

4 障 第 7 6 9 号
令和 4 年 5 月 6 日

各市町村障害福祉担当課長 様

京都府健康福祉部障害者支援課長
(公 印 省 略)

令和 4 年度京都式強度行動障害モデル事業に係る対象者の募集について（依頼）

京都府では、知的障害、発達障害により生活上の困難さが生じている方について、現在の支援者等の支援の方向性をより良いものとするため、御本人に一定期間、事業実施法人の入所施設及び付帯する支援機能を活用していただき、本来の力の再確認（アセスメント）を行う「京都式強度行動障害モデル事業」を別紙 1 のとおり実施しています。

つきましては、下記のとおり今年度の対象者を募集しますので、管内障害福祉サービス事業者あて照会の上、推薦いただきますよう御案内します。

記

1 添付書類

- ・募集案内
- ・別紙 1
- ・別紙 2

2 回答期限

令和 4 年 5 月 3 1 日（火）

福祉サービス・障害児支援係 中村 075(414)4671 担 当 a-nakamura37@pref.kyoto.lg.jp 坂梨 075(414)4671 h-sakanashi41@pref.kyoto.lg.jp

令和4年度 京都式強度行動障害モデル事業

<募集案内>

本事業は、知的障害、発達障害のある御本人がその障害により生活上の困難が生じている際、御本人に一定期間、事業実施法人の入所施設及び付帯する支援機能を活用していただき、本来の力の再確認（アセスメント）を行います。その後、現在の支援者等の支援の方向性をより良いものとするため、後方支援（フォローアップ）を行います。

また、受入支援は行わず、現在の支援事業所からの情報提供をもとに、支援内容に対して助言等を継続して実施する支援を行う場合もあります。

強度行動障害がある方への支援について、第三者的視点で異なる角度から検討してほしいというニーズにも対応いたしますので、応募いただきますようお願いいたします。

1 スケジュール

(1) 募 集：5月上旬～5月31日

(2) 支 援：利用者の状況等により支援期間・頻度を調整

2 実施事業所

いずれか又は両方の事業所で支援を行います。

・社会福祉法人福知山学園

障害者支援施設 あまだ翠光園（福知山市三和町千束833-1）

・社会福祉法人京都ライフサポート協会

障害者支援施設 横手通り43番地「庵」（木津川市山城町平尾横手43-1）

3 対 象

支援者や家族が知的障害や発達障害に起因する行動への対応に困難を感じているケース
例) 事業所では落ち着いているが、家庭内での生活に困難さがあるケース

周囲の他者の行動に強く干渉し、他害行為が見られるケース

生活リズムが乱れ、事業所へ通所ができないケース

申込先：各市町村担当課

京都府 ○○○ 市・町・村 （※切：令和4年5月31日必着）

申込日	令和4年 月 日
対象者氏名	
主たる支援機関 所在地	
電話・FAX 番号	TEL / FAX
メールアドレス	

※申込書提出の際は、別紙2「基本情報シート」も併せて御提出ください。

事業概要

1 事業の目的

本事業は知的障害、発達障害のある御本人がその障害により生活上の困難さが生じている場合に、御本人に一定期間、事業実施法人の入所施設及び付帯する支援機能を活用していただき、本来の力の再確認（アセスメント）を行います。その後、現在の支援者等の支援の方向性をより良いものとするため、後方支援（フォローアップ）を行います。

また、強度行動障害がある方への支援について、継続して相談に応じるとともに、現在の支援事業所の職員の方々へ支援ノウハウを伝え、関係する事業所や地域全体の対応力向上を図ることを目的としています。

2 支援内容

実施法人の事業所等にて障害特性のアセスメントを目的に、一時的な、生活介護や短期入所等を利用した受入支援を実施し、利用者の再アセスメント及び支援機関へ得られた情報から御本人の特性に応じた支援のあり方を提言します。

また、受入支援は行わず、現在の支援事業所からの情報提供をもとに、支援内容に対して助言等を継続して実施する支援を行う場合もあります。

本事業はレスパイトを目的とした事業ではありませんので、御留意ください。

(1) 受入れ調整

利用者の御家族及び関係機関と連携を図り、情報収集や初期アセスメントを実施します。それらを元に受入れの調整を行います。

(2) 利用者への支援

必要に応じて、一定期間、生活介護や短期入所等を利用した受入支援を実施し、利用者の再アセスメントを行います。また利用者への支援は、受入支援終了後を見据えて実施します。受入れ期間中に関係機関と連携し、受入支援終了後の支援体制についての検討を行います。

(3) 支援終了後のフォローアップ

支援終了後、地域の支援事業所への連絡や訪問により、近況確認や相談支援等によるフォローアップを一定期間実施します。

基本情報シート(利用希望者用)

別紙 2

作成日：_____年____月____日

担当者：_____

氏名	(ふりがな)	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)		
		男・女				
現住所	〒		電話	自宅 () -	携帯 () -	
住居形態	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸アパート・マンション <input type="checkbox"/> その他 ()	同居状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 知人宅 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
各種制度の認定情報	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 障害支援区分 () <input type="checkbox"/> IQ () <input type="checkbox"/> 身長 () <input type="checkbox"/> 体重 ()					
成年後見人・保証人	本人との関係 (類型等)	氏名	連絡先	本人名義の総合補償保険等加入状況		
生活歴・職歴						
心身・判断能力						
家族構成	氏名	性別	続柄	年齢	同居別居	備考
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	
		男・女			同・別	
相談の概要			キーパーソン			
(概要)	氏名	本人との関係				
(行動関連項目の総点数)	連絡先	〒				
	電話: () -					
	E-Mail: _____@_____					
(強度行動障害の症状)	これまで相談したことのある支援機関					
	名称	担当 ()				
(強度行動障害が起こる場面)	連絡先	電話: () -				
	E-Mail: _____@_____					
(服薬状況)	備考					
(本事業に当たって対応可能な関係者)						

※2枚に渡っても構いません

※相談の概要について記載し切れない場合は、適宜自由様式により資料を添付してください