

静岡市 令和6年度 第1回 集団指導 (令和6年度 報酬改定説明会)

3. 相談支援事業所

【対象サービス】

一般相談(地域移行・地域定着)

計画相談支援

障害児相談支援

1 地域生活支援拠点等の認定

【対象サービス】 地域移行支援・地域定着支援・計画相談支援・障害児相談支援

地域生活支援拠点等であることの認定にあたり、事前協議が必要になりました。障害者支援推進課への体制届の提出前に、障害福祉企画課と事前協議を行ってください。

【改定後】 ①障害福祉企画課に、「地域生活支援拠点等の認定について」(協議書)及び運営規程を提出。

②障害福祉企画課から、申請者に「地域生活支援拠点等の機能に係る通知書」を送付。

③障害者支援推進課に体制届、地域生活支援拠点等の機能に係る通知書、事業所の運営規程を提出。(体制等状況一覧表の「地域生活支援拠点等」の項目を「2. 該当」とする。)

【改定前】 体制届の提出の際、事業所の運営規程に地域生活支援拠点等として担う機能を記載し、体制等状況一覧表の「地域生活支援拠点等」の項目を「2. 該当」とすることにより認定。

2 主任相談支援専門員配置加算

【対象サービス】 計画相談支援・障害児相談支援

主任相談支援専門員に(Ⅰ)、(Ⅱ)の区分が創設されました。一部の事業所を除き、(Ⅰ)の算定を希望する場合、静岡市 自立支援協議会 相談支援部会において、地域の相談支援の中核的な役割を担う事業所であると言えるか意見聴取を行うこととなります。

【改定後】 主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ) 300 単位/月

主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ) 100 単位/月

【改定前】 主任相談支援専門員配置加算 100 単位/月

※(Ⅰ)は、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る又は地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める相談支援事業所のみが算定できます。

※算定開始時期によっては、相談支援部会を臨時で開催しますので、障害者支援推進課まで御相談ください。

3 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

【対象サービス】 計画相談支援・障害児相談支援

体制加算に高次脳機能障害支援体制加算が創設されました。また、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に(Ⅰ)、(Ⅱ)の区分が創設されました。

各加算の算定要件となる研修を修了した常勤の相談支援専門員が、過去6ヶ月の間に、算定要件の対象者に相談支援を行っている場合、(Ⅰ)の区分での算定ができます。(精神障害者支援体制加算については、病院等との連携も必要です。)

(1)行動障害支援体制加算

【改定後】 行動障害支援体制加算(Ⅰ) 60 単位／月

行動障害支援体制加算(Ⅱ) 30 単位／月

【改定前】 行動障害支援体制加算 35 単位／月

<行動障害支援体制加算(Ⅰ)の対象者の判定方法>

【者】障害支援区分3かつ行動関連項目等の合計点数が10点以上である者

【児】児基準20点以上である者

受給者証での確認方法。

【者】下記のうちどちらかの記載があるか確認する。

・障害支援区分3以上かつ行動関連項目等の合計点数10点以上

【児】下記のいずれかの決定があるか確認する。

・児童発達支援加算強度行動障害

・放課後等デイサービス加算強度行動障害(Ⅰ)又は(Ⅱ)

・居宅訪問型児童発達支援加算強度行動障害

・保育所等訪問支援加算強度行動障害

(2)要医療児者支援体制加算

【改定後】 要医療児者支援体制加算(Ⅰ) 60 単位／月

要医療児者支援体制加算(Ⅱ) 30 単位／月

【改定前】 要医療児者支援体制加算 35 単位／月

＜要医療児者支援体制加算(Ⅰ)の対象者の判定方法＞

【者】医療的ケア児者

【児】医療的ケア児者

受給者証での確認方法

【者】下記のいずれかの決定があるか確認する。

- ・短期入所療養介護
- ・特記事項に医療的ケア者と記載がある場合

【児】下記のいずれかの決定があるか確認する。

- ・児童発達支援基本決定(医療的ケア児Ⅰ～Ⅲ)
- ・児童発達支援基本決定(重症心身障害児(医ケアⅠ～Ⅲ))
- ・放課後等デイサービス基本決定(医療的ケア児Ⅰ～Ⅲ)
- ・放課後等デイサービス基本決定(重症心身障害児(医ケアⅠ～Ⅲ))
- ・短期入所療養介護
- ・特記事項に医療的ケア児と記載がある場合

(3)精神障害者支援体制加算

【改定後】精神障害者支援体制加算(Ⅰ) 60 単位／月

精神障害者支援体制加算(Ⅱ) 30 単位／月

【改定前】精神障害者支援体制加算 35 単位／月

＜精神障害者支援体制加算(Ⅰ)の対象者の判定方法＞

【者】障害者総合支援法第4条第1項に規定する精神障害者

【児】障害者総合支援法第4条第1項に規定する精神障害者

＜確認方法＞

受給者証には記載されない。

精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療(精神通院医療)の受給者証、診断書等で確認する。

(4)高次脳機能障害支援体制加算

【改定後】高次脳機能障害者支援体制加算(Ⅰ) 60 単位／月 (新設)

高次脳機能障害者支援体制加算(Ⅱ) 30 単位／月 (新設)

【改定前】なし

< 高次脳機能障害支援体制加算(Ⅰ)の対象者の判定方法 >

【者】高次脳機能障害者

【児】高次脳機能障害者

< 確認方法 >

【対象サービス】 計画相談支援

高次脳機能障害者については、以下のいずれかの書類に診断の記載があるか確認します。

- (1) 支給決定における医師の意見書
- (2) 精神障害者保健福祉手帳の申請における医師の診断書
- (3) 主治医の診断書

【対象者の確認方法】

- (1) については、本人の申し出による保有個人情報の提供にて対応が可能です。希望される場合、各区役所へご相談ください。
 - (2) については、本人申し出による保有個人情報の提供にて対応が可能です。希望される場合は、各区役所又はこころの健康センターへご相談ください。
 - (3) については、当該加算取得のために新たに診断書を取得するか、本人が保管している(1)、(2)に使用した意見書、診断書の写し。
- (1)、(2)、(3)の要件は、事業所側が確認し、請求してください。

上記の4つの体制加算の算定要件に、(それぞれの)「研修を修了した相談支援専門員を 1 名以上配置し、その旨を公表している」がありますが、この公表方法については、各事業所のホームページへの掲載(ホームページをお持ちでない場合は、WAMNET の事業所の紹介ページへの掲載)をお願いしています。体制届の提出の際、加算の届出様式とあわせ、掲載ページのコピーの御提出をお願いします。

4 医療・保育・教育等連携加算

【対象サービス】 計画相談支援・障害児相談支援

利用者が利用する病院等、訪問看護事業所、企業、児童相談所、保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校等の関係機関との日常的な連携体制を構築するとともに、利用者の状態や支援方法の共有を行うことを目的としています。

令和5年度までは、サービス等(障害児支援)利用計画を作成した場合のみ算定対象でしたが、モニタリング時にも算定可能となりました。

①②③のいずれも、計画作成又はモニタリングにあわせて実施した場合が対象となります。該当する場合、1月につきそれぞれの所定の単位数を加算できます。

【改定後】 ① 福祉サービス等提供機関(障害福祉サービス等を除く)の職員との面談又は会議を行いサービス等(障害児支援)利用計画の作成又はモニタリングを行った場合

I 計画作成時 300 単位

II モニタリング時 200 単位

② 利用者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、利用者の心身の状況、生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合 300 単位

③ 福祉サービス等提供機関(障害福祉サービス等を除く)からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に対して利用者に関する必要な情報を提供した場合 150 単位

【改定前】 福祉サービス等提供機関(障害福祉サービス等を除く)の職員等と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、サービス等(障害児支援)利用計画を作成した場合 100 単位

(1) 連携の対象

障害福祉サービス等事業者以外の福祉サービス等提供機関

病院等、訪問看護事業所、企業、児童相談所、保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校等

(2) 算定上の注意

<①を算定するとき> 1月1回を限度

面談又は会議はテレビ電話等を活用して行うことができます。

サービス担当者会議において福祉サービス等提供機関(障害福祉サービス等を除く)の

職員から必要な情報提供を受ける場合も算定可能ですが、その場合は、サービス担当者会議実施加算の算定はできません。

また、次の場合も算定できません。

- 初回加算を算定している場合
- 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の提供を受けている場合

<②を算定するとき> 1月3回を限度とし、同一の病院等については1回を限度利用者への通院同行を評価するものではなく、病院等の職員に対し、利用者の基本情報や支援における留意点等、利用者の世帯・生活・受診・服薬状況、サービス利用状況、サービス等(障害児支援)利用計画の内容等の必要な情報を提供し、連携を図ることを趣旨としています。

そのため、次の場合に算定することが想定されています。

- 利用者の状態に変更があった場合
- 利用者の治療や療養上病院等と在宅生活の支援に係る関係機関等が連携する必要がある場合
- 利用するサービス及びサービス等利用計画に変更があった場合等

情報提供にあたっては、入院時情報提供書(別添参照)等を参考にしてください。

<③を算定するとき> 次の区分ごとにそれぞれ1月1回を限度

- 病院等、訪問看護事業所
(②により情報提供している場合は重複して算定できませんが、別の病院等に対して情報提供している場合はそれぞれ算定できます。)
- それ以外の福祉サービス等提供機関(障害福祉サービス等を除く)

(3) 手続き

相手や面談日時、その内容の要旨及びサービス等利用計画に反映されるべき内容に関する記録を作成してください。

運営指導等で市が提出を求める場合がありますので、5年間保存してください。

5 集中支援加算

【対象サービス】 計画相談支援・障害児相談支援

計画作成月、モニタリング対象月以外の月に算定できます。

モニタリング場面以外に緊急的、臨時的に対応したことを評価するものなので、頻回に算定が必要となる利用者については、モニタリング期間を改めて検証する必要があります。

1月につきそれぞれの所定単位数を加算できます。

【改定後】 ① 利用者等又は市町村等の求めに応じ、月 2 回以上、利用者等に面接する場合
300 単位

② サービス担当者会議を開催し、サービス等利用計画の変更等について検討を行う場合 300 単位

③ 福祉サービス等提供機関が開催する会議に参加し、関係機関相互の連絡調整を行った場合 300 単位

④ 利用者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、利用者の心身の状況、生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合 300 単位

⑤ 福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、利用者に関する必要な情報を提供した場合 150 単位

【改定前】 ①②③の場合 300 単位

(1) 連携の対象

サービス等利用計画に位置付けられている又は位置付けられることが見込まれる福祉サービス等提供機関

障害福祉サービス事業者、一般相談支援事業者、児通所支援事業者、障害児入所施設、指定発達支援医療機関、病院等、訪問看護事業所、企業、地方自治体等

(2) 算定上の注意

<①を算定するとき> 1 月 1 回を限度

訪問又はテレビ電話による面接は、2回以上のうち月に1回は訪問による面接が必要です。

<②を算定するとき> 1月1回を限度

計画相談支援基準に規定されているとおり、利用者や家族も出席し、利用するサービスに対する意向等を確認しなければなりません。

<③を算定するとき> 1月1回を限度

次の場合は、算定できません。

【同一の会議において】

- 居宅介護支援事業所等連携加算を算定している場合
- 保育・教育等移行支援加算を算定している場合

- 入院時情報連携加算(Ⅰ)を算定している場合
- 退院・退所加算を算定している場合

<④を算定するとき>

4 医療・保育・教育等連携加算の(2)<②を算定するとき>と同様です。

<⑤を算定するとき>

4 医療・保育・教育等連携加算の(2)<③を算定するとき>と同様です。

地域生活支援拠点等の登録

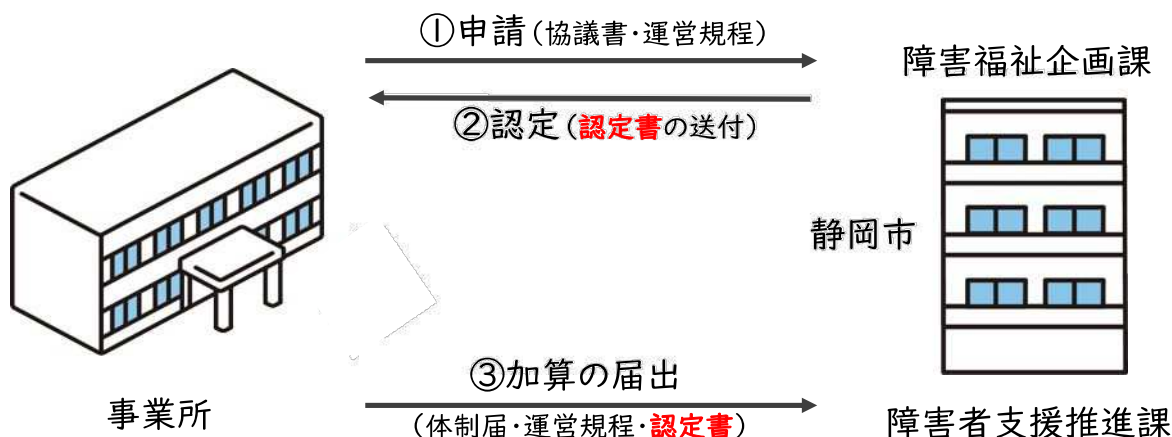
令和6年3月末に国から「地域生活支援拠点等の整備の推進及び機能強化について」通知があり、拠点の認定方法が変更になりました。これに伴い静岡市でも「地域生活支援拠点等が担う4つの機能」のうちいずれかを満たす事業所を地域生活支援拠点等として登録開始しました。



地域生活支援拠点等とは

障害福祉サービス事業者等の関係機関が相互に連携して 障がいのある方に対する支援を実施することを目的とした体制です。次の4つの機能を地域の実情に応じて整備することとされています。①相談 ②緊急時の受け入れ・対応 ③体験の機会・場 ④専門的人材の確保・養成等

認定と加算の流れ



申請に関するQ&Aや静岡市の取組みは裏面へ！

①の協議書は右記二次元コード内に掲載しています。



(静岡市HP)

<お問合せ先>

■拠点の認定について

障害福祉企画課

TEL 054-221-1198

〒420-8602 静岡市葵区追手町5番1号 新館15階

■加算について

障害者支援推進課

TEL 054-221-1098

Q&A

Q.1 「地域生活支援拠点等が担う4つの機能」全てを満たさないと、地域生活支援拠点等として登録できない？

A.1 4つの機能のうち、1つでも担う機能があれば登録可能です。
※担う機能を運営規程に明記してください。

Q.2 事業所番号の異なる複数のサービスの登録を行う場合、協議書は複数枚必要？

A.2 事業所番号ごとに1枚の協議書が必要です。

Q.3 協議書に「常時の連絡体制」や「常時の緊急受入体制」とありますが、常時の基準は？

A.3 24時間を想定しています。

Q.4 協議書の「整備状況及び整備促進の課題」や「支援を行う際の連携方法」は何を書く？

A.4 担う機能を整備するために行っている取組みや課題を具体的にご記入ください。

Q.5 加算の届け出はいつまでにすればいいの？

A.5 各月15日までに障害者支援推進課に申請していただければ、翌月から適用されます。

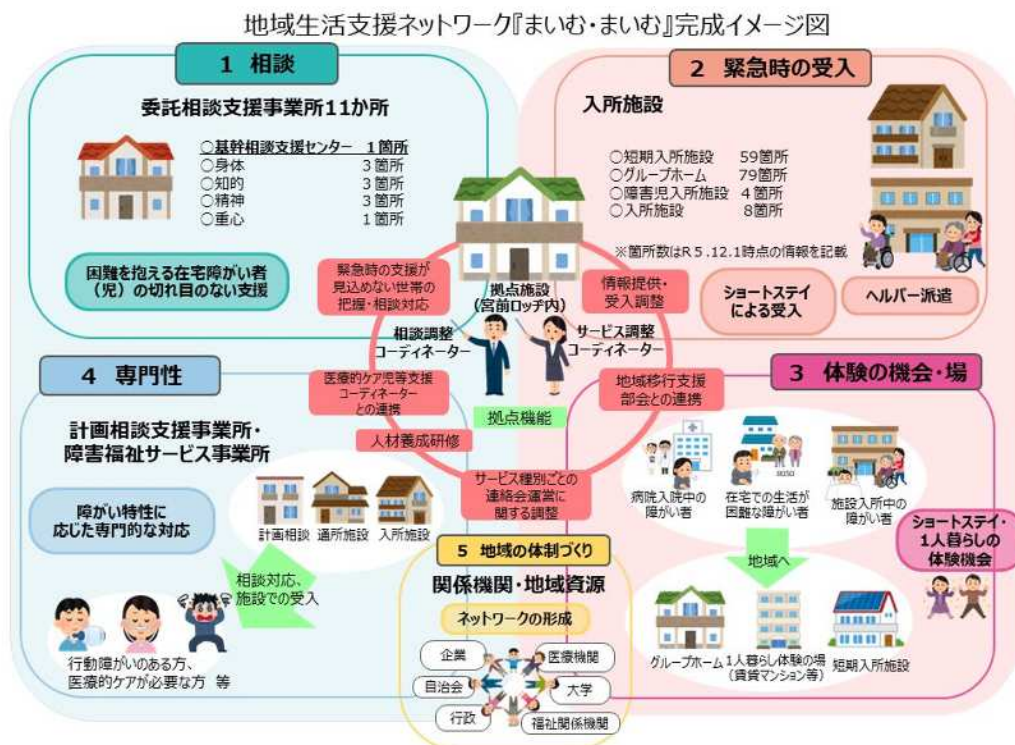
静岡市の取組み（まいむ・まいむ）

複数の拠点関係機関が分担して地域生活支援拠点等の機能を担う面的な体制（通称：まいむ・まいむ）の整備を行っています。地域に配置した相談調整コーディネーターとサービス調整コーディネーターが、各関係機関と協力しながら、障がいのある方が地域で安心して生活することができる体制のネットワークづくりに取り組んでいます。

●取組み（一部抜粋）

- ・相談支援事業所のない地域での相談会の開催
- ・短期入所空床情報共有ツールの運用
- ・サービス事業所連絡会の立ち上げ、出席
- ・専門的人材養成のための各種研修の実施

＼是非、ご協力ください！／



入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関） 記載例

記入日： 年 月 日 添付資料： ☒ あり ☐ なし

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

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

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

2. 本人の状態、支援における留意点等

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

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
<p>ベッド上での体位は、両膝を1時間ごとに左右に傾ける（その際、両膝がぶつからないよう、間にタオルやクッション等を挟む）、両手は伸ばす（肘の下にタオルやクッション等を挟む）、腸骨に衣服のシワがよらないようにする。</p> <p>コミュニケーションには透明文字盤を使用（顔の向きは少し右に傾ける。左目の方が可動域が広い。簡単な質問はYesとNoを左右で確認）</p>	
① 身体 の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 褥瘡ができやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施	
A	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
D	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
L	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ・パット <input checked="" type="checkbox"/> その他
<p>頻度高く、手足の位置等の細かなセッティングが必要。</p> <p>また、排泄については、尿意は本人より訴えあり。排便は1日おきに浣腸を実施。排泄は差込便器を使用（差込便器が尾骨、仙骨に当たるためタオルなどで保護）。</p>	
② コミュニケーション で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難 意思伝達 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input checked="" type="checkbox"/> 困難
<p>メガネを使用しているが、透明文字盤が読取りにくくなるため、現在は使用していない。</p> <p>左耳に補聴器を使用（顔を右に傾けるため）。</p> <p>基本的には透明文字盤を使用するが、夕方になり眼球の動きが低下した際は口文字にてコミュニケーションをとる。</p>	
③ 行動特性等 で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く	
特になし	
④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載	
<p>現在の身体機能を少しでも長く維持するため、眼の保湿を定期的に行っている（眼球が乾燥するため1日3回、瞼の下に軟膏を塗布。1日4回の点眼）。就寝時はまぶたを下ろす。</p>	
退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載)	<input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望
退院前カンファレンスにおいて、入院前との状況の変化やケア内容を共有していただきたい。	
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望	<input checked="" type="checkbox"/> 参加を希望する

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。

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

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 ☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(夫、本人、子どもの4人暮らし)
生活の場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()
キーパーソン	氏名 山田 太郎 続柄 夫 連絡先 03-0000-0000
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等	夫は土日でも仕事で、電話等が繋がりにくい。家族は介護疲れと常に他人が家に居ることへのストレスがあるように見える。

②生活の状況 ☒ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他
	サービス名 重度訪問介護 利用頻度 週7日 施設・事業所名 〇〇ヘルパーステーション
	サービス名 訪問看護 利用頻度 週3日 施設・事業所名 〇〇訪問看護ステーション
	サービス名 利用頻度 施設・事業所名
	サービス名 利用頻度 施設・事業所名
1日の生活の流れ・社会参加の状況	月水金に訪問看護を利用。ヘルパーと2人で排便。 1日の生活の流れは、添付資料を参照。
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等	子どもの仕事や学校の様子を知りたい、成長を見守りたいという意向がある。また、家族と過ごす時間の確保を希望している。

③受診・服薬の状況 ☒ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望

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