

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定 に関する意見等

全国障害者自立訓練事業所協議会  
代表 菊地 尚久

# 全国障害者自立訓練事業所協議会の概要

1. 設立年月日:昭和34年11月24日  
「全国身体障害者更生施設長会」として発足し、平成2年9月5日に現名称に変更
2. 活動目的及び主な活動内容:

当会は、障害者総合支援法の施行前は、旧身体障害者更生施設の長をもって組織され、同法施行後は、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、生活介護等を行う施設等の長をもって組織し活動している。目的は、相互の連絡と親睦を図り、障害者のリハビリテーション等の業務の向上に寄与することとし、①障害者のリハビリテーション等に関する調査、研究並びに情報交換、②障害者のリハビリテーション等に関する研究集会の開催、③その他、本会の目的達成に必要な業務を行うこととしている。毎年の研究集会の場では、講演やシンポジウム、研究発表の場を通し、自立訓練等で行う支援の在り方や実際についての研究成果を学び合っている。また、自立訓練(機能訓練)の実態調査や、その役割についての研究活動、障害者総合福祉事業や厚生労働科学研究に参加しての社会リハビリテーションに関する標準的支援プログラムや効果指標の研究を行ってきている。発足から62年という歴史のある会である。

## 【主な活動内容】

- ・ 全国障害者リハビリテーション研究集会の開催
- ・ 研修委員会、広報委員会、政策検討委員会による各活動
- ・ 全国の地域をブロックで分け、ブロック単位での研修、情報共有、親睦等の活動
- ・ ホームページの開設

3. 加盟団体数(又は支部数等):41施設(令和5年4月時点)
4. 会員数:41施設の職員(令和5年4月時点)
5. 代表: 代表 菊地 尚久

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(概要)

## 1、自立訓練事業が有効に活用されるための体制整備について

### (1) 自立訓練(機能訓練・生活訓練)の評価指標の導入(視点1、2、3)

自立訓練に対する標準化されたプログラム及び評価指標が確立されていないことが課題であったが、令和2、3年度の厚生労働科学研究により「社会生活の自立度に関する評価指標(Social Independence Measure SIM)」が開発され、令和4年度の障害者総合福祉推進事業での検証調査においても、自立訓練事業所の効果指標としての有効性が確認できた。SIMを自立訓練事業が評価指標として取り入れることにより、自立訓練の訓練内容が方向づけられ、役割の明確化や質の向上に繋がることから、全国の自立訓練事業所が積極的にSIMを導入し活用していくための有効な仕組み作りについて検討頂きたい。

### (2) 機能訓練サービス費について(視点2)

機能訓練の経営に苦慮している。経営実態調査及び経営概況調査においても平均値を大きく下回っているため、機能訓練のサービス費を平均値となるよう引き上げて頂きたい。

### (3) 病院から機能訓練を利用する場合の手続きの効率化について(視点2、4)

利用開始時の手続きについて、身体に障害がある場合、利用手続きにかなりの時間を要するため、回復期リハビリテーション病棟等からの退院までに利用手続きが間に合わず利用ができなくなる場合や、一旦老人保健施設等で待機せざるを得ない場合が見られるため、身体障害者や高次脳機能障害者が、病院から継続して機能訓練を利用する場合にスムーズな利用を図れるようにして頂きたい。

## 2. 障害特性に応じた専門的ニーズに対応していくために

### (1) 高次脳機能障害者、失語症者等に対する支援体制の強化(視点2)

- ① 機能訓練では、身体障害に高次脳機能障害、失語等を併せ持った利用者が多く利用しており、それらのリハビリテーションには、作業療法士、言語聴覚士、心理士等の専門職等の配置を必要としている。しかし、配置基準の理学療法士等1名を超えた場合に報酬上の評価がないために、それらの専門職等を配置し専門的な支援を行うことが難しい状態にある。高次脳機能障害者、失語症他の支援の強化のために人員配置基準を超えてリハ専門職等を配置した場合に、リハビリテーション加算等において評価できるようにして頂きたい。また、公認心理師を評価の対象に加えて頂きたい。
- ② 又は視覚・聴覚言語障害者支援体制加算に準じ、高次脳機能障害者等支援体制加算等の新設について検討して頂きたい。

### (2) 夜間看護体制加算について(視点2、4)

日中活動が自立訓練の施設入所支援においても、夜間の支援に看護師が必要な事業所があるため、日中活動が生活介護の事業所と同様に夜間に看護職員を配置した場合に夜間看護体制加算の対象として頂きたい。

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

## 1、自立訓練事業が有効に活用されるための体制整備について

自立訓練事業の利用状況が悪い。特に機能訓練は障害福祉サービス等全体の総費用額の僅か0.1%で、日中活動サービスとしては最も少なく、なおも微減傾向にある。

機能訓練の利用者の多くが40歳代から60歳代の脳血管疾患等の中途障害者であることを考えると、脳血管疾患の発症数からも事業所数189ヶ所、利用者数2177人は少ない(※1)。また、事業所数、定員数においても都道府県での地域格差が大きいいため、必要な障害者に支援が届きにくい。生活訓練においては、機能訓練ほどには利用者が少なくないが地域格差は同様にある(※2)。定員充足率においても機能訓練、生活訓練とも低く、機能訓練は利用者数が定員の約半数に留まっており(※3)、事業所ごとの差も大きい(※2)。

また、機能訓練の前身となる旧身体障害者更生施設で組織されていた当会の会員施設の殆どが自立訓練に移行し、新体系移行の経過措置終了年の平成22年度時点で会員施設が72施設あったものが、その後自立訓練が次々と廃止され、現在41施設にまで減少している。

それらのことから、全国で自立訓練事業が有効に活用されるための体制が整っていないと考える。その理由としては、以下の4点があげられる。

### ①事業の支援内容にばらつきがあること、客観的評価が未確立であること

これまでの調査から、自立訓練を利用することにより、利用者の自立度や社会生活力が高まり、多くの利用者が日中活動を伴う地域生活に繋がっていること、一定の利用者が就労や復職、就労移行支援の利用に繋がっていることが確認できた(※4)。

一方で、サービス内容においては、指定事業所と基準該当、共生型事業所では大きく異なり(※5)、指定事業所間でもばらつきが見られた(※6)。また、自立訓練の利用による成果を客観的に評価できる指標がないことも確認できた(※7)。

支援内容が一定の指標に基づき成果の上がる方向に整備・統一されれば、これまでの調査で示された利用者の地域生活や就労状況は更に向上し、利用価値が高まるものと思われる。

これらのことは、第14回障害福祉サービス等報酬改定検討チーム資料「自立訓練(機能訓練・生活訓練)の係る報酬・基準について《論点等》」においても、「【論点】自立訓練における支援の在り方」「現状・課題」にて、「自立訓練については事業所ごとに訓練内容や質が異なり、標準化された評価指標が確立されていないことが課題」との指摘があったところである。

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

## ②サービス内容についての認知度の低さ

事業所数の少なさ等から、自立訓練の行っているサービス内容の認知度の低さがある(※8)。特に機能訓練は、利用者の多くが介護保険第2号被保険者で一部の者には復職や就労の可能性があるが、自立訓練のサービス内容についての認知度が低いことや身近に自立訓練事業所がないために、「回復リハビリテーション病院と機能訓練を連続的に利用することで社会復帰の道筋をつけていくことが望ましい」と先行研究にあるものの<sup>(1)</sup>、それらの者が回復期リハビリテーション病棟から高齢者対象の介護保険サービスに繋がっている場合が多い(※9、10、11)。

自立訓練を利用することで利用者が自立した社会生活を営めるようになること、高次脳機能障害やその他の障害特性に応じたプログラムを提供していること、就労移行支援利用、就労等に繋がる等、就労訓練前段階の訓練として有効であることの認知も少ない。また、地方自治体においても、介護保険優先原則のもと、自立訓練の利用が有効と思われる障害者に対して介護保険サービスを優先するという事例が複数寄せられている(※12)。

## ③経営基盤の脆弱性の問題

これまでの調査から、自立訓練を行っている事業所が経営面で苦慮していることが確認できた。有期限の利用となるため利用定員の維持管理が難しいことや、利用充足率が低いこと、機能訓練では多様なプログラムに対応するために多くの事業所の職員が加配置の状況であることも理由となる(※13)。他の事業収入に依存するか障害福祉サービス以外の補填がなければ経営が難しい状況にある(※14)。

国の行っている経営実態調査においても、機能訓練では、平成29年2.1%(平均5.9%)、令和2年1.3%(平均5.0%)、経営概況調査では、令和2年度▲1.2%(平均4.8%)、令和4年度が1.2%(平均5.1%)と常に平均から極めて低い状況が続いている。会員施設では、毎年、経営が不安定であることから施設種別を生活介護等に切り替え脱会している状況がある。

## ④利用手続きの問題

機能訓練の利用者の多くが、回復期リハビリテーション病棟等からの利用であり、退院後直ちに家庭復帰することが難しいため直接入所利用を希望するが多い。身体に障害がある場合、身体障害者手帳の交付、受給者証の交付、相談支援事業所との契約、サービス等利用計画の作成等、利用手続きにかなりの時間を要するため(※15)、退院までに利用手続きが間に合わず利用ができない場合や、一旦老人保健施設等で待機せざるを得ない場合が見られる。また、機能訓練の利用が有効である者が、手続きが簡便な介護保険サービスの利用となる場合もある。また、症状固定の6カ月後に手帳が交付される場合や、高次脳機能障害を併発している場合でも、精神障害者の扱いとせず身体障害者手帳がないと利用を認めない地方自治体もあり、必要な利用者に支援が適切なタイミングで届きにくい状態がある。



# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

特に、40歳～64歳の介護保険第2号被保険者の場合は、復職のニーズも多く、自立訓練を利用することで就労移行支援の利用に繋がり復職に至る事例や福祉的就労につながる等の事例が多くあるものの、そのまま高齢者と共に介護保険サービスを利用して過ごすことになった事例や、本人の不適用から介護保険サービス利用後に機能訓練を利用する事例も聞かれている。

## 課題に対する提案

### (1) SIMの導入(視点1、2、3)

①②③に対する解決策の1つとして、厚生労働科学研究にて開発された「社会生活の自立度に関する評価指標(Social Independence Measure SIM)」の導入が有効と考える<sup>(2)</sup>。SIMは、自立訓練の利用者の社会生活の自立度を測る指標として開発されたもので、先の研究で自立訓練の役割として整理された「一定期間の訓練等により、利用者が地域において自立した日常生活や社会生活を営むことができるようにする」<sup>(3)</sup>のための支援の効果を測る指標となる。SIMを全国の自立訓練事業所の評価指標として用いることで、全国の自立訓練事業所が、SIMに沿った支援の方法を研究し成果を上げようとすることで、支援の方向性を与えることや支援の質の向上に繋がることが期待できる。

その成果を関係機関や団体等に客観的に示すことにより、自立訓練の目的や役割を分かりやすく普及することができる。

また、そのことにより自立訓練の利用が促進されれば事業所経営の安定化にもつながり、サービスを必要とする利用者への支援基盤が改善される。

それらの理由から、全国の自立訓練事業所が積極的にSIMを導入し活用していけるよう、SIMを報酬上の仕組みに組み込んで頂きたい。

### (2) 機能訓練のサービス費について(視点2)

③に対する解決策の1つとして、自立訓練(機能訓練)のサービス費を全サービスの平均値まで引き上げて頂きたい。

### (3) 病院から自立訓練を利用する場合の手続きの効率化について(視点2、4)

④の解決策に向けて、暫定利用期間中の運用等、何らかの形で身体障害者や高次脳機能障害者が病院から継続して自立訓練を利用する場合に、スムーズな利用を図れるようにして頂きたい。

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

## 2. 障害特性に応じた専門的ニーズに対応していくために

### (1) 高次脳機能障害者、失語症者等に対する支援体制の強化(視点2)

機能訓練では、脳血管疾患や頭部外傷の後遺症として身体麻痺に高次脳機能障害、失語症等を併せ持った利用者が多く利用している<sup>(※16、17)</sup>。また、一部の生活訓練では、身体障害のない高次脳機能障害者に対象を特化し支援を行っている。そのため、指定機能訓練事業所の半数程度の事業所が高次脳機能障害のための認知訓練や言語訓練を実施しており、一部の指定生活訓練においても同様の訓練を実施している<sup>(※18)</sup>。また、ADL、IADL、社会生活力訓練、生活場面の支援等についても、高次脳機能障害、失語症の特性に応じ実施している<sup>(※19)</sup>。

その場合、高次脳機能障害に対しては専門職である作業療法士、言語聴覚士、心理士が、失語等の言語障害に対しては言語聴覚士がリハビリテーションを担うことが求められる。

しかし、現状では、多くの機能訓練事業所が、身体機能の維持・向上のために、人員基準となっている1名程度の理学療法士等を配置している中で<sup>(4)</sup>、高次脳機能障害に対する専門的支援を行うために、人員基準を上回って生活支援員に比して人件費の高いリハ専門職等<sup>(5)</sup>を複数配置しても報酬上の評価がないために人件費を圧迫してしまうため、配置しづらい<sup>(5)</sup>。

高次脳機能障害者や失語症者のリハビリテーションは、病院での医学的リハビリテーションを終えた後も実生活を高めるための訓練が必要である。そのために自立訓練の支援体制の強化が必要である。

リハビリテーション加算に「医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成していること。」とあるように、特定の障害への支援に限らず、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、公認心理師を配置し共同で支援を行うことが求められており、その必要性を強く感じているが、現状のリハビリテーション加算では共同できるリハ職等を複数配置するための財源とはできない。

## 提案

- ① 高次脳機能障害者や失語症者等に専門的な支援を行うため、また支援の充実を図るために人員配置基準を超えてリハ専門職等を配置した場合に、リハビリテーション加算において評価できるようにして頂きたい。また、公認心理師を評価の対象に加えて頂きたい。
- ② 又は視覚・聴覚言語障害者支援体制加算に準じ、高次脳機能障害者等支援体制加算等の新設について検討して頂きたい。

# 令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

## 2. 障害特性に応じた専門的ニーズに対応していくために

### (2) 自立訓練を日中活動とする障害者支援施設における施設入所支援の夜間看護体制加算について(視点2、4)

自立訓練を日中活動とする障害者支援施設では、日常生活動作や健康管理などの生活管理が未だ自立していない状態の障害者が入所する。特に、脳血管疾患患者の場合は、生活習慣病を併せ持っており、日常の健康管理や健康管理指導を行う看護職員の役割が重要となっている。また、再発リスクのある脳血管疾患患者が多く入所している施設では、夜間、発作や急変時に救急対応する機会が増えている。また、自立生活や社会復帰を目指す利用者は、施設内でも自立したADLを行うためのトレーニング過程であることから転倒リスクも伴う。これらのことから、夜勤帯においても、医療行為が必要となった場合の対応、緊急処置、主治医への報告、救急要請等の緊急時の対応のために看護職員を配置している施設がある。

一方で、看護職員の人件費が高いために看護職員の確保が難しい状況にある。

## 提案

生活介護を日中活動とする施設入所支援と同様に、自立訓練を日中活動とする施設入所支援においても夜間看護体制加算が算定できるようにして頂きたい。

## 注釈

- (1): 令和3年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)分担研究報告書「回復期リハビリテーション病院の生活期支援に関する実態調査に関する検討」145pより引用
- (2): ①令和3年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)分担研究報告書「社会生活力を客観的に測ることのできるオリジナル評価指標の開発」  
②令和4年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究事業報告書」参照
- (3): 厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書184p「(2)役割」より引用
- (4): 厚生労働省 令和4年障害福祉サービス等経営概況調査結果21p第10表
- (5): 厚生労働省 平成29年障害福祉サービス等経営実態調査結果の概要28p第66表



# 現場で工夫している事例について

## 【事例1】 質の高いサービスを提供するための評価指標の開発についての工夫(視点1関係)

- ・自立訓練の支援内容、役割が不明確という課題があるが、全国障害者自立訓練事業所協議会では、平成29年度に会員に対する機能訓練事業の実態調査を行い、また、平成30年度の障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査」に取り組み、自立訓練の支援体制や支援内容の実態を明らかにした<sup>(3)</sup>。
- ・また、それらの取り組みを受けて、当会内にワーキングチームを組織し、機能訓練事業の役割と課題を整理した<sup>(※20)</sup>。また、平成30年度の障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査」の取り組みにおいても、自立訓練の役割と課題を明らかにした<sup>(3)(※21)</sup>。
- ・令和2、3年度厚生労働科学研究<sup>(2)</sup>において、自立訓練のための「社会生活の自立度に関する評価指標(Social Independence Measure SIM)」を開発し、令和4年度障害者総合福祉推進事業の研究にて検証した。
- ・令和5年度より、SIMを一部の事業所にて評価指標として活用していく予定である。また、会員内外の自立訓練事業所に普及していく予定である。

## 【事例2】 高次脳機能障害、失語症等に対応できる専門職の配置についての工夫(視点2関係)

- ・一部の自立訓練事業所においては、人員基準に加え、作業療法士、言語聴覚士、心理職等の専門職を加配することで、高次脳機能障害や失語症等に対応できるようにした<sup>(※22)</sup>。
- ・法人内に「高次脳機能障害支援センター」を設置することで、法人内医療機関、スタッフ等の連携体制を強化し、支援の充実を図った<sup>(※23)</sup>。
- ・全国障害者自立訓練事業所協議会の研究集会において、お互いの支援、取り組みについての研究成果を報告し合うことにより支援の向上につなげている。

# 現場で工夫している事例について

## 【事例3】 自立訓練の活用による社会保障費の削減の工夫(視点3関係)

- ・自立訓練の利用により、直ちに就労又は復職することや就労移行支援の利用が難しい状態にある障害者が、就労や就労訓練に結び付くための社会生活力を備えて、就労に至った事例がある<sup>(※4、24)</sup>。就労に至った場合は、利用者は納税者となり社会補障費の削減に繋がっている。また、同様に、復学、単身生活、自立生活に結び付いた事例がある<sup>(※24)</sup>。これらも、サービス費の削減につながっている。
- ・機能訓練の多くの利用者が介護保険第2号被保険者であるが、自立訓練を利用したことにより自立度が上がり介護保険認定区分間が下がった事例がある<sup>(※25)</sup>。区分が一つ下がると、267,500円(要介護3の給付限度額)－194,800円(要介護2の給付限度額)＝72,700円×12月＝872,400円削減となる。全国の機能訓練利用者の半数に同様のことが認められた場合には×1,000人となり、年間872,400,000円の介護保険支給額の削減となる。

以上のことから、自立訓練が有効に活用されれば、社会保障費の削減効果が大きい<sup>(※26)</sup>。

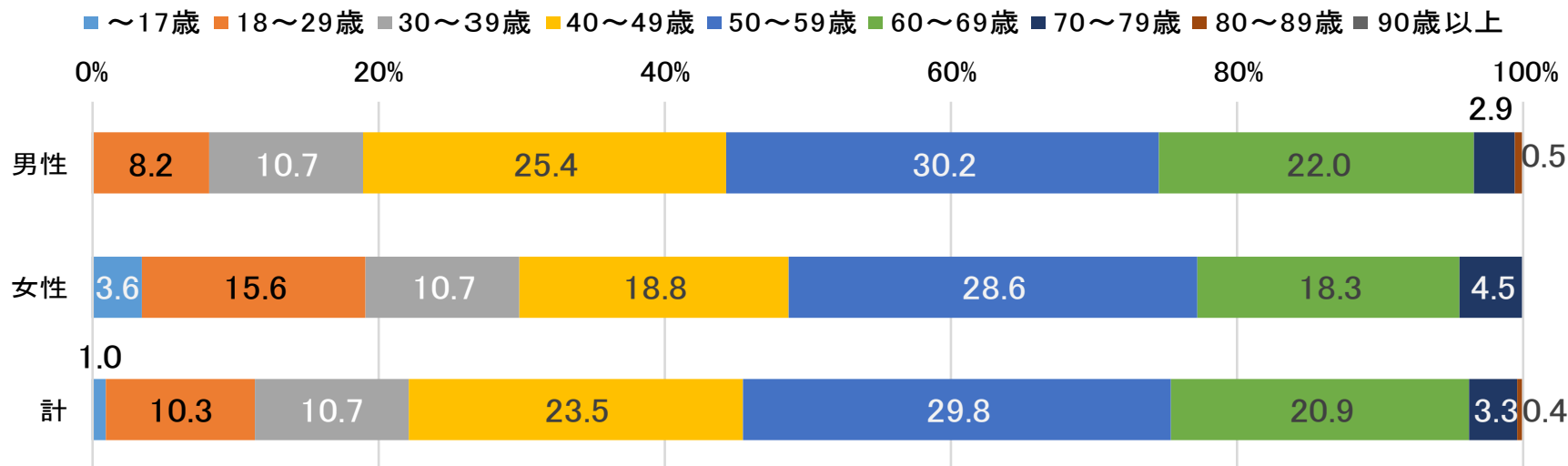
## 【事例4】 病院から自立訓練を利用する場合の手続きの効率化の工夫(視点4関係)

- ・常日頃、回復期リハビリテーション病棟等のスタッフとの情報交換を密に行う中で、自立訓練の利用が有効と思われる患者に対して、早期から手続きが行えるよう施設スタッフが助言等行っている。
- ・身体障害者手帳の交付の際に必要な診断について、認定医によっては、症状固定とされる6カ月より早期に手帳交付のための診断をしてもらっている。

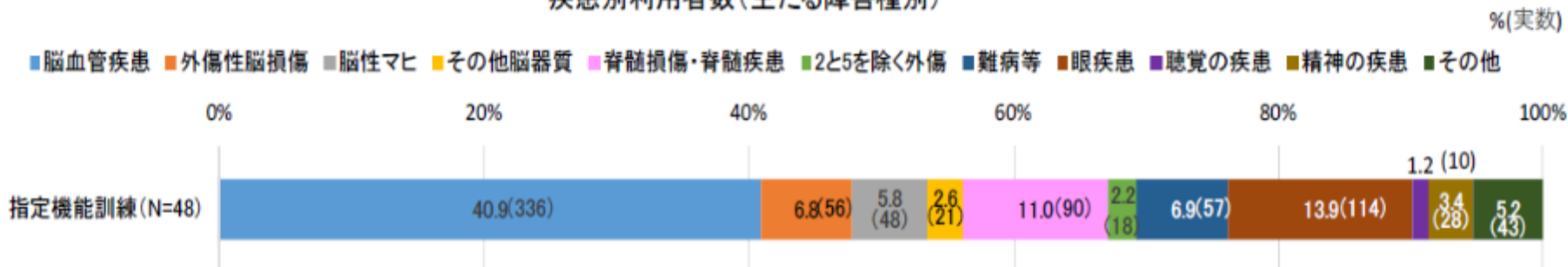
# (参考資料)

※1-1:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

性別・年代別利用者数【指定機能訓練】N=48

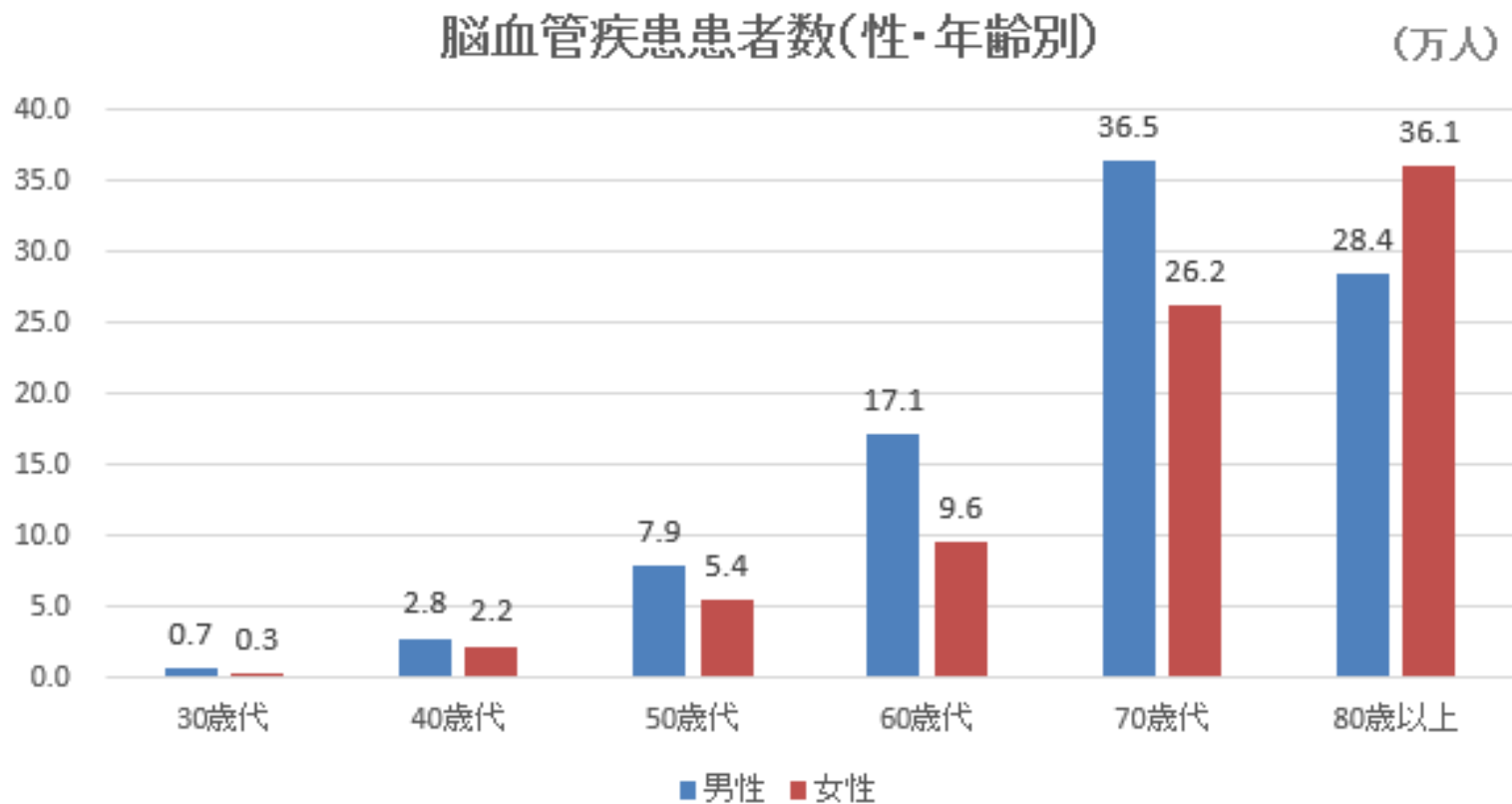


疾患別利用者数(主たる障害種別)



# (参考資料)

※1-2:厚生労働省 令和2年度「患者調査」より、



<厚生労働省「患者調査」／令和2年>



# (参考資料)

※1-3:令和3年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)分担研究報告書「回復期リハビリテーション病院の生活期支援に関する実態調査に関する検討」より

## 【機能訓練利用対象となり得る患者数の類推】

(回復期リハ病院入院患者のうち、65歳未満のFIMから機能訓練利用対象の可能性  
がある患者の割合)

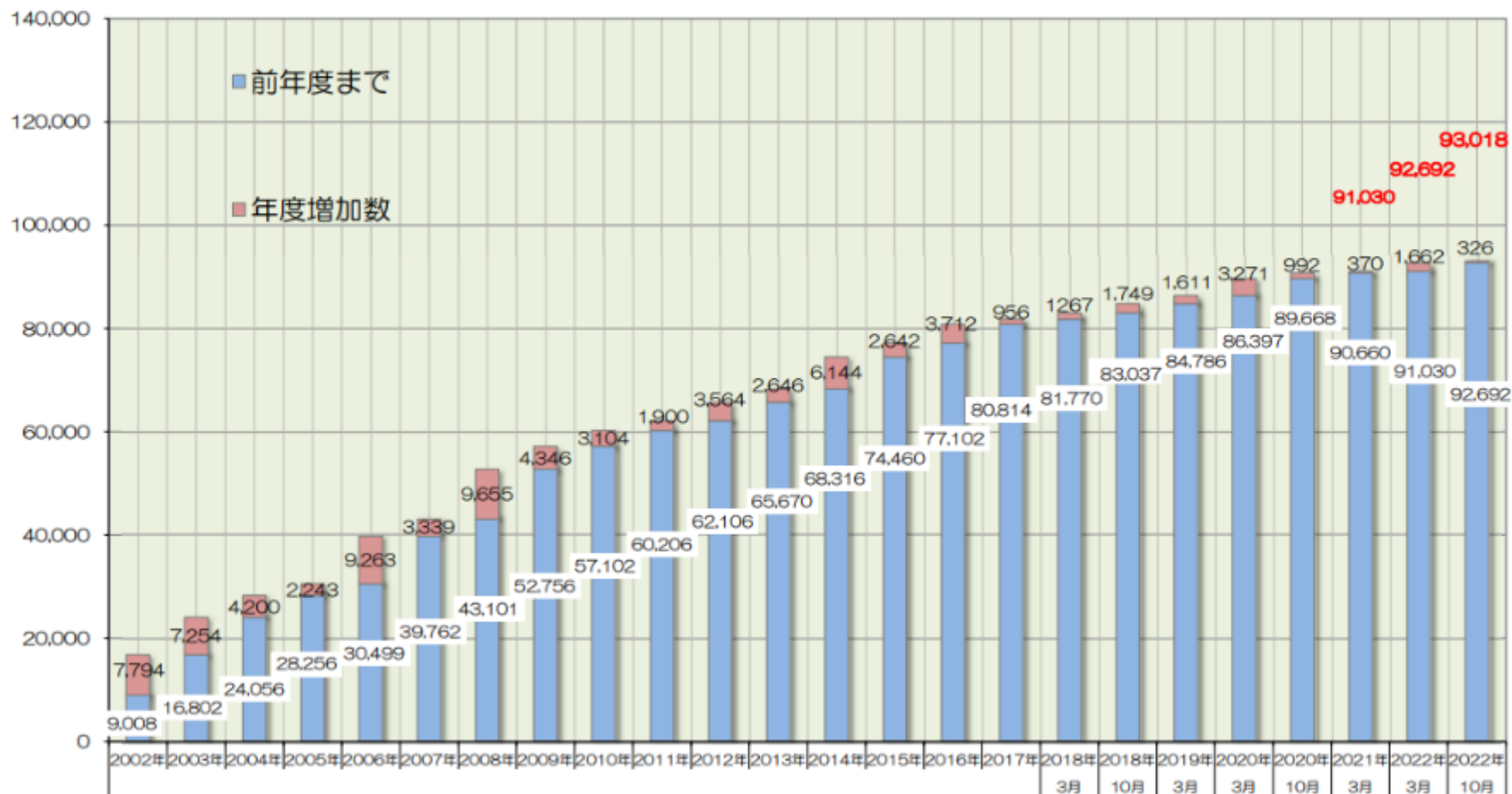
- ①調査票の提出があった回復期リハ病院の病床数から1年間の延ベッド数を換算  
(365日 ÷ 平均在院日数) × 病床数 →  $365 \div 109.6 \text{日} \times 5187 \text{床} = 17274 \text{床}$
- ②調査票の提出があった病院の総退院者数を①の延ベッド数で割る計算式  
(総退院者数 ÷ 総退院者数 ÷ ①) →  $2734 \text{人} \div 17274 \text{床} = \text{約}15.8\%$
- ③帰結が「特になし + 介護保険」の人数 ÷ ① →  $(479 \text{人} + 971 \text{人}) \div 17274 \text{床} = \text{約}8.4\%$
- ④平成30年度障害者総合福祉支援事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」から機能訓練利用者におけるFIMの下限値を51と仮定した上で推計する  
(FIM51以上の人数 - 帰結が復職) ÷ ① →  $(2173 \text{人} - 406 \text{人}) \div 17274 = \text{約}10.2\%$

以上から、回復期リハ病床数に対して、65歳未満の脳血管疾患患者数は約16%、  
機能訓練の利用対象者は病床数の約8%～約10%と推計した。

# (参考資料)

※1-4: 回復期リハビリテーション協会H. P 各種データより

病床届出数 (2022年10月1日現在)





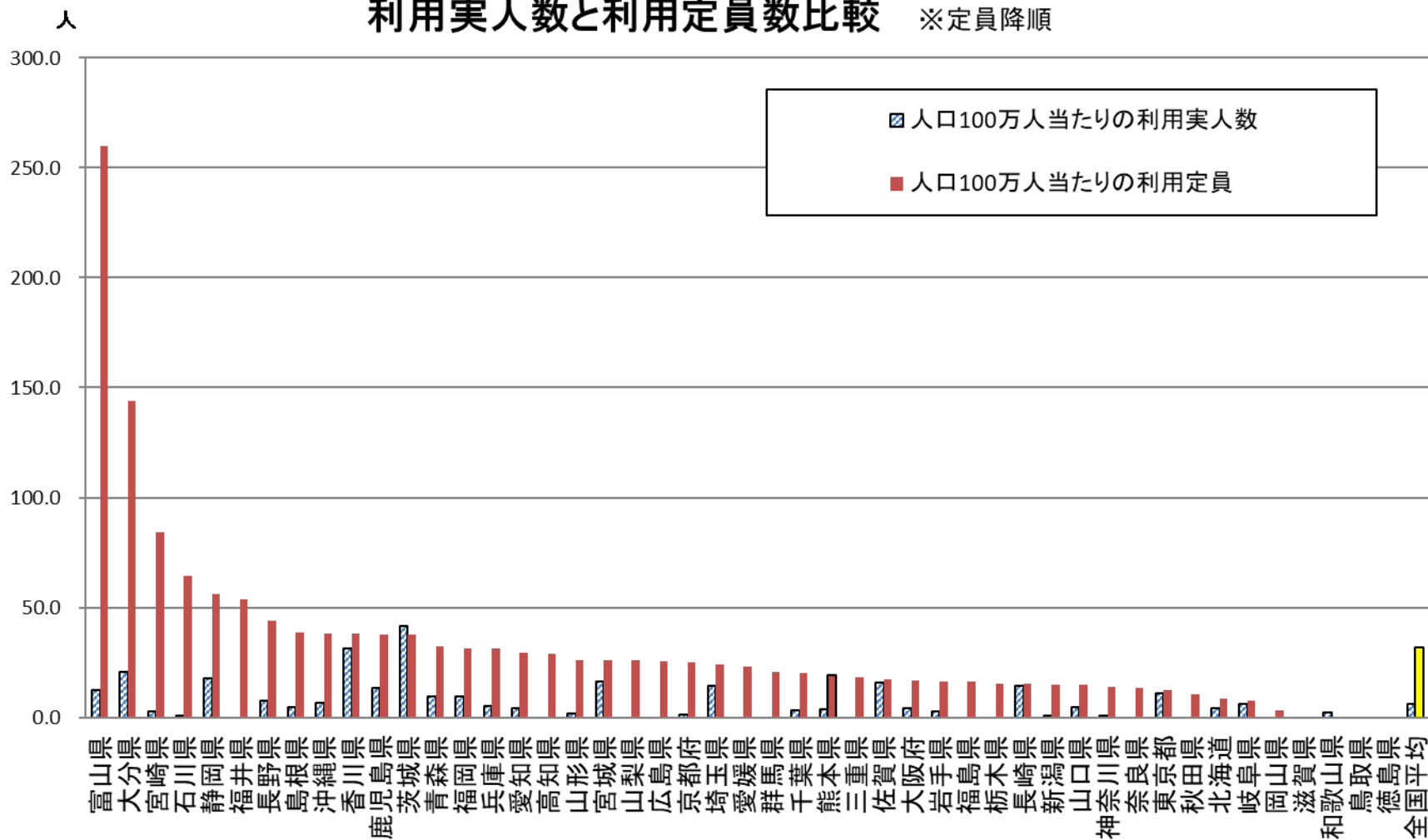
# (参考資料)

## ※2-2: 地域差資料

出所 利用実人数:「厚労省 社会福祉施設等調査」(2021年9月度)(香川県のみ聞き取り) 定員:「WAM NET 障害福祉サービス等情報公表システムデータのオープンデータ」(2021年11月末時点)(香川県のみ聞き取り) 人口:「国勢調査」(2020年10月1日現在) 注) 平均値は0も含めて算出

### 都道府県別 自立訓練(機能訓練)人口100万人当たりの

### 利用実人数と利用定員数比較 ※定員降順



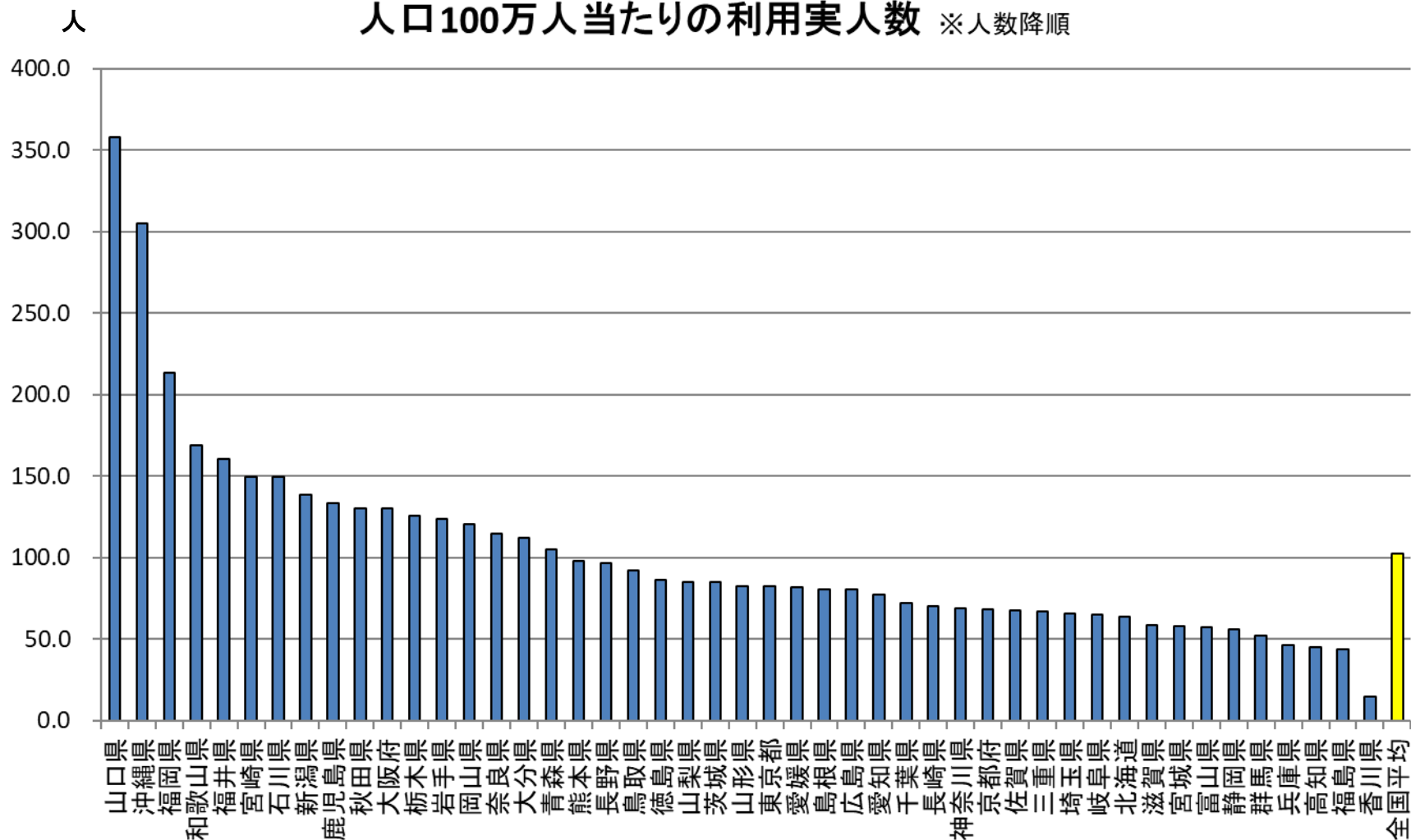


# (参考資料)

※2-3: 地域差資料

出所 利用実人数:「厚労省 社会福祉施設等調査」(2021年9月度) (香川県のみ聞き取り) 人口:「国勢調査」(2020年10月1日現在) 注) 平均値は0も含めて算出

## 都道府県別 自立訓練(生活訓練) 人口100万人当たりの利用実人数 ※人数降順





# (参考資料)

※3:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

平成30年9月の1か月間の総訓練・支援時間、訓練日数、実利用人数。(平成30年9月の1か月間)

## 【指定機能訓練】

※1件以上の回答を対象(0件の回答及び無回答は集計対象外)	通所 (入所利用含む)		訪問 (入所利用含む)	
	事業所数	平均	事業所数	平均
平成30年9月の訓練・支援時間	42	1040.6時間	4	10.8時間
平成30年9月の訓練・支援日数	42	189.9日	4	12.0日
平成30年9月の利用実人数	43	20.7人	4	7.8人
定員数	45	19.9人		
定員充足率	42	43.2%		

## 【指定生活訓練】

※1件以上の回答を対象(0件の回答及び無回答は集計対象外)	通所 (入所利用含む)		訪問 (入所利用含む)	
	事業所数	平均	事業所数	平均
平成30年9月の訓練・支援時間	202	841.0時間	39	18.1時間
平成30年9月の訓練・支援日数	213	122.5日	39	11.8日
平成30年9月の利用実人数	212	15.8人	40	4.4人
定員数	226	11.9人		
定員充足率	207	46.8%		

# (参考資料)

※4-1:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

## 利用者の利用終了後の進路 (平成29年度中に利用終了した者が対象)

### 【指定機能訓練】

	全体 (実人数)	日中活動															自立生活援助	地域定着支援	主な日中活動なし
		復職・就業	就労定着支援	就労継続A	就労継続B	就労移行支援	機能訓練	生活訓練	生活介護	地域活動支援センター	介護保険サービス	精神科デイケア	障害児福祉サービス	学校	家事・地域参加	その他の活動			
家庭(家庭復帰)	230	34	0	4	29	14	3	1	21	2	39	1	0	7	24	20	0	0	53
単身生活	75	5	0	2	14	1	2	0	6	3	8	0	0	0	2	15	0	0	33
施設入所	48	0	0	1	6	7	2	0	22	0	1	0	0	0	0	1	0	0	5
共同生活援助	19	0	0	0	7	1	1	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
他の地域生活	12	1	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	4	0	0	0	0	3
入院・その他	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	9
合計	403	40	0	7	57	23	8	4	59	5	49	1	0	12	27	38	0	0	105

### 【指定生活訓練】

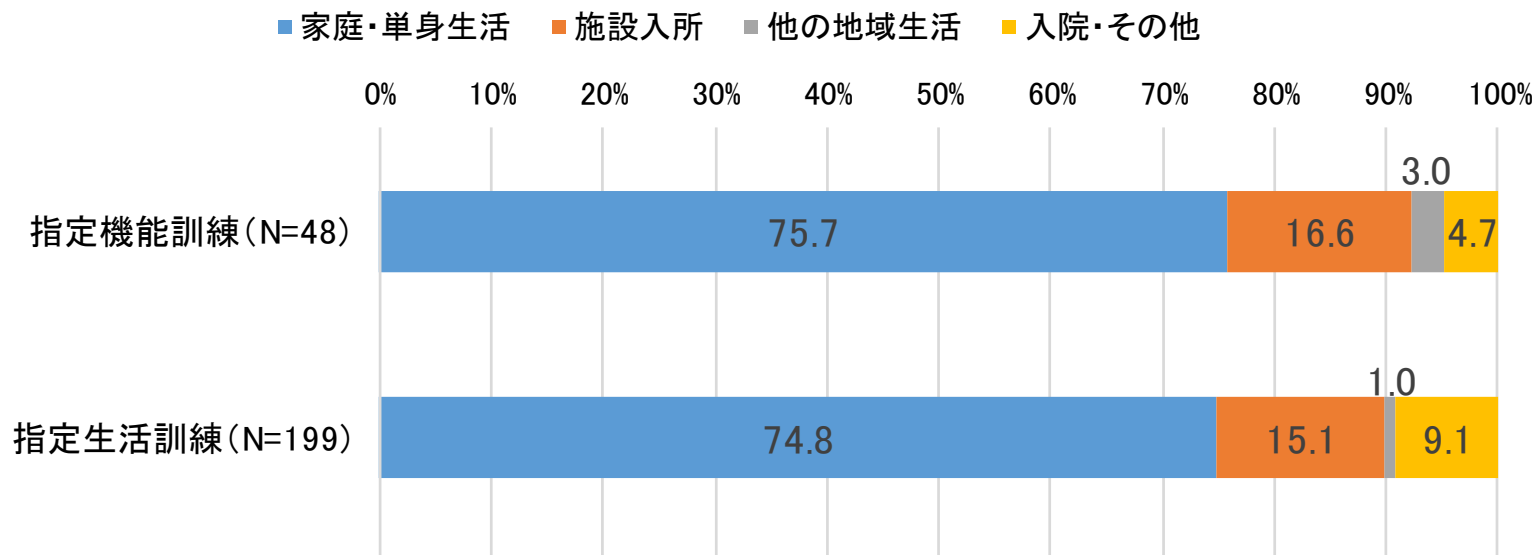
	全体 (実人数)	日中活動															自立生活援助	地域定着支援	主な日中活動なし
		復職・就業	就労定着支援	就労継続A	就労継続B	就労移行支援	機能訓練	生活訓練	生活介護	地域活動支援センター	介護保険サービス	精神科デイケア	障害児福祉サービス	学校	家事・地域参加	その他の活動			
家庭(家庭復帰)	470	85	0	15	154	92	1	30	24	15	3	10	3	10	12	11	0	1	76
単身生活	201	56	0	1	41	11	1	16	9	10	2	8	5	1	3	11	0	0	34
施設入所	62	0	0	0	16	22	0	6	3	0	1	5	0	0	0	9	0	0	5
共同生活援助	73	2	1	2	42	9	0	1	13	14	1	3	1	0	0	1	0	0	9
他の地域生活	9	0	0	0	4	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
入院・その他	82	0	0	0	1	1	0	16	4	0	0	1	0	0	0	1	0	1	44
合計	897	143	1	18	258	135	2	70	57	39	7	27	9	11	15	34	0	2	168



# (参考資料)

※4-2:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より  
利用者の利用終了後の進路 (平成29年度中に利用終了した者が対象)

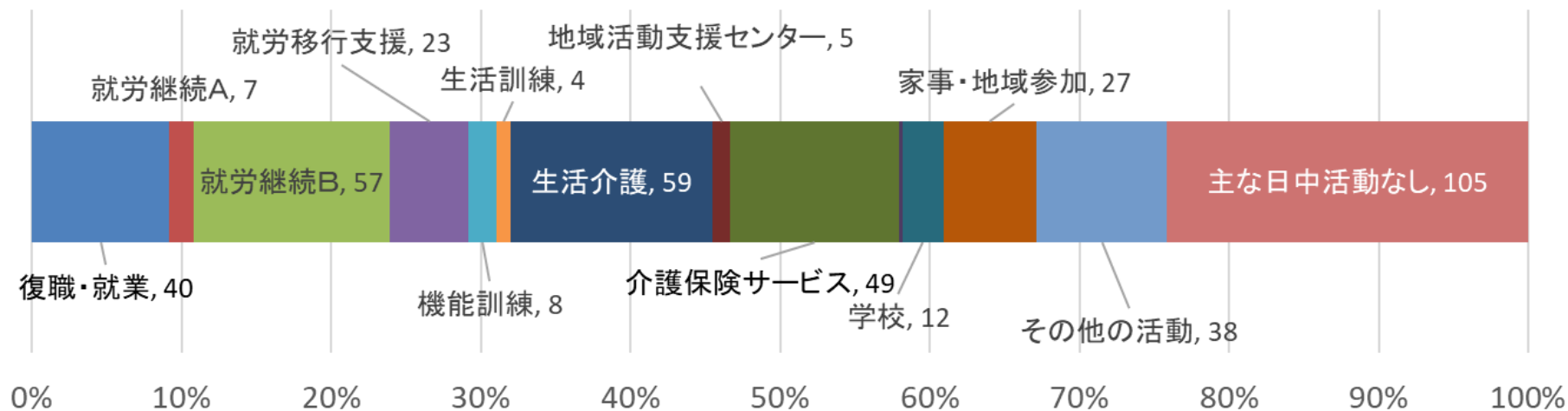
## 利用後の居場所



# (参考資料)

※4-3:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より  
利用者の利用終了後の進路 (平成29年度中に利用終了した者が対象)

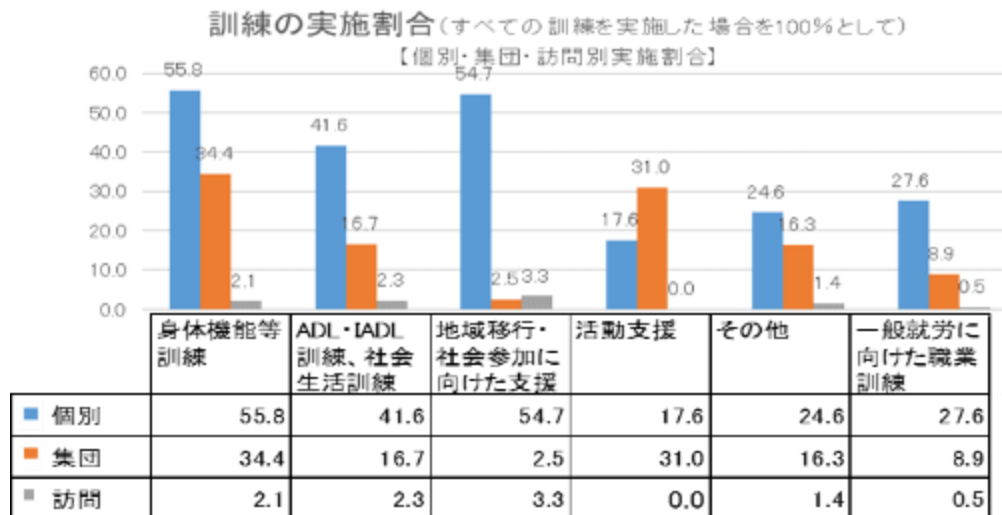
## 利用後の日中活動



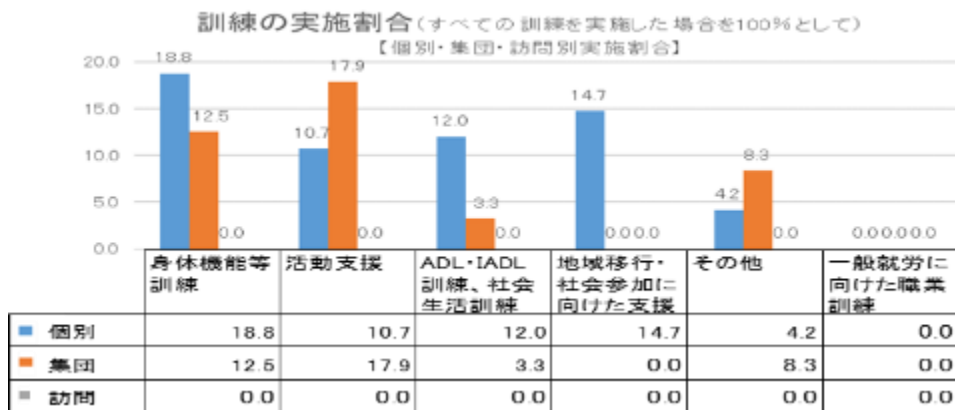
# (参考資料)

※5-1:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

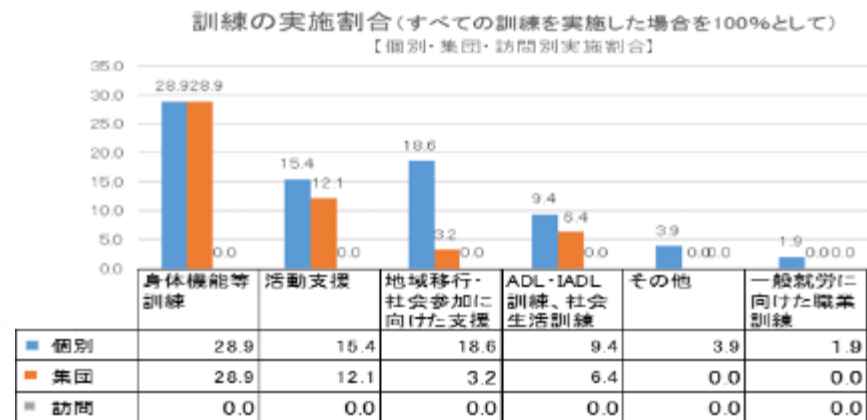
## 【指定機能訓練】



## 【基準該当機能訓練】



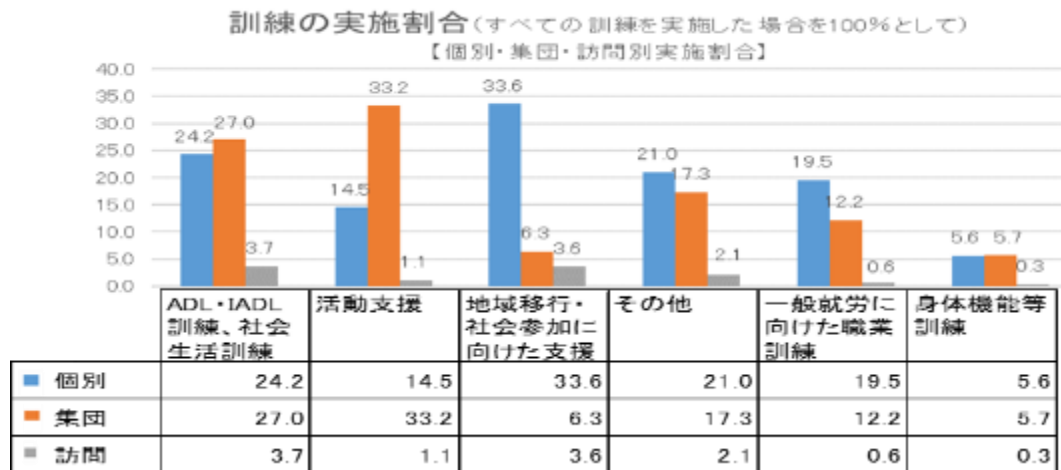
## 【共生型機能訓練】



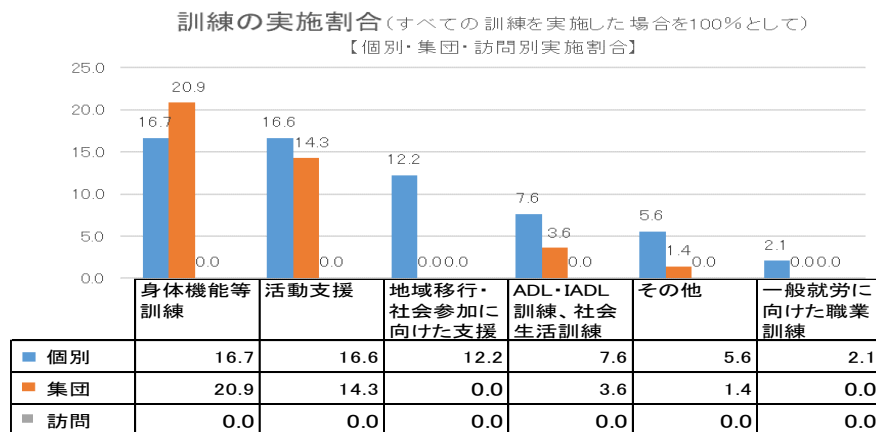
# (参考資料)

※5-2:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

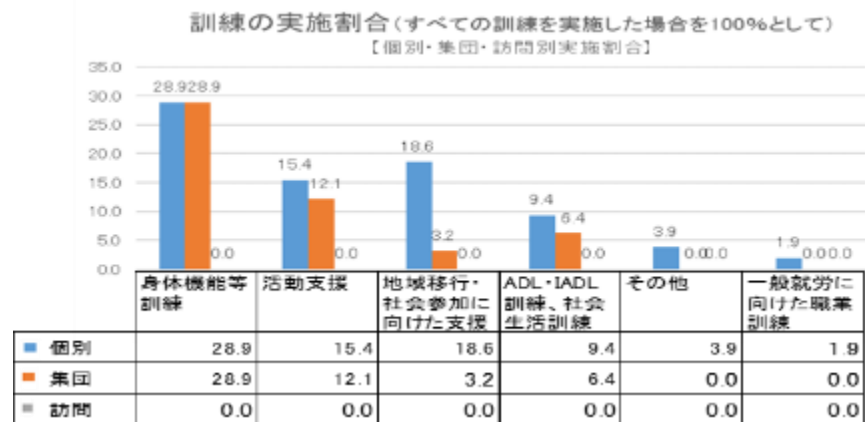
## 【指定生活訓練】



## 【基準該当生活訓練】



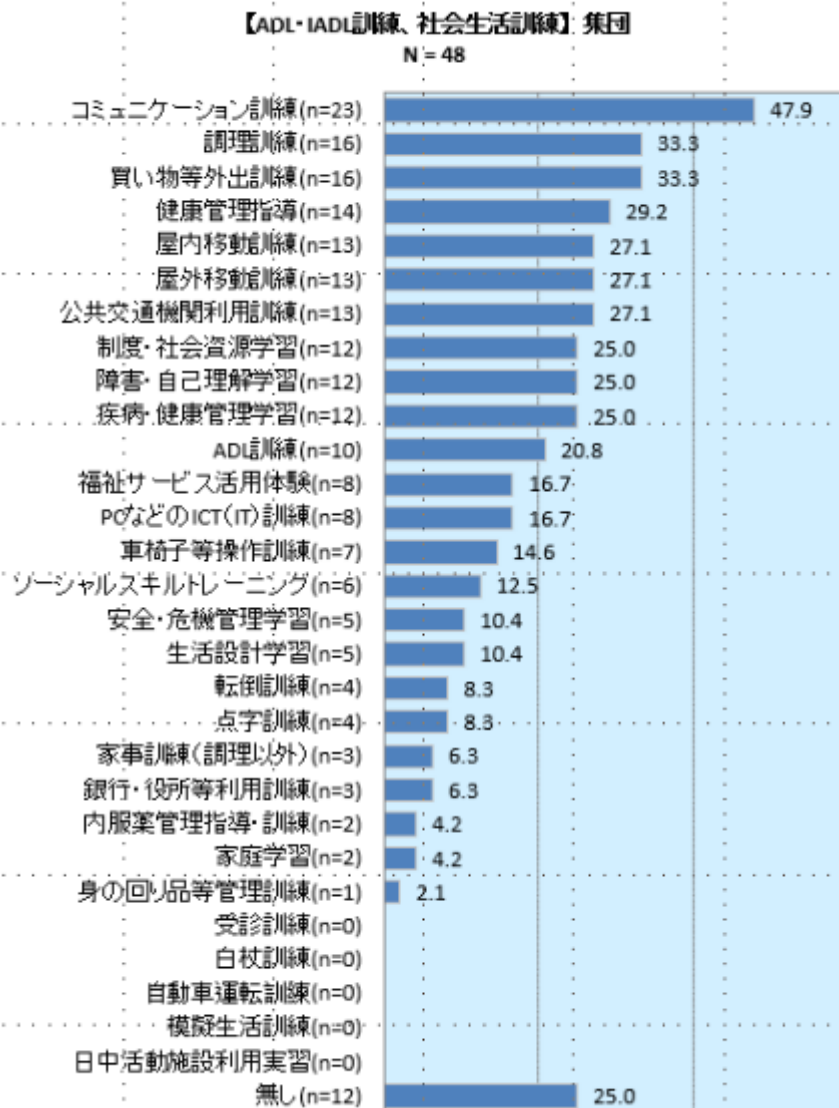
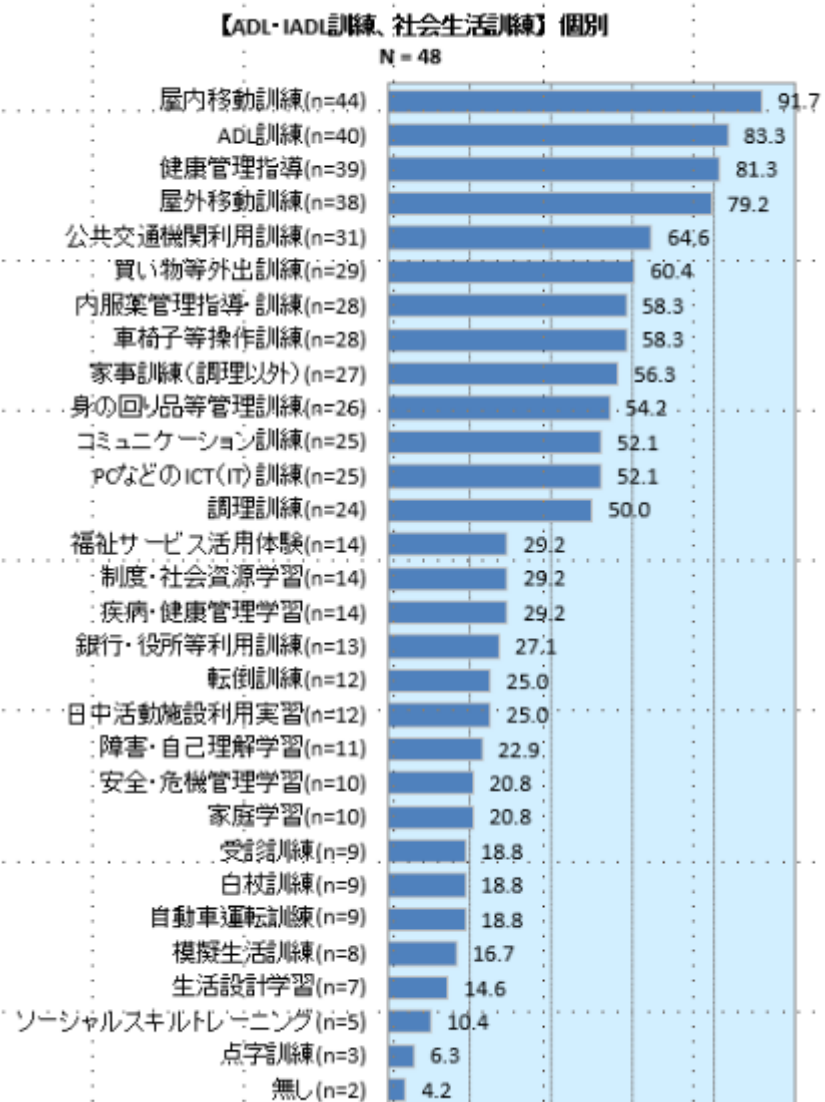
## 【共生型生活訓練】



# (参考資料)

※6-1:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

## 【指定機能訓練】



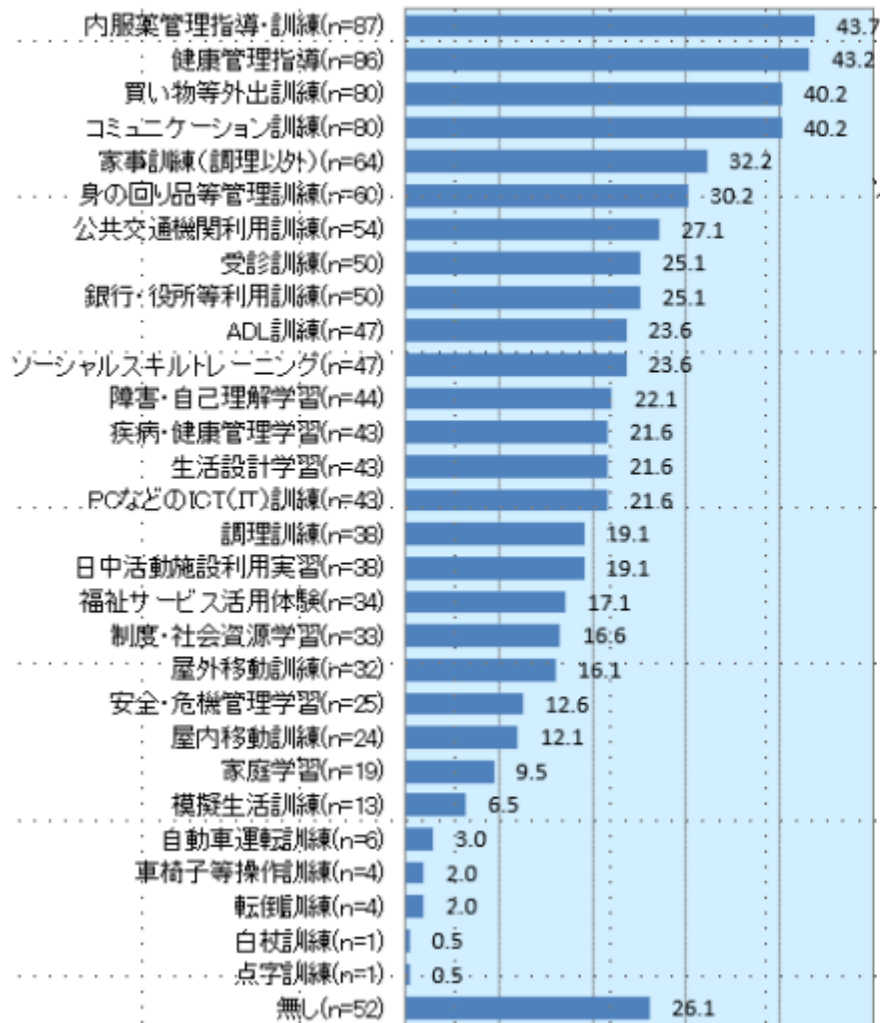
# (参考資料)

※6-2:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

## 【指定生活訓練】

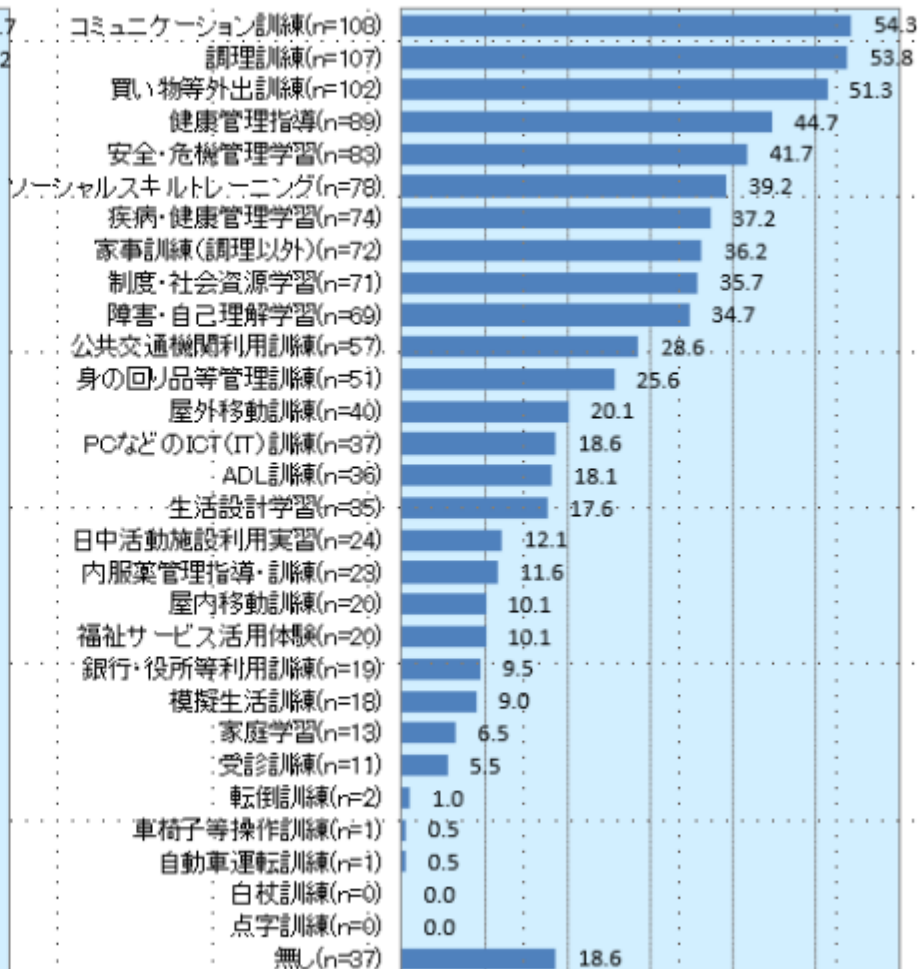
【ADL・IADL訓練、社会生活訓練】個別

N = 199



【ADL・IADL訓練、社会生活訓練】集団

N = 199





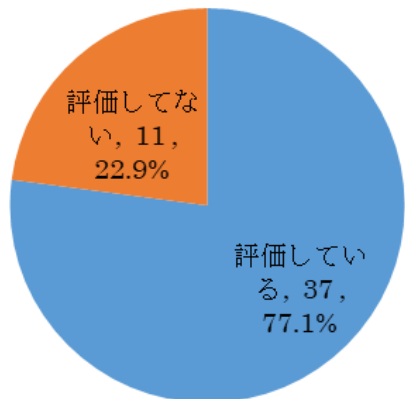
# (参考資料)

※7-1:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

## 【指定機能訓練】

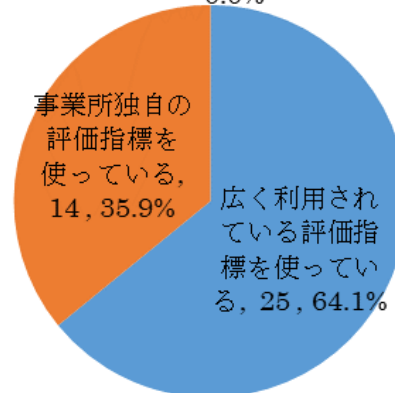
自立訓練の効果を評価していますか

N = 48  
無回答, 0, 0.0%



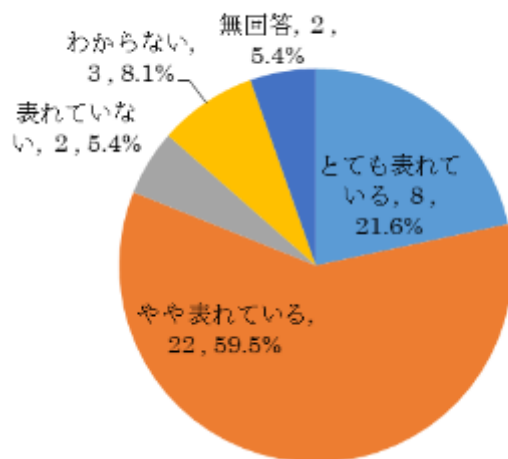
活用している評価指標

N = 37  
無回答, 0, 0.0%



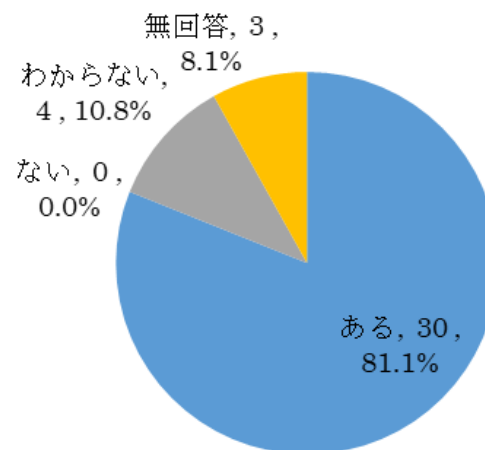
評価指標において、自立訓練効果が表れていますか

N = 37



評価指標では効果が表れないが、訓練の効果を感じることがありますか

N = 37

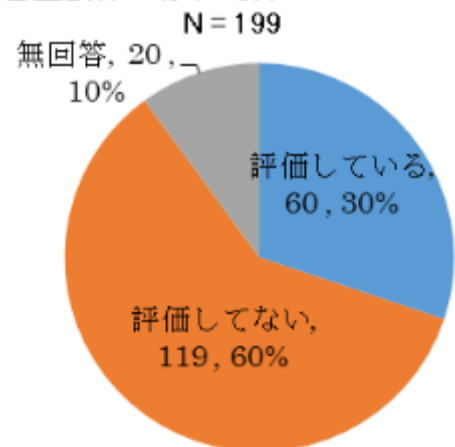


# (参考資料)

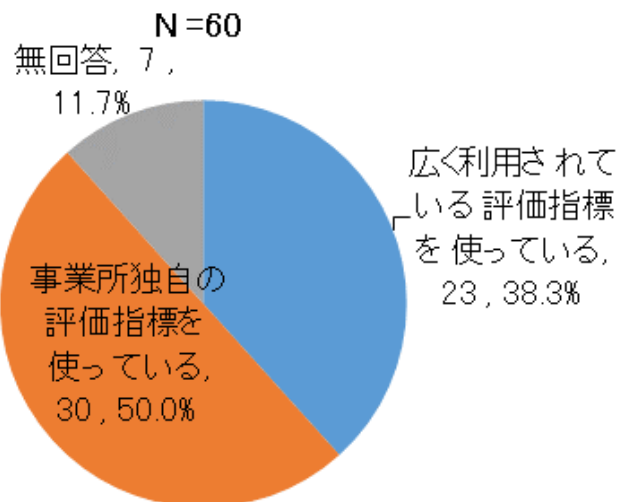
※7-2:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

## 【指定生活訓練】

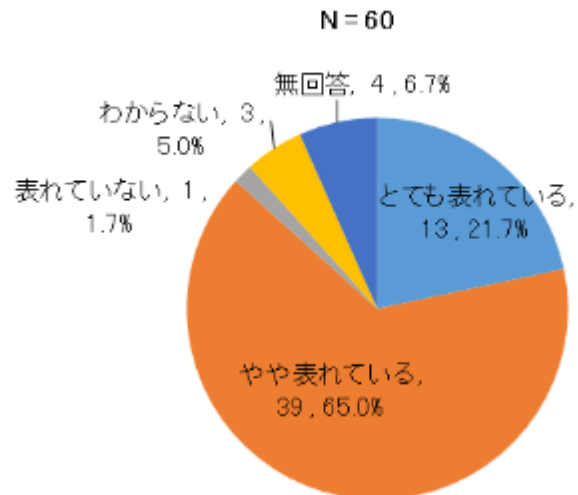
自立訓練の効果を評価していますか



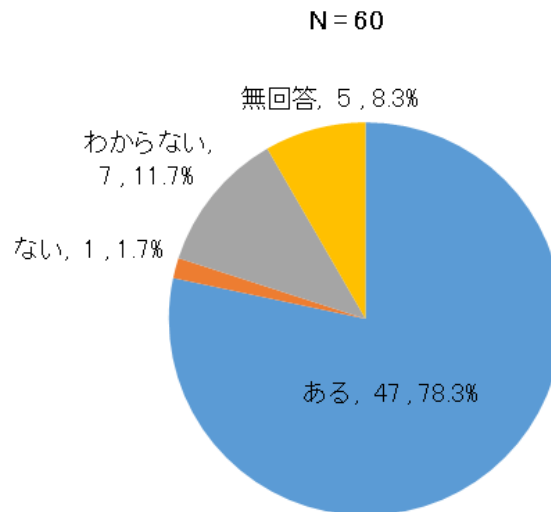
活用している評価指標



評価指標において、自立訓練効果が表れていますか



評価指標では効果が表れないが、訓練の効果を感じることがありますか

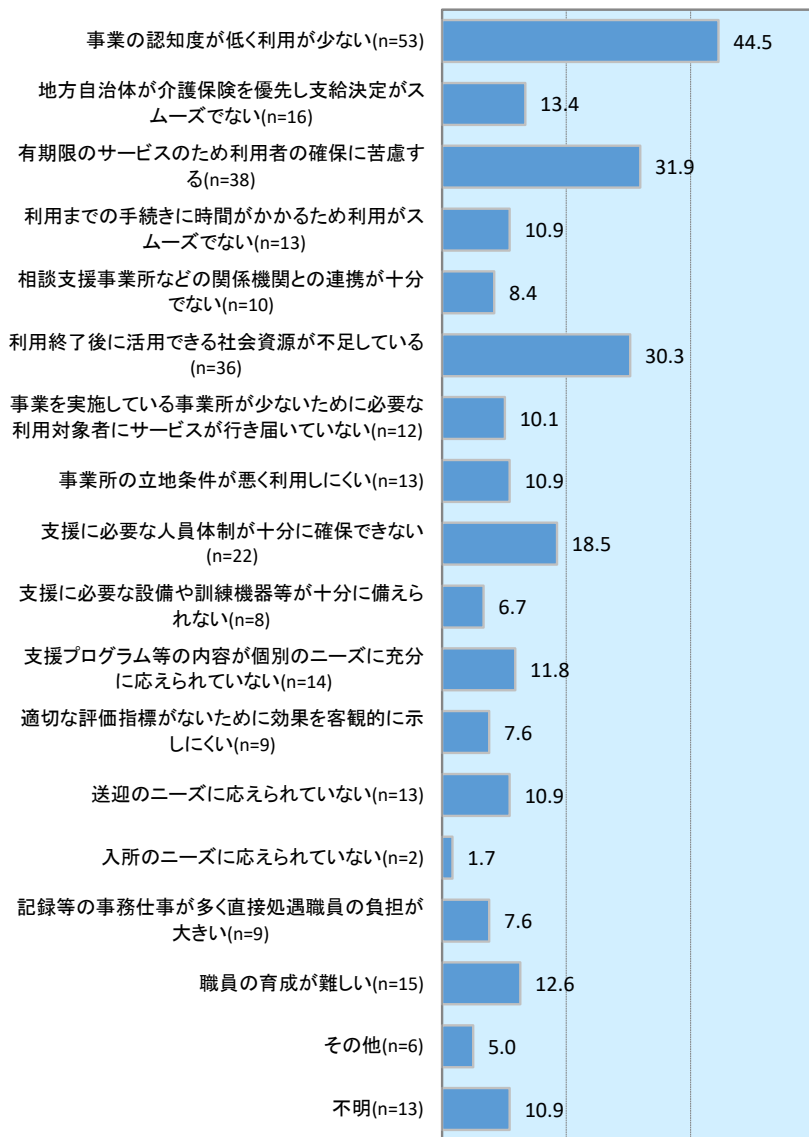


# (参考資料)

※8:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

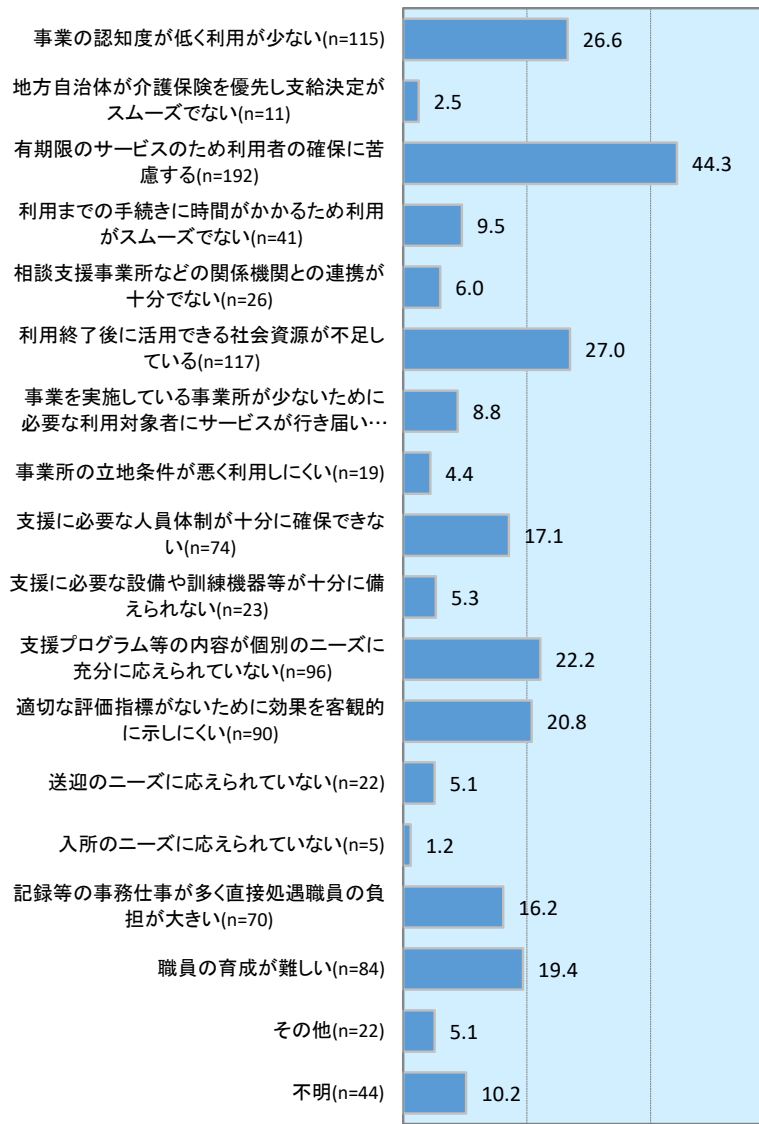
機能訓練実施の際の課題(統合MA)

N = 119



生活訓練実施の際の課題(統合MA)

N = 433



# (参考資料)

※9: 令和3 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)分担研究報告書「回復期リハビリテーション病院の生活期支援に関する実態調査に関する検討」より

## 【機能訓練利用対象となり得る患者数の類推】

(回復期リハ病院入院患者のうち、65 歳未満のFIM から機能訓練利用対象の可能性のある患者の割合)

①調査票の提出があった回復期リハ病院の病床数から1年間の延べベッド数を換算

(365日 ÷ 平均在院日数) × 病床数  $365 \div 109.6 \text{日} \times 5187 \text{床} = 17274 \text{床}$

②調査票の提出があった病院の総退院者数を①の延べベッド数で割る計算式

(総退院者数 ÷ 総退院者数 ÷ ①)  $\rightarrow 2734 \text{人} \div 17274 \text{床} = \text{約}15.8\%$

③帰結が「特になし+介護保険」の人数 ÷ ①

$\rightarrow (479 \text{人} + 971 \text{人}) \div 17274 \text{床} = \text{約}8.4\%$

④平成30年度障害者総合福祉支援事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」から機能訓練利用者におけるFIMの下限値を51と仮定した上で推計する

(FIM51以上の人数-帰結が復職) ÷ ①  $\rightarrow (2173 \text{人} - 406 \text{人}) \div 17274 = \text{約}10.2\%$

以上から、回復期リハ病床数に対して、65歳未満の脳血管疾患患者数は約16%、**機能訓練の利用対象者は病床数の約8%～約10%と推計した。**

## (1) 回復期リハ病院

表 1 65 歳未満の脳血管疾患リハ算定者の退院者数と帰結

	人数	割合
自宅	2077	75.0%
老健施設・特養	150	5.4%
居住系施設	120	4.3%
障害者支援施設	43	1.6%
その他	379	13.7%

表 2 退院後の日中活動

	人数	割合
	人数	割合
就職・復職	406	20.2%
介護保険利用	479	23.9%
障害・就労系サービス	29	1.4%
障害・自立訓練	54	2.7%
障害・生活介護	54	2.7%
特になし	901	44.9%
その他	83	4.1%
(無回答)	728	

# (参考資料)

※10: 千葉リハビリテーションセンター「千葉県回復期病院を対象とした福祉サービス(機能訓練事業)認知度アンケートの報告」より

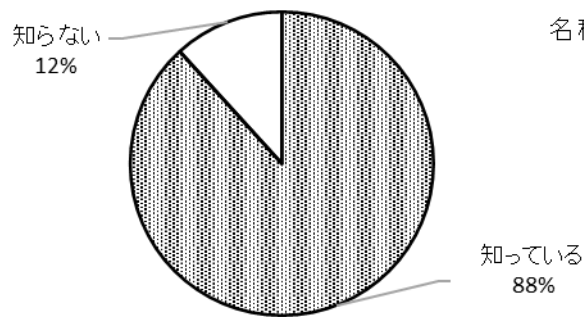
## 調査の概要

調査対象: 千葉県回復期リハビリテーション連携の会参加病院55施設中53施設(県外病院及び千葉リハセンターは対象外とする)にアンケート送付し調査  
 各病院のMSWもしくは地域移行支援担当者へ回答を依頼  
 回答率 : 34施設(53施設中)から回答 回収率63%

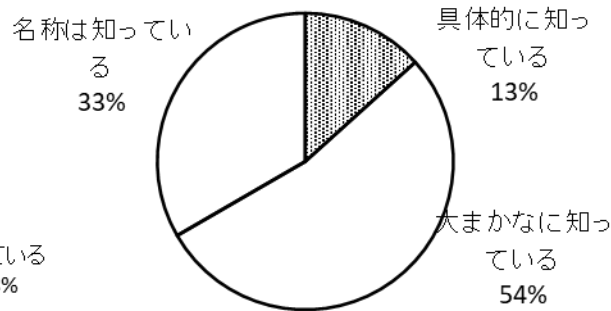
## ●認知度の実態

機能訓練の認知度においては認知度88%となっている反面、理解度としては名称のみしか知らない施設が33%もある事から、事業認知度の課題が明確となった。また、退院後リハや日中活動先の両方を足しても障害福祉サービスにつないだ割合は1%未満となっている。年齢区分でも対象が9%ある事を含めて、対象者が他のサービスに流れている可能性が考えられる。

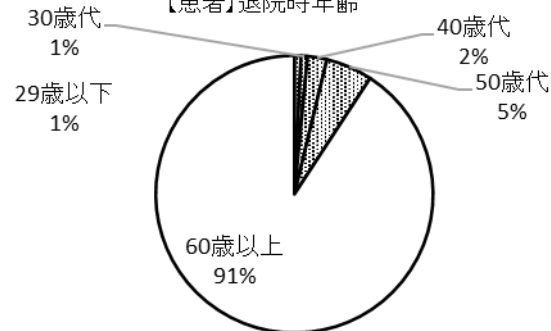
【スタッフ】機能訓練を知っている



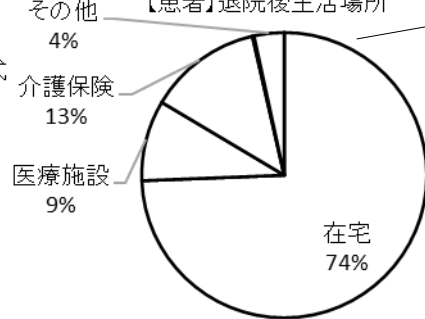
【スタッフ】機能訓練の理解度



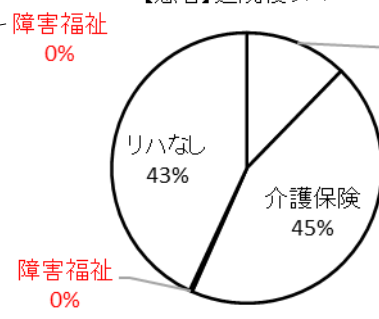
【患者】退院時年齢



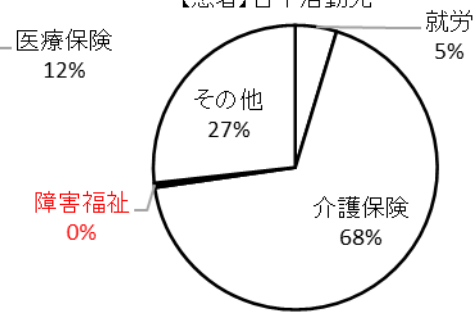
【患者】退院後生活場所



【患者】退院後リハ



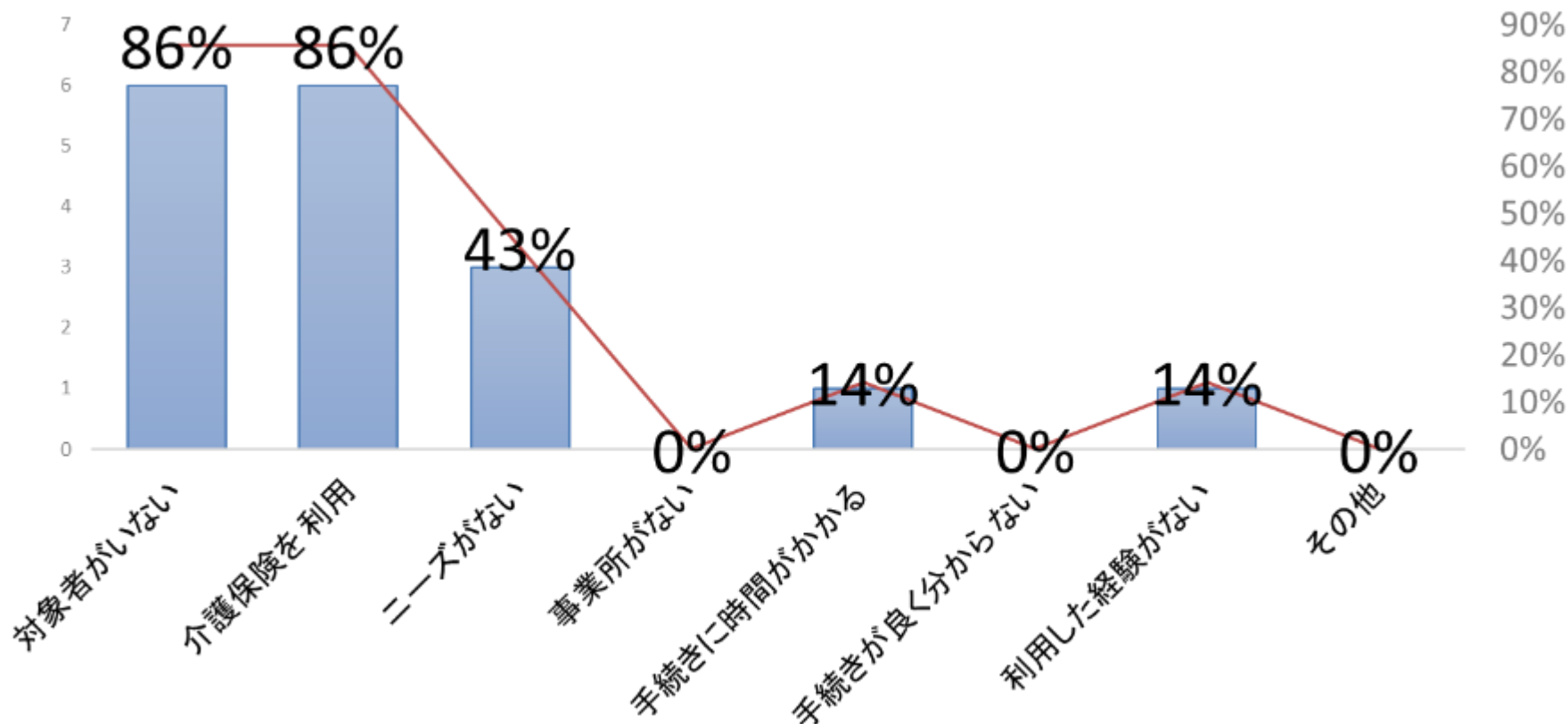
【患者】日中活動先



# (参考資料)

※11: 千葉リハビリテーションセンター「千葉県回復期病院を対象とした福祉サービス(機能訓練事業)認知度アンケートの報告」より

## 【障害福祉サービスと連携しない場合の理由】





# (参考資料)

※12: 令和4年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究事業報告書」より

## ⑥介護保険2号被保険者の利用

自立訓練事業所調査における機能訓練事業所の回答では、介護保険2号被保険者となる利用者への機能訓練の有効性についての言及が多くあった。

このことに関してヒアリング調査では、

- ・利用者が高齢者の利用する介護保険サービスに抵抗があった
- ・自立訓練を利用し多職種による適切なアセスメントができた
- ・利用者の希望を実現するためのプログラム提供ができ社会参加が促進された
- ・自立訓練を利用することで意欲の向上につながり、あきらめていたが就労できたなどの好事例が確認された。

なお、ヒアリング調査では、介護保険2号被保険者について、市町村の支給決定の考え方にも違いがあることがわかった。

自立訓練は、利用者が自立した社会生活を営むことを目指し、プログラムを提供していることや、高次脳機能障害やその他の障害特性に応じたプログラムを提供していることから、介護保険2号被保険者であっても自立訓練の利用が有効な場合があることを市町村が認識できるよう周知していく必要があると考える。

# (参考資料)

※13:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

## 1) 職員の配置状況について

### 【訓練に携わる職種別職員数(常勤換算・実人数) 平均値】

#### 【指定機能訓練】

	職員数	定員数	定員数/6	加配率 (定員)	実績利用者数	実績利用者/6	加配率 (実績)
平均値	5.5	20.0	3.3	1.7	8.8	1.5	3.7
中央値	3.4	19.0	3.2	1.1	4.9	0.8	4.3

#### 【指定生活訓練】

	職員数	定員数	定員数/6	加配率 (定員)	実績利用者数	実績利用者/6	加配率 (実績)
平均値	2.4	10.9	1.8	1.3	4.6	0.8	3.0
中央値	2.0	8.0	1.3	1.5	2.9	0.5	4.0

# (参考資料)

※14:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より  
収支状況について

## 【指定機能訓練】 回答21事業所の合計値

科 目		金 額(合計)
事業活動収益(収入) 計		5,074,861,764
1. 自立支援給付等収益(収入)		2,680,610,190
2. 利用者負担金収益(収入)		237,658,470
3. 補足給付費収益(収入)		117,736,123
サービス活動費用 計		5,065,291,213
1. 人件費		3,383,990,708
事業活動収益とサービス活動費用の収支差(合計)	自立支援給付等収益+利用者負担金収益+補足給付費収益とサービス活動費用(合計)	事業活動収益における人件費比率(上の表の「1.人件費」/「事業活動収益(収入) 計」)
9,570,551(100.2%)	-2,029,286,430(59.9%)	66.7%

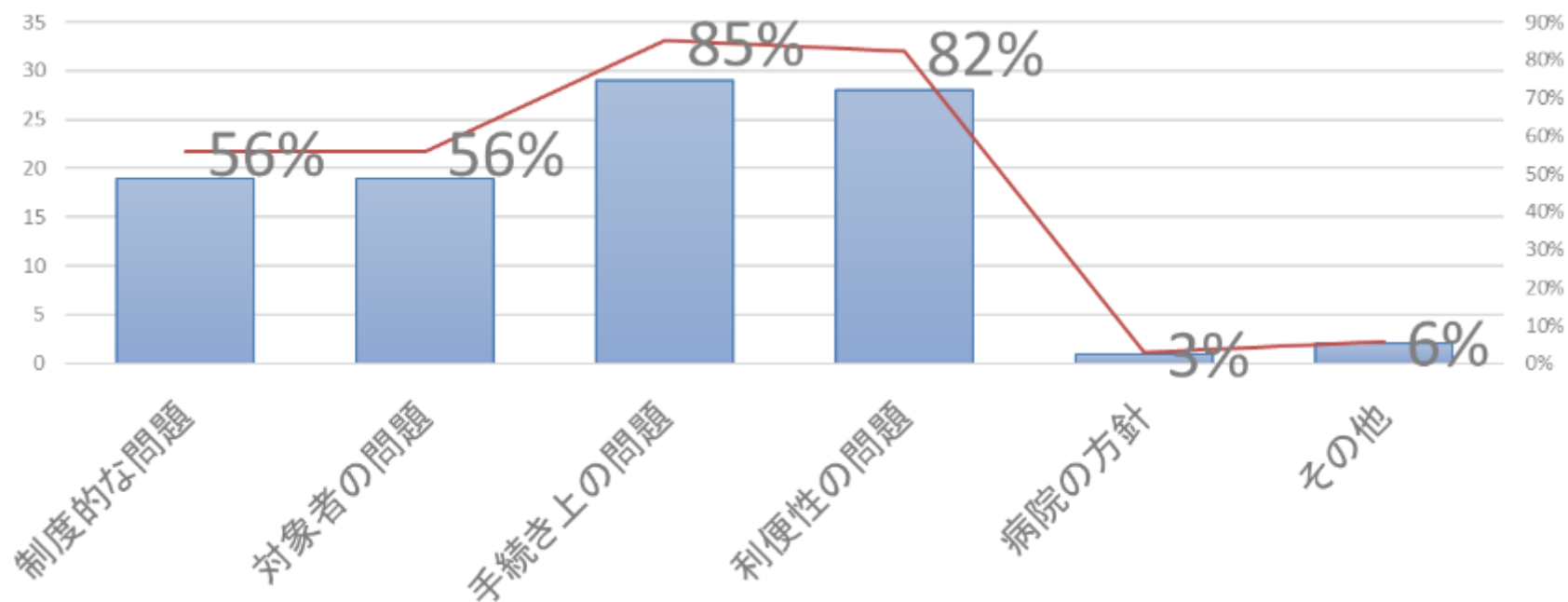
## 【指定生活訓練】 回答100事業所の合計値

科 目		金 額
事業活動収益(収入) 計		2,555,447,230
1. 自立支援給付等収益(収入)		2,053,328,863
2. 利用者負担金収益(収入)		47,165,647
3. 補足給付費収益(収入)		48,139,022
サービス活動費用 計		2,359,690,726
1. 人件費		1,742,641,855
事業活動収益とサービス活動費用の収支差(合計)	自立支援給付等収益+利用者負担金収益+補足給付費収益とサービス活動費用(合計)	事業活動収益における人件費比率(上の表の「1.人件費」/「事業活動収益(収入) 計」)
195,756,504(108.3%)	-211,057,194(91.1%)	68.2%

# (参考資料)

※15-1: 千葉リハビリテーションセンター「千葉県回復期病院を対象とした福祉サービス(機能訓練事業)認知度アンケートの報告」より

## 【機能訓練との連携課題】



# (参考資料)

※15-2:厚労省通知等(自立訓練を利用するために身体障害者手帳を必要とする根拠)

## 介護給付費等に係る支給決定事務等について(事務処理要領) 最終改正平成26年4月1日

### 2 対象となる障害者等

法における障害者及び障害児とは、次に掲げるとおり、いわゆる身体障害、知的障害又は精神障害の3障害に加え、難病等対象者に該当する者をいう。各障害者又は障害児の具体的な定義は各障害者福祉法の定めるところによるが、身体障害者を除き、支給決定又は地域相談支援給付決定を行うに際し、障害者手帳を有することは必須要件ではない。

ただし、各種援助措置を受けやすくする観点から、できる限り障害者手帳の取得を勧奨することが望ましい。(障害児の場合、保護者等の障害受容が不十分な場合があることから、一律に勧奨することがないよう配慮が必要である。)

# (参考資料)

※15-3:厚労省通知等(身体障害者手帳交付のための要件「症状固定」に対する考え方)

## ※身体障害の範囲(身体障害者福祉法別表)

### 4 次に掲げる肢体不自由

- (1) 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
- (2) 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
- (3) 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- (4) 両下肢のすべての指を欠くもの
- (5) 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
- (6) 1から5までに掲げるもののほか、その程度が1から5までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害

※身体障害者障害程度等級表の解説(身体障害認定基準)について 別紙 身体障害認定基準  
(障発第0110001号平成15年1月10日)

2 法別表に規定する「永続する」障害とは、その障害が将来とも回復する可能性が極めて少ないものであれば足りるという趣旨であって、将来にわたって障害程度が不変のものに限られるものではないこと。



# (参考資料)

※15-4:厚労省通知等(身体障害者手帳交付のための要件「症状固定」に対する考え方)

※身体障害認定基準の取扱い(身体障害認定要領)について 第4 肢体不自由1 診断書の作成について  
(障企発第 0110001 号 平成15年1月10日)  
ウ「参考となる経過・現症」について

初発症状から症状固定に至るまでの治療の内容を簡略に記載し、機能回復訓練の終了日をもって症状の固定とする。ただし、切断のごとく欠損部位によって判定の下されるものについては、再手術が見込まれない段階に至った時点で診断してよい。

※身体障害認定基準等の取扱いに関する疑義について(障企発第 0227001 号 平成15年2月27日)

12. 脳血管障害に係る障害認定の時期については、発症から認定までの観察期間が必要と考えるがいかがか。

また、その場合、観察期間はどの位が適当か。

脳血管障害については、四肢の切断や急性疾患の後遺障害などとは異なり、どの程度の機能障害を残すかを判断するためには、ある程度の観察期間が必要と考えられる。

しかしながら、その期間については一律に定められるものではなく、障害部位や症状の経過などにより、それぞれの事例で判断可能な時期以降に認定することとなる。

なお、発症後3か月程度の比較的早い時期での認定においては、将来再認定の指導をするなどして慎重に取り扱う必要がある。

# (参考資料)

※15-5:「症状固定」に対する考え方(愛知県の例)

## 身体障害認定における障害固定の時期の目安について

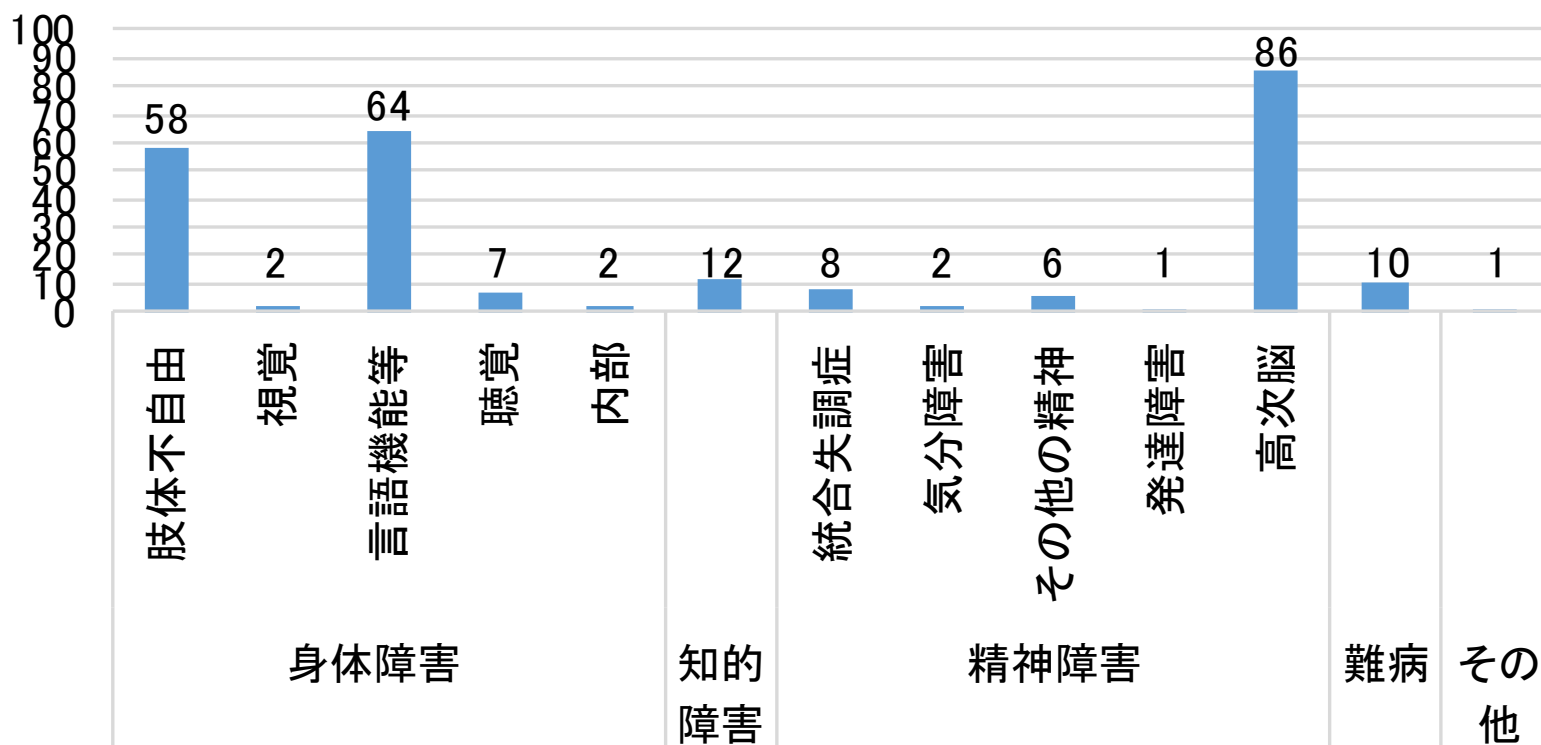
障害種別	障害区分	認定時期
視覚障害	全般	3か月後(手術施行の場合は術後6か月)
聴覚障害	全般	聴力安定後3か月
音声機能・言語機能の障害	喉頭摘出	手術後
	その他音声言語機能	機能の喪失の場合 3か月後 著しい障害の場合 6か月後
平衡機能障害	全般	6か月後
そしゃく機能障害	歯科矯正治療	歯科矯正開始前
	その他のそしゃく機能障害	機能の喪失の場合 3か月後 著しい障害の場合 6か月後
肢体不自由	切断	手術後
	外傷性脊髄損傷による完全麻痺	3か月後
	人工関節・人工骨頭	手術後6か月
	重度の脳血管障害(1・2級相当)	3か月後
	その他の肢体不自由	6か月後(手術施行の場合は術後6か月)
心臓機能障害	ペースメーカー	手術後
	体内植え込み型除細動器(ICD)	
	人工弁置換	手術後
	その他の心臓機能障害	3か月後(手術施行の場合は術後3か月)
腎臓機能障害	全般	3か月後
呼吸器機能障害		

# (参考資料)

※16:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

【機能訓練の利用者で高次脳機能障害を重複している利用者】

## 重複した障害【指定機能訓練】N=48



# (参考資料)

※17:厚生労働省 令和4年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究」事業報告より  
【機能訓練の利用者で高次脳機能障害を重複している利用者】

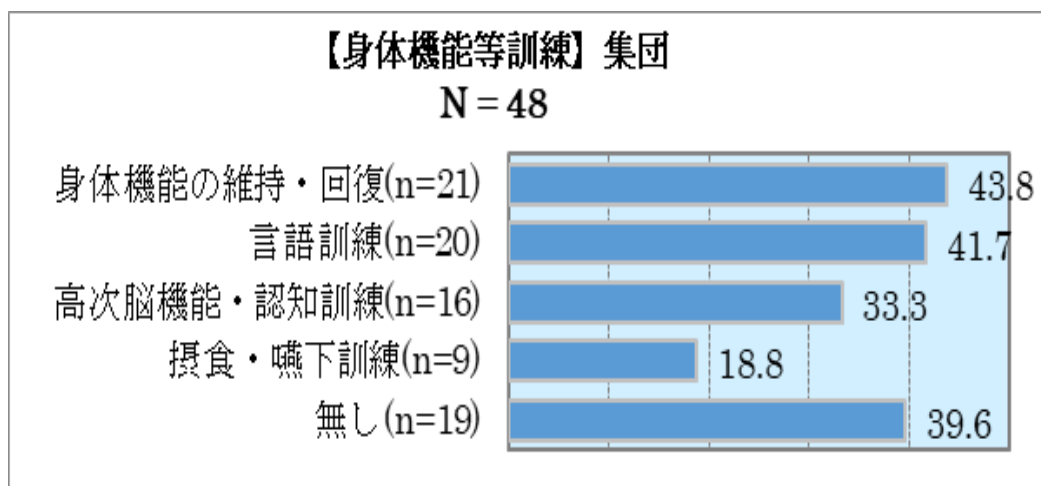
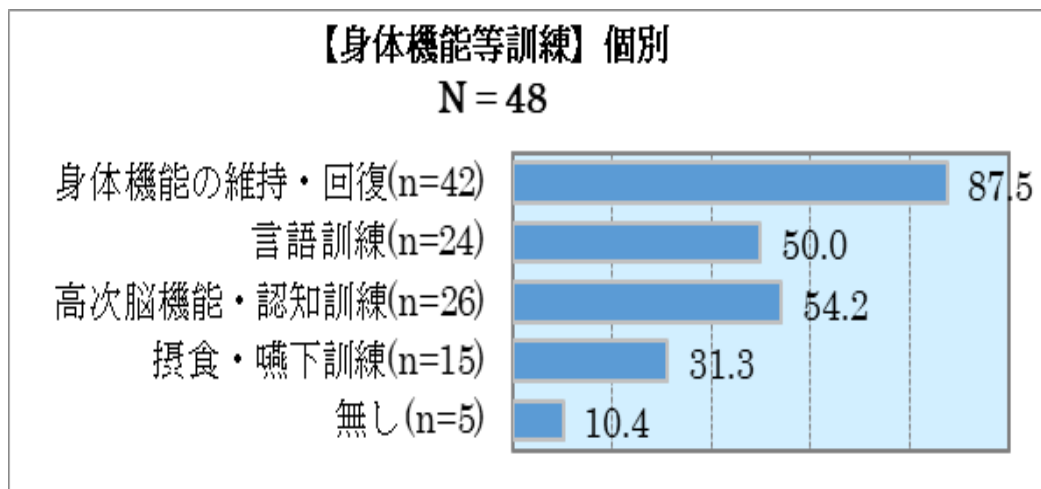
図表 29 利用者の状況

単位：人数		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	宿泊型 自立訓練
平均値	定員数	23.4	14.0	20.0
	身体障害者手帳（視覚）	3.3	0.1	0.1
	身体障害者手帳（聴覚）	0.1	0.1	0.0
	身体障害者手帳（音声機能等）	0.5	0.0	0.1
	身体障害者手帳（肢体不自由）	10.4	0.5	0.2
	身体障害者手帳（内部障害等）	0.6	0.1	0.1
	療育手帳	2.0	3.1	5.8
	精神保健福祉手帳	2.9	5.8	7.1
	手帳を持っていない	1.9	2.2	1.5
	自立支援医療の支給対象となっている利用者数	2.3	6.9	7.1
	発達障害	1.1	2.8	2.5
	難病	1.5	0.2	0.1
高次脳機能障害	7.0	0.6	0.1	
標準偏差	定員数	16.5	7.5	5.7
	身体障害者手帳（視覚）	9.5	0.3	0.2
	身体障害者手帳（聴覚）	0.3	0.3	0.1
	身体障害者手帳（音声機能等）	1.1	0.3	0.4
	身体障害者手帳（肢体不自由）	9.3	1.6	0.4
	身体障害者手帳（内部障害等）	2.4	0.5	0.4
	療育手帳	6.8	5.3	7.3
	精神保健福祉手帳	4.4	6.6	5.1
	手帳を持っていない	4.8	5.0	2.8
	自立支援医療の支給対象となっている利用者数	4.4	14.4	6.4
	発達障害	6.7	4.3	3.9
	難病	3.8	0.5	0.3
高次脳機能障害	9.8	2.8	0.4	
中央値	定員数	20.0	12.0	20.0
	身体障害者手帳（視覚）	0.0	0.0	0.0
	身体障害者手帳（聴覚）	0.0	0.0	0.0
	身体障害者手帳（音声機能等）	0.0	0.0	0.0
	身体障害者手帳（肢体不自由）	9.0	0.0	0.0
	身体障害者手帳（内部障害等）	0.0	0.0	0.0
	療育手帳	0.0	2.0	4.0
	精神保健福祉手帳	1.0	4.0	6.0
	手帳を持っていない	0.0	0.0	0.0
	自立支援医療の支給対象となっている利用者数	0.0	3.0	6.0
	発達障害	0.0	1.0	1.5
	難病	0.0	0.0	0.0
高次脳機能障害	3.0	0.0	0.0	

# (参考資料)

※18:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

## 【機能訓練にける身体機能等訓練の内容】



# (参考資料)

※19:厚生労働省 令和4年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究」事業報告より  
参考:【自立訓練の支援プログラム】

図表 30 支援プログラムの内容

単位：回答事業所数	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	宿泊型 自立訓練	計
調査数	67	428	50	545
健康管理に関する支援プログラム	56	378	47	481
金銭管理に関する支援プログラム	38	326	48	412
身の回りの管理に関する支援プログラム	43	333	48	424
買い物（買い物先までの移動を除く）に関する支援プログラム	50	309	47	406
家事活動（調理含まず）に関する支援プログラム	45	334	48	427
調理に関する支援プログラム	42	290	39	371
生活のセルフマネジメントに関する支援プログラム	39	295	34	368
公共交通機関を利用した外出に関する支援プログラム	47	245	29	321
自動車運転に関する支援プログラム	17	27	3	47
人間関係に関する支援プログラム	45	379	42	466
仕事／学校に関する支援プログラム	45	331	26	402
地域での余暇活動に関する支援プログラム	32	286	32	350
日中活動に関する支援プログラム	44	321	33	398
制度・サービス活用に関する支援プログラム	34	224	22	280
心身機能向上に関するプログラム	58	132	6	196
その他	11	89	3	103
	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	宿泊型 自立訓練	計
健康管理に関する支援プログラム	83.6	88.3	94.0	88.3
金銭管理に関する支援プログラム	56.7	76.2	96.0	75.6
身の回りの管理に関する支援プログラム	64.2	77.8	96.0	77.8
買い物（買い物先までの移動を除く）に関する支援プログラム	74.6	72.2	94.0	74.5
家事活動（調理含まず）に関する支援プログラム	67.2	78.0	96.0	78.3
調理に関する支援プログラム	62.7	67.8	78.0	68.1
生活のセルフマネジメントに関する支援プログラム	58.2	68.9	68.0	67.5
公共交通機関を利用した外出に関する支援プログラム	70.1	57.2	58.0	58.9
自動車運転に関する支援プログラム	25.4	6.3	6.0	8.6
人間関係に関する支援プログラム	67.2	88.6	84.0	85.5
仕事／学校に関する支援プログラム	67.2	77.3	52.0	73.8
地域での余暇活動に関する支援プログラム	47.8	66.8	64.0	64.2
日中活動に関する支援プログラム	65.7	75.0	66.0	73.0
制度・サービス活用に関する支援プログラム	50.7	52.3	44.0	51.4
心身機能向上に関するプログラム	86.6	30.8	12.0	36.0
その他	16.4	20.8	6.0	18.9



# (参考資料)

※20-1: 全国身体障害者更生施設長会「自立訓練(機能訓練)事業の役割と課題について(素案)」より

## 自立訓練(機能訓練)事業の役割(素案)

■ **基本的な役割** (指定障害福祉サービス事業者指定基準、自立訓練(機能訓練)事業実態調査結果とその考察に基づく)

一定期間の訓練等により、利用者が地域において自立した日常生活や社会生活を営み、主体的に社会参加し、それを継続できるようにする

※ゴールイメージ: 参加を伴う家庭生活や単身生活、就労移行支援事業との連携等による一般就労(当事業は障害福祉サービス固有のサービスである)

【そのために行うこと】(指定基準155条160条161条163条に基づく)

- ・身体機能又は生活能力の維持、向上等のための適切かつ効果的な訓練、便宜
- ・自立と日常生活の充実に資するための訓練
- ・適切な技術による利用者の心身の特性に応じた訓練
- ・就労移行支援事業その他の障害福祉サービス事業との連携、調整
- ・地域生活に移行した一定期間の定期的な連絡、相談
- ・基準該当事業所、共生型サービス提供事業所に対する技術的支援



■ **具体的な訓練・支援プログラム内容**

- ①理学療法、作業療法等
- ②ADL・IADL訓練
- ③社会生活力向上訓練(社会リハビリテーション)
- ④活動づくり支援
- ⑤職業前訓練 等

■ **更に求められる役割**

- ・地域生活や就労に向けての関係機関との連携と利用後のフォローアップ
- ・地域の支援者からの要請を受けての専門的立場からの助言
- ・基準該当事業所、共生型サービス提供事業所に対する技術的支援の提供

■ **基本的視点**

- ・ICFの視点に立った利用者総体の理解の上での支援
- ・ストレングスの視点に立った支援
- ・障害者ケアマネジメントの考えに沿った支援

■ **求められる訓練・支援**

- ・様々な障害特性に応じた訓練・支援の実施
- ・若年者、重度障害者等の自立や地域生活に対応する幅広い訓練・支援の実施
- ・評価に基づく効果的な訓練の実施

■ **必要な技術**

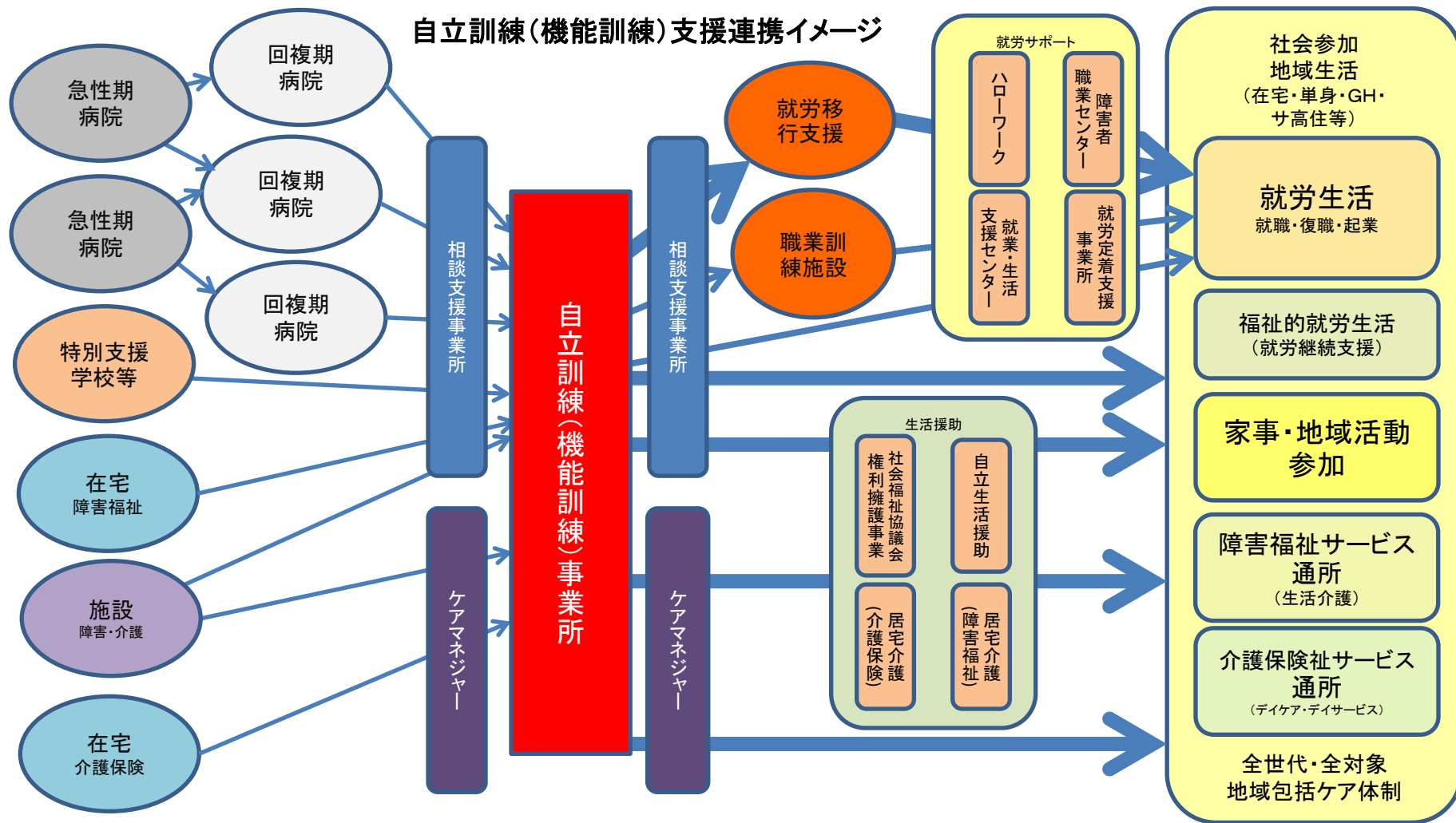
- ・社会リハビリテーション、医学的リハビリテーション、職業リハビリテーションを実施するための技術
- ・障害者ケアマネジメントを基本とする相談支援技術、様々な社会資源とネットワークをつくり利用者の地域移行と社会参加をマネジメントできる技術 等



# (参考資料)

※20-2: 全国身体障害者更生施設長会「自立訓練(機能訓練)事業の役割と課題について(素案)」より

## 自立訓練(機能訓練)支援連携イメージ



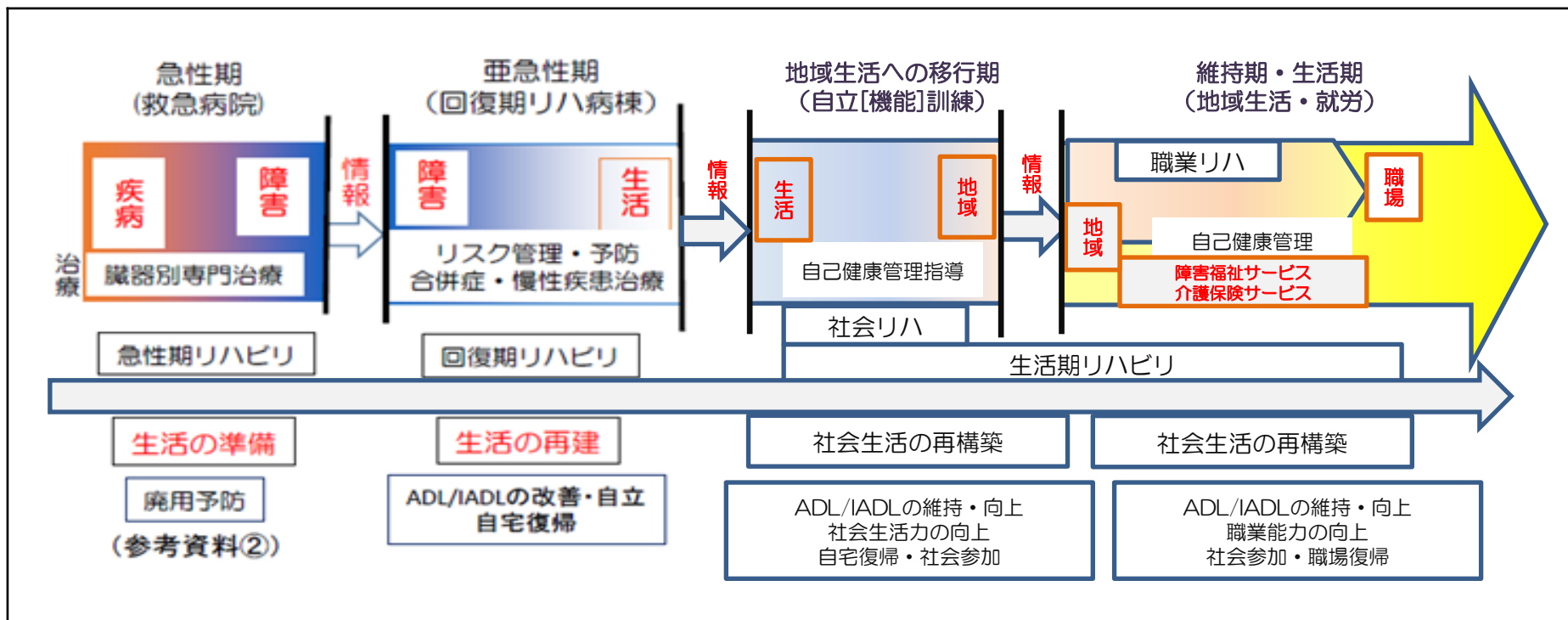
# (参考資料)

※20-3: 全国身体障害者更生施設長会「自立訓練(機能訓練)事業の役割と課題について(素案)」より

日本リハビリテーション病院・施設協会資料を基に作成

## ～リハビリテーションの流れと機能分化・連携～

65歳未満の場合(案)



# (参考資料)

※20-4:全国身体障害者更生施設長会「自立訓練(機能訓練)事業の役割と課題について(素案)」より

## 役割に対する課題点について

### ■自立訓練(機能訓練)の役割が充分理解されていない

介護保険優先原則による弊害(デイサービス・デイケア・老健との混同)、社会リハビリテーションがあまり認知されていない

### ■「医療⇒介護」が優先され「医療⇒自立訓練(機能訓練)」に繋がりにくいシステムの課題

自立訓練(機能訓練)に繋がらない報酬体系や法整備、利用手続き上の不利、施策に医療との連携イメージがない

### ■基準該当サービス提供事業所、共生型サービス提供当事業所の課題

本体事業の役割や対象者の違い、対象利用が少ない、専門的支援が受けにくい等のため適切な支援ができない

### ■経営上の問題、人員・設備の問題

必要な人員と最低基準とがかけ離れている、セラピストや心理士等の配置がしにくい、居室の個室化についても図りにくい、障害福祉サービスの報酬のみで経営できない

### ■地域格差の問題

設置状況や利用状況が都道府県によりかなり差がある、利用者に十分に支援が届いていない

# (参考資料)

※21-1:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

【「厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業『自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究』報告書」「まとめと提言」より抜粋】

## (成果)

利用終了後の進路としては、家庭や単身生活などの地域生活に繋がった者が8割強となっている。地域生活を送っている場合は何らかの日中活動に繋がった者が7割強であり、福祉的就労や介護保険サービスに繋がった者が多い。また、2割程度の者が復職・就業に繋がっており一般就労のための就労移行支援事業の利用にも一定繋がっている。

## (役割)

自立訓練の実態と法令から、自立訓練の役割は、総じて「一定期間の訓練等により、利用者が地域において自立した日常生活や社会生活を営むことができるようにする」ことであると言える。そこでの「社会生活」とは社会への参加のある暮らしを指し、「社会生活を営むことができる」ための方法として「社会リハビリテーション」の実施が重要であるとする。また、社会生活を営むための手段の一つである就労に対しては、必要な利用者に対して、指定就労移行支援事業者等との連携やその前段階での訓練・支援も求められる。機能訓練については、身体機能等の維持・向上のための訓練・支援も必要である。

## (課題)

- ・指定自立訓練事業では、職業リハビリテーションも職業前訓練を中心に一定行われていたが少ない。
- ・指定自立訓練事業の利用による成果は帰結状況からも表れており、社会参加や活動を伴う地域生活や就労に向けての役割を果たしていた。しかし、殆どの事業所が生活の質や社会生活力の向上を感じているものの一般的な効果指標がないために客観的に効果を示せていない。

## (提言)

自立訓練事業の役割が、有期限の中で利用者が地域において自立した日常生活や社会生活を営み、主体的に社会参加するために社会リハビリテーションを中心とした支援を提供することであると明確に示すこと、外部にも伝えていける客観性、信頼性を伴った評価指標を構築し客観的に効果を示せるようにすることが必要である。

# (参考資料)

※21-1:厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

【「厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業『自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究』報告書」「まとめと提言」より抜粋】

(訪問訓練について)

・全般に訪問訓練はあまり実施されておらず、訪問のみの訓練の実施は殆どされていない。しかし、職員体制の問題等から十分実施できないものの、引きこもり支援等、訪問訓練の必要性を感じている事業所は一定ある。

(提言)

訪問訓練については、有効性や効果について更に調査し、実施しやすい体制等についての検討が必要である。

(基準該当、共生型)

指定事業所と異なるプログラムり日中サービスの提供に近い。また、基準該当や共生型は介護保険サービスを母体として障害福祉サービスを薄く広く実施しているため、障害に対する専門的支援という観点からは指定施設と基準該当や共生型に差異がある。社会資源が少ない地域の受け皿となっている傾向がある。

(提言)

同じ自立訓練でも支援の実態が異なる基準該当事業所の運用面の検討が必要である。また、指定事業所には、基準該当事業所等への「技術的支援」の役割があることから、職員体制の脆弱なNPO法人や営利法人も含め、指定事業所からの技術的支援や連携の在り方についても検討していく必要がある。また、それを実施できる報酬上の評価の検討も必要である。

# (参考資料)

※22-1:「作業療法士、言語聴覚士、心理職の配置」

○令和3年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)分担研究報告書「自立訓練のプログラムおよび支援内容に関する調査研究」より

表5 機能訓練事業所が配置している専門職(単位:名)

サービス種別	配置あり		平均人数
	n	%	
理学療法士	47	81.0	1.1
作業療法士	36	62.0	1.2
機能訓練指導員	8	13.8	2.3
医師	16	27.6	0.5
公認心理師	10	17.2	0.8
言語聴覚士	19	32.8	0.6
歩行訓練士	7	12.1	2.6
手話通訳士	0	0.0	0.0
管理栄養士	13	22.4	0.8

表6 生活訓練事業所が配置している専門職(単位:名)

サービス種別	配置あり		平均人数
	n	%	
理学療法士	8	4.6	0.7
作業療法士	26	15.0	1.2
機能訓練指導員	9	5.2	2.6
医師	9	5.2	0.2
公認心理師	19	11.0	0.9
言語聴覚士	5	2.9	0.5
歩行訓練士	0	0.0	0.0
手話通訳士	0	0.0	0.0
管理栄養士	9	5.2	0.7



# (参考資料)

※22-2:「作業療法士、言語聴覚士、心理職の配置」

○「令和4年度障害者総合福祉推進事業」自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究事業報告書」より「作業療法士・理学療法士 職員数」

		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)
平均値	常勤専従	0.8	0.1
	常勤兼務(実数)	0.8	0.1
	常勤換算	0.5	0.0
	非常勤兼務(実人数)	0.7	0.0
	非常勤兼務(常勤換算)	0.2	0.0

○「令和4年度障害者総合福祉推進事業」自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究事業報告書」より「言語聴覚士 職員数」「有資格者状況」

		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)
平均値	常勤専従	0.1	0.0
	常勤兼務(実数)	0.0	0.0
	常勤換算	0.0	0.0
	非常勤兼務(実人数)	0.3	0.0
	非常勤兼務(常勤換算)	0.1	0.0

		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)
平均値	社会福祉士	2.0	0.8
	介護福祉士	0.5	0.2
	精神保健福祉士	1.0	2.0
	公認心理師	2.0	0.8

○厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

## 【指定機能訓練】

	配置事業所数	職員数
医師	17	1.53
心理士	7	0.43
歩行訓練士	8	1.50
手話通訳士	5	0.20
点字技能師	5	0.20

## 【指定生活訓練】

	配置事業所数	職員数
医師	40	0.45
心理士	29	0.24
歩行訓練士	0	0.00
点字技能師	0	0.00

# (参考資料)

※23: (例) 千葉県千葉リハビリテーションセンターの「高次脳機能障害支援センター」のイメージ図



# (参考資料)

## ※24-1: 好事例

○厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練(機能訓練、生活訓練)の実態把握に関する調査研究」報告書より

### (3) 事例一覧

事例 No	(サービス名) 事例タイトル		
	主な障害名	事例の選定基準	年代・性別
事例 1	(機能訓練) 施設入所から通所、就労移行支援へとステップアップした事例		
	身体障害、失語症、高次脳機能障害	介護保険第2号被保険者	50代男性
事例 2	(機能訓練) 多職種が関わり教員への復職を果たした事例		
	身体障害、失語症	復職事例	50代男性
事例 3	(機能訓練) 機能訓練から直接復職した事例		
	身体障害、失語症、高次脳機能障害	高次脳機能障害事例	40代男性
事例 4	(機能訓練) 大学への復学を果たした若年者への支援事例		
	身体障害、高次脳機能障害	復学事例	20代女性
事例 5	(機能訓練) 復職および地域移行を果たした事例		
	身体障害、失語症、高次脳機能障害	失語症事例	50代男性
事例 6	(機能訓練) 本人の希望する自立した生活を取り戻した視覚障害者の事例		
	身体障害(視覚)	視覚障害事例	60代女性
事例 7	(生活訓練) グループ活動と家族相談を交えて、職場実習を行い復職を果たした事例		
	高次脳機能障害	高次脳機能障害事例	50代男性
事例 8	(生活訓練) いじめによる不登校・引きこもりの方への生活支援と就労支援の事例		
	知的障害	特別支援学校卒業生事例	20代男性
事例 9	(生活訓練) 訪問による支援で復職に成功した事例		
	精神障害・身体障害(聴覚)	訪問支援事例	30代男性
事例 10	(宿泊型自立) 入所したことで、生活リズムが整い家族に受け入れられ自宅に戻れた事例		
	精神障害	宿泊型自立訓練支援事例	20代男性
事例 11	(機能訓練) 復職を見据え単身生活を開始した身体障害者の事例		
	身体障害(四肢麻痺体幹機能障害)	頸髄損傷者事例	30代男性

# (参考資料)

## ※24-2: 好事例

○「令和4年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究事業報告書」「4. ヒアリング調査結果」より

### エ. 自立訓練を利用した好事例

【機能訓練 49歳 男性 (介護保険2号被保険者) 脳出血による左上下肢機能全廃、高次脳機能障害あり】

原因疾患：脳血管障害

心身機能：左麻痺 高次脳機能障害 記憶・注意・左側無視

身障手帳：1種1級

主訴：もう少し歩行ができるようになって自宅復帰したい。

自分のできる範囲で復職したい。

#### 1. 心身機能の向上

・身体機能の評価を行い、四点杖を使用し屋内歩行可とした。近距離や自宅内は杖歩行で長距離や屋外は車いすで移動することになった。退所前には介護保険で電動車いすをレンタルし、自宅周辺や通勤にも使用することで、活動範囲が広がった。高次脳機能障害に対しては高次脳機能プログラムや認知・プリントのプログラムに参加してもらった。注意障害では左の見落としがあったが、注意機能を向上させることで、電動車椅子での移動も安全に移動できるようになった。また記憶力の低下もあったが、メモなど代償手段を活用することで、自律した行動ができるようになった。

#### 2. ADL・IADL

・薬管理は服薬忘れが頻回にあったが、その日に服薬する所に印をつけるなどの方法を変更することで徐々に減っていった。模擬生活訓練室にて簡単な調理訓練や掃除などを行い実施できるようになった。

#### 3. 社会生活力

・健康管理面で発症前の生活について振り返ることができた。特に嗜好品や食事の大切さに気づき、退所後の生活に向けて、健康管理を意識できるようになった。



# (参考資料)

## ※24-2: 好事例(続き)

○「令和4年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練事業における標準的な支援プログラム及び評価指標の活用についての調査研究事業報告書」「4. ヒアリング調査結果」より

- ・利用できる制度について知り、家族とともに退所後に使える制度・サービスを検討するようになった。
- ・趣味活動として、障害者スポーツに興味を持ち、大会出場を目指し、自主的に体育館での練習に取り組むようになった。

### 4. 家庭実習等

- ・自宅の環境確認と獲得が必要な動作を確認し、訓練を実施した。中期以降では改修が必要な個所の洗い出しを行ったまた自宅での生活イメージができるように模擬生活訓練室にて朝食準備やシャワー浴などを体験した。そこからプログラム参加のために施設へ移動し、退所後の生活のイメージを持てるように取り組んだ。定期的な外泊を繰り返し、自宅復帰にむけたイメージを持てるように支援した。自宅復帰では介護保険での福祉用具の導入や住宅改修についてのアドバイスを行い動作確認や家族への介助指導も行っていき日常生活動作が安全にできるようになった。

### 5. 復職支援

- ・早い段階から職場との打ち合わせを行い、本人の身体状況や高次脳機能障害について情報提供した。職場復帰6か月前から段階的に職場での実習を実施した。施設職員が定期的に訪問し、実際の職場の環境や業務、周囲の関わり方など本人・職場の困りごとに対応した。
- ・通勤支援：公共交通機関の利用訓練を積み重ね、駅員の介助依頼や構内の移動などが安全にできるようになった。職場実習が始めるに当たり、自宅から職場の通勤訓練を実施。天候が悪い日以外は一人で通勤できるようになった。

- 6. まとめ：本人の目標に向け、身体機能の向上や高次脳機能障害の改善にむけた取り組みを行いつつ、社会復帰後の活動にむけて本人・家族・関係者と調整しながら支援を行った。職場と本人の間に支援が入ることで、本人のことを理解してもらい、働きやすい環境で長く仕事ができるのではないかと考える。

# (参考資料)

※25:(事例)1事業所における利用者の介護保険認定区分の変化に関する統計

成人支援施設 平成25年度 自立訓練(機能訓練)利用修了者31名のうち要介護認定区分の変化の追えた15名の状況

No	性別	年齢 (利用開始時)	等級	在所月数	利用の別	利用前	利用後	変化	疾患別	利用前	利用後
1	男	49	1-1	18ヶ月	入所	要介護3	要支援2	3	脳血管	病院	家庭復帰
2	男	58	1-1	18ヶ月	入所	要介護2	要介護3	-1	脳血管	病院	有料老人ホーム
3	男	51	2-3	18ヶ月	入所	要介護2	要支援2	2	脳血管	病院	生活介護
4	男	55	1-1	18ヶ月	通所	要介護2	要介護2	0	脳血管	在宅	家庭復帰
5	男	45	1-1	18ヶ月	通所	要介護3	要介護2	1	脳血管	在宅	就職
6	男	58	1-1	17ヶ月	入所	要介護4	要支援2	4	脳血管	病院	家庭復帰
7	男	67	1-1	18ヶ月	入所	要介護5	要介護4	1	頸髄損傷	病院	家庭復帰(単身)
8	女	63	1-1	18ヶ月	入所	要介護3	要介護1	2	脳血管	病院	家庭復帰(単身)
9	男	72	1-1	18ヶ月	入所	要介護2	要支援2	2	脳血管	病院	有料老人ホーム
10	男	72	1-4	15ヶ月	入所	要介護5	要介護2	3	脳血管	病院	家庭復帰
11	男	63	1-1	18ヶ月	入所	要介護3	要介護3	0	脳血管	有料老人ホーム	高齢者住宅
12	男	63	1-1	18ヶ月	通所	要介護3	要介護2	1	脳血管	在宅	家庭復帰
13	女	54	2-2	18ヶ月	通所	要介護1	要介護1	0	脳血管	在宅	家庭復帰
14	男	44	1-1	18ヶ月	入所	要介護2	要介護3	-1	脳血管	在宅	家庭復帰
15	男	67	1-1	6ヶ月	入所	要介護4	要介護2	2	脳血管・その他	病院	家庭復帰

## (参考資料)

※26: 豊田章宏:「勤労者世代における脳卒中の実態～全国労災病院患者統計から,日職災害医誌,58:89-93,2010」より引用

一旦脳卒中を発症すると,復職率は30%程度と決して高いものではなく,しかも大半が軽症で原職復帰できる症例であるという厳しい現実がある。さらに非自発的失業者(特に男性)は,心血管,消化器疾患による死亡率が対照男性よりも有意に高いという報告もあり,発症が失業を産み,さらに失業が疾病を産むという負のスパイラルが起こりかねない。いずれにしても,若年勤労者世代の脳卒中発症予防のために,健診における脳血管検査の追加やその結果を受けての生活指導の徹底が急がれる。また,働き盛りで脳卒中を発症するわけであるから,その後長期にわたって福祉サービスを受け続けるのか,または復職して社会参加できる状態に戻れるかでは大きな違いがあり,まさに国益にかかわる問題であろう。そのためには復職リハのシステム作りやプログラム作成なども急いで取り組むべきテーマである。