

【第3分野：地域生活】

利用者主体のアセスメントと
地域連携推進会議について

～居住支援におけるアセスメントのポイント～

社会福祉法人 愛光園 ホームみやび
管理者兼サービス管理責任者 藤田 勝美

内容

- ①サービス等利用計画と個別支援計画について
- ②共同生活援助等の類型
- 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

個別支援計画書

個別支援計画書

記入年月日		年 月 日	相談支援事業所	相談支援センター〇〇	担当： △△様	提出日	年 月 日
			利用者氏名	様	サービス管理責任者	藤田 勝美	

施設・事業利用への利用者の意向		総合的な支援の方針
本人		
家族		

■年度別支援目標

～6ヵ月				～12ヵ月		～24ヵ月			
No	解決すべき課題 (ニーズ)	課題別支援目標		支援内容					
		長期目標(期間)	短期目標(期間)	支援方法		担当者	いつ	どこで	支援期間
①									
②									

提供するサービス内容について、本計画書に基づき説明し交付しました。

本計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

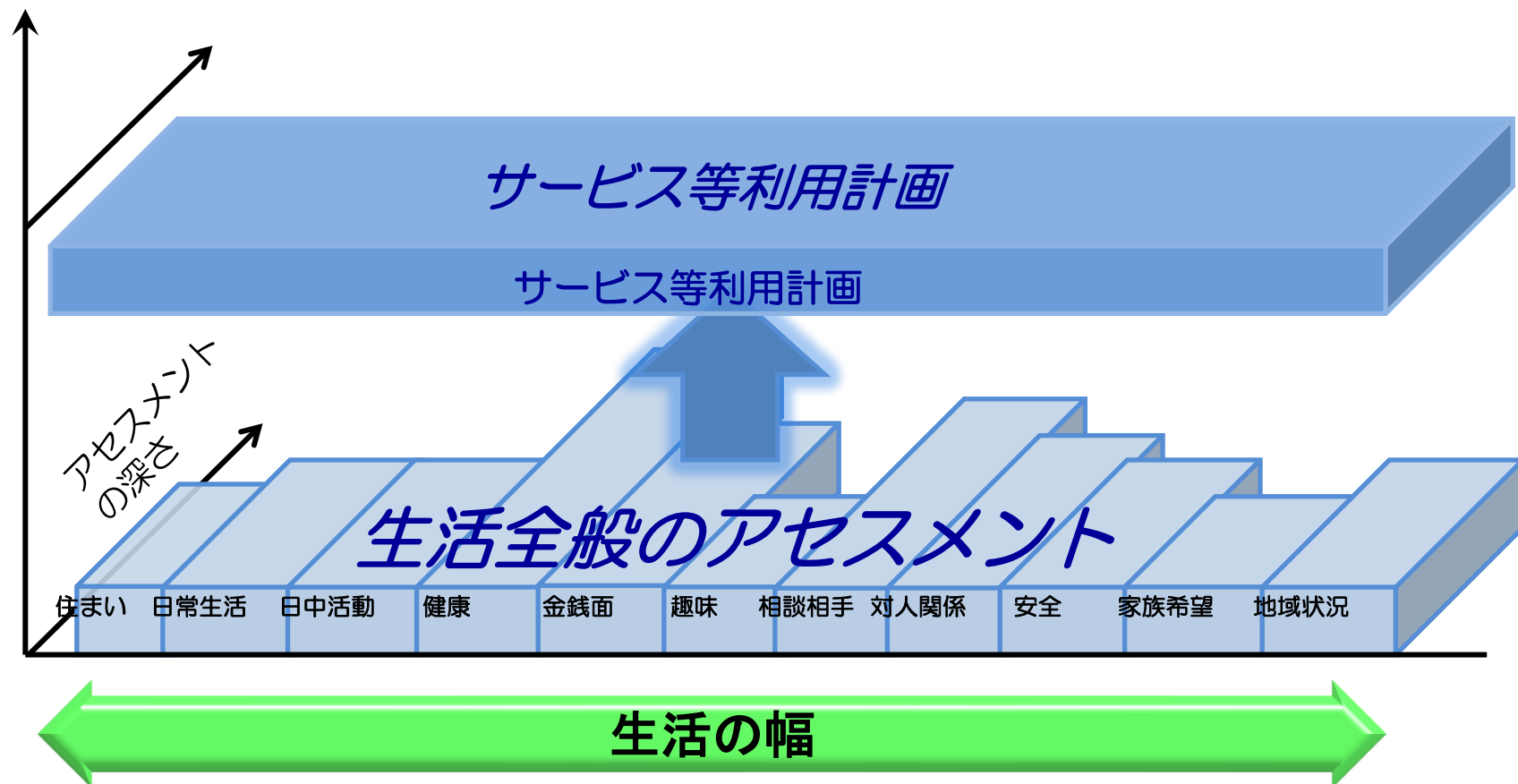
サービス管理責任者氏名：藤田勝美

令和 年 月 日

(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)

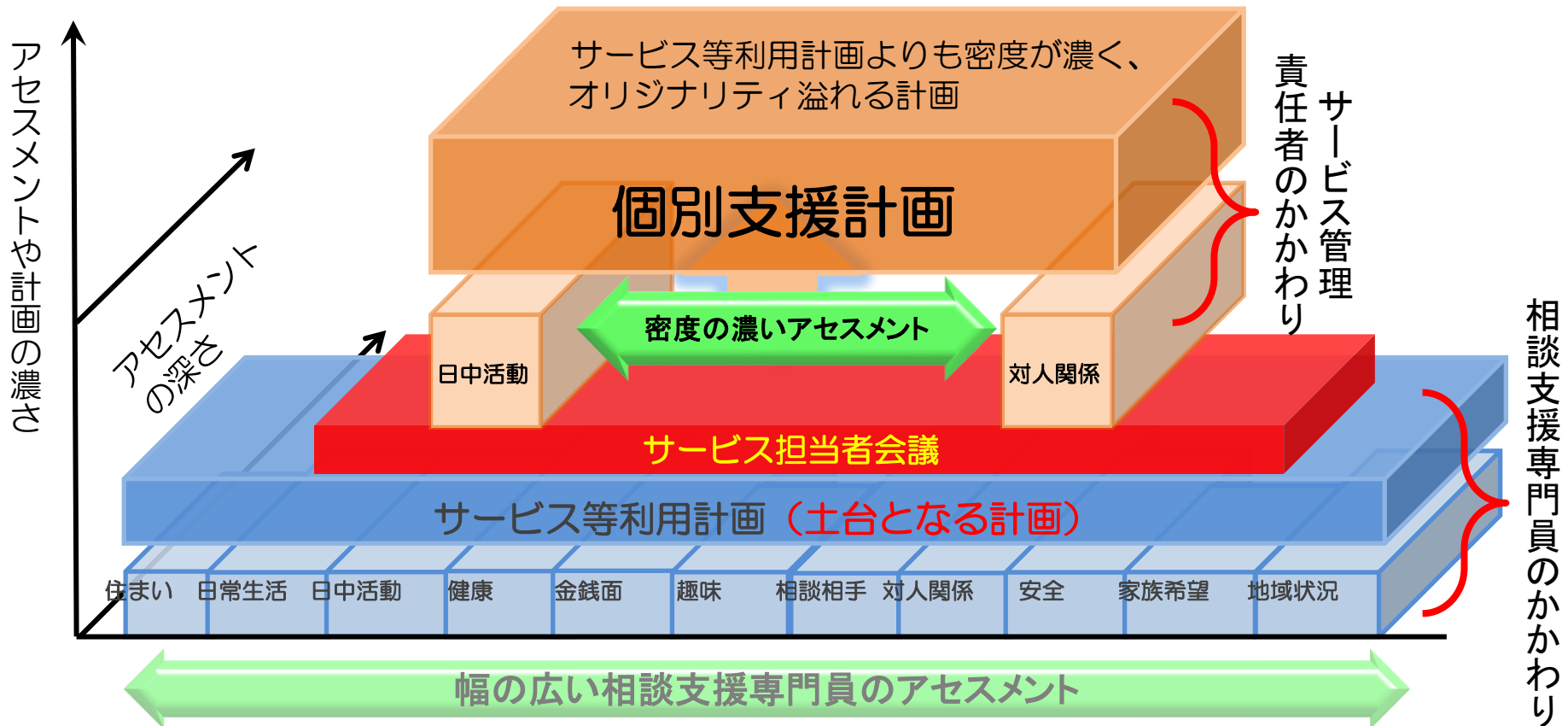


(サービス管理責任者が作成する)個別支援計画

【個別支援計画】

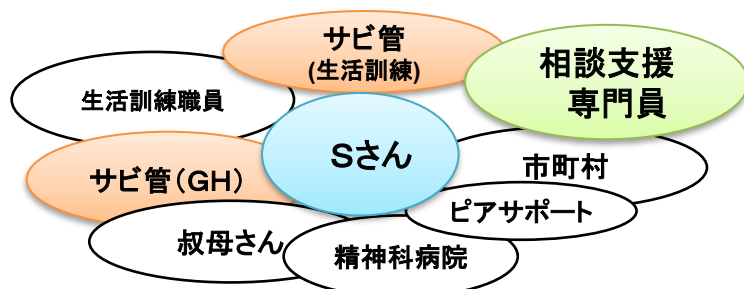
必要なアセスメントをさらに深め、本人の願いをかなえるために、より具体的な支援内容を盛り込んだもの

(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共同生活援助の種類

障がい福祉サービス

日中（通所）系

就労継続支援 A 型
就労継続支援 B 型
就労移行支援
就労定着支援
生活介護
機能訓練
生活訓練
療養介護

居住系

施設入所支援
共同生活援助
(グループホーム)
短期入所
宿泊型自立訓練

訪問系

居宅介護
同行援護
行動援護
重度訪問介護
就労定着支援
自立生活援助

グループホームの類型

- 外部サービス利用型
- 介護サービス包括型
数が多い、定員や支援体制は多種多様
- 日中サービス支援型
日中の支援も可能、夜勤がいる



施設入所とグループホーム（GH）の違い

	施設入所支援	日中サービス支援型	グループホーム
実費	負担あり（補足給付あり）	負担あり	負担あり
障がいの重軽度	重い（区分4以上）	比較的重い（区分3～6）	幅広い（区分なし～6）
開設	今後新設は難しい	新設が増えている	新設が増えている
形態	施設内で過ごす方が多い	1日通して過ごすことが可	日中どこかに行くことが多い
定員	30人以上	10～20人位	10人以下（1ユニット）
職員体制	手厚い	やや手厚い	さまざま
夜間支援	夜勤	夜勤	いない or 宿直 or 夜勤
建物	施設（重度対応）	さまざま（大規模）	さまざま
部屋	個室、2・4人部屋等	個室	個室

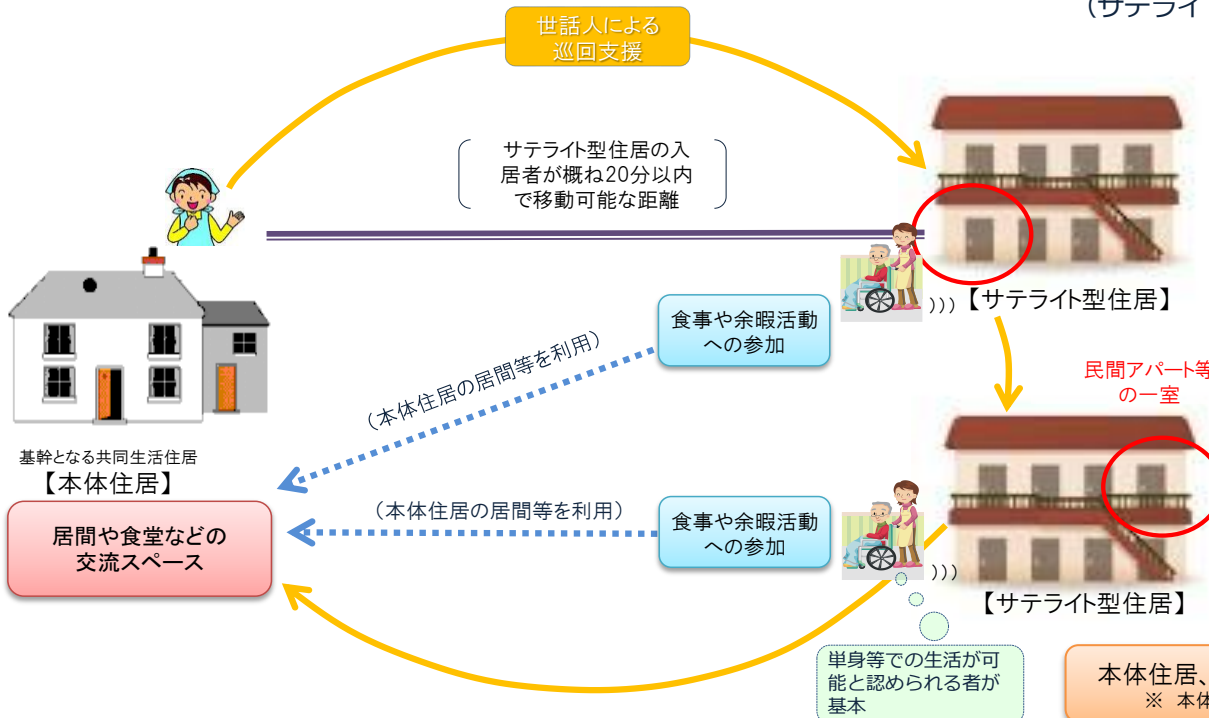
グループホーム（サテライト型）の概要

- 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、物件が見つかったとし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年で单身生活へ移行。（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

③地域生活における アセスメントのポイント

アセスメントのポイント①

○過去→現在→未来

- 生育歴
- 経済的基盤
- 健康状態の把握
- etc.

アセスメントのポイント②

○信頼関係を築くためのスタート

- ストレングスの視点
- スモールステップ
- 経験.成功体験
- etc.

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。

(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tren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tren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。

地域連携推進会議とは

- 施設等と地域が連携することによって、以下の目的を達成するために、施設が、利用者、利用者ご家族、地域の関係者などで構成した会議を開催したり、会議の構成員が施設等に訪問したりします。

地域連携推進会議

目的

事業所と地域との連携により ...

利用者と地
域との関係
づくり

地域の人への
施設等や利用
者に関する理
解の促進

サービスの
透明性・質
の確保

利用者の
権利擁護

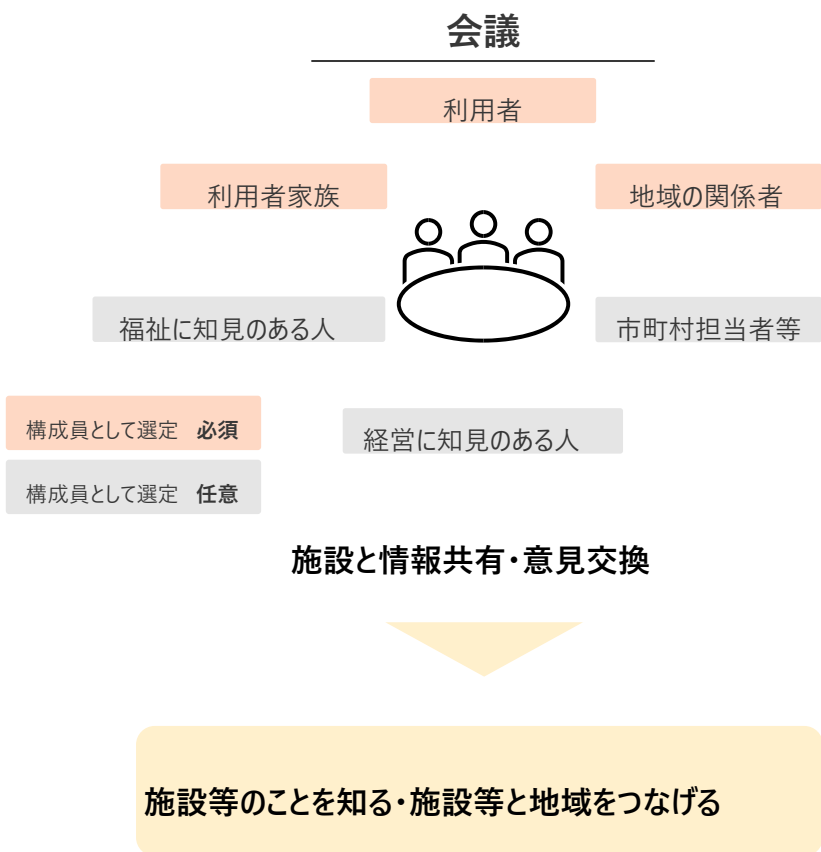
内容

- **施設による会議の開催**
 - ・ 構成員との情報共有・意見交換
- **構成員による施設訪問**
 - ・ 職員や利用者との関係づくり
 - ・ 事業所の環境や事業運営の確認

※ 会議・施設訪問は、それぞれおおむね 1 年に 1 回以上開催します。

構成員の役割

- 会議にご出席いただき、施設と情報共有や意見交換を行い、施設のことを知っていただくとともに、施設と地域とのつながりづくりをお願いします。
- 施設等に訪問していただき、施設見学や利用者・職員とのコミュニケーションを通じて、施設等の環境、利用者・職員の様子などをご確認いただき、利用者や職員とのつながりづくりをお願いします。



施設訪問時に確認するポイント

- ・以下を参考に、施設見学や利用者・職員とのコミュニケーションを行ってください。

🔍 施設見学のポイント



施設環境

- ・ 居室やリビングにゴミが落ちていませんか
- ・ 設備が壊れていませんか
- ・ 水回りは清潔ですか
- ・ 居住の場として快適ですか



利用者

- ・ 服は清潔ですか
- ・ 怯えているような印象はありませんか
- ・ 表情は楽しそうですか



職員

- ・ 利用者を尊重した態度で接していますか
- ・ 利用者に対して威圧的な態度や言葉遣いではありませんか



利用者・職員との会話（例）



利用者

- ・ 居室は過ごしやすいですか？
- ・ 生活には満足していますか？
- ・ 職員や他の利用者との関係はどうですか？
- ・ 外出するときはどんな所に行きますか？
- ・ これからやってみたいことはありますか？



職員

- ・ 働きやすい環境ですか？
- ・ 職員への研修はどんなことをやってますか？
- ・ 地域で取り組んでみたいことはありますか？
- ・ 施設が積極的に取り組んでいることはありますか？
- ・ 支援で困っていることはありますか？

社会福祉法人 愛光園 ホームみやび（共同生活援助） 令和7年度 地域連携推進会議 議事録（要約）	
開催日時	令和8年3月3日（火）14：00～15：45
開催場所	社会福祉法人 愛光園 ホームみやび
参加者	利用者様代表 1名
	利用者様ご家族代表 1名
	地域住民代表 1名
	館林市高齢障がい政策課 1名
	法人職員 2名（管理者兼サービス管理責任者、副管理者）
会議内容	
地域連携推進会議について	厚生労働省から示された「地域連携推進会議の概要」の資料にて説明 目的：「利用者と地域との関係造り」「地域の人への施設等や利用者に関する理解の促進」 「サービスの透明性・質の確保」「利用者の権利擁護」 内容：「会議の開催」「構成員による施設訪問」（それぞれおおむね1年に1回以上開催）
法人概要説明	愛光園の沿革 実施しているサービスについて 法人パンフレットとパワーポイントの資料を用いて説明
施設見学	みやび棟 いぶき棟 ユニット毎の利用者様の対象像の違い等を、設備の違いとともに説明
事業所説明	事業実施報告書等を用い 現在のホームの 職員の配置 入居者の支援区分 年代障害種別 加算等について説明
参加者の皆様からの意見・質問	地域住民代表のかたより ・いぶき棟開始の時に 近隣住民に事前に説明して欲しかった ・みやび棟横にゴミ置き場を設置寄贈頂いたことに感謝しています ・いぶき棟浴室が曇りガラスであるが 胸上のシルエットが透けて見えている →葦簀等にて見えないようにさせていただきます（管理者） ・冷凍食材の提供について区長にも伝えます ・線路沿いの愛光園の前の除草をお願いしたい ・スタッフ 利用者の方 気持ちよく挨拶をしてくれている （管理者の地域貢献 冷凍きざみ食等の配食の話を受けて） 市担当の方より ・各説明 見学時の案内含め細かなところまで話が聞けたことが良かった ・浴室の葦簀等の保護 防犯対策としても必要と思う ・みやび棟 いぶき棟の対象像が違う点 参考になった ・透明性や権利擁護に留まらず 食材の提供等地域に愛光園として貢献したい という意気込みを感じた 利用者の方より ・今後もがんばってみやびで生活していきたい 管理者より ・近隣住民の皆様へ 例えば高齢で独居の方に 冷凍のきざみ食材（お弁当）の提供（有償）等愛光園から発信させて頂き 地域に貢献させて頂きたい ・構成員の皆様 いつでも気軽に訪問下さい ・地元のお祭り等に参加させて頂きます

⑤地域生活の実例

～グループホームの生活と課題～

実例

- ・40代後半 男性 知的障害(B1)

5月の日曜日 市内商業施設にて事件を起こす
パトカー2台 制服警官6名出動

↓(13万円の損害賠償金にて示談)

退所に向けての、ケース検討会議

↓

「北海道に行って、カニが食べたい」

実例

- ・50代後半 男性 知的障害(B2)

日曜日 昼食後行方不明

施設周辺搜索 本人携帯に連絡(不通)

↓(警察に通報検討)(所持金約3,000円)

遠地の実妹連絡(一晩待つて欲しい)

↓

翌日 隣町の入浴施設より帰宅

バランスシートを活用しましょう

バランスシート

R8.6

様

収入		支出	
障害基礎年金		利用料	
各種手当①（国）		食費	
各種手当②（都道府県）		光熱水費	
各種手当③（区市町村）		家賃	
給与・工賃		立替金	
家族支援			
その他			
合計 ①		合計 ②	
		①-②	

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 スタッフの高齢化

→医療との連携 成年後見制度ICT 生成AI等の活用

■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

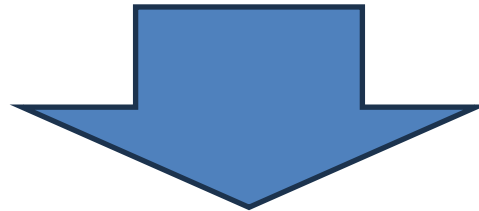
⑥まとめ

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

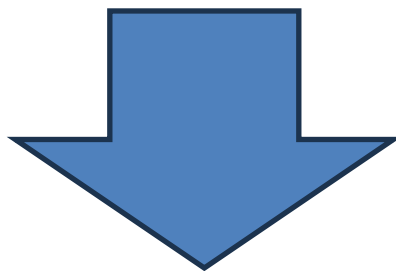


型通りのつまらない支援計画
になってしまう

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ことができる。

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

加算・減算を学びましょう！

加算名	概要	単位の目安
人員配置体制加算	基準以上に手厚い職員配置	28～138単位／日
福祉専門職員配置等加算	有資格者・専門職員の配置	4～10単位／日
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	対象障害への支援体制	41～51単位／日
看護職員配置加算	看護職員を配置	70単位／日
高次脳機能障害者支援体制加算	専門的支援体制	41単位／日
ピアサポート実施加算	ピアサポート活動を実施	100単位／月
退居後ピアサポート実施加算	退居後支援	100単位／月
夜間支援等体制加算	夜間職員配置・見守り等	15～672単位／日
夜勤職員加配加算	夜勤体制を強化	149単位／日
重度障害者支援加算	重度障害者への支援	180～360単位／日
日中支援加算	日中支援が必要な利用者対応	区分等により算定
自立生活支援加算	退居・自立に向けた支援	改定内容あり
医療的ケア対応関連加算	医療的支援体制	要件による
地域生活支援拠点等関連加算	拠点機能を担う場合	要件による

加算・減算を学びましょう！

減算名

大規模住居等減算

サービス提供職員欠如減算

サービス管理責任者欠如減算

個別支援計画未作成減算

虐待防止措置未実施減算

身体拘束廃止未実施減算

業務継続計画未策定減算（BCP）

減算理由

定員規模が大きい場合

世話人・生活支援員等が基準未達

サビ管配置基準未達

個別支援計画の未作成・不備

虐待防止体制が未整備

身体拘束適正化の取組不足

BCP未整備

各種 法令 省令 条例 告示等を読み取る力！

- ・令和9年度は報酬改定の年となります。

通達や報酬告示 関係告示 留意事項通知を読み解く力大事です。

「事業者ハンドブック」を読みましょう！

加算・減算を学びましょう！

運営上、特に確認が必要な加算（グループホーム向け）

夜間支援等体制加算 → 収益への影響が大きい項目

人員配置体制加算 → 職員配置計画と連動

重度障害者支援加算 → 支援区分・対象者確認が必要

日中支援加算 → 日中活動先との関係確認

虐待防止・BCP・身体拘束適正化 → 減算リスク管理が重要

厚生労働省の令和6年度障害福祉サービス等報酬改定資料でも、共同生活援助の各加算・届出関係資料が示されています。

ご清聴ありがとうございました