

# 船橋市 障害児相談支援 ガイドライン

令和6年度版



発行：FAS-net・船橋市役所 療育支援課

障害者計画相談支援については  
「船橋市障害者計画相談支援ガイドライン」をご活用ください。

令和 6年 12月改正

# 目 次

## I はじめに

- (1) 障害児相談支援と障害児支援利用計画・・・・・・・・・・ P. 1
  - ①障害児相談支援とは
  - ②障害児支援利用計画とは
- (2) 申請手続きについて・・・・・・・・・・ P. 2
  - ①障害児相談支援の手続きの流れ
  - ②提出書類
  - ③提出方法

## II 制度概要

- (1) 基本事項・・・・・・・・・・ P. 5
  - ①障害児支援利用援助と継続障害児支援利用援助
  - ②事業者の役割
  - ③障害児支援利用計画と個別支援計画
- (2) 障害児相談支援の支給期間・・・・・・・・・・ P. 9
- (3) モニタリング期間・・・・・・・・・・ P. 9
  - ①モニタリング期間の設定
  - ②モニタリング期間の変更等
  - ③相談支援専門員が指定障害児通所支援事業所等職員と兼務する場合のモニタリング制限
- (4) 他制度との関係・・・・・・・・・・ P. 12
  - 障害者総合支援法における障害福祉サービスとの関係
- (5) 留意事項・・・・・・・・・・ P. 13

## III 請求事務と報酬

- (1) 請求事務・・・・・・・・・・ P. 14
- (2) 報酬・・・・・・・・・・ P. 14
- (3) 加算・減算・・・・・・・・・・ P. 16

## IV 提出書類の記入例・・・・・・・・・・ P. 25

## V Q&A・・・・・・・・・・ P. 35

# I はじめに

## (1) 障害児相談支援と障害児支援利用計画

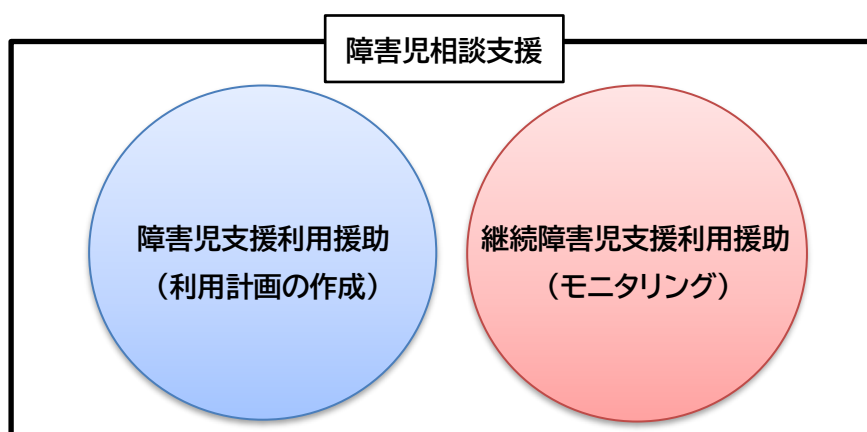
### ① 障害児相談支援とは

障害児相談支援とは、障害児支援利用計画についての相談及び作成などの支援が必要と認められる場合に、障害児の自立した生活を支え、障害児の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援するものです。

障害児相談支援は、「障害児支援利用援助（P. 5の①1参照）」と「継続障害児支援利用援助（P. 5の①2参照）」からなります。

「障害児支援利用援助」が、計画相談支援の「サービス利用支援」（利用計画の作成）に相当します。

「継続障害児支援利用援助」が、計画相談支援の「継続サービス利用支援」（モニタリング）に相当します。



### ② 障害児支援利用計画とは

障害児支援利用計画とは、障害児の心身の状況、置かれている環境やニーズを把握して、福祉、保健、医療、教育、住宅等の総合的な視点から、支援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について検討した総合的な支援計画のことです。また、障害児支援利用計画は、市が障害児通所支援の支給決定を行う際に必要な資料となりますので、支給決定を受けるすべての利用者に障害児支援利用計画の作成が必要となります。

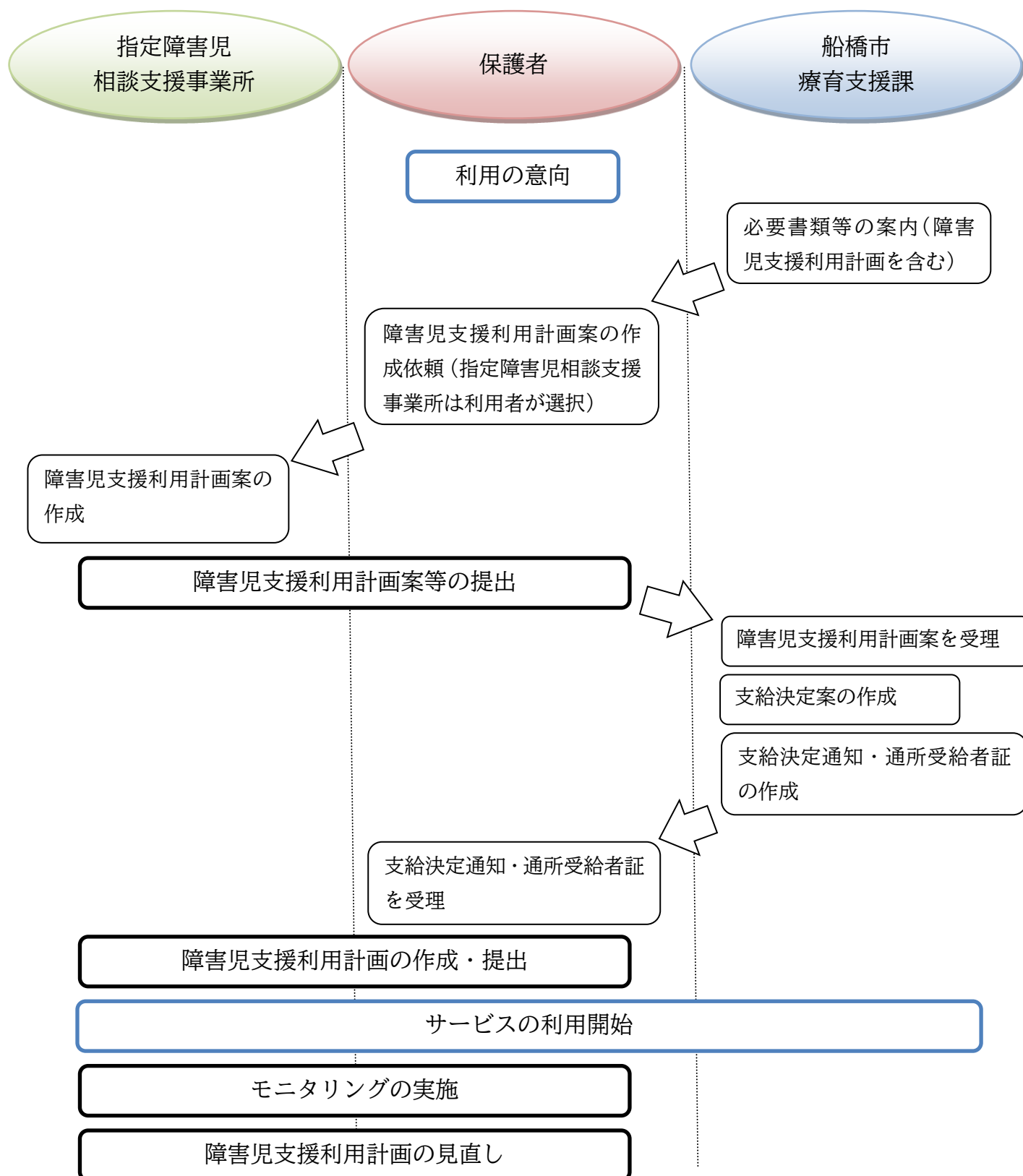
#### 【障害児支援利用計画の活用】

- 市町村が障害児通所支援の支給決定を行う際の参考資料の一つ
- チーム支援における共通の指標
- 各サービス提供事業者の個別支援計画の基礎

## (2)申請手続きについて

### ① 障害児相談支援の手続きの流れ

例) 新規の障害児通所給付費に係る支給決定の場合



## ② 提出書類

障害児相談支援の利用に伴う提出書類は以下のとおりとなります。新規・継続等にかかわらず、すべての申請時に障害児支援利用計画案の提出が必要となります。

### ○ 新規で障害児相談支援を利用する（→障害児通所支援が新規利用かどうかで分類）

|     |                                      |
|-----|--------------------------------------|
| 新規① | 障害児通所支援を新規利用する者が、同時に障害児相談支援を新規利用する場合 |
| 新規② | すでに障害児通所支援を利用している者が、障害児相談支援を新規利用する場合 |

### ○ すでに障害児相談支援を利用している（→障害児通所支援の申請内容により分類）

|    |                                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|
| 追加 | 障害児通所支援を追加で利用する場合<br>(例) 児童発達支援を利用していた者が、保育所等訪問支援を追加で利用する場合 等               |
| 変更 | 障害児通所支援の支給量等の内容や、障害児相談支援の記載内容等を変更する場合<br>(例) 児童発達支援の月の支給量を月10日から月15日に変更する 等 |
| 継続 | 障害児通所支援と障害児相談支援の支給期間が満了にあたり、障害児通所支援と障害児相談支援を継続利用する場合                        |

上記のグループ毎に、ご提出いただく書類は以下のとおりとなります。

|                            | 新規<br>① | 新規<br>② | 追加 | 変更<br>(※) | 障害児相談<br>支援事業所<br>の変更<br>(※) | サー<br>ビス<br>継続 |
|----------------------------|---------|---------|----|-----------|------------------------------|----------------|
| 通所受給者証                     |         | △       | △  | △         | △                            |                |
| 児童発達支援等通所給付費支給申請書（第1号様式）   | △       |         | △  |           |                              | △              |
| 障害児通所給付費等支給等決定変更申請書（第6号様式） |         |         |    | △         |                              |                |
| 収入等申告書兼同意書(児童)             | △       |         |    |           |                              | △              |
| 障害児相談支援給付費申請書（第14号様式）      | △       | △       |    |           |                              | △              |
| 障害児相談支援依頼（変更）届出書（第17号様式）   | △       | △       |    |           | △                            | △              |
| 障害児支援利用計画案等受付票（市指定の書式）     | ○       | ○       | ○  | ○         | ○                            | ○              |
| 障害児支援利用計画案(1).(2)/週間ケア計画   | ○       | ○       | ○  | ○         | ○                            | ○              |
| モニタリング報告書（直近のもの）           |         |         | ○  | ○         |                              | ○              |

※「支給量の変更」の場合は、変更する前月までに申請をしてください。

※「△」は保護者が作成・提出する書類になります。（新規①を除き、保護者が作成した書類を相談員が提出のみすることもできます。）

提出書類の様式(上記の表中第14号様式以下のもの)については、船橋市ホームページよりダウンロードできます。  
また、記入例はP.25～P.34に掲載していますのでご参照ください。

### ③ 提出方法

#### 1. 窓口での受付

必要書類を船橋市役所療育支援課までお持ちください。その後、受付の確認として、收受印を押した障害児支援利用計画案等受付票のコピーをお受け取りください。受付票のコピーは、後日確認のため必要になる場合もございますので、大切に保管してください。

#### 2. 郵送での受付

必要書類を下記宛先まで郵送してください。

△ 受給者証を郵送する場合、普通郵便ではなく、特定記録等の追跡可能なものでお送りください。

〒273-8501 千葉県船橋市湊町2-10-25

船橋市役所 療育支援課

※「障害児支援利用計画案在中」と記入してください。



## Ⅱ 制度概要

### (1) 基本事項

#### ① 障害児支援利用援助と継続障害児支援利用援助

##### 1. 障害児支援利用援助とは

サービスの内容（児童福祉法第6条の2の2第7項）

障害児支援利用援助とは、以下の支援のいずれも行うものをいいます。

##### ア 障害児支援利用計画案の作成

通所給付決定の申請若しくは変更の申請に係る障害児の心身の状況、その置かれている環境、当該障害児又はその保護者の障害児通所支援の利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害児通所支援の種類及び内容等を記載した「障害児支援利用計画案」を作成する。

【障害児支援利用計画案の記入事項】（P.31の記入例をご覧ください）

1. 障害児及びその家族の生活に対する意向
2. 障害児の総合的な援助の方針及び生活全般の解決すべき課題
3. 提供される障害児通所支援の目標及びその達成時期
4. 障害児通所支援の種類、内容、量及び日時
5. 障害児通所支援を提供する上での留意事項

※ 指定障害児相談支援事業者以外の者が作成する場合の障害児支援利用計画案の記入事項についても、上記に準ずることとします。

##### イ 障害児支援利用計画の作成

通所給付決定若しくは通所給付決定の変更の決定後に、指定障害児通所支援事業者、指定障害児相談支援事業者との連絡調整等の便宜を供与するとともに、通所給付決定に係る障害児通所支援の種類及び内容、担当者等を記載した「障害児支援利用計画」を作成する。

【障害児支援利用計画の記入事項】

障害児支援利用計画案の内容に加え、以下の事項を追加してください。

- ・ 障害児通所支援の担当者

##### 2. 継続障害児支援利用援助とは

サービスの内容（児童福祉法第6条の2の2第8項）

継続障害児支援利用援助とは、通所給付決定保護者が、通所給付決定の有効期間内において、当該者に係る障害児支援利用計画が適切であるかどうかにつき、内閣府令で定める期間ごとに、障害児通所支援の利用状況を検証し、その結果及び当該通所給付決定に係る障害児の心身の状況、その置かれている環境、当該障害児又はその保護者の障害



児通所支援の利用に関する意向その他の事情を勘案し、障害児支援利用計画の見直しを行い、その結果に基づき、次のいずれかの便宜の供与を行うことをいいます。

ア 障害児支援利用計画を変更するとともに、関係者との連絡調整等の便宜を供与。

イ 新たな通所給付決定若しくは通所給付決定の変更の決定が必要と認められる場合において、当該給付決定等に係る障害児の保護者に対し、給付決定等に係る申請の勧奨を行うこと。

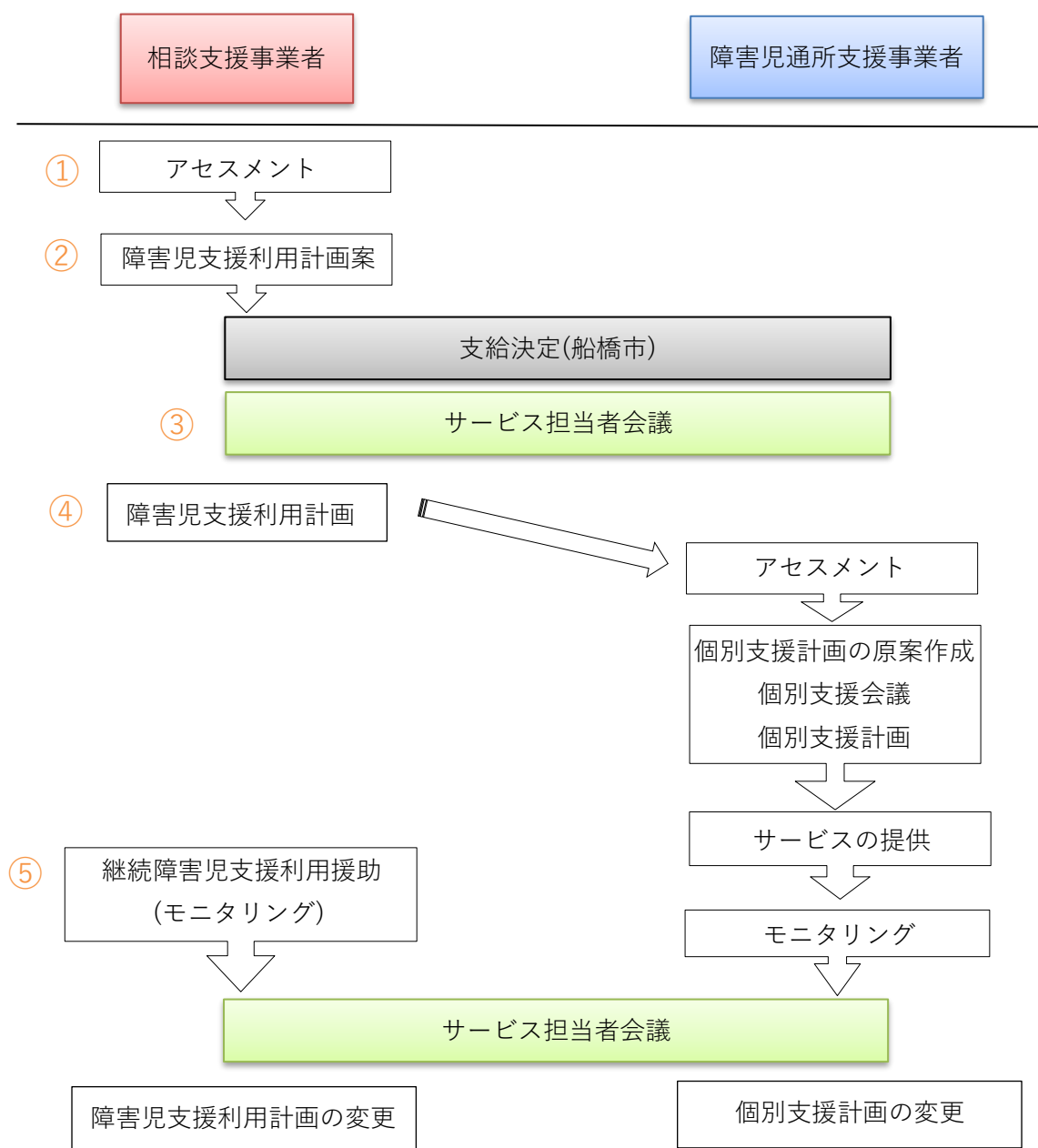
障害児支援利用援助早見表

| サービス名称        | 障害児支援利用援助                                                                                                                      | 継続障害児支援利用援助                                                                                               |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス内容        | ① 生活全般の相談<br>② アセスメント<br>③ 障害児通所支援利用に関する情報提供<br>④ 障害児支援利用計画案及び計画作成<br>⑤ 障害児支援利用計画作成のための個別支援会議の開催<br>⑥ サービス事業者との連絡・調整           | ① 生活全般の相談<br>② モニタリング<br>③ アセスメント<br>④ サービスの継続利用手続きの支援<br>⑤ 障害児支援利用計画変更のための個別支援会議の開催等<br>⑥ サービス事業者との連絡・調整 |
| 対象者           | 通所給付決定の申請若しくは変更の申請に係る障害児の保護者                                                                                                   | 指定障害児相談支援事業者が提供した障害児支援利用援助により障害児支援利用計画が作成された通所給付決定保護者                                                     |
| 対象サービス        | 【児童発達支援】<br>【放課後等デイサービス】<br>【居宅訪問型児童発達支援】<br>【保育所等訪問支援】<br><br>※上記のサービスに併せて、障害福祉サービス【介護給付・訓練等給付・地域相談支援給付】を利用する場合は障害児相談支援の対象です。 |                                                                                                           |
| 実施時期          |                                                                                                                                | P. 9 「(3) モニタリング期間」 参照                                                                                    |
| 利用者負担等        | なし                                                                                                                             |                                                                                                           |
| 利用者負担以外に必要な経費 | なし<br>(※面談に係る交通費等は、事業所との契約によります。)                                                                                              |                                                                                                           |
| 他制度との併給の有無    | あり 詳細はP. 12をご参照ください。                                                                                                           |                                                                                                           |



## ② 事業者の役割

指定障害児相談支援事業者と指定障害児通所支援事業者の関係は、以下のとおりです。



### ① 依頼～アセスメント

指定障害児相談支援事業者が障害児相談支援の「依頼」を受けた場合は、障害児の心身の状況、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて障害児の希望する生活や障害児が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題等を把握するための「アセスメント」を行います。アセスメントは、必ず利用者の居宅を訪問し障害児及びその家族に面接して基礎調査資料に定められている全ての項目の聞き取りのほか、支援に必要な情報を確認することを目的としています。

## ② 計画案の作成～支給決定

アセスメントでの聞き取りやサービス事業者との調整を踏まえた障害児支援利用計画案を作成し、本人の同意の下、市に提出します。

必要書類の提出後、市は、提出された障害児支援利用計画案等を勘案し、支給決定を行います。

## ③ サービス担当者会議

支給決定後、指定障害児相談支援事業者は、指定障害児通所支援事業者等その他の者との連絡調整等を行い、サービス担当者会議の開催等により、当該障害児支援利用計画案の内容について説明を行い、担当者からの専門的な見地からの意見を求めなければなりません。

※サービス担当者会議…P.37 4-1 参照

## ④ 障害児支援利用計画

指定障害児相談支援事業者は、サービス担当者会議を踏まえた障害児支援利用計画案の内容について、障害児及びその家族に対して説明し、文書による同意を得た後に、障害児支援利用計画を作成します。障害児支援利用計画を作成した際には、遅滞なく保護者及び指定障害児通所支援事業者に交付しなければなりません。また、指定障害児相談支援事業者は、障害児支援利用計画を5年間保存してください。

障害児支援利用計画案と障害児支援利用計画で変更点がある場合、市役所にも障害児支援利用計画を提出してください。

△ 障害児支援利用計画が、障害児支援利用計画案と変更がなければ、市役所へ提出する必要はありません。

## ⑤ サービス利用開始～モニタリング

障害児支援利用計画に基づき、利用者が希望する障害児通所支援の提供を受け始めた後、障害児支援利用計画の実施状況の把握のため、利用者の居宅を訪問し面接を行い、障害児支援利用計画の見直しを行う等、継続的な支援を行う必要があります。また面接を実施した際は、その記録を取る必要があります。（記録は5年間保存）

# ③ 障害児支援利用計画と個別支援計画

## 1. 個別支援計画とは

個別支援計画とは、障害児支援利用計画を踏まえて、通所支援事業所が提供するサービスの中で何を目標していくのかをプランニングするものです。

障害児支援利用計画とは、P.1のとおり、生活環境や支援ニーズ、本人や家族の希望を踏まえた上で、障害児通所支援等を取り込んだ生活全体のプランニングのことで

※誤った計画の作成例

|           |                                        |
|-----------|----------------------------------------|
| 個別支援計画    | 事業所の利用する曜日や時間だけが記入されたスケジュールのようなもの      |
| 障害児支援利用計画 | 生活環境等のアセスメントがなく、障害児通所支援の利用計画のみが記入されている |

## 2. 障害児支援利用計画と個別支援計画の連動

障害児の日常生活全般を支援する観点に立って作成される障害児支援利用計画を踏まえて、それぞれの事業所において、個別支援計画の中で具体的に提供する支援を明確化します。つまり、2つの計画が上手く連動するためには、障害児支援利用計画の中で「将来に向けた計画」「障害児通所支援の役割」等が明確に記入されていることが必要となります。

令和6年4月の障害児通所支援の基準の改正により、障害児通所支援事業所の児童発達支援管理責任者は、個別支援計画を保護者に加え、当該保護者が利用する指定障害児相談支援事業所にも交付することとされています。

## (2) 障害児相談支援の支給期間

障害児相談支援給付費の支給期間（月単位）については、以下のとおりとします。

### 1. 支給期間の開始月

障害児相談支援給付費の支給期間は、障害児相談支援対象者が利用する障害児通所支援の支給決定の有効期間の始期月以降の範囲内で設定することとしています。

【既に障害児相談支援給付費の対象となっている者】

更新前の支給期間の終期月の翌月

### 2. 支給期間の終期月

障害児相談支援給付費の支給期間は、障害児相談支援対象者が利用する障害児通所支援の支給決定の有効期間のうち、最長の有効期間の終期月までの範囲内で設定することとしています。

### 3. 18歳到達者の特例

放課後等デイサービスを受けている障害児については18歳に達する月まで利用できるが、学校教育法第1条に規定している学校（幼稚園及び大学を除く）又は専修学校等に就学している時に限り、20歳に達する日の前日まで特例として利用することができる。その場合、障害児相談支援も同様に利用できるが、申請者は保護者ではなく利用者本人として申請する必要がある。

## (3) モニタリング期間

### ① モニタリング期間の設定

モニタリング期間については、市町村が、指定障害児相談支援事業者の提案を踏まえて、以下の勘案事項及び期間を勘案して、個別の対象者ごとに定めます。

#### ア 勘案事項

##### 1. 障害児の心身の状況

## 2. 障害児の置かれている環境

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

## 3. 総合的な援助の方針（援助の全体目標）

## 4. 生活全般の解決すべき課題

## 5. 提供される障害児通所支援の目標及び達成時期

## 6. 提供される障害児通所支援の種類、内容及び量（希望日数）

## 7. 障害児通所支援を提供する上での留意事項

### イ 標準的なモニタリング期間

| 対象者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | モニタリング期間                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 支給決定又は支給決定の変更により障害児通所支援の種類、内容又は量（希望日数）に著しく変動があった方。                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1月（毎月）毎<br>※ただし、利用開始から3カ月間に限る。 |
| <p>児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援を利用する方で、次のいずれかに該当する場合。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 障害児入所施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行う必要がある方</li> <li>○ 同居している家族等の障害、疾病等のため、指定障害児通所支援事業所等との連絡調整を行うことが困難な方</li> </ul> <p>なお、モニタリング期間を1月毎にする場合は、市で上記の状況に該当していることの確認をするため、計画書の備考欄または別紙に、上記の状況に該当しており1月毎のモニタリングを設定する必要がある旨を記載してください。</p> | 1月（毎月）毎                        |
| 上記以外の者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6月毎                            |

### ウ 留意事項

当該期間は「標準」であるため、当該標準を踏まえつつ、対象者の状況（下記参照）に応じて「2・3月毎」とする等、柔軟に設定することが可能です。

- 利用する指定障害児通所支援事業所の頻繁な変更やそのおそれのある障害児
- 障害児通所支援等を安定的に利用することに課題のある障害児
- 医療的ケア児など障害児通所支援事業者等と医療機関等との多機関連携が必要な障害児
- 複数の障害児通所支援事業所を利用している障害児
- 家族や地域住民等との関係が不安定な世帯の障害児
- 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障害児
- 就学前の児童の状態や支援方法に関して、保護者の不安の軽減・解消を図る必要のある障害児
- 進学や就労をはじめとしたライフステージの移行期にある障害児や、複数の事業所

を利用する等により発達支援や家族支援に係る連絡調整が頻回に必要な障害児

なお、下記に掲げる者は、上記の状況に該当する場合が多いと考えられるため、モニタリング期間の設定に当たっては特に留意して検討してください。

- 複合的な課題を抱えた世帯の障害児
- 医療的ケア児
- 強度行動障害を有する児
- 被虐待児又はその恐れのある障害児（保護者の障害理解の不足、介護疲れが見られる、保護者自身が支援を要する、キーパーソンの不在や体調不良、死亡等の変等）

## ② モニタリング期間の変更等

### モニタリング期間・指定障害児相談支援事業者の変更

指定障害児相談支援事業者がモニタリングを行った結果、モニタリング期間を変更する場合や、指定障害児相談支援事業者の変更を行う場合は、市へ以下の書類を提出してください。

- 通所受給者証
- 障害児支援利用計画案等受付票
- 障害児相談支援依頼（変更）届出書（第17号様式）
- 障害児支援利用計画案（モニタリング期間を新たに設定したもの）
- モニタリング報告書 ※指定障害児相談支援事業者の変更時は不要

## ③ 相談支援専門員が指定障害児通所支援事業所等職員と兼務する場合のモニタリング制限

相談支援専門員が担当する障害児等が利用する指定障害児通所支援事業所等の職員と兼務する場合については、指定障害児通所支援事業所等との中立性の確保や、指定障害児通所支援事業者等と異なる視点での検討が欠如しかねないことから、以下のやむを得ない場合を除き、当該者が指定障害児通所支援事業所等の業務と兼務しない相談支援専門員が継続障害児支援利用援助を実施することを基本とします。

また、支給決定の更新又は支給決定の変更に係る障害児支援利用援助についても、当該者が利用する指定障害児通所支援事業所等と兼務しない相談支援専門員が実施することを基本とします。

（やむを得ない場合の例）

- 身近な地域に指定障害児相談支援事業者がない場合
- 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方のうち、当該支給決定等から概ね3カ月以内の場合（障害児支援利用援助とその直後の継続障害児支援利用援助は一体的な業務であること、また、指定障害児相談支援事業者の変更にあたっては利用者が別の事業者と契約を締結し直すことが必要となるため、一定期間を猶予。）
- その他市町村がやむを得ないと認める場合



## (4)他制度との関係

### 障害者総合支援法における障害福祉サービスとの関係

1 8歳未満の障害児が児童福祉法に基づく障害児通所支援を利用する場合には、児童福祉法に基づく障害児相談支援の対象者となります。

障害児相談支援の利用者が居宅介護等利用で、計画相談支援の対象者となる場合、支援自体は一体的に実施することとなりますが、報酬については障害児相談支援分のみ請求してください。

#### 【併給障害児の取り扱いについて】

併給障害児とは、障害者総合支援法の障害福祉サービス（短期入所・居宅介護・行動援護・同行援護等）と児童福祉法の障害児通所支援（児童発達支援・放課後等デイサービス等）を併せて受給している障害児のことです。

#### （基本的な考え方）

併給障害児のサービス等利用計画案については、療育支援課に障害児支援利用計画案の原本を、障害福祉課に写しをそれぞれ提出してください。

例えば、対象者が障害福祉サービスを利用しており、その後、障害児通所支援を利用することとなった併給障害児の場合、併給月から障害児相談支援として請求することとなります。

#### （例外）

併給障害児の障害児通所支援の受給者証がセルフプラン対象者となっている場合には、例外的に併給障害児でも障害者の計画相談支援での請求を行うことができます。

その際は、障害福祉サービス受給者証に計画相談支援の決定情報が記載されていますので、対象者の障害児通所支援の受給者証（緑色または黄色）P 5～6 と障害福祉サービス受給者証（水色）P 5～6 を相互にご確認ください。

#### （注意事項）

- 事業所が変更になった場合には、事業所間で情報の引き継ぎをお願いします。
- 上記併給障害児の取り扱いをご確認いただき、提出先を間違えないようにしてください。

なお、障害児が障害福祉サービスで居宅介護を利用しており、そのサービスの支給量の変更が生じた際などはスムーズな受給者証の交付のため、障害福祉課に障害児サービス等利用計画の写しをご提出ください。

- 障害児の指定を受けていない事業所のうち、今後、障害児支援利用計画が作成可能な事業所は、指定を受けることにより、障害福祉サービスを利用している対

象者が児童福祉法のサービスを利用する際に相談支援事業所の変更が不要となり、利用者の負担軽減につながりますので、可能な限りご協力をお願いいたします。

- 障害福祉サービスのみを利用する障害児のサービス等利用計画案は障害福祉課へ提出となります。

## (5)留意事項

### 上限額管理事務

#### 1. 利用者負担上限月額とは

障害児通所支援に係る利用者負担は、利用者の負担軽減を図る観点から支給決定保護者等の所得等の状況に応じて負担上限月額を設けております。

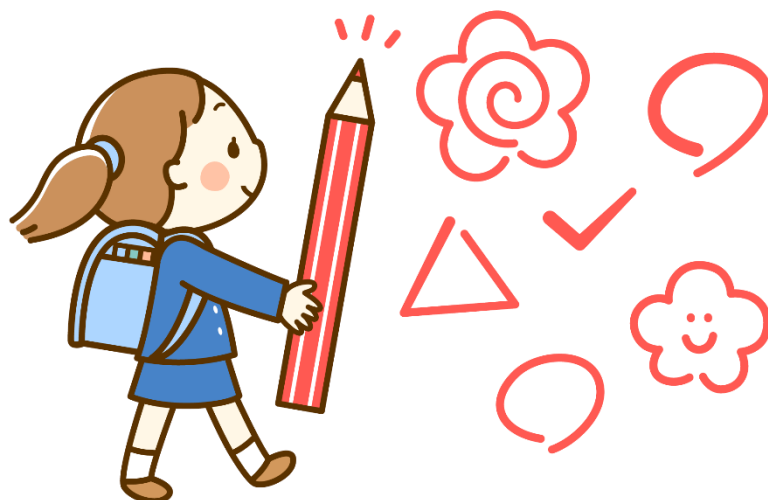
#### 2. 上限額管理事務とは

利用者において、複数の事業所を利用しており、かつ、設定された一月あたりの負担上限月額を超過することが予測される方については、特定の事業所が利用者負担上限月額管理事業所となって、支給決定保護者の利用者負担額の上限額管理事務を行うものとします。

#### 3. 障害児相談支援事業者による上限額管理事務

障害児相談支援給付費支給対象者のうち、継続障害児支援利用援助におけるモニタリング期間が「毎月ごと」である方においては、指定障害児相談支援事業者が上限額管理を行うものとします。

なお、当該者以外のものについては、指定障害児相談支援事業者は上限額管理を行わないこととします。





## Ⅲ 請求事務と報酬

### (1) 請求事務

障害児相談支援給付費の支給には、以下の要件を満たす必要があります。

- 市が障害児通所支援の支給決定をしている
- 指定障害児相談支援事業者から障害児相談支援の提供を受けた

#### 【支給要件】

| 報酬区分                | 支給要件         |                                      |
|---------------------|--------------|--------------------------------------|
| 障害児支援<br>利用援助       | 利用計画案作成依頼    |                                      |
|                     | 利用計画案作成契約    | 障害児支援利用計画案の利用者等への説明並びに文書による同意        |
|                     | 利用計画案作成      | 障害児支援利用計画案及びサービス等利用計画の利用者等及び担当者への交付  |
|                     | 利用計画案届出      | 障害児支援利用計画案を市に提出                      |
|                     | サービス担当者会議の開催 | サービス担当者会議の開催等による担当者への説明及び専門的な意見の聴取   |
|                     | 利用計画作成       |                                      |
| 継続<br>障害児支援<br>利用援助 | モニタリング       | 利用者の居宅への訪問による利用者等への面接等               |
|                     |              | 障害児支援利用計画の変更についての障害児支援利用援助に準じた手続きの実施 |

### (2) 報酬 ※単位数は令和6年度当初のもの

指定障害児相談支援事業者は、障害児支援利用援助等を行った場合、以下の単位を請求することができます。

|           | 支給要件                                                   | 単位数                                                                                                                                                                   |
|-----------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障害児支援利用援助 | アセスメントから障害児支援利用計画案の作成、サービス利用に向けた調整及び障害児支援利用計画の作成を行った場合 | 機能強化型障害児支援利用援助費(I)<br>2, 201単位<br>機能強化型障害児支援利用援助費(II)<br>2, 101単位<br>機能強化型障害児支援利用援助費(III)<br>2, 016単位<br>機能強化型障害児支援利用援助費(IV)<br>1, 866単位<br>障害児支援利用援助費(I)<br>1, 766単位 |

|             |                                     |                                                                                                                                                                                                    |
|-------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                     | 障害児支援利用援助費(Ⅱ)<br>815単位                                                                                                                                                                             |
| 継続障害児支援利用援助 | 受給者証に記載されているモニタリング実施月にモニタリングを実施した場合 | 機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅰ)<br>1,896単位<br>機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅱ)<br>1,796単位<br>機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅲ)<br>1,699単位<br>機能強化型継続障害児支援利用援助費(Ⅳ)<br>1,548単位<br>継続障害児支援利用援助費(Ⅰ)<br>1,448単位<br>継続障害児支援利用援助費(Ⅱ)<br>662単位 |

※機能強化型…相談支援専門員の配置等について手厚い体制を整えている場合に、体制に応じて算定します。

※取扱件数…1月の当該指定障害児相談支援事業所全体の障害児相談支援対象保護者の数の前6月の平均値を、当該指定障害児相談支援事業所の相談支援専門員の員数の前6月の平均値で除して得た数

※(継続)障害児支援利用援助費(Ⅰ)…取扱件数が40未満である場合、40未満の部分について、相談支援専門員の平均員数を乗じて得た数について算定します。

※(継続)障害児支援利用援助費(Ⅱ)…取扱件数が40以上である場合において、当該取扱件数から39を減じた数に、相談支援専門員の平均員数を乗じて得た数について算定します。

【報酬算定の例】 ※下記表はサービスの提供月で表記

サ……障害児支援利用援助(計画作成) 1,766単位

継……継続障害児支援利用援助(モニタリング) 1,448単位

例1) 新規で支給決定した場合(支給期間:4月～3月までの1年間のとき)

| モニタリング期間    | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|-------------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 2月毎         | サ  |    | 継  |    | 継  |    | 継   |     | 継   |    | 継  | サ  |
| 3月毎         | サ  |    |    | 継  |    |    | 継   |     |     | 継  |    | サ  |
| 6月毎         | サ  |    |    |    |    |    | 継   |     |     |    |    | サ  |
| 当初3月毎月及び6月毎 | サ  | 継  | 継  | 継  |    |    | 継   |     |     |    |    | サ  |

※ 新規の支給決定で障害児支援利用援助費を請求する場合、提供月は、通所給付の支給開始月と同一にしてください。

例2) 更新で支給決定した場合(支給期間:4月～3月までの1年間のとき)

|             | 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 |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 2月毎         | サ  |    | 継  |    | 継  |    | 継  |     | 継   |     | 継  |    | サ  |
| 3月毎         | サ  |    |    | 継  |    |    | 継  |     |     | 継   |    |    | サ  |
| 6月毎         | サ  |    |    |    |    |    | 継  |     |     |     |    |    | サ  |
| 当初3月毎月及び6月毎 | サ  | 継  | 継  | 継  |    |    | 継  |     |     |     |    |    | サ  |

## ◎請求に関する注意事項

### 障害児相談支援費の算定について

☆同一の月に継続障害児支援利用援助と障害児支援利用援助を行う場合

障害児相談支援費については、障害児通所支援の支給決定の有効期間の終期月等において、継続障害児支援利用援助を行った結果、支給決定等の更新等の申請がなされ、同一の月に当該申請に係る障害児支援利用援助を行った場合には、障害児支援利用計画作成の一連の支援であることから、継続障害児支援利用援助費は算定せず、障害児支援利用援助費のみ算定するものとします。

### 留意事項

支給決定の最終月にモニタリングと支援利用援助を行い、請求は支援利用援助分（1, 766単位）のみを行うことが原則となります。

後述のQ&Aも併せて確認し、請求に誤りが出ないように注意してください。

## (3)加算・減算※単位数は令和6年度当初のもの

### 1. 特別地域加算 本体報酬+15/100

支給決定対象者が、別に子ども家庭庁長官が定める地域に居住する場合、1回につき所定単位数の15%に相当する単位数を本体報酬に加算することができます。

### 2. 遠隔地訪問加算 300単位/回

特別地域加算の対象区域に所在し、かつ、指定特定相談支援事業所との間に一定の距離がある利用者の居宅等、病院等その他機関を訪問して、以下の加算を算定する場合に、これらの加算の算定回数に応じて加算することができます。

- ・初回加算（契約日から3月を経過する日以降に、月2回以上、利用者の居宅等を訪問して面接した場合に限る。当該面接をした月数に応じて加算する。）
- ・入院時情報連携加算（病院等への訪問による情報提供に限る。）
- ・退院・退所加算
- ・居宅介護支援事業所等連携加算（利用者の居宅等への訪問により面接する場合に限る。）
- ・保育・教育等移行支援加算（利用者の居宅等への訪問により面接する場合に限る。）
- ・医療・保育教育機関等連携加算（福祉サービス等提供機関への訪問により情報提供を受ける場合、利用者が病院等に通院するに当たり、病院等への訪問により情報提供する場合に限る。）
- ・集中支援加算（利用者の居宅等への訪問により面接する場合、利用者が病院等に通院するに当たり、病院等への訪問により情報提供する場合に限る。）

### 3. 利用者負担上限額管理加算 150単位／月

モニタリング期間が毎月の利用者に対して、上限額管理を行った場合に加算することができます。

### 4. 初回加算 500単位／月

以下の場合、加算することができます。

#### (1) 新規に障害児支援利用計画を作成する場合

なお、指定障害児相談支援を利用せずに障害児通所支援を利用している障害児相談対象保護者について障害児支援利用計画を作成する場合についても含まれる。

#### (2) 前6月間において、障害児通所支援・障害福祉サービスを利用していない場合

#### (3) 指定障害児相談支援に係る契約をした日から障害児支援利用計画案を交付した日までの期間が3月を超える場合であって、3月が経過する日以後に月2回以上、障害児等に面接した場合

なお、テレビ電話装置等を活用して面接した場合を含む。ただし、月に1回は障害児の居宅を訪問し、面接することを要するものである。この場合においても、障害児等に対して面接方法を確認すると共に、居宅を訪問して面接することを希望する場合は、居宅を訪問して面接するよう努めること。

(3)の要件を満たす場合については、その月分の初回加算に相当する額を加えた単位（所定単位数に当該面接を行った月の数（3を限度とする。）を乗じて得た単位数）を加算するものです。

ただし、初回加算の算定月から前6月間において保育・教育等移行支援加算を算定している場合は、初回加算を算定することができません。

### 5. 主任相談支援専門員配置加算

#### イ 主任相談支援専門員配置加算（Ⅰ） 300単位／月

基幹相談支援センターの委託を受けている、児童発達支援センターに併設されている又は地域の相談支援の中核的な役割を担う機関として市長が認める指定特定相談支援事業所であって、主任相談支援専門員を当該事業所に配置した上で、当該主任相談支援専門員が、当該事業所の従業者及びその他の相談支援事業所の従業者に対し、その資質の向上のため指導・助言を実施している場合に算定できます。

#### ロ 主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ） 100単位／月

主任相談支援専門員を事業所に配置した上で、当該主任相談支援専門員が、当該事業所の従業者又はその他の相談支援事業所の従業者に対し、その資質の向上のために研修を実施した場合に算定できます。

## 6. 入院時情報連携加算

イ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 300単位/月

医療法(昭和23年法律第205号)第1条の5第1項に規定する病院又は同条第2項に規定する診療所(以下「病院等」という。)を訪問し、当該病院等の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

ロ 入院時情報連携加算(Ⅱ) 150単位/月

イ以外の方法により、当該病院等の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

## 7. 退院・退所加算 300単位/月

病院若しくは診療所又は児童福祉施設等へ入院、入所等をしていた障害児が退院、退所し、障害児通所支援を利用する場合において、当該障害児の退院、退所に当たって、当該施設の職員と面談を行い、当該障害児及びその家族に関する必要な情報の提供を得た上で、障害児支援利用計画を作成し、障害児通所支援の利用に関する調整を行い、当該障害児の保護者が障害児通所支援の支給決定を受けた場合に加算するものです。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定できません。

## 8. 保育・教育等移行支援加算

新たに就学・進学・雇用される障害児について、就学等をする先への引継に一定期間を要する者に対し、次の①～③のいずれかの業務を行った場合に算定することができます。

- (1) 関係機関に対して障害児に関する必要な情報を提供し、関係機関における障害児の支援内容の検討に協力する場合 150単位/月
- (2) 障害児が保育所等に通い、又は通常の事業所に新たに雇用されるにあたり、月2回以上、障害児等に面接する場合 300単位/月  
(テレビ電話装置等を活用して面接した場合を含む。ただし、月に1回は障害児の居宅を訪問し、面接することを要する。)
- (3) 障害児が保育所等に通い、又は通常の事業所に新たに雇用され、関係機関による支援を受けるにあたり、関係者が開催する会議に参加する場合 300単位/月

## 9. 医療・保育・教育機関等連携加算

- (1) 指定基準第2条第3項に規定する福祉サービス等(障害児通所支援及び障害福祉サービスを除く)を提供する機関の職員等と面談又は会議を行い、障害児及びその家族に関する必要な情報の提供を受けた上で、指定障害児支援利用援助又は指定継続障害児支援利用援助を行った場合。
  - (一) 指定障害児支援利用援助を行った場合 200単位/月
  - (二) 指定継続障害児支援利用援助を行った場合 300単位/月



- (2) 障害児相談支援対象保護者に係る障害児が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、当該病院等の職員に対して、当該障害児の心身の状況、生活環境等の当該障害児に係る必要な情報を提供した場合。(1月に3回を限度とし、同一の病院等については1月に1回を限度とする。障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費を算定する場合に限る。) **300単位/月**
- (3) 福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に対して、障害児相談支援対象保護者に係る障害児に関する必要な情報を提供した場合。(障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費を算定する場合に限る。) **150単位/月**

#### 10. 集中支援加算

- (1) 障害福祉サービス等の利用に関して、障害児相談支援対象保護者又は市町村等の求めに応じ、月に2回以上、障害児相談支援対象保護者に係る障害児の居宅を訪問し、又はテレビ電話装置等を活用して、当該障害児及びその家族に面接する場合(月に1回以上の居宅の訪問による面接を行う場合に限り、障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費を算定する月を除く。) **300単位/月**
- (2) サービス担当者会議を開催し、相談支援専門員又は相談支援員が把握した障害児支援利用計画の実施状況について説明を行うとともに、担当者に対して、専門的な見地からの意見を求め、障害児支援利用計画の変更その他適宜の供与について検討を行う場合(障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費を算定する月を除く。) **300単位/月**
- (3) 福祉サービス等提供機関の求めに応じ、当該福祉サービス等提供機関が開催する会議に参加し、障害児の障害福祉サービス等の利用について、関係機関相互の連絡調整を行った場合(障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費、入院時情報連携加算(Ⅰ)又は退院・退所加算を算定する月を除く。) **300単位/月**
- (4) 障害児相談支援対象保護者に係る障害児が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、当該病院等の職員に対して、当該障害児の心身の状況、生活環境等の当該障害児に係る必要な情報を提供した場合、(1月に3回を限度とし、同一の病院等については1月に1回を限度とする。障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費を算定する月を除く。) **300単位/月**
- (5) 福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に対して障害児相談支援対象保護者に係る障害児に関する必要な情報を提供した場合(障害児支援利用援助費又は継続障害児支援利用援助費を算定する月を除く。) **150単位/月**

#### 11. サービス担当者会議実施加算 **100単位/月**

継続障害児支援利用援助の実施時において、障害児の居宅等を訪問し障害児等に面接することに加えて、障害児支援利用計画に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集し



てサービス担当者会議を開催し、相談支援専門員又は相談支援員が把握した障害児支援利用計画の実施状況(障害児相談支援対象保護者についての継続的な評価を含む。)について説明を行うとともに、担当者に対して、専門的な見地からの意見を求め、障害児支援利用計画の変更その他必要な便宜の供与について検討を行った場合に加算することができます。

#### 1 2. サービス提供時モニタリング加算 100単位/月

継続障害児支援利用援助の実施時又はそれ以外の機会において、障害児支援利用計画に位置付けた障害児通所支援を提供する事業所又は当該障害児通所支援の提供場所を訪問し、支援の提供場面を直接確認することにより、支援の提供状況について詳細に把握し、確認結果の記録を作成した場合に加算することができます。

#### 1 3. 行動障害支援体制加算

##### イ 行動障害支援体制加算（Ⅰ） 60単位/月

強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表しており、かつ、当該相談支援専門員により、強度行動障害を有する児（児基準が20点以上）に対して現に指定障害児相談支援を行っている場合に加算することができます。

※「現に支援を行っていること」とは、前6月に強度行動障害児に対して指定障害児相談支援を行っていること

※一体的に実施する指定特定相談支援事業所において強度行動障害を有する者（障害支援区分3かつ行動関連項目10点以上）又は強度行動障害を有する児に対して指定計画相談支援を行っている場合も含む

##### ロ 行動障害支援体制加算（Ⅱ） 30単位/月

強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算することができます。

#### 1 4. 要医療児者支援体制加算

##### イ 要医療児者支援体制加算（Ⅰ） 60単位/月

医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表しており、かつ、当該相談支援専門員により、医療的ケア児者に対して現に指定計画相談支援を行っている場合に加算することができます。

※「現に支援を行っていること」とは、前6月に医療的ケア児に対して指定障害児相談支援を行っていること

※一体的に実施する指定特定相談支援事業所において医療的ケアを必要とする者又は医療的ケア児に対して指定計画相談支援を行っている場合も含む

##### ロ 要医療児者支援体制加算（Ⅱ） 30単位/月

医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算することができます。

#### 1 5. 精神障害者支援体制加算

##### イ 精神障害者支援体制加算（Ⅰ） 60単位／月

地域生活支援事業による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相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表し、障害児が通院する病院等若しくは障害児が利用する訪問看護事業所における保健師、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おり、かつ、当該相談支援専門員により、精神障害者に対して現に指定計画相談支援を行っている場合に加算するものです。

##### ロ 精神障害者支援体制加算（Ⅱ） 30単位／月

地域生活支援事業による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相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算することができます。

#### 1 6. 高次脳機能障害支援体制加算

##### イ 高次脳機能障害支援体制加算（Ⅰ） 60単位／月

高次脳機能障害支援者養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表しており、かつ、当該相談支援専門員により、高次脳機能障害を有する利用者に対して現に指定計画相談支援を行っている場合に加算することができます。

##### ロ 高次脳機能障害支援体制加算（Ⅱ） 30単位／月

高次脳機能障害支援者養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算することができます。

#### 1 7. ピアサポート体制加算 100単位／月

都道府県又は指定都市が実施する障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した者をそれぞれ常勤換算方法で0.5以上配置する事業所であって、当該者によりその他の従業者に対して障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われている場合に算定することができます。

#### 1 8. 地域生活支援拠点等相談強化加算 700単位／回

障害の特性に起因して生じた緊急の事態その他の緊急に支援が必要な事態が生じた障害児の保護者からの要請に基づき、速やかに指定短期入所事業者に対して当該要支援者に関する必要な情報の提供及び当該指定短期入所の利用に関する調整を行った場合に障害児相談支援対象保護者1人につき1月に4回を限度として加算することができます。

#### 19. 地域生活支援拠点等機能強化加算 500単位／月

計画相談支援及び障害児相談支援（機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定する場合に限る。）と自立生活援助、地域移行支援及び地域定着支援の全てのサービス（以下「拠点機能強化サービス」と総称する。）を一体的に運営していること又は拠点機能強化サービスに係る複数の事業者が、地域生活支援拠点等のネットワークにおいて相互に連携して運営していること、かつ、市町村により地域生活支援拠点等に位置付けられた場合であって、相互の有機的な連携及び調整等の業務に従事する者（以下「拠点コーディネーター」という。）が常勤で1以上配置されている事業所（拠点コーディネーターが当該事業所以外の拠点関係機関に配置されている場合を含む。以下「拠点機能強化事業所」と総称する。）について加算することができる。

#### 20. 地域体制強化共同支援加算 2,000単位／回

支援が困難な障害児に対して、当該障害児相談支援事業所の相談支援専門員又は相談支援員と福祉サービスを提供する事業者の職員等が、会議により情報共有及び支援内容を検討し、在宅での療育や又は地域において生活する上で必要となる説明等の必要な支援を共同して実施するとともに、地域課題を整理し、協議会に報告を行った場合に加算することができます。

#### 21. 業務継続計画未策定減算 所定単位数の1％を減算

運営基準で求められる業務継続計画の策定及び当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について基本報酬の所定単位数から減算するものとする。

※令和7年3月31日までの間、減算は適用されません。

#### 22. 情報公表未報告減算 所定単位数の5％を減算

事業者がWAMNETの障害福祉サービス等事業所情報検索システムを通じて報告を行っていない事実が生じた場合に、その翌月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について基本報酬の所定単位数から減算するものとする。

#### 23. 虐待防止措置未実施減算 所定単位数の1％を減算

運営基準で求められる虐待の防止のための取組が適切に行われていない場合（以下に該当する場合）に基本報酬の所定単位数から減算するものとする。

①虐待防止委員会を定期的に（1年に1回以上）開催していない場合

※法人単位での開催可。身体拘束適正化委員会と一体的に設置・運営すること可。テレビ電話装置等を活用しての実施可。

②虐待の防止のための研修を定期的に（1年に1回以上）実施していない場合

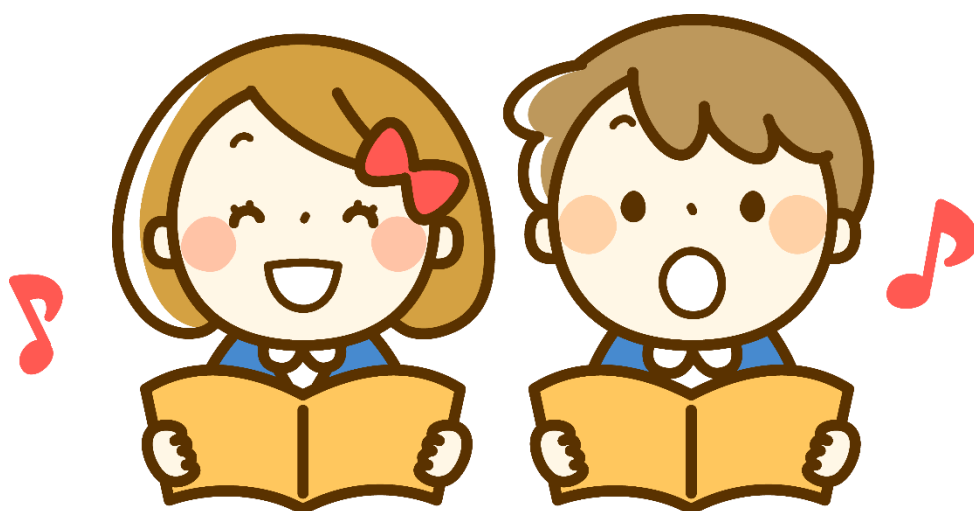
③虐待防止措置（上記①②）を適切に実施するための担当者を配置していない場合

【加算の請求可能パターン】

| 加算名                 |                          | 基本報酬 | 利用支援 | 継続支援 | なし(加算のみ) |
|---------------------|--------------------------|------|------|------|----------|
| 特別地域加算              |                          |      | ○    | ○    | ×        |
| 遠隔地訪問加算             |                          |      | ○    | ○    | ○        |
| 利用者負担上限額管理加算        |                          |      | ○    | ○    | ×        |
| 初回加算                |                          |      | ○    | ×    | ×        |
| 主任相談支援専門員配置加算       |                          |      | ○    | ○    | ×        |
| 入院時情報連携加算           |                          |      | ○    | ○    | ○        |
| 退院・退所加算             |                          |      | ○    | ×    | ×        |
| 保育・教育等移行<br>支援加算    | (1)情報提供                  |      | ○    | ○    | ○        |
|                     | (2)面接                    |      | ×    | ×    | ○        |
|                     | (3)会議参加                  |      | ×    | ×    | ○        |
| 医療・保育・教育<br>機関等連携加算 | (1)面談、会議                 |      | ○    | ○    | ×        |
|                     | (2)病院に情報提供               |      | ○    | ○    | ×        |
|                     | (3)福祉サービス等提供機関に<br>情報提供  |      | ○    | ○    | ×        |
| 集中支援加算              | (1)面接                    |      | ×    | ×    | ○        |
|                     | (2)サービス担当者会議             |      | ×    | ×    | ○        |
|                     | (3)福祉サービス等提供機関の<br>会議参加  |      | ×    | ×    | ○        |
|                     | (4)病院に情報提供               |      | ×    | ×    | ○        |
|                     | (5) 福祉サービス等提供機関に<br>情報提供 |      | ×    | ×    | ○        |
| サービス担当者会議実施加算       |                          |      | ×    | ○    | ×        |
| サービス提供時モニタリング加算     |                          |      | ○    | ○    | ○        |
| 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       |                          |      | ○    | ○    | ×        |
| ピアサポート体制加算          |                          |      | ○    | ○    | ×        |
| 地域生活支援拠点等相談強化加算     |                          |      | ○    | ○    | ○        |
| 地域生活支援拠点等機能強化加算     |                          |      | ○    | ○    | ×        |
| 地域体制強化共同支援加算        |                          |      | ○    | ○    | ○        |

※注意点

- ①退院・退所加算と初回加算はどちらかを選択することとし、併給不可
- ②医療・保育・教育機関等連携加算は、初回加算又は退院・退所加算を算定し、かつ、退院又は退所する施設の職員のみから情報を受けている場合は併給不可
- ③集中支援加算における「会議参加」と入院時情報連携加算（Ⅰ）及び退院・退所加算はいずれかの加算を選択する（併給不可）
- ④サービス担当者会議実施加算は、医療・保育・教育機関等連携加算の福祉サービス等提供機関の職員と面談又は会議を行い、障害児及びその家族に関する必要な情報の提供を受けた上で、指定障害児支援利用援助又は指定継続障害児支援利用援助を行った場合は併給不可
- ⑤地域生活支援拠点等機能強化加算は、機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定する場合に限る



## IV 提出書類の記入例

本ガイドラインでは、以下の提出書類の記入例を掲載しておりますので、こちらを参考にして書類の作成を行ってください。

|                            |
|----------------------------|
| ① 児童発達支援等通所給付費支給申請書（第1号様式） |
| ② 障害児相談支援給付費申請書（第14号様式）    |
| ③ 障害児相談支援依頼(変更)届出書（第17号様式） |
| ④ 収入等申告書兼同意書（児童）           |
| ⑤ 障害児支援利用計画案等受付票（市指定の書式）   |
| ⑥ 障害児支援利用計画案               |
| ⑦ モニタリング報告書（直近のもの）         |
| ⑧ 週間ケア計画                   |



①

児童発達支援等通所給付費支給申請書兼  
利用者負担額減額・免除等申請書

第1号様式  
※両面印刷

船橋市長 あて

次のとおり申請します。

申請者欄には、世帯主(保護者)の方の氏名を、  
児童欄には、利用者の氏名をご記入ください。

申請年月日 令和 年 月 日

|                 |           |                                    |               |                     |
|-----------------|-----------|------------------------------------|---------------|---------------------|
| 申請者             | フリガナ      | フナバシ タロウ                           | 生年月日          | 昭和・平成 55 年 1 月 1 日  |
|                 | 氏 名       | 船橋 太郎<br>個人番号 <input type="text"/> |               |                     |
|                 | 居住地       | 〒273-8501 船橋市湊町 2-10-25            |               |                     |
| 支給申請に係る児童氏名     | フリガナ      | フナバシ ジロウ                           | 生年月日          | 平成・令和 20 年 12 月 2 日 |
|                 | 氏 名       | 船橋 次郎<br>個人番号 <input type="text"/> | 続柄            | 子                   |
|                 | 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 |                     |
| 被保険者証の記号及び番号(※) |           |                                    |               |                     |

※「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、  
コピーを添付すること。

各種手帳をお持ちの場合のみご記入ください。

|           |                                                                     |                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス利用の状況 | 障害福祉関係サービス                                                          | 利用中のサービスの種類と内容、事業所等<br>短期入所 <input type="checkbox"/> 園<br>日中一時支援 <input checked="" type="checkbox"/><br>放課後等デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> ××教室<br>相談支援 <input type="checkbox"/> ○○事業所 |
|           | 現在、ご利用中の児童福祉サービス(療育支援課のサービス)及び障害福祉サービス(障害福祉課のサービス)の種類・事業所名をご記入ください。 |                                                                                                                                                                                                    |

|        |                                                |                               |
|--------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 申請する支援 | 支援の種類                                          | 申請に係る具体的内容<br>(利用施設名称)        |
|        | <input type="checkbox"/> 児童発達支援                | 放課後等デイサービス △△△△<br>相談支援 ○○事業所 |
|        | <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス |                               |
|        | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援           |                               |
|        | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援              |                               |

- ① ご利用になるサービスを選びチェックを入れてください。  
 ② 右側の欄に申請後に通うことが決まっている利用施設名をすべてご記入ください。  
 ※1 利用事業所の名称は省略せずご記入ください。  
 ※2 相談支援事業所を利用する場合もご記入ください。  
 ※3 未記入の場合、確認の連絡をさせていただく場合があります。

障害児支援利用計画又は通所支援計画  
聴取の内容及び医師意見書の全部又は  
一部は障害児入所施設の関係人に提示する。

申請者氏名

船橋 太郎

同意事項をお読みいただき、保護者が署名してください。

裏面へ

|            |        |   |       |  |
|------------|--------|---|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名 |   | 医療機関名 |  |
|            | 所在地    | 〒 |       |  |

発達にかかりつけの医師がいる場合のみご記入ください。

※風邪などの一般的な疾病でのかかりつけ医師は除きます。

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載する

|           |                                                                                                                                                                                         |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請する減免の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1. 生活保護受給世帯<br>2. 市町村民税非課税世帯に属する者<br>③. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者 |
|           | <input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。)<br>1. 第2子に該当する者<br>2. 第3子以降に該当する者<br>※ 在園証明等が必要となります。                                                   |
|           | <input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定<br>生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。<br>※ 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。                                      |

あてはまる場合にチェックをつけてください。

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) |         |   |
| 氏名     | 船橋 花子                                                                              | 申請者との関係 | 妻 |
| 住所     | 〒27 船橋市湊町 2-10-25<br>電話番号 047-436-2342                                             |         |   |

申請者ご本人が記入の場合には「申請者本人」にチェックをつけていただき下記の記入は不要です。

障害児相談支援給付費支給申請書

第14号様式  
第17号様式

申請年月日 年 月 日

|           |               |          |                                |                     |
|-----------|---------------|----------|--------------------------------|---------------------|
| 申請者       | フリガナ          | フナバシ タロウ | 生年月日                           | 昭和・平成 55 年 1 月 1 日  |
|           | 氏名            | 船橋 太郎    |                                |                     |
|           | 個人番号          |          |                                |                     |
| 居住地       | 船橋市湊町 2-10-25 |          | 電話番号                           | 047-436-2342        |
| 申請に係る児童氏名 | フリガナ          | フナバシ ジロウ | 続柄                             | 子                   |
|           | 氏名            | 船橋 次郎    | 生年月日                           | 平成・令和 20 年 12 月 2 日 |
|           | 個人番号          |          | 申請者及び児童の個人番号を記載した上で窓口にお持ちください。 |                     |

|        |                                                                                    |         |   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) |         |   |
| フリガナ   | フナバシ ハナコ                                                                           | 申請者との関係 | 妻 |
| 氏名     | 船橋 花子                                                                              |         |   |
| 住所     | 船橋市湊町2-10-25<br>電話番号 047-436-2342                                                  |         |   |

変更がなくても必ず上下両方の様式にご記入ください。

第17号様式

障害児相談支援依頼（変更）届出書

船橋市長 あて

通所サービスの利用に係る障害児相談支援事業所を変更するので、届出します。

届出年月日 年 月 日

申請者欄には世帯主(保護者)の方の氏名をご記入ください。

|           |      |                                   |      |                    |
|-----------|------|-----------------------------------|------|--------------------|
| 申請者       | フリガナ | フナバシ タロウ                          | 生年月日 | 昭和・平成 55 年 1 月 1 日 |
|           | 氏名   | 船橋 太郎                             |      |                    |
|           | 居住地  | 船橋市湊町2-10-25<br>電話番号 047-436-2342 |      |                    |
| 申請に係る児童氏名 | フリガナ | フナバシ ジロウ                          | 生年月日 | 平成・令和 20 年 2 月 2 日 |
|           | 氏名   | 船橋 次郎                             | 続柄   | 子                  |

|                           |                                 |
|---------------------------|---------------------------------|
| 障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所名 |                                 |
| フリガナ                      | ソウダンシエンジギョウショ ○○                |
| 事業所名                      | 相談支援事業所 ○○                      |
| 住所                        | 船橋市本町○-△-◇<br>電話番号 047-○○○-○○○○ |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載） |  |
|                               |  |
| 変更年月日                         |  |

必ず提出

## 収入等申告書（児童）

（収入等申告書兼同意書）

同意書

④

おて  
り申告します

申請者情報・児童情報をご記入ください。

※太枠内は全て記入してください。

|       |  |                            |
|-------|--|----------------------------|
| フリガナ  |  | 令和 年 月 日                   |
| 申請者氏名 |  | 申請者<br>生年月日<br>昭和 平成 年 月 日 |
| フリガナ  |  | 児童<br>生年月日<br>平成 令和 年 月 日  |
| 児童氏名  |  |                            |

## 1 同意欄 ※保護者の方の署名・捺印をお願いします。

・障害児通所支援の利用及び利用者負担上限月額の特減・免除等の申請にあたり、今後、認定事務に必要な私の世帯の住民票、税額、健康保険加入・納付状況、収入等及び児童の在籍学級その他の支給要件に関する調査を行うことに同意します。

※世帯員とは、申請保護者が属する住民票の世帯員全員を指します。保護者が単身赴任等で遠隔地に住民票を有する場合も対象となります。また、離婚調停中、内縁関係等により生計が同一としている方も対象とする場合がございます。

※支給要件に関することは、身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳の交付及び申請状況、特別児童扶養手当の支給状況並びに児童の在籍校、在籍学級及び通級指導教室の確認を指します。

・障害児支援利用計画又は個別支援計画の作成その他障害児通所支援を利用するために必要があるときは、概況調査及び勘案事項聴取の内容、支援利用意向聴取の内容、医師意見書、障害児支援利用計画案（セルフプラン含む）、事業者との契約状況及び障害児通所給付費等の支給決定状況の全部又は一部を、船橋市から指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者、若しくは保育園・幼稚園・認定こども園・学校・放課後ルームの関係人に提示することに同意します。

保護者氏名

印

申請者自筆の場合には、押印の必要はありません。

左側の質問に対し、どちらかに必ずチェックをしてください。

## 2 生活保護受給状況

|               |                                  |                                                                                          |
|---------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活保護を受給していますか | <input type="checkbox"/> 受給していない | <input type="checkbox"/> 受給している<br>(船橋市以外で受給している方は受給している自治体をご記入ください) (〇県〇〇市〇〇区)<br>自治体名: |
|---------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

## 3 住所地

|                         |                             |                                                            |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|
| 令和〇年1月1日現在船橋市に住民票がありますか | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない<br>令和〇年1月1日時点の住所をご記入ください(〇県〇市) |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|

## 4 世帯員の受給状況の確認

|                                    |                              |                                     |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 申請児童の他に<br>通所受給者証を持っている<br>兄弟がいますか | <input type="checkbox"/> いない | <input type="checkbox"/> いる(児童氏名: ) |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

## 5 医療的ケアについて(人工呼吸器、気管切開、吸引、酸素療法、経管栄養、導尿、排便管理等)

|                         |                             |                                                 |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 申請児童に医療的ケアの<br>必要がありますか | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある<br>(医療的ケア名をご記入ください) |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|

回・療育・①

⑤

【青報等】

又和者証番号

利用者氏名

船橋 次郎

利用開始日

令和〇年 5 月 1 日

## モニタリング期間

令和〇年(6月・12月)

☐ ①新規(1)      ☐ ②新規(2)      ☐ ③追加      ☐ ④変更      ☐ ⑤継続

☐ ⑥障害児相談支援事業所の変更      ☐ ⑦モニタリング期間の変更

|                            | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 通所受給者証                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 児童発達支援等通所給付費支給申請書（第1号様式）   |   |   |   |   |   |   |   |
| 障害児通所給付費等支給等決定変更申請書（第6号様式） |   |   |   |   |   |   |   |
| 収入等申告書兼同意書（児童）             |   |   |   |   |   |   |   |
| 障害児相談支援給付費申請書（第14号様式）      |   |   |   |   |   |   |   |
| 障害児相談支援依頼（変更）届出書（第17号様式）   |   |   |   |   |   |   |   |
| 障害児支援利用計画案等受付票（市指定の書式）     |   |   |   |   |   |   |   |
| 障害児支援利用計画案(1)．(2)/週間ケア計画   |   |   |   |   |   |   |   |
| モニタリング報告書（直近のもの）           |   |   |   |   |   |   |   |

| 事業所番号（１０ケタ）        | 0                                                                                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 指定障害児相談支援事業者<br>情報 | 事業所名：相談支援事業所〇〇〇<br>事業所住所：船橋市本町 9-9-9<br>T E L：047-999-9999                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 担当者氏名              | 本町 花子                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 兼務状況               | 利用者（予定者）のサービス提供（予定）事業所の職員と<br><input checked="" type="checkbox"/> 兼務していない<br><input type="checkbox"/> 兼務している（事業所名： ）<br>※兼務している場合、原則としてモニタリングを行えません |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

「担当課使用欄」より上の項目をすべてご記入ください。

| 受付処理                                                 | 確認                                                          |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 障害児相談支援給付費申請書（第 1 4 号様式）    | <input type="checkbox"/> 不備あり <input type="checkbox"/> 不備なし |
| <input type="checkbox"/> 障害児相談支援依頼(変更)届出書（第 1 7 号様式） | <input type="checkbox"/> 不備あり <input type="checkbox"/> 不備なし |

收受印

以下、療育支援課記入欄のため省略

⑥

障害児支援利用計画案

(番号 )

障害児支援利用計画書(1)(案)

初回・継続のどちらかに○をつけてください。

本人及び事業所の情報をご記入ください。

利用者名： 船橋 次郎 性別 男 生年月日：令和 20 年 12 月 2 日

指定障害児相談支援事業者等名・所在地及び計画作成者： 相談支援事業所 ○○○ 相談支援専門員 本町

変更の適用年月日をご記入ください。

作成者印をご捺印ください。

初回障害児支援利用計画作成日： 令和 元 年 5 月 1 日 障害児支援利用計画変更日： 令和 年 月 日

受給者証の有無、有効期間及び番号： ☐ 有 令和 年 月 日 NO. ☐ 無 上限額： 円

|        |                              |                              |                              |                              |                            |
|--------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 障害程度区分 | <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> 小児1 | <input type="checkbox"/> 小児2 | <input type="checkbox"/> 小児3 | <input type="checkbox"/> 6 |
|--------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|

新規と更新の場合は記入しない。  
変更の場合のみ記入する。

利用者および家族の希望

- ・毎日学校に通い、友達と充実した日々を送ってほしい。
- ・事業所での友達や職員と積極的にかかわることで、社会性の確立や家族以外の人とのコミュニケーションを行えるようにしてほしい。

支援の内容に関して、利用者及び家族の希望を詳細にご記入ください。

相談支援専門員の支援方針

利用者の成長発達を促し、自立した生活を送ることができるよう支援する。  
また、家族の負担軽減にもつながるよう、家族や関係機関などと連携して支援を行う。

支援の内容に関して、相談支援専門員の支援方針を詳細にご記入ください。

長期目標

- ・集団生活を通じて、人間関係を築いていく。
- ・社会性が持てるようにする。
- ・自分の役割を見つけ行動できるようにする。

短期目標

- ・新しい環境に慣れ、安定・安心した日常生活を送る。
- ・施設や集団のルールに慣れる。
- ・1つのことに集中できるようになる。

支援の内容に関して、長期目標と短期目標を詳細にご記入ください。



障害児支援利用計画案

(番号: )

## 障害児支援利用計画書(2)(案)

別紙様式

[illegible]

長期休暇等の利用量が通常時と異なる場合は備考欄にご記入ください。

- ・ **モニタリング期間**を記入してください。(モニタリング期間が毎月の場合は、毎月行う理由を明記してください。)
- ・ その他の留意事項があればご記入ください。

- ・相談支援の支給決定後、利用計画書（案）から変更がない場合でも、同内容の本計画書を作成し、署名をもらった後に市へ提出してください。
- ・本計画書を作成しない場合は、必ず（案）の備考欄に表記のとおり記載してください。

署名は直筆でご記入ください。  
(電子署名可)

## モニタリング報告書

利用者名: 船橋 次郎

区分

相談支援事業所名

相談支援事業所〇〇〇

担当者 本町 花子

本町

受給者証番号

障害児支援利用計画作成日 令和 〇 年 5 月 1 日

モニタリング実施日 令和 〇 年 6 月 1 日

| ニーズ                               | サービス提供状況                                 | 本人・家族の感想・満足度                               | 達成度 | 今後の課題・留意事項                            | 計画変更の必要性                             |
|-----------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 学校以外の場所で、楽しく安心して過ごしたい。            | 屋内外にとらわれず、活動内容を充実させながら、本人が楽しめるように支援していく。 | 積極的に活動に参加することができ、本人も楽しく取り組んでいる。            | ○   |                                       | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 |
| 家族以外の人とのコミュニケーションを行い、人間関係を築いてほしい。 | 色々な活動の中で、周りの友達との関りが持ちやすい場面を作りながら支援している。  | 少しずつではあるが、1人で遊ぶのではなく周りの友達と関り方のサポートを継続していく。 | △   | 周りの友達との関りが持ちやすい場面の提供と関り方のサポートを継続していく。 | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 |
|                                   |                                          |                                            |     |                                       | 有 無                                  |
|                                   |                                          |                                            |     |                                       | 有 無                                  |
|                                   |                                          |                                            |     |                                       | 有 無                                  |
|                                   |                                          |                                            |     |                                       | 有 無                                  |

達成度が×であれば、サービス内容を見直す必要があります。その際は、今後の課題・留意事項にサービス変更の必要がある旨や、今後どのように目標を達成していくかをご記入ください。

\* 達成度は◎、○、△、×で記入する。

利用者同意署名欄

令和 〇 年 6 月 10 日

船橋 太郎

署名は直筆でご記入ください。  
(電子署名可)

8

## 週 間 ケ ア 計 画

週間ケア計画

受付 No.1 氏名 船橋 次郎

令和○年5月1日作成

|    | 早 朝                                                                                                                                                                                                                  | 午 前              | 午 後                                                                                                           | 夜 間 | 摘 要                                                                                                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 月  |                                                                                                                                                                                                                      | 8<br>〇〇小学校特別支援学級 | 14<br>放課後等デイサービス〇〇                                                                                            | 17  | ※学校～放デイ<br>〇〇～自宅の移<br>動には、同教室<br>の送迎サービス<br>が利用できます。<br><br>※不定期に、登<br>校時間中に保育<br>所等訪問支援が<br>実施されます。 |
| 火  |                                                                                                                                                                                                                      | 8<br>〇〇小学校特別支援学級 | 14                                                                                                            |     |                                                                                                      |
| 水  |                                                                                                                                                                                                                      | 8<br>〇〇小学校特別支援学級 | 14<br>放課後等デイサービス〇〇                                                                                            | 17  |                                                                                                      |
| 木  |                                                                                                                                                                                                                      | 8<br>〇〇小学校特別支援学級 | 14                                                                                                            |     |                                                                                                      |
| 金  |                                                                                                                                                                                                                      | 8<br>〇〇小学校特別支援学級 | 14<br>放課後等デイサービス▲▲                                                                                            | 17  |                                                                                                      |
| 土  |                                                                                                                                                                                                                      |                  | 以下の点にご留意いただきご記入ください。<br>・学校名及び在籍クラス(普通級、支援級、通級)<br>・曜日ごとのケア計画<br>・摘要欄は補足等があれば記入<br>・支援開始・終了時間<br>・長期休暇時の利用日数等 |     |                                                                                                      |
| 日  |                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                                                                                               |     |                                                                                                      |
| 摘要 | ・〇〇小学校特別支援学級(担任: 山田先生、コーディネーター: 佐藤先生) TEL047-〇〇〇-〇〇〇〇<br>・児童発達相談センター船橋園(保育所等訪問支援)(担当: 田中相談員) TEL047-〇〇〇-〇〇〇〇<br>・放課後等デイサービス〇〇 TEL047-〇〇〇-〇〇〇〇<br>・放課後等デイサービス▲▲ TEL047-〇〇〇-〇〇〇〇<br>・相談支援事業所〇〇〇(担当 本町) TEL047-〇〇〇-〇〇〇〇 |                  |                                                                                                               |     |                                                                                                      |

作成者の氏名をご記入ください。

作成者氏名・所属: 相談支援事業所〇〇〇 本町花子

# V Q & A

## 【1. 障害児支援利用計画について】

|     | Q                                                                    | A                                                                                                                                                                                 |
|-----|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-1 | 障害児支援利用計画案及び障害児支援利用計画は、必ず署名が必要なのか。                                   | 作成の確認のため、必ず署名をもらってください。（代理人可）                                                                                                                                                     |
| 1-2 | 障害児支援利用計画案と障害児支援利用計画が同様の内容となる場合、利用計画は提出の必要があるか。障害児支援利用計画（本計画）の提出について | 障害児支援利用計画（本計画）については、基本的には提出が必要ですが、障害児支援利用計画案と同様の内容であれば、計画書（案）の備考欄に、「この計画案について、特に変更を求められず、支給決定がなされた場合は、改めてご利用者に署名を求めず、この書類の内容が「サービス等利用計画」となります。」と記述することで、当案を本計画とみなし、市への提出は不要となります。 |
| 1-3 | モニタリングの結果、受給者証の記載項目に変更がある場合、軽微な変更内容でも障害児支援利用計画を作成して、市に提出する必要があるか。    | 支給決定に係る変更の場合は、障害児支援利用計画案等が必要となります。（詳細はP. 1 参照）                                                                                                                                    |
| 1-4 | 障害児支援利用計画の「変更」の判断基準を教えてください（サービス提供事業所が変更の場合も必要なのか）                   | モニタリング期間の変更、サービス種別の変更、時間数の変更等については、変更した計画案を提出していただきます。サービス提供事業所のみ変更の場合は、特に提出の必要はありません。                                                                                            |
| 1-5 | 障害児支援利用計画案の「受給者証の有効期限」の記載について教えてください                                 | 新規、更新の場合は未記入とし、変更申請のみ記入していただきます。                                                                                                                                                  |
| 1-6 | 障害児支援利用計画はサービス提供事業所に共有する必要がありますか。                                    | 障害児支援利用計画を新規作成した時や変更した時には必ず共有してください。<br>（児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準第15条第2項第12号）                                                                                           |

## 【2. モニタリングについて】

|     | Q                                 | A                       |
|-----|-----------------------------------|-------------------------|
| 2-1 | モニタリング月は療育支援課へ「モニタリング報告書」を提出するのか。 | 市から提出を求められた場合は提出してください。 |

|     |                                                                           |                                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2-2 | モニタリングは必ず居宅で行わなければならないのか。                                                 | モニタリングは居宅で行います。<br>本人だけでなく、本人の周辺環境(居住環境、家族状況など)も含めてモニタリングを行うため、原則本人の居宅で行います。                                                                                                  |
| 2-3 | 上限額管理を行っていた利用者の状況が改善されたため、モニタリングの標準期間を毎月から3か月毎に変更をした。その際の上限額管理の事務はどうすべきか。 | 相談支援事業者が上限額管理を行うのは、モニタリングの標準期間が毎月の対象者になります。<br>標準期間が変更になり、モニタリングが毎月から3か月毎に変更になったのであれば、他のサービス事業者に事務引き継ぎを依頼するなどの対応をお願いします。                                                      |
| 2-4 | 情緒不安定な利用者から毎晩のように電話相談を受けるが、そうした相談対応もモニタリングの対象事務として請求してもよいか。               | モニタリングは、障害児支援利用計画の実施把握を行い、必要に応じて事業所との連携等を行うものです。そのため、本ケースに関しては継続障害児支援利用援助で請求することはできません。<br>今後、必要に応じてモニタリングの回数を増やすなどの検討を行う場合は、市に相談をしてください。(平成25年2月22日 厚生労働省 相談支援に係るQ&A 問22 参照) |
| 2-5 | 契約者が入院した場合はどのような対応となるのか。                                                  | 入院等でモニタリングが不可能な場合は、実施できない旨の理由を記録に残してください。(記録があれば、特に市への報告義務はありません)                                                                                                             |

### 【3. 請求について】

|     | Q                                                                                                  | A                                                                                                                                                                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3-1 | モニタリング月に訪問の予約をしていたが、利用者の体調不良や都合で翌月になってしまったため報酬算定できなかった。この場合は、翌月の算定は可能か。                            | 正当な理由があれば、翌月の請求も可能です。<br>ただし、モニタリングについては、適正に実施されているかについて適宜確認を行うこともあります。なお、モニタリング月の前月に前倒してのモニタリングの実施及び報酬算定は認められていませんが、正当な理由により急遽モニタリングが必要である場合にはそのモニタリングを実施した月において報酬算定していただいてもかまいません。 |
| 3-2 | 3月が支給決定期間の最終月で4月から新たな支給決定期間が始まる場合の支給決定更新時、例えば3月にモニタリングを実施して、4月に支給決定と同時に障害児支援利用計画を作成した場合、3月分に継続障害児支 | 支給決定の更新における支給決定期間最終月のモニタリングは、必ず次期間の障害児支援利用計画の作成を伴うため、障害児支援利用援助費で作成月に請求を行うこととなっています。<br>お示しされたケースは、支給決定月に合わせて、モニタリングと障害児支援利用計画の作成が異なっ                                                 |

|     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | 援利用援助費を、4月分に障害児支援利用援助費を請求する流れでよいのか。               | た月となったのであれば、3月分の障害児支援利用援助費の請求のみ可能です。                                                                                                                                                                                                       |
| 3-3 | 障害児支援利用計画の変更が発生して、障害児支援利用援助費で請求してよいケースはどのようなケースか。 | サービスの追加や支給量の変更などの受給者証の内容の変更が伴うものから、受給者証の変更が生じない変更についても、基本的に障害児支援利用計画の変更があった場合には障害児支援利用援助費の請求が行えます。個別のケースについて、請求が可能かどうか不明なものがあれば審査担当までお問い合わせください。                                                                                           |
| 3-4 | モニタリング月以外にサービスの追加・変更があった場合は、どのような請求方法となるのか。       | 障害児支援利用計画案を提出し、変更・更新の支給決定があった月に請求ができます。                                                                                                                                                                                                    |
| 3-5 | 契約変更前の事業所から引き継いだ場合の請求方法はどのようにしたらいいでしょうか。          | 契約変更後の事業所が改めてアセスメントを行い、計画の作成を行った場合には、サービス利用支援費を算定することが出来ます。また、その場合、契約変更後の事業所は初回加算についても算定することが出来ます。なお、同一の月に継続サービス利用支援を行った後、サービス利用支援を行った場合は、継続サービス利用支援費は算定せず、サービス利用支援費のみを算定することとされているため、変更前の事業所は同一の月に継続サービス利用支援を行っていても、継続サービス利用支援費の算定はできません。 |

#### 【4. その他】

|     | Q                                                     | A                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4-1 | サービス担当者会議は必ず実施しなければならないか。個別の電話対応でも構わないか。              | <p>担当者の顔合わせや問題意識の共有等のためにも、サービス担当者会議は実施する必要があります。</p> <p>しかし、担当者が遠方の事業者であったりするなど、何らかの理由で担当者会議が開催できない場合に限り、個別の担当者に電話連絡による説明及び口頭の同意の対応も認められます。</p> <p>また、会議録や説明した内容は、すべての担当者に書面で送付し情報共有を行ってください。</p> |
| 4-2 | 相談支援専門員以外の補助員が、障害児支援利用計画書の作成、モニタリングやアセスメントを行うことはできるか。 | <p>できません。</p> <p>相談支援専門員以外が行える事務は、書類作成の補助や、利用者の押印をもらう事務的業務、アセスメントの日程調整などの事務となります。</p>                                                                                                             |



|     |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                    |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4-3 | <p>障害児相談支援給付費の支給を受けた際には、利用者にその額及び内容を通知する必要があるか。</p>                                                                                                                            | <p>書面での通知が必要です。本来、障害児相談支援給付費は、利用者様に支払われる金額を事業者に法定で代理受領している流れとなるため、利用者に額やサービス内容の通知が必要となります。</p>                                     |
| 4-4 | <p>障害児相談支援の更新月が翌々月であり、モニタリング月以外の月に相談を受けて追加のサービスが必要となった事例について、サービス利用の兼ね合いから支給決定を受けるのが翌月（最終のモニタリング月）となる場合どのような請求方法となるのか。</p> <p>例えば、内容が変わらない計画を2か月続けて障害児支援利用援助費として請求してもよいのか。</p> | <p>可能です。</p> <p>サービスの追加の有無に関わらず、障害児相談支援の支給決定最終月のモニタリングの提出は必要ですので、サービスの追加によって内容が変わらない計画を2か月続けてご提出いただいた場合も、障害児支援利用援助費として請求となります。</p> |
| 4-5 | <p>サービスの有効期限内に利用者負担上限月額が変更になる場合、いつから利用者負担上限月額が変更されるのか。</p>                                                                                                                     | <p>原則として変更申請を提出した翌月1日から適用されます。</p>                                                                                                 |

# 問合せ先

〒273-8501 千葉県船橋市湊町2-10-25 船橋市役所

## 療育支援課

○障害児の書類提出・支給決定に関すること 管理給付係 TEL:047-436-2342

○障害児の請求に関すること 整備計画係 TEL:047-436-2121

FAX: 047-436-2549

E-Mail: [ryoiku@city.funabashi.lg.jp](mailto:ryoiku@city.funabashi.lg.jp)

## 障害福祉課

○障害者の書類提出に関すること 相談支援係 TEL:047-436-2343

○障害者の支給決定に関すること 認定審査係 TEL:047-436-2346

○障害者の請求に関すること 計画係 TEL:047-436-2307

FAX: 047-433-5566

E-Mail: [shogaifukushi@city.funabashi.lg.jp](mailto:shogaifukushi@city.funabashi.lg.jp)

---

## FAS-net (船橋障害者相談支援事業所連絡協議会)

ふらっと船橋

基幹相談支援センター／FAS-net事務局

〒273-0021 船橋市海神1-31-31 ジュネス海神101

TEL: 047-495-6777

FAX: 047-495-6777