担当者会議の開催【300 単位/月】

サービス担当者会議を開催し、相談支援専門員又は相談支援員が把握したサービス等利用計画の実施状況（計画相談支援対象障害者等についての継続的な評価を含む。）について説明を行うとともに、担当者に対して、専門的な見地からの意見を求め、サービス等利用計画の変更その他必要な便宜の提供について検討を行う場合。

(3) 関係機関が開催する会議への参加【300 単位/月】

福祉サービス等を提供する機関等の求めに応じ、当該関係機関が開催する会議に参加し、計画相談支援対象障害者等の障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）の利用について、関係機関相互の連絡調整を行った場合。入院時情報連携加算(Ⅰ)又は退院・退所加算を算定する月を除く。

(4) 利用者への通院同行【300 単位/月】

計画相談支援対象障害者等が病院等に通院するに当たり、当該病院等を訪問し、当該病院等の職員に対して、対象者の心身の状況、生活環境等の対象者に係る必要な情報を提供した場合。（1 月 3 回まで。ただし同一病院等 1 月 1 回まで。）

## (5) 福祉サービス等提供機関への情報提供【150 単位/月】

福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に対して計画相談支援対象者等に関する必要な情報を提供した場合。（それぞれの区分ごとに 1 月 1 回まで。）

### <算定にあたっての留意事項>

- ・算定要件(1)の「計画相談支援対象障害者等又は市町村等」とは、利用者及びその家族、市町村、福祉サービス等の事業を行うもの等をいう。面接とは、テレビ電話装置等を活用して面接した場合を含む。ただし月 1 回以上は利用者の居宅等を訪問し、面接することを要するもの。この場合においても利用者等に対して面接方法に係る意向を確認し、居宅等を希望する場合は居宅等を訪問して面接するよう努めること。
- ・算定要件(2)の「サービス担当者会議」の開催に当たっては、利用者や家族も出席し、利用するサービスに対する意向等を確認しなければならない。
- ・算定要件(3)の「福祉サービス等を提供する機関等」とは、障害福祉サービス事業者、一般相談支援事業者、病院等、訪問看護事業所、企業、地方自治体等をいう。
- ・算定要件(3)について、居宅介護支援事業所等連携加算における会議参加と会議の趣旨、つなぎ先が同様で、居宅介護支援事業所等連携加算を算定する場合は、本加算を算定できない。
- ・算定要件(1)を算定する場合は、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、面談年月日、場所、面接の内容の要旨に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。
- ・算定要件(2)を算定する場合は、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、サービス担当者会議の出席者（氏名、所属・職種）や開催年月日、場所、検討内容の概要（例：支援の経過、支援上の課題、課題への対応策）に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。
- ・算定要件(3)を算定する場合は、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、開催年月日、場所、会議の出席者（氏名、所属・職種）、検討内容の概要（例：支援の経過、支援上の課題、課題への対応策）に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。

問「集中支援加算」と「サービス担当者会議実施加算」におけるサービス担当者会議の要件はそれぞれどのように異なるのか。

（答）「集中支援加算」の算定に係るサービス担当者会議については、臨時的な会議開催の必要性が生じた状況のもと、利用者に利用するサービスに対する意向等を確認し、かつ、支援の方向性や支援の内容を検討することを円滑に行う必要があることから、利用者や家族の会議への参加を算定の要件としている。

一方、「サービス担当者会議実施加算」は、モニタリングに際してサービス担当者会議を開催した場合に算定が可能である。モニタリングでは利用者との居宅等での面接を含め、別途利用者と接し、利用者の状況や解決すべき課題の変化を把握する機会があること等から利用者の会議出席を必須とはしていないものの、本人及びその家族の意向を丁寧に反映させる観点から、可能な限り参加を求めることが望ましい。

（R3 厚労省 Q & A vol.2 問 36）

(居宅介護支援事業所等連携加算、保育・教育等移行支援加算、集中支援加算)

問 居宅介護支援事業所等連携加算、保育・教育等移行支援加算、集中支援加算の連携先はどこまで含まれるのか。

(答) それぞれ、主な連携先は以下を想定している。

| 加算名   | 連携（つなぎ）先   |
|---|--|
| 居宅介護支援事業所等連携加算<br>(介護保険への移行、進学、企業等への就職による障害福祉サービス利用終了時) | 指定居宅介護支援事業所、指定居宅介護予防支援事業所、保育所、幼稚園、認定こども園、小学校、中学校、高等学校、専修学校、大学、特別支援学校、企業及び障害者就業・生活支援センター  |
| 保育・教育等移行支援加算<br>(進学、企業等への就職による障害児通所支援利用終了時)             | 保育所、幼稚園、認定こども園、小学校、中学校、高等学校、専修学校、大学、特別支援学校、企業及び障害者就業・生活支援センター  |
| 集中支援加算  | 障害福祉サービス事業者、一般相談支援事業者、障害児通所支援事業者、障害児入所支援施設、指定発達支援医療機関、病院、企業、保育所、幼稚園、小学校、認定こども園、中学校、高等学校、専修学校、大学、特別支援学校、公的な支援機関や他法他施策に基づく支援機関<br>(※) 及び地方自治体<br>(※) 公的な支援機関や他法他施策に基づく支援機関の例<br>保護観察所、公共職業安定所、保健センター、地域包括支援センター、利用者支援事業、自立相談支援機関、包括的相談支援事業、多機関協働事業、居住支援法人、精神保健福祉センター、保健所、更生相談所、児童相談所、発達障害者支援センター、高次脳機能障害者支援センター、難病相談支援センター、地域生活定着支援センター、子ども家庭支援センター、配偶者暴力相談支援センター、女性センター |

(R3 厚労省 Q & A vol.2 問 35)

## ●【その他加算】サービス担当者会議実施加算（100 単位／月）

### <算定要件>

継続サービス利用支援の実施時（モニタリング）において、利用者の居宅等を訪問し利用者に面接することに加えて、サービス等利用計画に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、相談支援専門員が把握したサービス等利用計画の実施状況（計画相談支援対象障害者等についての継続的な評価を含む。）について説明を行うとともに、担当者から専門的な見地からの意見を求め、サービス等利用計画の変更その他必要な便宜の提供について検討を行った場合に加算するものである。

### <算定にあたっての留意事項>

- ・利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度として加算可。
- ・サービス担当者会議において検討した結果、サービス等利用計画の変更を行った場合は、サービス利用支援費を算定することとなるため、当該加算は算定できない。
- ・利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、開催年月日、場所、出席者（氏名、所属・職種）、検討内容の概要（例：支援の経過、支援上の課題、課題への対応策）に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定す

る記録をいう。)を作成し、5年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。

問「サービス担当者会議実施加算」は、サービス利用支援時に開催したサービス担当者会議と同様の担当者を招集する必要があるのか。また、全員集まらなると算定できないのか。

(答) サービス利用支援時に開催したサービス担当者会議と同様の担当者が全員参加することが望ましいが、検討を行うにあたり必要な者が参加していれば、担当者全員の参加は要しない。

ただし、会議開催を調整したが全員参加せず、メール等による担当者への報告のみの実施である場合は、当該加算を算定することはできない。

(H30 厚労省Q & A vol.1 問 84)

問 モニタリング時にサービス担当者会議を開催した結果、サービス等利用計画等を変更することになった場合、支給決定後に指定基準に基づき、再度サービス担当者会議を開催しなければならないのか。

(答) モニタリング時に開催したサービス担当者会議の結果、サービス等利用計画等を変更することとなった場合は、その際に検討した変更案から変更がない又は軽微な変更のみであれば、その旨を関係者に報告する等によって、サービス担当者会議の開催について簡素化することは差し支えない。

(H30 厚労省Q & A vol.1 問 85)

## ●【その他加算】入院時情報連携加算（（Ⅰ）300 単位、（Ⅱ）150 単位／月）

＜算定要件＞ ※いずれかに該当する場合に算定可能

計画相談支援対象障害者等が医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 1 条の 5 第 1 項に規定する病院又は同条第 2 項に規定する診療所（以下「病院等」という。）に入院するに当たり、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、当該病院等の職員に対して、当該計画相談支援対象障害者等の心身の状況や生活環境等の当該計画相談支援対象障害者等に係る必要な情報を提供した場合は、次に掲げる区分に応じ、所定単位数に加算する。

| 種類           | 内容  | 単位       |
|--------------|---|----------|
| 入院時情報連携加算（Ⅰ） | 医療機関へ出向いて、当該医療機関の職員と面談し、必要な情報（※ 1）を提供した場合 | 300 単位／月 |
| 入院時情報連携加算（Ⅱ） | （Ⅰ）以外の方法により、必要な情報を提供した場合                  | 150 単位／月 |

（※ 1）「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の心身の状況（例えば障害の程度や特性、疾患・病歴の有無など）、生活環境（例えば家族構成、生活歴など）、日常生活における本人の支援の有無やその具体的状況及びサービスの利用状況をいう。

＜算定にあたっての留意事項＞

- ・利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度として加算可
- ・入院時情報連携加算（Ⅰ）、（Ⅱ）の同時算定は不可
- ・開催年月日、場所（医療機関へ出向いた場合）、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、機関名、対応者氏名、内容（情報共有や情報提供等の概要）、提供手段（面談、FAX 等）について記録（基準省令

第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。)を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。なお、情報提供の方法としては、サービス等利用計画や国が示している入院時情報提供書等の活用が考えられる。

- ・本加算と居宅介護支援事業所等連携加算における「情報提供」及び「会議参加」の併給はできない。
- ・入院時情報連携加算（Ⅰ）と集中支援加算における「会議参加」の併給はできない。
- ・本加算は、単独での請求が可能。

※参考様式については堺市ホームページ又は厚生労働省ホームページを参照。

## ●【その他加算】居宅介護支援事業所等連携加算（情報提供以外 300 単位／月）

### （情報提供 150 単位／月）

これまで障害福祉サービス等を利用していた利用者が、介護保険サービスを利用する場合又は通常の事業所に新たに雇用される場合であって、指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所、雇用先の事業所、又は障害者就業・生活支援センター等（以下「関係機関」という。）へ引継ぐ場合において、一定期間を要するものに対し、当該利用者を担当している相談支援専門員が、情報提供を行い支援内容の検討等に協力する場合、居宅等への月 2 回以上の訪問による面接を行った場合、関係機関が開催する会議への参加を行った場合のいずれかの場合において、所定単位数を加算する。

#### <算定要件>

##### 障害福祉サービス等を利用している期間

次の(1)から(6)までのいずれかに該当する場合に、1 月にそれぞれについて 2 回を限度として合算した単位数を加算する

##### 障害福祉サービス等の利用を終了した日から起算して 6 月以内の期間

次の(1)から(6)までのいずれかに該当する場合に、1 月にそれぞれについて 1 回を限度として合算した単位数を加算する

#### (1) 指定居宅介護支援事業所等への情報提供【150 単位／月】

計画相談支援対象障害者等が指定居宅介護支援又は指定介護予防支援（以下「指定居宅介護支援等」という。）の利用を開始するに当たり、当該指定居宅介護支援等を提供する指定居宅介護支援事業所又は指定介護予防支援事業所（以下「指定居宅介護支援事業所等」といい、当該計画相談支援対象障害者等が利用する指定特定相談支援事業所と一体的に運営している場合を除く。）に対して、当該計画相談支援対象障害者等の心身の状況等の当該計画相談支援対象障害者等に係る必要な情報を提供し、当該指定居宅介護支援事業所等における居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成に協力する場合

#### (2) 利用者等への訪問による面接（指定居宅介護支援等の利用関係）【300 単位／月】

計画相談支援対象障害者等が指定居宅介護支援等の利用を開始するに当たり、月に 2 回以上、当該計画相談支援対象障害者等の居宅等を訪問し、又はテレビ電話装置等を活用して、当該計画相談支援対象障害者等及びその家族に面接する場合

（月 1 回以上居宅等の訪問により面接を行う場合に限る。サービス利用支援費又は継続サービス利用支援費を算定する月を除く。）



**(3) 指定居宅介護支援事業所等が開催する会議への参加【300 単位／月】**

計画相談支援対象障害者等が指定居宅介護支援等の利用を開始するに当たり、当該計画相談支援対象障害者等の心身の状況の確認及び支援内容の検討に係る指定居宅介護支援事業所等が開催する会議に参加する場合

(サービス利用支援費又は継続サービス利用支援費を算定する月を除く。)

**(4) 雇用先事業所等への情報提供【150 単位／月】**

計画相談支援対象障害者等が通常の事業所に新たに雇用され、障害者の雇用の促進等に関する法律第 27 条第 2 項に規定する障害者就業・生活支援センター又は当該通常の事業所の事業主等（以下「障害者就業・生活支援センター等」という。）による支援を受けるに当たり当該障害者就業・生活支援センター等に対して、当該計画相談支援対象障害者等の心身の状況等の当該計画相談支援対象障害者等に係る必要な情報を提供し、当該障害者就業・生活支援センター等における当該計画相談支援対象障害者等の支援内容の検討に協力する場合

**(5) 利用者等への訪問による面接（利用者等の雇用関係）【300 単位／月】**

計画相談支援対象障害者等が通常の事業所に新たに雇用されるに当たり、月に 2 回以上、当該計画相談支援対象障害者等の居宅等を訪問し、又はテレビ電話装置等を活用して、当該計画相談支援対象障害者等及びその家族に面接する場合

(サービス利用支援費又は継続サービス利用支援費を算定する月を除く。)

**(6) 雇用先事業所等が開催する会議への参加【300 単位／月】**

計画相談支援対象障害者等が通常の事業所に新たに雇用され、障害者就業・生活支援センター等による支援を受けるに当たり、当該計画相談支援対象障害者等の心身の状況の確認及び支援内容の検討に係る当該障害者就業・生活支援センター等が開催する会議に参加する場合

(サービス利用支援費又は継続サービス利用支援費を算定する月を除く。)

**<算定にあたっての留意事項>**

- ・算定要件(1)及び(4)「必要な情報の提供」は文書（この目的のために作成した文書に限る）によるものをいう。  
(P.78 VOL.2 問 37 参照)
- ・算定要件(1)の「作成等に協力する場合」、同(4)「支援内容の検討に協力する場合」とは、具体的には、指定居宅介護支援事業所又は指定介護予防支援事業所（以下「指定居宅介護支援事業所等」という。）の介護支援専門員や障害者就業・生活支援センターの職員等が実施するアセスメントに同行することや、当該利用者に関する直近のサービス等利用計画やモニタリング結果等を情報提供した上で、利用者の心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況等を介護支援専門員等に対して説明を行った場合等をいう。
- ・算定要件(2)及び(5)の「居宅等」とは、利用者の居宅、障害者支援施設等、病院をいい、利用者の生活の基礎となるところを指す。
- ・算定要件(2)及び(5)の「面接」とは、テレビ電話装置等を活用して面接した場合を含む。ただし月 1 回以上は利用者の居宅等を訪問し、面接することを要するもの。この場合においても利用者等に対して面接方法に係る意向を確認し、希望する場合は居宅等を訪問して面接するよう努めること。
- ・障害福祉サービス等を利用している期間においては、1 月につき(1)から(6)までのそれぞれに定める単位数（それぞれ 2 回を限度とする）を合算した単位数を加算し、障害福祉サービス等の利用を終了した日から起算して 6 月以

内においては、1月につきそれぞれに定める単位数を合算した単位数を加算する。例えば、計画相談支援対象障害者等が指定居宅介護支援又は指定介護予防支援（以下「指定居宅介護支援等」という。）の利用を開始するにあたり、1月に2回以上利用者等に面接し、かつ、指定居宅介護支援事業所等が開催する会議に参加する場合は、それぞれ所定単位を算定できる。ただし、複数の関係機関が開催する会議が同一日に連続して一体的に開催される場合、算定回数は1回とする。

- ・算定要件(2)(3)(5)(6)は指定サービス利用支援費又は指定継続サービス利用支援費を算定している月は算定できない。
- ・「情報提供（算定要件(1)(4)）」及び「会議参加(算定要件(3)(6))」は入院時情報連携加算と併給できない。（P.82 VOL.2 問 27 参照）
- ・「会議参加(算定要件(3)(6))」は退院・退所加算と併給できない。（P.82VOL.2 問 27 参照）
- ・居宅介護支援事業所等連携加算を取得した場合は、加算を取得した最終月から6月経過するまでは、初回加算を取得できない。（P.69 VOL.2 問 34 参照）
- ・福祉サービス等を提供する機関等からの求めに応じた会議参加について、集中支援加算における会議参加と会議の趣旨、つなぎ先等が同様で、集中支援加算を算定する場合、本加算は算定できない。
- ・算定要件(1)及び(4)を算定する場合は、情報提供を行った日時、場所（居宅介護支援事業所等へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX 等）等について記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。なお、情報提供の方法としては、サービス等利用計画等の活用が考えられる。
- ・算定要件(2)及び(5)を算定する場合は、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、面談日時、場所、面接の内容の要旨に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。
- ・算定要件(3)及び(6)を算定する場合は、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、開催日時、場所、会議の出席者（氏名、所属・職種）、検討内容の概要（例：支援の経過、支援上の課題、課題への対応策）に関する記録（基準省令第 30 条第 2 項に規定する記録をいう。）を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。

問「居宅介護支援事業所等連携加算」は、当該指定居宅介護支援等の利用開始日前6月以内に算定している場合は算定不可とあるが、異なる居宅介護支援事業所が居宅サービス計画を作成する場合は、6月以内でも算定可能か。

（答）算定できる。

（H30 厚労省 Q & A vol.1 問 82）

（居宅介護事業所等連携加算、保育・教育等移行支援加算）

問「居宅介護支援事業所等連携加算」、「保育・教育等移行支援加算」の算定に当たって「情報提供」を行う場合の「心身の状況等」（計画相談支援対象障害者等に係る必要な情報）とは具体的に何か。

（答）「居宅介護支援事業所等連携加算」等の対象として「情報提供」を行う場合の「心身の状況等」とは、「入院時情報連携加算」において具体的に掲げた内容（※）等の情報提供を指す。

（※）当該利用者の心身の状況（例えば、障害の程度や特性、疾患・病歴の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴など）、日常生活における本人の支援の有無やその具体的状況及びサービスの利用状況

（R3 厚労省 Q & A vol.2 問 37）

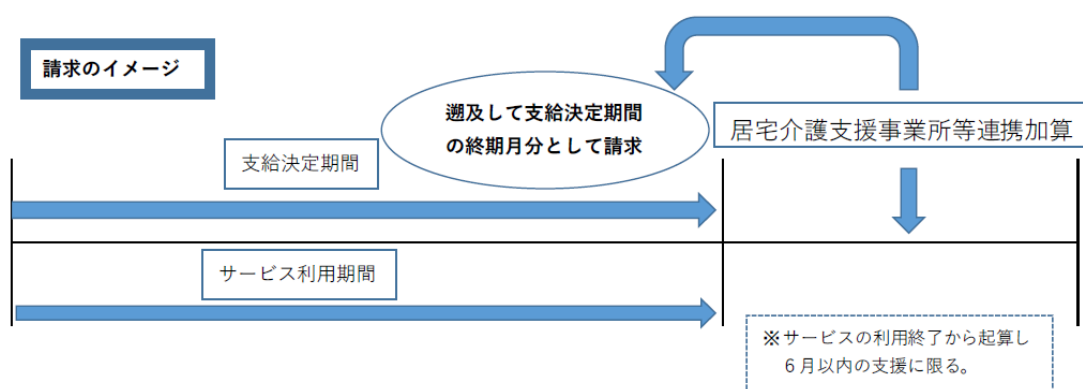
問「居宅介護支援事業所等連携加算」における障害福祉サービスの利用終了後 6 月の算定について、サービスの利用終了後に対象の支援を実施した場合はどのように算定するのか。

(答) 厚生労働省令(第 34 条の 54)において支給期間は、サービス利用支援を実施する月から支給決定障害者等に係る支給決定の有効期間又は地域相談支援給付決定障害者に係る地域相談支援給付決定の有効期間のうち最も長いものの終期の月までの範囲内で月を単位として市町村が定める期間とされている。

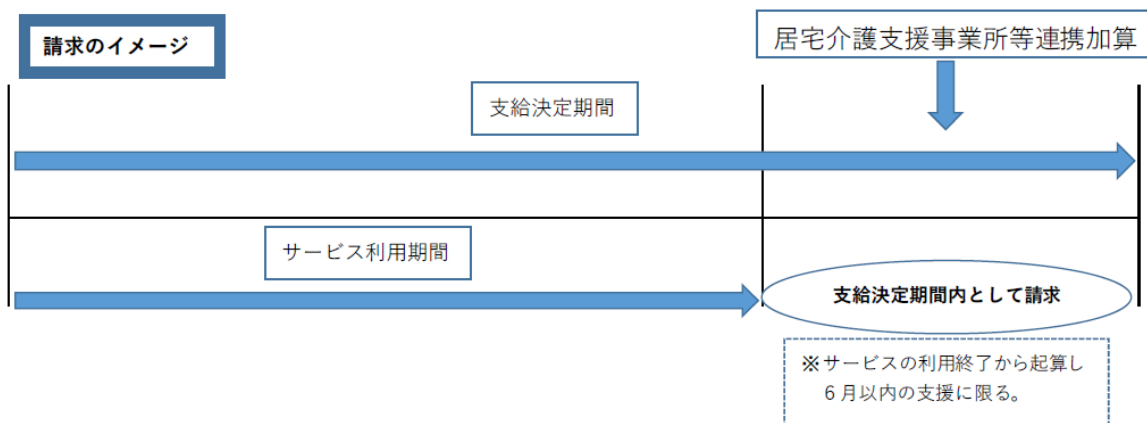
このため、以下に示す方法により算定すること。

( i ) 支給決定期間とサービスの利用終了月が同一の場合

サービス利用終了から起算して 6 月の範囲内で支援が終了した後に支給決定期間の終期月分として改めて請求すること。



( ii ) 支給決定の有効期間内にサービスを受ける必要がなくなった(サービスの利用を終了した)場合支給決定の有効期間内の支援として通常のとおり請求すること。



( i ) の場合、①居宅等を訪問し、面接を行った場合、②居宅介護支援事業所等が開催する会議に参加した場合については、原則として終期月に実施することとされている継続サービス利用支援と同月の請求となることから、国保連合会での一次審査のチェックは警告として市町村審査の対象となるため、市町村においては適正な請求であるか確認の上支給すること。

( ii ) の場合において、サービスの利用終了に伴い、支給決定の取消しを行った場合については、( i ) と同様の方法によって請求を行うこと。

「保育・教育等移行支援加算」についても算定方法及び審査方法の取扱いは同様である。

(R3 厚労省 Q & A vol.2 問 33)

## 児 ●【その他加算】保育・教育等移行支援加算（情報提供以外 300 単位／月）

### （情報提供 150 単位／月）

これまで障害福祉サービス等又は障害児通所支援若しくは障害児入所支援を利用していた利用者が、就学、進学する場合又は通常の事業所に新たに雇用される場合であって、保育所、小学校、特別支援学校、雇用先の事業所又は障害者就業・生活支援センター等（以下「関係機関」という。）へ引き継ぐ場合において、一定期間を要するものに対し、当該利用者を担当している相談支援専門員が、以下の業務を行った場合に、所定単位数を加算する。

#### <算定要件>

障害福祉サービス等又は障害児通所支援若しくは障害児入所支援を利用している期間

次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合に、1月にそれぞれについて2回を限度として合算した単位数を加算する。

障害福祉サービス等又は障害児通所支援若しくは障害児入所支援の利用を終了した日から起算して6月以内の期間

次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合に、1月につきそれぞれについて1回を限度として合算した単位数を加算する。

#### (1) 関係機関への情報提供【150 単位／月】

障害児が保育所、小学校その他の児童が集団生活を営む施設（以下この注において「保育所等」という。）に通い、又は通常の事業所に新たに雇用され、障害者就業・生活支援センター若しくは当該通常の事業所の事業主等（以下この注において「障害者就業・生活支援センター等」という。）による支援を受けるに当たり、当該保育所等又は障害者就業・生活支援センター等に対して、当該障害児の心身の状況等の当該障害児に係る必要な情報を提供（※）し、当該保育所等又は障害者就業・生活支援センター等における当該障害児の支援内容の検討に協力する場合（※）

※「必要な情報の提供」とは、この目的のために作成した文書によるものをいう。（P.78 VOL.2 問37 参照）

※「支援内容の検討に協力する場合」とは、関係機関の職員等が実施するアセスメントに同行することや、当該障害児に関する直近の障害児支援利用計画やモニタリング結果等を情報提供した上で、障害児の心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況等を保育所等の職員等に対して説明を行った場合等をいう。

#### (2) 障害児等への訪問による面接【300 単位／月】

障害児が保育所等に通い、又は通常の事業所に新たに雇用されるに当たり、月に2回以上、当該障害児の居宅を訪問し、又はテレビ電話装置等を活用して、当該障害児及びその家族に面接する場合

（月1回以上居宅の訪問により面接を行う場合に限る。障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費を算定する月を除く。）

#### (3) 関係機関が開催する会議への参加【300 単位／月】

障害児が保育所等に通い、又は通常の事業所に新たに雇用され、障害者就業・生活支援センター等による支援を受けるに当たり、当該障害児の心身の状況の確認及び支援内容の検討に係る当該保育所等又は障害者就業・生活支援センター等が開催する会議に参加する場合

（障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費を算定する月を除く。テレビ電話装置等の活用可。）

＜算定にあたっての留意事項＞

- ・障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）を利用している期間においては、1月につき算定要件(1)から(3)までのそれぞれに掲げる単位数（それぞれ2回を限度とする）を合算した単位数を加算し、障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）の利用を終了した日から起算して6月以内においては、1月につきそれぞれに定める単位数を合算した単位数を加算する。例えば、障害児相談支援対象保護者が小学校等に就学するにあたり、1月に居宅を2回以上訪問し、障害児等に面接を行い、かつ、小学校等が開催する会議に参加する場合は、それぞれ所定単位を算定できる。
- ただし、複数の関係機関が開催する会議が同一日に連続して一体的に開催される場合、算定回数は1回とする。
- ・算定要件(2)(3)は指定障害児支援利用援助費、指定継続障害児支援利用援助費を算定している月は算定できない。
- ・入院時情報連携加算、退院・退所加算を算定している月は、当該加算は算定できない。
- ・(1)を算定する場合は、情報提供を行った日時、場所（保育所等に出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）について記録（基準省令第30条第2項に規定する記録をいう。）を作成し、5年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。なお、情報提供の方法としては、障害児支援利用計画等の活用が考えられる。
- ・(2)を算定する場合は、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、面談日時、場所、面接の内容に関する記録を作成し、5年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。
- ・(3)を算定する場合は、利用者氏名、担当相談支援専門員氏名、開催日時、場所、会議の出席者（氏名、所属・職種）、検討内容概要（例：支援の経過、支援上の課題、課題への対応策）に関する記録を作成し、5年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。

●【その他加算】サービス提供時モニタリング加算（100単位／月）

＜算定要件＞

継続サービス利用支援の実施時（モニタリング）又はそれ以外の機会において、サービス等利用計画に位置付けた障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）を提供する事業所又は当該障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）の提供場所を訪問し、サービス提供場面を直接確認することにより、サービスの提供状況について詳細に把握し、確認結果の記録を作成した場合に加算するものである。

＜算定にあたっての留意事項＞

- ・利用者1人につき、1月に1回を限度として加算可。
- ・1人の相談支援専門員が1月に請求できる当該加算の件数は39件を限度とする。
- ・当該利用者が利用する指定障害福祉サービス（又は障害児通所支援）事業所等の業務と兼務している場合であって、かつ当該事業所におけるサービス提供場面ののみを確認した場合は、加算は算定できない。
- ・サービス提供時のモニタリングを実施するにあたっては次のような事項を確認し、記録（基準省令第30条第2項に規定する記録をいう。）を作成し、5年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合については、提出しなければならない。
  - ア 障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）の事業所等におけるサービスの提供状況
  - イ サービス提供時の計画相談支援対象障害者等の状況
  - ウ その他必要な事項
  - エ 利用者氏名
  - オ 担当相談支援専門員又は相談支援員の氏名
  - カ 訪問した機関名、場所及び対応者氏名

## キ 訪問日時

問 「サービス提供時モニタリング加算」は、居宅で利用する障害福祉サービス等の提供現場を確認した場合も算定可能か。

（答） 算定可能である。ただし、指定基準に基づいた定期的なモニタリングを行う日と同一日に、居宅で利用する障害福祉サービス等の提供現場を確認し、当該加算を算定する場合は、モニタリング結果と当該加算に関する記録をそれぞれ作成する必要があるので留意すること。

（H30 厚労省 Q & A vol.1 問 86）

問 複数の障害福祉サービス等を利用する利用者について、「サービス提供時モニタリング加算」を算定する場合は、利用する全ての障害福祉サービス等の提供現場を確認しないと算定できないのか。

（答） 複数の障害福祉サービス等を利用している者については、全ての障害福祉サービス等の提供現場を確認することが望ましいが、1箇所でも確認していれば算定は可能である。

（H30 厚労省 Q & A vol.1 問 87）

問 「サービス提供時モニタリング加算」は相談支援専門員 1 人当たり 39 件まで請求できるが、取扱件数と同様に前 6 月平均なのか。

（答） 取扱件数については、月によってモニタリング件数が集中する場合があることに配慮して前 6 月平均としたところであるが、「サービス提供時モニタリング加算」は実施月を調整することが可能であるため、前 6 月平均ではなく当該月の実施件数を 39 件までとする。

（H30 厚労省 Q & A vol.1 問 88）

### ●【その他加算】遠隔地訪問加算（300 単位／月）

※本市は当該加算で定める特別地域ではないため割愛

問 （加算共通）加算が複数創設されているが、既存の加算と支援の内容が重複する場合、どのように算定したらよいのか。

（答） 以下に記載する例のとおり、同一の支援業務においては複数の加算を算定することはできないため、いずれかの加算を選択し請求を行う必要がある。

- ① 居宅介護支援事業所等連携加算における「情報提供」及び「会議参加」と入院時情報連携加算
- ② 居宅介護支援事業所連携加算における「会議参加」と退院・退所加算
- ③ 集中支援加算における「会議参加」と入院時情報連携加算（Ⅰ）及び退院・退所加算

（R3 厚労省 Q & A vol.2 問 27）

問 (加算共通) 記録の作成が必要な加算についてはどのように記録したら良いか。また、加算の算定要件となる業務の挙証書類については、基準省令で定める記録(相談支援台帳等)等に記載、保管することで足りることとされたが、具体的にどのような記載事項を想定しているのか。

(答) 各加算(体制を評価するものを除く)の算定を挙証するためには、該当する支援について、以下の表に掲げる事項を含む記録の作成が必要である。これらは、基準省令第30条第2項に定める記録に必要な事項の記載がある場合、別途重ねて記録を作成する必要はない。ただし、実地指導等において市町村等から求めがあった場合には直ちに提示できるよう整理し保管すること。

なお、個々の利用者ごとに相談支援を提供した都度作成する支援経過等の記録や会議録が基準省令第30条第2項に定める記録に含まれるものとして一体的に管理・保存されている場合、当該記録や会議録を含めて当該基準省令に定める記録として取り扱うことができる。

例えば、関係機関が主催する利用者の支援の方向性を検討する会議に参加し、その会議録を当該基準省令に定める記録の一部として一体的に管理・保存した場合、集中支援加算(会議参加)を算定する場合であっても、別途加算を挙証するための記録を作成することは不要である。ただし、他機関が作成した会議録等を受領し、そのまま自事業所の記録へ転用することは適切でなく、加えて少なくとも自事業所の記録様式に自らの所見(考察)等を記録することが必要である。

※(平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A(平成30年3月30日障害福祉課事務連絡)の別添資料2は廃止する。

(R3 厚労省Q & A vol.2 問28)

| 加算名   | 記録に記載する事項   |
|---|---|
| 【利用者及び家族への面接に係る加算】<br>初回加算(重ねて算定する場合)<br>集中支援加算(訪問)<br>居宅介護事業所等連携加算(訪問)<br>保育・教育等移行支援加算(訪問) | ・利用者氏名<br>・担当相談支援専門員氏名<br>・面接を行った日時及び場所<br>・面接の内容   |
| 入院時情報連携加算(Ⅰ)  | ・利用者氏名<br>・担当相談支援専門員氏名<br>・機関名、対応者氏名<br>・提供日時及び場所(医療機関へ出向いた場合)<br>・情報共有や情報提供等の概要                |
| 退院・退所加算<br>医療・保育・教育連携加算   | ・利用者氏名<br>・担当相談支援専門員氏名<br>・機関名<br>・対応者氏名<br>・面接日時及び場所<br>・情報交換等の内容、情報交換の結果からサービス等利用計画に反映されるべき事項 |
| 【会議の開催、参加に係る加算】<br>医療・保育・教育機関等連携加算<br>集中支援加算(会議開催、会議参加)                                     | ・利用者氏名<br>・担当相談支援専門員氏名<br>・開催日時及び場所、出席者(氏名、所属・職種)   |

|   |  |
|---|--|
| 居宅介護事業所等連携加算（会議参加）<br>サービス担当者会議実施加算<br>地域体制強化共同支援加算<br>保育・教育等移行支援加算（会議参加） | ・検討内容の概要※（例：支援の経過、支援上の課題、課題への対応策）<br>※検討事項等に係る詳細については留意事項通知のとおり。   |
| サービス提供時モニタリング加算   | ・利用者氏名<br>・担当相談支援専門員又は相談支援員氏名<br>・訪問した機関名、場所及び対応者氏名<br>・訪問日時<br>・確認した障害福祉サービス等（又は障害児通所支援）におけるサービスの提供状況<br>・サービス提供時の利用者の状況<br>・その他必要な事項 |

問 令和３年度の報酬改定で創設された加算の中で、基本報酬を算定していない月でも請求可能な加算はあるか。

（答）以下の加算については、基本報酬を算定しない月にものみ算定可能である。

①集中支援加算

②居宅介護支援事業所等連携加算、保育・教育等移行支援加算における「訪問」及び「会議参加」

（R3 厚労省Q & A vol.2 問 30）

### ●地域生活支援拠点等相談強化加算、地域体制強化共同支援加算

本加算の取り扱いについては現在協議中。

## 減算について

### ●介護保険利用者に関する減算

相談支援専門員が、介護保険法の要介護・要支援の者に対し、同法の指定居宅介護支援又は指定予防支援と一体的に指定計画相談を提供した場合下記のとおり、減算。

対象者については、「居宅介護支援費重複減算Ⅰ決定」等と記載。

| No | 区分             | 要件   |
|----|----------------|--|
| 1  | 居宅介護支援費重複減算（Ⅰ） | 介護保険制度のケアプランが作成されている利用者のうち、要介護１・２の者に対して、居宅介護支援と一体的にサービス利用支援又は継続サービス利用支援を行った場合に、所定単位数から減算 |
| 2  | 居宅介護支援費重複減算（Ⅱ） | 介護保険制度のケアプランが作成されている利用者のうち、要介護３～５の者に対して、居宅介護支援と一体的にサービス利用支援又は継続サービス利用支援を行った場合に、所定単位数から減算 |
| 3  | 介護予防支援費重複減算    | 介護保険制度のケアプランが作成されている利用者のうち、要支援１・２の者に対して、介護予防支援と一体的に継続サービス利用支援を行った場合に、所定単位数から減算           |



### ●虐待防止措置未実施減算

下記の措置（指定基準第 28 条の 2）を講じていない場合に減算

- （1）虐待防止委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ること
- （2）従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的の実施すること
- （3）上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと

※定期的とは少なくとも年 1 回以上

### ●業務継続計画未策定減算

下記の措置（指定基準第 20 条の 2）を講じていない場合に減算

- （1）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する相談支援を継続的に受けることができるよう、及び早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定すること
- （2）業務継続計画に従い、従業者に対して必要な研修及び訓練を定期的の実施すること
- （3）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更すること

※定期的とは少なくとも年 1 回以上

### ●情報公表未報告減算

障害者総合支援法及び児童福祉法の規定に基づく情報公表対象サービス等情報について、未報告の場合に減算

詳細は堺市ホームページ「障害福祉サービス等情報公表制度について」を参照

（URL）

[http://cms.city.sakai.osaka.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/syofuku\\_jigyousya/jyouthouhoukouhyou.html](http://cms.city.sakai.osaka.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/syofuku_jigyousya/jyouthouhoukouhyou.html)

## (2) 請求のタイミング

### 請求の具体的な例①

次に示した請求の事例は、支給決定期間が1年間のサービスを受給しており、誕生月が1月（サービス有効期間終了日が1月末日）の受給者を例としています。（※下図において「モ」はモニタリング、「本計画」はサービス等利用計画の作成、**網掛け**は報酬算定できる場合を意味します。）

#### 【例 A】サービス終期の同一月内に計画作成まで行った例

サービスの終期月である1月にモニタリング（次期計画へのアセスメント）を実施し、更新申請に係るサービス等利用計画案の作成・提出、更新申請に係る支給決定が行われた後、サービス等利用計画を作成した。（モニタリング周期：3ヶ月ごと）

| 1月  | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月  |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|
| モ   |    |    | モ  |    |    | モ  |    |    | モ   |     |     | モ   |
| 本計画 |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     | 本計画 |

この場合、1月提供分としてサービス利用支援費（計画作成費）1,572 単位を2月に請求します。

なお、同月内にモニタリングを実施した後に計画作成を行っているため、計画作成に必要な利用者の状況把握等はモニタリングで行われていることになり、継続サービス利用支援費（モニタリング費）1,308 単位は算定できず、計画作成費のみが算定できます。

問 計画相談支援給付費の算定に当たっての基本的な考え方如何。

（答）○ 同一の月に継続サービス利用支援を行った後に、サービス利用支援を行った場合は、継続サービス利用支援費は算定せず、サービス利用支援費のみを算定する。

（厚労省Q & A 令和6年4月5日 問59）

#### 【例 B】サービス開始月に当該サービス等利用計画の作成がされた例

サービスの終期月である1月にモニタリングを実施し、更新申請に係るサービス等利用計画案を作成。計画案提出後、更新申請に係る支給決定が1月末に行われた等の理由により、サービス等利用計画の作成が1月中に行えず、2月にサービス等利用計画を作成した。（モニタリング周期：3ヶ月ごと）

| 1月 | 2月  | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月  |
|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|
| モ  |     |    | モ  |    |    | モ  |    |    | モ   |     |     | モ   |
|    | 本計画 |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     | 本計画 |

この場合、2月提供分としてサービス利用支援費（計画作成費）1,572 単位を3月に請求します。モニタリングとサービス等利用計画の作成が月を跨いで行われていますが、これらは一連の流れで行われているため、1月提供分の継続サービス利用支援費（モニタリング費）1,308 単位は算定できません。

問 継続サービス利用支援を行った結果、利用者の状態に変化があり、新たな支給決定若しくは支給量の変更等の必要が生じた場合、新たなサービス等利用計画を作成する必要があるため、継続サービス利用支援ではなくサービス利用支援として1,572 単位/月を算定できるか。

（答） お見込みのとおり。

なお、継続サービス利用支援を行った結果サービス等利用計画を作成するという一連の流れで行っている場合は、計画作成のアセスメントのプロセスをモニタリング（継続サービス利用支援）で行えているため、月をまたいだ場合も同様に継続サービス利用支援費は算定せず、サービス利用支援費のみを算定する。

（厚労省Q & A 平成25年2月22日事務連絡 問56）

### 【例 C】サービス開始月に計画作成をした毎月モニタリングケースの例

サービスの終期月である 1 月にモニタリングを実施し、更新申請に係るサービス等利用計画案を作成したが、計画案提出後、更新申請に係る支給決定が 1 月末に行われた等の理由により、サービス等利用計画の作成が 1 月中に行えず 2 月にサービス等利用計画を作成した。かつ、毎月モニタリングが設定されているのでサービス等利用計画の作成後、同月中にモニタリングを実施した。  
(モニタリング周期：毎月)

| 1 月 | 2 月 | 3 月 | 4 月 | 5 月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | 1 月 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-----|
| モ   | モ   | モ   | モ   | モ   | モ   | モ   | モ   | モ   | モ    | モ    | モ    | モ   |
|     | 本計画 |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      | 本計画 |

この場合、2 月提供分としてサービス利用支援費（計画作成費）1,572 単位と継続サービス利用支援費（モニタリング費）1,308 単位を 3 月に請求します。

この場合も、例 B 同様、サービス等利用計画の作成はモニタリングから一連の流れで行われるため、1 月提供分の継続サービス利用支援費（モニタリング費）1,308 単位は算定できません。

問 計画相談支援給付費の算定に当たっての基本的な考え方如何。

（答）○ サービス利用支援を行った後、同一の月に継続サービス利用支援を行った場合は、サービス利用支援費及び継続サービス利用支援費の両方を算定できる。

（厚労省相談支援に関する Q & A 令和 6 年 4 月 5 日 問 59）

### 請求の具体的な例②

精神障害者支援体制加算をとっている事業所の、利用者 A さん（知的障害、3 ヶ月モニタリング）にかかる請求例

|                 | 1 月         | 2 月                          | 3 月  | 4 月   | 5 月                         | 6 月 | 7 月                                       |
|-----------------|-------------|------------------------------|--|---|-----------------------------|-----|---|
| 支援の内容           | モニタリングを実施した | 入院することになったため、医療機関へ外出き情報提供した。 | 退院に向けて医療機関職員と面談を 2 回行い、サービス等利用計画を作成した。<br>※一連の流れを踏んでいることが必要。 | モニタリング実施に加え、サービス担当者会議を実施し、必要な便宜について検討した。また、サービス提供場所に出向き、サービス提供場面を確認した。<br>※ただし、記録は各々必要。 | サービス提供場所へ外出き、サービス提供場面を確認した。 |     | ヘルパー訪問時に合わせてモニタリングを実施した。<br>※ただし、記録は各々必要。 |
| サービス利用支援費（Ⅰ）    |             |                              | ●  |   |                             |     |   |
| 継続サービス利用支援費（Ⅰ）  | ●           |                              |  | ●   |                             |     | ●   |
| 精神障害者支援体制加算     | ●           |                              | ●  | ●   |                             |     | ●   |
| 退院・退所加算         |             |                              | ●(2回)  |   |                             |     |   |
| サービス担当者会議実施加算   |             |                              |  | ●   |                             |     |   |
| 入院時情報連携加算（Ⅰ）    |             | ●                            |  |   |                             |     |   |
| サービス提供時モニタリング加算 |             |                              |  | ●   | ●                           |     | ●   |

### 児 (3) 障害児の請求について

障害福祉サービス（居宅介護・短期入所等）と障害児通所支援（放課後等デイサービス等）の両方のサービスを利用する障害児の保護者は、計画相談支援と障害児相談支援の両方が決定されます。

この場合、報酬の算定は障害児相談支援にて行ないます。（対象者への一体的な相談支援であるので、計画相談支援と障害児相談支援の両方でそれぞれ報酬を算定することはできません。）

#### 【障害児相談支援対象保護者に指定計画相談支援を行う場合】

問 障害福祉サービスと障害児通所支援の両方のサービスを利用する障害児については、計画相談支援と障害児相談支援の両方を一体的に実施することとなるが、報酬については、障害児相談支援のみの報酬が算定されるという理解でよいのか。

（答） お見込みのとおり。

なお、18 歳以上の障害者が放課後等デイサービスを利用する場合も、その者を障害児とみなして障害児支援利用計画を作成し、障害児相談支援のみの報酬が算定される。

（厚労省相談支援に関するQ & A 令和 6 年 4 月 5 日 問 53）

#### 【障害児から障害者へ切り替わる際の取扱い】

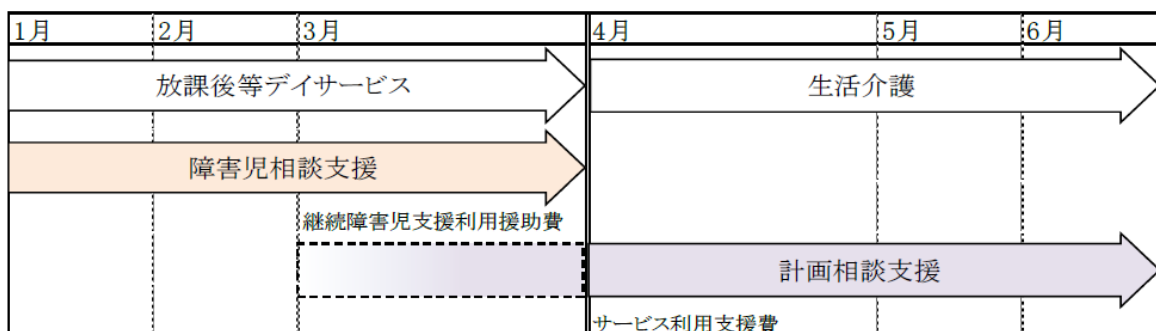
問 障害児通所支援から障害福祉サービス等に利用するサービス等が切り替わる際に、障害児相談支援の支給期間の終期月に指定障害児相談支援事業者が障害児相談支援対象保護者に対して継続障害児支援利用援助を行い、同一の月に、指定特定相談支援事業者が計画相談支援対象障害者に対してサービス利用支援を行った場合、指定障害児相談支援事業者が継続障害児支援利用援助費を、指定特定相談支援事業者がサービス利用支援費を算定することは可能か。

（答） 報酬告示において「障害児相談支援対象保護者に対して、指定計画相談支援を行った場合には、所定単位数を算定しない。」とされているため、同一月に指定特定相談支援事業者がサービス利用支援費を算定することはできない。

したがって、サービス等利用計画を作成し、利用者から文書による同意を得る日を、障害児相談支援の支給期間の終期月の翌月に属する日とすること。

なお、この取扱いについては、指定障害児相談支援事業者から指定特定相談支援事業者へケースを引き継ぐ場合も、指定障害児相談支援事業者と指定特定相談支援事業者の両方の指定を受けている事業者がケースを受け持つ場合も同じである。

（厚労省相談支援に関するQ & A 令和 6 年 4 月 5 日 問 53）



#### (4) 上限管理について

複数の事業所よりサービス(計画相談支援・地域相談支援を除く。)を受ける場合に、その利用者負担額が決定された利用者負担上限額を超えることが予想される障害者について、これを管理することが必要となります。

具体的には、利用する事業所のうち一か所を上限額管理事業所と定め、上限管理者となった事業所が、利用者負担額が自己負担上限額を超えないように、他の事業所と調整を行います。受給者証に記載された事業所が行うものです。 **下記のすべてを満たす方が利用者負担の上限管理の対象となります。**

- ① 利用者負担上限額が 0 円でない方
- ② 一月に複数事業所を利用している方（サービス種類が異なっても、事業所番号が同一の場合はひとつとみなします。）
- ③ 一月あたりの利用者負担額が設定された負担上限月額を超過することが見込まれる方

上限管理の手続きについて

- ・新たに上限額管理の必要性が発生した場合や上限額管理事業所を変更する場合、区役所等に「利用者負担上限額管理依頼（変更）届出書」をご提出ください。
- ・受給者証に上限管理の有無と上限額管理事業所名が記載されるとともに、国保連に上限額管理事業所情報が登録されて、請求が可能となります。受給者証をご確認ください。
- ※届出時に、「管理（変更）開始月」と「上限額管理事業所の事業所番号」についても、お伝えください。
- ・流れについては、堺市 HP を参照してください。

堺市 HP トップ> 健康福祉> 福祉・介護> 障害福祉> 事業者向け情報> 請求事務> 自立支援給付の請求事務（補装具・自立支援医療除く）> 障害者総合支援法に係る介護給付費・訓練等給付費の請求事務

#### 児

##### <複数障害児の保護者における上限管理について>

同じ保護者が複数の障害児に係るサービスの支給決定を受けており、負担上限額を超える自己負担が発生すると思われる場合は、上限額管理の方法に準じて保護者の負担方法を調整することが基本となっています。この時、区役所は上限管理対象となる障害児の保護者を把握したうえで、利用しているサービス事業所の確認とともに、保護者に制度の説明を行いその意向を踏まえて上限管理者を決定するとともに、当該事業所に上限管理を依頼することになります。

上限額管理事業所は、提供されるサービス量、生活面を含めた利用者との関係性（利用者負担を徴収する便宜）等を勘案して設定します。（優先順位については、下表を参照）

##### ●障害福祉サービス

| 上限額管理事業所の優先順位 |  |
|---------------|--|
| 1             | 施設入所、療養介護、宿泊型自立訓練、共同生活援助（体験利用除く）〔居住系〕              |
| 2             | 計画相談支援（モニタリングが毎月ごとに設定されている場合に限る）                   |
| 3             | 生活介護・就労移行支援・就労継続支援・自立訓練〔日中活動系〕                     |
| 4             | 重度訪問介護・居宅介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援〔訪問系〕              |
| 5             | 就労定着支援、自立生活援助                                      |
| 6             | 短期入所（複数事業所利用の場合は、月の最後に提供した事業所）                     |
| 7             | 共同生活援助（ <u>体験利用に限る</u> ）（複数事業所利用の場合は、月の最後に提供した事業所） |
| ※             | 同じ順位の場合は、契約量（契約時間数）の多い順に上限額管理事業所となる。               |

●障害児通所サービス

| 上限額管理事業所の優先順位 |  |
|---------------|--|
| 1             | 障害児相談支援事業所（モニタリングが毎月ごとに設定されている場合に限る）   |
| 2             | 障害児通所サービスを提供する事業所<br>（児童発達支援・放課後等デイサービスは共生型事業所を含む）<br>※複数事業所利用の場合は、原則として契約日数の多い事業所 |

## (5) 代理受領について

指定特定相談支援事業所は、法定代理受領により、堺市から計画相談支援に係る計画相談支援給付費の支給を受けた場合には、計画相談支援対象障害者等に対し、当該計画相談支援対象障害者等に係る計画相談支援給付費の額を通知（代理受領通知書及び明細書）しなければならない。

（計画相談支援給付費の額に係る通知等（基準第 14 条））

## (6) 介護保険利用者について

介護保険制度のサービスを利用する場合については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成対象者となるため、計画相談支援対象外となります。障害福祉サービス固有のものと認められる行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等の利用を希望する場合であって、特に相談支援専門員の支援が必要であると区役所が認める場合に限り、計画相談支援対象者となります。

介護保険のケアプランと障害福祉の計画相談支援の両方を利用した場合、両方で報酬請求できます。ただし、同一人物が作成した場合は報酬が減算となります。

### 更新のない最終モニタリングの請求

問 4-1 介護保険制度へ移行し、障害福祉サービスの支給は終了する場合など更新申請を行わず、計画案等の作成をしない時の最終月のモニタリングは請求対象となるのか。

答 計画相談支援の支給決定期間内に実施したモニタリングであれば請求は可能です。

なお、介護保険サービスへの移行あたっては、制度間の隙間が生じないように実施したモニタリング結果を介護支援専門員の行うアセスメントにつなげるように努めてください。

### ●減算について（再掲）

介護保険法の要介護・要支援の者に対し、同法の指定居宅介護支援又は指定予防支援と一体的に指定計画相談を提供した場合下記のとおり減算。対象者については、「居宅介護支援費重複減算 I 決定」等と記載。

| No | 区分             | 要件   |
|----|----------------|--|
| 1  | 居宅介護支援費重複減算（Ⅰ） | 介護保険制度のケアプランが作成されている利用者のうち、要介護 1・2 の者に対して、居宅介護支援と一体的にサービス利用支援又は継続サービス利用支援を行った場合に、所定単位数から減算 |
| 2  | 居宅介護支援費重複減算（Ⅱ） | 介護保険制度のケアプランが作成されている利用者のうち、要介護 3～5 の者に対して、居宅介護支援と一体的にサービス利用支援又は継続サービス利用支援を行った場合に、所定単位数から減算 |
| 3  | 介護予防支援費重複減算    | 介護保険制度のケアプランが作成されている利用者のうち、要支援 1・2 の者に対して、介護予防支援と一体的に継続サービス利用支援を行った場合に、所定単位数から減算           |



## 8 障害者（児）虐待の防止について

### (1) 障害者虐待防止法及び児童虐待防止法の概要

平成 12 年 10 月に「児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）」が、平成 24 年 10 月から「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（障害者虐待防止法）」が施行され、虐待が障害者（児）の尊厳を害するものと明記され、障害者（児）に対する虐待の禁止、虐待を受けた障害者の保護・自立の支援及び養護者に対する支援のための国及び地方公共団体の責務として通報義務や救済制度に関する広報・啓発を定めています。

また、保健・医療・福祉等関係者は、虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、虐待の早期発見に努めるとともに啓発活動に協力しなければならないとされています。

#### 【障害者虐待防止法（抜粋）】

##### （目的）

第一条 この法律は、障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、障害者虐待の予防及び早期発見その他の障害者虐待の防止等に関する国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による障害者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

##### （障害者虐待の早期発見等）

第六条 国及び地方公共団体の障害者の福祉に関する事務を所掌する部局その他の関係機関は、障害者虐待を発見しやすい立場にあることに鑑み、相互に緊密な連携を図りつつ、障害者虐待の早期発見に努めなければならない。

2 障害者福祉施設、学校、医療機関、保健所その他障害者の福祉に業務上関係のある団体並びに障害者福祉施設従事者等、学校の教職員、医師、歯科医師、保健師、弁護士その他障害者の福祉に職務上関係のある者及び使用者は、障害者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、障害者虐待の早期発見に努めなければならない。

3 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる障害者虐待の防止のための啓発活動並びに障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援のための施策に協力するよう努めなければならない。

## (2) 障害者（児）虐待の早期発見

障害者（児）虐待への対応は、問題が深刻化する前に早期に発見し支援を開始することが重要です。

虐待をしていても本人にはその自覚のない場合や、虐待されていても自らＳＯＳを訴えない場合がよくありますので、小さな兆候を見逃さないことが大切です。虐待を発見した際には、すみやかに相談窓口へ通報してください。

### 【堺市障害者虐待防止相談窓口】

専用電話・FAX ０７２－２８０－６２６２

月曜日～金曜日（祝休日、年末年始を除く） 午前９時から午後５時３０分

※上記時間外 TEL ０７２－２３３－２８００（市役所 当直窓口）

月曜日～金曜日 午後５時３０分から翌日の午前９時、祝休日２４時間

（時間外の通報については、担当職員へ取り次ぎます）

### 【子ども虐待 相談窓口】

- ・各区役所 保健福祉総合センター 子育て支援課（P.100）

- ・堺市子ども相談所

電話 ０７２－２４５－９１９７ FAX ０７２－２４１－００８８

月曜日～金曜日（祝休日、年末年始を除く） 午前９時から午後５時３０分

- ・堺市子ども虐待ダイヤル

電話 ０７２－２４１－００６６

２４時間 ３６５日

- ・児童相談所虐待対応ダイヤル

電話 １８９

※近くの児童相談所へつながります（一部の IP 電話からはつながりません。）。

- ・児童相談所相談専用ダイヤル

電話 ０１２０－１８９－７８３



## 第3章 資料編

## 第3章 資料編

### 1 相談支援に関わる機関

#### ①各区役所 地域福祉課

**身体障害や知的障害のある方の窓口です。**身体障害者手帳・療育手帳の交付や手当の給付、障害福祉 サービスや自立支援医療（更生医療）の申請などの各種福祉制度の受付や相談を行っています。また、聴覚障害者相談員を配置し、聴覚障害者の方に対して日常・社会生活上の各種相談に応じています。

※美原区については、精神障害、難病の障害福祉サービスも対象です。

| 名 称             | 所 在 地                   | 電話／FAX                  | 交 通 機 関                    |
|-----------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 堺 区 地 域 福 祉 課   | 堺区南瓦町 3-1（市役所）<br>堺区役所内 | 228-7477<br>(F)228-7870 | 南海高野線 堺東駅                  |
| 中 区 地 域 福 祉 課   | 中区深井沢町 2470-7<br>中区役所内  | 270-8195<br>(F)270-8103 | 南海泉北線 深井駅                  |
| 東 区 地 域 福 祉 課   | 東区日置荘原寺町 195-1<br>東区役所内 | 287-8112<br>(F)287-8117 | 南海高野線 萩原天神駅                |
| 西 区 地 域 福 祉 課   | 西区鳳東町 6-600<br>西区役所内    | 275-1918<br>(F)275-1919 | J R 阪和線 鳳駅<br>南海バス 西区役所前   |
| 南 区 地 域 福 祉 課   | 南区桃山台 1-1-1<br>南区役所内    | 290-1811<br>(F)290-1818 | 南海泉北線 梅・美木多駅               |
| 北 区 地 域 福 祉 課   | 北区新金岡町 5-1-4<br>北区役所内   | 258-6771<br>(F)258-6836 | 地下鉄御堂筋線 新金岡駅<br>南海バス 北区役所前 |
| 美 原 区 地 域 福 祉 課 | 美原区黒山 167-1<br>美原区役所内   | 341-0033<br>(F)362-0767 | 南海バス 美原区役所前<br>近鉄バス 美原区役所前 |

#### ②各区役所 保健センター

**精神障害のある方、難病の方の窓口です。**精神障害者保健福祉手帳の交付や自立支援医療（精神通院）の申請、障害福祉サービスの申請や各種相談を行っています。精神保健福祉相談員がいます。

※美原区については、障害福祉サービスの申請、精神手帳の交付、自立支援医療（精神通院）は地域福祉課となります。

| 名 称             | 所 在 地                   | 電話／FAX                   | 交 通 機 関                    |
|-----------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 堺 保 健 セ ン タ ー   | 堺区南瓦町 3 - 1             | 238-0123<br>(F) 227-1593 | 南海高野線 堺東駅                  |
| 中 保 健 セ ン タ ー   | 中区深井沢町 2470-7<br>中区役所内  | 270-8100<br>(F) 270-8104 | 南海泉北線 深井駅                  |
| 東 保 健 セ ン タ ー   | 東区日置荘原寺町 195-1<br>東区役所内 | 287-8120<br>(F) 287-8130 | 南海高野線 萩原天神駅                |
| 西 保 健 セ ン タ ー   | 西区鳳東町 6-600<br>西区役所内    | 271-2012<br>(F) 273-3646 | J R 阪和線 鳳駅<br>南海バス 西区役所前   |
| 南 保 健 セ ン タ ー   | 南区桃山台 1-1-1<br>南区役所内    | 293-1222<br>(F) 296-2822 | 南海泉北線 梅・美木多駅               |
| 北 保 健 セ ン タ ー   | 北区新金岡町 5-1-4<br>北区役所内   | 258-6600<br>(F) 258-6614 | 地下鉄御堂筋線 新金岡駅<br>南海バス 北区役所前 |
| 美 原 保 健 セ ン タ ー | 美原区黒山 782-11            | 362-8681<br>(F) 362-8676 | 南海バス 船戸下<br>近鉄バス 美原区役所前    |

### ③各区役所 子育て支援課

子育て支援の窓口として、子育てに関するいろいろな相談、自立支援医療（育成医療）の申請を受けています。また、家庭児童相談員を配置し、0～18歳未満の児童の養育に関する様々な問題について、訪問や相談指導を行っています。また、児童虐待やDV対応を行っています。障害福祉サービスの決定等は行っていません。

| 名 称       | 所 在 地                   | 電話／FAX                   | 交 通 機 関                    |
|-----------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 堺区子育て支援課  | 堺区南瓦町 3-1（市役所）<br>堺区役所内 | 222-4800<br>(F) 222-4801 | 南海高野線 堺東駅                  |
| 中区子育て支援課  | 中区深井沢町 2470-7<br>中区役所内  | 270-0550<br>(F) 270-8196 | 南海泉北線 深井駅                  |
| 東区子育て支援課  | 東区日置荘原寺町 195-1<br>東区役所内 | 287-8198<br>(F) 286-6500 | 南海高野線 萩原天神駅                |
| 西区子育て支援課  | 西区鳳東町 6-600<br>西区役所内    | 343-5020<br>(F) 343-5025 | J R 阪和線 鳳駅<br>南海バス 西区役所前   |
| 南区子育て支援課  | 南区桃山台 1-1-1<br>南区役所内    | 290-1744<br>(F) 296-2822 | 南海泉北線 梅美木多駅                |
| 北区子育て支援課  | 北区新金岡町 5-1-4<br>北区役所内   | 258-6621<br>(F) 258-6883 | 地下鉄御堂筋線 新金岡駅<br>南海バス 北区役所前 |
| 美原区子育て支援課 | 美原区黒山 167-1<br>美原区役所内   | 341-6411<br>(F) 341-0611 | 南海バス 美原区役所前<br>近鉄バス 美原区役所前 |

### ④区障害者基幹相談支援センター

各区役所内に設置しており、障害種別や年齢を問わず、公平・中立的な立場で、総合的かつ専門的に対応できるワンストップ相談窓口です。区域の中核として、地域の事業所や区役所窓口等と連携し、相談支援の質の向上などに取り組みます。

相談全般、区障害者自立支援協議会の運営、地域の相談支援事業所の連携（連絡会の開催）や助言、入所施設及び精神科病院から地域生活への移行に関する支援、虐待防止等の権利擁護に関することなどを 行っています。

| 名 称                  | 所 在 地                     | 電話／FAX                   | 交 通 機 関                    |
|----------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 堺区<br>障害者基幹相談支援センター  | 堺区南瓦町3-1<br>(堺市役所本館2階)    | 224-8166<br>(F) 224-4400 | 南海高野線 堺東駅                  |
| 中区<br>障害者基幹相談支援センター  | 中区深井沢町2470-7<br>(中区役所1階)  | 278-8166<br>(F) 278-4400 | 南海泉北線 深井駅                  |
| 東区<br>障害者基幹相談支援センター  | 東区日置荘原寺町195-1<br>(東区役所1階) | 285-6666<br>(F) 287-6767 | 南海高野線 萩原天神駅                |
| 西区<br>障害者基幹相談支援センター  | 西区鳳東町6-600<br>(西区役所4階)    | 271-6677<br>(F) 274-7700 | J R 阪和線 鳳駅<br>南海バス 西区役所前   |
| 南区<br>障害者基幹相談支援センター  | 南区桃山台1-1-1<br>(南区役所2階)    | 295-8166<br>(F) 298-0044 | 南海泉北線 梅・美木多駅               |
| 北区<br>障害者基幹相談支援センター  | 北区新金岡町5-1-4<br>(北区役所3階)   | 251-8166<br>(F) 250-8800 | 地下鉄御堂筋線 新金岡駅<br>南海バス 北区役所前 |
| 美原区<br>障害者基幹相談支援センター | 美原区黒山167-9<br>(美原区役所別館2階) | 361-1883<br>(F) 361-4444 | 南海バス 美原区役所前<br>近鉄バス 美原区役所前 |

### ⑤障害施策推進課

本庁にあります。

企画相談係では、相談支援の施策や相談支援従事者研修に関する事、地域移行に関する事などの事務を行っています。

| 所 在 地           | 電話／FAX                   | 交 通 機 関   |
|-----------------|--------------------------|-----------|
| 堺区南瓦町 3-1 堺市役所内 | 228-7818<br>(F) 228-8918 | 南海高野線 堺東駅 |

### ⑥障害支援課

本庁にあります。

障害児・発達障害支援係では、障害児及び発達障害者（児）の施策などの事務を行っています。

| 所 在 地           | 電話／FAX                   | 交 通 機 関   |
|-----------------|--------------------------|-----------|
| 堺区南瓦町 3-1 堺市役所内 | 228-7411<br>(F) 228-8918 | 南海高野線 堺東駅 |

### ⑦障害福祉サービス課

本庁にあります。

認定給付係では、障害福祉サービスや障害児通所等の請求の審査支払に関する事、障害支援区分認定審査会の運営に関する事の事務を行っています。事業者係では、障害福祉サービス事業者や障害児支援事業者の指定・指導を行っています。

| 所 在 地           | 電話／FAX                   | 交 通 機 関   |
|-----------------|--------------------------|-----------|
| 堺区南瓦町 3-1 堺市役所内 | 228-7510<br>(F) 228-8918 | 南海高野線 堺東駅 |

### ⑧子ども相談所

健康福祉プラザ、三国ヶ丘庁舎（分室）にあります。

障害児についての相談、入所施設利用の手続き・支給決定、療育手帳の判定を行っています。

| 所 在 地                             | 電話／FAX                   | 交 通 機 関   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| 堺区旭ヶ丘中町 4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ 3 階) | 245-9197<br>(F) 241-0088 | JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km<br>JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |
| 北区百舌鳥赤畑町 1-3-1<br>(堺市三国ヶ丘庁舎 4 階)  | 259-2600<br>(F) 259-1900 | JR 阪和線 南海高野線 三国ヶ丘駅西出口<br>より南西へ 0.1km<br>南海バス 三国ヶ丘駅前バス停下車すぐ          |

### ⑨こころの健康センター

健康福祉プラザ内にあります。

精神保健福祉に関する専門機関です。「ひきこもり」「薬物依存」「自死遺族」についての専門相談を行っています。また、精神保健福祉に関する研修を行っています。

| 所 在 地                             | 電話／FAX  | 交 通 機 関   |
|-----------------------------------|---|---|
| 堺区旭ヶ丘中町 4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ 3 階) | 245-9192<br>(F) 241-0005<br>こころの電話相談 243-5500<br>ひきこもり相談電話 241-0880 | JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km<br>JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |

### ⑩障害者更生相談所

健康福祉プラザ内にあります。2次相談機関の役割があります。

身体障害者更生相談所と知的障害者更生相談所が併設された行政機関です。

障害者の自立と社会参加をすすめるために、医師・ケースワーカー・心理判定員などが専門的な立場から相談を受け、必要に応じて医学的、心理学的及び職能的判定を行っています。

| 所 在 地                             | 電話／FAX                   | 交 通 機 関   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| 堺区旭ヶ丘中町 4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ 3 階) | 245-9195<br>(F) 244-3300 | JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km<br>JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |

#### ⑪総合相談情報センター

健康福祉プラザ内に設置し、専門相談機関との連携により、区障害者基幹相談支援センター等への技術支援等、総合的な相談や支援を実施しています。また、情報拠点として、障害者福祉に関する情報の収集と情報発信をします。

| 所 在 地                             | 電話／FAX                   | 交 通 機 関   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| 堺区旭ヶ丘中町 4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ 1 階) | 275-8166<br>(F) 244-7777 | JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km<br>JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |

#### ⑫発達障害者支援センター

健康福祉プラザ内に設置し、発達障害に関する支援の拠点として、ご本人やご家族、関係機関職員等からの相談や情報提供、啓発研修等を行っています。

| 所 在 地                             | 電話／FAX                   | 交 通 機 関   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| 堺区旭ヶ丘中町 4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ 3 階) | 275-8506<br>(F) 275-8507 | JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km<br>JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |

#### ⑬難病患者支援センター

情報交換等を行う拠点として、健康福祉プラザに開設しています。難病患者の社会参加の実現や生活の質の向上が図れるよう、学習会や医療相談会、交流会、就労相談、仲間相談事業などに取り組んでいます。

| 所 在 地                             | 電話／FAX                   | 交 通 機 関   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| 堺区旭ヶ丘中町 4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ 4 階) | 275-5056<br>(F) 275-5038 | JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km<br>JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |

#### ⑭生活・リハビリテーションセンター

健康福祉プラザ内に設置し、障害者に対する各種機能訓練・生活訓練、高次脳機能障害に関する相談支援、情報提供、普及啓発などを行っています。

| 所 在 地                             | 電話／FAX                  | 交 通 機 関   |
|-----------------------------------|-------------------------|---|
| 堺区旭ヶ丘中町 4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ 4 階) | 275-5019<br>(F)243-0202 | JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km<br>JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |

#### ⑮障害者就業・生活支援センター エマリス堺・エマリス南

就職を希望している障害者からの相談に応じ、職業準備訓練や職場実習等のあっせん、日常生活上の問題についての助言・指導を行います。また、就労している障害者の方を対象に、家庭や職場を訪問し、安定した職業生活を送れるよう職場定着支援も行います。

| 名 称                  | 所 在 地                          | 電話／F A X                | 交 通 機 関   |
|----------------------|--------------------------------|-------------------------|---|
| 障害者就業・生活支援センター エマリス堺 | 堺区旭ヶ丘中町4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ4階) | 275-8162<br>(F)275-8163 | JR阪和線 百舌鳥駅より西へ1.4km<br>JR阪和線 上野芝駅より北西へ1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |
| 障害者就業・生活支援センター エマリス南 | 南区桃山台1-1-1<br>(南区役所2階)         | 292-1826<br>(F)291-1252 | 南海泉北線 梅・美木多駅  |

#### ⑯視覚・聴覚障害者センター

健康福祉プラザ内に設置し、視覚・聴覚障害者に対する録音図書・字幕入りビデオ等の貸出、ボランティア養成・育成、コミュニケーション支援などを行っています。また、視覚・聴覚障害者及びその家族などからの各種相談を専門相談員がお受けしています。

| 所 在 地                             | 電話／F A X                | 交 通 機 関   |
|-----------------------------------|-------------------------|---|
| 堺区旭ヶ丘中町 4-3-1<br>(堺市立健康福祉プラザ 2 階) | 275-5024<br>(F)243-2222 | JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km<br>JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km<br>南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ |

#### ⑰権利擁護サポートセンター

認知症や知的障害、精神障害などにより判断能力が十分でない方などの権利侵害や財産管理に関する法律的な問題、成年後見制度の利用などの相談・支援を行います。

また、高齢者・障害者相談機関、その他事業所など関係機関・団体に対して相談対応・支援を行います。相談は無料です。

| 所 在 地                  | 電話／F A X                | 交 通 機 関   |
|------------------------|-------------------------|-----------|
| 堺区南瓦町 2-1<br>(総合福祉会館内) | 225-5655<br>(F)222-5878 | 南海高野線 堺東駅 |

#### ⑱児童発達支援センター

障害のある児童を対象に、児童発達支援、保育所等訪問支援や障害児相談支援を行うとともに、障害のある児童や発達に不安のある児童及びその保護者を対象に障害児等療育支援事業や療育相談等を実施します。

また、本市における障害児支援の中核的な支援機関として、地域の保育所、学校、障害児通所支援事業所等に対し、専門的な知識・技術に基づく支援を行います。

| 名 称  | 所 在 地                               | 電話／F A X                | 交 通 機 関    |
|------|-------------------------------------|-------------------------|------------|
| もず園  | 西区上野芝町2-4-1<br>(北こどもリハビリテーションセンター内) | 279-0500<br>(F)270-2126 | JR阪和線 上野芝駅 |
| つぼみ園 | 南区城山台5-1-4<br>(南こどもリハビリテーションセンター内)  | 299-2031<br>(F)299-2100 | 南海泉北線 光明池駅 |

#### ⑲堺市障害者相談支援専門員協会（任意団体）

堺市障害者相談支援専門員協会では、障害のある方が堺という地域において自分らしく暮らすことを支援するとともに、一人でも多くの相談支援専門員に共に支えあうネットワークと相互研鑽の機会を作ることなどを目的として、平成24年4月に設立されました。

定期的に研修会や事例発表、勉強会等を開催しており、相談技術の向上、相談支援専門員同士の情報共有やつながりづくりをしています。

会員資格のある方は、相談支援専門員（指定特定・障害児・一般相談支援事業所、障害者基幹相談支援センター）や、障害のある方の相談支援業務に携わる方です。

お問合せ：sakai.soudanshien@gmail.com

## 2 障害福祉サービス及び相談支援のサービスの名称と内容

| 種類             |            | サービスの名称  | 内容   | 支給決定<br>期間        | 受給者証           |
|----------------|------------|--|--|-------------------|----------------|
| 介護給付           | 訪問系        | (1) 居宅介護   | 居宅での入浴、排せつ又は食事の介護または調理、洗濯、掃除などを行う。（身体介護・家事援助・通院等介助・通院等乗降介助）  | 1 年               | 水色             |
|                |            | (2) 重度訪問介護   | 重度の肢体不自由者や行動障害により常時介護を要する方の居宅での入浴、排せつ又は食事の介護、外出時の移動介護を行う。  | 1 年               |                |
|                |            | (3) 同行援護   | 視覚障害により、移動に著しい困難を有する人の外出時の移動に同行、必要な情報の提供及び必要な支援を行う。  | 1 年               |                |
|                |            | (4) 行動援護   | 知的障害又は精神障害により行動が困難で常に介護が必要な方に、行動する際の介助を行う。   | 1 年               |                |
|                |            | (5) 重度障害者等<br>包括支援   | 常時介護を要し、その必要の程度が著しく高い方への、居宅介護その他サービスの包括的なサービス提供を行う。  | 1 年               |                |
|                |            | (6) 短期入所   | 自宅で介護する方が病気の場合などに、短期間、夜間も含め、施設で入浴、排せつ、食事介護などを行う。   | 1 年               |                |
|                | 日中活動系      | (7) 生活介護   | 常時介護を要する方に、主に昼間、入浴や排せつ、食事介護を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会提供を行う。  | 3 年               |                |
|                |            | (8) 療養介護   | 医療と常時介護を必要とする方に、昼間、医療機関で機能訓練や療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話などを行う。   | 3 年               |                |
|                | 居住         | (9) 施設入所支援   | 施設に入所する方に、主に夜間、入浴、排せつ又は食事介護などを行う。  | 3 年               |                |
| 訓練等給付          | 日中活動系      | (10)自立訓練<br>（機能訓練・生活<br>訓練）  | 自立した生活又は社会生活を営むことができるよう、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行う。   | 1 年               | 水色<br>・<br>若竹色 |
|                |            | (11)就労移行支援   | 就労を希望する方に、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。   | 1 年<br>※ 1        |                |
|                |            | (12)就労継続支援<br>（A 型・B 型）  | 雇用が困難な人への就労機会の提供と、生活活動などを通じて知識・能力の向上のために必要な訓練を行う。  | 3 年<br>※ 3        |                |
|                |            | (13)就労定着支援   | 就労移行支援等の利用後に一般就労へ移行した方に、就職後の生活リズム、家計や体調の管理などに関する連絡調整や指導・助言の支援を行う。  | 1 年               |                |
|                | 居住系        | (14)共同生活援助<br>（グループホーム）  | 共同生活をする住居で、主に夜間、入浴、排せつ、食事介護や相談その他の日常生活上の援助を行う。   | 3 年<br>※ 2        |                |
|                |            | (15)自立生活援助   | 障害者支援施設等の利用後に一人暮らしを希望する方に、定期的な訪問を行い必要な助言や医療機関との連絡調整を行う。  | 1 年               |                |
| (16)計画相談支援     |            |  | 障害福祉サービスの申請・変更申請、若しくは地域相談支援の申請に係る障害者について、心身の状況や環境、サービス利用に関する意向等を勘案し、「サービス等利用計画（案）」を作成、支給決定後、各関係事業者等と調整の上、「サービス等利用計画」を作成する（サービス利用支援）。又、定期的にサービス等利用計画の見直しを行い、必要に応じて各関係者との連絡調整や当該障害者への申請勧奨等を行う（継続サービス利用支援）。 | 利用<br>サービス<br>による |                |
| 地域<br>相談<br>支援 | (17)地域移行支援 | 主に長期に障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。 | 6ヶ月  | 若竹色               |                |
|                | (18)地域定着支援 | 居宅において単身等で生活する障害者につき、常時の連絡体制を確保し、障害者の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う。                         | 1 年  | 若竹色               |                |

- ※ 1 養成施設の場合、養成課程の年数（3 年又は 5 年）に応じて、支給決定の有効期間を定める。
- ※ 2 体験利用を行う場合に限り「1 年」。（報酬告示により年 50 日以内の利用制限）
- ※ 3 就労継続支援 B 型において、支給決定時に 50 歳未満の者に限り「1 年」。

障害福祉サービス、計画相談支援又は地域相談支援の種類、内容及び対象者の要件は、以下のとおりである。

※各サービスの対象者の障害支援区分等の要件は、施行規則、報酬告示等において定めている。

※□の枠で囲っている内容は、国の事務処理要領に堺市が追加したものである。

## (1) 居宅介護

### ア サービスの内容（法第 5 条第 2 項）

障害者等につき、居宅において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行う。

#### イ 対象者

障害支援区分が区分 1 以上（障害児にあつてはこれに相当する支援の度合）である者。ただし、通院等介助（身体介護を伴う場合）を算定する場合にあつては、下記のいずれにも該当する者

- ① 区分 2 以上に該当していること。
- ② 障害支援区分の認定調査項目のうち、それぞれ(ア)から(オ)までに掲げる状態のいずれか一つ以上に認定されていること。
  - (ア)「歩行」「全面的な支援が必要」
  - (イ)「移乗」「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
  - (ウ)「移動」「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
  - (エ)「排尿」「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
  - (オ)「排便」「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」

#### ◆ 居宅介護には以下の 5 種類の類型がある。

- 身体介護中心：入浴、排せつ及び食事等の介護が中心
- 家事援助中心：調理、洗濯及び掃除等の家事が中心
- 通院等介助（身体介護を伴う場合）中心：通院等の付き添い介助が中心
- 通院等介助（身体介護を伴わない場合）中心：通院等の付き添い介助が中心
- 通院等乗降介助中心：通院等のためヘルパーが運転する車両（介護タクシー等）への乗車又は降車の介助、通院先での受診等の手続、移動等の介助が中心

#### ◆ 通院等介助については、通院に加え、公的手続又は相談のための官公署・相談支援事業所等への外出や、指定事業所への見学も対象。

院内介助については、基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、介護保険と同様に、個別の事情に応じて必要性を判断すること。

個別の事情に応じて院内介助を認めた場合でも、診察中については原則算定不可。ただしヘルパーが対応しなければならないような例外的な状態であれば、必要性に応じて算定可能。

いずれの場合も、その必要性について計画案に位置付けられていることを確認した上で、例外的に認める理由を記録に残すこと。

#### ◆ 定期的な通院の付添いについては、通院等介助を利用のこと。

通院等介助について、「自宅→病院」もしくは「病院→自宅」のみの片道利用は可能。ただし、通所系の事業所を経由する場合、「通所系の事業所→病院等→自宅」のうち、「病院等→自宅」の算定がある場合のみ、「通所系の事業所→病院等」の算定を可能とする。

※始点又は終点のどちらかが居宅であり、かつ同一居宅介護事業所が対応する場合に限る。



◆ 2人介護の要件

- 身体的理由により1人のヘルパーでは介護が困難なもの
- 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等がある場合

※重度訪問介護・同行援護・行動援護についても同様とする。

＊精神障害者の方への複合援助について

堺市では、精神障害者の居宅介護について、安定し自立した生活を送れるよう買い物、調理、洗濯、掃除などをホームヘルパーと一緒にいうという支給決定を行っています。これを「複合援助」と呼んでいます。ヘルパーは家事と一緒にいえるよう、促しながら支援を行います。この場合、「身体介護」と「家事援助」を同時に行うサービスとして、「身体介護」「家事援助」を概ね半々で支給量を決定しています。

## (2) 重度訪問介護

### ア サービスの内容（法第5条第3項）

重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって常時介護を要する障害者につき、居宅において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助並びに外出時における移動中の介護を総合的に行うとともに、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院又は入所している障害者に対して、意志疎通の支援の支援その他の必要な支援を行う。

### イ 対象者

障害支援区分が区分4以上（病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院又は助産所に入院又は入所中の障害者がコミュニケーション支援等のために利用する場合においても区分4以上）であって、次の（ア）又は（イ）のいずれかに該当する者

（ア） 次の（一）及び（二）のいずれにも該当していること。

（一） 二肢以上に麻痺等があること

（二） 障害支援区分の認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「支援が不要」以外と認定されていること

（イ） 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が、10点以上である者。ただし、現行の日常生活支援の利用者のサービス水準の激変緩和を図る観点から、以下の経過措置を設ける。

平成18年9月末日現在において日常生活支援の支給決定を受けている者であって、上記の対象者要件に該当しない者のうち、次の①及び②のいずれにも該当している者については、当該者の障害支援区分の有効期間に限り、重度訪問介護の対象とする。

①障害支援区分が区分3以上

②日常生活支援及び外出介護の月の支給決定時間の合計が125時間を超える者

なお、重度訪問介護サービス費の加算対象者については、それぞれ下記の要件を満たす者とする。

① 100分の8.5 区分6に該当する者

② 100分の15 ①に該当する者であって、重度障害者等包括支援の対象者となる者

- ◆ 重度訪問介護には「外出時における移動中の介護」が含まれるため、堺市では、市町村地域生活支援事業に位置づけられている「移動支援事業」（ガイドヘルプサービス）との併用は認めていない。
- ◆ 宿泊を伴う利用は、移動支援と同様に計画書を提出の上、一日あたり8時間を上限とする。
- ◆ 15%加算は「①に該当する者」とあるため、「②」の行動障害の対象者は15%加算対象とならないので注意すること。

### (3) 同行援護

#### ア サービスの内容（法第 5 条第 4 項）

視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等につき、外出時において、当該障害者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の当該障害者等が外出する際の必要な援助を行う。

#### イ 対象者

①同行援護アセスメント調査票による、調査項目中「視力障害」、「視野障害」及び「夜盲」のいずれかが 1 点以上であり、かつ、「移動障害」の点数が 1 点以上の者。（表 1 参照）

※障害支援区分の認定を必要としないものとする。

なお、同行援護サービス費の加算対象者については、それぞれ下記の要件を満たす者とする。

①100 分の 20 区分 3 に該当する者（障害児にあってはこれに相当する支援の度合い）

②100 分の 40 区分 4 以上に該当する者（障害児にあってはこれに相当する支援の度合い）

③100 分の 25 盲ろう者（対象者であり、聴覚障害 6 休に相当する者。なお、盲ろう者向け通訳・介助員が支援した場合のみ算定できる。）

※①及び③又は、②及び③の要件を満たす者は、それぞれの加算を算定できる。

同行援護のアセスメント調査票（表 1）

|      | 調査項目                    | 0 点   | 1 点   | 2 点  | 特記事項  | 備考                                      |
|------|-------------------------|---|---|--|---|---|
| 視力障害 | 視力                      | 1. 普通(日常生活に支障がない。                             | 2. 約 1m離れた視力確認表の図は見ることはできるが、目の前に置いた場合は見ることはできない。<br>3. 目の前においた視力確認表の図は見ることはできるが、遠ざかるとみることができない。 | 4. ほとんど見えない。<br>5. 見えているのが判断不能である。                         |   | 矯正視力による測定とする。                           |
| 視野障害 | 視野                      | 1. 視野障害がない<br>2. 視野障害の 1 点又は 2 点の事項に該当しない。    | 3. 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内であり、かつ、両眼による視野について視能率による損失率が 90%以上である。                                      | 4. 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内であり、かつ、両眼による視野について視能率による損失率が 95%以上である。 | 視力障害の 1 点又は 2 点の事項に該当せず、視野に障害がある場合に評価する。  |   |
| 夜盲   | 網膜色素変性症等による夜盲症          | 1. 網膜色素変性症等による夜盲等がない。<br>2. 夜盲の 1 点の事項に該当しない。 | 3. 暗い場所や夜間等の移動の際、慣れた場所以外では歩行できない程度の視野、視力等の能力低下がある。  | —  | 視力障害又は視野障害の 1 点又は 2 点の事項に該当せず、夜盲等の症状により移動に著しく困難を来したものである場合に評価する。<br>必要に応じて医師意見書を添付する。 | 人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能な場合に「歩行できる」と判断する。 |
| 移動障害 | 盲人安全つえ（又は盲導犬）の使用による単独歩行 | 1. 慣れていない場所であっても歩行ができる。                       | 2. 慣れた場所での歩行のみできる。  | 3. 慣れた場所であっても歩行ができない。                                      | 夜盲による移動障害の場合は、夜間や照明が不十分な場所等を想定したものである。  | 人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能な場合に「歩行できる」と判断する。 |

注 1 「夜盲症」の「等」については、網膜色素変性症、錐体ジストロフィー、白子症等による「過度の差別」をいう。

注 2 「歩行」については、車いす等による移動手段を含む。

（視力確認表：A4 版）



## (4) 行動援護

### ア サービスの内容（法第 5 条第 5 項）

知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要するものにつき、当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障害者等が行動する際の必要な援助を行う。

### イ 対象者

障害支援区分が区分 3 以上であって、障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目（12 項目）等の合計点数が 10 点以上（障害児にあってはこれに相当する心身の状態）である者（表 2 参照）

◆ 行動援護、重度障害者等包括支援のⅢ類型及び施設入所支援の重度障害者支援加算（知的）についても下表を用いる。該当は 10 点以上

重度訪問介護、行動援護及び重度障害者等包括支援の判定基準票（表 2）

| 行動関連項目    | 0 点        |         |          | 1 点           |         | 2 点                 |               |
|-----------|------------|---------|----------|---------------|---------|---------------------|---------------|
| コミュニケーション | 日常生活に支障がない |         |          | 特定の者          | 会話以外の方法 | 独自の方法               | コミュニケーションできない |
| 説明の理解     | 理解できる      |         |          | 理解できない        |         | 理解できているが判断できない      |               |
| 大声・奇声を出す。 | 支援が不要      | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 |         | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |               |
| 異食行動      | 支援が不要      | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 |         | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |               |
| 多動・行動停止   | 支援が不要      | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 |         | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |               |
| 不安定な行動    | 支援が不要      | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 |         | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |               |
| 自らを傷つける行動 | 支援が不要      | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 |         | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |               |
| 他人を傷つける行動 | 支援が不要      | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 |         | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |               |

|         |         |         |          |               |                     |
|---------|---------|---------|----------|---------------|---------------------|
| 不適切な行為  | 支援が不要   | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |
| 突発的な行動  | 支援が不要   | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |
| 過食・反すう等 | 支援が不要   | 希に支援が必要 | 月に 1 回以上 | 週 1 回以上の支援が必要 | ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要 |
| てんかん    | 年 1 回以上 |         |          | 月に 1 回以上      | 週 1 回以上             |

## (5) 療養介護

### ア サービスの内容（法第 5 条第 6 項）

病院において機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、日常生活上の世話その他必要な医療を要する障害者であって常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を行う。また、療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供する。

### イ 対象者

病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者として次に掲げる者

- ① 筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害支援区分が区分 6 の者
- ② 筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害支援区分が区分 5 以上の者

◆ 在宅生活者の日中のみの利用は不可。

## (6) 生活介護

### ア サービスの内容（法第 5 条第 7 項）

障害者支援施設その他の以下に掲げる便宜を適切に供与することができる施設において、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他必要な援助を要する障害者であって、常時介護を要するものにつき、主として昼間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行う。

### イ 対象者

地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な者として次に掲げる者

- ① 障害支援区分が区分 3（障害者支援施設に入所する場合は区分 4）以上である者
- ② 年齢が 50 歳以上の場合は、障害支援区分が区分 2（障害者支援施設に入所する場合は区分 3）以上である者
- ③ 障害者支援施設に入所する者であって障害支援区分 4（50 歳以上の場合は障害支援区分 3）よ

り低い者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続きを経た上で、市町村が利用の組み合わせの必要性を認めた者

※③の者のうち以下の者（以下、「新規の入所希望者以外の者」という。）については、原則、平成 24 年 4 月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、生活介護の利用を認めて差し支えない。

- ・法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
- ・法施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者
- ・平成 24 年 4 月の児童福祉法改正の施行の際に障害児施設（指定医療機関を含む）に入所している者

## (7) 短期入所

### ア サービスの内容（法第 5 条第 8 項）

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設、児童福祉施設その他の以下に掲げる便宜を適切に行うことができる施設への短期間の入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を行う。

### イ 対象者

- ① 障害支援区分が区分 1 以上である障害者
- ② 障害児に必要とされる支援の度合に応じて主務大臣が定める区分における区分 1 以上に該当する障害児

## (8) 重度障害者等包括支援

### ア サービスの内容（法第 5 条第 9 項）

常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有するものにつき、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助及び共同生活援助を包括的に提供する。

### イ 対象者

障害支援区分が区分 6（障害児にあつては区分 6 に相当する支援の度合）に該当する者のうち、意思疎通に著しい困難を有する者であって、以下のいずれかに該当する者

| 類 型  |  | 状態像                                     |
|--|--|---|
| 重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、右のいずれかに該当する者          | 人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者<br><b>I 類型</b> | ・筋ジストロフィー<br>・脊椎損傷 ・A L S<br>・遷延性意識障害 等 |
|  | 最重度知的障害者 <b>II 類型</b>                  | ・重症心身障害者 等                              |
| 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目（12 項目）等の合計点数が 10 点以上である者<br><b>III 類型</b> |  | ・強度行動障害 等                               |

## I 類型

- (1) 障害支援区分 6 の「重度訪問介護」対象者であって
- (2) 医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定(軽、中、重のいずれかにチェックされていること)  
なお、医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。
- (3) 認定調査項目「1 群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定
- (4) 認定調査項目「10 群 特別な医療 レスピレーター」において「ある」と認定
- (5) 認定調査項目「6 群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定

## II 類型

- (1) 概況調査において知的障害の程度が「最重度」と確認
- (2) 障害支援区分 6 の「重度訪問介護」対象者であって
- (3) 医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」においていずれも「ある」に認定(軽、中、重のいずれかにチェックされていること)  
なお、医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。
- (4) 認定調査項目「1 群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定
- (5) 認定調査項目「6 群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定

## III 類型

- (1) 障害支援区分 6 の「行動援護」対象者であって
- (2) 認定調査項目「6 群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定
- (3) 障害支援区分の認定調査項目のうち、行動関連項目等(12 項目)の合計点数が 10 点以上(障害児にあってはこれに相当する支援の度合)である者(表 2 参照)

## (9) 施設入所支援

### ア サービスの内容(法第 5 条第 10 項)

その施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行う。

### イ 対象者

- ① 生活介護を受けている者であって障害支援区分が区分 4(50 歳以上の者にあっては区分 3)以上である者
- ② 自立訓練又は就労移行支援(以下この②において「訓練等」という。)を受けている者であって、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められるもの又は地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により、通所によって訓練等を受けることが困難なもの
- ③ 生活介護を受けている者であって障害支援区分 4(50 歳以上の場合は障害支援区分 3)より低い者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続きを経た上で、市町村が利用の組み合わせの必要性を認めた者
- ④ 就労継続支援 B 型を受けている者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の

作成の手続きを経た上で、市町村が利用の組み合わせの必要性を認めた者

※ ③又は④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、平成 24 年 4 月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、施設入所支援の利用を認めて差し支えない。

- ・ 法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
- ・ 法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者
- ・ 平成 24 年 4 月の児童福祉法改正の施行の際に障害児施設（指定医療機関を含む）に入所している者

※ 障害者支援施設及びのぞみの園が行う施設障害福祉サービス（法第 5 条第 1 項に規定する施設障害福祉サービスをいう。以下同じ。）は、施設入所支援のほか、生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援 B 型とする。

## **(10) 自立訓練（機能訓練）**

ア サービスの内容（法第 5 条第 12 項）

障害者につき、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問して行う理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【標準利用期間：1 年 6 ヶ月間（頸部損傷による四肢麻痺その他これに類する状態の場合、3 年間）】

\* 標準利用期間とは？

自立訓練等のサービスについては、サービスの長期化を回避するため標準利用期間が設定されています。標準利用期間が設定されているサービスについては、支給決定機関は 1 年間までとなり、1 年間の利用期間では十分な成果が得られず、かつ引き続きサービスを提供することによる改善効果が具体的に見込まれる場合には、標準利用期間の範囲内で 1 年ごとに支給決定期間の更新が可能です。

イ 対象者

地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者 等

## **(11) 自立訓練（生活訓練）**

ア サービスの内容（法第 5 条第 12 項）

障害者につき、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問して行う入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【標準利用期間：2 年間（長期入院していた又はこれに類する事由がある場合、3 年間）



#### イ 対象者

地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者等

### (12) 宿泊型自立訓練

#### ア サービスの内容（法第 5 条第 12 項）

障害者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【標準利用期間：2 年間（長期入院していた又はこれに類する事由がある場合、3 年間）

#### イ 対象者

上記（11）「自立訓練（生活訓練）」のイに掲げる者のうち、日中、一般就労や障害福祉サービスを利用している者等であって、地域移行に向けて一定期間、居住の場を提供して帰宅後における生活能力等の維持・向上のための訓練その他の支援が必要な知的障害者・精神障害者。

### (13) 就労移行支援

#### ア サービスの内容（法第 5 条第 13 項）

就労を希望する 65 歳未満の障害者若しくは 65 歳以上の障害者（65 歳に達する前 5 年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65 歳に達する前日において就労移行支援に係る支給決定を受けていた障害者に限る。）であって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれるもの又は通常の事業所に雇用されている 65 歳未満の者若しくは 65 歳以上の者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするものにつき、生産活動、職場体験その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する支援、その適性に応じた職場の開拓、就職後における職場への定着のために必要な相談その他の必要な支援を行う。

【標準利用期間：2 年間（あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格取得を目的とする養成施設利用の場合、3 年間または 5 年間）

#### イ 対象者

- ① 就労を希望する者であって、単独で就労することが困難であるため、就労に必要な知識及び技術の習得若しくは就労先の紹介その他の支援が必要な 65 歳未満の者又は 65 歳以上の者
- ② あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゅう師免許を取得することにより、65 歳以上の者を含む就労を希望する者
- ③ 通常の事業所に雇用されている 65 歳未満の者若しくは 65 歳以上の者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするもの

※ただし、65 歳以上の者は、65 歳に達する前 5 年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65 歳に達する前日において就労移行支援に係る支給決定を受けていた者に限る。

## **(14) 就労継続支援 A 型**

### **ア サービスの内容（法第 5 条第 14 項）**

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち適切な支援により雇用契約等に基づき就労する者又は通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするものにつき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

### **イ 対象者**

企業等に就労することが困難な者であって、雇用契約に基づき、継続的に就労することが可能な 65 才未満の者又は 65 歳以上の者（65 歳に達する前 5 年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65 歳に達する前日において就労継続支援 A 型に係る支給決定を受けていた者に限る。））。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者
- ② 特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者
- ③ 企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係がない者
- ④ 通常の事業所に雇用された後に、労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者

### **ウ 特例**

#### **(ア) 特例の考え方**

法においては、障害者の一般就労を進める観点から、就労継続支援 A 型事業を創設し、福祉における雇用の場の拡大をめざしているところである。一方、障害者によっては直ちに雇用契約を結ぶことは難しいが、将来的には雇用関係へ移行することが期待できる者も多いことから、就労継続支援事業 A 型においては、(イ)の要件により雇用によらない者の利用を可能とし、雇用関係への移行を進める。

#### **(イ) 要件**

- ① 雇用契約を締結する利用者に係る利用定員の数が 10 人以上であること。
- ② 雇用契約を締結しない利用者に係る利用定員の数、利用定員の半数及び 9 人を超えることができないこと。
- ③ 雇用契約を締結する利用者と雇用契約を締結しない利用者の作業場所、及び作業内容を明確に区分すること（別棟であることや、施設の別の場所で別の作業を実施していること、勤務表、シフト表は別々に管理すること、誰が見ても明確に区分されている状態であること）。

## (15) 就労継続支援 B 型

### ア サービスの内容（法第 5 条第 14 項）

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち通常の事業所に雇用されていた障害者であってその年齢、心身の状態その他の事情により引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった者、就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった者その他の通常の事業所に雇用されることが困難な者又は通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要なものにつき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

### イ 対象者

就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者又は通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要なもの。具体的には次のような事が挙げられる。

#### ① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者

◆ 何らかの就労経験がある者（離職者）であれば、手帳取得の時期にかかわらず、対象として差し支えない。

#### ② 50歳に達している者又は障害基礎年金 1 級受給者

#### ③ ①及び②のいずれにも該当しない者であって、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている本事業の利用希望者

#### ④ 障害者支援施設に入所する者については、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の経路を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者。

※④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、平成 24 年 4 月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、就労継続支援 B 型の利用を認めて差し支えない。

- ・ 法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
- ・ 法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者

#### ⑤ 通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要なもの

◆ 一般就労中の就労系サービスの利用について、厚生労働省通知「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A 型・B 型）における留意事項について」（令和 6 年 3 月 29 日）に準拠した取り扱いを行う。

## (16) 就労定着支援

### ア サービスの内容（法第5条第15項）

生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援（以下「就労移行支援等」という。）を利用して、通常の事業所に新たに雇用された障害者の就労の継続を図るため、企業、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整を行うとともに、雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言等の必要な支援を行う。

### イ 対象者

就労移行支援等を利用した後、通常の事業所に新たに雇用された障害者であって、就労を継続している期間が6月（通常の事業所に雇用された後に労働時間の延長の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者として、就労移行支援等を利用した場合は、当該就労移行支援等の終了日の翌日から起算して6月、休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者として、就労移行支援等を利用した場合は、復職した日から起算して6月）を経過した障害者

## (17) 自立生活援助

### ア サービスの内容（法第5条第16項）

居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題につき、定期的な巡回又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、障害者の状況を把握し、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等の自立した日常生活を営むための環境整備に必要な援助を行う。

### イ 対象者

居宅において単身であるため又はその家族と同居している場合であっても、家族等の障害・疾病等や当該障害者の生活環境の大きな変化その他の事情により、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある障害者であって、上記アの支援を要する者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 障害者支援施設、のぞみの園、指定宿泊型自立訓練を行う自立訓練（生活訓練）事業所、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所していた障害者  
※ 児童福祉施設に入所していた18歳以上の者、障害者支援施設等に入所していた15歳以上の障害者みなしの者も対象。
- ② 共同生活援助を行う住居又は福祉ホームに入居していた障害者
- ③ 精神科病院に入院していた精神障害者
- ④ 救護施設又は更生施設に入所していた障害者
- ⑤ 刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘置所）、少年院に収容されていた障害者
- ⑥ 更生保護施設に入所していた障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊していた障害者
- ⑦ 現に地域において一人暮らしをしている障害者又は同居する家族が障害、疾病等により当該家族による支援が見込めないため実質的に一人暮らしと同等の状況にある障害者であって、当該障害者を取り巻く人間関係、生活環境又は心身の状態等の変化により、自立した地域生活を継続することが困難な者
- ⑧ 同居する家族に障害、疾病のない場合であっても、地域移行支援を利用して退院・退所した者、精神科病院の入退院を繰り返している者、強度行動障害や高次脳機能障害等の状態にある者等、地域生活を営むための支援を必要としている者

## (18) 共同生活援助（グループホーム）

### ア サービスの内容（法第 5 条第 17 項）

障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談、入浴、排せつ若しくは食事の介護その他の日常生活上の援助を行い、又はこれに併せて、居宅における自立した日常生活への移行を希望する入居者につき、当該日常生活への移行及び移行後の定着に関する相談その他の主務省令で定める援助を行うことをいう。

### イ 対象者

障害者（身体障害者にあつては、65 歳未満の者又は 65 歳に達する日の前日までに障害福祉 サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。）

なお、身体障害者が共同生活援助を利用するに当たっては、

- ① 在宅の障害者が、本人の意に反して共同生活援助の利用を勧められることがないよう、徹底を図ること
- ② 共同生活援助の利用対象者とする身体障害者の範囲については、施設からの地域移行の推進などの趣旨を踏まえ、65 歳に達した以降に身体障害者となった者については新規利用の対象としないことに留意されたい。

## (19) 地域移行支援

### ア サービスの内容（法第 5 条第 20 項）

障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。

### イ 対象者

以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者。

- ① 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所している障害者  
※児童福祉施設に入所する 18 歳以上の者、障害者支援施設等に入所する 15 歳以上の障害者みなしの者も対象
- ② 精神科病院に入院している精神障害者  
※地域移行支援の対象となる精神科病院には、医療観察法第 2 条第 4 項の指定医療機関も含まれており、医療観察法の対象となる者に係る支援に当たっては保護観察所と連携すること。
- ③ 救護施設又は厚生施設に入所している障害者
- ④ 刑事施設(刑務所、少年刑務所、拘置所)、少年院に収容されている障害者  
※保護観察所、地域生活定着支援センターが行う支援との重複を避け、役割分担を明確にする観点等から、特別調整の対象となった障害者（「高齢又は障害により特に自立が困難な 矯正施設収容中の者の社会復帰に向けた保護、生活環境の調整等について（通達）」（平成 21 年 4 月 17 日法務省保観第 244 号。法務省矯正局長、保護局長連名通知）に基づき、特別調整対象者に選定された障害者をいう。）のうち、矯正施設から退所するまでの間に障害福祉サービスの体験利用や体験宿泊など矯正施設在所中に当該施設外で行う支援の提供が可能であると見込まれるなど指定一般相談支援事業者による効果的な支援が期待される障害者を対象とする。
- ⑤ 更生保護施設に入所している障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊している障害者

## (20) 地域定着支援

### ア サービスの内容（法第 5 条第 21 項）

居宅において単身であるため、又はその家族と同居している場合であっても家族等の障害・疾病等や当該障害者の生活環境の大きな変化その他の事情により、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある障害者につき、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う。

### イ 対象者

- ① 居宅において単身であるため緊急時の支援が見込めない状況にある者
- ② 居宅において家族等と同居している障害者であっても、当該家族等が障害、疾病等のため、障害者に対し、当該家族等による緊急時の支援が見込まれない状況にある者
- ③ 居宅において家族と同居している障害者で、同居する家族に障害、疾病のない場合であっても、地域移行支援を利用して退院・退所した者、精神科病院の入退院を繰り返している者、強度行動障害や高次脳機能障害等の状態にある者等、地域生活を営むため緊急時に手厚い支援を必要としている者

◆ 原則、対象は障害者であり、障害児は対象としていない。

※共同生活援助（退去後（外部サービス利用型）共同生活援助サービス費の支給決定を受けている者を除く。）、宿泊型自立訓練の入居者に係る常時の連絡体制の整備、緊急時の支援等については、通常、当該事業所の世話人等が対応することとなるため、対象外。

※上記①又は②の者のうち医療観察法の対象となる者に係る支援に当たっては保護観察所と連携すること。

### 児 3 障害児支援の名称と内容

| 種類          | 内容  | 支給決定<br>期間 | 受給者証 |
|-------------|---|------------|------|
| 児童発達支援      | 児童発達支援センター又は児童発達支援事業所において、日常生活における基本的な動作の指導、知識技術の付与、集団生活への適応訓練などを行います。<br>市内の児童発達支援センター：もず園、つぼみ園                | 1年         | 秋桜色  |
| 放課後等デイサービス  | 就学児童を対象に、学校授業終了後又は休業日において、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流促進を行います。学校との連携・協働による支援を行うとともに、多様なメニューを設け、本人の希望を踏まえたサービスを提供します。 | 1年         | 秋桜色  |
| 保育所等訪問支援    | 児童発達支援を行う施設・事業所などの訪問支援員が、保育所、幼稚園、小学校など児童が集団生活を営む施設を訪問し、当該施設における障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行います。             | 1年         | 秋桜色  |
| 居宅訪問型児童発達支援 | 重症心身障害児など外出することが困難な障害児を対象に、児童発達支援等を行う施設・事業所などの訪問支援員が、障害児の居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与などを行います。               | 1年         | 秋桜色  |
| 障害児相談支援     | 児童福祉法における障害児通所支援の利用に係る障害児支援利用計画を作成します。支援決定前の計画案作成や支援決定後の計画作成（障害児支援利用援助）及び支給決定後のモニタリング（継続障害児支援利用援助）を行います。        | 1年         | 秋桜色  |
| 医療型障害児入所施設  | 障害児を保護するとともに、日常生活の指導、独立自活に必要な知識技能の付与を行います。  |            | 萌黄色  |
| 福祉型障害児入所施設  | 障害児を保護するとともに、日常生活の指導、独立自活に必要な知識技能の付与を行います。  |            | 萌黄色  |

障害児通所支援の種類、内容及び対象者の要件は、以下のとおりである。

#### （１）児童発達支援

##### ア 支援の内容（法第6条の2の2第2項）

児童発達支援センター又は児童発達支援事業所において、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。

##### イ 対象者

療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる主に未就学の障害児。

具体的には次のような例が考えられる。

- ① 市町村等が行う乳幼児健診等で療育の必要性があると認められた児童
- ② 保育所や幼稚園に在籍しているが、併せて、指定児童発達支援事業所等において、専門的な療育・訓練を受ける必要があると認められた児童

## **(2) 放課後等デイサービス**

### **ア 支援の内容（法第6条の2の2第4項）**

生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援を行う。

### **イ 対象者**

学校教育法第1条に規定している学校（幼稚園及び大学を除く。）又は専修学校等に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められた障害児

## **(3) 居宅訪問型児童発達支援**

### **ア 支援の内容（法第6条の2の2第5項）**

居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。

### **イ 対象者**

重度の障害の状態その他これに準ずるものとして厚生労働省令で定める状態にあり、児童発達支援又は放課後等デイサービスを受けるために外出することが著しく困難であると認められた障害児

※ なお、重度の障害の状態その他これに準ずるものとして厚生労働省令で定める状態とは、次に掲げる状態とする（則第1条の2の3）。

- ① 人工呼吸器を装着している状態その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある場合
- ② 重い疾病のため感染症にかかるおそれがある状態にある場合

## **(4) 保育所等訪問支援**

### **ア 支援の内容（法第6条の2の2第6項）**

障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援その他必要な支援を行う。

### **イ 対象者**

保育所その他の児童が集団生活を営む施設として厚生労働省令で定めるものに通う障害児又は乳児院その他の児童が集団生活を営む施設として厚生労働省令で定めるものに入所する障害児であつて、当該施設において、専門的な支援が必要と認められた障害児

※ なお、厚生労働省令で定める施設とは、保育所、幼稚園、小学校（義務教育学校の前期課程を含む。）、特別支援学校、認定こども園、乳児院、児童養護施設その他児童が集団生活を営む施設として、市町村が認めた施設とする（則第1条の2の5）。対象施設であるか否かの認定方法は、児童の利用が想定されるものを事前に施設の種別ごとに包括的に認める場合と、施設を個々にその都度認める場合の両方が考えられる。



## 4 地域生活支援事業の名称と内容

地域生活支援事業とは、全国一律の自立支援給付とは別に、地域での生活を支えるさまざまな事業について、地域の特性に応じた柔軟な事業形態により実施するものです。堺市が実施する主な事業としては、次のようなものがあります。

### (1) 移動支援事業（ガイドヘルプサービス）

#### ①事業の内容

屋外での移動が困難な方に対してガイドヘルパーが付き添いを行うことにより、社会生活上必要不可欠な外出や、余暇活動等社会参加のための外出の際の移動を支援する。

#### ②対象者

単独で外出することが困難で、付き添いを必要とする状況にある全身性障害者、知的障害者及び精神障害者（行動援護、重度訪問介護利用者を除く。）

なお、視覚障害者の方については、「同行援護」の利用となる。

#### ③利用者負担

堺市では、所得にかかわらず一定時間数までの利用については無料とし、それを超える利用についてのみ1割負担（30分あたり80円となります。）が発生する仕組みとすることで、利用者の負担軽減、社会参加の促進を図っている。

| 区 分              |                                   | 無料    | 1割負担                |
|------------------|-----------------------------------|-------|---------------------|
| 身体障害者            |                                   | ～25時間 | ～50時間               |
| 知的障害者・精神障害者      |                                   | ～18時間 | ～40時間               |
| 18歳未満の障害児        |                                   | ～10時間 | ～20時間<br>(8月のみ40時間) |
| 施設入所者<br>(18歳以上) | 一時帰宅中の外出                          | ～15時間 | ～25時間               |
|                  | 施設を起点とする外出                        | —     | ～25時間               |
|                  | 施設を起点とする外出で、地域生活への移行を目指す場合（1年間のみ） | ～15時間 | ～25時間               |

※市民税非課税世帯の場合は、1割負担はありません。

### 2人介護対象者の利用時間（2019年度より）

対象者1人に対して、その異動支援の提供に2人のガイドヘルパーが従事する場合は、上記の利用時間数の2倍の範囲内で利用することができますようになります。

### 重度訪問介護利用者の大学修学支援事業（2019年度より）

重度訪問介護を利用する障害者を対象に、大学などに修学する際の通学及び大学などの敷地内における身体介護などの支援を実施します。

## (2) 日中一時支援事業（日帰りショートステイ）

### ①事業の内容

短期入所（ショートステイ）のうち宿泊を伴わないもの

### ②対象者

宿泊を伴う短期入所（ショートステイ）の支給決定を受けている方

### ③利用者負担

原則 1 割となるが、以下のとおり負担上限月額を設けている。

| 区 分   | 対象者            | 負担上限月額  |
|-------|----------------|---------|
| 生活保護等 | 生活保護受給世帯等に属する方 | 0 円     |
| 低所得   | 市民税非課税世帯に属する方  | 0 円     |
| 一般    | 市民税課税世帯に属する方   | 4,000 円 |

※ 1 か月間に利用したサービス量にかかわらず、負担上限月額を超える負担は生じない。

※住民票上の世帯が原則だが、18 歳以上の場合は本人とその配偶者のみを世帯としてみなす。

## (3) 訪問入浴サービス

### ①事業の内容・対象者

このサービスによらなければ入浴することが困難な身体障害者の方の居宅に訪問し、入浴サービスを提供する。

### ②利用者負担

原則 1 割となるが、以下のとおり所得に応じた負担上限月額を設けている。

| 区 分   | 対象者            | 負担上限月額  |
|-------|----------------|---------|
| 生活保護等 | 生活保護受給世帯等に属する方 | 0 円     |
| 低所得   | 市民税非課税世帯に属する方  | 0 円     |
| 一般    | 市民税課税世帯に属する方   | 4,000 円 |

※ 1 か月間に利用したサービス量にかかわらず、負担上限月額を超える負担は生じない。

※住民票上の世帯が原則だが、18 歳以上の場合は本人とその配偶者のみを世帯としてみなす。

## (4) 手話通訳者・要約筆記者の派遣

### ①事業の内容

聴覚障害者の方が公的機関や医療機関に相談に赴く場合などで、手話通訳・要約筆記を必要とする場合、市に登録している手話通訳者・要約筆記者を派遣する。

## (5) 盲ろう者通訳・介助者の派遣

### ①事業の内容

18 歳以上の盲ろう者（視覚と聴覚に重複して重度の障害がある方）で身体障害者手帳の 1 級又は 2 級の交付を受けた方に対して、自立と社会参加を促進するため、日常生活で通訳・介助が必要な時に通訳・介助者を派遣する。

## **(6) 重度障害者入院時コミュニケーション支援事業**

### **①事業の内容**

重度の障害のため意思疎通に支援が必要な方が入院した場合に、本人をよく知るホームヘルパーやガイドヘルパーを「コミュニケーション支援員」として病院に派遣し、医療従事者との円滑な意思疎通の仲介を図り、安心して医療を受けられる環境を確保する。月 50 時間まで。

### **②対象者**

次の要件を全て満たす者（ただし、施設入所者及び就学前児童については対象外）

ア 堺市から「居宅介護」「重度訪問介護」「行動援護」「重度障害者等包括支援」「移動支援」「同行援護」のいずれかの支給決定を受けている者。

ただし、重度訪問介護の支給決定者のうち障害支援区分 4 以上の者は対象外とする。

イ 障害支援区分認定調査項目 6「認知機能」群のうち、「コミュニケーション」の項目において「日常生活に支障がない」以外である者又は「説明の理解」の項目が「理解できる」以外の者（「移動支援」利用の場合は準じる者）

### **③利用者負担**

なし

## **(7) 地域活動支援センター**

### **①事業の内容**

#### **【地域活動支援センター連携強化型】**

堺市の相談支援体制における地域拠点のひとつとして、居場所の提供に加えて、関係機関等との連携を図り利用者の地域生活への移行や日常生活に関する相談を行う。

#### **【地域活動支援センター居場所支援型】**

主にプログラム活動や当事者の力を高める機能を持ち、利用者の生活に密着した支援を行う。

17 時以降または土日祝いずれかも開所。

#### **【地域活動支援センター入浴支援強化型】**

重度の障害があり、自宅で入浴が困難な方に、入浴サービスを中心とした創作的活動や社会との交流促進を行う。

※詳細は、堺市ホームページを参照。

## **(8) 重度障害者就業支援事業**

### **①事業の内容**

重度訪問介護、同行援護、行動援護を利用する障害者を対象に、就業中や就業に伴う移動中または休憩時間中の日常生活の支援を実施します。

## 5 その他の事業

### (1) 障害児施設入浴サービス

#### ①事業の内容

自宅での入浴が困難な障害児に、施設で入浴（送迎付）が受けられるサービスを提供する。

#### ②対象者

特別支援学校の中学部若しくは中学校に通学している者又はこれらを卒業した者のうち、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるもの

#### ③利用者負担

原則1割となるが、以下のとおり所得に応じた負担上限月額を設けている。

| 区 分   | 対象者            | 負担上限月額 |
|-------|----------------|--------|
| 生活保護等 | 生活保護受給世帯等に属する方 | 0円     |
| 低所得   | 市民税非課税世帯に属する方  | 0円     |
| 一般    | 市民税課税世帯に属する方   | 4,000円 |

※1か月間に利用したサービス量にかかわらず、負担上限月額を超える負担は生じない。

### (2) 堺市重症障害者医療的ケア支援事業

#### ①事業の内容

常時家族の看護が必要な身体障害者（18歳未満の在宅の身体障害児を含む。）のいる家族に対し、家族の看護の負担を軽減し、その福祉の増進を図るため、医療的ケアを行う看護師を派遣する。

### (3) 地域生活支援拠点等の事業所（緊急時の受け入れ・対応）

在宅で生活する障害児が、介護者の急病等により、在宅での生活が一時的に困難になる場合等の緊急時の対応として、地域生活支援拠点等の機能（緊急の受け入れ・対応）を担う短期入所事業所を認定しました。

緊急時においては、下記の堺市地域生活支援拠点等を担う短期入所事業所にご相談ください。

| 事業所名                       | 所在地                 | 電話       | FAX      |
|----------------------------|---------------------|----------|----------|
| 社会福祉法人南湖会<br>泉嶺ホーム         | 堺市中区平井482<br>番地     | 277-0374 | 277-0325 |
| ショートステイあかね                 | 堺市東区日置荘西町<br>8丁1番1号 | 286-2260 | 286-2268 |
| コスモス地域福祉活動<br>センターえると      | 堺市東区野尻町8番<br>地4     | 288-1050 | 288-1717 |
| ショートステイうてな                 | 堺市西区草部775<br>-2     | 275-3660 | 275-3661 |
| 総合生活支援センター<br>そら/ショートステイそら | 堺市南区柁202番<br>地9     | 291-2628 | 291-2629 |
| ピュアあすなろ                    | 堺市南区稲葉3丁1<br>581番地  | 260-5570 | 260-5580 |

## 6 障害支援区分が利用の要件となっているサービス（介護給付）

|                   |     |                         |     |     |     |     |     |   |
|-------------------|-----|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---|
|                   |     |                         |     |     |     |     |     | 平成27年4月現在   |
|                   |     | …利用可能（その他の要件等にも留意すること。） |     |     |     |     |     |   |
|                   | 非該当 | 区分1                     | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 | 備考  |
| 居宅介護              |     |                         |     |     |     |     |     |   |
| 行動援護              |     |                         |     |     |     |     |     | ・精神障害・知的障害対象<br>・行動関連項目が合計10点以上【程度区分の場合は8点以上】   |
| 重度訪問介護            |     |                         |     |     |     |     |     | ・二肢以上に麻痺がある<br>・項目の内「歩行・移乗・排尿・排便」がいずれも「支援が不要」以外<br>・行動関連項目が合計10点以上【程度区分の場合は8点以上】                            |
| 同行援護              |     |                         |     |     |     |     |     | ・視覚障害者対象<br>・身体介護を伴う場合は、区分2以上かつ、項目の内「歩行・移乗・移動・排尿・排便」のいずれかが「できる」以外   |
| 生活介護              |     |                         |     |     |     |     |     | ・50歳以上は区分2から  |
| 生活介護（施設入所支援利用の場合） |     |                         |     |     |     |     |     | ・50歳以上は区分3から<br>・在宅が困難な障害程度区分4（50歳以上は区分3）より低い者は計画相談支援の利用が必要   |
| 短期入所              |     |                         |     |     |     |     |     |   |
| 療養介護              |     |                         |     |     |     |     |     | ・ALS患者等人工呼吸器装着者<br>・平成24年3月末に重症心身障害児施設入所者については、経過措置あり<br>・筋ジストロフィー患者・重症心身障害者は区分5から                          |
| 施設入所支援            |     |                         |     |     |     |     |     | ・50歳以上は区分3から<br>・日中、訓練等給付（就労移行支援・自立訓練）を利用する場合は障害程度区分は不要<br>・就労継続支援B利用及び障害程度区分4（50歳以上は区分3）より低い者は計画相談支援の利用が必要 |
| 重度障害者等包括支援        |     |                         |     |     |     |     |     | ・意思疎通に著しい困難があり、寝たきり状態で人工呼吸器を装着した身体障害者もしくは重症心身障害者、強度行動障害を有する重度知的障害者  |

※上記は要件の一部を抜粋したものです。詳細は、確認のうえで、ご活用ください。

## 7 様式集

| NO | 様式名   | ページ |
|----|---|-----|
| 1  | サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書                                  | 123 |
| 2  | (新規) 介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 | 124 |
| 3  | (更新) 介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 | 126 |
| 4  | (変更) 介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書       | 128 |
| 5  | 障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 (新規・更新分)                      | 130 |
| 6  | 障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書 (変更分)                     | 132 |
| 7  | 世帯状況・収入等申告書   | 134 |
| 8  | 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書                                   | 135 |
| 9  | 計画相談支援・障害児相談支援依頼 (変更) 届出書                                   | 136 |
| 10 | サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 (様式 1 - 1)                            | 137 |
| 11 | サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】 (様式 1 - 2)                     | 138 |
| 12 | 申請者の現状 (基本情報) (別紙 1)  | 139 |
| 13 | 申請者の現状 (基本情報)【現在の生活】 (別紙 2)                                 | 140 |
| 14 | サービス等利用計画・障害児支援利用計画 (様式 2 - 1)                              | 141 |
| 15 | サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】 (様式 2 - 2)                       | 142 |
| 16 | モニタリング報告書 (継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)<br>(様式 3 - 1)            | 143 |
| 17 | 継続サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】 (様式 3 - 2)                     | 144 |
| 18 | サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 (セルフプラン)                              | 145 |
| 19 | サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 (セルフプラン) 週間予定表                        | 146 |
| 20 | 資料提供依頼書兼受領書   | 147 |
| 21 | 聞き取り調査等にかかる情報提供同意書  | 148 |
| 22 | 契約内容 (障害福祉サービス受給者証記載事項) 報告書                                 | 149 |
| 23 | 計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書                                  | 150 |
| 24 | 計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書                                 | 151 |
| 25 | 入院時情報提供書  | 152 |

年 月 日

様

堺 市 長

### サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

障害者総合支援法（第22条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項）・児童福祉法（第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。

提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

#### 記

・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

※すでに計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている者であって、現在サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成を依頼している事業所に変更がない場合は、提出は不要です。

提出先

提出期限 年 月 日

問合せ先

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

堺市長殿

新規

次のとおり申請します。なお、決定された利用者負担額について、現在入所し、又は通所している施設に対し、情報提供することに同意します。

申請年月日 年 月 日

|  |       |      |                            |             |  |                          |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|--|-------|------|----------------------------|-------------|--|--------------------------|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|
| 申請者                                      | フリガナ  |      | 生年月日                       | 年 月 日 ( 歳 ) |  |                          |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏 名   |      | 個人番号                       |             |  |                          |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|  | 居 住 地 | 〒    |                            |             |  |                          |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|  |       | 電話番号 |                            |             |  |                          |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 支給申請に係る<br>障 害 児 氏 名                     | フリガナ  |      | 生年月日                       | 年 月 日 ( 歳 ) |  |                          |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|  |       |      | 個人番号                       |             |  |                          |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|  |       |      | 続 柄                        |             |  |                          |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳番号                                |       |      | 療育手帳番号                     |             |  | 精神障害者保健福祉手帳番号            |  |  | 疾病名   |  |  |  |  |  |  |
| 第 号 ( 級 )<br>(視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)          |       |      | 第 号<br>( A ・ B 1 ・ B 2 ・ ) |             |  | 号<br>( 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ) |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 障害基礎年金 1 級の受給の有無 (就労継続支援のサービスを申請する者に限る。) |       |      |                            |             |  |                          |  |  | 有 ・ 無 |  |  |  |  |  |  |

|              |               |                        |                  |                                |   |      |  |  |
|--------------|---------------|------------------------|------------------|--------------------------------|---|------|--|--|
| サービス利用の状況    | 障害福祉関係サービス    | 障害支援区分の認定              | 有 ・ 無            | 区分等                            | 1 2 3 4 5 6   | 有効期間 |  |  |
|              |               | 利用中のサービスの種類・内容等        |                  |                                |   |      |  |  |
| 介護保険サービス     | 要介護認定         | 有 ・ 無                  | 要介護度             | 要支援 ( ) ・ 要介護 1 2 3 4 5        |   |      |  |  |
|              |               | 利用中のサービスの種類と内容等        |                  |                                |   |      |  |  |
| 申請するサービスの種類等 | 区分            | 申請する支援の種類・内容等          |                  |                                |   |      |  |  |
|              | 訪問系           | 介護給付費                  |                  |                                | 訓練等給付費  |      |  |  |
|              |               | □ 居宅介護 (ホームヘルプ)        | □ 身体介護 (月 時間)    |                                | 共同生活援助 (グループホーム) を申請する者は、希望する事業所の種類、介護の提供の希望の有無、サテライト型住居の利用の希望の有無その他必要な事項を記載すること。 |      |  |  |
|              |               |                        | □ 家事援助 (月 時間)    |                                |   |      |  |  |
|              |               |                        | □ 通院介助 (月 時間)    |                                |   |      |  |  |
|              |               |                        | □ 通院等の乗降介助 (月 回) |                                |   |      |  |  |
|              |               | □ 重度訪問介護 (月 時間)        |                  |                                |   |      |  |  |
|              |               | □ 同行援護 (月 時間)          |                  |                                |   |      |  |  |
|              | □ 行動援護 (月 時間) |                        |                  |                                |   |      |  |  |
|              | 日中活動系         | □ 短期入所 (ショートステイ) (月 日) |                  | □ 自立訓練 [ □ 機能訓練 □ 生活訓練 ] (月 日) |   |      |  |  |
|              |               | □ 療養介護 (月 日)           |                  | □ 就労移行支援 (月 日)                 |   |      |  |  |
|              |               | □ 生活介護 (月 日)           |                  | □ 就労継続支援 [ □ A 型 □ B 型 ] (月 日) |   |      |  |  |
|              |               |                        |                  | □ 就労定着支援                       |   |      |  |  |
|              | 居住系           | □ 施設入所支援               |                  | □ 共同生活援助 (グループホーム) (事業所名 )     |   |      |  |  |
|              |               | □ 自立生活援助               |                  |                                |   |      |  |  |
| 地域相談支援       | □ 地域移行支援      |                        |                  |                                |   |      |  |  |
|              | □ 地域定着支援      |                        |                  |                                |   |      |  |  |



(裏面)

|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| 申請する減免の種類   | <input type="checkbox"/> <b>I 負担上限月額に関する認定</b><br>下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。当てはまらない場合は、空欄とすること。)<br>1 生活保護受給世帯(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付受給世帯を含む。)<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割額が16万円(児童の場合は28万円)未満のもの |                                     |
|   | <input type="checkbox"/> <b>II 医療型個別減免に関する認定</b><br>下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。   |                                     |
|   | 〈20歳以上の方〉<br>1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)<br>2 市町村民税課税世帯でないこと。  | 〈20歳未満の方〉<br>1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)</b><br>下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。  |                                     |
|   | 〈20歳以上の方〉<br>1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳)<br>2 市町村民税課税世帯でないこと。   | 〈20歳未満の方〉<br>1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳) |
|   | <input type="checkbox"/> <b>IV 共同生活援助(グループホーム)利用者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)</b><br>市町村民税課税世帯でないため、特定障害者特別給付費を申請します。  |                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定</b><br>生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。<br><input type="checkbox"/> 生活保護担当窓口が発行する境界層対象者証明書が必要となります。 |  |                                     |

注意

- 1 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)とする。
- 2 いずれの場合にあっても、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
- 3 18歳以上(入所施設利用者は、20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者(同一の住民票に記載された者に限る。)とする。

|            |         |        |       |  |
|------------|---------|--------|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名  |        | 医療機関名 |  |
|            | 医療機関所在地 | 〒 電話番号 |       |  |

注意 ※印のある主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合に記入すること。

|        |  |      |     |
|--------|--|------|-----|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入すること。) |      |     |
| フリガナ   |  |      | 申請者 |
| 氏名     |  | との関係 |     |
| 住所     | 〒 電話番号   |      |     |

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査、概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、堺市から指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人、医師意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

申請者氏名

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

堺市長殿

更新

次のとおり申請します。なお、決定された利用者負担額について、現在入所し、又は通所している施設に対し、情報提供することに同意します。

申請年月日 年 月 日

|  |       |                            |      |                          |  |     |       |
|--|-------|----------------------------|------|--------------------------|--|-----|-------|
| 申請者                                    | フリガナ  |                            | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 )              |  |     |       |
|  | 氏 名   |                            | 個人番号 |                          |  |     |       |
|  | 居 住 地 | 〒                          |      |                          |  |     |       |
|  |       | 電話番号                       |      |                          |  |     |       |
| 支給申請に係る<br>障 害 児 氏 名                   | フリガナ  |                            | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 )              |  |     |       |
|  |       |                            | 個人番号 |                          |  |     |       |
|  |       |                            | 続 柄  |                          |  |     |       |
| 身体障害者手帳番号                              |       | 療育手帳番号                     |      | 精神障害者保健福祉手帳番号            |  | 疾病名 |       |
| 第 号 ( 級 )<br>(視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)        |       | 第 号<br>( A ・ B 1 ・ B 2 ・ ) |      | 号<br>( 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ) |  |     |       |
| 障害基礎年金1級の受給の有無 (就労継続支援のサービスを申請する者に限る。) |       |                            |      |                          |  |     | 有 ・ 無 |

|              |              |                      |                 |                         |   |      |  |  |
|--------------|--------------|----------------------|-----------------|-------------------------|---|------|--|--|
| サービス利用の状況    | 障害福祉関係サービス   | 障害支援区分の認定            | 有 ・ 無           | 区分等                     | 1 2 3 4 5 6<br>非該当  | 有効期間 |  |  |
|              |              | 利用中のサービスの種類・内容等      |                 |                         |   |      |  |  |
| 介護保険サービス     | 要介護認定        | 有 ・ 無                | 要介護度            | 要支援 ( ) ・ 要介護 1 2 3 4 5 |   |      |  |  |
|              |              | 利用中のサービスの種類と内容等      |                 |                         |   |      |  |  |
| 申請するサービスの種類等 | 区分           | 申請する支援の種類・内容等        |                 |                         |   |      |  |  |
|              | 訪問系          | 介護給付費                |                 |                         | 訓練等給付費  |      |  |  |
|              |              | □居宅介護<br>(ホームヘルプ)    | □身体介護 (月 時間)    |                         | 共同生活援助(グループホーム)を申請する者は、希望する事業所の種類、介護の提供の希望の有無、サテライト型住居の利用の希望の有無その他必要な事項を記載すること。 |      |  |  |
|              |              |                      | □家事援助 (月 時間)    |                         |   |      |  |  |
|              |              |                      | □通院介助 (月 時間)    |                         |   |      |  |  |
|              |              |                      | □通院等の乗降介助 (月 回) |                         |   |      |  |  |
|              |              | □重度訪問介護 (月 時間)       |                 |                         |   |      |  |  |
|              |              | □同行援護 (月 時間)         |                 |                         |   |      |  |  |
|              | □行動援護 (月 時間) |                      |                 |                         |   |      |  |  |
|              | 日中活動系        | □短期入所(ショートステイ) (月 日) |                 |                         | □自立訓練 [ □機能訓練 □生活訓練 ] (月 日)   |      |  |  |
|              |              | □療養介護 (月 日)          |                 |                         | □就労移行支援 (月 日)   |      |  |  |
|              |              | □生活介護 (月 日)          |                 |                         | □就労継続支援 [ □A型 □B型 ] (月 日)   |      |  |  |
|              |              |                      |                 |                         | □就労定着支援   |      |  |  |
|              | 居住系          | □施設入所支援              |                 |                         | □共同生活援助(グループホーム) (事業所名 )  |      |  |  |
|              |              |                      | □自立生活援助         |                         |   |      |  |  |
| 地域相談支援       | □地域移行支援      |                      |                 |                         |   |      |  |  |
|              | □地域定着支援      |                      |                 |                         |   |      |  |  |

(裏面)

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| 申請する減免の種類  | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。当てはまらない場合は、空欄とすること。)<br>1 生活保護受給世帯(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付受給世帯を含む。)<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割額が16万円(児童の場合は28万円)未満のもの |                                     |
|  | <input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定<br>下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。   |                                     |
|  | 〈20歳以上の方〉<br>1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)<br>2 市町村民税課税世帯でないこと。   | 〈20歳未満の方〉<br>1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)  |
|  | <input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)<br>下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。  |                                     |
|  | 〈20歳以上の方〉<br>1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳)<br>2 市町村民税課税世帯でないこと。  | 〈20歳未満の方〉<br>1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳) |
|  | <input type="checkbox"/> IV 共同生活援助(グループホーム)利用者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)<br>市町村民税課税世帯でないため、特定障害者特別給付費を申請します。  |                                     |
| <input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定<br>生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。<br><input type="checkbox"/> 生活保護担当窓口が発行する境界層対象者証明書が必要となります。 |   |                                     |

注意

- 1 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)とする。
- 2 いずれの場合にあっても、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
- 3 18歳以上(入所施設利用者は、20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者(同一の住民票に記載された者に限る。)とする。

|            |         |        |       |  |
|------------|---------|--------|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名  |        | 医療機関名 |  |
|            | 医療機関所在地 | 〒 電話番号 |       |  |

注意 ※印のある主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合に記入すること。

|        |  |  |         |
|--------|--|--|---------|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入すること。) |  |         |
| フリガナ   |  |  | 申請者との関係 |
| 氏名     |  |  |         |
| 住所     | 〒  |  | 電話番号    |

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査、概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、堺市から指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人、医師意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

申請者氏名

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費  
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

堺市長殿

変更

次のとおり申請します。なお、決定された利用者負担額について、現在入所し、又は通所している施設に対し、情報提供することに同意します。

申請年月日 年 月 日

|  |                            |                            |                          |             |     |       |  |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|-----|-------|--|
| 申請者                                      | フリガナ                       |                            | 生年月日                     | 年 月 日 ( 歳 ) |     |       |  |
|  | 氏 名                        |                            | 個人番号                     |             |     |       |  |
|  | 居 住 地                      | 〒 電話番号                     |                          |             |     |       |  |
| 支給申請に係る<br>障害児氏名                         | フリガナ                       |                            | 生年月日                     | 年 月 日 ( 歳 ) |     |       |  |
|  | 支 給 申 請 に 係 る<br>障 害 児 氏 名 |                            | 個人番号                     |             |     |       |  |
|  |                            |                            | 続 柄                      |             |     |       |  |
| 身体障害者手帳番号                                |                            | 療育手帳番号                     | 精神障害者保健福祉手帳番号            |             | 疾病名 |       |  |
| 第 号 ( 級 )<br>(視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)          |                            | 第 号<br>( A ・ B 1 ・ B 2 ・ ) | 号<br>( 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ) |             |     |       |  |
| 障害基礎年金 1 級の受給の有無 (就労継続支援のサービスを申請する者に限る。) |                            |                            |                          |             |     | 有 ・ 無 |  |

|                 |                 |                           |                             |   |      |  |
|-----------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------|---|------|--|
| サービス利用の状況       | 障害福祉関係サービス      | 障害支援区分の認定                 | 有・無                         | 区分等 1 2 3 4 5<br>6 非該当  | 有効期間 |  |
|                 | 介護保険サービス        | 利用中のサービスの種類・内容等           |                             |   |      |  |
| 変更の理由           | 変更を申請するサービスの種類等 |                           |                             |   |      |  |
|                 | 区分              | 変更を申請する支援の種類・内容等          |                             |   |      |  |
| 変更を申請するサービスの種類等 | 在宅系             | 介護給付費                     |                             | 訓練等給付費  |      |  |
|                 |                 | □居宅介護 (ホームヘルプ)            | □身体介護 (月 時間)                | 共同生活援助 (グループホーム) を申請する者は、希望する事業所の種類、介護の提供の希望の有無、サテライト型住居の利用の希望の有無その他必要な事項を記載すること。 |      |  |
|                 |                 |                           | □家事援助 (月 時間)                |   |      |  |
|                 |                 |                           | □通院介助 (月 時間)                |   |      |  |
|                 |                 |                           | □通院等の乗降介助 (月 回)             |   |      |  |
|                 |                 | □重度訪問介護 (月 時間)            |                             |   |      |  |
|                 |                 | □同行援護 (月 時間)              |                             |   |      |  |
|                 | □行動援護 (月 時間)    |                           |                             |   |      |  |
|                 | 日中活動系           | □短期入所 (ショートステイ) (月 日)     |                             |   |      |  |
|                 |                 | □療養介護 (月 日)               | □自立訓練 [ □機能訓練 □生活訓練 ] (月 日) |   |      |  |
| □生活介護 (月 日)     |                 | □就労移行支援 (月 日)             |                             |   |      |  |
|                 |                 | □就労継続支援 [ □A型 □B型 ] (月 日) |                             |   |      |  |
| 居住系             | □施設入所支援         | □就労定着支援                   |                             |   |      |  |
|                 |                 | □共同生活援助 (グループホーム) (事業所名)  |                             |   |      |  |
|                 | □自立生活援助         |                           |                             |   |      |  |

(裏面)

|              |  |                                     |
|--------------|--|-------------------------------------|
| 変更を申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> <b>I 負担上限月額に関する認定</b><br>下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。当てはまらない場合は、空欄とすること。)<br>1 生活保護受給世帯(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯を含む。)<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割額が16万円(児童の場合は28万円)未満のもの |                                     |
|              | <input type="checkbox"/> <b>II 医療型個別減免に関する認定</b><br>下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。   |                                     |
|              | 〈20歳以上の方〉<br>1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)<br>2 市町村民税課税世帯でないこと。  | 〈20歳未満の方〉<br>1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)  |
|              | <input type="checkbox"/> <b>III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)</b><br>下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。  |                                     |
|              | 〈20歳以上の方〉<br>1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳)<br>2 市町村民税課税世帯でないこと。   | 〈20歳未満の方〉<br>1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳) |
|              | <input type="checkbox"/> <b>IV 共同生活援助(グループホーム)利用者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)</b><br>市町村民税課税世帯でないため、特定障害者特別給付費を申請します。  |                                     |
|              | <input type="checkbox"/> <b>V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定</b><br>生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。<br><input type="checkbox"/> 生活保護担当窓口が発行する境界層対象者証明書が必要となります。   |                                     |

注意

- 1 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)とする。
- 2 いずれの場合にあっても、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
- 3 18歳以上(入所施設利用者は、20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者(同一の住民票に記載された者に限る。)とする。

|            |         |        |       |  |
|------------|---------|--------|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名  |        | 医療機関名 |  |
|            | 医療機関所在地 | 〒 電話番号 |       |  |

注意 ※印のある主治医の欄は、介護給付費を申請する場合に記入すること。

|        |  |  |      |
|--------|--|--|------|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入すること。) |  |      |
| フリガナ   |  |  | 申請者  |
| 氏名     |  |  | との関係 |
| 住所     | 〒 電話番号   |  |      |

様式第 4 号の 2(第 3 条の 2 関係)

障害児通所給付費支給申請書兼  
利用者負担額減額・免除等申請書

堺市長 殿

次のとおり申請します。

|                               |       |                        |                          |       |     |
|-------------------------------|-------|------------------------|--------------------------|-------|-----|
|                               |       | 申請年月日                  |                          | 年 月 日 |     |
| 申請者                           | フリガナ  |                        | 生年月日                     | 年 月 日 |     |
|                               | 氏 名   |                        | 個人番号                     |       |     |
|                               | 居 住 地 | 〒 電話番号                 |                          |       |     |
| フリガナ                          |       |                        | 生年月日                     | 年 月 日 |     |
| 支給申請に係る<br>児 童 氏 名            |       |                        | 個人番号                     |       |     |
|                               |       |                        | 続 柄                      |       |     |
| 身体障害者手帳番号                     |       | 療育手帳番号                 | 精神障害者保健福祉手帳番号            |       | 疾病名 |
| 第 号( 級)<br>(視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部) |       | 第 号<br>障害程度(A・B 1・B 2) | 第 号<br>障害等級(1 級・2 級・3 級) |       |     |

|                                   |                                      |                 |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| サービス利用の状況                         | 障 害 福 祉<br>関係サービス                    | 利用中のサービスの種類、内容等 |
|                                   |                                      |                 |
| 申請する支援                            | 支援の種類                                |                 |
|                                   | 申請に係る具体的内容                           |                 |
|                                   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援      |                 |
|                                   | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス  |                 |
|                                   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 |                 |
| <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 |                                      |                 |

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、堺市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。

また、決定された利用者負担額を現在通所している施設等に対し、情報提供することに同意します。

申請者氏名

|      |        |   |       |  |
|------|--------|---|-------|--|
| 主治医  | 主治医の氏名 |   | 医療機関名 |  |
|      | 所 在    | 〒 |       |  |
| 電話番号 |        |   |       |  |

|  |  |      |      |       |  |
|--|--|------|------|-------|--|
| 申請する減免の種類  | <input type="checkbox"/> <b>I</b> 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)<br>1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者 |      |      |       |  |
|  | <input type="checkbox"/> <b>II</b> 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(当てはまるものに○をつける。)<br>1 第2子に該当する者<br>2 第3子以降に該当する者<br>※ 在園証明等が必要となります。                                     |      |      |       |  |
|  | 他の<br>同一世帯に属する<br>就学前児童  | フリガナ | 生年月日 | 在園施設名 | 認可保育所・幼稚園・認定こども園・<br>特別支援学校幼稚部・児童心理治療施設<br>通所部 |
|  |  | 氏 名  |      |       |  |
|  |  |      |      |       |  |
|  |  |      |      |       |  |
| <input type="checkbox"/> <b>III</b> 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定<br>生活保護への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。<br>※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。 |  |      |      |       |  |

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

|        |   |         |  |
|--------|---|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) |         |  |
| 氏 名    |   | 申請者との関係 |  |
| 住 所    | 〒   |         |  |
| 電話番号   |   |         |  |

様式第4号の5の4（第3条の5の2関係）

障害児通所給付費支給変更申請書兼  
利用者負担額減額・免除等変更申請書

堺市長 殿

現に受けている障害児通所給付費支給決定の変更について、次のとおり申請します。

|                               |              |                      |                       |       |     |
|-------------------------------|--------------|----------------------|-----------------------|-------|-----|
|                               |              | 申請年月日                |                       | 年 月 日 |     |
| 申請者                           | フリガナ         |                      | 生年月日                  | 年 月 日 |     |
|                               | 氏 名<br>(自 署) |                      | 個人番号                  |       |     |
|                               | 居 住 地        | 〒 電話番号               |                       |       |     |
| フリガナ                          |              |                      | 生年月日                  | 年 月 日 |     |
| 支給申請に係る<br>児 童 氏 名            |              |                      | 個人番号                  |       |     |
|                               |              |                      | 続 柄                   |       |     |
| 身体障害者手帳番号                     |              | 療育手帳番号               | 精神障害者保健福祉手帳番号         |       | 疾病名 |
| 第 号( 級)<br>(視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部) |              | 第 号<br>障害程度(A・B1・B2) | 第 号<br>障害等級(1級・2級・3級) |       |     |

|           |            |                 |
|-----------|------------|-----------------|
| サービス利用の状況 | 障害福祉関係サービス | 利用中のサービスの種類、内容等 |
| 変更の理由     |            |                 |

|           |                                      |            |
|-----------|--------------------------------------|------------|
| 変更を申請する支援 | 支援の種類                                | 申請に係る具体的内容 |
|           | <input type="checkbox"/> 児童発達支援      |            |
|           | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス  |            |
|           | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 |            |
|           | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援    |            |

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、堺市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。  
また、決定された利用者負担額を現在通所している施設等に対し、情報提供することに同意します。

申請者氏名



|     |            |      |       |  |
|-----|------------|------|-------|--|
| 主治医 | 主治医の<br>氏名 |      | 医療機関名 |  |
|     | 所 在        | 〒    |       |  |
|     |            | 電話番号 |       |  |

|  |  |      |      |       |  |
|--|--|------|------|-------|--|
| 変更を申請する減免の種類   | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。)<br>1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者 |      |      |       |  |
|  | <input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(当てはまるものに○をつける。)<br>1 第2子に該当する者<br>2 第3子以降に該当する者<br>※ 在園証明等が必要となります。                                      |      |      |       |  |
|  | 他の<br>就学前児童<br>同一世帯に属する  | フリガナ | 生年月日 | 在園施設名 | 認可保育所・幼稚園・認定こども園・<br>特別支援学校幼稚部・児童心理治療施設<br>通所部 |
|  |  | 氏 名  |      |       |  |
|  |  |      |      |       |  |
|  |  |      |      |       |  |
| <input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定<br>生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。<br>※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。 |  |      |      |       |  |

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

|        |                         |         |  |
|--------|-------------------------|---------|--|
| 申請書提出者 | □申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入) |         |  |
| 氏 名    |                         | 申請者との関係 |  |
| 住 所    | 〒 □申請者と同住所              |         |  |
|        | 電話番号                    |         |  |

注意 該当する□にレ印を記入してください。

# 世帯状況・収入等申告書

堺市長殿

申告年月日 年 月 日 申告者 住所

氏名

次のとおり申告します。

なお、利用者負担の認定において必要な税情報、収入状況等については、本人及び世帯員全員について市民税課税台帳等により確認することに同意します。

## 1. 世帯の状況等について ◀今回お送りしている方、全員がご記入ください

|     | 氏名 | 生年月日 | 本人との関係                         | <input type="checkbox"/> 生活保護受給<br><input type="checkbox"/> その他（市町村民税の状況） |
|-----|----|------|--------------------------------|---|
| 本人  |    |      |                                | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税                  |
| 世帯主 |    |      |                                | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税                  |
| 世帯員 |    |      | その他の場合は、市町村民税の課税状況をチェックしてください。 | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税                  |
|     |    |      |                                | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税                  |
|     |    |      |                                | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税                  |
|     |    |      |                                | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税                  |

## 2. 申請者の収入の状況について ◀施設入所支援又は療養介護ご利用の方のみ記入

### (1) 合計所得金額の状況

|        |   |
|--------|---|
| 合計所得金額 | 円 |
|--------|---|

### (2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

| 区分    | 種 類   | 収入額 |
|-------|---|-----|
| 稼得等収入 | 障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等） | 円   |
|       | 特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当）  | 円   |
|       | 工賃等収入   | 円   |
|       | その他の収入（ ）   | 円   |
| その他収入 | 仕送り収入   | 円   |
|       | 不動産等による家賃収入   | 円   |
|       | その他の収入（ ）   | 円   |

必要経費（B）

| 種 類   | 内 容 | 金 額 |
|-------|-----|-----|
| 租 税   |     | 円   |
|       |     | 円   |
| 社会保険料 |     | 円   |
|       |     | 円   |

|        |   |      |  |
|--------|---|------|--|
| 申告書提出者 | <input type="checkbox"/> 申告者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（本人以外の場合、提出者の氏名・住所を下記に記入） |      |  |
| フリガナ   |   | 申告者  |  |
| 氏 名    |   | との関係 |  |
| 住 所    | 〒   |      |  |
|        | 電話番号  |      |  |

（記入上の注意）

- 対象者が18歳未満の場合は申告者の氏名に保護者氏名を記入してください。
- 収入のうち証明書等があるものはこの申告書に必ず添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

様式第16号(第17条関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

堺市長殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                 |       |      |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|-------|------|------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者             | フリガナ  |      | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 | 氏 名   |      | 個人番号 |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 | 居 住 地 | 〒    |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |       | 電話番号 |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 | フリガナ  |      | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給申請に係る<br>児童氏名 |       | 個人番号 |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |       | 続 柄  |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |   |                |                                  |
|--------|---|----------------|----------------------------------|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) |                |                                  |
| フリガナ   |   | 申 請 者<br>との 関係 |                                  |
| 氏 名    |   |                |                                  |
| 住 所    | 〒   |                | <input type="checkbox"/> 申請者と同住所 |
| 電話番号   |   |                |                                  |

注意 該当する□にレ印を記入してください。

## 様式第17号(第17条の2関係)

## 計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

堺市長殿

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

|    |                             |                             |
|----|-----------------------------|-----------------------------|
| 区分 | <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 変更 |
|----|-----------------------------|-----------------------------|

|               |       |        |      |               |
|---------------|-------|--------|------|---------------|
| 届出者           | フリガナ  |        | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳) |
|               | 氏 名   |        |      |               |
|               | 居 住 地 | 〒 電話番号 |      |               |
| 届出に係る<br>児童氏名 | フリガナ  |        | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳) |
|               |       |        | 続 柄  |               |

|  |        |
|--|--------|
| 計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名 |        |
| 事業所名   |        |
| 住 所  | 〒 電話番号 |

|   |
|---|
| 指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載) |
|   |

変更年月日 年 月 日

注意 該当する□にレ印を記入してください。



様式1-2

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

|                      |            |   |          |   |   |
|----------------------|------------|---|----------|---|---|
| 利用者氏名                | 障害支援区分     |   | 相談支援事業者名 |   |   |
| 障害福祉サービス受給者証番号       | 利用者負担上限額   |   | 計画作成担当者  |   |   |
| 地域相談支援受給者証番号         |            |   |          |   |   |
| 計画開始年月               |            |   |          |   |   |
| 月                    | 火          | 水 | 木        | 金 | 土 |
| 日・祝                  | 主な日常生活上の活動 |   |          |   |   |
| 6:00                 |            |   |          |   |   |
| 8:00                 |            |   |          |   |   |
| 10:00                |            |   |          |   |   |
| 12:00                |            |   |          |   |   |
| 14:00                |            |   |          |   |   |
| 16:00                |            |   |          |   |   |
| 18:00                |            |   |          |   |   |
| 20:00                |            |   |          |   |   |
| 22:00                |            |   |          |   |   |
| 0:00                 |            |   |          |   |   |
| 2:00                 |            |   |          |   |   |
| 4:00                 |            |   |          |   |   |
| 週単位以外のサービス           |            |   |          |   |   |
| サービス提供によって実現する生活の全体像 |            |   |          |   |   |

|                          |                                     |          |                            |                              |       |
|--------------------------|-------------------------------------|----------|----------------------------|------------------------------|-------|
|                          |                                     |          |                            |                              | 別紙1   |
| 申請者の現状(基本情報)             |                                     |          |                            |                              |       |
| 作成日                      |                                     | 相談支援事業者名 |                            | 計画作成担当者                      |       |
| 1. 概要(支援経過・現状と課題等)       |                                     |          |                            |                              |       |
|                          |                                     |          |                            |                              |       |
| 2. 利用者の状況                |                                     |          |                            |                              |       |
| 氏 名                      |                                     | 生年月日     |                            | 年 齢                          |       |
| 住 所                      |                                     |          |                            | 電話番号                         |       |
|                          | [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他( )] |          |                            | FAX番号                        |       |
| 障害または疾患名                 |                                     | 障害程度区分   |                            | 性別                           | 男 ・ 女 |
| 家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入   |                                     |          | 社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割) |                              |       |
|                          |                                     |          |                            |                              |       |
| 生活歴 ※受診歴等含む              |                                     |          |                            | 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 |       |
|                          |                                     |          |                            |                              |       |
| 本人の主訴(意向・希望)             |                                     |          | 家族の主訴(意向・希望)               |                              |       |
|                          |                                     |          |                            |                              |       |
| 3. 支援の状況                 |                                     |          |                            |                              |       |
|                          | 名称                                  | 提供機関・提供者 | 支援内容                       | 頻度                           | 備考    |
| 公的支援<br>(障害福祉サービス、介護保険等) |                                     |          |                            |                              |       |
| その他の支援                   |                                     |          |                            |                              |       |





| サービス等利用計画・障害児支援利用計画        |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  | 様式2-1 |
|----------------------------|-----------------|----------|------|----------------|-----------------|---------------|------|---------|--|-------|
| 利用者氏名                      | 障害支援区分          | 相談支援事業者名 |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 障害福祉サービス受給者証番号             | 利用者負担上限額        | 計画作成担当者  |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 地域相談支援受給者証番号               |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 計画作成日                      | モニタリング期間(開始年月)  | 利用者同意署名欄 |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 総合的な援助の方針                  |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 長期目標                       |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 短期目標                       |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 優先順位                       | 解決すべき課題(本人のニーズ) | 支援目標     | 達成時期 | 福祉サービス等        |                 | 課題解決のための本人の役割 | 評価時期 | その他留意事項 |  |       |
|                            |                 |          |      | 種類・内容・量(頻度・時間) | 提供事業者名(担当者名・電話) |               |      |         |  |       |
| 1                          |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 2                          |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 3                          |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 4                          |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 5                          |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |
| 6                          |                 |          |      |                |                 |               |      |         |  |       |

※ 利用者同意署名欄へ署名又は記名押印がない場合は、ケース記録へ同意について記載してください。

|                                  |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
|----------------------------------|----------|---|----------|---|---|---|-----|------------|--|-------|
| サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】       |          |   |          |   |   |   |     |            |  | 様式2-2 |
| 利用者氏名                            | 障害支援区分   |   | 相談支援事業者名 |   |   |   |     |            |  |       |
| 障害福祉サービス受給者証番号                   | 利用者負担上限額 |   | 計画作成担当者  |   |   |   |     |            |  |       |
| 地域相談支援受給者証番号                     |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 計画開始年月                           |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
|                                  | 月        | 火 | 水        | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |  |       |
| 6:00                             |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 8:00                             |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 10:00                            |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 12:00                            |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 14:00                            |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 16:00                            |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 18:00                            |          |   |          |   |   |   |     | 通車位以外のサービス |  |       |
| 20:00                            |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 22:00                            |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 0:00                             |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 2:00                             |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| 4:00                             |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |
| サービス提供<br>によって実現<br>する生活の<br>全体像 |          |   |          |   |   |   |     |            |  |       |

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

|                |           |          |
|----------------|-----------|----------|
| 利用者氏名          | 障害支援区分    | 相談支援事業者名 |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 利用者負担上限額  | 計画作成担当者  |
| 地域相談支援受給者証番号   |           |          |
| 計画作成日          | モニタリング実施日 | 利用者同意署名欄 |

| 総合的な援助の方針 |  | 全体の状況 |
|-----------|--|-------|
|           |  |       |

| 優先<br>順位 | 支援目標 | 達成<br>時期 | サービス提供状況<br>(事業者からの聞き取り) | 本人の感想・<br>満足度 | 支援目標の達成度<br>(ニーズの充足度) | 今後の課題・<br>解決方法 | 計画変更の必要性      |              |             | その他留意事項 |
|----------|------|----------|--------------------------|---------------|-----------------------|----------------|---------------|--------------|-------------|---------|
|          |      |          |                          |               |                       |                | サービス<br>種類の変更 | サービス<br>量の変更 | 週間計画の<br>変更 |         |
| 1        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 2        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 3        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 4        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 5        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 6        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |

※ 利用者同意署名欄へ署名又は記名押印がない場合は、ケース記録へ同意について記載してください。

様式3-2

継続サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

|                      |          |   |          |   |   |     |            |
|----------------------|----------|---|----------|---|---|-----|------------|
| 利用者氏名                | 障害支援区分   |   | 相談支援事業者名 |   |   |     |            |
| 障害福祉サービス受給者証番号       | 利用者負担上限額 |   | 計画作成担当者  |   |   |     |            |
| 地域相談支援受給者証番号         |          |   |          |   |   |     |            |
| 計画開始年月               |          |   |          |   |   |     |            |
| 月                    | 火        | 水 | 木        | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
| 6:00                 |          |   |          |   |   |     |            |
| 8:00                 |          |   |          |   |   |     |            |
| 10:00                |          |   |          |   |   |     |            |
| 12:00                |          |   |          |   |   |     |            |
| 14:00                |          |   |          |   |   |     |            |
| 16:00                |          |   |          |   |   |     |            |
| 18:00                |          |   |          |   |   |     |            |
| 20:00                |          |   |          |   |   |     |            |
| 22:00                |          |   |          |   |   |     |            |
| 0:00                 |          |   |          |   |   |     |            |
| 2:00                 |          |   |          |   |   |     |            |
| 4:00                 |          |   |          |   |   |     |            |
| サービス提供によって実現する生活の全体像 |          |   |          |   |   |     |            |

週単位以外のサービス

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

わたし、そして そうだん、しえん、じぶん、しよ、りやう、じぶん、じん、かぞく、こうけんにん、しえん、しよ、ふく、けいかく、た、りやう、しよ、せい、おこな  
私は指定相談支援事業所を利用せず、自分自身（家族、後見人、支援者を含む）で計画を立て、サービスの利用調整も行いたいので、  
きぼう、そして そうだん、しえん、じぶん、しよ、じっし、せい、いど、ない、りやう、けいかく、せつめい、とう、う  
セルフプランを希望します。指定相談支援事業所からモニタリングが実施されないなど制度の内容を理解し、あるいは説明等を受けています。

じょうき まちが  
上記について、間違いありません。 ☐

|  |   |                     |         |         |         |
|--|---|---------------------|---------|---------|---------|
| しんせいしや しめい<br>申請者氏名                      | しょうがいしえん くふん<br>障害支援区分  | さくせい ひ<br>セルフプラン作成日 | ねん<br>年 | がつ<br>月 | にち<br>日 |
| さくせいしや<br>セルフプラン作成者                      | れんらくさき<br>連絡先   |                     | -       | -       |         |
| しんせいしや かんけいまた じぎょうしよ めい<br>申請者との関係又は事業所名 | ほんにん かぞく つづきがら せいねんこうけんにんとう しえんしや じぎょうしや めい<br>本人 ・ 家族（続柄） ・ 成年後見人等 ・ 支援者（事業者名） |                     |         |         |         |
| きぼう く もくひよう<br>希望する暮らし・目標                |   |                     |         |         |         |

利用する福祉サービス等

①障害児通所支援（18歳以下のみ）

| 必要なこと<br>ひつよう かなうこと  | 利用する事業者名<br>りよう じぎょうしゃ めい | 希望するサービス<br>きぼう サービス  | 希望する日数<br>きぼう にっすう |
|--|---------------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> ともだち おたふ あ かい つく けいけん ふ<br>友達や大人と触れ合う機会を作り、経験を増やしたい |                           | <input type="checkbox"/> じどう はったつしえん<br>児童発達支援                  | にち つき<br>日/月       |
| <input type="checkbox"/> せいかつめい でき はったつ はいつく うなが<br>生活面で出来ることや発達・発育を促したい     |                           | <input type="checkbox"/> ほうかく たい<br>放課後等デイサービス                  | にち つき<br>日/月       |
| <input type="checkbox"/> がっこうどう しょうたけい いかつ い い<br>学校等の集団生活を生き活きと過ごせるようになりたい  |                           | <input type="checkbox"/> ほいく しょうほうもん しえん<br>保育所等訪問支援            | にち つき<br>日/月       |
| <input type="checkbox"/> げんき りよう ひ つづ つか<br>現在利用しているサービスを引き続き使いたい            |                           | <input type="checkbox"/> きょたく ほうもんがた じどう はったつしえん<br>居宅訪問型児童発達支援 | にち つき<br>日/月       |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                           |   |                    |

②訪問系

| 必要なこと  | 利用する事業者名 | 希望するサービス   | 希望する時間数                      |
|--|----------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入浴・食事などを手伝ってほしい<br><input type="checkbox"/> 家事を手伝ってほしい<br><input type="checkbox"/> 外出に付き添ってほしい<br>希望行先<br>( ) |          | <input type="checkbox"/> 身体介護<br><input type="checkbox"/> 家事援助<br><input type="checkbox"/> 通院等介助<br><input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 | 時間/月<br>時間/月<br>時間/月<br>回/月  |
| <input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスを引き続き使いたい<br><input type="checkbox"/> その他<br>( )  |          | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護<br><input type="checkbox"/> 行動援護<br><input type="checkbox"/> 同行援護<br><input type="checkbox"/> 移動支援   | 時間/月<br>時間/月<br>時間/月<br>時間/月 |

③日中活動系

| 必要なこと  | 利用する事業者名 | 希望するサービス  | 希望する日数       |
|--|----------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> かいご う かつどう<br>介護を受けながら活動したい                   |          | <input type="checkbox"/> せいにかつごう い<br>生活介護                | にち つき<br>日/月 |
| <input type="checkbox"/> かんたん きぎょう かつどう<br>簡単な作業などの活動がしたい              |          | <input type="checkbox"/> しゅうろうおひざくしん<br>就労継続支援（Ａ型）        | にち つき<br>日/月 |
| <input type="checkbox"/> しゅうろう めざ いていきかん ない くんれん<br>就労を目指して一定期間内で訓練したい |          | <input type="checkbox"/> しゅうろうおひざくしん<br>就労継続支援（Ｂ型）        | にち つき<br>日/月 |
| <input type="checkbox"/> じりつ せいにかつ めざ くんれん<br>自立生活を目指して訓練したい           |          | <input type="checkbox"/> しゅうろういこう しん<br>就労移行支援            | にち つき<br>日/月 |
| <input type="checkbox"/> いっぱんしゅうろう つづ<br>一般就労を続けるためにサポートしてほしい          |          | <input type="checkbox"/> しゅうろうていぢやけん<br>就労定着支援            |              |
| <input type="checkbox"/> げんざいりよう ひ つづ つか<br>現在利用しているサービスを引き続き使いたい      |          | <input type="checkbox"/> じりつ くんれん きのう くんれん<br>自立訓練（機能訓練）  | にち つき<br>日/月 |
| <input type="checkbox"/> その他 （ ）                                       |          | <input type="checkbox"/> じりつ くんれん せいにか べんれん<br>自立訓練（生活訓練） | にち つき<br>日/月 |

④<sup>きよじゅう けい</sup>居住系・<sup>た</sup>その他

| 必要なこと  | 利用する事業者名 | 希望するサービス                             | 希望する日数       |
|--|----------|--------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> サポートのある住まい（グループホーム）で暮らしたい |          | <input type="checkbox"/> 共同生活援助      |              |
| <input type="checkbox"/> 自立した生活を目指して施設に泊まって練習したい   |          | <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練     |              |
| <input type="checkbox"/> 必要なときにサポートがあるところで泊まりたい    |          | <input type="checkbox"/> 施設入所支援      |              |
| <input type="checkbox"/> 一人暮らしに不安があるので定期的に訪問してほしい  |          | <input type="checkbox"/> 自立生活援助      |              |
| <input type="checkbox"/> 気軽に通える場所で仲間と交流したい         |          | <input type="checkbox"/> 療養介護        |              |
| <input type="checkbox"/> 現在利用しているサービスを引き続き使いたい     |          | <input type="checkbox"/> 短期入所        | にち つき<br>日/月 |
| <input type="checkbox"/> その他                       |          | <input type="checkbox"/> 日中一時支援      | にち つき<br>日/月 |
| ( )  |          | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 / 施設入浴 | にち つき<br>日/月 |
|  |          | <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター  | にち つき<br>日/月 |

⑤その他サポート・留意事項

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

週間予定表

|         |   |
|---------|---|
| れい<br>例 | 9:00 起床<br>10:00～15:00 ●●作業所を利用<br>15:30～17:00 ○○ヘルパーが訪問（食事、洗濯）<br>22:00 就寝 |
| げつ<br>月 |   |
| か<br>火  |   |
| すい<br>水 |   |
| もく<br>木 |   |
| きん<br>金 |   |
| ど<br>土  |   |
| にち<br>日 |   |

かのう はんい きにゆう  
可能な範囲で記入してください。

ようび おな ないよう ばあい ようび おな きにゆう かま  
曜日によって同じ内容の場合「●曜日と同じ」と記入いただいても構いません。

おも にちじょういかづじょう かつどう しゅうかん  
主な日常生活上の活動、習慣

しゅたんい いがいの  
週単位以外のサービス

た  
その他

資料提供依頼書兼受領書

年 月 日

堺 市 長 様

依頼者

住所

事業者

代表者

障害福祉サービス等の提供にあたり、下記の方の障害支援区分認定調査票等の資料提供をお願いします。

( ) 区役所

住所

氏名

上記の方の障害支援区分認定調査票等の資料を受け取りました。なお、これらの取り扱いについて、下記の事項を誓約致します。

1. データの秘密保持

業務上知り得た事項については、将来的においても他に漏洩致しません。

また、提供されたデータの秘密の保持及び保護保管については、最善の管理体制を持って厳重に管理致します。

2. データの複写及び複製禁止

バックアップ以外の目的で、データの複写及び複製は致しません。

3. データの契約目的以外の使用及び第三者への提供の禁止

データについては、サービス提供時の利用以外に使用または利用しないと、第三者に提供致しません。

4. データの処分

業務終了後、速やかに、かつ適切にデータを処分致します。

5. 前各号に違反した場合におけるデータの提供の停止及び損害賠償義務

前各号に違反した場合、データの提供を停止され、その事実及び経過について公表されても、一切異議申立てを行いません。また、前各号に違反した場合に生じた損害又は第三者に及ぼした損害を負担いたします。

年 月 日

住所

事業者

代表者

## 聞き取り調査等に係る情報提供同意書

堺 市 長 様

計画相談支援・障害福祉サービスの提供を受けるため、障害支援区分認定調査の聴き取り内容について、サービス提供に必要な範囲で下記の事業者の情報提供することに同意します。

年 月 日

住所

氏名

事業者住所

事業者名



契約内容（障害福祉サービス受給者証記載事項）報告書

年 月 日

堺市長殿

|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業者番号                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者及び<br>その事業所<br>の名称<br>代 表 者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

下記のとおり当事業者との契約内容（障害福祉サービス受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

|                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定障害者<br>（保護者）氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定に係る<br>障害児氏名 |  |  |  |  |  |  |

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

| 受給者証の<br>事業者記入欄<br>の 番 号 | サービス内容 | 契約支給量 | 契約日<br>（又は契約支給量を変更した<br>日） | 理 由                              |
|--------------------------|--------|-------|----------------------------|----------------------------------|
|                          |        |       |                            | <input type="checkbox"/> 1 新規契約  |
|                          |        |       |                            | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
|                          |        |       |                            | <input type="checkbox"/> 1 新規契約  |
|                          |        |       |                            | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
|                          |        |       |                            | <input type="checkbox"/> 1 新規契約  |
|                          |        |       |                            | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
|                          |        |       |                            | <input type="checkbox"/> 1 新規契約  |
|                          |        |       |                            | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

| 提供を終了する<br>事業者記入欄の番号 | 提供終了日 | 提 供 終 了 月 中 の<br>終了日までの既提供量 | 既契約の契約支給量でのサービス提<br>供を終了する理由     |
|----------------------|-------|-----------------------------|----------------------------------|
|                      |       |                             | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
|                      |       |                             | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
|                      |       |                             | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
|                      |       |                             | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
|                      |       |                             | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
|                      |       |                             | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
|                      |       |                             | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
|                      |       |                             | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |

※ 各区役所（地域福祉課・保健センター）に提出する。

## 計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書

堺市長 殿

年 月 日

|             |      |               |
|-------------|------|---------------|
| 申<br>請<br>者 | 事業所名 |               |
|             | 管理者  |               |
|             | 所在地  | 〒<br><br>電話番号 |

現在支給決定を受けている下記対象者の計画相談（障害児相談）支援に関して、モニタリング実施月を変更したく、次のとおり届け出ます。

|                        |      |               |      |       |
|------------------------|------|---------------|------|-------|
| 対<br>象<br>者<br><br>(児) | フリガナ |               | 生年月日 | 年 月 日 |
|                        | 氏 名  |               |      | ( 歳 ) |
|                        | 居住地  | 〒<br><br>電話番号 |      |       |

|      |                    |            |
|------|--------------------|------------|
|      | <b>変更後</b>         | <b>変更前</b> |
| 実施月  | 年 月                | 年 月        |
| 変更理由 | ※変更が必要な理由を書いてください。 |            |

## 計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書

堺市長 殿

年    月    日

|             |      |               |
|-------------|------|---------------|
| 申<br>請<br>者 | 事業所名 |               |
|             | 管理者  |               |
|             | 所在地  | 〒<br><br>電話番号 |

現在支給決定を受けている下記対象者の計画相談（障害児相談）支援に関して、モニタリング期間を変更したく、次のとおり届け出ます。なお、対象者もしくは対象者の保護者の同意は得ております。

|                        |      |               |      |             |
|------------------------|------|---------------|------|-------------|
| 対<br>象<br>者<br><br>(児) | フリガナ |               | 生年月日 | 年    月    日 |
|                        | 氏 名  |               |      | (    歳 )    |
|                        | 居住地  | 〒<br><br>電話番号 |      |             |

|      |   |  |
|------|---|--|
|      | <b>変更後</b>  | <b>変更前</b>                                   |
| 期間   | 毎月・3か月・6か月    1年<br>(                      )  | 毎月・3か月・6か月    1年<br>(                      ) |
| 実施月  | 1月・2月・3月・4月・5月・6月<br>7月・8月・9月・10月・11月・12月   | 1月・2月・3月・4月・5月・6月<br>7月・8月・9月・10月・11月・12月    |
| 変更理由 | <p>※本人の状態の変化等、変更が必要な理由を書いてください。</p><br><br><br><br><br><p>(        年        月から変更 )</p> |  |

# 入院時情報提供書

利用者氏名 \_\_\_\_\_

相談支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

提供先機関名 \_\_\_\_\_

## □利用者本人の概要

|          |    |    |    |    |
|----------|----|----|----|----|
| 家族構成等    |    |    |    |    |
| 生活歴      |    |    |    |    |
| 病歴・障害歴   | 年月 | 事項 | 年月 | 事項 |
|          |    |    |    |    |
|          |    |    |    |    |
|          |    |    |    |    |
| 医療機関利用状況 |    |    |    |    |

## □現在の生活状況の概要(本人及び介護者の一日の流れ等)

|  |
|--|
|  |
|--|

## □利用者の状況(支援の有無と具体的な支援方法について)

### 1 生活基盤に関する領域(経済状況、住環境等)

|  |
|--|
|  |
|--|

### 2 健康・身体に関する領域(服薬状況、食事状況、健康管理状況)

|  |
|--|
|  |
|--|

(裏面)

3 日常生活に関する領域(日常生活動作・手段的日常生活動作の状況)

4 コミュニケーションスキルに関する領域

(意思表示・意思伝達的手段と必要な支援、他者から意思伝達の理解等)

5 社会生活技能に関する領域(対人関係、屋外での移動、金銭管理、危機管理等)

6 社会参加に関する領域(趣味、社会的活動等)

7 教育・就労に関する領域(就学・就労の状況について)

8 家族支援に関する領域

## 8 巻末資料

### (1) 堺市ホームページ

相談支援業務に役立てていただくよう、様々な情報などを堺市のホームページに掲載していますので、どうぞご活用ください。

#### 様式集

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案の作成時の様式をダウンロードすることができます。

健康・福祉＞福祉・介護＞障害福祉＞事業者向け情報＞計画相談支援・障害児相談支援

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/keikakusoudansien.html>

#### 障害福祉のしおり

堺市の障害福祉施策をまとめた「障害福祉のしおり」のページです。

健康・福祉＞福祉・介護＞障害福祉＞障害福祉のしおり＞障害福祉のしおり

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/shiori/shiori/index.html>

#### 事業者向け情報

障害福祉サービス指定事業者の新規申請や変更、廃止などの手続きや届出、地域生活支援事業の事業者登録、請求事務などに関する情報です。

健康・福祉＞福祉・介護＞障害福祉＞事業者向け情報

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/index.html>

障害福祉サービス請求の手引きがダウンロードできます。

健康・福祉＞福祉・介護＞障害福祉＞事業者向け情報＞請求事務＞自立支援給付の請求事務（補装具、自立支援医療除く）＞堺市障害福祉サービス請求の手引き

[https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/seikyu\\_jimu/seikyu\\_jimu/jiritsushien.html](https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/seikyu_jimu/seikyu_jimu/jiritsushien.html)

#### 障害児支援指定事業者のページ

指定事業者の新規申請や変更、廃止などの手続き、届け出などの情報です。

子育て・教育＞子育て支援情報（さかい☆HUG はぐネット）＞障害のある子ども＞児童福祉法に基づく障害児支援に関する事業者指定のページ

<https://www.city.sakai.lg.jp/kosodate/hughug/shogai/jigyoshashitei/index.html>

### (2) 障害者基幹相談支援センター

協議会のリーフレットや事業所一覧、相談支援専門員向けの研修一覧などを掲載しています。

<https://sakai-soudan.net/>

### (3) 大阪府ホームページ

大阪府でも、次の資料をホームページに掲載されています。

○ホームページ URL

<http://www.pref.osaka.lg.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshienjigyousha.html>

#### ① 大阪府相談支援ガイドライン

ケアマネジメントの理念に基づき、障害のある方の思いや希望を尊重した相談支援の基本的なあり方等をまとめたもの

#### ② 大阪府相談支援ハンドブック

計画相談支援の実務に役立てられるよう、サービス等利用計画等の記入例の紹介を中心にまとめたもの

### ③ 大阪府サービス等利用計画サポートツール

相談支援専門員自身のほか計画相談支援にかかわる機関等が、相談支援の質の向上を目的として、サービス等利用計画等の評価を行う際の視点、しくみについて検討し、実務に活用できるツール。

平成 28 年度の大阪府障がい者自立支援協議会ケアマネジメント推進部会により作成。

### ④ 相談支援従事者研修

相談支援専門員の要件については、法令で定められており、障害児者等の相談支援業務・直接支援業務等の実務経験があること及び相談支援従事者初任者研修等を修了するとともに、相談支援初任者研修を修了した翌年度を初年度とする 5 年度ごとの各年度末日までに現任研修を修了していることが必要です。

相談支援従事者初任者研修及び現任研修については、大阪府の指定研修機関が実施しています。また、専門コース別研修についても実施されています。

- 初任者研修・現任研修に関するホームページ URL

<http://www.pref.osaka.lg.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshienkensyu.html>

- 専門コース別研修に関するホームページ URL

<http://www.pref.osaka.lg.jp/jiritsusodan/ikusei/index.html>

- 相談従事者研修 インターバル受入マニュアル

[intervalmanual\\_1.pdf](#)

**計画相談支援・障害児相談支援 手引書**

**第4版**

令和7年4月発行

発行 堺市健康福祉局 障害福祉部 障害施策推進課

〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号

TEL 072-228-7818

FAX 072-228-8918