

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ついて」

研究結果報告書

社会福祉法人豊芯会

## はじめに ー研究の背景ー

この度、平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の一環として実施しました「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課題」に対して、多くの実践者、研究者の皆様にご協力をいただきました。

1990 年代後半から始まった社会福祉基礎構造改革により、福祉サービスは措置から契約へという大きな転換を迎えました。2003（平成 15）年に導入された支援費制度以降、障害者福祉領域にも大きな変化が訪れ、2006（平成 18）年に施行された障害者自立支援法により障害ごとに組み立てられていたサービスが一元化されたことはご存知の通りです。現在は障害者総合支援法の中に定められていますが、三障害それぞれが異なる法律によってサービス提供がなされてきた状況から、横並びとされたことによる利点は大きいと思われます。しかしながら、どうしても障害特性に考慮した仕組みが必要となる場合もあり得ます。

例えば、本研究のテーマである生活訓練事業に引き付けて考えてみますと、精神障害者で引きこもっている人たちの中には、通所前提で訪問が行われている現行の生活訓練では十分にサポートできない人たちが存在していると考えられます。また現行の制度運用で、ニーズの対象に十分な支援を提供できているかどうかは明確ではありません。そこで、訪問ニーズのある人たちの実態を明らかにし、訪問による生活訓練の対象者像や運用上の課題を明確化することが求められていると考えます。

また、2004（平成 16）年の「精神保健福祉施策の改革ビジョン」、2009（平成 21）年の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」により打ち出された「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念は、精神科病院における長期入院者の退院を促進する方向性を示しました。2006（平成 18）年には障害者自立支援法のもと、退院促進支援事業が全都道府県が行う地域生活支援事業に位置づけられました。以後、2008（平成 20）年には、障害保健福祉施策の一環に格上げして精神障害者地域移行支援特別対策事業として実施され、2010（平成 22）年には精神障害者地域移行・地域定着支援事業として再編されたのです。そして、2012（平成 24）年より、精神障害者地域移行・地域定着支援事業は、地域移行支援と地域定着支援事業として個別給付となり現在に至っています。しかしながら、精神疾患で入院し、社会的入院が長期化した人たちの地域移行を進めていくことには、様々な困難が存在します。精神科病院に長期入院している知的障害者の存在は以前から知られているところでしたが、そうした人たちの地域移行に関してはさらにさまざまなハードルがあり、地域相談支援事業の中でうまく進んでいない現状があります。そうした人たちの地域移行を進める方法が模索されており、そのひとつの方法として、本研究テーマである入所施設の有期限での活用に係る効果が期待されているのです。

前述した課題はいずれも、障害のある人が地域社会でその人らしく生活し続けることを支援することを目的とするものであり、現状の施策の有効な活用方法を探索するということを含んでいると考えられます。本研究の成果が障害のある方々、そのご家族、障害のある人たちを支援する立場にいる皆様に少しでも活用していただけるものとして受け止めていただければ幸いです。

尚、本研究結果を踏まえまして、「訪問による生活訓練 ガイドライン」を作成しております。あわせてご活用いただけましたらありがたく存じます。

2015年3月

社会福祉法人豊芯会理事  
早稲田大学人間科学学術院 岩崎香

# 目次

はじめに ー研究の背景ー .....	2
<b>第Ⅰ部 調査研究1 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に関する研究</b> .....	6
<b>第1章 研究目的及び実施概要</b> .....	7
<b>第2章 調査結果の報告</b> .....	8
1. 自立訓練（生活訓練）事業所を対象としたアンケート調査.....	8
1-1 生活訓練事業所調査の結果について.....	9
1-2. 生活訓練 利用者個票集計結果.....	55
2. 相談支援事業所を対象とした訪問による自立訓練に関するアンケート調査結果.....	82
3. 就労中の利用者に対する訪問による生活訓練の主観的効果等.....	106
4. 生活訓練事業所を対象とした実地調査.....	117
<b>第3章 考察</b> .....	165
(1) 生活訓練事業所を対象とした調査結果の考察.....	165
(2) 相談支援事業所を対象とした調査結果における考察.....	172
(3) 就労中の利用者に対する訪問による生活訓練の効果に関する考察.....	175
(4) 現地調査結果に関する考察.....	176
<b>第4章 まとめと提言</b> .....	178
(1) まとめ.....	178
(2) 提言.....	182
<b>第Ⅱ部 調査研究2 有期限の施設入所を活用した退院支援に関する研究</b> .....	184
<b>第1章 研究の概要</b> .....	186
1. 研究の背景および目的.....	186
<b>第2章 障害者支援施設を対象としたアンケート調査結果および考察</b> .....	187
(1) 障害者支援施設を対象としたアンケート調査結果および考察.....	187
(2) 障害者支援施設を対象とした実地調査結果および考察.....	196
<b>第3章 まとめ</b> .....	203

参考資料 .....	205
① 生活訓練事業所を対象としたアンケート調査 調査票	
② 相談支援事業所を対象としたアンケート調査 調査票	
③ 施設入所支援を活用した知的障害者等の退院支援の実態についての調査 調査票	
研究実施体制 .....	233
執筆者一覧 .....	234



## 第 I 部 調査研究 1

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に関する研究

## 第1章 研究目的及び実施概要

本研究のひとつの目的として、生活面の支援をより多く必要とする人たちの実態を明らかにし、訪問による生活訓練の対象者像や運用上の課題を明確化することが挙げられる。また、「はじめに」で述べた事例のような形で福祉サービスに繋がるのが難しい事例もあれば、就労していることにより現存のサービス体系ではうまく生活訓練が受けられない人たちがいる。安定した就労のためには就労そのものへの支援も重要であるが、就労している人たちの生活の安定が職場への定着につながる事例も多い。そこで、就労している障害者の生活支援ニーズを把握し、訪問による生活訓練の有効性について明確化することを調査研究Ⅰのもうひとつの目的とした。

現行の訪問による生活訓練の対象者および制度課題を明確化するために1) 自立訓練(生活訓練)事業所、2) 相談支援事業所を対象とした全国調査を実施した。自立訓練(生活訓練)事業所を対象とした調査においては、訪問による生活訓練の提供状況、提供されている場合の対象者の特性、行われている支援内容・頻度・予後・通所の利用状況などである。尚、実際に訪問を積極的に行っている事業所を対象に、より詳細な状況を把握するための実地調査も行った。

相談支援事業所に対しても全国調査を実施し、現行の生活訓練事業所の訪問を受けている事例や就労移行事業所を利用している人で定着のために生活訓練が必要な人たちはもちろん、現状ではサービスにつながっていない人たちを含めた幅広い訪問による生活訓練ニーズ、訪問による生活訓練を必要とする対象者および制度課題を明確化した。通所による訓練が困難であると認められる要件、居宅介護とのサービス内容の違い、標準的な支援モデル、職員体制、運営等について整理を行った。特に、訪問を中心とした生活訓練のサービスニーズの量や、支援頻度に関する回数制限や2年間の利用制限に関する運用上の課題、生活支援員の要件などに関する状況をまとめ、より効果的な生活訓練の運用に関する提言をおこなう。

就労している人たちに関しては、訪問による生活訓練ニーズについて探索する。特に、精神障害者支援については、地域活動支援センターや就労継続B型のような居場所型の事業所ではなく、一般就労した者の生活の安定を目的とした支援を実施する自立訓練(生活訓練)事業所、相談支援事業所、就労移行支援事業所を調査対象とすることから、通常時や就労支援時における訪問によるサービスの必要性や必要とする人物像などを把握した。

また、本調査を通して得られた回答を踏まえ、訪問による生活訓練を実施する際の課題についてまとめ、今後の訪問による生活訓練のサービス報酬単価や制度自体の改正に役立つ資料としてガイドラインの作成を行った。

尚、本研究は早稲田大学の人を対象とする研究に関する倫理指針に基づいた倫理審査にて承認を得て実施している。

## 第2章 調査結果の報告

### 1. 自立訓練（生活訓練）事業所を対象としたアンケート調査

本調査は2部の構成からなる。

ア) 自立訓練（生活訓練）事業所調査：生活訓練において訪問を行っている事業体を中心に、訪問支援の事業実績および制度運用の課題、事業としての効果などについて尋ねたものである。

イ) 自立訓練（生活訓練）事業所を経由した個票調査：上記の事業所のうち訪問支援を実際に行っている事業者における平成24年度以降の利用者への支援内容を個別に把握したものである。

実施概要を以下に記す。

#### ア) 自立訓練（生活訓練）事業所調査

全事業所数（母数）	1529 事業所（生活訓練）	
抽出条件	1) WAM ネットに掲載されている自立訓練（生活訓練）事業所（1529） 2) 「訪問あり」で登録している事業所については全数（175） 3) 訪問の登録がない事業所については、①平成24年3月末までに自立訓練（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（540事業所における各都道府県の割合を算出し、等道府県における層化無作為抽出）	
発送事業所数	475 箇所	
回答数	中間報告の数	107 箇所（9月30日までの回収）
	最終数	160 箇所
回答率	中間報告時点	22.5%
	最終	33.7%

#### イ) 自立訓練（生活訓練）事業所を経由した個票調査

調査対象の条件	平成24年度以降に登録を開始した利用者で、 1) 通所と訪問（加算請求）を利用しているケースを2ケース 2) 結果として訪問のみの利用となった方で、利用期間中において、訪問を月1回以上かつ3ヶ月以上継続利用している方全ケース	
回答数	中間報告の数	165 件（平成26年9月30日までの回収）
	最終数	301 件

## 1-1 生活訓練事業所調査の結果について

本節では、生活訓練事業者調査の結果を報告する。

### (1) 事業所の基本情報

#### ①法人種別

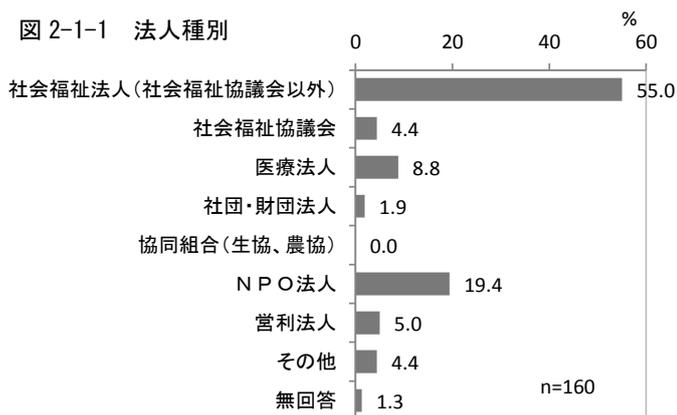


表 2-1-1 法人種別（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	88	55.0	22	47.8	64	59.3
社会福祉協議会	7	4.4	0	0.0	7	6.5
医療法人	14	8.8	9	19.6	5	4.6
社団・財団法人	3	1.9	0	0.0	3	2.8
協同組合（生協、農協）	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NPO法人	31	19.4	11	23.9	18	16.7
営利法人	8	5.0	1	2.2	7	6.5
その他	7	4.4	3	6.5	4	3.7
無回答	2	1.3	0	0.0	0	0.0
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

図 2-1-1 および表 2-1-1 は、事業所の法人種別を示している。最も多いのは社会福祉法人 (n=88, 55.0%) であり、次いで NPO 法人 (n=31, 19.4%) であった。訪問実施事業者と未実施事業者では特に大きな差は見られなかった。

②実施している生活訓練の種類と申請上の定員

図 2-1-2 申請上の定員

ア. 申請上の定員

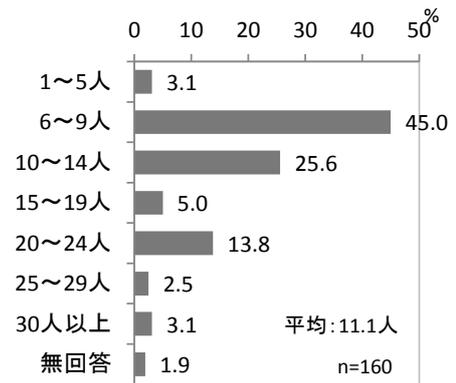


表 2-1-2 申請上の定員（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
1~5人	5	3.1	0	0.0	4	3.7
6~9人	72	45.0	24	52.2	48	44.4
10~14人	41	25.6	10	21.7	31	28.7
15~19人	8	5.0	3	6.5	5	4.6
20~24人	22	13.8	7	15.2	13	12.0
25~29人	4	2.5	0	0.0	3	2.8
30人以上	5	3.1	2	4.3	3	2.8
無回答	3	1.9	0	0.0	1	0.9
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
回答事業所の合計定員数	1749人		510人		1170人	
1事業所あたり平均	11.1人		11.1人		10.9人	

図 2-1-2 および表 2-1-2 は、事業所の申請上の定員を示している。最も多いのは「6~9人」(n=88, 55.0%)であり、次いで「10~14人」(n=41, 25.6%)であった。訪問実施事業者と未実施事業者では特に大きな差は見られなかった。

イ. 訪問による生活訓練の実施状況、未実施の理由

図 2-1-3 訪問による生活訓練の実施状況

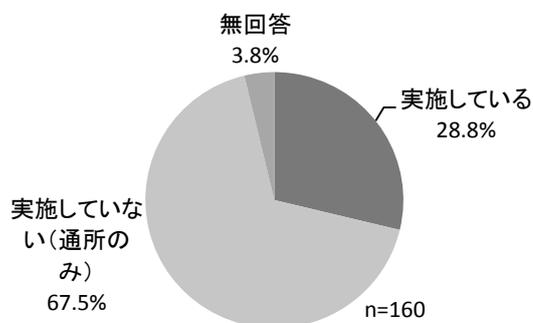


図 2-1-4 訪問による生活訓練未実施理由

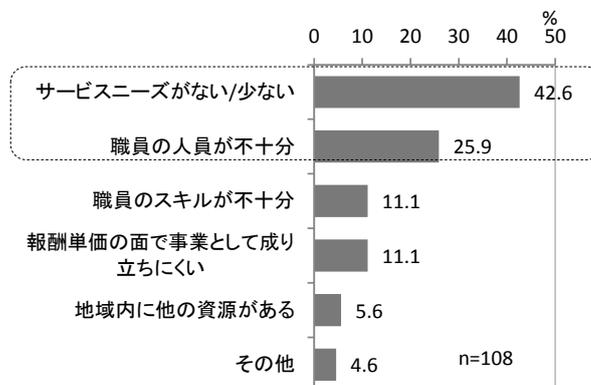


図 2-1-3 は、事業所の訪問による生活訓練の実施状況を示している。訪問事業を実施していると答えたのは 28.8% であり 3 割を切っている。

図 2-1-4 は事業を実施しない理由である。最も多いのは「サービスニーズがない/少ない」(42.6%) であり、ついで「職員の人員が不十分」(25.9%) であった。

ウ. 宿泊型生活訓練の実施状況

図 2-1-5 宿泊型生活訓練の実施状況

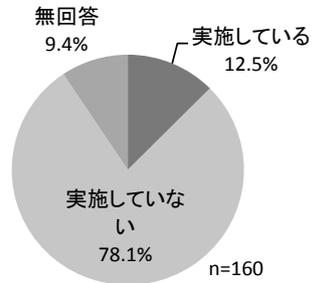


図 2-1-6 宿泊型生活訓練申請上の定員

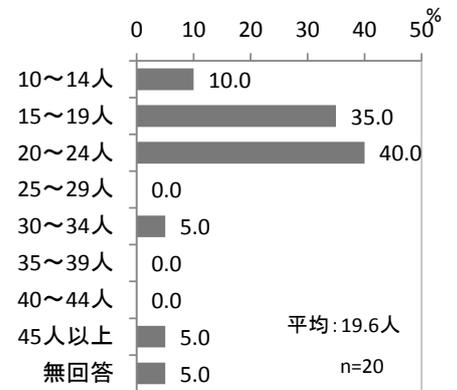


表 2-1-3 宿泊型生活訓練の実施状況（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
実施している	20	12.5	8	17.4	10	9.3
実施していない	125	78.1	37	80.4	88	81.5
無回答	15	9.4	1	2.2	10	9.3
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

図 2-1-5, -6 は、事業所の宿泊型生活訓練の実施状況を示している。事業を実施していると答えたのは 12.5% であり、多くが通所型のみでの生活訓練事業所であると考えられる。

表 2-1-3 は訪問による生活訓練の実施の有無と、宿泊型訓練の実施状況のクロス集計表である。宿泊型訓練を実施している割合は、訪問実施事業所の方が未実施の事業者と比較して多い (17.4% > 9.3%)。

### ③通所の開所日数（平成 26 年 7 月）、開所曜日

図 2-1-7 通所の開所日数(平成 26 年 7 月)

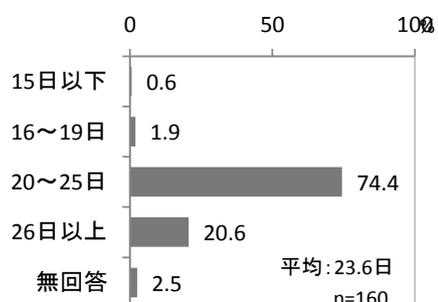


図 2-1-8 通所の開所曜日

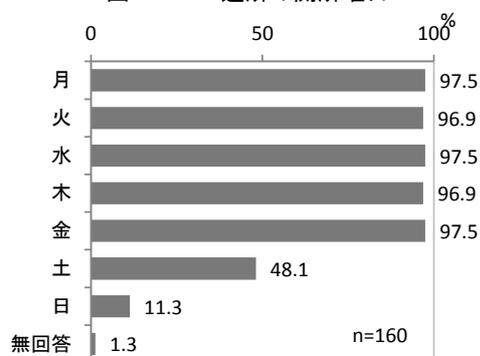


図 2-1-7 および図 2-1-8 は、事業所の通所の開所日数と開所曜日である。開所日数は 20-25 日が最も多く (74.4%)、また土曜日を開所している事業所は 48.1%となっていた。

### ④生活訓練事業の事業範囲（利用対象者の居住範囲）

図 2-1-9 生活訓練事業の事業範囲

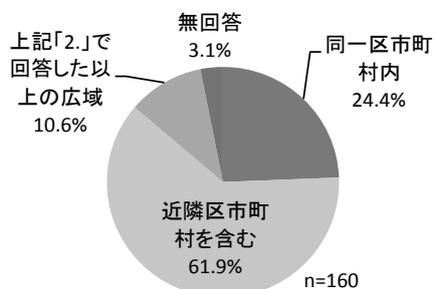


表 2-1-4 生活訓練事業の事業範囲（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
同一区市町村内	39	24.4	10	21.7	28	25.9
近隣区市町村を含む	99	61.9	30	65.2	67	62.0
上記「2.」で回答した以上の広域	17	10.6	5	10.9	11	10.2
無回答	5	3.1	1	2.2	2	1.9
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

図 2-1-9 は、生活訓練の事業範囲を示したものである。最も多いのは近隣区市区町村を含み実施 (61.9%) であった。なお訪問実施事業者と未実施事業者では特に大きな差は見られなかった (表 2-1-4)。

⑤同一法人・グループ法人が他に実施しているサービス・施設

図 2-1-10 同一法人・グループ法人が他に実施しているサービス・施設

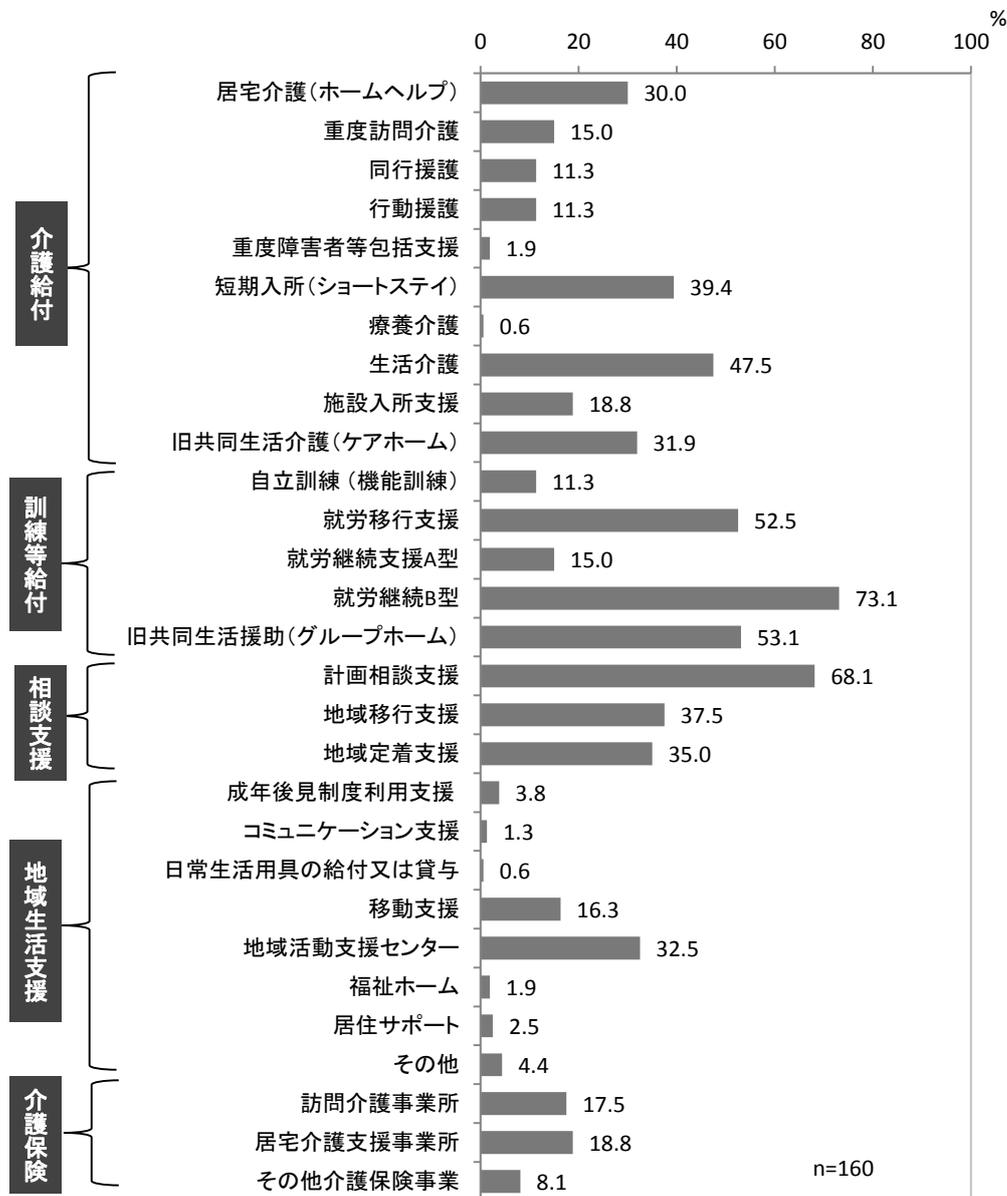


図 2-1-10 は、同一・グループ法人で既に実施しているサービス・施設について示したものである。多い順に「就労継続 B 型」(73.1%)、「計画相談支援」(68.1%)、「グループホーム」(53.1%)、「就労移行支援」(52.2%)、「生活介護」(47.5%) などであった。

表 2-1-5 同一法人・グループ法人が他に実施しているサービス・施設（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
居宅介護（ホームヘルプ）	48	30.0	14	30.4	32	29.6
重度訪問介護	24	15.0	3	6.5	21	19.4
同行援護	18	11.3	3	6.5	15	13.9
行動援護	18	11.3	5	10.9	13	12.0
重度障害者等包括支援	3	1.9	0	0.0	3	2.8
短期入所（ショートステイ）	63	39.4	15	32.6	46	42.6
療養介護	1	0.6	0	0.0	1	0.9
生活介護	76	47.5	16	34.8	59	54.6
施設入所支援	30	18.8	3	6.5	27	25.0
旧共同生活介護（ケアホーム）	51	31.9	12	26.1	38	35.2
自立訓練（機能訓練）	18	11.3	2	4.3	16	14.8
就労移行支援	84	52.5	24	52.2	59	54.6
就労継続支援A型	24	15.0	7	15.2	17	15.7
就労継続B型	117	73.1	33	71.7	82	75.9
旧共同生活援助（グループホーム）	85	53.1	26	56.5	57	52.8
計画相談支援	109	68.1	37	80.4	70	64.8
地域移行支援	60	37.5	28	60.9	32	29.6
地域定着支援	56	35.0	28	60.9	28	25.9
成年後見制度利用支援	6	3.8	1	2.2	5	4.6
コミュニケーション支援	2	1.3	1	2.2	1	0.9
日常生活用具の給付又は貸与	1	0.6	0	0.0	1	0.9
移動支援	26	16.3	4	8.7	22	20.4
地域活動支援センター	52	32.5	28	60.9	23	21.3
福祉ホーム	3	1.9	0	0.0	3	2.8
居住サポート	4	2.5	1	2.2	3	2.8
その他	7	4.4	1	2.2	6	5.6
訪問介護事業所	28	17.5	9	19.6	18	16.7
居宅介護支援事業所	30	18.8	10	21.7	18	16.7
その他介護保険事業	13	8.1	4	8.7	8	7.4
無回答	2	1.3	0	0.0	0	0.0
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

表 2-1-5 は、同一・グループ法人で既に実施しているサービス・施設について、訪問実施事業所・未実施事業所で比較したものである。両者で 15%以上の差がみられたのは、生活介護（実施事業所・未実施事業所の順で表記：34.8%<54.6%）、計画相談支援（80.4%>64.8%）、地域移行支援（60.9%>29.6%）、地域定着支援（60.9%>25.9%）、地域活動支援センター（60.9%>21.3%）などであった。

⑥平成 25 年度の利用状況

ア. 登録者数

図 2-1-11 登録者数（平成 25 年度）

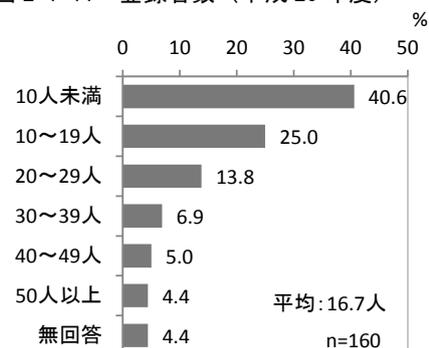


表 2-1-6 登録者数（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
10人未満	65	40.6	8	17.4	55	50.9
10~19人	40	25.0	14	30.4	26	24.1
20~29人	22	13.8	12	26.1	9	8.3
30~39人	11	6.9	6	13.0	3	2.8
40~49人	8	5.0	4	8.7	4	3.7
50人以上	7	4.4	1	2.2	6	5.6
無回答	7	4.4	1	2.2	5	4.6
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
回答事業所の合計登録人数	2551人		959人		1496人	
1事業所あたり平均	16.7人		21.3人		14.5人	

図 2-1-11 は、平成 25 年度の事業登録者数を示したものである。「10 人未満」の事業者が最も多い（40.6%）。表 2-1-6 は登録者数を訪問実施事業所・未実施事業所で比較したものである。訪問実施事業者では「10~19 人」が多く（30.4%）、未実施事業者では「10 人未満」（50.9%）が多い。1 事業所あたり平均をみても訪問実施事業者では 21.3 人、未実施事業者では 14.5 人であり、実施事業者のほうが、登録人数が多い傾向にあると考えられる。

## イ. 実利用人数

図 2-1-12 実利用人数(平成 25 年度)

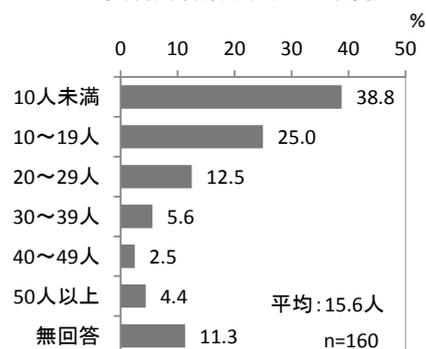


表 2-1-7 実利用人数(訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
10人未満	62	38.8	9	19.6	51	47.2
10~19人	40	25.0	13	28.3	26	24.1
20~29人	20	12.5	11	23.9	9	8.3
30~39人	9	5.6	5	10.9	4	3.7
40~49人	4	2.5	3	6.5	1	0.9
50人以上	7	4.4	1	2.2	6	5.6
無回答	18	11.3	4	8.7	11	10.2
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
回答事業所の合計実利用人数	2220人		843人		1352人	
1事業所あたり平均	15.6人		20.1人		13.9人	

図 2-1-12 は、平成 25 年度の実利用人数を示したものである。「10 人未満」の事業者が最も多い (38.8%)。表 2-1-7 は実利用人数を訪問実施事業所・未実施事業所で比較したものである。訪問実施事業者では「10~19 人」が多く (28.3%)、未実施事業者では「10 人未満」(47.2%)が多い。1 事業所あたり平均をみても訪問実施事業者では 20.1 人、未実施事業者では 13.9 人であり、実施事業者のほうが、利用人数が多い傾向にあると考えられる。

i うち、訪問による生活訓練併用利用者数

図 2-1-13 訪問による生活訓練併用利用者数<sup>%</sup>

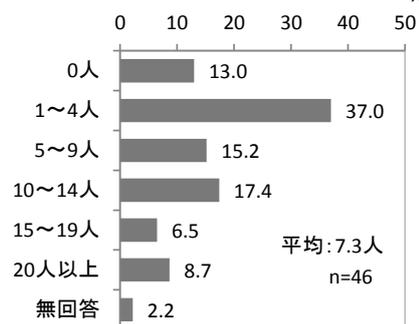


表 2-1-8 訪問による生活訓練併用利用者数（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	54	33.8	6	13.0	47	43.5
1~4人	19	11.9	17	37.0	2	1.9
5~9人	9	5.6	7	15.2	1	0.9
10~14人	8	5.0	8	17.4	0	0.0
15~19人	3	1.9	3	6.5	0	0.0
20人以上	5	3.1	4	8.7	1	0.9
無回答	62	38.8	1	2.2	57	52.8
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
訪問による生活訓練利用人数合計	368人		327人		35人	
1事業所あたり平均	3.8人		7.3人		0.7人	

図 2-1-13 は、平成 25 年度の実利用人数のうち訪問による生活訓練併用利用者数（※ i）を全体で示したものである。表 2-1-8 は訪問実施事業所・未実施事業所別に記載したものであるが、訪問生活訓練を実施している事業所において、訪問による生活訓練を併用しているという回答は「1~4人」が最も多く（37.0%）、また、1事業所の平均利用人数は7.3人であった。

ii iのうち、結果として通所せず、訪問のみの利用者数

図 2-1-13② 結果として通所せず、訪問のみの利用者数

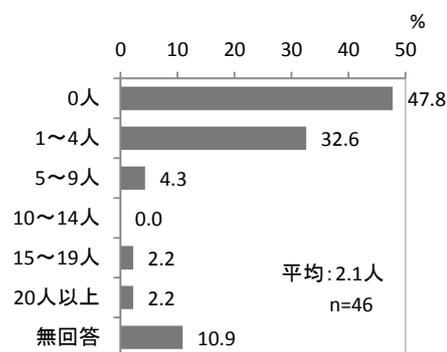


表 2-1-9 結果として通所せず、訪問のみの利用者数（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	64	40.0	22	47.8	40	37.0
1~4人	17	10.6	15	32.6	2	1.9
5~9人	2	1.3	2	4.3	0	0.0
10~14人	1	0.6	0	0.0	1	0.9
15~19人	1	0.6	1	2.2	0	0.0
20人以上	1	0.6	1	2.2	0	0.0
無回答	74	46.3	5	10.9	65	60.2
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
訪問のみの利用者数合計	97人		84人		13人	
1事業所あたり平均	1.1人		2.1人		0.3人	

図 2-1-13②は、平成 25 年度の実利用人数のうち訪問による生活訓練併用利用者数（※ i）のうち、通所せず訪問のみの利用となったものを示したものである。表 2-1-8 は訪問実施事業所・未実施事業所別に記載したものであるが、訪問による生活訓練を実施している事業所において、結果として通所せず訪問のみの利用をしている利用者数は「0 人」という回答は半数を割っており（47.8%）、訪問のみになっている利用者が「1~4 人」（32.6%）、「5~9 人」（4.3%）など、通所につながっていない利用者が一定程度いることが明らかになった。

iii 働きながら生活訓練を利用していた人数

図 2-1-14 働きながら生活訓練を利用していた人数

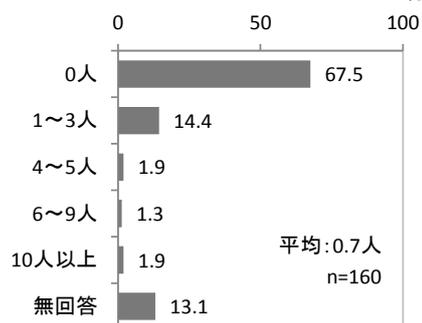


表 2-1-10 働きながら生活訓練を利用していた人（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	108	67.5	32	69.6	75	69.4
1~3人	23	14.4	8	17.4	14	13.0
4~5人	3	1.9	2	4.3	0	0.0
6~9人	2	1.3	0	0.0	2	1.9
10人以上	3	1.9	0	0.0	3	2.8
無回答	21	13.1	4	8.7	14	13.0
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
働きながら生活訓練利用人数合計	91人		19人		67人	
1事業所あたり平均	0.7人		0.5人		0.7人	

図 2-1-14 は、平成 25 年度の実利用人数のうち働きながら生活訓練を利用していた人数(※iii)を示したものである。「0 人」という回答が最も多い(67.5%)が、「1~3 人」という回答も 14.4%で一部に存在することが分かる。なお表 2-1-10 は訪問実施事業所・未実施事業所別に記載したものであるが、特に大きな差は見られなかった。

iv iiiのうち、訪問による生活訓練を利用していた人数

図 2-1-15 訪問による生活訓練を利用していた人数

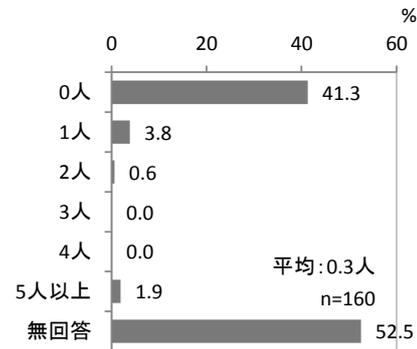


表 2-1-11 訪問による生活訓練を利用していた人数（訪問実施の有無別）

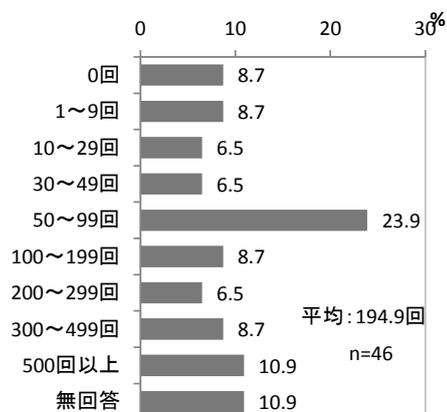
	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	66	41.3	22	47.8	42	38.9
1人	6	3.8	5	10.9	1	0.9
2人	1	0.6	1	2.2	0	0.0
3人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5人以上	3	1.9	2	4.3	1	0.9
無回答	84	52.5	16	34.8	64	59.3
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
訪問による生活訓練利用人数合計	20人		12人		8人	
1事業所あたり平均	0.3人		0.4人		0.2人	

図 2-1-15 は、平成 25 年度の実利用人数のうち働きながら生活訓練を利用していた人数(※iii)のうち、訪問による生活訓練を利用していた数を示したものである。無回答（52.5%）について、「0人」という回答が最も多く(41.3%)、利用実績は少なかった。

### ウ. 25 年度 1 年間の延べ訪問回数（訪問による生活訓練実施事業所）

図 2-1-16 は、平成 25 年度 1 年間の延べ訪問回数を示したものである。「50～99 回」という回答が最も多く（23.9%）、平均は 194.9 回であった。

図 2-1-16 25 年度 1 年間の延べ訪問回数



### エ. 25 年度 1 年間に 3 ヶ月以上連続で通所を中断した人数

図 2-1-17 は、1 年間に 3 ヶ月以上連続で通所を中断した人数を示したものである。「0 人」と回答した事業所は 42.5%と半数を割っており、「1～4 人」（24.4%）、「5～9 人」（5.0%）と通所の中断数が一定数存在することがわかる。

図 2-1-17 25 年度 1 年間に 3 ヶ月以上連続で通所を中断した人数

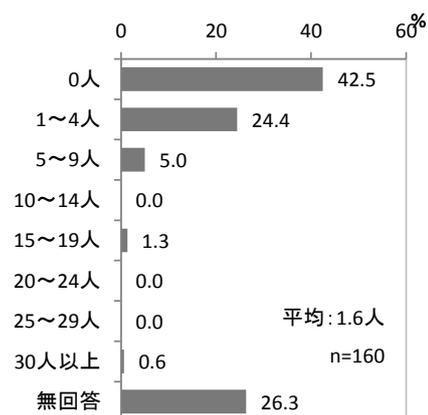


表 2-1-12 25 年度 1 年間に 3 ヶ月以上連続で通所を中断した人数（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	68	42.5	19	41.3	49	45.4
1～4人	39	24.4	18	39.1	21	19.4
5～9人	8	5.0	4	8.7	3	2.8
10～14人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15～19人	2	1.3	0	0.0	1	0.9
20～24人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25～29人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30人以上	1	0.6	1	2.2	0	0.0
無回答	42	26.3	4	8.7	34	31.5
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
3ヶ月以上連続で通所中断者合計	189人		92人		74人	
1事業所あたり平均	1.6人		2.2人		1.0人	

⑦平成 24 年度上半期に登録開始した利用者の状況

ア. H24 年度上半期利用登録者数

図 2-1-18 H24 年度上半期利用登録者数

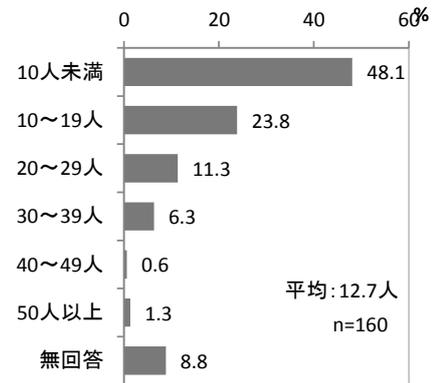


表 2-1-13 H24 年度上半期利用登録者数（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
10人未満	77	48.1	15	32.6	61	56.5
10~19人	38	23.8	13	28.3	24	22.2
20~29人	18	11.3	7	15.2	9	8.3
30~39人	10	6.3	5	10.9	5	4.6
40~49人	1	0.6	0	0.0	1	0.9
50人以上	2	1.3	0	0.0	2	1.9
無回答	14	8.8	6	13.0	6	5.6
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
回答事業所の合計登録人数	1849人		571人		1200人	
1事業所あたり平均	12.7人		14.3人		11.8人	

図 2-1-18 および表 2-1-13 は平成 24 年度上半期に登録開始した利用者数を示している。以下イにおいて、この登録者の就労時の状況について述べる。

イ. H24 年度上半期利用登録者終了時の状況

i 他医療・福祉サービスを利用していない人数

図 2-1-19 他医療・福祉サービスを利用していない人数

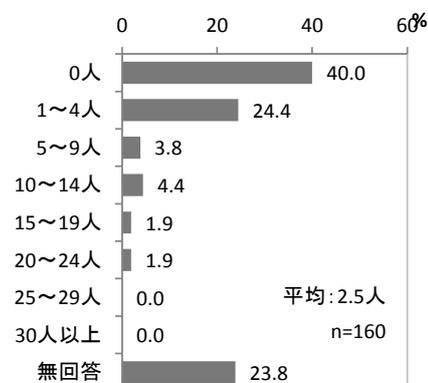


表 2-1-14 他医療・福祉を利用していない人数

(訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	64	40.0	17	37.0	47	43.5
1～4人	39	24.4	7	15.2	31	28.7
5～9人	6	3.8	3	6.5	3	2.8
10～14人	7	4.4	4	8.7	3	2.8
15～19人	3	1.9	2	4.3	1	0.9
20～24人	3	1.9	1	2.2	2	1.9
25～29人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30人以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	38	23.8	12	26.1	21	19.4
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
他医療・福祉サービス未利用者数合計	309人		142人		166人	
1事業所あたり平均	2.5人		4.2人		1.9人	

図 2-1-19 および表 2-1-14 は平成 24 年度上半期に登録開始した利用者のうち、他医療・福祉サービスを利用しなかった人数に関する集計を示している。「他のサービスを利用しなかった」という者が「0 人」すなわち、サービス終了時に終了者が外来通院以外のどこかにつながらなかった事業者の回答は、全体で 40.0%、訪問実施事業所で 37.0%、訪問未実施事業所で 43.5%であった。

なお他の医療福祉サービスに全く繋がらなかったという人数の割合は、1849 人中 309 人 16.7% (訪問実施事業者 142 人 : 24.9%・未実施事業者 166 人 : 13.8%) であった。

ii 標準利用期間の2年間を更新（延長）した人数

図 2-1-20 標準利用期間の2年間を更新（延長）した人数

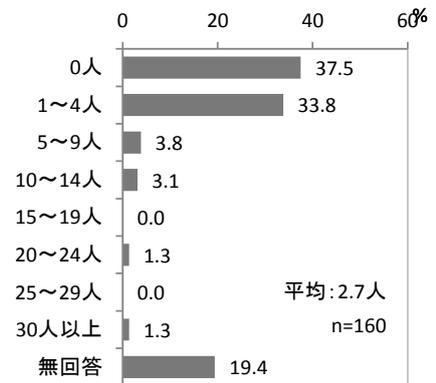


表 2-1-15 標準利用期間の2年間を更新（延長）した人数  
(訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	60	37.5	14	30.4	46	42.6
1～4人	54	33.8	17	37.0	35	32.4
5～9人	6	3.8	3	6.5	3	2.8
10～14人	5	3.1	3	6.5	2	1.9
15～19人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20～24人	2	1.3	0	0.0	2	1.9
25～29人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30人以上	2	1.3	0	0.0	2	1.9
無回答	31	19.4	9	19.6	18	16.7
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
標準利用期間の2年間を更新した人が1人以上いたと回答のあった事業所数	69事業所		23事業所		44事業所	
標準利用期間の2年間を更新した人数合計	346人		91人		248人	
H24年度上半期利用登録者に占める割合	18.7%		15.9%		20.7%	
1事業所あたり平均	2.7人		2.5人		2.8人	

図 2-1-20 および表 2-1-15 は平成 24 年度上半期に登録開始した利用者のうち、利用期間を延長した人数を示している。終了時に延長したのが「0人」という事業者の割合は、全体で 37.5%、訪問実施事業所で 30.4%、訪問未実施事業所で 42.6%であった。逆に標準利用期間の2年間を更新した人数の合計は 346 人（訪問実施事業者 91 人：15.9%・未実施事業者 248 人：20.7%）であり、先の 1849 人中の 18.7%が更新をしているということになる。

iii 更新を検討したが、支給決定されなかった人数

図 2-1-21 更新を検討したが、  
支給決定されなかった人数

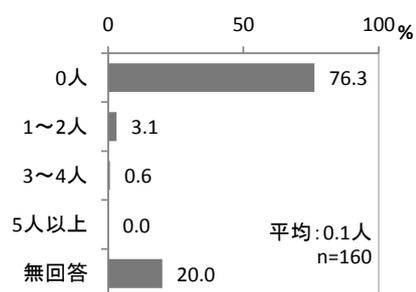


表 2-1-16 更新を検討したが、支給決定されなかった人数（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	122	76.3	32	69.6	89	82.4
1~2人	5	3.1	2	4.3	1	0.9
3~4人	1	0.6	0	0.0	1	0.9
5人以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	32	20.0	12	26.1	17	15.7
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
更新検討するも支給決定されなかった人数合計	8人		2人		4人	
1事業所あたり平均	0.1人		0.1人		0.0人	

図 2-1-21 および表 2-1-16 は平成 24 年度上半期に登録開始した利用者のうち、利用期間の更新を検討したが支給決定されなかった人数を示している。支給決定されなかったのが「0 人」という事業者の回答割合は全体で 76.3%、訪問実施事業所で 69.6%、訪問未実施事業所で 82.4%であった。支給決定されなかった人数の合計は 8 人であり少数である。

## ウ. H24 年度上半期利用登録者の就労状況

### i 生活訓練利用開始時から仕事についていた人数

図 2-1-22 および表 2-1-17 は生活訓練利用開始時から仕事についていた人数を示す。合計でも 25 人であり、ごくわずかであることがわかる。

図 2-1-22 生活訓練利用開始時から仕事についていた人数

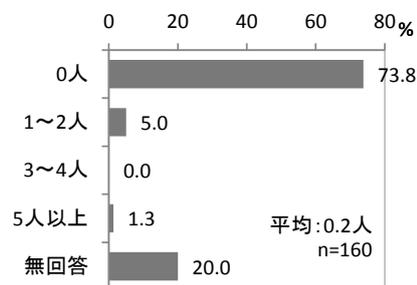


表 2-1-17 生活訓練利用開始時から仕事についていた人数  
(訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	118	73.8	31	67.4	85	78.7
1~2人	8	5.0	4	8.7	4	3.7
3~4人	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5人以上	2	1.3	1	2.2	1	0.9
無回答	32	20.0	10	21.7	18	16.7
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
生活訓練利用開始時から就労人数合計	25人		11人		14人	
1事業所あたり平均	0.2人		0.3人		0.2人	

### ii 利用開始後、訓練中に仕事についた人数

図 2-1-23 および表 2-1-18 は生活訓練利用開始後に仕事についた人数を示す。合計でも 47 人であり、これも少数であることがわかる。

図 2-1-23 利用開始後、訓練中に仕事についた人数

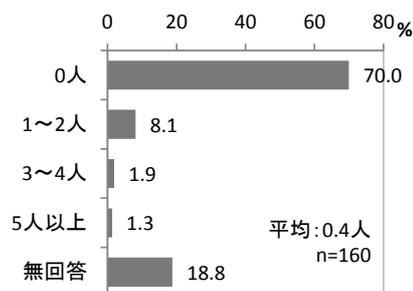


表 2-1-18 利用開始後、訓練中に仕事についた人数  
(訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	112	70.0	29	63.0	82	75.9
1~2人	13	8.1	8	17.4	4	3.7
3~4人	3	1.9	0	0.0	3	2.8
5人以上	2	1.3	0	0.0	1	0.9
無回答	30	18.8	9	19.6	18	16.7
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
利用開始後、訓練中に仕事についた人数合計	47人		9人		32人	
1事業所あたり平均	0.4人		0.2人		0.4人	

### iii 生活訓練終了後、仕事についての人数

図 2-1-24 生活訓練終了後、仕事についての人数

図 2-1-24 および表 2-1-19 は、生活訓練終了後に仕事についての人数を示す。合計でも 51 人であり、これも少数であることがわかる。

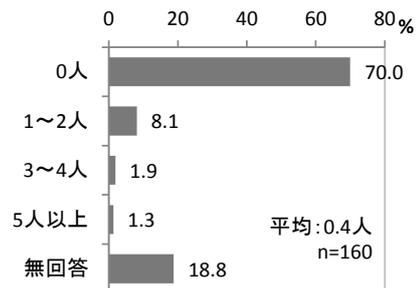


表 2-1-19 生活訓練終了後、仕事についての人数（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	107	66.9	29	63.0	77	71.3
1~2人	17	10.6	6	13.0	10	9.3
3~4人	2	1.3	0	0.0	1	0.9
5人以上	2	1.3	1	2.2	1	0.9
無回答	32	20.0	10	21.7	19	17.6
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
生活訓練終了後、仕事についての人数合計	51人		20人		26人	
1事業所あたり平均	0.4人		0.6人		0.3人	

⑧平成 26 年 7 月の利用者の状況

図 2-1-25 実利用人数（平成 26 年 7 月）

ア. 実利用人数

図 2-1-25 および表 2-1-20 は、調査時直近の平成 26 年の 7 月の利用者の状況である。全体では「10 人未満」という回答が多いが（43.8%）、訪問実施事業所では「10～19 人」という回答が多く（39.1%）、未実施事業所では「10 人未満」という回答が多い（54.6%）。なお、平均利用者数でも実施事業者 15.9 人に対し、未実施事業者 10.6 人であり、実施事業者において利用人数が多くなっている。

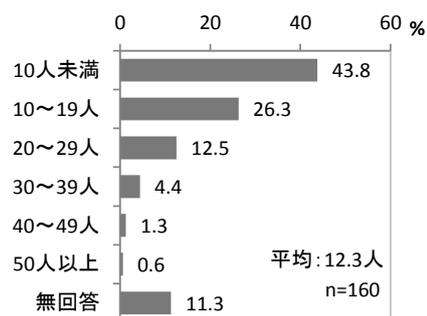


表 2-1-20 実利用人数（平成 26 年 7 月）（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
10人未満	70	43.8	11	23.9	59	54.6
10～19人	42	26.3	18	39.1	23	21.3
20～29人	20	12.5	11	23.9	7	6.5
30～39人	7	4.4	2	4.3	5	4.6
40～49人	2	1.3	0	0.0	2	1.9
50人以上	1	0.6	0	0.0	1	0.9
無回答	18	11.3	4	8.7	11	10.2
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
実利用人数合計	2021人		763人		1115人	
1事業所あたり平均	12.3人		15.9人		10.6人	

### イ. 1日の平均利用者数

図 2-1-26 および表 2-1-21 は、調査時直近の平成 26 年の 7 月における 1 日の平均利用者数の状況である。全体では「5 人未満」という回答が多いが（39.4%）、訪問実施事業所では「5～9 人」という回答が多く（37.0%）、未実施事業所では「5 人未満」という回答が多い（44.4%）。ただし、平均利用者数においては実施事業者 7.7 人に対し、未実施事業者 8.8 人である。これは未実施事業者で 30 人以上の事業者が 3 例あることによると思われる、平均利用者数に大きな差は見られていない。

図 2-1-26 1 日の平均利用者数(平成 26 年 7 月)

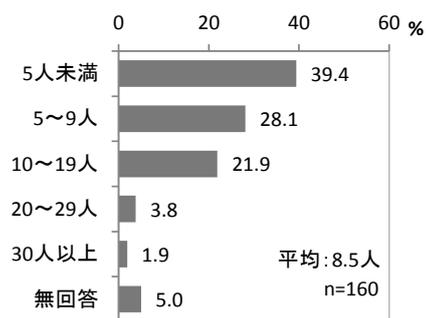


表 2-1-21 1 日の平均利用者数（平成 26 年 7 月）（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
5人未満	63	39.4	14	30.4	48	44.4
5～9人	45	28.1	17	37.0	27	25.0
10～19人	35	21.9	13	28.3	19	17.6
20～29人	6	3.8	1	2.2	5	4.6
30人以上	3	1.9	0	0.0	3	2.8
無回答	8	5.0	1	2.2	6	5.6
合計	160	100.0	46	100.0	108	100.0
1事業所あたり平均	8.5人		7.7人		8.8人	

ウ. 主たる障害種別（受給者証の障害種別番号）と障害支援区分

表 2-1-22

〔回答事業所全体〕 単位：人

	未認定	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計	
2 (知的)	122人	22人	82人	108人	53人	19人	10人	416人	24.7%
3 (精神)	629人	73人	250人	184人	42人	9人	1人	1188人	70.5%
その他	47人	2人	4人	14人	7人	3人	4人	81人	4.8%
合計	798人 47.4%	97人 5.8%	336人 19.9%	306人 18.2%	102人 6.1%	31人 1.8%	15人 0.9%	1685人 100.0%	100.0%

表 2-1-23

〔訪問による生活訓練実施事業所〕 単位：人

	未認定	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計	
2 (知的)	48	2	23	20	4	0	2	99	16.1%
3 (精神)	297	21	85	73	23	0	0	499	81.1%
その他	13	0	2	1	0	1	0	17	2.8%
合計	358 58.2%	23 3.7%	110 17.9%	94 15.3%	27 4.4%	1 0.2%	2 0.3%	615 100.0%	100.0%

表 2-1-24

〔訪問による生活訓練未実施事業所〕 単位：人

	未認定	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計	
2 (知的)	74	20	59	85	48	19	8	313	30.9%
3 (精神)	287	51	162	111	19	9	1	640	63.2%
その他	34	2	2	11	7	2	2	60	5.9%
合計	395 39.0%	73 7.2%	223 22.0%	207 20.4%	74 7.3%	30 3.0%	11 1.1%	1013 100.0%	100.0%

表 2-1-22～4 は利用者の障害支援区分および障害種別について示したものである。生活訓練実施事業所では知的障害が 81.1%なのに対し、未実施事業所では知的障害が 62.2%であり、訪問による生活訓練実施事業所では精神障害のある利用者が比較的多いことがわかる。また訪問による生活訓練の実施事業者では「未認定」が 58.2%と、未実施事業者の 39.0%に比して多くなっている。なお実施事業者では「精神・未認定」の割合が 48.3%（615 人中 297 人）、未実施事業者では 28.3%（1013 人中 287 人）となっており、精神・未認定の割合が多くなっている。

## エ. 年齢区分

表 2-1-25 年齢区分（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
18歳未満	40	2.1%	2	0.3%	38	3.3%
18～40歳	892	46.6%	283	39.7%	576	50.3%
40～64歳	905	47.2%	386	54.1%	494	43.1%
65歳以上	79	4.1%	42	5.9%	37	3.2%
回答事業所数	1916	100.0%	713	100.0%	1145	100.0%

表 2-1-25 は年齢区分を示したものである。18-40 才が 46.6%、40-64 才が 47.2%と約半々となっていた。

## オ. 2年を超えて在籍している人数

図 2-1-27 および表 2-1-26 は 2年を超えて在籍している人数について示したものである。「0人」すなわち『2年を超えて在籍している者がいない』という事業者は、36.9%と半数以下となっていた。

図 2-1-27 2年を超えて在籍している人数

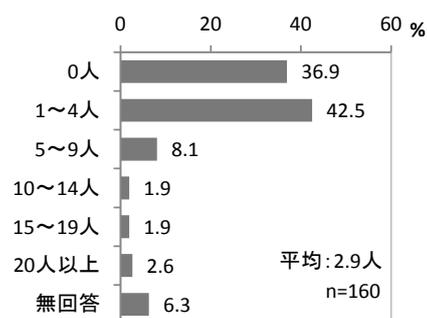


表 2-1-26 2年を超えて在籍している人数（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
0人	59	36.9	16	34.8	43	39.8
1~4人	68	42.5	20	43.5	44	40.7
5~9人	13	8.1	8	17.4	5	4.6
10~14人	3	1.9	1	2.2	2	1.9
15~19人	3	1.9	0	0.0	3	2.8
20人以上	4	2.6	0	0.0	4	3.8
無回答	10	6.3	1	2.2	7	6.5
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0
2年を超えて在籍している人数合計	438人		96人		331人	
1事業所あたり平均	2.9人		2.1人		3.3人	

(2) 訪問による生活訓練を実施している事業所

①実施している訪問による生活訓練のメニュー、訪問独自メニュー

図 2-1-28 訪問による生活訓練のメニュー、訪問独自メニュー



表 2-1-27 訪問による生活訓練のメニュー、訪問独自メニュー

	訪問による生活訓練 のメニュー		訪問による生活訓練 独自のメニュー	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%
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	41	89.1	2	4.3
上記生活全般等に関する相談、助言	40	87.0	2	4.3
本人が生活リズムを整えるための支援（訓練）	39	84.8	2	4.3
食事に関する支援（訓練）	36	78.3	4	8.7
服薬管理に関する支援（訓練）例 服薬の声掛け / 服薬セッ	36	78.3	3	6.5
日常生活上、本人に必要なコミュニケーション能力を高める	35	76.1	2	4.3
洗濯・清掃・ゴミ出しに関する支援（訓練）	34	73.9	5	10.9
役所や銀行、医療機関など各種社会資源の利用のための支援	34	73.9	4	8.7
家族と本人の間関係調整や家族への支援	34	73.9	3	6.5
日常の生活費の管理や家計のやりくりに関する支援（訓練）	33	71.7	2	4.3
身体的な健康面への配慮のための支援（訓練）	33	71.7	1	2.2
医療機関の通院に関する支援（練習）	32	69.6	3	6.5
地域生活のマナー、ルールを守るための支援（訓練）	32	69.6	4	8.7
本人の居場所・レクリエーション・余暇への支援（休日の過	32	69.6	1	2.2
整容行為・入浴等に関する支援（訓練）	31	67.4	3	6.5
交通機関の（移動に関する）支援（訓練）	30	65.2	4	8.7
就労・教育に関する支援	30	65.2	1	2.2
住環境の確保に関する支援	27	58.7	6	13.0
ひきこもっている人に対する関係づくりと段階的な支援	26	56.5	16	34.8
無回答	2	4.3	23	50.0
合計	46	100.0	46	100.0

図 2-1-28 および表 2-1-27 は訪問による生活訓練で支援している内容および、その中で訪問による生活訓練のみで独自で行っているものの集計を行ったものである。日常生活の様々な側面における多彩な領域で行われていることがわかる。なお、訪問による支援として独自、というものは必ずしも多くないが「ひきこもっている人に対する関係作りと段階的な支援」は 34.8% と他の項目と比較して高率となっており、訪問という特性を活かした独自の内容となっていることがわかる。

表 2-1-28 訪問に際して、事業所が個別に用意する機器・道具等

<p>[身分証、文房具]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・名札、筆記用具、手帳、コピー用紙、ファイル</li></ul>
<p>[通信機器]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・携帯電話、iPad、PHS、パソコン、タブレット</li></ul>
<p>[衛生管理用品・掃除道具]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・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・ジャージ等着替え、アルコール消毒ウェットティッシュ、エプロン、虫よけスプレー、消毒液</li><li>・掃除機、雑巾、タオル</li></ul>
<p>[健康管理機器]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・血圧計</li></ul>
<p>[移動手段]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・電動自転車、軽自動車、Suica</li></ul>
<p>[その他]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・関係作り、話せる雰囲気作りのための飲み物やお菓子、非常ブザー</li><li>・コミュニケーションツール、PECS、携帯用ホワイトボード、フローチャートスケジュール</li><li>・ガイドブック・パンフレット（施設）、地図、ビデオカメラ、各種図書、雑誌、セルフケアグッズ、服薬カレンダー</li></ul>

表 2-1-28 は訪問に際して、支援者が準備していく物品を自由回答で示したものである。利用者の特性に応じた訪問を行うために、様々な支援ツールを用いていることがわかる。

## ②平成 26 年 7 月の訪問による生活訓練の利用状況と利用者特性

次に平成 26 年 7 月の訪問による生活訓練の利用状況と利用者特性についての調査結果を述べる。

### i 訪問による生活訓練の利用実績

図 2-1-29

a. 平成 26 年 7 月に 1 回以上訪問した実利用者数

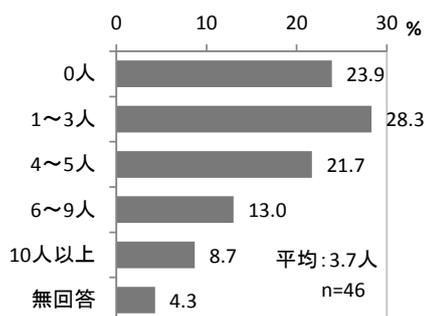


表 2-1-29

a. 平成 26 年 7 月に 1 回以上訪問した実利用者数

	訪問実施事業所	
	回答数	構成比%
0人	11	23.9
1~3人	13	28.3
4~5人	10	21.7
6~9人	6	13.0
10人以上	4	8.7
無回答	2	4.3
回答事業所数	46	100.0
1回以上訪問した人数合計	163人	
1事業所あたり平均	3.7人	

図 2-1-29 および表 2-1-29 は平成 26 年 7 月の、訪問による生活訓練の利用実績（月 1 回以上）を示したものである。回答事業所数は 46 あり、1 回以上訪問した人数は 163 人。1 事業所辺りの平均は 3.7 人であった。

図 2-1-30

a. のうち、結果として通所せず訪問のみ利用していた実利用者数

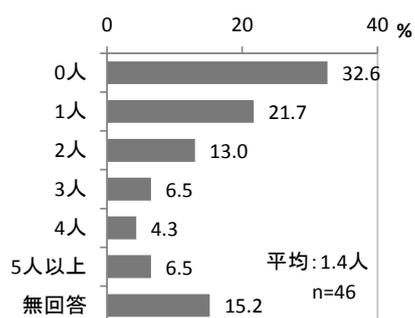


表 2-1-30

a. のうち、結果として通所せず訪問のみ利用していた実利用者数

	訪問実施事業所	
	回答数	構成比%
0人	15	32.6
1人	10	21.7
2人	6	13.0
3人	3	6.5
4人	2	4.3
5人以上	3	6.5
無回答	7	15.2
回答事業所数	46	100.0
訪問のみの利用者数合計	56人	
1事業所あたり平均	1.4人	

図 2-1-30 および表 2-1-30 は上記の平成 26 年 7 月の訪問による生活訓練の利用者の内、結果として通所せず訪問のみを利用していた実利用者数である。回答事業所数は 46 あり、訪問のみの利用者数合計は 56 人。すなわち 163 人中 56 人、34.3%が訪問のみの利用者となっていることがわかる。

図 2-1-31

a. のうち、働きながら訪問による生活訓練を利用していた  
実利用者数

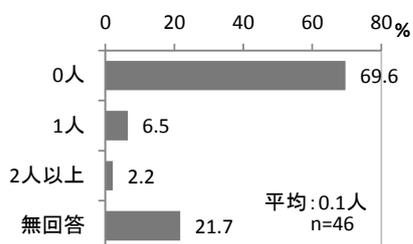


表 2-1-31

a. のうち、働きながら訪問による生活訓練を利用していた  
実利用者数

	訪問実施事業所	
	回答数	構成比%
0人	32	69.6
1人	3	6.5
2人以上	1	2.2
無回答	10	21.7
回答事業所数	46	100.0
働きながら訪問による生活訓練利用者	5人	
1事業所あたり平均	0.1人	

図 2-1-31 および表 2-1-31 は、平成 26 年 7 月の、訪問による生活訓練の利用者のうち、働きながら訪問による生活訓練を利用していた数である。回答事業所数は 46 あり、当該利用者数 1 回以上は 5 人であり、利用実績は必ずしも多くなかった。

## ii H26年7月の延べ訪問回数

図 2-1-32 H26年7月の延べ訪問回数

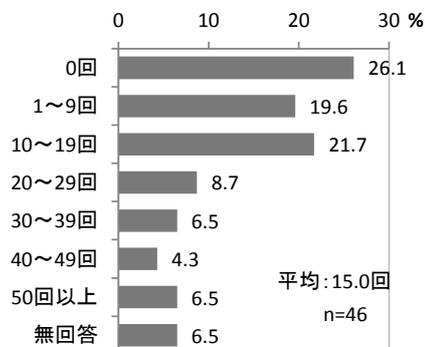


表 2-1-32 H26年7月の延べ訪問回数

	訪問実施事業所	
	回答数	構成比%
0回	12	26.1
1~9回	9	19.6
10~19回	10	21.7
20~29回	4	8.7
30~39回	3	6.5
40~49回	2	4.3
50回以上	3	6.5
無回答	3	6.5
回答事業所数	46	100.0
H26年7月_延べ訪問回数合計	643回	
1事業所あたり平均	15.0回	

図 2-1-32 および表 2-1-32 は平成 26 年 7 月の、訪問による生活訓練の訪問回数を示したものである。回答事業所数は 46 あり、延べ回数は 643 回であった。なお、先の設問から、1 回以上訪問した人数は 163 人であるので、1 利用者あたり 1 ヶ月に平均 3.94 回 (643 回/163 人) 訪問しているということが推測できる。

## iii 平成 26 年 7 月に訪問による生活訓練を 1 回以上利用した人の属性

表 2-1-33 主たる障害種別 (受給者証の障害種別番号) と障害支援区分

	未認定	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計
2 (知的)	6人	0人	4人	0人	0人	0人	0人	10人 7.0%
3 (精神)	57人	5人	27人	25人	17人	1人	0人	132人 92.3%
その他	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人 0.7%
合計	64人 44.8%	5人 3.5%	31人 21.7%	25人 17.5%	17人 11.9%	1人 0.7%	0人 0.0%	143人 100.0%

表 2-1-34 年齢区分

	18歳未満	18~40歳	40~64歳	65歳以上	合計
利用者の年齢	0人 0.0%	45人 28.1%	110人 68.8%	5人 3.1%	160人 100.0%

表 2-1-33 および表 2-1-34 は、平成 26 年 7 月における訪問による生活訓練の利用者の、属性を示したものである。主として精神障害のある者 (92.3%)、また障害支援区分が未認定の者 (44.8) がかなりの割合を占めている。また年齢区分では 40~64 才の中高年の層が多い (68.8%)。

図 2-1-33 2年を超えて在籍している人数

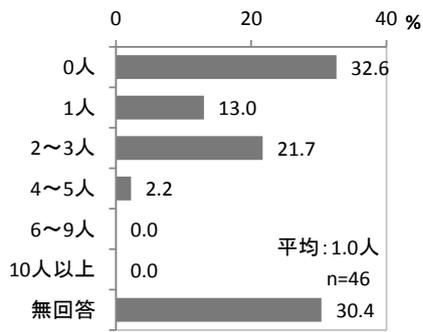


表 2-1-35 2年を超えて在籍している人数

	訪問実施事業所	
	回答数	構成比%
0人	15	32.6
1人	6	13.0
2～3人	10	21.7
4～5人	1	2.2
6～9人	0	0.0
10人以上	0	0.0
無回答	14	30.4
回答事業所数	46	100.0
2年を超えて在籍している人数合計	33人	
1事業所あたり平均	1.0人	

図 2-1-33 および表 2-1-35 は、平成 26 年 7 月の、訪問による生活訓練利用者の内、2年を超えて在籍している者の人数を示したものである。回答事業所数は 46 あり、2年を超えて在籍している人数の合計は 33 人であった。なお、先の設問から、1 回以上訪問した人数は 163 人であるので、20.2% (33 人/163 人) が 2 年以上の在籍者ということが推測できる。

iv 結果として訪問のみの利用者の訪問による訓練導入当初の理由

図 2-1-34 訪問による訓練導入当初の理由

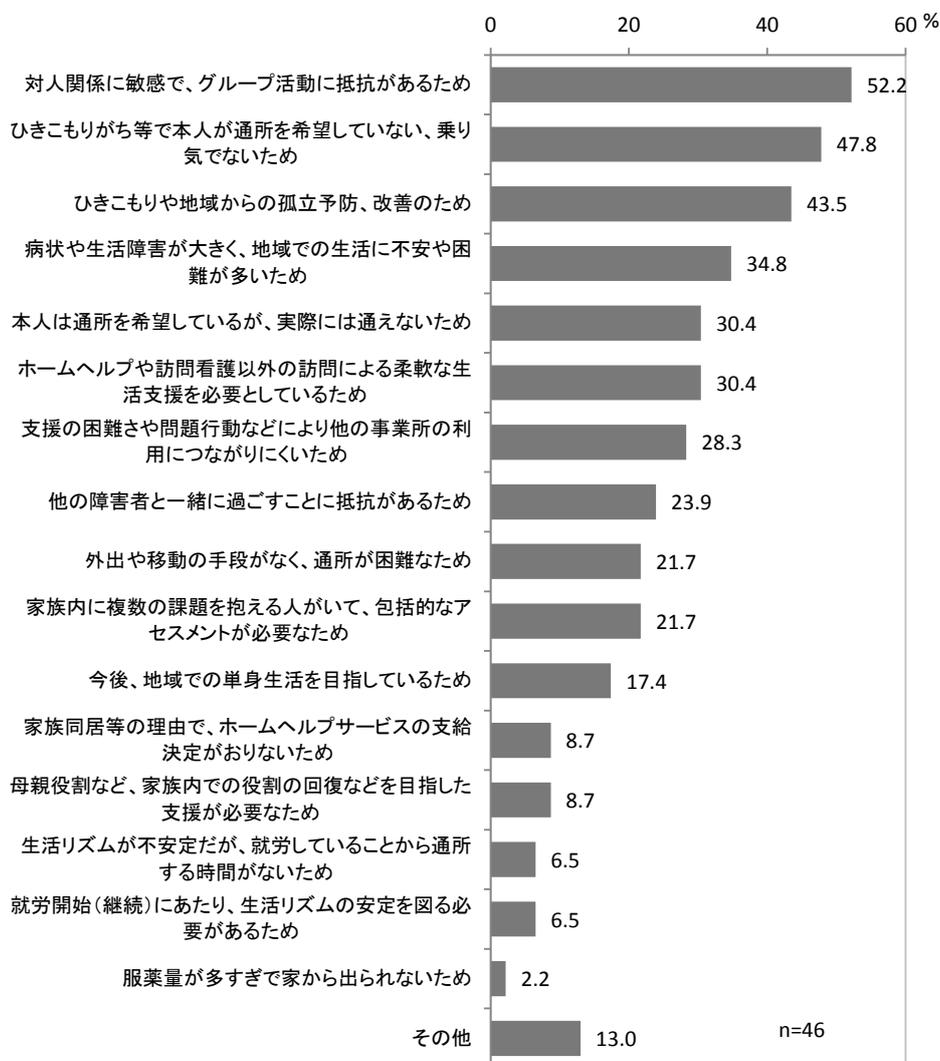


図 2-1-34 は、結果として訪問のみの利用となった利用者の、サービス導入の理由を示したものである。最も多いのは「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗があるため」(52.2%)、「ひきこもりがち等で本人が通所を希望していない、乗り気でないため」(47.8%)、「ひきこもりや地域からの孤立予防・改善のため」(43.5%)、「病状や生活障害が大きく、地域での生活に不安や困難が多いため」(34.8%)、「本人は通所を希望しているが、実際には通えないため」(30.4%) など、ひきこもりを中心とした問題を抱えているためであった。

また「ホームヘルプや訪問看護以外の訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」(30.4%)、「家族同居等の理由で、ホームヘルプサービスの支給決定がおりないため」(8.7%) など、他のサービスでは対応できない問題への対応として、訪問による生活訓練が利用されている場合もあることがわかった。

図 2-1-35 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

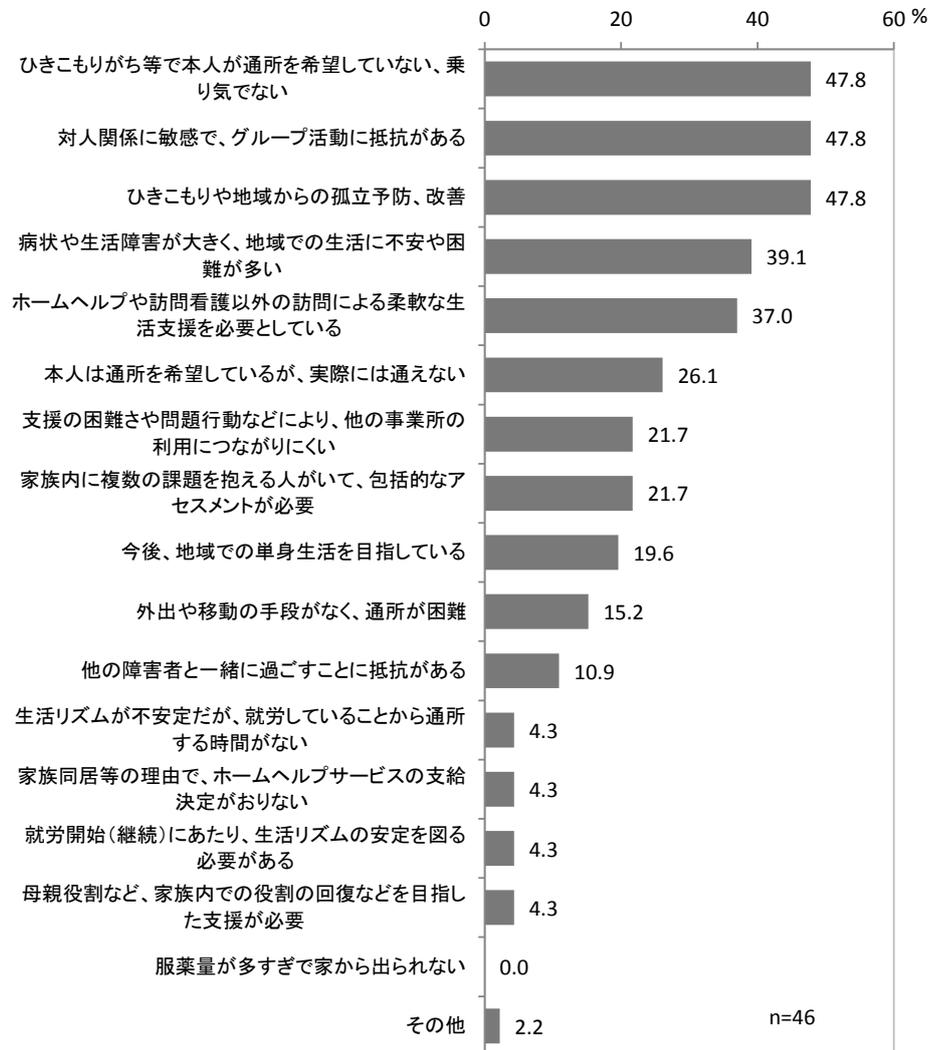


図 2-1-35 は、訪問による生活訓練実施事業者が考える、訪問による生活訓練利用の効果が大きいと思われる利用者像に関する回答をとりまとめたものである。

最も多いのは「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗がある」(47.8%)、「ひきこもりや地域からの孤立予防・改善」(47.8%)「本人は通所を希望しているが実際には通えない」(26.1%)など、ひきこもりを中心とした利用者像が挙げられた。

また「病状や生活障害が大きく、地域での生活に不安や困難が多いため」(38.1%)、「ホームヘルプや訪問看護以外の訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」(37.0%)「支援の困難さや問題行動などにより他の事業者の利用につながりにくい」(21.7%)、「家庭内に複数の課題を抱える者がいて、包括的なアセスメントが必要」(21.7%)など、生活障害や問題行動があり密で柔軟な関与による支援を必要とする利用者像も挙げられた。

### ③過去2年間の訪問による生活訓練を通じた経験

ここでは主として過去2年間の訪問による生活訓練を通じて支援者が感じた、制度の運用などに関する所感・経験に関する結果を示す。

#### i より効果が高まると思われたケース

図 2-1-36 「半年で50日以内」の上限を超える支援提供でより効果が高まると思われたケース

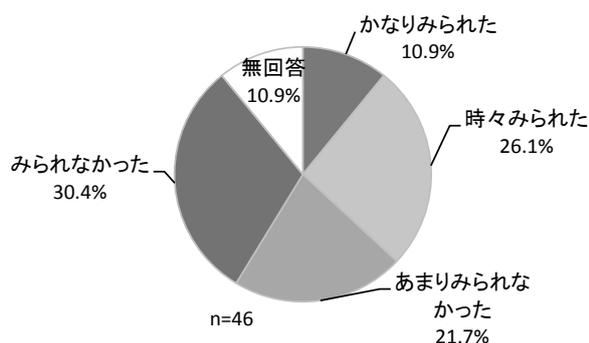


図 2-1-37 「1ヶ月で14日以内」の上限を超える支援提供でより効果が高まると思われたケース

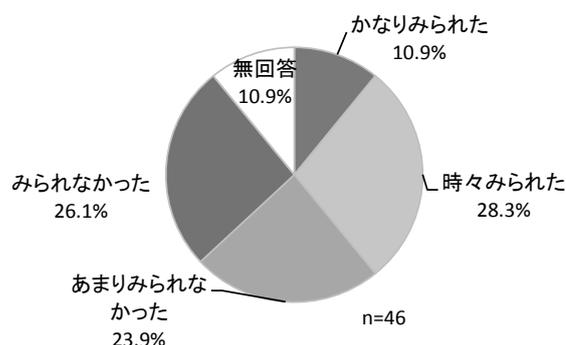


図 2-1-38 2年を超えて利用することでより効果が得られると思われたケース

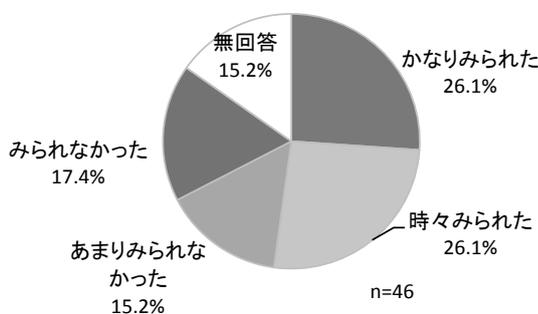


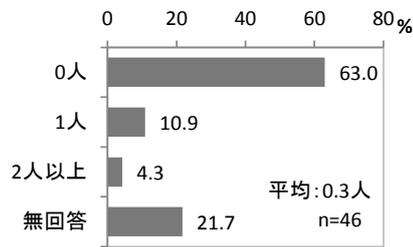
図 2-1-36～38 は、現行の制度を超えた運用で、より支援の効果が高まったかどうかを尋ねた結果を示したものである。まず、訪問による生活訓練では「半年で50日以内」という利用上限があるが、図 2-1-36 ではそれを超えた支援提供でより効果が高まると思われるケースの有無について尋ねている。結果、「かなりみられた」(10.9%) + 「時々みられた」(26.1%)であり、「みられた」の合計は37.0%であった。

次に、訪問による生活訓練では「1ヶ月で14日以内」という利用上限があるが、図 2-1-37 ではそれを超えた支援提供でより効果が高まると思われたケースの有無について尋ねている。結果、「かなりみられた」(10.9%) + 「時々みられた」(28.3%)であり、その合計は39.2%であった。

最後に、訪問による生活訓練では「2年間」という利用上限(延長可能)があるが、図 2-1-38 ではそれを超えた支援提供でより効果が高まると思われたケースについて尋ねている。結果、「かなりみられた」(26.1%) + 「時々みられた」(26.1%)であり、「みられた」の合計は52.4%であり、先の2つの項目よりも高かった。

## ii 通所が前提となっているために利用できなかったケース

図 2-1-39 通所が前提となっているために利用できなかったケース



現在の訪問による生活訓練は、通所利用を前提とした制度設計になっている。図 2-1-39 では通所が前提となっているために訪問による生活訓練が利用できなかったかどうかを尋ねている。結果、63.0%の事業所で「0人」であり、そうした利用者は必ずしも多くないこともわかった。

## iii 生活訓練の利用延長・更新に関する所管自治体の対応

図 2-1-40 生活訓練の利用に関する所管自治体の対応

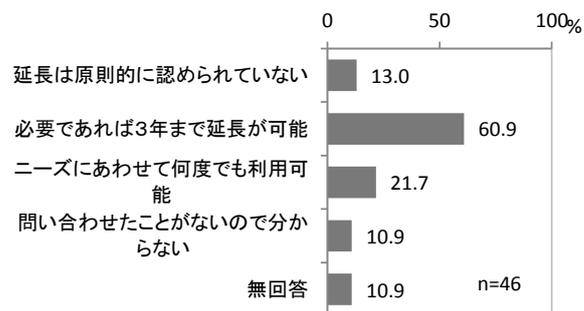


図 2-1-40 では生活訓練の利用延長・更新に関する事業所の存する所管自治体の対応に関する結果を示している。訪問による生活訓練では「2年間」という利用上限（延長可能）があるが、最も多い対応は「必要であれば3年まで延長が可能」（60.9%）、「ニーズにあわせて何度でも利用可能」（21.7%）であるが、「延長は原則的に認められていない」（13.0%）とする自治体も一部存在し延長に関して自治体に十分な知識が伝わっておらず、地域による差が生まれていることが明らかになった。

#### iv 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

表 2-1-36 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

- 訪問での訓練を必要とされている方は、支援の困難な方が多く、家族や生活環境も支援を必要としているケースが多い。その為、柔軟な対応が求められるのが特徴だと考える。
- 病状の波に合わせた支援が可能（短時間、内容の変更等） ・アセスメントし、必要なサービスにつなげることができる。 ・期限のあることで、必要な期間、内容での支援ができる（ダラダラ支援しない）
- ヘルパーは、家事支援・日常生活支援が中心ですが、生活訓練は、様々な細かい領域にわたって、多様なニーズに対応することができると考えます。また、ひきこもりの利用者が訪問による支援を受ける中で支援者との関係を築き、外出する時は同行支援を受ける等、通所できるようになり、利用者本来の力を引き出すことにつながったと思います。（エンパワメント）
- 服薬指導や食事指導などの生活訓練は通所を希望しない方や通所不可能の方には有効である。
- 居宅では利用者の家（行動範囲）でしかサービスを提供しにくい。他の利用者とのふれあいによる、本人の考えの変化がみられない。
- 直接的な支援ではなく、指導、助言による本人の行動の変容。
- 訪問による生活訓練は居宅介護に比べて、家以外の場所から一歩踏み出す支援の要素が明らかに強いと思う。ゆえに、引き込みのケースからの支援策としてはとても有効であると思う。
- 実際訪問による生活訓練の対象者がいないため、行っていないのが現状ですが、必要性が高い人への訪問による生活訓練は優先されることと考えられます。有期限には課題があると思います。
- 車の同乗が可の為、体調不良時の同行受診がしやすい
- 本人の地域生活における生活能力の向上だけでなく、社会資源の利用支援やコミュニケーション向上を目的とした訓練など幅広い支援が行える。ホームヘルプと比べ、本人のニーズに合わせて独自のサービス内容を行うことができる。
- ヘルパーは、調理や掃除など目的があって訪問支援に入っているが、生活訓練は本人の状況にあわせて支援内容を変更することが出来る。
- 時間は本人に合わせて設定できるので必要時に支援に入りやすい。〇〇をする事は範囲外などということはないので、柔軟にサービスを提供できる。また、サービスを困っている内容だけではなく、その方の置かれている状態、状況、環境を総合的にアセスメントする位置づけと考えている。
- 業務内容に制限がない。利用当初は何でもしています。本人の希望日、時間にピンポイントで合わせられる。1対1の関係、在宅での支援なので効果は大きいと思っている。
- 本人の状態やニーズに合わせた柔軟な対応ができる。
- 生活支援全般を担う部分が多い。決まった時間に決まった支援ではなく、その都度に抱えている悩みを解消したり、認知について整理したりと、ホームヘルパーとは大きく異なる役割がある。ルーティン化されない調理支援なども柔軟に行ったり、住環境の相談と対応なども含まれる。
- 基本的に代行がメインではなく本人ができるようになるための援助であること。／臨機応変な対応が可能であること。／家族と同居していても本人の問題だけでなく、家族への働きかけがよりやりやすい。等
- どこまでやってあげるのが望ましいのか、どこまでが限界なのかわからない。
- 他の社会資源につなげやすくする。／生活の場が、本人宅なので、質の良いリビングスキルの up が望める
- 利用者にとって「訓練」であるという意識づけ、すなわち、本人の自主性、中心であること／ある程度の訓練パス（プログラム）すなわち、目的の明確さ／スタッフに求められる専門性

- 居宅介護ではできない、より密着したサービスが提供できる。→調理、電球の取り換え、布団干し、季節の衣服の整理等、本人と一緒にすることでノウハウを習得できる。
- 本人と共に訓練（練習）をする、という点が大きな強み。実際の生活場面に必要な練習は、他の事業では行いにくい支援だと考えます。（交通機関利用の練習、自転車の練習、電話注文の練習など）
- 本人の希望を聞いて、動くことができる。（外出等）／家事（特に調理、掃除）に限らない。／楽しみ探しができる。
- 通所と訪問で併せて行えるため、ご本人が今後自力で行っていくためのことを前提としたサービス、訓練期間、幅広い支援内容にわたるピアの力が使える（通所時）
- フットワーク軽く外出できたり、家族と同居していても共有部分でのいろいろなサービスが可能。
- 体調の不安定さのある利用者の、その時のニーズに即した柔軟性のある支援が提供できる。行政手続きや受診同行、買い物同行など、社会的交渉の必要な場面で、障がい者の自主性、個性を生かした支援、障がい特性を理解した専門性のある支援で、安心して利用でき、モデルとして今後の事実上の、自立に役立つコミュニケーションスキルを獲得できる。
- 居宅介護のような支援内容の制限が無い為、退院直後等で包括的な支援を必要としている方にも柔軟に対応可能。かつ、2年間という分かりやすいゴールがある為、利用者・支援者共に頑張りやすいと思う。調理・掃除など目的が決まっているサービスとは違い、アセスメントすること自体が目的の場合も多い点が大きな違いだと思う。
- 障害者に時間の融通がつきやすく利用しやすい（区分程度で時間数が決められていない。）／支援内容が固定されていないので個々にスキルアップしたいことに取り組むことができる（身体介護の時間数、家事支援の内容、移動支援の日時調整等、枠組みに合わせてサービスを提供する計画を立てなくて良い。）／2年間という期限があることで、その先の目標が立てやすい。また、支援員に過大な期待や依存が生じない（マンネリ化したり、家族員の代理とならない。）
- 場所・設備の微細な差異でできなくなる行為がでてくる精神障がい者に関して有効性があると感じる。また、実生活の場で行うことで効果が高いと考えられる。距離・交通の利便性の問題で通所が困難な方に対する支援において有効であると考えられる。
- 居宅介護では支援のできない、買い物や区役所の手続する自宅以外の支援が行える。／期間を定める事により、目標への達成プロセスを具体的に考え支援が行える。
- 当施設では、訪問による生活訓練の位置づけを通所できなくなった利用者への支援として考えています。過去に通所できなくなった利用者にも週 1~2 回頻度で訪問し、話し相手をしたり、軽作業（内職）をし、再び施設へ通所できる様になった方もいます。今回のアンケートで訪問による生活訓練によって色々な分野に活用できると考えさせられました。しかし当施設の職員配置の現状を考えると難しいと思います。
- 自立訓練で行う訪問については、まず利用者と関係性を作り、家に入ることでその後のサービスについて（ホームヘルプ等）ことが役目ではないかと思う（有期限である為）
- 訪問訓練は、支援内容に制限のあるホームヘルプサービスと比べ、多様なニーズに対応できる支援が可能だと思います。また、目標の明確化、モニタリングの実施により、利用者さんの意識も高まり生活スキルの向上につながるサービスだと考えます。
- ホームヘルパーと違い、本人が理解できるまでゆっくり話ができる。本人のペースに合わせた支援ができる。
- 生活の中で大事な衣食住の他、働・遊を応援できる。
- 通所との併用ができることや、枠にとらわれない支援ができるという意味では既存の居宅介護と比べると本人のその場その場のニーズに合った支援ができると考えている。
- 基本的にどちらのサービスも自立に向けての支援であるが、訪問支援は支援内容の幅が広いと思う。
- ホームヘルプには色々としぼりがあると思うが、訪問の生活訓練は幅広いとらえ方で、ある種なんでもできるサービスだと考える。

- 通所により必要な理論を学び、実践した上で自分の生活場面で練習することができるので、般化しやすく、効果が見えやすい。また、ホームヘルプに比べ、生活訓練という位置付けや期限があるということから、本人のモチベーションを維持しやすく、「してもらう」というより「自分がする」という意識を持ってもらいやすい。
- ヘルパーさんは家事等を手伝って下さるが、ご本人の困っている部分に注目し、それが無くなるような支援の仕方はしない。家事援助のヘルパーさんはあくまでも家事をお手伝いすることで、その方の生活を支えるのが役割。訪問による生活訓練では、ご本人と一緒にやってみる。できなかつたらできるように考える。それでもできなければヘルパーさんに頼む…というように一緒に生活の組み立てを考えていけるところが大きな役割と考えている。
- 全てにおいて自立訓練の内容は、主体者がご本人であり、支援者はあくまでも、ご本人のリハビリテーションをサポートする役割に徹する。助言や情報提供、各種相談、時にコーチング、アセスメント、ケースマネジメントを主軸におき、ご本人のエンパワメントや、エンカレッジメントに働きかけるものと考えている。
- ホームヘルプサービスは、その主体は援助者に比重が置かれ、本人の代わりにニーズを充足していく役割を担うもの。助言や情報提供、各種相談も重なるものの、比較的みると、自立訓練では、「ご本人が考え、悩み、味わい、楽しみ、勇気づけられ、体験し、イメージづくりをし、自分を知り様々な実践を行うことで、社会生活力が高まり、暮らしの安心や安全がより良いものになっていく」ことを協力的にかかわっていくものではないだろうか。

表 2-1-36 ではホームヘルプと比較した訪問による生活訓練の特性について、自由回答で尋ねた結果をとりまとめている。主として見られるのは「ひきこもりに対しての有効な支援」、「本人の自主性を高めて社会生活力を引き出していく支援」、「本人の状況・多様なニーズに対処する柔軟な支援」、「本人と共に生活課題に対して練習し、取り組む支援」などが挙げられている。

v 訪問による生活訓練を行う上での困難

図 2-1-41 訪問による生活訓練を行う上での困難

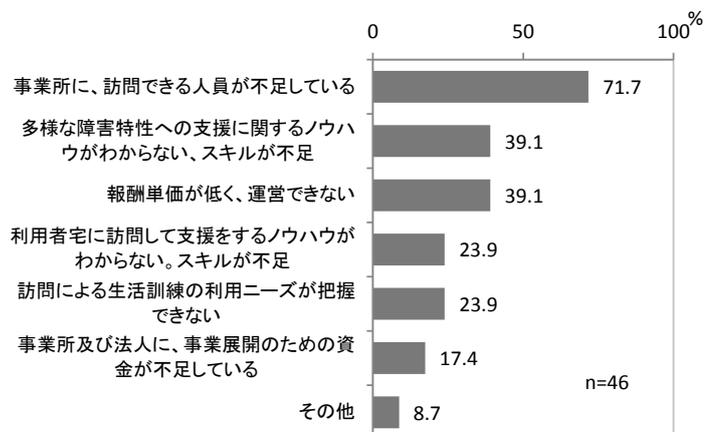


表 2-1-37 訪問による生活訓練を行う上での困難

	訪問実施事業所	
	回答数	構成比%
事業所に、訪問できる人員が不足している	33	71.7
多様な障害特性への支援に関するノウハウがわからない、スキルが不足	18	39.1
報酬単価が低く、運営できない	18	39.1
利用者宅に訪問して支援をするノウハウがわからない。スキルが不足	11	23.9
訪問による生活訓練の利用ニーズが把握できない	11	23.9
事業所及び法人に、事業展開のための資金が不足している	8	17.4
その他	4	8.7
無回答	5	10.9
回答事業所数	46	100.0

図 2-1-41 および表 2-1-37 では、訪問による生活訓練を行う上での困難をとりまとめた結果を示している。多く見られる回答として、「事業所に訪問できる人員が不足している」(71.7%)であり、ついで「多様な障害特性への支援に関するノウハウがわからない、スキルが不足」(39.1%)、「報酬単価が低く、運営できない」(39.1%)、「利用者宅に訪問して支援をするノウハウがわからない、スキルが不足」(23.9%)、「訪問による生活訓練の利用ニーズが把握できない」(23.9%)などであった。

vi 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

図 2-1-42 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

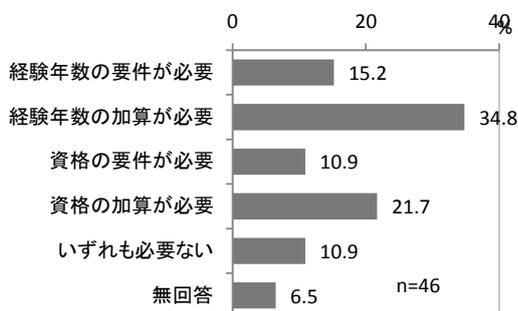


図 2-1-43 保持していることが望ましい資格

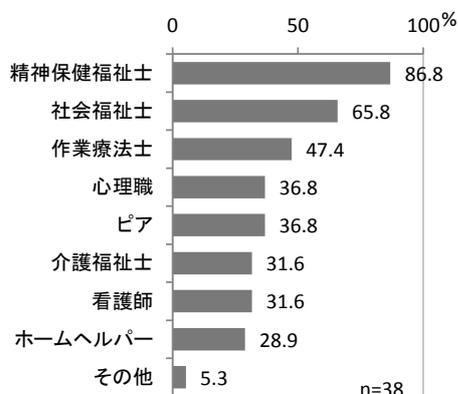


図 2-1-44 障害保健福祉分野の必要経験年数

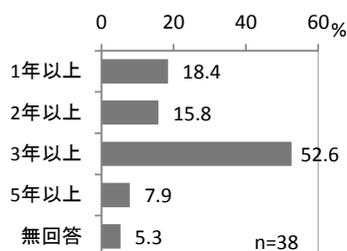


図 2-1-45 訪問サービスの必要経験年数

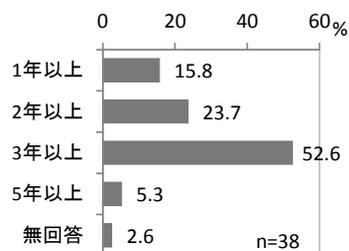


図 2-1-42～5 では、訪問による生活訓練の実施にあたる生活支援員の要件・加算などに関して尋ねた結果を示している。

図 2-1-42 は、直接訪問支援にあたる職員に必要な要件・加算を尋ねた結果を示しているが、最も多いのは「経験年数の加算」(34.8%)で、ついで「資格の加算」(21.7%)であった。要件を必要とする回答はそれに比して少なかったが、「いずれも必要ない」とする回答は 10.9%に留まっていた。

図 2-1-43 は保持していることが望ましい資格を示しているが、最も多いのは「精神保健福祉士」で 86.8%であった。ついで社会福祉士(65.8%)、作業療法士(47.4%)、心理職(36.8%)、ピア(36.8%)などである。

図 2-1-44 では障害保健福祉分野の必要な経験年数を尋ねた結果を示しているが、必要経験年数として最も多い回答は「3年以上」で 52.6%であった。

図 2-1-45 では訪問サービスにおける必要経験年数を尋ねた結果を示しているが、必要経験年数として最も多い回答は「3年以上」で 52.6%であった。

〔訪問による生活訓練を担う直接処遇職員向けの研修〕

図 2-1-46 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

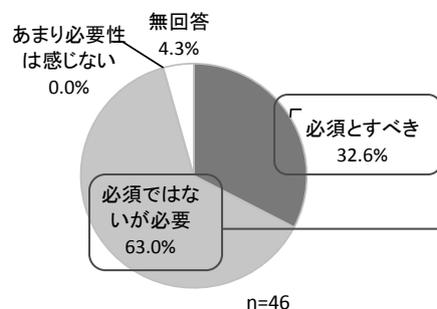


図 2-1-47 研修の実施主体

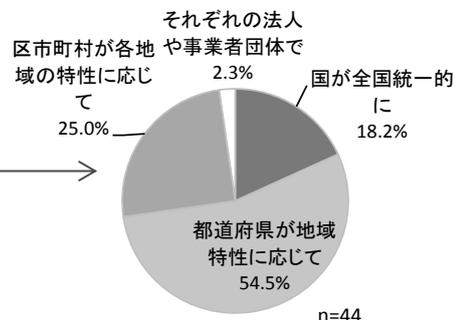


図 2-1-48 研修の実施方法

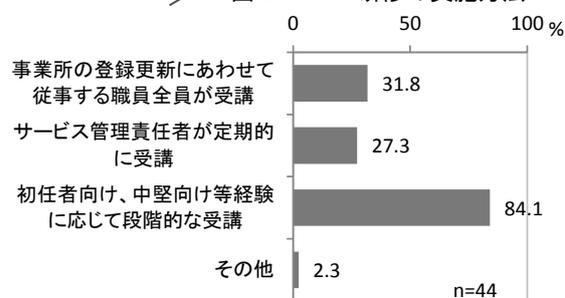


図 2-1-46～8 では、訪問による生活訓練の支援員向けの研修などに関して尋ねた結果を示している。

図 2-1-46 では、研修の必要性について尋ねた結果を示している。「必須とすべき」との回答は 32.6%、「必須ではないが必要」という回答は 63.0%となっている。

図 2-1-47・48 は上記で必須または必要と答えた者に、研修の実施主体・実施方法について尋ねた結果を示している。研修の実施主体は、「都道府県が地域特性に応じて」が 54.5%、「区市町村が各地域の特性に応じて」が 25.0%となっている。なお実施方法として望ましいのは、「初任者向け・中堅向け等に応じて段階的な受講」が 84.1%となっていた。

### (3) 訪問による生活訓練の内容に対する理解

図 2-1-49 および表 2-1-38 は訪問による生活訓練の内容理解について尋ねた結果を示している。訪問未実施の事業所については「具体的にはよく知らない」(38.0%)、「内容についてはほとんど知らない」(11.1%)と約半数の事業者が訪問による生活訓練の内容について十分な情報を持っていないことが明らかになった。

図 2-1-49 訪問による生活訓練の内容に対する理解

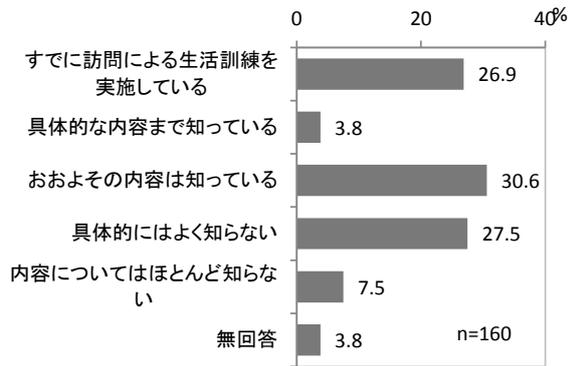


表 2-1-38 訪問による生活訓練の内容に対する理解 (訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
すでに訪問による生活訓練を実施している	43	26.9	39	84.8	3	2.8
具体的な内容まで知っている	6	3.8	0	0.0	6	5.6
おおよその内容は知っている	49	30.6	6	13.0	42	38.9
具体的にはよく知らない	44	27.5	1	2.2	41	38.0
内容についてはほとんど知らない	12	7.5	0	0.0	12	11.1
無回答	6	3.8	0	0.0	4	3.7
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

### (4) 訪問による生活訓練に関する現行制度に関して

#### ① 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 2-1-50 および表 2-1-39 は、現行の制度に関する見直しについて尋ねた結果である。訪問実施事業所の回答で多かった項目は「期間内の利用回数の上限」(41.3%)、「月単位の利用の上限」(37.0%)の見直しであった。

図 2-1-50 支援頻度に関する回数制限で見直しが必要と思うもの

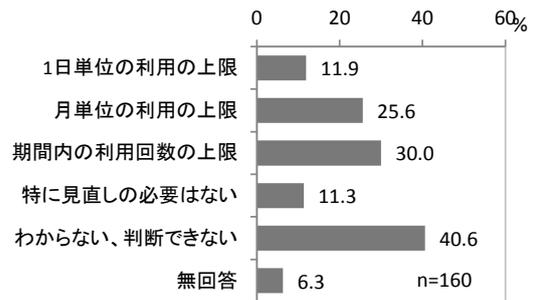


表 2-1-39 支援頻度に関する回数制限で見直しが必要と思うもの (訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
1日単位の利用の上限	19	11.9	6	13.0	12	11.1
月単位の利用の上限	41	25.6	17	37.0	22	20.4
期間内の利用回数の上限	48	30.0	19	41.3	28	25.9
特に見直しの必要はない	18	11.3	10	21.7	8	7.4
わからない、判断できない	65	40.6	7	15.2	55	50.9
無回答	10	6.3	3	6.5	6	5.6
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

## ② 2年間又は3年間の利用期間制限に対する意見

図 2-1-51 および表 2-1-40 は、利用期間制限に関する意見を取りまとめたものである。訪問実施事業者において、多い意見は「必要に応じて何度でも利用できるようにする」(56.5%)、「期間設定は現行のままで、3年間への延長手続きをスムーズにする」(26.1%)であった。

図 2-1-51 2年間又は3年間の利用期間制限に対する意見

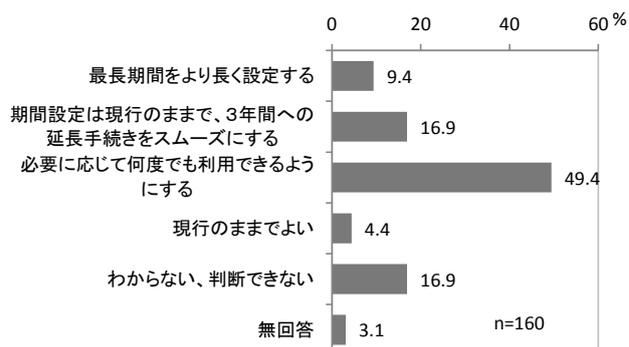


表 2-1-40 2年間又は3年間の利用期間制限に対する意見 (訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
最長期間をより長く設定する	15	9.4	5	10.9	9	8.3
期間設定は現行のままで、3年間への延長手続きをスムーズにする	27	16.9	12	26.1	15	13.9
必要に応じて何度でも利用できるようにする	79	49.4	26	56.5	50	46.3
現行のままでよい	7	4.4	3	6.5	3	2.8
わからない、判断できない	27	16.9	0	0.0	27	25.0
無回答	5	3.1	0	0.0	4	3.7
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

## ③ 通所を前提とする訪問利用に対する意見

図 2-1-52 および表 2-1-41 は、通所を前提とした現在の訪問生活訓練による利用に対する意見を取りまとめたものである。訪問実施事業者において多い意見は、「訪問のみの利用も認めた方がよい(通所の加算ではなく訪問は独立)」であり、71.7%の事業者がそのように回答していた。

図 2-1-52 通所を前提とする訪問利用に対する意見

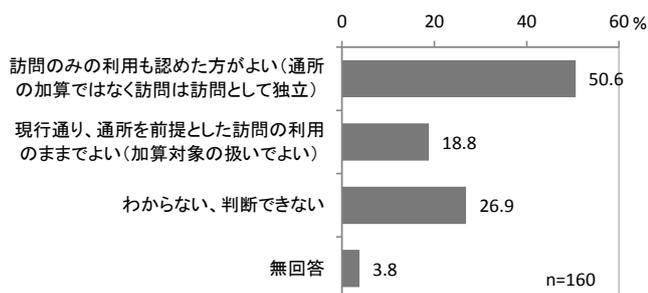


表 2-1-41 通所を前提とする訪問利用に対する意見 (訪問実施の有無別)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
訪問のみの利用も認めた方がよい(通所の加算ではなく訪問は訪問として独立)	81	50.6	33	71.7	44	40.7
現行通り、通所を前提とした訪問の利用のままでよい(加算対象の扱いでよい)	30	18.8	10	21.7	20	18.5
わからない、判断できない	43	26.9	3	6.5	39	36.1
無回答	6	3.8	0	0.0	5	4.6
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

### ③現行の制度に関する自由回答・意見

表 2-1-41 訪問による生活訓練に関する現行制度への意見や提案等

#### 【通所を前提とした利用について】

- 必ず通所につなげるというのはムリがあると考え。利用者によっては、他サービスを利用することを拒否し、あくまで自分の力で物事を行うことを目標としている人がいるため、訪問のみの利用も認めていただきたい。
- 訪問回数や利用期限の見直し。足りないし、短い。在宅支援が少ないので、もっと自立訓練の訪問を活用したいし、すべての障害者が施設を利用するという前提はおかしいと思うので、通所利用がなくてもいいと思う。
- アウトリーチ支援の1つとして、訪問型生活訓練が独立すれば、引きこもりがちの人や、長期入院者が地域移行した際にも柔軟に対応できるように思う。当事者を幅広くフォーマル、インフォーマルな資源に結びつける橋渡しの役割も担えるのではないのでしょうか。
- 以前、訪問による生活訓練を行っていたが、ニーズが少なかったこと、職員の配置上の課題が多く取り下げています。採算上も合わないため、訪問は独立して考えた方が良く考えます。
- (1)について：訪問のみのニーズの場合、利用制限があるのはそぐわない。  
(2)について：利用期限終了後、本人の希望する、または適する日中活動の場がない場合、日中活動がなくなってしまうことが実際にある。  
(3)について：通所が困難な対象者のニーズは高いと思われる。

#### 【利用期間の上限設定・更新について】

- 利用期間についてだが、最長3年は短すぎると考える。なぜ期限が必要なのか。病院のDC等より、もっと具体的な支援を行っているが、3年間では目標達成ができないケースが多い。
- 個別要件による、個人差が大きい。上記のような制限が支援の足かせにもなることがあるので、原則制限ははずすべき。ただ生訓（通所）の2～3年の制限については、制度全体でどう考えるかは別課題。訪問系の福祉サービスがない（ヘルパーはあるが主旨が異なる）。そのため(3)のように制度として単独であってもいいのではないか。
- 期間について、設定する必要はあると思います。ただ、今までに…、例えば、終了3ヶ月前にモニタリングした際に、新たなニーズまでプラン変更しました。その3ヶ月で目標を達成することはなかなか難しい状況がありました。その時は、終了後、新たな福祉サービスにつなげましたが、もしも、延長手続きをスムーズにしていれば（本人との関係性も考え）もう一年あれば、と思います。
- (2)2年間では、十分に成果の出ない方もいるため、延長で3年目ということではなく、3年が標準でもいいのかもしれない。また必要に応じて何度も受給できる方が良い。
- 現在、訪問による生活訓練を行っていないので判断できませんが、通所型生活訓練は24ヶ月の期間は短いと思いますので、訪問型でも24ヶ月や36ヶ月では短いのではないかと思います。が、実際行っていないので何とも…。
- 利用期間が3年で終了となり、その後の移行先が困難な場合が多くあるので3年で終了するのは課題があると思う。
- 26年5月まで生活訓練を利用していましたが、人数が少なく、年数も2年と延長1年なので、利用される方が生活介護や日中一時に移られました。又、職員の人数も少なく、生活介護だけにしました。
- 精神障害者の方は特性もあるため2年や3年での訓練では十分な支援は受けられない。力をつける為に期間延長が必要だと考える。
- 特に精神障害の場合、通所や他利用者と慣れる事に時間が必要であり、1年目が終了してようやく定期的に通えるようになれる利用者が多く、実質的に訓練ができるのは残りの1年未満となる場合がほとんどになっている。
- サービスを必要とする利用者の状況は様々であるため、一律に利用上限があると十分な支援ができないと考える。最長3年を経過しても自立訓練を必要とする人は多いと思われる。（他のサービスの利用（移行等）ができない）

#### 【利用回数の上限定について】

- 訪問による支援を開始頃（月）は関係作り・アセスメントに時間をかけたいので(1)の回数制限で困ることがある。
- 当事業所は宿泊型自立訓練+自立訓練(生活訓練)で実施。宿泊型を終え居所設定し、正式利用開始から1年以内であれば自立訓練のみ延長し訪問を実施しているが、回数や本人との待ち合せ等制限が多いように思います。（目的は最終的な居所設定が中心です。）
- 支援頻度に関する回数制限に合わせた支援をすべき（できないので当事業所はしていません）／ベース（通所）があつてこそ生活の立て直しができる精神的な切替もできると思います。
- 生活訓練の訪問の利点は、特に時間や日程を明確に定めなくていい点であると考えている。当然、地域での自立した生活を促していくために過度な訪問が望ましいわけではないが、枠組みを持つことは訪問に制限がかかる事であり望ましいとは考えられない。
- 月14日は地域移行の初月では足りないことが多い。期限終了後、何人かは継続して訪問する必要がある人がいる。（HHでは対応できない様なニーズのため）

#### 【報酬単価について】

- 訪問による生活訓練が定着できないのは、職員1人が1人の利用者に時間を割かねばならないから。よって、報酬単価の増加を求めたい。
- 訪問支援の報酬単価の改善。通所と同等位の価値はある
- 人員、体制的な保障があるのであれば訪問のみの利用も考えられるが、それは通所訓練の範囲で行うことか疑問を感じる。訪問による加算の低さも気になる。
- 福祉専門職員配置等加算について、機能訓練の意味合いの強い作業療法士が対象外というのは理解に苦しむ。

#### 【通所と訪問の別途算定について】

- 通所につなげる為に利用者宅へ訪問し、準備→同行→事業所利用となる場合でも通所のみ（訪問のみ）算定であり、その辺りを検討して頂きたい。
- 通所と訪問が同日に使えると良い。

#### 【グループホームへの支援について】

- グループホームへの訪問が認められないのが残念。訪問して、話をしたあと、本人が行く気になって通所することがあった。その時は、訪問と通所、両方を請求できるようにしてほしい。
- 訪問利用について、ご本人宅以外にもグループホームへの訪問も請求できるようお願いしたい。（サービスの重複の問題もあるので困難かもしれないが）仮に難しければ、サテライト型の方へは可能とするなど柔軟な運用をお願いしたい。

#### 【その他】

- 訪問での生活訓練があつても良いと思うが、介護支援になってしまうのではないかと、懸念がある。
- <加算>土、日、祝日の訪問に加算を付ける。また夜間時の対応の加算も付ける。地域移行支援の場合、入院中から関係作りをすることもあるが現行では契約できず、地域移行支援の枠内となる。退院前に契約できる仕組みがほしい。  
　　<支給決定>①就労した人への支給決定が出にくい現状があり、市町村への通知が必要②症状悪化で入院した場合、支給をリセットしてくれない現状があり、市町村への通知が必要。終了間近で状態が悪化した場合で延長せざるを得なくなったとき、審査会に間に合わず。ブランクの期間が出てもさかのぼって支給してほしい。
- 相談支援との関係で、訪問看護や、日常生活自立支援事業等の障害福祉サービス以外の事業とのコーディネートが鍵になると思われます。具体的には「訪看」と「社協」だけでは計画相談を使えないので生活訓練（訪問）をつけるといった形。

- 通所だけを希望している方が通所できなくなった時にはすぐに訪問に切り換えることができるようなシステムにしないと、引きこもりになりやすい。／訪問だけから始まった方に通所をおすすめしても約束日当日のキャンセルが続き、そのうちに訪問も負担に感じてしまうこともある。訪問は延長で3年が望ましい。
- 実際に生活している場で慣れた道具を使って訓練する事は、効果があると考えられるが、訪問して訓練する際に家庭状況や家の状態等の影響を大きく受ける事になると考えられる。
- 入所、就労移行、就労B、生活介護の中で対応できているので、生活訓練の利用者が少ない。
- 発達障害の方などは、一通り訓練が終わりある一定の成果を得たとしても、また数年後新しい環境になった時、あらためて訓練を必要とする場合が考えられる。訓練→実践→新しい課題→訓練とつなげていけるとより効果的と考える。
- 就労移行と同様に暫定利用期間を設けてはどうか、その中でアセスメントを行い、その方のニーズや支援の必要な期間を設定し、まずは最低限のサービス提供機関で受給決定すべきでは(2年も必要のないケースもある)。その上で、ニーズと支援内容が効果が期待できるのであれば何度でも利用は可能とするが、回転ドアにならないよう、受給期間も短くし、審査会等で精査することが大切。”

表 2-1-41 は、訪問による生活訓練に関する現行制度への意見や提案等を自由回答でまとめたものである。「通所を前提とした利用について」、「利用期間の上限設定・更新について」、「利用回数の上限設定について」、「報酬単価について」、「通所と訪問の別途算定について」、「グループホームへの支援について」などが主としてあげられた。

なお本調査では「通所を前提とした利用」「利用期間の上限設定・更新」「利用上限設定」については詳しくとりあげたが、「報酬単価について」「通所と訪問の別途算定について」「グループホームへの支援について」などは、新たに自由回答で提起された問題であり、今後の検討が必要と考えられる。

## 1-2. 生活訓練 利用者個票集計結果

本節では、訪問による生活訓練を実施している事業者における利用者の個票からの集計結果について記述する。なお先にも述べたが、本調査の対象者は、

平成 24 年度以降に登録を開始した利用者で、

- 1) 通所と訪問（加算請求）を利用しているケース（各事業者より 2 事例）
- 2) 結果として訪問のみの利用となり、利用期間中において、訪問を月 1 回以上かつ 3 ヶ月以上継続利用している利用者（各事業者より全事例）

である。

### (1) 利用者属性

図 2-1-53 サービス利用状況

#### ① サービス利用状況

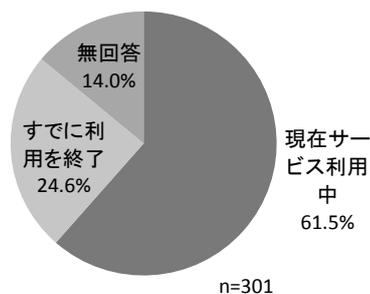


図 2-1-53 は、現在の利用者のサービス利用状況である。61.5%がサービス利用中、24.6%がすでに利用を終了となっている。

#### ② 性別、年齢

図 2-1-54 性別

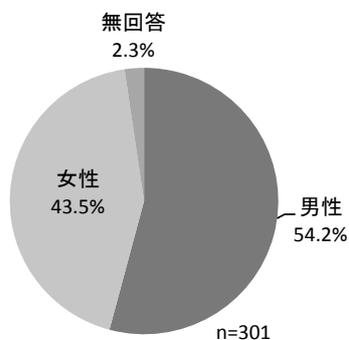


図 2-1-55 年齢

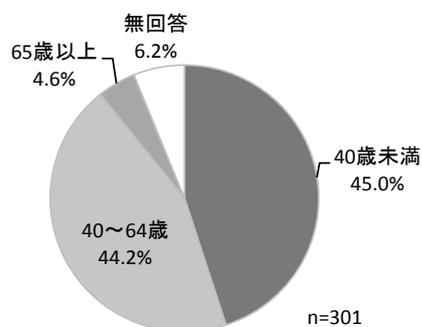


表 2-1-42 性別（基本クロス軸別）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス 利用中	すでに利 用を終了	精神保健 福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調 症圏 (F2)	知的障害 (精神遅 滞)(F7)	発達障害 (F8)	通所と訪 問を併用	結果とし て訪問の み利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
男性	54.2	57.8	40.5	54.7	53.8	43.3	52.4	58.7	69.0	55.4	44.2
女性	43.5	41.6	54.1	42.8	46.2	56.7	44.8	41.3	31.0	41.9	54.7
無回答	2.3	0.5	5.4	2.5	0.0	0.0	2.8	0.0	0.0	2.7	1.2

表 2-1-43 年齢（基本クロス軸別）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス 利用中	すでに利 用を終了	精神保健 福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調 症圏 (F2)	知的障害 (精神遅 滞)(F7)	発達障害 (F8)	通所と訪 問を併用	結果とし て訪問の み利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
40歳未満	38.8	37.9	40.7	33.9	53.9	43.2	27.3	58.7	75.8	41.2	25.6
40～64歳	51.8	52.5	51.3	57.8	38.4	43.4	62.3	32.6	20.6	49.9	66.4
65歳以上	4.0	3.8	6.8	4.0	0.0	10.0	6.3	2.2	0.0	4.0	3.5
無回答	5.3	5.9	1.4	4.5	7.7	3.3	4.2	6.5	3.4	4.7	4.7

図 2-1-54・5 および表 2-1-42・43 は、利用者の年齢・性別などの基礎属性を示したものである。  
 なお通所と訪問を併用している利用者が 301 名中 148 名で 49.2%、結果として訪問のみを利用  
 している利用者が 28.6%となっている。

## ②手帳保持の状況

図 2-1-56 手帳保持の状況

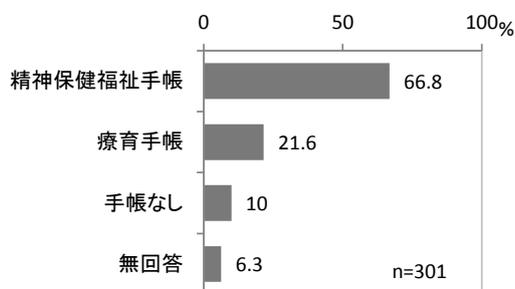


図 2-1-57 精神保健福祉手帳の等級

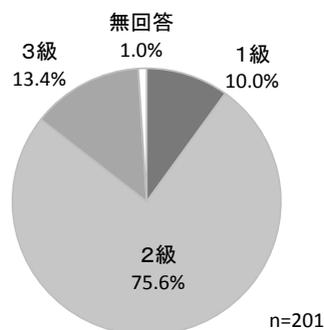


図 2-1-58 療育手帳の等級

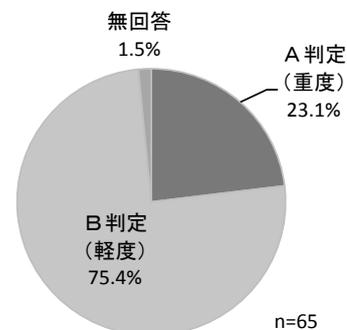


図 2-1-56～8 および表 2-1-44・45 は、利用者の手帳保持状況を示している。301 名中、精神保健福祉手帳の所持者が 201 名と 66.8%を占め、療育手帳の所持者が 21.6%となっている。

表 2-1-44 精神保健福祉手帳の等級 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	201	123	53	201	14	0	129	1	17	106	63
1 級	10.0	9.8	7.5	10.0	14.3	0.0	12.4	0.0	0.0	9.4	11.1
2 級	75.6	72.4	86.8	75.6	64.3	0.0	81.4	100.0	58.8	74.5	81.0
3 級	13.4	17.1	5.7	13.4	21.4	0.0	5.4	0.0	41.2	15.1	7.9
無回答	1.0	0.8	0.0	1.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.9	0.0

表 2-1-45 療育手帳の等級 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	65	44	10	14	65	0	7	41	5	33	8
A判定 (重度)	23.1	22.7	0.0	21.4	23.1	0.0	14.3	29.3	0.0	12.1	0.0
B判定 (軽度)	75.4	75.0	100.0	78.6	75.4	0.0	85.7	68.3	100.0	87.9	100.0
無回答	1.5	2.3	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	2.4	0.0	0.0	0.0

### ③障害支援区分

図 2-1-59 障害支援区分

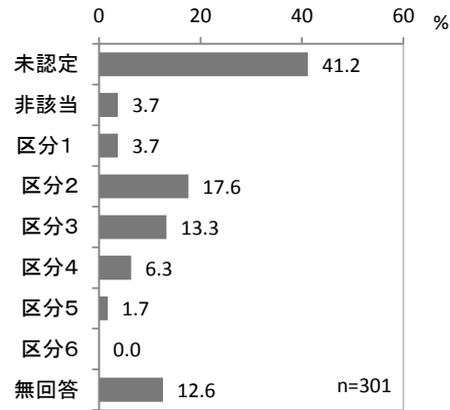


表 2-1-46 障害支援区分 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
未認定	41.2	36.8	52.7	43.8	26.2	60.0	41.3	19.6	44.8	50.0	41.9
非該当	3.7	3.2	4.1	4.5	3.1	0.0	5.6	4.3	0.0	3.4	3.5
区分1	3.7	2.7	2.7	2.5	7.7	3.3	2.8	4.3	0.0	2.0	2.3
区分2	17.6	18.9	16.2	19.9	16.9	3.3	18.2	19.6	13.8	16.2	20.9
区分3	13.3	16.8	10.8	13.9	23.1	6.7	16.8	15.2	10.3	12.2	15.1
区分4	6.3	5.9	5.4	5.0	9.2	10.0	5.6	15.2	3.4	2.7	10.5
区分5	1.7	2.7	0.0	1.0	3.1	0.0	0.7	4.3	0.0	1.4	0.0
区分6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	12.6	13.0	8.1	9.5	10.8	16.7	9.1	17.4	27.6	12.2	5.8

図 2-1-59 および表 2-1-46 は、利用者の障害支援区分を示している。全体では「未認定」が 41.2% と多く、精神保健福祉手帳保持者ではその割合は 43.8%にのぼり、療育手帳保持者の 26.2%と比して多くなっている。認定された場合は「区分 2」(17.6%)・「区分 3」(13.3%)を中心とした分布になっている。

#### ④主診断名

図 2-1-60 および表 2-1-47 は、利用者の主診断名を示している。全体では「統合失調症圏」が 47.5%と多く、次いで「知的障害」が 15.3%、「発達障害」9.6%となっている。

図 2-1-60 主診断名

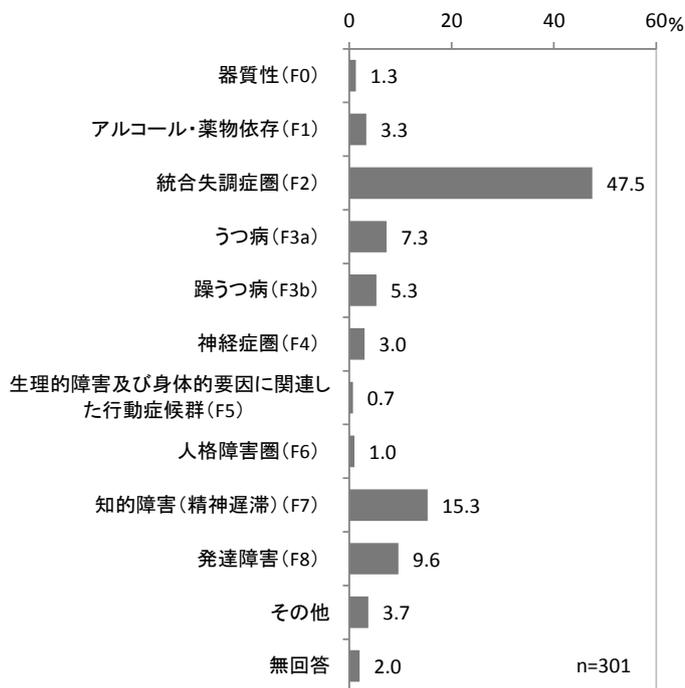


表 2-1-47 主診断名 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30				148	86
器質性 (F0)	1.3	0.5	1.4	1.5	1.5	0.0				2.0	1.2
アルコール・薬物依存 (F1)	3.3	1.1	8.1	2.5	0.0	13.3				3.4	4.7
統合失調症圏 (F2)	47.5	47.0	55.4	64.2	10.8	30.0				50.7	58.1
うつ病 (F3a)	7.3	5.9	9.5	8.0	3.1	13.3				6.1	8.1
躁うつ病 (F3b)	5.3	5.9	5.4	6.5	1.5	3.3				8.8	2.3
神経症圏 (F4)	3.0	3.2	2.7	2.5	1.5	6.7				2.7	3.5
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0.7	1.1	0.0	1.0	1.5	0.0				1.4	0.0
人格障害圏 (F6)	1.0	0.5	1.4	1.0	1.5	0.0				0.7	2.3
知的障害 (精神遅滞) (F7)	15.3	17.8	5.4	0.5	63.1	6.7				9.5	8.1
発達障害 (F8)	9.6	10.8	8.1	8.5	7.7	26.7				9.5	8.1
その他	3.7	4.3	2.7	3.0	7.7	0.0				4.7	3.5
無回答	2.0	1.6	0.0	1.0	0.0	0.0				0.7	0.0

## (2) 利用開始時の状況

### ①利用開始時の主な居所

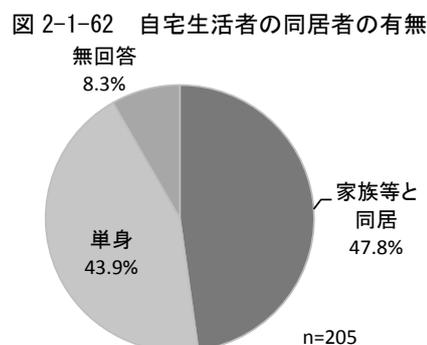
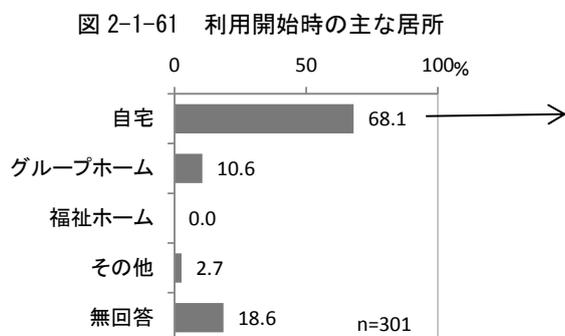


表 2-1-48 利用開始時の主な居所 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
自宅	68.1	70.8	59.5	65.2	72.3	83.3	67.1	73.9	75.9	54.7	93.0
グループホーム	10.6	10.8	12.2	13.4	6.2	0.0	14.0	8.7	3.4	14.2	1.2
福祉ホーム	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	2.7	3.2	2.7	3.0	4.6	0.0	2.8	2.2	0.0	2.0	2.3
無回答	18.6	15.1	25.7	18.4	16.9	16.7	16.1	15.2	20.7	29.1	3.5

表 2-1-49 自宅生活者の同居者の有無 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	205	131	44	131	47	25	96	34	22	81	80
家族等と同居	47.8	52.7	40.9	39.7	63.8	68.0	33.3	61.8	81.8	43.2	40.0
単身	43.9	40.5	54.5	53.4	19.1	28.0	61.5	17.6	18.2	46.9	55.0
無回答	8.3	6.9	4.5	6.9	17.0	4.0	5.2	20.6	0.0	9.9	5.0

図 2-1-61・2 および表 2-1-48・49 は、利用者の利用開始時の居所を示している。自宅が 68.1% (うち家族等の同居が 47.8%、単身 43.9%)、グループホーム 10.6%となっている。なお、自宅の場合、精神保健福祉手帳所持者が療育手帳所持者に比して単身の割合が高くなっている (53.4% > 19.1%)。

②利用時の主な日中活動

図 2-1-63 利用時の主な日中活動

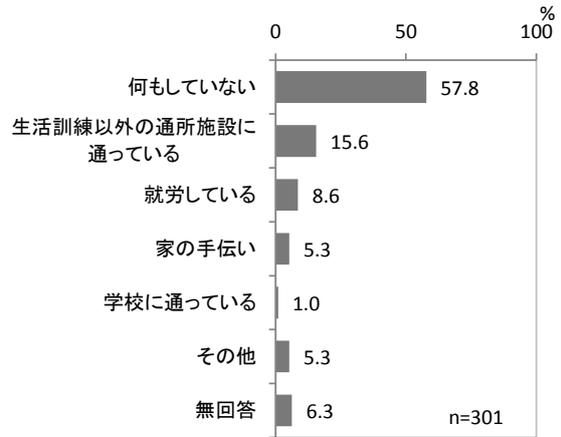


表 2-1-50 利用時の主な日中活動 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
何もしていない	57.8	60.0	48.6	59.7	52.3	63.3	58.7	58.7	55.2	58.1	58.1
生活訓練以外の通所施設に通っている	15.6	15.1	23.0	17.4	16.9	6.7	17.5	10.9	20.7	12.2	20.9
就労している	8.6	7.0	13.5	10.0	4.6	13.3	7.7	2.2	10.3	13.5	5.8
家の手伝い	5.3	5.4	5.4	3.0	7.7	10.0	3.5	8.7	3.4	3.4	7.0
学校に通っている	1.0	0.5	1.4	1.0	0.0	0.0	1.4	0.0	3.4	1.4	1.2
その他	5.3	4.9	6.8	6.0	3.1	6.7	4.9	4.3	6.9	6.1	5.8
無回答	6.3	7.0	1.4	3.0	15.4	0.0	6.3	15.2	0.0	5.4	1.2

図 2-1-63 および表 2-1-50 は、利用時の主な日中活動先を示している。最も多い回答は「何もしていない」の 57.8%であり、生活訓練が主たる日中の活動先になっていることがわかる。

### (3) 生活訓練の利用開始時

#### ① 主な利用目的

図 2-1-64 主な利用目的

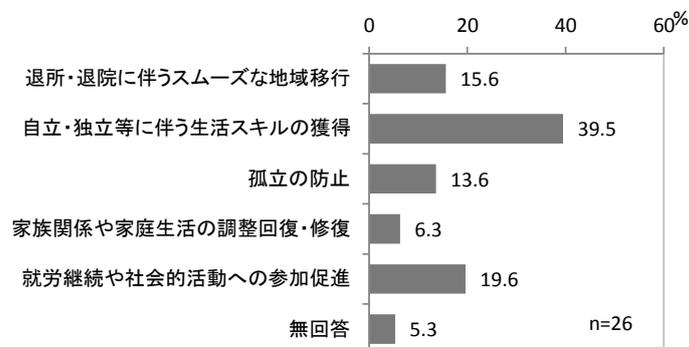


表 2-1-51 主な利用目的 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
退所・退院に伴うスムーズな地域移行	15.6	13.5	25.7	20.4	7.7	10.0	21.7	0.0	6.9	12.2	26.7
自立・独立等に伴う生活スキルの獲得	39.5	38.9	40.5	35.3	52.3	33.3	33.6	65.2	51.7	32.4	40.7
孤立の防止	13.6	14.6	9.5	12.9	6.2	20.0	15.4	10.9	3.4	12.2	17.4
家族関係や家庭生活の調整回復・修復	6.3	7.0	4.1	5.5	12.3	3.3	4.2	10.9	0.0	6.8	5.8
就労継続や社会的活動への参加促進	19.6	20.5	16.2	20.4	15.4	33.3	18.9	10.9	31.0	31.1	9.3
無回答	5.3	5.4	4.1	5.5	6.2	0.0	6.3	2.2	6.9	5.4	0.0

図 2-1-64 および表 2-1-51 は、利用の主な目的である。最も多いのは「自立・独立などに伴う生活スキルの獲得」(39.5%)、「就労継続や社会的活動への参加促進」(19.6%)であった。なお、精神保健福祉手帳所持者においては「退所・退院に伴うスムーズな地域移行」(20.4%)の割合も高くなっていた。

②利用当初の生活範囲（外来通院以外）

図 2-1-65 利用当初の生活範囲

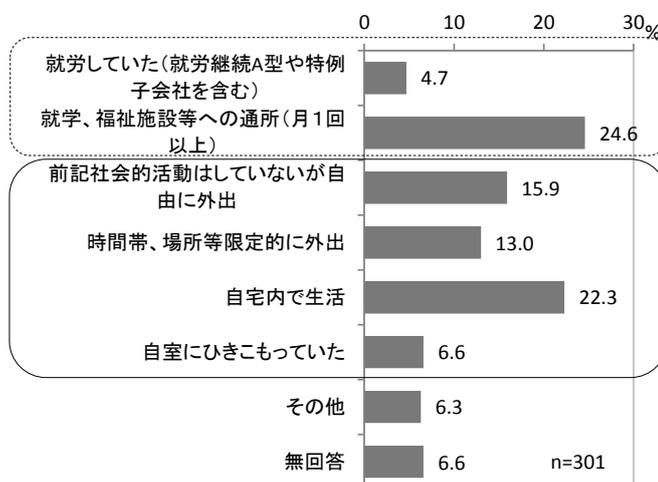


表 2-1-52 利用当初の生活範囲（基本クロス軸別）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
就労していた(就労継続A型や特例子会社を含む)	4.7	3.8	6.8	4.5	4.6	10.0	1.4	2.2	17.2	5.4	3.5
就学、福祉施設等への通所(月1回以上)	24.6	18.4	40.5	25.4	29.2	10.0	29.4	34.8	20.7	29.1	19.8
前記社会的活動はしていないが自由に外出	15.9	16.2	23.0	14.4	12.3	26.7	13.3	17.4	17.2	17.6	19.8
時間帯、場所等限定的に外出	13.0	15.7	8.1	12.4	9.2	33.3	13.3	4.3	20.7	11.5	20.9
自宅内で生活	22.3	25.4	10.8	22.9	21.5	16.7	26.6	26.1	20.7	18.2	23.3
自室にひきこもっていた	6.6	7.6	2.7	8.0	6.2	3.3	4.9	2.2	3.4	5.4	8.1
その他	6.3	5.4	5.4	7.5	6.2	0.0	4.9	6.5	0.0	7.4	0.0
無回答	6.6	7.6	2.7	5.0	10.8	0.0	6.3	6.5	0.0	5.4	4.7

図 2-1-65 および表 2-1-52 は、利用当初の生活範囲である。最も多いのは「就学・福祉施設等への通所」(月 1 回以上) (24.6%)であるが、ついで「自宅内で生活」(22.3%)、「社会的活動はしていないが自由に外出」(15.9%)、「時間帯・場所等限定的に外出」(13.0%)、「自宅に引きこもっていた」(6.6%)など、社会的活動への参加が難しい利用者が合計で 57.8%に達していた。

### ③利用に際しての生活課題

図 2-1-66 利用に際しての生活課題

図 2-1-66 および表 2-1-53 は、利用に際しての生活課題である。最も多いのは「生活能力の低下」(68.4%)、ついで「コミュニケーション上の課題」(48.2%)、「対人関係が不安定」(42.5%)、「ひきこもりや孤立」(39.9%)、「生活能力に関するアセスメントが必要」(37.9%)などであった。また主診断が統合失調症の場合、「ひきこもりや孤立」の割合が知的障害に比して高く(26.1%)、また発達障害では「コミュニケーション上の課題」(75.9%)・「対人関係が不安定」(75.9%)の回答が多くなっていた。

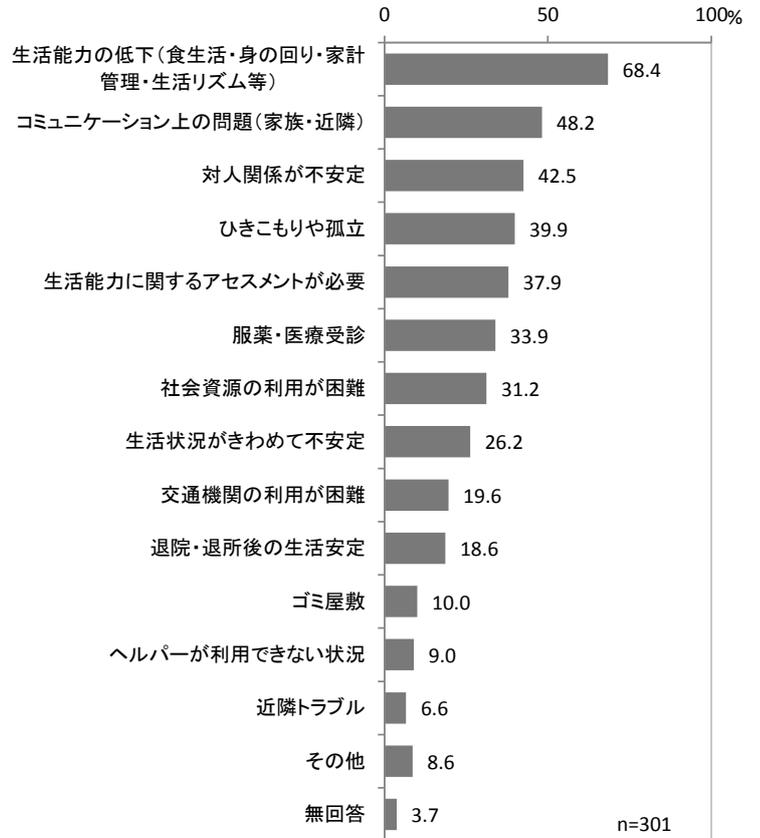


表 2-1-53 利用に際しての生活課題 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏(F2)	知的障害(精神遅滞)(F7)	発達障害(F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
生活能力の低下(食生活・身の回り・家計管理・生活リズム等)	68.4	69.7	71.6	71.6	66.2	73.3	72.0	65.2	69.0	63.5	73.3
コミュニケーション上の課題(家族・近隣)	48.2	56.8	40.5	48.3	50.8	56.7	45.5	45.7	75.9	58.1	33.7
対人関係が不安定	42.5	44.3	39.2	46.3	44.6	36.7	43.4	26.1	75.9	48.6	32.6
ひきこもりや孤立	39.9	43.2	36.5	46.3	27.7	36.7	43.4	19.6	37.9	38.5	44.2
生活能力に関するアセスメントが必要	37.9	36.8	44.6	37.3	43.1	43.3	39.2	32.6	41.4	39.2	47.7
服薬・医療受診	33.9	30.3	48.6	36.8	30.8	30.0	38.5	19.6	31.0	38.5	37.2
社会資源の利用が困難	31.2	33.5	24.3	33.8	26.2	36.7	31.5	19.6	37.9	38.5	29.1
生活状況がきわめて不安定	26.2	28.6	20.3	29.9	21.5	20.0	25.9	19.6	34.5	25.7	29.1
交通機関の利用が困難	19.6	18.9	16.2	20.4	21.5	20.0	21.0	21.7	10.3	18.9	18.6
退院・退所後の生活安定	18.6	18.9	21.6	24.4	10.8	10.0	25.9	4.3	13.8	16.9	24.4
ゴミ屋敷	10.0	9.2	9.5	11.9	9.2	3.3	10.5	8.7	6.9	10.8	14.0
ヘルパーが利用できない状況	9.0	9.7	8.1	8.5	9.2	20.0	10.5	6.5	6.9	8.8	16.3
近隣トラブル	6.6	8.1	5.4	7.5	6.2	10.0	7.7	4.3	10.3	7.4	8.1
その他	8.6	7.6	13.5	9.5	7.7	13.3	7.7	2.2	10.3	12.2	8.1
無回答	3.7	2.7	1.4	2.5	6.2	0.0	3.5	6.5	0.0	3.4	0.0

## (4) 生活訓練の利用状況

### ①利用形態

図 2-1-67 生活訓練の利用形態

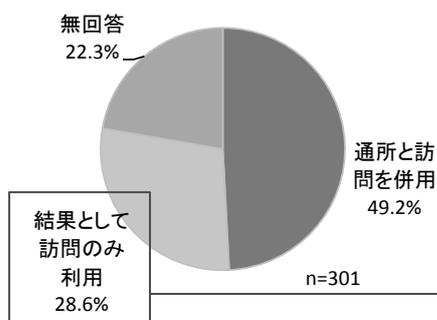


図 2-1-69 通所できなかった理由

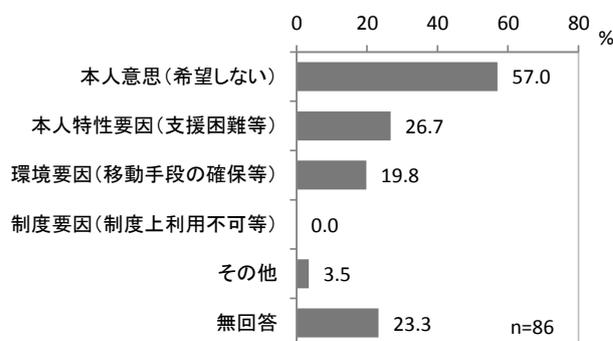


表 2-1-54 生活訓練の利用形態 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29		
通所と訪問を併用	49.2	47.6	56.8	52.7	50.8	50.0	52.4	30.4	48.3		
結果として訪問のみ利用	28.6	27.6	35.1	31.3	12.3	40.0	35.0	15.2	24.1		
無回答	22.3	24.9	8.1	15.9	36.9	10.0	12.6	54.3	27.6		

表 2-1-55 通所できなかった理由 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	86	51	26	63	8	12	50	7	7	0	86
本人意思 (希望しない)	57.0	49.0	69.2	55.6	37.5	75.0	56.0	28.6	42.9	0.0	57.0
本人特性要因 (支援困難等)	26.7	31.4	19.2	27.0	37.5	33.3	26.0	28.6	42.9	0.0	26.7
環境要因 (移動手段の確保等)	19.8	19.6	15.4	17.5	25.0	33.3	20.0	28.6	28.6	0.0	19.8
制度要因 (制度上利用不可等)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	3.5	2.0	7.7	3.2	0.0	8.3	4.0	0.0	0.0	0.0	3.5
無回答	23.3	21.6	26.9	23.8	25.0	8.3	24.0	28.6	14.3	0.0	23.3

図 2-1-67・8 および表 2-1-54・55 は、生活訓練の利用形態である。利用者の 28.6%が結果として訪問のみの利用となっている。また統合失調症患者ではその割合は 55.0%にのぼる。

通所できなかった理由としては「本人の意思 (希望しない)」が最多で 57.0%となっていた。

## ②利用頻度

図 2-1-69 通所回数（／月）

### ア. 通所回数（／月）

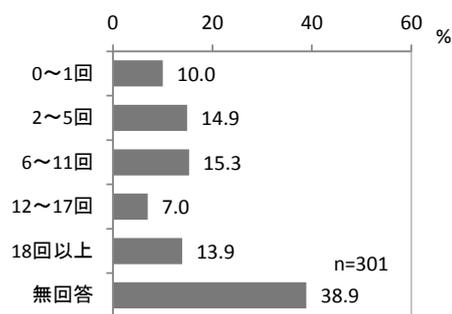


表 2-1-56 通所回数（／月）（基本クロス軸別）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス 利用中	すでに利 用を終了	精神保健 福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調 症圏 (F2)	知的障害 (精神遅 滞)(F7)	発達障害 (F8)	通所と訪 問を併用	結果とし て訪問の み利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
0～1回	10.0	9.7	13.5	10.4	9.2	6.7	9.8	13.0	3.4	6.8	20.9
2～5回	14.9	16.2	13.6	13.0	9.2	30.0	16.8	8.7	17.2	27.7	1.2
6～11回	15.3	15.2	19.0	16.5	10.8	23.3	16.1	6.5	17.1	28.4	1.2
12～17回	7.0	7.0	5.5	8.0	7.6	0.0	5.6	6.5	6.8	12.9	0.0
18回以上	13.9	13.5	13.6	12.5	33.8	0.0	11.2	30.5	6.8	21.7	0.0
無回答	38.9	38.4	35.1	39.8	29.2	40.0	40.6	34.8	48.3	2.7	76.7

図 2-1-69 および表 2-1-56 は、個々の利用者の生活訓練の通所頻度を示したものである。無回答が多くなっているため、データの信頼性に課題があるが、最多の回答は月「6～11回」（15.3%）となっていた。

イ. 訪問回数、訪問時間（1回あたり平均）

図 2-1-70 訪問回数（／月）

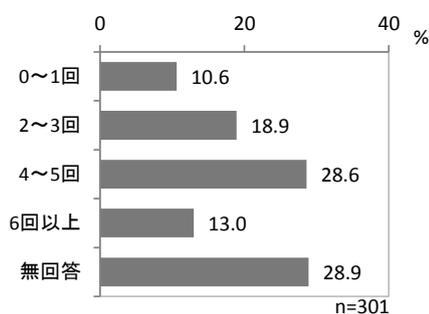


図 2-1-71 平均訪問時間（／回）

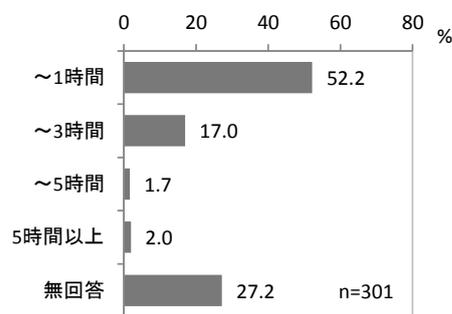


表 2-1-57 訪問回数（／月）（基本クロス軸別）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
0~1回	10.6	11.4	8.1	11.9	7.7	6.7	12.6	6.5	6.9	19.6	3.5
2~3回	18.9	18.4	28.4	21.9	15.4	23.3	16.8	10.9	27.6	27.7	17.4
4~5回	28.6	28.6	33.8	30.3	18.5	40.0	37.8	21.7	20.7	25.7	53.5
6回以上	13.0	9.8	20.4	15.0	9.3	9.9	14.0	4.4	10.3	11.5	24.5
無回答	28.9	31.9	9.5	20.9	49.2	20.0	18.9	56.5	34.5	15.5	1.2

表 2-1-58 平均訪問時間（／回）（基本クロス軸別）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
~1時間	52.2	48.6	74.3	55.7	29.2	76.7	62.2	21.7	48.3	61.5	73.3
~3時間	17.0	18.4	16.2	20.4	15.3	10.0	16.8	13.1	20.6	18.3	25.6
~5時間	1.7	1.1	1.4	1.0	6.1	0.0	0.0	4.3	0.0	3.4	0.0
5時間以上	2.0	2.7	0.0	2.5	3.1	0.0	3.5	0.0	0.0	4.1	0.0
無回答	27.2	29.2	8.1	20.4	46.2	13.3	17.5	60.9	31.0	12.8	1.2

図 2-1-70・71 および表 2-1-57・58 は、個々の利用者の訪問による生活訓練の利用頻度および訪問時間を示したものである。無回答が多くなっているため、データの信頼性に課題があるが、最多の回答は月「4~5回」(28.6%)となっていた。また、訪問時間は「1時間未満」が52.2%で最多の回答であった。

### ③訪問に掛かる移動時間

図 2-1-72 および表 2-1-59 は、個々の利用者への訪問の移動時間に関する集計結果である。無回答が多くなっているため、データの信頼性に課題があるが、最多の回答は「15～30分」(30.5%)となっていた。

図 2-1-72 訪問に掛かる移動時間

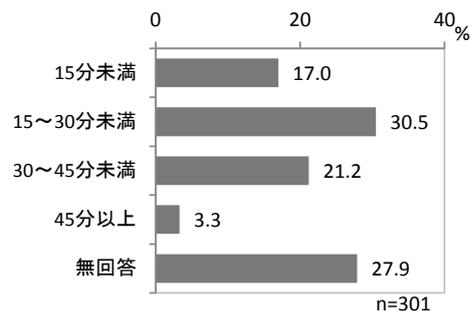


表 2-1-59 訪問に掛かる移動時間 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
15分未満	17.0	16.8	20.3	17.4	7.7	30.0	21.0	6.5	10.3	25.0	14.0
15～30分未満	30.5	27.5	47.3	32.3	26.1	36.7	33.6	21.7	24.1	33.1	46.5
30～45分未満	21.2	23.3	20.3	24.4	15.4	20.0	22.4	15.2	27.5	21.0	33.7
45分以上	3.3	2.7	4.1	3.5	3.1	3.3	2.1	0.0	6.8	4.1	4.7
無回答	27.9	29.7	8.1	22.4	47.7	10	21	56.5	31	16.9	1.2

### ④訪問の手段 (主なもの)

図 2-1-73 および表 2-1-60 は、訪問の移動手段に関する集計結果を示している。無回答が多くなっているため、データの信頼性に課題があるが、最多の回答は「車」(39.9%)であり、ついで「自転車」(14.3%)となっていた。

図 2-1-73 訪問の手段

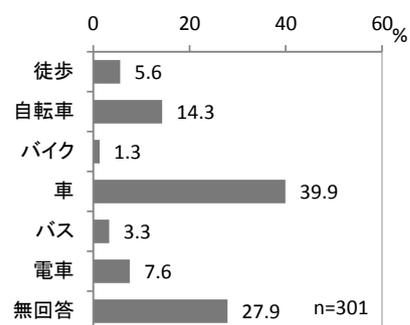


表 2-1-60 訪問の手段 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
徒歩	5.6	6.5	4.1	7.0	1.5	6.7	5.6	0.0	3.4	10.8	1.2
自転車	14.3	13.0	23.0	12.4	9.2	26.7	16.1	8.7	13.8	14.9	23.3
バイク	1.3	0.0	5.4	1.5	1.5	0.0	1.4	0.0	0.0	2.7	0.0
車	39.9	38.9	48.6	43.3	30.8	46.7	44.1	30.4	31.0	35.1	69.8
バス	3.3	4.3	2.7	3.5	7.7	0.0	2.8	4.3	6.9	4.7	3.5
電車	7.6	7.6	8.1	10.0	1.5	10.0	9.1	0.0	13.8	14.9	1.2
無回答	27.9	29.7	8.1	22.4	47.7	10.0	21.0	56.5	31.0	16.9	1.2

⑤同日内における複数回数訪問のニーズと実際の対応

図 2-1-74 同日内における複数回数訪問のニーズ

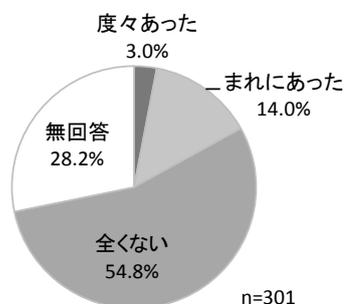


図 2-1-75 同日内における複数回の実際の訪問

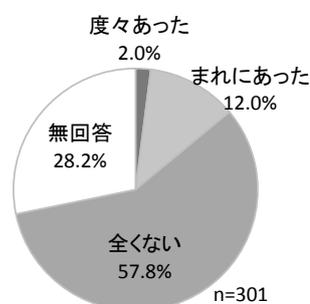


表 2-1-61 同日内における複数回数訪問のニーズ (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
度々あった	3.0	2.2	4.1	4.0	3.1	0.0	2.8	2.2	0.0	4.1	3.5
まれにあった	14.0	10.3	25.7	16.9	6.2	16.7	15.4	4.3	13.8	17.6	15.1
全くない	54.8	57.3	62.2	56.2	43.1	73.3	60.1	34.8	55.2	61.5	80.2
無回答	28.2	30.3	8.1	22.9	47.7	10.0	21.7	58.7	31.0	16.9	1.2

表 2-1-62 同日内における複数回の実際の訪問 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
度々あった	2.0	1.1	1.4	2.5	3.1	0.0	2.1	2.2	0.0	2.0	3.5
まれにあった	12.0	8.6	21.6	13.9	7.7	13.3	12.6	4.3	10.3	16.2	11.6
全くない	57.8	60.0	68.9	60.7	41.5	76.7	63.6	34.8	58.6	64.9	83.7
無回答	28.2	30.3	8.1	22.9	47.7	10.0	21.7	58.7	31.0	16.9	1.2

図 2-1-74・5 および表 2-1-61・2 は、同日内における複数回訪問のニーズおよびその実際に関する集計結果を示している。無回答が多くなっているため、データの信頼性に課題があるが、ニーズは「時々あった」(3.0%)、「まれにあった」(14.0%)の合計で 2 割弱、実際の訪問は「時々あった」(2.0%)、「まれにあった」(12.0%)となっていた。

⑥複数名による訪問ニーズと実際の対応

図 2-1-76 複数名による訪問ニーズ

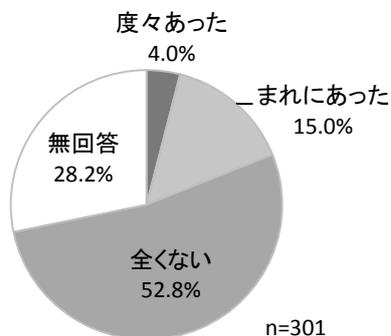


図 2-1-77 複数名による実際の訪問

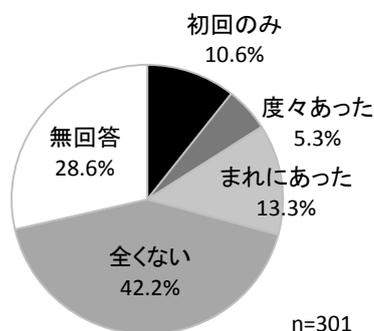


表 2-1-63 複数名による訪問ニーズ (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
度々あった	4.0	4.9	2.7	4.5	1.5	6.7	4.2	4.3	0.0	5.4	4.7
まれにあった	15.0	14.1	18.9	18.9	9.2	10.0	15.4	6.5	17.2	18.9	18.6
全くない	52.8	50.8	70.3	53.7	41.5	73.3	59.4	30.4	51.7	59.5	75.6
無回答	28.2	30.3	8.1	22.9	47.7	10.0	21.0	58.7	31.0	16.2	1.2

表 2-1-64 複数名による実際の訪問 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
初回のみ	10.6	9.7	16.2	9.5	6.2	20.0	11.2	10.9	6.9	4.1	30.2
度々あった	5.3	5.9	5.4	7.0	1.5	6.7	6.3	0.0	3.4	8.1	4.7
まれにあった	13.3	13.5	16.2	13.9	10.8	10.0	14.7	13.0	10.3	15.5	19.8
全くない	42.2	40.5	54.1	46.3	33.8	53.3	46.2	17.4	48.3	55.4	45.3
無回答	28.6	30.3	8.1	23.4	47.7	10.0	21.7	58.7	31.0	16.9	0.0

図 2-1-76・7 および表 2-1-63・64 は、複数名訪問のニーズおよびその実際に関する集計結果を示している。無回答が多くなっているため、データの信頼性に課題があるが、ニーズは「時々あった」(4.0%)、「まれにあった」(15.0%)で合計で2割弱、実際の訪問は「初回のみ」(10.6%)、「度々あった」(5.3%)、「まれにあった」(13.3%)で、3割弱で実施されていた。

⑦半年で50回を超える訪問のニーズと実際の対応

図 2-1-78 半年で50回を超える訪問ニーズ

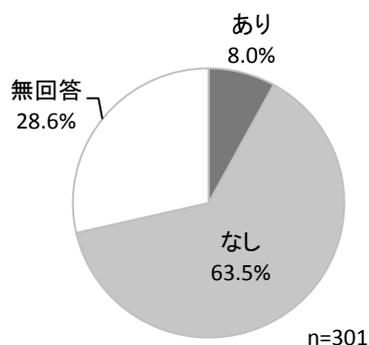


図 2-1-79 半年で50回を超える実際の訪問

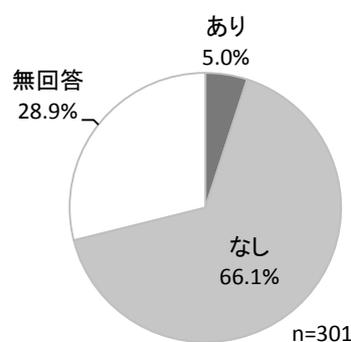


表 2-1-65 半年で50回を超える訪問ニーズ (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
あり	8.0	5.4	12.2	8.0	6.2	16.7	7.0	4.3	6.9	10.1	9.3
なし	63.5	63.8	79.7	69.2	46.2	73.3	71.3	37.0	62.1	72.3	90.7
無回答	28.6	30.8	8.1	22.9	47.7	10.0	21.7	58.7	31.0	17.6	0.0

表 2-1-66 半年で50回を超える実際の訪問 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
あり	5.0	2.7	8.1	5.0	4.6	6.7	4.2	4.3	3.4	5.4	7.0
なし	66.1	65.9	83.8	72.1	47.7	83.3	74.1	37.0	65.5	76.4	93.0
無回答	28.9	31.4	8.1	22.9	47.7	10.0	21.7	58.7	31.0	18.2	0.0

図 2-1-78・9 および表 2-1-65・6 は、半年で50回を超える訪問のニーズおよびその実際に関する集計結果を示している。無回答が多くなっているため、データの信頼性に課題があるが、ニーズは「あり」(8.0%)であり、実際の訪問は「あり」(5.0%)と少数であった。

## ⑧訪問による支援の内容

図 2-1-80 訪問による支援の内容

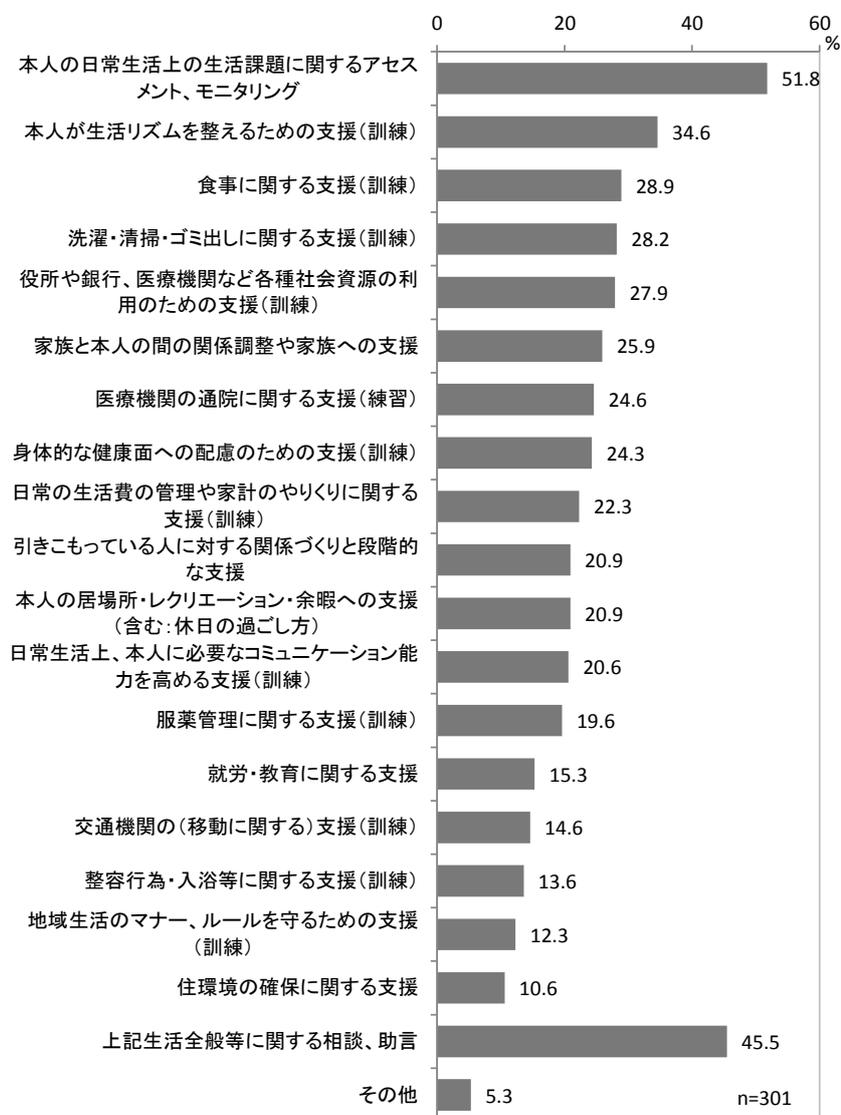


図 2-1-80 は、各事例に対して行われた訪問支援の実際の内容の割合を示している。極めて多岐にわたる支援が行われていることがわかるが、全般的な領域に関わる「日常生活課題のアセスメント・モニタリング」が 51.8%、「生活全般に関する相談・助言」が 45.5%となっていた。個別領域としては多岐にわたるが「本人が生活リズムを整える支援(訓練)」(34.6%)、「食事に関する支援(訓練)」(28.9%)、「洗濯・清掃・ゴミ出し等に関する支援(訓練)」(28.2%)、「各種資源の利用のための支援」(27.9%)、「家族と本人の間の関係調整や家族への支援」(25.9%)などがあげられていた。

表 2-1-67 訪問による支援の内容 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス 利用中	すでに利 用を終了	精神保健 福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調 症圏 (F2)	知的障害 (精神遅 滞)(F7)	発達障害 (F8)	通所と訪 問を併用	結果とし て訪問の み利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
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	51.8	48.6	68.9	56.2	38.5	66.7	57.3	28.3	51.7	56.8	79.1
本人が生活リズムを整えるための支援 (訓練)	34.6	31.9	43.2	37.3	21.5	53.3	33.6	8.7	48.3	45.9	38.4
食事に関する支援 (訓練)	28.9	22.7	50.0	34.8	23.1	20.0	34.3	13.0	24.1	33.8	39.5
洗濯・清掃・ゴミ出しに関する支援 (訓練)	28.2	23.2	43.2	32.8	21.5	20.0	31.5	10.9	24.1	31.8	44.2
役所や銀行、医療機関など各種社会資 源の利用のための支援 (訓練)	27.9	27.0	33.8	34.8	21.5	20.0	32.2	8.7	27.6	30.4	41.9
家族と本人の関係調整や家族への 支援	25.9	24.3	36.5	30.3	16.9	36.7	30.8	6.5	27.6	33.1	31.4
医療機関の通院に関する支援 (練習)	24.6	24.3	28.4	29.4	15.4	20.0	27.3	10.9	17.2	33.8	23.3
身体的な健康面への配慮のための支援 (訓練)	24.3	25.4	23.0	26.4	16.9	26.7	25.9	10.9	24.1	29.7	30.2
日常の生活費の管理や家計のやりくり に関する支援 (訓練)	22.3	17.8	39.2	26.4	21.5	10.0	25.9	13.0	10.3	27.7	29.1
引きこもっている人に対する関係づく りと段階的な支援	20.9	23.2	14.9	22.9	16.9	26.7	22.4	13.0	24.1	22.3	30.2
本人の居場所・レクリエーション・余 暇への支援 (含む: 休日の過ごし方)	20.9	21.1	24.3	23.9	10.8	23.3	23.8	13.0	20.7	24.3	27.9
日常生活上、本人に必要なコミュニ ケーション能力を高める支援 (訓練)	20.6	23.2	13.5	23.4	18.5	20.0	21.7	15.2	31.0	25.0	24.4
服薬管理に関する支援 (訓練)	19.6	17.3	25.7	23.4	10.8	16.7	23.8	4.3	17.2	23.0	25.6
就労・教育に関する支援	15.3	11.4	27.0	18.9	10.8	10.0	14.7	8.7	17.2	28.4	3.5
交通機関の(移動に関する)支援 (訓 練)	14.6	14.6	14.9	19.4	9.2	10.0	16.8	6.5	13.8	15.5	20.9
整容行為・入浴等に関する支援 (訓 練)	13.6	12.4	16.2	16.4	9.2	10.0	16.8	8.7	6.9	14.2	22.1
地域生活のマナー、ルールを守るた めの支援 (訓練)	12.3	10.3	13.5	15.4	9.2	3.3	14.7	6.5	10.3	16.2	15.1
住環境の確保に関する支援	10.6	10.3	10.8	13.4	4.6	6.7	11.9	2.2	10.3	10.8	18.6
上記生活全般等に関する相談、助言	45.5	40.0	70.3	53.7	29.2	50.0	53.8	8.7	34.5	59.5	54.7
その他	5.3	5.4	8.1	7.0	4.6	3.3	6.3	0.0	3.4	6.8	7.0
無回答	28.2	30.3	8.1	21.4	47.7	13.3	19.6	58.7	31.0	16.9	0.0

表 2-1-67 は、各事例に対して行われた訪問支援の実際の内容の割合と、その他の属性のクロス集計表である。精神保健福祉手帳所持者に対する支援は、療育手帳保持者のそれに比べて、概ね個別の生活課題に具体的な支援の実施割合が高くなっていることがわかる。

また通所と併用している者と、訪問のみの者の内容を比較すると、「生活課題に関するモニタリング」が後者で高くなっている (56.8% < 79.1%)。これはひきこもりがちで生活の詳細のわからない対象者の状況をつぶさにアセスメントしていることを示していると考えられる。また「洗濯・清掃・ゴミ出しに関する支援」「各種社会資源の利用のための支援」も後者で高くなっており (31.8% < 44.2%, 30.4% < 41.9%)、同様にひきこもりがちな対象者の室内の状況の整理と、外部機関への利用に関して支援を行っていると考えられる。逆に通所と併用しているものでは「就労・教育に関する支援」の割合が高くなっており (28.4% > 3.5%)、通所後にさらに活動範囲・社会参加をひろげるための支援が行われていることがわかる。

また「手帳無し」の者に対する支援で「生活課題に関するモニタリング」が 66.7% と高く、状況が不詳な者に対するアセスメント支援として本制度が使われている実態がわかる。

### ⑨訪問による生活訓練の支援場所

図 2-1-81 訪問による生活訓練の支援場所

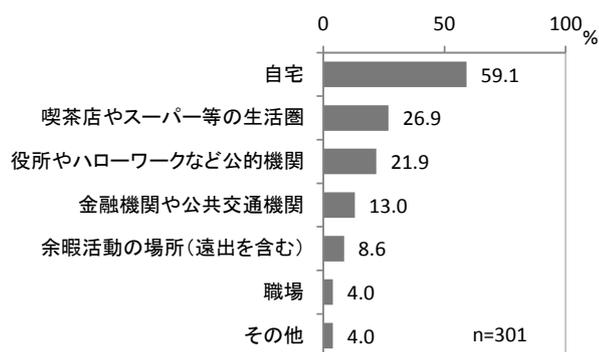


表 2-1-68 訪問による生活訓練の支援場所（基本クロス軸別）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス 利用中	すでに利 用を終了	精神保健 福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調 症圏 (F2)	知的障害 (精神遅 滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪 問を併用	結果とし て訪問の み利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
自宅	59.1	55.7	79.7	64.7	47.7	63.3	67.1	34.8	51.7	62.8	93.0
職場	4.0	2.7	6.8	5.5	1.5	0.0	2.8	2.2	3.4	8.1	0.0
喫茶店やスーパー等の生活圏	26.9	25.4	31.1	34.3	9.2	20.0	31.5	6.5	24.1	34.5	32.6
役所やハローワークなど公的機関	21.9	20.5	23.0	26.9	13.8	20.0	22.4	6.5	20.7	30.4	23.3
金融機関や公共交通機関	13.0	14.1	8.1	16.4	9.2	10.0	16.1	6.5	6.9	16.9	14.0
余暇活動の場所(遠出を含む)	8.6	8.6	8.1	9.5	9.2	6.7	8.4	8.7	17.2	9.5	12.8
その他	4.0	2.2	5.4	4.0	4.6	3.3	3.5	6.5	0.0	4.7	5.8
無回答	29.9	31.4	12.2	23.4	47.7	16.7	21.7	58.7	34.5	18.2	2.3

図 2-1-81 および表 2-1-68 は、各事例に対して行われた訪問支援の実施場所に関する集計である。「自宅」は 59.1%と高い割合ではあるが、全てではなく、「喫茶店やスーパーなどの生活圏」(26.9%)や、「役所やハローワークなどの公的機関」(26.9%)、「金融機関や公共交通機関」(13.0%)、「余暇活動の場所」(8.6%)、「職場」(4.0%)など、患家に限定されない多彩な場所での支援が行われていることがわかる。なお精神保健福祉手帳保持者と療育手帳保持者に対する支援を比較すると、精神保健福祉手帳所持者に対する支援の方が、やや自宅外での支援が多いように見受けられる。

#### (4) 改善された生活課題

図 2-1-82 および表 2-1-69 は、訪問支援によって改善された生活課題に関する集計である。最も多いのは「生活能力の低下」の改善(43.9%)であり、ついで「ひきこもりや孤立」(28.2%)、「服薬・医療受診」(21.9%)、「コミュニケーション上の問題」(21.3%)などであった。

なお精神保健福祉手帳保持者と、療育手帳保持者、手帳無しの者に対する支援を比較した場合、「ひきこもりや孤立」に関して療育手帳保持者(18.5%)に対して精神保健福祉手帳保持者(30.3%)、「手帳無し」(40.0%)の利用者の改善度が高く、こうした層の孤立防止が支援のターゲットの一つであることがわかる。また「生活能力のアセスメントが必要」では「手帳無し」の利用者が30.0%と他の2群に対して高く、制度等につながっていない利用者の状況を明らかにすることも本サービスの効果が現れる領域の1つのあり方であることが推測される。

また「退院・退所直後の生活安定化」に関しては精神保健福祉手帳保持者での効果の割合が高く、精神障害者の長期入院・入所などの退所後のフォローも本サービスの効果が期待できる領域の1つであろう。

図 2-1-82 改善された生活課題

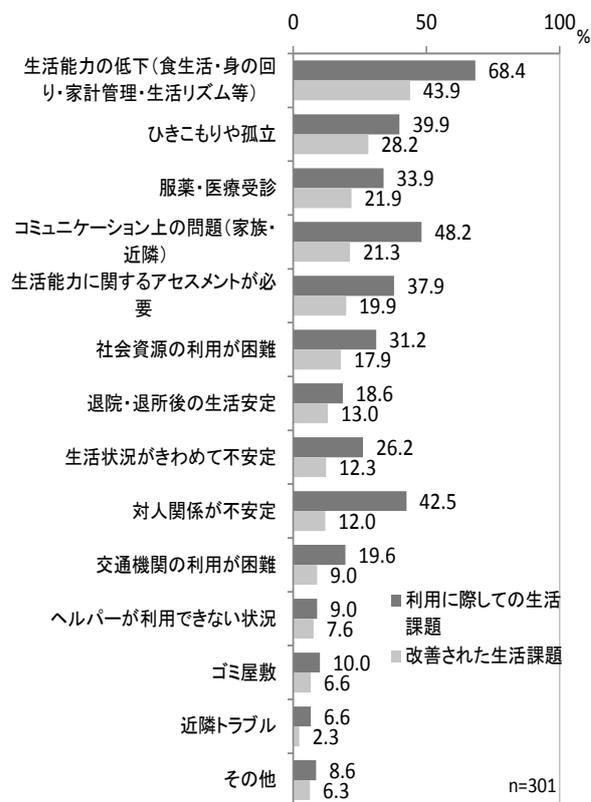


表 2-1-69 改善された生活課題 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏(F2)	知的障害(精神遅滞)(F7)	発達障害(F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
生活能力の低下(食生活・身の回り・金銭管理・生活リズム)	43.9	43.8	48.6	50.2	36.9	30.0	49.0	28.3	34.5	44.6	52.3
ひきこもりや孤立	28.2	30.8	24.3	30.3	18.5	40.0	32.2	13.0	34.5	31.1	32.6
服薬・医療受診	21.9	21.1	25.7	23.4	12.3	26.7	23.8	10.9	20.7	25.0	25.6
コミュニケーション上の問題(家族・近隣)	21.3	24.3	16.2	22.4	24.6	20.0	21.7	17.4	34.5	24.3	19.8
生活能力に関するアセスメントが必要	19.9	16.8	28.4	19.4	23.1	30.0	21.7	17.4	13.8	22.3	30.2
社会資源の利用が困難	17.9	18.4	14.9	20.9	18.5	16.7	16.1	10.9	31.0	27.0	14.0
退院・退所直後の生活安定化	13.0	10.8	25.7	17.9	4.6	6.7	18.9	2.2	10.3	11.5	20.9
生活状況がきわめて不安定	12.3	12.4	14.9	14.9	7.7	10.0	16.1	6.5	10.3	12.8	15.1
対人関係が不安定	12.0	13.0	9.5	13.9	15.4	6.7	12.6	10.9	17.2	15.5	9.3
交通機関の利用が困難	9.0	11.4	5.4	11.9	7.7	3.3	11.9	4.3	6.9	8.8	12.8
ヘルパーが利用できない状況	7.6	5.9	12.2	8.0	7.7	6.7	9.8	6.5	0.0	8.1	12.8
ゴミ屋敷	6.6	5.9	6.8	8.0	4.6	3.3	7.0	6.5	3.4	6.8	10.5
近隣トラブル	2.3	3.2	1.4	2.5	1.5	3.3	4.9	0.0	0.0	2.0	4.7
その他	6.3	6.5	8.1	7.0	3.1	10.0	7.0	0.0	3.4	9.5	4.7
無回答	21.6	20.5	10.8	13.9	36.9	20.0	13.3	47.8	24.1	15.5	1.2

## (5) 終了者の状況

### ①利用終了時の状況

図 2-1-83 利用終了時の状況

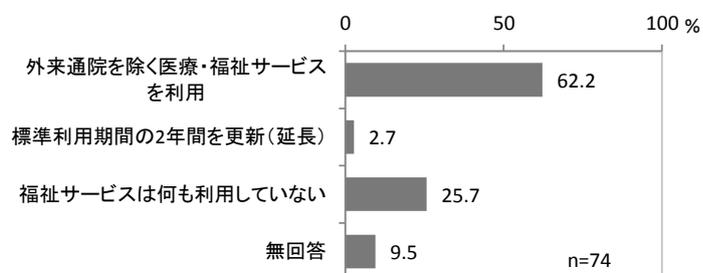


図 2-1-85 標準利用期間2年間の更新(延長)を申請したが支給決定されなかった

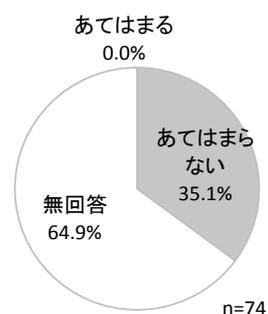


表 2-1-70 利用終了時の状況 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	74	0	74	53	10	10	41	4	6	42	26
外来通院を除く医療・福祉サービスを利用	62.2	0.0	62.2	71.7	50.0	50.0	70.7	25.0	66.7	64.3	61.5
標準利用期間の2年間を更新(延長)	2.7	0.0	2.7	1.9	10.0	0.0	2.4	25.0	0.0	4.8	0.0
福祉サービスは何も利用していない	25.7	0.0	25.7	17.0	20.0	50.0	17.1	25.0	16.7	23.8	34.6
無回答	9.5	0.0	9.5	9.4	20.0	0.0	9.8	25.0	16.7	7.1	3.8

図 2-1-83・84 および表 2-1-70 は、各事例の利用終了時の状況である。「福祉サービスは何も利用していない」という割合が 25.7% いるものの、何らかの形で「外来通院を除く医療・福祉サービスを利用」の割合が 62.2% となっている。

なお「標準利用期間の延長」は 2.7% と少数であり、標準利用期間の更新を申請したが支給決定されなかった例は本調査では該当事例はなかった。

図 2-1-85 利用終了時の生活範囲

②利用終了時の生活範囲

図 2-1-85 および表 2-1-71・72 は、各事例の利用終了時の生活範囲を示したものである。図 85 では参考に利用当初の数値も併せて掲載している。全体的に終了時に向けて生活範囲が拡大している様子が窺える。

なお「結果として訪問のみの利用」の場合、「通所と併用」の利用者と比較して、「就労」(7.7% << 19.0%)、「就学・福祉施設への通所」(26.9% < 38.1%)となっており、社会的参加が少ない傾向にあった。

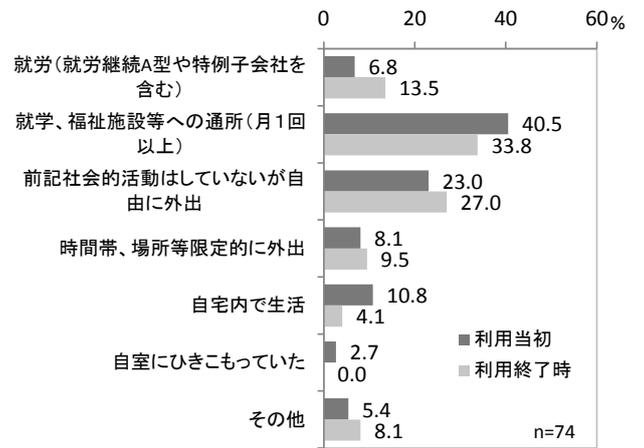


表 2-1-71 利用終了時の生活範囲 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏(F2)	知的障害(精神遅滞)(F7)	発達障害(F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	74	0	74	53	10	10	41	4	6	42	26
就労している(就労継続A型や特例子会社を含む)	13.5	0.0	13.5	13.2	20.0	10.0	12.2	25.0	16.7	19.0	7.7
就学、福祉施設等への通所(月1回以上)	33.8	0.0	33.8	37.7	50.0	20.0	36.6	25.0	50.0	38.1	26.9
前記社会的活動はしていないが自由に外出	27.0	0.0	27.0	26.4	0.0	30.0	31.7	0.0	0.0	28.6	30.8
時間帯、場所等限定的に外出	9.5	0.0	9.5	9.4	10.0	10.0	4.9	25.0	0.0	0.0	23.1
自宅内で生活	4.1	0.0	4.1	3.8	0.0	10.0	4.9	0.0	16.7	0.0	7.7
自室にひきこもっている	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	8.1	0.0	8.1	5.7	10.0	20.0	4.9	0.0	16.7	11.9	3.8
無回答	4.1	0.0	4.1	3.8	10.0	0.0	4.9	25.0	0.0	2.4	0.0

表 2-1-72 利用終了時の生活範囲 (利用終了時の状況別)

	合計	外来通院を除く医療・福祉サービスを利用	標準利用期間の2年間を更新(延長)	福祉サービスは何も利用していない	無回答
回答数	74	46	2	19	7
就労している(就労継続A型や特例子会社を含む)	13.5	10.9	0.0	26.3	0.0
就学、福祉施設等への通所(月1回以上)	33.8	45.7	50.0	5.3	28.6
前記社会的活動はしていないが自由に外出	27.0	26.1	0.0	36.8	14.3
時間帯、場所等限定的に外出	9.5	10.9	0.0	10.5	0.0
自宅内で生活	4.1	2.2	0.0	10.5	0.0
自室にひきこもっている	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	8.1	4.3	50.0	10.5	14.3
無回答	4.1	0.0	0.0	0.0	42.9

## 参考 1回あたり訪問時間別にみた利用者特性と支援の効果

なお、以下は1回あたりの訪問時間別にみた利用者特性と支援の効果をもとめたものである。

### ①利用者属性

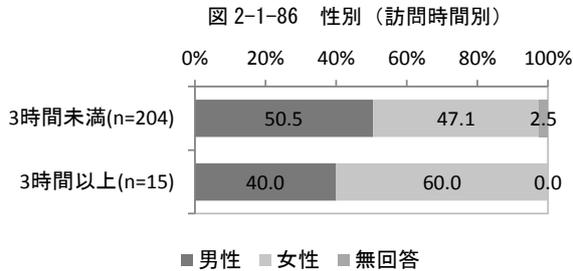


図 2-1-87 年齢 (訪問時間別)

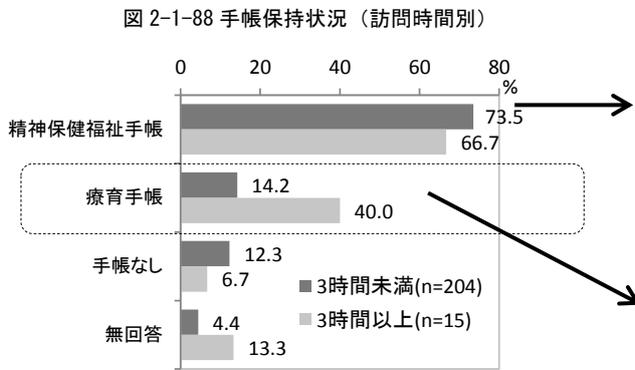
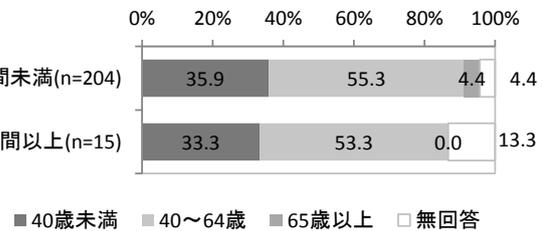


図 2-1-90 精神保健福祉手帳等級 (訪問時間別)

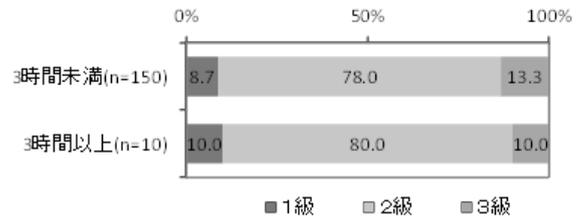


図 2-1-91 療育手帳等級 (訪問時間別)

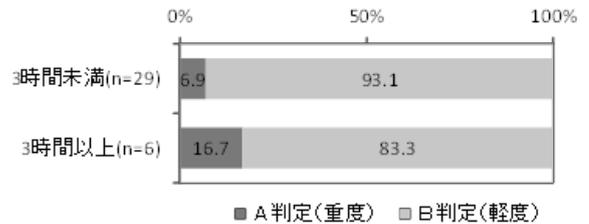


図 2-1-91 主診断名 (訪問時間別)

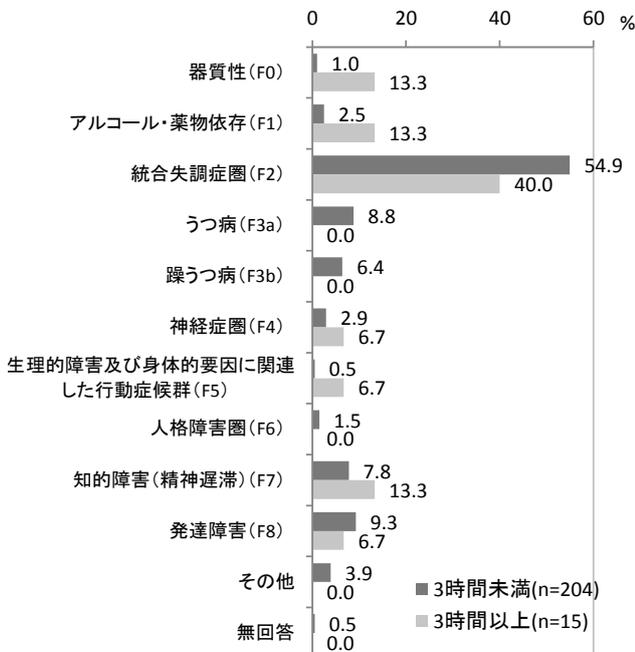


図 2-1-92 障害支援区分 (訪問時間別)

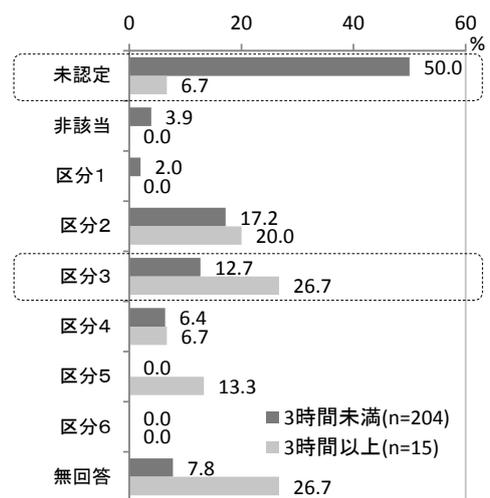
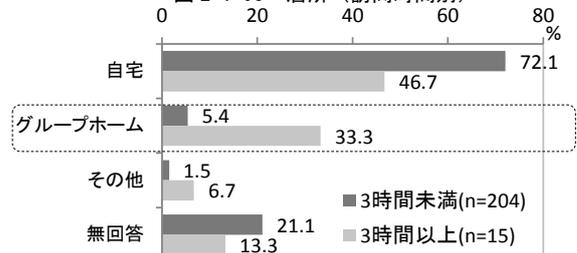


図 2-1-93 居所 (訪問時間別)



属性については、3時間以上の訪問利用者には3時間未満の訪問利用者に比して、療育手帳所持者が多い（40.0%＞14.2%）同様に、3時間以上の訪問利用者には障害支援区分3以上の利用者が多かった（26.7%＞17.2%）。逆に3時間未満の訪問利用者には障害支援区分が未認定のものが多かった（50.0%＞6.7%）。また居所はグループホームの者が多かった（33.3%＞5.4%）

## ②利用開始時の状況

図 2-1-94 利用開始時の状況（訪問時間別）

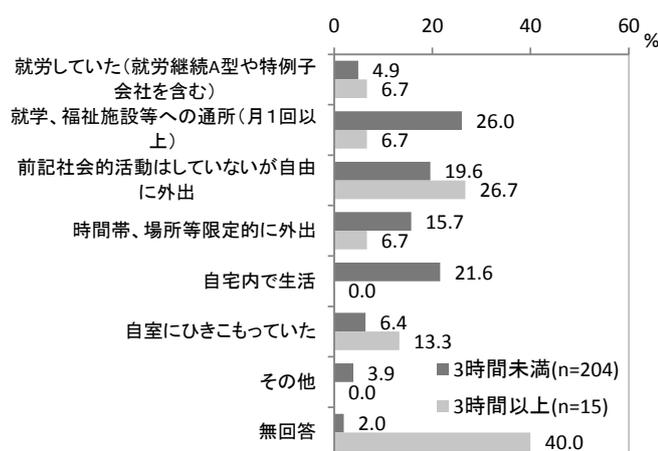
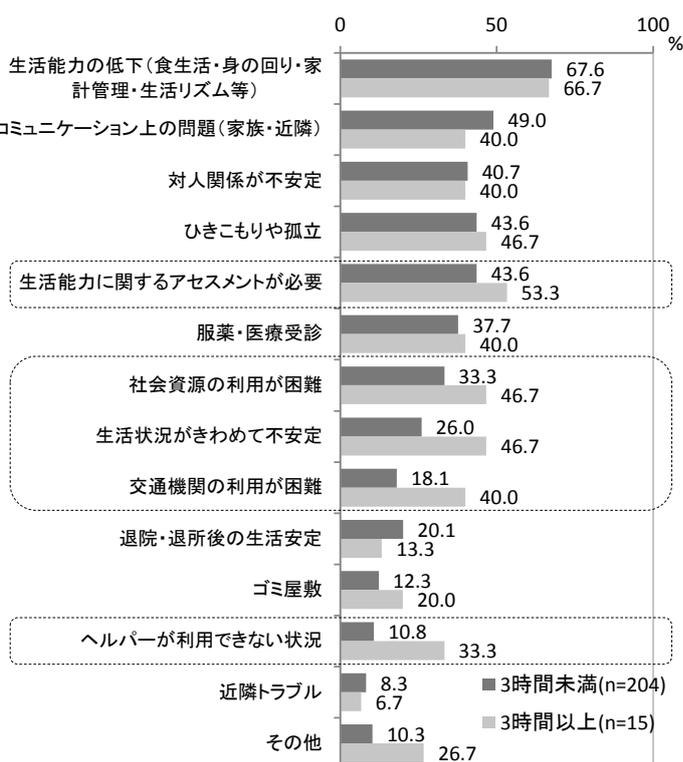


図 2-1-95 利用に際しての生活課題（訪問時間別）



利用開始時の状況については、3時間以上の訪問利用者では、3時間未満の訪問利用者に比して、生活課題について「生活能力に関するアセスメントが必要」(53.3%＞43.6%)、「社会資源の利用が困難」(46.7%＞33.3%)、「生活常用がきわめて不安定」(46.7%＞26.0%)、「交通機関の利用が困難」(40.0%＞18.1%)、「ヘルパーが利用できない状況」(33.3%＞10.8%)などが多かった。

### ③生活訓練の利用状況

図 2-1-96 生活訓練の利用形態（訪問時間別）

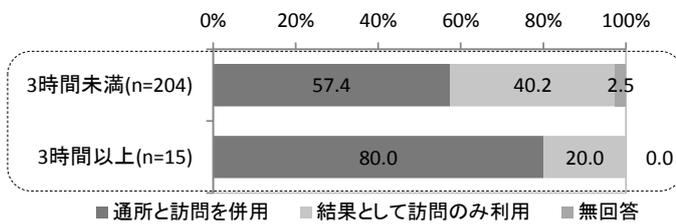


図 2-1-97 生活訓練の支援場所（訪問時間別）

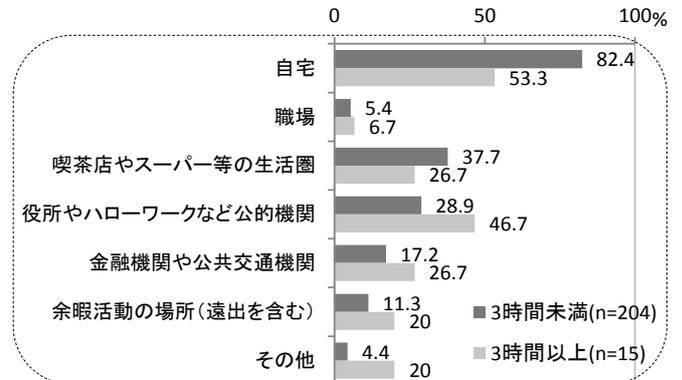
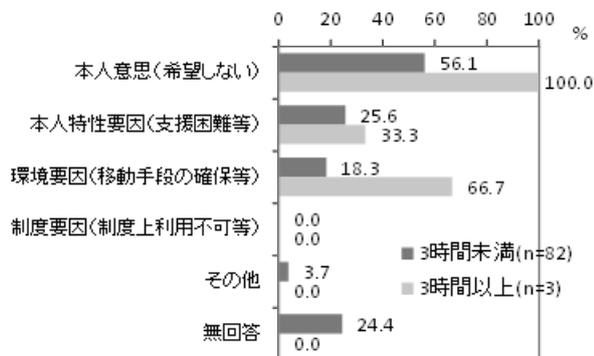


図 2-1-98 通所できなかった理由（訪問時間別）

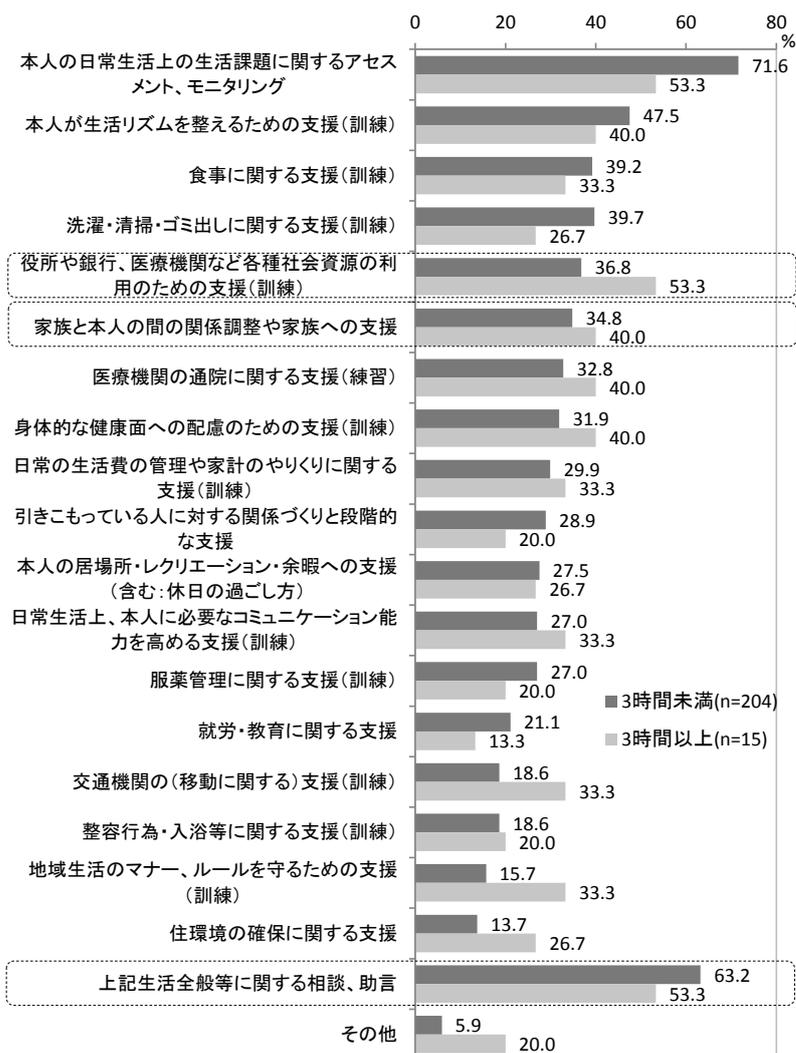


生活訓練の利用状況については、3時間以上の訪問利用者には3時間未満の訪問利用者に対して「通所と訪問を併用」が多かった。(80.0% > 57.4%)。また3時間以上の訪問利用者では3時間未満の訪問利用者に対して支援場所が「自宅」の割合が少なく(53.3% < 82.4%)、自宅外での支援が多くなっていた。なお「通所できなかった理由」(図 2-1-99)については、標本数が少ないので図表から明確な示唆を得ることは難しい。

#### ④訪問による支援内容

訪問の支援内容については、3時間以上の訪問利用者では3時間未満の訪問利用者に対して「各種社会資源の利用のための支援」が多かった。(53.3% > 36.8%)。また「交通機関の移動に関する支援」も多くなっていた(33.3% > 18.6%)。逆に「洗濯・清掃・ゴミ出しに関する支援」は3時間未満の利用者に多くなっていた(26.7% < 39.7%)。

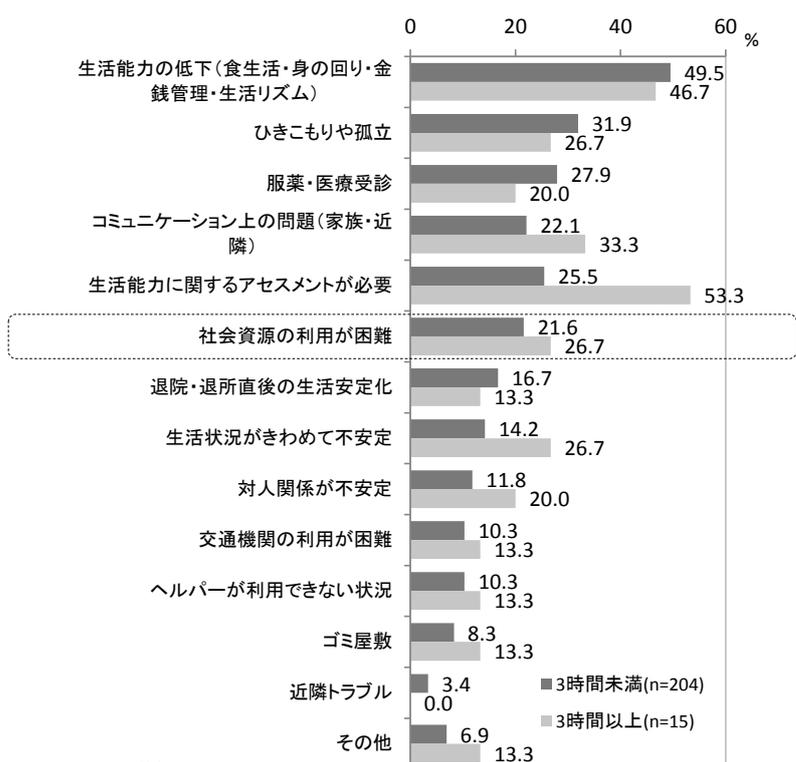
図 2-1-99 訪問による支援内容（訪問時間別）



#### ⑤改善された生活課題

改善された生活課題については、3時間以上の訪問利用者では3時間未満の訪問利用者に対して、「生活能力に関するアセスメント」の改善とする回答が多かった。(53.3% > 26.6%)。また「生活状況がきわめて不安定」の改善とする回答も多くなっていた(26.7% > 14.2%)。

図 2-1-101 改善された生活課題（訪問時間別）



## 2. 相談支援事業所を対象とした訪問による自立訓練に関するアンケート調査結果

### ト調査結果

#### (1) 調査対象

本節では、相談支援事業所を対象としたアンケート調査結果について報告する。調査はWAM ネットに登録されている5031の相談支援事業所のうち、精神障害者を対象として登録されており、かつ、地域移行・地域定着支援事業の両方を実施している事業所2522カ所の中から、2012年4月1日時点で指定を受けている事業所とした。前記条件に該当する事業所1064カ所の都道府県割合に基づく層化無作為抽出を行い、最終的には500カ所を対象として実施した。最終的には144カ所から回答を得た（回収率：28.8%）。訪問による自立訓練利用者の個票に関しても同時に回答を依頼したが、21票の回答に留まった。詳細は表2-2-1の通りである。

表 2-2-1 調査実施概要

調査対象の条件	1) WAM ネットに掲載されている相談支援事業所のうち（5031）、 2) ①「精神」を対象として登録しており（4068）、かつ②地域移行・地域定着支援の両方を登録している事業所（2522）の中から（1865）、 3) 2012年4月1日時点で指定を受けている事業所（1064）について、500事業所を無作為抽出（1064事業所における各都道府県の割合を算出し、都道府県における層化無作為抽出）	
条件に合致する事業所数	1064事業所	
発送した事業所数	500カ所を無作為抽出	
回答数	中間報告の数	56カ所（9月30日までの回収）
	最終数	144カ所（11月4日までの回収）
回答率	中間報告時点	10.5%
	最終	28.8%

\* 相談支援事業所経由の個票は 21 票

## (2) 相談支援事業所を対象とした調査結果

### 1) 事業所の基本情報

#### ① 法人種別

図 2-2-1 法人種別

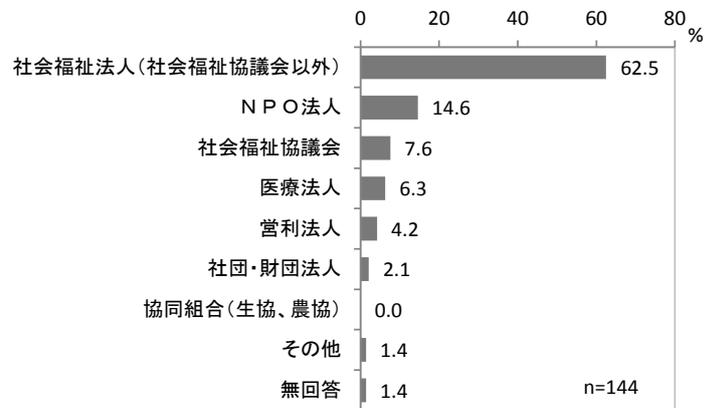


表 2-2-2 法人種別

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
社会福祉法人(社会福祉協議会以外)	62.5	77.5	56.7
社会福祉協議会	7.6	2.5	9.6
医療法人	6.3	15.0	2.9
社団・財団法人	2.1	0.0	2.9
協同組合(生協、農協)	0.0	0.0	0.0
NPO法人	14.6	2.5	19.2
営利法人	4.2	2.5	4.8
その他	1.4	0.0	1.9
無回答	1.4	0.0	1.9

図 2-2-1 および表 2-2-2 は、回答した相談支援事業所の法人種別を表したものである。社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)が約 3 分の 2 を占めており、次いで NPO が 14.6%、社会福祉協議会 7.6%、医療法人 6.3% と次いでいる。その中で生活訓練を利用するプランを作成した経験の有無に関しては、ありが 27.8%、なしが 72.4% という結果であった。

## ②事業所の種類

図 2-2-2 事業所の種類

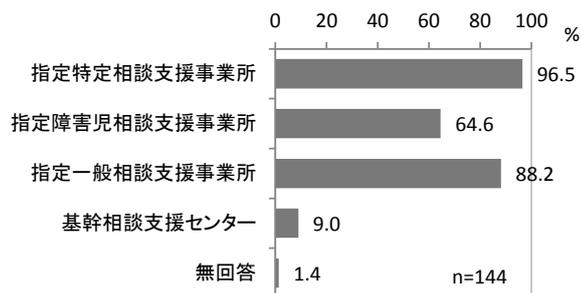


表 2-2-3 事業所の種類

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
指定特定相談支援事業所	96.5	95.0	97.1
指定障害児相談支援事業所	64.6	70.0	62.5
指定一般相談支援事業所	88.2	92.5	86.5
基幹相談支援センター	9.0	5.0	10.6
無回答	1.4	0.0	1.9

事業所の種類において、生活訓練を利用するプランを作成した経験があるという回答比率は指定特定相談支援事業所と指定一般相談支援事業所において高かった（図 2-2-2 および表 2-2-3）。

## ア. 実施している事業

図 2-2-3 実施している事業

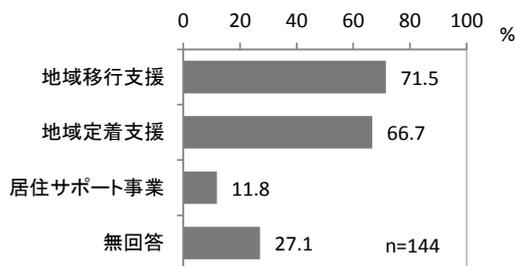


表 2-2-4 実施している事業

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
地域移行支援	71.5	70.0	72.1
地域定着支援	66.7	65.0	67.3
居住サポート事業	11.8	2.5	15.4
無回答	27.1	30.0	26.0

## イ. 介護保険の居宅介護支援事業所併設の有無

図 2-2-4 介護保険の居宅介護支援事業所併設の有無

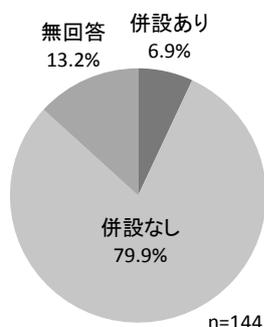


表 2-2-5 介護保険の居宅介護支援事業所併設の有無

回答した相談支援事業所が実施している事業としては地域移行支援、地域定着支援が多かったが、これは前述した通り当然の結果だと言える（図 2-2-3 および表 2-2-4）。また、居宅介護事業所を併設している事業所は全体の 6.9%であった（図 2-2-4 および表 2-2-5）。いずれも生活訓練を利用するプランの作成の有無と関連すると考えられる結果は得られなかった。

### ③職員数

#### ア. 相談支援に従事する職員の合計実人数

図 2-2-5 相談支援に従事する職員の合計実人数

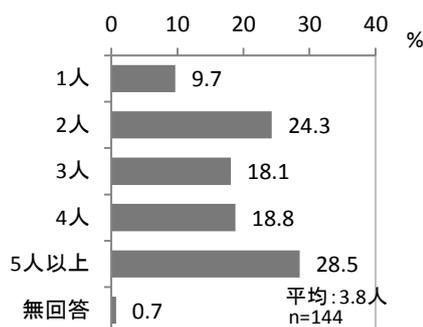


表 2-2-6 相談支援に従事する職員の合計実人数

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
回答数	144	40	104
1人	9.7	10.0	9.6
2人	24.3	25.0	24.0
3人	18.1	20.0	17.3
4人	18.8	22.5	17.3
5人以上	28.5	22.5	30.8
無回答	0.7	0.0	1.0
1事業所あたり平均	3.8人	3.5人	4.0人

## イ. 常勤専従の職員（実人数）

図 2-2-6 常勤専従の職員（実人数）

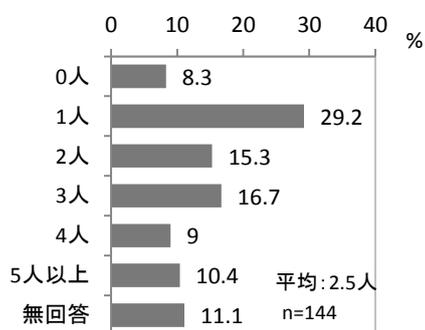


表 2-2-7 常勤専従の職員（実人数）

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
0人	8.3	5.0	9.6
1人	29.2	30.0	28.8
2人	15.3	17.5	14.4
3人	16.7	20.0	15.4
4人	9.0	10.0	8.7
5人以上	10.4	7.5	11.5
無回答	11.1	10.0	11.5
1事業所あたり平均	2.5人	2.3人	2.6人

## ウ. 常勤兼務の職員（実人数）

図 2-2-7 常勤兼務の職員（実人数）

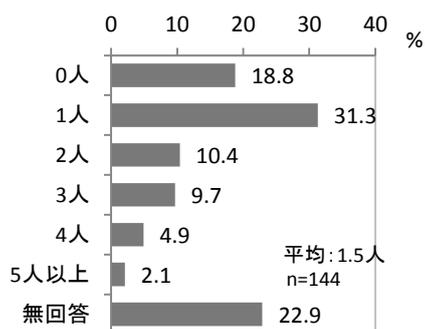


表 2-2-8 常勤兼務の職員（実人数）

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
0人	18.8	17.5	19.2
1人	31.3	37.5	28.8
2人	10.4	10.0	10.6
3人	9.7	10.0	9.6
4人	4.9	5.0	4.8
5人以上	2.1	2.5	1.9
無回答	22.9	17.5	25.0
1事業所あたり平均	1.5人	1.5人	1.5人

## エ. ピアの職員（実人数）

図 2-2-8 ピアの職員（実人数）

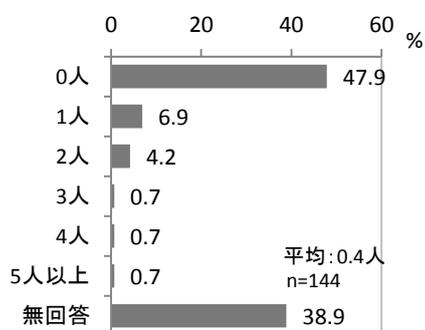


表 2-2-9 ピアの職員（実人数）

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
0人	47.9	62.5	42.3
1人	6.9	7.5	6.7
2人	4.2	0.0	5.8
3人	0.7	2.5	0.0
4人	0.7	0.0	1.0
5人以上	0.7	0.0	1.0
無回答	38.9	27.5	43.3
1事業所あたり平均	0.4人	0.2人	0.5人

## オ. 相談支援専門員数

図 2-2-9 相談支援専門員数

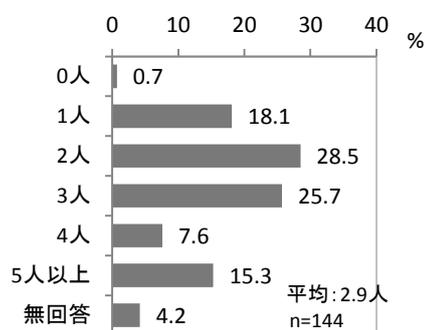


表 2-2-10 相談支援専門員数

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
0人	0.7	0.0	1.0
1人	18.1	17.5	18.3
2人	28.5	32.5	26.9
3人	25.7	20.0	27.9
4人	7.6	15.0	4.8
5人以上	15.3	10.0	17.3
無回答	4.2	5.0	3.8
1事業所あたり平均	2.9人	2.7人	2.9人

事業所における常勤職員数については、1人というところが最も多く29.2%を占め、平均2.5人という結果であった(図2-2-6および表2-2-7)。相談支援に従事する職員の実人数については、1事業所平均3.8人であり、2名配置のところが24.3%、5名以上のところが28.5%となっている(図2-2-5および表2-2-6)。常勤の職員が兼務している状況に関しては、1人兼務が最も多く31.3%で、兼務している常勤職員がいないと回答した事業所が18.8%であった(図2-2-7および表2-2-8)。結果として、少数の常勤、あるいは少数の常勤と兼務の常勤職員で事業所が運営されており、そこに非常勤職員が少なからず雇用されている状況が推測された。

ピアスタッフについては、約半数が0人と回答しており、無回答38.9%という結果であり、雇用は進んでいるとは言い難い結果である(図2-2-8および表2-2-10)。計画相談に従事できる相談支援専門員の配置については、2人が28.5%と最も多く、平均2.9人の配置であった。(図2-2-9および表2-2-10)。

④同一法人・グループ法人が他に実施しているサービス・施設

図 2-2-10 同一法人・グループ法人が他に実施しているサービス・施設

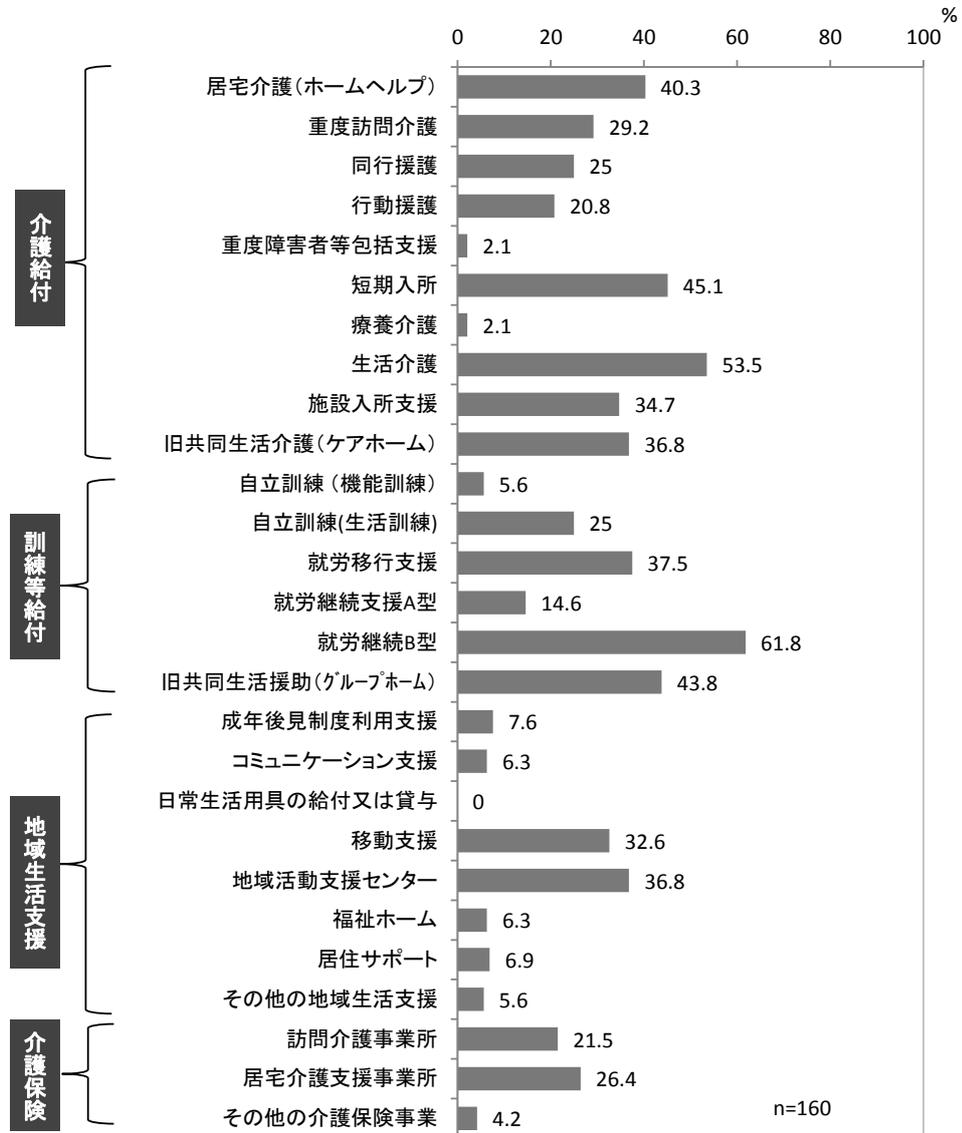


表 2-2-11 同一法人・グループ法人が他に実施しているサービス・施設

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
居宅介護（ホームヘルプ）	40.3	35.0	42.3
重度訪問介護	29.2	22.5	31.7
同行援護	25.0	12.5	29.8
行動援護	20.8	17.5	22.1
重度障害者等包括支援	2.1	2.5	1.9
短期入所	45.1	55.0	41.3
療養介護	2.1	2.5	1.9
生活介護	53.5	55.0	52.9
施設入所支援	34.7	42.5	31.7
旧共同生活介護（ケアホーム）	36.8	30.0	39.4
自立訓練（機能訓練）	5.6	7.5	4.8
自立訓練（生活訓練）	25.0	60.0	11.5
就労移行支援	37.5	52.5	31.7
就労継続支援A型	14.6	12.5	15.4
就労継続B型	61.8	75.0	56.7
旧共同生活援助（グループホーム）	43.8	52.5	40.4
成年後見制度利用支援	7.6	10.0	6.7
コミュニケーション支援	6.3	10.0	4.8
日常生活用具の給付又は貸与	0.0	0.0	0.0
移動支援	32.6	22.5	36.5
地域活動支援センター	36.8	52.5	30.8
福祉ホーム	6.3	12.5	3.8
居住サポート	6.9	2.5	8.7
その他の地域生活支援	5.6	0.0	7.7
訪問介護事業所	21.5	25.0	20.2
居宅介護支援事業所	26.4	35.0	23.1
その他の介護保険事業	4.2	7.5	2.9
無回答	3.5	0.0	4.8

回答した相談支援事業所の同一法人やグループ法人で実施しているサービスや施設については、就労継続支援事業 B 型が 61.8% と最も高く、次いで生活介護が 53.5%、以下入所や短期入所、グループホーム、地域活動支援センターという回答が多かった。計画相談として生活訓練を利用するプランの作成経験との関連で見ると、就労継続 B 型 75.0%、自立訓練（生活訓練）60.0% という結果になっている（図 2-2-10 および表 2-2-11）。

## (2) 訪問による生活訓練の計画策定状況

### ①計画策定件数

表 2-2-12 計画策定件数

	回答事業所合計件数				1事業所あたり平均件数			
	サービス等利用計画作成数		うち生活訓練支給決定者数		サービス等利用計画作成数		うち生活訓練支給決定者数	
	新規	累積	新規	累積	新規	累積	新規	累積
平成24年度	1135件	1075件	71件	47件	33.4件	33.6件	2.1件	1.5件
平成25年度	1976件	3566件	109件	171件	61.8件	104.9件	2.9件	4.9件
平成26年7月(1ヶ月間)	403件	3044件	19件	136件	11.5件	92.2件	0.5件	4.0件
うち地域相談該当者	6件	20件	0件	3件	0.2件	0.8件	0.0件	0.1件

相談支援事業所のサービス等利用計画作成数は平成24年度で新規数1135件、1事業所平均33.4件、平成25年度で1976件、1事業所平均61.8件と増加している。生活訓練支給決定者を見ると、平成24年度新規71件、1事業所あたり2.1件、平成25年度新規109件、1事業所2.9件と全体の増加率と比較するとその伸び率は低いと言わざるを得ない(表2-2-12)。

### ②生活訓練支給決定者の属性

#### ア. 主たる障害種別(受給者証の障害種別番号)と障害支援区分

表 2-2-13 主たる障害種別と障害支給区分別人数

[回答事業所合計人数]

障害種別番号	未認定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計
2(知的)	30人	0人	2人	2人	1人	7人	2人	0人	44人
3(精神)	60人	12人	6人	26人	13人	7人	0人	0人	124人
その他	1人	0人	1人	1人	0人	1人	6人	1人	11人
合計	91人	12人	9人	29人	14人	15人	8人	1人	179人

[1事業所あたり平均人数]

障害種別番号	未認定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計
2(知的)	2.5人	0.0人	0.7人	0.7人	0.5人	1.4人	0.7人	0.0人	6.4人
3(精神)	3.8人	3.0人	1.2人	2.2人	2.2人	1.4人	0.0人	0.0人	13.7人
その他	0.5人	0.0人	0.5人	0.5人	0.0人	0.5人	2.0人	0.5人	4.5人
合計	6.8人	3.0人	2.4人	3.3人	2.7人	3.3人	2.7人	0.5人	24.6人

## イ. その他の属性

表 2-2-14 その他の属性別人数

	回答事業 所合計数	1事業所あ たり平均
障害児	5人	0.1人
65歳以上	5人	0.1人
2年超生活訓練の支給決定を受けている	22人	0.6人
結果として訪問による生活訓練のみ	21人	0.5人
生活訓練支給決定者のうちの就労中	5人	0.1人

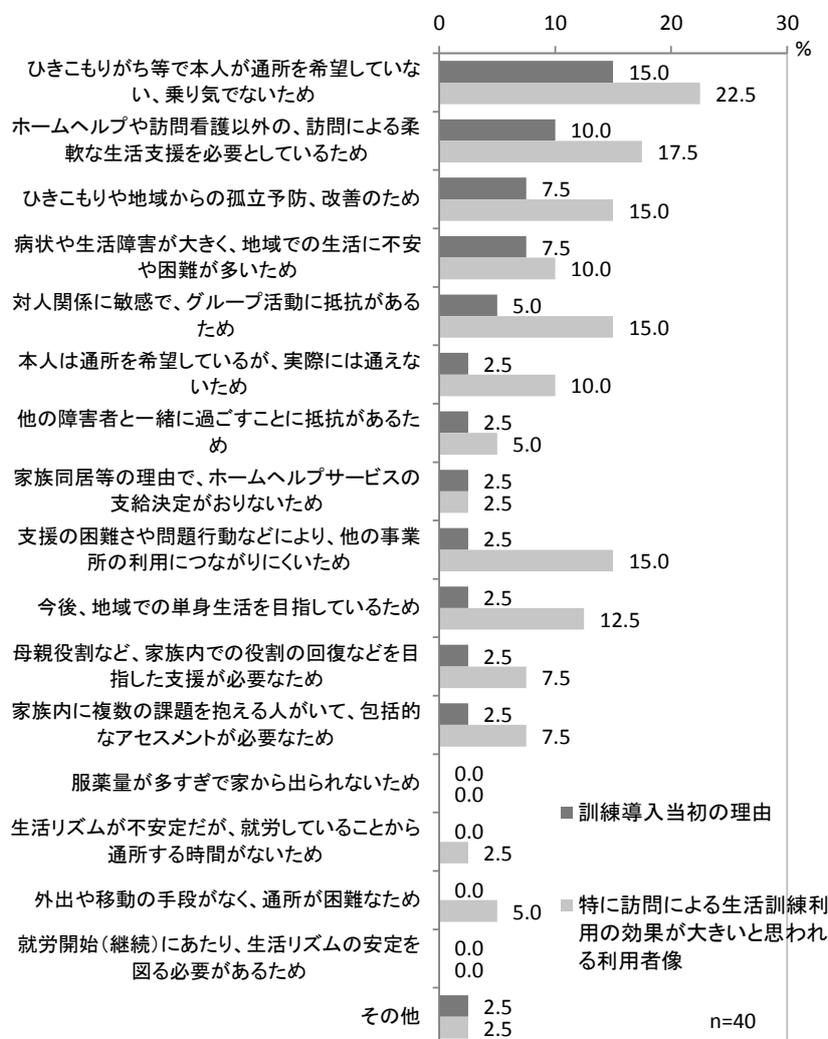
生活訓練支給決定者の属性であるが、主たる障害種別（受給者証の障害種別番号）については179人中知的障害が44人（24.6%）、精神障害が124人（69.3%）という結果になっている。また、未認定を除くと障害支援区分2の人が最も多い。支給決定があると回答があった事業所において、1事業所あたり約25人に対してプランを作成している（表2-2-13）。

生活訓練の支給決定が下りている人の中で、原則となっている2年を超えて利用している人が22人、結果として訪問による生活訓練を実施している人が21人という結果であった（表2-2-14）。

### ③生活訓練導入当初の理由、効果が期待される利用者像

(結果として訪問のみを利用している利用者)

図 2-2-11 生活訓練導入当初の理由、効果が期待される利用者像



現行制度においては生活訓練の利用は通所のサービスを前提としているが、結果として訪問による自立訓練を実施することになった利用者の生活訓練導入当初の理由については、最も多かったのが「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」で 15.0%、「ホームヘルプや訪問看護以外の、訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」10.0%、「ひきこもりや地域からの孤立予防、改善のため」7.5%、「病状や生活障害が大きく、地域での生活に不安や困難が多いため」7.5%が次いでいる。特に訪問による生活訓練の効果が期待される利用者像としては、「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」で 22.5%、「ホームヘルプや訪問看護以外の、訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」17.5%、「ひきこもりや地域からの孤立予防、改善のため」15.0%、「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗があるため」15.0%、「支援の困難さや問題行動などにより、他の事業所の利用につながりにくい」15.0%という結果であった(図 2-2-11)。

### (3) 過去2年間の訪問による生活訓練を通じた経験

#### ①より効果が高まると思われたケース

図2-2-12 「半年で50日以内」の上限を超える支援提供でより効果が高まると思われたケース

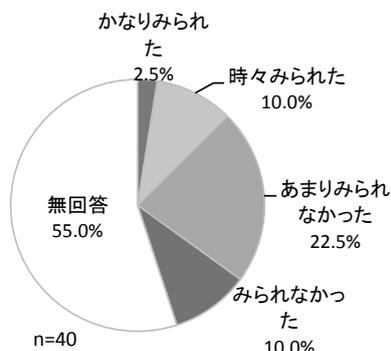


図2-2-13 「1ヶ月14日以内」の上限を超える支援提供でより効果が高まると思われたケース

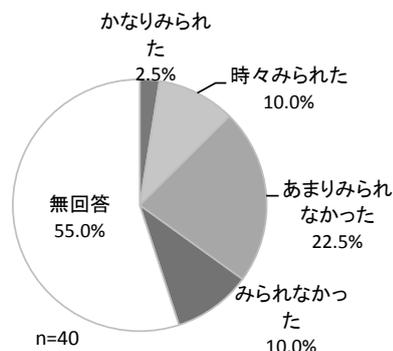
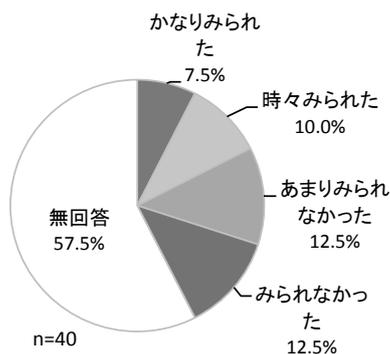


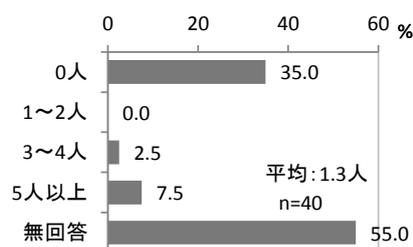
図2-2-14 2年を超えて利用することでより効果が得られると思われたケース



過去2年間（平成24年度以降）の計画策定を通じて「半年で50日以内」「1か月14日以内」という、現在の生活訓練の利用条件を超える支援提供によってより効果が高まるケースの有無に関する設問を設けた。結果として双方ともに同率で「かなり（効果が）みられた」が2.5%、「時々（効果が）みられた」10.0%となっており無回答が55.0%という結果であった。2年を超えた利用に関する効果が一番高く評価されており、「かなりみられた」が7.5%、「時々みられた」が10.0%という結果であった（図2-2-12から図2-2-14）。

## ②通所が前提となっているために利用できなかったケース

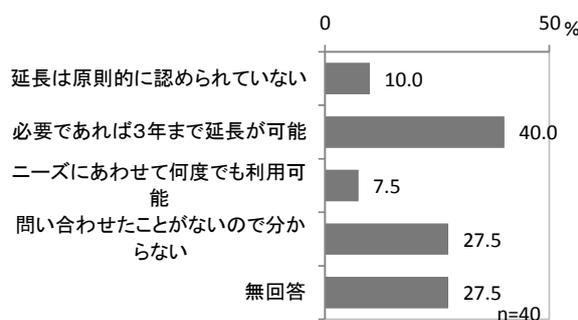
図 2-2-15 通所が前提となっているために利用できなかったケース



また、実際にプランを作成する上で、生活訓練が通所を前提としているために利用できなかったケースに関して聞いたところ、0人という回答が35.0%、次いで5人以上と回答した事業所が多く、平均1.3名という結果になっている（図2-2-15）。

## ③生活訓練の利用に関する所管自治体の対応

図 2-2-16 生活訓練の利用に関する所管自治体の対応



生活訓練の利用に関する所管自治体の対応に関しては、延長は原則的に認められていないという回答が10.0%あったが、40.0%は必要であれば3年まで延長が可能という回答であった。生活訓練事業、計画相談そのものの歴史が浅く、事業所も自治体の対応に関して十分な情報を持っていないことが推測される（図2-2-16）。

#### ④訪問のみの自立訓練の利用が可能なら、生活訓練を利用したいと考える対象

図 2-2-17 訪問のみの自立訓練の利用が可能なら、生活訓練を利用したいと考える対象



訪問のみの自立訓練の利用が可能なら、生活訓練を利用したいと考える対象については、「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗がある人」が最も多く 32.5%、「ひきこもりがち等で本人が通所を希望していない、乗り気でない人」「本人は通所を希望しているが、実際には通えない人」がともに 27.5%、「ホームヘルプや訪問看護以外の、訪問による柔軟な生活支援を必要としている人」が 25.0%といった結果であった。また、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に関しては、「ひきこもりがち等で本人が通所を希望していない、乗り気でない人」が 40.0%で最も多く、「本人は通所を希望しているが、実際には通えない人」が 37.5%、「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗がある人」「ホームヘルプや訪問看護以外の、訪問による柔軟な生活支援を必要としている人」がともに 32.5%であった (図 2-2-17)。

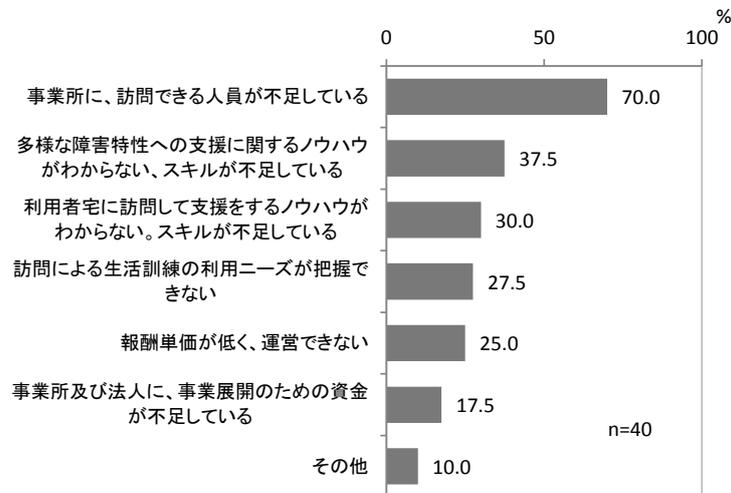
## ⑤居宅介護（障害ホームヘルプ）サービスと比較した、訪問による生活訓練の位置づけや特徴

相談支援の立場からの居宅介護（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の結果を以下に集約した。

- 支援員の支援に留まらず、支援員によるアセスメントが可能。タイムリーなアセスメントが行えることで、自立に向けた支援展開が期待できる。
- 家族と同居していても利用できるが、未だ該当する方がなく、どのような訓練が必要かよくわかりません。ニーズに対応はしやすいとは思いますが、利用者に合わせすぎないように注意が必要かと考えます
- 家族と同居していても利用できる。生活課題に沿った支援ができる。柔軟な支援ができる。
- 自宅生活ニーズに即して、経済的・生活面・社会面など自立へ向けた訓練を行なうことができる
- 生活訓練の方が文字通り訓練（トレーニング）の意味合いが強く、具体的な目標を設定し細かく本人の取り組み内容を決めていく必要性があると感じる。
- 状態に不安定な利用者に対して、より柔軟な支援を組み立てられ、本人が安心したサービス提供を受けることで、精神的に安定する。生活リズムが整う。
- 自立という目的で本人と共にやるという視点が明確である。／訪問から通所へ、など本人の意向に合わせた柔軟な支援が可能。／在宅生活のアセスメントで本人のエンパワメントも確認できる。／期限があることで支援のポイントが立てやすい。
- 実生活の中での訓練の為、即効性のある支援となりうる。／生活環境のアセスメントをしながら支援が可能となることで、従来出来なかった家庭生活の課題が把握できるようになる。
- ホームヘルプサービスよりも本人の自立を主体とした支援ができると思う。
- ご本人と目標を確認し、より柔軟にアセスメントが可能。／細かな所に支援が届く。
- 期限があるので目標設定しやすい。
- 地域での生活（移行）に変わった時に（例：自立訓練（入所型）からひとり暮らし）、一定期間安定するまで訪問による支援ができる。（※ヘルパーの利用が必要ない、又はヘルパーが利用できないサービス（例：手続き、大きな買い物等））
- 実際の生活の場で訓練を受ける事により、ご本人が自立に向けた実践をしやすい。家庭状況を考慮した上でもサービスを提供できる。
- 相談者のニーズに沿った個別の対応ができる。
- 居宅介護サービスとの比較というより、本来的に違うサービスだと認識しており、とりわけ支援対象者が精神障害者である場合、リハビリ機能が中心であり、家事等の直接支援とは自ずから異なり、本人の持つ強みを引き出したり、生活不安への対処等がその特長だと考える。相談支援の支援部分との協調がより効果を生むと考える。
- 仕組みやサービス内容が理解しづらい。訪問による生活訓練の制度が利用しにくい。
- 利用している方がいないので何とも言えませんが、障害固定とは少しの工夫で自立度が上がりそうな方が利用していくもの?HPリハと居宅介護でも可能と考え、あまり調整しようとは思わない。
- より柔軟な支援を組み立てられる。

## ⑥生活訓練事業所が訪問による生活訓練を行う上で困難と想定されること

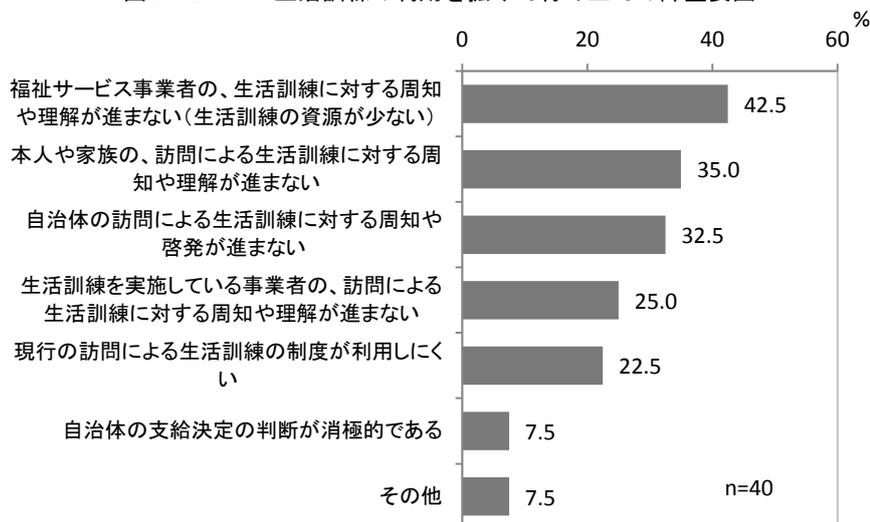
図 2-2-18 生活訓練事業所が訪問による生活訓練を行う上で困難と想定されること



相談支援事業所から見た生活訓練事業所が訪問による生活訓練を行う上で困難と想定される事柄に関しては、「事業所に、訪問できる人員が不足している」が 70.0%と最も高く、次いで「多様な障害特性への支援に関するノウハウがわからない、スキルが不足している」37.5%、「利用者宅に訪問して支援をするノウハウがわからない。スキルが不足している」30.0%となっている（図 2-2-18）。

## ⑦生活訓練の利用を拡げて行く上での障壁要因

図 2-2-19 生活訓練の利用を拡げて行く上での障壁要因



〔具体的な意見等〕

- そもそも生活訓練を展開している事業所数が少ない。その中でも訪問サービスを展開している事業所も少ない。利用したくても利用出来ないのが現状。
- どういった利用の仕方ができているか、実際に訪問支援については具体的な例も少ないため、今後理解をして、活用していきたい。
- ヘルパーさんとの違いが、明確に説明できない。
- 標準期間が設定されていることが有効な利用者と、延長3年でも生活安定をなかなか得られない利用者を一律に利用除外することの問題。相談支援の支援部分が評価されないことの現状。

相談支援事業所から見た生活訓練の利用を拡げて行く上での障壁要因としては、「福祉サービス事業者の、生活訓練に対する周知や理解が進まない(生活訓練の資源が少ない)」が最も多く42.5%、「本人や家族の、訪問による生活訓練に対する周知や理解が進まない」が35.0%、「自治体の訪問による生活訓練に対する周知や啓発が進まない」が32.5%となっており、周知が進んでない、施設数が少ないと受け取られている現状が明らかとなった(図2-2-19)。

#### (4) 訪問による生活訓練に関する現行制度に関して

##### ①支援頻度に関する回数制限で見直しが必要なもの

図 2-2-20 支援頻度に関する回数制限で見直しが必要なもの

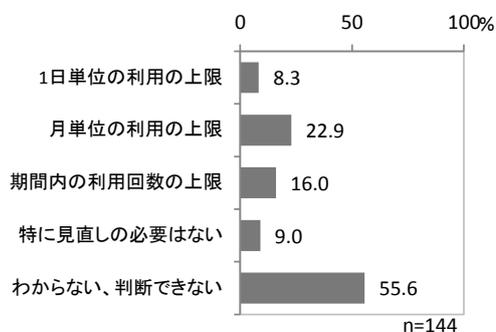


表 2-2-15 支援頻度に関する回数制限で見直しが必要なもの

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
1日単位の利用の上限	8.3	12.5	6.7
月単位の利用の上限	22.9	22.5	23.1
期間内の利用回数の上限	16.0	17.5	15.4
特に見直しの必要はない	9.0	17.5	5.8
わからない、判断できない	55.6	47.5	58.7
無回答	5.6	10.0	3.8

生活訓練における現行制度における支援頻度に関する回数制限で、相談支援事業所が見直しが必要と回答したのは、月単位の利用の上限（14日以内）であり22.9%、機関内の利用回数の上限（50回）に関しても見直しが必要という意見が16.0%であった。前述したように生活訓練事業所、相談支援事業所ともに歴史が浅く、プラン作成件数も少ないことから「わからない、判断できない」との回答が55.6%となっていることが推察される（表2-2-15）。

##### ②2年間又は3年間の利用期限制限に対する意見

図 2-2-21 2年間又は3年間の利用期限制限に対する意見

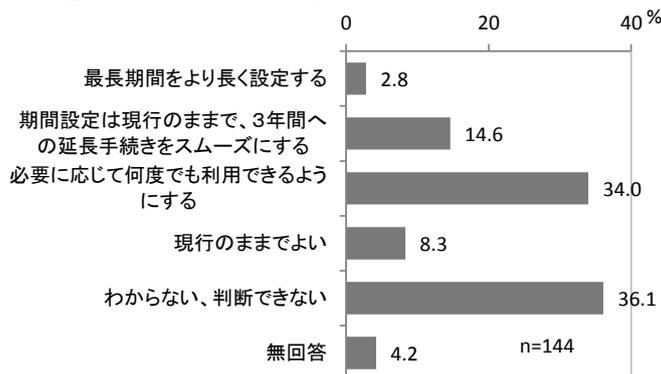


表 2-2-16 2年間又は3年間の利用期限制限に対する意見

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
最長期間をより長く設定する	2.8	5.0	1.9
期間設定は現行のままで、3年間への延長手続きをスムーズにする	14.6	12.5	15.4
必要に応じて何度でも利用できるようにする	34.0	32.5	34.6
現行のままでよい	8.3	10.0	7.7
わからない、判断できない	36.1	30.0	38.5
無回答	4.2	10.0	1.9

2年間又は3年間の利用期限制限に対する意見としては、「必要に応じて何度でも利用できるようにする」が最も多く34.0%、次いで「期間設定は現行のままで、3年間への延長手続きをスムーズにする」14.6%という結果であった（図2-2-21）。

### ③通所を前提とする訪問利用に対する意見

図 2-2-22 通所を前提とする訪問利用に対する意見

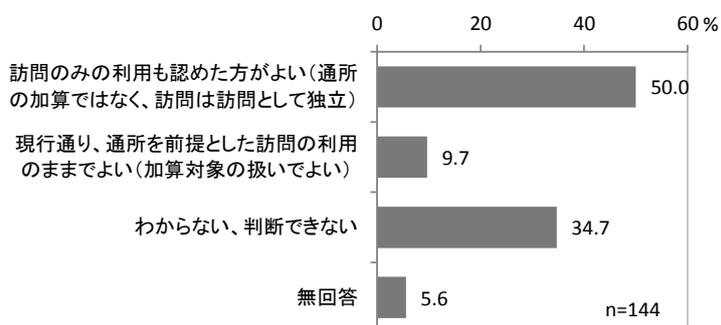


表 2-2-17 通所を前提とする訪問利用に対する意見

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
訪問のみの利用も認めた方がよい (通所の加算ではなく、訪問は訪問として独立)	50.0	55.0	48.1
現行通り、通所を前提とした訪問の利用のままでよい(加算対象の扱いでよい)	9.7	10.0	9.6
わからない、判断できない	34.7	27.5	37.5
無回答	5.6	7.5	4.8

通所を前提とする訪問利用に対する意見としては、「訪問のみの利用も認めた方がよい」(通所の加算ではなく、訪問は訪問として独立)が最も多く55.0%であり、現行通り、通所を前提とした訪問の利用のままでよい(加算対象の扱いでよい)が9.7%であった。一方、「わからない、判断できない」という回答率も他の項目同様高く34.7%であった(表2-2-17)。

訪問による生活訓練に関する現行制度への自由記述を以下にまとめた。

### 〔訪問による生活訓練に関する現行制度への意見や提案等〕

- 他利用サービスとの情報連携が必要である、「生活」全般としてとらえて、総合支援的に考えることが大切であると思う。
- 就労移行支援の支給期限がくると、自立訓練（生活訓練）に支給申請をし、その期限がくると移行支援の支給を再申請するというパターンが散見される。この繰り返しが事業所の都合で誘導されているのが問題。抑止する仕組みが必要と思う。
- 家（庭）に入り、踏み込んだ支援となることが予想されることから有期限であることが望ましい。但し、終了時に通所ではなくとも何かしらの支援や見守りが継続される（引継がれる）ことが必要と感じる。
- 重度重複障害を含む通所、ショートステイなどを行っている事業所の相談員です。計画相談はまだ1件しかやっていません。自立訓練の対象となる方の関わりも見込はほとんどないと思われまます。自立訓練のサービス内容のイメージ、利用者像がつかめず、(4)まで回答は困難でした。勉強不足で面目ないです。
- 私どもの事業所は主に精神障害の方を対象としています。現行の”通所ありき”の制度の中では通所をはじめてみたものの途中でリタイヤしてしまわれる方も多いです。訪問型の支援の充実が求められていると思います。又、訪問の時間も一定の時間が求められてくると思います。
- 支援の頻度や期間については、ケースごとにバラつきも出て来ると考えられるが、通常の居宅介護と同じような支援にならない様な設定が必要と思う。訓練を進めていく過程で訪問による訓練も必須になると考える。通所と訪問を組み合わせる中でも、頻度（時間）を設定しての訪問のみの利用を認めることで利用者ニーズに応えることができると感じる。
- この圏域では、地域移行、地域定着において生活訓練利用を進める事例はほとんどなく、生活面での課題についてもケアしてくれる継続Bの利用が圧倒的に多い。また、生活訓練事業所は1ヶ所あるが、地域移行、定着に対応するプログラムではないため、その発想自体ない。
- 利用期間中に入院されたり、一旦就労された方が退職され再度利用が必要な場合もありますので、必要に応じて利用ができるような制度が必要と思います。
- ひきこもりの利用者が通所するまでの間は、訪問しか方法はない。通所を前提とするのであれば加算額を増やさないと生活訓練自体、利用する人が少ないので、使いづらいサービスとなっていると考えられる。
- 必要な時に必要なだけ、必要内で利用できるといい。できるだけ本人の生活文脈の中で必要なトレーニングをうけることができるようにした方がいいと思います。
- 点数が低すぎ、経営が成り立たない。（往復に時間がかかり過ぎる）／訪問を加算あつかいにしたい。
- 必要に応じて他の日中活動事業同様に「月の日数-8日」でも支障はないかと思ひます。サービス等利用計画へ盛り込む事が前提となりますでしょうか。
- 障害はその障害特性よりも個人によるところが大きい。支援においても制度においても幅をもたせることが現場にとっては大切かつ必要であると思ひます。
- 現在、生活訓練事業を利用する計画相談はありませんが、個別給付の在り方として、通所、訪問サービスでのマンパワーや支援量には、明らかな差はないと思ひますので、訪問のみでも、基本サービス費として、設定すべきではないでしょうか。
- 支給量や期間については、市町村の判断ですが、市町村によってバラバラであり戸惑っています。また、生活訓練期間が最長3年ですが、訓練の必要性がある場合延長を認めてもらいたい。
- (2)訓練の効果がなまま続けるのは不可。／(3)事業所が運営できる報酬は確保すべき。
- 具体例が当センターではない為、適切な判断ができかねますが…。通所できない（自宅から出る気力さえない）方にとって、訪問があるのは有効かと思ひます。ただそのような方に対し期限をきっても、2年後状況の変化を望むのはむずかしいと思ひます。一方、最近いろんな業者（事業所）が増えているので安易な請求

につながらないような仕組みも必要かと思います。

- 自立に向けての訪問訓練だが、期限内で未達成の場合も考慮して頂きたい。最長3年である程度自立するという意味では、目標設定しやすいところもあるが、利用者も高齢化してスムーズにいかない。
- 精神の方で長期にわたり引きこもっていた方や、長期入院から退院された方は、生活技術を習得するのに多くの時間と支援を要する。2年間という期間に一律に定めるのではなく、その方の状況に応じて柔軟に設定する仕組みもあって良いのではないか。地域で暮らせるために手厚いケアが必要なグループホーム（ケアホーム）が必要だが、どこも満員で数が不足している。
- 障害者福祉センターでの自立訓練（生活訓練）の利用は把握していましたが、訪問による生活訓練を把握しておりませんでした。通所・訪問の枠の見直しも必要と考えますが、生活介護等の併用利用も検討してもらいたいです。
- 訪問利用される方を家から地域に出ていただき、通所の生活訓練の場に参加していただいても、同時に算定できないことの改善、グループホームへの訪問を可能に。
- 何年もひきこもっていて、他人との交流ができず、外に一步も行けない人がいる。家族も支援が必要な場合、本人へのアプローチできるのは、生活訓練（訪問）しかないが、週2回、1年や2年ではたして効果があらわれるのか？疑問。
- 生活訓練という名のもとにきちんとどこまでその事業がおこなわれているのか、はなはだ疑問。一体、生活介護、就B等とどう中身が違うのか？訪問によるということが可能なことも知らなかった。実際本当に機能しているのか？
- 自立訓練を行っている事業所が少なく、現状は相談員が訪問して通所につなげるような動き（支援）をしている。相談事業所が自立訓練のような加算のとれる仕組みを導入した方が現実的ではないか。
- 対象者が「生活する場所」での支援が必要な場合通所しなければ訓練できない点については改善した方が、自宅でやり直しの手順等をしなくても自宅で実践しやすいのではないかと思います。普段の生活の場で、取組まないとなかなか生活の中に位置付きにくいのではないのでしょうか。
- 生活訓練として独立した訪問が良い
- 通所利用者への対応で手一杯で、訪問まで手広くは出来ないと、事業所職員の方から聞きました。

#### ④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

図 2-2-23 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

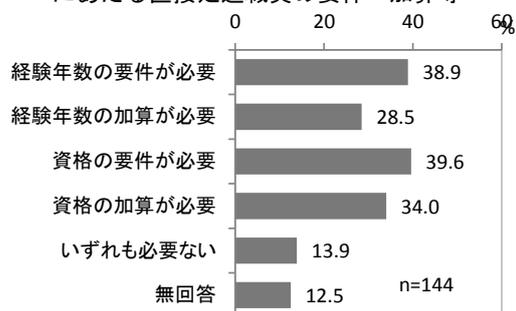


図 2-2-24 保持していることが望ましい資格

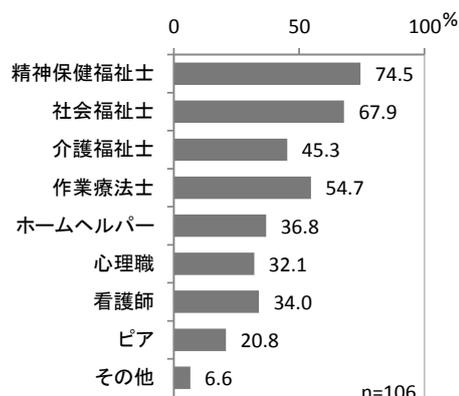


図 2-2-25 障害保健福祉分野の必要経験年数

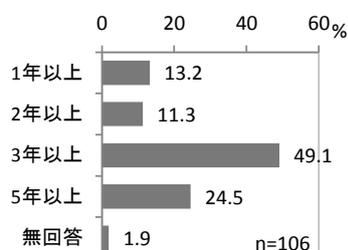
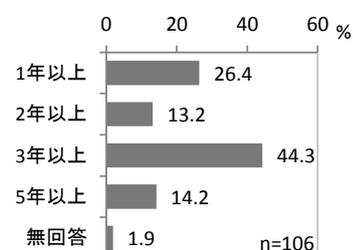


図 2-2-26 訪問サービスの必要経験年数



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・加算等に関しては、「資格要件が必要」という意見が最も多く 39.6%、次いで、「経験年数の要件が必要」が 38.9%、「資格の加算が必要」34.0%であった(図 2-2-23)。保持していることが望ましい資格については、「精神保健福祉士」が 74.5%、「社会福祉士」67.9%という結果であった(図 2-2-24)。障害保健福祉分野の経験に関しては、「3年以上」が最も多く 49.1%、次いで、「5年以上」が 24.5%、訪問サービスを実施するにあたっての必要経験年数に関しては「3年以上」が 44.3%、「1年以上」が 26.4%であった(図 2-2-25 および図 2-2-26)。

〔訪問による生活訓練を担う直接処遇職員向けの研修〕

図 2-2-27 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

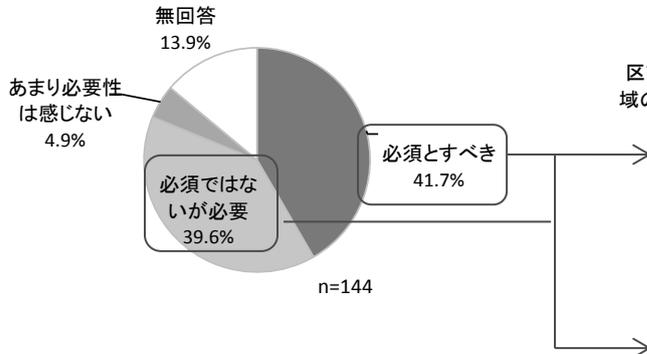


図 2-2-28 研修の実施主体

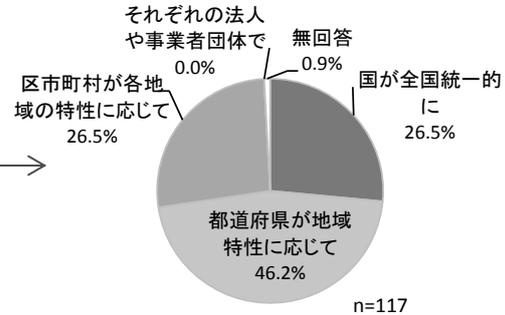
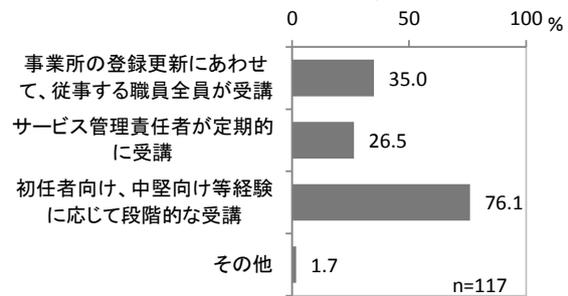


図 2-2-29 研修の実施方法



訪問による生活訓練を担う直接処遇職員向けの研修に関しては、「必須とすべき」という回答が41.7%、「必須ではないが必要」が39.6%であり、8割以上が必要であるとの認識を持っていた（図2-2-27）。必要と回答した事業所に研修の実施主体について尋ねたところ、「都道府県が地域特性に応じて」開催することが望ましいと回答した事業所が46.2%、国と市区町村という回答は各26.5%であった（図2-2-28）。研修の実施方法としては、「初任者向け、中堅向け等経験に応じて段階的な受講」という回答が76.1%、「事業所の登録更新にあわせて、従事する職員全員が受講」という意見も35.0%あった（図2-2-29）。

### 3. 就労中の利用者に対する訪問による生活訓練の主観的効果等

本節では、訪問による生活訓練における就労中の利用者についての調査結果を報告する。各項目は、就労中の利用者にとって有用と思われる支援内容やニーズ等に焦点を当てている。なお、回答は生活訓練事業所および相談支援事業所から得たものであるが、個票調査については生活訓練事業所からの回答のみとなっている。

#### (1) 就労中の利用者に対する訪問による生活訓練の主観的な効果等に関する事業所の意見

##### ①訪問による生活訓練が効果的と思われる状態（就労中の利用者）（生活訓練事業所の回答）

図 2-3-1 訪問による生活訓練が効果的と思われる状態（就労中の利用者）

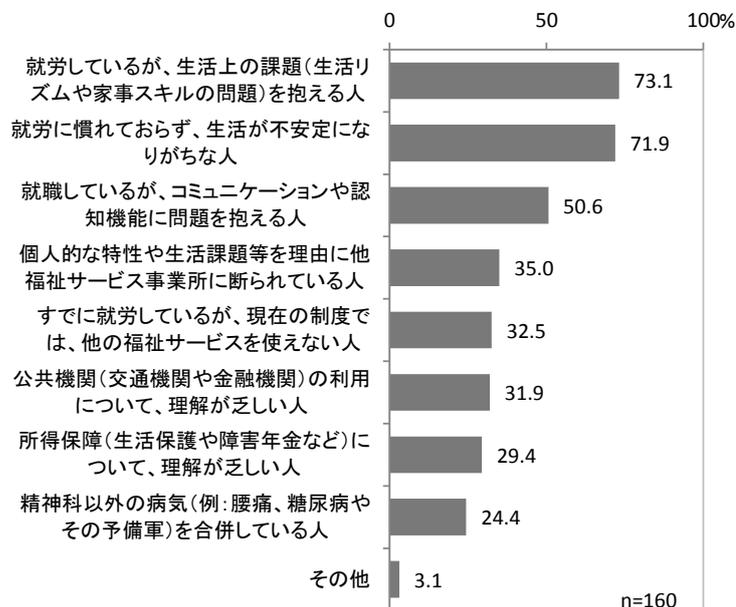


表 2-3-1 訪問による生活訓練が効果的と思われる状態（就労中の利用者）（訪問実施の有無別）

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
就労しているが、生活上の課題（生活リズムや家事スキルの問題）を抱える人	117	73.1	40	87.0	75	69.4
就労に慣れておらず、生活が不安定になりがちな人	115	71.9	36	78.3	76	70.4
就職しているが、コミュニケーションや認知機能に問題を抱える人	81	50.6	25	54.3	53	49.1
個人的な特性や生活課題等を理由に他福祉サービス事業所に断られている人	56	35.0	15	32.6	39	36.1
すでに就労しているが、現在の制度では、他の福祉サービスを使えない人	52	32.5	18	39.1	32	29.6
公共機関（交通機関や金融機関）の利用について、理解が乏しい人	51	31.9	21	45.7	29	26.9
所得保障（生活保護や障害年金など）について、理解が乏しい人	47	29.4	16	34.8	30	27.8
精神科以外の病気（例：腰痛、糖尿病やその予備軍）を合併している人	39	24.4	10	21.7	26	24.1
その他	5	3.1	3	6.5	2	1.9
無回答	19	11.9	3	6.5	14	13.0
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

図 2-3-1 および表 2-3-1 は、生活訓練事業所が訪問による生活訓練が有用と考える就労中の利用者像を示している。最も多くの事業者が訪問による生活訓練を有用と考えた利用者は「就労しているが、生活上の課題を抱える人」(n=117, 73.1%) であり、次いで「就労に慣れておらず、生活が不安定になりがちの人」(n=115, 71.9%) であった。また、「就職しているが、コミュニケーションや認知機能に課題を抱える人」についても 50%以上 (n=81) の事業所が選択していた。

(相談支援事業所の回答)

図 2-3-2 訪問による生活訓練が効果的と思われる状態 (就労中の利用者)

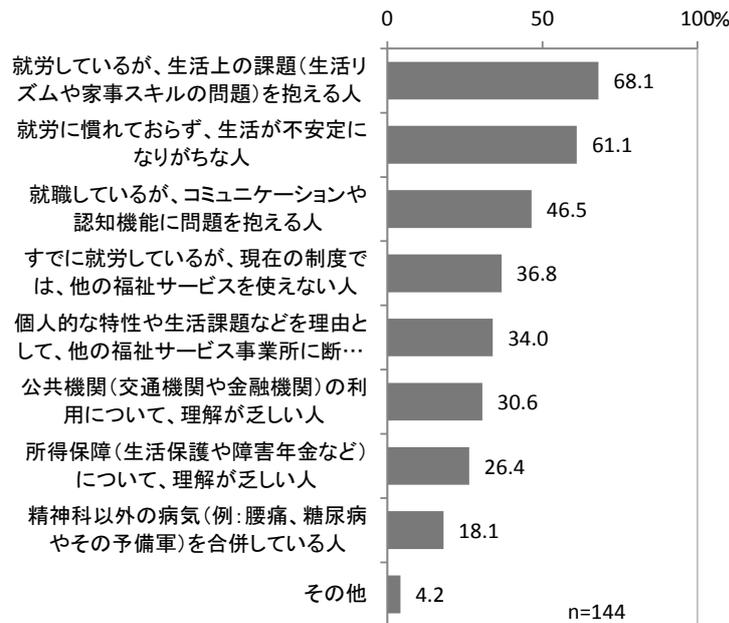


表 2-3-2 訪問による生活訓練が効果的と思われる状態 (就労中の利用者)

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
就労しているが、生活上の課題(生活リズムや家事スキルの問題)を抱える人	68.1	75.0	65.4
就労に慣れておらず、生活が不安定になりがちの人	61.1	62.5	60.6
就職しているが、コミュニケーションや認知機能に課題を抱える人	46.5	47.5	46.2
すでに就労しているが、現在の制度では、他の福祉サービスを使えない人	36.8	42.5	34.6
個人的な特性や生活課題などを理由として、他の福祉サービス事業所に断られている人	34.0	47.5	28.8
公共機関(交通機関や金融機関)の利用について、理解が乏しい人	30.6	37.5	27.9
所得保障(生活保護や障害年金など)について、理解が乏しい人	26.4	35.0	23.1
精神科以外の病気(例:腰痛、糖尿病やその予備軍)を合併している人	18.1	30.0	13.5
その他	4.2	2.5	4.8
無回答	11.8	12.5	11.5

生活訓練事業所と同様に、相談支援事業所も訪問による生活訓練が有用と考える就労中の利用者像として、「就労しているが、生活上の課題を抱える人」(n=98, 68.1%)、次いで「就労に慣れておらず、生活が不安定になりがちな人」(n=88, 61.1%)、「就職しているが、コミュニケーションや認知機能に課題を抱える人」(n=67, 46.5%)が回答数の上位を占めた(図2-3-2および表2-3-2)。これらの割合は、生活訓練プランの作成の有無にかかわらず、ほぼ同等であった。

②継続的な就労につながると思われる支援内容  
(生活訓練事業所の回答)

図 2-3-3 継続的な就労につながると思われる支援内容(就労中の利用者)

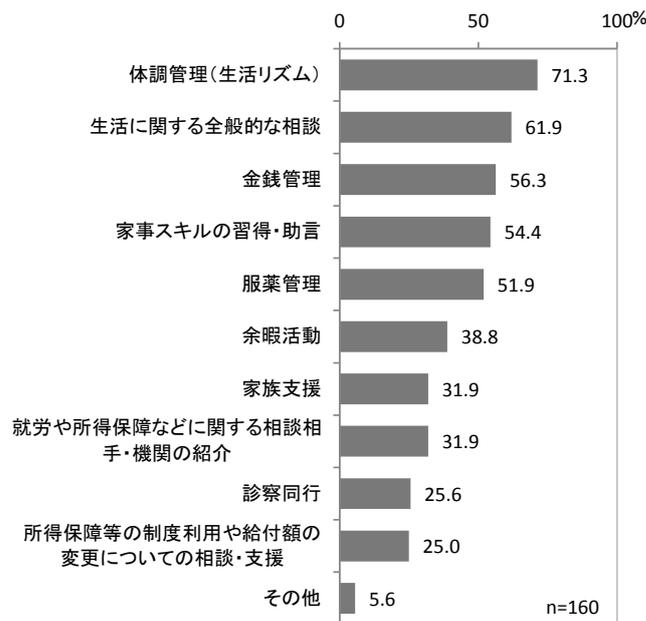


表 2-3-3 継続的な就労につながると思われる支援内容(就労中の利用者)

	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
体調管理(生活リズム)	114	71.3	36	78.3	75	69.4
生活に関する全般的な相談	99	61.9	35	76.1	61	56.5
金銭管理	90	56.3	26	56.5	60	55.6
家事スキルの習得・助言	87	54.4	35	76.1	50	46.3
服薬管理	83	51.9	31	67.4	51	47.2
余暇活動	62	38.8	25	54.3	35	32.4
家族支援	51	31.9	16	34.8	34	31.5
就労や所得保障などに関する相談相手・機関の紹介	51	31.9	18	39.1	32	29.6
診察同行	41	25.6	14	30.4	25	23.1
所得保障等の制度利用や給付額の変更についての相談・支援	40	25.0	16	34.8	23	21.3
その他	9	5.6	5	10.9	4	3.7
無回答	20	12.5	4	8.7	14	13.0
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

生活訓練事業所が利用者の就労の継続的に有用と考える支援内容は、「体調管理（生活リズム）」（n=114, 71.3%）、「生活に関する全般的な相談」（n=99, 61.9%）、「金銭管理」（n=90, 56.3%）であった。他方、訪問実施事業所だけでみると、「体調管理（生活リズム）」（n=36, 78.3%）、「生活に関する全般的な相談」（n=35, 76.1%）、「家事スキルの習得・助言」（n=35, 76.1%）、「服薬管理」（n=31, 67.4%）、「金銭管理」（n=26, 56.5%）、「余暇活動」（n=25, 54.3%）の項目について、半数以上の事業所が有用な支援として選択していた（図 2-3-3 および表 2-3-3）。

（相談支援事業所の回答）

図 2-3-4 継続的な就労につながると思われる支援内容（就労中の利用者）

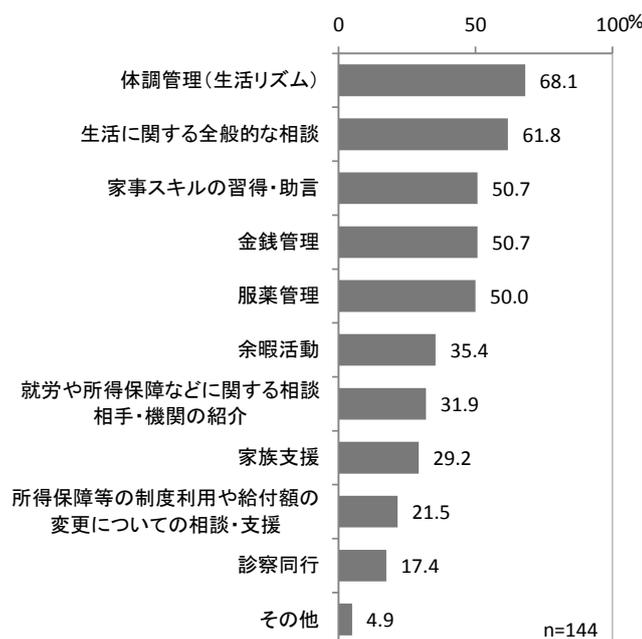


表 2-3-4 継続的な就労につながると思われる支援内容（就労中の利用者）

	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
体調管理（生活リズム）	68.1	77.5	64.4
生活に関する全般的な相談	61.8	62.5	61.5
家事スキルの習得・助言	50.7	52.5	50.0
金銭管理	50.7	52.5	50.0
服薬管理	50.0	62.5	45.2
余暇活動	35.4	32.5	36.5
就労や所得保障などに関する相談 相手・機関の紹介	31.9	27.5	33.7
家族支援	29.2	40.0	25.0
所得保障等の制度利用や給付額の変更についての相談・支援	21.5	27.5	19.2
診察同行	17.4	20.0	16.3
その他	4.9	0.0	6.7
無回答	11.8	12.5	11.5

相談支援事業所への調査では、「体調管理（生活リズム）」（n=98, 68.1%）、「生活に関する全般的な相談」（n=89, 61.8%）、「家事スキルの習得・助言」（n=73, 50.7%）、「金銭管理」（n=73, 50.7%）、「服薬管理」（n=72, 50.0%）などが就労の継続的に有用な支援として、半数以上の事業所から回答を得た。これらの項目は、生活訓練プランの作成の有無に関係なく、高い割合を示していた（図 2-3-4 および表 2-3-4）。

③就労中の利用者に対する訪問による生活訓練のニーズ  
(生活訓練事業所の回答)

図 2-3-5 就労中の利用者に対する訪問による生活訓練のニーズ

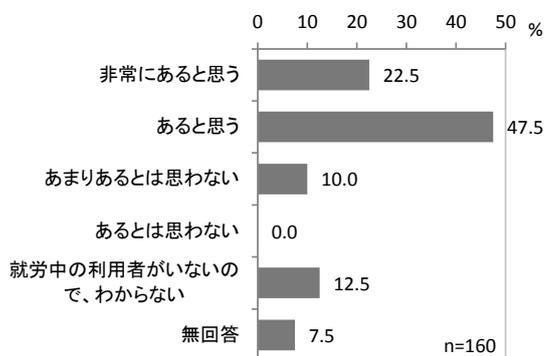


表 2-3-5 就労中の利用者に対する訪問による生活訓練のニーズ

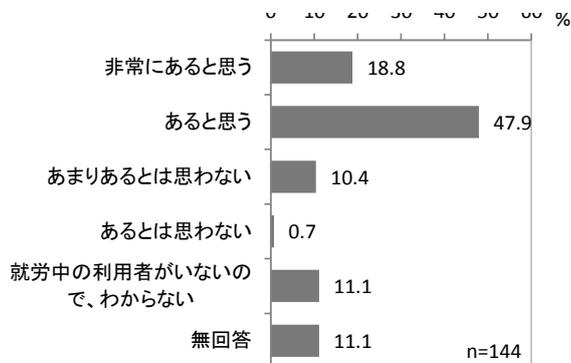
	全体		訪問実施事業所		訪問未実施事業所	
	回答数	構成比%	回答数	構成比%	回答数	構成比%
非常にあると思う	36	22.5	13	28.3	22	20.4
あると思う	76	47.5	27	58.7	47	43.5
あまりあるとは思わない	16	10.0	2	4.3	13	12.0
あるとは思わない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
就労中の利用者がいないので、わからない	20	12.5	4	8.7	16	14.8
無回答	12	7.5	0	0.0	10	9.3
回答事業所数	160	100.0	46	100.0	108	100.0

生活訓練事業所では、就労中の利用者における訪問による生活訓練のニーズに関して「非常にあると思う」が 22,5% (n=36) であり、「あると思う」47,5% (n=76) であった。特に、訪問実施事業所では、「非常にあると思う」と「あると思う」の合計が 9 割近い回答を占めていた。他方、訪問未実施事業所では、「あまりあるとは思わない」と「就労中の利用者がいないので、わからない」の合計が全体の 4 分の 1 を占めていた (図 2-3-5 および表 2-3-5)。

(相談支援事業所の回答)

図 2-3-6 就労中の利用者に対する訪問による生活訓練のニーズ

表 2-3-6 就労中の利用者に対する訪問による生活訓練のニーズ



	合計	生活訓練プラン作成	
		あり	なし
合計	144	40	104
非常にあると思う	18.8	25.0	16.3
あると思う	47.9	35.0	52.9
あまりあるとは思わない	10.4	12.5	9.6
あるとは思わない	0.7	0.0	1.0
就労中の利用者がいないので、わからない	11.1	15.0	9.6
無回答	11.1	12.5	10.6

相談支援事業所においても、就労中の利用者における訪問による生活訓練のニーズが「非常にあると思う」と「あると思う」の合計が約 7 割となっていた (図 2-3-6 および表 2-3-6)。

(2) 就労中の利用者のプロフィール (生活訓練事業所個票調査から)

[分析対象]

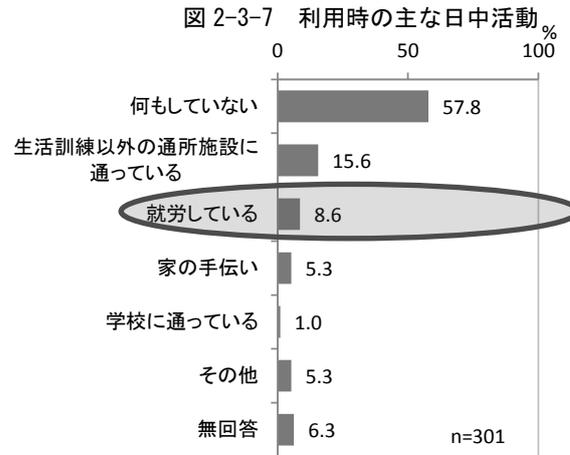


表 2-3-7 利用時の主な日中活動 (基本クロス軸別)

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	301	185	74	201	65	30	143	46	29	148	86
何もしていない	57.8	60.0	48.6	59.7	52.3	63.3	58.7	58.7	55.2	58.1	58.1
生活訓練以外の通所施設に通っている	15.6	15.1	23.0	17.4	16.9	6.7	17.5	10.9	20.7	12.2	20.9
就労している	8.6	7.0	13.5	10.0	4.6	13.3	7.7	2.2	10.3	13.5	5.8
家の手伝い	5.3	5.4	5.4	3.0	7.7	10.0	3.5	8.7	3.4	3.4	7.0
学校に通っている	1.0	0.5	1.4	1.0	0.0	0.0	1.4	0.0	3.4	1.4	1.2
その他	5.3	4.9	6.8	6.0	3.1	6.7	4.9	4.3	6.9	6.1	5.8
無回答	6.3	7.0	1.4	3.0	15.4	0.0	6.3	15.2	0.0	5.4	1.2

図 2-3-7 および表 2-3-7 は、生活訓練事業所の個票調査における主な日中活動の結果を示している。就労をしている利用者は 8.6% (n=26) であった。各基本属性とのクロス集計に大きな差は見られなかった。

① 就労継続期間

図 2-3-8 就労継続期間

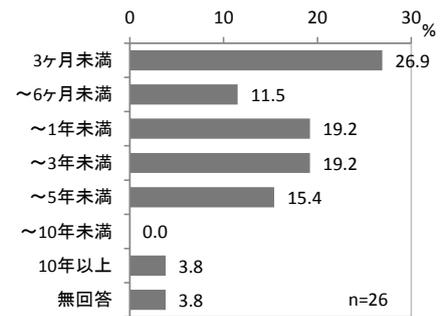


表 2-3-8 就労継続期間（基本クロス軸別）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	26	13	10	20	3	4	11	1	3	20	5
3ヶ月未満	26.9	53.8	0.0	20.0	0.0	75.0	27.3	0.0	33.3	35.0	0.0
~6ヶ月未満	11.5	7.7	10.0	10.0	33.3	0.0	9.1	100.0	0.0	10.0	20.0
~1年未満	19.2	15.4	30.0	25.0	0.0	0.0	27.3	0.0	0.0	15.0	40.0
~3年未満	19.2	7.7	30.0	25.0	33.3	0.0	18.2	0.0	0.0	25.0	0.0
~5年未満	15.4	7.7	30.0	15.0	33.3	0.0	9.1	0.0	33.3	15.0	0.0
~10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10年以上	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	33.3	0.0	20.0
無回答	3.8	7.7	0.0	5.0	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	20.0

個票における就労継続期間の結果から、就労中の利用者における就労期間で最も多いのは3ヶ月未満であった (n=7, 26.9%)。また1年未満の就労期間の利用者が全体の約55%を占めた。クロス集計の結果から、サービス利用中の利用者の約半数が3ヶ月未満の就労期間であったのに対し、すでにサービスを終了した利用者の半数以上が1年以上の就労期間を有していた。また、就労した利用者の多くが通所と訪問の両方の支援を受けていたが、20%は結果として訪問による支援のみを受けていた (図 2-3-8 および表 2-3-8)。

## ② 就労の形態

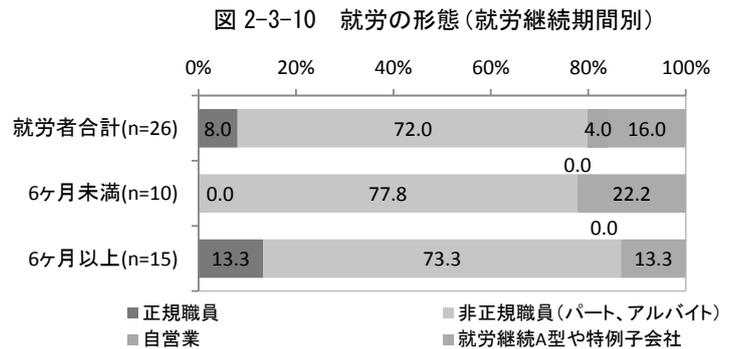
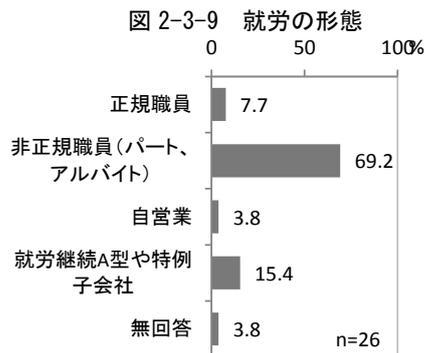


表 2-3-9 就労の形態

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏(F2)	知的障害(精神遅滞)(F7)	発達障害(F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	26	13	10	20	3	4	11	1	3	20	5
正規職員	7.7	0.0	10.0	5.0	0.0	25.0	0.0	0.0	33.3	5.0	20.0
非正規職員(パート、アルバイト)	69.2	69.2	80.0	70.0	66.7	75.0	63.6	0.0	66.7	80.0	20.0
自営業	3.8	7.7	0.0	5.0	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	20.0
就労継続A型や特例子会社	15.4	23.1	10.0	15.0	33.3	0.0	27.3	100.0	0.0	10.0	40.0
無回答	3.8	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	0.0

図 2-3-9 は就労中の利用者における就労形態の割合を示している。正規職員は 2 名 (7.7%) だけであり、多くが非常勤職員 (n=18, 69.2%) あるいは就労継続 A 型や特例子会社の利用者 (n=4, 15.4%) であった。正規職員の 2 名はともに 6 ヶ月以上の就労期間であったのに対し、非常勤職員や就労継続 A 型や特例子会社の利用者の約半数が 6 ヶ月未満の就労期間であり、9 割以上がサービス利用中であった (図 2-3-10 および表 2-3-9)。また、通所と訪問を併用している利用者のうち、8 割が非常勤職員であった (表 2-3-9)。

### ③ 週あたり勤務時間

図 2-3-11 勤務時間（／週）

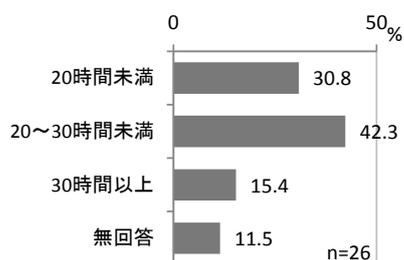


図 2-3-12 勤務時間（／週）（就労継続期間別）

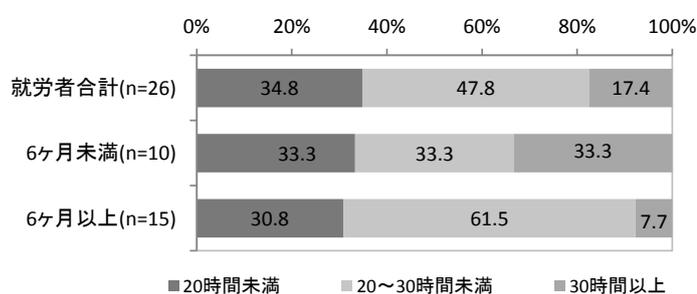


表 2-3-10 勤務時間（／週）

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	26	13	10	20	3	4	11	1	3	20	5
20時間未満	30.8	38.5	30.0	30.0	33.3	25.0	27.3	0.0	0.0	30.0	40.0
20～30時間未満	42.3	30.8	70.0	45.0	66.7	25.0	54.5	100.0	0.0	45.0	40.0
30時間以上	15.4	23.1	0.0	10.0	0.0	50.0	18.2	0.0	66.7	15.0	20.0
無回答	11.5	7.7	0.0	15.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	10.0	0.0

就労中に生活訓練事業所を利用した者における週あたりの勤務時間を見ると（図 2-3-11 および図 2-3-12、表 2-3-10）、7 割以上の利用者が週 30 時間未満の就労であり、約 30%（n=7）が 20 時間未満の就労であった。また、6 ヶ月以上就労している利用者における週の勤務時間は、20～30 時間が最も多かった（n=16, 61.5%）。

#### ④ 求人種類

図 2-3-13 求人種類

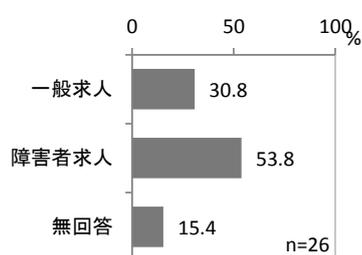


図 2-3-14 求人種類 (就労継続期間別)

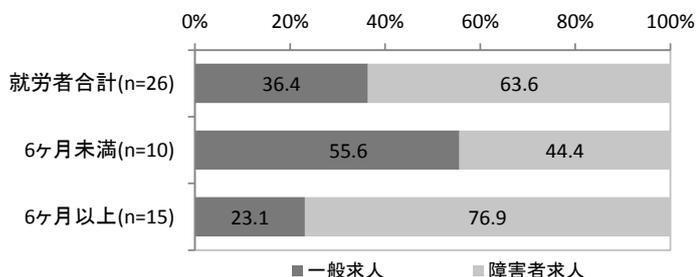


表 2-3-11 求人種類

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス 利用中	すでに利 用を終了	精神保健 福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調 症圏 (F2)	知的障害 (精神遅 滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪 問を併用	結果とし て訪問の み利用
回答数	26	13	10	20	3	4	11	1	3	20	5
一般求人	30.8	38.5	20.0	20.0	0.0	100.0	18.2	0.0	66.7	35.0	20.0
障害者求人	53.8	46.2	80.0	60.0	100.0	0.0	63.6	100.0	33.3	55.0	40.0
無回答	15.4	15.4	0.0	20.0	0.0	0.0	18.2	0.0	0.0	10.0	40.0

図 2-3-13 は就労中の利用者における求人種類を示している。半数以上の利用者が障害者求人を通した仕事を得ていた一方で、約 30% (n=8) は一般求人では就労をしていた。6 月未満の就労期間においては、全体における一般求人の割合が障害者求人より多くの割合を占めているのに対し、6 月以上の就労期間では、約 8 割が障害者求人であった (図 2-3-14)。また、クロス集計の結果から、障害者求人の利用者においてはすでにサービスの利用を終了した人が 80% (n=8) であったが、一般求人では 20% (n=2) であった (表 2-3-11)。

⑤ 生活訓練以外で受けている就労支援の有無

図 2-3-15 生活訓練以外で受けている就労支援の有無

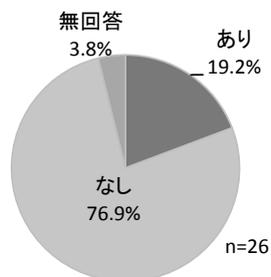


図 2-3-16 生活訓練以外で受けている就労支援の有無 (就労継続期間別)

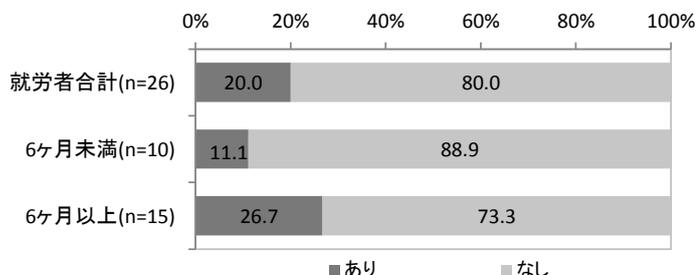


表 2-3-12 生活訓練以外で受けている就労支援の有無

	合計	サービス利用状況		手帳保持の状況			主診断名			生活訓練の利用状況	
		サービス利用中	すでに利用を終了	精神保健福祉手帳	療育手帳	手帳なし	統合失調症圏 (F2)	知的障害 (精神遅滞) (F7)	発達障害 (F8)	通所と訪問を併用	結果として訪問のみ利用
回答数	26	13	10	20	3	4	11	1	3	20	5
あり	19.2	7.7	30.0	15.0	66.7	0.0	0.0	100.0	0.0	20.0	20.0
なし	76.9	92.3	70.0	80.0	33.3	100.0	100.0	0.0	100.0	75.0	80.0
無回答	3.8	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	0.0

就労中に生活訓練事業所を利用した利用者において、他機関から就労支援を受けていた利用者は約 20%以下 (n=5) であり、多くは生活訓練事業所だけを利用していた (図 2-3-15)。クロス集計の結果から (図 2-3-16)、6 ヶ月以上の就労期間の利用において、他機関の就労支援を受けていた利用者が 26.7% (n=4) であった。割合だけで見ると、6 ヶ月未満の就労期間の利用者においては、他機関からの就労支援を受けている利用者が約 10% (n=1) であったことから、その割合は 2 倍以上となっていた。

#### 4. 生活訓練事業所を対象とした実地調査

アンケート調査の結果を踏まえ、訪問による生活訓練を実践している事業所等に対する実地調査を行った。調査内容は、①訪問先である事業所の概要、②事業所のスタッフについて、③現状及び訪問の状況、④訪問における自立訓練の内容、⑤訪問における自立訓練へのニーズなどである。調査は検討委員および調査担当者2名で行った。調査先は以下の通りである。

NO.	実地調査先	所在地
1	特定非営利活動法人 ゆるら 社会生活サポートセンター こみっと	東京都立川市
2	社会福祉法人 東康会 らぽーる八代	熊本県八代市
3	NPO 法人くぬぎ 暮らしサポートそよ風	兵庫県西宮市
4	社会福祉法人豊芯会 マイファーム	東京都豊島区
5	社会福祉法人 北摂杉の子会 ジョブジョイントおおさか	大阪府大阪市
6	NPO 法人ほっとハートらいふ	千葉県市川市
7	社会福祉法人うぐいす会 障害福祉サービス事業所 こころの風元気村	千葉県千葉市
8	社会福祉法人みつわ会みつわ会寝屋川製作所	大阪府寝屋川市
9	NPO 法人やすらぎの会	山形県鶴岡市
10	社会福祉法人ふれあい共生会 地域活動支援センターもくれん就労form/ハナキリン	大阪市住吉区
11	医療法人豊済会サポートセンターる〜ぶ	大阪府豊中市

## 現地調査報告①

事業所名	特定非営利活動法人 ゆるら 社会生活サポートセンター こみっと
調査日時	2014年9月23日
調査担当	松岡広樹 山口創生

### 訪問先の事業所の概要

社会生活サポートセンター こみっと（以下、こみっと）は、利用者の就労を支援の主たる目的とする事業所であった。以下、その立ち上げの経緯と特徴点をまとめる。

#### 1) 立ち上げの経緯

こみっとを運営する母体法人ゆるらは、以前から地域活動支援センターを運営していた。こみっとの設立前、地域活動支援センターでは大きく3つの課題に直面していた。まず、働ける能力を有しながらも、集団が苦手等の理由で就労ができない利用者が散見されていたことである。次に、家から出られない等の理由で地域活動支援センターのサービスを利用できない利用者がいたこと、そして地域活動支援センターを卒業する能力がありながらも、次のステップに進めない利用者が多くいたことがあげられる。これらの課題に対処するために、こみっとは、就労支援を主眼におき、受け皿機能と地域促進機能を合わせもつアウトリーチ型の支援機関（生活訓練）として設立された。

#### 2) サービス内容の特徴

こみっとは根拠に基づく就労支援モデルの **Individual Placement and Support (IPS)** を志向し、利用者に丁寧にかかわる個別支援を重視している。また、個別のニーズをもとにサービスを提供することから、包括的な支援を展開している。具体的なサービス内容は、就労支援員によるハローワークや面接への同行を含む実際の求職活動の支援、職場訪問を含めたアウトリーチの就労継続支援、家族支援などと、生活支援員によるアウトリーチ型の地域生活支援や診察同行等の医療補助支援などが含まれる。IPS を志向している機関であることと関連して、こみっとは集団プログラム（social skills training、リラクゼーションや身体的健康に関するプログラムなど）を提供しているが、集団プログラムは就労支援の補助的な意味合いであり、エフォートの多くを費やさない支援方針である。むしろ集団に馴染まない人でも就労ができるように個別の支援に多くの時間をかけるところに大きな特徴がある。

### 自立訓練事業所のスタッフについて

常勤のスタッフ数：4名（資格：PSW、看護師、うち3名が訪問支援を実施）

非常勤のスタッフ数：1名（資格：PSW、うち1名が訪問支援を実施）

### 自立訓練事業所の現状及び訪問の状況

2012年度の新規利用者数：21

2013年度の新規利用者数：12

サービスを利用している人の人数（2014年7月末日の登録数）：22
サービスを利用した実働数（2014年7月時点）：42
1日の平均利用者数（2014年7月時点）：7.0
2012年度の訪問サービス利用者数：21
2013年度の訪問サービス利用者数：24
延べ訪問回数（2012年度）：250回（訪問のみの利用者：1名）
延べ訪問時間（2013年度）：190回（訪問のみの利用者：1名）
月14回以内、80日で50回以内という制限に関する意見： 重い方（病状の揺れが激しい）の場合は、限度回数以上に必要かもしれない。現在は、訪問看護などと連携することで、陽性症状の激しい方への対応をしている（例：精神科外来2回、コミット2,3回、訪問看護2回）
訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定： 1500円（ただし、訪問の有無は関係しない）
訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無： 交通費は、スタッフ用のSuicaが配給され、実費を機関が負担する。また、勤務時間内の移動は勤務として扱われるが、勤務時間外については時給が発生しない。
<b>■実際の訪問における自立訓練の内容</b>
平均的な訪問の頻度と時間（週あたりの訪問回数及び1回の平均時間）： 各スタッフが週平均で1回ぐらいいは訪問のサービスを提供する。訪問時間は平均すると1時間程度であるが、ケースや支援内容で異なることが多い。例えば、支援初期の段階では、家の近くについて「元気ですか」と声掛けをして帰ってくることもあり、その場合の訪問時間は多くても5分であろう。他方、ジョブコーチなどの支援では半日を費やすこともある。
キャッチメントエリア（時間や距離）：正確には定めていない。 住居からこみっとまで1時間ぐらいい（往路）が目安である。他方、就労支援では遠方まで足を運ぶことも珍しくない（尺場訪問における平均移動時間：45分）
訪問による自立訓練を利用している対象者の概要…年齢 性別 居住形態 経済 疾患・障害の状況 家族 医療 他サービスの利用状況 自立訓練への具体的ニーズ など こみっとは全利用者に訪問することを基本としているが、訪問だけの利用者は集団が苦手な利用者、通所のニーズがない利用者、就労中の利用者などがあげられる。
訪問による自立訓練の具体的な援助内容： 訪問による生活支援の内容は多岐にわたる。日常生活支援（家事）、服薬管理、余暇活動、引っ越しの手伝い、食事と一緒にいく、一緒にスポーツをする、買い物を一緒にする、仕事の愚痴を伺う、職場適応を目指す social skills training、同行支援、ジョブコーチなどが例として挙げられる。全てのサービスは、場所も時間もご本人の希望やペースに合わせている。

<p>定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容</p> <p>市町村提出にあわせて、再アセスメント・モニタリングを実施している。毎朝、全ケースレビューを行っている。困難ケース等の事例検討は週1回を目安としている。</p>
<p>訪問における家族支援について（支援の有無、内容）：</p> <p>就労について、本人は家族の意見に左右されることが多く、家族支援（主に良い関係を作ること）は重要であり、訪問支援を行っている。ただし登録段階で家族から面談を拒否されると訪問できないことが多い。家族支援は無報酬で行われている。</p>
<p>訪問サービスの終了基準（通所のみの利用への変更を含む）及び終了後の転帰：</p> <p>本人側からの拒否があった場合、利用の頻度の低下、入院などの理由で連絡がとれない時は訪問サービスの終了を検討する。こみっとによる訪問終了後について、自宅療養、他サービスの利用、死亡などが主な転帰である。</p>
<p>訪問による自立訓練の評価（効果）訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生訓を利用した訪問サービスは、ホームヘルパー（以下 HH）や訪問看護と異なり、野外での活動が可能であり、余暇支援の幅が広がりやすい。また、訪問看護と比較し、医療的なことに必ずしもとらわれないことから、利用者と良好な関係を作りやすい。</li> </ul>
<p><b>■訪問における自立訓練へのニーズ</b></p>
<p>就労をしたい利用者は訪問のニーズがあると考えている。</p>
<p>その他 特記事項</p> <p>現行制度下で、報酬が支払われない制度などを下記に列挙する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電話支援やメール支援も報酬単価</li> <li>・自宅以外の訪問</li> <li>・家族支援</li> </ul> <p>こみっととして大切にしていることや今後取り組みたいことを下記に列挙する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ疾患を持った集団に適応しなくても、職場には適応できる人がいる</li> <li>・就労移行支援事業所と連携し、就労後の継続サービスを請け負う</li> </ul>

## 現地調査報告②

事業所名	社会福祉法人 東康会 らぼーる・八代
調査日時	2014年9月25日
調査担当	武岡進、山口創生

### 訪問先の事業所の概要

#### 1) 立ち上げの経緯

らぼーる・八代は2013年4月に設立され、開所後1年5カ月の新しい事業所である。また、訪問支援を開始したのは、2014年度からである。らぼーる八代に併設される就労移行支援事業所と就労継続A型は、生活訓練事業所に先駆けて開所されている（自立支援法施行時）。生活訓練事業所が設立される前は、就労移行支援事業所で就労した利用者の定着支援に課題があり、雇用した企業も具体的なサポートを提供するわけではなかった。また、近隣の相談支援事業所や障害者就業・生活支援センターは、それぞれ利用計画の作成や膨大なケースロードの問題を抱え、就労支援が機能していなかった。これらの理由から、就労の継続や就労後の生活支援を提供することを目的として、生活支援事業所（らぼーる八代）が開所された。

#### 2) サービス内容の特徴

現在、らぼーる八代の利用者は2つのタイプがある。1つは前述したように就労後に支援を必要とする利用者であり、もう1つは就労を見据え、具体的な生活場面におけるQOL向上等に役立つプログラム（特別支援学校等を卒業した若い世代）、実際の求職活動前に就労に向けた支援を必要とする利用者である。本人が就労を望む場合は就労移行支援事業をすぐに利用することになっている。

就労前に生活訓練事業所を利用した人に対する具体的な支援の内容を以下にまとめる。最初の3カ月は施設内作業と利用者のアセスメントが行われる。次の3カ月はアセスメント結果をもとに、全員が実習に行く。次の6カ月間で再度自身がやりたいことについてのアセスメントを実施し、個々の求職活動が始まる。なお、最初の施設内作業は3カ月間と決まっており、能力の有無によって実習参加の是非を決めるわけではない。また、障害者求人（常用労働者数50人以上の企業）が当てはまる企業が少ないことから、就労者は一般求人での採用が多いことが特徴の1つである。

企業のある場所が限られることから、就労後は今まで住んでいた場所（自宅、グループホーム等）から出て一人暮らしをする利用者も多く、そういった利用者へのサービスは生活訓練における訪問による生活支援で対応している。すなわち、らぼーる八代のサービスは、利用者と「就労」を支援の中心において、就労が「継続」できることを主眼においたサービスを提供することに大きな特徴がある。

### 自立訓練事業所のスタッフについて

常勤のスタッフ数：3名（資格：PSW、ジョブコーチ取得予定、うち1名が訪問支援を実施）

自立訓練事所の現状及び訪問の状況
2012年度の新規利用者数：0人 2013年度の新規利用者数：3人（※2013年度に開所）
サービスを利用している人の人数（2014年7月末日の登録数）：9名 サービスを利用した実働数（2014年7月時点）：130人 1日の平均利用者数（2014年7月時点）：5.65
2012年度の訪問サービス利用者数：0人 2013年度の訪問サービス利用者数：0人（※2014年度に訪問開始）
延べ訪問回数（2012年度）：0回 延べ訪問回数（2013年度）：0回
月14回以内、80日で50回以内という制限に関する意見： 訪問回数等の制限は妥当であるが、利用期間を2年間から5年程度に延長することのほうが重要であると考えている。
訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定： スタッフに（経済的な）余裕がない限り、利用者に適切な支援ができないという考えから、非常勤はいない。今後、仮に祝日に開所する場合は、非常勤を雇う可能性はある。
訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無： 交通や移動にかかる時間の費用については、原則的に事業で負担する。就労先の都合などで通常の出勤時間より早く勤務を開始した際は、その時間分の早退を許可している。
■実際の訪問における自立訓練の内容
平均的な訪問の頻度と時間（週あたりの訪問回数及び1回の平均時間）： 現在は、週あたり平均3回（1回1時間程度）の訪問を実施している。しかし、将来的には、利用者のニーズ次第で週1回ぐらいにしていくのが理想と考えている。
キャッチメントエリア（時間や距離）： 訪問する利用者の家は、車で片道10分程度かかる所が多いが、片道30分までは対応することができる。他方、1つの生活訓練で対応できるケース数は20名ぐらいまでであり、それ以上のケース数になると、移動時間に多くの時間がとられてしまう。
訪問による自立訓練を利用している対象者の概要…年齢 性別 居住形態 経済 疾患・障害の状況 家族 医療 他サービスの利用状況 自立訓練への具体的ニーズ など 具体的な例として、ひきこもりの方、職場定着支援のニーズのある方、グループホーム等での課題解決のニーズを持っている方があげられる。
訪問による自立訓練の具体的な援助内容： らぼーる八代における訪問支援の内容は多岐にわたる。就労支援（特に定着支援）に関わるものとしては、職場環境の整備、仕事に対する動機づけ、集中力や確実性・機敏性・持続性の向上、集団生活のルールの教育、金銭管理の指導、交通機関の利用や援助、コミュニケーションの練習、身だしなみなどへの助言、通院同行、服薬等の促しなどが挙げられる。また、定着支援に関しては、就労の数カ月後に生活支援を必要とする利用者が散見される。

<p>就労前の利用者に関して、引きこもりの利用者に対しては、家を出ることを目標として、利用者のニーズに合わせて一緒に外出を援助することが多い。ニーズが発見できれば、レンタルショップや喫茶店への外出事例などもある。同様に、グループホームの利用者について、自宅の家事援助などもするが、外食等に一緒に行くこともある。</p>
<p>定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容</p> <p>3 ヶ月に 1 回、独自のアセスメントシートを使用してアセスメントを行う。アセスメントの特徴は 5 年後の姿を想像して進めることにある。また、知的障害を持った利用者には、沖縄県の施設で使用されているというツール（ちゅらライフ）を参考に、やりたいこと、サポートしてくれる人、利用する社会資源の絵を描いてもらうことにしている。</p>
<p>訪問における家族支援について（支援の有無、内容）：</p> <p>利用者本人は困っていない場合も多くあるが、家族は困っている場合が多いので、支援を行う。</p>
<p>訪問サービスの終了基準（通所のみ利用への変更を含む）及び終了後の転帰：</p> <p>就労前の利用者は、目標、やりたいことが見つかったとき、自信がついたときなどが訪問を含めた生活訓練事業所のサービスの終了の時である。利用者には 1 年を目安に次のサービスに移行してほしいと考えている。</p>
<p>訪問による自立訓練の評価（効果）訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：</p> <p>就労の継続、従来の福祉サービスにおける利用中断や不安定な利用をしている人、ひきこもり等に有効と考えている。自立訓練は利用期間が 2 年であることから完結サービスではない。むしろ、有期限の密接なサービスとして、本人の意欲を見出すこと、自立を促すこと、あるいは他のサービスにつなげる事業と考えている。</p>
<p><b>■訪問における自立訓練へのニーズ</b></p>
<p>就労の定着支援の希望者、ひきこもり、グループホーム利用者にニーズが多い。他方、家族は支援ニーズ（例：訪問に来てほしい）と本人ニーズ（例：訪問に来てほしくない）が異なる場合には葛藤することが多い。また、サービスの押しつけになることを避けるため、サービスを利用していない、サービス利用を終了したケースには訪問ニーズは必要ないとする。有期限のサービスであるため、支援者は次につながるサービスを提供しなければならないと考える。</p>
<p>その他 特記事項</p> <p>本人の了解を得られる場合には、利用者の病院同行は必ずするようにしている。また、必要であれば、地域の他のサービスも共同として生活支援を実施する。他方、相談支援事業所との連携に課題が残っている。事業所側の理想としては、相談支援事業所が支援（計画）における中枢機能の役割を担い、地域における福祉サービス事業所は前相談支援事業所の 2 次的機能の役割（サービス実践）を果たしていく構造が良いと考える。</p>

### 現地調査③

事業所名	NPO 法人くぬぎ 暮らしサポートそよ風
調査日時	平成 26 年 9 月 19 日
調査担当	日本社会事業大学 吉田光爾 特定非営利活動法人ほっとハート 松尾明子

■訪問先の事業所の概要について	
事業所が設立してからの年数： 3 年 4 カ月	
事業所が提供をしているサービス：_	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・多機能型 (就労移行支援・就労継続支援)</li> <li>・法人内：グループホーム、地域活動支援センター</li> </ul>	
<p>自立訓練事業の立ち上げの経緯</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 法人ミッションとして、積極的に社会的入院の方の地域移行促進に取り組み、グループホーム（以下 GH）に受け入れと併せ、個別の生活訓練の必要性や一人暮らしニーズに応えていくため。 (グループホームの日中活動先として、期限付きのサービスを利用することで、滞留せずに回転していくように)</li> <li>2. 既存の就労継続支援 B 型事業や地域活動支援センターにおいて、個々のニーズへの細やかな支援が不可能であったため、ニーズ充足のためにも個別支援が可能である自立訓練が効果的とみた。 (通所できる方はごく少数で、ひきこもり状態にある方が多いことも把握しており、個別支援の必要性を感じていた)</li> <li>3. 先行して就労移行支援事業を行っていたが、働く目的やイメージ、キャリアプランなどが持ちにくく、また病状の不安定性や障害の理解などが十分でないケースがあり、社会性活力（SFA）プログラムを基軸とした個別支援の必要性があった。</li> <li>4. 就労後、様々な環境変化により起きてくる事柄に対応し、新しい生活スタイルを築くための職場定着支援のニーズがあった。</li> </ol>	
自立訓練事業の開始年月： 3 年 4 ヶ月	
事業所のサービス提供の対象： (3 障害) / 身体 ・ 知的 ・ 精神 (肢体不自由除く) 併せて、発達・難病・高次脳機能障害	
自立訓練事業所のスタッフについて	
自立訓練事業所に従事しているスタッフの数と職種	
常勤のスタッフ数：常勤専従が 1 名 常勤兼務が 3 名	非常勤のスタッフ数：1 名

<p>(内1名は就労移行と兼務) (内1名はGHと兼務) 持っている資格：精神保健福祉士 社会福祉士 作業療法士</p>	<p>持っている資格：なし</p>
<p>常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：2名</p> <p>持っている資格：精神保健福祉士 社会福祉士</p>	<p>非常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：0名</p> <p>持っている資格：なし</p>
<p>自立訓練（特に訪問）を行う上で職員に求められる資格、経験等 社会福祉士、精神保健福祉士、作業療法士（機能のアセスメントに必要） ジョブコーチの有資格者 ※生活支援の「ライフコーチ」（仮称）も必要 ※資格にこだわりは持っていないが、障害特性の理解、環境面での工夫や合理的配慮は必須。 逆に、教育的・指導的態度や、援助度が高い支援者では生活訓練の効果が得にくい。また、ご自宅に訪問する上でマナーや節度、モラルなど基本的な社会性が必須。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援員・訪問支援員（密室性・介入度が高い・1人でいく）の資格の問題。 <ul style="list-style-type: none"> <li>生活という範囲は非常に幅広く、地域によって差が出やすい。研修システムの整備が必要。</li> <li>コーチング面、アセスメント面、モラル面等、様々な研修が必要。</li> </ul> </li> <li>本人の引き出しを伸ばしていくような関わり方の研修。</li> </ul>	
<p>2012年度の新規利用者数：7名 2013年度の新規利用者数：10名</p>	
<p>サービスを利用している人の人数（7月末日の登録数）：21名 サービスを利用した実働数（2014年7月時点）：21名 1日の平均利用者数（2014年7月時点）：11.2名</p>	
<p>2012年度の訪問サービス利用者数：実人員2名（訪問のみ） 実人員5名（通所・訪問セット） 2013年度の訪問サービス利用者数：実人員3名（訪問のみ） 実人員4名（通所・訪問セット）</p>	
<p>延べ訪問回数（2012年度）：33回（60.5時間） うち、訪問のみの利用者：10回（10.5時間） 延べ訪問回数（2013年度）：10回（14.5時間） うち、訪問のみの利用者：3回（3時間）</p>	
<p>月14回以内180日で50回以内という制限に関する意見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問によるサービスは有効性があるが、その回数についてはある程度制限が必要と認識している。とはいえ、どのあたりに制限値を設けるかについては判断できかねる。今後の訪問訓練の内容次第かと。例えば、現状ではご自宅への訪問の中で自宅内での訓練となるが、仮にご本人が当該事業所への通所ではなく、それ以外の事業所へ通所したいという場合に、自宅から事業所までの通所訓練や体験利用、カンファレンス等の支援が必要になるケースでは、月14日以内では本人の希望する日数に対応できない可能性がある。</li> <li>基準を設けつつも、計画相談や認定調査時点において適切な判断と柔軟な運用が必要では。</li> <li>生活支援というのは、就労移行よりもカバーエリアは広い。</li> </ul>	

<p>(2年間という期限は固定化されたものではなく、その時その時のニーズに応じて期限を設定して利用すべき)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定：時給・単価設定はない。</li> </ul> <p>原則として非常勤スタッフの訪問訓練は控えている。専門性の高いアセスメントやコーチングが必要と考えているため。しかし、ニーズがあり、常勤スタッフのみでは対応できないケースもあるため、非常勤の活用も今後の検討事項ではある。</p>
<p>訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無：</p> <p>利用者への交通費負担や移動にかかる費用の徴収はなし。現状はすべて事業者側が負担している。自宅までの往復時間は、事業所としては負担感が強い。訪問型の単価が改善され喜ばしい面があるが、訪問によりスタッフが現場を抜けることにより、通所サービスの質や量が低下しかねない側面があるため、訪問型のサービスには動態管理、運営が難しい。</p>
<p><b>■実際の訪問における自立訓練の内容について</b></p>
<p>平均的な訪問の頻度と時間（週あたりの訪問回数及び1回の平均時間）：</p> <p>一人につき、週1回で1時間弱から2時間以内</p>
<p>キャッチメントエリア（時間や距離）：片道1時間以内を目安としている</p> <p>西宮市全域を対象とし、阪神南県壱岐（西宮、芦屋、尼崎）をカバーしている。</p> <p>地理上、東西は短いが南北は長く、かつアクセシビリティは低い。距離よりも時間が問題。非常に移動時間のかかる実践は今のところないが、一日がかりになるようなことはしない。</p> <p>各地域に、アウトリーチ系のサービス拠点が増えることが望ましい。</p>
<p>訪問による自立訓練を利用している対象者の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年齢：20代～60代</li> <li>・性別：男女比はほぼ同じ</li> <li>・居住形態：実家（家族同居）、単身、GH</li> <li>・経済：就労後退職した方、福祉施設に通所中の方、無職の方</li> <li>・疾患・障害の状況：精神障害、発達障害、高次脳機能障害、知的障害等</li> <li>・家族：家族への支援や連携もある</li> <li>・医療：地域移行支援の対象者を引き継ぎ、地域生活支援を行っている</li> <li>・他サービスの利用状況：多くが日中活動の場につながっていない。</li> <li>・自立訓練への具体的ニーズ：自立に向けた社会生活力の獲得、地域移行、職場定着が多い。</li> </ul>
<p>訪問による自立訓練の具体的な援助内容：</p> <p>○3コース制をとっている</p> <p>①就労準備コース 体力がない、自信がない、就労イメージが持てない等の方を対象。 生活支援・余暇支援を行いながら就労に向かうコース。 (就労の準備性・動機付けを高めるために使う)</p> <p>②自立生活コース 主に長期入院からの退院者などを対象として、就労のことは意識せずに一人暮らしを目指して支援するコース。親御さんのいる間に支援者が入っておく。</p>

③職場定着コース 就労後の新しいニーズに対応する定着支援。就労はしているが生活面での支援が必要な場合。請求的には就労しながら訓練等給付を受けることには制度的調整が必要。就労系の場合は福祉サービスの利用は別に・・・という人も多いため、訪問支援でやることも。働くことにより変化する生活スタイルに対応するコース。今年度からスタート。

・金銭管理・余暇支援・手続き・住まい その後のことを考えると様々な生活ニーズ。2年はいらない。2年という枠の方が難しい（支援の総量）

ニーズに応じて振り分けているため、コース別の割合はその時によって変動する。

同様に、訪問の回数も変動。

①精神科医療：服薬管理方法（カレンダーやボックス生理、処方管理）、通院前の主治医変相談メモ作り、病気や障害の理解、投薬内容や副作用の学習、ストレスサインやコーピング策と実践

②健康管理：バイタル、フィジカル確認、訪問看護やヘルパーとの情報交換や確認、健康診断や通院への促しや気づき支援

③金銭管理：さまざまな金銭管理手法の助言、ご本人の選択決定後の金銭管理練習

④地域生活サービス：手帳や自立支援医療等の申請、変更等の手続き練習と同行支援、その他、情報提供や説明、ヘルパーや訪問看護、地域活動支援センター、グループホームとの連携支援やケースカンファレンス

⑤日中活動サービス：地域福祉サービス資源の情報提供と通所方法の調査サポート、ガイドブックやパンフレットの提供

⑥権利擁護：福祉サービス利用援助事業、成年後見制度の説明と申請サポート、高齢化に備え地域包括への繋ぎ支援

⑦住まい：快適な住まい環境の情報提供（インテリアコーディネート）と最適な備品や消耗品の買い物同行、生理整頓の練習や空間の構造化、ゴミ出しの日程確認等、一人暮らしに向けた物件選定や物件視察同行、引越しや入居時、入居後の各種サービス説明と活用、住まい変更に伴う各利用機関への交通ルート確認や通院、通所練習

⑧セルフケア：衛生面、健康面を意識したセルフケア練習

⑨安全・危機管理：非常災害時の対処法の学習とデモンストレーション

⑩外出・余暇活動：QOL向上のために余暇活動先の情報提供やインフォーマル資源の開拓、活動先とのケースカンファレンス

⑪生活リズム：スケジュール管理練習等

定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容

原則1週間ごとの訪問支援計画を策定し、再アセスメントとモニタリングを行う。

1週間では特変のないケースもあるため、個別支援計画策定後3か月ごとに訪問も含め総括的にモニタリングする。内容は、訪問の期間や時間、支援の内容、ポイント、家族への協力事項や関係機関への協力事項等。支援課題やニーズへの効果についてアセスメントとモニタリングする。

訪問における家族支援について（支援の有無、内容）：

訪問前にはケースカンファレンスを行い、どのような趣旨で訪問訓練をするのか説明と合意を

はかる。実際に家のどの空間や用具を使用するのかを含めて打ち合わせる。その上で、家族にも協力いただけることについては、支援者と役割分担・分業をする。家族不在の際は、電話や手紙等でフィードバックを行う。

訪問サービスの終了基準について（通所のみ利用への変更を含む）：

- ①訪問支援計画におけるニーズや課題が達成されていれば終了。
- ②訪問のみ利用者の場合は、①の場合もあれば本人が希望する他の事業所へつなげる。その事業所につながり、かつ訪問の課題が充足すれば終了。
- ③環境調整等により、自立度を高める練習をしていくが、様々な手法による支援によっても期待した訓練効果が見られない場合は、他の代替サービスの利用を促す。ヘルパーや訪問看護による援助的なサービスにつなげ、定着すれば終了。

訪問サービス終了後の転帰：

- ①グループホームと生活訓練利用から一人暮らし生活の実現と定着
- ②就業生活の安定と職場定着（精神症状の安定化）権利擁護（障害年金の継続受給）
- ③実家生活から一人暮らし生活の実現と定着。さまざまなアウトリーチ系サービスの活用
- ④QOLの向上（インフォーマル資源の開拓、定着により余暇活動が充実し豊かな生活に）
- ⑤社会的入院患者（長期入院）の方のグループホーム受け入れから一人暮らし生活の実現

訪問による自立訓練の評価（効果）…どういった利用者にとって有効か

- ①様々な要因によりひきこもり状態にある方
- ②グループホームの利用者
- ③就労しているが、病状や生活（金銭管理、余暇活動等）に課題があり、休職や職務遂行に支障をきたしている方
- ④現在は家族と暮らしているが、親亡き後の自立生活に不安を抱えている方（実家生活の継続、もしくはグループホームや一人暮らし等の希望者）
- ⑤ ①～④について、ご本人自信にニーズや希望、支援の要請があると効果が出やすい。

訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：

この意味合いの違いについては重要と認識している。

訪問サービスのニュアンスは比較的「援助サービス」に近く、更に支援者側の主体的な働きかけによるものと考えている。

訪問による自立訓練は、あくまでもご本人が主体的に練習や取り組みをされ、個別支援計画に基づくニーズを充足できる内容として支援者がサポートするという認識。また、コーチング技法も含まれると考えられる。

#### ■訪問における自立訓練へのニーズ

通所サービスにつながらない/未受診/ひきこもりケースへの訪問ニーズの有無：

- ・実績としては、未受診の方は精神の方ではなかった。しかし、広汎性発達障害の利用ニーズ

が増えており、既受診であるが未アセスメントの状態であった。精神の方では、受診していても病状が不安定であり、当該施設のアセスメントを通して診断名が変更になったケースや、原因が明確になったケースも多い。

- ・ひきこもりのケースでは、何年も何十年も自宅生活のみであったケースも受け入れている。
- ・その他、社会的入院の方、触法による入所施設からのケース、現在も医療観察法下のケースもあり、通所サービスと並行して訪問ニーズが多くある。
- ・通所サービスにつながらないケースは、潜在的なニーズとして圧倒的に多いと感じる。
- ・GH は、住まい（暮らし）の場、居場所であるため、世話人が訓練を行うのは適しないと思われ、（制度上利用できないが）生活訓練の訪問が有効と感じる。

福祉サービスを利用していない/サービス利用を終了したケース（就労中の人を含む）への訪問ニーズの有無：

当該施設は、多機能型として就労移行支援も連動して実施している。就労移行を通して就職した後、就労移行支援のスタッフが就労定着支援を行うには限界があり、昨年までは就労していない日に自立訓練を利用してもらい、職場定着（修行生活の定着）の支援をしてきた。併せて訪問型の生活訓練も提供した。多くのストレス、権利擁護問題、キャリアアップ指向、職場環境の変化、余暇の充実などへの対処は、就労前よりも就労後に「実践的な訓練」が必要となることが多い。様々な刺激や変化に順応していくための社会生活力が求められる。

就労した方は、施設から「卒業した」という感覚も持っているため、通所サービスを利用したい人だけでなく、自宅での個別支援を求めるユーザーも多いように感じる。

その他：（事前記述による回答に当日ヒアリングの内容を補足）

#### 1. 生活訓練という事業名称について

「訓練」という名称は、ひきこもり状態にある方、病状不安定や障害理解が十分でない方、エネルギーの少ない状態にある方にはフィットしないのではと感じる。発達障害では、訓練も時には必要だが、環境面への働きかけが重要でもある。行政にも説明が必要なこともある。

「訪問支援」というのも、ヘルパーや訪問看護等の比較的援助に近いサービスとの住み分けも必要でしっくりこない。家族に説明しても、「訓練」が過酷さや症状悪化などを連想させるのか、敷居が高いイメージを持たれているケースもある。

サービスを提供する側からは、訓練という名称は便利ではあるが、普及していくためには利用する側の当事者に心理的負担にならないようにする配慮が必要。

当センターでは、利用される方には「私たちと一緒に取り組んでいきましょう」「一緒に練習しましょう」「困っていることが少しでも快適さに近づけるように手助け、サポートしていきます」という言葉に変えてサービス提供している。

また、自立に向かうことだけが正義ではないと思う。（とくに精神の方の場合）医師からも、すべての方のゴールが「自立」ではないのではという意見を聞いている。安全や安心、快適さの追求、QOLの向上も大切であり、これらのことも広義としては含まれているのだろうが、当事者の方にはそこまで理解されていないのではないかと。

#### 2. 持続可能なサービスへ

・訪問訓練にあたっては、適切かつ有効なサービス提供がなされるよう事業者自身もセルフチェックするとともに、自立支援協議会や認定調査、計画相談とも連動して第三者の評価も導入した方がよいと考える。

・訪問はプライベートな空間に入るため、そこで何が行われているか他者の目がなく、ある意味危険なことも在り得る。行き過ぎる訓練はハラスメントにもなり、場合によっては虐待事案につながることも考えられる。経営的視点は大切だが、危機管理体制も課題ではないか。

・都市部と郡部では、アクセスひとつとっても課題も異なる。

・これまで、延長ケースはあるが、再利用ケースはまだない。運用面に関するスキルも共通のものにしていく必要があると思われる。

### 3. 自立訓練事業の計画相談への転用案

計画相談を基軸として各サービスの利用が展開されるが、相談支援事業だけのアセスメントでは十分でないと思われる。自立訓練が、社会生活全般のアセスメントを自宅や通所先で評価することも補完的には可能ではないか。訪問訓練において各種アセスメントもしつつ、今後の地域生活における計画策定やアセスメントを総合的に行い、また基幹相談にも関わりを依頼し、自立訓練事業として請求可能とならないか提起したい。不可能であっても、計画策定にあたっては、自立訓練事業のアセスメント結果も参考にするなど。

生活訓練の利用の延長や期限に関して、基幹相談や自立支援協議会で透明性を高めるようなことをモデルとして呈示していく必要がある。

(当日ヒアリングによる回答)

#### ○訪問のみの利用について

当地では、通所が前提でないと支給決定がおりないということはない。

#### ○訪問に特化した生活訓練事業について

訪問だけでは限界もある。通所型の支援の中で場の力が働き広がりを見せていく部分がある。出会いからコミュニケーション力も発展していくため、通所ベースで広げていく方が望ましい。

(そう考えるには、この地域に、ひきこもりの方に対して積極的に訪問をしている事業所があるという事情もある。)ただし、3障害合同で行う中での通所プログラムには限界がある。現状では、訪問の生活訓練を独立させるより、生活訓練全体の質を高めていく段階にあるのではないか。

また、地域での支援という意味で図書館や公共機関で会うなど自宅以外での支援が有効な場合が多く、いったん自宅に行ってからではなく、もう少し柔軟に運用できれば望ましい。

#### ○2年間という利用期限について

職場定着支援には2年も必要ないことが多い。一方で、重度の方は毎日通所するのは難しい。また、長期入院やひきこもりの方の場合は、関係性の構築に時間が必要で、ニーズの把握、本人がニーズを自覚するのに時間がかかることが多い。時間的な2年を前提とするのではなく、状態に応じた支給決定が望ましいが、事務手続きが煩雑になるため行政の理解を得たい。

#### ○出口の問題

- ・アセスメントの引き継ぎ（サポートファイルを作成）を行う
- ・すべてを生活訓練でやろうとしない
- ・健康的な生活が送れるようになることも着地点ではないか
- ・相談支援事業に入ってもらおう
- ・インフォーマルを含め社会資源の情報を提供する・知る・使えるようにする
- ・卒業後の行き先としては、地域活動支援センター・B型など

## 現地調査④

事業所名	社会福祉法人豊芯会 マイファーム
調査日時	2014年10月3日(金) 13:00～
調査担当	岩崎香(社会福祉法人豊芯会・早稲田大学)

■訪問先の事業所の概要について	
事業所が設立してからの年数：1年6か月	
事業所が提供をしているサービス：_	
地活Ⅰ型：相談支援、計画相談・地域移行・定着	
Ⅲ型2か所	
就労継続A B 就労継続 グループホーム	
高齢者の居宅介護・ホームヘルプ	
自立訓練(通所・訪問)	
自立訓練事業の立ち上げの経緯	
自立支援法になって利用目的がはっきりしてくる中で、居場所が必要な利用者にとって、今後のことをじっくり考えるための施設として立ち上がった。	
自立訓練事業の開始年月：25年4月	
事業所のサービス提供の対象：主たる対象は精神だが、一応三障害 精神・知的・身体	
自立訓練事業所のスタッフについて	
自立訓練事業所に従事しているスタッフの数と職種	
常勤のスタッフ数：3人 管理者・サビ管含む	非常勤のスタッフ数：2人
持っている資格：PSW：2名 ヘルパー；1名 ケアマネ；1名 相談支援専門員：1名	持っている資格：ヘルパー1級 介護福祉士
常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：2名	非常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：2名
持っている資格：上記同様	持っている資格：上記同様



<p>キャッチメントエリア（時間や距離）：豊島 板橋 練馬区に限定</p>
<p>訪問による自立訓練を利用している対象者の概要…年齢 性別 居住形態 経済 疾患・障害の状況 家族 医療 他サービスの利用状況 自立訓練への具体的ニーズ など</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・たくさんの方がいる場所が苦手、出てこられない人。通所に結びつかない人など。</li> <li>・就労している人の部屋の整理整頓…自室でゆっくり本を読むスペースがないということで部屋の片づけを一緒にする等。仕事をしておりフォローアップも終わった人に対し、生活が不安定で体調の管理が必要な場合には訪問や服薬確認を行う。</li> <li>・排水溝の掃除など、自分ではなかなかできないことを頼まれることもある。</li> <li>・生活空間に誰もいないことが寂しいので、週に1回訪問してほしいというニーズや余暇の過ごし方がわからないという方もいる。</li> </ul>
<p>訪問による自立訓練の具体的な援助内容： 服薬確認 家事援助 一緒にランニング 散歩など。</p>
<p>定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容 3ヵ月毎にアセスメントを実施。</p>
<p>訪問における家族支援について（支援の有無、内容）：同居している家族のフォローアップ 本人の状態が悪いと親に依存してしまい耐えかねた親が手を出してしまうような事例。不安が身体化してしまって、外出できない。通所をまったく使えないわけではないが長時間の利用はできない。親のストレスを下げる関わり。一人暮らしをしている人の方が出てくる動機がある。</p>
<p>訪問サービスの終了基準について（通所のみの利用への変更を含む）： 現状では2年経っていない。</p>
<p>訪問サービス終了後の転帰： これまでの終了者は全体で4名。調子が悪くなったり、家庭の事情でやめていった。訪問単独で訪問していたのは就労している人だったが、就労支援センターからの依頼で訪問した。その後も改善が見られず、本人の意向で訪問は中断となった。 訪問のみの方に関しては、ヘルパーの利用を進めていくしかない人もいる。訪問看護の利用も検討。</p>
<p>訪問による自立訓練の評価（効果）…どういった利用者にとって有効か 対象者の範囲が広いことが自立訓練の特徴。</p> <p>通所の中での訪問ニーズ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通所で来ている人で一人暮らししている人で兄が管理している事例。ひとり暮らしで生活面のアセスメントと実際の改善に向けたかかわりが必要な人もいる。訪問もその人の隙間を埋められる効果はあるのではないか。</li> <li>・本人は生活ができていると思っているが、生活がうまくできていない可能性がある人→近隣までは出られるが、人がたくさんいるところには行きたくないという方など。</li> </ul>

- ・訪問のメリットとして、家族へのアセスメントができる。
- ・訪問すると多くの情報が入り、多面的なアセスメントができる。
- ・訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：ヘルパーとはやることが決まっている、柔軟性がある訪問、生活状況の変化に対応できる。

#### ■地域における訪問における自立訓練へのニーズ

通所サービスにつながらない未受診/ひきこもりケースへの訪問ニーズの有無等

ひきこもりの紹介は生活保護の CW から紹介される事例

怠薬で具合がわるくなる人で、電話しても出ない→訪問から通所へ

B 型の利用者でなかなか継続利用に至らない人への訪問などへのニーズ

福祉サービスを利用していない/サービス利用を終了したケース（就労中の人を含む）への訪問ニーズの有無：前項目ではなしたような事例に関してニーズがある

## 現地調査報告⑤

事業所名	ジョブジョイントおおさか（生活訓練+就労移行支援）
調査日時	平成 26 年 9 月 19 日
調査担当	日本社会事業大学 吉田光爾/NPO 法人ほっとハート 松尾明子

### 訪問先の事業所の概要

#### 【事業のあらまし】

- ・生活訓練+就労移行支援の事業を実施している。
- ・対象は主に発達障害。生活訓練+就労移行の人数は、十三で 10 人+10 人 高槻で 15 人+15 人。
- ・生活訓練はフォローと言うよりも準備性を高める支援として実施している。（基本訪問は実施していない）
- ・高機能・高学歴の方も多（メイン）、高槻の方は支援学校の方も多。（対象は多様）
- ・大阪では就労移行支援事業も地域に数多く存在している。また相談支援事業所による一次アセスメントは終わっている方も多。その中で発達障害をキーワードに特徴化して事業を運営している。
- ・利用者が生活訓練→就労移行へのシフトに際してはケース会議をしている。
- ・発達障害向けのアセスメントツール TTAP の簡易版を使用して障害特性のアセスメント評価を行う。そのうえで参加するコース、事業を決めてみる（この春から運用してみている）。

※なお本事業所は、以下に述べるように訪問を積極的に行っている事業所と言うよりも、就労移行支援と生活訓練を複合させた点でユニークな施設であるため、報告書も訪問を中心とした設問となっている他の報告のフォーマットとは別様式で記述する。

#### 【事業内のコースと運営】

- ・5 名ずつくらいで各コースにわけている
  - ①就労移行を直接使うコース（マスターコース・スタンダードコース）、
  - ②生活訓練で準備を重ねるコース（ユース 2、ユース 1）を分けている。
 コースの設定は、年齢や発達障害との付き合い・経過に応じて行っている。
- ・ただクライアントの内容は多様なので、スピード感はかなり違う。引きこもりの人などもあるので短期コースでいく人は 5%～10% 程度。
- ・各支援は集団プログラムを中心に行われている。ライフスキルを身につけるようなプログラムも含まれている。
- ・プログラムに関しては毎回振り返りを行っている（プログラムで獲得したもの、課題等の整理）。
- ・また、支援の中では定期相談を実施している。支援学級からきている方ではなく、むしろ高機能の方は特に相談行動をとれない場合もある・信頼関係を築くためにも大切。そこでも振り返りが行えるようにしている。

### 【企業との連携とインターン制度】

- ・若年期の発達障害の人のうまくいかなさをこじらせないように、就労に繋げていくための取り組み。
- ・連携している株式会社インサイト（企業の人事に関するコンサルタントを行っていた会社）と、大学における就職活動へのギャップを埋めるようなインターン制度を作っており、そこと連携している。ただしこの会社の3割の人件費をこちらから支出している。→結果的にインターンからジョブジョイントに利用者がつながっている部分もある。
- ・就労支援における実習・就職先は株式会社エンカレッジ（2012年の夏からの開始）の支援員が開拓。
- ・インサイトとしては障害者雇用のコンサルに関して企業側と契約できるというメリットもある。
- ・インターンの体験は親御さん・大学関係者にもフィードバックを行う。
- ・発達障害のインターンプログラムとは別に「コミュニケーションに苦手を感じる」人という形（発達障害という形で明示的な誘い方はしない）で『enjoint クラブ』（ジョブジョイント+エンカレッジ+インサイトで運営）というサークル活動に呼び込む活動もしている。その中で障害特性に気づいてもらうような取り組みもしている。

### 【就労後のフォローについて】

- ・訪問による生活支援・職場へのフォローは多くはない。フォローをすると言うよりも前段で『企業を耕す』ことが重要であり、そうして関係を作った企業とのマッチングの方が重要と感じている。職場の定期訪問+本人との面談（月1回程度）ですんでいる。
- ・単身のケースが少ないのかもしれない。利用者が若く、親御さんとの同居が多い。ただし家族からの独立の問題があるとライフスキルの問題がでてくる。そこに訪問のニーズがあるかも。ただ就労支援の手前に生活訓練を2年使うと、その後のフォローで新たに2年は使えないという問題は感じるとのことであった。

### 【利用期限の延長の問題について】

- ・自立訓練（社会経験を積むというような形での）の内容をプログラムで組んでいる。期限のある中での見通しのあるプログラムを使っているが、生活訓練+就労移行という連結によって、延長問題はクリアされている。
- ・就労移行支援のフォロー分の支援は持ち出しではあるので、何らかの制度的補填があれば嬉しい。ただそれは障害者就業・生活支援センターが行う事業ではないか、との意見であった。

### 自立訓練事業の立ち上げの経緯

- ・相談だけでの就労支援は時間がかかってしまいそうという課題意識がある。大学・高校のつまずきが結構ある。就労に至るまでの準備性を高めるまでにだいぶ時間がかかりそう（障害理解・障害受容の面で）。B型+生活介護の施設もあるのだが、そこから就労移行の機能をわけて、事業化したという経緯がある。
- ・生活訓練では、障害受容、障害特性の理解や生活課題の整理などに時間のかかる層を生活支援

している。

・延べ人数：実就労人数 10名中8名（障害者雇用の枠：ハローワーク＋企業＋合同面接会などを活用）

#### 自立訓練事業所のスタッフについて

常勤のスタッフ数：生訓3人＋就労移行3人/非常勤のスタッフ：生訓5人＋就労移行3人

・事業の運営上、制度を普及していくために要件を厳しくするのがいいのかわからない。ただしプログラムは経験者がたてているし、外交的な部分は経験者が行う。

・ただし研修やなどが行われれば支援の内容が豊かになるという印象はある。生活訓練の事業の組み立てのノウハウを伝えていかななくてはいけないと感じているとのこと。

#### その他 特記事項

発達障害を中心に就労に至るまでの生活課題を整理し、就労のための準備性を高めるための支援として、生活訓練を利用している事業所である。本推進事業では生活訓練と就労の組み合わせは、就労継続のための生活支援を目的として訪問で行う事を想定していたが、逆に就労前の準備として生活訓練を利用している点でユニークである。ただし漫然と職業準備性の準備に関する支援をしているのではなく、コースとして明確に期限を設けると共に、具体的に出口となる就労先の企業を開拓・連携している点で、こうした生活訓練→就労移行支援という枠組みが機能していると考えられる。

## 現地調査⑥

事業所名	ほっとハート らいふ
調査日時	H26年9月24日
調査担当	特定非営利活動法人 じりつ 松岡 広樹 社会福祉法人 豊芯会 永塚 恭子 社会福祉法人 豊芯会 松田 しのぶ

■訪問先の事業所の概要について	
事業所が設立してからの年数：	5年6ヶ月
事業所が提供をしているサービス：	<p>相談支援事業所、基幹型相談支援事業所、地域活動支援センター、就労継続B型、生活介護GH、居宅介護事業所、居宅介護支援事業所</p> <p>&lt;通所プログラム&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調理：利用者全員に共通するプログラム。担当している人が昼食とは別に自分で食べる分1食とみんなで試食する分の計2食を作る。主体性を大切にして、自分が作りたいものを自分で作れる方法で行う。</li> <li>・社会生活力：日常生活上で困ることや知っておきたいことなどについてのグループワーク。テーマは利用者の意見を反映させている。</li> <li>・地域資源：市川の生活訓練以外の事業所紹介等を座学的に行い、あわせて、月に一度、他事業所の見学会を行う。座学と体験を通して理解を深め、次のステップへの準備を行う。</li> <li>・掃除：事業所が一般住宅の作りであることを活かし、事業所内の部屋やトイレなどの日常清掃訓練を行う。</li> </ul>
自立訓練事業の立ち上げの経緯	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中系は元々お弁当を作っている作業所をメインで行なっていた法人。</li> <li>・自立支援法になるという時、就労B型と生活訓練の多機能型事業を始めた。</li> <li>・19年から厚労省のモデル事業で居宅の方で地域の引きこもりの人への訪問と自費での居場所提供を行う。</li> <li>・21年に多機能から独立させて生活訓練だけ定員20名で始めたというのが立ち上げの経緯。</li> </ul>
自立訓練事業の開始年月：	H21年4月
事業所のサービス提供の対象：	3障害 / 身体 ・ 知的 ・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">精神</span>
	知的との重複、身体との重複、数名

自立訓練事業所のスタッフについて	
自立訓練事業所に従事しているスタッフの数と職種	
常勤のスタッフ数：9	非常勤のスタッフ数：1
持っている資格： 介護福祉士：1名 精神保健福祉士（社会福祉士、ケアマネ等）：8名	持っている資格：なし
常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：8名	非常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：0名
持っている資格： 精神保健福祉士	持っている資格：なし
自立訓練（特に訪問）を行う上で職員に求められる資格、経験等	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉士等の専門職が必要</li> </ul> ⇒ヘルパーだと限られたことしかできないという点と障がいに対する理解力、視点の違いがあるので専門職で教育されている人がいいと思う。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・経験等はなくてもいいと思う。</li> </ul> ⇒訪問の職員教育のシステムができていますので新人でも大丈夫。チームで行うのでベテランの職員や新人など色々な職員がいてもいい。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・下の人材を育てることは、事業所としての仕組みが必要。</li> </ul> 初回アセスメントは職員の力量が必要で、性別の組み合わせも重要になる。地域性や社会資源もきちんと把握してアセスメントできるには10年前後のキャリアが必要。その人が核になってチームが作れる体制が重要。その体制があることで新人も安心して入れると思う。	
2012年度の新規利用者数：19	
2013年度の新規利用者数：14	
サービスを利用している人の人数（7月末日の登録数）：22	
サービスを利用した実働数（2014年7月時点）：163（延べ）	
1日の平均利用者数（2014年7月時点）：5.25	
2012年度の訪問サービス利用者数 45	
2013年度の訪問サービス利用者数 41	
延べ訪問回数（2012年度）：1946	うち、訪問のみの利用者：1401
延べ訪問回数（2013年度）：1535	うち、訪問のみの利用者：949
月14回以内、180日で50回以内という制限に関する意見：	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行からの利用やサービス使い始めの時期、支援の転換期などは、月14回では足りない。</li> </ul> ⇒退院して地域で一人で住み始めた時に、「自分に何ができるかもわからない」「毎日の暮らし自体がわからない」という地域に出たら誰にも聞けない不安がある。毎日誰かに訪問してもらえると少し安心できる。毎日少しの時間の訪問や1日複数回訪問が必要。また、それが1時間になったら1時間分として請求できたらいいと思う。	

<p>訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定：  自給：1,000円～1,500円  ・年数や資格の有無によって違う。</p>
<p>訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無：  ・移動にかかる時間も時給に含まれる。  ・利用者と電車に乗る費用は事業所が負担する。  ・時間外の訪問などがあつた時は残業として時給が発生する。</p>
<p><b>■実際の訪問における自立訓練の内容について</b></p>
<p>平均的な訪問の頻度と時間（週あたりの訪問回数及び1回の平均時間）：  週 1～3、1回 1時間～2時間</p>
<p>キャッチメントエリア（時間や距離）：  市川市内全域 片道自転車で30分、片道車で40分</p>
<p>訪問による自立訓練を利用している対象者の概要  ・女性ではほとんどがうつ病と診断され、自傷や虐待（ネグレクト）絡みの母子家庭のケースが多い。利用してから発達障がいと思われる人が多く、ヘルパーを利用するも合わずに生活訓練を利用されている。  ・母子家庭では、子供が不登校で引きこもりのケース。アセスメントしてお父さん世代の男性職員が訪問した時に反応が良かったりし、男性としての関わりが必要になった。  ・生活訓練で対応が難しい場合は千葉にある中核地域支援センターに入ってもらふこともある。  ・母子家庭で生活保護世帯など学校の勉強がついていけなくなった時に生活保護世帯のお子さんに低額で勉強を教えてくれるNPO法人を紹介することもある。  ・包括的に支援することを考えると居宅では厳しいので自立訓練がいいと思う。  ・9割が独居で生活保護の人が多く、ほとんどが男性。一人で通院もできない、ご飯も食べられない、何度も入退院を繰り返しているなど様々。行政から相談支援に相談が入り、生活訓練につながる人が多い。  ニーズ：初期段階では、自分から訪問のニーズを表明できる人はほとんどいない。ニーズを探すところから入るが、しばらくして関係性が生まれると「こういうことがしたい」などと少しずつニーズが出てくる。</p>
<p>訪問による自立訓練の具体的な援助内容：  ・地域移行の人は退院して暮らしていくには、「何が必要か」と一緒に考えて、生活必需品を揃えるなど生活環境設定から関わる。  ・調理：メニューを決めたり買い物に行ったり、買い物に行くためにお金の支払い方を練習する。さらに買物のために電車に乗れるよう同行支援も行う。  ・ゴミの出し方：分別することからごみ袋の締め方など。  ・仕分け：本人のできることはより伸ばし、できないことは上手に他のサービスを使うなど自分なりに暮らしていく上でのコツを支援する。  ・行政の手続き。  ・通院同行。</p>

⇒人によって支援内容は様々だが地域生活の一通り全部のことに関わるのが生活訓練だと思う。

定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容

- ・3か月に1度のモニタリング。
- ・毎回の訪問がアセスメント。
- ・毎回の訪問の記録を朝のミーティングで伝えたり、メールで報告する。
- ・個別支援計画の書式は決まっているが、その人にわかりやすいようにアレンジする。
- ・地域移行など自立訓練と相談支援事業所の支援頻度の高い人は、ドロップボックスを使って共有のファイルを作りお互いの記録を見られるようにしている。

訪問における家族支援について（支援の有無、内容）：

- ・基本的にはご本人の支援になるけれど、お子さんがいる場合には児童相談所と相談をしながら生活支援全般に関わることが多い。
- ・その他の家族に関しては相談支援事業所と連携をしながら行う。

訪問サービスの終了基準について（通所のみ利用への変更を含む）：

- ・2年間を目安にする。
- ・例として、GHを出て一人暮らしを始める際に相談支援事業所からアセスメントの依頼が入ることがあり、期間としては半年くらいの利用もある。
- ・個別のニーズの達成度に合わせて利用期限が変わる。
- ・アセスメントの程度によって利用する社会資源や利用期限が変わることがある。

訪問サービス終了後の転帰：

- ・地域で誰かと関わって生活することが必要と考えているので、通所でもインフォーマルでもいいので繋げる支援を行なっている。
- ・訪問をしている場合でヘルパーへのシフトチェンジが必要な時に卒業前から併用して使うこともある。どこにもつながらない場合は行政や医療等に戻し、誰かが関わる体制を作る。

訪問による自立訓練の評価（効果）…どういった利用者にとって有効か

- ・福祉サービスを使ったことが無い人が「福祉サービスを使うことがいいんだ」とサービスへの抵抗を減らせることができる。
- ・福祉サービスに対する印象が悪い人が渋々使い始めた時に、つかず離れずの距離感を上手に保つことにより印象が変わる。
- ・うつ病の人が回復の過程で距離感をタイミングよく使うと効果がある。
- ・発達障がいがある人の生きづらさやコミュニケーションが上手いかなさに対する不安や悩みなどのモヤモヤを整理することでうつ症状を軽減できる。
- ・地域移行は初期段階では関わる頻度が多くなるので、生活訓練は支援の組み立てが柔軟にできるので良い。
- ・引きこもりの人に対しては、関わり方に特定のスキルが必要であり、利用できるサービスがないので生活訓練は良い。

訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：

- ・臨機応変な支援と、同時にアセスメントができる。
- ・障害特性と生活のしづらさをきちんと理解した人が入ると良い。
- ・期限がある。
- ・リカバリーという支援の道筋（回復のプロセス）がある。利用者も多様化し、制度も変わるので形式知として人に伝えられることにより支援の裾野を広げられる。

#### ■地域における訪問における自立訓練へのニーズ

通所サービスにつながらない/未受診/ひきこもりケースへの訪問ニーズの有無等：

ACT が拾わない層の生活の困難度の高い人（発達障がい）

ひきこもり、地域移行、

母子家庭（虐待ケース）うつ病

家族同居でヘルパーが使えない、

一人暮らしのスタート（家族からの独立）

福祉サービスを利用していない/サービス利用を終了したケース（就労中の人を含む）への訪問ニーズの有無：

- ・GHを出て一人暮らしの相談やアセスメントのために生活訓練を再度利用のケース。
- ・就労して一人暮らしを始めたいが、「自分のことは自分でやりたい」という自立への動機があり、ヘルパーではなく生活訓練を利用するケース。
- ・就労したが日常生活の細かい所に生活のニーズがあり、そのニーズを拾えるのが訪問での生活訓練。

その他：

- ・会議等が事業所の特性上非常に多いので、加算必要。
- ・一日複数回訪問した場合、それを合算した請求が出来ると良い。
- ・複数人訪問の加算が出ると良い。
- ・2年の利用期限があるということは良いサービスが提供できるのではないか。

## 現地調査⑦

事業所名	社会福祉法人うぐいす会 元気村
調査日時	2014年9月26日 14時～16時
調査担当	田中洋平（社会福祉法人豊芯会） 岩崎香（社会福祉法人豊芯会・早稲田大学）

■訪問先の事業所の概要	
事業所が設立してからの年数：	
事業所が提供をしているサービス：(例：自立支援法等のサービス等を記入) 元気村 障害者福祉サービス事業所 宿泊型自立訓練 通所自立訓練 就労継続 B 型事業所 相談支援事業所 計画相談 地域移行 地域定着 児童	
自立訓練事業の立ち上げの経緯 もともと援護寮があったが、移行の時に、宿泊型自立訓練はとれなかったのが、施設入所支援（大規模の知的障害者施設を想定して設定された事業）と通所の自立訓練をとったが数年後に宿泊型に移行。その当時の利用者に合わせたサービスの選択。利用期限があることを意識した。	
自立訓練事業の開始年月： 19年 月	
事業所のサービス提供の対象： 精神・知的	
自立訓練事業所のスタッフについて	
自立訓練事業所に従事しているスタッフの数と職種	
常勤のスタッフ数：15人 管理者・サビ管含む	非常勤のスタッフ数：1人
持っている資格：PSW：9名（うち社会福祉士：5名）、音楽療法士 1名、ホームヘルパー：3名、介護福祉士：1名、介護支援専門員：1名、相談支援専門員：5名（相談との兼務2名）	持っている資格：なし 障害者雇用 知的障害者手帳 B2 所持
常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：2名	非常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：0名
持っている資格：一人は社会福祉士 精神保健福祉士、ヘルパー、もう一人は資格なし。	持っている資格：なし
＜自立訓練（特に訪問）を行う上で職員に求められる資格、経験等＞ 日常生活なので、一般的な生活スキルがあること。一人暮らしの経験があったほうがいい。 精神障害者を支援することに関して、PSW を持っていた方がいい。他の福祉サービスに従事した経験があったほうがいい。訪問は一人で行く場合が多く、危険にさらされることもある。相談支	

<p>援事業所の相談支援専門員と一緒に初回は訪問することが多い。毎回同じ人が行くということではなく、二人ともかかわるスタンス。訪問は車。免許はあったほうがいい。</p>
<p>2012年度の新規利用者数：45名 2013年度の新規利用者数：36名</p>
<p>サービスを利用している人の人数（7月末日の登録数）：42名</p>
<p>サービスを利用した実働数（2014年7月時点）：42名 1日の平均利用者数（2014年7月時点）：17.6名</p>
<p>本格的に訪問を始めたのは2012年2月から。 2012年度の訪問サービス利用者数：15名 2013年度の訪問サービス利用者数：22名 7月時点の自立訓練における訪問のみ利用人数：21名</p>
<p>延べ訪問回数（2012年度）：67回</p>
<p>延べ訪問回数（2013年度）：1140回　ほとんどが訪問のみの利用</p>
<p>&lt;月14回以内、180日で50回以内という制限に関する意見&gt; 一時的に集中的に訪問し、回数を徐々に減らしていくというように、枠内での訪問の活用をしてきた。 相談の前提として枠組みを考えながら依頼がきている。この枠組みで相談支援専門員も利用を検討して依頼してきている。例えばヘルパーや訪問看護を入れるなど。 現在2人でやっているが稼働日数が23日程度。引きこもっている人など、この枠組みを超えるニーズはあると思うが、今のスタッフの人数ではこれ以上増えても回らない状況。 2年という期限に関しては、ゴール設定をしていく上で、現場としてはあったほうがいい。 本来は期限なしで、アセスメントしながらゴール設定をその人に応じて行うべき。 最初の半年は報酬単価をあげてほしい。 フォロー体制があることが前提。</p>
<p>訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定：非常勤がない</p>
<p>訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無： 事業所が交通費を負担。職員が常勤であるため、勤務時間に含む</p>
<p><b>■実際の訪問における自立訓練の内容について</b></p>
<p>平均的な訪問の頻度と時間（週あたりの訪問回数及び1回の平均時間）： 1時間という枠を作って実施。週1～2回。月でいうと4、5回。</p>
<p>キャッチメントエリア（時間や距離）：若葉区、緑区、中央区を対象。千葉市内は応相談</p>
<p>訪問による自立訓練を利用している対象者の概要…年齢 性別 居住形態 経済 疾患・障害の状況 家族 医療 他サービスの利用状況 自立訓練への具体的ニーズ など</p>
<p>男女比は半々。ほとんどが統合失調症。重複している双極性、摂食障害。発達障害単独の方はい</p>

ない。通所が難しい人や、家事とか日常生活が上手くできない人。ホームヘルパーも入るが自分でやってみたいという人もいる。地域移行がほとんどいないので、退院後他のサービスに繋がりにくい。ゆくゆくはホームヘルパー利用だが、人と関わるきっかけとしての生活訓練。相談支援事業所も本人のことが掴みきれない部分がある人のアセスメントとしての生活訓練。

時間の制限など細かい規定がないので、本人の必要に関して柔軟に対応できることが利点。ほとんどの方がひとり暮らしで、同居は1～2割。サービス利用が初めての人が多い。精神のサービスがこれまでなかった地域からのオーダーが多い。支援者の活用方法がわからない。地域移行は9月までで4名。定着は33名で、定着の方に訪問を実施している場合が多い。定着をフォローするための訪問。24人くらいの中で、ひきこもり2名。外出できないという程度の方が多い。就労している人はいない。

平均年齢 16から64歳までの方が利用しており、40歳前後。ご家族と同居している方は家族から希望がでるこいともある。外に出て、ひとりで生活できるように。まず、きっかけづくりからということでの訪問希望がある。

訪問による自立訓練の具体的な援助内容：

一緒に料理や家事をしたり、カラオケ、交通機関の利用、体操など、本人のニーズに応じて対応。手続きへの同行、人に慣れる、話し相手など。

定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容：

3か月ごとの見直し。相談のモニタリングにあわせて検討したりしている。元々本人のモチベーションを上げることを望む病院関係者との意向の違いがある場合もある。周囲から見たら必要だが、本人は現状維持で良しとしているような場合もある。2か月間ということで、暫定の支給決定がおりるので、それで終了する人もいる。そういう人は相談支援専門員との連携の中で決定している。他の事業所からの依頼は現状ではほとんどない。

訪問における家族支援について（支援の有無、内容）：

ご家族と同居している方は、外に出てひとりで生活できるようにと家族から希望が出ることもある。まず、きっかけ作りからということでの訪問希望がある。家族、本人と3者で話すこともある。相談から事前に家族情報を提供されたりしている。

訪問サービスの終了基準について（通所のみ利用への変更を含む）：

これ以上訪問しても効果がないと判断したら、終了する。誰か来てくれることは必要だと考えられるが、それを続けることにはあまり意味がないという判断。例えば、本人に家事をやろうとする気持ちがなく、代行してもらおうサービス（ヘルパー）でいいのではないかとということで終了を検討している人もいる。いずれにしても、誰かが関わることで、他のサービス利用に繋がるということもある。

訪問サービス終了後の転帰：

ヘルパーにつないで終わる方や通所を併用して、訪問頻度が減って終結。期限があること以外に、ある程度家事ができるようになって一人では十分でないということやまったくのひとりになってしまうので、ヘルパーに繋ぐという事例もある。

自立訓練を先に導入し、その後1、2か月後にヘルパーが入り、併用している事例がある。その後は一定期間一緒に入り、相談支援専門員が間をつなぐ形。

うまくサービスを使うこともひとつの目的。はっきりと違いが分かっている人は少ないが、なん

となくわかっていると思う。自立訓練の方での情報は相談支援専門員を介してヘルパーに情報は伝わる。2年以上利用した人で、サービスに繋がらずに終了した人はいない。ヘルパーとの違いとしては、相談支援事業所もついているので、次につなげるステップのような位置づけもある。

訪問による自立訓練の評価（効果）…どういふ利用者にとって有効か

みんな、最初と比べて人と関わることがこういうことなんだと理解してくれたという感触がある。最初とは別人のような印象を受ける人もいる。人と話すことが楽しいと感じられるという意見や、最初は「帰ってください」と言っているが「お待ちしています」と言うように変わった人もいる。どんな方でも変化はある。

ジムに通い始めたり、一緒に外出してカラオケをしたり、手芸をし始めたり、これまでやっていたり、元から興味があったことに取り組む意欲が出てくる人がいる。一緒に外出したいということがあり、買い物、服を買いたいというようなニーズが引き出された事例や、家族との同居から入所し、一人暮らしの方向性を目指す気持ちになった人もいる。家族との同居事例で何も繋がらなかった人は今のところいない。

訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：

ヘルパーだと目的がはっきりしているが、生活訓練ではいろんな意味があり色々な関わりができる。本人の気持ちやニーズに合わせて、柔軟に対応できる。家族との同居事例ではヘルパーが利用できないため、自立訓練でのアセスメントが必要な事例。現状からの向上をめざす点で自立訓練の訪問でアセスメントが有効。相談支援専門員が行っても報酬が上がらないので、役割として難しい。

#### ■地域における訪問における自立訓練へのニーズ

福祉サービスを利用していないサービス利用を終了したケース（就労中の人を含む）への訪問ニーズの有無：

就労系のサービスがないので、現状ではニーズはないが、そういうニーズがあるのではないかと  
は思う。

その他：

千葉市に関しては、訪問のみで支給決定が認められている状況。ピアスタッフについては、考えていない。利用者像ができないイメージ。地域でA型や移行でもっと活動している利用者を見ていない。自立訓練の訪問型が何か、ピアスタッフが何かはわかってない状況の中で他にまだやることはあるかと思う

## 現地調査報告⑧

事業所名	社会福祉法人みつわ会 みつわ会寝屋川製作所
調査日時	平成 26 年 9 月 17 日
調査担当	遠藤紫乃 福岡薫

■訪問先の事業所の概要について	
事業所が設立してからの年数：3年8か月（自立支援法に移行後4年11か月）	
事業所が提供をしているサービス：(例：自立支援法等のサービス等を記入) 法人内：地活1・相談支援事業1・GH1・就労移行1・就労継続支援B3	
自立訓練事業の立ち上げの経緯 相談支援が地域移行支援をするにあたり、一緒に動き訪問できる事業があればとの思いから、研究事業を経て事業を立ち上げた。	
自立訓練事業の開始年月： 23年1月	
事業所のサービス提供の対象： 3障害 / 精神障害が9割以上 知的障害との重複あり。発達障害の診断は1名だけだが、利用者の半分は発達障害がベースにありそうである。年代は30～40代中心。以前は女性が多かったが、現在は半々に近い。	
自立訓練事業所のスタッフについて	
自立訓練事業所に従事しているスタッフの数と職種	
常勤のスタッフ数：3名 持っている資格：精神保健福祉士 社会福祉士・介護支援専門員	非常勤のスタッフ数：1名 持っている資格：特になし
常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：2名 持っている資格： 精神保健福祉士・社会福祉士	非常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：0名 持っている資格：なし
自立訓練（特に訪問）を行う上で職員に求められる資格、経験等 精神障害者の特性を理解してもらうためには、福祉の知識がある方がよいので、ヘルパーの資格があればいいと思う。 課題解決を考える際、生活支援のフォローが必要になるが、その時にヘルパーの資格（=少し福祉の知識がある）がある方が、支援について説明しやすい。また利用者にも適切な対応が出来る。 本人の特性を把握できており、どういう形で支援していくのかなどがはっきりしていれば、精神保健福祉士でなくてもいいのではないかと感じている。ただし、福祉サービスの経験年数についてはある程度（3年以上）必要と感じている。	

2012年度の新規利用者数：10名 2013年度の新規利用者数：6名
サービスを利用している人の人数（7月末日の登録数）：18名
サービスを利用した実働数（2014年7月時点）：18名 1日の平均利用者数（2014年7月時点）：5.6名
2012年度の訪問サービス利用者数：14名 2013年度の訪問サービス利用者数：20名
延べ訪問回数（2012年度）：237回 うち、訪問のみの利用者：4名
延べ訪問時間（2013年度）：386回 うち、訪問のみの利用者：4名
月14回以内、180日で50回以内という制限に関する意見： <ul style="list-style-type: none"> <li>・集中的に入らないといけない（地域移行支援や一人暮らし開始時など）ときは、回数的に少し足りないと感じる。安定している人には、週2回くらいの訪問なので、この回数で対応できる。</li> <li>・地域移行支援などの集中期の支援は週4回くらい必要（関係作りやニーズの聞き取りのため）。実際に、1日2回訪問することもあった。課題の整理や支援の転換期には、1日1回では対応しきれないこともある。午前中訪問して夕方も訪問することもあり。</li> <li>・支援開始当初、Dr.からの意見で女性の支援員だけではリスクがある場合などは、2人（男女）で行く場合もある。</li> <li>・部屋の環境設定をする際など時間がかかる場合は支援員が2人入ることもある。</li> <li>・支援の終了時や、次のサービスに繋ぐときは環境設定が必要である。1人ではできないので、2人で訪問して家具の組み立てをしたり掃除をしたりすることがある。状況によっては大掃除が必要な場合もある。こだわりが強い人は、どうすれば掃除が出来るのかななどをアセスメントしつつ環境設定をする必要がある。</li> <li>・複数回訪問や複数人支援が利用期間中ずっと必要なわけではなく、一時期でよい。2年間通して必要という人はいない。開始時、転換期、終了時など支援のステージによって必要となる。</li> </ul>
訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定： @1000円(過去)訪問あり。 今後は不明。訪問の単価設定が通所より低いので検討が必要。
訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無： 移動中も時給は発生。職員の電車代は事業所から出す。
<b>■実際の訪問における自立訓練の内容について</b>
平均的な訪問の頻度と時間（週あたりの訪問回数及び1回の平均時間）： <ul style="list-style-type: none"> <li>・週に10件。1回30分（4割）と60分（6割）が目安。</li> </ul> 支援時間が約60分なので、移動時間をトータルすると60分を超える。 支援時間も場合により60分を超えることもあるが、採算を考えると厳しい。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・段階的給付（時間数によって単価が違う）になれば同行支援は増えると思うか？ →変わると思う。現在は、時間をどうやりくりするかを考え、支援員に「こうしたらいいのでは？」などと指示することもあるが、時間数が増えたら段階的に単価が上がるような報酬体系になれば、よりきめ細かい支援ができると思う。</li> </ul>

・ 1 時間を超える利用者ニーズは？

→ステージに応じてたまにある。環境設定の時や終了時は支援に時間がかかるのでニーズがある。ヘルパーにつなぐ際の環境設定や、通所同行の見学や、臨時の買い物などは時間が長くなる。発達障害がベースの人には、関係性を作るのに時間がかかる。

(※段階的給付 2 時間 5000 円、4 時間 7000 円 4 時間以上 8000 円など)

キャッチメントエリア (時間や距離) :

基本は寝屋川市内。自転車で 30~40 分の範囲。

原付のバイク・電動自転車で移動。車は二人訪問や利用者どこかへ行くときなどに使用することがあるがほとんどない。他市からの訪問の依頼はない。

訪問による自立訓練を利用している対象者の概要

年齢 : 40 代・20 代

性別 : 男性が少し多い

ニーズ : 男女であり差は感じない。

- ・ 地域移行支援で新たに単身生活スタートする人が訪問のケースとしてあがりやすい。
- ・ 相談支援事業所から、「どこに生活支援のニーズがあるか分からないけど、ざっくりとしたアセスメントをしてほしい。」というオーダーがある。
- ・ 医療機関から、「支援チームが既にあるけれども、どうしてもこれ以上の動きが無いので、風穴を開けてほしい。」とオーダーがあることもある。

→医療機関から訪問するも往診なども拒否→生活訓練からアプローチかけて下さいと言われ、まずは関係性の構築のために訪問した。一緒に通院しようと言うと「なら行ってみようか～」と通院できた。たまたま違う人が来て、たまたま違うアプローチをしたら 4 回目くらいで通院に行けたのだが、何が違ったかは、自分たちでも分からない。

しかし訪問している中で思うのは、訪問看護は看護という目的がはっきりしているが、生活訓練は特に限定された目的がないので、訪問される人からすると楽なのではないかを感じる時がある。

「サービスを提供しないといけない」という目的のある訪問ではなく、とりあえず行ってみて、目的と一緒に探していけることがいいのではないかと思う。

金銭管理などの目的があっても、それだけが目的ではなく、そこから他の支援の部分も広げていけるのが生活訓練の有用性だと感じている。

無理やり通院につれていくのではなく、「行けてる～?」「行けてないなら一緒に行ってみない～?」 という声掛けが、「じゃあ一緒に外出してみるか～」というような軽い気持ちで出られるようになるのではないか。それが生活訓練の特性ではないかと思う。

・ 単身が多い。(10 人いたら 8 人くらい。) 発達障害がベースにあるように感じる。他の福祉サービスを利用したときに、こだわりが強く、そのため課題解決ができなくて、結局生活訓練が入って一緒に考えてくれないかと支援者から言われることもある。「とりあえず入ってください」と。一応こういうところに課題がありますと言われるが、入ってみたら違ったりする。

何が出来るかはわからないが、オーダーが入った場合は、自分たちができることを探していく。

- ・ 相談や医療機関や行政から依頼がある。

<p>行政から相談支援事業を通らずに、ダイレクトに依頼が来る場合もある。その場合は、生活訓練でアセスメントし、必要ならすぐに相談支援事業に生活訓練側からオーダーをかける。</p>
<p>訪問による自立訓練の具体的な援助内容： なし</p>
<p>定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリングは3か月に1回に準じているが、アセスメントは訪問のつど行っている。</li> </ul> <p>訪問のたびに状況が変わったり、課題もニーズも変化しているので、そこからもう1回アセスメントを取り直す。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問している人の半数以上は通所もしているので、通所や外出同行の際もアセスメントする。関わる全ての場所でアセスメントしている。</li> </ul>
<p>訪問における家族支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の支援者とも連携して、カンファレンスなどを通じて協力体制を作る。しかし直接支援に入るときは、本人の支援者として入る。</li> <li>・家族に支援者がいない場合は？</li> </ul> <p>→今まではない。誰か居たので、その人と連携してやって来た。</p> <p>もし今後、家族に支援者がいない場合は、本人支援の一環としてチームを形成し、高齢福祉や相談支援事業所などにつないでいくことになる。</p> <p>相談支援のみではその人の特性がわかりにくいこともあるので、生活訓練の訪問でアセスメントして、逆にマネジメントの提案をしないといけないこともあると思う。</p>
<p>訪問サービスの終了基準について（通所のみ利用への変更を含む）：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行のケースでは、退院時は、課題が多いように想定されることもあるが、実際支援を始めてみるとそれほどニーズが無い場合は、そこで終了ということがある。</li> </ul> <p>また他の支援の枠組みや生活の環境の設定ができたら、1年位で終了したケースなどもある。</p> <p>あとは利用者からもういいですと言われることもある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基準があるわけではなく、個別のケースに応じてとなる。</li> </ul> <p>8割～9割くらいは2年で終了。</p>
<p>訪問サービス終了後の転帰：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問のサービスでしていたことを、居宅介護事業所につなぐ。</li> <li>・何も福祉サービスを使わない人はいるか→いる</li> <li>・終了時に何も福祉サービスを使わない。ヘルパーも使わなかった人→2名。</li> </ul> <p>→例：支援当初はどうやって通所するかを目標設定していたが、うまくいかず、終了したケースがある。</p> <p>家族からの依頼があり、生活訓練に通所してプログラムに参加させてほしいと希望されていたが出来なかった。最初は訪問して、どうやって通所してもらうかを考えていたが、本人と話すうちに、まず自分で通院してみようということになり、目標設定の見直しを行った。駅までの道を確認しようとか様々なアプローチするがなかなかうまくいかず。しかしある日、電話すると、自分で行きましたと言う。</p> <p>終了後のフォローは福祉サービスを利用していないため、医療機関に依頼した。訪問看護や医療機関のケースワーカー、地活I型でフォローしている。</p> <p>この人が生活訓練の2年間で得た物、効果は？</p>

→本人や家族の希望では仕事をしたい、調理師の資格を取りたい、調理のプログラムに参加したいと言っていたが、「まずは通院に定期的に行くことが先」と本人の認識が少しずつ変わっていった。現実的には自分の体調をしっかり整えてから自分の将来を段階的に考えるという風に落ちついていった。

(何年か後には関わりやすい?) →顔見知りなので、どういったことが好きなのかもある程度把握しているので、今後、関わることがあれば支援しやすいのではないかと思う。

(終了後、福祉サービスにつながらなかったが、ステージが変わる時がまた会うかもという人はいるか?) →あると思う。生活訓練で必ずしも何かにつなぐというよりは、2年間を通して本人が自分のニーズは何なのかを理解してもらうことが大切だと思う。

訪問による自立訓練の評価(効果) … どのような利用者にとって有効か

- ひきこもりがちの方
- 地域移行で地域生活に慣れていない人

訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い: 他の訪問(ホームヘルプサービス)は「これをお願いします。」という感じだが、生活訓練はザックリ、バーンと投げられるイメージ

→そこに効果を感じる。直近の課題だけを解決するというわけではないので、本人に寄り添える。関係性を作っていくやすい。本当の気持ちを一緒に探して見つけていきやすい。

・利用期限はある方がいい。直接本人と並行支援ができるが、それがずっと続くと、本人の力を奪ってしまうのではないかと思う。2年の期限があるほうが、期限に向けてどこまで出来るかやってみようと、本人にもゴール設定の目安がつきやすい。そこが他サービスとの違いである。

#### ■訪問における自立訓練へのニーズ

通所サービスにつながらない未受診/ひきこもりケースへの訪問ニーズの有無:

・未受診は保健所が支援している。ニートなどへの訪問を積極的にしている医療機関が地域にあるので、未受診の掘り起しに対するニーズはあまりない。ただし、その支援チームで行き詰った人への訪問ニーズはある。

福祉サービスを利用していないサービス利用を終了したケース(就労中の人を含む)への訪問ニーズの有無:

・現在、行政は就労した人に生活訓練を支給決定しない方針である。それなので生活訓練としては就労者にニーズがあるのかを把握していない。

・働きたいが生活も整っていない状況で、どちらか1つの支援を選ばないといけないときに、年齢的に働くほうを選ぶと、生活を支えていくフォローがなかなか就Bではできないので、そこが生活訓練でできたらと思う。就Bと併用利用出来たら理想的ではないかと思う。

・いろいろサービスを使っても、生活の課題が解決できないことがある。その中で生活訓練は、生活の場に訪問し、アセスメントがゆっくりできるので、一度介入して状況整理することで、生活が安定し、仕事が継続できるという人も多くいるのではないかと思う。

・相談支援は月1回モニタリングに入っても変化をキャッチしにくい。生活訓練がキャッチできることもある。

その他:

(生活訓練がこうなったらいい)

・もっと使いやすくなったらよい。就労者にも給付が出やすくなるなど幅広く使ってもらいたい。

(職員に求められる資質など)

- ・訪問支援には1年目(就職して)は配置できないと感じている。
- ・自分の事業所や訪問だけで解決するのではなく、他の事業と連携する広い視野が必要。
- ・サービスの幅が広いと、これもあれもとオーダーを出されて抱え込んでしまいそうになるので、事業所としてできることとできないことを明確にすることが必要。その人にとって効果的かどうかとも考えないといけない。
- ・生活訓練で支援出来るけれど、その支援がこの人にとって本当に必要か?と考えることも必要。
- ・先を読むこと。洗濯機を買う時など安いのを買えばいいのではなく、洗濯物を干せるかどうかまで考えて、干せないなら乾燥機付きのほうが高くてもいい。直近の課題だけを見ていると間違えることもある。
- ・一人で支援するのでなくケース共有していかないといけない。自分の価値観だけを出してはいけない。

・何人位のチームがやりやすい?

→対象者40人で支援者4~5人くらいのチーム。10対1程度。

(制度に関して)

- ・地域移行支援や地域定着などのケースが多いので、ケア会議やカンファレンスが通常より多い。そこに報酬をつけてほしい。
- ・初回月の加算があればいい。地域移行の退院月加算のイメージ。(紹介され契約出来るまでの間に動くことが多いので)

## 現地調査報告⑨

事業所名	NPO やすらぎの会 「つばさクラブ」 / 「日本海」 / 「ひかり」
調査日時	平成 26 年 10 月 1 日 10 時 00 分～12 時 00 分
対応者（役職、保有資格、経験等）	①理事、管理者、相談支援専門員 佐原和紀 精神保健福祉士 20 年 ②ヘルパー主任、相談支援専門員 佐藤ゆり子 ヘルパー2 級 20 年 ③常務理事、管理者 斎藤昌子 保健師 40 年
調査担当	社会福祉法人 豊芯会 田中洋平 早稲田大学・社会福祉法人豊芯会 岩崎香

### ■訪問先の事業所の概要

事業所が設立してからの年数：昭和 61 年家族会設立、平成 14 年 5 月 NPO 法人化

事業所が提供をしているサービス：

同法人にて、就労継続支援 B 型事業「あけぼの」、就労継続支援 B 型事業「きらり」、共同生活援助事業「やすらぎ」、多機能型事業所（通所生活訓練、宿泊生活訓練、生活介護、就労継続支援 B 型）「日本海」、多機能型事業所（就労移行支援事業、就労継続支援 B 型事業、生活訓練）「ひかり」、多機能型事業所（通所・訪問生活訓練、生活介護）「つばさクラブ」、障がい者地域生活支援センター翔（居宅介護、地域活動支援センターⅢ型、指定特定相談支援事業、指定一般相談支援事業、県地域移行定着支援事業）を実施している。

自立訓練事業の立ち上げの経緯

- ・ H16 年、精神障害者ホームヘルパーモデル事業を実施。柔軟なホームヘルプ支援を行っていたが、制度として、家事援助に限定されるなど利用しにくいホームヘルプ事業に変わってしまった。
- ・ H21 年～山形県精神障がい者退院促進事業を受託（障がい者地域生活支援センター翔）。県を圏域に区分し、そのうちの庄内地区の担当になった。県立鶴岡病院でもグループホームが満室になるなど退院支援に困難さを抱えていたが、「いずれはアパートに」ということで訪問の必要性を検討した。活動の中で地域移行と定着支援の民間事業化を目的に H22 年 4 月 訪問型生活訓練事業所 つばさクラブを創設。生活訓練 通所 20 名。相談支援＋ホームヘルパー＋訪問生活訓練でアウトリーチ支援を行う。
- ・ 福祉と医療のアウトリーチ特化型の共同支援構想（ACT に似た活動を開始）
- ・ H23 年 4 月～H24 年 3 月 山形版 ACT モデル事業（単独）上記と県立病院訪問看護科で協働支援開始。
- ・ H23 年 12 月 ACT モデル事業終了に伴い民間事業化をめざし、精神科訪問看護ステーション庄内(株)を創設。アウトリーチ支援を継続させる。
- ・ H23 年 12 月～25 年 3 月 訪問看護ステーションが厚生労働省アウトリーチ推進モデル事業受託（山形県 2 か所）。
- ・ H23 年 12 月 地域移行支援の成果を隣市の酒田市で展開させようと、民間病院（山容病

院)と協働で多機能型事業所「日本海」宿泊型生活訓事業所(12名)、通所型生活訓練事業所(14名)、就労継続支援B型事業(6名)、生活介護事業(6名)を創設。

- ・ H24年4月 地域相談支援制度化(地域移行定着支援報酬化)
- ・ H25年12月 多機能型事業所「ひかり」創設。生活訓練事業所(6名)、就労移行支援事業所(6名)、就労継続支援B型事業(10名)。住居型支援を構想。モデル的にアパート1棟購入し、1階を事業所、2階をアパート4室として事業開始。
- ・ アウトリーチ型支援は、地域相談で担保されたので、H26年7月つばさクラブを多機能事業所化(生活訓練事業14名、生活介護事業6名)→多機能型事業所「つばさクラブ」

②H23年12月 多機能型事業所「日本海」生活訓練事業12名

県の退院促進事業をやってみて、当時地域相談がなかったもので、民間で継続してやった方がいいのではないかとつばさクラブを立ち上げた。つばさクラブはもともとはばたきの一部だったが、独立させた。県立鶴岡病院と組んで退院促進を実施した。訪問できる支援がホームヘルパーしかなく、ほっとハートの研修で生活訓練事業で訪問することを聞き、始めようと思った。ホームヘルパーの活動をずっとやってきたが、障害者自立支援法以降、様々な制限が出てきた。それで訪問サービスの必要を感じて実施した。厚生労働省のホームヘルパーのモデル事業を引き受けたことも一つの契機になった。地域移行の事業のあと、酒田市にも施設を開設。その後、「ひかり」という事業所もつくった。「つばさ」ではACTに近い実践をしようということになり、やってみたところ効果があった。その後病院の看護師が株式会社を設立。23年山形版ACTがたちあがった。当時、アウトリーチ事業も病院だけではなく、地域の方でも市が予算をつけてくれた。訪問支援の加算がなされたことでとても助かった。

自立訓練事業の開始年月： 22年4月

現在は3か所で運営

事業所のサービス提供の対象： 主に精神障害、副次的に知的障害 身体は対象外

### 自立訓練事業所のスタッフについて

自立訓練事業所に従事しているスタッフの数と職種

常勤のスタッフ数：9

持っている資格：精神保健福祉士(つばさ1名、ひかり1名の計2名)、介護福祉士、ホームヘルパー、保健師、医師

非常勤のスタッフ数：1~2人

持っている資格：無し

常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：1名

持っている資格：ホームヘルパー

非常勤のうち訪問による自立訓練に従事している人数：0名

持っている資格：無し

自立訓練(特に訪問)を行う上で職員に求められる資格、経験等

ホームヘルパーの資格や自宅へ訪問して家事支援をした経験が欲しい。人や病気への理解は必要がその人の言動を理解できること。具体的には、「できないこと」と「できること」がアンバランスなことに関して理解できること。人柄への理解や言葉のかけ方が大切。現状では研修は事業主

<p>任せなので、受講要件があっても良いかもしれない。アウトリーチの研修が必要。その人の生活に踏み込むことについて、ホームヘルパーの経験がないとなかなか受け入れてくれない。特に通所施設スタッフには訪問に抵抗があるスタッフもいて、支援自体も「指導する」というスタンスに立ってしまうこともある。本人の意思を重視しながら、信頼関係を築けて、その人の水先案内人になれるような支援者が良い。通所に繋ぐことになるケースが多い。いずれ通所につなぐということを考えながら支援している。信頼関係は重要。とにかくその人について行ってみる。相手の懐に入っていることでクライアントは安定する。</p>
<p>2012年度の新規利用者数：つばさクラブ：5名(定員20名)、日本海：20名(定員14名) 2013年度の新規利用者数：つばさクラブ：3名、日本海：1名</p>
<p>サービスを利用している人の人数(7月末日の登録数)： つばさクラブ：31名、日本海：24名、ひかり：9名</p>
<p>サービスを利用した実働数(2014年7月時点)： つばさクラブ：330名、日本海：396名、ひかり：198名(各延べ人数) 1日の平均利用者数(2014年7月時点)： つばさクラブ：330名、日本海：396名、ひかり：198名</p>
<p>2012年度の訪問サービス利用者数 つばさクラブ：10名、日本海：4名 2013年度の訪問サービス利用者数 つばさクラブ：11名、日本海：5名</p>
<p>延べ訪問回数(2012年度)：つばさクラブ：240回、日本海：96回 うち、訪問のみの利用者：つばさクラブ：1名、日本海0名</p>
<p>延べ訪問時間(2013年度)：つばさクラブ：264回、日本海：120回 うち、訪問のみの利用者：つばさクラブ：2名、日本海：0名</p>
<p>月14回以内、80日で50回以内という制限に関する意見： 妥当だと思う。週3回以上、常時支援が必要な利用者はいなかった。</p>
<p>訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定：特に設けてはいない。</p>
<p>訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無： 地方ではサービスのない地域もあり、車での移動になってしまう。山形では雪深く引き籠っている人もいる。</p>
<p><b>■実際の訪問における自立訓練の内容について</b></p>
<p>平均的な訪問の頻度と時間(週あたりの訪問回数及び1回の平均時間)： 週1~2回、訪問時間は1回1時間程度。通所は1日13名ほど通所し、そのうち2名程度を訪問する。</p>
<p>キャッチメントエリア(時間や距離)：車で20分から30分まで。20kmくらい。</p>
<p>訪問による自立訓練を利用している対象者の概要 訪問ニーズとして、男性が多い。最初は二人で行ったりしていたが、人柄がわかっている一人で行く。相談支援専門員と2名とか、ホームヘルパーと2名などでの訪問となる。暴言や被害感、感情的な関わりや恋愛願望など訪問支援をする際に留意することはある。</p>

訪問による自立訓練の具体的な援助内容：

・ホームヘルプ的なことは一通りおこなう。「同居していた母が亡くなって」という方への支援では、「便秘気味」ということで内科への受診同行→何度も来るので、内科医が不審に思う→精神科の薬の副作用を疑う→内科と精神科の間に入って調整をする、またその関係性をつなぐ、という支援をおこなった。

・考えが整理できない、自分がどうしていいかわからない、という利用者や相談支援専門員の「相手のことがわからないからアセスメントして欲しい」というニーズがある。付き合ってみれば突破口がある。一緒に食事するなど、さまざまな場面で一緒に過ごすことで相手が理解できる。人と距離を置きたい人や通所に繋がらないが具合が悪そうな人なども対象。退院するときには病院からオーダーがあるケースもある。

・就労している人は現在いない。めったにいない。就労継続支援A型事業を利用している方などで、雇用主のところに一緒に行くというようなことはある。

・医療観察法の対象にも「今日はどうしたい？」と聞いて、一緒にペットショップに行ったり、自転車で出かけたりにして、その人の良さを見つげられる。

定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容：特になし

訪問における家族支援について（支援の有無、内容）：

親子間で揉めることがある人に相談的な関わりをする。

訪問サービスの終了基準について（通所のみの利用への変更を含む）：

見守っていくことが重要。月1回連絡会をするがそこで、調整している。みんなで見ているというメッセージを送っている。通所に繋がったら終了するが、また何かあったらフォローする。通所以外では緩やかな活動をする就労継続支援B型事業へ繋ぐ（緩やかな活動をする就労継続支援B型事業所として作ったのが「ひかり」）

期限が迫ってくると不安になる人も多い。生活訓練と並行してホームヘルパーも入る。通所で安定しない人は地域定着支援で支援をしている。しかし、定着支援については事業所があまりやりたがらない。インフォーマルなものとして、クラブハウスに繋がったこともある。「経験したことをみんなのために役立てたい」、「支援する側になりたい」というピアの人たちがいる。訪問支援生活援員がピアグループと一緒に付いている。フットサル等で繋がることを支援したりもしている。自分の得意な分野で頑張り、入院もなくなったという支援事例だった。目的を持つことにより変化がある。再訪問の必要な事例については、人数はいない。

訪問サービス終了後の転帰：

何らかのサービスに繋がっている人がほとんど。食事が出ることなどで通所に繋がる人もいる。通所をしない人はホームヘルパーを利用する。最近では障害のホームヘルパー事業所が増加し、通所が約200人のうち、ホームヘルパーのみで継続しているのが20人。通所サービスを利用しない熟年層が多い（50歳～60歳代）。自分のペースを見つけた、買い物、料理ができる人で、何も利用していない人が1名いる。フットサルに繋がった人もいる。靴を買う支援（金銭の自己管理を支援）などした。地域定着につながった人は5名いる。

### 訪問による自立訓練の評価（効果）

通所してきてそれで満足してしまうのではなく、通所になっても訪問は必要で「体調悪くていけない」、「話を聞いてほしい」など行くことでできることがある。通所との兼ね合いは相談支援専門員がおこなう。一人で悶々として「どうしたら良いか分からない」という人に有効。支援者側もどういう人か分からない人のときに有効

### 訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：

医療観察保護法の対象者もいる。通所が難しい人だったので訪問からはじめた。その人が、自分の好きなことなら動くので、一緒に行くことが重要。相手（利用者）が自分（支援者）のスケジュール管理をしてくれる（「今日私の訪問よね？」など）もあった。

### ■訪問における自立訓練へのニーズ

#### 通所サービスに繋がらない/未受診/ひきこもりケースへの訪問ニーズの有無：

やること、やらなければならないことがホームヘルパーには多いので、心の寄り添いができない。自立訓練だと、話を聞いている時間がある。一緒にドライブとか、時間を共有できる。会話が苦手な人には音楽など。テクニックより気楽さがポイント。期限がきて、サービスがホームヘルパーだけになって、我慢できない人は地域定着を利用する。

#### 福祉サービスを利用していない/サービス利用を終了したケース（就労中の人を含む）への訪問ニーズの有無：ヘルパーとの違い

相談支援専門員のサポートという側面もある。以前の精神科病院のソーシャルワーカーは何でもやってくれたが、今は報酬のことを考えると相談支援専門員がすべてやるのは難しい。経営的に活動が制限されてしまうので、通所優先になってしまう。昔のソーシャルワーカーがやっていたことが生活訓練なのではないかと思う。訪問に関しては、定着支援で行こうと思えばいけるが、それほど対象がいらない。無分別に行っても悪いなという印象。生活訓練は利用者本位で動ける事業。とりあえず新規ケースはアセスメント、その人を知るために生活訓練を活用。期限があることで抱え込みを防止できる。期限はあった方がいい。生活介護と生活訓練の違いが明らかになってない。何もしなくても良いというのも大事。傾聴が良い。ホームヘルパーだとそうはいかない。ドライブに一緒に行くなどで良い。テクニックがいらないのも良い。

#### その他：＜相談経路＞

相談への紹介は病院が最も多い。福祉課からもまわってくる。あとは友人の紹介。

## 現地調査報告⑩

事業所名	社会福祉法人ふれあい共生会 地域活動支援センターもくれん就労 f o r m ハナキリン
調査日時	2014 年 9 月 17 日
調査担当	遠藤紫乃 福岡薫

### 訪問先の事業所の概要

#### 1) 立ち上げの経緯

母体法人ふれあい共生会では、地域活動支援センターⅠ型とⅢ型を有しており、Ⅰ型では退院促進支援事業を担っていた。自立支援法施行により退院促進支援事業が個別給付化されたのちは、地域定着支援の部分を相談支援専門員や地域活動支援センターⅠ型の職員が担っていたが、持ち出しも多いため、その部分を専門的に担う事業が求められていた。一方、地域活動支援センターⅢ型は居場所の提供を実施していたが、利用回数や通う曜日などの決まり事がないため、次第に利用が途絶え、ひきこもりになる利用者があらわれた。そうした利用者に対するアプローチも必要となり、上記の目的とあわせ、アウトリーチのできる支援として生活訓練が開所された。

#### 2) サービス内容の特徴

同じ建物内で就労移行支援事業との多機能型で実施していることから、就労移行支援事業を利用していたが、途中で通えなくなり家にひきこもるようになった人に訪問し、生活訓練にて個別支援を行い、就労移行支援事業に再びつなげるという支援が増えている。自分のしんどさを言語化できない、通院の時に自分の症状を話せない、人との関係でしんどくなってしまうなどの人が多く、そうした層に対し、個別の訪問や面接等で丁寧に関わる取り組みを行っている。

またプログラムの中に軽作業を取り入れたところ、近隣に精神障害者対象の就労継続支援B型がないことから、そのプログラムに参加する利用者が増えた。「作業をして楽しかった」と経験する場所が必要だとは感じているが、ハナキリンがそれを中心に提供するのではなく、生活訓練事業所として様々なプログラムを試すことで、地域の新たなサービスの必要性を発信していくというスタンスである。

#### 自立訓練事業所のスタッフについて

常勤のスタッフ数：4名（資格：PSW、介護福祉士、相談支援専門員、調理師、保育士、うち3名が訪問支援を実施）

非常勤のスタッフ数：2名（資格：介護福祉士、うち1名が訪問支援を実施）

#### 自立訓練事業所の現状及び訪問の状況

2012年度の新規利用者数：14人

2013年度の新規利用者数：15人

サービスを利用している人の人数（2014年7月末日の登録数）：21人

サービスを利用した実働数（2014年7月時点）：22人

1日の平均利用者数（2014年7月時点）：11.6人

2012年度の訪問サービス利用者数：6人
2013年度の訪問サービス利用者数：11人
延べ訪問回数（2012年度）：53回（訪問のみの利用者：2人）
延べ訪問時間（2013年度）：280回（訪問のみの利用者：0人）
月14回以内、80日で50回以内という制限に関する意見： スタッフは毎日訪問には行くが、基本は通所を前提としてプログラムを実施しているため、訪問にそれほど時間や回数を割くことができない。そのため制限により回数が不足しているということはない。
訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定： 資格によりけりだが838～888円からスタートし、年数に応じて上がる。ただし、訪問の有無は関係しない。
訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無： 移動支援と同じ扱いにしている。事業所から自宅まで訪問に行く場合は事業所負担。利用者の希望により利用者と出かける場合には利用者負担。また、事業所が定めている訪問可能地域以外からの訪問希望に対しては、本人負担。 非常勤の訪問に関しては、移動時間も勤務時間に含む。
<b>■実際の訪問における自立訓練の内容</b>
平均的な訪問の頻度と時間（週あたりの訪問回数及び1回の平均時間）： 移動時間を除いたサービス提供時間は平均して1回1時間強である。概ね60分程度と決めているが、訪問先で減らすこともある。 スタッフ全員で週あたり10回程度訪問に行く。
キャッチメントエリア（時間や距離）： 訪問可能エリアを設定し、パンフレットに記載している。一番遠いところで車で片道30分。
訪問による自立訓練を利用している対象者の概要…年齢 性別 居住形態 経済 疾患・障害の状況 家族 医療 他サービスの利用状況 自立訓練への具体的ニーズ など 精神疾患の方は50代～60代前半の方で単身生活者が多く、発達障害の引きこもりの方は20～30代で家族同居が多い。性別は男女半々である。経済的には生活保護受給者が2割程度。精神疾患の方には他の訪問サービス（ホームヘルプサービスなど）が入っている場合もあるが、発達障害の方はほとんどなし。 現在は就労移行支援からドロップアウトした層が多く、就労移行支援事業を利用したかったが家から出られず通えなかった人への支援が増えている。他にはずっとひきこもっていて外に出られない方で、本人や家族からインターネットを見て訪問の依頼がある。
訪問による自立訓練の具体的な援助内容： 調理・掃除などの並行支援を希望する人はほとんどおらず、そこは家族やヘルパーの代行が多いため、生活訓練では外に連れ出して通所につなげる支援が中心になる。 内容的には、本人の興味のある話（たとえば服など）を聞き、それから一緒に服を買いに行く、家の中で一緒に手芸をして話を聞くなど、まだ外に出られない人に対しては話を聞く支援が多い。少し外に出ることができる人に対しては、家の周りを一緒に散歩するなどして体力の低下を防ぐ

<p>などの支援を行っている。</p>
<p>定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容  定期的な再アセスメント・モニタリングは 3 か月に 1 回だが、面接は個々に行い頻度も高い。2 日に 1 回、週に 1 回、2 週に 1 回など利用者によって対応している。</p>
<p>訪問における家族支援について（支援の有無、内容）：  子どものいる利用者に対して、その子の教育関係者とのケース会議へ参加し、母（本人）の支援者として意見を求められることがある。  また、世帯分離した親子がともども生活訓練を利用しており、事業所内でそれぞれに支援を行っている。</p>
<p>訪問サービスの終了基準（通所のみ利用への変更を含む）及び終了後の転帰：  ホームヘルプサービスや移動支援など、他のサービスに引き継ぎができるようになれば終了と考えている。もしくは通所が安定してできるようになり、課題となっていたことが自分でできるようになれば終了。転帰先としては生活訓練の通所や地域活動支援センター、就労移行支援事業所など。</p>
<p>訪問による自立訓練の評価（効果）訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：  人との関係が作りにくい人、ヘルパーを拒否する人などに効果があると考える。  ホームヘルプサービスは「掃除しよう、調理しよう」と生活課題へのアプローチが中心になりがちだが、生活訓練では「マクドナルドに一緒に行く」「買い物に行く」など本人の楽しいことに合わせることができるので関係性が作りやすい。また、訪問回数も本人の状態に合わせて増減ができるのでホームヘルプサービスより柔軟性が高い。</p>
<p><b>■訪問における自立訓練へのニーズ</b></p>
<p>就労後、仕事のストレスを全部自分で抱え込み、就業先からどうしたらいいかと連絡の入ったケースがある。就労後の支援のために訪問のニーズがある。</p>
<p>その他 特記事項  現行制度では、通所が前提となるので、訪問にスタッフを割くことができない。もう少し訪問回数が増えたら外出できるようになる人もいるのだが。   生活訓練の支援内容を伝えることの難しさ。  新しく入ってくる事業所スタッフに対して支援内容を説明しにくい。自身も研修を受けてようやくつかめて言語化できるようになってきたところがある。スタッフ向けに生活訓練についての研修が必要である。  また、外部の理解も低い。すでに他の日中サービスにつながっているのに紹介されてくることもある。通所・訪問の両方があるのでなんでもしてくれるのではと思われているところがあると感じる。</p>

## 現地調査報告⑪

事業所名	医療法人豊済会 サポートセンターる〜ぷ
調査日時	2014年9月18日
調査担当	遠藤紫乃 福岡薫

訪問先の事業所の概要
<p>1) 立ち上げの経緯</p> <p>もともと母体法人で経営していた援護寮を、自立支援法の事業に移行するにあたり、宿泊型自立訓練へ移行した。その際、新たにチャレンジできることとして通所の生活訓練が開所された。事業所としては、相談支援事業・地域活動支援センターI型・就労移行支援事業との多機能型である。また、別に宿泊型自立訓練を2棟、院外と院内に有し、短期滞在も実施している。</p>
<p>2) サービス内容の特徴</p> <p>相談支援事業所と宿泊型の生活訓練を有するため、相談支援と宿泊型と通所でチームを組み支援をすることが多い。生活の基礎作りを宿泊型で、社会参加支援を通所で行うなど、個別支援計画を含めて一体となった支援を実施できるのが特徴である。そのため、長期入院からの退院者で厚く丁寧な生活支援が必要な人や、地域での生活が破たんしたため、一旦、居住から見直しをしないといけない人なども受け入れることが可能である。そのような生活全体の見直し支援を行う場合は、利用者にとって何が必要かを見極めるアセスメント機関として生活訓練が機能している。また、在宅者については、一度は訪問して利用者の生活を見ないと、本人のことはわからないという考えから、必ず年に1回は家庭訪問を実施している。</p>
自立訓練事業所のスタッフについて
<p>常勤のスタッフ数：4名（資格：PSW, OT、うち3名が訪問支援を実施） 非常勤のスタッフ数：1名（資格：なし 訪問はしていない）</p>
自立訓練事業所の現状及び訪問の状況
<p>2012年度の新規利用者数：26人 2013年度の新規利用者数：13人</p>
<p>サービスを利用している人の人数（2014年7月末日の登録数）：23人 サービスを利用した実働数（2014年7月時点）：307人 1日の平均利用者数（2014年7月時点）：14.6人</p>
<p>2012年度の訪問サービス利用者数：10人 2013年度の訪問サービス利用者数：8人</p>
<p>延べ訪問回数（2012年度）：164回（訪問のみの利用者：53人） 延べ訪問回数（2013年度）：90回（訪問のみの利用者：15人）</p>
<p>月14回以内、80日で50回以内という制限に関する意見： 制限に対し、不足しているとは思わないが、なぜ生活訓練にだけ制限があるのか、根拠は何かと</p>

<p>思う。る～ぶでは、法人内の訪問看護や他のサービスともチームを組むことができるので丁寧な訪問ができるが、他法人で単独で生活訓練を実施しているところでは、支援の初期段階にはこの回数では不足するところもあるのではないかと。</p>
<p>訪問に対する非常勤スタッフの時給や単価設定： 非常勤の訪問はない。</p>
<p>訪問に必要な交通費の負担や、移動にかかる時間の時給の有無： 事業所が必要と思ひ、訪問に行った場合は事業所負担。利用者の希望により出かける場合の電車賃などは利用者負担が基本だが、経済的に苦しい人も多く、事業所が負担している場合もある。</p>
<p><b>■実際の訪問における自立訓練の内容</b></p>
<p>平均的な訪問の頻度と時間（週あたりの訪問回数及び1回の平均時間）： 利用者1人に対して週1回、1時間程度。 通所のために訪問支援が必要な人などには短時間の訪問をすることがある。短い訪問があることで通所も生活も安定する人がいるからだが、現行制度では通所と訪問を同じ日にカウントできないのが難である。</p>
<p>キャッチメントエリア（時間や距離）： 市内及び片道30分くらいで移動可能な近隣市。</p>
<p>訪問による自立訓練を利用している対象者の概要…年齢 性別 居住形態 経済 疾患・障害の状況 家族 医療 他サービスの利用状況 自立訓練への具体的ニーズ など 統合失調症圏が多く、次に発達障害の疑いと知的障害の方もあり。年齢は40～50代が多く、男女比は半々で、ほぼ全員が独居である。経済的には生活保護と年金の受給者が多い。 生活訓練を使い始めるときは、生活訓練のみしかサービスを使っておらず、これからサービス調整が必要であることが多い。</p>
<p>訪問による自立訓練の具体的な援助内容： 退院してすぐの人には訪問して病状の波のチェックと他のサービスにつなぐためのアセスメントを行う。 宿泊型や短期滞在の方のアフターフォローの人には生活にまつわること（掃除・調理・ゴミ出しなど）全部一緒にやっていく。 ひきこもりの方へは、その人がしてほしいような支援を一緒に見つけていくことが中心になる。</p>
<p>定期的な再アセスメント・モニタリング等の頻度と内容 関わる時すべてが再アセスメントと考えているので、訪問支援員は、買い物や食事の状況、家事のようす、服薬など必ずアセスメントしたものを事業所に持ち帰る。サービス管理責任者はその報告を聞いて状態像をつかんでいく。</p>
<p>訪問における家族支援について（支援の有無、内容）： 家族にも知的障害がある場合などは、訪問時に制度の説明の支援など行う。 また、家族との関係が悪化して宿泊型に入る人が多いので、本人の様子を家族に伝え、再度、家族関係をつないでいく支援を行うこともある。</p>
<p>訪問サービスの終了基準（通所のみ利用への変更を含む）及び終了後の転帰： 通所につながって安定できた、他の日中サービスにつながった、利用者から拒否があった場合は</p>

終了となる。転帰先としては、生活訓練の通所や他の就労系の日中サービスへの通所など。

訪問による自立訓練の評価（効果）訪問による自立訓練と訪問サービスとの違い：

ひきこもりの人、通所サービスの利用が不安定な人に有効である。

ホームヘルプサービスとの違いは、「これをしましょう」ではなく「したいことをしましょう」というところであり、本人に合わせて関わりどころを見つけることができる場所だと考えている。ホームヘルプサービスは一旦、導入すると、支援側も本人もやめづらくなるが、生活訓練は本人をアセスメントした上でどこに支援が必要かということ言語化して提案することが強みと言える。

また、通所が不安定な層には、単に送迎だけでなく、訪問して荷物の準備をして、一緒に通所できるという点にも効果がある。

#### ■訪問における自立訓練へのニーズ

ひきこもりや、家にゴミがあふれていて住めなくなっているケースなどにニーズがある。

また、就労はしているが生活の質が低く、ただ働いているだけで楽しみがない人にもニーズがあると考える。

その他 特記事項

制度について

他の卒業のないサービスを見ていると、有期限であることの意味を感じる。ほとんどの利用者は利用期限内に次のサービスにつながるが、関係を作るだけで1年以上かかる人もあり、期限内で支援の終わらない人が若干数いる。

また現行制度では、訪問は通所につなげるのが前提になっているが、ひきこもりの人の中には現状の生活に満足しており、外に出ることに意義を感じていない人もあるため、訪問の目的を通所につなげることに限定されるとやりづらいつと感ずることもある。

他サービスとの連携について

生活訓練でアセスメントをしたあと、外部の継続サービス（ホームヘルプサービスなど）につないでいく際、会議に出てくるサービス提供責任者と実際にサービスを行うヘルパーが別の人であることが多いので、本人支援の際の言葉かけの方法や態度など微妙なニュアンスが伝わらないことが課題である。

今後の課題について

生活訓練が終了し、他のサービスにつながらず在宅生活を送るうち、1年後くらいに再入院になるケースがあった。少しの回数で継続して訪問できたら在宅生活を支えられるのではないかと考える。

## 第3章 考察

### (1) 生活訓練事業所を対象とした調査結果の考察

#### 1) 訪問による生活訓練の実施状況について

事業所の実施調査から、訪問による生活訓練事業を実施していると答えたのは28.8%であり3割を切っていた(図2-1-3)。このことから、制度は用意されているものの、十分な普及には至っていないことが明らかになった。事業所実施しない理由としては、「サービスニーズがない/少ない」(42.6%)であり、ついで「職員の人員が不十分」(25.9%)であった(図2-1-4)。

しかし、平成22年度若者の意識に関する調査(ひきこもりに関する実態調査：内閣府)では、69.6万人がひきこもり・準ひきこもりにあると指摘されており、また社会参加が外来のみ通院に留まっている精神障害者の実態も報告で上がっており(平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト：精神科診療所に通院する以外に社会参加していない精神障害者の実態調査及び精神科診療所の社会参加サポート機能の強化に係る調査研究事業：日本精神科診療所協会)、訪問支援に「サービスニーズが少ない」状況にあるとは考えにくい。

むしろ「訪問による生活訓練」に関する情報が、サービスを必要とする地域の障害者や家族、また支援者に十分浸透しておらず、明確なニーズとして浮上してこない、と考えた方が妥当であるかも知れない。実際に訪問未実施の事業者については、訪問未実施の事業所については訪問による生活訓練について、「具体的にはよく知らない」(38.0%)、「内容についてはほとんど知らない」(11.1%)と、生活訓練の事業者であっても約半数が、訪問による生活訓練の内容について十分な情報をもっていないことが本調査では明らかになった(表2-1-38)。こうした情報について広く提供していくことが、地域のニーズを掘り起こすとともに事業者の実施の広がりにつながっていくと考えられる。

なお利用者の登録人数・実利用人数をみると、訪問実施事業者の方が訪問未実施事業者よりいずれも登録人数が多い傾向にある(表2-1-6・7)。この結果の解釈としては「比較的大きな利用者数を確保していないと訪問事業を実施できない」、「訪問をすることによって利用者数を確保できる」、いずれの状況も考えられる。しかし、生活訓練のような通過型の事業は、規模の小さな事業所については経営リスクを伴うものであるも確かである。こうした事業を広めていくためには、既に実施している事業所による運営・経営についての情報提供も重要であろう。

#### 2) 訪問による生活訓練の対象者像

生活訓練は障害者総合支援法においては、知的障害または精神障害のある者に対して、障害者支援施設、障害福祉サービス事業所または障害のある方の居宅において、入浴、排せつ、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および助言などの支援を行う、とされている。しかし特に、訪問による生活訓練でターゲットされる対象者像、および期待される効果とはどのようなものなのだろうか。本実態調査の結果から、事業者が実際にどのような者を主としてターゲットにしているのか、について考察し、今後の支援の指針とする。

### (1) 通所につながりにくい者

事業所に対する調査では、平成25年度の実利用人数のうち訪問による生活訓練併用利用者数のうち、通所せず訪問のみの利用となったものがない、という回答は47.8%で半数以下であった(図2-1-14)。また、1年間に3ヵ月以上連続で通所を中断した人数が、「0人」と回答した事業所も42.5%と半数を割っていた(図2-1-17)。さらに平成26年7月の訪問による生活訓練の利用者中34.3%が訪問のみの利用者となっていた(表2-1-30)。

結果として訪問のみの利用となった利用者のサービス導入の理由として、「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗があるため」(52.2%)、「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」(47.8%)、「ひきこもりや地域からの孤立予防・改善のため」(43.5%)、などであった(図2-1-34)。

さらに個票調査の結果からは、社会的活動への参加が難しい利用者が合計で57.8%に達していた(図2-1-65)。また個票調査においては、訪問のみの利用となった利用者は28.6%、統合失調症患者ではその割合は55.0%にのぼり、通所できなかった理由としては「本人の意思(希望しない)」が最多で57.0%となっていた。

**このことから①生活訓練では「通所につながらない・つながりにくい利用者」の一群が存在することがわかる。**

しかし、これに対して、事業者からの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に対する回答としては「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗がある」(47.8%)、「ひきこもりや地域からの孤立予防・改善」(47.8%)「本人は通所を希望しているが実際には通えない」(26.1%)など、ひきこもりを中心とした利用者像が挙げられた(図2-1-35)。さらに、訪問実施事業者が、訪問による生活訓練のみで独自で行っているメニューとして、「ひきこもっている人に対する関係作りと段階的な支援」は34.8%と他の項目と比較して高率となっていた(図2-1-28)。すなわち、**②訪問実施事業者の側では「通所につながらない・つながりにくい利用者」を支援のターゲットとして捉え、訪問をツールとして支援を展開している様子**が窺える。

なお効果については訪問支援実施者に対する改善された課題について「ひきこもりや孤立」が挙げられていた(28.2%)。またとくに療育手帳保持者(18.5%)に比して、精神保健福祉手帳保持者(30.3%)、「手帳無し」(40.0%)の利用者の改善度が高かった(図2-1-82および表2-1-69)。また、同じく個票調査において、利用者の利用終了所の生活範囲が全体的に終了時に向けて拡大している様子が窺えた(図2-1-85)。無論、これらは支援者の主観的評価であり、客観的な指標ではないが、このような実感をもって事業者が現在支援を展開している、ということを示していると考えられる。

しかしながら、現在の訪問による生活訓練は、通所利用を前提とした制度設計になっているという現状がある。これに対して**③訪問実施事業者の71.7%が「訪問のみの利用も認めた方がよい(通所の加算ではなく訪問は独立)」**と回答しており、この点に関する制度改定が望まれる(表2-1-41)。なお、この点については本事業の実施法人にて本資料の中間集計をし、参照として厚生労働省に提出した。後に、平成27年度の障害者総合支援法における障害福祉サービス等報酬改定において「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を見直す」とされた(平成27年2月12日：厚生労働省 障害福祉サービス

## 等報酬改定検討チーム発表)。

しかし、訪問支援は通所のための支援でありあくまで「通所に繋げるための一過程」と考えるか、訪問支援は通所とは独立しておりその中で様々な支援をしまう 1 つのサービスであると考ええるかによって、支援の方向性は大きく異なってくる。ひきこもりがちな利用者に対して、サービスを紹介するにあたって、「いずれ通所をしないといけないが、今は訪問も使える」と言うのか、「訪問であなたの生活を支援できる」と言うのかでは、導入の目的も、しやすさも全く異なるからである。

**①生活訓練を要する対象層においては「通所に繋がりにくい者」が一群存在し、②その者に対する有効な支援ツールとして訪問があり、③それを可能にする制度の改定（訪問支援の通所支援からの独立化）が望まれている、**といえる。

### (2) 生活状況・課題が不明瞭な者

事業所による調査では、生活訓練利用者の手帳・障害支援区分について、訪問による実施事業者では「精神・未認定」の割合が 48.3% (615 人中 297 人)、未実施事業者では 28.3% (1013 人中 287 人) となっていた(表 2-1-23 および 24)。また訪問による生活訓練の利用者では、精神障害のある者 (92.3%) が多く、また障害支援区分が未認定の者 (44.8%) がかなりの割合を占めていたことが明らかになった (表 2-1-33)。また個票調査においても同様の結果が見られ、訪問による生活訓練の利用者の精神保健福祉手帳保持者では障害支援区分が「未認定」の割合は 43.8%にのぼった (図 2-1-59 および表 2-1-46)。さらに訪問生活訓練の利用に際しての生活課題として、「生活能力に関するアセスメントが必要」(37.9%) の回答も多かった。無論、精神保健福祉手帳の所持率は低く、また全てのものが障害支援区分の判定を受けているものではないが、**①生活訓練の利用者のかなりの割合に、生活状況が不明瞭である者が含まれる、**と推察される。なお、これらのものは単に生活状況が不明瞭というわけではなく、生活状況が何らかの形で困難に見舞われながらも、具体的な状況や生活課題が明らかになっておらず、支援の方策が立たない、という状況と思われる。また自らニーズや助けを明確に発信することができないが、生活が困難な状況になっているセルフネグレクトのような状況に陥っている者も含まれると考えられる。

なお、事業者はこれらの対象者像に対して、**②生活状況を明らかにする濃密なアセスメント手段として訪問支援を行っている、**と考えられる。例えば、通所と併用している者と、訪問のみの者の内容を比較すると、「生活課題に関するモニタリング」が後者で高くなっている (56.8% < 79.1%)。これは通所に繋がらないため、生活の詳細のわからない対象者の状況をつぶさにアセスメントしていることを示していると考えられる (表 2-1-67)。また「手帳無し」の者に対する支援で「生活課題に関するモニタリング」が 66.7% と高く、状況が不詳な者に対するアセスメント支援として本制度が使われている実態がわかる (表 2-1-67)。さらに、事業者からの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に対する回答として、「家庭内に複数の課題を抱える一がいて、包括的なアセスメントが必要」(図 2-1-35) などがあげられている。こうしたことから生活状況が不明瞭な者に対して訪問支援を継続的に行う事で、より状況を明らかにし、その課題に対する方策を立てている者とする。

なお、こうした生活のアセスメントについては、相談支援事業所の役割ではないか、という意見もあると思われるが、サービス利用計画の作成費は限定されており、また事業者が

綿密かつ頻回で訪問を行い、生活課題をアセスメントするには限界がある。また上記のようにひきこもりがちな利用者も少なくない。今回の調査からは訪問による生活訓練の最多の回答は月「4～5回」となっていた（図 2-1-70）が、こうした頻回の訪問によって不詳な生活状況・課題を明らかにしようとしていると思われる。実際に、個票による調査からは、各事例で改善した生活課題について、また「生活能力のアセスメントが必要」という課題の改善があげられ、特に「手帳無し」の利用者が 30.0%と高くなっている。

このことから、**①生活訓練の利用者のかなりの割合に生活状況が不明瞭である者が含まれ、②生活状況を明らかにする濃密なアセスメント手段として訪問支援の位置付けがある、**ということが考えられる。

### （3）生活課題に関する柔軟な訪問支援を必要とする者

訪問のみの利用となった利用者のサービス導入の理由として、「ホームヘルプや訪問看護以外の訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」（30.4%）、「家族同居等の理由で、ホームヘルプサービスの支給決定がおりないため」（8.7%）など、**他のサービスでは対応できない問題への対応として、訪問による生活訓練が利用されている場合もある**ことがわかった（図 2-1-34）。

また事業者からの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に対する回答として、「病状や生活障害が大きく、地域での生活に不安や困難が多いため」（38.1%）、「ホームヘルプや訪問看護以外の訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」（37.0%）「支援の困難さや問題行動などにより他の事業者の利用につながりにくい」（21.7%）などもあげられている。さらに事業所からの訪問による生活訓練とホームヘルプの異同に関する自由回答として「本人の自主性を高めて社会生活力を引き出していく支援」、「本人の状況・多様なニーズに対処する柔軟な支援」、「本人と共に生活課題に対して練習し、取り組む支援」などが挙げられている。

医療分野では訪問看護などのサービスが提供されているが、本来訪問看護は医療的な支援を前提とされているため、生活の具体的な生活課題の支援を行うとは限らない。一方で、ホームヘルプでは生活課題の支援とはいえ、家事を中心とした定型的な代行支援に限定されている。しかし、実際には「生活課題に対して代行ではない柔軟な形で関わる訪問支援」が求められる場合があり、訪問による生活訓練はそのような形での支援を行っていると考えられる。

### （4）退院・退所後に生活スキル向上が必要な者

さらに、個票調査において、訪問による生活訓練利用の目的について、精神保健福祉手帳所持者においては「退所・退院に伴うスムーズな地域移行」（20.4%）の割合が高くなっていた（表 2-1-51）。また同じく個票調査において利用者の改善された生活課題について「退院・退所直後の生活安定化」に関しては、精神保健福祉手帳保持者での効果の割合が高くなっており（表 2-1-69）、精神障害者の長期入院・入所などの退所後のフォローも本サービスの効果が期待できる領域の1つであろう。

これらの事から、訪問による生活訓練による支援の対象者は、**自立した日常生活を営むた**

めに各生活課題に関する支援・訓練を必要とする者と前提として、そのうえで、

- ①通所につながりにくい者
- ②生活状況・課題が不明瞭な者（セルフネグレクトの状態を含む）
- ③生活課題に関する柔軟な訪問支援を必要とする者
- ④退院・退所後に生活スキル向上が必要な者

などが想定されると考えられる。ただし、後段で述べるように、実態調査からは必ずしも件数が多くなかったが、このほかに⑤就労を継続するために生活支援を要する者なども含まれるかも知れない。

### 3) 現在の制度における運用上の課題

#### (1) 利用期限について

事業所調査では、平成平成 24 年度上半期に登録開始した生活訓練利用者のうち終了時に延長した利用者が「0 人」という事業者の割合は、全体で 37.5%であり、半数を切っていた。逆に標準利用期間の 2 年間で更新した者の割合は 18.7%であった（図 2-1-20 および表 2-1-15）。また個票による調査では、訪問による生活訓練の利用者のうち、20.2%が 2 年以上の在籍者であることが推測された（表 2-1-35）。また「2 年間」という利用上限を超えた支援提供でより効果が高まると思われたケースの存在について尋ねた結果では、「かなりみられた」（26.1%）+「時々みられた」（26.1%）であり、「みられた」の合計は 52.4%であった（図 2-1-38）。このことから**生活訓練では 2 年間の利用期限が更新されることは稀ではなく一定の割合で存在する**といえ、また事業者も効果を見据えた上で延長をしていることが明らかになった。

なお、更新を検討したが支給決定されなかったという人数は 1849 人中 8 人であり極めて少数であるが、自治体の対応としては「延長は原則的に認められていない」（13.0%）とする自治体も一部存在する（図 2-1-40）。**サービスの原則・利用実態を踏まえて利用期限の延長に関する自治体間格差を解消していくことが重要**であると思われる。

なお、訪問実施事業者において利用期間制限に関して多い意見は「必要に応じて何度でも利用できるようにする」（56.5%）、「期間設定は現行のままで、3 年間への延長手続きをスムーズにする」（26.1%）であった（表 2-1-40）。障害において生活訓練を必要とするような生活状況は形を変えて再び訪れる可能性があり、また延長を必要とする場合もある。**自治体はこのような事情・実態を踏まえて利用期限の延長に関して適切に判断し、延長手続きを簡素化していくことも必要**と思われる。とくに事業所調査の自由回答では、『精神障害者の方は特性もあるため 2 年や 3 年での訓練では十分な支援は受けられない』、『通所や他利用者と慣れる事に時間が必要であり、1 年目が終了してようやく定期的に通えるようになる利用者が多く、実質的に訓練ができるのは残りの 1 年未満となる場合がほとんどになっている』、『利用期間についてだが、最長 3 年は短すぎると考える。なぜ期限が必要なのか。病院の DC 等より、もっと具体的な支援を行っているが、3 年間では目標達成ができないケースが多い。』（表 2-1-41 より）などの利用期限がある故の困難も多く聞かれることから、**各自治体は更新・延長の判断に際してこうした実状を十分踏まえること、複数回利用なども視野に入れて判断することが望ましい**と考えられる。

とはいえ、重度の精神障害者・知的障害者においては、短期間での生活能力の向上が難し

く、家事や日常生活のケアを長期かつ継続的に支援する必要がある層も存在すると思われる。こうした層に対する支援として、訪問による生活訓練のような「期限付きの生活能力向上に関する支援」を行うと、結果として課題が解決されず「期限が足りない」という事態になることも考えられる。この点に関しては、重度の障害者に継続的に生活支援を行う訪問サービスは制度的に未整備であることも含めて、検討の余地があるであろう。

## (2) 利用上限について

現在訪問による生活訓練では支援頻度に関する回数制限が設けられているが、見直しが必要と思われる内容について、訪問実施事業所の回答が多かった項目は「期間内の利用回数の上限」(41.3%)、「月単位の利用の上限」(37.0%)の見直しであった(表 2-1-39)。

なお「月単位の利用上限」に関して、それを超えた支援提供でより効果が高まると思われたケースの有無について尋ねた結果、「かなりみられた」(10.9%)＋「時々みられた」(28.3%)であり、その合計は 39.2%であった(図 2-1-37)。

他方で「半年の利用上限」については、それを超えた支援提供でより効果が高まると思われたケースの有無について尋ねた結果、「かなりみられた」(10.9%)＋「時々みられた」(26.1%)であり、その合計は 39.2%であった(図 2-1-36)が、他方、半年で 50 回を超える訪問のニーズについては、「あり」(8.0%)であり、実際の訪問は「あり」(5.0%)と少数であった(図 2-1-78・9 および表 2-1-65・6)。

利用の導入当初などにおいて「月14日は地域移行(事例)の初月では足りないことが多い」などの自由回答による意見も寄せられており、「**月単位の利用上限**」については**改定の検討が必要と思われる**。なお、この点については本事業の実施法人にて本資料の中間集計をし、参照として厚生労働省に提出した。後に、平成27年度の障害者総合支援法における障害福祉サービス等報酬改定において現行の『訪問を開始した日から起算して180日間ごとに50回かつ月14回を上限として算定することができる』が見直され、『訪問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、月単位の利用上限が撤廃・改定された(平成27年2月12日：厚生労働省 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム発表)。なお、「180日間の利用上限」については実際の訪問実績も少ないことから、必ずしも改定については喫緊の課題ではないかもしれない。

## (3) 複数名訪問について

複数名訪問のニーズおよびその実際に関する集計結果からは、ニーズは「時々あった」(4.0%)、「まれにあった」(15.0%)で合計で 2 割弱、実際の訪問は「初回のみ」(10.6%)、「度々あった」(5.3%)、「まれにあった」(13.3%)で、3 割弱で実施されていた。必ずしも極めて頻繁に起こっている事象とは言えないが、精神科訪問看護等でも複数名による訪問が行われ診療報酬化されていることもあり、実際の臨床場面では必要になってくる場合もあると考えられる(初回のアセスメント時・緊急時など)。**どのような状況で複数名訪問が必要になっているかを踏まえた上で、今後検討をしていくことも必要かもしれない。**

## (4) 支援の実施場所について

各事例に対して行われた訪問支援の実施場所に関する集計では、「自宅」は 59.1%と高い

割合ではあるが、全てではなく、「喫茶店やスーパーなどの生活圏」(26.9%)や、「役所やハローワークなどの公的機関」(26.9%)、「金融機関や公共交通機関」(13.0%)、「余暇活動の場所」(8.6%)、「職場」(4.0%)など、患家に限定されない多彩な場所での支援が行われていた(図 2-1-81 および表 2-1-68)。

利用者の生活は自宅に限定されている訳ではなく、生活技能を高めていくために様々な場面での支援が要される事になり、現状の支援はこうした実態に即しているものと考えられる。これから訪問による生活訓練を実施しようとする事業者、または生活訓練の個別支援計画をみることになる区市町村は、**患家以外の場所での支援も広く実施されている実態を認識する必要**がある。

また自由回答からは『グループホームへの訪問が認められないのが残念。訪問して、話をしたあと、本人が行く気になって通所することがあった。その時は、訪問と通所、両方を請求できるようにしてほしい』、『訪問利用について、ご本人宅以外にもグループホームへの訪問も請求できるようお願いしたい。(サービスの重複の問題もあるので困難かもしれないが)仮に難しければ、サテライト型の方へは可能とするなど柔軟な運用をお願いしたい』(表 2-1-41) など**グループホームに関する訪問支援の加算について意見も出ており、今後検討する必要**があると考えられる。

#### (5) 報酬単価・その他について

事業者における調査では、訪問による生活訓練を実施しない理由として、「報酬単価が低く、運営できない」(39.1%) (図 2-1-41) などがあげられている。直接今回報酬単価についての詳細な項目は調査の対象としていないが、事業所による自由回答からも『訪問による生活訓練が定着できないのは、職員 1 人を 1 人の利用者に時間を割かねばならないから。よって、報酬単価の増加を求めたい』、『訪問支援の報酬単価の改善。通所と同等位の価値はある』『人員、体制的な保障があるのであれば訪問のみの利用も考えられるが、それは通所訓練の範囲で行うことか疑問を感じる。訪問による加算の低さも気になる』(表 2-1-41) などの意見があげられている。実際に、スタッフ一人で複数名の支援ができる通所支援に対して、訪問支援はスタッフ 1 人につき 1 人にしかサービスができないため、事業所としての人件費負担はより大きくなるという実状と、現行の報酬は逆転しているともいえ、**訪問による生活訓練の適正な単価についてより議論・検討が必要**と思われる。

またその他に、事業所の制度改定に対する意見では、通所と訪問の別途算定について『通所につなげる為に、利用者宅へ訪問し、準備→同行→事業所利用となる場合でも、通所のみ(訪問のみ)算定であり、その辺りを検討して頂きたい』との意見もあり、今後の検討が必要と考えられる。

### 4) 人材育成について

#### (1) 研修について

事業所に対する調査の回答において、訪問による生活訓練を行う上での困難として、「事業所に訪問できる人員が不足している」(71.7%)、「多様な障害特性への支援に関するノウハウがわからない、スキルが不足」(39.1%)、「利用者宅に訪問して支援をするノウハウがわからない、スキルが不足」(23.9%)などがあげられた。訪問による生活訓練事業の認知度の低さ

と相まって、こうしたスキル不足などの問題が、実施普及を妨げているものと考えられ、**研修等による情報提供の場を増やしていく必要性があると考えられる**。実際に、このような研修について、訪問による生活訓練の従事に「必須とすべき」との回答は32.6%と少数であったが、「必須ではないが必要」という回答は63.0%と過半数を超えていた（図2-1-46）。

研修の実施主体・実施方法についての希望では、「都道府県が地域特性に応じて」が54.5%、「区市町村が各地域の特性に応じて」が25.0%となっている（図2-1-47）。現在、訪問による生活訓練に関しては都道府県・市町村・国のいずれも特に目立った取り組みをしておらず、何らかの形で、こうしたニーズに応えるような仕組みを作る必要があると考えられる。

なお、訪問による生活訓練の従事者である生活支援員には、現在特に研修も、要件も存在していない。直接訪問支援にあたる職員に必要な要件・加算を尋ねた結果、最も多いのは「経験年数の加算」（34.8%）で、ついで「資格の加算」（21.7%）であり、要件・加算の「いずれも必要ない」は10.9%に留まっていた（図2-1-42）。このことから要件としての設定は必要ではないが、加算によってより質の高い職員が従事するよう誘導していくべき、という考え方が事業者には多いようである。なお目安として、保持していることが望ましい資格として回答されたのは、「精神保健福祉士」（86.8%）、社会福祉士（65.8%）、作業療法士（47.4%）、心理職（36.8%）、ピア（36.8%）などであった（図2-1-43）。さらに障害保健福祉分野の必要な経験年数の最多回答は「3年以上」で52.6%（図2-1-44）、訪問サービスにおける必要経験年数では最多回答が「3年以上」が52.6%であった（図2-1-45）。

要件・加算の設定を設けて質の向上を図っていくのか、あるいは研修によって質の向上を図っていくのか、という2つの方向性が考えられるが、いずれにしても訪問支援は侵襲性・密室性が高い支援であり、場合によっては利用者の生活を大きく損ねる可能性のある事業でもある。要件・加算に関していずれも必要ない、とする回答は少数であり、また研修に関するニーズは高いことから、**資格・経験年数による「加算」や「研修実施」システムを整備し、訪問による生活訓練事業者の人材を育成していくことが必要**と思われる。

## （2）相談支援事業所を対象とした調査結果における考察

### 1) 相談支援事業所の現状と生活訓練を利用するサービス等利用計画の作成状況

相談支援事業所は「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」による障害者自立支援法の一部改正が2011年に公布され、相談支援の充実はその大きな柱として位置づけられたことにより、大きな転機を迎えた。相談支援事業所も主として計画相談を担い市町村が指定する指定特定相談事業所、地域移行・地域定着等の地域相談支援を行い都道府県が指定する指定特定相談事業所等に再編された。そして、福祉サービスを利用する障害者のサービス等利用計画の作成を2014年度までの3年間に行うという方向性が打ち出されたことにより多忙を極めていくのが現状である。

本調査に回答した事業所は約 3 分の 2 が社会福祉法人であり、対象を抽出したプロセスにおいて当然のことではあるが、ほとんどの事業所において指定特定相談支援事業と指定一般相談支援事業を実施している。回答した 144 ヶ所の相談支援事業所のうち、生活訓練を利用するサービス等利用計画を作成した経験がある事業所は 40 ヶ所であり、回答事業所の 27.8% であった。

回答した相談支援事業所の職員数については、常勤 1 人というところが最も多く 29.2% を占め、平均 2.5 人という結果であった。相談支援に従事する職員の実人数については、1 事業所平均 3.8 人であり、常勤の職員が兼務している状況に関しては、1 人兼務が最も多かった。ピアスタッフについては未だ雇用は進んでいるとは言い難い状況にあり、計画相談に従事できる相談支援専門員の配置については、2 人が 28.5% と最も多く、平均 2.9 人の配置であった。計画相談が開始されてから 3 年が経過しているが、少数の常勤、あるいは少数の常勤と兼務の常勤職員で事業所が運営されており、そこに非常勤職員が少なからず雇用されている状況が推測された。

回答した相談支援事業所の同一法人やグループ法人で実施しているサービスや施設については、就労継続支援事業 B 型が 61.8% と最も高く、生活訓練は 25.0% という結果であった。しかし、計画相談として生活訓練を利用するプランの作成経験との関連で見ると、プラン作成有が就労継続 B 型 75.0%、自立訓練（生活訓練）60.0% となっており、同一法人、グループ法人内での生活訓練事業の有無と、計画相談作成時に生活訓練を利用するプランを作成したか否かに関しては関連が推測された。その一方、回答した相談支援事業所の計画相談数の総計および 1 ヶ所あたりの生活訓練の支給決定数に関しては、平成 24 年度、25 年度の全体数の伸びと比較すると低調であると言わざるを得ない。そうした結果から、実際に生活訓練事業に関して、利用者・家族や相談支援専門員がどの程度周知しているか、また、身近なところに存在しているかどうか計画相談数に反映されているのではないかと考えられる。

## 2) 相談支援事業所から見た訪問による自立訓練の効果

また、本調査では、生活訓練の支給決定が下りている人の中で、原則となっている 2 年を超えて利用している人が 22 人、結果として訪問による生活訓練を実施している人が 21 人という結果であった。結果として訪問による生活訓練を実施している 21 事業所、40 ケースの生活訓練導入当初の理由については、最も多かったのが「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」で 15.0%、「ホームヘルプや訪問看護以外の、訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」10.0%、「ひきこもりや地域からの孤立予防、改善のため」7.5%、「病状や生活障害が大きく、地域での生活に不安や困難が多いため」7.5% が次いでいる。特に訪問による生活訓練の効果が期待される利用者像としては、「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」で 22.5%、「ホームヘルプや訪問看護以外の、訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」17.5%、「ひきこもりや地域からの孤立予防、改善のため」15.0%、「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗があるため」15.0%、「支援の困難さや問題行動などにより、他の事業所の利用につながりにくいため」15.0% という結果であった。やはり、ひきこもり状態になっている人たちが対象としては最も多く、地域生活で困難や不安を抱えている事例、通所サービスやホームヘルプ・訪問看護といった既存のサービスよりも柔軟な訪問支援への期待等から利用がなされてきたと言える。

相談支援事業所がかかわった事例として特に効果が期待されると考えられるのも、ほぼ同様の内容であった。

### **3) 相談支援事業所から見た訪問による生活訓練の実施条件**

現行の生活訓練においては、「1 か月 14 日以内」、「半年で 50 回以内」の利用となっているが、過去 2 年間（平成 24 年度以降）の計画策定の中でそれぞれの条件を超える支援提供により効果が高まると思われたケースの有無について尋ねたところ、双方同率で「かなり（効果が）みられた」が 2.5%、「時々（効果が）みられた」10.0%となっており無回答が 55.0%という結果であった。2 年を超えた利用に関する効果が一番高く評価されている一方、無回答数も多かった。また、プランを作成する経過で生活訓練が通所を前提としているために利用できなかったケースに関して聞いたところ、無回答が 55.0%、0 人が 35.0%、5 人以上と回答した事業所が 7.5%と次いで多かった。無回答が多いことから、生活訓練事業が相談支援事業所に十分に理解されていない可能性が示唆される。また、通所が前提となっているために利用できなかったケースに関して、周知が十分に行き渡ってない可能性と同時に、0 人と 5 人以上と事業所により格差が大きいことから、対象地域での生活訓練事業の有無なども影響している可能性が考えられる。

### **4) 相談支援事業所から見た訪問による生活訓練が有効な利用者像**

訪問のみの生活訓練の利用が可能なら、生活訓練を利用したいと考える対象および特に訪問による生活訓練利用の効果が大きい利用者像については、グループ活動に参加することに抵抗があったり、ひきこもりがちで通所を希望していないといった対象を挙げた事業所が多く、本人が通所を希望しているが実際に通えない人や既存のホームヘルプや訪問看護よりも柔軟な生活支援を必要としているという意見も多かった。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は、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や、生活環境を含めたアセスメントを実施でき、柔軟に訓練が実施できるといった意見が目立った。

### **5) 生活訓練事業所が訪問による自立訓練を実施するにあたっての相談支援事業所の意見**

生活訓練事業所が訪問による生活訓練を実施するにあたっての困難に関する相談支援事業所の意見として、人員の不足が突出して多く、次いで多様な障害特性への支援に関するノウハウ・スキルの不足、訪問による支援のノウハウ・スキルが不足していることが挙げられた。生活訓練の利用を拓げて行く上での障壁要因としては、これまでも述べてきたように、資源としてまだまだ生活訓練事業所が少ないことや福祉サービス事業所、当事者・家族、自治体等の生活訓練事業自体への周知が進んでいないことが明らかとなった。

現行の制度に関しては、月単位の利用の上限（14 日以内）については 22.9%、機関内の利用回数上限（50 回）に関しても見直しが必要という意見が 16.0%であった。2 年間又は 3 年間の利用期限制限に対する意見としては「必要に応じて何度でも利用できるようにする」が最も多く 34.0%、次いで「期間設定は現行のままで、3 年間への延長手続きをスムーズにする」14.6%という結果であった。通所を前提とする現行制度については「訪問のみの利用も認めた方がよい」（通所の加算ではなく、訪問は訪問として独立）という意見が半数を占め

た。訪問による生活訓練に関する現行制度への自由記述では、2年の利用期限に関しては期限があることのメリットを歓迎する意見もあるが、訪問型のサービスの充実を望む意見や、現状よりも柔軟な事業としての運用を望む声も多かった。

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・加算等に関しては、一定程度の経験や何らかの資格要件を必要と考える意見が多く、研修に関しても8割以上が必要と回答している。生活訓練事業所を対象にした調査結果を含め、事業に従事する職員に関して、何らかの要件や加算が望まれていると言える。

### （3）就労中の利用者に対する訪問による生活訓練の効果に関する考察

生活訓練事業所の調査結果（第2章1節）と本節の個票調査の結果から、必ずしも多数ではないが、全国の生活訓練事業所には就労中の利用者があることが明らかになった。また、生活訓練事業所と相談支援事業所における就労中の利用者に関する回答から、ニーズや有用と思われる支援内容、利用者像等として共通する項目が提示された。

生活訓練事業と相談支援事業の双方で、7割上の事業所が就労中の利用者に対する生活訓練による訪問支援のニーズがあると考えていた。また、訪問をすでに実施している生活訓練事業所に限定すると、9割が利用者のニーズがあると判断していた。効果的な就労支援・就労継続支援を実施するには事業所外での支援活動が必要不可欠である（種田ら、2014）。すなわち、すでに訪問を実施している事業所は経験的に利用者の就労支援ニーズと支援の有用性を実感している可能性がある。このことは、訪問実施機関における利用者の就労ニーズがあるとする高い割合を説明するかもしれない。

就労支援が効果的と思われる具体的な利用者像として、「就労しているが、生活上の課題を抱える人」、「就労に慣れておらず、生活が不安定になりがちの人」、「就職しているが、コミュニケーションや認知機能に課題を抱える人」が、事業形態にかかわらず多くの回答を得ていた。また、継続的な就労に有用な支援として、生活訓練事業所では「体調管理（生活リズム）」、「生活に関する全般的な相談」、「金銭管理」が多くの回答を集めていた。他方、訪問を実施している事業所や相談支援事業所では、「家事スキルの習得・助言」、「服薬管理」、「金銭管理」、「余暇活動」の項目についても、半数以上の事業所が有用な支援として挙げていた。就労支援に関しては、就労をしてから生じる生活課題（例：金銭管理など）や訪問支援をすることで明確になる生活問題（仕事をしながらの家事や余暇の過ごし方など）があると考えられる（伊藤&香田、2013）。これらの生活実態に基づく現実的な課題はすでに訪問による支援を実施している事業所で指摘されているものが多いことから、訪問による支援を提供していることによって、明らかになる課題であるのかもしれない。

個票調査の結果から、就労中の利用者の実態についての傾向が明らかになった。簡易な要約として、生活訓練事業所における就労中の利用者の多くは、非常勤として就労しており、就労期間は6ヵ月未満であった。また、障害者雇用で就労している利用者が多いことから、週の就労時間が20～30時間である利用者が多かった。クロス集計の結果からの特筆点として、すでに生活訓練のサービスを終了した利用者と比較し、現在の利用者の多くは就労期間が6

ヵ月未満であったことや、非常勤として就労している利用者や就労継続 A 型/特例子会社の利用者の 9 割以上がサービス利用中であったことが挙げられる。よって、生活訓練事業所における就労中の利用者については、仕事を開始して間もない人や週 30 時間以上の就労が難しい人などの特徴があるかもしれない。換言すると、そういった利用者に生活訓練を提供することで利用者の継続的な就労に貢献できる可能性あがる。他方、生活訓練事業所と併用した他機関の就労支援の利用は、6 ヶ月以上の就労期間と関係している可能性があった。先行研究でも報告されているように（相澤ら、2010）、就労の継続には様々な種類の支援が提供される必要がある。本報告は就労支援の提供主体としての視点から生活訓練事業の可能性を示したが、生活訓練以外の支援を同時に利用している人において就労期間が長い傾向にあったことは、就労支援における連携の重要性を示唆している。

#### <引用文献>

伊藤順一郎，香田真希子．（2013）私のリカバリーストーリー：リカバリーと働くこと．特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構コンボ，市川．

種田綾乃，山口創生，佐藤さやか，片山優美子，伊藤順一郎．（2014）重度精神障害者に対する就労支援：Individual Placement and Support を中心に．精神保健研究 60，73-79．

相澤欽一，岩永可奈子，村山奈美子，川村博子．（2010）精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究（調査研究報告書 No. 95）．高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター，幕張．

## （４）現地調査結果に関する考察

今回の現地調査では、全国でも訪問による生活訓練に関して実績がある事業所 11 カ所を選定し、調査対象とした。

### 1) 職員について

11 事業所については、地域も設置主体、事業内容もさまざまであるが、それぞれある程度その地域で実績があり、複数の事業を実施していた。また、生活訓練に関する職員配置では、常勤 3 名～4 名の配置というところが多く、中には、訪問に専従する職員を配置しているところも複数あった。資格としては、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー等なんらかの資格を持っている人がほとんどである。インタビューの中でも専門的なかわりを求められる点でなんらかの資格や訪問の経験があることが望ましいという意見が多く、中には事業所内部で訪問に関する研修が用意されていたり、経験豊富な職員が計画作成にはかわるような仕組みを設けていたりする事業所もあった。また、事業所の職員の中に訪問に関する抵抗をもつ職員もいるという指摘があった。通所や入所のサービスと異なる経験やスキルが必要な点もあり、福祉サービス従事者の中でも訪問のメリットや具体的なスキル等に関して周知していく必要があるのではないかと。

## 2) 訪問による生活訓練の対象および支援の特徴について

訪問による生活訓練が実に多様なニーズによって展開されていることが把握できた。最も期待されることとして、ひきこもっており、福祉サービスに関する知識も経験もない人への支援が挙げられる。そうした人の中には、通所によるサービスに潜在的ニーズはあるが、すぐには集団の中で活動することに不安や戸惑いを感じるといった人もいる。また、通所してそこで活動に参加することに意義を感じないが、個人の生活を整えたり、豊かなものにしたといった人や、同居家族がいる人で接している時間が長い家族との関係調整へのニーズがある人もいる。就労したいと考える人の準備性を高めるためのかかわりや就労している人が自由になる時間に合わせた定着のための訪問なども行われていた。実際に就労してしばらくしてから生活リズムがうまく作れないといったことから、訪問ニーズが生まれてくる人もおり、生活を再構成する支援がもとめられることもある。

このように、本人のニーズや生活のペースに合わせて柔軟に関われる点で訪問による生活訓練はまさに本人主体のサービスを提供できると言える。特にメニューとして決まったことをしなければならないという前提がないという点での導入のしやすさが、実際に活用している人たちへのインタビューで語られていた。

しかし、裏を返せば、実際に訪問を活用していない事業所では、そうした利点に関して十分な認識がなされていなかったり、訪問ということに人員、時間を割く余裕がないという実態もある。前述した訪問というサービスの利点を活かすことができるかどうかはサービス事業所の考え方や職員の資質に負うところも大きい。生活訓練の支援は個別性が高く、実施内容もゴールも多様である。1対1の関わりに負担を感じたり、同じ訪問型のサービスでも、ホームヘルプの方がサービスメニューが明確であり、かかわりやすいと考える支援者もいるだろう。

また、もう一つ大きな訪問による生活訓練の特徴として語られていたのは、生活の場で行うアセスメントの効果である。対象となる疾患、障害も多様で、相談支援事業所だけのアセスメントでは十分とは言えないのが現状である。訪問による生活訓練におけるアセスメント機能を活用することで、もっと生活の幅が広がり、潜在的なサービスニーズを掴むことにもつながるのである。目に見える効果として何らかの通所サービスにつながったということも調査結果から把握されたが、本人の生活の満足度が高まったり、インフォーマルサービスの利用に結びついたということもあった。インフォーマルなサービスの利用に関しては、その人となりを理解し、生活に深くかかわらないとマネジメントがうまくいかない。生活訓練におけるアセスメントを相談支援専門員等と共有することでの効果も期待される。

しかし、相談支援専門員自身が訪問による生活訓練に関して知識がない場合も少なくない。これまで述べてきたような生活訓練事業のメリットを活かすためには、訪問による自立訓練の実践展開の詳細が理解される必要があり、研修による普及・啓発が求められる。

## 3) 現行制度の期限や利用回数等について

現行制度に関する意見として、有期限であることに関しては意見が分かれた。これは、事業所が存在する地域の社会資源の状況や事業所の規模や人員配置など様々な要素によって影響を受けている可能性がある。期限がない方がよりその人のニーズに寄り添えるという意見もあったが、逆に期限がないと当事者の力を奪ってしまう可能性があるため、期限があるこ

とで、支援のゴールを一緒に設定しやすいという意見もあった。それらは反対のことを述べているようでいて、その人のニーズや主体性に着目した意見という点では共通していた。

また回数の制限に関しては、かかわりの初期で関係性を築く時期や、危機状況の時などに、集中的な訪問ニーズがあり、時期によって月 14 回という制限は厳しいという意見があった。この点については平成 27 年度の障害者総合支援法における障害福祉サービス等報酬改定において『訪問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、月単位の利用上限が撤廃・改定された（平成 27 年 2 月 12 日：厚生労働省 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム発表）。その他にも今回の調査で、長期入院後の地域移行支援などでは、1 日 2 回訪問が必要な事例もあり、柔軟に利用できることが望ましいという意見や異性ひとりの訪問が難しい場合等の複数訪問や、時間数のかかる訪問、ケア会議などへの出席などに関しても報酬に反映させてもらいたいという要望があった。

## 第 4 章 まとめと提言

### (1) まとめ

本研究では、生活訓練事業所と相談支援事業所を対象としたアンケート調査を実施し、さらに、訪問による生活訓練を行っている事業所に対する現地調査を行った。その結果から、以下のことが明らかとなった。

#### 1) 訪問による生活訓練の利用

生活訓練事業所を対象とした調査において、訪問による生活訓練を実施している事業所が 3 割弱という結果であった。その理由として「訪問による生活訓練」に関する情報が、サービスを必要とする地域の障害者や家族、また支援者に十分浸透しておらず、明確なニーズとして浮上してこないことが示唆された。また、相談支援事業所を対象とした調査においても、生活訓練自体を利用するサービス等利用計画を作成した経験がある事業所が全体の 27.8%であった。サービスを提供しているエリア内に生活訓練事業所がないといった社会資源の偏在の問題も考えられるが、相談支援専門員等に生活訓練事業および訪問による支援ができることが周知されていないことも推測される。

#### 2) 訪問による生活訓練の対象者

調査結果では平成 25 年度の実利用人数のうち訪問による生活訓練併用利用者数のうち、「通所せず訪問のみの利用となったものがない」という回答は 47.8%で半数以下であり、平成 26 年 7 月の訪問による生活訓練の利用者中 34.3%が訪問のみの利用者であった。結果

として訪問のみの利用となった利用者のサービス導入の理由として、「対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗があるため」(52.2%)、「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」(47.8%)、「ひきこもりや地域からの孤立予防・改善のため」(43.5%)、などであった。さらに訪問による生活訓練の利用者に関する個票調査の結果からは、社会的活動への参加が難しい利用者が合計で57.8%に達しており、**生活訓練では「通所につながらない・つながりにくい利用者」を支援のターゲットとして捉え、訪問をツールとして支援を展開している実態が明らかとなった。**訪問による生活訓練により改善された課題として、「ひきこもりや孤立」が挙げられていた(28.2%)。また特に療育手帳保持者(18.5%)に比して、精神保健福祉手帳保持者(30.3%)、「手帳無し」(40.0%)の利用者の改善度が高かった。また、同じく個票調査において、利用者の利用終了所の生活範囲が全体的に終了時に向けて拡大している様子が窺えた。相談支援事業所を対象とした調査においても、訪問による生活訓練の効果が期待される利用者像、実際に関わった事例に関しても生活訓練事業と同様の結果がみられた。ひきこもり状態になっている人たちが対象としては最も多く、地域生活で困難や不安を抱えている事例、通所サービスやホームヘルプ・訪問看護といった既存のサービスよりも柔軟な訪問支援への期待等から利用がなされてきたと言える。

これまでの制度では通所を前提とした訪問が認められていたが、調査結果では、訪問実施事業者の71.7%が「訪問のみの利用も認めた方がよい(通所の加算ではなく訪問は独立)」と回答しており、この点に関する制度改定が望まれていた。この点については本事業の実施法人にて本資料の中間集計をし、参照として厚生労働省に提出し、平成27年2月の厚生労働省 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム発表では、「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を見直す」とされた。

また、訪問による生活訓練の利用に際しての生活課題として「生活能力に関するアセスメントが必要」(37.9%)の回答も多かった。無論、精神保健福祉手帳の所持率は低く、また全てのものが障害支援区分の判定を受けているものではないが、①生活訓練の利用者のかなりの割合に、生活状況が不明瞭である者が含まれる、と推察される。なお、これらのものは単に生活状況が不明瞭というわけではなく、生活状況が何らかの形で困難に見舞われながらも、具体的な状況や生活課題が明らかになっておらず、支援の方策が立たない、という状況と思われる。また自らニーズや助けを明確に発信することができないが、生活が困難な状況になっているセルフネグレクトのような状況に陥っている者も含まれると考えられる。事業者はこれらの対象者像に対して、生活状況を明らかにする濃密なアセスメント手段として訪問支援を行っている、と考えられる。

訪問のみの利用となった利用者のサービス導入の理由として、「ホームヘルプや訪問看護以外の訪問による柔軟な生活支援を必要としているため」(30.4%)、「家族同居等の理由で、ホームヘルプサービスの支給決定がおりないため」(8.7%)など、他のサービスでは対応できない問題への対応として、訪問による生活訓練が利用されている場合もあることがわかった。

また、個票調査において、訪問による生活訓練利用の目的について、精神保健福祉手帳所持者においては「退所・退院に伴うスムーズな地域移行」(20.4%)の割合が高くなっており、利用者の改善された生活課題の中で「退院・退所直後の生活安定化」に関しては、精神保健福祉手帳保持者での効果の割合が高くなっており精神障害者の長期入院・入所などの退所後のフォローも本サービスの効果が期待できる。

さらに、生活訓練事業所の調査結果と個票調査の結果から、必ずしも多数ではないが、全国の生活訓練事業所には就労中の利用者があることが明らかになった。生活訓練事業と相談支援事業の調査結果双方で、7割上の事業所が就労中の利用者に対する生活訓練による訪問支援のニーズがあると考えていた。また、訪問をすでに実施している生活訓練事業所に限定すると、9割が利用者のニーズがあると判断していた。就労支援が効果的と思われる具体的な利用者像として、「就労しているが、生活上の課題を抱える人」、「就労に慣れておらず、生活が不安定になりがちな人」、「就職しているが、コミュニケーションや認知機能に課題を抱える人」が、事業形態にかかわらず多くの回答を得ていた。個票調査の結果からも、生活訓練事業所における就労中の利用者の多くは、非常勤として就労しており、就労期間は6ヵ月未満であった。生活訓練事業所における就労中の利用者については、仕事を開始して間もない人や週30時間以上の就労が難しい人などに生活訓練を提供することで利用者の継続的な就労に貢献できる可能性が推測された。

### 3) 現在の制度について

事業所調査では、平成24年度上半期に登録開始した生活訓練利用者のうち終了時に延長した利用者が「0人」という事業者の割合は、全体で37.5%であり、半数を切っていた。逆に標準利用期間の2年間を更新した者の割合は18.7%であった。また個票による調査では、訪問による生活訓練の利用者のうち、20.2%が2年以上の在籍者であることが推測され、「2年間」という利用上限を超えた支援提供でより効果が高まると思われたケースの存在について尋ねた結果では、「かなりみられた」(26.1%)＋「時々みられた」(26.1%)であり、「みられた」の合計は52.4%であった。このことから生活訓練では2年間の利用期限が更新されることは稀ではなく一定の割合で存在するといえ、また事業者も効果を見据えた上で延長をしていることが明らかになった。

なお、更新を検討したが支給決定されなかったという人数は1849人中8人であり極めて少数であるが、サービスの原則・利用実態を踏まえて利用期限の延長に関する自治体間格差を解消していくことが重要であると思われる。特に重度の障害者に継続的に生活支援を行う訪問サービスは制度的に未整備であることも含めて、検討の余地があるであろう。

調査時点では、訪問による生活訓練では支援頻度に関する回数制限が設けられていたが、見直しが必要と思われる内容について、訪問実施事業所の回答が多かった項目は「期間内の利用回数の上限」(41.3%)、「月単位の利用の上限」(37.0%)の見直しであった。

なお「月単位の利用上限」に関して、それを超えた支援提供でより効果が高まると思われたケースの有無について尋ねた結果、39.2%が有りと回答しており、「半年の利用上限」については、それを超えた支援提供でより効果が高まると思われたケースの有無について尋ねた結果、有るとの回答は39.2%であった。相談支援事業所に対する調査結果からも、相談支援事業所が見直しが必要と回答したのは、月単位の利用の上限(14日以内)であり、22.9%、機関内の利用回数上限(50回)に関しても見直しが必要という意見が16.0%であった。アンケート調査でも現地調査でも利用の導入当初などにおいて「月14日は地域移行(事例)の初月では足りないことが多い」という意見が多く、この点については本事業の実施法人にて本資料の中間集計をし、参照として厚生労働省に提出し、平成27年度の障害者総合支援法における障害福祉サービス等報酬改定において現行の『訪問を開始した日から起算して180日

間ごとに50回かつ月14回を上限として算定することができる』が見直され、『訪問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、月単位の利用上限が撤廃・改定された。

複数名訪問については調査結果からは、ニーズは「時々あった」(4.0%)、「まれにあった」(15.0%)で、合計で2割弱、実際の訪問は「初回のみ」(10.6%)、「度々あった」(5.3%)、「まれにあった」(13.3%)で、3割弱で実施されていた。必ずしも極めて頻繁に起こっている事象とは言えないが、精神科訪問看護等でも複数名による訪問が行われ診療報酬化されていることもあり、実際の臨床場面では必要になってくる場合もあると考えられる(初回のアセスメント時・緊急時など)。

支援の実施場所に関する集計では、「自宅」は59.1%と高い割合ではあるが、全てではなく、「喫茶店やスーパーなどの生活圏」(26.9%)や、「役所やハローワークなどの公的機関」(26.9%)、「金融機関や公共交通機関」(13.0%)、「余暇活動の場所」(8.6%)、「職場」(4.0%)など、患者に限定されない多彩な場所での支援が行われていた。また自由回答からは『グループホームへの訪問が認められないのが残念という意見も多く寄せられており、今後検討する必要があると考えられる。

報酬単価についてであるが、事業者における調査では、訪問による生活訓練を実施しない理由として、「報酬単価が低く、運営できない」(39.1%)などがあげられていた。また、訪問による生活訓練を行う上での困難に関しては、生活訓練事業所で「事業所に訪問できる人員が不足している」が71.7%、相談支援事業所で70.0%という回答があり、報酬単価と職員の雇用状況は無縁でない。今回報酬単価についての詳細な項目は調査の対象としていないが、事業所による自由回答からも訪問に係る報酬単価を上げてほしいという声は多く聞かれている。訪問による生活訓練の適正な単価についてより議論・検討が必要と思われる。

#### 4) 人材について

生活訓練事業所に対する調査の回答において、訪問による生活訓練を行う上での困難として、「事業所に訪問できる人員が不足している」(71.7%)に次いで、「多様な障害特性への支援に関するノウハウがわからない、スキルが不足」(39.1%)、「利用者宅に訪問して支援をするノウハウがわからない、スキルが不足」(23.9%)などがあげられた。それは、相談支援事業所に対する調査結果でも同様の結果となっている。訪問による生活訓練事業の認知度の低さと相まって、こうしたスキル不足などの問題が、実施普及を妨げているものと考えられ、研修等による情報提供の場を増やしていく必要があると考えられる。

研修の実施主体・実施方法についての希望では、「都道府県が地域特性に応じて」が54.5%、「区市町村が各地域の特性に応じて」が25.0%となっている(図2-1-47)。現在、訪問による生活訓練に関しては都道府県・市町村・国のいずれも特に目立った取り組みをしておらず、何らかの形で、こうしたニーズに応えるような仕組みを作る必要があると考えられる。

なお、訪問による生活訓練の従事者である生活支援員には、現在特に研修も、要件も存在していない。直接訪問支援にあたる職員に必要な要件・加算を尋ねた結果、最も多いのは「経験年数の加算」(34.8%)で、ついで「資格の加算」(21.7%)であり、要件・加算の「いずれも必要ない」は10.9%に留まっていた。要件・加算に関していずれも必要ない、とする回答は少数であり、また研修に関するニーズは高いことから、資格・経験年数による「加算」や

「研修実施」システムを整備し、訪問による生活訓練事業者の人材を育成していくことが必要と思われる。

## (2) 提言

前述した研究結果に基づき、以下のことを提言する。

### 1) 訪問による生活訓練に関する周知の必要性

訪問による生活訓練は、自立した日常生活を営むために各生活課題に関する支援・訓練を必要とする者を前提とし、多様なニーズによって展開されている現状が明らかとなった。特に、①通所につながりにくい者、②生活状況・課題が不明瞭な者（セルフネグレクトの状態を含む）、③生活課題に関する柔軟な訪問支援を必要とする者、④退院・退所後に生活スキル向上が必要な者、⑤就労を継続するために生活支援を要する者などへの効果が期待される。訪問による生活訓練の特徴は、生活に寄り添いながらより正確で、本人のニーズに添ったアセスメントが可能であること、多様で柔軟なサービス内容の提供ができる点にあることもアンケート調査、現地調査を通じて明らかとなった。

しかしながら、その活用はまだ進んでおらず、利用効果が相談支援事業所や生活訓練事業を実施している事業所、障害当事者、家族等に十分に周知されていない可能性がある。本研究では、その活用を促進することをひとつの目的として「訪問による生活訓練ガイドライン」を作成したが、平成27年度より、通所を前提としない訪問による生活訓練が認められたことを契機に、生活訓練事業として訪問が活用できることに関する周知を進めてもらいたい。

### 2) さらなる制度の見直しの必要性

現行制度上、利用期限2年、月14回、180日で50回ということになっていたが、平成27年度より月14回という上限が廃止されたことは、生活訓練事業所のニーズに対応するものである。しかし、そのほかにも、2年の利用年限そのものの検討や、2年が終了した後の延長に関する手続きに関しては、サービスの原則・利用実態を踏まえた対応を望みたい。特に重度の障害者に継続的に生活支援を行う訪問サービスは制度的に未整備であることも含めて、検討をお願いしたい。また、利用期限の延長に関する自治体間格差を解消していくことも重要であると思われる。

訪問による生活訓練を実施するにあたって、現在の報酬単価では人材の確保が難しいのが現状である。その他、複数回訪問や複数名訪問、グループホームにおける生活訓練の実施、ケア会議等への出席等に関して、報酬付与を望む声が聞かれている。本研究ではそこまで踏み込んで調査を実施しておらず、十分な実態把握が必要であろうが、今後検討する必要があると考えられる。

### 3) 訪問による生活訓練にかかわる人材の育成

本調査の結果から、訪問による生活訓練を実践する職員に関して、何らかの経験や資格、

研修を必要とする意見が多かった。訪問による生活訓練には生活に寄り添うことでのより濃厚なアセスメントが可能になること、多様で柔軟なサービス内容の提供ができる等の利点があるが、そこには訪問のメリットを活用できるだけの高い専門性が要求される。

訪問による生活訓練の効果を上げていくためには、今後、訪問による生活訓練を実施する職員に対する研修が必須とされることを望む。

本研究を通じて、通所の事業としての生活訓練と訪問による生活訓練の違いも明らかになった。訪問は個別性が高く、その支援の延長線上に通所による生活訓練の利用があると考えられるのかというと必ずしもそうではなく、他の通所サービスの利用もあれば、就労する人もおり、フォーマルなサービスにつながるものがゴールではない人も多数存在する。現行では生活訓練というひとつの事業ではあるが、訪問で行っていることと、通所で行っていることにはサービス内容に隔たりがある例も多い。また、そこに求められる知識やスキルも異なる部分がある。現行制度における生活訓練事業という枠組みの中で、訪問を実施していくことの可能性と限界を見極めるためにも、さらなる調査研究が必要なのではないだろうか。

## 第Ⅱ部 調査研究 2

有期限の施設入所を活用した

退院支援に関する研究



# 第1章 研究の概要

## 1. 研究の背景および目的

障害保健福祉分野において、地域移行の促進は実現すべき大きなテーマのひとつである。精神科病院をはじめとする社会的入院患者数を減らし、さらに障害者支援施設（入所施設）で生活する利用者を減らし、地域生活に移行する人を増やすため、これまで様々な施策が行われてきた。最近では、「退院・退所の意思が明確でない障害者に対し、早期の地域移行に向けた支援が図られるよう、サービスの柔軟な活用や地域生活を体験する機会を確保する」という基本的な考え方のもと、さらなる制度改正が検討されている<sup>1)</sup>。

精神科病院には、一定数の知的障害者が入院している。最新の精神保健福祉資料では、平成24年6月30日時点で在院している知的障害者（F7精神遅滞）は6,184人、全在院者患者数302,156人の2.0%を占めている。また、過去の精神保健福祉資料のデータから、毎年6月1ヶ月間に入院している知的障害者は433人（平成15年～平成23年の平均）、同6月に退院している知的障害者数は442人（平成16年～平成24年の平均）であることがわかる。この数字を単純に12倍し、1年間の知的障害者の入退院数を推計すると、それぞれ5,200人から5,300人とかなり大きな数字になる<sup>2)</sup>。さらに、知的障害者は、入院期間が長くなるリスクがあることも知られている。図1は、過去9年間の精神保健福祉資料の入院患者の1年後の残留率をまとめたものである。年度単位でばらつきはあるものの「知的障害」の平均残留率は14.9%、「その他」は12.8%である。この残留率の差からも、知的障害者の入院が長期化し易いことが推測できる。

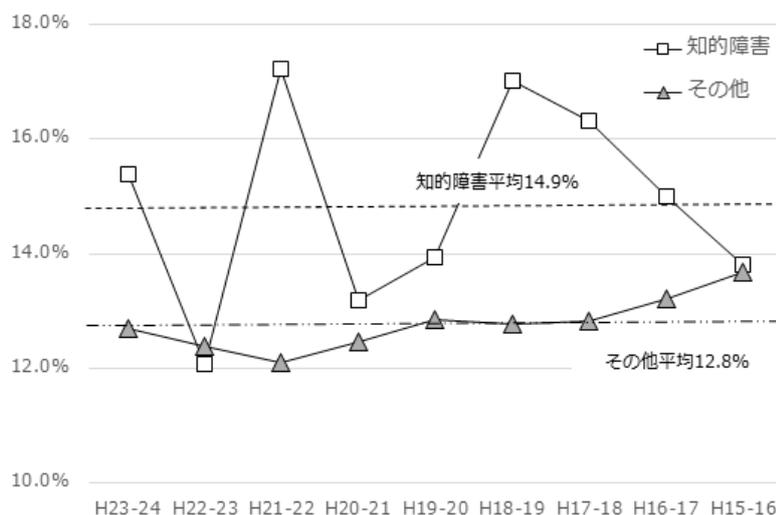


図1. 精神科病院における1年後の残留率（年度ごとの知的障害とその他の比較）

事例研究において志賀他<sup>3)</sup>は、知的障害者の入院が長期化しやすい理由として、「反社会的な行動に代表される状態像が改善しない」事例も存在するが、「退院後の受入環境の整備が困難」と考えられる事例も多いと指摘されている。特に後者については、①入院中にグループホームや障害者支援施設の契約が終結し戻るべき居住の場がなくなる、②入院中に状態像が大きく変化してしまい受け入れ環境の予測が困難になる、③家族が退院に対して拒否的である、④医療機関・福祉サ

ービス事業所等・市町村等でタイムリーに情報交換ができず方針が定まらないといった課題が存在していた。同様に北川<sup>4)</sup>は、①重度の知的障害ゆえに意思伝達が困難・SSTプログラムにマッチせず退院支援の対象にならない、②障害特性の異なる他の患者とトラブルになり孤立してしまう、③親の死去等で身元引受人が交代し退院支援に同意しない等を指摘している。

一方、上記のように、精神科病院からの退院直後に地域生活に移行することが難しいと想定される知的障害者の退院先として、障害者支援施設が選択される事例も少なからず存在する。障害者支援施設に入所している過半数が知的障害であることから、その対象として知的障害が多いと推測される。さらに、障害者支援施設を有期限の通過施設として活用する取り組みも、一部で行われている<sup>5) 6)</sup>。この有期限利用の間に、①障害者支援施設入所の間に地域生活に必要な資源や人的な体制整備、②保護的な環境から段階的に地域生活に近い環境にシフトする、③地域生活で求められる支援内容をアセスメントすることになる。しかし、精神科病院に社会的入院している障害者に対する地域移行のステップとして障害者支援施設を活用する手段に関して、矯正施設等の退所者の受け入れいのように加算等の施設運営上、十分なインセンティブが働く仕組みにはなっていない。

確かに、障害者支援施設は、精神科病院を退院する患者の一定の受け皿になっていると思われる。しかし、どのような障害や状態像のある人をどれくらいの人数受け入れているかを調査した研究は存在しない。また、入所に際しての事前の準備や入所後の支援の状況についても明らかになっていない。そこで、本研究では、知的障害者を中心に、障害者支援施設を調査対象として、精神科病院を退院するどのような患者をどれくらいの人数受け入れており、その入所時の準備、入所中の支援、さらには地域移行に向けての取り組みをどのように行っているかを調査するものである。

## 第2章 障害者支援施設を対象としたアンケート調査結果および考察

### (1) 障害者支援施設を対象としたアンケート調査結果および考察

調査1は、障害者支援施設を対象としたアンケート調査であり、障害者支援施設における精神科病院を退院した患者の受け入れの実態を量的に把握することを目的とする。なお、調査1～調査2の手続きや個人情報の保護等については、国立のぞみの園調査研究倫理審査委員会の承認を得ている。

#### 1) 方法

独立行政法人福祉医療機構情報システム（WAM ネット）に登録されている2,582件の障害者支援施設データを参考に、概ね地域の偏りが無いよう400施設を無作為抽出し、平成26年10月24日～11月20日を調査期間として、郵送方式でアンケート調査を実施した。

なお、アンケート調査は、施設の実態や退院患者の受け入れの実態に関する『調査票1』と、実際に精神科病院を退所し障害者支援施設に入所した障害者の受け入れから支援経過等に関する、障害者毎の個票となる『調査票2』の2部構成とした。『調査票1』の項目は、①施設基本情報（施設名、記入者、所在地・連絡先、定員、現員数・障害種別）、②1年間の新規入所者数と精神科病

院退院後の入所者数（過去3年間）、③1年間の退所者数と精神科病院入院による退所者数（過去3年間）、④退院促進にむけての法人・施設の取組と計画とした。すべての項目が、自由記述式である。『調査票2』は、過去3年間、精神科病院の退院直後に入所した利用者全員について各々、①入所年月、②退院日当日入所の有無、③性別、④年齢、⑤障害程度（支援）区分、⑥主な障害種別、⑦所持している障害者手帳、⑧精神科の診断名、⑨入所の紹介先、⑩入所に際して配慮した内容、⑪入院期間、⑫過去に在籍していたかどうかの合計12項目である。項目②、⑫については○×式、⑥、⑨、⑫については多肢選択肢式とし、その他は自由記述式である。

『調査票1』の回収数は243、回収率は60.8%であった。都道府県別の『調査票1』の配布ならびに回収の状況は表1の通りである。『調査票2』については、64施設から147人の回答が得られている。ただし、147人のうち、過去3年間の範囲を超えて記載したデータを除いた、133人を分析対象とした。

表1. 『調査票1』の都道府県別配布数と回収数

	配布数	回収数	回収率		配布数	回収数	回収率		配布数	回収数	回収率
北海道	29	18	62.1%	石川県	6	2	33.3%	岡山県	11	9	81.8%
青森県	9	6	66.7%	福井県	3	2	66.7%	広島県	8	5	62.5%
岩手県	8	4	50.0%	山梨県	1	0	0.0%	山口県	9	6	66.7%
宮城県	5	4	80.0%	長野県	9	6	66.7%	徳島県	4	1	25.0%
秋田県	7	6	85.7%	岐阜県	3	2	66.7%	香川県	0	0	-
山形県	6	3	50.0%	静岡県	22	16	72.7%	愛媛県	7	7	100.0%
福島県	9	8	88.9%	愛知県	8	4	50.0%	高知県	8	6	75.0%
茨城県	12	7	58.3%	三重県	9	6	66.7%	福岡県	17	12	70.6%
栃木県	6	1	16.7%	滋賀県	2	1	50.0%	佐賀県	2	1	50.0%
群馬県	8	5	62.5%	京都府	9	5	55.6%	長崎県	6	3	50.0%
埼玉県	14	10	71.4%	大阪府	16	12	75.0%	熊本県	7	5	71.4%
千葉県	11	7	63.6%	兵庫県	17	7	41.2%	大分県	5	3	60.0%
東京都	18	7	38.9%	奈良県	9	5	55.6%	宮崎県	5	1	20.0%
神奈川県	16	7	43.8%	和歌山県	1	1	100.0%	鹿児島県	13	8	61.5%
新潟県	10	8	80.0%	鳥取県	2	0	0.0%	沖縄県	8	5	62.5%
富山県	5	1	20.0%	島根県	0	0	-	(合計)	400	243	60.8%

## 2) 障害者支援施設を対象としたアンケート調査結果

### 【障害者支援施設の概況】

障害者支援施設の定員数ならびに現員数は表2の通りである。平成26年4月1日時点の243施設の定員は、合計13,531人であり、現員数の合計は13,145人である。この数字からは、入所率が定員の97.5%を占めており、ほぼ定員を満たしていることがうかがわれる。ちなみに、定員数と

現員数が同数の施設が 110 (45.3%)、現員数が定員数を上回っている施設が 48 (19.8%)、定員数が現員数を上回っている施設が 85 (35.0%) であった。なお、「障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況」における平成 26 年 3 月の施設入所支援の給付数が 132,777 であることから、『調査票 1』で得られた現員数 13,145 人は、全国の給付数の 9.9%、概ね 1 割に相当する数である。

図 2 は、1 施設あたりの現員数の分布である。1 施設あたり 40 人台・50 人台がもっとも多く、約半数の 121 施設がこの範囲に入る。

表 2. 調査対象の障害者支援施設の定員数ならびに現員数 (N=243)

	総数	1 施設平均	範囲	標準偏差
定員数	13,531	55.7	20-329	30.1
現員数	13,145	54.1	19-321	28.8

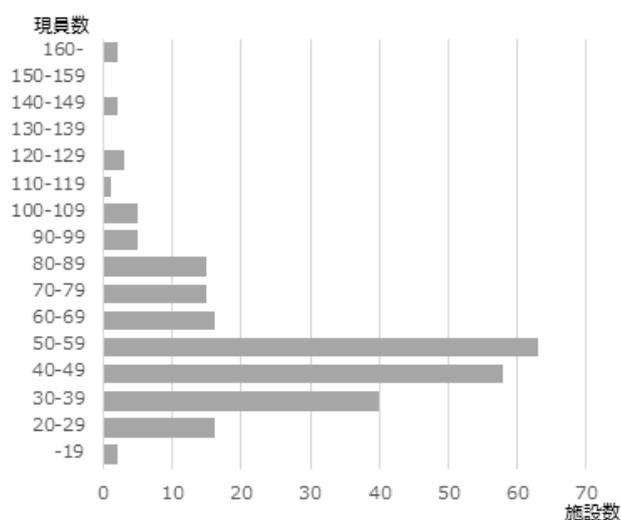


図 2. 1 施設あたりの現員数の分布

表 3 は、障害者支援施設を利用している人の障害種別の状況である。全体の 71.9%が知的障害、25.9%が身体障害であり、児童 (1.2%) と精神障害 (1.0%) は少数である。

表 3. 全利用者の障害種別の状況 (N=13,145)

	身体障害	知的障害	精神障害	児童
人数	3,405	9,448	131	159
割合	25.9%	71.9%	1.0%	1.2%

(1 人は障害種別不明)

【障害者支援施設における入退所と精神科病院の入退院について】

表 4 は、243 施設において、平成 23 年度～25 年度の 3 年間に障害者支援施設に新たに入所した利用者数と退所した利用者数、ならびに入所者のうち精神科病院退院直後に入院した人数ならびに退所後に精神科病院に入院した人数についてまとめたものである。障害者支援施設に過去 3 年間

に新規入所した利用者は1,988人、1施設あたり1年間の平均入所者数は2.70人である。そのうち、精神科病院退院後1ヶ月以内に入所したのは総数131人、1施設年間平均0.18人である。一方、過去3年間の退所者数は2,202人、1施設あたり1年間の平均退所者数は3.02人である。そのうち、退所後に精神科病院に入院した人数は63人、1施設年間平均は0.09人という結果であった。

表4. 3年間に障害者支援施設に入退所した利用者数のうち精神科病院より入院・退所後精神科病院に入院した人数

		3年間合計数	1年平均	1施設平均
入所	3年間の入所者数	1,988	662.7	2.70
	うち精神科病院退院直後に入院した人数	131	43.7	0.18
退所	3年間の退所者数	2,202	734.0	3.02
	うち退所後に精神科病院に入院した人数	63	21.0	0.09

今回のアンケート調査結果で得た障害者支援施設の現員数は、全国の給付数の概ね1割であることから、精神科病院退院直後に障害者支援施設に入所する数は年間437人と推計できる。精神保健福祉資料における精神科病院退院患者数は年平均31,150人であることから（過去9年間平均）、退院後障害者支援施設に入所する数はわずかな割合に過ぎない（1.40%）。

図3は、障害者支援施設が、過去3年間で精神科病院退院直後の利用者を受け入れた人数別にまとめたものである。3年間で受け入れ件数0人の施設が182施設、全体の74.9%に相当する。以下、1人受け入れが37施設（15.2%）、2～3人受け入れが17施設（7.0%）、4～5人受け入れが5施設（2.1%）、そして6人以上受け入れが2施設（0.8%）である。この結果から、精神科病院退院直後の障害者を受け入れている障害者支援施設は、一部の施設に限られている。全体の4分の3の施設では、過去3年間に精神科病院を退院した直後の障害者を受け入れた経験がなく、さらに3年間で4人以上受け入れている施設は7施設で、全体の2.9%である。もっとも多いのは3年間で19人の入所であり、障害者自立支援法以前の事業体系は精神障害者入所授産施設である。2番目の15人入所の施設は、障害者自立支援法以降に精神障害者を主な対象に設立された障害者支援施設である。残りの5施設は、3年間で4人～5人の入所実績で、うち4施設は県立施設であった。

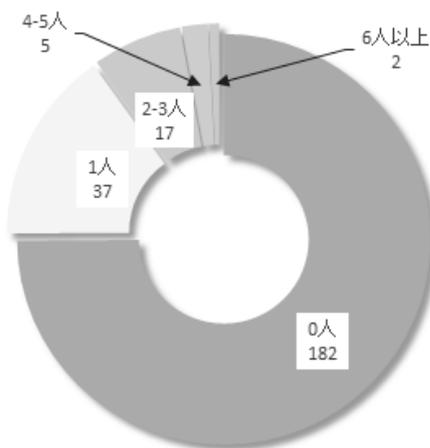


図3. 過去3年間に精神科病院退院後の障害者を受け入れた人数別の施設の状況

『調査票1』の自由記述欄に、退院促進にむけての法人・施設の取組について記載した施設は48あり、そのうち17は比較的積極的な取り組みを実施、あるいは計画している。例えば、「相談支援事業所等と長期入院者の受け入れについて相談・計画を立てている」「施設で入院患者の外泊体験を実施している」「定期的に精神科病院を退院した障害者の短期入所の受け入れを行っている」「障害者自立支援法以降3障害一元化に則り、精神科病院からの入所相談、施設見学、面接等を積極的に行っている」「精神科の嘱託医を中心に退院可能な人を受け入れ、日常生活訓練等の個別支援計画を立案し自立生活に向けて取組んでいる」等である。割合は少ないものの、精神科病院を退院する障害者を計画的に受け入れている障害者支援施設が存在することが、この回答からもうかがえる。

一方、精神科病院を退院する障害者の受け入れが困難であるとする記載もいくつかあった。例えば、「常に定員いっぱいの状況が続いている」「多くの待機者を抱えており、待機者リストにない人の入所は困難である」「自治体で入所調整会議を行っており、精神科病院に入院している人が入所を希望し、支援区分や様々な要因で上位にリストアップされれば入所の可能性はあるが、病院のワーカーや相談支援だけで調整できる問題ではない」「以前受け入れたことはあるが、知的障害者を中心に集団生活を前提とした日課を組み立てており、日中活動や日常生活の集団生活に馴染めなかった」等が記載されていた。さらに、具体的な入所相談事例を例に上げ「傷病等の医療的ケアが必要な人で受け入れが困難であった」等、施設入所が困難な理由をあげている事例も存在する。

**【精神科病院退院後に入所した障害者の状況】**

『調査票2』に記載された過去3年間の133人の個別事例のデータを集計すると、男性が76人(57.1%)、女性が57人(42.9%)である。図4は、入所者が所持している障害者手帳をまとめたものである。療育手帳を取得している人が最も多く90人、全体の67.7%である。次いで、精神障害者保健福祉手帳が37人、27.8%、そして身体障害者手帳が24人、18.0%である。複数の手帳を所持している人が22人いた。内訳は、療育手帳と精神障害者保健福祉手帳が10人、身体障害者手帳と療育手帳が10人、そして身体障害者手帳と精神障害者保健福祉手帳が2人であった。障害者手帳を所持していない者は4人で、何らかの精神科の診断名がついている者が3人、執行猶予期間中に精神科病院から障害者支援に入所しており精神科病院入院中の診断名が不明の事例であった。

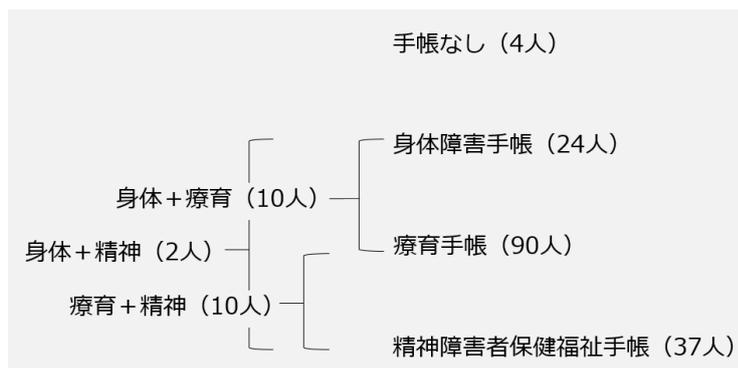


図4. 精神科病院退位後に入所した障害者の障害種別状況（手帳の交付状況）N=133

入院時の年齢は、13歳から80歳の範囲で、平均43歳であった。18歳未満の児童は5人、すべて療育手帳を所持している。入所時65歳以上の高齢者は10人おり、介護保険優先の原則に縛られず、本人の意向を十分に聞き取る等、柔軟に受給者証の交付を行っている事例がうかがえる。なお、この10人の手帳所持の内訳は、療育手帳のみ6人、療育手帳と身障手帳1人、身障手帳のみ2人、精神保健福祉手帳のみ1人である。

表5は、年代別に障害程度区分単位で集計したものである。区分の無い児童の5人以外は、3～5の区分が多い。障害者支援施設の入所要件①「区分4以上（50歳以上は区分3以上）」に該当が104人、入所要件②「自立訓練又は就労移行支援利用者で、入所しながら訓練が効果的と認められるか、地域の事情によりやむを得ず通所困難な場合」に該当が24人である。

表5. 精神科病院を退院して障害者支援施設に入所した利用者の年代と障害程度区分

年代\区分	なし	1	2	3	4	5	6	(合計)
17以下	5	-	-	-	-	-	-	5
18-29	-	-	4	2	6	11	5	28
30-39	-	-	1	3	7	7	4	22
40-49	-	-	5	5	5	10	2	27
50-59	-	-	1	10	10	6	3	30
60-64	-	1	1	3	1	1	4	11
65以上	-	-	1	2	3	4	-	10
(合計)	5	1	13	25	32	39	18	133

表6は、障害者支援施設の入所にあたり、主にどのような機関等から紹介されたかをまとめたものである。精神科病院が最も多く42ケース(31.6%)、次いで相談支援事業所が31ケース(23.3%)で、以下、家族・本人、市区町村の順である。なお、その他のうち4件は児童相談所であった。

表6. 障害者支援施設利用の主な紹介先（複数回答1件）

紹介先	家族・本人	市区町村	都道府県	相談支援事業所	精神科病院	障害者支援施設	その他	不明
人数	21	20	10	31	42	0	7	3

直近の入院期間の状況を表7に示す。なお、入院期間が不明と無回答が合計33人(24.8%)いる。この数字の解釈方法次第で、入院期間の状況は大きく異なる。入院期間が明記されている者のうち、もっとも多いのは、6カ月～1年未満で28人(21.1%)、次いで6カ月未満21人(15.8%)。なお、10年以上の長期入院者も13人(9.8%)いる。

表7. 直近の入院期間の状況

期間	6カ月未満	6カ月～1年未満	1年～2年未満	2年～3年未満	3年～10年未満	10年以上	不明	無回答
人数	21	28	17	11	10	13	6	27

図5は、障害種別（所持している手帳別）の入院期間である。複数の手帳を所持している人は、この障害種別のデータには含めていない。この図では、障害種別と入院期間との関係について、明確な傾向は存在しない。

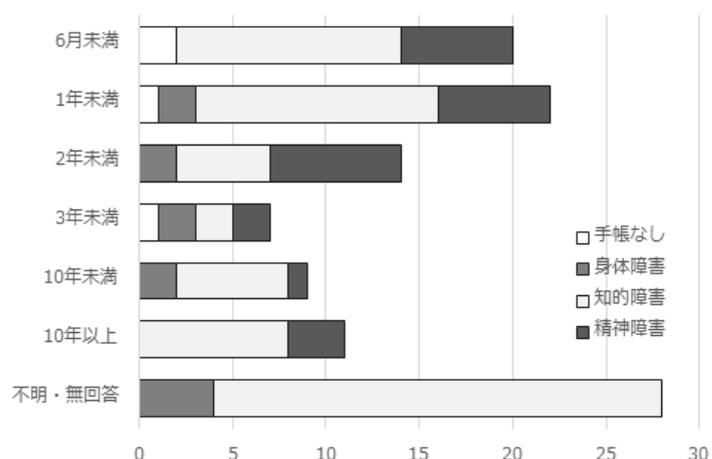


図5. 入院期間と障害種別の集計（複数の手帳所持者はデータから除く：N=111）

図6は、障害者支援施設に入所した時の年齢と入院期間について集計した結果である。当然のことではあるが、概ね年齢が高いほど、入院期間が長い傾向がある。例えば、年齢が18歳未満については、1年以上と入院期間が不明・無回答は存在しない。一方、10年以上入院していた13人のうち、半数近くの6人は60歳以上である。一方、65歳以上の10人のうち、3人の入院期間は6カ月以上1年未満であり、特に最高齢の80歳のケースは1年未満の入院期間であり、障害者支援施設に入所する高齢者のタイプの多様性がうかがわれる（このケースは在宅生活が長く、身障と知的両方の手帳を持ち、認知症に罹患していると記されている）。また、入院期間が不明・無回答

の事例のうちもっとも多い13人が、18歳～29歳の年齢であり、頻回な入退院の繰り返し等がその原因と推測できる事例が一定の割合いるものと考えられる。不明・無回答が、長期間入院を意味するものとは言えない。

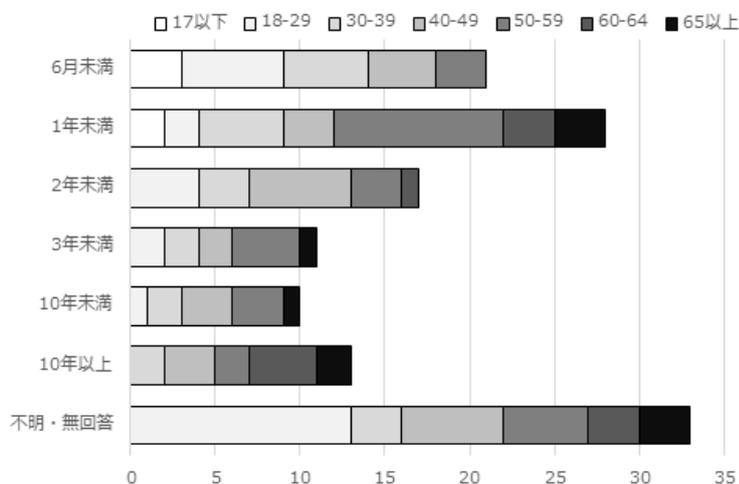


図6. 精神科病院に入院時の年齢と入院期間 (N=133)

表8は、年代毎に精神科の診断名を集計したものである。なお、集計に際してICD-10の分類を活用した(F0:器質性障害、F1:精神作用物質使用、F2:統合失調症、F3:気分障害、F4:神経性障害、F5:生理・身体的行動障害、F7:精神遅滞、F8:発達障害、G40:てんかん)。F7:精神遅滞とG40てんかんには重複した診断名がついている事例が複数あり、この重複診断についてはF7・G40以外の診断名にカウントした。

精神科病院を退院し、障害者支援施設に入院している障害者の大多数は障害者手帳を保持しているが、精神科による診断名を必ずしも確認しているわけではない。27人(20.3%)は、診断名の欄が空欄ないし不明と記載されていた。25人は療育手帳所持者で、そのうち2人は身障手帳も所持、さらに1人は精神保健福祉手帳も所持している。残り2人のうち1人は、61歳の下肢2級の身体障害者、もう一人は精神障害者保健福祉手帳をもたないものの何らかの精神科疾患があり、保護観察期間中に入所した事例である(障害程度区分5)。

表8. 精神科病院を退院して障害者支援施設に入所した利用者の年代と障害程度区分

年代\診断	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F7	F8	G40	不明	(合計)
17以下								3		2	5
18-29			5		2		4	5		12	28
30-39			4		1	1	12	1	2	1	22
40-49			4		1	1	10	2	2	7	27
50-59	2		11	1	3		12		1		30
60-64		1	2				5			3	11
65以上	1	3	1				3			2	10
(合計)	3	4	27	1	7	2	46	11	5	27	133

診断名としてもっとも多いのは、F7：精神遅滞（34.6%）のみの診断であった。次に、F2 統合失調症（20.3%）、F8 発達障害（8.3%）の順であった。その他少数であるが、多様な精神科的な診断名のある人が入所していることがわかる。年代別でみると、F7：精神遅滞や F2:統合失調症は様々な年代にわたっているが、F8：発達障害はやや若年に偏り、一方 F0:器質性障害や F1：精神作用物質使用は中高年の年代に偏りがみられる。

#### 【知的障害者の状況】

『調査表 2』において、回答がもっとも多い知的障害者（療育手帳所持者：複数の手帳を持つ者含む）90人について、以下にまとめる。

療育手帳の判定で、重度・最重度相当が49人、軽度・中度相当が38人、不明3人であった。表9は、精神科病院を退院した後、障害者支援施設に入所した知的障害者の障害程度区分と ICD-10 における F7:精神遅滞以外の精神科等による診断名毎に集計したものである。また、診断名毎に、障害者支援施設で個別に配慮している事項も簡潔に記した。

表 9. 知的障害者の精神科診断名と障害程度区分と個別の配慮事項 (N=90)

ICD\区分	なし	1	2	3	4	5	6	合計	個別の配慮事項
F0:器質性障害				1	1	1		3	外出の見守り、身体機能低下に対応
F1:神作用物質使用					1			1	飲酒の管理
F2:合失調症			5	2	11	8	2	28	症状の安定、生活安定と環境整備、 水中毒、 身体機能低下、行動障害対応、外出対応
F3:気分障害				1	1			2	愁訴対応、身体機能低下、水中毒
F4:神経性障害				3	3	1		7	身体機能低下、退行
F5:生物・身体的行動障害						2		2	環境調整、見守り強化
F8:発達障害	3			1	1	4	1	10	行動障害対応、視覚支援、 入院中アセスメント、個別に話を聞く
G40:てんかん*				1	1	1	2	5	身体機能低下、保護帽着用、静穏環境
(不明)	2			1	5	13	11	32	個室対応、凶器のリスク管理、環境調整、 入院の時期調整

\* てんかんについては他の診断名がついていた場合カウントから除く

診断名と障害程度区分との関連性は認められないが、いくつかの事例で、精神科的な状態像に応

じた配慮を行っていることがうかがわれる。例えば、F0：器質性障害（認知症）に対する「外出の見守り」は「身体機能低下に対応」、F1：精神作用物質使用（アルコール依存症）に対する「飲酒の管理」、F3：気分障害に対する「愁訴対応」、F5：生物・身体的行動障害に対する「環境調整」「見守り強化」、F8：発達障害に対する「行動障害対応」「視覚支援」、G40：てんかんに対する「保護帽着用」等があげられる。また、表9には記載できなかったが、加齢による身体機能低下に対応し、「褥瘡予防のマット設置」「個室にトイレ設置・ポータブルトイレ利用」「オーダーメイドの車いす作成支援」「段差解消や手すり等のバリアフリー化」等の介護に関する配慮、さらに、糖尿病やB型肝炎、他の内科的な治療への支援等も行われている。

### 3) 調査1の結果の概要

上記のアンケート調査の結果の概要を以下にまとめる。

- アンケート調査で回収された243施設数、利用者数13,145人は、概ね全国の施設入所支援給付数の1割に相当する数字であった。
- 調査結果から、障害者支援施設では、精神科病院を退院する障害者のうち年間437人程度であり、年間の精神科病院退院患者の1.4%が障害者支援施設に入所していると推計できる。
- 一方、障害者支援施設のうち精神科病院を退院する障害者を受け入れている施設は少数であり、過去3年間で受け入れ経験のある施設は4施設に1施設の割合にすぎない（複数の受け入れ施設は1割程度）。
- 精神科病院を退院した入所者のうち、3人に2人は療育手帳所持者であり、次いで精神障害者保健福祉手帳、さらに身体障害者手帳の順で、複数の障害者手帳を持つ者が17%、そして手帳なしが3%であった。
- 障害程度（支援）区分は3～5がもっとも多く、成人のうち施設入所支援の要件①「区分4以上（50歳以上は区分3以上）」に該当しない人が19%いる。
- 施設入所に向けての紹介先としてもっとも多いのが精神科病院であり、以下相談支援事業所、家族・本人、市区町村の順であった（この4つで全体の86%）。
- 直近の入院期間について障害者支援施設で把握していない事例が約20%存在するが、把握している範囲では3年以上が17%程度存在しており、大きい数ではないが、長期の社会的入院の受皿として施設入所を活用していることがうかがわれる。

## （2）障害者支援施設を対象とした実地調査結果および考察

### 1) 調査2：方法

施設入所支援を活用して精神科病院を退院した障害者を受け入れている施設の実地について聞き取り調査を行った。

調査1において、過去3年間に精神科病院を退院した障害者を複数施設入所支援で受け入れている2施設について、訪問調査を行った。なお、訪問調査における主な調査項目は、①施設の概要（法人の概要、設立経過、運営方針、施設の構造、主なプログラム等）、②精神科病院を退院する利用者受け入れの経過、③事例を通しての支援の状況についてである。

また、著しい行動障害があるため精神科病院に社会的入院している知的障害者の有期限利用について、すでに実践報告を行っているのぞみの園（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）についても、実際の支援の責任者3人から聞き取り調査を行った。主な調査内容は、入所相談から概ね入所3カ月の間に、どのような情報収集やアセスメント、支援の調整を行ったかである。

## 2) 障害者支援施設を対象とした実地調査結果

### 【施設1】

#### ① 施設の概要

『施設1』は、A県B町の緑豊かな丘陵地にある障害者支援施設である。現在、生活介護150人、施設入所140人定員であり、その他短期入所、日中一時ならびに近隣のグループホームのバックアップを行っている。設置ならびに運営主体は、社会福祉法人Zであり、歴史は古く、約45年に県立施設であった知的障害者更生施設『施設1』の管理受託を受けている（現在は県より移譲）。なお、社会福祉法人Zは、県内のすべての圏域において多様な福祉サービス事業を展開している。

『施設1』は、2度の大規模修繕で、10年前には概ねバリアフリーの施設になっている。施設入所については4つの棟で構成されており、「自閉症・精神科症状のあるグループ」「自閉症・行動障害グループ（強度行動障害支援含む）」「介護・医療的配慮グループ」「比較的健康的な知的障害グループ」に分かれている。日中活動についても、原則、それぞれの棟単位で活動しており、受注作業等の生産的活動から創作的な生きがい活動、あるいは健康に配慮された日中活動と、個々の状態により支援計画が立てられている。

《平成26年4月時点》 施設入所支援141人（身体障害1、知的障害137、精神障害3）

《過去3年間の状況》 入所者数21人（うち精神科病院4人）、退所者数1人（うち精神科病院0人）

#### ② 精神科病院を退院する利用者の受け入れの経過

精神科病院に入院していた障害者に限らず、『施設1』あるいは法人の方針として、「困っている人は受ける」というスタンスで、入所相談を受けている。入所相談の段階で、これまでの経歴等の情報から、適切な支援ができるかどうか不安なケースもあるが、基本的に施設から「お断り」はない。また、障害者自立支援法以降は、知的障害に限定せず利用受け入れを行っている。また、施設入所の定員数以上の利用希望があることから、短期入所のうち半分以上が入所待ち状態になっている。また、県独自の強度行動障害者支援事業を行っている。この事業の対象者は精神科病院を退院した人ではなく、在宅からあるいは県内の他の障害者支援施設からの受け入れが多い。

#### ③ 事例を通しての支援の状況について

事例単位で支援の状況が大きく異なる。以下には各事例の概要を紹介する。

事例1：精神障害。服薬管理等、在宅生活を支えていた同居家族の死去で状態が悪化、入院に至った事例。相談支援事業所より、退院後の体調管理を目的に紹介あり。関係機関との連絡調整の

ための会議を行い、状態が比較的安定しているということで6カ月の短期入所。その後施設入所支援。入所約1年後に、近隣のグループホームに移行。現在、日中活動は由良あかつき園の生活介護に通っており、安定した生活を送っている。

事例2：中度知的障害のある精神障害。様々な精神科診断名と累犯窃盗で繰り返し実刑を受けている。定着支援センター経由で、矯正施設退所後、精神科病院に入院（途中転院あり）しており、退院後の施設入所となる（1カ月少々の短期入所を挟む）。施設入所支援の生活に馴染めず、約2ヶ月で退所する。その後福祉の支援も切れ、現在、精神科病院に入院中。

事例3：精神障害。約10年間入退院を繰り返しており、精神科症状としては寛解しているが、生活能力がかなり低下している。相談支援センター経由で約6カ月の短期入所後、施設入所支援に。基本的なADL面でも一部介護が必要で、毎日決まった時間で不穏状態になり、時には他害行為も見られる。現在も入所中。

#### ④ 聞き取り調査の概要

- 地域の中核施設として、相談支援事業所等からの要請に可能な限り応えている大規模な障害者支援施設。
- 運営法人は、多数の相談支援事業所等の事業を運営しており、連携を取りながら精神科病院を退院する利用者にとってもっともふさわしい支援の方法を考えており、その資源のひとつとして施設入所支援がある。
- 障害者自立支援法以降、障害種別等にこだわらず、個別にアセスメントし支援の方法を考えながら実践している（近隣の精神科病院とも連携している）。
- 精神科病院を退院する利用者は、療育手帳の有無にかかわらず、結果的に状態像として知的障害が中度相当の支援を必要としている。

### 【施設2】

#### ① 施設の概要

『施設2』は、C県D市の市街地にある障害者支援施設である。施設入所30人、生活介護20人、自立訓練10人と小規模の施設であり、同一の建物・敷地内に、短期入所、相談支援事業所（一般・計画）、地域活動支援センター、就労継続支援事業B型2ヶ所（精神中心20人、知的中心20人）があり、設置ならびに運営主体は、社会福祉法人Yである。

社会福祉法人Yの歴史は比較的新しく、障害者自立支援法の施行後に社会福祉法人を設立し、障害者支援施設の運営を開始している。社会福祉法人の母体となる医療法人が、精神科病院の退院後の生活の在り方を検討してきた経過から誕生した施設である。現在の入所者の平均年齢は50歳代後半、65歳以上が約3分の1を占める。生活介護の利用者は、原則入院期間が30年あるいはそれ以上の人で、長期入院により生活能力が低下した人を想定している。具体的には、家事や外出など、以前はできていたと思われる生活技術を取り戻すことを目指している。自立訓練は、入院期間が1年以上10年未満の人を想定し、地域生活への移行を前提にしている。毎年、2人～5人程度の人が地域移行している。

《平成26年4月時点》 施設入所支援30人（身体障害0、知的障害0、精神障害30）

《過去3年間の状況》 入所者数16人（うち精神科病院15人）、退所者数14人（うち精神科

病院 7 人)

## ② 精神科病院を退院する利用者の受け入れの経過

精神科病院からの退院促進を目的に設立された『施設 2』は、原則、入所者のすべてが精神科病院退院者である。長期の社会的入院をしている人たちの中には、症状は寛解しているが、家族等の面会はほとんど無くなり、本人も退院することに強い不安（恐怖）をもつ人が多い。任意入院の患者で、日中の地域活動支援センターや夜間の体験入所を行うことで、退院後の生活イメージをもってもらおうように試みている。また、最近では、精神科病院から、体験入所を通して生活能力を「評価して欲しい」との要望も出てきており、施設入所前提ではない体験入所のニーズも出てきている。

精神障害者を主な対象とする障害福祉サービスの中で、夜勤・宿直の支援員が配置されている事業（施設入所支援）は近隣では非常に少なく、施設入所支援は退院促進にとっても有効な手段のひとつとなっている。

## ③ 事例を通しての支援の状況について

精神科病院からの退院による入所者が多数であることから、個別の事例ではなく、施設全体の運営のスタンスについて以下にまとめる。

生活介護であっても自立訓練であっても、精神科病院のように「何事にも許可が必要な生活」にならないよう心がけており、これを基本的なスタンスとして施設入所支援の運営を行っている。帰宅時間や喫煙場所等、集団生活の最低限のルールは定めているが（随時アンケート等で意向確認を行っている）、食事提供を受けるか、外出、外泊、日中プログラムの参加、金銭管理、服薬管理等については、施設側で制限あるいは代行することは原則ない。病院のソーシャルワーカーより所定の基本情報、医師の意見書等を受け取り、さらに体験利用等における生活能力に関するチェックシート等で、十分に配慮すべき点は把握に努めるが（自傷行為や水中毒等は特に注意している）、可能な限り本人の申告制で、生活ができるように支援を行っている。特に、困ったときに相談できる、SOS が出せるように、心理教育的な対応を積極的に行っている。再入院、あるいは地域生活から再入所となった場合でも、「課題がどのような所にあつたか」しっかりと振り返ることができることも大切な支援だと考えている。

## ④ 聞き取り調査の概要

- 障害者自立支援法以降に誕生した、精神科病院の退院促進を主な目的に運営している障害者支援施設。
- 何事においても許可が必要な病院内の生活と自らの力で多くのことを解決することが前提の地域生活支援の中間的な生活環境を設定し、人に相談を求めて生活する方法を体験的に身につけてもらうプログラム運営を行っている。
- 支援の基本は、以前行っていた様々な社会生活技術を思い出し、回復できるよう支えることであり、できないことの代行やリスクある活動の制限を行うことではない。

## 【施設 3：のぞみの園】

## ① 施設の概要

のぞみの園は、昭和46年に全国から障害の重い知的障害者を受け入れ、終生保護を目的に設立された「国立コロニーのぞみの園」として開設された施設であり、平成15年より運営が特殊法人から独立行政法人に代わり、知的障害者の地域移行・地域生活等の総合的な支援と調査・研究、養成・研修を目的とした「国立のぞみの園」に生まれ変わっている。そして、平成22年度より、「自閉症その他の精神疾患を併せもち、著しい行動障害を起因として家庭やグループホーム、障害者支援施設などでの生活が困難となって精神科病院に入院し、急性期の治療が終了してもそれまで行動特性などから受入れ先が無いために退院できない人、あるいは、入退院を繰り返す人」を有期限の新規利用者として受け入れている<sup>7)</sup>。

## ② 精神科病院を退院する利用者の受け入れの経過と事例を通しての支援の状況について

平成27年2月末日までに、短期入所を含め、精神科病院から退院した8人を受け入れている（うち2人は既に退所）。実際の受け入れに至るまでの流れについては、(1)入所相談、(2)情報収集、(3)初期アセスメント、(4)受け入れ前の環境調整、(5)受け入れ後の環境調整の5つの時期に区分けできる。この区分ごとの支援の実際について事例を交えて紹介する。

### (1) 入所相談

国立施設であるのぞみの園では、対象者を特定の都道府県等に限定していない。また、特定の精神科病院と連携して実施しているものではない。基本的には、電話等によって関係機関や保護者より相談を受け、受け入れについての検討に入る。過去8人の紹介先としては保護者1人、市町村の職員5人、障害福祉サービス事業所・施設2人である。この段階にて確認していることは、精神科病院における入院期間、主な障害ならびにその特性等である。また、のぞみの園における取り組みは有期限利用であり、入所相談段階から、退所に向けたキーパーソンの確認も行う（紹介者がキーパーソンとなる場合が多い）。

### (2) 情報収集

この段階での情報収集は、a)事前のチェック項目記入、b)直接本人と面談する、といった2つの方法で実施している。

#### a) 事前のチェック項目記入

のぞみの園で作成した事前のチェック項目を記載するフォームを複数の関係者に手渡し、記入を依頼する。項目は表10の通りである。このうち、好きな食べ物・嫌いな食べ物、生活上の注意点（睡眠、食事、排泄等）、本人の能力（認知機能、身辺処理等）等については、全体的な状態像というより、実際の受け入れに際しての施設内で必要と考えられる配慮や環境調整にとって重要な項目である。また、なるべく複数の関係者に作成を依頼することで、医療と福祉情報のバランス、関係者間での状態像や将来の見通しの違い等も確認する。

#### b) 直接本人と面談する

チェック項目の情報だけでなく、入院している精神科病院に、今後直接支援する職員が訪問し、面談することも重視している。場合によっては、画面越しでしか、本人の状態を確認することが

できないこともあるが、チェック項目で想像するよりも、実際に本人の様子を観察することで、以降のアセスメントに繋がる情報も多い。また、必要に応じて、保護者や支援機関への直接の聞き取り、かつて本人が生活していた施設や家庭の訪問等、できるだけ多くの情報を収集し、次の初期アセスメントに役立てている。

表 10. 情報収集のための事前のチェック項目

<input type="checkbox"/> 生年月日、年齢、性別、身長、体重、血液型、IQ、障害支援区分、療育手帳等級	<input type="checkbox"/> 苦手なこと・嫌いなこと
<input type="checkbox"/> 本人の素敵なところ、すごいと思うところ	<input type="checkbox"/> コミュニケーション（受容性、表出性）
<input type="checkbox"/> 支援上、最も困っていること	<input type="checkbox"/> 自分の物と他人の物の区別
<input type="checkbox"/> 他の心配事	<input type="checkbox"/> 対人関係の注意点
<input type="checkbox"/> 服薬内容	<input type="checkbox"/> 余暇の内容
<input type="checkbox"/> 服薬方法	<input type="checkbox"/> 問題となる行動の内容と頻度、本人の状況、原因、落ち着くまでの時間
<input type="checkbox"/> 外用薬名と塗布部位	<input type="checkbox"/> こたわるもの
<input type="checkbox"/> 疾病状況と既往歴	<input type="checkbox"/> 今までの役割及び仕事
<input type="checkbox"/> 医療的配慮	<input type="checkbox"/> 睡眠（時間、寝るまでの様子等）
<input type="checkbox"/> 好きな食べ物・嫌いな食べ物	<input type="checkbox"/> 食事時の注意点
<input type="checkbox"/> 好きな活動	<input type="checkbox"/> 排泄関係
<input type="checkbox"/> 1日の生活スケジュール	<input type="checkbox"/> 本人の能力の確認（色、形等の理解状況、ADL、IADL）
<input type="checkbox"/> 得意なこと・できること	<input type="checkbox"/> スケジュールの使用状況

### (3) 初期アセスメント

この初期アセスメントとは、利用開始前に、これまでの様々な情報を集約し、詳細な受け入れ体制の計画を行うことである。まず、ケースの担当者を決め、その担当者が初期アセスメント案ならびに補足資料を作成する。その後、関係する支援員全体で、当初案の調整並びに変更等を行う。複数の支援員が、アセスメントを行うことで、様々な視点から、より詳細な計画を立案することが可能になっている。

初期アセスメントの一例として、事例 1 を紹介する。入所前の情報収集として、支援機関、家族が記入した事前のチェック項目の他に、以前通っていた日中活動の場の見学・聞き取りも行った。これらの情報から初期アセスメントにおいて、「父親との関係が強い」「本人なりの要求が通らない時にパニックや暴力を起こす可能性が高い」「本人の認知能力にあった情報提供が必要」と解釈し、入所前の段階で、施設生活のルールを明確に伝える必要があると判断した。具体的には、①生活上のルールは書面で手渡し説明する、②将来の見通しは「何日から何日まで」という表現ではなく「お正月まで」等という表現にする、③この内容は入所前に父親から伝えてもらう、といった対応を立案し、実施している。

### (4) 受け入れ前の環境調整

初期アセスメントの内容を踏まえ、受け入れ前の環境調整を行う。環境調整の基本的な視点は、①居室をどこにするか、②食堂の席と食堂に入る順番をどうするか、③日中活動の内容と作業ス

ペースをどうするか、④入浴の順番と曜日をどうするかといった、施設入所の生活のもっとも基本的で具体的な内容が中心である。これらは全て、入所している他の利用者との相性を含め検討が必要である。また、この他に、⑤居住環境の構造化、⑥自立課題の内容、⑦スケジュール提示の方法等といった、より個別的な支援内容についても検討している。

情報収集から初期アセスメント、環境調整までの流れについて事例1を元に表11にそのサンプルを示す。例えば、嫌いな（気に入らない）支援員等に攻撃的になるという事前情報から「支援員間の支援方法を統一することが重要」と考え、受入れ前から、事例1との受け答えのルールを詳細に決め、支援員間で統一を図っている。また、起床時間が午後になることが多く、日中のプログラムや活動に参加しないという情報から、「一定の生活リズムの確立が重要」と考え、日課を明確に提示し、強化子を詳細に検討する必要性があると判断した。

表 11. 情報招集から初期アセスメント、環境調整のサンプル

情報収集した情報	初期アセスメント	受入れ前の環境調整
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定の嫌いな支援員に攻撃的になる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支援員間の支援方法を統一する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 支援員の詳細な受け答え等、シミュレーションを行う</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● お昼すぎまで起床しない</li> <li>● 日中のプログラムや活動に参加しない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 生活リズムの確立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● スケジュールの提示</li> <li>● 強化子の導入</li> </ul>

### (5) 受け入れ後の環境調整

このように、情報収集を徹底し、初期アセスメントをグループで行い、受入れ前の環境調整を実施するといった非常にきめ細かい支援を行っても、受け入れ後に継続的に環境調整が必要になる。例えば、事例1について、表11で紹介した2つの環境調整は、比較的順調に実施できていた。しかし、当初想定していなかった「職員と会話」を強く要求したため、毎日職員と会話する時間を一定時間設けることとした。また、日中活動のプログラム開始5分前頃から、ビデオゲーム等始めるなどが繰り返されたことから、「時計だけでは次のスケジュール開始時間を理解することが難しい」と判断し、必要な場面で個別のタイムタイマーを導入した。このように、どのように初期アセスメント、受入れ前の環境調整がうまくいったとしても、受入れた後に継続的に環境調整を行うことも、受け入れ3カ月程度の段階では非常に重要である。

### ③ 聞き取り調査の概要

- 精神科病院を退院する障害者を受け入れる際、入所相談から、受け入れ後の初期の環境調整に至るまで、一定の流れに沿って支援を組み立てている
- 事前の情報収集は、入所後の生活に直接結びつく情報を重視しながら、可能な限り多方面からの情報収集を心がけている
- 事前に情報収集を基本に、複数の支援員が初期アセスメント（仮説を立て解釈を行い、支援計画を立案する）を行うことで、チームで共通した支援を提供している
- 受け入れ前に可能な限り特定の利用者向けの環境調整を行い、なおかつ入所初期の段階で

は頻繁にその環境調整を調整している

### 3) 調査2の結果の概要

- 聞き取り調査を行った3つの施設は、全く異なった方針で施設入所支援を運営している
- 『施設1』は、精神科病院で長期の社会的入院患者の退院促進を目的に設立された施設であり、医療機関と密接な連携のもと、入所者にとって病院と地域生活の中間的な環境を整えている
- 『施設2』は、地域の障害福祉施策の課題となっている障害者を受け入れることを使命とし、その中に精神科病院に社会的入院している障害者が存在すると考えている。また、運営法人も、多様な施設や障害福祉サービス事業を展開しており、この施設の活用については、法人全体で、事例ごとに検討されている
- 『施設3』は、国の施策ならびに法人の目的のひとつとして、精神科病院に社会的入院している障害者を有期限で受け入れている。そして、受け入れた障害者の総合的な支援だけでなく、その実践経過をまとめ、広く情報発信することも求められている

## 第3章 まとめ

本調査では、障害者支援施設において、精神科病院を退院した障害者をどれくらいの人数、どのような状態像の人を受け入れるかについての基礎的調査を実施した。結果として、推計数ではあるが、年間約437人程度が障害者支援施設に入所しており、この人数は精神科病院退院患者数の約1.4%に相当することがわかった。障害者支援施設は、精神科病院に社会的に入院している障害者、あるいは長期入院のリスクの高い障害者の退院先として、一定の役割を果たしていると考えられる。

入所者の障害種別としては、知的障害が最も多く、概ね3人に2人が療育手帳を所持している。また、複数の手帳の所持者が一定数存在しており（17%）、少数ながら障害者手帳のない人も入所していた。障害程度（支援）の区分は3～5が多いが、施設入所支援の要件①「区分4以上（50歳以上は区分3以上）」に該当しない人が約2割入所している。年齢や精神科の診断名等からも、多様な状態像の障害者が障害者支援施設に入所していること考えられる。

一方、精神科病院を退院した障害者を継続的に受け入れている施設は少数であり、過去3年間で受け入れ経験のある施設は全体の4分の1程度である。継続的に受け入れている施設は、精神障害者を主な対象とする障害者支援施設、県立等の地域で一定の役割を担っている比較的規模の大きな施設が多かった。施設の聞き取り調査からも、精神科病院を退院した障害者を継続的に受け入れている施設では、法人ならびに地域等の使命が強く関係していること裏付けられた。今後、障害者支援施設は、計画的に入所機能の縮小を図りつつ、このような障害福祉施策の課題とされる人たち（著しい行動障害を有する人、精神科病院に社会的入院している障害者、矯正施設を退所した障害者）を主たる対象として専門性に裏付けられた支援を提供していくことが求められる<sup>7)</sup>。施設入所支援をどのように地域で活用すべきか、障害者支援施設を運営する組織ならびに地域単位で、より一層の検討ならびに議論が待たれるところである。

なお、精神科病院を退院した障害者に対して、障害者支援施設でどのような支援が行われているか、地域移行に結びつく事例がどの程度あるかは、今後さらに詳細な調査を行う必要がある。

<引用文献>

- 1) 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム：平成 27 年度障害福祉サービス等報酬改定の基本的な方向性について（案）—第 14 回資料 1—。（2014）。
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保険課（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料—平成 16 年度～平成 24 年度 6 月 30 日調査の概要—
- 3) 志賀利一・木下大生・相馬大祐・村岡美幸：精神科病院における入院治療が必要な知的障害者の実態と医療・福祉の連携に関する探索的研究. 国立のぞみの園紀要, No. 5, 63-74, (2012).
- 4) 北川みゆき：精神病院に長期入院している知的障害者の実態と歴史的課題の検討—知的障害者の「退院支援」を通して—, 九州社会福祉学, No. 9, 28-38, (2013).
- 5) 根岸隆：精神科病院に社会的入院をしていた知的障害者受け入れと支援の実践事例. ニュースレター（国立のぞみの園）, No. 38, 9-10, (2013).
- 6) 根岸隆：精神科病院に社会的入院をしていた知的障害者の受け入れと支援. ニュースレター（国立のぞみの園）, No. 40, 9, (2014).
- 7) 遠藤浩：知的障害者の入所施設の現状と課題，今後の方向性について．発達障害研究, Vol. 36(4), 312-320. (2014).



## 参考資料

- ① 生活訓練事業所を対象としたアンケート調査 調査票
- ② 相談支援事業所を対象としたアンケート調査 調査票
- ③ 施設入所支援を活用した知的障害者等の退院支援の実態についての調査 調査票

## 厚生労働省障害者総合福祉推進事業 生活訓練事業所向けアンケート調査 ～訪問による生活訓練を中心に～

### ご記入にあたって

- この調査は、平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉事業の一環として、社会福祉法人豊芯会（東京都豊島区 理事長 上野容子）が、実施するものです。
- この調査は、全国の生活訓練事業所から 500 事業所を選ばせていただき、ご協力をお願いするものです。**今後の訪問による生活訓練事業のあり方を提案する重要な資料となりますので、ぜひともご協力をお願い申し上げます。**
- この調査によって得られた回答は、すべて調査専門機関で統計的に処理をいたします。また、本調査で得た情報は調査以外の目的では使用しません。
- なお、本アンケート調査は、本研究事業のために当法人内に設置された事業検討委員会、委員長所属研究機関での倫理的審査を経て実施するものです。
- 調査票は、事業所票と個票に分かれています。いずれも個人が特定されることは決してございません。
- ご回答は、あてはまる項目を選び○で囲んでください。設問によっては、数字をご記入いただいたり、該当する方のみ回答をお願いする場合があります。説明に沿ってお進みください。
- ご回答いただいた調査票は、**同封の返信用封筒にて、平成 26 年 9 月 25 日（木）までにご投函**ください（切手は不要です）。
- 本調査の結果は、報告書作成後法人ホームページ上で PDF ファイルにて公表させていただきます。**報告書の中で、個人名や事業所名が特定されることは決してございません。**
- 本調査に関するお問い合わせは、下記までお願いします。

社会福祉法人豊芯会 担当:岩崎（事業検討委員会委員長）、田中

豊島区北大塚 3-34-7

電話 03 (3915) 9051 メール [ji-housinkai@housinkai.or.jp](mailto:ji-housinkai@housinkai.or.jp)

### ◇◇個票提出のお願い◇◇

大変お手数ですが、下記条件にあてはまる方について、個票の提出をお願いいたします。

- 平成 24 年度以降に登録を開始した利用者で、
  - ・通所と訪問（加算請求）を利用しているケース **2ケース**
  - ・結果として訪問のみの利用となった方で、利用期間中において  
訪問を月 1 回以上、3 ヶ月以上継続利用している方 **全数**
- 以下のケースの該当者がいれば、優先的に個票に含めてください
  - ・退院直後、または、親元からの自立直後等で回数制限を超えて利用することが効果的であった事例
  - ・訪問による生活訓練(2 頁定義参照)を利用しながら就労継続できている事例

【「訪問による生活訓練」の定義】 この調査でいう「訪問による生活訓練」とは、障害者自立支援法訓練等給付に基づく自立訓練(生活訓練)の指定を受けている事業所が行っている加算請求対象の訪問活動で、かつ訪問が、月1回以上行われている場合をさします。

事業所票

I 事業所の基本情報

① 事業所名	
② 法人種類 (1つに○)	1. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 2. 社会福祉協議会 3. 医療法人 4. 社団・財団法人 5. 協同組合(生協、農協) 6. NPO法人 7. 営利法人 8. その他( )
③ 所在地	〒 都道府県 区・市・町・村・郡
④ 連絡先	TEL : FAX : E-mail :
⑤ 回答代表者(役職)	
⑥ 実施している生活訓練の種類と申請上の定員 (平成26年7月時点)	ア 自立訓練(生活訓練)の申請上の定員 _____人 付問1 訪問(加算請求)による生活訓練を (1つに○) ……1. 実施している 2. 実施していない(通所のみ) 【訪問による生活訓練の利用者が、登録者全体の1/3未達の事業所の方へ】 付問2 訪問による生活訓練を実施していない/利用が少ない主な理由 (あてはまるものすべてに○) 1. サービスニーズがない/少ない 2. 職員の人員が不十分 3. 職員のスキルが不十分 4. 報酬単価の面で事業として成り立ちにくい 5. 地域内に他の資源がある 6. その他( )
	イ 宿泊型生活訓練を ……1. 実施している → 申請上の定員 _____人 (1つに○) 2. 実施していない
⑦ 生活訓練事業指定年月	平成 _____年 _____月 *自立支援法以降で指定を受けた年月
⑧ 通所の開所日	ア 平成26年7月の開所日数 _____日 イ 開所曜日に○印(あてはまるすべて) _____月・火・水・木・金・土・日
⑨ 生活訓練事業の事業範囲(利用対象者の居住範囲) (1つに○)	1. 同一区市町村内 2. 近隣区市町村を含む 3. 上記「2.」で回答した以上の広域
⑩ 生活訓練事業以外で、同一法人・グループ法人が他に実施しているサービス・施設  (あてはまるすべてに○)	【介護給付】 1. 居宅介護(ホームヘルプ) 2. 重度訪問介護 3. 同行援護 4. 行動援護 5. 重度障害者等包括支援 6. 短期入所(ショートステイ) 7. 療養介護 8. 生活介護 9. 施設入所支援 10. 旧共同生活介護(ケアホーム) 【訓練等給付】 11. 自立訓練(機能訓練) 12. 就労移行支援 13. 就労継続支援A型 14. 就労継続B型 15. 旧共同生活援助(グループホーム) 【相談支援事業】 16. 計画相談支援 17. 地域移行支援 18. 地域定着支援 【地域生活支援】 19. 成年後見制度利用支援 20. コミュニケーション支援 21. 日常生活用具の給付又は貸与 22. 移動支援 23. 地域活動支援センター 24. 福祉ホーム 25. 居住サポート 26. その他( ) 【介護保険の下記事業】 27. 訪問介護事業所、 28. 居宅介護支援事業所 29. その他( )

◎ 貴事業所の通所（訪問含む）の利用者についてお答えください。宿泊型単独で利用している方は除いてご回答ください。  
\* 数字について、0の場合は0と記載してください。

<p>⑪平成25年度の 利用等の状況</p> <p>* iii、ivには、就労継続A型、特例子会社での就労を含む。</p>	<p>※ここで言う通所とは、利用期間中、月1回以上の通所をしている人です。</p> <p>ア 登録人数 _____人（平成25年度中に在籍していた人）</p> <p>イ 実利用人数 _____人（平成25年度中に報酬算定した人）</p> <p>    i うち訪問による生活訓練を併用していた利用者数 _____人・非該当</p> <p>    ii iのうち、結果として通所せず、訪問のみ利用していた利用者数 _____人・非該当</p> <p>    iii 働きながら生活訓練（通所・訪問）を利用していた人 _____人</p> <p>    iv iiiのうち、訪問による生活訓練を利用していた人 _____人・非該当</p> <p>ウ 平成25年度1年間の述べ訪問回数 _____回・非該当</p> <p>エ 平成25年度1年間に3ヶ月以上連続で通所を中断した人 _____人・非該当</p>																																
<p>⑫平成24年度上半 期に登録開始した 利用者の状況</p>	<p>ア 平成24年上半期（4～9月）の利用登録者数 _____人</p> <p>イ 上記アの方の利用終了時の状況</p> <p>    i .他の医療・福祉サービス（外来通院を除く）を利用した人 _____人</p> <p>    ii .標準利用期間の2年間を更新（延長）した人 _____人</p> <p>    iii .他の医療・福祉サービス（外来通院を除く）は何も利用していない人 _____人</p> <p>ウ 上記アの方の就労状況 *就労継続A、特例子会社を含む</p> <p>    i .生活訓練利用開始時から仕事についていた人 _____人</p> <p>    ii .利用開始後、訓練中に仕事についた人 _____人</p> <p>    iii .生活訓練終了後、仕事についた人 _____人</p> <p>エ 上記アの方のうち、更新（延長）を検討したが、支給決定されなかった人 _____人</p>																																
<p>⑬平成26年7月の 利用者の状況</p> <p>*ウ、エについては、 アの数値と合計が一 致</p>	<p>ア 平成26年7月の実利用人数 <u>実人数で</u> _____人</p> <p>イ 平成26年7月の1日の平均利用者数 約 _____人 *小数点第一位まで記載</p> <p>ウ 主たる障害種別（受給者証の障害種別番号）と障害支援区分</p> <table border="1" data-bbox="411 1594 1414 1727"> <thead> <tr> <th>障害種別番号</th> <th>未認定</th> <th>区分1</th> <th>区分2</th> <th>区分3</th> <th>区分4</th> <th>区分5</th> <th>区分6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2(知的)</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> </tr> <tr> <td>3(精神)</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> <td>_____人</td> </tr> </tbody> </table> <p>エ 年齢区分</p> <p>    18歳未満 _____人      18～40歳未満 _____人</p> <p>    40～65歳未満 _____人      65歳以上 _____人</p> <p>オ 利用期間</p> <p>    平成26年7月の登録者のうち     2年を超えて在籍している人の数 _____人</p>	障害種別番号	未認定	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	2(知的)	_____人	3(精神)	_____人	その他	_____人																		
障害種別番号	未認定	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6																										
2(知的)	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人																										
3(精神)	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人																										
その他	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人																										

訪問による生活訓練を実施している事業所は、問 1 から回答ください。

訪問による生活訓練を実施していない事業所は、問 4（8 ページ）へお進みください。

## II 訪問による生活訓練を実施している事業所にうかがいます

### 問 1 訪問による生活訓練の内容について、お答えください。

- (1) 貴事業所で実施している、訪問による生活訓練のメニューすべてに○をつけ、うち訪問による生活訓練独自のメニュー（通所では行っていないもの）に◎をつけてください。

訪問による生活訓練のメニュー	実施に ○	訪問の みに◎
1. 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		
2. ひきこもっている人に対する関係づくりと段階的な支援		
3. 本人が生活リズムを整えるための支援（訓練） 例 無理なく入眠、起床、定時服薬等の生活リズムを身につける / 安定して生活できるスケジュールを設定し、ご本人にとって分かりやすく表示して生活リズムを保つ など		
4. 食事に関する支援（訓練） 例 メニューを決め、購入する品物を書き出す / 買い物 / ご本人が自宅で無理なくできる低価格な食事作りの仕方や習慣を身につける など		
5. 洗濯・清掃・ゴミ出しに関する支援（訓練） 例 掃除や整理整頓の仕方や習慣を身につける / 洗濯の仕方や習慣を身につける など		
6. 整容行為・入浴等に関する支援（訓練） 例 洗顔や歯磨きの声掛け / 曇ったメガネを洗う練習 / 不安で一人では入浴できない人を部屋で待機 等		
7. 服薬管理に関する支援（訓練）例 服薬の声掛け / 服薬セットの仕分けの声掛け・見守りなど		
8. 医療機関の通院に関する支援（練習） 例 受診前に伝えたいことをメモしておく / 受診時に診察内容をメモしてもらい、必要時は支援者に連絡できるようになる / 都合が悪くなった時の予約の変更の仕方の練習 など		
9. 日常の生活費の管理や家計のやりくりに関する支援（訓練） 例 ご本人にあった生活費の管理方法を身につけるため、レシートの保管、家計簿を使う、月初めに必要な食料品分を全部揃える / 日常生活自立支援事業の利用を検討する など		
10. 交通機関の（移動に関する）支援（訓練） 例 バスの時刻、お金を払うタイミングの確認など、公共交通機関を利用して日中活動事業所や職場に一人で通えるようになる / タクシーを上手に利用できるようになる など		
11. 役所や銀行、医療機関など各種社会資源の利用のための支援（訓練） 例 役所の窓口での手続き方法を確認する / 銀行やコンビニの ATM でのお金の下ろし方の練習 / 本人にあう医療機関を探す / スーパーや個人商店で買い物ができるようになる / 外食の注文の仕方の練習 等		
12. 日常生活上、本人に必要なコミュニケーション能力を高める支援（訓練） 例 近所との挨拶の仕方 / 個人商店での買い物の際の日常会話の練習 / 困ったときに無理なく SOS が出せる場所や方法を身につける / 道に迷った場合の対応方法 / 恋人や友人との付き合い方への相談等		
13. 地域生活のマナー、ルールを守るための支援（訓練） 例 近所づきあいのいろはを理解する / 近隣苦情につながる行為をしないことを身につける / 近隣苦情への対策を見つける / 気になる生活音の遮音方法を見つける / 訪問セールスの断り方を身につける 等		
14. 本人の居場所・レクリエーション・余暇への支援（休日の過ごし方を含む）		
15. 就労・教育に関する支援		
16. 家族と本人の間関係調整や家族への支援		
17. 住環境の確保に関する支援 例 引越し / 引越し後の環境整備 / 電気・ガス・水道などの契約・解約・移転の支援 など		
18. 身体的な健康面への配慮のための支援（訓練） 例 糖尿病や水中毒など身体的なセルフケアへの配慮 / 訪問看護等医療サービスとの連携 など		
19. 上記生活全般等に関する相談、助言		

- (2) 訪問に際して、事業所が個別に用意する機器、道具等があれば具体的にお書きください。

(例 マスク 携帯電話、i pad など)

※ここで言う通所とは、利用期間中、平均月1回以上の通所をしている人です。

**問2 平成26年7月の訪問による生活訓練の利用状況と利用者特性について伺います。**

(1) 訪問による生活訓練の利用実績

- ① 平成26年7月に1回以上訪問した実利用者数 \_\_\_\_\_ 人
- ② ①のうち、結果として通所せず訪問のみ利用していた実利用者数 \_\_\_\_\_ 人
- ③ ①のうち、働きながら訪問による生活訓練を利用していた実利用者数 \_\_\_\_\_ 人

\* 就労継続A型、特例子会社での就労を含む

(2) 平成26年7月の 延べ訪問回数は \_\_\_\_\_ 回

(3) 平成26年7月に訪問による生活訓練を1回以上利用した人の属性

① 主たる障害種別（受給者証の障害種別番号）と障害支援区分

障害種別番号	未認定	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
2 (知的)	人	人	人	人	人	人	人
3 (精神)	人	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人	人

② 年齢区分

- 18歳未満 \_\_\_\_\_ 人                      18～40歳未満 \_\_\_\_\_ 人
- 40～65歳未満 \_\_\_\_\_ 人                      65歳以上 \_\_\_\_\_ 人

③ 利用期間 平成26年7月の利用者のうち、2年を超えて在籍している実利用者 \_\_\_\_\_ 人

(4) 結果として訪問のみを利用している利用者について、訪問による訓練導入当初の理由として当てはまるものすべてに○をつけてください。

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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</li> <li>2. 本人は通所を希望しているが、実際には通えないため</li> <li>3. 対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗があるため</li> <li>4. 他の障害者と一緒に過ごすことに抵抗があるため</li> <li>5. 服薬量が多すぎて家から出られないため</li> <li>6. 生活リズムが不安定だが、就労していることから通所する時間がないため</li> <li>7. 家族同居等の理由で、ホームヘルプサービスの支給決定がおりないため</li> <li>8. 外出や移動の手段がなく、通所が困難なため</li> <li>9. 支援の困難さや問題行動などにより、他の事業所の利用につながりにくい</li> <li>10. 就労開始（継続）にあたり、生活リズムの安定を図る必要があるため</li> <li>11. 今後、地域での単身生活を目指しているため</li> <li>12. ひきこもりや地域からの孤立予防、改善のため</li> <li>13. 母親役割など、家族内での役割の回復などを目指した支援が必要なため</li> <li>14. 家族内に複数の課題を抱える人がいて、包括的なアセスメントが必要なため</li> <li>15. 病状や生活障害が大きく、地域での生活に不安や困難が多いため</li> <li>16. ホームヘルプや訪問看護以外の、訪問による柔軟な生活支援を必要としているため</li> <li>17. その他 ( _____ )</li> </ol>
--

◎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について 5つまでを選び、

□内に、番号をお書きください。

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

**問3 過去2年間（平成24年度以降）の訪問による生活訓練を通じた経験やご意見についてうかがいます。開設2年未満の事業所は現状での見込みでお書きください。**

(1) 訪問による生活訓練の利用者について、以下に該当すると思われるケースはどの程度ありましたか。

① 以下ア～ウが想定されるケース

ア 現行制度の「半年で50日以内」の上限を超える支援を提供することで、より効果が高まると思われたケース（1つに○）

1. かなりみられた	2. 時々みられた	3. あまりみられなかった	4. みられなかった
------------	-----------	---------------	------------

イ 現行制度の「1ヶ月で14日以内」の上限を超える支援を提供することで、より効果が高まると思われたケース（1つに○）

1. かなりみられた	2. 時々みられた	3. あまりみられなかった	4. みられなかった
------------	-----------	---------------	------------

ウ 2年を超えて利用することでより効果が得られると思われたケース（1つに○）

1. かなりみられた	2. 時々みられた	3. あまりみられなかった	4. みられなかった
------------	-----------	---------------	------------

② 訪問単独であれば支援につながった可能性があるが、通所が前提となっているために利用できなかったケース

実人数 約  人

③ 生活訓練の利用に関する、所管自治体の対応は次のどれですか。（複数回答可）

1. 延長は原則的に認められていない	2. 必要であれば3年まで延長が可能
3. ニーズにあわせて何度でも利用可能	4. 問い合わせたことがないので分からない

(2) 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をどのようにお考えですか。自由に記述してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(3) 訪問による生活訓練を行う上での困難があれば、あてはまるすべてに○をつけてください。

1. 利用者宅に訪問して支援をするノウハウがわからない。スキルが不足している
2. 多様な障害特性への支援に関するノウハウがわからない、スキルが不足している
3. 訪問による生活訓練の利用ニーズが把握できない
4. 事業所に、訪問できる人員が不足している
5. 事業所及び法人に、事業展開のための資金が不足している
6. 報酬単価が低く、運営できない
7. その他 ( )

(4) 訪問による生活訓練を実施するにあたり必要と考える、直接処遇職員の資質等について① 訪問による生活訓練に従事する直接処遇職員の要件・加算は必要だと思いますか。 (1つに○)

1. 経験年数の要件が必要
2. 経験年数の加算が必要
3. 資格の要件が必要
4. 資格の加算が必要
5. いずれも必要ない⇒②へ

【①で「1.」～「4.」のいずれかに○をつけた方に伺います】

付問1. 保持していることが望ましいと思われる資格に○をつけて下さい。(あてはまるすべてに○)

1. 精神保健福祉士
2. 社会福祉士
3. 介護福祉士
4. 作業療法士
5. ホームヘルパー
6. 心理職
7. 看護師
8. ピア
9. その他 ( )

付問2. 障害保健福祉領域での望ましい経験年数や訪問サービスでの経験年数の目安について、どのようにお考えですか。

ア 障害保健福祉分野の必要経験年数として (1つに○) ⇒見づらかったので半角分あげました

1. 1年以上
2. 2年以上
3. 3年以上
4. 5年以上

イ 訪問サービスの必要経験年数として (1つに○)

1. 1年以上
2. 2年以上
3. 3年以上
4. 5年以上

② 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について (1つに○)

1. 必須とすべき
2. 必須ではないが必要
3. あまり必要性は感じない

付問1 訪問による生活訓練に関する研修の実施主体として望ましいものは (1つに○)

1. 国が全国統一的に
2. 都道府県が地域特性に応じて
3. 区市町村が各地域の特性に応じて
4. それぞれの法人や事業者団体で

付問2 訪問による生活訓練に関する研修の実施方法等について (複数回答可)

1. 事業所の登録更新にあわせて、従事する職員全員が受講
2. サービス管理責任者が定期的に受講
3. 初任者向け、中堅向け等経験に応じて段階的な受講
4. その他 ( )

### Ⅲ 全ての事業所の方に向かっていきます。

問4 訪問による生活訓練の内容に対する貴事業所の理解は、次の中ではどれにあたると思いますか。  
(1つに○)

- |                        |                  |
|------------------------|------------------|
| 1. すでに訪問による生活訓練を実施している | 2. 具体的な内容まで知っている |
| 3. おおよその内容は知っている       | 4. 具体的にはよく知らない   |
| 5. 内容についてはほとんど知らない     |                  |

問5 訪問による生活訓練に関する現行制度の以下の点に関して、利用の効果という点から見た、意見、提案についてうかがいます。

#### 参考 訪問による生活訓練とは

障害者総合支援法では、自立訓練（生活訓練）は、「通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ訪問による訓練を組み合わせる」ことができ、「利用者ごとに、標準期間（24ヶ月、長期入所者の場合は36ヶ月）内で利用期間を設定」することとされています。また、規定では、利用の上限として、訪問開始日から起算して180日間ごとに50回かつ月14回、1日1～2回までと設定されています。

(1) 支援頻度に関する回数制限について、以下のなかで見直しが必要と思うものはどれですか。  
(複数回答可)

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1. 1日単位の利用の上限   | 2. 月単位の利用の上限   |
| 3. 期間内の利用回数の上限  | 4. 特に見直しの必要はない |
| 5. わからない、判断できない |                |

(2) 2年間又は3年間の利用期間制限についてのご意見 (1つに○)

- |                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| 1. 最長期間をより長く設定する（→具体的に_____）      |                 |
| 2. 期間設定は現行のままで、3年間への延長手続きをスムーズにする |                 |
| 3. 必要に応じて何度でも利用できるようにする           |                 |
| 4. 現行のままでよい                       | 5. わからない、判断できない |

(3) 通所を前提とする訪問利用に対するご意見 (1つに○)

\* 現行制度では原則、通所の可能性がないと訪問単独の利用ができません。

- |  |
|--|
| 1. 訪問のみの利用も認めた方がよい（通所の加算ではなく、訪問は訪問として独立） |
| 2. 現行通り、通所を前提とした訪問の利用のままでよい（加算対象の扱いでよい）  |
| 3. わからない、判断できない                          |

上記 (1) ～ (3) について、具体的なご意見やご提案等あればお書きください。

.....

.....

.....

.....



## 別紙 職員一覧表

貴事業所で、生活訓練に従事しているスタッフ全員の職種、経験等について、下表にお一人おひとりごとにご回答ください。(平成26年7月1日現在)

No.	従事しているサービス種類 (あてはまるものすべてに○)	保有資格 (番号を記載)	ピア の方に○	週当たりの生 活訓練従事時 間数	うち、訪問に よる生活訓練関 わる時間数	障害分野 の職務経 験年数	うち生活 訓練職務 年数
責任者	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
①	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
②	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
③	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
④	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑤	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑥	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑦	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑧	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑨	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑩	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑪	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑫	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑬	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑭	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑮	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑯	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑰	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑱	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑲	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年
⑳	1. 通所 2. 訪問 3. 宿泊 4. その他			時間/週	時間/週	年	年

- 1.精神保健福祉士    2.社会福祉士    3.介護福祉士  
 4.作業療法士        5.ホームヘルパー    6.心理職  
 7.看護師            8.その他 (            )  
 9.特に資格は保有していない

以上で事業所調査は終了です。長時間ご協力いただき、感謝申し上げます。

貴重なデータとして、大切に活用させていただきます。

別紙個票とあわせ、返信封筒にて、9月25日までにご返送ください。

① I D	個票No. 1. 現在サービス利用中 2. すでに利用を終了 (あてはまるものに○)
②性別・調査時年齢	1. 男性 2. 女性 満 ( ) 歳
③手帳保持の状況 (あてはまるすべてに○)	1.精神保健福祉手帳…… 1級・2級・3級 2.療育手帳…………… A判定(重度)・B判定(軽度) 3.手帳なし
④障害支援区分(1つに○)	未認定・非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6
⑤主診断名 (必ず1つのみ選択)	1. 器質性(F0) 2. アルコール・薬物依存(F1) 3. 統合失調症圏(F2) 4. うつ病(F3a) 5. 躁うつ病(F3b) 6. 神経症圏(F4) 7. 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(F5) 8. 人格障害圏(F6) 9. 知的障害(精神遅滞)(F7) 10. 発達障害(F8) 11. その他( )
⑥利用開始時の 主な居所(1つに○)	1. 自宅(→1. 家族等と同居 2. 単身) 2. グループホーム 3. 福祉ホーム 4. その他( )
⑦利用時の 主な日中活動(生活訓練を除く)と就労している場合の状況 (それぞれ1つに○)	1. 何もしていない 2. 家の手伝い 3. 生活訓練以外の通所施設に通っている 4. <u>就労している</u> 5. 学校に通っている 6. その他( ) ※就労には、就労継続A型や特例子会社を含みます
	(就労している場合) ※複数回就職している場合は、最も長いものを書いてください。 ア 就労開始時期 平成 年 月 継続期間 年 カ月 イ 就労の形態 ⇒1. 正規職員 2. 非正規職員(パート、アルバイト) 3. 自営業 4. 就労継続A型や特例子会社 ウ 週あたり勤務時間 1. 20時間未満 2. 20~30時間未満 3. 30時間以上 エ 求人種類 ⇒ 1. 一般求人 2. 障害者求人 オ 現在、生活訓練以外で受けている就労支援 1. あり 2. なし
⑧生活訓練利用開始 時期	通所開始時期 平成 年 月 うち訪問による生活訓練利用開始時期 平成 年 月 ・非該当
⑨主な利用の目的 (主な1つに○)	1. 退所・退院に伴うスムーズな地域移行 2. 自立・独立等に伴う生活スキルの獲得 3. 孤立の防止 4. 家族関係や家庭生活の調整回復・修復 5. 就労継続や社会的活動への参加促進
⑩利用当初の生活範囲 (外来通院以外) (もっともあてはまるもの1つに○)	1. 就労していた(就労継続A型や特例子会社を含む) 2. 就学、福祉施設等への通所(月1回以上) 3. 前記社会的活動はしていないが自由に外出 4. 時間帯、場所等限定的に外出 5. 自宅内で生活 6. 自室にひきこもっていた 7. その他( )
⑪利用に際しての 生活課題 (あてはまるものすべてに○)	1. ひきこもりや孤立 2. 生活能力の低下(食生活・身の回り・家計管理・生活リズム等) 3. 服薬・医療受診 4. コミュニケーション上の問題(家族・近隣) 5. 退院・退所後の生活安定 6. 生活状況がきわめて不安定 7. 近隣トラブル 8. 対人関係が不安定 9. ヘルパーが利用できない状況 10. ゴミ屋敷 11. 社会資源の利用が困難 12. 交通機関の利用が困難 13. 生活能力に関するアセスメントが必要 14. その他( )
⑫生活訓練の利用状況	ア 利用形態 1. 通所と訪問を併用 2. 結果として訪問のみ利用 (1つに○) ↓通所できなかった理由(すべてに○) 1. 本人意思(希望しない) 2. 本人特性要因(支援困難等) 3. 環境要因(移動手段の確保等) 4. 制度要因(制度上利用不可等) 5. その他( )
	イ 利用頻度 通所 月 回 訪問 1回あたり平均 時間(移動時間を除く) 月 回 [以下訪問に関して]

オ～コまで (1つに○)	ウ 訪問にかかる移動時間 <u>片道</u> 分
	エ 訪問の手段 (主な1つに○) 徒歩・自転車・バイク・車・バス・電車
	オ 同日内における複数回訪問のニーズ…1. 度々あった 2. まれにあった 3. 全くない
	カ 同日内における複数回の実際の訪問…1. 度々あった 2. まれにあった 3. 全くない
	キ 複数名による訪問ニーズ…1. 度々あった 2. まれにあった 3. 全くない
	ク 複数名による実際の訪問…1. 初回のみ 2. 度々あった 3. まれにあった 4. 全くない
ケ 半年で 50 回を超える訪問のニーズ …… 1. あり 2. なし	
コ 半年で 50 回を超える実際の訪問 …… 1. あり 2. なし	
⑬訪問による支援の内容 (あてはまるすべてに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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</li> <li>2. 引きこもっている人に対する関係づくりと段階的な支援</li> <li>3. 本人が生活リズムを整えるための支援 (訓練)</li> <li>4. 食事に関する支援 (訓練)</li> <li>5. 洗濯・清掃・ゴミ出しに関する支援 (訓練)</li> <li>6. 整容行為・入浴等に関する支援 (訓練)</li> <li>7. 服薬管理に関する支援 (訓練)</li> <li>8. 医療機関の通院に関する支援 (練習)</li> <li>9. 日常の生活費の管理や家計のやりくりに関する支援 (訓練)</li> <li>10. 交通機関の (移動に関する) 支援 (訓練)</li> <li>11. 役所や銀行、医療機関など各種社会資源の利用のための支援 (訓練)</li> <li>12. 日常生活上、本人に必要なコミュニケーション能力を高める支援 (訓練)</li> <li>13. 地域生活のマナー、ルールを守るための支援 (訓練)</li> <li>14. 本人の居場所・レクリエーション・余暇への支援 (含む: 休日の過ごし方)</li> <li>15. 就労・教育に関する支援</li> <li>16. 家族と本人の間に関係調整や家族への支援</li> <li>17. 住環境の確保に関する支援</li> <li>18. 身体的な健康面への配慮のための支援 (訓練)</li> <li>19. 上記生活全般等に関する相談、助言</li> <li>20. その他 ( )</li> </ol>
⑭訪問による生活訓練の支援場所	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自宅</li> <li>2. 職場</li> <li>3. 喫茶店やスーパー等の生活圈</li> <li>4. 役所やハローワークなど公的機関</li> <li>5. 金融機関や公共交通機関</li> <li>6. 余暇活動の場所 (遠出を含む)</li> <li>7. その他 ( )</li> </ol>
⑮利用により改善された生活課題 (あてはまるものすべてに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ひきこもりや孤立</li> <li>2. 生活能力の低下 (食生活・身の回り・金銭管理・生活リズム)</li> <li>3. 服薬・医療受診</li> <li>4. コミュニケーション上の問題 (家族・近隣)</li> <li>5. 退院・退所直後の生活安定化</li> <li>6. 生活状況がきわめて不安定</li> <li>7. 近隣トラブル</li> <li>8. 対人関係が不安定</li> <li>9. ヘルパーが利用できない状況</li> <li>10. ゴミ屋敷</li> <li>11. 社会資源の利用が困難</li> <li>12. 交通機関の利用が困難</li> <li>13. 生活能力に関するアセスメントが必要</li> <li>14. その他 ( )</li> </ol>
【終了者のみ】 ⑯利用終了時の状況 (1つに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 外来通院を除く医療・福祉サービスを利用</li> <li>2. 標準利用期間の2年間を更新 (延長)</li> <li>3. 福祉サービスは何も利用していない</li> </ol> <p>⇒付問 標準利用期間の2年間を更新 (延長) 申請したが支給決定されなかった</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. あてはまる</li> <li>2. あてはまらない</li> </ol>
【終了者のみ】 ⑰利用終了時の生活範囲 (外来通院以外) (もっともあてはまるもの1つに○)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 就労している (就労継続A型や特例子会社を含む)</li> <li>2. 就学、福祉施設等への通所 (月1回以上)</li> <li>3. 前記社会的活動はしていないが自由に外出</li> <li>4. 時間帯、場所等限定的に外出</li> <li>5. 自宅内で生活</li> <li>6. 自室にひきこもっている</li> <li>7. その他 ( )</li> </ol>

## 相談支援事業所向けアンケート調査票 ご記入にあたって

- この調査は、平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の一環として、社会福祉法人豊芯会（東京都豊島区 理事長 上野容子）が、実施するものです。
- この調査は、全国の相談支援事業所から 500 事業所を選ばせていただき、ご協力をお願いするものです。**今後の訪問による生活訓練事業のあり方を提案する重要な資料となりますので、ぜひともご協力をお願い申し上げます。**
- この調査によって得られた回答は、すべて調査専門機関で統計的に処理をいたします。また、本調査で得た情報は調査以外の目的では使用しません。
- 本アンケート調査は、本研究事業のために当法人内に設置された事業検討委員会、委員長所属研究機関での倫理的審査を経て実施するものです。
- 調査票は、事業所票と個票から構成されています。いずれも個人が特定されることは決してございません。
- ご回答は、あてはまる項目を選び○で囲んでください。設問によっては、数字をご記入いただいたり、該当する方のみ回答をお願いする場合があります。説明に沿ってお進みください。
- ご回答いただいた調査票は、**同封の返信用封筒にて、平成 26 年 9 月 30 日（火）までにご投函**ください（切手は不要です）。
- 本調査の結果は、報告書作成後法人ホームページ上で P D F ファイルにて公表させていただきます。**報告書の中で、個人名や事業所名が特定されることは決してございません。**
- 本調査に関するお問い合わせは、下記までお願いします。

社会福祉法人豊芯会 担当:岩崎（事業検討委員会委員長）、田中

電話 03 (3915) 9051 メール ji-housinkai@housinkai.or.jp

### ◇◇個票提出のお願い◇◇

下記条件にあてはまる方について、お手数ですが個票の提出をお願いいたします。

- 平成 24 年度以降にサービス等利用計画を策定した方で、
  - ・ 自立訓練事業所で通所と訪問（加算請求）を利用しているケース **2ケース**
  - ・ 自立訓練事業所で結果として訪問のみの利用となった方で、利用期間中において訪問を月 1 回以上、3 ヶ月以上継続利用している方（訪問を 3 ヶ月で 3 回以上利用） **3ケース**
- 以下のケースの該当者がいれば、優先的に対象に含めてください
  - ・ 退院直後、または、親元からの自立直後等で回数制限を超えて利用することが効果的であった事例
  - ・ 訪問による生活訓練(2 頁定義参照)を利用しながら就労継続できている事例
- \* なお、結果として訪問のみの利用となった方について 3 ケース以上個票をご提出いただける場合は、お手数ですが、お送りした個票原紙をコピーしてお使いください。
- \* 個票については個人情報に配慮し、直近の「サービス等利用計画」の記録から転記をお願いいたします。

## I 事業所の基本情報

事業所名	
法人種類	1. 社会福祉法人（社会福祉協議会以外） 2. 社会福祉協議会 3. 医療法人 4. 社団・財団法人 5. 協同組合（生協、農協） 6. NPO法人 7. 営利法人 8. その他（ ）
所在地	〒 都道府県 区・市・町・村・郡
連絡先	TEL : FAX : E-mail :
回答代表者（役職）	
事業所の種類 （あてはまるもの すべてに○）	1. 指定特定相談支援事業所 2. 指定障害児相談支援事業所 3. 指定一般相談支援事業所 4. 基幹相談支援センター  付問① 以下の中で、実施している事業 1. 地域移行支援 2. 地域定着支援 3. 居住サポート事業  付問② 介護保険の居宅介護支援事業所併設の有無 1. 併設あり 2. 併設なし
右記の職員の数 （平成26年7月）	① 相談支援に従事する職員の合計実人数 ( )人 ② ①のうち、常勤専従の職員の実人数 ( )人 ③ ①のうち、常勤兼務の職員の実人数 ( )人 ④ ①のうち、ピアの職員の実人数 ( )人 ⑤ ①のうち、相談支援専門員の数 ( )人
相談支援事業以外 で、同一法人・グル ープ法人が他に実 施しているサービ ス・施設 （あてはまるもの すべてに○）	<b>【介護給付】</b> 1. 居宅介護（ホームヘルプ） 2. 重度訪問介護 3. 同行援護 4. 行動援護 5. 重度障害者等包括支援 6. 短期入所 7. 療養介護 8. 生活介護 9. 施設入所支援 10. 旧共同生活介護（ケアホーム）  <b>【訓練等給付】</b> 11. 自立訓練（機能訓練） 12. 自立訓練（生活訓練） 13. 就労移行支援 14. 就労継続支援A型 15. 就労継続B型 16. 旧共同生活援助（グループホーム）  <b>【地域生活支援】</b> 17. 成年後見制度利用支援 18. コミュニケーション支援 19. 日常生活用具の給付又は貸与 20. 移動支援 21. 地域活動支援センター 22. 福祉ホーム 23. 居住サポート 24. その他（ ）  <b>介護保険の下記事業</b> 25. 訪問介護事業所、 26. 居宅介護支援事業所 27. その他（ ）

## Ⅱ 訪問による生活訓練の計画策定状況について

### 〔「訪問による生活訓練」の定義〕

この調査でいう「訪問による生活訓練」とは、障害者総合支援法訓練等給付に基づく自立訓練(生活訓練)の指定を受けている事業所が行っている加算請求対象の訪問活動で、かつ訪問が、月1回以上行われている場合をさします。また、ここで言う通所とは、利用期間中、平均月1回以上の通所をしている人です。

以下、貴事業所で平成24年度以降に作成されたサービス等利用計画の中で、自立訓練(生活訓練)(以下「生活訓練」と言います)を計画された利用者について伺います。

**該当ケースがない事業所の方は、7頁問3にお進みください。**

### 問1 貴事業所作成のサービス等利用計画における生活訓練のプラン状況についてうかがいます。

- (1) 平成24年、平成25年度並びに平成26年7月のサービス等利用計画等作成者数と生活訓練事業の支給決定者数をお教えてください。

年度	サービス等利用計画作成数			うち生活訓練支給決定者数		
平成24年度	新規	件・累積	件	新規	件・累積	件
平成25年度	新規	件・累積	件	新規	件・累積	件
平成26年7月(1か月間)	新規	件・累積	件	新規	件・累積	件
うち地域相談該当者	新規	件・累積	件	新規	件・累積	件

- (2) 平成26年7月時点で、サービス等利用計画によって生活訓練を支給決定されている人の属性について、以下にお答えください。

#### ① 主たる障害種別(受給者証の障害種別番号)と障害支援区分

障害種別番号	未認定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
2(知的)	人	人	人	人	人	人	人	人
3(精神)	人	人	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人	人	人

- ② 平成26年7月時点で生活訓練の支給決定を受けている人で、

障害児は  人      65歳以上の方は  人

- ③ 平成26年7月時点で2年を超えて生活訓練の支給決定を受けている実利用者  人

- ④ 平成26年7月時点で生活訓練の支給決定を受けている人で、  
結果として訪問による生活訓練のみの実利用者数  人

- ⑤ 生活訓練支給決定者のうち就労中の人(就労継続A、特例子会社を含む)  人

- (3) 平成24年度～25年度の計画作成者のうち、訪問による生活訓練を申請して、  
支給決定されなかった実利用者  人



- ② 訪問単独であれば支援につながった可能性があるが、通所が前提となっているために利用できなかったケース

実人数 約  人

- ③ 生活訓練の利用に関する、所管自治体の対応は次のどれですか。（複数回答可）

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 延長は原則的に認められていない  | 2. 必要であれば3年まで延長が可能    |
| 3. ニーズにあわせて何度でも利用可能 | 4. 問い合わせたことがないので分からない |

(2) 「訪問のみの自立訓練の利用が可能なら、生活訓練を利用したい」という対象はどのような方ですか。

**あてはまるものすべてに○をつけてください。**

- |  |
|--|
| 1. ひきこもりがち等で本人が通所を希望していない、乗り気でない人        |
| 2. 本人は通所を希望しているが、実際には通えない人               |
| 3. 対人関係に敏感で、グループ活動に抵抗がある人                |
| 4. 他の障害者と一緒に過ごすことに抵抗がある人                 |
| 5. 服薬量が多すぎて家から出られない人                     |
| 6. 生活リズムが不安定だが、就労していることから通所する時間がない人      |
| 7. 家族同居等の理由で、ホームヘルプサービスの支給決定がおりない人       |
| 8. 外出や移動の手段がなく、通所が困難な人                   |
| 9. 支援の困難さや問題行動などにより、他の事業所の利用につながりにくい人    |
| 10. 就労開始（継続）にあたり、生活リズムの安定を図る必要がある人       |
| 11. 今後、地域での単身生活を目指している人                  |
| 12. ひきこもりや地域からの孤立予防、改善を目的とする人            |
| 13. 母親役割など、家族内での役割の回復などを目指した支援が必要な人      |
| 14. 家族内に複数の課題を抱える人がいて、包括的なアセスメントが必要な人    |
| 15. 病状や生活障害が大きく、地域での生活に不安や困難が多い人         |
| 16. ホームヘルプや訪問看護以外の、訪問による柔軟な生活支援を必要としている人 |
| 17. その他（ <input type="text"/> ）          |

◎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について **5つまでを選び**、

内に、番号をお書きください。

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



### Ⅲ 全ての事業所の方にかがいます。

問3 訪問による生活訓練に関する現行制度の以下の点に関して、利用の効果という点から見た、意見、提案についてかがいます。

**参考 訪問による生活訓練とは**

障害者総合支援法では、自立訓練（生活訓練）は、「通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ訪問による訓練を組み合わせる」ことができ、「利用者ごとに、標準期間（24ヶ月、長期入所者の場合は36ヶ月）内で利用期間を設定」することとされています。また、規定では、利用の上限として、訪問開始日から起算して180日間ごとに50回かつ月14回、1日1～2回までと設定されています。

(1) 支援頻度に関する回数制限について、以下のなかで見直しが必要と思うものはどれですか。  
(複数回答可)

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1. 1日単位の利用の上限   | 2. 月単位の利用の上限   |
| 3. 期間内の利用回数の上限  | 4. 特に見直しの必要はない |
| 5. わからない、判断できない |                |

(2) 2年間又は3年間の利用期間制限についてのご意見 (1つに○)

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1. 最長期間をより長く設定する (→ 具体的に希望する最長期間 _____ 年 ) |                 |
| 2. 期間設定は現行のままで、3年間への延長手続きをスムーズにする          |                 |
| 3. 必要に応じて何度でも利用できるようにする                    |                 |
| 4. 現行のままでよい                                | 5. わからない、判断できない |

(3) 通所を前提とする訪問利用に対するご意見 (1つに○)

\* 現行制度では原則、通所の可能性がないと訪問単独の利用ができません。

- |   |
|---|
| 1. 訪問のみの利用も認めた方がよい (通所の加算ではなく、訪問は訪問として独立) |
| 2. 現行通り、通所を前提とした訪問の利用のままでよい (加算対象の扱いでよい)  |
| 3. わからない、判断できない                           |

上記 (1) ~ (3) について、具体的なご意見やご提案等あればお書きください。

.....  
.....  
.....  
.....

(4) 訪問による生活訓練を実施するにあたり必要と考える、直接処遇職員の資質等について

① 訪問による生活訓練に従事する直接処遇職員の要件・加算は必要だと思いますか。

(あてはまるすべてに○)

- |               |               |                 |
|---------------|---------------|-----------------|
| 1. 経験年数の要件が必要 | 2. 経験年数の加算が必要 |                 |
| 3. 資格の要件が必要   | 4. 資格の加算が必要   | 5. いずれも必要ない ⇒②へ |

【①で「1.」～「4.」のいずれかに○をつけた方に伺います】

付問1. 保持していることが望ましいと思われる資格等に○をつけて下さい。

(あてはまるすべてに○)

- |            |          |          |          |            |
|------------|----------|----------|----------|------------|
| 1. 精神保健福祉士 | 2. 社会福祉士 | 3. 介護福祉士 | 4. 作業療法士 |            |
| 5. ホームヘルパー | 6. 心理職   | 7. 看護師   | 8. ピア    | 9. その他 ( ) |

付問2. 障害保健福祉領域での望ましい経験年数や訪問サービスでの経験年数の目安について、  
どのようにお考えですか。

ア 障害保健福祉分野の必要経験年数として (1つに○)

- |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 1. 1年以上 | 2. 2年以上 | 3. 3年以上 | 4. 5年以上 |
|---------|---------|---------|---------|

イ 訪問サービスの必要経験年数として (1つに○)

- |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 1. 1年以上 | 2. 2年以上 | 3. 3年以上 | 4. 5年以上 |
|---------|---------|---------|---------|

② 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について (1つに○)

- |           |              |                |
|-----------|--------------|----------------|
| 1. 必須とすべき | 2. 必須ではないが必要 | 3. あまり必要性は感じない |
|-----------|--------------|----------------|



付問1 訪問による生活訓練に関する研修の実施主体として望ましいものは (1つに○)

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 国が全国統一的に        | 2. 都道府県が地域特性に応じて  |
| 3. 区市町村が各地域の特性に応じて | 4. それぞれの法人や事業者団体で |

付問2 訪問による生活訓練に関する研修の実施方法等について (複数回答可)

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 事業所の登録更新にあわせて、従事する職員全員が受講 |
| 2. サービス管理責任者が定期的に受講          |
| 3. 初任者向け、中堅向け等経験に応じて段階的な受講   |
| 4. その他 ( )                   |

**問4 就労中も何らかの訪問による生活訓練を受けることで、就労定着に効果があると思われる場合の利用者特性や利用特性等についてうかがいます。※就労には、就労継続 A 型や特例子会社を含みます。**

(1) 就労中の方で訪問によるサービス（生活訓練）が効果的と思われるのは、どのような状態にある方ですか。 (あてはまるものすべてに○)

1. 就労に慣れておらず、生活が不安定になりがちな人
2. 就職しているが、コミュニケーションや認知機能に問題を抱える人
3. 就労しているが、生活上の課題（生活リズムや家事スキルの問題）を抱える人
4. 公共機関（交通機関や金融機関）の利用について、理解が乏しい人
5. 所得保障（生活保護や障害年金など）について、理解が乏しい人
6. すでに就労しているが、現在の制度では、他の福祉サービスを使えない人
7. 個人的な特性や生活課題などを理由として、他の福祉サービス事業所に断られている人
8. 精神科以外の病気（例：腰痛、糖尿病やその予備軍）を合併している人
9. その他（ )

(2) 訪問による生活訓練として、就労中の方に支援を提供する場合、どのような支援（訓練）が、継続的な就労につながるとお考えですか。 (あてはまるものすべてに○)

1. 体調管理（生活リズム）
2. 服薬管理
3. 診察同行
4. 家事スキルの習得・助言
5. 所得保障等の制度利用や給付額の変更についての相談・支援
6. 金銭管理
7. 余暇活動
8. 家族支援
9. 生活に関する全般的な相談
10. 就労や所得保障などに関する相談相手・機関の紹介
11. その他（ )

(3) 就労中の方に対する訪問による生活訓練のニーズについて、どのようにお考えですか。 (1つに○)

1. 非常にあると思う
2. あると思う
3. あまりあるとは思わない
4. あるとは思わない
5. 就労中の利用者がいないので、わからない

以上で事業所調査は終了です。長時間ご協力いただき、感謝申し上げます。  
貴重なデータとして、大切に活用させていただきます。  
別紙個票とあわせ、返信封筒にて、9月30日（火）までにご返送ください。

① I D	個票No. 1. 現在サービス利用中 2. すでに利用を終了 (あてはまるものに○)
②性別・調査時年齢	1. 男性 2. 女性 満 ( ) 歳
③手帳保持の状況 (あてはまるすべてに○)	1.精神保健福祉手帳…… 1級・2級・3級 2.療育手帳…………… A判定(重度)・B判定(軽度) 3.手帳なし
④障害支援区分(1つに○)	未認定・非該当・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6
⑤主診断名 (必ず1つのみ選択)	1. 器質性(F0) 2. アルコール・薬物依存(F1) 3. 統合失調症圏(F2) 4. うつ病(F3a) 5. 躁うつ病(F3b) 6. 神経症圏(F4) 7. 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(F5) 8. 人格障害圏(F6) 9. 知的障害(精神遅滞)(F7) 10. 発達障害(F8) 11. その他( )
⑥生活訓練利用開始時の 主な居所(1つに○)	1. 自宅(→1. 家族等と同居 2. 単身 ) 2. グループホーム 3. 福祉ホーム 4. その他( )
⑦生活訓練利用時の 主な日中活動(生活訓練を除く)と就労している場合の状況 (それぞれ1つに○)	1. 何もしていない 2. 家の手伝い 3. 生活訓練以外の通所施設に通っている 4. 就労している 5. 学校に通っている 6. その他( ) ※就労には、就労継続A型や特例子会社を含みます (就労している場合) ※複数回就職している場合は、最も長いものを書いてください。 ア 就労開始時期 平成 年 月 継続期間 年 月 イ 就労の形態 ⇒ 1. 正規職員 2. 非正規職員(パート、アルバイト) 3. 自営業 4. 就労継続A型や特例子会社 ウ 週あたり勤務時間 1. 20時間未満 2. 20~30時間未満 3. 30時間以上 エ 求人種類 ⇒ 1. 一般求人 2. 障害者求人 オ 現在、生活訓練以外で受けている就労支援 1. あり 2. なし
⑧生活訓練利用開始 時期	通所開始時期 平成 年 月 うち訪問による生活訓練利用開始時期 平成 年 月 ・非該当
⑨生活訓練の支給決定 量等生活訓練利用当初 の併用サービス (外来通院以外)(あては まるものすべてに○)	利用開始時: 月あたり 日 平成26年7月: 月あたり 日(うち訪問 日) 利用開始時に併用していた他の医療・障害福祉サービス(外来通院を除く) 1. デイケア 2. ナイトケア 3. デイナイトケア 4. 作業療法 5. 訪問看護 6. 往診 7. ACT 8. 居宅介護 9. 重度訪問介護 10. 行動援護 11. 短期入所 12. 生活介護 13. 就労移行支援 14. 就労継続支援A型 15. 就労継続B型 16. 地域定着支援 17. 移動支援 18. 地域活動支援センター 19. 介護保険居宅系サービス 20. その他( )
⑩主な利用の目的 (主な1つに○)	1. 退所・退院に伴うスムーズな地域移行 2. 自立・独立等に伴う生活スキルの獲得 3. 孤立の防止 4. 家族関係や家庭生活の調整回復・修復 5. 就労継続や社会的活動への参加促進
⑪利用当初の生活範囲 (外来通院以外)(もっとも あてはまるもの1つに○)	1. 就労していた(就労継続A型や特例子会社を含む) 2. 就学、福祉施設等への通所(月1回以上) 3. 前記社会的活動はしていないが自由に外出 4. 時間帯、場所等限定的に外出 5. 自宅内で生活 6. 自室にひきこもっていた 7. その他( )
⑫利用に際しての 生活課題 (あてはまるものすべてに ○)	1. ひきこもりや孤立 2. 生活能力の低下(食生活・身の回り・家計管理・生活リズム等) 3. 服薬・医療受診 4. コミュニケーション上の問題(家族・近隣) 5. 退院・退後の生活安定 6. 生活状況がきわめて不安定 7. 近隣トラブル 8. 対人関係が不安定 9. ヘルパーが利用できない状況 10. ゴミ屋敷 11. 社会資源の利用が困難 12. 交通機関の利用が困難 13. 生活能力に関するアセスメントが必要 14. その他( )



## 施設入所支援を活用した知的障害者等の退院支援の実態についての調査

(平成26年4月1日現在)

### ■□■ ご記入上のお願い ■□■

- ❖ 本調査は、「施設入所支援」を活用し、精神科病院(精神病床を有する病院)に入院している知的障害者等の退院支援を行っている実態がどのようなものであるかを調査することを目的とするものです。
- ❖ 調査票は、調査票1と調査票2の2種類があります。
- ❖ 平成26年4月1日現在の状況にもとづいてご記入いただきますよう、お願いいたします。
- ❖ 調査票2は 10 名分の記載が可能です。もし、対象者が 10 名以上いらっしゃる場合には、大変お手数ですが用紙をコピーしてご利用ください。
- ❖ 本調査に関する疑問ならびにご不明な点がございましたら、下記の問い合わせ先にご連絡ください。
- ❖ 黒のボールペンでご記入の上、同封の返信用封筒にて平成26年11月20日(木)までにご投函ください(切手不要)。FAX で回答される場合は下記の番号にご送信ください。
- ❖ 本調査の宛先は、独立行政法人福祉医療機構情報システム(WAM ネット)に登録されている情報を参考に作成いたしました。法人名、住所等に間違いがありましたら、お詫び申し上げます。

#### 【問い合わせ先】

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
 事業企画局研究部研究課(担当:志賀利一・相馬大祐・大村美保)  
 TEL 027-320-1450 (土・日・祝を除く 8時30分～17時30分)  
 FAX 027-320-1391 E-mail shiga-to@nozomi.go.jp

I. 貴施設についてご回答ください。

施設／事業所名	
ご記入者様氏名	所属(職名): ( )
所在地	〒
ご連絡先	TEL:( ) - E-mail:

定員	人	現員	人			
		現員のうち障害別の人数				
		身体障害	知的障害	精神障害	児童	その他
		人	人	人	人	人



施設入所支援を活用した知的障害者等の退院支援の実態についての調査(平成 26 年 4 月 1 日現在)

**調査票 2**

※裏面の【記入例】を参照のうえ、ご回答ください

No	入所・月	退院日 に入所	性別	年齢	障害 支援 (程度) 区分	障害 種別	障害者手帳			精神科の 診断名	紹介先	入所にあたり配慮したこと	入院 期間	過去の 在籍
							身体障 害者 手帳	療育 手帳	精神障害 者保健 福祉手帳					
1	年 月													
2	年 月													
3	年 月													
4	年 月													
5	年 月													
6	年 月													
7	年 月													
8	年 月													
9	年 月													
10	年 月													

【記入例】

No	入所・月	退院日 に入所	性別	年齢	障害 支援 (程度) 区分	障害 種別	障害者手帳			精神科の 診断名	紹介先	入所にあたり配慮したこと	入院 期間	過去の 在籍
							身体障 害者 手帳	療育 手帳	精神障害 者保健 福祉手帳					
1	H23年10月	○	女	34	3	2		B2		不明	2	1		
2	H24年2月	○	男	52	5	1	下肢 2級			統合失調 症	2	6		
3	H25年9月		男	31	3	2		B1		不明	4	4		

精神科病院の退院日に入所施設で受け入れを行った場合  
○ をつけて下さい

自治体が定める等級を  
ご記入下さい

入所前・直後の段階で、行った配慮  
で記憶・記録されていることが  
あれば記載して下さい

かつて同施設に  
在籍していた人の  
再入所の場合  
○ をつけて下さい

障害種別	紹介先	入院期間
1. 身体障害 2. 知的障害 3. 精神障害／発達障害含む 4. その他	1. 本人・家族（親族） 2. 市区町村 3. 都道府県 4. 相談支援事業 5. 精神科病院 6. 他の障害者支援施設 7. その他	1. 6ヶ月未満 2. 6ヶ月～1年未満 3. 1年～2年未満 4. 2年～3年未満 5. 3年～10年未満 6. 10年以上 7. 不明

入所希望の紹介（申し込み）がどこか  
ら最初に連絡があったか？

## 研究実施体制

事業の実施にあたり、検討委員会を設置し、調査の枠組みや調査結果の検討を行った。アンケート調査及び現地調査の企画、調査の実施に関する調整、調査結果の分析、ガイドラインの枠組みの設定などを行うために、事業担当者及び調査設計にかかわる検討委員による調査担当者会議を実施した。

### 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 品川真佐子

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

## 執筆者一覧

岩崎 香（早稲田大学）・・・第Ⅰ部：第1章・第2章（2）（4）、第3章（2）（4）－4、第4章  
吉田 光爾（日本社会事業大学）・・・第Ⅰ部 第2章（1）、（4）－3、（4）－5、第3章（1）  
山口 創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）  
・・・第Ⅰ部：第2章（3）、（4）－1、（4）－2、第3章（3）  
志賀 利一・相馬大祐・大村美保（独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園）  
・・・第Ⅱ部第1章、2章、3章  
松岡広樹（NPO 法人じりつ）・・・第1部第2章（4）－1  
社会福祉法人豊芯会 武岡 進・・・第1部第2章（4）－2  
松尾明子（NPO 法人ホットハート）・・・第1部第2章（4）－3、（4）－5  
遠藤紫乃（NPO 法人ホットハート）・・・第1部第2章（4）－8、（4）－10、（4）－11  
社会福祉法人豊芯会 永塚恭子・・・第1部第2章（4）－6  
社会福祉法人豊芯会 松田 しのぶ・・・第1部第2章（4）－6  
社会福祉法人豊芯会 田中 洋平・・・第1部第2章（4）－7、（4）－9  
福岡薫（社会福祉法人みつわ会）・・・第1部第2章（4）－8、（4）－10、（4）－11

---

平成 27 年 3 月

平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

「訪問による自律訓練（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ついて」研究結果報告書

社会福祉法人 豊芯会

〒170-0004 東京都豊島区北大塚 3-34-7

TEL：03-3915-9051 FAX：03-3915-9166

Mail：ji-housinkai@housinkai.or.jp

URL：http://housinkai.heteml.jp/

---