計画相談支援・障害児相談支援における特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録

年　　月サービス提供分

異動等区分	1 新規　　2 継続　　3 変更　　4 廃止
加算の区分	1 特定事業所加算(Ⅰ)　2 特定事業所加算(Ⅱ)　3 特定事業所加算(Ⅲ)　4 特定事業所加算(Ⅳ)

1 相談支援専門員(常勤・専従)の状況

相談支援専門員数	人	内訳	常勤	専従　人	非常勤	専従　人
				兼務　人		兼務　人

※ 相談支援専門員初任者研修の修了証を添付すること。

①主任相談支援専門員の状況

相談支援専門員氏名	

②相談支援専門員(現任研修修了者)の状況

相談支援専門員氏名	

※ 主任相談支援専門員研修、相談支援従事者現任研修の修了証を添付すること。

2 定期的な会議の開催

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概ね週1回以上開催している。 ※「有」の場合には、開催記録を添付すること。					有　・　無
開催日	①　日	②　日	③　日	④　日	⑤　日

※ 議題については、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指

3 24時間連絡体制の確保

24時間常時連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保している。	有　・　無
具体的な方法	

※ 「有」の場合には、具体的な体制を示した書類の添付でも可とする。

4 研修の実施

当該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、	有　・　無

※ 「有」の場合には、研修の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。

5 基幹相談支援センター等との連携について

(基幹相談支援センター等から支援が困難な利用者の紹介があった場合)当該利用者に計画相談支援(障害児相談支援)の提供を開始した。	有　・　無 (開始件数　:　件)
(基幹相談支援センター等が開催する事例検討会等がある場合) 当該事例検討会等に参加した。	有　・　無 参加年月日:

※ 「有」の場合には、研修の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。

6 相談支援専門員一人当たりの取扱件数

1月当たりのサービス利用支援等の数(前6月平均)　件 1月当たりの相談支援専門員の人数(前6月平均)　人	件／人

※ サービス利用支援等とは、サービス利用支援及び継続サービス利用支援(障害児相談支援事業

入院時情報提供書

利用者氏名　　相談支援専門員氏名

提供先機関名

□利用者本人の概要

家族構成等				
生活歴				
病歴・障害歴	年月	事項	年月	事項
医療機関利用状況				

□現在の生活状況の概要（本人及び介護者の一日の流れ等）

□利用者の状況（支援の有無と具体的な支援方法について）

1　生活基盤に関する領域（経済状況、住環境等）

2　健康・身体に関する領域（服薬状況、食事状況、健康管理状況）

3　日常生活に関する領域（日常生活動作・手段的日常生活動作の状況）

4　コミュニケーションスキルに関する領域

5　社会生活技能に関する領域（対人関係、屋外での移動、金銭管理、危機管理等）

6　社会参加に関する領域（趣味、社会的活動等）

7　教育・就労に関する領域（就学・就労の状況について）

8　家族支援に関する領域

退院・退所加算　記録（保存用）〔標準様式〕

利用者氏名　　相談支援専門員氏名

□病院・施設等との情報交換等の記録

機関名（担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

機関名（担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

機関名（担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

情報交換の結果からサービス等利用計画に反映されるべき事項

居宅介護支援事業所等連携　記録（保存用）〔標準様式〕

利用者氏名　　相談支援専門員氏名

□居宅介護支援事業所等との連携についての記録

機関名 （担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

機関名 （担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

機関名 （担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

機関名 （担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

医療・保育・教育機関等連携　記録（保存用）〔標準様式〕

利用者氏名　　相談支援専門員氏名

□医療機関、保育園等、教育機関等との情報交換等の記録

機関名（担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

機関名（担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

機関名（担当者）					
年月日	年　月　日	時間		場所	
情報交換等の内容					

情報交換の結果からサービス等利用計画に反映されるべき事項

サービス担当者会議　記録（保存用）〔標準様式〕

利用者名　　相談支援専門員氏名

開催年月日　　年　　月　　日　　開催時間　　～

開催場所

区　分 （いずれかに○をつける）	1　サービス利用支援		2　継続サービス利用支援	
会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
検討した項目				
検討した内容				
検討した結果				
その他				

サービス提供時モニタリング　記録（保存用）〔標準様式〕

利用者氏名　　相談支援専門員氏名

実施年月日　　年　　月　　日　　実施時間　　～

実施場所（自宅・事業所名など）

確認事項 （モニタリング前に記入）	
提供されていた支援	
サービス提供時の 利用者の様子	
その他 （利用者・サービス提 供事業者等との やり取り等）	

計画相談支援・障害児相談支援における各支援体制加算に係る基準の遵守状況に関する記録

年　　月サービス提供分

加算種別	区分
1 行動障害支援体制加算	1 新規　2 継続　3 終了
2 要医療児者支援体制加算	1 新規　2 継続　3 終了
3 精神障害者支援体制加算	1 新規　2 継続　3 終了

1 相談支援専門員の状況

（1）相談支援専門員（強度行動障害支援者養成研修（実践研修）等修了者）の状況

研 修 名	
修 了 者 名	

※強度行動障害支援者養成研修（実践研修）等の修了証を添付すること。

（2）相談支援専門員（医療的ケア児等コーディネーター養成研修等修了者）の状況

研 修 名	
修 了 者 名	

※医療的ケア児等コーディネータ養成研修等の修了証を添付すること。

（3）相談支援専門員（精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等修了者）の状況

研 修 名	
修 了 者 名	

※精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等の修了証を添付すること。

２　上記相談支援専門員の配置している旨の公表状況

（1）行動障害支援体制加算

強度行動障害支援者養成研修（実践研修）等の修了者を配置している旨を公表している。	有　・　無
具体的な方法	

※ 「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

（2）要医療児者支援体制加算

医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了者を配置している旨を公表している。	有　・　無
具体的な方法	

※ 「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

（3）精神障害者支援体制加算

医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了者を配置している旨を公表している。	有　・　無
具体的な方法	

※ 「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

＜行動障害支援体制加算＞

行動援護・重度訪問介護利用者等行動障害支援に関する専門性をようする利用者名簿

No	利用者氏名	契約年月日	契約終了年月日

＜要医療児者支援体制加算＞

要医療的ケアに関する専門性を要する利用者名簿

No	利用者氏名	契約年月日	契約終了年月日

＜精神障害者支援体制加算＞

地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助等精神障害支援に関する専門性を要する利用者名簿

No	利用者氏名	契約年月日	契約終了年月日