





# 目 次



1. マニュアル作成の目的 .....	3
2. 地域移行施策の経過 .....	4
3. 当圏域における課題 .....	5
4. 地域移行支援・地域定着支援の概要 .....	6
5. 地域移行支援の対象者 .....	7
6. 退院支援の流れ .....	8
7. 関係機関ごとの役割と支援の流れ .....	9
8. 施設入所者の地域移行支援体制整備 .....	10
9. 地域移行等意向確認担当者 .....	11
10. サービス管理責任者の役割 .....	12
11. 連携のポイント .....	13
12. 意向確認の基本原則 .....	14
13. 地域移行等意向確認等に関する指針 .....	15
14. 支援チームの形成 .....	16
15. グループホーム体験利用 .....	17
16. 受給者証について .....	18
17. 関係機関一覧 .....	19
18. Q & A .....	20
19. 地域移行支援パンフレット .....	24



# 1. マニュアル作成の目的

本マニュアルは、地域移行に関わる支援者に対し次の課題を解決し、地域移行定着支援の周知および利用促進を図ることを目的として、地域移行定着支援部会において作成する。

## (1) 本人中心支援の徹底

- 本人の意思決定の尊重
- 自己選択・自己決定に沿った支援の実施

## (2) 関係機関の連携強化

- 医療機関・相談支援事業所・行政の役割の明確化
- 支援の流れの共有と一貫性の確保

## (3) 一般相談支援事業所の負担軽減

- 支援手順の明確化
- 書式や手続きの整理
- 地域移行支援の実施イメージの可視化



## 2. 地域移行施策の経過

- 平成15年 精神障害者退院促進支援事業開始
- 平成20年 精神障害者地域生活移行支援特別対策事業  
(国補助事業) 実施
- 平成24年 障害者自立支援法改正により  
「地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)」が法定化  
→ 地域相談支援給付費として個別給付化

※精神科病院の入院期間や入院形態に関わらず  
対象となることが明確化されている。



## 3.

## 当圏域における課題



- 制度内容の周知不足（目的・仕組みの理解不足）
- 関係機関ごとの役割が不明確  
（支援時期や支援内容の明確化）
- 行政・支援機関の役割整理が不十分  
（地域連携の重要性）
- 利用者向けのわかりやすい資料が不足  
（支援の流れやイメージをもってもらおう）
- 関係書式が複雑で分かりにくい（スムーズな支援）
- 地域移行の進め方が統一されていない  
（支援方法や資料の整理）
- 一般相談支援事業所の参入が進んでいない



# 4.

## 地域移行支援・地域定着支援の概要



### (地域移行支援とは)

平成24年の障害者自立支援法の改正に伴い、指定一般相談支援事業として『地域移行支援』『地域定着支援』が明記されました。

### (1) 地域移行支援

施設や病院に長期入所等されていた方が地域での生活に移行できるように、入院中から福祉サービスの体験利用や退院後の住居探しや確保及び新生活の準備等の支援を行う。

#### 主な支援内容

1. 住居の確保その他の地域生活に移行するための活動に関する相談
2. 外出時の同行支援
3. 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）の体験利用
4. 体験宿泊
5. 地域移行支援計画の作成

・ 利用料：無料



### (2) 地域定着支援

退院・退所後、単身等で生活する方へ

- ・ 24時間の連絡相談体制
- ・ 緊急時対応
- ・ 継続的な見守り支援



## 5.

## 地域移行支援の対象者



身体障害、知的障害、精神障害、難病等で『障害者支援施設等に入所している障害者』『精神科病院に入院している精神障害者』が地域生活に移行する際の相談や支援等の援助を行います。

◎次に掲げる障害者の内、地域生活への移行のための支援が必要と認められる方が対象。

1. 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所している障害者（児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設等に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。）
2. 救護施設又は更生施設（生活保護施設）に入所している障害者
3. 刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘置所）、少年院に収容されている障害者
4. 更生保護施設に入所している障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊している障害者
5. 精神科病院に入院している精神障害者



※65歳以上も対象

※入院期間1年未満でも対象

## 【対象者例】

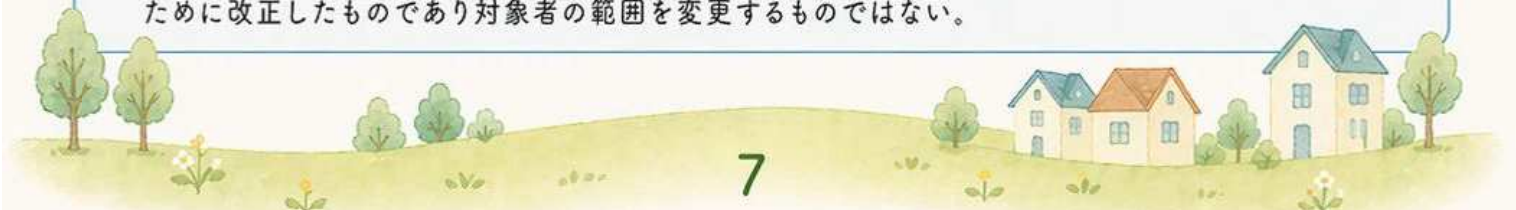
- 自宅への受入れは家族が反対しており退院困難（社会的入院）だが、地域生活に戻りたい方
- 地域生活したいが地域の状況や生活スキル等に不安を感じている方
- 退院・退所後の居住先探しや福祉サービス利用における各種申請等がわからない方
- 退院後の地域定着が上手くいかず入退院を繰り返しており、サービス利用や生活環境の整備等が必要な方
- 地域生活や福祉サービス利用のイメージが持てず、見学や体験等をしたい方

【参考資料】 厚生労働省 事務連絡 平成30年3月30日より抜粋

（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）」の第五ー2（1）が改正されたが、対象者の範囲が変更となるのか。

**回答** 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。



# 6. 退院支援の流れ



「地域移行支援とは」精神科病院に長期入院している方や社会的入院等、様々な事情により入院の長期化が見込まれる方等に、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、障害福祉サービス事業所等への同行支援などを行います。



※以下の調整を入院中に並行して進めることで、退院後、利用者が円滑に地域生活へ移行し、安定した生活を継続できる可能性を高めます。

## 1. 病院内でのチーム連携と情報共有

 <b>病院職員との調整</b>	[退院支援委員会/多職種会議への参加] 病院側が開催する退院支援に関する会議に積極的に参加し、情報共有を行う。  [退院支援計画との連動] 病院の退院支援計画（精神保健福祉士、看護師等が作成）と、地域移行支援事業所が作成する地域移行支援計画の内容を連動させ、一貫性のある支援を目指す。  [病状・生活状況の把握] 主治医や病棟看護師、精神保健福祉士（PSW）から、病状、服薬管理の状況、入院中の生活の様子、障害特性、必要な配慮事項などの情報提供を受ける。
 <b>ご本人との関係構築</b>	[訪問相談の実施] 定期的に病院を訪問し、利用者本人と面接。退院に対する意向、不安、希望などを丁寧に聞き取り、地域生活への意欲を高めるよう支援する。  [家族等との連携] 家族やキーパーソンがいる場合は、病院職員とともに面談を行い、退院後の生活における協力体制や役割分担について調整する。

## 2. 地域生活に向けた基盤整備

 <b>住居の確保に関する調整</b>	[住居の意向確認] 本人の希望する居住形態（一人暮らし、グループホームなど）や地域を確認する。  [物件の選定・調整] 病院職員や不動産関係者と連携し、本人の状態や予算に合った賃貸物件やグループホーム等の情報を収集し、見学や契約に向けた調整を行う。
 <b>経済的な基盤の調整</b>	[福祉サービス費用の確認] 障害福祉サービス（地域移行支援、居宅介護など）の支給決定に向けて、行政（市町村）と調整する。  [年金・生活保護の調整] 障害年金や生活保護の申請状況、受給開始時期、管理方法などについて、病院のPSWや行政と連携して確認・準備する。



## 7.

## 関係機関ごとの役割と支援の流れ



## ① 本人（主役）

## 〔役割〕

- 自分の希望を伝える
- 地域生活の練習、選択
- 支援者との協働

## 〔主な流れ〕

1. 地域で暮らしたい意向の表明
2. 相談・アセスメントへの参加
3. 住まい探しや準備
4. 地域生活開始
5. サービス利用・見直し



## ② 医療機関

## 〔役割〕

- 身体、精神の健康管理
- 情報提供、連携

## 〔主な流れ〕

1. 医療的管理が必要かの評価
2. 支援会議での意見提供
3. 必要な治療・服薬管理の調整
4. 地域移行後も定期的なフォロー

③ 相談支援専門員  
（計画相談）

## 〔役割〕

- 本人の意向把握
- 個別支援計画（サービス等利用計画）の作成
- 各関係機関との調整

## 〔主な流れ〕

1. 本人の生活状況と意向を聞き取り
2. アセスメント（課題整理）
3. 地域移行支援事業所等と連携しながら計画作成
4. サービス会議の開催
5. 実施状況の確認・モニタリング
6. 必要に応じて計画修正



## ④ 地域移行支援事業所

## 〔役割〕

- 地域で暮らすための準備支援の中心
- 本人の希望に沿った住まい探し
- 必要な福祉サービスの調整

## 〔主な流れ〕

1. 本人の希望や課題のアセスメント
2. 地域での支援体制の調整
3. 住まい探し、見学、体験利用
4. 関係機関とサービス会議
5. 住居決定後、入居準備の支援
6. 地域生活開始まで伴走支援



## ⑤ 地域定着支援事業所

## 〔役割〕

- 地域移行後の24時間の連絡体制
- トラブル時の緊急対応
- 継続した見守り支援

## 〔主な流れ〕

1. 入居直後から生活安定のための見守り
2. 生活リズムや悩みの把握
3. 緊急時の駆け付け・調整
4. 関係機関への情報提供
5. 地域生活の定着を促す支援

⑥ 入所施設  
（障害者支援施設など）

## 〔役割〕

- 本人の現在の生活や課題の情報提供
- 地域移行への準備支援
- 移行後のフォロー（必要に応じて）

## 〔主な流れ〕

1. 施設内での生活情報・課題の共有
2. 移行に向けた支援会議への参加
3. 外出・外泊支援など、地域生活に向けた練習
4. 退所に向けた具体的準備
5. 引き継ぎ資料の提供

⑦ 住まい  
（グループホーム／一般住宅）

## 〔役割〕

- 生活の場の提供
- 日常生活支援

## 〔主な流れ〕

1. 見学・体験利用
2. 入居契約
3. 入居後の生活支援
4. 問題発生時は相談支援専門員・地域定着へ連絡

⑧ 行政  
（自治体／障害福祉課など）

## 〔役割〕

- 相談受付、関係機関へのつなぎ
- サービスの支給決定（受給者証の発行）
- 地域移行支援、地域定着支援の必要性判断

## 〔主な流れ〕

1. 相談の一次受付
2. 状況の把握（本人の意向・生活課題）
3. 相談支援専門員や地域移行支援事業所へつなぐ
4. サービス利用計画の確認
5. 支給決定（地域移行支援／地域定着支援）
6. 定期的なモニタリング



## 8.

## 施設入所者の地域移行支援体制



地域移行等に関する意向確認を進めるための土台として必要な体制整備について、次のステップを確認。関係機関とも連携しながら体制を整え、入所者の意向確認を進める。

1. 地域移行等意向確認担当者の選任

2. 環境整備

3. 支援チームの組成

4. 意向確認のための会議の開催

5. 事前打合せ・情報の整理

6. モニタリングと計画の見直し



## ○ 意向確認の義務化

施設は、全入所者に対して定期的に「地域で暮らしたいか」という意向を確認し、その結果を個別支援計画に反映させることが義務づけられます。



## ○ 担当者の選任と指針の作成

施設内に地域移行推進の担当者を配置し、組織としてどのように移行を支えるかの指針（マニュアル）を整備する必要があります。



## ○ 「地域生活支援拠点」との連携

地域の基幹相談支援センターや居住支援協議会との連携を強化し、単なる退所ではなく「生活の継続性」を担保する体制が重視されます。



# 9.

## 地域移行等意向確認担当者

地域移行等意向確認担当者の選任と運用について  
指定障害者支援施設において、利用者がスムーズに地域生活へ  
移行できるよう体制を整えるための新基準です。



### 1. 主な役割と業務内容

担当者は以下の業務を、少なくとも6か月に1回以上定期的に行うことが求められます。

- ・ **意向確認・把握**：地域生活への移行希望や、施設外サービスの利用状況を把握する。
- ・ **報告の徹底**：確認内容をサービス管理責任者に報告し、個別支援会議（施設障害福祉サービス計画作成会議）でも共有する。
- ・ **外部連携**：相談支援事業所などと協力し、地域サービスの体験利用などの支援を行う



### 2. 担当者の選任と組織体制

- ・ **選任対象**：サービス管理責任者（兼任可）、または地域福祉の知識が豊富な者が望ましい。
- ・ **指針の策定**：以下の内容を盛り込んだ「施設としての指針」を定める必要があります。
  - 実施時期、選任方法、実施体制
  - 具体的な支援内容（体験利用の支援など）
  - 連携する地域の機関リスト



### 地域移行等意向確認担当者の役割

① 利用者の地域生活への移行に関する意向の把握



② 施設外の障害福祉サービス等の利用状況等の把握



③ 施設外の障害福祉サービス等の利用に関する意向の定期的な確認



④ ①～③により把握・確認した内容を、サービス管理責任者や個別支援会議に報告



⑤ 地域生活支援拠点等又は相談支援事業所と連携し、障害福祉サービスの体験利用や地域生活への移行に向けた支援の実施



## 10.

## サービス管理責任者の役割



1

入所者のアセスメントや個別支援計画の作成、定期的な評価やそれらについての入所者の家族への連絡や報告等、一連のサービス提供全般についての責任を持つ



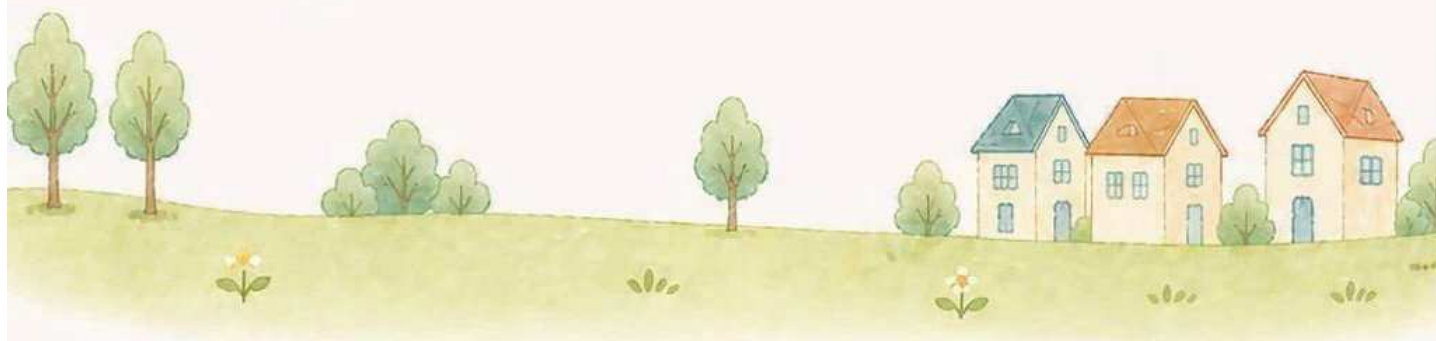
2

支援の質を維持・向上させるため、他の職員に対する指導や助言を行う



3

行政や相談支援事業所等、地域の他機関と連携する





### 1 関係構築

- ・誰が何を支援するのか明確に伝える
- ・傾聴し意向を確認する
- ・第一印象が肝心!!
- ・必要な情報をわかりやすくまとめて伝える ※いっぺんに話してもわからない  
⇒不信感に繋がる



### 2 希望に沿った支援

- ・何をどうしてほしいのか(どうしたいのか)を確認
- ・毎回、支援内容や方向性について振り返りと意向確認を行う
- ・不安な点の解消方法を一緒に考える  
※こういう対応をしてほしい(クライシスプラン作成)
- ・家族の意見(意向)も確認し調整を図る



### 3 スムーズなサービス利用

- ・支援者で流れを確認しタイムロスの無いようにする  
※申請等必要事項は早めに対応する
- ・本人の不安感や支援のポイントはしっかり共有しておく
- ・関係機関の認識を統一しておく



### 4 不安解消

- ・言葉だけの説明では無くパンフレットや資料などを使い視覚的に分かりやすく説明
- ・可能であれば体験をおこなう
- ・体験利用時は支援者に支援のポイントを伝えしっかり対応してもらう
- ・わかりやすい言葉で伝える ※専門用語はできるだけ控える
- ・難しい事は支援者が代行する
- ・本人だけでなく家族の意向や不安感も確認し解消する



### 5 生活構築

- ・希望に沿った支援が行われているかを確認
- ・関係者間で心身状態をしっかり共有する
- ・申請等必要な支援(難しい内容)は関係者で対応
- ・安定するまでは相談支援がスタッフとの間を仲介する  
・状態を見極めながらスモールステップで出来る事を増やす





# 12. 意向確認の基本原則

- ・ 本人の自己決定の尊重
- ・ 意向は変化するもの
- ・ チーム支援で行う
- ・ 判断困難時は推定意思を慎重に確認



## 【意思決定支援会議】

### 〔計画に盛り込む内容〕

#### （意向確認の基本的な原則）

- ・ 本人の自己決定の尊重
- ・ 本人の選択の尊重
- ・ 本人の自己決定や意思確認が困難な場合



#### （意向確認が必要な場面）

- ・ 日常生活における場面
- ・ 社会生活における場面



#### （支援者に必要な心構え）

- ・ 意向は変化するものである
- ・ 様々な可能性に目を向け、断定的に判断しない
- ・ 意向確認や地域移行等の支援はチームで行う



#### （基準に沿った準備）

- ・ 地域移行等意向確認担当者の選任
- ・ 地域移行等意向確認担当者の役割



① 利用者の地域生活への移行に関する意向の把握



② 施設外の障害福祉サービス等の利用状況等の把握



③ 施設外の障害福祉サービス等の利用に関する意向の定期的な確認



④ ①～③により把握・確認した内容を、サービス管理責任者や個別支援会議に報告



⑤ 地域生活支援拠点等又は相談支援事業所と連携し、障害福祉サービスの体験利用や地域生活への移行に向けた支援の実施



# 13. 地域移行等意向確認等に関する指針



- (ア) 地域移行等意向確認等の時期
- (イ) 地域移行等意向確認担当者の選任方法
- (ウ) 地域移行等意向確認等の実施方法及び実施体制
- (エ) 地域での障害福祉サービスの体験的な利用に係る支援その他の地域生活への移行に向けた支援の内容
- (オ) 地域の連携機関



## 具体的な進め方]

### (環境の整備)

- ・ 本人の意思を中心とした支援を行うこと、日中活動や暮らす場所には様々な選択肢があること、重度の障害があっても地域で暮らすことができること等について、法人として意思統一できているか



- ・ 法人としての方針や計画を職員全員が正しく理解しているか



- ・ 本人にとって意思表示がしやすい支援者がいる等、適切な環境が整っているか



- ・ 支援者は的確に本人の真意を汲み取ることができているか



- ・ 地域資源の把握ができるよう、地域生活支援拠点等の外部機関とも関わりを持っているか



- ・ 地域連携推進会議を活用し、利用者と地域との関係づくりができているか



# 14. 支援チームの形成



## （支援チームの役割）

- それぞれの立場から本人の意向や希望を丁寧に確認する
- 家族の意向も確認し、適切なフォローをする
- 多角的な視点からアセスメントや支援を行う
- 情報を持ち寄り、地域に存在する様々な資源を最大限に活用する
- 各サービス提供者間での調整により、支援の重複や漏れを防ぐ
- 一人で支援するのではなく、チームで支援することで支援者の孤立を防ぐ
- 暮らす場所や通う場所が変わってからも継続して支援することで、本人の生活の安定を図る



## （支援チームのメンバーの例）

- 本人、家族または後見人
- 地域移行等意向確認担当者
- 施設のサービス管理責任者や本人の担当職員
- 相談支援専門員
- 医療関係者（かかりつけ医や看護師、リハビリ専門職）
- 通っている日中活動系事業所の職員
- 支給決定自治体の担当者
- 公認心理師や心理カウンセラー
- 職業指導員や就労支援に関わる職員



## （事前打合せ）

- これまでの生活環境や生活史
- 幼いころに好きだったもの
- 家族関係
- 日常生活の様子
- 普段関わる人との関係
- 嗜好
- 判断能力や情報理解の方法
- 心理的状況
- 意思表示の仕方やそこから読み取れる意思



## 意向確認のための 「意思決定支援会議」の開催



## （サービス等利用計画や個別支援計画の作成）

- 計画に盛り込むべき情報の例
- 本人の目標（長期・短期）、その動機
- 本人の希望や嗜好
  - 意向確認の方法や関係者
  - 推定される本人の意思
  - 意思決定支援が必要な内容
  - モニタリングと計画の見直し



## 15.

## グループホーム体験利用



## グループホームの体験利用について

- ① 対象者 ※グループホーム入居を希望していることが前提  
グループホーム入居を検討している人で、以下のいずれかに該当する者  
ア：指定障害者支援施設などの入所施設に入所している者  
イ：精神科病院等に入院している者  
ウ：家族等と同居している者
- ② 利用期間
  - ・年50日以内
  - ・連続利用は、支給決定日より30日以内
- ③ 支給決定
  - ・体験利用前に「障害支援区分の認定調査」が必要
  - ・体験後、正式入居する場合は再度申請して支給決定を受ける必要あり
- ④ 受給者証について
  - ・体験利用が認められると、受給者証の第4面に記載される(例：体験利用期間)
- ⑤ 利用中の個別支援計画 ※以下の項目を必ず位置づける
  - ・正式入居に移行するための課題
  - ・目標、体験期間、利用にあたっての留意事項
- ⑥ 利用中の請求事務 ※体験利用の場合は、以下のものを算定する。
  - ・介護サービス包括型共同生活援助サービス費(Ⅳ)
  - ・外部サービス利用型共同生活援助サービス費(Ⅴ)
- ⑦ 利用の流れ
  - ・通常の障害福祉サービス利用と同様
- ⑧ サービス等利用計画
  - ・支給決定時に作成が必要
- ⑨ その他
  - ・体験後、正式入居にならなかった場合、今後の入居に向けた課題等を市に報告する

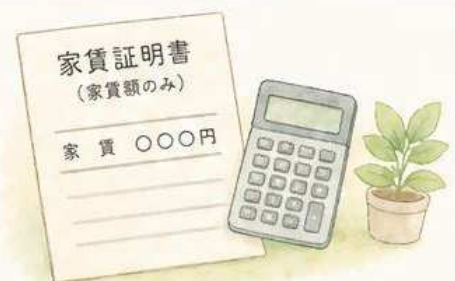


## 家賃助成(特定障害者特別給付費)について

- ① 家賃額の確認書類
  - ・家賃額が確認できる書類(家賃額のみ記載のもの)を提出
  - ・光熱水費、日用品費、その他の日常生活費などが含まれているものは対象外
- ② 助成対象範囲
  - ・家賃「本体部分」のみが助成の対象
  - ・家賃額変更があった場合は、再度家賃証明書等の提出が必要

## (注意)

家賃助成は、障害者の自立を目的とした制度  
家賃の変動があった場合、その理由を含めて証明が必要



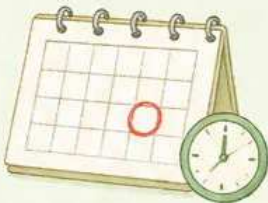
# 16. 受給者証について



- 障害福祉サービスを利用する場合、サービス等利用計画案に基づき支給決定がなされる。
- 決定したサービスや支給量については、「福祉サービス受給者証」に記載。
- サービス利用する際は事業所記載欄もある為、必ず確認してもらう。



※ 前年度就労していたり、配偶者の収入が高い場合等は、「負担上限月額」(自己負担)が発生する。就労等場合によっては収支がマイナスになる事もある為、必ず確認する。



※ 区分の有効期限及びサービスの有効期限(更新時期)については必ず確認する。

受給者証

障害福祉サービス受給者証

福祉サービス受給者証

※ 受給者証については地域によって名称が異なる



# 17. 関係機関一覧



## 一般相談支援・指定特定相談支援

※地域移行支援計画とサービス等利用計画作成可能

支援センターまどか相談支援事業所	61-1515	水俣市月浦269番地13
------------------	---------	--------------

## 指定特定相談支援のみ（計画相談）

※サービス等利用計画のみ作成可能

くまもと芦北相談支援センター	82-2431	芦北町大字芦北2813番地
みつば学園相談支援事業所 真心	82-5472	芦北町大字花岡1539番地
石露の里相談支援事業所	86-0515	芦北町大字湯浦1505-1
相談支援センター グループ・エコ	83-6000	水俣市浜松町61番33
わくワークみなまた相談支援事業所	63-3598	水俣市浜松町5番95号



※注意事項：地域移行支援計画とサービス等利用計画の作成者は別々担当で作成する

## 共同生活援助

※体験利用可能だが、要空所確認

みつば学園GH 虹	82-5472	芦北町大字道川内2番4
みつば学園GH さくら	82-5472	芦北町大字芦北2609番地2
つわぶきの家	86-0515	芦北町大字湯浦1506番地9
ぱらん家	82-4990	水俣市汐見町1丁目2番21号
まどか園	61-1000	水俣市月浦269番地13
おるげ・のあ	84-9639	水俣市浜町1丁目6番17号
わくわくハウス	83-9500	水俣市古賀町2丁目7-14



## 精神科病院

※圏域内のみ

海のみえるココロの病院	63-5196	熊本県水俣市袋705番地14
水俣病院	63-3148	水俣市浜4051



## 行政機関

芦北町 健康福祉課	82-2511	芦北町大字芦北2015
津奈木町 ほけん福祉課	78-3115	津奈木町大字小津奈木2123
水俣市 福祉環境部福祉課	61-1650	水俣市陣内1-1-1





**Q1**：障害福祉サービスの体験利用加算、体験宿泊加算、緊急時支援費の一時的な滞在による支援について、指定障害福祉サービス事業者に委託する場合の報酬は、障害福祉サービス事業者に算定されるのか、それとも、指定一般相談支援事業者に算定されるのか。

(厚労省平成24年8月31日事務連)

**A**：指定一般相談支援事業者に算定される。なお、指定一般相談支援事業者が、委託先の障害福祉サービス提供事業者に委託費を支払うこととなる。

**Q2**：障害福祉サービスの体験利用加算、体験宿泊加算、緊急時支援費の一時的な滞在による支援に係る報酬額と、指定障害福祉サービス事業者に委託する場合の委託費の額の関係如何。

(厚労省平成24年8月31日事務連絡)

**A**：基本的には、障害福祉サービスの体験利用等を委託により実施する場合は当該報酬額を委託先に支払うことを想定しているが、指定一般相談支援事業者と委託先の指定障害福祉サービス事業者との業務の役割分担等個別の状況が異なることから、個別の委託額は委託契約により定めることとして差し支えない。

**Q3**：(退院・退所月加算) 地域相談支援給付決定障害者が、退院又は退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合は、「退院・退所月加算」の算定対象外となっているが、ここでいう「他の社会福祉施設等」は、具体的に何が想定されるのか。

(厚労省平成27年3月31日事務連絡Vol.1)

**A**：社会福祉法第62条第1項に規定する「社会福祉施設」のほか、介護保険施設、病院、診療所、宿泊型自立訓練事業所、地域移行支援型ホームを想定している。





**Q4**：〔地域移行支援の対象者〕「介護給付費等の支給決定等について（平成19年3月23日、障発第0323002号障害保健福祉部長通知）」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。

(厚労省平成30年3月30日事務連絡Vol.1)

**A**：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。

**Q5**：〔地域移行支援サービス費(1)〕 地域移行支援サービス費(1)を算定する事業所の要件の一つに、「1以上の障害者支援施設又は精神科病院等（地域移行支援の対象施設）と緊密な連携が確保されていること。」とあるが、「緊密な連携」とは具体的にどのような状況が想定されるのか。また、どの程度の頻度で行う必要があるのか。

(厚労省平成30年3月30日事務連絡Vol.1)

**A**：例えば、

- ・地域相談支援給付決定障害者の退院、退所等に向けた会議へ参加
- ・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などが想定され、概ね月1回以上行っていることが目安となる。

**Q6**：〔地域相談支援・対面による支援〕 地域移行支援で週に1回、少なくとも月に2回対面による支援を実施しなければならないと規定されているが、利用者が出席するケア会議を開催した場合はその回数に含まれるか。

(大阪府相談支援Q&A平成24年11月)

**A**：内容が利用者の地域移行に資するかどうかによる。

例えば、会議の場で利用者の動機づけを行う場合は含み、単なる計画の見直しであれば含まない。





**Q7**：〔地域相談支援・サービス提供記録の確認〕 基準第15条第2項で、サービスの提供の記録に記載した内容について利用者に確認を受けなければならないとしているが、どの程度のことが必要か。

（大阪府相談支援Q&A平成24年11月）

**A**：地域移行支援を提供した際は、サービスの提供の記録をその都度記録することとし、利用者に提供したことについて確認を受けなければならないとされており、利用者に印鑑の押印等を求めることにより対応することが必要である。

**Q8**：地域相談支援・地域移行支援サービス費 サービス等利用計画と地域移行支援計画を同時に作成した場合、前者については作成月から報酬が請求できるが、後者についても同様の取り扱いでよいか。

（大阪府相談支援Q&A平成24年11月）

**A**：地域移行支援計画については、個別支援計画と同様に支援の一環としての位置づけであるため、計画を作成したことのみで報酬が発生するものではない。なお、地域移行支援サービス費については、地域移行支援の支給決定がされており、かつ、地域移行に関する支援がなされていれば請求可能である。

**Q9**：地域相談支援・集中支援加算 集中支援加算は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請求できるが、1日に2回支援した場合、2日として数えてよいか。

（大阪府相談支援Q&A平成24年11月）

**A**：報酬告示には月に6日以上と定められているため、1日に2回支援した場合でも、1日として数える。

**Q10**：地域相談支援・体験宿泊加算 グループホーム・ケアホーム（以下、GH等）での体験宿泊をする場合、報酬は以下のとおりでよいか。

- ① GH等の入居をめざし、GH等で体験宿泊の場合→GH等の体験利用のサービス費
- ② 一人暮らしをめざし、GH等で体験宿泊の場合→体験宿泊加算Ⅰ又はⅡ
- ③ アパート等を使って体験宿泊→体験宿泊加算Ⅰ又はⅡ

（大阪府相談支援Q&A平成24年11月）

**A**：お見込みのとおり。





**Q11:** 地域移行支援の対象者 入院形態が任意入院で、かつ入院期間も1年未満の方だが、入院前住居に戻れない事情があり、支援がないと入院の長期化が危惧されている。そういった方も地域移行支援は利用できるのか。

(精神障害者の地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイドより)

**A:** 精神科病院（精神科病院以外で精神病床が設けられている病院を含む）に入院している方については、入院期間、入院形態によらず、支援の必要が認められれば利用できます。

**Q12:** 地域移行支援の対象者 知的障害で精神科病院に長期入院している人でも地域移行支援は利用できるのか。

(精神障害者の地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイドより)

**A:** 給付決定を受けることができる方の要件は、地域相談支援基準第1条に定められており、要件に当てはまる方であれば利用することができます。

**Q13:** 地域移行支援の対象者 65歳以上であっても、地域移行支援は利用できるのか。

(精神障害者の地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイドより)

**A:** 65歳以上の方には介護保険サービスが優先されますが、地域移行支援のようなサービスメニューは介護保険サービスにありません。介護保険サービスで相当するものがない場合には障害福祉サービスを利用できるので、地域移行支援は年齢によらず対象となります。

**Q14:** 地域移行支援の対象者 精神科病院に入院中の方の地域移行支援の申請を受けたが、その方は以前にも一度地域移行支援を利用している方だった。必要性が認められれば、複数回の利用は可能なのか。

(精神障害者の地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイドより)

**A:** 1人につき1回しか支給できない、という性質のものではありません。その方にとって地域移行支援というサービスが必要だと市町村が認めた場合には支給の対象となります。

