

訓練等給付事業・地域相談支援給付（地域移行支援）利用期間取扱いについて

1 利用期間の原則

障害福祉サービスにおける訓練等給付によるサービスのうち、「自立訓練（機能訓練）」、「自立訓練（生活訓練）」、「就労移行支援」、「自立生活援助」（以下「有期限サービス」という。）については、当該サービスを継続して利用できる期間（以下「標準利用期間」という）が設定されています。共同生活援助（サテライト型住居利用）及び地域移行支援についても同様に、有期限サービスとして支給決定期間及び給付決定期間が設定されています。（以下、「標準利用期間等」とする）

有期限サービスに係る支給決定期間は、サービス利用の長期化を回避するため、当初支給決定期間を1年（共同生活援助（サテライト型住居利用）は3年、地域相談支援給付（地域移行支援）は6か月）までとしており、当初の利用期間では十分な成果が得られなかったが、引続きサービスを提供することにより改善効果が具体的に見込まれる場合には、標準利用期間等の範囲内で1年ごと（共同生活援助（サテライト型住居利用）は36か月、地域移行支援は6ヶ月）に支給決定期間の更新ができる取扱いとしています。

2 各サービスの内容、標準利用期間等

原則的には、標準利用期間等の範囲内で当該サービスを終了し、利用者を就労または地域での自立生活へとつなげていただきます。各サービスにおける標準利用期間等は、次のとおりです。

サービス名・内容		標準利用期間等	特 記 (事務処理要領より)
自立訓練 (機能訓練)	理学療法や作業療法等の身体的リハビリテーション、日常生活上の相談支援	18 か月 (1年6か月)	頸髄損傷による四肢の麻痺その他これに類する状態にある場合は36 か月（3年）
自立訓練 (生活訓練)	食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練、日常生活上の相談支援	24 か月 (2年)	以下の場合は、36 か月（3年） ・長期間、指定障害者支援施設等の入所施設に入所又は精神科病院等に入院していた者 ・長期間のひきこもり等により社会生活の経験が乏しいと認められる者や発達障害のある者など2年間の利用期間では十分な成果が得られないと認められる者等
宿泊型自立訓練	夜間の居住の場を提供し、生活能力等の維持・向上のための訓練を行うとともに、地域移行に向けた支援等	24 か月 (2年)	
就労移行支援	一般就労等への移行に向けて、事業所内や企業における作業や実習、適正に応じた職場の開拓、就労後の職場定着のための支援	24 か月 (2年)	養成施設の場合は 36 か月（3年）又は60 か月（5年） ※養成施設は、国立身体障害者リハビリテーションセンターのみ
自立生活援助	定期的な巡回訪問や随時の対応により単身等の障害者の地域生活を支援	12 か月 (1年)	
共同生活援助 (サテライト型住居利用)	本体のグループホームから概ね 20 分以内の場所にアパート等の部屋を借りて、地域において単身等で生活するための支援	36 か月 (3年)	
地域移行支援	施設等に入所している障害者や精神科病院に入院している精神障害者が地域生活へ移行するための支援	6 か月	対象者の状態に応じて必要と認める場合は、6 か月以内で1回までは更新可能。

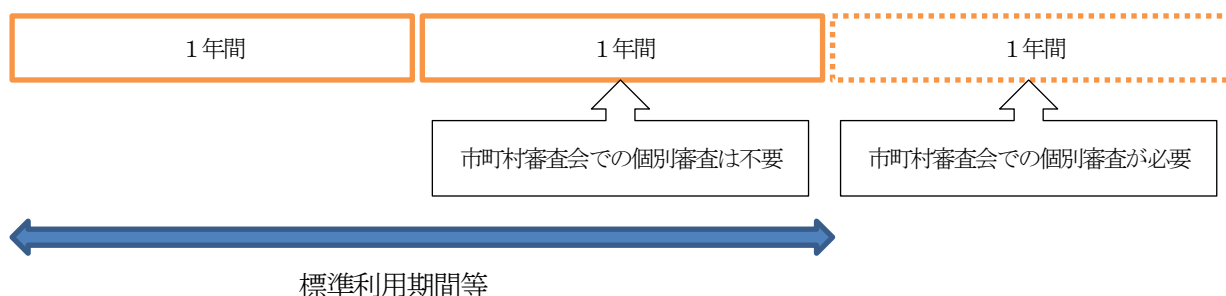
3 利用期間の特例

標準利用期間等を超えて、真にやむを得ない事由によりサービスを延長して利用する必要がある場合、市町村審査会の個別審査を経て区役所で決定することができます。

サービス名	延長期間	特 記
自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練） 宿泊型自立訓練、就労移行支援、自立生活援助	最長 12 か月（1 年）	原則 1 回のみ
共同生活援助（サテライト型住居利用）	最長 36 か月（3 年）	
地域移行支援	最長 6 か月	原則 1 回のみ

(1) 利用期間の更新の取扱いのイメージ

例) 就労移行支援



(2) 利用期間の延長が必要だと認められる判断基準

ア 自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、宿泊型自立訓練、就労移行支援、自立生活援助、地域移行支援

①～⑤の全ての判断基準を満たしている必要があります。

①	利用者が当該サービスの利用延長を希望していること
②	<p>これまでの支援内容が適切なものと認められること</p> <p>【確認するポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 支援の内容、頻度等が適切なものであったか ・ 利用者のステップアップが認められるか ・ 段階に応じた支援計画の見直し又は定期的な見直しが行われているか ・ 関係機関や企業等との連携が認められるか
③	<p>支援計画通りに支援を進められなかった（標準利用期間等の範囲内に支援が完了しなかった）やむを得ない理由があること</p> <p>【やむを得ない理由の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の傷病等により支援が中断した場合 ・ 実習等受入れ先等とのトラブルにより支援が中断した場合 ・ 家庭の事情等により一時的に支援が中断した場合 ・ 一般就労へ向けてより高度な知識・技能の習得が必要となった場合 ・ 災害等 ・ 生活環境の大幅な変化により、支援が中断した場合又は個別支援計画の方針が大幅に変更となった場合
④	<p>今後の個別支援計画について、利用者本人の希望や意欲等を勘案し、目標の達成が可能で具体的な支援内容となっていること</p> <p>【確認するポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用期間延長により、就労又は地域での自立生活ができると見込まれるか ・ 利用期間延長により、地域生活への移行が具体的に見込まれるか
⑤	<p>延長が必要な期間が適切に設定されていること</p> <p>【確認ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別支援計画案における支援内容及び支援目標は延長に必要な期間として妥当か

イ 共同生活援助（サテライト型住居）

①②③⑤又は①②④⑤の判断基準を満たしていることが必要です。

①	利用者が当該サービスの利用延長を希望していること
②	<p>これまでの支援計画・支援内容が適切なものと認められること</p> <p>【確認するポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・おおむね3年間で単身生活に移行できる計画となっていたか ・単身生活に向けて、必要となる課題が把握されていたか ・把握した課題に対して、適切な支援が行われてきたか ・単身生活に向けたステップアップが認められるか <p>また、段階に応じた支援計画の見直し又は定期的な見直しが行われているか</p>
③	<p>支援計画通りに支援が進まなかった要因を把握できていること</p> <p>今後の支援計画が、単身生活に向けた具体的な支援内容となっていること</p> <p>【確認するポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画どおりに支援が進まなかった要因が把握できているか（「単に見通しが甘かった」はNG） ・単身生活をするための現時点での課題を把握できているか ・課題を解決するための支援計画（支援内容）が、具体的なものであるか ・環境の変化、本人の状態変化等、予期できなかった事由がある場合、それらに対する支援計画が立てられているか ・利用期間の延長により、単身生活が見込まれるか
④	<p>転居先が決まっているが、やむを得ない事由により利用期間内での転居ができない場合</p> <p>【確認するポイント】</p> <p>（アパート等への転居）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転居先・転居時期が決まっているか ・利用期間内に転居できないと認められる事情があるか <p>（他のGH等への転居）※「単身生活」から「GHでの支援」に方針変更の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転居先のGHや転居時期が決まっているか ・利用期間内に転居できないと認められる事情があるか
⑤	<p>延長が必要な期間が適切に設定されていること</p> <p>【確認ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画案における支援内容及び支援目標は延長に必要な期間として妥当か

(3) 利用期間延長に必要な書類

ア 本人 ⇒ 区役所

障害福祉サービス等支給申請書

イ 事業所等 ⇒ 区役所

- ① 訓練等給付事業・地域相談支援給付（地域移行支援）の利用期間延長にかかる評価結果報告書【別紙1－1】 又は 訓練等給付事業（共同生活援助サテライト型住居）の利用期間延長にかかる評価結果報告書【別紙1－2】

利用期間延長の可否を判断する資料になるため、できるだけ詳細に記入していただくよう依頼してください。

また、延長を必要とする期間においては、単に最長期間を記入するのではなく、訓練の進捗状況等を踏まえて必要な利用期間を記入してもらいます。

② 個別支援計画及びアセスメント票の写し

事業所等が作成した様式を使用します。

利用当初より現在までに作成した全てについて提出が必要です。

③ 利用期間延長にかかる個別支援計画案

事業所等が作成した様式を使用します。

利用期間を延長した場合の個別支援計画案について作成し、提出します。

【別紙1－1】

記載のポイント

訓練等給付事業・地域相談支援給付(地域移行支援)

利用期間延長にかかる評価結果報告書

提出年月日 年 月 日

※サービス利用期間中の個別支援計画から読み取れる内容について具体的に記入してください。

提出者 所在地
事業所名
代表者名

最新の支給決定期間ではなく、当該サービスをいつから利用しているのか確認しますので、通算期間を記入してください。

下記のとおり、関係書類を添えて、利用期間延長にかかる報告書を提出します

受給者証番号	氏		
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 地域相談支援給付(地域移行支援)		
当該サービス利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	延長を必要とする期間	年 月 日 ~ 年 月 日
サービス利用状況	利用している曜日		利用時間
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日		
	具体的なサービス活動内容		
利用に至った経緯	これまでの本人の生活歴、病状、サービス利用に至った経緯を具体的に記入してください。		
当初の目標	サービス利用開始時に立てた標準利用期間等の内に達成することとした目標を記入してください。		
延長にかかる本人の希望	本人が利用期間の延長を希望しているかを具体的に記入してください。		
当初支援計画の進捗状況	サービス利用開始から現在までの支援経過について、具体的		
サービス利用による成果	支援によって何ができるようになったのか客観的にわかるように具体的に例を挙げながら記入してください。		
計画実施上支障となったやむを得ない理由	<input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 本人の長期の体調不良 <input type="checkbox"/> その他(中断期間) 年 月 日 ~ 年 月 日		
延長が必要となる理由	① 計画実施上支障となり、期間内に支援が終了しなかった具体的な事由を詳しく記入してください。		
延長によって得られる効果	延長することで出来るようになると思われることを具体的に記入してください。		
関係機関(医療機関・相談支援事業所を含む)			
記入者名	最終アセスメント実施日	年	月 日

添付書類	<input type="checkbox"/> 1 個別支援計画書・アセスメント表(利用当初作成成分から現在の計画までの全ての写し) <input type="checkbox"/> 2 利用期間延長に係る個別支援計画案 <input type="checkbox"/> 3 その他()
------	---

記載のポイント

提出者 所在地

事業所名

住所

氏名

報告書作成者

※サービス利用期間中の個別支援計画から読み取れる内容について具体的に記入してください。

最新の支給決定期間ではなく、当該サービスをいつから利用しているのか確認しますので、通算期間を記入してください。

サービスの種類	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（サテライト型住居）		
サテライト型住居 利用期間	年 月 日～ 年 月 日	延長を必要とする期間	年 月 日～ 年 月 日
サテライト型住居における 支援状況等	（本体住居からの訪問回数・訪問時の支援内容・その他の支援内容 等） 単身生活に向け、現在実施している支援内容、頻度等を具体的に記載してください。		
日中活動先及び通所（通勤）状況			
サテライト型住居 利用に至った経緯	これまでの本人の生活歴、病状、サービス利用に至った経緯を具体的に記入してください。		
単身生活に向けた 当初の課題	サービス利用開始時に見立てた課題を記入してください。		
課題に対する支援内容及び 進捗状況 （状況変化等も記載）	サービス利用開始から現在までの支援内容及び経過について、支援によって何ができるようになったのか客観的にわかるように具体例を挙げて記入してください。		
計画どおりに支援が進まなかった主な要因	利用期間内に支援が終了しなかった理由を具体的に記入してください。		
延長によって解決する課題 及びその支援内容 （具体的に記載）	延長により、どのような課題をどのように支援するのか、具体的に記入してください。		
延長にかかる本人の希望	本人が利用期間の延長を希望しているかを具体的に記入してください。		
関係樹移管 （医療機関・相談支援事業所を含む）			
記入者名		最終アセスメント実施日	年 月 日

添付書類

- ☐ 1 個別支援計画書・アセスメント表（利用当初作成分から現在の計画までのすべての写し）
☐ 2 利用期間延長後の個別支援計画（案）
☐ 3 その他（ ）