

障障発0330第3号
平成30年3月30日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部（局）御中
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長
（公印省略）

地域生活支援拠点等の体験利用支援加算及び
地域体制強化共同支援加算に係る様式例の提示について

平素より、障害保健福祉行政の推進にご尽力賜り厚くお礼申し上げます。

標記について、今般下記のとおり定めたので御承知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式は当該加算の算定を担保するための標準様式として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。

記

- 体験利用支援加算に係る様式例（別紙1）
- 地域体制強化共同支援加算に係る様式例（別紙2）

【照会先】

厚生労働省

社会・援護局障害保健福祉部

障害福祉課 福祉サービス係 原 川久保
〒100-8916

東京都千代田区霞が関1-2-2

電話：03-5253-1111（内線）3091

FAX：03-3591-8914

[mail:fukusa@mhlw.go.jp](mailto:fukusa@mhlw.go.jp)

体験利用支援 記録書

【基本情報】

地域生活支援拠点等の名称	
実施日中活動系サービス	
連携先地域移行支援事業者名	
体験利用支援の利用日 利用期間・支援時間・実施場所	利用期間：平成〇〇年〇〇月〇〇日～ 平成〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇日間） 支援時間：〇〇：〇〇～〇〇：〇〇 実施場所：
担当日中活動系事業所名： 主な担当従業員（氏名）： 連絡先：	

【利用者情報】

ふりがな 利用者氏名 生年月日（明・大・昭・平）	（男・女） 年 月 日（ 歳）
--------------------------------	--------------------

【体験利用支援に関わる従業員】

体験利用支援 に関わる従業員	所属名	職種	氏名

※ 以下のいずれかの体験利用支援の内容に応じて記載することとする。

【体験利用支援に係る具体的な支援の内容】

① 体験的な利用支援の利用日に当該指定障害者支援施設等において昼間の時間帯における介護等の支援	
---	--

【体験利用支援に係る具体的な連絡調整その他の相談援助の内容】

① 体験的な利用支援を行うに当たっての指定地域移行支援事業者との留意点等の情報共有その他必要な連絡調整	
② 体験的な利用支援を行った際の状況に係る指定地域移行支援事業者との情報共有や当該状況を踏まえた今後の支援方針の協議等	
③ 利用者に対する体験的な利用支援を行うに当たっての相談援助	

【その他（特記事項）】

--

地域体制強化共同支援 記録書

【基本情報】

地域生活支援拠点等の名称	
報告先の（自立支援）協議会名： 報告年月日：平成〇〇年〇〇月〇〇日	
共同支援に係る会議の 開催年月日・開催時間・開催場所	開催年月日：平成〇〇年〇〇月〇〇日 開催時間：〇〇：〇〇～〇〇：〇〇 開催場所：
担当計画相談支援事業所名： 担当相談支援専門員（氏名）： 連絡先：	

【利用者情報】

ふりがな 利用者氏名 生年月日（明・大・昭・平）	（男・女） 年 月 日（ 歳）
--------------------------------	--------------------

【会議開催の目的・出席者】

会議開催の 目的 （該当に○）	① 個別課題の解決 ② 地域課題、ニーズの把握 ③ 横断的な連絡調整 ④ 地域づくり・資源開発 ⑤ 地域生活支援拠点等の運営への提案 ⑥ その他（具体的に）		
会議の出席者	所属名	職種	氏名

【会議の具体的な内容】

※ 開催の目的に応じて記載することとし、必ずしも全ての項目に記載が必須ではない。

①利用者の支援の経過	
②利用者の支援上の課題	
③②の課題への対応策 （協議会への提案等を含む）	
④地域課題・ニーズの現状	
⑤地域生活支援拠点等の現状	
⑥地域生活支援拠点等の必要な機能の充足について	

【その他（特記事項）】

--