



**障害者が希望する地域生活の実現に向けた
取組ガイドライン
(入所施設からの地域生活移行 ガイドライン)**

入所施設からの地域移行検討会
横浜市健康福祉局

令和8年3月（初版）

1 はじめに（「入所施設からの地域生活移行」とは）

障害者基本法は、「すべての国民が障害の有無にかかわらず、人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現」を目的とし、国や自治体の施策の基本原則を定めています（第1条）。その中で、「障害者が、可能な限り、どこで誰と生活するかを選択でき、地域社会で他の人々と共生することを妨げられない」（第3条）ことが重要な趣旨とされています。

横浜市では、平成16年度から『障害者プラン』を策定し、「障害者が自己選択・自己決定できる社会の構築」を目指して施策を推進してきました。現行の第4期プラン（令和3年度～令和8年度）では、「障害のある人もない人も、誰もが人格と個性を尊重し合いながら、地域共生社会の一員として、自らの意思により自分らしく生きることができるとまちはココハマを目指す」を基本目標に掲げ、希望する地域生活の実現を支援する各種取組を進めています。

国の障害福祉基本計画基本指針においては、グループホームなど地域の受け皿を整備しながら、入所者の地域生活移行を段階的・計画的に進めることが示されており、本市においても、入所者が希望する地域生活の実現に向けた取組を進める必要があります。

「地域生活移行」とは何か

本ガイドラインでいう「入所施設からの地域生活移行」とは、単に住まいを施設からグループホームなどへ移すことではありません。ノーマライゼーションの理念に基づき、「障害者が、自ら選んだ地域や住まいで、さまざまな人と関わり支え合う広がりのある暮らしを実現する」ことを意味します。その目的は、一人ひとりの希望やニーズに応じた生活の質の向上を図ることです。具体的には、地域での住まいや日常生活を支えるためのサービス提供や社会参加の機会の確保などが含まれ、これらを進めるためには、関係機関と地域社会全体の理解と協力が不可欠です。

取組の基本姿勢

障害者が望む生活は多様であり、その課題や必要な支援も異なるため、本来は一人ひとりに応じたオーダーメイドの検討が必要です。しかし、地域生活への移行を実現するためには、関係者が共通認識を持ち、連携して取り組むことが重要であることから、本ガイドラインでは、想定される課題と必要な支援を示すとともに、関係機関の役割を整理することを趣旨として策定しています。

なお、地域生活への移行を進めるためには、支援者は「できない理由」ではなく、「どうすればできるか」という視点で考えることが求められます。入所施設における生活は、安全性および安定性の確保の観点から重要な機能を担っていますが、本人の希望に基づき生活の質の向上を目指すためには、支援者における支援理念の再確認と意識改革が不可欠です。

地域共生社会の実現に向けて

障害のある方が望む地域生活を実現するため、関係機関が一体となって取り組むことは、障害の有無や程度にかかわらず、誰もが自分らしく生きられる「地域共生社会」につながります。今後、支援者向け研修や成功事例の共有を通じて、地域生活の移行に前向きな意識の醸成が図られ、本ガイドラインを参考に市内で一つひとつ取組が進むことを期待します。

地域生活移行の考え方のポイント

① 本人の意向及び自己決定の尊重

地域生活への移行は、単なる住居の変更にとどまらず、本人が希望する暮らしの実現を目的とするものであり、個々のニーズに応じた支援の検討が求められる。

② 関係機関の連携体制の構築と共通認識の確立

地域生活移行を進めるためには、地域全体の課題と受け止め、関係機関が役割を明確にし、協力して取り組むことが不可欠。

③ 課題解決型の視点による支援の推進

支援者は「できない理由」に終始するのではなく、「どのようにすれば実現可能か」という視点に立ち、地域での暮らしを支えるサービスの提供および社会参加の機会の確保に向けた具体的方策を検討することが求められる。

【参考】国連障害者権利委員会による勧告について

「障害者の権利に関する条約(障害者権利条約)」の初回対日審査は、日本が平成26年に同条約を批准後、初めての審査として令和4年8月に実施され、国連障害者権利委員会による実施状況の審査が行われました。審査では、インクルーシブ教育の推進や施設から地域生活への移行など、日本の課題に対する厳しい勧告を含む「総括所見」が同年9月に公表されています。

この総括所見においては、障害者がより自立した生活を地域社会で送れるよう、施設に依存する現状を改善し、地域生活移行を進めるための具体的な措置を早急に講じることが求められています。

🌈 障害者権利条約 及び 国連障害者権利委員会による総括所見 (抜粋)

(障害者権利条約)

第十七条 個人をそのままの状態に保護すること

全ての障害者は、他の者との平等を基礎として、その心身がそのままの状態に尊重される権利を有する。

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。

- (a) 障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わないこと。
- (b) 地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス(個別の支援を含む。)を障害者が利用する機会を有すること。
- (c) 一般住民向けの地域社会サービス及び施設が、障害者にとって他の者との平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害者のニーズに対応していること。

(国連障害者権利委員会による総括所見)

▼ 42. 自立した生活及び地域社会への包容に関する一般的意見第5号(2017年)及び脱施設化に関する指針(2022年)に関連して、委員会は締約国に以下を要請する。

- (a) 障害者を居住施設に入居させるための予算の割当を、他の者との平等を基礎として、障害者が地域社会で自立して生活するための整備や支援に再配分することにより、障害のある児童を含む障害者の施設入所を終わらせるために迅速な措置をとること。
- (c) 障害者が居住地及びどこで誰と地域社会において生活するかを選択する機会を確保し、グループホームを含む特定の生活施設で生活する義務を負わず、障害者が自分の生活について選択及び管理することを可能にすること。
- (d) 障害者の自律と完全な社会包容の権利の承認、及び都道府県がその実施を確保する義務を含め、障害者の施設から他の者との平等を基礎とした地域社会での自立した生活への効果的な移行を目的として、障害者団体と協議しつつ、期限のある基準、人的・技術的資源及び財源を伴う法的枠組み及び国家戦略に着手すること。
- (e) 独立し、利用しやすく負担しやすい費用の、いかなる集合住宅の種類にも含まれない住居、個別の支援、利用者主導の予算及び地域社会におけるサービスを利用する機会を含む、障害者の地域社会で自立して生活するための支援の整備を強化すること。

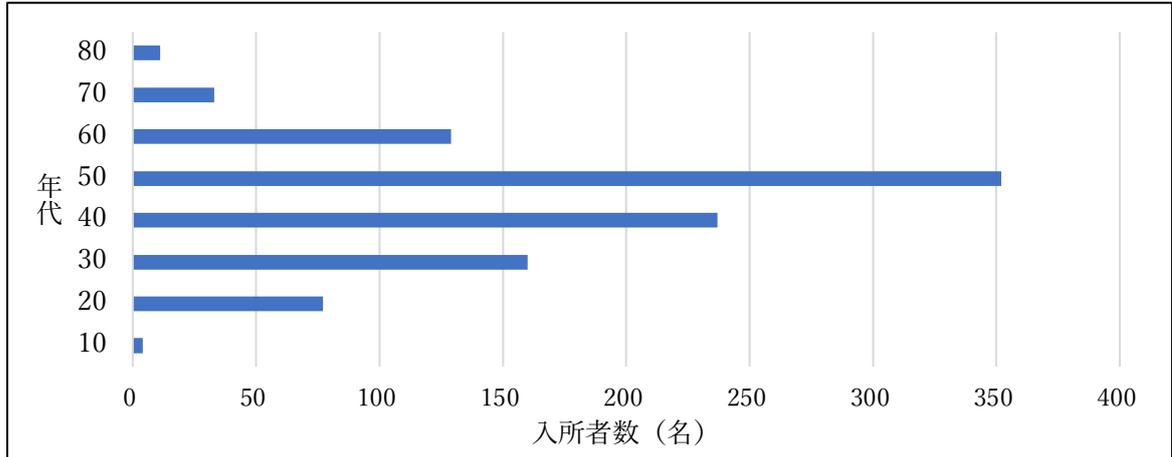
2 市内入所施設及び入所施設からの地域生活移行の現状と課題

(1) 市内入所施設の現状

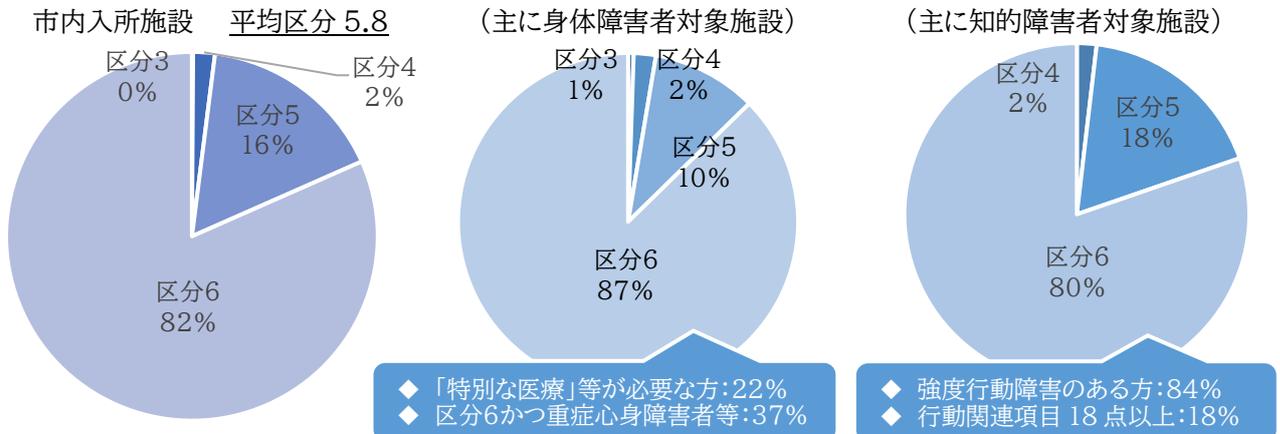
ア 入所者の状況（令和7年12月時点）

市内の入所施設では、特に近年、入所者の重度化・高齢化が進んでおり、強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者など専門的支援が必要な障害者が多い現状にあります。

(ア) 年代別



(イ) 障害支援区分別



(参考) 市内の障害者支援施設

施設名	運営法人	所在区	主な対象	施設名	運営法人	所在区	主な対象
1 障害者支援施設 希望	(福)白根学園	鶴見	知的	13 航	(福)すみなす会	金沢	知的
2 シーダ日野学園	(福)聖坂学園	港南	知的	14 横浜らいず	(福)横浜共生会	港北	身体
3 県立芹が谷やまゆり園	(福)同愛会・(福)白根学園	港南	知的	15 花みずき	(福)横浜共生会	港北	知的
4 のぼら園	(福)光風会	保土ケ谷	知的	16 青葉メゾン	(福)ル・プリ	青葉	知的
5 恵和青年寮	(福)恵和	保土ケ谷	知的	17 東やまたレジデンス	(福)横浜やまびこの里	都築	知的
6 たっちほどがや	(福)十愛療育会	保土ケ谷	身体	18 朝日塾	(福)朝日の里	戸塚	知的
7 てらん広場	(福)同愛会	保土ケ谷	知的	19 リエゾン笠間	(福)同愛会	栄	身体
8 偕恵	(福)偕恵園	旭	知的	20 ソイル栄	(福)であいの会	栄	知的
9 しらねの里	(福)白根学園	旭	知的	21 よこはまりバーサイド泉	(福)横浜市社会事業協会	泉	身体
10 光の丘	(福)白根学園	旭	知的	22 泉の郷 まつかぜ	(福)誠幸会	泉	知的
11 ホルツハウゼ	(福)ル・プリ	旭	知的	23 横浜市松風学園	横浜市	泉	知的
12 くるみ学園	(福)ル・プリ	旭	知的				

※ 上記に加えて、リハビリを主とした短期利用の横浜市総合リハビリテーションセンター 障害者支援施設(港北区)があります。

イ 入所施設の役割

市内の入所施設については、第1期横浜市障害者プラン(平成15～18年度)策定時から「地域生活支援型」と位置づけており、障害者が一生涯を過ごす場ではなく、地域で自立した生活を送ることが出来るよう、一定期間支援に取り組む「通過型」の施設としての役割を担うこととしています。

なお、令和7年度に国で開催された「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会」においては、障害者支援施設に求められる役割及び機能等が次のとおり示され、今後に向けた取組が求められています。

- 障害者支援施設に求められる役割・機能、あるべき姿

- ① 利用者の意思・希望の尊重

どこで誰と、どのように生活したいか本人の意思・希望が尊重される意思決定支援の推進が重要。本人にわかりやすい情報の提供や、あらゆる場面で体験や経験を通じた選択の機会を確保し、本人の自己実現に向けた支援を行う。

- ② 地域移行を支援する機能

施設から地域生活への移行を支援する機能として、地域と連携した動機付け支援や地域移行の意向確認等に取り組む。

- ③ 地域生活を支えるセーフティネット機能

地域での生活が困難となった場合の一時的な入所や、施設の有する知識・経験・支援技術等の専門性の地域への還元、緊急時や災害時における地域の拠点としての活用を推進する。

- ④ 入所者への専門的支援や生活環境の向上

強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者などへの専門的支援や、重度化・高齢化した利用者への対応、終末期における看取りまでの支援は、地域における支援体制づくりが求められているとともに、特に施設において求められている役割。

入所者の暮らしの質の向上に資する生活環境(居室の個室化、日中活動の場と住まいの場の分離など)にすることが重要。

(2) 入所施設からの地域生活移行の現状

国の障害福祉計画指針に基づき、入所施設からの地域生活移行については、各市町村等が目標数*を定めた上で取組を進めることとされています。本市では、これまで主に、入所施設の運営法人がグループホームや日中活動事業所を整備することにより、地域生活移行が進められてきました。

* 横浜市では、令和5～8年度の4年間で、令和4年度末時点の施設入所者数の約6%にあたる82名が地域生活へ移行することを目標としています。

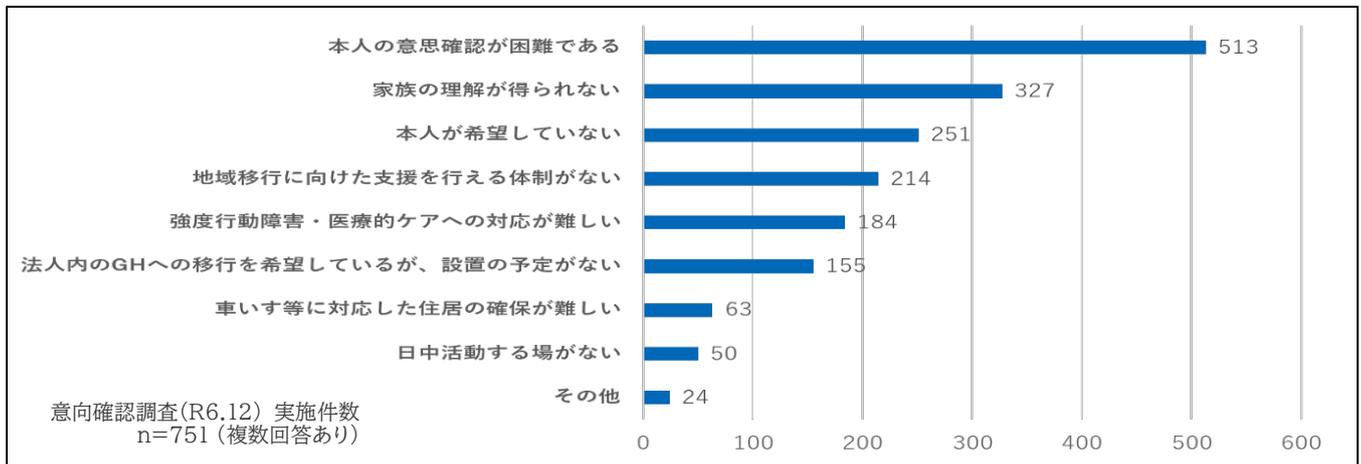
	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
市内入所施設* 地域生活移行者数	25	21	14	21	11	26	17	12
(参考) 施設入所者数	1,467	1,455	1,437	1,409	1,385	1,364	1,352	1,332

※ 横浜市総合リハビリテーションセンター 障害者支援施設(港北区)を除く

(3) 入所施設からの地域生活移行に向けた課題

市内入所施設に対して実施した地域移行の意向確認調査(R6.12)では、現段階で地域移行が難しい理由として、「本人の意思確認が困難である」ことや「家族の理解が得られない」こと、「入所施設における地域移行に向けた支援体制がない」ことなどが、上位に挙げられています。

また、入所者には「強度行動障害・医療的ケアへの対応が難しい」場合も多く、今後、地域生活移行を進めるためには、地域における専門的支援を担う人材や社会資源の確保・育成が必要不可欠です。



課題① 入所者の意向確認

入所者の中には意思疎通が難しい方も多く、何が好きでどのような生活を望んでいるのかを把握することが容易ではありません。そもそも、本人の希望で入所するケースは少なく、介護者の高齢化や疾病などにより地域での生活が限界となり、やむを得ず入所した方が少なくありません。

特に、施設生活が長期に及ぶ入所者の場合、地域生活の経験が乏しく、与えられた環境で長く生活してきた方もいます。このような状況で意向確認を進めるためには、経験や体験を一つひとつ積み重ねながら、入所者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、本人と関係機関と一緒に考える、丁寧な意思決定支援のプロセスが必要です。

さらに、入所後だけでなく、入所前の段階から地域生活を見据えた取組を行うことも重要です。入所前に本人の希望や生活のイメージを整理し、可能な限り地域での生活を継続できるよう支援することで、将来的な地域生活移行を円滑に進める基盤を整えることが求められます。

課題② 家族の理解と同意

ご家族は、障害者が安全で安心な生活を送ることを何よりも願っています。そのため、生活全般の支援を一手に担ってきた入所施設から再び地域生活に戻ることに対して、不安を感じ、理解や同意が得られないケースも少なくありません。

こうした不安を解消するためには、まず「親亡き後」の生活に対する懸念を払拭できるよう、地域で安全・安心な生活を送るための仕組みや支援体制を検討することが重要です。そのうえで、本人が希望する地域生活の実現に向けて、家族とともに考え、丁寧に話し合いを重ねることが求められます。併せて、入所前の段階から家族と連携し、地域生活を見据えた情報提供や相談支援を行うことも重要です。

課題③ 入所施設における地域生活移行の支援体制

特に市内の入所施設では、入所者の重度化や高齢化が進み、介助に多くの人手が必要となっています。その結果、従来のように運営法人が地域生活移行に向けた各種調整を丸抱えで対応することが困難な現状にあります。

今後、地域生活移行を進めるためには、入所施設においては本人の意向を丁寧に把握するアセスメントを中心的に担い、相談支援専門員等と連携しながら、関係機関の協力を得て支援体制を整えることが必要です。こうした連携により、施設単独では対応できない課題を補い、地域生活への円滑な移行を実現することが求められます。

課題④ 地域における社会資源の確保と拡充（人材の確保と育成を含む）

地域生活移行を進めるためには、強度行動障害のある方や医療的ケアが必要な方への対応など、地域における専門的支援を担う人材の育成と、社会資源の確保・拡充が不可欠です。社会資源の確保は、単に量を増やすだけでなく、質の向上も重要です。専門的人材の育成や事業所の専門性向上は、行政の施策に加え、関係機関が協力しながら一つひとつ取組を進め、実践を積み重ねることで実現されます。

また、本人の意思形成を促し、希望する暮らしを実現するためには、多様な選択肢を確保することが不可欠です。しかし現状では、地域生活を体験できる機会や場が不足しており、これが大きな課題となっています。体験の機会を提供することで、本人が自分の暮らしを具体的にイメージしやすくなり、意思決定支援にもつながります。

こうした取組を進めるためには、関係機関がそれぞれの役割を持ち寄り、ネットワークを広げながら協働することが求められます。入所施設では、把握した地域生活等の意向を個別支援計画に反映させ、相談支援専門員は、その計画と連動したサービス等利用計画に基づき、関係機関が一体となって計画的に取り組む体制を整えることが必要です。

3 意思決定支援と入所施設における意向確認

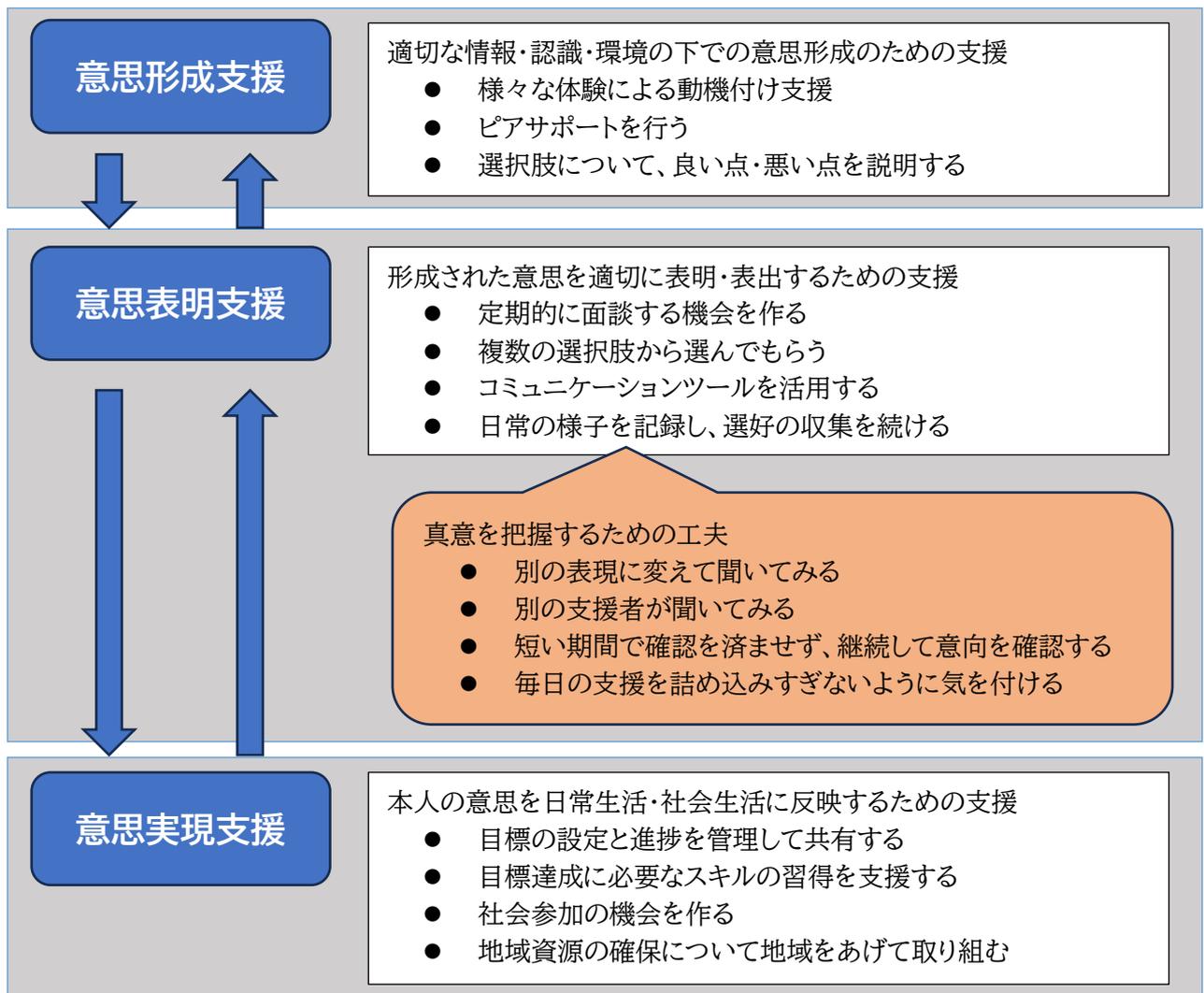
(1) 意思決定支援

「意思決定支援」とは、「自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることが出来るように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組み」と定義されています。（「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」参照）

特に、自宅から施設へ入所する場面や、入所施設からグループホームなどに住まいの場を変える場面は、意思決定支援が重要となる場面です。体験の機会を活用しながら、本人の意思確認を最大限の努力で行うことを前提に、本人や家族、成年後見人等に加え、関係者が集まり、判断の根拠を明確にししながら、より制限の少ない生活への移行を原則として支援を進める必要があります。

なお、意思決定支援においては、短期的な体験だけでなく、継続的かつ多様な体験の機会を提供することが重要です。例えば、グループホームでの段階的な体験入居や地域活動への参加などを通じて、本人が地域生活を具体的にイメージできるよう支援します。さらに、体験後には振り返りや本人の感想を共有する場を設け、丁寧に意思形成を支援することが求められます。

意思決定支援のプロセスと具体的な支援内容



✦ 意思決定支援の実践における 7つのポイント（「神奈川県版意思決定支援ガイドライン」から）

- ✦ 本人中心に支援をすること（支援者目線ではない）
- ✦ 本人を知ること、理解すること
- ✦ 本人が安心して意思を表明できる環境（ソフト面、ハード面）を整えること
- ✦ 本人を中心としたチームで検討（模索）し続けること
- ✦ 第三者の視点を導入すること（客観性の担保）
- ✦ 人間関係や社会関係を外へ広げる方向で支援すること（施設内で完結しない）
- ✦ 施設全体で取り組むこと

（2）入所施設における地域生活移行の意向確認

令和6年度の障害福祉サービス等報酬改定では、入所施設において、全ての入所者に対し「地域生活への移行に関する意向」や「施設外の日中活動系サービスの利用意向」を定期的に確認し、本人の希望に沿ったサービス利用を実現することが一般原則として規定されました。更に、令和8年度からは、地域移行等意向確認担当者の選任や、地域移行等意向確認等に関する指針の作成が義務化されています。

● 地域移行等意向確認等に関する指針

入所施設では、一貫した支援を行うため、次の内容を含む指針を作成することとされています。

（ア）意向確認等の時期

（イ）意向確認担当者の選任方法

（ウ）意向確認等の実施方法及び実施体制

（エ）地域における体験的な利用に係る支援その他の地域生活への移行に向けた支援内容

（オ）地域の連携機関

● 地域移行等意向確認担当者の役割

地域移行等意向確認担当者に求められる主な役割は、次のとおりです。

① 利用者の地域生活への移行に関する意向の把握

② 施設外の障害福祉サービス等の利用状況等の把握

③ 施設外の障害福祉サービス等の利用に関する意向の定期的な確認

④ ①～③により把握・確認した内容を、サービス管理責任者や個別支援会議に報告

⑤ 地域生活支援拠点等又は相談支援事業所と連携し、障害福祉サービスの体験利用や地域生活への移行に向けた支援の実施

担当者が中心となり、入所者の地域生活への移行などの意向を定期的に把握し、その人が望む暮らしを理解します。これを個別支援計画に反映させることで、外部の関係者も含めた支援者全員が共通認識を持ち、取組を進めることが可能となります。

4 地域生活移行に向けて解決すべき課題

地域生活の移行に向けては、本人の身体面や精神面だけでなく、日常生活や社会生活の側面も含めて「どのような能力やニーズがあり、どのような支援が必要か」を把握するためのアセスメントを行い、解決すべき課題を明確にする必要があります。また、課題を整理する際には、ニーズを満たす具体的な方法や、ニーズに合った社会資源(支援機関)も踏まえて検討することが求められます。

主な課題	課題の詳細	関係する支援機関の例
支援体制	チーム支援の体制確保	計画相談、区福祉保健センター、基幹相談支援センター、生活支援センター
住まい	本人の希望や特性に合った住まいの確保、身体介護の状況に合わせた自宅等設備の改修・工夫	グループホーム、よこはま住まいサポート、福祉機器支援センター
家事・行動支援	ホームヘルパー、世話人等の確保	居宅介護、重度訪問介護、グループホーム
日中活動	本人の希望や特性に合った活動場所と移動手段の確保	生活介護、就労継続支援、地域活動ホーム、移動支援
健康管理	健康管理の方法、訪問看護の検討	訪問看護
医療	訪問診療や定期通院先等の検討	訪問診療、医療機関
経済的保障	収支見込の試算、収入の確保(生活保護や各種行政サービスの申請 等)	区福祉保健センター
金銭管理支援	成年後見制度や権利擁護事業の検討	成年後見人等、区福祉保健センター、基幹相談支援センター、社会福祉協議会
余暇活動・社会参加	地域生活の喜びや楽しみを実感できる余暇活動や社会参加の場と移動手段の確保	地域活動ホーム、移動支援、行動援護
家族との関係	今後の関わり方の検討、必要に応じて成年後見制度の検討	家族、成年後見人等
地域との関係	地域での見守り支援の確保	民生委員、社会福祉協議会、後見的支援
緊急時の対応	緊急時の対応についての検討	短期入所、地域活動ホーム

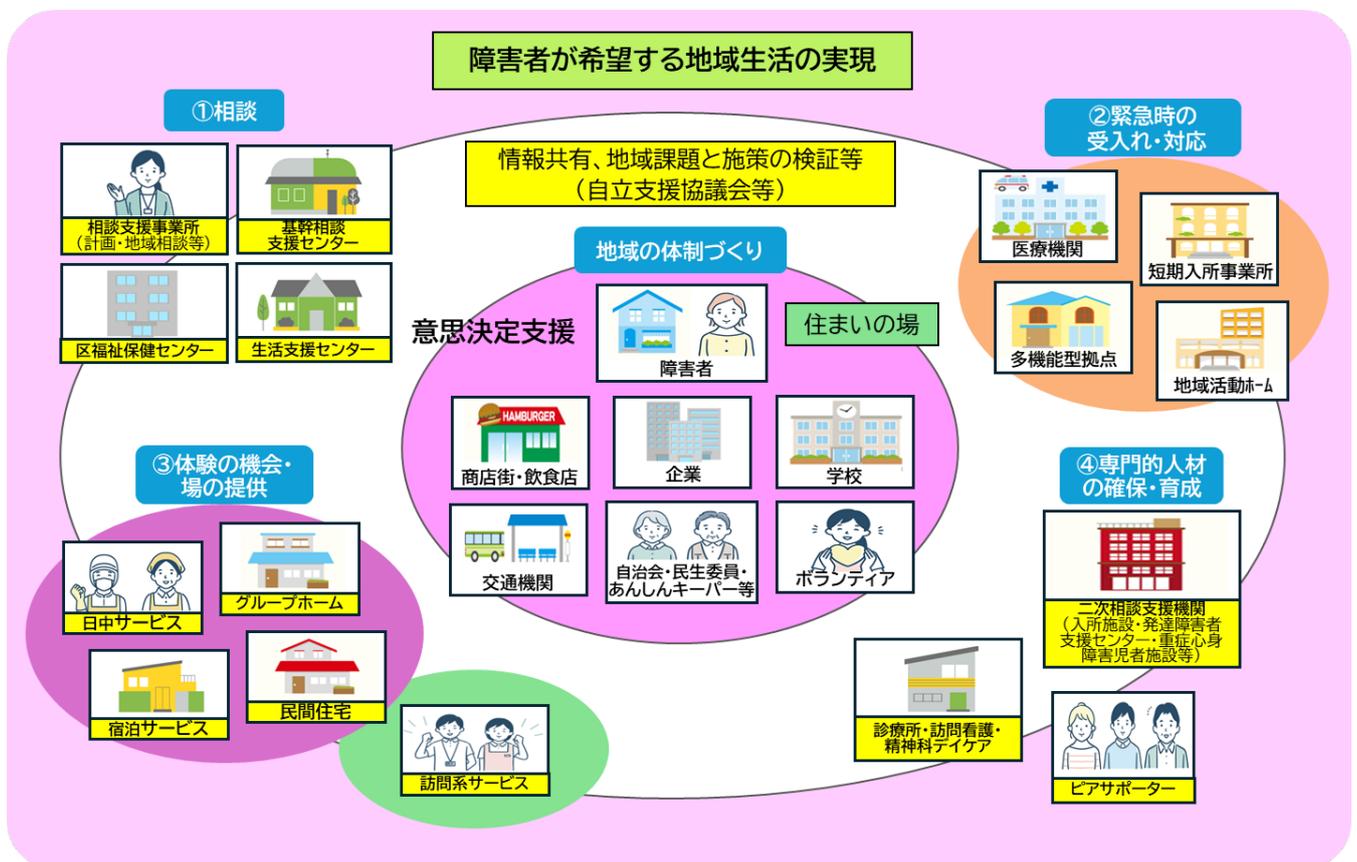
5 地域生活移行に向けた主な支援機関と役割

入所施設での生活とは異なり、地域での生活は、様々な支援機関のサポートを受けながら、障害のある方が自ら選んだ住まいで、安心して自分らしい暮らしの実現を目指していくことになります。

本人の思いを叶えるためには、一人ひとりに合わせたオーダーメイドの支援体制を構築することが必要です。関わる機関はそれぞれで異なりますが、各機関の役割や強みを生かしながら、連携して体制を整えていくことが重要です。

さらに、障害分野の支援者だけでなく、高齢者支援の関係者や不動産関係者、地域住民など、幅広い主体を巻き込み、新しい発想で取組を広げていくことが求められます。地域全体で支え合う仕組みをつくるのが、本人の希望に沿った暮らしの実現につながります。

障害のある方を地域全体で支えるイメージ図



主な支援機関と役割

主な支援機関		役割
相談機関	計画相談支援	生活全般にかかわる相談や情報提供、サービスなど利用計画の作成、モニタリング、関係機関との連絡調整などの業務を担います。
	地域移行支援	地域生活への移行・定着を実現させるために必要な支援を提供します。(地域移行計画の作成、体験機会の調整、住居の確保、生活スキル獲得の支援等)
	地域定着支援	安定した地域生活の維持のために必要な支援を提供します。(連絡体制の確保、緊急時の支援等)
	区福祉保健センター	一次相談支援機関として、障害福祉サービスの利用の有無に関わらず個別の相談支援や計画相談事業所の後方支援等を行います。併せて、区自立支援協議会の運営や地域生活支援拠点の取組等を進めることにより、地域の社会資源の包括的な把握と地域づくりの中核的な役割を担います。
	基幹相談支援センター	
	精神障害者生活支援センター	
	二次相談支援機関	一次相談支援機関(3機関等)と連携を図りながら、専門的な内容についての相談を行います。また、相談支援等に関わる職員に対する支援や育成を図ります。
居住支援	入所施設	地域生活が困難となった障害者を受け入れ、本人の意向を丁寧に確認しながら、再び地域で生活するために必要な支援を行います。
	グループホーム	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事介助など日常生活上の援助を行います。
	自立生活援助、自立生活アシスタント	一人暮らしなどの地域生活を安定させるために必要な支援の提供を行います。(定期的な居宅訪問、生活環境の整備等)
日中活動等	地域活動ホーム	地域生活を支援する拠点施設として、日中活動事業のほか、生活支援事業(一時ケア、ショートステイ、余暇活動支援、おもちゃ文庫)などを実施します。
	生活介護	昼間に、入浴や排せつ、食事介助等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。
	短期入所	自宅で介護をする人が病気の場合などに短期間入所し、入浴、排せつ、食事介助などの援助を行います。
訪問系	居宅介護、重度訪問介護	自宅等での入浴や排せつ、食事介助、通院等の介助等を行います。重度訪問介護は、併せて外出時の移動支援等を行います。
	行動援護、移動支援	外出時において、移動の介護や排泄、食事介助、危険を回避するための支援等を行います。
その他	地域ケアプラザ	市独自の福祉・保健の拠点施設で、福祉・保健に関する相談窓口の設置や地域活動・交流の場の提供など、様々な事業を実施します。
	訪問診療、訪問看護	訪問診療は、通院が困難な患者に対して、医師が自宅や施設を訪問し、診察、検査、治療、薬の処方、療養上の相談などを行います。 訪問看護は、病気や障害のある方が、安心して療養生活を送れるように、看護師が訪問し、療養上のお世話や診療の補助を行います。

地域生活支援拠点

横浜市では、「親亡き後」の備えや入所施設等からの地域生活移行を推進するため、3機関(区福祉保健センター、基幹相談支援センター、精神障害者生活支援センター)一体の運営により、障害福祉サービス事業所など既存のあらゆる社会資源を有機的につなぐネットワーク型(面的整備型)で、5つの居住支援機能を整備しています。

全ての関係者が、地域生活支援拠点の役割の一部を担い、障害のある方の意思決定を基に、本人の目指す暮らしの実現を地域全体で支援します。

拠点機能	具体的な内容
① 相談	緊急時の支援が見込めない世帯を事前に把握した上で、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスのコーディネートや相談その他必要な支援を行います。
② 緊急時の受入れ	短期入所等を活用し、関係機関と事前に情報共有し連携体制を確保した上で、介護者の急病や障害のある方の状態の変化など、緊急時に必要となる受入れや医療機関への連絡等の支援に速やかに対応できる体制を整えます。
③ 体験の機会・場の提供	地域移行支援や親元からの自立等にあたって、共同生活援助(グループホーム)等の障害福祉サービスの利用や一人暮らしの体験の機会・場を提供します。
④ 専門的人材の確保・育成	医療的ケアが必要な方や行動障害を有する方、高齢化に伴い重度化した障害のある方に対して、専門的な対応を行うことができる体制の確保や、専門的な対応ができる人材の育成を行います。
⑤ 地域の体制づくり	地域のさまざまなニーズに対応できるサービス提供体制の確保や、地域の社会資源の連携体制の構築等を行います。

自立支援協議会

自立支援協議会は、地域の関係者が集まり、地域における課題を共有し、その課題を踏まえて、地域のサービス基盤の整備を進めていくこと及び関係機関等の連携の緊密化を図る役割を担っており、横浜市では、市域・区域・ブロック域の3層構造で協議会を運営しています。

(自立支援協議会の主な機能)

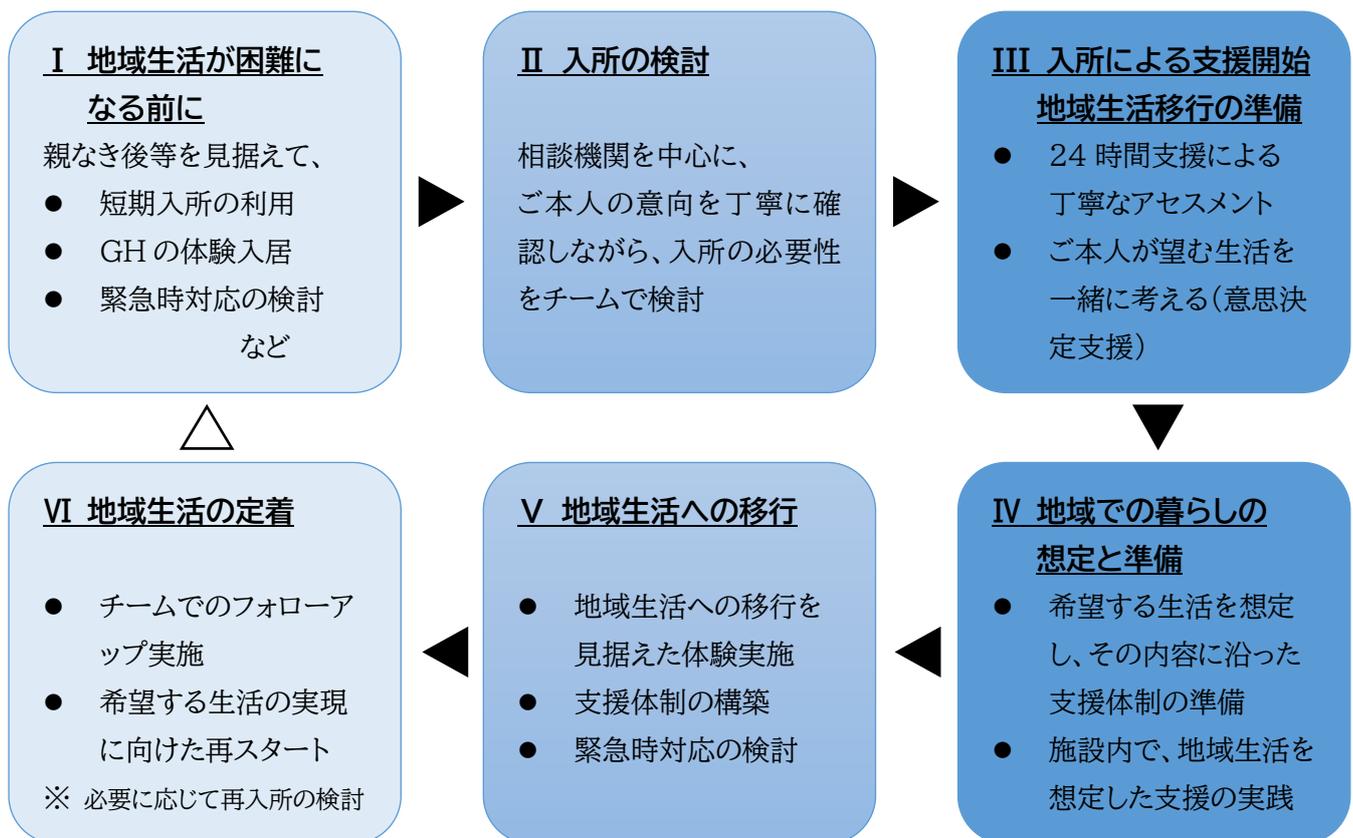
- ① 個別事例への支援のあり方に関する協議、調整
- ② 地域課題の抽出、把握及び共有
- ③ 地域における相談支援体制及び福祉サービス等の整備状況並びに課題等の抽出、把握及び共有
- ④ 地域における関係機関の連携強化
- ⑤ 社会資源の開発・改善等の地域課題への対応に向けた協議や取組の実施
- ⑥ 相談支援従事者及び障害福祉サービス等従事者の人材確保・養成方法の協議
- ⑦ 市町村障害福祉計画及び障害児福祉計画の策定過程での助言等、計画の進捗状況の把握並びに必要な応じた助言等
- ⑧ 地域課題等について都道府県協議会への必要に応じた報告及び都道府県協議会との連携

6 地域生活移行の標準的な流れ

地域生活移行の標準的な流れは、入所前から地域生活の定着までの一連のプロセスの例を示したものです。各段階における支援は、本人の希望を丁寧に汲み取り、体験と対話を重ねて意思を形成・表明・実現する意思決定支援を基盤に進める必要があります。

相談機関や入所施設、グループホーム等が連携したチーム支援により、必要な体験機会の確保や緊急時対応、継続的な見守りまでを一体で整え、本人の「自分らしい暮らし」を地域全体で実現していきます。

標準的な流れ



I 地域生活が困難になる前に

現時点では、自ら望む生活を送ることが出来ている場合であっても、本人や家族の高齢化や疾病などにより状況が急変し、地域生活が困難となる場合があります。特に、家族の介護に大きく依存している場合には、家族介護に頼らなくても生活できるよう、将来の暮らしについて話し合いを進め、短期入所やヘルパーの利用、グループホームの体験入居などを随時検討し実施する必要があります。

また、本人の状態が不安定になったり、家族が急病等になるリスクが高い場合には、関係機関と連携し事前の備えを進めます。

さらに、家族や入所施設に依存しなくても暮らせる選択肢があることを、相談機関中心に情報提供を行い、本人が「誰と、どこで、どのような暮らしをしたいか」を明確にしていくことが求められます。

		主な支援機関	役割
★	相談機関	計画相談事業所	本人及び家族と将来の生活を検討、各種サービスの情報提供、関係機関との調整、緊急時対応の検討
☆		区福祉保健センター	計画相談の導入支援、各種サービスの支給決定
☆		基幹相談支援センター	体験の機会・場の情報提供と調整、緊急時対応の検討
		生活支援センター	精神障害が重複している場合の対応の助言
		入所施設	施設見学の受入れ
		グループホーム	施設見学・体験入居の受入れ、本入居の検討
		短期入所、ショートステイ(地域活動ホーム)	定期的な受入れによるアセスメントの実施、ハイリスク対象者の把握、体験入所の実施
		通所施設 訪問系事業所	日頃の関わりから悩みや困りごとを受け止め相談機関へつなげる、意思決定支援(将来の暮らしを一緒に考える取組)の実践

※ ★/☆は、それぞれの場面で中心となって進めていく支援機関【★:主/☆:副】(以下、同じ)

II 入所の検討

施設入所を検討する際、既に地域生活の継続が困難な状況に直面していることも少なくありませんが、そのような場合でも、本人がこれから望む生活について、本人・家族・関係機関と一緒に考えていくことが重要です。

本人が望む生活を考えるにあたっては、グループホームなど地域生活を継続できる可能性を模索しながら、現時点では入所を選択せざるを得ない場合でも、入所後の地域生活移行を見据える視点が必要です。そのため、入所中にどのような支援が必要かを、関係機関とともに整理しておくことが重要です。

		主な支援機関	役割
★	相談機関	計画相談事業所	個別支援会議やサービス担当者会議において、本人・家族・関係機関を集めて、入所の必要性等を検討
☆		区福祉保健センター 基幹相談支援センター 生活支援センター 二次相談支援機関	サービス担当者会議等への参加、計画相談事業所の後方支援、ミドルステイの利用検討
☆		入所施設(短期入所)	施設見学の受入れ、定期的な受入れによるアセスメント、対象者の把握
		グループホーム	施設見学・体験入居の受入れ
		通所施設 訪問系事業所	【利用中の場合】サービス担当者会議への参加、本人の特性上必要となる生活上の配慮等を情報提供

Ⅲ 入所による支援開始、地域生活移行の準備

入所の契約時等においては、これまでの過程で整理した「入所中に必要な支援」と「その支援を達成するために必要な期間」を改めて設定し、明確なルールの下で支援を開始することが重要です。入所は有期限・有目的であることを本人・家族・関係機関が共有し、合意したうえで生活をスタートさせます。入所施設での生活は、あくまで地域生活への移行に向けた通過点であることを明確にする必要があります。

また、入所の目的に応じて、支援内容を具体的に検討することが求められます。例えば、生活リズムの安定や基本的な生活手順の獲得、課題解決に向けたスキル習得など、本人の希望やニーズに沿った支援計画を検討し、サービス等利用計画及び個別支援計画に内容を反映させます。

入所期間中においては、関係機関と役割分担を行いながら、地域生活に戻るための準備を少しずつ進めます。入所施設での生活は、地域生活で生じた課題をゼロから見直し、支援を再構築できる貴重な機会です。24時間365日の支援を通じて、本人の思いを丁寧に汲み取りながら、本人の能力やニーズなど、改めてアセスメントを行い、障害特性を踏まえた適切な環境設定や支援方法を検討します。

さらに、支援上の困難が生じた場合には、入所施設だけで抱え込まず、関係機関に協力を依頼し、連携体制を整えることが不可欠です。

主な支援機関		役割
☆	相談機関	計画相談事業所
		区福祉保健センター 基幹相談支援センター
		二次相談支援機関
★	入所施設	本人に適した生活環境・支援等の検討、生活基盤の構築、生活の幅を広げるための支援内容の検討と実践
	発達障害者支援センター (地域支援マネジャー)	施設等の訪問により発達障害者支援に関する助言(コンサル)

Ⅳ 地域での暮らしの想定と準備

入所施設での支援により、適切な環境設定や支援方法が一定程度確立され、落ち着いた生活が可能となった場合でも、それがゴールではありません。本来の目標は、本人が望む暮らしを実現することです。

そのため、まずは入所施設で出来ることから取り組みつつ、施設では実現が難しいことも多いため、地域生活を想定した準備を進める必要があります。

また、入所施設は、相談機関等と連携し、様々な体験の機会を提供しながら、本人の意思形成や意思表出を促し、本人の思いを丁寧に汲み取ることが重要です。地域生活を前提とした体験を重ねることで、これまでの施設での支援方法を見直す必要が生じる場合もあります。

さらに、相談機関を中心に、地域生活移行に向けて解決すべき各種課題に対応するため、徐々に支援体制を整えていくことが求められます。

	主な支援機関	役割
★	相談機関	計画相談事業所 チーム支援の体制確保、意向の確認、解決すべき課題の整理と検討、体験利用の調整、緊急時対応の検討 等
☆		区福祉保健センター 行政サービスの情報提供、計画相談事業所の後方支援 ※ 障害福祉サービスの支給決定等実施区で対応
★		基幹相談支援センター 地域資源の情報提供、緊急時対応の検討、計画相談事業所の後方支援 ※ 計画相談の所在区と移行先(予定)の区の基幹相談が連携して対応
☆	入所施設	意向の確認、緊急時対応の検討
★	グループホーム、通所施設	見学・体験の受入れ、意向の確認

V 地域生活への移行

地域生活への移行は、一気に進めることは難しく、段階的に進める視点も必要です。地域生活移行は、本人にとってより良い生活へステップアップするための支援であるという認識を持つことが重要です。

例えば、段階的な移行の方法としては、

- 日中活動の場を施設外に移すことから始める
- 住まいの場のみグループホーム等へ移し、日中は施設内の生活介護に通う
- 当面は入所施設の運営法人が設置するグループホームで生活し、地域での経験を積みながら、将来的に本人が望む場所で暮らす

などが考えられます。

また、地域生活の移行時は、支援者間で本人の障害特性や環境設定、支援方法を丁寧に引き継ぐことが不可欠です。移行先の支援者は施設での様子を確認し、施設職員も移行先での体験の様子を見守りながら、移行後に支援を共に検討するなど、支援体制も徐々に移行していくことが理想です。

さらに、入所施設の職員は、移行後も一定期間支援チームの一員として継続的に関与する体制が望まれます。フォローアップ訪問や定期的なケース会議への参加などを通じて、支援の継続性と質の向上を図ります。これらの移行支援は、チームでの支援体制を確保することが前提条件となります。

	主な支援機関	役割
★	計画相談事業所 地域移行支援事業所	チーム支援の体制確保、解決すべき課題の整理と検討、体験利用の調整・同行支援、緊急時対応の検討、支援機関との連絡調整 等
☆	相談機関	区福祉保健センター 行政サービスの申請支援、計画相談事業所の後方支援 ※ 障害福祉サービスの支給決定等実施区で対応
★		基幹相談支援センター 地域資源の情報提供、緊急時対応の検討、計画相談事業所の後方支援 ※ 移行先(予定)の区の基幹相談で対応
		生活支援センター 精神障害が重複している場合の対応の検討
☆	入所施設	意向の確認、緊急時対応の検討、障害特性・支援手法等の引継ぎ
★	グループホーム、通所施設、 訪問系事業所 他	意向の確認、障害特性・支援方法等の情報収集・引継ぎ

VI 地域生活の定着

地域での生活を再スタートした後は、新たな生活状況を踏まえて改めてアセスメントを行い、地域生活を継続するために必要な課題等を洗い出し、定着に向けた支援を進めます。

地域生活は施設生活と異なり、様々な支援機関が関わることになるため、情報共有と連携を密にし、統一した支援を行うことが重要です。関係機関がそれぞれの関わりの中で役割を果たす「チーム支援」の視点が不可欠であり、支援上の困難が生じた場合には、チームの輪を広げていくことも必要です。当面の間は、入所施設の職員もチームに参加し、地域生活の定着を支える体制を整えます。

また、地域で落ち着いた生活が過ごせるようになった後も、それで終わりではありません。本人が望む暮らしの実現こそが本来の目標であり、本人の望む暮らしは変化するという前提で、支援者は地域とのつながりを広げ、地域で「当たり前の暮らし」を実現するためのサポートを続けます。

障害のある方が孤立せず、地域の一員として安心して暮らせるよう、継続的な見守り支援や社会参加の機会の確保が重要です。地域住民との交流や地域活動への参加、余暇活動の充実などを通じて、生活の質の高める支援が求められます。

	主な支援機関	役割
★	計画相談事業所 地域定着支援事業所	モニタリングの実施、関係機関との情報共有、チーム支援の体制確保、希望する生活の実現に向けた支援の検討、(必要に応じて)再入所の検討
☆	区福祉保健センター 基幹相談支援センター 生活支援センター	計画相談事業所の後方支援
	入所施設	障害特性・支援手法等の引継ぎ、移行先や通所先への訪問、短期入所を活用したフォローアップ、(必要に応じて)再入所の調整
★	グループホーム、通所施設、 訪問系事業所 他	地域生活定着のための再アセスメントと支援、希望する生活の実現に向けた支援の再スタート

7 今後の取組の方向性について(「入所施設からの地域移行検討会」からの提案)

本ガイドラインは、地域生活移行を実現するために想定される課題と必要な支援を示し、関係機関の役割整理を目的に策定しています。

しかし、障害者が希望する地域生活を実現するためには、役割整理だけでは不十分であり、障害福祉サービスの充実をはじめ、本市の障害福祉施策を計画的に推進していくことが不可欠です。

本市の障害施策の方向性や障害福祉サービスの見込み量等は、「横浜市障害者プラン」により定め、取組を進めることとなりますが、検討会においても、役割整理に加え今後の取組に関する意見も多く出されたことから、今後の取組の方向性についても「入所施設からの地域移行検討会」からの提案として、次のとおり整理しました。

方向性① 入所者の意思決定支援の取組を促進する。

- 施設内での推進体制の構築（指針の策定、担当者の選任 など）
- 施設職員以外の参画方法の検討（第三者の視点の導入）
- 入所者が継続的に経験・体験できる機会の確保
（日中活動の充実、外出機会の確保、多様な人との交流の場の創出 など）
- 地域の関係機関等との協働の促進

方向性② 「親亡き後」の不安を払拭できるよう家族への丁寧な情報提供を行い、緊急時を含めた地域生活の支援体制を整備する。

- 地域生活移行事例の共有
- 継続的な体験機会の設定と家族への情報提供
- 緊急時及び再入所が可能な仕組みの検討
- 地域生活を支えるチーム支援体制の確保に向けた関係機関の連携促進

方向性③ 入所施設及び関係機関の人材確保・業務効率化等を支援し、入所施設で把握した地域生活等の意向の実現に向けて地域全体で計画的に取り組む体制を構築する。

- 入所施設及び関係機関の人材確保・業務効率化等の支援
- 「地域生活移行 ガイドライン」に基づく取組の実践と共有
- 地域生活等の意向等情報を集約し、関係機関が一体となって計画的・継続的に取り組む場の設定

方向性④ 専門的支援が必要な方のニーズに応じた住まいの計画的な整備を図るとともに、専門的人材の確保・育成を進める。

- 専門的支援が必要な方のニーズの集約・発信と、それに基づく計画的な住まいの整備手法の検討
- 関係機関の連携による専門的人材の確保・育成(地域生活支援拠点機能の強化)

8 終わりに（ガイドラインの実践と見直しについて）

本ガイドラインは、令和6年度から令和7年度に開催した「入所施設からの地域移行検討会」で検討し、地域生活移行を実現するために想定される課題と必要な支援、標準的な流れ等を示したものです。しかし、障害者の状況は一人ひとり異なり、画一的な対応では十分な成果は得られません。重要なのは、本ガイドラインを固定的なマニュアルではなく、実践を通じて検証し改善を重ねる「進化するツール」として位置づけることです。

地域生活移行は、本人が望む暮らしを地域で実現・継続できるようにするプロセスであり、そのためには意思決定支援の質を高め、緊急時対応や生活の安定を見据えた計画を共有し、関係機関の連携を強化することが不可欠です。課題に直面したときこそ、対話と協働により柔軟に対応し、実践と改善を繰り返しながら、より実効性の高い支援モデルを共に築いていきましょう。

✚ 入所施設からの地域移行検討会 名簿（令和6年度～令和7年度 計7回開催）

分野	所属	氏名（敬称略）
学識経験者	東洋大学 福祉社会デザイン学部 社会福祉学科 教授	高山 直樹
入所施設(知的)	社会福祉法人 すみなす会 障害者支援施設 航 施設長	佐々木 画生
	社会福祉法人 横浜共生会 花みずき 施設長	古瀬 智絵
入所施設(身体)	社会福祉法人 十愛療育会 たちほどがや 施設長	生田目 昭彦
基幹相談支援センター	社会福祉法人 すみなす会 金沢区基幹相談支援センター 主任相談員	浪越 由理
二次相談支援機関	社会福祉法人 横浜市リハビリテーション事業団 横浜市総合リハビリテーションセンター 総合相談部長	青木 昌子
計画相談事業所	社会福祉法人 開く会 相談支援室 きくみみ 相談支援専門員	荒井 知世
グループホーム	社会福祉法人 夢21福祉会 夢21ホーム 事業統括責任者	山口 博之
家族会等	横浜市心身障害児者を守る会連盟 幹事	佐伯 滋
行政機関 (区役所)	保土ヶ谷区 高齢・障害支援課 障害者支援担当係長	市川 敏樹 (令和6年度のみ)
	青葉区 高齢・障害支援課 障害者支援担当係長	板垣 輝美

事務局 健康福祉局 障害福祉保健部 障害施設サービス課

明日をひらく都市

OPEN X PIONEER

YOKOHAMA

付属資料① 入所施設からの地域生活移行 取組事例

本資料は、『入所施設からの地域生活移行ガイドライン』の標準的な流れ(Ⅰ～Ⅵ)および意思決定支援のポイントに沿って、市内での実践事例を整理したものです。

※ 各取組事例は匿名性に配慮するため、事例を一部組み合わせて作成しています。

事例1 知的障害者(強度行動障害あり)の事例 — 過齡児から成人制度へ移行し地域生活へ

1. 事例の概要

- 対象者 広汎性発達障害／自閉症スペクトラム障害、重度知的障害(愛の手帳 A1)、強度行動障害あり。幼少期の虐待歴あり。障害児入所施設に措置入所後、過齡児となり成人制度へ移行。
- 背景 18歳到達に伴い児童施設の措置満了が迫る中、成人入所先の確保が難航。強いこだわりや強度行動障害があり、受け皿探索とアセスメントを並行しつつ、「将来的にアパート設定」を目標に地域生活移行を見据えて支援を開始。

2. 取組の流れ(標準的な流れに沿って)

Ⅰ 地域生活が困難になる前に

短期入所を計画的に利用し、行動障害のアセスメントの必要性を関係機関で共有。児童相談所や基幹相談支援センター等が連携し家族支援を並行して行う。

Ⅱ 入所の検討

受入れ先が見つからない中でも短期入所を利用して本人特性の把握と意向確認を実施。地域移行コーディネーターや発達障害者支援センターを交え、医療的アプローチも含めて検討を行う。

Ⅲ 入所による支援開始、地域生活移行の準備

市内の入所施設へ本入所が決定。入所前に服薬調整のための入院あり。TTAP等でアセスメントを継続。親族後見人の選任がされ、金銭管理等の権利擁護体制を整備。

Ⅳ 地域での暮らしの想定と準備

グループホームと生活介護の受入可能先を模索。グループホームと生活介護を1年で複数回体験し、毎回振り返りを行う。本人の意思確認はオウム返し傾向があるため、「嫌いと言わない」とことと体験時の良い表情を根拠に意思決定支援の合意形成。

Ⅴ 地域生活への移行

移行前には地域活動ホームのショートステイを利用し、OJTで支援方法を共有。受診先の変更(訪問診療等)を検討。グループホームでは壁補強などの環境整備を行う。関係機関による定期カンファレンスで、支援者支援(スーパーバイズ・コンサル)を含めた体制を確保。

Ⅵ 地域生活の定着

病院で騒いでしまい近隣のクリニックへの通院が困難となるが、訪問診療・訪問歯科を活用することで対応。半年経過後、夜間の問題行動が発生するが、チームによる個別支援会議を実施し本人理解が深まったことで、問題行動は軽減。

3. 関係機関の役割（抜粋）

機関	主な役割
計画相談／基幹相談支援センター	体験調整、カンファレンス運営、家族支援、後方支援
児童相談所	措置調整、情報引継ぎ
入所施設	本入所受入
発達障害者支援センター	TTAP 等アセスメント
医療（訪問診療等）	入院・服薬調整、訪問診療の導入
グループホーム／生活介護	体験受入れ、環境調整、生活支援

4. 成果と課題

- 成果 段階的体験による意思決定支援を実施したため、グループホームと日中活動を安定して利用。
- 課題 職員の専門性・力量の不足、グループホームの夜勤体制確保、医療機関の受入調整の難しさ

5.工夫したポイント

- 第三者視点の導入（地域移行コーディネーター、発達障害者支援センターのスーパーバイズ）。
- 体験の反復・振り返りと、具体的根拠に基づく意思決定支援（表情・否定的発言の有無）。
- 環境整備と支援方法の OJT（壁補強、訪問診療、ショートステイの活用）。

事例2 身体障害者の事例 — 入所当初から一貫した支援で地域生活へ移行

1. 事例の概要

- 対象者 脳性まひがある重度身体障害者。電動車いす使用。父子家庭で、父の高齢化に伴い在宅生活の継続が困難となったことから入所。言語によるコミュニケーションは可能。
- 背景 20年くらい前に、家族の希望もあり入所した経緯あり。本人は地域での自立した生活を望んでいたため、入所当初から地域生活復帰を見据えて支援を開始。

2. 取組の流れ（標準的な流れに沿って）

I 地域生活が困難になる前に

短期入所を利用し、対象者の状態や支援ニーズを把握。

II 入所の検討

住環境や当時の社会資源の状況等を踏まえ、入所を検討。

III 入所による支援開始、地域生活移行の準備

施設が「通過型施設」であり、自立生活を支援する場であることを本人・家族と共有し、合意の上で契約。入所後は、個別外出の機会を積極的に設けるなど、本人が「やりたいこと」に取り組めるようエンパワメントの視点を重視した支援方針を策定。また、入所前から利用していた生活介護については、月1回の通所を継続し、施設外の日中活動先へ週5日安定して通えることを地域生活に向けた重要な指標として、外部通

所の頻度を徐々に増やせるよう支援を開始。

IV 地域での暮らしの想定と準備

相談機関が中心となり、住まいの場の確保や見学調整、地域生活で必要となる費用の試算・説明などを実施。入所施設では、K-フレンズ(障害当事者による権利擁護活動)への参加により、ピアサポートの体制を確保。併せて、施設の運営法人がグループホームを新たに建設する際には、入所者有志がアイデアを出し合うプロジェクト会議を企画し、本人の意思形成を図る場を創出。

V 地域生活への移行

グループホームの入居者が集まる会(区自立支援協議会の取組)への参加を促し、移行に伴う不安の軽減を図る。併せて、相談機関を中心に、住環境整備費を活用した住まいの環境整備や、訪問診療・訪問看護・移動支援などの利用調整、日常生活用具等の行政サービス申請に向けた準備などを行う。

VI 地域生活の定着

入所施設の生活介護には月1回通所を継続し、入所施設と移行先との連携体制を確保。近隣での通院が困難だった口腔ケアや理美容については、訪問歯科や訪問理美容を活用することで対応。

3. 関係機関の役割(抜粋)

機関	主な役割
計画相談／基幹相談支援センター	カンファレンス運営、事業所等の情報提供、体験調整
区福祉保健センター	行政サービス申請支援
入所施設	本入所の受入、支援手順の可視化
医療(訪問診療等)	在宅医療の導入、健康管理、緊急時対応
生活介護	外部通所の受入れ、地域生活を見据えた活動提供
グループホーム	体験受入れ、住環境の調整、生活支援

4. 成果と課題

- 成果 入所初期から地域生活を前提とした一貫性のある支援方針の策定と段階的な取組。
- 課題 電動車いすに対応の住まいの確保、訪問診療など医療機関の確保

5. 工夫したポイント

- 入所初期から地域生活復帰を前提に説明し、エンパワメントの視点を踏まえた支援を実践。
- 施設外通所を段階的に増加させることで、地域生活に必要な課題を早期に抽出。
- 当事者活動への参加を促し、本人の意思形成と将来への期待感を高めた。

付属資料② 障害者が希望する地域生活の実現に向けた Q&A

Q1. 「地域生活移行」とは具体的に何を意味しますか？

A1. 単に住まいを施設からグループホームなどに移すことではなく、本人が希望する地域で、さまざまな人と関わりながら自分らしい暮らしを実現することを指します。

Q2. 地域生活移行を進める際、最も重要な視点は何かですか？

A2. 本人の意思と自己決定を尊重することです。支援者は「できない理由」ではなく「どうすればできるか」という視点で支援を考える必要があります。

Q3. 意思決定支援はどのように行いますか？

A3. 体験を繰り返しながら、本人の希望を丁寧に確認します。複数の選択肢を提示し、良い点・悪い点を説明するなど、本人が安心して意思を表明できる環境を整えることが必要です。

Q4. 本人の意思確認が難しい場合、どうすればよいですか？

A4. 体験の機会を重ね、本人の好みや楽しみを丁寧に把握します。複数の支援者で確認し、意思決定支援のプロセスを継続的に行います。

Q5. 地域生活移行に向けて、どんな課題がありますか？

A5. 本人の意向確認の難しさや入所施設の支援体制不足、地域の社会資源や専門人材の不足などが主な課題です。

Q6. 地域生活移行を支える主な機関はどこですか？

A6. 障害福祉に関わる全ての機関が対象です。入所施設や計画相談事業所、基幹相談支援センター、区福祉保健センター、グループホーム、生活介護事業所、居宅介護事業所などの障害福祉サービス事業所、不動産関係者や地域住民も重要な協力者です。

Q7. 地域生活移行に関わる支援機関はどのように連携しますか？

A7. 計画相談事業所を中心に、区福祉保健センターや基幹相談支援センターなどの後方支援を受けながら、入所施設・グループホーム・訪問系事業所などが情報共有し、役割分担を明確にした「チーム支援」の体制を構築します。

Q8. 入所施設での生活はどのような位置づけですか？

A8. 市内の入所施設は「通過型」としており、地域生活への移行を見据えた支援を行う場です。一生涯を過ごす場所ではありません。

Q9. 入所時に確認すべきルールはありますか？

A9. 入所は「有期限・有目的」であることを本人・家族・関係機関で共有し、入所中に達成すべき支援内容と期間を明確にします。

Q10. 地域生活移行はどのように進めれば良いですか？

A10. 一気に進めるのではなく、段階的に進めることも有効です。例えば、日中活動の場を施設外に移す、住まいだけグループホームに移すなど、本人の意向を踏まえ、より良い暮らしとなる方法を選択します。

Q11. 家族が地域生活への移行に不安を感じている場合、どう対応しますか？

A11. 「親亡き後」も含め、地域で安全・安心な生活を送るための仕組みや支援体制を丁寧に説明し、体験や情報提供を通じて不安を解消します。

Q12. 地域生活移行を進める際、どの段階から準備を始めるべきですか？

A12. 地域生活が困難になる前から準備を始めることが理想です。家族介護に頼らない生活を見据え、短期入所やグループホーム体験などを早期に検討します。

Q13. 地域生活の定着後、支援は終了しますか？

A13. いいえ。本人の希望は変化するため、継続的な見守りや社会参加の機会の確保が必要です。支援者は地域とのつながりを広げ、地域で「当たり前の暮らし」を実現するためのサポートを続けます。