

# 川崎市入所施設からの地域移行 業務ガイドライン

Ver.1.0

令和4年3月

川崎市地域自立支援協議会 入所施設からの地域移行部会  
川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター

## 目次

<b>ガイドラインの目的と位置づけ</b> .....	2
<b>第1章 入所施設からの地域移行・定着支援の基本的な考え方</b> 3	
1. 地域移行支援の基本理念 .....	3
2. 「チャレンジ・安心・選択」できる重層的な支援の推進 .....	4
① 丁寧な意思決定支援の推進 .....	4
② 社会資源の確保・拡充 .....	5
③ 地域移行に向けた理解の促進 .....	5
④ 障害の重度化・高齢化を踏まえた支援 .....	6
⑤ 関係機関連携の推進 .....	6
1. 地域移行支援に関わる関係機関の概要 .....	8
2. 具体的な地域移行の進め方 .....	10
フェーズ0 入所の検討～方向性の共有 .....	11
フェーズ1 入所申請～入所日 .....	13
フェーズ2 入所後～施設生活に慣れるための取り組み .....	16
フェーズ3 地域生活をイメージした取り組み① .....	20
フェーズ4 地域生活をイメージした取り組み② .....	24
フェーズ5 地域移行（入居希望先の体験～入居） .....	27
フェーズ6 地域生活の継続 .....	31
フェーズ7 地域生活の定着 .....	34
緊急時対応 調子が悪くなった時 .....	36
3. 参考資料 .....	39
—参考資料一覧— .....	39

# ガイドラインの目的と位置づけ

本ガイドラインは、第5次ノーマライゼーションプランに掲げる「入所施設からの地域移行」を促進し、地域における重層的な支援体制を構築することを目的として、その考え方や具体的な手法の標準例を、川崎市地域自立支援協議会入所施設からの地域移行部会において検討し、取りまとめたものです。

地域移行支援に関わる市内関係機関においては、本ガイドラインの内容を踏まえ、実際の支援に取り組んでいただけるよう、今後、研修や啓発を行っていきます。

なお、本ガイドラインは、市内入所施設である桜の風および川崎ラシクルに地域移行コーディネーターを配置し、支援を行うことを前提として作成したものであることから、今後の取組状況を踏まえて適宜改訂します。

# 第1章 入所施設からの地域移行・定着支援の基本的な考え方

## 1. 地域移行支援の基本理念

「地域移行」という言葉を聞いてどのようなイメージを持つでしょうか？

障害者支援施設（施設入所支援、以下、「入所施設」という。）から地域のグループホームなどに暮らしの場を移し、地域の通所施設に通うことで身近な地域での生活を送る、その移行プロセスのことを「地域移行」とイメージするのではないのでしょうか。

一般的には、入所施設の暮らしから地域の様々な社会資源を活用した生活スタイルに移ることが、「地域移行」とであると解釈されます。

しかし、本来人々は地域に生まれ家庭に育ちます。一人ひとりの人生のスタート地点は地域や家庭を基盤としているのであって、入所施設を起点としているものではありません。その意味では、「地域移行」は、「地域に戻る」と考えられます。

2014年1月 我が国は「障害者の権利に関する条約」（障害者権利条約）に批准しましたが、その第19条（自立した生活及び地域社会への包容）では、「～全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを認める～」とされており、「どこで誰と生活するかを選択する機会を持つこと」が示されています。

また、障害者基本法（昭和45年5月21日法律第84号）第3条第2項においては、「全ての障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられない」と規定されており、本市においても第5次かわさきノーマライゼーションプランの中で、「障害のある人もない人も、お互いを尊重しながら共に支え合う、自立と共生の地域社会の実現」を基本理念として掲げています。

これら障害者権利条約等に照らし合わせても「地域移行」とは、「入所施設から地域生活に移る際のプロセス」という狭義の考え方に留まらず、「再び地域での生活を取り戻していく」広義のプロセスとして理解できます。

本ガイドラインにおいては、こうした本来の趣旨を踏まえ「地域移行」とは、地域生活の継続が困難になった場合に入所施設を利用した上で生活の再構築に取り組み、本人らしい暮らしのスタイルを丁寧な意思決定支援の中で模索し、地域での生活を回復して

いく過程として捉えます。そのため、「地域移行＝入所施設の課題」ということではなく、地域全体の課題」と受け止め、障害者が一時的に入所施設を活用しながら、再びどこで誰と生活するかを選択する機会を得て、身近な地域で自分らしく暮らし続けられるよう支援することを目指すものです。

## 2. 「チャレンジ・安心・選択」できる重層的な支援の推進

### ① 丁寧な意思決定支援の推進

家族が本人の入所を希望するケースが少なくありません。主たる介護者の高齢化や疾病により、現在の生活に限界を感じるなどがその要因です。その際、支援者を含めた関係者は、現在の生活がどれだけ困難か、介護者がどれだけ大変かという視点に偏りがちです。まず、本人の気持ちを確認するとともに、障害による困難さや環境設定、支援の課題など地域生活を送る上でのアプローチすべき点・ニーズ等について着眼することが大切です。

地域移行における意思決定支援では、本人の好みや楽しみなどを共有し、希望する暮らしがどのようなものなのかを、本人と支援者が一緒になって考え、本人が望む地域生活の実現を目指して支援を行っていきます。

その際に重要なことは、将来大きな意思決定をするために、小さな意思決定を積み重ねていくことです。

例えば、日常の中で着替えや買い物、食べ物、外出先等、本人が好むものを選択（意思決定）してもらいます。この経験が、やがて社会生活の場面での「大きな意思決定」に繋がっていくのです。

加えて、本人が希望する暮らしについて、実際にグループホームを見学・体験し、地域で楽しく生活している仲間の姿を見たりするなど、モデルを通して地域生活のイメージの具体化を図っていくことも必要となります。

ただし、こうした丁寧なプロセスを経てたどり着いた意思決定が、常に正解かという点、そうではありません。なぜなら、地域で暮らすということは、障害の有無にかかわらず実際に暮らし、慣れていく中で見えてくるものが多々あるからです。

その意味では、地域移行は常にチャレンジであると言えます。チャレンジして本人が合わないと感じれば、一旦退き、これを糧として再び支援のあり方や環境を整理し、本人の力を伸ばすなど、望む暮らしの実現と一緒に考えていくことが丁寧な意思決定支援の本質であると考えられます。

## ② 社会資源の確保・拡充

地域移行の推進においては、社会資源の確保・拡充が重要なテーマとなります。本人の意思形成を促し、希望の暮らしを実現するために、多様な機会や場所が必要です。

例えば、本市では入所施設や精神科病院等から地域生活への移行を希望する方に対して、グループホームの一時的な体験利用の機会を提供しています。体験利用を行うことが、地域生活のイメージづくりにつながることから、引き続き、効果的な運用が可能となるよう取り組んでいきます。

また、入所施設においては、通常の業務のほかに地域生活の中で支援上の困難が生じた場合、生活を破綻させないことを目的に一時的・緊急的に受け入れることも期待されています。

障害のある方が希望する地域生活を実現し、継続していくためには資源を広げていくことが重要です。それは、市の政策として行われるもののほか、各支援機関が実際の支援の中でお互いに持ち寄った結果、形成されるネットワークの中にも、大きな可能性が潜在しているものと考えられます。

社会資源の確保・拡充については、こうしたフォーマル、インフォーマル双方の視点から捉え、広げていくことが重要です。

## ③ 地域移行に向けた理解の促進

本人は、入所前から地域移行支援の目的や流れについて説明を受け、入所後は施設で過ごしながら地域生活に必要な知識や技術などを身に付けていきます。さらに見学や体験を通して地域移行のイメージを深めていきます。

一方、家族にとっては従来の入所施設が「終の棲家」として捉えられていた歴史は長く、入所施設から出ることに反対であることはむしろ当然であるかもしれません。そのような不安を抱えた家族に対しては、日頃から地域移行に向けた取組を共有することが重要となります。

また、入所施設からの地域移行・地域定着支援においては、多職種・多機関による連携が不可欠なことから、本市では、川崎市地域自立支援協議会において「入所施設からの地域移行部会」を設置し、地域移行を促進する上で生じる課題を地域課題として把握・共有し、その解決に向けた取組みを推進するための協議を行っています。

加えて、地域移行に関わる内容の研修を開催する等、支援関係者や家族等に向け地域移行支援の理解促進・普及啓発活動に取り組んでいます。さらに、本ガイドラインの更新等に関する意見集約の場としても活用していきます。

#### ④ 障害の重度化・高齢化を踏まえた支援

障害者の地域での暮らしを困難なものにする要因として「障害に起因する困難さ」と「家族の養育力・介護力の低下」が考えられます。

「障害に起因する困難さ」は、強度行動障害、医療的ケア、高齢化による状態像の変化などがあります。「家族の養育力・介護力の低下」は、家族の高齢化、二重介護などによる家族負担の増大によるもののほか、家族の疾病や入院、死去などによる緊急的なニーズ等が考えられます。

こうした難しい状況においても、障害者が地域で生活し続けることを支えるためには、「地域支援力の向上」と「家族力の回復・保持・支え」が求められます。

「地域支援力の向上」では、強度行動障害に対する支援力向上、障害福祉サービス事業所における専門性の向上、地域資源の開発・開拓・育成・支援、ピア、ペアレントトレーニングなどのネットワークづくりによるものがあります。一方、本市においては、令和3年度に総合研修センターを整備するとともに、市内3リハの中核機能として川崎市総合リハビリテーション推進センターを設置し、市内事業者も含めて質の高いサービスを提供し続けるための取組を開始したところです。「家族力の回復・保持・支え」にはレスパイト（休息機会）の確保、緊急的・一時的支援（緊急短期入所）、在宅生活・居宅生活を支えるサービス（居宅支援、行動援護、重度訪問介護など）の活用、地域包括的ニーズへの支援（家族それぞれに必要な支援を包括的に支える多職種連携）などが欠かせません。

国は「障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標」として地域生活への移行を基本指針として示し、障害福祉サービス等報酬改定においても「重度化高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援」について見直しや拡充を進めており、本市においても「かわさきノーマライゼーションプラン」の中で、地域移行の促進を重点目標として掲げています。

入所施設を必要とする障害者が、地域移行後において、どのサービスや制度が必要なのかを見極め、将来的な地域生活をデザインしていくことが望まれます。

#### ⑤ 関係機関連携の推進

本市では、令和3年10月の川崎市地域自立支援協議会において「入所施設からの地域移行部会」を設置し、家族や支援者の都合ではなく、本人を中心とした支援が実践されるよう、取り組んでいるところです。

本部会においては、地域移行とは「地域で新しい生活をデザインし、新しい生活を支える」という取り組みであるという認識の下、各関係機関が協力し本人の将来について

の見立てや必要な支援について協同していくことが重要であるということが共有されました。

具体的な関わりについては、本ガイドラインにおいてその標準例をまとめていますが、実際の支援においては、これを基本としたうえで、それぞれの立場でできることを持ち合い、対応していくことが求められます。

そうした関係を築くことが、支援機関どうしの信頼関係を生み出し、本人の人生に寄り添う包括的な支援につながるものと考えられます。

誰もが住み慣れた場所で可能な限り住み続けることが出来るためには、行政のみならず、事業者も含め、支援力を高めるとともに、「地域の 1 つの資源」として、連携の幅を広げていくことが、ますます重要になっています。



## 第2章 地域移行の進め方と支援機関の連携

### 1. 地域移行支援に関わる関係機関の概要

#### 【入所施設】

様々な理由で地域生活が困難となった障害者が再び地域で生活するために、入所生活を行っていく中で本人に合った生活スタイルを模索していきます。また、入所中から地域移行後も含めて定期的に面談を行い、現状や希望、新しい生活への不安など聞き取りフォローアップを行います。さらに、何らかの理由により地域での生活継続が困難になった場合、戻れる場所であることも入所施設の大きな役割となります。

#### 【地域移行コーディネーター】

障害者が地域で安心して暮らしていけるよう、入所施設またはグループホームから、グループホームまたは居宅における生活への移行や定着を支援する仕組みを検討、構築するとともに支援を実施していく役割を担います。

#### 【障害者相談支援センター（以下「相談支援C」）】

「暮らし」「健康や医療」「働くこと」「お金に関すること」の相談を受け、必要な情報を提供し、すぐに解決が難しい事柄についても継続的に相談を行います。また、関連する機関や地域の方々とのネットワークを活用し、重層的・専門的な支援が必要な方についても、必要な支援が受けられるように調整を行います。

地域移行支援においては、入所検討の段階から地域へ移行したあとの生活まで、継続的な相談とモニタリングを行ないます。

また進捗マネジメントとして関係機関・支援者との連携を図りながら、本人・家族の希望する生活ができるように調整を行います。

#### 【区役所 高齢・障害課（以下「区役所」）】

地域移行においては、本ガイドラインに示す通り、進捗のマネジメントを行う役割があります。

障害者に必要な障害福祉サービスの検討、利用案内及び支給決定を行います。

地域移行支援においても、意思決定支援に基づくきめ細やかなモニタリング期間の設定、実施による支援確認及び評価を行い、入所や退所に関する意向確認を行います。また、関係機関との情報共有(支援会議)及び家族を含む相談支援や連絡調整を行います。

### 【グループホーム】

共同生活を営む場において相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他日常生活上の援助や就労先又は日中活動サービス等との連絡調整、地域・余暇活動等の社会生活上の援助を提供します。

種類として、介護サービス包括型、日中サービス支援型、外部サービス支援型があり、障害の程度によって利用する場所を選択することができます。また、地域移行支援においては、共同生活がどのようなものか、入居前に体験宿泊することも可能です。

### 【地域生活支援拠点（以下「拠点型」）】

障害のある方の重度化、高齢化を見据え、地域全体でその生活を支えるための中心拠点として、生活介護、短期入所、相談支援のほか、地域交流事業等を行っています。

地域移行支援においては、緊急時に迅速・確実な相談支援を実施し、また短期入所等を活用することが出来ます。また、体験の機会の提供を通じて、入所施設等や親元からグループホーム、一人暮らし等への生活の場の移行をしやすい支援を提供します。

### 【通所施設】

主として昼間において相談や日常生活上の援助、プログラムを通した日中活動を行います。

日中活動の場を提供することで生きる喜びを感じていただくとともに、支援者や関係機関と連携し、生活の質の向上と自立支援、社会参加の促進を図ります。

### 【地域リハビリテーションセンター地域支援室(以下「地域リハ(地域支援室)」)】

誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域を実現するため、その人らしい最適な生活機能の再構築を目指すリハビリテーションの理念に基づき、専門的かつ総合的な支援を必要とするすべての方を対象に個別支援を行うとともに、地域力の向上を推進します。

地域移行支援においては、必要に応じて施設や相談支援事業所等の関係機関と連携しながら、施設入所中や退所後の地域生活におけるカンファレンスへの参加や個別面談の実施等を行います。

## 2. 具体的な地域移行の進め方

当ガイドラインは、入所施設からの地域移行のプロセスを「0～7、緊急時対応」の、9つのフェーズ（段階）に分けています。フェーズ（段階）というと、一度進んだら戻らない、といった印象を持つことがあるかもしれませんが、地域移行のプロセスは決して一方通行ではなく、行きつ、戻りつするものです。

また、当ガイドラインは地域移行に対する取り組みの全てを記載しているものではありません。あくまで支援を進めていく上での、「目指すべき形の一例」です。

日々の支援で行き詰った際には、「目指すべき形の一例」が記載してある当ガイドラインを「指標」とすることで、今の支援の自己評価や今後の展開の方向性の参考とする資料としてご活用ください。

### <用語の定義>

#### ●メインプレーヤー

当該フェーズにおける支援リーダーとして、中心的に支援を進める支援機関。

#### ●サブプレーヤー

当該フェーズにおいて、メインプレーヤーとともに実働し、支援を進める支援機関。

#### ●パートナー

当該フェーズにおいて、メインプレーヤーやサブプレーヤー等の依頼に応じて、必要な手続きやサポートを行う支援機関。

※ 特に記載がない支援機関についても、メインプレーヤー等の依頼に応じて役割が発生する場合があります。

### <各フェーズの解説>

- ・フェーズ0…入所の検討と、これからの生活を検討する
- ・フェーズ1…入所施設に入り、生活の再構築を準備する
- ・フェーズ2…生活環境の変化と適応
- ・フェーズ3…地域生活を想定したニーズの洗い出し
- ・フェーズ4…本人の適性や能力の確認と地域生活のイメージ拡大
- ・フェーズ5…地域の暮らしの体験と地域移行の決定
- ・フェーズ6…地域での生活の継続と新たな課題
- ・フェーズ7…地域生活の定着と本人らしい豊かな暮らし
- ・緊急時対応…困難な局面に際したときの対応

## フェーズ0 入所の検討～方向性の共有

【地域生活の継続が困難になっている状況から本人のニーズを探る】

### ■フェーズの概要■

本人や家族、地域の支援者にとって施設への入所状況は、今まで通りの生活を継続することがいよいよ困難になり、多くの苦労や努力の果てについに意を決して入所施設の利用を希望するケースが少なくありません。

担当する相談支援専門員や区のケースワーカーもこれまでの生活支援の経過の中で、本人や家族の苦労に寄り添い、辛い思いを受け止めている段階です。

本人・家族・地域の支援者・区の担当者は、これからの本人が望む地域での暮らしのありようを、一緒に考え始める段階（社会生活領域の意思形成支援の始まり段階）であるということを共有し確認することが大切です。

### ○本人・家族の状況○

#### 「本人」

家族と暮らし続けたいという思いやこれからどうなるのか将来に不安を感じていることや、本人の疾病・行動症状や障害特性について環境が整えられておらず生活が安定しない状況等にあります。

#### 「家族」

高齢化や疾病を理由に一緒に生活するのが困難な状況です。本人と暮らし続けたいが、親亡きあとを心配して元気なうちに安心したい気持ちもあります。本人が将来どこで誰とどのように暮らしていくのか、本人とどのように関わっていくのか、施設入所やその後の地域移行が本人にとって相応しいのか検討します。そして関係機関等のサポートを受けながら、気持ちの整理ができるよう、現在の生活が継続できない状況や要因などをきちんと本人に説明します。

### ■メインプレイヤー■（相談支援C）

#### 「相談支援C」

生活環境など本人の状況を適宜モニタリングし、地域生活が困難になっている要因や本人のニーズを把握・整理します。状況に応じて短期入所の利用を案内するなど、家族

のレスパイトも提案します。

本人や家族に対し、ひとつの選択肢として入所施設について説明します。その際、本人が施設入所に向けてイメージが持てるよう障害特性に配慮し分かりやすい方法(コラム①)で丁寧な説明を行いながら、思いや不安を受け止めていきます。また将来の住まいを事前に説明、見学の情報を提供するなど、今後の暮らしについて検討します。

## ■サブプレーヤー■（区役所、通所施設）

### 「区役所」

本人・家族の意向や状況、その他必要な要件を確認します。

### 「通所施設」

本人の状況を相談支援Cや家族に情報提供します。本人や家族から相談を受けた際には、相談支援Cと情報共有を図り状況に応じニーズを見極めてもらいます。

## ■パートナー■（地域リハ）

### 「地域リハ（地域支援室）」

適宜カンファレンス等に参加し、本人の障害特性および家族状況について支援者間で共有します。

### ～コラム①～

#### 「障害特性に配慮し分かりやすい方法」

説明を行う際は、特性へ配慮しながら本人が理解できることを優先して進めます。ゆっくりはっきりと話したり、コミュニケーションボードなどを用いたりして意思疎通を行います。また資料を簡潔な文章によって作成したり、文章にルビを付したり、実物・写真・絵などの視覚的に分かりやすいものを用いて説明する場合があります。

## フェーズ１ 入所申請～入所日

【入所施設でしばらく頑張ってみようという気持ちを醸成する】

### ■フェーズの概要■

入所施設は、生活の再構築を目指した支援をスタートしていく準備段階です。入所前のカンファレンスや生活状況確認のための訪問などの機会を設け、「いかに今の生活が大変か」という視点から「これまでどんな生活を送ってきたのか」という本人の生活史に目を向けます。本人の望む暮らしのヒントとなるような情報を収集するアセスメントであること、そして本人にとって有効な支援のアイディアや生活の手掛かりとされているものなどを確認していきます。

関係機関は、これまでの生活状況についての引継ぎとなる情報共有をすることに加え、家族の心配を受け止めつつ説明します。

不安を感じている家族には、環境の違いや支援体制などについて理解してもらい、本人の混乱や安定しない状況を早期に解消できるよう、施設における「新たな生活スタイルの構築」にむけて協力し合える関係を作っていきます。

本人には、新しく大きな生活環境の変化を迎える場面です。家庭生活の状況、地域の福祉サービスの利用状況など、蓄積された様々な情報を整理し引き継いでいきます。同時にこれから始まる新しい生活への不安が強い時期です。ほとんどの場合、入所施設での暮らしについては想像もつきません。見学の際には映像などを活用し、施設での生活をわかりやすく丁寧に紹介するなど「ここでしばらくやってみよう」という気持ちを醸成できるような支援が必要です。

### ○本人・家族の状況○

#### 「本人」

家族や支援者から入所施設の話聞きます。施設を見学したり、パンフレットや紹介のビデオを見たりと施設はどんな場所なのか、職員から説明を受けイメージを持ちます。また、家族等と相談しながら入所を検討します。

#### 「家族」

支援者から入所施設の役割や目的の説明を受け施設を見学し、本人と良く話し合ったのち申請します。また情報提供・金銭管理・契約行為など、本人のできないことをサポートします。

## ■メインプレーヤー■（相談支援C）

### 「相談支援C」

本人・家族に対し施設への入所意向を確認し、必要に応じ入所調整カンファレンス（コラム②）に出席します。家族状況及び入所を希望される理由、本人の地域生活が困難になっている要因などの情報について入所施設や関係機関と情報共有を図ります。また本人の生活状況や医療情報、関係機関から得た障害特性上必要となる配慮すべき内容について確認し、入所前カンファレンスで伝えます。

## ■サブプレーヤー■（入所施設、地域移行コーディネーター、区役所、通所施設）

### 「入所施設」

入所調整カンファレンスを開催します。ここでは希望者の情報を得ながら入所施設で生活できそうか、入所施設での支援が本人にとって有効か可能性を探ります。次に入所調整会議にて候補者の絞り込みを行います。また入所候補者の決定後、入所前カンファレンスを実施し、本人の状況や地域生活が困難となっている要因、地域移行に向けた課題を各関係機関と確認します。入所希望者が通所事業所を利用している場合は、事業所を訪問し職員から情報を得てアセスメントします。最後に施設見学では、本人・家族に施設の役割や地域移行支援の目的・流れについて説明します。本人の特性や家族状況を踏まえ、生活上の課題やどのような支援が必要か検討します。そして本人の同意のうえ入所を決定します。

### 「地域移行コーディネーター」

入所調整カンファレンスに出席し、本人の状況把握を行い地域移行の可能性を探ります。入所前カンファレンスでは、見学の際、本人・家族また関係機関にグループホーム・シェアハウス・一人暮らし・高齢者グループホーム等、実際の移行事例を紹介しながら入所後の地域移行支援の流れについてイメージが持てるよう説明します。希望者の障害特性、地域生活が困難になっている要因や支援状況等の情報収集を行い、地域生活支援の視点から支援の方向性についてアドバイスします。

### 「区役所」

入所に向けた連絡調整を行い申請書受理後、入所施設に申し込みます。またケースワーカーは、入所調整カンファレンスに出席し、必要に応じて情報提供します。

### 「通所施設」

通所施設利用者が入所を希望される場合、入所調整カンファレンスに出席します。本人や家族の状況、通所施設での様子や活動の内容等について情報提供します。また入所後も利用を継続されるか否かを伺います。

## ■パートナー■（地域リハ）

### 「地域リハ（地域支援室）」

必要に応じて入所調整カンファレンス等に参加し、本人の評価や判定について情報共有します。

#### ～コラム②～

#### 「入所調整カンファレンス」

入所調整カンファレンスとは、入所施設の募集に対し入所申請を行った希望者の情報を各支援機関から得るために、入所施設が開催するカンファレンスです。

カンファレンスでは、本人に関わる支援者が主体となって入所を希望される理由、地域生活が困難になっている要因などプレゼンテーションを行います。「入所施設での支援が必要な理由」を語る時に現在の生活状況や地域生活の継続がどれだけ困難かという内容に偏りがちです。しかし、このような考えだと地域で生活を支えていく様々な可能性に目が向かなくなり、家族も入所施設が現状を解決する唯一の策のように感じてしまいます。

現時点では入所施設による支援が必要かもしれませんが、それがずっと必要かどうかはまだわからないことです。支援者は本人や家族の希望を聞き、本人が希望する暮らしや地域生活の継続が困難になっている要因を探り、必要な支援を検討していくことが重要です。

※当該入所申請を行った区役所が対象者の紹介を行い、入所施設をはじめ関係機関で情報共有をする機会が「入所調整カンファレンス」、入所調整カンファレンス等で得られた情報をもとに施設内で入所候補者の選定を行うのが「入所調整会議」、施設で入所前提の利用者について関係者が集まるのが「入所前カンファレンス」です。



## フェーズ２ 入所後～施設生活に慣れるための取り組み

### 【入所生活に慣れ初期のニーズに対応していく】

#### ■フェーズの概要■

本人にとっては、施設入所支援のサービス利用が開始され、生活環境の変化という大きな混乱の中での生活がスタートします。

環境が変わるということは混乱の場面でもあり、家庭を中心とした生活の中で生じる様々な課題から切り離され、ゼロから組み立てることのできる貴重な機会（コラム③）になります。

初めのうちは本人も「今まで通りの生活」を求め、振る舞うので、家や通所施設など地域で表出していた行動を示すことが多いです。しかしその行動を「本人の意思、本人のしたいこと」という捉え方で応じていくことは、この段階では適切ではありません。

誰もがそうであるように、生活環境が変化するということは抵抗感のあることです。「今までと同じこと」が安心材料であり、「今までと違うこと」は不安に感じます。そしてこの抵抗感が入所施設から新しい地域生活に移行する場面でも生じる可能性があることを支援者はこの段階で理解しておかなければならないポイントとなります。

しばらくの間は、入所と短期入所の区別もつきにくく、「いつ帰れるのか…」と感じている方もいます。そのタイミングで面会や一時帰宅などしては本人にとっては混乱や誤解に繋がりがかねません。本人にとってわかりやすく環境を整え、新しい生活スタイルのイメージを理解できるように支えていく時期であることを、家族も含めた関係機関全員が意識しておくことも大切です。

#### ○本人・家族の状況○

##### 「本人」

入所以前との生活環境の変化に対し、不安や抵抗感を抱えながら新しい生活に慣れていこうとする時期です。自身の気持ちを支援者と共有し、不安を解消しながらこれからの生活に向けて生活基盤の構築を目指していきます。

##### 「家族」

入所初期の生活においては、本人との直接的な関わりが混乱に繋がることもあるため、本人の状況に応じて生活が安定するまでは、本人への関わり方について面会のタイミン

グや頻度などを検討します。本人が生活環境の変化に慣れ頑張っていこうとしている姿を温かく見守り、サポートをしていくことが必要です。

## ■メインプレイヤー■（入所施設）

### 「入所施設」

本人にとっては生活環境の大きな変化の中で混乱のさなかにいることを前提に、施設における基本的な生活のリズムを作り、生活の手順を獲得していくために必要な説明や環境作りを丁寧に行う必要があります。

環境変化の中で本人が安心して生活を送れるよう、障害特性等を捉え適切な環境設定や支援方法について検討を行います。また、面談や日常支援の中で本人の思いを汲み取り不安の解消に努め、今後の生活に向けて生活のリズムを整える等、生活基盤の構築を目指します。

新たな生活に本人と同様に家族も不安を感じているため、家族や支援機関にも定期的に本人の様子を伝え、情報を共有します。支援上の困難が生じる場合は、各関係機関へ支援協力を依頼します。

## ■サブプレイヤー■（相談支援C、地域移行コーディネーター）

### 「相談支援C」

入所後の本人の生活の様子や思い、支援状況について確認を行い適宜家族へ伝達します。家族の不安や相談を受付け、家族から得た本人が安心して生活できる環境や方法などの情報を入所施設や各支援機関と情報を共有します。施設の支援に不安を感じ、家庭での生活スタイルを施設に求めたくなる家族の心境を理解し、家族と施設の信頼関係の構築をサポートする時期です。施設での支援の状況や取り組みの意図を把握し、家族の不安感に対し、対立関係とならないよう注意しながら懸け橋となっていくことが重要になります。本人、家族、関係機関が協力しながら、本人が安心して入所施設に慣れていける方法や支援について検討、確認をしていきます。

### 「地域移行コーディネーター」

本人の生活上の課題やニーズを整理し、各関係機関と情報を共有し地域生活の視点から支援の方向性を確認します。また、本人の希望や意向、不安や困っていること、本人の好きなこと等の情報を各関係機関や本人から聞き取りを行い、今後の暮らしのスタイ

ルや本人のストレングスを活かしたプログラム内容についての検討を行います。

## ■パートナー■（区役所、通所施設、地域リハ）

### 「区役所」

各関係機関と情報共有を行い、本人の状況の確認を行います。

### 「通所施設」

引き続き通所施設を利用する場合、入所施設と本人の生活の様子や通所施設での活動内容を共有します。

その他、各支援機関からの依頼に応じて適宜、過去のサービス利用時の様子や家族状況等の情報提供を行います。

### 「地域リハ（地域支援室）」

入所施設、通所施設、家族などから相談を受け付け、必要に応じてリハビリテーション専門職もカンファレンスに参加し、支援内容や対応についての助言や検討を行い、施設入所後の初期生活の安定に向けた支援をサポートします。

～コラム③～

「ゼロから組み立てることのできる貴重な機会」

本人が入所に至った背景には、昼夜逆転など生活リズムの崩れなどから通所施設等のサービス利用が困難で、食生活が大きく乱れ健康面に不安が生じているなど、そのまま地域生活を続けていては整えられない状況に陥っている場合が少なくありません。

一方、家族は本人のことが常に生活の中心にあり、家族全員で本人を支える生活でした。ところが入所施設では集団生活となり、これまで家庭で行ってきたことをそのまま入所施設に引き継ぐことは困難です。その状況に家族は「本人と離れて暮らす」「ちゃんと見てもらえているだろうか」と不安が募ります。

このような場合には、施設入所を機に状況を整え直すチャンスになります。本人がそれまでの生活から離れ、「引越し」「自分で選ぶ」「新たに揃える」などの体験を通して新しい生活への切り替わりを実感しながらで、生活スタイルそのものを再構築することができます。

このように、施設入所は本人の生活や必要な支援を『ゼロから組み立てることのできる貴重な機会』であり、まずは生活に慣れ、ゆっくりと本人に合った支援を模索していく時期でもあります。

## フェーズ3 地域生活をイメージした取り組み①

### 【地域生活を想定したニーズを洗い出す】

#### ■フェーズの概要■

本人は、入所施設での新しい生活スタイルに慣れてくると、入所当初の混乱した状況から時折困難な場面は生じるものの、一定程度落ち着いた生活が獲得できます。

入所施設においては大変な時期を乗り越え、一段落という印象を受けますが、この段階では「入所施設の生活」に落ち着いたにすぎません。

地域移行を目指した支援は、毎日の何気ない日常の場面から始まります。本人に関わるスタッフは、生活の中でトイレに行く場面、その際に必要な支援は「入所施設ではなくグループホームだとしたらどうだろうか…」と地域での生活を想像しながら関わっていくことが重要になります。

夜間に多少落ち着きがなくても入所施設であれば、さほど問題にはなりません。しかし、グループホームで同じ状態が生じると深刻な問題になる場合があります。同じ状態像でも建物などの物理的環境や支援体制などのソフト面での違いにより、生活への影響は大きく異なることから、入所施設では見落としやすい生活上のニーズが隠れている状況が生じるのです。

その見落とされやすいニーズに目を向け、「問題視」するのではなく、どのような工夫が必要か、どのような力を身につけていく必要があるかという支援ニーズの視点でとらえ、「毎日の何気ない生活の中」でこそ取り組んでいくことが重要になります。

#### ○本人・家族の状況○

##### 「本人」

入所施設の生活に徐々に慣れ、生活の中で様々なことに取り組み経験を重ねていきます。入所して初めて挑戦することや体験することも多くありますが、経験を重ねることで戸惑いや不安が自信に繋がり、もっとやってみたいという気持ちに変化する等本人にとっての楽しみや新たな発見もあります。また、苦手なことや生活上の課題、ニーズに対してはどうしたら出来るか、やりやすくなるか等を支援者と共に考え、地域生活を目標に入所生活の中で取り組んでいきます。

### 「家族」

入所施設で本人が希望する地域生活を目標に取り組んでいることを知り、本人の頑張りを労い応援していきます。また、家族が知る本人の姿や情報、支援者が知る本人の姿や支援の見立てを共有しながら、地域生活に向けて今後の支援や家族のサポートの在り方について支援者と共に考えていきます。

## ■メインプレーヤー■（入所施設、地域移行コーディネーター）

### 「入所施設」

本人の希望を聞きながら、アセスメントを行い本人のニーズや自分で行えそうなこと、サポートが必要なことを整理します。ここでは、ストレングスやエンパワメントの視点（コラム⑤）を持ち、得意なことについて力が伸ばせるよう体験や練習の機会を設けます。

地域移行に向けて本人の目標になることを検討し日常生活の中で取り組めるプログラムを活用し支援していきます。支援者に適切なサポートを依頼する方法や本人に適した環境設定、本人の力を育む支援等を支援者と共に考えます。

### 「地域移行コーディネーター」

本人のニーズや目標に対して、社会生活力が広がるようなプログラム（コラム⑥）等を活用し地域生活を目指していきます。

本人に適した移行先の情報を提供し、地域移行に向けての不安等、必要に応じて適宜本人と面談を行います。その中で不安の解消のために必要な支援や情報を検討し、入所施設や関係機関と情報共有し本人の支援に反映していきます。また、入所施設に対しプログラムの案内やプログラム内容を提案し、地域生活支援の視点からどのように地域移行支援を進めていくか検討します。

## ■サブプレーヤー■（相談支援C）

### 「相談支援C」

適宜、本人や家族と面談を行い、本人がどのような暮らしの場を望まれているのか、そのためにどのような支援が必要か、地域で暮らす際にどのような福祉サービスが必要になりそうか等、地域移行に向けて支援を見立てカンファレンスで各関係機関と地域移行支援についてのイメージを共有します。

## ■パートナー■（区役所、体験場所、地域リハ）

### 「区役所」

適宜カンファレンスに参加し本人の状況や支援状況を確認するとともに、関係機関と地域移行支援についてのイメージを共有します。

### 「体験場所」

体験利用に向けて入所施設から本人の状況や支援内容、居住環境等必要な情報を収集します。体験の回数や時間設定などを関係機関と検討を行い、体験利用時にスムーズに体験を開始できるよう準備を行っていきます。

### 「地域リハ（地域支援室）」

適宜カンファレンスに参加し本人の状況や支援状況を確認します。関係機関等からの相談に対し、必要に応じて情報提供や助言、訪問し面談を行い、専門職による再評価を実施します。

### ～コラム④～

#### 「不安を感じている家族をささえる」

家族は入所前の生活が大変だったり、苦勞した経験があるほど、施設から地域へ移行することは、不安で抵抗感がある話になります。

そのため、地域移行が想定される時期の、もっと前の段階から家族に対して地域移行における知識の提供が欠かせません。グループホームでの生活や、地域移行した方の話や、それらを広報誌等で少しずつ家族に伝えることで、「選択の中に地域移行も有り得る」との「心の準備」をしていただき、地域移行の意思決定があった際には力強い味方となってもらうことが重要です。

もちろん、地域に移行した際に速やかに安定した生活となる場合だけではありません。こういった家族の不安を少しでも和らげるために、地域の生活でも十分な支援が受けられる様、本人が困った時に、すぐにサービスにつながるができる、地域の支援機関の連携や支援体制の整備が求められます。

～コラム⑤～

「ストレングスやエンパワメントの視点」

できそうなことや得意なことについては力を伸ばせるよう体験や練習の機会を積極的に設けていきます。アセスメントにおいては「できる」「できない」という視点だけではなく「できそう」という可能性に目を向けることが重要になります。今のままでは難しいけれども、ちょっとした工夫があればできるようになるかもしれないという部分に目を向けることで、今までは練習する機会もなかったことが生活力として獲得できるようになることもあります。

～コラム⑥～

「社会生活力を広げるプログラム」

社会生活力を広げるプログラムは、自分自身の健康管理という視点から生活上の行動、地域で想定される様々な活動、さらには権利擁護や権利行使という視点まで幅広い内容となっています。

参加者の興味・関心やニーズに合わせてプログラム内容を検討します。例えば身だしなみや掃除など、日常生活の中で体験的に学ぶことのできる身近なテーマを意識しながら取り組みます。イベント的に単発で行うものではなく、「目標を持った意図的な活動」となるようプログラムを組み立てます。手順としては、動機付けや説明から始まり、準備段階、実際の経験、振り返りなどのプロセスを経て計画的に取り組みます。そのプログラムを通じて本人の経験的学習の機会となることはもちろん、支援者としても新たなニーズや本人の力の発見、これからの支援に対するヒントなど様々な情報が得られます。日々の取り組みが、生活支援の中に溶け込んでいくことがとても重要になります。



## フェーズ4 地域生活をイメージした取り組み②

### 【今後の地域生活に向けた具体的なイメージ作り】

#### ■フェーズの概要■

入所施設の生活は、主に作業等の日中活動、夕方から翌朝までの生活支援、土日や休日の余暇、夏休みや年末年始のような長期休暇など、時間帯やカレンダー等によって複数の生活場面の組み合わせで構成されています。このサイクルを安定的に過ごしていくことで生活リズムを保ち、日々の生活が営まれていきます。

地域移行のような社会生活領域の意志決定支援場面（コラム⑦）では、日々営まれる「日常」の中から、「今後どのような生活を送れるだろうか…」と広い視野で様々な可能性を見出していくようなアセスメントと支援が必要になります。

毎日の生活がようやく安定してきた中で、本人や家族から「将来はこんな生活を希望したい」と望む暮らしや将来の希望が自然と湧き出てくることは稀です。そのことから、「入所施設での生活を続けたいと希望している」と判断してしまうのは、性急です。

まずは、日々の生活支援の中から、適性や能力を確認していき、選択肢を広げていくような支援が必要です。地域で暮らした場合に「こんなことが出来るのではないか」というイメージを本人と施設職員で共有し取り組んでいきます。少し離れて見守り、いざとなったら駆けつける、そんな距離感での支援を重ね、地域生活のイメージを広げていけることが重要になります。

#### ○本人・家族の状況○

##### 「本人」

地域での生活を目指すにあたって、グループホームに行く機会が出来る等、より具体的な形が見えてくるようになる時期になります。様々な地域生活の場の見学を行い、話を聞くことで自身の希望に沿った形での地域移行への実現に向けて、検討を重ねていきます。

##### 「家族」

地域移行に向けた準備などがより具体化していくにつれて、本人の変化を感じる時期となってきます。本人の取り組みに関して、目に見える変化だけでなく、家族ならではの感じ取れる事柄といった情報を入所施設と共有し、その情報を元に将来の暮らし

に向けてのサポートを行っていきます。

## ■メインプレイヤー■（入所施設、地域移行コーディネーター）

### 「入所施設」

本人がこの先どのような暮らしをしていきたいのかといった意思の確認や汲み取りを行い、一緒に考えていきます。

そのほかにも、グループホームの見学に行き、実際の利用者の様子を見たり話を聞くなどして情報を集め、移行に向けた具体案を考えていきます。

### 「地域移行コーディネーター」

日ごろから収集してきたデータや情報を元に、本人の希望と特性に合う地域生活の場に関する情報を提供し、見学の案内なども行っていきます。

見学に伴う本人の状況変化や、新たに得た情報を生かしながら関係機関と共に今後の調整を行っていきます。

## ■サブプレイヤー■（相談支援C、グループホーム、体験場所）

### 「相談支援C」

モニタリングを通して地域移行に関する本人の意思を確認し、見学や体験中およびその前後の様子といった総合的な情報も踏まえて、家族・支援者含めて確認を行います。

### 「グループホーム」

地域移行の受け入れ側として、見学、体験希望者の案内対応を行います。見学、体験の際に行った活動内容や本人の反応を確認、関係機関と共有します。また、希望者が地域での暮らしをイメージできるように質問などに答え、相談にも乗っていきます。

### 「体験場所」

本人や関係機関の相談に応じて、見学体験の日程を調整します。調整前後に本人に関する情報を家族や関係機関から受け取り、必要に応じて環境調整を行い、見学体験に向けた準備を行います。見学体験後、利用中の様子をフィードバックし、今後の体

験に向けた確認などを行っていきます。

## ■パートナー■（区役所、通所施設、地域リハ）

### 「区役所」

モニタリングにより、支援内容を確認し、相談支援専門員を始めとする支援機関と相談の上、適切なモニタリング期間を決定します。

支援者会議等により地域移行に向けた進捗を把握します。

### 「通所施設」

日中の活動内容や就労内容の情報提供を行います。

必要に応じてカンファレンス等に出席して、地域の暮らしのイメージができるよう関係機関からの相談や質問を受け付けます。

### 「地域リハ」

支援者からの相談を受付け、適宜訪問し助言を行います。

定期カンファレンスに参加し支援内容を確認、必要に応じ再評価などを行います。

### ～コラム⑦～

#### 「社会生活領域の意思決定支援」

将来の暮らしの場を選択するという大きな意思決定に向けて、日常の小さな意思決定を積み重ねていくことが重要です。特に障害が重度の方については、意思表示の方法や表情、行動等のエピソードを日頃から蓄積していくことが意思決定を行う上で重要となり、場合によって支援者が本人の意思を汲み取りながら意思決定支援を行っていきます。

併せて、実際にグループホームを見学・体験したり、地域で生活をしている仲間の姿を見る等、体験しながら地域生活のイメージを具体化していくことも必要です。

チャレンジしながら望む暮らしを探し、その中で感じたり考えたりする機会を多く設けていくことが、丁寧な意思決定支援のプロセスといえます。

## フェーズ5 地域移行（入居希望先の体験～入居）

### 【地域の暮らしを体験し、地域移行を決定。支援の引継ぎ】

#### ■フェーズの概要■

どのような環境が整えば地域で本人らしさを発揮して生活できるだろうかという視点で地域での生活をイメージしていくことが重要なポイントとなります。

そのように考えると「グループホームの体験」は「将来的に、ゆくゆくは…」という話ではなく、「チャンスがあればすぐにでも…」という意欲で機会を探すことが本人にとって生活をイメージする機会をより多く確保していくことになります。

当然、入所施設だけで機会を探すのでは範囲が限られてしまいます。本人に関わる地域の関係機関（者）が協力し、チーム支援（コラム⑧）として機会を探していきます。

しかしそれは、どんな環境でも「やってみればいい」というやみくもなチャレンジで良いという意味ではありません。本人の行動の様子をよく知る現在の支援者（入所施設）からみて、仮にすべての条件が整っていなくても、どのような配慮があれば体験できそうか、情報や支援スキルを出し合い、関係機関で共有します。

一方、グループホーム等の体験受入れ側でも、本人と初めての出会いから、深夜を含む支援において、初めての経験をすることから、受入れ側も緊張する場面となります。事前の見学や入所施設との打ち合わせ、今の生活の様子の見学など、お互いに現状の様子を事前に知るということは重要な情報共有になります。

チャレンジですので常に順調に事が運ぶわけではありません。体験してみたら、うまくいかないことや思わぬ生活上の課題が見つかることもあります。それは失敗でなくニーズの確認であり、支援のヒントとなります。支援を整えて再チャレンジするような繰り返しの体験機会を確保していくことも重要です。

#### ○本人・家族の状況○

##### 「本人」

本人は自らの意思で希望していた地域移行先での暮らしを体験し、その上で改めて地域移行したいという気持ちを伝え、移行を決定します。

##### 「家族」

家族は、本人の意思を確認し、グループホームなどの関係機関に相談をします。その上で、見学などを通じて移行先を本人と共に決定し、契約の締結を行います。ま

た、相談、見学、契約を通して本人と接する距離感を今一度考えます。

## ■メインプレイヤー■（入所施設、地域移行コーディネーター、グループホーム）

### 「入所施設」

本人や家族と移行先の見学を行い体験の日程日数を決めていきます。体験に行く際はこれまでの情報を元に本人の状況に合わせた対応を行い、体験先の支援者への引継ぎを行う等、本人・体験先双方が安心して体験できるような配慮をします。また、体験中の様子を体験先から聞き、表情や様子からも意思をくみ取ります。加えて、クライシスプラン（コラム⑨）に関して相談支援へ協力を行いながら作成、共有します。

### 「地域移行コーディネーター」

関係機関と共に、地域移行に向けた体験の調整を行います。利用中に関しても、訪問などを行い本人の状況を確認し、今後に向けた調整を行っていきます。支援者会議において、本人の体験利用前後の様子の変化などを関係機関から集約し、支援内容の確認、必要なサービスの調整検討を行っていきます。

### 「グループホーム」

入所施設からの地域移行に向けた体験にあたって、本人の障害特性など、過ごしていく上で必要な情報収集を行います。入所施設と情報共有を行いながら、必要に応じて複数回の体験機会を設定していきます。

体験中、本人の表情や行動、発言等を手がかりとし、本人の意思を確認します。その上で家族の意向も確認し、入居の手続きを行っていきます。

## ■サブプレイヤー■（相談支援C、拠点型、通所施設、体験場所）

### 「相談支援C」

体験日程の調整や体験時の付添、利用時などの状況確認を行い、そこで得た情報などを家族や支援関係者と共有します。その他、状況に応じて必要なサービスを本人や家族、支援関係者で確認をし、調整を行います。

また、移行後に不調に陥ってしまったときの対応などをまとめたクライシスプランを相談支援Cが主体となり、関係機関と共に作成し共有を行っておきます。

### 「拠点型」

体験後のモニタリング、課題や他機関との情報の共有。短期入所の利用を継続しながら、更なる体験機会を設定します。また、他の施設も利用することで、多角的な視点を得ていきます。

### 「通所施設」

体験の機会を提供し、生活リズムやスタイルの見立てを行い、本人、家族、支援機関等と情報共有を行っていきます。

### 「体験場所」

利用状況などを確認しながら、さらなる体験機会を提供します。

体験中の様子などを関係機関と共有します。

## ■パートナー■（区役所）

### 「区役所」

モニタリングや支援者会議により地域移行に向けた情報共有を行います。

本人の意思決定支援・地域移行における体験等の支給決定については、その必要性について適切に判断し併給について柔軟に対応していきます。

本人の地域移行に向けての意思確認を行います。

～コラム⑧～

「チーム支援」

利用者本人のことを知るためには、より多くの関係者から情報を集め、本人の立場に立つことができる第三者を入れるなど、多様な視点を柔軟に取り入れることが重要です。チームメンバーが持っている利用者の情報を意見交換することで、利用者をより深く理解することができます。もちろんこのチームには、障害のある本人や家族等も含まれることから、全員参加の地域移行支援とも言えます。

またチーム支援を効果的に進めていくためには、障害特性の理解や支援スキルなどの専門性によるスーパービジョンが必要不可欠です。そして各メンバーが「本人中心」という共通の基盤に立つことが大前提です。

～コラム⑨～

「クライシスプラン」

クライシスプランとは、入所施設退所後、地域生活の中で本人が不調などにより危機的状況に陥った際に、迅速に対応するための計画です。施設入所中にクライシスプランを作成し、本人と支援者で共有しておくことで退所後の安心した地域生活の継続、定着を支えます。

作成時のポイントとして、自分の調子が悪いときはどういう時か、その時にどうするのか、その対処方法を本人と支援者が相談を行いながら作成していきます。作成したプランは、本人が理解しやすい様に、表現方法などに工夫を行い活用していきます。計画の作成においては、本人の目標や、本人の希望する地域生活を目指して、退所時に作成したものから適宜、見直しを行っていくことが望まれます。

## フェーズ6 地域生活の継続

### 【地域生活の継続と課題の洗い出し】

#### ■フェーズの概要■

いよいよグループホーム等に新たな生活の場を移します。

新生活に向けた準備として身のまわりの日用品を自分で選ぶ買い物などは、日常生活の領域での意思決定支援場面です。本人にとって、取り組みそのものが新たに暮らしを移すことの説明であり状況を理解する機会となります。また、こういったプロセスが社会生活の領域の重要な意思決定場面にも繋がる取り組みになります。

施設職員は、本人が入所施設で体験した様々な取り組みや獲得した力が様々な生活場面で発揮できるようエンパワメントの視点をもって新たな支援者に引き継ぎを行います。

引継ぎを受けたグループホーム等の職員は、新たな生活におけるアセスメントを実施し地域生活を継続するうえで必要な課題を洗い出していきます。

#### ○本人・家族の状況○

##### 「本人」

新しい生活に慣れていく中で新たな支援者や利用者に関わりを持ち、生活していくうえで必要な関係を構築していきます。また、生活していく中での疑問点や不安な事などを支援者たちに伝えられるようにしていきます。

##### 「家族」

適切な距離を保ちながら本人が新しい生活に早く順応できるように必要な情報を支援者と共有します。

#### ■メインプレーヤー■（相談支援C、地域移行コーディネーター、グループホーム）

##### 「相談支援C」

本人との面談を定期的に実施し、本人の生活状況を確認していきます。そのうえで、地域に出てから新しくできた希望や、困っていることについても聞き取りなどを行います。そこで得た情報などは、家族や支援関係者と共有を行い、場合によっては



必要なサービスなどの調整を行います。

### 「地域移行コーディネーター」

相談支援Cや入所施設と共に訪問等で、地域移行後の本人の様子の変化などを確認し、関係機関と情報共有を行います。

話し合いの中で本人や関係機関と課題点の共有を行い、必要に応じて支援内容の見直しや社会資源の拡充を調整していきます。

### 「グループホーム」

地域移行して間もなく、体験時とは異なる様子や変化がみられるようになってくる時期になります。

他利用者との関わりも増えてくる中で、関係性による良い変化や課題なども出てくると思われます。

新たな生活におけるアセスメントに基づき、環境の調整や支援内容の再検討も必要に応じて行っていきます。また定期的に関係機関とカンファレンスを行い、移行後の本人の様子などを共有し本人の地域生活の定着に向けて支援を継続していきます。

## ■サブプレーヤー■（拠点型、通所施設）

### 「拠点型」

実施している地域交流事業の発信や、地域活動の参加の受入れをします。また地域に住む地域移行者を把握します。

### 「通所施設」

新たな支援機関への情報提供や引継ぎをします。目標設定を行い生活リズムやスタイルを構築していきます。通所施設での本人の様子、活動内容等を家族や関係機関と共有します。

## ■パートナー■（入所施設、区役所）

### 「入所施設」

移行後の定着を確認するため適宜移行先を訪問し、本人の様子を確認します。必要に応じて助言・サポートを行います。

本人の状況を確認しながら、徐々に地域の支援者にバトンを渡していきます。

### 「区役所」

地域での生活安定に向けた支援状況などを確認していきます。

また地域移行後の福祉サービスの確認や支給決定などを行います。

#### ～コラム⑩～

##### 「地域リハビリテーションセンターの活用」

地域リハビリテーションセンターでは、障害者更生相談所と精神保健福祉センターとしての業務を担い、医師、ケースワーカー、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理職等が関係機関等との連携を図りながら、個別ケース、施設利用者、施設職員等への相談・評価支援を行っています。

入所施設からの地域移行・定着支援においては、面接やカンファレンスを通じて、本人や家族が安心して地域で生活をしていけるように、本人の特性や環境面での配慮等に対する評価や助言等を行います。お気軽にお問い合わせください。

## フェーズ7 地域生活の定着

### 【本人らしい豊かな生活を支える】

#### ■フェーズの概要■

地域生活に移行したのち、一定の安定が確保されたとしても、それがゴールではありません。

「自分らしく」暮らすことが到達目標です。その人らしい暮らしのスタイルとなるように見守りながら、毎日の生活を豊かにするための取り組みを展開していきます。

支援者は本人らしい豊かな生活が営まれるために障害福祉サービスを組み合わせただけの生活にならないよう、地域とのつながりを広げ、インフォーマルサービスの活用の視点を持ち続ける必要があります。本人の主体的な活動を通じ、友人との関係作りや地域住民との交流が図れるよう社会資源を確保し生活の質を、高められるよう支援します。

#### ○本人・家族の状況○

##### 「本人」

地域生活を過ごしていく中で、新たな困り事や、気持ちの気づきを、家族や支援者などに自身の方法で伝えながら、地域での生活を継続していきます。

##### 「家族」

本人の地域での生活の様子を目の当たりにし、実際の雰囲気に触れながら地域移行後の様子を見守っていきます。

支援者など関係者と情報を共有し、本人との適切な距離感を図ったうえで接していきます。

#### ■メインプレーヤー■（相談支援C、グループホーム）

##### 「相談支援C」

地域移行してから一定期間が経過し、定着に向けた大切な期間になります。

本人との面談を定期的に行い、本人や関係機関からの聞き取りなどを通じて、現在の生活状況の確認を行います。聞き取りを行ない不安な事などがある場合は、内容を確認し関係機関と共有します。

福祉サービスの利用状況を確認し、サービス内容の調整を適宜行っていきます。

### 「グループホーム」

入所施設から移行して一定期間が経過し、新しい生活にも慣れてくる段階です。グループホームは、家族や関係機関と連携しながら、地域生活の定着に向けて、本人の生活の様子などを共有するために、定期的なカンファレンスを開催します。

## ■サブプレーヤー■（通所施設）

### 「通所施設」

本人が日中過ごす上で、通所先での生活は大切な時間になります。

通所施設で、本人がどのように過ごしているか、グループホームでの様子と変わっているところがあるか、また、活動内容とそれに対する取り組みの様子を家族や関係機関と共有しながら、定着に向けた支援を継続していきます。

### ～コラム⑪～

#### 「本人を守るために」

相談する家族がなく自身で決めることが心配な方々は、財産管理（不動産や預貯金などの管理、遺産分割協議などの相続手続など）や身上保護（介護・福祉サービスの利用契約や施設入所・入院の契約締結、履行状況の確認など）などの法律行為をひとりで行うのがむずかしい場合があります。ひとりで決めることに不安のある方々を法的に保護し、支援するのが成年後見制度です。

高齢社会の到来、地域社会や家族基盤の脆弱化など社会状況の変化に加え、地域包括ケアの推進、地域移行などの政策の変革によって成年後見制度はそれを支える重要な社会資源と言えます。地域移行を支える資源の一つとして、また親の高齢化や死亡により急きょ単身生活をせざるを得なくなった障害者の暮らしを支える資源としても、大きな役割を果たすことが期待されています。

## 緊急時対応 調子が悪くなった時

### 【臨時、緊急時対応】

#### ■フェーズの概要■

地域生活移行後の困難な局面では「地域生活を破綻させないこと」を目標にバックアップ体制と連携が必要になります。

本市では共同生活援助移行後間もない時期において、精神的に安定しない時や環境調整を必要する際に手厚いバックアップを可能とする仕組みがあります。

※「障害者支援施設退所後に共同生活援助を利用する者に対する対応について（通知）」（31 川健障計第 1623 号 令和 2 年 3 月 13 日付発出通知）を活用し、地域の支援チームが連携していきます。

大切なポイントは「地域生活を破綻させない」ことなので、必ずしも「もと居た入所施設に戻る」ことをすぐに考えるのではなく、第一に、緊急性の評価（誰かが危険な思いをしている、すでに危険がある状態）、第二に、原因や課題の整理と共有、第三に、今その場で行える対応策の検討、第四に、場所や場面を変えることの本人の負担と有効性の評価といった視点で検討し、期間を決めて対応します。

このような危険回避をはじめ本人や支援者の大きな負担の軽減のためのサポートは、失敗ではなくてプロセスです。もちろん、何事もなく順調に生活が続けられると良いですが、うまくいかなくても失敗ととらえるのではなく、どうすれば軌道修正できるか、破綻せずに再スタートできるかという視点で困難な局面を乗り越えていくことが重要です。

その際に生まれる支援の工夫や環境の調整、お互いに少しずつでも補い合えるサポートこそが社会資源としての専門性の向上であり、地域支援力が向上する場面です。

※共同生活援助利用者は原則として他の夜間を利用するサービス（短期入所、施設入所支援、宿泊型自立訓練）を利用できないが、移行後の間もない時期かつ、一時的に本人を別の場所にて安定を図る事などが必要な場合に限り、共同生活援助と他の夜間サービスの併給決定を認める。これは入所施設から共同生活援助への移行を支援する目的から、定められた。（P40 に通知全文記載あり）

## **○本人と家族の状況○**

### **「本人」**

状態などを自身の表現で伝えて、支援者や家族に助けを求めます。

### **「家族」**

本人の求めや様子などに応じて支援者と対応方法について協議を行い、対応策を早急に実施します。

## **■メインプレーヤー■（相談支援C、グループホーム）**

### **「相談支援C」**

本人の対応困難な状況について、定期カンファレンス時や移行先からの連絡などを通じて情報を把握した際には、可能な限り本人との面談を行い、家族や関係機関からも聞き取りを行います。聞き取りを行う中で支援内容の確認を行っていき、事前に作成したクライシスプランも活用しながら解決の手段を関係機関と共に模索していきます。解決策を探していく中で、短期入所の緊急利用や精神科病院への入院などの調整が必要な場合はその対応にも入ります。

また、必要に応じてクライシスプランの見直しを行います。

### **「グループホーム」**

本人への支援を通し、表情や行動も含めて不調につながる表出が無かったか、支援に当たっている職員から情報を収集し、施設内での対応策を講じます。状況が改善せず、外部との協力体制が必要となった場合に、これまで集めた情報を元に関係機関に支援協力を依頼します。臨時でカンファレンスを開催、家族関係機関に集まっていたいて支援の方向性を確認し、本人の状態改善に尽力します。

## **■サブプレーヤー■（地域移行コーディネーター、拠点型）**

### **「地域移行コーディネーター」**

地域移行先や関係機関からの連絡、または訪問などで本人の状態を確認します。関係機関から得た情報を共有し、事前に作成したクライシスプランを基に対処策を協議します。状況に応じて関係機関と共に短期入所の緊急などの利用調整を行います。

### 「拠点型」

本人の状態などから、短期入所の緊急対応が必要と判断された場合に、関係機関と連携を取りながら短期入所利用の調整を行っていきます。

## ■パートナー■（入所施設、区役所、通所施設、地域リハ）

### 「入所施設」

移行後の本人の状況に起きた変化や困りごとに、移行先での対応に困難が生じているケースに対しては訪問などを行い、様々な形でサポートを行っていきます。

### 「区役所」

本人の状況を把握しながら、関係機関との情報共有を行います。その上で、家族を含む相談支援の調整を行います。

### 「通所施設」

利用中の様子などについて、家族や関係機関に情報提供を行います。緊急対応が通所中に起きた場合、付添や関係機関に情報共有をします。

### 「地域リハ」

本人が不調に陥った原因の確認を行います。他に、本人との面談などを行い、各機関に支援方法についての助言をし、検討を行っていきます。

### 3. 参考資料

#### —参考資料一覧—

##### 【参考資料1】 フェーズにおける関係機関連携

各フェーズの関係機関のメインプレーヤー、サブプレーヤー、パートナーを一覧にした表です。関係機関とのカンファレンス等でご使用ください。

##### 【参考資料2】 個別支援における本人・家族と関係機関の役割分担について

各フェーズの関係機関の役割分担を一覧にした表です。関係機関のカンファレンス等でご使用ください。

##### 【参考資料3】 本人情報シート

本人についての情報をまとめるシートです。本シートは、地域移行をする際の引継ぎ時に、施設入所時から作成し、施設入所中の本人や支援の経過をグループホーム等へ伝える事を目的に作成したシートです。地域移行時に関係する機関が気になる点を多く含めておりますので、現在利用されている資料やシートのバージョンアップを行う時等に、参考資料としてご活用ください。

##### 【参考資料4】 クライシスプラン

フェーズ5のコラムに記載されているクライシスプランの記載例を3つ紹介しています。記載項目等を参考し、実際の緊急時にメインとなって調整等を行う相談支援センターを中心に作成してください。

##### 【参考資料5】 関係条約・法令等一覧

入所施設からの地域移行に関連する条約や法令等を一覧にしています。2次元コードも掲載していますので、御確認ください。



## フェーズにおける関係機関連携

関係機関	フェーズ0	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5	フェーズ6	フェーズ7	緊急時
相談支援C 進捗マネージメント	☆	☆	◎	◎	◎	◎	☆	☆	☆
入所施設		◎	☆	☆	☆	☆	○		○
地域移行 コーディネーター		◎	◎	☆	☆	☆	☆		◎
区役所	◎	◎	○	○	○	○	○		○
グループホーム					◎	☆	☆	☆	☆
拠点型						◎	◎		◎
通所施設	◎	◎	○	○	○	◎	◎	◎	○
体験場所				○	◎	◎			
地域リハ (地域支援室)	○	○	○	○	○	○	○	○	○

☆：メインプレイヤー ◎：サブプレイヤー ○：パートナー

個別支援における本人・家族と関係機関の役割分担について

フェーズ	フェーズ 0		フェーズ 1	
	入所の検討～方向性の共有		入所申請～入所日	
本人の 気持ち	「これから私はどうなっちゃうのかな…」 「どうしたらいいのかしら…」		「施設ってこんなところなんだ！ここでやっていけるかな」 「しばらくここで頑張ってみようかな」	
支援機関の 目的・動き	●地域生活の継続が困難になっている状況から本人のニーズを探る		●入所施設でしばらく頑張ってみようという気持ちを醸成する	
当事者	項目	具体的な内容	項目	具体的な内容
本人	・気持ちの整理 ・現状の理解	・家族や支援者と話し合い、相談する。 ・自身の状況を確認し、把握する。	・入所に向けた準備	・施設見学、面接、体験などを行い、入所後のイメージづくりをしたうえで入所を検討、決定する。
家族(後見)	・将来の暮らしについて検討	・本人が何処で誰とどのように暮らしていくのか、本人との今後の距離感や将来について考える。 ・支援者のサポートを得ながら、地域生活の継続が困難になっている状況を本人に説明する。 ・区役所や相談支援の案内から一つの選択肢として入所施設の利用を考える。 ・地域移行支援についての説明を聞き、地域移行のイメージづくりをしたうえで本人に提案する。	・支援機関の情報提供、手続きの代行	・家族目線でのモニタリング、情報提供、支援者へ意見や意向を伝える。 ・金銭管理、契約行為など、本人ができないことを代行する。 ・入所施設の役割、目的を確認したうえで見学する。
関係機関	項目	具体的な内容	項目	具体的な内容
相談支援C 進捗マネー ジメント	入所へ向けた調整① ・本人への情報提供・相談	・入所の意向を本人、家族に確認・提案する。 ・施設見学をする際の調整・同行する。 ・本人・家族が見学をして、良いと感じた事、逆に不安を感じた事、確認をしたい事について施設支援者を含めて具体的に聞き取り、入所後の生活イメージの共有を行う。	入所へ向けた調整② ・本人への情報提供、手続き支援 ・入所施設への情報提供、調整	・本人の入所希望の理由について確認を行う。 ・家族が本人に行っている医療的に必要な処置や、本人の特性上必要となる生活上での配慮について確認する。 ・入所施設についての説明をする。 ・関係する支援者間で個人情報使用の同意を得る。 ・支援者間での情報共有、入所調整会議に参加する。
入所施設			・入所調整カンファレンス ・地域生活の状況と課題、環境の把握 ・関係機関からの情報収集、アセスメントと支援方針の検討 ・個別支援計画作成	・入所調整カンファレンスを通して本人の状況や地域生活が困難となっている要因や地域移行に向けた課題を各関係機関と確認する。 ・通所事業所を訪問・見学し状況をアセスメントする。 ・家族、本人からの施設見学を受入れ、入所施設の役割や地域移行支援の目的、流れについて説明する。 ・家族、関係機関から本人や家族状況の情報収集後、アセスメントし生活上の課題やどのような支援が必要かを検討する。
地域移行 コーディネーター			・入所調整カンファレンスに出席 ・本人の状況把握、現在の支援状況の確認 ・入所施設からの地域移行のイメージづくりを紹介 ・地域移行の流れを説明	・入所調整カンファレンスに出席し、本人の状況把握を行い地域移行の可能性を探る。 ・本人の支援の方向性について地域生活支援の視点からアドバイスする。 ・入所施設からどこに移行するのか、入所後の支援の流れ等を家族・本人にイメージしてもらえるよう説明を行う。 ・GH・シェアハウス・一人暮らし・高齢者GH等を実際の地域移行事例を挙げながら説明する。
区役所	・本人・家族の意向確認 ・入所施設のコンセプト説明、施設見学や短期入所の利用案内	・本人の状況、意向とご家族の意向、その他必要な要件を確認する。	・入所に向けた連絡調整 ・入所施設へ情報提供	・面談、支援者会議を行う ・申請書を受理する。 ・計画相談支援の受給者証を交付する。
グループホーム		<p>●色分の説明 ※名称は仮称</p> <div> <div>黄色・・・メインプレイヤー 当該フェーズにおける支援リーダーとして、中心的に支援を進める。</div> <div>橙色・・・サブプレイヤー 当該フェーズにおいて、メインプレイヤーとともに実働し、支援を進める。</div> <div>白色・・・パートナー 当該フェーズにおいて、メインプレイヤーやサブプレイヤー等の依頼に応じて、必要な手続きやサポートを行う。</div> </div> <p>※空欄の支援機関に関しては、メインプレイヤー等の依頼に応じて必要な支援を実施する場合があります。</p>		
拠点型				
通所施設	★施設利用中の場合 ・本人・家族への情報提供・相談	・本人の状況や通所での活動内容を共有し、相談支援や家族にも情報提供する。 ・本人・家族からの相談を受け、相談支援とも情報共有を図り、各々のニーズを見極めてもらう。	・継続利用に向けた調整	・入所調整カンファレンスに出席し、関係機関に情報提供する。 ※引き続き通所施設を利用する場合 ・送迎等、継続利用に向けた調整をする。
体験場所				
地域リハ (地域支援室)	・ケースの障害特性および対応について支援者間で共有	・適宜、カンファレンス等にワーカーや専門職が出席し、本人の障害特性や把握している家族状況など支援の方針を共有する。	・ケースの状況把握 ・入所施設との情報共有	・必要に応じて入所調整カンファレンス等に参加し、本人の評価や判定について情報共有する。



フェーズ	フェーズ 2		フェーズ 3	
	施設生活に慣れるための取組み		地域生活をイメージした取組み①	
本人の 気持ち	「こういう時はどうしたらいいんだろう？」 「とりあえずここでやっていこう」		「ここでの生活も慣れてきたな」 「これは前より出来るようになってきたな」	
支援機関の 目的・動き	●入所生活に慣れてもらうために、初期のニーズに対応していく		●地域生活を想定したニーズを洗い出す	
当事者	項目	具体的な内容	項目	具体的な内容
本人	・新しい生活に慣れる	・入所生活を過ごす中で、支援者に不ポイントや意向を伝える	・日常生活の中で、地域生活に必要な知識や技術や能力を身につける	・日常生活を通して、今まで不足していたことなどを出来るようにする。 ・出来ることを伸ばしていくようにする。
家族(後見)	・見守り	・入所後、環境の変化に本人が慣れていこうとする時期のため、家族の距離感によって本人の混乱に繋がることを避け、安定するまで本人との距離感を考え見守る。	・支援方針を共有	・将来の暮らしに向けて、取り組んでいることについて応援したり、できるようになったことを労い、本人のサポートをする。 ・家族が知る本人の姿と支援者が見ている姿を共有する場を通して支援について一緒に考える。
関係機関	項目	具体的な内容	項目	具体的な内容
相談支援C 進捗マネー ジメント	モニタリング①(入所初期) ・状況確認 ・権利擁護 ・家族、支援者支援	・入所初期の状況について、各職種の専門職員に聞き取り、本人の入所前、入所後の様子の変化を確認する。 ・施設で安心して生活できるための方法について、家族、入所施設支援員、支援関係者で検討し、まずは生活リズムの安定が図れるように検討する。	モニタリング②(入所中期) ・状況確認 ・権利擁護 ・家族、支援者支援	・生活リズムの安定した後、本人家族の希望する地域移行後の生活について、関係者会議を開きイメージの共有を行う。
入所施設	・本人に合った生活スタイルの検討、生活環境の整備、新しい生活リズムのデザイン	・環境変化の中で安心して生活ができるように本人に適した生活環境・支援等を検討する。 ・健康に過ごせるよう生活リズムを整え、生活基盤の構築をサポートしていく。 ・定期的に家族や関係機関に様子を伝える。	・ストレングスの活用 ・エンパワメントの視点 ・「社会生活力」の支援から課題を捉え支援を行う	・本人の希望を聞き取り、アセスメントした後できそうなことや得意なことについては力を伸ばせるよう体験や練習の機会を設ける。 ・地域移行に向けて、本人の目標になることを検討し、日常の中で取り組めるようプログラム等を活用し支援を実施していく。
地域移行 コーディネーター	・意思形成支援(どのような暮らしをしたいか、本人の希望) ・今後の暮らしのスタイルに関するアセスメント	・困っていること、これからやりたいこと、好きなことを本人から聞き取り、プログラムの内容を検討する。	・移行先の情報提供、地域移行に向けた相談、面談 ・プログラムの開催 ・地域生活のイメージを具体化	・地域移行に向けて適宜、本人と面談を行う。 ・必要な情報を提供・共有し、その後の支援に反映していく。 ・社会生活力が広がるようなプログラムを提案し、開催すると共にプログラムでの実施内容を入所施設へ報告・助言する。 ・再アセスメントを行って、どのような形で地域移行をするか確認する。
区役所	・本人の状況確認	・情報共有とモニタリングに必要なに応じて参加する。	・モニタリングによる支援確認及び評価	・本人を交えたカンファレンスに参加し、本人の状況と支援の進捗を確認する。 ・再アセスメントを行って、どのような形で移行するかを確認する。
グループホーム				
拠点型				
通所施設	・目標設定	※引き続き通所施設を利用する場合 ・入所施設での様子と、通所施設での様子、活動内容等を共有する。	-----➡	
体験場所			・体験機会の情報共有	・体験利用に向けて入所施設と本人の状況、環境、空床の情報等を共有する。
地域リハ (地域支援室)	・支援者からの相談を随時受け ・個別面談、カンファレンスに参加	・必要に応じて入所施設、通所施設、家族などから相談を受け、カンファレンスで支援内容や対応など助言、検討を行い、安定した生活を送れるようにする。	・支援者からの相談を随時受け ・個別面談、カンファレンスに参加	・支援者からの相談を受け、必要に応じて訪問し、助言を行う。 ・定期カンファレンスに参加し支援内容を確認したり、必要に応じて再評価などを行う。



フェーズ	フェーズ 4		フェーズ 5	
	地域生活をイメージした取り組み②		地域移行(入居希望先の体験～入居)	
本人の 気持ち	「地域でどんな暮らしができるのかな」 「こんな暮らしがしたいな、できるかな」		「施設の暮らしとどう違うんだろう」 「家族や皆と相談して決めたいな」	
支援機関の 目的・動き	●地域でのこれからの生活に向けた具体的なイメージ作り		●地域の暮らしを体験し地域移行を決定。支援の引継ぎ	
当事者	項目	具体的な内容	項目	具体的な内容
本人	・地域生活への思いを固める	・地域の暮らしを見学したり、仲間から話を聞いて地域生活について学び、挑戦するかを考える。	・地域生活の体験	・希望の暮らしの場を体験し、将来を考える。 ・自分の気持ちを伝える。
家族(後見)	・本人の地域移行の取り組みへの理解	・将来の暮らしに向けて、取り組んでいることについて応援したり、できるようになったことを褒め、 <u>本人のサポートをする。</u> ・本人がどのような取り組みをしているか、入所施設から情報を得る。	・本人ができないことの代行 ・将来の暮らしについて検討	・本人の気持ちを汲み取り、本人や関係機関と相談をする。 ・GHや通所先を見学したのち、契約を締結する。 ・金銭管理や契約を代行する。 ・もう一度、本人とどのような距離感で接していくのか考える。
関係機関	項目	具体的な内容	項目	具体的な内容
相談支援C 進捗マネージメント	モニタリング③(移行初期) ・状況確認 ・権利擁護 ・障害福祉サービス利用に向けた意思確認	・本人の希望する地域生活と課題について、家族・支援関係者含めて確認をする。 ・地域生活をサポートしてくれるサービス等の情報提供を行う。	モニタリング④(移行期) ・状況確認 ・権利擁護 ・障害福祉サービス利用調整	・必要なサービス等について、本人・家族・支援関係者で確認する。 ・サービス等の利用調整をする。 ・クライシスプランの作成補助を行う。
入所施設	・地域生活のイメージづくり ・体験の調整	・将来どんな所でどんな暮らし方をしたいのか、本人の意思を汲み取り、一緒に考える。 ・実際にグループホームを見学したり、地域移行した仲間の話を聞くなど将来の暮らしのイメージを具体化していく。 ・施設での取り組み含む、本人の様子を家族に情報提供する。	・新たな暮らしの場の見学・体験 ・体験を通し、支援方針の見直し	・本人、家族と見学後、体験の日数などを決める。体験の際は本人の状況に合わせて付き添い、支援者へ引継ぎを行うなど安心して体験が出来るよう配慮する。 ・体験中の本人の表情や様子を本人の意思をくみ取る、手がかりのひとつとして捉える。 ・クライシスプランの作成を関係機関と共に行い、関係機関と共有する。
地域移行 コーディネーター	・入居希望の暮らしの場を見学 ・見学前、見学後の調整や情報収集	・本人の希望に合う地域生活の場の情報提供、見学案内を行う。 ・見学前と見学後の状況変化などを、本人や関係機関から情報収集し、収集した情報を共有し、必要な調整を行う。	・地域福祉サービスの調整、相談支援や区との連携 ・不足している社会資源の確認	・体験の調整、付添い、状況の確認を行い、家族・支援関係者と共有する。 ・モニタリングや支援者会議などの情報から、必要、不足しているサービスを関係機関と連携しながら調整、実施していく。 ・クライシスプランの作成を関係機関と共に行う。
区役所	・意思決定に基づくきめ細やかなモニタリング期間の設定	・モニタリングにより、支援内容を確認し、相談支援専門員を始めとする支援機関と相談の上、適切なモニタリング期間を決定する。 ・支援者会議等により地域移行に向けた進捗を把握する。	・本人の生活・支援等の状況把握 ・柔軟かつ適切な福祉サービスの支給決定	・モニタリングや支援者会議により地域移行に向けた情報共有を行う。 ・本人の意思決定支援・地域移行における体験等の支給決定については、その必要性について適切に判断し併給について柔軟に対応する。
グループホーム	・入所相談受付 ・入所時期の確認 ・空室確認 ・情報収集	・見学希望者にGHを案内し、 <u>地域の暮らしのイメージ</u> ができるよう相談や質問を受け付ける。	・見学 ・体験機会の提供	・本人の障害特性等の情報収集を行う。入所施設より引継ぎを受けながら、対象者に合わせて、 <u>体験機会を複数回確保する。</u> ・体験中の表情や行動、発言などから本人の意思、家族の意向を確認し、入居の手続きを行う。
拠点型			・本人の意向に合わせた地域移行を継続検討	・体験後のモニタリングを行い、課題や他機関と情報共有する。 ・他の施設も利用することで、多角的な視点を得る。 ・本人の地域移行に向けての意思を確認する。
通所施設	★新たに施設利用する場合 ・見学と体験機会の提供 ・利用者情報の収集及び調整	・日中の活動内容や就労内容の情報提供を行う。 ・必要に応じてカンファレンスに出席する等を行い、地域の暮らしがイメージができるよう相談や質問を受け付ける。	・目標設定	・体験の機会を提供し、生活リズムやスタイルの見立てを行い、本人、家族、支援機関等と情報共有を行う。
体験場所	・体験機会の提供①	・利用希望者の状況、希望に応じた時間や場所を設定する。	・体験機会の提供②	・利用状況などを確認しながら、さらなる体験機会を提供する。 ・体験中の様子などを関係機関と共有する。
地域リハ (地域支援室)	・支援者からの相談を随時受け付け	・支援者からの相談を受け、適宜訪問し助言を行う。 ・定期カンファレンスに参加し支援内容を確認したり、必要に応じて再評価などを行う。	----->	



フェーズ	フェーズ 6		フェーズ 7	
	地域生活の継続		地域生活の定着	
本人の 気持ち	「こんなことも出来たらいいな」 「楽しみを増やしていきたいな」		「今の生活楽しいな」 「困ったことがあったら相談したい、話を聞いて欲しい」	
支援機関の 目的・動き	●地域生活の継続と課題の洗い出し		●本人らしい豊かな暮らしを支える	
当事者	項目	具体的な内容	項目	具体的な内容
本人	新しい生活に慣れる	・新しい支援者、利用者と関係を構築していく。 ・疑問や不安などを伝える。	・地域生活の定着	・自分の気持ちや困りごとを支援者に伝える。 ・これまでの経験を活かし、地域で暮らしていく。
家族(後見)	・新生活順応のサポート ・適切な距離感での関わり ・支援者との情報共有	・本人が新たな生活に順応しやすいように支援者と情報を共有しながらサポートを行っていく。	・支援者との情報共有 ・適切な距離感での関わり	支援者と情報を共有しながら本人を温かく見守る。
関係機関	項目	具体的な内容	項目	具体的な内容
相談支援C 進捗マネー ジメント	モニタリング⑤(定着初期) ・状況確認 ・権利擁護 ・地域生活支援 ・障害福祉サービス利用調整	・適宜訪問を行い、生活状況を確認する。 ・地域に出てからの新しい希望や困りごとについて確認する。 ・家族や支援関係者との情報共有する。 ・必要なサービス等の調整する。	モニタリング⑥(定着期) ・状況確認 ・権利擁護 ・地域生活支援 ・障害福祉サービス利用調整	・定期訪問を行い、生活状況や困りごとについて確認する。 ・作成したクライシスプランを家族・関係機関・支援関係者と共有する。
入所施設	・定期的な訪問等による支援の実施 ・新たな支援機関への情報提供や引継ぎ(通院の支援等)	・移行後の定着を確認するため適宜、相談支援や地域移行コーディネーターと共に移行先や通所施設を訪問し、ご本人の様子を確認する。必要に応じて助言・サポートを行う。 ・本人の状況を確認しながら、徐々に地域の支援者にバトンを渡していく。		
地域移行 コーディネーター	・相談支援、区との連携 ・不足している社会資源の充実を目指す ・地域移行の取り組み報告(啓発)	・相談支援や入所施設と共に移行先へ訪問し、情報共有を行い、地域移行後の状況確認を行う。 ・地域生活継続への課題点などを確認し、不足している社会資源などがあれば拡充に向けた調整を行う。		
区役所	・障害福祉サービスの期間更新、モニタリング報告書による状況把握	・地域生活の安定に向けた支援状況を確認する。 ・地域移行後の福祉サービスの確認及び支給決定を行う。		
グループホーム	・適宜カンファレンスを行う ・情報共有	・移行後、定期カンファレンスにて本人の様子や支援内容を各支援機関と共有し、地域生活の定着を支援する。	・家族や関係機関との情報共有 ・地域生活支援の継続	・定期カンファレンスにて本人の様子や支援内容を家族や各支援機関と共有し、地域生活定着のため支援を継続する。
拠点型	・拠点型施設として、地域に住む地域移行者の把握 ・地域活動の参加受入、発信	・拠点型として実施している地域交流事業を発信し、参加を促す。 ・活動の広がりや関係作りを支援する。		
通所施設	・新たな支援機関への情報提供や引継ぎ(通院の支援等)	・目標設定を行い、生活リズムやスタイルを構築していく。 ・通所施設での本人の様子、活動内容等を家族や関係機関と共有する。	・関係機関との情報共有	・通所施設での本人の様子、活動内容等を家族や関係機関と共有する。
体験場所				
地域リハ (地域支援室)	----->			

個別支援における本人・家族と関係機関の役割分担について

フェーズ	緊急時対応	
	調子が悪くなった時	
本人の 気持ち	「なんだか嫌になってきた気がする」 「こまったな、どうすればいいの？」	
支援機関の 目的・動き	●臨時、緊急時対応	

当事者	項目	具体的な内容
本人	・SOSを出す	・自身の伝え方で助けを求め、支援者や家族に助言や手助けを求める ・支援者にしてほしいこと、してほしくないことを伝える
家族(後見)	・緊急対応	・本人の求めに準じて、支援者と協議しながら本人への対応策を早急に講じる。

関係機関	項目	具体的な内容
相談支援C	・クライシスプランに基づく対応	・作成したクライシスプランを家族・関係機関・支援関係者と共有する。 ・クライシスプランに基づいて、関係機関へ連絡、利用の調整を行う。
入所施設	・本人との面談 ・訪問等で不調要因の確認 ・必要に応じて再受け入れの検討	・移行後、何か変わったことや困ったことがあり、移行先での対応が難しい場合は都度訪問し、地域に戻るよう様々な形でサポートを行う。
地域移行 コーディネーター	・本人との面談 ・訪問等で不調要因の確認	・クライシスプランを活用し、ご本人や関係機関から聞き取りを行いながら、支援の調整を行う。 ・移行先を訪問し、様子などを聞く中で不調の要因などを確認し、必要な解決策を模索する。
区役所	・本人の状況について、情報共有 ・必要措置・対応	・関係機関との情報共有(支援者会議)及び家族を含む相談支援、連絡調整 ・支援方針に基づく障害福祉サービスの支給決定
グループホーム	・支援方針等の再確認	・本人が不調な時や緊急時に各支援機関へ支援協力を依頼したり、カンファレンスにて支援方針等の再確認を行う。
拠点型	・緊急時の短期入所の受入 ・他の地域サービスとの連携 ・本人の状態・特性の把握	・本人の状態などから、緊急性のあるケースを事前に把握し、SOSをキャッチできるよう連絡手段を確保する。 ・短期入所の緊急利用を検討、他の短期入所事業所と連携、調整する。
通所施設	・関係機関との連絡調整 ・緊急対応	・家族、支援機関等へ情報提供(必要に応じ担当者会議に参加)する。 ・通所中に緊急救急対応の場合は付添を行う、関係者へ情報共有を行う。
体験場所		
地域リハ (地域支援室)	・支援者からの相談・受付、関係機関との連携	・本人の不調原因の確認。面談を行ったり支援方法について助言し、支援を検討する。

( 入所時 ・ 入所中 ・ 地域移行時 )

記入年月日 年 月 日

記入者

## 本人情報シート

基本情報							
ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳 (満年齢で記入)
氏名	様						
現住所				電話番号			
				携帯電話			
				eメールアドレス			

家族構成				
家族氏名	続柄	生年月日	住所	電話番号
特記事項			家族構成図	

緊急連絡先			
緊急連絡先	氏名	関係	住所
緊急連絡先①			
緊急連絡先②			
緊急連絡先③			
緊急連絡先④			
緊急連絡先⑤			



障害状況					
手帳種類	等級	手帳番号	交付年月日	障害名	判定機関や判定日
身体障害者手帳	種 級 記載内容		年 月 日		年 月 日
					年 月 日
療育手帳			年 月 日		年 月 日
					年 月 日
精神保健手帳	級		年 月 日		年 月 日
					年 月 日

福祉サービスの利用					
障害支援区分	区分		受給者証番号	認定期間	～
				支給決定市町村	
福祉事務所			福祉事務所	担当者	
相談支援	事業所名			担当者	
居住系	サービス種類/支給決定期間			事業者名	
日中活動系	サービス種類/支給決定期間			事業者名	
	サービス種類/支給決定期間			事業者名	
その他					

経済状況					
年 金	障害基礎年金（ 級）	厚生年金	なし		
	障害厚生年金 年金受給額	共済年金	障害共済年金	その他	
市民税課税	課税	非課税	生活保護		
※生活保護受給者の場合、担当福祉事務所・担当ワーカー名を記入		福祉事務所	担当者		

保険・医療など	
介護保険	非該当 未認定 認定あり 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 要介護6
医療保険	国民健康保険 生活保護 社会保険（種別） 共済保険（番号）
自立支援医療	対象1割 更生医療 育成医療 精神通院医療 通院医療費助成 負担上限額 有効期限
障害保険の加入	有・無 保険会社名 種別・番号





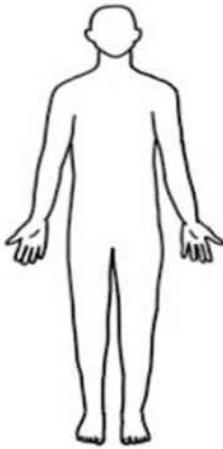
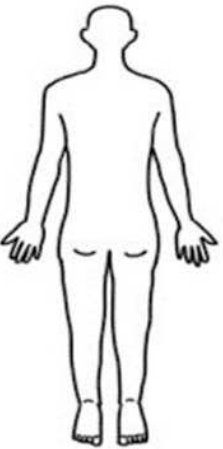
生活歴		
就学前、就学時、卒業後	期間	特記事項
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

主な病歴・障害歴・既往歴		
病名	事項や様子	期間

通院情報					
医療機関		主治医		連絡先	
主病名	通院・往診・頻度（ 回/ ）				
医療機関		主治医		連絡先	
主病名	通院・往診・頻度（ 回/ ）				
医療機関		主治医		連絡先	
主病名	通院・往診・頻度（ 回/ ）				
医療機関		主治医		連絡先	
主病名	通院・往診・頻度（ 回/ ）				

薬情報			
薬名	回数	薬名	回数

健康		
通院	自立・一部介助・全介助	自由記載
服薬（服薬管理）	自立・一部介助・全介助	自由記載
アレルギー	自立・一部介助・全介助	自由記載
健康管理	自立・一部介助・全介助	自由記載
栄養（食事などの予防の意識等）	自立・一部介助・全介助	自由記載
病気感知・伝達	自立・一部介助・全介助	自由記載

身体状況	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  麻痺 </div> <div style="text-align: center;">  褥瘡 </div> <div>→拘縮</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;">   </div>	留意事項

バイタルデータ				
身長		c m	血液型	A B O AB
体重		k g		Rh + -
体温		°C	生理	順調 不調
血圧	～	mmHg	特記事項	
脈拍		回/分		
呼吸		回/分		

ADL		
寝返り	自立・一部介助・全介助	自由記載
起き上がり	自立・一部介助・全介助	自由記載
屋内活動	自立・一部介助・全介助	自由記載
屋外活動	自立・一部介助・全介助	自由記載
移動	自立・一部介助・全介助	自由記載
移乗	自立・一部介助・全介助	自由記載
更衣	自立・一部介助・全介助	自由記載

ADL		
洗面	自立・一部介助・全介助	自由記載
入浴	自立・一部介助・全介助	自由記載

食事		
摂食状況	自立・一部介助・全介助	自由記載
嚥下	自立・一部介助・全介助	自由記載
食事形態	自立・一部介助・全介助	自由記載
食事量	自立・一部介助・全介助	自由記載
水分摂取	自立・一部介助・全介助	自由記載
口腔状態	自立・一部介助・全介助	自由記載
禁忌食	自立・一部介助・全介助	自由記載

排泄			
日中	排尿	自立・一部介助・全介助	自由記載
	排便	自立・一部介助・全介助	自由記載
夜間排泄		自立・一部介助・全介助	自由記載

IADL		
掃除	自立・一部介助・全介助	自由記載
洗濯	自立・一部介助・全介助	自由記載
買いもの	自立・一部介助・全介助	自由記載
歯磨き	自立・一部介助・全介助	自由記載
爪切り 耳掃除	自立・一部介助・全介助	自由記載
衣類整理・管理	自立・一部介助・全介助	自由記載
身だしなみ	自立・一部介助・全介助	自由記載

コミュニケーション		
意思表示の状況	現在の状況、具体的なエピソード	
意思伝達手段など	現在の状況、具体的なエピソード	
他者からの意思伝達の理解状況	自立・一部介助・全介助	自由記載
自分で考え選択し決定することができる	自立・一部介助・全介助	自由記載
目標やスケジュールに従って行動できる	自立・一部介助・全介助	自由記載

コミュニケーション		
状況・状態に応じて行動できる	自立・一部介助・全介助	自由記載
自己主張ができる	自立・一部介助・全介助	自由記載

社会生活		
公共交通手段の利用	自立・一部介助・全介助	自由記載
買いもの（選択）	自立・一部介助・全介助	自由記載
金銭管理（金銭の出納、預貯金の管理）	自立・一部介助・全介助	自由記載
電話の使用	自立・一部介助・全介助	自由記載

日中活動	
現在の参加活動	
作業・プログラム注意点	
プログラムに対する意欲	
活動内での対人関係	
作業中の自己管理	
工賃の理解・管理	
実習の経験	
就労の希望	
得意なこと、苦手なこと	
趣味・興味のあること	

障害に配慮した支援を必要とする行動・安全管理・事故防止上の留意点		
自傷	有・無	
他人に対しての粗暴行為	有・無	
こだわり	有・無	
器物破損	有・無	

障害に配慮した支援を必要とする行動・安全管理・事故防止上の留意点		
睡眠の乱れ	有・無	
多動	有・無	
不穏状態	有・無	
突発的な行動	有・無	

[illegible]

PHOTO

PHOTO

作成年月日

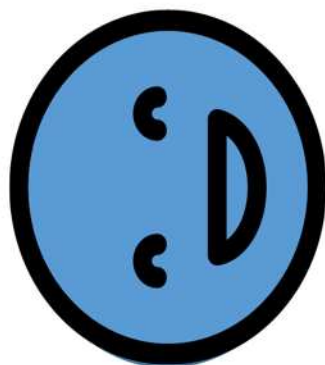
### 【参考資料 4】



作成年月日： 年 月 日

## クライシスプラン

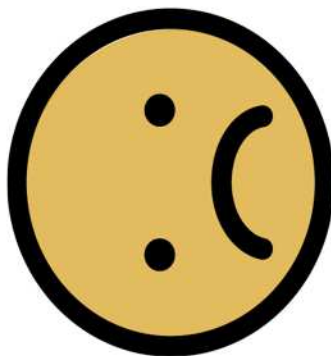
いつものじぶん



わたしはどうする

まわりはどうする

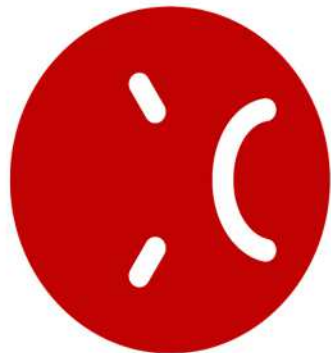
ちゅういさいん



わたしはどうする

まわりはどうする

ようちゅうい



わたしはどうする

まわりはどうする

主担当	〇〇相談支援事業所〇〇相談員	連絡先
主治医	〇〇病院 〇〇医師	連絡先
行政	〇〇区障害福祉課	連絡先
緊急時の受入先	障害者支援施設〇〇	連絡先
家族・後見人		連絡先
わたしのけいたい		れんらくさき

同意日 年 月 日

わたしのもくひょう：○○ホームで楽しく過ごす



### いつものじぶん

- お部屋でゆっくり過ごす
- ニコニコお話をする
- 1日のスケジュールに沿って行動する



### ちゅういなじぶん

- 声が大きくなる
- お話が増える（否定的な言葉が増える）
- うろろうしてしまふ、そっぽを向く
- いたずらをしなくなってしまう  
（トイレットペーパーをたくさん使う、洗剤を流す等）



### ようちゅういなじぶん

- 大声を出す
- 泣く
- 体をぶつける

### わたしはどうする？

- お部屋で好きなことをする
- スケジュールを確認

### わたしはどうする？

- 職員の話聞く
- お部屋で過ごす

### わたしはどうする？

- 約束を確認する
- 落ち着くまでお部屋で過ごす

### おねがいしたいこと

- 見守っていてほしい

### おねがいしたいこと

- 不安に思うことについて説明してほしい
- 約束の確認

### おねがいしたいこと

- 部屋まで誘導してほしい
- していけないことは注意してほしい



① **障害者権利条約第十九条「自立した生活及び地域社会への包容」**

この条約の締約国は、全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを認めるものとし、障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に包容され、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる。この措置には、次のことを確保することによるものを含む。

障害者の権利に関する条約 | 外務省 (mofa.go.jp)

(外務省URL)



② **障害者基本法第三条二項**

全て障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと。

障害者基本法 | e-Gov 法令検索

(e-GOVポータルサイトURL)



③ **第5次かわさきノーマライゼーションプラン (URL参照)**

川崎市：かわさきノーマライゼーションプラン (city.kawasaki.jp)

(川崎市HP)



④ 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定ガイドライン

(URL参照)

障害者福祉 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp) (厚生労働省HP)



⑤ 障害者支援施設退所後に共同生活援助を利用する者に対する対応について（通知）

次頁のとおり

令和 2 年 3 月 13 日

市内障害福祉サービス事業者 御中

健康福祉局障害保健福祉部障害計画担当課長

障害者支援施設退所後に共同生活援助を利用する者に対する対応について（通知）

日頃から、本市障害福祉事業施策に御尽力を賜り、御礼を申し上げます。

現在、共同生活援助利用者については、他の夜間支援を提供するサービス（短期入所、施設入所支援、宿泊型自立訓練）の利用をすることが原則的にできず、支給決定を併給できない規定としています（各サービスの最終日と初日が重複する場合を除く）が、障害者入所施設から共同生活援助への移行を支援する目的から、以下の取扱いとしますの  
で、御承知おきの上、御対応ください。

○障害者支援施設及び宿泊型自立訓練から共同生活援助に移行した者について、原則として併給決定は認めない（従前通り）。

○共同生活援助移行後の間もない時期において、精神的に安定しない時や他の利用者との関係がうまくいかない時等、一時的に本人を別場所において安定を図ることや周囲の環境整備に時間を要することが必要な場合に限り、共同生活援助と他の夜間支援サービスの併給決定を認める。

○併給決定可能なサービスの組み合わせは以下のとおりとする。

- ・ 1 週間程度の場合：短期入所

- ・ 1 ～ 2 ヶ月程度の場合で、

当該障害者支援施設で提供している日中活動系サービスの支給決定がある  
場合：施設入所支援

当該障害者支援施設で提供している日中活動系サービスの支給決定がない  
場合：短期入所

例：現時点で生活介護の支給決定を受けていない者が、日中に生活介護のみを実施する障害者支援施設を利用する場合、短期入所で支給決定する。

- ・上記によらず、宿泊型自立訓練（桜の風を想定）から移行した場合：短期入所

#### ○請求について

- ・入退居、入退所日はそれぞれのサービスで請求は可能。
- ・障害者支援施設に入所中は、GHの請求は一切不可。ただし、本人の戻る部屋を確保し続ける必要性から、特定障害者特別給付費及び家賃助成加算（市加算）の請求は可能。

#### ○その他

- ・原則的には市内共同生活援助及び市内障害者支援施設の利用を想定しているため、市外の事業所及び施設の利用ケースへの適用を考えている場合は、当課に事前相談すること。
- ・短期入所の利用は原則1週間程度するが、状況に応じ1月未満であれば延長を認めるものとする。
- ・障害者支援施設からの移行の有無を問わず、一時的に本人を別場所において安定を図ることや周囲の環境整備に時間を要することが必要な場合、上記運用を準用する。この場合、併給できるのは短期入所のみとし、原則的に1週間程度の期間を認めるものとする。

○適用日          令和2年4月1日提供分から

障害計画課給付係      担当

FAX   044-200-3932

**令和４年度川崎市地域自立支援協議会  
入所施設からの地域移行部会委員名簿**

敬称略  
５０音順

委員      ◎部会長              ○副部会長

氏名	所属
飯嶋 礼子      ◎	川崎市南部基幹相談支援センター
飯田 純一	川崎授産学園（入所）
池田 素子	川崎市柿生学園（入所）
梶原 明子	総合リハビリテーション推進センター南部地域支援室
中川 浩	なかはら障害福祉施設ひらま（拠点型）
中村 妙子	川崎市高津区役所地域みまもり支援センター高齢・障害課
原島 淳              ○	総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課
三澤 龍彦	もとすみ地域相談支援センター
山縣 弘幸	南部日中活動センター（通所施設）

**アドバイザー**

氏名	所属
鈴木 敏彦	和泉短期大学教授 かわさきノーマライゼーションプラン策定委員会委員 神奈川県自立支援協議会会長 神奈川県意思決定支援専門アドバイザー

ガイドラインに関する問い合わせ先  
川崎市総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課  
〒210-0024 川崎市川崎区日進町 5-1  
川崎市複合福祉センター「ふくふく」内 2 階  
TEL 044-200-3197  
FAX 044-200-3974



Colors, Future!

いろいろって、未来。

川崎市