

居住支援におけるアセスメントのポイント

(共同生活援助、生活訓練、自立生活援助)

この資料は、サービス管理責任者サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者指導者養成研修「障害児支援コース研修資料」を一部抜粋・改変して使用しています。

【内容】

- ① 共同生活援助(グループホーム)について
- ② 自立訓練(生活訓練)について
- ③ 自立生活援助について
- ④ 地域生活におけるアセスメントのポイント



①共同生活援助(グループホーム)について

・障害福祉サービスは「**介護給付**」と「**訓練等給付**」の大きく2つに分けられます。

介護給付

- ・生活介護
- ・居宅介護
- ・重度訪問介護
- ・同行援護
- ・行動援護
- ・重度障害者等包括支援
- ・短期入所
- ・療養介護
- ・施設入所支援

訓練等給付

- ・自立訓練(機能・生活)
- ・就労移行支援
- ・就労継続支援(A型・B型)
- ・就労定着支援
- ・自立生活援助
- ・**共同生活援助**



Why GHが
訓練等給付？

共同生活援助（GH）の利用者像

単身での生活は不安があるため、一定の支援を受けながら地域の中で暮らしたい方

家族からの独立を目指している人



一定の介護が必要であるが、施設ではなく地域の中で暮らしたい方

入所施設や精神科病院病院から退所・退院して地域生活へ移行したいが、いきなりの単身生活には不安がある人

GHでの地域生活経験を経て、一人暮らしを目指している人

共同生活援助（GH）は・・・

障がいのある方が地域住民との交流が確保される
地域の中で、家庭的な雰囲気の下、共同生活を営む
住まいの場



家事等だけでなく、買い物や行政手続き等、相談で
きる人を見つけ、どのように対応していくか等、社会
生活能力を身につけていく場



共同生活援助（グループホーム）

訓練等給付

【対象者】

地域において自立した日常生活を営む上で、相談、入浴、排泄又は食事の介護その他日常生活上の援助を必要とする障害者（身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る）

<4つの型がある>

- ①外部サービス利用型
- ②日中サービス支援型
- ③介護サービス包括型
- ④サテライト型（一人暮らし）



<サービス内容>

外部サービス利用型	日中サービス支援型	介護サービス包括型
<p>■主として夜間において、共同生活を営むべき住居における相談その他日常生活上の援助を実施</p> <p>■利用者の状態に応じて、入浴、排せつ又は介護その他日常生活上の援助を実施(外部の居宅介護事業所に委託)</p> <p>■利用者の就労先又は日中活動サービス等との連絡調整や余暇活動等の社会生活上の援助を実施</p>	<p>■主として夜間において、共同生活を営むべき住居における相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他日常生活上の援助を実施(昼夜を通じて1人以上の職員配置)</p> <p>■利用者の就労先又は日中活動サービス等との連絡調整や余暇活動等の社会生活上の援助を実施</p> <p>■短期入所(定員1~5人)を併設し、在宅で生活する障害者の緊急一時的な宿泊の場を提供</p>	<p>■主として夜間において、共同生活を営むべき住居における相談、入浴、排泄又は食事の介護その他日常生活上の援助を実施</p> <p>■利用者の就労先又は日中活動サービス等との連絡調整や余暇活動等の社会生活上の援助を実施</p>

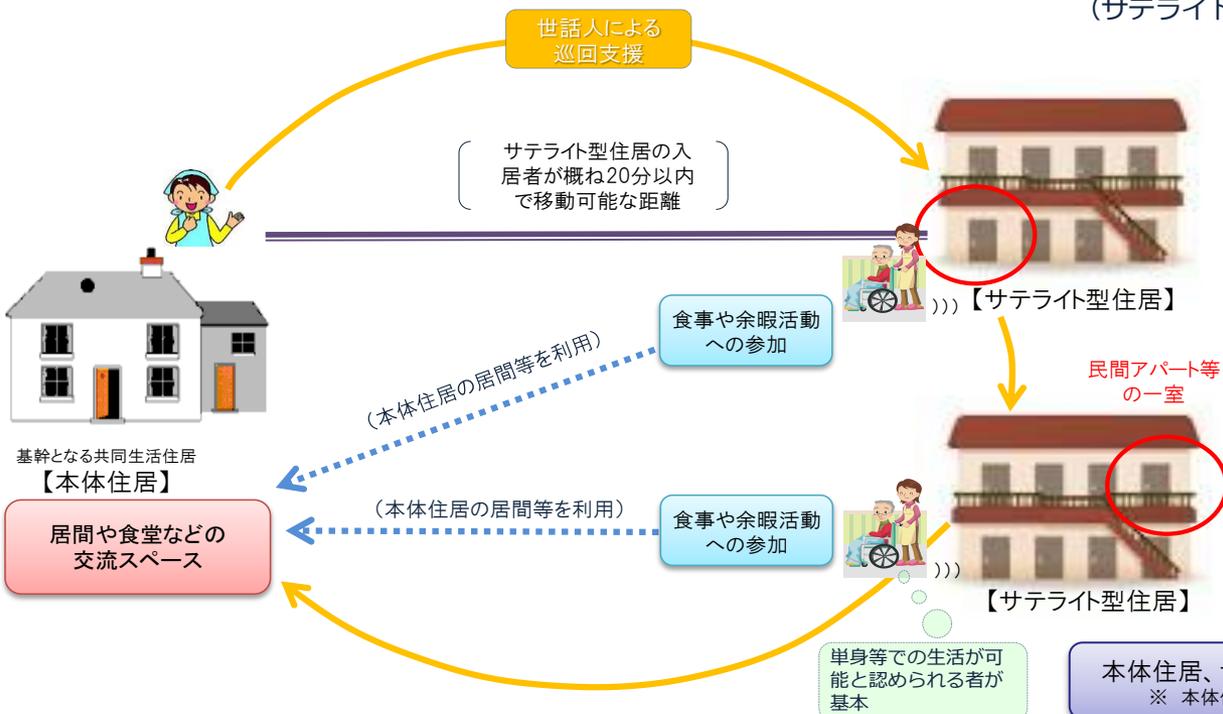
グループホーム（サテライト型）の概要

- 地域生活への移行を目指している障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同住居よりも単身での生活を望む人がいる
- 少人数の事業所が経営安定化の観点から、定員を増やそうとしても近隣に入居人数など条件にあった物件がなく、また、物件が見つかっていても界壁の設置など大規模改修が必要となるケースも少なくないとの声がある。

共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえつつ、1人で暮らしたいというニーズにも応え、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、グループホームの新たな支援形態の1つとして本体住居との密接な連携（入居者間の交流が可能）を前提として

ユニットなど一定の設備基準を緩和した1人暮らしに近い形態のサテライト型住居の仕組みを創設

（サテライト型住居を設置する場合のグループホームの設備基準）



	本体住居	サテライト型住居
共同生活住居の入居定員	原則、2人以上10人以下 ※	1人
ユニット（居室を除く）の設備	居間、食堂等の利用者が相互に交流を図ることができる設備	本体住居の設備を利用
ユニットの入居定員	2人以上10人以下	—
設備	・日常生活を営む上で必要な設備 ・サテライト型住居の利用者から適切に通報を受けられる通信機器（携帯電話可）	
居室の面積	収納設備を除き7.43㎡	

（※）サテライト型住居の入居定員は本体住居の入居定員には含まないものとする（事業所の利用定員には含む）。

本体住居、サテライト型住居（※）のいずれもグループホーム事業者が確保
※ 本体住居につき、2か所（本体住居の入居者が4人以下の場合は1か所）が上限

サテライト型住居の実際の利用者像

単身生活に不安を抱えている

- 一人での生活の練習の場として利用
- 家族・支援者等の不安や見立ての確認の場としての利用

自らの相談が苦手

- 主体的な相談やSOSが苦手で、定期訪問等を希望

共同生活が苦手、適切でない

- 単身生活は難しいが、GHでの共同生活は不適切な場合等



グループホームの概要

- ☆ 障害のある方が**地域住民との交流が確保される地域の中で、家庭的な雰囲気の下、共同生活を営む住まいの場。**
- ☆ 1つの住居の利用者数の平均は**6名程度。**

具体的な利用者像

- ☆ 単身での生活は不安があるため、一定の支援を受けながら地域の中で暮らしたい方
- ☆ 一定の介護が必要であるが、施設ではなく地域の中で暮らしたい方
- ☆ 施設を退所して、地域生活へ移行したいがいきなりの単身生活には不安がある方 など

具体的な支援内容

- ☆ 主として夜間において、共同生活を営むべき住居における相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他日常生活上の援助を実施
- ☆ 利用者の就労先又は日中活動サービス等との連絡調整や余暇活動等の社会生活上の援助を実施

必要な設備等

- ☆ **共同生活住居ごとに1以上のユニットが必要**
- ☆ **ユニットの入居定員は2人以上10人以下**
- ☆ 居室及び居室に近接して設けられる相互に交流を図ることができる設備を設ける
- ☆ 居室の定員：原則1人
- ☆ 居室面積：収納設備を除き**7.43㎡**

★住宅地に立地

★入居定員は原則10名以下

- ※ 既存の建物を利用する場合は20名以下、都道府県知事が特に必要と認める場合は30名以下とすることができる。
- ※ 日中サービス支援型の場合、一つの建物に複数の共同生活住居を設けることができる。(定員の合計は20人以下)

R5.4月実績

利用者数の推移



出典：国保連データ（各年度末月）

	グループホーム（共同生活援助）		
	（外部サービス利用型）	（介護サービス包括型）	（日中サービス支援型）
利用対象者	障害支援区分にかかわらず利用可能		
サービス内容	主に夜間における食事や入浴等の介護や相談等の日常生活上の援助		
介護が必要な者への対応	外部の居宅介護事業所に委託	当該事業所の従業者により介護サービスを提供	当該事業所の従業者により常時の介護サービスを提供
報酬単位	世話人の配置に応じて 243単位～114単位 標準的な時間に応じて (受託居宅介護サービス) 96単位～	世話人の配置及び障害支援区分に応じて 667単位～170単位	世話人の配置及び障害支援区分に応じて 1,105単位～252単位
事業所数	1,233事業所	10,631事業所	809事業所 (平成30年4月～)
利用者数	14,913人	146,402人	11,586人 (平成30年4月～)

利用者数合計 172,901人

事業所数・利用者数については、国保連令和5年4月サービス提供分実績

共同生活援助における支援の質の確保（地域との連携）

- 障害者部会報告書において、
 - ・ 障害福祉サービスの実績や経験があまりない事業者の参入により、障害特性や障害程度を踏まえた支援が適切に提供されないといった支援の質の低下が懸念される。
 - ・ 居住や生活の場であり、運営が閉鎖的になるおそれのあるサービス類型については、地域の関係者を含む外部の目を定期的に入れることが、事業運営の透明性を高め、一定の質の確保につながるものと考えられ、介護分野の運営推進会議を参考とした仕組みを導入することが有効と考えられる。
との指摘があった。
- これを踏まえ、運営基準において、各事業所に地域連携推進会議を設置して、地域の関係者を含む外部の目（又は第三者による評価）を定期的に入れる取組を義務づける。（施設入所支援も同様）

＜地域との連携等【新設】＞

- ① 利用者及びその家族、地域住民の代表者、共同生活援助について知見を有する者並びに市町村の担当者等により構成される地域連携推進会議を開催し、おおむね1年に1回以上、運営状況を報告するとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。
 - ② 会議の開催のほか、おおむね1年に1回以上、会議の構成員が事業所を見学する機会を設けなければならない。
 - ③ ①の報告、要望、助言等についての記録を作成し、これを公表する。
- ※ 外部の者による評価及び当該評価の実施状況の公表又はこれに準ずる措置として都道府県知事が定めるものを講じている場合には、適用しない。
 - ※ 日中サービス支援型における協議会への報告義務は、これまでと同様。
 - ※ 上記規定は、令和6年度から努力義務化、令和7年度から義務化。



グループホームから希望する一人暮らし等に向けた支援の充実

①グループホーム入居中における一人暮らし等に向けた支援の充実

【現行】自立生活支援加算 500単位/回 * 入居中2回、退居後1回を限度

【見直し後】(新設) **自立生活支援加算(Ⅰ)** 1,000単位/月 * 6ヶ月。個別支援計画を見直した上で支援を実施。介護サービス包括型、外部サービス利用型が対象。

(現行) 自立生活支援加算(Ⅱ) 500単位/回 * 入居中2回、退居後1回を限度。日中サービス支援型対象

(新設) **自立生活支援加算(Ⅲ)** 80単位/日 * 移行支援住居。3年間。介護サービス包括型、外部サービス利用型において、共同生活住居単位で実施。

※ 利用者がグループホームの継続的な利用を希望している場合や意思の表明が十分に確認できていない場合、事業所や支援者の都合による場合等については、加算の対象外。

【新設】 **ピアサポート実施加算** 100単位/月 * 自立支援加算(Ⅲ)に加算

【新設】 **居住支援連携体制加算** 35単位/月、**地域居住支援体制強化推進加算** 500単位/回 (月1回を限度) * 自立支援加算(Ⅰ)に加算

* 移行支援住居の入居者については、自立支援加算(Ⅲ)として一括して評価。

②グループホーム退居後における支援の評価

【新設】 **退居後共同生活援助サービス費・退居後外部サービス利用型共同生活援助サービス費** 2,000単位/月 * 退居後3ヶ月 自立支援加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定した者が対象。

【新設】 **退居後ピアサポート実施加算** 100単位/月 * 退居後共同生活援助サービス費、退居後外部サービス利用型共同生活援助サービス費に加算

1. グループホーム入居中に一人暮らし等を希望した利用者に対する支援



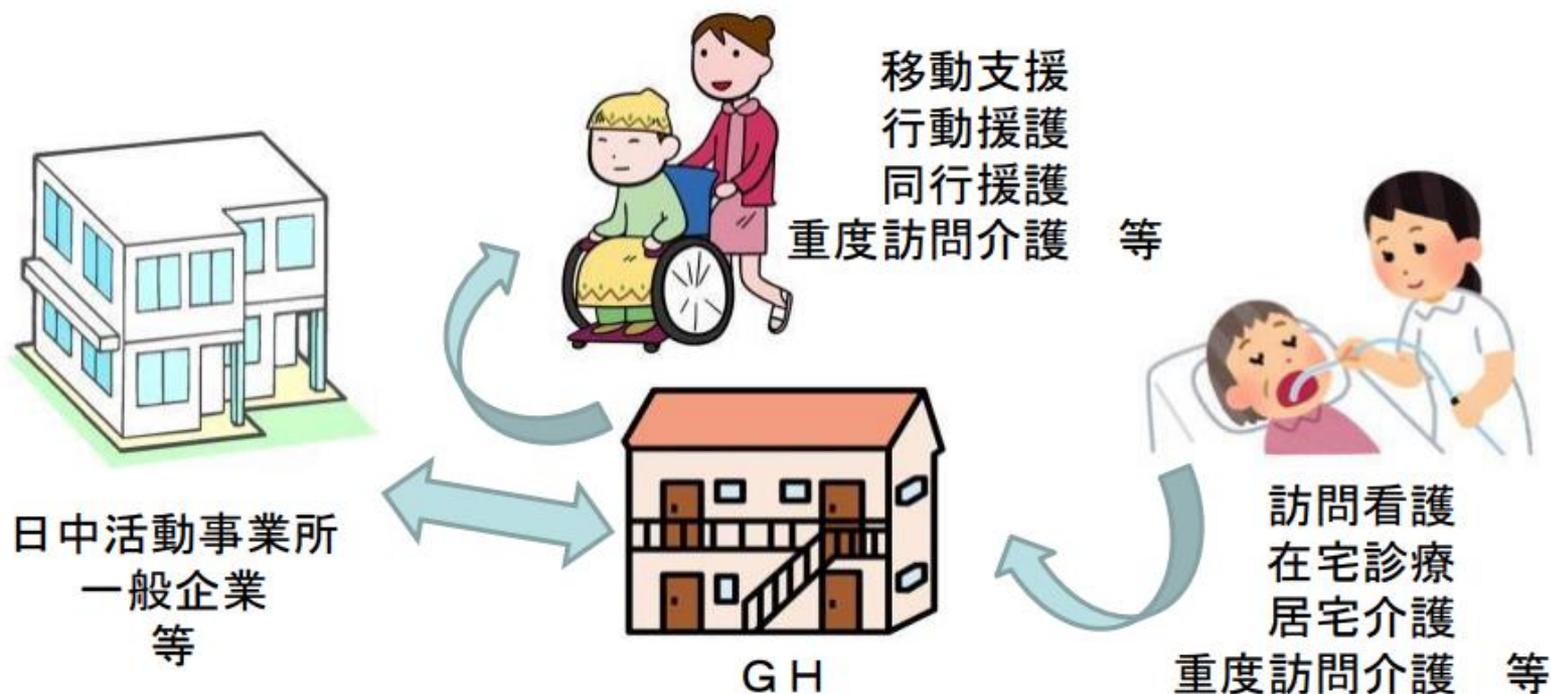
2. グループホーム入居前から一人暮らし等を希望する利用者に対する支援



GHは様々なサービスと連携する必要がある

GH単体では、日中活動や外出支援、重度心身障害のある方の介護等には対応できないため、必然的に他のサービスとの組み合わせが必要となる。

GHのサビ管は、相談支援や様々なサービス等と連携する必要があるということになる。



グループホームでサービス管理責任者として働く方へ

伝言1 限界はあるにしても、嫌だろうなと思うこと一つ一つを払拭、軽減していくことを諦めないで下さい。

- ①あなたは、あなたが担当しているGHIに住めますか？
- ②住めないとしたら、その理由をあげてください？



伝言2 日々の中にサビ管と支援スタッフが集まり、情報を一元化し支援の価値と基準を共有化するコアタイムを設けましょう！

- ①サビ管の思いや考えが、世話人さんや生活支援員に正確に伝わり、共有化する仕組みが日々の中にありますか？
- ②日々の支援に対して、サビ管がスーパーバイズできる場면을日々の中に設けていますか？
- ③スタッフからの日々の報告を、電話やファックスだけで済ませていませんか？

伝言2の② このコアタイムがスタッフとサビ管のOJT、且つ研鑽の場であり、チームにおける支援の質を担保することになるのです。

伝言3 現在のニーズに応え積み重ねることは、私たちのミッションであり、制度を創出させ充実させることにつながる。

③ 自立訓練(生活訓練)について

自立訓練（生活訓練）

訓練等給付

【対象者】

地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定期間の訓練が必要な障害者（具体的には次のような例）

- ①入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上等を目的とした訓練が必要な者
- ②特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などを目的とした訓練が必要な者等

<3つの種類がある> 標準利用期間：24カ月内（2年）

①通所型

（自宅から事業所に通所し、日常生活を送るために必要な能力を身に着けるために訓練を行う）

②訪問型

（スタッフがご本人の自宅を訪問し、1対1で訓練を行います。

ひきこもりや長期入院の生活によって外出が困難な方でも安心して利用することができます。）

③宿泊型

（昼間に一般就労や福祉サービスを利用している障害のある方へ、宿泊を通じて、生活能力・向上のトレーニングを行います。）

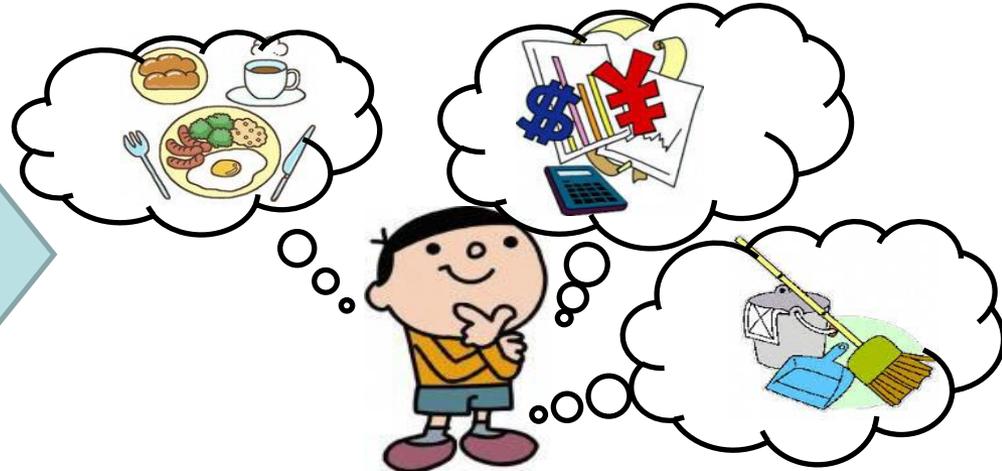
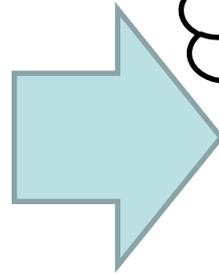
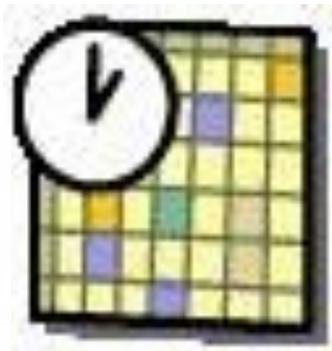
自立訓練(生活訓練)の目的

対象者は地域移行や家族から独立して一人暮らしを目指している人

目的は日常生活能力の維持向上

目指すのはその人が住みたい場所で生活していく力をつけていくこと

事業所のプログラムに本人が合わせるのではなく、本人に必要なことをプログラムや支援内容として提供する



これって必要と思ったらプログラムに

1人で

仲間と

ストレスマネジメント・コミュニケーションスキル



気持ちの整理整頓



伝える力・聞く力

生活力アップ
座学
実践



エンジョイパソコン



生活塾



クローバーカフェ

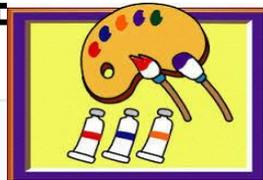


らくらくランチ

余暇活動・体力回復支援



映画鑑賞会



ダ・ヴィンチクラブ



うきうきクローバー

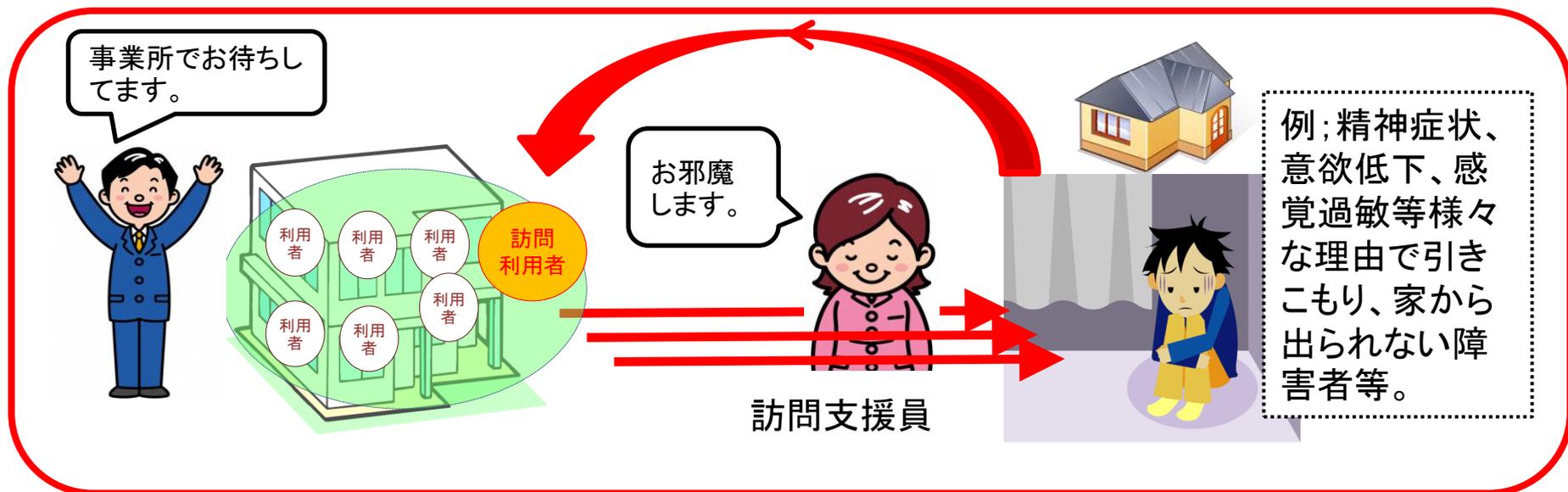


寝屋川ウォーカー
資料 福岡 薫

訪問による訓練のイメージ（参考例①）

通所が困難な障害者が、通所による訓練に通えるようになることを目指して、訪問による訓練を利用する場合

居宅に訪問し、信頼関係を形成しながら訓練を行うと、生活訓練に通いたいという目標ができ外へ出られない原因を克服しようという意欲も湧き、少しずつ外へ出られるようになる、等。

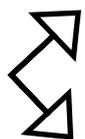


訪問による訓練のイメージ（参考例②）

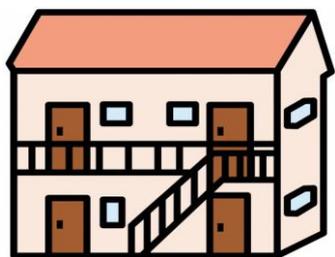
生活上必要な家事等を、実際の生活環境で訓練することが効果的な場合（新規⇒自立訓練への通所を前提にしない）

自宅周辺での買い物や、自宅の清掃、自宅の調理器具と家電製品等を使っての家事等を訓練すると、御本人自身でできることが増える、等。

訓練⇒評価



できるようになったこと⇒自立へ
支援が必要なこと⇒サービスへ



御自分で充分できるようになりましたね。



例；簡単な食材を知り、レンジの使い方を練習したら自炊出来るようになり、家事援助の支給量が減る等。

訪問による訓練のイメージ（参考例③）

就労中の障害者の自宅等を訪問して生活訓練することで、就労継続を支えられる場合（新規⇒自立訓練への通所を前提にしない）

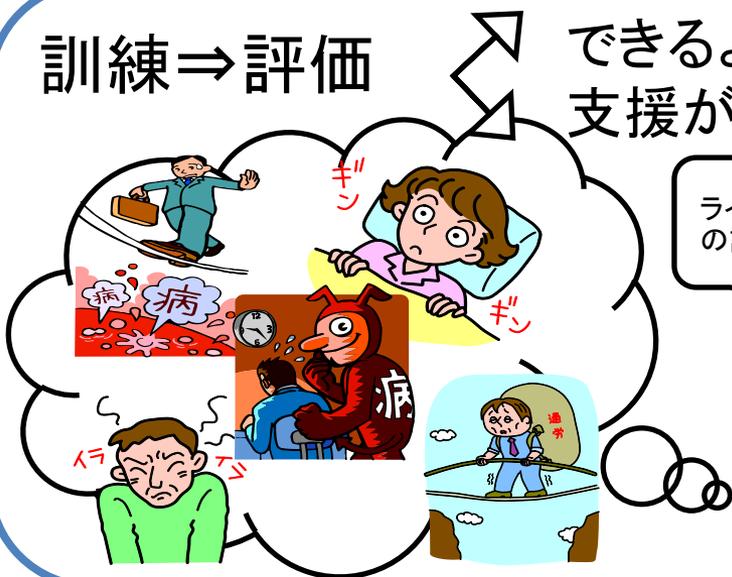
就労すると体調を崩してしまう方が、働きながら生活を整える訓練（家事、体調管理、対人関係等）をすると、生活と仕事の両立の仕方が身に付き、生活も体調も安定し、就労も継続することができる、等。

訓練⇒評価

できるようになったこと⇒自立へ
支援が必要なこと⇒サービスへ

ライフとワークの両立の訓練ですね。

例；就労継続を目標に、多機関と連携し、就労場面での状況を勘案しながら、家事や体調管理の方法等を訓練する等。



訪問による訓練のイメージ（参考例④）

バスや電車等の公共交通機関を利用できるように移動の訓練を行う場合（新規⇒自立訓練への通所を前提にしない）

実際の経路の交通機関において、公共交通機関への乗車と移動の訓練を行うと、一人で通えるようになる、等。

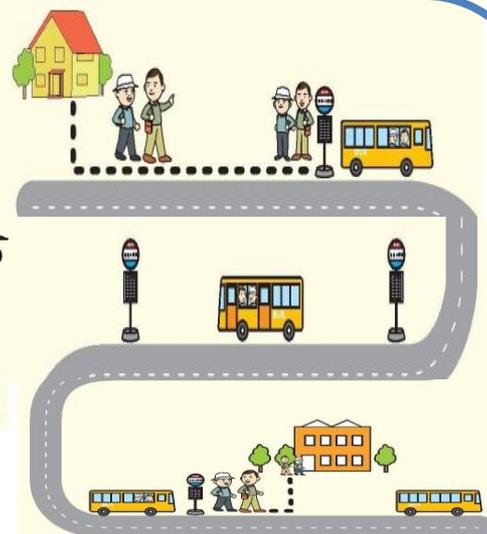
訓練⇒評価

例；事業所や就労先へのルートで電車やバスの乗り方の訓練をしたら、一人で通えるようになる、等。

可能⇒自立へ
困難⇒送迎、移動支援等へ



一人で移動できるようになると、障害者の暮らしの幅が広がるだけでなく、地域の人々との出会いと理解の機会も増えますね。



<http://www.pref.oita.jp/soshiki/12500/noruzo.html>

「ひとりで乗りたい♪（知的障害者通所自立支援マニュアル）」発行大分県より

④自立生活援助について

自立生活援助

訓練等給付

【対象者】

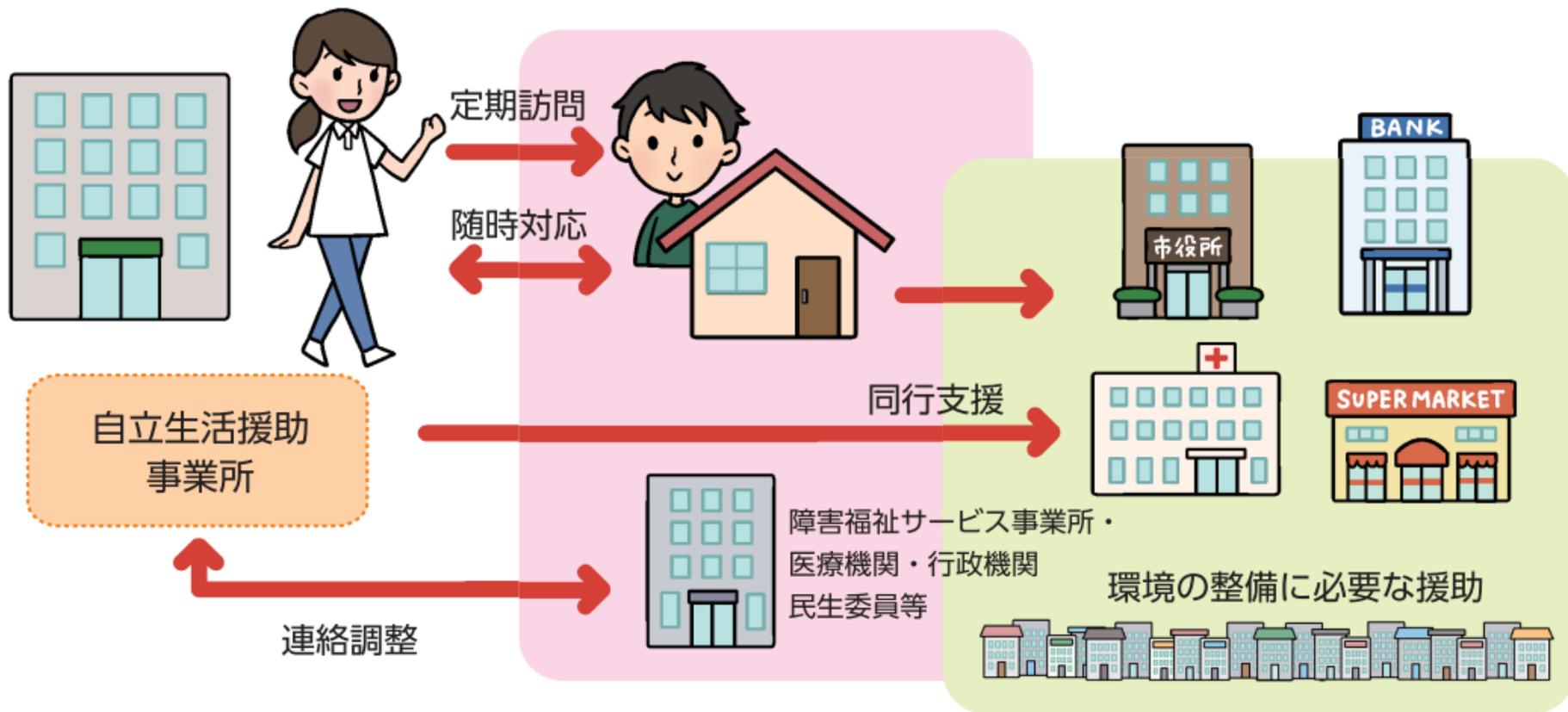
障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等や居宅において単身であるため、又はその家族と同居している場合であっても家族等の障害・疾病等や当該障害者の生活環境の大きな変化その他の事情により、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある者

<サービス内容>

■居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題につき、定期的な巡回又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、障害者の状況を把握し、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等の自立した日常生活を営むための環境整備に必要な援助を行う。

＜自立生活援助は柔軟な支援＞

自立生活援助は、一人ひとりの取組む課題やその方のペースに合わせて「定期的な訪問」だけでなく「随時の対応」や「同行支援」を組み合わせて行うことができる柔軟性の高い支援です。



(出典：地域で暮らそう!地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイド_金剛出版, 2018)

(市民としての普通の暮らしを支える関係づくり)



様々な関係性
へのバトンタッチ



必要な資源 (サービス)
との橋渡し



関係作りと
アセスメントの循環



関係性
構築の援助
「のりしろ」の支援

住まいに関する人や機関との連携も重要

普通の暮らしを叶える仕組みづくり (ノーマライゼーション・重層的なセーフティーネットを意識)

障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて

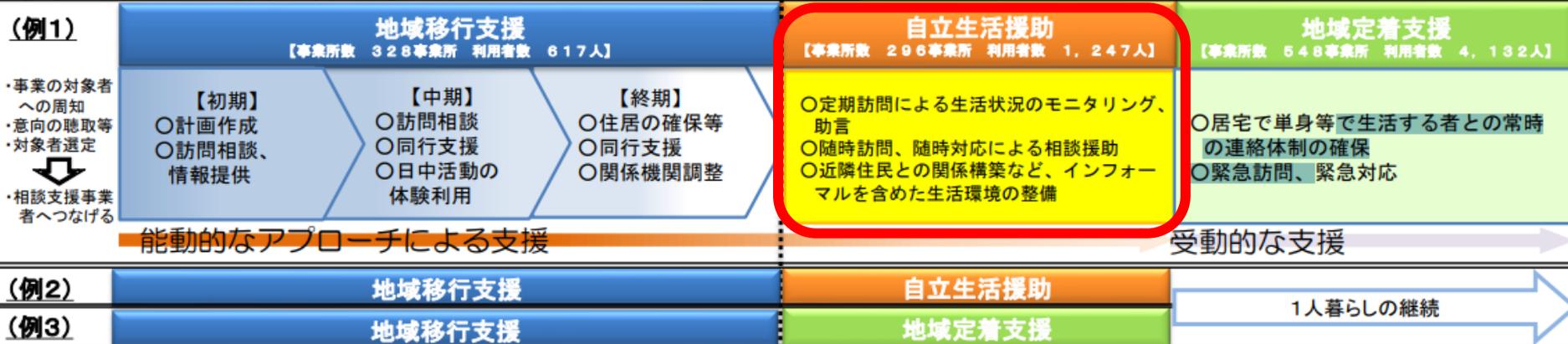
地域生活への移行に向けて、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援を組み合わせた支援を実施

- 地域移行支援： 障害者支援施設や病院等に入所又は入院している障害者を対象に、住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。【支給決定期間：6ヶ月間】
- 自立生活援助： グループホームや障害者支援施設、病院等から退所・退院した障害者等を対象に、定期及び随時訪問、随時対応その他自立した日常生活の実現に必要な支援を行う。【標準利用期間：1年間】
- 地域定着支援： 居宅において単身で生活している障害者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。【支給決定期間：1年間】

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)

退院・退所

【出典】 令和5年4月サービス提供分(国民健康保険団体連合会データ)



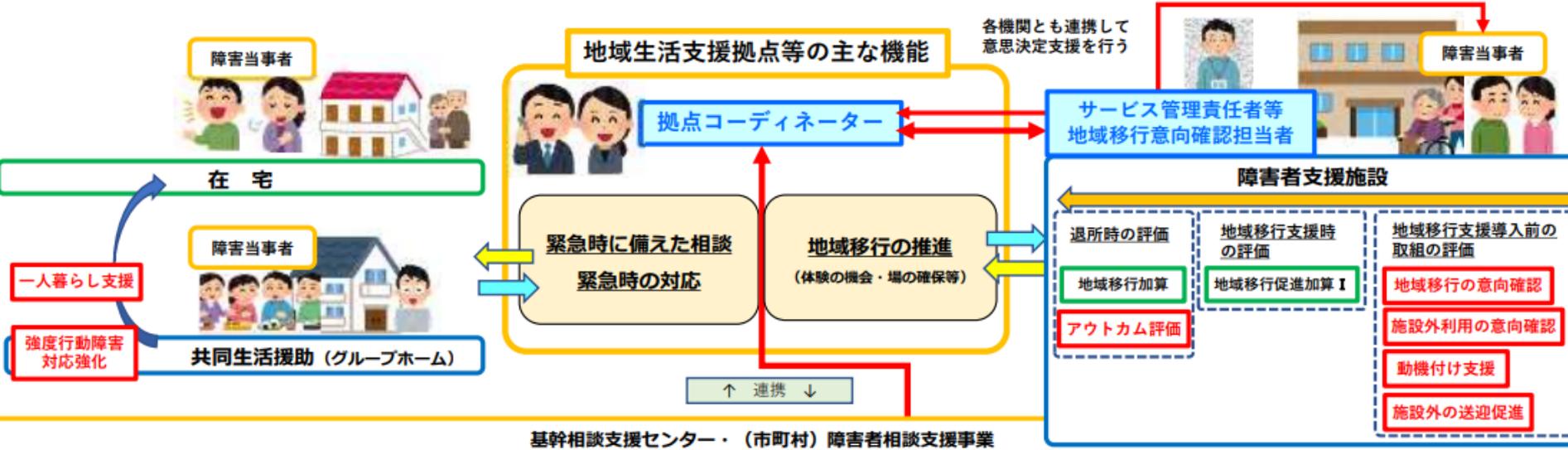
自立支援協議会によるネットワーク化

市町村、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、障害者就業・生活支援センター 等

障害者支援施設からの地域移行に向けた取組の全体像（イメージ）

本人も家族も安心できる地域生活

本人の希望に応じた施設から地域生活への移行



* 図内の枠色について
 既存の障害福祉報酬での取組
 R6 障害福祉サービス等報酬改定
 * 障害福祉サービス等報酬の一部抜粋

行政機関（障害福祉・高齢・保健等）・医療等の関係機関 （自立支援）協議会等の協議の場

⑤地域生活におけるアセスメントの ポイント

(1) アセスメントとニーズの把握について

- 本人中心の生活を支援するためのアセスメント
- 本人の障害特性と状態像を理解する
- 主訴とニーズの違いを理解する
- 「主語＝私」で始まる計画となるよう本人のニーズに心がける
- 表出出来ないニーズの把握にも留意する
 - 本人の声(ニーズ、不安、ストレス)を記録化する



傾聴と共感 対話とかかわり

(2) 日常生活動作、健康、コミュニケーション、社会的活動等の生活全般にわたるアセスメント

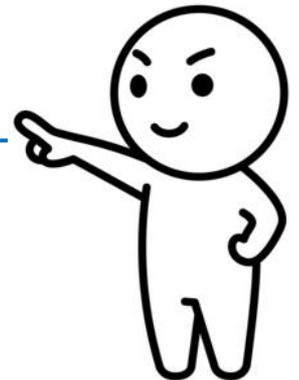
- 援助過程、参加過程、環境との相互作用としてのアセスメント。
- スtrenghs 4つの側面(①性格・人柄／個人的特性、②才能・素質、③環境、④興味・関心／向上心)。



- スtrenghsは対話と関係性から導き出す。
- 日常生活動作、IADL、健康、生活基盤、コミュニケーションスキル、社会生活技能、社会参加、教育、就労などの生活全般にわたるアセスメント
- 生活の場面(環境)の正確な把握。
- アセスメントは現状の把握とともに、過去の支援記録も参考になる。
- 自立訓練、グループホームの各事業毎に、重点的なアセスメント項目を確認する。

(3) その人に必要な生活訓練の軸を見立てる

- グループホームを目指すのか、一人暮らしを目指すのか、就労を目指すのか、生活習慣の確立を目指すのか、まず必要な支援を見立てる。
- 目指す目標に向けての支援上の課題を丁寧に評価し、本人とともにその優先順位を確定する。
- 不安やストレスの軽減を図りつつ、小さな前進を確認する。



(4) 地域生活移行後の自己実現と社会的関係の構築

- 地域の中で普通に暮らすために、どのような自己実現を図るのか確認する。
 - 本人の可能性やストレングスを把握する。
- グループホームという住まいの場、地域での活動の場がどのように生活を支え、社会的関係の繋がりを広げることが出来るのか、具体的に確認する。
 - 「自分が何かをして、それを他人が認めてくれる」ということは、社会的関係の中において、はじめて出来ること。



(5) 権利擁護のために

- 本人の意向優先を第一に。
 - 家族とのニーズをめぐるズレにどう向き合うか。
- 家族関係、地域の人間関係、生活基盤や金銭管理状況などの正確な把握。
 - エコマップを本人と一緒に作成する。



家族が「本人中心の支援」に移行するために、サービス管理責任者ができることを考えてみましょう。

(6) 地域社会資源の把握

- 地域の社会資源を把握する。
- 地域の社会資源を本人が理解出来るように支援する。
 - 地域の状況をビジュアルにして知る支援(グループホーム、近くの店、駅、目立つ建物等の写真を活用)。
 - 見て、体験するための支援(パンフレット資料の提供と、サービス資源をどのように利用するか)。
 - …示す(される)からアクティブ(する)へ…
- (地域自立支援)協議会へ参画し、関係機関との拡がりを進め、実情を理解する。



(7) 課題整理の工夫



- 都道府県の研修では、ケアマネジメントのアセスメント、課題整理、ご本人の希望に即した個別支援計画の作成について、再確認する機会となる。
- アセスメントでは、できることとできないことをチェックしているうちに、ご本人の全体像がぼやけてしまうことがある。⇒アセスメントを100字程度で要約してみる。
- ご本人の意向等のニーズを、一つひとつ整理しながらも、支援課題を全体的に整理する。
- ご本人の能力、家族、インフォーマルな支援等の状況等は、利用者の状況、環境の状況に整理する。
- 支援者の気になることや推測できることには、ご本人の強さ、可能性、揺れ具合も含めた見立てとして整理する。
- 支援者の見立てのうえで、ご本人の希望に即した支援を行うためには、もう一度、ご本人の全体像を確認する。⇒「〇〇さんって、どんな人」ということを、100字程度でまとめてみる(箇条書きでも可)。
- ご本人の全体像をふまえて、ご本人の希望に即した支援を行うための解決すべき課題を整理する。
- ご本人に解決すべき課題から目標を導き出し、それが、なぜご本人にとって大切なのかを整理する。