

令和7年度作成

地域移行定着支援マニュアル



水俣・芦北圏域障がい者総合支援協議会

地域移行定着支援部会作成



目次



資料1	グループホームの体験利用について	P1
資料2	体験利用依頼書	P3
資料3	体験利用承諾書	P4
資料4	体験利用受領書	P5
資料5	地域相談支援活動記録	P6
資料6	地域相談支援ご利用確認書	P8
資料7	地域移行支援・地域定着支援 報酬の算定要件等について	P9

資料8	計画書式	P17
-----	------	-----

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 様式1 基本情報 ・ 様式2 サービス等利用計画案 ・ 様式3 サービス等利用計画案（週間計画表） ・ 様式4 サービス等利用計画 ・ 様式5 サービス等利用計画（週間計画表） ・ 様式6 モニタリング報告書（継続サービス等利用計画） ・ 様式7 継続サービス等利用計画（週間計画表） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 様式8 地域移行支援計画 ・ 様式9 地域移行支援計画（イメージ） ・ 様式10 サービス等利用計画 ー退院後ー ・ 様式11 クライシスプラン ・ 様式12 地域定着支援計画兼台帳 ・ 様式13 地域定着支援台帳 |
|--|--|

資料9	申請書様式	P32
-----	-------	-----

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 様式1 世帯状況・収入 ・ 様式2 支給（変更）申請書兼利用者負担減額・免除（変更）申請書 ・ 様式3 計画相談支援給付費支給申請書 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 様式4 計画相談支援依頼（変更）届出書 ・ 様式5 委任状 |
|--|--|

資料10	地域移行支援の流れと役割（出典：一般社団法人 支援の三角点設置研究会）	P38
------	-------------------------------------	-----

資料11	受給者証（水俣・芦北圏域）	P42
------	---------------	-----

資料12	R6.11.7 地域移行支援部会研修GW 全グループのまとめ	P44
------	--------------------------------	-----

資料13	R7.8.19 地域移行支援部会研修GW 各Gの気づき	P45
------	-----------------------------	-----

資料14	R7.8.19 地域移行支援部会研修GW カテゴリー別	P46
------	-----------------------------	-----

資料15	R7.8.19 水俣・芦北圏域のロードマップ進捗の確認〔グループワーク資料まとめ〕	P47
------	---	-----

資料16	R7.11.18 RP見学後の意見	P48
------	-------------------	-----

資料17	R7.11.18 アクションプランにつなげる材料	P49
------	--------------------------	-----

資料18	R7.11.18 アクションプランまとめ	P50
------	----------------------	-----

資料19	R7.11.18 全グループの意見集約	P51
------	---------------------	-----



【資料 1】

グループホームの体験利用について

(1) 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

- ・ 1 年に 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行政に報告する。

(2) 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

【資料 2】

令和 年 月 日

宛名

法人名

施設名

理事長名 o r 施設長名

体験利用依頼書

現在、地域相談支援における地域移行支援サービスを利用中の下記の者について、貴事業所での体験利用を予定しております。

つきまして下記の要領で実施したいと存じますので、受け入れについて検討いただきますようお願い申し上げます。

記

対象者	様
訓練日時	令和 年 月 日 () : ~ :
体験利用委託金	円

【内容】

◇1 日 : 円

◇利用日 : 月 日、 日、 日

◎ 円 × 日 = 円

《担当者連絡先》

事業所名

担当 :

TEL

FAX

【資料 3】

令和 年 月 日

体験利用承諾書

法人名

施設名

理事長名 o r 施設長名

委託金 _____ 円

ご依頼のありました当施設（生活介護）体験利用及び
体験利用委託金について、上記金額で承諾いたします。

住所

施設名

代表者名

㊞

【資料 4】

令和 年 月 日

体験利用受領書

法人名

施設名

理事長名 o r 施設長名

受領額 _____ 円

ご依頼のありました当施設（生活介護）体験利用及び
体験利用委託金について、上記金額を受領いたしました。

住所

施設名

代表者名

㊞

【資料 5】

地域相談支援活動記録

利用者氏名	様	地域相談支援受給者番号	
計画作成日		サービス提供事業所名	
活動実施日	令和 年 月 日～ 日	担当相談員氏名	
活動場所			
活動内容			
面接 外出同行 見学 体験利用 宿泊訓練 その他（ ）			
内容（サービス提供状況・本人の感想 など）及び今後の課題・留意点など			
【サービス提供状況】 【感 想】 （日課やルールについて）			

(活動について)

(体験利用全体の感想)

【課 題】

【留意点】

【支援内容】

【資料 6】

地域相談支援ご利用確認書

氏名：_____

地域相談支援受給者証番号： _____

契約期間：令和 年 月 日 ～ 月 日

利用者負担上限： 有 (円) ・ 無

サービス提供事業所・担当者：

[illegible]

【資料 7】 地域移行支援・地域定着支援 報酬の算定要件等について

≪基本報酬≫ 【地域移行支援サービス費】	〔以下の基準のいずれかを満たさない場合には、所定単位数を算定しない〕 (一) 地域移行支援計画の作成 (二) 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
(Ⅰ) 3,613 単位/月	ア 指定地域移行支援事業所の従業者のうち、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「精神障害者関係従事者養成研修事業について」(平成 26 年 3 月 31 日付け発 0331 第五号厚生労働社会・援護局障害保健福祉部長通知)別添 2 の 3 の (2) のイに規定する精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者(当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた)である相談支援専門員を一人以上配置していること。 イ 当該事業所において、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、地域相談支援基準第一条第一項第二号から第四号までに規定する施設(以下「対象施設」という。)を退院、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障害者の退院、退所等に向けた会議への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等を、いずれかの対象施設に対し、概ね月 1 回以上行っていること。 ※「対象施設」とは、精神科病院、障害者支援施設等、救護施設等又は刑事施設等
(Ⅱ) 3,157 単位/月	ア 指定地域移行支援事業所の従業者のうち、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「精神障害者関係従事者養成研修事業について」(平成 26 年 3 月 31 日付け発 0331 第五号厚生労働社会・援護局障害保健福祉部長通知)別添 2 の 3 の (2) のイに規定する精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者(当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた)である相談支援専門員を一人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、対象施設を退院、退所等し、地域生活に移行した者が一人以上であること。 ウ 対象施設と緊密な連携を図り、地域相談支援給付決定障害者の退院、退所等に向けた会議への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等を、いずれかの対象施設に対し、概ね月 1 回以上行っていること。 ※「対象施設」について、『精神科病院』『障害者支援施設等』『救護施設等』又は刑事施設等。 『精神科病院』精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。 『障害者支援施設等』障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設若しくは療養介護。 『救護施設等』救護施設

(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なった場合。
【初回加算】 500 単位/月	〔サービスの利用開始月において算定〕 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、入所等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、再度初回加算を算定することはできず、また、初回加算を算定した後に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、入所等する場合は、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回加算を算定できる。ただし、指定地域移行支援事業者が変更となる場合はこの限りでない。
【退院・退所月加算】 2,700 単位/月	〔退院・退所する月において算定〕 利用者との対面による支援を少なくとも 2 日以上行うこと等が算定に当たっての要件となることに留意。また、退院、退所等をする日が翌月の初日等の場合においては、退院、退所等をする月の前月において支援が行われることとなるため、当該場合であって退院、退所等を行うことが確実に見込まれる場合については、退院、退所等をする月の前月において算定できる。 この場合において、結果として翌月に当該者が退院、退所等をしなかったときは、当該加算額を返還させる。なお、その後の支援の結果、当該者が退院、退所等をした場合は、退院・退所月加算を算定して差し支えない。 ※退院・退所月加算については、次の(一)から(三)までのいずれかに該当する場合には、算定できないものであること。 (一) 退院、退所等をして病院又は診療所へ入院する場合 (二) 退院、退所等をして他の社会福祉施設等へ入所する場合 (三) 死亡による退院、退所等の場合
+ 500 単位	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に限り算定できるものであること。
【集中支援加算】 500 単位/月	〔利用者との対面による支援を 1 ヶ月に 6 日以上実施した場合に算定〕 ※併給不可：退院・退所月加算
【障害福祉サービスの体験利用加算 (Ⅰ)】 500 単位/日	障害福祉サービスの利用を希望している者に対し、地域において障害福祉サービスを利用するに当たっての課題、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、利用日数に応じ算定。 また、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、算定できるものであること。 障害福祉サービスの体験利用加算については、15 日を限度として算定できるものであること。なお、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ことに留意すること。 (Ⅰ) については、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する。

【障害福祉サービスの (体験利用加算Ⅱ)】 250 単位/日	障害福祉サービスの利用を希望している者に対し、地域において障害福祉サービスを利用するに当たっての課題、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、利用日数に応じ算定。 また、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、算定できるものであること。 障害福祉サービスの体験利用加算については、15 日を限度として算定できるものであること。なお、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ことに留意すること。 (Ⅱ) については、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する。
+50 単位	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。並びに市町村及び拠点関係機関との連携担当者を 1 名以上配置していることを都道府県知事（指定都市又は中核市においては、指定都市又は中核市の市長。）に届け出た指定地域移行支援事業所の場合、さらに 1 日につき 50 単位を加算。
備 考	「地域生活拠点として位置づけられている」とは、運営規定において、市町村により地域生活支援拠点等として位置づけられていることを定めていること。 なお、市町村が当該指定地域移行支援事業所を地域生活支援拠点等として位置付けるに当たっては、地域生活支援拠点等の整備主体である市町村と指定地域移行支援事業所とで事前に協議し、当該指定地域移行支援事業所から市町村に対して地域生活支援拠点等の機能を担う届出等を提出した後に、市町村から指定地域移行支援事業所に対して地域生活支援拠点等の機能を担うことを通知等により確認するとともに、市町村及び指定地域移行支援事業所は、協議会等の協議の場で共有するなど、地域生活支援拠点等に位置付けられたことを積極的に周知すること。 さらに、連携担当者は、緊急時の対応における連携のみではなく、平時から地域生活支援拠点等のコーディネート機能を担う相談支援事業所等の拠点関係機関との情報連携に努めることとし、行政機関や拠点コーディネーターとの日常的な情報連携や地域における地域生活支援拠点等に係る会議体や協議会へ積極的に参画すること。
【体験宿泊加算（Ⅰ）】 300 単位 /月	単身での生活を希望している者に対し、単身での生活に向けた課題、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、体験的な宿泊支援を行った場合 に算定できるものであること。なお、家族等との同居を希望している者に対しては、当該支援を行うことが有効であると認められる場合には、算定して差し支えない。ただし、家族等が生活する場所において体験的に宿泊を行う場合を除く。また、体験的な宿泊支援については、指定障害福祉サービス事業者に委託できるが、当該委託による場合であっても、指定地域移行支援事業者が、委託先の指定障害福祉サービス事業者と緊急時の対応等のための常時の連絡体制を確保して行うこと。体験宿泊加算(Ⅰ)については、利用者が、地域相談支援基準第 23 条第 1 項に規定する要件を満たす場所（以下「体験宿泊場所」という。）において、地域での居宅生活を体験するための宿泊によらない一時的な滞在に係る支援を行う場合についても算定して差し支えない。

【体験宿泊加算（Ⅱ）】 700 単位/月	単身での生活を希望している者に対し、単身での生活に向けた課題、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、体験的な宿泊支援を行った場合 に算定できるものであること。 なお、家族等との同居を希望している者に対しては、当該支援を行うことが有効であると認められる場合には、算定して差し支えない。ただし、家族等が生活する場所において体験的に宿泊を行う場合を除く。 また、体験的な宿泊支援については、指定障害福祉サービス事業者に委託できるが、当該委託による場合であっても、指定地域移行支援事業者が、委託先の指定障害福祉サービス事業者と緊急時の対応等のための常時の連絡体制を確保して行うこと。 体験宿泊加算(Ⅱ)については、体験的な宿泊支援を利用する者の状況に応じて、夜間及び深夜の時間帯を通じて見守り等の支援が必要な場合であって、当該体験宿泊場所に夜間支援従事者を配置又は少なくとも 1 晩につき複数回以上、当該体験宿泊場所への巡回による支援を行った場合に算定できるものであること。なお、夜間支援従事者は、別途、指定居宅介護事業者等に夜間における支援のみを委託する場合であっても差し支えない。 夜間支援従事者は、利用者の状況に応じて見守り等の支援を行うほか、指定地域移行支援事業者との密接な連携の下、緊急時の対応等を適切に行うこと。
+ 50 単位	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並びに市町村及び拠点関係機関との連携担当者を 1 名以上配置していることを都道府県知事（指定都市又は中核市においては、指定都市又は中核市の市長。）に届け出た指定地域移行支援事業所の場合、（Ⅰ）又は（Ⅱ）に定める単位数に、さらに 1 日につき 50 単位を加算するものとする。
算定回数	（Ⅰ）については、地域相談支援給付決定障害者に対して、体験的な宿泊支援を提供した場合に、（Ⅰ）及び（Ⅱ）を合計して 15 日を限度として 1 日につき所定単位数を加算する。 （Ⅱ）については、地域相談支援給付決定障害者に対して、体験的な宿泊支援を提供し、かつ、当該地域相談支援給付決定障害者の心身の状況に応じ、当該地域相談支援給付決定障害者に対して夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な見守り等の支援を行った場合に、（Ⅰ）及び（Ⅱ）を合計して 15 日を限度として 1 日につき所定単位数を加算する。 体験宿泊加算の日数については、利用開始日及び終了日の両方を算定できるものであること。 体験宿泊加算については、15 日を限度として算定できるものであること。なお、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ことに留意すること。

備 考	◎共同生活援助サービス費、日中サービス支援型共同生活援助サービス費及び外部サービス利用型共同生活援助サービス費に係る体験的な入居については、共同生活援助に係る共同生活住居への入居を希望している者に対する体験的な利用であり、支援の目的が異なるものであるため、利用者に対して各制度の支援の目的を説明し、利用者の意向を確認すること。 ◎施設入所者の体験的な宿泊については、施設入所支援の外泊に位置付けられるものとし、入院・外泊時加算の算定が可能なものであるが、体験的な宿泊支援の開始日及び終了日については、施設入所支援サービス費を併せて算定できるものであること。 ◎「地域生活拠点として位置づけられている」とは、運営規定において、市町村により地域生活支援拠点等として位置づけられていることを定めていること。なお、市町村が当該指定地域移行支援事業所を地域生活支援拠点等として位置付けるに当たっては、地域生活支援拠点等の整備主体である市町村と指定地域移行支援事業所とで事前に協議し、当該指定地域移行支援事業所から市町村に対して地域生活支援拠点等の機能を担う届出等を提出した後に、市町村から指定地域移行支援事業所に対して地域生活支援拠点等の機能を担うことを通知等により確認するとともに、市町村及び指定地域移行支援事業所は、協議会等の協議の場で共有するなど、地域生活支援拠点等に位置付けられたことを積極的に周知すること。さらに、連携担当者は、緊急時の対応における連携のみではなく、平時から地域生活支援拠点等のコーディネート機能を担う相談支援事業所等の拠点関係機関との情報連携に努めることとし、行政機関や拠点コーディネーターとの日常的な情報連携や地域における地域生活支援拠点等に係る会議体や協議会へ積極的に参画すること。
【居住支援連携体制加算】 地域移行：35 単位/月 地域定着：35 単位/月	住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会に対して、1 月に 1 回以上、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報を共有した場合 〔記録（作成）〕情報の共有を行った日時、場所、内容、共有手段（面談、テレビ電話装置等の使用等）等について記録を作成し、5 年間保存するとともに、市町村長から求めがあった場合については、提出しなければならない。
備 考	◎利用者の住宅の確保及び居住の支援に係る必要な情報」とは、具体的には、利用者の心身の状況（例えば、障害の程度や特性、疾患・病歴の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴など）、日常生活における本人の支援の有無やその具体的状況及びサービスの利用状況、利用者の障害の特性に起因して生じうる緊急時の対応等に関する情報であること。 ◎「情報の共有」については、原則、対面による情報共有のほか、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、障害を有する者が参加する場合には、その障害の特性に応じた適切な配慮を行うこと。なお、個人情報保護委員会「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」等を遵守すること。また、テレビ電話装置等を使用する場合には、当該情報の共有に支障がないよう留意すること。 ◎当該加算を算定する場合は、住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会との連携により利用者の住宅の確保及び居住の支援を図る体制を確保している旨を都道府県（指定都市又は中核市にあっては、指定都市又は中核市とする）へ届け出るとともに、当該旨を事業所に掲示するとともに公表する必要があること。

【地域居住支援体制強化推進加算】 地域移行支援 500 単位/月 地域定着支援 500 単位/月	利用者の同意を得て、当該利用者に対して、居住支援法人と共同して、居宅における生活上必要な説明及び指導を行った上で、協議会（法第 89 条の 3 第 1 項に規定する協議会をいう。以下同じ。）又は保健、医療及び福祉関係者による協議の場（障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 29 年厚生労働省告示第 116 号）別表第一の八に規定する保健、医療及び福祉関係者による協議の場をいう。以下同じ。）に対し、当該説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題を報告した場合。
算定回数	当該利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度
記録（作成）	「在宅での療養又は地域において生活する上で必要となる説明及び指導」等の必要な支援を行った場合には、当該支援内容を記録するものとする。また、協議会又は保健、医療及び福祉関係者による協議の場に対し報告した日時、報告先、内容、報告方法（協議会等への出席及び資料提供、文書等）等について記録するものとする。なお、作成した記録は 5 年間保存するとともに、市町村長から求めがあった場合については、提出しなければならない。 ※報酬告示では、「居宅における生活上必要な説明及び指導」と記載があり、留意事項通知では、「在宅での療養又は地域において生活する上で必要となる説明及び指導等の必要な支援」と記載がある。
備 考	◎「説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題」は、協議会等への出席及び資料提供や文書等による方法で報告すること。 ◎「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 29 年厚生労働省告示第 116 号）別表第一の八」は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築。
【ピアサポート体制加算】 地域移行支援 100 単位/月 地域定着支援 100 単位/月	都道府県又は指定都市が実施する障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者をそれぞれ常勤換算方法で 0.5 以上配置する事業所であって、当該者によりその他の従業者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場合。 ア 障害者又は障害者であったと都道府県知事（指定都市又は中核市においては、指定都市又は中核市の市長。）が認める者（以下「障害者等」という。）であって、指定地域移行支援従事者又は指定地域定着支援従事者として従事する者。 イ 管理者、指定地域移行支援従事者又は指定地域定着支援従事者として従事する者。 なお、上記の常勤換算方法の算定に当たっては、併設する事業所（指定自立生活支援事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で 0.5 以上になる場合を含むものとする。

備 考

研修を修了した従業者を配置している旨を都道府県（指定都市又は中核市にあっては、指定都市又は中核市とする）へ届け出るとともに、当該旨を事業所に掲示するとともに公表する必要があること。

なお、ピアサポーター等の本人の氏名の公表を求めるものではなく、加算の算定要件を満たすピアサポーター等を配置している事業所である旨を公表することを求める趣旨であること。また、当該旨の公表に当たっては、あらかじめピアサポーターである障害者等の本人に対し、公表の趣旨（※）を障害特性に配慮しつつ丁寧に説明を行った上で、同意を得ることが必要である。

※ピアサポートによる支援を希望する者に対し、事業所の選択の重要な情報として知ってもらうために公表するものである。

（研修の要件）

「障害者ピアサポート研修」とは、地域生活支援事業通知の別紙 1 地域生活支援事業実施要綱別記に定める障害者ピアサポート研修事業として行われる基礎研修及び専門研修

（障害者等の確認方法）

当該加算の算定要件となる研修の課程を修了した「障害者等」については、以下の書類又は確認方法により確認するものとする。

（ア）身体障害者：身体障害者手帳

（イ）知的障害者：① 療育手帳、② 療育手帳を有しない場合は、都道府県（指定都市又は中核市にあっては、指定都市又は中核市とする。）が必要に応じて知的障害者更生相談所に意見を求めて確認する。

（ウ）精神障害者：以下のいずれかの証書類により確認する（これらに限定されるものではない。）。

① 精神障害者保健福祉手帳、② 精神障害を事由とする公的年金を現に受けていること又は受けていたことを証明する書類（国民年金、厚生年金などの年金証書等）

③ 精神障害を事由とする特別障害給付金を現に受けている又は受けていたことを証明する書類、④ 自立支援医療受給者証（精神通院医療に限る。）、

⑤ 医師の診断書（原則として主治医が記載し、国際疾病分類 ICD10 コードを記載するなど精神障害者であることが確認できる内容であること） 等

（エ）難病等対象者：医師の診断書、特定医療費（指定難病）受給者証、指定難病に罹患していることが記載されている難病医療費助成の却下通知等

（オ）その他都道府県（指定都市又は中核市にあっては、指定都市又は中核市とする。）が認める書類又は確認方法

★令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定等に関する Q&A

VOL.1 問 7 ピアサポート体制加算について、当事者の障害種別と事業所が対象とする主たる障害種別が一致していない場合も算定することが可能か。

（答）算定することが可能である。

【日常生活支援情報提供加算】日常生活支援情報提供加算は月単位で算定される小規模加算（例：月 100 単位前後）	地域定着支援（居住支援）」を行う事業所が、利用者の地域での生活を安定させるために、日常生活に関する情報提供を行った場合に算定できる加算 日常生活支援情報提供加算は、「地域で生活続けるための情報共有」を評価する加算 ■ 加算の目的 独居など地域で生活する障がいのある人が、安心して生活を継続できるよう情報を提供・共有すること 家族・支援者・関係機関間の情報連携を強化 生活上の不安やトラブルを未然に防止 ■ 主な算定要件（概要）（地域生活支援の充実がねらい） ① 日常生活に関する情報の提供 以下のような情報を、本人・家族・関係者へ提供することが典型例 ・生活リズム、服薬、金銭管理状況 ・相談支援の状況 ・緊急時対応の方法 ・生活上の課題や支援内容 ・地域支援機関の利用案内 ② 記録の整備 ・いつ／誰に／何を伝えたか ・どのような方法で情報提供したか ③ 関係機関との連携 ・地域包括、相談支援専門員、医療、訪問系サービスなどと協働。 ④ 利用者の同意 ・必要な情報共有について、本人または家族の同意を得る。 ■ 地域定着支援における位置づけ 地域定着支援は、見守り、緊急時対応、相談支援などを包括して行う支援で、特に独居や地域移行後の生活が不安定な人を支える仕組み。
--	--

申請者の現状(基本情報)					
作成日	令和 年 月 日	病院・施設名	インテーク作成者		
1. 概要(支援経過・現状と課題等)					
【支援経過】※退院できなかった理由も含む					
【病院の地域移行支援利用の希望及び理由】					
【退院に向けての課題】					
＜主な現状と課題＞					
2. 利用者の状況					
フリガナ 利用者氏名		生年月日	M T S H	性別	男・女
住 所	〒 - 〇〇 県 〇〇〇 市 〇〇町 〇〇 番地			電話番号	
持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()					
フリガナ 保護者氏名	(続柄)		住所	〒 - Tel	
障害または疾患名			入院形態	措置・医保・任意	
合併症の有無	有・無 (病名)		他科受診の状況	有・無 (医療機関名 頻度)	
手帳	有・無・申請中 【種類】身体・療育・精神 (級)		年金	有・無・要件無 【種類】障害基礎・障害厚生・老齢 (円/年)	
経済状況					
家族構成 ※ジェノグラム、年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※病歴・受診歴等含む				処方内容	
本人の主訴(意向・希望)			本人の主訴を踏まえた家族の意見(意向・希望)		

〔様式2〕

サービス等利用計画案

利用者氏名（児童氏名）		障がい支援区分		相談支援事業者名			
障がい福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者			
地域相談支援受給者証番号				利用者同意署名欄			
計画作成日		モニタリング期間（開始年月）					
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							
長期目標							
短期目標							
優先順位	解決すべき課題（本人のニーズ）	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1							
2							

〔様式3〕

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名（児童氏名）		障がい支援区分		相談支援事業者名	
障がい福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

〔様式 4〕

サービス等利用計画

利用者氏名（児童氏名）		障がい支援区分		相談支援事業者名	
障がい福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号				利用者同意署名欄	
計画作成日		モニタリング期間（開始年月）			

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	
長期目標	
短期目標	

優先 順位	解決すべき課題 （本人のニーズ）	支援目標	達成 時期	福祉サービス等		課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
				種類・内容・量（頻度・時間）	提供事業者名 （担当者名・電話）			
1								
2								

〔様式 5〕

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名（児童氏名）		障がい支援区分		相談支援事業者名	
障がい福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

〔様式 6〕

モニタリング報告書（継続サービス利用支援）

利用者氏名（児童氏名）		障がい支援区分		相談支援事業者名	
障がい福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号				利用者同意署名欄	
計画作成日		モニタリング作成日			

総合的な援助の方針	全体の状況

優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 （事業者からの聞き取り）	本人の感想・ 満足度	支援目標の達成度 （ニーズの充足度）	今後の課題・ 解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス 種類の変更	サービス 量の変更	週間計画の 変更	
1							無	無	無	
2							無	無	無	

〔様式 7〕

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名（児童氏名）		障がい支援区分		相談支援事業者名				
障がい福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者				
地域相談支援受給者証番号								
計画開始年月								
	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
サービス提供によって実現する生活の全体像								

〔様式 8〕

地域移行支援計画

これから先、退院(退所)までの計画です。自分のペースで取り組みます。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。

利用者氏名： 様 作成年月日

サービス等利用計画の到達目標

(1)長期目標(内容及び期間等)

…(令和 年 月頃)

(2)短期目標(内容及び期間等)

…(令和 年 月頃)



私()自身がすることを矢印の下に書き込みます

私()の 期待や不安	その為に 協力する人	協力する 内容	支援上の留意 事項等	協力(支援)の目安					
				月	月	月	月	月	月

同意日

利用者名

指定一般相談支援事業所

相談支援専門員(地域移行推進員)

R 年 月 日

印

印

〔様式 9〕

地域移行支援計画

これから先、退院（退所）までの計画です。自分のペースで取り組みます。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。

利用者氏名：

様

作成年月日：令和年月日

サービス等利用計画の到達目標

(1)長期目標(内容及び期間等)

…(令和年月頃)

(2)短期目標(内容及び期間等)

…(令和年月頃)



私()自身がすることを矢印の下に書き込みます

私()の 期待や不安	その為に 協力する人	協力する 内容	支援上の留意 事項等	協力(支援)の目安					
				3月	4月	5月	6月	7月	8月

同意日

利用者名

指定一般相談支援事業所

相談支援専門員(地域移行推進員)

R 年 月 日

印

印

〔様式 10〕

サービス等利用計画 － 退院後

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者			
地域相談支援受給者証番号				利用者同意署名欄			
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)					
利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)							
長期で目指す姿	令和 年 月頃						
短期で目指す姿	令和 年 月頃						
短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	提供 期間	支援 担当者	私(本人)の役割	支援者等の役割	その他 支援上の留意事項等	評価 時期
総合的な支援の方針							

〔様式 11〕

危機かな（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
私の調子が悪くなる前は（サインは）		
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 R 年 月 日 主担当： _____ 主治医： _____ 行政： _____ 相談支援： _____ 連絡先： _____ 連絡先： _____ 連絡先： _____ 連絡先： _____		
【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がっていきます。 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。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。		

〔様式 12〕

地域定着支援計画兼台帳

利用者氏名		住所		電話番号	
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		指定一般相談支援事業者名		利用者同意署名欄	
計画案作成日		支給有効期限			

心身の状況					
置かれている環境	☐ 単身生活 ☐ 障害・疾病・高齢等の家族と同居 ☐ 退院・退所直後及び地域生活不安定 ☐ その他（ ）				

長期で目指す姿	令和 年 月頃	
短期で目指す姿	令和 年 月頃	

短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと	福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）	提供 期間	支援 担当者	私（本人）の役割	支援者等の役割	その他 支援上の留意事項等	評価 時期

緊急時に必要となる連絡先	所属	担当者	連絡先	その他

〔様式13〕

地域定着支援台帳													No.1
最終更新日			年 月 日			修正者							
初期作成日			年 月 日			作成者							
台帳作成相談支援事業所						担当者				連絡先			
計画作成相談支援事業所						担当者				連絡先			
ふりがな 氏 名	様 (男・女)				生年月日		年 月 日			(歳)			
連絡先	住所	〒				TEL							
						FAX							
		暮らし・家族同居・その他(				メール							
身体状況	身長	cm	体重	kg	現在使用してる福祉用具					その他特記事項 (言語・聴覚・視覚・その他)			
	麻痺		☐ 無 ☐ 四肢麻痺 ☐ 片麻痺(右・左) ☐ その他(										
	座位・立位保持等		座位保持(☐ 可 ☐ 不可) 立位保持(☐ 可 ☐ 不可) 起立(☐ 可 ☐ 不可										
	移動		☐ 自立歩行 ☐ 介助歩行 ☐ 手動式車椅子 ☐ 電動車椅子										
障がい又は疾患名						障がい者手帳					障がい程度区分		
医療	自立支援医療			健康保険						血液型			
	医療機関名			診療科		主治医氏名		連絡先		備考			
				科									
				科									
				科									
				科									
服薬状況													
病障がい 歴史	年 月	事 項					生活歴	年 月	事 項				
経済状況	生活保護	有・無		障がい年金の種類				その他特記事項					

〔続き〕

No.2										
家族 親族	氏 名		続 柄	年 齢	職業・学校	同居・別居	連絡可否 優先順位	連 絡 先	緊急連絡先	備考
				歳						
				歳						
				歳						
				歳						
				歳						
関 係 機 関	種 別	関 係 機 関 名			担当者名	連 絡 先		緊急連絡先	備 考	
※援護の実施者、福祉サービス事業者、成年後見人、ピアサポーター、大家、保証人、不動産屋、民生委員、消防団・町会などをはじめ近隣の関係のある人など、いざというときに必要（連絡をとったほうがよい）な人や機関、キーパーソンなどを記入しておく。										
関 係 機 関 (ラ イ フ ラ イ)	種 別	会 社 名			担当者名	連 絡 先		緊急連絡先	備 考	
	電気									
	水道									
	ガス									
	電話									
	その他									
本人の 状況や 環境										
緊急時の 留意点										

〔続き〕

No.3

支
援
経
過

年 月 日

内

容

世帯状況・収入

様

申請年月日 令和 年 月 日
申請者（保護者）住所
申請者（保護者）氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申請者				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯主				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯員				☐ 課税 ☐ 非課税

2 申請者の収入の状況について

〔 個別減免・補足給付を申請しない場合…①、②、③のみ記入
〃 申請する場合…全て記入 〕

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円 ①
--------	-----

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）（②）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）（③）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
その他収入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

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		申 請 者	
氏 名		との関係	
住 所	〒 電話番号		

（記入上の注意）

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）
支給（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書

市町村長名 様

次のとおり申請（変更）します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号												
	氏 名	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日											
	居住地	電話番号													
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		個人番号												
			生年月日	平成・令和 年 月 日											
			続 柄												
身体障害者 手帳番号	第 号	療育手帳 番 号	第 号	精神障害者保健 福祉手帳番号	第 号	疾病									
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)											
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。） 有 ・ 無															
配偶者				個人番号											
扶養義務者				個人番号											

※「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 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分	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 サービス	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	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	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	事業所名 サービス量 事業所名 サービス量 開始時期：令和 年 月 受給者番号：
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助	
		☐ 同 行 援 護		
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 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）	事業所名 サービス量 開始時期：令和 年 月 受給者番号：
		☐ 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	
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 就労移行支援（養成施設）	開始時期：令和 年 月 受給者番号：	
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型		
		☐ 就 労 継 続 支 援 B 型		
地域相談	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助（グループホーム）	(希望する)指定特定相談支援事業所 連絡先	
	☐ 地 域 移 行 支 援			
		☐ 地 域 定 着 支 援		

- サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、戸北町から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。
- 利用者負担額の決定のためには必要があるときは、（１）私の属する世帯の課税状況を地方自治法の規定に基づき課税台帳等により福祉課が確認すること、（２）私の属する世帯員の収入の状況及び資産について、官公署、銀行、その他の機関、若しくはその他の関係人に確認することに同意します。

申請者氏名

印

主治医 (※) も	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

(※) 主治医の欄は、介護給付費、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（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する 減免の 種類も	☐ 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。 （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。） 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 ※ 療養介護を利用する場合は、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障害者基礎年金等の収入の合計額が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（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者	
	☐ 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. 療養介護利用者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 才）
	☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）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。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設、特定旧法指定施設）	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年令 才）
	☐ IV グループホーム等入居者（注）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） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象事業所は、共同生活援助（グループホーム）。	
☐ 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。

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

計画相談支援依頼（変更）届出書

様

次のとおり届け出します。

届出年月日 令和 年 月 日

区分

新規・変更

申請者	フリガナ											個人番号														
	氏 名											生年月日	昭和 年 月 日													
	居 住 地	〒										電話番号														

計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住 所	〒
電話番号	

指定特定相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 年 月 日

委 任 状（見本）

私は、総合支援法施行に関する申請等における所得調査に係る一切の権限を、
『
』に委任します。

『
』様

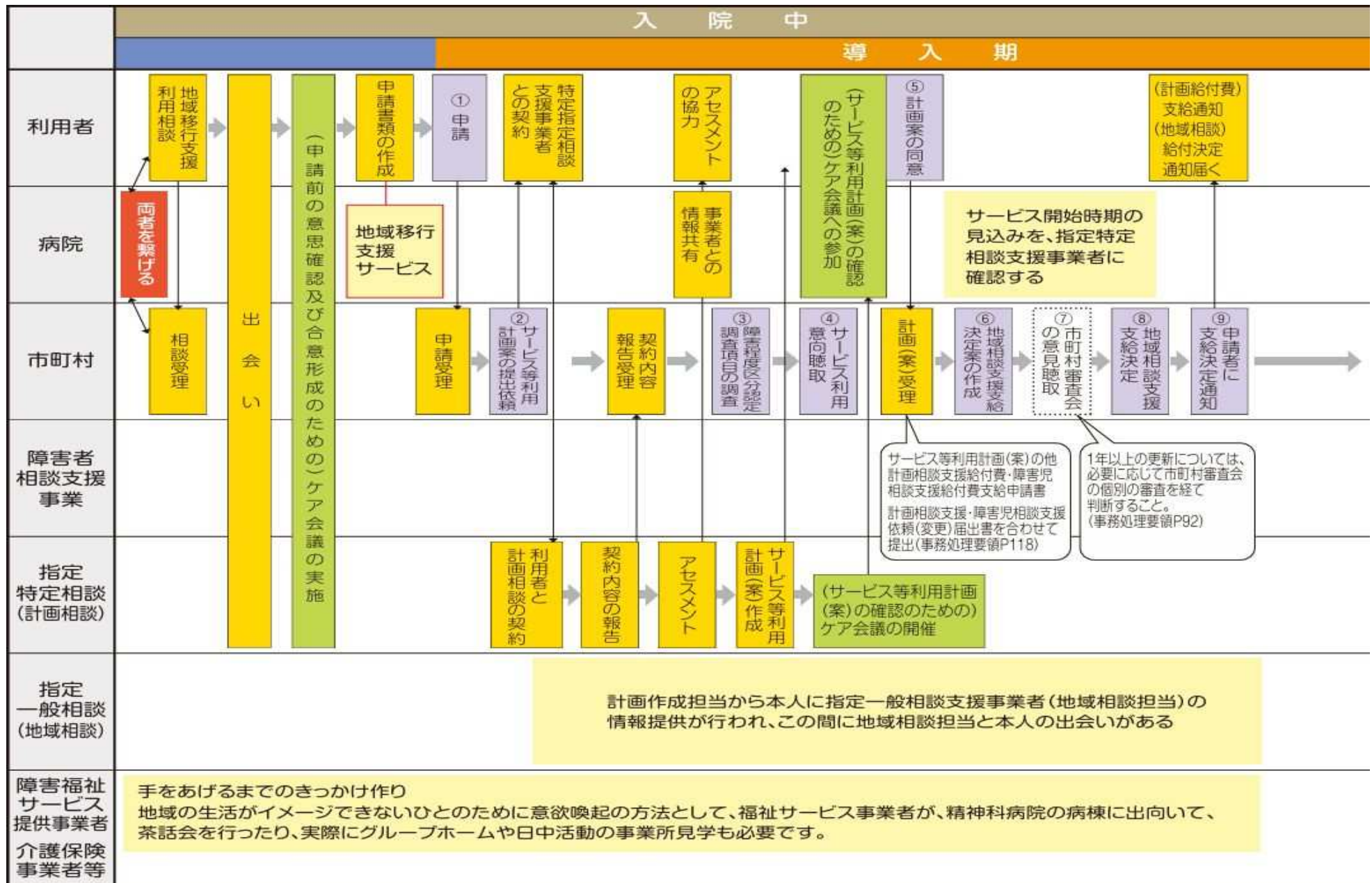
令和 年 月 日

住 所

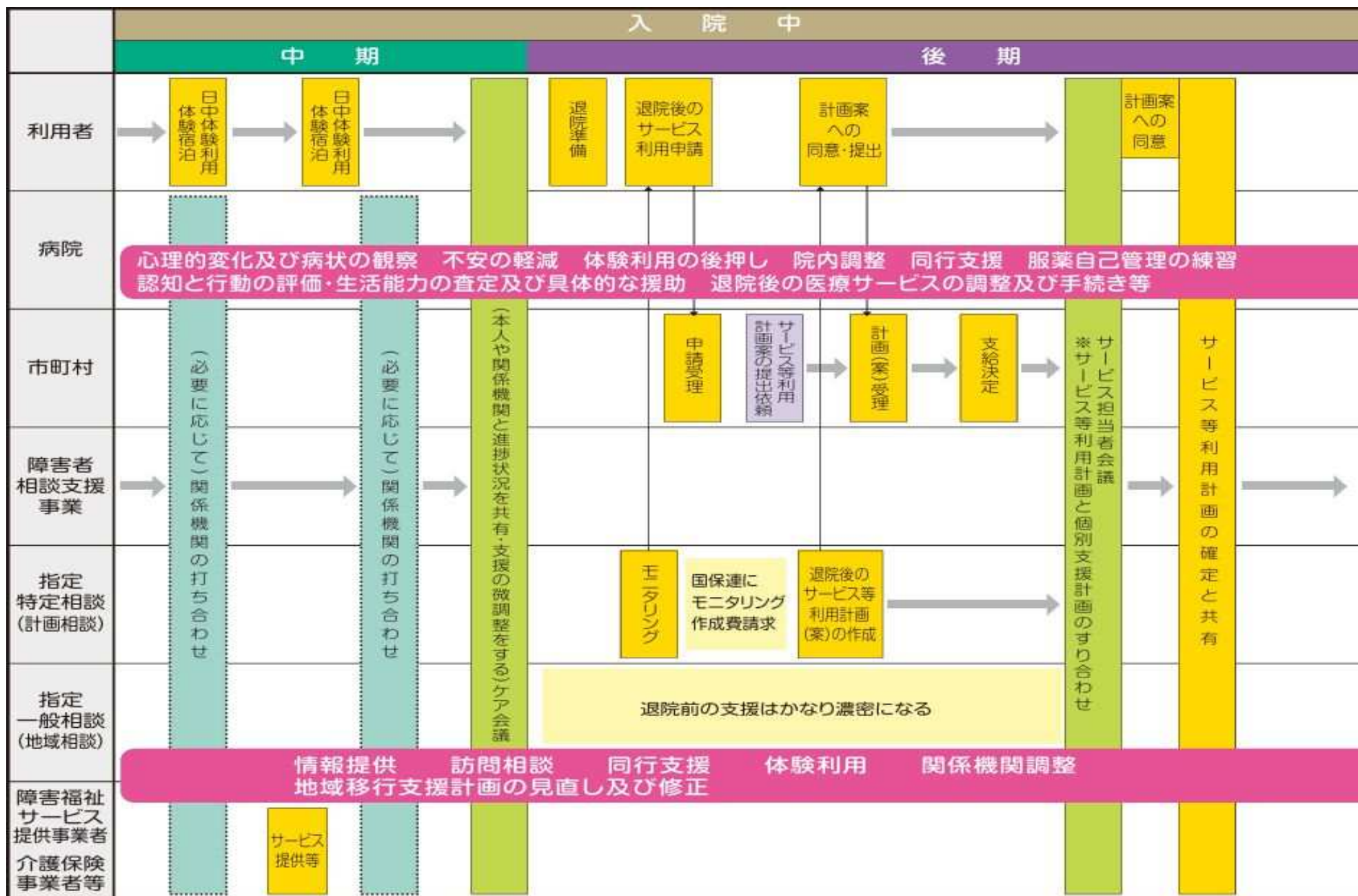
氏 名

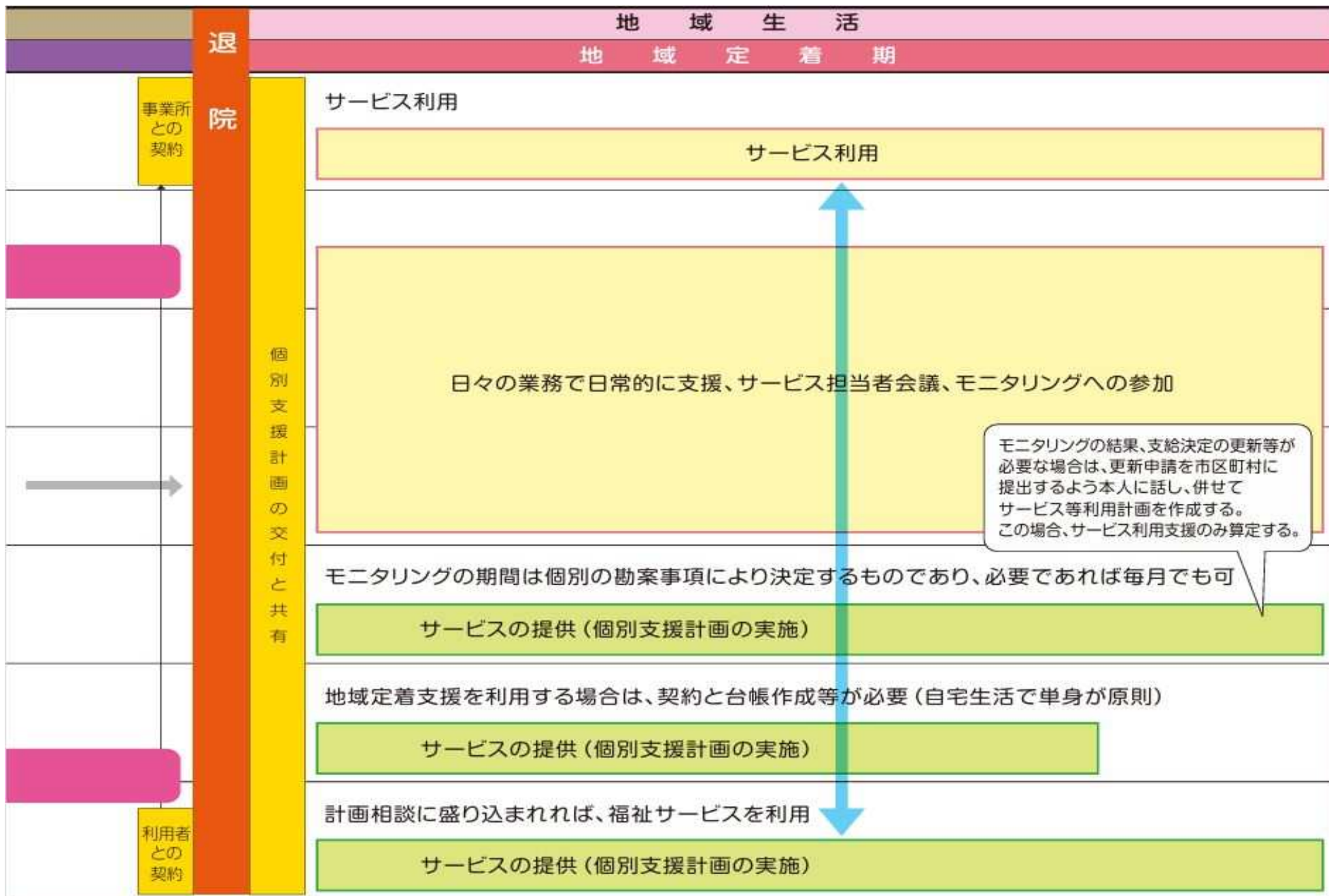
【資料10】〔支援の流れ〕

引用：一般社団法人 支援の三角点設置研究会









【資料 11】〔受給者証〕

$$1 - \frac{1}{2}$$

障害福祉サービス受給者証					
受給者証番号					
文 部 省 民 生 委 員 会	氏名				
	フリガナ				
	姓 名				
	生年月日 年 月 日				
市 民 局	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日				
障害種別 ・ ? *					
交付年月日 年 月 日					
支給市町村名 茨城県 水戸市					

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害程度区分	
施設有期間	年 月 日から 年 月 日まで
ホーム利用	
支給番号	
施設決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
ホーム利用	
支給番号	
施設決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
ホーム利用	
支給番号	
施設決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
備考	

11

サーブス種別	
文経監等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サーブス種別	
文経監等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで

(四)

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給額等	
支給決定期間	〃 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給額等	
支給決定期間	〃 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給額等	
支給決定期間	〃 月 日から 年 月 日まで
子償額	

(五)

計画相談支援給付書の支給内容				
支給期間	年	月から	年	日まで
指定特定相談支援事業所名				
モタタリング施設				
予備欄				
特定障害者特別給付金の支給内容				
施設入所支援				
支給額	円/月			
適用期間	年	月	日から	年
共同生活介護、共同生活援助又は重度障害者等包括支援				
支給額	円/月			
適用期間	年	月	日から	年
予備欄				

(六)

利用者負担に関する事項	
利用者負担割合（原則）	—割 負担—限月額
適用期間	—月—日から—年—月—日まで
食事提供費負担割合決定概要	
適用期間	—月—日から—年—月—日まで
利用者負担上限額管理対象事業等の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
子施設	

(七)

番号	訪問系サービス事業者記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(八)

番号	訪問系サービス事業者記入欄		
4	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
5	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
6	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(九)

短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日 月 数 計	事業者 確認印
1		年 月 日から 年 月 日まで		
2		年 月 日から 年 月 日まで		
3		年 月 日から 年 月 日まで		
4		年 月 日から 年 月 日まで		
5		年 月 日から 年 月 日まで		
6		年 月 日から 年 月 日まで		
7		年 月 日から 年 月 日まで		
8		年 月 日から 年 月 日まで		
9		年 月 日から 年 月 日まで		
10		年 月 日から 年 月 日まで		
11		年 月 日から 年 月 日まで		
12		年 月 日から 年 月 日まで		

(十)

番号	生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援事業者記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(十一)

療養介護・共同生活介護・共同生活援助・ 施設入所支援事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日	事業者 確認印
1		入所(居)日 年 月 日 退所(居)日 年 月 日	
2		入所(居)日 年 月 日 退所(居)日 年 月 日	
予備欄			

R6.11.7 地域移行支援部会研修GW 全グループのまとめ

◇地域移行を進める上で、必要と思われる『社会資源に関する情報』やそれに基づく『職域の強みや課題』に着目しながら圏域のロードマップの作成に取り組みましょう。

①どんな支援や資源（インフォーマルも含め）があれば退院可能なのか、事例報告や普段の業務で行っている事等を基に各自気づいた『職域や地域の強み』・『不足している資源・課題』等について意見交換しましょう。

②『不足している資源や課題』についてどのようになるべきか、今すぐ出来そうなことや今すぐは難しいけど、将来的にやるべきことについて検討しましょう。

職域や地域にある資源・強み	現状・課題 〔不足している資源・課題〕	どのようになるべきか願望を含め	・今すぐ出来そうなこと ・今すぐは難しいけど、将来的にやるべき事
・地域移行支援部会がある ・圏域で一般相談の実績がある ・部会で情報交換しやすい ・自立支援協議会を通して共有できている。 ・地域の社会資源を知っている ・関係機関との連携がとりやすい ・相談支援事業所同士の連携がとりやすい ・情報は得やすい ・担当者の事を知っているので相談しやすい ・事業所や相談支援員の良さや性格まで把握している。 ・親しみがあり丁寧に対応してくれる ・丁寧な支援と行動力がある ・ネットワーク『顔の広さ』 ・地域コミュニティが形成されている。 ・田舎は家族親族間のつながりが強い ・精神科病院PSWの地域移行に関しての理解がある ・体験や短期入所の受入れ対応可能 ・いつでも地域移行の準備ができています（行政）	・地域移行したい利用者との信頼関係構築の為の知識やスキル不足 ・どのように地域移行を進めたらよいかわからない ・地域移行支援の浸透が足りない ・地域移行したあとの継続したサポート体制が足りない ・障害に対する理解度が受入れ先の事業所によってバラバラ ・地域移行支援に関わった人が少ない ・地域移行を請負う一般相談支援事業所が少ない（2 つ） ・医療機関で相談支援事業所を持っている所が無い ・GHやヘルパー等の受け皿が少ない ・退院先が少ない。 ・GH体験は空所が無いと利用できない ・単身用住宅が少ない（費用面も） ・移行先暮らしの場の選択肢が少ない ・障がい者施設からの地域移行イメージが無い ・体験の場としての受入れ経験が無い ・家族の理解を得るのが難しい ・社会支援の多い地域へ移ると医療機関が変更になる	・地域移行支援についての啓発 ・上手くいった事例上手くいかなかった事例の共有 ・自立支援協議会（地域移行支援部会）の発展 ・情報共有ツールを活用した連携 ・就労事業所を体験する際の情報共有 ・県内で地域移行の給付マニュアルがほしい ・地域移行支援に関するQ & Aがほしい ・社会資源の充実（GHを増やす）	・地域での事例共有（成功・失敗事例から学ぶ） ・地域移行支援部会を主眼におき共有とブラッシュアップを図る ・出前講座（施設や医療機関へ出向き、地域移行についてスタッフへ周知） ・地域移行支援部会研修へ家族も参加してもらう ・地域の受け皿となる事業所（居宅介護、生活介護、就労等）への地域移行周知 ・支援マニュアル制作（相談支援・医療機関・行政等） ・相談支援事業所向けに一般相談支援事業の業務をレクチャーし事業所指定をとる ・連携ツール（MCS等）を精査する

【地域移行支援部会としての今後の展開】

・臨時で部会を開き上記意見及び前年度目標も含めて、各職域で取り組むこと（役割）を整理する。

・マニュアルが出来る事で支援者側の理解促進や、支援時の負担軽減に繋がるので早期に作成に取り掛かる。

・県の地域移行研修が開催されるようであれば圏域として参加し共有する。

A	の講義を聴いて医療機関と他機関が繋がる為に必要だと感じた点・大切だと思った点・感じた事等
	地域移行支援についての通知（2件）
	現場内での制度に対する周知のしき
	本人の意思と周りの理解
	家族への説明と支援
	地域移行に関わる担当者だけでなく事業所全体が制度理解をしておくべき
	スタッフのモチベーション維持
	メンタル面への対応
	本人の意思確認
	本人や家族の思いを尊重すること
	相談支援専門員との連携は不可欠
	他機関・他職種との意見交換
	協力できる支援者を探す
	定期的な連絡
	関係機関の連携（1人で抱え込まないこと、縦・横・相）
	受皿となる地域資源は何か考える
	制度利用できる対象者の鑑定（病院側）
	部会で進捗状況報告（設立させない）
	決定後の準備支援、移行後の定着等のフォロー
	支援体制の中で家族支援も同時進行で行う事が重要ではないか
	地域に対象者が利用できる物がどれくらいあるか。地域に出ても引きこもりになっては意味がない。
	対象者の地域生活に対しての経験の積さをどう支援するか
B	の講義を聴いて医療機関と他機関が繋がる為に必要だと感じた点・大切だと思った点・感じた事等
	院内での周知、制度の理解を準備すること、働き方、（Dは必須）
	地域移行支援を利用する前の院内での周知（制度説明や今後の流れを共有）する事の重要性を感じた
	地域移行支援について、主治医・Ns・コメディカルスタッフに対して、制度の説明を行っていく
	携わるスタッフが制度として理解しているかどうか
	職員の状態（SW）職員への説明や情報共有
	院内の理解と協力を得られるか
	関係スタッフの理解、担当NsやDから選定させたいという熱意が大切。本人・支援者の思いを1つにする。
	部会からの病院への介入
	地域移行支援の推進り役が病院巡回する
	行政・警察・Fb・本人・地域の方々との連携の深め方
	他職種とのチーム作り仲間カンファレンス
	相談支援事業所の定期的な部会→患者と経費知りになる
	患者様の意見を置き代弁をする
	家族や近所の方に受け入れてもらう・理解してもらう
	受け入れる地域の風土、話解等の解消が出来るか
	成功体験を積み重ねていく
C	の講義を聴いて医療機関と他機関が繋がる為に必要だと感じた点・大切だと思った点・感じた事等
	院内で患者向け勉強会（周知）等を行う社会資源
	地域での事例検討会
	院内での地域移行に関する周知や説明が重要と思った。
	地域移行の周知や理解がまだまだ足りない
	職場内で他職種に向けての勉強会を行う（周知）
	地域移行をするにあたってDの意見や本人の思い等、色々な意見が出てきてるので悩めていく難しさ
	地域移行して失敗しても、病院等でもまた受け入れてもらえる体制作り
	話しを聞いてくれる人、見方になる事がまず第1歩だと感じた。
	退院に向けて話しを進めている時に体調不良になったりする患者さんの再開する時期や期間などの難しさ
	リスクだけ考えるのではなく、チャレンジしやすい支援者同士の繋がり、支援の在り方について考える
	業務利用してよかった人の話とが。めんどくさいとならぬように
	医の見える関係性
	地域移行支援部会に参加し、関係機関の方と顔なじみになる
	地域移行の利用率が上がらないのは何故？
	地域移行システム→手帳簿などがあれば
	中央区部会のような進捗状況を報告する機会
	病院だけでなく施設入所からの地域移行の進捗
D	の講義を聴いて医療機関と他機関が繋がる為に必要だと感じた点・大切だと思った点・感じた事等
	院内での周知・理解はなかなか難しいと感じた。協力してもらえ関係性も大事だと思った
	地域移行支援を利用する方は、そもそもの支援者（家族等）と疎遠の場合があり、退院後の生活について慎重に検討していく必要があると思う
	本人・家族の意向を尊重して柔軟な支援が必要だと想った
	とにかく先を占める。チームワークを徹底する
	退院後のサポート、地域での居場所を一緒に見つけていきたい
	情報共有の内部・タイミング（関係機関）を詰める
	やり取りの中に言いや前向きを入れ込む
	理解を得ることがそもそも困難であり、説明と理解を得ることの難しさをおこなう
	相談員は、病院との情報・現状把握もしていきながら焦らず進めていく
	ストレングスを重視する（千人・関係者）
	繰り返しすぎない（役割）柔軟な対応
	居住支援の確保（所定住宅や民間住宅の仕組みづくりが必要）
	これから地域で環境移行に取組んでいく所である為、院内での対応や差別されたこと地域移行支援サービスのメリットを知る事が出来て良かった
	部会でも定期的に進捗状況を報告出来て良かったとのことだったので、人海でも引き続き関係していきたい
	やってみよう
E	の講義を聴いて医療機関と他機関が繋がる為に必要だと感じた点・大切だと思った点・感じた事等
	地域医療が忙しくスタッフ不足もあり、退院に向けて取り組む事に対して手が回らない
	患者さんが退院したいと希望する人もいるが、実際退院できるだろう、自宅でも生活が可能だろうと思われ患者さんでも入施設継続を希望する方が多い
	本人の意思確認（保護）
	本人の意向（退院したい気持ち）を大事にすること。モチベーション維持も含めて
	院内での理解促進（情報福祉サービス等、家族等への説明、退院する事によって不安になる人に対しての説明）
	地域移行支援に取組むにあたっての病院としての流れが明確になっていない。関係スタッフへの周知や協力体制が今後の課題
	（導入期）主治医・相談員・Dやカンファレンス参加を依頼、日によってリーダーが変化する、他機関関係
	医療機関と地域のそれぞれの関係者が、対象者が自宅や地域で生活していく上での希望や配慮が必要な点を認識・共有していく事
	利用者の意向をしっかりと聞き取り、退院後の生活を支援して支える
	小さな事でも情報共有する
	各担当者へ逐一報告
	病院の内外で信頼に拠れる関係をつくること（お互いの業務、見えづらい所もあるので・・・）
	退院前から今後関わる事になる、地域の関係機関が本人との関係性が築けるように進捗等を確認し返す事でスムーズな地域移行に繋がると感じた
	関係機関同士で、対象者の検討や支援の方針に關しての検討を行う。協議が行える機会の確保
	協力してもらって継続づくり＝先から進んでいるとアピール。動きを知ってもらふ事
	地域移行支援部会で医の見える関係性を作る
	事業所が地域移行支援を行うことによる成功体験
	部会での進捗状況の報告とそれに伴う助言・情報共有
	（精神不安定期）相談支援専門員と今後の流れや現状できる事を確認

カテゴリー別	
周知（制度理解・理解促進）	
1	地域移行支援についての周知（2件）
2	地域移行に関わる担当者だけでなく事業所全体が制度理解をしておくべき
3	院内での周知。制度の理解を進めること。働きかけ。（Dは必須）
4	携わるスタッフが相談として理解しているかどうか
5	院内での地域移行に関する周知や説明が重要と思った。
6	病院内での理解促進（障害福祉サービス等、家族等への説明、退院する事によって不安になる人に対しての説明）
7	（導入期）主治医・部長・Qへカンファレンス参加を依頼。日によってリーダーが違う為、様子説明
8	地域移行支援について、主治医・Ns・ユメジオカススタッフに対して、制度の説明を行っていく
9	職員の声（SW）職員への説明や情報共有
10	退院内での制度に対する周知の難しさ
11	地域移行の周知や理解がまだまだ足りない
12	院内で患者向け勉強会（周知）等を行う社会資源
13	薬城での事例検討会
14	職場内での勉強会に向けての勉強会を行う（周知）
15	院内での周知・理解はなかなか難しいと感じた。協力してもらえる関係性も大事だった
16	理解を導くことがそもそも困難であり、説明と理解を得ることの徹底をおこなう
17	地域移行支援に取り組むにあたっての病院としての流れが明確になっていない。新棟スタッフへの周知や協力体制が今後の課題
18	地域移行支援を利用する前の院内での周知（制度説明や今後の流れを共有）する事の重要性を感じた
周知（協力・思い）	
1	本人の意思確認（希望）
2	本人の意向（退院したい気持ち）を大事にすること。モチベーション維持も含めて
3	利用者の意向をしつかり聞き取り、退院後の生活を見据えて支援する
4	患者様の意見を聞き代弁をする
5	本人・家族の意向を尊重して柔軟な支援が必要だった
6	本人や家族の思いを尊重すること
7	家族への説明と支援
8	家族や近隣の方に受け入れてもらう・理解してもらう
9	地域移行をするにあたってDの意見や本人の思い等、色々な意見が出てきてるので進めていく難しさ
10	相談支援事業所の定期的な面会→患者と顔見知りになる
11	支援体制の中で家族支援も同時進行で行う事が重要ではないか
12	関係スタッフの理解。担当NsやDrから退院させたいという熱意が大切。本人・支援者の思いを1つにする。
13	スタッフのモチベーション維持
14	難しきすぎない（役割）柔軟な対応
15	情報共有の改善・タイミング（関係機関）を計る
16	メンタル面への対応
17	やり取りの中に受けや前向きを入れ込む
18	相談員は、病院との情報・連携調整もしていきながら焦らず進めていく
19	院内の理解と協力を得られるか
20	対象者の地域生活に対しての経験の無さをどう支援するか
21	決定後の事後支援。移行後の実習等のフォロー
22	制度利用でできる対象者の選定（新院制）
23	本人の意思と周りの理解
24	ストレスを軽減する（本人・関係者）
25	定期的な面談
26	話しを聞いてくれる人、協力になる事がまず第1歩だと感じた。
連携（院内・地域等・関係者）	
1	他職種とのチーム作り合同カンファレンス
2	行政・警察・消防・本人・地域の方々との連携の深め方
3	他職種・他職種との意見交換
4	関係機関同士で、対象者の検討や支援の方法についての検討を行う。協議が行える機会の確保
5	協力してもらう体制づくり（外から来ているとアビドル。動きを知ってもらう事
6	部会からの病院への介入
7	顔の見える関係性
8	協力できる支援者を探す
9	各担当書へ逐一報告
10	とにかく丸く収める。チームワークを醸成する
11	小さな事でも情報共有する
12	関係機関の連携（1人で抱え込まないこと、縦・横・相）
13	地域移行支援の旗振り役が病院員とする
14	地域移行支援部会で顔の見える関係性を作る
15	部会で相談状況報告（置ききぜない）
16	中央症察会のような連携体制を報告する機会
17	地域移行支援部会に参加し、関係機関の方と顔なじみになる
18	部会での進捗状況の報告とそれに伴う助言・情報共有
19	病院の内外で気軽に接れる関係をつくること（お互いの業務・見えづらい所もあるので・・・）
20	医療機関と地域のそれぞれの関係者が、対象者が自宅や地域で生活していく上での希望や配慮が必要な点を把握・共有していく事
21	相談支援専門員との連携は不可欠
22	退院前から今後関わる事になる。地域の関係機関が本人との関係性が密着するように面談等を繰り返す事でスムーズな地域移行に繋がると感じた
連携作り	
1	受け入れる地域の意見、誤解等の解消が出来るか
2	地域移行して失敗しても、病院等でまた受け入れてもらえる体制作り
3	退院後のサポート。地域での居場所を一括に見つけていきたい
4	居住支援の確保（町営住宅や民間住宅の活用は狙みづくりが必要）
5	受入となる地域資源は何か考える
6	地域移行システムで連携などがあれば
現状の課題と取り組みや改善すること	
1	地域に対象者が利用できる物がどれくらいあるか。地域にも引きこもりになっては意味がない。
2	病院業務が忙しくスタッフ不足もあり、退院に向けて取り組む事に対して手が回らない
3	患者さんが退院したいと希望する人もいるが、実習施設やできるだろう、自宅でも生活が可能だろうと思われる患者さんでも入院継続を希望する方が多い
4	地域移行支援を利用する方は、そもそもの支援者（家族等）と疎遠の場合があり、退院後の生活について慎重に検討していく必要があると思う
5	退院に向けて話しを進めている時に体調不良になったりする患者さんの再開する時期や期間などの難しさ
感じたこと	
1	病院だけでなく施設入所からの地域移行の進捗
2	地域移行の利用率が上がらないのは何故？
3	リスクだけ考えるのではなく、チャレンジしやすい支援者同士の繋がり、支援の在り方について考える
4	事業所が地域移行支援を行うことによる成功体験
5	実習利用してよかった人の話しとか。めんどくさいとならないように
6	（情報不足を解消）相談支援専門員と今後の流れや現状でできる事を把握
7	部会で定期的な進捗状況を報告し出で貰ったとのことだったので、人海でも引き続き関係していきたい
8	これから地域で地域移行に取り組んでいく所である為、院内での対応や苦労されたこと地域移行支援サービスのメリットを知る事が出来て良かった
9	やってみよう

水俣・芦北地域のロードマップ進捗の確認　〔グループワーク資料まとめ〕

	職域や地域にある資源・強み	現状・課題 〔不足している資源・課題〕	どのようになるべきか願望を含め	今すぐ出来そうなこと 今すぐは難しいけど、将来的にやるべき事
送り出す （病院）	- ベテラン看護師が多く患者理解ができている - 看護師、医師が優しい - Drと話しやすい - とどかぬが近い - 職員が仲が良い - 訪看、デイケアがある - 毎朝NsとDrで合同カンファレンスがある - 精神保健指定医がいる - 医学的な観点から専門的な意見を述べる事ができる - 精神科訪問看護を提供できる - 協立クリニック、海のみえるココロの病院、水俣病院がある - 意思確認ができる - 成功事例もある - 最の見える関係がある（相談しやすい） - 患者の意思確認、考えを整理して支援している - 狭い地域の中に病床数の多い病院が2つある（Dr、Ns、OT、PSW） - 院内の相談員が多い - 相談員が相談できる人がある - 体調不良時の受診、入院等の受け入れができる - 患者家族との付き合いが長い	- 部会や行政、関係機関との交流の場は、限られたスタッフに参加する為、情報共有不足（地域の情報） - 人員不足 - 職員の高齢化 - 業務の増加 - 退院に向けて訓練する場所や機会 - 入院患者様の高齢化による業務の増加 - マンパワー - 日中活動の場などの社会資源 - 病院内での周知ができていない - 本人の同意はあっても、家族の同意がとれない - 服薬管理しても精神の安定が難しい - 選定と送り出すタイミング（本人の不安感、スキル不足） - スタッフのモチベーション、知識、理解不足 - 事業所の特徴を知らない - GH等に患者さんを送り出す事で患者さんの自立に繋がる反面、その施設を知らないと不安が大きくなる - Drやスタッフ等人員の不足 - 院内共通の認識や目標がない - 制度の理解（相談員、病棟、本人） - 院内での周知 - 受け入れ側の理解 - 職員の知識不足 - 患者の知識不足 - 退院後の生活について体験ができない - 病院内への地域移行の意識づけ	- 患者さん主体で考える - 人員が増え、外に出る機会を増やす - 患者さんと会話する時間の確保 - 風通しの良い状況 - 行政で空き家を施設的な雰囲気のものにできないか - 院内の合同カンファレンスで、定期的に退院移行について検討する - 部会関係者も呼んで、年1回以上院内研修をする - 障害への理解を家族や地域住民に知ってもらう（事業所や作業所） - 急性期対応⇒病院（落ち着いたころ地域へ移行） - Dr、市町、担当Ns、OT、スタッフ等関わる人が制度を理解し、他職種で協力し進めていく - 支援者は目標、支援の流れ等の情報を統一しておく	- 病院全体での取り組み - 退院に向けての体制作り - 院内で交流の場を作る - 社会資源の増加 - 外部の方を受け入れ、風通しの良い病院にする - 施設を病院が持ち退院ししやすい状況を自ら作る - 院内での勉強会 - 研修会への参加 - 専門職員の育成 - 研修会（部会の熱意を病院へ） - 勉強会、研修会、家族会で知識や理解を高める - 地域の偏見、誤解の解消 - メンタル教育 - 病棟への説明 - Drへの説明 - 院内での勉強会 - 地域の支援部会にNsやOTの参加要請 - 病院での成功事例の検討
迎え入れる （地域）	- 顔が見える関係性がある - 自然に囲まれた環境で安心 - 地域住民がちょっとした変化に気づきやすい - 相談支援が資源を把握している - 病院と福祉の繋がりが有る - 地域のサービスに詳しい - 家族、親族の結びつきが強い - 一般相談支援が2ヶ所ある - 医療、保健、福祉のネットワーク - 病院側の理解も深まってきた（研修会、会議への出席） - GH、就労A型、就労B型、日中活動の場所はある - 人が優しい - 田舎でのんびりしている - 行政との連携ができている - 八代地域移行支援部会（年3回） - 精神科病院とも連携がとりやすい - 希望の広場（1回/2ヶ月）開催（園地内の精神科病院の副院長が呼びかけて、様々な職種がざくざくばらんに話しあえる会を企画している）	- 移行後の受け皿不足（GHの空所が無い等） - 実績が少ない - 家族の受け入れが難しい - 地域の人の不安感がある - 理解不足、知識不足 - GHや日中活動の場（就労A・B、生活介護）不足 - GHが不足 - 日中活動の場の不足（就労、生活介護） - 地域にある事業所の理解 - 医療体制 - 一般相談支援事業所が1ヶ所しかない - 相談支援の新規受託が難しい - 退院後行動障害対応のGH - ヘルパー事業所の人員不足で対応日数減が出ている - 市中心部以外の地活やB型の不足 - 一般相談を実施できる事業所が実質1ヶ所	- 必要な人に必要な情報を提供できる - 最も取り戻されない交流の機会を増やす - 退院前から退院後まで医療と福祉が一体的で動く仕組みを作る - ワンストップで生活上の困りごとを相談できる窓口を整備 - 地域として受皿（サービスや人手）が増えるように - 生活する力を高める - 本人がどこでどう生活したいのかを大事に支援できるように - 地域の理解と周知 - 医療、福祉それぞれの立場の生の声聴く - 一般アパートの受け入れ - 生活を支えるサービスを増やしたい（ヘルパー事業所） - 取り組んでいる人だけが頑張るのではなく、事業所、地域などで取り組む - 一般相談事業所の相談支援専門員の増員 - GHの増加 - 福祉サービスや提供事業所の充実 - 病院、事業所、行政等が1つになり地域移行支援を進めていく - 相談支援専門員、事業所が増える - 計画相談支援報酬アップ - モニタリング頑張る - 心の相談を気軽にしやすい - 病院にかりやすい地域づくり - 対象者も地域住民もより不安なく望んだ生活が送れる地域 - 中心部以外の地活やB型を行政主導で設置（農福、行政関係の仕事等） - 地域移行促進の文化の醸成	- 地域の居場所づくり - 拠点整備により誰もが集える交流施設や交流会を増やす - さつまホスピタルを例に迎え入れる手がかりを（ファミリーホスピタルさつま） - GH、デイケア、ナイトケア、自立訓練、歯科等 - 地域の人の理解（民生委員、家族等勉強会に参加してもらう） - 家族へのフォロー（家族会への参加） - ピアサポーターの利用 - 地域移行支援についての学習会（行政、病院、施設で行い理解を深める） - 病院、施設から地域移行させたい患者や入所者をあけてもらう（熱意） - 地域移行支援計画を立ててみる - 病院、施設への地域移行の周知（繰り返し地道に行う） - 障がい者支援協議会へ資源不足の課題をあげる - 八代で居住支援法人を受けてもらえる所を探す
体制作り	- 病院や地域、行政での地域移行支援部会がある - GHの整備 - 一般相談支援事業所の増加 - 勉強会があり、各部会で情報共有の場がある - 地域移行支援部会がある - 地域移行支援サービスを提供して下さる相談支援事業所がある - 地域移行支援に取り組もうとして下さる病院がある - 障がい者総合支援協議会があり、連携をとった情報提供することができている （天竺） - 精神科医療機関（3ヶ所） - 基幹相談支援センター（4ヶ所） - 各市町自立支援協議会精神部会設置 - 天草地域精神保健連絡会 - 住民同士のつながりが強く、地域の民生委員等から相談を受ける事がある （八代） - GH、A型、B型、ヘルパー事業所等ある程度整備されているが空きが少ない - 精神科病院（4ヶ所） - 精神科クリニック（2ヶ所） - 相談支援（要託、指定特定、基幹）あり	- 福祉サービスの事業所数が少なく、選択肢が限られる - 地域移行支援の実績が少なく、行政・医療機関等も対応方法が分からない - 住まいが少ない（GH、アパート等） - 支援者等マンパワー不足（ヘルパー、一般相談事業所2ヶ所） - 支援者、地域、家族への地域移行についての周知 - 精神系のGHが少ない - 空がない - 一般相談の数が少ない - GHが少なく、本人の希望に合う所がなかなか見つからない。理解が得られない。 - 知的、身体の方の地域移行はどうするか - 地域移行支援に繋がる事例が少なく、長期入院継続者も存在する - 治療中断等の状態不安定な地域住民で医療に繋がりにくいケースもある - 精神科医療に対する抵抗感がある - 周りに知られたくない - 地域に属してきてほしくないと思う、家族や親せきがいるケースがある	- 精神科系のGHを作ってほしい - GH体験する場があった方がよい - 退院後のイメージが立てられるようにする - 地域でのフォローや居場所づくり - 知的、身体、精神を含めた地域移行の体制作りが必要 - 事業所を増やすの難しいので、理解して頂ける事業所を増やす - 住民にも理解してもらえよう取り組みを行う - 患者さん、家族、地域の方、スタッフの方、行政、事業所の方が同じ目標に向かって取り組めるようにする	- 公営住宅や空き家を活用し、地域ごとに整備 ※地域移行支援対象者を優先的に入居 - 制度についての周知 - 対象者の先出しと、本人や家族への意向確認 - 退院について家族の理解を進めていく - 家族支援のサービス - 地域資源の情報共有（空所情報） - ボランティアの活用 - 精神科病院に併設したGH（受皿）の確保 - 体調が悪くなった時に病院に戻れる体制づくり - 地域移行支援部会の継続（病院、行政、保健師、相談支援） - 差別、偏見解消のための普及啓発の継続 - 退院後に向けたケース支援 - 地域移行を検討する機会の確保

GW① RPを見学して『どう感じたか』『気づいたこと』『特に印象に残ったこと』『変わった視点』等について意見を出す。

【1Q】	【2Q】	【3Q】	【4Q】
・地域移行について本人の今の思いを全員に共有する機会が大事 ・家族の協力が本人にとってもとても大きな力になるように感じた ・お父さんも娘さんのことを考えているなと思った。 ・10年入院していることから、生活に戻るのが不安。→実際に経験してみないと具体的な懸念は出てこないが、今の想定できる不安点が少しでも払拭ができればいいと思う。 ・長期入院されている方の不安はロールプレイのようにとっても強いんだろうなと感じた ・本人は不安そう ・いかに本人に安心感を与えサポート体制の見通しを伝えていくことの重要性を感じた ・入院中にサポートできることを本人に伝えていたので安心感につながったと思った ・どのようなサポートができるのか本人が安心できるような声かけがなされていて良かった ・退院したあと服薬管理ができるか不安そう ・「まずは本人の気持ちと聞きたい」とDrが言っていたのが印象に残った。 また、1回目の支援会議なので、本人の不要な気持ちをこれから解消しているといいのかなと思った ・Drが永江さんのように優しいなと思った。 ・本人一人で考えるのではなく、チームで考えていたのが良かった。 ・本人や父親が不安に思っている事の解決策をチームで考え安心させようという優しい気持ちが伝わってきた	・10年入院してるから世間のイメージができない。経験がない事は不安なので経験が必要 ・「退院できる」と言われても、実感がわかないかも。。。 (本人も家族も) ・退院した暮らしを経験してからでないとイメージができない ・口での説明は不安。やってみないとわからない。 ・初回面談であり本人、家族の不安や意思を聞くことに重点を置いて良かった。 ・具体的な課題の深掘りまではしない。 ・共通認識、意思確認としての第1回会議(初回ミーティング) ・入院中の体験(お試しかか他の方の経験談)を聞く ・上手くいかない事、場合どのようにしているかを聞ける人がいる ・本人の納得をどのように得るか。とりあえず「やってみる」でも、上手くいかない場合のプランを明確にすると安心。 ・入院時から地域移行に向けた多職種による本人支援って大事。 ・自分の不安をわかってもらえないのも辛いかも ・退院に対する本人と周囲の温度差 ・本人の気持ちと周りのサポートする側の気持ちに差を感じた ・少しでも不常に思っている事があれば、サポート体制もある。 ・色々な方法で支援は続く具体的な説明があればいい ・本人はとても不安そうに見えたので、不安をとりのぞけたいと思う ・退院したくない→漠然とした不安。1つ1つ整理を	・不安な事を一緒に解決していきましようと言葉が印象的 ・本人や父親が不安の中、医療3名とも大丈夫との声かけ ・Nsとか本人が今できる事を具体的に伝えられていた ・今後も「支えていきます」というDrの言葉に安心感を感じた ・父の健康面、年齢から受入れが難しい事にも否定せずに発言できていた ・父が一緒に暮らせないがよければ退院して協力したいと言われていて、自宅外への退院調整をしていかれと思った ・お父さんの言葉。協力してくれること ・それぞれの関係者の今の状況を(本人)に伝える事で、できている事と課題が明確になっていったと思う。 ・本人が退院に対して不安がある中、病院、行政が支援する旨伝えてあったので、少しずつ悩みや課題を解消しつつ前向きな気持ちになると思う。 ・本人さんが自分の不安な気持ちを伝える場面が多々あったので、素直な気持ちを言いやすいと思った。 ・1回目の会議で、本人や家族の思いを受け止めて。(関係者)緊張や不安が少しずつ軽減したと思った。 ・スタッフばかり話す会議だと、本人が発言しにくくなる為、本人の発言のタイミングは大切だと感じた ・本人が退院を希望しても、親が高齢のため受け入れられない、1人での生活は難しいため不安になったり。退院につながらないケースが今後増えていくのではないかと思う ・本人の思い、家族の思いをそれぞれ聞く事で退院に向けて少しずつ進みましようという声かけが印象的 ・看護師ができている事(服薬管理、金銭管理)に対して、「あと少しのサポートがあれば大丈夫」と本人に伝えていた事と、退院後も訪問看護、デイケア、電話相談も可能と伝えていたので不安軽減になり退院後のイメージがしやすいと思った ・ワーカーさんが中心となり話す事で双方が話しやすい雰囲気 ・医師が入院中から退院へ向けた準備を行い不安な事があればその都度一緒に考えましようと思声かけをされていて、本人の不安軽減になると思った ・本人の不安を否定しない。不安な事を言っていいいという態度が良かった ・Dr、Nsが本人の状態をわかりやすく説明してくれた(ポジティブな意見)	・退院しないといけないように聞こえる ・生活のイメージができない ・困った時にどうすればいいかわからない ・選択できると良いイメージになりそう ・本人と一緒にシュミレーションする ・サポート体制を目に見える形で伝えると不安が少しでも減ると思う ・家に帰るまでのイメージや具体的なスケジュール ・家に帰ってからの生活のイメージ ・本人に安心感を与えるには何が必要か。もう少し丁寧な説明がいるのではないかな ・不安→少しでもサポートします。でも不安→でも大丈夫。でもとでの応酬 ・患者「できない」「でも…」の不安が強い→「少しずつ」に少し安心 ・本人は病院で長く安心して生活できているので、病院へすぐに行けない事に不安感 ・本人、父の不安感について、参加者が理解を示している ・家に帰ってからの不安が多い(生活面、金銭面) ・地域とのつなぎの立場として相談員を入れてもらった方が良い ・本人の生活の場どうやって見つける？ ・病院への依存だったが他機関へ広がった ・お金のやり切は大丈夫？相談出来る人はいるのか？ ・父親から本人に関する相談はどこにすれば？ ・緊急時(容態不安時)の対応。→連絡はどこへ？どうやって医療へ繋ぐ？ ・日常生活における困り事はどこに相談？ ・退院後の生活の充実をはかるには？(情報提供) ・Dr、Nsも退院に対し大丈夫だと感じながらも無理には進めていない

GW② <アクションプランにつなげる> GWで出てきたアイデアや気づきをもとに、『今後実践で活かせること』『今後自分たちの支援現場(医療・相談支援)で試すこと』『改善すべき点』を具体的なアクションプランに落とす。			
【1Q】	【2Q】	【3Q】	【4Q】
・本人と「一緒にチームで考えていく」ことが◎ ・本人の気持ち。家族の気持ちをもとに「少しずつ目標に向かっていくことが現実性を感じてもらいながらすすめていけるように思った ・本人と家族との温度差を感じた ・すぐに結論を出すのではなく、本人とその家族の思いをくみとっていたのでよかった ・2人が安心して暮らせるようにと言う看護師の言葉がよかった ・家族が退院に反対している場合、支援がなかなか難しそうだった。 ・家族の不安要素を一つずつ取り除いていけたらいい ・本人が自分の体調に波があるのに、退院したい気持ち強いのが少し心配。 ・病状や治療の重要性の理解が必要。 ・本人の思いの確認、家族の思いの共有ができた ・本人の意識の覚醒に向けた取り組みを続ける事が家族の不安解消につながる？	・自分の年齢で体調的に世話は難しく、どんな資源があるのか？お金は？等 ・お父さんのサポートは(退院後)難しそう。 ・会議のまとめや進行役は、Dr又はpswが担当のか？ ・本人の退院希望と周囲の退院への不安への温度差 ・本人が思う「大丈夫」と周囲の温度差➡周囲にもOK なイメージ作り ・本人。病状が本当のところどうなのか？ ・こういうケースが一番難しい（たぶんまた繰り返し返す） ・まずは体調の安定を。本人も体力的に不安との言葉もあったように ・本人は退院したい気持ち強く、一方的言動を認める可能性が高く、Dr の存在が大きい ・いつかは退院しないといけない。なるだけ家族の負担を減らす方向で調整する ・家族の不安も丁寧に聞いていく事の必要性 ・家族の不安に対してサポートはできるのか ・入院してから退院までの目標（クリアしていくもの）を本人に明確に示しているか ・退院はもう少し先になるのかなと感じたが、みんなの意見とそれぞれの思いが開けた事で、課題がみえて良かったと思う。 ・初回の事前会議の必要性	・退院したいという希望は聞きつつ、退院までのステップ(課題は何か)を示していたのは良かった ・医療保護入院→一任入院へ。体調に合わせて少しずつ考えていこうとのpswの投げかけや共有の場があって良かったと思う ・今回で決めず、これから皆で話し合っていこうという雰囲気（当面の目標は体調の安定） ・全員のひとまずの目標を退院でなく体調の安定としていたのがよかった。（本人があせらないよう） ・退院の証がでて妻の不安が強かった。話し合い後の妻のフォローも大切と感じた。 ・本人の思いやご家族の不安をうけとめてゆくりと進めていきましょう。 ・体調を揺るることが一番と話されたことが、寄り添ってと思った。 ・地域の相談員さんの役割が難いと思った。（本人と病院の思いの間で） ・相談員として「体調次第」本人の意向を叶えたい。自己決定を大事にしている ・現状の意見を妻、Dr、Ns、支援者が聞かれる事で本人の気づきにつながってほしい ・急いで決めると後々大きなトラブルになりかねないので、「少しずつやっていこう」と両院側が話されたのは良かった ・課題を明らかにしていた。お金や対人面等本人も周囲もわかるように ・現状を病院スタッフから伝えられることで、本人の状況を共有した会議だった ・本人に入院のメリットや退院の目的がわかると生活にも変化が期待できるかも	・家族への理解、サポート等の説明 ・家族の不安➡本人との決め事 ・病院、相談支援等周りも積極的でないが、特に妻の不安が大きい ・家族には悪い時の対応を伝える ・家族の困り感を模範 ・退院後想定されるトラブル。 ・どういう状態になれば退院できるのか確認 ・本人の希望と家族の受入れ拒否の場合、どういう支援ができるのか？ ・一旦、自宅まで戻る前にワンクッションおける場所があれば良いのではないか ・本人の悪い状態はどうなっていたのか振り返りをする ・約束を決める ・環境への説明 ・断酒プログラム、減酒治療 ・トラブル発生時の相談先は？ ・本人の現状把握ができていない

GW③ <アクションプランまとめ>

	『今後実践で活かそうなこと』	『今後自分達の支援現場(医療・相談支援)で試すこと』	『改善すべき点』
A	・地域コミュニティの活用(自治会長、民生委員、近隣の人達等)	・利用者の気持ちに伴走しながら、一緒になって考えていく。(相談支援)	・協議会や部会で話題点について意見を出しながら。共通認識で進めていく。
	・本人や家族の思いをチームで共通認識を持ち解決に向けて、チーム全体で支援していく。	・家族の意見も取り入れながら考えていく。	・不足する資源等については協議会や部会で出た生の声を、必要な関係機関に届けていく。
	・チーム作りの際に、円滑に進行できるようなチーム編成(構築)を意識する	・場数をふんで、経験しながらチーム作りの質を上げていく。	
	・チーム内で問題があった時に連絡(共有)体制の構築(連絡のパイプ役)	・地域の関係機関がどのようなものがあるのか、資源について常に把握する(連絡、相談、支援につながる)	
		・地域に帰る時に不足する資源の補てんや開発についても考えていく。	
B	◎ケース会議等の前にまず、根回ししておく必要がある	◎早期からチームを作る(コーディネーター役は?)早期に関係機関を把握する	◎相談支援の知名度を上げる
	★退院後のイメージを作る	★言葉だけでなく、視覚的なツール(写真等)を使って説明する	★感染対策の厳格化がネックで機会がもちづらい
	◇家族支援(不安の解消、負担減)	★前回の会議記録も示す	◇活用できる制度の周知
		★体験:世の中の事を知る機会をもつ(外出や外泊等)	
		◇家族が住んでいる地域の協力を得る(区長や民生委員)	
C	・発言しやすい雰囲気づくり	・家族へのアプローチは病院から聞き、家族に客観的な現状を伝える事ができる⇒不安が減らせるかも	・1人だけが発言する場面上を上手く解消する
	・不安な気持ちも全て受けとめる⇒できている事を伝える事で不安。支援の方向性(サービス)を伝える	・本人から退院の意思を聞いたら、その気持ちを大切に、会議を開く等の対応(動く)	・本人の不安な気持ちをはじめに聞く(言いやすい様に)
	・当面の目標から設定する	・「一緒に考えていきましょう」を大切にチームづくり	・本人だけの話しを聞く場面を作る
	・「少しずつ」進めていく事を伝えていた	・初回会議の後、本人や家族の気持ちや状況に変化があったらチームで共有する	・地域資源を病院スタッフも知っておいて、DrやNsにも伝えられる資源としての「人」
	・「支えていく」切れ目なく支援する事を伝えていた		・人と人との繋がりがりもチームで共有する場も大切
D	・相談支援を早め呼んで、話しを聞き、まとめる(イメージ、サポート体制等含む)	・部会、検討会、役割確認をもっと行う	・様々な職種、立場の方等含めて、部会、検討会、勉強会を行う、促す
	・活用の為社会資源を知る	・社会資源の見学、勉強を行う	・部会等認知してもらう(動画を見て頂く)
	・部会の活用、横の連携、役割	・病院と家に戻る前のフックション(GH等)を入れる	・フローチャートの作成(再確認)
	・退院のイメージをもつ(病院)		
	・退院計画があると良い		

◆A～Dグループ意見の集約

『今後実践で活かせそうなこと』	『今後 自分たちの支援現場（医療・相談支援）で試すこと』	『改善すべき点』	『具体的なアクションプラン』
【1. チーム支援・連携体制の強化】 ・地域コミュニティ（自治会長、民生委員、近隣住民等）の積極的な活用 ・本人・家族の思いをチームで共有し、共通認識を持って支援を進める ・円滑に機能するチーム編成（役割分担・構成）を意識する ・問題が発生した際の連絡・共有体制の整備（パイプ役の設定） ・部会の活用や職種横断の連携、役割分担の明確化 ・相談支援専門職を早期に呼び、話を聞き調整してもらう ・活用できる社会資源の把握	【1. 利用者・家族に寄り添った支援】 ・利用者の気持ちに伴走し、一緒に考える姿勢を大切にする ・本人だけでなく家族の意見も取り入れながら支援を進める ・本人が退院の意思を示したら、その気持ちを尊重し、迅速に会議や調整を行う ・家族へのアプローチでは、病院が把握している客観的な状況を共有し、不安軽減につなげる ・初回会議後も、本人・家族の状況や気持ちの変化をチームで共有する ・「一緒に考えていきましょう」という姿勢を大切にしたいチームづくり	【1. 協議会・部会の機能強化】 ・話題点について意見を出し合い、共通認識で進められる場づくりが必要。 ・協議会・部会で出た不足する資源についての“生の声”を関係機関に届けるべき。 ・さまざまな職種・立場の人が参加する部会・検討会・勉強会の実施・促進。 ・部会の認知度を高める（動画視聴の促進など）。 ・流れを可視化するためのフローチャートの作成（再確認）。	【A】協議会・部会の活性化に向けたアクション 1. テーマ別ミニディスカッションの導入 発言が偏らないように「少人数グループ→全体共有」の型を作る。 2. 協議会・部会で出た課題や“生の声”を集約し、関係機関へレポート提出 形式：A4 1枚のサマリー＋事例要約。 3. 動画による部会紹介（1～3分程度）を作成し、関係機関へ配信 目的：参加のハードルを下げ、認知を広げる。 4. 支援フローの見直し／フローチャートの更新 年1回の定期点検を設定して運用を固定化。
【2. 事前調整（根回し）と会議運営】 ・ケース会議等の前に、関係者間での事前調整（根回し）が必要 ・発言しやすい雰囲気づくり ・情報整理やイメージ共有を行い、会議に備える	【2. チーム支援力の向上（連携・調整・会議運営）】 ・経験を積みながら、チームづくりや支援の質を高めていく ・早期段階からチームを立ち上げ、コーディネート役を意識する ・前回の会議記録を共有し、情報の継続性を確保する ・言葉だけでなく、写真などの視覚的ツールを活用して説明する ・部会や検討会で役割確認を行い、連携の質を高める ・初期から関係機関を把握し、必要に応じて連絡・相談・調整ができる状態を整える	【2. 相談支援の魅力・認知向上】 ・相談支援の知名度を上げる必要性。 ・感染対策の厳格化が原因で、利用者や関係機関との機会が足りづらい。 ・利用者が活用できる制度についての周知不足。	【B】相談支援の認知向上アクション 1. 相談支援の役割・活用できる制度一覧の「簡易リーフレット」作成 相談支援の入口が分かるツールを作ることで認知向上。 2. 病院・事業所へ年2回の制度説明ミニ勉強会を開催 Dr・Nsも含めて地域資源を共有することで連携力アップ。 3. オンライン面談・説明会の活用で感染対策下でも接触機会を確保 病院・家族・相談支援の三者面談がしやすくなる。
【3. 本人・家族への支援と安心感の提供】 ・家族支援（不安の解消、介護負担の軽減） ・本人・家族の不安を丁寧に受け止める ・できていることを伝え、支援の方向性（サービス内容）を明確に示す ・当面の目標を設定し、段階的に進める姿勢を伝える ・「少しずつ進めていく」「切れ目なく支える」ことを伝え、安心につなげる	【3. 地域資源の理解と活用・啓発】 ・地域の関係機関や社会資源を常に把握し、支援につなげる ・地域に不足する資源については、補完や開発を考える ・家族が住む地域の協力（区長、民生委員など）を得る ・民生委員への啓発活動を行う ・社会資源の見学や学習を継続して行い、知識をアップデートする	【3. 利用者支援の質改善】 ・1人だけが発言してしまう状況をうまくコントロールする工夫が必要。 ・本人の不安をまず聞けるよう、話しやすい場の設定。 ・本人の話だけを落ち着いて聞ける個別時間の確保。 ・地域資源を病院スタッフ（Dr・Ns）にも共有することで、“人”としての資源を活かせる体制づくり。 ・人と人とのつながりをチームで共有する場も重要。	【C】利用者支援の質向上アクション 1. “話しやすい場づくり”ガイドラインの作成 例：不安を最初に聞く、発言独占を防ぐ方法、個別時間の取り方など。 2. 本人との個別ヒアリング時間の標準化（例：初回面談で必ず10分確保） 3. 地域資源マップ（人・事業所・相談先など）を作成し、病院スタッフへ共有 人的資源のつながりを可視化して活用しやすくする。 4. チーム内つながり共有ミーティングの定期化 つながり・情報をチームで共有し、支援シームレス化を図る。
【4. 退院支援・生活イメージの共有】 ・退院後の生活イメージを事前に描けるようにする ・病院側・地域側がともに退院後イメージをもつ ・退院計画（退院支援計画）があることが望ましい	【4. 退院支援と生活移行の工夫】 ・外出や外泊などの「体験」を通じて、本人に社会や地域を知る機会を作る ・病院から自宅に戻る前に、グループホーム等のワンクッションとなる支援を活用する ・退院前の段階で生活イメージを具体化し、地域生活への移行をスムーズにする		

◆まとめ

「事前調整」「チーム連携」「家族支援」「退院後の生活イメージ共有」の4つが重要な柱として共通。

◆総括

「寄り添う姿勢」「チーム力強化」「地域資源の活用」「退院・移行支援の工夫」の4つが、医療・相談支援の現場で特に実践的に試すべき方向性

■実施スケジュール案	
時期	取り組み内容
1か月以内	・部会紹介動画の企画
	・相談支援リーフレット原案作成
2～3か月以内	・制度周知ミニ勉強会の開始
	・個別ヒアリングの標準化
4か月以内	・生の声レポート1回目の提出
	・地域資源マップの試作
半年以内	・支援フローチャートの改訂
	・チーム内共有ミーティング安定化