

平成 20 年度 障害者保健福祉推進事業  
訪問型生活訓練モデル調査研究事業報告書

実施主体：特定非営利活動法人 ほっとハート  
協力法人：社会福祉法人 サンワーク  
特定非営利活動法人 千葉精神保健福祉ネット

分析協力：国立精神・神経センター  
精神保健研究所 社会復帰相談部

平成 21 年 9 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	
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	
4) サービス記録・評価用のツールキットの開発	
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	
・ 事業の成果・分析	14
1 . 方法	14
1) 対象者	
2) 調査方法	
3) 調査期間	
2 . 訪問型生活訓練のモデル事業の実態記述	15
1) 対象者の属性	
2) サービスの概要	
3 . 支援の効果	30
1) 精神科への入院日数への影響	
4 . 必要なコストに関する分析	31
・ 考察と提言	34
1 . 訪問型生活訓練は独自のサービスである	34
2 . 訪問型生活訓練は通過型サービスである/サービス投入量が変化する	34
3 . 必要な報酬について	34
4 . 類似サービスとの異動について	35
・ 謝辞	38

資料

資料 1 : サービスコード表

資料 2 ; サービスコードマニュアル

資料 3 : アセスメント票

資料 4 : 個別支援計画票

## ．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者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

ついでに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
- ・ 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

## . 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、千葉精神保健福祉ネット）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ことが必要となるが、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やっていくことで、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こりやすく、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やる、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ヶ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) 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、訪問型生活訓練に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。

- ・ 一件あたりの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。

## (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) サービスコード表(資料1)

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。

### (b) サービスコードマニュアル(資料2)

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。

### (c) アセスメントシート(資料3)

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などで利用されるアセスメント票を参考に作成した。

### (d) 個別支援計画表(資料4)

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。

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当と考えられる対象者とサービスとのリンケージ、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。

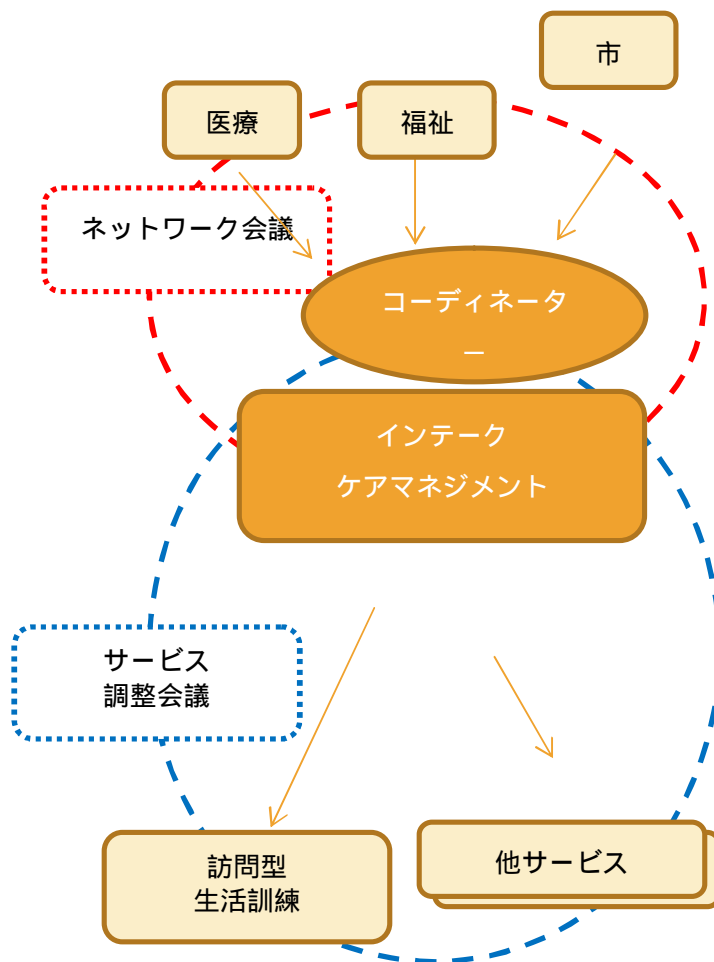
## (2)相談支援事業の強化

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。



# . 事業の成果・分析

## 1. 方法

### 1) 対象者

平成 20 年 1 月～平成 20 年 9 月までに随時エントリーされた、訪問型生活訓練の利用者（33 名）が対象である。利用者に関する事業所記録を用いて本人への支援内容（サービスコード）、本人に関する基礎情報を転記することにより、調査を実施した。事業所に調査目的・内容を分かりやすいように掲示し、調査の拒否を希望する者がその旨を連絡しうるよう配慮した。（国立精神・神経センター 精神保健研究所倫理委員会により承認）

### 2) 調査方法

#### (1) サービスコード

A C T-J・訪問看護研究を参考に、行われたサービス内容を分類・記録するコードを設計。利用者等とのコンタクト毎に、支援内容・時間を記録した。コード分類は、関係性づくり・日常生活支援・医療支援など支援を 16 領域、64 項目に細分化し分析した。

#### (2) 利用者の基礎情報（3 ヶ月毎）

利用者毎に、年齢・性別・疾患、入院日数、障害程度区分、社会資源の利用数、生活能力に関する評価、社会活動の範囲などを 3 ヶ月毎に評価した。

### 3) 調査期間

調査期間は本モデル事業の試行段階からの平成 20 年 1 月～平成 21 年 3 月までである。その間に、随時エントリーされた事例について調査期間内でサービスのコード、および基礎情報を収集した。

なお、フォロー期間をとるため、最後のエントリーは平成 20 年内に締め切っている。事例毎にエントリー時期が異なるため、平成 21 年 3 月の調査終了時点ではフォロー期間は異なるが、最長で 12 ヶ月を限度とした。

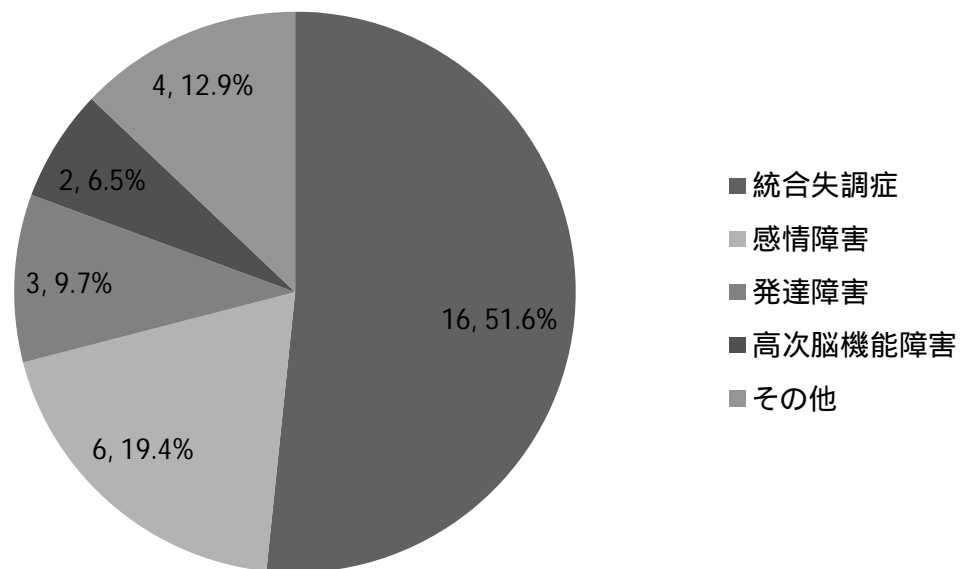
訪問型生活訓練事業実施記録表					対象者名:	
実施年月	実施日	実施時間	実施場所	実施者	実施内容	実施時間
<p>実施内容</p> <p>1. 本人 2. 家族 3. その他</p> <p>支援の種類(訪問時間・連絡など)</p> <p>支援に要した後の時間(移動時間・記録)</p>						
<p>実施の回数</p> <p>1. 本人 2. 家族 3. その他</p> <p>支援の種類(訪問時間・連絡など)</p> <p>支援に要した後の時間(移動時間・記録)</p>						
<p>実施の時間</p> <p>1. 本人自宅 2. オフィス 3. 電話 4. 自宅以外の地域の場所 5. その他</p>						
<p>実施のコード</p> <p>行った支援のコード(行った支援の□に印する。支援方法に分類のあるものは分類に□をつける)</p>						
<p>1. 関係性づくり・支援</p> <p>2. アクティビティ・生活訓練</p> <p>3. アクティビティ・生活訓練(生活訓練)への参加と働きかけ</p> <p>4. アクティビティの実用(実用者含む)</p> <p>5. 本人との関係づくり</p> <p>6. 社会資源やサービスに関する基本的な情報の提供</p> <p>7. 家族との関係づくり</p> <p>8. アクティビティの作成(作成含む)</p> <p>9. アクティビティの開催(開催含む)</p> <p>10. 社会資源やサービスの利用導入のための援助</p> <p>11. 社会資源やサービスの利用状況のモニタリング</p>						
<p>本人への支援</p> <p>1. 日常生活の支援</p> <p>2. 生活環境の支援</p> <p>3. 社会関係の支援</p>						

## 2. 訪問型生活訓練のモデル事業の実態記述

### 1) 対象者の属性

疾患についての結果を図 1 に示す。疾患については半数が統合失調症となっている。発達障害や高次脳機能障害等の疾患も一定の割合をしめていることがわかる。

図 1 疾患の内訳(N=31, 欠損あり)



性別については男性 16 名(48.5%)、女性 17 名(51.5%)でほぼ半数ずつとなっている。

表 1 性別の内訳(N=33)

	男性	女性
性別	16 名(48.5%)	17 名(51.5%)

居住状態については、単身が 20 名(66.6%)であり、家族による生活支援が期待できない対象者が多いことが分かる。

表 2 居住状況の内訳(N=30)

	単身	家族と同居
居住状態	20 名(66.6%)	10 名(33.3%)

援助開始時の障害程度区分のついでの結果を表 3 に示す。なお、障害程度区分の平均は 2.9 であり、比較的重度の障害者であることがわかる。また支援が十分に導入されていないため、初期には未認定とされている利用者も多い。

表 3 障害程度区分内訳(N=30)

	N	(%)
非該当	1	3.6
区分 1	0	0.0
区分 2	4	14.3
区分 3	10	35.7
区分 4	2	7.1
区分 5	0	0.0
区分 6	0	0.0
未認定	11	39.3

援助開始時の社会参加・外出範囲についての結果を表 4 に示す。自由に外出可能なのは約半数で、その他は条件付きで外出可能となっている。なお、社会参加しているのは 5 名にすぎず、ひきこもりがちな対象者であることがわかる。

表 4 社会参加・外出範囲内訳(N=28)

	N	(%)
社会参加している	5	16.7
自由に外出可能	9	30.0
条件付きで外出可能	13	43.3
外出不可・自宅内で生活	2	6.7
自室に引きこもっている	0	0.0
入院中	1	3.3

## 2) サービスの概要

### (1) コンタクト頻度

対象者に対するコンタクト頻度は以下の通りである(表5)。利用者に対する平均コンタクト頻度は週 1.58 回、電話を除いた場合週 1.17 回であった。

表5 平均コンタクト頻度

	コンタクト頻度 回/週	
	平均	SD
総コンタクト頻度(電話含む)	1.58	0.59
総コンタクト頻度(電話除く)	1.17	0.72

### (2) 平均コンタクト時間

対象者に対する訪問の平均コンタクト時間は以下の通りである(表6)。平均で1時間強、記録・移動に要した時間を加算すると一回コンタクトにつき約2時間の時間がかかることがわかった。なお、実訪問時間については分散が大きい。

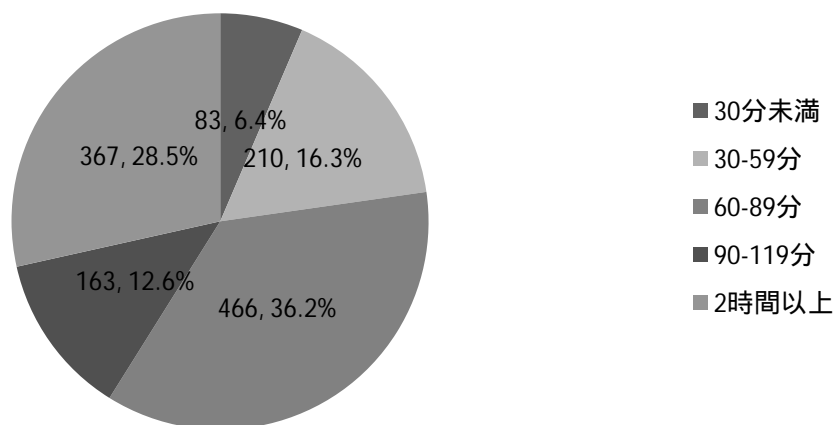
表6 平均コンタクト時間

	コンタクト時間(分) (N=1289)	
	平均	SD
実訪問時間	84.1	58.8
記録・移動に要した時間	43.4	23.5

欠損値有り

平均コンタクト時間の内訳をしめす（図2）。1時間未満で支援が終わるのは約23%に過ぎず、多くが1時間以上であった。2時間以上のコンタクト時間を要するものも3割弱存在することがわかった。

図2 平均訪問コンタクト時間の内訳（N=1289）



対象者に対する電話の平均コンタクト時間は以下の通りである（表7）。平均で30分間強、記録・移動に要した時間を加算すると一回コンタクトにつき約45分の時間がかかることがわかった。電話でのコンタクトは報酬可算されず、補助的なものと考えられがちであるが、実際にはかなりのケア時間を要していることがわかる。

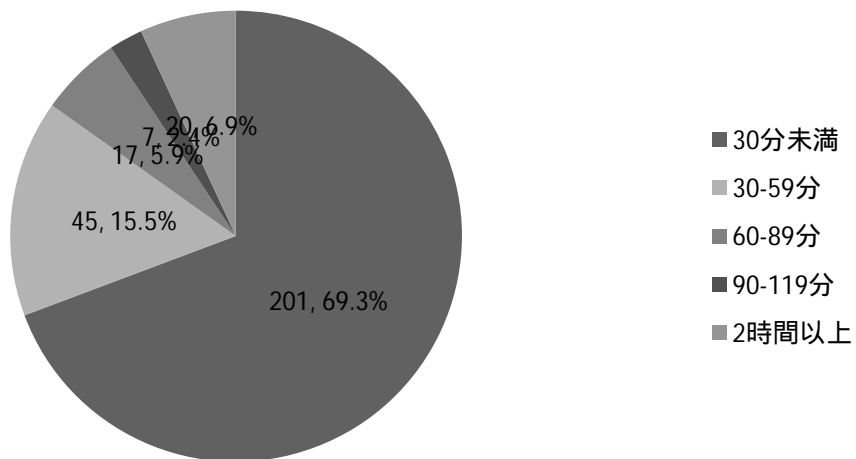
表7 平均コンタクト時間（電話）

	コンタクト時間（分）（N=290）	
	平均	SD
実コンタクト時間	30.6	51.6
記録・移動に要した時間	15.0	14.9

欠損値有り

電話平均コンタクト時間の内訳をしめす(図3)。30分以上の電話通話を要するのも3割存在することがわかった。電話によるケアや調整は補助的な手段にとどまらないものであることがわかる。

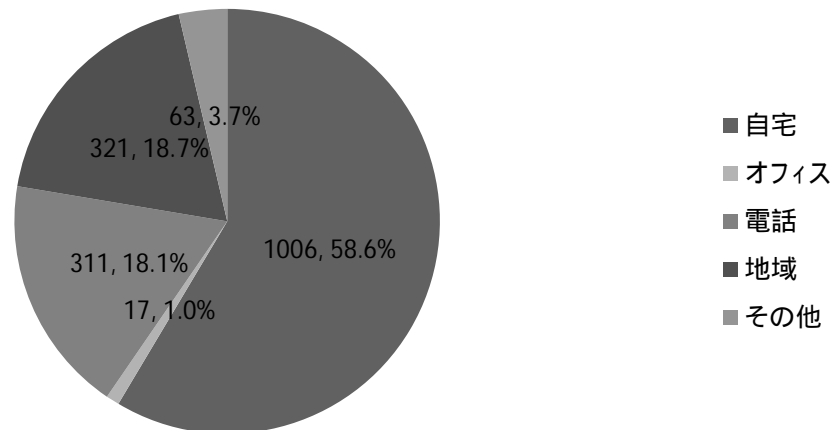
図3 平均コンタクト時間の内訳：電話(N=290)



### (3) コンタクトの場所

コンタクトの場所の内訳をしめす(図4)。自宅でのコンタクトが6割を占めるが、電話でのコンタクトが18.1%、地域でのコンタクト18.7%と、必ずしも自宅のみでのコンタクトが行われているわけではない。他方でオフィスでのコンタクトは非常に少ない。訪問型生活訓練ではその特性を活かし基本的に地域ベースでの支援が行われていることがわかる。

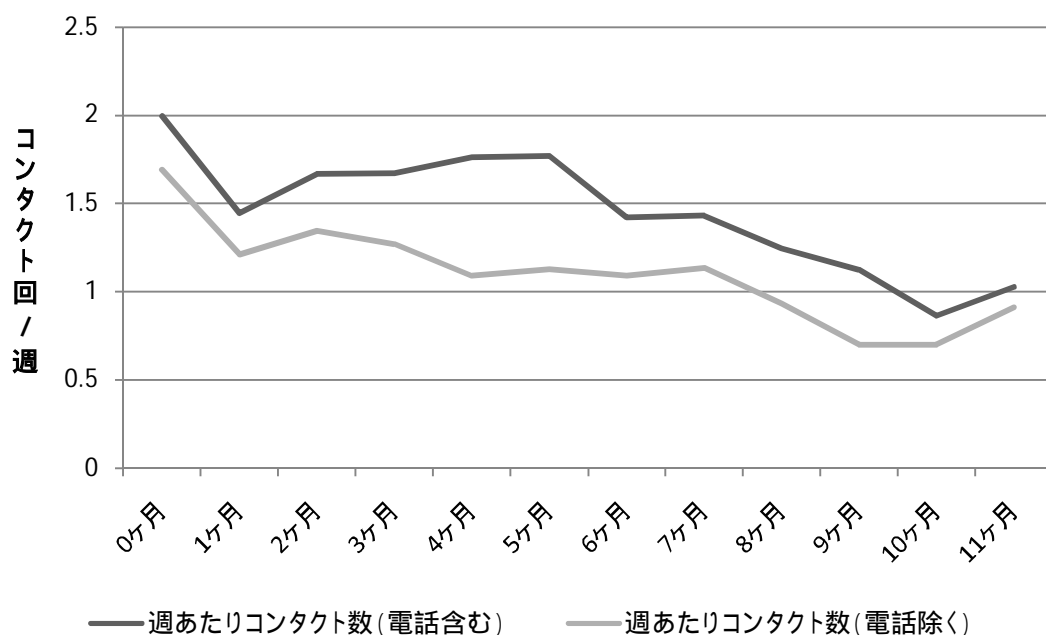
図4 コンタクト場所の内訳 (N=1718)



### (4) コンタクト頻度の推移

次に支援開始からの経過月数ごとの平均コンタクト頻度を分析し、その推移を示す(図5)。

図5 支援開始時から月ごとの平均コンタクト頻度



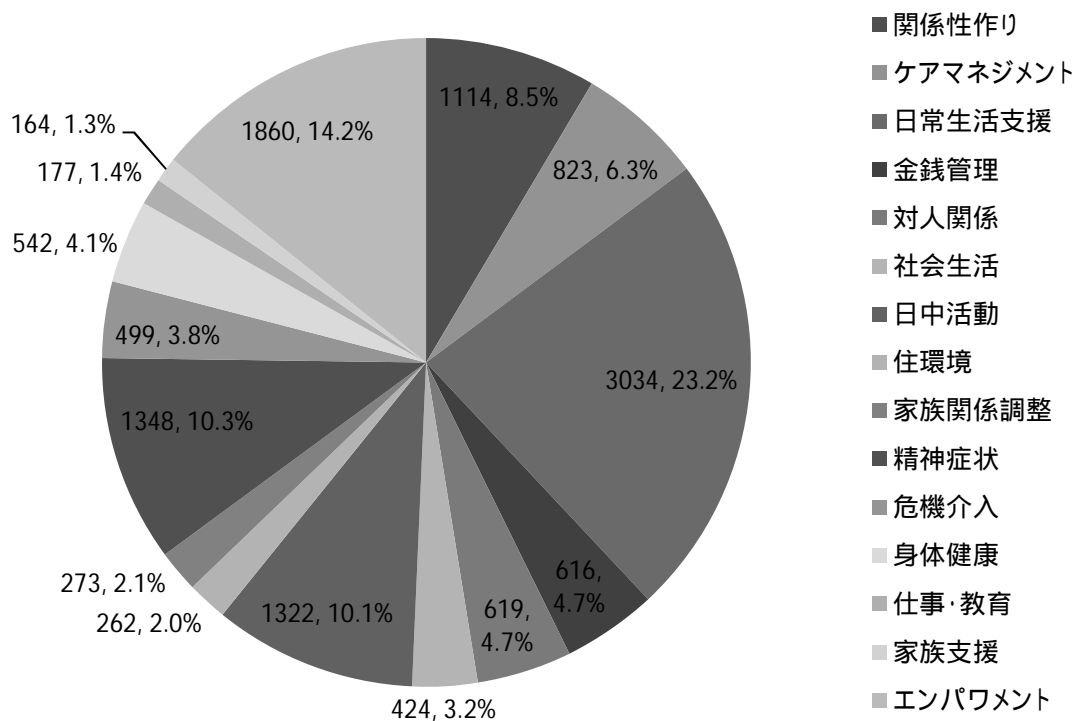
コンタクト頻度は、当該月に支援中のケースのみを抽出し分析(終了ケースは除外)

支援開始直後は電話コンタクトを含め週平均 2 日のコンタクト頻度であるが、支援の経過とともにコンタクト頻度が減少していき週 1 日程度まで下がることわかる。支援開始時にはサービスニーズが多く、集中的な支援を行うことが必要であるが、その後支援が行われ、サービスニーズが充足されるとともに、その支援量を逡減させていくことが可能であるという実態を示していると考えられる。このことはすなわち、必要な支援量は関与の時期によって異なり制度設計には柔軟なコンタクト頻度の設定を考慮する必要があること、支援の量が低下していくことから恒常的にインテンシブな支援を必要とするわけではなく通過型の制度として想定しうることを示していると考えられる。

### (5) 行われているサービスの内容

コンタクトの中で行われたサービスについて、コード化したものの分類を分析した。まずサービスの領域について、分類したものが以下図 6 である。

図 6 サービスの領域の大分類 (N=1627 コンタクト, 13077 コード)  
1 コンタクトごとに複数回答



まず、注目したいのは「日常生活支援」(23.2%)の領域である。この部分はいわゆるホームヘルプサービスで対応している領域と重複しているが、実際にはこの分野の支援は全体の支援量の1/4弱しか存在しない。逆に言えば、ホームヘルプサービスで今回の対象者のような比較的重度の精神障害者の地域生活支援をまかなおうとすれば、その大部分が制度外・専門外での超過対応になってしまうことを示している。

次に注目したいのは、その支援の多様さである。支援の分類で日常生活支援以外に多い項目としてはエンパワメント(14.2%)、精神症状の対処(10.3%)、日中活動(10.1%)などがあるが、具体的に突出して多い領域というのではない。むしろ、様々な細かい領域にわたって支援が行われているということである。地域での生活というのは非常に多様な側面を含むものであり、その側面毎に支援のニーズも発生する。精神障害者が地域で望む生活を送れるように支援するには、単なる家事支援や症状・健康管理などでは対応できない、多様なニーズに対応できる制度設計が必要であることが示されているといえる。逆に言えば、今回の訪問型生活訓練ではそのようなニーズに柔軟に対応しているといえよう。

また、上記の結果からはケアマネジメントや、精神症状への対処に関する支援など、比較的専門的な知識を要する領域に対する支援まで行われていることがわかる。訪問型サービスでは、スタッフが発生するニーズに十分に対応するために、一定の専門的な知識が必要であることを示している。これは逆に言えば、そのような人材に対する報酬の専門職可算が必要であることを同時に示唆しているといえる。

なお、強いて言えば、日常生活支援の領域は、他の領域が細分化されている分、支援の量のなかでは比較的まとまった領域であるといえる(23.2%)。しかしこの領域の見えやすさ・わかりやすさが、精神障害の地域生活支援＝訪問家事支援(ホームヘルプ)でまかなうことができる、という端的な錯覚を生んでいるのかもしれない。しかし、実際には、多様なサービスニーズが含まれており、スタッフはそれに柔軟に対応できるような知識とスキルが要求されているのである。

なお、図6のサービス分類はサービス領域の大分類に従ったものである。詳細分類について、表8に示す。

表8 サービス分類詳細 (N=1627 コントラクト, 15429 コード)

大分類	細目	チェック数	%	
			(全体)	(分類内)
関係性作り	支援導入への働きかけ	36	0.3	4.9
	本人との関係作り	632	5.0	86.1
	家族との関係作り	59	0.4	8.0
	本人との関係作り(退院前)	5	0.0	0.7
	家族との関係作り(退院前)	2	0.0	0.3

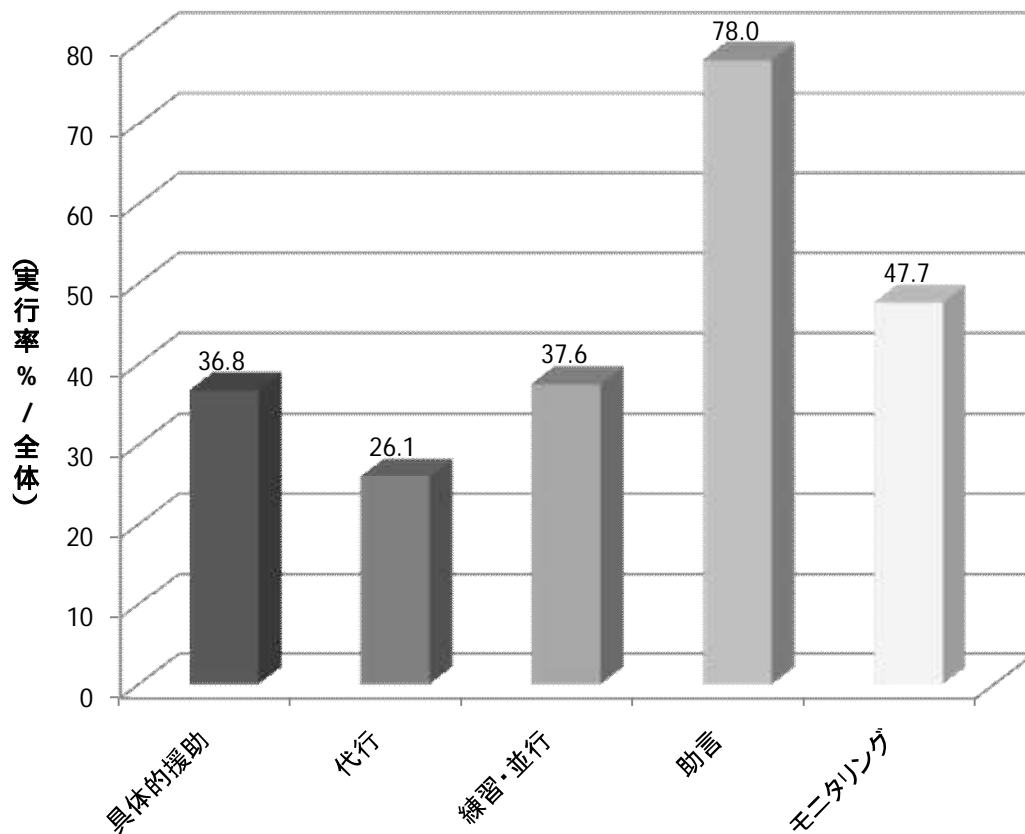
ケアマネジメント	アセスメント	148	1.2	18.0
	社会資源の情報提供	80	0.6	9.7
	ケアプラン作成	23	0.2	2.8
	ケア会議開催	34	0.3	4.1
	社会資源利用導入援助	71	0.5	8.6
	社会資源利用モニタリング	87	0.7	10.6
	関係者との連携	366	2.9	44.5
	その他	14	0.1	1.7
日常生活支援	食生活	857	6.7	28.2
	清潔保持	429	3.4	14.1
	洗濯・清掃	568	4.5	18.7
	買い物	688	5.4	22.7
	生活器具利用支援	248	1.9	8.2
	安全確保	221	1.8	7.3
	その他	23	0.2	0.8
金銭管理	生活費の使い方	445	3.5	72.2
	生活保護・年金受給	140	1.1	22.7
	その他	31	0.2	5.0
対人関係支援	近隣の間人関係	82	0.6	13.2
	知人・友人関係	105	0.9	17.0
	異性関係	33	0.3	5.3
	専門職との関係	369	2.9	59.6
	その他	30	0.2	4.8
社会生活支援	交通機関利用	210	1.7	49.5
	通信利用	93	0.8	21.9
	公的機関の利用	95	0.7	22.4
	その他	26	0.2	6.1
日中活動	日中の過ごし方	634	5.0	48.0
	趣味・余暇活動	358	2.8	27.1
	日中活動の場への参加	316	2.5	23.9
	その他	14	0.1	1.1
住環境	住環境確保	105	0.8	40.1
	引っ越し	81	0.6	30.9
	住環境保持	60	0.5	22.9
	その他	16	0.1	6.1

精神症状	精神症状対処	454	3.6	33.7
	服薬自己管理の支援	476	3.7	35.3
	通院に関する援助	321	2.5	23.8
	副作用対処	78	0.6	5.8
	その他	19	0.2	1.4
危機介入	自傷他害	119	1.0	23.8
	症状悪化・混乱への対処	228	1.8	45.7
	入院関連の対応	67	0.6	13.4
	支持組織への働きかけ	65	0.5	13.0
	その他	20	0.2	4.0
身体健康	身体疾病・症状への支援	413	3.3	76.2
	病院利用	129	1.0	23.8
就労・教育	一般就労支援	99	0.7	55.9
	保護的就労支援	59	0.4	33.3
	教育・就学支援	16	0.1	9.0
	その他	3	0.0	1.7
家族関係・家族支援	家族とのつきあい方(本人支援)	260	2.0	59.5
	その他(本人支援)	13	0.1	3.0
	本人とのつきあい方(家族支援)	93	0.7	21.3
	家族自身の困難援助	66	0.5	15.1
	その他(家族支援)	5	0.0	1.1
エンパワメント	不安・相談の傾聴	731	5.8	39.3
	コントロール感の向上	531	4.2	28.5
	肯定的フィードバック	587	4.7	31.6
	その他	11	0.1	0.6

## (6) 関わり方による支援の分類

コンタクトの中で行われている支援の関与度を調べるため、その支援内容を「具体的援助」「代行」「練習・並行」「助言」「モニタリング」に分類した。全コンタクト中、その分類がどの程度実施されているかについて集計した結果を、図7に示す。

図7 支援の実行率 (N=1676)



この結果からは、「具体的援助」や「代行」といった直接援助は必ずしも実行率が高くないことがわかる。むしろ支援の中心となるのは練習・並行や助言、モニタリングである。訪問型のサービスというと、非常にインテンシブな支援であり、利用者に代わって家事などを直接行うイメージがあるが、訪問型生活訓練ではむしろ代行ではなく、利用者のスキルを伸ばすための間接的な支援が行われていることがわかる。

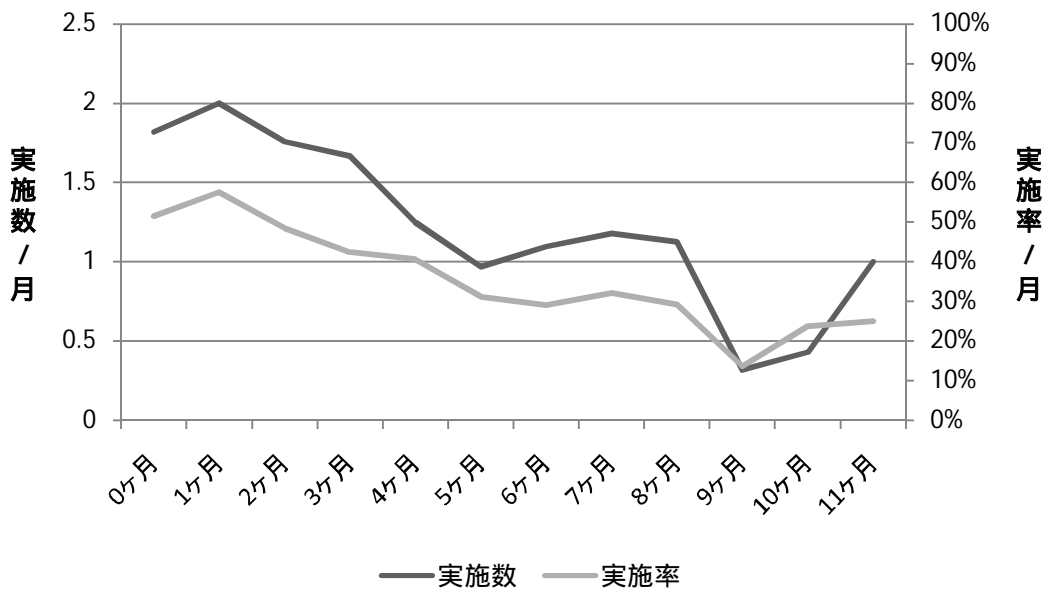
## (7) 関与分類毎の実行率・実行数の推移

上記の関与について、関与の分類ごとに、支援開始からの経過月別の実施率と実施数を集計し、その変化を分析した結果を示す。

なお、実施率は支援開始からの当該月において、ケース毎にその支援が実施されている

かどうかを「実施されている=1/いない=0」と集計し、ケース全体での平均を計算し、平均実施率としたものである。実施数は、ケース毎にその月間でのその関与類型にチェックされた数を合計し、さらにケース全体での平均値を算出したものである。なお、本集計については援助の終息による支援量の変化を反映させるため、援助終了/継続を問わず集計している。（援助継続ケースのみをカウントすると、フォロー期間が長期化するにつれ、支援が重点的に必要な重篤ケースのみが残存する傾向があり、集計に偏りがあらわれるため）まず代行・具体的援助等、直接支援についてのべる。代行についての結果を図8に示す。

図8 代行支援の実施数・率の推移

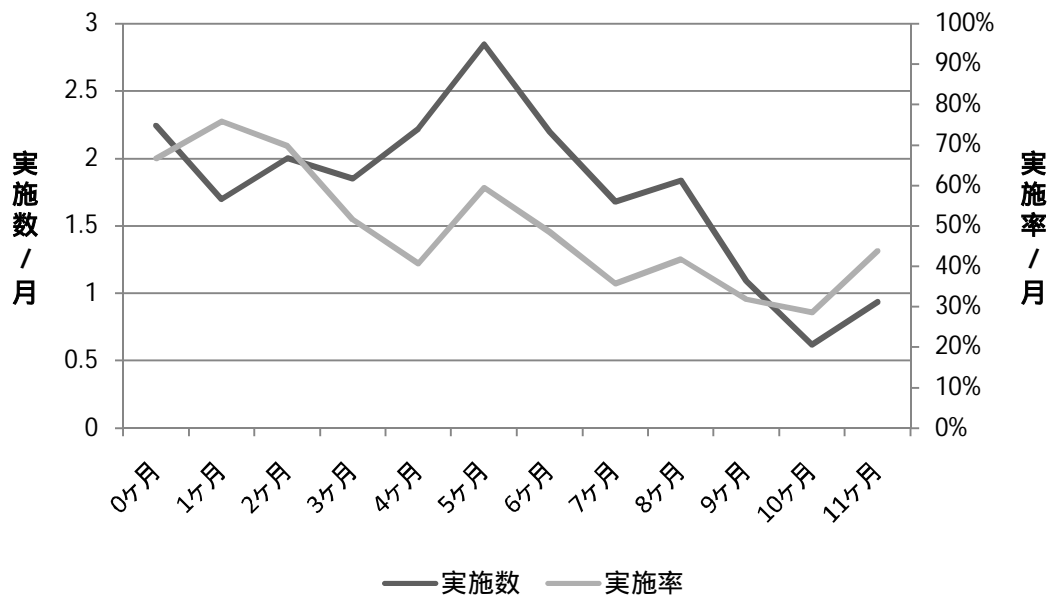


支援開始時には月間を通じての実施数は平均2チェック、実施率は平均約60%であるが、支援期間がのびるほど実施数・実施率は減っていくことが分かる。

このことは生活訓練の導入当初は生活維持のための代行などの援助が必要だが、支援が実施されるなかで生活が安定したり、生活スキルが伸張する中で、利用者に代わって支援者が代行する必要性が減っているものを示すと思われる。すなわちダイレクトサービスを行うにしても、そのインテンシティは変化・逡減していくことを示していると考えられる。

次に具体的援助についての結果を図9に示す。

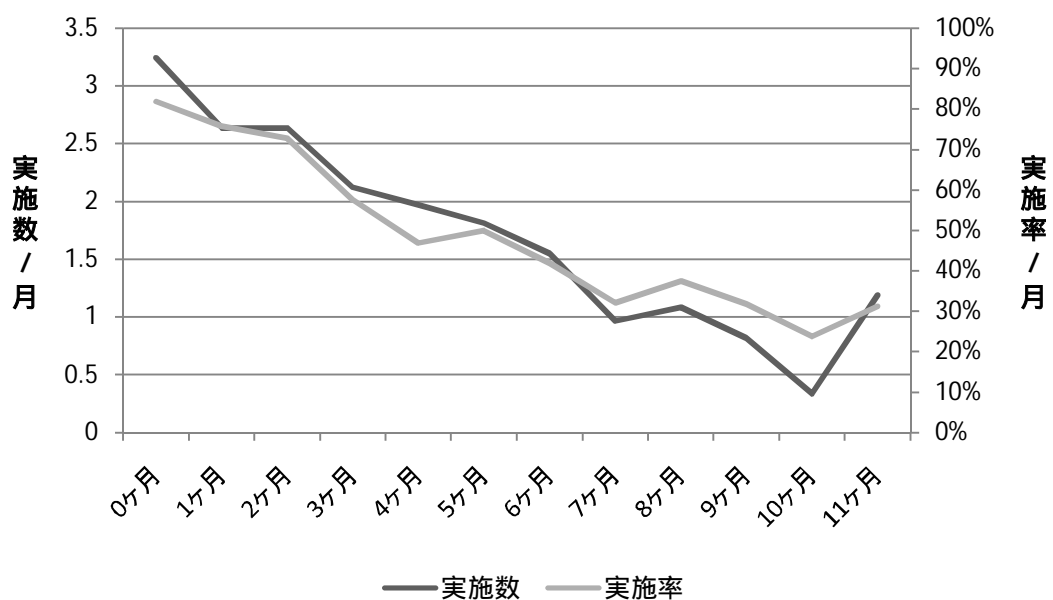
図9 具体的援助の実施数・率の推移



支援開始時には月間を通じての実施数は平均2チェック、実施率は平均約70%であるが、支援期間がのびるほど実施率は減っていくことが分かる。なお、実施数は中期で一回上昇するようである。これについては、本人の生活範囲の拡大や挑戦により、症状管理などに関する具体的支援が延びることが要因のようである。

次に間接支援に関する結果を述べる。まず、練習・並行の結果を図10に示す。

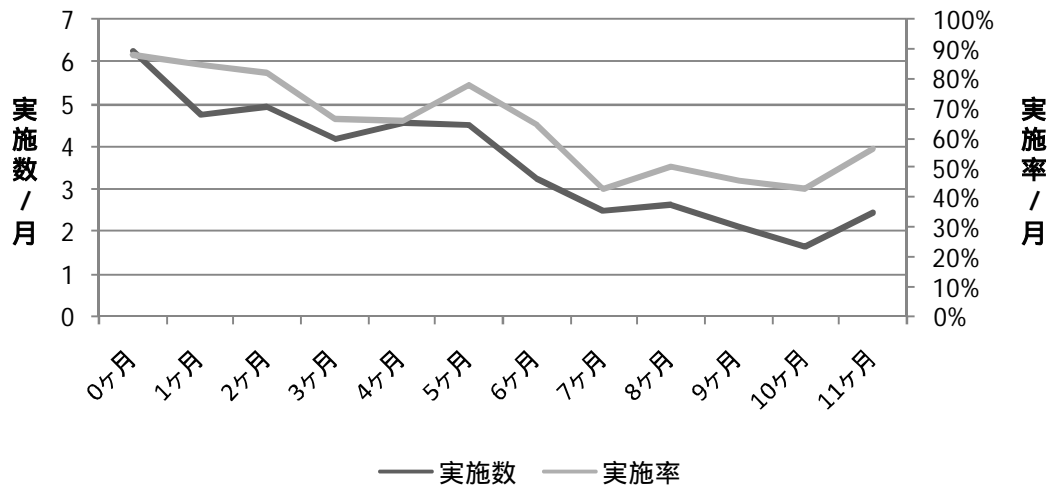
図10 練習・並行の実施数・率の推移



練習・並行については初期の月間実施数は3強、月間実施率はほぼ8割に上る。この領域での支援量は、代行・具体的援助よりも多いことがわかる。なお、練習・並行についても支援の経過とともに、その実施数・率は低下する傾向にあることがわかる。

次に助言・アドバイスについての結果を図11に示す。

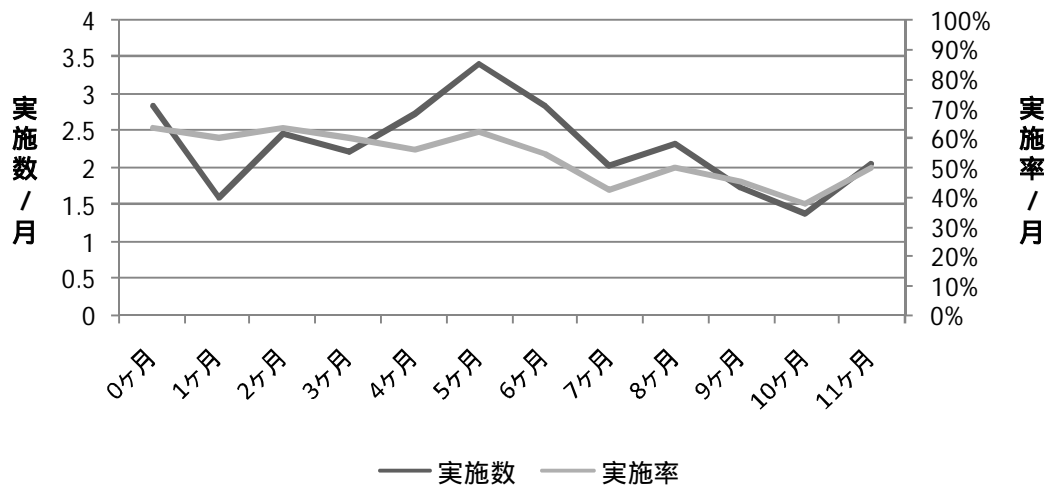
図11 助言・アドバイスの実施数・率の推移



助言については初期の月間実施数は6強、月間実施率はほぼ90%と最もも行われている支援である。助言についても支援の経過とともに、その実施数・率は低下する傾向にあることがわかる。

最後にモニタリングの実施数・率の結果を図12に示す。

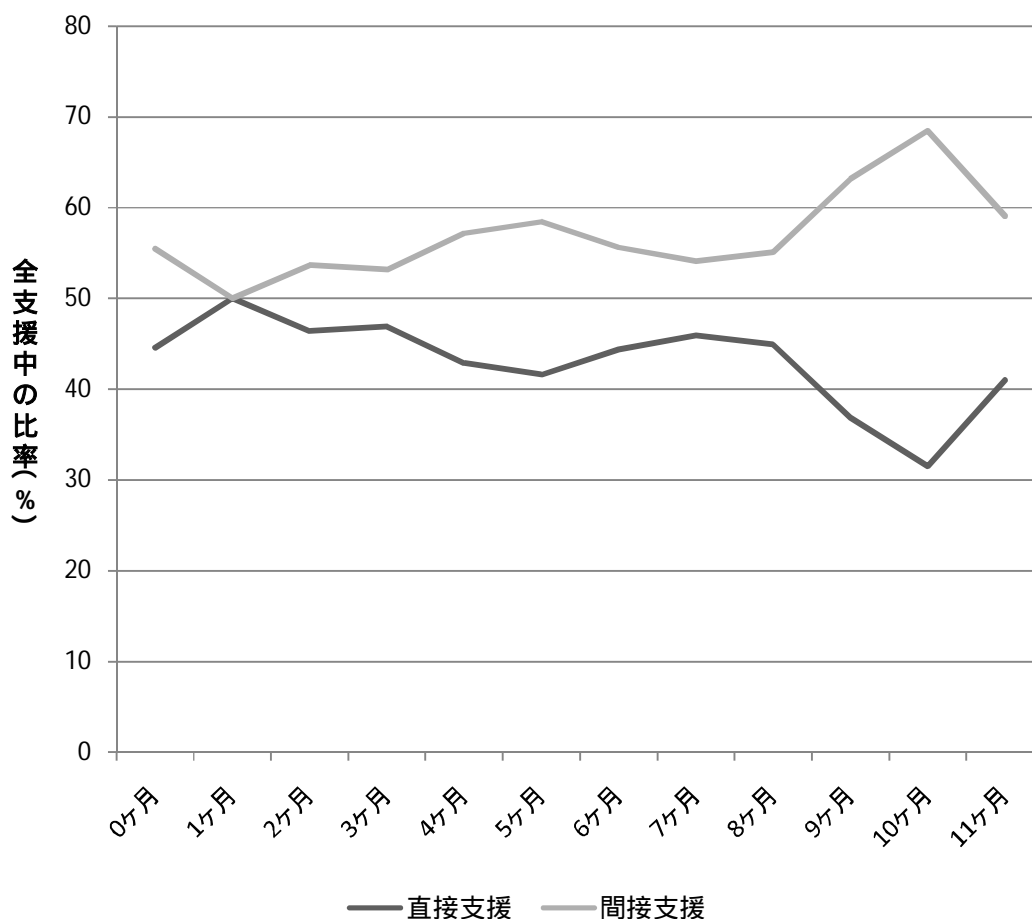
図12 モニタリングの実施数・率の推移



モニタリングについては、実施率は初期 60%、終盤で 50%とそれほど低下しない。これはモニタリング・見守りが常に一定必要であることを示していると思われる。しかし、平均実施数は逆に中期で若干実施数はあがる傾向にある。このことは、初期に集中的に行われる代行や具体的援助、練習・並行などを経て、中期で本人が生活課題にチャレンジする中で、それをモニターし見守るといった支援の状況を表しているのかもしれない。

これまで、各分類について詳細の実施数・実施率をみてみたが、支援を「代行」「具体的援助」を直接援助、「練習・並行」「助言」「モニタリング」を間接援助として2分したうえで、その総チェック量を集計しその構成比を算出した場合の、変化を図 13 に示す。

図 13 援助総量における直接支援/間接支援の構成比の推移



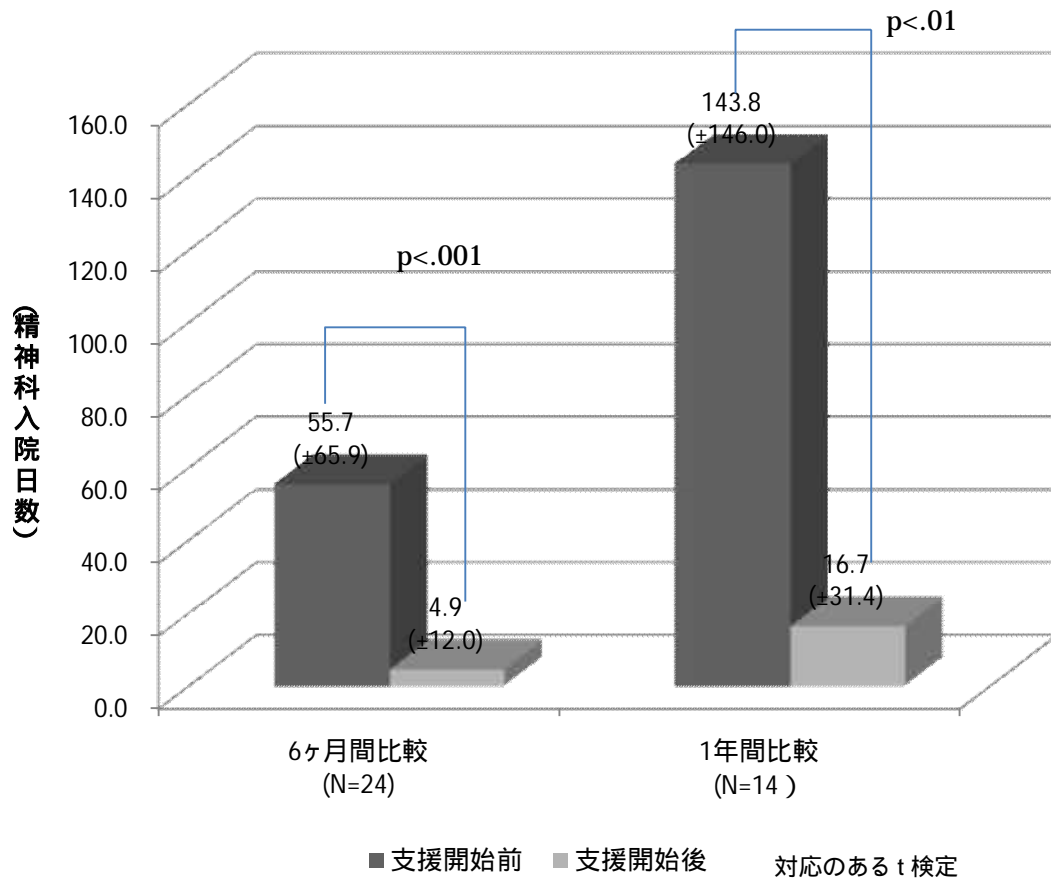
先の結果から、支援量そのものは時間の経過とともに低下することが推測されていたが、この結果は別のものを示している。すなわち支援の内訳が変化しているということである。時間の経過とともに直接支援が減少していき、間接支援の比率が上昇していくことがわかる。初期に多かった代行や具体的援助が、支援の経過とともに逡減していく一方で、助言や練習・モニタリングなどの間接支援は、相対的に比率が高まっていく様子がうかがえる。

### 3. 支援の効果

#### 1) 精神科入院日数への影響

支援による効果の指標として、精神科への入院日数を支援開始前と支援開始後で比較した。既に述べたように、エントリー時期が異なるため、調査終了時点でのフォロー可能な期間がケースによって異なるが、支援開始を挟み前後 6 ヶ月間の比較と、前後 1 年間の比較を行った。結果を図 14 に示す。

図 14 精神科入院日数の支援開始時点を挟んだ前後比較



その結果、訪問型生活訓練を導入した後の方が、6 ヶ月・1 年間の比較した場合いずれにおいても、精神科入院日数が短いことがわかった。

むろん、長期の精神科入院であった者が退院直後に導入されているケースも存在するため、ある程度病状が安定している状態からフォローがスタートしているとも言えるが、訪問型生活訓練が安定した地域生活の維持のために一定の効果を上げる可能性を示唆する重要な結果であると考えられる。

#### 4. 必要なコストに関する分析

本節では、訪問型生活訓練事業を行うにあたり、必要な報酬単価について分析を行う。

既に結果で見たように、訪問を行う場合、1 ケースあたり 2 時間の実働時間がかかることが明らかになった。常勤職員の 1 日あたり労働時間は 8 時間であるため、1 人の支援員が実施可能な訪問は 1 日に 4 回が限度である。とすると、週（40 時間労働）で 20 回、月では 80 回訪問が限界であるといえる。

さて、事業所の人件比率を 70%とした場合、最大月 80 件訪問型生活訓練によって採算がとれるように（＝事業所が運営できるように）するには、1 件あたりどれくらいの単価が適正なのであろうか。

表 9 は、人件比率 70%月 80 回の訪問報酬があると仮定した場合、その各職種の給与が捻出可能になる訪問 1 回あたりの単価を逆算し、整理したものである。

表 9 モデルケースごとに必要な訪問 1 回あたりの単価

モデルケース	月額 給与	事業所 人件費率	採算可能な訪問一 回あたりの単価
福祉職国家公務員 平均給与（額面） <sup>1</sup>	378,011 円	70%	6789 円/回
精神保健福祉士 モデル事例（額面）	300,000 円	70%	5388 円/回
介護支援専門員 （ケアマネージャー） 平均給与（手取り） <sup>2</sup>	232,200 円（手取り） × 1.2（税・保険料等勘案）	70%	5004 円/回
介護職員 平均給与（手取り） <sup>2</sup>	168,200 円（手取り） × 1.2（税・保険料等勘案）	70%	3625 円/回
現行の単価から 可能な給与	119,004 円（額面） 156,800 円（額面）	70%	1870 円/回 <sup>3</sup> 2800 円/回 <sup>4</sup>

1：平成 18 年度人事院白書による

2：平成 18 年度『介護労働者の就業実態と就業意識調査』 財団法人 介護労働安定センター

3：一回訪問を 1 時間とした場合（平成 20 年度における報酬設定）

4：一回訪問を 1 時間以上とした場合（平成 20 年度における報酬設定）

もし、福祉職国家公務員の平均給与を捻出しようとするならば、訪問 1 回あたり 6789 円の報酬単価が必要である。介護支援専門員・介護職員など、給与水準の低さが問題になっている事例をモデルケースにした場合でも、3500 円-5000 円の報酬単価が必要となってくる。しかし、平成 20 年度における報酬単価では、もし 1 時間の訪問で報酬をカウントした場合額面で月 12 万円、2 時間以上でも月 16 万円弱の給与しか捻出できないのである。この報酬水準しか維持できないとなれば、事業所としては訪問型生活訓練を運営することに躊躇するのやむを得ないといえる。現在、訪問型生活訓練事業の展開がほとんど全国的になされていないのも、この低報酬が原因であると考えられる。

逆に言えば、モデルケース並の平均給与を支払うことができれば、本制度の活用も進む可能性がある。設計された制度が十分に活用されるよう、報酬を改定することが望ましいと考える。具体的に言えば、精神保健福祉士が月額 30 万円くらいの報酬を得られる のモデル事例ぐらいまで訪問単価があがれば理想的といえる。

## ．考察と提言

本節では上記結果から今後の訪問型生活訓練事業への考察と提言を行う。

### 1．訪問型生活訓練は独自のサービスである

まず明らかになったのは、サービスの領域・様態からみて、訪問型生活訓練は、ホームヘルプとは異なる独自のサービスであるということである。

ホームヘルプサービスでは日常生活・家事支援が中心となっているが、訪問型生活訓練では単なる日常生活・家事支援以上の地域生活に必要な様々な領域のスキルアップの支援を行っていることが明らかになった。また、代行等の直接援助より、相談や練習・並行など間接的な訓練的援助も多い。さらに、ケアマネジメントや精神症状への対処など、医療的側面を含む支援が行われていた。このことから、訪問型生活訓練は本人の生活スキルを向上させるために働きかけられる、一定の専門的知識・技術を要する独自のサービスであることが明らかになった。

しかしながら、これまでこうした訪問サービスは十分になく、場合によってはホームヘルプサービス等で対応されてきた。現場のスタッフは訪問した目の前で明らかになるその人の生活ニーズに、制度外であるからと対応できず苦慮したり、あるいは事業所や個人が加重負担しながら対応してきたのが現状である。今後むしろ、こうしたニーズには訪問型生活訓練という制度を活用していくことが望ましいといえる。

しかし、訪問型生活訓練を臨床業務として行っていくには、本人の生活技術を向上させたりモニターするといった技術も必要であり、また生活環境の中で多様に、また不意に発生するニーズへ柔軟に対応しなければならない。こうしたことから生活訓練の実施には、本来独自の専門知識が必要であるといえる。ところが、こうした臨床上の専門知識については、本制度が運用開始されはじめたばかりであることもあいまって、十分な提供は公・民間を問わず十分なされていないのも実情である。また、生活支援員に関しては資格要件や研修の受講要件も特に現在のところ設定されていないため、実際にはスキルを要する事業でありながら、その質の確保は不十分な状態であるといえる。

このようなことを考えると、今後訪問型生活訓練を十分に運用していくためには、独自の制度としての特色を十分に喧伝していくと同時に、訪問型生活訓練を行うためのスタッフのスキルアップの機会を提供・保障する研修制度を確保していくことが必要であろう。

### 2．訪問型生活訓練は通過型サービスである/サービス投入量が変化する

上記の結果で見たとおり、訪問型生活訓練のサービスのインテンシティや、その内容は支援の時期によって変化する。支援の初期段階には、関与の頻度も多いが、支援が経過して行くに従って、その量は低下する。生活状況の安定に従い、支援量が低下している実態を表していると思われ、いつまでも高頻度の関わりを要するわけではない＝通過型の制度として設計しうることを示していると考えられる。

また、内容も代行や具体的援助を含めた直接援助が初期には多かったのが、後半になるにつれ間接的支援が多くなっていく。20年度の制度設計では訪問は「週2回まで」と運用上定められている。しかし、実際にはコンタクトの必要な頻度には関わりの時期によって粗密があり、そのように定性的に定められるものではない。実際の臨床スタッフによれば、関与の初期段階ではほぼ毎日支援に入り、生活環境を整えたり、関係作りをする必要があるケースも存在するとのことである。

そのようなことを考えると、制度設計上は、厳密に「週2回まで」とするのではなく、ある程度幅をもたせて設定する方が、支援の実態に適しているといえるだろう。なお、本資料については中間集計の段階で厚生労働省本省に持ち込まれたが、制度改定の参考資料とされ、本件については、算定回数の上限が週2回から訪問開始日から起算して180日間ごとに50回かつ月14回に見直された。様々な人の働きかけがあつてのことであるが、本事業の資料が制度改定に一定資することができたならば幸いである。

### 3. 必要な報酬について

上述したように、平成20年度における報酬単価の設定では、必要な人件費を捻出できず、事業所としては訪問型生活訓練を運営することに躊躇するのやむを得ないといえる。

また、運営上考えなくてはならないのは、電話によるコンタクトの問題である。全コンタクトのうち20%は電話による相談であり、その時間も1件平均30分となっている。こうしたケアは事業者にとって一定の負担となっているが、そのケアは無報酬で行われているのである。また、既に述べたように訪問型生活訓練には精神症状への対処の相談や、ケアマネジメントなどの専門的スキルを必要とすると考えられるが、そのスタッフの専門的研修などについても事業所の負担である。また、今回の事業において、臨床のスタッフからは、訪問型生活訓練については不意のキャンセルや、訪問しても利用者とのコンタクトがとれない場合などもあることが、しばしば報告された。そういった不測の事態も事業所負担となる。こうした目には見えにくい負担や不確定要素も、訪問型生活訓練には存在する。

このように要求される専門性や、対応している幅広いニーズを考えると、訪問型生活訓練の報酬はホームヘルプと同等という訳にはいかないであろう。具体的に言えば、精神保健福祉士が月額30万円の報酬を得られる程度に報酬単価があがれば理想的といえる。

なお、本資料については中間集計の段階で厚生労働省本省に持ち込まれたが、制度改定の参考資料とされ、本件については、1時間未満の報酬単価が187単位から254単位へ、1時間以上の報酬単価が280単位から584単位見直された。これに関しても、本事業の資料が制度改定に一定資することができたならば幸いである。

### 4. 類似サービスとの異同について

精神障害に対する訪問を手段としたサービスには、ホームヘルプサービスの他にACTや訪問看護などが存在する。重複したサービスであれば、新規の展開は不要であると思われるが、これについてはどのような考え方ができるだろうか。

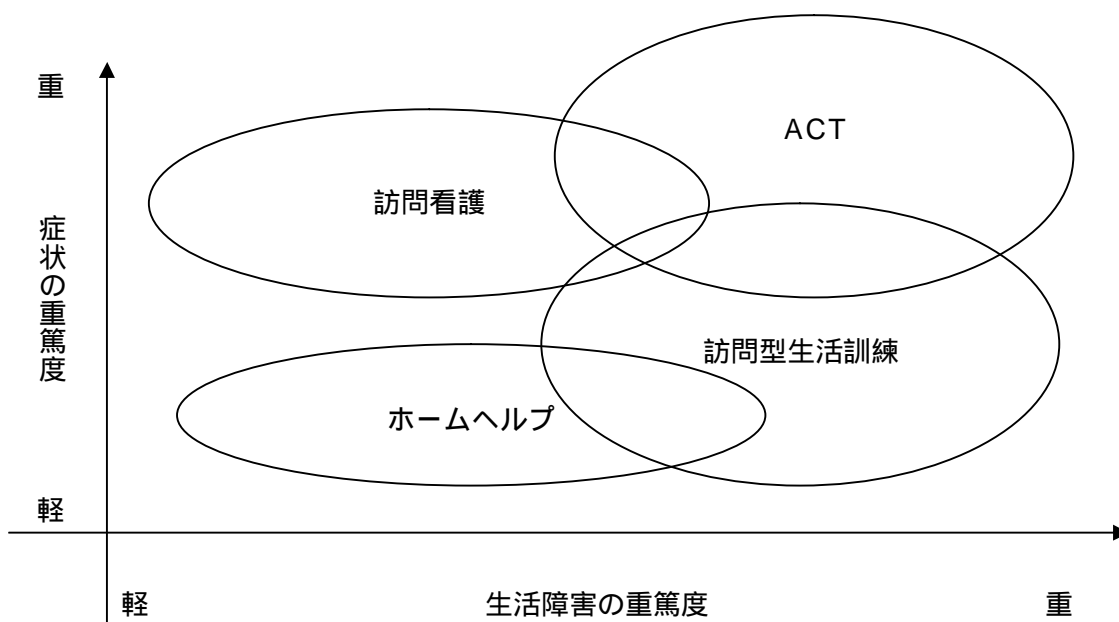
厚生労働科学研究費補助金『精神障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究』平成 20 年度報告書の瀬戸屋報告ならびに大島・吉田報告では、ACT・訪問看護についてそのサービス提供のあり方の違いについて検討している。

それによれば、訪問看護群では比較的低頻度(平均 3.44 回/月)・短いコンタクト時間(平均 44.1 分)が特徴であり、観察・アセスメント領域の援助の実施率が高いことが報告されている。また、その支援領域は、ACT やデイケア群に比べ、健康・医療的な分野における実施が多いとされている。

また ACT 群では高頻度(平均 6.71 回/月)・長めのコンタクト時間(平均 70.7 分)が特徴であり、多職種による支援がベースであり、また日常生活に於ける具体的支援が訪問看護と比べて多くなっている。またその対象者は訪問看護に比しても重症な者であることが報告されている。

このことから類推するに、正確な統計分析はできないが、対象者像の違いによって、必要なサービスを以下のように分類できると思われる(図 15)。

図 15 対象者像とそれに対応する訪問系サービス



ホームヘルプが対応できる事例は、生活障害はあるものの代行などで比較的対応でき、症状のモニタリングなども必ずしも重点的には行わなくてよい層に対するサービスであるといえる。

これに対し訪問看護は、症状が比較的重度または不安定で、医療的なアセスメント・モニタリングを比較的に恒常的に必要とする層であるといえる。ただし、訪問看護は看護職が従事するため、医療的な観点からの関わりが本来業務であり、家事援助や日常生活支援は直接の目的としないので(副次的にサポートすることはあるが)、生活障害については一

定程度までの利用者しか対応しない、あるいはできないことが限界であるといえる。

他方で訪問型生活訓練は生活障害の克服を目的とする制度であるから、その重篤度が一定程度高い対象を支援の範囲に含むことが妥当である。本人の生活に直接・比較的長時間入り込みながら、インテンシブに支援・能力を助長できるといえる。実際に訪問看護より、コンタクト頻度が多く、支援時間も長いのは、こうした側面を表しているといえる。他方で、福祉事業所の福祉職の従事が中心となることから、PSWなどが支援に従事したとしても、一定以上症状が重い人には対応しにくいといえる。今回のモデル事業でも生活障害ではなく、症状の不安定さや重篤さ、あるいは医療情報の不足から、支援が難しかった事例が現場レベルからは報告されている。

これに対して、生活障害・症状いずれも重篤な者に対して、多職種でアプローチするのがACTであるといえる。高頻度・インテンシブな介入ができるが、その支援コストは高めなため、重症者にその適用は限られ、広く対象者に展開するのには限界があるといえる。

このような整理をした場合、ホームヘルプ・訪問看護・ACTと生活訓練は、一部をその対象として重複することはあるが、やはり個々の長所・短所をもった別個のサービスであるといえるだろう。全ての対象者を1つのサービスで対応できるわけではない。訪問看護/訪問型生活訓練では対応できない対象者もいれば、ACTのような高コストのサービスをひらく展開することもまた難しい。対象者の特性にあわせて、それぞれの持ち味を活かしたサービスを適用させていくことが妥当であると考え。そうした活用においては、それぞれのサービスが対象とすべき利用者像を上記のような形で明確に意識するとともに、個々の地域の中での役割分担を各事業者が共有することが必要であると考えられる。

## ．謝辞

本事業を遂行するにあたり、協利法人として社会福祉法人サンワークならびに特定非営利活動法人千葉精神保健福祉ネットには多大な協力を賜りました。特に、青村智晴様、三添晴江様、酒井範子様には本事業に大変な労力と熱意を注いで頂きました。ここに厚く感謝申し上げます。また当法人内で恐縮ではありますが、当事業の運営については遠藤紫乃・松尾明子らの貢献は大であると考えますので、名前を挙げさせていただきます。

厚生労働省からは武田牧子地域移行専門官には熱心にご指導頂き、また本事業の情報を活用した制度改定にご尽力頂きました。国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部においては、伊藤順一郎部長、吉田光爾室長、小川雅代研究員から、運営・調査分析ツールの開発ならびに集計作業についてご協力を頂きました。利用者の皆様からは、サービス内容調査について、ご協力を頂きました。このことも感謝の念に堪えません。

最後にはなりましたが、千余枚もの山のようなサービスコードシートや関係書類に記入し、また現場で幾多の困難を乗り越えながら、足を運んで訪問支援にあたった現場のスタッフの皆様に深く感謝申し上げます。全ての皆様のお名前をあげることはできませんが、本事業は現場の皆様のご協力と日頃の実践があって、初めて成り立ったものであります。皆様のご厚情と精神保健福祉の発展に関するご尽力に、感謝を申し上げ、お礼のご挨拶とさせていただきます。

## 付録

- ・ サービスコード表
- ・ サービスコードマニュアル
- ・ アセスメントシート
- ・ 個別支援計画表

対象者名: \_\_\_\_\_

コンタクトの実施日	H 年 月 日 ( )	担当者		種別	1)訪問生活訓練 2)ホームヘルプ
この日の支援内容の概要	天気: . . .				
支援の対象	1)本人 2)家族	支援の実時間(訪問時間・面接など)		( )分間	
	3)その他( )	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

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 <sup>1</sup>	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
<b>.家族支援</b>					
<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
<b>.その他の支援</b>					
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 <sup>2</sup>			
	<input type="checkbox"/> 肯定的フィードバック <sup>3</sup>	<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つ以上の場合はずべてチェックする

.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

		蒲団のあげおろしや、布団干しに関する支援 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 手紙や重要書類の保管、整理
1 日常生活の支援	<input type="checkbox"/> 買い物に関する支援	買い物をする場所の確認、相談 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)
	<input type="checkbox"/> 生活器具の使い方・修理・準備に関する支援	家電などの使い方や修理に関する相談 必要な生活器具の準備・買い物に関する相談
	<input type="checkbox"/> 安全確保(火気・防火・防犯等)に関する支援	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 家の戸締りや他の施錠に関する相談、チェック
	<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	生活費の使いすぎ、使わなさすぎることに関する相談。 生活費の計画的な使用に関する支援。 家計簿や出納帳の記入、管理に関する支援
	<input type="checkbox"/> 生活保護や障害年金受給に関する支援	生活保護や障害年金の受給に関する相談 申請に関する手続きの支援
	<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	近くのお店の人との関係づくり、やりとりに関する支援 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
	<input type="checkbox"/> 知人・友人関係への援助	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
	<input type="checkbox"/> 異性関係への援助	異性関係や恋愛、結婚に関する支援
	<input type="checkbox"/> 医療・福祉スタッフとの関係性への援助	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
	<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	電車、バス、タクシーなどの利用に関する支援 自転車の利用に関する支援 徒歩での移動や、行くことのできない場所への同行支援。
	<input type="checkbox"/> 電話・郵便・インターネットなど通信利用の支援	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
	<input type="checkbox"/> 銀行・郵便局・公的機関の利用・手続きの支援	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) 役所の利用(各種申請や書類取得)などに関する支援
	<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	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) 質の高い睡眠の確保のための支援

	<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、諸手続き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

〇 からだの健康	<input type="checkbox"/> からだの病気・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"/> からだの病気・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。
ニ 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
<b>家族支援</b>		
	<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
<b>その他の支援</b>		
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。

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：					
性別 年 齢 現住所 障害名：				F A X					
相談者氏名  T E L F A X				その他の連絡先 氏名 住所 T E L F A X					
家  族	続柄	氏 名	年齢	職業・学校	同居 別居	特記事項			
相談内容				家族構成（ジェノグラム）					
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	
	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)						
生活訓練 開始後 の就職歴	【概要】								
	内容	期間			内容	期間			
		年 月	~	年 月		年 月	~	年 月	
		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									
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)  そのほか 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)				

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

# 個別支援計画書 (3か月ごとにモニタリング)

©国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部

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か月後に裏面を評価】

