

**松江市**  
**計画相談支援マニュアル**

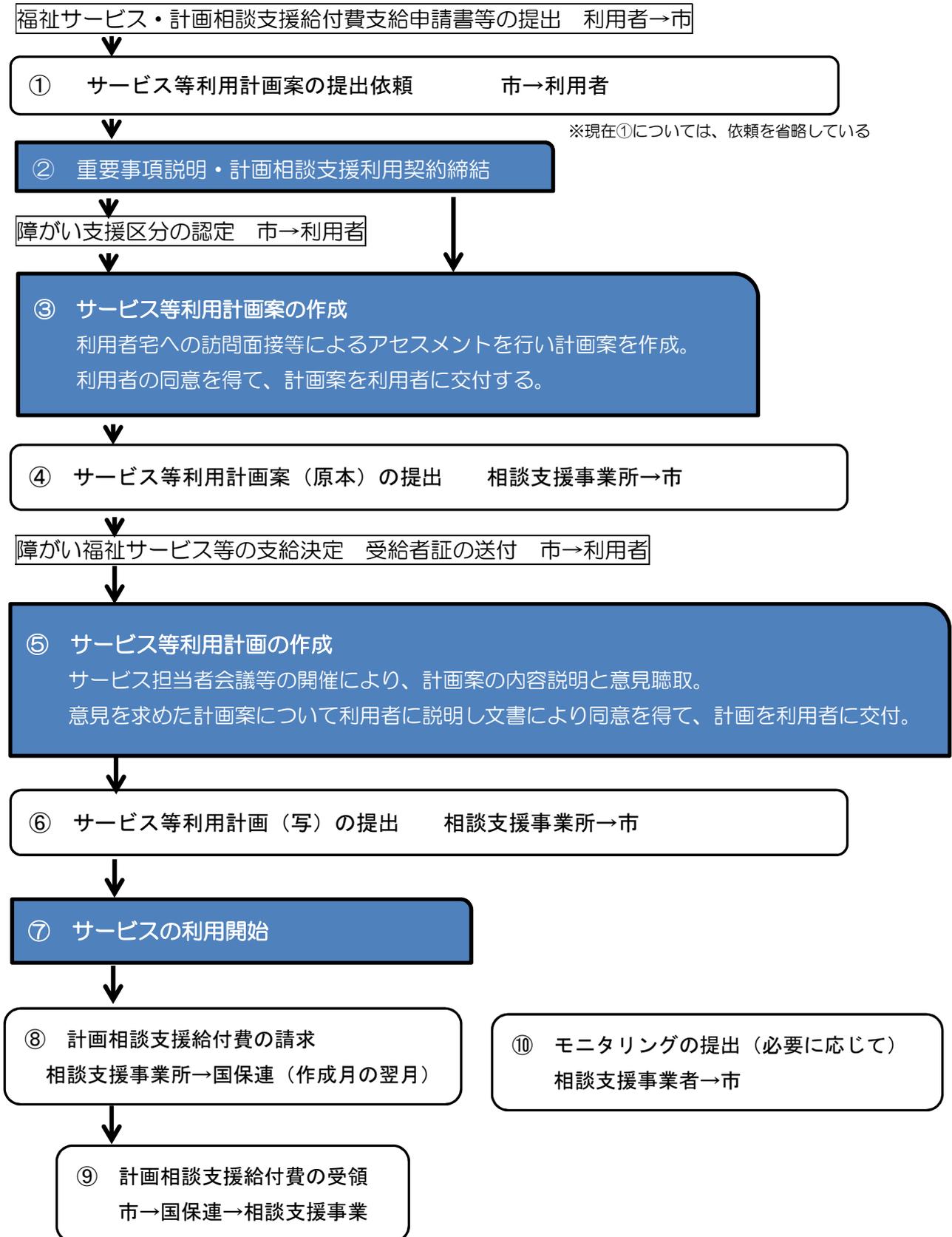
**令和6年3月1日**

**松江市 健康福祉部 障がい者福祉課**

(目次)

|   |                |       |
|---|----------------|-------|
| 1 | サービスの利用開始までの流れ | ・・・1  |
| 2 | 対象者            | ・・・2  |
| 3 | 提出書類           | ・・・4  |
| 4 | 具体的手続き         | ・・・5  |
| 5 | モニタリング期間の設定    | ・・・9  |
| 6 | サービス等利用計画様式    | ・・・14 |
|   | その他            | ・・・20 |

# 1 サービスの利用開始までの流れ



## 2 対象者

計画相談支援及び障がい児相談支援の対象者は、原則、サービスを利用するすべての障がい者となります（別表1、2、3参照）。

別表1 計画相談支援（障がい者総合支援法）の対象者

|                | 対象者   | 留意事項  |
|----------------|---|---|
| サービス<br>利用支援   | 障がい福祉サービスの申請若しくは変更の申請に係る障がい者若しくは障がい児の保護者<br>又は地域相談支援の申請に係る障がい者      |   |
| 継続サービス<br>利用支援 | 指定特定相談支援事業者が提供したサービス利用支援によりサービス等利用計画が作成された支給決定障がい者等又は地域相談支援給付決定障がい者 | 指定特定相談支援事業者以外の者がサービス等利用計画案を作成した場合には継続サービス利用支援の対象外 |

別表2 障がい児相談支援（児童福祉法）の対象者

|                  | 対象者  | 留意事項   |
|------------------|--|--|
| 障がい児支援<br>利用援助   | 通所給付決定の申請若しくは変更の申請に係る障がい児の保護者                            |  |
| 継続障がい児<br>支援利用援助 | 指定障がい児相談支援事業者が提供した障がい児支援利用援助により障がい児支援利用計画が作成された通所給付決定保護者 | 指定障がい児相談支援事業者以外の者が障がい児支援利用計画案を作成した場合には継続障がい児支援利用援助の対象外 |

- ※ 申請者が、介護保険制度のサービスと障がい福祉サービスを併用利用する場合については、介護（予防）サービス利用票及び別表の写しを市に提出します。
- ※ 申請者が、障がい児通所支援と障がい福祉サービスの両方を利用する場合には、サービス等利用計画及び障がい児支援利用計画を一体的にまとめた計画の提出を申請者に依頼します。（相談支援事業者の報酬は、障がい児相談支援給付費のみ算定することとなります。）  
また、高校在学中に18歳に到達し放課後等デイサービスと障がい福祉サービスを併給している者については、放課後等デイサービスを利用している間については、障がい児相談支援給付を算定することとなります。放課後等デイサービスの利用が終了した時点で、計画相談支援給付費を算定することとなります。
- ※ 申請者自身や家族が、サービス等利用計画を作成する場合には、申請者又は家族が作成したサービス等利用計画（セルフプラン）を市に提出します。

別表3 利用するサービスと対象となる相談支援の種類

|      | 利用するサービス                      | 計画<br>相談支援                      | 障がい児<br>相談支援 |
|------|-------------------------------|---------------------------------|--------------|
| 障がい者 | 障がい福祉サービスのみ                   | ○                               | ×            |
|      | 地域相談支援のみ（地域移行・定着）             | ○                               |              |
|      | 地域生活支援事業のみ（移動・日中・地活等）         | ×                               |              |
|      | 障がい福祉サービス+地域生活支援事業            | ○                               |              |
|      | 障がい福祉サービス<br>+<br>介護保険制度のサービス | ○<br>※介護（予防）<br>サービス利用票<br>及び別表 |              |
| 障がい児 | 障がい福祉サービスのみ                   | ○                               | ×            |
|      | 障がい児通所支援のみ                    | ×                               | ○            |
|      | 地域生活支援事業のみ（移動・日中・地活等）         | ×                               |              |
|      | 障がい福祉サービス+障がい児通所支援            | ×                               | ○            |
|      | 障がい福祉サービス+地域生活支援事業            | ○                               | ×            |
|      | 障がい児通所支援+地域生活支援事業             | ×                               | ○            |

※障がい福祉サービスと障がい児通所支援を両方利用する障がい児については、障がい児相談支援での対応

例) 4月1日から居宅介護を利用している障がい児が、9月1日から障がい児通所支援も利用することになった場合⇒8月31日までは計画相談支援、9月1日からは障がい児相談支援

### 3 提出書類 市に提出する「サービス等利用計画」の様式（障がい児相談支援も準ずる。）

◆障がい福祉サービス（通所サービス）《新規・継続・変更》申請時及びモニタリング時の提出書類一覧

○：利用開始（新規・継続・変更）日の2週間前に提出 ●：利用開始（継続・変更）日から10日以内に提出

|         | 給付費申請様式                    |             |          |                                   | 「サービス等利用計画・障害児支援利用計画」様式 |         |         |        |         |         |           |   |
|---------|----------------------------|-------------|----------|-----------------------------------|-------------------------|---------|---------|--------|---------|---------|-----------|---|
|         | 第1号                        | 第9号         | サービス受給者証 | 第18号<br>第23号<br>計画相談支給申請書<br>・届出書 | 基本情報                    |         | 計画案     |        | 計画      |         | モニタリング    |   |
|         |                            |             |          |                                   | 別紙1                     | 別紙2     | 1-1     | 1-2    | 2-1     | 2-2     | 3         |   |
|         | サービス支給申請書                  | サービス支給変更申請書 |          |                                   | 申請者の状況                  | 現在の生活   | 利用計画案   | 週間計画表案 | 利用計画(写) | 週間計画(写) | モニタリング報告書 |   |
| 新規      | ① 初めてサービスを利用               | ◎<br>*1     |          |                                   | ◎<br>*1-2               | ○       | ○       | ○      | ○       | ●       | ●         |   |
|         | ② 既にサービスを利用して、新規に他のサービスを利用 | ◎<br>*1     |          | ◎                                 |                         | ○       | ○       | ○      | ○       | ●       | ●         | ○ |
| 継続      | ① サービス内容を変更せずそのまま継続        | ◎<br>*1     |          |                                   |                         |         |         | ○      | ○       | ●       | ●         | ○ |
|         | ② サービスの種類や支給量を変更して継続       | ◎<br>*1     |          |                                   |                         | ○<br>*4 | ○<br>*5 | ○      | ○       | ●       | ●         | ○ |
|         | ③ モニタリング期間を変更して継続          | ◎<br>*1     |          |                                   |                         | ○<br>*4 | ○<br>*5 | ○      | ○       | ●       | ●         | ○ |
|         | ④ ②③以外の軽微な変更をして継続          | ◎<br>*1     |          |                                   |                         |         |         | ○      | ○       | ●       | ●         | ○ |
| 変更      | ① 支給量の変更<br>居宅介護の種類の変更     |             | ◎<br>*3  | ◎                                 |                         | ○<br>*4 | ○<br>*5 | ○      | ○       | ●       | ●         | ○ |
|         | ② 負担上限月額見直し                |             | ◎<br>*2  | ◎                                 |                         |         |         |        |         |         |           |   |
|         | ③ 計画相談支援事業所の変更             |             |          | ◎                                 | ◎                       |         |         |        |         |         |           |   |
|         | ④ モニタリング期間の変更              |             | ◎<br>*3  | ◎                                 |                         | ○<br>*4 | ○<br>*5 | ○      | ○       | ●       | ●         | ○ |
| モニタリング時 |                            |             |          |                                   |                         |         |         |        |         |         | ●<br>*6   |   |

\*1：支援区分認定を伴う場合は、利用開始（新規・継続）時の概ね2ヶ月前までに本様式を提出してください。

・併せて障がい福祉サービスの場合は様式第2号（申告書）、同第3号（同意書）の、児童通所サービスの場合は同第2号（申告兼同意書）の提出が必要です。【以下様式2号、様式3号の（ ）説明は省略】

\*1-2：障がい福祉サービスの場合は様式第18号、児童通所サービスの場合は様式23号となります。（同時に申請される場合は児童通所サービスの様式第23号となります。）

\*2：併せて障がい福祉サービスの場合は様式第2号、同第3号の、児童通所サービスの場合は同第2号の提出が必要です。（家庭状況（世帯状況）の変化に起因する場合、内容によっては関係資料の添付を求めます。）

\*3：他の様式（様式第2号、同第3号）の提出は不要です。

\*4：変更前後の状況の違いを記載してください。

\*5：変更前の生活状況（生活形態）で記載してください。

\*6：モニタリング実施後、翌月の10日（国保連請求時）に提出してください。

#### ＜特記＞

・サービス事業所を変更する場合：直近のモニタリングにその内容を記載し、次回継続時に計画案に記載したものを提出してください。

・サービス全体を廃止する場合：次ページ「障がい福祉サービスの廃止に伴うモニタリングの取扱いについて」に基づいて、手続きをしてください。

・一部サービスを廃止する場合：上述の「変更①」に同じです。

・セルフプランの場合：計画案の作成は必要ありません。

## 4 具体的な手続き

### 1) 新規

#### ①申請者⇒市

〔福祉サービスの申請関係〕

- 「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」（様式第1号）
- 「介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告書」（様式第2号）
- 「介護給付費等の利用者負担上限月額の設定に係る同意書」（様式第3号）

〔計画相談支援の申請関係〕

- 「計画相談支援給付費支給申請書 兼 計画相談支援依頼（変更）届出書」（様式第18号）

#### ②市⇒申請者

「障がい支援区分認定通知書」の送付 ←新規で区分認定が必要な方のみ

#### ③相談支援事業所⇒市

**新規の支給決定に必要。サービス利用開始日の2週間前までに市へ提出**

〔計画案 関係〕

- 「申請者の現況（基本情報）」（別紙1）
- 「申請者の現況（基本情報）（週間）」（別紙2）
- 「サービス等利用計画案」（様式1-1）
- 「サービス等利用計画案（週間）」（様式1-2）

#### ④市⇒申請者

支給決定・受給者証の交付

#### ⑤相談支援事業所⇒市

**サービス利用開始から10日以内に市へ提出**

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」（様式2-1）
- 「サービス等利用計画（週間）」（様式2-2）

**国保連請求審査に必要な書類**

（翌月10日までに市へ提出）

「計画提出者名簿」

## 2) モニタリング月

### (1) サービスの支給量変更

#### ①申請者・相談支援事業所⇒市

**変更の支給決定に必要。サービス変更日の2週間前までに資料をそろえて提出**

**(区分認定が必要な場合は、福祉サービス申請書関係のみを2ヵ月前までに提出)**

※受給者証

[福祉サービスの変更申請書関係]

○「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第9号)

[モニタリング関係]

○モニタリング報告書(様式3)

[計画案関係]

○「申請者の現況(基本情報)」(別紙1)

○「申請者の現況(基本情報)(週間)」(別紙2)

○「サービス等利用計画案」(様式1-1)

○「サービス等利用計画案(週間)」(様式1-2)

#### ②市⇒申請者(支給決定・受給者証の交付)

#### ③相談支援事業所⇒市

**変更日から10日以内に市へ提出。**

[計画 関係]

●「サービス等利用計画」(様式2-1)

●「サービス等利用計画(週間)」(様式2-2)

※すでにサービス利用していて新規に他のサービスを利用する場合は、新規申請と同様の書類提出が必要

### (2) モニタリング期間のみ変更 [例：毎月→半年ごと]

#### ①申請者・相談支援事業所⇒市

**変更の支給決定に必要。モニタリング期間の変更が必要と判断したモニタリング実施月の月**

**末までに市へ提出**

※受給者証

[福祉サービスの変更申請書関係]

○「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第9号)

[モニタリング関係]

○モニタリング報告書(様式3)

[計画案関係]

○「申請者の現況(基本情報)」(別紙1)

○「申請者の現況(基本情報)(週間)」(別紙2)

○「サービス等利用計画案」(様式1-1)

○「サービス等利用計画案(週間)」(様式1-2)

②市⇒申請者（受給者証の交付）

③相談支援事業所⇒市

**翌月10日までに市へ提出。**

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」 （様式2-1）
- 「サービス等利用計画（週間）」（様式2-2）

(3) (1)・(2)以外の軽微な変更（受給者証の内容に変更がないもの）

①相談支援事業所⇒市

**翌月10日までに市へ提出。**

〔モニタリング関係〕

- 「モニタリング報告書」（様式3）

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」 （様式2-1）
- 「サービス等利用計画（週間）」（様式2-2）

書類を全部そろえて提出

(4) 変更なし

①相談支援事業所⇒市

支給決定に係る書類提出は無

〔モニタリング関係〕

- 「モニタリング報告書」（様式3）

**国保連請求審査に必要な書類**

**（翌月10日までに市へ提出）**

**「モニタリング報告者名簿」**

### 3) 継続

#### (1) サービスの種類・量・モニタリング期間の変更

##### ①申請者・相談支援事業所⇒市

**(区分認定が必要な場合は、福祉サービス申請書関係のみを2ヵ月前までに提出)**

〔福祉サービスの申請 関係〕

- 「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第1号)
- 「介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告書」(様式第2号)
- 「介護給付費等の利用者負担上限月額認定に係る同意書」(様式第3号)

**支給決定に必要。サービス継続開始日の2週間前までに書類をそろえて提出**

〔モニタリング関係〕

- モニタリング報告書(様式3)

〔計画案 関係〕

- 「申請者の現況(基本情報)」(別紙1)
- 「申請者の現況(基本情報)(週間)」(別紙2)
- 「サービス等利用計画案」(様式1-1)
- 「サービス等利用計画案(週間)」(様式1-2)

##### ②市⇒申請者(支給決定・受給者証の交付)

##### ③相談支援事業所⇒市

**翌月10日までに市へ提出。**

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」(様式2-1)
- 「サービス等利用計画(週間)」(様式2-2)

## (2) (1) 以外の軽微な変更及び変更がない場合

### ①申請者・相談支援事業所⇒市

**継続の支給決定に必要。サービス継続開始日の2週間前までに市へ提出**

〔福祉サービスの申請 関係〕

- 「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第1号)
- 「介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告書」(様式第2号)
- 「介護給付費等の利用者負担上限月額の設定に係る同意書」(様式第3号)

〔モニタリング関係〕

- モニタリング報告書(様式3)

〔計画案 関係〕

- 「サービス等利用計画案」(様式1-1)
- 「サービス等利用計画案(週間)」(様式1-2)

### ②市⇒申請者(支給決定・受給者証の交付)

### ③相談支援事業所⇒市

**翌月10日までに市へ提出。**

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」(様式2-1)
- 「サービス等利用計画(週間)」(様式2-2)

**国保連請求審査に必要な書類**

**(翌月10日までに市へ提出)**

「計画提出者名簿」

## 5 モニタリング期間の設定

### (1) モニタリング期間

モニタリング期間については、指定特定相談支援事業者・障がい児相談支援事業者(計画作成担当)の提案を踏まえて、以下の勘案事項及び期間を勘案して、市が個別の対象者ごとに定めます。標準のモニタリング期間は、別表4のとおりです。

#### (勘案事項)

- a 障がい者等の心身の現況
- b 障がい者等の置かれている環境
  - ・地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージ(乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等)の変化の有無等
- c 総合的な援助の方針(援助の全体目標)
- d 生活全般の解決すべき課題
- e 提供されるサービスの目標及び達成時期
- f 提供されるサービスの種類、内容及び量
- g サービスを提供する上での留意事項

別表4 モニタリング期間一覧（標準）

| 対 象 者 |   | モニタリング期間                           |
|-------|---|------------------------------------|
| (1)   | 新規に支給決定又は支給決定の変更によりサービス種類、内容又は量に著しく変動があった者  | 当初3ヵ月毎月の<br>その後は(2)②・<br>③、(3)、(4) |
| (2)   | ① 居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、生活介護、短期入所、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、<br>児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、<br>地域定着支援を利用する者で、 <u>次の場合</u><br>イ) 障がい者（児）支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者<br>ロ) 単身世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障がい福祉サービス事業所等との連絡調整を行うことが困難である者<br>ハ) 重度障がい者等包括支援に係る支給決定を受けることができる者<br>(常時介護を要し、意思疎通を図ることに著しい支障がある者うち、四肢麻痺及び寝たきりの状態である者若しくは知的障がい又は精神障がいにより行動上著しい困難を有する者) | 毎 月                                |
|       | ② 以下の者<br>イ) 居宅介護、行動援護、同行援護、重度訪問介護、短期入所、<br>就労移行支援、自立訓練のサービスを利用する者  | 3か月                                |
|       | ロ) 就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助のサービスを利用する者   | 3か月                                |
|       | ハ) 65歳以上で介護保険のケアマネジメントを受けていない者（ <b>総合事業の対象者を含む。</b> ）   | 3か月                                |
|       | ③ ①、②以外の者（生活介護・共同生活援助・就労継続支援・<br>放課後等デイサービス・児童発達支援・保育所等訪問支援）  | 6か月                                |
| (3)   | 障害者支援施設入所者、療養介護入所者  | 6か月                                |
| (4)   | 地域移行支援、地域定着支援   | 6か月                                |
| (5)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣改善のため集中的な支援の後、引き続き一定の支援が必要である者</li> <li>・サービス事業所の頻繁な変更やそのおそれがある者</li> <li>・学齢期の長期休暇等により心身の状態が変化するおそれのある児</li> <li>・就学前の児童の状態や支援の方法に関して不安の軽減・解消を図る必要のある保護者</li> <li>・その他短期間でモニタリングが必要であると認められる者</li> </ul>   | (1)～(4)によらず適切な期間                   |

※セルフプラン作成者は、自ら計画を作成できる者であることから、指定特定相談支援事業者・障がい児相談支援事業者（計画作成担当）によるモニタリングは実施しないこととします。

(2) 計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の支給期間

計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の支給期間（月単位）については、以下の取扱いとします。

ア 支給期間の開始月

- ・新規に計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の対象となる者  
⇒サービス利用支援・障がい児支援利用援助を実施する月（サービス等利用計画を作成する月）
- ・既に計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の対象となっている者  
⇒継続前の支給期間の翌月

イ 支給期間の終期月

利用する障がい福祉サービスの支給決定、地域相談支援給付決定又は障がい児通所支援の給付決定の有効期間のうち最長の有効期間の終期月

(3) モニタリング期間に係る開始月と終期月

モニタリング期間の設定に当たっては、継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の実施月を特定するため、併せて、当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の開始月と終期月を設定します。

具体的な取り扱いは以下のとおりです。

ア 当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の開始月

開始月については、支給決定の有効期間の終期月において継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助を実施することを前提に、当該者に係るモニタリング期間を勘案して設定する。

（支給決定の有効期間の終期月においては、対象者の現況に応じて、継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助と併せて支給決定の継続等のためのサービス利用支援・障がい児支援利用援助を実施（報酬はサービス利用支援・障がい児支援利用援助の報酬のみ算定）。）

なお、1人の者に対して複数の支給決定の有効期間の終期が設定される場合には、複数の支給決定の有効期間のうち最長の有効期間の終期月に継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助を実施することを前提に、当該者に係るモニタリング期間を勘案して、継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の開始月を設定する。

この場合、できる限り、複数の有効期間の終期月と継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の実施月が同一月となるよう、各々のサービスの支給決定の有効期間を設定することが望ましい。（結果として、サービス利用支援の実施月と継続サービス利用支援の実施月が異なる場合であっても、各々の報酬の算定は可とする。）

イ 当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の終期月

原則として、計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の支給期間の終期月（サービスの支給決定の有効期間の終期月）と同じとする。

ただし、モニタリング期間が「毎月」の者については、継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の開始月を含め最長1年以内で終期月を設定する（支給決定又は支給決定の変更により

サービス内容に著しく変動があった者については、当該支給決定等から概ね3ヶ月以内を基本とする。)

(4) 具体的な例

- 例1** 令和5年4月から、1年間の支給期間のサービスを利用する場合（居宅介護等）  
 （サービスの支給期間 令和5年4月 1日～令和6年3月31日）  
 （計画相談支援の支給期間 令和5年3月15日～令和6年3月31日）

① 当初3ヵ月毎月のち3ヵ月ごとに実施（主に新規や変更の場合）

|    | 3月   | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| R5 | 計画作成 | モ  | モ  | モ  |    |    | モ  |     |     | モ   |    |    | モ計 |

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 当初3ヵ月毎月のち3ヵ月毎（令和5年4月、5月、6月、9月、12月、令和6年3月）」

② 3ヵ月に1回実施

|    | 3月   | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| R5 | 計画作成 |    |    | モ  |    |    | モ  |     |     | モ   |    |    | モ計 |

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 3ヵ月毎（令和5年6月、9月、12月、令和6年3月）」

③ モニタリングにより10月より支給量に変更になった場合

|    | 3月   | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| R5 | 計画作成 |    |    |    |    |    | モ計 | モ   | モ   | モ   |    |    | モ計 |

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 当初3ヵ月毎月のち3ヵ月毎（令和5年10月、11月、12月、令和6年3月）」

- 例2 令和5年4月から、3年間の支給期間のサービスを利用する場合（生活介護等）  
 （サービスの支給期間 令和5年4月1日～令和8年3月31日）  
 （計画相談支援の支給期間 令和5年3月15日～令和8年3月31日）

① 当初3ヵ月毎月のち半年ごとに実施（主に新規や変更の場合）

|    | 3月   | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| R5 | 計画作成 | モ  | モ  | モ  |    |    | モ  |     |     |     |    |    | モ  |
| R6 |      |    |    |    |    |    | モ  |     |     |     |    |    | モ  |
| R7 |      |    |    |    |    |    | モ  |     |     |     |    |    | モ計 |

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 当初3ヵ月毎月のち半年ごと（令和5年4月～令和8年3月）」

② 半年に1回実施。

|    | 3月   | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| R5 | 計画作成 |    |    |    |    |    | モ  |     |     |     |    |    | モ  |
| R6 |      |    |    |    |    |    | モ  |     |     |     |    |    | モ  |
| R7 |      |    |    |    |    |    | モ  |     |     |     |    |    | モ計 |

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 半年毎（令和5年9月～令和8年3月）」

## 6 サービス等利用計画様式

### (1) 基本情報

| 松江市(H31.4版)  |                                 | 申請者の現況(基本情報) |    |    |          |         |    |     |          |          |  | 基本情報 |  | 別紙1  |  |    |  |    |  |
|--|---------------------------------|--------------|----|----|----------|---------|----|-----|----------|----------|--|------|--|------|--|----|--|----|--|
| <b>○ [ 1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例 ]</b> |                                 |              |    |    |          |         |    |     |          |          |  |      |  |      |  |    |  |    |  |
| 利用者氏名  | 性別                              | 生年月日         | 住所 | 年齢 | 障がい又は障害名 | 障がい支援区分 | 区分 | 作成日 | 相談支援事業者名 | 計画作成担当者名 |  |      |  |      |  |    |  |    |  |
| 1.概要(支援経過・現状と課題等)                                      | ※赤枠の中に入りますと、計画案・計画の茶色部分がリンクします。 |              |    |    |          |         |    |     |          |          |  |      |  |      |  |    |  |    |  |
| 家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入                                 | 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等    |              |    |    |          |         |    |     |          |          |  |      |  |      |  |    |  |    |  |
| 生活歴 ※実診歴等含む  |                                 |              |    |    |          |         |    |     |          |          |  |      |  |      |  |    |  |    |  |
| 本人の主訴(意向・希望)   | 家族の主訴(意向・希望)                    |              |    |    |          |         |    |     |          |          |  |      |  |      |  |    |  |    |  |
| 2.支援の状況(本人と関わりをもつ機関・人物等(役割)も含む)                        | 提供機関・提供者                        |              |    |    |          |         |    |     |          |          |  |      |  | 支援内容 |  | 頻度 |  | 備考 |  |
| 公的支援 (障がい福祉サービス、介護保険、障害基礎年金等)                          |                                 |              |    |    |          |         |    |     |          |          |  |      |  |      |  |    |  |    |  |
| その他の支援   |                                 |              |    |    |          |         |    |     |          |          |  |      |  |      |  |    |  |    |  |

| ○新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例 |       |   |   |   |   |   |  |                         |  | 基本情報 |  | 別紙2<br>松江市(H31.4版) |  |
|--|-------|---|---|---|---|---|--|-------------------------|--|------|--|--------------------|--|
| 作成日                                      | 利用者氏名 |   |   | 0 |   |   | 申請者の現況(基本情報)【現在の生活】 ※計画導入前または計画変更前の現況を記載 |                         |  |      |  |                    |  |
|  | 月     | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝                                      | 主な日常生活上の活動 ※ない場合は「無」と記入 |  |      |  |                    |  |
| 4:00                                     |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 6:00                                     |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 8:00                                     |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 10:00                                    |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 12:00                                    |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 14:00                                    |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 16:00                                    |       |   |   |   |   |   |  | 週単位以外のサービス ※ない場合は「無」と記入 |  |      |  |                    |  |
| 18:00                                    |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 20:00                                    |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 22:00                                    |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 0:00                                     |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |
| 2:00                                     |       |   |   |   |   |   |  |                         |  |      |  |                    |  |

## (2) サービス等利用計画案

|   |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     |       |  |                  |  |             |       |         |  |            |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
|---|--------------|--------------------|-----------------------|------|----------------|-----------------|------|---------|---------------------|-------|--|------------------|--|-------------|-------|---------|--|------------|--|---|--|--|--|------------|--|--|--|
| 松江市 (H31.4版) サービス等利用計画・障害児支援利用計画案                               |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     | 計 画 案 |  | 様式 1-1           |  |             |       |         |  |            |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
| ○ [ 1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例 ]                 |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     |       |  |                  |  |             |       |         |  |            |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
| 障害福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号  |              |                    | 3 2 2 0 1 0 0 0 0 0   |      |                | 児童通所受給者証番号      |      |         | 3 2 2 0 1 0 0 0 0 0 |       |  | 相談支援事業者名         |  | 0           |       | 計画作成担当者 |  | 0          |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
| 利用者氏名   |              |                    | 0                     |      |                | 生年月日            |      |         | M33.1.0             |       |  | 18歳未満の場合保護者名(続柄) |  |             | 0     |         |  | 初回計画作成日    |  |   |  | 計画案作成日   |  |            |  |  |  |
| 居住町名  |              |                    | 0                     |      |                | 障がい支援区分         |      |         | 区分                  |       |  | 0                |  |             | 継続( ) |         |  | 希望モニタリング期間 |  | <input type="checkbox"/> 当月初月毎月のちゅ月 <input type="checkbox"/> 標準3ヵ月 <input type="checkbox"/> その他 |  | <input type="checkbox"/> 当月初月毎月のちゅ月 <input type="checkbox"/> 標準6ヵ月 |  | 次回モニタリング年月 |  |  |  |
| <small>※希望期間がその他の場合は、様式1-1がサービス提供によって実現する生活の全体像)等へ理由を記載</small> |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     |       |  |                  |  |             |       |         |  |            |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
| 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(モニタリング時に確認)   |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     |       |  |                  |  |             |       |         |  |            |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
| 長期目標  |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     |       |  |                  |  |             |       |         |  |            |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
| 短期目標  |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     |       |  |                  |  |             |       |         |  |            |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
| 優先順位  | 本人の具体的な目標・課題 | 目標達成・課題解決に向けた本人の役割 | 周りの人の支援内容(モニタリング時に確認) | 達成時期 | 福祉サービス等        |                 | 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   |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     |       |  |                  |  |             |       |         |  |            |  |   |  |  |  |            |  |  |  |
| 上記計画について同意します。  |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                     | 氏名    |  | 印                |  | ※自署以外は押印が必要 |       | 自筆訪問日   |  | 年 月 日      |  |   |  |  |  |            |  |  |  |

|   |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
|---|--|--------------|---|-------|---|---|---|-----|----------------------------|-------|--|------------------------|--|
| ○ 1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例 |  |              |   |       |   |   |   |     |                            | 計 画 案 |  | 様式 1-2<br>松江市 (H31.4版) |  |
| 計画開始日                                       |  | 利用者氏名        |   | 0     |   | サービス等利用計画・障害児支援利用計画案【週間計画表】 ※計画導入後または計画変更後の予定を記載。 |   |     |                            |       |  |                        |  |
|   |  | 月            | 火 | 水     | 木 | 金   | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動<br>※ない場合は「無」と記入 |       |  |                        |  |
| 4:00  |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 6:00  |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 8:00  |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 10:00                                       |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 12:00                                       |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 14:00                                       |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 16:00                                       |  |              |   |       |   |   |   |     | 週単位以外のサービス<br>※ない場合は「無」と記入 |       |  |                        |  |
| 18:00                                       |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 20:00                                       |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 22:00                                       |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 0:00  |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| 2:00  |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| サービス提供によって実現する生活の全体像                        |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
|   |  | 障がい福祉サービスの種類 |   | 支給量/月 |   | 積算根拠  |   |     |                            |       |  |                        |  |
| ①   |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| ②   |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| ③   |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |
| ④   |  |              |   |       |   |   |   |     |                            |       |  |                        |  |

### (3) サービス等利用計画

| 松江市(H31.4版) サービス等利用計画・障害児支援利用計画                 |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                   |  |             | 計 画                      |                       | 様式 2-1               |       |   |  |   |  |                   |  |
|---|--------------|--------------------|-----------------------|------|----------------|-----------------|------|---------|-------------------|--|-------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|-------|---|--|---|--|-------------------|--|
| ○ [ 1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例 ] |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                   |  |             | 利用者負担上限額                 |                       | 円                    |       |   |  |   |  |                   |  |
| 障害福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号                          |              |                    | 3 2 2 0 1 0 0 0 0 0   |      |                | 児童通所受給者証番号      |      |         | 3 2 2 0 1 0 0 0 0 |  |             | 相談支援事業者名                 |                       | 0                    |       | 計画作成担当者   |  | 0   |  |                   |  |
| 利用者氏名   |              |                    | 0                     |      |                | 生年月日            |      |         | M33.1.0           |  |             | 18歳未満の場合<br>保護者名<br>(続柄) |                       | 0                    |       | 初回計画作成日   |  |   |  |                   |  |
| 居住町名  |              |                    | 0                     |      |                | 障がい支援区分         |      |         | 区分                |  |             | 0                        |                       | 希望モニタリング期間<br>(開始年月) |       | <input type="checkbox"/> 当初3か月毎月のち3か月<br><input type="checkbox"/> 標準3か月<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  | <input type="checkbox"/> 当初3か月毎月のち6か月<br><input type="checkbox"/> 標準6か月 |  | 次回モニタリング年月<br>年 月 |  |
| 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(モニタリング時に確認)                           |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                   |  |             |                          |                       |                      |       |   |  |   |  |                   |  |
| 長期目標  |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                   |  |             |                          |                       |                      |       |   |  |   |  |                   |  |
| 短期目標  |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                   |  |             |                          |                       |                      |       |   |  |   |  |                   |  |
| 優先順位  | 本人の具体的な目標・課題 | 目標達成・課題解決に向けた本人の役割 | 周りの人の支援内容(モニタリング時に確認) | 達成時期 | 福祉サービス等        |                 | 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   |              |                    |                       |      |                |                 |      |         |                   |  |             |                          |                       |                      |       |   |  |   |  |                   |  |
| 上記計画について同意します。                                  |              |                    |                       |      |                |                 | 氏名   |         | 印                 |  | ※自署以外は押印が必要 |                          | 自宅訪問日<br>(障がい児の場合は必須) |                      | 年 月 日 |   |  |   |  |                   |  |

| ○ 1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例 |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  | 計 画 |  | 様式 2-2 |  |
|---|--------------|-------|-------|---|------|--|-----|----------------------------|--|--|--|-----|--|--------|--|
| 松江市(H31.4版)                                 |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 計画開始日                                       |              | 利用者氏名 |       | 0 |      | サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】※新しい計画導入後の生活を記載。 |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
|   | 月            | 火     | 水     | 木 | 金    | 土  | 日・祝 | 主な日常生活上の活動<br>※ない場合は「無」と記入 |  |  |  |     |  |        |  |
| 4:00  |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 6:00  |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 8:00  |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 10:00                                       |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 12:00                                       |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 14:00                                       |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 16:00                                       |              |       |       |   |      |  |     | 週単位以外のサービス<br>※ない場合は「無」と記入 |  |  |  |     |  |        |  |
| 18:00                                       |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 20:00                                       |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 22:00                                       |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 0:00  |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| 2:00  |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| サービス提供によって実現する生活の全体像                        |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
|   | 障がい福祉サービスの種類 |       | 支給量/月 |   | 積算根拠 |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| ①   |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| ②   |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| ③   |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |
| ④   |              |       |       |   |      |  |     |                            |  |  |  |     |  |        |  |

## (4) モニタリング報告書

| 松江市 (H31.4版)                               |                         |      |                       |   |   |  |   |  |                                       | モニタリング報告書                      |        |  |  |  |                   |  |  |  |  | モニタリング  |  | 様式 3-1                            |  |
|--|-------------------------|------|-----------------------|---|---|--|---|--|---------------------------------------|--------------------------------|--------|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|---|--|-----------------------------------|--|
| 障害福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号 3 2 2 0 1 0 0 0 0 0 |                         |      |                       |   |   |  |   |  |                                       | 児童連所受給者証番号 3 2 2 0 1 0 0 0 0 0 |        |  |  |  |                   |  |  |  |  | 相談支援事業者名 0  |  | 計画作成担当者 0                         |  |
| 利用者氏名 0                                    |                         |      |                       |   | 生年月日 M3.1.0   |  |   |  |                                       | 18歳未満の場合 保護者名 (続柄) 0           |        |  |  |  | モニタリング日           |  |  |  |  | 計画作成日   |  |                                   |  |
| 居住町名 0                                     |                         |      |                       |   | 障がい支援区分 区分 0  |  |   |  |                                       | 続柄 ( )                         |        |  |  |  | 希望モニタリング期間 (開始年月) |  |  |  |  | モニタリング月の変更者 (↓記入)   |  |                                   |  |
|  |                         |      |                       |   |   |  |   |  |                                       |                                |        |  |  |  |                   |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 当初30月毎月のうち30月 <input type="checkbox"/> 標準30月 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 当初30月毎月のうち30月 <input type="checkbox"/> 標準30月 |  | 変更後のモニタリング期間( ) 変更後、次のモニタリング月 年 月 |  |
| 総合的な援助の方針(サービス等利用計画より)                     |                         |      |                       |   |   |  |   |  |                                       | 全体の状況                          |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
|  |                         |      |                       |   |   |  |   |  |                                       | ※モニタリング期間の変更がある場合は、理由を記載すること。  |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
|  |                         |      |                       |   |   |  |   |  |                                       |                                |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
| 優先順位                                       | 周りの人の支援内容 (サービス等利用計画より) | 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   | 相談支援専門員の評価  |  |   |  |                                       |                                | 【特記事項】 |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
|  |                         |      |                       | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 達成度<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> おおむね満足 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足 <input type="checkbox"/> 今後の課題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> サービス種類の変更 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> サービス量の変更 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |  | 満足度(不満・やや不満・不明)、評価(検討が必要・あり)の場合は、記載必須 |                                |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
| 1  | 0                       | 0    |                       | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 達成度<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |   |  |                                       |                                |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
| 2  | 0                       | 0    |                       | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 達成度<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |   |  |                                       |                                |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
| 3  | 0                       | 0    |                       | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 達成度<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |   |  |                                       |                                |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
| 4  | 0                       | 0    |                       | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 達成度<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |   |  |                                       |                                |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |
| 5  | 0                       | 0    |                       | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 達成度<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |   |  |                                       |                                |        |  |  |  |                   |  |  |  |  |   |  |                                   |  |

※モニタリング結果の記録は、5年間保存。

## (5) 記載例

〔 1. ~~作成~~、 2. モニタリング実施時の変更、 3. 継続手続き時の変更、 4. 変更、 5. ~~終了~~ 〕

記載例・記載方法

|                        |                     |            |                     |                      |   |         |                             |
|------------------------|---------------------|------------|---------------------|----------------------|---|---------|-----------------------------|
| 障害福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号 | 3 2 2 0 1 0 0 0 0 0 | 児童通所受給者証番号 | 3 2 2 0 1 0 0 0 0 0 | 相談支援事業者名             | 0   | 計画作成担当者 | 0                           |
| 利用者氏名                  | 0                   | 生年月日       | M33.1.0             | 18歳未満の場合<br>保護者名(続柄) | 0   | 初回計画作成日 | 初めて計画を作成した日<br>(計画案作成日ではない) |
| 居住町名                   | 0                   | 障がい程度区分    | 区分 0                | 続柄( )                |   | 計画案作成日  | この計画案を作成した日                 |
|                        |                     |            |                     | 希望モニタリング期間<br>(開始年月) | <input checked="" type="checkbox"/> 標準1.3.6のち6ヵ月 <input type="checkbox"/> 標準6ヵ月 <input type="checkbox"/> その他( ) |         | 次回モニタリング<br>年月<br>H25年9月    |

※希望期間がその他の場合は、様式1-2「サービス提供によって実現する生活の全体像」に

|                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) | 「こうやって生活したい」、「こんなことをやってみたい」という、利用者等が希望する生活の全体像を記載する。<br>「働くための支援を受けながら、早く就職できるようになりたい。稼げるようになりたい。」   | 次に実施するモニタリングの年月を記載  |
| 総合的な援助の方針(モニタリング時に確認)      | 上記記載の意向を、相談専門員の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となる。<br>(支援にかかわる関係機関に共通の、最終的に到達すべき方向性や状況として記載)<br>サービス提供事業所が、個別支援計画の方向性やサービス内容を定める際にも参考にしやすいように、具体的に記載する。<br>「生活リズムを安定させて、スケジュールに基づいた生活が送れるようになる。」 | 本人の意思決定を尊重した社会・生活モデルを基本とし、望む生活を可能とする支援が網羅され、かかわる人たちがそれぞれ役割を果たせるような、利用者の生活を総合的に支援する計画をつくる。<br>(利用者にわかりやすいものであると同時に、支援にかかわる提供者や機関等が支援の方向性を共有できるツール) |
| 長期目標                       | 総合的な支援方針をふまえた長期目標で、利用者が希望する生活に近づくための目標を記載。(支援者側の目標を設定しない事)<br>「就労移行支援事業所へ、休むことなく通勤し、一人で仕事ができるようになる」  |   |
| 短期目標                       | 「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、利用者等が希望する生活の全体像を記載する。<br>できるだけ利用者等の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。<br>「朝きちんと起きて、就労移行支援事業所へ週3日以上通勤し、規則正しい生活を送れるようになる。」   |   |

| 本人の具体的な目標・課題 | 目標達成・課題解決に向けた本人の役割  | 周りの人の支援内容(モニタリング時に確認)   | 達成時期        | 福祉サービス等                |                     | 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)     |               |  |
| 記載内容         | 利用者や家族の生活に対する意向と運動している。利用者が希望する生活を実現するためのニーズ(解決すべき課題)を記載。 | 「本人の解決すべき課題」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を記載。モニタリングでサービスの効果や必要性を判断するための項目になる。 | 段階的に達成できる時期 |                        |                     | 達成時期をふまえた評価時期 | 記載しきれない取り組み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。           |
| 表現方法         | 相談支援専門員がアセスメント等を進めた専門職の視点として必要な事はなにかを考え、具体的にその内容を表現する。    | 短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標。   |             |                        |                     |               |  |
| 1            | 週末に一週間のスケジュールを決めて、週3日は、通勤できるようにする。                        | 無断欠勤をしないように支援する。  | 6ヵ月         | 就労移行支援・クリーニング・週4日・5H/日 | 〇〇事業所(△△さん、55-5241) | 6ヵ月           | 体調に合わせて無理のないスケジュールに変更した場合など、家族との連携の取り方を、関係者間で統一しておく。 |
| 2            | 服薬忘れにより、体調不良な時が増える為、薬を毎日飲む。                               | 同居している母親に、お薬カレンダーの確認をしてもらい、服薬忘れを防ぐ。   | 6ヵ月         | 服薬:毎食後・夜寝る前            | 母親(同居中)             | 6ヵ月           |  |
| 3            | 毎月、定期通院をする  | 次の通院の日をカレンダーに記入する。  | 6ヵ月         | 通院:月1回                 | 〇〇病院(Dr.△△、55-5054) | 6ヵ月           |  |

上記計画について同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※自署以外は押印が必要

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| 自宅訪問日<br>(障がい児の場合は必須) | 平成 年 月 日 |
|-----------------------|----------|

1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例

記載例

計画案 様式 1-2  
松江市(H25.12版)

|              |   |                  |  |  |                  |         |                         |  |  |  |
|--------------|---|------------------|--|--|------------------|---------|-------------------------|--|--|--|
| 計画開始日        | H25.12.1  | 利用者氏名            | 0  | サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】 ※計画導入後は計画変更後の予定を記載。 |                  |         |                         |  |  |  |
| 月            | 火   | 水                | 木  | 金  | 土                | 日・祝     | 主な日常生活上の活動 ※ない場合は「無」と記入 |  |  |  |
| 4:00         | 記載方法  |                  |  |  |                  |         |                         | 重要になる日常生活上の行動や特記で、計画表に記載しきれなかった情報を記載。余暇活動や趣味など。  |  |  |
| 6:00         | 起床  | 起床               | 起床   | 起床   | 起床               | 起床      | 起床                      | 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。  |  |  |
| 8:00         | 朝食準備・朝食<br>張送り出し  | 朝食準備・朝食<br>張送り出し | 朝食準備・朝食<br>張送り出し   | 朝食準備・朝食<br>張送り出し                               | 朝食準備・朝食<br>張送り出し | 朝食準備・朝食 | 朝食準備・朝食                 | 本屋 一週/月、2H/回<br>外に出るのは苦手だが、本屋は好き。  |  |  |
| 10:00        | 就労移行支援  | 就労移行支援           | 洗濯   | 就労移行支援   | 洗濯               | 臥床      | 掃除                      | 週単位以外のサービス ※ない場合は「無」と記入  |  |  |
| 12:00        | クリーニング  | クリーニング           | 昼食準備・昼食  | クリーニング   | 昼食準備・昼食          | 昼食準備・昼食 | 昼食準備・昼食                 | 隔週・不定期に利用しているサービス(短期入所など)、利用者の状態や環境の変化により、一時的に必要となるサービスについて記載。利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動」と異なり、相談支援専門員や事業所等が手 |  |  |
| 14:00        |   |                  | 臥床   |  | 買い物              | 臥床      | 臥床                      | 通院:1回/月(○病院)   |  |  |
| 16:00        |   |                  |  |  |                  |         |                         | 【記載方法】   |  |  |
| 18:00        | <ul style="list-style-type: none"> <li>●「別紙2:基本情報(週間)」と比較することによって、新たに障がい福祉サービスを導入する意義が明確に確認できるように記載</li> <li>●公的支援(障がい福祉サービス、介護保険サービス)とその他の支援の違いが分かるように記載</li> <li>●変更で新たに増えたサービスがわかるように記載</li> </ul> |                  |  |  |                  |         |                         | 【週間計画表の役割】   |  |  |
| 20:00        | ○週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者・家族は自分たちの生活の流れを管理することができる。   |                  |  |  |                  |         |                         | ○支援チームとして他のサービスがどのように組み込まれているか把握できるので、連携を図る上で活用できる。  |  |  |
| 22:00        | ひきこもりがちな生活から、福祉サービスを利用することにより、少しずつ経験を増やしていく。まずは就労や家事など、本人の望む生活を見出すことを目的とする。   |                  |  |  |                  |         |                         | 計画作成、福祉サービスの提供により、利用者はどのような生活を目指すのか、専門員としての判断  |  |  |
| 2:00         | サービス提供によって表現する生活の全体像  |                  |  |  |                  |         |                         |  |  |  |
| 障がい福祉サービスの種類 |   | 支給量/月            | 積算根拠   |  |                  |         |                         |  |  |  |
| ①            | 就労移行支援  | 23日/月            | 実際に利用するのは、週3日。約12日/月   |  |                  |         |                         |  |  |  |
| ②            |   |                  | 障がい福祉サービス・松江市地域生活支援事業(移動支援・日中一時・地活2型)情報のみを記入<br>積算根拠を記載すること。<br>〔地域生活支援事業(基準時間)〕<br>移動支援:30時間/月以内・日中一時:5日/月以内<br>※基準時間を超える場合は、必要な理由を申請の都度記載すること。 |  |                  |         |                         |  |  |  |
| ③            |   |                  |  |  |                  |         |                         |  |  |  |
| ④            |   |                  |  |  |                  |         |                         |  |  |  |

|                        |           |            |           |                  |                     |            |                              |
|------------------------|-----------|------------|-----------|------------------|---------------------|------------|------------------------------|
| 松江市(H25.12版)           | 記載方法      | モニタリング報告書  | モニタリング    | 様式 3-1           |                     |            |                              |
| 調査福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号 | 3 2 2 0 1 | 相談支援事業者証番号 | 3 2 2 0 1 | 相談支援事業者名         | 0                   | 計画作成担当者    | 0                            |
| 利用者氏名                  | 0         | 生年月日       | M33.1.0   | モニタリング日          | モニタリング実施日           | 計画作成日      | モニタリング月の変更有(1:記入)            |
| 居住町名                   | 0         | 障がい程度区分    | 区分 0      | 18歳未満の場合保護者名(続柄) | 続柄( )               | 決定モニタリング期間 | □標準1.3.6のち6ヵ月 □標準6ヵ月 □その他( ) |
|                        |           |            |           | 変更後のモニタリング期間( )  | 変更後、次のモニタリング月 H 年 月 |            |                              |

|                                    |                                     |      |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|-------------------------------------|------|--|--|--|--|--|
| 総合的な援助の方針(サービス等利用計画より)             |                                     |      | 全体の状況  |  |  |  |  |
| 生活リズムを安定させて、スケジュールに基づいた生活が送れるようになる |                                     |      | ※モニタリング期間の変更がある場合は、理由を記載すること。<br>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、現在の実態を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載。より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議等を開催し、利用者や関係機関等が評価することが必要。総合的な援助の方針で想定した生活が実現できているか。 |  |  |  |  |
| 優先順位                               | 支援内容(サービス等利用計画より)                   | 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   | 相談支援専門員の評価   |  | 【特記事項】<br>満足度(不満・やや不満・不明)・評価(検討が必要・あり)の場合は、記載必須  |
| 1                                  | サービス等利用計画(様式2-1)に記載した支援内容・達成時期を転記   |      | 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、提供事業所から聞き取り記載。<br>●いつだれにどのように確認したか記載   | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明                      | <input type="checkbox"/> 達成<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更                                       | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | ●満足度(不満・やや不満・不明)・評価(検討が必要・あり)の場合は、状況について記載必須<br>●計画変更の必要性がある場合、サービス種類・量・週間計画の何を要するかの確認し、具体的な変更内容を記載。<br>●新たな課題が生じた場合は、新たな課題に対応した支援目標の追加理由・種類・量の変更概要について記載。 |
| 2                                  |                                     |      | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明                  | <input type="checkbox"/> 達成<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり |  |  |
| 3                                  | 無断欠勤をしないように支援する。                    | 6ヵ月  | ○O事業所(△△さん)無断欠勤はない。体調不良の日が多く、週1or2日程度の通所になっている。  | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明                      | <input type="checkbox"/> 達成<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更                                       | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 体調に合わせた勤務のスケジュール管理を行い、無断欠勤の問題については改善されている。<br>体調不良が改善されるのを待ち、徐々に通所回数を増やす。  |
| 4                                  | 同居している母親に、お薬カレンダーの確認をしてもらい、服薬忘れを防ぐ。 | 6ヵ月  | 母(電話)お薬カレンダーの確認ができていない。週に2日は服薬忘れあり。  | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明                      | <input type="checkbox"/> 達成<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更                                       | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり | 服薬管理が出来ていないことによる体調不良により、通所も出来づらくなっていると懸念されるため、服薬管理を徹底する。母親との連携を強化する。   |
| 5                                  | 同居している母親に、カレンダーの確認をしてもらい、通院忘れを防ぐ。   | 6ヵ月  | 母(電話)毎月通院は出来ている。   | <input type="checkbox"/> 満足<br><input type="checkbox"/> ほぼ満足<br><input type="checkbox"/> やや不満<br><input type="checkbox"/> 不満<br><input type="checkbox"/> 不明                      | <input type="checkbox"/> 達成<br><input type="checkbox"/> 今後の課題<br><input type="checkbox"/> 再アセスメントの必要性<br><input type="checkbox"/> サービス種類の変更<br><input type="checkbox"/> サービス量の変更                                       | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> あり |  |

※モニタリング結果の記録は、5年間保存。

(6) サービス等利用計画提出者・モニタリング実施者名

サービス等利用計画書提出者

松江市H26.1版

名簿

モニタリング実施者



|       |     |
|-------|-----|
| 事業所名  |     |
| 事業所番号 |     |
| 請求月   | 年 月 |
| 提出人数  | 名分  |

|    | 受給者番号 | 対象者名 | 提供年月 | モニタリング実施日<br>(実施者名簿のみ) | 備考 |
|----|-------|------|------|------------------------|----|
| 1  |       |      |      |                        |    |
| 2  |       |      |      |                        |    |
| 3  |       |      |      |                        |    |
| 4  |       |      |      |                        |    |
| 5  |       |      |      |                        |    |
| 6  |       |      |      |                        |    |
| 7  |       |      |      |                        |    |
| 8  |       |      |      |                        |    |
| 9  |       |      |      |                        |    |
| 10 |       |      |      |                        |    |
| 11 |       |      |      |                        |    |
| 12 |       |      |      |                        |    |
| 13 |       |      |      |                        |    |
| 14 |       |      |      |                        |    |
| 15 |       |      |      |                        |    |

## 〔その他〕

- |                    |       |
|--------------------|-------|
| 1) 利用サービスに応じて必要な書類 | ・・・21 |
| 2) 申請時の注意点         | ・・・22 |
| 3) 報酬請求・手続き早見表     | ・・・24 |

(支給決定又は地域相談支援給付決定の申請に係る援助)

第10条 指定特定相談支援事業者は、支給決定又は地域相談支援給付決定に通常要すべき標準的な期間を考慮し、支給決定の有効期間又は地域相談支援給付決定の有効期間の終了に伴う支給決定又は地域相談支援給付決定の申請について、必要な援助を行わなければならない。

〔出典〕障害者総合支援法に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（抜粋）

## 1) 利用サービスに応じて必要な書類

(1) 全 員 申請書（様式1号または9号）、申告書（様式2号）、同意書（様式3号）

### (2) 利用サービスにより別途必要なもの

- ・就労継続支援A・Bを利用中の方：障がい年金の等級のわかるもの
- ・グループホームを利用中で、市民税非課税の方：家賃証明
- ・施設入所支援を利用中で、市民税非課税の方  
：収入・支出のわかるもの（下記の表参照）
- ・療養介護を利用の方：収入・支出のわかるもの（下記の表参照）、健康保険証の写

| 表         | 令和〇年1月～12月分の金額（利用開始日 R●. 7. 1～R◎. 6. 30）  |
|-----------|---|
| 20歳以上の入所者 | (1) 本人の年金額がわかるもの<br>（年金証書、振込み通知書、振込額がわかる通帳、マイナンバーカード等）<br>(2) 本人の手当（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）の額がわかるもの（振込額がわかる通帳等）<br>(3) 工賃証明（事業所で発行してもらう）<br>(4) 仕送り、不動産等収入がわかるもの<br>(5) 税金（固定資産税）の額がわかるもの<br>(6) 国保料、社会保険料等の額がわかるもの |
| 20歳未満の入所者 | 利用者の属する世帯の障害年金、特別児童扶養手当等の受給額がわかるもの（振込通知書の写し、振込額がわかる通帳の写し等）  |

【注意】：収入・支出は、R〇年1月～12月分の金額のわかるものの写しが必要

### (3) 状況に応じて、別途必要なもの

- ・市外に住民票がある方でマイナンバーの確認ができない方 課税証明書
- ・障がい者手帳を持っていない方・・・診断書 ※但し身体障害の方は手帳が必須  
 手当等の申請のために提出された証明書により、課税証明書及び診断書の提出を省略できる場合があります。該当の方は、事前に障がい者福祉課へお問い合わせください。

(例) 収入証明確認表

| 利用開始日（申請日ではない）     | 課税証明年度（対象の収入期間） |               | 松江市住所    |
|--------------------|-----------------|---------------|----------|
| R4. 7. 1～R5. 6. 30 | R4 年度           | (R3. 1～12 月分) | R4. 1. 1 |
| R5. 7. 1～R6. 6. 30 | R5 年度           | (R4. 1～12 月分) | R5. 1. 1 |
| R6. 7. 1～R7. 6. 30 | R6 年度           | (R5. 1～12 月分) | R6. 1. 1 |

## 2) 申請時の注意点

### (1) 40歳以上で介護保険該当者または65歳以上の方

- ①新規申請の場合は、書類を提出する前に、事前に市へ相談(必須)。  
障がい福祉サービスの対象となるかどうか、環境や状況等を確認。
  - ②福祉サービス申請書類一式及び介護保険資料を提出(開始希望日の2カ月前まで)  
介護保険資料とは：介護保険の訪問調査結果、医師の意見書及びケアプラン。
- ※障がい支援区分の認定を行っても、障がいの状況によっては、障がい福祉サービスの給付をしない場合があります。

介護保険給付又は地域支援事業と自立支援給付との適用関係については、当該給付調整規定に基づき、介護保険給付又は地域支援事業が優先されることとなる。

市町村は、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る介護保険給付又は地域支援事業を受け、又は利用することができることが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定をすること。

〔出典〕事務処理要領(抜粋) 最終改正 令和5年4月版

### (2) 標準利用期間を超えて利用を希望する方

- 標準利用期間のあるサービス：就労移行支援24カ月、  
自立訓練(宿泊型24カ月・生活24カ月・機能18カ月)  
自立生活援助12カ月

標準利用期間を超えて、さらにサービスの利用が必要な場合については、市町村審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新が可能である(原則1回。ただし、自立生活援助については、市町村審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合は回数の制限なく更新が可能。)が、就労定着支援については3年間の標準利用期間を超えて更新することはできない。

〔出典〕事務処理要領(抜粋) 最終改正 令和5年4月

- ① 市から利用者へ勧奨通知の発送(標準利用期間の切れる3カ月前)
- ②-1 サービスの継続を希望する場合  
有効期間の切れる2カ月前までに、福祉サービス申請書一式・サービス提供事業所が作成した事業所意見書(継続)を提出
- ②-2 サービスを廃止し、他のサービスを希望する場合  
有効期間の切れる2週間前までに、福祉サービス申請書一式・直近のモニタリング報告書・基本情報・計画案を提出。(区分認定が必要になる場合は、2カ月前に福祉サービス申請書一式のみを提出)

### (3) 区分再認定が必要な方

区分認定期間の切れる3ヵ月前に、市から勧奨通知の発送。

区分認定期間の切れる約2ヵ月前までに、福祉サービス申請書一式を提出。

区分認定の切れる15日前までに、モニタリング報告書・サービス等利用計画書の提出。

(例) 区分認定期間 10月末まで

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| 8月1日頃       | 勧奨通知を利用者宅へ郵送             |
| 8月20日まで     | 福祉サービス申請書一式を提出           |
| 9月下旬頃まで     | 訪問調査の実施・医師意見書の作成         |
| 9月下旬～10月中旬  | 審査会にて区分認定                |
| 10月モニタリング実施 | モニタリングの実施、サービス等利用計画書案の作成 |
| 10月15日まで    | モニタリング報告書・サービス等利用計画書案の提出 |
| 10月末まで      | 支給決定（受給者証の送付）            |
| 11月10日まで    | サービス等利用計画書の提出            |

### (4) 申請提出のタイミング（新規で区分認定が必要な方）

障がい福祉サービスは、障がい支援区分認定日からの支給決定となり、遡っての支給決定は行いません。サービスが必要となる日のおおよそ2ヵ月前までに、申請の手続きを行ってください。

介護保険：介護度認定後、申請日まで遡って利用可

障がい福祉：障がい支援区分認定以降利用可。申請日までの遡りは不可

ただし、申請した日から障がい支援区分認定日の前日までの間に、緊急・その他やむを得ない理由（災害・主たる介護者の予測できない緊急入院等）があり、障がい福祉サービス等が必要と市が判断した場合は「特例給付」として利用ができます。

※ 居宅介護・短期入所 など

事前に障がい福祉サービス利用の必要性があることがわかっていたにもかかわらず申請が遅れた場合や緊急の必要性が認められない場合などは、支給の対象外です。

特例給付でサービス提供を受けた場合、サービスにかかる費用は一旦全額利用者負担となります。特例介護給付費支給申請書等を提出することにより、自己負担分（総費用額の一割もしくは、利用者負担上限月額）を差し引いた金額（特例介護給付費・特例訓練等給付費）を支給します。ただし、実費については支給の対象外です。

### 3) 報酬請求・手続き等の早見表

|           |  |   |
|-----------|--|---|
| 報酬請求      | <p>6月に新規で計画案を作成し、7月に利用開始。7月にモニタリングを実施</p> <p>※サービス開始と計画案作成が異なる月の場合</p> | <p>6月分のサービス利用支援費<br/>それぞれの報酬単位にて算定（単位は変動有）</p> <p>7月分の継続サービス支援費<br/>それぞれの報酬単位にて算定（単位は変動有）</p> |
|           | 障害福祉サービスの申請が却下になった。  | 算定なし  |
| 支給決定      | 新規で介護給付と訓練給付の希望があり、区分認定ができる前に、先に訓練給付の利用をしたい。                           | 先に訓練等給付の計画案を作成し提出したのち、訓練等給付のみ支給決定となり利用開始となる。次に介護給付については、区分認定後、その区分をもとに全体の計画案を提出する。            |
| モニタリング実施月 | 利用者が入院中のとき   | モニタリングは可能なので実施する。<br>変更等の手続きの必要性を判断する。  |
|           | 支給決定はあるが、利用していない   | モニタリングを実施する。<br>変更や廃止等の手続きの必要性を判断する。  |
|           | モニタリングの結果、事業所だけ変更することになった。   | P7（3）の手続き   |
|           | モニタリングの結果、モニタリング月だけ変更することになった。   | P6（2）の手続き   |

附 則

このマニュアルは、平成26年1月1日から施行する。

このマニュアルは、令和6年3月1日から施行する

松江市計画相談支援マニュアル  
平成 26 年 1 月 1 日  
松江市 健康福祉部 障がい者福祉課  
〒690-8540 島根県松江市末次町 86 番地  
TEL : 0852-55-5241 FAX : 0852-55-5309  
E-Mail : s-fukushi@city.matsue.lg.jp