

障害者保健福祉推進事業

平成 21 年度報告書

**訪問型生活訓練事業の人材育成と
支援内容の評価・モニタリングに関する調査研究事業**

平成 22 年 3 月

実施法人: 特定非営利活動法人 ほっとハート

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

目次

. 背景.....	1
. 調查方法.....	3
. 調查結果(一次調查).....	5
. 調查結果(二次調查).....	25
. 考察.....	41
. 提言.....	47

背景

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、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・可能なの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、手を出しにくかったという状況が推測される。

また、平成21年度以前にはこのサービスに対する報酬単価が低かったため、事業者としても事業展開を行いにくい状況にあったことも、十分な展開がされてこなかった大きな理由の一つであったといえる。

しかし、平成21年度の生活訓練(訪問型)報酬単価の改正により、現実的に運営可能なレベルまで報酬単価があがったことにより、今後事業者が新たに事業展開を行っていくための基礎的な条件が整ったと考えられる。また、平成20年度の障害者保健福祉

推進事業において、訪問型生活訓練のモデル事業が当法人によって行われ、基本的なスキルや方法論の蓄積がなされモデル事例として呈示できるようになった点も、大きな転換点であった。

しかし、この訪問型生活訓練が普及していくためには、スムーズな事業の立ち上げに関する支援および、質の高い人材の育成が必要条件となってくると考えられる。こうした役割は研修を通じて行われると考えられるが、現在、そのような実績は存在しない。事業者がどのような研修ニーズをかかえており、また、どのような研修が効果的であるのかは不明な状況にある。

そこで、本事業ではこれらの課題に対応するため、

現在の通所型生活訓練事業者の事業実態把握（一次調査）を行うとともに、訪問型生活訓練の事業立ち上げへの課題点ならびに研修に必要な要素をさぐり、

それをもとに研修プログラムを設計・実施するとともに、その人材育成の効果評価とモニタリングを行う（二次調査）。

これらを通じて、訪問型生活訓練の普及に関するノウハウの構築を目指すものである。

・調査方法

1) 生活訓練事業の事業実態調査

生活訓練事業は現在通所型の生活訓練事業を実施している事業者による展開が見込まれるが、そのスムーズな事業展開には、事業者が感じている訪問型の事業展開への課題の整理や、通所型の生活訓練事業の活動内容等の把握により研修ニーズを検討することが必要である。

よって、全国の生活訓練の事業者に対して全国規模で郵送調査を実施し、研修のニーズを把握すると共に、全国の事業所の生活訓練事業の支援実態を明らかにする。

- ・実施時期：平成 21 年 9 月 7 日～9 月 25 日
- ・方法：郵送調査
- ・対象：全国の生活訓練事業者 1199 ヶ所
- ・回収率：回収数 398 件/配布数 1199 件=33.2%
(うち有効回収数は 378 件/有効回収率 31.5%)
なお、未回収の場合電話による督促を行った。

2) 訪問型生活訓練事業人材育成研修の実施・および効果評価

上記調査の分析の上研修プログラムを設計し、国立精神・神経センター 精神保健研究所との連携の元、新規に事業展開を志すもの、また行政関係者等に対し研修を実施した。なお、自記式調査を使い、研修参加者に研修前・後で調査を行い、研修の効果評価を行った。

- ・研修実施時期：平成 21 年 10 月 20 日～23 日
- ・調査方法：自記式調査票による 3 時点評価
なお、直後の効果を避けるため、第二回調査は研修一週間後に設定した。
第一回調査：平成 21 年 10 月 20 日(研修の事前に記入)
第二回調査：平成 21 年 11 月 1 日～11 月 13 日(研修後 1 週間後)
第三回調査：平成 22 年 1 月 12 日～31 日(約 3 ヶ月後)

なお、研修や制度の運用について周知を行うため、研修に先立ち、平成 21 年 6 月に市川市にて、訪問型生活訓練に関するシンポジウムを行った。

・調査結果(一次調査)

以下に第一次調査の結果を示す。

1)対象事業者の概要

まず、対象となった事業者の概要についての結果を示す。

(1)生活訓練の事業種

図表 1-1 生活訓練の事業種

	パーセント	N
通所型	58.6%	(214)
宿泊型(もしくは援護寮)	31.0%	(113)
通所+訪問	4.9%	(18)
通所+宿泊	1.6%	(6)
多機能(通所+訪問+宿泊)	1.1%	(4)
不明	1.4%	(5)
合計	100.0%	(360)

今回の調査では主に通所型の施設が大半をしめ、次いで宿泊型(援護寮含む)が多かった。全国的に見ても訪問を実施している事業所は「通所+訪問」18事業所(4.9%)と、多機能4事業所(1.1%)であり、合計しても22事業所と非常に少ないことがわかる。

(2)運営主体

図表 1-2 運営主体

	パーセント	N
社会福祉法人	54.8%	(199)
医療法人	23.1%	(84)
NPO法人	14.3%	(52)
社団法人	0.3%	(1)
財団法人	1.7%	(6)
都道府県	1.9%	(7)
政令指定都市	0.6%	(2)
市町村	1.1%	(4)
その他	2.2%	(8)
合計	100.0%	(363)

運営主体については、社会福祉法人が半数を占め、医療法人(23.1%)、ついでNPO法人(14.3%)となっている。

(3)自治体の人口規模

図表 1-3 自治体の人口規模

	パーセント	N
5万人未満	16.8%	(58)
5万人-10万人未満	25.8%	(89)
10万-30万人未満	29.0%	(100)
30万-50万人未満	11.0%	(38)
50万-100万人未満	8.4%	(29)
100万人以上	9.0%	(31)
合計	100.0%	(345)

事業者が存在する自治体の人口規模については、10-30万人が29.0%と最大となっている。

(4)旧体系の事業(新体系に移行している場合)

図表 1-4 旧体系の事業 (複数回答)

	応答数		ケースのパーセント	
	パーセント	N		
知的	1 入所更生施設	9.0%	(26)	10.5%
	2 通所更生施設	6.6%	(19)	7.7%
	3 入所授産施設	3.8%	(11)	4.5%
	4 通所授産施設	12.8%	(37)	15.0%
	5 小規模通所授産施設	4.1%	(12)	4.9%
	6 通勤寮	1.4%	(4)	1.6%
	7 福祉工場	0.3%	(1)	0.4%
	8 グループホーム	2.4%	(7)	2.8%
	9 福祉ホーム	0.3%	(1)	0.4%
	10 作業所	9.3%	(27)	10.9%
	11 その他	14.1%	(41)	16.6%
精神	1 援護寮	3.4%	(10)	4.0%
	2 通所更生施設	0.7%	(2)	0.8%
	3 入所授産施設	3.1%	(9)	3.6%
	4 小規模通所授産施設	4.5%	(13)	5.3%
	5 地域生活支援センター	2.8%	(8)	3.2%
	6 福祉工場	0.3%	(1)	0.4%
	7 グループホーム	0.7%	(2)	0.8%
	9 作業所	3.1%	(9)	3.6%
	10 その他	1.0%	(3)	1.2%
	前身なし	16.2%	(47)	19.0%
合計	100.0%	(290)	117.4%	

新体系で事業をしている場合、前身となっている旧体系の事業について複数回答で尋ねた結果を図表 1-4 にあげる。その結果知的障害の通所授産施設の割合が比較的多い(12.8%)が、最も多いのは前身となっている旧体系の事業はない(16.2%)であった。

(5)利用者数 (1ヶ月間)

図表 1-5 利用者数の平均

	知的障害			精神障害			重複障害		
	N	平均	SD	N	平均	SD	N	平均	SD
1.通所型	192	16.5人	43.66	93	13.1人	25.74	42	13.0人	36.44
うち短期滞在加算利用者	3	3.0人	2.65	3	23.3人	9.50	0		
うち退院支援施設可算利用者	0			1	24.0人		0		
2.訪問型	5	1.8人	1.30	7	5.9人	7.10	3	1.3人	0.58
3.宿泊型	17	21.9人	23.94	4	12.0人	7.62	2	1.0人	0.00
4.援護寮	9	3.9人	4.91	100	26.0人	64.33	19	1.7人	0.93

利用者数の平均値を示した物を図表 5 に示す。通所型・宿泊型の利用者平均が、知的・精神障害ともに二桁以上なのに対し、訪問型の利用者は、そもそも事業者数が少なく(知的障害の利用者がいるのが 5 施設、精神障害の利用者がいるのが 7 施設)また、利用者も 1 桁という状況になっている。

また、各種加算(短期滞在加算・退院支援施設加算)を利用している事業者の数が非常に少ないことがわかる。

(6)スタッフの職種

図表 1-6 スタッフの職種 (多重回答)

	責任者 (N=375)		臨床従事スタッフ (N=1276)	
	ケース%	回答数	ケース%	回答数
精神保健福祉士	31.5%	(118)	22.7%	(287)
社会福祉士	14.1%	(53)	6.9%	(87)
介護福祉士	14.4%	(54)	9.0%	(114)
作業療法士	0.3%	(1)	0.4%	(5)
看護師	7.5%	(28)	7.3%	(92)
ヘルパー	7.7%	(29)	11.5%	(146)
臨床心理技術者	0.8%	(3)	0.7%	(9)
その他	20.8%	(78)	14.3%	(181)
資格なし	18.9%	(71)	34.3%	(434)
合計	116.0%	(435)	107.1%	(1355)

スタッフの資格について尋ねたところ、事業の責任者で最も多い資格は「精神保健福

社士」(31.5%)、次に「その他」(20.8%)、3番目に「資格なし」(18.9%)であった。臨床に直接従事するスタッフの資格としては最も多いのは「資格なし」(34.3%)、二番目に「精神保健福祉士」(22.7%)、3番目に「その他」(14.3%)であった。生活訓練の責任者・従事者ともに「資格なし」がかなりの割合を占めていることがわかる。

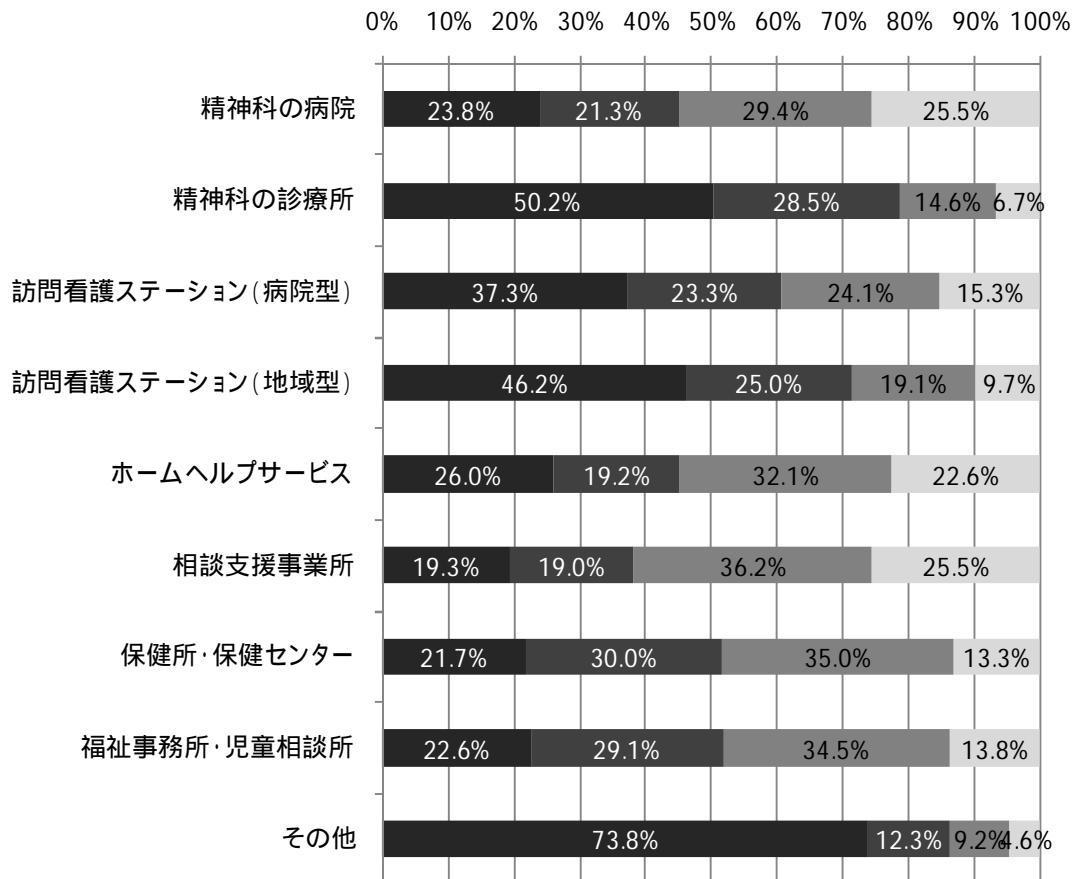
(7) スタッフの経験年数

図表 1-7 スタッフの経験年数 (多重回答)

	責任者		臨床従事スタッフ	
	%	N	%	N
0～5年	14.9%	(56)	56.8%	(690)
6～10年	28.7%	(108)	22.2%	(269)
11～15年	17.0%	(64)	7.9%	(96)
16年以上	39.4%	(148)	13.1%	(159)
合計	100.0%	(376)	100.0%	(1214)
平均	14.7(±9.3)年		7.5(±8.1)年	

スタッフの経験年数について尋ねた結果を図表 1-7 に示す。責任者では経験年数が 6 年以上の者が大半を占めるが、臨床従事スタッフについては経験年数が 5 年以下のものが半数以上 (56.8%) を占めていることがわかる。

(8) 地域における訪問型サービスの現状



- 事業は存在しない
- 連携できる距離に事業が存在する 訪問支援は不十分・行っていない
- 連携できる距離に事業が存在する 訪問支援はあるが限界がある
- 連携できる距離に事業が存在する 十分な訪問支援を行っている

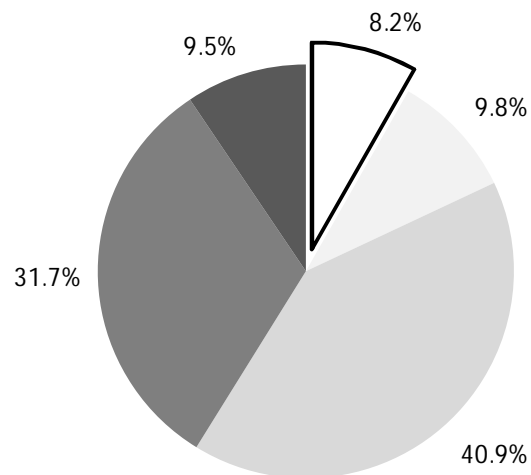
「十分な訪問支援を行っている」とする回答はいずれのタイプの機関でも少ない。また、診療所・訪問看護ステーション(病院型・地域型)については、連携できる範囲に地域に存在しない、という回答が多いことが分かる。他方で、少数ではあるが、精神科病院・ホームヘルプサービス・相談支援事業所は、一定程度の訪問型サービスを行っている様子が窺われる。

2)訪問型生活訓練に関する認識及び研修ニーズについて

訪問型生活訓練に関して、事業者がどのような認識をしているかについての調査結果を以下に示す。

(1)サービス概要に関する認識

図表 2-1 訪問型生活訓練の事業概要についての理解度(N=328)

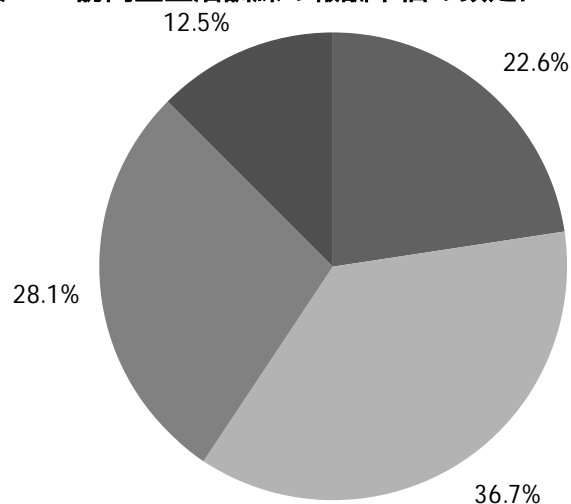


- 既に行っている
- 具体的によく知っている
- だいたい知っている
- 具体的にはよく知らない
- ほとんど知らない

訪問型生活訓練の事業の概要についての理解度について尋ねたところ、「具体的にはよく知らない」(31.7%)、「ほとんど知らない」(9.5%)と、生活訓練事業者の40%以上が十分にサービス内容を理解していないことが分かる。

(2)訪問型生活訓練の報酬単価の改定について

図表 2-2 訪問型生活訓練の報酬単価の改定について(N=327)

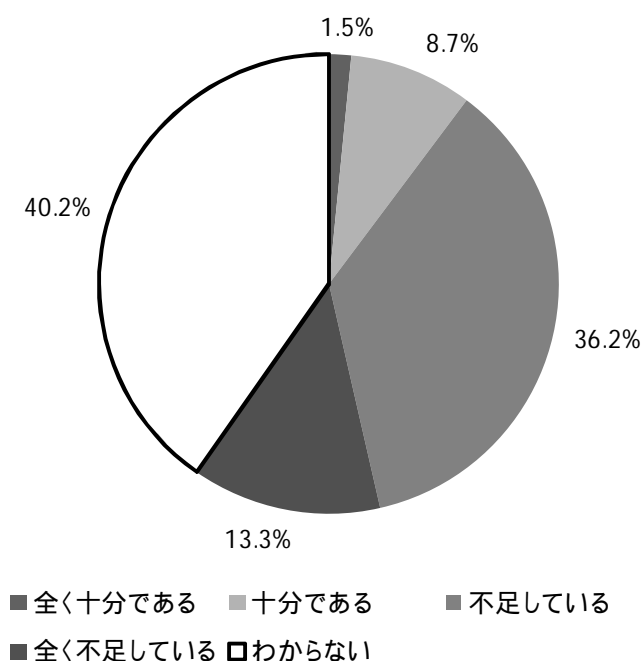


- よく知っている
- だいたい知っている
- あまり知らない
- ほとんど知らない

平成 21 年度に行われた訪問型生活訓練の報酬単価の改定についての認識について尋ねたところ、「あまり知らない」(28.1%)、「ほとんど知らない」(12.5%)と、報酬改定の情報を知らない事業者が約 4 割にもものぼることがわかった。

(3)報酬単価の妥当性について

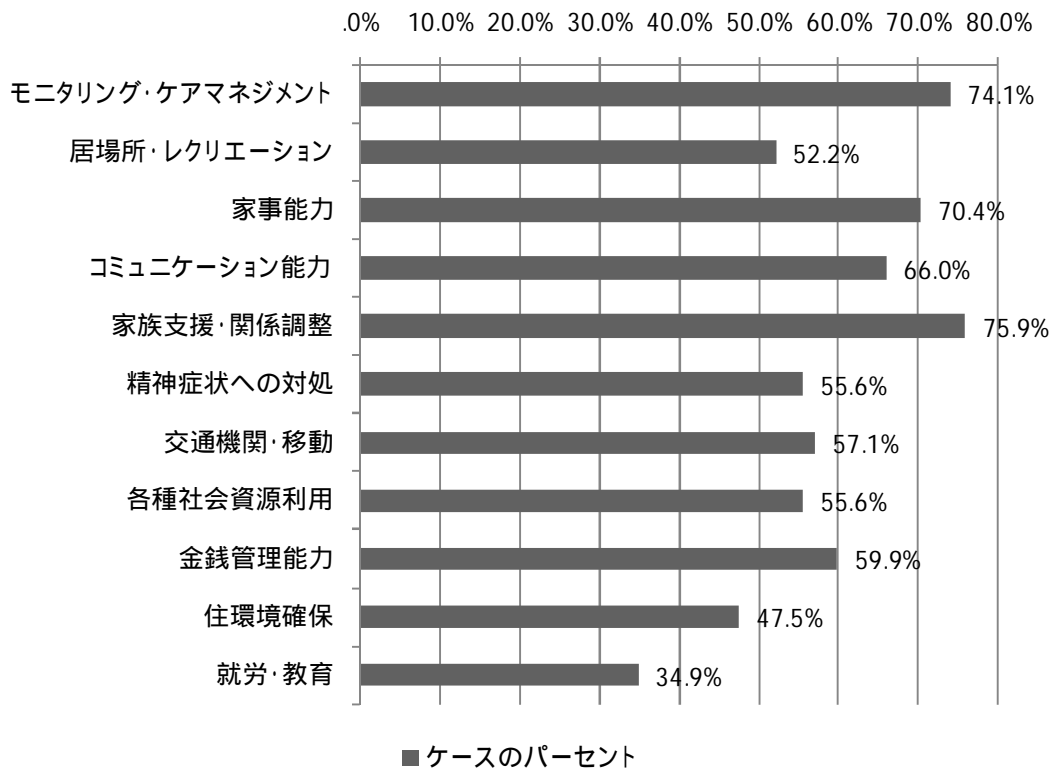
図表 2-3 改定された報酬単価の妥当性について (N=323)



改定された報酬単価の妥当性について尋ねたところ、多い回答としては(額が)「不足している」(36.2%)「全く不足している」(13.3%)であるが、もっとも多い回答は「わからない」(40.2%)である。事業者ですら、報酬単価についての妥当な額について、リアリティをもって把握できていない状況がわかる。

(4)訪問型支援の必要な領域

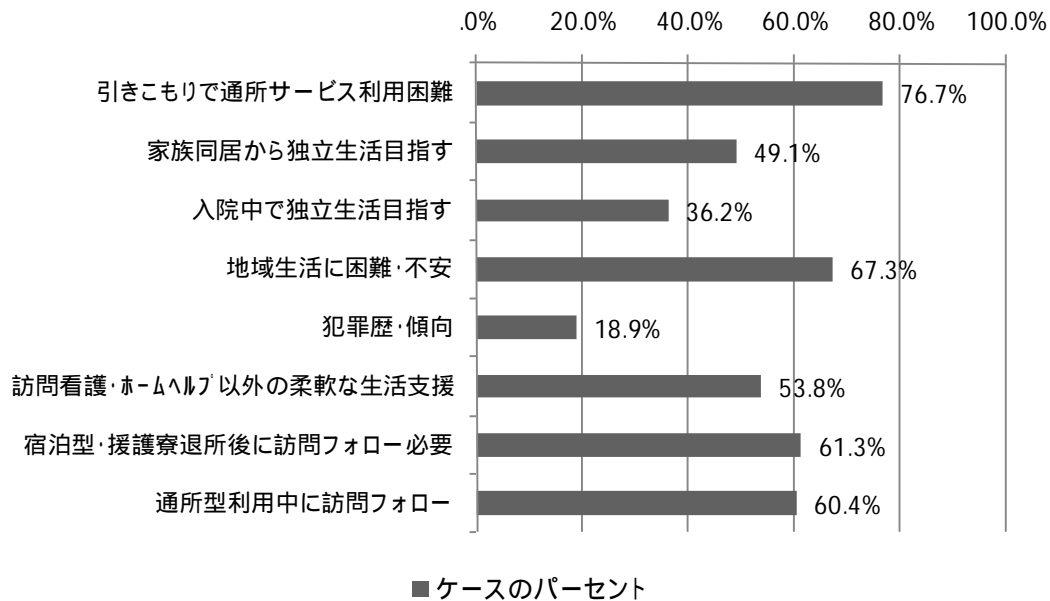
図表 2-4 訪問型支援の必要な領域について(複数回答,N=324)



訪問型支援の必要な領域について多重回答で尋ねた結果を図表 4 に示す。訪問型支援が必要な領域としてあげられたのは「家族支援・家族調整」(75.9%)、「モニタリング・ケアマネジメント」(74.1%)、「家事能力」(70.4%)などの回答が多かった。しかし、必要と考えられる領域は多岐にわたり、多くの項目で「必要」との回答が半数以上を超えており、一番低い項目でも「就労・教育」の34.9%であった。

(5)想定される対象者像

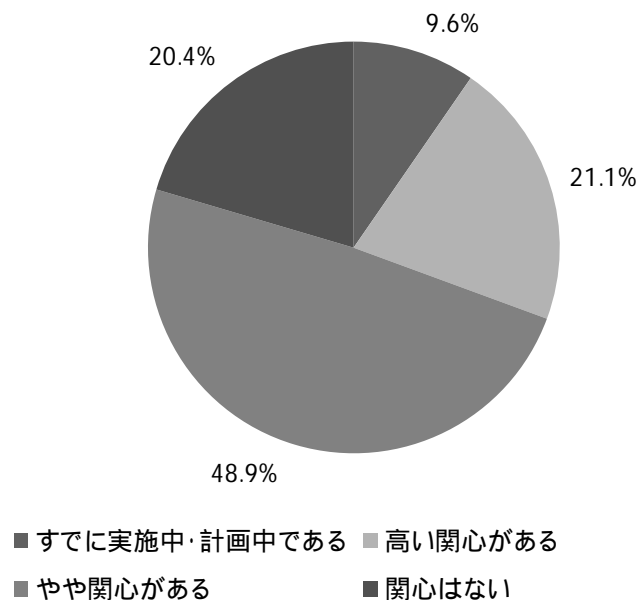
図表 2-5 想定される利用者像 (複数回答,N=1347)



事業者が想定する利用者像として多いのは、「ひきこもりがちで通所サービスが利用困難」(76.7%)や「病状や生活障害が大きく、地域生活に困難・不安」(67.3%)に加えて、「宿泊型・援護寮退所後のフォロー」(61.3%)、「通所型利用中にフォロー」(60.4%)などであった。

(6)訪問型生活訓練の新規事業展開の意向について

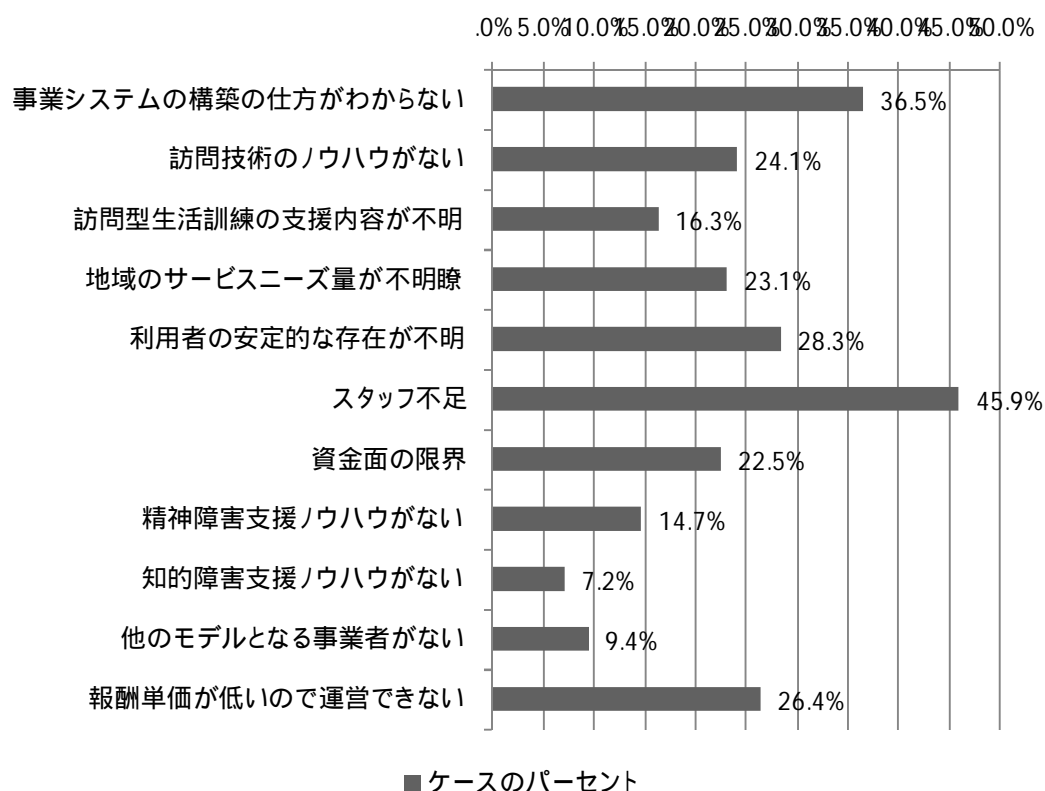
図表 2-6 訪問型生活訓練の新規事業展開の意向について (N = 323)



訪問型生活訓練の新規事業の展開について、意向を尋ねた結果を図表 2-6 に示す。既
 に実施・計画中の 9.6%を除いて、「高い関心がある」(21.1%)、「やや関心がある」(48.9%)
 など約 7 割が事業展開に関心があることがわかる。

(7)新規事業展開上の困難

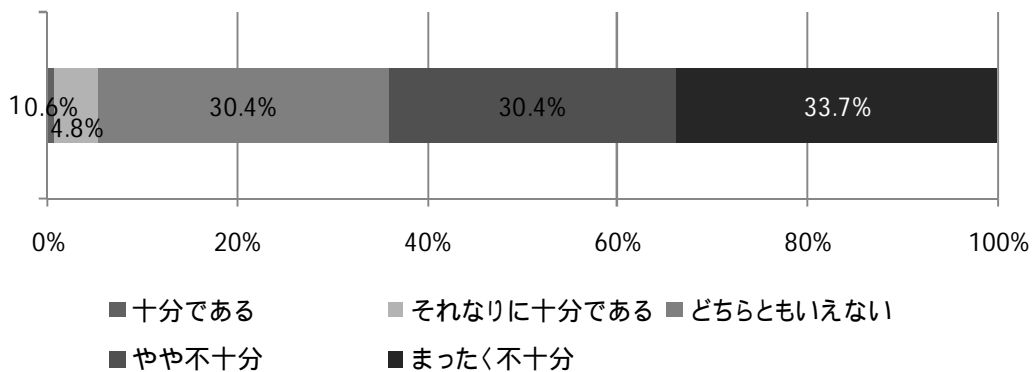
図表 2-7 新規事業展開上の困難 (複数回答, N=307)



新規事業展開の上で、困難となっている点について尋ねた結果を図表 2-7 に示す。最
 も多いのは「スタッフ不足」(45.9%)であるが、「事業システムの構築の仕方がわから
 ない」(36.5%)などの回答も多い。また、「利用者が安定的に存在するかわからない」
 (28.3%)、「報酬単価が低いので運営できない」(26.4%)「地域のサービスニーズ量が不
 明瞭」など、事業所を安定的に運営できるかどうかについての不安がネックになってい
 ることが分かる。その他「訪問技術のノウハウがない」(24.1%)なども回答として多い。

(8) 訪問型生活訓練の公的な研修・技術研鑽の場の量

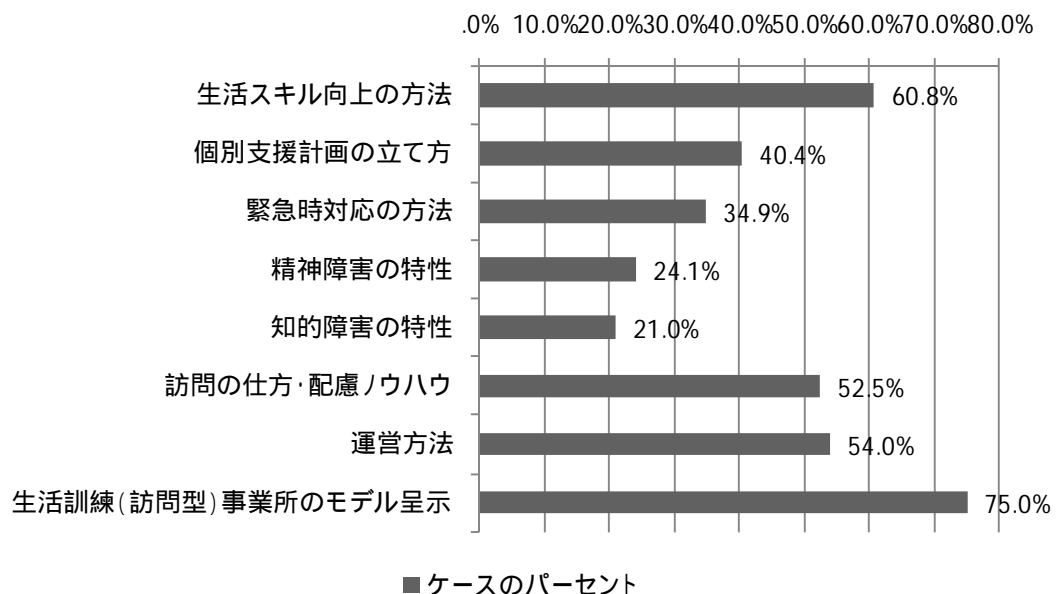
図表 2-8 生活訓練(訪問型)の研修・技術研鑽の場の量



訪問型生活訓練の公的な研修・技術研修の場の量について尋ねたところ、「やや不十分」(30.4%)、「まったく不十分」(30.7%)という結果になり、研修の機会が足りないと感じている人々が多数であることが明らかになった。

(9) 研修に期待する内容

図表 2-9 生活訓練(訪問型)の研修に期待する内容

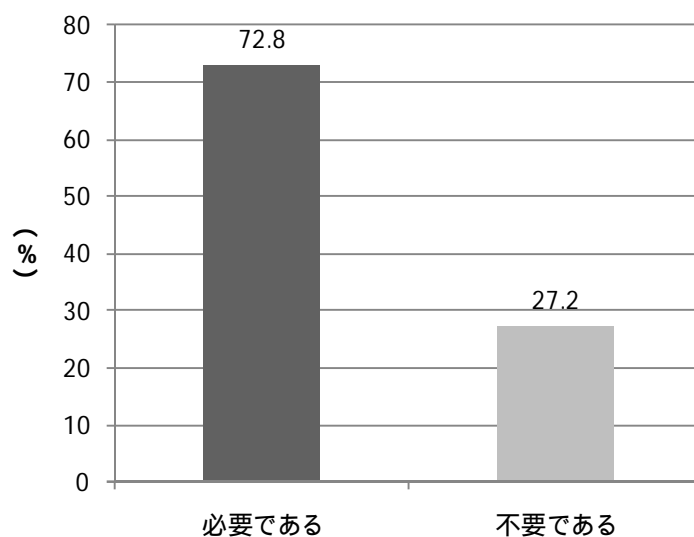


訪問型生活訓練研修に期待する内容としては、「精神障害の特性」(24.1%)や「知的障害の特性」(21.0%)などの基礎的な内容よりも、「事業所のモデル呈示」(75.0%)や、「運営方法」(54.0%)などの運営の具体的な内容や、「訪問の仕方・配慮のノウハウ」(52.5%)

や「生活スキル向上の方法」(60.8%)など具体的な内容についてのニーズが高い。

(10)生活支援員の従事要件の設定について

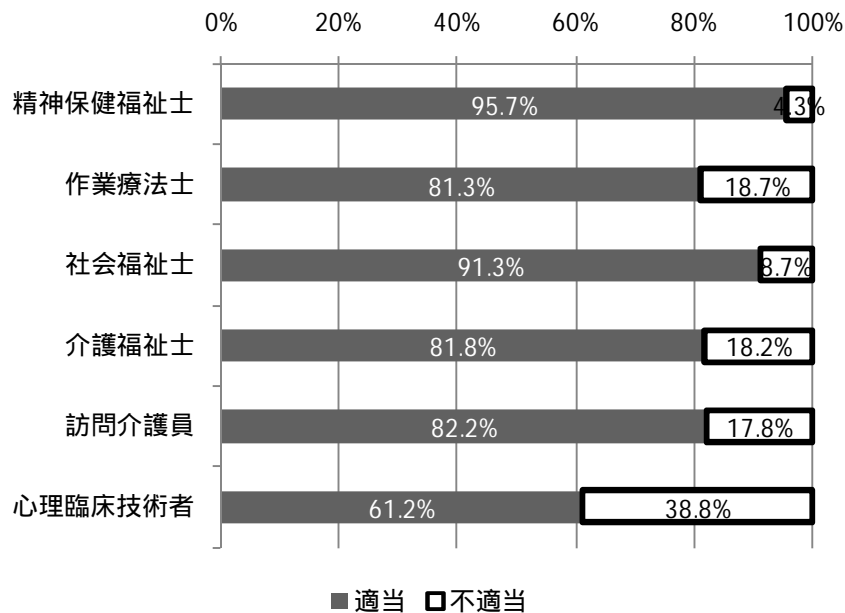
図表 2-10 生活支援員の従事要件の設定について(N=324)



生活支援員の従事要件の設定の必要性について尋ねた結果を図表 2-10 に示す。結果現在特に要件が設けられていないが、多数(72.8%)が「必要である」という回答であった。

(11) 従事要件における各資格の妥当性について

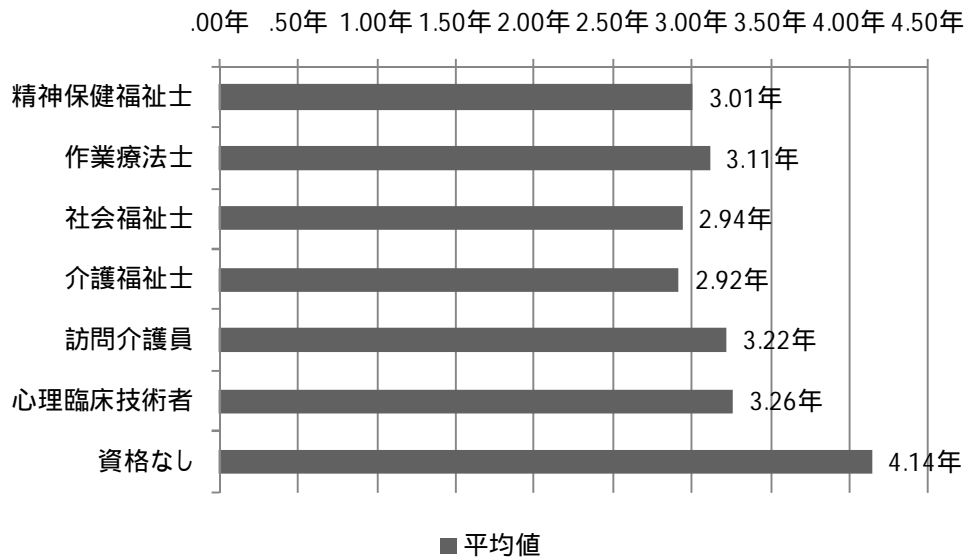
図表 2-11 従事要件における各資格の妥当性について



訪問型生活訓練の生活支援員の従事者資格としての妥当性について、各資格について尋ねた結果を図表 2-10 に示す。従事資格として「妥当」という回答が最も多かったのは精神保健福祉士で 95.7%、次に多かったのは社会福祉士の 91.3%であった。その他作業療法士、介護福祉士、訪問介護員なども 8 割以上が妥当と答えていた。なお、心理臨床技術者は 61.3%と若干低めの回答となっていた。

(11) 生活支援員の従事に必要な勤務年数について

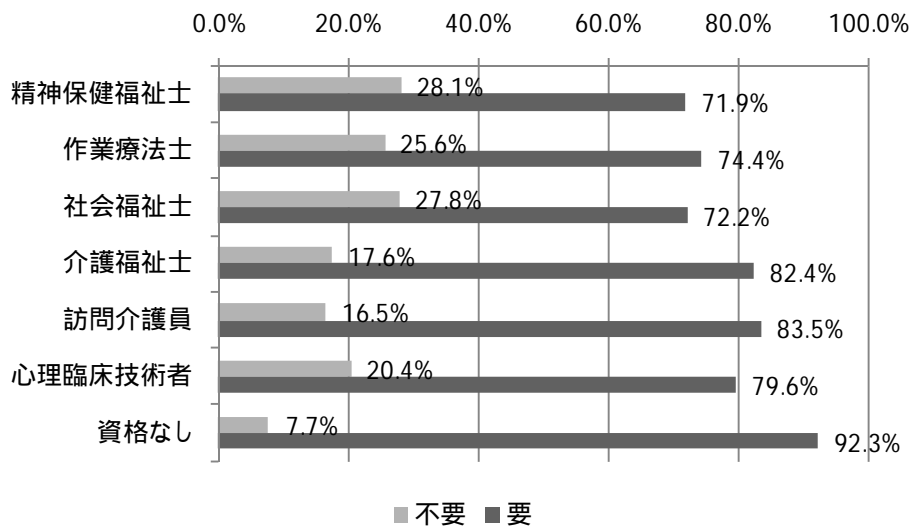
図表 2-11 生活支援員の従事に必要な勤務年数について



訪問型生活訓練の生活支援員の従事者に必要な勤務年数を、各職種について尋ねた結果を図表 2-11 に示す。どの資格も 3 年間の従事が従事要件の目安と考えられているようである。

(12) 研修参加の必要性について

図表 2-12 研修参加の必要性について



訪問型生活訓練の生活支援員の従事に研修の参加が必要かどうか、職種毎に尋ねた結果を図表 2-12 に示す。「資格無し」が 92.3%と最も高いが、その他の資格も 7 割以上の回答者が研修の参加が必要と考えていることがわかる。

3)現在実施されている訪問型生活訓練の実態

訪問型生活訓練を行っている事業所について、実際の支援内容についての実態について把握した結果を以下に示す。

(1)現在のプログラム設計について

図表 3-1 訪問型生活訓練のプログラム設計について

	パーセント	度数
必要と思われるプログラムを新規に設計した	72.7%	(16)
これまでの事業で参考できるものを踏襲した	18.2%	(4)
他の事業所で行っているものを参考にして設計した	9.1%	(2)
合計	100.0%	(22)

現在訪問型生活訓練を実施している事業者について、そのプログラム設計をどのように行ったかを尋ねた結果を図表 3-1 に示す。「必要と思われるプログラムを新規に設計した」が 72.7%と多く、何らかのプログラムを参考にして設計したのではなく、独力で開発したことがわかる。

(2)利用者の利用経路

図表 3-2 訪問型生活訓練の利用者経路について

	応答数		ケースのパー
	度数	パーセント	セント
本人直接	(3)	7.3%	13.6%
家族直接	(4)	9.8%	18.2%
医療機関	(8)	19.5%	36.4%
相談支援事業	(11)	26.8%	50.0%
保健所	(3)	7.3%	13.6%
自身の事業所が運営する宿泊型・通所型からの継続	(10)	24.4%	45.5%
その他	(2)	4.9%	9.1%
合計	(41)	100.0%	186.4%

現在訪問型生活訓練を実施している事業者について、その利用者の紹介経路について、多い順に 3 つ回答してもらった結果を表 2-2 に示す。

最も多いのは「相談支援事業」からの紹介で 50.0%、次に「自身の事業所が運営する宿泊型・通所型からの継続」で 45.5%、「医療機関」が 36.4%であった。家族や本人からの相談ではなく、関係各機関からの連携の中で事例が紹介されたり、自身の事業所からニーズのある対象者を見いだしたりしている状況がうかがえる。

(3)拒否時の状況

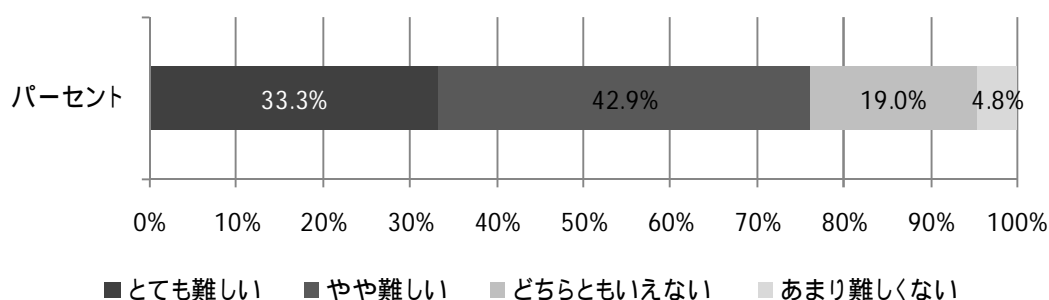
図表 3-3 利用者が拒否した場合の状況

	パーセン	
	ト	度数
他機関からの紹介の場合、元の機関に事態を報告して、ひとまず終了する	25.0%	(5)
相談支援事業に紹介し、本人とのつながりをつけてもらう	15.0%	(3)
相談支援事業以外の保健所などに紹介し、本人とのつながりをつけてもらう	5.0%	(1)
契約がとれるまで無報酬の相談・訪問支援を行い、つながりをつける	35.0%	(7)
その他()	20.0%	(4)
合計	100.0%	(20)

利用者が拒否した場合の対応について、対応として一番多いものの回答を得た結果を表 3-3 に示す。最も多いものは「契約がとれるまで無報酬の相談・訪問支援を行い、つながりをつける」(35.0%)であり、事業所負担により本人とのコンタクトをはかろうとしている状況がうかがえる。

(4)訪問型生活訓練の実施の困難の度合いについて

図表 3-4 訪問型生活訓練の実施の困難度合い (N=21)

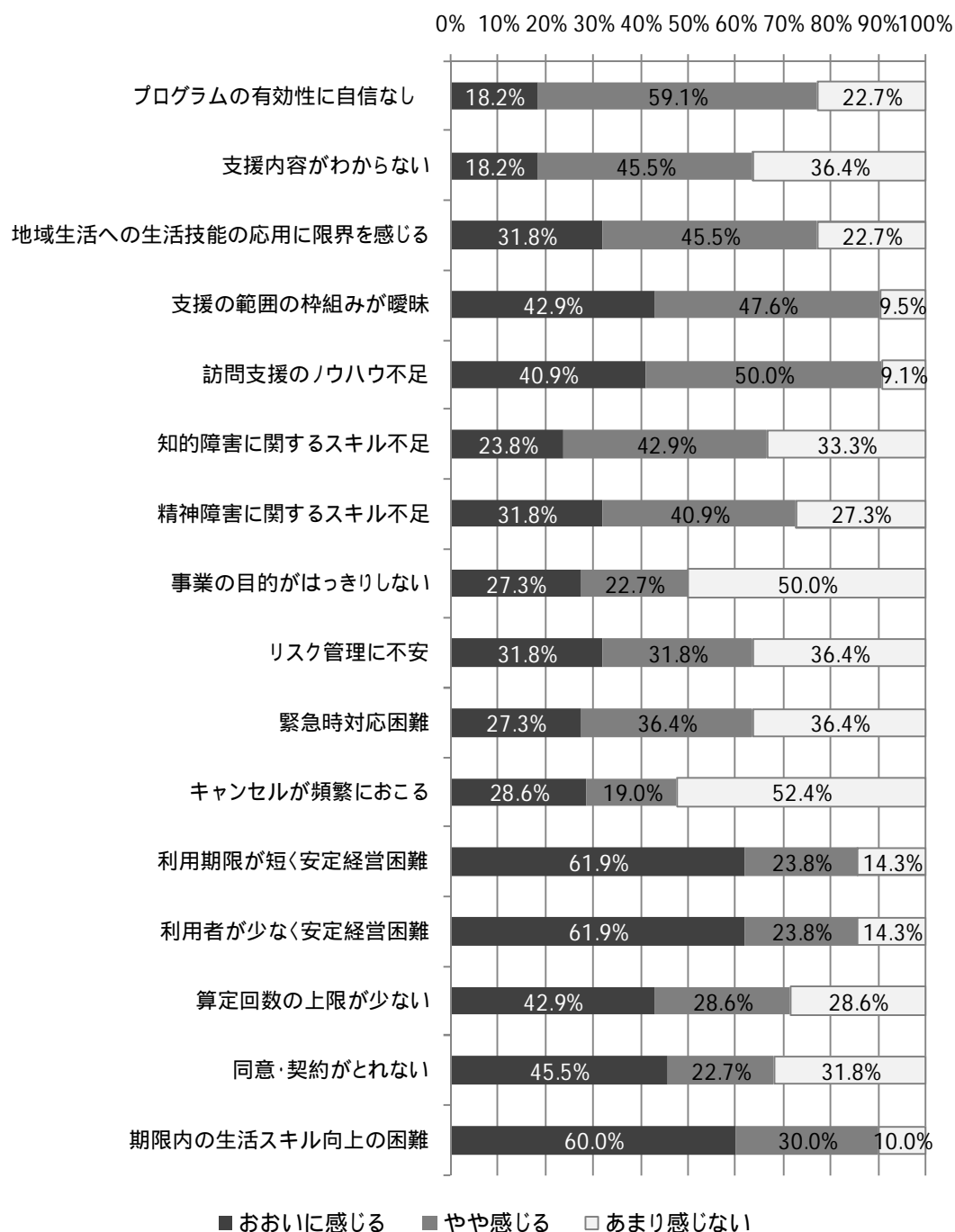


訪問型生活訓練の実施の困難度について尋ねた結果を表 3-4 に示す。「とても難しい」(33.3%)、「やや難しい」(42.9%)を加えると、7割以上の事業者が困難を感じている状

況にあることが示された。

(5)訪問型生活訓練の実施の困難点について

図表 3-5 訪問型生活訓練の実施の困難点について(N=22)



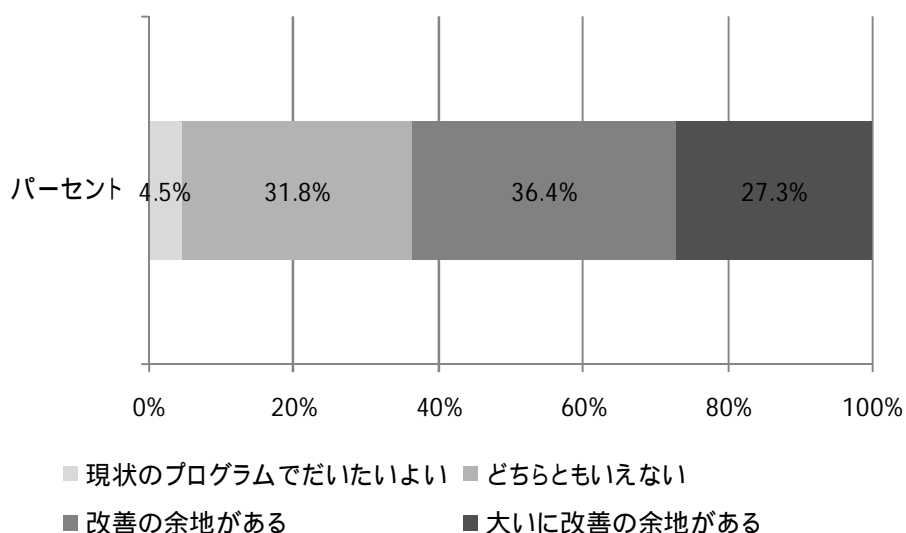
プログラムの実施上感じる困難点について尋ねた結果を図表 3-5 に示す。「困難をおおいに感じる」という回答が最も多い項目は、「利用期限が短く安定経営が困難」(61.9%) および「利用者が少なく安定経営が困難」(61.9%)、および「期限内の生活スキル向上

の困難」であった。2年となっている利用期限が支援上のネックになっているようである。

また、支援技術の面で「困難をおおいに感じる」という回答が多い項目は「支援の範囲の枠組が曖昧」(42.9%)、「訪問支援のノウハウ不足」(40.9%)であった。実際に訪問を始めたものの、どこまで支援を行っていったらいいのか、あるいはどのように訪問を行っていったらよいかについての戸惑いが見受けられる。

(6)訪問型生活訓練の実施の困難点について

図表 3-6 現在の訪問型生活訓練のプログラムの完成度について



現在のプログラムの完成度について尋ねた結果、「改善の余地がある」(36.4%)、「大いに改善の余地がある」(27.3%)であった。各事業所がプログラムについては満足していない様子が見えてくる。

・ 第二次調査 (研修の実施ならびに効果評価)

1) 研修の概要

第一次調査で把握された内容を元に、以下の内容で研修を構成した。

まず、一次調査で把握された新規事業展開上の困難として「事業システムの構築の仕方がわからない」という回答が多く(36.5%)、研修に期待する内容としても「事業所のモデル呈示」(75.0%)や、「運営方法」(54.0%)などの運営の具体的な内容が求められていたため、制度概要の説明を で行い、また具体的なモデル事例として市川市での取り組みを で紹介した。

また、新規事業展開上の困難として「訪問技術のノウハウがない」という回答が多く(24.1%)、研修に期待する内容としても「訪問の仕方・配慮のノウハウ」(52.5%)や「生活スキル向上の方法」(60.8%)など具体的な内容についてのニーズが高かったため、
、
などで具体的な訪問支援の実際と技術についての研修枠を設けた。

また、研修に期待する内容として「個別支援計画の立て方」も 40.4%と希望する回答が多かったため、支援の基本的な軸としてのケアプランの立て方について、
・
で扱い、その基盤的な考え方となるリカバリー概念についてのディスカッションの枠を
で用意した。

日	時間	テーマ・講師(所属は2009年10月時点)
10月20日	9:30~10:00	オリエンテーション 吉田光爾(国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 援助技術研究室長)
	10:00~12:40	障害者自立支援法の中での生活訓練の位置づけ 講師:武田牧子(厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課地域移行支援専門官)
	13:40~15:10	リカバリーの概念について(ディスカッション) 講師:伊藤順一郎(国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部長) 久永文恵(特定非営利活動法人 COMHBO リハビリテーションカウンセラー)
	15:20~16:50	アウトリーチ支援の必要性 講師:遠藤紫乃(特定非営利活動法人ほっとハート 生活訓練事業らいふ 管理者)、 英一也(国立精神・神経センター-精神保健研究所社会復帰相談部)

10月21日	9:30~12:40	ケアプラン事例検討 講師:上原久(社会福祉法人聖隷厚生園ナルド工房センター長) 事例提供:遠藤紫乃(特定非営利活動法人ほっとハート 生活訓練事業らいふ 管理者) 松尾明子(基幹形支援センターえくる 相談支援専門員)
	13:40~16:50	ストレングスモデルのケアプラン作り 講師:佐藤光正(駒澤大学文学部社会学科社会福祉学専攻 准教授)

10 月 22 日	9:30～12:40	<p>訪問活動のニーズと実際(精神障害編)</p> <p>講師:遠藤紫乃(特定非営利活動法人ほっとハート生活訓練事業らいふ 管理者)</p> <p>吉田光爾(国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部援助技術研究室長)</p> <p>英一也(国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 流動研究員)</p> <p>松尾明子(基幹形支援センターえくる 相談支援専門員)</p> <p>青村智春(特定非営利活動法人 千葉精神保健福祉ネット 相談支援専門員)</p> <p>酒井範子(社会福祉法人 サンワーク 相談支援専門員)</p> <p>三添晴江(社会福祉法人 サンワーク 相談支援専門員)</p>
	13:40～16:50	<p>訪問活動のニーズと実際(知的障害編)</p> <p>講師:鈴木和男(横浜市健康福祉局障害支援課 在宅支援係長)</p> <p>岩屋文夫(社会福祉法人訪問の家 集 自立生活アシスタント)</p> <p>斉藤直美(社会福祉法人であいの会 であい 自立生活アシスタント)</p>
10 月 23 日	9:30～12:40	<p>訪問型生活訓練事業の運営の実際～市川の実践～</p> <p>講師:品川眞佐子(特定非営利活動法人ほっとハート 理事長)</p>
	13:40～16:50	<p>運営に向けてのファーストステップ</p> <p>講師:伊藤順一郎(国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部長)</p> <p>品川眞佐子(特定非営利活動法人ほっとハート 理事長)</p> <p>吉田光爾(国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部 援助技術研究室長)</p>

2)調査測度

研修の効果評価をするにあたって、参加者に自記式アンケートを行ったが、ここでは使われた測度について述べる。

(1)「訪問型生活訓練を行うにあたって必要な概念の理解への自信度」

訪問型の生活訓練を行うにあたって、必要な概念や知識について、支援者が十分に理解し自信を持っていることは、支援を行っていく上で重要であり、研修の目的の1つと言える。そのため、回答者がどの程度、それらの概念の理解に自信を持っているかを5件法で尋ねた。すなわち「十分理解している自信がある(5点)」～「理解している自信が全くない、あるいは知らない(1点)」で評価した。評価した項目は、研修プログラムで取り扱われた13の概念についてである。この合計点数を算出し13-65点の間で評価した。なお、尺度化した場合のCronbachの α は0.89であり信頼性は十分に高いと言える。

(2)リカバリー志向性

障害者支援に際しての援助者としてのリカバリーについての信念をもっていることは、リカバリーオリエンテッドな支援を行う上で重要であると言える。よって支援者のリカバリー志向性について、Recovery Attitudes Questionnaire-16(Borkin et al, 2000)をもとに、NPO 法人地域精神保健福祉機構(COMHBO)の香田真希子氏が邦訳したものを一部抜粋し、11項目としたものを使用し測定した。11項目の設問に対し5件法「大いにそう思う(5点)」～「全くそう思わない(1点)」で回答する。合計得点を算出し11-55点の間で評価した。なお、尺度化した場合のCronbachの α は0.74であり信頼性は高いと言える。

(3)リカバリーへの積極的な態度

障害者支援に際しての、利用者のストレングスやエンパワメントを助長していこうとするリカバリーへの積極的な態度は、アウトリーチによる地域生活支援では重要であると考え、この教育は研修の大きな目的であると考えられる。

よってリカバリーや利用者のストレングスに関しての態度を問う項目を18項目作成し、5件法「大いにそう思う(5点)」～「全くそう思わない(1点)」で回答する設問を作成し「リカバリーへの積極的な態度」として尺度化した。合計得点を算出し18-90点の間で評価する。なお、尺度化した場合のCronbachの α は0.84であり信頼性は高いと言える。

(4)訪問支援の不安度

これから訪問支援をはじめようとする研修の対象者がもっている訪問支援に関する不安感について、それを低減させることは、今回の研修の大きな目的である。

よって訪問支援に関する不安感について問う項目を 7 項目作成し、「非常に不安(5点)」～「全く不安でない(1点)」までの五件法で回答する設問を用意した。これを「訪問支援への不安度」として、合計得点を算出し、7-35 点の間で評価した。なお、尺度化した場合の Cronbach の α は 0.87 であり信頼性は高いと言える。

(5)研修後の行動

本研修は必ずしも生活訓練の事業者および福祉関係者にとどまらないが、障害者に対するアウトリーチ支援に関して、具体的に本研修を通じてどのような行動が引き起こされたかを確認するため、研修後 3 ヶ月時点で、具体的に行った行動について 8 つの選択肢を用意し、多重回答で評価した。

3)対象者の概要

国立精神・神経センター 精神保健研究所の研修は広く臨床従事者に開かれた研修であるため、参加者については、生活訓練事業者は福祉関係者のみならず、病院関係者、行政関係者等も含まれることとなった。研修参加者は66名、基礎属性などは以下の通りである。

図表 4-1 男女の構成比(N=66)

性別	人数(名)	%
女性	38	57.6
男性	28	42.4

図表 4-2 年齢(N=66)

年齢(歳)	
最大値	25
最小値	56
最頻値	31
平均値	35.6
標準偏差	7.7

図表 4-3 対象者の所属施設(N=66)

所属施設	施設数(施設)	%
病院	19	28.8
生活訓練事業所	16	24.2
精神保健福祉センター等	11	16.7
福祉	6	9.1
行政	5	7.6
保健所	3	4.5
福祉事務所	2	3.0
その他(企業、更正相談所等)	4	6.1

図表 4-4 対象者の経験年数(N=58)

経験年数	(ヶ月)
最大値	348
最小値	0
最頻値	137
平均値	96.1
標準偏差	63.3

図表 4-5 対象者の資格 複数回答(N=66)

資格	人数(名)	ケース%
精神保健福祉士	38	57.6
看護師	7	10.6
保健師	6	9.1
社会福祉士	5	7.6
作業療法士	4	6.1
医師(精神保健指定医)	2	3.0
臨床心理士	2	3.0
介護福祉士	2	3.0
自立訓練支援員	1	1.5
ホームヘルパー	1	1.5
施設長	1	1.5
非常勤講師	1	1.5
無資格者	1	1.5

4)研修の効果

(1)研修への内容の満足度・理解度

図表 4-6 各講義への内容満足度・理解度

講義内容	内容満足度 (各 1-4 点)		理解度 (各 1-4 点)	
	平均	SD	平均	SD
障害者自立支援法の中での生活訓練の位置づけ	3.2	(0.6)	2.7	(0.7)
リカバリー概念について(ディスカッション)	3.2	(0.7)	2.9	(0.6)
アウトリーチ支援の必要性	3.5	(0.5)	3.4	(0.5)
ケアプラン事例検討	3.4	(0.7)	3.4	(0.7)
ストレンクスモデルのケアプラン作り	3.6	(0.5)	3.5	(0.6)
訪問活動のニーズと実際(精神障害編)	3.6	(0.5)	3.4	(0.6)
訪問活動のニーズと実際(知的障害編)	3.0	(0.6)	3.0	(0.6)
訪問型生活訓練事業の運営の実際 ~市川の実践~	3.6	(0.5)	3.5	(0.5)
運営に向けてのファーストステップ	3.8	(0.5)	3.6	(0.5)

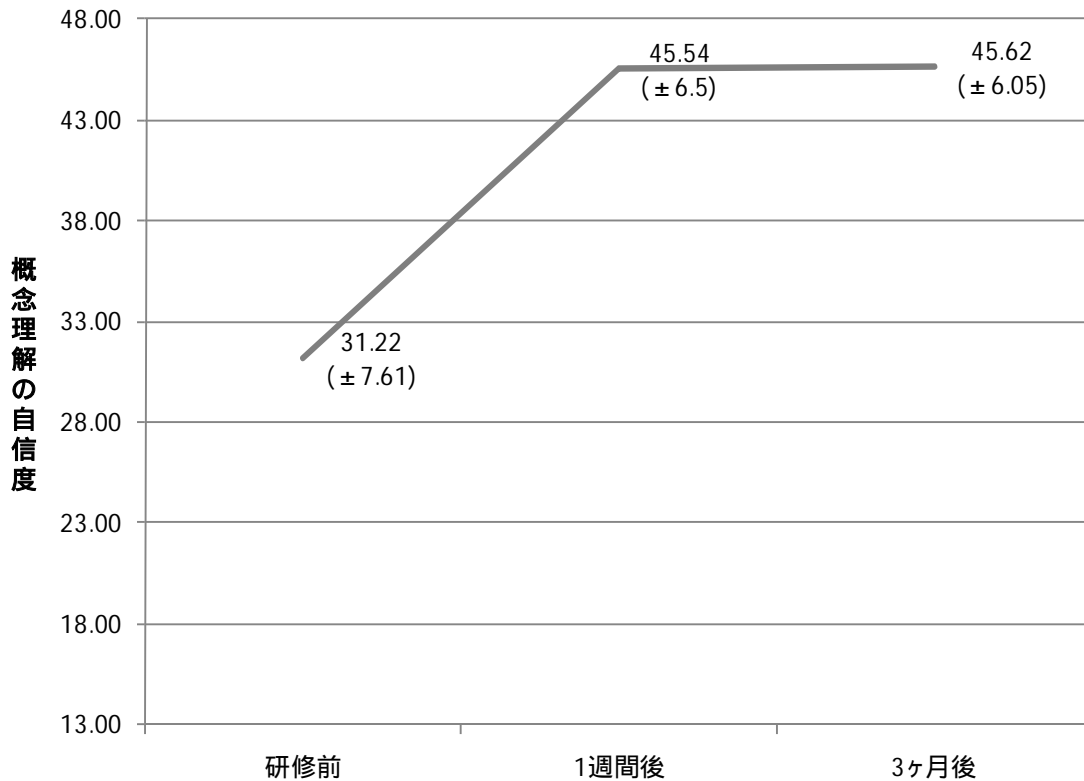
研修の各講義の内容満足度と理解度について集計した結果を図表 4-6 に示す。満足度は「4 点(大変満足)」～「1 点(大変不足)」で評価されており、理解度は「4 点(大変よく理解できた)」～「1 点(理解できなかった)」で評価されている。

内容の満足度についてはほぼ全ての項目で 3 点以上であり、「大変満足(4 点)」から「満足(3 点)」の範囲に収まっていた。

内容の理解度については「自立支援法の中での生活訓練の位置づけ」「リカバリー概念について」のコマが「理解できた(3 点)」と「あまり理解できなかった(2 点)」の間であり、若干講義内容が難しかったようである。講義内容をよりわかりやすくしたり、あるいは時間を若干長めに設定するなどの工夫が必要かもしれない。

(1)訪問型生活訓練に必要な概念理解の自信度

図表 4-7 訪問型生活訓練に必要な概念理解への自信度(13-65 点)(N=37)



反復測定による一元配置の分散分析 $p=0.000$

(反復測定による分散分析のため、欠損値の影響をうけNが減少している)

「訪問型生活訓練に必要な概念理解への自信度」合計点の平均の推移を図表 4-7 に示す。研修前概念理解の自信度は、研修前には低かったが、研修後には上昇し、3ヶ月後においても維持されていることがわかった。なお、統計的にも時期の効果は有意であった。

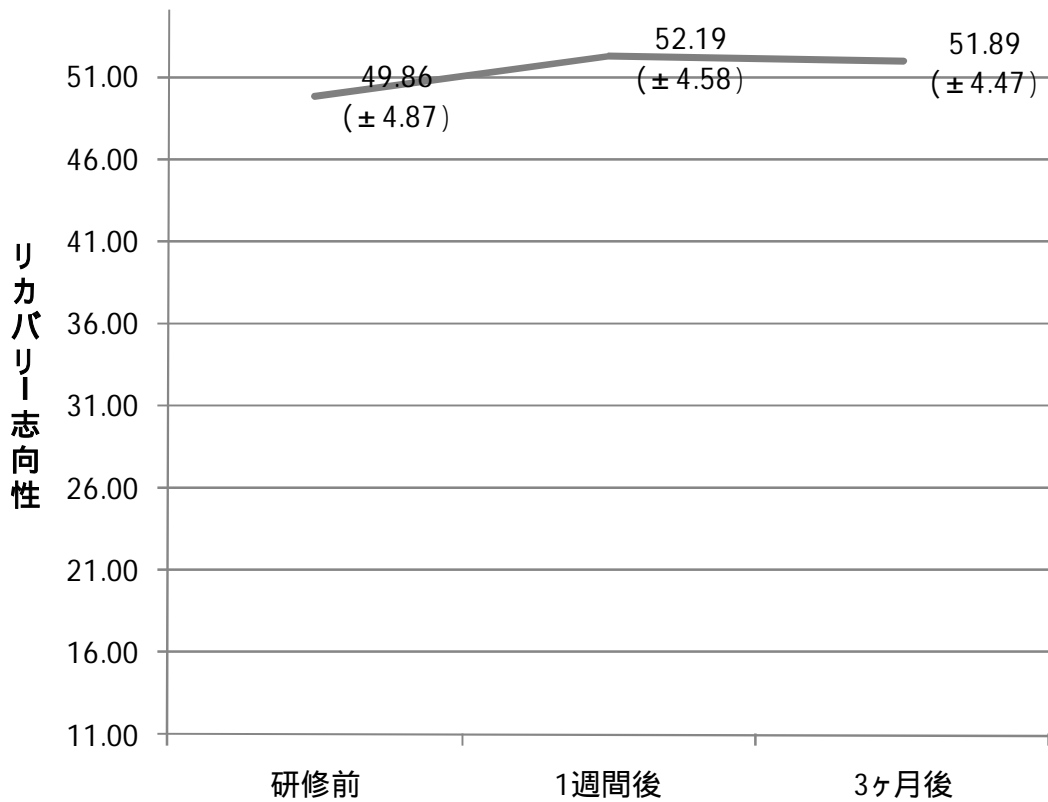
図表 4-8 訪問型生活訓練に必要な概念理解の自信度(項目毎)の変化 (N=37)

	研修前 (各 1-5 点)		1 週間後 (各 1-5 点)		3 ヶ月後 (各 1-5 点)		反復測定 一元配置 分散分析	効果 の 方向
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD		
生活訓練の概要	2.22	(0.71)	3.30	(0.91)	3.16	(0.93)	$p=0.000^{***}$	正
訪問型生活訓練の制度概要	2.22	(0.89)	3.43	(0.87)	3.46	(0.80)	$p=0.000^{***}$	正
リカバリー概念	2.54	(1.02)	3.62	(0.79)	3.59	(0.83)	$p=0.000^{***}$	正
地域生活支援の必要性	3.14	(1.11)	4.11	(0.81)	4.14	(0.67)	$p=0.000^{***}$	正
ケアマネジメントの概要	2.86	(1.03)	3.86	(0.63)	3.73	(0.69)	$p=0.000^{***}$	正
サービス利用計画と個別支援計画	2.30	(1.00)	3.54	(0.90)	3.68	(0.75)	$p=0.000^{***}$	正
ケアプランの立て方	2.38	(0.89)	3.57	(0.80)	3.51	(0.61)	$p=0.000^{***}$	正
生活訓練・ホームヘルプ・ACTの差	2.32	(0.97)	3.89	(0.74)	4.03	(0.64)	$p=0.000^{***}$	正
精神障害のニーズと特性	3.22	(0.85)	3.81	(0.78)	4.03	(0.55)	$p=0.000^{***}$	正
精神障害の生活訓練支援	2.43	(0.83)	3.57	(0.83)	3.81	(0.78)	$p=0.000^{***}$	正
知的障害のニーズと特性	2.11	(0.81)	3.05	(0.81)	3.03	(0.90)	$p=0.000^{***}$	正
知的障害の生活訓練支援	1.78	(0.75)	2.92	(0.72)	2.78	(0.85)	$p=0.000^{***}$	正
事業の管理運営	1.70	(0.70)	2.86	(0.82)	2.68	(0.85)	$p=0.000^{***}$	正

概念理解の自信度について、各概念項目の平均値の推移を、図表 4-8 に示す。全ての項目において研修後に自信度が上昇し、また、3 ヶ月後においてもその効果は維持されていることがわかった。

(2)リカバリー志向性

図表 4-9 リカバリー志向性得点 (11-55 点)(N=37)



反復測定による一元配置の分散分析 $p=0.01$

(反復測定による分散分析のため、欠損値の影響をうけNが減少している)

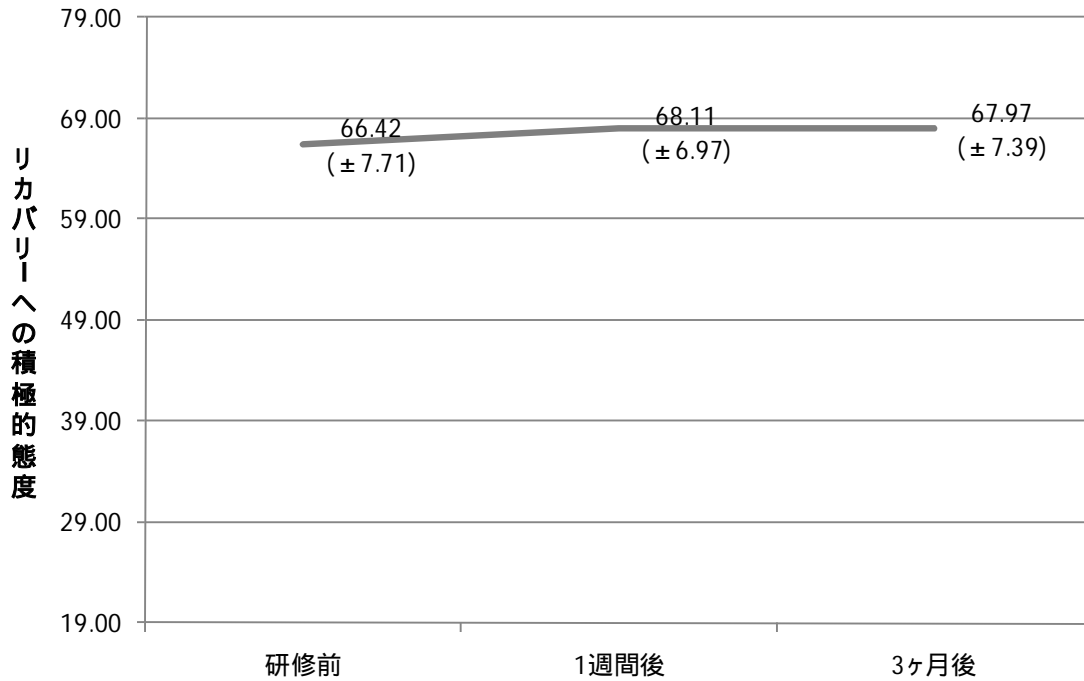
リカバリー態度を計測する RAQ-16 をもとに邦訳し、日本に適した内容を 11 項目用意した独自の尺度にて、「リカバリー志向性」を計測した。その合計点の平均の推移を図表 4-9 に示す。リカバリー志向性は、研修前には低かったが、研修後には若干ではあるが上昇し、3ヶ月後においても維持されていることがわかった。なお、統計的にも時期の効果は有意であった。

図表 4-10 リカバリー志向性(項目毎)の変化 (N=37)

	研修前 (各 1-5 点)		1 週間後 (各 1-5 点)		3 ヶ月後 (各 1-5 点)		反復測定 一元配置 分散分析	効果の 方向
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD		
リカバリーしていくには、そばにいて信じ てくれる人の存在が必要である	4.71	(0.56)	4.68	(0.47)	4.59	(0.55)	$p=.137$	
リカバリーは、適切な治療で促進される	4.10	(1.02)	4.00	(1.00)	4.24	(0.80)	$p=.207$	
リカバリーできるという信念を必要とする	4.27	(0.84)	4.63	(0.54)	4.49	(0.68)	$p=.043^*$	正
重い症状や障害があってもリカバリーで きる	4.46	(0.74)	4.59	(0.55)	4.56	(0.50)	$p=.390$	
リカバリーにある人々は、時々後戻りを する	4.20	(0.78)	4.32	(0.69)	4.41	(0.63)	$p=.176$	
リカバリーする方法は、人によって異な る	4.72	(0.56)	4.74	(0.44)	4.79	(0.41)	$p=.633$	
精神疾患からのリカバリーは、メンタル ヘルスの専門家の介入がなくても起こる	3.61	(1.02)	3.95	(0.95)	3.80	(0.93)	$p=.150$	
精神疾患に関する偏見(スティグマ)は、 リカバリーの過程を減速させる	4.32	(0.69)	4.39	(0.67)	4.24	(0.80)	$p=.468$	
リカバリーは病気や障害で失ったものを 取り戻して元の状態に戻ることではない	4.35	(0.92)	4.53	(0.72)	4.68	(0.47)	$p=.040^*$	正
リカバリーのプロセスは、希望を必要と する	4.61	(0.54)	4.68	(0.47)	4.63	(0.54)	$p=.668$	
リカバリーには、チャレンジやリスクを覚 悟することを必要とする	3.88	(0.94)	4.40	(0.71)	4.30	(0.72)	$p=.002^{**}$	正

リカバリー志向性について項目毎の平均点の推移を図表 4-10 に示す。3 つの項目で統計的に有意に上昇が認められた。

図表 4-11 リカバリーへの積極的態度 (19-95 点)(N=38)



反復測定による一元配置の分散分析 $p=.035$

(反復測定による分散分析のため、欠損値の影響をうけ N が減少している)

「リカバリーへの積極的態度」合計点の平均の推移を図表 4-11 に示す。リカバリーへの積極的態度は、研修前には低かったが、研修後には若干ではあるが上昇し、3ヶ月後においても維持されていることがわかった。なお、統計的にも時期の効果は有意であった。

図表 4-12 リハビリへの積極的態度(項目毎)の変化 (N=38)

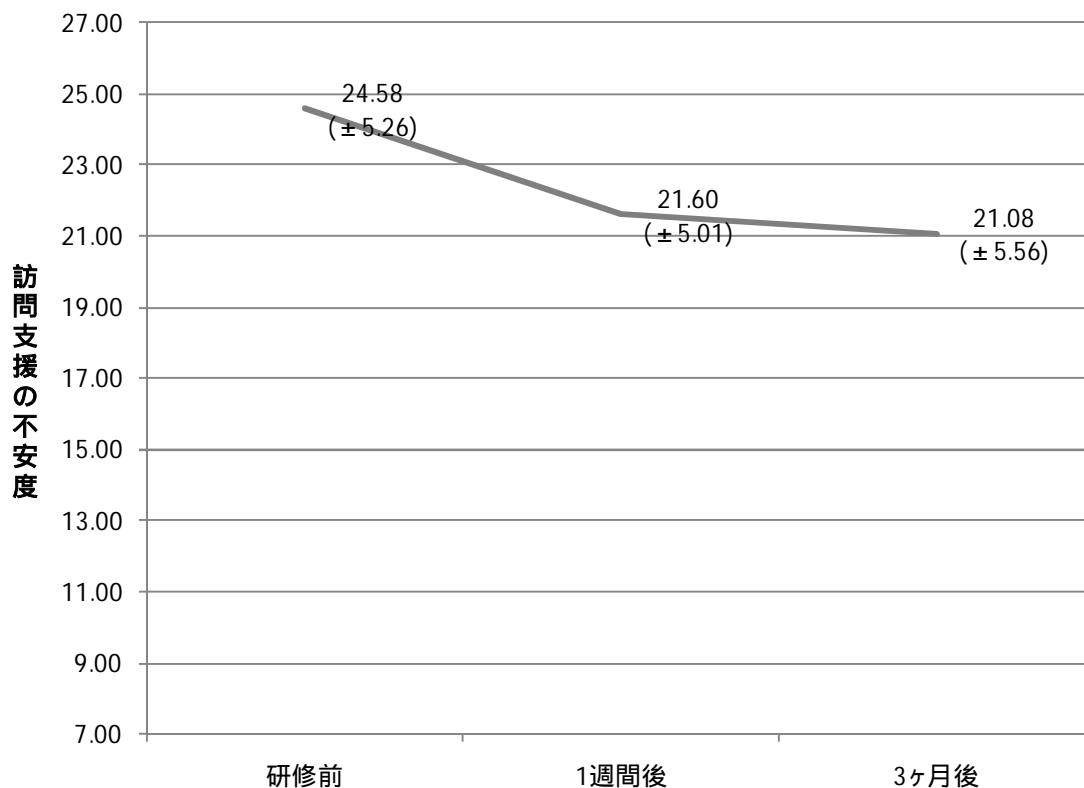
	研修前 (各 1-5 点)		1 週間後 (各 1-5 点)		3 ヶ月後 (各 1-5 点)		反復測定 一元配置 分散分析	効果 の 方向
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD		
私は、リハビリの可能性を信じている	4.32	(0.70)	4.47	(0.56)	4.61	(0.50)	$p=.014^*$	正
私は、利用者の将来の成果が定かでないことに耐えることができる	3.66	(0.99)	3.79	(0.91)	3.95	(0.80)	$p=.120$	-
私は、利用者のためにより良い成果を出そうとする動機が高い	3.68	(0.84)	3.95	(0.80)	3.76	(0.85)	$p=.083$	-
私は、利用者が困難な状況におちいった時、たくさんの援助する方法を考え出すことができる	2.92	(0.85)	3.29	(0.80)	3.29	(0.77)	$p=.005^{**}$	正
私は、精神の病を持つ人々を尊敬することができる	4.00	(0.74)	4.03	(0.68)	4.13	(0.78)	$p=.373$	-
私は、自分の希望を語るることができる	3.63	(1.08)	3.68	(1.02)	3.92	(0.78)	$p=.065$	-
私は、利用者の普通の生活をする権利を擁護することができる	3.76	(0.82)	3.92	(0.78)	3.95	(0.80)	$p=.264$	-
たとえ他の臨床家が利用者について弱気になっていても支援する方法を見つけることができる	3.34	(0.78)	3.55	(0.83)	3.55	(0.80)	$p=.187$	-
私は、利用者と支援者の対等なパートナーシップを作ることができる	3.55	(0.69)	3.79	(0.66)	3.74	(0.60)	$p=.027^*$	正
非現実的で達成できそうにない目標を利用者が望んだ場合は、それを支援すべきではない	2.11	(0.73)	1.95	(0.80)	2.26	(1.00)	$p=.089$	-
専門家として利用者の目標に同意できない場合、目標は適切なものに置き換えるべきである	2.34	(0.99)	2.32	(1.02)	2.55	(1.03)	$p=.221$	-
利用者が失敗して自信をなくしそうな目標の場合、支援者としてそれを阻止する義務がある	1.95	(0.80)	2.18	(1.09)	2.32	(0.90)	$p=.035^*$	負
私は、利用者を患者扱いするのではなく、人としてみている	4.08	(0.82)	4.29	(0.77)	4.08	(0.88)	$p=.236$	-
私は、利用者の可能性を信じている	4.26	(0.60)	4.50	(0.56)	4.34	(0.67)	$p=.087$	-
なじんだものを手放すことが時には必要である	3.74	(0.86)	4.18	(0.83)	4.13	(0.88)	$p=.012^*$	正
上司やシステムからの指示がなければ新しいことは導入できない	2.42	(1.18)	2.58	(0.98)	2.50	(1.08)	$p=.733$	-
新しいことにはまずは反対してしまう行動パターンがある	2.08	(1.02)	2.53	(0.86)	2.50	(0.92)	$p=.003^{**}$	負
海外でエビデンスのあるプログラム(EBP)でも、日本の風土には合わないことが多い	3.03	(0.91)	3.03	(0.72)	2.95	(0.70)	$p=.766$	-
システムの問題を見つけても改善に取り組むことは難しい	3.05	(0.96)	2.97	(1.00)	2.66	(0.91)	$p=.017^*$	正

斜体部は逆転項目

リハビリ概念の理解度について項目毎の平均点の推移を図表 4-12 に示す。5 つの項目で統計的に有意に上昇が認められたが、2 項目については負の効果が認められた。

(3)訪問支援に関する不安度

図表 4-13 訪問支援に関する不安度 (7-35 点)(N=40)



反復測定による一元配置の分散分析 $p=0.000$

(反復測定による分散分析のため、欠損値の影響をうけNが減少している)

「訪問支援に関する不安度」合計点の平均の推移を図表に示す。不安度は、研修前には高い水準にあったが、研修後には低下し、3ヶ月後においても維持されていることがわかった。なお、統計的にも時期の効果は有意であった。

図表 4-14 訪問支援に関する不安度(項目毎)の変化 (N=40)

	研修前 (各 1-5 点)		1 週間後 (各 1-5 点)		3 ヶ月後 (各 1-5 点)		反復測定 一元配置 分散分析	効果 の 方向
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD		
利用者宅に訪問して支援をする「訪問技術」のノウハウが足りない	3.55	(1.18)	3.23	(1.03)	3.20	(1.14)	$p=.024^*$	正
訪問型生活訓練で何が支援できるのか、具体的に よくわからない	3.45	(1.08)	2.45	(0.85)	2.63	(0.98)	$p=.000^{***}$	正
精神障害の支援に関するノウハウが足りない	3.13	(1.18)	2.55	(0.81)	2.58	(0.96)	$p=.000^{***}$	正
知的障害の支援に関するノウハウが足りない	4.20	(0.79)	3.90	(1.06)	3.65	(1.00)	$p=.001^{***}$	正
まわりにその事業を行っている事業者がいないので、不安	3.48	(0.88)	3.38	(1.10)	3.18	(1.17)	$p=.287$	-
症状の急変などへの緊急時対応の仕方がわからない	3.50	(0.99)	3.33	(1.10)	3.03	(1.05)	$p=.004^{**}$	正
自分たちの行っている支援の妥当性・有効性について、よくわからない	3.28	(1.01)	2.78	(0.89)	2.83	(1.08)	$p=.001^{***}$	正

訪問支援の不安度について、各概念項目の平均値の推移を、図表 4-14 に示す。全ての項目において 1 つの項目を除いて研修後に困難度は低下し、また、3 ヶ月後においてもその効果は維持されていることがわかった。

(4) 研修後の行動

図表 4-15 研修後に行った行動(3ヶ月時点) (複数回答 N=57)

	N	ケース%
訪問型生活訓練の形で事業化した	2	5.6
アウトリーチ支援を事業化・拡充するため、事業所や地域での検討会等を発足させた	3	8.3
アウトリーチ支援を事業化・拡充するため、情報収集を行っている	14	38.9
支援を拡充させるために、事業所内での人員増や職場体制の変更などの工夫をした	2	5.6
既に行ってきたアウトリーチ支援の内容を工夫するようになった	15	41.7
これまでアウトリーチ支援を行ってこなかったが、積極的に行うようになった	1	2.8
関連事業所向けに地域に対する孫研修や情報提供を行った	13	36.1
その他	3	8.3

研修後の具体的な行動について尋ねたところ、上記のような結果になった。3ヶ月後時点で実際に「訪問型生活訓練を事業化」させたという回答が2(5.6%)、「検討会を発足させた」という回答が3(8.3%)、「アウトリーチ支援を拡充・事業化させるために情報収集を行っている」という回答が14(38.9%)存在した。また、「関連事業所への孫研修・情報提供を行った」という回答が13(36.1%)であった。

・考察

1) 第一次調査から

(1) 訪問型生活訓練の実施状況

まず、生活訓練の実態調査からわかることは、そもそも実態を把握するという全段階にあるこの制度の活用状況である。訪問型による生活訓練を実施している事業所は非常にまれであり、360 回答があった事業所の中で、訪問型を実施している事業所はわずかに 22 事業所であり 1 割にみえない。

また、訪問型生活訓練の事業概要についても、「具体的にはよく知らない」(31.7%)、「ほとんど知らない」(9.5%)と、生活訓練事業者の 40%以上が十分にサービス内容を理解していないことが分かる。さらに、平成 21 年度に行われた訪問型生活訓練の報酬単価の改定についての認識について尋ねたところ、「あまり知らない」(28.1%)、「ほとんど知らない」(12.5%)と、報酬改定の情報を知らない事業者が約 4 割にものぼる。このようなことから、訪問型生活訓練は実施されていないし、また、その概要についても十分に知られていない、ということがわかる。このような中で、報酬改定の妥当性についても、もっとも多い回答はもっとも多い回答は「わからない」(40.2%)となっており、今回の報酬改定も、事業の新展開について十分なインセンティブになっていないことが推測される。

だがしかし、訪問型生活訓練の新規事業の展開については、既に実施・計画中の 9.6%を除いて、「高い関心がある」(21.1%)、「やや関心がある」(48.9%)など約 7 割が事業展開に関心がある状況がうかがえる。

また、実際に訪問型生活訓練を実施している事業所においても、その実施は困難な状況にあることが推測された。一次調査ではこの実施については、「とても難しい」(33.3%)、「やや難しい」(42.9%)と、7 割以上の事業者が困難を感じている状況にあることが示されている。とくに周りに事業者がいないこと、モデルとなる先事例もないことなども一因と考えられ、こうした困難を打開するための相互の情報交換や技術研さんの場に対するニーズは高いものと思われる。

よって、このような関心や情報希求に対して、どのように答えていくかが、今後の訪問型生活訓練の普及に際しては重要であると考えられる。

(2) 生活支援員の従事要件および研修の必要性について

実地調査の中で明らかになったもう一つのポイントは、生活訓練の従事者に質の担保に課題がある、という事実である。生活訓練の実際の責任者・臨床従事者は精神保健福祉士が一定の割合を占めているが、「資格無し」の割合も多い。「資格無し」の割合は責任者でも 18.9%、臨床従事者に至っては 34.3%と資格構成比の中でも最も多い。また、スタッフの経験年数は責任者でも 14.9%が 5 年以下、臨床従事者でも 56.8%と半数以上を占めていた。

むろん、資格を有していることが必ずしも臨床上のスキルと直結しているとは限らない。無資格でも良質な支援を提供している場合もあるだろうが、しかし資格が支援の質を一定程度担保しうるものであることは言うまでもない。また福祉サービスという公的な性格をもつ業務に従事する際に、何らかの公的な認定を受けているサービスを受けられることは利用者が安心感を得るうえでも必要なことであると考えられる。をそれを鑑みると、生活訓練の従事者において、無資格者がかなりの割合にのぼること、また経験年数が少ないことは、支援の質を考える上で、重大な問題であると考えられる。

このような認識は、現場レベルでも認識されているようである。現在設定されていない、生活支援員の従事要件の設定については回答者の 72.8%が「必要である」と回答しており、支援の質を担保するため、一定の従事条件が必要であると大半が考えているのである。

では、どのような従事要件が必要だと考えられているのであろうか。訪問型の生活訓練の具体的な従事要件であるが、資格に関しては従事者資格として「適当である」と考えられている資格にはかなりのバリエーションがあることがわかる。8 割以上「適当である」と答えられている資格は、精神保健福祉士(95.7%)・社会福祉士(91.3%)・訪問介護員(82.2%)・介護福祉士(81.8%)・作業療法士(81.3%)である。

精神保健福祉士・社会福祉士・作業療法士の妥当性には特に問題がないと考えられるが、訪問介護員や介護福祉士は、本来利用者の生活の補助・代行を旨としている資格であり、ケアマネジメントや「利用者の生活スキルを伸ばす」という生活訓練の生活支援員の任用資格として必ずしも適しているといえないという意見もあろう。だがしかし、これらの介護系の資格者は、実際には利用者宅を訪問して支援を行う上での訪問スキルを有していること、また、利用者の生活場面に密着した支援を行っており生活能力のアセスメントなどに適性がある、と現場レベルでは考えられていると思われる。また、ホームヘルプ等の現場では、実際には利用者の家事代行にとどまらず、障害者の生活に関して身近な生活相談を受けたり、生活全体のモニタリングをするなど、家事代行以外の支援役割を果たしていることもよく知られていることであり、そのような意味で介護福祉士・訪問介護員などは、本制度における担い手となりうるとも考えられる。

だがしかし、これらの介護に関する専門職は、ソーシャルワークの考え方や、生活ス

キルの伸長や訓練などに関する基礎的な教育は受けていないため、生活支援員に従事するには、こうした面を研修で補足していくことが必要なのではないかと考える。

なお、こうした介護職の活用を考えると、研修についての情報の報知先についても、生活訓練の事業者のみならず、ホームヘルプ事業所などを含めていくことも、可能性のあることであると考ええる。

また、従事要件として必要な勤務年数についても、おおよそ「3年」という年数が、回答の平均値であった。さらに、有資格かつ勤務年数が満たされていたとしても、どの資格についても「研修参加」については必要と考えられているのである（図表 2-12）。本来事業者にとっては従事者要件を設定されることは運営上ハードルを課せられるものであるが、それでもなお「有資格」「一定の経験年数」に加えて「研修」が必要、と考えられているのであり、現在全く要件のない状態は早急に改善されるべきであると考えられる。

しかし、この「研修については」実際には非常にそのような機会が少ない、と考えられているようであった。訪問型生活訓練の公的な研修・技術研修の場の量について尋ねたところ、「やや不十分」(30.4%)、「まったく不十分」(30.7%)という結果になっており、何らかの機会を早急に提供することが必要であると考えられる。

(3) 求められる研修内容について

では、どのような内容の研修が求められているのであろうか。

訪問型生活訓練のプログラム設計について、現在行っている事業者のほとんどが「必要と思われるプログラムを新規に設計した」(72.7%)とあり、モデルがない中で、独自にプログラムのあり方を模索・設計している様子が見えてくる。また、事業者が新規の訪問型事業を展開する上での困難に関する設問では「事業システムの構築の仕方がわからない」(36.5%)という回答も多い。

このようなことから具体的に運営を立ち上げるのを支援するためには、先進的な事業所のモデルを呈示していくことが必要であると考えられる。実際に、研修に期待する内容としてもっとも選ばれた内容は、「事業所のモデル呈示」(75.0%)や、「運営方法」(54.0%)などの運営の具体的な内容であった。特に、新規事業展開の上での困難点として挙げられた回答からは、「利用者が安定的に存在するかわからない」(28.3%)、「報酬単価が低いので運営できない」(26.4%)「地域のサービスニーズ量が不明瞭」など、安定的な運営に関する不安があることがわかっている。実際に運営に成功しているモデルを呈示することは、このような不安を払拭するうえでも重要であると考えられる。

また、運営上の点について研修で伝達していくことも重要であるが、臨床的なスキルについての内容設定も必要であろう。新規事業展開の上での困難点として、「訪問技術のノウハウがない」(24.1%)なども回答は多い。また、実際に訪問型生活訓練を実施し

ている事業者でも「困難をおおいに感じる」という回答が多い項目は「支援の範囲の枠組が曖昧」(42.9%)、「訪問支援のノウハウ不足」(40.9%)であった。訪問型生活訓練という未だ支援技術が十分に普及していない制度の中では、具体的に訪問をどのように行っていくのか、何が支援に求められているのか、そして具体的にどのように生活スキルを向上させていくのかについて、研修で取り上げていく必要があるであろう。

しかし、訪問技術と運営方法についてのみ研修で取り扱っていけばよいというものではない。具体的な支援は、支援計画に基づいて行われるべきであり、またその支援計画は利用者のリカバリーに資するものでなくてはならない。特に、生活訓練は地域の中で利用者の生活全体を支援していくものであり、症状等の個別的な問題をとりあげるものではない。その面で、利用者にとってのリカバリーとは何かについての基本的な考え方が必要であると考えられる。「個別支援計画の立て方」は40.4%の対象者が、研修に期待する内容としてあげているが、それは、全体的な支援の見通しをたてていくために必要であると現場レベルでも考えているものと思われる。

2) 第二次調査から

本事業による研修については満足度も高く、内容については利用者のニーズにあったものを提供することができたと考える。

ただし、先述したように「自立支援法の中での生活訓練の位置づけ」「リカバリー概念について」のコマが「理解できた(3点)」と「あまり理解できなかった(2点)」の間にあり、若干講義内容の理解に困難があったようである。いずれも、制度の詳細な部分であったり、あるいはやや抽象的な概念のため、具体的に理解するためには、もう少し長めの時間設定が必要なのかもしれない。

研修の効果についてであるが、まず、訪問型生活訓練に必要な概念理解への自信度について研修後に有意に上昇しており、3ヶ月後までその効果は持続していることから、自信度を深める効果があったと考えられる。実際に事業を立ち上げたり、あるいは、臨床活動をする際には、こうした基礎的な概念への理解に自信があると感じられることは重要であると考えられるため、この点の研修目的は達成されたと考ええる。

次にリカバリーの志向性や、リカバリーへの積極的な態度であるが、これも研修後に有意に上昇しており、3ヶ月後までその効果は持続していた。前述したが、利用者のリカバリーについて意識的な態度をもっていないと、支援が支援者のひとりよがりになりがちなものである。とくに訪問型生活訓練は、生活全体を取り扱う可能性のあること、また利用者の自宅に訪問して支援を行うことから、支援が侵襲的になる恐れがある技法である。その意味でクライアントの自主性や、ストレングス、また生活の希望を伸ばしていこうとする、クライアント中心主義のリカバリー概念について理解度を深めることは、非常に大きな意義をもつと考えられる。その意味で、これらの尺度得点について、有意な結果がでたことは、重要であったと考えられる。

さらに、本研究では、訪問支援を行う上での不安度についても、研修後に有意に低下していた。一般にこれまで事業所やあるいは病院などのオフィスで支援をおこなってきたものにとって、利用者の土俵で支援をおこなうことは、支援を行う上で大きなパラダイムシフトを要するものである。また、訪問は誰かが観察しているわけでもなく、臨床的に関与しているその時間の間、多くの場合、支援の方法や内容を一人で抱えなくてはならない、という特徴がある。当然、戸惑いや不安があるものと思われ、こうしたことが新規事業展開の障害になっていることは、一次調査の結果からも明らかである。よって、これについて低下をさせることは、大きな意味をもつと考えられる。

また研修の効果については、研修直後には一般的に効果が高めにでることが知られているが、本事業では3ヶ月後をもっても、各種の得点が低下しなかったことから、見掛

け上の効果ではなく、実質的な効果があったと考えられる。

なお、本事業では国立精神・神経センター精神保健研究所の研修として開催されたという事情もあり、必ずしも生活訓練の事業者のみが対象ではなかったが、研修後わずか3カ月の本研修をうけて生活訓練事業を立ち上げたという回答が2例、また検討会を発足させたという回答が3例あり、具体的な行動レベルでの変容も生じさせている。また、関連事業所向けに地域に対する孫研修や情報提供を行ったという回答も13例存在し、本研修の波及的効果も期待されるものである。

しかし、本研修は4日間という比較的まとまった時間を要するインテンシブな研修であり、事業者への負担は若干多かったものと思われる。また、広範な普及啓発の観点からみれば、国立精神・神経センター精神保健研究所1か所での実施は、限界があると考えられる。短期的な研修でも効果があるのか、あるいはこうした親研修をうけたスタッフによる孫研修をもつといったあり方も、全国的な普及を考えた場合には検討せねばならないだろう。この点については同じく平成21年度障害者保健福祉推進事業における、「訪問型生活訓練事業人材育成研修実施後の地域への展開とその効果測定及び通所型生活訓練事業の事業実態調査にもとづくケーススタディの実施」で、本研修をうけたスタッフによる孫研修が行われているので、その結果を参照されたい。

・提言

上記の結果・考察をうけて、訪問型生活訓練を普及・啓発していくうえでの提言を簡潔に行いたい。

・訪問型生活訓練については研修の拡充が必要である

とにもかくにも、訪問型生活訓練はその制度概要がほとんど現在の事業者知られていない。しかし、現場は新規の事業展開に強い興味をもっていることから、こうしたニーズにこたえていくことが、今後の設計された制度が有効活用されるにあたり必要である。

・訪問型生活訓練の生活支援員には従事要件の設定が必要である

現在訪問型生活訓練の従事者要件は存在しないが、これについては現場からも要件の設定が必要と考えられており、早急にその整備が必要である。資格要件としては精神保健福祉士・社会福祉士・作業療法士などが妥当であるが、介護福祉士・訪問介護員なども検討に値する。ただしいずれの場合も、従事年数が3年、また研修によるスキルの補足が必要である。

・本事業で展開された研修は有効であり、今後の研修のモデルとなりうる

現在訪問型生活訓練の従事者要件用の研修は公的には設定されていないが、本事業で構築された研修プログラムは、参加者の訪問支援に必要な概念の理解度や、リカバリー志向性を持続的に高め、他方で訪問支援の不安度を低下させることが統計的にも確認された。公的な研修を設定することは、厚生労働省による制度整備が必要であろうが、従事要件に設定する参加必須の研修として、極めて参考になるモデルとなると考えられる。

以上の提言を進めていくことで、質の高い訪問型生活訓練の普及が一層進展していくものと考えられる。

障害者保健福祉推進事業平成 21 年度報告書

訪問型生活訓練事業の人材育成と支援内容の評価・モニタリングに関する調査研究事業

平成 22 年 3 月 発行

実施主体 : 特定非営利活動法人 ほっとハート
〒272-0035 千葉県市川市新田 5 - 14 - 11
責任者 : 同法人 理事長 品川眞佐子
研修運営 : 同法人 生活訓練事業らいふ 管理者 遠藤紫乃
研修協力及び : 国立精神・神経センター 精神保健研究所
分析・報告書執筆 : 社会復帰相談部 援助技術研究室 室長 吉田光爾
集計協力 : 同研究部 高橋誠 特定非営利活動法人 NECST 安田正
研修運営補助 : 同研究部 高原優美子

障害者保健福祉推進事業平成 21 年度報告書

訪問型生活訓練事業の人材育成と支援内容の評価・モニタリングに関する調査研究事業

平成 22 年 3 月発行

実施主体:特定非営利活動法人 ほっとハート

〒272-0035 千葉県市川市新田 5 - 14 - 11

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 援助技術研究室
