

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)	・・・ 1～2
介護給付費・訓練等給付費等支給変更申請書(18歳以上)	・・・ 3～4
介護給付費・障害児通所給付費等支給申請書(18歳未満)	・・・ 5～6
介護給付費・障害児通所給付費等支給変更申請書(18歳未満)	・・・ 7～8
世帯状況・収入等申告書	・・・ 9～10
介護給付費等支給申請取下書	・・・ 11
福祉サービス利用者等異動届	・・・ 12～13
サービス等利用計画案提出依頼書	・・・ 14～18
記載の手引き	・・・ 19～27
申請者の現状(別紙1, 2)	・・・ 28～29
サービス等利用計画案(計画様式1-1～1-3)	・・・ 30～32
セルフプラン記載の手引き	・・・ 33～34
セルフプラン様式	・・・ 35～36
セルフプラン記載例	・・・ 37～38
計画相談支援給付費等支給申請書	・・・ 39
計画相談支援等依頼(変更)届出書	・・・ 40
計画相談支援等契約内容報告書	・・・ 41
障害福祉サービス等支給決定情報提供申出書	・・・ 42～43
利用者負担上限額管理事務依頼等届出書	・・・ 44
利用者負担上限額管理結果票	・・・ 45
利用者負担額一覧表	・・・ 46
サービス等利用計画(計画様式2-1～2-3)	・・・ 47～49
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)	・・・ 50
在園証明書(多子軽減用)	・・・ 51
高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書	・・・ 52
共同住居契約家賃額証明書	・・・ 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	・・・ 56
・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)	・・・ 57
・体制加算に関する届出書	・・・ 59
・サービス担当者会議記録 保存様式	・・・ 63
・サービス提供時モニタリング記録 保存様式	・・・ 64
・主任相談支援専門員配置加算に係る通知、届出書	・・・ 65
・地域体制強化共同支援加算に係る通知、様式	・・・ 68
・入院時情報提供書、通院時情報提供書、退院時情報提供書	・・・ 72

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。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。

所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「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に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（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。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割16万円（20歳未満の施設入所者にあつては28万円）未満。ただし、20歳以上の施設入所者、共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村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。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 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。））

特定障害者特別給付費に関する認定
 下記に該当するため、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】
<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 生活保護又は市町村民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 20歳以上で生活保護又は市町村民税非課税世帯	

医療型個別減免に関する認定（※療養介護利用者のみ）
 右記に該当するため、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）

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です。）。

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	
医療機関の所在地	電話番号		

障害福祉サービス等以外のサービス利用状況

施設サービス	利用中の施設の種類と内容等 施設種類（ ） 施設（病院）名称（ ）			
介護保険	要介護認定	有・無	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5	
	利用中のサービスの種類と内容等			

緊急時の連絡先（届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			

同意欄（同意する項目にチェックしてください。）

介護給付費又は訓練等給付費（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。）の支給申請にあた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す。

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、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支援事業者に提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、障害支援区分認定結果を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。

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

次のとおり、介護給付費等の支給変更について申請します。

年 月 日

Application form for fee changes, including fields for applicant name, address, and various disability certificates (Body, Therapy, Mental).

届出者 (※申請者同一の場合は記入不要です。)

Form for registrant information, including name, address, and relationship to applicant.

変更を申請する障害福祉サービス等の種類

Main application form for service types, categorized into Care Fees, Training Fees, and Moving Support Fees.

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。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。

所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「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に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（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。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割16万円（20歳未満の施設入所者にあつては28万円）未満。ただし、20歳以上の施設入所者、共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村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。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 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。））

特定障害者特別給付費に関する認定
 下記に該当するため、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】
<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 生活保護又は市町村民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 20歳以上で生活保護又は市町村民税非課税世帯	

医療型個別減免に関する認定（※療養介護利用者のみ）
 下記に該当するため、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）

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です。）。)

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	
医療機関の所在地	電話番号		

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。）

障害支援区分	区分	1	2	3	4	5	6	無	(いずれかに○をつける)
介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）								
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護								
	<input type="checkbox"/> 同行援護								
	<input type="checkbox"/> 行動援護								
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援								
	<input type="checkbox"/> 療養介護								
	<input type="checkbox"/> 生活介護								
	<input type="checkbox"/> 短期入所								
訓練等給付費	<input type="checkbox"/> 施設入所支援								
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助								
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練・生活訓練（宿泊型））								
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設以外・養成施設）								
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型・B型）								
移動支援費	<input type="checkbox"/> 就労定着支援								
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助								
介護保険	<input type="checkbox"/> 移動支援								
	要介護認定	有・無	要支援1・2		要介護1・2・3・4・5				
	利用中のサービスの種類と内容等								

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			

負担上限月額に関する認定（移動支援費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。	
所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「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に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） ※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けてください。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割28万円未満） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村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。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 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。））
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 第2子に該当する児童 <input type="checkbox"/> 第3子以降に該当する児童	
<input type="checkbox"/> 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です。）。	

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	
医療機関の所在地	電話番号		

障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

利用中のサービスの種類と内容等	
-----------------	--

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			

同意欄（同意する項目にチェックしてください。）

<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。
署名 _____

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

次のとおり、介護給付費等の支給変更について申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒 札幌市 区		
支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		続柄	
	個人番号			
身体障害者手帳	有・無	年 月 日交付	障害程度： 種 級	
		第 号	障害種別：肢体・視覚・聴覚・言語・内部	
療育手帳	有・無	年 月 日交付	障害程度： A ・ B ・ B-	
		第 号		
精神障害者保健福祉手帳	有・無	年 月 日交付	障害程度： 1級 ・ 2級 ・ 3級	
		第 号		
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。）

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	〒		

変更を申請する障害福祉サービス等の種類

介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）
	<input type="checkbox"/> 同行援護
	<input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援
	<input type="checkbox"/> 短期入所
	希望支給量
障害児通所給付費	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援
	※治療を受ける場合は、健康保険証の写しを併せてご提出ください。 （被保険者証の記号及び番号 _____ 保険者名及び番号 _____）
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
	希望支給量
移動支援費	<input type="checkbox"/> 移動支援（ <input type="checkbox"/> 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。）
	希望支給量

負担上限月額に関する認定（移動支援費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。	
所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「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に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） ※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けてください。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割28万円未満） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村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。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 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。））
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 第2子に該当する児童 <input type="checkbox"/> 第3子以降に該当する児童 【同意欄】 同意する場合にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 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。 署 名 _____	
<input type="checkbox"/> 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です。）。	

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	
医療機関の所在地	電話番号		

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。）

介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助） （) <input type="checkbox"/> 同行援護 () <input type="checkbox"/> 行動援護 () <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 () <input type="checkbox"/> 短期入所 ()
障害児通所給付費	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 () <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス () <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 () <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 () <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 ()
移動支援費	<input type="checkbox"/> 移動支援 ()
その他	利用中のサービスの種類と内容等

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			

世帯状況・収入等申告書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

年 月 日

次のとおり申告します。

申告者欄(※支給申請書又は支給変更申請書を本申告書と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

届出者欄(※申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。)

フリガナ		申告者との関係	
氏名			<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
住所	〒		電話番号

※不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

現在、別居の場合「○」を記入

1 世帯の状況等について

世帯構成等	氏名	続柄	生年月日	別居の有無	扶養状況 (16~18歳)	乳幼児在園状況
	支給申請に係る児童(障がい者)本人		本人	年 月 日		
世帯主			年 月 日			
世帯員			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

※「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。

※「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
		本人の収入	本人の収入
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		
	雇用保険		
	()手当		
	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			
必 要 経 費	⑤租税の課税額		
	住民税		
	所得税		
	固定資産税		
	自動車税		
	その他()		
	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	生活保護 ・ 低所得 ・ 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)		
区役所職員記入欄			

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 (保護者)氏名		生年月日	年	月	日
フリガナ 申請に係る 児童氏名		生年月日	年	月	日
		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

年 月 日

(宛先) 札幌市 区保健福祉部長

届出人 氏名 _____ (利用者との続柄 _____)

住所 _____ 区 _____

電話 _____ FAX _____

利(受給資格者)	ふりがな _____	電話 _____	
	氏名 _____	年 月 日生 (歳) FAX _____	
	個人番号: _____	※療育手帳、高齢福祉サービス以外の手続の方は記入	
	住所 _____ 区 _____		
施設名 (入所・通所) _____			
対象児童	ふりがな _____	生年月日 _____	年 月 日生
	氏名 _____	続柄 _____	
	個人番号: _____		

次のとおり届け出いたします。

居住地変更 ・手帳(身体・療育・精神) ・障害福祉サービス ・高齢福祉サービス ・特別障害者手当等	本人	旧住所	異動年月日 . .
	保護者	新住所	電話 _____
旧住所		電話 _____	異動年月日 . .
氏名変更 ・手帳(身体・療育・精神) ・障害福祉サービス ・高齢福祉サービス ・特別障害者手当等	本人	旧氏名	異動年月日 . .
	保護者	新氏名 _____ (本人との続柄 _____)	異動年月日
旧氏名			. .
保護者の変更 ・障害福祉サービス	変更後	住所 _____	異動年月日
	氏名 _____ (本人との続柄 _____) 電話 _____		
介護者の変更 ・入浴サービス	変更前	住所 _____	. .
	氏名 _____ (本人との続柄 _____) 電話 _____		
死亡・廃止 入退院(所)届 ・手帳(身体・療育・精神) ・障害福祉サービス ・高齢福祉サービス ・施設利用者(高齢)	死亡日 _____ 年 月 日	障がい非該当日 _____ 年 月 日	
	辞退 _____ 年 月 日	辞退するサービス _____	
	辞退理由: _____		
	入院(所)日・退院(所)日 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 機関名 _____		
手当喪失 ・特別障害者手当等	死亡日 _____ 年 月 日	障がい非該当日 _____ 年 月 日	
	経過的福祉手当受給資格者の障害年金等受給日 _____ 年 月 日		
	障害児福祉手当受給資格者の満20歳到達日又は年金受給日 _____ 年 月 日		
	入院日・入所日 _____ 年 月 日 機関名 _____		
手当関係 支払金融機関変更 障がい者・障がい児 名義	<input type="checkbox"/> 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す 国に事前に登録した公金受取口座の情報について、札幌市及び各区が個人番号を基に情報照会を行うことに同意します		
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座の利用をやめます →下記に口座情報を記入・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・当座 口座番号 _____	口座名義人 _____	

※ 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。

様式5 (裏)

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					転入・転出・死亡	・ ・
・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					転入・転出・死亡	・ ・
・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	・ ・

身障手帳	手帳番号 第 号、種 級、交付年月日 年 月 日					
(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 日					
精神手帳	手帳番号 第 号、 級、交付年月日 年 月 日					
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) 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)、その他					
健康保険の加入	国保・協会けんぽ・組合管掌・共済組合 () 船員・後期高齢・未加入 (生保・その他)					取扱者氏名
備 考						

未 支 払 手 当 請 求 書						
(宛先) 札幌市 区保健福祉部長				年 月 日		
受給資格者が死亡したので、以下のとおり未支払の		特別障害者手当		を請求します。		
		障害児福祉手当				
		経過的福祉手当				
請求者		住 所 _____				
		氏 名 _____ (本人との続柄 _____)				
		電話番号 _____				
受給資格者氏名		生年月日	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・無	祖父母 有・無	兄弟姉妹 有・無
支払方法	金融機関名		支店名			
	普通・当座 口座番号		口座名義人			
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。						

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】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市 区 条 丁目

札幌市 区保健福祉部保健福祉課 TEL 011- -2400

～サービス等利用計画案の提出について～

法改正により、平成24年4月から、障害福祉サービスや地域相談支援
 を利用する場合には「サービス等利用計画案」を、障害児通所支援を利用
 する場合には「障害児支援利用計画案」（以下、これらを「計画案」とい
 います。）をご作成いただくことが必要となりました。

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
 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。

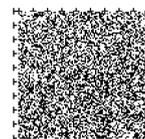
1 計画案の作成

- ・ 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。
- ・ 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。

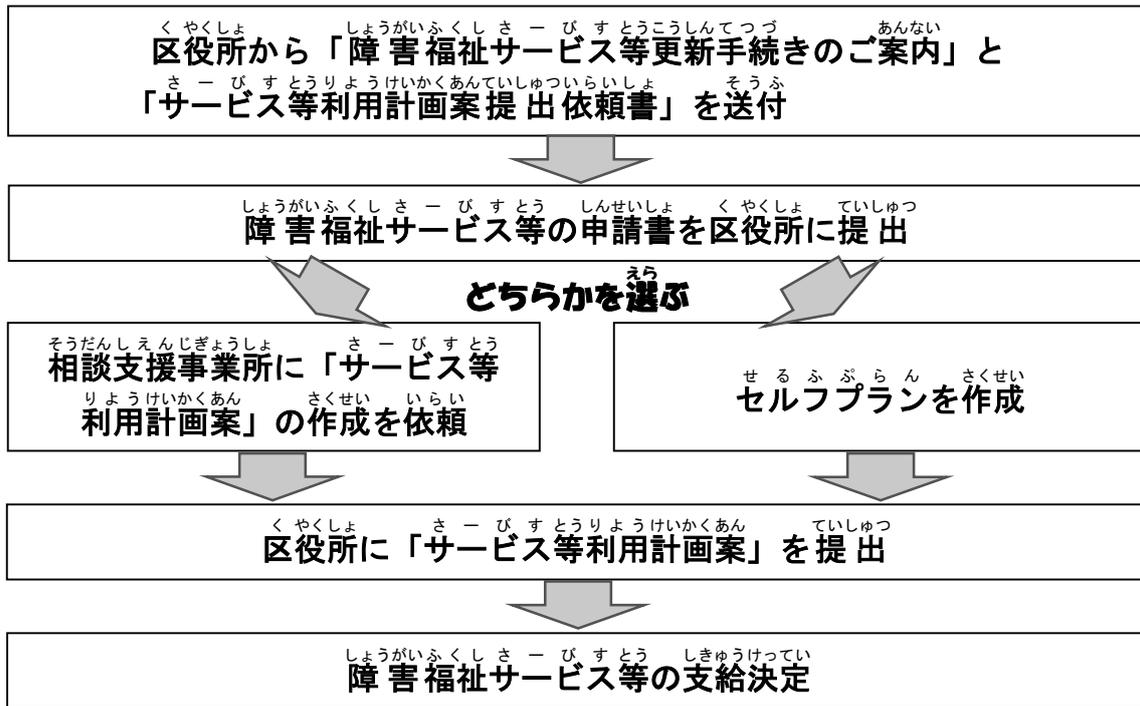
2 計画案の作成が必要な方

- ・ 障害福祉サービス、障害児通所支援又は地域相談支援の支給申請を行
 った方が対象となります。

（裏面に続きます）



3 計画案提出の流れ



4 Q & A

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。

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すので、利用者が費用を負担することはありません。

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。

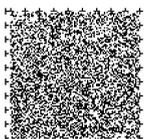
A 計画案は、支給決定の際の参考となる資料ですので、期限までに提出されなかった場合、サービス利用の開始が遅れてしまうことがあります。計画案の提出が遅れそうな場合は個別にご相談ください。

Q 提出した計画案どおりに支給決定されるのですか。

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があります。

Q サービス利用開始後に計画を見直す機会がありますか。

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（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。



～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。

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。

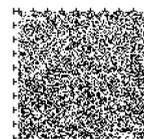
1 計画案の作成が必要な方

- 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対象となります(サービスの追加申請や更新申請も含まれます)。

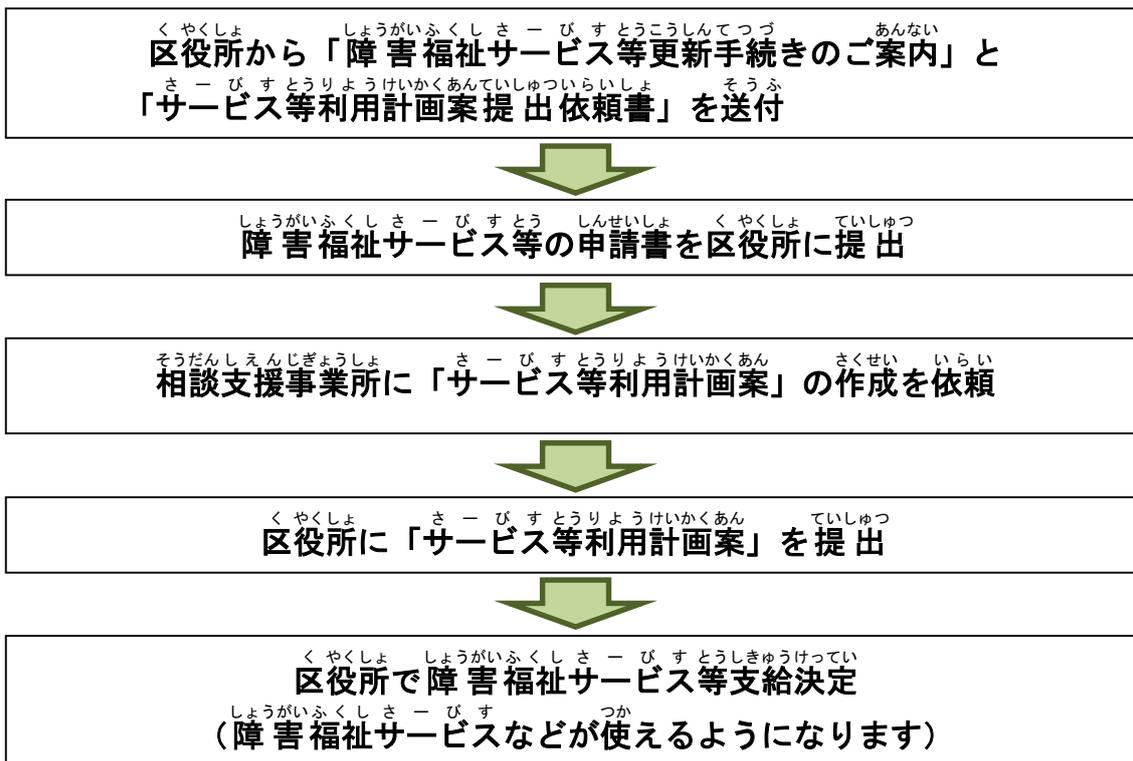
2 計画案の作成

- 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、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ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(区役所へご相談ください)。

(裏面に続きます)



3 サービス利用までの流れ



4 Q&A

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。

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すので、利用者が費用を負担することはありません。

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。

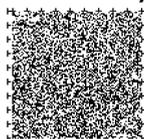
A 計画案は、支給決定の際の参考となる資料ですので、期限までに提出されなかった場合、サービス利用の開始が遅れてしまうことがあります。計画案の提出が遅れそうな場合は個別に区役所へご相談ください。

Q 提出した計画案どおりに支給決定されるのですか。

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。

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。

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（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。



- 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
- サービス等利用計画、障害児支援利用計画（計画様式2）
- 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、利用者との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に、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に関連付け、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。
- ・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にできるだけ具体的に記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）の違いが分かるように記載する。
- ・起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間（誰が、何を、支援しているか）もできる限り切れ目なく記載する。
- ・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に記入する。

【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		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		性別		生年月日		年齢		電話又はFAX番号	
住所									持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()
障害または疾患名				障害者手帳(種別・等級)			援護地		
経済状況	(収入)				(年金)			(手当)	
保護者または緊急連絡先	(氏名)			(続柄)		(電話番号)			
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入					社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)				
生活歴 ※受診歴等含む							医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等		
							健康保険()		
本人の主訴(意向・希望)					家族の主訴(意向・希望)				

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考(担当者・連絡先)
公的支援 (障がい福祉サービス等)					
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

	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								

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）

さくせいび 作成日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃ どうい しょめいらん 利用者同意署名欄
--------------	-----------	---------	---------	---------	------------------------------

りようしゃ しめい 利用者氏名		しょうがいしえん 障害支援					えん 円	そくだんしえん じぎょうしゃめい 相談支援事業者名	
じゆきゆうしゃばんごう 受給者番号		くぶん 区分						けいかく さくせい たんとうしゃ めい 計画作成担当者名	でんわ 電話

◎利用者との面接

めんせつび 面接日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃいがい めんせつしゃ 利用者以外の面接者	りようしゃ かぞく 利用者の家族 ()	その他 ()
めんせつび 面接日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃいがい めんせつしゃ 利用者以外の面接者	りようしゃ かぞく 利用者の家族 ()	その他 ()

◎生活に対する意向、援助方針

りようしゃおよ 利用者及びその かぞく せいかつ 家族の生活に たい いこう 対する意向	
そうごうてき えんじよ ほうしん 総合的な援助の方針	
ちようきもくひよう 長期目標	
たんきもくひよう 短期目標	

◎モニタリングの期間

<input type="checkbox"/> まいつきじっし 毎月実施	しきゆう きかん かいし つき 支給期間開始月から げつ か月
<input type="checkbox"/> つき 月ごとに1回実施	

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

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

<small>ゆうせん 優先 じゆんい 順位</small>	<small>かいけつ かいけつ 課題</small> ・ <small>かだい かだい 本人の</small> ニーズ	<small>しえんもくひよう 支援目標</small>	<small>たっせいじき 達成時期</small>	<small>ふくし 福祉サービス等</small> の種類、 <small>しゆるい しゆるい</small> 内容、 <small>りよう りよう</small> 量	<small>かだい 課題解決</small> のための本人の役割	<small>ひようかじき 評価時期</small>	<small>たりのういじこう その他留意事項</small>
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4けいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも 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								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

ていきょう じつげん サービス提供によって実現す る生活の全体像	
--	--

セルフプラン 記載の手引き

◎セルフプラン①

- 1 利用者氏名**
サービス等を利用される方のお名前を記載します。
- 2 受給者番号・障害支援区分**
障害福祉サービス等の受給者証に記載されているとおりに記載します。
なお、新たに支給決定を受ける方で受給者証が交付されていない場合や、障害支援区分が認定されていない場合は、記載は不要です。
- 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。
- 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。
- 5 計画作成日**
セルフプランを作成した日を記載します。
- 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、補助者のお名前を記載します。
- 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（）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。

11 【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。

- (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
一つ目(上)の□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
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

(作成可能な場合に記入してください。)

1 週間計画表

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。

2 週単位以外のサービス

- (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。
(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) 一時的に必要なとなるサービス等について記載します。

3 福祉サービス提供事業所

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）

利用者氏名 <small>りようしゃ しめい</small>		障害支援 <small>しょうがいじ えん</small>		生年月日 <small>せいねんがっぴ</small>	昭和・平成・令和 <small>しょうわ へいせい れいわ</small>	年 月 日 <small>ねん がつ にち</small>	連絡先電話番号 <small>れんらくさきでんわばんごう</small>	—	—
受給者番号 <small>じゅきゆうしやばんごう</small>		区分 <small>くぶん</small>		計画作成日 <small>けいかくさくせいび</small>	令和 <small>れいわ</small>	年 月 日 <small>ねん がつ にち</small>	作成補助者（または保護者） <small>さくせいほじょしや ほごしや</small>		

◎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

希望する生活、 目標など <small>きぼう せいかつ</small> <small>もくひょう</small>	
--	--

◎これから利用したいサービス

日中活動	サービス	目標	(利用回数)
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	目標： 週・月 回
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム) <input type="checkbox"/> 共同生活援助 【体験利用】 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	目標： 週・月 回
住まい	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院等介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> その他 ()	目標： 週・月 回
その他	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> その他 ()	

【必須】 次のア・イのいずれかに必ずチェックしてください。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。

ア 私はこのセルフプラン提出後、相談支援事業所に「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。
 依頼したい(している)相談支援事業所名: _____

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、相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、又は説明等を受けています。

利用者確認欄(署名)

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

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

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン②）

しゅうか^{しゅうか}けい^{けい}かく^{かく}ひょう^{ひょう}
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたん ^{しゅうたん} い ^い が ^が い ^い 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								ふくし ^{ふくし} サービス ^{サービス} 提供 ^{ていきよ} 事業 ^{ぎょうじ} 所 ^{しょ}
10:00								<p>児童発達支援または放課後等デイサービスを利用し、2事業所以上利用されている場合</p> <p>事業所間における連携を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない</p> <p>※児童発達支援及び放課後等デイサービスにおいて、2事業所以上利用されている児童について、事業所間で児童の状態や支援状況の共有等の連携を行った場合に、各事業所が請求時に加算をつけることができるようになりました（事業所間連携加算）。上記の質問は、事業所間の連携について、一旦保護者様の希望を確認するものです。</p>
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

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。)

【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①）

利用者氏名 札幌 太郎	障害支援 区分	3	生年月日 昭和平成令和 〇〇年〇〇月〇〇日	連絡先電話番号 —
受給者番号 1234567890	計画作成日 令和〇年〇〇月〇〇日	作成補助者 (または保護者)	—	

◎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

希望する生活、 目標など	ひと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。
-----------------	--

◎これから利用したいサービス

日中活動	<input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能) <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 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しながら、一人で仕事ができるようになる。	(利用回数) 週 5 回
住まい	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム) <input type="checkbox"/> 共同生活援助 【体験利用】 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	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。	週・月 1 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院等介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> その他 ()	目標： 映画館に行ったり、買い物をしたりして、行ける所を増やす。	月 1 回
その他	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input checked="" type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	目標： 映画館に行ったり、買い物をしたりして、行ける所を増やす。	月 1 回

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。

ア 私はこのセルフプラン提出後、相談支援事業所に「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 () している) 相談支援事業所名：

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、相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、又は説明等を受けています。

署名

利用者確認欄(署名)

札幌 太郎

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

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
-----------	----------	------------------

【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）

時間	月	火	水	木	金	土	日	サービス
4:00								週単位以外のサービス
5:00								移動支援（月1回、日曜日）に映画館や買い物に行く。）
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								福祉サービス提供事業所
10:00								就労支援センター△△ 家族と過ごす（外出等） 住宅介護事業所□□□
11:00								
12:00								
13:00	就労移行支援	就労移行支援	就労移行支援	就労移行支援	就労移行支援			※月1回、映画館や買い物に行く。
14:00						居宅介護（家事援助）		
15:00								児童発達支援または放課後等デイサービスを利用し、2事業所以上利用されている場合
16:00								
17:00								事業所間における連携を
18:00								<input type="checkbox"/> 希望する
19:00								<input type="checkbox"/> 希望しない
20:00								※児童発達支援及び放課後等デイサービスにおいて、2事業所以上利用されている児童について、事業所間で児童の状態や支援状況の共有等の連携を行った場合に、各事業所が請求時に加算をつけることができるようになりました（事業所間連携加算）。上記の質問は、事業所間の連携について、一旦保護者様の希望を確認するものです。
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

標準的な週間計画をご記入ください

児童発達支援または放課後等デイサービスを2事業所以上利用されている場合はどちらかにチェック

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。）

計画相談支援等 依頼（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。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	〒	電話番号				
フリガナ			生年月日	年	月	日
支給決定に係る児童氏名			続柄			
受給者証番号						
計画相談支援等 （変更）する事業者	事業者の事業所名					
	事業者番号					
	事業所の所在地	電話番号				
	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ださい）				
		変更年月日（令和 年 月 日付）				

届出者（※申請者と同一の場合は記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	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 この様式により難しいときは、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 区保健福祉部長 様

事業者番号									
事業者及びその事業所の名称 代表者									

下記のとおり、当指定特定（障害児）相談支援事業者と計画相談支援又は障害児相談支援対象障害者（保護者）との計画相談支援又は障害児相談支援の利用契約について、報告いたします。

記

報告対象者

受給者証番号									
認定障害者（保護者）氏名				認定に係る 児童氏名					

契約締結の報告

契約期間始期	令和	年	月	日
--------	----	---	---	---

契約内容変更の報告

変更後の 契約期間始期	令和	年	月	日	変更理由				
----------------	----	---	---	---	------	--	--	--	--

契約終了の報告

契約期間終期	令和	年	月	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。

申 出 者 欄	氏 名		住 所	〒
	事業者 名 称			
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 () <input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定障害児通所支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援事業者		

受 給 者 欄	受 給 者 番 号			
	氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	〒		
	児 童 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	年 月 日
提供等 資料欄	<input type="checkbox"/> 市町村審査会資料 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 医師意見書 <input type="checkbox"/> 概況調査票 <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 審査会議事録 <input type="checkbox"/> 判定書 <input type="checkbox"/> 心理判定書 <input type="checkbox"/> 医学的判定書 <input type="checkbox"/> 勘案事項整理票			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し提供

[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 ()
- 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 _____

(裏面)

[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
係			決裁：年 月 日
			所属：区保健福祉課 氏名：
○主治医意見書～主治医の(同意あり・同意がないため提供しない)			
送付(交付)日：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			障害福祉サービス ・ 障害児通所支援							
依頼種別			新規 ・ 変更 ・ 辞退							
			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絡(□済 □未)							
※以下、辞退の場合は記載不要										
利用者負担上限額管理を依頼した事業者										
<p>上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p> <p>上限額管理事業者番号 <input type="text"/></p>										
(提出先)										
区保健福祉部長 様										
<p>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出します。</p> <p>また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p>										
<p>1 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、区保健福祉課へ提出してください。</p> <p>2 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するとき、上限額管理を辞退するときは、適用年月を記入のうえ、区保健福祉課へ提出してください。</p> <p>3 この届出書の提出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。</p>										

利用者負担上限額管理結果票

	年		月分
--	---	--	----

市町村番号										
受給者証番号										
支給決定障害者等氏名										
支給決定に係る障がい児氏名										

管理事業者	指定事業所番号									
	事業者及びその事業所の名称									

利用者負担上限月額					
-----------	--	--	--	--	--

利用者負担上限額管理結果

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

利用者負担額集計・調整欄	項番											
	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											

利用者負担額集計・調整欄	項番											
	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											

上記内容について確認しました。

年 月 日

利用者負担額一覧表

年 月 日

(提 供 先)

殿

下記のとおり提供します。

	年		月		
--	---	--	---	--	--

事業 者	指定事業所番号																		
	住 所 (所在地)																		
	電話番号																		
	名 称																		

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

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

<small>ゆうせん 優先 順位</small>	<small>かいけつ 解決</small> <small>かだい 課題</small> <small>ほんにん 本人</small> 解決すべき課題・本人のニーズ	<small>しえんもくひょう 支援</small> 支援目標	<small>たっせいじき 達成</small> 達成時期	<small>ふくし 福祉</small> <small>たう 等</small> <small>しゆらい 種類</small> <small>ないよう 内容</small> <small>りやう 量</small> 福祉サービス等の種類、内容、量	<small>ていきぎやうしやめい 提供事業者名</small> <small>たんとしやめい 担当</small> <small>でんわ 者名</small> 提供事業者名 (担当者名・電話)	<small>かだいかいけつ 課題解決</small> <small>ほんにん 本人</small> <small>やくわり 役割</small> 課題解決のための本人の役割	<small>ひようかじき 評価</small> 評価時期	<small>たりゆういじこう 留意</small> 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）

しゅうかけいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも 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								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

ていきょう じつげん サービス提供によって実現す る せいかつ ぜんたいぞう 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）

	モニタリング実施日 <small>じっしゅび</small>	令和 <small>れいわ</small>	年 <small>ねん</small>	月 <small>がつ</small>	日 <small>にち</small>	作成日 <small>さくせいび</small>	令和 <small>れいわ</small>	年 <small>ねん</small>	月 <small>がつ</small>	日 <small>にち</small>	利用者同意署名欄 <small>りようしゃ どうい しよめいらん</small>	
利用者氏名 <small>りようしゃ しめい</small>		障害支援 <small>しょうがいしえん</small>		利用者負担 <small>りようしゃふたん</small>		相談支援事業者名 <small>そうだんしえん じぎょうしやめい</small>						
受給者番号 <small>じゆきゆうしやばんごう</small>		区分 <small>くぶん</small>		上限額 <small>じょうげんがく</small>	円 <small>えん</small>	計画作成担当者名 <small>けいかく さくせい たんどうしや めい</small>						でんわ 電話

総合的な援助の方針	全体の状況

優先順位 <small>ゆうせん じゆん</small>	支援目標 <small>しえんもくひょう</small>	達成時期 <small>たっせい じき</small>	サービス提供状況 <small>ていきょうきょう</small> (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度 <small>ほんにん かんそう まんぞくど</small>	支援目標の達成度 <small>しえんもくひょう たっせいど</small> (ニーズの充足度)	今後の課題・ 解決方法 <small>こんご かだい かいけつほうほう</small>	計画変更の必要性 <small>けいかくへんこう ひつようせい</small>			その他留意事項 <small>た りゆういじこう</small>
							サービス 種別の変更 <small>サービス しゆるいへんこう 種類の変更</small>	サービス 量の 変更 <small>サービス りょう へんこう 量の 変更</small>	週間計画 の変更 <small>しゅうかいかく 週間計画 へんこう の変更</small>	
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 日	福祉支援 保健支援 担当者	
-----------	----------	------------------	--

在 園 証 明 書

(あて先) 札幌市長

住所 _____

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。

受給者証番号			
フリガナ			
支給決定障害者等(保護者)氏名	生年月日	年 月 日	
個人番号			
フリガナ			
支給決定に係る児童氏名	生年月日	年 月 日	
居住地	〒 電話番号		
届出者氏名	本人との関係		
届出者住所	〒 電話番号		

支給決定障害者等の	氏名	生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法	
	個人番号		制度(①~③)	受給者証番号・被保険者証番号
同一世帯に属する他の		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
利用月	年 月利用分			
本人分負担金額合計	円			
世帯負担金額合計	円			

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します (☑を入れた場合は以下の記載は不要) ※当初の申請時点の公金振込口座への振込となりますので、マイナポータル等で口座を変更した場合はお申し出ください。			
	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	1 普通	
			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 ~ 年 月 日
家賃額	円 (日割計算する場合は円/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	

(一) 障害福祉サービス受給者証	
受給者証番号	
支給決定 居住地 フリガナ	
障害者等 氏名	
生年月日	性別
児童 フリガナ	
氏名	
生年月日	性別
障害種別	
交付年月日	
支給市町村 名 及び印	電子公印 市

(二) 介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	

(三) 介護給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
予備欄	

(四) 訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
予備欄	

見本

(五) 訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
地域相談支援給付費の給付決定内容	
サービス種別	
給付量	
決定有効期間	
サービス種別	
給付量	
決定有効期間	
予備欄	

(六) 計画相談支援給付費の支給内容	
決定有効期間	
モニタリング期間	
指定特定相談支援事業所名	
決定有効期間	
モニタリング期間	
指定特定相談支援事業所名	
利用者負担に関する事項	
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	該当
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項	

(七) 利用者負担上限月額に関する事項	
利用者負担上限月額	
特定障害者特別給付費	
特定障害者特別給付費 (共同生活介護・共同生活援助)	
食事提供体制加算対象者	
適用年月日	
特記事項	
負担額 改定欄	利用者負担上限月額
	特定障害者特別給付費
	特定障害者特別給付費 (共同生活介護・共同生活援助)
	特記事項
	利用者負担上限月額
特定障害者特別給付費	
特定障害者特別給付費 (共同生活介護・共同生活援助)	
特記事項	
特記事項	

(八) 特記事項	
注1:	経過措置者
注2:	気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者
注3:	筋ジストロフィー症患者
注4:	重症心身障害者
注5:	特別医療対象者
注6:	強度行動障害者
注7:	気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者
注8:	施設入所者
注9:	障害基礎年金1級受給者
注10:	重度障害者支援対象者
注11:	退院支援施設加算
注12:	重度障害者等包括支援対象者相当
注13:	移動中介護加算
注14:	自立訓練・就労移行支援利用者
注15:	地域生活移行個別支援特別加算対象者
注16:	特別地域加算対象者
注17:	居宅介護支援費重複減算Ⅰ対象者
注18:	居宅介護支援費重複減算Ⅱ対象者
注19:	介護予防支援費重複減算対象者
注20:	共同生活援助受託居宅介護サービス費対象者
注21:	精神障害者地域移行特別加算
注22:	強度行動障害者地域移行特別加算
注23:	90日超の長期入院対象者
注24:	在宅時生活支援サービス加算
注25:	社会生活支援特別加算

通所支援受給者証			
受給者証番号	1234567890		
通所給付居住地	札幌市豊平区旭町1丁目2番地3号 メノンド・ズウィーコ23号		
フリガナ	サッポロ タロウ		
氏名	札幌 太郎		
生年月日	昭和42年12月31日	性別	男
フリガナ	サッポロ ハナコ		
氏名	札幌 花子		
生年月日	昭和55年 2月14日	性別	女
交付年月日	平成26年 6月22日		
支給市町村名及び印	札幌市豊平区 平岸6条10丁目 札幌市豊平区 011056		



通所給付決定の内容	
種類及び内容	
給付決定期間	平成26年 6月 1日から平成27年 5月31日まで
種類及び内容	
給付決定期間	
種類及び内容	
給付決定期間	
特記事項	注1: 重症心身障害児 注2: 人工内耳装用児 注3: 特別地域加算対象者

見本

相談支援給付費の支給内容	
決定有効期間	
モニタリング期間	
相談支援事業所名	
決定有効期間	
モニタリング期間	
相談支援事業所名	
利用者負担に関する事項	
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項	

利用者負担上限月額に関する事項	
利用者負担上限月額	
食事提供加算対象者	
適用年月日	
特記事項	
利用者負担上限月額	
食事提供加算対象者	
特記事項	
利用者負担上限月額	
食事提供加算対象者	
特記事項	

通所支援事業者等記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間始期	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(〇月)	日
事業者確認欄	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間始期	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(〇月)	日
事業者確認欄	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認欄	

通所支援事業者等記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間始期	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(〇月)	日
事業者確認欄	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間始期	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(〇月)	日
事業者確認欄	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認欄	

通所支援事業者等記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間始期	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(〇月)	日
事業者確認欄	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間始期	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(〇月)	日
事業者確認欄	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認欄	

通所支援事業者等記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間始期	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(〇月)	日
事業者確認欄	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間始期	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(〇月)	日
事業者確認欄	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認欄	

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 新規 2 変更 3 終了					
4 障害者ピアサポート研修修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞					
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体	
					年	
					年	
					年	
				常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）
	実人員					
	常勤換算数					(0.5以上であること)
	＜その他の職員＞					
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体	
				年		
				年		
				年		
			常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）	
実人員						
常勤換算数					(0.5以上であること)	
5 研修の実施	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。			確認欄		

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。

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。

<p>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</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30%;">相談支援専門員</td> <td style="width: 15%;">常勤専従</td> <td style="width: 10%;">人</td> <td style="width: 15%;">常勤兼務</td> <td style="width: 10%;">人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※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。</p>	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	有・無
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							
<p>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。</p>	有・無										
<p>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開催している。</p>	有・無										
<p>③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。</p>	有・無										
<p>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。</p>	有・無										
<p>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。</p>	有・無										
<p>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。</p>	有・無										
<p>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。</p>	有・無										
<p>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。)</p>	有・無										
<p>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。</p>	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)～(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(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(Ⅳ)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 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

<p>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(合計)</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>それぞれの事業所における相談支援専門員の配置状況</p> <p>(1) 事業所名 (当該事業所)</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>(2) 事業所名 (他の事業所)</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※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追加すること(別紙可)</p>	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	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	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	有・無
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																											
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																											
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																											
<p>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。 ※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。</p>	有・無																														
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る。	有・無																														
③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たった留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	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整備している。	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																														
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、当該ケースを受託する体制を整備している。	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。)	有・無																														
⑩ 運営規程において、地域生活支援拠点等で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																														
⑪ 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、市町村が地域生活支援拠点等を整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。	有・無																														
⑫ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)がそれぞれ40件未満である。	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:勤務形態一覧表、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、⑩、⑪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(Ⅲ)については、①、②(a~c)、③、⑤~⑨、⑫(⑧、⑨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。

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		
異動区分	1 新規	2 変更
届出項目	1 行動障害支援体制加算(Ⅰ)	2 (Ⅱ)
	1 要医療児者支援体制加算(Ⅰ)	2 (Ⅱ)
	1 精神障害者支援体制加算(Ⅰ)	2 (Ⅱ)
	1 高次脳機能障害支援体制加算(Ⅰ)	2 (Ⅱ)

【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を1名以上配置している。 <input type="text"/> 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。 <input type="text"/> 公表の方法	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援のいずれかを実施している。 ※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)	有・無

【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を1名以上配置している。 <input type="text"/> 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。 <input type="text"/> 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の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	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を1名以上配置している。 <input type="text"/> 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。 <input type="text"/> 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。 <input type="text"/> 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。 <input type="text"/> 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。 <input type="text"/> 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い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・事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

① 当該申請を行う自事業所が、地域生活支援拠点等として位置付けられていることを証明できる運営規定の提出

いずれかを選択 有 無

② 市町村及び拠点関係機関の相互の有機的な連携及び調整等の業務に従事する者（拠点コーディネーター）の配置状況

常勤で専ら当該地域生活支援拠点等におけるコーディネート業務に従事する者

(1) 法人・事業所名：
氏名：

(2) 法人・事業所名：
氏名：

地域生活支援拠点等に属する常勤の拠点等コーディネーターの人数 = (I) 名

拠点コーディネーター数に応じた地域生活支援拠点等機能強化加算の月内算定上限 = (II) 0 回
((I) × 100 = (II))

算定回数（目安）の配分

③ 拠点機能強化サービスの構成

(1) 拠点機能強化サービスの構成形態

いずれかを選択 同一の事業所において一体的運営 相互に連携して運営

(2) 地域生活支援拠点等機能強化加算の算定件数上限の配分（目安）

該当する欄にチェック	法人・事業所名	該当する障害福祉サービス等	算定回数（目安）
		計画相談支援及び障害児相談支援 （機能強化型基本報酬(I)又は(II)）	
		自立生活援助	
		地域移行支援	
		地域定着支援	
		合計（月内算定上限）	(III) 0
		目安の合計が、月内算定上限内であるかの確認	たしかめ
		月内算定上限内を超えている場合は「上限超えと表示されます。」	(IV) OK

※ 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること（別紙可）

※ 配分件数（目安）に変更が生じる場合は、当様式を再提出すること。

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。 有 無

地域生活支援拠点等に関する加算の届出

地域生活支援拠点等に関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 変更	3 終了
2 事業所の名称			
3 地域生活支援拠点等としての位置付け	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ことを証明する運営規程の有無	有	無
	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
4 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に併事する者	※該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。		
5 当該届出により算定する加算	《緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合》	対象：訪問系サービス※、重度障害者等包括支援（訪問系サービスのみ対象）	
	《緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合》	対象：自立生活援助、地域定着支援、重度障害者等包括支援（自立生活援助のみ対象）	
	《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	
	《緊急時受入加算》	対象：日中系サービス※	
	《障害福祉サービスの体験利用加算》	対象：日中系サービス※	
	《体験利用支援加算・体験宿泊加算》	対象：地域移行支援	
	《地域移行促進加算（Ⅱ）》	対象：施設入所支援	
	《地域生活支援拠点等相談強化加算》	対象：計画相談支援、障害児相談支援	

添付書類：運営規定

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（規定の変更の途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途中でのものである場合は、当該変更の完了後、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。

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定めている。	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、市町村が地域生活支援拠点等を整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。）	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 _____ 相談支援専門員氏名 _____

開催年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 開催時間 _____ ~ _____

開催場所 _____

区分 (いずれかに○をつける)	1 サービス利用支援		2 継続サービス利用支援	
	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者				
検討した項目				
検討した内容				
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 _____ 相談支援専門員氏名 _____

実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 実施時間 _____ ~ _____

実施場所(自宅・事業所名など) _____

<p>確認事項 (モニタリング前に記入)</p>	
<p>提供されていた支援</p>	
<p>サービス提供時の 利用者の様子</p>	
<p>その他 (利用者・サービス提 供事業者等との やり取り等)</p>	

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

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(Ⅰ) 2 (Ⅱ)
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。

事務連絡

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、会議（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すことは認めません。

※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】

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)	(ふりがな)	
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)	男 ・ 女	

共同支援に係る会議及び協議会への報告について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			
出席者	所属	職種	氏名
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)			

【会議の具体的な内容】 開催の目的に応じて記載することとし、すべての項目への記載が必須ではない。

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

各 都道府県
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いたします。

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るため、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

<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： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名	担当者名	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・既往歴										
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()									
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体()級、内容:	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> その他	障害支援 区分	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 療育()	<input type="checkbox"/> 精神()級	<input type="checkbox"/> あり→区分()						

2. 本人の状態、支援における留意点等

※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 ※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										
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望										
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点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施										
A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※食事形態:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホータブル	<input type="checkbox"/> オムツ・パット	<input type="checkbox"/> その他
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す										
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難			
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難			
③ 行動特性等 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										
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等を記載										
退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください										
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望										
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望				<input type="checkbox"/> 参加を希望する						

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。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。

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性がある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:()				
生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()				
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先		
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 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他				
	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		
	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					
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 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(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 服薬管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	薬の名前			
	留意点・服薬介助のポイント			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	〇〇事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------	------	----	-----	--------------

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	山田 太郎		住所	東京都〇〇区〇〇						
生年月日	〇〇	年	〇	月	〇	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									
医療的ケア	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()									
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体()級、内容:	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input checked="" type="checkbox"/> 療育(重度)	<input type="checkbox"/> 精神()級					<input checked="" type="checkbox"/> あり→区分(6)		

2. 本人の状態、支援における留意点等

※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 ※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(以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

感覚に過敏さがあり、絆創膏やテープを貼ってもすぐに剥がしてしまふ。採血時における止血用のテープ貼付け等は不要。

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 D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※食事形態:	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法:	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホールバル	<input type="checkbox"/> オムツ・パット	<input type="checkbox"/> その他

感覚に過敏さがある。電気のスイッチをつけたり、消したりをして感触を楽しむ。
絵カードと数字を組み合わせて指示することで、過敏さを低減することができる。絵カード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、具体的な方法を実演したいと考えている。

② コ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) 説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難

発語はないが、「トイレ」「おやつが欲しい」などは、ジェスチャーで表現可能。介護者からの一文程度の言葉や単語の文字（ひらがな）は理解するため、入院時に実演させていただく。

③ 行動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

本人が一人では、点滴は抜管してしまう。採血程度であれば、タイマーを使い、我慢することも可能。

④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

言葉だけでコミュニケーションをすることが苦手。行動をよく観察していただき、「わからない感」や「伝えられなさ」を推測していただきたい。

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留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載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

本人からの説明が難しいことから、自宅での支援内容を確認するため、退院時にサマリーを作成していただきたい。

また、家族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。

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望 参加を希望する

【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】

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。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。

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性のある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯		<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他 → 世帯構成を記載:(父、母、本人の3人暮らし)					
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()					
キーパーソン	氏名	山田 一郎	続柄	父	連絡先	03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	支援の必要性なし。 入退院時は家族と相談支援専門員で対応する予定。					

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

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 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	〇〇園
	サービス名	行動援護	利用頻度	週1回	施設・事業所名	〇〇サービス事業所
	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
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を参照					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	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)		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
医療機関名	〇〇総合病院	診療科	てんかん外来	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	3ヶ月1回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	薬の名前	添付のおくすり手帳を参照					
	留意点・服薬介助のポイント	薬を見せると、自ら口を開ける					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 内容:()						

【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

事業所名	〇〇事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------	------	----	-----	--------------

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	山田 花子		住所	東京都〇〇区〇〇	
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 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				
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(経鼻経管栄養、喀痰吸引)				
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 身体 (1) 級、内容:	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input checked="" type="checkbox"/> 療育 (重度)	<input type="checkbox"/> 精神 () 級	<input checked="" type="checkbox"/> あり→区分 (6)	

2. 本人の状態、支援における留意点等

※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 ※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

<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
褥瘡がしやすいため、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しストレッチ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。特に伏臥位は数分でも呼吸が止まってしまう。体位変換は右側臥位で行うこと。			

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点等 例) 褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※食事形態:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホール	<input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット	<input type="checkbox"/> その他

てんかん発作は、2〜3日に1度、痙攣と意識消失、硬直性のあるものがある。発作時は、見守りのみで対応している。
寝返りはできないため、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 コ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) 説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難

発語はないものの、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表情がゆるむことも多い。音楽（子ども向け映画のサウンドトラックなど）も好きで、ヘッドホンと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 行動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

特になし

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等を記載

環境の変化には強い。学校の環境変化があっても不適應を起こすことはなかった。

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください

<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
在宅のサー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。 また、家族（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。			

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望	<input checked="" type="checkbox"/> 参加を希望する
-------------------------	---

【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】

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。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。

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input checked="" type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性がある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()				
キーパーソン	氏名	山田 花美	続柄	母	連絡先 03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	支援の必要性なし。 入退院時は家族(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・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他				
	サービス名	生活介護	利用頻度	週3回	施設・事業所名 〇〇サービス事業所
	サービス名	訪問看護	利用頻度	2週1回	施設・事業所名 〇〇訪問看護ステーション
	サービス名	居宅介護	利用頻度	週1回	施設・事業所名 居宅介護サービス〇〇
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				
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	体重が40kgを超えてきているので、入浴時の家族介護の負担が増えている。退院後のケアも心配される。				

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

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
医療機関名	〇〇こどもクリニック	診療科	小児科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	2ヶ月1回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇医療センター	診療科	てんかん外来	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	2ヶ月1回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	薬の名前	添付のおくすり手帳を参照					
	留意点・服薬介助のポイント	特になし					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()						

【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	〇〇重度訪問介護事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------------	------	----	-----	--------------

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	山田 花代		住所	東京都〇〇区〇〇		
生年月日	〇〇	年	〇	月	〇	日 (59 歳)
障害名・疾患名	筋萎縮性側索硬化症による両下肢機能障害（1級）、両上肢機能障害（1級）					
現病歴・既往歴	2003年8月 右足下垂により発症、整形外科受診、〇〇大学病院を紹介され受診 2004年10月～ 下肢筋力低下 2005年1月～ 上肢筋力低下 2005年4月 ALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断 2005年10月 呼吸器装着 2009年4月 胃ろう造設					
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	内容：(胃ろう、喀痰吸引（気管切開）)			
手帳の保有状況 ※障害の内容は障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 身体 (1) 級、内容： <input type="checkbox"/> 視覚 <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input checked="" type="checkbox"/> あり	区分 (6)

2. 本人の状態、支援における留意点等

※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 ※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																																		
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望																																	
<p>ベッド上での体位は、両膝を1時間ごとに左右に傾ける（その際、両膝がぶつからないよう、間にタオルやクッション等を挟む）、両手は伸ばす（肘の下にタオルやクッション等を挟む）、腸胃に衣服のシワがよらないようにする。 コミュニケーションには透明文字盤を使用（顔の向きは少し右に傾ける。左目の方が可動域が広い。簡単な質問はYesとNoを左右で確認）</p>																																		
<p>①身体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)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">A D L</td> <td>起居動作</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 全介助</td> <td>移乗</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>歩行</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 全介助</td> <td>更衣・整容</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 全介助</td> <td>※食事形態：<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 全介助</td> <td>※排泄方法：<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input checked="" type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table> <p>頻度高く、手足の位置等の細かなセッティングが必要。 また、排泄については、尿意は本人より訴えあり。排便は1日おきに浣腸を実施。排泄は差込便器を使用（差込便器が尾骨、仙骨に当たるためタオルなどで保護）。</p>		A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※食事形態： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input checked="" type="checkbox"/> その他
A D L	起居動作		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助																							
	歩行		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助																							
	食事		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※食事形態： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他																											
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input checked="" type="checkbox"/> その他																												
<p>②コ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)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す</p> <table border="1"> <tr> <td>視力</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> やや難あり</td> <td><input type="checkbox"/> 困難</td> <td>聴力</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> やや難あり</td> <td><input type="checkbox"/> 困難</td> </tr> <tr> <td>言語</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input type="checkbox"/> やや難あり</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 困難</td> <td>意思伝達</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input type="checkbox"/> やや難あり</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 困難</td> </tr> </table> <p>メガネを使用しているが、透明文字盤が読取りにくくなるため、現在は使用していない。 左耳に補聴器を使用（顔を右に傾けるため）。 基本的には透明文字盤を使用するが、夕方になり眼球の動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。</p>		視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input checked="" type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input checked="" type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難																	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input checked="" type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input checked="" type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難																											
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 困難																											
<p>③行動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</p> <p>特になし</p>																																		
<p>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等を記載</p> <p>現在の身体機能を少しでも長く維持するため、眼の保湿を定期的に行っている（眼球が乾燥するため1日3回、瞼の下に軟膏を塗布。1日4回の点眼）。就寝時はまぶたを下ろす。</p>																																		
退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください																																		
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望																																	
退院前カンファレンスにおいて、入院前との状況の変化やケア内容を共有していただきたい。																																		
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望	<input checked="" type="checkbox"/> 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。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。

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input type="checkbox"/> なし					
特別なコミュニケーション支援が必要な理由		ご本人は、重度訪問介護従業者（ヘルパー）の介助を受けて日常生活を送っている。言葉を発することが難しい状態であり、透明文字盤・口文字での意思確認が必要である。透明文字盤・口文字でのコミュニケーションは慣れるまでに時間がかかること及びご自身ではナースコールを押せないことから、本人を熟知する重度訪問介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、医療従事者に伝える必要がある。							
訪問の可能性のある事業所	事業所	〇〇ヘルパーステーション	担当者	〇〇	連絡先	03-0000-0000	営業時間	09 : 00 ~ 18 : 00	
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	: ~ :	
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	: ~ :	
訪問可能な時間帯		<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 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		ご本人の意思を透明文字盤や口文字で確認し、その時々状態や必要な支援を医療従事者にお伝えする。また、意思の確認の方法や自宅で行っていた介助方法（2. で記載したような体位変換、食事、排泄の方法等）もお伝えし、ご本人が安心した療養生活を送れるようにする。							

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

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(夫、本人、子どもの4人暮らし)
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()
キーパーソン	氏名 山田 太郎 続柄 夫 連絡先 03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	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。

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

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input checked="" type="checkbox"/> その他
	サービス名 重度訪問介護 利用頻度 週7日 施設・事業所名 〇〇ヘルパーステーション
	サービス名 訪問看護 利用頻度 週3日 施設・事業所名 〇〇訪問看護ステーション
	サービス名 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。
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	子どもの仕事や学校の様子を知りたい、成長を見守りたいという意向がある。また、家族と過ごす時間の確保を希望している。

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

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
医療機関名	〇〇大学病院	診療科	脳神経内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	年2回 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇クリニック	診療科	呼吸器内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	月2回 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他(訪問看護)		
	薬の名前	ムコサル、シナル、ウルソデオキシコール酸 ※ ジクアス点眼液、フラビタン眼軟膏					
	留意点・服薬介助のポイント	※の3つはお湯で溶かし胃ろうから注入					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(花粉症)						

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・既往歴										
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()									
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身障()級、内容:	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> その他	障害支援 区分	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 療育()	<input type="checkbox"/> 精神()級	<input type="checkbox"/> あり→区分()						

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

院内における支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、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										
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望										
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点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施										
A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※食事形態:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホータブル	<input type="checkbox"/> オムツ・パット	<input type="checkbox"/> その他
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す										
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難			
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	意思伝達的手段・方法	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難			
③ 行動特性等 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										
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等を記載										
通院等に際し、本人・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ください										
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望										
医療機関主催のカンファレンスへの事業所としての参加希望 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 本人と親 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他()				
生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()				
キーパーソン	氏名		続柄		連絡先
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 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他				
	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
	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					
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 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(現在受診中の医療機関) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
医療機関名		診療科		連絡先	
医療機関名		診療科		連絡先	受診頻度 回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先	受診頻度 回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
	薬の名前				
	留意点・服薬介助のポイント				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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】

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	<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(<input type="checkbox"/> 父、母、本人の3人暮らし)			
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()			
キーパーソン	氏名	山田 一郎	続柄	父	連絡先	03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	継続通院が必要な場合の日程調整についてはパターン化(毎月第○週の○曜日など)が望ましい					

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

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 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	○○園
	サービス名	行動援護	利用頻度	週1回	施設・事業所名	○○サービス事業所
	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○○
	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を参照					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	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)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり					
医療機関名	○○総合病院	診療科	てんかん外来	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	3ヶ月1回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他()
	薬の名前	添付のくすり手帳を参照					
	留意点・服薬介助のポイント	薬を見せると、自ら口を開ける					
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→内容:()					

【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】

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	〇〇事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------	------	----	-----	--------------

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	山田 花子		住所	東京都〇〇区〇〇	
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 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				
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(経鼻経管栄養、喀痰吸引)				
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体 (1) 級、内容: <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他		障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> あり→区分 (6)	
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 療育 (重度) <input type="checkbox"/> 精神 () 級				

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

院内における支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、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	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望 褥瘡がしやすいため、おおむね2時間程度に1回は体位交換が必要。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しストレッチなどの体操をしている。また、呼吸が止まる可能性が大きいため、伏臥位・左側臥位はさせていない。特に伏臥位は数分でも呼吸が止まってしまう。体位交換は右側臥位で行っている。	
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点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施	
A D L	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他
てんかん発作は、2～3日に1度、痙攣と意識消失、硬直性のあるものがある。発作時は、見守りのみで対応している。在宅では、除圧のため、車椅子に移乗しリクライニングを調整するなど、姿勢を変えたりしている。	
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す	
視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難 聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難 意思伝達的手段・方法 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	
発語はないものの、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ウンドトラックなど）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 行動特性等 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	
特になし	
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等を記載	
環境の変化には強い。学校の環境変化があっても不応を起すことはなかった。	
通院等に際し、本人・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ください	
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望 車いす車両の駐車場の確保	
医療機関主催のカンファレンスへの事業所としての参加希望	<input type="checkbox"/> 参加を希望する

【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】

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	<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 本人と親	<input type="checkbox"/> 本人と子	<input checked="" type="checkbox"/> その他(父、母、祖母、姉、本人の5人暮らし)
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> その他()	
キーパーソン	氏名	山田 花美	続柄	母	連絡先 03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	支援の必要性なし。 通院時は家族(母、祖母)の同席で対応予定。				

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	<input checked="" type="checkbox"/> その他	
	サービス名	生活介護	利用頻度	週3回	施設・事業所名 〇〇サービス事業所
	サービス名	訪問看護	利用頻度	2週1回	施設・事業所名 〇〇訪問看護ステーション
	サービス名	居宅介護	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				
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	体重が40kgを超えてきているので、入浴時の家族介護の負担が増えている。退院後のケアも心配される。				

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

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
医療機関名	〇〇こどもクリニック	診療科	小児科	連絡先	03-0000-0000 受診頻度 2ヶ月1回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇医療センター	診療科	てんかん外来	連絡先	03-0000-0000 受診頻度 2ヶ月1回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先	受診頻度 回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
	薬の名前	添付のおくすり手帳を参照			
	留意点・服薬介助のポイント	特になし			
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	〇〇重度訪問介護事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------------	------	----	-----	--------------

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	山田 花代		住所	東京都〇〇区〇〇		
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (59 歳)					
障害名・疾患名	筋萎縮性側索硬化症による両下肢機能障害（1級）、両上肢機能障害（1級）					
現病歴・既往歴	2003年8月 右下下垂により発症、整形外科受診、〇〇大学病院を紹介され受診 2004年10月～ 下肢筋力低下 2005年1月～ 上肢筋力低下 2005年4月 ALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断 2005年10月 呼吸器装着 2009年4月 胃ろう造設					
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(胃ろう、喀痰吸引（気管切開）)					
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 身障(1)級、内容: <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中		
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 療育() <input type="checkbox"/> 精神()級		<input checked="" type="checkbox"/> あり→区分(6)			

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

院内における支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、院内の環境や治療時に懸念されることやその対応方法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	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
<p>ベッド上での体位は、両膝を1時間ごとに左右に傾ける（その際、両膝がぶつからないよう、間にタオルやクッション等を挟む）、両手は伸ばす（肘の下にタオルやクッション等を挟む）、腸骨に衣服のシワがよらないようにしている。</p> <p>コミュニケーションには透明文字盤を使用（顔の向きは少し右に傾ける。左目の方が可動域が広い。簡単な質問はYesとNoを左右で確認）</p>	
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 D L	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他
<p>手足の位置等について高頻度で細かな調整が必要。</p> <p>排泄については、尿意は本人が訴える事が可能、排便は1日おきに浣腸を実施している。</p>	
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す	
視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達的手段・方法 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
<p>メガネを使用しているが、透明文字盤が読取りにくくなるため、現在は使用していない。</p> <p>左耳に補聴器を使用（顔を右に傾けるため）。</p> <p>基本的には透明文字盤を使用するが、夕方になり眼球の動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。</p>	
③ 行動特性等 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	
特になし	
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等を記載	
<p>現在の身体機能を少しでも長く維持するため、眼の保湿を定期的に行っている（眼球が乾燥するため1日3回、瞼の下に軟膏を塗布。1日4回の点眼）。就寝時はまぶたを下ろす。</p>	
通院等に際し、本人・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ください	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
医療機関主催のカンファレンスへの事業所としての参加希望	<input type="checkbox"/> 参加を希望する

【難病で重度の身体障害が利用者・患者の例】

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	<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 本人と親	<input type="checkbox"/> 本人と子	<input checked="" type="checkbox"/> その他(夫、本人、子どもの4人暮らし)	
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> その他()		
キーパーソン	氏名	山田 太郎	続柄	夫	連絡先	03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	夫は土日仕事で、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。					

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

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	<input checked="" type="checkbox"/> その他		
	サービス名	重度訪問介護	利用頻度	週7日	施設・事業所名	〇〇ヘルプステーション
	サービス名	訪問看護	利用頻度	週3日	施設・事業所名	〇〇訪問看護ステーション
	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。					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	子どもの仕事や学校の様子を知りたい、成長を見守りたいという意向がある。また、家族と過ごす時間の確保を希望している。					

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

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
医療機関名	〇〇大学病院	診療科	脳神経内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	年2 回 / <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇クリニック	診療科	呼吸器内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	月2 回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 / <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> その他(訪問看護)		
	薬の名前	ムコサル、シナル、ウルソデオキシコール酸 ※ ジクアス点眼液、フラビタン眼軟膏					
	留意点・服薬介助のポイント	※の3つはお湯で溶かし胃ろうから注入					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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. 基本情報

氏名		住所	
生年月日	年 月 日（ 歳）		

2. 本人の想い、生活への希望

※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。

病気・障害・後遺症等に対する想い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照

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

①特に、**身体状況**の変化や在宅での支援の留意点

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他	

②特に、**コミュニケーション**の変化や在宅での支援の留意点

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難

③特に、**行動特性等**や在宅での支援の留意点

④その他(日常生活・療養で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、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関		受診方法	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
	治療方針 ※本人の治療に対する意向を含めて記載			
退院後に必要な医療処置について	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 →(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 呼吸管理 →(<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他()			
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
	一包化の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:) <input type="checkbox"/> 全介助		
	退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(退院日を含め 日分)		
	留意点			
口腔・栄養について	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)		
	食形態	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他()		
		副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()		
	口腔清掃や歯科治療の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
留意点				
退院後に必要な医療系サービスと留意点	必要なサービス			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()			
	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			

【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	〇〇医療センター	記入者	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	----------	-----	----	-----	--------------

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	山田 花子	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (11 歳)		

2. 本人の想い、生活への希望

※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。

病気・障害・後遺症等に対する想い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 気管切開について両親ともに「仕方がない」という思いがある。母親は気管切開部のケアについて理解し、ケアを習得できた。「不安なことは訪問看護師に聞くようにします」と前向きな思いもある。父親は、入浴や外出などこれまで通り生活習慣は変えずにいたいという思いがある。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 デバイス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、訪問看護師にできるだけ来てもらいたい。

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					
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし・該当しない					
①特に、 身体状況 の変化や在宅での支援の留意点					
A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他		
全介助で車いすで移動。入院中も昼食（胃ろうからの注入）時は必ず、乗車している。入浴（機械浴）は週1回、全身清拭は週2回。母は、退院後もできれば入浴を希望している。					
②特に、 コミュニケーション の変化や在宅での支援の留意点					
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難		
処置（採血や検査）の際は、心拍数が上昇する（モニター常時装着していた）。表情の変化は不明であるが、母親は「喜んでいる」「笑っている」と表情の変化を読み取っている。嫌なことだけでなく、時々頭を左右にふるしぐさあり。					
③特に、 行動特性等 や在宅での支援の留意点					
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必要である。抑制はしていない。					
④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)					

【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	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (小児科)
入院原因疾患・入院目的	21トリソミー、心奇形合併 今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。				
入院中の経過・治療内容	呼吸管理、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。その後経過順調であり、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、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	〇〇医療センター			受診方法	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
	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。				
退院後に必要な医療処置について	<input checked="" type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 → (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input checked="" type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 → (<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他()					
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → (入院後の内服薬変更: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				
	一包化の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助				
	退院時処方	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(退院日を含め 日分)				
	留意点					
口腔・栄養について	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)				
	食形態	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他()				
		副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()				
	口腔清掃や歯科治療の必要性		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	歯の汚れ		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		歯肉の腫れ、出血 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
留意点		朝・夕に口腔ケア実施				
退院後に必要な医療系サービスと留意点	必要なサービス					
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()					
	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					
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 なし

医療機関	〇〇病院	記入者	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	------	-----	----	-----	--------------

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	山田 花代	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (62 歳)		

2. 本人の思い、生活への希望

※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。

病気・障害・後遺症等に対する思い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 呼吸筋低下がみられ、呼吸補助が必要な状態になってきたことに大きなショックを受けている。気管切開＋人工呼吸器管理についても説明され、その選択には悩まれているが、数か月後に生まれる孫に会うまでは生きていたいとの希望あり、現時点では鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPで経過をみながら考えていきたいと話されている。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 夫や長女にできるだけ負担がかからないように、活用可能な支援を得ながら過ごしていきたい。時々、外出などで気分転換したい。

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	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし・該当しない	
病状が進行しており、自発呼吸では十分な換気ができなくなってきたため、鼻マスク式の人工呼吸器BIPAPを導入した。それに伴い、ベット上の生活となっている。今後病状の進行に応じて、気管切開＋人工呼吸器管理の検討が必要である。病状変化に早めに対応できるように当院とも連携を図っていただきながら、ACPを丁寧に実施していく必要がある。療養中のご本人の思いなど、適宜確認していただきたい。	
①特に、 身体状況 の変化や在宅での支援の留意点	
A	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
D	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
L	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他
BIPAPのマスクフィット性は、夫と長女に手技獲得してもらっている。装着部位の皮膚の観察と吸引も適宜行ってもらう。	
②特に、 コミュニケーション の変化や在宅での支援の留意点	
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
特になし	
③特に、 行動特性等 や在宅での支援の留意点	
特になし	
④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)	
呼吸筋が弱くなってきたことで不安を高めている上、BIPAP装着により口頭でのコミュニケーションがとりづらくなっているため、精神面のサポートもお願いしたい。	

【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	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (神経内科)
入院原因疾患・入院目的	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	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、服薬、口腔・栄養等の支援について 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	△△クリニック		受診方法	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問
	治療方針 ※本人の治療に対する意向を含めて記載	当面、BIPAP管理で経過をみていながら、病状進行時には気管切開+人工呼吸器管理も検討する。 停電や呼吸器本体の故障・回路の破損等、リーク（空気の漏れ）の増加や呼吸器の使用による皮膚トラブル（MDRPU）発生時などは、当院受診。			
退院後に必要な医療処置について	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 →(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 →(<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> その他()				
服薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり)			
	一包化の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助			
	退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(退院日を含め 3 日分)			
口腔・栄養について	留意点	内服薬は粉碎せず簡易懸濁法で胃ろうから注入			
	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)			
	食形態	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他() 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()			
	口腔清掃や歯科治療の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(毎日の口腔ケア)			
	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		歯肉の腫れ、出血	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
退院後に必要な医療系サービスと留意点	留意点				
	必要なサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()			
	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			
<p>・呼吸状態に合わせて、適宜△△クリニックにBIPAPの設定を相談</p> <p>・症状進行時は、△△クリニックより当院地域医療連携室に連絡、相談</p>					

【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： あり なし

医療機関	〇〇病院	記入者	MSW〇〇、看護師〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	------	-----	-------------	-----	--------------

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	山田 花美	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 (48 歳)		

2. 本人の想い、生活への希望

※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。

病気・障害・後遺症等に対する想い	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 以前のように口から食べられるようにしたい。
退院後の生活に関する希望	<input type="checkbox"/> 添付資料を参照 家に帰りたい、入院前に通っていた生活介護事業所にまた行きたい。

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						
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし・該当しない						
誤嚥性肺炎治療後に言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーション等を実施したが、食事の経口摂取は困難であり、家族を交えて本人と話し合った結果を踏まえて、〇月〇日胃ろう造設を行った。栄養剤の注入方法は母親に指導を行った。本人は経口摂取への希望が強く、少量のゼリーを摂取しているが、摂取後には口腔内吸引を要する。母親への口腔ケアや吸引手技の指導を行うと共に、訪問看護や訪問リハビリテーションの利用による摂食機能訓練の継続が必要な状況である。 食べたい物を母親に訴えるなど、誤嚥リスクの認識は不十分と思われる。母親も本人の訴えが強い時には、「食べさせてはダメですか？」と看護師に尋ねてくるため、本人、家族へのその都度の説明が必要である。						
①特に、 身体状況 の変化や在宅での支援の留意点						
A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他			
脳性麻痺によりもともと全介助状態であったため、ADL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。今後も緩下剤の調整を行う必要があり、浣腸処置も要する。 食後の口腔内吸引のため、吸引器の準備が必要である。母親は吸引手技を習得しており、吸引は問題なく行えている。						
②特に、 コミュニケーション の変化や在宅での支援の留意点						
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
脳性麻痺により声が聞き取りにくい、コミュニケーションについては入院前後で変化はない。						
③特に、 行動特性等 や在宅での支援の留意点						
特になし						
④その他(日常生活・療養で気を付けてほしいこと等)						
今回の入院で医療的ケアが増えたため、在宅での継続的な医療サービス提供が必要。訪問診療を行うかかりつけ医と訪問看護師との連携による医療支援に加えて、母親の介護負担への配慮も要する。また、福祉用具による吸引器のレンタルまたは購入も必要である。今後、歯科衛生士や管理栄養士による訪問指導の導入も必要と思われる。本人は以前の生活介護事業所に通うことを楽しみにされており、事業所にて胃ろうによる栄養剤注入の対応可能かどうか確認も必要と思われる。						

【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	〇年〇月〇日	退院日	〇年〇月〇日	主治医名(診療科)	〇〇 (内科)
入院原因疾患・入院目的	誤嚥性肺炎				
入院中の経過・治療内容	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 添付資料を参照

今後の医学管理	医療機関	訪問診療〇〇クリニック	受診方法	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 →(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸管理 →(<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(入院後の内服薬変更： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり)		
	一化生の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容： <input type="checkbox"/>) <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
	退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(退院日を含め 14 日分)		
	留意点	排便コントロールに対して、定期的緩下剤や屯用の処方あり。		
口腔・栄養について	摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→(<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input checked="" type="checkbox"/> 濃い)		
	食形態	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/>) 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/>)		
	口腔清掃や歯科治療の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(口腔ケアは特に必要)		
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 歯肉の腫れ、出血 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/>)		
	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。		
退院後に必要な医療系サービスと留意点	必要なサービス			
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション指導管理 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス(<input type="checkbox"/>)			
	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 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バイスやサポート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。			