

2-1. 高齢障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

5-1. 都道府県名	5-3. 貴エリアの人口数	1. (お困りのケースと必要な対応)
北海道	200	・障害をもったことにより、単身生活をしていましたが、兄夫妻が同居しているが、今は管理されて困っている → 機関との連携と、障害の理解を促すための相談員の確保と質の向上。
北海道	195	ほとんどが法人内利用者対象であり困ったケースはありません。
埼玉県	125	市内にはケアホームが少ない。あっても通所事業所が設置したホームで比較的若い方が多く同じ通所施設に通っている方の利用が中心で高齢障害者が利用できるホームはない。そのため高齢者のホームや生活困窮者対応の施設で対応している。
千葉県	105	見とりができる住居がほしいです。
福岡県	100	障害特性により、住まい方が異なる。
静岡県	80	高齢者施設では浮いてしまうこと、入所を嫌がられること、軽度障害者では介護保険で介護度が高くならないので特養の対象にならない(つまり、GHだと費用が高くなる)などの理由で、障がい施設で高齢障がい者の住める場所があるといいと思います。
静岡県	80	高齢の精神障害がある方で現在、単身生活を送っているが、能力の低下も見られ、グループホームでは対応が困難。高齢者施設への入所を検討しているが、高齢者施設においても精神障害があることでの抵抗感から行き先がなかなか見つからない。
岡山県	70	介護保険1号の障害者が病院から退院する際の受け皿として。
埼玉県	58	障害者用のサービスとして設定されるのではなく、高齢者福祉のサービスの中に障害者もともに暮らせるようなハード面の工夫や人材育成をする必要性。利用者が固定化されたホームでは障害施策から高齢施策への移行や併用可能な多機能ホームなど。
東京都	54	高齢者のサービスが利用しづらいため、GH頼みになってしまうので、高齢の障害者の利用に対応したGHの整備が求められる
大阪府	50	利用者自身の高齢化、つまりご両親やご兄弟の高齢化が深刻であり介護力の低下、ご家族の認知機能の低下などが顕著。利用者自身の通院頻度など医療に関わる機会も増え通院サポートも通所施設がかなり行なっている。医療との関わりも密にできる住まい(バリアフリー)が必要。また成年後見制度利用促進が必要。
石川県	50	障害福祉課は介護保険への移行に積極的。本人や家族は今まで居た障害施設で暮らしたい。施設は支援体制を整えてできるだけ長く受け入れたい。将来的、どのような選択が正しいのか悩む。
大分県	47	65歳を過ぎると介護保険が優先される為、障害の特性に応じた住まいのサービスが得られないことがある。住み慣れた場所・地域で、高齢に伴う支援と障害の特性に応じた支援が得られる形が必要ではないか。
石川県	46	一人暮らしの高齢者が増えており必要。
富山	42	まだ、実際に困っているケースへの対応はないが、保護者が高齢化しているのに、子供の行く末について漠然と「何とかなる」と考えているケースを見聞きするので、緊急対応を含め、体験・訓練型のショートステイの活用で、将来についての提示ができないかと思う。
岐阜県	40	住まいの場だけでなく、世話人、生活支援員のスキルアップが課題となっている。人の確保が難しい。高齢になってご本人の状態が変わっても、同じ家で安心して老いを迎えられる(終いを迎えられる)場であるといいと思う。制度の違いで住む場所を選ばなくてもよいといいのだが。
岐阜県	40	介護保険利用による住まいの場が地域の中に増えてきている。

2-1. 高齢障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

岐阜県	38	身元引受等の保護者がいないケースについて、成年後見の利用や誰が申立て等を行うのか。(市町村長ではあるが、行政の理解等に差がある。) また、高齢者にとっては、介護保険の利用が先行されるが、介護保険前からの利用者の継続のあり方等、制度上の課題や行政対応のバラつき、介護保険での支援では困難なケースの支援者は誰になるのか、など。
愛知県	38	高齢障害者もケアホームで受け止められており、165歳になったからといって、介護保険サービスに移行するケースはない。
奈良県	38	高齢化による身体介護が増え、設備的に本人負担や介護者負担が増えている。支援を継続するためには、本人の生活の質を下げなければならない(入浴を清拭に変更するなど)状況。
三重県	37	どうしても障害という面で高齢者施設からは敬遠されてしまう傾向にある。申し込んでも待機リストに乗るだけで実際に入所できる場所は少ない。結局、介護認定を受けられても非該当であったり要支援であったり受け入れが難しいと言われる。
奈良県	37	保護者の親亡き後の生活のイメージを入所からCH・GHに切り替えるためのサービスの充実
奈良	36	精神障害者の単居者事例を多く抱えている。内科疾患合併の方、生活支援の必要度が増している方が増えている。精神疾患の安定度が低下する方も見受けられる。臨機応変なアウトリーチ支援、医療との在宅場面での連携体制が必要。
奈良県	36	精神障がい者が高齢化すると、精神科病院が生活の場になってしまいがち。高齢者専用賃貸住宅やケアハウスに入居しても、他の入居者とうまくやっていくことが難しく孤立してしまう。精神障がいに理解のあるスタッフが24時間対応できる住まいの場があれば。
大阪府	36	高齢化とともに機能低下による重度化が進行しており、常時介護や、環境整備が必要になるケースが増えてきている。医療的な支援も含めて、対応出来る住まいが必要。
福島県	33	現在、地域移行支援が進められている中で、精神科病院に長期にわたって入院していたケースは65歳を過ぎた高齢障がい者が多い。しかし、介護保険では非該当になる方が多く、障がい福祉サービスのGH・CHも新規利用の場合の受け入れは年齢的に難しいと断られてしまう。このような方は家族の受け入れも悪く、単身生活も寂しさから再入院を希望される方も少なくない。上記の方たちを受け入れてくれ、安心して生活できる住まいの場がほしい。
高知県	30	介護保険の対象にはならないが、見守りが必要な精神障害者。障害特性があるため、高齢者介護の知識だけでは対応が不十分であったり、ベースに精神障害があるということで、高齢者施設に断られるケースがある。
山形県	30	バリアフリー 年金を考えるとなかなかハード面が難しい
山口県	28	介護保険に移行しても適応できないことあり。障害に加えて、高齢になったことで支援は手厚く必要と思われるがそうっていない。
山口県	28	家族親族がいない場合の問題。
神奈川県	27	65才以降の障害者の利用について障害サービスで継続するのか、介護保険に移行するのが整理されていない。

2-1. 高齢障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

福井県	27	知的障害の利用者様の高齢化に伴い、本来ならば介護保険等を優先すべきとの事であるが環境の変化が苦手であったり支援者が変わると不安になる方々、伴って2次障害になる可能性もあり、今後、高齢障害者のハード面を含めた環境を整備すべきであり、この様な方々に特化して整備すべきと感じる。
神奈川県	26	高齢、高齢ではないにもかかわらず、障害者の方が生活できる住まいが不足している。特に、身寄りのない生活保護受給者等を狙い利益を得ようとする事業者が実際に存在しており、人権という側面からも危惧する。
神奈川県	26	65歳以上は介護保険サービスを優先的に利用するよう指導されるが、介護保険サービスへの移行がスムーズにできない。利用できるサービスが少ない。
徳島県	26	親の入院や死亡によりひとり暮らしになる。今まで福祉サービスを利用したことがなく、サービス利用に拒否的だったり、施設になじまない。新規でサービスを申請する場合、時間がかかるため、緊急時の対応に困る。障害程度区分認定がおりるまでの見なし期間の設定が必要。
三重県	25	障害の入所施設に住んでいる方々が高齢になってきておりその後の行先がない。精神科病院に社会的入院になっている方々が高齢になり、受け入れ先がない。
佐賀県	24	知的軽度のかたが、生まれ育った地域で一人暮らししている(地域に方々の理解と協力があるため本人も安定している)。加齢と共に一人暮らしが難しくなっているが、その地域で一生を安心して暮らすために利用できるGHやCHが現状では足りていない。
青森県	24	少人数での安心・安全が保証される環境が求められる人の対応
佐賀県	24	高齢者になると介護保険での適用になってしまう。知的障害や精神障害をお持ちの方は時に介護施設になじまないことも多く、障害特性に合わせた住まいが必要であると思う。
佐賀県	24	65歳(介護保険)以上になっても継続して生活できる場所。
山形県	22	一人暮らしの高齢の方が、ケアマネ、ヘルプなどのサービスの組み合わせと近隣の協力(見守り、除雪協力)でぎりぎり自宅での生活を続けている。除雪ができないので、冬期間入院、などの年もある。サテライトが、ここにうまくかみ合うといいのではと思う。
埼玉県	22	具体的な相談ケースはないが、同一法人内のケアホームの状況を見ても、新たな物よりは、これまで住んできたところ自宅・ケアホーム問わず住み続けられることが求められている。
長野県	21	既存のケアホームでは生活しづらくなってきた高齢精神障害者のグループホーム・ケアホームが必要
新潟県	21	経済的に余裕のない方が利用できる住まいが少ない。
福岡県	20	高齢者支援施設等での高齢障がい者の受け入れがなかなか上手いれない。ノウハウや経験が乏しい。
新潟県	20	旧来の施設の延長ではなく、より地域(まちなか)での生活が可能となることが大切と考える
千葉県	19	65歳を過ぎると介護保険施設を使用することが多い。
福島県	19	・入所施設が高齢化になっている状況がある
広島県	18	体力面で生活ペースが若年の方と異なる。ニーズも変わるため、個別の環境調整も必要となる。
三重県	18	・障害者で介護保険年齢に達しない方、或いは65歳以上でも介護保険被害等または要支援レベルの方の暮らしの選択肢が少ない。・大抵の方が所得が低く(年金だけか生活保護)最低限度の生活しかできない。
宮崎県	17	知的障害者施設入所施設の高齢化など。
島根県	17	65歳以上で介護保険の適応ではない方が軽費で入居できる場所がない。
愛媛県	17	バリアフリー化がまだ未整備などところが多い上に人員体制が十分に対応できない。

2-1. 高齢障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

滋賀県	16	入所施設の利用者が高齢化、空き室の減少。介護保険施設への移行が困難。
愛知県	16	一人暮らしで居宅サービスを利用しながら通所している方が、加齢とともに不安定になった場合。地域で通所利用を継続しながら、適した支援を受けられる環境が必要。
京都府	15	地域に知的障がい者の入所施設がありません。ご家族の高齢化や体調の変化により、介護ができなくなった場合の住まいの場が、ケアホーム、グループホームという形でご用意できればよいのですが困難なこともあります。介護保険との関係もありますが、加齢による障がいの重度化への対応が必要です。
岡山県	15	高齢障がい者は介護認定において介護度が出にくく、そのほとんどは入所施設の利用を続けている。介護度は出たものの待機者登録をしている方もいる。家族の援助や経済的な支援が得られない方は養護老人ホームや救護施設へまた、経済的に余裕のある方は軽費老人ホームへ入居されている。GH入居者の高齢化も進みどんな暮らしがその人らしいのか住まいの在り方を模索している。
滋賀県	15	ADLが低下していくことにより介護が必要となる人への対応が必要。一軒家型、アパート型など既存のホーム形態では対応が難しい。高齢分野との連携、改修費や福祉用具の助成が必要。
栃木県	15	一定の年齢に達すると介護保険の対象となり、実際その先の住まいの支援について相談支援で関わっているケースはない。現在は高齢ではないが、独居で、ある程度のことは一人でできたり、居宅介護等のサービスを利用したりする範疇でその暮らしの継続ができていたが、高齢となり介護度が高くなり、現在の支援体制では不足する場合で、障害特有の支援を要する場合は、専門的機能を備えたGH等が必要と思われる。
岡山県	14	当地域には、高齢障害者に特化した、住居がない。
長崎県	14	高齢者の施設に移行できずに、入所施設等でそのまま支援していることが多い。普通の障害者のケアホーム等はバリアフリーでないことも多い。高齢者の障害者の特性に対応した住まいが必要。
新潟県	14	65才以上の方がアパートを借りることが困難です。高齢によるリスクや保証人等の問題がある。
千葉県	13	高齢障害者の親はさらに高齢で、親亡き後にはどうしても生活の場所が必要になってくる。
神奈川県	13	高齢の親との同居、親の入院や高齢者施設入所の場合 単身生活の場合
千葉県	13	介護保険系の施設で対応できることが多い。
千葉県	13	GHやCHを利用している知的障害者が認知になった場合、今までの支援方法が変わってくるが、その対応についてのスキルが無かったりする場合がある。
宮崎県	13	高齢者を対応している訳ではないが、将来を考えた際に、子どもや配偶者等が、高齢の親や親せき等の支援が難しくなる。そのため、高齢者も安価で安心して自立できるような住まいが必要ではないかと思う。
愛知県	12	精神疾患があり、認知症状も出てきた方の対応については、障害の知識だけではなく、認知に関する知識も必要で高齢にともなう支援を備えたホームが必要ではないかと思っている。また老障介護の限界を迎えている家族も多く、その必要性を感じている。
静岡県	12	身体(聴覚)と知的の重複障害、68歳男性おひとり暮らし。介護認定は要支援1、障害支援区分2のため利用できるサービスに限度がある。日常生活は概ね自立しているが年齢的にも金銭的にも不安がみられる。高齢で障害をお持ちの方でも安心して生活できるCH(特に聴覚や視覚障害に適切な対応ができる職員が居る)が必要。
奈良県	12	高齢者施設は待機が常態化している状況。また、障がい特性上65歳を超えても高齢福祉サービスでは合わないケースが多く存在する(特に知的障がい者)知的障がいの分野でいくと同法人内で高齢者サービス移行というのが、本人にとっても安心して過ごせるひとつの方策ではないか。もしくは本人の安心して暮らせる生活環境を維持するという視点でははたして65歳を境目に高齢サービスへという切り替えの必要性があるのかどうかには疑問が残る。

2-1. 高齢障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

北海道	12	高齢となっても、ケアホームでの日中の支援がないために、通所の事業所に通わざるを得ないケースもある。また、医療面でのケアが必要になった場合に、それまで住んでいた住まいにいれなくなってしまうことが考えられる。
岐阜県	12	介護保険の認定区分に乗りにくいひとが次の行き先がなく、日中活動に伴わないという人がみえる
埼玉県	12	医療が必要だったり、既存の施設やホームでは対応が厳しい高齢の障がい者が安心して暮らせる、または職員がケアしやすい住まいが必要。
石川県	11	年を重ねることでの、ハード面での暮らしにくさの課題。バリアフリー化、車いす対応のGHがない。そもそも一体的になっていない。
石川県	11	高齢の聴覚障害者がグループホームに入居したが、職員や他の入居者とのコミュニケーションがとれず孤立してしまう。聴覚障害当事者の人たちは、聴覚障害に特化したグループホームを望まれている。
福岡県	11	介護保険に移行できない方が多い。ケアホームでの生活が安定しているかたも多く、そのまま継続利用希望されている方が多い。身体的に進行していった場合、住宅改修等が必要になり、他を探して欲しい等、相談があるがなかなか知的の方、精神の方の行き先がない。
新潟県	10	日中活動にできる体力がない方に対し、日中の見守り体制がある住まいがあるとよい
福島県	10	施設入所支援などの福祉サービスを利用されている他は、持ち家に居住して関係する機関が支援を行っている。親族が世話をしている方が多い。
熊本県	10	精神障害者の方でインシュリン注射が必要な方がいます。介護保険非該当で障害福祉サービスを使わなければいけません。自分でインシュリン注射訓練の入院を内科病院でされましたが、できませんでした。インシュリン注射を打つ事ができるスタッフがいる施設が必要です。
長野県	10	お金のない方、キーパーソンがいない、介護度が高くなった
福島県	10	65歳未満で、単身生活。認知症も大夫進行してるが、介護保険の第2被保険者にもなれないため、障害対応で居宅介護支援、日中活動を利用。関係者が連携して対応しているが、支援に限界。
徳島県	9	設備面で、重度の身体障害者が入居できる施設がない。すべての施設のバリアフリー化。
大阪府	8	中程度～軽度の金銭的に余裕のある方は、有料老人ホームへの早めの移行でなじんでる例はあるが、金銭的に難しい人や重度の方になると困っている事例が多い。
新潟県	8	息子と二人で生活をしている精神障がい+身体障がいの方のケース。ご本人が65歳になり、介護保険の対象となる。息子さんはご本人の世話を一切せず、生活(経済的な面も含め)を切り離して考えている方で、協力も得られない。これまでは、居宅介護等のサービスを受けながら何とか自宅で生活してきたが、介護保険では同居人がいるだけで居宅介護の家事援助を利用することができなくなった。その後、身体機能の低下に伴い、転倒骨折が二回ある。これ以上自宅での生活は難しいとGH入所を検討。しかし、精神障がいがあるということでご本人にあった施設では受け入れを拒否される。理由は、専門的知識があるスタッフがない。とのことだった。このケースに必要な対応としては、高齢分野のスタッフに障がいについて理解してもらうことも重要ではあるが、障がいのある方々が最後までその人らしく生活するためには、専門の受け入れ施設も必要ではないかと考える。
鹿児島県	8	障害を抱えた高齢の方に特化した住まい
岡山県	8	地域でも障がいのある方が高齢化してきている。高齢化に伴い、さまざまな課題も出てきているが、介護保険に非該当となったりなど、必要な支援を受けることができている様子が見て取れる。また、保護者の中には、障がいのあるわが子が安心して生涯の竟のすみかとなるような、事業所を求めている現状もある。

2-1. 高齢障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

埼玉県	7	当市町村には知的対象のホームが5件のみで、定員は一杯。高齢でケアが必要な障害者の親無き後の住まいにおける選択肢が非常に狭い状況だと感じる。
愛知県	7	昔から事業展開している事業所の利用者が高齢化、利用者の保護者も高齢化。今後の対応を考えると緊急性は低いが、必要性は高い。
石川県	7	高齢者のケースについては介護保険が優先ということで何らかの介護度がつけば移行というように認識していた。障がいがある方でも介護保険施設に移行していくことは、制度上やむを得ないというように思っていたし、地域によっては高齢者の施設は多くある中で、必要かどうかはわからない。ただ環境が大きく変わることに対して順応が難しい方にとっては高齢になってもいられる施設があると安心ではあると思ったため4とした。
新潟県	7	50代 重度知的障害 ダウン症 社会とのつながりはまったくなく、両親も高齢になり、住まいの課題が浮上。医療対応はないが、ADL低下著しく、日常生活全般に個別対応が必要。
和歌山県	7	知的障害高齢者、バリアフリー化住宅(介護付き)
新潟県	7	心臓喘息の既往がある単身高齢障がい者の見守りできる住まい。救急対応することがあり生活の不安定さも要因。
奈良県	6	能力低下による独居の限界。介護保険の対象とならない場合。
鹿児島県	6	通常の高齢者の施設では対応してもらえなかったり、出来ないことが多い為。
青森県	6	障害年金・生保を諸事情により利用できない方のケース
新潟県	6	高齢障がい者、特に視覚障がい者が入居できる住まいが地域にはなく困っている。
岐阜県	6	介護保険除外施設に入所したり、障害の行動上、養護老人施設、特別養護老人施設等の高齢者施設に移行しにくい利用者が多い。
香川県	5	高齢で一人暮らしの方。もしくは障がいのある兄弟だけでお住まいの方。
山口県	5	単身70代高齢障害者の安心した住まいが無い
熊本県	5	在宅障がい者生活で家庭内での状況から支援が必要なケースが増えて来ている。要援護者の介護負担や虐待からの回避が必要なケースが出ている。
大阪府	5	現時点ですぐ必要という状況ではないが、今後必要になってくると思われる。
青森県	5	この地域では、人口割合に対し、高齢者の入所施設はある程度充実しているため、緊急度合いは低い。
岩手県	5	老障世帯(親が高齢で、本人が障害のある)が増えており、本人自身もまもなく介護保険の対象となる年代を迎えるケースが地域で多い。
福島県	5	復興半ばであり、物件等の不足が著しく確保が難しい。また保証人等も求められるケースもあり、身寄りがない方などの生活支援が円滑に進まないこともある。
神奈川県	5	公営住宅に単身生活をしている方が、一時入院をした後、住宅担当課より「入居者に適していない」と判断され、戻れなくなりそうな状態 支援体制の整備の中にも公営住宅こそ参加し協力してほしい
徳島県	4	長年グループホームで生活していると高齢となり機能面が低下して住みづらくなる。
福島県	4	どうしても高齢になると入所という話しになってしまう。地域の中で暮らしてきた方への選択肢が入所だけという状況。家族(義姉)等が対応できなくなると高齢者も同じだが、入所しか選択できない現状。ショートから入所という話しになっているが、このような住まいがあれば引き続き、地域の中での生活が可能になる。
徳島県	4	高齢者対象のバリアフリーの住宅(GH・CHを含む)がほぼない。また、基幹型相談支援センターもなく、地域定着支援も各事業所の相談支援専門員が少なく、負担が大きすぎて厳しい。
京都府	4	ケアホーム入居者の高齢化による身体機能の低下、医療的配慮を必要としているケースがでてきている。既存のホームでは、設備面、人的にも対応が難しくなっている。特養入居ではなく、障害に配慮した上でハード面も整った高齢者向けのホームの必要性がある。
石川県	4	介護保険との絡みで入居までに時間がかかってしまうことがよくある。
岡山県	3	ヘルパー不足。住み慣れた自宅での暮らしの継続がしにくい。
栃木県	3	入所施設から高齢になって移れる住まいが必要。70歳過ぎたころから移行先を保護者とともに探している。

2-1. 高齢障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

熊本県	3	精神障害者で、65才を超えているが介護保険は非該当もしくは高齢者施設では対応が難しい、障害の部分が大きい方の対応が出来るグループホームケアホームが増えると、精神科病院からの地域移行出来る方が、多くいると思われる。
愛媛県	3	障害者用の住まいが少なく、病状が悪化して、入院したケースもあった。
岩手県	3	施設入所で生活介護を選択している利用者は、適用除外で介護認定の申請さえ出来ない状態です。しかし、年齢や身体機能から障害者支援施設の利用者ではなく介護保険適用の施設が望ましいと思う方が多いです。そのため、介護保険と障害福祉サービスを併用しながら生活できる場があれば、移行もしやすく行き場のない利用者を無くせると思います。
静岡県	3	在宅にて両親と生活してきたが、親亡き状況となり施設入所しか選択肢がない。介護保険の施設には馴染まない方多いため、高齢障害者を対象としたケアホームのようなものがあって良い。また、中山間地域で生活されていた方は高齢に伴い自力での外出が困難になってくるため医療機関やお店、交通機関が充実した場所へ転居する必要も出てくる。
鹿児島県	3	高齢になると介護保険の範囲で入所していく状況。それでいいかという問題はある。
福島県	3	60代の兄弟で借家暮らし。居宅介護週1回利用であるが、今後、年齢が進むことで、さらに支援が必要になると思われるが、区分から見ても利用量のアップには結びつかない可能性がある。
鹿児島県	2	今後は、介護保険施設や現存施設と比較しながら設置については検討していく必要があるのではと思います。
鹿児島県	2	知的障がいを抱える方の住環境の確保において福祉事務所から相談があり、賃貸住宅の老朽化等から市営住宅への転居支援を実施したケースがありました。賃貸住宅と言っても個人的な貸し借りのため、電気や水道・ガスなどが整備されておらず不自由な生活をしていたが本人が家賃の安さから無理を言って賃貸契約をしたという経緯。生活に必要な設備が揃った環境を一緒に探し、行政とも相談をしながら市営住宅入居へとつながりましたが、当然市営住宅にも限りはあり同様に転居できる訳ではありません。現在は相談支援事業所や就労支援事業所が生活支援を実施し市営住宅での生活が維持されていますが将来的には養護施設への転居も視野に入れ経過を追っています。自立訓練施設からグループホーム・ケアホームへと移行される方や在宅から入所を希望される方は多くいらっしゃいます。また、現在グループホーム等へ入居されている方も賃貸住宅は家賃が高い事や現状での生活は障害年金収入のみのため施設から出るに出来ないという方も多く見受けられます。
北海道	2	高齢の保護者と障がいの当事者が暮らしているケースが数ケースあります。現在は何とかなっていますが、数年後を考えると不安なケースです。GHを整備する事や1人暮らしでも支えられる仕組みを作っていくことが求められていると思います。
兵庫県	2	高齢者の母との2人暮らしだった息子・娘が精神障がいがあり、将来単身になる世帯を支えるチームづくり
香川県	2	家族が島外にいてかつ、ある程度自分で身の回りがことのできる軽度の人の行き場がない。
富山県	1	高齢の入居者が男女共にいて今後自力で歩行できなくなった時
鳥取県		介護保険では、精神障害でないかと思える方まで認知扱いをしてサービス内容に支障がおきることが多い

2-2. 重度障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

5-1. 都道府県名	5-3. 貴エリアの人口数	2. お困りのケースと必要な対応
北海道	200	今のところ入居できないと言う事例はない。
北海道	195	まだ困ったケースはありません。
福岡県	150	[重度]といっても幅がありますが、重度の知的障がい者や強度行動障がい、医ケアの必要な障がい者は、夜間の職員配置が必要と思われます。宿直や夜勤体制を整えられる報酬設定や指定基準が必要と考えます。
埼玉県	125	市内にはケアホームが圧倒的に少ない。家賃が高いため就労できず就労B通所利用者が利用しているケースが多く。生活介護などを利用している重度の方が利用できない。賃貸物件が多く設備的にも重度対応のホームは少ない。できたとしても利用料が?万円近い。市外の入所施設を利用している。
千葉県	105	入所で希望の方が多いのですが入所は現状で厳しいのです。重度対応のGHも出来てはきていますが、通所施設の事業所だったり、他法人もしくは、在宅のかたの利用は厳しいのが現状です。
静岡県	80	スタッフの確保(あるいは居宅介護の体制がとれれば)「できるといい住まい」だと思います。
岡山県	70	区分5~6程度の重度障害者が単身生活する場合、居宅介護(重度訪問介護でない)では支援と支援の間の時間ができてしまう。見守り等を含む連続した支援が算定できないケースがある。重度障害者の住まいとしてGH・CHが増えれば安心感がある。
埼玉県	58	毎日日中活動の場(就労含む)に出かけられない対象者像の人たちが利用できるGHCHが少ない。
東京都	54	重度の方でも利用の希望が出ているが、現状では受け入れが難しい。加算や補助で、必要な支援者を確保できるとよい。
大阪府	50	重度重複(重症心身)障害の方の住まいが地域に無い。市内の身体障害者療護施設にも空きがあったが食事介助に時間がかかり工夫が必要な方であることを理由に入居を断られ現在、当法人の長期ショートステイ利用中(約1年)。他の入所施設も申し込んでいるがいつ空きが出るかわからない状態。ケアホームも重度障がい者対応ホームは皆無。当法人でも重度障がい者対応ホームを検討中であるが、市としてホーム加算などを独自で展開している関係で個人で利用する居宅介護がホーム入居者には柔軟に利用できないことなどが運営及び個人支援強化に困難性が高く議論が理事会でもすすまない状態。人的体制(夜勤を含め食事、排泄、更衣、入浴などの個別職員配置が必要)を継続的にこなせる運営の担保が必要。また成年後見制度利用促進が必要。
石川県	50	重度の行動障害をもつ方の短期入所の受け入れが少ない。入居者が怪我をする等の理由でアセスメントに他害がある対象者は断れる事が多々ある。
大分県	47	重度障がいの方の利用できるグループホーム、ケアホームが不足している。個々に必要な支援が得られる体制が必要ではないか。
岡山県	47	施設入所支援は現状いっぱいなため緊急での場合居住で困る。
富山	42	特に、自閉症の方や、精神的な不安定さも抱えている方たちに対して、保護者の負担は大きく、また、専門的な知識や対応が求められると考えている。
岐阜県	40	バリアフリー住宅が市営住宅の一部にしか無く、民間は皆無に等しい。住宅改修制度だけでは対応が出来ない場合がある。
岐阜県	40	1と同様。支援の質と人の確保。

2-2. 重度障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

岐阜県	38	保護者の高齢化に伴い、居住の場を検討するが、知的・視覚障がい、医療的ケアの必要な重複障がい者支援のケース。旧身体療護施設、知的障害者更生施設では、視覚障がい(全盲)と知的障がい(大声・パニック等)の重複障がい者の受け入れは困難。
奈良県	38	消防法の改正など、重度の障害者の住まいにはかなりの設備投資が必要となり、生活場所の確保が難しい上に、ミニ施設化している。
愛知県	38	重度障害者を受け入れるホームも増えているが、居住系事業の絶対数が不足しているため、軽度障害者の受け入の方が、重度障害者に比べて早く進んでいる現状で、待機期間は重度の方が長くなっている。
三重県	37	ケアホームでは自由度が高いため、勝手に出ていってしまう精神障害の方の受け入れが難しく、病院と福祉の狭間にはまっている方が何人かみえる。小規模のケアホームで見守りが手厚かったり、一人暮らしがご希望なら希望を叶えられるようなアパートを借りて十分なヘルパー支援を入れたり、地域とのつながりも必要。
奈良県	37	親の高齢化に伴う介護負担の軽減及び、入所施設の空き待ち等の一時的・通過型的な役割をもつCH・GHの必要性
大阪府	36	障がいの重い方、行動障がいのある方が、ある程度の医療的なバックアップ的な支援を受けつつ、見通しをもって、安心して地域生活が出来る住まいの場が必要と考えます。
埼玉県	35	他害行為や激しい自傷行為がある方、些細な事で精神的に揺れてしまい、家族の支える力が弱い方を継続的に見ていく事が難しい。
埼玉県	35	重度な障害者の場合、家族の不安が大きい為、若いころから機会があれば入所施設を希望する傾向が有り、本人の生活の質や選択が尊重されない傾向が有り、家族との思いのずれに相談員が困る事がある。
福島県	33	精神科病院では安定して過ごすことができるが、地域に出るといろいろな刺激が強すぎて不安定になりお金を使い果たしてしまう、警察や消防に連絡して常連になってしまうなどのケースが多い。計画を立てて、様々な支援者をお願いしているが「厄介な手のかかる人」というレッテルを貼られるだけで包括的な支援が難しい。理想の住まいの場は入居者が少人数でスタッフも配置されているだけではなく支援を理解したチームで取り組めるような環境が望ましい。
高知県	30	ケースをもっていないため、わからない
山口県	28	精神科病院長期入院者の退院先として
山口県	28	施設から地域に移行するときに保証人等の問題発生する。
福井県	27	重度障害者でも地域での生活を希望される方が増えている。しかし、パニックや強度行動障害等に対応するためには、ハード面の整備に加えて人的配置の必要性もある。また、重度障害者の方には、落ち着ける広い空間が必要な方もおり、小規模入所施設等な設備が必要である。
神奈川県	26	重症心身障害児者のかたでも、親亡き後、もしくは親が介護が難しくなっても地域で生活できるような資源が必要。
徳島県	26	施設入所支援の待機者が多く、施設に入所できない。バリアフリーの住居と、24時間対応できる介護者の確保が必要。

2-2. 重度障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

山形県	25	夜間対応があるホームがほとんどない。経営的に、実施できるのは入所施設を抱える法人が中心になる。
三重県	25	介護付き住まいがない
佐賀県	24	重度の方になると、選択肢が狭いのが現状。現状の報酬単価で地域で支援するのは限界にきている。
佐賀県	24	施設入所支援は1年以上の待機となっている。
青森県	24	行動障害状態の方で在宅生活が難しい方がいるが、施設入所で断られる。
青森県	24	家族からの支援が困難になった人の対応
山形県	22	重度訪問を軸とした地域生活をされている方もごく一部だが、ケアホームが極端に少なく、もともと(さまざまな)重い障がいのある方のサポートができる地域の事業所がほとんどないことにも原因があると思われる。
埼玉県	22	行動障害のある方、人との距離が上手に取れない方の住まいの場が課題。現在、行動障害のある方については、何とか今あるサービスで家族介護が中心であるが支えている状態。行動援護対象者のみ本年7月より緊急コールセンターを開始し、対応している。人との距離が上手に取れない方は、自宅で1人暮らしをヘルパーなどを活用しながら行っているが、寂しさなどが募りストレスフルになると精神科病院へ入院をし、休養をしている。
長野県	21	地域との関わりを持ちながら、安心できるサポート体制で暮らしたいとご家族・本人が願う方の住まい
新潟県	21	重い精神障害のある方、長期入院を経た方が生涯にわたって安心して暮らせる住まいがない。
新潟県	20	大切であるがコスト面での問題がある。医師や訪問看護との柔軟な連携体制の確保が必要。
福岡県	20	24h対応の居宅介護事業所等の社会資源がない。
千葉県	19	重度知的障害者の住まい場を住宅地内に建設することに対する近隣住民の理解が得られず断念したことがある。
福島県	19	・重度者＝施設という印象が強く、本にさんよりも 家族の意見が尊重される
広島県	18	行動面の課題から、遠まわしに受け入れを断られるケースがある。障害特性に特化した支援を提供できる事業所がない。環境調整等で対応できるということについての理解が広がらない。
三重県	18	・住まいの数も不足しているが、暮らしを支えるためのサービスの数も不足している。
宮崎県	17	保護者高齢化で車いす移乗等、日常的な介護に定期予約のヘルパーでは十分に対応できない。本人も介護者となる家族も互いに遠慮した暮らし方になっている。
島根県	17	精神的に不安定で不安の強い方の住居 1日に短時間で何回も訪問できる居宅介護や障害者の緊急通報システム
愛媛県	17	人員体制を整える必要がある。合わせて対応する職員の知識向上のための機会も必要と感じる。
愛知県	16	現行のケアホーム体制では受け入れが困難であるが、現在暮らしている地域でのつながりを活かした方が、明らかに本人が安定して豊かに暮らせそうな場合、手厚い支援が可能な環境が必要。
京都府	15	地域に知的障がい者の入所施設がありません。ご家族の高齢化や体調の変化により、介護ができなくなった場合の住まいの場が、ケアホーム、グループホームという形でご用意できればよいのですが困難なこともあります。特に障がいの重度な方に対応できる住まいの場がありません。

2-2. 重度障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

岡山県	15	重度障がい者に対応できる住まいが無い状況である。十度の方は家族が先ず見ていくという考えを持たれていることが多く、サービスを使われていない方もいる。第三者に安心して委ねられる地域の仕組みや資源の開発が必要である。対応 地域自立支援協議会で検討している。
滋賀県	15	在宅介護においては介護者の負担がかなり大きい。老障介護になれば尚更。重度障害者専用のホームが必要だが、看護師配置等により小規模法人では手が出しづらい。バックアップする体制整備が必要。
宮崎県	15	医療ケア見守り
栃木県	15	重度の身体障害者で、現在は同居の親が介護しているが、親亡き後は施設やGHに入りたいというケースがある。しかし既存のGHや既存建物を改修したGHでは、完全にバリアフリーとなっていない場合が多く、身近な地域での選択肢がほとんどない。また夜間一人になることや、排泄や急病等で不安を抱えているが、入所施設には入りたくないケースで、夜間訪問の居宅介護のみでは適宜の対応が困難な場合に、家庭に近い雰囲気で見守りのあるGHがあるとよい。
長崎県	14	普通の共同生活介護では支援の手が足りずに受け入れが難しい。そのような方を受けやすい制度が必要。
岡山県	14	当地域には、存在しない。
山口県	14	重度の障害をお持ちで独居生活を送られている方。居住地域のサービスが少なく、重度訪問介護についても3事業所が協力体制をとり支えている。意思疎通については良好であり、過去に施設生活を送っていたこともあり、ゆくゆくは施設でも仕方がないと感じている。ご本人のQOLを考えると施設入所より地域に近いケアホーム等あれば良いが現状はなし。
山口県	14	行動障害がある利用者が生活する場が確保できていない。家族介護が限界になりつつある人の行き場がない。
千葉県	13	毎週1泊2日で、当事業所の短期入所を利用されているが、行動障害が激しいため、入所の受け入れがなく、他の短期入所先もない。
千葉県	13	身体的な重度障害者に対するGHやCHの改造等に対する整備補助が脆弱である。
神奈川県	13	親が支援できなくなった場合 すぐに対応出来る住まいがない
千葉県	13	触法障害者の方、短期入所施設を利用するが不適應で入院中。家庭内で暴力行為あり。分離を講じているが受け入れ施設探しが困難。
宮崎県	13	重度障害者も、親から自立し、安心して一人暮らしをしたい思いをもってる方が多いので、住まいが必要。
宮崎県	13	医療との連携などの課題があります。
大阪府	12	行動障害の激しい障がい者ほど受け入れしてもらえるCHや施設がない。家族が疲弊しているケースがある。
岐阜県	12	待機者が多く施設入所も滞留状態 夜勤者ができるホームがほしい
静岡県	12	重心ケースで現在入院中(施設入所支援)。医療行為は一切ないが入所施設に空きが出ないため退院ができない状態。本人は地域での生活を希望している。理解力発信力も高く十分な身体介護家事援助があれば地域生活が可能。入所施設対象者が利用可能なCHがあれば良いと思う。
北海道	12	施設入所以外で対応できる住まいが数少ない。
奈良県	12	強度行動障害のある方の生活資源は特に困窮している状況。日中活動の資源も合わせて乏しい現状があり、家庭が疲弊しているケースは年々増加している。その方の特性に応じた環境と人材の確保が必要と考えられる。
愛知県	12	ケアホームにおいても、ホームヘルプを入れての生活を成り立たせているホームは少なくないが、ハードの整備も必要であると思う。行動障害のある方では、他の部屋の音や光が気になって落ち着かなかったり、TVやエアコンが気になって取ろうとしてしまう方もいる。

2-2. 重度障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

大阪府	12	社会資源が不足している。待機している方の中には虐待が疑われるケースがあり、行動援護やショートステイが本人のためではなく、家族のために利用されている。支給量も過度に出ているように思われ、現状の状態となる前に、関係機関がアプローチすることができなかったのかと考えさせられた。家族へのサポートや、適切な福祉サービスの利用がなされていれば、在宅での生活が可能であったかもしれないケースと考えている。
埼玉県	12	重度の心身障害、または重度の身体障害を持つ人を対象としたホームがない。
石川県	11	両親が高齢になり、重度身体障害のある本人の介護ができなくなるケースが増えているが、そのような人たちが暮らせるGHがない。あっても入所と同じようなGH。一昨年、当法人でCHを立ち上げたが、4名の入居者に対して毎晩2名のスタッフの宿泊が必要なため、人的・費用的に運営が厳しく、新たなGH等の立ち上げができない。
石川県	11	長年入所されている方が多い。中途障害の方にとっては馴染みにくい。
石川	11	これまで在宅で生活している重度障がい者の親亡きあと対応できるGH、CHがなく、しつしつ入所施設に入ることになる
福岡県	11	ケアホームが好ましい方で、希望は多いが、地域的に、中、軽度の方のうけいができることはいくつかあるが、重度の方の受け入れができるところが少ない。全体的に、資源が不足している。
北海道	10	本人が在宅を望んでいるが、将来行けるグループホームがない
静岡県	10	親亡き後のことを考えた時に必要だと思う。
福島県	10	親族が対応しており、対応できなくなったときには施設に入るしかないけど、すぐに入れない?と心配する場合が多い。
新潟県	10	強度行動障がい者のケアホームが地域に無い。環境整備・構造化された住まいと、支援のノウハウをもった職員の育成が必要。
長野県	10	入所施設からの移行を希望されている方がいる
熊本県	10	精神障害者の方でインシュリン注射が必要な方がいます。介護保険非該当で障害福祉サービスを使わなければいけません。自分でインシュリン注射訓練の入院を内科病院でされましたが、できませんでした。インシュリン注射を打つ事ができるスタッフがいる施設が必要です。
福島県	10	家庭で支援が困難ながら、支援してるのが現状。ケアホームの数も圧倒的に少なく、本人、家族とも限界。居宅介護支援、生活介護事業、短期入所事業を利用してしながら対応している。しかし、短期入所事業所の定数もあり、利用できないときもある。
徳島県	9	24時間必要な介護サービス、緊急時の対応、相談支援等総合的に支援できる体制。
佐賀県	8	必要と思われるが、当圏域には重度障害をお持ちの方に対応できる住まいの場はほとんどない。重度障害をお持ちの方については24時間365日の支援、見守りが必要であり、自宅で家族支援を中心として各在宅のフォーマル、インフォーマルサービスを組み合わせ在宅生活を送られている状況である。その他、独居の方等についてサービスで支えられない場合は、施設入所サービスの調整を行っている。
愛知県	8	地域に少ないため他地域に頼っている。
石川県	8	身体障害者も入れる住居がなく利用できない。
大阪府	8	親亡き後の心配をされている方が多いが、ケアホームで夜間支援、風呂やトイレなどの設備、日中活動への送迎等が不足している。

2-2. 重度障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

新潟県	8	重度の身体障害者のケースで、現在は遠方の施設に入所をしている。ご本人は地域で生活をしたい。家族も地域に戻ってこれたら。と考えているが、日中活動の場は持ちろん、重度身体障害者を受け入れることができる設備のある施設は地域にない。今後は、重度の障害者が地域で生活するために何が 필요한のか。今あるサービスで利用できるものは本当はないのか。そもそもニーズはどのくらいあるのか。検証と検討が必要。
岡山県	8	重度の方を24時間体制で受け入れのできるCHが広域で少ない状況になっている。そのため、わが子の将来を案じた親が、遠方のCHへの入居申し込みをするなど、本人が住み慣れた土地で最後までという概念が、果たせなくなってきた。
石川県	7	脳性まひの方で今は何とか居宅介護を利用しながら自宅で生活が出来ているが、食事や排せつなど介助が必要になった時に自宅で居宅介護を利用しながら生活することが難しい。そういった場合に必要ときに必要な量だけサービスが利用できるかたちで、入所施設ではないサービス付き住宅のようなものがあればいいなと思った。
埼玉県	7	当市町村には知的対象のホームが5件のみで、定員は一杯。重度障害者に対応したホームは無い。家族支援のみ支えられている状況。住まいとしての選択肢が非常に狭い状況だと感じる。
新潟県	7	(1)のケース、家族が倒れた瞬間に入所施設しかない状況。地域に重度障害者が生活する、という概念がそもそもない。24時間支援者が常駐する小規模の居住施設が必要。
和歌山県	7	身体障害1、2級ケースバリアフリー化住宅、在宅医療充実
新潟県	7	母親に乱暴行為を働く。自閉の強い人に二人対応でヘルパーが送り出し支援している。
鹿児島県	6	通常の高齢者の施設では対応してもらえなかったり、出来ないことが多い為。
青森県	6	対応する知識・技術、職員のやる気の有無に左右されるという意味で、強度行動障害を重度障がい者とするならば、強度行動障害の方は医療機関、事業所でも受け入れが非常に困難である
奈良県	6	親亡き後の本人の居宅先。施設・ケアホームの不足。
新潟県	6	行動問題のある障がい者に対し、入所施設やグループホーム、ケアホームの職員のスキル不足もあり、対応困難に陥っているケースがある。職員のスキルアップなどの課題改善が先行するが、重度障がい者の方が安心してくつろぐことができる住まいも必要である。
岐阜県	6	現状、重度の方に対応できるホームがなく、入所や短期入所で対応しているが、中には少数で静かな方がむいている利用者もいる。
新潟県	6	入所施設での適切な支援がえられず、2次障害的な症状がみられる方。→小規模で重度の方への支援ができる住まいの創出
佐賀県	5	両親が高齢になるまで、重度障害者を介護しているケースが多い。見れなくなってから、親御さんよりホーム入居の希望が出てもすぐには対応できず、長期にわたって施設のショートステイを利用することがあり、重度の方に対応できるホームがあればと思う。
青森県	5	重度障害者は施設という風習が強く、地域生活の可能性を狭めている。支援者の意識改革のためにも、地域展開をすすめたい。
熊本県	5	行動障害の方の居場所が少ない事で、必要であると思うが、地域との連携が出来ていないと厳しいと感じる。
大阪府	5	行動障害のある人たちの受け皿がない。声や行動に対応できる環境、専門的な職員配置などが必要。
岩手県	5	集団活動及び生活が苦手な重度知的障害で自閉症を伴うケース。以前までは入所施設に入所していたが、入所先での不適応が要因と思われる内容で、やむなく家族と現在同居中。今後、家族の負担などを考えるとそのような施設が望ましいと思われる。
長崎県	5	施設入所でなく、ケアホームを希望される人も多いが、ケアホームでの支援体制づくり(職員配置)が難しい。
福島県	5	必要とは感じているが、家族等の介護で生活されている方が多く、GHなどは不足している。支援者不足、物件不足も環境要因としては大きい。
長崎県	5	在宅生活をされている方においては親亡き後の暮らしの場

2-2. 重度障がい者の住まい(お困りのケースと必要な対応)

神奈川県	5	本人の意向にもよるが、介護者が高齢又は死亡した後、自宅での単身生活が難しいケースが多い。自宅以外で過ごしたことが無いので、他の環境に移ることが良いか？分からないが、新たな暮らしの立て直しの準備のための一時的な住まいの確保は必要
福岡県	4	現在は両親が介助等を行っているが、両親も高齢となり将来の住む所としての場所がない。施設入所もどこも満床であり、入所待ちをしてもいざという時に入れる見込みがない。
鹿児島	4	若い重度の障害者で、一人暮らしを希望される方がいる。両親の介護をうっとうしく感じているようで、両親も困った様子。重度の障害者が24時間対応のヘルパーを利用し一人暮らしができれば
福島県	4	身体症状が低下した知的障害の方がグループホームで生活していたが、移動が困難になったとの理由から入所を選択された。身体機能が低下しても、バリアフリーのホームがあれば継続出来た。
徳島県	4	上記に加え、24時間対応の居宅介護支援事業所もない。
京都府	4	重度身体障害者で高齢の母との2人暮らしなどの世帯がある。設備面、人的体制など整えば将来的には地域での生活ができる可能性はあるが、どちらも不十分で希望に沿えるかどうか分からない。
岡山県	3	ヘルパー不足。ガイドヘルパーがサービスとしてそもそも無い。市内に出かけられる場所も無いため、親亡き後は必ず施設入所の話が挙がる。
鹿児島県	3	地域に重度障害者を受け入れる施設が無いため、市外にその受け入れを探す必要があり、転居しなければならぬケースもある。
愛媛県	3	全体的に障害者の住まいが少なく、病院か在宅の選択肢しかない。
栃木県	3	重度障害者の対応には多くの介護の手がかかる。障がいの程度によってグループ分けしているがリハビリなど活動内容に苦慮することがある。
岩手県	3	重度者で旧身障療護への入所希望者が多く待機者登録しても数年待たないと入所出来ないのが現状です。また、岩手県は、旧身障療護の待機者は県が管理をしており、第二希望までしか登録できず、在宅生活が困難な方は居宅介護等の複数のサービスを利用して何とか生活をされていますが、重度でもケアホームで適切な支援を受けられれば生活可能な方もいるため、ケアホームがあれば本当に施設入所が適当と判断される方との振り分けも出来ると思います。
熊本県	3	自分たちの地域に身体障害を専門とする施設がなく、近隣の市町村の施設を探す一杯で、家族が疲弊しているところもある。各障害の専門性のあるスタッフのいる住まいの場所が欲しい。
静岡県	3	貴エリアにあるGHは就労の出来る方が対象となっている事業所が多いため、在宅で生活されて通所の生活介護を利用されている方や自宅にて家事手伝いをして生活してる人などが入所できるケアホームがない。親亡き後の生活を考えると施設入所という選択肢しかない状況になってしまう。
福島県	3	親がすべて担っており、親亡き後の住まいの場がない。親も高齢化してくると、負担も大きくなっている。24時間対応の訪問介護の事業所もないことから、住まいの場の確保と共に、ヘルパーの確保も課題。親子で入れる住まいの場も必要。
鹿児島県	2	同上
北海道	2	近隣の街に大きな施設がいくつかあり、町内には施設がない街であるため、今までは近隣の施設に入所している事が多かったように思います。GHが町内にできる動きがあり、重度の方でも町内で暮らせる環境が出来始めてはいますが、今後も整備を続けていく事が求められていると思います。
兵庫県	2	知的・精神障害のある人が安心した地域生活を送れる支援体制が出来ていない。
香川県	2	家族以外がみれる環境がなく、家族の疲弊がたまっている。家族の負担があるが島外の施設の利用を勧める方法しかない。
鹿児島県	1	障がい者専用の町営住宅がない。部屋はバリアフリーされてても、玄関の段差が大きくて車イスで自走できない。

2-3. 医療対応できる住まい(お困りのケースと必要な対応)

5-1. 都道府県名	5-3. 貴エリアの人口数	3. お困りのケースと必要な対応
北海道	200	何を指しているのかわからないが、通常通りアパートで生活をし、喀痰研修を受けたヘルパーがいれば住める環境があれば問題ないのではないかと？
北海道	195	まだ困ったケースはありません。
福岡県	150	上記の意見に加え、医療スタッフ(看護師や医師)を確保する必要があると考えます。
福岡県	150	てんかん、喘息を持っている精神障がいの方の住まいの場がないため。
埼玉県	125	市内にはケアホームが少ない。医療的ケアのできるホームはない。スタッフの専門性が低く職員体制もせい弱。市外の入所施設で対応
千葉県	105	訪問看護の充実、往診の充実が望まれます。
福岡県	100	知的障害でストマのケアが必要な方。医療ケアを必要とする身障者が単身でも住める環境と医療ケア
福岡県	100	医療機関以外での対応が少ない。
福岡県	100	24時間医療職が常駐可
静岡県	80	現状、在宅者は家族介護にゆだねられていて、家族の疲労蓄積が大きな課題です。特に進行性の場合には家族の高齢化と本人の進行の双方により苦しい状況があります。ショートでいうと、医療ケアが高い場合、生活介護施設ではショートステイ困難であり、一時入院をすることで対応しているケースがあるので、施設やGHで対応ができ、施設スタッフ体制とあわせて、訪問看護の施設導入ができるほど訪問看護が整備されるといいの思いがあります。
岡山県	70	在宅の重症心身障害児で、家族が介護を行っている場合、家族の病気や高齢化により家庭での介護が継続できなくなるケースがある。医療型短期入所の受け入れ施設もベッド数が少なく、緊急対応が難しいことから。
埼玉県	58	頻回な医療的ケアが必要な人の場合は、家族の力が弱まってしまうと、入院や病院系の療養介護施設などを利用せざるを得ない。本人が希望する場合は特に、地域で暮らせるCHがあるとよい。
東京都	54	医療ケア常時必要な場合、世話人の負担が大きい。緊急時に頼れる医療機関が設定されるとよい。
石川県	50	医療ケアができるケアホームがない。
大阪府	50	医ケアの方のホーム入居先が皆無状態。在宅支援としてのショートステイも胃ろうということで夜間看護師配置もないということから近くの身体障害者療護施設からもショートステイも入居も断られ、現在でも数ヶ月に一度程度、遠く離れた療養型のショートステイしか利用できていない。必要な対応としては、看護師・医師が夜間でも対応できる体制が必要。
大分県	47	医療的ケアが必要になった場合に、ホームでの生活が難しくなってしまう状況がある。毎日のインスリン注射等。必要な時に訪問看護師等の派遣ができる体制が必要ではないか。
岡山県	47	医療的ケアが必要な方。
石川県	46	現在はそれほど進行していないが将来的に悪化する見込みがある方に対して受け入れてもらえるケアホームが少ない。看護師がいるグループホームがあるといい。
長崎県	44	介護保険と併用されている方で、痰吸引などの処置が必要となった場合に、受け入れ可能なショートステイ事業所が無い。
富山	42	重度心身障害者ではないが、糖尿病や肝炎のキャリアなど、日常的に医療的配慮が発祥な方がおられ、親も高齢化しているため、何かあった時にGH/CHで受け入れてもらえるか心配。
岐阜県	40	ALS、近似須藤医療ケアの必要な方の相談が目立って増えており、身体障害の入所施設には、部屋はあるが医療スタッフが常駐していないため、利用が出来ない状況。医療ケアが出来るヘルパー、訪看のスタッフが不足している。ショート受け入れがやっと1ヶ所出来たという状況。

2-3. 医療対応できる住まい(お困りのケースと必要な対応)

岐阜県	38	前述の重度障がい者のケースとともに、重度心身障がい者の医療的ケアが必要なケース。特に夜間帯の支援体制が難しいと思われ、医療機関のバックアップ体制が可能なグループホームの設置に期待。
愛知県	38	医療的ケアを必要とするホームが出来ても、医療スタッフが不在になると、たちまち運営出来なくなっている
奈良県	38	医療的ケアの必要な方な重度重複障害児が増えていることと、高齢化による医療的ケアの必要な方が増えている。
三重県	37	あまり医療行為の必要な利用者がいない。
奈良県	37	医療ケアが必要な人たちのケアホームは奈良市にはない。病院が母体のC・H・GHが必要
大阪府	36	当法人に1型糖尿病の方がおられ、通所での支援は出来るが、将来の暮らしの場となると全く見通しが無い状態。その他、医療的なケアが必要な障がいのある方での住まいの場が今後ますます必要となると考えます。
埼玉県	35	医療対応が必要な方で母親が24時間対応するのに疲れてしまうが、社会資源が無く、状況が改善されないケースが有り、選択肢が増える事が望ましいと思われる。
埼玉県	35	ALSや痰吸引が必要な障害児・者。家族と地域の訪看、ヘルパーのみでは組み立てられないケース。医療ニーズに対応できる地域のサービス(短期入所含む)への研修システムを身近な地域で頻回に行なってほしい。
福島県	33	服薬のコンプライアンスすら難しい方に対して、地域の現状では病院ほどの支援を行うことは難しい。そのために再入院を繰り返される方は少なくない。また、サービス事業所は夜間の対応が手薄になってしまうことから、24時間で医療的な相談援助ができる住まいがあると安定した地域生活ができるのではないと思われる。
高知県	30	ケースは持っていないが、現在福祉ホームやGHに住んでいる知的障害者の方の中で、医療が必要になったら、退所といわれるが行き先をどうしたらいいかと悩んでいる保護者の話を聞くことがある。
福井県	27	身体障害の方だけでなく知的障害の方にも今後医療対応出来る事業所が必要。(高齢化等の対応)
神奈川県	26	特に夜間時の入居者の急病対応。
神奈川県	26	同上
徳島県	26	既存の施設でも対応が難しい医療的ニーズの高い障害者が利用できるGH・CHがない。
三重県	25	精神に疾患を持つ方で服薬を自己管理できないかたへの支援。重身、吸痰、胃瘻が必要な方への住まい。
佐賀県	24	主に知的障がいのかたで、糖尿病を患っておりインシュリン注射が必要。既存のGH・CHでは看護師の数等、医療面が弱く対応できない。行き先がない状況が続いている。
青森県	24	医療処置が必要になって障がい者施設・在宅等での生活が困難になった人の対応

2-3. 医療対応できる住まい(お困りのケースと必要な対応)

佐賀県	24	胃ろうや鼻注をされている方の受け入れ先がない。糖尿病の自己注射をしている方で、確認やちょっとした手助けでできる方の受け入れ先がない。医療対応の有無で利用を断られることは医療と福祉の間でどちらにも属することができず、結果としてその方の生活の場をなくしている。
佐賀県	24	胃ろう、インスリン、透析通院への対応。
山形県	22	自宅か入院・入所かの二者択一。医療対応が必要な方が、地域で生活していることが増えているが、このままでは、家族介護が限界に来た先は同じ結果になる。それを望んでいる人はいないが、ほぼすべての家庭が「いずれ入所」と覚悟をしている。家族と暮らしている間からさまざまなサービスを利用し、家族の負担を軽減し、ご本人の選択肢を増やし、入所ではない形で暮らすことができるまでのさまざまなサービスを準備する必要がある。ただ、一つだけでもそのような暮らしの場ができると、地域、家族の描ける未来はまったく変わらと思う。
埼玉県	22	主たる介護者である母ががんを何度も再発しており、経鼻経管、気管切開でたんの吸引が必要な本人の介護が相当量の在宅サービスを入れても、家族の時間とのバランスもあり、ロングステイの後、8年間在宅復帰したものの支えきれず、再入所に至った。
長野県	21	24時間ケアが必要など、家族の負担も大きく、ご本人の自立生活のために、ケアホーム・グループホームが必要
福岡県	20	24h対応の居宅介護事業所等の社会資源がない。
新潟県	20	・1・2同様の面がある。・医師・看護師を含めた医療連携体制の確保が困難である。
千葉県	19	建物内はバリアフリーであっても停電等があると除外されないで電気等が使用できないと機能できなかった。24時間看護が必要な方にも災害時は支援者も被災者となり支援する人がいなくなってしまった。
広島県	18	夜間対応ヘルパー、訪看の負担が大きく人事確保が課題
三重県	18	・人工透析等医療が医療が不可欠な障害者が便利に暮らせる住まいが少ない。医療対応もしくは医療との連携が無理なく密にできる住まいが必要。
島根県	17	重度慢性の精神障がい者で高い頻度での見守りが必要な場合。看護師等が夜間配置できるケアホーム
宮崎県	17	てんかんや喘息の発作など、いつ何がおきるか分からない中で、24時間対応ということが現実的に可能なのが分からないが。医療的ケアを必要としている重症者も親から自立したいという思いを抱えながら、親への感謝に自分の感情を押し込めている。親は自分の亡き後のことで不安になっている。
愛媛県	17	24時間看護師が常駐しないと利用が難しい。
愛知県	16	医療対応が必要な在宅の方で、家族が抱え込んでいる方の親亡き後を考えると必要。施設入所等よりも、地域に点在するホームの方が、家族が少しでも早期に預けやすい。
京都府	15	地域に知的障がい者の入所施設がありません。ご家族の高齢化や体調の変化により、介護ができなくなった場合の住まいの場が、ケアホーム、グループホームという形でご用意できればよいのですが困難なこともあります。医療的ケアが必要な方には、入院ということしか対応できていない状況です。
岡山県	15	重度心身障害児者の方で医療的ケアの必要な方は緊急な場合、当エリア内では対応が難しいため遠方の施設や病院を利用されている。ショートステイ先もないため住まいとなるとこれからの課題になっていくかと思う。対応 実態把握が先決。
滋賀県	15	在宅介護において在宅医療(訪問看護、訪問診療など)を活用してもやはり介護者の負担が非常に大きい。きょうだいがいれば尚更介護者が苦しむ。費用面での負担も高い。病院併設施設への抵抗を持たれる方も多いため、より地域生活に近い住まいの場が必要。

2-3. 医療対応できる住まい(お困りのケースと必要な対応)

栃木県	15	家族が介護し、たん吸引・胃ろう等を対応しているが、将来家族介護が難しくなった場合には居住系サービスが必要と考える。元々集団に慣れるのは時間がかかるので、小規模のGH対応があるとよい。(現在家族はそこまで想定・希望していないが) また今後難病ケースが増えることが予想され、必要になってくると思われる。
長崎県	14	普通の共同生活介護では医療的な支援がなく、医療的なケアが必要な方は施設しかない。そのような方を受け入れやすい制度が必要。
山口県	14	地域に医療処置が必要なケースの住まい(入所施設も含む)が無いに等しい。病院の療養介護しか選択肢がない現状がある。
山口県	14	進行性の難病をお持ちの方。現在は家族の支援があるため、なんとか生活ができていますが障害の進行とともに困難になることが予想される。近くに受け入れ可能な医療機関が少なく、緊急的な対応時のみ利用。レスパイト等については難しい状況。在宅の生活が困難になった際、入院のみしか選択肢がない。
岡山県	14	常時、看護師が常駐しているケアホーム、グループホームなし。
千葉県	13	地域にもよるのだろうが、訪問看護等の供給が不足している。
神奈川県	13	親が支援できなくなった場合 すぐに対応出来る住まいがない 重心の施設の空きも「医療対応なし」を条件にする場合が多い
宮崎県	13	重度心身障害者、高齢者等、人的なサービスがあればよいと思う。
千葉県	13	圏域内で2棟目のケアホームが立ち上がる予定あり。
千葉県	13	医療ケアへの対応ができる場所がないので、親がいつまでも抱え込んでしまい、共倒れしそうになっている。入院している人の相談を受けても、地域の受け皿がないため、なかなか退院をお手伝いできない。
大阪府	12	現在、CHIに入居中の利用者が医療処置が必要な状況になってきている。介護職での医療行為をどこまで受け入れしていいのか不安な状況。
岐阜県	12	超重症心身児者のショートステイ先がなく、こういう施設ができればショートもやってほしい
北海道	12	現在は、医療対応できる住まいがほとんどない。
奈良県	12	医療ケアが必要な重症障がい者の方々の住まいも不足している。当市では身体障がい者の短期入所先もない現状があり、近隣市町村や少し離れた機関の利用の必要性が出ている。
愛知県	12	ケースとしては少ないが、片親になり医療ケアを必要としている方を支援している家庭は、仕事をしながらの生活は難しくなり、ケアホームを必要とするが、吸引や摘便、インシュリン注射など医療ケアを必要とする場合に、看護師等の常時の支援が必要な方がいる。
埼玉県	12	重度の心身障害、または重度の身体障害を持つ人を対象としたホームがない。特に24時間酸素を使っている人や、吸引、注入を必要とする人へ対応できる住まいがほしい。親も高齢で、かなり急いでいる状況。
石川	11	様々な家庭環境があるが、家族の負担がかなり大きく疲労が大きい、対応できる事業所があるとよいと感じる
石川県	11	気管切開・胃ろうの重度身体障害者の両親が高齢となり、本人の将来の暮らしについて不安を感じている。
石川県	11	医療を安心して受けられるような住まいが少ない。
福岡県	11	医療の対応できる、ケアホームは今のところない。いつもはいらないが、体調により酸素や吸引が必要な方が利用できる場所があればいい。身体の介護が必要な方の受け入れができる場所さえ不足している状況。
福島県	10	施設入所支援、共生型施設とも受け入れ飽和状態であり、緊急度合いの強い方でないと受け入れられない。家族が対応できなくなるときの不安は強い。
静岡県	10	高齢化に伴い、医療が必要なケースが増えているため。
新潟県	10	家族が高齢化したことで見守りできる人がいなくなり、地域で暮らしていた人が当地域外の入所施設への入所を強いられる。家族が行っていた医療的ケア(例 たん吸引)程度を24時間受けられる体制が必要。

2-3. 医療対応できる住まい(お困りのケースと必要な対応)

熊本県	10	精神障害者の方でインシュリン注射が必要な方がいます。介護保険非該当で障害福祉サービスを使わなければいけません。自分でインシュリン注射訓練の入院を内科病院でされましたが、できませんでした。インシュリン注射を打つ事ができるスタッフがいる施設が必要です。
長野県	10	現在1あるが今後必要な卒業を控えた子供さんたちがいる
福島県	10	医療型短期入所事業が隣の市に1カ所のみ。医療支援が必要な方が、ケアホームもない。 医療
徳島県	9	24時間、365日、必要な医療ケアを提供できる体制がない。24時間医療スタッフが訪問可能な体制。
新潟県	8	躁鬱病を発症されている方のケース。父親は10年以上前に他界。70代の母親とアスペルガー症候群の妹との三人暮らしの方のケース。姉妹は真ん中にもう一人妹がいるが市内に嫁いでおり、別に暮らしている。ご本人はもともとの方があって、性格も社交的で優しい性格の方。病気が安定している時には就労もできていた。しかし、病状が悪化するときは急激に変化し、特に躁状態の時はかなり悪い状況になる。悪化するときは数日前から予兆が見られるが、家族が気づきご本人に伝えも、それ以上の対応が難しい状況になっている。結果、入院となるため、ご本人や家族としては、地域に必要な時に医療の支援も受けられるGH等があれば、自分の病気と向き合いながら自立した生活を送ることができるの。と希望している。地域に精神科の訪問看護や訪問診療、緊急時診療等を行ってくれる医療機関があれば、施設と言わずに自宅での生活や就労も安心してできるのではないかと考えているが難しい現状にある。
佐賀県	8	両親や家族等の支援者の体調不調等により支援が困難であるとのことで相談があっても施設入所を含む居住系のサービスにおいて医療的ケアが行える社会資源は少なく調整に苦慮している。場合によっては医療による入院で対応をお願いする場合もある。
石川県	8	長期入院している精神疾患を持つ方の対応として、近隣には24時間対応する住居がなく(電話対応を除く)、退院ができない状態になっている。
愛知県	8	地域に少ないため他地域に頼っている。
鹿児島県	8	数が少ないまたは埋まって空きが出にくい
大阪府	8	重度障がいの方と同様の内容に加えて、看護師等医療対応できる職員の人材不足が大きい。日中も通えることが少なく、入浴、食事、夜間の対応を整えるには、ノウハウ、金銭面、人材面の確保が厳しく、手つかずになっている。
岡山県	8	在宅での医療体制が極端に弱いこの地域では、何かあった時の緊急時の対応が後手後手に回ってしまう。そのため、医療的ケアが必要な当事者は、入院に頼らざるを得ない状況となっている。
埼玉県	7	当市町村には知的対象のホームが5件のみで、定員は一杯。医療ケアが必要な障害者に対応したホームは無い。家族支援のみ支えられている状況。親の介護負担なども考えると、選択肢が非常に狭い状況だと感じる。
新潟県	7	40代 知的障害 腸閉塞で定期的な医療処置が必要。看護師が対応できないということで、入所施設を退所し自宅で母の支援を受けている。定期的な軽度の医療処置に対応できる住まいが必要。
和歌山県	7	重度身体障害、1, 2級ケース看護師常駐、医師の往診
新潟県	6	地域に医療的ケアが必要な人を受け入れることができる日中活動の場も住まいもない。こうした人に対応できる住まいが必要である。
鹿児島県	6	自宅で出来るだけ介護したい家族の思い。ただし長期的に行うことで、負担が増える。近くにあれば、必要な時に預けて、息抜きも出来る。
奈良県	6	医療的ケアが安心して受けれる環境。
青森県	6	医療型の事業所数が限られている。病院が母体になっている事業所ですら困難ケースは受けない傾向にある

2-3. 医療対応できる住まい(お困りのケースと必要な対応)

岐阜県	6	医療ケアがある利用者は、入所施設でも利用が難しい現状である。日中一時支援・短期入所を利用の際は、隣県のコロニーに何か月前から予約をしている。
青森県	5	上記同様。
佐賀県	5	在宅酸素を利用している方や、痰吸引が必要な方でも自立した生活、家族と離れての生活を望まれる方がいる。ホーム側からは、医療ケアの受け入れが良くなく、希望されるより遠くの施設を探さなければならない。
熊本県	5	現時点でのニーズは少ないが必要であると感じています。
岩手県	5	ケース的には多い地域ではないが、現在60歳代後半の夫婦で見ている重心の家庭がある。
長崎県	5	CHの体験入居については、本人の状態対応を把握している看護師が付添い利用出来るように体制を整える場合もあるが、医療の伴う障がい者のケアホームでの利用は対応できない事業所がほとんど。
長崎県	5	重症心身障害児者の居住系サービスがエリア内にないため、市外へ行く必要がある。さらに、ショートステイを利用する際も数か月前からの予約が必要。緊急の場合の受け入れ先の確保
鹿児島	4	短期入所の受け入れでも、医療面の必要性が高ければ施設でも厳しいところがある。看護師が夜間不在のため。
福島県	4	現時点でのケースはないが、今後、必要になってくる。すべて家族やサービスで対応をしているが、母親が殆ど犠牲になっている。
徳島県	4	同上。
京都府	4	高齢や、障害が重くなり医療的ケアが必要となったケース。
石川県	4	精神障がいのあり、障害を受容できていない方に対しては医療的なかわりがひつようになることがある。
岡山県	3	障害者向けに訪問看護をしてくださる事業所やそのヘルパーが少なく、利用しにくい。最近まで、児童向けにヘルパーが利用できることについての宣伝が全く無く、児童はヘルパーを利用できないものと思われていた。医療が必要な障害児については、車で1～2時間かけて市外の病院や施設を利用している現状。
愛媛県	3	病院受診がきちんとできない人や病状管理・指導が必要な人に医療対応ができる住まいが必要。
鹿児島県	3	数は少ないが、重度障害の医療対応の施設がないため市外に受け入れを探している現状がある。
岩手県	3	診断された疾患の治療は終わったので病院からは早期の退院を求められている方でも、在宅復帰すると再発等の危険があり、入院によってADLが低下し単身生活は難しい方がいますが、家族の協力も薄く、施設入所は待機者が多く難しいため、短期入所と居宅介護で生活を維持するようサービス調整をしています。本当に在宅生活が送れるか不安な状態のため、受け皿としての医療対応も可能なケアホームがあれば助かります。
栃木県	3	施設からいざというとき、病院まで20分から30分かかると、看護師が昼間のみ常駐している現状がある。このため間に合わなかったケースもある。
徳島県	3	?筋ジストロフィーで在宅酸素療法を行っている20代。親と二人生活だが、親亡き後の生活に不安を抱えている。施設入所したいという意思はない。?ALSで在宅一人暮らし。嚥下機能の低下や、心肺機能の低下などが見られており、胃ろうや気管切開の必要度もあがってきているが、本人は拒否。自分で好きなように生きたいという思い。家族と意見が分かれています。医療ケアの必要な方には、それを側で見守る存在が必要と思います。が、単身者もいる中で、それを既存の在宅サービスだけでは拾いきれない部分もあります。そういった際に、拠点型のバックアップ事業所のようなところがあればいいと思います。
福島県	3	利用できる短期入所の事業所も少なく、親の負担はかなり大きい。山間部に住んでいることで、移動にかかる負担も大きい。医療と連携した住まいの場が必要。
鹿児島県	2	看護師を配置しており、地域の救急体制もしっかりできています。また、療養型病院等もあり現時点では量的に不足しているとも思わない。

2-3. 医療対応できる住まい(お困りのケースと必要な対応)

鹿児島県	2	夕方や夜間に不安感から入院を希望される方や病院へ服薬についての相談をされる方がおり、医療対応ができる住まいがあれば必要性の低い入院は抑えられるのではないかと考えます。
北海道	2	現状では医療対応が必要な方は、ほとんど表面化してきていません。表面化している方についても、家族での支援を現状は望まれているため、すぐに必要という状況ではありません。医療対応できる住まいが実際にあれば、家族ももしかしたら利用してみたいとなるかもしれませんので、あることの方が望ましいですが、1. 2. の住まいの方が、現状としては優先順位が高いように感じています。
兵庫県	2	透析通院している患者さんが医療機関が持っているグループホームやケアホームで過ごせること。
香川県	2	医療的ケアの必要な児童等が増えてきている。家族の負担が大きい。訪問看護も老人が中心で、ニーズに対して人材不足
富山県	1	インフルエンザ等、人にうつる病気にかかったときに、当人と他の人との対応の仕方がわかりにくい
栃木県		精神障害者は家族ストレスにより、急変する場合があります、ストレス源である家族とは住みたくないのに、入院したいという希望があるが、実際には入院は困難なので、落ち着くまでの医療対応のできる住まいは必要。家族にそっと見守る対応を依頼しひとまず安定した。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

5-1. 都道府県名	5-3. 貴エリアの人口数	3-2. 今のサービスや仕組みだけでは対応することができなかったケースについて詳しく教えて下さい。またどのような制度・サービス・仕組みなどがあるとクリアできると思われますか？	3-2. 対応策
北海道	200	東京S市から札幌に転入された学齢期の児童(CP)。移動支援や十分ではないが居宅介護を受けている。特にニーズとして、学校内介助に家族が入る様に言われているが、S市では、頻繁に行く事はなかった。	学校は、家族と離れる場所であること。また、S市では、問題なかったことが、できなくなっているというところが問題に感じている。学校・家族・相談支援や協議会などを活用し、市の関係者及び教育委員会との会議をして、市の独自事業にできないかと協議を重ねている。差別解消法を活用して、合理的配慮という新たな概念で対応することを考えている。
北海道	195	特になし	特になし
福岡県	150	精神疾患のある50代女性、同居していた母親が疾病で倒れ生活ができなくなる。借金もあり母親の年金の担保になっている状態。母親の入院する一般科病院で付添という形で一時的に受入れていることから病院SWからの相談で介入する。	障害程度区分申請及び受入先の検討。生活保護の申請。当面の生活状況や能力を見極める場所がなかった。精神障がいを受入れるケアホームやショートステイもなかった。
福岡県	150	高等部在学中の強度行動障がいを抱える最重度の自閉症。夜間の不眠や粗暴行為が見られ、病院や入所等での受け入れが困難。家族での対応も限界で、結果1年間別の住まいを借りて居宅介護(特例)や有料サービス、宿泊ボランティアを調整し、行動適応を図った事例。現在は地域で一軒屋にて生活しフォーマルサービスの他、夜間は引き続き宿泊ボランティアにて対応している事例。	?行動障がいの改善へ向けた有期限月付の24時間対応事業所?地域へ戻す際の相談(コーディネート)機能?支援者が夜間常駐型の住まいの制度?土日の日中支援(ケアホームを利用すると他サービスとの併用が不可な自治体がある)
京都府	150	1:夜間の不安の相談窓口(いのちの電話にはつながらないため) 2:精神状態が極めて不安であるにも関わらず医療につながらない場合、犯罪を犯すまで誰も何もできなかった。	1:夜間の精神相談窓口の設置。(話を聞くだけでいい) 2:福祉ではどうしようもできないと思う。
埼玉県	125	19歳男性。両親とも聴覚障害。身体障害1級、カテーテル、腸閉そく。発達障害、精神障害。触法で少年院。どの障害領域でも対応ができなかった。	家族にも障害があり幼少期より早期発見、早期療育を適切に受けてこなかった。療育、医療、教育、障害がライフステージに応じて連携し対応。次の機関にしっかりと伝えることが必要。事が起こってからは遅い。
千葉県	105	対応できなかったというより、現状の重度向きの福祉サービスを利用させようと思わなかった。本人に合わないし面白くない。サービスありきの相談支援事業では対応できない。就労されている方、いきがいをなくしている方、人生に迷われている方、自信を無くされている方などの生活の見守り、余暇、社会トラブル、男女交際、いきがい、夢など	定着支援の拡大か、ACT的な活動か、昔の生活支援ワーカー的な活動。見守り、情報提供、ができる相談支援事業所。
福岡県	100	本人に障害に対する認識がない場合	何らか関われる場、機会
福岡県	100	発達障害、高次脳機能障害の方の特性に応じた居宅支援	事業所の技術習得
福岡県	100	障害の重複(知的+身体)、(精神+身体)のある方 盲ろうの方	
山形県	90	広汎性発達障害、統合失調症の方で、グループホーム、就労継続支援B型利用を行ったが、環境に馴染めず精神的に悪化し失敗	現在精神科入院中、退院してからの処遇が課題

3-2. 対応できなかった事例と対応策

静岡県	80	陽性症状が顕著な精神障害をお持ちの方。単身。家族なし。通所は拒否。ヘルパーや訪問看護、民生委員の見守り等を利用し、生活を何とか維持。措置入院まではいかないが、近隣からの苦情等多数。受診にも不定期、怠業傾向。	精神科の往診や24時間のフォロー体制が確保できる体制ACT（医療的でなくても）のような形の普及。
静岡県	80	居宅介護が多く必要な人（夜間ケアがない、男性ヘルパーがいない、全身性障がいへの理解が少ない）医療ケアがある人の通所の場所（看護師が常にいる就労支援事業所がない）余暇（出会い、居場所になる場所、サークル）	上記それぞれの（カッコ）に記載しました。制度があるものは、単価をあげる、行政が支援するなどして「スタッフの確保、提供事業所の確保」をすること。制度外のもの、地域の理解者を増やしていくこと。
岡山県	70	地域生活支援事業は市町村の判断によるものであるため、使いにくい時がある。・移動支援において岡山市では通学利用が認められているが、大学への通学のみ認められていない。・訓練棟給付を利用している人で、訓練後の時間（夕方など）に地域活動支援センター（サロン）を利用することができない。・障害がある人への余暇支援（仲間づくりやスポーツ活動といった支援）の仕組みがない	必要な支援を制度化すること（公平性・中立性を確保した上で）
埼玉県	58	居宅系・居住系・通所系など比較的社会資源が豊富だが、知的障害を伴わない発達障害や高次脳機能障害、麻痺の強い身体障害や医療的ケアの必要な人が利用できる資源が少ない。	法人や事業所とのやりとりを継続しながら、受け入れノウハウなどを支援しつつ、範囲を拡大していただいている。障害種別などでわけのではなく、事業を展開してゆく上で必要なスキルや事業のすすめかたを学べる体制づくりが必要と思う。
東京都	54	他害行為や頻繁にパニックがある方など、世話人の対応が困難な方で受け入れが難しいことがある。	同性の支援者の確保。応援体制の確保。
大阪府	50	医ケア(胃ろう)が必要な方の緊急・レスパイトショートステイの受け入れ・入所	30万人規模に1箇所程度など配置基準を設けて、障害者医療健康を支援する箱物に重症心身障害者などの入所機能、ショートステイ機能、夜間緊急対応機能、支援事業所サポート機能、往診機能、相談機能などを設け拠点として機能してもらおう。そのことで重度障害者もケアホームや独居、サービス付賃貸住宅など幅広い住まいの選択が出来るのではないかと。
石川県	50	○とにかくサービス事業所が少ない。1～2事業所の負担が大きくなり当事者と事業所が煮詰まり関係が悪くなる。○深刻な人材不足。	○相談支援専門員の実務経験を3～10年→1～3年でもよいと思う。ソーシャルワークを学んできた学生など意識が高い人材であれば1年の実務経験でも相談支援専門員として活躍できる。○支援の評価とし区分が下がった・自分で出ることが増え支給決定量が減った（15時間の家事援助が10時間になった・行動障害を持つ利用者の行動援護について、新たに短期入所や通所先を利用する際の導入として行動援護を使い安定して通えるようになりサービス利用がなくなった等）を加算評価として加えてほしい。○居宅介護では重症心身障害の方の入浴介護等、長期入院等のキャンセルが多くなる→収入が不安定であり入院時加算等が必要。●加算は人件費に充て雇用促進に生かしたい。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

大分県	47	重度(多動)の発達障害児のいる家庭で家族が一時的にショートステイの利用希望したが、多動が激しすぎるため断られた。	児童対応できる施設を一つ一つあたっているが、良い返答がない。
岡山県	47	高齢の母親と同居の精神障害者のケース。本人は仕事をしたいというが一般就労は難しい。福祉的就労を紹介するも本人さんのプライドが高く通所できない。現在、長期間引きこもりになり、母親の老齢年金はほとんど本人が使い込んでいる。	発達障がいの方など能力の高い方のみが通所できる場所が必要。
大分県	47	・通院等介助：院内の介助が認められず、移動や受付、支払の支援が中心の状況がある。・住まいを転々とされる等、支援の継続が難しい状況があった。	・院内介助の制度を作る。もしくは通院等介助の取扱いの検討をする。相談支援専門員からの行政への必要性の説明が重要。・サービス利用等につながりにくい方をフォローしていける仕組み。
石川県	46	重症心身障害の方の短期入所先が限られており使いたいときに使えない。	入所施設での短期入所を受け入れられるような職員の配置や設備の確保のための助成金制度があればいいのでは？
長崎県	44	重度身体障害者の方で在宅生活を希望された方。同居家族が一人いたが、仕事等で不在が多く、痰吸引、バイパップ等医療的なケアが不十分になってしまった。	痰吸引は研修後にヘルパー対応可能となったが、バイパップについては、対応可能かどうかははっきりしていない。研修を受け、実施マニュアル等にそって支援するなどの対応ができないか。
岐阜県	40	通勤、通学の支援。特に通学は、公的支援は、限られた台数の上、限られた範囲送迎しか出来ず、障害があるが故に、経済的負担を負い地元の学校に通えず、遠くの支援学校に通うように仕分け？られ、親元を離れ寮に入らなければならない現実は、不公平であり、おかしい。	障害の有無に関係なく平等に地域の学校に通える体制を作るべき。それが難しいのなら通学の支援制度を作るべきと考えている。
富山県	40	移動支援や訪問入浴など全体の支給量が少なく、ニーズを満たせない(ディマンドではなく)。	行政との折衝も物別れに終わり、進展なし。
愛知県	38	精神科病院に長期入院している人の地域移行を進めるための暮らしの場の支援が不十分。単身生活も共同生活も課題がある人の支援がうまくできていない	本人にピッタリとあった暮らしの場を作ることと強力な支援体制を作ること

3-2. 対応できなかった事例と対応策

岐阜県	38	<p>集団での共同生活が困難な発達障がい者(パーソナル障がい者)の支援。最終的には、公営住宅での単身生活となるが、支援の輪が広がらない。また、医療的ケアの必要なケースについては、当面の支援は医療機関への入院となるが、受け入れ先の調整ができない。</p>	<p>身近な地域でのSOSの発信先(現時点では、地域定着支援ではあるが、24時間の対応は困難であり、そのためには事業所を運営できるだけの報酬が必要)や地域住民の理解と見守り体制。可能な範囲で介護保険施設との連携。医療機関からの緊急時のバックアップ支援。</p>
三重県	37	<p>高次脳機能障害で短期記憶ができない方で、知らない間に外出されて居場所が分からなくなる可能性のある方がみえます。ケアホームではリスクが高すぎるので断られ、入院中の病院では閉鎖病棟から開放病棟への移動はさせてくれません。</p>	<p>高次脳機能障害の方用の施設が一番欲しいです。この障害を理解していただいた上で就労支援や一人暮らしの準備支援をしていただくと助かります。やはり地域での見守りや熱心なボランティア活動があるのも助かると思います。</p>
奈良県	37	<p>?親の高齢化に伴う入所施設への希望 ?CH・GHへの利用希望 ?賃貸契約に伴う保証人 ?緊急時のショートステイの受け入れ</p>	<p>入所からCH・GH、CH・GHからの単居、または 単居からCH・GHや入所などへの地域移行支援への 市としての体制づくり</p>

3-2. 対応できなかった事例と対応策

奈良	36	<p>地域移行・地域定着支援の実働。現在、個別に関わっている人が住まいを探しているが、アパート契約までの障壁が多い。保証人がいても保証会社の審査が必要、紹介物件に限られる等。(精神・知的)障害を抱える親の障害を持たない子の子育て支援の体制。行政の窓口や児相は虐待事例に追われている。ネグレクト気味、適切な養育はできていないが見過ごされている事例、SOSが出せない親に対する支援は手が出せていない。福祉サービス利用中断者、医療中断者への支援体制。過疎地の福祉サービス提供体制。本人の意向に合う支援体制が得にくい。引きこもっている方、その家族へのアウトリーチ支援体制。あきらめ、あせり、イライラの中で暮らしている方の相談が多い。緊急で利用できるショートステイ。初見の精神障害者について受け入れ体制が難しいとの意見。精神障がい発病間もない方々が利用しやすい活動場所。退院後、治療開始後、直ぐに元の生活に戻りにくい中、自宅以外で安心して居られる場所、先の行く末を肯定的に見える場が見つからない。デイケアの利用時間を過ごせない方も。相談件数はかなり多く、対応に苦慮する。精神障害者のケアホームがない。グループホームは減っている。経営的な理由が大きい。</p>	
奈良県	36	<p>精神障がい者の日中活動場所ではグループ活動を主体にしている事業所しかなく、グループになじめない人が日中活動場所を探す図書館などの人との接点がない場所や、文化サロンなどの障がいに理解のないところになる。グループにはなじめないが、人とのかかわりを求めているが就労はまだ無理という人のための資源がない。</p>	グループ主体ではなく、個別支援が密に行える日中活動場所
大阪府	36	<p>上記にあげましたが、?型糖尿病を伴う重度の知的障がいのある方がおられ、通所での支援は看護師が対応することで、何とか可能であったが、住まいサービスについては皆無の状態、緊急時のショートステイ利用も含めて、見通しがたない状況がある。</p>	やはり24時間医療体制が取れている障害福祉サービスの住まいの機能が必須と考えます。そこにショートステイ機能が付帯されることで、在宅の方にとっても緊急時の安心感があるかと思いません。
埼玉県	35	<p>中途障害で医療ニーズが必要な方の短期入所。もともと短期入所のニーズはあったが、主たる介護者に入院が必要になり、退院までの間の短期入所。</p>	地域の事業所では医療ニーズに対応できず、不本意ながら医療機関を頼る形になる。
埼玉県	35	<p>行動障害のある知的障害者に対し、家族の支える力が弱くなり、虐待までいったケースの保護する先がなく、ショートステイを転々としたが、本人の行動障害が強化され、体調を崩していった。</p>	行動障害に専門的な視点を持って対応してくれるショートステイ先や保護の場があるとクリアできる。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

福島県	33	難病が原因での高次脳機能障害になってしまったケースが家族と同居しているが、夜間の徘徊が始まってしまった。日中は生活介護や居宅介護で支援しているが、夜間に関しては同居している家族にお願いせざるを得ない状況である。難病が心臓系であるため、夜間の徘徊は命に関わることであるために家族が毎日心配で眠れない状況が続いている。	救急医療が進んでいるために一命はとり止めたものの、低酸素脳症により高次脳機能障がいになってしまうケースは少なくな い。実際に必要と思われるサービスは介護保険のような内容が 適切であると思われるが、介護保険サービスは利用できない。現 在は障がい福祉サービスで対応しているがマッチングしているとは 思えない。高次脳機能障がい、特に記憶障害の方に適した サービスが必要である。また、そのような方が利用できるような専 門的なケアのある住まいの場が必要である。
山形県	30	地域で暮らせない軽度の知的障がい者（性的な部分、窃盗など）	
山口県	28	ALSや筋ジストロフィー等、医療的ケア（痰吸引や胃ろう）が必要な方が地域で1人暮らしを行う場合。在宅医療の体制や医療的ケアを提供できるヘルパーを派遣できる事業所がほとんどない。	市町村単位での研修の実施や医療と福祉の連携の強化。正しい 制度の説明を行う必要がある。
神奈川県	27	親の病気や高齢化等にすぐに対応できず、本人のニーズにこたえられない。	
福井県	27	知的障害の度合いが重くなってきた。知的障害等に加えて糖尿病や高血圧等の内部疾患が重くなってきた。無断外出が頻繁になりグループホームやケアホームでは対応出来なくなった。等	病院への入院。一時的短期入所。施設の移行。等
神奈川県	26	短期入所利用の希望があり施設との利用調整を行っても利用可能な施設がない。	短期入所利用可能な施設、事業所の拡大。
神奈川県	26	アルコール依存、ギャンブル依存、家族の関係性が破たんしているケース等	クリアできる方法をいろいろ考えたし、探したし、相談もしたのだが・・・
徳島県	26	遠隔地の特別支援学校への通学。両親がおらず、祖父母では、高齢かつ病弱のため、送迎が難しい。有償ボランティアで学校まで行き、帰りは放課後等デイサービスでの送迎サービスを利用。有償ボランティアも人材不足で利用ができないことがある。その場合、車両型移動支援（社会福祉協議会）で予約が取れれば、利用開始時間が決まっているため、登校が通常より遅れてしまう。	個別型移動支援事業が通学が対象外である。要件を緩和することにより、有償ボランティア、車両型移動支援と併用することで、 通学（教育を受ける権利）が保障される。
三重県	25	精神障害（知的障害も考えられるが診断はない）をもつ生活保護世帯の3人家族。金銭管理に課題があるが、息子2人は権利擁護の支援を拒否し、繋がっていない。パソコンがないがインターネット代で月3万引かれている状態。手帳の取得もなく1人の息子は障がい者枠で働くことに抵抗があり、自分で仕事を見つけてくるが、何度も賃金が支払われず辞めることになっている。市営住宅に住んでいるが、ごみの収集癖があり、市から退去命令がでる。各種支援者が集まりごみ処理を行うが処分代で50万ほどの借金ができている状態。	・本人の気持ち次第でヘルパー利用・本人の気持ち次第で権利 擁護の利用・精神保健福祉手帳を取得・障がい者枠での就労を 勧める・定期的受診・定期訪問を各関係機関で実施。・地域住 民へ障害理解の啓発

3-2. 対応できなかった事例と対応策

山形県	25	?児童の短期入所 ?家族が家庭内で一緒に過ごすことが困難になりつつある学童児	?遠方にある短期入所を利用する。緊急的な利用はまずできない。?放課後等デイサービス、日中短期入所、行動援護、地域生活新事業など、猫の目での利用をしている。
佐賀県	24	障害福祉と介護保険のはざまの方々に、自宅で生活できない人の対応。	有料老人ホームへの入居(経済的負担の問題)
佐賀県	24	障がいの為理解力が低い方、家族の協力が得られないかたへの支援の際、現存の制度では動けない為、相談員・事業所が無償で動いている部分が多数ある。特に緊急時訪問や緊急的に病院同行など送迎を兼ねて行くことが多い。家族のいない方で、地域でお住まいの方々へショートステイが利用が難しい。	月に何時間までは、緊急時で動いた際に、報酬に加点されるような仕組みづくりが必要。現状の福祉有償運送では利益がでずそれだけで利用する事がむずかしいのもう少し報酬単価を上げてほしい。ショートステイの解釈を再検討する。
青森県	24	強度行動障害のケース	安心生活支援センターのような、どんな方でも専門的な支援を受けられる機関が必要だと思われる。
佐賀県	24	1. 介護保険適用の方で高次脳機能障害の方の場合、介護優先となってしまう、福祉サービスでの自立訓練が受けられない 2. 高次脳機能障害の方の受け入れ先が少ない 3. 発達障害の方の受け入れ先が少ない 4. 支援がないと一人暮らしできないが、日中活動の場が確保できない(本人の体力や病状などから週5日通えないなど)ためGH入居が難しい	1. ケースによって福祉サービスの方が合うもしくは有効に働く方に関しては福祉サービスでの受け入れをお願いしたい。2. 3. 受け入れ先を増やしていくような制度や勉強会などを実施 4. 平日の日中も過ごすことができるGH, CH
青森県	24	?強度行動傷害の人への対応 ?性犯罪に巻き込まれた人の対応	?市町村からの人員加算・早期療育の充実 ?司法と協力
山形県	22	PDD+統合失調の成人。母への虐待、ホームではあらゆる行動の問題が続出、結果入院。地域として、いまできるあらゆる対策は講じてきているが、退院後の生活については困難が予想される。	精神障害をとまなう発達障害の方のアセスメント、計画、支援等の組み立てを、できるひとを中心に行うことが仕組みが必要。相談支援、保健所、病院が理解できていない時に、(行動援護事業所が適切ではない場合も含め)、指定の事業所が担当することができるようなサービスがあるといい。(行動援護(居宅)の「新しい仕組み」を、相談の一般的な形として組み込むことはできないか。)今は、関連のケア会議への参加、家族・本人の相談支援、役所・病院・保健所、多くを、相談支援ではない当事業所で無償でやることも少なくありません。病院から、直接、生活の組み立ては、ほかのところではなく、(当事業所の)〇〇さんに頼むように、というオーダーも多いです。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

埼玉県	22	重度知的障害・自閉症スペクトラムの疑いがあるが、障害者手帳や障害者年金も取得していなかった方への支援。約20年前の高校卒業時に福祉事務所へ相談に行くも、「親が面倒を見て下さい」といわれ、両親は福祉的支援を受けられないものと考えていた。その後、転居等もあり、行政担当課が把握する機会も少なくなった。しかし、親も高齢になり、親亡き後の心配から、出張相談窓口で相談があった。これまでの経過として、発達障害支援センターやこころの相談窓口にも相談も繰り返したが、支援には繋がれず過ごされてきた。また、過去の奇行により、警察に連行されたことも数度あり、支援を受けるように助言も受けていた。出張相談窓口での相談を受け、自宅訪問の調整を図り、本人と面談を行った。本人の混乱も大きく、家庭内暴力もあり、医療や福祉的な支援の必要性を強く感じたため、継続支援を行っている。	アウトリーチを仕組みとして行い、絶えずサービスの利用をしていない人のフォローが出来ること、相談があった際にはまずは現状確認を行う取り組みを周知すること。
長野県	21	自傷他害の恐れがあり、また虚言、窃盗などにより他者から自分への注目を集めたい思いがある。自分に都合の悪いことがあれば上記のような行動を選択する。家族との関係が悪く、家族・本人それぞれがそれぞれを自分の都合で振り回してしまう。	家族と距離を置いて生活できる場で、日常生活、人間関係を体験し技術として獲得できる場
長野県	21	居宅介護を除くほぼ全てのサービスについて、資源が足りない状況。希望とは違う既存のサービスで、本人が「ガマンする」ことも見られる。例：送迎可能なB型が圏域内で3か所のみ、精神は0。	サービス提供事業者が安心して新規立ち上げ、事業拡大していけるような国の仕組みが不可欠。相談支援事業の収入のような中途半端な仕組みでは、事業者がより苦しくなる一方である。
新潟県	21	?たとえば、上述の2-2の方 ?枠のあるサービスにはなじまない精神障害の方	?高齢者のグループホームのように手厚い支援体制(24時間見守り等)があるケアホームがあるとよい。?かつての地域生活支援センター(現在の地域活動支援センター?型)が身近なところにあるとよい。
福岡県	20	精神症状が認められるが、医療機関への受診へつなげきれないケース 母親として、子への接し方等の訓練が必要なケース	
新潟県	20	・家族丸ごとの対応を要するケースであり、家庭の仕組みや枠組みを作る必要があるケース ・虐待やDVがらみとなるケース	・直接サービスではないが、家庭に入り支援する形や家族丸ごと(もしくは親子)でのショートステイでの生活対応力検討の仕組み
千葉県	19	障害のある子の母に対する夫からのDV.子に対する暴力虐待、他兄弟への恫喝、不登校、父の債務等1家族の中で重複している問題解決に向けて機関間の連携の不十分さ、および家族に対するメンタル支援、緊急保護施設のなさ。	スーパーバイザーと共同し各問題を個別に検討し具体的に現に使用できるものを使いながらの個別回避的支援のみ実施。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

福島県	19	・累犯を繰り返している触法障害者、家族の受入が困難 本人もGHを希望しても受け入れ先がなかなか、見つからない	・一度家庭に帰ったものの、すぐに家を出て、友達の家 やホテルに泊まり、住込みでの仕事を見つけたが、 困難な状況にある
広島県	18	医療的ケアが必要な方が居宅介護・ショートステイを利用できない。人工呼吸器装着者が在宅で楽しめる活動の提供。重度障害児の休日の日中一時支援が困難。行動援護サービスができる人材がいない。行動援護による活動準備、外出準備のスキル獲得ができていない。緊急時のショートステイの対応が困難で、ヘルパーや相談支援専門員が泊り込んで対応。	各事業所への医療的ケア対応可能な職員の配置。自立支援協議会発信で研修の企画・実施により、人材確保に努める。地域医療連携室との密な連携。外出困難な重心者への訪問で行えるサービス。行動援護によるスキル学習の場の提供。施設内で学んで使えたツールを外出に活用するプロセスをつくる。緊急時受け入れ加算(市の事業として実施している)
三重県	18	・(精神)就労レベルではなく、かといって病院の精神科デイケアにも適応できない方の日中活動場所が少ない。生活介護は区分3以上でないとならないため、生活介護の利用が適した方であっても利用できないこともある。	・障害支援区分に変わり、精神・知的障害者の生活のしづらさが適正に評価されることを期待する。
島根県	17	不安が強く精神的にも不安で頻回な訪問が必要なケースで、訪問者が誰でのよいわけではない場合や不安が強くなると自傷行為や自殺企図を繰り返す事例	相談支援が直接サービスで24時間365日型の訪問を実施しているが、マンパワーが不足しており、このようなケースが増えると相談支援専門員が疲弊してしまう。
宮崎県	17	てんかんや喘息の発作などが心配な児童について、親のレスパイとのためにショートステイを利用しようとしたが、夜中の見回りが1回しか出来ないといわれ、利用をあきらめた。	医療関係職の増員など体制強化
宮崎県	17	■放課後児童デイが不足しており児童クラブや日中一時支援を利用しているケースあり。■地域の社会資源で不足しているものはたくさんあると思います。丁寧な社会資源診断はできていませんが、結局、空きのあるサービスでケアマネジメントしてしまっているのが現実です。例)就労A対象の方が、就労Bや移行を利用しています。	地域の社会資源で不足しているものを診断検討すること。自立支援協議会で協議することもあります。
富山県	17	?身体障害が軽度、高次脳機能障害、発達障害の方の就労支援が困難。自分は仕事ができるというプライドがあり、なかなか繋がらない。もっと稼ぎたいと希望あり。?就労A型、B型に行きたいが、積雪時の通勤が困難。?外出困難なため、リハビリを受けられない。訪問看護ステーションにPTを配置していない事業所がある。	?A型の就業時間を長くできればよい。就業時間20時間/週の規則では就業時間を4時間/日までとする事業所ばかり。?自宅⇄事業所、自宅⇄バス停や駅の移動サービスがあればよい。?訪問リハビリがあればよい。
愛媛県	17	居宅介護サービスの利用日数について	希望する日数通りに利用できるよう人員の増加や事業所数の増加等も必要と思われる。
滋賀県	16	グループホーム利用者のパニック時の緊急対応、世話人のみでは対応が難しい。	
愛知県	16	軽度知的障害と発達障害を併せ持った方。適した通所先が見つからない、紹介してもすぐに辞めてしまう。就労も上手いかな	類似事例の成功例を共有する仕組み。そこから新たなサービスが生まれるかもしれない。
福井県	15	利用者の暴力的な行為が続き、ケース会議をするも現場レベルだけでは方向性が見いだせない。	困難ケースに対して支援者、事業体、行政が協同した対応。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

京都府	15	知的障がいのある方のサービス提供については、当事者からの申請より、ご家族からの申請が多く、本人のニーズよりご家族のニーズに応じたサービス提供になっているケースがあります。本人、ご家族、行政、相談事業所、サービス提供事業所が話し合いをして、一致合意できる点がなかなか見つけにくいことがあります。	サービスの質の拡大により、ニーズに十分応じる状況を作り出せたなら、その中で、ようやく本人のニーズが聴ける状況になるかなと思います。
宮崎県	15	短期入所・日中一時のような施設での見守りに抵抗のある方のレスパイト支援。	自宅でちょっと見守ってくれるヘルパーのようなもの。
滋賀県	15	緊急的にサービス利用が必要となるが受け入れ先がなく、またあったとしても移動手段がない場合が多い。在籍通所施設や学校、相談支援専門員がボランティア的に支援を行うしかない(隙間を埋める支援)。	サービスに頼り続けることは限界。希薄になりつつある地域住民の理解と協力はやはり必要。
埼玉県	15	強度行動障害の方で、家族での見守りやサポートに限界があるとともに、日中の活動が保障できずに在宅のみの生活にならざるを得ないケース。⇒日中の生活介護や行動援護を提供・対応できる事業所がない、または空きがない。	特定の事業所の行動援護(二人体制)の利用や、日中一時支援での短時間利用などを組み合わせるなどして対応。
岡山県	15	・依存症の方、自立した社会生活が営めない。電話の対応や見守りなど細やかな対応を網羅するためマンパワーの不足と再発率が高い。本人の治りたいという思いが弱く、相談員からも離れ元に戻っていく。また、家族も疲弊していく。こうした方の地域生活支援は、多くの支援者の手が必要である。	マンパワーの必要性。再発率の高さが長期的な支援の必要性を示している。
滋賀県	15	発達障害・強度行動障害・要医療ケア等独自の支援や支援度の高い方々に対するサービス提供に相当のハードルを感じる。緒居宅サービスは在るが実際的に使えない状況を感じる。	サービス提供事業所が安心してサービス提供できる支援体制充実施策が必要だはないかと認識している。
栃木県	15	例1:18歳筋ジス女性。県外の大学への進学が決定したが、家族送迎では限界がある。例2:27歳軽度MR男性。父からのDV、母失踪、姉2人もMR。犯罪を繰り返し4回収監。暴力団等との関係を匂わせ事業所の利用者を巻き込みトラブル多数。受け入れ事業者ない。虚言・裏切り多く他者との関係作りにくい。例3:30代躁鬱病女性。家族に自分を見てもらえなかった・甘えられなかったことの寂しさと自身の生き方に対するあるべき姿と現実のギャップから極度の精神不安に。	例1:移動支援の適応拡大の検討。ボランティアの活用の検討。一人暮らしの支援等。例2:幼少期からの家族支援。必要なケースに必要十分にかかわれる支援体制。虐待被害者も厳しくかつおおらかに受け入れてくれる職親。例3:医療的診断・治療的かわりと相談や生活の仕方について同時に助言してくれるような場所・機関。
山口県	14	障害別に過ごせる場がない。就労継続B型に通所している方が事業所が終わった後、過ごせる場所が少ない。精神障害の方は、精神科デイケアや地域活動支援センターの?型等利用できる場所はあるがその場に知的障害や身体障害の方はすぐわなないことが多い。	地域のニーズを吸い上げられるように相談支援の充実を図る。また、課題解決ができる協議会を作る必要がある。フォーマルサービスでは難しいケースも多く、その地域にあった仕組み作りが急務。
山口県	14	在宅生活から入院し、身体状況が悪化。在宅はもちろん、施設入所もできず、療養型病院に転院するしかないケースがある。	病院から短期入所し施設で医療処置を継続して行いながら在宅に戻る準備をすることができれば、QOLを低下させず、本人の希望する生活を目指せると思う。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

長崎県	14	・強度行動障害の方のサービス(現在の制度では支援が薄いため受け入れが困難)・障害の疑いがあるが、診断が出ない方・知的障害者等通院等介助における聞きとり(現状はヘルパーが好意でやっている)・GHCHが生活の支援と大きな枠であるため対応できない。	・強度行動障害の方等の重度障害者における支援の制度の仕組みを作る・通院等介助の医師の聞き取りにおける加算の設立等
新潟県	14	・自閉症、強度行動障がいの場合 家庭では見る事が困難になった時、受け入れ可能な事業所が少ない。短期入所の契約が出来ない。・発達障がいのケース 社会性がなく地域でトラブルを起こしてしまう。本人の状況とニーズに合ったサービスがなく行き場がない。	・家族、家庭内支援に入っている。・幼少期から継続してソーシャルスキルトレーニングが出来るようになることを希望します。
大阪府	13	対象地域圏域をこえる地域移行希望者の退院支援が減速したように感じている	広域ケアマネの役割を担うところ(基幹センター等)における広域地域移行支援の充実が望まれる。
神奈川県	13	精神障がい+知的障がいによる全身脱力状態でほぼ全介助の20代女性。介護している母の入院時の対応。必要なニーズは身体障がいのサービスだが、不安が非常に強く身体障がい関係の事業所からは敬遠され、知的障がいの事業所は対応できる設備や人的な体制がなく対応できなかった。	何力所かの身体障がい者に対応する施設を当たり、体験をしながら、ようやく2カ所の施設で短期入所し、施設で対応できない期間は居宅介護と別居の祖母が対応した。
千葉県	13	生活全般を考えると、制度内のものだけで全てを支えていくことが困難な方は多数いる。緊急対応、金銭管理、家族関係調整、本人が希望しない場合の対応など。	相談機関が直接支援を継続して行うケースが多い。
宮崎県	13	市内に重度心身障害児・者の方を安心して預けられる施設が少ない。そのため、重度心身障害児をお持ちの家族が県外から移住しようとした方がいたが、結局、県外移住はあきらめたケースがあった。	市内の生活介護、短期入所を見学した後、市内から離れた県内の医療法人が母体の短期入所も案内したが、結局市内の移住は取りやめになった。
宮崎県	13	行動援護が必要であったが、地域に事業所が無かった。	居宅介護、移動支援などを複合的に組み合わせて利用していただいている。支給量が十分でない。
千葉県	13	近隣に重症心身障害者を受け入れてくれる施設が少なく、短期入所等の対応ができない。	東葛地区に重心施設ができるため、対応は可能となるが、ロングでのショート利用などで空きが少なくなる可能性がある。
千葉県	13	フィリピン国籍の17歳女性。重度の障害をお持ちで、現地では中学校を卒業していないため、特別支援学校の高等部に通うことができない。また義務教育の年齢も過ぎているので、中学部にも通えずに家にずっといる。日中一時支援を利用したが、3回目くらいから本人が利用を拒否し、送迎の車にも乗車できない。体が大きく移動が困難なため、どこに連れ出すこともできない。	相談支援で、定期的に家庭訪問をし、本人と一緒に過ごすことしかできていない。ヘルパーを利用できるようになれば、そこから日中活動へとつなげていけるかもしれないが、人とのかかわりが難しく、また対応できるヘルパー事業所もないため、困っている。自宅までの送迎をしてくれて、本人と根気強く付き合ってくれる通所の事業所があるといいと思っている。
大阪府	12	重度の行動障害がある方の受けをしてもらえる入所施設が見つからず、ショートステイを定期的に利用することで家族のレスパイトを図っているが、家族が疲弊しきっている状態。	重度の行動障害がある方の受け入れがしやすいCHの建設に向けての補助金加算など。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

奈良県	12	<p>発達障害のケースにおいては、外の機関とあわず自宅から出てこれないといった事例がある。現在相談支援として定期的な面談という形で繋がっているような状況。また、家族本人の高齢化という点で親亡き後の生活についても重大な問題が起こっており、県内の資源をあたってもグループホーム、ケアホームの空きが1件あるかないかといった状況。本人の選択できるような住環境の資源が整っていない。家庭が倒れた場合どれだけ通いなれた地域でも遠方を含めて生活拠点の確保に努めなければならない現状がある。また、強度行動障害の方においては、当地域では入所施設もない現状から利用できる短期入所、ホームも不足しておりなんとか家族が踏ん張って生活しているという方も多い。</p>	<p>生活拠点に関する課題においては、グループホーム、ケアホームの拡充の必要性もあるが、一人暮らしのサポート体制等を整理、強化することで本人の生活の可能性や選択肢を広げるきっかけになるのではと感じている。自立支援協議会においても課題をあげ、検討部会設立にむけて進めている。発達障害のケースにおいてもインフォーマルな集いや企画によってもっと社会とつながりやすいものができるのではないかと考える。</p>
岐阜県	12	<p>就職希望だが、長続きせず、B型も工賃が安いとあって希望されず、日中行き場がない 医療依存度の高い超重症心身児者のショートステイ先がない</p>	<p>A型等何度も紹介 日中一時の利用</p>
愛知県	12	<p>行動障害が激しく、常時支援力が高い支援者の支援を必要とする方であって、家族が高齢で家族だけでは支えられず、病院への入院を余儀なくされている。愛着障害があり、知的障害の度合いは軽いものの、軽犯罪やためし行動を繰り返しており、事業所も一度は支援を受け入れてくれるものの、継続した支援にはバックアップを必要とする。長い引きこもり期間があり、家族以外との外出等が難しく、家族も相当に疲弊しているが、通常のサービスになかなか結びつかない。</p>	<p>行動障害のある方も支援ができるGH・CHや中期に住まいの支援ができる拠点。愛着障害等、障害の度合いは軽く出るものの、支援を必要とする方について、GH/CHのバックアップをしてくれるところ 家族支援を丁寧に行うことができる支援。</p>
北海道	12	<p>ご本人が施設入所を希望されているが、その理由が施設なら働きに行かなくてもいいからという理由だった。しかし、障害程度区分2だったこともあり、施設入所という希望に応えることが出来ない。</p>	<p>いろいろな住まいの形、働く形を知っていただき、施設入所以外での選択肢を知ってもらうことが必要だが、現状では空きがあるという理由でのみ選択しなくてはならないことが多い。</p>
静岡県	12	<p>63歳男性独居、身体・高次脳の重複障がい。現在就労系の通所事業所と居宅介護を利用中。住んでいる住まいが山間部で唯一買い物ができる場所も昨年閉店。ヘルパーが買い物に費やす時間で家事援助が終了してしまう現状。</p>	<p>障害分野だけではなく高齢分野でも買い物については課題が多いと思う。いわゆる”買い物難民”への対策が必要だと感じる。</p>
埼玉県	12	<p>24時間酸素を利用しているダウン症の女性。両親が80歳を超えているので、早めにホームの利用をしたいと考えている。寝たきりで呼吸器をつけており、吸引、注入が必要な方。日中活動とショートステイを希望。</p>	<p>24時間看護師が配置されているホームまたは施設。看護師を配置できる金銭的補助の制度。または看護師を派遣する制度。吸引ができるヘルパー事業所の増加と医療行為が必要でもショートステイが利用できる施設。重度包括の事業所。</p>
福岡県	11	<p>母子家庭で、在宅で呼吸器をつけている重心の子どもをみておられる家庭。通所をするにも、通院するにも、移動の途中、体調の変化があり、緊急な医療行為がある場合。看護師が同行するのがこのまじいが・・・。</p>	<p>医療行為の多い、重心の方の日中受け入れの場や入所、短期入所の利用の時に、そこにいつも使っている訪問看護ステーションの看護師が訪問できる仕組みがあれば家庭も安心して預けることができる。</p>

3-2. 対応できなかった事例と対応策

石川県	11	就B利用から10年近くかけてようやく一般就労につながった人がいるが、通勤の手段がなく(免許なし、アクセス不便)、家族や就B事業所が送迎をしている。その他にも、ハローワークで仕事内容等の条件が適しているにもかかわらず、通勤手段がないために就職につながらなかったケースも。	就労の機会を保障するという観点から、通勤支援(移動支援のような)の仕組みがあるといい。
石川	11	1、金銭的にゆとりのない身体障がい者の通院における移送(通院介助、ガイヘルで対応できない)移送費が高い 2、ヘルパーの人材不足(ニーズに応じた時間の対応) 3、事業所都合で利用制限がかかる	1、2 相談支援事業所が対応 3、「本人主体」の共通理解、チーム支援の構築
石川県	11	・単身視覚障害者の方のゴミだし 介助を担ってきた夫の急逝により、浮上した課題。家事援助との一体で対応する案については、自宅内にヘルパーが入ることへの不安があった。民生委員、近隣の方との関係が希薄で依頼することには遠慮がある。兄弟にまかなくてもらっているが、本当はそれに対しても気兼ねしている。収集車の個別対応も交渉したが困難。	サービスを受けたいとの希望であったが、サービスがあるのならばサービスを受けたい→気兼ねせずに生活を送りたいとのこと。民間業者に対応を依頼すると、ゴミだし1回¥2000であったが、本人は依頼すると。現在の制度上では、サービスの適応とならない部分であるがニーズは多い。小ポイントの支援の必要を感じた。しかし一方では制度の課題とともに、まかなう人員の課題なども感じている。
福島県	10	全てにおいて「マッチした支援が十分にできていない」「支援をするスタッフの理解が薄い」という印象。今の仕組みやサービスだけでも、サービス量は足りず、飽和状態、中味も大事。	「虞犯行為、累犯経過のある方の住まいの確保と、地域移行への理解と仕掛けが浸透すること」「教育や就労先への移動手段」「相談支援事業への理解と人員の拡充のための予算措置」「医療ケアの必要な方が利用しやすいサービス」「仕組みを組み立てて行くにあたっての事業所やその組織・行政関係者の理解格差を減らすこと」
静岡県	10	児童施設を退所したケースで家庭での受け取りが難しい。短期入所の利用を希望されるが、望むようにはいかない。陰性症状等による意欲低下や他者とのかかわり拒否があり、サービス利用を希望せず相談員のかかわりのみ。	福祉サービスの不足というよりは、入所施設から自宅に戻る際のプロセスが難しい。入所施設側の役割として家族支援を担っていただけるのかどうか。家族の引き取りが難しい場合の受け皿がない状態。CH、GHが整備されることで、本人・家族にとってよりよい環境で生活ができると思われる。手続きが簡素化され柔軟に対応できる訪問支援や送迎の充実による通所施設の利用。
北海道	10	医療行為が必要な当事者が、近くの特別支援学級に通う事が困難	学校・各事業所への活動に訪問看護サービスの利用が出来れば
新潟県	10	2人家族で地域で暮らしていたケース。子が24時間の医療的ケア(たん吸引・酸素)が必要となった。看護者が働きに出ている際の医療的ケアを担える日中活動の場やヘルパーがおらず、在宅に戻れない。	たん吸引の研修に対する助成制度による、たん吸引できる人材の増加。
福岡県	10	・軽犯罪をくり返す知的障害者への支援・受刑後出所者の住居と支援ネットワーク・障害が疑われる被疑者への代弁支援、弁護士への後方支援・精神未治療、治療中断者の医療へのつなぎ・虐待事例における共依存・アディクション関連	・司法関連に関しては支援者のネットワークが未構築な部分がある・先進事例や成功事例からの学びと官民、民民のより一層の連携

3-2. 対応できなかった事例と対応策

福岡県	10	圏域内に療養型施設がないため他圏域施設やメディカルショートを活用している。	介護保険療養型施設などの相互利用
長野県	10	送迎手段がなく、近隣の事業所に通わざる得ない・児童の重心の子供さんの入浴サービスがない・児童の訪問入浴がない・他圏域のケアホームで生活している方が地元のケアホームを体験してみたい場合共同生活介護は使えるがショートステイは使えない。	対応できる制度がほしい
熊本県	10	精神障害者の方でインシュリン注射が必要な方がいます。介護保険非該当で障害福祉サービスを使わなければいけません。自分でインシュリン注射訓練の入院を内科病院でされましたが、できませんでした。インシュリン注射を打つ事ができるスタッフがいる施設が必要です。	訪問看護も毎日に行けないらしい。無理言ってデイケアの送迎を拡大してもらい対応し、平日週5日はデイケア、土日は訪問看護で対応。
福島県	10	62歳、単身生活者、生活保護受給、就労継続B型を利用。 日常的な金銭の管理ができないため、日常生活支援事業を利用しているが、最近認知症が大夫進行。居宅介護支援で支援をしてきたが、地域での生活が限界になってきた。火の始末や失禁等が問題があがってきた。地域での支援が限界になってきたため、救護施設を検討したが、本人拒否したため、公的介護保険の施設等も含め検討してきたが、行き場がないまま現在に至る。	ケアホームでの生活も検討したが、本人拒否。 地域での生活どのように支援して良いのか悩む。 当面、成年後見制度の申請をし、今後の支援について再度関係機関で調整中。
山口県	9	発達障害やひきこもりのケース	心理士等専門的でかつ訪問可能なシステム
徳島県	9	高齢の両親が介護しており、本人は地域での暮らしを望んでいる。	24時間、365日の介護支援、相談支援、緊急時の対応支援
愛知県	8	精神病悪化等により同居の家族と距離を取る必要があるケース。本人が興奮状態、家族という事で本人の状態が悪化するケースで、受診・入院直前、などで医療につながるまでの本人・家族のそれぞれの安心できる場の確保。	
佐賀県	8	触法障害者の方の支援について住まいやサービス等の社会資源が少ない。	地域定着支援センターからの相談であった。支援の検討を行っていたが、ご本人の状況変化があり、最終的な帰住地に至らず、支援が終了した。触法障害者を受け入れる地域の理解や社会資源の確保が必要。
石川県	8	自宅から出て生活したいが、グループホームに空きがなく入所できない、またグループホームの入所基準が高く利用できない。施設への送迎がないためどこにも通えない。	グループホームの増築、グループホーム入居の基準を下げること、送迎施策の充実

3-2. 対応できなかった事例と対応策

新潟県	8	<p>高齢の母親と知的障害者(女性)二人暮らしのケース。知的障害を持つ娘が、母親に日常的に虐待を行っていた。しかし、母親が虐待を受けていることを訴えることはなく過ごしていたが、東京から帰省していた姉に対し、盗みがあり、その後姉と母親に対し暴力がある。母親と姉は自宅から逃げ、隣家に一晚泊まり、翌日警察に保護。警察が本人に対し注意をするが反省せず、結局、姉と母親は戻る場所が無くなり当事業所に相談に来た。姉の財布からは現金だけでなく、カード類、保険証等全て抜かれており、その処理だけで半日かかる。母親も大切な印鑑や保険証などは持ってきたが、持病の薬や着替えなどは一切持たずに家を出ていた。姉は東京に帰ればよいが、母親を引き取るだけのスペースはなく、母親も知らない土地で昼間一人で過ごすことに抵抗を感じていた。しかし、母親が緊急避難する場所もなく、様々な所に連絡をしたがどうにもならず、結局姉と一緒に東京へ避難。二日間ホテルに泊まり、最終的に母親の兄弟のところの一時的に避難することとなる。また、本人も生活能力は乏しく、特に金銭管理と生活のリズムに課題が多くあった。母親が居なくなったことについても、自分の行動について反省することができず、周りの人にお金を貸してくれるようしつこく依頼する、自殺をほのめかし周りの人に電話をするなどの行為を繰り返す。万引きを繰り返し、1か月の間に3回警察に通報される。などの行為があった。しかし、高齢者虐待、万引き等の触法行為をする障害者を受け入れてくれるところはなく、警察も連行するものの、その日には引き取りに来てほしい。と連絡があった。なんとか、日々の訪問、特別に職員の連絡先を本人に伝え、当事業所開所時間外も連絡がとれるようにし、本人の見守りにあたる。また、本人から姉への嫌がらせは電話、留守電、メール、手紙、親戚への苦情等エスカレート。度重なる万引きもあり、最初は、早く反省してもらい、以前のように一緒に旅行に行ければ。と言っていた姉も数カ月後には関わりたくない。というようになり、母親は家を出てから1か月後に高齢者施設に入所することとなったため、これもすべて本人のせい。二度と会いたくない。関わりたくないとのこと。オスは9か月後、何しか見守</p>	<p>障害者が家族に対し虐待を行うケースも増えている現状の中、虐待を受けている障害者が緊急避難する場所の確保も必要だが、反対に当事者から虐待を受けている家族の緊急避難先の確保も重要。家族が緊急避難することにより、パニックで一時的に暴力をふるったとしても、一人になって冷静に考える時間があれば、自分の行為を振り返り反省することができる当事者の方も多くと考える。今回のケース方も一方的に非難されるのではなく、家族が一時的に避難でき、冷静に話をすれば問題行動も少しは軽減され、家族とも和解できたのではないかと考える。また、当事者からの虐待を受けている家族がそのことを訴えないのは、自分たちに逃げ場所がないので、そのことで本人からの暴力がひどくなる。と考えている人も少なくない。緊急避難をする場所があれば、家族を守りつつ、本人の問題行動も抑えつつ、問題解決に向け関係者で連携をとることができるのではないかと考える。</p>
大阪府	8	<p>頸椎損傷で首から下の麻痺がある方で、ニーズが一人暮らしだが、居宅の時間数も足りないし、重度訪問介護になると受けられる事業所がない。鍵を預かってもらうことができないためにデイの送迎も難しくなる。一人暮らしでストレッチャーが入るような住居もみつからない。</p>	<p>重度障害者でも住める住居と居宅サービスの充実、人材確保、日中活動の場の確保(送迎、食事、入浴、排せつに対応できる)</p>
千葉県	8	ひきこもり。サービス利用に対し拒否的なケース。	継続的な訪問や活動の提供。
茨城県	8	ひきこもり、不登校への支援	具体的になし、傾聴程度
島根県	8	ひきこもり(発達障害を伴う)	早期発見・早期支援、医療との連携

3-2. 対応できなかった事例と対応策

鹿児島県	8	?障害者の余暇支援(スポーツ…同伴なしのもの) 障害者対応経験のあるスポーツが教えられる人となると狭き門なので保護者同伴が求められ、仕事のある保護者は同伴できず利用が限られる ?発達障害者のコミュニケーション支援	?人件費を保障してくれる制度 必須事業という名目 ?SSTなど
岡山県	8	病院の付き添い→医療機関の受診にあたり、家から医療機関まではヘルパーの支援を受け、行くことができるが、病院内に入ってしまうと、ヘルパーとしての関わりができなくなってしまう。知的障がいや精神障がいのある当事者で、自分の状態を正確に主治医に伝えることができない当事者は、的確な医療をうけることができない。	病院内での受診支援。本人の状況を関係機関等から情報を聞いておき、主治医に現在の日常の状況を伝える。現行では、ヘルパー事業所等が、無償でのサービスや横出しサービスとして行っている行為を、制度化することができないか。
大分県	8	サービス提供事業所の支援範囲が、法律で基準があればその範囲でしてしまうから、枠外の対応ができない(例)通学、通勤時の支援	特に、通学は、学校側がその困りに対して「できないの」一点張り。県単位で対応策を、(教育と福祉の垣根を越えて)検討してほしい。個人的には、教育が考えるべきだと思う。教育は、学校外に目を背けていませんか。困っているのは子供です。
熊本県	7	送迎のサービスができなかった	送迎加算などがあるといいと思う
愛知県	7	重心者で医療ケアの必要な方の通所、ショート	地域の二次医療圏で対応できる体制づくり。病院の理解。場合によっては、医師会の理解。
石川県	7	児童のサービスが使い勝手が悪い。数が足りなく利用時間が4時までで親が働けない。保育所や学童保育に専門職員が充実して障がいの子でももっと利用が出来たらと思う。	重度の障がいや医療的な管理が必要なお子さんには6時や7時までの預かりや毎日の利用が出来る福祉のサービスが充実出来ればと思う。保育所や学童保育にも専門の職員が配置されて障がいの軽いお子さんでも利用できるようなかたちにならないかとも思う。
鹿児島県	7	高次脳機能障害者に対しての在宅支援体制、福祉制度の限界がある。	特に独居の方や家族がいても介護が困難な方等のケースでは、自宅での生活維持が難しい。医療機関では、治療の対象にはならない。島内で対応可能な専門機関やサポート体制もないため、生活環境や福祉制度の調整に難しさを感じています。
新潟県	7	30代 知的障害 易怒性強く、家族や親せきとうまくいかない。感情のコントロールが苦手な周囲の方や支援者と良好な関係が築けず、福祉サービスの利用ができない。	重度訪問介護や行動援護による個別対応で社会とコミットしていくことだが、地域には現状で前述のサービスがない。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

埼玉県	7	<p>・通勤・通所・通学における移動支援(当市町村は利用が不可のため)。経済的に厳しいご家庭の場合で、本人の行動障害や情緒不安定が強くなった際やご家族支援が得られない状況の時に、移動手段に困ってしまった。・短期入所等のサービス。入院までいかない、疾患をお持ちで医療的ケアが必要な障害者(知的高齢・精神・高次脳など)や問題行動・強度行動障害・徘徊などがみられる障害者が短期入所を断られ、高リスクで在宅生活を繋ぎとめている状況のケースがある。・独居の生活に課題の多い方、症状が不安定(対人・金銭トラブル・頻繁な不安相談等)な精神障害のある方。また家族負担の大きい重度心身障害者の方への在宅支援(それぞれ少しはサービスを組めたが不十分)。「経済的な面」※「対応できている」という部分の捉え方にもよりますが…例えば…中途の精神・身体の障害者で、「就労がすぐには難しい」「生活保護も難しい(一般的な家庭は車や生命保険・自宅のローンなどの非該当要件に当てはまる場合が多い)」方で障害者の年金不支給者及び2級年金程度の方は生活の質の担保。・発達障害、引きこもり、障害(精神疾患)の疑い前の段階の人、国指定の130項目に該当していない難病の人の支援について、市町村の支給決定の現状はまだまだ消極的であり使える福祉サービスがほぼ無く、相談支援事業所の対応だけでは限界を感じる。</p>	<p>・移動系サービスの柔軟な利用基準と充実。・ショートステイにおいて、数の増加や見守りに余裕のある人員配置、夜間も含めた看護師等医療系がの人員や設備の充実。・居宅介護・看護系のサービスの充実(利用回数増や精神も含めた医療系の質の充実)。・年金の額や生活保護の基準等、所得補償の制度内容の充実。・自立支援法などに、谷間の人達の認定基準の緩和や対応するサービスの充実。</p>
和歌山県	7	重度精神障害(対人関係、困難ケース)	対応できる職員配置(泊まりあり、マンパワー)
新潟県	7	強度行動障害の人の支援～他害、破壊行為が顕著	自宅はもちろん施設では対応できないため精神科病院に入院受け入れしてもらっている。強度行動障害対応のGHなどの設置が必要。
千葉県	6	余暇支援についてヘルパー利用だけでは充実せず、ボランティア等もなかなか利用できず、実費としての負担が大きく楽しむことができない。	
新潟県	6	<p>脳血管障害→高次脳機能障がい→文字認識出来なくなり記憶の保持が出来ない ◇医療での言語療法が終了するが、まだ生活面に課題があるため、引き続き言語療法を受けたい ⇒地域にはこうして機能を持つ機関がないため、国リハの自立訓練(生活)の利用希望するがIADLが自立していないとの理由で利用出来なかった。</p>	言語療法を諦め、地域活動支援センター等の利用を勧めるが、本人は馴染むことが出来なかったため利用していない。
新潟県	6	入院中(末期がんの方の希望)移動支援(福祉有償運送付)を使って大好きなプロレスを見に行きたいという希望があったが、サービスや仕組みではささえられなかった。	相談支援専門員の複数が休暇をとって対応をした。
岐阜県	6	田舎の為、日中一時支援や短期入所というサービスを利用したくても、車がないため利用できないご家庭が多い。	送迎等の移送サービスがあれば、利用できる利用が増える。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

鹿児島県	6	家族は自宅で支援したいが、負担が大きく出来ないため、施設入所を止む無く選んだ。	地域での資源を増やす。
奈良県	6	医療的ケアが必要な方で、医療と福祉のサービス連携がなされず、入院による対応をせざるを得ないことがあった。	医療機関との連携。
北海道	6	・過疎地に、サービス提供できる事業所がなく、他の地域の事業所にも「サービス対象外」と言われてしまいます。	
青森県	6	?強度行動障害→15歳未満の児童で、いわゆる「福祉」を担っているはずの児の入所施設で県内すべての施設で障害が重い、対応ができない(支援方法等を外部から提供するといっても)との理由で空きがあるのにも関わらず断られた。医療機関はかろうじて受けてくれるところがあったが退院の目途が立たない状況である。児童相談所は関わることに消極的であり、民間事業所と行政機関の温度差を非常に感じる。重度の方を受けている事業所は飽和していて利用したくても利用できない。	法的に各機関がそれぞれになっている役割を果たすことが前提であるが、現実には職員や事業所が利用者を選んでいる。強度行動障害に関しては国が予定している研修等の開催に加え、時間と労力をかけている事業所に対して見合った評価と報酬単価が必要だと思う。重度者を断る事業所に人が集まって収益をあげる、そこからこぼれた重度者を受け取る事業所が収入が少なくなるという現状はおかしい。行政の人にも若干指導できる全うな事業所の人の配置を希望したい。
福島県	6	長期入院からの地域移行が移行・定着相談支援事業所が少なく、また特定相談で手が回らない為、地域移行が滞っているケース。	特定+市町村委託相談支援事業所または、市町村委託の相談支援事業所単独で地域移行に携わっている。
新潟県	6	高等部卒業生の日中活動の場がたりない	自立訓練(生活訓練)週3日、日中一時支援週2日に対応した
香川県	5		緊急避難的に利用できるシェルターがあればよい。
青森県	5	発達障害の方で、高機能群に分類される手帳取得が困難な方々の支援。行動問題が多いので、行動支援が必要なのに、行動支援が利用できない。虐待の対象になりがちなのに、ケアホーム、グループホーム等の利用が難しい(児童のケースも含む)。	特に対応できていない。
大阪府	5	知的と人格障害を持っている方。養護施設で育ち、職業訓練校に入るが3日で退学。その後、職を転々とするが続き、暴走族に入って逮捕。様々なトラブルをおこしてやっと一人暮らしをはじめたが、社協の金銭管理も断られ、コンビニで強盗をして現在拘留場で拘留されている。	常に本人を理解し、相談にのれる人が身近にいて見守ることが必要ではないか。
山口県	5	単身生活で生活している方の緊急時(体調不良)の対応。	
熊本県	5	圏域で居宅介護での24時間サービスを受入れる事業所がないため、政令市からの事業所に支援を依頼しているが、距離的な問題でサービスに移行出来ないケースがあります。	夜間帯に支援できるヘルパーの報酬面を改善してほしい。
佐賀県	5	海外旅行や宿泊を伴う旅行に行きたいという知的障害者に対し、市の外出支援事業は一日8時間までの縛りがあり、なかなか実現できない。	外出ボランティアを施設職員に募り、ご本人に対応できる職員が2日間かけてディズニーランドやUSJに行きました。しかし、職員にボランティアをさせる以上、公休にしなければならず、職員の疲れ等あり、長続きするものではありません。ご本人の特性を知り、専門性のある支援を行うにも、一般には頼めず、障がいのある方に豊かな生活をさせられていないと感じています。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

長崎県	5	?遠方の病院への受診のサポート。近くで対応できない疾患で、車で1時間半かけて受診に行かなければならないケースで、親族がいなかったり、連れていく人がいない場合、ヘルパー付添で公共機関で行けるケースは何かなるにしても、バスやJR等が使えない人は、高額な交通費(タクシー代)を使うことになり、負担が大きく、生活費に支障が出る ?身寄りのない人が病院に入院された場合の入院時のサポート(ドクター説明、洗濯、必要品準備、不安解消等)	?通常のタクシーチケット(助成)でなく、ヘルパー付添の遠方受診には証明書があれば交通費が一部助成されるなど ?ヘルパーが病院に行き、対応が出来る
福島県	5	送迎などのサービスが行き届きづらい地域における事業所への送迎。また本人のニーズに応じたスケジュール管理された利用ではなく不定期の利用の際の移動、送迎などへの対応が難しい。	
神奈川県	5	遠方の医療機関に本人は受診せず、親のみが薬をもらっていて、訪問看護がかりうじて入っているケース 親の高齢化と治療が本人に合っているか?判断が難しい 本人の状態には大きな変化がなく、家族や訪問看護の対応が難しい	ゆっくりと時間をかけて本人や家族の話を聞き、本人の状態によって臨機応変に対応できるDrや介護、相談支援の体制があるとよい(現在の体制ではどこも継続的長期的な支援が難しく、途切れてしまい家族に負担がかかっている状態)
福岡県	4	主旨と違うとはおもいますが 小さな市町村では予算的な問題でサービスを使えない場合があります。脊損の方で在宅生活していますが、区分4で1ヶ月の居宅介護の支給料(36H)は少なく、重度居宅介護になると受けてくれる事業所がありません。	サービスを市町村におろすのは仕方ないと思いますが、格差が激しいと思います。田舎に行けばいくほど、重度の方は生活は困難になります。地域の格差の解消を願いたい。
徳島県	4	行動障害が重たい方は入所施設でも受け入れが難しい。	必要な支援を手厚くするためにも人員を増やせるくらいの加算(費用)があれば良いと思う。
福島県	4	40代の中度知的障害の女性を主に支援している。母親が介護保険、長男は軽度知的障害、人工透析、次男も人工透析を受けている。主に、母親が関わっているが、母親の状態も悪く、現在の体制だけでは対応しきれない。	介護保険と相談支援の関係機関で今後、検討会を開催予定ではあるが、いつ何が怒るかわからない家庭である。緊急通報システム等があれば、関係機関の安心が図られるのではないか。
徳島県	4	様々なサービスに利用制限があるのは仕方がないが、全く融通が利かず、対応できないケースがたくさんある。	制度の柔軟な運用。
京都府	4	?両親ともに高齢で、行動障害があるケース。本人のこだわりも強く、ケアホームと言う形での共同生活も困難。単身生活で、居宅介護での支援も可能性が低く施設入所となった。?母子家庭で医療的ケアが必要となった成人女性ケース。母は末期がん。現在本人にも医療的処置が必要なため、入院で時間稼ぎをしているが、重心施設の空きを待っている。医療的ケア対応可能な居宅介護事業所、重度訪問介護も不足しており在宅では困難。	どのような仕組みができて、慢性的な人材不足が一番問題のように感じる。報酬が低い、安い賃金で重労働を強いられる介護職の方たちへの支援が必要だと思う。何でも「民間委託」で、結局は行政責任を放り投げている気がする。
石川県	4	障がいのある方の育児支援。特に家族から支援が受けられない方。	各機関(医療・行政・児童関係・障害福祉関係)の連携。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

岡山県	3	余暇支援。少子高齢化の進む中山間地域ということもあり、そもそも移動手段が持ちにくい。その中で、バスの路線が無くなったり、ガイドヘルパーのサービスが無いことで出かけにくい。市内で土曜日に使えるサービス(出かける先や付き添い、車での支援)が全く無い。	ヘルパーやガイドヘルパーの充実。使いやすい移動支援事業に見直しをしていく。土曜日に出かけられる?型・?型地活の設置。
熊本県	3	当方の地域は山間部もある。本人は就労の意欲はあり就労事業所を希望していたが、通う手段がなく断念した。	経済的に公共の乗り物利用も厳しい方もいる。移動手段の充実・サービスがあればもっと利用出来る方がいる。
栃木県	3	知的障害者兄弟で暮らしていたケース。姉が具合悪く近所の方が通報してくれて、病院に連れて行ったが4日目に亡くなってしまった。	身内が20年間近くにながら音信不通であった。インフォーマルな部分につなげる役目も大切なこと。
鹿児島県	3	障害児の療育施設の定員が地域の要療育児数を下回っており、早期療育が全ての児童に行きわたっていない。	新たな療育施設の開設や、マンパワーの育成が必要。
静岡県	3	障害児の通学において普段は親による送迎だが緊急時に代行してくれるようなサービスがないかと問い合わせがあった。特別支援学校への通学方法が高等部になると自力通学となり、スクールバスの利用が出来なくなる。家族の負担も増し、通学が不安定になる子どももいる。また、就労系の事業所では送迎を行っていないところが多い。貴エリアでは交通手段が不足しているため自力での通所が困難な場合も多い。通所手段が無いことで結果的にサービス利用が出来ないというケースもあった。	同行援護や移動支援事業は余暇支援のみが対象となっているため、その枠を広げもう少し柔軟に利用出来るサービスになると良いと思う。
愛媛県	3	高齢になった親と障害を持つ子の世帯で一緒にくらしたいと希望するものの、在宅生活が難しい場合、制度が違うので、別々の暮らしになってしまう。	親子で一緒に暮らせる施設ができると良い。
徳島県	3	聴覚障害(2級聾者)、知的障害B1、精神障害(統合失調症)の30代男性。父親と祖母の3人暮らし。母は80代で父親も日雇い仕事。独語や幻視幻聴も多く、家でひきこもり、通院及び服薬もままならない事も多い。手話でのコミュニケーションが唯一の手段であり、その場合は心を開くこともあった。家庭での支援と日中活動出来る場所を探していた。手話の出来るヘルパーは皆無。また手話による対応が出来る日中の場所もなく、困り果てたケースである。	◎手話通訳等コミュニケーション支援の充実(人やもの) ○介護支援の活動場所が多いが、軽度ではあるが見守りなどが必要な障害者のサロンの場所や、活動場所。
栃木県	3	一人暮らしを想定した生活体験。一時的に利用できる宿泊型生活訓練が近くに資源として存在しない。	無料で一時的に生活体験ができる場所があると解消されると思います。
福島県	3	発達障がい者の二次障害から、大パニックになり、家庭での関わりが困難な状況になっても、本人、家族のレスパイト先がなかった。身体の方の短期入所受け入れ先がなかった。お子さんのケースで、施設への緊急的短期入所利用となったが、一時的に施設に近い特別支援学校へ通うこともできず、学ぶ権利が守られなかった。教育関係の仕組みを見直す必要があると感じた。	知的な遅れがない、発達障がい等の方や身体の方が利用できる短期入所先。本人、家族のレスパイト的な役割を担う事業所があると良い。在籍する特別支援学校から、短期入所近隣の支援学校との連携体制(仕組み)作り。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

北海道	2	医療的な措置が必要な自閉症のレスパイト 重症心身障害児者に対するレスパイト 触法障がい者にかかわる対応 金銭管理が必要な利用者の対応(後見人不足) など	
鹿児島県	2	特に無し	
北海道	2	・発達障がいの児童の学習支援・長期間どこにも通っていない軽度の知的障がい、精神障がい、発達障がいの方の就労支援・重度身体障害の方の住まい	・発達障がいの児童で、通級でも特学でも馴染むことができず、1時間かけて近郊のフリースクールに通ったケースがありました。ここまでの状況ではなくても、通級でも特学でも馴染む事が難しい児童がいるため、適応指導教室の充実を含め、通級と特学の間にあたるような学級があればと思います。・就労B型のメニューでは、ご本人達にとっては物足りず、またB型に通っている方達とは自分は違うと思っているが、一般就労までは難しい方達の就労支援。特に精神の方は作業納涼食は高いが、その日の波が激しいため、B型よりも作業内容は難しいが工賃も高い仕事ができる環境があると、ご本人達にとっても取り組みやすいように感じます。・四肢麻痺でADLはほぼ介助が必要で、夜間や緊急時にすぐに対応できる体制が必要なケースがありました。今回は町内にある、サービス付き高齢者住宅を特例で使える事になり、生活は可能とはなりましたが、今後は高齢の施設等とも連携し、柔軟にお互いの社会資源を活用できるような体制づくりが求められると感じました。
兵庫県	2	透析を週3回受けている方で、高齢の母と本人の2人暮らし。主介護者も慢性疾患があるが、本人の透析通院の送迎を続けている。透析患者向けの送迎サービスもあるが、待ち時間が長いため利用できない。母が入院するときや不在にするためのために短期入所を考えたが、透析の送迎や体調面(心疾患もある)で、施設側が受け入れ自体前向きにしてもらえなかったことから、利用を諦めておられる。在宅支援も母が元気なうちは、必要ないと言われ、ヘルパーの利用は進んでいないが、何かあったときには、つないでほしいと言われている。	人工透析を受けている患者さんでも、家族だけが支えるのではなく、少しでも自己負担の少ない形での通院支援がお願いできたり、楽しみが持てる間は移動支援等が出来ると思います。慢性期～末期に向かう患者さんは、家族もご本人も希望されることがあまりないですが、高齢者の方を支えるのと同じように、医師、Nsと一緒に連携しながら少しでも良い生活の過ごし方ができて、家族も安心できる方法を一緒に考えられるような仕組みなのか、地域なのか、私にはよくわかりませんが、医療チームの方には「相談支援専門員がどういう人か?」と思われたいようになればいいなと思います。
香川県	2	そもそもの受け入れ施設が不足している。	
鳥取県		肺気腫と喘息がある利用者の65才の男性医療費の控除が、内科疾患では受ける事が出来ず精神疾患で障害手帳はある。施設利用も、支払い金額が大きく負担が大きい。	現在、対応作を模索中です
栃木県		医療機関への付き添いについての制度がない。ただ付き添うのではなく、本人が言っても取り合ってもらえない副作用の改善のための、減薬や薬の交換などのアドバイスをするためにも、付き添っているが、制度としてはない。	今のところ、市町村事業の移動支援で同行支援ができていますが、通院は居宅介護の通院介助を使う方向に移行するといわれてしまった。居宅介護事業所を立ち上げる余裕もなく、仮に通院介助ができて、医師との交渉についての支援費はない。ボランティアでするしかない。

3-2. 対応できなかった事例と対応策

		・本人の同意が得られない(家族が困っている)・サービス利用の条件を満たせない(障害者手帳等無く診断書も用意できない)	
--	--	--	--

4-1-11. 医療ケア

5-1. 都道府県名	5-3. 貴エリアの人口数	障害種別(知的・精神・身体・発達)に対するどのようなケアが必要なのかを具体的に記してください
北海道	200	シームレスなサービス＝パーソナルアシスタント
北海道	195	通勤・通所時の送迎支援体制
京都府	150	精神に関しては、どこまでが本人が痛みを伴ってでも自分ですべきことなのか、または第三者がサポートをすべきことなのかを適切に判断できるかどうか難しい。でも必要とされることだと思います。
福岡県	150	精神においては、生活訓練を専門的に行える場やサービスが実際に不足している。
福岡県	150	行動障がいを伴う重度知的障がい者に対する夜間常駐型の住まいの場、土日の日中活動支援が必要と考えます。
千葉県	105	相談支援専門員の専門性を高める。アセスメントスキルを高める。
福岡県	100	単身生活を考えるにも、イメージができないと選択肢にあがりにくい
福岡県	100	重度者への夜間対応
山形県	90	夜間の緊急時対応が必要
静岡県	80	身体・身体症状にあったケア体制 知的・精神・発達・その特性(症状)にあったケア体制。重度訪問については、必要だと思う一方で単価が安く、居宅介護を希望する事業所が多いことやヘルパー確保の問題があるので、「やや必要」としました。
埼玉県	58	頻回な医療的ケアの必要な人(身体、重心)の吸引
東京都	54	医療との連携
石川県	50	専門性
岡山県	47	精神障害者に対しての夜間の支援や電話対応
石川県	46	個別性重視
長崎県	44	24時間サポート体制がとれる事業所の確保とネットワーク作り。
富山	42	現在、知的障害者を対象に相談支援を行っているが、本人が精神的な負担を抱えていてもうまく表現できないケースが多数みられるので、健康診断時に合わせて精神的なケアの必要性を調べることであればと思う。
富山県	40	申し訳ありませんが範囲がとて広く具体的なことは書ききれませんが、私見としてセンターはシェルター・サロン・相談援助・権利擁護(以上、24時間対応)の機能を持ち、各障害への対応は専門の支援機関への連携を迅速に行なうことに重点をおくべきと考えます。実際の人員配置にしても上記の図通りに構築するためには多数の職員が必要になると推測され、運営主体をどうするか、資金面もどうするか、一定水準以上のクオリティを備えた人材をどう確保するのか、またそれはどういった基準において選考するのか等、たくさんのハードルがあると思われます。そもそも3障害+発達障害・難病を「障がい者」とひとくくりに行っていること自体に私は違和感を感じています。サービスの「なんでも屋」ではなく、各障害に特化し、質の高い各サービスを必要に応じてコーディネートしていくことで総合的に満足度の高いケアが提供されるのではないかと考えます。最後に、質問には無い難病の方についてですが、指定の疾患ではないためにサービスを受けられず、苦しんでいる方も多数おられます。そうした方々に対する支援も今後の課題であると思います。※回答が本質問の主旨とはズレておりますことをお詫び申し上げます。
岐阜県	40	医療ケアの必要な方への支援スタッフの養成
奈良県	38	虐待案件において、適切に対応できる専門職の配置や派遣と人員確保が必要。虐待ケースでは場所だけではなく、心理的なサポートが必要だが、障害者施設には専門職がいることはなく、対応も手探り。個別対応が必要だが、現制度では場所の確保だけに焦点が当てられている。

4-1-11. 医療ケア

岐阜県	38	まずは、障がい種別を超えた支援者の理解。一番のバリアは、支援者間の障がい理解。旧体制から抜け切れていない。特に、知的関係者における精神障がいへの無理解を感じます。理想はわかっている、現実の支援を依頼すると、施設のハード面や今までの経験等々を理由に、支援が広がっていかない。
愛知県	38	1. 医療的ケアを必要とする人の生活全般の支援 2. 強度行動障害のある人の生活全般の支援 3. 発達障害のある人の社会適応のために援助
三重県	37	身体や知的障害はあまりわからないが、精神の方でショートステイが必要でもすぐに使えなかったり、24時間受け付けている電話相談があれば安定も図りやすい(依存の問題はあるが)。
奈良県	37	専門職員(心理判定士・精神保健福祉士・介護福祉士・社会福祉士・ヘルパー)等の正規雇用
大阪府	36	3障害対応が基本と呼ばれているが、実際には専門的な機関があり、それぞれが有機的なつながりを持って(相談支援におけるサービス等利用計画が適切に機能する形)が利用だと考えます。
埼玉県	35	障害種別に関わらず、対応が難しいケースを地域の様々な事業所で対応できるように時間をかけてサポートする後方支援的な機能が重要。安心支援センターでも対応できる数には限りがある為、地域のサービスを育てる形を検討してほしい。
福島県	33	精神障がいの場合、旧法では生活訓練施設のような中間施設があり、ある程度そこで生活することによって地域生活に順応できていた。しかし、現在は病院から居宅もしくはGH・CHというような流れになり、生活が安定しないままに入退院を繰り返されている方たちが大勢いる。24時間対応で看護師がいる病院での生活から、いきなり支援が手薄になる地域生活にはギャップが大きすぎる。生活訓練施設のような地域生活移行に向けてソフトランディングができる施設が必要である。また、そのような施設があれば、病院からの地域移行に関しても有効に機能するのではないかと思われる。
山口県	28	精神障害:24時間安心できるサポート体制。電話相談。精神障害を理解した専門職
福井県	27	知的・精神・・・強度行動障害や情緒不安定時に対応出来る事業所(専門スタッフの配置)や緊急時に受け入れ出来る医療体制(入院を含む)
神奈川県	26	発達障害の方の相談が増えており、一般就労していると仕事が長続きせず短期間で辞めてしまうケースがある。医療、会社、家族、相談事業所等の連携が必要。
神奈川県	26	身障に対しては特に重心のかたの医療的ケアとその家族支援が必須。
徳島県	26	たん吸引、経管栄養などの医療的なケア。
三重県	25	知的障害の方の就労先、精神障害の方の地域移行、身体障害の方の医療ケアの充実、発達障害の方の就労先や診断できる医療機関の拡充。
山形県	25	一人暮らしが可能な発達障がいの方に対する、生活相談機能。
佐賀県	24	知的、精神、発達障がい者の昼夜問わずのパニックなどの緊急対応、又は家族間のトラブル等による住いの場。障がい者全般の夜間、緊急対応など。
佐賀県	24	障がいをお持ちの方で一人暮らしのかたが、ちょっと一息つける場所。親子で障がいをお持ちの方がちょっと休息をとれるような場所になって欲しい。食堂&温泉付き(浴場介護付き)
青森県	24	一人ひとりの特性を理解して人格を尊重した対応
青森県	24	1人1人に合わせた支援

4-1-11. 医療ケア

山形県	22	・緊急時の安心できるステイの場所は、種別問わず必須。本人だけでなく、家族が避難する方がうまくいく場合も少なくない。・看護師等の医療スタッフがいる緊急時、夜間のステイ・送迎との組み合わせが必須。・地域の発達障害児・者支援が、発達障害者支援センター(県1か所)などでまったく間に合わない状況で、地域に向けての支援に踏み込む回路も必要。診断を前提とした保育所等訪問では間に合わない。事が起こってからの対応もちろん重要だが、予防的な対応と一体になって、むしろそこに重点を置きながら行う支援センターであるべき。
埼玉県	22	上記、安心支援センターにある機能の他 知的、発達:IADLの向上を学べる支援。通い方の生活訓練ではなく、自宅やその周辺で取り組めるサービス。重症心身:医療的ケアに対応できる移送サービス 全ての障害のある方に共通:障害のある方の恋愛や結婚、性に関するサポート
長野県	21	諏訪地域では極めて少ないが、本人の希望する住まいや日中の場など、個々の特性に応じられる事業所や支援者、資源が必要。
新潟県	21	精神障害のある方や引きこもりの方への往診等。
新潟県	20	特にASDの支援は、本人のみではなく家庭全体を支援する仕組みが必要であり、心理面を含めた対応を必要とする
千葉県	19	それぞれの障害特性に合わせたその方のもっている力がさらに発揮できるような支援が必要。具体的には個々に異なる。
福島県	19	・
広島県	18	精神障害がある方の不安解消の電話対応。
三重県	18	・(精神)精神疾患の方に対し24h対応が必要かどうかは疑問に思う。緊急時は医療の介入が必要となることが多く、福祉職ができる緊急時対応はしている。現在当事業所にて地域定着支援もしているが、24h待機することの手当てと報酬のバランスが合わない。この仕組みを実現するには相応の報酬体系が必要ではないか。・全てのサービスが3障害対象となっているため、職員の質の向上が必要ではないか。
島根県	17	精神障害では長時間滞在型ではなく、短時間頻回型も見守りタイプのサービスが必要である。
宮崎県	17	サービス提供する側の正しい知識と理解をしっかりと進め、その地域でのニーズを把握して、出来ることを積み上げていくのが望ましい。
愛媛県	17	障害特性及び個々に応じたケアに基づく支援、またはその環境づくりが必要と思われる。
滋賀県	16	知的・発達・・・sstのような学びの場(異性との付き合い方・性・金銭など) 精神・・・サロンなど
滋賀県	15	発達障害の場合長期間の支援(年単位)を要する場合が多々あり、安心できる居場所がなく困っている人が多くいる。専門的な支援、特に生活拠点と働く場の両面整備が重要。長期間をかけてチャレンジできる環境。
宮崎県	15	精神・発達・・・自己認知 身体・・・重度心身障害児・者の医療ケアの必要な方のショートステイ 知的・・・親亡き後の地域生活
岡山県	15	障がいのある方本人を中心においたケアを考えることが全ての根幹を為しておればよいのかと思います。
京都府	15	障がいのある人を介護しているご家族が、相談して良かったと思える状況を作り出すために、多様で質の良い十分な量のケアが用意できることが必要だと思います。
栃木県	15	精神:今後地域移行者が増える中で、ACT的な対応があるとよい。身体:重度訪問介護で足りるか? 障害問わず:上記プリステイは、あると利用して次につながるケースがあると思われる。また専門的ケアステイは、保護者の休息にもなる。(行動障害等がある人は現状のショートステイでは受け入れしてもらえないことがある。) OJTも必須。

4-1-11. 医療ケア

山口県	14	特にグレーゾーンの障害をお持ちの方は障害色の強い事業所はそぐわないことが多い。安心して過ごせる憩いの場的な場所があれば良い。就労場所についても同様。
山口県	14	身体:医療的ケアが可能なスティ先、緊急時対応可能なスティ先 知的:一人暮らしの体験的GH・CH
岡山県	14	3障害ひとくくりになっているが、それぞれの分野で、専門的な知識が必要。その為には、良質な職員の確保やベテラン職員の雇用の為、報酬単価の向上が必要ではないか。
千葉県	13	糖尿病の治療をしている方への対応 難病の方の対応(呼吸器、カニューレ) 緊急時にすぐに病院と連携できる
神奈川県	13	重心に対する軽管栄養、在宅酸素等
千葉県	13	自死傾向の強い方、常に不安を訴える方等への24時間対応が困難。
千葉県	13	圏域内で特に足りていないものとして。知的:暮らしの場 精神:当事者活動の支援 身体:夜間も含めた長時間の居宅介護 発達:療育支援
宮崎県	13	虐待のケースに対し、保護まではいくが、その後、一時帰宅で親下に返した後、再び虐待が起き亡くならせてしまうケースがあるので、保護した後の子どものケアだけでなく、職員の質の向上や、親のメンタルケア教育をして欲しい。
大阪府	12	知的障害の強度行動障害の方を受け入れできる日中、夜間の支援が必要。
愛知県	12	訪問看護と連携した支援
奈良県	12	知的分野について、一人暮らし、サテライト型においては、生活体験、移行イメージづくりといった準備期間と移行後の相談体制が必要となってくる。定期的な生活状況の把握、後見、権利擁護等の整備、サポートが必要。触法の方などは特に過去の生育歴や生活体験等をうまく成功体験として体験できるようある程度支援者のいる体制の中で過ごす期間は必要ではないかと感じる。また、強度行動障害の方においては、スキルを伴った支援者の充実と環境整備を行った中で個別にその方の特性にあった資源を作り上げていく必要性がある。
岐阜県	12	生活介護施設が不足している
埼玉県	12	酸素管理、吸引、注入
静岡県	10	知的障害・本人の日中活動の充実。介護する家族のケア(障害の受容。SS、レスパイトの場所の確保。対応方法のアドバイス)。安心して過ごせる場所の提供。
福岡県	10	精神に関していえば医療サービスによる24時間支援体制。体制があれば受け入れる施設、地域ももう少し安心できるのかもしれない。
新潟県	10	身体~24時間たん吸引できるケア
福島県	10	種別ではなく、その方それぞれのニーズによる。そのニーズに対応できる知識を持っているのは実践をくり返している実務者だと思う。どのようなケアが必要になるか検討できる多職種による実務者がセンターにいると頼れて安心。
長野県	10	発達障害の方が家庭でパニックになったときにsosを受けて駆け付けることが多々あった。また、その時にご家庭の対応についてアドバイスすることもあったので緊急時支援できたり、ショートできるところがほしい。
熊本県	10	精神科病院に何かあったら頼ってしまう。病状が悪くないのに入院で問題を解決してしまう。医療に頼らない地域づくりが必要と思う。
福島県	10	地域生活している障害者を支えている、家族等が急に用事や健康を害した場合に、一時的に預かってくれるところが欲しい。地域に緊急時に連絡し受け、直ちに対応ができる制度が欲しい。 中山間部でも都市部と同様な支援が受けられようとして欲しい。

4-1-11. 医療ケア

徳島県	9	身体の場合は、設備面での配慮が必要。バリアフリー化。
山口県	9	何かあればすぐに対応できるシステム。地域住民の理解
鹿児島県	8	特性あった支援 専門性、緊急性を満たせる支援
島根県	8	地域で生活していて緊急時に柔軟に対応してもらえる場所があれば安心。
新潟県	8	知的:それぞれの状況にもよるが、緊急ステイと虐待シェルターはかなり必要。緊急ステイは、家族と一緒に生活をしていても、緊急事態が生じると当事者の事をどうするのが必ず問題になる。また、家族も不安だが、当事者はそれ以上に不安に思うと思うので、不測の事態でも緊急ステイがあれば当事者も家族も安心して地域生活を送れる。虐待シェルターは、家族も知らないうちに虐待を行っている。というケースも多く、一時的にシェルターに避難し、家族教育を行うのが有効ではないかと考える。そのほかのケアも必要なものばかりではある。精神:何と言っても地域での医療ケア。できれば在宅医療、訪問看護など入院せずに自宅で医療ケアを受けることができれば。と思う。当事者は入院を避ける傾向にあり、病状が悪化すればするほど、受診をしない。結果、受診が遅れ、入院となるケースが多い。在宅医療であれば、手遅れになることなく早め早めに対処できるので、入院をしなくても済むケースが増えると思う。また、プリステイも集団生活になじまない方も多いため、一定期間の体験を経て一人暮らしに移行できれば安心できる。もちろん、他にも必要なサービスは多い。身体:専門的ケアステイは重要。身体の中でも重度心身障害者のサービスは少なく、地域生活をイメージしにくい。専門的ケアステイを実施することにより、と児者や家族の安心、地域のサービス事業者の安心にもつながる。プリステイや支援スタッフのOJT等も様々な障害がある身体の方々には必要。発達:支援スタッフのOJTはかなり重要。発達障害の方々の支援をするうえで、何か新しいことを始めようと思う時はその準備が重要。支援スタッフに対しOJTを行うことも、準備には欠かせない。それぞれが違う個性を持ち、違う考えをし、違う行動をするので、当事者を良く知り、皆が同じ目線で支援していくことが重要だと思う。また、将来の生活に向けプリステイなどの体験型のケアは必要。
愛知県	8	精神・発達の方の病状悪化・パニック・混乱時等の受診等の支援。
大阪府	8	個別に対応できる空間、人材、事業所が、運営しやすい制度
佐賀県	8	○知的・発達→権利擁護支援、強度行動障害がある方や性癖、盗癖、他害等の問題行動に対する支援、また対人に関わる定期的なコミュニケーション支援。○精神→権利擁護支援(特に金銭管理)、病状に対する医療的支援(社会生活能力を高める為のデイケア利用、訪問看護による服薬管理等)、対人に関わる定期的なコミュニケーション支援。○身体→特に医療的なケアが必要な重度心身障害をお持ちの方の支援。
大分県	8	発達障害児者の支援については、各県で発達障害者支援センターがあるが、できれば各市町村ごとに専門支援相談員を配置してほしい。支援がこどもから大人まで重い方が多くなってきています。
石川県	7	訪問、短期入所、生活介護と、障害でも高齢者の小規模多機能のような仕組みが出来たらいいと思う時がある。馴染みのスタッフでないとなかなかサービスが繋がらない発達や精神の障がいの方をみて、訪問、短期入所、生活介護と顔なじみのスタッフが出来るとがいいということや、24時間365日のサービス体系が障がいのサービスでは少ないため。
埼玉県	7	知的・発達障害の情緒不安や精神障害者の急性症状から来る服薬などの医療的ケア、在宅医療を実施している重度心身障害者の急変対応、各障害(精神疾患)で持病を持っているケースや高齢に伴う急変などについて、家族や本人の対応や判断のみでは厳しいため、その辺りに対応・連動できる医師や看護師の体制がある仕組み作りが必要だと感じます。
愛知県	7	精神障害・・・不調時に休める場としてのショートステイ。軽度の障害をお持ちの方には、働く場としての空間。
熊本県	7	精神科医療的なケアが必要
新潟県	7	身体:24時間即時対応できるヘルパー、医療の体制 知的:上記同様 精神:相談中心の24時間ケア 発達:家族とセパレートできる空間の確保
和歌山県	7	精神・・・個室化、個別対応可能な職員配置(トイレ、食事、入浴) 身体・・・重度対応可能な住まい、介護の充実 知的・・・重度高齢化対応可能な住まい(マンパワー)
新潟県	7	医療的ケアが必要な重心の人の在宅での夜間支援。

4-1-11. 医療ケア

新潟県	6	発達障害に対して、不安を感じたり、フリーズしたり、パニックになったときなど、一時的にトリートメントするためのケア
新潟県	6	発達…正しい自己認知が出来るため取組 身体等…PT、OT、STなどの訓練を受け、機能低下予防や自立した生活が出来るような取組
北海道	6	専門性の高い支援
奈良県	6	重複の場合も想定されるため、障害種別にこだわらない上で、障害特性に配慮したケアが必要。
青森県	6	自傷他害が激しいが、諸事情により入院に至らない人に対して医療機関以外で医療も提供できる住居・体制が欲しい。発達の方に関しては、特性に配慮した構造が必要だと感じる。
岐阜県	6	こだわりが強く、場所見知りや環境変化に弱い重度の利用者などは、緊急に短期入所が必要でも利用できないケースが多い。
鹿児島県	6	24時間体制で、医者にすぐかかることができるような対応をとる。
新潟県	6	行動障害のある知的の方向けの小規模な安心生活支援センター(仮称)で、専門的なケアが受けられること。大規模な入所施設では、キャパシティとスキルに限界がある。
福島県	6	あらゆる緊急時・トリートメントが必要な時に緊急に動けるチーム。※4-1の通り。
香川県	5	健康的に過ごすために食事を提供するサービス。
熊本県	5	地域の中で生活するうえでは地域の方に理解してもらう必要性があります。安心センターでの体制を築きながらも地域で理解して支援できる方「人」の資源が必要です。
大阪府	5	知的・行動障害の人への医療支援(検査・治療をしてくれる医療機関)入院時の支援(付き添い)
青森県	5	児童が利用できるグループホームが障害種別問わず、必要。
山口県	5	胃瘻、たん吸引、酸素管理
佐賀県	5	ご本人の真の意向を引き出せるような傾聴、言葉かけ。失敗しても大丈夫という安心感を与えられる体制作り。ご本人の特性に応じた支援体制の構築。
長崎県	5	精神→在宅者の緊急宿泊・退院前の単独生活練習 知的・身体→虐待シェルター
神奈川県	5	精神障害の場合は、精神科病院や一般科病院との連携が必須 医療面での治療状態と生活面で支援が必要な状態を共有し連携が図れる体制が重要(多職種でチーム支援を取れる地域体制整備)
福岡県	4	障害種別というより、重複障がい(身体と精神、発達)に対応できるサービスや人が必要に思えます。
鹿児島	4	専門スタッフで対応の仕方が全然違う。三障害一緒は難しいと感じる。それぞれの専門的スキルが必要ではないか。
福島県	4	精神障害 病院とのつながり 地域とのワンステップの支援(病院と地域との間の支援)
京都府	4	緊急対応する場合、ケースのことを十分に把握をしていないと対応が難しいと思われる。安心生活支援センターの仕組みがよくわからないが、センターに登録なりされている方への対応という形で、事前にアセスメント、定期訪問などしながら、ケース把握をしておく必要を感じる。となると、それなりの人材配置が必要か。
石川県	4	状態が変化した時の緊急時対応
岡山県	3	精神障害者向けの、夜間の服薬支援。精神・知的障害者向けの生活支援(特に家事援助)をしてくれるヘルパー。
熊本県	3	精神障害者の場合、医療との連携は不可欠であると思う。医療的関与がありながら、少しずつ地域へ段階的に移行していけるシステムがあると良い。
鹿児島県	3	質の高い支援が大切。そのためには、スタッフが専門職であることや対応するスタッフの人数を増やすなど、スタッフの人的配置を充実させることが大切。スタッフの処遇も確保していかなければならない。
栃木県	3	継続して支援するには定期的な訪問が必要。
愛媛県	3	それぞれの障害の特性に応じた対応。在宅であれば見守りや医療の対応、緊急時の一時避難ができる場所の確保。

4-1-11. 医療ケア

徳島県	3	身体：医療的側面をカバーできることが大きな課題 知的・精神・発達：軽度であれば、生活支援(相談等)を軸にしながら、本人が活動(就労含む)できる場所が必要。重度であれば、行動面を支援できるような、行動援護の領域に関するサービスなどが必要。
福島県	3	身体の方で、山間部にお住まいの方で、親も高齢になってきていると移動も大変であることから、医療的訪問や、移動にかかるサービス利用の負担軽減(介護タクシーの費用がかなり負担)
鹿児島県	2	3障害を1つにして実施する事業等是对応の難しいときがある。お互いの障害の特性もあるので、理解力に欠ける方には根気よく教える必要性を感じる。
鹿児島県	2	知的・発達に対しては個別的な対応、精神に対しては緊急時の対応…かと思いますが重複しているケースが多く種別によるケアについては一概には説明できません。
兵庫県	2	具体的には考え付きません
鹿児島県	1	対人関係のトラブルあり、共同生活が困難になっている方のケア
富山県	1	身体の方の外出や移動の付き添いに、1対1の対応が必要となる
鳥取県		知的障害ですが、良い事悪い事を時間をかけてでも指導する。学校にしても、保護者にしても無理だから後が大変な事になるからと理解できる方にまで本人の自由にさせている。
栃木県		精神障害者に対するケアとしては、家族と一時的にでも離れて医療的支援も受けながら過ごせる居住環境が必要です。世話人さんもケアができて、仲間と暮らす練習ができるグループホームが理想です。

4-1-12. インフォーマルサービス

5-1. 都道府県名	5-3. 貴エリアの人口数	具体的にどのようなサービス内容なのかを記してください。
北海道	200	・サロン・当事者による障がい者権利擁護センター・学校・会社内介助・制度外の介助(ワンコイン)・重心の方の地域移行支援(体験など)
京都府	150	地域の住民との連携がうまくできるといいなと思います。
福岡県	150	公共交通機関の利用が困難な強度行動障がいを抱える方の車輛による移動のサービス
福岡県	150	見守り、声掛け、サークル、ボランティア
埼玉県	125	送迎、見守り、金銭管理、意志決定支援、
千葉県	105	障害者専門の不動産屋
福岡県	100	大掃除が必要な場合の対応
福岡県	100	近隣での見守りシステム
静岡県	80	支援者は常に地域で生活している訳ではなく、当事者も自らSOSを出せる方ばかりではないため、地域住民、民生委員、自治会等とも連携し、見守りや緊急時対応の体制が整えれると良い。
静岡県	80	見守り支援、休日や夕方の居場所になる場所 運動や料理など趣味活動をする団体 災害時に一緒に過ごせる関係づくりができるような日頃からの集まり
埼玉県	58	フォーマルサービスを入れる必要性はなかったり、本人が望まないかたでも暮らし続けられるような地域社会での見守りのしくみなど。
大阪府	50	居宅介護などの制度内でできない支援(草ひき、大掃除、見守りなど)、制度内では時間が足りない分の支援などを柔軟に引き受けてくれるようなもの
石川県	50	○後見制度、権利擁護が追い付かず。金銭管理できるサービス又は一定の条件を設け金銭を預かり支援する場合の加算があればよい。○障害をもつ家族に対する相談・助言・調整作業も多く多くの時間をさかれる。家族を説得しなければサービスにつながらない場合があり、その過程も算定できないか。委託費とは別の事柄と考える。
大分県	47	低価格で利用できる送迎支援。(精神科への受診に利用)
岡山県	47	相談支援の仕組み
大分県	47	緊急時の移送サービス等
石川県	46	冬季の雪かきなど
富山	42	全般的に、コミュニティカフェのように、低価格帯で、自由に訪れることのできる場所があればよい。就労系の事業所でのサービス支給量や営業時間の関係であってもなく街なかで過ごしたり、家に閉じこもってしまう人たちの居場所づくり。
岐阜県	40	ボランティアの活用
富山県	40	ガイドヘルプなどの余暇支援や、ピアカウンセリンググループへの支援など、遊びや仲間作りを通して人生を豊かに送ることができるような連絡・支援組織の拡充が必要と考えます。
愛知県	38	余暇 生きがい活動支援
岐阜県	38	地域の中での見守り(SOSの受け入れ先)→専門機関との連携へ
三重県	37	ボランティアで見守りをしてくれるとありがたい。

4-1-12. インフォーマルサービス

奈良県	37	その場で一時的にも生活できる環境設定(食事提供・入浴提供とその支援)また、個人のプライバシーが確保できる個室などの確保
大阪府	36	地域で暮らす中では、地域住民の理解は必須と考えます。近隣の様々な資源(医療機関、買物機関、地域住民とのふれ合い等)の理解を促進するために、待ちの姿勢ではなく、積極的に地域に出て、普通に暮らしの機能を使うことで、お互いの理解につながると思います。
埼玉県	35	通学、通勤に必要な送迎 地域移行に伴う在宅生活体験の際のヘルパー
福島県	33	精神障がいの場合、ピアサポーターの役割は大きい。当事者としてではなく、経験者としての関わりがあることで支援の幅が広がる。(一番はピアサポーターがご本人の目標になる。)できれば、多職種の中にピアの位置づけがあると良いのではないかと。
山口県	28	住まい確保時の保証人
神奈川県	27	余暇支援や資格等取得支援
福井県	27	入院等になった場合、付添等の支援(ご家族が付添が出来ず、家政婦的な人が必要な場合)
神奈川県	26	余暇の充実のため、休日に参加可能なイベント等。障害を持っている者同志の交流の場、仲間作りの場。
神奈川県	26	民生員の方たちがもっと活動しやすくなる工夫をしてほしい。なりてがなく、やる気がある方の負担が増大するばかりで、悪循環になっているのではないかと。
徳島県	26	通所、通学の際の移動支援。
三重県	25	制度外の支援を補充できる各種ボランティア、ピアサポーターの養成
青森県	24	隣人としての対応
佐賀県	24	地域の見守り。障がいへの理解＝障がい者の地域での散歩。理解がないと徘徊で恐怖心がある。支援者がちゃんとみてくださいとなる。理解があると散歩しているのを見守ってくれる。何かあった際に家族に連絡と自宅に帰るように誘導してくれる。
佐賀県	24	在宅で生活されている、障がい者の方が目的地へ行く為の移動方法が少ない。住んでる場所や使用頻度による経済的問題などが発生する。また、公共交通機関は本人の特性などに応じた配慮が難しい。
青森県	24	今のところ思いつきません
山形県	22	(インフォーマルに限定して)・シェルターは、虐待だけでなく必要。障害のない家族にも必要。・中、長期の入院付き添い。・時間や移動範囲に制限のある移動支援の適用範囲外で外出支援が必要な場合。
埼玉県	22	人間関係をサポートするもの。市川市で行われている「コミュニティ・フレンド」の取り組み。
長野県	21	ボランティアやサークルも含め、趣味や余暇などの活動の場、職場体験の場の拡大が必要。
新潟県	21	現在もあるところにはあると思うが、当事者のピアサポート活動がもっと活発になるとよい。
福岡県	20	母親業訓練 交通難民支援 就労定着支援 などなど…
新潟県	20	・親子ショート・パーソナルアシスタント同等の生活力・適応力向上支援
福島県	19	・困難ケースの地域での見守り支援 特に触法の家族は地域から疎外されている状況にある 家族の不安を受け止めていける支援
千葉県	19	?児童においては自宅から学校への移動手段としてのサービス?措置等なしで避難できる回避の一時保護施設(宿泊付)?家族間の各障害から生じる問題を整理し解決できる専門的相談機関解決まで責任をもって1機関が担える。

4-1-12. インフォーマルサービス

広島県	18	通学・通勤支援。
三重県	18	・ボランティア・地域住民との交流の場
宮崎県	17	発達障害も含めた様々な障害についての理解を広めたうえで、困っている人の身近なところでの声かけ、見守りが、自然な形で出来ると良い。
富山県	17	除雪
島根県	17	お話しボランティア(有償)
愛媛県	17	フォーマルなサービスでは対応できないケースもあるため地域の協力や住民の理解も必要と思われる。
愛知県	16	余暇の充実のためのサービスで、より一般的な地域活動をリンクしているようなもの。
岡山県	15	地域生活で重要なのは住民の理解と協力ではないかと思えます。また、民生委員さんなどの見守りは欠かせない状況です。支えるという意味では、親同士のしゃべり場や地域のサロン、自由に集える居場所、地域とのつながりなど地域の仕組みづくりや地域の土壌を耕すことが必要だと思えます。そういった意味では地域自立支援協議会の活動が重要なのだと思えます。
宮崎県	15	在宅見守り。成年後見をもっと使いやすく(親亡き後が安心できるために) 余暇の充実
京都府	15	現実に行政が用意してくれる、ケアが不十分なので、行動援護、居宅介護、ショートステイなどにおいて、制度外利用となっている。
滋賀県	15	・移動サービス(タクシーなどの活用)・時に警察の理解が必要となる場合がある。
福井県	15	?休日等の支援(余暇活動や文化的活動)の充実が大切?緊急時、災害等の時の支援
栃木県	15	・地域住民の理解・障害者も含めたコミュニティの構築(高齢者支援は自治会単位でも理解・認識されているが障がい者はまだまだ)
山口県	14	民間の賃貸アパートをバリアフリーにしてCHとして貸し出しをする。元保育士や児童専門の支援員OGが、障害児の一時預かりや相談にのってくれる場所
山口県	14	特にグレーゾーンの障害をお持ちの方は障害色の強い事業所はそぐわないことが多い。安心して過ごせる憩いの場的な場所があれば良い。地域移行支援が進まない中に体験宿泊中のヘルパー利用負担が大きいことがある。地域移行ケースについては実際の移行後の生活を想定したサービス利用が円滑な移行への近道と考える。
岡山県	14	ご近所の方の見守りなど
長崎県	14	ゴミ屋敷等の大掃除等の支援のサービス(現状であるが金額が高い)
神奈川県	13	地域の見守りや支援、緊急時の通報や対応など
千葉県	13	傾聴ボランティア
宮崎県	13	具体的に説明しづらいですが、ケース毎に必要なインフォーマルサービスがあるとかと思います。まずは、地域の理解が重要。
大阪府	13	ボランティアなど生活・暮らしの知恵を持ち込んでくれる人
千葉県	13	ホームドクターのように、本人と家族と包括的に継続して付き合っていけるような機関、人。
宮崎県	13	支援者だけでなく、近所のおばちゃん的な方も見守りとしていれればと思う。ただ個人情報をごとまで開示できるかという問題がある。質問だが、24時間対応というが、もし何もなかった際に、その際の滞在時間の金銭的な確保はどうするのか?
大阪府	12	一人暮らしをする障がい者に対する見守りサポート
奈良県	12	余暇における充実などは特にインフォーマルな面の充実が必要と感じる。例えば、友人との関係作りや趣味などにおいてはサービスで賄える面ばかりではなく、グループや企画の発起等に援助や支援が入ることで広がりを持つのではと感じる。または一人暮らしやサテライトに生活する人たちであれば、自然とみんな集えるようなサロンのような空間なども大事ではないか。
静岡県	12	地域での緩やかな見守り
愛知県	12	家族支援の教室など

4-1-12. インフォーマルサービス

岐阜県	12	移動を手伝ってくれるボランティア
大阪府	12	個々の生活状況・社会情勢などについても配慮されて利用されていることが基本と思われるが、本人の障がい状況や家族の状況と利用できるサービス、サービスの支給量に相違があると感じることがある。インフォーマルな支援でも、ニーズや支援の質が確保されるのであれば良いが、民民の契約により不適切なサービスが増えないようにしていく必要があると思われる。
福岡県	11	移動等で、車を利用できる制度があれば行動範囲が広がる。余暇やサークル等企画していくサービスや利用できるものが増えてほしい。
石川県	11	・地域住民や地域の公的機関(消防・警察など)の見守り・ゴミだし等の小ポイントの支援・金融機関などの出張サービス
静岡県	10	余暇活動の場が少ないので、そのような場が地域にあるとよいと思う。
新潟県	10	高齢障がい者に対する傾聴ボランティア
福岡県	10	既存の地域団体、ネットワークなど、所管が違うということで活かせるものが眠っているもの、まだまだありそう。
福島県	10	危機介入時に即応できるネットワーク・福祉サービスの段取りを経ないでも対応できる住まいや対応
福岡県	10	福祉現場のマンパワーが顕著であるため、住民団体・ボランティア団体・NPOなどと地域課題を共有し協働できる体制
長野県	10	地域の理解
熊本県	10	郊外地域での日中活動の場。
福島県	10	中山間部で生活している障害者が、就労する場合に移動支援が利用できないため、就職を諦めるか、GHを利用するなどの選択になっている。
山口県	9	移動に関して、隙間を埋めるようなサービスが必要(外出、病院受診など)
徳島県	9	移送サービス支援(余暇等外出時)
大阪府	8	通所する場合の送迎や余暇活動
石川県	8	地域理解、機能周知
新潟県	8	住民の目。がとても必要。これは地域住民の方々の「見守り」のこと。地域でネットワークを構築し、いろいろな意味での見守りが行われる。地域住民全てがインフォーマルなサービスとなって頂けるといいな・・・と思います。
茨城県	8	一泊を伴う、余暇支援
佐賀県	8	移動支援や見守り支援など。
大分県	8	ちょっとした遊び(思いついたときに使える支援)に付き合ってくれる支援。など、支給量やきまりに気を使わなくてよいもの
埼玉県	7	本来インフォーマルサービスの充実は望ましいと思うが、できればきちんと制度として成り立った方が良いと思うので「(仮)安心支援センターで検討されている新しい各種機能」に関連するという意味では、あまり必要ではないと感じました。ただ、民生委員や区長、家族相談員、ボランティア自助グループなどの充実や連携の強化は必要だと思えます。
愛知県	7	地域住民における見守りやちょっとしたボランティア。例えば、ゴミ出しが定期的に行える仕組みなど。専門性を求められず、気軽にできる支援であれば可能。そのための地域づくり(地域住民の意識づくり)が必要。地域福祉の底辺である。
鹿児島県	7	地域のサポート体制

4-1-12. インフォーマルサービス

熊本県	7	精神保健福祉ボランティア
新潟県	7	困った時に駆けつけてくれる地元の市民、個人商店の方
石川県	7	デパートやスーパーなどの買い物のサポートしてくれる人がいたらいいなと思う。
和歌山県	7	身近に話をきいてくれる人 地域住民の協力(ちょっとした手伝いをしてくれる人)
新潟県	7	通学、通所の付き添い(車を利用して等)
千葉県	6	余暇が充実するような制度やサービス、設備等。
新潟県	6	地域の見守りネットワーク、当事者同士の集い、除雪の協力体制
北海道	6	公共交通の本数が少ない地域等もあるので、移動支援で車を自己負担額少なく利用できれば。
奈良県	6	見守りにおける協力、社会資源としての場所の提供。
新潟県	6	◇休日の余暇支援 ◇サービスの繋がりの空いた時間や休日の空いた時間、仕事が休み等の時間を過ごす居場所的な空間
新潟県	6	駄菓子屋や集会所のような、たまり場機能
福島県	6	緊急時支援チーム。
佐賀県	5	民生委員の見守り、訪問による早期発見。
青森県	5	地域ぐるみの見守りという今更ではあるが、近所との密接なつきあいが大事と思われる。
大阪府	5	障害者の文化・スポーツなど 余暇への支援の場、支援者の育成
山口県	5	見守り支援
熊本県	5	移動の場面:過疎化地域のため交通機関が少ない事で、障がい者の方に負担が生じています。障がい者の方を理解してくれるサポーター養成が必要です。商店街や企業、それぞれの地域サポーターを開拓する事が必要です。
岩手県	5	被災地域でもあり生活環境の変化から、移動支援などボランティアでも良いので継続的・安定的に使える支援が必要。また、具体的ケースというより『何でも屋』的に柔軟に対応出来る支援が緊急的(暫定支給)に使える制度があると助かる。
福島県	5	地域に応じたその地域での見守りバックアップなどの体制など。
神奈川県	5	見守り
福島県	4	地域見守り 見回り支援 声かけ支援
徳島県	4	精神障害の方、知的障害の方で服薬がきちんと出来ない方が多いのでその部分をカバーできるサービス
鹿児島県	4	サービスとサービスの切れ目の所在確認や傾聴ボランティアなど。
岡山県	3	民生委員や愛育委員による見守りや、緊急時の連絡体制づくり。
岩手県	3	民生委員だけでなく、地域に見守りをしてくれる方や相談に繋がられる方法があれば、訪問しやすいです。
鹿児島県	3	地域の特性を生かした地域力を把握し、ケース会議や担当者会議等に地域の関係者も参加してもらう。地域一般の感覚を持った方々の意見は視点を変えてくれる場合がある。
熊本県	3	地域が障害を理解し、温かく見守る姿勢・偏見なく接してくれることが一番のインフォーマルサービスだと思います。
静岡県	3	公共交通機関が不足しているため、それを補う移動手段のサービス。中山間地域には配食サービスが届かないため改善の必要性あり。
愛媛県	3	見守り・声かけの支援
栃木県	3	グループホームに暮らしていても世話人の方が利用者の話を聞いてあげられる余裕がないと人間関係に失敗してしまうことを何度か見聞きした。
徳島県	3	・移動支援サービス・サロン、趣味活動などのような日中サービス・外出や活動時のボランティア(有・無償)
福島県	3	移動支援では、公共交通機関の利用となっているが、車に乗せての移動。家族が受診等で不在時に、短時間家庭で見守りをしてくれるようなサービス。
北海道	2	社会参加できる場 地域住民として実感できる場。(双方に)
鹿児島県	2	d
北海道	2	・制度の枠組みの中だけの生活はむずかしいと思う事と地域の方々となつながらある事が大切だと思います。地域の見守り体制やサークル活動などの余暇活動があると良いと思います。

4-1-12. インフォーマルサービス

兵庫県	2	作ったところで、そのサービスが限定的に使われることや外部の眼が入らないことでいいものであったとしても、質が担保できないと思う。
鹿児島県	1	民間住宅の受け入れや申し込みの時の保証人
栃木県		地域の行事やイベントに、理解のある中で参加できることなどです。

4-2. 安心生活支援センターが機能するために必要なこと

5-1. 都道府県名	5-3. 貴エリアの人口数	4-2. 貴エリアにおいて、上記に示すような(仮称)安心生活支援センターが機能するために必要なことをご自由に記してください。
北海道	200	福祉人材の確保・質の向上、職員の給与向上と安定。権利擁護を推進していくチーム、自立支援協議会の機能強化及び地域で生活している当事者の積極的参画。
北海道	195	特にありません
福岡県	150	これだけ多機能のセンターを運営管理するためには、人材確保が必要かと思えます。単一法人では運営できないのでは？かといって事業団に持たせるのもどうかと思う。ハードは行政で整備し、民間が共同し運営することができればいいかと思えます。
福岡県	150	?人材確保:報酬との兼ね合いか? ?人材の質:どのように規定するか? 資格要件のみで大丈夫か? ?相談支援の必要性:事業所が抱え込まないことが重要。?地域の受け皿作り:継続した生活の場は地域にある。?夜間の職員配置基準:労基との整合性
埼玉県	125	行動障害や医療的ケア、発達障害など対応が難しいケースのアセスメントや支援方針を立てられる専門職の配置
千葉県	105	経験値の高い相談支援員 地域移行こそ相談支援専門員の経験値が必要となると思えます。
福岡県	100	専門的に関われる人、機関
山形県	90	夜間体制も含まれるので、それ相応の人的配置が要求される。
静岡県	80	人的資源の確保と質の担保。行政、医療機関、福祉サービス事業所の地域生活への意識の高さ
静岡県	80	箇所数が多くないと、その事業所(法人)だけでは職員のメンタルやベッド数などパンクしそうな気がするので、何か所かセンターがあることで、センター間の情報交換ができるとよいと思います。また、センターと自立支援協議会の連携または基幹相談センターとの連携(ケース把握)が必要だと思います。それにより地域で生活ができる環境ができるように思います。
岡山県	70	・マンパワーと安定運営ができる資金が必要。・スタッフへのケア(メンタルヘルス等)
埼玉県	58	地域の中での連携体制。多種多様な法人・事業所があるので、中立公平性を担保しやすい運営主体が運営すること。
東京都	54	予算と人材の確保
大阪府	50	まず今から各種サービス利用する方も今まで数種のサービス利用している方も全員、サービス利用計画の作成とサービス担当者会議などが定期的に行われることが必要と感じています。またそれらが行なえるための相談事業所数の確保と基幹型センターの機能が確実に働くことが必要だと思います。
石川県	50	○実施市町において機関型の設置義務。
岡山県	47	理念は素晴らしいが実際この内容ができる職員を確保することが難しいと思う
大分県	47	専門スタッフの確保と、きちんとした母体。母体をバックアップする機関。
大分県	47	1法人だけでの実施ではなく、複数の法人や関係者が協力して行うこと。事業の目的や内容の周知。
石川県	46	人材の確保
富山県	42	バックアップ施設の協力体制が不可欠。
富山	42	行政の柔軟な対応と理解
岐阜県	40	優秀なスタッフ
富山県	40	事業内容と、センターが設置されていることそのものコマーシャルを十分に行ない、まずは認知されることが初期段階においては重要かと思われます(知らなければ使えない)。その後は地域毎のニーズに差異に応じて必要な部分の機能を強化していくことが必要と考えます。

4-2. 安心生活支援センターが機能するために必要なこと

岐阜県	38	人材確保と育成、事業運営・展開のための安定的な財源。(現在の固定的な委託費では、職員を安定的に雇用できない。職員のベースアップに見合った財源の支援) 県下のセンター間の連携とともに、国レベルでのセンター運営のための支援(システムづくりのための情報提供やネットワークづくりなど)
愛知県	38	人材
奈良県	38	交付税措置ではなく、補助金にすると一応、設置できると思いますが、機能しないかもしれません。エリア単位で設置するなら、加えて専門職の配置と市町村に対するある程度の権限と責任を持たせるべきだと思います。また、(仮称)安心生活支援センターがイメージするものの機能の内、ある程度は既存の施設(事業所)が実施していることもあり、調整(役割分担)が必要だと思います。センターとして必要な機能を集約するのではなく、個々の必要な支援について事業化するほうがいいと思います。
三重県	37	24時間出勤できる職員が必要だが、専門性が必要なため人材不足。行政のバックアップも必要。
奈良県	37	安心生活支援センターの独立運営 委託相談支援事業所等に安い金額で重複して運営委託しない。市の財政を圧迫しないような、国や県の補助金確保
奈良	36	行政のリーダーシップ 人材確保
奈良県	36	・行政の理解とやる気・単独法人が担うことは難しいかもしれないので、法人の枠を超えた体制作り・持続的な意味ある(スキルのあるスタッフの設置)システムとなるためにお金
大阪府	36	地域で、安心生活支援センターが機能するためには、センターの専門性が大きく問われると思います。専門性の担保のため、相談支援に関わる方、実際にご利用者に関わる職員の即時的なアセスメント能力が問われますので、相談員の増員や育成機能等、ケアマネジメント機能の強化が、地域に必要と考えます。
埼玉県	35	分野を超えた関係機関同士での課題と情報の共有。各機関での方針や対応の質の向上。
埼玉県	35	地域によって必要とされる機能の濃淡が違う為、自治体や自立支援協議会、相談支援事業所の作るネットワークの中の協議に入りながら進めていく形が良いかと思う。
福島県	33	まずはセンターとして機能するだけの人材が確保できるかが問題であると思われる。担えるだけの力がある方はそれなりのポストについていることが多い。また、基幹型の相談支援センターについてもそうだが、行政の認識が低いために進まない現状にある。行政を納得させることができるだけの根拠が必要であると思われる。
山口県	28	それぞれの障害の専門職。地域の連携(医療、教育など福祉分野以外のところとの密な連携)
神奈川県	27	空きベッドや空き居室を確保するための保障
福井県	27	地域住民の理解。人的スタッフの配置とその専門性。多種の困難ケースを受け入れるための十分なスペースのある事業所。
神奈川県	26	夜間等緊急時に対応可能な職員の確保。それぞれの分野での専門知識を有する職員の確保。人材の確保と関係機関の連携が重要。
神奈川県	26	縦割り行政の克服、医療・福祉・保健・教育の枠を超える発想が必要
徳島県	26	人材確保。相談支援事業所の量・質的確保。自立支援協議会の機能強化。
佐賀県	24	人件費 24時間、相談と緊急対応が可能となる人員確保

4-2. 安心生活支援センターが機能するために必要なこと

佐賀県	24	十分な人員の配置と一人一人のスタッフの質の確保がなければいざというときの対応に十分さを欠くと思います。ニーズがあるときに人員不足で使えないなどがあればセンターとして機能しているとは言えないのではないのでしょうか。また、スタッフによって対応が違うことのないようにしなければいけないと思います。
青森県	24	行政との協働
佐賀県	24	継続性が必要と考える。支えていく為には、支援者側が置かれている現状に、もう少し目を向ける必要がある。24時間で対応するのならそれに見合うだけの報酬対価が必要。支援者にも家族がおり養っていかななくてはならない。福祉職は聖職ではない。仕事としてサービス業として専門性が必要だし、まだまだ社会的地位が低いと感じる。
青森県	24	官民の協働
山形県	22	・人材の確保、育成・送迎など移動手段・基幹となる法人の体力・特に相談支援の質的底上げ
埼玉県	22	1法人の資源にするのではなく、真に地域の社会資源とする仕掛けが必要と考える。そのための手厚い人員体制や財政措置が重要である。
長野県	21	相談支援事業者の増、サービス提供事業所の拡大
新潟県	21	(十分ではないかもしれないが、すでに安心生活支援センターあり。)
福岡県	20	役割分担と、きちんと機能するネットワークづくり
新潟県	20	・24時間で応時対応出来る相談・支援体制は必須・応急的に相談と実対応を同時に行えること(ヘルパー、ショートなど)
福島県	19	・核となりうる事業所と職員の支援力、連携出来る 関係機関の支援力
千葉県	19	?高度な専門性知識 ?各障害特性に合わせた事業所の知識 ?24時間365日対応が現実であること ?調整機能にたけていること ?他念なくその方の豊かな暮らしの概念に添えること
広島県	18	中学校区単位ごとの設置が効率よくケアできると思われる(包括ケアシステム)。サービス提供している事業所が必要性を共通認識すること。
三重県	18	・24hのサポートが『現実的に』実現できるような報酬体系が必要。何か起こり対応した時のみ加算がついて、普段の基本報酬は1人あたり月額3000円という現在の地域定着支援のような仕組みでは、待機する職員の手当てだけでマイナスとなり、結局は事業所が増えないと思う。・民間サービスとしてするのか、市町の業務として委託相談支援センター等に委託するのか?・市町と委託相談支援事業所、基幹型相談支援センターとの役割分担、連携がスムーズであること。
宮崎県	17	障害に理解があり、かつ知識を持つ医療従事者が不足している。理解があっても一部の従事者にのみ負担がかかるようでは協力しようにも及び腰になってしまう。従事者が安心して関われるしっかりとした体制作りが必要。
島根県	17	財源とマンパワー
愛媛県	17	行政、事業所の連携
滋賀県	16	既存のサービス体系に属さない形を作らないと、他事業所のサービス内容との住み分けができなくなるのではないかと。
愛知県	16	事業実施可能な法人等の存在。
滋賀県	15	法人間の協力体制が必要(運営法人のみが抱えないようにする)
埼玉県	15	相談支援専門員の質の向上はもとより、行動援護事業者のヘルパーのスキル向上が必要。
福井県	15	相談支援事業者の全域に関する働きかけが重要であると考えます。

4-2. 安心生活支援センターが機能するために必要なこと

宮崎県	15	相談支援機能(基幹型)
岡山県	15	安心生活支援センターの機能が入所機能を上回るかは大きな判断ポイントかと思えます。本人の思いより家族の安心がまだ優先されているようです。しかし、既に地域生活をしている方にとっては、どの機能も必要と思えます。1ヶ所に全ての機能を集中させることが有益に働く場合と分散し、連携を保つことで有益な場合もあるのではと思えます。地域の状況にあわせたセンターの存在が重要と思えます。
京都府	15	まずは、行政が必要な量を把握した上で、支給量を決定すること。
栃木県	15	・運営法人の確保。運営費の保障。専門的ケアができる人材の確保等。・関係機関と強固なネットワークを持って運営できるよう、運営法人任せにせず、自立支援協議会等で、地域生活推進の方針を持って運営の方向性を決める。・自立支援協議会が設置されたばかりであるので、上記につながるようなニーズや地域課題を集約し、必要性を共有すること。
山口県	14	特に夜間の支援が弱い。対応できるように事業所の体力を増やす取り組み(研修会等)が必要。受け入れ事業所の人員配置のこともあり、配置はしたが利用につながらないなど将来を見据えた仕組み作りが必要。当エリアについては、特に将来を見据えた取り組みが弱く感じる。
山口県	14	行動援護障害に関する専門知識や経験者を支援センターに配置し、専門的な支援に直結できるシステムがあればいいと思う。
長崎県	14	医療や教育との横の連携が必要。今現在では連携はしてはいるが、やはり支援がそれぞれ・・・という感じになってしまっている。安心生活支援センターが機能するためのそれだけの人材の育成や確保も重要。
岡山県	14	ハード面、人材面、財政面の3つが必要。また、市町村事業ですのではなく、人口10万人なら1か所等の設置基準を、設定し国や県の地域生活支援事業の一環としてする必要があるのではないか。
新潟県	14	多機能になった時の連携・確認のシステム化が必要と考えます。
千葉県	13	人材の確保に尽きる
神奈川県	13	人材の確保 専門職を雇用する人件費の確保 地域の社会資源との密接なネットワーク体制 地域の社会資源がそれぞれの役割を十分発揮し、協働体制が成熟していることなど これらが整わない状態では、「何でも押し付けられる場所」となり、職員が対応しきれず疲弊し機能しない場所となる。現実問題として、人的予算的な条件が整う地域は少ないのではないか。
千葉県	13	資源の創出
大阪府	13	依存を生まない距離感 準病院にならないための「生活感」の提供
千葉県	13	?運営についてはどのような形態が望ましいか?補助金?委託?給付費??対象を限定しない場合、それぞれの障害特性に対応できるスタッフの配置が必要。?医療・介護・相談・権利擁護・就労支援、ボランティアコーディネート等のスキルが必要か?
大阪府	12	重度の方の受け入れを事業所が進められるようなバックアップシステム
北海道	12	法人の枠を越えた事業所間の横の連携
静岡県	12	地域住民の理解(周知活動)
岐阜県	12	委託の箇所が減ることがなければ 基幹相談支援センターと発達支援センター
愛知県	12	いくつかの事業所が集まって、上記のような機能を果たすための建物。上記のような機能を果たすためには、特に行動障害に対する専門的支援(自分ができるだけでなく地域で暮らせるように伝えられる技術)を持ちえた職員の育成。夜間の支援ができるスタッフの育成。この機能を果たす事業所とのネットワーク・合意形成・役割分担
奈良県	12	24時間対応できる人員、緊急時に駆けつけることができる支援体制の構築が必要と感じる。また、それ相当の人的スキルも必要であることがあげられる。それとこうした機関から新しい資源の発掘や可能性を広げていく資源開発の視点をもった地域コーディネーターのような存在も必要となってくると感じる。

4-2. 安心生活支援センターが機能するために必要なこと

大阪府	12	センターのリーダーシップ・マネジメント力 関係機関同士でのビジョンや基本的な考えの共有 人材の確保・育成
埼玉県	12	十分な資金とマンパワー。専門的知識をもつ人材。センターが関係する機関をつなぐネットワーク。
福岡県	11	地域や事業所への周知。実際に対応できる人材の育成。
石川県	11	・各支援事業所との連携・コーディネートができる相談員の設置・各支援事業・各支援事業所間の柔軟な対応・協力体制
静岡県	10	地域住民からの理解。さまざまなケースに対応できる職員を育成する。
福島県	10	専門知識が薄い、事業所に専門職を配置していない、発達障がい者支援センターは機能することに向けて頑張っているが、アウトリーチな対応は圏域に配置されたサポートコーチ任せ。結局はいくつかの相談支援事業者が抱えることになるか？その予算は？その業務負担は数値化できるのか？という疑問。安心生活支援センターは大賛成。
新潟県	10	行動援護対象者に対する支援のノウハウの積み重ね(当エリアにおいて、行動援護の実績が皆無である)
福岡県	10	医療・福祉・行政、互いの役割理解と連携。
福岡県	10	・本人、家族、地域への意識啓発・支援者の意識、資質向上
熊本県	10	私どもの地域で考えたとき、どこまで丁寧に対応できるかイメージがつかない。場所とマンパワー確保。
長野県	10	いざという時のための保障の確保の意味合いが強いが、常時人を用意しなければならないため、(とくに夜間対応。)運営は困難となると思われる。その財源をどうするか、そして継続していけるものとなるのかが課題ではないか。
福島県	10	客観的な地域診断が必要。その上で、共通の基盤で連携できる環境が必要。それぞれの支援力が高まる必要がある。現在は相談支援事業所への依存強いため、関係機関の支援力向上が必要。最後に市町村行政のフットワークが必要ではないか。
徳島県	9	必要な時に、行動援護、居宅介護、重度訪問介護等、提供できる事業所の確保が必要。
山口県	9	スタッフの意識と地域の理解
大阪府	8	相談支援事業者への役割が重要になり、負担が大きい。一人職場が多い中で対応できない。人材を増やし、居宅支援事業者やケアホームの単価を上げて、施設ではない地域での暮らしを支える機能が必要
佐賀県	8	相談、調整機能である相談支援、実際の受入、支援を行う資源の確保、行政を含めた各関係機関のネットワーク構築、強化。
愛知県	8	人材確保
石川県	8	行動援護自体がないため、そのサービス自体をどうするかから始める必要がある。
新潟県	8	まずは、当事者の皆さんが何を必要としているのか。地域の皆さんが心配している事は何か。現在、どんな機能が地域にあるのか。そのことを検証するために、来年度4月より基幹相談センターが立ち上がります。まずは、その基幹相談センターをきちんと機能させ、アンテナを張り、情報収集をし、慎重かつスピーディーに地域の現状を把握することが大切だと思います。その上で、地域の特性にあった(仮称)安心生活支援センターを立ち上げることできちんと機能していくのではと思います。
島根県	8	ハード面の整備(土地建物の確保)、既に知的や精神を母体に地域生活のコールセンターに近い取り組みがされており、どこが運営するかという問題がある。

4-2. 安心生活支援センターが機能するために必要なこと

鹿児島県	8	お金、建物、事業所間を超えた連携、長くたく運営するための人件費の確保、専門性
岡山県	8	等事業所の担当する地域においては、社会資源の不足が一番の課題である。まずは地域において、社会資源が充足することが一番の課題であるとする。
大分県	8	行政の理解と、当事者の前向きな考え
愛知県	7	市内全体でのシステムづくりにむけた、イメージの共有と事業所間連携。具体的には、協議会で検討、最初から完璧な形は難しいので、やれるところからやっていく。
新潟県	7	行政の覚悟、人材の確保、自立支援協議会による社旗福祉法人への周知と地域への啓もう活動
熊本県	7	行政と民間との協働が必要。
鹿児島県	7	運営費について、現行では相談支援事業所の負担は大きい。また、マンパワー不足もある。トータル的な計画と様々な緊急連絡体制の中心として動くことが同時に可能なのか、疑問です。
埼玉県	7	・安心生活センターに対する運営費(財源)の充実(相談支援事業所もそうですが、指定だけと委託費が出ているところと差があり、その辺りの財源面も充実しないと、機能充実に繋がらないのではと思っています)・センターではそれなりに高い援助スキルが要求されると思うので、各地域の現状を鑑みると、福祉従事者の質とマンパワーが不足するように感じるため、その部分の充実にもう一つ仕掛けが必要だと感じます。
和歌山県	7	職員の力量アップ 専門性が必要
新潟県	7	緊急ショート(一泊のみではないもの)の受け入れ先。
奈良県	6	事業所数が少なく、社会資源の整備が必要。
岐阜県	6	行動援護を行う事業所がほとんどない為、支給されてもほとんど使えない為、行動援護ができる利用者が増えていかなければならない。
青森県	6	関係者間での理解。特に居宅介護事業所、介護保険関係、医療機関も含めた共通認識が必要。地域ごとの人材育成が必要。
新潟県	6	横のつながりを重視した柔軟な仕組みづくり
新潟県	6	◇組織全体がコーディネート出来、かつソーシャルワークが出来る人材 ◇専門職かつ実力を持った職員の確保
新潟県	6	相談支援事業所から、市町村、法人への働きかけ 相談支援専門員が自立支援協議会で垣根を超えた議論を仕掛ける担い手となること
福島県	6	人・物・金・ネットワーク。
香川県	5	自立とは就職すればよいことなのか。施設から離れた後もケアをしていけるシステムであればよいと思う。
青森県	5	必要性を市町村担当者や福祉関係者等に理解していただくために、自立支援協議会等で、問題提起していくための最初の音頭はだれがとるか？
熊本県	5	地域資源が整っている市町村は良いが、資源がない地域では今後の課題であると思います。
佐賀県	5	一人一人の支援者が研鑽を積み、専門知識をもつこと。常に情報発信や啓蒙活動を心がけ、地域の中にセンターが活用されるようにすること。
長崎県	5	中立性の確保 法人委託となると、中立といいながらも、その他の大きな法人は利用するのか不明。故意ではないにしても、つなぎやすさから自分の法人につないでしまっているという現状は、相談支援事業所も、就業生活支援センターもあるのではないのでしょうか。(新規をどこにつないだか調査をしてみればわかるかもしれませんが・・・) いろんな法人が使いやすくなるには、各法人からの出向だったり、行政が入ったりするなどが必要ではないかと思えます
福島県	5	担える人材。
神奈川県	5	体制整備する段階より、官民協働、住民参加をもって計画し、「何のための」「何をする役割(支援)」なのか明確に、趣旨を共有しながら進めていくことが必要 資源が少ない中での展開なのでそれぞれが少しずつ協力しながら進め、インフォーマル支援も組み入れることが必要ではないか
福岡県	4	事業内容的に、行政、基幹相談支援センター、一般相談支援事業所(地域移行支援など)のすみわけがきちんとできないと利用者も支援者も上手く使えないのではと思います。

4-2. 安心生活支援センターが機能するために必要なこと

鹿児島	4	緊急性の高い事例は夜間おこることが多いので、それに対応できる機関作り。また支援者が孤独に陥らないための方策等考えたほうがよいかと感じる。
福島県	4	基幹相談センターの充実、地域の理解・啓発 行政、医療、警察等との連携
徳島県	4	社会資源の充実。人材育成。
京都府	4	もともと社会資源が少なく、少ない資源の中でも慢性的な人員不足が問題となっている。社会資源については、他県の資源に依存している部分もある。そのような状況の中で、ある一定の財源が確保できないことには、設置すらできない。虐待や、緊急ケースに対応できるスキルを持った人材も不足している。
岡山県	3	良い人材(専門職)を十分な人数確保し、配置すること。支援者が潰れないよう、支援者間でも支えあえるネットワークづくり。特に、虐待や触法などが関係しているケースについて、地域の理解と協力。
栃木県	3	法人がきちんと相談支援事業所の必要性をきちんととらえ、人的にも金銭的にもバックアップしてほしい。いつも『自分の人件費ぐらい稼げと言われても町の委託とサービス等庁計画書作成にアップアップしている現状でつぶれてしまいそうである。
鹿児島県	3	定期的な会議、学習会等の開催、ケース検討会等を行っていきながらシステムの改善修正を積み上げて、より良いセンターにしていく努力を関係者全員が自覚すること。
熊本県	3	専門的に対応出来る事業所数。相談支援専門員数。
岩手県	3	人口が少ない街のため、新たに安心生活支援センターを立ち上げていくのは、時間を要し人材の確保も大変なので、福祉事務所にある地域包括支援センターと基幹型相談支援センターを合体させる方が、障害者、高齢者共に把握しやすく事業開始も早いと思います。
静岡県	3	貴エリアはとても広域な地域になるため緊急時の対応がどの程度可能なのか疑問を感じる。また、緊急時の介入のみで対象のご本人に適切な対応が出来るのか不安を感じる。
愛媛県	3	各機関との協力・連携体制を構築していく。
徳島県	3	1.スタッフの配置(専門性・人数) 2.実施主体が市町村主導であるべき 3.必要十分な予算措置
福島県	3	相談支援事業所が必要性を感じても、自治体が必要性を感じなければ、機能していかない。特に自治体の上層部が福祉理解を深めていかなければならないと感じる。自治体の予算繰りも大変なことから、既存のものから脱することができない現状がある。自治体への何らかの働きかけが必要である。地域自立支援協議会についても単独設置であり、開催の必要性を訴えても、担当者の業務量負担が大きく、開催もままならない現状がある。自治体が障がい者支援をしっかりと捉えていただく必要がある。
北海道	2	職員の負担を減らす人員配置。またそれに見合う予算。
鹿児島県	2	特になし
鹿児島県	2	行政の理解が必要であり、現状でも相談支援体制の整備について提言しているが
北海道	2	・24時間体制での勤務が求められると思いますので、24時間対応するための人材の確保。また、行動援護対象者のトリートメント機能は、かなりの専門性が求められるため、専門家の配置も必要と思います。
兵庫県	2	行政がかかわることが大前提にあると思う。どんな人が、重度のサービスを必要としているかを文書以外の形で、知ってもらう。医療関連職など、生活支援に点で関わっている方も、会議の出席が難しくても意見だけでももらっていききたい。
富山県	1	専門的な知識・経験をもった人の充実
栃木県		安心生活支援センターを設置するための、国からの制度づくりや、助成金が必要だと思います。

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

5-1. 都道府県名	5-3. 貴エリアの人口数	障がいのある人の地域生活を推進していくにあたり、必要とされるハード(住まいの場合)及びソフト(相談・介護・見守り等)の機能についてのお考えを教えてください。ご自由に記してください。
北海道	200	・地域で生活する障害者をどう施策として増やしていくかにかかっており、そのためには地域で生活する権利など(居住確保、サービス、医療、教育)について考えて行く必要がありますし、予算の拡充、住民理解を同時に進める必要があります。・そのためのアイデアとして、新たに新設するアパートの基準を一部は必ずバリアフリー対応にするとか、エレベーターをつけるなど。・教育の段階で、親と離れる環境づくり、合理的配慮の検討など当事者の意見を取り入れてほしいです。
北海道	195	グループホーム・ケアホーム入居者の通院介助の時間数の変更と回数の見直し
福岡県	150	発達では、診断する機関が少ないし必要と感じている。高次脳に関しては、総合的に診断・見立てる機能が不足している。緊急時に利用できるサービス(区分がなくても利用できるもの)が精神障害にはない。人材育成・確保するシステムが必要。
福岡県	150	行動障がいの場合、夜間常駐型の住まいが必要。それを整備するためには人材の雇い方や人材そのものの確保が必要と考えます。また、行動改善に一定期間取り組んだり、その後の地域での生活をトータル的に支援する拠点的なサービスが必要と考えます。
埼玉県	125	拠点を中心として複数のホームを配置し専門職を配置して誰もが住めるホームを設置。
千葉県	105	バリアフリーのアパート 適正な値段のワンルームマンション 保証人の問題 万が一の時の保障の問題 相談支援専門員の経験値 福祉サービスを必要としない方の見守りサービス
福岡県	100	一般就労の場の拡大で、収入の安定、生きる楽しさを感じられるように。
山形県	90	身体障がいの方々の住まい確保が不十分。(アパート、グループホームなど)
静岡県	80	ハードだけでは地域での見守りを行うことは困難、ソフトな資源との連携による平常時からの関わりに加え、緊急時対応がスムーズに行える体制作りが不可欠。資源につながっていない方も多いため相談支援機能の充実や広報、周知が必要。
静岡県	80	ハード・ユニバーサルデザインの推進によるまちづくり ソフト・見守りあんしんネットワークの推進(障害相談、包括、民生委員の連携)など、法人が施設づくりをするだけではなく、地域で生きる障がい分野以外の人たちを巻き込むことで、マイノリティの話題ではなく、市民共通の話題に持っていきたいと思っています。ハードはあればあっただけ良いですが、ソフトはお金をかけなくてもできるので、ネットワークが機能すれば可能だと思います。ソフトがあって、ハードは生きると思います。そういう答えでよろしいですか？
岡山県	70	単身生活をする際の、保証人の課題について。民間アパートが借りられない場合には公営住宅利用できるなど、行政のバックアップ。
東京都	54	高齢になってもサービスを受けながら住み続けられる住居とそれを支える仕組み
大阪府	50	車椅子などでも十分に生活できるバリアフリー住居(賃貸・ホームなど)の増設 支援員の教育(虐待防止など)、ネットワークの地域ごとのシステム作り
石川県	50	○夜間は短期入所(10名程)日中は通所事業所という事業所が増えてほしい。その際、短期入所報酬単は区分4以上は現行の倍額は必要。○各市町に行政職員が相談支援専門員として3~5名程、設置するべき。民間企業はサービス事業を増やす。
大分県	47	ハード面を整えていくことは重要であるが、ソフト面の工夫等により現在あるハードの機能を拡充して多様な機能が果たせるようにしていくことで、より早く地域生活の推進につながるのではないかと。
大分県	47	アパートで生活希望する人の保証人がいない人への課題。
石川県	46	地域生活を安心して行うためには各事業所との連携はもとより行政との連携も大切だと思います。
富山県	42	バックアップ施設の協力体制が不可欠。
富山	42	・親子で利用できるGH。またはシェアハウス(共生型は、親が要介護とならなければ利用不可と制限がかかる)・障害者用の派遣会社(登録者は、依頼内容によって、選択して働くことができる)

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

岐阜県	40	自エリアは市町単位ではなく、圏域単位での支援となっている。市町も11あり、移動にも大変時間がかかる難点がある。他相談支援事業所との棲み分けも検討していきたいが、現在の支援を継続させながら、どのように進めていくのか考えていく必要がある。ハード面よりも人の確保と質の向上が現在の課題ではないかと思われる。Ns等医療関係者との連携もより行いながら、障がいのある方々への支援者の数を増やしていかなければ、と思っている。
岐阜県	40	災害時の対応を考えていく必要がある。このアンケートには、考慮されていない感じがします。
富山県	40	まず単純に、居宅介護の物量的充足が現状の課題ではないかと思います。例えば等地域では、毎日ヘルパーが入ることができれば地域生活上の不便が概ね解消される場合でも、事業所が少ない、人員が少ないとの理由で週2回しか入れないため、単身での地域生活に支障が生じているといったケースがままあります。質の高いサービスを十分にというのが理想ではありますが、物理的な量がサービス全体の満足度を担保するという側面もまた事実であると思います。また、質に関しても飽和状態になり、事業所の淘汰がなければ向上はしていかないと考えられます。言い方は悪いですが、福祉サービスという市場に参入する「うまみ」を持たせなければならぬと思います。質問主旨とは異なりますが、地域生活の推進という面ではこういったことも必要かと考えます。
岐阜県	38	ハード面:住居・日中活動の場(特に、憩の場や余暇支援)・相談先・緊急時の支援先・医療機関(特にかかりつけ医) ソフト面:支援者の確保や人材育成(継続雇用できる体制)、支援者間の連携できる体制 その他:一番に財源
愛知県	38	どんなにサービスが整っても、障害の重い人、支援が大変な人、関わりにくい人が取り残されています。地域にサービスの量が足りても、支援が届かない人がたくさん存在するのは、ソフトの機能が十分ではないことが原因の一つだと思っています。
奈良県	38	シェルター機能(虐待一時保護)と移行支援機能(精神科退院・矯正施設退所等)だけを残し、入所施設は廃止するという方向性を示すべきだと思います。「障害のある人も地域で…」と言いながら、入所施設を建設したり、立て替えたり、改築したりしている状態では、地域生活なんて進まないと思います。スケールメリット、管理福祉を捨て、生活の質を重視した施策を取るべきだと思います。これは高齢者も同じです。
三重県	37	圧倒的に住まいが足りません。CHGHがなくても地域で暮らしていけるサポートが不足しており(ヘルパー支援や24時間支援)、アパートにも住めない、CHGHにも住めない方はどうしても入院になってしまい、入院が長期化してしまっています。特に精神の方用のCHGHは不足しています。
奈良県	37	地域移行・地域定着支援の拡充 まだまだ、奈良市は、指定取得の事業所が特定相談支援に比べてかなり少ない。24時間サポートは、現実的にハードルが高すぎる。(女性が多い職場では厳しい)支援者一人一人にも家庭での生活があり、その中でも役割があるので、どこの事業所も委託を受けたがらないのが現実ではないか?かなりの好条件でなければ難しいのではないかな?
奈良県	36	障がい福祉分野のみで考えるのではなく、関係してくる教育、介護保険、保育、医療、労働分野がともに考える体制があれば、自立支援協議会がその場であるべきだが、現状は機能が弱い。

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

奈良	36	行政の役割も大きく、地域全体のアセスメントの中で導き出せると良いと考えている。
大阪府	36	地域で個別の暮らしの希望を実現するため『個』を大切にしたい住まいの“環境整備”“専門性の高い支援機関と人材の育成”“医療的な機能”の3本柱が充実することだと考えます。実現のために頑張りましょう！
埼玉県	35	障害を持った方の幼少期からの継続した相談と分野を超えたチーム作り体制の機能。本人や家族が安心感を得られるような分かりやすい体制の機能。
埼玉県	35	GH/CHはもちろん、車いすで生活される方の住まいの不足を感じます。権利擁護や虐待の部分で法律家との連携は少しずつ繋がりが持てる所も出てきましたが、医療(精神科・一般科)、保健や教育分野との連携の部分について、一定の所まで来て、さらに伸びるという形になっていない印象を現場レベルで感じています。
福島県	33	ハードに関しては、障がいの程度や種類によって一辺倒なものではない臨機応変に対応できる機能を備えたものが必要である。ソフトに関しては何はともあれ支援者の人材育成が不可欠である。現在の支援は行動が目的化(通所の事業では作業や日中活動をしてもらうこと。居宅では調理や掃除をすることなどのように。)しており、本来目指すべきものがどこかに行ってしまう現状にあるのではないかと感じる。
高知県	30	住まいの場は絶対数が不足している。在宅生活中心への流れは理想であって、現在の障害福祉サービスだけでは、支えることができない方たちがいる。家族が何とか支援しているが、障害のある方が高齢になった場合、家族がいなくなった場合どこで生活していくのかという問題がある。そのため、施設ではないが、安心できる生活の場の確保は必要だと思う。
山口県	28	障害当事者が福祉サービスや福祉の仕組みの中で客体ではなく主体として活動が保証されるような制度が必要だと思う。決定の軸と計画の遂行と結果の全てに障害当事者が直接関われるまた、全体が認めるそんな福祉サービスの仕組みに変わることが必要と思う。
神奈川県	27	消防設備や地域環境等誰もが安心して生活できる国家
福井県	27	病気や障害の度合いに左右されず、地域生活を継続出来るシステム作り(住む場所は変わっても施設や病院にならないシステム作り)いろいろな相談に答えていくための十分な報酬単価、そしてそれを補完していく資源の充実。地域住民の理解が足りず、これからも啓蒙活動が必要。
神奈川県	26	日本で高齢化が進んでいる通り、障害のある方の高齢化も進んでいる。65歳以上は介護サービス優先とするならば、行政については高齢福祉課と障害福祉課の連携、介護サービス事業所と障害サービス事業所の連携が必要。高齢者と障害者について双方の事業所での理解が必要。
神奈川県	26	バリアフリーの環境が整った県営住宅、市営住宅の拡大がぜひとも必要。
徳島県	26	相談支援事業所、相談支援専門員数が圧倒的に少なく、地域生活推進のために基本となる相談支援(ソフト面)の整備が急務であると思われる。
三重県	25	ハード面は市営住宅やCH、GHなど安価な住宅が少ない。障がい者枠での就労の受け入れが少ない。障害の中での身体知的精神の連携が必要。さらに、母子、就労、教育関係などの連携も必要。
佐賀県	24	夜間の緊急対応
青森県	24	発達障害も診れる医療機関と入院設備が必要
青森県	24	相談・通所・短期入所・訪問等の多機能型の事業所が求められている
佐賀県	24	現在の制度の中では日中と夜間の区別があり、日中に行く場所がなければGHなどの住まいにも居れないのが現状。長期入院や長年在宅で過ごしてきた方にとって、住まいを変えるだけでもハードルが高く、同時に日中活動できる居場所を確保することは難しかったりする。制度と本人の生活が装具わない場合は多く、ほとんどに置いて本人の生活を制度にあてはめざるを得ない。それが無理な場合は制度とは別のところでやっていくしかない。本人の生活に制度が寄り添ってくれるような柔軟な制度になってほしいと思う。
山形県	22	

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

埼玉県	22	障がいのある方々だけが使えるハードやソフトでは、なかなか市民の合意形成が難しいため、常にユニバーサルな仕掛けを意識した施策展開が必要であると考えます。具体的には、国交省の委託で行われている(財団)高齢者住宅財団が行う「家賃保証制度」など、既存の資源を積極的に活用できる仕組みが重要。その上で、1人暮らしの方が増えれば、安心支援センターもその機能をフルに発揮できるお考え。
長野県	21	グループホーム・ケアホームの拡大 日中の居場所、働く場、余暇の場等の拡大 特に、移動の足が必要。経営できるような仕組みが必要
新潟県	21	トータルな福祉ビジョンが必要
福岡県	20	マンパワーの増加と相談支援体制(虐待対応を含め)の見直し。高齢者、障がい者、児童…含めて包括的な生活相談支援体制の構築とか…
新潟県	20	・生活困窮者支援との連動も必要と考える ・家族構成人数の減少もあり、家族丸ごと対応する必要がある
千葉県	19	ソフトとハードがバランスの良い両輪であること。
広島県	18	直接支援、相談支援両面で専門的な支援といわれるスキルを一定程度標準化すること。
三重県	18	(ハード)・CHGHの拡充・賃貸物件(物件はあるが、身寄りなし・低所得の障害者に貸して頂ける物件が少ない)→啓発活動も必要であるが。(ソフト)・重度心身障害者で地域に住む方は家族が抱え込んでいることも多い。家族のレスパイトのためにも、ショートステイの拡充も望まれるが、訪問型の見守り(居宅介護ではい)サービスがあればよいと思う。
島根県	17	精神障がい者の場合はグループホームやケアホームというよりも訪問型のサービスを充実させる必要がある。とくに見守りができる体制づくり。重度訪問介護にも期待していたがなかなかサービスとしては使いにくいようである。また危機状態の時に休めるショートステイの場所が必要であると感じている。各地で相談支援のスキルアップは必要。
愛媛県	17	生活環境(バリアフリー住居)の整備 事業所間の連携
岡山県	15	入所施設が安心できるという家族の思いがかなり大きいことと、安心が得られない社会資源の不足が推進を阻んでいるのかと思われる。また、親離れ、子離れといった視点も重要かと思う。安心して子離れができるということは、家族の安心につながる。こうした住まいの在り方も検討することが必要なかと思えます。当エリアのオリジナルなデザインができればと思っています。
福井県	15	地域生活に関するソフト面についてはかなり充実していると思っています。この上にバックアップ機能的な施設や、今回のアンケートのような安心コールセンターが存在すればさらに素晴らしいことと思います。小規模単体である地域の支援現場だけでは支えきれない課題は多種多様に存在しています、またその状態も刻々と変化しているのが現実です。
宮崎県	15	障害の有無にかかわらず支援の必要な方(特にお子さん)のワンストップの相談支援機能
京都府	15	私は、昨年3月まで支援学校の教員でしたが、今の職について8ヶ月になります。そこで今感じていることは、利用者の立場に立った相談支援システムと福祉の立場に立った福祉行政だと思います。
滋賀県	15	家族が抱え込んでおられ支援もサービスにもつながっておられない方々が多いように思います。計画相談支援が始まりサービス利用されている方には支援が行き届くようになりましたが、当地域では手帳所持者で介護給付等のサービスを利用されていない方は全体の85%おられます。発信力の弱い方、または大変なのにサービスなどの手段を知らないため家族で抱え込んでおられる方などに対してしっかり対応できる仕組みが必要に思います。そのためには、相談支援、ホーム整備など地域生活基盤を整備する必要があると思います。
埼玉県	15	インフォーマルな資源や地域の理解、相談支援の力も必要不可欠ではあるが、やはりGHや住宅などのハード面の確保が最も重要ではないか。

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

栃木県	15	・潜在的なGH利用希望はあるが、現在利用している法人で設置してもらいたいとの希望が多く、オープンで入居者募集の場合集まらない例がある。・GHの重要性はあるが、実際運営をしている所では世話人の質が高まらないことと、人材が確保できないことに悩みを抱えている。特に世話人の資質向上はナビ管を中心にかなり力を入れていく必要がある。・当市では指定一般相談支援事業者は15事業者中1つだけである。事業の理解や人員配置等の問題は大きいですが、地域生活推進やその重要性についての認識と議論が不足している状態に思える。事例をもとに意識を高める必要がある。
岡山県	14	地域の相談窓口である相談支援事業所の拡充を市町村(自立支援協議会)だけに任せるのではなく県レベルで、推進していく必要があるのではないか(予算を含む)。また、障害福祉サービス全般の報酬の向上や新規事業開設等の助成金。
長崎県	14	障害の重い方の地域生活を支えていきたいという思いはあるが、現状の制度では受入が難しいところが多い。(人件費等も含めて)強度行動障害の方についても四六時中見守りが必要な状況であり、特に生活の場については受け入れが難しい。その支援について専門的な支援における相談や制度の利用ができればいいと思う。
山口県	14	ハード面の拡大は必要不可欠と思われるが、現実的には早急な対応は難しいと思われる。ソフト面からの支援ばかりが空回りしないように、行政と連携して計画を進めていくべきと思う。
山口県	14	これから地域生活を考える方には地域移行後の生活を見据えた支援が必要。例えば、体験宿泊中のヘルパー利用の制度化など。地域理解の促進についても進める必要があり、差別解消法の理解など随時研修会等を企画していく必要がある。地域的に住まいの場(グループホーム・ケアホーム等)が郊外に立地していることがあり、利便性の良い地域に住まいの場が充実すると資源が充実しており、地域生活が円滑に送れると思われる。
新潟県	14	地域定着がもっと申請できるようになることで、不安解消となり自立生活に寄り添うことが出来ると思う。
千葉県	13	本人主体であること
千葉県	13	全国的な課題ではあると思うが、介護スタッフの賃金が低いために人員の確保が困難な状況です。今後、ニーズの多様化により、より専門的な支援が求められていくため、生涯働きたいというスタッフを確保する方法を考えていく必要がある。ハードの課題と同時にソフトの課題についても検討していく必要があると思われまます。
宮崎県	13	精神障害の方が緊急でない場合が多いが、夜間寂しく感じる方が多いので、ナイトケア、夜間話しを聞くだけのコールサービス等があればと思う。
千葉県	13	生まれ育った地域から、そして大好きな家族からなるべく離れることなく暮らしていくことができるように、とは思っても、「ここを逃したら行くところなくなる」というのが現実です。小規模な集団の中で暮らしたいと思っても、対応できるスタッフのことを考えると、入所施設しかない、というのも、つらい現実です。家族が会いたい時にすぐに会えて、かつ、親亡き後も安心して託せる(=追い出される心配のない)ような生活の場がほしいというのが、切なる願いです。
神奈川県	13	家族との同居以外に障害者が生活できる場も選択肢も絶対的に少ない。20歳になったら家族以外が支援し生活できる社会の実現を働きかけていきたい。相談支援体制も実態は人的予算的な裏付けがないのが現状だが、それらが充実し障害者の支援体制が整うことを期待する。
大阪府	13	どこでも住めば都。何よりも周囲の理解、地域の理解 それも強引ではなく、日々顔を合わせながら自然と生じればよいと感じています。
大阪府	12	重度障害者の受け入れ先を増やすこと。また、一人暮らしが可能な方の金銭管理サポート。利用計画を中心とする相談支援ではなく、柔軟な動きのとれる委託相談の保障。
奈良県	12	地域生活の場において、障がいのある方がもっと選択できる生活資源を整えていく必要があると感じている。一人暮らしやサテライト型などもっと地域にあたりまえにある資源として広がりを作っていきたい。その中で個々がステップアップや目標を掲げることができる環境を作っていきたいと考えている。
岐阜県	12	相談支援専門員が不足していて 計画相談に追われ 手厚い相談ができなくなっていく傾向がある
静岡県	12	高齢者施設での障害者の受け入れまたはその逆も可能な施設や体制

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

愛知県	12	行動障害のある方の状況が悪化しないように、支援の仕方を伝えられるプロを派遣できる仕組みが必要だと思う。また、ある程度状況が整ったうえで、そこに居続けるのではなく、その後を引き継いで支援してくれる事業所とその仕組みづくりが必要だと思う。それには、それぞれの町の社会資源の状況に応じて作り方は違うと思われる。
北海道	12	24時間体制での見守り、介護を行えるケアホームの充実。現在は夜間の見守りが少ないケアホームが多く、また夜間の当直職員の確保が難しい現状がある。
大阪府	12	障がいのある人、又は、その家族が使える福祉サービスの情報を分かりやすく獲得できるようにする仕組みが必要と思われる(福祉に関わる人間は、新しい情報を持っていても、本人や家族は知らず、知っていれば現状に至っていないことなどが考えられるケースなどがあるため)。
埼玉県	12	重度や高齢者対応型の住まいの場所が必要。特に医療行為のある人が生活をする場所はない。数は少ないが、ショートステイの希望は高い。遠くまで利用しに行かなければならないため、使えない状況。また福祉関係で働く看護師が不足。看護師を派遣、あっせんできる制度。訪問看護や訪問リハビリが家庭以外で利用できるようになればいい。発達障害系の子供への対応ができるヘルパーが増えるともう少し豊かな暮らしができると思われる。精神障害者においては地域生活への移行が遅れている。地域の理解も必要だが、関係者の理解とネットワークが最優先。
福岡県	11	ハード面では、ケアホームが不足。利用したい要望は多いが、対応できていない。その他、公共交通機関が不足しているので、通勤や生活のうえでの移動が困難。行動援護等対応できる事業所が不足。
石川	11	すべての面で制度設計に無理があると思います。柔軟すぎるのもよくないが、障がい福祉の業界として統一感がなさすぎるように思います。そもそも、事業所が利益を出す方法がいいサービスを提供するというところに繋がらず、利用者の抱えこみや事業所都合が優先されているように思います。
石川県	11	・地域での見守りに、緊急時対応の体制が図れること。・必要な時に必要なことだけ、必要な時間に支援に入ること
福島県	10	他職種による支援(実務)チームを組むことが大事かと思う。共同できる機会があれば自身の立ち位置も見え、機関が必要とする支援も見えてくるか。そこでハードやソフトを見直すことも可能になるかと思う。多職種チームで支援に当たれる後ろ盾(仕組み・人・金・時間)があるとうれしい。
新潟県	10	障がいのある人、高齢者、子ども・・・と領域をわけず、包括的に街づくりに必要なものは何かを考える視点を持って、他機関と連携することが必要かと思います。
静岡県	10	在宅で生活ができるために訪問系サービスの充実が必要だと思います。高齢者福祉分野の方がヘルパー事業が充実している現状があります。障がいのある方への対応が難しいため、またノウハウがないことからヘルパー利用が進まないところがあります。周囲の人たちが障がいへの理解、協力があるかどうか、地域生活を送るために必要だと思います。
福岡県	10	ハードはあるにはあっても、一定の支援者に責任の比重が偏りすぎることがある。皆で支え合うという意識作りから。一人一役一責任。
熊本県	10	相談員の人材確保と質の担保。その為には、お金が必要だと思います。
長野県	10	住まいの場が不足しており、保証人の問題や地域の理解等も課題と思われる。低所得者でも利用できる場所をあっせんしてくれ地域啓発もしてくれるマンパワーが必要。そして相談員と連携しながら地域生活が送れるようになってほしいと思う。
福島県	10	住まいの場として、緊急時に利用できるグループホーム、ケアホーム、短期入所事業所、宿泊型自立訓練施設などの活用。見守り支援として、親族、近隣の住民、行政、相談支援専門員、居宅介護支援事業所、日中活動事業所等との連携が必要と考える

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

徳島県	9	24時間、365日必要な介護、医療サービス、相談等が提供できる機能が必要。
新潟県	8	相談員の質の向上は最優先課題です。必要とされるハードは言ったらきりがありませんが、障害特性に合わせ、施設が選べると良いと思います。しかし、まだまだ地域の施設に合わない方々は多くいらっしゃる現状です。北海道で行方不明になっていた小学三年生の女の子が無事に保護された事件。あれはタクシーの運転手さんの通報だったとニュースで聞きました。まさしく、「住民の目」見守りの結果、事件解決に至った。素晴らしいことだと思います。ソフト面で、そんなネットワークの構築を地域全体でできたらいいな…と思っています。
愛知県	8	障害・病状が重たい方でも対応可能なケアホーム。
大阪府	8	住まいについては、安全面などで消防法が厳しくて古い家がかりにくく、建てる時も制約が多すぎる。相談、介護、見守りの部分に事業者が参入しやすいような単価をつけてほしい。
島根県	8	安定した運営基盤と質の高い人材の確保
佐賀県	8	ハード、ソフト双方ともに、障害福祉の領域では社会資源が不足している状況と感ぜられる。障害のある方々が必要な情報を得て、自己選択、自己決定が可能となる地域や環境づくりが必要であると思われる。
岡山県	8	制度に縛られない柔軟なサービス対応ができるような制度設計があれば良いと考える。急を要する場合においても、制度上行ってはいけないうこと(医療行為等、業務独占行為以外)が数多くあり、結局必要な支援が必要な人に届かず、もどかしい思いをすることが多々ある。
大分県	8	GH以外の一般の借家の家賃が高すぎ。公営住宅への入居が良いか悪いか不明だが、一般のアパートを安く借りられる制度があればよいと思う。
新潟県	7	制度が整備されるにつき、障害者が地域とのつながりを失っていく感がこの地域にはあります。本当に必要なハードの整備以外は今ある資源を改良したほうが良さそうな気がしています。相談に関しては、自治体に任せるだけでなく、1人あたりが担当する基準数を設けたほうがよいと思います。
埼玉県	7	まだまだ、経験が浅いので詳細に色々書けないので、大枠的な話になってしまっていますが、仕事をしていて福祉に関する「啓発」が重要だなと感じる事が多いです。マイノリティーでは充実しづらいと思うので、もっともっと福祉の必要性について多くの人に興味・関心をもってもらい仲間を増やすような、上手な情報発信・啓発活動(それぞれの市町村行政や各事業所の活動を含む)が必要なのかなと思います。すぐに結果は出ないと思うのですが、そこにもっともっと力を入れる事が、財源や法制度面の充実につながり、ソフト面・ハード面の充実や福祉離れしている人材の充実につながるのではと思います。その他では、各法人や事業所、官・民の連携・協働が重要だと感じます。連携したことで地域支援や仕組みが充実したケースがあります。それらの仕掛けや仕組み作りが充実してくると良いと思います。色々自由に書いてしまい、間違っている点や読み苦しい点が多々あったかと思っています。すみません。
愛知県	7	ハードに対しては、個別対応が求められる。一定の方は、既存の自宅でも対応可能と思われる。肝心なことは、ソフト面の機能。24時間電話でいいので、連絡が取れる相談支援体制とサービス事業所の連絡網の確立が必要。
石川県	7	24時間365日対応の訪問系や通所系のサービスが充実し、緊急時に泊りなどが出来る機能などあればいいと思う。相談の窓口もありながら一体的に地域で支えることが出来ればと思った。
和歌山県	7	ハード面は住まいの充実 ソフト面は、24時間体制のできる支援システム、職員配置が必要
新潟県	7	指定特定相談支援事業所のさらなる増設。24時間コールセンターの全市展開。強度障害対応のGHなど。
新潟県	6	障害者の小規模多機能のような支援が必要。見守り機能、様子確認。食事提供等。障害者の福祉用具レンタル
岐阜県	6	現状は、社会資源が少なくBESTどころかBETTERな選択肢もできないケースが多々ある。相談員が増え、計画相談が正常に機能し、児童の時から場当たりの支援でなく、継続的な支援ができ、早い段階で支援の手が入れば、今よりは困難ケースが少なくなると期待しています…
青森県	6	機能するべきところが確実にその役割をはたしていればよいと思う。事業所の指定や評価、障害種別ごとの地域診断を行い、地域のニーズ把握を複数年ごとに的確に行う必要があると思う。

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

奈良県	6	ハード及びソフト面の機能連携。自立支援協議会の活性化。
鹿児島県	6	グループホーム・ケアホーム
千葉県	6	いつでも体験や緊急時に利用できるシェルター的なものがほしい。余暇が充実するような設備や制度がほしい。
新潟県	6	◇緊急時などにいつでも対応出来る機能(24H, 365日)◇必要な機関(ハード)といつでも連携が取れる体制 ◇病気療養中などに医療的なケアが受けられる機能
福島県	6	どのような障がいをお持ちの型でも対応できるハードは資金次第でつくれるが、人材の確保が一番の問題点であると思う。
香川県	5	何事も申請主義的などころがあるが緊急的に金銭面においても救済できるシステムを作る必要があると思う。
佐賀県	5	地域の方に理解してもらえよう、住民への啓蒙を繰り返し、グループホームや福祉事業所を理解してもらい、地域みんなで障がいのある方を支えていくことが重要だと思います。「してやっている」ではなく、自然と行われるようになるといいなと思います。
熊本県	5	地域で生活されている障がい者をサポートし関係機関と調整が出来るのは相談支援事業所だと考えますが、平成27年3月までで全ての方の計画相談が終了しなければなりません。しかし、現実には全国的に見て進捗状況低いようです。相談支援事業所は計画相談に追われ、基本的な相談が出来にくい状況になっており、人と人との関係性が希薄になってきているようです。
青森県	5	重度障害者の地域支援を展開していこうと決意する心意気が高い経営者やリーダーを求む。
山口県	5	見守り支援ができるようなアパートがあればいい。
長崎県	5	専任の相談支援専門員少ないので、増やせるような環境がととのえばいいなあとと思います
神奈川県	5	地域住民といかに繋がるか 障害の人のニーズを障害関係者のみではなく、官民協働で共有し解決策と一緒に考える土壌が必要と考えている いかにか地域の住民として暮らしやすくするかだと思っています
福岡県	4	基幹相談支援センターを設置する予算もなく、ワンストップの相談支援もできていない状況であるため、まずは相談体制をきちんと整備してからの先の話ではないかと思っています。
徳島県	4	夜間でも相談にすぐに対応できる人員が必要
鹿児島	4	介護職員の不足がどこの施設でも問題になっている。また労働条件も悪く、退職者があとを絶たないので、そちらを充実していけば安定したサービスの提供ができるように思う。
徳島県	4	24時間対応(相談・介護・見守り)の機能が必要だが、事業所がない。作るのも難しい。
福島県	4	(ハード)グループホーム、理解のある不動産業者、町の中の相談支援事業所 (ソフト)
京都府	4	京都府においては、ケアホームの設置基準要件がかなり厳しく、基準に沿って新築した建物でないと許可が下りない状況になっている。そのため、ケアホームを増やすことができない現状がある。
岡山県	3	人口の少ない中山間地域なので、市内の社福法人やNPOでの頑張りだけでは限界がある。行政の理解も得ながら、インフォーマルなつながりの中で当事者の生きづらさの解消が狙えれば。
岩手県	3	人口は少ないものの、障がい者でサービスを必要な方は沢山いますが、家族だけで介護や見守りをして長年生活していたため、情報が全く入ってこなくてサービス利用の相談に来た時にはとても大変な状態になっていることが多く早急な対応が必要になり施設入所の空きもない状態で大変なことが多いです。そのため、高齢者だけでなく障害者も地域で見守りをして、少しでも様子がおかしい時は連絡をもらえる体制があれば、障害者の掘り起しに繋がり、家族の共倒れも防げると思います。

5-4. 必要とされるハードおよびソフトの機能

静岡県	3	経済的に低所得の家庭が多い中で、障害者の単身入居に地域定着支援が必須となっている公営住宅の入居。年金のみや年金+福祉的就労の工賃では一般アパートの利用は困難。この制度の改善は必要性だと感じる。また、これまで問題なく入居してきた方が障害者ということを理由に制限されることは人権侵害になるとも感じる。貴エリアは高齢化率が50パーセント近く、障害者の高齢化も進んでいる。高齢者の見守り体制が先行して構築されてきているため、その体制へ障害者の見守りを合わせた形が検討されていくと良いのではと感じる。
鹿児島県	3	ハード面は圧倒的に不足していると言える。特に入所施設がない点。相談事業も少しずつ浸透しつつあるが、どこに悩みを持って行けばいいのかわからないという現状は未だにある。自立支援協議会は形骸化しており、関係機関の連携が足りない。
熊本県	3	ハード面では安心して暮らせる住まいの場がもっと増えると良いが、報酬単価が重要性の割には低いと思う。手を上げる事業所がなかなか増えないのはその辺もあるのではないかと。ソフト面では3障害を対象とするのは限界を感じている。自分の勉強不足だろうが、中途半端な知識で対応し、その人の為になったのかと不安になる。
愛媛県	3	1人暮らしをする方に対する住居の確保や夜間の見守り・安否確認が得られるような体制ができれば、良いのではないかと考えます。
徳島県	3	福祉的要素は拡大を見せているが、医療的な側面はまだまだ広がっているとは考えにくい。ハード面の整備は、小規模でありつつ、プラス1の要素を持つことが大事だと思います。(通所、短期、ヘルパー派遣等) 相談は今後益々重要であると考えています。地域で暮らす中では、担当の相談支援専門員を持つことは大事であり、その中で、必要なサービスや支援が受けられるようなマネジメントを行うこと。また介護や見守りは、事業所単体で考えていくのではなく、広域的・連合的な感じで、様々な提供体がネットワークで共有しあうこともあっていいのかもしれない。何より、地域での見守りがあることは重要であるので、地域とのつながりや、新しいコミュニティの創設を目指していくべきであり、それは、法人などが単体で行うのではなく、行政も巻き込む、輪の中に入った中で進められるべきものではないだろうか。フォーマルに予算を計上していくことも大事だが、そういった共生共存を地域で構築していくために必要な資源を創設することに今後注がれてもいいと思います。
福島県	3	ハード、ソフトと共にマッチングさせた資源開発の必要性を感じます。
鹿児島県	2	自宅等で暮らしている方々には、相談事業所でも把握していない障害者の方もいると思いますので、災害等の緊急時にも対応できるように、行政と地域の自治会・民生委員・施設等にも連携してマップ
兵庫県	2	高齢者の多い町なのですが、高齢者と息子、高齢者と娘という2人世帯が多く、その中で、障害のあることを隠してこられている所も未だあり、地域包括支援センターでも、息子・娘さんの今後の生活支援をどう考えるかが課題とされています。重度知的・精神障害者の在宅生活を支える上で、ソフト面での連携が今後も必要だと感じています。
富山県	1	住まいの場所等の情報はわかるが男女や部屋の空室状態がわからない。
鹿児島県	1	過疎化地域における医療機関の緊急時受け入れ態勢の強化。
栃木県		特に精神障害者のグループホームは、必要とされているのに増えないのは、立ち上げるための制度ができていないからだと思います。ハードがなければ、ソフトにも限界があります。有志が立ち上げて限界があります。