

平成27年9月1日

各指定特定相談支援事業者 様

保健福祉局障害保健福祉推進室
在宅福祉課長，施設福祉課長
(在宅福祉第一担当，施設福祉担当)

計画相談支援に係る提出様式及び様式改定等について（通知）

平素は，本市の障害保健福祉行政の推進に御尽力いただくとともに，計画相談支援の実施にも御協力いただき，厚く御礼申し上げます。

計画相談支援における支給決定機関への提出様式につきましては，平成25年9月5日付本市通知「障害福祉サービスにおけるサービス等利用計画の取扱いについて」においてお示ししてきたところですが，この度，計画相談支援に係る様式を改定するとともに改めて提出様式についても下記のとおり通知しますので，引き続き御理解，御協力をいただきますよう，よろしくお願い申し上げます。

記

1 計画相談支援に係る提出様式について

支給決定プロセスの各段階で指定特定相談支援事業所が作成・提出する様式は以下の表のとおりです。なお，障害福祉サービス費（介護給付費，訓練等給付費）又は地域相談支援給付費（地域移行支援サービス費，地域定着支援サービス費）（以下「障害福祉サービス等」という。）の申請（新規・変更・更新）においては計画相談支援給付費の支給期間に関わらず原則サービス等利用計画案の提出が必要であり，障害福祉サービス等の更新月（終期月）にはモニタリング期間に関わらず原則モニタリングを実施する必要がありますので御注意いただきますようお願いいたします。

また，障害福祉サービス等の申請（新規・変更・更新）におけるアセスメント表及びサービス等利用計画案の提出については，申請（新規・変更・更新）する障害福祉サービス等の支給開始予定日の14日前までに御提出いただきますよう，御協力をお願いいたします。

様式の種類 ※参考様式2及び3は，原則，週間計画表を含む。	参考様式1	参考様式2		参考様式3
	アセスメント表	サービス等 利用計画案	サービス等 利用計画	モニタリング 報告書
①障害福祉サービス等の申請（新規・変更・更新）時	○	○		
②支給決定後			○	
③モニタリング後				○

※ 全て写しを提出。

※ ①の様式については，申請（新規・変更・更新）する障害福祉サービス等の支給開始予定日の14日前までに提出（提出が遅れる場合は，支給決定機関（福祉事務所，保健センター等）への連絡調整が必要。）。

※ モニタリング（障害福祉サービス等の更新月（終期月）に行うモニタリングを含む）の結果、障害福祉サービス等の申請（新規・変更・更新）をする場合は、原則、改めてサービス利用支援の手続きが必要となり、①及び③（週間計画表は①と同内容の場合、省略可。）の様式を提出する。この場合の報酬は、継続サービス利用支援費は算定されずサービス利用支援費のみの算定となる（モニタリング実施月とサービス等利用計画の確定月が異なる（月をまたぐ）場合も同様）。（モニタリングの結果、軽微な変更の場合等でサービス利用支援の手続きを行わない場合は、③（週間計画表を含む）のみを提出する。この場合の報酬は、継続サービス利用支援費が算定される。）

2 様式の改定等について

(1) 各様式

各様式について時点修正（障害程度区分を障害支援区分に修正）をしました。

(2) モニタリング報告書（参考様式3）

上記のとおりモニタリング（障害福祉サービス等の更新月（終期月）に行うモニタリングを含む）の結果、障害福祉サービス等の申請（新規・変更・更新）をする場合は、原則、アセスメント表・サービス等利用計画案・モニタリング報告書（週間計画表はサービス等利用計画案と同内容の場合、省略可。）の提出が必要ですが、前回の障害福祉サービス等の申請（新規・変更・更新）から期間が短い場合等においてアセスメント表内容に変更がない場合はアセスメント表を省略できるよう改定しました。また、モニタリングの結果（※）、サービス等利用計画（確定版）からの週間計画表の内容に変更がない場合はモニタリング報告書の週間計画表を省略できるよう改定しました。

※ モニタリングの結果、障害福祉サービス等の申請（新規・変更・更新）におけるサービス等利用計画案を提出する場合を除く。（この場合は、新たにサービス等利用計画案の週間計画表を作成するため、モニタリング報告書の週間計画表はサービス等利用計画案と同じ内容であれば省略できる。）

3 その他

計画相談支援のQ&Aについては、これまでいただいた御質問等を踏まえ、改めて発出を予定していますが、平成26年3月10日に発出したQ&Aにつきましては本件とともに参照いただきますようお願いいたします。

アセスメント表

1 調査実施者（記入者）

実施日	平成 年 月 日
記入者氏名	所属機関

2 調査対象者

対象者氏名 (性別)	生年月日
現住所	府 市

3 障害手帳等級及び支援区分

手帳種別	身体 ・ 療育 ・ 精神	等級及び支援区分	種 級 判 定 区 分
障害名 疾病名			

4 本人の訴え（願い・困りごと）

--

5 本人のストレングス

【個人のストレングス】
【環境のストレングス】

6 アセスメント結果

①生活基盤に関する領域

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
経済環境					
住環境					

②健康に関する領域

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
服薬管理					
食事管理					
病気への留意					
体力					

③日常生活に関する領域

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
寝返り					
起き上がり					
衣服着脱 (上衣) (ズボン等)					
整容行為					
食事行為					
排泄行為 (排尿) (排便)					
入浴行為					
ベッド移乗 (床) (車いす等)					
屋内移動					
調理 (後かたづけを含む)					
洗濯					
掃除					
整理・整頓					
ベッドメイキング					
書類の整理					
買い物					
衣類の補修					
育児					

④コミュニケーション・スキルに関する領域

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
意思表示の手段					
意思伝達の程度					
他者からの意思伝達の理解					
電話の使用					
FAXの使用					
パソコン					
ワープロ					
筆記					

⑤社会生活技能に関する領域

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
対人関係					
屋外移動					

金銭管理				
危機管理				

⑥社会参加に関する領域

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
レクレーション等 趣味					
旅行					
当事者団体の活動					
各種団体的活動					

⑦教育・就労に関する領域

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
教育					
就労					

⑧家族支援に関する領域

項目	チェック項目			本人の能力と制限 環境の能力と制限	気づいたこと 気になること
	援助の要・不要	実態	希望		
家族					

7 関係機関からの情報

--

8 応対者所見（注目すべき点、気になる点を含む）

--

サービス等利用計画(案 ・ 確定版)

(平成27年9月1日 改訂版)

利用者氏名(児童氏名)		保護者氏名(児童の場合)		続柄()	相談支援事業者名	事業所番号()
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分		利用者負担上限月額	計画作成担当者名	

計画(案・確定版)作成日	平成 年 月 日	モニタリング期間 (開始年月)	①当初3箇月毎月＋その後3箇月ごと ②〃＋その後6箇月ごと ③〃＋その後1年ごと ④毎月⑤3箇月ごと⑥6箇月ごと⑦1年ごと	平成 年 月	利用者同意欄 (押印又は署名)	
--------------	----------	--------------------	---	--------	--------------------	--

利用者及びその家族の 生活に対する意向 (希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先 順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成 時期	福祉サービス等		課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)			
1								
2								
3								
4								
5								
6								

(参考様式2-2)

サービス等利用計画(案 ・ 確定版)【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害福祉サービス受給者証番号		相談支援事業者名	事業所番号()
計画開始年月				計画作成担当者名	

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

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

モニタリング報告書

(平成27年9月1日 改訂版)

利用者氏名(児童氏名)		保護者氏名(児童の場合)		続柄()	相談支援事業者名	事業所番号()	
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分		利用者負担上限月額		モニタリング担当者名	
計画作成日	平成 年 月 日	モニタリング実施日		平成 年 月 日	利用者同意欄 (押印又は署名)		

総合的な援助の方針	全体の状況

優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・ 満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・ 解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス 種類の変更	サービス 量の変更	週間計画の 変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

アセスメント内容の変更(障害福祉サービス・地域相談支援の申請(新規・変更・更新)が必要な場合にのみ記載)	有・無(前回アセスメント表作成日 平成 年 月 日)	→「有」の場合はアセスメント表を改めて作成すること。 「無」の場合は、アセスメント表の作成を省略できる。
--	---	---

サービス等利用計画(確定版)からの【週間計画表】の変更	有・無	→「有」の場合は(参考様式3-2)の【週間計画表】を改めて記載すること。「無」の場合は(参考様式3-2)の【週間計画表】の記載を省略できる。
-----------------------------	-----	--

※モニタリングの結果、障害福祉サービス・地域相談支援の申請(新規・変更・更新)におけるサービス等利用計画案を提出する場合は、サービス等利用計画案の週間計画表と(参考様式3-2)の【週間計画表】が同じ内容であれば(参考様式3-2)の【週間計画表】の記載を省略できる。

(参考様式3-2)

モニタリング報告書【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害福祉サービス受給者証番号		相談支援事業者名	事業所番号()
計画開始年月				モニタリング担当者名	

		月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
0:00	6:00								
	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00								
	16:00								
	18:00								
	20:00								
	22:00								
	2:00								
	4:00								

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