大阪府地域移行推進指針

平成２０年３月

大阪府

第Ⅰ章　地域移行について　4
１．大阪府地域移行推進指針の意義　5

２．地域移行についての基本的考え方　6
（１）地域移行とは　6
（２）地域移行に関して各機関が担うべき役割と連携　7
（３）地域移行の流れ（イメージ図）　11

３．大阪府における障がい者、入所施設の現状　12
（１）身体障がい者、知的障がい者の手帳所持者数　12
（２）身体障がい者、知的障がい者の施設利用者数　12
（３）大阪府地域移行支援センターの実績　13

４．地域移行に向けた意向調査　14
（１）調査の概要　14
（２）地域移行希望者について　15
（３）本人用調査表、支援者用調査票におけるＡＢＣＤ群ごとの状況　17
（４）地域移行が明確な人と明確でない人の特性　18
（５）障がい特性、本人の意向に応じた支援の必要性　18
（６）調査のあり方について　19

第Ⅱ章　地域移行における課題と対応・方向性　20
１．地域移行に向けた意思形成・意向確認　21
２．障がい者ケアマネジメントに基づく個別支援計画作成　22
３．相談支援とネットワーク　23
４．住まいの確保　25
５．介護支援サービスの充実　26
６．就労支援　26
７．日中活動・余暇活動の確保　28
８．地域生活を支える人材の養成と確保　29
９．権利擁護、障がいの理解　30
10．残された課題　31
～誰もが地域で当たり前に暮らす社会の実現に向けて～

第Ⅲ章　地域移行を進めるために　32
１．地域移行に向けた意思形成と意向確認　33
1　意思形成への支援　33
（１）地域生活を体験する　33
（２）地域移行、地域生活の情報を得る　37
2　意向確認　38

２．地域移行に向けた個別支援計画の作成　41
1　個別支援計画作成の基本　41
2　支援の優先順位を決める・何から始めるか　43
3　ニーズから社会資源を検討する　43
4　個別支援計画作成の留意点　44
5　本人に説明して同意を得る　45
6　本人と関係者が集まって個別支援会議で話し合う　46
7　関係機関と連携して取り組む　46
8　個別支援計画に基づき支援を進める　47
9　個別支援計画進捗状況のモニタリング　48

３．　家族への支援　49
1　家族の気持ち・本人の気持ち　49
2　家族に対する地域移行の説明　50

４．地域生活への移行を進める　52
1　地域の相談できるところと連携する、話し合う　52
2　住まいをさがす　54
3　日常生活を支えるサービスを確保する　57
4　働く場をさがす（就労支援）58
5　日中活動の場をさがす　59
6　余暇活動の支援　60
7　経済的な支援を確保する　60
8　健康管理（医療ケアの確保）　62

５．地域生活を支える　64
1　困った時に支えてくれる人や機関をみつける　64
2　権利擁護のシステムを知る、使う　64
3　地域で交流する　66
4　施設による支援から地域のネットワークへ　66

第Ⅳ章　事例に学ぶ～地域移行事例～　67
事例１．地域生活体験住居での生活体験により地域移行　68
２．地域の事業所と緊密に連携し、段階的に地域移行　71
３．家族との生活からグループホームの生活へ　74
４．本人ニーズに基づき地域移行　76
５．障がい児施設退所後の地域移行支援～自己決定に寄り添う　78
６．中途障がい者の地域移行（ピアカウンセラーとの出会い）　80
７．地域移行に再チャレンジ　82
８．地域の支援ネットワークを構築した地域移行　84
９．重症の糖尿病を発病した人を、地域のネットワーク体制で支える　87
10．児童施設から成人施設に入所し、計画的に地域移行　90
11．グループホームから一人暮らしへ　92

Q & A　93

第Ⅰ章　地域移行について

地域移行推進指針策定の意義を述べるとともに、地域移行についての基本的な考え方を整理しました。

また、指針策定の基礎的な情報を得るために実施した「地域移行に向けた意向調査」の概要を述べます。

１．大阪府地域移行推進指針の意義

２．地域移行についての基本的考え方

(1)　地域移行とは

(2)　地域移行に関して各機関が担うべき役割と連携

(3)　地域移行の流れ（イメージ図）

３．大阪府における障がい者、入所施設の現状

(1)　身体障がい者、知的障がい者の手帳所持者数

(2)　身体障がい者、知的障がい者入所施設利用者数

(3)　大阪府地域移行支援センターの実績

４．地域移行に向けた意向調査

(1)　調査の概要

(2)　地域移行希望者について

(3)　本人用調査票、支援者用調査票におけるＡＢＣＤ群ごとの状況

(4)　地域移行希望が明確な人と明確でない人の特性

(5)　障がい特性、本人の意向に応じた支援の必要性

(6)　調査のあり方について

1 大阪府地域移行推進指針の意義

□ 障がい者施策が未整備な昭和 50 年代前半頃までは、地域での生活を支える施策が不十分であったため、障がい者が生活する場を確保するための施策として入所施設の整備が進められ、障がい者、家族等にとっては数少ない選択肢の一つとして、施設での暮らしをやむを得ず選択することがありました。

□ しかし、ノーマライゼーションの考え方が広がり、地域で生活したいという本人の願いや当事者活動が活発になり、地域における福祉的資源の整備が進むなか、入所施設から地域へという流れが大きくなってきました。障がい者が住みやすい地域は、すべての人にとって住みやすい地域であり、すべての人が個人の尊厳をもち、その人らしい自立した生活を送ることができる社会づくりを目指すことこそが必要であるという認識が広く共有されるようになってきています。

□ ノーマライゼーションの考えは、平成 5 年に改正された障害者基本法の基本理念に取り入れられ、「すべての障害者は個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有する」とされています。さらに平成 18 年に施行された障害者自立支援法においては、障がい者が、地域で安心して暮らせる社会の実現をめざすことを基本的な方向としています。

□ こうした時代の流れの中にあっても、施設で暮らす障がい者の中には、本人の意思や希望と関わりなく、長きにわたる施設入所を継続せざるを得なかった人もいます。障がい者の人権尊重の観点から、地域のさまざまな支援策を活用して障がい者が地域のなかで生活していけるよう、入所施設からの地域生活への移行（以下「地域移行」という。）に向けた取り組みが各地で行われています。

□ 大阪府においては、平成 15 年 3 月に「人が人間（ひと）として普通に暮らせる自立支援社会づくり」を基本理念とした第 3 次大阪府障がい者計画を策定、福祉分野をはじめ様々な分野にわたる障がい者施策を積極的に推進し、障がい者が地域社会の一員として地域とのつながりを持ちながら豊かに暮らせる社会の実現に取り組んでいます。

□ さらに、障害者自立支援法における施設中心から地域生活中心への理念に基づき、平成 19 年 3 月に策定した大阪府障がい福祉計画では、施設入所者の地域生活への移行を進める観点から、平成 23 年度までの地域移行目標を平成 17 年 10 月現在の施設入所者の 20%（約 1,200 人）以上としています。

□ この計画を推進するためには、長期に及ぶ施設入所の実態や、依然として施設入所待機のある現状を真摯に受け止め、障がい者が地域で安心して生き生きと暮らせる「社会的な仕組み」を構築していかなければなりません。

□ 身体障がい者入所施設、知的障がい者入所施設からの地域移行を進めるため、平成 19 年７月「大阪府地域移行推進指針策定検討委員会」を設置し、地域移行にむけた基礎的な情報を把握するため、入所施設利用者の意向調査を実施しました。調査結果の分析を踏まえ、地域移行推進のための入所施設、大阪府、市町村、地域の福祉サービス機関等のそれぞれの役割、地域移行推進のための課題や効果的な方策の検討を行いました。

□ 本指針は、地域移行のためのガイドラインを示すとともに、移行のために必要な施設内における取り組み、移行時及び移行後における支援等について、標準的な支援方法や個別支援計画策定の方法、参考事例等を示すものです。なお、精神障がい者の退院促進については、社会的入院の解消に向けた「退院促進支援事業」が平成１２年から大阪府の単独事業として立ち上げられ、平成１５年度からは国庫補助事業として取り組まれています。ここでは、身体障がい者入所施設、知的障がい者入所施設からの地域移行について示すこととします。

2 地域移行についての基本的考え方

（１）地域移行とは

□ 地域移行の「地域」とは、入所施設や病院以外で、本人が住みたいと思うところです。

□ 地域移行とは、単に生活の場所が施設から地域に変わるということではなく、自らが選択した地域で生活するために、必要なサービスや資源を利用し、安心した地域生活を送ることを確保することです。さらに、地域移行は地域生活に移行するまでの過程のみをさすのではなく、障がいのある人が、地域社会の一員として、地域とつながりを持ちながら豊かに暮らしていくことを支援し続けることです。

□ 地域移行の支援は、何よりも本人の意向を尊重して行われるものです。その手順は、地域生活を希望する本人の意思形成・意向確認を尊重する障がい者ケアマネジメントの理念に基づいた支援が不可欠です。長い施設での生活で、地域生活をイメージできない場合等は、すぐには地域移行を希望できない例も多くあります。本人が地域生活を具体的にイメージしていけるような体験を積むなどの実践を通して、本人の意思形成と意向確認を行っていくことが必要です。

□　地域移行の対象者を、障がい程度や活動能力など、障がい者個人の状況から判断するべきではありません。「障がい」を社会・環境の中で解決していく課題ととらえ、地域移行の支援は、障がい者を取り巻く社会・環境を整備することによって、すべての障がい者の地域移行が可能になる取り組みと捉えることが重要です。

□　地域移行における支援は、入所施設利用者が地域生活に移行することによって完了するものではなく、地域でかけがえのない自分らしい生活ができるよう、地域生活のモニタリングを含む継続した支援をし続けていくものです。

□　さらに、地域で生活していながらも、望む暮らしができていない人や、何らかの事情で地域生活の継続が困難になった人、家族から離れて生活したいと希望する人などへの地域生活の継続に向けた支援も含まれます。
「施設入所待機者」についても、地域生活の基盤の充実や、必要なサービスにつなげていくことによって解消していく視点が求められます。

□　地域での生活は、24時間の生活をあらゆる社会資源の活用によって維持、継続されるものです。個々の状況に合わせたサービスの調整、必要なサービス資源の開発が必要であり、施設だけの責任では進みません。そのためには、本人を中心とした、施設・行政・地域等のすべての支援者による有機的な連携・ネットワークが必要です。

（2）地域移行に関して各機関が担うべき役割と連携

□　地域移行の支援は、関係する各機関の連携によって必要とされるサービスを適切に提供することで推進されます。しかし、その連携により生み出す新たな力も、連携の役割が曖昧では、形骸化したものになるおそれがあります。

□　ここでは、地域移行に関連する実施機関が担うべき基本的な役割を以下に整理することとします。

□　なお、これらの基本的役割を図示したものが、（3）地域移行の流れ（イメージ図）です。

①　入所施設の役割

□　利用者の意思形成・意向確認

地域移行について、意向を確認するのが困難な利用者が多いという実態があります。入所施設の支援者には、地域生活体験、地域で生活する当事者からの情報提供など、利用者の実態に応じた具体的な取り組みによる地域移行への意思を形成するための支援と、適切な意向確認が求められます。

□ **個別支援計画の作成**

地域移行の推進は、社会全体で取り組んでいく課題ですが、実際に地域移行を進めていく中心は、利用者が生活している入所施設になります。入所施設で作成、実施される個別支援計画が、地域移行実現の大きな鍵になります。個別支援計画の作成に際しては、利用者本人の意向に基づいて作成するのが前提であり、作成した計画は本人の同意を得ることが必要です。

□ **地域支援機関との連携**

個別支援計画には、利用者が住みたいと望む地域の相談機関やサービス機関等との連携をできるだけ組み込むことが必要です。立案した個別支援計画に基づき、地域の相談支援事業者やグループホーム等との連携により、本人が望む移行後の支援体制やサービスにつなぐための支援を行い、地域生活への移行を円滑に推進していくものです。

地域生活支援は、施設内での支援とは異なる点もあることから、相談支援事業者とも連携して、個別支援計画の内容を、随時見直していくことが必要です。

□ **地域に開かれた施設**

入所施設は、地域の支援者や住民との交流を盛んに行い、地域に開かれた存在であることが重要です。施設の支援プログラムにボランティアを導入する等、地域の人たちとの交流を通して、利用者が地域の状況を知る機会を確保するとともに、地域の人たちの施設や障がいについての理解促進を図ることも必要です。

② 市町村の役割

□ **地域移行対象者の把握と適正なサービス支給決定**

市町村は、地域移行を進めるために、入所施設利用者の実態を把握するとともに、安定した地域生活の実現と維持を図り、本人の意向に基づく適正なサービス支給決定をします。

□ **相談支援体制の整備**

地域移行への意思形成に必要とされる地域の情報提供や、移行後の様々な問題に対応し、地域の支援の中心となる相談支援事業体制の整備が重要です。相談支援体制の質的な充実も重要です。

□ **社会資源の整備**

地域移行の推進には、インフォーマルなものも含め、あらゆる資源の活用や機関の連携が必要とされ、地域の総合的な力の発揮が求められます。そのためには、地域の総合力を診断するために、地域の社会資源をきめこまやかに把握する必要があります。地域で生活する障がい者を住民として支える責務を有するのは市町村です。

市町村は障がい福祉計画において定めた地域移行計画を達成するために、地域で不足する社会資源を把握し、計画を達成できるよう、社会資源の整備を図っていく必要があります。

□ **ネットワークの構築（地域自立支援協議会）**

市町村が設置する地域自立支援協議会において、地域生活を始めようとする一人ひとりのための具体的な支援が機能できるような運営が求められます。ネットワーク機能、不足するサービスの確保、関連機関調整による地域における福祉機能の強化を図らねばなりません。

③ 大阪府の役割

□ **広域調整**

府内入所施設からの地域移行の進捗状況を把握し、地域移行支援センター（＊）の機能強化をはじめとした、地域での基盤整備に必要な施策の推進、地域生活支援事業の適正円滑な運営のための助言・援助、および大阪府障がい者自立支援協議会の機能発揮等、市町村との連携・広域的調整についての助言や情報提供や市町村からの相談に積極的に対応する等、地域移行促進を図ります。

＊「大阪府地域移行支援センター」

障がいのある人たちが地域において自立した生活をすることができるよう、生活の場であるグループホーム等を開設し、併せて、日中活動の場を提供することにより、入所施設から地域生活への移行、及び地域での生活の継続を支援する拠点として設置。大阪府では、平成１７年度から地域移行支援センターの整備に取り組んでいます。

□ **専門的助言・指導**

障がい者自立相談支援センターでは、困難事例に対する専門的指導、助言、個別支援計画の作成支援などを行います。

□ **地域移行への理解促進**

入所施設利用者、家族、地域住民に対する地域移行への理解促進のための啓発事業や、施設職員への研修を行います。また、地域で活動する相談支援事業者やグループホーム等日中活動などの職員に対しても、地域移行支援、地域生活支援のあり方について研修を行います。

□ **国への働きかけ**

さらに、地域移行の過程において想定される、サービス利用等の制度に関する改

善や、地域移行が円滑に実施されるための条件整備等を国に対して引き続き働きかけを行います。

④　地域の役割

□　ネットワークの要としての相談支援事業

相談支援事業者は、地域生活における様々な相談に対し~~て~~、障がい特性や生活実態に即して地域の資源の活用により解決を図ります。そのためには相談支援事業者を要とした地域のネットワークが必要とされます。

相談支援事業者は、地域出身の入所施設利用者の実態を知るとともに、本人の意向を尊重しながら、地域の情報を必要としている入所施設利用者への情報提供や、地域移行に際しての積極的な関与が求められます。

□　地域のネットワークづくり

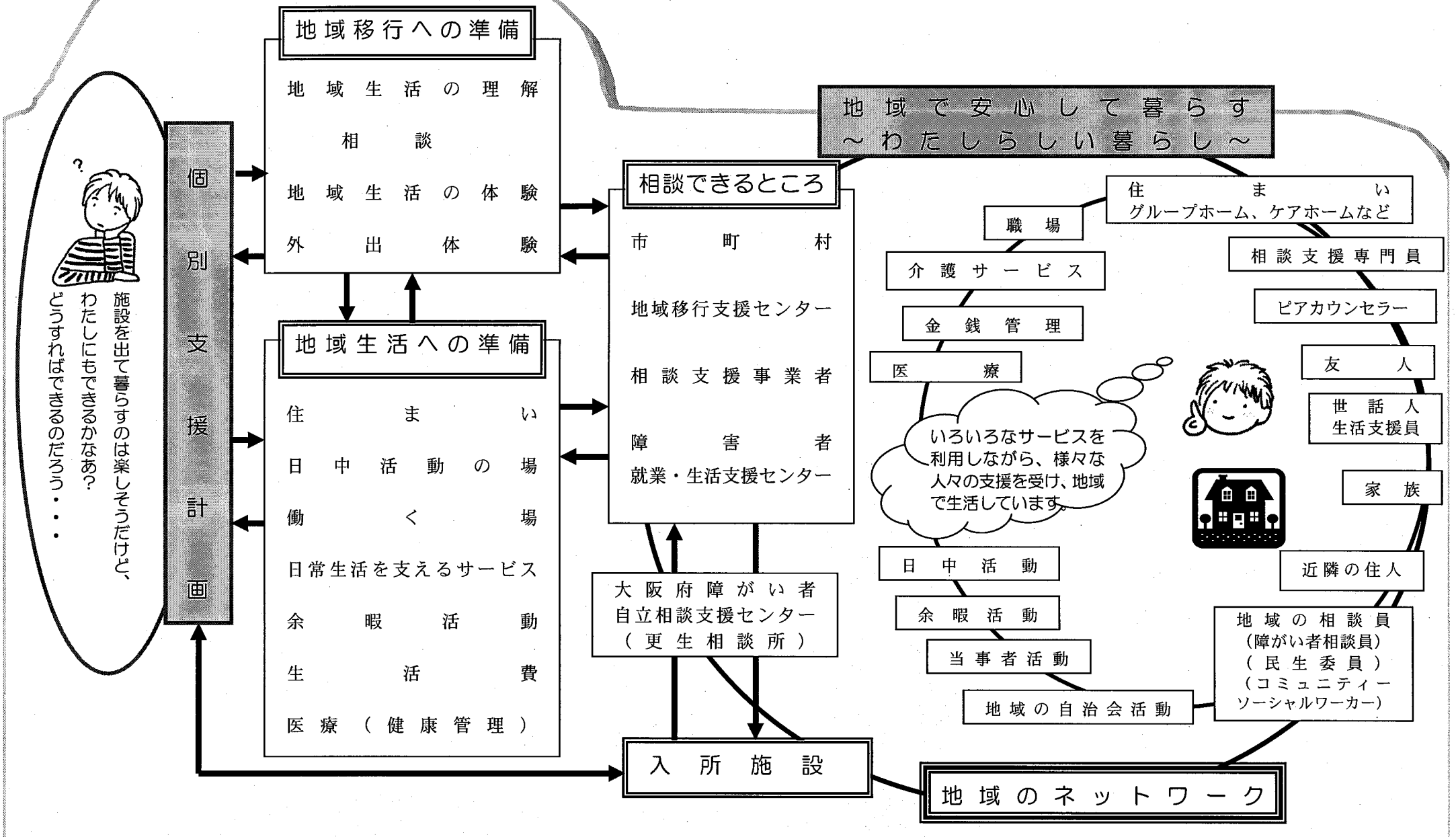
地域には、相談支援事業者、サービス提供事業者、医療機関、就労支援機関等や、地域の様々な相談員などの地域生活を支えるフォーマルな資源があります。さらにはボランティアや地域の住民自治会、近隣の人々など、地域生活を取り巻くインフォーマルな資源があります。これらのさまざまな社会資源は、それぞれが個別に支援していたのでは地域で生活する障がい者の継続的な生活を支えることは困難です。

地域には、一人ひとりに必要な機関や支援者が連携することにより、地域に移行する施設利用者が安心して生活していけるよう、ネットワークで支えていく役割が求められます。

□　安心して生活できるまちづくり

障がいのある人もない人も誰もが安心して生活できる地域として、社会全体で、地域での生活を保障できるまちづくりを行っていくことが大切です。

（３）地域移行の流れ（イメージ図）



障がい者への理解と人権尊重に根ざした　人が人間（ひと）としてくらせる自立支援社会　～第３次大阪府障がい者計画

3 大阪府における障がい者、入所施設の現状

大阪府における身体障がい者入所施設、知的障がい者入所施設における地域移行の現状を概観するため、地域移行に関する基礎的数値を取り上げます。

（１）身体障がい者、知的障がい者の手帳所持者数

身体障がい者手帳所持者数：平成 19 年度版「福祉の手引き」による

平成 19 年 3 月 31 日現在　単位:人

	18 歳未満	18 歳以上	合計
府	3,907	157,075	160,982
中核市	624	27,973	28,597
政令市	2,699	148,885	151,584
合計	7,230	333,933	341,163

療育手帳所持者数：平成 19 年度版「福祉の手引き」による

平成 19 年 3 月 31 日現在　単位:人

	18 歳未満	18 歳以上	合計
府	9,095	20,921	30,016
政令市	6,473	14,229	20,702
合計	15,568	35,150	50,718

（２）身体障がい者、知的障がい者入所施設利用者数

身体障がい者、知的障がい者入所施設利用者数：第１期大阪府障がい福祉計画による

平成 17 年 10 月 1 日現在　単位:人

施設種別	入所数
身体障がい者更生施設	259
身体障がい者療護施設	1,172
身体障がい者授産施設	279
知的障がい者更生施設	3,640
知的障がい者授産施設	408
計	5,758

＊「第１期大阪府障がい福祉計画」　地域移行計画目標：

平成 23 年度までに現在（平成 17 年 10 月：5,758 人）の施設入所者（精神障がい者生活訓練施設入所者 187 人を除く）の 20%以上（1,152 人）を地域移行することを目標としています。

（３）大阪府地域移行支援センターの実績

大阪府では、平成 17 年度より開始した「大阪府地域移行支援センター事業」により入所施設からの地域移行を進めています。

平成 17 年度～18 年度 2 ヵ年で「大阪府地域移行支援センター事業」を利用して地域移行した人の総数

（府域分）

開始年度	事業所数	整備数（人数）	地域移行者実数
平成 17 年度開始事業者	12	228	159
平成 18 年度開始事業者	11	83	35
合計	23 ヵ所	311 人分	194 人

（政令・中核市分）

開始年度	事業所数	整備数（人数）	地域移行者実数
平成 18 年度開始事業者	7	68	41
合計	7 ヵ所	68 人分	41 人

（平成 19 年 4 月現在）

（参考）府立金剛コロニー・府立砂川厚生福祉センターの地域生活への移行者数

年度	金剛コロニー		砂川センター	
	地域移行者数	内、地域移行支援センター活用者数	地域移行者数	内、地域移行支援センター活用者数
平成 17 年度	34	23	21	6
平成 18 年度	63	53	31	19
平成 19 年 9 月末	26	22	12	9
合計	123（人）	98（人）	64（人）	34（人）

（平成１９年９月現在）

4 地域移行に向けた意向調査

本指針を策定するため、地域移行可能な入所施設利用者の現状や入所施設利用者の意向、施設関係者の意向、地域移行をめざした個別支援計画の作成状況等、地域移行にむけたさまざまな状況を調査することを目的として「地域移行に向けた意向調査」を実施しました。

本調査における概要は以下のとおりです。

（1） 調査実施の概要

① 調査方法

（ア） 調査実施主体：大阪府

（イ） 調査地域　　：大阪府域

（ウ） 調査対象　　：入所施設利用者及び職員（以下、支援者という）（53 施設）

＊ただし、以下の条件の利用者を除く

・有期限である等、長期入所が予想されない通勤寮及び授産施設

・大阪市が援護の実施者となっている者及び府立施設入所者

（内訳）

知的障がい者更生施設（36 施設）

身体障がい者更生施設（1 施設）

内部障がい者更生施設（1 施設）

身体障がい者療護施設（15 施設）

（エ）調査時点：平成 19 年 7 月 1 日

（オ）調査方法：大阪府から調査票を各施設に送付し、各施設において、利用者及び施設支援者が個別調査票を記入し、障がい者自立相談支援センター職員が 7 月 17 日から 9 月 7 日の間に回収する留置法により実施しました。また、利用者が直接回答するのが困難な場合には、利用者本人の了解のもと、施設支援者による個別面接法により実施しました。

② 調査内容

以下の二つの調査票により地域移行にむけた調査を実施しました。

（ア） 利用者本人記入用調査票（以下「本人用調査票」という）

（イ） 施設支援者記入用調査票（以下「支援者用調査票」という）

③ 調査票の回収結果

	回収調査票　2,694 人分（回収率 100％）
（施設別内訳）	知的障がい者施設：1,831 人（68.0％）
	身体障がい者施設：863 人（32.0％）
（男　女　内　訳）	男性 1,700 人（63.1％）女性：987 人（36.6％）
	不明 7 人（0.3％）
（入所期間別内訳）	5 年未満：24.2％（651 人）
	5～9 年：33.2％（895 人）
	10 年以上：41.2％（1,110 人）

（2）地域移行希望者について

□　本調査の主要な目的は、地域移行を希望する入所施設利用者の現状をとらえることですが、地域移行希望者をどのように定義するかは大変重要なので、検討委員会においてさまざまな角度から議論されました。

□　地域移行の支援は、すべての入所施設利用者が地域移行するための取り組みであるとの認識のもと、地域移行への本人の意思を把握し、本人の意思を可能な限り抽出するために、本人意思が直接反映される「本人用調査票」質問１、質問４だけでなく、「支援者用調査票」をもあわせて集計しました。「支援者用調査票」では、質問 9「地域移行に向けた個別支援計画」において、計画に地域移行が目標として設定され、策定に関しなんらかの本人の参加や同意があるものとしました。詳しくは、『分析報告書』を、ご参照ください。

【　A、B、C、D 各群の概観　】

本人用調査票と支援者用調査票によって地域移行希望の有無を 4 群に分類し、これらの特徴について以下概観することとにします。

A：本人が地域移行の意思を表明し、支援者も本人の意思確認を経た上で、個別支援計画に地域移行を明記している　（86 人）

B：本人は地域移行の意思を表明しているが、支援者が地域移行への取り組みをしていないか、支援者が地域移行に向けた取り組みはしているが本人の意思確認をしていない　（170 人）

C：今回の調査では本人の地域移行の意思確認はされなかった（「今の施設」「別の施設」「これからどこで暮らせばよいかわからない」を選択）が、支援者は、本人の意思確認を経た上で個別支援計画に地域移行を明記している　（195 人）

D：本人は、地域移行の意思を表明しておらず、支援者も地域移行に向けた取り組みをしていないか、地域移行に向けた取り組みはしているが本人の意思確認をしていない。最も対象者が多いが、多様な要因が絡み合っており、要因の関連性などを分析しながら支援についての検討が必要とされる　（2,243 人）

□　この結果、何らかの本人の地域移行の意思確認ができる総数（下表のＡ＋Ｂ＋Ｃ＝451 人）を「地域移行希望者」としてとらえ、分析をおこなうことにしました。

＜地域移行希望者の範囲＞

	本人の地域移行の意思が表明されている	本人の地域移行の意思が表明されていない	合　計
個別支援計画に地域移行が明記されている	A 86 人 (3.2%)	C 195 人 (7.2%)	281 人 (10.4%)
個別支援計画に地域移行が明記されていない	B 170 人 (6.3%)	D 2,243 人 (83.3%)	2,413 人 (89.6%)
合　計	256 人 (9.5%)	2,438 人 (90.5%)	2,694 人 (100%)

（３）本人用調査票、支援者用調査票におけるＡＢＣＤ群ごとの状況

ＡＢＣＤ群ごとに、本人の意思や支援者の取り組み、捉え方を示します。

	本　人	支　援　者
A群（86人）	・「楽しそう」「なんとか暮らしていけそう」等と地域移行の具体化に伴う期待感を抱く一方、相談するところ、経済面、日中活動等に対する地域移行後の不安もある。	・地域移行にむけて自活訓練や体験談聴取など実際に体験するような取り組みをしている。
B群（170人）	・全員が地域での生活を希望している。	・支援者は、本人を地域移行の対象として捉えていない。 【知的障がい者入所施設】 ・本人がまだ地域移行する段階ではなく施設内での訓練が必要である、本人が社会的なトラブルなどの特別な事情を抱えている、地域移行に関して家族同意が得られないなどの理由により地域移行に進めないと考えている。 【身体障がい者入所施設】 ・地域のサービスが不足していたり、地域やサービスの情報が不足しているから地域移行に進めないと考えている。
C群（195人）	・地域生活に関するイメージが乏しい、移行後の生活の場や日中活動等について具体的な希望が抱けない等の理由により地域移行の希望を表明していない。	・地域移行にむけた個別支援計画を作成しているが、地域移行にむけた本人への具体的な取り組みは十分にはなされていない。
D群（2,243人）	・本人の意向確認が困難な人が多い（2,243人中1,388人：61.9%、知的障がい者施設利用者1478人中1064人：72.0%、身体障がい者施設利用者765人中324人：42.4%） ・今後の生活に関する本人の意向（意向確認困難な人については支援者による推測）は、施設継続利用希望が850人、本人意思が時によって異なるのが824人である。	・地域移行後のサービス不足や個別の要因により、支援が不十分になることを心配する支援者が多い。 【知的障がい者入所施設】 ・本人の意向（施設継続利用希望、本人意思が時によって異なる等）に関わらず、「まだ地域移行する段階ではない」と捉えている支援者が多い。 【身体障がい者入所施設】 ・本人の意向が施設継続利用の場合、地域移行が進まない要因を本人の不安の高さと捉えている支援者が多い。 ・本人意思が時によって異なる場合、支援者も地域移行が進まない要因を捉えかねている。

（４）地域移行希望が明確な人と明確でない人の特性

地域移行希望の有無による特性を見るため、AB 群を「地域移行希望あり」、CD 群を「地域移行希望なし」に分類し、比較した結果は以下のとおりです。

（ア）　地域移行希望が明確な人の特性

□　地域移行に対する思いで肯定的な評価が高い。

・楽しそう　（知的障がい者施設利用者→以下知的という 69.8%、身体障がい者施設利用者→以下身体という 62.7%）

・何とか暮らしていけそう　（知的 45.9%、身体 62.7%）

□　地域移行に対して不安が少ない。

・支えてくれる人がいて安心　（知的 44.9%、身体 31.4%）

□　地域移行後に就労したいという希望が高い。

・会社や工場で働きたい　（知的 34.1%、身体 29.4%）

（イ）　地域移行希望が明確でない人の特性

□　地域移行に対して不安が多い。

・自信がない　（知的 39.3%、身体 58.1%）

・家族が心配する　（知的 34.8%、身体 44.4%）

・介護支援で困る　（知的 30.1%、身体 69.3%）

・家事援助で困る　（知的 43.4%、身体 66.9%）

□　地域移行後の暮らしについての具体的なイメージが乏しい。

・希望する生活の場や日中活動について、「わからない」との回答が多い。

（５）障がい特性、本人の意向に応じた支援の必要性

知的障がい者入所施設利用者と身体障がい者入所施設利用者とで、分析結果が大きく異なる項目があり、障がい特性や利用者本人の意向に応じた支援が必要であることが明らかになりました。以下に知的障がい者入所施設利用者、身体障がい者入所施設利用者それぞれに顕著な特徴を示します。

①　知的障がい者施設利用者に顕著な特徴

□　地域移行希望者は、グループホーム等の認知度が高い。地域生活について肯定的なイメージを抱いている人はグループホームの体験談を直接聞いた人が多い。

□　地域移行先の住まいの主な希望は、グループホーム。

□　地域移行支援に関する心配や課題として「現サービス体系では本人の行動に対応しきれない」、「本人が社会的問題を起こさないか心配」を挙げた支援者の割

合が高く、障がい特性に応じた特別な支援体制の構築を求める声が高い。

② 身体障がい者施設利用者に顕著な特徴

□ 地域移行先の住まいの主な希望は、グループホームまたは単身住居。また、バリアフリー住宅の必要性が高い。

□ 地域移行を可能するためのサービスやシステムとして「ヘルパー派遣」や「医療体制の充実」を挙げた支援者の割合が高い。

（6）調査のあり方について

今回の意向調査結果では、地域生活への移行の意思を何らかの形で確認できる人（「地域移行希望者」）は、調査対象者（2694 人）の 16.7%（P16、表＜地域移行希望者の範囲＞　A+B+C=451 人）でした。同様の調査である府立施設Ａの 40.2%（H17 年度）、府立施設Ｂの 37.2%（H17 年度）、他府県施設の 53%（H16 年度）などに比べ、かなり低い数値結果です。

この開きの原因として、調査（聴き取り）に際して事前に本人への地域移行に関する適切な情報提供が行われたか、また聴き取りを行う支援者に対し、調査に関する周知がなされたかどうかという点が影響しているのではないかと思われます。

今回の意向調査は、事前の説明などの取り組みをおこなわずに実施しましたが、府立施設や他府県の調査では、本人や支援者に事前にていねいな説明が行われています。特に他府県施設では、「アンケート」ではなく「聴き取り調査」として面接による聴き取りとして実施されています。

本人の意向を確認するには、ていねいな情報提供と、支援者側の本人の思いを引き出す姿勢が必要であることがうかがえます。

第Ⅱ章　地域移行における課題と対応・方向性

「地域移行に向けた意向調査」で明らかとなった課題と地域移行推進指針策定検討委員会での議論を踏まえ、今後、地域移行を推進する上での課題を整理するとともに、これらの課題に対する現時点で考え得る今後の方向性を、委員会の意見としてまとめました。

1．地域移行に向けた意思形成・意向確認
2．障がい者ケアマネジメントに基づく個別支援計画作成
3．相談支援とネットワーク
4．住まいの確保
5．介護支援サービスの充実
6．就労支援
7．日中活動・余暇活動の確保
8．地域生活を支える人材の養成と確保
9．権利擁護、障がいの理解
10．残された課題
～誰もが地域で当たり前に暮らす社会の実現に向けて

1 地域移行に向けた意思形成・意向確認

課　題

□ **地域では暮らせないという不安**

施設入所者の中には、「地域では暮らせない」と思い込んでいたり、地域生活をはじめからあきらめていたり、地域生活に対する漠然とした不安を抱く人たちが相当数いることが確認されています。

□ **地域生活体験の不足**

地域生活に関する情報や体験のある人ほど、不安が少ないことが確認されており、入所者の不安は、地域生活体験の不足が原因の一つとしてあげられます。

□ **家族の不安**

地域移行希望のない人は、地域移行希望者に比べて家族が心配することを理由とする傾向にあり、本人の意思形成には、家族の理解と不安解消がその課題の一つとしてあげられます。

今後の方向性

◎ **地域生活に関する情報提供**

入所施設から地域移行して暮らしている人の話を聞いたり、生活の様子を見たりするなど、本人が実感しやすい情報提供が重要です。同じ情報を受けるにしても、地域生活の楽しさなどプラス面での感情が大切であることが調査結果でわかりました。意思形成に向けた情報提供時に、外出や生活体験の取り組みなど効果的な内容、提供方法を工夫することが必要です。

◎ **ピアカウンセラー派遣事業の活用**

支援者の取り組み方法の中でも「地域生活の体験談を聞く」ことの効果が高いことが調査で確認されています。地域移行体験を持つピアカウンセラーが、自らの体験をもとに相談を行うことは大変有効であり、ピアカウンセラーを活用した入所者への働きかけと派遣の仕組みづくりが今後の課題です。

◎ **グループホーム等を活用した体験の場の提供**

地域移行の取り組みで、グループホーム等の見学・体験宿泊がもっとも効果を上げていることが調査で確認されています。特に入所施設内の模擬体験よりも実際の地域生活体験によるイメージづくりが重要であり、グループホーム等の空き部

屋を活用するなどして、体験の場の提供を増やしていくことが必要です。
しかし、体験に使用する空室の維持経費や、体験時に対応する世話人等への報酬が制度化されておらず、事業者の努力や工夫に依存している現状の改善が望まれます。

◎ **家族への働きかけ**

地域移行の具体的な支援やプロセスなどを、資料などを提示して家族にもていねいに説明することが必要です。家族の不安を軽減するために、地域の社会資源や施設の再利用の可能性、ショートステイの利用など具体的な支援策を説明することも大切です。

2 障害者ケアマネジメントに基づく個別支援計画作成

課　題

□ **地域移行を明記した個別支援計画の少なさ**

個別支援計画は、ほとんどの施設において作成されていますが、地域移行を明記した計画の作成は少なく、さらに本人の同意を得ないまま作成されている計画もあります。

□ **施設職員の意識**

施設職員には、地域移行を明記できない理由として、特に知的障がい者施設において本人が地域移行できる段階にないと考えていたり、解決、改善すべき課題がすべてなくなるまで地域移行は困難と考えている人がいます。

□ **地域移行情報や経験の共有化不足**

施設職員の中には、地域移行の具体的な手順が分からない人や情報を求めている人がいます。結果として、地域移行への具体的な取り組みと支援について、入所施設利用者に届いていない現状があります。

今後の方向性

◎ **個別支援計画作成支援**

本人の生活能力に偏ることなく、地域生活支援、本人ニーズの重視、自己決定の尊重、個別支援、エンパワメントの視点、社会資源の改善・開発、権利擁護など障がい者ケアマネジメントの理念に基づく個別支援計画の作成を徹底することが大切です。専門的な助言が必要な事例については、障がい者自立相談支援セン

ターがその役割を担います。

◎　個別性重視の再確認

地域移行は、個別支援計画に基づき進められるものであり、その手順は一人ひとりに応じて対応することが大切です。標準的な支援方法について、Ⅲ章以降で示しています。

3　相談支援とネットワーク

課　題

□　相談支援事業との連携不足

入所施設で生活している人の中には、施設ではすぐに相談にのってもらえるが、地域に出ると相談する人がいなくなるのではないかとの心配を抱えている人がいます。

□　個別支援ネットワークの必要性

本人や家族の安心を考えると、地域移行への支援、及び地域移行後のアフターケアを入所施設がせざるを得ないとの思いから、支援のすべてを施設が行っていることが多く、入所施設の負担になっています。

□　社会資源情報の不足

入所施設職員や利用者の中には、地域の情報をどこで得られるのかわからない人がいます。

今後の方向性

◎　相談支援体制の充実

相談支援事業は、障害者自立支援法において市町村事業として位置づけられ、地域生活支援の重要な要とされています。府には、都道府県事業として市町村における相談支援体制の充実、推進を図っていくことが求められています。入所施設利用者の地域生活についての不安を解消するためにも相談支援体制を充実させていく必要があります。市町村や相談支援事業者は、日頃から入所施設職員と連携することにより、本人が地域で安心して暮らしていくために必要な社会資源の情報を蓄積・共有化を図り、本人や家族に提供するとともに、地域に不足する資源を抽出し、地域自立支援協議会を活用しながら、改善・開発していく役割が求められます。

◎ **個別支援ネットワークの構築**

地域移行を円滑に進めるために、個別支援計画を、入所施設のサービス管理責任者と地域の相談支援事業者が連携して作成し、市町村や地域の相談支援事業者を中心とした個別支援ネットワークを構築して、地域移行が入所施設だけの取り組みとならないようにするとともに、地域生活の継続を支えるセーフティネットにしていくことが求められます。

◎ **地域自立支援協議会による情報の共有化と社会資源の開発**

市町村が運営する地域自立支援協議会に地域移行担当部門を設置するなどにより、地域移行支援に関する情報共有を図るとともに、個別支援から明らかになったニーズに必要な社会資源の調整・開発を行います。個別ニーズを充足し、その課題を蓄積する中で、地域の抱える課題を明確にし、その課題を解決していく過程の検証や具体的な取り組みの実践が、地域自立支援協議会に期待される機能のひとつです。また、地域移行を本人、家族、入所施設だけの課題ではなく、地域全体の課題ととらえ、地域資源の情報を集約・共有していくとともに、地域移行とその後の生活支援について連携できるよう、地域の関係機関が協力していく体制づくりも行われるべきです。

◎ **大阪府障がい児（者）支援広域連絡調整会議及び、大阪府障がい者自立支援協議会の機能発揮**

大阪府は、障がい児（者）支援広域連絡調整会議において、本人が、暮らしたい場所を選択できるよう、地域移行における市町村を超えたサービスの調整や社会資源の相互利用に関する検討などの総合調整を行うことが求められます。

さらに、大阪府障がい者自立支援協議会においては、府域における課題を集約し検討するとともに、必要に応じて施策について提言すべきです。

4 住まいの確保

課　題

□ **グループホーム等の不足**

市町村障がい福祉計画の地域移行目標を達成するためには、地域移行の住まいの受け皿の中心として期待されるグループホーム（ケアホーム）が、量的に不足しています。また、重複障害やさまざまな障害や課題に対応できるという質的な面でも十分ではありません。

□ **多様な住居の確保（質的確保）が困難**

地域での暮らし方はさまざまです。単身生活、グループホームやケアホーム、家族との生活等の多様な暮らし方に対応する住宅や、バリアフリー住宅等の障がい特性に応じた住宅がなかなかみつかりません。また、低廉で適正な規模の住宅の確保が困難です。

□ **斡旋調整機能が未整備**

出身地域に戻って生活したいと思っても、グループホーム等の空室を見つけられないことがあります。また、グループホーム等を立ち上げようとしても、入居者の確保ができずに困っている事業所があります。

地域で単身生活を始めようとしても、保証人がみつからずに家を借りることができず困っている人がいます。

今後の方向性

◎ **グループホーム（ケアホーム）の整備**

市町村は、障がい福祉計画による必要数の達成に努め、さまざまな障がいに対応できる多様な住宅を確保することが求められます。

とりわけ、身体障がい者のグループホームやケアホームは、国制度になっていないので、早急な制度化が望まれます。また、公営住宅の活用促進も必要です。

◎ **バリアフリー住宅の確保**

住宅改造助成事業の促進等により、バリアフリー住宅の確保が必要です。

◎ **総合調整支援**

あんしん賃貸住宅制度を活用した斡旋・調整、市町村事業の居住サポート事業等の拡充による住まいの確保とともに、入居希望者の情報や、グループホーム等の空き情報をデータベース化し、総合調整を行うシステムの検討が必要です。

5 介護支援サービスの充実

課　題

□ **地域生活サービスに関する不安**

入所施設利用者の中には、地域で生活すると調理・洗濯などの家事や、食事・入浴・排泄などの身体介護の面で、十分な支援が受けられるかと心配を抱えている人がいます。また、「どのように支援を頼めばよいかわからない」、「うまく指示できるだろうか」などと不安を抱えている人もいます。

今後の方向性

◎ 必要なサービスの確保

地域移行前に、地域の相談支援事業者とともにサービス利用計画を作成することにより、退所後の地域生活に必要なサービスの確保を検討します。

地域での個別のニーズに対してより柔軟に対応できるのは、インフォーマル支援も含めたケアプランによる支援です。実例をとおした情報提供により、入所施設利用者や家族の理解促進を図り、不安を解消していくことが大切です。

◎ 適正なサービスの支給

市町村は、地域移行希望者の実態把握に基づくサービス提供体制を整え、適正なサービス支給決定により、地域での安定した生活の実現と維持を図ることが求められています。

6 就労支援

課　題

□ 就労先の確保

地域で生活していく上で、本人の「働きたい」との思いを受けとめ、退所後の就労先を確保することは重要な課題ですが、地域で就労先を確保するためのネットワークや情報については施設だけでは不足しています。

□ 就労体験の場の不足

地域移行希望が明確な人ほど、就労希望者が多いことが調査で明らかになっています。就労を支援する関係機関との連携不足等により、一人ひとりの状況に応じた就労につながる準備、訓練としての就労体験の場が不足しています。

□ 職場定着のための支援

地域移行後の職場定着支援を、入所施設がアフターケアとして続けていくことには限界があり、支援が途切れると就労継続が困難になってしまいます。

今後の方向性

◎ **障がい者雇用に関する各種援助の活用**

ハローワークや地域障害者職業センターなどを活用し、それぞれの状況に応じた支援計画に基づき障がい者雇用に関する各種援助を活用して就労体験の場を確保することが望まれます。

◎ **地域における就労支援機関・ネットワークとの連携**

地域における就労支援のためのネットワークを強化し、就労先の確保や、地域移行後の就労継続支援を行うにあたっては、地域移行先の情報を把握し、連携することが大切です。

なお、福祉的就労から一般雇用への移行を図るため、ハローワークが中心となって、障害者就業・生活支援センターなど、関係機関が連携して「障害者就労支援チーム」を作り、就職の準備段階から職場定着までの一貫した支援が行われています（地域障害者就労支援事業）。

◎ **職場定着のための支援**

事業所に出向いて就労支援を行うジョブコーチは、職場定着を困難にする課題解決のための重要な役割を果たしており、ジョブコーチ制度の拡充が望まれます。大阪府においては、ジョブライフサポーター登録派遣事業を実施し、職場開拓、職場定着に至る一連の就労面及び生活面の支援の充実を図っています。

一方、障害者自立支援法の施行により「障害者就業・生活支援センター」についても、施設利用者の就労後の職場定着支援を担うこととされており、今後、これらの機関も含めた総合的な職場定着支援体制を充実させていく必要があります。また、職場での孤立による離職を生じさせないよう、グループでの就労を促進する「グループ就労訓練雇用助成金」等の活用も望まれます。こうした助成制度や支援施策を有効に活用し、就労支援機関との連携により、個別なニーズや課題に対応した、実効性の高い就労支援システムの構築も急務です。

7 日中活動・余暇活動の確保

課　題

□ **日中活動の場の不足**

入所施設利用者のなかには、地域移行後、日中活動が見つかるかどうか心配している人がいます。また施設職員も大半の利用者について、地域移行

後に必要なサービスとして日中活動の場を挙げています。

□ **余暇活動への支援の不足**

自由な時間に自分が何をしたいのかが具体的になっていない人がいます。地域で生活を始めても、一人で自由な時間を過ごす方法を身につけていないために、余暇を上手に過ごせず、生活リズムを崩し、地域生活の継続が困難になる人がいます。

今後の方向性

◎ **多様な活動の場への参加支援**

障がい者施策による活動の場につなげることも大切ですが、まず本人の希望を聞き、その特性に応じた多様な日中活動の提供が必要です。また地域で安心して生活を継続するために、地域住民の一員として、自治会やサークルなど多様な活動の場への参加を支援していくことが望まれます。

◎ **市町村事業の充実**

障害者自立支援法の市町村事業における地域活動支援センター事業や社会参加促進事業により、活動の場を充実していくことが重要です。また、市町村にあるさまざまな活動の場に、障がい者が参加しやすくしていく取り組みも必要です。

8 地域生活を支える人材の養成と確保

課　題

□ **地域移行者を支える相談支援事業者の資質**

積極的に相談を受け、共に考え、実際の支援を組み立てている相談支援事業者がある一方で、資料による情報提供にとどまっているところがあるなど支援内容に大きな差があるといわれています。

□ **支援職員が集まらない（補充できない）**

仕事の厳しさ、労働条件の厳しさ等から、グループホームの世話人等の日々の直接的な支援を行う人材が集まらず、また辞める人が多いことから、慢性的な人材不足が続いています。

今後の方向性

◎　障がい者ケアマネジメント研修等による充実強化

相談支援従事者研修等の充実により、身体、知的、精神の3障がいに対応可能な、地域のリーダーを担える人材の養成が望まれています。またアドバイザー派遣による地域の相談支援体制の充実も必要です。地域移行とその後の生活においても、相談支援事業者が役割を果たし、質の維持向上を図るよう地域自立支援協議会を活用した市町村や府の積極的な取り組みが望まれます。

◎　グループホーム等の世話人を支える制度の充実

世話人の質的向上が望まれており、府のみならず、地域に密着した市町村においても世話人研修を開催するなど、研修体制の充実を通じてグループホーム等の生活の質を改善していく必要があります。また、世話人らが入所施設での生活や地域移行について理解を深めていくことも必要です。

人材を安定して確保していくためには、世話人養成研修を開催するとともに、仕事に見合う労働条件が保障される等、制度としての持続的な充実が必要であり、府として国に対し改善を要望していくことが必要です。

9　権利擁護、障がいの理解

課　題

□　地域生活における権利擁護

地域生活においては、消費者被害などさまざまな権利侵害にあうおそれがあります。

□　地域の理解

グループホームをつくろうとした時に、地域の反対にあったり、地域生活を始めた人が、地域住民の理解が得られず、孤立化してしまうことがあります。

今後の方向性

◎　日常の見守りと、成年後見制度の活用

地域生活で想定される様々な権利侵害に対して、相談支援事業者や居住サポート事業、近隣の住人も含んだ個別支援ネットワークによる見守りや危機介入が

望まれます。また、成年後見制度の活用により、安心した地域生活を送れることが望まれます。

◎ **エンパワメント、セルフマネジメント**

地域で生活する本人が、権利侵害の実態を知り、権利侵害に立ち向かっていく方法を身につけるための支援が必要です。

自分自身の力で制度を理解し、自分自身で判断して行動を選択できる力を身につけるための支援が必要です。

また、セルフマネジメントにつながる支援が大切であり、地域生活を築く主体者として、自らの生活を描き、必要なサービスを選択できるよう福祉制度理解促進等の支援が求められます。

◎ **啓発活動**

より成熟した地域社会となるためには、障がい者が地域に適応していくということではなく、地域で障がい者が生活することが当たり前の、誰でも住みよい社会を実現しなければなりません。

そのためにはあらゆる場面やすべての人々への啓発活動の展開が必要です。

10 残された課題 ～誰もが地域で当たり前に暮らす社会の実現に向けて～

課　題

□ **地域移行を困難にしている要因（支援策の未確立）**

24時間の医療的ケアを要するなど恒常的な医療ケアを必要とする人で、現行の地域の医療ケア体制のもとでの地域生活の維持が困難であると本人や支援者が考え、地域移行できない人がいます。

また、入所施設には、「反社会的問題を起こさないか心配」、「現サービス体系では本人の行動に対応しきれない」と支援者が考え、地域移行支援が進んでいない人がいます。

□ **施設入所を希望し、待機している人がいる状況**

地域生活の継続が困難との理由で、施設入所を希望し、待機の状態にある人がいます。その中には将来の家族の疾病や高齢化による介護力の低下を心配して、施設入所を希望している人もいます。

今後の方向性

◎ 医療ケア体制の整備

府自立支援協議会、市町村の地域自立支援協議会において、各支援機関と医療機関との連携を充実する中で、医療機関の積極的支援と、医療機関も参加した個別支援ネットワークによる支援が望まれています。

医師による往診や訪問看護等の医療的なアプローチが、柔軟に障がい者支援施策に幅広く共有され、個別のニーズに基づいて、より実行性の高い支援計画・支援体制が構築できるように、各方面に働きかけていく必要もあります。

また、これらの機関を社会資源情報として、地域において、整理・共有する必要があります

◎ 新たな支援プログラムの開発

それぞれの課題を改善し、地域生活の実現、継続ができるための支援プログラムの開発が求められています。

◎ 地域で支える

地域の支援方策の充実と必要なサービスにつないでいくことにより、施設利用の待機状態を解消するとともに、地域生活の継続に困難となる課題があっても、住み慣れた地域での生活を継続できるようにしていくことが大切です。

第Ⅲ章　地域移行を進めるために

入所施設利用者の地域移行を進めるための標準的、具体的な支援方法を示します。

実際の支援においては、本人の思いをいかにして引き出していくか、そして、その思いを基本にどのような支援を選択するか、どの支援から始めるか、いつから地域生活を始めるかなどを検討していきます。

地域生活への移行は、本人と支援者が、その時々の意向（気持ち）や手順などを確認しあいながら、様々な機関と連携して進めますが、自分らしく豊かな生活を送るために、意思形成にかかる支援をていねいに行うことが重要です。

なお、調査結果から明らかになったことも、併せて記載します。

1．地域移行に向けた意思形成と意向確認
2．地域移行に向けた個別支援計画の作成
3．家族への支援
4．地域生活への移行を進める
5．地域生活を支える

1

地域移行に向けた意思形成と意向確認

本人が意思を形成し、表明するための支援が必要です。さらに、実際の支援を行うにあたっては、機会あるごとに本人の意向を確認することが大切です。

1 意思形成への支援

（1）地域生活を体験する

地域移行の意思を形成する過程においては、本人が地域生活を体験することや、具体的な情報を得ることが重要です。そのための機会の設定や条件の提案、その上で、安心してチャレンジできる環境の整備が不可欠です。

施設で長く生活していると、地域生活には未体験なことが多いのでイメージしにくく、その結果、本人や関係者は不安を感じやすくなります。その不安を取り除くには、地域生活を実際に体験することです。体験を積み重ね、自分にあった生活を見つけることが、地域移行意思の形成につながります。

Check 1 “自分で決める”機会を、増やす

○ 入所施設の生活では、自分のことを自分で決めなくても困ることがなかったり、支援者が、本人に良かれと思い、保護的に答えを先に出しておいたりすることがあります。

しかし、地域の生活では、多くのことを自分で判断して決めていくことが必要になります。施設においても、「自分で決める」機会を日常生活の中で意図的に作っていくことが大切です。

○　入所当初などには、保護的に対応することが必要な場合もありますが、施設内の生活は、地域での生活を意識して保護的になりすぎないように注意します。「自分がどうしているのか」、「自分がどうしたいのか」を、本人が考え、本人が行動することを、支援者は側面から支援することが大切です。

○　上記のような保護的な対応ではなく、自身で決めたことを実行していく支援過程においては、時として「失敗」と思われる結果が発生することも予測されます。しかし、そうした時こそ逆に自己実現にむけた「チャンス」かもしれません。支援者として、結果のみにとらわれ予防策や防衛策を講じるだけではなく、その原因について利用者と共に考え「どうしてそうなってしまったのか」「どうすれば良かったのか」など、本人と向き合い、その結果を「マイナス」ではなく、「プラス」に転じられるように、ていねいにフィードバックすることで、本人の意欲が確かなものになります。

Check 1　単独や少人数での外出の経験

○　単独や少人数での外出の経験が地域移行の契機となる事例が多くあります。自分で行き先を決めること、交通機関の利用、自由な時間を過ごすこと、お金の使い方に慣れるなど、「街での生活」を体験することが、地域生活への意思形成につながります。

Check 1　自活訓練の活用

○　自活訓練は地域生活に無理なく、段階的に近づくことができるため、効果的に支援することが大切です。（本人の得意なことから「出来た！」と思える体験を増やすことが大切です。それが、自信につながります。）

○　運営主体によって、施設内での自活訓練だけではなく、施設外での自活訓練を実施しているところもあります。施設職員以外のヘルパーや支援者の支援を受け、そうした人たちとの関係作りを進めていくことも、地域移行に対する不安を軽減していくのに有効です。

Check 1　グループホーム（ケアホーム）や単身生活の体験

○　地域生活を体験することにより具体的なイメージをもつことが目的です。体験を行う前に、グループホームや単身生活の利用者の生活や世話人やヘルパー等の支援の内容等について、見学したり、利用者の声を聞いた

りすることが重要です。

○ 施設やその法人がグループホーム等を運営している場合は、その空き室を活用した体験を実施しているところもあります。

○ 運営していない場合は、地域移行支援センターや既存のグループホーム等、相談支援事業者、市町村担当課に相談して体験できるよう協力を依頼します。

○ 施設での生活からすぐにグループホーム等を体験することも可能ですが、施設が行う自活訓練に参加した後に、グループホーム等の体験をする方法もあります。

○ 相談支援事業者によっては、自立生活プログラム ILP（＊）を活用した単身生活体験を行っています。

＊「自立生活プログラム ILP」

自立生活プログラム ILP:Independent Living Program とは、施設や親元などで生活している障がい者が、依存した生活を離れ、自らが選んだ地域社会の中で、自分らしい生活を始めることをサポートするために、地域で自立生活をしている障がい者がリーダーとなって、自立生活のノウハウを具体的に伝えていくプログラムです。

⇒具体的な事例については、事例 2 (p. 72)、事例 6 (p. 81) を参照してください。

○ グループホーム等の生活は、原則として「共同生活」となりますので、「誰と暮らすか」はとても大切なことです。
可能であれば、体験利用を行う際に、利用予定のグループホームで、利用候補者と一緒に実施することが、より望ましいでしょう。

○ グループホーム等での生活において、利用者の日常生活を「誰が」、「何を」、「どのようにして」支援していくのかを、本人の意向と意欲をていねいに聞き取りながら支援体制を考えていきます。(アセスメント→個別支援計画)

○ 「できること」と「継続してできること」は異なります。先回りして支援してしまうことも、自身で判断し実行する機会を失うことになりかねないので、好ましくない場合もあります。逆に、普段できていることでも、気候や体調、精神状態などの要因によっては、支援が必要な場合も

あります。「必ず自分で行わなければならない」といった決まりでは、他の領域にマイナス影響が発生したり、日々の生活が味気ないものになってしまったりするかも知れません。

○ グループホーム（共同生活援助・介護）の支援体制だけで不十分な領域や他の機関を活用することが望ましい場合などは、ケアマネジメントの理念に基づき、必要な他の関係機関と連携しながら、本人の希望する生活が営めるように支援計画を作成します。その場合にも、実際にグループホーム等での生活を体験することは、本人にとっても支援者（サービス管理責任者）にとっても貴重な情報となります。

○ グループホーム等の体験利用を実施する場合には、可能な限りそのグループホーム等に入居した場合に想定される日中活動の場（作業所や通所施設など）の体験利用を組み入れ、地域移行後の自身の生活全体がイメージできるよう支援します。こうした生活体験が本人の意思形成には、大変有効であると思われ、また、支援者側にとっても、より実践的なアセスメントを行うことができます。まだまだ、制度上難しいこともあるかもしれませんが、福祉事務所や通所施設等と相談しながら、工夫してみましょう。

○ グループホームでの体験利用に際しては、利用者や家族も、更にそこで生活している利用者や世話人にとっても不安があろうと思います。施設賠償保険等のリスクマネジメント方法を検証し、支援者間における緊急時の連絡体制を明確にして、不測の事態に備えておく必要があります。みんなが安心して取り組めるように配慮して実施する必要があります。その為にも、いつでも、誰でも、安心して体験利用ができるように、公的なサービスとして制度化されることが必要です。

○ 体験的な利用をするには、本人・家族に不安があって、なかなか踏み出すことができない人もいるかもしれません。先に述べた、地域移行を果たした人の話を聞くのと同様に、体験利用をした方の話を聞くことも有効かもしれません。

Check 1 地域の支援策の試行的利用

○ 一部の市町村では施設利用者へのガイドヘルパー派遣事業を実施しています。施設からの外出時やグループホーム等の体験入居時、単身生活の試験的外泊時等にガイドヘルパーを利用します(居住地の福祉事務所または町村障がい福祉担当課が窓口です)。

○　介護のためのヘルパーや日中活動等の地域の支援策を試行的に利用できないか、その地域の市町村、相談支援事業者等と相談します(入所型施設を利用中に地域の支援策を利用することは制度的に困難な現状がありますが、可能な方法がないか工夫します)。

＊個別支援計画に地域移行が明記されている方への施設の取り組みとして、本人の意思確認に次いで多いのは、自活訓練等の生活体験です。

（分析報告書　表Ⅱ―75、76）

単位：％

	情報提供	体験談を聞く	自活訓練	GH等見学	GH等体験宿泊	相談支援との連携
知的障がい者施設	9.4	19.3	34.5	25.6	10.3	4.5
身体障がい者施設	22.4	15.5	34.5	12.1	8.6	20.7

（２）地域移行、地域生活の情報を得る

地域での生活に必要なあらゆる情報が、わかりやく、タイミングよく、ていねいに本人に届いていることが大切です。

Check 1　施設職員による情報提供

○　日々支援を行っている施設職員からの情報提供は、本人にとって大きな影響力を持ちます。

○　日常の生活場面や施設内の集会等は、地域移行について説明する機会ととらえ有効に活用してください。

○　施設内に利用者の自治会などがある場合には、地域移行について、利用者間で話しあえるように支援することも有効です。

○　地域生活についての本人の関心、不安、心配は周囲の状況や経験の蓄積などから変化します。施設職員からの一方的な情報提供ではなく、本人の関心、不安、心配を見定めながら、具体的な情報を提供することが大切です。

○　関連する研修にも積極的に参加するなど、施設職員が地域移行のための制度や実際の地域生活の状況等を理解し、正確で具体的な情報提供を心がけてください

Check 1　ビデオ、パンフレット等による情報提供

○　視覚的にわかりやすい資料による情報提供が効果的です。本人にあった内

容やメディアの選択が大切です。

○　公的機関(障がい者自立相談支援センター等)やＮＰＯ等の機関が作成したパンフレットなども積極的に活用してください。

○　施設利用者と一緒に資料を作ることは、作る過程そのものが地域移行を進める支援の側面を持つことから、是非取り入れたい方法のひとつです。

○　体験と併せて行うことにより、より効果的な情報提供になります。

Check ！　体験者の話を聞く

○　体験者の話を聞くことは、地域生活を実感しやすく、地域移行に向けた意欲、自信の形成につながります。

○　既に地域移行した人がいる施設では、その人の協力を得て、体験談を話してもらったり、生活場面を見学させてもらったりします。

○　既に地域移行をした人が施設に遊びに来て、自然な会話の中で地域移行について知る機会をもつ状況がより効果的です。

○　まだ地域移行した人がいない施設では、他の施設から地域移行した人の話を聞く機会を持つことが大切です。近くの地域移行支援センターや相談支援事業者に,体験者やピアカウンセラーの派遣を積極的に要請しましょう。

2　意向確認

本人がどのような暮らしをしたいと思っているのか、今どのような支援を求めているのか等、本人の意向を確認します。

Check ！　基本的なことがら

○　本人が安心して自らの意向を十分に表明できるよう、個室等落ち着いて話ができ、また本人のプライバシーを守ることができる場所や時間の設定が大切です。

○　支援者は、あらかじめ本人に地域生活についての情報の提供をしておきます。

○　支援者は地域生活の情報を熟知しておく必要があります。

○　本人が意向を表明しやすい施設内の雰囲気、これまでの職員の日々の支援や接し方などがその成果に影響することがあります。

Check 1　**意向確認の内容**

○　地域移行の希望について

したい・したくない・わからない

その理由は…

○　住まいの場はどこがいいか

出身地域・施設の近辺・その他

具体的に…

○　どんな住まいのかたちがいいか

グループホーム等・ひとり暮らし・家族同居

□　誰と一緒に住みたいか

□　何人くらいで住みたいか

□　どんな家で住みたいか

1．一戸建て　　2．マンション

3．アパート　　4．公営住宅

その他具体的に…

○　どんな日中活動を希望しているか

就労・作業所・デイサービス

その他具体的に…

○　必要とする介護支援の内容はどんなものか

身体介護・家事援助・外出援助

○　余暇時間の過ごし方、楽しみ方はあるか

具体的に…

○　移行を希望する時期

具体的に…

○　施設を出たら、どんなことがしたいか

○　将来はどんな暮らしがしたいか

○　地域移行についての不安や疑問を具体的に聞く

いくつでも

□　介護や支援が不安

□　住みやすい場所があるか不安

□　グループホームや日中活動での人間関係が不安

□　お金の管理が不安

□　病気になった時が不安

□　家族が賛成してくれるか不安

□　その他（　　）

Check ！　意向確認の方法

○　意向を確認する時は、本人が理解し伝達しやすいように必要に応じて絵カードやコミュニケーションボードなども併用します。

○　意向確認の項目によっては、地域生活のイメージが持てないことから、答えられないこともあります。意向確認は、決して問い詰めにならないよう、本人との信頼関係を構築し、本人が自信を失わないよう十分に配慮して行います。

○　意向は、日々のコミュニケーションや地域生活体験中の本人の表情、態度、生活ぶりからも推測することもできます。

Check ！　意向確認のタイミング

○　地域移行支援の開始当初に、まず意向確認を行います。入所施設支援においては、地域移行を基本とすべきことから、利用を開始した段階から、その状況に合わせた意向確認が大切です。

○　本人の意向の変化を感じとり、変化があればその都度意向確認を行い、支援内容を見直します。意向確認は、地域移行支援を始めるときだけではなく、支援の途中で本人の発言を受けて再確認したり、支援の状況が変化した時にも再確認したりするなどして繰り返し行う必要があります。

＊「本人の意向を確認することが困難」は、身体障がい者施設利用者で39.0%、知的障がい者施設利用者では60.8%となっています。（「分析報告書」　表Ⅱ－1）

単位：%

	本人が記入	本人からの聞取で支援者記入	意向確認困難
知的障がい者施設	8.6	30.5	60.8
身体障がい者施設	7.4	53.5	39.0

2

地域移行に向けた個別支援計画の作成

個別支援計画の作成方法については、障がい者ケアマネジメントの手法に基づく計画作成を心がけてください。

前項で述べた本人の意思を常に基本とした具体的な支援を計画していきます。

1 個別支援計画作成の基本

個別支援計画はケアマネジメントの理念を基本として作成します。

（ア） 個別支援計画は、地域移行を念頭に置いて作成します。
（イ） 常に、本人の意向を基本とします。
（ウ） 計画作成には本人も参加します。
（エ） 本人のニーズを明らかにし、課題を把握します。
（オ） 時間や場所も含め、課題に対する方策を具体的に策定します。
（カ） 当面の内容だけでなく、中長期にわたる支援を組み立てます。
（キ） 可能な限り地域の相談支援事業者等の協力による地域資源を活用した具体的プランを組み込みます。
（ク） 移行後のケアプランにつながる工夫が不可欠です。
（ケ） 計画について本人の了解を得ます。
（コ） 計画の具体的取り組みを開始します。
（サ） 支援開始後には必ず計画の進捗を把握し、定期的に見直しを行います。
（シ） 単身生活やそれに類する生活を希望される人は、「サービス利用計画作成費」の支給決定を受けて、地域の指定相談支援事業者に支援計画を作成依頼することも可能です。

＊個別支援計画は、知的障がい者施設においては 99.1%、
身体障がい者施設では 97.7%と、ほとんどの施設で作成されています
（「分析報告書」 p16 参照）

単位：%

	個別支援計画作成		
	作成した	作成せず	不明
知的障がい者施設	99.1	0.7	0.2
身体障がい者施設	97.7	2.1	0.2

＊個別支援計画に地域移行が明記されているのは知的障がい者施設では
19.8%、身体障がい者施設では 8.5%となっています。

「分析報告書」表Ⅱ-3）

	個別支援計画における地域移行支援内容				個別支援計画
	明記	明記せず	どちらともいえない	不明	作成 小計
知的障がい者施設	19.8%	55.6%	24.0%	0.6%	1,815 人
身体障がい者施設	8.5%	74.7%	16.3%	0.5%	843 人

＊個別支援計画作成の会議に本人が参加しているのは知的障がい者施
設、身体障がい者施設ともに少なく、知的障がい者施設利用者の 5.7%、
身体障がい者施設利用者の 7.6%です。

（「分析報告書」巻末資料　府集計結果報告　表 10-1）

単位：%

	策定にあたり本人に希望を聞く	策定会議に本人が参加	策定後、本人に説明し同意を得る	策定後、家族に説明し同意を得る	いずれにも該当しない
知的障がい者施設	29.1	5.7	26.7	73.9	9.9
身体障がい者施設	60.4	7.6	49.8	60.6	2.7

2 支援の優先順位を決める・何から始めるか

地域生活への移行をどんな支援から始めるかは、一人ひとり違います。
本人のニーズを十分受け止めながら支援内容を決め、支援計画に基づいて、地域移行の支援を進めていきます。

Check ! アセスメントによる支援策の検討

○ 支援計画を作成するためには、利用者のニーズをしっかりとアセスメント（評価）することが重要です。アスメントの結果により、支援を何から始めるかが明らかになってきます。

Check ! 具体的課題への取り組み

○ 本人が、自分にとって必要だと感じている具体的な事柄から取り組みます。
○ 「本人にとっては、こうすべきではないか」、とか「地域生活ではこうあるべきだ」という支援者の思いを優先せず、本人の思いを尊重します。
○ 本人の不安が軽減し、自信をつちかっていけるよう、ゆったりと楽しみながら体験していくことに支援の重点をおきます。

Check ! 必要な支援を見極める

○ 移行支援では、移行後の地域生活で必要となる介護や支援の内容や量を見極めておくことも大切です。地域生活移行後の支援体制を、ケアマネジメントの手法を用いて地域の関係機関と連携して準備します。

3 ニーズから社会資源を検討する

地域移行の支援を何から始めるかが決まると、必要な社会資源を探します。
例えば、住むところを検討する場合は、次のようなことに留意して進めます。

Check ! 住む地域を相談する

○ 本人がどの地域で生活したいかを話し合います。
○ 事前に、その地域の市町村担当課や相談支援事業者から、本人が住みたいと希望する地域の社会資源の現状や情報を得ておきます。

Check ! 地域の社会資源をみる

○ 本人が意思決定できるようになることを目的に、本人と支援者がともに移行を目指す地域に行き、様々な社会資源を見学し、地域の支援者等から説明を受けます。そのうえで、本人の意向を再度確認します。

○ 本人が理解したうえで同意していれば、具体化に移ります。

○ 本人が理解できないのであれば、もう一度一緒に見学等に出向くなど、より具体的な手段を用いて支援します。

○ 移動支援などの地域生活支援事業については、支給内容などが市町村によって異なることがあります。また、グループホームや日中活動も、障害種別や程度によっては利用できないことがあり、支援の体制に違いがあることもあります。住みたい地域の社会資源と、援護実施機関である市町村の情報を的確に把握して、実現可能な支援計画を作成する必要があります。

Check ! どこに住むかを決める

○ 本人が、住みたいと思う地域の情報などを知り、地域で生活したいとの思いが強くなってくれば、その具体化に移ります。

○ 本人の地域移行が、住みたいと思う地域の現在の社会資源の活用だけでは困難で、新たな支援策が必要な場合は、現行の支援方策の改善や、地域に新たな支援を開発するよう市町村や地域の支援機関に求めます。

○ 期待する支援策が十分に整っていなくても、本人の思いが強ければ地域生活に移行し、その後の支援の中で、地域生活の中で補う工夫や支援の開発を求めていきます。

4 個別支援計画作成の留意点

計画は、本人にとってわかりやすいことが一番の条件です。様式もわかりやすくすることを心がけ、以下の点に留意して作成してください。

Check ! 時間をかけながら本人の意向にそって支援する

○ 地域生活への本人の理解の度合いを見て、本人のペースを守りながら、ゆっくり時間をかけて支援を進めることが大切です。

○ 体験宿泊、日中活動に試行的に参加し、体験を積み重ねることは有効な支援策ですが、体験と実際の地域生活では異なる部分が多くあります。実際の生活づくりは地域移行後にスタートすることを念頭におき、地域生活に移行してからゆっくり慣れていけばよいという視点も重要です。

Check ! エンパワメント支援という視点

○ 「地域での自立生活」への理解を進め、“自立＝自分で何でもできること”という意識から、“必要な部分は支援や介護を使っていい”との意識へ本人も支援者も転換することが重要です。

○ 自分のやりたいことを決めることや、支援や介護を利用することに慣れるなどエンパワメント支援の視点が不可欠です。

○ 支援者は、「○○ができないから無理」と決めつけるのではなく、支援や介護が必要な部分を見極め、「時間をかけて慣れていけばよい」と長期的な視点に立った姿勢も必要になります。

Check ! 障害程度区分認定の見直し

○ 入所施設での生活と、地域での生活とでは、生活形態と支援の内容が異なってきます。必要に応じて、障害程度区分認定を見直すための申請をすることも必要になります。

5 本人に説明して同意を得る

計画作成の当初から本人と話し合い、計画を作っていきます。
計画ができあがった段階で、計画を本人に説明し、本人の同意を得ます。

Check ! 本人に説明する際に留意すべき事項

○ 計画の内容をわかりやすく、ていねいに説明します。本人が納得できないときは、なんども話し合います。

○ 計画にあるからといって、すべてをしなければならないということではないことを、わかりやすく伝えてください。

○ 計画を進めていく中で、本人が変えたいと思うようなことがあれば、いつでも変更できることを、わかりやすく伝えてください。

6 本人と関係者が集まって個別支援会議で話し合う

地域移行を進めていくには、様々な機関の様々な人が連携して支援していくことになります。

Check 1 個別支援会議開催の留意事項

○ 支援のネットワークを組んでいくには、支援者が本人の思いを共有していることが大切です。

○ それぞれの人がどのような役割を果たし、どのようにつながっているのかを、本人が理解していることが大切です。

○ そのために、本人を中心に据えた個別支援会議を必ず開催してください。様々な役割を持った人（関係機関）が支援すること、そしてすべての人がつながっていることを本人が実感することが、その後の安心につながります。

○ 個別支援会議は必要に応じ随時開催してください。

○ 会議の場では本人は緊張してしまって何を言うべきかわからない場合もあります。会議の前に本人が言いたいことをメモに書いておいたり、会議の席でサポートする人をつけたりするなどの工夫も検討してください。

7 関係機関と連携して取り組む

個別支援計画の作成についても、施設のみで行うのではなく、市町村、地域の支援機関等の意見も聞き、必要な場合は協力も要請します。

Check 1 市町村など地域の支援機関との連携

○ 市町村や地域の支援機関、地域自立支援協議会等に連絡し、協議の場を持つ等により、地域の支援体制等を確認します。

○ 地域移行後の地域の支援策と支援体制づくりを一緒に検討します。

○ 施設利用中に市町村、地域の支援機関等が行う支援について検討します(必要に応じて市町村、地域の支援機関から本人への説明をもとめることも必

要です。)

○　地域移行を中長期的な目標として、直近の課題にはしていない場合も、援護の実施者である市町村には現状と取り組みを定期的に伝えるようにします。

○　地域移行後の生活で単身生活やそれに類する生活を希望される人は、地域の指定相談支援事業者に「サービス利用計画作成費」を利用して、専門的な個別支援計画の作成を依頼することもできます。

＊ここでいう市町村については、援護の実施者としての市町村を想定していますが、本人が住むことを希望する地域の市町村との調整が必要になることも想定され、そのような場合には、双方の市町村との連携が必要になります。

Check 1　大阪府障がい者自立相談支援センターとの連携

○　地域移行が施設と市町村、地域の支援機関との連携のみでは、対応が困難と判断した場合は、障がい者自立相談支援センターに支援を要請してください。障がい者自立相談支援センターのケースワーカーや心理職が施設や市町村、地域の支援機関との協議への参加や、個別支援計画の作成の助言など専門的技術的な支援を行います。

8　個別支援計画に基づき支援を進める

Check 1　個別支援計画の実施にあたって

○　地域移行を進めていくには、さまざまな機関の人が連携して支援します。その詳細については**「４．地域生活への移行を進める」**において述べます。

○　個別支援計画に基づいて地域移行を進めていくことになります。しっかり本人の思いを受けとめ、本人と支援者の思いがずれない支援をします。

○　あれができないから、これができないから地域移行はできない…といった速断は禁物です。地域移行は、すべての入所施設利用者が地域生活に移行することが可能であるということを前提に、時間をかけて進めていくことが重要です。

9 個別支援計画進捗状況のモニタリング

Check 1 モニタリングの重要性

○ 地域移行の支援が個別支援計画通りに進んでいるかチェックをします。

○ 地域移行の支援が個別支援計画通りに進んでいるか、思いのずれは起きていないか、計画修正の必要はないか、最低でも月に1回は振り返ります。

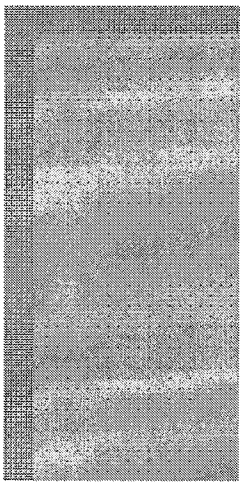
○ 評価の基本になるのは、本人の満足度です。本人の満足のいかないことがあれば、何度でも計画の変更を検討します。

○ モニタリングでは、問題が起きていないから課題はないと判断するのではなく、より豊かな生活を目指し、さまざまな取り組みや支援を更に検討し続けることが重要です。

3

家族への支援

地域移行を決めるのは本人ですが、
可能な限り家族への支援をします。



1 家族の気持ち・本人の気持ち

Check 1 家族の気持ちを受け止める

○ 地域移行についての家族の不安、心配を十分に聞き、家族の気持ちを受け止めます。

○ 家族は、本人が地域で生活を継続できるかどうかを心配しているかもしれません。

○ 地域で生活がうまくできなくなったとき、家族の元に戻されるのではないかと心配する家族も多くいます。

○ 施設に入所する前の苦労を思い浮かべる家族もいます。

○ 施設に入るときはずっと施設にいられると思っていた、とか、途中で出る話はなかったなど、いまさら地域移行といわれても、と行政や施設への反発や非難がある場合もあります。

○ さまざまな家族の気持ちをまず受け止めることから、家族への支援は始まります。

○ 家族からは、地域生活に移行してからの金銭的な負担について、不安の声が良く聞かれます。支援者は様々な社会資源の活用による、経済的な面についても情報提供することが大切です。

Check ! 本人の気持ちを伝える

○　本人が今の生活をどう思い、地域での生活をどう思っているのか、本人が家族に伝えることを支援します。本人の言葉で伝わりにくいことがあれば、支援者からも伝えます。

○　自活訓練やグループホームの体験利用時の様子やその後の変化など、具体的に説明することが大切です。本人の了解のもとで、ビデオや写真などの視覚的な情報を活用して、本人の思いを伝える方法も有効です。

Check ! 家族と協力して本人を支援する

○　家族が可能と思える範囲で、家族にも協力を要請します。

○　年金については、家族に「本人のもの」であると理解するよう積極的に働きかけ、自立生活に活用するための同意を得ることが重要です。

2　家族に対する地域移行の説明

Check ! 地域生活は家族も含め皆で支援

○　家族の不安の要因の多くは、情報不足から起因することが多々あります。正確な情報を何度でもていねいに伝えることを基本とします。

○　地域移行の過程、地域での生活、地域での支援の実際について、ていねいに説明し、家族の不安、疑問に具体的に答えていきます。

○　地域での支援が不十分な現状も伝え、地域の支援者も含め、みんなで連携して支援することを説明します。

○　実際に地域移行して生活している人やその家族の話を聞く、グループホーム等を見学することも効果的な方法です。

○　施設で発行している家族向けの通信等に地域移行を特集することもできます。

○　「地域生活の継続が困難になったとき再入所できるのか」、これが家族の不安の中で最も大きなものです。家族に負担をかけないよう支援することを明確にすることにより、家族は安心します。

○　新規の施設利用では、当初から施設は永久的な生活の場ではないこと、また地域生活を目指すものであることをていねいに説明しておきます。

＊家族は地域移行に関して、知的障がい者施設、身体障がい者施設それぞれ38.1%、44.8%の人が賛成していますが、最初は反対でその後に賛成なった人も知的障がい者施設では、6.3%身体障がい者施設では 6.9%、現在も反対している人が知的障がい者施設では37.2%、身体障がい者施設では24.1%でした。（分析報告書　表Ⅱ－81,82）

単位：%

	賛成	始め反対、後賛成	反対	その他	不明
知的障がい者施設	38.1	6.3	37.2	4.5	13.9
身体障がい者施設	44.8	6.9	24.1	6.9	17.2

＊家族に対して施設は、「特に何も取り組んでいない」が、知的障がい者施設、身体障がい者施設とも多く、知的障がい者施設では28.3%、身体障がい者施設では 39.7%です。「情報提供の機会を持つ」は知的障がい者施設で56.5%、身体障がい者施設では34.5%でした。

（「分析報告書」表Ⅱ-79、80）　　単位：%

	ビデオ等の情報提供	グループホーム、ケアホーム見学	家族を交えてのケア会議	特に何もしていない	その他
知的障がい者施設	56.5	7.6	12.6	28.3	16.6
身体障がい者施設	34.5	5.2	13.8	39.7	10.3

4

地域生活への移行を進める

1 地域の相談できるところと連携する、話し合う

□ 地域の社会資源等については、市町村や地域の相談支援事業者が把握しています。

□ 地域移行の支援は、グループホーム等の利用調整や日中活動の場の確保等をはじめ、生活全般の支援であることから、フォーマルな社会資源やインフォーマルな社会資源等を活用し、ケアマネジメントの手法を用いて、その人が地域で暮らしやすい生活条件の整備が必要となります。サービスの調整は「相談支援事業」として位置づけられています。

□ 地域の相談支援事業者と連携し、円滑な移行と、移行後の地域生活継続のためのプランを本人とともに作成し、協力して進めます。

□ 安心して生活するために、信頼できる相談相手をしっかりと用意しておくことは不可欠です。

□ 入所施設から地域で暮らし始める人は、最長１年間「サービス利用計画作成」の支給決定を受けて、指定相談支援事業者とサービスの利用契約を行うことにより、専門的な個別支援計画（サービス利用計画）の作成とそれに伴うサービス等の利用調整を委ねることも可能です。

＊地域移行に際して相談支援事業者と連携しているのは、知的障がい者が 4.5％（「分析報告書」表Ⅱ－75 ）、身体障がい者が 20.7％です。

（「分析報告書」表Ⅱ－76）単位：％

	情報提供	体験談を聞く	自活訓練	GH等見学	GH等体験宿泊	相談支援との連携
知的障がい者施設	9.4	19.3	34.5	25.6	10.3	4.5
身体障がい者施設	22.4	15.5	34.5	12.1	8.6	20.7

Check !　**「福祉の手引き」で確認**

【大阪府】

http://www.pref.osaka.jp/shogaifukushi/

在宅で生活する障がいのある方々が大阪府内で使える制度や情報については、大阪府健康福祉部障がい保健福祉室のホームページ「身体障がい・知的障がい・精神障がいのある方のための福祉の手引き」に詳しく記載されていますので活用してください。

【市町村】

地域移行される地域の市町村独自で使える制度や情報について、多くの市町村において「福祉の手引き」が作成されていますので、大阪府の「福祉の手引き」と併せて活用してください。

Check !　**市町村障がい者相談支援事業**

障がい者のニーズと具体のサービスを結びつける中心的な事業です。市町村が民間の事業者に委託して実施しているところもあります。

Check !　**地域移行支援センター**

平成１７年度から、大阪府の地域移行支援機能の中核的な役割を担う「地域移行支援センター事業」が創設されています。障がい者が身近な地域で暮らすことができるよう生活の場（グループホーム等）と日中活動の場を組み合わせて提供することにより、施設から地域生活に移行することを支援する拠点として整備され、成果をあげています。

Check !　**大阪府障がい者自立相談支援センター**

平成１９年４月に身体障がい者更生相談所と知的障がい者更生相談所（旧知的障害者サポートセンター）を移転統合し、また、新たに地域支援課を設置し、障がい者支援のための総合的な相談支援、地域移行推進に取り組んでいます。

Check !

ピアサポート、当事者活動

ピアサポートを初め、障がい者の相談、支援をしているピアカウンセリングや、本人活動と言われる当事者の会があります。

地域の相談支援事業者で活動の場の提供や自立生活プログラムの支援をしているところもあります。

対等の立場で行い、自己を信頼し、障がい者自身が自己決定を目指すものとして重要です。

グループホーム等の利用者による自治会活動を行っているところもあります。

2 住まいをさがす

□ 地域での生活を検討する際、住まいをどこにするかは、とても重要なことです。どの地域で暮らしたいかだけでなく、単身生活、グループホームやケアホーム、家族との生活、友だちとの共同生活、結婚生活等どのような生活形態で暮らしたいかについても、それぞれの意向に沿った暮らしを支援します。

□ 住宅改造が必要な場合もあります。

□ 住居費の確保が必要です。

⇒p61 7 **経済的な支援を確保する** を参照してください。

□ 本人の意向に沿った住まいの確保として、次のようなものがあります。

＊知的障がい者施設利用者のＡ群では希望する生活の場としてＧＨ等が57.3%、自分の家が30.7%（「分析報告書」表Ⅱ－30）で、身体障がい者施設利用者のＡ群ではＧＨ等が45.5%、住むところを借りて暮らすが45.5%（「分析報告書」表Ⅱ－34）です。

	GHやCH	自分の家	住むところを借りて暮らす	今いる施設とは違う別の入所施設	今の施設以外で暮らすことは考えられない	わからない	その他
A-1：地域移行希望あり・移行計画明記あり（知的）	57.3%	30.7%	12.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%
B-1：地域移行希望あり・移行計画明記なし（知的）	33.1%	56.9%	11.5%	0.0%	0.8%	0.0%	2.3%
C-1：地域移行希望なし・移行計画明記あり（知的）	21.4%	26.5%	8.2%	3.1%	15.3%	23.5%	4.1%
D-1：地域移行希望なし・移行計画明記なし（知的）	8.7%	31.4%	2.4%	6.8%	28.3%	22.7%	2.4%
合計	19.9%	35.3%	5.9%	4.3%	18.5%	16.3%	2.5%

	GHやCH	自分の家	住むところを借りて暮らす	今いる施設とは違う別の入所施設	今の施設以外で暮らすことは考えられない	わからない	その他
A-2：地域移行希望あり・移行計画明記あり（身体）	45.5%	18.2%	45.5%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%
B-2：地域移行希望あり・移行計画明記なし（身体）	22.5%	47.5%	32.5%	2.5%	2.5%	0.0%	2.5%
C-2：地域移行希望なし・移行計画明記あり（身体）	11.8%	23.5%	20.6%	8.8%	20.6%	8.8%	2.9%
D-2：地域移行希望なし・移行計画明記なし（身体）	5.4%	30.2%	7.3%	6.1%	34.0%	16.6%	1.4%
合計	8.0%	30.8%	10.8%	5.9%	30.0%	14.4%	1.7%

＊知的障がい者施設利用者では、バリアフリー住宅を希望する人は13.7%ですが、身体障がい者施設利用者ではバリアフリー住宅を希望する人は67.5%です（「分析報告書」表Ⅱ－50）。

	相談支援	バリアフリー住宅	医療・看護の支援	食事・入浴・排泄などの介護支援	余暇活動参加のための支援	特に必要なし	その他
知的障がい者入所施設	58.2%	13.7%	46.3%	41.6%	47.6%	9.2%	7.1%
身体障がい者入所施設	57.0%	67.5%	66.0%	79.7%	42.0%	4.6%	3.4%

Check ！

グループホーム・ケアホーム

○ グループホーム・ケアホームは、支援を必要とする障がいのある人たちの地域における暮らしの場のひとつです。

○ グループホーム・ケアホームでは、４～１０人が地域の住宅で、支援を受けながら一人ひとりの暮らしをしています。

○ グループホームでは世話人が入居者の日常生活に必要な家事支援を行い、ケアホームでは世話人だけではなく、生活支援員（ホームヘルプ事業者に委託可）が日常生活上の介護も行っています。また、夜間に支援が必要な利用者の支援については、夜間支援従事者を配置して支援します。

○ 利用者の生活支援の全般にかかる調整は、サービス管理責任者が行います。サービス管理責任者は、ケアマネジメントの手法を用いて、最大30人の利用者の支援計画の作成、サービスの調整、モニタリング等を行っています。

○ グループホームやケアホームは、複数の住居（共同生活住居）を活用して、運営することも可能です。その場合、ひとつの住居には、２人以上が生活

することが条件となります。

○　府営住宅等の公営住宅を活用したグループホーム等もあります。中には団地内の離れた住居を複数確保して、一つのグループホーム等としている場合もあります。

Check !　**グループホーム（ケアホーム）の探し方**

（施設やそれを運営する法人等がグループホーム等を設置していない場合）

○　援護の実施者である市町村担当課と協議します。

○　市町村、地域移行支援センターや相談支援事業者に地域のグループホーム(ケアホーム)の設置状況、申し込み窓口を聞きます。

○　地域移行支援センターや相談支援事業者、グループホーム(ケアホーム)を運営する法人等に連絡し、空き状況、定員、建物、設備、家賃、入居者の状況、世話人・生活支援員の状況(人数・配置時間)等を聞きます。

○　入居可能なところが見つかれば、本人、支援者で見学します。

○　可能であれば、体験入居を検討します。

○　本人と相談し、決定します

Check !　**公営住宅募集（府営住宅等）**

○　一般世帯向けの他に総合募集（福祉世帯向け募集区分）や車いす常用者世帯向け（バリアフリー住宅）募集があります。

○　それぞれ募集時期があり、抽選で入居者が決定されます。

Check !　**不動産業者による仲介**

○　一般的には本人、支援者が一緒に不動産業者に仲介を依頼します。その際、信頼できる業者選びが必要ですが、地域の相談支援事業者等から情報を得るなどします。

○　障がいの特性にあった住宅かどうかチェックします。

○　障がい者を対象とした住宅の取り扱いがあるかどうかは地域や業者により、違いがあります。

○　住宅改造が必要な場合、賃貸住宅でも可能か確認も必要です。住宅改造助成等の項目を参照してください。

Check !　**あんしん賃貸住宅**

○　高齢者、障がい者等の入居を受け入れることとして、都道府県等に登録さ

れた民間賃貸住宅です。対象者は民間賃貸住宅の家賃を安定して支払うことができ、地域社会の中で自立した日常生活を営むことができる方です。

Check !　住宅入居等支援事業（居住サポート事業）

○　賃貸住宅への入所を希望しているが保証人不在等の理由により、入居が困難な障がい者に対し、入居に必要な調整等の支援や家主等への相談・助言等を行っています。

○　この事業は、障害者自立支援法の地域生活支援事業（市町村事業）に位置づけられていますが、市町村によっては実施していないところもあります。

Check !　住宅改造助成等

○　重度障がい者を対象として、手すり設置やトイレ、浴室の改造等住宅を障がいの状況に応じて、安全かつ利便性に優れたものに改造するための費用について助成制度があります。（市町村によって限度額が異なる場合や所得制限があります）

○　改造にあたっては、個々の障がい者の特性に応じた改造となるよう、理学療法士や作業療法士、福祉住環境コーディネーターなどの専門スタッフに相談することが望ましいと思われます。

○　介護保険による住宅改造の助成制度もあります。

○　グループホームやケアホームについては、国のグループホーム等基盤整備事業を活用して、バリアフリー等の住宅改造することも可能です。

3　日常生活を支えるサービスを確保する

□　住居、就労、日中活動の場の他にも地域での日常生活を継続するには、さまざまな支援が必要となります。ニーズに応じたサービスの組み合わせが必要となります。

□　代表的なものを以下に述べますが、不足するサービスや、既存のサービスでは対応できないこともあります。そのため、インフォーマルな資源も含めたネットワークによる支援体制をつくり、不足するものを補う工夫をします。

Check !　実際に各種サービスを利用するまでにしておくこと

○　本人が住もうと考えている地域の各種サービスを本人に対して、内容、実施

曜日、時間、所在地やアクセスの方法、自己負担費用などを具体的に説明します。

○　本人の希望を聞きます。

○　本人と支援者が、見学や地域のサービス提供機関を見学したり、相談支援従事者から話を聞くなどして実情の把握に努めます。

○　体験利用できるサービスは実際に体験してみるのも効果的です。

○　利用するサービスを決めます。

○　逆に、サービスを決めてから、住む地域を決める場合もあります

Check！　**ホームヘルパー**

○　身体障がい者の場合、**障がい**の程度や状態によって、入浴、排泄、衣服の着脱、通院支援等の身体介助や調理等の家事援助が必要になります。事前に障がい程度区分認定を受け、どの程度の支援が受けられるか調整が大切です。

○　知的障がい者の場合、調理等の家事援助が中心ですが、障がいの状態によっては入浴、排泄、衣服の着脱、通院支援等の身体介助も必要となります。

○　地域の生活が始まると障がい者本人が複数のヘルパーに具体的な援助内容や方法等を指示することになりますが、本人が初対面の人に主体的に指示するという体験は施設内では必ずしも多くないと思われるので、この点について事前の体験が大切です。

○　ヘルパーとの信頼関係が生活を大きく左右します。ヘルパーに必要な介助内容を説明したり、分かりやすく指示することは容易ではありません。介助内容を本人が説明しやすいよう筆記して整理するなど、特に、複数のヘルパーの支援を受ける場合には、支援マニュアル等を作成して、支援してほしいことを具体的にヘルパーに伝えるための工夫を、事前に用意しておくことも必要です。

＊本人が施設以外で暮らすことについて介護面での心配を抱いている場合、地域移行の希望を持ちにくい傾向があること、また、家事援助や身体介護が必要な人については個別支援計画で地域移行が明記されにくい傾向があることについては分析報告書「３．施設利用者の思い」で述べたとおりです。

＊本人が地域で暮らす際に、食事・入浴・排泄などの介護支援を必要としている人の割合は知的障がい者施設利用者で 41.6%、身体障がい者施設利用者で 79.7%です。　（「分析報告書」表Ⅱ－50）

	相談支援	バリアフリー住宅	医療・看護の支援	食事・入浴・排泄などの介護支援	余暇活動参加のための支援	特に必要なし	その他
知的障がい者入所施設	58.2%	13.7%	46.3%	41.6%	47.6%	9.2%	7.1%
身体障がい者入所施設	57.0%	67.5%	66.0%	79.7%	42.0%	4.6%	3.4%

Check !　ガイドヘルパーなど外出時の支援確保

○　地域の生活では、買い物等はじめ、外出する機会が多くあります。障がいの状況によりガイドヘルパーやボランティア等、どの程度外出時の支援が受けられるかを事前に調整します。

○　ガイドヘルパーは、障害者自立支援法では市町村地域生活支援事業の移動支援となっています。

Check !　減免、割引

○　税金の減免、交通運賃の割引、ＮＨＫ放送受信料の減免、携帯電話の割引、映画館の割引等種々あるので、必要に応じて適切に利用します。

4　働く場をさがす（就労支援）

□　障害者自立支援法の理念の一つとして「就労支援」が大きな柱としてあげられています。また、今回の調査でも地域移行を希望する人では就労への希望が多く、地域で生活していくための収入を得たいという気持ちが強く表明されています。

□　就労とひとくちに言っても、企業への就職、復職（障がいの状態により検討が必要ですが）、地域就労支援センターや施設、作業所での通所等さまざまな形態があります。

□　企業への就労を希望する場合は、ハローワーク（公共職業安定所）、障害者職業センター、職業能力開発施設、障害者就業・生活支援センター等の労働分野と連携して支援計画を作成します。

□　ハローワークは就職を希望する障がい者の求職登録を行い、本人の状況に基づき、職業相談、職業紹介を行っています。支援に当たっては、トライアル雇用、ジョブコーチ支援等の各種支援策も活用しています。

□　障害者職業センターは本人の就職希望などを把握した上で職業能力等を評価し、個人の状況に応じた支援計画（職業リハビリテーション計画）を策定しています。

□　障害者就業・生活支援センターは就業面における支援とあわせ、生活面における

支援を必要とする障がい者を対象として、就業及びこれに伴う日常生活、社会生活上の相談・支援を一体的に行っています。

□　福祉的就労を含めた就労を検討するため、施設のプログラムに各種作業体験を取り入れる必要があります。

＊知的障がい者施設利用者では、地域移行希望のＡＢ群で「会社や工場で働く」ことを希望している人の割合が最も高く（Ａ：42.7%、Ｂ：29.2%）、次に「作業のできる所に通う」ことを希望する人が多くなっています。

（「分析報告書」表Ⅱ－46）

	今いる施設の日中活動	会社や工場で働く	就職するための訓練を受ける	作業のできる所に通う	趣味の活動や友人と交流する	特に希望なし	わからない	その他
A-1：地域移行希望あり・移行計画明記あり（知的）	9.3%	42.7%	9.3%	24.0%	13.3%	8.0%	2.7%	1.3%
B-1：地域移行希望あり・移行計画明記なし（知的）	6.9%	29.2%	10.8%	20.8%	13.1%	3.1%	7.7%	8.5%
C-1：地域移行希望なし・移行計画明記あり（知的）	24.5%	23.5%	3.1%	24.5%	12.2%	8.2%	12.2%	2.0%
D-1：地域移行希望なし・移行計画明記なし（知的）	21.7%	11.6%	6.8%	13.3%	11.6%	12.6%	24.2%	3.1%

身体障がい者施設利用者では、地域移行希望のＡＢ群で「会社や工場で働く」ことを希望している人の割合が比較的高く（Ａ：36.4%、Ｂ：27.5%）、知的障がい者施設利用者に比べると、すべての群において趣味の活動や友人と交流することを希望する人の割合が高くなっています。

（「分析報告書」表Ⅱ－48）

	今いる施設の日中活動	会社や工場で働く	就職するための訓練を受ける	作業のできる所に通う	趣味の活動や友人と交流する	特に希望なし	わからない	その他
A-2：地域移行希望あり・移行計画明記あり（身体）	0.0%	36.4%	27.3%	36.4%	18.2%	0.0%	0.0%	0.0%
B-2：地域移行希望あり・移行計画明記なし（身体）	2.5%	27.5%	10.0%	10.0%	30.0%	5.0%	12.5%	0.0%
C-2：地域移行希望なし・移行計画明記あり（身体）	17.6%	2.9%	0.0%	5.9%	29.4%	20.6%	11.8%	11.8%
D-2：地域移行希望なし・移行計画明記なし（身体）	9.5%	8.6%	5.7%	10.9%	20.4%	17.9%	26.5%	1.8%

5　日中活動の場をさがす

□　地域移行支援の業務の中で、本人のニーズに応じた日中活動の場の確保は大きなウェートを占めます。主なものに通所施設や作業所への通所、ディサービス利用、医療機関等によるデイプログラム、本人の趣味を生かした活動（公民館、図書館、体育館等の利用）等があります。

□　事前の見学や体験を重ねて本人に合った日中活動の場を確保していくことが必要です。

6　余暇活動の支援

□　地域移行後の余暇活動は、自己実現、生活のめりはり、心身のリフレッシュや社会での交流など個人が生活を営むうえで重要な位置をしめます。公的、民間を問わず地域においてどのような資源があるのか、資源の確認をします。

□　市町村や相談支援事業者などが、「サロン」などの名称で自由に参加できる場を提供しているところもあります。当事者活動など毎月定例で集まり、遊びに出かけたり話し合ったりしているところもあります。

□　同じように地域で生活している仲間と活動を共にすることで悩みを解消したり、地域生活のヒントを得たり様々な情報交換ができ、地域生活を豊かにすることができます。

□　地域には、公民館活動やカルチャースクール、町内会の行事、サークルなど様々な活動があります。本人のニーズに応じて参加しやすい活動を是非見つけてください。

□　「行ってみたら…」と情報を提供するだけでなく、「一緒に行ってみましょう。」と支援者が同行を呼びかけることも大切です。初めてのことは、なかなか一歩が踏み出せない人もいます。

7　経済的な支援を確保する

Check ！　障害者自立支援法におけるサービス利用の負担

○　障害者自立支援法におけるホームヘルパー、通所系事業の自立支援給付対象サービスの利用については、原則１割の負担があります。

○　市町村による地域生活支援事業のサービスを利用する際も、負担金が必要なサービスもあります。

○　ただし、各種減免制度もあり、基本的なサービスの仕組みを確認しておく必要があります。

Check ！　生活費の確保

○　地域で生活する際、経済的な基盤を確保しておくことは、とても重要です。就労による収入や家族からの支援以外の代表的なものを列挙します。

＊施設以外で暮らすことについて、自分のお金で生活できるか心配している人の割合は、知的障がい者施設利用者の約４割（「分析報告書」表Ⅱ－20）、身体障がい者施設利用者の約５割（「分析報告書」表Ⅱ－21）です。他の群に比較して、地域移行がより具体的な状況にあるＡ群は金銭面の不安を抱いている人の割合が高くなっています。

	困ることはない	楽しそう	支えてくれる人がいて安心	なんとか暮らしていけそう	相談する人がいなくなり困りそう	日中活動や仕事が見つかるか心配	家族が心配するから退所したくない	自信がない	自分のお金で生活できるか心配	家事援助で困る	身体介護で困る	診てくれる病院があるか心配	わからない
A-1：地域移行希望あり・移行計画明記あり（知的）	36.0%	80.0%	56.0%	56.0%	38.7%	46.7%	14.7%	21.3%	49.3%	33.3%	12.0%	34.7%	9.3%
B-1：地域移行希望あり・移行計画明記なし（知的）	29.2%	63.8%	38.5%	40.0%	37.7%	39.2%	20.0%	20.8%	43.1%	41.5%	22.3%	36.9%	10.0%
C-1：地域移行希望なし・移行計画明記あり（知的）	27.6%	36.7%	28.6%	28.6%	32.7%	38.8%	31.6%	26.5%	41.8%	34.7%	21.4%	24.5%	34.7%
D-1：地域移行希望なし・移行計画明記なし（知的）	13.8%	27.3%	14.0%	15.9%	38.9%	33.8%	35.5%	42.3%	41.5%	45.4%	32.1%	29.5%	24.4%
合計（知的）	20.8%	40.7%	24.8%	26.2%	37.8%	36.8%	30.0%	34.0%	42.7%	42.0%	26.8%	30.7%	21.6%

	困ることはない	楽しそう	支えてくれる人がいて安心	なんとか暮らしていけそう	相談する人がいなくなり困りそう	日中活動や仕事が見つかるか心配	家族が心配するから退所したくない	自信がない	自分のお金で生活できるか心配	家事援助で困る	身体介護で困る	診てくれる病院があるか心配	わからない
A-2：地域移行希望あり・移行計画明記あり（身体）	27.3%	27.3%	18.2%	63.6%	45.5%	45.5%	27.3%	27.3%	72.7%	45.5%	36.4%	36.4%	0.0%
B-2：地域移行希望あり・移行計画明記なし（身体）	17.5%	72.5%	35.0%	62.5%	32.5%	37.5%	25.0%	37.5%	60.0%	55.0%	57.5%	35.0%	7.5%
C-2：地域移行希望なし・移行計画明記あり（身体）	17.6%	26.5%	20.6%	32.4%	38.2%	41.2%	32.4%	58.8%	52.9%	55.9%	44.1%	50.0%	2.9%
D-2：地域移行希望なし・移行計画明記なし（身体）	10.4%	25.4%	12.9%	14.7%	39.2%	34.5%	45.4%	58.0%	53.5%	67.8%	71.2%	42.2%	12.2%
合計（身体）	11.8%	29.1%	15.2%	20.5%	38.8%	35.4%	42.6%	55.9%	54.4%	65.6%	67.7%	42.0%	11.0%

障がい年金

主なものに、障害基礎年金や障害厚生年金等があります。現在、受給していない人は対象になるかどうか検討が必要です。市町村国民年金担当課や社会保険事務所が窓口です。

【平成19年度障がい基礎年金年額】

1級　990,100円（月額82,508円）

2級　792,100円（月額66,008円）

生活保護

障がい年金、就労等による収入が生活保護基準に満たなければ、生活保護を申請します。生活扶助・住宅扶助、医療扶助等があります。

【生活保護基準額】

例として、1級地－1に住む35歳の身体障がい者手

帳1級所持者が単身生活をする場合の生活扶助額で、障害者加算を含む月額は平成 18 年度改定額で110,550円です。生活保護では、全国を市町村を単位に6区分し、それぞれの級地をさらに2区分しています。例にあげた「1級地－1」は大阪市、堺市、豊中市など府内17市が該当します。生活保護の受給条件は細かく定められているので、窓口である居住地の福祉事務所または町村生活保護担当課に、具体的に個別事例ごとに相談してください。

その他

会社等で社会保険に加入していた人は、療養により労務困難、労務不能による報酬支払いが無い等の場合、一定期間、傷病手当金を受給できる可能性があります。手続きは社会保険事務所です。また失業した時も、雇用保険から失業給付を受けることができます。　この手続きの窓口は、ハローワークです。

Check 1　日常生活自立支援事業による金銭管理

○　金銭管理の支援が必要な場合、日常生活自立支援事業の利用を検討します。

○　知的障がい者、精神障がい者や認知症の高齢者が対象です。福祉サービスの手続き等の利用援助やお金の支払い等の日常的な金銭管理が受けられます。市町村の社会福祉協議会が窓口になります。

8　健康管理（医療ケアの確保）

□　地域で生活する場合、事前に医療機関を探しておく必要があります。

□　心当たりの医療機関がなければ、施設の医師や看護師、支援員、地域の保健所、保健センターや相談支援事業者等に相談して、医療機関を決めておくと安心です。

□　基礎疾患が特にない障がい者でも在宅障がい者健康管理事業（基本健康診査、訪問健康診査等を行う。市町村によっては実施していない場合あり）等を定期的に利用して、病気の早期発見、二次障がいの発生予防等につとめます。

□　必要に応じて早期に医療機関を利用することでＱＯＬが高まります。

□　医療費の助成制度として、重度障がい者医療費の助成制度（一医療機関あたり入院・通院各５００円／日、月２日程度の負担）、身体上の障がいを軽減するための医療や在宅精神障がい者の医療費確保を容易にするための自立支援医療があ

ります。成人の場合の窓口は市町村担当課です。

□ 知的障がい者で、病状等うまく伝えられない場合、コミュニケーションボードや絵カードを利用することで補うことができます。

□ 単身者の場合など、「医療サポート手帳」(＊)に基礎疾患等をメモして身につけておくと、緊急の場合等参考になります。

＊「医療サポート手帳」

コミュニケーションをとることが苦手な障がい者が、医療機関で医療や健康に関する情報や配慮して欲しいことを正しく伝えることにより、適切な診療を受けられるよう「障害者地域医療ネットワーク推進事業」の一環として作成した手帳。

＊現在の病気（障がい）を定期的に診てくれる病院が地域にあるかどうかを心配している人が知的障がい者施設利用者で約３割（「分析報告書」表Ⅱ－20)、身体障がい者施設利用者で約４割(「分析報告書」表Ⅱ－21)です。

	困ることはない	楽しそう	支えてくれる人がいて安心	なんとか暮らしていけそう	相談する人がいなくなり困りそう	日中活動や仕事が見つかるか心配	家族が心配するから退所したくない	自信がない	自分のお金で生活できるか心配	家事援助で困る	身体介護で困る	診てくれる病院があるか心配	わからない
A-2：地域移行希望あり・移行計画明記あり（身体）	27.3%	27.3%	18.2%	63.6%	45.5%	45.5%	27.3%	27.3%	72.7%	45.5%	36.4%	36.4%	0.0%
B-2：地域移行希望あり・移行計画明記なし（身体）	17.5%	72.5%	35.0%	62.5%	32.5%	37.5%	25.0%	37.5%	60.0%	55.0%	57.5%	35.0%	7.5%
C-2：地域移行希望なし・移行計画明記あり（身体）	17.6%	26.5%	20.6%	32.4%	38.2%	41.2%	32.4%	58.8%	52.9%	55.9%	44.1%	50.0%	2.9%
D-2：地域移行希望なし・移行計画明記なし（身体）	10.4%	25.4%	12.9%	14.7%	39.2%	34.5%	45.4%	58.0%	53.5%	67.8%	71.2%	42.2%	12.2%
合計（身体）	11.8%	29.1%	15.2%	20.5%	38.8%	35.4%	42.6%	55.9%	54.4%	65.6%	67.7%	42.0%	11.0%

	困ることはない	楽しそう	支えてくれる人がいて安心	なんとか暮らしていけそう	相談する人がいなくなり困りそう	日中活動や仕事が見つかるか心配	家族が心配するから退所したくない	自信がない	自分のお金で生活できるか心配	家事援助で困る	身体介護で困る	診てくれる病院があるか心配	わからない
A-1：地域移行希望あり・移行計画明記あり（知的）	36.0%	80.0%	56.0%	56.0%	38.7%	46.7%	14.7%	21.3%	49.3%	33.3%	12.0%	34.7%	9.3%
B-1：地域移行希望あり・移行計画明記なし（知的）	29.2%	63.8%	38.5%	40.0%	37.7%	39.2%	20.0%	20.8%	43.1%	41.5%	22.3%	36.9%	10.0%
C-1：地域移行希望なし・移行計画明記あり（知的）	27.6%	36.7%	28.6%	28.6%	32.7%	38.8%	31.6%	26.5%	41.8%	34.7%	21.4%	24.5%	34.7%
D-1：地域移行希望なし・移行計画明記なし（知的）	13.8%	27.3%	14.0%	15.9%	38.9%	33.8%	35.5%	42.3%	41.5%	45.4%	32.1%	29.5%	24.4%
合計（知的）	20.8%	40.7%	24.8%	26.2%	37.8%	36.8%	30.0%	34.0%	42.7%	42.0%	26.8%	30.7%	21.6%

5

地域生活を支える

1 困った時に支えてくれる人や機関をみつける

□ 移行の段階から地域で支援する人と顔見知りになっておけば、本人も安心して相談できます。生活のことは誰に、仕事のことは誰に…など、それぞれに支援してくれる人と本人をつないでおくことが大切です。

□ 緊急時の対応（入院時の付き添いやその他トラブル発生時）をどうするかも、あらかじめ想定して支援体制を組んでおくことが安心につながります。

□ いろいろ手を尽くしても地域での生活を継続していくことが難しくなることもあるかもしれません。そのような時には、入所施設の再利用が必要になることもあります。施設を再利用して、継続困難の原因となった課題の改善や休養をとって、地域生活への復帰を支援します。

□ 何かあった時に、元の施設に戻れるという安心感が、地域生活への移行にチャレンジする契機になったという声もあります。

2 権利擁護のシステムを知る、使う

□ 地域での生活は新たな人との出会いや自分で物事を決められるなど楽しいこともありますが、時として、どう判断すべきか迷ったり、いろいろな危機に遭遇したりすることもあります。とりわけ、ひとり暮らしの人は、その可能性が高くなります。

□ 事前に対策を知っていることで、そうした場面に出くわしても、安心して生活できることになります。

□ トラブルにあった時どのように対処するか、ロールプレイなどを通して体験学習

するワークショップも開催されています。学習を通して体験しておくことも大切です。

□　困ったことが起こったら、「とりあえず相談できる人」を事前に確保しておくことが重要です。また、施設での生活場面においても、失敗したり、困ったことが起こった場合に、それを隠したりするのではなく、安心して相談できる環境を提供しつづけることによって、支援者に相談することが習慣化されることもあります。

□　多くの生活上のトラブルは、早期に発見して対応することにより、大きな損失を防ぎ、解決することを容易にします。

＊意向調査において、身体障がい者施設、知的障がい者施設いずれの施設においても、地域移行に必要なサービスとして、支援者の３割強（「分析報告書」Ⅱ－55）が権利擁護システムをあげています。

	生活の場	日中活動の場	余暇活動	相談できるところ	ヘルパー派遣	外出支援	特別支援体制	経済基盤の確保	日常生活自立支援事業の活用	権利擁護システム	医療体制の充実	住宅改造	再入所	その他
知的障がい者入所施設	77.8%	76.3%	66.6%	47.7%	47.8%	66.8%	63.5%	56.0%	52.4%	33.8%	51.6%	18.5%	58.9%	8.0%
身体障がい者入所施設	61.0%	63.8%	53.8%	58.2%	54.3%	54.7%	54.0%	46.5%	43.8%	34.3%	56.8%	45.3%	47.4%	5.8%

Check ！　成年後見制度

○　本人が財産管理や契約等の判断ができない時に利用します。家庭裁判所が選任した、または本人があらかじめ定めておいた代理人が財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為全般を援助する仕組みです。

○　法定後見には「後見」「保佐」「補助」があります。本人の状況によって、支援の内容を検討します。

Check ！　日常生活自立支援事業（日常の金銭管理など）

＊「第Ⅲ章４－７　経済的な支援を確保する・金銭管理」を参照してください。

Check ！　消費生活トラブル

○　訪問販売等で勧められるまま高額な物を買ってしまい、返却したいと思った時など、商品や期間により、クーリングオフの制度（無条件の解約を認める制度）があります。具体には消費生活センター等で相談します。いざと言う時のために連絡先などを分かりやすいところに明示しておくと良いでしょう。

○　クレジットカードやキャッシング、民間金融機関による貸金は使い方によって便利な仕組みですが、利用方法を間違ったり、返済計画がきちんとできてない場合には、多重債務者となり生活困難に至ってしまうことがあります。事前に正しい利用方法を伝えると共に、リスクも説明する必要があります。

○　そうした事態が発生した場合には、支援者と相談しながら、必要に応じて弁護士に専門的な相談をするなど、状況に応じて対処方法を検討します。

Check !　事件に巻き込まれたり、お金等を紛失したとき

○　恐喝や引ったくりにあったり、キャッシュカードやクレジットカードを落としたりした時など、トラブル時の対応を決め、前もって利用者に説明しておきます。紙に書いて渡しておくのも、よい方法です。

Check !　相談支援事業者

○　相談支援事業者は、福祉サービスの相談や利用したい時に相談しますが、日常生活で困ったことがあり、どこに相談すべきかわからなかったり、どんなふうに相談したらいいか迷ったりしたときにも相談にのってもらえます。

Check !　その他

○　困ったことが起こり、誰に相談すべきかわからない時は身近な人、例えば、家族、友人、世話人、ヘルパーや作業所の人などに、まず相談することも大切です。

3　地域で交流する

□　「地域の理解は、暮らしていくなかでつくる」が基本的な考えです。
□　地域の自治会の当番をしたり、公民館活動に参加したりするなど自然な形での交流を積み重ねることで相互の信頼が深まります。
□　市町村単位で実施される「地域自立支援協議会」が地域移行にとって重要です。「地域自立支援協議会」に「地域移行」が取り上げられて認識され、具体的に機能していかなければなりません。
□　地域の障がい者相談員や、児童民生委員、コミュニティーソーシャルワーカー（CSW）なども地域とのつなぎ役になる心強い支援者です。

4　施設による支援から地域のネットワークへ

□　地域移行後も本人から施設に近況報告や相談があることが予想されます。本人の精神的安定に施設の果たす役割は大きいと思われますが、本人の将来を考えると、相談ごとについては、徐々に地域の相談支援事業者等地域のネットワークにつなげることが大切です。
□　こうしたつながりから、本人を取り巻く地域のネットワークが広がります。

第Ⅳ章　事例に学ぶ

今までに多くの入所施設利用者が地域生活に移行し、地域で生活しています。

実際に地域移行した人たちの取り組みを知ることは、これから地域移行の支援をしていく上でさまざまな気づきがあり、学ぶことが多くあります。

地域移行の進め方や取り組みは一人ひとりちがいます。

この章ではさまざまな地域移行の実践や、地域生活に移行した本人の声を紹介しています。これらの事例を参考に、本人の意向に添った地域移行を支援していってください。

事例１．地域生活体験住居での生活体験により地域移行

２．地域の事業所と緊密に連携し、段階的に地域移行

３．家族との生活からグループホームの生活へ

４．本人ニーズに基づき地域移行を実現、
地域移行後も段階的にさまざまな地域生活支援を継続

５．障がい児施設退所後の地域移行支援
～自己決定に寄り添う

６．中途障がい者の地域移行
（ピアカウンセラーとの出会い）

７．地域移行に再チャレンジ

８．地域の支援ネットワークを構築した地域移行

９．重症の糖尿病を発病した人を、
地域のネットワーク体制で支える

10．児童施設から成人施設に入所し、計画的に地域移行

11．グループホームからひとり暮らしへ

事例 1　地域生活体験住居での生活体験により地域生活移行

地域移行の意思が不明確だった人が、体験を経て意欲が向上し、地域移行を実現した事例

プロフィール	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
	知的障がい	30 代	女	7 年	4

【地域移行のきっかけ】

本人の希望で地域生活体験住居を体験利用したことによって、それまで自身も気づかなかった自分の可能性を知る機会となり、自分がこれからどこで暮らしたいか考える大きなきっかけとなった。

【個別支援計画の概要】

漠然と「地域で生活をしたい」というニーズに対して、まずはそれがどんな生活なのかをイメージできるよう、施設内の自立訓練棟や施設外にある体験住居を利用する。また、地域での生活において、どんな支援が必要なのかも確認する。

【地域移行に要した期間】

約 1 年間

【地域移行に関わった機関と役割】

●入所施設
- アセスメント（利用者ニーズの把握）
- 本人・家族への地域生活の説明等情報提供
- 実地体験・自活訓練事業の実施
- グループホーム・日中活動の場の見学、体験等利用決定支援
- 体験を踏まえての本人意向確認
- 家族への地域生活移行の同意確認
- 地域生活移行希望に基づく個別支援計画の作成
- グループホーム・ケアホーム利用希望のリストアップ
- 援護の実施機関への契約解除に関わる連絡調整
- 障がい程度区分認定依頼および聞き取り調査対応
- 入居準備に関する本人支援（引越し準備、備品購入等）
- 各種事業（共同生活介護、移動支援、通所施設）支給申請
- 個別支援会議の開催
  （本人、家族、センタースタッフ、市町村等）

●地域移行支援センター
- 利用者説明会の実施
- 面談（アセスメント）
- サービス利用調整
- 利用者の状況に合わせたホーム物件選定作業
- 物件賃貸借契約

・世話人の募集、選定
・協力医療機関の依頼、調整
・大阪府申請届出書類の準備
・個別支援会議への参加
・体験入居の実施
・日中活動の場の見学、体験の同行
・共用備品リスト作成、発注
・ヘルパー事業所等とのサービス利用調整
・入居スケジュールの確認
・入居後の金銭管理調整
・グループホーム等利用契約

●関係市町村　・支給決定等
・個別支援会議の参加

【地域移行までの具体的な取り組み】

施設の敷地内の自立訓練棟の利用後、敷地外の体験住居で生活体験を行う。住居には生活援助人が配置されており、施設職員と連携し支援を行う。
敷地外の体験住居の利用者は、日中は電車やバスを利用し、法人がおこなっている日中活動の場へ通う。日中活動の場には、就労援助人が配置され、利用者ニーズに応じて作業提供を行う。

また、休日は近くのコンビニやスーパーに行くなど、グループホーム、ケアホームとほぼ同じような地域生活体験を行ないながら、同時に、地域生活移行に関する説明会への参加や、移行希望地域での、ホーム見学等行う。

6ヶ月の体験住居を経験する中、本人自身、はじめは施設での生活との違いに戸惑いや不安もあった。しかし、「自分の部屋を持つ」「近くまで一人で買物に行く」などこれまであまり経験のなかったことに喜びを感じることも多かった。

楽しいことばかりではなく、逆に、外出するときに鍵を閉め忘れたことなど失敗も多々あったが、その都度、生活援助人からの助言やホームの仲間と助け合い少しずつ乗り越えていった。

【地域移行実現のポイント】

長く施設で生活していた人や障がいの重い人は、言葉の説明や映像だけでは「地域生活」のイメージが持ちにくいことがある。そのような場合、実体験を通して地域生活に対する希望が具体的となり、地域移行実現につながっていく。
また、地域生活に不安を持たれている家族にとっても、本人の喜ぶ姿や自信をつけ変わっていく姿を実際に見る機会ともなり、移行についての同意を得るのに大きな役割を果たしている。この体験住居の利用は、本人のエンパワメントのみならず、支援者側が、地域生活移行実現にむけて、利用者個々にどのような支援が必要なのかを明確にする場ともなっている。

施設では、“電話を受ける・かける”機会があまりなかった人であるが、ホームの生活の中で電話をかけたい！という気持ちが高まり、少しずつ経験を重ね、今では自分で一日の出来事や嬉しかったことを支援センターに電話で報告するようになってきたとの感想を担当者はもった。

支援を重ねるなかで、本人の「施設から地域へ」という夢が実現し、それで終わりではなく、実現したことによって、ますます「こんなことがしてみたい」と

いう気持ちが膨らんでいる。私たち支援者は、そんな本人の想いを大切にしながら、これからも日々寄り添っていきたいと思った。

【地域移行後のフォロー体制】

ケア会議を実施し、本人を中心に支援員、世話人、施設職員、医療・市町村関係者、サービス事業者等が本人の状況を情報共有しながら、個別支援計画にそって連携して支援をおこなっている。

【地域移行後の本人の声】

本人がよく言う言葉は「グループホームが楽しい」、「世話人さんが好き」、「今度はどこへ行こうかな」などである。

事例２　地域の事業所と緊密に連携し、段階的に地域移行

外出体験の積み重ね、自立生活プログラム（ILP）の活用など、段階的な地域移行を進めた事例

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	身体障がい（肢体不自由） 知的障がい	２０代	男	５年	6

【地域移行のきっかけ】

施設ガイドヘルパー制度を利用して個人外出（体験外出）を積み重ね、地域での自立生活を希望するに至る。ピアカウンセリングを組み込んだ「地域生活の体験プログラム」（自立生活プログラム＝ＩＬＰ）や、体験宿泊を実施し、福祉ホームでの生活（３年間）を経由して、単身での自立生活への段階的な移行を進めた。

【個別支援計画の概要】

体験外出を経て地域移行の希望は明確になってきたが、生活経験の不足から自己主張しにくい状況があったため、自立生活プログラム、体験宿泊等を積み重ねた。ヘルパーへの指示に慣れていくことも含めて自立生活のイメージづくり、自信を持つことを中心にプログラムを組んだ。

体験宿泊では、介助・生活支援の内容、方法の見極めも同時に行っていった

【地域移行に要した期間】

１年７ヶ月

【地域移行に関わった機関と役割】

● 相談支援事業所

○地域移行支援計画の作成

・施設から福祉ホーム入居に向けての移行支援計画の作成
・福祉ホーム入居中の支援・介助計画の作成
・その後、福祉ホームから一人暮らしへの移行支援計画の作成
・一人暮らし移行後はサービス利用計画の作成と定期的なモニタリング

○体験外出の実施

・施設ガイドヘルパーを利用して、難波や梅田等への個人外出を実施
・外出を通して、お金や時間の使い方、介助に慣れていくことを支援。
　支援者の側も、地域生活に際してどのような介助・支援が必要となるかを考えた。

○自立生活プログラム（ＩＬＰ）の実施

・グループホームや一人暮らししている障がい者宅の見学と交流
・日中活動の見学、仲間との関係づくり
・健康管理・金銭管理の学習、銀行の利用体験
・地域生活で利用する制度の学習（わかりやすく）
・それぞれの課題において必要となる支援内容の見極め、支援方法の検討

● 福祉ホーム

○体験宿泊の実施

・１泊２日から開始し、４泊５日、一週間の体験宿泊を福祉ホームで実施
・実際に宿泊を伴う生活経験を積むことで地域生活に慣れていくことを支援
・食事、入浴、トイレ等の身体介護に慣れていくことの支援
・調理、掃除、洗濯等の家事援助について介助者への指示に慣れていく支援
・食事メニューを考え、部屋のコーディネートや手すりの位置を考える
・時間や金銭管理、医療や健康管理等の支援のあり方など支援内容の見極め

○福祉ホームでの生活づくりの支援と一人暮らしに向けた支援

・福祉ホーム入居後は、介助の使い方や生活全般の課題の見極め
・余暇の過ごし方を考え、外出経験の豊富化を支援
・相談支援事業所、日中活動、ヘルパー事業所等と連携して支援方針を検討
・相談支援事業所と連携して一人暮らしに向けた準備、支援計画を作成

● 日中活動の場

○日中活動プログラムの作成

・日中活動についての本人希望の聞き取りと活動プログラムの作成

○他の障がい者との仲間づくり

・他の障がい者との会話に慣れる、協同など関係づくり、仲間づくりの支援
・自立生活している先輩障がい者からのアドバイスの機会（座談会等）も設ける

● ヘルパー派遣事業所

○外出取り組み、体験宿泊や福祉ホームへの介助者派遣

・体験外出、体験宿泊を通じて本人の会話を理解できるヘルパーを育成
・相談支援、福祉ホームと連携して必要となる介助や支援内容を見極め
・ヘルパーに対して支援内容、支援方法を伝え、育成

○本人のヘルパー利用への支援

・各生活場面でのヘルパーへの指示に慣れていくための支援
・本人と一緒に介助者への指示をまとめた「介助マニュアル」を作成

【地域移行までの具体的な取り組み】

○体験外出　～外出先の豊富化、外出中の時間・金銭管理や介助に慣れる
○ピアカウンセリング　～本人ニーズの把握と地域移行に向けた動機づけ
○ＩＬＰの実施　～見学や一定の体験による地域生活のイメージづくり
○体験宿泊　～介助利用など実際の生活に慣れていくことの支援と見極め

＊福祉ホーム入居までは地域生活を楽しく体験し、イメージをつかんでもらうことを重視した。実際の生活に慣れ、自分の生活を作っていくことは、むしろ福祉ホーム入居後に始まる

【地域移行実現のポイント】

○本人のペースを尊重した適切な地域移行支援計画の作成と、連携できる地域の各種事業所（相談支援・福祉ホーム・日中活動・ヘルパー事業所）の確保
○施設ガイドヘルパーの利用による個人外出の保障
○施設へのピアカウンセリング派遣等、当事者によるアプローチの保障
○体験宿泊等の実施を通じ、各種事業所が連携して支援内容、支援方針の検討の積み重ねが重要
○今後においては、事業所、施設、行政との調整・連携を密に進めていく「地域移行支援員」等の制度化と育成が必要となる

○「地域自立支援協議会」での事業所のネットワーク化と地域移行に向けたケース連携、役割分担を進め地域基盤を充実していくことも必要
＊福祉ホームや身体障がい者グループホーム等、地域移行のためのステップの場、地域生活の「受け皿」の増設、車いすで暮らせる住宅の確保・改造も必要

【地域移行後のフォロー体制】

○日常的な相談支援体制（介助の利用、健康管理、金銭管理等への支援）
○身体障がい者グループホーム・福祉ホームによる支援体制の確保
○居住の場、相談支援、日中活動、ヘルパー派遣事業所、医療機関、行政との連携体制
○緊急時の連絡体制及び支援体制の構築

【地域移行後の本人の声】

「外出が自由にできるようになった。」
「やっと自分の部屋や、自分の鍵を持てた。」
「何があっても施設にはもう帰らない。地域で暮らし続ける」

事例 3	家族との生活からグループホームの生活へ 就労の安定的継続と、家族からの自立のステップとして、グループホームによる支援を継続し、一人暮らしを目指す

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	知的障がい	２０代	男	４年	3

【地域移行のきっかけ】

高校卒業後、無認可作業所への通所やボランティアを経て施設入所。その間、就労実習・トライアル雇用を何度か経験した後、就職し実家から通勤を始めた。

しかし、通勤に時間がかかることや、家族とのトラブルがあったことも重なり、実家での生活継続が困難になり、実家の圏域の就労支援担当者の紹介で、グループホームへの入居を希望。

【個別支援計画の概要】

○攻撃的にならず、良好な対人関係や会話ができるようになるためのルールやスキルを学ぶ。
○一人暮らしを目標に、社会生活の経験を増やす。
○安定した就労に向け、再度職場実習を体験する

【地域移行に要した期間】

２年６ヶ月

【地域移行に関わった機関と役割】

- 「障害者就業・生活支援センター」
  安定した就労の継続のため、職場実習などの体験も含めた支援を実施
- 実家のある市の福祉事務所
  実家との連絡と各機関の調整
- グループホーム
  生活の安定を図るため、生活のルールやスキルを身につけるような支援を実施

【地域移行までの具体的な取り組み】

グループホームへの入居は、既に施設を退所し就職していたことや、通勤に時間がかかることや家庭ではあまり居心地が良くなかったこともあり、グループホームの説明と一度の体験宿泊ですんなりと決まった。

【地域移行実現のポイント】

日常生活における介護の必要性は低い。しかし、対人関係やコミュニケーショ

ンが苦手なために、ときに暴力や暴言となってしまうことがあった。ちなみに、「脳炎などの後の脳障がいによるものもあるかもしれない。人の気持ちを自分に都合のよいように計り間違う」との意見もあった。

グループホームにはさまざまな人が生活している。高度で濃密に介助や見守りが必要な人、多くの介助は不要だが社会生活のさまざま場面で介助や調整が必要な人がなどの地域生活のポイントを以下にあげる。

・安心して生活できるために、グループホーム等の支援体制と質の確保
・この間、どのような支援がいいのか模索の連続であった。入居者同士の関係が悪化したため、何度かの緊急避難も試みた。そのため、地域移行支援センターに、地域生活を継続するための支援機能を追加する必要性を感じる。
・当事者同士の話し合いが気に入っており、その場面では感情をコントロールしようとしたり、仲間のアドバイスに素直にうなずく場面が見受けられる。そのため、職員との縦のラインだけでなく、当事者間の横のラインであるピアカウンセラー等の活用も大切な要素であると考える。
・事前の体験が重要なため、体験宿泊等の充実が望まれる

【地域移行後のフォロー体制】

就労中の会社でのトラブルについては、地域移行に関わった機関で会議を持った。離職し通所授産施設に通い始めてからは、通所授産施設とグループホームで支援をし、困難な場合は精神科医のアドバイスを受けている。

【地域移行後の本人の声】

「人とトラブルはあって大変なことも多いが、グループホームは好きだ。」
「これからもグループホームで過ごしたい。」

事例 4	本人ニーズに基づき地域移行 府外の施設に入所していた人が、出身地に近い地域移行支援センターを利用して地域移行し、地域移行後も段階的にさまざまな地域生活支援を受けている事例

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	知的障がい 身体障がい	３０代	女	20 年間	1

【地域移行のきっかけ】

長い施設での暮らしのなかで、盆・正月に帰省し、施設以外での生活にあこがれるようになる。施設ではできないことがたくさん見つかり、施設以外での暮らしを強く希望する。施設を出て生活するにも、どうしたらいいかと悩んでいたところ、地域移行支援センターのパンフレットを知人から紹介され、本人自らセンターへ連絡を取る。すべては、その連絡から始まった。

【個別支援計画の概要】

地域移行支援センターのスタッフが、本人の希望する地域生活は何かということを、本人を交えて話し合うことから計画作成を始めた。施設での生活が窮屈になっていることは確かだが、施設を出て何がしたいかを一緒に話し合った。

どんな支援があれば生活できるのか、限られた外泊日数の中で、地域生活体験宿泊をおこない、本人が希望する暮らしが出来るような環境を整えた。

本人の夢である、「仕事につくこと」も計画に盛り込んだ。

【地域移行に要した期間】

１年

【地域移行に関わった機関と役割】

●地域移行支援センター
＊地域移行支援計画の作成
・施設からグループホーム入居にむけて移行支援計画の作成
・地域生活をはじめてからどんなことがしたいか。どんな支援がほしいかを、本人と話し合う。

●「障害者就業・生活支援センター」
＊本人の希望である就労について、就職までのいろいろなケースをわかりやすく説明。状況報告、
・働く経験をつかむため、職場実習をおこなう。

●ヘルパー派遣事業所
＊施設を出てから地域での生活が安定するまで、初めての場所や道順等ヘルパーを利用して安心して外出できるまで移動支援をおこなう。

●NPO 事業所
＊日中活動の場の提供。
・独自のプログラムで日中活動をおこなう。
・学童保育のボランティア活動。

●障がい福祉課

＊本人の入所施設が遠方にあることから、認定調査を現地役所に依頼。

【地域移行までの具体的な取り組み】

・帰省時に本人に直接会い、地域生活の希望を聞いた。
・体験宿泊をおこない、グループホームの生活のイメージをつかんでもらった。
・書類等の手続きは、役所と身元引受人とセンターで連携しておこなった。
・本人の意思決定が必要なことは、身元引受人を交えて相談した。
・直接会う機会が限られているので、本人とは携帯電話で打ち合わせた。

【地域移行実現のポイント】

＊本人の思いをみんなで応援するネットワーク作り。
・本人が府外の施設に入所していたため、連携がとりにくかったり、移行までに１年もかかったりしたが、本人の気持ちを持続できるように、定期的に連絡をとり目標を確認しあった。

【地域移行後のフォロー体制】

・毎日の過ごし方を、はじめは移行支援センターの相談員と予定を決めてきたが、本人が予定を立てられるようになるための練習を支援。
・就労を実現するために障害者就業・生活支援センターに登録。
・いろいろな相談を市の総合相談支援センターに行き、話をきいてもらう。
・入居者同士でサロンをひらき、ざっくばらんに語り合う場を作った。
・サークル活動に参加し、エレクトーンやパソコンの練習をするなかで、できなかったことがひとずつできるようになり、自信が持てるようになった。
・職場実習に挑戦したときも、話しかけるのが苦手だったが、経験を積むことで自信をつけてきた。
・地域の自治会の活動の見守り隊に参加
・日常生活の基本的なことは、本人と移行支援センターの相談員とで相談して決めているが、身元引受人にも随時近況報告は行っている。

【地域移行後の本人の声】

「施設ではできなかったことができるようになった。」
「地域生活をして、自分にできることがたくさんみつかった。」
「就職をして色々なことがしたい。」
「これからも、自分にできることをたくさんみつけて、いろんなことがしたい。」

事例５　障がい児施設からの地域移行支援～自己決定に寄り添う

障がい児施設から地域での生活を目指し、グループホーム利用により地域移行したが、地域での生活に適応できずさまざまな見守りを続けている事例

プロフィール	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
	知的障がい	２０代	女	１１年間	4

【地域移行のきっかけ】

成人施設への移行・待機を本人が拒否。たとえ困難な条件であっても地域での生活を嘱望した本人の自己決定を尊重し、グループホーム（ケアホーム）利用の地域移行を目指した。

【個別支援計画の概要】

総ての面での経験の乏しさから、「施設」と「地域」での感覚の落差の大きさからくるパニックや大きな失敗がみられるが、それらを「経験」と捉え、多様な支援を展開する。（経済面、日中活動面、医療面、ＱＯＬ面・・・）関わる総ての機関が包括的な指針を共有でき、支援の「網」を張るような計画作りをすすめてきている。

【地域移行に要した期間】

障がい児施設退所後、約２年
～経済的な援助側面の調整に約２年（当座の生活資金の確保）

【地域移行に関わった機関と役割】

- 社会福祉協議会
  日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）利用による金銭管理契約
- 小規模作業所での日中活動の確保
- バックアップ施設
  グループホームに入居できるまでの間、私的契約による居住の確保
- 医療機関との連携（投薬等の調整）

＊行政、他の事業所との連携による包括的援助計画会議の開催

【地域移行までの具体的な取り組み】

まず生活資金の確保が先決であった。
具体的には 20 歳からの約 2 年間で受給した年金額をほとんど貯金に当て、移行後の生活資金に備えた。
その間、元の障がい児施設との私的な契約による最低限度の費用を自己負担した生活を継続しながら、自立生活訓練を続けた。
基本的な生活習慣の確認など、地域での細かな場面に応じた取り組みと、自己決定・自己判断・自己評価の確立に向けた動機付けをおこなった。

【地域移行実現のポイント】

当座の生活資金の確保が出来たことと、日中活動や地域生活への動機付けが、準備期間の２年間で出来たことが大きい。

しかし、情緒的な未熟さが課題であり、移行してみないと実際の感覚がつかめないのも大きな課題であった。十分な自活訓練や地域での生活体験が望まれる。

移行後の不適応は総て「トライ＆エラー」の視点で支える。そのため、一つの支援場面だけで抱え込まないネットワークを構築していくことが重要なポイントである。

再利用（再入所）ができない障がい児施設の場合、地域生活での不適応を緩和するためのレスパイト資源の確保も大きなポイントである。

【地域移行後のフォロー体制】

・経済的な課題は、生活保護申請を検討している。
・本人の不適応に関するフォローは、当事業所だけではなく、行政、社会福祉協議会、他の事業所、医療機関等を含めたケア会議を招集し対応に当たっている。

【地域移行後の本人の声】

グループホームでの生活が始まると、今までに経験したことがない不安や緊張からか、さまざまな不安定な行動がみられる。しかし、それも本人の今の“声”である。この“声”に、どれだけ支援が寄り添えるかが重要だと考えている。

事例 6　中途障がい者の地域移行

ピア・カウンセラーとの出会いを通じて「自立」したいと言う強い意志を持ち、その目標に向かって地域移行を目指している事例

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	身体障がい	４０代	男	１年３ヶ月	6

【地域移行のきっかけ】

自分の障がいを受容し、同じように障がいを持つ仲間（ピア・カウンセラー）との出会いを重ねていったことで「自分にも障がい者になったことによってできることがある」と感じたことから。

【個別支援計画の概要】

・障がいの受容
同じ障がいを持つ仲間と出会っていく中で、自分の障がいを受け入れ、これからの自分の生活を考えていく。
・自立生活を目指す
地域移行を目指していくために施設を移る。
・自分の行動範囲の幅を広げる
電動車いすの取得

【地域移行に要した期間】

4 年 5 ヶ月間は、リハビリ中心の治療を受けるため、病院を転院する生活を送った。
10 ヶ月間は、療護施設に入所。
1 年 2 ヶ月前、現在の施設である重度身体障がい者更生援護施設へ入所した。
＊受傷後約 6 年 5 ヶ月後で、地域生活へ戻りたいと意向を表明。現在、地域移行に向け取り組みをしている最中

【地域移行に関わった機関と役割】

● 入所施設
・個別支援計画の作成。
・支援計画に基づいてのリハビリテーション等の取り組み。
・それぞれの支援者との連絡調整。
● 市障がい福祉課
・施設での生活を継続しながら、活動を広げていくために、移動介護の支給決定の見直し。
・地域移行促進事業を受けていくための支援。
● 自立生活センター２箇所（移行前の市町村、移行先の市町村）
・様々な自立体験プログラムへの取り組み。・宿泊体験への取り組み。
・家族との密な関係作り。

● 障がい当事者団体
・本人が、障がいの受容をしていく大きなきっかけになった出会い。

【地域移行までの具体的な取り組み】

施設で生活しながら、一人暮らしを設定とした自立体験をしてみる。この後、施設から離れたところで実際にヘルパーを利用しての体験を実施。
「自立」を目指した取り組みを進めていくために、大阪府の地域移行促進事業が使えたらと考えている。
家族にはできるだけていねいにコミュニケーションをとり、現在取り組んで行っている状況の説明をして理解を深めてもらう。

【地域移行実現のポイント】

ＩＬＰ（Independent Living Program）講座を受けたことで、より具体的に「自分にあった生活をしていきたい」と考えるようになった。
地域で生活している、自分に近い当事者の生活を見ることにより、自分が自立生活を始めていくときのイメージ作りが具体的に描けるようになっていく。そして自分も次のロールモデルになりたいと強く願うようになっていく。そして地域移行促進事業を活用していくことで、自立生活に向けての取り組みが充実したものになった。

【地域移行後のフォロー体制】

●入所施設
・今後、地域移行がスタートしてからも、介護マニュアル等、生活への工夫をしていく時の相談等をしていく。
●市障がい福祉課
・本人が住むことになる、市町村の福祉事務所が、今後、自立支援法におけるサービス申請等を行っていく
●自立生活センター２箇所（移行前の市町村、移行先の市町村）
・本人への精神的支援。・日中活動の場の充実。・就労に関する支援。
・家族への支援。

【地域移行後の本人の声】

現在「自分の目指す自立」に向けて頑張っています。
絶対に施設を出て、自立生活して見せます
そしてピア・カウンセラーになりたい。自分は、「健常者だった自分」と「障がい者になってからの自分」を生きていくのだから、その経験をいかせるピア・カウンセラーになりたいと思っています。

事例 7　地域移行に再チャレンジ

長期の入所施設利用後、グループホームに移行したが生活リズムを崩し、継続困難となり、再入所により課題の改善に取り組み、再度、グループホームでの生活を始めた事例

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	知的障がい	６０代	女	17年間。 2年後に再度4年間。 ＊本文参照	3

【地域移行のきっかけ】

平成元年より、入所施設がグループホームを推進していたことをきっかけにグループホームで生活している仲間達を見て、「いいなー、行きたいなー」と言い始める。施設ガイドヘルパー制度を利用して個人外出（体験外出）を積み重ね、地域での自立生活を希望するに至る。

【個別支援計画の概要】

1回目計画：日常生活での基本生活習慣の確立を支援する（身支度、入浴、洗濯調理、掃除など）
職場実習が継続できるように支援する
2回目計画：日常生活での基本生活習慣の確立を支援する
仲間と仲良く暮らせるように支援する
陶芸作業を行い、毎日の生活を充実したものになるように支援する

【地域移行に要した期間】

入所から、１７年１ヶ月、再入所から　４年８ヶ月

【地域移行に関わった機関と役割】

- 入所施設
  グループホーム全体を把握する施設独自の担当部署
  （施設独自の部署で、施設内にある部署ではなく、地域に建物を借りてグループホーム全体をみる部署で。その横には、生活介護事業所があり、日中活動の場所が確保されている。）
- 市障がい福祉課
  状況報告、自活訓練事業の申請など

【地域移行までの具体的な取り組み】

（1回目の地域移行取り組み）
・調理実習や買物、身の回りの事など計画を立てながら実施した。
・日中活動の場所として職場実習の開拓と継続支援をおこなった。
・宿泊体験を実施。グループホームで生活している先輩からの話を聞く機会を設け

た。
（1回目の地域生活で生じた課題）
・グループホームで生活する事が、嬉しすぎて（グループホームは、好きなことをしても何も言われず、自由だと本人が思い込んでいる）生活面で崩れ始める。
・体重が２０kg以上増え、自分で靴下が履けなくなるくらい太ってしまい、足に負担がかかり引きずるようになる。
・自分で排尿が出来ず導尿を余儀なくされ、職場実習も中止せざるを得ない状況になった。
（再入所による取組）
・本人と共に反省すべき点を話し合い、もう１度地域に出て暮らすのかを選択してもらう
・自活訓練事業を取り入れ、改善すべき点を中心に支援した。
・買物の仕方、調理の材料の分量など覚えられるように工夫した。
・仲間を大事にしないと一緒にグループホームへ移行出来ない事や生活のルールを自分達で決め、毎日を振り返るようにした。

【地域移行実現のポイント】

・本人が、自信を持って生活出来るように、出来ない事から行なわず、出来そうなところから確実なものにしてきた
・グループホームの生活は、本人の責任の上に成り立っている事の認識を持ってもらうように支援した（たとえば、本人が行なった行動に対しその行動が、正しいのか？間違っているのか？とその事に本人が向き合い、答えが選択できるような問いかけをして一緒に考えた。社会のルールを守る。自分の言った言葉の責任を持てるように、本人との時間を作るようにした。）
・体重増加につながらないよう、食材は、１食分ずつ小分けして余分なものは買わないように工夫した
・同じ失敗を繰り返さないよう定期的に本人との話し合いの場を作ってモチベーションの維持ができるように支援を継続した

【地域移行後のフォロー体制】

・施設独自の担当部署が主となり、グループホームのフォローを行なう。
・世話人との定期的な話し合いを行なう。
・グループホームのある自治会にも顔を出し本人がここに住んでいるということをわかってもらい、活動にも参加する。
・民生委員に定期的に訪問してもらう。
・警察や消防にもグループホームの連絡先を知らせ、協力を求める。

【地域移行後の本人の声】

「施設には、戻りたくない。」
「自分達の家だからきれいに掃除しないと！」
「旅行に行きたいなー。」
「友達を大事にしないと生活できなくなるなー。」

事例８　地域の支援ネットワークを構築した地域移行

重複障がい者（知的障がい・精神障がい）の「地域の支援ネットワーク」（仲間作り）構築による地域移行、地域生活継続支援

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	知的障がい 精神障がい	50代	女	３２年	3

【地域移行のきっかけ】

自宅生活（家庭復帰）が第一希望であったが、家族の状況から、家庭介護が不可能であったので、第二希望（代案）として自宅の近くのグループホームを利用して地域生活への移行を希望した。

【個別支援計画の概要】

知的障がい・精神障がいの重複障がいのニーズに応じた地域生活の環境整備
- 地域生活（グループホーム）の適応力及び課題の整理（自活訓練事業）
- 医療機関／精神障がい支援機関との連携
- 本人の希望とニーズに応じた「日中活動の場」の確保
- 充実した外出余暇ができる環境を整える
- 家族との連携の強化（定期的な帰宅）

【地域移行に要した期間】

約２年間

【地域移行に関わった機関と役割】

（施設）
地域生活に向けた「個別支援計画」策定／自活訓練事業（施設外自活訓練事業）／地域移行支援センターとの連携／家族との協働

（地域移行支援センター）
当該地域の支援ネットワークの構築
医療機関／地域活動支援センター（精神）／精神科病院作業療法／小規模授産施設（精神）／移動支援事業所／知的障がい者更生相談所

（援護の実施機関：市町村）
支給決定／相談支援

【地域移行までの具体的な取り組み】

・利用する施設種別を変更（入所授産施設 ⇒ 入所更生施設）により適応できる環境整備を行い、情緒・病状の安定を図る。
・自活訓練事業（施設内訓練棟・施設外訓練棟）を活用し、グループホームをイメージした「小集団」の生活形態を経験（適性の把握、課題の明確化）
・家族との連携を密にして、金銭的な管理や援助を含み、協力して支援できる環境整備を実施。

【地域移行実現のポイント】

【施設＝送り手】

○本人の「意思形成」の過程を重視し、エンパワメントの育成に力点を置いた支援を行った。

・施設内外の「自活訓練事業」を活用

・施設内で地域移行支援センターによる「プレゼンテーション」を企画したり、既存のグループホームの見学等を実施

○「情緒の安定」を大きな課題とし、精神科医療との連携・家庭との連携・余暇外出支援等に重点を置いて支援を行った。

○施設職員のふり返り

・　本人の地域移行支援に関わり、施設職員としての役割を再認識できた。

・本人の地域で楽しそうに生活している姿を見て逆に励まされ、日々の業務に意欲的になることができた。

【グループホーム・ケアホーム事業所：移行支援センター＝受け手】

○地域支援ネットワークの確立に重点を置き、「精神障がい福祉」領域、及び、精神科医療機関との連携支援が可能となる環境整備を行った。

○当初から「精神障がい者支援センター」と合同で面接（アセスメント）を行い、支援ノウハウを共有して、精神障がい分野を中心とした「日中活動の場」「医療機関」の確保に努めた。

○具体的には、以下の 3 箇所の活動場面を確保し、本人の状況に応じて、利用回数で負荷を調節する方法を選択できるようにした。

・精神障がい者小規模授産施設

・地域活動支援センター（精神障がい中心）

・精神科病院「作業療法：OT センター」

○利用に際して、移動方法（通所訓練・付添い支援）の確保も大きな課題となり、地域の移動支援実施事業所との連携を強化して、本人の特性（精神疾患～情緒に波がある～ コンスタントに通所できない場合が想定）について、共通認識として協力が得られる事業所選定及び協力依頼を行う。（マンパワーの確保・支給決定）

↓

地域移行支援センターを核として、精神障がい者地域生活支援センターとの連携による、ネットワーク構築に最も力点を置いた支援を行った。こうしたことの実現については、以下の 2 点が最重要課題となった。

① ネットワーク構築システム（連絡調整会議・サービス調整会議）

② ケース会議（関係機関による障がい特性の情報共有と理解）

【地域移行後のフォロー体制】

【施 設】

○支援ネットワーク体制に関わる医療機関や支援機関への情報提供（受診／アセスメント面接等）に際して、移行支援センターと協力して「最も本人に関する情報を持つ立場」として、同席し情報提供した。

○家族からの不安として出されていた、精神疾患の悪化等により、地域生活継続が困難となった場合に「最終セーフティーネット」としての役割を持った。

【グループホーム・ケアホーム事業所：移行支援センター】

○上記内容を網羅した「個別支援計画」を策定し、比較的短期クールにより「モニタリング」を行い、状況に応じて、随時計画の見直しを行ってきた。

○利用する社会資源の支援内容に配慮（本人に応じた支援）していただくことには、集団対応という支援の特性から、自ずと限界がある。従って支援計画としては、利用する「回数」に着目して、負荷の軽い活動（OT センター・地域活動支援センター）と、比較的負荷の係る「小規模授産施設」の利用回数を変更してバランスを取っている。

○週末の移動支援（ヘルパーとの余暇外出）と、定期的な帰宅（1回／月）の定例化と、視覚的情報による情報提供として、本人専用カレンダーを作成し、色によって1ヶ月の予定が分かるように配慮した。

○医療機関との連携を密にすると共に、ヘルパー事業所にもタイムリーに情報が提供できるように、ヘルパー付き添いによって通院・受診して、その結果を移行支援センターに報告していただくようにシステム化した。その中で、状況等の変化が大きい場合はセンタースタッフも同行することとしている。

【地域移行後の本人の声】

（地域移行した当初）

・ 一時的に情緒不安により「通所拒否」「自室引きこもり」が見られた。

↓

（支援者間での共通認識形成＝ケース会議～支援計画変更等）

・ 情緒の安定を最重要支援項目とし、次に安定して通所＝日中活動が行えるように支援計画を変更し、また、「行かない（行けない）ことも意思表示（マイペースの保障）」との共通認識を持つことで、会話が増え、笑顔も多く見られるようになってきた。

・ 現在は、食欲も旺盛となり「肥満」が課題となってきている。

・ 本人からは以下のことばが良く聞かれる。

「楽しいよ」：グループホームでの生活

「お出かけ 楽しい」：余暇外出（移動支援）

「家も楽しいよ」：移動支援／定期帰宅

事例９　重症の糖尿病を発病した人を、地域の支援ネットワーク体制で支える

グループホームで地域生活移行後に重度の糖尿病を発症、恒常的医療ケアが必要となり、医療機関も含む地域の支援ネットワークで支えている

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	知的障がい （聴覚障がい）	50歳代	女	３２年	3

【地域移行のきっかけ】

自活訓練事業や外出支援等を通じて、施設外での活動に意欲が高まり、地域移行の意思が形成された。また、施設外自活訓練棟の利用により、具体的にニーズとして上がってきた。

【個別支援計画の概要】

≪移行時：Ｉ型病糖尿病発症前≫
知的障がい・聴覚障がいの重複障がいのニーズに応じた地域生活の環境整備
- 地域生活（ＧＨ）の適応力及び課題の整理（自活訓練事業）
- 本人の希望とニーズに応じた「日中活動の場」の確保
- 充実した外出余暇ができる環境を整える（移動支援事業の活用）
- 医療拒否が強いので、地域の医療機関との連携の模索
- 聴覚障がいの障がい特性（コミュニケーションの難しさ）

≪糖尿病発症後（地域生活支援）≫
「健康管理」を最優先課題としたチームケアシステムの構築
- 最終判断と最終セーフティの担保（行政・出身施設／ケア会議）
- 血糖値の把握及び毎日のインシュリン注射（医療行為）支援体制の構築
  （＊共同生活介護では医療的支援ができない）
- 日常支援と関係機関との情報共有（ケース会議・マニュアル等）

【地域移行に要した期間】

２年１０ヶ月（グループホーム移行１年後に糖尿病発症

【地域移行に関わった機関と役割】

- 主治医（専門病院①）：生活習慣病治療／最終判断（地域生活）
  病状把握と医療処置（ナース）
- 協力医院（医療機関②）：インシュリン注射／病院①との連携
- 生活支援員（勤務日：月～金）：病院同行支援（病院①／②）
- 居宅介護事業所：（土日祝日）：病院同行支援／治療通院支援
- Ｈタクシー会社：タクシーチケットを使用し、病院①への送迎
- 行政（市町村）：支給決定／移動支援の活用方法（病院同行）
- 出身施設（法人）：最終セーフティーネット
- 支援センタースタッフ：情報集約／共有／連携／マネジメント

【地域移行までの具体的な取組】

○重度の知的障がいと聴覚障がい（6 級）があり、言語によるコミュニケーションが困難。
○医療機関受診に強い拒否があり、補聴器の買換えを通じて少しずつ医療機関の利用に向けて取組んでいた。
○突然の急激な高血糖症状による意識障害と肺炎により救命救急センターに緊急入院となった。
○一時は生命も危ぶまれたが、治療により回復。しかし、食事療法と共に、毎日、定時のインシュリン注射が必要となった。
○内科専門病院に転院したが医療処置ができるのであれば、在宅生活が可能であるとの主治医の診断が出された。
○医療機関が併設されている出身施設への入所という選択も考えられたが。本人はあくまでもグループホームでの生活を強く望み、行政・支援関係者によるケース会議を重ねて、ＧＨでの生活を継続できる具体的方策を検討し、現在も継続している。

【地域移行実現のポイント】

○毎日定時のインシュリン注射がグループホームでの生活条件であったが、支援者に医療行為のできる有資格者は不在であり、また、本人自身で行うことは全くできない。
○主治医である内科専門医は車で 15 分程度を要したが、入院設備があるので、原則は自己管理ではあるが、休日・年末年始等も来院すればナース等の有資格者が対応するとの協力を得ることができた。
○しかし、毎日、定時に同行する「人」を確保することが難しく、近隣の医療機関等にも協力してもらえる状態が必要であった。
○グループホームの他の利用者が通院している近隣の医師の協力を得ることとなったが、通院同行できる体制が課題となった。
○病状悪化やインシュリンの複数回数の注射が必要な状態となった時の対応等、医療的な判断やグループホームでの支援の限界に鑑みて、最終セーフティの担保も必要とされた。
○これら課題解決に向けて、ケース会議を重ね、支援体制の構築を目指した。
・ 医療機関間の協力体制の確立（主治医と協力医院）
（インシュリンは自己注射が原則＝医療的請求対象でない）
・ 通院同行支援体制の人的確保
・ 主治医（水土日祝）への通院方法の確保
・ 最終判断（本人は単身者）とセーフティ
※ ケース会議により、関係機関の意思統一（援護の実施者の判断）

【地域移行後のフォロー体制】

・　医療機関（主治医と協力医院）の協力体制の確立
　☆情報の共有化（医療機関による情報提供）☆血糖値測定
　☆インシュリン注射単位調節
・　通院同行支援の人的支援体制
　☆平日 毎日夕方の定時：生活支援員（ケアホーム）
　☆土日祝 夕方定時：移動支援事業所（ガイドヘルパー）
　☆フォロー：移行支援センタースタッフ
　☆主治医への通院方法：Hタクシーによる送迎

○ケース会議等を通じて、上記ケアチームを構築した。
○症状が悪化した場合の対応マニュアルを主治医の指導によって作成し、世話人・生活支援員等に徹底した。
○支援体制の恒常的な担保と調整（マネジメント）については、支援センター（サービス管理責任者）が行うこととした。
○本人はあくまでもグループホームでの生活を希望されているが、病状悪化により支援ができない状況が生じた場合は、主治医による医療的な判断（ドクターストップ）に委ねることとして、最大限本人の意向に沿った支援を行うことで、関係者は意思統一している。
○地域支援で医療的ケアが不可能な場合のセーフティーネットとしては、出身施設を位置づけた。

【地域移行後の本人の声】

・　施設には戻りたくない（地域生活を維持・継続したい）
・　がんばって自分で医療管理をする。（元は「医療拒否」の人）
・　病院の入院もガマンする（＊治療のためなら…）
・　早く元気になる（食事等の摂取制限：自発的に調整もしている）

事例 10	障がい児施設から成人施設入所後、地域移行へ 障がい児施設から重度身体障害者授産施設に移った時点で本人は就労、自立を希望。計画的に支援を実施し、グループホームでの地域生活、就労を実現する。

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	身体障がい 知的障がい	２０代	男	３年	2

【地域移行のきっかけ】

障がい児施設退所後、重度身体障がい者授産施設（5 年間の通過型）に入所した時点で、身寄りもなく本人が就職を希望し、その意思が固かった。

【個別支援計画の概要】

5 年の通過型の入所施設のため、入所時に退所後の目標を就労・グループホームに定める。
１年目は、作業、生活訓練を通して挨拶・体力・社会性・金銭管理・身辺整理・洗濯・掃除の訓練を行い、2 年目は、１年目の訓練に加え就職に必要なプログラムを利用。障がい基礎年金の申請取得の支援も行う。3 年目は、実際に就職活動と本人を核にしたグループホームを準備する。

【地域移行に要した期間】

３年

【地域移行に関わった機関と役割】

身体障がい者授産施設のグループホーム担当が、本人の状況を把握し、就職については施設の就労担当者と連携し、本人と話し合いながら、生活部分をすべてサポートした。

【地域移行までの具体的な取り組み】

入所時に個別支援計画を立て目標を定め、半年ごとの見直しを行った。個別支援計画に基づいて作業・生活の訓練を行った。
労働習慣・社会性・金銭管理・生活習慣・マナー・障がい基礎年金取得・コミュニケーションと多岐にわたり、基礎的なプログラムを実施。体験外出から外出先の豊富化、外出中の時間・金銭管理や介助に慣れる

【地域移行実現のポイント】

自立に際して必要に迫られていたこともあったが、本人の環境を考えて早めにビジョンを考えて個別支援計画を立てた。
支援の始めはまだ子どもっぽく地域生活の知識は乏しかったため、面談を定期的に行った。様々な地域移行に向けたプログラムの必要性を理解してもらって常に本人を支え、モチベーションを落とさないように途切れない支援を行った。

【地域移行後のフォロー体制】

仕事については、施設の雇用担当と連携してアフターケアーを行う。グループホーム利用については世話人と連携して引き続き社会生活に必要なマナーや常識・金銭管理・役所などの事務手続きの支援を行う。生活に慣れてきて物足りないため、不安定になることもあり、余暇支援も行う。(単身で不安定な心理状態を状況に応じて親代わりのつもりで対応することもある)

【地域移行後の本人の声】

年金と就労の貯金で結婚資金を貯めている。洋服等も購入して身だしなみも身について自信もできてきた。まだ相手はいないが、結婚をどうしてもして自分の家庭を持ちたい。単身生活をするとお金がかかるのでグループホームから結婚生活を考えている。考えや生活観も違うので衝突もあるが、グループホームで楽しく生活している。

事例 11　グループホームから一人暮らしへ

幼児期から児童施設で生活、本人の希望の実現へのステップとしてグループホームで生活、経験を積み、力をつけ、9年後に一人暮らしを実現

	障がい種別	年齢	性別	入所期間	障がい程度区分
プロフィール	知的障がい	３０代	男	施設 20 年、 グループホーム 9 年	旧区分２

【地域移行のきっかけ】

幼少のころから施設での生活をしており、「一人暮らしをしたい＝自分の家をもちたい」という気持ちを本人がもつようになったため。

【個別支援計画の概要】

・一人暮らしできるようにお金を貯める。
・一人暮らしの生活をどのように組み立てるか考える
（身の回りのことやお金の管理など）。

【地域移行に要した期間】

具体的に動き始めてから約半年間

【地域移行に関わった機関と役割】

●グループホームをバックアップする施設（地域移行支援センター）
＝　一人暮らしの生活をトータルにマネジメントする
●援護の実施者である市の福祉事務所

【地域移行までの具体的な取り組み】

・本人が暮らしていたグループホームは、１階２階に分かれた文化住宅で、２階部分を本人が占有できる間取りであり、一人暮らしを想定しながら、洗濯、掃除、食事作りについてイメージをもちながら練習した。
・障がい者がひとりで暮らすことに理解をしてくれる、物件探しを行った。
・将来、離職しても一人暮らしの生活を継続できるように、年金の管理は地域移行支援センターが、給与の管理は本人がするようにした。

【地域移行実現のポイント】

・年金を地域移行支援センターが管理しているため、離職したとしてもそれをもとに生活を継続しながらやり直せるという、安心感があること。
・一人暮らしを目標に、コツコツとお金を貯めていくことができたこと。
・グループホームが一人暮らしに移行しやすい形態であったこと。

【地域移行後のフォロー体制】

・市役所等からきた書類への記入や提出の仕方が分からないときに支援。
・一人暮らし後に離職したので、就労に関する支援として求職活動を支援。
・食事作りがひとりでは不十分であり、ヘルパー利用について検討している。
・その他、相談事があれば、随時地域移行支援センターに立ち寄る。

【地域移行後の本人の声】

「一人暮らしをして、自分だけの家ができたので、嬉しい。満足している。」

Q & A

1 地域移行への働きかけ

Q１　地域移行のことがよくわかりません、地域移行を進めるために、支援者としては、何から始めたらよいでしょうか

Q２　本人に地域移行や地域生活を理解してもらうには、どんな働きかけが必要ですか

Q３　地域生活を、どのようにして体験してもらえばよいですか

Q４　地域移行を進めようと思いますが、家族が反対しています

Q５　障がいが重く、意向確認や情報提供が困難な人に、地域生活のことを知ってもらう方法がわかりません

Q６　障がいが重い人の地域移行には、どんな点に留意すればいいのでしょうか

Q７　入所施設の環境でやっと安定して生活している人にも、地域移行の働きかけが必要なのでしょうか。

2 地域生活への移行を進める

Q８　地域で生活を始めたら働きたいと希望していますが、就職先がみつかりません

Q９　掃除や洗濯が一人ではできないのですが、手伝ってもらえるのでしょうか

Q10　本人は今の収入で地域生活が継続できるか心配しています、制度やその手続きはどうなっていますか。手続きを手伝ってくれる人はいますか

Q11　金銭の管理が一人ではできません。手伝ってもらえますか

Q12　市町村への手続きは、いつ、どのように進めるのですか

Q13　地域移行に向け、できるだけ自分で何でもできるようにしておくべきでしょうか

3 地域生活を支える

Q14　地域で、困った時に相談できる人につなげたいのですが

Q15　地域生活に移行しましたが、休日を持て余しているようです

Q16　近所づきあいで困っているようです。どうすればよいですか

Q17　グループホーム等で生活していますが、世話人との関係が良くないようです

Q18　グループホーム等で生活していますが、同居者との関係がうまくいきません

Q19　入院しましたが、病院から付き添いを求められています

Q20　地域生活に移行しましたが、悪質商法の被害にあいました

Q21　地域生活に移行しましたが、警察が関わるトラブルに巻き込まれました

Q22　グループホーム等で生活していますが、今後一人暮らしを希望しています。どう支援したらよいのでしょう

Q23　常に医療ケアが必要です。地域での生活は不安です

1 地域移行への働きかけ

Q1 地域移行のことがよくわかりません。地域移行を進めるために、支援者としては、何から始めたらよいでしょうか

A 支援者であるあなたは、地域移行を進めようとしている本人にどれだけの情報が提供できるでしょうか？まず、自分のもっている情報の量や質を点検してください。

多くの施設職員から「地域生活、地域移行に関する情報不足」との声が聞かれます。施設の中や法人内だけでなく、少し視野を広げてみると地域の中には、地域生活支援を行っている支援機関があります。多くの書籍や各種研修会等でも地域生活に関する制度や仕組みなどは紹介されていますが、地域生活支援を先行して実践している人々から、直接成功や失敗などの活きた情報を聞き、見学して得られた情報は、支援者にとっても、本人にとっても、地域移行を進めるうえで原動力となります。

また、支援者が具体的に情報を収集していく過程そのものが、本人の地域移行を実現していく時の心強い仲間や新たなネットワークができる機会にもなります。

第Ⅱ章２　障がい者ケアマネジメントに基づく個別支援計画作成
第Ⅲ章１　地域移行に向けた意思形成と意向確認

Q2 本人に地域移行や地域生活を理解してもらうには、どんな働きかけが必要ですか

A まず、本人の思いに寄り添うことから始めてください。地域移行を始めようとしている本人は、施設での生活を、どのように思っているでしょうか。

施設以外の暮らしを知らなければ、地域移行を選ぶことはできません。支援者から地域移行、地域生活についてのていねいな説明が大切です。具体的なイメージを持ちやすくするために、実際のグループホームの見学や入居者の話を聞く、宿泊の体験をする、グループホームでの休日や日中活動後の生活を一緒に過ごす、などで地域生活のイメージが持ちやすくなります。こうした取り組みを行うなかで、本人の思いを引き出す工夫をしてみてください。

第Ⅲ章１　地域移行に向けた意思形成と意向確認
第Ⅳ章事例１　地域生活体験住居での生活体験により地域生活移行

Q3 地域生活を、どのようにして体験してもらえばよいですか

A 新しい生活に移行するのは、本人も家族もそして支援者にとっても、たいへん勇気がいることです。まずは地域に出かけて、街の中で働いたり学んだりしている多くの人たちの暮らしを見たり、行きかう車や工場等の喧騒を聞いて、地域の生活を体感する機会をより多く提供し、地域生活への思いを引出すことが大切です。地域生活を体験する取組みを支える事業もありますので活用してみてください。

地域移行への思いが強くなれば、地域での暮らしを知るために、グループホーム等で暮らしている人の生活を見たり、話しを聞く機会を作ったりしてください。可能であれば体験入居も試みます。実際に数日間体験入居してみると、本人も周囲の人たちも具体的にイメージを持つことができます。「ここに住みたいなあ」という本人の思いと、笑顔が、新しい生活へ移行するための原動力になると思います。

体験入居は制度として整備されていませんので、状況によっては、支援者が工夫して、宿泊しない形でグループホーム生活を体験してみるなど、本人が実感しやすい方法を検討してください。

➡ **第Ⅲ章１　地域移行に向けた意思形成と意向確認**
[1]意思形成への支援
第Ⅳ章事例１　地域生活体験住居での生活体験により地域生活移行

Q4 地域移行を進めようと思いますが、家族が反対しています

A まず、支援者が家族の反対している理由、家族の不安、心配を十分聞きます。支援者は、家族の気持ちを受け止める姿勢が大切です。地域移行に反対する家族の多くは、情報不足や誤解から反対の立場をとっている傾向があります。本人が安心して地域移行に挑戦できるよう、家族にも安心できる正しい情報をていねいに伝える必要があります。

家族に、実際にグループホーム等を見学してもらい、そこでの入居者の生活の様子を見たり、入居者の話を聞いたりします。また入居者の家族の話を聞く機会を持つことも一つの方法です。バックアップ体制、利用料等も知ってもらいます。家族の不安、心配が改善することで、本人の地域移行への気持ちに変化がおきることもあります。

本人から、地域生活を希望する気持ちを家族に伝える機会も設けます。本人が上手く伝えにくい場合は支援者が補助します。

➡ **第Ⅲ章３　家族への支援**

Q5 障がいが重く、意向確認や情報提供が困難な人に、地域生活のことを知らせる方法がわかりません。

A 買い物や外出など、支援プログラムに施設以外での活動をできるだけ取り入れる工夫をしましょう。ボランティアや近隣の人と一緒に活動する場面を作るなど、開かれた施設として、“地域の風”が普段から施設の中に流れている取り組みが大切です。

第Ⅲ章１　地域移行に向けた意思形成と意向確認
[1]意思形成への支援
第Ⅳ章事例２　外出体験の積み重ね、自立支援プログラム（ＩＬＰ）の活用など、地域の事業者と緊密に連携し、段階的に地域移行

Q6 障がいが重い人の地域移行には、どんな点に留意すればいいのでしょうか。

A 施設での生活の安定を図りながら、どのような生活環境を本人が希望しているのかを理解します。個別支援計画は、本人の希望する生活の実現を指向したものです。本人のおかれている状況の中で、改善を図ること、力をつけること等を明確にし、本人と支援者がともに取り組みます。並行して、本人の理解を得ながら、具体的な地域生活の体験に段階的に取り組んでいきます。体験に際しては、失敗や不快な体験が生じないよう、本人が落ち着ける適切な環境を検討するなど十分な配慮が必要です。

同時に、支援者は、全ての障がい者が、安心して地域移行に取り組み、実現できるよう、地域生活の拠点となる住居や、支援にあたる人、機関など、本人をとりまく生活環境を整えていく視点を持つことも大切です。

第Ⅲ章１　地域移行に向けた意思形成と意向確認
第Ⅲ章２　地域移行に向けた個別支援計画の作成
第Ⅱ章10　残された課題

Q7 入所施設の環境でやっと安定して生活している人にも、地域移行の働きかけが必要なのでしょうか。

A やっと安定した生活を得たのかもしれませんが、将来もずっと施設で生活することが、本当に本人にとって望むことなのでしょうか。生活の選択肢は他にもあること、体験しながら他の生活を選べることを、本人にわかりやすく伝えていくことが必要です。

本人が、人生のそれぞれのステージをどのように過ごすかを自分でイメージできるよう、工夫して支援することも大切です。

第Ⅲ章１　地域移行に向けた意思形成と意向確認
１意思形成への支援
第Ⅳ章事例１　地域生活体験住居での生活体験により地域生活移行

2 地域生活への移行を進める

Q8 地域で生活を始めたら働きたいのですが、就職先がみつかりません

A 就職先を探すには、「公共職業安定所（ハローワーク）」が窓口となります。障がい者を専門に援助する部門（専門援助）や担当者が配置されています。今すぐ就職することに自信のない人は、地域の「障害者就業・生活支援センター」や「障害者職業センター」に相談します。就労への準備として職業能力開発施設や福祉系事業所等で職業的訓練を受けることもできます。実際の会社で職場実習を行うことが、本人にとっても会社側にとっても、就労への有効な手段となります。就職先を見つけてから地域移行を実施するか、すぐに見つからない場合は就労以外の日中活動に参加することを前提として、地域移行を先行し、その後就労を目指すか、支援者は本人とよく話し合うことが大切です。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
４働く場を探す

Q9 掃除や洗濯が一人ではできないのですが、手伝ってもらえるのでしょうか

A 一人で全部できないと地域移行ができないのではありません。一人でできないことは、さまざまなサービスなどを活用して補います。本人が必要とする支援を、

自分で支援者に伝える力をつけることも大切です。

ケアホームでは、障がい程度区分に応じて生活支援員が配置され、日常生活上における支援や介護を行っています。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
3 日常生活を支えるサービスを確保する
事例２　外出体験の積み重ね、自立支援プログラム（ＩＬＰ）の活用など、地域の事業者と緊密に連携し、段階的に地域移行

Q10 本人は今の収入で地域生活が継続できるか心配しています、制度やその手続きはどうなっていますか。手続きを手伝ってくれる人はいますか。

A 本人の就労による賃金はありますか。賃金による収入がない場合や少なくてそれだけでの生活が困難な場合もあります。障がい基礎年金などの支給対象に該当するようであれば、年金申請ができます。窓口は市町村の年金担当です。申請時には、医師の診断書が必要です。手続きが自分でできない場合は支援者が手伝います。就労や年金、その他の方法によっても、生計の確保が困難な場合は、生活保護の申請を行う支援をします。窓口は市町村の福祉課です。手続きへの支援は施設の支援者、地域の相談事業者や市町村担当課が連携して行います。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
7 経済的な支援を確保する

Q11 金銭の管理が一人ではできません。手伝ってもらえますか

A お金をどのように使うかは、地域で生活していくうえでとても大切なことです。毎月の収入と支出のバランスを考えながら、その人の希望や夢の実現のために、小づかい帳をつけるなどして、金銭管理を一緒に考えながら行います。達成感・充実感を感じはじめると、お金をどうやって稼げばいいか、どんなふうに使えばいいか、蓄える方法にはどんなものがあるかなど、生活の充足感もふくらみます。

収支バランスの理解が難しくても、ほしいものリストなどを作成し、手に入れるまでの計画を立てることも楽しみになります。自分のお金でほしいものを手に入れた達成感は次につながるでしょう。状況により、成年後見制度や社会福祉協議会の

日常生活自立支援事業を活用します。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
7 経済的な支援を確保する

Q12 市町村への手続きは、いつ、どのように進めるのですか

A 施設利用開始当初の頃から市町村担当課とは連絡を取り合い、利用者の状況が伝わるようにしておきます。地域移行の方向が固まった時点で市町村にそのことを伝え、具体的にすることを確認します。グループホーム等の利用の場合は、概ね、利用予定の３ヶ月前には市町村にサービス利用のための申請を行い、区分認定を受けて受給者証を発行してもらいます。日中活動や移動支援等の市町村生活支援事業によるサービスの利用についても同様です。

負担金については、各種減免制度もありますので、併せて手続きをおこなってください。

Q13 地域移行に向け、できるだけ自分で何でもできるようにしておくべきでしょうか。

A できないことが多いから地域での生活を始める段階ではないとする考えは、間違いです。できること、できないことの見極めは大切ですが、どのような介助があれば快適な生活や活動ができるかを判断することに、重点をおきます。

地域生活では、介助者に対して自分にどのような介助が必要なのか、どのような介助方法が適切なのかを、本人自らが、介助者に的確に伝えることができるほうが重要です。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
第Ⅳ章事例２　外出体験の積み重ね、自立支援プログラム（ＩＬＰ）の活用など、地域の事業者と緊密に連携し、段階的に地域移行

3 地域生活を支える

Q14 地域で、困った時に相談できる人につなげたいのですが

A 地域での生活は、施設生活では想像できない問題や課題が発生することがあります。何に困っているのかを、まず話し合ってみることが大切です。地域移行を実現する前に、地域で相談できる人を確保しておきます。地域の相談支援事業所、利用予定の日中活動の場、グループホーム等で生活する場合は世話人等の支援機関の人と会っておくことが大切です。一事業所だけで抱え込むのではなく、健康面ではここの病院が、就労については就労に関する支援センターが、というように多くの相談窓口をあらかじめ具体的にネットワーク化し、それを本人が知っておくことが重要です。

また支援機関だけではなく、ピアカウンセラーや当事者団体などの同じ障がいのある仲間の存在は本人にとって心強いものです。移行開始までに会っておくなどして、相談できる方法を確立しておくことも大切です。

施設の生活場面において、何か問題やトラブルが発生した時に、本人と施設職員が、相談者と支援者として「問題解決にむけて経過や結果を共感する」ことで、「困った時には、支援者に相談する」という生活習慣を確実なものにするための支援をすることも大切です。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
1 地域で相談できるところと連携する。話し合う。
第Ⅳ章事例２　外出体験の積み重ね、自立支援プログラム（ＩＬＰ）の活用など、地域の事業者と緊密に連携し、段階的に地域移行
第Ⅳ章事例６　「自立」したいという意思、その目標に向かって

Q15 地域生活に移行しましたが、休日を持てあましているようです

A 今までの施設生活では、何がしたいのか、何を選ぶのか急に問われても困ってしまうかもしれません。まず、何が好きなのか、経済的余裕は、支援の必要量などを考えると同時に、施設利用中から、余暇場面の具体的な提示や試行をすること（見学、参加してみる）、本人が選択できることを具体的に広げることが大切です。また、本人の希望をよく聞いて参加する活動を検討します。障がい者を主な対象とした地域のサロン活動などの利用や、住民を対象とした料理教室等の習い事、サークル活動に楽しく通うことで、心豊かな生活の実現をしている人もいます。

一人で外出する自信がない人は、市町村生活支援事業の移動支援（ガイドヘルパー）を活用し、余暇外出を楽しむことも有効な手段です。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
6 余暇活動の場をさがす
3 日常生活を支えるサービスを確保する

Q16 近所づきあいで困っているようです。どうすればよいですか

A 支援者は地域の人と利用者との仲立ちをする役割も持っています。彼らを支援する人がいることを、地域の人に知ってもらうことが大切です。

近所づきあいで、簡単な挨拶の仕方や地域交流の方法などは、場に応じて本人と支援者が一緒にしてみることが大切です。ゴミだしや一斉清掃なども、支援者が同行して一緒に行うことも一つの方法です。

第Ⅲ章５　地域生活を支える
3 地域と交流する

Q17 グループホーム等で生活していますが、世話人との関係が良くないようです

A 生活の場面では利用者と世話人が、時にはぶつかったり、関係がぎくしゃくすることもあります。お互いが譲り合えればよいのですが、こじれてしまうと余計に関係が悪化してしまうこともあります。本人に共同生活のルールの理解が不十分な場合や、世話人の価値観の押し付けになってしまっている場合もあります。両方の話をよく聞いて調整する人の存在も大切です。世話人から注意されてばかりだとやすらぐ場所がなくなります。きびしい注意は別の支援者で行い、世話人は、うながしや入居者の様子の報告をするというような役割分担による方法もあります。個別支援計画作成の時に、世話人がどこまでの支援を提供するのかを本人、世話人の双方で合意しておくことも必要です。

両方の話をよく聞いて調整する人の存在も大切です。グループホーム等では、こうした関係調整などの総合的な調整は、「サービス管理責任者」が行います。

第Ⅲ章５　地域生活を支える
1 困ったときに支えてくれる人や機関を見つける

Q18 グループホーム等で生活していますが、同居者との関係がうまくいきません

A 利用者間で、人間関係の距離を取ることが難しかったり、言葉の行き違い、

マナーなど些細なことでうまくいかなくなることもあります。世話人や生活支援員の仕事の一つに人間関係の調整があります。利用者に平等に接し、時間はかかりますが、お互いの良いところを分かり合い、利用者相互で理解できるように支援していきます。

また入居者それぞれに個性がありますから、「みんな違って、みんないい」ことを基本とし、共同生活を維持するための最低限のルールやマナーを守りながら、みんなが同じ基準に合わせなくてもよいという見地から支援することも大切です。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
2 住まいをさがす

Q19 入院しましたが、病院から付き添いを求められています

A 支援者は病院に付き添いが必要な理由を確認します。付き添いなしで入院が継続できないか協議します。本人と相談の上で、付き添いなしで入院できる病院に転院できないか検討します。事前に地域の病院の受け入れ態勢等について調べておくことやかかりつけの医療機関と協議しておくことが大切です。家族による支援がどのくらい可能かも確かめておきましょう。私的な契約による付き添いも考えられますが、費用の検討が必要になります。

なお、グループホーム等の制度においては、日数に制限はありますが、入院時の支援を前提として入院時加算報酬が算定されています。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
7 健康管理
第Ⅲ章５　地域生活を支える
1 困ったときに支えてくれる人や機関を見つける
第Ⅳ章事例９　重症の糖尿病を発病した人を、地域の支援ネットワーク体制で支える

Q20 地域生活に移行しましたが、悪質商法の被害にあいました、どうしたらいいでしょう

A 地域での生活では様々な情報が氾濫していますので、時には大きなリスクを負わされることがあります。必要のない高価な商品を勧誘で買わされてしまったり、契約を結んでしまったりすることもあります。また携帯電話の悪質なサイトの使用により、予想外の請求をされることもあります。

被害にあわないための予防策として、ロールプレーをして、どのようなことが悪質商法なのかを知ったり、断る方法を練習したりするなどエンパワメントにつながる研修をしたり、わかりやすいマニュアルで説明し、いつでもみることが出来るようにしておくなどの方法を工夫します。被害にあった場合、誰に相談すればよいかを本人に伝えておくことも大切です。被害の事実をできるだけ早く知ることが、被害を最小限にくいとめることにつながります。

被害の状況によっては、弁護士による専門的な支援を活用しなければならない時もあります。被害から救済するためだけではなく、予防のため、成年後見制度を活用することもあります。

第Ⅲ章５　地域生活を支える
１困った時に支えてくれる人や機関をみつける

Q21 地域生活に移行しましたが、警察が関わるトラブルに巻き込まれました

A 地域生活では、様々なトラブルに巻き込まれる可能性があります。時には大きな事故や犯罪など、警察が関わるようなトラブルに巻き込まれることがあるかもしれません。そうした緊急時に備えて、あらかじめ対応方法を明確にし、本人にていねいに説明し、また練習するなどして、実際にトラブルが起こったときに対応できるようにしておくことが大切です。必要に応じて緊急時連絡先（バックアップ法人・グループホーム等・相談支援事業所など）を明記したカードなどを携行したり、携帯電話を活用したりするなどして、本人が対応に困らないように工夫します。基本的には、いち早く支援者につながる方法を確立することが大切です。一方で、そうしたトラブルなどの加害者にならないように話し合っておくことも大切です。いずれの場合も「すぐに相談できる人」を確保しておくことが重要です。

第Ⅲ章５　地域生活を支える
１困った時に支えてくれる人や機関をみつける

Q22 グループホーム等で生活していますが、今後の一人暮らしを希望しています。どう支援したらよいのでしょう。

A グループホーム等で生活している人の中にも、一人暮らしや結婚による夫婦での暮らしを望まれる人がいます。実現するために何が必要か、支援者と本人がよく話し合い、支援計画を立てます。グループホームの生活と単身生活等の違い

を理解します。単身生活では、より多くのことを自分で決めていくことになります。地域の支援を利用することを自分で判断していくことになりますので、グループホーム等の支援計画の中に「一人暮らしへの移行」を支援目標にとりいれて、具体的にイメージできるように自分で決めること等を支援します。住居の確保、日中活動はどうするか。医療ケア、介助、緊急時の支援等の支援はどうするか等を決めていきます。見学や宿泊体験等の機会を可能な限り活用します。

また、サービス利用計画作成費の支給決定を受けて、指定相談支援事業所による専門的な支援計画を活用する方法もあります。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
第Ⅳ章事例２　外出体験の積み重ね、自立支援プログラム（ＩＬＰ）の活用など、地域の事業者と緊密に連携し、段階的に地域移行
第Ⅳ章事例 11　グループホームからひとり暮らしへ

Q23 常に医療ケアが必要です。地域での生活は不安です。

A 地域の複数の医療機関と連携を図るなど、個別支援ネットワークの構築が不可欠です。①日常の医療介助体制、②緊急時の対応、③地域生活継続の判断、④セーフティネットとしての入院対応等、これらの役割分担や、共通認識を持ったネットワークにより地域生活を支えます。

場合によっては再入所が必要となるかもしれません。本人が安心して生活できるよう、セーフティネットを明らかにしておきます。

第Ⅲ章４　地域生活への移行を進める
　7 健康管理
第Ⅲ章５　地域生活を支える
　1 困ったときに支えてくれる人や機関を見つける
第Ⅳ章事例７　地域移行に再チャレンジ
事例８　地域の支援ネットワークを構築した地域移行
事例９　重症の糖尿病を発病した人を、地域の支援ネットワーク体制で支える

大阪府地域移行推進指針策定検討委員

委　員　氏　名	所　属
石川　太一朗	社会福祉法人　わらしべ会
金澤　季代子	障害者相談支援センター「かたの」
北尾　明美	社会福祉法人　大阪知的障害者育成会
坪倉　浩治	社会福祉法人 大阪府障害者福祉事業団
宮脇　真佐恵	社会福祉法人　三恵園
村岡　昭二	大東市健康福祉部障害福祉課
＊座長　本多　隆司	種智院大学
河野　哲造	大阪府健康福祉部障がい保健福祉室施設福祉課
辻　清隆	大阪府健康福祉部障がい保健福祉室地域生活支援課

グループホーム・ケアホーム作業部会

部　会　員　氏　名	所　属
坂本　廣	社会福祉法人　月の輪学院
笹川　えり子	社会福祉法人　大阪知的障害者育成会
仲　佳子	社会福祉法人　交野自立センター
長富　智子	社会福祉法人 大阪府障害者福祉事業団
宮崎　充弘	特定非営利活動法人サポートグループほわほわの会

「大阪府地域移行推進指針」　　平成20年3月発行

事務局　大阪府障がい者自立相談支援センター地域支援課

〒558-0001　大阪市住吉区大領3丁目2－36　障がい者医療・リハビリテーションセンター内

TEL　06－6692－5261　　FAX　06－6692－3981