

堺市被保護者居住生活サポート事業  
地域移行支援計画

様式2-2

区	ケース 番号	地区 担当者	調査 担当者
カナ	生年月日		年齢
氏名	作成日		

(1)地域移行への課題	
①医学的見地(医療関係者等の意見)	②本人等の希望(生活先、移行までの期間等)
	本人の希望
	家族の希望

(2)予想される地域での生活先	
<input type="checkbox"/> ① 自宅(元住居(持家、家族世帯等))	<input type="checkbox"/> ② 自宅(新住居(住居設定))
<input type="checkbox"/> ③ 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム等の施設	
<input type="checkbox"/> ④ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設	
<input type="checkbox"/> ⑤ 中間施設(救護施設等)	<input type="checkbox"/> ⑥ その他( )

(3)必要と考えられるサービス	
<input type="checkbox"/> ① 障害者福祉サービス	<input type="checkbox"/> ② 介護保険サービス
<input type="checkbox"/> ③ 金銭管理 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( ) )	
<input type="checkbox"/> ④ その他( )	

(4)今後の地域移行に向けた主な支援機関など	
<input type="checkbox"/> ①障害者基幹相談支援センター等の関係機関	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練
<input type="checkbox"/> ②医療機関(退院支援に関わる病院関係者)	
<input type="checkbox"/> ③生活保護施設( <input type="checkbox"/> 居宅生活訓練事業 <input type="checkbox"/> 通所事業 <input type="checkbox"/> 一時入所 )	
<input type="checkbox"/> ④福祉事務所(生活援護課、居住生活サポート事業など)	
備考	

(5)地域移行に向けた目標期間(※)	
備考	

※作成日から6か月経過後、計画の見直しを行うこと。