

関係事業者 各位

横浜市健康福祉局障害自立支援課長

施設入所者の地域移行に関する移動支援の特例適用について

1 趣旨

本市では、国の第 7 期障害者福祉計画に基づき、施設入所者の地域移行を推進しています。

これまで本市では、施設入所者による移動支援の利用を認めない運用としていましたが、施設入所者が移動支援を利用して地域移行後の生活を事前に体験することは、本人の意思決定支援に資するものであることから、地域移行に向けたアセスメントを目的とする場合に限り、施設入所者の移動支援の利用を認めることとします。

2 適用開始日

令和 8 年 10 月 1 日

3 支給決定可能なサービス

移動介護 最大 5 時間/月（二人派遣 10 時間/月）

※外出先が通所施設の場合も、主目的は地域移行に向けたアセスメントであるため、移動介護で支給決定します。

4 対象者要件

横浜市障害者移動支援事業実施要綱で定める対象者要件に加え、以下の要件をすべて満たす施設入所者を対象とします。

- (1) 18 歳以上の施設入所者
- (2) 1 年以内に地域移行の見込みがある者
- (3) 本人・家族等から地域移行に関する同意を得ている者
- (4) 計画相談支援で地域移行に関する検討・調整をしている者

5 支給決定の流れ

(1) サービス担当者会議の実施

地域移行に向けた障害福祉サービスの利用について、サービス担当者会議で協議します。

(2) 申請書類の作成・提出

通常の申請書類に加え、地域移行に関する方針が確認できる以下の書類を区へ提出します。

作成主体	書類名	備考
入 所 施 設	①個別支援計画 ②移動支援事業 地域移行支援計画書	②は別添の参考様式のとおり作成してください。
計画相談支援事業所	③サービス等利用計画案 ④モニタリング報告書・週間計画表	計画作成時期の都合により、③に地域移行に関する方針の記載がない場合でも、④に記載があれば可とします。

(3) 区役所による審査・確認

対象者要件及び地域移行に向けた移動支援の利用目的・支援目標等を確認します。

(4) 支給決定

審査の結果、移動支援の利用により地域生活への移行が見込まれる場合、移動介護を原則 6

か月間として支給決定します。なお、概ね3か月ごとに検証を実施し、継続の必要性が認められる場合のみ、一度だけ更新が可能です（最長1年間）。

(5) 実施後の検証

実施3か月後に入所施設等が検証を行い、「移動支援事業 地域移行支援【検証報告書】」を作成します。必要に応じて「移動支援事業 地域移行支援計画書」を修正します。また、支給決定期間終了前（約1か月前）に入所施設等が地域移行の可否等の検証を行い、「移動支援事業 地域移行支援【検証報告書】」を作成し、区に提出します。区はサービス担当者会議、検証報告書及びモニタリング報告書等に基づいて、地域移行に向けた移動支援の支給決定の更新や終了を決定します。

（参考）

支援開始→3か月後検証（入所施設）→終了前最終検証（入所施設）→区が更新・終了判断

6 関係事業者の役割等

(1) 入所施設

地域移行に向けて、「個別支援計画」及び「移動支援事業 地域移行支援計画書」の作成を行うとともに、移動支援の実施状況を踏まえた検証及び検証報告書の作成・区への提出を行い、必要に応じて支援内容の見直しや関係機関との連携を図るものとします。

(2) 計画相談支援事業所

地域移行に向けた全体調整の観点から、サービス等利用計画案の作成やモニタリングを実施し、関係機関への連携を行うものとします。

(3) 移動支援事業所

入所施設等と連携し、地域移行に向けたアセスメントを目的とした移動介護について、区による支給決定内容を確認のうえ、サービス提供を行うものとします。

なお、支援の実施にあたっては、本人の状況に応じ、必要に応じて入所施設職員の同行や引継ぎ等について御協力をお願いする場合があります。

7 留意事項

(1) 他の障害福祉サービスとの併給について

本通知による移動支援の特例適用に該当する場合を除き、移動支援と施設入所支援の併給は従来どおり認められません。

(2) 効果検証の実施

支給決定にあたっては、参考様式を用いた具体的な利用計画及び効果検証の実施を前提とします。

(3) その他

今回の特例では、地域移行を効果的に進めるため、「計画相談支援で地域移行に関する検討・調整をしている者」を対象要件としていますが、移動支援事業を計画相談支援の対象サービスとする趣旨ではありません。

なお、地域移行を進めるにあたり、地域移行支援事業の利用もご検討ください。

8 添付資料

- ・【資料1】 移動支援事業 地域移行支援計画書・検証報告書（様式）

移動支援事業 地域移行支援計画書

計画日： 年 月 日

施設名：

作成者：

TEL：

氏名	様		受給者番号						
住所	〒		TEL						
緊急連絡先	氏名		TEL						
要件確認欄	以下のすべてを満たしている場合のみ移動介護を利用できます <input type="checkbox"/> 18歳以上の施設入所者 <input type="checkbox"/> 1年以内に地域移行の見込みがある（目標： 年 月） <input type="checkbox"/> 本人・家族等から地域移行に関する同意を得ている <input type="checkbox"/> 計画相談支援で地域移行に関する検討・調整をしている								
援助の目標									
現在の阻害要件									
具体的支援内容	項目	外出先					支援目標・内容		
	1								
	2								
	3								
	月	火	水	木	金	土	日	所要時間等	
支援時間									
備考						支援担当者（施設職員）			
この計画について説明を受け、同意しました。									
年 月 日			利用者			印			

※「移動支援事業 地域移行支援計画書」については、必要に応じて書式の変更が可能ですが、最低限上記の項目内容が含まれたものとしてください。

(記入例)

移動支援事業 地域移行支援計画書

計画日：令和8年10月1日

施設名：社会福祉法人〇〇〇〇 作成者：港 太郎 TEL：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

氏名	横浜 花子 様		受給者番号 0123456789					
住所	〒231-0017 横浜市中区港町1-1		TEL 045-671-2401					
緊急連絡先	氏名 横浜 一郎		TEL 045-123-4567					
要件確認欄	以下のすべてを満たしている場合のみ移動介護を利用できます <input checked="" type="checkbox"/> 18歳以上の施設入所者 <input checked="" type="checkbox"/> 1年以内に地域移行の見込みがある（目標：令和8年9月） <input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族等から地域移行に関する同意を得ている <input checked="" type="checkbox"/> 計画相談支援で地域移行に関する検討・調整をしている							
援助の目標	令和8年9月までにGHに入居を目指している。そのために、週1回30分の移動支援を利用し、施設退所後の地域生活に必要な対応方法や支援内容を把握できるようにする。							
現在の阻害要件	・単独の外出が難しく家族や施設入所職員以外の付き添いに不安がある。 ・施設での生活習慣から地域生活への切り替えに抵抗がある。 ・環境の変化や本人が慣れていない支援者に対して強いストレスを感じる恐れがある。 ・地域での人間関係や地域住民との交流に不安がある							
具体的支援内容	項目	外出先			支援目標・内容			
	1	生活介護〇〇事業所			バスを利用し、生活介護事業所まで通所できるようになる。			
	2	近隣のスーパー			ガイドヘルパーと一緒に買い物に行けるようになる。			
	3							
	月	火	水	木	金	土	日	所要時間等
支援時間	8:00 ~ 8:30 通所支援					13:00 ~ 13:30 買い物		通所支援 30分 (月2回) 買い物 30分 (月2回)
備考	施設職員以外の支援に困難がある 地域移行後は行動援護を利用予定					支援担当者（施設職員） 支援二郎、支援はなこ		
この計画について説明を受け、同意しました。 〇〇年〇〇月〇〇日 利用者 印								

※「移動支援事業 地域移行支援計画書」については、必要に応じて書式の変更が可能です。最低限上記の項目内容が含まれたものとしてください。

(記入例)

移動支援事業 地域移行支援【検証報告書】

検証日：令和8年1月10日【実施後 3ヵ月目】

施設名：社会福祉法人〇〇〇〇 作成者：港 太郎 TEL：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

氏名	様		受給者番号
援助の目標	令和8年9月までにGHに入居を目指している。そのために、週1回30分の移動支援を利用し、施設退所後の地域生活に必要な対応方法や支援内容を把握できるようにする。		
具体的支援内容	項目	外出先	支援目標・内容
	1	生活介護〇〇事業所	バスを利用し、生活介護事業所まで通所できるようになる。
	2	近隣のスーパー	ガイドヘルパーと一緒に買い物に行けるようになる。
検証結果	バス停の待ち時間が長くなるとガイドヘルパーに手を上げることがあった。絵本を見せると落ち着く。		
検証結果	大きい音(アナウンス)が聞こえたり、客が多い時間帯は落ち着きがなくなり突然走り出す、自分の頭や身体を叩く等の行動が見られた。時間帯を考慮し15分程度であれば買い物をすることができた。		
本人の状況変化等	生活介護事業所への通所はバスを利用してヘルパーと一緒に通所することができるようになり、地域移行後の日中活動サービスへの通所方法を確認することができた。 一方で、日用品の買い物のためにスーパーに買い物に行った際は落ち着きがなくなり、本人がストレスを感じている様子が見受けられ、買い物に行く時間帯や滞在時間等の配慮が必要ことがわかった。施設入所中も音の過敏さが見られ、人が多い場所は避けていたため、GH入居後も環境の設定が必要と思われる。		
移動支援(地域移行)継続の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 継続・更新： <input checked="" type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 継続利用の必要なし その理由：通所以外にも地域生活に必要な外出機会を増やすため、引き続き移動支援の利用を継続する必要があります。特に、地域生活移行後に想定される近隣スーパーでの買い物支援では、ヘルパーの支援時に落ち着きがなくなり、自傷行為が見られる場面もありました。こうした状況に対応するため、ヘルパーの支援でも安心して外出できるよう、支援方法の工夫や本人が環境の変化に慣れるための時間が必要です。そのため、移動支援を継続し、外出に関する不安を軽減しながら地域生活への適応を促していくことが重要です。		
備考			支援担当者(施設職員) 支援二郎、支援はなこ
この検証結果について説明を受け、同意しました。 〇〇年〇〇月〇〇日 利用者 印			

※「移動支援事業 地域移行支援【検証報告書】」については、必要に応じて書式の変更が可能ですが、最低限上記の項目内容が含まれたものとしてください。