

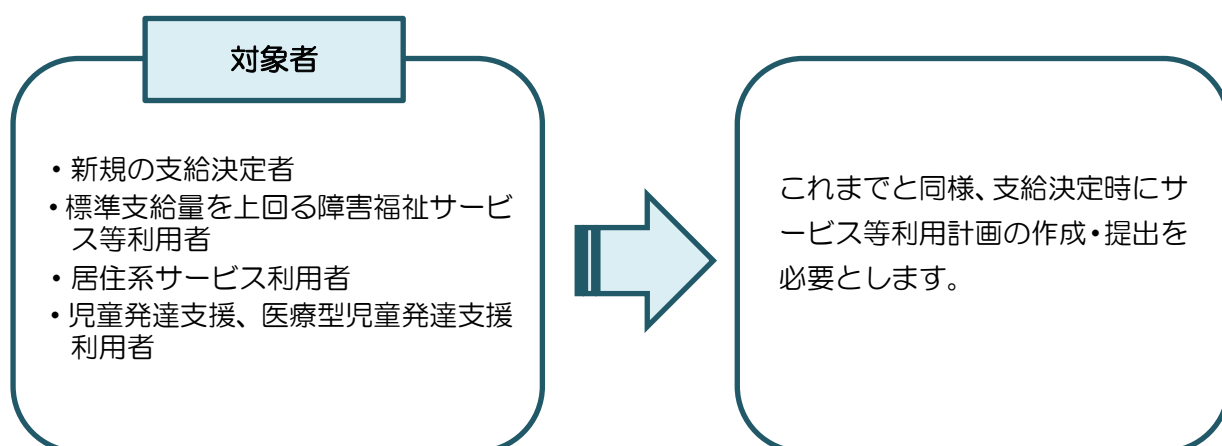
計画相談支援・障害児相談支援への対応について

1 概要

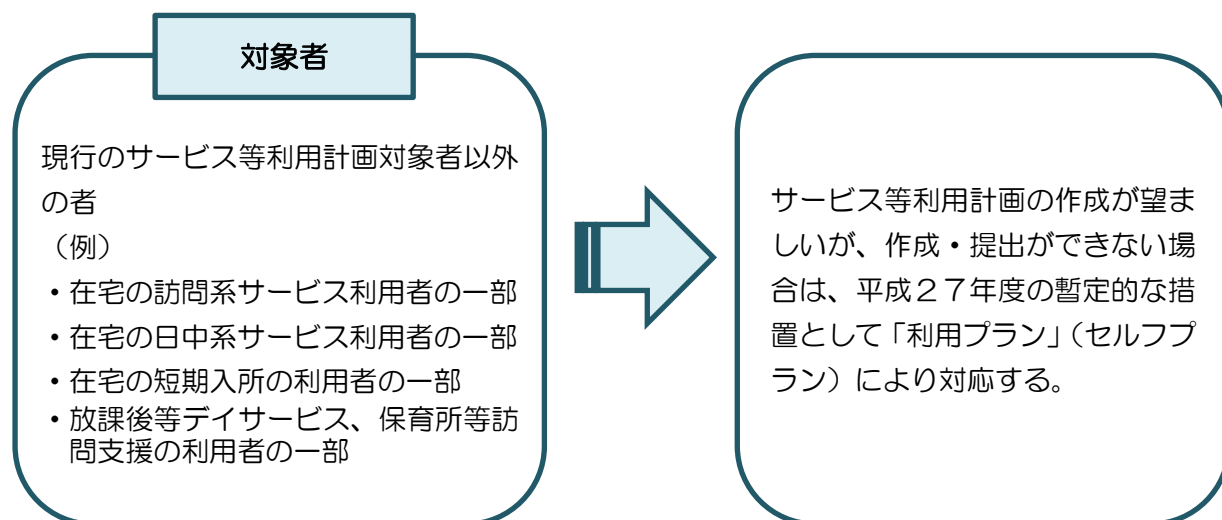
サービス等利用計画及び障害児支援利用計画については、平成 27 年 4 月からは全ての障害福祉サービス等の支給決定に先立ち作成することとされているが、本市での実現が困難な状況であることから、平成 27 年度については、暫定的な措置として、次のとおり対応します。

2 利用者への対応

○ 現在、サービス等利用計画が必要な方



○ 現在、サービス等利用計画が必要でない方



3 利用プランの趣旨

計画相談事業者等の事業者参入が十分進んでいないことから、事業者が作成する計画の提出を必須とした場合、計画の作成・提出ができないことを理由にサービスの継続利用ができなくなる事例を回避するため、平成 27 年度限りの暫定的な措置として簡易なセルフプランである「利用プラン」を導入するものです。

26千保障第2422号の2
平成27年 2月25日

指定特定相談支援事業所
指定障害児相談支援事業者所 管理者 様

障害企画課長

平成27年4月以降の計画相談支援・障害児相談支援への対応について（通知）

標記の件につきまして、平成27年4月以降は、障害福祉サービス等の支給決定に当たり、サービス等利用計画等が必要となりますが、サービスを利用する障害者・児全員に対して計画を作成するために必要となる事業者の参入が十分に進んでいないため、平成27年度に限った措置として、下記のとおり対応することとしましたので、通知します。

記

1 対応

- (1) サービス等利用計画等を求めるもの
現行の対象者のみとする。

【現行の対象者】

- ・新規の支給決定者
- ・標準支給量を上回る障害福祉サービス等利用者
- ・居住系サービス及び療養介護の利用者
- ・児童発達支援及び医療型児童発達支援の利用者

- (2) 利用プランにより対応するもの
現行の対象者以外の者

2 利用プランの様式 別紙のとおり

担当：地域支援班 薄田（うすた）

〒260-8722

千葉市中央区千葉港1番1号

電話 043-245-5228

FAX 043-245-5630

E-mail shogaikikaku.HWS@city.chiba.lg.jp

別紙（障害者）

利用プラン（障害者）案

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|----|--|---|--|---|--|---|------------|--|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | | | | | | | | | | | 地域生活支援受給者証番号 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 携帯等（日中連絡先） | | — | | — | | | | | | | | | | |

| 利用したい福祉サービス等（当てはまる内容にチェック「✓」を付けてください） | | | | | 希望する支援内容 （当てはまる内容にチェック「✓」を付けてください） | |
|---------------------------------------|--|--|------|---|---|--|
| サービス種類 | | | 時間数等 | 備考 | | |
| 訪問系 | 居宅介護 | <input type="checkbox"/> 身体介護 | | | <input type="checkbox"/> 入浴、排せつ、食事等の介助を受けたい | |
| | | <input type="checkbox"/> 家事援助 | | | <input type="checkbox"/> 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい | |
| | | <input type="checkbox"/> 通院等介助 | | | <input type="checkbox"/> 外出するための支援を受けたい | |
| | | <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 | | | | |
| | 訪問系 | <input type="checkbox"/> 同行援護 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 行動援護 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 移動支援 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> （うち移動介護） | | | <input type="checkbox"/> 見守りを含む長時間の支援を受けたい | |
| | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 | | | <input type="checkbox"/> 入浴設備と介助員等を居宅に派遣してほしい | | |
| 日中活動系 | <input type="checkbox"/> 生活介護 | | | <input type="checkbox"/> いろいろな活動を通じて、日々の生活を充実させたい | | |
| | <input type="checkbox"/> 療養介護 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | | | <input type="checkbox"/> 働くための訓練を受けたい | | |
| | <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型） | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） | | | <input type="checkbox"/> 一人暮らしに向けて訓練をしたい | | |
| 居住系 | <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 （受託居宅介護） | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | | | <input type="checkbox"/> 施設で支援を受けて暮らしたい | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> 短期入所 | | | <input type="checkbox"/> 家族が不在の時に、支援してほしい | | |
| | <input type="checkbox"/> 日中一時支援 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 | | | <input type="checkbox"/> 退院・対所後に住居を探してほしい | | |
| | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 | | | <input type="checkbox"/> いつでも相談できる場所がほしい | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> その他 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----|----|--|---|--|---|--|---|----------|--|
| 作成日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 申請者同意署名欄 | |
|-----|----|--|---|--|---|--|---|----------|--|

別紙（障害児）

利用プラン（障害児）案

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|------|--|---|--|----|--|---|--|---|-------------------|---------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | | | | | | | | | | | 障害児通所受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域生活支援受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象児童氏名 | | | | | | | | | | | | 申請者(保護者)氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象児童 生年月日 | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | | | 携帯等(日中連絡先) | | - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用したい福祉サービス等(当てはまる内容にチェック「✓」を付けてください) | | | | | | | | | | | | 希望する支援内容 (当てはまる内容にチェック「✓」を付けてください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス種類 | | 時間数等 | | | | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害児 通所支援 | <input type="checkbox"/> 児童発達支援 | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> こどもに療育(機能訓練)を受けさせたい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 授業の終了後(休業日を含む)に 集団への適応訓練を受けさせたい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 保育所等を訪問して集団行動につ いて支援してほしい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害福祉サ ービス等 | <input type="checkbox"/> 短期入所 | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> こどもを預ってほしい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日中一時支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 居宅介護 (身体介護) | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> こどもの入浴、排せつ等の介助を 手伝ってほしい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 通院等介助 | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> こどもが外出するときに支援してほ しい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 行動援護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 移動支援 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 作成日 | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | | | 申請者(保護者) 同意署名欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |