



希望する一人暮らし等
生活に向けた支援等を提供する

グループホーム活用 ハンドブック



公益社団法人日本精神保健福祉士協会

はじめに

ご本人にとって、グループホームはどんな場所ですか？地域の中で、グループホームはどんな存在ですか？

この冊子を手にとられたあなたは、ご本人の希望する生活の実現にとって、グループホームをどのように考えていますか？

障害者総合支援法の改正（令和4年12月）では、グループホームの支援内容に「一人暮らし等を希望する利用者に対する支援や退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援が含まれること」が明確化されました。これらの支援は、障害福祉サービス等の報酬改定（令和6年4月）で、加算として評価され、ソーシャルワークの専門職（精神保健福祉士や社会福祉士）のサービス管理責任者の配置が加算の算定要件となる内容もできました（P2図）。

ソーシャルワーカーであるあなたは、このような状況や制度変化を踏まえ、グループホームをどのように捉えなおし、ご本人の生活にどのような視点で活かしていきますか？また、活用を進めるために地域でどのようなことが必要でしょうか？

私たちは、このようなことを考える際のヒントになることを願って本誌を作成しました。

グループホームをより良く活用していくことは「にも包括」の構築や地域生活支援拠点等の機能の充実など、地域全体の在りようについて考えることとも関係します。何より、お一人おひとりが、どのような暮らしを望まれるか、意思決定の支援を推進していく視点が重要になります。

そのため、普段グループホームに直接関わっている・いないに関わらず、ソーシャルワーカーとして、今回の法改正を契機としながら、本人中心の支援を推進し、グループホームの活用を含めた今後の地域づくりへとつなげていく実践が求められます。

この冊子がグループホームでの一人暮らし等へ向けた支援の実際の場面において、あるいは、地域移行を進める協議会等での議論の活性化に役立つことができれば幸いです。

目次

はじめに及び目次 1～2

1. グループホームについて 3～5

2. 希望する一人暮らし等生活に向けた支援等を行うグループホームにおける支援のポイント～事例を通しておさえる～

・「ぐるみさん」の例 6

①入居前 コラム 1

②入居時

③入居中（前期） コラム 2

④入居中（後期） コラム 3

⑤退居時 コラム 4

⑥退居後 コラム 5

⑦平時の活動 コラム 6

・「かずひとさん」の例 25

おわりに 27



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
 【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。
 (見直し後) (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



3. 退居後の支援



* サービス管理責任者は、ソーシャルワーカーの専門職(社会福祉士や精神保健福祉士)を常勤専従で7:1以上で配置。日中からの同行支援や会議体への参加等の居住の確保に関する支援、グループワークによる支援等を評価する。

【厚生労働省】

1. グループホームについて

1) グループホームとは

グループホームとは、障害のある人が地域住民との交流が図られる地域の中で、家庭的な雰囲気の下、共同生活を営む住まいを提供する障害福祉サービスであり、共同生活援助を提供する事業所は一般的にグループホームと呼ばれています（以下、共同生活援助とグループホームを同義に扱う。）。単身生活に不安があるために一定の支援を受けながら暮らしたい人、一定の介護が必要だが地域で暮らしたい人、病院・施設から退所して地域生活に移行したい人などが利用しています。

グループホームで提供される支援は、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、就労先や日中活動サービス等との連絡調整、余暇活動等多岐にわたります。

2) グループホームの類型等について

①グループホームの類型

グループホームにはいくつかの類型があり、それぞれ特徴があります。以下の表に類型ごとに主な特徴、人員基準等、定員を整理します。

類型	主な特徴	人員基準等	定員
介護サービス包括型	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援員が配置され、グループホーム職員により支援が提供されます。 夜間支援、日中支援については人員基準が定められていません。 	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス管理責任者 30：1以上 ○世話人 6：1以上 ○生活支援員 障害支援区分に応じ（区分6）2.5：1～（区分3）9：1以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○新築建物は10名以下 ○既存建物は20名以下
外部サービス利用型	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援員の配置が無く、介護等支援の一部はグループホームが委託契約を交わした居宅介護事業所により提供されます。 夜間支援、日中支援については人員基準が定められていません。 	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス管理責任者 30：1以上 ○世話人 6：1以上（報酬上は、6：1、10：1） ○生活支援員 なし ※介護等支援の一部を居宅介護事業所が行う 	<ul style="list-style-type: none"> ○新築建物は10名以下 ○既存建物は20名以下
日中サービス支援型	<ul style="list-style-type: none"> 世話人、生活支援員ともに他の類型と比べ手厚く配置され、夜間の支援、日中の支援が提供されます。 	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス管理責任者 30：1以上 ○世話人 5：1以上 ○生活支援員 障害支援区分に応じ（区分6）2.5：1～（区分3）9：1以上 ○夜間支援 1名以上の夜勤職員を配置 ○日中支援 1名以上の職員を配置 	<ul style="list-style-type: none"> ○20名以下+ 短期入所1～5名

②サテライト型グループホーム

本体住居（定員2～10名以下）から交通手段を利用して20分以内の場所に、アパート等の一室を借りる等して運営するグループホームの形態です。定員は1室1名。利用期間に3年間の期限が定められており、期間内にアパート等での自立生活を目指します。

元々サテライト型グループホームとして借り上げていた居室の契約者をそのまま利用者に変更し、同じ環境で生活を継続していただくこともできます。

③グループホームの様々な形態

グループホームは面積や設備等の施設基準を満たす必要はありますが、様々な形態のグループホームが存在します。ニーズに合わせた選択が必要です。

【主な形態例】例1：一戸建の家屋の中複数ある個室を割り当てる形態。食堂、浴室、トイレ等は共同。

例2：アパート居室を単独もしくは複数人で使用する形態。キッチン、浴室等設備も個別に割り当て。職員が必要時もしくは定期的に居室等に支援に出向く。

3) グループホームに付加的に期待される支援と加算

①一人暮らし等への移行に向けた支援にかかる加算

グループホームには様々な加算メニューがありますが、ここでは、本誌に特に関係する、令和6年度に新設された一人暮らし等への移行に向けた支援にかかる加算を挙げます。

加算の名称と単位	主な内容	対象となる類型
自立生活支援加算 (I) 1,000単位/月 (※1)	6か月間算定可。個別支援計画を見直した上で支援を実施することが必要。	介護サービス包括型、外部サービス利用型
自立生活支援加算 (II) 500単位/回	入居中2回、退居後1回を限度に算定可。	日中サービス支援型
自立生活支援加算 (III) 80単位/日 (※2)	移行支援住居の届出が必要。3年間算定可。	介護サービス包括型、外部サービス利用型 (共同生活住居単位で実施)

※1、※2：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。

Point グループホームにおけるソーシャルワーカーに対する期待

令和6年度報酬改定において、「自立生活支援加算 (III)」では、サービス管理責任者にソーシャルワーク専門職 (社会福祉士、精神保健福祉士) を配置 (常勤専従で7:1以上) し、日中の同行支援や会議への参加等の居住の確保に関する支援、グループワークによる支援等を行うこととされました。

加算にかかわらず、グループホームではソーシャルワーカーによるソーシャルワークが期待されています。

例えば、グループホームの利用を終え、他の地域、居住施設へと移行するときには、退居後に移行する地域のアセスメントや必要に応じた働きかけが必要です。不動産会社や各支援関係者はもちろん、誰もが当たり前に行っている交通機関や店舗等地域の社会資源をどう活用していくかという視点が求められます。

また、退去後の生活に必要な支援体制を入居中にマネジメントすることや退居後においても、限られた期間において集中的に何を支援し、どのような支援にどの程度時間をかけて引き継ぐかという「のりしろ」をつくることや、引継ぎをしながら関係性をフェイドアウトしていくことが必要とされます。

さらに、そうした取り組みを通じて把握した地域の課題を放置せず、居住支援協議会や (自立支援) 協議会で扱われるようにしていくことも必要です。

公益社団法人日本精神保健福祉士協会は「精神保健医療福祉の将来ビジョン」を掲げ、将来へ向けた計画を策定しましたが、そのビジョンの具現化に必要な実践の一つに「その人が望む暮らしの実現に向けてかかわる」を掲げています。同ビジョンの副題にあるように「すべての「コノ邦ニ生キル幸セ」を。」をソーシャルワーカーの職能団体として目指しています。同ビジョンは巻末に載せておりますので、ご覧ください。

②付加的に期待される役割と加算

グループホームには付加的に期待される役割 (支援) があり、それぞれ以下の表のとおり加算メニューとして位置付けられています。

加算の名称と単位	主な内容
ピアサポート実施加算 100単位/月	自立生活支援加算 (III) に加算 「コラム2」参照
居住支援連携体制加算 35単位/月 (※3)	自立生活支援加算 (I) に加算 移行支援住居の入居者については、自立生活支援加算 (III) として一括して評価
地域居住支援体制強化推進加算 (※4) 500単位/回 (月1回を限度)	同上

※3 居住支援法人又は居住支援協議会に対して、月に1回以上、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報を共有した場合に、更に1月につき35単位を加算する。

※4 居住支援法人と共同して、利用者に対して在宅での療養に必要な説明及び指導を行った上で、(自立支援) 協議会や保健・医療・福祉等の関係者による協議の場に対し、住宅の確保及び居住支援に係る課題を報告した場合に、更に1月につき500単位を加算する。

③地域との連携等

グループホームは障害福祉サービスの一つであり、地域共生社会づくりの担い手として地域との協働が必要です。利用者一人ひとりが一人の地域住民として生活を送ることができるよう、地域住民等との連携も努力義務（義務）化されました。

[地域との連携等にかかる条文]

- ア 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。
- イ 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。
- ウ アの報告、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年度から義務化される。

引用 [令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の概要]

4) グループホームにおける総論的ポイント

①ミクロの視点

意思決定支援として、一人暮らしする力があるが選択肢として情報が無いため希望しない人、補足給付がなくなり家賃が高くなるなどの理由で一人暮らしをあきらめている人などの意向を丁寧に聴きつつ、一人暮らしへの働きかけや意欲喚起を行う必要があります。

②メゾの視点

地域ニーズを考えると新たにグループホームに入ろうとする人のためには、希望する利用者の一人暮らし等への移行を促進し、一定の空き室を確保しておくことも考えなければなりません。このような課題に対して必要な実践を地域で協議し、取り組むことが必要です。

③マクロの視点

地域共生社会の実現に向けて、グループホームが施設化せず、あたりまえの暮らしを送ることができる地域を目指すための社会資源となるため、施策を考え、提言し、行政とともに作り上げることが必要です。そして、新たな施策をもとにミクロ、メゾの実践が展開されるための道筋をつくることも必要です。



2. 希望する一人暮らし等生活に向けた支援等を行う グループホームにおける支援のポイント ～事例を通しておさえる～

・「ぐるみさん」の例

○ぐるみさん 18歳、女性

支給決定障害種別 精神障害（診断名：双極性障害）

精神保健福祉手帳 2級 障害支援区分 2

グループホームを考えるに至るまでの経緯

母が病気になり養育できず、父は仕事が多忙で虐待（ネグレクト）。小学校高学年から、児童養護施設で育った。高校生の時に、対人関係のトラブルから不眠、不安を訴え、精神科の通院を開始。うつ病（のちに、双極性障害）と診断された。

本人の希望は「自立したい」「働きたい」「一人暮らしがしたい」「いつかは結婚したい」。父は「自宅に戻らず自立した生活をしてほしい」との意向。

生活リズムがなかなか整わないことや生活スキルの獲得には一定の練習が必要であり、学校の先生や市役所の福祉課、基幹相談支援センターの関与により、高校卒業後はグループホームと就労移行支援を利用しながら生活していくことに。就労移行支援では一般就労を目指すこととした。またグループホームで一人暮らしをするために必要な練習をすることとした。



1) ぐるみさんが暮らす地域について

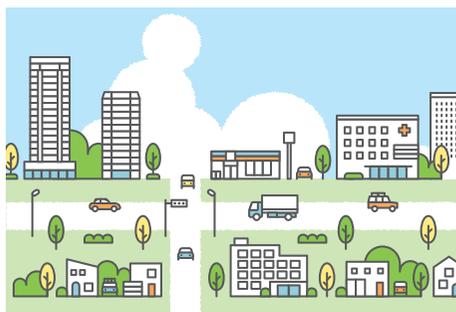
○A市

人口約10万人の街。商店街等住人には活気があり、お祭には多くの人が集まる。

一方、高齢化が進み空家やシャッターを閉める店も少なくない。

医療も福祉も中小規模の法人が多く、ネットワーク活動も主体的に続いており、官民の連携もある。

グループホームは知的障害や精神障害を受け入れる介護サービス包括型が5か所程ある。



2) ぐるみさんが利用するグループホームについて

○Bグループホーム

介護サービス包括型グループホーム。自立生活支援加算（Ⅲ）算定事業所。

ぐるみさんが利用しているC児童養護施設からは公共交通機関を利用して30分程度離れた場所にある。

定員は20名。5人分の個室のある戸建てのシェアハウス型。

地域には4つのユニット（男女別で各2ユニット）があり、その中の1つ。移行支援住居は2人分。

精神障害のある方を中心に受け入れている。

食事提供あり。門限は特にない。



私の思い



ぐるみさん

私は、小学生の頃に母が病気になり、父は仕事が忙しく私のことに手が回らず、5年生のときから児童養護施設に入りました。高校生の時に友達とのケンカがきっかけで眠れなくなり、初めて精神科にかかりうつ病と言われました。

ぐるみさんがグループホームへの入居を考え始めてから、入居し、退居後の生活に至るまでの、グループホームと相談支援等による、ぐるみさんに対する支援の内容（上段）と平時から取り組む必要のある活動（下段）

入居前

入居時

入居中（前期）



グループホーム

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・サービス担当者会議
- ・個別支援計画（体験）の作成
- ・体験利用の提供
- ・入居決定

- ・個別支援計画（スタートプラン）作成
- ・入居時支援（※）

- ・日常生活の支援
- ・モニタリング及び再アセスメント



相談支援事業所

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・支給決定（変更）支援
- ・サービス担当者会議
- ・体験利用の調整

- ・入居時支援（※）
- ・モニタリング

※日中活動、医療等調整
各種手続き

- ・各支援関係者との連携
- ・モニタリング及び再アセスメント

平時の活動



グループホーム

- [周辺地域との関係性づくり]
- [地域の保健医療福祉等関係機関との連携体制づくり
(協議会等への関与、在宅生活支援・日中活動支援等各種サービス等との連携)]
- [不動産会社等住まいの社会資源との連携体制づくり
(居住支援法人との連携、居住支援会議への参加等)]
- [人材育成（職員、ピアサポーター等）]

今18歳になり、これから施設を卒業しますが、働いて一人暮らしをしたいです。けれども昼夜逆転しがちで身の回りの家事なども自信がなく、学校の先生や施設の職員からグループホームという住まいを教えてもらいました。確かにまだ働いていないし、いきなり一人暮らしは不安です。まずは体験をしてみることにしました。

入居中（後期）

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・個別支援計画見直し
- ・退居に向けた支援
 - ・物件探し
 - ・退居後地域散策等

- ・再アセスメント
（退居後必要な支援体制の見立て）
- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意

退居時

- ・退居時支援（※）

- ・支給変更支援
- ・サービス担当者会議
（退居後支援体制づくり）
- ・退居時支援（※）
- ※日中活動、医療等調整
各種手続

退居後

- ・個別支援計画（退居後支援計画）作成
- ・退居後支援
- ・フェイドアウトと引継

- ・モニタリング



相談支援事業所

[地域の保健医療福祉等関係機関との連携体制づくり
（協議会等への関与、相談支援活動を通じた在宅生活支援・日中活動支援等
各種サービス等との連携）]
[啓発活動（相談支援活動を通じた地域への情報周知、ニーズ把握等）]
[不動産会社等住まいの社会資源との連携
（居住支援法人との連携、居住支援会議への参加等）]

私の思い



ぐるみさん

私は、小学生の頃に母が病気になり、父は仕事が忙しく私のことに手が回らず、5年生のときから児童養護施設に入りました。高校生の時に友達とのケンカがきっかけで眠れなくなり、初めて精神科にかかりうつ病と言われました。

ぐるみさんがグループホームへの入居を考え始めてから、入居し、退居後の生活に至るまでの、グループホームと相談支援等による、ぐるみさんに対する支援の内容（上段）と平時から取り組む必要のある活動（下段）

入居前

入居時

入居中（前期）



グループホーム

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・サービス担当者会議
- ・個別支援計画（体験）の作成
- ・体験利用の提供
- ・入居決定

1

- ⑨個別支援計画（スタートプラン）作成
- ⑩入居時支援（※）

2

- ⑫日常生活の支援
- ⑬モニタリング及び再アセスメント

3



相談支援事業所

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・支給決定（変更）支援
- ・サービス担当者会議
- ・体験利用の調整

- ⑩入居時支援（※）
- ⑪モニタリング

※日中活動、医療等調整
各種手続き

- ⑫各支援関係者との連携
- ⑬モニタリング及び再アセスメント

平時の活動



グループホーム

- [周辺地域との関係性づくり]
- [地域の保健医療福祉等関係機関との連携体制づくり（協議会等への関与、在宅生活支援活動支援等各種サービス等との連携）]
- [不動産会社等住まいの社会資源との連携体制づくり（居住支援法人との連携、居住支援会議への参加等）]
- [人材育成（職員、ピアサポーター等）]

7

今18歳になり、これから施設を卒業しますが、働いて一人暮らしをしたいです。けれども昼夜逆転しがちで身の回りの家事なども自信がなく、学校の先生や施設の職員からグループホームという住まいを教えてもらいました。確かにまだ働いてもないし、いきなり一人暮らしは不安です。まずは体験をしてみることにしました。

このページの①～⑦は、次のページからの番号と連動しています。

入居中（後期）

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・個別支援計画見直し
- ・退居に向けた支援
 - ・物件探し
 - ・退居後地域散策等

4

- ・再アセスメント
（退居後必要な支援体制の見立て）
- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意

退居時

- ・退居時支援（※）

5

- ・支給変更支援
 - ・サービス担当者会議
（退居後支援体制づくり）
 - ・退居時支援（※）
- ※日中活動、医療等調整
各種手続

退居後

- ・個別支援計画（退居後支援計画）作成
- ・退居後支援
- ・フェイドアウトと引継

6

- ・モニタリング



[地域の保健医療福祉等関係機関との連携体制づくり
（協議会等への関与、相談支援活動を通じた在宅生活支援・日中活動支援等
各種サービス等との連携）]

[啓発活動（相談支援活動を通じた情報周知、ニーズ把握等）]

[不動産会社等住まいの社会資源との連携
（居住支援法人との連携、居住支援会議への参加等）]

7

1 入居前



初めてのグループホームで緊張するな。昼夜逆転してたり、身の回りのことがうまくできなかったり、怒られないか心配。他にも何人が暮らしているようだし、なんだか不安。でも見学の時に説明してくれた人は優しくそうだった。仕事（カフェの店員、PC・タブレットを使うイラストレーター等を希望）をして、一人前になって、結婚もしたい。私のこれからの人生、がんばっていきたい。まずは体験をしてみよう。

グループホームによる支援

● 支援の概要

体験利用前

Bグループホームは、ぐるみさんの見学後、入居を受け入れる方針を固めました。しかしどのような支援が必要か、グループホームとしてどのような体制を設けるべきかについては不明確でした。そこで、体験利用をしていただくことにしました。

体験利用のため、ぐるみさんと面接を行い、相談支援専門員から改めて情報提供を受け、共同生活援助体験利用のための個別支援計画を作成しました。共同生活援助体験利用は3泊4日で行うことにしました。

体験前、個別支援計画に基づき個別支援会議を開催し、体験スタートとなりました。

体験利用中

体験中、グループホームでは、ぐるみさんにこれから希望する生活について改めて丁寧に確認しながら、入居後にどのような支援が必要かを一緒に確認していきました。

体験利用後

体験後、改めてぐるみさんの意向を確認すると、「ぜひ入居したい」とのことでした。

グループホームでは入居後の支援や職員の役割分担の提案もしながら、グループホームがどのようなところか、またどのような約束事を交わす必要があるかについても説明し、契約（入居決定）に至り、高校卒業の後に入居することになりました。

また、入居後にグループホーム以外にどのような関係者がかわることになるかについても確認をしました。その確認内容に基づき、入居後の個別支援計画の下案をつくり、職員間で役割分担を考えました。

● 用語の解説等

個別支援計画

本人のニーズ、サービスを提供する目的や目標、具体的なサービス内容や本人・職員の役割等をまとめた計画。支援提供に於いて必須となる文書でもある。

個別支援会議

事業所内で設ける会議。内部での連携等体制づくりを主な目的に設けるが、外部の関係者を招き開催することもある。

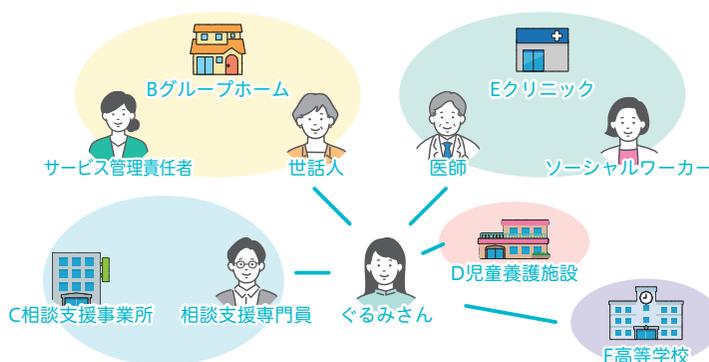
二重の不安

自分の今後の不安に加え新たに会おう支援者に対する不安も抱えている状態。

Point ◀ ここがポイント！

- ・二重の不安にしっかり寄り添うこと。
- ・体験宿泊でも個別支援計画の作成が必要になる（個別支援計画様式を使用しなくとも、体験利用中のスケジュールや目標、目的を本人とグループホーム事業所と共有・確認し支援を組み立てる）。
- ・個別支援計画に基づき個別支援会議を設ける。最低限、グループホーム内のサービス管理責任者、世話人、生活支援員等内部での連携が図れるように調整する。

主な登場人物





グループホーム

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・サービス担当者会議

- ・個別支援計画（体験）の作成
- ・利用の提供
- ・入居決定



相談支援事業所

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・支給決定（変更）支援

- ・サービス担当者会議
- ・体験利用の調整

相談支援事業所による支援

● 支援の概要

C相談支援事業所では、市から、グループホーム入居の意向のあるぐるみさんについて、相談支援としてかわわりを持ってほしいという依頼を受け、これに応じることになりました。

ぐるみさんと会い、ぐるみさんの意向を確認し、またD施設の担当者から今に至る経過や現状について確認しました。ぐるみさんはグループホームのイメージが明確でないことからグループホームの見学を予定し、また体験を想定したサービス等利用計画案を作成しました。

C相談支援事業所では、市によるグループホーム利用の支給決定を踏まえ、空室があり、またぐるみさんのニーズに近いと考えたBグループホームの見学を予定しました。

見学の結果、体験利用をしてみたいという意向を確認しました。またBグループホームからも体験を受け入れていきたいとの方針を確認しました。そこで体験利用ができるよう、ぐるみさん、Bグループホームと何日程度の体験をするか、居室ではどのように過ごすか、食事や入浴等はどうするか、日中は外出するか等を大まかに決めた上で、ぐるみさん、Bグループホーム、D施設の方たちとサービス担当者会議を設けました。合意形成した内容で案の取れた本計画も作成しました。

体験初日と体験の最終日にW施設との行き来に同行しました。またBグループホームの受入れに際しては留意点等を確認し、最終日は振り返りを行い、入居の意向を確認しました。またこの支援を以てモニタリングとし、入居の意向を確認した時点で、ぐるみさんが学校との間で進めていた就労移行支援事業も位置付けたサービス等利用計画案を作成しました。

Point ◀ ここがポイント！

- ・「グループホームに入居したい」という言葉の背景にある、希望する生活を確認し、サービス等利用計画案に言葉にして表していくこと。
- ・日頃から地域のグループホームの情報収集に努め、本人のニーズとのマッチングを考える。
- ・体験利用からサービス等利用計画案が必要となる。
- ・現に本人を支援している、施設職員や家族、医療機関等ともやりとりをし、二次的なアセスメント、連携づくりをすることも必要。
- ・日中活動系サービス等他のサービス利用方針が決まっていればこの初回計画に位置付け。

● 用語の解説等

サービス等利用計画案

障害福祉サービスを利用するために必要となる文書。本人及び家族の意向や支援方針、サービスの内容や達成時期等を内容とする。支援全体の方針をまとめたものであり「等」には地域生活支援事業や医療・教育・就労等他領域の支援も含み、インフォーマルな支援も明記する。

サービス担当者会議・本計画

本人、各支援関係者による支援方針、支援内容等にかかる調整や合意形成をする会議。計画相談支援においてはサービス等利用計画案を案の取れた本計画に確定するための会議ともなる。

モニタリング

本人の意向や支援における達成度や満足度、支援が計画通り提供されているか、ニーズや状況の変化等ないかなを確認し、微調整する、計画相談支援におけるプロセス。制度上は継続サービス利用支援という。

コラム1 地域生活を送るための必要最低限の「スキル」を身につけるための工夫

鍵の開け閉めや水道、照明の使い方などはどこで生活していくとしても最低限必要となる「スキル」といえます。私たちはこれらを生活の一部として当たり前のように行っていますが、長期入院などが原因で習慣化していない方もいます。そうした方たちには地域生活を送る上で最低限必要となるこれらスキルが身に付けられるよう、十分な、そして丁寧な支援が必要です。

この支援の方法の一つに「課題分析」があります。これはある行動について、その行動の中にもどのような動作、行為が含まれているかを細かく分解する手法です。

例えば玄関のカギを開けるという行動は「鍵のギザギザが横向きになるように持つ」「鍵穴に鍵を差し込む」「カチッと音が鳴るまで右に回す」「鍵を元の位置（横向き）に戻す」「鍵を抜く」「ドアノブを握る」「ドアノブが動かなくなるまで下にさげる」「ドアノブを下げたままドアを引く」という複数の動作に分解できます。

動作を分解する事で、一つひとつわかりやすく伝えることができます。またどの工程が難しいかなをアセスメントすることもできます。

さらに、この伝え方ですが、ひと工夫することでさらに伝わりやすさが増します。例えば、口頭で説明してもわかりにくければ、ジェスチャーやお手本的に「やってみる」様子を見てもらう、それでも難しいれば手を添えて一緒に「やってみる」と階層的にしてみたり、上記の例にあるように「カチッと音が鳴るまで回す」というように動作に名前を付けたり。

こうした工夫等が一人ひとりの望む生活の実現を促す可能性につながります。



2 入居時



いよいよ長くお世話になったD施設を離れることになった。職員さんや友だちとも離れて、新しい生活が始まる。体験のときは緊張したけれども、そのうち緊張はなくなるのだろうか。一人前になると目標も立てていたが、仕事も目指すことにし、色々と目まぐるしくて落ち着かず、不安でいっぱい。困ったら誰に相談したらよいだろうか。

グループホームによる支援

● 支援の概要

グループホームに入居した後は、数日程度かけ、必要な手続きや必要な物品の購入に同行しました。

必要な手続きとしては、住所変更と、それに伴い国民健康保険等の住所も変更をしました。必要な物品は施設から持って行けましたが、布団セットと食器等を購入しました。

また街の中を一緒に歩く時間を設け、駅やバス停、スーパーやコンビニ、理髪店など地域での生活に欠かせない場所を確認しました。

そのうえで、どのような生活支援をしていくかについて、話し合いをしました。

お金については、父の仕送りや児童手当もあって向こう数か月は生活していけるだけの貯金があったため、1か月分のやりくりの計画を立てましたが、このとき、ぐるみさんにとっては生活費全体を自分で管理することが初めてで、不安を強く感じていたことがわかり、金銭管理は部分的にグループホームですることになりました。

薬の管理もこれまで施設でしてもらっており、自分で管理すると忘れてしまいそうだと不安があり、グループホームで自己管理の支援をすることにしました。

家事をした経験がほとんどなかったため週に3日家事の時間も設けることにしました。

以上のような入居時の支援を整理したうえで個別支援計画を作成し、事業所内で個別支援会議を設け、計画に基づく支援が開始されました。

Point ◀ ここがポイント！

- ・体験利用よりも遥かに大きな期待や不安を持ち新生活をスタートする方が多いはず。入居当初は目まぐるしい日々だが、落ち着いた頃に、それがさらに膨らむこともある。気持ちが変わることも。
- ・グループホームとしてのスタートプランとなる個別支援計画は、当初は主に面接による聞き取りとこれまでかかわりのある支援者からの二次アセスメントを踏まえて作成する。今後の生活の中で柔軟に変更していくことが求められる。将来の目標から逆算して考えることも必要。計画は1か月以内に作成。
- ・作成した個別支援計画は事業所内に留めず必ず相談支援事業所へ送り、共有する。

● 用語の解説等

必要な手続き

他にも、入院中の方が退院した場合等は自立支援医療の手続き、経済的に生活を維持する貯蓄、収入等がなければ生活保護の手続き等が必要となる。

必要な物品

グループホームによっては照明やエアコン以外の家具什器等を自身で揃える必要のある物件もある。カーテンは耐火性の物が求められるなど一定のルールがあるため事前に確認が必要。

金銭管理

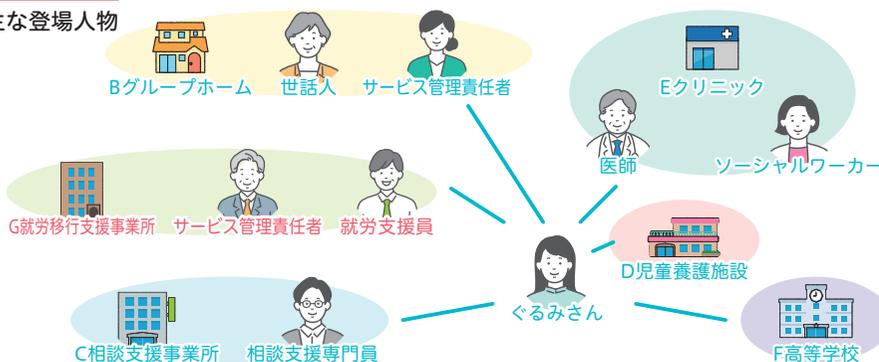
金銭管理においては、別途契約をすることが必要。

アセスメントの結果によっては、本人と一緒に月の収支を考え、生活に必要な金銭使途の練習をし自己管理できるよう支援。

薬の管理

主治医と相談したうえで、訪問看護等を利用することもできる。

主な登場人物





グループホーム

- ・個別支援計画（スタートプラン）作成
- ・入居時支援（※）



相談支援事業所

- ・入居時支援（※）
- ・モニタリング
- ※日中活動、医療等調整 各種手続き

相談支援事業所による支援

● 支援の概要

C相談支援事業所は、必要な手続きや物品の購入を支援。一通り済んだ後、モニタリングとしてぐるみさんの元を訪問しました。

ぐるみさんは住まいも周辺の環境も、取り巻く人たちも大きく変わり、気持ちが落ち着かない状態でしたが、在学中から考えていた就労移行支援は、入居1週間程度過ぎてから開始することにしました。

翌週、ぐるみさん、G就労移行支援事業所、Bグループホームと3者で再びサービス担当者会議を設け、さしあたり週4日から利用を開始することにしました。平日の1日は、通院や、他にしなければならないことがあった時に充てたいとのぐるみさんの考えでした。

Point ◀ ここがポイント！

- ・グループホームはあくまでも住まい。日中の過ごし方や余暇等についても別にあり方を共に考えていくことが必要。
- ・日中活動系の障害福祉サービスを新たに利用する場合、改めてサービス等利用計画案が必要。支給決定後はサービス担当者会議を支援関係者と設ける。
- ・モニタリングについては入居時は密に行うことが求められる。本人の気持ちの変化はもちろん、グループホーム側も体験利用時までとは異なるアセスメント情報を把握している可能性がある。

● 用語の解説等

必要な手続きや物品の購入

グループホームの体制によっては、新生活のセットアップの支援に十分に時間を取れない事業所もあるかもしれない。利用者の地域生活に支障をきたす可能性のある場合、委託相談支援等による補完的な支援が必要とされることがある。

日中活動系の障害福祉サービス

日中活動系の障害福祉サービスには、本誌に登場する就労移行支援以外に、就労継続支援（A型・B型）、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、生活介護等様々ある。サービスばかりが選択肢ではないが、日中活動を支援するために活用でき、日ごとの連携、情報収集等が重要である。

■ 個別支援計画について

ぐるみさん「個別支援計画」の例

共同生活援助「Z」個別支援計画

利用者氏名： ぐるみ さん

【サービス等利用計画の総合的な援助方針】

今18歳になり、これから施設を卒業しますが、働いて一人暮らしをしたいです。けれども昼夜逆転しがちで身の回りの家事なども自信がなく、学校の先生や施設の職員からグループホームという住まいを教えてもらいました。確かにまだ働いてもらえないし、いきなり一人暮らしは不安です。まずは体験をしてみたいです。

【長期目標（内容・期間等）】

・いづれ一人暮らしを送りたい希望があり、就労に向け、決まったスケジュール通り就労移行支援へ通所出来るようになる（1年）

【短期目標（内容・期間等）】

・グループホーム生活（新しいスタッフ、入居者、生活スケジュールなど）に慣れる（3カ月）
 ・自分の長所や強みを見つけ、生活に自信が持てるようになる（半年）
 ・新しい生活になり不安が大きいので、身近なスタッフに相談できるようにする（半年）

【具体的な到達目標及び支援計画等】

具体的到達目標	本人の役割	支援内容（内容・留意点等）	支援期間（頻度・時間・期間等）	担当者	優先順位
不安や心配事を身近なスタッフに相談できる	世話人やサビ管に相談したい内容をメモしておき、スタッフに声をかけてみましょう	相談リスト（相談内容によって相談相手を一覧にしてあるリスト）を作成します 不安な気持ちなど相談メモを共有しながら話を聞きます	毎日・いつでも（随時対応も可能）・半年	世話人	1
GH生活に慣れる（服薬管理・金銭管理等も含む）	不安なこと（服薬管理・金銭管理等も含む）をスタッフと相談し、必要な支援を受ける	お家カレンダーを一緒に作ります。1カ月の予算を一覧に立て、使い方について相談します。	1回以上/週・17:00~3ヶ月	サビ管・世話人	2
自分の長所を知り自信が持てる	スタッフ訪問時の面談を受ける	家事やGH内の役割で出来ている部分をフィードバックします	1回以上/週・17:00~半年	サビ管	3

【利用者確認欄】

令和 年 月 日 利用者氏名： _____ ① サービス管理責任者： _____ ②

基準省令では、個別支援計画に必ず記さなければならない項目が示されている。事業所ごとに様々な独自の書式が使用されているが、この項目が欠けると個別支援計画とは言えなくなるため注意が必要である。以下、個別支援計画必須項目。

- ・利用者及びその家族の生活に対する意向
- ・総合的な支援の方針
- ・生活全般の質を向上させるための課題
- ・目標及びその達成時期
- ・留意事項

また、作成はサービス管理責任者が担うが、まずは原案をつくり、担当者等を含む会議を招集し本人に原案の了承を得たうえで本計画を作成し、同意を得るというプロセスが必要となる。

3 入居中（前期）



グループホームでの生活にはだいぶ慣れ、ホームの仲間たちともよく話をするようになった。就労移行支援ではどんな仕事を目標そうかも考え始めている。そんな中、隣の部屋のあゆみさんがグループホームを退居する準備をしはじめた。あゆみさんは、ほとんど不安を感じていないみたい。私はここを出て一人暮らしなんて今は考えられない。どうしたらあゆみさんになれるだろうか。

グループホームによる支援

● 支援の概要

Bグループホームでは、日々の生活の中で、計画通りにお金や薬の支援、家事全般の支援をしてきました。ぐるみさんは、色々とできることも増えましたが、疲れると掃除や洗濯といった家事まで手が回らなくなることが分かってきました。

半年後には就労移行支援事業で仕事に向けた準備を進める方針となりましたが、疲れが見え始め、相談支援専門員からもお話があったため家事の支援を手厚くすることにしました。

またBグループホームでは自治会の清掃活動や防災訓練に参加することが必要でしたが、ぐるみさんはそれをおくくりに感じていました。しかし、ゴミ出しや買物の際に挨拶を交わすようになり、福祉や医療などの関係者以外ともつながりがつくられていくことを実感するようになりました。将来一人暮らしをしたとしても、こうした人付き合いが大事なのだらうと感じはじめ、地域住民との交流や自分も地域の住民という意識（地域とつながる意味）も感じるようになっていきました。

ある日、隣の部屋のあゆみさんがグループホームの退居に向け準備をするようになりまし。色々周囲に支えてもらっているあゆみさんは、これから始まろうとしている一人暮らしに特に不安を感じていません。

あゆみさんは、困った時にいつでも相談に応じてもらえる存在がいましたが、ぐるみさんはそれを知り自分にとってそれは誰だろうかと考え始めるようになり、あゆみさんは一人暮らしを目指す上でぐるみさんにとってのモデルとなっていきました。

● 用語の解説等

自治会の清掃活動や防災訓練

自治会・町内会は、暮らしやすい地域を目指し、住民が互いに協力しあい、清掃、防犯・防災活動等に取り組んでいる。こうした住民活動に属することは、地域で孤立せず暮らすために必要である。そのためグループホームの職員も住民活動に参加していくことが望ましい。ただし、地域住民とのつながりに負担感や緊張感を持つ方もいる。つながらない選択も尊重したい。

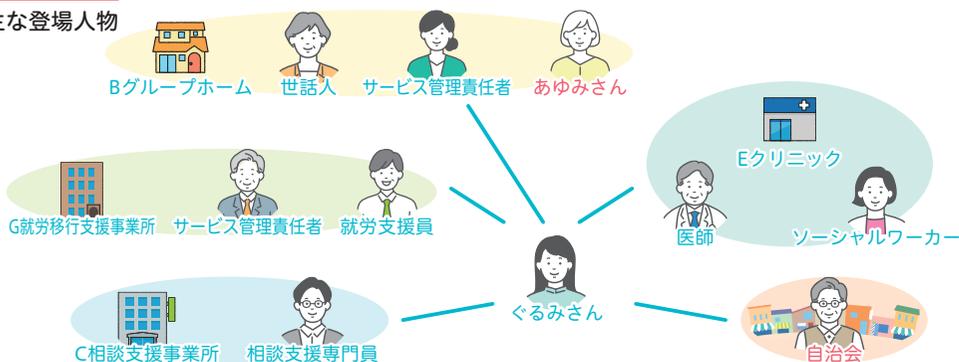
ケアマネジメント

「人間の尊厳」を守り、「自己決定」や「自立」を支えることが目的とされる。利用者のおかれている状況等を踏まえ、適切かつ総合的にニーズや生活の課題等に対しサービス等を調整する制度であり技術である。直接的な支援が中心のグループホームでもこの方法を取り入れることが必要。

Point ◀ ここがポイント！

- ・入居当初は、人間関係も含めて新しい環境に直面し、気持ちも揺れやすい。支援者等に安心して相談等できる関係性の構築を意識していくことが重要。
- ・グループホームでの支援は、利用者の特性やこれまでの経験等を踏まえ、一人でも力を発揮できることを増やしていく支援もあれば、苦手なこと等をどのような支援で支えていけばよいかを考えるケアマネジメント的な支援もある。この支援の方向性に正否はない。対象となるその人としっかりとコミュニケーションを図り決めていくことが必要。
- ・従って、予め作成した個別支援計画は変わって当たり前。見直しの標準期間は6か月毎であるが、必要に応じて頻度を増やすことも必要。
- ・同じグループホームを利用している方や、グループホームを退居して一人暮らし等希望する暮らしを実現している方等の影響を受け、グループホーム以外の希望する暮らしへの移行が自然と促されることもある。そうした力動を活かせるよう、交流の機会・場をつくることも重要。

主な登場人物





Bグループホーム

- ・ 日常生活の支援
- ・ モニタリング及び再アセスメント



相談支援事業所

- ・ 各支援関係者との連携
- ・ モニタリング及び再アセスメント

相談支援事業所による支援

● 支援の概要

C相談支援事業所では、当初3 か月は毎月モニタリングを実施しました。

Bグループホームが計画通りに支援を実施していること、ぐるみさんができることを増やし、他方苦手なことに必要な支援が提供され始めていることを確認しました。将来の目標につながる変化が生じている状況であり、この状況をぐるみさん本人、他支援関係者ともモニタリング報告書等で共有していきました。

その後、ぐるみさんが入居して半年後のモニタリングでは、就労移行支援において一般就労に向けて具体的に取り組み始める方針を確認しました。このことは日常生活にも影響するため、BグループホームとG就労移行支援事業所両事業所のサービス管理責任者とサービス担当者会議を設け、安心して就職へ向けた準備を進められる体制を検討しましたが、この両立にぐるみさんは疲れを感じていることが分かり、Bグループホームには、掃除、洗濯、買い物等家事の支援を少し手厚くしてもらうことを検討してもらいました。

そんな中、同じグループホームの隣の部屋の方が、退居に向けて準備をし始め、ぐるみさんも退居に向け意識を持ち始めました。

この頃はモニタリングの頻度は3 か月毎でしたので、ぐるみさんの気持ちの変化や優先的に取り組もうとすること等を、Bグループホームのサービス管理責任者と密に共有しながら、必要に応じて臨時にモニタリング期間を変更するなどしながら、退居後の生活イメージについてもぐるみさんと考え始めました。

Point ◀ ここがポイント！

- ・ 計画相談支援のモニタリング頻度については国から示される標準期間に基づき設定されることが多いが個別に設定するものであり、途中で変更することもできる。
- ・ 入居早期から退居に向けたイメージがつくれる場合は、早めにそのイメージを具体化し、目標とし、その目標に向かうための手立てを考えられるとよい。
- ・ サービス担当者会議以外に、各支援機関における個別支援会議にも必要に応じて参加することでより具体的に状況把握等を行うことができる。

● 用語の解説等

当初3 か月は毎月モニタリング

障害福祉サービス開始直後は密なモニタリングが求められる。

モニタリング報告書等で共有

福祉サービスとの情報共有はモニタリングとして当然必要なことである。

制度的には、医療・教育・保育機関等連携加算等、その他の関係機関との連携を促す加算の仕組みもある。積極的な活用が求められる。

標準期間

モニタリングにおいては標準期間が示されているが、あくまでも例示に過ぎず、原則個別に設定することが必要。

「なぜその期間で設定するのか」という根拠はサービス等利用計画案で示すことになる。

コラム2 ピアサポートの活用

ピアサポートの在り方には、いわゆる障害当事者の方たちが同じもしくは近い経験を分かち合い仲間同士支え合う活動、自身の経験を活かして社会に啓発をする活動や個別に支援をする活動等様々あります。また、その活動による効果は、安心感を得る、情報を得る、場合によっては障害当事者の方の生き方においてモデルになることもあるようです。

そんなピアサポートですが、この度の報酬改定により、グループホームで活用された場合に報酬上評価されるようになりました。これからさらにピアサポートの効果を享受する方が増えていくのではないかと思いますし、ピアサポートに従事する方たちの活動の幅も広がるでしょう。この制度が積極的に活用されるよう期待したいところです。なお制度の概要は以下の通りです。

◆ピアサポート実施加算、退居後ピアサポート実施加算 [100単位/月]

※次の要件のいずれにも該当する事業所において、障害者又は障害者であったと都道府県知事が認める者である従業者であって、障害者ピアサポート研修修了者であるものが、利用者に対して、その経験に基づき相談援助を行った場合に加算されます。

- ① 自立生活支援加算（Ⅲ）又は退居後（外部サービス利用型）共同生活援助サービス費を算定していること。
- ② 障害者ピアサポート研修修了者を従業者として2名以上（うち1名は障害者等）配置していること。
- ③ ②の者により、当該事業所の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われていること。



就職活動も忙しくなりそうだが、一人暮らしについても、気持ちの準備ができてきたため進めることにした。父には保証人は難しいと言われたが、緊急連絡先の担い手はお願いできそう。家事がおろそかになってしまうことはどうしても不安だけれど、一人暮らしを始めた後もグループホームの人たちがしばらく力になってくれるようだし、ホームヘルプというサービスを利用することもできると知った。困った時に相談できる人もたくさんいると感じている。

グループホームによる支援

● 支援の概要

入居後1年程度経過し、いよいよ就職活動が忙しくなってきましたが、不安だった家事については、無理せず手伝ってもらうことを覚え、安心して就職活動に臨んでもらっています。

まとまったお金の管理は毎月家計簿を確認していたため大体把握できるようになり、体調面は訪問看護ステーションを利用し始めたことで相談ができるようになり安心感を覚えているようです。

先に退居したあゆみさんと同様に安心して相談できる人もたくさんでき、退居を考え始めました。

就職活動については順調に進み、入居後1年半経ち、I社に障害者雇用で就職が決まりました。理解のある働きやすい職場でしたが、Bグループホームからは交通の便が悪い場所でした。

そこでぐるみさんは、思い切ってI社に通勤しやすい場所への一人暮らしを目指すことにしました。就職が決まったばかりの落ち着かない状況の中であり、心配する声もありましたが、ぐるみさんの気持ちは固く、それを支援することとし、物件探し支援等をはじめました。

物件探しは、保証会社を利用するに当たって緊急連絡先の確保に苦慮し、最終的にはしばらく連絡を取っていなかった父になってもらうことにしました。

その後、職場への交通の便のよいところに物件が見つかり、Bグループホームではこの物件への退居を想定し、近くの駅やバス停、店舗などを一緒に確認し、その地域での生活をできるだけイメージできるよう伴走しました。

● 用語の解説等

障害者雇用

企業や自治体が、障害のある方を、一人ひとりの能力や特性に応じて雇用すること。障害者雇用促進法に規定されている。

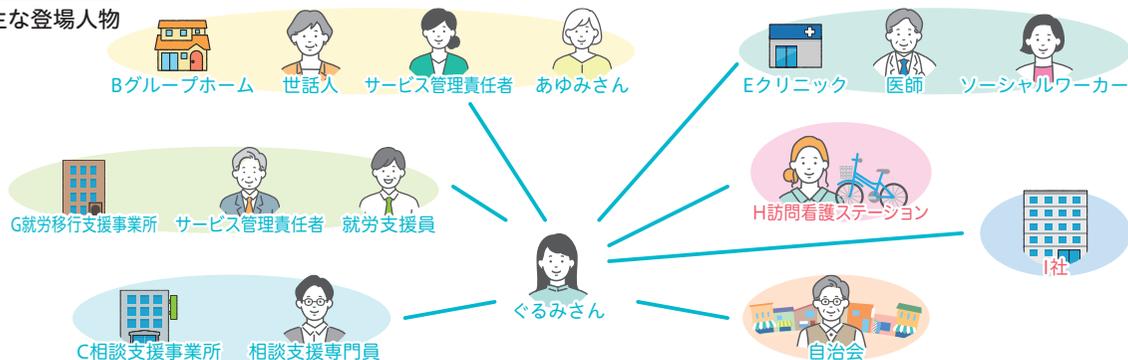
不動産会社等とのつながり

住まいの社会資源を考えるうえで不動産会社等との連携は欠かせない。「障害」について理解を促す働きかけ、不動産会社等からの相談に支援関係者が応じること等、ケースを通じながらの不動産会社等との一例一例の連携の積み重ねが、この住まいの社会資源の開発につながる。

Point ◀ ここがポイント！

- ・物件探し支援においては、日頃から不動産会社等とのつながりをつくっておくこと。
- ・退居後に新たに生活を始める地域の、主に生活資源（交通や店舗等）のアセスメントを本人と一緒にし、その地域での生活イメージを共に具体化すること。時間をかける必要性があれば、物件探し前に地域散策等を進めること。
- ・月々かかる固定費、必要な物品等の準備も念入りにすること。
- ・新しい生活でも継続して利用できる事業所、変更が必要な事業所等も確認し、変更が必要な場合は事前に顔合わせ等も進めること。
- ・方針の転機があった際は、サービス担当者会議の開催を相談支援専門員と相談すること。

主な登場人物





Bグループホーム

- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意
- ・個別支援計画見直し
- ・退居に向けた支援
 - ・物件探し
 - ・退居後地域散策等



相談支援事業所

- ・再アセスメント
(退居後必要な支援体制の見立て)
- ・ニーズの把握
- ・支援方針の合意

相談支援事業所による支援

● 支援の概要

就職活動が忙しくなる状況をモニタリングで把握し、就職後も日常生活に不安をおぼえないようにするためにはどうしたらよいかを共に考えていきました。結論として、家事を一人で無理せず手伝ってもらふこととし、再びBグループホームの方たちとサービス担当者会議を設け、訪問看護の利用も提案しました。

その後、職場実習が決まりましたが、ぐるみさんのニーズや能力が先方の条件と合致し、入居から1年半後に障害者雇用枠で仕事が決まりました。

就職後、G就労移行支援事業所が行う、I社との関係者会議に参加すると、ぐるみさんからは仕事は順調である一方で、通勤が乗り換えも多く不便で疲れてしまい、このまま仕事を続ける自信がなくなってしまうかもしれないという話が出ました。

ぐるみさんは、非常に自分に合った職場であり、辞めたくない気持ちも強く、これを機にBグループホームを退居する考えを持ち始めていました。これを踏まえC相談支援事業所では、ぐるみさんと別途話し合いの場を設け、仕事をしながらの退居の準備や、退居後の生活に少しでも不安を覚えないう、段取りや支援体制等を丁寧に共に考えていきました。

いよいよ物件探しを進めることとなりましたが、ぐるみさんが新たな生活を希望する地域については、Bグループホームが不動産会社と日頃から付き合いがあったためグループホーム中心に進めることと整理し、相談支援では転居後も同等の支援が提供されるよう、各事業所への確認等を個別に進めていました。また物件候補が見つかった後、保証会社に届け出る緊急連絡先の担い手をどうすればよいかという課題に直面し、父に連絡を取る等の支援にも取り組みました。

● 用語の解説等

保証会社

「保証人の担い手がない」等の理由で、アパート等の民間賃貸住宅に入居することが難しい単身の高齢者、障害者、生活困窮者等に対し、入居及び入居後の契約継続をしやすいするため、保証人の代わりに、家主に金銭保証をする会社のこと。少子高齢化が進む現状において、保証会社を利用する大家等は増加傾向にある。たいてい緊急連絡先が求められる。

Point ◀ ここがポイント！

- ・日常生活と社会生活とが両立するように等、生活全体を見渡して必要な調整を進めること。
- ・仕事の面で不安があれば職場を含む就労支援関係者、健康の面で不安があれば医療関係者というように、本人の今後の生活を見越したニーズに対し、必要な支援関係者とも連携し、本人が安心して生活し続けることができるよう環境調整等を進めること。
- ・退居後に新たに利用する他事業所に関しては、事前に情報共有や顔合わせ等を進め、関係性構築を進めること。

コラム3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

制度上の転換期はこれまでいくつかあったと言えますが、国が掲げた政策理念としての大きな転換期は平成16年「入院中心から地域生活中心へ」というスローガンのもと精神保健福祉の改革ビジョンが打ち出された時期だったのではないかと考えます。その後、障害者自立支援法の施行により本人主体・自己決定による生活が尊重されるようになり、平成24年からは計画相談支援や地域移行支援・地域定着支援も制度化されましたが、入院が長期化した方たちの地域生活への移行は「地域移行支援の推進」中心では限界があり、またメンタルヘルスが社会課題として強調されるようになり、様々な協議の結果、平成29年「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が新たな政策理念として掲げられました。

このシステムの構築は、平成26年頃より高齢領域で進められている地域包括ケアシステムの考え方が応用されており、中心に「住まい」が、位置づけられています。

この度令和4年の精神保健福祉法の一部改正では、この政策理念の実現に向け、「精神保健福祉法に基づき自治体が発する相談及び援助は、精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域の実情に応じ、精神障害者及び精神保健に関する課題を抱えるものの心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として行われなければならないこと」と規定されました。中心にある「住まい」の社会資源であるグループホームのあり方は、今後さらに問われるといえるでしょう。

5 退居時



お世話になったグループホームを卒業して新しい生活を始めることになった。もちろん不安もあるけれど、相談支援専門員さん、通院先や訪問看護さんは変わらないし、ヘルパーさんとは事前に顔合わせもできた。物件の周りも丁寧に下見もして、職場への行き方も確認でき「これなら仕事が続けられる！」と感じた。グループホームの人たちもしばらく来てくれるようだし、なんとかやっけていけそう。

グループホームによる支援

● 支援の概要

グループホームに入居してから2年経ち、ぐるみさんは退居することになりました。ここまでの間、新しい住まいの周辺は丁寧に本人と回り、職場へ行くための交通機関も試して使ってみるなどしました。

退居した後の生活支援については、C相談支援事業所から自立生活援助が提案されていました。また、Bグループホームで提供していた家事（掃除・洗濯）の支援は、ヘルパーさんに引き継ぐことになりましたので、退居時のサービス担当者会議では、自立生活援助の担当者との役割分担や、Jヘルパーステーションのサービス提供責任者にも来てもらって、取り組んできた支援の引継ぎを行うなどしました。

そして必要な家具などを一緒に揃え、退居に向けた準備を進めていきましたが、買物のときは笑顔にあふれていたのがグループホーム側としても安心できました。

ぐるみさんは退居時には住所変更をしたり、郵便物の転送をしたり、電気・ガスや水道を使うようにしたりと、色々なことが必要で、抜けていることがないかなど不安を感じていましたが、グループホーム側としては、自立生活援助の担当者も頼ってくださったので、上手に支援を活用してもらえそうだという点で安心することができました。

● 支援のポイント！

- ・退居時は、退居直前に申し合わせていた役割分担で準備等支援に携わることになるが、予定していなかったことも生じることが多い。関係者間で、例えばお見合い状態になることのないよう、密な連携をこころがけること。
- ・退居時に必要な手続き等は非常に多く、チェックリスト等を作成、使用し、順序よく、漏れのないようにしておけるとよい。
- ・新しい生活環境における、交通機関や店舗（コンビニ、スーパー、飲食店、理容室、金融機関等）は可能な範囲で体験的に利用しておく、新生活導入がスムーズとなる。

● 用語の解説等

2年

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となる「自立生活支援加算（Ⅲ）」では、3年間の期間内に一人暮らし等へ移行することが想定されている。一人暮らし等への移行期間の持ち方は個別であり、準備が整い次第速やかに次のステップへ進める等、本人や地域の実情等に応じた対応が求められる。

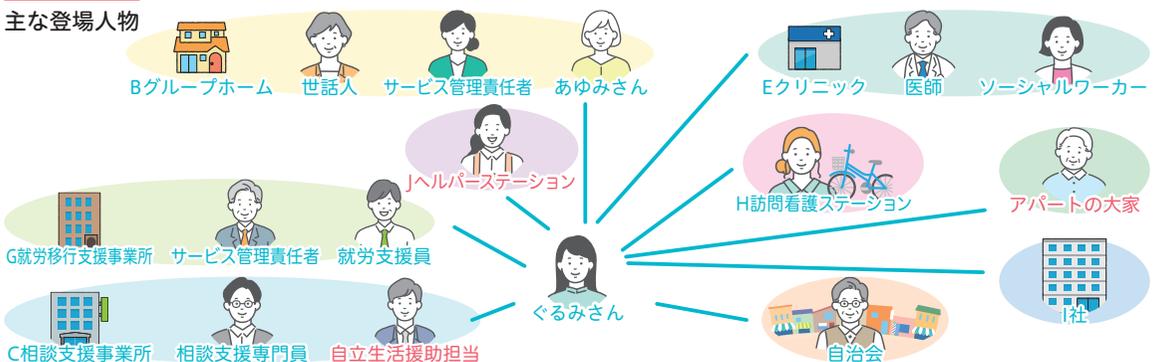
自立生活援助

自立生活援助とは、現に一人暮らしをしている、あるいは新たに始める障害のある方等に対し、定期的な巡回訪問などを通じて助言や支援者との連絡調整をおこなうサービスです。

様々な社会資源との関係性に介入し調整等すること、日常生活等において工夫等を考えることができる。

実施主体は、居宅介護事業者、計画相談支援事業者、共同援助事業者等であり、本誌では計画相談支援事業者が担い手であるが、グループホームで関係性の構築されている担当者がそのまま関与すること等もできる。

主な登場人物





グループホーム

・退居時支援（※）



相談支援事業所

・支給変更支援
・サービス担当者会議
（退居後支援体制づくり）

・退居時支援（※）
※日中活動、医療等調整
各種手続

相談支援事業所による支援

● 支援の概要

グループホーム退居に向けてぐるみさんと準備を進めてきましたが、仕事の疲れを感じるとどうしても家事（掃除や洗濯）まで手が回らなくなり、仕事も集中できなくなる悪循環が生まれるため、ヘルパー支援（居宅介護）を利用することにしました。

しかし、ぐるみさんには、新たに支援の始まるヘルパーさんがグループホームと同じように仕事に支障なく支援をしてくれるか不安がありました。また金銭管理に関しては引き落としの手続きをすべきか迷いもありました。このように、関係性への支援や生活への工夫への支援という点がニーズが確認されたため、自立生活援助を提案し、利用する方針となりました。

退居前にはサービス担当者会議を設けました。退居後の生活に合わせたサービス等利用計画案を作成しヘルパーさん、自立生活援助担当者はもちろん、これまで関与のある支援関係者の人たちで集まり、お互いの役割を共有しました。退居時には手続きや居室環境整備等色々混乱も生じることを想定し、いつ誰が何を担うかという分担も確認しました。

退居日は、自立生活援助担当者も新居に向かいました。戸惑ったことは相談してもらえたため、SOSもうまく出してもらえそうだと安心できました。

● 支援のポイント！

- ・退居前から、予め、仕事が休みの日にヘルパー支援を利用できるように調整しておく等、退居後の生活を見越した体制整備が必要。例えば「土曜日に洗濯干しやごみの分別、日曜日に洗濯の取り込みや掃除を支援」というように具体化しておき、入居中はこの支援をグループホーム職員が近いタイミングで担うことで退居後の生活をシミュレーションできる。
- ・退居前のサービス担当者会議では、新居の近くにある店舗や通院・通勤時の交通経路等、その地域に詳しい支援関係者から助言等をもらうことも重要。
- ・ライフラインの開通日時や緊急時の連絡体制は全体共有する必要がある。

● 用語の解説等

ヘルパー支援（居宅介護）

居宅介護は具体的に、家事援助、身体介護、通院等介助というサービスメニューで構成されている。

コラム4 地域生活への移行を促す仕組み—地域生活支援拠点等の機能化

地域生活支援拠点等は、障害者の重度化・高齢化や親亡き後を見据え、緊急時の対応や施設や病院等からの地域移行の推進を担う機能として、その整備が各自治体に求められています。

地域生活支援拠点等には、相談、緊急時の受入・対応、体験の機会・場の確保の機能と、それに加え、その機能を担うための専門的人材の確保・養成（地域の体制づくり）も拠点等の機能として位置づけられています。また、多機能拠点整備型、面的整備型等、整備の仕方についての例示もされていますが、その地域のグループホームを含む障害福祉サービス等を提供する事業所が自分事としてこの整備に主体的に取り組まなければ、機能は十分に発揮されません。

逆に言えば、この機能を整えるプロセスの先には、その地域の障害福祉サービス等を提供する事業所が地域の課題に向き合い、ネットワークが構築されている状況がつけられているといえるはずです。

地域生活支援拠点等が各地で機能し始めることは、地域移行と地域生活の定着を支える機能が動き始めること、その制度の理念が具現化することに他なりません。ソーシャルワーカーには地域相談支援の活用もこの拠点等の整備に重ね促進されるよう、行動することが求められると考えます。

6 退居後



アパート暮らしを始めたばかりの頃は色々が必要な手続きも多くあったし、どうしたらよいか分からない書類も結構届くし、新居に足りない物に後から気づくこともあったけれども、グループホームの人たちや自立生活援助の担当の人が毎週のように細かなことを確認してくれて、不安なく今に至っている。仕事は順調だが、人間関係で少し疲れてきており家に帰るとぐったりしてしまい、ヘルパーさんには本当に助かっている。いつか素敵な彼氏ができれば結婚も考えていきたい。

グループホームによる支援

● 支援の概要

ぐるみさんは、Bグループホームを退居し、アパートでの一人暮らしを始めて2か月が経ちました。

この間、例えば身に覚えのない郵便物が届いて混乱したり、新居に足りない物に気づき、しかどこに買いに行くのがよいか迷ったりというちょっとしたハプニングもありましたが、概ね順調に新生活は続き、家事もヘルパーさんに「してもらおう」状態から「一緒にする」状態に変わっていきました。

何かあれば自立生活援助の担当者に相談できるようにもなり、**Bグループホームによる支援**はそろそろ卒業してもよいのではないかと伝えましたが、やはりこれまでの経過もあるため3か月目まではお願いしたいとのことで、訪問中心から電話確認等へと切り替えていくことを提案し、了解をしてもらいました。

物件は大家さんが下にお住まいなのですが、防災訓練や自治会のイベントは教えてくれるそうです。両親とも稀に連絡を取るようですが、やはり会うのはなかなか難しく、こうした支援関係者以外の方との接点は、ぐるみさんにとっては「自立した社会人」「地域住民」という感覚にもつながっているようです。

グループホームのフォローの期間が切れても、色々な人たちとのつながりにグループホームとしても安心感を覚えています。

延長しないことを決めたためBグループホームによる直接的な支援はなくなりますが、「いつでも遊びにきてくださいね」と食事会や外出イベント等に参加できることも伝えられ、ぐるみさんの「実家のように感じる」という感想が印象的でした。

● 用語の解説等

Bグループホームによる支援

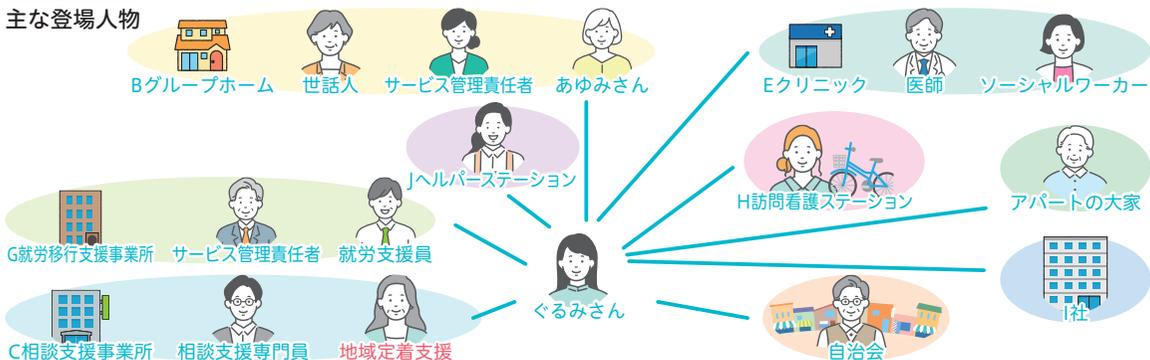
退居後、グループホームによる支援は3か月まで報酬の対象となる（退居後共同生活援助サービス費等）。おおむね週1回以上、本人の居宅を訪問し、心身の状況や環境・生活全般の状況等の把握を行い、必要な情報提供や助言、相談、サービス事業者等との連絡調整等の支援を行う。

本人が希望し市町村が認めれば6か月まで延長することもできる。

Point ◀ ここがポイント！

- ・グループホームによる退居後の支援については、自立生活援助を重ねて利用することもできる。特に新生活開始直後は様々な手続きを完了させ、日々活用する様々な生活資源も新たに使い慣れていく必要がある。場合によっては、支援関係者の多くが新しくなり、こうした方たちとの関係性への支援も重視される。その点においても積極的な活用が求められる。
- ・退居後支援では、グループホームによる支援が終了しても、たとえば本人がふと思い立って立ち寄ることができる等見守り役のような距離感を目指して、支援をしつつフェイドアウトしていけるとよい。

主な登場人物





グループホーム

- ・個別支援計画（退居後支援計画）作成
- ・退居後支援
- ・フェイドアウトと引継



相談支援事業所

- ・モニタリング

相談支援事業所による支援

● 支援の概要

アパートでの生活と共に、自立生活援助の利用が開始され、モニタリングは3か月間毎月実施しました。モニタリング時は、主にBグループホームによる退居後支援と自立生活援助により、どのような支援が提供されたかを確認し、生活の安定や満足感等を確認していきました。もちろんヘルパー支援や訪問看護により生活基盤が支えられていることも確認し、モニタリングを通じて確認した状況は各関係者とも、本人の了解の範囲で共有しました。

生活の安定が続いている状況でしたので、地域の生活情報（新店舗やセール等、居場所になるようなスポット等いわゆる「地元情報」等）も伝えながら、余暇の過ごし方も含めたより豊かな生活を目指して関与していきました。

3か月目のモニタリングでは、グループホームによる退居後支援の延長が必要かどうかを本人と共に検討しました。仕事で疲れているときは訪問看護やヘルパー支援が非常に頼りになると感じる反面、仕事の無い日の訪問看護やヘルパー支援を負担に感じることもあるという状況が確認されました。が、自立生活援助による関係性への支援で十分に対応できるため、グループホームの退居後支援は延長はしないことになりました。

● 用語の解説等

受診への同行や医療機関への密な情報提供等

計画相談支援による医療機関への受診同行や、情報提供、医療機関等主導で開催される会議等への参加に関しては、「医療・教育・保育機関等連携加算」の対象となる。退居後も医療・福祉との密な連携を心掛けたい。

地域定着支援

単身等で生活する障害のある方に対し、常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な事態が生じた際に、緊急訪問や相談などの必要な支援を行う。

Point 支援のポイント！

- ・退居後においても、新たに始まった生活が落ち着くまでの間は、毎月のように手厚いモニタリングが必要。支援が計画通りに提供されているか、生活資源を十分に活用できているか等はもちろん、本人が新たなニーズに気づいていることもある。
- ・環境・状況の変化が病状にも影響しがちな場合は、受診への同行や医療機関への密な情報提供等が必要時に行えるように事前に確認し、医療・福祉とで連携できる体制を構築しておくこと。
- ・本人がグループホームの所在地とは異なる地域で新生活を始める場合、本人が住民活動に属するために、自立生活援助、場合によっては計画相談支援の担い手が住民活動との関係性への支援を行うこと。
- ・本人の生活が落ち着き、自らSOSを発信できるようになれば、地域定着支援への移行も検討すること。自立生活援助は有期限である。
- ・障害福祉サービスを利用しなくなることもあるが、その場合、計画相談も終了となる。必要に応じ、委託相談支援等につなげる、医療系サービスに委ねる等を本人と共に整理すること。

コラム5 東京都における通過型グループホーム制度

東京都には「通過型グループホーム」という独自の制度があります。

通過型グループホームは、概ね3年間で単身生活へ移行できるように取り組む制度です。専門性の高い常勤専従の世話人（社会福祉士または精神保健福祉士）が常駐していることが基準として定められるなどしています。

障害者グループホーム運営の収益源は国から支払われる報酬ですが、東京都では、国報酬とは別に都加算が設けられています。東京都内で指定を受けた事業所であること、利用者が東京都内で支給決定を受けていること等条件を満たせば、基本報酬へ上乗せすることができます。

令和6年1月現在、都内には733ユニットのグループホームがあり、そのうち265ユニットが通過型として指定を受けています（令和6年版 道しるべ「別冊」、令和6年3月、東京都福祉局）。以下、メリットとデメリットについて簡単に挙げてみますが、本誌で焦点を当てたグループホームのあり方において、非常に参考になるのではないかと考えます。

- ◆メリット：3年間という期限があることで、本人にとっても、支援者にとっても一人暮らしへの目標意識がぶれにくい、あるいはその意識に結び付きやすい。より多くの方に利用してもらうことができ、多様なニーズに応えることが期待される。
- ◆デメリット：環境の変化に慣れることが難しい方にとっては、慣れてきた頃に退居を迎えることもある。自治体判断により延長が認められることもあるが、3年間で期間は足りないことがある。



グループホーム



相談支援事業所

グループホームでも相談支援でも、利用者の方への支援以外の平時にどのような活動をしているかが、支援の質につながります。特に地域との関係性づくりを支援に携わる私たちが進めることは、

グループホームによる支援

● 活動の概要

[周辺地域との関係性づくり]

「1.グループホームについて」でも述べたとおりグループホームで暮らす利用者は当然に地域住民であり、グループホームの職員が地域住民の活動に合流し、地域住民とのつながりづくりを進めていくことが必要です。

具体的には、自治会等における話し合いの場（定例会等）やイベント（お祭りやスポーツ・文化活動、清掃活動等）等に参加もしくは協力し、顔の見えるつながりづくりをしていくこと等が求められます。

基準省令上も「地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。」とされています。

[地域の保健医療福祉等関係機関との連携体制づくり]

グループホームでは、当然に地域の保健医療福祉等関係機関との連携無しに支援を提供することはできません。特に一人暮らし等への支援を行う場合、居宅介護等の在宅サービスとの連携が欠かせません。協議会や自主的に開催されるサービス種別・地域毎の連絡会等に出向き、相互理解を進め、関係性を構築していくことが求められます。

なお災害時を想定し、関係機関との連絡体制を設けることも必要とされています。

[不動産会社等住まいの社会資源との連携体制づくり]

一人暮らし等を支援するグループホームでは、利用者が退居後暮らすことになる住まいを得るための支援が必要となりますが、その点において、居住支援法人又は居住支援協議会に対し、定期的に、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報を共有することが必要とされています。また、居住支援法人と共同して、利用者に対して在宅での療養上必要な説明及び指導を行った上で、協議会や保健医療福祉等の関係者による協議の場に対し、住宅の確保及び居住支援に係る課題を定期的に報告することも求められています。

[人材育成]

上記のように、一人暮らし等を支援するグループホームでは、利用者の方に対する直接的な支援だけでなく、地域の方たちとの関係性を構築し、利用者一人ひとりの、入居中はもちろん退居後の生活にも還元させていけるような地域への働きかけが重要であり、それができる人材の育成が必要です。利用者の方たちは地域社会との関係性の中で暮らしているという視点を常に持ち、地域に関心を持ち、地域のニーズや強みをアセスメントし、上記のような活動に取り組んでいきましょう。

主な支援内容



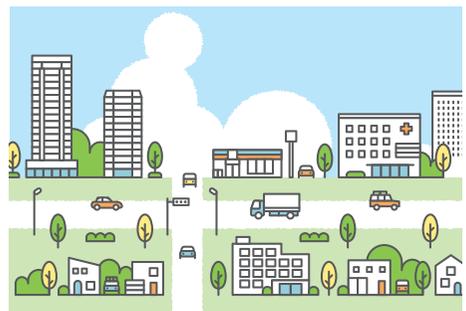
グループホーム

[周辺地域との関係性づくり]
[地域の保健医療福祉等関係機関との連携体制づくり]
[不動産会社等住まいの社会資源との連携体制づくり]
[人材育成]



相談支援事業所

[地域の保健医療福祉等関係機関との連携体制づくり]
[啓発活動]
[不動産会社等住まいの社会資源との連携]



それが小さな取り組みだったとしても地域共生社会づくりの一つだと思います。グループホームで暮らす利用者の方が、当たり前一人の地域住民として暮らすことに結び付くと考えます。

相談支援事業所による支援

● 支援の概要

[地域の保健医療福祉等関係機関等との連携体制づくり]

相談支援は、常日頃から、グループホームを含む住まいの状況はもちろん、在宅支援、保健・医療、就労、余暇、教育・保育等広く様々な領域の社会資源との連携を重ねています。同時に様々な領域の状況も把握することになります。

グループホームは暮らしの場であるため、そのどれもがグループホームにおける利用者の生活、グループホームから提供される支援に影響します。

相談支援には、こうした様々な関係機関等との連携を通じ、グループホーム及びグループホームを利用する方との相互理解を促し、関係性を構築し、スムーズに連携できる体制をつくりあげていくことも求められます。

また相談支援は、把握した地域の状況(地域課題)をそのままにせず、協議会等で検討し、地域の豊かさにつなげていく、広い視点も必要です。協議会等へアクセスするための手立ても把握しておくようにしましょう。

[不動産会社等住まいの社会資源との連携]

相談支援では、施設や精神科病院等からの地域移行や親元からの単身等生活への移行支援等において、住まいの社会資源と連携しますが、残念ながら住まいの確保においてはスムーズにいかないことも多く、そうした場合は特に、居住支援法人との連携が必要です。また、居住支援協議会へ参加するなどし、こうした現状を地域課題として共有することも重要な取り組みです。

住まいに関する地域的な課題の解消を目指すことは、一人暮らし等を支援するグループホームを利用する方が住まいをスムーズに得ることに結び付いていきます。

[啓発活動]

相談支援はインフォーマルな社会資源との連携にも取り組んでいます。グループホーム及びグループホームを利用する方が活用できる社会資源の幅を広げることはもちろん、こうした取り組みは、地域住民への障害理解等啓発の機会にもなります。災害時等非常時の地域住民との協働にもつながります。

誰もが暮らしやすい地域づくりが進むこと、言い換えればこれは地域共生社会づくりを進めることでもありますが、こうした活動は、一人暮らし等を支援するグループホームを利用する方の希望する暮らしを実現する可能性を広げることにつながります。



コラム6 事例検討の必要性 - ソーシャルワークをみかく -

希望する一人暮らし等を支援するグループホームの活用を含め、本人の希望する生活を実現するためには、ソーシャルワーク専門職の配置が必要と考えます。

私たちソーシャルワーカーは、多様な環境・状況の中で生活する多様なありようの個々(利用者)を、私(支援者)というフィルターを通して捉え、支援実践をしています。その過程で直面する課題に複数の支援者で向き合い、また、自己点検、自己研鑽するための方法の一つに事例検討が挙げられます。

事例検討とは、資源(支援に活用する考え方や情報等)を引き出すためのアクティビティであり、現場実践の疑似体験の場であるとされています。従って、事例検討に参加することで、事例提供者の現場実践を他の参加者も共有し、支援のプロセスを疑似的に共に辿ることができると言えます。

事例検討の方法は様々ありますが事例検討は一つの技術と言え、技術は練習しなければ身につかず、磨かなければ錆びてしまいます。積極的に事例検討の機会を設ける、あるいはそうした機会に飛び込む等していくことが、より一層必要となるでしょう。

グループホーム入居中に一人暮らし等を希望



かずひとさん

ぼくは高校生の頃に体調不良から精神科を受診し、25歳まで通院を続けていました。25歳の時に、就職したことをきっかけに通院や服薬を中断したら病状も悪化。仕事を2か月で辞め、精神科に入院しました。病状が安定せず、10年近く入院したあと自宅に退院しましたが、そのあと入退院を繰り返しました。40歳のとき父親が他界し、家に戻れなくなり、一人暮らし

・「かずひとさん」の例

○かずひとさん50歳、男性

支給決定障害種別 精神障害（診断名：統合失調症）

精神保健福祉手帳 2級 障害支援区分 3

1) かずひとさんが暮らす地域について

○OK市

人口30万人の街。近郊には工場や商店等の集まり、K市はベッドタウンで、市外からの転入者が多い。暮らしには便利な街であると感じる市民が多く、住宅や商店、交通機関、医療や福祉等社会資源は比較的充実している。

2) かずひとさんが利用するグループホームについて

○Lグループホーム

介護サービス包括型グループホーム。自立生活支援加算（1）算定事業所。

定員は14名。男女混合のアパート型。精神障害のある方を中心的に受け入れている。

食事提供等はなく、比較的自立度の高い方が利用する傾向にある。

グループホームによる支援

● 支援の概要

入居中

あるとき、かずひとさんから、「ぼくも卒業できるのでしょうか？」というお話がありました。

話を聞くと、M就労継続B型を利用する一人暮らしの友人宅に何度か遊びに行くが、自分も同様に一人暮らしをし、友人を家に招いたり、外食をしたり、夜中までDVDを見たりゲームをしたりといった自由な生活を送りたいというお話でした。かずひとさんは、気持ちは以前からありましたが、お世話になっているし自信もなく、「わがままかもしれない」と感じなかなか話せずにいました。50歳を迎え、残りの人生を後悔のないようにしたいという思いから話されたということでした。

Lグループホームでは相談支援専門員と向こう6か月以内に一人暮らしを実現するための個別支援計画を立て、また、個別支援会議を開催し、一人暮らしへ向けた支援を進めることにしました。

Lグループホームではほとんど扱うことのなかった「大きなお金（家賃や水光熱費）の管理」や節約のための自炊等をしはじめ、並行して物件探しを進めていきました。

退居時

かずひとさんの支援は計画どおりに進み、希望地域の近くに物件も見つかり準備を進めました。

ただし、やりくりに関しては、アパートの家賃を考えると、今の障害基礎年金と就労継続B型の工賃だけでは足りない計算であり、転居後速やかに生活保護を申請することにしました。

かずひとさんは6か月目にしてアパートで一人暮らしを始め、わたしたちグループホームによる支援に加え、グループホームに配置している自立生活援助の担当者も支援することになりました。

生活保護の申請以外にも、届く書類の扱いや、ゴミステーション清掃等にかかる近隣の人の付き合い方等に相談しながら取り組んでいます。

とても大変そうですが「大変だ」と語る表情は、今までになく活き活きしていると感じられます。

Point ◀ ここがポイント！

・入居中に意向が変わることは、当たり前であり、意向が変わっても、支援関係者との関係性や本人の自信の低さや先入観等から表に出せないこともよくあること。日ごろの関係性づくりをベースに、しっかりと「意思決定支援」を心がけていくこと。

● 用語の解説等

向こう6か月以内

居宅における単身等での生活を本人が希望し、かつ可能と見込まれる利用者の退居に向け、個別支援計画を見直した上で、一人暮らし等に向けた支援を行った場合、6月間に限り加算が認められる。（自立生活支援加算（1））

意思決定支援

「コラム7」参照

した利用者に対する支援

に自信もなかったためグループホームに入りました。

今、あれから10年近く経ちましたが、就労継続支援B型を利用する仲間たちの話を聞くにつれ、自分も一人暮らしをしてもっと自由に暮らしたいという気持ちになってきました。50歳になりましたが、まだまだ人生長いと思うのです。

コラム7 意思決定支援

「意思決定支援」とは、「知的障害や精神障害（発達障害を含む）等で自己決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることが可能となるように、本人の意思の確認や意思及び選好の推定、最後の手段としての最善の利益の検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組み」とされています。

意思決定支援では、私（本人）の視点から考えること、チームで支える・一緒に支えること、人生は意思決定の連続でありどのような場面でも行われることが基本となります。

またその支援は、信頼関係の構築、周囲の人の態度や関係、環境や時間帯等の影響、意思が形成され、表明され、実現されるまでの支援に寄り添うことがポイントとされていますが、一方、「意思」は変化し、言葉と行動が一致しないこともあり、「正解」がなく、色々な「人」がかかわり、様々な「場面」で行われるため、「難しい」と言われています。

どのような人でも意思があり、決める力があります。従い、私たちは、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければなりません。「私の人生の主人公は私」を実現できるよう、この「意思決定支援」に常に取り組みることが必要です。

相談支援事業所による支援

● 支援の概要

入居中

グループホームのサービス管理責任者から、かずひとさんがグループホームを出て一人暮らしを希望しているということ、思いは強く、また、これまでの経過を踏まえ、グループホームとしても十分に可能と考えており、またその思いを支援していきたいと考えていることが伝えられました。

かずひとさん、グループホームと共にモニタリングの場を設け、グループホームでは個別支援計画を見直すための段取りも組んでもらいました。

相談支援では退居までに必要な期間、モニタリングの頻度を増やし、丁寧なアセスメントと必要な調整に備えました。

物件探しに関してはグループホームが加算の範囲で行うことになり、相談支援からは、これまでの地域移行支援等で連携のある不動産会社や大家の情報を提供する等、連携をはかりました。

退居時

物件は比較的スムーズにみつけましたが、アパートでの生活では現状の収入では足りないため生活保護を申請することにしました。また、他にも初めての一人暮らしということもあり、転居が近づくにつれ不安も強くなり、自立生活援助を申請し、初めての一人暮らしを手厚くサポートすることにしました。

自立生活援助の担当者は顔なじみの関係性がある、グループホームの方をお願いすることにしました。

退去後、毎月のようにモニタリングを重ねており、かずひとさんは「大変だ」と話されますが、特に新たに調整する支援も今のところなく、順調に経過しているように感じています。

かずひとさんは、生活が落ち着いたら一般就労も目指していきたいと意欲的です。これからもかずひとさんの意向に寄り添って伴走していきたいと思えます。

Point ◀ ここがポイント！

- ・モニタリングの期間は集中的な支援が見込まれる期間は集中的に考えるべき。短期間で目まぐるしく状況等が変わる中、本人も気づかないうちに課題に直面していること、病状に影響していること等あり、その場合、速やかな支援関係者との連携や調整等が必要とされる。

● 用語の解説等

モニタリング頻度の見直し

グループホームから一人暮らし等に向けた意思が明確化する前の段階にあって、居住の場の選択について丁寧な意思決定支援を行う必要がある人や、本人の特性、生活環境等により、頻回なモニタリングを行うことでより効果的に支援の質を高めることにつながると考えられる場合は、標準よりも短い期間でモニタリングを設定することができる。

集中支援加算

モニタリング対象月以外に、利用者又は市町村等の求めに応じ、月に2回以上、利用者等の居宅等を訪問し、又はテレビ電話装置等を活用して、利用者等及びその家族に面接する場合や、サービス担当者会議を開催し、参加者に専門的な見地からの意見を求め、サービス等利用計画の変更その他必要な便宜の供与について検討を行う場合に算定できる（300単位/月（1回まで）

おわりに

わたしたちは、本人が希望する地域生活をどのように支援していけるだろうか、そのために必要な制度はどうあるべきだろうかと議論し続け、その考えた結果を様々な場で発信し続けてきました。その議論においては、グループホームのあり方に向き合うことが非常に多くありました。

グループホームは、生活に困難を抱える障害のある方の地域社会での生活を支える重要な資源であり、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築においてもまさに中心的存在。ただし地域で暮らす一人ひとりのニーズや状況は異なるため、それらを尊重し、単なる居場所ではなく本当の意味で生活の場としていこうとすると、その運営方法や支援の内容は、柔軟かつ創造的でなければなりません。また、入居者のニーズによっては、グループホーム自体が地域コミュニティに溶け込み、入居者が一人の地域住民として社会参加を促進する取り組み等を進めることも必要です。

グループホームにはソーシャルワーカーの存在が不可欠です。この度、ソーシャルワーカーが配置され、障害のある方の希望する生活の実現を支援する仕組みが制度化されましたが、わたしたちは、これを機に、ソーシャルワーカーがグループホームで活躍していけるような土壌をつくっていきたいと考えました。あるいはグループホームに何らかの立場でかかわるソーシャルワーカーが、グループホームをより活かせるように、協働できるように、サポートできるように啓発したいとも考えました。

本誌だけでは言い尽くせないことも多くありますが、あるいは「ハンドブック」としては情報が多いかもしれませんが、本誌はそんな思いをチームでまとめあげたものです。

グループホームで支援に携わる方はもちろんのこと、グループホームと連携する医療機関、相談支援機関、サービス提供事業所の方、行政機関や教育機関の方等々ソーシャルワーカーの皆様にとって、かかわる方たちが望む暮らしを実現するための支援の一助になれば幸いです。

終わりになりますが、本誌の作成にご協力をくださいましたすべての皆様に心より感謝申し上げます。またご一読になった皆様には、ぜひ本誌への感想等もお寄せいただくと嬉しく思います。いただいたご意見は次の協会活動等へつなぎ、さらなる支援の質の向上等に貢献していければと思います。今後とも変わらぬご厚情の程、よろしく願いいたします。

編集責任者 吉澤浩一

公益社団法人日本精神保健福祉士協会は「精神保健医療福祉の将来ビジョン」を掲げ、将来へ向けた計画を策定しましたが、そのビジョンの具現化に必要な実践の一つに「その人が望む暮らしの実現に向けてかかわる」を掲げています。



公益社団法人日本精神保健福祉士協会 精神保健医療福祉の将来ビジョン(概要版)

～ 私たち精神保健福祉士は、一人ひとりの「想い」に寄り添い、誰もが自分らしく生きることのできる社会をともに創ります～

精神保健福祉士 (MHSW: Mental Health Social Worker) とは…

精神保健福祉士は、社会福祉学を基盤とした国家資格の専門職です。1950年代より精神医学ソーシャルワーカー (PSW: Psychiatric Social Worker) という名称で精神科病院を中心に活動してきました。

精神障害のある人をはじめ、メンタルヘルス課題を抱えた人を含む全ての人の生活支援や環境調整に取り組んでいます。さらに、精神障害に対する偏見や差別を解消し、共生社会の実現に向けて働きかけています。

日本精神保健福祉士協会 (JAMHSW) とは…

本協会は、精神障害者の社会的復権・権利擁護とすべての人の精神保健福祉の増進を目的とした、全国各地で活動する精神保健福祉士による専門職団体です。

1964年に日本精神医学ソーシャルワーカー協会として創設され、国家資格化に伴って1999年に日本精神保健福祉士協会に名称変更しました。2004年に一般社団法人に、2013年公益社団法人に移行しました。

スローガン

“すべての人に、「コノ邦ニ生キル幸セ」を。”

～ ビジョンを具現化するために必要な9つの実践～

主体性の尊重

(ミク)



多様性の尊重

(メ)



包摂性の追求

(マク)



ソーシャルワーク専門職のグローバル定義

精神保健福祉士の倫理綱領

協会の定款

精神保健福祉士業務指針

2024年度日本財団助成事業編集者一覧

○編集責任者 ●研修担当責任者

伊井 統章	アソシアソーシャルサポート (兵庫県)
山本 綾子	三重県松阪保健所 (三重県)
小原 智恵	小矢部大家病院 (富山県)
門屋 充郎	(NPO) 十勝障がい者総合相談支援センター (北海道)
柴田久仁子	宮本病院 (和歌山県)
鈴木 柚子	社会福祉法人ひらイルミナル (東京都)
高橋 侑美	医療法人社団翠会グループホームサンホーム (東京都)
●田中由佳理	一般社団法人てとて (神奈川県)
波田野隼也	mudtplow合同会社 (青森県)
廣江 仁	社会福祉法人養和会 (鳥取県)
弘田 恭子	山梨県立こころの発達総合支援センター (山梨県)
●望月 明広	横浜市神奈川区生活支援センター (神奈川県)
○吉澤 浩一	特定非営利活動法人江戸川区相談支援連絡協議会 (東京都)
渡邊 充恵	ライフデザインボヤージュ (山梨県)

希望する一人暮らし等生活に向けた支援等を提供するグループホーム活用ハンドブック

2024年12月発行

編集：公益社団法人日本精神保健福祉士協会 2024年度日本財団助成事業ハンドブック作業部会

発行：公益社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7階

TEL：03-5366-3152 URL：https://www.jamhsw.or.jp/



Supported by



THE NIPPON
FOUNDATION

本ハンドブックは
2024年度日本財団助成事業にて作成しました