

「平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問によるし  
自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び  
有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」

## 訪問による生活訓練 ガイドライン

社会福祉法人豊芯会

## 訪問による生活訓練 ガイドラインの作成にあたって

2015年3月 早稲田大学 岩崎 香

本ガイドラインは、「平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」の成果の一環として作成したものです。本研究では、自立訓練（生活訓練）事業所を対象としたアンケート調査および相談支援事業所を対象としたアンケート調査を実施しました。その結果、多様なニーズに基づいて、多彩な支援が展開され、効果をあげていることが明らかになりました。

しかし、その反面、生活訓練事業所や相談支援事業所において、訪問による生活訓練というサービスが十分に理解されていないという現状もありました。生活訓練事業所に対する「訪問による生活訓練の内容に対してどの程度理解しているか」という設問では、「すでに事業を実施している」という事業所は26.9%、「具体的な内容まで知っている」という事業所は3.8%、「おおよその内容は知っている」と回答した事業所は30.6%という結果でした。そして、「具体的にはよく知らない」「内容についてはほとんど知らない」という回答は合計すると35.0%にもものぼりました。また、相談支援事業所を対象とした調査家かでも、居宅介護（障害ホームヘルプ）サービスと比較した、訪問による生活訓練の位置づけや特徴に関する自由記述で、生活訓練事業によって提供されるサービス内容がよく理解できていないという声が多く見受けられました。生活訓練を実施している事業所においても3割強の事業所が訪問による生活訓練への理解が十分でないこと、ケアマネジメントを行う相談支援専門員に周知が進んでいないことを踏まえ、多くの人に訪問における自立訓練を実施するにあたっての基本的な知識、実践例などを示す必要性があると考えました。

本ガイドラインにおいて、実際に行われている多彩な支援のすべてを網羅することはできませんが、その枠組みと代表的な事例を示してあります。訪問による生活訓練に取り組みたいと考える事業所や、訪問による生活訓練への理解を深めたい相談支援事業所等、多くの皆様に活用していただければ幸いです。

## 目 次

1. 自立訓練（生活訓練）事業について .....	6
(1) 自立訓練（生活訓練）事業とは .....	6
(2) 訪問による生活訓練とは？ .....	6
(3) 期限による制限と更新について .....	6
(4) 訪問による生活訓練の現状（詳細は巻末資料および報告書を参照してください）。 .....	7
1)生活訓練事業所における訪問による生活訓練の実施状況 .....	7
2) 提供されているサービスの内容と利用動機 .....	7
3) 訪問による生活訓練の対象者 .....	8
4) 訪問による生活訓練の範囲 .....	8
5) 訪問による生活訓練の課題 .....	9
2. 対象と目的 .....	11
(1) 訪問による生活訓練の対象像 .....	11
1) 社会・生活スキルの向上を必要としている人 .....	11
2) 長期入院や社会的入院からの退院をした人の地域定着 .....	12
3) ひきこもり状態にある人 .....	12
4)セルフネグレクト・生活状況が不明瞭な方 .....	13
5) 生活課題があるので働き続けることが難しい人 .....	13
(2) 訪問支援の基本的な考え方 .....	13
1)訪問による生活訓練の考え方①：「生活能力の訓練」のとらえ方 .....	14
2)訪問による生活訓練の考え方②：アセスメントの重要性 .....	14
3)ホームヘルプサービスとの違い .....	15
4)訪問支援の留意点 .....	15
3. 具体的な支援内容 .....	17
(1) 支援の形態 .....	17
1) 訪問型の生活訓練 .....	17
2) 通所と訪問の併用型の生活訓練 .....	17
(2) 訪問による生活訓練の支援内容 .....	17
1) ストレングスと生活課題のアセスメント .....	17
2) 生活リズムの訓練（支援） .....	17
3) 家事に関する支援 .....	17
4) 役所や銀行、交通機関などの社会資源の利用 .....	18
5) 家族・近隣・友人との関係調整 .....	18
6) 通院同行・服薬・自己管理の支援および身体健康への配慮 .....	18
7) 金銭自己管理 .....	18
8) 余暇活動の利用 .....	18

9) 就労・教育	19
10) 住環境の整備	19
11) 社会的マナーに関する支援	19
(3) 何を準備するか?	19
(4) 相談支援事業所と行政との連携	19
4. 具体的な支援のプロセス	21
(1) 支援のスタート	21
(2) 支援の経過	21
(3) 終了(エンドポイント)のあり方、終了に向けた支援	21
5. 事例集	24
1) 社会・生活スキルの向上を必要としている人	24
① 定時制高校を卒業したことで自分に自信を持てるようになり自立の第一歩を踏み出した江藤さんの事例	24
② 高次脳機能障害の人に対する訪問による自立訓練—家事をこなせる工夫と家族支援が有効だった河口さんの事例—	27
③ 一緒に出掛けることで、交通機関利用に関するアセスメントができたため、苦手を克服して外出できるようになった市川さんの事例	30
2) 長期入院や社会的入院、退院直後の人	34
① 夢のある生活を取り戻した佐藤さんへの支援ケース ～長期入院生活から地域生活へ～	34
② 長期入院生活から地域生活へ—生活上のアセスメントを行ったことで張り合いのある生活を獲得できた高田さんの事例	36
3) 生活課題があるので働き続けることが難しい人	42
① 人の関わりにより安定した生活が送れるようになった中川さんの事例	42
② 就労移行支援から就職され、単身生活を開始された本田さん～就職を機に生活トレーニングを本格的に行った若年者ケース	44
4) ひきこもりの人	49
① 一緒に外出したことをきっかけに25年ぶりに自力で外出できるようになった松本さんの事例	49
② 引きこもりがちな人に根気強いかかわりを行うことで、家族のストレスも軽減し、活動範囲が拡大された井出さんの事例	52
5) セルフネグレクトの人	55
① 時間をかけて信頼関係を築き一人暮らしの生活に慣れていくことで、セルフネグレクトから抜け出した尾賀さんの事例	55
② 本人の両親との同居家庭でのネグレクトから訪問による生活訓練を利用し、母子分離を果たし自立を目指す気持ちになった大矢さんの事例	59

6. 今後に向けて.....	63
(1) 訪問による生活訓練の意義 .....	63
(2) 今後の課題 .....	63

参考資料：「平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」における自立訓練（生活訓練）事業所を対象としたアンケート調査結果より .....	65
「平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」実施体制.....	70

## 1. 自立訓練（生活訓練）事業について

### (1) 自立訓練（生活訓練）事業とは

自立訓練事業は地域で生活するための生活能力を高めることを目的として実施されています。自立訓練事業には通所による事業（通所型）と宿泊による事業（宿泊型）があり、通所型では生活能力の維持・向上等が目指されます。宿泊型では日中就労あるいは、何らかの日中サービスを利用している人を対象として居住の場を提供し、生活能力等の維持・向上のための訓練が実施されています。さらに、長期間施設や病院で過ごしてきた人たちの地域移行に向けた支援に関しても、関係機関との連絡調整を行い、積極的な地域移行の促進を図ることが目的に含まれているのです。

自立訓練事業はその対象とサービス内容によって、機能訓練と生活訓練に大きく分かれています。機能訓練は主に身体に障害のある方たちを対象とし、理学療法や作業療法等を用いた身体的なりハビリテーションが実施されています。生活訓練は主に知的障害や精神障害のある人を対象とし、日常生活能力の向上を目指すとともに、その目的に向けた相談支援を行っています。

### (2) 訪問による生活訓練とは？

通所型の生活訓練の中には訪問による支援が位置づけられています。これまでは通所の訓練の中で、必要性がある場合に訪問による支援が認められていました。また、訪問による生活訓練を行う場合、月 14 回、180 日で 50 回が限度とされていました。

平成 27 年度からは、訪問による生活訓練に関して通所が前提という条件が外されました。引きこもり等の場合や精神科病院に長期入院していた患者が退院した直後の時期では、通所による訓練が困難な場合もあること等から、通所による利用を前提としない訪問による訓練のみの利用ができるよう算定要件が見直されたのです。訪問の回数も、利用を開始した日から起算して 180 日間ごとに 50 回を上限として算定することができるとされ、月 14 回というしぼりがなくなり、早期や緊急時の集中的な訪問が可能となりました。

### (3) 期限による制限と更新について

生活訓練事業には利用期限が定められており、原則 24 か月（長期入院者に関しては 36 か月）とされています。24 か月を超える利用が必要な人に関しては、期限延長を市町村に申し出を行い、その判断を仰ぐこととなります。個別の事案に関する検討の結果、その必要性が認められた場合、原則 1 年に限り延長が認められる仕組みになっています。

#### (4) 訪問による生活訓練の現状(詳細は巻末資料および報告書を参照してください)。

##### 1)生活訓練事業所における訪問による生活訓練の実施状況

「平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」における自立訓練（生活訓練）事業所を対象としたアンケート調査から、以下のような訪問による生活訓練の現状が明らかになりました（以下、自立訓練事業の中で生活訓練を実施している事業所を対象とした調査結果であるため、生活訓練と表記します）。尚、調査はワムネットに掲載されている生活訓練事業所 1529（「訪問あり」中、訪問有で登録している事業所については全数（175 ヲ所）、訪問の登録がない事業所については、①平成 24 年 3 月末までに生活訓練の指定を受けており、かつ②「精神」を対象として登録している事業所（540）の中から、300 事業所を無作為に抽出し、計 475 ヲ所を対象に調査を実施しました。160 ヲ所からの回答があり、得られた結果の一部を紹介します。

訪問による生活訓練を実施しているか否かということに関しては、30%近くの事業所が実施していました。しかし、実施していない事業所はその倍以上もあり、まだまだ訪問を積極的に行っている施設は少ないというのが現状です。回答した事業所の登録者総数は 2551 人、うち、訪問による生活訓練を実施している事業所の登録者数は 959 人、実利用者総数は 2220 人、うち、訪問による生活訓練を実施している事業所の実利用数は 843 人でした。843 人中、訪問による生活訓練を通所と併用している人が 368 人、結果として訪問のみを利用している人が 97 人であり、訪問による生活訓練を実施している事業所では、訪問サービスを利用している人が多く存在することがわかりました。その中には就労しながら利用していたり、就労に結び就いた人もいます。調査の結果から、さまざまな目的で生活訓練および訪問による生活訓練を利用している実態が明らかとなったのです。

##### 2) 提供されているサービスの内容と利用動機

それでは、実際にどのようなサービスが実施されているかということですが、これもアンケート結果に添って見てみると、「本人の日常生活上の生活課題に関するアセスメント、モニタリング」「生活全般等に関する相談、助言」「本人が生活リズムを整えるための支援（訓練）」が上位を占めています。その他、図 1 にみられるような多彩な支援が展開されていました。

訪問による生活訓練を導入しようと考えた理由としては、「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗があるため」「ひきこもりがち等で本人が通所を希望していない、乗り気でないため」「ひきこもりや地域からの孤立予防、改善のため」といったことが多く回答されていました。つまり、最も訪問ニーズがあると想定されるのは、通所サービスの利用は難しいが、生活上のニーズを抱えた人ということが考えられます。実際に訪問による生活訓練を実施した結果、事業所職員が効果が大きいと判断した利用者像に関してもほぼ同様の結果となっていました。実際に訪問による支援を行ったあるいは、行っている現状で、改善された生活課題については、「生活能力の低下（食生活・

身の回り・金銭管理・生活リズム)」「ひきこもりや孤立」「服薬・医療受診」が上位に挙げられています。

### 3) 訪問による生活訓練の対象者

では実際にどういう人が訪問による生活訓練を利用しているのかということですが、同調査において、実際に訪問による生活訓練を利用した、利用している方たち 301 人に関する調査結果をみてみることにします。

訪問による自立訓練を利用した、利用している 301 人の属性についてですが、性別は男性 54.2%、女性が 43.5%、年齢としては、40 歳未満が 45.0%、40 歳以上 64 歳までが 44.2%であり、幅広い年齢層の人が利用していました。障害としては、精神障害のある方が最も多く約 7 割を占めているという結果で、主たる診断は統合失調症が最も多く約半数を占めていました。

利用時の状況ですが、「何もしていない」が 6 割近くを占めていますが、通所のサービスを併用していたり、就労している人もいます。また、利用の目的としては、自立・独立に伴う生活スキルの獲得が約 4 割となっており、その他、退所・退院に伴うスムーズな地域移行や就労継続や社会的活動への参加促進などが挙げられています。家族関係や家庭生活の調整・修復などが利用目的として挙げられています。家族と同居している人の利用が半数を占めていることを考えると家族に対する支援も視野に入れた支援が行われていることが推察されます。

### 4) 訪問による生活訓練の範囲

利用に際しての具体的な生活上の課題としては、食生活・身の回り、家計管理、生活リズム等の生活能力の低下が最も多く、約 7 割を占めていました。その他、周囲とのコミュニケーションや対人関係なども半数近くに上っていますが、多様な課題（ニーズ）があってサービスに結びついたことがわかります。

また、生活訓練の利用形態としては、約半数が通所との併用ですが、結果として訪問のみの利用となった人も約 3 割おり、その理由として、利用者本人が希望しなかったということが約 6 割、その他、通所での支援が困難であったり、通所手段の問題で利用ができないといったことが挙げられています

これまでは月 14 回、180 日で 50 回という訪問回数が定められていましたが、その回数制限に関して、調査結果では、月 14 回という期間内での回数制限を見直してほしいという事業所からの要望が多かったのですが、平成 27 年度からはその制限は外され、180 日間で 50 回ということになりました。

支援終了時の状況としては、医療、福祉サービスを利用している人が 6 割を占め、利用していない人は 4 分の 1 となっています。また、生活の範囲としては、通所サービス等の利用が増加したわけではありませんが、行動範囲に広がりが見られた人は増加しており、就労した人も当初の 2 倍に増加しています

訪問による自立訓練はひきこもりがちであったり、生活スキルが十分でなく、家族や周囲の人との人間関係に課題を抱える人たちが利用しています。ひきこもりがちな人の中には、本当は通所したいという希望を持っている人もいれば、生活の範囲とし



では現状でも良いと考えている人もいます。また、課題として多く挙げられた生活上の能力も多様な内容を含んでいます。人との関係の修復やコミュニケーションの改善も家族や職場など、多様な対象を含み、利用者ひとりひとり、その利用目的や課題は異なっています。そうした多様なニーズに柔軟に応えることができること、生活の場に密着したアセスメントが行えること、働いている人の生活を整えることにも活用でき、家族や周辺的环境にも介入できる点などで、訪問による生活訓練は多様な効果を生んでいるのです。

## 5) 訪問による生活訓練の課題

しかし、その反面、事業の運営には様々な困難も存在します。実際に訪問による生活訓練を実施している事業所に対してその困難の具体的な内容を聞いた結果、人員の不足という回答が約 7 割を占めていました。障害が多様であるがゆえに訪問して支援するノウハウやスキルが不足していること、報酬単価が低いと回答した事業所も約 4 割ありました。訪問を担う職員に対する研修に関して、必要とする回答は約 95%と高い数字がでています。

また、訪問により支援するための職員の要件・加算に関しては、経験年数による加算を希望する回答が最も多く 34.8%、資格による加算を望む回答が 21.7%ありました(図 24)。現状に関して、多くの困難はありますが、以下に示す実施するにあたっての基本的な知識、実践例などを実施のために活かして頂ければと考えます。

図1 訪問による生活訓練のメニュー、訪問独自メニュー



## 2. 対象と目的

### (1) 訪問による生活訓練の対象像

障害者総合支援法における生活訓練は「知的障害又は精神障害を有する障害者につき、障害者支援施設若しくはサービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくはサービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問することによって、入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言、その他の必要な支援を行う」とされています。その上で、具体的な対象者として、以下のような例があげられています。

- (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・向上などの支援が必要な者
- (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・向上などの支援が必要な者 等

基本的には上記に該当する方が、サービスの受け手として想定されるわけです。しかし、通所や宿泊型ではなく、あえて「訪問」による支援を行う必要のある方とはどのような方なのでしょうか。その対象像について具体的に考えてみましょう。

### 1) 社会・生活スキルの向上を必要としている人

法制度の目的からしても、社会・生活スキルの向上を必要としている人が、支援の対象になることは言うまでもありません。例えば知的障害・発達障害のある方や、若年期に発病し地域生活をするうえでの社会的スキルを伸ばしていく必要のある精神障害のある方などが想定されるでしょう。しかしこのような方に通所型・宿泊型の支援が常に適当とは限らず、訪問支援の方が適している場合もあるのです。

#### 《通所サービスの利用が難しい方》

例えば集団の場面で対人関係を築くのが非常に難しい方などが、最初から通所支援の集団プログラムにおいてスキルを向上させようとするのは困難でしょう。こうした方に、まずは訪問で1対1の支援を提供していくことが適している場合があると言えます。またそれ以外にも『通所のための交通機関が利用できない』、『福祉の事業所に通所することに抵抗がある』等、様々な理由で通所サービスの利用が難しい方がいらっしゃいますが、訪問はそのような方に適した支援ツールであると考えられます。

#### 《集団プログラムでの支援・汎化が難しく個別支援を必要とする方》

また、生活上のどのようなスキルに課題を抱えているのかが通所先の一般的な集団プログラムではわかりにくい方や、集団で受けた支援が個別の状況に汎化しにくい場

合があります。例えば「洗濯をする」という課題を練習してみた場合でも、通所先の洗濯機と、自宅の洗濯機でのボタンの配置が違うだけで、行った練習がうまく機能しないことがあります。訪問によって、具体的かつ生活場面に密着した場面でその方の課題をアセスメントし、対策をとることで、より丁寧な支援をすることが可能になるのです。

## **2) 長期入院や社会的入院からの退院をした人の地域定着**

1)で「社会・生活スキルの向上を必要としている人」と述べましたが、特にこうしたニーズが高いのは長期入院や社会的入院からの退院・退所をされた方です。入院生活では身の回りのケアがスタッフによって行われる保護的な環境であることから、ご本人の自活能力が弱まっていることは少なくありません。また長期に入院されている場合は、入院前とは生活環境が大きく異なっていることもあり、そうした生活環境の変化が、退院後の生活を脅かす可能性があるのです。

そのような方が地域で安定的に生活・定着していくには、様々な側面の生活支援およびスキルの向上が必要となります。無論、通所によって支援を受けることも可能ですが、このような方はしばしば新しい環境になれるのに手一杯であり通所までの余裕がない場合も多く、むしろ「サービスをお届け」する方が適していることも多いものです。また、慣れない環境の中で、生活上の困難が個別的であったり、緊急的に起きることも多い者です。そのため通所ではなく、支援者が訪問を通じて、個別的な関わりを提供することによって、肌理の細やかな支援が可能になります。

## **3) ひきこもり状態にある人**

精神障害・知的障害のある方で、外出などが困難になってひきこもり状態にある方は少なくありません。こうした方の支援を導入にするにしても、通所を前提とした諸サービスは十分な機能を果たさないことがあります。

訪問による生活訓練は、このような方の居宅に伺うことで、社会的孤立を防ぐとともに、生活のあり方を一緒に考え、再検討していくきっかけとなります。なお、結果として通所サービスにつながることはありうるかもしれませんが、その点が主目的ではありません。重要なのは、本人が生活の相談をする人を得て孤立を解消するとともに、生活のあり方について時間をかけて再検討し、可能性を広げる機会をもつことにあります。

ただし訪問による生活訓練は契約に基づく障害者総合支援法のサービスですので、本人が他者との関わりを完全に拒否している事例の場合には、契約に至らず、機能しないことは否めません。しかし、財政的な基盤のある具体的な支援策として、我が国で使えるひきこもり対策の制度は限られており、訪問による生活訓練は、障害をもつひきこもりの方への重要なツールの一つであることも確かなことです。また精神障害の方の場合、精神科外来にはつながっている、という方もいらっしゃいます。精神科病院や相談支援事業、行政・家族等と連携しながら、契約に至るまでのエンゲージメントを模索することも、重要であるといえましょう。

#### **4)セルフネグレクト・生活状況が不明瞭な方**

生活に関するスキルを向上させるのが、生活訓練の目的ですが、実はどのような面に課題を持っているのか、そもそも課題を解決しどのような生活を送りたいのか、それを解決するために使えるご本人や環境のストレングスとは何か、が不明瞭な方、あるいはセルフネグレクトによりそのようなニーズを表明できない方も多くいらっしゃいます。

具体的には、生活状況が非常に困難であることが傍目に明らかでも、セルフネグレクトにより健康や社会生活に極めて不利な状況に陥っている（必要な食事をとらない、医療を拒否する、不衛生な環境で生活を続ける、家族や周囲から孤立する等）方、これまで医療保健福祉サービスに十分につながっておらず背景の情報が十分に分かっていない方、ご本人のみならずご家族も高齢や障害・貧困などの複数の問題を抱えていて問題の所在と対応方法の分析に時間を要しそうな方、またご本人自身の今後の生活のあり方に対するビジョンが不明瞭な方、などが考えられます。

本来、生活状況や今後の希望のアセスメントは、相談支援事業の相談支援専門員の業務とも考えられますが、相談支援専門員は数多くの業務・ケースを抱えており、その関わりは頻度も含めて限定されるのが現状です。そのような生活に困っているものの、どのような支援を提供していけばいいのか即座には判断しにくい方に、訪問を通じて綿密かつ頻回に関わり、生活課題・希望・ストレングスをつぶさに分析することで、課題やそれに使える資源を明確化し、状況の改善を狙っていくことも、訪問による生活訓練の制度利用のあり方の一つと考えられます。

#### **5) 生活課題があるので働き続けることが難しい人**

就労移行支援などのサービスを受けて就労に至っても、その後の定着が難しい場合は少なくないものです。その原因として、職場環境や本人の障害状況なども考えられますが、生活上の困難が背景となって就労が継続しない場合があります。就労の継続には、その背景となる生活の安定（食生活・住環境・整容・家族関係・お金の使い方など）が前提となりますが、これらの生活基盤に課題があると、働き続けることに影響を来す場合があります。

こうした生活のフォローとして訪問による生活訓練を行うということも1つの支援のあり方として想定されます。就労をしているため通所でのプログラムを受けることは難しいものの、勤務後などにそのような生活課題の支援を訪問で行い、就労をバックアップするのです。

### **(2) 訪問支援の基本的な考え方**

さて、上記のような方に訪問による生活支援を行う上で、いくつか留意しておきたい点があります。

## 1)訪問による生活訓練の考え方①：「生活能力の訓練」のとらえ方

訪問による生活訓練を行うにあたって、「訓練」という言葉が持つ印象にひきずられすぎないように留意せねばならないでしょう。

まず「訓練」という言葉は、「課題を達成するために強制性をもってトレーニングする」という意味合いで取らえられる場合があります。しかし、訪問支援においては「相手が自宅に迎え入れてくれる」事が原則ですから、先方の希望や意思にそぐわないことを一方的に行う事はできません。

また法文でも示される「生活能力の向上」は目的ではありますが、それは「家事スキルの訓練」を意味しません。生活能力=家事能力と捉えると、支援の幅を狭めてしまいます。

むしろ訪問による生活訓練の中で実際に行われていることは、本人が希望する生活の実現のために、どのような生活課題が存在するのかを共に検討し、その生活課題を解決するための工夫を考え、その工夫においてご本人ができる事を練習したり、後押ししていく営みです。何か特定の訓練メニューが既に用意されており、それを利用者の方が希望する、というよりも、生活よりよいものにしていくための工夫を共に考えて、それを一緒に取り組む支援といえるでしょう。

このような営みは、ご本人との協調のうえに成り立つものであり、一方的に強制するものではありません。また、ご本人が望む生活の実現のために、ご本人が「家事」「清掃」「金銭管理」など家事スキルの向上に取り組むことはありますが、家事スキルは『生活能力』の一部に他なりません。『生活能力』には「日中を気持ちよく過ごすための趣味を深める」、「孤独を解消するための方法を考える」、「バスや電車にのる」、「役所などの社会資源の上手な使い方」「他者への SOS の出し方や相談の仕方」、「近隣の住民との上手な付き合い方」など多彩なものを含み、支援の内容も家事能力の向上に留まらず、ご本人の希望によって様々になるのです。

## 2)訪問による生活訓練の考え方②：アセスメントの重要性

さらに訪問による生活訓練においては「アセスメント」という点も、支援を考える上で重要な点になります。

先の対象者像の記述においても触れましたが、地域で暮らす障害者の方の中には、生活状況が不明瞭な方が多くいらっしゃいます。具体的な今後の生活の希望や、生活の実現を妨げる生活課題がどのようなものなのか、そのための課題の解決方法がどのようなものなのかわからない、などの状況がありうるわけです。

しかし、こうした状況を丁寧にアセスメントする制度は、残念ながら十分に用意されていません。相談支援事業によるサービス利用計画の作成は、もちろんこのような機能を期待されているものですが、実際の関わりにはサービス利用計画作成費の問題もあり、こうした事例に深く集中的に関わっていくには限界もあります。

このような不明瞭さに対して、インテンシブな訪問を通じて関与し、その方の生活課題・それを解決するためのストレングスを発見していく「アセスメント」の作業も、訪問による生活訓練がなし得る機能の一つなのです。

『〇〇といった生活をしたかったので〇〇という生活能力をのぼしたい』、このような明

瞭なニーズを最初から表明できる方は非常に少ないものです。むしろ丁寧に状況をアセスメントする中で、具体的な希望や、向上させるべき生活能力・解決すべき課題、そのために本人ができることが明らかにすることが必要であり、訪問による生活訓練は、訪問支援という手段を通じてそれを丁寧に行うための制度といえるでしょう。

上記の1)、2)のような視点を除いてしまうと、「訪問による生活訓練」は単に「訪問によって家事スキル向上のトレーニング」をする制度になってしまい、その運用の幅も、また地域のニーズ量の評価も、極めて狭まってしまおうでしょう。

### 3)ホームヘルプサービスとの違い

訪問による生活訓練は、利用者のみならず、しばしば相談支援専門員・行政関係者においてもホームヘルプと混同されやすいサービスです。しかし、上記の議論を踏まえれば、訪問による生活訓練がホームヘルプサービスと異なる事は明らかです。

ホームヘルプサービスは基本的に「明確化された家事ニーズ」に対する「代行支援」のための制度です。他方で訪問による生活訓練は、家事能力に留まらない幅広い生活能力の向上のために本人を後押しする支援であり、また不明瞭な生活課題・状況を明確にするための『アセスメント』の作業を含むからです。その支援のあり方は「代行」ではなく、生活課題を共に相談・検討し、それを解決する工夫や生活に技能を並行して練習するといった要素を含みますし、その支援の領域も家事に留まらないのです。

この点を事業者や、地域に存在する相談支援事業者、行政が理解することで、ホームヘルプサービスと異なったサービスとしての立ち位置が明確となり、適切な利用者とサービスを繋げることが可能になります。

### 4)訪問支援の留意点

訪問支援は生活課題の状況をつぶさに検討し、丁寧な個別的な支援をする上で非常に有効な支援ではありますが、訪問という特性上、いくつか留意しておかねばならない点があります。

①訪問支援の侵襲性：自宅は地域で生活する全ての人にとって、生活の拠点となる場所であり、プライバシーを保たれる場所です。訪問は、その居宅に入り込もうとする性格をもちますから、少なからぬ侵襲性があるといえましょう。支援者が利用者にとって安心して、応援してくれる存在として立ち現れることもあれば、プライバシーを根掘り葉掘り暴き、安心できる場所を乱す存在として現れることもあります。訪問支援にはこのような侵襲性があることを意識し、利用者のプライバシーや安心して生活をする権利を侵害しないように留意しなければなりません。

②訪問支援の密室性：上記に加えて、訪問支援は高い密室性があることも注意しなければなりません。訪問支援でどのようなことが行われているか、利用者と支援者の2者間にしかわからないという性格があるため、支援の質や内容が検証される機会に乏しいといえます。それゆえに、支援の質を高めるための事業者の意識・努力が必要といえます。

③訪問支援は万能ではない：訪問支援は、極めて直接的に状況に介入する支援である

ので、本人や家族、周囲、支援者自身も「何でも何とかなる」という万能感を抱いてしまう可能性があります。しかし、実際には、事態が急に改善するというよりも、地道な作業の詰み重ねが必要とされる場合もあります。

また、訪問による生活訓練は福祉的なサービスであり、医療スタッフを含まない以上、究極的には医療的な支援はできません。生活上の支援は可能ですが、病状そのものが不安定であり医療上の頻回の訪問支援が必要な場合、また医療上の急変に関する危機対応が必要な場合等に適したサービスではないといえます。事例の性格によっては、訪問看護や医療機関が担当することが適切な場合もありますので、このような支援の限界を意識し、訪問による生活訓練では対応できる事例/できない事例については、自機関および関係機関と十分議論し、共有していくことも重要です。



### 3. 具体的な支援内容

#### (1) 支援の形態

##### 1) 訪問型の生活訓練

訪問型の生活訓練では、生活課題のアセスメントや生活に関する助言や訓練等の支援を利用者の自宅や周辺で行います。事業所への通所を前提せずに利用者の生活圏で支援を展開できます。

##### 2) 通所と訪問の併用型の生活訓練

併用型の生活訓練では、利用者に種々の支援を事業所内と自宅等で行います。現行の障害者総合支援法では、事業所内の支援（事業所に通えるようにする支援）を念頭に置いた訪問の支援を提供する必要があります。

#### (2) 訪問による生活訓練の支援内容

訪問による生活訓練では、様々な支援を提供することが可能です。ここでは具体的な支援内容を紹介します。なお、コミュニケーションの向上は全ての支援内容に関係するため、具体的例として扱いません。

##### 1) ストレngthと生活課題のアセスメント

訪問による生活訓練では、通所場面以外（事業所外）の利用者のストレngth（長所）と生活課題について把握することができます。例えば、事業所内では就労に興味を示さない利用者でも自宅いくと求人雑誌があるかもしれません（就労ニーズの発見）。逆に、普段は比較的身だしなみを整えている利用者でも、自宅にいくと掃除を含めた家事は苦手だったりします。利用者の自宅を訪問することで利用者の真の生活アセスメントが可能となります。特に、家から出ることが難しい利用者については、訪問による支援によって初めて生活のアセスメントが可能になります。

##### 2) 生活リズムの訓練（支援）

訪問による生活リズムの訓練（支援）は、単に利用者と一緒に生活の計画（日中の過ごし方や週間計画）を立てるだけではありません。利用者が決まった時間に起床できるように使用している目覚まし時計の使い方を一緒に確認したり、体調管理のために一緒に運動をしたりすることも含まれます。

##### 3) 家事に関する支援

訪問による生活訓練において、家事に関する訓練（支援）は「利用者に代わって、食事を作ることや掃除すること」ではなく、利用者が「食事を用意できるようになることや掃除できるようになること」、あるいは「自分ができる家事、できない家事、苦手な家事、手助けがほしい家事を利用者自身が認識すること」です。例えば、一緒に食材を買いに最寄りのスーパーに行くかもしれませんし、レシピ本を買いに一緒に本屋に行くかもしれません。自宅周辺での日常生活場面を通して、利用者の新たなストレン

グスや課題を発見できることがめずらしくありません。

#### 4) 役所や銀行、交通機関などの社会資源の利用

訪問による生活訓練では、利用者が公共機関や交通機関を自身で使えるようになるように、一緒にそれらの機関を訪れて必要な手続きをしたり、公共交通機関を使ってみたりします。家事に関する支援同様に、利用者が主体的に取り組めるように配慮する必要があります。

#### 5) 家族・近隣・友人との関係調整

家族や近隣住民は利用者とは接する時間が多いため、利用者にとって味方にもストレス要因にもなります。利用者とは家族・近隣との関係調整は彼らと顔をみながら話し、ときには彼らからみた事情を聞く必要があります。訪問による支援では、それらのことが可能であり、訪問の強みといえます。他方、同一のスタッフが家族支援も行うことは過度の負担になることが往々にしてあるので、家族支援の担当を別スタッフがすることもあります。また、人との付き合い方や距離の取り方が苦手な利用者が珍しくありません。たとえば、毎夜遊びにくる友人に断りをいれることのできない利用者さんには、上手なNOの言い方について助言することもあります。

#### 6) 通院同行・服薬・自己管理の支援および身体健康への配慮

訪問による支援には医療・健康面の支援も含まれます。例えば、通院同行や服薬状況、健康状態については、実際に医療機関や自宅を訪問することで現状を把握できることがめずらしくありません。通院同行では、支援者が利用者に代わって主治医に症状を伝えるのではなく、事前に利用者と一緒に主治医に伝えたいことをまとめたメモを作成するなどして、利用者自身が主治医に言いたいことを伝えられるようにする支援が求められます。また、生活訓練は「お薬を飲ませる」支援ではありませんので、あくまでも利用者に医療的支援の重要性を理解してもらうことを念頭におきます。医療的な支援は、訪問看護など医療型のアウトリーチ支援と連携することも重要です。

#### 7) 金銭自己管理

通所による支援と比較し、金銭の使い道は訪問による支援で最も明確になる利用者の生活実態の1つです。自宅を訪問する中で、利用者の部屋にある物や最近購入した物等を鑑み、必要であれば、生活状況とニーズに合わせた金銭の管理を自分でできるように支援します。例えば、一緒に買い物に行くなどして、金銭の使い方を利用者と一緒に考えることができるかもしれません。

#### 8) 余暇活動の利用

余暇の過ごし方を苦手とする利用者は多いです。一緒に喫茶店に行ったり、カラオケに行ったりするなど、生活の中で利用者自身が楽しいと思える活動を探すお手伝いをします。

## 9) 就労・教育

就労や教育の機会を得るには訪問による支援が不可欠です。例えば、利用者の就労先と一緒に探しに行くこともあります。あるいは就労や教育の継続のために、職場や教育現場に足を運ぶ必要があるかもしれません。事業所や自宅以外での利用者の姿をみることで、新たなストレングスや課題を発見できることがめずらしくありません。

## 10) 住環境の整備

特に長期入院をしていた利用者やグループホームからの卒業を控える利用者にとって、住環境の整備は重要な課題です。精神障害を抱えた人にとって新たな居住先を見つけることは容易ではなく、事業所内での助言（例えば、利用者に対して「あの不動産屋にいつてみたら？」とアドバイスする）では解決しないことがほとんどです。一緒に不動産屋にいったり、居住サポート事業等の利用を援助したりすることが有効かもしれません。

## 11) 社会的マナーに関する支援

事業所内での利用者の身だしなみや他者への関わりは、事業所内でのものです。訪問による支援によって、地域社会や就労場面等での身だしなみや他者との社会的な接し方をみることができ、必要な社会的マナーについて具体的にアドバイスができます。例えば、ある利用者は事業所内のスタッフには非常に礼儀正しいかもしれませんが、近隣住民や最寄りのスーパーの店員にはそうでないかもしれません。

### (3) 何を準備するか？

訪問による生活訓練をする際には、個人レベルと組織レベルの両面において、事業所内支援とは異なる物理的な準備が必要です。例えば、個人レベルでは支援記録のために、筆記用具、手帳、ファイルなどを用意する必要があります。また、利用者の自宅状況や支援内容によっては、マスク、キャップ、靴カバー、使い捨て手袋（軍手）、くつ下、スリッパ、訪問着エプロン、虫よけスプレー、雑巾、タオル、セルフケアグッズ、服薬カレンダー、非常ブザーなどをあらかじめ用意するかもしれません。さらに、利用者との関係作りのためには、図書や雑誌、コミュニケーションの援助ツールなどを用意することが有用な場合もあります。

組織レベルとしては、伝達手段として各スタッフ用の携帯電話、パソコンやタブレット端末などを各スタッフに配布が必要があると予想されます。また、移動に用いる（電動）自転車、自動車、交通費を管理できる電子マネー（例：Suica など）を事業所として用意しなくてはなりません。

### (4) 相談支援事業所と行政との連携

平成 24 年度より障害福祉サービスの導入にあたって、ケアマネジメントが制度化されました。具体的には市町村から指定された相談支援事業所に所属する相談支援専門員が障害者や家族からの相談に応じ、障害者個々の心身の状況、サービス利用の意向、家族の状況などを聴きとって、サービス等利用計画案を作成することになります。す

でサービスを利用してきた方はある程度福祉サービスの内容等に関してご存知ですが、例えば初めて福祉サービスを利用する方で、日中通える場所や訪問サービスを希望している場合に、近隣にどのようなサービスメニューがあるのかということを相談支援専門員が熟知していることが計画案を作成する前提となります。

しかし、身近な地域に自立訓練事業所が設置されていなかったり、あってもどういったサービスが行われているのかを相談支援専門員が知らないという状況もあります。同様に、市町村の担当者も就労系のサービスと比較して、自立訓練事業所に関しては具体的なイメージを持ち切れていない場合もあります。特に自立訓練事業は通所のサービスと認識されていることも多く、訪問ができるサービスであることやそのメリットを理解してもらうことが連携を行っていく上で重要となります。

## 4. 具体的な支援のプロセス

現在の障害者総合支援法では、相談支援事業が立てるサービス等利用計画に基づいてサービスを利用する流れになっているため、生活訓練の場合も他の障害福祉サービス同様に相談支援事業所からの紹介でサービスの利用につながるのではないのでしょうか。

その他の場合は、相談支援専門員と一緒に、利用者をよく知る人（精神科病院のSWや役所の担当課の人など）からの紹介で初めて顔を合わせ、その後に生活訓練という事業の説明を行い、契約を結ぶこととなります。その際、利用者が主体的に契約に至る時ばかりではありません。長期入院からの退院の際に主治医に勧められてであったり、時には何らかのサービスの利用が退院の条件となったり、生活保護の担当者から引きこもり生活を心配されてであったり、家族の希望からという場合など様々です。

### (1) 支援のスタート

契約の際、利用者のニーズに基づいて支援が開始したわけではないような時には、本人はあまり支援の必要性を感じていないでしょう。むしろ迷惑だと思っていて、自分の本意ではないサービスの導入に嫌な気持ちになっているかもしれません。そのような場合は特に、信頼関係を形作ることは非常に難しく時間がかかります。

### (2) 支援の経過

生活訓練では、個別支援計画は最低でも3か月に1回、モニタリングの末に作りかえることになっています。最長2年間で卒業し、次のステージに移ってゆく通過型のサービスだからです。もちろん利用者に何か変化（環境の変化や新たなニーズなど）があった時は、3か月を待たずに個別支援計画は作り変えることになるわけですが、一方でなかなかニーズが表出されない人や、そもそも受け入れてもらえないようなこともあります。信頼関係がようやくできてきたのではと思えるまでに、1年以上かかることもあります。

しかしいくら信頼関係の形成に時間がかかったとしても、その末に協同作業ができるようになれば、利用者自らが個別支援計画を主体的に考え、ゴールに向かって具体的な取り組みができるようになっていくものです。その時期がいつ来るかは、それぞれ人それぞれになります。ゴールまでは、徐々に階段をのぼるように進んでいくのですが、決して直線的なわけではなく、時には一度上った階段を下りることもあるでしょう。

### (3) 終了（エンドポイント）のあり方、終了に向けた支援

どのように終了を迎えられるか、言い換えるならば、どのように関係性を築けたかということです。訪問による生活訓練を必要としている方は、多くの場合、引きこもり状態であった方や、自らのニーズに自らも気づいていないなど、もともと自分から

発信することは少なく、関係性を築くのが難しい人たちです。それ故に実際に本人の口から「これがしたい」や「こうなりたい」というニーズが出てくるまでには随分と時間がかかるのです。

その人なりのゴールの設定は、利用者と支援者との協同作業によって明確になっていきますが、私たちは支援者として、今までの経験則に基づいたゴールの見通しをあらかじめ持っています。しかしその経験則通りにいかないことが度々あります。そんな時、どんなゴールであっても本人が納得して決めたものならば、その決定を支持し、そのゴールに向けた具体的な支援を行うことが私たち支援者の役割です。

生活訓練におけるゴールの大前提は、必ず生活訓練を卒業するということです。期限があり、卒業が前提のサービスということが他のほとんどの障害福祉サービスとの大きな違いです。その大前提のもと、どのように卒業し、どういう道程を通過して次のステージへと進んでいくかを考えます。そしてどんな場合でも、必ずそこに相談支援専門員が並走しているはずで、相談支援専門員との密な連携なくして、生活訓練というサービスは成り立たないでしょう。次ステージでは障害福祉サービスを使わない場合は、生活訓練の卒業と同時に相談支援専門員との関係も終了してしまうため、その点には十分配慮をして、誰がその役を引き継ぐのかを、事前に本人や関係者と確認しておくことが必要です。

### 具体的なエンドポイント

- ① ゴールの設定は本人が主体的に決めたものである。
- ② ゴールの設定に納得感がある。
- ③ ゴールがリカバリーになっている。
- ④ 次の事業所等の情報提供が適切に行われ、見学・体験などを経てゴールが決定されている。
- ⑤ ソフトランディングできる計画である（サービスの引き継ぎにはのりしろが必要）
  - (例1) 終了半年前から、ヘルパー週1、訪問による生活訓練週1  
終了後はヘルパー週2
  - (例2) 終了3か月前から、就労継続支援B型事業所週2、生活訓練週3  
終了後は就労継続支援B型事業所週5
- ⑥ 必要な支援が終了したら、サービスは終了。期間は人それぞれ（本人の力を奪わない）
- ⑦ 他のサービスや他の事業所の方が本人にマッチする場合は期間の途中であっても見直しをおこなう。
- ⑧ インフォーマルやピアの力も活用する
- ⑨ 終了時にサービス担当者会議が行われている
- ⑩ キーパーソンやキーとなる支援機関の引き継ぎを行う
- ⑪ 終了時評価を行い、生活訓練利用の振り返りを行う
- ⑫ 次にまたライフステージのどこかで困った場合、再度生活訓練の利用が可能であることを本人に伝えている
- ⑬ 引き継ぎ予定の他サービス等に情報提供を行い、本人がスムーズに移行できるよ

うにする。(本人の了解のもと)

- ⑭ 必要であれば、他サービスへの引き継ぎに同行支援を行う。(特に居宅介護事業の場合は、必ず行うようにする)

以上の点に注意して、生活訓練は期間を終了し、支援も終わります。

## 5. 事例集

### 1) 社会・生活スキルの向上を必要としている人

#### ①定時制高校を卒業したことで自分に自信を持てるようになり自立の第一歩を踏み出せた江藤さんの事例

##### 1. 江藤さんの紹介

20代後半の発達障害・統合失調症の男性。現在は生活保護を受給しながら一人暮らしをして定時制高校に通っています。他県に両親と、結婚して独立した姉がいます。

高校在学時に発病したため、やむなく中退しており、本人はそのことを非常に後悔していて、定時制高校に通いだしました。両親は過干渉で、特に母親は江藤さんのすること全てに口をだしています。そんな母親を疎ましく思う反面、何か困ったことがあると結局いつも母親に頼ってしまい、そんな自分を情けなく思う江藤さんでした。「一人前の男になりたい。」とよく口にしています。

##### 2. 江藤さんとの出会い

現在利用している訪問看護の宇佐美さんからの紹介。定時制高校に通いだし現在2年生になったばかりですが、生活リズムが整わず、すぐに昼夜逆転してしまい、なかなか学校に通えずにいるそうです。

他県の学校に通っているため、通学には1時間ほどかかり、3時ころには家を出ないといけないのですが、起きるのがその位の時間になってしまい、用意ができずけっきょく週に数日しか通えていないそうです。生活リズムを整える手伝いをしてほしいとのことで生活訓練に繋がりました。

##### 3. アセスメント

昼夜逆転もさることながら、本人が自分一人で何かを決めることができない環境のために、生活全般に渡って、まったく自己管理ができていない状態でした。福祉事務所から支給されるお金を母親がすべて預かり管理していたため、本人は何に幾らかかっているのかなど、何も分かっていない状態です。家賃や光熱水費、食費に幾らかかっているかまったく把握していません。お金が無くなると、母親に電話して持って来てもらうのですが、いつもすぐに来てくれるとは限りません。

そのため生活が安定せず、食事が取れずお腹が空いて夜も眠れず学校に行けないとか、電気が止められて宿題ができないとか、友達と学校帰りにお茶をしたいのにお金がなく行けず、自分だけ仲間外れにされていると被害的になったりなど、さまざまな弊害が表れていました。「自分でやり繰りしてみたい」と母親に言ったこともありましたが、「あんたに出来るわけない」の一言で、取り合ってもらえませんでした。



#### 4. 支援計画の立案

まずサービス担当者会議を開き、本人、両親、福祉事務所、障害担当部署、病院SW、訪問看護、相談支援事業所、生活訓練で話し合いの機会を持ちました。その際に、福祉事務所の職員から、生活保護のお金の使い方について説明をしてもらい、両親に保護費は自己管理できるような方向で考えてもらいたいと働きかけてもらいました。最初は心配で本人には任せておけないと言っていた両親ですが、福祉事務所をはじめ、様々な機関が見守ってくれるならと、最後にはしぶしぶですが認めてくれました。その上で、生活訓練で一緒に取り組めるお金の管理方法を本人と一緒に考えました。

#### 5. 支援の開始

1か月の生活費から家賃、さらに通学用の定期など必要なお金を引いて残りのお金が幾らあるかを確認しました。そのお金を食費、交際費、光熱水費、携帯電話代と、細かく分けていく作業をして、その中で自ら①食費は1日千円 ②学校が休みの土曜日は自炊する。日曜まで自炊すると大変なのでお弁当を買う ③趣味のフィギュアは月に2体までの購入に留める。という計画を立てました。

また、訪問しだして分かったことは、学校が休みの土日の過ごし方も重要なのではないかということです。土日に深夜番組を見たり、地元の精神科病院で知り合った友人と遊びに出かけて夜通し遊ぶということがあると、とたんに昼夜逆転して、月曜日からの学校に行けなくなることが分かりました。

#### 6. 支援経過

自分で立てた①～③の計画ですが、なかなか達成することができず、3か月後のモニタリング後に①食費は1週間で8千円。②自炊はしない。③フィギュアは「フィギュア積み立て」をして、お金が溜まったら買う。と江藤さん自身が考えて修正しました。その後も計画自体は江藤さんの揺れを反映して何度も作り変えました。しかし金銭管理を自分で行うようになったことで、主体的に自分の生活を考えられるようになり、「自分はどうしていきたいか」、「どうしたらうまくできるようになるのか」、をよく考えるようになり、個別新計画を話し合い時には積極的に自分の意見を言ってくれるようになりました。

訪問は、生活リズムを作るという意味合いから、週に3回午前中の訪問計画にしていました。最初のうちは私たちが訪問して何度もチャイムを鳴らしても出てきてくれず、さらに玄関先から携帯電話で電話をして、何分もかかりようやく起きてきたDさんですが、3か月位した頃から、チャイムを鳴らすとすく起きて、玄関を開けてくれるようになりました。1年後には、訪問前に自分で起きて、部屋の窓を開け、換気をして私たちを迎え入れてくれるようになっていました。(喫煙者だったので部屋が煙草臭いのでは、という気遣いからです。)

生活リズムが整ってくると、当然のことですが、学校を遅刻や欠席することも少なくなり、学校生活自体が安定してきました。

春休みや夏休みなどの長期の休みには、通学自体が無くなりその時間に何をして過ごすかが課題となりました。1年次には、通学しない間にまったくの昼夜逆転になり、その後しばらくはまったく学校へ行けなくなるということを経験していたため、江藤さん本人も

「これはマズイ」「同じことを繰り返してはいけない」と思っていたそうです。本人は「アルバイトがしてみたい」という希望を持っていたのですが、短期間のアルバイトを探し、すぐに働き出すことは難しく、今回（3年次の夏休み）は地域の中で普通の喫茶店をやっている就労継続支援B型事業所への実習という形で、仕事の経験を試してみるということで調整をしました。

この頃の一番の本人の悩みは、友達の誘いを断れないということでした。この頃、通院先の病院で知り合い仲良くなった友人たちが、しょっちゅう江藤さんの自宅に遊びに来ていました。初めのうちは新しい友達ができた喜んで江藤さんも、段々と自分の時間が持てないことにイライラしていました。しかし「断ったら相手に悪いのではないか」、「せっかく出来た友達なのに、いなくなったら寂しいだろうな」「また新しい友達ができるとは限らないし」と、悩むようになっていました。

## 7. 終結へ

①金銭管理は週によりますが、だいたい8千円でやり繰りできるようになりました。

②自炊は時々気が向いた時にしています。時々しかしないため食材などを買い過ぎてしまったり、腐らせてしまったりもします。しかし料理はいい気分転換になるようで、「趣味の欄に書けるかも？」と江藤さんはまんざらでもない様子です。喫茶店での実習で、調理補助をしたことも楽しかったそうです。

③フィギュアを集める趣味は、今はお休みしています。今の趣味はシルバーアクセサリ一です。やはりアクセサリ貯金をしています。

土日の過ごし方、友人との付き合い方など、まだ一緒に取り組んでいる最中のこともあります。次の4月には、4年生になる江藤さん。高校を卒業したら、大学に行きたいそうです。この課題の実現のために、生活訓練の延長を希望していますが、まずは関係者で話し合いをしようということになっています。今までも何度も会議をしてきた中で、江藤さんにとって会議とは、自分を応援してくれる人たちが、自分のために知恵を絞ってくれる集まりというイメージができていたため、安心して参加することができるそうです。

## 8. 訪問による生活訓練の活用ポイント

江藤さんは幻聴・妄想が活発で病識もあまりないため、症状のコントロールがあまり上手にできず、部屋で大きな声を出したり、時々暴れたり、壁を壊したりと問題行動と言われる行動のある人です。今回は症状のコントロールなど、精神疾患に関する部分は、もともと入っていた訪問看護が引き続き丁寧に関わってくれています。それゆえに生活訓練では、生活のためのサポートを行いました。金銭的な自立（サポートされての自己管理も自立だと思えます）無くして、地域生活での自立はあり得ないとの考えから、まずは自分で自分のお金を上手に使えるようになるために、頑張ることのできる環境を、両親から取り戻すことが最初のハードルでしたが、各関係機関と連携した上で両親に働きかけることができたため、生活訓練での協同作業として江藤さんと一緒に金銭管理に取り組むことができました。

本人の就学のサポートをするためには、生活リズムを整えることはもちろんですが、そのためには、まず課題がどこにあるのかを明らかにしなければならず、かなり濃密な関わ

りを持たないと、表面上の課題しか分からないのではないのでしょうか。

本事例の場合も、生活のリズムが整わずすぐに昼夜逆転してしまうのは、夜更かししてテレビを見てしまったり、友達の誘いを断れなかったりする江藤さんの性格的な問題だけではなく、今までの成育歴から、主体的に考えることも、自己決定をすることも許されてこなかった「育ち」そのものと、親子関係に問題があったのだと思います。

そこまでの深い関わりによるアセスメントを行い、支援にいかしていけるサービスは生活訓練の訪問による支援ならではないのでしょうか。

## ②高次脳機能障害の人に対する訪問による自立訓練—家事をこなせる工夫と家族支援が有効だった河口さんの事例—

### 1. 河口さんの概要

河口さんは現在 40 歳になる女性で、夫と 12 歳になる長女の三人暮らしです。地元の短大を卒業後、保育士として働いていました。26 歳で友人の紹介で知り合った夫と結婚し、退職。専業主婦をしていましたが、子どもの中学入学を機に近所の保育園からぜひと頼まれ、また保育士として働く予定になっていました。そんなある日、買い物帰りに自宅近くで交通事故に遭い、緊急入院しました。頭を電柱に打ち付けられたことから、急性硬膜下血腫を起しており、緊急手術が行われました。些細な外傷以外に体に障害は見られず、家族もホッとしていたのですが、経過の中でこれまでの河口さんでは考えられないような言動が見られるようになりまし。家族が見舞いにくる日時を勘違いして待っていたり、そうかと思うとこれまではとても楽しみにしていた子どもの中学生活に興味を示さず、違う話題を持ち出して子どもの話を止めてしまったりというような状況です。

手術後の医師からの病状説明で、硬膜下血腫の手術後の後遺症状について聞いてはいましたが、夫も子どもも河口さんの変化に戸惑うばかりでした。以前の河口さんは非常に几帳面で、世話好きで、夫にも子どもにも手をかけすぎると周囲の人から言われるような人でした。家事には決して手を抜かず、手先も器用で、子どもの服やカバンなども良く手作りしていたのです。それが、すっかり人が変わってしまったかのようで、重要なことを話しても忘れてしまっていたり、話があちらこちらに飛んでしまうのです。

手術後の経過を医師から説明されましたが、そこで、告げられたのは高次脳機能障害という言葉でした。外傷による後遺症状があり、疲れやすくぼんやりしていて、何かをするとミスばかりしたり、物事に集中できず、すぐに飽きてしまう。ふたつのことを同時にしようとするとうと混乱してしまう状態だということでした。入院中からリハビリが開始され、簡単なパズルからはじまり、計算ドリルを解くといった日々が続きました。入院から 3 か月が経過し、リハビリの効果もあって集中力が持続する時間も少し長くなってきました。家族と長く離れていることも治療上よくないだろうということで、通院とリハビリを継続するというので、自宅に退院となりました。幸いにも実家が近かったので、通院には母親が付き添ってくれました。自宅でも日課を作成して、それに添って生活していくようにし、何かあればメモを活用するといったことを繰り返しながら、家族もサポートを続けました。退院後のリハビリも 3 か月を過ぎ、医療的なリハビリテーションは終了しました。

## 2. 河口さんの母親からの相談

病院のソーシャルワーカーに勧められ、市の障害福祉課に相談にいったところ、こだま相談支援事業所に相談に行っただろうかと紹介され、来所しました。相談内容は、病院でのリハビリが終わったら、これまでやっていた日課をこなすことも思うようにならなくなり、このままでは家族がうまくいかなくなるのではないかと思い相談に訪れたということでした。

母親からみても驚くような変わりようで、これまでは夫や子どものことを一生懸命思いやって、そこまで手をかけなくてもというような状況でしたが、現在はいつ家に行っても、横になっていることが多く、やることはメモしてあるのですが、おっくうがってなかなか手につかないということでした。一度にたくさんのはできませんが、ひとつひとつのことをやり遂げる能力はリハビリのせいもあるとあって、ずいぶん戻ってきています。でも集中力が低下していて、時間のかかる料理が特に難しく、母親が声をかけるだけでもイライラして、「やろうと思ってるんじゃない！」と怒鳴ることもあるそうです。以前は根気強い性格だったので、そんな娘の反応に、夫や娘とうまくやっていけるかどうか不安を感じるというのです。

福祉サービスの利用は初めてということで、小山相談支援専門員が一度自宅を訪問させてもらい、河口さんともお話させてもらうことにしました。

## 3. 河口さん宅訪問により見えてきたこと

夫も長女も在宅しているという土曜の午後に訪問しました。相談に来た母親も同席してくれるとのことでした。住まいはこじんまりとはしていますが、日当たりの良い1戸建てで、駅近くの便利な場所にありました。ご家族と一緒に迎えてくれた河口さんは穏やかそうな笑顔で、一見障害を感じさせない人でした。高次脳機能障害ということは告げられてはいるものの、障害者としてサービスを受けることに対してどう感じるのかがとても心配でしたが、提供できるサービスの説明に対して、「お願いします」と即答してくれました。疲れてはいけなからと、母親が別室に河口さんを連れていき、夫と娘に話を聞きました。

夫は公務員で妻の事故のことがあって以来、職場の理解を得て、比較的早い時間に帰宅できているということでした。日中は母親が一度はのぞいてくれて、河口さんが日課通りに家事をこなしているかどうかを見守ってくれているとのこと、夫が帰宅すると、ひととおりのことは終わっている状態だそうです。これまでは朝出かける着替えや靴まで、河口さんが用意してくれていたもので、事故当初は何がどこにあるのかもわからず、大変だったとのことですが、入院中にある程度自分のことは自分でできるようになったと話していました。それは娘さんも同様で、中学に入ったら自分のことは自分でやろうと思っていたので、今の生活で不自由はないとのことでした。

以前は神経質で潔癖だった母親が全く違う人のように少しだらしくなってしまうことに戸惑いながらも、夫と娘に聞いた範囲では特に生活上の大きな問題はないように思われました。そのことを率直に夫に聞いたところ、「そうなんですよ。たぶん、一番大変なのはお義母さんで、私たちがいないときに妻に家事をやらせているようなんですが、それが負担になっているんじゃないでしょうか」との返答でした。次回の訪問は平日の日中で、河口さんと母親がいる時間帯に設定しました。

次の訪問で玄関前に立つと、大声で叫んでいる声が聞こえます。「早くやりなさいよ！もう…」。「だから今やってるでしょ！」というようなやり取りのようです。遠慮がちにチャイムを押すとしばらくして、母親が顔を出しました。「お待たせしてすみません。もしかして聞こえてました？お恥ずかしいです…」

そういいながら、河口さんを前に母親は先日の相談同様、河口さんの手が遅く、家事をこなすことに長い時間がかかることなどを述べ立てました。

#### 4. 家族支援を視野に入れた計画の立案～実施

家族の生活に支障がないようにと思う母親が最も疲弊していることがわかり、家事の中でも特に料理に関する支援が必要なることが明確になりました。そこで、最も適切なサービスとして同じ法人が運営する訪問による生活訓練を導入することを提案し、河口さん、家族の了解を得ました。まず、河口さんの能力を査定する必要から当初は週2回の訪問から開始しました。担当になった木下さんの評価では、家事能力そのものは簡単な指示があれば、ほとんど自力でこなすことができるということでした。ただ、母親がメニューを考えているそうですが、手の込んだ下ごしらえが大変なメニューが多く、時間がかかることに母親自身がイライラしてしまうという状況のようでした。母親と付き合う中でわかったのは、事故にあってこんな状態になり、婿や孫に迷惑をかけて申し訳ない気持ちが強いこと、以前の娘なら簡単にできたことが今は3倍以上の時間がかかることに悲しみと怒りを感じてしまうということでした。話を聞いて木下さんが感じたのは、高次脳機能障害になる前の河口さんと母親がとてもよく似た性格だったのだろうということです。母親も完璧主義で家事に情熱を注ぐことを惜しまない人だと感じました。その一方、母親も高齢になっており、この生活がいつまで続くのかと思うと焦りから余計にイライラが募るという状況のようでもありました。

そこで、母親に障害を理解してもらうことに努め、料理の献立が用意されている宅配サービスなどを利用することを提案してみることにしました。

#### 5. 障害を受け入れることを支援する

木下さんは、河口さんの家事を見守りながら、母親から、河口さんが母親の自慢の娘だったこと、近くに嫁いでくれたので、老後の心配もないと安心しきっていたところに今回の事故がおこったことなどを聴き、母親の気持ちを受け止める支援を行いました。そして、事故の責任は河口さんにも河口さんの家族にもないこと、夫や娘にとっては、完璧すぎる河口さんよりも今の方が家族が力を合わせて暮らしている感覚があるのではないかということなどを根気よく伝えていきました。そんな中で、河口さんが「おかあさん、ごめんなさい。わたしが何もできなくて…」と声をかける場面がありました。母親は一瞬動きを止めて、「康子（河口さん）が悪いわけじゃないのよ…わたしこそごめんなさい。あなたを責めて…」と話し、今言ったことを忘れたような河口さんの前で涙を流していました。木下さんは母親がようやく、河口さんの障害を理解しはじめてくれたことを感じました。

#### 6. 終結へ

そこからの展開は早く、母親の気持ちの切り替えと同時に木下さんが提案していた宅配

の利用を始めました。決められたメニューに添った食材が人数分配達されるので、それを書かれた手順に添って調理するだけで食事ができあがるようになりました。また、冷凍の惣菜などの利用を追加するだけで、豪華な食事になることも経験し、母親も納得できる食卓となったようです。木下さんの支援も週1回となり、母親も河口さんと一緒にショッピングに行くなど、お互いに気分転換もできるようになりました。誰か相談できる人がいないと不安ということで2年の期限までは利用する予定ですが、その後は福祉サービスの利用は特に考えていないそうです。

#### 7. 訪問による自立訓練の活用のポイント

河口さんの事例は医学的なりハビリテーションは終了しましたが、枠組みを自分で組み立てられないことから、家事への支援が必要ということで、訪問による生活訓練を導入しました。実際にアセスメントしてみると、主婦として家事を行うには、河口さん自身の集中力の低下や作業能力の低下、多くのことを一度にはできないなどの課題もありました。そこに支援の焦点があったわけですが、その課題を河口さん自身が乗り越えやすい方法で達成する可能性はありました。しかし、河口さんを支援している母親の障害への理解や受容がその方法を進めていく上で必要な事例だったと言えます。河口さんのようにご本人への訓練だけでなく、家族支援が必要な事例に訪問は有効な手段だと言えます。

### ③一緒に出掛けることで、交通機関利用に関するアセスメントができたため、苦手を克服して外出できるようになった市川さんの事例

#### 1. 市川さんの紹介

上場企業に勤める父親と専業主婦の母親、年の離れた姉との4人家族でしたが、数年前に両親は亡くなり、両親の残した持家で、姉と二人暮らしをしていました。現在30代後半の女性。発達障害。

小学校の頃より不登校になり、中学は精神科病院の院内学級に通っていました。両親は、本人が30代の頃、数年おきに亡くなりました。1年前までは、姉と二人暮らしをしていて、家事はすべて姉が行い、市川さんの外出の際もいつも付き添って来ていました。

#### 2. 市川さんとの出会い

基幹型相談支援センターからの紹介。

今まで一緒に暮らしていた姉が海外に転勤になり家を出たため、一人では不安で外出できない市川さんが引きこもりになってしまったと、一時帰国した時に、姉が相談の電話を基幹型相談支援センターにかけてきたことから生活訓練に繋がりました。

#### 3. アセスメント

本人は今までは姉と一緒にいた趣味の買い物や、通院、日常の買い物などに一人でも行きたいと希望していました。現状は不安が強く、一人での外出が困難。姉や信頼できる人と一緒にであれば、外出ができ、電車やバスにも乗れるのではないかと考えているそ

うです。また人ごみも苦手で、そのような場所に行くと、周囲の人に何か言われている気がするため、現在は家の近くであっても一人では出かけられないそうです。もともと一人で外出したことはほとんどなく、両親や姉と一緒にの外出以外はしていなかったそうです。予定外のことがおこると、「すぐパニックになっちゃう」と言っていました。

#### 4. 支援計画の立案

姉が長期不在であることから、一人での外出ができないと、自分の趣味の楽しみだけでなく、日常生活にも困ることが多いと感じているため、外出の練習をしたいという希望は強く、前向きに取り組む気持ちでいるとのことでした。

まずは、家の近くの買い物からと提案しましたが、本人は今まで姉と一緒に出掛けていた、趣味のための外出の方が、楽しみな気持ちから、「不安が少なく出かけられるような気がします」ということで、バスに乗って20分位の所にある、いつも姉と一緒に行っていたお洒落な雑貨屋へ買い物に行く計画を一緒に立てました。

#### 5. 支援の開始

まずは自宅まで訪問生活支援員が迎えに行き、一緒に家を出でバス停まで歩き、バスに乗ってみました。その際、様々なことが分かりました。本人は、「人ごみが苦手です」と言っていたため、そのことが外出や乗り物に乗る時の課題なのだと思っていました。バスに乗れない理由はそれだけでは無かったのです。

まず、時刻表などで確認してバスが何時に来るのかを理解しているわけではないため、どのタイミングで家を出ればいいのか分からない。バスに乗ってからも、席が空いていればいいけれど、空いていない場合はどこに立っていたらいいのか、またシルバーシートしか空いていない場合は座ってもいいのか、途中でお年寄りが乗ってきたら、どう対応すればいいのかなどが分からず、ドキドキしてしまい、パニックになってしまうそうです。また運転席の横の掲示板に運賃が表示されるのですが、その見方も分からない。降車の際の料金が幾らか分からないのです。さらにお金の払い方も分からない。バスを降りる時にどのタイミングで降車ボタンを押していいかも分からない。などと今まで何度も乗っているバスであっても、全てを一緒に乗った両親や姉が取り仕切ってくれていたため、何一つとして自分で行ったことがなかったのです。

そのため、バスでの「手続き」や「振る舞い」に自信が持てず、「人ごみ」という苦手な状況と相まって、より一層の苦手意識を持つに至ったということが、何度か一緒にバスに乗った結果分かったのです。

#### 6. 支援経過

一緒にバスに乗ったことで、本人の課題が分かり、それを一つずつ解決していくため、具体的な個別支援計画を本人と一緒に立てました。

1. バス停で時間を調べ、携帯のカメラで撮影→何時何分に家を出てバスに乗るかを事前に打ち合わせ。
2. バスの乗車の仕方の手順を一緒に紙に書いて作成
  - ①バスが停留所に止まったら、後部のドアが開くので、並んでいる順番に乗り込む。

- ②ステップ横のボックスから、整理券をとる。
- ③空いている座席に座る。空いていない場合は、ステップを上がり、右側の2人掛けの座席の前に立ち、つり革でなくシートの上部の手すりにつかまる。  
(シルバーシートしか空いていない場合は座らない。お年寄りに席を譲るタイミングが分からないため。)
- ④降りる際は、「次は〇〇前です」という車内アナウンスのすぐ後に、降車ボタンを押す。
- ⑤運転手横の掲示板を確認。手元の整理券と同じ番号表示に書かれている金額の小銭を財布から出し準備する。(バスに乗る前はあらかじめ小銭を用意しておく。)
- ⑥停留所にバスが停まったのを確認して、降り口に向かう。
- ⑦手元の整理券と小銭を合わせて、運賃箱に入れる。
- ⑧運転手に一礼をして降りる。

### 3. この手順書を持って、再度一緒にバスに乗る。

電車に乗る際も、同じような手順で同行支援を行いました。

電車に乗る際は、やはり通勤通学などの人の多い時間は不安が強くなること。座席に座っている時の方が電車の揺れを体を感じやすく具合が悪くなることが分かったために一番前の車両に行き、運転席の後ろで進行方向を向いて立っている方が楽だということが分かりました。

## 7. 終結へ

外出の際の同行を週に2～3回、2年間続けたことで、調子がいい時には一人でバスや電車で出かけられるようになりました。

一人での外出が可能になったため、今までは無理だと思い諦めていた、就職に関しても前向きに考えていきたいという気持ちを持てるようになりました。興味のある洋服関係や、雑貨関係での障害者枠での仕事を考えているとのことで、就労移行支援事業を利用することになりました。

## 8. 訪問による生活訓練の活用ポイント

移動のための支援には、ヘルパーによる移動支援事業がありますが、定型的なサービスであり、利用者のニーズにぴったりと添えるわけではないのが現状です。

生活訓練のこの事例では、まず本人の自宅に訪問し、体調が悪い時や不安が強い時、他のことを本人が希望する時(家の片づけがしたい、行政から来た書類の書き方が分からないので手伝ってほしい、電子レンジの使い方を教えてほしいなどいろいろ)は、外出の練習はしないという選択ができます。その際も本人の希望することを一緒に行えますし、ただお話をするだけという日もあります。

そのような臨機応変な対応ができたことが、本人の負担感を少なくし、自分の希望する外出の練習へのモチベーションの維持ができた理由ではないでしょうか。

さらに外出の際に本人と一緒に話し合いながら、アセスメントできたことが大きく、今まで漠然と感じていた不安に対して、「このような理由で(このようなことが分からず)自分は不安を感じて行動できずにいたのだ。」という気づきにつながり、納得感を得ることが



できたのだと思います。さらに自分が行うべき手順を、「個別支援計画」という形で、具体的に分かりやすく視覚化することで、障害特性にマッチした支援を行えたことでスムーズに行動に移せたのだと思います。

ヘルパーによるサービスでは決まった曜日や時間での定型的な訪問が基本ですが、生活訓練では、本人と環境の状況のアセスメントのため、外出の際の曜日や時間を変えて、訪問をすることで、本人の苦手な状況や、ここまでなら大丈夫というラインを見極めることができました。

## 2) 長期入院や社会的入院、退院直後の人

### ①夢のある生活を取り戻した佐藤さんへの支援ケース ～長期入院生活から地域生活へ～

#### 1. 佐藤さんの紹介

佐藤さんは、東名高速道路が全線開通した 1969 年（昭和 44 年）に富士山に見える町で生まれた、現在 45 歳の男性です。年の離れた兄、姉との 3 人兄弟で、父は 30 年前に他界しており、母が地元で一人暮らしをしています。現在、姉は嫁いでいて、兄も海外で仕事をしています。地元の工業高校を卒業後、車の整備工場に就職しましたが、24 歳の時に退職し、県外の中核都市に出るもアルバイトで生活を繋いでいました。しだいに体調も崩し、30 歳の時に生活保護を受給することになりました。不眠のため生活保護ケースワーカーから精神科の受診を勧められましたが、なかなか通院への一歩が踏み出せませんでした。ある日、ふと隣の部屋から自分の悪口が聞こえてくることに気が付き、部屋の外に逃げても悪口は追いかけてきたため、叫びながら走っていたところを警察官に保護されました。連れて行かれた病院で統合失調症と診断されて、そのまま医療保護入院となりました。佐藤さんは、自分がどうして入院しているのかも良く分からないまま 15 年が過ぎ、病棟から見える富士山を眺めることが日常となっていました。

#### 2. 佐藤さんとの出会い

ある日、佐藤さんは「病棟を建て替えることになったから退院してほしい」と突然主治医から言われ、退院することになりました。住む場所は病院の PSW が市内のアパートを探してくれることになったものの、佐藤さんは久しぶりの一人暮らしに不安がありました。そこで退院にあたっての佐藤さんを含めた話し合い（サービス担当者会議）がおこなわれることとなり、PSW から指定特定相談支援事業所に連絡がありました。その際に、指定特定相談支援事業所の相談支援専門員か生活訓練事業所に「一緒に会いに行ってもらえないか？」と相談があつて佐藤さんに出会うことになりました。

#### 3. アセスメント

話し合いには、病院、指定特定相談支援事業所、生活訓練事業所、生活保護ケースワーカー、保健師が参加して佐藤さんの退院後の生活に関する希望と不安を共有し、支援が必要と思われる点を確認しました。久しぶりの一人暮らしに不安があるとのことで通所先として生活訓練事業所を提案しましたが、佐藤さんは「またアパートで暮らすことが出来るのは嬉しいです。家事とかの不安もあるけど、施設に通って『障害者になった』と自分で思うのは嫌なんです。15 年間我慢してきたから、今は自分の好きなドライブに行きたいです」とのことでした。そこで相談支援専門員から「どこかに通うのではなく、佐藤さんは自分のペースを大事にしながら暮らして、でもこれからの生活を一緒に考えていってくれる人が訪問してくるのはどうですか？」と提案をし、佐藤さんも「どこかに通うのではなく、誰かが家に来てくれるなら良いです」と了解しました。

#### 4. 支援計画の立案

そこでまずは週3回、訪問生活支援員が佐藤さんの部屋を訪問し、新しい家電の使い方を確認したり、近所のスーパーで食事の買い物をしていくことにしました。また、時々は事業所の車で佐藤さんの好きなドライブをしながら、これからの生活について話をしていくこととして個別支援計画を作成しました。訪問がない日は、「図書館で自動車のメカニクスに関することを勉強したい」との希望でした。

#### 5. 支援の開始

最初の1か月は週3回の訪問（月14回）、1回1時間程度の中で一緒に買い物に行ったり、家電の使い方について確認をしました。そうした中で、佐藤さんはある程度やるべきことが分かると自分で実践できることが分かってきました。15年間入院していたのでどこに買い物に行ったら良いか分からなかったり、家電の使い方なども初めは戸惑っていたようでしたが、少しずつ身の回りのことは出来てきました。訪問生活支援員は「佐藤式家事マニュアル」を作成し、佐藤さんが自分で家事をおこなう方法を目で見えるようにしました。

#### 6. 支援経過

また、月に1回、事業所の車で佐藤さんとドライブをしました。その中で、幼少時に父が家でお酒を飲んで暴れていて、そうした人が精神科に通院していることを知っていたので、自分を「精神障害者」と思いたくはないし、薬を飲むにも抵抗があること、しかし、兄は海外におり、姉は嫁いでいったので、高齢の母が亡くなったあとの佐藤家の墓を守ることができるのは自分だと思っていて、二回目の長期の入院は絶対にしたくないこと、7歳の時に地元近くで開催されたF1グランプリを観戦して感動し、自動車に関わる仕事をすることが夢だったこと、しかし、対人関係に嫌気がさして退職してしまったこと、などを佐藤さんが語ってくれました。

佐藤さんの了解のもと、こうした佐藤さんの思いを相談支援専門員とも共有し、モニタリングの際に佐藤さんと「これからの生活」について一緒に考えていきました。退院後3か月目のモニタリングの際に「身の回りのことはある程度慣れてきてた」、「しかし、障害者として通所の福祉サービスを利用することにはやはり抵抗がある」、「自分の好きな車に関する仕事にまた就いて、家の墓を守れるくらい生活を安定させたい」、という気持ちを確認し、「再入院しないように定期的に通院・服薬をすること」、「家族から家のことを任せられる男になるために、社会の中でも役割を持って自信をつけること」を新しい目標としてサービス等利用計画を修正しました。そのため生活訓練事業所としての個別支援計画も、訪問をして自宅での生活支援中心から、「自動車整備士になるための学校に通うための準備を支援する」という形に変わりました。

#### 7. 終結へ

個別支援計画を修正した3ヶ月後（退院から6か月後）、佐藤さんは自動車整備の学校に入学し、学生になりました。その間も、再入院しないために通院は続けています。少しずつ訪問の回数も減っており、生活訓練事業の利用も終了かと思われました。しかし、学

校での人間関係が上手くいかずに悩んでいたため、生活訓練事業所の SST プログラムに週 1 回参加することになりました。夢のある生活のためには、通所することに躊躇いはなかったそうです。

3 か月間の SST プログラム終了後、退院から約 9 ヶ月後にサービス担当者会議を開催し、サービスの利用を終了しました。病気との付き合い方も同じ生活訓練事業所の利用者と仲間になれたことで学ぶことができ、仕事で悩むことがあればその時にまた病院の PSW や相談支援専門員、または生活訓練事業所に連絡をすることとなりました。

#### 8. 訪問による自立訓練の活用のポイント

「自分を障害者と思いたくない」という佐藤さんの気持ちは、訪問や外出という本人の話しやすい環境を用意することで具体的に語られました。自宅で 1 対 1 の支援をすることにより、「支援者と障害者」という対立関係ではなく、「人與人」という平等な関係の中でこそ聞けた本人の気持ちだったと思います。自分が何故入院しているのかも分からない状況が長く続き、夢を諦めざるを得ない状況で生活をしてきた人に対して、自分の城（自宅）で支援できることの意味は大きいのではないのでしょうか。長期間、「入院」という治療の枠組みに嵌め込まれ、退院後にまた「障害福祉サービス」という支援の枠組みを必要とすることがどういうことなのか。そこに思いを馳せた関わりをするには、本人が安心できる場の確保が大切です。訪問という方法で本人の気持ちと生活に寄り添っていくことで、本人が本来持っている力を引き出せる支援ができるのではないのでしょうか。「施設には通いたくない」という気持ちがあっても、生活上のニーズは存在します。そのニーズを訪問という形で支援できたのが佐藤さんへの支援事例でした。

また、訪問により、状況に応じた支援目標の設定がしやすいということも利点に思えます。佐藤さんの場合は、最初は本人の「これからの生活を考えていきたい」というニーズに対して、「生活の場においてアセスメントを深めていく」という目的を持って訪問生活支援員が家事援助に入ることで、自分の出来ることや苦手なことを整理していく一助になりました。さらに生活訓練の支援では自宅の中だけでなく外出に同行することでも報酬を得ることができ、支援の幅が広がっていきます。そうして、本人が前向きな話をしやすい状況を作り、ストレングスを見つけることで、解決が難しいニーズに対しても本人が本来持っている生活する力を活かして支援を推進していくことができます。特に生活訓練事業のように利用期限のある障害福祉サービスにおいては、支援目標を明確にして支援を終結させていくということも大切な視点でしょう。

### ②長期入院生活から地域生活へ—生活上のアセスメントを行ったことで張り合いのある生活を獲得できた高田さんの事例

#### 1. 高田太郎さん 52歳

高田さんは、佐賀県で生まれて、18歳の時上京して、家電の製造工場に就職しました。社員寮で暮らしていた26歳の時、統合失調症となり精神科病院に入院しました。間もなく両親があいついで他界したことで、身寄りも住むところもなくなり、「退院する自信はありません」といって頑なに退院を拒否していました。しかし、1年前に仲の良かった同室

の土井一夫さんが退院し、その土井さんから「退院すると自由があるよ。高田さんも好きな絵を描くといい」と勧められたことから、「私も退院できますか」と発言するようになり、主治医の勧めもあって、地域移行支援を利用して退院を目指すことになりました。

高田さんは、地域移行支援を通して、住むところや日中活動の場所の見学や体験利用を行いました。その結果、土井さんのような一人暮らしを希望したことから、土井さんの近くのアパートを借りることになりました。日中活動については、通所による生活訓練等の体験利用を行いました。が、「一人暮らしも初めてなのに、どこかに通って訓練するなんてとても無理です。今まで病院にいたので、一人暮らしは寂しいと思うけれど、慣れない人と話すのはもっと苦手ですぐに疲れてしまいますから」と言って利用には至りませんでした。しかし、「自分で本当に生活できるのか、どんなことから始めればいいのか本当は不安なんです」と話していたことから、相談していくなかで、訪問による生活訓練を利用して、その上でこれからの生活を組み立てていくことになりました。

## 2. サービス等利用計画

高田さんの入院中に退院後の生活を支援するためのサービス担当者会議が開かれました。出席者は、高田さん、病院の精神保健福祉士、看護師、計画相談を行う相談支援専門員、地域移行支援の担当者、市役所の障害福祉の担当者、生活訓練事業所のサービス管理責任者と訪問支援担当の生活支援員です。その会議に提出されたサービス等利用計画案に基づいて以下の内容が支給決定されました。

### サービス等利用計画(抜粋)

<u>高田さんの意向</u> ：26年も入院していました。毎日の生活のこと、食事のこと、薬のこと、手続きのことなど、もう不安でいっぱいです。慣れない人と話すのはもっと苦手ですぐに疲れてしまいます。生活のしかたを身につけて、なんとか暮らしていきたいと思っています。好きな絵を描けたらいいなと思っています。
<u>総合的な援助方針</u> ：訪問による生活訓練を利用することで、生活する力のアセスメントを行います。このアセスメントを踏まえ、必要なサービスの導入について検討します。高田さんが気持ちにゆとりをもって生活できるようになることが支援の目標です。
<u>長期目標</u> ：気持ちにゆとりや生活の楽しみを見つけて暮らしたい。
<u>短期目標</u> ：新しい生活に少しずつ慣れたい。
<u>生活訓練の支援目標</u> ：退院後の2か月で生活アセスメントを行い、その後の生活訓練による必要な支援とその他のサービスの必要性を見定めます。
<u>生活訓練の利用頻度</u> ：当初の1か月は、1週間に4回で1か月18回、2か月目は1週間に3回で1か月14回、3か月目～6か月目は1週間に1回で1か月5回とします。

## 3. 生活訓練事業所の初回アセスメント

高田さんは、性格は温厚で人に嫌われる人ではありませんが、逆に気疲れしてしまうことがよくあります。病棟内の数少ない友人の中で土井さんが退院したことで、高田さんも退院を決意しました。

入院前は賄い付きの寮に入っていたので、一人暮らしの経験も食事作りの経験もありません。入院中には洗濯と掃除はしていましたが、「面倒なことだ」と感じていました。高田さんはどちらかというと促されてから行動する人です。現在は、障害厚生年金の2級を受給しています。退院後に生活保護を申請する予定ですが、退院後の生活のやりくりについては、高田さん自身もとても不安に思っています。

#### 4. 個別支援計画の立案

生活訓練事業所のサービス管理責任者は、高田さんと相談しながら、サービス等利用計画に基づき、退院後の2か月で生活アセスメントを行って、その後の生活訓練による必要な支援とその他のサービスの必要性を見定めることと、短期目標にある高田さんの「新しい生活に少しずつ慣れたい」という気持ちを支援するための個別支援計画を作成しました。そのうえで、高田さんの「毎日のやることが少し決まっているといいんだけど」という希望に合わせて、月間スケジュールを作成しました。

高田さんの今月の目標 「新しい生活に慣れます」「大好きな絵を描きます」							
	日	月	火	水	木	金	土
7時	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬
8時		燃えないごみ	燃えるごみ	プラごみ		燃えるごみ	
10時		洗濯	掃除	掃除	受診	洗濯	布団干し
	土井さんと交流	生活訓練	生活訓練		生活訓練		生活訓練
12時	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
1時	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬
2時		洗濯取込み				洗濯取込み	布団取込み
3時			絵の時間		絵の時間		絵の時間
6時	宅配弁当	宅配弁当	宅配弁当	宅配弁当	宅配弁当	宅配弁当	宅配弁当
	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬	服薬
8時		入浴		入浴		入浴	入浴
10時	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝

生活訓練で行うこと	生活課題のアセスメント	家事の練習
	生活リズムの訓練	金銭の自己管理
	役所等の手続	余暇活動の支援
	受診同行	

* 今月の生活リズムの訓練	・健康のために睡眠・食事・服薬のリズムをつくります。
* 今月の役所等の手続	・役所：転入届と生活保護の申請を行います。 ・銀行：生活保護用の通帳を作成します。光熱水費の引落とし手続を行います。
* 今月の受診同行	・退院後の生活の状況と健康の状態を主治医に報告しましょう。
* 今月の家事の練習	・洗濯・掃除・布団干し・買物・ゴミ出しの練習をします。 ・4週目にご飯づくりの練習を2回行います。
* 今月の金銭の自己管理	・障害年金用の通帳で家賃と光熱水費を支払います。 ・生活保護用の通帳で日常生活のやりくりをします。 ・日常生活用の出納帳をつくります。
* 今月の余暇活動の支援	・決まった時間に大好きな絵を描きます。

今月の食事	朝食	パン・スープ・果物
	昼食	スーパーで買物
	夕食	宅配弁当

## 5. 支援の開始

サービス管理責任者は、高田さんが27年ぶりの退院で、一人暮らしも初めてなので、月間計画や日課が入院中と近い生活になるように心掛けました。食事の心配がないようにすること、入院中に行っている洗濯、掃除は自分で行うこと、入院中の作業療法の時間を「絵を描く時間」として楽しみの時間をあらかじめ決めておくこととして、ゴミの分別、受診、買物等の新しいことは生活訓練のなかで支援員と一緒にすることとしました。

高田さんは、退院後、ゴミの分別には相当戸惑っていました。加えて、朝が起きられないとゴミも捨てられず、また、朝食を取らないと服薬もしないといった悪循環もみられました。支援員は、ゴミの分別については、分別用のごみ箱を用意して、加えて、分別がわからないものを入れる箱を別に用意して、生活訓練のなかで一緒に分別することから始めました。朝起きられないことについては、眠れない時に追加眠剤を服用すると翌朝は起きられずに、高田さんも困っていることがわかりました。支援員は、受診に同伴して高田さんが主治医に相談することの補足をしました。主治医は薬の調整をしたうえで、高田さんと支援員の求めに応じて服用方法の説明をしてくれました。

洗濯については、病院と洗濯機が違うことで「わからないし、やりたくない」と言っていたのですが、支援員の促しがあれば洗濯ができるようになりました。洗濯を干して取り込

むことはできますが、取り込んだものは積んでおくといった状態が続くため、支援員と一緒にたたんでダンスにしまうことにしました。

高田さんは、手続きについては役所、銀行員の説明がすぐには理解できないことが多く、支援員が繰り返して内容を噛み砕いて伝えると「そういうことですか、わかりました」と言って、必要な手続きを行うことができました。

買物と金銭の自己管理については、生活保護の通帳によるお金のやりくりの方法を決めて、朝食と昼食等に1日1,000円あてることにしました。買物をしてみてわかったことは、昼食は値段をあまり考えずに食べたい弁当を買い、その際、スナック菓子やアイスクリームを買ってしまうので食費が足りなくなりました。また、宅配弁当にも飽きてしまっていることがわかりました。

高田さんは日課については「予定に書いてあるとわかりやすい」と言って取組んでいましたが、入浴は促さないとできませんでした。掃除は、どこを掃除すればいいのわからない様子で、爪切りなども促さないとできませんでした。

1か月で概ね、食事づくり以外の予定していた生活上のアセスメントができました。食事づくりについては、宅配弁当に飽きてきたこともあり、昼食に合わせてラーメン、そば等の麺類を茹でることやご飯を炊く、簡単な炒め物をする練習をしました。美味しいものを食べたいという気持ちは強く持っているので、熱心に取り組みました。ご飯を炊くことと、麺を茹でることは覚えましたが、その他は今後の指導と練習が必要です。覚えたい気持ちと簡単なことを覚えられる力があることがわかりました。

また、高田さんは日曜日に土井さんと会うことをとても楽しみにしています。土井さんがヘルパーさんに教わったという料理をつくってくれたことも刺激になって食事づくりに関心をもつようになりました。

## 6. 支援経過（モニタリングを含む）

退院して2か月後の継続サービス利用支援のためのモニタリングを行いました。生活訓練を通して、高田さんは、日課やわかりやすい決まりごとがあることを望み、苦手はことでも促しがあるとできることがわかりました。むしろ、促されるのを望んでいるようなところも見受けられました。手続き等の理解には課題があり今後も支援が必要ですが、わからないことを相談する力もっています。関心事には熱心に取り組むことができるため、簡単な調理や生活の仕方をじっくり覚えたいと思っています。絵を描くことや土井さんとの交流という楽しみができました。

高田さんの希望と生活上のアセスメントを通して、退院して3か月目となる来月からは当初の予定通り、生活訓練を週1日として、新たに必要であると見定めたサービスである居宅介護を週2日利用することになりました。

これまでの支援のアセスメントをもとに、生活訓練では、1か月のスケジュールを作成して1週間の振り返りと今週のスケジュールの確認を行い、居宅介護では無理のない程度の家事援助を行い、高田さんが「自分でできてよかった」と思える機会をつくってもらうこととしました。

実際の居宅介護では、特に家事の練習を行い、食べたいメニューと必要な食材を買いに行くこと、簡単な段取りを覚えること等行いました。訪問担当の生活支援員の「全体的に予



定がつめこまれすぎていませんか。無理はないですか」という問いに、「毎日のことではないし、声をかけてもらえないとできないタイプなので大丈夫です。なんか久しぶりに張り合いを感じています。ヘルパーさんは私のペースにあわせてくれるんですよ」と答えていました。

## 7. 終結へ

高田さんは、退院後6か月以後も生活訓練を週1日、居宅介護を週2日と継続して利用しました。高田さんは、生活に慣れてきて、絵を描いて過ごす時間が増えました。モニタリングの際に、高田さんは、促されて書き溜めた絵の紹介をしました。参加者から「このすばらしい絵をどこかに飾りたいですね」という話が出ると、高田さんは「実は、小さい頃から絵描きになるのが夢だったんです。土井さんの退院の話聞いた時、急に私も個展が開きたい。それには退院しなくてはと思ったんです」と自ら話しました。それをきっかけに、病院の外来、相談支援事業所と生活訓練事業所の相談室、図書館のロビー、そしてアールブリュットに関心のあるマスターが経営する喫茶店に高田さんの絵画が飾られました。高田さんは、これを機に、週1日は図書館のロビーを訪れ、同じく週1日は喫茶店に出向いて、土井さんと昼食をともにするようになりました。マスターとも親しくなって、1年後に喫茶店で高田さんの個展を開くことになりました。

高田さんが退院して1年となり、高田さんの「生活訓練がなくても、このペースでやっていけると思います」という希望と、サービス担当者会議での所期の目的が達成されたという確認のもと、生活訓練は終了となりました。これ以後は、引き続き、生活全体の相談は相談支援専門員が行い、居宅介護は週1日として家事援助を中心に行うこととなりました。

## 8. 訪問による自立訓練の活用のポイント

従来、高田さんのような長期の入院をしていた人の退院支援を考える場合、本人の意向を尊重するものの、本人の生活力を見極める前であることから、時として、予め重厚なサービスを提供する傾向が見受けられます。

例えば、高田さんのような事例では、訪問看護を週1日、居宅介護を週3日、相談支援専門員の訪問を週1日、加えて、デイケアや地域活動支援センター、生活訓練事業所、就労継続支援事業所への通所勧誘等が行われました。

このように本人の生活力を見極める前に予め重厚なサービスを導入すると、できることを伸ばす支援と苦手なことを補う支援との区別がつかなくなり、結果として本人のサービスへの依存を生むこととなります。そうすると、本来の目的である自立支援や本人の能力向上にあわせたサービス量の変化や時宜を得た内容への変更ができなくなります。

高田さんの事例では、訪問による生活訓練で生活上のアセスメントを行ったことで、高田さんの生活スタイルにあった居宅介護を利用することになりました。また、余暇支援を行っていたことで友人とのわかちあいや刺激から、生活の張り合いや楽しみが生まれて、高田さんの生活に幅をもたせることになりました。

訪問による生活訓練のポイントは、このように生活上のアセスメントを行うことで、本人の希望や生活に即した本人を中心とした支援ができることにあります。

### 3) 生活課題があるので働き続けることが難しい人

#### ①人の関わりにより安定した生活が送れるようになった中川さんの事例

##### 1. 中川さんの紹介

50代男性、統合失調症、身体障害者手帳3級。実家の持ち家に一人で生活されています。家族関係は、10年前に母が他界し、父は要介護となり2年前から老人ホームで生活されています。兄弟は兄が1人、姉は1人で、姉が隣町で暮らしています。

高校卒業前の18歳の頃に電車で飛び込み右腕上腕半分を欠損しています。その時期から統合失調症の症状があったが精神科通院はしていませんでした。リハビリ訓練施設に1年通い、食品加工工場にて食材の仕分け及び工場内での配送業務を行ないました。仕事は6年間勤務したが、自分だけ異なる仕事をしていたことが強いストレスとなって、被害妄想や幻聴が出現し仕事を辞めることになりました。その後は、精神科に通院することになるが、服薬中断を繰り返し何度も体調を崩していました。その結果、仕事も離転職を繰り返して、2004年に精神科デイケアに通所するようになりました。2008年には再び服薬中断し、A精神科病院に入院しています。退院後は服薬の必要性を受け入れ、現在まで服薬中断することなく病状は安定しています。2011年にデイケアからの紹介により、就労と安定した生活が送れることを目指して、訪問による生活訓練を利用することになりました。

##### 2. アセスメント

中川さんのニーズは、仕事をし収入を得ること、人と仲良くしてよりよい生活をしたことでした。右腕欠損のため多少出来る事は限られていましたが、リハビリ訓練をされておりADLの問題はほぼなく自立生活が送れています。働くことに対してはモチベーションが高く、条件を整えば就労可能でした。一方で、一人暮らしであり日々孤独や寂しさを感じながら生活をしています。そのために、野良猫を家に招き入れに、猫とともに暮らしていました。ご本人は「動物が話し相手になってくれる」といいます。しかしながら、野良猫に餌をあげた結果、数十匹まで増えてしまい、餌代で生活費を圧迫している状況がありました。また、テレビが好き（特に野球鑑賞）であったため、野球放送がされる有料放送3社と契約し多額の使用料が払っていました。更に、出会い系サイトで知り合ったメル友がいて有料サイトにのめり込んでいました。「可哀想だからメールを返してあげないと」といい、携帯電話使用料が月々数万円となって、まともな食事ができないという生活状況でした。なお、性格は温厚で人柄もよく、近所の方との付き合いがあったため、時々夕飯を分けてもらうというインフォーマルな支援を受けています。だが一方で、障害者年金と親が貯めた貯金を切り崩しながら生活していましたが、その貯金も底つきそうであったため、生活保護も視野に入れながら、就労支援と生活支援を行なうことになりました。

##### 3. 個別支援計画の立案

支援計画の内容は、将来への見通しを持ちながらお金を使うことが困難であり、「お金の使い方が分からないので教えてほしい」というニーズがあったため、計画的な金銭管理ができるようになることを一つの目標としました。野良猫に関しては、餌代が極めて家計

を圧迫する原因になっていたため、早急に訪問し他の金銭問題も含めて対処することを計画に入れています。また、ご本人の希望である就労支援に関しては、障害者就業・生活支援センターと連携し進めることにしました。

#### 4. 支援の経過

まずは、各契約の件に関して話し合いました。その結果、大好きな野球が放映される有料放送1社は契約を残し、他の2社の解約の手続をしました。同時にNHKの受信料無料への手続を行ないました。また、メル友の有料サイトに関しては、退会メールを送り、その後の勧誘に対する対処法を共有しています。また、金銭管理に関しては、家計簿を活用し収支差額が視覚的に理解できるよう工夫し、収支のバランスが保てる方法を検討しました。野良猫に関しては、「動物指導センターで処分しなくてはならない」という現実的な猫にとって可哀想な話もしながらも、「餌をあげないこと」「家に入れないこと」「猫よけ剤を玄関にまくこと」を共有しています。

また、就職活動に関しては、障害者就業・生活支援センターへ同行支援をし、就職に向けた取り組みを行ないました。しかし、数ヶ月後、貯金が底をつき就職先が見つからなかったために、生活保護の申請を行い、就職までの限定的な支援を受けることになりました。

#### 5. モニタリング

3ヶ月後のモニタリングでは、野良猫に関して、「鳴き声がすると何とかしてあげないといけない」という気持ちがどうしても抑えられなくて、結局約束は守られずに家に猫を招き入れていました。猫を家に入れてしまった理由として、一人では寂しく、猫と一緒にいると安心するからとも話していました。その結果、家計の問題は全く解決されていない状況でした。

そこで、個別支援計画の更新にあたって、以前の職場で精神症状を出現した時は孤独感を感じている状況であったために、一人暮らしに対する孤独感を減らし、安心して生活できるよう支援することをポイントとして、「仕事をしながらも、人との関わりがある楽しい生活を送る」ことを目標とした個別支援計画に方針が変更されました。そこで、子どもの頃に飼っていて大好きだったセキセイインコを飼うことを提案しました。また、性格が温厚で面倒見がよくという長所をいかして、地域活動支援センターのピアサポート活動に参加することも提案しました。

#### 6. 終結

その後、ペットショップに同行し、セキセイインコを購入することになりました。また、地域活動支援センターの余暇活動への参加を促し、就労前にピアサポートグループに所属し人との関わりを増やしていきました。仕事に関しては、障害者職業・生活支援センターと自立訓練スタッフのサポートにより、6ヶ月後には大型駐車場の清掃業務の就職が決まりました。就職後も地域活動支援センターで週1回仕事の休みに利用し、就職した人が集まる「仕事の会」の世話人の役割を担い活躍されています。その結果、以前はまっていた出会い系サイトを行なうことなく、また猫を家に入れる事もなく、生活することができるようになりました。さらに、病氣して失ってしまった運転免許を再取得しています。こつ

こつと貯金をしたお金で車を購入し、友人とドライブする楽しみが見つかりました。

一方で、残念な話ですが、購入したセキセイインコが早々に亡くなってしまいました。しかし、人とのつながりが生まれたことによって、金銭問題がなくなり安定した職業生活を送れるようになっていきました。その後、生活が安定したため、1年半で訪問による生活訓練を終了しました。

## 7. 支援のポイント

中川さんに対する支援のポイントは、ソーシャルサポートネットワークです。すなわち、人との関わりがある生活をサポートすることで、課題とされてきた浪費の問題が全て解決されています。浪費してきたお金の使い道は、ほとんどが孤独を埋めるためのものでした。初回アセスメントでは、浪費問題の課題に着目し支援を行なってきました。しかしながら、中川さんの真のニーズは「人との関わり」を求めています。目に見える課題に対する近視眼的な支援の結果、その浪費の課題は解決されずに中川さんと支援者はともに行き詰まる状況に陥っていました。そこで、モニタリングにおいて軌道修正を行い、訪問による生活訓練を実施するにあたり、「地域での当たり前前の生活への支援」という原点に立ち戻ることになりました。ここでいう地域での当たり前前の生活とは「関係性と役割がある社会的なポジション」の確立を示します。多くの人が、家族、友人、職場の中に人との関係性と役割があってはじめて生き生きした生活を送ることができます。中川さんは人との関わりや役割は何もなくなっていました。先ほどの結果が示すとおり、中川さんは、ピアサポートでの関わりや仕事に就くなど社会的なポジションを獲得後、浪費行動はなくなりました。その課題は二次的に生じていたことだと分かります。モニタリングで軌道修正せずにこのまま課題のみに着目し支援し続けていたとしたら、更なる二次的な課題が生じ悪循環から抜け出せなくなっていたことが考えられます。

地域で暮らしている障害がある方、特に精神障害の方の多くが社会的なポジションを失っています。訪問による生活訓練でのミッションは、ただ生活の困り事を解決することではなく、地域で生活するのに必要な社会的ポジションの獲得のためのサポートを行うことも期待されています。

## ②就労移行支援から就職され、単身生活を開始された本田さん～就職を機に生活トレーニングを本格的に行った若年者ケース

### 1. 本田さんの紹介

父親（58歳・管理職）＊同病の疑い（自閉症傾向）

母親（年齢不明・幼少期に離婚・交際なし）

長男（24歳・C葉県某市内パチンコ店アルバイト・社員寮）

本田さん（22歳・株式会社P 障害者雇用）（自閉症）

現在、本田さんは22歳。某都立高等学校商業科在学3年生の時、担任の勧めで精神科クリニックを受診。自閉症の診断を受け、卒業を機に精神保健福祉手帳を取得されました。生まれは東京。未成年期の大半は、両親の離婚を機に、長男（2歳上）と2歳から15歳ま

で父方の実母（祖母）が住む宮崎県で成育。父親は東京に残り、某企業にて管理職を続け、2人の息子が中学を卒業するまでは東京都M区にて一人暮らし。実母に生活費を送る形で2人の息子を育てる生活だった。母親とは音信不通。記憶もない。

本田さんが中学を卒業する間際に祖母が他界し、兄弟揃って父親の住む東京へ上京。父親と長男、本田さんとの3人暮らしが始まったのは15歳の高校一年生の時でした。

前述の通り、都立高校商業科へ進学されましたが、自宅からの通学生活が始まると、学校への遅刻が目立つようになり、学業不振。落ち着きの無さ、独語、言語性の遅れ、友人との対人関係の構築が苦手という状況も散見するようになり、担任の勧めで高校3年生の春に精神科クリニックを受診。自閉症の診断を受けました。高校2年生から兄の勧めで某カラオケ店のフードスタッフとして学生アルバイトに挑戦。しかし、時間管理を苦手とすることから、5分～10分遅刻が目立つ。また、臨機応変な仕事を苦手とする事から、優先調理の順番を間違える等の苦労もあり、アルバイト先での評価は低かった。高校卒業後、一般枠での就職先を探すも不採用が続く。ハローワーク職員の提案でM区にある保健所へ行き、保健師と出会う。保健師、本田さん、父親との面談の結果、障害者枠での就職へ方向転換。当時課題であった時間管理、ストレスコントロール、得手不得手、自己理解の向上を図るべく、通所型の福祉サービスである就労移行支援を18歳の秋から20歳の夏まで（約1年半）利用されました。

20歳にして就職が決まり、福祉サービスの利用は終了。それまで就労移行支援事業所側が担っていた生活支援面の継続サポートも終了となり、新しくM区障害者就労支援センターが支援機能を引き継ぐ形となった。

障害者就労支援センターの役割の大半は、職場定着における支援が中心。平日週5日勤務の本田さんに対し、ご本人の課題である自宅環境（居室の不衛生・休日の過ごし方等）における直接サポートまでは難しかった。入職後2カ月もすると遅刻、季節アレルギーにおける体調不良（花粉症・鼻炎・喘息）の訴えが始まり、勤怠に影響。障害者就労支援センター担当職員の提案で、父親と本田さんとの3者面談を実施。居室の整理整頓状況、衛生面、コミュニケーション力などを総合的に拝見していくと、父親も同病（自閉症）ではないかとの一抹の疑いが生じました。

ご自宅の中は、生活用品とゴミの分別が成されていないほど汚れており、生活空間の確保が出来ていなかった（父親の部屋も）。また、食生活も外食が続く偏食であり、体重の増加、運動不足が顕著にあり、健康維持が心配となる。父親の退職も残り2年となり、父親の意向で一人暮らしを開始することに。

20歳の冬から父親と同居のM区からZ区へ引っ越し、単身生活を始める事となる。そこで職場定着支援をしているM区障害者就労支援センター職員の提案があり、自立訓練事業による福祉サービス利用を行い、訪問支援における生活支援の維持向上を目指すこととなった。

## 2. アセスメント

訪問支援利用前、本田さんは医師の介入による精神科治療（服薬）が不完全な状態でした。障害の主は自閉症であることは、臨床でも判断できました。言語によるコミュニケー

ション能力が特段低いわけではないが、成育歴の関係上、人に対する安心感を持ち合わせていない部分があり(むしろ嫌悪感)、良好な対人コミュニケーションを邪魔している印象。知的レベルは高い可能性(予想 IQ100 前後)。抽象的事項に推測を立てる力がありました。

就労移行支援をご利用されていた時から比べると、喘息、鼻炎アレルギーに対する対処力(通院)も見失い、通院治療が途絶えている為、日常生活上での感情も不安定に陥りがちでした。そして、ご自分を取り巻く体調変化や感情変化に対し、”自分自身で自分の事を正確に感じ取り、周囲に相談できるかどうか”という問題解決能力にも課題がありました。睡眠バランスも不規則な特性があり、夜間自室で多動な動きがあると、父親は躰のつもりで自宅から追い出すこともありました。単身生活における家族支援(ナチュラルサポート)に期待が持てないことも推測でき、また自閉症という特性上、当該専門員における福祉サービス利用が望ましい上、ご本人との利用意向が一致しました。

通院同行時、主治医より「将来的にはお一人で生活できる可能性がある人だが、現在の本田さんを F1 に例えると、“無免許で F1 レースに出場する”ようなもの。」との見解初めての一人暮らしと就労継続というライフスタイルへの挑戦に対し、ご本人のニーズとしては、「やって(一人暮らし)ダメなら仕方ないけど、やってみたい。親亡き後の苦勞を考えるとやらないと。自分には兄しかいなくなりますので。」とのことでした。

### 3. 支援計画の立案

まずは、精神科クリニック通院再開と耳鼻咽喉科/内科通院開始され、抗不安薬・眠剤の処方を受けるとともに、花粉症・喘息・鼻炎などの内科的症状の改善を講じました。また、QOL (ADL) 支援として、余暇・金銭・食事・家事・睡眠といった衣食住に関するニーズを把握することに努め、訪問による支援を平日は就労中の為毎週土曜日に設定することにした。

### 4. 支援開始

本田さん 20 歳の冬から自立訓練事業(訪問支援)の利用開始。

父親と同居(M区)から単身生活(Z区)を同時期に開始。

当該事業を利用しながら、引っ越し準備、当日、単身生活へと移行。

### 5. 支援経過

企業就労を機に滞っていた精神科通院を定期通院できるように提案、助言。

M区障害者就労支援センター職員(定着支援担当)と連携し、業務時間中の定期通院枠の時間を設けるよう提案、支援。障害特性による睡眠覚醒リズムの規則性を服薬により安定方向へ修正すると共に、感情のコントロールを目的として抗不安薬を定期的に服用。毎月1回の定期通院と服用を習慣化し、精神面での安定を図りました。

訪問による支援では、自炊したお米の存在を忘れて弁当を購入してしまったり、お風呂にお湯を入れ始めたと同時に大好きなゲームへ過集中してしまい、水道代が高くなってしまふなど、「どうして自分が考えたように物事が上達しないんだろう。」というご本人のお気持ちに対し、その表情を見逃さず、「本田さんは〇〇がしたかった?」「本田さんは〇〇を考えていたんじゃないの?」と、ご本人の考えを想像し、汲み取り、共有するコミュニ

ケーションを大事にしました。日常生活を営むに必要な諸々（買い物・食材管理・食事・入浴・洗濯・睡眠）の行動に規則性を付ける事も苦手であり、物的活用（アラーム・時計・メモ帳等）だけでは十分な効果が得られませんでした。

しかしながら、毎週土曜日の訪問という形は本田さんにとって規則性を生み、それまで曜日感覚が希薄だったにも関わらず、「ん、明日は〇〇さんが来る日だ。」「先週〇〇さんと買い物に行った食材が残っているな。」と、支援員の名前を思い出すことで、支援員からのアドバイスやエピソードを回想することで、生活場面における苦勞が徐々に減っていきました。利用3ヶ月目（8回目の訪問）には、ご本人から「〇〇してみたい」という目標が出てくるようにもなりました。

- ①ゴミ箱を使用する。
- ②衣類の収納を上手にする。
- ③収入に見合った食生活をする。
- ④過集中による不規則な生活に工夫を入れる。

## 6. 終結へ

～通過型グループホーム入居が決まった本田さん～

### \*通過型グループホーム

【障害者が地域で自立した生活ができるよう、居住の場の提供と日常生活において必要な援助を行うとともに、グループホーム等から単身生活への移行を図るための取組や援助を行う。単身生活への移行に当たっては、通過型グループホーム等運営取組方針（事業計画書）や個別支援等により、概ね3年間で単身生活へ移行できるよう取り組むものとする（入居者が、正当な理由なく長期にわたり利用することはできないものとする。）】

訪問支援を利用してから半年後、「自分以外の人がどうやって生活を維持継続しているのかを身近で知れる環境で成長したい。」というニーズが生まれました。

支援側としても、就労しながら当事者の個の力だけで生活の質を向上していくことよりも、若年期における生活環境の変化に対応する為、自立を目指す障害者への支援の一助として活用できた訪問支援ではないでしょうか。完結型支援ではなく、インテーク要素を加味した関わり方（社会資源の仲介）として、一定期間直接支援が出来た事例です。

## 7. 訪問による自立訓練活用ポイント

先般、社会全体における障害者の就労に関する理解、促進、雇用、定着という歩みに発展と変化があり、「就職するための生活トレーニング」から「就職して見えてきた生活のトレーニング」という視点が生まれています。しかしながら、企業内定着支援（職場内での対人・業務等における支援）における福祉サービスは事例と共に成長してきたものの、「働いている者の生活サポート」を直接支援として行う福祉サービスは少なく、且つ発達障害という障害特性の複雑化を理解した専門性ある地域福祉サービスの質量は充足しているとは言えない実情です。

本例では、利用当初のアセスメントによる「単身生活の維持向上」に向けた訪問支援を行ってきましたが、訪問による支援の経過を考察していく中で、完結型（自立訓練利用終了＝単身生活）ではなく、現時点のご本人の QOL に見合った福祉サービスの選定（社会資源利用）という視点でのアセスメントを行い、通過型グループホームの居住提供と日常生活において必要な援助を受けるという結論となりました。

- ・生活場面における課題がある対象者に対し、通所型訓練とは異なり実際の生活環境下で支援が行える。
- ・自閉症の特性上、通過型では環境に慣れることで満期を迎える可能性もあり、訪問支援によるソリューションフォーカスが行えた。
- ・実際の生活空間でのインテーク、アセスメントを行うことができ、対象者の具体的ニーズの把握に努めることが向上する。
- ・就業場面をサポートしている障害者就労支援センター等の就労支援機関との連携に具体性が増す。
- ・就業者が利用する場合、勤務日以外での支援となる為、土日など休日での支援が基本となるが、国民の最低限度の文化的な生活を営む上での必要限度のサポートを行える可能性はある事業と言える。



## 4) ひきこもりの人

### ①一緒に外出したことをきっかけに25年ぶりに自力で外出できるようになった松本さんの事例

#### 1. 松本さんの紹介

50代、男性。3人兄弟の末っ子。高校卒業後、いくつかの職場を転々としたのち、はっきりとした原因のないまま自宅にひきこもるようになった松本さん。外出しなくなって25年がたちました。この間に兄たちは独立、お母さんは高齢者施設に入所され、松本さんは高齢のお父さんと二人暮らしになりました。ある時、お父さんのヘルパーから「松本さんがお父さんに暴力をふるっている」という報告が障害福祉室に入りました。嘱託医が往診し、松本さんは「躁うつ病だが、背景に発達障害もあると思われる」と診断されました。それから松本さんは、お父さんのヘルパーを怒鳴りつけたり水をかけたりする行為が続いたため、松本さん自身の支援のために相談支援事業所が松本さんに関わることになりました。

#### 2. 松本さんとの出会い

相談支援事業所の相談支援専門員は、お父さんに対する松本さんの暴力は、二人きりの生活で距離が近くなりすぎていること、またヘルパーを怒鳴ったりするのは自分の思いが伝わらないときに大きな声を出してしまうのではないかと推測し、松本さん自身の行動範囲を広げて外の世界とのつながりを持ったり、松本さんの気持ちを受け止めてくれる人ができたら解消するのではと考え、生活訓練に支援を依頼しました。生活訓練のサービス管理責任者は、まずは松本さんと会ってからどんな支援ができるのかを考えようと思い、相談支援専門員と一緒に松本さん宅を訪問しました。

#### 3. アセスメント

初めて会った時の松本さんは、髪の毛は伸びていたものの髭はきれいに剃っておられ、上下ともスウェットという服装でした。お父さんのヘルパーが入っていたので、家の中は片付いていました。ただ、壊れて使えなくなった家電製品が家のあちこちに置かれていました。これはあとでわかったことですが、こだわりのある松本さんが捨てることができず、もう何年も置きっぱなしになっているものでした。長年のひきこもりという情報から、サービス管理責任者は松本さんのことをひっそりと生きてきた寡黙な人というイメージを抱いていましたが、それは松本さんに会って良い意味で覆されました。初対面のサービス管理責任者に松本さんはきちんと挨拶され、「わたしのお手伝いをしてくれるんですか」と早口で尋ねてこられました。「手伝ってほしいことがありますか？」と聞くと、銀行に行って預金残高を知りたいとのことでした。どれくらい外出していないのか尋ねると「2～3年くらい」と答えた松本さんの隣から「何を言ってる、20年以上外に出ていないじゃないか」とお父さんが大きな声で割り込んできました。松本さんはぼつが悪そうな顔になり黙ってしまいましたが、またすぐに口を開き、以前、保健所の人が訪問してくれたことがあったけれど、こんなふうには手伝ってくれる人がいることは教えてくれなかった。なぜ教え

てくれなかったんだろうということを繰り返し、その問いは、その日、辞去するまでずっと続けました。

#### 4. 支援計画の立案

相談支援専門員や、お父さんのヘルパーからの情報をまとめると、松本さんは人との交流が嫌いというわけではないこと、困った時にSOSを出すことはできること、しかしそのSOSにすぐ答えてくれないと混乱し、自分が納得する回答を聞くまで何度も電話をかけてきたり、怒鳴ったりし、そういうところから人とのつきあいがうまくいなくなってひきこもりになったのではないかということが推測されました。ただ、この間、お父さんが運転する車に乗って、お母さんが入所している施設に面会に行ったことはあるようで、誰か同伴する人があれば外出も可能であることから、松本さんが希望する「預金の額を知る」ところからであれば支援を開始することができるのではないかと考えました。するとそのさなか、松本さんから突然電話がかかってきました。「支援をするのは女性の支援員にお願いしたい」とのことでした。どうやら松本さん宅に置いてきた名刺を見て電話をかけてきたようです。サービス管理責任者は、電話をくれたことに感謝を述べ、松本さんの希望はわかるが支援員の指定はできないこと、これからどうするか一緒に考えていきましょうと返事をしながら、松本さんには支援上、できることとできないことの枠組みを提示することも大切だなと感じていました。

#### 5. 支援の開始

松本さんの希望は、「預金残高の確認をしたい」「お母さんに会いに行きたい」「障害年金が受給できるかどうかを知りたい」ということでした。これらを順番にお手伝いすることにして、週に1回の訪問をスタートしました。初回の訪問時、松本さんは「銀行に行けるかな～」と不安そうでした。服を着替え、通帳を用意し、松本さんの気持ちが整って家を出たのは、支援員が訪問してから1時間半後のことでした。しかしその日、松本さんは家族以外の人と実に25年ぶりに外出することができたのです。このことに満足した松本さんは、引き続き生活訓練からの訪問を受け入れることにすっかり合意されました。

#### 6. 支援経過

<1ヶ月～3ヶ月>

週に1回のペースで訪問支援を行いました。「お母さんに会いに行く」ために自転車に乗りたいが、長いあいだ乗っていないので自転車に乗る練習をしたいと松本さんは言いました。しかしその前に、壊れている自転車を修理する必要がありました。自転車屋に同行したところ、ブレーキワイヤーやスポークの交換をすすめられても松本さんは了解されず、ベルのみ交換をされました。それでも松本さんは満足そうでした。さらには、支援センターで開催された自転車講習会に支援員と一緒に参加され、久しぶりに人の輪の中に入りました。あるときは、風邪をひいた松本さんがお父さんのヘルパーに風邪薬を買ってきてほしいと頼んだところ断られた、と激しい怒りの口調で電話をかけてきたこともありました。支援員が訪問し、ヘルパーのできることでできないことの説明と、松本さんの支援は自分たちがすることを話し、自宅近くの薬局に同行しました。他にも「兄が冷たい」「父のヘルパ

一が自分の言うことを聞いてくれない」など、支援員が訪問するたびに、松本さんの話したいことはたくさんあり、訪問支援のうちの7割は自宅で松本さんの思いを傾聴することに費やされました。しかしそれが松本さんにとっては嬉しいことのように、3ヶ月後のモニタリング時には、サービスに対して満足していると笑顔で話されました。また、同行する人があれば外出することが可能となり、それまで往診だった受診を、通院に切り替えていくことになりました。

<4ヵ月～9ヵ月>

前半は、週1回の訪問を続けました。この期間は、自宅で話を聞くだけでなく、服と一緒に買いに行ったり、電車に乗って病院へ健康診断を受けに行ったりなど、外出の支援が増えていきました。また、6ヵ月目には、初めて通所のプログラムにも参加することができました。それと前後して、通院先のデイケアにも通うようになり、定期的に通う場所は、支援がなくても一人で行くことができるようになりました。後半は、訪問を2週間に1回のペースに減らし、徐々にプログラムへの参加回数を増やすように促していきました。

<10ヶ月～15ヵ月>

事務手続きにまつわる事柄が出てくると、パニックになってSOSの電話があるものの、整理をしてお手伝いすることを約束すると、すぐに穏やかな松本さんに戻るようになりました。プログラムへの参加も順調にできていたのですが、あるとき、お父さんの様子がおかしいと松本さんから連絡が入りました。すぐにお父さんの支援者につないだところ、お父さんは脳梗塞を起こしており、緊急入院することになりました。それにより、松本さんは突然一人暮らしをすることになったのです。

お父さんがもう家に戻ってこないのではないかと、自分はどこかのグループホームに入らなくてはならないのではないかと、松本さんは動揺することもありましたが、それでも大きく生活が崩れることはなく、通所プログラムやデイケアへの参加は継続できました。また、支援員と一緒に障害年金の申請をしたところ、受給できることが決定し、とても喜ばれました。一方で、これまでお金は必要な時に必要な額だけお父さんからもらうという生活から、自分で自分のお金をやりくりするという状況になりました。

## 7. 現在の松本さん

一人暮らしになった松本さんの調理支援のため、現在は週に2回、松本さんにもヘルパーが入っています。生活訓練からは、再び週に1回と頻度を上げて訪問し、一緒に銀行に行ったり、お金の使い方の相談に乗ったりしています。時々、「お金がなくなったらどうしよう」と不安に駆られた松本さんから電話がかかってくることもありますが、次の訪問のときに相談にのりますと言うと、最近では待つこともできるようになってきています。

## 8. 訪問による生活訓練の活用のポイント

長い間引きこもっていた松本さんですが、もともとの生活能力は高く、身の回りのことは自分でできる方でした。ただ松本さん独特のこだわりから周囲とトラブルになりやすいという特性があったので、支援初期のうちには松本さんの話をよく聞き、松本さんの物事の捉え方の特徴をつかむことに注力しました。外出同行の予定で訪問しても、そのときの松本さんの気持ちや話を聞いてほしい方に強く傾いているときは、1時間たっぷり話を聞

くことに変更しました。また、すぐに通所につなげるのではなく、まずは松本さんがやりたいこと（銀行へ行く、お母さんに会いに行く）のお手伝いをし、松本さんにとって支援員が役に立つ存在だと認識してもらうよう接しました。このように本人の状況に合わせ柔軟な支援ができることが生活訓練の有益なポイントです。特に留意したのは、生活訓練は松本さんの支援者であること、制度上、できることとできないことがあることを明確にしたことです。それまではお父さんのヘルパーが、見るに見かねて松本さんの支援をしていた部分もあったのですが、ヘルパーさんによって対応が異なるためすぐに行き違いを起こし、トラブルが頻発していました。生活訓練が入ったことで、お父さんの支援者と松本さんの支援者は違うということが松本さんにも理解できるようになり、適切な福祉サービスの使い方ができるようになりました。

## ②引きこもりがちの人に根気強いかかわりを行うことで、家族のストレスも軽減し、活動範囲が拡大された井出さんの事例

### 1. 井出さんの紹介

井出さんは、40代の男性です。東京都N区で生まれました。3歳下の妹と両親との4人家族でした。現在妹は結婚して他県に住み、たまに帰ってきているようです。井出さんは、地元の高校を卒業しその後専門学校に入りました。専門学校を卒業してから、製本会社に勤務しましたが、連日の深夜までの残業が続き体調を崩し遅刻や突然の休みを取ることが多くなり、5年で退職をしました。知人の紹介でアルバイトをしましたが、店長と合わず2年で辞めてしまいました。それを機にN区から現住所に引っ越しをして単身生活になりました。アルバイトを何回かしましたが、朝起きられない、疲れるなどの理由で長続きせず辞めてしまいました。7年前から親の仕送りによって生活していましたが、親の援助が限界となり、生活保護の受給になりました。たまに親から電話がある様子でしたが、自分からは連絡をとることはしていないとのことでした。

### 2. 井出さんとの出会い

井出さんの日常生活は、昼夜逆転が多く、起きているときはパソコンのゲームを毎日しているようです。外出するのは、2週間に1度の精神科通院とお弁当を買いに出かけるだけという日常でした。唯一つながっていた生活保護のワーカーが心配して自立訓練事業所を紹介しました。見学の為に外出が出来るか心配しましたが、無事見学をすることができました。5回の体験時は、時間に遅れながらも外出することが出来、通所を中心とした利用開始となりました。

### 3. アセスメント

本人と生活保護のワーカーと話し合いをしました。本人は今まで家を出ない生活だったので体力が落ちている。また、家にいる生活で動くことが少なく、食事を買ってきたお弁当などが多く栄養が偏っているため、血圧が高いなどの内科的な疾患もあり通院しています。日常生活は、掃除などは1か月に1回くらいはしていますが、ゴミがなかなか捨てら

れない、昼夜逆転し夜はパソコンゲームに熱中しているなどの生活上の問題もありました。通所することを本人も消極的ながら望んだため週1回からの通所を計画しました。また家を片付けたい希望もあり、訪問支援が出来ることをお伝えしたところ、本人の希望があり開始することになりました。

#### 4. 支援計画の立案

利用目的としては、通所に対して本人はあまりモチベーションが高くはありませんが、「家を出ないでいたので体力が落ちた。どこかに行って何かをしたいとは思わないけれど、普通に体を動かせるようになりたい、外に出かけて体を動かす機会を作りたい」と話しています。紹介者の方は、日中作業など何もなく引きこもりがちなので、居場所作りとしての利用を提案されました。まずは週に1日の通所から始め、自立訓練に慣れていただくと同時に、朝起きて夜は寝るという生活リズムを作ることを目的にしました。ゴミを片付けたり家の掃除をすることを、2週間に1回の訪問の中で行うこととしました。

#### 5. 支援の開始

利用開始当初は、「ひきこもる生活をしていて、体力的にも普通の生活が困難だったのが、通所するようになって体力が戻ってきた。」と話しています。遅れることはあってもほぼ休むことなく週1回は来所し、数名の利用者さんとも共通の話題を話すようになりました。「外に出ないでひきこもった生活をしていて、体力的に普通の生活も困難だったが、通所するようになって体力が戻ってきた」との感想を伝えてくれました。

2か月経過後、本人との話合いの中で週1回の通所に隔週の水曜日を増やすことになりました。ゴミも出せるようにはなってきましたが、見守りの為の訪問を継続していました。半年ほど経ったころから、朝起きられないなどの理由で遅れたり休んだりすることが増えていきました。

#### 6. 支援経過

来所出来ない為電話などで通所を促すと時々は来ることができ、来所すれば活動に参加していましたが、やはり通所することがきつかったのか、時を同じくして内科的にも体調を崩し外に出られなくなってしまいました。訪問回数を増やし、通院同行や買い物支援などを行いながら行ってきましたが、食事が思うように摂れず、訪問支援だけでは限界があり、N区の実家に帰ることを提案しました。井出さんとしては、家に帰る事は希望しませんでした。主治医と連絡を取り、もう一度本人と話し、結果としては、実家に帰り静養することになりました。しばらくのブランクはありましたが、両親から体調は戻ったが、困った行動があるので家に来てほしいとのお話があり、実家への訪問を開始しました。高齢の両親は本人への対応で疲れており、何とかならないかとの要望がありました。主治医と連絡を取りながら週1回の訪問を継続することになりました。

#### 7. 終結へ

1回の訪問時間は、1時間から2時間に及ぶことがあり、継続することで小さい変化はありましたが、外出するなどの活動は相変わらずできませんでした。両親から、病状の悪

化した息子と一つ家の中で24時間顔を合わせているのは限界だと話されました。訪問時、両親の話しを聞き両親のストレスの発散方法を一緒に考え実行に移しました。具体的には、訪問時に両親に出かけてもらえるような時間を計画的に作るようにしました。主治医と相談しながら訪問看護のサービスに入って頂き、両親と息子双方の健康や服薬状態を見ていただくことなど、その家族に合った社会資源を見つけてつなげるようになってきました。井出さんは訪問を通して少しずつですが一緒に外に出られるようになってきました。本人も「まだ電車やバスに乗ることが出来ないけど、こうやって公園に散歩ができるようになって良かった。」と話しています。本人の気持ちを大事にしながらかせらず進めていきたいと思えます。

#### 8. 訪問による自立訓練の活用のポイント

井出さんは、利用開始当初から通所と訪問を併用されていました。週1回でも、通所ができるようになり外に出られる喜びを感じるようになってきたようですが、利用し始めてから半年くらいで通所が難しくなり訪問のみで生活を支援することになりました。訪問をしてみると、本人だけでなく家族が抱えている悩みやストレスがあることを目の当たりにし、家族全体に焦点を当てて支援する必要があることを学びました。ホームヘルプサービスでは家族の支援が対象になりませんが、自立訓練の訪問では本人だけでなく家族にも関わられる良さがあります。家族の支援ももちろんですが、本人にとっては、第三者が訪問し話し相手になったり一緒に行動することにより、家族との関係だけではなく、生活の幅が広がり次につながるきっかけになると思われます。

## 5) セルフネグレクトの人

### ①時間をかけて信頼関係を築き一人暮らしの生活に慣れていくことで、セルフネグレクトから抜け出した尾賀さんの事例

#### 1. 尾賀さんの紹介

50代男性、統合失調症。父親は尾賀さんが小学校の時に亡くなり、母と中学生の兄との三人暮らしとなりました。高校に在学中に統合失調症を発症するも、なんとか卒業はしています。高校卒業後は入退院を繰り返しつつも、調子がいい時期にはわりと長い期間(3年位)仕事をしていました。しかしそれ以外の期間は病識がほとんど無いため、通院・服薬ができずに度々調子を崩し、幻聴・妄想がひどくなり入院するということを繰り返していました。希死念慮も強く、行動に移すこともありました。

40代中頃の入院中に母親が事故で亡くなってしまったため、退院時の引き受け先が無くなり長期入院となっていました。

#### 2. 尾賀さんとの出会い

精神科病院のSWの働きかけで、ようやく一人暮らし用のアパートも決まり、あとは退院するだけという時。しかし退院した後はどうやって暮らしたらよいのかは全然分からないうとのこと。食事、掃除、ゴミ出し、入浴、宗教の勧誘・・・など心配なことばかりです。精神科病院では、病院のデイケアに通うようにと伝えていましたが、どうも尾賀さんにその気はないようでした。

そこで自宅に訪問をして支援をしてくれる人たちがいるからと、病院のSWからすすめられて、サービスを利用することに一応の同意をしたそうです。そして退院前に病院で行われたサービス担当者会議で初めて顔を合わせました。訪問看護も合わせて週に3回入ることになっており、かなり手厚い支援を組み立てて地域生活をスタートさせました。

#### 3. アセスメント

初めての訪問時、尾賀さんはかなり拒否的な態度でした。ドアもなかなか開けてくれませんでした。しかし十数年ぶりの一人暮らしのため不安感も強く、一人でいることも心細く、かなり辛そうな表情で、一応訪問は受け入れてくれました。「騙しませんか」「ぼくはお金持ってませんよ」「何もあげられませんよ」との言葉からかなり警戒心が強いことが伺えました。反面、時間が来て帰る時間であることを伝えると、「もう帰るんですか」「明日もまた来てくれますか」「日曜日は休みですか」「次に来る時はもう生きてなと思います」などと一人きりでいる不安から、依存的なところも見受けられ、両化的な印象でした。

訪問開始時は冬だったので、コタツを利用されていましたが、トイレに行く以外はコタツから出ることはないようで、全てコタツに入りながら日常のことを済ませていました。眠くなったらそのままコタツで寝る。お腹がすいたらムクッと起きてコタツの上においてある食パンをそのまま食べる。そしてまた寝る。着替えや入浴もせず退院時の洋服をずっとそのまま着ていました。

爆発すると怖いからと電子レンジは使わず、菌が繁殖すると危険だからと冷蔵庫も使わ

ず（コンセントをささず）、退院前に病院のSWが揃えてくれた家電製品やベッド、調理道具や食器類、掃除用具は手つかずのままでした。

病院での生活ではコーヒーやお菓子などを買い過ぎてすぐお金が無くなるが多かったため、病院のSWは一人暮らしでの浪費を心配していましたが、実際には、「お金は大切だから」とまったく使うことをせず、食事は食パンのみでした。せめて食パンにぬったらどうかと、マーガリンやジャムを勧めても、しばらく無言で考えてから、「やっぱりいいです」と言うCさん。お金が「いつ無くなるか心配で使えない」とのことでした。

#### 4. 支援計画の立案

生活訓練からの発信により、このままでは最低限の食事もとれないとCさんの体を心配した関係者たちは急遽本人の自宅で会議を開き、他県に住む兄に金銭管理を一時期だけお願いすることを提案しました。尾賀さんも信頼している兄にならお金のことを任せてもいいと納得してくれました。（兄は同居や引き取ることはできないが、アパートの保証人になるなど、できる範囲のことで協力してくれており、入院中も年に数回は訪ねてきてくれるなど、関係性はもともと悪くなかったため、今回も半年間という約束で金銭管理を引き受けてくれました。）本人の一人暮らしにおけるセルフネグレクト状態の一番の課題は、お金の使い方にあるという見立てのもと、個別支援計画も「お金をどう使っていくか」ということをポイントに立て直すことになりました。

#### 5. 支援の開始

訪問開始月に週に6回訪問したことは（月末からサービスを開始し月14回）、ほぼ毎日尾賀さんと関わりを持つことで、久しぶりの地域生活の不安が少しでも軽減されればというねらいと同時に、長期入院以前も、身の回りのことを自分でやったことがないであろう尾賀さんの今までの生活を考えると、丁寧な細部に渡る生活上のアセスメントが必要だろうと考えたからでした。そのねらい通り尾賀さんの生活は、入院中の彼の様子から病院の関係者たちが予想していたものとは大きくかけ離れており、実際の一人暮らしは、本当に始まってからでないと、まったく分からないこともあるのだということが実感できました。その次の月からは、週に3回の訪問で（月14回訪問）、訪問看護と合わせるとこの時点ではまだ週に6日、1日に1回は誰かが必ず尾賀さんの元を訪れる計画になっていました。

兄が本人の金銭管理のサポートをしてくれたおかげで、週に1回の通院の後に、病院にあるキャッシングディスプレイでお金をおろし、「そのお金は全部使っても大丈夫」「また1週間後に必ずお金が振り込まれている」という本人にとって安心できる状況を作ることができるようになり、尾賀さんはすこしずつお金を使うことができるようになっていきました。（この時点では、家賃や光熱水費の支払いもお兄さんをお願いしています。）最初は下ろしたお金には自分では一切手をつけず、私たち訪問生活支援員が家に訪問した時に、そのお金を全額渡してきて「このお金で、何か買ってきて下さい。何でもいいです。1週間生きていけるようにお願いします」と言っていました。私たちは買い物をしていく際にもできるだけ尾賀さんとの会話の中で出てきた本人の好きだという食品を買うことや、毎回同じものではなく、いろんなバリエーションとなるように気を配り、本人の選択肢を増やすことができるように心がけていました。そのせいか段々と「この間の厚揚げが美味し



かったです」「またあれを買って来て下さい」「今度はこの前とは違う豆腐が食べてみたいです」というような希望を口にするようになってくれていました。しかしこの時点では、まだ家で電子レンジや電気ポットなど電化製品を使うことはできず、買ってきたものをそのまま食べるだけでした。

## 6. 支援経過

訪問開始5か月目、季節は春になっていたこの頃、印象深い出来事がありました。暖かくなってきた頃で、急にアイスクリームが食べたくなったそうです。しかし相変わらず受診以外は外出ができずにいたため、買いに行くことはできません。(外出した際に泥棒が入って大切な物を取られてしまうという心配？妄想？のためです。通院時は、大切だと思われる物はすべて持ち歩いていました。)そこでいろいろ考えた末、マーガリン(この頃は既に職食パンにいろんなものをぬって食べられるようになっていました)を冷蔵庫の冷凍室で凍らせてアイスクリームに見立てて食べてみたそうです。「やっぱり味はマーガリンだったけど、冷たくて満足したよ。」と笑いながらそのことを話してくれました。この頃は、他にも初めて一緒に電子レンジの練習をして暖かい食べ物を食べることができたり、電気ポットが使えるようになり大好きなカップラーメンが食べられるようになったりと、新しいことにチャレンジして生活の幅が広がっていった時期でした。

### その後の経過

・退院してから1年が過ぎたため、この1年の振り返りの会議をやりましょうと主治医から言われた尾賀さん。その日の会議のために、入浴したいとの希望ができました。自宅のお風呂で入浴したことが無かったため、一人だけでの入浴は不安で無理だと思うとのことで、男性の支援員が入浴の見守りをおこなうことになりました。この時はシャワーだけの入浴でしたが、その後も見守りがあれば月に1回程度、シャワー浴ができるようになりました。

・焼き魚が食べたいという本人の希望から調理を行い、その後だんだんと豚汁、カレー、ミートソーススパゲッティ、オムライスなどを頼まれ、自宅の調理道具や食材が増えてきました。

・ある時、お腹が空いたのだがすぐ食べられるものが無かったため、支援員がやっていた調理の様子を覚えていたので、「見様見まねで野菜を切ってみて電子レンジでチンして、ポン酢をかけて食べたら美味しかったよ。」と初めて自分で調理を行い成功したことを報告してくれました。

・15か月が過ぎた頃、「困った時に連絡したい、携帯電話がほしい。」とのことで、通院の後に、病院まで迎えに行き、支援員の運転する車で一緒に買いに行きました。この時が通院以外での初めての外出です。

・16か月が過ぎた頃、自分でも調理をしだしたためか、携帯電話を買いに行けたことで自信をつけたためか、私たちが行く日常の買い物に同行してみたいとの希望が尾賀さんの方から出ました。この後は、本人が希望した時には近所の商店まで一緒に買い物に行くようになりました。

・同じ頃、退院してから一度も浴槽に浸かったことのないので、浴槽にも浸ってみたいとの希望が出ました。この時は既に一人でシャワー浴ができるようになっていたため、今

回は自分でチャレンジしてみるのも、浴槽へのお湯はり方や、お湯の沸かし方を事前に教えてほしいという希望でした。

## 7. 終結へ

2年の期間終了前に、「どうしても行きたい所がある。電車は乗れないため車で連れて行ってほしいんです。」と一大決心をしたようでとても真剣な顔で、外出の希望を伝えてきました。自分が入院中に事故で亡くなったお母さんのお墓参りに行きたいとのことでした。実はCさんの中では生活訓練利用のゴールは、このお墓参りにあったようです。この2年間、さまざまな困難がありながらもいろんなことができるようになったので、最後に一つ、何かその記念になるようなことがしたかったそうです。支援員とともに、事前にいろいろと調べ、お墓参りの計画を立て、無事実現できました。

生活訓練終了後は、居宅介護事業の利用を希望していました。「今までは、家に人が来ることに抵抗感があったけど、自分のお願ひしたいことだけ、お願ひすればいいことが分かったのだから、ヘルパーさんに、調理を頼みたいんです。」という希望を支援終了の3か月前の個別支援会議の時に伝えてくれました。そのため、これ以降の3か月は、ヘルパーさんへの同行支援を何回か行いつつ、生活訓練は訪問の頻度を下げて、かわりにヘルパーさんの支援を入れて、支援のシフトチェンジをスムーズに行えるようにしました。

## 8. 訪問による生活訓練の活用ポイント

拒否と依存という両化的な態度と、幻聴・妄想など精神症状が活発で、希死念慮もある尾賀さんへの対応は、高い専門性が必要であったと思われます。同時に、一人暮らしの経験もなく、生活のイメージの持てない尾賀さんに対して、支援者が実際に生活の支援ができるスキルをあわせ持つことも重要なポイントでした。

精神障害者に対する障害特性の理解、生活支援への実行力、それらをアセスメントしたのち、マネジメントできる力を併せ持つことで、2年間の流れを見立て、手だてを考え、本人との関係性を築きながら具体的な支援に落とし込んでおく関わりが持てたのではないのでしょうか。

また、訪問での支援を中心に、通所の場に誘うという関わり方は、他のサービスではできないところです。今回のこのケースでは、様々な働きかけの結果、本人には通所へのニーズが無いのだと分かったため、通所というサービスは利用しませんでした。しかし訪問と通所と組み合わせ、個別とグループによる両方向からのアプローチができ、両方向からの支援を行うことで、効果的にリカバリーできる人もいます。本人のニーズを確認しながら、通所だけ、訪問だけ、通所と訪問と両方、と選択肢の中から選べることは生活訓練という事業のメリットであり優位性であると思います。

## ② 本人の両親との同居家庭でのネグレクトから訪問による生活訓練を利用し、母子分離を果たし自立を目指す気持ちになった大矢さんの事例

### 1. 大矢さんの紹介

30代女性。発達障害・軽度の知的障害、両親、姉、小学校低学年の息子との5人暮らし。10代後半でおかしくなり（本人の弁）自分で近所のクリニックを受診し、うつ病と診断されました。その後に発達障害の診断名も追加されます。20代前半に妊娠し結婚、出産をするも、すぐに離婚して実家に戻ってきて、何もせずに無気力で部屋に引きこもり、育児もできず、日常生活にも支障をきたすようになったため、子供は一時期施設に預けられていました。

20代後半の時の主治医とはとても相性が良く、その主治医の勧めで、時々ではあるものの家の近くの作業所に通っていた期間が1年間位あります。しかし主治医が変わったとたんに行かなくなってしまいました。

### 2. 大矢さんとの出会い

病院のSWからの依頼で、相談支援事業所の相談支援専門員と一緒に自宅へ訪問。家族所有の一軒家の自室に閉じこもりっており、家族が起きている時間は部屋からほとんど出てこないそうです。家族とは非常に険悪な状態で、大矢さんには「早く出て行って自立してほしい」「限界だ。もう耐えられない」と家族は強く訴えています。

母親が本人の代わりに精神科病院へ薬を取りに行ったときに、病院の相談室を見つけて大矢さんのことを相談したことがきっかけで、生活訓練の訪問による支援に繋がりました。

### 3. アセスメント

本人は家族と仲良く暮らしたい気持ちがあるものの、実際にはかなり激しい喧嘩を毎日のようにしています。特に専業主婦の母親との関係が悪く、顔を合わせるだけで罵り合いになるので、母親は辟易としています。自営業の父親は無関心を装っているものの、何かあるとすぐ「母親のおまえの躰が悪いせいでこんな風になってしまった」と、母親を責める言動が多く、そのせいで母親はますます大矢さんにきつくあたるという悪循環です。そんな母親の愚痴を聞き、サポートしているのが姉です。大矢さんとも、家族の中では一番普通に接してくれている存在でキーパーソンです。大学院を卒業後、現在は上場企業で専門職として仕事をしています。

同居している息子とは自室で一日中一緒に過ごしており、小学校にも行かせずにいます。（息子が学校に行きたくないと言っているので、無理に行かせる必要はないと大矢さんは言っているが、その様子があまりにもおかしいため、姉が児童相談所に相談の電話をされており、時々児童相談所の職員が訪問しています。学校の先生たちも度々電話や訪問をしていますが、大矢さんが関わりを拒否しています。息子は家の中で絶えず行われている大矢さんと母親の喧嘩を始終聞いており、そのためか情緒が不安定です。お互いがお互いに相手の悪口を息子に言い合っているようです。息子の食事や洗濯、入浴などの日常の世話などはAさんができないため母親が行ってくれているのですが、そのことも大矢さんには不満です。「自分の息子をそうやって懐かせようとしている。餌付けしてるみたいだ」という

ような受け取りかたです。

#### 4. 支援計画の立案

本人は部屋に引きこもって現在の状況に対する不満を誰にも言うことができずにゆき詰っていたため、「話をするだけならいい」と訪問を受け入れてくれました。

家族機能が低下しているため、家族（主に母親）への支援は相談支援事業所。大矢さん本人への支援は生活訓練だと分けて対応することを、サービス担当者会議の前に、行政と病院SW、相談支援事業所と確認しました。サービス担当者会議は病院で行われましたが大矢さんは一人での外出ができないため出席は無理とのこと。自宅での開催なら参加可能か？との問いには、「自宅でも嫌。母親がいる所で、そんな話し合いなどしたくない」とやはり拒否されています。

#### 5. 支援の開始

自宅の本人の部屋へ週2回の訪問を開始しました。まずは本人の話を毎回じっくりと聞くことから始まりました。実は小学校の頃から勉強が分からず辛かったこと。成績のいい姉といつも比べられて悲しかったこと。中学の時、いじめられて死のうと思ったこと。しかしその気持ちを誰にも言えず、親にも気づいてもらえなく恨んでいること。なんとか入った高校でも、まったく勉強についていけず、単位も足りずに退学になったが、本当はちゃんと高校を卒業したかった。高校位卒業しなきゃ、この先の私の人生どうなるんだろうとすごく不安だったことなど、毎回同じ話が続くのですが、本人は幾ら話してもまだまだ話し足りない様子でした。

#### 6. 支援経過

毎回同じ話を聞くことを繰り返し、信頼関係が形成されてきたと感じはじめたのは3ヶ月位たった頃でした。その頃から、今までの辛かった話以外にも、いろいろな話をしてくれるようになっていきました。1年過ぎたあたりから、本人の希望に沿う具体的な行動の提案を少しずつするようにしていきました。

- ①買物への同行支援（化粧品や、キャラクターグッズ、雑誌など本人が関心ある物）
- ②内科・産婦人科への通院同行支援（本人が体の不調をととても心配していたため）
- ③入浴の支援（風呂にはもう半年位入っておらず、洗髪も3か月はしていない状況。家では家族と顔を合わせるのが嫌だということで、生活訓練の通所事業所での入浴を提案。他の利用者が居ない夕方の時間に一緒に行って、洗髪・入浴を行う。通所先へは一人での外出が出来ないため、往復車で送迎）
- ④精神科への通院同行（もう1年以上も通院していないので、さすがにまずいと思っていると本人が話していたため）

このように、本人の希望にかなうような提案を、段階を経て少しずつ行っていました。ただ訪問の中心は、やはり「本人の話を聴く」ということでした。

## 7. 終結へ

体調や感情の波はあるものの、少しずつですが外出できるようになっていったAさん。話の内容も過去の話から、今見ているテレビのドラマや雑誌の中での現在の流行のファッションや化粧品の話、本当は看護婦になりたかったんだという夢の話などに変わっていきましました。そしてもともとは社交的な性格で、友人も多かったという本人の成育歴を今までの関わりの中で知っていたため、入浴の際に行く通所先で他の利用者と会う機会を、本人に負担のない範囲で作り出しすこしずつ他の人と接する機会を持てるように支援していきましました。そのため「あの人が居る日なら、私も通所してみようかな。」と言うようになり、通所に繋がりました。そして自分が家から出て、外でいろんな人と繋がりと出すと、子供のことも今までとは違った視点から見るできるようになっていきましました。「自分に家以外の居場所があるように、子供にも家以外の居場所が必要なのではないか?」「ずっと家にだけ居たのでは、子供の発達に悪いのではないか?」というような言葉が大矢さんから聞かれるようになっていきましました。また、通所先のプログラムの調理で習った料理を自宅で子供のために作ったり、通所先でできた自分の母親と同じ年代の友達に、家族との確執の話などをして、アドバイスをもらったりしているうちに、家での激しい罵り合いの喧嘩の頻度は下がっていったようです。さらに通所先ではほとんどの人が一人暮らしをしており、友達の家にも時々遊びに行ったりしていたため、徐々に一人暮らしのイメージも持てるようになっていきましました。

このまま自宅に居続けていても、自分にとっても、子供にとっても、家族にとってもいいことはないと思うようになり、最終的に自分で一人暮らしの決断をしましました。そして現時点では自分の力では子供との二人での暮らしは無理だとの判断で、子供は家族のもとに残し、実家の近くで一人暮らしを始め、生活の見通しがついたら子供を呼び寄せて一緒に住むことを希望しましました。

ここままで生活訓練開始から2年がたっています。今後の一人暮らしの準備と、一人暮らしのサポートを希望されているため、1年間の延長の申請をして、支給決定を行う行政の人をはじめ、関係機関の人に参加してもらい、サービス担当者会議を行いその場で大矢さん自身が、生活訓練延長のプレゼンを行う予定にしています。

## 8. 訪問による自立訓練確認のポイント

今までの傷つき体験から、家族に対しての強い怒りの感情を持ち、そのためなかなか人を信用することができずにいた大矢さん。またどうにもできない現状に苛立っているものの、自分だけの力では、家族との関係も、子育てもうまくいかずに、なすすべがなかった大矢さん。まずは本人の話をとことん聴き、「本人の物語」に寄り添い、付き合い、傾聴と共感することで、ようやく私たちは支援のスタートラインに立つことができました。私たちのような福祉サービスを仕事とする人間が、このように継続してある程度の頻度で訪問でき、スタートラインに立てるまでの長い時間を報酬の裏付けを持って担保される事業は、現状では生活訓練の訪問による支援だけでないでしょうか。

実は大矢さんのように、なかなか支援のスタートラインにすら立てない人は多く、その人たちはずっと、地域に埋もれたままなのではないかと思ひます。

「話を聴く」(言い換えるならば、信頼関係を築く)ことでしか支援のスタートラインに

立つことができない潜在ケースは多いのではないかと考えています。

大矢さんの場合、支援がスタートできた後は、本人の環境を今よりはよいものにしていくことで、気持ちの余裕ができて、徐々に母親としての役割も意識できるようになっていきました。生活訓練では、ホームヘルプなどのように本人のためだけの支援ではなく、子供や（相談支援事業所と連携することで）、家族まで支援の対象とすることができます。人は環境との相互作用で生きているので、環境の調整が本人にとってとても大切なことは言うまでもありませんが、その環境までも支援の対象にでき、家族システム自体にアプローチできる福祉サービスは、生活訓練の訪問による支援以外にはないのではないのでしょうか。

## 6. 今後に向けて

### (1) 訪問による生活訓練の意義

本研究を開始するにあたって議論されたことの中に、既存の訪問サービスと訪問による生活訓練の違いは何かということがありました。ホームヘルプサービスや訪問看護、Assertive Community Treatment (ACT)、その他、多職種でアウトリーチを行う事業も実施されています。さらに、平成 24 年度から障害者ケアマネジメントが開始され、相談支援専門員が福祉サービスの利用に関して、訪問してかかわる機会も増えています。そうした中で、あえて生活訓練という枠組みの中で訪問を行う意味や意義はなんなのでしょうか。

アンケート調査や現地調査を通して実感したのは、どんな事例に対しても柔軟にかかわることができるということです。もちろん、ホームヘルパーのように家事を代行することはできませんし、医療機関からの訪問のように医療行為ができるわけでもありません。しかし、その人のこれまでの生き方を含め、生活を基盤とした正確なアセスメントが行えることは生活訓練の大きな強みです。では、Intensive Case Management とどう違うのかということも検討の中で話題になりました。相談支援専門員がもっと濃厚にかかわれるとすすめるならば、現在生活訓練で行っている日々の過ごし方といった日中生活のアセスメントに関しては、ある程度担うことはできるとも考えられます。しかし、日本で行われている障害者ケアマネジメントは福祉サービスを受ける前提としてのサービス計画をつくることに追われていて、そこまでの余裕は見当たらないのが現状です。本来、福祉サービスを受ける前に、その人の具体的な生活習慣やスキルを含めたアセスメントを行ってからサービスのマネジメントを行えばいいのですが、ご本人のサービス利用意思がはっきりしている場合、短い期間でのプランの作成を求められもします。障害者の場合、障害や疾患も多様であり、年齢、学歴、職歴、家族歴などをみても、一人ひとりの生活経験も多様です。通所へのニーズがない人もいれば、通所したいけれど人間関係がうまく保てない人、家族同居していてもその家族との葛藤を抱えていたり、就労しながらも生活が整わず離職につながるリスクがある人もいます。そんな中で、生活場面に寄り添いながらアセスメントを更新し、その人の真のニーズを発見し、実現に向けた道筋を支えていくかわりができるのが、現状では訪問による生活訓練なのではないかと考えられます。

### (2) 今後の課題

「平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」において、相談支援事業所に対するアンケート調査を実施しましたが、その結果から、生活訓練事業、および訪問による生活訓練が相談支援事業所の中で、周知されていないことが明らかになりました。事業の名称等は理解していても、提供されているサービス内容に関する理解も十分ではありません。サービスの対象やサービスの内容が事業所によって多様であることもその一因かもしれませんし、また、まだまだ

サービスとして普及しておらず、近隣地域に実施している事業所がないという状況もあります。

生活訓練事業所においても、訪問を実施することに関して、人員の問題や1対1になる訪問への経験のなさ、報酬の低さなどが障壁となって実施に踏み切れない状況があります。しかし、通所と訪問の両方を実践している事業所では、通所と訪問、現状では結果として訪問のみの利用になってしまったという事例が多くみられました。そうした支援方法の柔軟な活用が、その人その人のニーズに合わせた支援展開に結びついているということでもあります。

本ガイドラインによって、生活訓練事業を実施している事業所や相談支援事業所等関係機関、または、障害当事者やご家族にももっと訪問による自立訓練を活用することの効果について知ってもらい、その人が望む生活の実現に向けた支援が展開されることを願っています。



参考資料：「平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」における自立訓練（生活訓練）事業所を対象としたアンケート調査結果より

図 2 訪問による生活訓練の実施状況

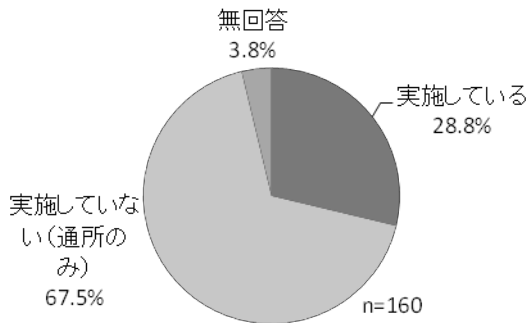


図 3 訪問による生活訓練未実施理由

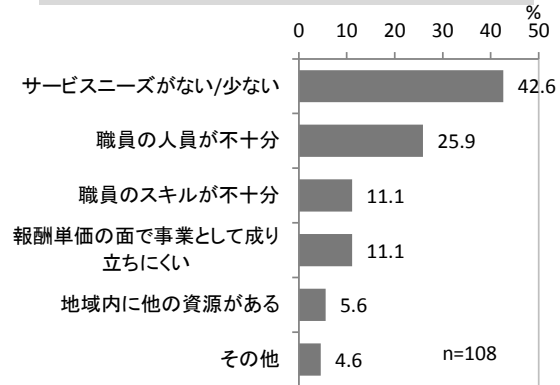


図 4 訪問による訓練導入当初の理由

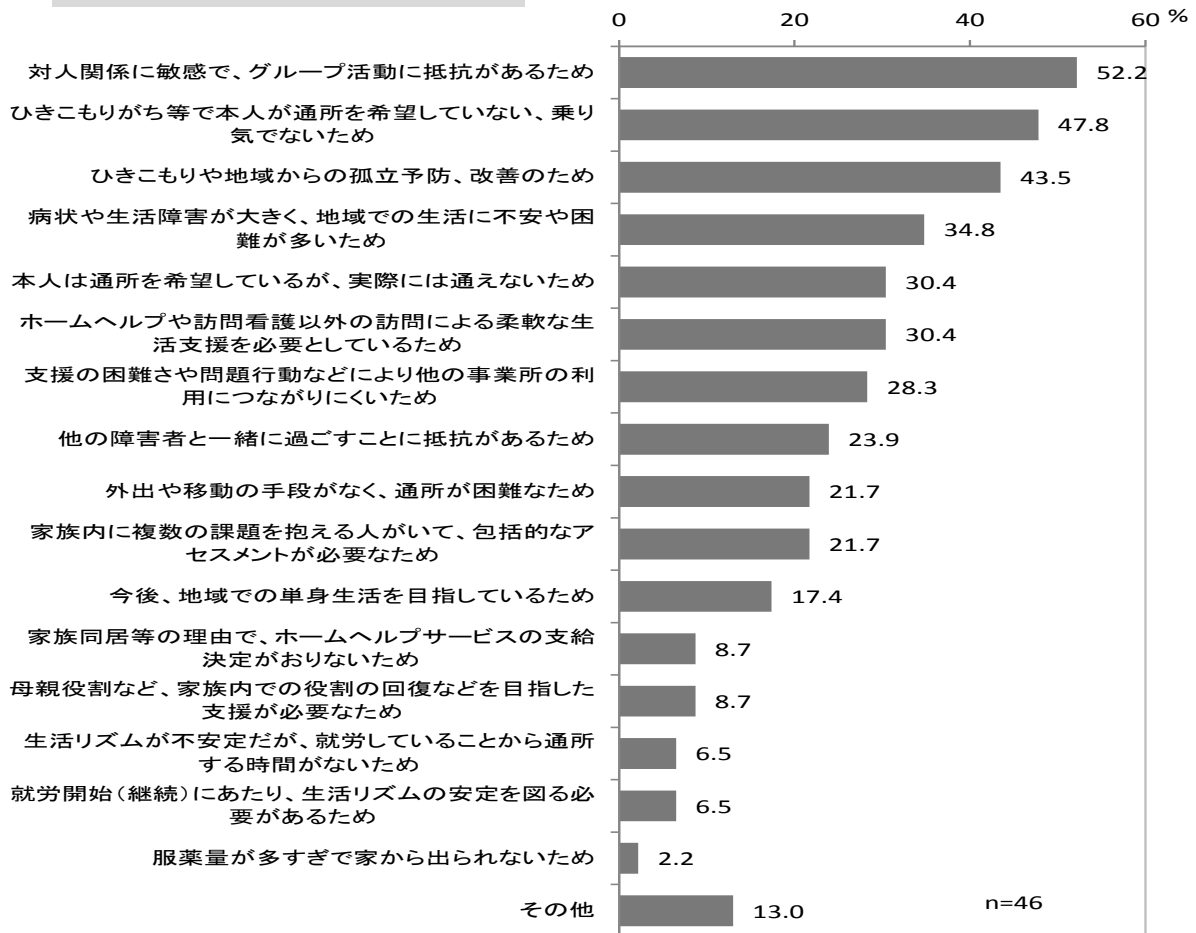


図5 特に訪問による生活訓練利用の効果が大きいと思われる利用者像

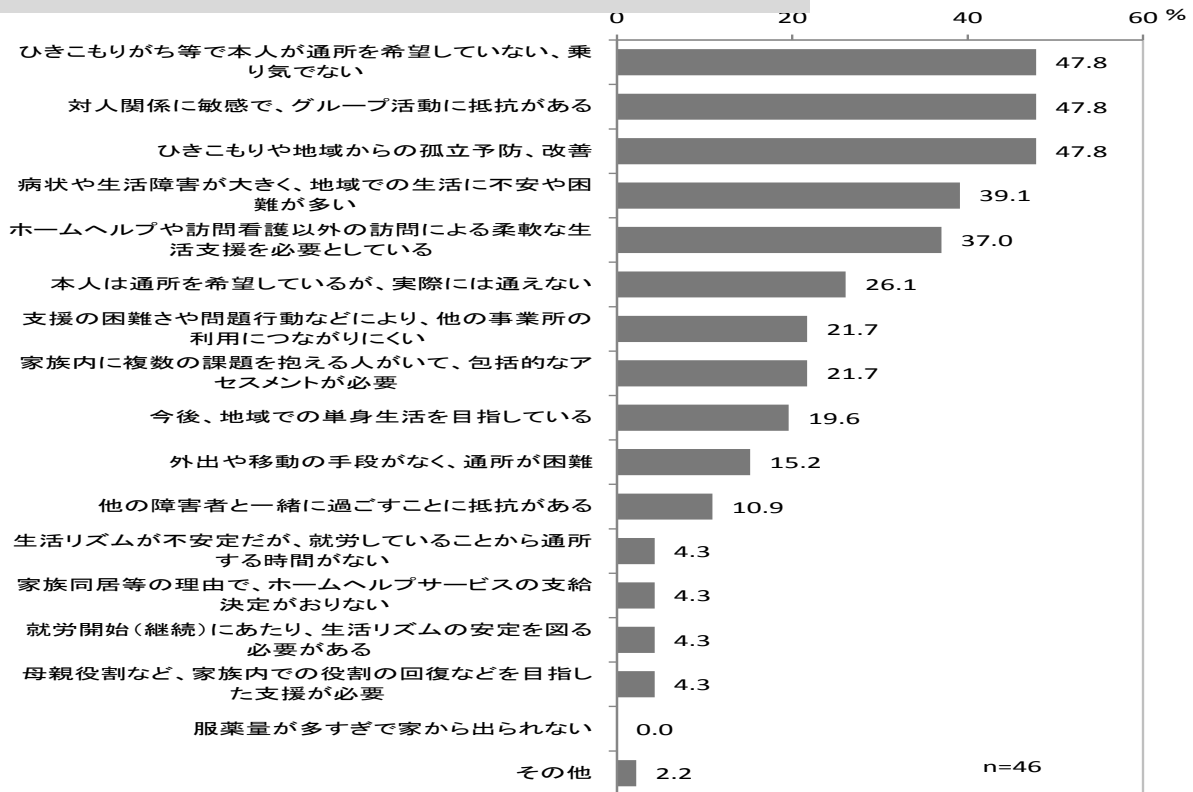


図6 性別

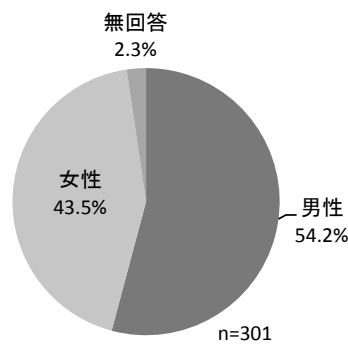


図7 年齢

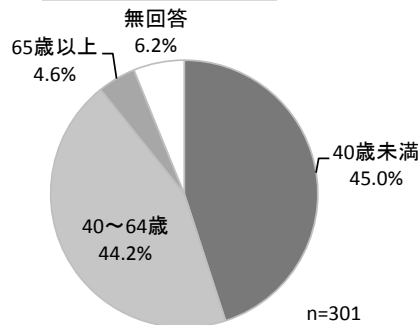


図8 所持している手帳

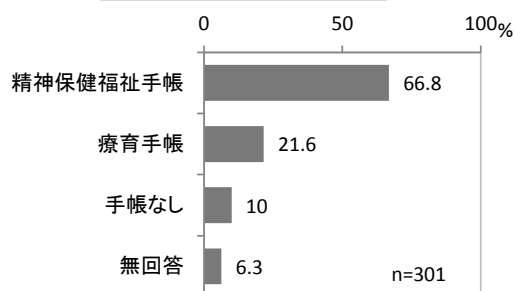


図9 主診断名

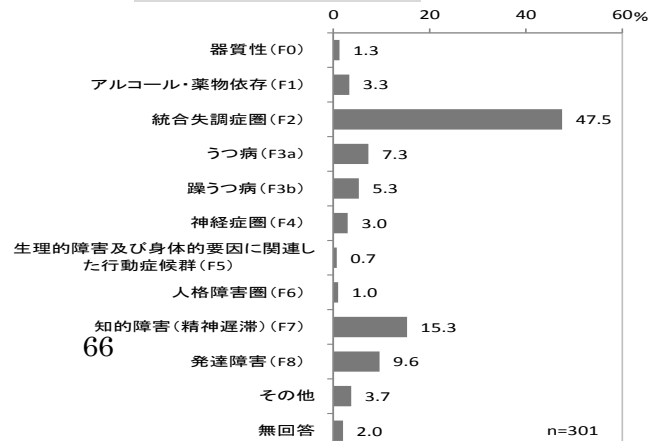


図10 利用時の主な日中活動

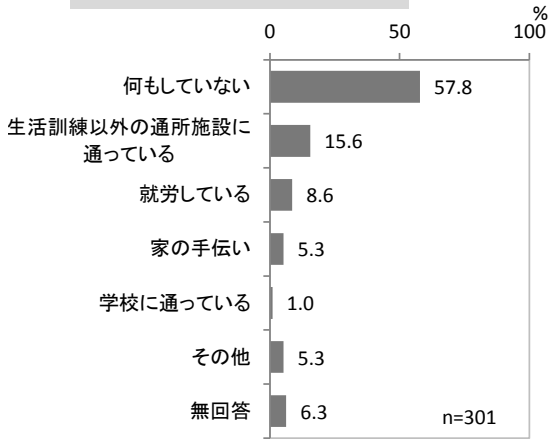


図11 利用の目的

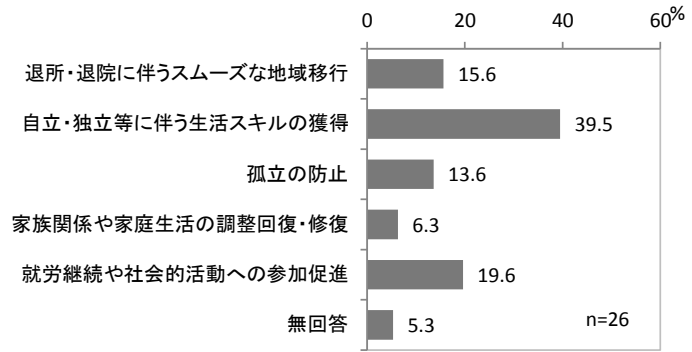


図12 自宅生活者の同居者の有無

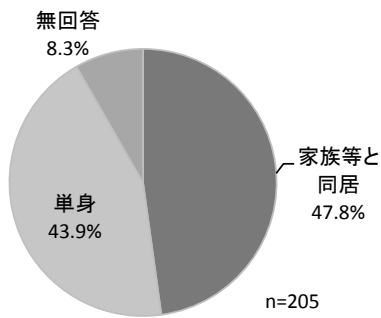


図13 利用に際しての生活課題

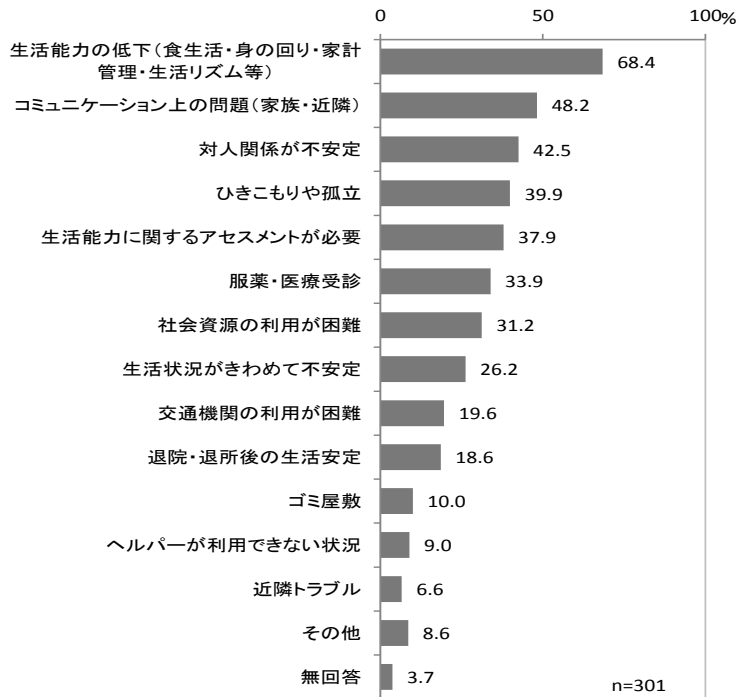


図14 生活訓練の利用形態

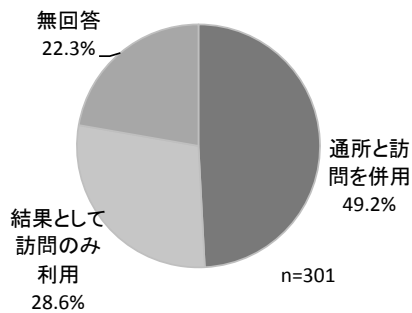


図15 通所できなかった理由

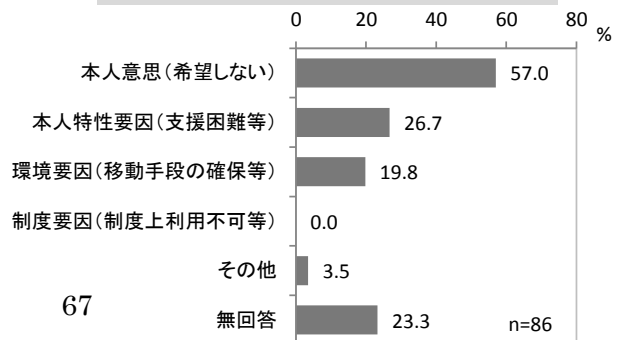


図 16 訪問回数（／月）

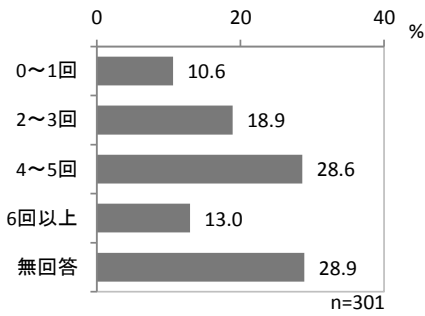


図 17 平均訪問時間（／回）

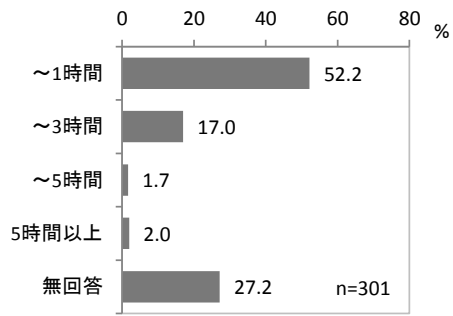


図 18 支援頻度に関する回数制限で見直しが必要と思うもの

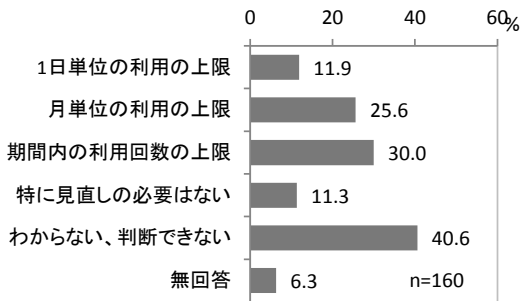


図 19 改善された生活課題

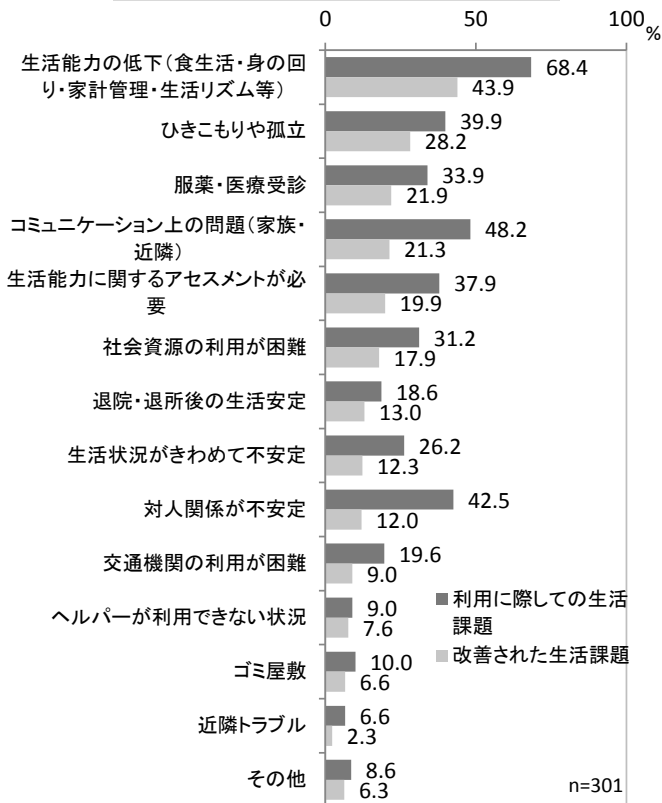


図20 利用終了時の状況

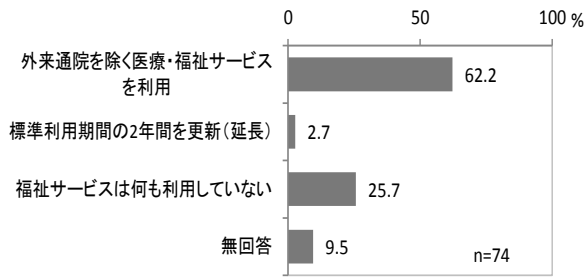


図21 利用終了時の生活範囲

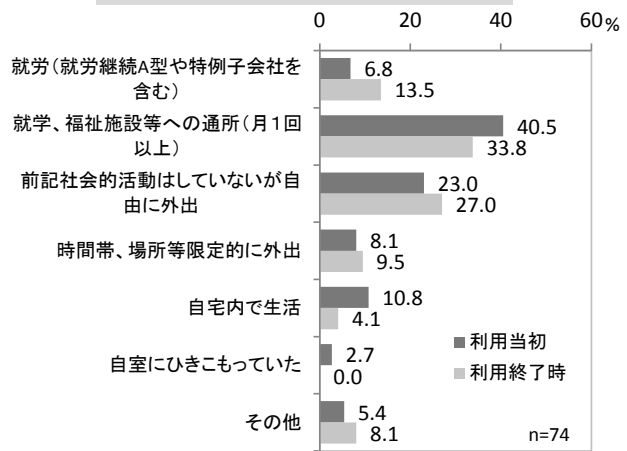


図22 訪問による生活訓練を行う上での困難

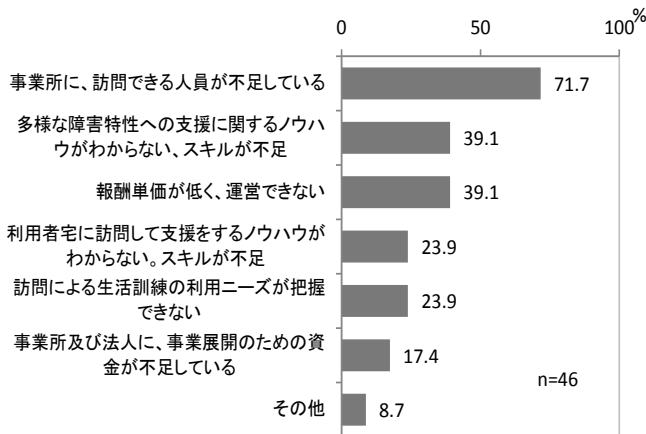


図23 訪問による生活訓練を担う直接処遇職員向けの研修等の必要性

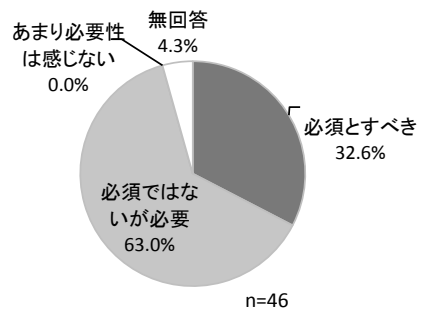
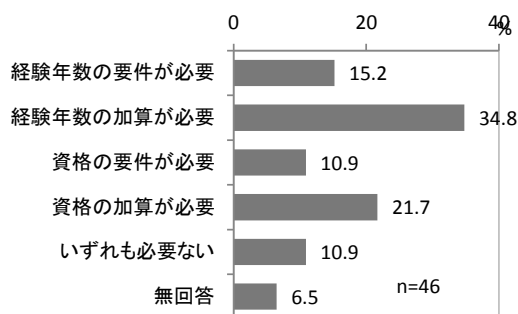


図24 訪問による生活訓練の実施にあたる直接処遇職員の要件・加算等



## 「平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」実施体制

本ガイドラインは、「平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域生活支援の在り方及び有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究」の成果の一部であり、実施体制は以下の通りである。

### 1) 検討委員会

委員長 早稲田大学 岩崎 香  
委員 NPO 法人じりつ代表理事 岩上 洋一  
社会福祉法人豊芯会 理事長 上野 容子  
独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 志賀 利一  
NPO 法人ほっとハート理事長 品川眞佐子  
和洋女子大 高木 憲司  
社会福祉法人豊芯会 田中 洋平  
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 山口 創生  
日本社会事業大学 吉田 光爾

### 2) 調査事業担当

事業責任者 早稲田大学 岩崎香  
事業担当者 NPO 法人ホットハート 遠藤紫乃  
NPO 法人ホットハート 松尾明子  
社会福祉法人みつわ会 福岡薫  
NPO 法人じりつ 松岡広樹  
国立のぞみの園研究部 相馬大祐  
国立のぞみの園研究部 大村美保  
早稲田大学人間科学研究科博士前期課程 西脇啓太  
社会福祉法人豊芯会 永塚恭子  
社会福祉法人豊芯会 古俣孝浩  
社会福祉法人豊芯会 武岡 進  
社会福祉法人豊芯会 松田 しのぶ

3) 経理責任者 社会福祉法人豊芯会 近藤 友克  
経理担当者 社会福祉法人豊芯会 岡野 康子