

平成 19 年度 訪問型生活訓練モデル事業 報告書

正式事業名：

生活訓練(とりわけ訪問型モデル)のモデル事業実施とそのアウトカムの検討。
他サービス(デイケア、ホームヘルプ、訪問看護など)との比較検討

特定非営利活動法人 ほっとハート

平成 20 年 4 月

訪問型生活訓練事業報告 目次

・ 事業の目的	2
・ 事業の概要	4
1 . 支援体制の構築・準備	4
1) 目的	
2) 概要	
(1) 検討委員会の発足	
(2) 市内の事業所への協同依頼・受託と実施計画の作成	
(3) 各種検討会・会議の開催	
2 . 訪問型生活訓練事業の実施	6
1) 目的	
2) 対象	
3) 事業の内容	
(1) サービス提供体制の整備	
(2) サービス内容	
4) 事業実績	
5) サービス記録・評価用のツールキットの開発	
(1) 目的	
(2) 作成されたツール	
3 . 相談支援事業との有機的な連携体制の構築	11
1) 目的	
2) 事業の内容	
(1) ネットワーク会議の形成	
(2) 相談支援事業の強化	
4 . 訪問型精神保健福祉サービスの視察	13
1) 目的	
2) 概要	
・ 事業の成果と今後の展望	
1 . 訪問型生活訓練の事業の基盤整備について	15
2 . ケアマネジメント体制の強化	
3 . 視察による訪問型精神保健福祉サービスの方向性の整理	

資料

- 資料 1 : アセスメント票
- 資料 2 : 個別支援計画票
- 資料 3 : サービス記録票
- 資料 4 ; サービス記録用マニュアル
- 資料 5 : 訪問型サービス視察記録票

・事業の目的

精神障害者の質の高い地域生活安定のために、訪問型サービスの提供が有効であることは、Intensive Case Management や Assertive Community Treatment (ACT) 等の研究からも明らかになってきている。訪問型のアウトリーチサービスでは、施設や医療機関などの支援以上に、その人の暮らす場、地域生活の中で必要なニーズを把握し、それに即したサービスを展開することが可能だからである。

しかし、現行の障害者施策の中では、こうした訪問型の福祉サービスの展開はいまだ十分ではない。たとえば、ホームヘルプサービスは精神障害者居宅介護事業として平成13年度から広く展開されてきているが、自立支援法上の枠組みの中では本来、家事援助以上のことはできない。精神障害者が地域生活を続けていくうえでのニーズは家事支援のほか、住居の確保や社会資源利用の手続き支援、生活環境の整備など極めて多岐にわたる。畢竟、家事援助を中心としたホームヘルプサービスでは本来この生活ニーズを十分に満たすことができず、逆にそれを満たそうと試みると支援者の加重負担となってしまう。他方で医療的な対応としては、訪問看護による支援も展開されてきているが、必ずしもその量は地域生活を希望する精神障害者全体のニーズに比べて十分ではない。また看護といった形でのインテンシブな医療的対応を特に必要とせず、重点的に福祉サービスを提供すれば地域生活が可能な層も存在すると考えられる。

さて、平成18年度より障害者自立支援法が施行され、この訪問型サービスに関して、「生活訓練(訪問型)」が制度として設計された。訪問型福祉サービスの展開において、この制度の設立は大きな転換点となる可能性を秘めている。しかし、現在、この生活訓練という制度が十分に展開されているかといえば、いまだ黎明期にあるといわざるを得ない。

この制度を理由としたサービス展開が必ずしも十分ではない理由として、第一に、これまでサービスの実践例が少なく、どのようなサービス展開の在り方が有効・可能なか不明瞭な点があげられる。事業者にとって、ホームヘルプサービスを越えたアウトリーチサービスの展開は方法論的にも未知の部分が多く、どのような運用をしていったらいいのか不明であり、手を出しにくいという状況が推測される。第二に、サービス提供に必要な人員・経費上のコストが不明である点がある。サービス提供単価として訪問につき1870円が設定されているが、実際にこの単価でコストを保証し事業体として運営が可能なのか、どの事業所にとっても未知数であり、サービス展開のメリットは想像されながらも、リスクを取ることができず展開に躊躇している可能性がある。第三に、現在、通所型生活訓練の実施事業者もまだ少なく訪問型生活訓練までサービス展開が波及が及んでいないこと、第四に入所型社会復帰施設・医療機関の利用者の地域生活移行についての支援ルートが確保されていないため、十分なサービス展開がなされにくいという点が課題となっている。

そこで、本事業では、訪問型生活訓練をモデル事業として行い、下記のことを検討することとした。

- ・ 訪問型生活訓練のサービス提供の在り方を提示
- ・ サービス提供のために必要な支援体制の提示
- ・ 必要かつ有効なサービスの在り方を提示
- ・ 訪問看護・ACT・ホームヘルプ等他の訪問型サービスとの異同の整理
- ・ サービスに必要なコストの分析

ただし、本年度は事業の施行期間が3か月と短期だったため、全ての目的が達成されたわけではなく、その基盤整備にとどまった。本報告書では現段階での基盤整備の状況と、その実施の中から明らかになってきた課題等を報告する。

．事業の概要

1．支援体制の構築・準備

1) 目的

訪問型生活訓練を実施するにあたって、まず、市川市における支援体制の構築を図る必要があった。そのため、本事業では平成 19 年 12 月 14 日付の内示を受け、本格的に事業をスタートするにあたって、以下のような形で支援体制の構築・準備をはかった。

2) 概要

(1) 検討委員会の発足

まず、訪問型生活訓練を行うに際し、実施内容や体制についてのらいふ事業検討委員会を発足させた。これについては市内の精神保健福祉関連の各福祉事業者の代表や国立精神・神経センター精神保健研究所（実証的な調査の観点が必要と考えられたため）の協力を仰ぎ、全体的な計画を描くこととなった。

(2) 市内の事業所への協働依頼・受託と実施計画の作成

その中で訪問型生活訓練は単体の事業所（本ほっとハート）で行う事が困難であると考えられたため、協働団体への参加依頼を行った。この中で、市内にある 3 か所の事業所（NPO 法人ほっとハート、サンワーク、M ネット）への協働依頼・受託が得られることとなり、この 3 法人による予算と人員体制を含めた具体的な実施計画を作成した。また、医療的な対応を必要とする事例については ACT サービスを展開する NPO 法人 ACTIPS の協力をえることとした。また ACTIPS については、アウトリーチ活動についての地域向けの情報発信について協力を得た。

(3) 各種検討会・会議の開催

具体的に実施計画が固まったところで、事業を運営していくために、各種検討会・会議を、その目的ごとに開催する必要があると考えられた。そこで、我々は以下の会議を設定し、行うこととした。

(a) 運営委員会

まず、事業全体のマクロな視点での方向性や、予算の運営状況などを検討・把握するための運営委員会を月 1 回開催し、各種福祉事業者の代表・担当者と精神保健研究所のスタッフを中心に構成した。

(b) ケース検討会

訪問型生活訓練が行われるにあたり、各ケースについての支援方針や、各種機関との連携の在り方などを振り返るケース検討会が必要と考えられた。そのため、各福祉事業所ごと、場合によって必要な際は 3 事業所合同でのケース検討会を可能な限り週単位で開催することとした。また、調査に関する必要事項の連絡などもこのケース検討会を通じて行うこととした。

(c) 訪問従事者勉強会

本事業を担うメインとなるスタッフは概ねホームヘルパーの有資格者であったり、日常の臨床で利用者の訪問を行ってきた経験者ではあるが、その技術と知識は統一されたものではなく、各自のスキルの統一的な研鑽が必要と思われた。そのため、訪問従事者の勉強会を随時開催することとした。

(d) コーディネーター連絡会

後述するが、訪問型生活訓練を行うにあたっては、ケースを本事業へと導入していく必要となるが、その際、自立支援法上の相談支援事業における障害者ケアマネジメントの機能が重要となる。本事業では相談支援事業を強化し、市川市における精神障害者ケアマネジメントを担うコーディネーターを独自に設定するとともに、そのコーディネーターと各事業所の訪問型生活訓練担当者の連携を図るためのコーディネーター連絡会を月1回開催することとした。

上記のような検討会、計画、各種会議を立ち上げることによって、訪問型生活訓練の実施体制を構築し、サービスを開始せしめた。

2. 訪問型生活訓練事業の実施

1) 目的

本事業の目的としては障害者が、生活に必要なスキルを身につけ、サポートを受けながら安定的かつ豊かな地域生活を送れるようにすることである。

ところで、地域生活能力の向上をはかるためには、たとえばデイケアや院内における SST、通所型生活訓練などが存在する。しかし、通所型のこれらの訓練には

！ 実際の地域生活環境の中での訓練ではないため、訓練内容を日常生活に汎化させていくことに限界がある。

！ 状態像や対人関係が不安定な精神障害者においては、これらの訓練に通所することが適わない層が存在する。

！ 集団での訓練になることが多いため、利用者が日常生活において抱える多様なニーズを個別のかつ適切に対応していくことが困難な場合も多いことがある。

訪問型生活訓練は、日常の地域生活に密着した環境で、訪問を通じて積極的に利用者に関与していくことで、極めて具体的・個別的にニーズを把握し対応していくことを通じて、上記の通所型訓練の限界を乗り越えようとするものである。

2) 対象

本事業の対象者は市川在住の精神障害者であり、対象年齢が 18 歳～65 歳、主診断が統合失調症圏・感情障害（うつ病、躁うつ病）の者としたが、具体的な利用者像としては上記の目的を鑑みて、以下のようなものがあげられる。

（1）退院予定者で、複数のニーズがあり、当面の生活の維持に困難を生じている者

これまでの病院からの退院支援においては、かならずしも地域と医療施設との連携が十分ではなく、地域生活へ移行するにあたって、退院前に行われる本人を支える環境や日常生活の整備が十分ではなく、結果として退院後に当事者が多くの生活課題をクリアしていくことを事後的に支えなくてはならなかった。また、退院直後で不安定となっている利用者にとって、地域生活支援のスタッフが新規に関与し始める事は、大きな負担となり、場合によっては当事者と支援者の関係性づくりに困難をきたす場合もあった。本事業では退院予定者に訪問型生活訓練を通じて積極的に関わり、退院前に十分に調整を行うことによって、退院促進をよりスムーズにしていくことが可能であると考えられる。

（2）障害福祉サービスを利用・登録しているものの、利用中断あるいは利用が不安定な状態となっている者

前述したが対人関係や状態像が不安定な障害者によっては、生活上のスキルを伸ばしていくニーズや希望が本人にあり、障害福祉サービスに利用・登録している場合でも、通所型の支援をうけることが困難であったり、担当者とのコンタクトの状況が極めて不安定・過疎な状況になっているものも多い。こうした対象者層については、従来の通所型サービスを適用することが難しい状況にある。よって、本事業ではこのような対象者に積極的に訪問活動を通じて関与していくことで、支援を途切れさせずに行っていくことが可能であると考えられる。

(3) 複数ニーズを持っているが、サービスにつながっておらず引きこもり状態にある者。

上記のような支援とのつながりが不安定な者に加え、地域には精神保健福祉上のニーズを抱えながら、ほとんどのサービスにもつながっておらず、引きこもり状態になっている層も存在する。これまで、こうした状態にある者については、いかにニーズがあることが明白でも利用者からの希望がない限り、接触をとることができなかった。本事業では侵襲的にならない範囲で、こうした対象層に可能な限り訪問を通じて関与していくことを目指すものとした。

3) 事業の内容

(1) サービス提供体制の整備

具体的に本事業を実施するにあたっては、共同参画する法人 3 か所でサービス提供体制を整備することとした。各事業所で通算 20 名のスタッフによる提供体制を準備した。この 20 名という内訳は、原則として 5 人を 1 チームとして計 4 チームから動くことと設定したためである。

また、新規のサービスであり地域の支援者、利用者にとってもなじみの薄いサービスとなってしまうため、地域コーディネーターによる説明や、説明会の開催を通じて、医療機関、市役所、各種福祉事業所へサービス内容と趣旨を報知し、サービスへのアクセシビリティを高めることとした。

(2) サービス内容

日常生活と一言でいっても極めて多様な要素を含んでおり、地域生活を送ろうとする利用者にとって、必要な日常生活スキルや、それを習得していくまでに支援者が支えていく必要のあるニーズは多岐にわたる。ホームヘルプでもその一部は支援することができるが、ホームヘルプでは日常生活支援の枠を超えず、対応出来なかったり、あるいは支援者が大きな負担を伴って担っていた部分が存在する。こうしたことを鑑みて想定される訪問型生活訓練の訓練・支援の領域は、主として以下のようなものが存在する。

(a) 関係作り

安定的な対人関係を不得手とすることも多い障害者にとって、支援者との関係づくりを時間をかけて行う事は、その後の支援を円滑に行うための極めて重要な支援のステージである。

(b) 日常生活相談・訓練

日常生活をつつがなく送っていくためには、具体的に以下のような多様な領域の支援を行っていく必要がある。

- 食に関する支援・訓練（買い物、調理、メニュー決め）
- 洗濯・清掃・入浴の促し・整容の支援・訓練
- 服薬管理の支援・訓練
- 金銭管理の支援・訓練
- 交通利用の支援・訓練
- 社会資源利用の支援・訓練

なお、日常生活支援といっても金銭管理や交通利用の支援等はこれまでのホームヘルプでは十分に対応できなかった部分である。

(c) 地域生活（移行）の為の環境調整

医療機関や入所施設に入院・入所しているものが、地域生活に移行するにあたっては極めて多岐にわたる契約・環境調整を行っていく必要がある。本事業ではこれらを利用者とともに行っていくことで、地域生活を安定的に送れるように支援することとした。

- 日常生活に必要な物品購入
- 各種福祉制度・サービスの利用調整
- 電気・ガス・水道等生活に必要なライフラインの契約等の支援・調整
- 居住地の確保の支援

(d) 通院・通所等の同行支援

精神障害の当事者にとって、医療機関への通院や各種福祉サービスの通所は必ずしも安定的なものではなく、一度つながったとしても利用中断が起りやすく、そのために再発が引き起こされたり、あるいは日常生活に破綻をきたすことも少なくない。あるいは交通機関の利用に困難を覚える場合もある。こうしたニーズについてはこれまでの制度では十分に支援ができず、主として高齢の家族によって負担されていた。本事業では通院・通所の同行支援・訓練を通じて、こうしたニーズに対応していくこととした。

(e) 危機対応

精神障害者に見られる少なくない特徴のひとつに、繰り返される不安や焦燥、再発、あるいはそれにとまなう日常生活や対人関係上のトラブルなど、緊急的に対応が必要な危機状況を繰り返すという点がある。そうした場合への迅速な対応についてはオフィスベースでの活動には限界がある場合があり、このような訪問型サービスの有効性が発揮されると考え、サービスの一環とした。ただし、きわめて内容をかんがみて医療上のニーズが大きい場合には、福祉サービスである本事業のみで対応するのではなく、適切に医療機関と連携をはかることとした。

(f) 家族に対する支援

精神障害者の家族との同居率は高く、もっとも身近な支援者である場合が多いため、精神障害者の日常生活支援・訓練において、家族というファクターをはずすことはできない。そのため、家族自身の障害に関する理解や対応スキルを伸ばすことも副次的に必要となってくる場合がある。また、精神障害者の家族は高齢化が進んでおり、本人の障害のみならず、家族の健康上・経済上など多問題を抱えることも起こりやすくなっている。家族に対する直接の支援は行わないまでも、必要なサービスにリファーしたり、問題解決への一定のめどをつけるなどの支援も必須となってくる。

上記のような観点から、対象者の日常生活のスキルやニーズを判断し、サービスを行っていく。

ただし、重要なのは、これらを支援者はすべて利用者に代わって「代行」するのではないということである。本人の送りたい生活像を把握しながら、それに向かって必要なことを利用者とともに行う、そしてその中で利用者の強みや長所（ストレングス）を見出しな

がら、伸ばしていくことが目的であり、場合によって時間はかかるかもしれないが、本人自身の能力や自信をエンパワメントしていくことが重要であると考え、支援を行った。

なお、これらのサービスについては、精神障害の不安定性という特性や、本人自身の力が助長・開花していくであろうことを踏まえ、定期的にケアプランを刷新していく必要があると考えられた。そのため、3か月毎に本人の生活状況についてアセスメントをし個別支援計画を立てることで、サービス内容の質を高めてモニタリングを行うこととした。

4) 事業実績

上記のような提供体制を敷いた結果、現在、以下のようなサービス実績となっている。

《提供事例数：平成20年4月》

- ・ 契約済みの事例：18事例
- ・ コンタクト開始事例：5事例
- ・ 述べ訪問回数：166コンタクト（平成20年3月時点）

5) サービス記録・評価用のツールキットの開発

(1) 目的

すでに述べたように、本事業の目的としては、以下の研究・調査課題について実証的に明らかにすることである。

(a) サービス内容の分析

精神保健福祉に関する訪問型のサービスについては、いわゆる Assertive Community Treatment (ACT) や訪問看護、またホームヘルプサービスなどが存在する。こうした訪問型サービスが現状少数ながらも存在する中で、訪問型生活訓練が何が寄与できるかについて検討していかなければならない。そのために、行われているサービスの内容や種類、intensity について整理し、何が同じで、何が異なるのかを分析し、訪問型生活訓練が何が寄与できるのかを明らかにしていく必要性がある。

(b) サービスによる効果の評価

具体的にサービスが行われたことによって、対象者にどのような改善が見られたのかについて明らかにしていく必要性がある。たとえば、地域生活の安定や、日常生活上のニーズの改善、支援者との安定的な関係の構築などに関して、どのような影響がみられるのかを対象者のサービス開始前・サービス開始後の状況を比較することで詳細に分析していく。

(c) サービスに要するコスト分析

訪問型生活訓練についてはこれまで十分な実施事業者が少なかったため、運用にどの程度のコストが必要なのか、実際に自立支援法で設定された単価で実施可能なかどうかについての情報蓄積が不十分である。本事業には、それに対する一定の回答を行っていく役割が求められていると考え、以下の観点から分析を行っていく。

- ・ 一件あたり訪問支援に要する時間・コストの分析
- ・ 妥当な時間あたりの報酬単価の試算

- ・ サービスにつながりにくい精神障害者がケアマネジメント・生活訓練の過程につながるまでのサービス量・コストの試算

上記のような研究課題を遂行していくにあたっては、対象者の情報をアセスメントし、またサービスの経過について量的に情報を収集できる各種ツールが必要である。そのため、本年度は以下のようなツールキットを開発し、実施上使用するものとした。なお、こうした実証的調査の知識・技術提供については、特定非営利活動法人 ACTIPS に依頼し、協力をあおいだ。

(2) 作成されたツール

作成されたツールは以下のものである。(添付資料参照)

(a) アセスメント票(資料1)

対象者の生活状況や背景、本人の生活に関する希望や、日常生活上のニーズを把握するためのシート。3ヶ月ごとに更新される。ホームヘルプサービスや ACT など利用されるアセスメント票を参考に作成した。

(b) 個別支援計画(資料2)

障害者自立支援法で利用される個別支援計画書を、3ヶ月ごとに更新されること、目標課題の明確化などの点で修正を加えた。

(c) サービス記録(資料3)

日々のサービスについて、そのサービス時間、サービスの提供場所、サービスの提供種類、その強度について、記録するもの。支援スタッフが本人と一回コンタクトをするごとに必ず記録される。サービスの種類については、サービスコードと呼ばれる分類を用意して、実践したサービスがいずれかのコードにカテゴライズされるようにした。なおサービスコードの作成については、ACT で使用されているサービスコードや訪問看護の研究などを反映させた。

(d) サービス記録用マニュアル(資料4)

支援者がサービスを記録しやすいように、行ったサービス実践が、どのサービスコードに分類されるかを、詳細に記したマニュアル。

なお、これらについては後述される相談支援事業についても同様のものを準備した。

3．相談支援事業との有機的な連携体制の構築

1) 目的

訪問型生活訓練は万能ではない。たとえば就労希望のニーズをもっていたり、あるいは何らかの日中活動の場に参加したいと思う対象者にとって、訪問型生活訓練はサービスニーズを満たせない。往々にして精神障害者は複数かつ多様なニーズをもっているため、十分に生活を支援するためには、訪問型生活訓練に加えて、適切なサービスにつないでいくためのケアマネジメント機能を強化していく必要がある。

また、訪問型生活訓練を必要としている人に、確実にサービスをつないでいくためには、サービスの適用が適切と考えられる対象者とサービスの間のリンケージ、あるいはゲートキーピングの機能が確保されねばならない。

このように考えると、訪問型生活訓練を有効に機能せしめるには、合わせて必要なサービスを本人につなげるケアマネジメント機能の整備が重要になってくると考えられた。そのため、自立支援法上の相談支援事業機能を強化し、それと訪問型生活訓練との有機的な連携体制を構築するものとした。

2) 事業の内容

(1) ネットワーク会議の形成

ケアマネジメントを有効に機能せしめるためには、各関係機関が日常的に情報交換をし、担当者どうしがお互いに顔見知りとなる関係の育成が必要である。これを果たすために、市川市における主だった精神保健福祉関係機関でネットワークを形成し、定期的に連絡会議をもつこととした。

このネットワーク会議の役割は以下のものである。

(a) 各機関の相互の役割や情報交換を促進

必ずしも関係各機関が互いの役割や特徴を十分に把握しているわけではない。また実際にケアマネジメントを円滑に行っていく場合には、相互の担当者が知己になっていることが肝要である。よってネットワーク会議を通じて、情報交換などを行っていくこととした。

(b) 困難事例に関する検討

単独の機関、個別の担当者では対応できない困難事例が地域からあがってくる場合がある。このような事例について、ひとつの機関・担当者で抱えるのではなく、地域全体で対応し、解決策を模索していくための場として、ネットワーク会議を開催していくこととした。

(c) 地域課題の共有

各機関が個別の事例に対応している中で、地域全体として抱える課題が浮き彫りになってくることがある。たとえば住居サービスの寡少であったり、レスパイトケアの不足などである。しかし、個別の機関が独自に活動する中では、こうした地域課題には十分に対応できない。こうしたマクロなレベルの地域課題に対応していくために、地域の関係機関が集まり、課題についての議論を行い、コンセン

サスを形成していくことで、新規の社会資源を開発したり、新たな役割分担の体制を組むなど、地域課題への対策を練る場として活用していくこととした。

(2)相談支援事業の強化

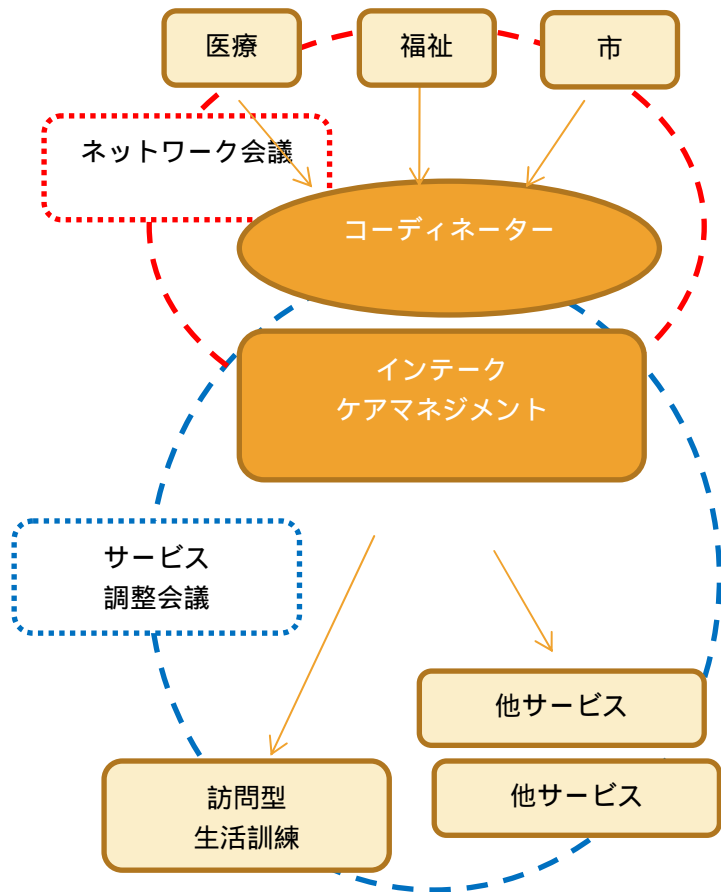
市川地区における精神保健に関する相談支援事業について、本事業で専従の相談支援専門員(コーディネーター)を2名配置し、以下のような流れでケアマネジメントが行えるような体制を整えた。

ネットワーク会議に参加している医療機関、市窓口、各福祉機関に寄せられる各種相談が、コーディネーターにリファーされる。

インテーク後、必要なサービスとの連携を図る。

- サービス調整会議の開催を行う。
- 各事例の戸別訪問や病院などへアウトリーチによる相談も行う。(退院事例やひきこもり事例など)
- 必要時には訪問型生活訓練にリファーする。
-
-

このような体制を敷いた結果、現在のケアマネジメントにリファーされ接触した事例は14名となった。



4．訪問型精神保健福祉サービスの視察

1) 目的

現在訪問型の精神保健福祉サービスを展開している地域は必ずしも多くないが、先進的な地域活動も少数ではあるが行われている。そうした事業の実態を整理し、また、そのサービスの効果的な点を参考にし、事業計画に反映することを目的として、先進地域を視察・訪問した。

2) 概要

下記の地域について、一定の調査フォーマットを用いて（資料5参照）視察を行った。

- 福島県：(財)竹田総合病院
- 茨城県：いなしき（稲敷）ハートフルセンター
：社会福祉法人町にくらす会
障がい者支援施設 KUINA
- 岡山県：ACT 岡山
- 大阪府：NPO 法人精神障害者支援の会 ヒット
- 京都府：ACT-K

現在、これらのデータを集計中であるが、現在までに整理されてきたポイントは以下である。

(a) 関係性形成に関するコスト

いずれの事業体においても、本人との関係性形成にかなりの時間・経費上のコストが必要であることが示唆されている。

(b) ホームヘルプでは行えない支援

住環境整備や社会資源利用などの支援が必要な場合も少なくなく、単なる日常生活支援の枠を超えているため、一般的なホームヘルプでは行えない。逆に支援上の必要に迫られ、ホームヘルパーが精神保健福祉士の資格を独力で取得し対応するなど、精神保健福祉上の専門知識・技術を獲得しながら行っている。また、市町村によっては、こうしたホームヘルプでは対応できないニーズに応ずるために、身体介護とホームヘルプの中間として心身介護といった支援区分を行政がもうけ、独自に訪問型支援を提供している地域も存在する。

(c) 間接的支援の重要性

本人の生活能力は、症状の変動の影響を受けるため、たとえば家事についていえば、できるときはできるが、不調の際には対処が難しくなるなど、非常に不安定である。また、有事の際に本人からの援助要請がない場合がある。こうしたことから、直接的に家事や必要な行動を支援者が代行する、という直接的支援よりも、本人の行動を見守るといった間接的支援がかなり重要であるということが示唆された。

(d) 入院中の関わり

精神障害においては頻回入院や長期入院など、医療機関への入院による地域生活の

中断が多く見られる。この地域生活の中断がしばしば、地域での支援者との関係をも途絶させてしまうため、入院中に地域の事業者側から医療機関の利用者のもとへと出向いて継続支援を行うことが非常に重要であるという示唆がえられた。こうした入院中の支援については、新規事例の場合の関係性作りや、地域移行に関する準備を兼ねた院内からのアウトリーチ活動などが重要であると推測された。

(e) ステップダウンの可能性

訪問型サービスについては恒久的に強度の支援が必要なのではない。初期には重点的なかわりが必要だが、支援が入り、本人の生活課題が整理され、自分らしい暮らしを築いていく中で、支援は次第に薄いものとなるという支援のステップダウンが十分に期待できることが、各地の事例から推測された。

・事業の成果と今後の展望

上記の事業を行った結果、以下のことが成果としてえられたと考えられる。本節では今後の展望を交えて、成果を整理する。

1) 訪問型生活訓練の事業の基盤整備について

これまで、訪問型生活訓練の事業化については、ほぼ手付かずの状態であったが、本モデル事業を通じて、実際の体制を整備し実施することができた。ここでえられた検討委員会や実施相談員の配備、支援体制に付いては、それ自体が今後、訪問型生活訓練を行っていく事業体のモデルとなりうると考えられる。

また、記録・評価用ツールキットの作成をしたことは、今後の実証的検討の重要な基礎となるものであり、重要な成果であると考ええる。本年度の実施事例は事業の期間が3ヶ月と短期だったため、十数事例にとどまるが、今後事例を蓄積するとともに、今年度のモデル事業の有効性について実証的検討を行っていく予定である。特にサービス内容、サービス効果、経済的コストの検証をすることで、サービスに必要な単価や人員数、またコンタクトの難しい事例のエンゲージに必要な時間的・経済的コストを産出し、事業体として運用可能な訪問型生活訓練の在り方に関するモデルの提示を行う予定である。

2) ケアマネジメント体制の強化

本事業では市川市地域での精神保健総合相談窓口としての相談支援事業を改めて設定し、ケアマネジメント機能をもたせることにより、地域全体の精神保健相談に関する能力を強化することができた。このことは訪問型生活訓練を行う際にも、地域全体の体制整備が重要であることを再確認させるものであり、ひとつの知見となりえた。

特に相談支援事業＝サービス内容を定めるケアマネジメントと、訪問型生活訓練＝継続的なサービスモニタリング・ダイレクトサービスを組み合わせることにより、障害の状態像が不安定な精神障害者のリカバリーのプロセスを、柔軟かつ継続的に「伴奏者」として支えられるような支援体制を整える必要があるという知見は今後の事業の方針として、非常に貴重なものとなった。

なお、このケアマネジメント体制についても事例の蓄積を行い、支援の期間や、それに対する経済的コストを分析する予定である。

3) 視察による訪問型精神保健福祉サービスの方向性の整理

平成19年度の事業では各地域のサービスの実施調査を聞き取りで行うことにより、記述したようなサービスの共通点について一定の知見を得ることができた。現在はACTなどを中心とした視察になっているが、今後訪問看護ステーションや、あるいは活発に活動しているデイケア等の施設を訪問し、逆にどのような点で訪問型生活訓練が他のサービスと比較して秀でる可能性があるのか、を探っていく予定である。

上記を踏まえて、今後わが国で事業者が実施可能な訪問型生活訓練のあり方について、来年度以降具体的な提言を実証的におこなっていきたいと考えている。

添付資料

生活訓練アセスメント票		記入 時点	開始時	3か月	6か月	9か月	12か月		
受付者 氏名： 面接年月日：平成 年 月 日			所属 本人氏名：						
障害者 本人 の 概 要	生活歴								
	障害程度 区分	非該当	1	2	3	4	5	6	未認定
	生活訓練 開始後 の就職歴	1. 開始後就労経験なし		2. 開始後就労経験あり(下記に記入)					
		【概要】							
		内容	期間		内容	期間			
			年月	年月		年月	年月		
	病歴 ・ 障害歴	年月	事項		年月	事項			
	相談機関とのつな がり(医療以外)	1)良好 2)やや中断しがち 3)かなり中断しがち		4)つながっていない		5)入院中			
	医療機関利用状況(現在の受診状況,受診科目,頻度,主治医,どの疾患での受診)								
	通院状況	1)良好 2)やや中断しがち 3)かなり中断しがち		4)未受診・中断		5)入院中			
	服薬状況	1)良好 2)やや中断しがち 3)かなり中断しがち		4)未受診・中断		5)入院中			
	過去1年間 の入院歴	1回目	年月~年月		3回目	年月~年月			
		2回目	年月~年月		4回目	年月~年月			
医療保険 被保険者(本人・家族) 国民健康保険 健康保険 記号 番号									
現在使用している福祉用具:									
生活状況(普通の1日の流れ) 週間生活表が必要な場合は別紙に記入 本人									
介護者									

利用者の状況

1 生活基盤に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の必要性		
経済環境		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
住環境		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

2 健康に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の必要性		
服薬管理		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
通院行動		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
身体面の病気 への留意		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
体力		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

3 日常生活に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の必要性		
衣類着脱 (上衣)(ズボン)		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
整容行為		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
食事行為		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
排泄行為 (排尿)(排便)		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
睡眠		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
入浴行為		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
ベットへ移乗 (床)(車椅子等)		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
屋内移動		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
調理(後片付け を含む)		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
洗濯		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
掃除		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
整理・整頓		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
ベットメイ キング		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

買物		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要	
衣類の補修		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要	
育児		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要	
生活リズム		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要	

4 コミュニケーション・スキルに関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の必要性		
対人関係		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
情報伝達機器の使用		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

5 社会生活技能に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の必要性		
屋外移動 (近距離移動)		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
交通機関の利用		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
銀行・郵便局 公的機関利用		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
金銭管理		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
危険の管理 (火気・防犯等)		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

6 社会参加に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の必要性		
レクリエーション等		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
趣味		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

7 教育・就労に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の要・不要		
教育		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
就労		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

8 家族支援に関する領域

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の要・不要		
情報提供		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
家族関係調整		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
家族自身の困 難の軽減		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

9 そのほか

項目	チェック内容			本人の能力と制限 本人の環境と制限	気づいたこと 気づいたこと
	実態	本人希望	援助の要・不要		
()		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
()		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		
()		有・無	不要・見守り・ 必要・特に必要		

希望する1日の流れ

本人の要望・希望する暮らし

家族の要望・希望する暮らし

関係職種からの情報

[家屋の見取り図] 持ち家 その他

担当者所見

現在の社会資源利用状況（ にチェック） ここでいう利用とは社会資源に関しては1ヶ月以上安定的に利用できているものを指す

医療的支援

精神科病院・クリニック（本人定期受診）
精神科病院・クリニック（家族定期受診）
精神科デイケア
訪問看護
保健所相談

自立支援法：介護給付

居宅介護
重度訪問介護
行動援護
療養介護
生活介護
児童デイサービス
短期入所
重度障害者等包括支援
共同生活介護
施設入所支援

自立支援法：訓練等給付

生活訓練
就労移行支援
就労継続支援（雇用型）
就労継続支援（非雇用型）

その他

退院促進支援事業
地域活動支援センター
生活サポート事業
作業所
障害者職業センター
障害者就業・生活支援センター
職場適応訓練事業
社会適応訓練事業

経済的支援等

障害基礎年金（1級・2級）
障害厚生年金（1級・2級・3級）
生活保護
自立支援医療費
精神障害者保健福祉手帳（1級・2級・3級）

個別支援計画書 (3か月ごとにモニタリング)

利用者名・受給者番号 _____ 様 NO. _____ 生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 歳 性別 _____

障害程度区分								
	非該当	1	2	3	4	5	6	未認定

記入時期	初回	3か月	6か月	9か月	12か月 (裏面の み)
------	----	-----	-----	-----	--------------------

利用開始日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 区分 1.生活訓練 2.ホームヘルプ 作成者 _____

支援目標

導入期	定着期 (導入と合わせ3か月)	訓練期 (3~9か月)	移行期 (9~12か月)

優先度	ニーズ	支援目的	サービス内容	頻度	担当者・摘要

番号は支援者による支援の優先度を示す

利用者名 _____

【サービス利用計画書写し添付】

【 3ヵ月後に裏面を評価】

同一の日に複数コンタクトした場合、一回目は黒、二回目は青、三回目は赤のボールペンで記入し、内容が区別できるようにしてください。

対象者名:

コンタクトの実施日	H 年 月 日	担当者	種別	1)訪生練 2)HH 3)ACT 4)訪看		
1日の支援内容の概要	天気:晴/曇り/雨/					
	支援の対象		1)本人 2)家族 3)その他()	支援の実時間(訪問時間・面接など)	()分間	
			支援に要した他の時間(移動時間・記録)	()分間		
コンタクトの場所		1)本人自宅 2)オフィス 3)電話(回) 4)自宅以外の地域の場所() 6)他()				
行った支援のコード (行った支援の□に☑する。支援方法に分類のあるものは分類に1つ をつける)						
.関係作り・ジョイニング			.ケアマネジメント			
<input type="checkbox"/> ケアマネジメント・生活訓練についての参加と働きかけ			<input type="checkbox"/> アセスメントの実施(再実施含む)			
<input type="checkbox"/> 本人との関係作り			<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスに関する基本的な情報の提供			
<input type="checkbox"/> 家族との関係作り			<input type="checkbox"/> ケアプランの作成(再作成含む)			
			<input type="checkbox"/> ケア会議の開催(再開催含む)			
			<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスの利用導入のための援助			
			<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスの利用状況のモニタリング			
.本人への支援						
1.日常生活の支援	<input type="checkbox"/> 食生活・栄養の取り方・調理に関する支援		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 更衣・洗顔・入浴・着替え・排せつなど清潔の支援		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 洗濯・清掃・害虫駆除などの支援		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 買い物に関する支援		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 生活器具の使い方・修理・準備に関する支援		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 安全確保(火気・防火・防犯等)に関する支援		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
2.金銭管理の支援	<input type="checkbox"/> 生活費の使い方に関する支援		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 生活保護や障害年金受給に関する支援		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
3.対人関係支援	<input type="checkbox"/> 近隣の間人関係への援助		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 知人・友人関係への援助		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 異性関係への援助		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 医療・福祉スタッフとの関係性への援助		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()		練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング

同一の支援の種類に複数の支援要素(練習、代行、相談、モニタリング)が含まれる場合は、当てはまるものすべてにチェックをしますが、支援の中で占める割合の高い順に > > > x でマークをつけてください。

4.社会生活支援	<input type="checkbox"/> 交通機関の利用や移動に関する支援	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 電話・郵便・インターネットなど通信利用の支援	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 銀行・郵便局・公的機関の利用・手続きの支援	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
5.日中活動	<input type="checkbox"/> 日中の過ごし方や生活リズムに関する支援	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 趣味・余暇活動(散歩や音楽等)に関する支援	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 日中活動の場への参加・継続の支援 ¹	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
6.住環境	<input type="checkbox"/> 住む場所を確保することに関する支援	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 引っ越しに関する支援	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 住居環境を保つための支援(修繕・大家交渉等)	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()	練習・並行	代行	相談・助言	モニタリング
7.家族関係調整	<input type="checkbox"/> 家族とのつきあい方に関する本人への支援	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()	具体的援助		相談・助言	モニタリング
8.精神症状の対処	<input type="checkbox"/> 精神症状を安定させるための援助	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> お薬を飲むことに関する援助	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 通院に関する援助	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 副作用の対処	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()	具体的援助		相談・助言	モニタリング
9.危機介入	<input type="checkbox"/> 自傷他害に対する働きかけ	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 症状悪化・心理的混乱に関する支援	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 入院関連の対応	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 家族など支持組織に対する働きかけ	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()	具体的援助		相談・助言	モニタリング
10.からだの健康	<input type="checkbox"/> からだの病気・症状に関する支援	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> からだの病気・症状に関する病院利用の支援	具体的援助		相談・助言	モニタリング
11.仕事・教育	<input type="checkbox"/> 一般就労に関する支援	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 保護的就労への支援	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> 教育・修学に関する支援	具体的援助		相談・助言	モニタリング
	<input type="checkbox"/> そのほか()	具体的援助		相談・助言	モニタリング
.家族支援					
<input type="checkbox"/> 本人とのつきあい方に関する家族への援助		具体的援助		相談・助言	モニタリング
<input type="checkbox"/> 家族自身の困難の援助		具体的援助		相談・助言	モニタリング
<input type="checkbox"/> そのほか()		具体的援助		相談・助言	モニタリング
.そのほかの支援					
1.ケアの連携	<input type="checkbox"/> 関係者との連携・調整・検討	<input type="checkbox"/> そのほか()			
2.エンパワメント ・傾聴	<input type="checkbox"/> 漠然とした不安や相談の傾聴	<input type="checkbox"/> コントロール感を高めるための援助			
	<input type="checkbox"/> 肯定的フィードバック	<input type="checkbox"/> そのほか()			

【サービスコードとサービス内容の対応】 当てはまる内容が2つ以上の場合はすべてチェックする

.関係作り・ジョイニング		
<input type="checkbox"/> ケアマネジメント・生活訓練についての参加と働きかけ	本人生活訓練の利用を勧める。 利用を勧めるためにご本人の様子をうかがう。	
<input type="checkbox"/> 本人との関係作り・エンゲージメント	本人との関係を作るために、世間話や本人の興味のあることを一緒にする。相談に乗る。	
<input type="checkbox"/> 家族との関係作り・エンゲージメント	家族との関係を作るために、世間話や本人の興味のあることを一緒にする。相談に乗る。	
.ケアマネジメント		
<input type="checkbox"/> アセスメントの実施(再実施含む)	本人や家族の生活の希望や状況について話を聞く。 関係者から情報を収集する。 訪問して状況を観察する。	
<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスに関する基本的な情報の提供	利用できるサービスや社会資源についての具体的な情報を提供する。	
<input type="checkbox"/> ケアプランの作成(再作成含む)	ケアプラン、個別支援計画の作成	
<input type="checkbox"/> ケア会議の開催(再開催含む)	ケア会議の開催、ケア会議の開催に向けた調整	
<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスの利用導入のための援助	社会資源やサービスの利用導入のための不安の軽減や情報提供、見学の調整、同行など	
<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスの利用状況のモニタリング		
.本人への支援		
1.日常生活の支援	<input type="checkbox"/> 食生活・栄養の取り方・調理に関する支援	食事の頻度や時間帯の検討 メニューを決める。 内容や量、腐敗物や賞味期限などに問題がないか確認する。 買ったり使ったりする材料を決める。相談に乗る。 食品に関する買い物のチェック(量、品質など)、代行。 調理を代行する、手伝う、見守る 外食の利用について相談に乗る、一緒に外食に行ってみる。 食品の保管方法(冷蔵庫に入れる等)に関する支援
	<input type="checkbox"/> 更衣・洗顔・入浴・着替え・排せつなど清潔の支援	季節や TPO に合った着衣、衣替え 着ているものの状態(穴が空いている等)のチェック 適度な頻度での更衣の支援 洗顔・髭剃り・入浴・洗髪・歯磨きなど身体の清潔保持に関する支援 トイレの利用、弄便、適切な排泄に関する支援
	<input type="checkbox"/> 洗濯・清掃・害虫駆除などの支援	衣服の汚れ物を散らかさない、洗濯・物干し・折りたたみなどの支援 部屋・風呂・トイレなどの掃除の支援 掃除器具(掃除機、雑巾など)の利用の支援 食器や調理器の洗浄、片付け

		<p>蒲団のあげおろしや、布団干しに関する支援</p> <p>ごみ出しの有無、適切な日時のごみ出し、ごみの分別、ごみをため込まないための支援など</p> <p>手紙や重要書類の保管、整理</p>
1 日常生活の支援	<input type="checkbox"/> 買い物に関する支援	<p>買い物をする場所の確認、相談</p> <p>買い物内容(適切な物品、適切な量、品質、サイズ)のチェック、代行、相談)</p>
	<input type="checkbox"/> 生活器具の使い方・修理・準備に関する支援	<p>家電などの使い方や修理に関する相談</p> <p>必要な生活器具の準備・買い物に関する相談</p>
	<input type="checkbox"/> 安全確保(火気・防火・防犯等)に関する支援	<p>煙草や火の始末、ガス・水道の元栓の管理に関する相談、チェック</p> <p>家の戸締りや他の施錠に関する相談、チェック</p>
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
2 金銭管理の支援	<input type="checkbox"/> 生活費の使い方に関する支援	<p>生活費の使いすぎ、使わなさすぎることに関する相談。</p> <p>生活費の計画的な使用に関する支援。</p> <p>家計簿や出納帳の記入、管理に関する支援</p>
	<input type="checkbox"/> 生活保護や障害年金受給に関する支援	<p>生活保護や障害年金の受給に関する相談</p> <p>申請に関する手続きの支援</p>
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
3 対人関係支援	<input type="checkbox"/> 近隣の人間関係への援助	<p>近くのお店の人との関係づくり、やりとりに関する支援</p> <p>回覧、郵便受けの管理やごみ出しなど、近隣のルールの順守に関しての関係調整</p>
	<input type="checkbox"/> 知人・友人関係への援助	<p>既にある知人や友人関係、あるいは友人作りに関する相談</p>
	<input type="checkbox"/> 異性関係への援助	<p>異性関係や恋愛、結婚に関する支援</p>
	<input type="checkbox"/> 医療・福祉スタッフとの関係性への援助	<p>主治医やワーカー、福祉・心理スタッフとの付き合い方に関する支援</p>
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
4 社会生活支援	<input type="checkbox"/> 交通機関の利用や移動に関する支援	<p>電車、バス、タクシーなどの利用に関する支援</p> <p>自転車の利用に関する支援</p> <p>徒歩での移動や、行くことのできない場所への同行支援。</p>
	<input type="checkbox"/> 電話・郵便・インターネットなど通信利用の支援	<p>郵便の出し方、電話(携帯電話)の手続き・電話の授受、インターネットの接続や利用に関する支援</p>
	<input type="checkbox"/> 銀行・郵便局・公的機関の利用・手続きの支援	<p>銀行・郵便局の手続き(キャッシュカードの利用、預貯金、口座開設など)</p> <p>役所の利用(各種申請や書類取得)などに関する支援</p>
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
5 日中活動	<input type="checkbox"/> 日中の過ごし方や生活リズムに関する支援	<p>昼夜逆転や、睡眠の過不足などに対し、適切な生活リズムを整えるための支援(モーニングコールや、一日のスケジュールを立てるための相談)</p> <p>質の高い睡眠の確保のための支援</p>

	<input type="checkbox"/> 趣味・余暇活動(散歩や音楽等)に関する支援	趣味や興味のある活動に関する相談や同行など
	<input type="checkbox"/> 日中活動の場への参加・継続の支援	デイケアや地域活動支援センター、作業所の新規利用に関する相談 すでに利用している場合は、通所が維持できるための動機づけが悩み事の相談など。
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
9 住環境の支援	<input type="checkbox"/> 住む場所を確保することに関する支援	新しい住居(施設など含む)を確保するための支援(不動産屋への同行や、住む場所についての相談)
	<input type="checkbox"/> 引っ越しに関する支援	転居にまつわる手続きや、引っ越しのための整理に関する支援
	<input type="checkbox"/> 住居環境を保つための支援(修繕、大家交渉等)	既に住んでいる場所の住環境を確保するための支援 窓・ドア・床・壁・天井・ガス・電気・水道等の破損の修繕 修繕に関しての大家への交渉
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
7 家族関係調整	<input type="checkbox"/> 家族とのつきあい方に関する本人への支援	本人と家族の関係を良好に保つための支援 家族との付き合い方に関する本人の悩み相談 家庭内での役割(家事等)が適切に取れるようにするための助言や相談
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
8 精神症状の対処	<input type="checkbox"/> 精神症状を安定させるための援助	症状のサインに気づくことや、幻聴への対処、ストレス対処についての相談・支援
	<input type="checkbox"/> お薬を飲むことに関する援助	本人が服薬を続けられるようにする相談・指導、薬についての情報提供、薬を小分けにしたり、服薬のスケジュールを管理する、目の前で薬を飲んでもらうなど
	<input type="checkbox"/> 通院に関する援助	本人の定期的な通院に関する相談・支援(一緒に通院する、通院の日を確認し連絡を入れる、促す、など)
	<input type="checkbox"/> 副作用の対処	副作用についての状態の確認や、対処行動の支援(口渴について飴をなめる、便秘に対する食事内容の変更など)、処方に関して医師との相談がしやすいようにメモや手紙を書くのを手伝う、など。
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
6 危機介入	<input type="checkbox"/> 自傷他害に対する働きかけ	自殺、自傷、他害行為、他の人への迷惑行為を防止するための緊急的な措置(緊急の訪問・相談、主治医や保健所への緊急連絡など)
	<input type="checkbox"/> 症状悪化・心理的混乱に関する支援	本人の急な心理的混乱、症状悪化に対する緊急的な措置(緊急の訪問・相談、主治医や保健所への緊急連絡など)
	<input type="checkbox"/> 入院関連の対応	入院時に関して必要な対応(主治医との連絡・対応、入院の準備、見舞い、家族・関係各機関への連絡)
	<input type="checkbox"/> 家族など支持組織に対する働きかけ	緊急時において必要な家族対応(心理的混乱時への対処に関するアドバイス、諸手続に関しての家族のサポート)
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援

1 からの健康	<input type="checkbox"/> からの病気・症状に関する支援	風邪などの急性の病気や、慢性の持病(糖尿病等)に関して身体症状を改善したり、悪化を防止するための食行動(必要な食事内容の制限)や必要な保健行動(うがい、服薬、温度管理など)がとれているかどうかのチェック、支援。
	<input type="checkbox"/> からの病気・症状に関する病院利用の支援	必要時に医療機関への相談ができていないようなら、その通院を支援するための促し、相談。
2 仕事 教育	<input type="checkbox"/> 一般就労に関する支援	一般就労に関する相談・支援 就労移行支援やハローワーク、障害者職業センターなどへの紹介・相談を含む
	<input type="checkbox"/> 保護的就労への支援	就労継続支援や作業所などへの紹介・相談
	<input type="checkbox"/> 教育・修学に関する支援	本人がもつ教育的なニーズへの対応 高校・大学・通信教育・教育セミナーへの通学や受験支援
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
家族支援		
	<input type="checkbox"/> 本人とのつきあい方に関する家族への援助	家族の本人に対する付き合い方への相談 疾患や服薬、対処行動、社会資源に関する家族への情報提供
	<input type="checkbox"/> 家族自身の困難の援助	家族自身が抱える困難(高齢による問題や、疾病、金銭上の問題)への支援
	<input type="checkbox"/> そのほか()	上記以外の支援
その他の支援		
1 ケアの連携	<input type="checkbox"/> 関係者との連携・調整・検討	他のサービス提供者や主治医、ワーカーなどとの電話連絡、面談しての連絡など。 なお、ケア会議についてはケアマネジメントの項目でチェック)
2 エンパワメント 傾聴	<input type="checkbox"/> 漠然とした不安や相談の傾聴	これといって具体的の内容のない不安や、気持の吐露を傾聴する
	<input type="checkbox"/> 肯定的フィードバック	出来ていることをほめたり、努力したことをねぎらったり、あるいはご本人の抱えている悩みや気持ちを支持したりする。
	<input type="checkbox"/> コントロール感を高めるための援助	ご本人が自分自身で問題状況を把握したり、その解決方法を探すことを支援する。

訪問先の機関の概要について

機関名：

日時：

調査者：

機関が設立してからの年数：

機関が提供をしているサービス：(例：ACT・生活訓練・訪問看護・その他自立支援法等のサービス区分を記入)

訪問サービスの立ち上げの経緯

訪問サービスが展開され始めてからの年数(自立支援法の枠組み以前からおこなわれている場合、以前からの起算)： ____ 年

訪問サービスの構造について

訪問サービスに従事しているスタッフの数と職種：

常勤とは週 35 時間以上勤務、専任は訪問サービスに 80%以上の業務時間を割いていることを目安とします

常勤・専任

非常勤・専任

常勤・兼任

非常勤・兼任

訪問サービスの対象者の定義：

// の障害種： 3 障害合同 / 身体・知的・精神

リファーマ・エントリーのされ方について(どのように募集し、どこから、どのように、誰が対象者の適否を判断しますか?):

1 ヶ月の平均新規エントリー数はどのくらいですか:

サービスを利用している人の人数(直近の登録数):

サービスを利用した実働数(2007年11月時点):

述べ訪問回数(2007年11月時点):

延べ訪問時間(2007年11月時点):

個々のクライアントに訪問サービスを行う担当者について(専従/チーム制:チーム制の場合の情報のやりとりの仕方などはどのようになっていますか?):

ケースロード: 一人あたり / チームあたり

訪問サービスの財源は主にどこから拠出されていますか?:

利用料:

訪問に対するスタッフの時給や単価設定をお聞かせください:

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はどうなっていますか:

特別料金はありますか?(時間を超過した場合は、緊急時対応など):

実際の訪問サービスの内容について

平均的なサービスの頻度（週あたりの訪問回数）:

ケアプラン（サービス利用計画や個別支援計画）の作成をどのように行なっていますか：

具体的な援助内容（聞き取り）:

訪問サービスの中で行っているサービスの種類（各項目につき、ひとつに をつけてください）

.関係作り・ジョイニング

<input type="checkbox"/> 訪問サービスを利用してもらうための利用者への働きかけ	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
<input type="checkbox"/> 本人との関係作り	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
<input type="checkbox"/> 家族との関係作り	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須

.ケアマネジメント

<input type="checkbox"/> アセスメントの実施(再実施含む)	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスに関する基本的な情報の提供	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
<input type="checkbox"/> ケアプランの作成(再作成含む)	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
<input type="checkbox"/> ケア会議の開催(再開催含む)	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスの利用導入のための援助	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
<input type="checkbox"/> 社会資源やサービスの利用状況のモニタリング	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須

.本人への支援

1.日常生活の支援	<input type="checkbox"/> 食生活・栄養の取り方・調理に関する支援	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 更衣・洗顔・入浴・着替え・排せつなど清潔の支援	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 洗濯・清掃・害虫駆除などの支援	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 買い物に関する支援	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 生活器具の使い方・修理・準備に関する支援	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 安全確保(火気・防火・防犯等)に関する支援	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
2.金銭管理の支援	<input type="checkbox"/> 生活費の使い方に関する支援	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 生活保護や障害年金受給に関する支援	行っていない	たまに行う	よく行う	頻回・必須

3.対人関係支援	<input type="checkbox"/> 近隣の間人関係への援助	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 知人・友人関係への援助	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 異性関係への援助	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 医療・福祉スタッフとの関係性への援助	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
4.社会生活支援	<input type="checkbox"/> 交通機関の利用や移動に関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 電話・郵便・インターネットなど通信利用の支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 銀行・郵便局・公的機関の利用・手続きの支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
5.日中活動	<input type="checkbox"/> 日中の過ごし方や生活リズムに関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 趣味・余暇活動(散歩や音楽等)に関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 日中活動の場への参加・継続の支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
6.住環境	<input type="checkbox"/> 住む場所を確保することに関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 引っ越しに関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 住居環境を保つための支援(修繕、大家交渉等)	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
7.家族関係調整	<input type="checkbox"/> 家族とのつきあい方に関する本人への支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
8.精神症状の対処	<input type="checkbox"/> 精神症状を安定させるための援助	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> お薬を飲むことに関する援助	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 通院に関する援助	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 副作用の対処	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
9.危機介入	<input type="checkbox"/> 自傷他害に対する働きかけ	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 症状悪化・心理的混乱に関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 入院関連の対応	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 家族など支持組織に対する働きかけ	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
10.からだの健康	<input type="checkbox"/> からだの病気・症状に関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> からだの病気・症状に関する病院利用の支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
11.仕事・教育	<input type="checkbox"/> 一般就労に関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 保護的就労への支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 教育・修学に関する支援	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
.家族支援					
<input type="checkbox"/> 本人とのつきあい方に関する家族への援助		行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
<input type="checkbox"/> 家族自身の困難の援助		行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
.その他の支援					
1.ケアの連携	<input type="checkbox"/> 関係者との連携・調整・検討	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
2.エンパワメント ・傾聴	<input type="checkbox"/> 漠然とした不安や相談の傾聴	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> 肯定的フィードバック ³	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> コントロール感を高めるための援助 ²	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
3.その他支援	<input type="checkbox"/> ()	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> ()	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> ()	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> ()	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須
	<input type="checkbox"/> ()	行っていない	たまに行く	よく行く	頻回・必須

本人の生活の希望を聞き、エンパワメントするような観点についてはどのような工夫をしていますか：

例)ご本人の希望やしたい生活を描き、それが実現できるように具体的に計画をたて支援している。

例)短・中・長期的な目標設定を行い、ご本人のできることを、やりたいことを少しずつ実現させる姿勢の支援をしている。

例)ご本人の長所や能力を含めてアセスメントを行い、それを活かしながら支援を行っている。

例)支援者がご本人の短所や問題点・課題だけに着目しないようにしている。

例)症状管理やADLの問題のみにとらわれず、生活全体や本人のやりたいことを視野にいれた支援を行っている。

危機時の対応について（症状の急変、再発など）はどのようにしていますか：

入院時の関わりについてはどのようにしていますか（どのような関わりをするか、どこに照会するか）はどのようにしていますか：

入院中・退院時の関わりについて(入院中に関わるか、退院時にどのようにケアの継続性をもたせるか)はどのようにしていますか：

ドロップアウトへの対応について(中断・拒否などが起こったケースへの関わり方)はどのようにしていますか：

拒否等でサービスにつながらない/未受診/ひきこもりケースへの対応についてはどのようにしていますか：

ケアマネジメント機能についてはどのようになっていますか（ADL 上に限らない全体的なニーズの調査、ケア会議の開催と他資源との連携など）:

定期的な再アセスメント・モニタリング等はどうしていますか:

ケースを振り返る全体のカンファレンス（有無/概要・頻度）はどうになっていますか:

スーパーバイズについて（有無/概要・頻度・誰から）はどうしていますか:

家族支援について（支援の有無、どのような内容をどこまで）はどうしていますか:

サービスの終了基準について（サービスの終了についてどのような基準・判断がありますか）:

貴事業所の訪問サービスの強みや長所、特徴は何だと思えますか:

貴事業所での現状・今後の課題は何だと思えますか：

その他：

収集させていただけるツールの種類とタイプ：

平成 19 年度 訪問型生活訓練モデル事業 報告書

正式事業名:

生活訓練(とりわけ訪問型モデル)のモデル事業実施とそのアウトカムの検討。
他サービス(デイケア、ホームヘルプ、訪問看護など)との比較検討

特定非営利活動法人 ほっとハート

平成 20 年 4 月 10 日
