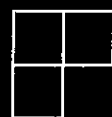


令和
元年

資料 2 - 1

品川区相談支援専門員 マニュアル(案)



【目次】

1	<u>はじめに</u>	P2
2	<u>相談支援体制</u>	P3
3	<u>相談支援専門員の役割</u>	P7
4	<u>障害者ある方が利用できるサービス</u>	P8
5	<u>計画相談の制度</u>	P10
6	<u>計画相談のながれ（表）</u>	P12
7	<u>計画相談のながれ</u>	P13

1 はじめに

障害者福祉に関する基本的な施策や、その施策を決定する際の原則を定めている法律として、障害者基本法があります。基本方針として、ノーマライゼーションが挙げられ、日常生活・社会生活を過ごす上で障害の有無により区別するのではなく、すべての人が等しく生活を送ることができるような環境整備が何よりの課題だと認識されています。また、障害者に対する支援でもっとも中心的な法律が障害者総合支援法です。この法律は、それまで施行されていた障害者自立支援法の内容や問題点を踏まえた上で、障害者の日常生活や社会生活を総合的に支援するために制定された法律です。

障害者総合支援法に基づく相談支援専門員は、障害のある方や障害児及び保護者等の相談に応じ、助言や連絡調整等の必要な支援を行うほか、サービス等利用計画の作成を行います。

2 相談支援体制

◎基幹相談支援センター

相談支援の中核的な役割を担う機関として、障害者相談支援事業の他、権利擁護や虐待防止の取り組みも含め、障害の種別なく総合的・専門的な相談支援を行うことを目的に設置しています。

設置主体は品川区とし、障害者福祉課にその機能を置いています。

(1) 総合的・専門的な相談支援の実施

指定特定相談支援事業所と地域拠点相談支援事業所だけでは対応することが難しくなったケースへの直接介入

(2) 地域拠点相談支援センターとの連携強化の取り組み

(3) 地域の相談支援体制の強化取り組み

- ・地域の相談支援事業者に対する専門的な助言・指導
- ・地域移行、地域定着の促進の取り組み

(4) 地域の相談や障害福祉サービス等、障害者支援に関わる人材育成支援

(5) 権利擁護・虐待の防止

- ・成年後見制度利用支援事業の実施
- ・障害者等に対する虐待を防止するための取り組み

(6) 地域自立支援協議会の運営

◎地域拠点相談支援センター

地域拠点相談支援センターとは、基幹相談支援センターと連携し地域の相談支援の中心的な役割を担い、障害者の主体性を尊重しながら中立的な立場に立つ相談支援センターとして、区が指定する事業所をいいます。

- 品川区障害者生活支援センター
- 福栄会障害者相談支援センター
- グロー障害者相談支援センター
- 精神障害者地域生活支援センター

地域拠点相談支援センターの業務は、次のとおりです。

- (1) 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（平成17年法律第123号）第77条第1項第3号に定める相談業務
- (2) 福祉サービスの利用援助に関する業務
- (3) 社会資源を活用するための支援に関する業務
- (4) 社会生活力を高めるための支援に関する業務
- (5) 権利擁護のための必要な助言に関する業務
- (6) 専門機関の紹介に関する業務
- (7) 関係機関等との定期的な連絡会の実施および地域の相談支援事業所等との連携および調整に関する業務
- (8) 基幹相談支援センターへの本事業に関する状況の定期的な報告

(9) 指定特定相談支援事業者への支援や地域の相談支援体制を強化するための取り組み

①基幹相談支援センターが実施する人材育成への協力

②指定特定相談支援事業者だけでは対応することが難しいとの相談があったケースについては、必要に応じて同行訪問やケース会議への同席を行い、指定特定相談支援事業者等への助言等の支援を行う

③関係機関（相談支援事業所、障害者相談員、民生委員、高齢者、保健医療、就労等に関する各種の相談機関等）と必要に応じて連携する

(10) 緊急時・窓口開設時間外の対応

緊急対応が必要な場合は、関係機関に連絡し、対応等を協議のうえ迅速に対応する

(11) 記録の整備

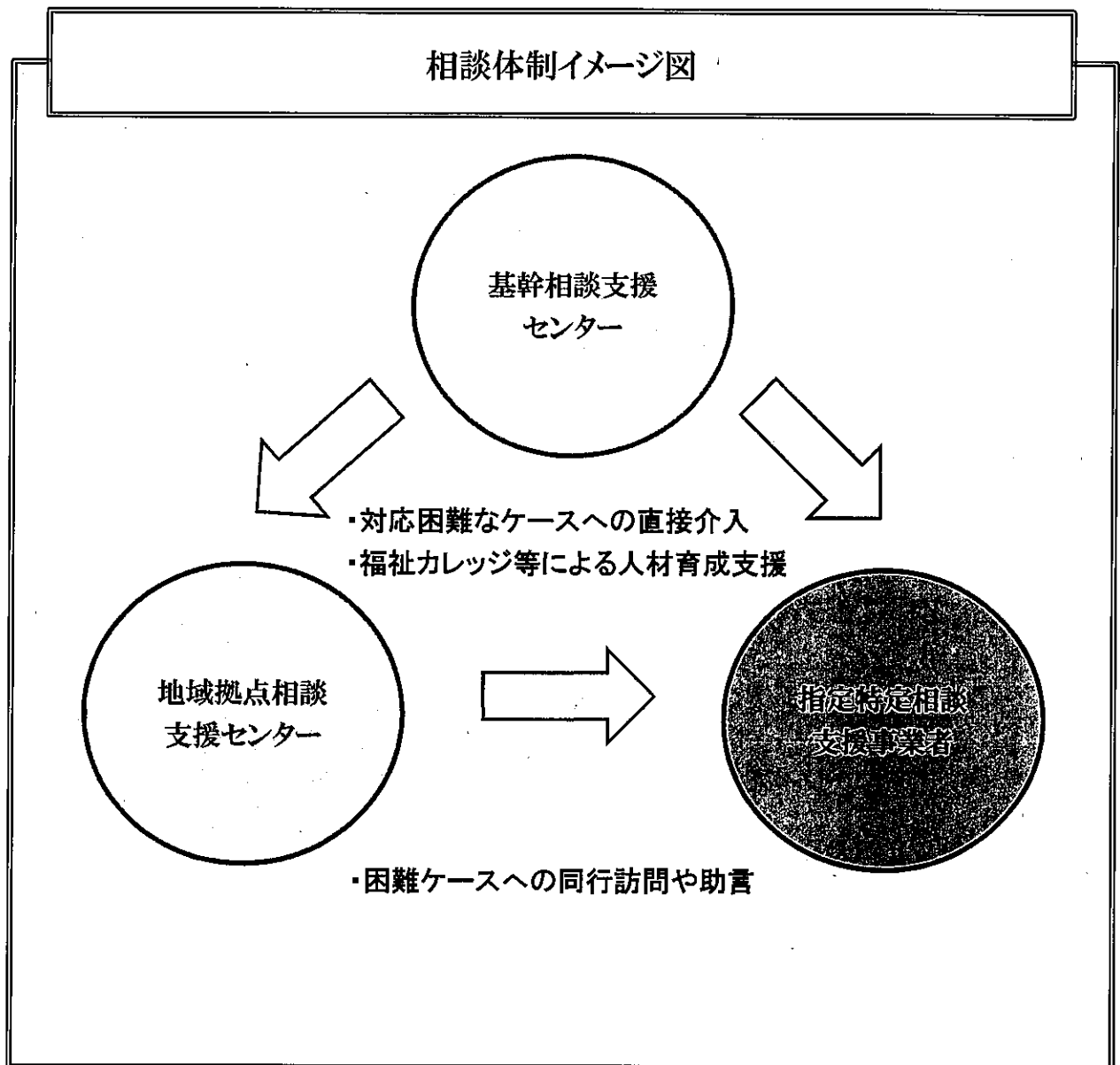
区民または指定特定相談事業者から受け付けた相談については、主訴、本人または当該相談の対象者の心身の状況、その置かれた環境、対応結果等必要事項を記録、整備をして基幹相談支援センターから求めがあった場合には速やかに提出する

(12) その他

区が必要と認める事業

◎指定特定相談支援事業者

障害福祉サービス等を申請した障害者（児）について、サービス等利用計画の作成、および支給決定後のサービス等利用計画の見直し（モニタリング）を行います。



3 相談支援専門員の役割

相談支援専門員は、障害児・者およびその家族等の地域生活の質の向上等に貢献するために、基本相談・計画相談支援、地域相談支援に携わる専門職の役割を担っています。

アセスメントを通じて、障害児・者およびその家族等の希望や要望を把握し、本人の抱えている解決すべき課題を明らかにし、本人の置かれている環境を含めて生活全体を総合的にとらえるケアマネジメントを用いて相談支援を行います。そこで明らかになった解決すべき課題に対して、どのような支援またはサービス提供が適切かを考え、サービス等利用計画を作成します。

また、支援のプロセスにおいて障害児・者の権利が侵害を受けないよう配慮し、基本的な人権を享有する個人として、その尊厳が重んじられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を擁護します。

なお、日常的に支援が困難な事例に直面し、その対応に苦慮する場合は、基幹相談支援センター職員および地域拠点相談支援センター職員を交え、検討していきます。

4 障害者のある方が利用できるサービス

障害者総合支援法によって受けられるサービスは、サービスの利用方法によっていくつかのカテゴリーに分けられます。

居宅支援	<u>居宅介護</u> ：身体介護・家事援助・通院等介助・通院等乗降介助を行う
	<u>重度訪問介護</u> ：重度の障害者が自宅での日常生活を営むことができるように総合的な支援を行うサービス
	<u>同行援護</u> ：視覚障害者に同行などを行うサービス
	<u>行動援護</u> ：自己判断能力が制限されている障害者に移動・外出時に必要な援助を行うサービス
	<u>重度障害者等包括支援</u> ：重度障害者に対して複数のサービスを包括的に行う支援
	<u>短期入所</u> ：施設で短期間生活をする際に受けることのできるサービス
居住支援	<u>施設入所支援</u> ：施設入所者に夜間を中心に排泄や入浴、食事の世話を行うサービス
	<u>共同生活援助</u> ：地域の中で障害者が集まって共同で生活する場を設け、生活面の支援をするサービス
	<u>自立生活援助</u> ：一人暮らしに必要な生活力などを養うために、必要な支援を行うサービス
日中活動	<u>療養介護</u> ：難病患者や重症心身障害者に医療・介護を行うサービス
	<u>生活介護</u> ：昼間に施設で介護や生産活動のサポートを行うサービス
	<u>自立訓練（機能訓練）</u> ：障害者の身体機能の維持回復に必要な訓練を行う
	<u>自立訓練（生活訓練）</u> ：障害者の生活能力の維持と向上に必要な訓練を行う
	<u>就労移行支援</u> ：就労に必要な能力や知識を得るための訓練を行う
	<u>就労継続支援 A 型</u> ：一般企業に就労するのが困難な障害者に行う就労等の機会の提供
	<u>就労継続支援 B 型</u> ：雇用契約を結ばずに、就労の機会や居場所を提供し、就労支援を行う
	<u>就労定着支援</u> ：就労に伴う生活面の課題に対して支援を行う
医療支援	<u>自立支援医療費</u> ：障害の軽減を目的とする医療費の公費負担制度

	療養介護医療費：医療の他に介護が必要な障害者に支給される
補装具等支援	補装具費：義肢、装具、車椅子などの給付についての費用を補助する制度
相談等支援	計画相談支援給付費：サービス等利用計画案の作成・見直し
	地域相談支援給付費：地域の生活に移行できるようにするための支援（地域移行支援）と常時の連絡体制の確保などのサービス（地域定着支援）

その他、区市町村が創意工夫し、地域の特性や利用者の状況に応じて柔軟に

実施する「地域生活支援事業」があります。（実施主体：区）

相談支援事業	障害のある人、その保護者、介護者などからの相談に応じ、必要な情報の提供および助言その他の障害福祉サービスの利用支援や権利擁護のための支援を行う
意思疎通支援事業	聴覚障害者等のコミュニケーション
日常生活用具の給付等事業	重度の障害者に、補装具以外の機器で、自立生活支援用具等の給付または貸与を行います。
移動支援事業	自立支援給付の対象とならないケースでの、外出時の移動を支援します。
成年後見制度利用支援事業	成年後見制度の利用が有効と認められる障害者に、成年後見制度の利用に要する費用等を援助又は助成することで、成年後見制度の利用を推し進めます。
地域活動支援センター機能強化事業	専門職員（精神保健福祉士等）を配置し、医療・福祉および地域の社会基盤との連携強化のための調整、地域住民ボランティア育成、障害に対する理解促進を図ります。
その他の事業	<ul style="list-style-type: none"> ・自動車改造費助成事業 ・自動車運転免許取得助成事業 ・巡回入浴サービス事業 ・ハウスクリーニング事業 ・住宅設備改善費給付事業 ・緊急通報システム事業

5 計画相談の制度

障害者総合支援法及び児童福祉法に規定される相談支援や計画相談についての概要を説明します。

●相談支援

基本相談支援・計画相談支援・地域相談支援 の全てを含めたもの。

●基本相談支援

地域の障害者等の福祉に関する問題につき、障害者や障害児の保護者等からの相談に応じ、必要な情報の提供や助言を行い、これらのものと自治体および指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整、その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与する。

●計画相談支援

障害福祉サービスの支給申請を行った障害者や障害児の保護者は、市区町村の指定を受けた指定特定相談支援事業者から相談支援を受ける事業者を選択する。相談を受けた指定特定相談支援事業者は在籍する相談支援専門員が面接、アセスメントなどを実施してサービス等利用計画を作成する。

●地域相談支援

地域移行支援と地域定着支援がある。

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

地域定着支援とは、居宅で生活する障害者に対して行う常時の連絡体制の確保など、緊急事態等の相談やその他の支援のこと。

用語について

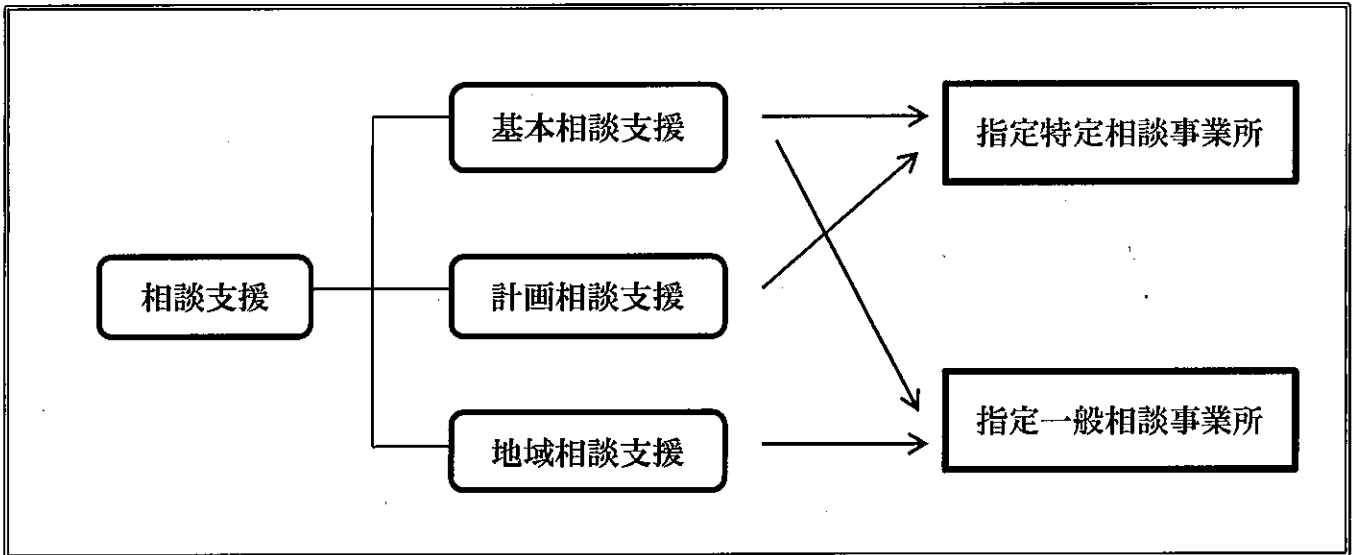
●指定特定相談支援事業者（区の指定）

基本相談支援と計画相談支援の両方を行う事業者。

●指定一般相談支援事業者（東京都の指定）

基本相談支援と地域相談支援の両方を行う事業者。

《相談支援体系》



6 計画相談のながれ（表）

1	利用者からの相談（サービス等利用計画案の作成依頼等）
2	利用者とサービス利用契約
3	利用者宅を訪問、面接、アセスメント
4	サービス等利用計画案を作成し、利用者へ説明
5	利用者の同意を得られたら区へ提出
6	支給決定後、受給者証（写）を区から受け取る
7	サービス担当者会議（※必要に応じて行う）
8	サービス等利用計画を作成、利用者へ説明し同意を得る
9	利用者の同意を得られたらサービス等利用計画を区へ提出
10	利用者による、各サービス提供事業者との契約・利用開始
11	受給者証に記載された期間ごとにモニタリングを実施 ※必要な場合にはサービス内容や支給量を変更
12	モニタリング報告書を区へ提出
13	支給決定期間の最終月でのモニタリングを実施 サービス更新する場合はサービス等利用計画（案）を作成

※上記は基本的な流れで、本人の状況等により変更される場合がある

7 計画相談のながれ

(1) 契約

相談支援事業者は利用者と契約を締結します。契約時に必要な書類（契約書・重要事項説明書等）について説明し、各書類に署名、捺印をもらいます。

(2) 訪問・面談

地域で暮らす当事者のニーズを把握することが大切です。当事者自身が支援の必要性を感じていない場合や、複合的ニーズが混在し整理できていない事例もみられるため、当事者や家族との信頼関係の構築が求められます。相談支援専門員は、当事者に寄り添い、その思いに耳を傾け、話を引き出すことが重要です。当事者の生活を知るためには生活の場に出向いて話を聞くことが有効であるため、来所相談だけでなくアウトリーチ（訪問等）にも力を注ぐ必要があります。

(3) アセスメント

面談で把握した当事者からの情報に加え、個人情報保護に配慮しながら当事者をよく知る関係機関等からの情報を集め、相談支援専門員として評価を行うのがアセスメントです。生活ニーズを把握するとともに、ニーズを充足する方法や社会資源の検討を行っていきます。なお、アセスメント

は当事者のできないことだけを評価するのではなく、生活上の強みを知ることで、支援方法を組み立てます。

(4) サービス等利用計画案の作成

利用するサービスや支援の担い手を勘案し、サービス等利用計画案を利用者と話し合いのうえ作成します。作成された案は、利用者、必要に応じて家族等の同意を得ます。その後、区に提出します。

(5) モニタリング頻度の設定

モニタリングの時期や頻度は、サービス等利用計画案に記載する短期目標の達成時期に合わせて検討します。区の標準モニタリングに沿ったモニタリングが基本ですが、必要であればそれ以上の頻度でのモニタリングを提案します。その理由を含めてサービス等利用計画案に記載し、区にも説明します。

(6) 受給者証交付後の内容確認

サービス等利用計画案の提出後、区での審査を経て支給決定されると受給者証が交付されます。受給者証の写しは、本人から受領するか、本人の了解のもと区から受領します。受領後は、次の点に注意します。①《「計画相談支援給付費」支給期間の開始日を確認する》②《「モニタリング期間」を確認する（当初3ヶ月・以降6ヶ月等）》

(7) サービス担当者会議

サービス等利用計画案に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集して、計画案の内容について各担当者から専門的な見地からの意見を求めます。

必要に応じて当事者の参加も検討します。

会議では、相談支援専門員がサービス等利用計画案を提示し、会議に参加した多様な関係機関から当面の課題解決に向けた支援の内容やそれぞれの機関の役割、今後の支援の方向性、実際の担当者などを確認します。

※サービス担当者会議は必要に応じて前後する場合があります。

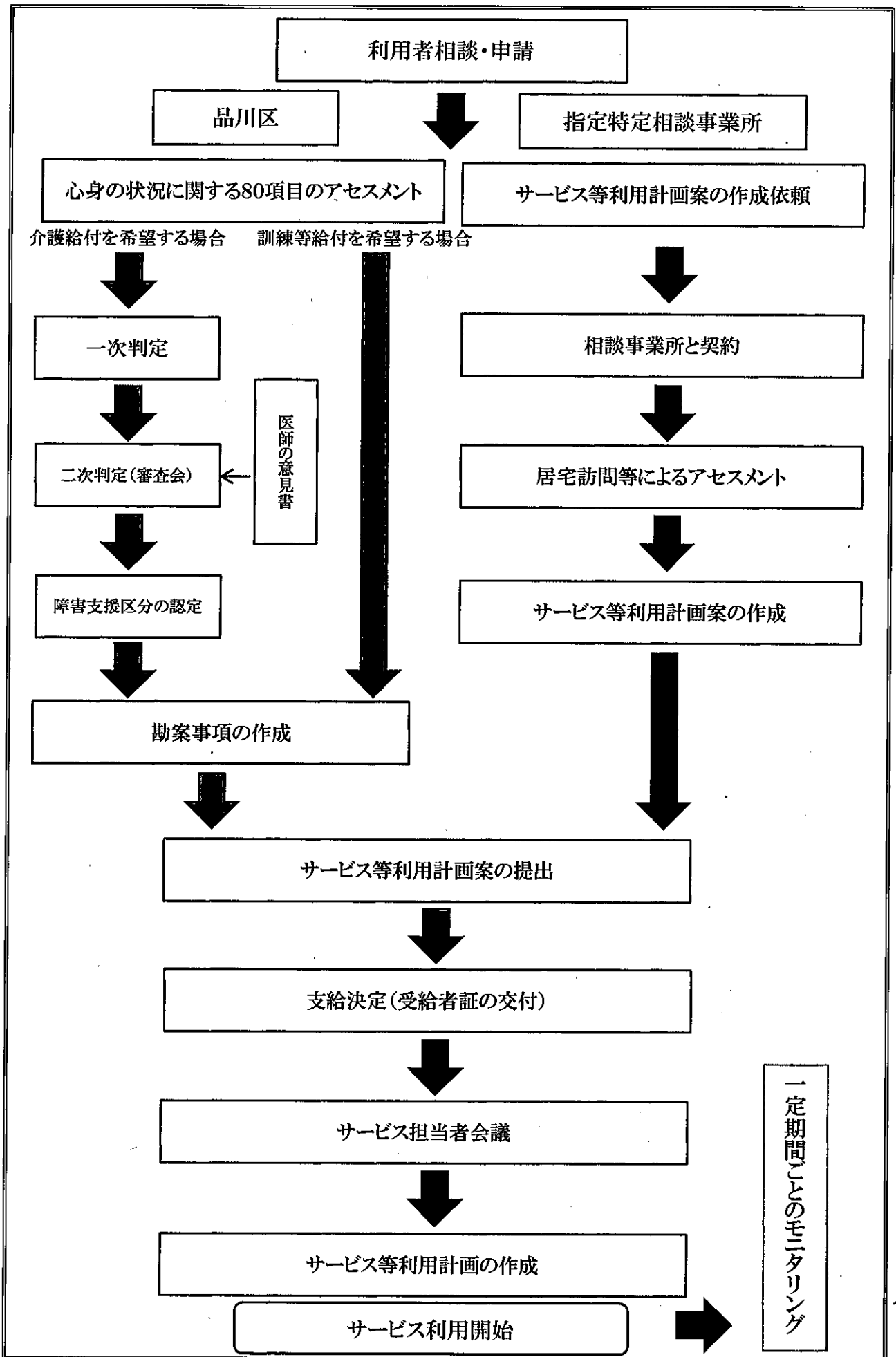
(8) サービス等利用計画の作成

ここまでのプロセスを踏まえて、「サービス等利用計画案」に修正がある場合は、その修正を反映させたくうえで、「サービス等利用計画」として利用者から同意を得ます。各サービスは、目標と計画に基づいて提供されていきます。

月あたりの支給決定時間数は、「品川区障害者介護給付費等支給決定基準に関する要綱」に明記されている基準と本人ニーズから勘案した支給量を照らし合わせながら決定されます。

サービス利用の際、本人がサービス事業者を探すことや、日程調整を行うことなどが難しい場合があります。その際は本人了解のうえで相談支援専門員が、サービス事業者の選定や依頼を行い、支給開始と共に利用できるよう準備を行います。

《申請から利用までの流れ（例）》 障害者



各種樣式

申請時の必要書類一覧(案)

支給決定プロセス	申請書	サービス等 利用計画案	サービス等利用 計画案 【週間計画表】	別紙		区分申請時	同行搬送	精神障害		サービス等利用 計画【週間】	モニタリング 報告書
				別紙1 基本情報シート	別紙2 申請者の状況 (基本情報) 【現在の生活】			アセスメント 調査票(表1)	手帳・診断書 コピー		
新規	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
更新	○	○	○	○	○	△ サービス更新 のみは不要	○	○	○	○	○
更新 (1年物のみ)	○	○	○	△ 変更内容が あれば必要	○	○	○	○	○	○	○
変更 (追加・時間数 変更等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
支給決定後	—	—	—	—	—	—	—	—	○	○	—

—提出時に提出した書類が有効期間内であれば不要

負担上限・補足給付に関する申請時の必要書類一覧(参考)

追加書類が必要な サービス	家賃のわかる書類 (家賃証明書、 契約書コピーなど)	課税非課税証明書 もしくは 情報照会同意書	年金額のわかる書類 (年金証書や 通帳などのコピー)	工賃のわかる書類 (明細書や通帳などのコピー)
共同生活補助 (区内住民票)	△ 新規・更新時 のみ	—	—	—
共同生活補助 (区外住民票)	△ 新規・更新時 のみ	○	—	—
施設入所 支援(区内)	—	—	○	○
施設入所 支援(区外)	—	○	○	○



介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費
地域相談支援給付費計画相談支援給付費
支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

※本人確認欄 ◇個人番号カード ◇旅券
◇運転免許証 ◇障害者手帳 ◇年金(手当)証書
□健康保険証 □医療受給者証 □母子手帳
□保護受給証明 □公共機関から通知
□その他()

品川区長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日
	氏名	個人番号					
	配偶者氏名	生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日
	居住地	〒					
フリガナ		続柄	電話番号				
支給申請に係る 児童氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	個人番号	※その他の住民基本台帳上の世帯員は裏面に記入					
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番号	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名				
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)					
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)							有・無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等					
介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護	1 2 3 4 5	利用中のサービスの種類と内容等	
	利用中のサービスの種類と内容等						

申請する サービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容	
		介護給付費		訓練等給付費			
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	※利用事業所の正式名称を下記に記載。 ※2 共同生活援助を申請する場合は、事業所の種類(外部サービス利用型と介護サービス包括型の別)を下記に記載。			
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助				
		<input type="checkbox"/> 同行援護					
		<input type="checkbox"/> 行動援護					
		<input type="checkbox"/> 短期入所					
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援					
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)				
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)				
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練					
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援					
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)					
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型					
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型					
		<input type="checkbox"/> 共同生活援助※					
地域相談	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	指定特定相談支援事業所名を記載。					
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援						
	<input type="checkbox"/> 計画相談支援						

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること (年令 才)
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定 (入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注)対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年令 才)
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定 (家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		電話番号

<input type="checkbox"/> 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、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、品川区から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の関係人に提示することに同意します。
申請者本人及び世帯員氏名

※18歳未満(児童)の申請にともなう表面以外の住民票世帯員の氏名および個人番号通知

	世帯員1	世帯員2	世帯員3	世帯員4	世帯員5
氏名					
個人番号					

様式2-1 基本情報シート

最終作成日：平成（ ）年（ ）月（ ）日

作成者	品川・大井・荏原 保健センター	
	生活支援・たいむ・福栄会・グロー	
	その他（ ）	
氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	S H ()年()月()日 ()歳	
住所	〒 -	
住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建 → (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 賃借) <input type="checkbox"/> 集合 → (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 賃借) <input type="checkbox"/> 公営 <input type="checkbox"/> その他 ()	
連絡先電話		
関係機関 ※機関名(担当者名)、連絡先電話番号を記入。 ※区関係各課、福祉系、保健・医療系の順に記入。 ※現在利用しているサービス、医療機関(担当者には主治医MSW等を記載)も記入。	電話	()
	電話	()
	電話	()
	電話	()
	電話	()
	電話	()
	電話	()
障害程度区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 申請中 受給者証番号 ()	
身体障害者等級	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 無	
身体障害の種類	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無	
愛の手帳等級	<input type="checkbox"/> 最重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 無	
精神障害者保健福祉手帳等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 無 手帳番号 ()	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無	
主傷病	<input type="checkbox"/> 有 → 具体的に ① () <input type="checkbox"/> 無 ② () ③ ()	
主な所得	就労	<input type="checkbox"/> 有 → 具体的に () <input type="checkbox"/> 無 千円
	障害基礎年金	<input type="checkbox"/> 有 : () 級 → () 年から受給 <input type="checkbox"/> 無 千円
	その他の障害年金	<input type="checkbox"/> 有 : () 級 → () 年から受給 <input type="checkbox"/> 無 千円
	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 (他人介護料有り) <input type="checkbox"/> 有 (他人介護料無し) <input type="checkbox"/> 無 千円
	その他	<input type="checkbox"/> その他年金 → 具体的に () 千円 <input type="checkbox"/> 諸手当 → 具体的に () 千円 <input type="checkbox"/> その他 → 具体的に () 千円
主な資産	<input type="checkbox"/> 有 → 具体的に () <input type="checkbox"/> 無	
健康保険等	<input type="checkbox"/> 健保 (本人) <input type="checkbox"/> 健保 (家族) <input type="checkbox"/> 国保 (一般) <input type="checkbox"/> 国保 (退職本人) <input type="checkbox"/> 国保 (退職家族) <input type="checkbox"/> 船保 (本人) <input type="checkbox"/> 船保 (家族) <input type="checkbox"/> 老保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生活保護 (医療扶助) <input type="checkbox"/> 保険未加入 <input type="checkbox"/> その他 : ()	
自立支援医療	<input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 <input type="checkbox"/> 無	
成年後見制度	<input type="checkbox"/> 有 → 具体的に () <input type="checkbox"/> 無	
民生委員	<input type="checkbox"/> 連携有 → 氏名 : () 電話 : () <input type="checkbox"/> 連携無	

【家族関係に関する特記事項】

家族（キーパーソン★、同居者○、生計中心者△、緊急連絡先※）及び関係者：2親等まで必須				
氏名・機関名	生年月日	続柄	住所・連絡先電話	【家族構成図】
【生活歴・生活状況】			【病歴・サービス利用履歴】	
【主治医の判断】				
【関係機関の判断】				
【担当者の判断】				

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	地区	
計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄	
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)			
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
1		福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割
2			評価 時期
3			その他留意事項
4			
5			
6			

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号		計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	地区

計画開始年月

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

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

申請者の現状(基本情報)

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

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所				電話番号	
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名		障害程度区分		性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※受診歴等含む				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)		

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名		計画作成担当者	
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00							週単位以外のサービス
8:00							
10:00							
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

同 意 書

品川区長 あて

この度、障害支援区分認定を受けるにあたり、下記医療機関の主治医に意見を求めることに同意します。

申請日： 年 月 日
調査予定日： 年 月 日

※調査予定日は申請日以後に設定してください。

認定を受ける者	住所	〒 -			
	フリガナ氏名 (性別)		男・女	電話 ()	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
同意をする者	住所	〒 -			
	フリガナ氏名 (性別)	認定を受けるものとの続柄 ()	男・女	電話 ()	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

本人の状況	身体	知的
	手帳番号 ()	手帳番号 ()
	精神	難病
	手帳番号 ()	疾病名 ()
↑該当するもの全てに○		

医療機関の区分	在宅・GHの場合	前回と同一の医師 又は 医療機関	左記以外 (新規又は 前回と別)
	施設入所・入院中	嘱託医等* 以外が 記載の場合	前回と同一の施設 等の嘱託医等
		嘱託医等* が記載の 場合	左記以外 (新規又は 前回と別)
↑該当するものいずれかに○			

* 嘱託医等とは、常勤・非常勤を問わず健康管理を含む医学的管理を行うことを業務とする医師のこと。施設と関係のない医療機関の場合は嘱託医以外としてください。

* 正確にご記入ください。

主治医	主治医氏名 (診療科)	()	医療機関名
	医療機関の所在地	〒 -	電話 ()

(区CW記入欄)

申請区分	新規	更新
種別	介護	訓練
受給者番号	5	
宛番号		
担当者名		

* 申請区分が新規の場合は受給者番号は空欄にしてください

* 担当者は記入もれがないか必ず確認してください

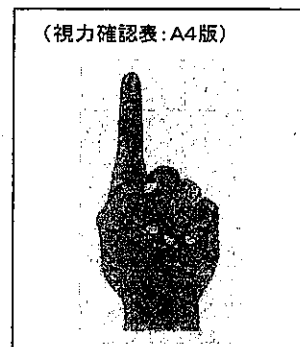
申請区分	
在宅	新規
.	.
施設	継続

同行援護のアセスメント調査票（表1）

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

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

注2. 「歩行」については、車いす等による移动手段を含む。



サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	地区

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

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号	
計画作成日	モニタリング実施日	利用者同意署名欄

総合的な援助の方針		全体の状況
-----------	--	-------

優先順位	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	サービス費の変更	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	

資 料

- 品川区障害者介護給付費等支給決定基準に関する要綱
- 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) 令和元年7月1日【抜粋】
- 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定等に
関するQ&A(平成30年3月30日)【抜粋】

