

【第3分野：地域生活】

第3分野における利用者主体の アセスメントについて

**～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)**

社会福祉法人すてっぷ ケアホームRUN
サービス管理責任者 飯島 健二

内容

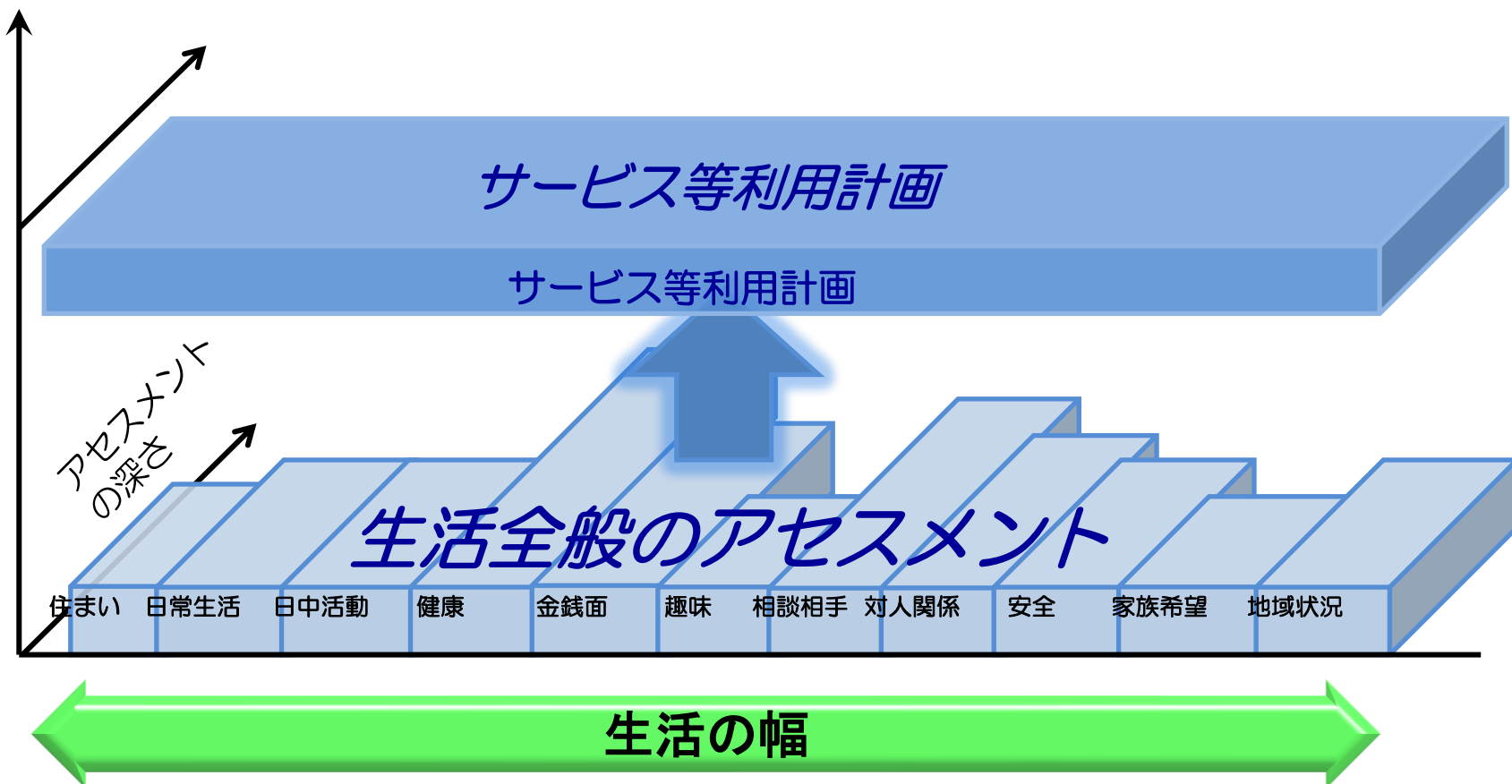
- ①サービス等利用計画と個別支援計画について
- ②地域生活を支える各種サービス
- ③地域生活におけるアセスメントのポイント
- ④地域連携推進会議について
- ⑤地域生活の実例
- ⑥まとめ

①サービス等利用計画と 個別支援計画について

(相談支援専門員が作成する)サービス等利用計画

【サービス等利用計画】

生活全般をアセスメントし、本人の願いを中心に、生活や支援の全体像を示したもの
(相談支援専門員によるサービスを繋ぐ支援)

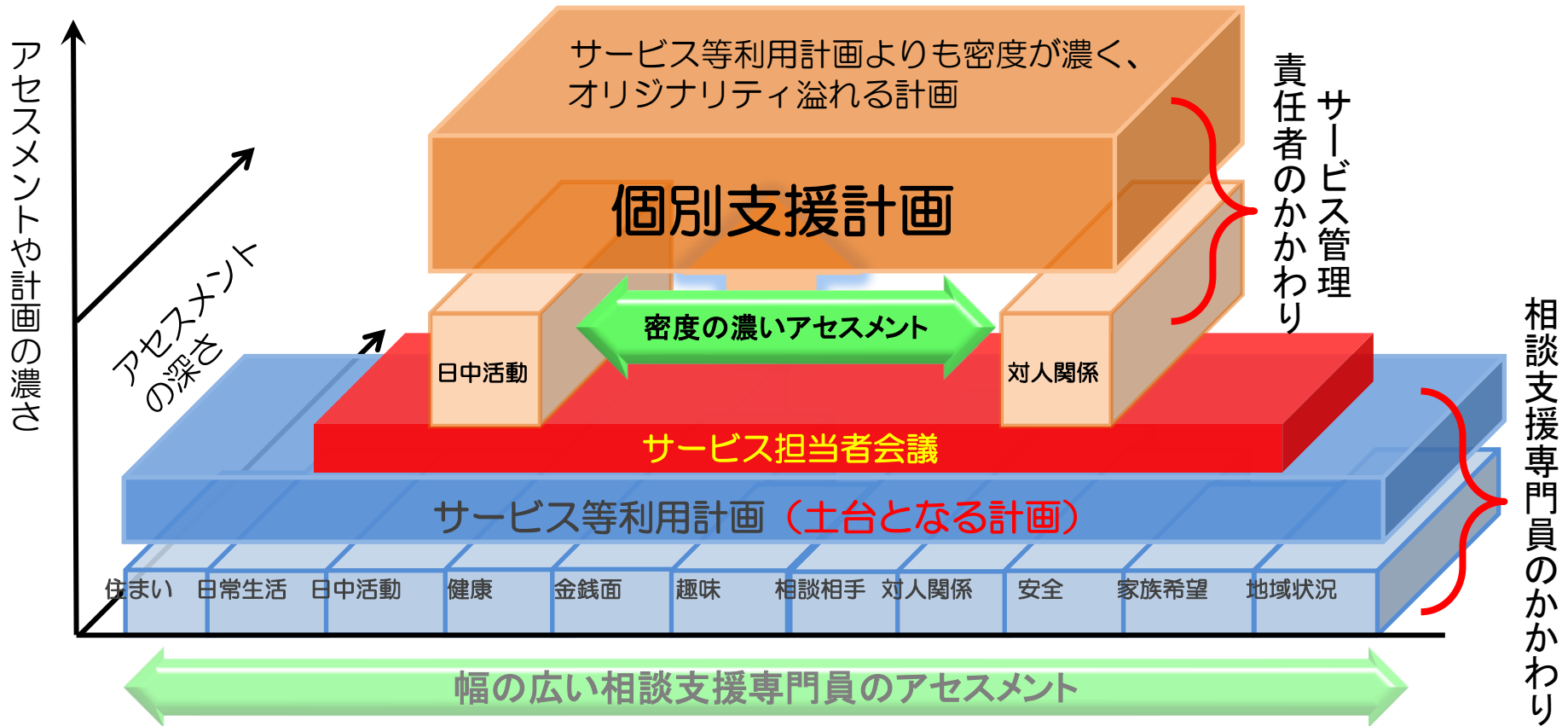


(サービス管理責任者が作成する)個別支援計画

【個別支援計画】

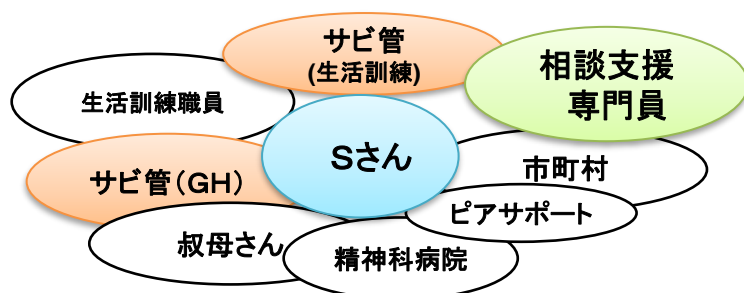
必要なアセスメントをさらに深め、本人の願いをかなえるために、より具体的な支援内容を盛り込んだもの

(サービス管理責任者による**深める支援**)



サービス管理責任者のつながる支援と深める支援を学ぶ

サービス担当者会議



つながる支援

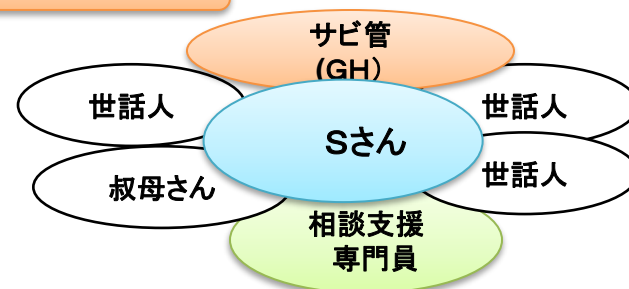
・サービス管理責任者は、相談支援専門員等と連携して、個別支援の課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織する。相談支援専門員によるサービス担当者会議に参加する。

相談支援専門員によるサービス利用計画は、トータルプラン

深める支援

・サービス管理責任者は、サービス利用計画をもとに、事業所内で個別支援会議を開き、個別支援計画(生活プラン)を作成する。

個別支援会議



サービス管理責任者による個別支援計画、生活プラン

②地域生活を支える各種サービス

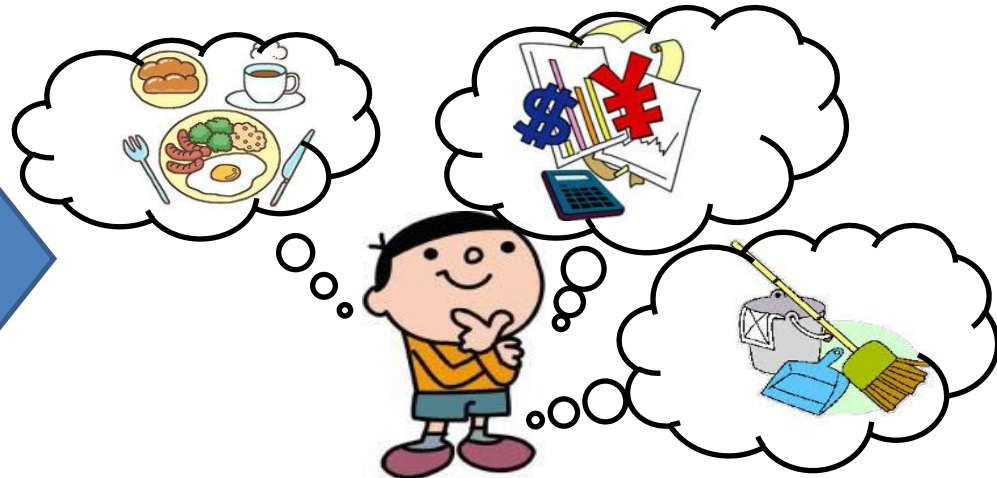
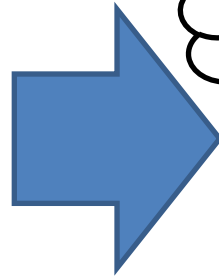
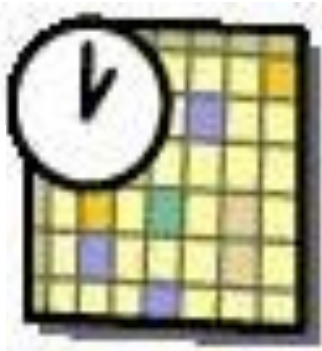
自立訓練(生活訓練)の目的

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



クローバーカフェ



らくらくランチ



生活塾

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

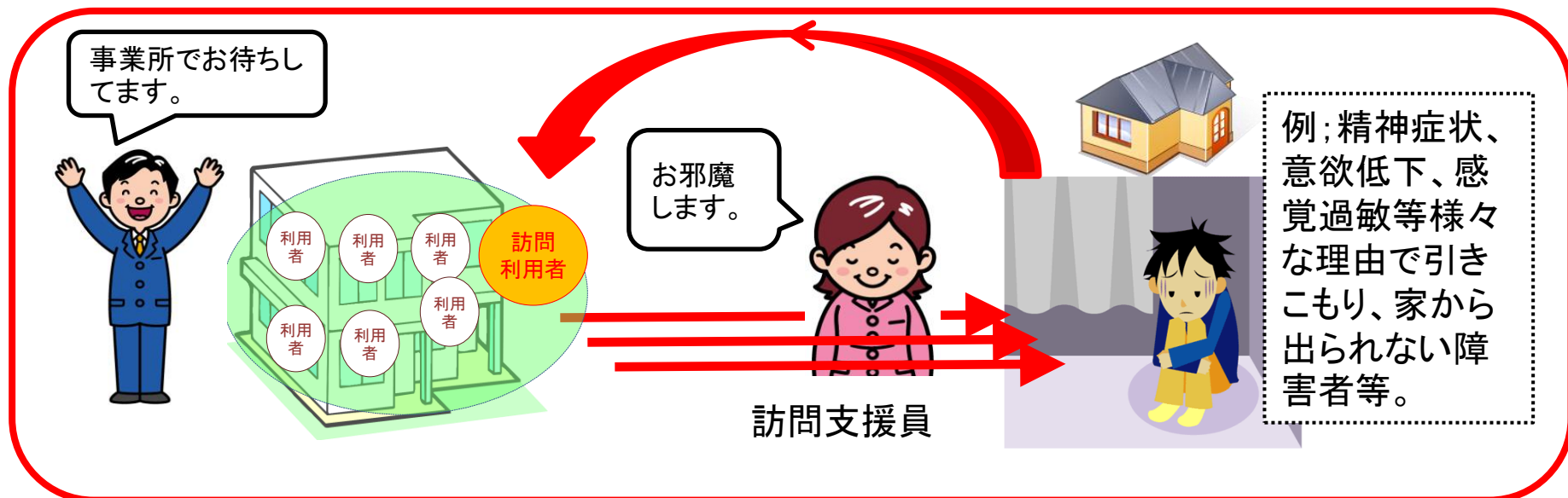


寝屋川ウォーカー

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。

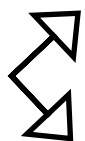


訪問による訓練のイメージ（参考例②）

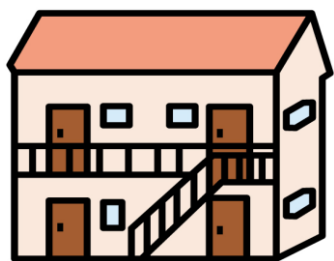
生活上必要な家事等を、実際の生活環境で訓練することが効果的な場合（新規⇒自立訓練への通所を前提にしない）

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。

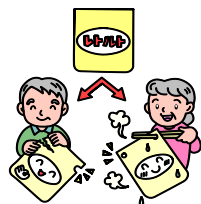
訓練⇒評価



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）

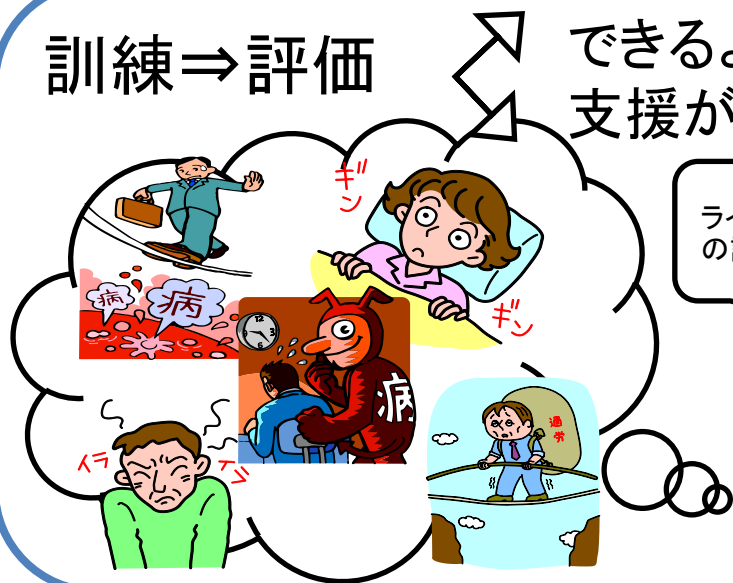
就労すると体調を崩してしまう方が、働きながら生活を整える訓練（家事、体調管理、対人関係等）をすると、生活と仕事の両立の仕方が身に付き、生活も体調も安定し、就労も継続することができる、等。

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

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GH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利用者への日々の支援に対して、サビ管がスーパーバイズできる場面を 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～目前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。

グループホーム（サテライト型）の概要

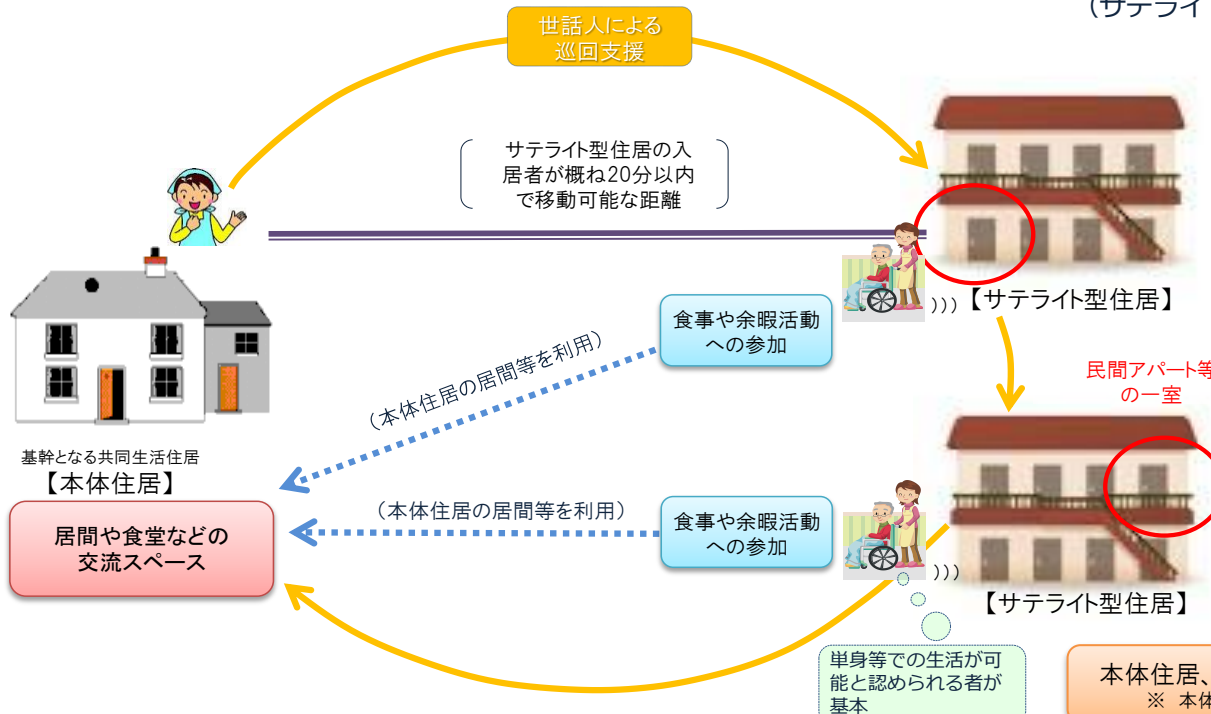
- 地域生活への移行を目指している障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同住居よりも**単身での生活を望む人がいる**
- 少人数の事業所が経営安定化の観点から、定員を増やそうとしても**近隣に入居人数など条件にあった物件がなく**、また、物件が見つかって**も界壁の設置など大規模改修が必要となるケースも少なくない**との声がある。



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

本体住居との関係と主な運営基準

＜「本体住居」との距離要件＞

概ね20分以内で移動することが可能な距離であること。

(地域性や交通手段等を考慮する。)

＜「本体住居」に対する「サテライト型住居」の箇所数の上限＞

1つの「本体住居」に原則として2か所を限度とする。

(「本体住居」の入居者が4人以下の場合は1か所)

＜主な運営基準＞

- ・職員配置、報酬の特段の上乗せはなし。
- ・1日複数回の訪問。(支援計画や本人との合意によりこの限りでない。)
- ・居間や食堂は本体住居のスペースを共有。
- ・原則として3年で単身生活へ移行。(ただし、必要により延長可能。)
- ・サービス終了後も、住み慣れた住居で継続して住めるように配慮する。

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
⇒制度の見直しや、H30年の新たな制度による単身生活への支援体制に期待。

資料 鈴木篤史 有野哲章

自立生活援助（平成30年4月～）の概要

サービス内容

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で、理解力や生活力等に不安がある者に対して、一定の期間（原則1年間）にわたり、自立生活援助事業所の従業者が定期的な居宅訪問や随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等より、当該利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供及び助言、関係機関との連絡調整等を行う。

※市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合は更新可能

対象者

- ① 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で、理解力や生活力等に不安がある者
- ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者
- ③ 障害、疾病等の家族と同居しており（障害者同士で結婚している場合を含む）、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者

※自立生活援助による支援が必要な者（例）

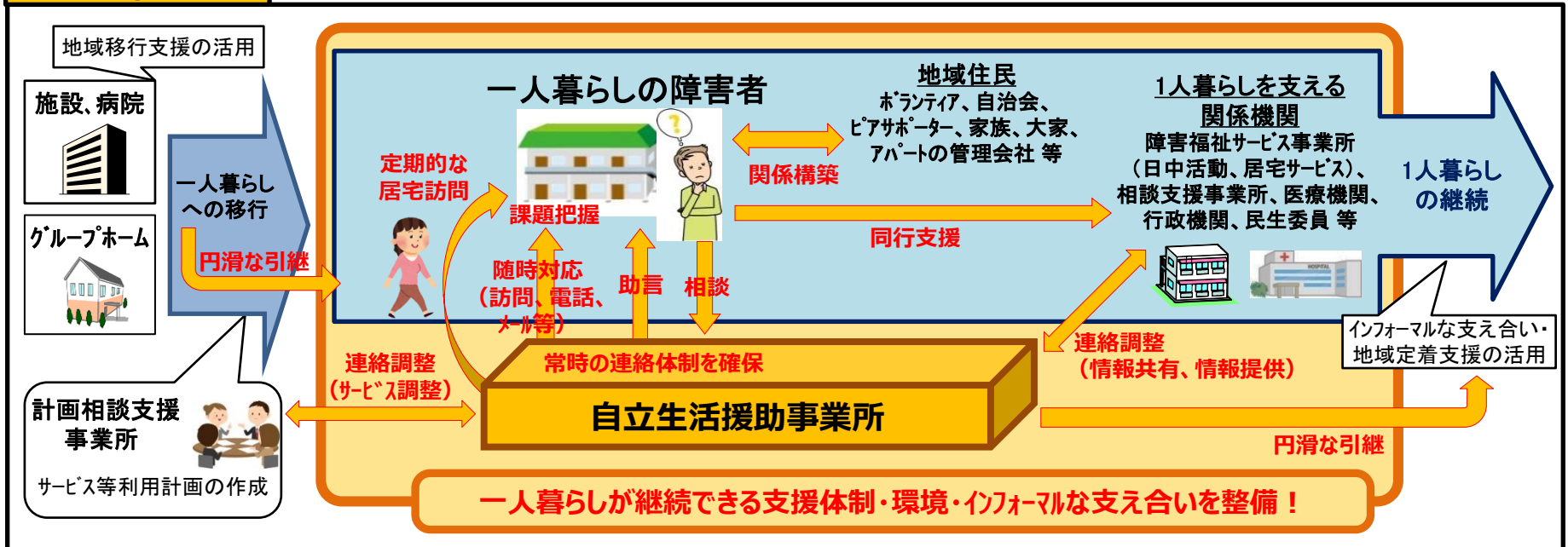
- 地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
- 人間関係や環境の変化等によって、1人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合（家族の死亡、入退院の繰り返し等）
- その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合

※家族による支援が見込めないと判断する場合（例）

- 同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
- 同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
- 同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
- その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

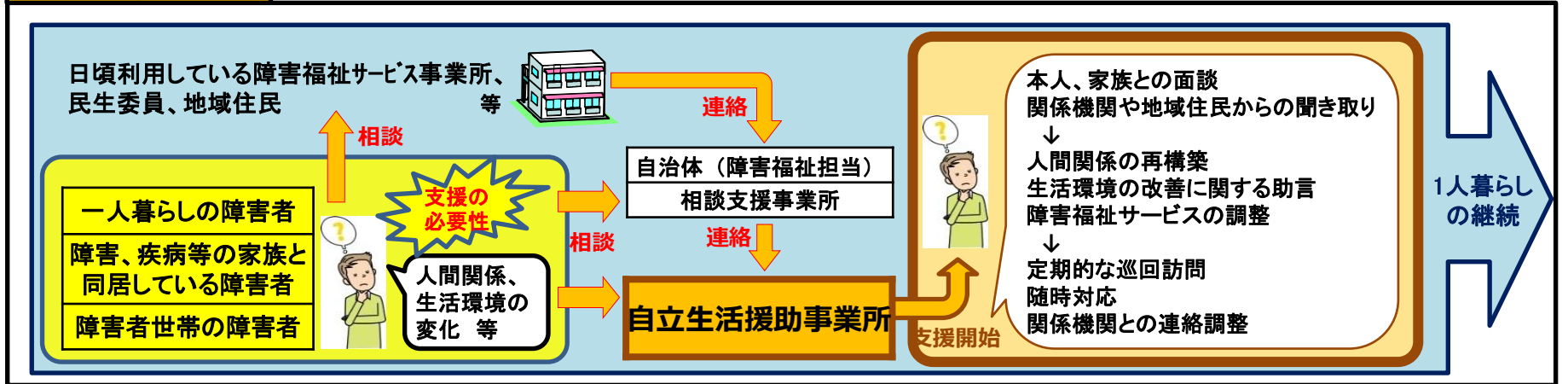
支援のイメージ

①



支援のイメージ

②



既存のサービスとの関係

※ 自立生活援助と、地域定着支援または就労定着支援との併給は認めない。

①-1 自立生活援助終了後、一人暮らしを継続



①-2 地域移行支援を利用して退所、退院した障害者が、自立生活援助終了後、一人暮らしを継続



①-3 自立生活援助終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



①-4 地域移行支援を利用して退所、退院した障害者が、自立生活援助終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



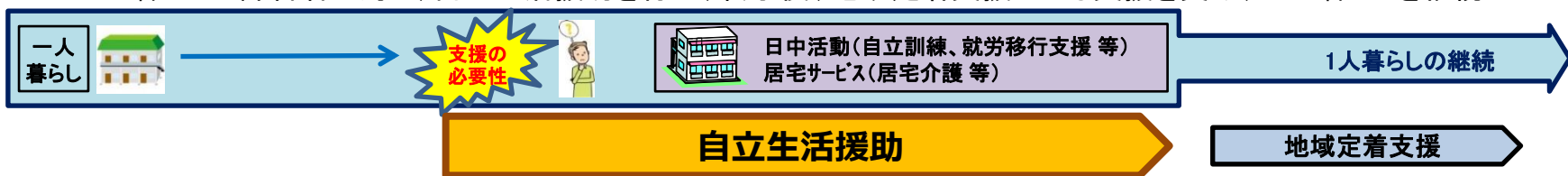
②-1 一人暮らしの障害者に対し、自立生活援助を行い、一人暮らしを継続



②-2 地域定着支援を利用している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援を再開し、一人暮らしを継続

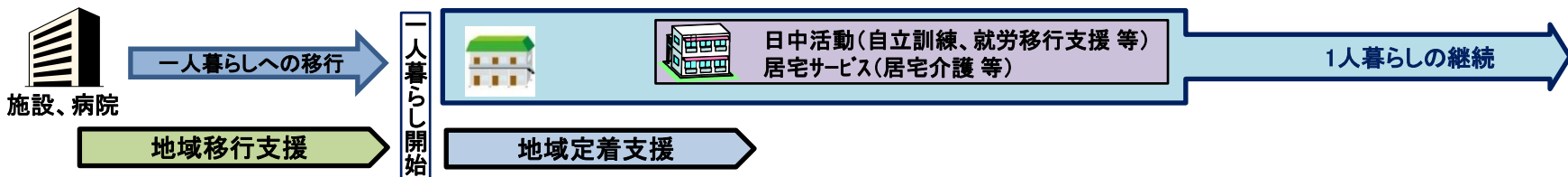


②-3 一人暮らしの障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



(参考) 自立生活援助を利用せず、一人暮らしを継続

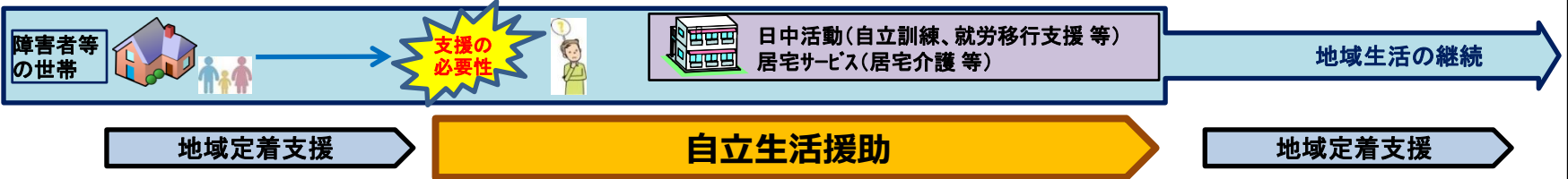
※支援が必要な状態になった場合は、②-1として支援



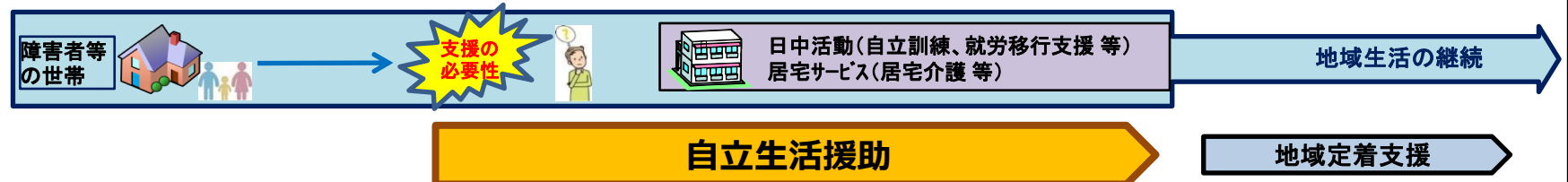
③-1 障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、地域生活を継続



③-2 地域定着支援を利用している障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援を再開し、地域生活を継続



③-3 障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援による支援を受け、地域生活を継続



③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。

傾聴と共感 対話とかかわり

- 「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。

(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。
- ストレングス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)。
- ストレングス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。

④地域連携推進会議について

地域連携推進会議について

令和6年4月1日より、障害者支援施設及び共同生活援助(グループホーム)において、「地域連携推進会議」の開催と会議の構成員による施設等の見学の機会を設けることが義務付けられました。令和6年度は努力義務、令和7年度以降は義務となります。おおむね1年に1回以上地域連携推進会議を開催し、会議構成員による施設見学をおおむね1年に1回以上設ける必要があります。会議についての記録を作成するとともにその記録を公表することが義務付けられています。

地域連携会議の構成員・目的

地域連携推進会議とは、利用者、利用者家族、地域の代表者、福祉等に知見のある者、市町村職員などが構成員となる会議になります。

○会議の目的

地域との関係づくり

施設への理解促進

施設やサービスへの透明性・質の確保

利用者の権利擁護

⑤地域生活の実例

～グループホームの生活と課題～

ケアホームRUN

- ・前橋市亀泉町3-23
- ・定員男性6名
- ・各居室あり・冷暖房完備・トイレ2か所・居間・浴室完備
- ・利用者内訳
 - 知的障害6名(療育手帳A5名 B1名)
 - 身体障害2名(2級2名)
 - てんかん3名



ケアホームじゃんぷ

- ・前橋市上泉町338-1
- ・定員男性6名
- ・各居室あり・冷暖房完備・トイレ2か所・居間・浴室完備
- ・利用者内訳
知的障害5名(療育手帳A1名 B4名)
身体障害6名(1級6名)



1日のスケジュールについて

- 6:30 起床・トイレ・着替え
※休日は、ゆっくり寝ていることもあります。
- 7:30 朝食
- 8:00 トイレ・整容・出発準備
- 9:10 通所施設へ出勤
- 9:30～15:30 通所施設にて日中活動
※休日はヘルパーと外出することあり。
- 15:45 帰宅 夕食まで自室か居間で過ごします
- 18:00 夕食
- 19:30 入浴 ※入浴は毎日行います
- 20:00 就寝まで、自室か居間で過ごします
- 22:00 トイレ・就寝

地域生活を支える支援体制

【住居・緊急体制】

- グループホーム
(バックアップ施設との連携)

【生活面】

- 食事・入浴・洗濯・掃除等
(生活支援員・世話人)

入居者

【他のサービス】

- 日中活動
(生活介護・就労継続B型)
- 余暇支援(外出)
(移動支援利用)

【その他】

- 医療機関(かかりつけ医)
- 成年後見制度
- 家族

現状と今後の課題について

■高齢化に伴う対応について

身体障害の方の加齢に伴う重度化

持病の悪化や新たな病気の発症

家族の高齢化

→医療との連携 成年後見制度の活用

■スタッフの連携とスキルアップ

一人職場になることが多く、情報の共有の方法と

1人1人のスキルアップが必要になる

■コロナ禍における新しい生活様式への適応

集団生活のため、感染の連鎖が起きる。持ち込ませない

対策と発症者が出た場合の対策、マニュアルの活用

→実際に生かせるBCPの作成と職員への共有

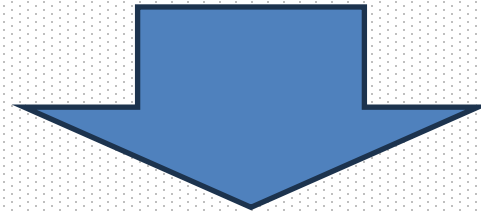
⑥まとめ

個別支援計画とは？

利用者の置かれている環境及び日常生活全般の状況などの評価を通じて**利用者の希望する生活や課題等の把握**を行い、**利用者が自立した日常生活を営むことができるよう**支援する上での適切な支援内容の検討に基づいて立案されるものである。

しかし

実際の支援計画を作る際、支援者が今
できていること、できることを中心に考え
てしまう

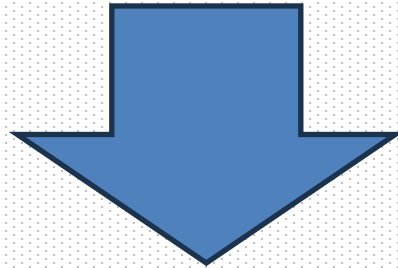


型通りのつまらない支援計画
になってしまう

だからこそ考え方を変えてみよう

- ・利用者の希望をどうかなえるのか
- ・利用者の持っている力をどういかすか
- ・地域にある資源を活用できないか

そのために必要なことは？



アセスメントが重要

アセスメントの質により出来上がる支援計画を全く違うものにする事ができる。

本人中心の支援計画のためのアセスメントとは

本人の気持ちをどうくみ取るのか

意思決定支援の重要性

「現在」だけでなく、生活環境、成育歴など本人の人生を知る必要性

本人の希望をどう叶えるのか？

課題の抽出、目標設定の重要性

地域の資源との連携の必要性

サービス管理責任者とは

施設内では

利用者の意思決定を援助するキーマン

地域では

施設と地域をつなぐキーマン

役割が多く、大変な仕事ですが利用者の願いをかなえるのにとっても重要な仕事です。一緒に頑張りましょう

ご清聴ありがとうございました