

熊本市地域移行支援 サービス利用マニュアル

熊本市自立支援協議会精神障がい者地域移行部会
令和 6 年(2024 年)11 月作成

＜目次＞

・マニュアル作成にあたって	3
・(1)地域移行支援とは	4
・(2)地域移行支援の対象者	4
・(3)地域移行サービス利用の流れと手続き	5
・(4)地域移行支援におけるチームでのご本人との関わり方について	7
・(5)様式及び記入例	
様式①地域移行支援申請書	9
様式②地域移行支援計画案作成様式 記入例	11
様式③地域移行支援作成に係る会議録	12
様式④地域移行支援計画書 記入例	13
様式⑤グループホーム等の体験利用や契約手続きについて	14
様式⑥クライシスプランについて	18
その他様式例	19
・地域移行支援の報酬について	23
・(参考)地域相談支援受給者証	25



マニュアル作成にあたって

精神障がい者の地域移行支援は、平成24年4月に施設や病院に長期入所等を行っている方を対象として、地域生活前の不安や負担軽減、新生活準備、住居確保を行いながら、地域移行後も安心して生活ができるように必要な支援を一般相談支援事業所が実施する障がい福祉サービスとして位置づけされることになりスタートしました。

しかし、サービスに該当する対象者や同サービスの仕組みが複雑であったり、説明されている文書等、建付けの難解さのあまりに制度利用に対して躊躇してしまう障がい当事者や支援者がいらっしまったことも課題となっていました。

そこで、当部会として地域移行支援を分かりやすく理解していただき、積極的に活用していただけるようなマニュアル作成を行いました。

このマニュアルでは、支援に携わる関係者がお互いの役割を理解し、ご本人の意思決定を中心として、障がい当事者が希望する地域生活に向けて、取り組みを進める際の参考にさせていただきたいと考えています。

特に支援者の実務に必要な医療・施設と地域の架け橋となる指定特定相談支援事業所（以下、指定特定事業所という）及び指定一般相談支援事業所（以下、指定一般事業所という）の相談支援専門員が活動の参考となるように作成しています。

このマニュアルを活用することで、障がい当事者や行政、相談支援事業所等の障がい者支援に関わる全ての方々が、共通理解の下に連携強化が図れるよう、制度の目的や内容、関係機関の役割、地域移行の進め方、地域連携の重要性、地域移行を進める上で参考となれば幸いです。

本マニュアルにある様式の内、「（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 療養介護医療費 地域相談支援給付費）支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」以外の様式については任意の様式となっております。各機関ですでに使用されている書式でシステム上変更等が難しい場合は柔軟に対応されて良いです。



(1) 地域移行支援とは

障害者支援施設等に入所している障がい者又は精神科病院に入院している精神障がい者が地域における生活に移行するために、住居の確保、その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。

(2) 地域移行支援の対象者

- 精神科病院に入院している精神障がい者※
- 障害者支援施設、のぞみの園、児童養護施設、療養介護を行う病院に入所している障がい者(障害者支援施設に入所している15歳以上の方も対象)
- 障害者支援施設等に入所している15歳以上障がい者
- 生活保護施設に入所している障害者
- 刑事施設(刑務所・少年刑務所・拘置所)及び少年院に入所している障がい者
- 更生保護施設等に入所している障がい者

※精神科病院に入院している場合、入院期間や入院形態によらず、支援の必要性によって対象になります。また、65歳以上の方も対象です。



具体的にどんな人にこのサービスをおすすめしたらいいんだろう？

☆例えば

- 環境の変化に大きな不安があり、福祉サービスの見学や体験により丁寧な支援を要することが想定される方
- 地域生活に向けて漠然とした不安を感じている方
- 長期入院によって退院後の居住先探しをどうすればいいか困っている方
- 入退院を繰り返していて、退院後の地域定着に不安があり生活環境を整えるところから支援が必要な方 など

(参考)

厚生労働省 事務連絡 平成30年3月30日

地域移行支援・地域定着支援

(地域移行支援の対象者)

問 92「介護給付費等の支給決定等について(平成19年度3月23日、障発第0323002号障害保険福祉部長通知)」の第五-2(1)が改正されたが、対象者の範囲が変更となるのか。

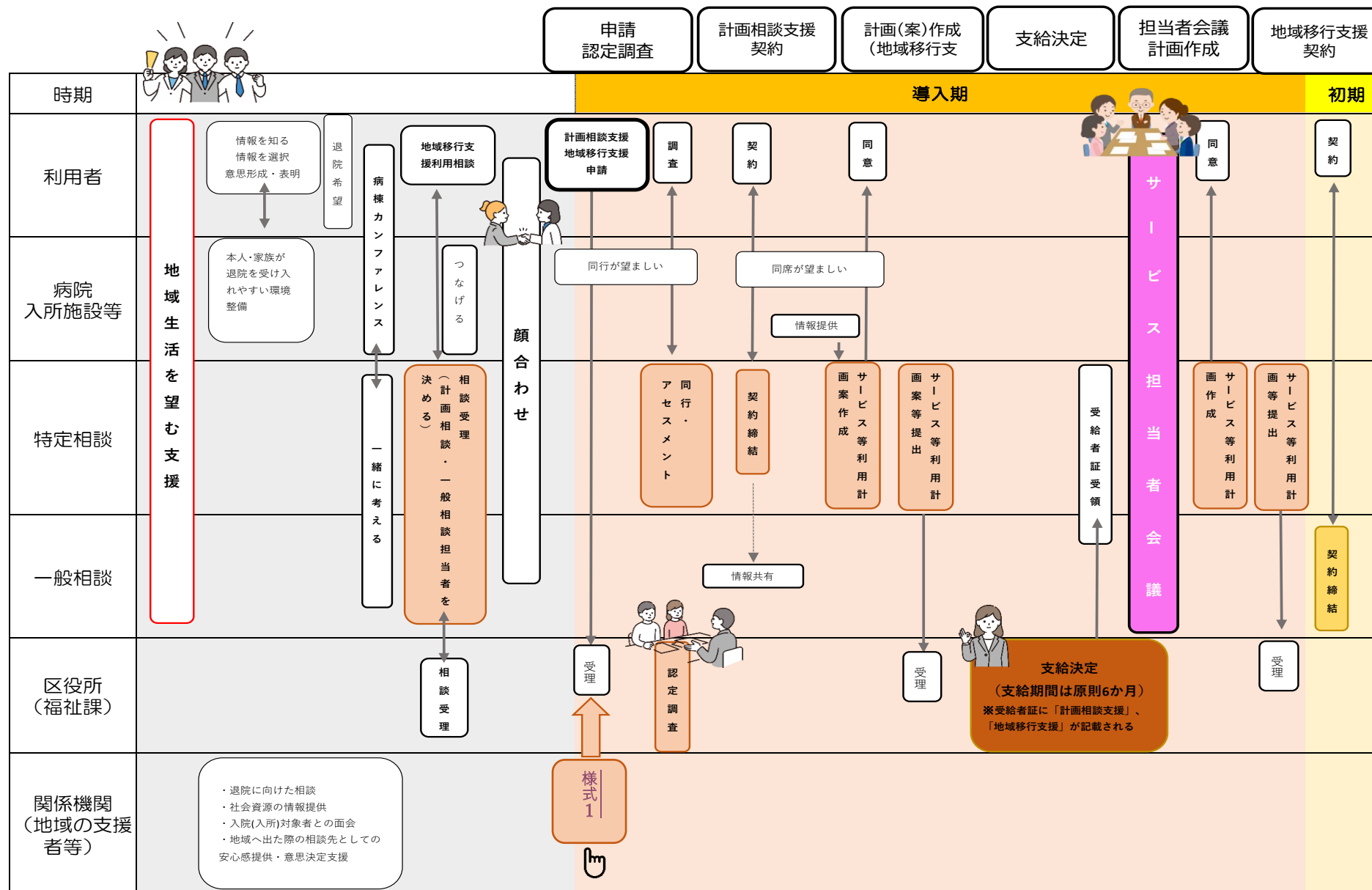
(答)

地域移行支援の対象者は、障害者支援施設等に入所している障害者又は、精神科病院に入院している精神障害者であるが、精神科病院の入院期間が1年未満の者等を一律に対象外としている事例が生じていることから、入院の期間や形態に関わらず支援の対象であることを明確にするために改正したものであり対象者の範囲を変更するものではない。

(3) 地域移行サービス利用の流れと手続き

熊本市Ver

地域移行支援の流れ（導入期～地域移行支援契約）



(4)地域移行支援におけるチームでのご本人との関わり方について

導入前期

(ご本人)

退院及び退所後に希望する地域生活への思いを支援者(チーム)へ伝えましょう

(医療機関)

退院及び退所後の希望や思いを受け止めながら、ご本人の強みやできることを院内で共有しましょう。カンファレンスにて地域支援を行う相談支援専門員に声掛けをして、地域生活に対する実情や社会資源に関する情報を共有しましょう。

(特定相談・相談支援専門員)

病院や施設からの地域移行支援に関する活用について、基本相談として対応しましょう。可能であれば、カンファレンスへ参加を行いましょう。

導入期

(ご本人)

地域移行のサービスについて説明を聞きましょう。また、退院する時の不安や必要なことをチームへ伝えましょう。

(医療機関)

主治医との協議後、ご本人と地域の支援者(相談支援専門員や一般相談の相談員等)との面会や面接の場面を設けて、ご本人との顔合わせを行いましょう。

(特定相談・相談支援専門員)

(一般相談支援)

病院訪問にて、ご本人と病院関係者との顔合わせを行いましょう。ご本人の思いや医療機関の方からの情報や助言を聞き取りしながら、サービス等利用計画案サービス申請に向けて動き出しましょう。

(その他)

必要に応じて、地域の基幹相談支援センターや専門機関への後方支援を求めていきましょう。

初期

(ご本人)

地域移行支援がスタートします。まずはサービス担当者会議の参加や計画書の説明を受けましょう。契約書や必要な書類の確認とサインを行いましょう。また、退院に向けて不安や希望を再度、支援者(チーム)へ伝えましょう。

(医療機関)

退院に向けて医療的な調整やスケジュール立てを行いましょう。主治医や担当看護師、地域生活に有用な情報や訪問看護等、これまでの入院生活を踏まえて必要な療養方法や生活方法に関する提案を院内で協議後、ご本人や地域の支援者(チーム)へ伝達を行いながら退院に向けて、送り出しの支援を行いましょう。

(特定相談・相談支援専門員)

(一般相談支援)

ご本人のサービス利用の意思確認後、必要なアセスメントや事業所選定、行政手続きを進めて行きましょう。その都度、ご本人や医療機関への報告を忘れずに行いましょう。

(その他)

早めに、支給決定までの期間や内容について行政間とのやり取りや進めましょう。

中期

(ご本人)

計画されている障がい福祉サービスや生活に必要な買い物や日中活動等、見学や体験を行いましょう。ここで不安なことやわからないことは支援者(チーム)へ伝えましょう。

(医療機関)

ご本人は不安や期待を強く感じている時期です。不安軽減や治療上、懸念される部分についての手立てを行いましょう。又、退院後の環境調査やクライシスプラン作成前の事前情報や退院前のカンファレンスで、支援者(チーム)との情報共有を行いましょう。

(特定相談・相談支援専門員)

(一般相談支援)

ご本人が抱く不安や負担感を取り除きながら、退院に向けて面接や宿泊体験、医療機関や地域に対する調整を進めましょう。

(その他)

ご本人の体調不良や環境変化があった場合、急がずに支援者(チーム)との情報共有や移行支援のプラン変更や延期等、ご本人の歩み具合に合わせて丁寧に支援を行っていきましょう。

後期

(ご本人)

いよいよ退院です。これまで準備したことを踏まえて、地域生活を送りましょう。不安なことや症状等、早めに相談や診察を受けることで対処していきましょう。また、自分でできる目標を立てながら、生活する上での成功体験を増やしましょう。

(医療機関)

退院初期は慣れないことも多く、不安や負担感も抱きやすい時期です。引き続き退院後のフォローを行いましょう。ご本人が相談しやすい院内環境を作ることで、病状悪化時の対応やクライシスプランの活用がしやすくなります。

(特定相談・相談支援専門員)

(一般相談支援)

退院にて一般相談の役割は終了となりますが、引き続き相談支援専門員が支援を継続する場合には、これまでの記録や情報を元に生活のサポートを行いましょう。病状や生活上の負担感を医療機関と共有することで、再入院や病状悪化に対して早急に対応することが可能です。

(その他)

院外で生活することは、思いもよらない出来事やストレスに遭遇することもあり得ます。これまで計画を立ててきた内容以外にも、支援者(チーム)での情報共有と各々の役割を発揮し継続することで、安心できる在宅生活が可能となります。

(5)様式及び記入例

様式1 地域移行支援申請書 (P6「様式1」をクリックすると様式が出ます)

様式第1号 (第2条関係)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 療養介護医療費 地域相談支援給付費)

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

熊本市長 (宛)

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

下記の利用者負担上限月額等の認定に当たり、私、配偶者及び同一世帯の者の市県民税課税状況並びに私の収入、必要経費等について、関係当局に報告を求めること又は熊本市が有する情報を利用することに同意します。また、熊本市が相談支援事務所()に対し、私に係る自立支援給付(障害福祉サービス、計画相談支援及び地域相談支援に係るものに限る)の支給に関する資料提供の依頼をすること及び通知等を送付することに同意します。

申請者	フリガナ											生年月日	明治 昭和	大正 平成	令和	年	月	日	
	氏名																		
	個人番号																(12桁)		
	居住地	〒										電話番号							
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ											生年月日	平成 令和						
	氏名											続柄							
	個人番号																(12桁)		
	身体障害者手帳番号											療育手帳番号							
難病患者に係る疾患名												精神障害者保健福祉手帳番号							
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援(A型・B型)のサービスを申請する者に限る。)																	有・無		
被保険者証の記号及び番号(※)												保険者名及び番号(※)							
※「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、療養介護を申請する場合記入すること。																			
サービス利用の状況	障害福祉サービス 障害児通所支援	障害支援 区分の認定	有・無		区分等 1 2 3 4 5 6						有効 期間								
		利用中のサービスの種類と内容等:																	
	介護保険	要介護認定	有・無		要介護度	要支援()・要介護		1 2 3 4 5											
		利用中のサービスの種類と内容等:																	

申請するサービスの種類等	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容
		介護給付費		訓練等給付費		
	訪問系・その他	☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援		共同生活援助について ① 希望する事業所の種類 ※複数を選択 ☐ 指定共同生活援助(介護サービス包 型)事業所 ☐ 日中サービス支援型指定共同生活援助 事業所 ☐ 外部サービス利用型指定共同生活援助 事業所	
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助			
		☐ 同行援助				
		☐ 行動援助				
		☐ 短期入所				
		☐ 重度障害者等包括支援				
	日中活動系	☐ 療養介護	☐ 自立訓練(機能訓練)		② 入浴、排せつ又は食事等の介護の提供に ついて ☐ 希望する ☐ 希望しない	
		☐ 生活介護	☐ 自立訓練(生活訓練)			
			☐ 宿泊型自立訓練			
			☐ 就労移行支援			
		☐ 就労移行支援(養成施設)				
		☐ 就労継続支援(A型)				
		☐ 就労継続支援(B型)				

	居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助（グループホーム）	
	☐ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設			
地域相談支援	☐ 地域移行支援	☐ 地域定着支援		

主治医	氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒	電話番号	

※主治医の欄は、介護給付費（同行援護（身体介護を伴わない場合）を除く。）、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援に係る地域相談支援給付費（精神科病院等に入院している精神障がい者に限る。）を申請する場合記入すること

申請する減免の種類	☐ I. 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者（療養介護利用者は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。） ① 利用者本人の合計所得金額及び年金等の収入の合計額が年間80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障がい者：所得割16万円未満、児童：28万円未満）に属する者 ※ 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。 ※ 18歳以上（施設入所者においては20歳以上）の障がい者の世帯の範囲は、障がい者本人及び同一世帯に属する配偶者。以下同じ。	
	☐ II. 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護の利用者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護の利用者であること（年齢 歳）
	☐ III. 施設入所者に対する特定障害者特別給付費に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 ※ 施設は、指定障害者支援施設。	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）
	☐ IV. 共同生活住居入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 1. 共同生活住居の入居者であること 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者 ※ 共同生活住居は、共同生活援助を行う住居。	
☐ V. 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ ☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 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。		

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。

※ 世帯全員の氏名を記載して下さい。（障がい者においては、本人及び同一世帯に属する配偶者。）

氏名 氏名 氏名 氏名 氏名

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ			
氏名			申請者との関係
住所	〒	電話番号	

様式2 地域移行支援計画案作成様式・記入例

地域移行支援計画(案)					計画案作成日	
利用者氏名(児童氏名)		(児童の場合) 保護者氏名・続柄		障害支援区分		
障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		モニタリング期間 (開始年月)		
相談支援事業所名		計画作成担当者		作成者の連絡先		
利用者及びその家族の 生活に対する意向 (希望する生活)						
総合的な援助の方針						

優先順	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	支援機関名	その他留意事項	支援の目安					
					令和○年○月	○月	○月	○月	○月	○月
1										
2										
3										
4										

上記内容の計画に基づき、地域移行支援サービスの利用を希望します。 令和 年 月 日

地域移行支援計画(案)					計画案作成日	
利用者氏名(児童氏名)	○○○○	(児童の場合) 保護者氏名・続柄		障害支援区分	区分○	
障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○○○○○○○○	通所受給者証番号		モニタリング期間 (開始年月)		
相談支援事業所名	○○相談支援事業所	計画作成担当者	○○	作成者の連絡先	○○○-○○○○	
利用者及びその家族の 生活に対する意向 (希望する生活)	○○○○○○○○○○○○○○					
総合的な援助の方針	○○○○○○○○○○○○○○					

優先順	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	支援機関名	その他留意事項	支援の目安					
					令和○年○月	○月	○月	○月	○月	○月
1	例)新しく安心 出来る暮らしの 場を考える。	病院へのアクセ スや、日中活動 の場も検討材料 にする。	△△病院 主治医/PSW/Ne/OT ○○相談支援事業所 東区保健課 CW	単身者。	行きたい場 所、生活し たい場所を 考えていく。		GH/住居/施 設見学などを して、試験外 泊してみる。			必要な物品な どをそろえて いく。
2										
3										
4										

上記内容の計画に基づき、地域移行支援サービスの利用を希望します。 令和 年 月 日

様式3 地域移行支援作成に係る会議録

地域移行支援計画の作成に係る会議録

計画原案の作成日	令和 年 月 日	作成者氏名		会議開催日	令和 年 月 日
----------	----------	-------	--	-------	----------

利用者氏名		受給者番号		障害支援区分	
-------	--	-------	--	--------	--

出席者	No.	職種	氏名	No.	職種	氏名	No.	職種	氏名
	1			4			7		
	2			5			8		
	3			6			9		

計画原案に対する意見等

No.	意見者の氏名	意見に係る計画原案の内容	意見	意見を踏まえた修正の要否、考え方等

様式4 地域移行支援計画書 記入例

地域移行支援計画					計画案作成日	
利用者氏名(児童氏名)		(児童の場合) 保護者氏名・続柄		障害支援区分		
障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		モニタリング期間 (開始年月)		
相談支援事業所名		計画作成担当者		作成者の連絡先		
利用者及びその家族の 生活に対する意向 (希望する生活)						
総合的な援助の方針						

優先順	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	支援機関名	その他留意事項	支援の目安					
					令和 年 月	月	月	月	月	月
1										
2										
3										
4										

上記内容の計画に基づき、地域移行支援サービスの利用を希望します。 令和 年 月 日

地域移行支援計画					計画案作成日	
利用者氏名(児童氏名)	〇〇〇〇	(児童の場合) 保護者氏名・続柄		障害支援区分	区分〇	
障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	通所受給者証番号		モニタリング期間 (開始年月)		
相談支援事業所名	〇〇相談支援事業所	計画作成担当者	〇〇	作成者の連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇	
利用者及びその家族の 生活に対する意向 (希望する生活)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
総合的な援助の方針	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					

優先順	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	支援機関名	その他留意事項	支援の目安					
					令和〇年〇月	〇月	〇月	〇月	〇月	〇月
1	例)新しく安心 出来る暮らしの 場を考える。	病院へのアクセ スや、日中活動 の場も検討材料 にする。	△△病院 主治医/PSW/Na/OT 〇〇相談支援事業所 東区保健課 CW	単身者。	行きたい場 所、生活し たい場所を 考えていく。		GH/住居/施 設見学などを して、試験外 泊してみる。		必要な物品な どをそろえて いく。	
2										
3										
4										

上記内容の計画に基づき、地域移行支援サービスの利用を希望します。 令和 年 月 日

様式5 グループホーム等の体験利用や契約手続きについて

障害福祉サービスの体験について

【体験利用について】

地域移行支援サービスでは、障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供するために、「福祉サービスの体験利用加算」、「宿泊体験加算」がある。これらの体験を活用することで、地域生活へのイメージ構築、スムーズな地域移行につながると考えられる。

「福祉サービスの体験利用加算」、「宿泊体験加算」の加算を利用する場合は、障害福祉サービス事業所等への委託が必要となる。

【請求】

地域移行支援サービスを実施している指定一般相談支援事業所が請求する。委託契約を結んでいる障害福祉サービス事業所等との間で分配がある場合は、指定一般相談支援事業所から障害福祉サービス事業所等へ支払いを行う。

【障害福祉サービス体験方法】

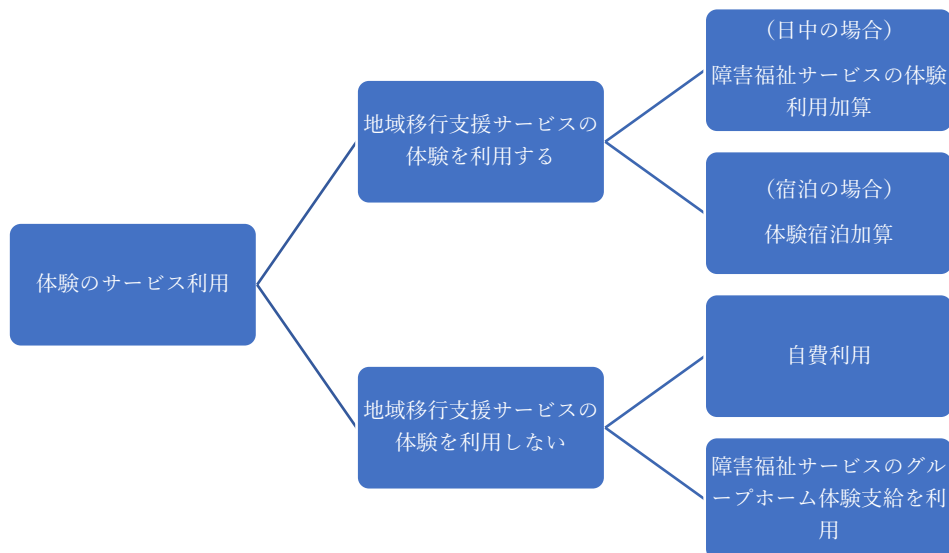
（日中の体験方法）

- ①障害福祉サービスの体験利用加算を利用
- ②障害福祉サービスの体験利用加算を利用せず、通常の体験利用

（体験宿泊方法）

- ①体験宿泊加算
- ②自費利用

①障害福祉サービスのグループホーム体験支給を利用



※業務委託契約書 参考例

指定一般相談(地域移行支援)における障がい福祉サービス事業に係る
体験的利用・宿泊業務委託契約書

委託者 ○○法人 □□会(相談支援事業所△△(以下「甲」という)と受託者(以下「乙」という)とは、以下の業務委託契約(以下「本契約」という)の締結に合意する。

(総則)

第1条

甲は、本契約の定めるところにより、以下の業務(以下「本件業務」という)を乙に委託し、乙はこれを受託する。

・業務内容

障害者総合支援法第51条の23第1項及び第2項の規定に基づき、指定地域相談支援事業の人員および運営に関する基準における第22条障害福祉サービス事業の体験的な利用支援 第23条体験的な宿泊支援を行うものとする。

氏(以下「体験者」という)の体験宿泊に関する支援業務

・契約期間

本件業務にかかる契約期間は 年 月 日から受給者証の終了日までとする。

(委託料)

第2条(※二重線部分は相談支援事業とサービス提供事業者との協議で決まります)

甲が自立支援給付費の算定要件を満たす場合、障害福祉サービス事業の体験的な利用の委託料の額は、国が定める自立支援給付の額(体験的な利用支援の提供を開始した日から起算して5日以内の期間について ○○○円/1日、6日以上15日以内の期間については □□□円/1日)、1人暮らしに向けた体験宿泊の委託料の額は、国が定める自立支援給付費の額(夜間支援なし△△△円/1日 夜間支援あり▽▽▽円/1日)とする。消費税法及び地方税法の規定により算定した『取引に係る消費税及び地方消費税の額』はこの委託料に含む。支払方法は甲が乙名義の銀行口座に振込む形で、振り込み手数料を控除した額を支払う。支払時期は翌々月の末日とする。

※○障害福祉サービスの体験利用加算:イ 障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ)(1日につき○○○単位を加算) ロ 障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅱ)(1日につき□□□単位を加算)

○体験宿泊加算:イ 体験宿泊加算(Ⅰ)(1日につき△△△単位を加算) ロ体験宿泊加算(Ⅱ)(1日につき▽▽▽単位を加算)

※自立支援給付費請求に際して、相談員の同行または訪問による支援が必要となる

(権利義務譲渡等の制限)

第3条

乙は本契約に生ずる一切の権利義務を第三者に譲渡し、もしくは継承させまたはその権利を担保に供してはならない。ただし、甲が特別に認めるときは、この限りではない。

(再委託の禁止)

第4条

乙は、委託業務の全部又は一部を第三者に再委託してはいけない。ただし、予め甲の書面による承認を受けたときは、この限りではない。

(守秘義務)

第5条

甲及び乙は本契約に関する秘密情報につき、相手方から事前に書面による承諾を得なければ第三者に開示してはならない。なお、本契約における秘密情報とは以下のものとする。

①体験者に関する個人情報

第6条

甲及び乙は、それぞれ相手方に対し、自ら及び自らの役員が、暴力団、暴力団関係企業、若しくはこれらに準ずる者又はその構成員ではないことを確約する。

(契約の解除)

第7条

甲または乙は、相手方に以下の記載に該当する事由が生じた場合は、何らの催告を要せず直ちに本契約の全部または一部を解除することができる。

①正当な理由なく契約に定める事項を実施しない場合

②第5条における秘密の保持(守秘義務)に違反した場合

③甲または乙および体験者が社会通念に逸脱する行為を行った場合。

(損害賠償)

第8条

甲および乙は、本契約に関して相手方の責めに帰すべき事由により損害を被った場合には、相手方に対しその賠償を請求することができる。

(疑義等の決定、その他)

第9条

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、双方ともに誠意をもって協議するものとします。

以上、本契約締結の証として、本書を作成し、双方にて署名若しくは記名捺印し、双方保管するものとする。

年 月 日

甲 住所
氏名

印

乙 住所
氏名

印

様式6 クライシスプランについて

クライシスプランとは、対象の方のそれぞれの「病状悪化のサイン」と、その対処方法などを一覧にした計画表です。クライシスプランを患者さんと一緒に作成し、家族・地域支援者・病院スタッフ等で共有して、地域生活への定着に繋げていきます。

クライシスプランは、入院中に作成することが望ましいです。クライシスプランがあることで、本人の安心にもつながるとともに、地域支援者等の適切な支援につながります。まずクライシスとは、どのような状況なのか本人と確認します。ここで注意すべきことは、クライシスは支援者が心配な状況とは限らないことです。周囲の人にとってはささいなことでも、本人にとっては心配なこともありえるのです。クライシスな状況を乗り越えることで、本人が地域で安心して生活していく自信が深まります。

危険かな(ピンチかな)と思った時に (クライシスプラン)	
利用者氏名	さん 作成年月日: 年 月 日
私の調子が悪くなる前は(サインは)	利用者氏名:
サインかなと思ったら・・・	
私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	
同意日 年 月 日	主担当: _____ 連絡先: _____ 主治医: _____ 連絡先: _____ 行政: _____ 連絡先: _____ その他: _____ 連絡先: _____

○その他様式例
(地域移行支援記録)

支援記録					
日付		支援形態		作成者	
参加者					
支援の経過					

支援記録					
日付		支援形態		作成者	
参加者					
支援の経過					

支援記録					
日付		支援形態		作成者	
参加者					
支援の経過					

支援記録					
日付		支援形態		作成者	
参加者					
支援の経過					

(様式20)

地域移行支援提供実績記録票

受給者証 番号											支給決定障害者氏名											事業所番号											
																						事業者及び その事業所											

[illegible]

退院・退所月加算	入院開始日		退院・退所日	
----------	-------	--	--------	--

利用者サイン

地域移行支援の報酬

地域移行支援サービス費

- ・おおむね週1回以上の対面による支援（訪問相談や同行支援等）
- ・地域移行移行支援計画を作成していない場合や、利用者への対面による支援を1月に2日以上行わない場合は算定できない

地域移行サービス費 (Ⅰ) 3,613 単位/月	専門職を配置し、関係機関と日常的な連携を図り、地域移行の実績を上げている事業所を評価するもの。要件は以下のとおり (ア) 社会福祉士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又は「精神障害者地域移行・地域定着支援関係研修の修了者」である相談支援専門員を1名以上配置していること。 (イ) 当該事業所において、指定地域移行支援を利用した地域相談支援給付決定障害者のうち、前年度に、退院、退所等し、地域生活に移行した者が3人以上であること。 (ウ) 対象施設と緊密な連携を図り、地域相談支援給付決定者の退院、退所等に向けた会議へ参加や地域移行に向けた障害福祉サービスの説明、事業所の紹介、地域移行など同様の経験のある障害当事者（ピアサポーター等）による意欲喚起のための活動を、いずれかの対象施設に対して、概ね月1回以上行っていること。
地域移行サービス費 (Ⅱ) 3,157 単位/月	指定地域移行支援事業所のうち、(Ⅰ)に規定するア及びウの要件を満たす事業所であって、かつ、指定地域移行支援を利用した地域相談支援給付決定障害者のうち、前年度に、対象施設を退院、退所等し、地域生活に移行した者が1人以上である事業所において、指定地域移行支援を行った場合。
地域移行サービス費 (Ⅲ) 2,422 単位/月	(Ⅰ)又は(Ⅱ)に規定する要件を満たさない指定地域移行支援事業所において、指定地域移行支援を行った場合。
初期加算 500 単位/月	地域移行支援の利用開始した月について加算 ※初回加算を算定した後、引き続き当該病院や施設等に入院、入所している間に、地域移行支援の給付決定が更新された場合や他の病院や施設等に転院、転所等して引き続き地域移行支援を利用する場合は、再度初期加算を算定することはできない。 ※初期加算を算定した後、病院や施設等を退院、退所等し、その後、再度病院や施設等に入院、入所する場合は、当該退院、退所等した日から再度入院、入所等した日までの間が3月間以上経過している場合に限り再度初期加算を算定できる。ただし、指定地域移行事業者が変更となる場合はこの限りではない。
退院退所月加算 2,700 単位/月 ※3 +500 単位/月	退院、退所当をする日が属する月に、指定地域移行支援を行った場合に加算 ※当該加算が算定される月においては、利用者との対面による支援を少なくとも2日以上行うこと。 ※退院、退所する月が翌月の初日等の場合においては、退院、退所当をする月の前日において算定できる。結果として退院、退所等をしなかった場合は返還する。 ※次のいずれかに該当する場合は算定できない。①退院、退所等をして病院又は診療所へ入院する場合。②退院、退所等をして、他の社会福祉施設等へ入所する場合。③死亡による退院、退所等の場合。 ※3利用者が精神科病院に入院した日から起算して90日以上1年未満の期間内に退院した場合。
集中支援加算 500 単位/月	退院退所月以外で、利用者との対面による支援を1月に6日以上実施した場合に加算

居住支援連携体制加算 35 単位/月	利用者の住居の確保及び住居支援の充実を図り、安心して地域で暮らせる環境整備を推進する観点から、住宅確保要配慮者住居支援法人・住宅確保要配慮者住居支援協議会と連携し、月に1回以上、情報連携を図る場を設け、情報共有することを評価するもの。※要件は以下のいずれも満たす場合。 (ア) 居住支援法人又は居住支援協議会との連携体制を確保し、市に届けたうえで、その旨公表していること。 (イ) 月に1回以上、居住支援法人又は居住支援協議会と情報連携を図る場を設けて、住宅の確保及び居住支援に係る必要な情報共有をすること。
地域居住支援体制強化推進加算 500 単位/回（月1回を限度）	利用者の住居の確保及び居住の支援の充実を図り、安心して地域で暮らせる環境整備を推進する観点から、地域相談支援事業者や自立生活援助者が利用者の同意を得て、当該利用者に対して、住宅確保要配慮者居住支援法人と共同して、居宅での療養上必要な説明及び指導を行った上で、障害者総合支援法に基づく協議会や精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における保健・医療・福祉等の関係者による協議の場に対して、当該説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住支援にかかる課題を報告することを評価するもの。実施した月について算定できるものであること。
ピアサポーター体制加算 100 単位/月	ピアサポーターの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、一定の要件を設けた上で評価するもの。要件は以下のとおり。 (ア) 都道府県又は指定都市が実施する地域生活支援業の「障害者ピアサポート研修（基礎研修及び専門研修）」を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5人以上配置していること。（併設する事業所《計画相談支援・児童相談支援・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援に限る》の職員を兼務する場合は兼務先を含む業務時間の合計が0.5人以上の場合も算定可能） ①障害者又は障害者であったと都道府県、指定都市又は中核市長が認める者。 ②管理者又は指定地域移行支援従事者 ※なお、令和6年3月31日までの間は、経過措置として、都道府県又は、市町村が上記研修に準すると認める研修を修了した①の者を常勤換算方法で0.5人以上配置する場合についても本要件を満たすものとする。（②の者に配置がない場合も算定可）⇒対象研修はQ&A⑨に記載 (イ) (ア) にあげるいずれかにより、事業所の従業員に対して、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こと。 (ウ) (ア) の者を配置していることを届け出たうえで、その旨を公表していること。
障害福祉サービスの体験利用加算	・障害福祉サービス（生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援に限る）の利用を希望している者に対して、地域において障害福祉サービスを利用するにあたっての課題、目標、体験期間及び留意事項等を地域移行支援計画に位置付けて、障害福祉サービスの体験的な利用支援を行った場合に、利用日数に応じて、算定できる。 ・利用者に対して、委託先の指定障害福祉サービス事業者から障害福祉サービスの体験的な利用に係る一定の支援がなされる場合に算定できる。 ・障害福祉サービスの体験利用については、15日を限度として算定できる。当該者に対する地域移行支援の給付決定が更新された場合においては、当該更新後から再度15日を限度として算定できる。
障害福祉サービスの体験利用加算（Ⅰ） 500 単位/日	体験的な利用支援の提供を開始した日から起算して5日以内の期間について、1日につき所定単位数を加算。 ・委託先の所定障害福祉サービス事業所等の担当者との連絡調整や利用者に対する相談援助が必要となるため、原則として、指定地域移行支援従事者が利用者の同行による支援を行うこと。 ・体験的な利用に当たって、事前の連絡調整や留意点等の情報共有、当該支援を行った際の状況や当該状況を踏まえた今後の支援方針等の情報共有を行うなど、綿密な連携を図ること。
障害福祉サービスの体験利用加算（Ⅱ） 200単位 /日	体験的な利用支援の提供を開始した日から起算して6日以上15日以内の期間について、1日につき所定単位数を加算。 ・委託先の所定障害福祉サービス事業所等の担当者との連絡調整や利用者に対する相談援助が必要となるため、原則として、指定地域移行支援従事者が利用者の同行による支援を行うこと。 ・体験的な利用に当たって、事前の連絡調整や留意点等の情報共有、当該支援を行った際の状況や当該状況を踏まえた今後の支援方針等の情報共有を行うなど、綿密な連携を図ること。

