計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費式集

介護給付費・訓練等給付費等支給申請書(18歳以上) 介護給付費・訓練等給付費等支給変更申請書(18歳以上) 介護給付費・障害児通所給付費等支給変更申請書(18歳末満) 介護給付費・障害児通所給付費等支給変更申請書(18歳末満) 世帯状況・収入等申告書 介護給付費等支給申請取下書 福祉サービス利用者等異動届 サービス等利用計画案提出依頼書 記載の手引き 申請者の現状(別紙1,2) サービス等利用計画案(計画様式1-1~1-3) セルフプラン記載の手引き セルフプラン記載の手引き セルフプラン記載の手引き セルフプラン記載例 計画相談支援等依頼(変更)届出書 計画相談支援等校頼(変更)届出書 計画相談支援等契約内容報告書 障害福祉サービス等支給決定情報提供申出書 利用者負担上限額管理等務依頼等届出書 利用者負担上限額管理結果票 利用者負担短額管理結果票 利用者負担額一覧表 サービス等利用計画(計画様式2-1~2-3) 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)(計画様式3) 在園証明書(多子軽減用) 高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書 共同住居契約家賃額証明書	1~ 2 3~4 5~6 7~8 9~10 11 12~13 14~18 19~27 28~29 30~32 35~36 35~36 35~36 37~38 39 40 41 42~43 44 45 46 47~49 50 51 52 53
【見本】障害福祉サービス受給者証・通所支援受給者証	• • • 54~55
【計画相談支援各種加算標準様式】 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定における加算の届出等様式例 ・ピアサポート体制加算に関する届出書 ・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 援助費に係る届出書(単独)(複数の指定特定(障害児)相談支援事業所によ り一体的に管理運営を行う場合)	• • • 56 • • • 57
 ・体制加算に関する届出書 ・サービス担当者会議記録 保存様式 ・サービス提供時モニタリング記録 保存様式 ・主任相談支援専門員配置加算に係る通知、届出書 ・地域体制強化共同支援加算に係る通知、様式 ・入院時情報提供書、通院時情報提供書、退院時情報提供書 	5963646568

介護給付費・訓練等給付費等支給申請書

(あて先)札幌市			年 月 日
次のとあり、江	護給付費等の支給決定について申請します。 フリガナ		年 月 日
	氏 名	生年月日	年 月 日
申請者	個人番号	工十年	——————————————————————————————————————
	₹		
	住 所 札幌市 区	電話番号	
身体障害者手帳		笛害程度: 種	級
	第	≦害種別:肢体・視覚・耳	恵覚・言語・内部
療育手帳	有・無 第 男 障	賃 害程度: A ・ B	• B –
精神障害者保健福祉手帳	有・無 年月日交付第	音程度: 1級 · :	2級 • 3級
難 病 等	疾患名:		
	さしローの担人はむ37番でよう		
庙山石(※甲請? 	者と同一の場合は記入不要です。) フリガナ	申請者との関係	
	<u> </u>	- 小明石での例外	□ 代理人 □ 代行人
届 出 者	以		
	住 所	電話番号	
	≧調査・勘案事項調査に関する連絡先		
	□ 申請者と同じ 氏名:	申請者との関	関係:
調査に関する	□ 届出者と同じ 住所:〒		
連絡先	□ 申請者又は届出者以外 電話番号:		
甲請に係る障害を	冨祉サービス等の種類 □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家	(東海田)	
	□ 重度訪問介護 □ 同行援護 □ 行動援護 □		
		R除証の写し を併せてご担山	 ください。
介護給付費	(被保険者証の記号及び番号 保険者名及 (を保険者証の記号及び番号 保険者名及	とび番号)
	□ 生活介護 □ 短期入所 □ 振引 3 まま □ 日中活動 □ (該当するものにチ	カナ. ヘけてノゼキ1、)	
	□ 施設入所文援 □生活介護・自立訓練(□機能訓練	▼・□生活訓練)・□就労移行	
	・就労継続支援(□A型・□F□ 共同生活援助□介護サービス包括型(介 護 提		
	□ 共同生活援助 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
	(□ 移行支援住居)		
	(□ 体験利用) □日中サービス支援型 (□ 退去後利用)		
		後利用の場合に記載してく	ださい。
訓練等給付費	利用日数日 退去日 利用期間(年月日~年月日)	年 月 日	
""""""""""""""""""""""""""""""""""""""	□ 自立訓練 (機能訓練・生活訓練・生活訓練(宿泊型))		
	□ 就労移行支援(養成施設以外・養成施設)		
	□ 就労継続支援(A型) (障害基礎年金 1 級の受給 🧍	す・無)	
	□ 就労継続支援 (B型) (障害基礎年金1級の受給 存	す・無)	
	□ 就労定着支援 □ 自立生活援助(テレビ電話装置等	等を使った支援希望 有 ・	無)
移動支援費	□ 移動支援(□行動援護の支給決定要件を満たす場合、行	「動援護の支給申請とする。)	
地域相談支援給付費	□ 地域移行支援 □ 地域定着支援		

負担上限月額に関する認定(移動支援費及び地域相談支援給付費は除きます。)

	でいた。1931人18月次で心勢110次人18和11月16杯であり。
	定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。
	R護(「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
	法律」による支援給付の受給世帯を含みます。)
	导(市町村民税非課税世帯)
EII I	利用者で低所得に該当する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。 1. (吉町社民税共課税共業に属し、会社所得会額及び除ませば年会第の収入の会計額が90 天田以下の土)
	1 (市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が 80 万円以下の方) 2 (市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得 1 以外の方)
1X	1 (市町村民税所得割16万円(20歳未満の施設入所者にあっては28万円)未満。ただし、20歳以上の施設
人所者、	共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。) 亥当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。
73	対民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。
	を税額控除を受けているので申告します。
	2(市町村民税課税世帯(一般1に該当する方を除く。))
	別給付費に関する認定 るため、特定障害者特別給付費を申請します。
<i>.</i>	
	利用する場合】
	個 ロータの保護又は中間科民税非課税世帯 ロータの保護又は中間科民税非課税世帯 上で生活保護又は市町村民税非課税世帯
	上で生活休護又は川町村氏枕非珠枕世市 免に関する認定(※療養介護利用者のみ)
	光に関する認定(※原養年護利用有のみ) るため、医療型個別減免の適用を申請します。 ・低所得(市町村民税非課税世帯)
	移行予防措置の適用を申請します(ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付され
ている場合に限りる	
主治医に関すること	
医師氏名	医療機関名称
医療機関の所在地	電話番号
障害福祉サービス等	等以外のサービス利用状況
	利用中の施設の種類と内容等
施設サービス	施設種類 () 施設(病院)名称 ()
	要介護認定 有・無 要支援1・2 / 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
介護保険 淳	利用中のサービスの種類と内容等
緊急時の連絡先(届	B出者又は調査に関する連絡先の他に、緊急時の連絡先がある場合に記載してください。)
氏 名	電話番号
住 所	
同音欄 (同音する項	
	は訓練等給付費(共同生活援助において介護の提供又は受託居宅介護を希望する場合に限る。)の
	り必要となる医師意見書の提出に代えて、保健福祉部長が医師意見書の作成を医療機関に依頼す
ることに同意しま	
	みす。 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・
	、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
	指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談
	供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障害支援区分認
	ることに同意します。
	して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定の
	サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長
が調査することに	に同意します。
	署名

介護給付費・訓練等給付費等支給変更申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

(めく先) 札幌		性価性部長 の支給変更につい	て申請しま [・]	す 。			年	月	日
7,00 2 00 7 0	フリガナ		C I Mr. C C				,		
申請者	氏 名				生年月日		年	月	日
申 請 者	個人番号								
	住 所	〒 札幌市 区				電話番号	<u>.</u>		
■ 身体障害者手帳	有・無	年		日交付	障害程度:	種		級	
为	75 7	第			障害種別:肢体・社	見覚・聴気	覚・言	語・内	部
療育手帳	有・無	無 第	Ē	亏	障害程度: A	• В	•	В —	
精神障害者保健福祉手帳	有・無	無 第		日交付 号	障害程度: 1級	· 2 š	級 •	3級	
難 病 等	疾患名:								
変更の理由									
届出者(※申請	者と同一の場	合は記入不要です	-。)						
	フリガナ				申請者との関	係		代理人	
┃ ┃届 出 者	氏 名							代行人	
	住所	₸			aris =	T TV. 12			
					電影	舌番号			
変更を申請する									
		下護(身体介護・通院		2等乗降介則	カ・家事援助) 				
		5問介護 □ 同行		r — Iss					
	□ 行動接		障害者等包括		建康保険証の写しを併せ	 ナてご提出	くださ		
	(被保険者	音証の記号及び番号			省名及び番号				
介 護 給 付	費 □ 生活介		l入所 						
	□ 施設力		7 .)	5-36 VI.					
	【日□	中活動】 □生活		訓練(□機ⅰ	能訓練・□生活訓練)・		行支援		
	希望支給量		方継統文法(□A型・□	B型(特定旧法受給者	()))			
			 護サービス包	括型(介 :	護提供の希望る	 有 ・ 無	()		
	(□ サテ (□ 移行	AI	部サービス利	用型(受託	 居宅介護の希望 有	· 無)			
	(□ 体験	利用)	中サービス支	援型					
	(□ 退去 ※体験利用	俊利用)			B去後利用の場合に記載	載してくだ	さい。		
	利用日数		:	退去	长日 年 月	且			
訓練等給付	弗,	<u>年月日~年</u> 川練(機能訓練・生活	·		찬))				
		を行支援 (養成施設り							
		*統支援(A型)			 合 有 ・ 無)				
	□就労糾	*************************************	(障害基礎年金	全1級の受約					
	□ 就労兌	 E着支援 □ 自立生	活援助(テ	レビ電話装	 置等を使った支援希望		無)		
	希望支給量	<u> </u>							
40 壬 十 ㎞	□ 移動支	反援 (□行動援護σ	支給決定要件	上を満たす場	場合、行動援護の支給申	請とする	。)		
移動 支援	費 希望支給員								

負担上限月額に関する認定(移動支援費及び地域相談支援給付費は除きます。)

負担上限月額の記	忍定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。						
	保護(「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					
	3法律」による支援給付の受給世帯を含みます。)						
	得(市町村民税非課税世帯)						
	療養介護利用者で低所得に該当する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。 低所得1(市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方)						
	□ 低所得 1 (市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が 80 万円以下の方)□ 低所得 2 (市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得 1 以外の方)						
	1 (市町村民税所得割 16 万円(20 歳未満の施設入所者にあっては 28 万円)未満。ただし、20 歳以上の施	設					
人	共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。)						
- V	該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。						
	対民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 金税額控除を受けているので申告します。						
	2 (市町村民税課税世帯(一般1に該当する方を除く。))						
	特別給付費に関する認定						
	するため、特定障害者特別給付費を申請します。						
【入所施設を	:利用する場合】 【共同生活援助を利用する場合】						
□ 20歳ラ	1						
	以上で生活保護又は市町村民税非課税世帯						
	載免に関する認定(※療養介護利用者のみ) するため、医療型個別減免の適用を申請します。						
	方のでの、						
, ,,,,,,	の移行予防措置の適用を申請します(ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付さ	れ					
ている場合に限り	ります。)。						
主治医に関するこ	と(主治医がいる場合に記載してください。)						
医 師 氏 名	医療機関名称						
 医療機関の所在は	也						
区域域员**///工艺							
	<u> </u>						
サービスの利用状	- ' 況(利用中のサービスの種類と内容等を記載してください。)						
サービスの利用状 障害支援区分							
	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (
	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (□ 重度訪問介護 (
障害支援区分	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (□ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (
	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (□ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (
障害支援区分	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (□ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (
障害支援区分	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (() ■ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (□ 重度障害者等包括支援 (□ 療養介護 (□ 生活介護 (
障害支援区分	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (□ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (□ 重度障害者等包括支援 (□ 療養介護 (□ 生活介護 (□ 短期入所 (
障害支援区分	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (□ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (□ 重度障害者等包括支援 (□ 探養介護 (□ 生活介護 (□ 短期入所 (□ 施設入所支援 (
障害支援区分	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (□ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (□ 重度障害者等包括支援 (□ 療養介護 (□ 短期入所 (□ 施設入所支援 (□ 共同生活援助 (
障害支援区分介 護給付費	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (() □ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (□ 重度障害者等包括支援 (□ 療養介護 (□ 生活介護 (□ 短期入所 (□ 施設入所支援 (□ 共同生活援助 (□ 自立訓練(機能訓練・生活訓練・生活訓練(宿泊型))(
障害支援区分	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (□ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (□ 重度障害者等包括支援 (□ 療養介護 (□ 短期入所 (□ 施設入所支援 (□ 共同生活援助 (
障害支援区分介 護給付費	区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 無 (いずれかに○をつける) □ 居宅介護(身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助) (() □ 重度訪問介護 (□ 同行援護 (□ 行動援護 (□ 重度障害者等包括支援 (□ 療養介護 (□ 生活介護 (□ 短期入所 (□ 施設入所支援 (□ 共同生活援助 (□ 自立訓練(機能訓練・生活訓練・生活訓練(宿泊型))() □ 就労移行支援(養成施設以外・養成施設) (
障害支援区分介 護給付費	区分						
障害支援区分介 護給付費	区分						
障害支援区分 介護給付費 訓練等給付費	区分						
障害支援区分 介護給付費 訓練等給付費	区分						
障害支援区分 介護給付費 訓練等給付費	区分						
障害支援区分 介護給付費 訓練等給付費	区分						
障害支援区分 介護給付費 訓練等給付費 移動支援費 介護保険	区分						

介護給付費・障害児通所給付費等支給申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

<u>次</u> のとおり、介	護給付費等の支給決定について申請し	します。	年 月 日
	フリガナ		
	氏 名	生年月日	年 月 日
申請者	個人番号		
	住 所 札幌市 区	電話番号	
	フリガナ	生年月日	 年 月 日
支給申請に 係る児童	氏 名		
	個人番号		£#
身体障害者手帳	有 ・ 無 年 月 第	日交付障害程度:号障害種別:肢体・視覚	種級・聴覚・言語・内部
療育手帳	有・無 年 月 第	日交付 号 障害程度: A ·	В • В-
精神障害者保健福祉手帳	有 · 無 年 月 第		2級 • 3級
難 病 等	疾患名:		
—————————————————————————————————————	さと同一の場合は記入不要です。)		
	フリガナ	申請者との関係	□ 代理人
届 出 者	氏 名		□ 代行人
	住所	電話番号	
=====================================			
- NEI-W OLTHI		介助・通院等乗降介助・家事援助)	
介護給付費	·		
	□ 行動援護 □ 重度	障害者等包括支援 	
	□ 短期入所		
	***************************************	型児童発達支援	
障害児通所給付費	※治療を受ける場合は、健康保険証の等 (被保険者証の記号及び番号	写しを併せてご提出ください。 保険者名及び番号)
T	□ 放課後等デイサービス □	保育所等訪問支援	
	□ 居宅訪問型児童発達支援		
移動支援費	プロー 移動支援 (□行動援護の支	給決定要件を満たす場合、行動援護	— の支給申請とする。)

会担上民月報の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。 □1 生体保護(中国政権が入場の用な機関の保護が近いた社権国した中国政策が入等及び等定配得者の自立の支法に関する法院は、12 全体保護(中国社会地)による支格が10多位世帯を含みます。 □2 低所得(市町村民税計議設格が設備、13 元のいずれかにテェックをつけてください。 安原課児童神技達を申請するあのみ、下記のいずれかにテェックをつけてください。 (一般) 信 前町村民税計議設保存に関い、合計所金額及が応生金建作生等の収入の合計類が80 万円以下の力) (負担上限月額に関	する認定(移動支援費は除きます。)
□ 2 (取得 (市町村民係)・課題という。	負担上限月額の	認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。
□ 2 低所得(市町村民税非課税出帯) → 資際無空地産産産金減を中端するカのみ、下窓のいずれかにチェックをつけてください。 □ 低所得(市町村民税非課税出帯に属し、合計所得金額及び障害基準や金等の収入の合計額が80万円以下の力) ● 低所得(市町村民税非課税出帯に属し、合計所得金額及び障害基準や金等の収入の合計額が80万円以下の力) ● 低所得(市町村民税非報税出税について使ごは入金等特別税額控訴を受けているので申告します。 □ 1 中税(市町村民税について住ごは入金等特別税額控訴を受けているので申告します。 □ 1 中税2 (市町村民税課税世帯(一般1に該当する方を除く。)) □ 第3万以際に認当する児童 □ 生活保護への移行于防措置の適用を申請します(ただし、生活保護の申請を卸すされ、境界帰該当証明書が安付されている場合に限ります。) 定 前 氏 名 □ 医療機関名称 □ 性活保護への移行于防措置の適用を申請します(ただし、生活保護の申請を卸すされ、境界帰該当証明書が安付されている場合に限ります。) を		
日 佐所得1 (中町村民根北郷最世年に異し、合計所各額及び障害基礎年金年の収入の合計額が80万円以下の方)	□2 低所	行得(市町村民税非課税世帯)
※下配に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 □ 市町村民税について住宅情人金等特別税額控除を受けているので申告します。 □ 参別会税額定除を受けているので申告します。 □ 4 一般 2 (市町村民税課税世帯(一般 1 に該当する方を除く。)) □ 障害児通所支援の多子軽減精密の適用を下部区分により申請します。 第 3 子以降に該当する児童	□ 低所得	导1(市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方)
### おけられていては一番人会学特別根額控除を受けているので中告します。		
□ 高財金税額搾除を受けているので申告します。 □ 4 一般 2 (市町村民税課税世帯(一般 1 に該当する方を除く。)) □ 障害児通所支援の多子軽減措置の適用を下記区分により申請します。 □ 第 3 子以除に該当する児童 □ 第 3 子以除に該当する児童 □ 第 3 子以除に該当する児童 □ 生活保護への移行予防措置の適用を申請します(ただし、生活保護の申請を知下され、蒐累層該当証明書が交付されている場合に限ります)。		
□4 一般2 (市町村民税課税世帯(一般1に該当する方を除く。)) □ 障害児通所支援の多子軽減精置の適用を下記区分により申請します。 □ 第3子以降に該当する児童 □ 集活保護への移行予防措置の適用を中請します (ただし、生活保護の申請を押下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります。)。 主治医に関すること (主治医がいる場合に記載してください。) 医 師 氏 名 □ 医療機関の所在地 □ 電話番号 ② 整福祉サービス等以外の福祉サービス又は保健医療サービス等の利用状況 利用中のサービスの種類と内容等 ■ 電話番号 全 電話番号 は 名 □ 電話番号 ■ 電話番	II1™	
□ 第 2 子に該当する児童 □ 生活保護への移行予防措置の適用を申請します(ただし、生活保護の申請を押下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限すること (主治医がいる場合に配載してください。) 医 師 氏 名		
□ 第3子以降に該当する児童 □ 生活保護への移行予防措置の適用を申請します(ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります。)。 注意医に関すること (主治医がいる場合に記載してください。) 医療機関名称	□ 障害児通所	支援の多子軽減措置の適用を下記区分により申請します。
□ 生活保護への移行予防措置の適用を申請します (ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に関すること (生治医がいる場合に記載してください。) 医 師 氏 名		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
医 師 氏 名 医療機関の所在地 電話番号 李書福祉サービス等以外の福祉サービス又は保健医療サービス等の利用状況 利用中のサービス の種類と内容等 R急時の連絡先 氏 名 電話番号 住 所 コ意欄 (同意する項目にチェックしてください。) サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害者入所施設に提供することに同意します。 大会決定に際して、利用者負担犯別の認定、利用者負担組減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民稅課稅額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。	□ 生活保護へ	の移行予防措置の適用を申請します(ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付され
医療機関の所在地 電話番号 李書福祉サービス等以外の福祉サービス又は保健医療サービス等の利用状況 利用中のサービスの種類と内容等 和開生の内容等 電話番号 住 所 □意欄(同意する項目にチェックしてください。) □ サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児祖所支援事業者、指定障害児祖所支援事業者、指定障害児祖所支援事業者、指定障害見通所支援事業者、指定障害見通所支援事業者、指定障害者入所施設に提供することに同意します。 □ 支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民稅課稅額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 □ 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。	主治医に関するこ	と(主治医がいる場合に記載してください。)
章書福祉サービス等以外の福祉サービス又は保健医療サービス等の利用状況 利用中のサービスの種類と内容等 本書語番号	医 師 氏 名	医療機関名称
利用中のサービスの種類と内容等 K 名	医療機関の所在は	地電話番号
利用中のサービスの種類と内容等 K 名		
 不急時の連絡先 氏 名 住 所 司意欄(同意する項目にチェックしてください。) □ サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害児・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	草害福祉サービス	等以外の福祉サービス又は保健医療サービス等の利用状況
氏 名 住 所 司意欄(同意する項目にチェックしてください。) □ サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害者入所施設に提供することに同意します。 □ 支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 □ 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。		Z
(同意する項目にチェックしてください。) □ サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害者入所施設に提供することに同意します。 □ 支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 □ 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。	緊急時の連絡先	
■ 高橋 (同意する項目にチェックしてください。) □ サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害者入所施設に提供することに同意します。 □ 支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 □ 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。	氏 名	電話番号
□ サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害者入所施設に提供することに同意します。 □ 支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 □ 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。	住 所	
□ サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害者入所施設に提供することに同意します。 □ 支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 □ 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。	日音増(日音ナス	「佰日にチェック」 アノださい)
 ビス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害者入所施設に提供することに同意します。 □ 支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 □ 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 		
認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 ③ 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。	ビス利用意向]聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービ
て、保健福祉部長が調査することに同意します。	認定のため、	障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、
署 名		
<u>18 1 H</u>		署 名
		<u> 2 H</u>

介護給付費・障害児通所給付費等支給変更申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

	護給付費等(の支給変	変更につ	ついて	申請し	ょす	•					年	月	日
	フリガナ													
	氏 名								生年月	日		年	月	日
申 請 者	個人番号													
	住 所	ーテ 札幌市	ī	区										
		101/01/								電話番	号			
支給申請に	フリガナ	-							生年月	日		年	月	日
係る児童	氏 名								 続	柄				
	個人番号								-			**		.fort
身体障害者手帳	有 · 無				<u> </u>	月	日交付		手程度		担当	種	一章新	級
					第 年	 月			寺種別	:胶体	• 倪見	・聴覚・	' 言語	• 內部
療育手帳	有・無	#			<u>-</u> 第	71		 	害程度	: A	•	В •	В	_
计工程中本目录程刊之程	-t- h	int.			•	月	日交付	4	5-10 pb		√eπ.	o /at		O /47
精神障害者保健福祉手帳	有 • 氣	#		ý	第		-1/	子 障	害程度	: 1	級 •	2級	•	3級
変更の理由	疾患名:													
届出者(※申請者	皆と同一の場	合は記	入不要	です。)									
	17 78 7								<u> </u>		3 <i>IT</i>	T		
	フリガナ								申請者	さとの関	係		代理	
届出者	フリガナ 氏 名	=							申請者	その関	月 係		代理代行	
届 出 者		干							申請者					
	氏 名								申請者		活番号			
	氏 名 住 所 章害福祉サ ー	-ビス等				介助 •	通院等			電	話番号			
	氏 名 住 所 章害福祉サー □ 居宅	- ビス等 :介護(.				介助・	通院等			電	話番号			
	氏 名 住 所 章害福祉サー 日 日 日 日 日 日 日	- ビス等 介護(援護	身体介	護・道	通院等 分		通院等	乗降介		電	話番号			
変更を申請する降	氏 名 住 所 章害福祉サー □ 居宅 □ 同行	・ビス等 介護 (援護 援護	身体介	護・道	通院等 分			乗降介		電	話番号			
変更を申請する降	氏 名 住 所 章書福祉サー 日 日 日 日 日 日 日	- ビス等 介護(接護 接護 入所	身体介	護・道	通院等 分			乗降介		電	話番号			
変更を申請する降	氏 名 住 所 * * * * * * * * * *	-ビス等 介護 / 接護 	身体介	護・通	直度障領医療型	事者等	至包括支 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至	接援	・助・3	電	話番号			
変更を申請する降介 護 給 付 費	氏 名 住 所 ** * * * * * * * * *	- ビス等 介護 (援護 入所 量 発達支援	身体介言	護・通□ 重□ □ □	通院等分 直度障害 医療型	事者等	至包括支 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至 至	:乗降介:接	が動・気	電影	括番号 力)			
変更を申請する降	氏 名 住 所 * * * * * * * * * *	- ビス等 介護 (援護 入所 量 発達支援	身体介言 受 会は、健 記号及	護・通□ 重原保険び番号	直度障害 医療型 この写	事者等 型児童 しを併	を包括支 登達支 をせてごれ	:乗降介 援 提出くた 保険	·助・⑦ ·さい。 ·され。	電	括番号 力)			
変更を申請する降介 護 給 付 費	氏 名 住 ** 事 □ □ □ ★ □ ○ □ <td< td=""><td>-ビス等 介護(接護 入量 達を 経済を 経済を 経済を 経済を は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、</td><td>身体介言 爰 計は、健 記号及</td><td>護・通</td><td>通院等分 直度障害 医療型 記の写</td><td>事者等 型児童 しを併</td><td>を包括支 登達支 をせてごれ</td><td>:乗降介 援 提出くた 保険</td><td>·助・⑦ ·さい。 ·され。</td><td>電影</td><td>括番号 力)</td><td></td><td></td><td></td></td<>	-ビス等 介護(接護 入量 達を 経済を 経済を 経済を 経済を は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、	身体介言 爰 計は、健 記号及	護・通	通院等分 直度障害 医療型 記の写	事者等 型児童 しを併	を包括支 登達支 をせてごれ	:乗降介 援 提出くた 保険	·助・⑦ ·さい。 ·され。	電影	括番号 力)			
変更を申請する降介 護 給 付 費	氏 住 (全) (本) (日) (日) (日) (日) </td <td>-ビス等 介護 透護 予選 ・選達 ・選達 ・選達 ・選達 ・選達 ・選達 ・選達 ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ</td> <td>身体介言 爰 記号及 イサー 児童発</td> <td>護・通 - 康保番号 ビ支接</td> <td>通院等分 直度障害 証の写</td> <td>事者等 型児 しを併 保育</td> <td>至色括支 登達支 fせてご打</td> <td>:乗降介: :援 :援 :提出くた :関支援</td> <td>さい。</td> <td>電影 (家事援) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる</td> <td>計番号</td> <td></td> <td>代行</td> <td>)</td>	-ビス等 介護 透護 予選 ・選達 ・選達 ・選達 ・選達 ・選達 ・選達 ・選達 ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ ・選ぎ	身体介言 爰 記号及 イサー 児童発	護・通 - 康保番号 ビ支接	通院等分 直度障害 証の写	事者等 型児 しを併 保育	至色括支 登達支 fせてご打	:乗降介: :援 :援 :提出くた :関支援	さい。	電影 (家事援) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる	計番号		代行)
変更を申請する降介 護 給 付 費	大 住 ** () 日 () 日<	-ビス等 介護 援護 入量 発け者証等問 と対する証 を対する と対する と対する と対する と対する と対する と対する と対する と	身体介言 爰 記号及 イサー 児童発	護・通 - 康保番号 ビ支接	通院等分 直度障害 証の写	事者等 型児 しを併 保育	至色括支 登達支 fせてご打	:乗降介: :援 :援 :提出くた :関支援	さい。	電影 (家事援) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる) (なる	計番号		代行)

負担上限月額に関する認定(移動支援費は除きます。)

負担	!上限丿	月額の認	定にあたり、次の所得区分の適	用を申請します。							
	\Box 1	生活	R護(「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」による支援給付の受給世帯を含	おみます。)							
	$\square 2$	低所征	身(市町村民税非課税世帯)								
所	C *	医療型児	童発達支援を申請する方のみ、下記の	いずれかにチェックをつ	oけてください。)						
/8		低所得	1 (市町村民税非課税世帯に属し、合	計所得金額及び障害基礎	陸年金等の収入の合計額が80万円以下の方)						
得		低所得	2(市町村民税非課税世帯に属する方	であって、低所得1以タ	トの方)						
区	$\Box 3$	一般	1 (市町村民税所得割 28 万円未満)		· ·						
			変当する方のみ、該当部分にチェ	・ックをつけてくださ	5V)_						
分			対民税について住宅借入金等特別		-						
			う 2000に ライマ 日 1 目 7 並 すれか 金税額控除を受けているので申告								
				. , , ,							
	$\Box 4$	一般	2 (市町村民税課税世帯(一般 1	に該当する方を除く	。))						
	障害	見通所支	援の多子軽減措置の適用を下記	区分により申請しまっ	す。						
	第:	2 子に該	当する児童								
	第:	3 子以降	に該当する児童								
l		,									
【同			る場合にチェックしてください。								
] 多	子軽減の	適用のために必要があるときは	、同一世帯の乳幼児	に係る障害児通所支援の契約状況につい						
	て、は	呆健福祉	:部長が調査することに同意しま	す。							
	署	名									
		Н									
	生活	呆護への	移行予防措置の適用を申請しま	す(ただし、生活保護の	申請を却下され、境界層該当証明書が交付さ						
			ります。)。	, , , , = , = , = , = , = , = ,							
士治区	티크	オスニリ	と(主治医がいる場合に記載して	(ください)							
<u> </u>		9 0 - 0	- (土冶区がいる物口に記載して	· \ /_ C U · 6 /	T						
	AT.										
矢	間	氏 名		医療機関名称							
医	師	氏 名		医療機関名称							
				医療機関名称							
		氏 名 の所在地	1		電話番号						
			1		電話番号						
医療	機関の	の所在地									
医療	機関の	の所在地	兄(利用中のサービスの種類と内								
医療	機関の	の所在地			:さい。)						
医療	機関の	の所在地	兄(利用中のサービスの種類と内		:さい。)						
医療 サーL	機関の ごスの	か所在地	【 (利用中のサービスの種類と内 □ 居宅介護(身体介護・通院 (:さい。)						
医療 サーL	機関の ごスの	の所在地	【 (利用中のサービスの種類と内 □ 居宅介護(身体介護・通院 (□ 同行援護		:さい。)						
医療 サーL	機関の ごスの	か所在地	□ 居宅介護(身体介護・通院 □ 同行援護 □ 行動援護		:さい。)						
医療 サーL	機関の ごスの	か所在地	記(利用中のサービスの種類と内□ 居宅介護(身体介護・通院(□ 同行援護□ 行動援護□ 重度障害者等包括支援		:さい。)						
医療 サーL	機関の ごスの	か所在地	□ 居宅介護(身体介護・通院 □ 同行援護 □ 行動援護		:さい。)						
医療 サーL	機関の ごスの	か所在地	記(利用中のサービスの種類と内□ 居宅介護(身体介護・通院(□ 同行援護□ 行動援護□ 重度障害者等包括支援		:さい。)						
医療 サーL	機関の ごスの	か所在地	記(利用中のサービスの種類と内□ 居宅介護(身体介護・通院(□ 同行援護□ 行動援護□ 重度障害者等包括支援		:さい。)						
医療 サーL	機関の ごスの	か所在地	R (利用中のサービスの種類と内 □ 居宅介護(身体介護・通院 (□ 同行援護 □ 行動援護 □ 重度障害者等包括支援 □ 短期入所		:さい。)						
医療	巻気の	か所在地 利用状 類 付 費	R (利用中のサービスの種類と内		:さい。)						
医療	巻気の	か所在地	R (利用中のサービスの種類と内		:さい。)						
医療	巻気の	か所在地 利用状 類 付 費	R (利用中のサービスの種類と内		:さい。)						
医療	巻気の	か所在地 利用状 類 付 費	R (利用中のサービスの種類と内		:さい。)						
医療	巻気の	か所在地 利用状 類 付 費	R (利用中のサービスの種類と内		:さい。)						
要 か	護 と	利用状 が 付 費 「給付費	R (利用中のサービスの種類と内		:さい。)						
要 か	護 と	か所在地 利用状 類 付 費	R (利用中のサービスの種類と内		:さい。)						
サート 介 障害 移	護 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関	利用状 付 費 費	R (利用中のサービスの種類と内	B容等を記載してくだ 等介助・通院等乗降 (((((((:さい。)						
要 か	護 と	利用状 が 付 費 「給付費	R (利用中のサービスの種類と内	B容等を記載してくだ 等介助・通院等乗降 (((((((:さい。)						
サート 介 障害 移	護 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関 (関	利用状 付 費 費	R (利用中のサービスの種類と内	B容等を記載してくだ 等介助・通院等乗降 (((((((:さい。)						
大	機関 (((((((((((((((((((利用状 利用状 費 他	R (利用中のサービスの種類と内	B容等を記載してくだ 等介助・通院等乗降 (((((((:さい。)						
下	機関の	利用状 利用状 費 他 絡先	R (利用中のサービスの種類と内	P容等を記載してくだ 等介助・通院等乗降 (((((((:さい。)						
下	機関 (((((((((((((((((((利用状 利用状 費 他	R (利用中のサービスの種類と内	B容等を記載してくだ 等介助・通院等乗降 (((((((:さい。)						
下	機関の	利用状 利用状 費 他 絡先	R (利用中のサービスの種類と内	P容等を記載してくだ 等介助・通院等乗降 (((((((:さい。)						

									N	Ο.	
				世帯も	犬況・収	入等申告書					
(<i>b</i>	って先)札幌	市	区保健福	业部長							
S.J.	_ 1 1 1 10 4	41. 3. 3							年	月	日
沙	てのとおり申り	告しま	きす。								
申告	∸者欄 (※支給	中請書	喜又は支給変 更	更申請書を本り	申告書と同	同時に提出する	場合は	、申告者	欄の記入	.は不要で	す。)
	フリガナ										
	氏 名										
		_									
	住 所	₹									
	///					電話番	:号				
届出	 	告者と	届出者が同一	の場合は届出	者欄の	記入は不要です	t_)				
	フリガナ	<u> </u>	/IIII I // 1/3		⊒ □ [M3·> F			申告者	との関係		
•••••								1 11 11	C 12 X /	····· □ 1	代理人
	氏 名										代行人
	分	Ŧ									
	住 所					電話番	:号				
		•		※不	実の申告	をした場合、	関係法令	合によりを	処罰されん	る場合があ	っります。
1	世帯の状況等	等につ	いて					現在、	別居の場	拾「○」;	を記入
			氏	名	続柄	生年月日	3	別居の有無	扶養状況 (16~18歳)	乳幼児在	王園状況
	支給申請に係	る児			本人	年	月 日				
	童(障がい者)										
世帯	世帯主					年	月 日				
帯構成等						年	月 日				
放 等						年	月 日				
	世帯員	ļ							<u> </u>		

※「扶養状況(16~18歳)」欄について(課税世帯のみ記入)
課税世帯については、扶養状況により、障害福祉サービスの月額負担上限額が変わる場合があります。サービスを利用する 年の前年(サービスの開始予定月が1~6月の場合は前々年)の12月31日時点の年齢が16~18歳で、税法上扶養されている 方について、「○」を記入してください。

年

年

月

月

目

日

※「乳幼児在園状況」欄について(多子軽減申請の場合のみ記入)

保育所等に通っている又は障害児通所支援を利用している乳幼児について、通所先の施設名称を記入してください。 (保育所等…認可保育所、認定こども園、幼稚園、特別支援学校幼稚部、情緒障害児短期利用施設、特例保育、家庭的保育事業等)

裏面に続く

2 障がい者本人の収入の状況について

- ※ 下記のいずれかに該当する場合のみ、記入してください。
 (1) 20歳以上の施設入所者で補足給付を申請する場合は①~⑥を記入してください。
 (2) 障害年金1級を受給している方で、就労継続支援A型・B型を利用する場合、③欄の障害年金(級)収入欄に1級と記載してください(金額を記載する必要はありません。)。

	種類	申告金額(年額)	確認済金額の月額
	性块	本人の収入	本人の収入
	①特定目的収入		
	()		
	②工賃等の就労収入		
	③稼得等収入		
	障害年金(級)収入		
	()年金		
	労災保険収入		
収	雇用保険		
	()手当		
入	その他()		
	④その他の収入		
	不動産収入		
	利子•配当収入		
	一時所得		
	仕送り		
	その他()		
	計		
	⑤ 租税の課税額		
	住民税		
	所得税		
	固定資産税		
必要	自動車税		
要経	その他()		
費	⑥社会保険料		
	健康保険料等		
	(国保・社保・共済)		
	介護保険料		
	計		
	所 得 区 分		一般世帯1・一般世帯2
		(療養介護又は医療型児童発達支援利用者で低所得	に該当する方のみいずれかに○ 低所得1 ・ 低所得2)
区包	於所職員記入欄		

地区名	No.
-----	-----

年 月 日

介護給付費等支給申請取下書

(あて先)札幌市 区保健福祉部長

年 月 日付でしました介護給付費等の支給申請につきまして、次のとおり申請を取下げます。

フリガナ					
申 請 者		生年月日	年	月	日
(保護者)氏名					
フリガナ		生年月日	年	月	日
申請に係る				71	I
児 童 氏 名		続 柄			
	₌				
居住地	·				
		電話番号			
取下げる					
給付費等の種類					
┃ ┃ 取下げをする申請					
に係る障害福祉					
サービス等の種類					

福祉サービス利用者等異動届

(宛先) 札幌市 区保健福祉部長

<u>地区</u>	NO.			
		在	日	Ħ

届出人	氏	名		(利用者との続柄)
	住	所	区		
	雷	鈓	_	FΔY —	

	> 10.28 h						a⇒⇒1			
	ふりがな						電話	_		
利受	氏 名		年	月	日生 (歳)	FAX	_		
給 用資	個人番号				※ 療育手 は記入	長、高	齢福祉サー	ビス以外	の手続のこ	方
格 者者)	住 所	区								
	施設名(入所・通所)									
対象	ふりがな 氏 名				生年月日			年	月	日生
児童	個人番号				続を	Ī				

次のとおり届け出いたします。

次のとわり 油り山	1. 1.2.0.5	, 0									
居 住 地 変 更 ・手帳(身体・療育・精神)	本 人	旧住所							1	異動 年月	
・障害福祉サービス	/D =# +	新住所					電話		ļ	異動年月	日
・高齢福祉サービス ・特別障害者手当等	保護者	旧住所					電話			•	
氏 名 変 更 ・手帳(身体・療育・精神)	本 人	旧氏名							į	異動年月 •	
・障害福祉サービス	/III **#* -#*	新氏名				(本人と	: の続柄)	-	異動年月	月
・高齢福祉サービス ・特別障害者手当等	保護者	旧氏名									
保護者の変更	-ta	住所									
・障害福祉サービス	変更後	氏名		(本人	との続柄)	電話		•	異動年月	日日
介護者の変更 ・入浴サービス	変更前	住所									
・八份リーに入	変 史 削	氏名		(本人	との続柄)	電話				
死 亡 ・ 廃 止 入退院(所)届	死亡日	年	月	日	障がい	非該当	目		年	月	日
・手帳(身体・療育・精神)	辞退	年	月	目	辞退す	るサー	ビス				
・障害福祉サービス・高齢福祉サービス	辞退理由	∃:									
・施設利用者(高齢)	入院(所)日・退院(所)日		年	月	目	~	年	月] [1
	機関	名									
手当喪失・特別障害者手当等	死亡日	年	月	日	障がい	非該当	目		年	月	日
·特別學書有于ヨ等	経過的福	届祉手当受給資格	者の障害	手年金等	等受給日				年	月	日
※ 未支払手当がある場合は、裏面も	障害児福	届祉手当受給資格	者の満2	0歳到達	を日又は年	F金受約	計		年	月	日
記載してください。	入院日	・入所日	年	月	目	機関	名				
手 当 関 係 支払金融機関変更	□ 公金	受取口座を利用	します→	口座情	報の記入	• 通帳	等の写し	は不要で	ぎす		
障がい者・障がい児	国に事前にことに同意	こ登録した公金受助 意します	又口座の情	青報につ	いて、札幌	晃市及び	(各区が個	人番号を	基に情	報照会を	行う
名義		受取口座の利用	をやめま	す →	下記に口座	を情報を	記入・通	帳等の写	しを添	付してく	ださい
	金融機関	 名			支店名						
	普通・当	á座 口座番号			口座名	義人					
		C.4E.1ヶ田-1-フ ハル									

[※] 精神障害者保健福祉手帳に関する分については、あて先を「札幌市長」に読み替えます。

世帯員の異動	氏	名	続 柄	生年月日	職業	異動事由	異動年月日
・身障手帳 ・療育手帳						転入・転出・死亡	
•精神手帳						転入・転出・死亡	
・障害福祉サービス・高齢福祉サービス						転入・転出・死亡	
•特別障害者手当等						転入・転出・死亡	
						転入・転出・死亡	• •

身障手帳	手帳番号 第 号、種級、交付年月日	年	月	目
(障害種別)	視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・上肢・下肢・体幹・脳原上肢	・脳原	移動	
	心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫・肝臓			
療育手帳	手帳番号 第 号、 A·B·B 交付年月日	年	月	目
精神手帳	手帳番号 第 号、 級、交付年月日	年	月	目
手 当	特別障害者手当 · 障害児福祉手当 · 経過的福祉手当			
交通費助成	福祉乗車証等 有・無 福祉タクシー利用券 有・無 福祉自動車燃料	助成券	有・	無
年 金 受 給	国民年金(老齢・障害・その他)、厚生年金(老齢・障害・遺族)			
十 並 又 和	労災年金(障害・障害補償・疾病補償・遺族)、共済年金(老齢・障害・)	遺族)	、その作	<u>łı</u>
健康保険	国保・協会けんぽ・組合管掌・共済組合()	取打	及者氏/	名
の加入	船員・後期高齢・未加入 (生保・その他)			
備考				

		未	支	払 手	手 当	請求	書				
(宛先)札幌	市 区保侨	建福祉部長			特	対障害を	者手当		年	月	日
受給資格者	が死亡したの	で、以下の	つとおり	未支払		管害児福祉 過的福祉		を請求	だします。		
		請求	者	<u>住</u>	所						
				氏	名			(本	人との絹	柄)
				電話番	番号						
受給資格者氏名						生年月	月日		年	月	日
未支払の期間	年 月	から	年 月	まで	か月	未支払	金額				円
請求の順位	配偶者 有・	無子	有・無	父母	有・無	孫有	有・無	祖父母	有・無	兄弟姉妹	有・無
支払方法	金融機関名					支	店名				
又扣刀伍	普通・当座	口座番	:号				座名義	 遠人			
未支払の手当を 請求しない理由											

添付書類

- ① 受給資格者の死亡の事実を明らかにする書類 例)除票となった住民票又は戸籍抄本
- ② 受給資格者の死亡時において、受給資格者と請求者の生計同一関係及び相互の身分関係を明らかにできる書類例)請求者の世帯全員の住民票(住民票で明らかにできない場合は、別に戸籍謄本又は戸籍抄本)
- ③ 請求者名義の通帳等の写し(公金受取口座を利用しない場合)
 - ※ 上記①及び②の書類は、提出を省略できる場合がありますので、提出先の区保健福祉課にご確認ください。

事務連絡

令和 年 (年)月日

(住所・氏名)

様

札幌市 区保健福祉部保健福祉課

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

このたびの障害福祉サービス等の申請について、支給(給付)要否決定の参考とするため、下記の書類をご提出くださいますようお願いいたします。

記

1 提出書類

「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」

- (1) 「指定特定相談支援事業者」または「指定障害児相談支援事業者」に作成を依頼してください。
- (2) (1)に代えて、別紙**「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)」**により提出することもできます。
- ※ 詳しくは、同封の書類をご参照ください。

2 提出期限

- (1) 障害支援区分認定が必要な場合 区分認定の通知の日から7日以内
- (2) 障害支援区分認定が不要な場合 障害福祉サービス等の申請日から 30 日以内

【連絡先】

〒〇〇〇一〇〇〇〇 札幌市 区 条 丁目

札幌市 区保健福祉部保健福祉課 TEL 011- -2400

さーびすとうりょうけいかくあん ていしゅつ ~サービス等利用計画案の提出について~

くやくしょ 区役所では、これらの計画案を参考に支給決定しますので、「サービス等 りょうけいかくあんていしゅついらいしょ 利用計画案提出依頼書」に記載された提出期限までに、計画案をご提出 ください。

1 計画案の作成

- ー けいかくあん そうだんしえんじぎょうしょ さくせい そうだんしえんじぎょうしょ きくせい 計画案は「相談支援事業所」が作成しますので、もよりの相談支援事業所 はくせい いらい に作成を依頼してください。
- ・ 計画案はご自身で作成することも可能です(これを「セルフプラン」といいます。)。ご家族やサービス提供事業所の方などにご協力いただき、作成しても構いません。セルフプランを希望される方は同封の用紙をご使用ください。

2 計画案の作成が必要な方

(裏面に続きます)



3 計画案提出の流れ

てやくしょ しょうがいふくし さー び す とうこうしんてっつ あんない 区役所から「障 害福祉サービス等更新手続きのご案内」と さー び す とうりょうけいかくあんていしゅついらいしょ そうふ 「サービス等利用計画案提出依頼書」を送付

しょうがいふくし さー び すとう しんせいしょ くゃくしょ ていしゅっ 障害福祉サービス等の申請書を区役所に提出

とちらかを選ぶ

相談支援事業所に「サービス等 りょうけいかくあん さくせい いらい 利用計画案」の作成を依頼

せる s s b ん to test to te to

くゃくしょ さー び すとうりょうけいかくあん ていしゅっ 区役所に「サービス等利用計画案」を提出

しょうがいふくし さー び すとう しきゅうけってい **障 害福祉サービス等の支給決定**

4 Q&A

そうだんしえんじぎょうしょ けいかくあんさくせい ねが ひよう

Q 相談支援事業所に計画案作成をお願いしたら費用はかかりますか。

けいかくあん さくせい ひょう さっぽろし そうだんしえんじぎょうしょ ちょくせつしはら A 計画案の作成にかかる費用は、札幌市から相談支援事業所に直接支払いりようしゃ ひょう ふたん ますので、利用者が費用を負担することはありません。

ていしゅつきげん けいかくあん ていしゅつ ばあい Q 提出期限までに計画案を提出できない場合はどうなるのですか。

けいかくあん しきゅうけってい さい さんこう しりょう きげん ていしゅっ A 計画案は、支給決定の際の参考となる資料ですので、期限までに提出さばあい さーびすりょう かいし おく けいかくあん れなかった場合、サービス利用の開始が遅れてしまうことがあります。計画案でいしゅっ おく ばあい こべっ そうだん の提出が遅れそうな場合は個別にご相談ください。

ていしゅつ けいかくあん しきゅうけってい

Q 提出した計画案どおりに支給決定されるのですか。

くゃくしょ けいかくあん しょうがいしえんくぶん さーび す りょういこう ふ A 区役所では、計画案のほか、障 害支援区分やサービスの利用意向なども踏 しきゅうけってい かなら けいかくあん まえて支給決定しますので、必ずしも計画案どおりとはならない場合もあります。

りようかいしご けいかく みなお きかい

Q サービス利用開始後に計画を見直す機会はありますか。

そうだんしえんじぎょうしょ けいかく あん さくせい ばあい さーびすりょうかいしご A 相談 支援事業所が計画案を作成した場合は、サービス利用開始後も そうだんいん ていきてき じたく ほうもん さーびす りょうじょうきょう かくにん 相談員が定期的にご自宅などを訪問します。サービスの利用状況を確認もにたりんぐ ひつよう おう けいかく みなお おこな し(モニタリング)、必要に応じて計画の見直しなどを行います。

さーびすとうりょうけいかくあん ていしゅつ ~サービス等利用計画案の提出について~

障害福祉サービスや地域相談支援を利用する場合には「サービス等利用 けいかくあん 計画案」(以下、これらを「計画案」といいます。)を作成いただくことが必要 となります。

Cやくしょ 区役所では、これらの計画案を参考に支給決定しますので、計画案をご はいしゅつ はいかくあん きのこう しきゅうけってい 大いしゅつ 提出ください。

1 計画案の作成が必要な方

・ 全ての障害福祉サービス又は地域相談支援の支給申請を行った方が

たいしょう ではます (サービスの追加申請や更新申請も含みます)。

2 計画案の作成

- ・ 法律の規定により、計画案を提出していただくことが原則となります。
- ・ 計画案は「相談支援事業所」が作成しますので、もよりの相談支援事業所」 に作成を依頼してください。
- ・ 「相談支援事業所」は、障がいのある方とご家族に寄り添い、総合的な えんじょぼうしん かいけつ かだい を診すまえ、最も適切なサービスの組合わせな 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合わせな どについて検討し、ご提案するとともに、障がいのある方の意思決定の しまん おこな 支援を行います。
- ・ 障がいのある方ご本人の意思で希望する場合または相談支援事業所が 見つからない場合は、セルフプランを提出することもできます(区役所 でいしゅっ えでもしませんできます。

(裏面に続きます)



3 サービス利用きでの流れ



しょうがいふくし さー び すとう しんせいしょ くゃくしょ ていしゅっ**障 害 福祉サービス等の申請書を区役所に提 出**



そうだんしえんじぎょうしょ さーびすとうりょうけいかくあん さくせい いらい相談支援事業所に「サービス等利用計画案」の作成を依頼



くゃくしょ さー び す とうりょうけいかくあん ていしゅつ 区役所に「サービス等利用計画案」を提出



くゃくしょ しょうがいふくし さ - び す とうしきゅうけってい **区役所で障害福祉サービス等支給決定** しょうがいふくし さ - び す (**障害福祉サービスなどが使えるようになります**)

4 Q&A

そうだんしえんじぎょうしょ けいかくあんさくせい ねが ひよう

Q 相談支援事業所に計画案作成をお願いしたら費用はかかりますか。

けいかくあん さくせい ひょう さっぽろし そうだんしえんじぎょうしょ ちょくせつしはら A 計画案の作成にかかる費用は、札幌市から相談支援事業所に直接支払いまりょうしゃ ひょう ふたん すので、利用者が費用を負担することはありません。

ていしゅつきげん けいかくあん ていしゅつ ばあい

Q 提出期限までに計画案を提出できない場合はどうなるのですか。

けいかくあん しきゅうけってい さい さんこう しりょう きげん ていしゅっ A 計画案は、支給決定の際の参考となる資料ですので、期限までに提出されなかった場合、サービス利用の開始が遅れてしまうことがあります。計画案のていしゅっ おく ばあい こべっ くゃくしょ そうだん 提出が遅れそうな場合は個別に区役所へご相談ください。

ていしゅつ けいかくあん しきゅうけってい

Q 提出した計画案どおりに支給決定されるのですか。

くやくしょけいかくあんしょうがいしえんくぶんさ - び す りょういこうふA 区役所では、計画案のほか、障害支援区分やサービスの利用意向なども踏ましきゅうけっていがなら けいかくあん ばあいえて支給決定しますので、必ずしも計画案どおりとはならない場合もあります。

りようかいしご けいかく みなお きかい

Q サービス利用開始後に計画を見直す機会はありますか。

そうだんしえんじぎょうしょ けいかくあん さくせい ばあい さーびすりょうかいしご そうだんいん A 相談支援事業所が計画案を作成した場合は、サービス利用開始後も相談員 ていきてき じたく ほうもん さーびす りょうじょうきょう かくにん が定期的にご自宅などを訪問します。サービスの利用状況を確認しまたにたりんぐ ひつょう おう けいかく みなお おこな (モニタリング)、必要に応じて計画の見直しなどを行います。

- 〇サービス等利用計画案、障害児支援利用計画案(計画様式1)、別紙1・2
- 〇サービス等利用計画、障害児支援利用計画(計画様式2)
- 〇モニタリング報告書(計画様式3)

記載の手引き

1 サービス等利用計画案、障害児支援利用計画案(計画様式1)

(1) 計画様式1-1

【作成日】

・計画案を作成した日を記入する。

【利用者同意署名欄】

・利用者(利用者が児童の場合は保護者)に署名してもらう。

【利用者氏名】【受給者番号】【障害支援区分】

- ・障害福祉サービス受給者証に記載されているとおり記入する。
- ・なお、新規支給決定者で受給者証未交付の場合は、受給者番号は記入不要。

【相談支援事業者名】

・利用契約を締結した相談支援事業者名(法人名ではなく、「事業者名」を記入)

【計画作成担当者名】

・計画を作成した担当者を記入する。

◎利用者との面接

【面接日】【利用者以外の面接者】

- ・計画案作成のために利用者宅を訪問し、利用者と面接した日を記入する。
- ・同時に家族と面接した場合は利用者との続柄、関係機関や関係事業者が同席した場合には、関係機関や事業者名を記入する。

◎生活に対する意向、援助方針

【利用者及びその家族の生活に対する意向】

- •「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有したうえで、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:○○が必要なため、○○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、内容的に家族の意向に 偏らないように記載する。特に利用者と家族の意向が異なる場合には留意する。
- ・利用者・家族が希望する生活を具体的にイメージしたことを確認したうえで記載する。

【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直したもので、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が共通の最終的に到達すべき方向性を記載する。
- ・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い方針を記載する。
- ・表現が抽象的でなく、サービス提供事業者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。

【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。
- ・支援者側の一方的な目標を設定したり、サービス内容を目標に設定しない。
- ・半年から1年をめどに記載する。

【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 きる目標を記載する (インパクトゴール)。
- ・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。
- ・サービス提供事業者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。
- ・モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3か月までをめどに記載する。

< 例 >

- ○総合的な援助の方針:地域での生活を実現する。地域で安心した生活を送る。
- ○長期目標:1年かけて家の環境を整備する。地域生活の技術を習得する。
- ○短期目標: 3か月機能回復のリハビリを行う。

◎モニタリングの期間

【モニタリング期間】

・対象者の区分により定められたモニタリング期間、開始月と終期月を記載する。

◎モニタリング実施月

・モニタリングの実施予定年月を記載する。

(2) 計画様式1-2

- ◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など
 - ・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。
 - ・サービス提供事業者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。

【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、悪環境を作り出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、まずは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。

【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。
- ・生活するうえでサービスの利用必要性がない課題 (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に課題 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は避ける。
- ・ 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。
- ・抽象的に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。

【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。
- ・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。

<例>

○週に3回日中活動の場を利用する。

【達成時期】

・段階的に達成できる達成時期を記載する。

【福祉サービス等の種類、内容、量】

- ・利用する福祉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や、支援の導入を検討する。
- ・特定のサービスに偏りがないように作成する。
- ・障害福祉サービスの種類については、単に「居宅介護」と記載するのではなく、「身体介護」「家事援助」など、より具体的に記入する。
- ・<u>障害福祉サービスの支給量については、支給審査基準を超えて支給決定はされないので、予め支給審査基準を確認すること(支給審査基準について不明な場合は各区</u> 保健福祉課又は障がい福祉課給付管理係へ問い合わせること)。

< 例 >

- ○月~金の8時~9時30分に身体介護利用
- ○月、水、金の10時~15時に○○園において日中一時支援を利用

【課題解決のための本人の役割】

- ・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。
- ・実行性を適正にアセスメントして、利用者に無理や負担が無いように留意する。

【評価時期】

- ・設定した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予め見通しを持ち、適切な評価時期を設定する。

【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。

(3) 計画様式1-3

◎週間計画表

【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。
- ・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。介護 負担の状況等を踏まえ、必要に応じて支援の要否を検討する。

【主な日常生活上の行動】

- ・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となるサービスについて 記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の行動」と異なり、相談支援専 門員や市町村行政担当者、サービス提供事業者等が手配しているものを記載する。

【サービス提供によって実現する生活の全体像】

- ・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、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:支援の必要性は障がいに起因するのか、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、必須と考える事項等について記載する。

(4) 別紙1:申請者の現状(基本情報)

◎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て作成する。

◎利用者の状況

【家族構成】

・利用者を中心として、家族・親族の構成(ジェノグラム)を記載する。

- ・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(■、●)。
- ・婚姻関係は一(横線)、離婚は一(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。

【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、関係者図 (エコマップ) を記載する。
- ・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。
- ・強い関係は一(太い実線)、普通の関係は一(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。
- ・働きかけの方向を→ (矢印)で表す。

【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。

【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:同じ障がい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して記載する。

【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。

◎支援の状況

【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。

【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。

(5) 別紙2:申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

・「計画様式1-3 週間計画表」に準じる。

2 サービス等利用計画、障害児支援利用計画 (様式2)

- ・上記1「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」(計画様式1)に準じる。
- ・計画様式1に記載の項目に加え、次の項目について記載する。

(1) 計画様式2-1

【利用者負担上限額】

・障害福祉サービス受給者証に記載されているとおりに記入する。

◎サービス担当者会議

【会議実施日】

・サービス提供事業者や関係機関との担当者会議を実施した日を記入する。(開催しなかった場合には、意見を聴取した日を記入)

【会議出席者】

・事業者や関係機関の名称と、出席した担当者名を記入する。(開催しなかった場合には、意見を聴取した事業者や関係機関、担当者名を記入)

(2) 計画様式2-2

- ◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など 【提供事業者名(担当者名・電話)】
 - ・サービスを提供する事業者名、担当者名、電話番号を記入する。

3 モニタリング報告書(計画様式3)

【モニタリング実施日】

・モニタリング実施日を記入する。

【作成日】

・モニタリング報告書を作成した日を記入する。

【利用者同意署名欄】

・利用者(利用者が児童の場合は保護者)に署名してもらう。

【利用者氏名】【受給者番号】【障害支援区分】【利用者負担上限額】

・障害福祉サービス受給者証に記載されているとおり記入する。

【相談支援事業者名】

・利用契約を締結した相談支援事業者名(法人名ではなく、「事業者名」を記入)

【計画作成担当者名】

・計画を作成した担当者を記入する。

【総合的な援助の方針】

・計画様式2-1「サービス等利用計画・障害児支援利用計画」に記載した総合的な援助の方針を転記する。

【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。

◎モニタリング結果

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。

【支援目標、達成時期】

計画様式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。

【サービスの提供状況】

- ・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、サービス提供事業者 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。

【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。

【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。

【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。

申請者の現状(基本情報) (別紙1)

作成日	3		相談支援事業	美者名					計画作品				
1. 概要(支持	爰経過·現状	と課題等)	•							•			
2. 利用者の	状況												
氏 名			性別	生年	月日			年齢		電話又は FAX番号			
住 所			<u> </u>		I		持家・借家	₹・ ク	゛ルーフ゜ホーム		・医療	機関・その他()
障害また	は疾患名				障害:	者手帳 •等級)			援護地			障害支援区分	
経済状況	(収入)	ı		(年金		2 1000			(手	-当)		ı	1
保護者または	 、緊急連絡先	(氏名)			(続柄))	(電話者	香号)					
家族構成 ※	《年齢、職業	 、主たる介護者等を記入				社会员	· 《多》 《本人》	と関れ	りを持つ機	関・人物等((役割)		
<u>生活歴</u> ※5	受診歴等含む	ì				l .			医療の状態	況 ※受診科目	、頻度、主流	台医、疾患名、服薬状	況等
									健康保険	()	
本人の主訴(<u>(意向·希望)</u>					<u>家族の</u>)主訴(意向・希	<u>(望</u>					
3. 支援の状	況	力 ¥h	†⊟ / ↓₩ ₽₽	.+B /# -	 		+157	क्रं		据产	/ ± -	李/扣业李 声级	生\
		名称	提供機関•	提供7	1		支援内	<u>谷</u>		頻度	1厘2	考(担当者•連絡	(元)
公的支援 (暗がい福											-		••••••
(障がい福 祉サービス 等)											··		
"													
その他の													
その他の 支援													

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】 (別紙2)

◎週間計画表

4.00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の行動
4:00 5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								-
16:00								
17:00								週単位以外のサービス
18:00								-
19:00								-
20:00								-
21:00								-
22:00								-
23:00								-
0:00								-
1:00								-
2:00								-
3:00								-
4:00 L								

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(計画様式1-1)

							さくせい作成	び れい 日 令君	カー ねん	がつ 月	にち 日	りょうし 利用	ゃ どうい 者同意	しょめいらん まる 君名欄				
りょうしゃ しめい 利用者氏名					しょうがし えん 障害支援		'		えん 円		えん じぎょう 送援事業				•			
じゅきゅうしゃばんごう 受給者番号	5 -				区分				円	計画化	くせい たんと F成担当	ite shi i者名				でんわ 電話		
りようしゃ ◎利用者と	の面接																	
めんせつび 面接日	れいわ	ねん 年	がつ 月	にち 日	利用す	ゃぃがぃ めんせつしゃ 斉以外の面接者	-	りょうしゃ利用者	· の家族()	その他	<u> </u>))
めんせつび 面接日	れいわ 令和	_{ねん} 年	がつ 月	にち 日	りょうし 利用す	ゃいがい めんせつしい 者以外の面接者	5	りょうしゃ 利用者	*の家族()	その作	<u> </u>))
◎生活に対	する意向	,凝	助方針	, -														
りょうしゃおよ 利用者及びそ	その																	
かぞく せいかる 家族の生活	il こ																	
対する意	<u>分</u>																	
そうごうてき えんじょ	ほうしん																	
総合的な援助の	り万針																	
ちょうきもくび	りょう																	
ちょうきもくで 長期目	標																	
たんきもくで) to																	
短期目	標																	
◎モニタリ	 ングの其	がん 月間																
□毎月実加					しきゅう きかん た	いしっき 目始月から	げつ か月											
	ことに1[可実施			1 E 2 2 4 1 1 4 E	······												

区保健福祉部受理日	令和	年	月	日	福祉支援 保健支援 担当者	
-----------	----	---	---	---	------------------	--

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(計画様式1-2)

◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など

ゆうせん 優先 じゅんい 順位	がたい BACEA 解決すべき課題・本人のニーズ	しぇんもくひょう 支援目標	たっせいじき	ふくし 福祉サービス等の種類、内容、量	かだいかいけつ 課題解決のための本人の役割	ひょうか じ き 評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(計画様式1-3)

しゅうかんけいかくひょう ○週間計画表

4:00	げつ 月	火	_{すい} 水	*< 木	eh 金	<u>ځ</u>	にち 日	まも にちじょうせいかつじょう こうどう 主な日常生活上の行動
4:00								
5:00								-
6:00								-
7:00								
8:00								-
9:00								-
10:00								-
11:00								-
12:00								-
13:00								=
14:00								
15:00								-
16:00								1 4 24 / 1515 4815
17:00								lゅきんいいがい 週単位以外のサービス
18:00								-
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								-
0:00								-
1:00								-
2:00								-
3:00								-
4:00								

The state of the s			
	1		
【 ていきょう じつけん	1		
ル バッ担供に マ中田十	1		
ていきょう じつげん サービス提供によって実現す	1		
	1		
共いかつ ポノナルプラ	1		
せいかつ せんだいてつ	1		
せいかつ ぜんたいぞう る生活の全体像	1		
1の生命の主体像	1		
2 TIL 12 TIL 18	1		

セルフプラン 記載の手引き

〇セルフスラン(1)

1 利用者氏名

さーびすとう りょう かた なまえ きさい サービス等を利用される方のお名前を記載します。

^{じゅきゅうしゃばんごう しょうがいし ぇ ん く ぶ ん} 2 受給者番号・障害支援区分

せいねんがっぴ 3 生年月日

サービス等を利用される方の生年月日を記載します。

れんらくさきでんわばんごう 4 連絡先電話番号

セルフプランを作成された方の連絡先を記載します。

けいかくさくせい び **計画作成日**

セルフプランを作成した日を記載します。

^{ょくせいほじょしゃ} 6 作成補助者(または保護者)

保護者の方や支援者の方の補助によりセルフプランを作成した場合には、 はこしゃ なまえ きさい 補助者のお名前を記載します。

せいかつ きぼう もくひょう じ こ じつげん む と く 7 生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という生活の希望や もくひょう きさい 目標を記載します。

8 これから利用したいサービス

このたび申請したサービス等に、チェック (**2**) を入れます。 **
当てはまるものが無い場合には、「その他」欄に記載します。

9 目標

サービス等を利用することによる、当面の短期的な目標を記載します。

10 利用回数

申請したサービス等のおおよその利用回数を記載します。

「ひっす」っき 11<mark>【必須】次のいずれかに必ずチェックとご記入をお願いします。</mark>

- (1) セルフプラン提出後に「サービス等利用計画(案)等」の作成を相談支援 事業所に依頼したい(している)場合 でとっめ うえ 一つ目(上)の口にチェック(☑)を入れ、相談支援事業所名を記載しま す。
- (2)相談支援事業所に依頼希望はなく、セルフプランを自分で作成し、提出す る場合 ^{** たっめ} した 二つ目 (下) の□の記載内容を確認のうえ、チェック (☑) を入れてくだ さい。

○セルフプラン2

できくせいかのう ばあい きにゅう (作成可能な場合に記入してください。)

しゅうかんけいかくひょう 週間計画表 1

しゅうかん せいかつ なが

1週間の生活の流れを記載します。

起きてから寝る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、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間もできる限り切れ目なく記載してください。

しゅうたんいいがい

- 週 単位以外のサービス
- ふていき りよう (1) 不定期に利用しているサービス等について記載します。 れい たんきにゅうしょ じゅうたくかいしゅう つういんじょうきょう しゃかいさんかとう (例:短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等)
- (2) 医療機関への受診状況なども記載します。
- (3) 一時的に必要となるサービス等について記載します。
- るくし 福祉サービス提供事業所 3

利用する事業所が決まっている場合、記載します。

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①)

りょうしゃ しめい 利用者氏名 じゅきゅうしゃばんごう 受給者番号				はずっぴ しょうわ へい 年月日 昭和・平原 かくさくせいび れいわ 画作成日 令和		がっ にち れんがききでんりばん。		_	
●生活 ●生活 * # # # # # # # # # # # # # # # # # # #		ない。 望や目標、自己実現に向け 活、 │	て乾り組みたいことが	<u>'</u>					
		: 利用したいサービス							
日中活動	I	□ にゅうろういこうしまを □ 就労移行支援 □ はゅうろうけいを行しまる □ はゅうろうけいを行しまる □ 就労定着支援 □ 就労選択支援 □ 就労選択支援 □ はいっろうきはななしまる □ 就労選択支援 □ はいっている。 □ はいる。 □ はいる。	□児童発達支援 □児童発達支援 □児童発達支援 □以表がたじをうはったっしえる □以まうがたじをうはったっしえる □がまるがたじをうけったっとう □放課後等デイサービス □保育所等訪問支援 □その他()	も<ひょう 目標:				りょうかい (利用回) しゅう つき 週・月	^{すう} 数) かい 回
住 す ま い	共きまうどう	ままどうせいかつえんじょ □共同生活援助 (グループホーム) きょうさせいかつ えんじょ □共同生活援助 (体験利用】 しせっにゅうしょし えん □施設入所支援	□ ではながたじりってんれん □ 宿泊型自立訓練 □ 療養介護 □ その他 ()	€<ひょう 目標:				Lゅう つき 週・月	かい ロ
	在荒芜	□居宅介証(家事援助・身体介護 □事が置きなかい □車度訪問介護 □同行援護 □同行援護 □無度障害者等包括支援	・通院等乗降介助・通院等介 □行動を設定 □地域定着支援 □自立生活援助 □その他() \$\frac{1}{2} = \frac{1}{2}				しゅう つき 週・月	かい <u>ロ</u>
その)他	ります。いごうしほん □地域移行支援 □移動支援	□その他()						
	ア 私 イ 和	であった。	またしょうじぎ まうしょ 目談支援事業所に「サービ <u>広まい</u> <u>依頼したい(している</u> るにあたり、「サービス	ス等利用計画(案)	とう まくせい いらい 等」の作成を依頼 た名:	します。又は、すでに依頼		素約 (、	
	る <i>の</i> な に訪	つではなく、「セルフプラン」を さお、セルフプラン提出に関して うちん 5間し、サービスの利用状況を確	で提出します。 「は、自分でサービスを調! (は、自分でサービスを調! (記する) が受けられない	か 整することや、相 など、制度の内容	だんしえんじぎょうしょ 談支援事業所から りかい また を理解し、又は説	モニタリング(定期的 かとう 明等を受けています。	利用者確認欄(剝	香名) ————	
※ この	ょうしき 様式に	がた より難いときは、この様式に準	、 ヾっ ょうしき っか じた別の様式を使うことか	ゞできます。	区保健福祉部受理	日 令和 年 月 日	福祉支援 保健支援 担当	4者	

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②)

しゅうかんけいかくひょう ◎週間計画表

4:00	げつ 月	火	が 水	术	きん 金	<u>ڏ</u> <u></u>	にち 日	しゅきんいいがい 週単位以外のサービス
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								ふくし 福祉サービス提供事業所
17:00								III III) = - 1/C (1/2 C 2/1
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								じぎょうしょ き ※事業所が決まっている場
4:00								か きにゅう 合、記入してください

セルフプラン②(週間計画表)が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。(作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。)

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①)

りようしゃ しめい 利用者氏名	札幌 太郎	しょうがいえん 障害支援	7	生年月日	(ようれ)へいせいれいわ ねん がつ 昭和・平成・令和 ○○年 ▲▲月 ■	にち I 日	れんらくさきでんわばんごう 連絡先電話番号	_	_
じゅきゅうしゃばんごう 受給者番号	1234567890	くぶん 区分	<u> </u>	けいかくさくせいび計画作成日	れいわ ねん がつ にち 令和○年○○月○○日	作成			

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

| 独り立ちができるように、少しでも働いて収入を得られるようになりたい。 将来は 1人暮らしをしたい。 *<ひょう 目標など

◎これから利用したいサービス

日中活動	にったのかい	□自立訓練(生活・機能)	□ にようはったっしぇ を □ 児童発達支援 □ 児童発達支援 □ 医療が にようはったっしぇ を □ 医療 か ことうはったっしぇ を □ 放課後等デイサービス □ 保育所等訪問支援 □ その他())	目標:	自分に向いている仕事を見つけ、 一つひとつできる ことを増やしながら、一人で仕事ができるようにな る。	9 まうかいすう (利用回数) 「ようかいすう (利用 5) 口
	共き。同どう	きょうどうせいかつえんじょ □共同生活援助 (グループホーム) きょうどうせいかっえんじよ □共同生活援助【体験利用】 しせっにゅうひょしえん □施設入所支援	しゅくはくがたじりっくられた □宿泊型自立訓練 □療養介護 □その他()	目標:		しゅう つき 週・月	かい口
住 [†] ま い	在於宅存	■ 「「ない」である。 「ないないない。」 「ないないない。」 「ないないない。」 「はいまれる。」 「はいまれる。」」 「はいまれる。」 「はいまれる。」」 「はいまれる。」 「はいまれる。」 「はいまれる。」 「	で つういんとうじょう つういんとうかいじょ で ・ 通院等条格 で ・ 通院等条格 で	1 目標:	ヘルパーの支援を受けながら、掃除・洗濯ができる ようになる。		かい 口
そ0	ゥ か他	まました。 □地域移行支援 □地域移行支援 ■ 278動支援	□その他()	もくひょう 目標:	乗動館に行ったり、買い物をしたりして、行ける所を増や す。	A 1 O	

相談支援事業所に依頼していればこちらにチェック

い。また、イにチェックした場合は、利用者確認欄に署名をお願いします。

「サービス等利用計画(案)等」の作成を依頼します。又は、すでに依頼しています。

相談支援事業所に依頼希望がなければこちらにチェック

☑ イ 私は障害福祉サービス等を利用するにあたり、「サービス等利用計画(案)等」について、相談支援事業所に依頼す

るのではなく、「セルフプラン」を提出します。
なお、セルフプラン提出に関しては、自分でサービスを調整することや、稍談支援事業所からモニタリング(定期的に訪問し、サービスの利用状況を確認する)が受けられないなど、制度の内容を理解し、文は説明等を受けています。

札幌 太郎 福祉支援 担当者

りょうしゃ かくにんらん しょめい 利用者確認欄(署名)

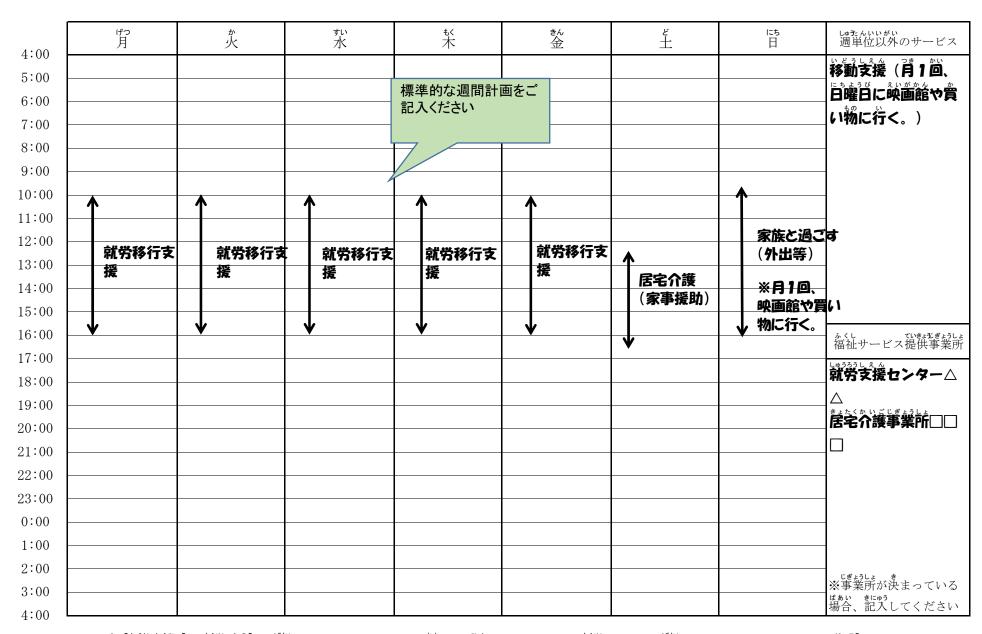
署名

**この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

令和 年 月 日 区保健福祉部受理日

37

【記載例】 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②)



セルフプラン②(週間計画表)が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。(作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。)

計画相談支援給付費等支給申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

フリガナ 申 氏名 生年月日 請 個人番号 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	年	月	Ħ
請個人番号	年	月	日
者			
居住地			
電話番号	•		
フリガナ			
申請に係る	年	月	日
児 童 氏 名			
個人番号 続 柄			
受給者証番号			
利用する給付費に「レ」をつけてください。(障害福支援の両方のサービスを利用する場合は、「障害児相認つけてください。) 給付費の種類 計画相談支援給付費(障害福祉サービス又は地域相) 障害児相談支援給付費(障害児通所支援を利用す	炎支援給付 関談支援を	費」に「	「レ」を

届出者(※申請者と同一の場合は記入不要です。)

	フリガナ		申請者との関係	
届				□ 代理人
出	氏 名			□ 代行人
者				
19	住 所	〒	電話番号	

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

計画相談支援等 依賴(変更)届出書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

令和 年 月 日

次のとおり、指定特定(障害児)相談支援事業者に計画相談支援又は障害児相談支援を依頼(変更)することを届け出ます。

w — - c	上畑い山みり。					_
	フリガナ					
申請	氏 名		生年月日	年	月	日
者	₸		電話	番号		
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	決定に係る 童 氏 名		続柄			
受約	給者証番号					
計	事業者の 事業所名					
(変異相	事業者番号					
(変更)する事業者画相談支援等を依頼	事業所の 所在地			電話番号		
(変更)する事業者計画相談支援等を依頼	事業者を変 更する場合 の事由等	(事業者を変更する場合のみ記入してく		fr 1	п./	
		変	[年月日(令和	年 月	日有	寸)

届出者(※申請者と同一の場合は記入不要です。)

	フリガナ		申請者との関係	
届	氏 名			□ 代理人□ 代行人
出	74			
者	住 所	₸	電話番号	

(注意)

- 1 この届出書は、計画相談支援等を依頼する事業者が決まり次第、速やかに、区保健福祉部へ提出してください。
- 2 計画相談支援等を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、区保健福祉部に 提出してください。届出のない場合は、計画相談支援給付費又は障害児相談支援給付費を一旦、全 額自己負担していただくことがあります。

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

計画相談支援等 契約内容報告書

〒 札幌市 区 区保健	福祉部	3長	様						事業者が事業者の名称代表	をびれる					
下記のとおり 障害者(保証 報告対象者															
受給者証番号				:		:	:								
認定障害者 (保護者) 氏名								認定/ 児 童	C係る 氏 名						
契約締結の報告								1							
契約期間始期	令和		年	J	1		日								
契約内容変更の報告	E.														
変更後の 契約期間始期	令和		年	J]		日	変更	理由						
契約終了の報告															
契約期間終期	令和		年	J]		日	終了	理由						

障害福祉サービス等支給決定情報提供申出書

年 月 日

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

私は、	下記により障害福祉サービス	ス等の支給決定に係る資料の	提供等について申し出ます。
なお、	資料の提供等を受けた際は、	裏面記載の遵守事項を守る	ことを約します。

なお	<u>、</u> 資	料0)提	<u> </u>	<u>を</u> 受	:けた 関		<u> </u>	記載の	遵守事	項を	<u>守る</u> こ	<u> とを</u>	約しま	す。		
	氏			名						住	₹						
申	事	美	美	者						一所							
出	名			称													
者						本人						代理	人()
欄	本 /	(<u> </u>	の関	係						事業者		• • • • •		見通所:			
	71.7	•	* / I.A.	IVN					援事業			指定	特定	目談支担	爱事業	美者	
						指定陸	害害児	己相談	支援事	業者							
											•						
巫	受	給	者	番	号												
受	氏	<u>.</u>		2	名					□男	生	年 月	日		年	月	日
給						〒				□女							
者	住	<u>.</u>		F	折	Т											
欄	児	「重	E F	E /	名					□男□女	生	年 月	日		年	月	日
	ı			市町	村審	香会資	資料		特記	l l							
提	供等			医師	意見	L書		概況訓	問査票	□ 認	定調	査票				閲覧	
資	料欄					養事録		判定書	•		理判	定書				写し提	:供
				医学	的判	定書		勘案事	事項整理	里票							
	•••••	•••••													•••••		

[本人同意欄] ※本人が申出者である場合は以下の記載・署名は不要です。

私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、上記資料	斗について、	申出者が
提供等を受けることに同意します。		

□私の代理人	/	\
木/、(/) 1で 世里 //	()
	\	,

- □私と契約を締結した指定障害福祉サービス事業者・指定障害児通所支援事業者・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者
- □私と契約締結予定の指定障害福祉サービス事業者・指定障害児通所支援事業者・指定一般相 談支援事業者・指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者

本人署名		
44 八 岩 石		

[遵守事項]

- 1. 私は、提供等を受けた資料の情報を、受給者(以下「本人」という。)の障害支援区分若しくは支給決定の結果確認又は本人の障害福祉サービス等の提供に必要とされる個別支援計画、サービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画の作成以外の目的には使用しません。
- 2. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しの漏えい、改ざん、滅失、 き損等を防止します。
- 3. 私は、資料の写しの提供を受けた場合には、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに当該資料の写しを責任を持って廃棄します。
- 4. 私は、前号の廃棄の事実がない場合には、保健福祉部長から当該資料の返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。
 - ※ 資料の提供等を受けた者が、上記 [遵守事項] に違反した場合は、今後、資料の提供等が受けられなくなることがあります。

<以下区役所記入欄>

上記のとおり申し出がありましたので、資料を閲覧・提供してよろしいか。

決裁区分	係長	申出者確認	起案:	年	月	日
1			決裁:	年	月	日
徐			所属: 氏名:	区保健福祉課		
○主治医意見	上書~主治医の	(同意あり・[司意がないた	め提供しない)		
送付(交付)日	1: 年	月 日	六法事務			
文書件番号:	第	号				

利用者負担上限額管理事務依頼等届出書

支給決定障害者等氏名		受給者証番号						
フリガナ								
支給決定に係る障がい児氏名			利月	用者生年	月日			
フリガナ								
				年	£)	月	日	
サービス種類	障害福	祉サービ	<i>、</i>	障害	[児通]	所支	援	
依頼種別	;	新規	変更適用	・ 年月:	–	年	月	
変更・辞退の理由	変更	•辞退前	の事業所	· への連	洛(□)	済 []未)	
※以下、辞退の場合は記載不要利用者負担上降	限額管理を依	頼した	事業者					
責任を持って利用者負担の上限額管理事務を 上限額管理事業所所在地及び連絡先 上限額管理事業者及びその事業所の名称 上限額管理事業者番号		にます。]				
(提出先) 区保健福祉部長 様 上記の指定サービス事業所に利用者負担の)上限額管理を	依頼する	ことを届し	出します				
また、利用者負担の上限額管理のために、利力では、利用状況等を情報提供することに同意		是供した	事業所が	上記届	出事業	美所に	-	
年 月 日 住 所 氏 名		電話	()				
 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変見 区保健福祉課へ提出してください。 								い。

																						年				月分
	市町村番号				1	T				۱F	指	定事業	美所番	号				Ī				İ				
<u> </u>	給者証番号									/sc/s	<u>~</u>												J			<u> </u>
										管 理 事	ľ	ا علاد ط	₩ T7 -	<i>-</i> 10												
	合決定障害者等									事業	事 号	事業者 その事														
E (名 給決定に係る									者	土目	の名	3称													
	おび足に係るがい児氏名																									
					_	_	_			Ļ																
Ŧ	利用者負担上限月額																									
		古 <i>村</i>	ان بن	1 1/	H			1																		
7	利用者負担上限額																									_
	1 管理事業所	f7	[利	用	者負	負担	額	を充	当	した	たと	め、作	也事	業層	斤の	利月	目者	負担	日に	は発	生	しな	い。	,		
	2 利用者負担	图	真の	合:	算額	預か	š. 1	負担	上	限月	額	以下	·07	ため	、調	整	事務	5121	テオ	っな	い。					
	3 利用者負担	图	真の	合;	算額	預か	ĭ, 1	負担	上	限月	額	を超	過~	するフ	とめ	、干、	記	のと	お)調	整	した	•0			
							_					_										1				
ıj -	項番																									
計	項番 事業所番号						1																			
利用皆負担	事業所番号																									
用者負担預																										
用	事業所番号							1																		
用	事業所番号事業所名称総費用額																									
用對負担須集計・周整闡	事業所番号																									
用對負担須集計・周整闡	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額																									
用 育 日 質 長 十 ・ 周 を 闌 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額 項番																									
用 音 日 頁 真 長 計 ・ 周 を 聞 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額																							A:	÷.	
用 負担 頃 長 十 ・ 周 と 聞 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額 項番 事業所番号																							合品		
用 自 日 頁 長 十 ・ 同 と 聞 一 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額 項番																							合言		
月 日 日 日 日	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額 項番 事業所番号																							合調		
月	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額 項番 事業所番号 事業所番号																							合計		
目音負担負售十,周答剿 ————————————————————————————————————	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額 項番 事業所番号 事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額																							合調		
目音負担負售十,周答剿 ————————————————————————————————————	事業所番号 事業所名称 総費用額 利用者負担額 管理結果後利用者負担額 項番 事業所番号 事業所番号													て確	2231	+1								合言	計	

利用者負担額一覧表

年 月 日

(提 供 先)

殿

-				 ســـــــــــــــــــــــــــــــــــــ	سسو	 	سسو	 ســـــــــــــــــــــــــــــــــــــ
		指定事業所番号						
	事	住 所 (所在地)						
	事業者	電話番号						
	13	名 称						

下記のとおり提供します。

年	月分

項番	支給決定障害者		
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			
市町村番号	総費用額		
受給者証番号	利用者負担額		提供サービス
氏名			

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(計画様式2-1)

									せいび 成日 右	れいわ ねん 令和 年	id がつ F 月	にち 日	りょうしゃ ど 利用者[どうい しょめいらん 同意署名欄				
牙	ルラしゃ しめい 利用者氏名	<u>′</u>				しょうがし えん 障害支援		りようしゃふた利用者負担			そうだんしえ	えんじぎょうし 支援事業		77.2				
じr 至 ろ	ipきpうしゃばんごう 受給者番号	; ! 7				マジル 区分		じょうげんがく上限額		えん 円	計画作	とない たんとうし	者名			でんわ 電話		
() -j	サービス打	たんとうしゃ 担当者	, かば 会議 (がきが会議を開	温催してい	いない場	かけ、特合は、専	ctacte いけん 専門的意見を	•	じぎょうした事業				します)				
会	いぎ じっしび :議実施日	令	いわ ねん 介和 年		にち 日		т											
か会	いぎしゅっせきしゃ 議出席者	事	まうしゃ とうめい 業者等名 たんとうしゃめい 担当者名	称														
() \f	生活に対っ	•		助方針														
	ールール はまままり 用者及びそ		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	74														
	の生活に対																	
	かこう意向																	
そうご	うで。	の方針																
WEY I	1 H J / Y J / Z / J / -	ノノノエ۱																
	ちょうきもくで 長期目	ひょう																
		1示																
	短期目	ひょう																
	\77\2\2\1 H	1示																
() =	モニタリン	ング子	でいっき					しきゅう きかん 支給期間		かれ	年	がつ 月	にち 日	~	や和	年	がつ 月	にち 日
			がつ 4月	がつ 5月	がつ 6月	がつ 7月	がつ 8月	がつ 9月	がつ 10月	がつ 11月	がつ 12月	がつ 1月	がつ 2月	がつ 3月				
*	れいわ ね 令和 年	ねんど 手度																
7	がわ な	ねんど 手度																
**************************************	たれ な	ねんど 手度																
		ねんど 手度]			
										区保	健福祉部受	· 全理日	令和 年	月 日	福祉支保健す			

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(計画様式2-2)

◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など

ゆうせん 優先 にゅんい。解決すべき課題・本人のニーズ 順位		ふくし 福祉サービス等の種類、内容、量	ていきおぎょうしゃめい 提供事業者名 たんとうしゃめい でんわ (担当者名・電話)	かたいかいけつ 課題解決のための本人の役割	ひょうかじ き 評価時期	その他留意事項
1						
2						
3						

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(計画様式2-3)

しゅうかんけいかくひょう ②週間計画表

	げつ 月	火	_{ずい} 水	*	きん 金	<u>£</u>	にち 日	まも にちじょうせいかつじょう こうどう 主な日常生活上の行動
4:00				·			,	
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								しゅきんいいがい 週単位以外のサービス
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

T	
ていきょう じつげん	
ていきょう じつげん サービス提供によって実現す	
せいかつ ぜんたいぞう る生活の全体像	

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) (計画様式3)

		モニタリ	じっし び ング実施日	がわれ	ねん 年	がつ 月	にち 日	さくせいび 作成日	れい社会を	如格	がつ 月	日記	りょうし 利用	ゃ どうい し 者同意	ょめいらん 客名欄		
	ラレゃ しめい J用者氏名	·		しょうが 障害	がしえん 害支援	1 5	りょうし	ゃふたん 骨負担		えん 円		しえん じぎょ 支援事業					
ざ受	きゅうしゃばんごう に給者番号			〈	ずん 玄分		じょう! 上月	fんがく 艮額		円	けいかく	the 作成担当	当者名			でん 電	わ 話
			総合的な援助	助の方針	<u>}</u> †									全体	の状況		
ゆうせん		きない。	サービス提供	は 大沢				しえんが	ひょう た	まけば きまま	こん: <u></u> 本:	i がだい 後の課題		けいかく	^^ごう ひつ 変更の必	要性	
ゆうせ / 優先 じゅんし 順位	しぇ 4 もくひょう 支援目標	時期	(事業者からき取り)	。 の聞	本人の感	*** 想・満	足度	(ニー)			ー ヤ か 角	以けつほうほう		サービス しゅるい へんこう 種類の変更	サービス りょう へんこう 量の変更	しゅうか が いかく 週間計画 へんこう の変更	その他留意事項
1														有・無	有・無	有・無	
2														有・無	有・無	有・無	
3														有・無	有・無	有・無	

区保健福祉部受理日	令和	年	月	Ш	福祉支援 保健支援 担当者	
-----------	----	---	---	---	------------------	--

在 園 証 明 書

(あて生)	札幌市長
$(\alpha) \subset J_{1}J_{1}$	- 小しり光 111 12

<u>住所</u>			
児童氏名			
生年月日	年	月	日生
保護者氏名			

上記の児童は、 年 月 日から当施設に在園していることを証明いたします。

令和 年 月 日

(施設設置者) 住所

施設名

代表者 印

※ この証明書は、幼稚園(新制度に移行していない)、特別支援学校幼稚部、情緒障害児短期治療施設通所部を利用する児童が世帯内にいることにより、幼稚園・保育所等入所児童の利用者負担額(保育料)の多子軽減の適用を受けるために、札幌市が在園事実を確認するために求めているもので、上記の項目が含まれている場合には、別の様式(入園決定書等)でも構いません。

高額障害福祉サービス等給付費 高額障害児通所給付費 高額障害児入所給付費

支給申請書

様式1

(宛先) 札幌市長 札幌市

区保健福祉部長

年 月 日

次のとおり、(高額障害福祉サービス等給付費・高額障害児通所給付費・高額障害児入所給付費)の支給について 申請します。

受	給	者言	正番	: 号		!	-	 ! ! !	 										
フ	リ		ガ	ナ															
	給決					 		 								生年月日	年	月	日
(保護	者) 月	名		 		 									+	Л	Н
個	人		番	号				 			 								
フ	リ		ガ	ナ															
支	給 決	定	に係	系る		 										生年月日	年	月	日
児	童	Ì	氏	名															
居		住		地	₹														
冶		J.L.		걘												電話番号			
届	出	者	氏	名						本	人	. 논	. (カ	関イ	係			
届	出	者	住	所	₹											電話番号			

	日	元 名	生年	日日		 ①障害者総合 	支援法	②児重	重福社	止法③	介護	解	敍法
	個人	、番 号	ユー) 1 H		制度(①~③)	受給	者証	番号	被保	談社	孟	番号
支 同								: :	-	: :	-	; ;	
給一			年	月	日						-		
決帯													
定に								1 1	-	: :	1	; ;	
			年	月	日						1		
障属・オ													
害る							-	! !	!		1	: :	
者他			年	月	日			<u> </u>	į		<u> </u>		
等の											<u> </u>		1
							-	1 1	-		! ! !	! !	
			年	月	日				<u> </u>				
							į	<u> </u>		<u> </u>	į		
利	用 月				年	月利用分							
本	人 分					円							
	金額合計												
世	帯					円							
負 担	金額合計					1.1							

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

			□ 公金受取口座を利用 ※当初の申請時点の公金 変更した場合はお申し出	を振込口座への振込。		···
			銀行	本店	口座種目	口座番号
口	座 振	込	信用金庫 信用組合	支店 出張所	1 普通	
依	頼	欄	金融機関コード	支店コード	2 当座 3 その他	
			フリガナ			
			口座名義人氏名			
			名義人住所			

共同住居契約家賃額証明書

年 月 日

(あて先)札幌市 区保健福祉部長

事業者名 (契約者名)

代表者名

印

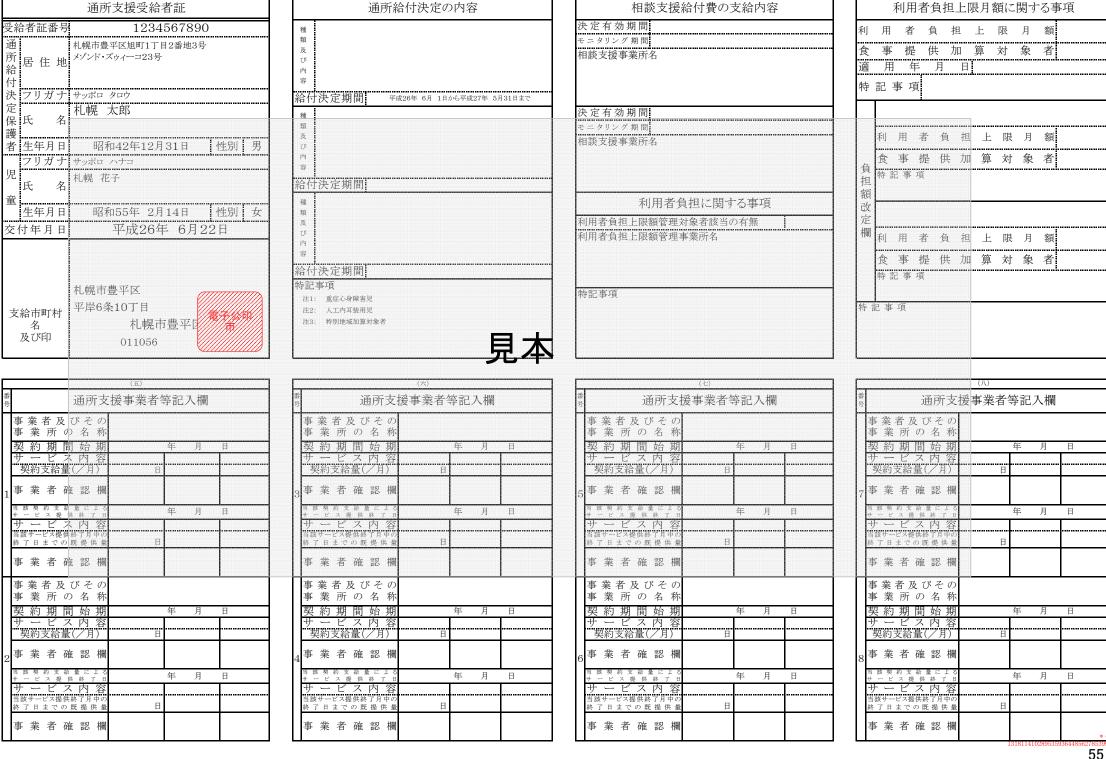
下記の者との間で、共同住居の利用に係る賃貸借契約を締結(している・する予定である)ことを次のとおり証明いたします。

事	業	所	番	号								
事	業		所	名								
受	給	者	番	号								
利	用	者	氏	名								
共	同	住	居	名								
契	約		期	間	年	月	日	~	左	F	月	П
家		賃		額					円	(日割記	十算する	る場合は 円/日

※家賃額の欄には共益費、光熱水費等を含まない額を記載すること

担	当	者	名
連	絡		先





ピアサポート体制加算に関する届出書

1 事業所名														
2 サービスの種類														
3 異動区分		1	折規	2 3	変更	3 終了								
		<雇用	月されている	障害者	又は障害者であ	あった者>								
	職種	氏名		修了し	た研修の名称		受 年 [研修の 実施主体					
								年						
								年						
								年						
			常勤()	Y)	非常勤(人)	合計(人)								
		 実人員	印刻(/ / /	カト 印 美力 (ノベ)	н п ()()								
							(0.5以	上で						
4 障害者ピアサ		市刧採弁奴					あるこ	と)						
ポート研修修了職員	<その他の職員>													
拟							₩.=	#	TII MT O					
	職種	氏名		修了し	た研修の名称		受記 年原		研修の 実施主体					
								年						
								年						
								年						
	ı		1		T	-		,	ı					
			常勤(.	人)	非常勤(人)	合計(人)								
		実人員												
		常勤換算数					(0.5以 あるこ	上で と)						
	古上一上	・川町墨した老の	いずわかに	F 11 - NZ :	:: 古米に生の	大本本に		確認	忍欄					
5 研修の実施	し、障害者	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。												

- 注1 研修を修了した職員は、<障害者又は障害者であった者>及び<その他の職員>それぞれ常勤換算方法で 0.5以上を配置(併設する事業所(指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援 事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。)の職員を兼務する場合は当該兼 務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む)してください。
- 注2 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。
- 注3 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

別紙74 年 月 日

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に関する届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ) 2 (Ⅱ) 3 (Ⅲ) 4 (Ⅳ) ※1

※1 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

スト 版形型 10至 (極帆/) 呼音 九文版刊 用版助 真に 20 ° C 0円 1水。								
① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況								
相談支援専門員常勤専従人常勤兼務人	有・無							
上記のうち現任研修修了者常勤事従人常勤兼務人								
※2 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。								
①-a 特別地域であり、かつ、従業者の確保が著しく困難と市町村長が認める地域に所在し、 他事業所における現任研修を修了した相談支援専門員による助言指導の体制が確保され ている。 ※3 「有」の場合、①について現任研修修了者が配置されていなくても差し支えない。								
② 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を定期的に開催している。								
③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無							
④ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の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している。	有・無							
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、 当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無							
⑥ 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している。	有・無							
⑦ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を 実施している。								
⑧ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない 場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画 している。)								
⑨ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)が40件未満である。	有・無							

- ※4 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。(例:勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)
- %5 令和7年3月31日までに限り、⑦、⑧については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(I) \sim (I)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)・(Ⅱ)については、①、②~⑨(⑦、⑧については※5参照) がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅲ)については、①、②、④~⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(\mathbb{N})については、①、②、④~⑥、⑨がすべて有の場合算定可。

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に係る届出書 (複数の指定特定(障害児)相談支援事業所により一体的に管理運営を行う場合)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ) 2 (Ⅱ) 3 (Ⅲ) ※1

※1 機能強化刑(継続) 障実児支援利田援助費についても同様

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置して	١٨				T
相談支援専門員の配置状況(合計)	, ·· o ₀				
相談文援等门員の配置状況(日前)相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	
一	市到守化		市刬术伤		
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	
それぞれの事業所における相談支援専門員の)配置状況				
(1) 事業所名		(当該事業所	•)		
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	有・無
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	
② 事業所名		(他の事業所)		
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	
※2 常勤専従者の兼務については、業務	に支障のない範囲とする。				
※3 記載欄が不足する場合は適宜欄を〕	自加すること(別紙可)				
①-a 特別地域であり、かつ、従業者の確保が著し	ス困難と市町村長が認める	る地域に所在し	^		
他事業所における現任研修を修了した相談支持	爰専門員による助言指導 <i>の</i>	体制が確保さ	れている。		有・無
※4 「有」の場合、①について現任研修修	了者が配置されていなくて	も差し支えない	, \ ₀		
②-a 協働体制を確保する事業所間において、協	定を締結している。				有・無
②-b 協働体制の要件を満たしているかについて、	事業所間において定期的	(月1回)に確	認が実施されている。		有・無
②-c 原則、全職員が参加するケース共有会議、	事例検討会を月2回以上	共同開催してい	いる。		有・無
③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当た	こっての留意事項に係る伝	達等を目的とし	した会議を定期的に開催し	ている。	有・無
④ 協働体制を確保する事業所間において24時	間常時連絡できる体制を塾	怪備している。			有・無
⑤ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の第	所規に採用した全ての相談	支援専門員に	対し、		± - h
現任研修を修了した相談支援専門員の同行に	よる研修を実施している。				有・無
⑥ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケー	-スが紹介された場合に、	当該ケースを引	受託する体制を整備している	3 .	有・無
⑦ 基幹相談支援センター等が実施する事例検	討会等に参加している。				有・無
⑧ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携	隽の緊密化を図るために必	要な取組を実	:施している。		有·無
⑨ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援	爰体制の強化の取組に参画 かんりゅう かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かん	画している。			
(令和9年3月31日までの間において、市町村か	「基幹相談支援センターを	設置していない	\場合は、		有・無
地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談	炎支援体制の強化の取組に	こ参画している	。)		
⑩ 運営規程において、地域生活支援拠点等であ	あることを市町村により位置	付けられてい	ることを定めている。		有・無
① 地域生活支援拠点等を構成する関係機関(処点関係機関)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。					
(令和9年3月31日までの間において、市町村か	「地域生活支援拠点等を塾	を備していない	場合は、		
拠点関係機関との連携体制を確保することに	代えて、緊急の事態等への)対処			有・無
及び地域における生活に移行するための活動	に関する取組に協力するこ	とで足りる。)			
※5 ⑩、⑪についてはいずれかが「有」で	あれば要件を満たすもので	ある。			
① 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平					有・無

- ※6 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。
- (例:動務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)

 ※7 令和7年3月31日までに限り、⑧、⑨については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(I)~(IV)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)・(Ⅱ)については、①、②~⑨、⑫(⑧、⑨については※7参照)がすべて有の場合であって、
- ・機能強化型、総称パリーエスや別用又接負(エア(エカトンは、①、②、③、③、③、③、②、③、③、②、③、③、③、③、③、③、③、③、③、⑥、⑥、①、①、②のいずれかが有の場合に算定可。・機能強化型(継続)サービス利用支援費(皿)については、①、②のいずれかが有の場合に算定可。(⑧、③については※7参照)がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。

別紙82 月 日

体制加算に関する届出書(相談支援事業所) (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・高次脳機能障害支援体制加算)

事業	所	名			
異 重	」区	分	1 新規 2 変更 3 終了		
			1 行動障害支援体制加算(I)	2 (I)	
届品	出項	目	1 要医療児者支援体制加算(I)	2 (I)	
田 山	出項	中 日	块 日	1 精神障害者支援体制加算(Ⅰ)	2 (I)
			1 高次脳機能障害支援体制加算(I)	2 (I)	

【行動障害支援体制加算】

① 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の相談支援専門員							
1名以上配置している。							
修了者名		-					
② 研修修了者を配置している旨を公表している。							
公表の方法	1	有·	無				
③ 研修修了者が強度行動障害児者(※)に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支払 いずれかを実施している。		有・	無				
※区分3以上かつ行動障害関連項目が10点以上の者(障害児の場合、児基準が20点以上の者)							

【要医療児者支援体制加算】

① 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の相談支援専門員 1名以上配置している。						
修了者名						
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法		有	無			
③ 研修修了者が医療的ケア児者(※)に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援 いずれかを実施している。 ※スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者	爰の	有 ·	無			

【精神障害者支援体制加算】

① 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の相談支援専門員1 名以上配置している。	有・無
修了者名	
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③ 研修修了者が精神障害者又は精神に障害のある児童に対して直近6月以内において計画相談支援 又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有・無
④ 利用者が通院又は利用する病院等及び訪問看護事業所(療養生活継続支援加算を算定 又は精神科重症患者支援管理連携加算の届出をしているもの)における保健師、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。 連携先病院等の名称	有 ・ 無

【高次脳機能障害支援体制加算】

① 高次脳機能障害支援者養成に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している						
	修了者名		有·	無		
2	研修修了者を配置している旨を公表している。					
	公表の方法		有・	無		
3	研修修了者が高次脳機能障害児者に対して直近6月以内において計画相談支援又	は障害児相談支援の				
	>ずれかを実施している。		有·	無		

- ※ 根拠となる修了証の写しを別途添付すること。※ 当該届出様式は標準様式とする。

地域生活支援拠点等機能強化加算に関する届出書

法人	. 4	事業所名										
異 動	等	区分		1	新規	2	変更	3	終了			
	<u>当該</u>)提出	申請を行	<u> う自事業所が、地</u>	<u>域生活支援被</u>	心点等にと	<u>:</u> して位	<u>置付けら</u>	れてい	<u> ること</u>	を証明	できる運	<u>営規定</u>
									いずれか	^を選択	有·	無
	市町		1点関係機関の相互	<u>「の有機的な</u> 運	連携及び証	<u> 1整等σ</u>	業務に従	事する	者(拠	<u>.点コー</u>	-ディネー	ター)_
	常勤	で専ら当	á該地域生活支援拠	0点等における	_う コーディ	ィネート	業務に従	事する	者			
	(1)	法人・事	業所名:									
			氏名:									
	(2)	法人・事	¥新名: 氏名:									
			地域生活支援拠	点等に属するタ	常勤の拠点	i等コー ⁻	ディネータ	一の人	数 =	(I)		名
	拠)	点コーデ	ィネーター数に応じ	た地域生活支持	爰拠点等機	能強化	加算の月内	算定上		(I)	0 × 100	
3			<u>:サービスの構成</u> :強化サービスの構	载成形態					É	拿定回	数(目安)	の配分
				<u>いずれかを選択</u>	同一の事	業所おり	いて一体的:	運営	· 相互	三に連携	もして 運営	
	(2)	ᄥᆂᆂ	<u> </u>	とんか質の質点	¬//+ ₩/- ⊢ [[F	ョルボコム	、(日生)					1
該当す る欄に チェッ	<u>\Z </u>	也线工厂	法人事業所				する障害福	14世-	ービス等	手	算定回(目安	
7					計画		援及び障 強化型基					
					自立	ℤ生活援	助					
					地垣	域移行支	援					回
	地域定着支援											
				- (月内算定上		1	<u> </u>			(Ⅲ)	0 たしかめ	Ш
			合計が、月内算定 _{定上限内を超えている場}					I) =	(Ⅲ))=	(IV)	OK	
			とする場合は適宜欄 日安)に変更が生じ				·ること。					

上記①~③を満たしており、拠点機能強化事業所として要件を満たしている。

年 月 別紙88 \Box

地域生活支援拠点等に関連する加算の届出

地域生活支援拠点等に関連する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

1	届出	区分	1 新規 2	2 変更		3 終了		
2	事業層	所の名称						
3 等	地域生	生活支援拠点	市町村により地域生活支援拠点等として 位置付けられたことを証明する運営規程	の有無		有 ·	無	
ځ		の位置付け	市町村により地域生活支援拠点等として	位置付け	られた日	年	月	日
活 支		N及び地域主 点等との連携						
及 71		- 従重する妻	※該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載		計明文工	Ľ ラ∨		
5		≪緊急時対応加	算 地域生活支援拠点等の場合≫		訪問系サー 重度障害者	ェス※、 等包括支援(訪問系	サービスの <i>8</i>	み対
当		≪緊急時支援加	算 地域生活支援拠点等の場合≫			助、地域定着支援、 等包括支援(自立生	活援助のみ対	讨
該届		≪地域生活支援	拠点等として短期入所を行った場合の加算	∮≫対象:	短期入所、	重度障害者等包括支	援	
出によ		≪緊急時受入加	算≫	対象:	日中系サー	ビス※		
IJ		≪障害福祉サー	ビスの体験利用加算≫	対象:	日中系サー	ビス※		
算定す		≪体験利用支援	加算・体験宿泊加算≫	対象:	地域移行支持	援		
る加質		≪地域移行促進	加算(Ⅱ)≫	対象:	施設入所支持	援		
算		≪地域生活支援	拠点等相談強化加算≫	対象:	計画相談支持	援、障害児相談支援		

添付青類: 連呂規定

運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されているもの(規定の変 更の手続中であるものを含む。) に限る。なお、事業所の運営規程が変更の手続中のものである場合は、当該変更 の手続の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

- 注1 地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。 注2 訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。 注3 日中系サービスとは、生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援(養成含む)、就労

継続支援A型 就労継続支援R型 就労選択支援をいう。

年 月 日

地域体制強化共同支援加算に関する届出書

事業所名				
異 動 区 分	1 新規	2 変更	3 終了	

① 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運営規程に めている。	有	無
地域生活支援拠点等を構成する関係機関(拠点関係機関)との連携体制を確保るとともに、協議会に定期的に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備してない場合は、拠点関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力すとで足りる。)	り有	無

- 注1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も 提出してください。(①については、「地域生活支援拠点等の機能を担う事業所の登録届出書」 で足りる。)
- 注2 当該届出様式は標準様式とする。

(審査要領)

①、②のいずれかが「有」の場合、本加算の算定対象事業所となる。

サービス担当者会議 記録(保存用)[標準様式]

利用者名					<u>相談</u>	支援専門員	氏名		
開催年月日		年	月	日	開催	時間		~	
開催場所									
区 分 (いずれかにO:	たつける)		1 +	ナービス利用	 支援	2	 継続サーI	ごス利用す	 5援
(619 163120)		<u> </u> 禹(職種)		氏名		所属(耶			氏名
会議出席者									
			•		•				
検討した									
項目									
検討した									
内容									
10=11.7									
検討した 結果									
								_	
その他									

サービス提供時モニタリング 記録(保存用)[標準様式]

利用者氏名				相談支援専門員氏	5名	
実施年月日	年	月	日	実施時間		~
実施場所(自宅・事業所	所名など)	l				
確認事項 (モニタリング前に記入)						
提供されていた支援						
サービス提供時の 利用者の様子						
その他 (利用者・サービス提 供事業者等との やり取り等)						

令和6年(2024年)7月24日

指定特定(障害児)相談支援事業所 管理者 様

札幌市保健福祉局障がい保健福祉部 企画調整担当課長

札幌市における「主任相談支援専門員配置加算」の取り扱いについて

日頃から札幌市の障がい福祉行政に多大なる御協力を賜り、御礼申し上げます。

令和6年度の障害福祉サービス等報酬改定において、「主任相談支援専門員配置加算」 について、新たな区分が創設されました。この加算について、本市における算定要件を 次のとおり整理することとしましたのでお知らせいたします。

1 主任相談支援専門員配置加算(I)の算定要件 300 単位

次の①~⑤すべてに該当すること

- ① 次のア~ウいずれかに該当する指定特定(障害児)相談支援事業所である。
 - ア 「札幌市障がい者相談支援事業」を受託している(以下「委託相談支援事業所」)
 - イ 児童発達支援センターと一体的に運営している
 - ウ 地域の相談支援の中核を担っている

【ウの要件は、主任相談支援専門員が次のいずれかに該当する事業所】

- ・基幹相談支援センター又は委託相談支援事業所が各区で実施している研修会に、 役割を持って参画している(研修会当日の参加のみでは該当しない)。
- ・札幌市自立支援協議会に属する組織の企画運営を担っている(研修会や勉強会などへの参加のみでは該当しない。部会の場合は、全体会や定例会などの参加のみでは該当しない)。
- ② 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を、定期的(週に1回程度)に開催している。
- ③ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所、他の指定特定(障害児)相談支援事業 所及び指定一般相談支援事業所の、新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、 同行による研修を実施している。
- ④ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所、他の指定特定(障害児)相談支援事業 所及び指定一般相談支援事業所の、全ての相談支援専門員に対し、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 の向上等を目的として指導、助言を行っている。

⑤ 基幹相談支援センター又は委託相談支援事業所が実施する、地域の相談支援事業 所の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等を共同で実施している。

2 主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)の算定要件 100単位

次の①~④すべてに該当すること

- ① 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を定期的(週に1回程度)に開催している。
- ② 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、同行による研修を実施している(ひとり事業所の場合は、他事業所に対し実施すること)。
- ③ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の相談支援専門員に対し、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 術の向上等を目的として指導、助言を行っている(ひとり事業所の場合は、他事業 所に対し実施すること)。
- ④ 基幹相談支援センター又は委託相談支援事業所が実施する、地域の相談支援事業 所の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等に協力している(委託相談支 援事業所との意見交換会等の運営、相談支援従事者研修インターバル実習の受け入 れ、区域の研修への協力)。

3 参考資料

主任相談支援専門員配置加算に関する届出書

【担当】

〒060-8611

札幌市中央区北1条西2丁目 札幌市保健福祉局障がい保健福祉部 障がい福祉課 個別支援担当係長 品川 Tel 011-211-2936 FAX 011-218-5181 E-mail:kobestushien@city.sapporo.jp

66

年 月 日

主任相談支援専門員配置加算に関する届出書

1	事業所名									
2	異動区分		1	新規	2	変更	3	終了		
3	届出項目	1	主任相談支援専門	員配置加算	Į(I)	2	([])			
4	修了者名									
5	公表の有無				有	・無				
6	公表の方法									

1	札幌市障がい者相談支援事業を受託している、又は児童発達支援センターと一体的 に運営している、若しくは地域の相談支援の中核を担う指定特定(障害児)相談支 援事業所である。	有		無
2	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 した会議を、定期的に開催している。	有		無
3	当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に 対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有	•	無
4	当該指定特定(障害児)相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対し、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 助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。	有		無
(5)	基幹相談支援センター又は委託相談支援事業所が実施する、地域の相談支援事業所 の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等を共同で実施している。	有		無
6	基幹相談支援センター又は委託相談支援事業所が実施する、地域の相談支援事業所 の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等に協力している。	有		無
7	他の指定特定(障害児)相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所に対して上記②~④に相当する業務を実施している。 (主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)においては任意。ただしその場合であっても、自事業所に他の職員が配置されていない等、②~④を自事業所内で実施することが困難な場合は必須。)	有	•	無

注 根拠となる修了証の写し、会議録、各種取組に関する記録等を別途添付すること。 (修了証以外は、過去1年以内に実施したものであること)

(審査要領)

- ・主任相談支援専門員配置加算(I)については、①~⑤、⑦がすべて「有」の場合算定可。
- ・主任相談支援専門員配置加算(II)については、②~④、⑥がすべて「有」の場合算定可。 ただし、自事業所での実施が困難と判断される場合は、⑦が「有」の場合に限り、②~④は 「無」であってもよい。

令和6年(2024年)9月25日

指定特定(障害児)相談支援事業所 管理者 様

札幌市保健福祉局障がい保健福祉部 企画調整担当課長

札幌市における「地域体制強化共同支援加算」の取り扱いについて

日頃から、札幌市の障がい福祉行政に多大なる御協力を賜り、御礼申し上げます。

計画(障害児)相談支援における地域体制強化共同支援加算は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成24年厚生労働省告示第125号)等に規定されており、本市においても取り扱いを定めたところですが(令和5年7月3日通知)、この度、報告様式の改訂を行いましたので改めてお知らせいたします。

なお本通知により、令和5年7月3日通知は廃止といたします。

1 「地域体制強化共同支援加算」の趣旨

当該加算は、支援困難事例等の課題検討を通じて、地域課題の明確化と情報共有を行い、地域の関係者等が共同で対応することを評価するとともに、地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制の確保や、地域の社会資源の連携体制の構築等を行うことを目的としています。

2 算定の要件

以下をすべて満たす必要があります。

- (1) 地域生活支援拠点等として指定を受けている指定特定相談支援事業所(指定障害児相談支援事業所を含む。以下同様)であること。
- (2) 当該支援を行うことについて、計画相談支援対象障がい者等(障害児相談支援対象保護者を含む。以下同様)の同意を得て、当該指定特定相談支援事業所の相談支援専門員と福祉サービスを提供する事業者の職員等が、<u>会議</u>(オンライン可)により情報共有及び支援内容を検討していること。
- (3)計画相談支援対象障がい者等に対して、保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービスを提供する事業者のうちいずれか3者以上(当該指定特定相談支援事業所を除く)と共同して、在宅での療養上必要な説明及び指導(オンライン不可)を行っ

ていること。

- (4) 札幌市自立支援協議会に対し、文書により当該説明及び指導の内容等の報告をしていること。本市の場合は、自立支援協議会の地域生活支援拠点検証委員会に報告することとします。
- (5) 当該計画相談支援の対象となる障がい者(障がい児)1人につき1月に1回を限度とする。
- (6) 新たな地域課題が明らかになった場合を除き、同一の対象者に係る報告を繰り返し行うことは認めません。
- ※なお、令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q&A VOL.1 問75において、 当該加算の対象事例の考え方は、

利用者の支援に当たって地域における課題があるものであって、当該課題の解決に 当たって、広く関係者等で検討を行う必要があるもの

とされておりますので、御留意ください。

3 会議の記録

当該加算の対象となる会議を行った場合は、別途定める内容(※)を記録するものとします。なお、作成した記録は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は、提出しなければなりません。

※別途定める内容

- 利用者氏名
- 相談支援専門員氏名
- 会議開催年月日、場所、開始・終了時刻及び出席者(氏名、所属・職種)
- ・検討内容の概要 等

4 協議会への報告

報告は本市で作成した様式を使用し、札幌市役所障がい福祉課に提出してください。 提出にあたっては、当該加算の趣旨を十分に御理解いただき、目的に沿った内容で作成 をお願いいたします。なお、提出された記録書の内容について、地域生活支援拠点検証 委員会の中で説明を求める場合があります。

5 報告様式変更時期

令和6年10月利用分から開始

6 留意点

当該加算は、指定特定相談支援事業所が算定できますが、その他の支援関係者の業務 負担も評価する趣旨であることから、その他の支援関係者が支援等を行うにあたり要し た費用について、指定特定相談支援事業所が負担することが望ましいとされています。

また、札幌市から障がい者相談支援事業の委託を受けている指定特定相談支援事業所は、障がい者相談支援事業に従事する職員として配置されている職員が担当する計画相談支援対象障がい者等については、当該加算を算定することはできません。

ただし、障がい者相談支援事業の職員配置基準を超えて配置されている職員が担当する計画相談支援対象障がい者等については、当該加算を算定することができます。

【提出先】

札幌市保健福祉局障がい福祉課 就労・相談支援担当 (地域生活支援拠点検証委員会事務局)

【担当】

〒060-8611

札幌市中央区北 1 条西 2 丁目 札幌市保健福祉局障がい保健福祉部 障がい福祉課 個別支援担当係長 品川 Tel 011-211-2936 FAX 011-218-5181 E-mail:syurou-soudan@city.sapporo.jp

	【報告年月日】			年	月	日			
【事業所情報】	1								
計画相談支援事業所名									
作成した相談支援専門員氏名					連	絡先			
【利用者情報】									
受給者証番号									
氏名	(漢字)				(.3, 1)	がな)			
生年月日(年齢)		年	月	日 (歳)		男	· 女	
	共同支援に	に係る会詞	養及び協調	議会への報告	言について2	本人同意を	得ている		
【共同支援に係る会議について】									
開催年月日、時間		年	月	日 ()	:	~	:	
開催場所									
		所属			職種			氏名	
出席者									
開催目的									
(プルダウンで選択・その他									
の場合下段に具体的に記載)	<u> </u>								
【会議の具体的な内容】 開催の	目的に応じて	て記載す	ることと	し、すべての	の項目への	記載が必須	頁ではない	0	
① 利用者の支援の経過									
② 利用者の支援上の課題									
③ 地域課題・ニーズの現状									
④ 地域生活支援拠点等の現状									
⑤ 地域生活支援拠点等の									
必要な機能の充足について									
⑥ その他特記事項									
※以下A〜Cは記載必須 A【本事例から考えられる地域課	題】								
B【地域課題(A)解決への取組提案									
C【取組(B)における自事業所の役	割】								

事 務 連 絡 令和6年6月12日

都道府県

各 指定都市

障害保健福祉部主管部(局) 御中

中核市

厚生労働省社会·援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活·発達障害者支援室 こ ど も 家 庭 庁 支 援 局 障 害 児 支 援 課

医療機関と相談支援事業所の連携に関する一層の取組促進について

日頃より厚生労働行政の推進にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

医療機関と相談支援事業所の福祉の連携は、障害児者の生活面に配慮した医療の提供や医療の視点も踏まえた総合的なケアマネジメントの実施の両面で重要であり、本人の生活や治療に対する希望を尊重しつつ、支援していくためには、より一層の連携強化が必要です。

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、相談支援事業所における医療を含めた多機関連携を更に促進するため、計画相談支援及び障害児相談支援(以下「計画相談」という。)における入院時情報連携加算や、医療・保育・教育機関等連携加算ならびに集中支援加算の拡充等を図ったほか、令和5年度の障害者総合福祉推進事業において、医療と福祉の連携について、実態把握や連携促進のための調査研究を実施したところです。

つきましては、以下の内容を踏まえ、計画相談を実施していただきますよ う、貴管内市町村、関係団体、関係機関等に周知を図るとともに、その運用に 遺漏のないようお願いします。

記

1. 地域における医療と福祉の連携体制の構築について

障害者の生活を支えるために必要な医療と福祉の連携については、地域の 実情に応じた体制を構築する必要があり、そのためには双方の立場の関係者 が出席した地域における協議の場を設定するなどし、現状把握や課題分析、 課題解決に向けた取組を協働で行うことが必要です。協議の場としては、(自 立支援)協議会を活用して検討を行うこと等が考えられることから、積極的 な取り組みをお願いします。

なお、医療と福祉の連携に係る相談支援事業所への実態調査や地域における連携事例については、令和5年度障害者総合福祉推進事業「医療と障害福祉の効果的な相互連携方策 についての調査研究」(採択先:三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)において調査研究を行ったところですので、参考にしてください。

- 2. 相談支援事業所が医療機関との情報連携時に使用する参考様式について 今般、医療機関と相談支援事業所の連携を推進する観点から、計画相談支 援対象障害者等の必要な情報が相互に提供されるよう、参考様式ならびに記 入例を作成しました。
 - (1)入院時に相談支援事業所から医療機関へ情報提供を行う際の参考様式(別添1)令和6年度障害福祉サービス等報酬改定において、入院時情報連携加算の取扱いについて、必要事項を記載した入院時情報提供書を作成し、当該利用者の同意の上、医療機関に提供することを基本とする旨を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成18年10月31日障発第1031001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)に規定したところであり、別添1の様式は、障害児者が入院する際、相談支援事業所及び入院中のコミュニケーション支援を行う重度訪問介護事業所から医療機関の職員に対して、本人の心身の状況、生活環境等の本人に係る必要な情報提供を行う際に使用する参考様式です。

なお、重度訪問介護利用者が重度訪問介護従業者の付添いにより入院する際には、医療機関との入院前の事前調整にあたり、計画相談支援事業所と重度訪問介護事業所が共同で入院時情報提供書を作成するなど、重度訪問介護事業所と適宜適切な連携を図るようお願いします。

(2) 通院時に相談支援事業所から医療機関へ情報提供を行う際の参考様式(別添2) 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定において、障害児者が通院する際、相談支援事業所から医療機関の職員に対して、本人の心身の状況、生活環境等の本人に係る必要な情報を提供した場合は、医療・教育・保育機関等連携加算(計画作成・変更月及びモニタリング月)及び集中支援加算(基本報酬を算定しない月)の算定を可能としたところです。

当該加算は、単に利用者の病院等への通院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、当該利用者の基本情報、利用者の状態、支援における留意点等、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、受診の円滑化等を図ることを趣旨とするものであり、別添2の様式はこれらの情報提供を行う際に使用する参考様式です。

- (3) 退院時に医療機関から相談支援事業所等へ情報提供を行う際の参考様式(別添3) 障害児者が病院等から退院するに当たって、医療機関が相談支援事業所に情報提供を行った場合、診療情報提供料(I)の算定が可能であり、その際使用する様式として診療情報提供書が規定されています。令和6年度診療報酬改定において、別添3の様式を相談支援事業所に対する診療情報提供書に定めることはしていませんが、当該様式に示された事項や記載例は、実際に医療と障害福祉の連携をするに際して重要な観点であると考えられるため、利用者の退院後の支援に必要な情報を共有する場面等で参考とするなど活用をお願いします。
- 3. 医師意見書の計画相談における活用について

医療の観点を適切に踏まえたケアマネジメントを推進するため、障害福祉サービス等の支給決定に際して市町村に提出された医師意見書について、本人の同意を得た上で、相談支援事業所がサービス等利用計画の作成に活用できる旨を「介護給付費等に係る支給決定事務等について」(事務処理要領)(※)に明記したところです。このことについて、都道府県及び市町村におかれては貴管内相談支援事業所に周知を図るほか、都道府県等においても相談支援従事者指導者養成研修等の機会を活用するなど、積極的な周知等をお願いします。

(※) 令和6年3月29日事務連絡「「介護給付費等に係る支給決定事務等について」の一部改正について」により発出

く参考>

- ●「医療と障害福祉の効果的な相互連携方策についての調査研究」の掲載先 https://www.murc.jp/library/survey_research_report/koukai_240426/ ※三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 HP に掲載
- ●各参考様式の掲載先

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214_00009.html ※厚生労働省 HP に掲載

入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関)

記入日	l :		年		月		日	添付	 資料	: [] あり] :	なし											
事業i	听名								担当	者名							連絡	各先]
以下の	り情幸	は本ノ	人及び家族	族の	同意	に基っ	づいて	て提供し	てい	ます。	,														-
1. ⅓	基本情	青報																							
氏:	名										住所														
生年	月日		年		F	1		日(苈	轰)	1111														
障害 疾患	-																								
現病既往																									
医療	的ケ	ア	なし		ありー	→内容:	: ()
※障	害の内	有状況 内容は	なし			身体 ()級、内容] 視				肢体	内剖	3	その	他		支援 分	€ U	なし	_	□ 申請中	
障害名	•疾患	名に記載	□ 申請	中		寮育 ()	□ #	青神()	級						Ľ	<u>:</u> /J		あり-	→区	分()
-•			支援に	•- ••			•																		
			画、アセス 留意してほ			. , ,		3 = -3 - 13	-									の状	態変化	′ そ	の対応	方法等	を訂	記載してくださ	z[.)
					}	※伝達:	が必要	要な情報が	があれ	ば、項	目にこ	だわら				てくた	どさい	١					C 11.		
<u> </u> あ	り(以	下に具体	的な内容を	を記載	戈)		あり	(添付資料	料を参	照)	Ш	なし					本人	(*家	族か	501	聴取を	希望			
1	<u>身体</u>	の状況	やケア で酉	己慮が	が必要	なこと	、支:	援のポイ	ントや	留意	点等	例):	褥猏	ぎができ	やすし	\体質	質であ	あり、	在宅で	: [t2]	時間に	1回の	体位	交換を実施	
A		居動作	自立			見守り	=	一部介助	_	_	介助			移乗		自立			見守り			部介助		全介助	
D	合	歩行		_	見 見守り	見守り		一部介助 介助			<u>介助</u> ※食			容盛・対	<u> </u>	自立	· 嚥下	食	見守り		一音 圣管 栄養	部介助 ^養	ا ا	<u> </u>	
		:泄	自立	=	見守り	_=		介助			※排					_	ホータ			=	ムツ・ハ゜		_	その他	
											L 1-1-														
2	<u>コミュ</u> 視力		<u>ション</u> で配	慮が	_			_		留意	点等 聴力					_				_	7##				
	言語		問題なし問題なし		=	らや難あ らや難あ		困難		-	- ポカ 意思伝			問題なし 問題なし		=	やや			=-	国難 国難				
3	<u>行動</u> :	特性等	で配慮が必	必要 /	なこと.	、支援(のポ	イントや	留意点	等	例)点	滴を抗	友管	する可能	能性カ	、ある	、大	きな	音で興	奮し	やすい	が〇〇	する	と落ち着く	
(4)	そのも	出 ※ そ	の他、環境	面で	配慮す	-ベキ-	レオ	しんの生活	E F Mi	理師為	にた記ま	ŧ													
•	(0)		の心、味光	. ш. С	日山思り	,,,,,	C\ 4	·// 07/	工小	** KZ T	7 6 11.4	у.													
退院	に向け	ナての本	人•家族(の希	望、配	虚して	にほし	いこと	※退院	調整	時に留	意が必	要	なこと等	を記載	載して	こくだ	さい	`						
□ あ	り(以	下に具体	的な内容を	を記載	龙)		あり	(添付資料	料を参	照)		なし					本人	、 家	族か	် ၈ါ	聴取を	希望			

□ 参加を希望する

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。<u>重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。</u>

特別なコミュニケーション支援の必要性 □ あり(以下	を記載)	
特別なコミュニケー ション支援が 必要な理由		
事業所 担当	i者 連絡先	営業時間 : ~ ;
訪問の		営業時間 : ~ ;
ある事業所事業所担当	1者 連絡先	営業時間 : ~ :
訪問可能な時間帯 □ 朝 □ 昼 □ 夜間 □ 終日	 →訪問可能な時間帯(:	~ :)
重度訪問介護従業者による支援内容		
4. その他		
※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しいな		
※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おく	_	合することが可能です。
)
	プロ市構成を記載.(施設 □ その他()
キーパーソン 氏名	続柄 連絡先	,
	196111	<u> </u>
家族・世帯支援の 必要性、調整にあたっ ての留意事項等		
②生活の状況	□ 本人・家族からの聴取を希望	
□ なし □ 障害福祉サービス・障害児支	援 介護保険サービス □	その他
サービス名	利用頻度 施設·事	写業所名
サービス名		写業所名
サービス名		写業所名
サービス名	利用頻度 施設·事	写 業所名
1日の生活の流れ・ 社会参加の状況		
日々の生活や社会参加 に対する希望、 困りごと等		
③受診・服薬の状況	□ 本人・家族からの聴取を希望	
かかりつけ医(現在受診中の医療機関) □ なし □	あり	
医療機関名 診療科	連絡先	受診頻度 回/ □ 外来 □ 訪問
医療機関名 診療科	連絡先	受診頻度 回╱ □ 外来 □ 訪問
医療機関名 診療科	連絡先	受診頻度 回╱ □ 外来□ 訪問
服薬の有無 □ なし □ あり 服薬管	理 □ 本人 □ 家族 □ その他)
服薬状況 薬の名前		
留意点・服薬介助のポイント		
アレルギー □ なし □ あり→内容:()

【記入例:行動特性の強い知的障害、精神障害のある利用者・患者の例】

入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関)

記入日:	年	月	日	添付資料:	☑ あり	□ なし			
事業所名	i	〇〇事	業所	担当	者名	00	連絡先	03-0000-	0000
以下の情	報は本人及び	ゾ家族の同 類	意に基づいて	て提供していま	ぎす。				
1. 基本	情報								
氏名		山田	田 太郎		│ │ 住所	東京都○○区	00		
生年月日	00	年 〇	月	日(30歳	()				
障害名· 疾患名	知的障害、	自閉症							
現病歴• 既往歴	てんかん								
医療的危	ケア 🗵 なし	, D あり	J→内容:()
手帳の保 ※障害の 障害名・疾患	内容は	なし 申請中 🗸] 視覚 □ 閲 神(:覚 □ 肢体 □)級	内部 🗌 その他	障害支援 区分 ✓ あり-	□ 申請中→区分(6)
2. 本人	の状態、支持	爱における [!]	留意点等						
※サービス	等利用計画、	アセスメント	シート、別紙等	等を添付するこ。	とで、記載を	省略することが	「可能です。		
入院中の)支援で留意し	てほしいこと		イントや要望、入要な情報があれば				態変化、その対応方法等	Fを記載してください
☑ あり(以	以下に具体的なに	 内容を記載)	□ あり	(添付資料を参照	質) □ な	:L	□ 本人·家	族からの聴取を希望	
感覚に過	敏さがあり、絆	創膏やテーフ	プを貼ってもす	ぐに剥がしてし	まう。採血時	における止血	用のテープ貼付け	け等は不要。	
@ + 4	Ladbanic L			<u> </u>	57 T - 64			<i>t</i>	
	★の状況やケフ 起居動作			援のポイントや		例)褥瘡ができた		在宅では2時間に1回の	
Α -	歩行			一部介助	」全介助 」全介助	更衣・整容		見守り 一部介助 見守り 一部介助	全介助 □ 全介助
D L	食事 自立	☑	より 一部	介助 2	介助 ※食事	· ・形態: ✓ 普通		□ 経管栄養 □	□ その他
1	排泄 📗 自立	☑ ☑ 見守	『り 一部	介助 🗌 全	介助 ※排泄	!方法: 🔽 トイし	ノ □ ポータブル	オムツ・パット	その他
絵力一		み合わせて指	旨示することで	0、消したりをして で、過敏さを低減			ぶなどについては入	、院時に普段使用して	いるものを持参し、
				゠ゕ゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚	7 辛上生 向	\=\\=\\-\\-\\-\\-\\-\\-\\-\\-\\-\\-\\-\\	つた田いわばこゆ	/111=T-+	
② <u>コミ</u> 視:		<u>(</u> C配慮か必分 国なし	要なこと、文括 やや難あり	しています。	福息 点 等 例 聴力	○説明時には○(Oを用いながらゆっ やや難あ		
言	11.3.00	風なし □	やや難あり	✓ 困難	意思伝達		□ やや難あ		
	はないが、Iトイ 、入院時に実			は、ジェスチャー	で表現可能	記。介護者から	の一文程度の言	葉や単語の文字(ひ	らがな)は埋解す
③ <u>行重</u>	物特性等 で配慮	鼠が必要なこ	と、支援のポー	イントや留意点	等 例)点流	角を抜管する可能	性がある、大きなも	音で興奮しやすいが○○	すると落ち着く
本人力	が一人では、点	(高は抜管し	、てしまう。 採血	血程度であれば	ば、タイマーを	使い、我慢する	ることも可能。		
④その)他 ※その他、	環境面で配慮	すべきこと、本	人の生活上の誤	果題等を記載				
言葉だ	ごけでコミュニケ	- ションをする	ることが苦手。	行動をよく観察	察していただ	き、「わからない	感」や「伝えられ	なさ」を推測していたた	きたい。
退院に向	けての本人・	家族の希望、	配慮してほし	いこと ※退院記	調整時に留意	が必要なこと等る	を記載してください	1	
✓ あり(以	以下に具体的な	内容を記載)	□ あり	(添付資料を参照	震) □ な	:L	□ 本人・家	族からの聴取を希望	
						時にサマリーをイ	作成していただき	たい。	
また、豕族	を含めて退院	時のインフォ	ームドコンセン	小(IC)をお	りいしたい。				
退院前力	ンファレンスへ	の事業所と	1.ての参加会	望	参加を希望	タ タ オ ス			
V=10/1011/1	,,	サイバー	こしてかがれれ	<u> </u>	」シルで仰き	± 1 O			

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。<u>重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。</u>

	ミュニケーシ	ョン支援の必要性	□ あり)(以下を訂	己載)	4	なし				
特別なコミュ	- - -										
ション支	援が										
必要な引	埋田										
訪問の	事業所			担当者		連約	各先		営業時間	: ~	:
可能性が	事業所			担当者		連約	各先		営業時間	: ~	:
ある事業所	事業所			担当者		連約	各先		営業時間	: ~	:
訪問可能な	は時間帯 🗌	朝 🗌 昼 🔲 व	友間 📗	終日	→訪問可	丁能な時間帯	i(:	~	:)		
壬本士四人	=# \ \\										
重度訪問介 者による支											
4 704	ıL										
4. その船 ※ 暗宝特性等	_	から医療機関への情	報提供が難	:1.(.)場合	に記載しる	てください。					
		アセスメントシート					とで、記載を	省略すること	が可能です。		
①家族・世	!帯の状況	□ 添付資料	を参照		本人·家	族からの聴	取を希望				
世帯構成	戊 □ 単身	身 □ 夫婦のみ		の他→世帯	帯構成を	記載:(父、母、本	人の3人暮ら	5U)
生活の場	所 ② 自写	と □ グループ	ホーム	施設	દુ 🗌 -	その他()
キーパーン	ル氏名	山	田一郎		続札	柄 3	連絡	先	03-000	00-000	
家族∙世	帯支援の	士揺の心亜州か	ı		•	•	·	•			
必要性、調	関整にあたっ 意事項等	支援の必要性な 入退院時は家族		爱 車門員	で対応す	お予定。					
CODE	忌争 垻守) (<u>) () () () () () () () () () () () () ()</u>		2131320	. (7)3/10 7						
®# Ж Ф #	220										
		工具次的	ナ 4 07		+ + +	たかこの味	而士丞士				
②生活の状	1	☑ 添付資料				族からの聴		フェの 曲			
②主活の私	しなし	☑ 障害福祉サー	-ビス・障害			介護保険サ	ービス	その他			
利用中の	□ なし サービス名	□ 障害福祉サー 生活	-ビス・障害		利用頻	介護保険サ	ービス 5 回 施設	*事業所名	00:	〇〇園	
	□ なし サービス名 サービス名	✓ 障害福祉サー生活行動	-ビス・障害 5介護 助援護		利用頻用頻用頻用	介護保険サ 度 週! 度 週:	ービス 5 回 施設 L 回 施設	·事業所名 ·事業所名		サービス事業所	
利用中の	□ なし サービス名 サービス名 サービス名	✓ 障害福祉サー生活行動居宅	-ビス・障害		利用頻用利用頻用利用頻用	介護保険サ 度 週: 度 週: 度 週:	ービス 5回 施設 L回 施設 2回 施設	:事業所名 :事業所名 :事業所名			
利用中のサービス	□ なし サービス名 サービス名 サービス名 サービス名	✓ 障害福祉サー生活行動居宅	-ビス・障害 5介護 助援護		利用頻用頻用頻用	介護保険サ 度 週: 度 週: 度 週:	ービス 5回 施設 L回 施設 2回 施設	·事業所名 ·事業所名		サービス事業所	
利用中の サービス 1日の生	□ なし サービス名 サービス名 サービス名	✓ 障害福祉サー生活行動居宅	ービス・障害 計援護 計援護	児支援	利用頻用利用頻用利用頻用	介護保険サ 度 週: 度 週: 度 週:	ービス 5回 施設 L回 施設 2回 施設	:事業所名 :事業所名 :事業所名		サービス事業所	
利用中の サービス 1日の生活 社会参加	□ なし サービス名 サービス名 サービス名 サービス名	✓ 障害福祉サー生活行動居宅	ービス・障害 計援護 計援護	児支援	利用頻用利用頻用利用頻用	介護保険サ 度 週: 度 週: 度 週:	ービス 5回 施設 L回 施設 2回 施設	:事業所名 :事業所名 :事業所名		サービス事業所	
利用中の サービス 1日の生活 社会参り 日々の生活 に対す	サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ボルの状況 を発望、	✓ 障害福祉サー生活行動居宅	ービス・障害 計援護 計援護	児支援	利用頻用利用頻用利用頻用	介護保険サ 度 週: 度 週: 度 週:	ービス 5回 施設 L回 施設 2回 施設	:事業所名 :事業所名 :事業所名		サービス事業所	
利用中の サービス 1日の生活 社会参り 日々の生活 に対す	サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名	✓ 障害福祉サー 生活 行動 居宅添付のサービス等	ービス・障害 計援護 計援護	児支援	利用頻用利用頻用利用頻用	介護保険サ 度 週: 度 週: 度 週:	ービス 5回 施設 L回 施設 2回 施設	:事業所名 :事業所名 :事業所名		サービス事業所	
利用中の サービス 1日の生活 社会参り 日々の生活 に対す	□ なし サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 おの流れ・ 加の状況 たや社会参加 るごと等	✓ 障害福祉サー 生活 行動 居宅添付のサービス等	ービス・障害 活介護 加援護 合介護 利用計画	を参照	利用頻利利用頻利利用頻利利用頻利	介護保険サ 度 週: 度 週: 度 週:	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設	:事業所名 :事業所名 :事業所名		サービス事業所	
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 に対する 困りに 3 受診・服	サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ボークの流れ・ かのが、 で社会 できる できる できる。 できる。 できる。 できる。 できる。 できる。 で	✓ 障害福祉サー 生活 行動 居宅添付のサービス等	ービス・障害 活介護 加援護 合介護 利用計画	を参照	利用類 利用類 利用類 利用類 利用類	介護保険サ度 週、 週、 度 週、 度 週、 度	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設	:事業所名 :事業所名 :事業所名		サービス事業所	
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 に対する 困りに 3 受診・服	□ なし サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 オービス名 オービス名 ボルの状況 を おかの状況 を ること等 変の状況 で 、 で 、 で 、 で 、 で 、 で 、 で 、 で 、 で 、 で	✓ 障害福祉サー 生活 行動 居宅添付のサービス等特になし✓ 添付資料	ービス・障害 日介護 加援護 日介護 日本利用計画	を参照	利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 本人·家	介護保険サ度 週 度 週 2 度 度 週 2 度 度 週 2 度	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設	·事業所名 ·事業所名 ·事業所名 ·事業所名	居宅介	サービス事業所	訪問
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 に対すする 取りこ 3 受診・服	サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ボールが ボル・ ボル・ ボル・ ボーン ボーン ボーン ボーン ボーン ボーン ボーン ボーン ボーン ボーン	☑ 障害福祉サー 生活 行動 居宅添付のサービス等特になし☑ 添付資料中の医療機関)	ービス・障害 介護 加援護 一番 一番 一番 一番 を参照 一番 し	で で で で で で で で で が で た か い て んか	利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻	介護保険サ度 週 度 週 2 度 度 週 2 度 度 週 2 度	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設 施設	·事業所名 ·事業所名 ·事業所名 ·事業所名	度 3ヶ月1回	サービス事業所 下護サービス〇〇	
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 (国対り) 3 受診・服 かかりつけ 医療機関名	□ なし サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 オービス名 オービス名 活の流れ・ 加の状況 るた望、ごと等 下医(現在受診	☑ 障害福祉サー 生活 行動 居宅添付のサービス等特になし☑ 添付資料中の医療機関)	ービス・障害 活介護 加援護 ご介護 利用計画 を参照 」 診療科	で を参照 「 フ あり てんかん	利用頻利用頻利用頻利用類的不力。	介護保険サ度 週2 度 週2 度 週2 度 週2 度 週2 度 週2 度	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設 施設	・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名	度 3ヶ月1回 度 回	サービス事業所 ↑護サービス ○○ / ② 外来□ /	訪問
利用中のサービス 1日の生活社会参加日本では、1日の生活が、 1日の生活が、 1日の生活	□ なし サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 オービス名 オービス名 活の流れ・ 加の状況 るた望、ごと等 下医(現在受診	☑ 障害福祉サー 生活 行動 居宅添付のサービス等特になし☑ 添付資料中の医療機関)○総合病院	ービス・障害 活介護 加援護 一が表 一が表 一が表 一が表 一が表 一が表 一が表 一が表	で を参照 「 フ あり てんかん	利用頻利用頻利用頻利用類的不力。	介護保険サ度 週 週 度	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設 2 回 施設	・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業のののののののののののののののののののののののののののののののののののの	度 3ヶ月1回 度 回	サービス事業所 ↑護サービス〇〇 / ② 外来□ / 의 外来□	訪問訪問
利用中のサービス 1日の生物 1日の会参 1日の会参 1日の会参 1日の会参 1日の対 日本での対 国際が 日本での対 国際が 日本での対 国際が 日本での対 国際が 日本では 国際が	サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 なる なる なる なる なる なる なる と で で の で と の で と の の は の の も と の し の も と も と	 ☑ 障害福祉サー 生活 行動 居宅 添付のサービス等 特になし ☑ 添付資料 ② 総合病院 □ なし ☑ なし ☑ なし ☑ なし 	ービス・障害 活介護 加援護 活介護 ・	で を参照 マ あり てんかん	利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻	介護保険サ度 週 週 度	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設 2 回 施設	・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業のののののののののののののののののののののののののののののののののののの	度 3ヶ月1回 度 回	サービス事業所 ↑護サービス〇〇 / ② 外来□ / 의 外来□	訪問訪問
利用中のサービス 1日の生活社会参加日本では、1日の生活が、 1日の生活が、 1日の生活	サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ボカの ボカの ボカの ボカの ボカー ボカの ボカー ボカー ボカー ボカー ボカー ボカー ボカー ボカー ボカー ボカー	☑ 障害福祉サー 生活 行動 居宅添付のサービス等特になし☑ 添付資料○ 本合病院	ービス・障害 活介護 加援護 活介護 ・	で を参照 マ あり てんかん	利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻	介護保険サ度 週 週 度	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設 2 回 施設	・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業のののののののののののののののののののののののののののののののののののの	度 3ヶ月1回 度 回	サービス事業所 ↑護サービス〇〇 / ② 外来□ / 의 外来□	訪問訪問
利用中のサービス 1日の生物 1日の会参 1日の会参 1日の会参 1日の会参 1日の対 日本での対 国際が 日本での対 国際が 日本での対 国際が 日本での対 国際が 日本では 国際が	サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービスス オービスス オービスス オービスス オービスス オービスス オージスス オージスス オージスス オージスス オージスス オージスス オージスス オージスス オージスス ススス ススス ススス ススス ススス ススス ススス ススス ススス	 ☑ 障害福祉サー 生活 行動 居宅 添付のサービス等 特になし ☑ 添付資料 ② 総合病院 □ なし ☑ なし ☑ なし ☑ なし 	ービス・障害 活介護 加援護 活力 調 一 お か ま な か 療	で を参照	□ 利用頻 利用頻 利用頻 本人·家	介護保険サ度度 週週 度度 週週 2 度度	ービス 5 回 施設 L 回 施設 2 回 施設 2 回 施設	・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名・事業所名<!--</td--><td>度 3ヶ月1回 度 回</td><td>サービス事業所 ↑護サービス〇〇 / ② 外来□ / 의 外来□</td><td>訪問訪問</td>	度 3ヶ月1回 度 回	サービス事業所 ↑護サービス〇〇 / ② 外来□ / 의 外来□	訪問訪問

【記入例:医療的ケアが必要な重症心身障害のある利用者・患者の例】

入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関)

記入日:	年 月 日 添付資料: ☑ あり □ なし
事業所:	○○事業所 担当者名 ○○ 連絡先 03-0000-0000
	報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。
1. 基本	
氏名	山田 花子 住所 東京都○○区○○
生年月	○○ 年 ○ 月 ○ 日(18 歳)
障害名 疾患名	出生時の脳内出血による麻痺、不随意運動・失調による両上肢の動作および歩行困難
現病歴 既往歴	脳内出血、てんかん
医療的	rア □ なし ☑ あり→内容:(経鼻経管栄養、喀痰吸引)
※障害	有状況
2. 本	の状態、支援における留意点等
	等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。
入院中	支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください
☑ あり	↓下に具体的な内容を記載) □ あり(添付資料を参照) □ なし 本人・家族からの聴取を希望
	きやすいため、おおむね2時間程度に1回は体位交換が必要となっている。側弯症が強くなっているため、一日1度程度はベッドから移乗
	-などの体操をしてほしい。また、伏臥位・左側臥位はさせないこと。呼吸が止まる可能性が大きい。 <u>特に伏臥位は数分でも呼吸が止まっす</u> ウ変換は大側回位を行ってよ
<u>U& J</u> . 74	立変換は右側臥位で行うこと。
① <u>身</u>	なの状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡ができやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施
A	図居動作 _ 自立
D	_ 歩行 _ 自立 _ 見守り _ 一部介助 _ 全介助 更衣・整容 _ 自立 _ 見守り _ 一部介助 _ 全介助 食事 _ 自立 _ 見守り 一部介助 _ 全介助 ※食事形態: □ 普通 □ 嚥下食 _ 経管栄養 □ その他
	非泄 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助 ※排泄方法: □ トイレ □ ポータブル ☑ オムツ・パット □ その他
71	ん発作は、2~3日に1度、痙攣と意識消失、硬直性のものがある。発作時は、見守りのみで対応している。
	が光下は、と、301に1反、煙事と思識が大、吸血性の60かがる。光下時は、光寸900かと対応している。 りはできないため、仙骨部の褥瘡に注意をお願いしたい。在宅では、車椅子に移乗し、リクライニングを調整し、ポジションを変えたりしている
② <u>¬</u> :	ュ ニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す
Ż	カ □ 問題なし □ やや難あり □ 困難 聴力 □ 問題なし □ やや難あり □ 困難
Ī	語 │ 問題なし ○ やや難あり ☑ 困難 │ 意思伝達 │ 問題なし ○ やや難あり ☑ 困難
	はないものの、にぎやかなところが好きで、話しかけられたり、他人の会話を聞いていて表情がゆるむことも多い。音楽(子ども向け映画のサビ)も好きで、ヘッドフォンとCDを持参するので、適度に聞かせてもらいたい。身体の緊張も緩みやすくなる。
③ 行	り特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く
特に	
4 7	他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載
環境)変化には強い。学校の環境変化があっても不適応を起こすことはなかった。
退院に	けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください
✓ あり	L下に具体的な内容を記載) □ あり(添付資料を参照) □ なし □ 本人·家族からの聴取を希望
	-ビス機関との情報共有をするため、退院時にサマリーを作成していただきたい。 :(母、祖母)と相談支援専門員を含めて、退院時のインフォームドコンセント(IC)をお願いしたい。
退院前	ンファレンスへの事業所としての参加希望
~ニットロリ	/ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。<u>重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。</u>

特別なコミュニケーション支援の必要性												
特別なコミュニケーション支援の必要性 あり(以下を記載) ② なし												
特別なコミュニケー												
ション支援が												
必要な理由												
訪問の事業所		担当者		連絡先		営	業時間	:	~	:		
可能性が事業所		担当者		連絡先		営	業時間	:	~	:		
ある事業所事業所		担当者		連絡先		営	業時間	:	~	:		
訪問可能な時間帯 □ 朝 □ 昼 □		 終日 →訪「	問可能な時	┗━━━━ 詳間帯(:	~ :)					
重度訪問介護従業												
者による支援内容												
4. その他												
※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。												
①家族・世帯の状況 ☑ 添付資料を参照 □ 本人・家族からの聴取を希望												
① 家族・世帯の状況 ○ 家行資料を参照 ○ 本人・家族からの聴取を布呈 ○ 世帯構成 ○ 単身 ○ 夫婦のみ ○ その他→世帯構成を記載:(○ 父、母、祖母、姉、本人の5人暮らし)												
生活の場所 🔽 自宅 🗌 グルー	ープホーム	□ 施設 □	」その他(()		
キーパーソン 氏名	山田 花美		続柄	母	連絡先		03-000	00-000	00			
家族・世帯支援の 支援の必要性	4 + >1											
必要性、調整にあたっ		4)と相談古は	至亩阳昌/	이리면조취디	大子宁							
ての留意事項等	水)沃(中、油片	9) C怕政义1	友守门貝!	川山市 し対点	17)。							
ての留意事項等 大退院時は家族(母、祖母)と相談支援専門員の同席で対応予定。												
②生活の状況 ☑ 添付:	資料を参照	□ 本人・	·家族から <i>(</i>	の聴取を希う	<u> </u>							
	資料を参照 サービス・障害.			の聴取を希望 険サ ー ビス		その他						
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名		児支援					00	サービス	事業所			
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 利用中の サービス名	サービス・障害	児支援 利用	介護保	険サービス	<u> </u>	業所名	〇〇·訪fi			レ		
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名	サービス・障害	児支援 利用	介護保	険サービス 週3回	施設・事	業所名	〇〇訪問	問看護				
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名	サービス・障害 生活介護 訪問看護	児支援 利用 利用 利用	」介護保I I頻度	険サービス 週3回 2週1回	施設·事	業所名業所名	〇〇訪問	問看護	ステーショ			
→ なし ② 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名	サービス・障害 生活介護 訪問看護 居宅介護	児支援	介護保I 頻度 I頻度 I頻度	険サービス 週3回 2週1回 週1回	施設·事 施設·事	業所名業所名	〇〇訪問	問看護	ステーショ			
→ なし ② 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名	サービス・障害 生活介護 訪問看護	児支援	介護保I 頻度 I頻度 I頻度	険サービス 週3回 2週1回 週1回	施設·事 施設·事	業所名業所名	〇〇訪問	問看護	ステーショ			
なし	サービス・障害 生活介護 訪問看護 居宅介護	児支援	介護保I 頻度 I頻度 I頻度	険サービス 週3回 2週1回 週1回	施設·事 施設·事	業所名業所名	〇〇訪問	問看護	ステーショ			
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロロッチ マージョン では、 「本会参加の状況 「日々の生活や社会参加」 に対する希望、 「本重が40kg 「本重が40kg 」」 「本重が40kg 「本重が40kg 」」 「本重が40kg 」 「本重な 」 「本産な 」 「本重な 」 「本産な 」 「本	サービス・障害 生活介護 訪問看護 居宅介護	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 画書を参照	険サービス 週3回 2週1回 週1回	施設·事施設·事施設·事	業所名業所名業所名業所名	OO訪! 居宅介	問看護/	ステーショ			
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロロの生活の流れ・社会参加の状況 添付のサービ 日々の生活や社会参加	サービス・障害、生活介護 訪問看護 居宅介護	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 画書を参照	険サービス 週3回 2週1回 週1回	施設·事施設·事施設·事	業所名業所名業所名業所名	OO訪! 居宅介	問看護/	ステーショ			
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロロッチ マージョン では、 「本会参加の状況 「日々の生活や社会参加」 に対する希望、 「本重が40kg 「本重が40kg 」」 「本重が40kg 「本重が40kg 」」 「本重が40kg 」 「本重な 」 「本産な 」 「本重な 」 「本産な 」 「本	サービス・障害、生活介護 訪問看護 居宅介護	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 画書を参照	険サービス 週3回 2週1回 週1回	施設·事施設·事施設·事	業所名業所名業所名業所名	OO訪! 居宅介	問看護/	ステーショ			
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロージョン では できる では できる から から できる から できる から できる から いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん	サービス・障害、生活介護 訪問看護 居宅介護	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 開頻度 画書を参照	険サービス 週3回 2週1回 週1回	施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名業所名業所名業所名	OO訪! 居宅介	問看護/	ステーショ			
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロージョン では できる では できる から から できる から できる から できる から いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん いっぱん	サービス・障害 生活介護 訪問看護 居宅介護 ス等利用計画 を超えてきている	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 開頻度 画書を参照	後サービス 週3回 2週1回 週1回 麗	施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名業所名業所名業所名	OO訪! 居宅介	問看護/	ステーショ			
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロロッチ マッチ マッチ マッチ マッチ マッチ マッチ マッチ マッチ マッチ マ	サービス・障害 生活介護 訪問看護 居宅介護 ス等利用計画 を超えてきている	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 開頻度 画書を参照	険サービス 週3回 2週1回 週1回 器 護の負担が の聴取を希望	施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名・業所名・業所名・業所名・	OO訪! 居宅介	問看護ン	マイテーショ ビス O O			
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロログロ では かかりつけ医(現在受診中の医療機関 ロップ では	サービス・障害。 生活介護 訪問看護 居宅介護 ス等利用計画 を超えてきている 資料を参照	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 開頻度 画書を参照 赤の家族からの 事務を	険サービス 週3回 2週1回 週1回 ご ご ご ご ご ご ご ご の 負担が の り に の り の の の の の の の の の の り の り の の の の	way · 事 施設 · 事	業所名・業所名・業所名・業所名・	〇〇訪fi 居宅介 のケアも心配	問看護/ 注	マステーショ ビス〇〇 外来□			
□ なし ② 障害福祉サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロロの生活の流れ・社会参加の状況 ロ々の生活や社会参加に対する希望、国りごと等 ③受診・服薬の状況 かかりつけ医(現在受診中の医療機関医療機関名 ○○こどもクリニック	サービス・障害。 生活介護 訪問看護 居宅介護 ス等利用計画 を超えてきている 資料を参照 の 口 なし 診療科	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 開頻度 画書を参照 ・家族からの 連絡先	険サービス 週3回 2週1回 週1回 器 護の負担が の聴取を希望 03-0000 03-0000	way · 事 施設 · 事	業所名 業所名 業所名 業所名 る。退院後	〇〇訪問 居宅介 のケアも心配 2ヶ月1回	問看護ン・護サー	マステーショ ドス○○ 外来□	訪問		
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロログラ では できる では できる	サービス・障害 生活介護 訪問看護 居宅介護 ス等利用計画 を超えてきている 資料を参照 (3) 口 なし 診療科 診療科	児支援	介護保 別類度 別類度 別類度 別類度 別類度 一部で 一部で 一部で 一部で 一部で 一部で 一部で 一部で	険サービス 週3回 2週1回 週1回 で 護の負担が のまを希望 の3-0000 03-0000	way · 事 施設 · 事	業所名 業所名 業所名 業所名 。退院後 受診頻度	〇〇訪問 居宅介 のケアも心配 2ヶ月1回 2ヶ月1回	問看護ン・護サー	外来	訪問訪問		
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 コロの生活の流れ・社会参加の状況 日々の生活や社会参加 に対する希望、国りごと等 体重が40kg 医療機関名 ○○こどもクリニック 医療機関名 ○○こどもクリニック 医療機関名 ○○こどもクリニック 医療機関名 □○こどもクリニック 医療機関名 □○こどもクリニック ○○ 医療性ンター 医療機関名 □○こともの □ なし □ な	サービス・障害 生活介護 訪問看護 居宅介護 ス等利用計画 を超えてきている 資料を参照 診療科 診療科 あり 服	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 開頻度 調頻度 事を参照 からの 家族からの を発発している。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	険サービス 週3回 2週1回 週1回 で 護の負担が の い 聴取を希望 03-0000 03-0000	施設・事 施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名 業所名 業所名 業所名 。退院後 受診頻度	〇〇訪問 居宅介 のケアも心配 2ヶ月1回 2ヶ月1回	問看護ン・護サー	外来	訪問訪問		
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 ロービス名 サービス名 サービス名 ロービス名 サービス名 サービス名 ロービス名 ロービス名 ロービス名 ホージャー は できる から できる ロージャー は できる できる ロージャー は できる ロージャー は できる できる ロージャー は できる できる ロージャー は いっぱん ロー は いっぱん ロージャー は いっぱん ロー	サービス・障害 生活介護 訪問看護 居宅介護 ス等利用計画 を超えてきている 資料を参照 診療科 診療科 あり 服	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 開頻度 調頻度 事を参照 からの 家族からの を発発し、 連絡発生	険サービス 週3回 2週1回 週1回 で 護の負担が の い 聴取を希望 03-0000 03-0000	施設・事 施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名 業所名 業所名 業所名 。退院後 受診頻度	〇〇訪問 居宅介 のケアも心配 2ヶ月1回。 2ヶ月1回。	問看護ン・護サー	外来	訪問訪問		
□ なし ☑ 障害福祉 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 サービス名 コロの生活の流れ・社会参加の状況 日々の生活や社会参加 に対する希望、国りごと等 体重が40kg 医療機関名 ○○こどもクリニック 医療機関名 ○○こどもクリニック 医療機関名 ○○こどもクリニック 医療機関名 □ なし □	サービス・障害 生活介護 記宅介護 マキ利用計画 を超えてきている 資料を参照 し 診療療科 診療療科 あり 服	児支援	介護保 開頻度 開頻度 開頻度 開頻度 調頻度 事を参照 からの 家族からの を発発し、 連絡発生	険サービス 週3回 2週1回 週1回 で 護の負担が の い 聴取を希望 03-0000 03-0000	施設・事 施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名 業所名 業所名 業所名 。退院後 受診頻度	〇〇訪問 居宅介 のケアも心配 2ヶ月1回。 2ヶ月1回。	問看護ン・護サー	外来	訪問訪問		

【記入例: 難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例(重度訪問介護を利用しているケース)】

入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関)

記入日:		年	月	日	添付	資料:	☑ あり	□なし	,					
事業所名		○○重度	該問介	護事業所	Ť	担当者	名	00)	連絡先		03-0000-0	000	
以下の情報	報は本人	及び家族	埃の同意	に基づい	て提供し	ています	t.							
1. 基本	青報													
氏名			山田	花代			住所	東京都()() 				
生年月日	00	年	<u>О</u> Д	0	日(5	9 歳)								
障害名• 疾患名	筋萎縮	生側索碩	탄化症に。	はる両下胎	支機能障	害(1級	t)、両	上肢機能障	害(1約	級)				
現病歴• 既往歴	2004年	10月~	下肢筋	力低下		∓1月~	上肢	大学病院を紙 筋力低下 105年10月			009年4月	引 胃ろう造設	!	
医療的ケ	ア	なし	☑ あり→	→内容:(胃ろう	、喀痰吸	妈(気管t	切開))
手帳の保※障害の	内容は	□なし						聴覚 🗸 肢体	▶ □ 内部	□ その他	障害支持 区分		申請中	,
障害名•疾患	名に記載	□ 申請□	中 📙 療	(香))	□ 精神	1()級			四刀	☑ あり→	区分(6)
2. 本人(ケナマル・	. 7 - 1	+1	+ /bmb → = -	1. 18-10-	r. +-				
								を省略するこ			と変化 その	分成方法等を	記載してください	
			>	《伝達が必	要な情報が	あれば、	項目にこ	だわらず自由	こ記載して	ください			104% O C (120)	
☑ あり(以 	下に具体的	な内容を	記載)	∐ ສ ^ເ	ノ(添付資料	4を参照)	Ш	なし			だなからの	聴取を希望		
									よう、間に	こタオルやクッ	ション等を	挟む)、両手	=は伸ばす (月	付の
下にタオルヤコミュニケー									丁動域が	広い。簡単な	は質問は、	/esとNoを左	占で確認)	
	の状況や											持間に1回の体化		
<u> </u>	尼居動作	自立		J守り	一部介助		全介助	移乗		自立	見守り	一部介助	✓ 全介助	
A	歩行	自立		見守り 📗	一部介助		全介助	更衣・独	整容	自立	見守り	一部介助	✓ 全介助	
L		自立 <u></u> 自立 「	見守り 見守り		部介助 部介助	✓ 全介✓ 全介		:事形態: □ :泄方法: □	普通 トイレ	□ 嚥下食		経管栄養 □	くの他 その他	_
	·/- <u>-</u> - - - - - -						19) /N 15	F/E/J/X:	110					-
また、排		ては、尿					きに浣	腸を実施。	非泄は差	込便器を使	更用(差)	込便器が尾骨	、仙骨に当た	3
② □ミ ュ	ニケーシ	ョン で配慮	』が必要な	なこと、支持	援のポイン	小や留意	点等	列)説明時には	tOOを用	いながらゆっく	りと話す			
視力	J 🔲	問題なし	✓ *	や難あり	困難		聴力	□ 問是	重なし	✓ やや難あ	59 🗌 [
言語		問題なし			✓ 困難		意思伝		重なし	── やや難あ	59 V			
· ·	を使用して 補聴器を					るため、	現在は	使用していた	CV.					
						球の動き	きが低下	した際は口	文字にて	コミュニケー	ションをとる	5 .		
③ <u>行動</u>	特性等 でi	配慮が必	要なこと、	支援のホ	パイントや昏	留意点等	例)点	滴を抜管する	可能性がな	ある、大きな音	で興奮して	すいが00する	ると落ち着く	
特になり	L													
④その	他 ※その	他、環境面	īで配慮す	べきこと、オ	卜人の生活	上の課題	等を記載							
	身体機能 限)。就				め、眼の傷	?湿を定	期的に	行っている(眼球が乾	乞燥するため	1日3回、	瞼の下に軟	を塗布。1日	14
退院に向け	けての本力	・家族の)希望、配	慮してほし	たこと ※	《退院調整	隆時に留意	意が必要なこと	-等を記載	してください				
☑ あり(以	下に具体的	」な内容を記	記載)	□ あ ^ι	ノ(添付資料	4を参照)		なし		□ 本人·家	だ族からの	聴取を希望		
退院前カン	ファレンス	において、	入院前	との状況の	の変化やな	ア内容	を共有	していただき	たい。					
退院前力	ンファレンス	スへの事	業所として	の参加希	9望	V	参加を	希望する						

【記入例: 難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例(重度訪問介護を利用しているケース)】

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思 疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。<u>重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別な コミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。</u>

特別なコ	ミュニケー	ーショ	ン支援の	必要性	√ b	り(以下を詞	記載)		なし							
17,37 6	·- ·							かを受けて		き 舌を送っている	。言葉を乳	発することが 翼	進しい状	態であり)、透明	月文字
特別なコミニ										ニケーションは						_
ション支		コーノ	レを押せない	ハことから、	本人を繋	処知する重	度訪問介	个護従業	者が入院	中に付添い、	体位変換	のタイミング	や状態の	変化な	どを意	思確認
		し、圏	医療従事者	に伝える	必要があ	る。										
訪問の	事業所		00 /W	パーステー	ション	担当者	С	\bigcirc	連絡先	03-0000	-0000	営業時間	09 :	00 -	- 18	3 : 00
可能性が	事業所					担当者			連絡先			営業時間	:		_	:
ある事業所	事業所					担当者			連絡先			営業時間	:		~	:
訪問可能な	時間帯	i	朝 昼	. □ 夜	間	終日	· →訪問 [·]	可能な時	間帯(:	~	:)	!			
		ご木	人の音甲	を添肥く	ア字般や	口文字7	「確認」.	その時	カの状質		7揺を圧縮	が重考に	お伝え	オス ‡	:	き思の確
重度訪問介					_					は、必要なる 体位変換、1						
者による支	援内容		た療養生				(70017101	111222	25()//	L->>> 7/2/2	, 003	Щ/со) (/3 <u>)</u>
			70%展工	76 621	000010	. 7 00										
4 704	L															
4. そのft ************************************	_		> F-#-#8	3 	10 /IL 12#U		_ === ±4	- / 4								
※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。																
①家族・世	帯の状況	7	一 添	付資料を	- 参昭		木 人。家	を抜からの) 肺取を	圣坦						
									7404X C		* 1 =	スド エ .の 4	草に			\
生活の場	世帯構成 □ 単身 □ 夫婦のみ □ その他→世帯構成を記載:(夫、本人、子どもの4人暮らし)															
		自宅				□ 施言		その他(>+ 45 H		00	0000	0000)
キーパーン	ルト	;名		ЩЩ	太郎		初	柄	夫	連絡先		03-	0000-	0000		
家族•世	帯支援の															
必要性、調整	整にあた		夫は土日	も仕事で	、電話等	等が繋がり	つにくい。	家族はイ	ト護疲れ	と常に他人だ	が家に居る	ることへのス	トレスガ	あるよ	うに見	える。
の留意	事項等															
必要性、調整にあたって 夫は土日も仕事で、電話等が繋がりにくい。家族は介護疲れと常に他人が家に居ることへのストレスがあるように見える。 の留意事項等																
②生活の状	況			付資料を	参照		本人·家	マ族から <i>の</i>	つ聴取を	希望						
②生活の状	況 □ なし	, [付資料を		□ □ ≣児支援	本人·家)聴取をき	•	その他					
②生活の状					:ス・障害	□ 	本人・家	介護保障		•	その他	00	シヘルバ	゚゠ステ	ーション	<u></u>
利用中の	□ なし	ス名		温祉サービ	ごス・障害 問介護			介護保障	食サービ	л <u> </u>	業所名		つへルバ			
	□ なし サービス	ス名ス名		重度訪	ごス・障害 問介護	□ 『児支援	利用頻	介護保障度	食サービ 週7日	ス が設・事	業所名					
利用中の	□ なし サービス サービス	ス名 ス名 ス名		重度訪	ごス・障害 問介護	□□	利用頻利用頻	介護保障度 度度	食サービ 週7日	ス が 施設・事 施設・事	業所名					
利用中のサービス	□ なし サービス サービス サービス サービス	ス名 ス名 ス名 ス名	✓ 障害裕	重度訪問	ごス・障害 問介護 看護		利用级利用级利用级利用级利用级	介護保障	食サービ 週7日	ス 施設·事 施設·事	業所名					
利用中の サービス 1日の生活	□ なし サービン サービン サービン サービン	ス名 ス名 ス名 ス名	「障害権	重度訪問 動間 訪問看	ごス・障害 問介護 	.	利用级利用级利用级利用级利用级	介護保障	食サービ 週7日	ス 施設·事 施設·事	業所名					
利用中の サービス 1日の生活 社会参加	□ なし サービス サービス サービス サービス おの流れの	ス名 ス名 ス名 ス名	 障害権 月水金に 1日の生	重度訪問 訪問 訪問看記 活の流れ	ごス・障害 問介護 看護 を利用 は、添ん	。ヘルパ- 寸資料を	利用級 利用級 利用級 利用級 一と2人で 参照。	介護保障度 原度	食サービ 週7日 週3日	x v x x x x x x x x	事業所名 事業所名 事業所名 事業所名	00	訪問看	護ステ	ーショ	ا ا
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活	□ なし サービン サービン サービン サービス あの状況	ス名 ス名 ス名 ス名	戸水金に1日の生子どもの付	重度訪問 訪問 訪問看記 活の流れ	ごス・障害 問介護 看護 を利用 は、添ん	。ヘルパ- 寸資料を	利用級 利用級 利用級 利用級 一と2人で 参照。	介護保障度 原度	食サービ 週7日 週3日	ス 施設·事 施設·事	事業所名 事業所名 事業所名 事業所名	00	訪問看	護ステ	ーショ	ا ا
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 に対する	□ なし サービン サービン サービン サービス あの状況	ス名 ス名 ス名 ス名	 障害権 月水金に 1日の生	重度訪問 訪問 訪問看記 活の流れ	ごス・障害 問介護 看護 を利用 は、添ん	。ヘルパ- 寸資料を	利用級 利用級 利用級 利用級 一と2人で 参照。	介護保障度 原度	食サービ 週7日 週3日	x v x x x x x x x x	事業所名 事業所名 事業所名 事業所名	00	訪問看	護ステ	ーショ	ا ا
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 に対する	□ なし サービン サービン サービン サービン カービン サービン かんれ かんれ かんれ かんれ かんれ かんれ かんれ かんれ かんれ かんれ	ス名 ス名 ス名 ス名	戸水金に1日の生子どもの付	重度訪問 訪問 訪問看記 活の流れ	ごス・障害 問介護 看護 を利用 は、添ん	。ヘルパ- 寸資料を	利用級 利用級 利用級 利用級 一と2人で 参照。	介護保障度 原度	食サービ 週7日 週3日	x v x x x x x x x x	事業所名 事業所名 事業所名 事業所名	00	訪問看	護ステ	ーショ	ا ا
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 に対する	サービンサービンサービンサービンサービンカウン サービンクサービン おの状況 や社全 るごと	ス名 ス名 ス名 ス名 か	月水金に 1日の生 子どもの付 る。	重度訪問 訪問 訪問看記 活の流れ	ざス・障害 問介護 看護 隻を利用 は、添ん	」。ヘルパ・ 寸資料を ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	利用頻利用頻利用頻利用頻利用頻 利用頻 利用頻 一と2人で 参照。 い、成長	介護保障度 原度	食サービ 週7日 週3日	ス	事業所名 事業所名 事業所名 事業所名	00	訪問看	護ステ	ーショ	ا ا
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 に対する 困りこ	□なしサービンサービンサービンサービンカービンカーの流れ況である。ことを変えています。	ス名 ス名 ス名 ス ス ス ス ス ス ス ス ス ん の ん の ん ん ん ん ん ん ん	▽ 障害格	重雑サービ重度訪問 訪問看記 訪問看記 活の流れ 事や学れ	ざス・障害 問介護 看護 隻を利用 は、添ん	」。ヘルパ・ 寸資料を ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	利用頻利用頻利用頻利用頻利用頻利用頻 利用頻 利用頻 ・と2人で参照。 い、成長	介護保師 預度 原度 原度 下排便。	食サービ 週7日 週3日	ス	事業所名 事業所名 事業所名 事業所名	00	訪問看	護ステ	ーショ	ا ا
利用中のサービス 1日の生活社会参加を対する。 国内の生活 に対する。 国内の生活 を対ける はいまた といまれば はいまれば はいまままままままままままままままままままままままままままままままままままま	□ なし サービン サービン サービン サービン サービン サービン サービン れ況況 や着等 薬の状況 薬の状況	ス名 スス名 ススス名 加 、 一 の 受 診	▽ 障害格	証が出来を対しています。 重度訪問を表する。 訪問を表する。 おけられた。 は付資料を を検関)	ごス・障害 問介護 看護 を利用 は、添ん での様う	。ヘルパ- す資料を - - 	利用頻利用頻利用頻利用頻利用頻利用頻 利用頻 利用頻 ・と2人で参照。 い、成長	介護保障 原度 原度 原度 原度 で排便。	食サービ 週7日 週3日	ス	事業所名 事業所名 事業所名 事業所名	家族と過ご	訪問看 す時間(ででは、	を希望	ا ا
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 (に対すする) (3)受診・服 かかりつけ 医療機関名	□ なし サービンフ サービンフ サービンス まのの状 を希等 医(現在	ス名 ス名 ス名 ス名 の の の の の の の の の の の の の の	月水金に 1日の生 子どもの付 る。 ② 添 中の医療材)大学病防	語社サーに重度訪問 訪問看記 訪問看記 活の流れ 事や学	ごス・障害 問介護 事護 を利用 はは、添ん なの様子	。ヘルパー 対資料を そを知りた 」 あい 	□ 利用頻 利用頻 利用頻 利用頻 一と2人で 参照。 い、成長 本人・家	介護保 順度 順度 順度 原度 で排便。 を見守り	食サービ 週7日 週3日 のたいとい の3-00	(マン	業所名 業所名 其業所名 其業所名 る。また、	家族と過ご	す時間(が確保	ショ を希望 ト来□	望してい
利用中のサービス 1日の生活 社会の生活 に対する 3受診・服 かかりつけ 医療機関名	サービンサービンサービンカー サービン 大手のの状 社皇、薬の状況を	ス名 ス名 ス名 ス名 の の の の の の の の の の の の の の	月水金に 1日の生 子どもの付 る。 ② 添 中の医療材	語社サーに重度訪問 訪問看記 訪問看記 活の流れ 事や学	ごス・障害 問介護 意を利用 は、添ん での様子	。ヘルパ- 寸資料を 	利用頻利用頻利用頻利用頻利用頻利用頻 利用頻の 利用頻の ・と2人で がい、成長	介護保 順度 順度 順度 調度 がらの 連絡先 連絡先	食サービ 週7日 週3日 のたいとい の3-00	x v x x x x x x x x	業所名 業所名 業所名 業業所名 る。また、 受診頻り	家族と過ご 変 年2 度 月2	す時間の回回の回り	が確保 マック	- ーショ を希望 ト来 ロ	望してい
利用中の サービス 1日の生活 社会参加 日々の生活 (に対すする) (3)受診・服 かかりつけ 医療機関名	サービンフ サービンフ サービンフ サービンフ まのの状名望、 を の、現在	ス名 ス名 ス名 ス名 ス名 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、	月水金に 1日の生 子どもの付 る。 ☑ 添 中の医療材)大学病防	語社サート 重度訪問 訪問看記 活の流れ ・事や学科 を付資料を 機関)	でス・障害 きんこう できる	。ヘルパー 対資料を マーカット 図 あり 脳神科 呼吸記	利用頻 利用頻 利用別 利用別 利用別 ・と2人でい、成長 本人・すり 経内科	介護保 預度 預度 預度 源度 源度 変持便。 を見守り 連絡先 連絡先	食サービ 週7日 週3日 のたいとし の3-00 03-00	放設・事 施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名 業所名 業業所名 。業所名 多。また、 受診頻頻 受診頻頻	家族と過ご 変 年2 度 月2	ず時間の回回回回回回	が確保 ② 9	ショ を希望 ト来□	望してい 訪問 訪問
利用中のサービス 1日の生活 社会の生活 に対する 3受診・服 かかりつけ 医療機関名	サービンサービンサービンカーサービンカーの状況を するごと薬の状況を 薬の状況を 薬の状況を	ス名 スス名 スス名 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、	月水金に 1日の生 子どもの付 る。 ▽ 森 ウケリニック	請している。 ままれる ままれる ままれる ままれる ままれる ままれる ままれる まま	では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 できます。 できます。 できまずる できます できます できます できます できます かい はい できます できます いっぱい はい できます できます いっぱい はい できます いっぱい はい	。ヘルパー 対資料を ・マンのた 対象 がは がは がは がは がな がな がな がな	□ 利用頻 利用期 利用期 利用期 利用版 ・ を照。 ・ ない、成長 本人・ る と と 内科 ・ と と 内 へ と と 内 へ と ろ ト り へ り る り る り る り る し る と ろ と ろ と ろ と ろ と ろ と ろ と ろ と ろ と ろ と	介護保 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度	食サービ 週7日 週3日 のたいとい の3-00	x v x x x x x x x x	業所名 業所名 業業所名 。業所名 多。また、 受診頻頻 受診頻頻	家族と過ご 変 年2 度 月2	す時間の回回の回り	が確保 ② 9	- ーショ を希望 ト来 ロ	望してい
利用中のサービス 1日の生活 社々の対対の 日々の対対の の対対の の対対の の対対の の対対の を療機関名 医療機関名	サービンフサービンフサービンフサービンフラー サービンフラー かんれい かん でんかん は、	ス名 ス名 ス名 ス名 ス名 の の () () () () () () () () () () () () ()	月水金に 1日の生 子どもの付 る。 図 療材 ウケリニック コナール	語社サート 重度訪問 訪問看記 活の流れ 付資料を 受力 を を は付資料を で の で の の の の の の の の の の の の の の の の	では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 できます。 できます。 できまずる できます できます できます できます できます いっぱい いっぱい いっぱい いっぱい いっぱい いっぱい いっぱい いっぱ	。ヘルパー す資料を マを知りた	□ 利用頻 利用期 利用期 利用期 利用版 ・ を照。 ・ ない、成長 本人・ る とと内科	介護保 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度	食サービ 週7日 週3日 のたいとし の3-00 03-00	放設・事 施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名 業所名 業業所名 。業所名 多。また、 受診頻頻 受診頻頻	家族と過ご 変 年2 度 月2	ず時間の回回回回回回	が確保 ② 9	- ーショ を希望 ト来 ロ	望してい 訪問 訪問
利用中のサービス 1日の生活 社会の生活 に対する 3受診・服 かかりつけ 医療機関名	サービンフ サービンフ サービンフ サービンフ まのの状名望、 を の、現在	ス名 ス名 ス名 ス名 ス名 の の () () () () () () () () () () () () ()	月水金に 1日の生 子どもの付 る。 ▽ 森 ウケリニック	語社サート 重度訪問 訪問看記 活の流れ 付資料を 受力 を を は付資料を で の で の の の の の の の の の の の の の の の の	では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 できます。 できます。 できまずる できます できます できます できます できます いっぱい いっぱい いっぱい いっぱい いっぱい いっぱい いっぱい いっぱ	。ヘルパー す資料を マを知りた	□ 利用頻 利用期 利用期 利用期 利用版 ・ を照。 ・ ない、成長 本人・ る とと内科	介護保 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度 原度	食サービ 週7日 週3日 のたいとし の3-00 03-00	放設・事 施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名 業所名 業業所名 。業所名 多。また、 受診頻頻 受診頻頻	家族と過ご 変 年2 度 月2	ず時間の回回回回回回	が確保 ② 9	- ーショ を希望 ト来 ロ	望してい 訪問 訪問
利用中のサービス 1日の生活 社々の対対の 日々の対対の の対対の の対対の の対対の の対対の を療機関名 医療機関名	サービジン おのかれる である である である である である である である である である であ	ス名 名 名 名 名 名 名 名 名 有 前	月水金に 1日の生 子どもの付 る。 図 療材 ウケリニック コナール	記載サート 重度訪問 訪問看記 活の流れ 上事や学科 を検関)	でス・障害 護を利 での様子 を動き を動き をから をから での様子 での様子 での様子	。ヘルパー 対数性を対けた 対数性は 呼吸を対する。 はずれました。 はずれまも。 はも。 □ 利用頻 利用頻 利用財 利用分 ・ を照。 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	介護保 順度 順度 順度 が見で を見守り を見守り を見いる。 を を は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、	食サービ 週7日週3日のたいといの3-00の3-00家族	放設・事 施設・事 施設・事 施設・事 施設・事	業所名 業所名 業業所名 。業所名 多。また、 受診頻頻 受診頻頻	家族と過ご 変 年2 度 月2	ず時間の回回回回回回	が確保 ② 9	- ーショ を希望 ト来 ロ	望してい 訪問 訪問	

通院時情報提供書(相談支援事業**所→受診医療機関**)

記入日:		年	月	日 添	付資料:	□ あり		なし							
事業所	名				担当者	首名				連絡先					
以下の	情報は本	人及び家族	の同意に基	づいて提供し	ていま	す。									
1. 基	本情報														
氏名						住所									
生年月	日	年	月	日(歳)										
障害名 疾患名															
現病歴既往歷															
医療的	内ケア	なし	あり→内容	:()
※障害)保有状況 の内容は 疾患名に記		□ 身障(□ 療育()級、内)	容:		聴覚 🗌	肢体 🗌	内部	その他	障害支] なし] あり→[□ 申請中 区分()
2 木	人の壮能	、支援にお		<u> </u>											
※サーヒ	て等利用	計画、アセスメ	ソトシート、	別紙等を添付											
院内に	おける支	援で留意して		※支援のポイン 伝達が必要な								等を記載	成してくださ	:(1	
□ あり	(以下に具	体的な内容を記	己載)	あり(添付資	料を参照)	なし			本人·家	マ族から(の聴取る	を希望		
① <u>\$</u>	∤体の状況	ルクケア で配慮	はが必要なこと	と、支援のポー	イントや旨	留意点等	例)褥奶	膏ができ	やすい体質	であり、	在宅では	:2時間(:	こ1回の体	位交換を実施	
	起居動作	自立 自立	□ 見守り	一部介目	助 <u></u>	全介助	;	移乗	□ 自立		見守り		部介助	全介助	
A D	歩行	自立	見守り 見守り	□ 一部介目		全介助		太•整容	自立		見守り		部介助	✓ 全介助	
L	食事 排泄	自立	見守り	一部介助			事形態:			嚥下食		経管栄		その他	
	排泄	自立	見守り	一部介助	至7	卜助 ※排	‡泄方法:	□ トイ	ν <u> </u>	ホ゜ータフ゛ル		オムツ・ハ	\ "\\	その他	
2=	ミュニケー	−ション で配慮	が必要なこと	、支援のポイ	ントや留	意点等	例)説明問	寺には〇	〇を用いな	いがらゆっ	つくりと話っ	<u> </u>			
視		問題なし	していますり	困難	聴力	-		_	う難あり	□ 困難					
言		問題なし	やや難あり	困難	意思信	云達の手具			重なし		<u>-</u> 5難あり	困	難		
	•				•										
3 <u>f</u>	動特性等	で配慮が必要	要なこと、支援	のポイントや	留意点等	等 例),	点滴を抜管	する可能	1性がある	、大きな	音で興奮	しやすい	が〇〇す	ると落ち着く	
<u>4</u> -₹	で他 ※	その他、環境面	で配慮すべきる	こと、本人の生	活上の課	題等を記述									
-=															
		本人・家族の希						なこと等				O II+ II-	+ × +=		
L. あり 	(以下に具	体的な内容を訂	二 載)	あり(添付資	料を参照)	なし			本人•涿	を 族からの	ク聴取る	を希望		
医療機	と関主催の)カンファレンス	スへの事業所	としての参加	希望		で希望す	<u></u> する							

3. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世	帯の状況	□ 添付資料を	参照 🗆	本人·家	族からの	聴取を希望					
世帯構成	戊 □ 単身	□ 夫婦のみ	□ 本人と親	□ 本人	、と子	□ その他()
生活の場	所 □ 自宅	□ グループホー	-ム 🗌 施訓	<u> </u>	その他()
キーパーン	ル 氏名			続	柄		連絡先				
必要性、調	帯支援の 引整にあたっ 意事項等										
②生活の状	況		参照 🗌	本人•家	族からの	聴取を希望					
	□ なし □	□ 障害福祉サービ	ス・障害児支援		介護保険	サービス	□ そ	の他			
TIEL O	サービス名			利用頻	度		施設•事業	所名			
利用中の サービス	サービス名			利用頻	度		施設•事業	所名			
	サービス名			利用頻	度		施設•事業	所名			
	サービス名			利用頻	度		施設•事業	所名			
	舌の流れ・ 加の状況										
に対す	が社会参加 る希望、 ごと等										
③受診・服	薬の状況	□ 添付資料を	参照 □	本人·家	族からの	聴取を希望					
かかりつけ	医(現在受診中	中の医療機関)	なし 🗌 あり	l							
医療機関名			診療科		連絡先		5	是診頻度	回/	□ 外来□ 訪[問
医療機関名			診療科		連絡先		5	足診頻度	回/	□ 外来□ 訪[問
医療機関名			診療科		連絡先		5	是診頻度	回/	□ 外来□ 訪[問
	服薬の有無	」なし □ あり	服薬管理	□ 本人		家族 🔲 ·	その他()
服薬状況	薬の名前										
	留意点·服薬:	介助のポイント									
アレルギー	□ なし □	」あり→内容:()

通院時情報提供書(相談支援事業**所→受診医療機関**)

記入日:	年	月	日 添付資	資料: 🔽 あり	□ なし			
事業所名		○○事業所		担当者名	00	連絡先	03-0000-00	00
以下の情	報は本人及び	家族の同意に基	基づいて提供して	います。				
1. 基本	情報							
氏名		大 田山	郎	住所	東京都○○区	\cap		
生年月日	00 :	年 〇 月	○ 目(30	歳)				
障害名• 疾患名	知的障害、問	自閉症						
現病歴• 既往歴	てんかん							
医療的グ	ア 2 なし	□ あり→内	容:()
手帳の保 ※障害の 障害名・疾患	内容は	なし □ 身体 申請中 ☑ 療育		: □ 視覚□:□ □ 精神(聴覚 🔲 肢体 🔲)級	内部□その他□□	章害支援 □ なし 区分 ☑ あり→区	□ 申請中 [分(6)
		における留意。 _{セスメントシート}	点等 ·、別紙等を添付す	ることで 記載	を省略することも	いておって		
-		意してほしいこと		や要望、院内の環	境や治療時に懸念	されることやその対応	5方法等を記載してくださ	,\
☑ あり()	人下に具体的な内	r	あり(添付資料:				からの聴取を希望	
感覚に過敏	敢さがあり、絆倉	削膏やテープを貼	ってもすぐに剥がし	てしまう。採血に	時における止血が	用のテープ貼付け等	は不要。	
① <u>身体</u>	の状況やケア	で配慮が必要なる	こと、支援のポイン	トや留意点等	例)褥瘡ができて	すい体質であり、在宅	とでは2時間に1回の体位	交換を実施
A		自立 ② 見守		全介助	移乗		守り 一 一部介助	全介助
D	歩行 ┃□ ┃	自立 🛂 見守! 型 見守り 📗	リ □ 一部介助 □ 一部介助 □	□ 全介助	● 更衣·整容 事形態: ☑ 普通	12 %	守り □ 一部介助 □ 経管栄養 □	
	排泄 山 自立	✓ 見守り	一部介助	_	泄方法: ☑ トイレ		オムツ・ハット	その他
1			さつけたり、消したり ることで、過敏さを			などについては通院	時に普段使用している	ものを持参した
2 <u>3=</u>	ュニケーション	で配慮が必要なこ	と、支援のポイン	トや留意点等 例	削)説明時には〇〇)を用いながらゆっくり	と話す	
視力	117,620.0	し やや難あり	, — — —	聴力 問題)難あり □ 困難	<i>Ł</i> ∪ □ □ ##	
言語	問題なし	□ やや難あり	√ 困難	意思伝達の手段	・方法 問題	」なし ✓ やや難	あり 困難	
	はないが、「トイし	ノ」「おやつが欲し	い」などは、ジェステ	チャーで表現可能	能。支援者からの	の一文程度の言葉も	や単語の文字(ひらか	な)は理解で
	で診察時に同席	苇する。 						
			援のポイントや留	意点等 例)点			『興奮しやすいが○○する	と落ち着く
③ 行動	カ特性等 で配慮			意点等 例)点			■異奮しやすいが○○する	と落ち着く
③ 行動 採血で	1特性等 で配慮 ごあれば、タイマ	が必要なこと、支			滴を抜管する可能		『興奮しやすいが○○する	と落ち着く
③ 行動 採血で ④その	1特性等 で配慮 であれば、タイマ 1他 ※その他、1	が必要なこと、支一を使い、我慢っ	することも可能。 きこと、本人の生活	上の課題等を記載	商を抜管する可能	性がある、大きな音で	興奮しやすいが〇〇する を診察室に持参したい	
③ 行動 採血で ④その 言葉な	************************************	が必要なこと、支ーを使い、我慢っ環境面で配慮すべる	することも可能。 きこと、本人の生活	上の課題等を記載 どの提示が有効	滴を抜管する可能 : : 力、見通しを持て	性がある、大きな音で るようにタイマーなど		
③ <u>行動</u> 採血で ④その 言葉だ 通院等に	1 特性等 で配慮であれば、タイマが他 ※その他、3 であれば、タイマがでは、タイマがでは、アイマがでは、アイマがでは、アイマがでは、アイマント・アイタント・アイマント・アイアント・アイマント・アイアント・アイマント・アイアント・アイマント・アイマント・アイアント・アイマント・アイマント・アイアント・アイアント・アイマント・アイアント・アイマント・アイアント・アイント・アイ	が必要なこと、支ーを使い、我慢っ環境面で配慮すべき	することも可能。 きこと、本人の生活。 が苦手で、写真な	上の課題等を記載との提示が有效	商を抜管する可能 う、見通しを持て 意が必要なこと等る	性がある、大きな音でるようにタイマーなどを記載してください		
③ 行動 採血で ④その 言葉た 通院等に 」あり() 本人が普段	1特性等で配慮 であれば、タイマ か他 ※その他、まごけでコミュニケー 際し、本人・家が は下に具体的な内 な使用している	が必要なこと、支 ーを使い、我慢っ 環境面で配慮すべる ーションをすることが 族の希望、配慮し 1容を記載) 「総カードなどの持	することも可能。 きこと、本人の生活」 が苦手で、写真な でほしいこと ※通 」 あり(添付資料	上の課題等を記載 との提示が有效 極院等に際して留ま を参照)	満を抜管する可能 は り、見通しを持て 意が必要なこと等をなし	性がある、大きな音で るようにタイマーなど を記載してください 本人・家族	を診察室に持参したい	

3. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世	帯の状況	□ 添付資料を	参照		族からの	D聴取を希望	<u> </u>				
世帯構成	戊 □ 単身	∤ □ 夫婦のみ	☑ その他-	→世帯構成を	記載:(3	之、母、本人	、の3人暮らし)
生活の場	所 ② 自宅	፟ □ グループホ-	-ム	施設	その他()
キーパーン	ル 氏名	山田	一郎	続	柄	父	連絡先		03-0000-	0000	
必要性、調整	帯支援の 隆にあたって 事項等	継続通院が必要な	場合の日程	調整について	゙゙゚゚゚゚゙ぱパター	ン化(毎月]第○週0	の○曜日なの	ど)が望ましい		
②生活の状	況	✓ 添付資料を	参照	□ 本人·家	なからの	D聴取を希望	<u> </u>				
	□ なし	☑ 障害福祉サービ	ス・障害児支	援	介護保障	険サービス		その他			
	サービス名	生活介	護	利用頻	度	週5回	施設·事	業所名	0	○園	
利用中のサービス	サービス名	行動援	護	利用頻	度	週1回	施設·事	業所名	004-	ビス事業所	
	サービス名	居宅介	護	利用頻	度	週2回	施設•事	業所名	居宅介護	サービス〇〇	
	サービス名			利用頻	度		施設•事	業所名			
	舌の流れ・ 四の状況	添付のサービス等利	用計画を参	照							
に対する	や社会参加 る希望、 ごと等	特になし									
③受診・服	薬の状況	☑ 添付資料を	参照	□ 本人·家	なからの	D聴取を希望	<u> </u>				
かかりつけ	医(現在受診	中の医療機関)	なし 🗵	あり	•	T					
医療機関名	00	D総合病院		んかん外来	連絡先	03-0000	-0000		3ヶ月1回/	✓ 外来□	訪問
医療機関名			診療科		連絡先			受診頻度	0/	外来	訪問
医療機関名			診療科		連絡先			受診頻度	回/	外来	訪問
	服薬の有無	□ なし □ あり	服薬管	理 」 本ノ		家族	その他()
服薬状況	薬の名前	添付のくすり手帳を	参照								
	留意点•服薬	変介助のポイント 薬を	・見せると、自	目ら口を開け	る						
アレルギー	☑ なし	□ あり→内容:()

通院時情報提供書(相談支援事業**所→受診医療機**関)

記入日:	年		月	日添	付資料:	☑ あり	□ なし						
事業所名		00	事業所		担当者	名	00		連絡先		03-0000-0	000	
以下の情報	设は本人及び	ブ家族σ	同意に基	づいて提供	しています	•							
1.基本情	青報												
氏名			山田花	子		住所	東京都○○[<u>×</u> ()()					
生年月日	00	年 (月	〇 目(18 歳)		103141001						
障害名· 疾患名	出生時の脳	的出血	による麻痺	、不随意運	動・失調に	よる両上	肢の動作お。	はび歩行	困難				
現病歴• 既往歴	脳内出血、	てんかん	,										
医療的ケ	ア 口なし	, 🗸	あり→内容	₹:(経鼻	経管栄	養、喀痰叭	及引)
手帳の保 ※障害の 障害名・疾患	内容は	なし 申請中	☑ 身体(☑ 療育(内容: □: □ 精神		徳覚 ☑ 肢体 [)級	内部 [その他	障害支 区分		□ 申請□ →区分(6	†)
	D状態、支抗 ^{集利用計画 -}				付すること [・]	で、記載を	を省略すること	- が可能 ⁻	です.				
			しいこと	※支援のポイン	ノトや要望、	院内の環境		感念される	ることやその		等を記載してくだ	さい	
☑ あり(以)	下に具体的な	 内容を記					はし	<u> </u>			D聴取を希望		
どの体操をし		、呼吸力	が止まる可能								度はベッドから 分でも呼吸が止		
① 身体 (の状況やケフ	7で配慮:	が必要なこ	と、支援のポ	イントや留力	意点等	例)褥瘡ができ	きやすいん	本質であり、	在宅では	2時間に1回の体	位交換を実施	ħ
A 起	居動作	自立	見守り	一部介		全介助	移乗		立	見守り	一部介助	全介即	
D A	歩行 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	<u>自立</u> ,	見守り	□ 一部介 □ 一部介助	助 公	全介助 助 ※食』	事形態: 計	予 LJ E F通	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	見守り	□ 一部介助 経管栄養	□□ 全介助 □ その他	<u>J</u>
L 排	津 山 自立		見守り	一部介助	✓ 全介			イレ	オ゚ータブル		オムツ・パット	その他	
							る。発作時に 姿勢を変えた			応してい	ა		
2 ⊒≥⊒	ニケーション	で配慮が	が必要なこと	こ、支援のポイ	イントや留意	点等 例])説明時には(〇〇を用し	ハながらゆっ	くりと話す	-		
視力	問題なし		やや難あり		聴力	✓ 問題 ⁷ 達の手段		や難あり			✓ 困難		
言語	問題なし	· <u>L</u>	やや難あり		息心坛	達の子校	· 万本 L F	題なし		き難あり			
							会話を聞いて らいたい。身(ハ。音楽(子ど	も向け映画の	のサン
③ 行動 :	特性等 で配慮	脈が必要	なこと、支持	爰のポイントヤ	り留意点等	例)点;	商を抜管する可	能性があ	ある、大きな・	音で興奮し	_やすいが○○す	「ると落ち着く	
特になり	J												
④その (他 ※その他、	環境面で	配慮すべき	こと、本人の生	活上の課題	簡等を記載							
環境の	変化には強い	ハ。学校	の環境変化	とがあっても不	下適応を起	こすことに	はなかった。						
通院等に関	祭し、本人・家	【族の希望	望、配慮して	てほしいこと	※通院等に	際して留意	意が必要なこと	等を記載	してください	١			
□ あり(以	下に具体的な	内容を記	載)	あり(添付資	資料を参照)		ぶし		本人·家	え族からの	の聴取を希望		
車いす車両	jの駐車場の	確保											
医療機関:	主催のカンフ	ァレンス・	への事業所	fとしての参加	1希望	││参加	を希望する						

3. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世	①家族・世帯の状況											
世帯構成	戊 □ 単身	} □ 夫婦のみ	□ 本人と	親	、と子	☑ その他(3	と、母、祖	母、姉、本人の	の5人暮らし)	
生活の場	所 🗵 自宅	🛮 🗌 グループホ	ーム	施設	その他()	
キーパーン	ル 氏名	山田	花美	続	柄	母	連絡先		03-0000-	0000		
必要性、調	家族・世帯支援の 必要性、調整にあたって の留意事項等 ・通院時は家族(母、祖母)の同席で対応予定。											
②生活の状	②生活の状況 □ 添付資料を参照 □ 本人・家族からの聴取を希望											
□ なし ☑ 障害福祉サービス・障害児支援 □ 介護保険サービス ☑ その他												
TIP + 0	サービス名	生活	个護	利用頻	度	週3回	施設•事	業所名	004-	ビス事業所		
利用中のサービス	サービス名	訪問		利用頻	度 2	2週1回	施設•事	業所名	〇〇訪問看	護ステーション	ン	
	サービス名	居宅	个護	利用頻	度	週1回	施設•事	業所名	居宅介護	サービス〇〇		
	サービス名			利用頻	度		施設•事	業所名				
1日の生活の流れ・ 社会参加の状況 添付のサービス等利用計画・個別支援計画書を参照												
に対す	や社会参加 る希望、 ごと等	体重が40kgを超え	えてきているの	で、入浴時の	家族介	護の負担が	増えている	3。退院後6	のケアも心配され	เる。		
③受診・服	薬の状況	□ 添付資料を	参照	□ 本人·家	族からの)聴取を希望						
かかりつけ		中の医療機関)		あり					1			
医療機関名		こどもクリニック	診療科	3,011	連絡先	03-0000			2ヶ月1回/	□ 外来□	訪問	
医療機関名		医療センター		んかん外来	連絡先	03-0000	-0000	受診頻度	2ヶ月1回/		訪問	
医療機関名			診療科		連絡先			受診頻度	回/	□ 外来□	訪問	
	服薬の有無	□ なし □ あ	り 服薬管	管理 │	<u>. Ll</u>	家族	その他()	
服薬状況	薬の名前	添付のおくすり手帳	を参照									
	留意点・服薬	薬介助のポイント 特	になし									
アレルギー	☑ なし	□ あり→内容:(<u>-</u>)	

通院時情報提供書(相談支援事業**所→受診医療機**関)

記入日:	年		月	日 湯	(付資料:	☑ あり	□ なし					
事業所名	i 0	○重度記	方問介護事	事業所	担当者:	名	00		連絡先		03-0000-0	0000
以下の情	報は本人及る	び家族の	の同意に基	さづいて提供	しています							
1. 基本	情報											
氏名			山田 花	代		住所東	京都○○区	.00				
生年月日	00	年(〇 月	○ 目(59 歳)							
障害名· 疾患名	筋萎縮性個	則索硬化	と症による配	5下肢機能 。	章害(1級))、両上脂	支機能障害	(1級)				
現病歴•							病院を紹介	され受診				
既往歴	2004年102005年4月			以下 2003 性側索硬化	5年1月〜 症)と診断			吸器装着	200	09年4月] 胃ろう造設	
医療的危	ケア 口 なし		あり→内容	字:(胃ろう、「	客痰吸引	(気管	切開))
手帳の係 ※障害の 障害名・疾病)内容は	なし 申請中	☑ 身障		内容: □ 積神		覚 □ 肢体 □)級	内部	その他	障害支		□ 申請中→区分(6)
				•	— 1811		7 492				<u> </u>	E 73 (- 7
	の状態、支持 、 等利用計画、				付することで	で、記載を	省略することが	が可能です				
院内にお	ける支援で留	意してほ					や治療時に懸? こだわらず自由				等を記載してくた	さい
☑ あり(以	以下に具体的な	内容を記	載)	」あり(添付:	資料を参照)	口な	L		本人·家	え族から(の聴取を希望	
								間にタオノ	レやクッシ	ション等を	挟む)、両手	は伸ばす(肘の
	やクッション等 -ションには透り							或が広い。	簡単な	質問は	YesとNoを左右	って確認)
①身体	★の状況やケ	ア で配慮	が必要なこ	と、支援のポ	イントや留意	意点等 (列)褥瘡ができ ^ん	やすい体質	iであり、	在宅では	2時間に1回の体	 本位交換を実施
A	起居動作	自立	見守り			全介助	移乗	自立		見守り	一部介助	✓ 全介助
D -	歩行 └─ 食事	自立	見守り		↑助 <u>'</u> :	全介助 助 ※食事	更衣·整容 	■ 自立	嚥下食	見守り	□ 一部介助 経管栄養	✓ 全介助 → その他
	排泄 自至		見守り	一部介助	☑ 全介				ポータフル		オムツ・ハット	→ その他
	の位置等につい	マロ 中に	原本で細かれ	->=田東夕お、公田	5							
	こついては、尿				•	おきに浣腸	影を実施してい	る。				
② <u>⊐</u> ₹.	ユニケーション	<u>/</u> で配慮カ	が必要なこ	と、支援のポー	イントや留意	点等 例)	説明時には〇〇	〇を用いな	がらゆっ	くりと話す	-	
視力	問題なし	, 🗹	やや難あり	_	聴力	問題な		や難あり	□ 困難	ŧ		
言語				」 ☑ 困難		達の手段・ス		題なし	+b+	や難あり	☑困難	
	を使用している こ補聴器を使				なるため、歩	社在は使用	していない。					
	的には透明文				眼球の動き	が低下した	た際は口文字	にてコミュ	ニケーシ	/3ンをとる	3.	
③ 行	物特性等 で配慮	慮が必要	なこと、支	援のポイントヤ	や留意点等	例)点滴	を抜管する可能	も性がある	、大きな [・]	音で興奮し	しやすいが003	すると落ち着く
11-1-1												
特にな	\$U											
④その)他 ※その他	、環境面で	で配慮すべき	きこと、本人の生	上活上の課題	等を記載						
租在(り自体機能を	カメーブキ	上(維持す	トスため 眼の	促温を定制	日的に行っ	ている (眼球	が砂燥す	スためっ	口2回	齢の下に動 着	を塗布。1日4回
	R)。就寝時			(公 /との)、 山文()		כ נייטוניםנו	المحكلتان القراري	V) † G/ X 3	3/2001	шэш	WYON LICHVE	
通院等に	際し、本人・家	家族の希	望、配慮し	てほしいこと	※通院等に	際して留意	が必要なこと等	を記載して	こくださし	١		
☑ あり(以	以下に具体的な	内容を記	載)	あり(添付:	資料を参照)	□な	L		本人·家	え族からの	の聴取を希望	
	 主催のカンフ	7-1 7	- の声楽	てしての全も	n × +8	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	×+1-1-7					

3. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世)家族・世帯の状況 □ 添付資料を参照 □ 本人・家族からの聴取を希望 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □												
世帯構成	は □ 単身	身 □ 夫婦のの	み 🗌 本.	人と親	□ 本人と	:子 [√ その他((夫、本人	人、子ど	もの4	人暮らし)
生活の場	所 ② 自宅	≧ □ グルー	プホーム	施設	: □ そ	の他()
キーパーン	ル 氏名	Ц	田 太郎		続柄		夫	連絡先		03-0	0000-0	0000	
必要性、調整	帯支援の 隆にあたって 事項等	夫は土日も仕事	事で、電話等	が繋がり	こくい。家族	矢は介記	護疲れと常	に他人が	家に居るこ	とへのスト	レスがあ	るように見ど	える。
②生活の状	②生活の状況												
□ なし ☑ 障害福祉サービス・障害児支援 □ 介護保険サービス ☑ その他													
TITL .	サービス名	重度	訪問介護		利用頻度	j	周7日	施設·事	業所名	00)ヘルパ・	ーステーショ	ン
利用中の サービス	サービス名	訪	問看護		利用頻度	;)	周3日	施設·事	業所名	00	訪問看	護ステーシ	∃ン
	サービス名						施設•事	業所名					
	サービス名				利用頻度	:		施設•事	業所名				
1日の生活の流れ・ 社会参加の状況 月水金に訪問看護を利用。ヘルパーと2人で排便。 1日の生活の流れは、添付資料を参照。													
に対す	や社会参加 る希望、 ごと等	子どもの仕事やる。	学校の様子	を知りたい	、成長を見	見守りた	こいという意	向がある	。また、家族	笑と過ごす	時間の	確保を希望	退してい
③受診・服	薬の状況	☑ 添付資	料を参照		本人·家族	からの	徳取を希望	!					
かかりつけ	医(現在受診	中の医療機関)	□ なし	□ あり									
医療機関名	0(○大学病院 	診療科	脳神経	图内科 連	絡先	03-0000	-0000	受診頻度	年2	回/	✓ 外来	訪問
医療機関名	0	○クリニック	診療科	呼吸器	内科連	絡先	03-0000	-0000	受診頻度	月2	回/	□ 外来□	訪問
医療機関名		1	診療科		連	絡先			受診頻度		回/	外来	訪問
服薬状況	服薬の有無薬の名前	□ なし ☑ ムコサール、シナ ジクアス点眼液	ール、ウルソ		□ 本人Iール酸 ※		₹族	その他(訪	問看護)
	留意点•服	薬介助のポイント	※の3つは	お湯で溶か	いし胃ろうた	ら注入	,						-
アレルギー	口 なし	☑ あり→内容:	(花粉症)

退院時情報提供書(入院医療機関→相談支援事業所)

記入日:	年	月 日	添付資料:	□ あり	□なし							
医療機関			記入者		連絡先							
以下の情報	は本人及び家族の)同意に基づいて	 :提供していま	す。								
1. 基本情												
氏名 生年月日	年	月	日(歳)	住所								
	•		日									
)想い、生活への希 ├(看護サマリー等) <i>0</i>		は、重複する項目	については省	略可能です。							
病気・障害	□ 添付資料を	参照										
後遺症等に対する想に	Ξ											
	□ 添付資料を	参昭										
退院後の生	:活	> m:										
に関する希	望 											
3 入院に	ー よる状態の変化、	退院後の支援に	こおける留意	占等								
※その他資料	↓(看護サマリー等) <i>の</i>	D添付がある場合は	は、重複する項目	については省		5る場合は記載く	ださい。					
入院によるも	※入院で状態の変化が生じた場合、在宅側に入院中の様子を伝達したい場合、退院後の生活で留意点がある場合は記載ください。 入院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと											
	※入院時と退院時における状態の変化、入院中の様子、今後の見通し、本人の活動の制約、追加で支援が必要なこと等 あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし・該当しない											
					- H							
①蛙仁	身体状況 の変化や在	ママの古塔の密	辛占									
#2				移乗	□ 自立 □ 見守り		 全介助					
A		見守り		更衣·整容	□ 自立 □ 見守り	□ 一部介助 □	<u> </u>					
└排		り 一部介助		<u> </u>	トイレ	オムツ・パット	その他					
@#±1=	コミュニケーションの	亦んわたウズのま	- 坪の図音占									
視力		□ やや難あり	【□ 困難	聴力	□ 問題なし □	やや難あり 🔲	困難					
言語		□ やや難あり [□	意思伝達	問題なし	やや難あり	困難 困難					
	I IAJAZ-G-O	((XE0))		101101111111111111111111111111111111111	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	(() () () ()						
③特に、	<u>行動特性等</u> や在宅で	の支援の留意点										
1 1												
④その 他	也(日常生活・療養で気	えを付けてほしいこ	三と等)									
④その 他	也(日常生活・療養で気	気を付けてほしいこ	と等)									

4. その他

※その他資料(看護サマリー等)の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。資料がない場合は、伝達が必要な項目 について記載してください。

①入院概要	□ 添付資料を参照
入院日	退院日 主治医名(診療科)
入院原因疾患・ 入院目的	
入院中の経過・ 治療内容	
②退院後の医療、胴	┠薬、口腔・栄養等の支援について □ 添付資料を参照
	医療機関 受診方法 □ 外来 □ 訪問
今後の 医学管理	治療方針 ※本人の治療に 対する意向を 含めて記載
	□ 点滴の管理 □ 経管栄養 →(□ 経鼻 □ 胃ろう □ 腸ろう) □ 膀胱留置カテーテル
退院後に必要な 医療処置について	□ 透析□ 呼吸管理→(□ 吸引□ 酸素療法□ 気管切開□ 人工呼吸器)□ 存瘡の処置□ その他(
	内服薬 □ なし □ あり→(入院後の内服薬変更: □ なし □ あり)
	一包化の必要性 □ なし □ あり 服薬アレルギー □ なし □ あり
服薬について	服薬介助 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助(介助内容:) □ 全介助
	退院時処方 口 なし 口 あり(退院日を含め 日分)
	留意点
	摂食方法 🗌 経口 🗌 経管栄養 🗌 静脈栄養 摂食嚥下機能障害 🔲 なし 🗌 あり
	水分とろみ □ なし □ あり→(□ 薄い □ 中間 □ 濃い)
口腔・栄養について	食形態 主食: 一 軟飯 □ 全粥 □ その他() 副食: □ 普通 □ 軟菜 □ その他()
	口腔清掃や歯科治療の必要性 □ なし □ あり()
	歯の汚れ □ なし □ あり 歯肉の腫れ、出血 □ なし □ あり()
	留意点
	必要なサービス
	□ なし □ 訪問診療 □ 訪問看護 □ 訪問歯科診療 □ 訪問薬剤管理指導
	□ 訪問リハビリテーション指導管理 □ 訪問歯科衛生指導 □ 訪問栄養食事指導
退院後に必要な	□ その他の医療系サーピス()
医療系サービス	留意点 ※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載
と留意点	

【記入例:医療的ケアが必要な重度心身障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書(入院医療機関→相談支援事業所)

記入日:	年	月	日	添付資料:	□ あり	☑ なし				
医療機関	C	○医療センタ	·_	記入者	(00	連絡先	03-0000-0000		
以下の情報は	本人及び	家族の同意に	こ基づいて抗	是供していま	す。					
1. 基本情報	ŧ .									
生年月日	OO 4	<u>山田</u> 羊 〇 月		 (<mark>11</mark> 歳	住所	東京都〇〇四	<u>×</u> 00			
2. 本人の想					,					
※その他資料(一等)の添付か 資料を参照	がある場合は、	重複する項目	目について	は省略可能です	0			
病気・障害・ 後遺症等に 対する想い	気管切開きた。「不	について両親	問看護師に聞	 				ついて理解し、ケアを習得で らや外出などこれまで通り生		
.==1.461.4=	□ 添付:	資料を参照								
退院後の生活 に関する希望	デバイスない。	が増えたことに、	よる不安はあ	るため、在宅	の主治医	や保健師、訪	問看護師は	できるだけ来てもらいた		
3. 入院による状態の変化、退院後の支援における留意点等 ※その他資料(看護サマリー等)の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。 ※入院で状態の変化が生じた場合、在宅側に入院中の様子を伝達したい場合、退院後の生活で留意点がある場合は記載ください。										
入院による状態 ※入院時と退院						めの制約、追加で	で支援が必要な	なこと等		
☑ あり(以下に	具体的な内	容を記載)	□ あり(湯	依付資料を参照	į) <u> </u>	なし・該当しない	()			
①特に、 <u>身</u>	体状況 の変	を化や在宅での	の支援の留意	点						
A 起居動		自立 🗌 見守り	□ 一部介	助 🗸 全介助	移乗	自立[見守り [」 一部介助 ☑ 全介助		
D b 歩作	·□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	自立 <u></u> 見守り 見守り		助 🔽 全介助 7 全介助 ※	│ 更衣・整 排泄方法:		見守り <u>[</u> ポータブル 「	一部介助 ☑ 全介助 ☑ オムツ・パット □ その他		
全介助で重	車いすで移		昼食(胃ろ	- うからの注入)時は必			機械浴)は週1回、全		
②特に、ユ	ミュニケーシ	ノョン の変化や	在宅での支持	爰の留意点						
祖力 言語	問題な		や難あり <u>▽</u>		恵力	重 □ 問題な		らや難あり		
処置(採	血や検査)	の際は、心持	白数が上昇す	る(モニター	常時装着	<u> </u>	支情の変化(ま不明であるが、母親は		
③特に、 <u>行</u>	動特性等 々	や在宅での支持	暖の留意点							
気管カニュ	ーレに手が	届き、触ること	があるので、	覚醒時には	目を離さな	いような配慮が	が必要である	る。抑制はしていない。		
④その他()	日常生活·タ	寮養で気を付け	ナてほしいこと	≟ 等)						

【記入例: 医療的ケアが必要な重度心身障害がある利用者・患者の例】

注入後は30分以上のギャッチアップまたは車いす乗車実施。

4. その他

※その他資料(看護サマリー等)の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。資料がない場合は、伝達が必要な項目 について記載してください。

①入院概要	□ 添付資料を参照
入院日	年〇月〇日 退院日 〇年〇月〇日 主治医名(診療科) 〇〇(小児科)
	トリソミー、心奇形合併 回は尿管ステントの定期交換と気管切開のため入院となる。
7 1130 1 1 1 1 1 1 1 1 1	吸管理、全身状態管理のため、1 泊ICUに入室するが経過問題なく、予定通り退室した。その後経過順であり、予定入院日数を超過することなく退院となる。
②退院後の医療、原	仮薬、口腔・栄養等の支援について □ 添付資料を参照
	医療機関 ○○医療センター 受診方法 ☑ 外来 □ 訪問
今後の 医学管理	治療方針 ※本人の治療に 対する意向を 含めて記載 尿路感染で敗血症になり重症化したため、定期的なステント交換必要。
	☑ 点滴の管理 ☑ 経管栄養 →(□ 経鼻 ☑ 胃ろう □ 腸ろう) ☑ 膀胱留置カテーテル
退院後に必要な 医療処置について	☑ 透析 ☑ 呼吸管理 →(☑ 吸引 □ 酸素療法 ☑ 気管切開 ☑ 人工呼吸器)□ 褥瘡の処置 □ ストーマの処置□ その他(
	内服薬 □ なし □ あり→(入院後の内服薬変更: □ なし □ あり)
	一包化の必要性 なし
服薬について	服薬介助 □ 自立 □ 見守り □ 一部介助(介助内容:) ☑ 全介助
	退院時処方 ☑ なし □ あり(退院日を含め 日分) □ より(退院日を含め 日子を含め 日分) □ より(退院日を含め 日子を含め 日
	留意点
	摂食方法
	水分とろみ □ なし □ あり→(□ 薄い □ 中間 □ 濃い) 主食: □ 米飯 □ 軟飯 □ 全粥 □ その他()
ロ腔・栄養について	食形態
口腔・木食に がいし	口腔清掃や歯科治療の必要性 🗸 なし 🗌 あり()
	歯の汚れ 🖸 なし 🗌 あり 歯肉の腫れ、出血 🗹 なし 🗌 あり()
	留意点朝・夕に口腔ケア実施
	必要なサービス
	□ なし ☑ 訪問診療 ☑ 訪問看護 □ 訪問歯科診療 □ 訪問薬剤管理指導
	☑ 訪問リハビリテーション指導管理 □ 訪問歯科衛生指導 □ 訪問栄養食事指導
19 № 1V 亜 +>	□ その他の医療系サービス()
退院後に必要な 医療系サービス	留意点 ※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載
と留意点	緊急時(気管カニューレの抜去、痰の詰まり等による呼吸状態の悪化、停電や呼吸器本体の故障・回路の破損等)は在宅の主治医へ連絡する。スペアの気管切開チューブは人工呼吸器近くに緊急時セットとして設置する。

【記入例:難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書(入院医療機関→相談支援事業所)

記入	日:		年		月	日	添付資料:	□ あり	▽な	L			
医纲	療機関			00%	病院		記入者	(00	連絡先	03-00	000-0000	
以下	の情報	服は本	人及び家	₹族の	同意に基	基づいて摂	是供していま	す。					
1.	基本性	青報											
F	氏名				山田 花	代		住所	東京都〇	\bigcirc Z \bigcirc			
生生	羊月日	С	9〇 年	С	月	○ 日	(62歳)					
•	• • •	. —	、生活へ		_	ス提会け	重複する項目	ヨニついてに	+ 少蚁可能?	です			
× (マノ 心 貝 イ	7 (10)				の物口は、	主接する場合	110 20, 619		<u> </u>			
	気・障害						必要な状態に	なってきたこ	とに大きな	:ショックを受け ^っ	 ている。気管t		乎吸
	遺症等 する想	い 岩				·				生まれる孫に会		ていたいとの衤	希望
		₽.				式の人工吗	「吸器BIPAI	で経過をあ	みながら考え	えていきたいと言	舌されている。		
退防	完後の生	L E活	」 添付資				tv L = 1= - 1	T	\	3 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2			
	関する希	き望 っ				旦かかから 換したい。	ないように、)	古用可能》	る文援を得	非ながら過ごし	(いきたい。		
	7 P÷1	- L 7	上告の	ーーー	1日 70 公人	の士	いはて切辛	上生					
-							おける留意 重複する項目		は省略可能で	です。			
									見院後の生活	舌で留意点があ	る場合は記載	ください。	
							留意してほし 今後の見通し、		か制約、追	加で支援が必要	長なこと等		
_			体的な内容		_		付資料を参照		なし・該当し	- •	, \\		
										、工呼吸器BII 検討が必要で			
										る。療養中のご			
	ただきた												
(援の留意							
	<u> </u>	是居動作 歩行			見守り		助 📝 全介助	移乗 更衣•整	自			力 全介助	
	D H	沙1」	 	立 〕見守	見守り [り □ -	一部介! -部介助「✓	助 🗾 全介助 一全介助 ※			立 <u></u> 見守り	一 一部介助		
lf							_			の皮膚の観察			
	UI.		77 1771	12716	" / (L)			77 (0.00 4	改但即位	·//文/目》的示		±110000	,,,,
(②特に	, <u>⊐≷</u> ュ	ニケーシ	<u>ョン</u> の 🏻	変化や在	宅での支援	暖の留意点						
	視力		√ 問題な		□ やや業		困難	聴力	. —	題なし 📗	やや難あり	困難	
	言語	3	問題な	<u> </u>	✓ やや糞	離あり	困難	意思伝	選 問	題なし ✓	やや難あり	」 困難	
	特になり	<u></u>											
(3特に	、 <u>行動</u>	特性等 や	在宅で	の支援の)留意点							
	特になり	U											
(4その	他(日常	常生活・療	養で気	を付けて	こほしいこと	等)						
			なってきた にしてきない			易めている」	 上、BIPAP製	長着により[コ頭でのコ	ミュニケーション	 小がとりづらくた) <u> </u>

【記入例:難病で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

4. その他

※その他資料(看護サマリー等)の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。資料がない場合は、伝達が必要な項目 について記載してください。

①入院概要		□ 添付資料を参照										
入院日	○年○月○日	退院日	○年○月○日	主治医名(診療科)	○○ (神経内科)							
入院原因疾患· 入院目的	ALS 呼吸苦の増強による	ALS 呼吸苦の増強による呼吸管理目的										
入院中の経過・ 治療内容	(夫・長女)と話し	入院当初はネーザルハイフローによる呼吸管理で様子をみながら、呼吸管理の方法についてご本人、ご家族 (夫・長女)と話し合い、鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPを導入した。軽度の誤嚥性肺炎を併発したが、抗 生剤投与と概ね2時間毎の吸引で軽快している。										
②退院後の医療	・	等の支援について	□ 添付資料を参照	l								
	医療機関	\triangle	クリニック	受診方法	来 🗹 訪問							
今後の	治療方針	当面、BIPAP管理	で経過をみていきながら、	病状進行時には気管	管切開+人工呼吸器							

②退院後の医療、肌	塚薬、口腔・栄養	養等の支援について	添付資料を参照	Ę		
	医療機関	△△ クリニ ッ:	ל	受診方法	□ 外来 ☑	訪問
今後の 医学管理	治療方針 ※本人の治療に 対する意向を 含めて記載	当面、BIPAP管理で経過を管理も検討する。 停電や呼吸器本体の故障 用による皮膚トラブル(MD	・回路の破損等、	、リーク(空気	えの漏れ) の増加	
退院後に必要な 医療処置について	□ 点滴の管理 □ 透析 ☑ □ 褥瘡の処置 □ その他(呼吸管理 →(☑ 吸引	経鼻 ☑ 胃疫 酸素療法	ろう □ 腸ろ□ 気管切開		光留置カテーテル 吸器)
服薬について	一包化の必要 服薬介助 □ 退院時処方 □		服薬アレルギー 部介助(介助内容 含め 3 日分	分)	☑ あり)☑ あり) ☑ 全介助
口腔・栄養について	食形態副	経口 ☑ 経管栄養 □ なし □ あり→(□ 薄し食:□ 米飯 □ 軟飯食:□ 普通 □ 軟菜科治療の必要性 □ なしなし □ あり 歯肉の	□ 全粥 □ その他(□ あり(摂食嚥下機 湯い その他(能障害 □ なし 日の□ <u>腔</u> ケア あり(、
退院後に必要な 医療系サービス と留意点	☑ 訪問リハビ! □ その他の医 図意点 ※医療・呼吸状態に合	ス 訪問診療 ✓ 訪問看護 リテーション指導管理 □ 療系サーピス(原ケアにおける留意点、緊急時や 合わせて、適宜△△クリニックに は、△△クリニックより当院地域	IBIPAPの設定を	音導 □ 馬や対応の必要 配相談	引薬剤管理指導 訪問栄養食事指 性等を記載)

【記入例:脳性麻痺で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

退院時情報提供書(入院医療機関→相談支援事業所)

記入日:	年	月	日	添付資料	4: 🔽 あり	□なし						
医療機関	O	〇病院		記入者	MSW○○、看	護師〇〇	連絡先	03-00	000-0000			
以下の情報は	本人及び家族	英の同意に基	づいて提	供してい	います。							
1. 基本情報												
氏名		山田 花美	€		住所 東京	京都〇〇区						
生年月日	○○ 年	〇 月	〇 日(48	歳)		.00					
2. 本人の想 ※その他資料(看			場合は、	重複する項	頁目については省	略可能です。						
病気•障害•	□ 添付資料	を参照										
後遺症等に 対する想い	以前のように「	コから食べられ	るようになり	りたい。								
退院後の生活	□ 添付資料	を参照										
に関する希望	家に帰りたい、	入院前に通っ	ていた生活	舌介護事	業所にまた行きた	 こい。						
3. 入院によ	る状能の変化	と、退院後の	支援にお	さける留	音占筌							
※その他資料(看	看護サマリー等)の添付がある	場合は、	重複する項	頁目については省							
※入院で状態の変						後の生活で留	習意点があ	る場合は記載	ぱください。 ──────────────────────────── ─			
人院による状態 ※入院時と退院	、院による状態の変化、予後・予測、退院後の支援で留意してほしいこと ※入院時と退院時における状態の変化、入院中の様子、今後の見通し、本人の活動の制約、追加で支援が必要なこと等											
☑ あり(以下に	☑ あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし・該当しない											
誤嚥性肺炎治療												
本人と話し合った												
希望が強く、少量 訪問看護や訪問							50 JY 124X 1	コナ牧の指名	身で1丁プと共に、			
食べたい物を母乳							強い時には	ま、「食べさせ	てはだめです			
か?」と看護師は	こ尋ねてくるため)、本人、家族	へのその都	『度の説明	月が必要である。							
①特に、 <u>身</u> (本状況 の変化 ²	や在宅での支持	爰の留意に	点								
A 起居動	動作 自立	見守り	一部介助	」 全介	助移乗	自立	見守り		」 全介助			
D 歩行	一 自立	 見守り	一部介助		助更衣·整容	✓ 自立 🗌	見守り	━ □ 一部介助	」☑ 全介助			
L 排泄	□ 自立 □ 月	見守り 🗌 一	部介助 🗸	全介助	※排泄方法:	トイレ	ホ [°] ータフ゛ル	✓ オムツ・パッ	ト □ その他			
				DLには大	きな変化はない	が、排便コン	トロールが	必要となった	:。今後も緩下			
	行う必要があり			5±7 D	ᆆᄱᇟᆰᆂᆉᅔ	・タヌシロレ ナモンド・	^ BB⊒1/+	日日日五十八ノベニュ	ラフハフ			
民後の口腔	ELJMZ PLONICON	、吹り奋の华1	開か必安 (തോം പ്	親は吸引手技を	首待しての!	人 吹りに	回題は八八	にいる。			
②特に、 <u>コミ</u>	ュニケーション	<u>v</u> の変化や在宅	での支援	の留意点	i							
視力	☑ 問題なし	したか難		困難	聴力	☑問題なし		やや難あり	困難			
言語 2000年1	┃ 問題なし	レン やや難		困難	意思伝達ないでは入院前後で	▽ 問題なし		やや難あり	困難			
が 土体が 年に	より円り間です	メリにくいが、コミ	(<u>1</u> _9 - 9	/コンに ンし	には八灰別後に	、後行しるない。	0					
③特に、 <u>行</u>	動特性等 や在 ⁹	宅での支援の冒	留意点									
特になし												
④その他(日	∃常生活•療養	で気を付けては	ましいこと	等)								
今回の入院	で医療的ケア	が増えたため、	在宅での終	迷続的な[医療サービス提供	せが必要。訪	問診療を	行うかかりつ	け医と訪問看護			
師との連携の	こよる医療支援	受に加えて、母親	親の介護負	負担への関	配慮も要する。ま	た、福祉用具	具による吸	引器のレンタ	アルまたは購入も			
									で護事業所に通			
うことを楽しる	みにされており、	事業所にて胃	ろうによる	栄養剤注	三入の対応可能が	かどうか確認も	ら必要と思	われる。				

【記入例:脳性麻痺で重度の身体障害がある利用者・患者の例】

4. その他

※その他資料(看護サマリー等)の添付がある場合は、重複する項目については省略可能です。資料がない場合は、伝達が必要な項目について記載してください。

①入院概要		添付資料を参照			
入院日	○年○月○日	退院日	○年○月○日	主治医名(診療科)	○○ (内科)
入院原因疾患· 入院目的	誤嚥性肺炎				
入院中の経過・	〇月〇日、かかりつけ医による往診で発熱や咳嗽、喀痰の呼吸器症状がみられ、当院へ紹介入院となる。入院後、誤嚥性肺炎の診断となり、抗生剤治療を実施し肺炎は改善したが、嚥下機能評価の検査では、誤嚥リスクが高く、言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーションを開始した。経口摂取での栄養管理は困難であり、本人の意思確認の後、胃ろう造設を行うと共に、摂食嚥下リハビリテーションを継続している。				

②退院後の医療、服薬、口腔・栄養等の支援について					
今後の 医学管理	医療機関	訪問診療○○クリニック 受診方法 □ 外来 ☑ 訪問			
	治療方針 ※本人の治療に 対する意向を 含めて記載	摂食嚥下機能の回復は厳しく、胃ろうからの栄養剤注入が継続的に必要な状態である。本人は経口摂取を強く望まれていることから、摂食嚥下リハビリテーションの継続と共に全身管理も必要である。口腔ケア、口腔内吸引、排便コントロールも適宜要する。			
退院後に必要な医療処置について	 □ 点滴の管理 ☑ 経管栄養 →(□ 経鼻 ☑ 胃ろう □ 腸ろう 〕 膀胱留置カテーテル □ 透析 ☑ 呼吸管理 →(□ 吸引 □ 酸素療法 □ 気管切開 □ 人工呼吸器 □ 人工呼吸器 □ 褥瘡の処置 □ ストーマの処置 ☑ その他(排便コントロール:内服調整、浣腸処置が適宜必要 				
服薬について	内服薬 □ 一包化の必要				
	服薬介助 □ 退院時処方 □	自立 □ 見守り □ 一部介助(介助内容:) ☑ 全介助 なし □ あり(退院日を含め 14 日分)			
		便コントロールに対して、定期の緩下剤や屯用の処方あり。			
	摂食方法	経口 ☑ 経管栄養 □ 静脈栄養 摂食嚥下機能障害 □ なし ☑ あり			
	水分とろみ	なし ☑ あり→(□ 薄い □ 中間 ☑ 濃い)			
ロ腔・栄養について	Ⅰ 食形態 Ⅰ	食:			
THE PROPERTY	□腔清掃や歯科治療の必要性 □ なし □ あり(□腔ケアは特に必要)				
	歯の汚れ	なし ☑ あり 歯肉の腫れ、出血 ☑ なし □ あり()			
	留意点 母	親へ口腔ケアの指導は行っているが、口腔内の評価や指導を継続する必要あり。			
	必要なサービス	٦			
	□ なし ☑ 訪問診療 ☑ 訪問看護 □ 訪問歯科診療 □ 訪問薬剤管理指導				
	☑ 訪問リハビリテーション指導管理 ☑ 訪問歯科衛生指導 ☑ 訪問栄養食事指導				
退院後に必要な	□ その他の医療系サービス()				
返院伎に必安な 医療系サービス	留意点 ※医療ケアにおける留意点、緊急時や症状を踏まえた連携や対応の必要性等を記載				
と留意点	摂食嚥下機能の回復は現状では厳しく、どの程度まで経口摂取が可能かは今後のリハビリ経過を見ていく必要				
	がある。母親は積極的な関わりを行っているものの、医療的ケア等は初めてのことが多く、医療専門職によるアド				
		は不可欠と思われる。今後も誤嚥性肺炎を再発する可能性があり、体調変化(発熱や			
	SpO2低下等)	時に訪問診療・往診にて対応が困難と判断されれば、当院へ連絡下さい。			