令和6年度障害者総合福祉推進事業

障害者支援施設における支援者のための
地域移行等の意向確認マニュアル

～地域移行等意向確認等に関する指針作成のためのマニュアル～

令和7年3月

PwC コンサルティング合同会社

目次

第1章　はじめに －本マニュアル作成の背景－ 1
1.　地域生活への移行に関する国の施策の動向 1
2.　社会保障審議会障害者部会等における議論の動向 2
3.　国連障害者権利委員会による勧告 2
4.　本マニュアル作成の目的 3
第2章　本マニュアルの基本理念 4
1.　意向確認の基本的な原則 4
2.　意向確認が必要な場面 5
3.　地域移行とは 5
4.　地域移行等の意向確認の必要性 6
5.　支援者に必要な心構え 6
第3章　意向確認に必要な体制の整備 8
1.　基準に沿った準備 8
2.　具体的な進め方 10
3.　適切な意向確認ができる支援者の育成 13
4.　地域移行する場合の関係機関との連携 15
第4章　個別の意向確認のステップ 17
1.　主な意向確認のタイミング 17
2.　意向確認のステップ 18
3.　各ステップでの具体的な支援内容 19
4.　家族との連携 23
第5章　その後の支援 25
1.　意向確認のその後の支援 25
2.　地域移行支援事業所等の役割 26
第6章　Q&A 27
参考文献・検討委員 28

（参考） 地域移行等に向けたフローチャートとその掲載ページ

全体の流れ（第3章で解説）

施設での準備

- **意識統一**
  - 環境整備、理念の共有
  - 目標の設定
- **体制整備**
  - 支援チームの結成
  - 人材育成

実現・定着に向けた支援

- **情報収集**
  - これまでの生育歴、嗜好、意思表出の仕方等について情報共有
  - 日頃の支援の様子から情報収集
- **会議の開催**
  - 関係者を集めて「意思決定支援会議」の開催
- **計画の作成**
  - 会議の内容等をもとに今後の支援計画を作成

個別の支援（第4章で解説）

入所者への意向確認

- **意思形成支援**
  - 適切な情報、認識、環境の下での意思形成のための支援
- **意思表明支援**
  - 形成された意思を適切に表明・表出するための支援

実現・定着に向けた支援

- **意思実現支援**
  - 本人の意思を日常生活・社会生活に反映するための支援

得られた情報を関係者で共有

第1章　はじめに －本マニュアル作成の背景－

これまでわが国では、入所施設を整備することにより、障害のある方が安心して暮らせる体制整備を行ってきました。こうした施設は、家族と一緒に暮らすことが難しい障害者を受け入れるなど、障害者の人権や生活を守るために大切な役割を担ってきました。

近年、すべての障害者が自らの望む暮らしを実現することができるよう、たとえ重い障害があっても地域で自立した日常生活や社会生活を送るための支援が強化されてきており、国の「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」においても、すべての施設入所者の地域生活移行に関する意向について、その支障となっている要因や必要とする支援を含めて把握し、適切に意思決定支援を行いつつ確認すること等や、施設入所者の地域生活への移行として、地域生活へ移行した人の数や入所者数の削減数についての成果目標が提示されています。

本章では、こうした国の動向に伴って現在各施設で対応が必要とされている内容や、本マニュアル作成の背景と目的について示します。

1. 地域生活への移行に関する国の施策の動向

厚生労働省は、障害者の権利を尊重し、より質の高いサービスを提供することを目的として、平成29年3月に「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」を策定しました。このガイドラインは、日常生活や社会生活において障害者の意思が適切に反映された生活が送れるよう、障害福祉サービスの提供に関わる支援者等が必要な対応を実施するために必要な支援の方法や考え方における指針を示しています。

その後、厚生労働科学研究において「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」の理解や活用に関する研修カリキュラムが開発され、令和2年度からは都道府県が実施する相談支援従事者研修やサービス管理責任者等研修等のメニューの一つとして実施されています。

さらに、令和6年度障害福祉サービス等報酬改定では、すべての入所者に対して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の意向について確認し、本人の希望に応じたサービス利用になるようにしなければならないことが入所施設の一般原則に規定されるとともに、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規定され、令和8年度からは義務化されることが決定しました。これにより、入所者の希望に沿った地域生活への移行に向けた支援体制だけでなく、入所者の意向に沿ったサービス提供の支援体制が一層強化されることが期待されています。

令和8年度から義務化される地域移行等意向確認等の具体的な内容

①　地域移行等意向確認等に関する指針の作成

施設として、入所者への意向確認の手順や方法を明確に示した指針を作成し、支援者が一貫した支援を提供できるようにすることが求められています。

②　地域移行等意向確認担当者の選任

入所者の地域生活への移行や入所している施設外の障害福祉サービスの利用等についての意向確認を定期的に行う担当者（地域移行等意向確認担当者）を選任することが求められます。担当者は、入所者一人ひとりのニーズを把握し、必要に応じて、地域生活支援拠点等や相談支援事業所などと連携しながら適切な支援をする役割を担います。

③　意向確認の実施と個別支援計画への反映

地域移行等意向確認担当者は、すべての入所者に対して、現在の障害福祉サービス等の利用状況を把握したり、地域生活への移行や施設外の日中活動系サービスの利用に関する意向等について定期的に確認したりして、その内容を個別支援計画の作成に係る会議に報告しなければなりません。

こうしてサービス管理責任者と協力し、入所者の意向を反映した個別支援計画を作成することが求められます。

また、地域移行を進めるため、地域生活のイメージを形成するための動機づけ支援としてグループホームの見学や食事利用等を行うこと等を評価するための加算も創設されました。こうした加算をうまく活用しながら入所者の意向を踏まえた暮らしの実現を目指していきましょう。

2. 社会保障審議会障害者部会等における議論の動向

近年、社会保障審議会障害者部会等における議論は、障害者の自立支援と社会参加を促進するための多岐にわたるテーマに焦点を当てており、障害者の地域移行支援の強化や意思決定支援の充実についても議論が進められてきました。

地域移行支援の強化については、障害者が施設から地域社会へ円滑に移行できるよう、具体的な支援策の整備が進められており、地域での生活を希望する入所者に対して、施設外のグループホーム等の見学や体験機会の提供等、地域移行の実現に向けた具体的な取組が求められています。

また、意思決定支援の充実については、障害者の自己決定を尊重し質の高い支援を提供するための重要なテーマとして位置づけられており、障害者が自らの意思を表明し、その意思に基づいて生活を選択できる環境を整えるための支援方法が議論されています。特に、意思の表出が困難な場合でも、広域的支援人材と連携したり、支援方法を工夫することで適切に意思を汲み取ることができるような体制を整備することが期待されています。

これらの議論を通じて、障害者が地域社会で自立した生活を送るための基盤づくりが進められており、今後も引き続き多様な視点からの議論と施策の実施が求められます。

3. 国連障害者権利委員会による勧告

令和4年、国連の障害者権利委員会は、日本政府に対して、日本の障害者の権利状況を改善するための具体的な措置を求める勧告を出しました。

この勧告では障害者の地域移行についても述べられており、障害者がより自立した生活を地域社会で送ることができるよう、施設に依存する現状を改善し、地域移行を促進するための具体的な措置を講じるよう求めています。

自立した生活及び地域社会への包容（障害者権利条約第19条）

▼41.委員会は、以下を懸念をもって注目する。

（a） 知的障害者、精神障害者、障害のある高齢者、身体障害者及びより多くの支援を必要とする障害者、特に地域社会の外にある施設で生活する障害者、並びに、家族及び地域生活を奪う様々な種類の施設における、障害のある児童の中で、特に、知的障害、精神障害もしくは感覚障害のある児童及び児童福祉法を通じた、より多くの支援を必要とする児童の施設入所の永続。

（b） 公的及び民間の精神科病院における精神障害者及び認知症を有する者の施設入所の推進。特に、精神障害者の期限の定めのない入院の継続。

（c） 保護者の下で、実家で生活している者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の下でグループホームのような特定の施設形態に置かれる者も含め、障害者が居住地及びどこで誰と生活するかを選択する機会が限定的であること。

（d） 居住施設や精神科病院にいる障害者の脱施設化及び他の者との平等を基礎とし、障害者の地域社会での自立した生活のための、自律と完全な社会的包容の権利の認識不足を含む国家戦略及び法的枠組みの欠如。

（e） 利用しやすく負担しやすい費用の住居、在宅サービス、個別の支援及び地域社会におけるサービスを利用する機会を含む、障害者が地域社会で自立した生活を送るための支援の整備が不十分であること。

（f） 障害の医学モデルに基づく地域社会における支援及びサービスの供与に関する評価形態。

▼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。

(b) 地域社会における精神保健支援とともにあらゆる期限の定めのない入院を終わらせるため、精神科病院に入院している精神障害者の全ての事例を見直し、事情を知らされた上での同意を確保し、自立した生活を促進すること。

(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。

(f) 障害者にとっての社会における障壁の評価及び障害者の社会参加及び包容のための支援の評価を含む、障害の人権モデルに基づいた、地域社会における支援及びサービス提供を確保するため、既存の評価形態を見直すこと。

障害者の権利に関する委員会 第 27 会期 日本の第1回政府報告に関する総括所見(外務省 仮訳 抜粋)

4. 本マニュアル作成の目的

以上のような動向を踏まえ、本マニュアルでは、すべての施設で入所者に対する日常生活や社会生活についての意向確認が行われることで、その人が希望する生活を実現できるようにするため、「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」を基に、入所者の意向確認に必要な手順やポイントを具体的な事例を交えながら紹介していきます。

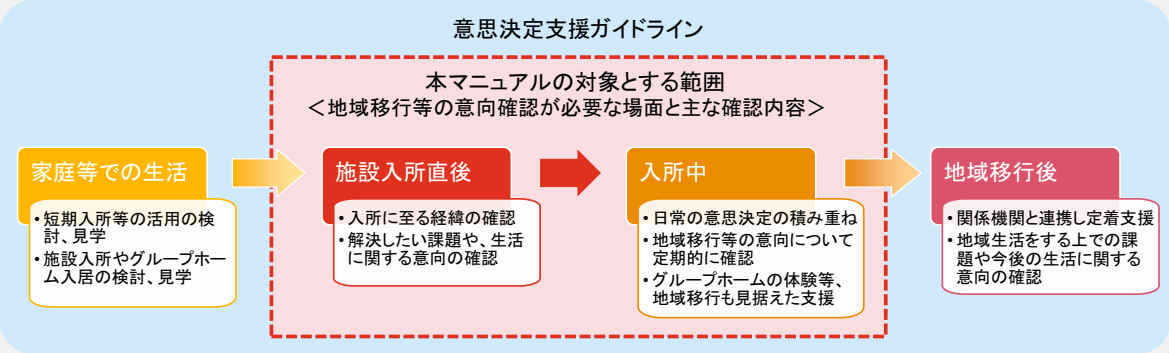
入所者の支援を行うみなさまに本マニュアルを参考にしていただき、より多くの施設で入所者への日常生活や社会生活についての意向確認が行われ、一人ひとりの希望する暮らしの実現に寄与できましたら幸いです。

第2章　本マニュアルの基本理念

「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」においては、障害者支援施設に限らずあらゆる障害福祉サービスの利用に係る障害者ご本人への意思決定支援について示されているところです。そこで、本マニュアルにおいては、障害者支援施設への入所直後や入所中の方への意向確認という部分に焦点を当て、具体的な流れや方法についてお示しします。

本章では、まず本マニュアルの基本理念について説明します。

＜本マニュアルの対象とする範囲（赤破線部分）＞



1. 意向確認の基本的な原則

まず、本人の意向を確認する上での基本的原則について説明します。意向確認は、地域移行等の実現に限らず、本人の意思や希望を理解する良い機会です。一人ひとりの希望に寄り添った支援を実現できるように取り組んでいきましょう。

● 本人の自己決定の尊重

意向確認は、本人の障害の状態や現状から周りが判断するのではなく、自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮して行うことが原則です。本人の自己決定にとって必要な情報の説明は、本人が理解できるよう工夫して行うことが重要です。また、幅広い選択肢から選ぶことが難しい場合は、選択肢を絞った中から選べるようにしたり、絵や写真が示されたカードを手がかりに選べるようにしたりするなど、本人の意思確認ができるようなあらゆる工夫を行い、本人が安心して自信を持ち自由に意思表示できるよう支援することが必要です。

● 本人の選択の尊重

本人の意向がたとえ周りの支援者の価値観では不合理あるいはリスクが高いと思われるものでも、他者の権利を侵害しないのであれば、その選択を尊重するよう努める姿勢等も求められます。

また、本人が意思決定した結果、本人に不利益が及ぶことが考えられる場合は、意思決定した結果については最大限尊重しつつも、それに対して生ずるリスクについて、どのようなことが予測できるか考え、対応について検討しておくことが必要です。例えば、疾病による食事制限があるのに制限されているものが食べたい、生活費がなくなるのも構わず大きな買い物がしたい、一人で外出することは困難と思われるが一人で外出がしたい、現時点では地域生活を支えるサービス等が整備されていないが、早期に入所施設から出たい意向が明確である等の場合が考えられます。

こうしたケースでは、食事制限されている食べ物はどれぐらいなら食べても疾病に影響がないのか、あるいは疾病に影響がない同種の食べ物が用意できないか、お金を積み立ててから大きな買い物をすることができないか、外出の練習をしてから出かけ、さらに危険が予測される場合は後ろから離れて見守ることで対応することができないか、自治体や地域の関係機関と協力して地域資源を創出するよう働きかけができないか等、様々な工夫を考えてみましょう。

● 本人の自己決定や意思確認が困難な場合

本人の自己決定や意思確認がどうしても困難な場合は、本人をよく知る関係者が集まって、本人の日常生活の場面や事業者のサービス提供場面における表情や感情、行動に関する記録などの情報に加え、これまでの生活史、人間関係等様々な情報を把握し、根拠を明確にしながら本人の意思及び選考を推定します。

本人のこれまでの生活史を家族関係も含めて理解することは、職員が本人の意思を推定するため手がかりとなりますが、客観的な事実より周りの支援者の価値観や思いを優先したり、現状維持が最善と決めつけたりしないよう、十分注意しましょう。

2. 意向確認が必要な場面

意向確認は、次のような場面で必要とされることが考えられます。なお、*第4章個別の意向確認のステップ(P.17)*でも詳しく説明しています。

● 日常生活における場面

日常生活における意向確認の場面としては、例えば、食事、衣服の選択、外出、排せつ、整容、入浴等基本的生活習慣に関する場面の他、複数用意された余暇活動プログラムへの参加を選ぶ等の様々な場面が考えられます。本人の生活にかかわる支援者が日頃から行っている直接支援の全てに意向確認の要素が含まれています。

日常生活における場面で意向確認を継続的に行うことにより、自分の意思が尊重された生活体験を積み重ねることになり、本人が自らの意思を他者に伝えようとする意欲を育てることにもつながります。そのため、日常生活における様々な場面で継続的に意向確認を行うことが重要です。

● 社会生活における場面

障害者総合支援法の基本理念には、全ての障害者が「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旨が定められています。このことから、自宅からグループホームや入所施設等に住まいの場を移す場面や、逆に入所施設からグループホームに住まいを替えたり、グループホームの生活から一人暮らしを始めたりする場面等が、意向確認の重要な場面として考えられています。

3. 地域移行とは

「地域移行」とは、**障害者一人ひとりが市民として、自ら選んだ地域や住まいで安心して自分らしい暮らしを実現すること**を意味します。そのため、様々な暮らしの場の見学や体験の機会を設けることで本人の望む暮らしの選択肢を広げ、的確にその意思を把握することがとても重要です。こうした地域移行を進めるためのステップは、本マニュアル第5章で詳しく解説しています。

地域移行の目的は、個々のニーズや希望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の提供、就労支援、社会参加の機会の確保などが含まれます。こうした地域移行を進めるためには、地域社会全体の理解と協力が重要です。地域生活を支えるのに必要なサービス等が整備されていない状況の改善を、一つの法人や事業所のみで取り組むことには限界があるため、本人の意向確認を経て明確化した地域生活支援の必要性を(自立支援)協議会等で取り上げるような働きかけも大切です。

なお、本マニュアルで示す「地域移行等」には、グループホームやアパート等での一人暮らしに住まいを移すことに加え、住まいの場は障害者支援施設としつつ、日中活動を敷地外や別法人による新しい場所に変えるといった日常生活や社会生活に関する意向を実現することも含まれます。様々な場面での意向の確認を想像しながら読み進めてみてください。

4. 地域移行等の意向確認の必要性

地域移行等を進めるには本人の意向を的確に把握する必要があります。しかしながら、長い間施設で暮らしている人の中には、集団生活が当たり前になっており、自分の意思を持ったりそれを表出したりする機会が少ない人も多くいます。その場合には、日頃の生活の中でも複数の選択肢から選ぶような機会を作ったり、時には施設の外に出かける機会を作ったりして、本人が意思を持ってそれを表出するという体験・経験を積むことができる環境が不可欠です。

また、入所してしばらく経ち施設での暮らしが安定している場合、この暮らしをずっと続けることも意向の一つにはなりますが、それが本当に本人や家族の唯一の意向であると決めつけないことも大切です。実際の事例でも、はじめは施設での生活に慣れることが目標だったものの、地域生活の見学や体験を通して本人の意向が変わっていき、グループホームでの暮らしを目指した支援に移り変わっていったというケースが多くあります。地域移行への本人の意向を確認する際には、様々な選択肢を提示し、体験・経験した上での意向かどうか、十分に確認するようにしましょう。

5. 支援者に必要な心構え

地域移行や日中活動等についての意向確認をするに当たっては、以下の点を念頭に置きながら支援を進めていきましょう。

● 意向は変化するものである

人は誰しも、置かれた環境や起こった出来事、時間の経過等の様々な要因から、気持ちが変わっていくことがあります。施設に入ったばかりの頃は、施設での生活に慣れることが一番の目標かもしれませんが、だんだんと生活に慣れていったり、様々な人と関わったり、色々な体験をすることで、それまでにはなかった新しい生活や活動への意向が生まれてくるかもしれません。

また、本人だけでなく、家族や支援者、行政の担当者等の人の考えも次第に変わっていくかもしれません。本マニュアルの*4.家族との連携(P.23)*でも示していますが、はじめのうちはグループホームへの移行に反対していた家族が、体験利用の様子を知ったり、家族自身もグループホームの見学に行ったりしたことで気持ちが180度変わったケースもあります。本人だけでなく、周りの人も含め、だんだんと気持ちや考えが変わっていくかもしれないということを念頭に置くようにしましょう。

なお、丁寧に本人の意向を確認した結果、「いまの生活を継続させたい」という気持ちがみえてくることもあるかもしれません。こうした気持ちも本人の意向の一つとして尊重するとともに、その意向が変わる可能性を念頭に置き、一定期間が経ったらまた意向を確認してみるようにしましょう。

● 様々な可能性に目を向け、断定的に判断しない

日頃の支援では、食事の準備や掃除、洗濯等の家事は入所者が行わない場合もあるなど、入所者によっては職員がその人の地域での暮らしを想像することが難しい場合があります。しかし、地域の様々な資源を活用して様々な体験をすることで、地域で暮らすイメージが膨らみ、入所者の選択肢が広がるかもしれません。

実際に施設からグループホームに移行した方のなかには、施設では食事の準備や掃除、洗濯等の家事等は一切していなかったにもかかわらず、グループホームでは自分で洗濯をすることができるようになっていて、それを聞いた施設の職員の方が驚いたという事例もありました。施設の生活の中でもたまに家事に挑戦する機会を作ってみるなど地域生活を意識した場面を作ってみることで、本人の新たな興味・関心がみえてくるかもしれません。

● 意向確認や地域移行等の支援はチームで行う

日頃の支援では、職員ごとに担当が分かれていることも多いかもしれません。毎日同じ入所者と関わって、自分が担当であることを意識しすぎてしまうと、一人でその人への支援を完結しなければなら

ないと思ってしまうことがあります。入所者への支援は、皆で協力して行うものであり、入所している施設の職員だけでなく施設の外の関係者も一緒になって考えていくものです。次の第3章では、支援に際し関わることのある関係機関を示していますので、ぜひ読んでみてください。

第3章　意向確認に必要な体制の整備

本章では、地域移行等に関する意向確認を進めるための土台として必要な体制整備について、次のステップに沿って説明します。前章の関係機関とも連携しながら体制を整え、入所者の意向確認を進めていきましょう。

地域移行等意向確認担当者の選任 → 環境整備 → 支援チームの組成 → 事前打合せ・情報の整理 → 意向確認のための会議の開催 → モニタリングと計画の見直し

1. 基準に沿った準備

(1) 地域移行等意向確認担当者の選任

令和6年度から努力義務化、令和8年度から義務化される＜地域移行等意向確認担当者の選任等＞について、国の基準では次のように記載されています。

（地域移行等意向確認担当者の選任等）

第二十四条の三　指定障害者支援施設等は、利用者の地域生活への移行に関する意向の把握、利用者の当該指定障害者支援施設等以外における指定障害福祉サービス等の利用状況等の把握及び利用者の当該指定障害者支援施設等以外における指定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（以下この条において「地域移行等意向確認等」という。）を適切に行うため、**地域移行等意向確認等に関する指針**を定めるとともに、**地域移行等意向確認担当者**を選任しなければならない。

2　**地域移行等意向確認担当者**は、前項の指針に基づき、地域移行等意向確認等を実施し、アセスメントの際に地域移行等意向確認等において把握又は確認した内容をサービス管理責任者に報告するとともに、当該内容を第二十三条第六項に規定する施設障害福祉サービス計画の作成に係る会議に報告しなければならない。

3　**地域移行等意向確認担当者**は、地域移行等意向確認等に当たっては、法第七十七条第三項各号に掲げる事業を行う者又は一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う者と連携し、地域における障害福祉サービスの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を行うよう努めなければならない。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第百七十二号）

（20）地域移行等意向確認担当者の選任等（基準第 24 条の3）

① 地域移行等意向確認等について

地域移行等意向確認等については、地域移行等意向確認担当者が中心となって、**少なくとも 6 月に 1 回以上は行うこと**が望ましい。

② **地域移行等意向確認担当者**について

地域移行等意向確認担当者は、利用者の解決すべき課題を把握した上で、施設障害福祉サービス計画の作成及び提供したサービスの客観的な評価等を行う役割を担うサービス管理責任者、又は地域における相談支援体制や障害福祉サービス提供体制等について知識を有する者を選任することが望ましい。

③ **地域移行等意向確認等に関する指針**について

地域移行等意向確認等に関する指針については、以下の内容を定めることが望ましい。なお、令和 6 年度中に指針の策定に係るマニュアルを作成予定である。

ア　地域移行等意向確認等の時期
イ　地域移行等意向確認担当者の選任方法
ウ　地域移行等意向確認等の実施方法及び実施体制
エ　地域における障害福祉サービスの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の内容
オ　地域の連携機関

④ 地域移行等意向確認担当者の選任等については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和6年厚生労働省令第 17 号）附則第2条第2項において、2年間の経過措置を設けており、令和8年3月 31 日までの間は、努力義務とされている。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について
（平成 19 年1月 26 日障発第 0126001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

● 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ている主な役割には、以下のようなものがあります。

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

入所者の地域生活への移行や障害福祉サービスの利用等についての意向を定期的に確認することで、その人が望んでいる暮らしについて理解し、それを個別支援計画に反映させるため、サービス管理責任者や個別支援計画作成時の会議へ報告することが求められています。個別支援計画に反映させることで、その人が望んでいる暮らしについて、外部の関係者も含めた支援者全員が共通の認識を持つことができます。

※ **サービス管理責任者の役割**

- 入所者のアセスメントや個別支援計画の作成、定期的な評価やそれらについての入所者の家族への連絡や報告等、一連のサービス提供全般についての責任を持つ
- 支援の質を維持・向上させるため、他の職員に対する指導や助言を行う
- 行政や相談支援事業所等、地域の他機関と連携する

● 地域移行等意向確認担当者の選任

まずは施設において、こうした役割を担う地域移行等意向確認担当者を選任しましょう。

個別支援会議とも密に連携する必要があるため、サービス管理責任者が兼任で担う場合もありますが、個別に専任の担当者を置いても構いません。すべての入所者の意向を適切に確認し、サービス管理責任者や個別支援会議へ報告することができる職員を選任するようにしましょう。

（2）地域移行等意向確認等に関する指針の作成

地域移行等意向確認担当者を選任することに加え、地域移行等意向確認等に関する指針を定めることも求められています。本マニュアルの内容を参考に、以下の内容を含めた指針を作成しましょう。

（ア）地域移行等意向確認等の時期　*参考：主な意向確認のタイミング（P.17）*
（イ）地域移行等意向確認担当者の選任方法　*参考：地域移行等意向確認担当者の選任（P.8）*
（ウ）地域移行等意向確認等の実施方法及び実施体制　*参考：具体的な進め方（P.10）*
（エ）地域における障害福祉サービスの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の内容　*参考：各ステップでの具体的な支援内容（P.19）*
（オ）地域の連携機関　*参考：地域移行する場合の関係機関との連携（P.15）*

2. 具体的な進め方

(1) 環境の整備

意向確認を進めていく前の準備として、地域移行等意向確認担当者の選任と共に、入所者が日常生活において適切な支援を受けているか、意思の表出がしやすい環境が整っているかについて、いま一度確認しましょう。

- ✓ 本人の意思を中心とした支援を行うこと、日中活動や暮らす場所には様々な選択肢があること、重度の障害があっても地域で暮らすことができること等について、法人として意思統一できているか
- ✓ 法人としての方針や計画を職員全員が正しく理解しているか
- ✓ 本人にとって意思表出がしやすい支援者がいる等、適切な環境が整っているか
- ✓ 支援者は的確に本人の真意を汲み取ることができているか
- ✓ 地域資源の把握ができるよう、地域生活支援拠点等の外部機関とも関わりを持っているか
- ✓ **地域連携推進会議**を活用し、利用者と地域との関係づくりができているか

✧ **地域連携推進会議とは？**

障害者支援施設やグループホーム等の事業所と地域の関係者が連携して、利用者と地域との関係を築くための会議体で、①利用者と地域との関係づくり、②地域の理解促進、③サービスの透明性・質の確保、④利用者の権利擁護　の4つの目的のために実施します。

第二十四条の二　指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。

2　指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者及びその家族、地域住民の代表者、施設障害福祉サービスについて知見を有する者並びに市町村の担当者等により構成される協議会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）（以下この条において「**地域連携推進会議**」という。）を開催し、おおむね一年に一回以上、地域連携推進会議において、事業の運営に係る状況を報告するとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。

3　指定障害者支援施設等は、前項に規定する地域連携推進会議の開催のほか、おおむね一年に一回以上、地域連携推進会議の構成員が指定障害者支援施設等を見学する機会を設けなければならない。

4　指定障害者支援施設等は、第二項の報告、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第百七十二号）

ここで挙げた項目については、次の*「3. 適切な意向確認ができる支援者の育成」(P.13)*、*「4.地域移行する場合の関係機関との連携」(P.15)*で、実践すべき具体的な内容を紹介していますので、合わせて確認してみてください。

(2) 支援チームの形成

入所者の地域生活への移行や施設外の障害福祉サービスの利用等についての意向を的確に把握するために、様々な関係者を巻き込むことは欠かせません。地域移行等意向確認担当者が中心となって、施設内外を問わず、その人が普段会っている人や支給決定等に関わる関係者等を広く巻き込み、支援チームを形成しましょう。

● 支援チームの役割

- それぞれの立場から本人の意向や希望を丁寧に確認する
- 家族の意向も確認し、適切なフォローをする
- 多角的な視点からアセスメントや支援を行う
- 情報を持ち寄り、地域に存在する様々な資源を最大限に活用する
- 各サービス提供者間での調整により、支援の重複や漏れを防ぐ
- 一人で支援するのではなく、チームで支援することで支援者の孤立を防ぐ
- 暮らす場所や通う場所が変わってからも継続して支援することで、本人の生活の安定を図る

● 支援チームのメンバーの例

- 本人
- 家族または後見人
- 地域移行等意向確認担当者
- 施設のサービス管理責任者や本人の担当職員
- 相談支援専門員
- 医療関係者（かかりつけ医や看護師、リハビリ専門職）
- 通っている日中活動系事業所の職員
- 支給決定自治体の担当者
- 公認心理師や心理カウンセラー
- 職業指導員や就労支援に関わる職員

（3）事前打合せ

本人に対する支援の準備のために、予め本人以外の支援チームで集まり、本人に関する情報や意向を共有し、現状を整理しましょう。事前打合せでは、次のような情報を集めるようにしましょう。

● 必要な情報

- これまでの生活環境や生活史
- 幼いころに好きだったもの
- 家族関係
- 日常生活の様子
- 普段関わる人との関係
- 嗜好
- 判断能力や情報理解の方法
- 心理的状況
- 意思表出の仕方やそこから読み取れる意思

直接関わる職員から本人の意向について共有する場合は、客観的な事実に基づいて説明するように注意しましょう。もし不足している情報があると考えられる場合には、情報を集めることができる人を巻き込んだり、時間をおいて再度打合せを行うなど、必要な情報が集まるように工夫しましょう。

この事前打合せでは、意思決定支援の基本原則やルールの確認、本人への情報提供その他意思決定支援の具体的な方法の検討を行い、支援チームとしての知識や意思を統一しておくようにしましょう。事前打合せをしないと、本人が同席する会議で支援者の思いを本人に押し付けたり、強引に本人を誘導してしまったりする可能性があり、本人や支援チームが混乱する恐れがあります。

また、入所してから長い時間が経ってから意向が見えてくることもあるため、こうした打合せや会議の内容はしっかりと記録に残し、そのとき参加していなかった関係者であっても、あとから内容を把握することができるようにしておきましょう。

（4）意向確認のための「意思決定支援会議」の開催

事前打合せで確認した内容をもとに、本人が同席する「意思決定支援会議」を開催しましょう。この会議は、本人の地域生活への移行や施設外の障害福祉サービスの利用等についての意向を支援チームが的確に把握するためにとても重要な会議です。

会議を行うにあたっては、必ず本人の心理的安全性を確保することを優先し、意思表出がしやすい環境で行うように気を付けましょう。

なお、こうした会議は関係者が一堂に会する必要があるため、相談支援専門員が行う「サービス担当者会議」やサービス管理責任者が行う「個別支援会議」と一体的に実施することも考えられますが、「意思決定支援会議」という標題を添え、意思決定支援を念頭に置いた会議であることを参加者に認識してもらうことも有効です。

（5）サービス等利用計画や個別支援計画の作成

ここまでに確認した内容をもとに、支援チームで連携してサービス等利用計画や個別支援計画を作成します。意向確認に関する内容について、「意思決定支援計画」として個別支援計画とは別に作成しても構いませんし、個別支援計画のフォーマットに意思決定支援に関する項目（本人の意向とその根拠、意向を確認するための手段、選択肢の提示状況等）を追加しても構いません。

地域生活への移行や施設外の障害福祉サービスの利用等についての具体的な意向が見えてこない場合でも、他事業所の体験利用や買い物等の施設外での経験を重ねることで、本人にとっての選択肢が増えていき次第に意向が見えてくることもあるため、そうした施設外での活動を行うことを計画に盛り込むことも効果的です。

● 計画に盛り込むべき情報の例

- 本人の目標（長期・短期）、その動機
- 本人の希望や嗜好
- 意向確認の方法や関係者
- 推定される本人の意思
- 意思決定支援が必要な内容

（6）モニタリングと計画の見直し

本人の意思に基づくサービス等利用計画や個別支援計画に沿った支援が積み重なってきたら、本人の様子や生活の変化について把握するとともに、その結果、本人の生活の満足度を高めたか等について適切に評価し、次の支援に繋げるようにしましょう。

このときもこれまでの事前打合せや会議と同じように、モニタリングや評価の情報をしっかりと記録に残すようにしましょう。客観的な記録として残しておくことで、その後の支援のために意向を確認する際の有効な情報となります。

また、モニタリングの結果を踏まえ、例えば支援の効果が見られないような場合には、支援チームでその原因を検討し、必要に応じて支援の内容を変更したり、期間を決めて再度同じ支援を継続するなど、計画を見直しましょう。計画の見直しにあたっては、この期間で本人の生活環境に変化がなかったかについても慎重に確認し、合わせて直近の本人の意向についても丁寧に確認した上で見直しの内容を検討するようにしましょう。

3. 適切な意向確認ができる支援者の育成

(1) 法人としての考え方の共有

支援チームを組成して支援にあたる中でも、特に本人と直接関わる時間が多いのは、施設の職員のみなさんではないでしょうか。そうした日頃から本人と過ごす時間が長い職員のみなさんが意向確認のための知識や心構え、とりわけ意思決定、自己決定には体験・経験の積み重ねが不可欠であるということを的確に理解しておくことは、何よりも重要です。加えて、関わる支援者によって考えや対応に大きな差が出ないよう、意識や認識を統一しておくことも重要です。

そのために、入所者の地域生活への移行や障害福祉サービスの利用等についての意向を的確に把握するための方針について、施設や法人全体でしっかりと共有しておくようにしましょう。

● 具体的な取組の例

- 基本的な理念や倫理等の意思決定支援等に関する研修を定期的に実施する
- 毎日の朝礼で意思決定支援ガイドライン等の読み合わせを行う
- 意向確認の具体的な手法やコミュニケーション技術に関する研修を実施する
- 外部講師や当事者を招いた研修や講演会を実施する
- 研修で学んだ内容を別の職員へアウトプットする場を設け、職員同士の学びを促進する
- 経験豊富な先輩職員が経験の浅い職員をサポートし、実践的な知識や技術を伝える体制を作る
- 職員同士でフランクに支援について話し合う場を設ける
- 職員研修として別の施設やグループホームに見学に行く

事例紹介

＜意思決定支援ガイドラインの読み合わせ＞

なかなか各自で読み込む時間が取れなかったり、読んでも忘れてしまうこともあるため、毎朝の朝礼で、国の「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」の読み合わせを行っています。全職種が参加する朝礼の中でガイドラインの本文と補足情報を伝えることで、職員間の意識向上を目指しています。

事例紹介

＜グループホームでの職員研修の実施＞

職員研修の一環で、地域移行に熱心なグループホームを毎年訪問しています。自分の施設では当たり前にしていたことがグループホームでは当たり前ではなかったり、重度の人もグループホームで暮らしている様子を目の当たりにしたりすることで、職員の意識が変わってきたように感じます。

また、法人としての考え方を職員に広く共有するためには、組織内の全員にとっての心理的安全性が確保されていることも重要です。職員同士が自分の意見や質問を率直に表し、入所者のために必要な支援について皆で活発に議論できる環境を整えましょう。

（2）意向確認に必要な技術や知識

本人の意向を的確に把握するためには、様々な技術や知識が必要です。次のようなスキルを身に付け、より良い支援に繋げるようにしましょう。

● 意向確認に必要な知識やスキルの例

- 障害特性と配慮すべき点についての知識
- 障害福祉制度やサービス利用についての知識
- 近隣の障害福祉サービス事業所等の情報や関わり
- 本人の意向やその実現のためのステップの設定・評価方法
- 多様なコミュニケーション手段活用スキル
  - 非言語的手段（絵カード、ジェスチャー、コミュニケーションボード等）
  - 手話や点字等、特定の障害に応じたコミュニケーションスキル
- 本人の話を注意深く聞き、共感を示しながら理解する傾聴のスキル
- 本人の意向や希望を引き出すための質問のスキル

（3）支援者が抱きやすいマインド

日頃から本人と直接関わることの多い施設の職員のみなさんは、無意識のうちに次のような考えを持ってしまうことがあります。こうした考えは、時に本人の意向を誤って受け取ってしまったり、そもそも意向を汲み取ることができなくなったりしてしまいます。日頃の支援の中でこうした状況が生まれていないか、定期的に振り返るようにしましょう。

● 支援者が抱きやすいマインドの例

- **施設での生活を安定させることが目標になってしまう**

  施設生活が安定していると、それを持続させることが目標になってしまう場合があります。本人に、施設以外の生活経験がないと、職員もそれ以外の生活を選択肢として考えられなくなる場合もあります。施設以外の生活体験をすることにより、その場での生活を本人が望んでいるのではないかと実感することができた場合、本人の意思として考えることができるようになります。

  ➡ 人は体験の中で経験を増やし、その中から選択できるようになります。本人が選択できるよう体験する機会を用意できているか考えてみましょう。また、もし自分が入所者だった場合、施設での集団生活をずっと続けたいと思うか、一人暮らしにチャレンジしてみたいと思うか等について考えてみるのも良いでしょう。

- **施設からグループホームでの暮らしや一人暮らしに移行するのは無理だと思ってしまう**

  支援者側が本人に対して、障害が重いなどの理由で、グループホームでの暮らしや一人暮らしをするのは不可能だと思いこんでしまうことがある

  ➡ 継続的な支援により少しずつできることが増えていく可能性もありますし、重度の障害があっても一人暮らしをしている方はたくさんいます。施設にいながらもグループホームでの暮らしを想定して、限られたスペースでトイレ介助や入浴介助を行ってみるなど、日頃の支援から工夫できることを探してみましょう。

- **近隣に入れるグループホームがないのだから、希望を聞いても意味がないと思ってしまう**

  体験利用したり移行を目指したりすることができる近隣のグループホーム等に空きがなく、移行したいかどうか確認したところで実現できないので、意味がないと思ってしまう

  ➡ 相談支援事業所や行政と密に連携し、近隣のグループホームの空き状況を把握したり、少しエリアを広げて体験利用ができるグループホームがないか探してみましょう。また、実際の移行が難しかったとしても、「たまに料理を作ってみたい」というような施設の生活の中でも実現できる意向が見えてくることもあります。また、地域に入居できる適切なグループホーム等がない状況が長期にわたって続いている場合、地域の事業者等と協力して（自立支援）協議会等、行政に働きかけることや市町村障害福祉計画の数値目標に反映させることも重要です。

4. 地域移行する場合の関係機関との連携

自分たちの施設や法人だけでは得られない情報もたくさんあるため、入所者の意向を的確に把握する上では、地域の関係機関と連携することも大切です。地域移行を進めていく場合には、施設退所後も本人が健康を維持し望んだ生活が送れるよう、施設以外の関係機関とも連携しておくことが必要不可欠です。

しかしながら、関係機関やその担当者の考えによっては地域移行に消極的なこともあり、地域移行に向けた関係機関側の積極的な関与を期待することは難しい場合もあります。地域移行が本人の希望であることや、それを実現することの価値を関係機関と丁寧に共有し、関係機関と一体感をもって支援が進められるようにしましょう。

(1) 関係機関と連携すべき場面

- **＜意向の確認＞本人の生活歴や嗜好に関する情報の収集**

  行政や医療機関、教育機関等と連携し、本人のこれまでの生育環境から現在に至るまでの過程を把握することで、好きな場所や活動、望んでいる生活等についての情報を集めましょう。

  また、現在通っている日中活動の事業所や就労先、相談支援専門員等とも連携し、日頃の様子や興味関心、今後の意向等について確認しましょう。

- **＜移行に向けた支援＞グループホームや一人暮らしの体験**

  行政や計画相談支援事業所、地域の障害福祉サービス事業所と連携して、まずは地域にある資源を把握しましょう。その後、本人に地域移行の具体的なイメージを持ってもらうため、各機関と調整して体験利用や見学等の機会を作りましょう。

- **＜移行に向けた支援＞移行後の生活に必要な支援の確認**

  行政や計画相談支援事業所、地域の障害福祉サービス事業所や地域生活支援事業所と連携して、移行後の生活に必要な支援を確認し、居宅介護や重度訪問介護、行動援護、自立生活援助、移動支援等、新たに必要なサービスがあれば利用申し込みをしましょう。

（2）連携することが想定される関係機関と地域移行における各機関の主な役割

● 支給決定自治体（市町村）

- ✓ 必要なサービスの支給決定
- ✓ 地域資源の提供や整備
- ✓ 継続的なモニタリング
- ✓ 地域生活支援拠点等と連携し緊急時の対応

● 地域生活支援拠点等

- ✓ 拠点コーディネーターによる地域の連携体制の構築や入所者の意向確認
- ✓ 体験機会の設定
- ✓ 専門的人材による支援体制の確保
- ✓ 緊急時の対応

● 計画相談支援事業所/障害者相談支援事業所/基幹相談支援センター

- ✓ 関係機関の連携のコーディネート
- ✓ サービスの調整や相談、その他必要な支援
- ✓ サービス等利用計画の作成やモニタリング
- ✓ 生活歴や嗜好等、本人に関する情報の提供
- ✓ 地域資源の紹介と調整
- ✓ 地域移行後のフォローアップ

● 利用する障害福祉サービス事業所 ※

- ✓ 体験機会の提供
- ✓ 受け入れ準備と環境の整備　等

●（自立支援）協議会

- ✓ 関係機関の連携のコーディネート
- ✓ 支援人材の養成
- ✓ 地域における地域移行等の課題について議論し、社会資源の開発等の解決策を検討
- ✓ 必要に応じて都道府県協議会とも連携し、広域的な支援を検討

【※　想定される主な障害福祉サービスの例】

◆ **地域移行支援**
一人暮らし等への移行を実現させるために必要な支援の提供
（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）

◆ **自立生活援助**
一人暮らし等の地域生活を安定させるために必要な支援の提供
（定期的な居宅訪問、生活環境の整備等）

◆ **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の提供
（連絡体制の確保、緊急時の支援等）

◆ **共同生活援助（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、食事の介護、日常生活上の援助を行う

◆ **生活介護**
常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する

◆ **就労継続支援 A 型・就労継続支援 B 型**
一般企業等での就労が困難な人に、就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う

◆ **居宅介護**
自宅等で入浴、排せつ、食事の介護等を行う

◆ **重度訪問介護**
重度障害者に対し、自宅等で入浴、排せつ、食事の介護や外出時の移動支援を行う

その他、強度行動障害がある方の支援には広域的支援人材とも連携するなど、地域資源をうまく活用し支援を進めていきましょう。

第4章　個別の意向確認のステップ

本章では、入所者に対する個別の意向確認に関する支援について説明します。たとえ同じような障害があったとしても、生育歴や在所期間、その人の持つ性格等の様々な因子によって、適切なアプローチ方法は異なります。一人ひとりに応じた方法で支援を進めるようにしましょう。

また、幼いころから施設で暮らしている方のように、施設以外の場所での暮らしを想像できない場合も多くあります。別の日中活動事業所に見学に行ったり、グループホームで1泊体験利用をしたりするなど、施設外での暮らしや普段と違う活動を複数回体験した上で、新しい暮らしや活動を希望するかどうか、定期的にその時点での意向を確認するようにしましょう。

1. 主な意向確認のタイミング

(1) 施設に入所したとき

新たに入所するときには、入所の目的を確認するとともに、これまでの生活史や家族関係、嗜好や意思表出の仕方等、本人についての様々な情報を得るようにしましょう。

入所した当初は施設での暮らしに慣れることが一番の目標になることが考えられますが、次第に施設外での活動の機会を作り興味関心を広げていくことについて、予め本人や家族等の了解を得るようにしましょう。

(2) 個別支援計画を作成するときやモニタリングを行うとき

個別支援計画を作成するときや、モニタリングを行う際には必ず本人の意向を確認するようにしましょう。このとき、意向を確認したときの内容(意向確認の方法や行った環境、把握した意向等)についてしっかりと記録に残し、そのとき参加していなかった関係者であっても、あとから内容を把握することができるようにしておきましょう。

モニタリングの機会を通じて定期的に意向確認を行い、その記録を積み重ねておくことで、長期的な意向の変化を確認することができます。

(3) 体験利用や見学に行ったとき

グループホームの体験利用や別の日中活動の体験を行ったとき等、日常生活とは異なった体験をしたときには、その体験から数日以内を目安として、感想や今後の意向を確認するようにしましょう。これにより、本人がどのような生活や支援を望んでいるかを把握し、次の機会の設定に役立てましょう。もし体験利用を拒否する様子やネガティブな反応を見せた場合にも、場所や内容を変えることで前向きに取り組めるようになることもあります。一度うまくいかなかったとしても、その原因を探り、新たな体験の場を提案してみましょう。

日頃あまり施設の外に行く機会がない場合でも、施設内での行事の際に感想や今後の意向を確認し、本人の意向を把握する機会を定期的に作るようにしましょう。また、地域のスーパーへの買い物や散髪等の機会で施設外に行くことがあれば、同じように感想や今後の意向を聞き、新たな施設外活動に繋げるなど、多くの選択肢を提示するための工夫を行いましょう。

(4) 日頃の支援のなかでも随時気にかける

生活に関する意向は、普段の生活のふとしたタイミングで表出されることもあります。日頃の支援の中でもこれからの暮らしについての意向と思えるような言動があれば、些細なことでも記録しておくようにしましょう。そして、そうした記録が複数集まってきたら、複数の支援者で話し合ったり、確かめるような質問をしてみたりして、本人の真意を探っていきましょう。

2. 意向確認のステップ

本人の意向が明確でない場合、思っている意向をうまく表現できていないこともあれば、そもそも本人が意向が持てていないこともあります。ここでは、意向確認やその後の意向の実現を支援するためのステップを紹介します。地域移行等に関する意向確認においても、意思決定支援のプロセスと同じように、次の3つのステップで進めていきましょう。

ステップ1 意思形成の支援

適切な情報、認識、環境の下での意思形成のための支援
- ✓ 体験・見学等の機会の設定
- ✓ ピアサポート等による詳しい情報の提示　等

ステップ2 意思表明の支援

形成された意思を適切に表明・表出するための支援
- ✓ 複数の機会、方法による意思の確認
- ✓ 安心して意思を表すことができる環境の整備　等

Point
その意思が本人の真意かどうか丁寧に確認すること

ステップ3 意思実現の支援

本人の意思を日常生活・社会生活に反映するための支援
- ✓ 長期的な目標を実現するための短期的な目標の設定・進捗管理
- ✓ 必要なスキル習得の支援　等

次の「3.各ステップでの具体的な支援内容」では、それぞれのステップでの具体的な支援内容を具体的な事例と共に紹介しています。真似できそうなものから支援に取り入れてみましょう。

なお、各ステップに要する期間には個人差がありますが、とりわけ体験・経験の積み上げを丁寧に行うようにしましょう。

3. 各ステップでの具体的な支援内容

(1) ステップ1：意思の形成のための支援

意向を確認する前提として、本人が複数の選択肢を知っていて、それについての意思を持っていることが必要です。施設での暮らしが長かったり、これまでに意思を表出する機会がなかったりする場合、そもそも他の選択肢を知らなかったり、意思を表しづらくなっている可能性があります。その場合には、次のような支援を行うことで興味関心を広げ、意思や選好の形成・表出を促すようにしましょう。

また、様々な支援を通じて選択肢を広げていくと同時に、場合によってはそれぞれのメリットやデメリットについても伝えることで、選択する際に参考となる情報も伝えるようにしましょう。

● 様々な体験による動機付け支援

何よりもまずは、見学したり体験したりすることで、実際に様々な暮らしの場所や日中活動があることを知ってもらうことが必要不可欠です。定期的に施設の外に出て、施設の中ではできない活動をし、施設外の人と触れ合う機会もたくさん作るようにしましょう。外の活動で日頃の様子とは異なる反応を示すことがあれば記録しておき、少しずつ興味関心を探っていきましょう。

たとえばグループホームへの意向を目指すものの環境の変化が苦手な場合、はじめは食事だけグループホームでし、次は食事と入浴をグループホームでしてみる、というように徐々にグループホームでの滞在時間を増やしていくことで、移行に前向きになっていくこともあります。施設の行事として、近隣のグループホームの見学会を実施し、実際の暮らしぶりを見たり、利用者から話を聞いたり、地域の活動に参加する機会を設けるのも良いでしょう。

事例紹介

＜グループホームの見学会の開催＞

施設の行事として、定期的にグループホームの見学会を実施しています。実際に入所施設から移行した方から話を聞いたり、生活の様子を見せてもらうことで、グループホームへの移行に興味を持つようになった入所者も多くいます。

事例紹介

＜暮らしの体験＞

施設の空いていた棟を使い、グループホームでの暮らしや一人暮らしのような体験ができる場所を作り、全入所者に体験してもらっています。施設での支援とは異なり利用者の好きなタイミングで食事や入浴ができるため、ゆったりとした時間を過ごすことができ、一人ひとりの表情や希望を汲み取りやすい環境ができています。

施設の職員もローテーションでその棟での支援にも入るようにしているため、施設での暮らしとは全然違った表情を見て、職員の地域移行に対するモチベーションも上がっています。

● ピアサポートを行う

同じ経験や思いを抱えた当事者によるピアサポートは、地域移行等の意向確認においても非常に効果的です。過去に施設からグループホームへ移行した人が地域にいる場合、移行するまでの具体的なステップやそのときの思いについて、その人に話を聞く機会を設けてみましょう。もし移行先が近隣のグループホーム等である場合、現在の生活の様子を見学することができると、より具体的なイメージを持つことができるので効果的です。

● 選択肢について良い点、悪い点を説明する

良い面、悪い面を理解したうえで選択してもらうために、選択肢を示すときには、その選択をした場合に起きそうなことを悪い点も含めて説明するようにしましょう。例えばグループホームに移行することを検討する場合、A のグループホームと B のグループホームの良い点、悪い点を比べたり、グループホームに移行することとこのまま施設で暮らすことの良い点、悪い点を比べたりすることで、より意向に近い選択肢を探っていきましょう。

(2)ステップ2：意思の表明のための支援

入所者一人ひとりの希望やニーズを正確に把握するために、次のような様々な工夫によって本人の意思表明の機会を設けましょう。

● 定期的に面談する機会を作る

定期的にストレスのないリラックスした環境で自由に話せる場を提供することで、意思表出を促しましょう。意思を表しやすい環境を整えることで、自立心や自己決定能力を育み生活の質を向上させることができるほか、自分の意思を聞いてもらえたという安心感を作り、信頼関係を築くことにも繋がります。時間の経過や環境の変化に応じて意向は変わっていくこともあるので、面談の際には過去の意向とは異なる意向が見えてくる可能性があることを必ず念頭に置きましょう。

● 2つ以上の複数の選択肢から選んでもらう

意思がなかなか表出されない場合でも、選択肢を提示してそこから選んでもらうことで、より好むものを探っていくことができます。複数のおやつの中から好きなものを選ぶ、というように日頃の生活の中から本人の意思に沿って好きなものを選び、それを周りが認めるという経験を積めるようにすると良いでしょう。

● コミュニケーションツールを活用する

絵や写真が書かれたカード、コミュニケーションボード、タブレット端末等の補助的なコミュニケーションツールを使用して、意思の表出をサポートしましょう。

● 日常の様子を記録し、選好の収集を続ける

日常の行動や反応を観察し、定期的に記録することで、入所者の好みや希望を把握しましょう。記録が積み重なってきたら、同じような行動や反応とそのシチュエーションを数えて分析してみることで、一定の傾向が見えてくることがあります。また、その様子を多くの関係者に的確に伝えるため、写真や動画を使って記録を残すことも有効です。

事例紹介

＜記録の工夫①＞

施設外のところへ体験に行った時の報告シートに、「出かける前」、「体験中の様子」、「帰ってきた時、その後」の写真を添付する欄を作り、文字以外でも体験の様子を残すようにしています。一緒に体験に付き添った職員であれば、そのときの表情や言動の変化を感じることができますが、その様子をその場にいなかった他の職員や家族、相談支援専門員等の関係者に共有するのにとても役立っています。

事例紹介

＜記録の工夫②＞

強度行動障害がある方の支援では、パニックや不穏な状態を点数化し、回数×点数やそのときの状況（対応した支援員、体調、時間帯、天候等の様々な情報）を細かに記録し、データを積み上げています。原因を特定するまでに時間がかかることも多いものの、少しずつ傾向が見えてきており、それをもとに本人の好む環境を整えることで不穏な状態になる回数や入院日数の減少等が見られています。

こうした客観的な数字により、状態がよくなっていることや本人の好む具体的な環境を示すことができ、家族や支援者にとっても次のステップを考え始める後押しになっています。

(3)ステップ3：意思の実現のための支援

本人の意向が確認出来たら、実現に向けた支援を行いましょう。次のような支援の具体例を参考にしながら、一人ひとりのニーズに応じた具体的なサポートを提供し、彼らが安心して自分らしい生活を送ることができる環境を整えていきましょう。

● 目標の設定と進捗を管理して共有する

意思の実現を支援するためには、本人を取り巻く関係者が共有の認識を持つことがとても重要です。そのために、明確な目標を設定し、達成に向けた進捗を記録しておくようにしましょう。一人暮らしをしてみたいという目標を定めたら、その目標を達成するためのステップとなる短期的な目標(例:「一人で買い物に行けるようになる」等)も設定してみましょう。もしくは新たな日中活動を始める場合、体験機会を設けるとともに、その活動場所に通うための手段について関係者と相談するなど、意思の実現のための支援も必要です。

支援を進めるなかで目標に対する達成状況を本人も交えて定期的に振返り、その内容を関係者と共有し、長期的な目標達成に向けた協力体制を構築しましょう。

事例紹介

＜目標設定とその進捗管理の工夫＞

個別支援計画を作成する前段階として、課題整理表を作成しています。課題整理表の中には、「好きな活動/苦手な活動」、「本人の希望とその根拠」、「家族から見た本人の希望」、「3年後の姿」等の項目を入れており、客観的な視点を踏まえた本人の希望や長期的な目標を関係者間でも共有できるようにしています。

● 目標達成に必要なスキルの習得を支援する

「施設から出て一人暮らしをしてみたい」という目標の場合、それを実現するためには、一人暮らしをするために必要な生活のスキルを身に付けたり、自分の意思で買い物等の外出をしたり、支援が必要なときには自分からお願いするということも必要です。日中活動の中で家事の練習をしたり、休日に公共交通機関を使って外出したりするなど、施設にいながらも一人暮らしを想定した活動を行うことで、できることを少しずつ増やしていきましょう。また、自分ひとりでは難しいものについては、関係機関と相談しながらホームヘルプサービス等の活用を検討してみましょう。

● 社会参加の機会を作る

一人暮らしをする場合、施設での暮らしに比べ、社会の人々と関わる機会が大きく増えます。地域のルールを守って暮らし、近所のお店に買い物に行ったり地域のイベントに参加したりすることで、人間関係も大きく広がっていきます。施設の職員がいる中での人間関係とは違い、自分一人で様々な人と関わっていくことになるため、そうした生活を見据え、施設にいるうちからボランティア活動や地域のイベントに参加するなど、積極的に社会参加の機会を持つことが大切です。

● 地域資源の確保について地域を挙げて取り組む

施設からグループホームでの暮らしや一人暮らしに移行したいと考えた入所者がいても、地域に入居できる適切な空き部屋がないこともあるかもしれません。そうした状況が長期にわたって続く場合、(自立支援)協議会の場を通して地域の事業者等と協力し社会資源を整備することや、行政に働きかけ地域の障害福祉計画に盛り込むよう要望するなど、地域資源を作っていくことも検討しましょう。

（4）真意を把握するための工夫

一見本人が自らの意思を表明しているように見えても、それが真意ではない可能性もあります。もし本人が表明した意思がこれまでのものと合致していないように思われる場合には、次のような支援を行い、それが本人の真意であるかどうか確認してみましょう。

● 別の表現に変えて聞いてみる

言語によるコミュニケーションが得意でない人の場合、同じ質問でも主語や表現を変えて聞いてみたり、別の具体例を使ったりして聞いてみましょう。

● 別の支援者が聞いてみる

日頃よく関わる職員が聞くのと別の職員が聞くのでは、答えが異なることもあります。複数の職員から聞いても同じ意向なのか確認するようにしましょう。また、それが本人の真意かどうかについて職員同士で話し合い、様々な視点から確認した意向であることを記録しておくことも大切です。

● 短い期間で確認を済ませず、継続して意向を確認する

意向は1回確認したら終わりではなく、置かれた環境や起こった出来事、時間の経過等の様々な要因から次第に変わっていくものです。また、障害特性によっては、周りの人になかなか意向が見えてきづらい場合もあるかもしれません。意向確認は継続して行っていくもので、1回の意思表出だけで本人の真意が確認できたと思わないよう、気を付けましょう。

● 毎日の支援を詰め込みすぎないように気を付ける

職員がその日の支援の終わりに1日を振返ったとき、入所者の様子をあまり覚えていないということはないでしょうか。入所者の様子を思い出せないということは、その人のことをちゃんと見る時間が取れず、ちょっとした言動や表情の変化に気付けなかった可能性があります。そうした日が続いてしまう場合、支援のスケジュールや体制を見直し、入所者一人ひとりに向き合う時間を少しでも確保できるように工夫しましょう。

事例紹介

＜支援スケジュールや重症心身障害の方の支援の工夫＞

重症心身障害の方の場合、ちょっとした目線の動きや発声で思いを伝えてくれるため、支援で職員が手一杯にならないよう、本人と向き合う時間を取るように気を付けています。また、日中活動のクッキー作りでは、補助しながらどんな作業の時に力が入っているのか観察して好きな作業を探ったり、匂いに反応する様子で好きな匂いを探ったりするようにしています。

重症心身障害の方のように言語や明らかな行動によるコミュニケーションができない方であっても、朝起きた瞬間から意思を表出していると考え、ちょっとした目線の動きや反応を見逃さず、反応が見られたら職員同士で共有して理解を深めるようにしています。

4. 家族との連携

（1）本人の様子や意向の共有

上記のような体験の中で本人の意向が変わっていった場合、その様子を適切に家族にも共有することが必要です。施設に入所した当初、家族の多くは施設での生活が安定することを目標としており、生活が安定してからは現在の暮らしを変えることには消極的になりがちです。

一方で、施設外での体験をしたことで、本人の様子や意向に明らかな変化が生じることもあります。その場合、家族にも具体的な変化の様子を共有することで、本人の望む暮らしを理解してもらう必要があります。

共有する際には、文字による支援記録を見せるだけでなく、立ち会った支援者のコメントや体験した時の様子を写真や動画で伝えることも効果的です。また、体験の場に家族が立ち会う機会を設け、実際に本人の様子を見てもらうことで家族の意向にも変化が生じることがあります。

（2）目標に向けたステップアップの様子の共有、不安や疑問の解消

例えば、本人がグループホームへの移行を希望し、それに家族が反対しているような場合、グループホームへの移行に向けた取組の状況やグループホームでの生活の具体的な様子についての情報を共有していくことで、だんだんと家族の意向も変化していくことがあります。

グループホームでの暮らしでは、食事の内容や時間、就寝時間や余暇の過ごし方等、自分で決めることがたくさんありますが、そうした生活のすべてを自分ひとりで行わないといけないというわけではありません。本人がひとりでできることが多くないと家族が考えている場合、家族は地域移行に消極的になるかもしれません。ですが、実際のグループホームの暮らしでは、ひとりでできないことや困ったことがあれば世話人等による支援を受けることができます。

また、グループホームでの暮らしを見据え、施設で暮らすなかで家事や金銭管理等、自分でできることを少しずつ増やしていくという支援も考えられます。家族が移行に消極的な場合には、その理由を丁寧に聞き取り、不安や疑問を解消するようにしましょう。

なお、地域生活への移行等について、本人と家族のあいだで意見の一致が見られない場合もあります。こうした際には、家族の思いや考えを丁寧に聴くことが大切です。家族の思いや考えの背景には、家族自体が何らかの課題（家族の疾病・障害、それに伴う介護の課題、経済的困難、家族内での本人の意向に対する考えの不一致 等）を抱えている場合もあります。このような課題が明らかになった際は、基幹相談支援センターや地域包括支援センター、その他行政等の関係機関との連携を図る必要があります。

（3）家族同士のピアサポートの実施

施設の職員から家族に対してグループホーム等の地域移行について説明すると、家族によっては「施設から追い出されるのではないか」と心配することもあります。そのようなケースでは、先に地域移行が上手くいった元入所者の家族の話を聞く機会を作ることも効果的です。

実際の事例では、施設から同法人のグループホームに移った利用者の家族が、移行を検討している別の入所者の家族と話をする機会があり、施設から出ることによる不安や実際にグループホームに移行したことによる本人の様子の変化等について赤裸々に話をし、移行予定の入所者の家族の意向が大きく変わったケースがありました。また、直接話をする機会を作るのではなく、インタビュー動画を撮影し、それを入所者の家族に見せている事例もありました。

事例紹介

＜家族同士のピアサポート＞

同法人のグループホームへ先に移行した利用者の家族から、次に移行を予定している家族へ話をする機会があり、不安や移行してからの様子等について様々なお話をしたそうです。

はじめは移行にたいする不安が大きかったようですが、身近な事例を聞いたことで家族の気持ちも前向きになっていきました。施設の職員では伝えきれなかったことについて、同じ立場の家族同士が話をする機会はとても有効だったように感じています。

また、施設の退所にあたっては、「もし移行先になじめなかった場合、どこにも入れてもらえないのではないか」という心配をする家族が多く、その心配を和らげるため、施設によってはその場合は再入所ができるように調整することを約束することもあります。しかしながら、本マニュアル作成にあたってヒアリングした複数の施設では、グループホームに移行した方で実際にすぐに元の施設に戻ってきてしまったというケースはなく、どの方も移行後の暮らしを楽しんでいるそうです。

（4）地域移行等の事例の紹介

入所者の家族会や家族へのお便りなどの機会を活用し、実際に施設から地域生活に移行した事例や、本人の希望に沿って新たな日中活動を始めた事例等を紹介することで、家族の意向に変化をもたらすことも期待できます。

幼いころから長期にわたって同じ施設で暮らしている場合、他のところで暮らすということを家族も想像できていないことが多いため、家族会の際にグループホーム等の見学を行うなど、実際に家族が地域での暮らしを想像できるような機会を設けることも効果的です。実際の事例でも、グループホームの見学に行って自分の子供と同じような障害がある方が暮らしているのを見て、両親の意向が大きく変化したということがありました。

地域移行後の暮らしについて、良い面だけでなくさまざまな場面を想定してその対応策を示したり、移行後もチームで見守っていく姿勢を示したりすることが家族の安心につながります。

第5章　その後の支援

最後に第5章では、様々な支援を続けた結果、本人の意向が見えてきたらどのように進めていけば良いか、もしくはなかなか本人の意向が見えてこない場合にどうしたら良いかについて紹介します。

1. 意向確認のその後の支援

(1) 意向確認の結果、地域移行への意向がみえた場合

グループホームで暮らすことや一人暮らしをすることのような地域移行に関する意向が見えてきた場合、次のような手順で本人の意向の実現を支援しましょう。

- ✓ 意向が本人の真意かどうか丁寧に確認する
- ✓ 移行先の候補となる事業所等での見学、体験利用を複数回行い、移行先を決める
- ✓ 地域移行支援事業所(次の地域移行支援事業所等の役割(P.26)で説明)と連携し、地域移行支援計画を作成する
- ✓ 本人をとりまく支援者や家族とも情報共有し、懸念があれば1つずつ解消する
- ✓ 移行に必要な手続き(支給サービスの切り替えや新規申請等)を行う

無事に移行した後は、生活が安定するまでは移行先と適宜連絡を取り、必要に応じて入所時の様子を共有したり関係者を紹介するなど、フォローするようにしましょう。

(2)意向確認の結果、新たな日中活動への意向がみえた場合

新たな日中活動への意向が見えてきた場合、次のような手順で本人の意向の実現を支援しましょう。

- ✓ 意向が本人の真意かどうか確認する
- ✓ 候補となる事業所等での見学、体験利用を複数回行い、利用開始の目途を立てる
- ✓ 計画相談支援事業所と連携し、サービス等利用計画を変更する
- ✓ 本人をとりまく支援者や家族とも情報共有する
- ✓ 必要な手続き(支給サービスの切り替えや新規申請等)を行う

新たな活動が始まってしばらくは不安定な状態が続くこともあります。生活が安定するまでは、昼夜ともに注意深く見守るようにしましょう。

(3)意向確認をしても、本人の意向がみえてこない場合

様々な支援を行っても、なかなか本人の意向が表出されない場合もあります。実際に地域移行を行った事例の中には、何度も体験利用をし、何年もかけて意向を確認していったケースもあります。数か月や1年ほどでは意向が見えてこないことも多くあるため、「3.各ステップでの具体的な支援内容(P.19)」等も参考に、支援の方法を工夫しながら根気強く意向を探っていきましょう。

また、様々なところへ見学や体験に行った結果、「生活の変化を望まない」というのも本人の大事な意向の一つです。その場合でも、変化を望まない理由を聞いてみることで、人間関係の変化や災害時のことなど不安に思っていることが何か分かることもあります。「〇〇したい、でも△△が不安だ」という真意が見えてきたら、不安なことを取り除く支援ができないかどうか、関係者と話し合ってみましょう。

2. 地域移行支援事業所等の役割

障害のある方の地域生活への移行をサポートする障害福祉サービスとして、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援があります。

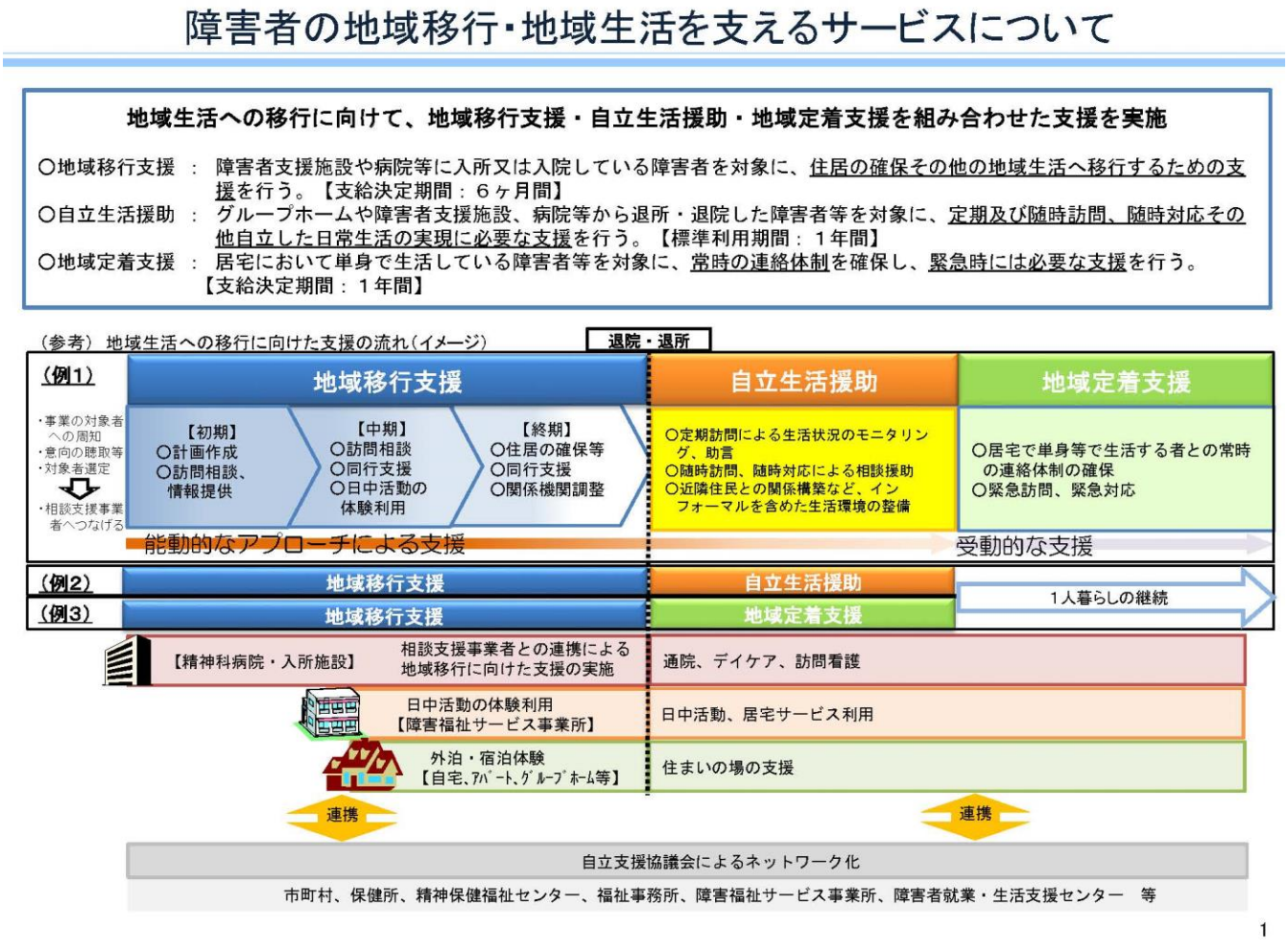
施設において入所者の地域生活への意向が確認できた場合、行政機関や近隣の地域移行支援事業所と協力して、地域移行に向けた準備を進めていきましょう。また、グループホームから一人暮らしに移行した場合には、自立生活援助や地域定着支援を利用することで、地域生活の不安を軽減することができます。

入所者の意向を確認する際には、施設からグループホーム、グループホームから一人暮らしのように各段階で支援を受けることができることについても、十分説明するようにしましょう。

＜各サービスの主な役割＞

- **地域移行支援**：施設から地域移行を目指す方への住居の確保や生活支援、同行支援
- 自立生活援助：施設やグループホームから退所し、一人暮らしを始めた方への訪問や相談支援
- 地域定着支援：地域で暮らす方への連絡体制の確保や緊急時の支援

図１障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて[1]



1 厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/content/000998221.pdf

第6章　Q&A

Q1. なぜ意向確認をするのですか。	A1. 意向確認をする必要があるのは、障害の有無や程度にかかわらず誰もが持っている意思をできる限り的確に把握し、本人の希望の実現を目指すためです。
Q2. なぜ地域移行をするのですか。	A2. 地域移行を進めるのは、障害があったとしても誰もが自分の希望する地域で自分らしい生活を送ることができるようにするためです。
Q3. 重い障害がある場合、地域移行は難しいのではありませんか。	A3. 重度障害者や医療的ケアが必要な人でも、単身で地域で暮らしている人はいます。訪問系や日中活動系のサービスをうまく活用し、本人が希望する実現可能な暮らしを考えてみましょう。
Q4. 本人が「施設にいたい」と言っているので、このままで良いですか。	A4. 様々な選択肢を提示し見学や体験の機会を十分に設けた上での意向であれば、本人の意向を尊重しましょう。しかし、意向は変わり得るので、その後も定期的に確認するようにしましょう。
Q5. 意向確認はいつすれば良いですか。	A5. 入所時やモニタリング時、見学や体験をした時はもちろん、日頃から意向を確認するように心がけましょう。詳しくは*主な意向確認のタイミング（P.17）*で解説しています。
Q6. 本人が地域移行に不安を感じている場合、どのようにサポートすればよいですか。	A6. 不安に感じている内容を聞き取り、それを一つずつ解消していきましょう。見学に行ってそこで暮らす人の話を聞いてみるなど、実際の様子を知るためのピアカウンセリングも効果的です。
Q7. 家族が反対している場合、地域移行はできないのではありませんか。もし上手くいかなかったらどうなるのでしょうか。	A7. 地域移行を進めるにあたり、家族による協力を得ることはとても大切です。反対する理由を聞いたり、似たような先行事例を紹介し家族同士で話す場を設けるなど、理解を得られるよう工夫してみましょう。詳しくは*家族との連携（P.23）*で解説しています。
Q8. 地域移行を目指す場合、どんな人と協力すれば良いですか。	A8. 支給決定をする自治体やサービス等利用計画を作成する相談支援事業所、地域生活支援拠点等、関係しうる様々な人を巻き込み、チームで進めていきましょう。詳しくは*地域移行する場合の関係機関との連携（P.15）*で具体的に例示しています。
Q9. 地域移行してからもフォローアップが必要ですか。	A9. 人によって様々ですが、地域生活に慣れるまでは移行先の支援者や相談支援事業所と連携するようにすると良いでしょう。

参考文献・検討委員

参考文献

・　「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」

検討委員会委員 ※五十音順

岩上　洋一	社会福祉法人 じりつ
榎本　博文	公益財団法人　日本知的障害者福祉協会
片桐　公彦	社会福祉法人 みんなでいきる
佐野　良	社会福祉法人 育桜福祉会
塩田　友紀	社会福祉法人 唐池学園
鈴木　敏彦	淑徳大学 高等教育研究開発センター
曽根　直樹	日本社会事業大学 専門職大学院
立原　麻里子	一般社団法人　全国手をつなぐ育成会連合会
野口　直樹	社会福祉法人 高水福祉会
福島　龍三郎	社会福祉法人 はる
宮崎　一哉	全国身体障害者施設協議会
森下　浩明	社会福祉法人 みなと舎
吉田　展章	特定非営利活動法人　日本相談支援専門員協会
吉田　信雄	神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部 県立障害者施設支援改革担当課長

事務局（監修・編集）

東海林 崇	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 ディレクター
吉野 智	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 マネージャー
内海 裕子	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 アソシエイト
杉本 美佳	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 アソシエイト

厚生労働省補助事業「令和6年度障害者総合福祉推進事業」
障害者支援施設における地域移行等の意向確認マニュアル

発 行：令和 7年（2025）年 3 月
発行者：PwC コンサルティング合同会社
〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
03-6257-0700（代表）