（別紙42）　　年　　月　　日

主任相談支援専門員配置加算に関する届出書

1　事業所名	
2　異動区分	1　新規　　2　変更　　3　終了
3　届出項目	1　主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ)　　2　(Ⅱ)
4　修了者名	
5　公表の有無	有　・　無
6　公表の方法	

①　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と一体的に運営してい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指定特定（障害児）相談支援事業所である。	有　・　無
②　利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。	有　・　無
③　当該指定特定（障害児）相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有　・　無
④　当該指定特定（障害児）相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対し、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。	有　・　無
⑤　基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等を基幹相談支援センターの職員と共同で実施している。	有　・　無
⑥　基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等について協力している。 （市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が実施する取組について協力している。）	有　・　無
⑦　他の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所の従業者に対して上記②～④に該当する業務を実施している。 （主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）においては任意。ただし、その場合であっても、自事業所に他の職員が配置されていない等、②～④を自事業所内で実施することが困難な場合は必須。）	有　・　無

注　根拠となる修了証の写し、会議録、各種取組に関する記録等を別途添付すること。

（審査要領）

・主任相談支援専門員配置加算（Ⅰ）については、①～⑤、⑦がすべて「有」の場合算定可。

・主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）については、②～④、⑥がすべて「有」の場合算定可。
ただし、自事業所での実施が困難と判断される場合は、⑦が「有」の場合に限り、②～④は「無」であってもよい。

（別紙43）

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）

記入日：　　年　　月　　日　　添付資料：□ あり　□ なし

事業所名		担当者名		連絡先	

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		住所	
生年月日	年　月　日（　歳）		
障害名・疾患名			
現病歴・既往歴			
医療的ケア	□ なし　□ あり→内容：（　）		
手帳の保有状況 ※障害の内容は障害名・疾患名に記載	□ なし　□ 身障（　）級、内容：□ 視覚□ 聴覚□ 肢体□ 内部□ その他 □ 申請中　□ 療育（　）　□ 精神（　）級	障害支援区分	□ なし　□ 申請中 □ あり→区分（　）

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。

□ あり（以下に具体的な内容を記載）　□ あり（添付資料を参照）　□ なし　□ 本人・家族からの聴取を希望

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

ADL	起居動作	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助	移乗	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助	
	歩行	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助	更衣・整容	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助	
	食事	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助	※食事形態：□ 普通　□ 嚥下食　□ 経管栄養　□ その他		
	排泄	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助	※排泄方法：□ トイレ　□ ポータブル　□ オムツ・パット　□ その他		

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○○を用いながらゆっくりと話す

視力	□ 問題なし　□ やや難あり　□ 困難	聴力	□ 問題なし　□ やや難あり　□ 困難
言語	□ 問題なし　□ やや難あり　□ 困難	意思伝達の手段・方法	□ 問題なし　□ やや難あり　□ 困難

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○○すると落ち着く

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

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。

□ あり（以下に具体的な内容を記載）　□ あり（添付資料を参照）　□ なし　□ 本人・家族からの聴取を希望

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望	□　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、入院中の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	□ あり(以下を記載) □ なし							
特別なコミュニケーション支援が必要な理由								
訪問の可能性がある事業所	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	: ～ :
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	: ～ :
訪問可能な時間帯	□ 朝 □ 昼 □ 夜間 □ 終日 →訪問可能な時間帯(: ～ :)							
想定される事業所の支援内容								

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	□ 単身 □ 夫婦のみ □ 本人と親 □ 本人と子 □ その他( )					
生活の場所	□ 自宅 □ グループホーム □ 施設 □ その他( )					
キーパーソン	氏名		続柄		連絡先	
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等						

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	□ なし □ 障害福祉サービス・障害児支援 □ 介護保険サービス □ その他					
	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	
	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						
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等						

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)	□ なし □ あり							
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回／	□ 外来□ 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回／	□ 外来□ 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回／	□ 外来□ 訪問
服薬状況	服薬の有無	□ なし □ あり	服薬管理	□ 本人 □ 家族 □ その他( )				
	薬の名前							
	留意点・服薬介助のポイント							
アレルギー	□ なし □ あり→内容:( )							

（別紙44）　　年　月　日

体制加算に関する届出書（相談支援事業所）

（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）

事　業　所　名	
異　動　区　分	1　新規　　2　変更　　3　終了
届　出　項　目	1　行動障害支援体制加算(Ⅰ)　　2　(Ⅱ)
	1　要医療児者支援体制加算(Ⅰ)　　2　(Ⅱ)
	1　精神障害者支援体制加算(Ⅰ)　　2　(Ⅱ)
	1　高次脳機能障害支援体制加算(Ⅰ)　　2　(Ⅱ)

【行動障害支援体制加算】

①　強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は行動援護従業者養成研修を修了した常勤の相談支援専門員を１名以上配置している。 修了者名	有・無
②　研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③　研修修了者が強度行動障害児者（※）に対して直近６月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。 ※区分３以上かつ行動障害関連項目が10点以上の者（障害児の場合、児基準が20点以上の者）	有・無

【要医療児者支援体制加算】

①　医療的ケア児等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常勤の相談支援専門員を１名以上配置している。 修了者名	有・無
②　研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③　研修修了者が医療的ケア児者（※）に対して直近６月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。 ※スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者	有・無

【精神障害者支援体制加算】

①　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常勤の相談支援専門員を１名以上配置している。 修了者名	有・無
②　研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③　研修修了者が精神障害者又は精神に障害のある児童に対して直近６月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有・無
④　利用者が通院又は利用する病院等及び訪問看護事業所（療養生活継続支援加算を算定又は精神科重症患者支援管理連携加算の届出をしているもの）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いる。 連携先病院等の名称	有・無

【高次脳機能障害支援体制加算】

①　高次脳機能障害支援者養成に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を１名以上配置している。 修了者名	有・無
②　研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③　研修修了者が高次脳機能障害児者に対して直近６月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有・無

※　根拠となる修了証の写しを別途添付すること。

※　当該届出様式は標準様式とする。

（別紙45）

年　　月　　日

地域体制強化共同支援加算に関する届出書

事　業　所　名	
異　動　区　分	1　新規　　2　変更　　3　終了

①　市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを運営規程に定めている。	有　・　無
②　地域生活支援拠点等を構成する関係機関（拠点関係機関）との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。 （令和９年３月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合は、拠点関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りる。）	有　・　無

注１　各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。（①については、「地域生活支援拠点等の機能を担う事業所の登録届出書」で足りる。）

注２　当該届出様式は標準様式とする。

（審査要領）

①、②のいずれかが「有」の場合、本加算の算定対象事業所となる。

（別紙46－1）　　年　月　日

機能強化型（継続）サービス利用支援費・機能強化型（継続）障害児支援利用援助費に関する届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規　　2 変更　　3 終了
3 届出項目	1 機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ） 2 （Ⅱ） 3 （Ⅲ） 4 （Ⅳ） ※1

※1 機能強化型（継続）障害児支援利用援助費についても同様。

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況 相談支援専門員 ／ 常勤専従　人 ／ 常勤兼務　人 上記のうち現任研修修了者 ／ 常勤専従　人 ／ 常勤兼務　人 ※2 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。	有・無
①-a 特別地域であり、かつ、従業者の確保が著しく困難と市町村長が認める地域に所在し、他事業所における現任研修を修了した相談支援専門員による助言指導の体制が確保されている。 ※3 「有」の場合、①について現任研修修了者が配置されていなくても差し支えない。	有・無
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。	有・無
③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
④ 当該指定特定（障害児）相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無
⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無
⑦ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。	有・無
⑧ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。 （令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。）	有・無
⑨ 1人の相談支援専門員の取扱件数（前6月平均）が40件未満である。	有・無

※4 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。（例：勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等）

※5 令和7年3月31日までに限り、⑦、⑧については、令和6年3月31日時点において機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）～（Ⅳ）を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

（審査要領）
- 機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）・（Ⅱ）については、①、②～⑨（⑦、⑧については※5参照）がすべて有の場合算定可。
- 機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅲ）については、①、②、④～⑨（⑦、⑧については※5参照）がすべて有の場合算定可。
- 機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅳ）については、①、②、④～⑥、⑨がすべて有の場合算定可。

（別紙46－2）

年　月　日

機能強化型（継続）サービス利用支援費・機能強化型（継続）障害児支援利用援助費に係る届出書

（複数の指定特定（障害児）相談支援事業所により一体的に管理運営を行う場合）

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規　2 変更　3 終了
3 届出項目	1 機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ） 2 （Ⅱ） 3 （Ⅲ） ※1

※1 機能強化型（継続）障害児支援利用援助費についても同様。

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況（合計） 相談支援専門員 ／ 常勤専従　人 ／ 常勤兼務　人 上記のうち現任研修修了者 ／ 常勤専従　人 ／ 常勤兼務　人 それぞれの事業所における相談支援専門員の配置状況 ⑴ 事業所名　（当該事業所） 相談支援専門員 ／ 常勤専従　人 ／ 常勤兼務　人 上記のうち現任研修修了者 ／ 常勤専従　人 ／ 常勤兼務　人 ⑵ 事業所名　（他の事業所） 相談支援専門員 ／ 常勤専従　人 ／ 常勤兼務　人 上記のうち現任研修修了者 ／ 常勤専従　人 ／ 常勤兼務　人 ※2 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。 ※3 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること（別紙可）	有・無
①-a 特別地域であり、かつ、従業者の確保が著しく困難と市町村長が認める地域に所在し、他事業所における現任研修を修了した相談支援専門員による助言指導の体制が確保されている。 ※4 「有」の場合、①について現任研修修了者が配置されていなくても差し支えない。	有・無
②-a 協働体制を確保する事業所間において、協定を締結している。	有・無
②-b 協働体制の要件を満たしているかについて、事業所間において定期的（月1回）に確認が実施されている。	有・無
②-c 原則、全職員が参加するケース共有会議、事例検討会を月2回以上共同開催している。	有・無
③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。	有・無
④ 協働体制を確保する事業所間において24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
⑤ 当該指定特定（障害児）相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無
⑥ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無
⑦ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無
⑧ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。	有・無
⑨ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。 （令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。）	有・無
⑩ 運営規程において、地域生活支援拠点等であることを市町村により位置付けられていることを定めている。	有・無
⑪ 地域生活支援拠点等を構成する関係機関（拠点関係機関）との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。 （令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合は、拠点関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りる。） ※5 ⑩、⑪についてはいずれかが「有」であれば要件を満たすものである。	有・無
⑫ 1人の相談支援専門員の取扱件数（前6月平均）がそれぞれ40件未満である。	有・無

※6 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。
（例：勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等）

※7 令和7年3月31日までに限り、⑧、⑨については、令和6年3月31日時点において機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）～（Ⅳ）を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

（審査要領）
・機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅰ）・（Ⅱ）については、①、②～⑨、⑫（⑧、⑨については※7参照）がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。
・機能強化型（継続）サービス利用支援費（Ⅲ）については、①、②（a～c）、③、⑤～⑨、⑫（⑧、⑨については※7参照）がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。

（別紙47）　　年　月　日

地域生活支援拠点等に関連する加算の届出

地域生活支援拠点等に関連する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

1　届出区分	1　新規　　2　変更　　3　終了	
2　事業所の名称		
3　地域生活支援拠点等としての位置付け	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられたことを証明する運営規程の有無	有　・　無
	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられた日付	年　月　日
4　市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名	※該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。	

5　当該届出により算定する加算		≪緊急時対応加算　地域生活支援拠点等の場合≫	対象：訪問系サービス※、 重度障害者等包括支援（訪問系サービスのみ対象）
		≪緊急時支援加算　地域生活支援拠点等の場合≫	対象：自立生活援助、地域定着支援、 重度障害者等包括支援（自立生活援助のみ対象）
		≪地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算≫	対象：短期入所、重度障害者等包括支援
		≪緊急時受入加算≫	対象：日中系サービス※
		≪障害福祉サービスの体験利用加算≫	対象：日中系サービス※
		≪体験利用支援加算・体験宿泊加算≫	対象：地域移行支援
		≪地域移行促進加算（Ⅱ）≫	対象：施設入所支援
		≪地域生活支援拠点等相談強化加算≫	対象：計画相談支援、障害児相談支援

添付書類：運営規定
　運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されているもの(規定の変更の手続中であるものを含む。）に限る。なお、事業所の運営規程が変更の手続中のものである場合は、当該変更の手続の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

注１　地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。
注２　訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。
注３　日中系サービスとは、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援（養成含む）、就労継続支援Ａ型、就労継続支援Ｂ型、就労選択支援をいう。