

第2章 事例報告の考察

(1) Aさんの例

■プロフィール

- ・41歳男性、療育手帳A判定、障害支援区分6、自閉症、てんかん発作はあるが服薬はしておらず健康面は良好。身辺面で食事、排泄などは自立しているものの、入浴、整容、買い物、金銭管理、健康管理などIADLで要支援部分も多い。意思疎通は可能な面もあるが、他の利用者への他害等に対して絵カードを使った意思確認も併用。
- ・本人は①帰省したい。②ゲームやカラオケ、外食など好きなことをしたい。という希望がある。当初は居住場所への希望はなかった。入所前は作業所へ通所し、ヘルパーとの外出なども行っていた。

■家族

- ・両親が健在で、外泊・帰省も可能。帰省時に家族旅行もしている。本人が安心して暮らせること、また両親が元気なうちに本人の生活の場を決め、フォローしてあげたい、との希望があった。

■移行までの支援

- ・施設からの打診を経て2020年9月15日に保護者面談を実施し、GHでの生活、移行へ向けての手順等を説明し、同意を得た。また同月30日、本人面談にてGHでの生活（日中活動、土日帰省など）を説明。本人は説明を受け、より家に近くなった実感を得て、意志は移行に傾く。
- ・2020年10月27日、保護者同席にて本人にGHの生活や移行のスケジュールを確認する。11月中旬に移行決定の文書を通知。その後、保護者とは個別面談を実施し、必要物品等の調整、見学日の決定を行う。並行して、日中活動先の調整（入所施設）、入居予定者の保護者同士の顔合わせ、などを実施。2021年3月3日に、本人は保護者とともにGH見学を実施し、イメージを固める。家具等は後日搬入した。
- ・GH入居に当たり課題となっていた「他者とのかかわり」に関しては、GH職員間で状況や対処方法などを情報共有した。また移行に向けての準備として、相手との距離やコミュニケーションの取り方については、イライラしないよう曖昧な表現をしない、時間を伝えるなど本人の特性に合わせた対応を支援者側も理解しつつ支援した。同時に苦手な整理整頓についても、11月から個別支援計画を変更し、最終的に自分の部屋の片付けの定着を目標とし、日課の活動で使った道具の片付け、自分の居室の整理整頓を

職員と一緒にやることを始めた。特に、ベッドやタンスにゴミなどをためる傾向があったので、片付ける習慣を獲得していただくための支援を重点的に行い、入居に向けた課題として取り組んでいった。

■移行後

- ・移行後は、GHでの生活を最優先に、日中活動も入所施設の生活介護を利用し急激な変化を避け、落ち着いてきた3か月後から法人内の他の生活介護事業所に活動の場を変えた。入所施設は、生活介護で本人からの聞き取りや見守りを行うとともに、移行後2か月間は毎週GHと情報交換し、定着への連携を図っていった。

■ヒアリング担当者の所感

入所している施設を運営している法人が、グループホームを新設するにあたり、入所施設の利用者の家族に対し、「地域生活移行に関する説明会」を実施しました。その後、本人からの意思確認、更に本人ニーズに沿った地域生活への移行支援を行い、約7か月後には、地域での生活を始めました。この期間を段階別にとすると、①地域生活移行を決定するまでの「準備段階」、②地域生活移行を決定してから移行までの「実施段階」、③地域生活移行後の「定着段階」の3つに分けることができます。

「準備段階」では、本人への支援を通して、意思疎通を図り、希望する暮らしに必要な情報提供や環境を整備し、意思形成支援を踏まえた地域生活への意向を確認し、施設内に地域生活移行支援チームを設置し、組織の中で計画をたて、地域における資源の調査等を行います。

「実施段階」では、地域生活に向けた実践が中心となります。また、移行予定先のグループホーム職員との調整、そして見学や体験等の準備や調整等、他機関との連携など重要で集中的な支援を必要とする段階であるといえます。

「定着段階」では、地域でその人らしく生活を継続していくことを目的とした、個性を重視した支援を行います。具体的には、入所施設の支援者、グループホームの支援者、日中の支援者、相談の支援者等によるネットワークの構築、そして支援チームとしての見守り、介入等の支援、情報の共有等が重要になってきます。

さて、本事例においては、「準備段階」として、家族に対し3時間という時間をかけ丁寧に計画を説明し同意を得ています。入所前に利用していた移動支援サービスは、本人にとって「楽しい時間」となっていました。施設では在宅生活のときのような外出支援は受けられなかったため、「移動支援を利用して、好きな外出を楽しんでほしい」という家族の希望も同意した理由の一つでした。グループホームでの生活をより具体的に、イメージを持ちやすく説明したことで、「できないこと」への心配から「できること」への安心へと気持ちが変化したのです。

本人に対しては、支援者が本人の希望する暮らしについて聞き取りを行い「家に帰りたい」というニーズを理解し、グループホーム生活でできることを伝え、「わからん」から「わかった」へとなり、グループホームで暮らしたいという気持ちに変化しました。このように本人が理解し、意思を表出できるまで繰り返し説明することの重要性が示唆されています。

「実施段階」では、施設でのグループホームでの生活を想定した支援、一方受け入れ側のグループホームや日中での活動場所等、転居後の生活に必要な福祉資源の調査や見学等を並行して実施します。当然、本人の意思を尊重しつつ個別支援を実施していきます。丁寧に実施していくには、多くの時間と支援力が必要となります。

このケースでは、同一法人というメリットを生かし、入所施設の担当者とグループホーム職員との連携はスムーズであったと推察します。他者との良好な関係保持や生活環境における整理整頓できないなどの課題に向けた個別支援計画を作り、グループホームでの生活に必要な生活スキルやコミュニケーション方法の獲得に向けた支援内容や結果について共有できた点はチームとしての強みであり、地域定着においても同様な効果を期待できます。こうした支援により、行動に正変化が出現してきたら、本人にも発達が見える化できるようにして自己肯定感を高めていくことが大切です。

「定着段階」では、本人が地域での生活を開始することで、急激な環境変化による混乱を避けるため、一定期間これまで通り日中のみ入所施設的生活介護を利用し、グループホームでの暮らしに安心感を持ち始めるまで、グループホーム職員と施設が情報を密に共有できた点が良かった。こうした情報共有の場は、様々なツールを使い、できるだけ多く実施することで支援効果があがります。こうした、機関連携の記録については、些細なことでも記録として残し、個人情報として保管することが大切です。

以上のように、一定のプロセスに基づいて述べてきました。このケースでは、地域生活に必要なスキルに焦点をしばり支援を展開し、同一法人としての強みを生かし、情報共有を早く、双方向での意思疎通の大切さを理解しました。また、家族はこれまでの施設入所支援の実績に加え、同一法人への運営するグループホームということで、不安が安心に変わり、信頼感へと変化していったことから、日々の実践の延長上に地域での生活があると言っても過言ではないでしょう。利用者の意思による支援は、家族の意向と違うことがあります。

私たちはソーシャルワーカーとして、本人を中心にしたノーマライゼーションの理念により、関係者それぞれの立場を理解し、課題解決に向け取り組んでいくという決意が大切です。そして、支援をつないでいくためには、多くの時間と支援の手が必要です。特に、障害者支援施設の職員として考えた場合、変則勤務を行いながら、担当利用者の支援だけでなく、他の入所者への食事介助、入浴介助等の業務があります。そうした、切れ目のない支援のなかで、地域生活移行という長期にわたる支援プロセスを1人の生活支援員で行うには多くの負担があります。サービス管理責任者や相談支援専門員との

会議に出たくても現場を離れることができないというジレンマもあります。今後は、数値では見えないような、実践過程における質の評価や、障害児入所施設のように、各施設にソーシャルワーカーを配置できるような体制作りなどを強化していく必要があります。以下に、国立のぞみの園での地域生活移行支援課程を参考にして、筆者が作成した地域生活移行プロセスシート（例）を参考に掲載します。

* 事例考察の中で、入所施設を中心に関係者が関わった取組みを、「準備段階」「実施段階」「定着段階」の3つの段階に分け、次のように取組内容を時系列で考察していくこととしました。詳細は、「地域移行プロセスシート」を参照ください。

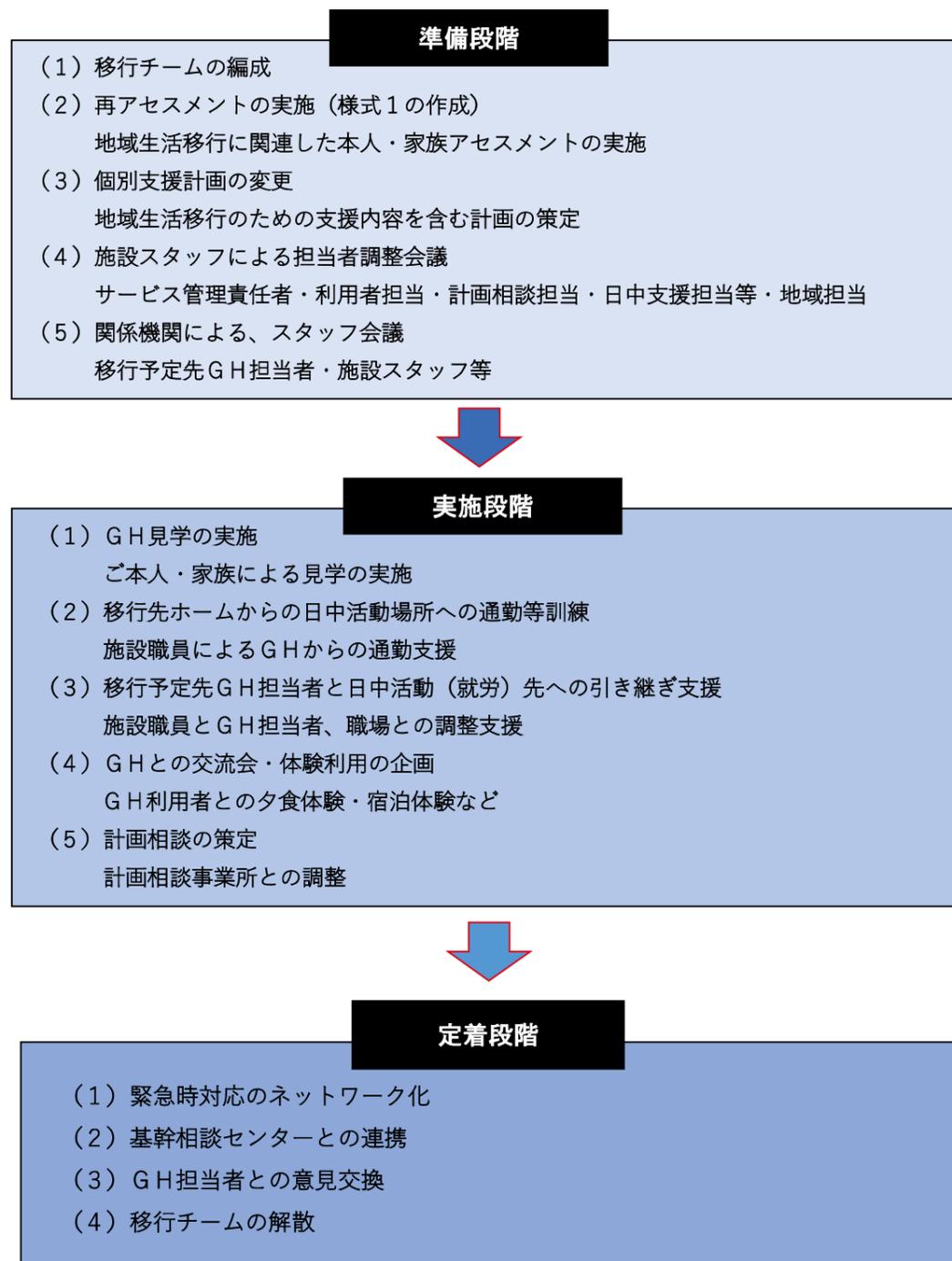
準備段階…意向確認から担当者決定、アセスメント・計画作成、担当者会議開催

実施段階…GH見学、引継ぎ支援、体験利用、日程調整

定着支援…状況確認、支援ネットワーク確認、担当者チーム解散

[ヒアリング担当者 榎本博文]

地域生活移行支援プロセスシートの例



地域生活移行実態調査シート

基本情報					
施設名	障害者支援施設 A	回答者 職名	サービス管理 責任者	回答者 氏名	X氏
ニックネーム	A様	性別	男(○) 女()	生年月日	S55.X.X
				年齢	41歳
障害名	知的障害 自閉症			障害 支援区分	区分6
障害者 手帳等級	療育手帳 A判定			出身 市町村	A市
収入状況	(障害基礎年金等) 障害基礎年金1級				
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (疾患名)		成年後見制度	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	
			後見類型	<input type="checkbox"/> 後見・保佐・補助	
			後見人	<input type="checkbox"/> 親族()・ <input type="checkbox"/> 専門職()	
服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
生活リズム		平日	休日		
	起床時間	4:00頃		左記に同じ	
	就寝時間	21:00~22:00		左記に同じ	
	睡眠時間	約7時間		左記に同じ	
健康領域	てんかん 発作	<input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> なし	初回発作	16歳ごろ	
	・現在の発作の状態 年に2回程度				
	・発作の起きやすい時間帯や誘発する行動等 不明				
	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> なし その他 *花粉症など	禁止食品名	なし	
その他	特記事項	手荒れがひどくなることもある			

食事領域	項目	実態
	好きな食べ物	肉類
	好きな飲み物	ジュース
	嫌いな物	メロンパン・牛乳・トマト・レバー
	食事の形態	・普通 ・粗きざみ ・極きざみ ・ペースト状
	食事コントロール(カロリー調整等)	・不要 ・必要
	食事内容量	・ご飯量 (普通量・少なめ・少なめ) ・肉、魚 (普通量・少なめ・多め) ・野菜 (普通量・少なめ・多め)
	食事介助	・不要 ・一部できる(・箸・スプーン・その他()) ・全介助
支援時の留意事項	・食物を丸呑みしてしまうため、見守りが必要 ・お茶などの水分を飲み過ぎる傾向がある。	
行動障害	自傷・他害・多動・異食・その他()	
コミュニケーション	項目	実態
	意志表示の手段	・言語 ・文字 ・絵カード ・その他
	他者の意思伝達の理解	・理解できる ・ほぼ理解できる ・できない
	携帯電話の使用	・使用できる ・できない ・その他(使い方を 知れば可能)
	タブレットの使用	・使用できる ・できない ・その他(Wiiな どのゲーム機を使用できる)
その他 特記事項	(本人に特化した方法等) 意にそぐわないことは、一切聞き入れない	
	項目	実態
	対人関係構築のための配慮点等	声や音に対し過敏に反応することがある。特定の人に対して、肩を必要以上にたたき、また確認を執拗に繰り返すことがあるため見守りが必要である。
	屋外移動(1人で移動できる)(1人で目的地までいける)	常に多弁であり、周囲とのトラブル防止のため、屋外では付き添いが必要。 興味のある所にはすぐに行ってしまうため、所在確認が必要。

生活支援1	(近距離移動) (長距離移動)	
	金銭管理	・できる ・できない ・その他(多額な金額は母が管理している)
	安全管理	・できる ・できない ・その他
	衣服の着脱	・できる ・一部できる ・できない ・その他(季節に合わせた衣類の調整が苦手)
	排泄行為 排便 排尿	・1人でできる ・一部できる ・1人ではできない ・1人でできる ・一部できる ・1人ではできない
	その他 特記事項	お菓子の袋を部屋に持ち込み、バックに入れてため込む。本人の予定が大幅に遅れると床に傷をつける事がある。
	生活支援2	整容行為(洗顔・整髪・ひげそり等)
歯磨き		・できる ・要支援 ・歯磨き習慣(朝 昼 夜)
入浴行為		・できる ・要支援(洗髪、洗体は雑なため点検が必要)
旅行鞆等の整理		・できる ・要支援
整理整頓		・できる ・要支援(本人なりに片付けはするが、雑な部分があり、確認が必要。また、部屋に不必要なものを持ち込み過ぎることがある)
買い物		・できる ・要支援(金種の区別可能で、買い物はできるが、過去に金種へこだわり店員を困らせたことがあるため、付き添いが必要)

その他 特記事項	テレビが好き（特にデータ放送のポイント集め）で、 場合によっては他者の居室のテレビを触ることがあ る。
就寝後の睡眠状態について	・熟睡できる ・熟睡できない（浅眠傾向）
外泊時に必ず持って行くものがあ りますか	・ある（ゲーム・ラジオ・筆記用具） ・ない
就寝時の支援について	・1人でトイレに行くことができる ・トイレ誘導が必要 ・就寝前に声かけが必要
就寝時における配慮事項	特になし

2 地域生活移行に関する経緯

(1) 支援前の状況

① 入所前の暮らし	<ul style="list-style-type: none"> ・特別支援学校高等部卒業後、他法人の就労継続支援 B 型事業所を利用していた。 ・36歳の時、現法人の生活介護事業所に転入した。 理由は、母親が送迎できなくなったため、送迎できる事業所を選択した。内職など軽作業を行う。 ・障害者支援施設の短期入所を利用しながら、自宅以外の生活に慣れるための練習を開始。 ・休日などは、ドライブや、ボーリング（スコア 220）やカラオケなど外出が好き。 ・休日、母と過ごす時は、母親の考案した 7 種類のドライブコースを楽しみにしていた。 ・家族との関係は良好で、毎年夏は旅行を楽しみ、本人の誕生日には、別に暮らす兄弟の家族もホテルで過ごすという定例行事を行っている。 ・母親は、高齢の実母の介護で、毎日他県まででかけていた。 ・父親は、常にやさしく接している。
② 入所理由	<ul style="list-style-type: none"> ・母親は自分の親の介護で毎日隣県まで出かけ、疲れがたまっている状態が続いていた。 ・父や母も高齢になり、親なき後、本人の兄弟に頼ることはできないので、親が元気なうちに入所したほうが施設と連携して対応できるという理由から施設入所を希望した。

③本人の希望する 暮らし	<ul style="list-style-type: none"> ・家に帰りたい。 ・カラオケや外食など自分の好きなことをしたい。 ・ゲームをしたい。 ・ボーリングをしたい。
③ 施設での暮らし	<ul style="list-style-type: none"> ・37歳の時現在利用中の障害者支援施設に入所。 ・施設の1か月は、他の利用者からの干渉がにがてで、ホールには出てくることができず自室で過ごすことが多かった。排泄は、職員の声かけで対応していた。 ・予定の確認等、日課には対応できていた。 ・しばらくすると他の利用者の声に反応し、イライラしてタオルをかむことがあった。 ・職員の声掛けの、「もう少し」という言葉では、あいまいな表現のため理解できないことがわかった。対策として、時間を伝えることで、落ち着いて行動できた。短いことばでの声かけで意味を理解できていた。 ・施設利用者の中に、にがての利用者がいて、イライラして、自室に戻りタオルをかむことがあった。 ・自分でクールダウンと思われる行動をとっていた。例えば、イライラして、我慢し居住棟に移動して、「ぼくもうすぐおりこうになるね」20分言い続け落ち着いた時もあった。ハンカチをかんで落ち着くこともあった。 ・入所して半年過ぎると、自立課題に取り組んだりして、職員との関係は良好であった。しかし他利用者との良好な関係は難しい状況は続いていた。 ・入所して1年半が経過し、他者の背中をたたいたり、ゆすったりする行為がでてくる。 ・更に1年8か月経過したころになると、本人は、コミュニケーションのつもりだと思っているようだが、他者への「背中たたく」が他害となり、職員から注意をうけることが続くようになった。 ・また、こだわりも強くなり、データ放送のポイントをためたくて、他の利用者のテレビのリモコンを触り注意を受けることが続く。 ・入所して2年目を迎えた個別面談で母親に施設での状況を伝えると、「きもちわかるけどね」というと落ち着くと職員に伝えられた。母親のアドバイスをもとに、本人が、「背中をたたく」「体をさわる」などの行為を他の利用者に行った場合、やさしい声掛けを行うことで、それ以上の他害には及ばなくなってきた。
④ 家族の希望する 暮らし	<ul style="list-style-type: none"> ・ストレスを溜め込まず、生活して欲しい。弟夫婦は、本人の将来を心配しているが、両親は頼ることはできないと思っている。親が元気なうちに、生活の場を決め、フォローできる形が理想的である。できれば在宅時のよう

に移動支援を利用させてあげたい。そうすることで、本人の楽しみを極力残してあげるようにしてほしい。

(2) 地域生活移行に向けた支援展開

① 移行に向けたアプローチ

・2020年2月下旬 コロナウイルス感染症の拡大により施設の感染対策として、利用者の外出・面会を中止した。こうした施設の対応により、これまで定期的に帰省していた本人は、帰省して自分の部屋でゲームできない、外出ができないことにストレスをためていた。

・母親は、帰省できないことを気遣い、いつも読んでいた電車の雑誌を届けたりしてくれていた。

・同年4月下旬、サービス管理責任者から母親に対して、帰省できないことが原因で情緒が不安定になり、他の利用者を突き飛ばしたり、イライラした表情でたいたりする、他害行為が頻回に出るようになったことを伝えた。

・家族は、施設に協力的で、帰省時の自宅での楽しみであるゲーム機を施設に届けてくれたりした。

・サービス管理責任者から、両親に対し、本人へ家族の状況を伝えるための手紙を書いていただくようお願いしたところ、快く協力してくれた。

・サービス管理責任者から本人の様子を伝えようとしたが、家族は自分達も落ち込むのでという理由で何も聴かずに帰った。

・同年6月29日サービス管理責任者と支援担当者で家族との面談で、入所して3年が経過し、施設としては、これまでの支援の結果を踏まえ、入所生活は本人にとってストレスが大きく、本人のこれまでの在宅生活と施設生活のギャップが大きすぎたのではないかと推察している。これまでの支援を通して本人の能力を考えるとグループホームでの生活が望ましいのではないかと伝えた。

・両親は、子どものこれまでの生活、障害特性を考えると、現状の生活では相当のストレスを抱えていると理解していた。グループホームの制度や暮らしについて説明を聞いて、自分の子供にはあっているかもしれないので前向きに考えたいところではあるが、逆に環境の変化が更にストレスになるのではないかと、また両親の年齢を考えると入所のほうが安心できると話された。

・同年7月法人本部から「新ホームの建築」に伴う利用者募集が開始され、応募期日が7月31日までと通知された。

・サービス管理責任者から、母親に7月30日に電話にて「新ホームの建築」の募集について連絡し、申し込みするかどうかの案内をした。

⑤ 移行に向けた支援経過

・2020年7月31日「新ホーム建築」申し込み最終期限になっても両親からの申し込みがないので、サービス管理責任者から電話をしたところ母親は「まだ悩んでいる」という話ではあったが、全く興味がないという感じではなかった。サービス管理責任者は、「新ホーム建築」の担当課長に連絡し、迷っている事を伝えるとともに、申し込みをする可能性もあることを伝えた。

・同年8月10日 両親へコロナウイルス感染症対策の一環として、夏の帰省の中止の件や現在の状況をサービス管理責任者から伝えたと、グループホームの制度について詳しく話を聞きたいという申し出があった。

・同年8月20日 サービス管理責任者と法人のグループホーム担当課長、両親による面談を実施。法人のグループホーム担当課長から、グループホームの制度や月々の生活費などを説明。特に両親が興味を持ったのは、コロナ禍でも施設と違い、自宅に帰省できる。休日には移動支援が使えるなど、本人の希望する生活に近いという点であった。

・同年9月15日 グループホーム開設の募集担当支援員と面談。家族へのグループホーム建設計画の説明。そこでも、迷っていると話していた。

・同年9月30日 家族は地域生活移行に迷っているという状況ではあったが、帰省できないことからくる情緒面の不安定は続き、サービス管理責任者と担当者で検討し、グループホームについて本人に説明をしていくことを家族に相談し、家族は、了承した。

・その後、家族の同意を待っている間に、ホーム建設計画は進んでいくなか、施設としては現状の情緒面の悪化を踏まえ意思形成に向けた支援に向け動き始め、担当支援員から本人へグループホームでの生活について写真を使って説明を行った。特に施設と帰省などの対応との違いについて話したところ、グループホームでの暮らしに興味を示した。すぐに両親の様子を伝えたと、グループホームへの申し込みを決意した。

・同年10月20日 母親からサービス管理責任者へ、入居希望の結果について法人の本部から保護者宛に内定通知が届いたと連絡が入った。母親は、応募者全員が入居できる訳ではないということを理解したようだった(8室に対し25人の応募)。最終意思確認は11月2日ということをした。

・同年10月27日 施設としては、本人への今後の支援の方向性を決めるため、ケース会議を主催、開催した。両親・本人・サービス管理責任者・新ホーム担当者・施設担当支援員の参加。議題は、最終意思確認期限が迫り、新グループホームに行くかどうかの最終の話合いである。説明や確認事項などの結果を踏まえ、家族・本人は、ホーム移行へと気持ちを固めた。

・同年11月から、個別支援計画を変更し、最終的に自分の部屋の片付けの定着を目標とし、日課の活動で使った道具の片付け、自分の居室の整理整頓を職

	<p>員と一緒にいることを始めた。特に、ベッドやタンスにゴミなどをためる傾向があったので、片付ける習慣を獲得していただくための支援を重点的に行った。本人も協力し、活動した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2021年1月 サービス管理責任者は、グループホーム入居後の日中活動場所をさがし始める。ホーム担当者にも進捗状況を毎週伝えた。 ・同年2月 新ホームから日中の事業所へ通所するための手段がない、また本人の同意が得られないこともあり、同じ法人で、新たに6月開所予定の生活介護事業所をサービス管理責任者から両親に対し提案。家族は、施設や新ホームから近いこともあり、本人にとってはそのほうが良いと話した。本人に話をしたところ納得したようであった。6月開所まで日中活動は現施設を利用し、グループホームでの暮らしに慣れるための支援に重点を置くことを本人と両親に話し同意を得た。 ・同年3月1日 本人は、グループホーム利用の契約を交わし、ホーム担当者と両親は、引っ越しまでの段取りを調整。また、ホーム担当者と施設のサービス管理責任者とで荷物の移動、日時を決める。 ・同年3月9日 入居するグループホームが完成し、本人の部屋も確定したので、見学し確認した。両親も参加した。部屋の寸法を測り家具などを準備する。 ・同年3月29日 本人と母親がグループホームにて準備に入る。母が、本人に説明し、本人は、うれしそうな表情で聞いていた。 ・同年4月1日 施設を退所し、グループホームに入居した。
⑥ 移行後の定着支援	<ul style="list-style-type: none"> ・2021年4月1日～5月31日まで入所施設の生活介護を利用。サービス管理責任者は朝来所、昼ご飯を食べ、日中活動して帰るという個別支援計画を作成し、本人・両親に説明し、ホームからの通所について、担当支援員にも説明した。 ・同年4月1日 施設の担当支援員が引っ越しのための最終荷物をグループホームまで運び入れる。16:30頃生活介護が終了し、グループホームに入る。混乱なくスムーズであった。日中の様子を担当支援員からホーム職員に伝え帰所。 ・同年4月2日 施設のサービス管理責任者からグループホーム世話人へ電話をかけ昨夜の様子を確認。トイレやキッチン付近を何回も確認するような行動があった。自分の持ち物がある部屋イコール自分の居場所として認識している様子で、自室に誘導するとスムーズに移動、ゲームを楽しんでいる様子であった。22時に入眠確認、朝食も全量摂取したとの報告を受けた。 ・同日、サービス管理責任者が日中の生活介護での様子を観察したところいつもと変化なく落ちついて過ごすことができていた。

	<ul style="list-style-type: none"> ・同年4月5日 サービス管理責任者が施設に通所してきた本人の表情をみると落ちついていることがわかる。グループホーム職員との電話での連絡調整では、4月3日(土)から久しぶりの帰省。1泊2日で帰省したが、笑顔でグループホームに帰り、自宅とグループホームとの区別ができていたと、両親もうれしそうに話したと報告あり。 ・同年4月17日 施設主催のケース会議。参加者：ホーム職員・両親・施設のサビ管・相談支援担当者。グループホームでの様子、帰省時の様子について情報共有する。グループホームでは、自室で落ち着いて過ごしており、他の利用者に対し他害をすることもない。自宅に帰省した時は、母親とドライブに出かけ落ち着いて過ごしているということであった。母親からは、施設入所前に契約していた事業所に移動支援を御願ひしたいと申し出があった。 ・同年5月15日 施設主催のケース会議。参加者：ホーム職員・両親・施設のサビ管・相談支援担当者。グループホームでの生活にも慣れてきているとグループホームの職員から報告があった。特に以前のような、他害やタオルをかむなどの行為もなく、他の利用者との関係も良いという。定期的な帰省対応が再開したことで、両親も、子供の顔が見ることができ安心している。グループホームに移って良かったと話す。移動支援も再開し、感染に気をつけながら、ボーリングに行ったりして楽しんでいる。体調面では、食欲もあり、発作もなく元気に過ごしているという。6月1日から当初の計画通り新しい生活介護事業所に移るため、問題行動などがあればグループホーム側と協力していく事になった。 ・同年5月25日 本人と両親、グループホーム担当課長、相談支援専門員で、新しい生活介護事業所を訪問し、見学を行う。本人は、事前に施設の担当支援員からカレンダーを使い説明を受けたことで、納得しているようであった。 ・同年5月31日 施設の生活介護最終日、午後3時から簡単なお別れ会を実施。友達や職員から花束と色紙をもらい、笑顔でお礼の会釈をして、施設での支援を終了し、グループホームへ帰宅した。 ・同年6月1日から新たに生活介護を利用開始。 ・その後、7月、8月、9月まで月に1回グループホームの主催で、施設のサービス管理責任者、生活介護のサービス管理責任者によるケース会議を実施した。現在は、ホームでも生活介護でも大きなトラブルはなく、生活していると報告があった。今後は、問題があれば、施設としても協力していく旨を伝える。
--	--

(2)Bさんの例

■プロフィール

- ・67歳男性、療育手帳A判定、障害支援区分4、基礎疾患は無いが、やや肥満傾向。身辺面は概ね自立しているが、入浴、整容などの一部、買い物、金銭管理などIADLや健康管理など要支援部分も多い。他者の言葉は概ね理解可能だが、自身のコミュニケーションは主にジェスチャーを使っている。本人は他利用者でなく職員との関わりを重視している。
- ・入所施設での活動や余暇には積極的に参加し、情緒も安定し生活を楽しんでいる。職員とのコミュニケーションが特に楽しい様子である。

■家族

- ・母子家庭で母親は既に他界している。支援者は、従兄弟がおり施設入所当初より事務的な対応もしてくれていた。しかし、高齢のため成年後見を申立て（基幹相談センターが申立て支援を行う）、3年前に社会福祉士の後見人が選任、必要な時はいつでも来てくれている。従兄弟は施設入所継続またはGH入居のいずれかを希望していた。

■移行までの支援

- ・移行に関し、後見人に2020年10月に翌年開所する同一法人のGHの入居候補者である旨を、また2021年2月には入居した場合の2級年金のみで何とか生活が可能である点も含め入居の相談を行い、同年5月に移行を承諾、決定した。（後見人は本人の意思を尊重し移行に同意した。）入居決定は相談員から従兄弟にも即時に報告された。
- ・後見人及び従兄弟に相談説明をしていく段階では本人への聴取はしていなかったが、施設の判断で2021年5月に職員と法人内のGHを見学。部屋の中や建物内の配置などを見て入所施設より家庭的なことを本人は確認したようで、入居に好意的な言葉や表情が見て取れたため、入所施設では同意されたものと判断した。また、入所施設の同じユニットの職員が当該GHに転勤になるということで、本人も納得していた。また、GHは入所施設に隣接している点も安心感につながった様子であった。
- ・後見人や従兄弟、相談員など関係者にとっては、同一法人内に特養ホームが6か所あり、将来的にGHの生活が困難になった場合も看取り支援までのケアが可能な点も説明があり、判断材料に繋がったと思われる。

■移行後

- ・GHは日中サービス支援型であるが、急激な生活面の変化を避けるため入所施設の生活介護を週2日使いながら、生活している。多くの職員が入所施設からの異動職員のた

め、本人の面識があり安心にもつながり、生活も安定している。

■ヒアリング担当者の所感

もともと入所施設での生活が5年弱であり、60代に入るまで地域で普通に家族と暮らしてきた方であり、母との2人暮らしが母の病気によりできなくなり、緊急避難的な措置で、入所施設の利用を余儀なくされました。そして母の他界により母との生活に戻ることができず、入所施設からGHへ移行することとなりました。今回地域へ出ていくことは、再び地域へ戻っていくことであり、至極当たり前の動きと考えられます。また親から先に去っていくことも一般的な自然のなりゆきでしょう。

今回の移行事例を「準備段階」「実施段階」「定着段階」とプロセス分けをするならば、準備段階としては地域生活移行支援プロセスのモデルから見ると、本人及びご家族へのアセスメントの実施という過程を、必ずしも踏んでいたとは言い難いと考えられます。特に本人の意思決定支援を含め本人からの移行意思をそのスタートとしておかれているわけではなかったが、本人の生活歴及び入所施設での生活期間、日ごろの担当施設職員とのやり取り等勘案し、地域生活への移行支援を始められたことは、一人でも多くの人がその希望により、地域での生活を目指すという障害福祉全体での課題に対しては有意義であったことと考えられます。

実施段階では本人への聞き取りが移行直前のタイミングであったものの、入所施設の隣接敷地においてGHが建設されてきて、日々本人がそれを見つつ、何度か職員とのやり取りをすすめていたことで、引越（GHへ移行）の認識を深められたのではないかと思います。またこの間の施設職員とGH担当者との情報共有も極めて有効であり、施設職員がGHへ異動するという同一法人ならでのことも、本人の安心感を強化する材料となったと考えられます。

定着段階としては現行、同一法人内あるいは同一敷地内で日中活動の場、居住の場は確保されており、相談支援の体制としても、同一法人内での相談員も連携が取れており、後見人及びご親族との関係性も良好に保たれていて、本人を中心においたネットワークが成立しています。よって今後、本人の意思決定（意思表出支援も含め）を継続的に行うことで、生活も安定して続いていくものと思われる。

総じて多くの場合において、事業所の都合で行われた地域生活移行は、本人に過度の不安や混乱をきたす場合があります。本人が置き去りにされがちなケースは、ご家族、ご親族の将来への不安解消の課題が大きく、またそれらが多く議論される入所施設からの地域生活移行ではあると言えます。今回の事例の中では、協力的なご親族、後見人であったことがよりスムーズな移行への後押しになったのではないのでしょうか。また同一法人内のスタッフが複数関与し、ネットワークを構築していく過程において流動的な動きがつけられ、それも本人の意思形成及び安心感に大きく関与できたのではなかったの

かと考えられます。それは施設入所以前からの日中活動支援も含め、顔の見える関係職員の関与等、法人としての継続的な信頼が、ご本人、ご親族等への不安解消に寄与していた成果と言えるのではないのでしょうか。

[ヒアリング担当者 磯村有吾・長坂 宏]

地域生活移行実態調査シート

基本情報

施設名	障害者支援施設 B	回答者職名	サービス管理責任者	回答者氏名	Y 様
ニックネーム	B 様	性別	男(○) 女()	生年月日 年齢 (2021年6月 末時点)	S28.X.X 67歳
障害名	知的障害			障害支援区分	区分4
障害者手帳等級	療育手帳 A 判定		出身市町村		B 市
収入状況	(障害基礎年金等) 障害基礎年金および在宅重度障害者手当 (GH 入所後、2021年5月現在)				
基礎疾患	・なし ・あり (疾患名)	成年後見制度	・利用している		
		後見類型	・利用していない		
		後見人	・後見・保佐・補助 ・親族() ・専門職(○) 社会福祉士		
服薬	・なし ・あり ローコール錠 30mm (夕食後)	服薬管理	・できる ・できない		
生活リズム		平日	休日		
	起床時間	6:00	6:00		
	就寝時間	20:30	20:30		
	睡眠時間	約9.5時間	約9.5時間		

健康領域	てんかん発作	ある・なし	初回発作	歳ごろ
	・現在の発作の状態			
	・発作の起きやすい時間帯や誘発する行動等			
	アレルギー	ある・なし	禁止食品名	
	その他 *花粉症など			
	その他 特記事項	高コレステロール血症		
食事領域	項目	実態		
	好きな食べ物	うなぎ		
	好きな飲み物	缶コーヒー、ビール (イベントや外出時のみ、晩酌はしない)		
	嫌いな物	好き嫌いなし		
	食事の形態	・普通 ・粗きざみ ・極きざみ ・ペースト状		
	食事コントロール(カロリー調整等)	・不要 ・必要 (体重がやや増加傾向)		
	食事内容量	・ご飯量 (普通量・少なめ・少なめ) ・肉、魚 (普通量・少なめ・多め) ・野菜 (普通量・少なめ・多め)		
	食事介助	・不要 ・一部できる (・箸 ・スプーン・その他()) ・全介助		
	支援時の留意事項	食べこぼしや食べ残しが少しあるので、声かけをしている。また、歯は下しかないが、今のところ支障はない様子。		
	行動障害	自傷・他害・多動・異食・その他()		
コミュニケーション	項目	実態		
	意志表示の手段	・言語 ・文字 ・絵カード ・その他		
	他者の意思伝達の理解	・理解できる ・ほぼ理解できる ・できない		
	携帯電話の使用	・使用できる ・できない ・その他		
	タブレットの使用	・使用できる ・できない ・その他		

コミュニケーション	その他 特記事項	(本人に特化した方法等) 言葉は「かーしゃん」と「ちー」「うんこ」のみ。 他はほぼジェスチャーで伝えてくる。愛されキャラ。人懐っこい人柄。慣れた職員とのコミュニケーションは円滑。職員側も本人に即、慣れる。
生活支援1	項目	実 態
	対人関係構築のための配慮点等	他利用者にはあまり興味がなく、自らの関わりは職員にのみ。他利用者からアプローチがあれば、関わっている。悪気なくTVの前で立ち止まることなどがあり、他利用者から嫌がられることもあるので、職員が声をかけている。移動指示の声かけに対して拒否すること無く、動くことができる。女性職員へのアプローチは多いが性的な接触はない。また、女性職員とのコミュニケーションは手のひらを見ること(手相を見るようなイメージで女性職員の手のひらを見る。それに対して女性職員が「今日、いいことある?」と問いかけると、ジェスチャーで応えてくれる。)
	屋外移動 (1人で移動できる) (1人で目的地までいける) (近距離移動) (長距離移動)	移動は見守りが必要。移動中、何か気になることがあると、それてそこへ行こうとする。敷地内は、職員が近くにいなくても大丈夫だが、敷地外は必ず職員の付き添いが必要。
	金銭管理	・できる ・ <u>できない</u> ・その他
	安全管理	・できる ・ <u>できない</u> ・その他
	衣服の着脱	<u>できる</u> ・一部できる ・できない ・その他 ※ボタンのかけ間違いやファスナーの閉め忘れがある。
	排泄行為 排便 排尿	・1人でできる ・ <u>一部できる</u> ・1人ではできない ※ふき取りができない。 ・ <u>1人でできる</u> ・一部できる ・1人ではできない

	その他 特記事項	尿が全部出きらないため、尿漏れしてズボンを濡らすことがある。
生活支援2	整容行為(洗顔・整髪・ひげそり等)	・できる <u>・要支援</u> 洗顔は軽くできる。髭剃りは、真似のみ。 整髪はほとんどしない。
	歯磨き	・できる <u>・要支援</u> 職員が磨き直ししている。 ・歯磨き習慣 (<u>朝</u> <u>昼</u> <u>夜</u>)
	入浴行為	・できる <u>・要支援</u> 雑ではあるが少しできる。
	旅行鞆等の整理	・できる <u>・要支援</u>
	整理整頓	・できる <u>・要支援</u> タンスへの衣類の片づけは、すべてを同じ場所に入れてしまう。
	買い物	・できる <u>・要支援</u> お金の価値はわからない。お金のやり取りは職員が全面的に支援している。
	その他 特記事項	
	就寝後の睡眠状態について	<u>・熟睡できる</u> ・熟睡できない
	外泊時に必ず持って行くものがありますか	・ある () ・ない
	就寝時の支援について	<u>・1人でトイレに行くことができる</u> ・トイレ誘導が必要。 ・就寝前に声かけが必要。
就寝時における配慮事項	TV はつけたまま就寝するので、入眠後は職員がTVを消している。	

2 地域生活移行に関する経緯

(1) 支援前の状況

① 入所前の暮らし	母と本人の2人での暮らしが長く、本人の支援を母親が全面的に行っていた。養護学校卒業後しばらくは家事手伝いとして在宅での動きに留まっていたが、入所する15年ほど前から同法人が運営している日中活動を週3日利用し始めた。
② 入所理由	本人と一緒に暮らす母の病状が進み、本人の食事、入浴等行うことが難しくなった。そこで、ヘルパーやショートステイを利用して何とか在宅生活を継続していたが、いよいよ母の容態が悪化し、本人の在宅での生活が困難となった為。
③ 本人の希望する暮らし	具体的な聞き取りは入所当初行っていなかったが、母親との在宅での暮らしが長く、年齢が高くなってきてからの入所である為、家庭的な暮らし(再び母と暮らすこと)が本人の希望ではないかと見立てる。入所後、母親へは毎月面会に行っていたが、3年半ほど前に他界した(※)。職員が作成した仏壇に母親の遺影をおいて、毎日お参りしたり飾ったりしている。職員にもお参りをして欲しい、と伝えてくる。 ※母親のことを尋ねると空を指さしていた。母親が亡くなっていることは理解できていると思われる。
④ 施設での暮らし	入所当初から2~3ヶ月は眠りの浅い日が多かったが全般的には荒れた様子や混乱はなく、馴染んで過ごす。 また、在宅生活中に同法人の日中活動を利用して、活動への参加状況、職員とのコミュニケーション等においても比較的困惑なく、穏やかに暮らす。
⑤ 家族の希望する暮らし	他界した母親はずっと本人と一緒に生活を希望していたと思われる。高齢の従兄弟は、親族として本人の実務上の保護者となった後は、施設入所またはGH入居を希望される。後見人(※)は本人の思いが安定して遂げられるならGHを希望。 ※入所当初は、従兄弟2名が本人のことについて、対応してくれた。そのうち1人は、書類などの署名や捺印、受給者証の更新もしてくれていたが、御本人も高齢で自動車の運転も危険になったため、成年後見の申し立てをされた。申し立て支援はB市基幹相談支援センターが行なった。3年前に後見人として第三者(社会福祉士)が選任され、後見人は必要な時はいつでも施設に来てくれている。

(2) 地域生活移行に向けた支援展開

① 移行に向けたアプローチ	法人のGH新設計画に伴い、2020年10月、後見人及び親族へ本事業の説明を法人担当者より個別に行う(※)。2021年2月、新設GHへの入居移行を後見人及び親族と話し合う。 ※前述したように入所当初、GHに関して本人から聞き取りをしていないケースであり、現場の職員にGH移行の候補にあがっていることを伝えていなかったため、支援計画にはあげていなかった。
② 移行に向けた支援経過	<ul style="list-style-type: none"> ・入所施設の隣接する敷地でのGH建設のため、2021年に入りGHの建物ができると、入所施設での日常生活場面において、本人に建設しているものがGHであることの説明を行い、GHで暮らすことの意味確認を重ねた。 ・入所施設職員と完成した建物見学を行い、本人の最終意思確認を行う。具体的に2021年5月下旬、職員と一緒に見学に行く。とても嬉しそうに見学し、1つの部屋を本人の部屋だと伝えると、竣工式でたくさん頂いた観葉植物の中から1つ選び、その部屋に運んでほしいとジェスチャーする。その後、部屋の中で母の仏壇を置くところ、TVを置くところ、観葉植物を置くところを職員と何度も嬉しそうに確認し、「ここに引っ越して来る？」と職員が訊くと、何度も笑顔で頷く。その後、入所施設に戻ってからも、職員にGHを指さして「あそこへ行く」アピールを嬉しそうにしてきた。 ・本人に対して移行を伝えたが、情緒は安定していて特に問題はなかった為、引越すための荷物整理などの支援をした。GHの職員も入所施設から異動する職員が多く、本人のユニットの職員がGHに異動となり、それを本人に伝えると、とても喜んでいた。 ・後見人には、2020年10月に、GHが2021年6月に開所するため、本人が候補になっていることを伝える。その後、2021年2月に移行の相談をし、5月には決定を連絡した。従兄弟には、5月にGHへ移行することを、相談支援専門員(※)から報告した。※同法人内の相談支援事業所
① 移行後の定着支援	GHは日中サービス支援型だが、週に数回は日中活動の場として同法人の通所の生活介護を利用することにしていた為、生活介護事業所及びGH職員と相談支援専門員が中心となりGH移行後の定着確認に向けた情報交換を行った。特に睡眠の状況(※)、日中活動の頻度等確認調整、その後入所施設及び親族、後見人へも相談支援事業所から連絡、報告を行った。 ※施設入所時は2~3か月浅眠が続いた為、GHに入居後、生活の変化で睡眠状況に変化がないか観察を続けた。結果としては1週間ぐらいで熟睡できるようになった。

(3)Cさんの例

■プロフィール

・36歳男性、療育手帳A判定、障害支援区分5、自閉症、基礎疾患は無し。障害特性から手順や物の位置などにこだわりが強く、行動の節目に合図や声掛けが必要。情報は視覚で分かるようにし、言葉で伝えている。ルーティーンの修正は難しい。お茶の多飲、異食（ゴミなど）、器物破損など有り。本人からの聞き取りは、意志表出ができないため意思の読み取りが困難であった。

■家族

・母親が12歳の時に死去し、障害児施設に入所。年齢超過により29歳の時に障害児施設から現在の障害者支援施設に変更。父親は、①入所施設での生活を続けてほしいという意向が強かったが、②長年入所施設で生活してきたので、様々な体験を積んで本人の活動が広がると良いとの意見もあり、また、③本人は言葉が無いので、本人の意思決定を支援してほしい、などの意見も聞かれた。

■移行までの支援

- ・2019年12月、同法人内のグループホームの説明会を保護者会で実施、2020年10月に父親に個別説明し、その際は本人が希望すればOKという意向で、一歩前進した。
- ・2020年1月、本人の意思が確認できないが、担当職員と家族が話し合いの上、最善の利益と考え意向を進めていくことになった。本人に分かりやすく伝え不安を減らすとともに、「地域生活チャレンジ事業」(*)を通して入居予定のグループホームを見学し、視覚的なイメージを持ってもらった。2泊3日の宿泊体験を実施し、より理解を促進した。
- ・体験後本人は、グループホームを理解され、表情は豊かになった。ただ、家族は依然入所施設に安心感があり、またグループホームの場所が自宅に近いので、本人が戻ってきてしまう可能性を危惧していた。
- ・その後は、相談支援専門員と協議し、サービス等利用計画の見直しを行った。移行先のグループホームでは、他のホームとの調整で入居者の相性などを考えメンバー調整を進めていき、入居の時点では、トラブルの考えられる同居者はいなかった。
- ・家族には、再度状況を説明し、了承を得ていた。

■移行後

- ・環境や日課に慣れるまで、職員が共に行動し、目で見て分かるような情報提示などを

心がけていった。また、こだわりを助長しないような配慮を徹底した。

- ・入所施設や相談支援との連携を密にしたことで情報共有もすすみ、スムーズな移行ができた。
- ・家族から要望のあった、「落ち着くまでの不安へのサポート」も考慮し、家族にも安心していただく援助計画を策定して対処した。

■ヒアリング担当者の所感

お話を伺いする中で、何度も「丁寧に」という言葉が出てきました。この「丁寧さ」は、地域移行を実施するメンバーを決めるときから始まっています。地域移行に関してのリーダーシップをとった職種について伺うと、お返事は「全員一丸となって取り組みました」とのことでした。毎月、会議を開き、ご本人が地域移行した後に起こるであろう様々なことを想定し、話し合ってきたとのことでした。

地域での暮らしを想像しにくい利用者の場合、チャレンジ事業は、大変有効だと感じました。周りをご本人の能力を決めつけることなく、「入所」「地域」を選択できる環境の設定と提供が、現在入所施設に求められていることなのだと思います。

チャレンジ事業では、日中支援、余暇支援の選択肢を出来るだけ多く示し、ご本人に選択していただくようにしたそうです。チャレンジ事業期間中の配慮として、ご本人をよくわかっている生活支援員が、日中、夜間共に対応する、ご本人の様子を記録する等、丁寧に関わることを優先し、ご本人が嫌がることはしない、新たなこだわりをすることをしないなど、自閉症の特性を十分理解し支援したとのことでした。

ご本人の様子をみて、保護者の方が「本人の選択肢を増やし、意思決定を支援してやってほしい」と移行に前向きになられたことは、実際にご本人が経験しなければ、実現できなかったのではないのでしょうか。現在ご本人は大変落ち着いて生活しているとのこと、地域生活は自閉症の方にとって、不安が大きくとも、わかりやすい生活リズムなのだと思います。

地域移行をすすめるにあたり、その進め方は様々です。職住分離を先に実行する、チャレンジ事業を活用する、思い切って一度にすべてを進めていくなど、一人ひとりにあった「オーダーメイド」の支援は、地域生活移行でも重要です。ご本人が、地域生活を体験し、どちらかを選択できる様に支援することが、本来の地域移行支援なのだと思います。

私は、利用者の地域生活移行を進める時、ご本人が獲得すべきスキルは何か、支援すべきスキルは何かを考え支援計画を作成してきました。しかし、今回お話を伺って、「器（住居や地域）にご本人を当てはめるのはおかしい」と自分の考え方の間違いに気付きました。選択肢を提示し、多職種・同職種が連携することで、ご本人の選択に寄り添うことができるのだ、ということが今回のヒアリングで感じたことの1つです。

障害者を社会が受け入れる準備が整わないなか、ご本人の意思決定支援を支え、利用

者が希望する生活は何か、どのように歳を重ねていきたいのかを推察するには時間がかかります。多職種連携、多機関連携と、生活支援員の必要なスキルも変わってきました。

地域生活がご本人に納得ができないものであった場合、それを「失敗」と思わないことも大切です。地域生活移行に、失敗はないと考えます。それぞれの「住まい方」「支援の方法」があって良いのだと思います。しかし、それを決めるのは、ご本人であり、経験と選択があつてのことでしょう。

※地域生活チャレンジ事業…施設入所者及びその家族を対象として、グループホーム等を活用した宿泊体験や生活体験をおこなうとともに、地域移行成功者やその家族から体験談等を聞く機会を持つ。2018年度から2020年度まで実施された愛知県の委託事業。

[ヒアリング担当者 猿子雅子]

地域生活移行実態調査シート

基本情報

施設名	障害者支援施設 C	回答者職名	施設長	回答者氏名	Z 氏
ニックネーム	C 様	性別	男 (○) 女 ()	生年月日	S60.X.X
				年齢	36 歳 (2021年6月末時点)
障害名	知的障害 自閉症スペクトラム		障害支援区分	5	
障害者手帳等級	療育手帳 A 判定		出身市町村	C 市	
収入状況	(障害基礎年金等) 障害基礎年金 1 級				
基礎疾患	・なし		成年後見制度	・利用している ・利用していない	
	・あり (疾患名)		後見類型	・後見・保佐・補助	
			後見人	・親族 ()・専門職 ()	
服薬	・なし ・ あり		服薬管理	・できる ・できない	

生活リズム	平 日		休 日	
	起床時間	6 : 00	起床時間	6 : 00
	就寝時間	21 : 00	就寝時間	21 : 00
	睡眠時間	浅眠傾向の為、日によって違う		
健康領域	てんかん発作	ある・なし	初回発作	歳ごろ
	・現在の発作の状態			
	・発作の起きやすい時間帯や誘発する行動等			
	アレルギー	ある・なし そ の 他 *花粉症など	禁止食品名	
その他 特記事項				
食事領域	項 目	実 態		
	好きな食べ物	デザートなど		
	好きな飲み物	特になし		
	嫌いな物	特になし		
	食事の形態	・普通 ・ 粗きざみ ・ 極きざみ ・ ペースト状		
	食事コントロール(カロリー調整等)	・不要 ・ 必要		
	食事内容量	・ ご飯量 (普通量・少なめ・少なめ) ・ 肉、魚 (普通量・少なめ・多め) ・ 野 菜 (普通量・少なめ・多め)		
	食事介助	・不 要 ・一部できる (・箸 ・スプーン・その他 ()) ・全介助		
	支援時の留意事項	多飲水の傾向があり、3杯までと決めている。		
	行動障害	自傷・他害・多動・異食・その他 (強い拘り)		

コミュニケーション	項目	実 態
	意志表示の手段	・言語 ・文字 ・絵カード ・ <u>その他</u>
	他者の意思伝達の理解	・理解できる ・ <u>ほぼ理解できる</u> ・できない
	携帯電話の使用	・使用できる ・ <u>できない</u> ・その他
	タブレットの使用	・使用できる ・ <u>できない</u> ・その他
その他 特記事項	(本人に特化した方法等) 他者との関りの中で、距離感が分からず近づきすぎてしまう傾向にあり、トラブルとなる事がある。 拘りが強く、ルーティンの修正が出来ない。	
生活支援1	項目	実 態
	対人関係構築のための配慮点等	他者の物と自分の物との区別がつかず、人の物を勝手に動かすことがある。職員の手伝いをする事で、拘りが増えるので手伝いは依頼をしない事になっている。
	屋外移動 (1人で移動できる) (1人で目的地までいける) (近距離移動) (長距離移動)	単独移動はおそらく出来ない。 チャレンジ事業にて、地域での生活を経験する。1人での行動は難しい為、ご本人をよく知っている生活支援員と一緒に行動した。
	金銭管理	・できる ・ <u>できない</u> ・その他
	安全管理	・できる ・ <u>できない</u> ・その他
	衣服の着脱	・ <u>できる</u> ・一部できる ・できない ・その他
	排泄行為 排便 排尿	・1人でできる ・ <u>一部できる</u> ・1人ではできない ・ <u>1人でできる</u> ・一部できる ・1人ではできない
	その他 特記事項	

生活支援2	整容行為(洗顔・整髪・ひげそり等)	・できる ・ <u>要支援</u>
	歯磨き	・できる ・ <u>要支援</u> ・歯磨き習慣 (<u>朝</u> <u>昼</u> <u>夜</u>)
	入浴行為	・できる ・ <u>要支援</u>
	旅行鞆等の整理	・できる ・ <u>要支援</u>
	整理整頓	・できる ・ <u>要支援</u> 自分で出来るが、自他の区別がつかず人の物も行ってしまう。
	買い物	・できる ・ <u>要支援</u>
	その他 特記事項	行動の節目に合図(声掛け)が必要。合図がないと不安になる。ゴミを拾う等の不潔行為がある。
	就寝後の睡眠状態について	・熟睡できる ・ <u>熟睡できない</u>
	外泊時に必ず持って行くものがありますか	・ある () ・ <u>ない</u>
	就寝時の支援について	・1人でトイレに行くことができる ・トイレ誘導が必要 ・ <u>就寝前に声かけが必要</u>
就寝時における配慮事項	不安が続くと眠れなくなることがある。 特に頓服などは使用していない。	

2 地域生活移行に関する経緯

(1) 支援前の状況

①入所前の暮らし	12歳から障害児入所施設利用。29歳の時、障害者施設へ入所する。
②入所理由	12歳の時母が亡くなる。自宅療育が困難となり、障害児入所施設を利用する。29歳で年齢超過により、障害者支援施設へ入所。
③本人の希望する暮らし	本人からの聞き取りは難しい。児童期に入所しているため、地域生活の理解はなかったのではないかと推測される。
④施設での暮らし	拘りが強く、手順や物を置く位置に特に強い拘りをもつ。自他の区別がつかず、人との距離感も分かりにくい為トラブルへと発展しやすい。自分の思い通りにならないと自傷をしたり、湯飲みなどを割り、生活支援員へ注意喚起をする。清潔保持が出来ない。ゴミを拾う等の不潔行為在り。
⑤家族の希望する暮らし	入所での生活を続けてほしいと願っていた。長年、入所施設で生活していたので、経験を増やし本人の活動の場が広がると良いと思う。チャレンジ事業での報告を聞き、グループホームでの移行を考え始める。

(2) 地域生活移行に向けた支援展開

①移行に向けたアプローチ	<p>準備段階：移行2年前 地域生活移行 ニーズ調査の実施①</p> <p>移行1年前 地域生活移行 ニーズ調査の実施②</p> <p>移行半年前 チャレンジ事業 地域生活移行について再度父親に説明会</p> <p>課題 家族は反対が多く、利用者同士の相性も課題の1つとなる。</p> <p>実施段階：移行半年前 <u>本人への計画の説明と同意</u>。言葉での説明が難しかったため、実際のグループホームを見学していただき説明をする。</p> <p>家族への説明と同意。自宅近くのホームで無ければ良い。ご本人が良い表情を示し、家族も安心したため移行に同意する事となる。</p> <p>移行のための個別支援計画作成。</p> <p>移行3カ月前 チャレンジ事業実施。他事業所の生活介護や地域での余暇を体験する。新しい拘りを作ることがないよう、本人をよく理解している支援者が、日中、夜間共に行動を共にする。</p> <p>移行2カ月前、移行決定の調整。</p> <p>表出された課題は特にないが、細やかに会議を重ね、家族の不安な思いや心配事に寄り添う。決定後には他機関と調整を重ねる。</p> <p>グループホーム側の受け入れ準備①環境・日課の変化に慣れるよう</p>
--------------	--

	<p>支援する。生活支援員と一緒に行動し、目で見て分かるように情報提供する。②拘りを作らないように配慮する。職員の手伝いが拘りに変化しやすいので、「手伝いはしない」事を統一していく。③他者とのトラブルを防ぐ。人の物には触らない、静かにしなければならない時は静かにするよう、統一した声掛けをしていく。</p> <p>定着段階：担当者会議を細やかに開き、問題解決に対応する。移行する生活介護事業所も、受け入れの体制を作る。定期的な情報交換を行う。</p> <p>家族の要望：落ち着くまで不安がるのではないかと。落ち着くことが出来るよう支援をしてほしい。</p>
②移行に向けた支援経過	<p>2021年から、移行のための会議を事業所内で毎月開く。</p> <p>調整事項：移行するメンバー、その相性。チャレンジ事業の実施期間。付き添い支援員、日中の過ごし方等。</p> <p>3カ月前に移行が決定し、家族と調整を図る。</p> <p>移行が決まってからは、以下のことを3カ月間で行った。相談支援専門員を介して、家族との調整をその都度図る。入所・グループホーム・日中活動・相談支援専門員とも同法人のため、調整は行いやすかった。</p> <p>① 入所施設⇔ご本人・家族 移行決定を伝える。ご本人が理解できたかどうかは反応が無かったためわからなかった。家族はチャレンジ事業の様子をみて、安心されていたようだったので、「長く入所施設で生活してきたので、いろいろなことを経験させてやりたいと思う。本人が落ち着いた生活を送ることができるよう、支援の継続をお願いしたい」と要望された。入所施設からは、移行までの3カ月間でお気持ちが変わる様なことがあれば、いつでも相談に乗ることや、どんな些細なことでも不安な要素があったら伝えてほしいと伝える。</p> <p>② 相談支援専門員⇔家族 サービス等利用計画作成のためのご本人のアセスメント、家族の思いを聞き取る。相談支援専門員は入所施設でのご本人のモニタリング、チャレンジ事業での様子、地域生活への目標を作成する⇒支給の申請</p> <p>③ 入所施設⇔相談支援専門員 地域生活での想定される課題、本人の課題などをサービス等利用計画作成のための協力、情報共有を行う。</p> <p>④ 入所施設⇔グループホーム チャレンジ事業では、入所施設から支援員が付き添うこととした。ご本人の障害特性、強み、弱みなどを伝え、地域生活での課題や目標を設定する。日中活動場所(生活介護)のサービス管理責任者も同席し、情報共有する。主治医の変更など、医務的な引継ぎも各施設の看護師同士で行う。</p>

	<p>⑤ グループホーム⇄家族 生活に必要なもののリストや家族自身の心配事、事務的な手続き等行う。併せて、実際入居するグループホームをご本人と共に見学し、家具などの購入のための採寸、納入日程の調整などを行う。</p> <p>⑥ グループホーム内にて、サービス管理責任者と世話人で対応を統一化する。</p> <p>⑦ また、支援計画の確認を世話人とサービス管理責任者・父親とで行う。</p>
② 移行後の定着支援	<p>① 移行後、入所の生活支援員とグループホームのサービス管理責任者、世話人で様子の確認を行う。</p> <p>② 1か月後、入所・グループホーム・法人内の生活介護事業所の各サービス管理責任者で情報共有を行う。家族のフォローは相談支援専門員にて行う。</p> <p>③ 2か月後、入所・グループホーム・法人内の生活介護事業所の各サービス管理責任者で情報共有を行い、今回の生活移行支援について振り返りを行う。</p>

3 事例検証を終えて

地域生活への移行事例報告を3例紹介しました。各事例特徴があり、同じ内容の実践はありません。本人の尊厳を大切にしながら、意思形成を図りつつ個別に必要な支援を計画し実行しています。家族への説明は、利用者の状態を踏まえた支援であることを丁寧に伝える事が重要で、不安や疑問をひとつひとつ解決していきつつ進めていくべきなのです。一方的な説明だけでは同意を得ることは難しいといえます。納得のいく説明のために、十分な話し合いが必要になってきます。

今回の事例の特徴は、地域移行先のグループホームが同一法人であり、家族の法人への信頼を強みにしたように捉える事は可能ですが、家族のうち1人でもグループホームでの生活についてイメージできない場合、話は進んでいきません。同一法人にグループホームがない状況であっても相談支援専門員や他の法人のグループホームのサービス管理責任者と連携できるよう地域自立支援協議会等を活用してネットワークを構築し、家族との懇談会等で説明会を企画することも可能なのです。入所施設は、地域における社会資源の状態を把握し、保護者等援助者の意識や意向について傾聴し、「入所施設の方がしっかりと対応ができる」という社会意識に甘んずることなく、当事者中心の支援を実践する必要があります。地域生活移行支援の課題のひとつである、家族の同意が得られないということで支援者は悩み、あきらめるケースもあるかもしれません。しかし、その多くは、はじめは反対していても、丁寧にわかりやすく説明していくことで、安心して協力することができるようになります。



次に、地域生活移行時の最適年齢については、共通する傾向を見いだすことはできませんが、施設入所利用者の高齢を原因とする重度化は進み、地域生活へ移行したあとの受け皿としての機能については、様々な個別的ニーズを充足するためのきめ細かい調整が必要です。つまり、入居予定の利用者の状態を知り、支援に必要なハード面の設計に向けた意見出しができる環境は大きな強みとなります。今回の事例のような同一法人が整備するグループホームはそうした点でメリットがあるかもしれません。住宅環境をリフォームすることで対応できるケースもあり、市によっては補助金で整備できる場所もあります。

入所歴に視点を向けると、事例では入所後約7年で移行した方と約5年で移行した方がいました。厚生労働省の「平成30年度障害者総合福祉推進事業障害者支援施設のあり方に関する実態調査」によれば、入所後5年以内に地域生活へ移行するケースが多いことがわかっています。これはどういうことか推測すると、5年以内であれば、自宅での生活経験の楽しかった記憶が鮮明に残っていることから、地域生活への希望がより積極的になるのではないのでしょうか。逆に5年以上になると、施設での生活に慣れ、生