

厚生労働省平成 22 年度障害者総合福祉推進事業

知的障害者・精神障害者等の地域生活を目指した  
日常生活のスキルアップのための支援の標準化に関する  
調査と支援モデル事例集作成事業

平成 23 年 3 月

財団法人日本障害者リハビリテーション協会

厚生労働省平成 22 年度障害者総合福祉推進事業

知的障害者・精神障害者等の地域生活を目指した  
日常生活のスキルアップのための支援の標準化に関する  
調査と支援モデル事例集作成事業

平成 23 年 3 月

財団法人日本障害者リハビリテーション協会



# はじめに

障害者施策の実施にあたっては、国において障害者総合福祉法（仮）の議論が進められ、障害者権利条約批准に向けた検討が図られているところですが、その効果的かつ適切な実施を確保するためには、実態を確認するとともに、障害者のニーズや社会経済情勢の変化を踏まえて、必要に応じ施策等の見直しを行っていくことが重要と考えます。

これらの確認や見直しを行っていくうえでは、障害当事者の積極的な参画が大切ですが、このたび当協会では、このような観点から、厚生労働省の補助金により、障害者自立支援法おける自立訓練（生活訓練）事業を調べ、その運用状況の実態を明らかにするための調査を行いました。

調査の企画、実施にあたり、自立訓練（生活訓練）事業を営む5事業所の方々にご協力いただき、多忙な折にもかかわらず、懇切丁寧に対応していただきました。また、本検討委員会の委員長を務める奥野英子先生を始め、日本リハビリテーション連携科学学会「社会リハビリテーション研究会」の皆様を中心に企画検討を進めてきました。調査にあたっては、検討委員が調査員となり現地におもむき、資料収集やインタビュー調査を実施してまいりました。調査にご協力いただきました事業所の皆様に対し、改めて、御礼申し上げます。

調査の結果につきまして、ここに取りまとめました。今後の障害者施策を推進し、また住みよい社会を実現していくための参考となれば幸いです。

平成 23 年 3 月

財団法人日本障害者リハビリテーション協会

会長 金田 一郎



## 目次

第1章 本研究事業の目的と仮説	1
第1節 事業目的	1
第2節 自立訓練（生活訓練）事業の概要	1
第3節 自立訓練（生活訓練）事業の実施プロセスと その課題	7
第2章 調査手法	9
第1節 調査対象	9
第2節 調査方法	10
第3章 取り組み事例 「札幌この実会センター24」	12
第1節 事業所概要	12
第2節 各ケースの記録	16
第3節 考察	25
第4章 取り組み事例 「高槻地域生活総合支援センターふれいす Be」	29
第1節 事業所概要	29
第2節 各ケースの記録	32
第3節 考察	42
第5章 取り組み事例 「自立生活支援センター・ウイリー」	44
第1節 事業所概要	44
第2節 各ケースの記録	48
第3節 考察	58
第6章 取り組み事例 「KUINA」	61
第1節 事業所概要	61
第2節 各ケースの記録	64
第3節 考察	75
第7章 取り組み事例 「ノンラベル」	77
第1節 事業所概要	77
第2節 各ケースの記録	81
第3節 考察	91
第8章 自立訓練（生活訓練）事業のあり方	94
第1節 自立訓練（生活訓練）事業の実態と課題	94
第2節 障害者権利条約における「リハビリテーション」	103
第3節 わが国における「生活訓練」に関する歴史的経緯	104
第4節 リハビリテーションと社会リハビリテーション	115
第5節 社会リハビリテーションの各種プログラム	118
第6節 社会生活力プログラム	123

検討委員会委員 .....	132
資料編 .....	133
資料 1 事前質問紙調査 .....	134
資料 2 生活訓練のプログラムに関するアンケート .....	139
資料 3 自立を支援する社会生活力プログラム (SFAⅡ) .....	144
資料 4 地域生活を支援する社会生活力プログラム(SFAⅢ) .....	148

# 第1章 本研究事業の目的と仮説

## 第1節 事業目的

障害者自立支援法の趣旨にもあるように、障害者自立支援法における「訓練等給付」は、様々な障害のある方の能力を維持・向上を目的としたリハビリテーションを中心とし、障害者自身の自立（自律）を促進するための事業である。

訓練等給付の中の自立訓練における「生活訓練」は、知的障害者、精神障害者等の自立と地域生活を実現するために実施されている。しかし、現時点では、この事業を活用する際の標準的な支援方法や活用方法がまだ確立されていないのが現状であるといえる。

そこで、本研究事業は知的障害者、精神障害者、発達障害者の社会生活力の向上と日常生活のスキルアップのための支援について、先進的な支援事業所を調査することにより、その支援実態を明らかにすることを目的としている。

現在、自立訓練（生活訓練）事業を十分に活用できる事業者が少ない中で、全国において先駆的な良い取り組みをしている事業所の対象者、支援実態、支援プログラム、支援結果等を示すことは、今後、同事業を展開していこうとする事業者にとって有益な情報になると考えられる。

## 第2節 自立訓練（生活訓練）事業の概要

### (1) 障害者自立支援法に定められた内容

障害者自立支援法によれば、自立訓練（生活訓練）事業は、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定期間の訓練が必要な知的・精神障害者を対象とするとされている。具体的には次のような例が対象となるとされている<sup>1</sup>（図表1-1）。

図表1-1 自立訓練（生活訓練）事業の利用者像

- |   |
|---|
| <p>① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などを目的とした訓練が必要な者</p> <p>② 特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などを目的とした訓練が必要な者</p> <p>等</p> |
|---|

<sup>1</sup> 厚生労働省資料（2010） サービス管理責任者研修テキストより

## 第1章 事業目的

自立訓練（生活訓練）事業は通所による事業（以下、通所型）と宿泊による事業（以下、宿泊型）とに分類されており、通所による支援は日中活動を通じて、当該の生活能力の維持・向上等を実施することとなる。宿泊による事業は、日中、一般就労や外部の障害福祉サービス並びに同一敷地内の日中活動サービスを利用している者等を対象としており、対象者に一定期間、夜間の居住の場を提供し、帰宅後に生活能力等の維持・向上のための訓練を実施、または、昼夜を通じた訓練を実施するとともに、地域移行に向けた関係機関との連絡調整を行い、積極的な地域移行の促進を図ることを目的とするものである<sup>2</sup>。

すなわち、入所施設や病院、学校などを中心に生活している者が、地域で生活するための生活能力を維持向上するための訓練を行う事業であるということができる。これらのサービス内容を整理すると次のようになる（図表1-2）<sup>3</sup>。

また、法律に定められた事業の趣旨と照らし合わせれば、サービス管理責任者を中心として、個別支援計画を作成し、ケアマネジメントの概念のもと、利用者の地域生活への定着を目的とした事業であるといえる。したがって、利用期限を設け、サービス利用終了後は、地域の社会資源に引き継いでいくというプロセスが自立訓練（生活訓練）事業を活用する主要な目的であると考えられる。

図表 1-2 自立訓練（生活訓練）事業のサービス内容

	通所型	宿泊型
支援内容	食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、日常生活上の相談支援等を実施	
個別支援計画との関係	通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練を組み合わせる <sup>4</sup> 。	個別支援計画の進捗状況に応じ、昼夜を通じた訓練を組み合わせる。
利用期限	利用者ごとに、標準期間（24ヶ月、長期入所者の場合は36ヶ月）内で利用期間を設定	利用者ごとに、標準利用期間は原則2年間とし、市町村はサービスの利用開始から1年ごとに利用継続の必要性について確認し、支給決定の更新を実施

<sup>2</sup> 厚生労働省資料（2010） サービス管理責任者研修テキストより （同上）

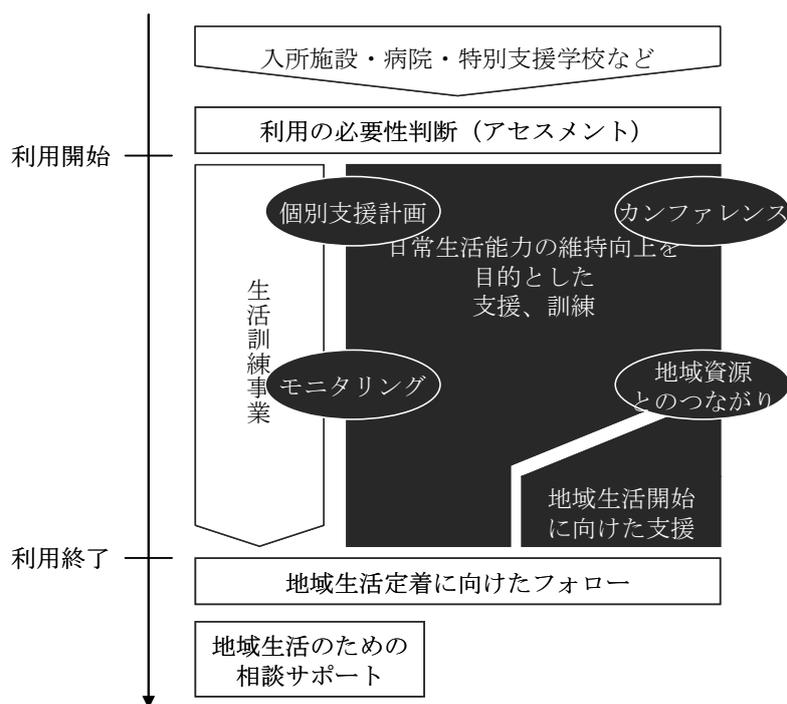
<sup>3</sup> 厚生労働省資料（2010） サービス管理責任者研修テキストより （同上）

<sup>4</sup> 通所型の事業所において、訪問による支援を行う事業を本研究事業では便宜的に「訪問型」と表記する。

## (2) 自立訓練（生活訓練）事業における支援プロセス

以上のような法律の趣旨を踏まえて、自立訓練（生活訓練）事業における支援プロセスを整理すると以下のようなになる（図表 1-3）。本研究事業の目的は、先進的な事例を調査し、以下のプロセスの詳細を明らかにすることにあるといえる。

図表 1-3 自立訓練（生活訓練）事業の支援プロセス



### ①利用の必要性判断

障害者自立支援法では、自立訓練（生活訓練）事業の利用者として、入所施設、病院、特別支援学校等が想定されている。これらの施設等で生活している利用者は、社会生活体験の制約や制限のために、社会生活を送るための能力（スキル）が十分ではないことが多い。そのため、自立訓練（生活訓練）事業では、施設等で長く生活することで失われた（減らされた）生活能力を、維持向上させることが目的の一つとなっている。

どのような利用者を対象とするか、いいかえるとどのような生活能力をどのようにして維持向上させることができるかがポイントであるといえる。また、たとえば、自事業所だけで維持向上が難しい場合でも、他支援機関と連携した支援体制を組むことができるかがポイントとなるといえる。

いずれにせよ、利用者が自立訓練（生活訓練）事業を活用する必要があるかどうかを判断することが重要なステップであり、自事業所をどのような利用者が利用すると効果的かを考えることもポイントといえる。

利用者の抱える生活課題は、利用者により異なる。また、自立訓練（生活訓練）事業終了後に生活する地域社会にどのような社会資源があるのか（社会資源の集積状況）も利用者によって全く異なる。したがって、最初に利用者の現状を把握し、アセスメントする際には、利用者が生活すると想定される地域社会を見据えた支援を行うことが重要であるといえる。

### ②自立訓練（生活訓練）事業での支援・訓練

その後、具体的な支援や訓練の必要性を判断した上で、自立訓練（生活訓練）事業の利用開始となる。利用の際には、個別支援計画を策定し、支援内容及び進捗管理を行っていくことが重要であるといえる。無論、計画通りにいくことがベストということではなく、モニタリングを行い、利用者の経過に沿いながら必要により軌道修正を行っていくことが必要である。

アセスメントにもとづく計画策定、支援・訓練の実行、モニタリング（進捗評価）、評価結果にもとづく支援内容の調整といった PDCA サイクル<sup>5</sup>を効果的に回していくことで、自立訓練（生活訓練）事業の目標でもある「地域生活」を開始することが重要である。加えて、地域生活が継続するように支援体制を整備していくことが重要であるといえる。

なお、目的は同じであるものの、通所型と宿泊型でその支援形態に若干の違いがある。

通所型の場合は在宅生活と並行した利用となることから、在宅生活の環境、受けている他の支援とあわせて、支援体制を構築することとなる。加えて、障害特性によっては、通所できない場合も想定されることから、住んでいる自宅を訪問しての支援・訓練も必要になってくるといえる（以下、訪問型）。場合によっては、社会との接点を保ち、地域生活の中で自立訓練（生活訓練）事業を行うために、このような訪問による支援も重要な位置づけとなっていくと考えられる。

宿泊型の場合は、日中は一般就労や外部の障害者福祉サービスならびに同一敷地内の日中活動サービスを利用している者等を対象に、一定期間、夜間の居住の場を提供し、帰宅後に生活能力等の維持向上のための訓練を実施、または、昼夜を通じた訓練を実施するとともに、地域移行に向けた関連機関との連絡調整を行い、積極的な地域移行の促進を図ることを目的として実施している<sup>6</sup>。

<sup>5</sup> PDCA サイクルとは P(Plan)、D(Do)、C(Check)、A(Action)のマネジメントサイクルのこと。入念なアセスメントにもとづき、最適なプランを策定し、実行する。その上で、その進捗を評価、モニタリングした上で、次の支援、計画につなげるとする考え方である。

<sup>6</sup> WAM-net ホームページより

### ③支援・訓練内容を整理する視点

支援・訓練内容を整理する視点として、奥野、佐々木他（2006）<sup>7</sup>、奥野、野中（2009）<sup>8</sup>、国立精神・神経医療研究センター研究所（2010）などがある<sup>9</sup>。

これらの視点は、それぞれ特徴があり、いずれを活用するかは自立訓練（生活訓練）事業を営む事業所が利用者の現状を踏まえて、検討する必要があるといえる。また、これらの先行研究や事業所運営をしてきた中での経験を踏まえて、事業所独自にプログラムやマニュアルを作成しているところもある。いずれにせよ、利用者の現状を把握するための視点（あるいはアセスメント、モニタリングの視点）を持つことが重要になる。これらの視点を事業所が持つ意味としては、主に、次の点があげられる。（図表1-4）

図表1-4 アセスメント・モニタリングの視点

- |   |
|---|
| <p>①支援や訓練にあたる職員間で共通の視点で利用者をとらえることができる。</p> <p>②支援や訓練内容に関する振り返りを行う際に、ポイントを押さえて利用者に伝えられる。</p> <p>③支援や訓練の進捗状況を構造的にとらえることで連携しやすくなる。</p> |
|---|

利用者の小さな変化を敏感にとらえ、それに対応する、あるいは、地域生活を営む上で重要な課題となる事象かどうかを判断することが、支援者にとって必要なスキルとなるといえる。

### ④地域生活開始に向けた支援

並行して重要になるのが、「地域生活開始に向けた支援」である。自立訓練（生活訓練）事業の終了後に、どのような支援体制を構築していくべきかを検討することになる。「利用者の住みたい場所」「利用者のニーズ」「ニーズ実現の可能性」「支援体制の構築や調整」、必要に応じて「家族との調整」を行い、利用者が利用終了後も地域で生活し続けられるような支援を行うことが必要になる。

この点に関しては、自立訓練（生活訓練）事業を実施する事業者が関与しなければいけない範囲は地域によって異なる。ある地域では、地域の中にある相談支援事業所等の機能が十分に充実しており、相談支援事業所が中心になり、定着に向けたコーディネートを行っている事業所もあると想定される。一方、そのよう

<sup>7</sup> 奥野英子、佐々木葉子、大場龍男他（2006）「自立生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアルー知的障害・発達障害・高次脳機能障害等のある人のために」中央法規出版

<sup>8</sup> 奥野英子、野中猛編著（2009）「地域生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアルー精神障害のある人のために」中央法規出版

<sup>9</sup> 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 吉田光爾 特定非営利活動法人ほつとハート委託（2010）「生活訓練の実態調査および生活訓練（訪問型）研修の開発」厚生労働省障害者保健福祉推進事業

## 第1章 事業目的

な地域の中にある相談支援事業所等の支援機能が十分に整備されていない地域では、自立訓練（生活訓練）事業を実施する事業者が地域生活定着に向けたコーディネート機能を担わなければならないことも想定される。

また、支援体制を構築するための社会資源の集積状況による地域差も大きいと言わざるを得ない。たとえば、地域生活維持のためには、訪問看護による支援が必要であるのに、対象者の訪問看護を実施する事業者がない場合などである。このような場合は、この不足分をなんらかの方法で補わなければいけないということになる。

いずれにしても、地域生活を営む上で必要な体制を調整することが必要になるといえる。特に宿泊型の場合は、自立訓練（生活訓練）事業終了後の住まいを確定させないといけないことから、そのための支援が必要になる（例えば、不動産会社に同行してのアパート設定支援など）。また、実際に地域生活をイメージしてもらうために、グループホーム等の体験利用や外泊訓練等を行うことになる。

その他、支援終了後、自身の体調等の変化により SOS を発信しなければいけない時の SOS の発信先を確認する（認知する）ことも重要なポイントとなっている。

これらのプロセスを経て、自立訓練（生活訓練）事業の利用が終了することになる。

### ⑤地域生活定着に向けたフォロー

事業を終了したら、そこで支援が終了するというのではなく、地域生活が定着するように一定程度のフォローを行うことが重要であるといえる。

特に宿泊型の場合は、それまでの住まいから環境が大きく変わることから、生活環境の変化に伴う調整や、相談対応などが発生することも想定される。

ここで重要になるのは、地域への引き継ぎということになる。ケアマネジメントの中心となる機関が自立訓練（生活訓練）事業を利用している期間を通じて一貫して支援している場合は、この機関が地域生活定着に向けたフォローの中心となると考えられる。一方、そうでない場合は、そういった中心となる機関を構築することが必要である。

自立訓練（生活訓練）事業を実施する事業所には、フォローを行う相談支援事業所等と連携をしていくことが必要である。

### ⑥地域生活のための相談サポート

自立訓練（生活訓練）事業終了後、一定期間の地域生活定着のためのフォロー期間を経て、必要な場合に相談できる人や場があると地域生活を保持できる。その機能は本来的には相談支援事業所が担うことになると想定される。

そういった相談支援事業所の機能が充実しているところでは、支援終了後も相

談支援事業所がケアマネジメントの中心となり支援を行うこととなるが、機能が充実していないところでは自立訓練（生活訓練）事業所が引き続き、相談対応をする場合もあると想定される。

## 第3節 自立訓練（生活訓練）事業の実施プロセスと

### その課題

#### (1) 自立訓練（生活訓練）事業の実情

ここまでの自立訓練（生活訓練）事業のプロセスを整理してきた。これらの内容は法令やその施行令、厚生労働省令等を活用し、整理してきたものであり、大まかな自立訓練（生活訓練）事業に係るフレームは示されているといえる。しかし、自立訓練（生活訓練）事業の実施状況を見ると、事業の活用が十分に広がっていないのが現状であると推察される（図表1-5）。

図表1-5 自立訓練（生活訓練）事業の事業所数の推移<sup>10</sup>

	2007年 (平成19年) 12月	2008年 (平成20年) 12月	2009年 (平成21年) 12月	2010年 (平成22年) 12月
通所型	439	655	760	826
宿泊型	5	9	19	36

この原因の一つとして、自立訓練（生活訓練）事業の実施内容が事業者側に十分に把握されていないということがありと想定される<sup>11</sup>。そこで、本研究事業の目的に添い、先進的な自立訓練（生活訓練）事業の実施状況を調査し、その内容を整理した。

#### (2) 実態把握の視点

自立訓練（生活訓練）事業のここまでの整理から、自立訓練（生活訓練）事業の実施状況を把握する上でのポイントは次の点にあると考えられる（図表1-6）。これらのポイントを先進的な事業所ごとに整理し、その実態を明らかにすることで、本研究事業の目的は達成できると想定される。また、実際の事業展開を考える事業所にとっても参考になると想定される。

<sup>10</sup> WAM-net 障害福祉サービス事業者情報 全国集計結果 各年の12月31日時点の数字を掲載している。同日サービス提供中の指定事業所の数を掲載。

<sup>11</sup> この他にも、障害福祉サービス報酬等の経営上の問題、有期限であることの問題などがあると想定される。

図表 1-6 自立訓練（生活訓練）事業の実施状況の整理

整理のポイント	内容
①利用の必要性判断	・対象としている利用者像
②自立訓練（生活訓練）事業での支援・訓練	・支援開始時のニーズ ・支援終了時のゴール ・ゴールに到達するための支援プロセス ※プロセスの整理の視点としての SFA ・他事業所（特に相談支援機能）との連携
③地域生活開始に向けた支援	・②と平行した実施内容 ・他事業所（特に相談支援機能）との連携
④地域生活定着に向けたフォロー	・実施内容 ・他事業所（特に相談支援機能）との連携
⑤地域生活持続のための相談サポート	・実施内容 ・他事業所（特に相談支援機能）との連携

なお、本研究事業では、社会生活力（Social Functioning Abilities; SFA）に着目した分析を行う<sup>12</sup>。ここで定義された視点にもとづいて、どのような支援が行われ、どのような変化が生じたかを明らかにすることで、支援の時間的経過を明らかにするとともに、具体的な支援方法の一助となることを期待している。

<sup>12</sup> 詳細は第8章で述べる

## 第2章 調査手法

### 第1節 調査対象

調査対象とする事業所は、新体系の自立訓練（生活訓練）を実施している事業所で、これらのサービスを利用しているケースを対象とする。また、調査対象者は主たる障害として知的障害、精神障害、発達障害を有している方とする。

後述する検討委員会等により、全国から5事業所25ケースの標本を以下のケース数に従い抽出した。

本研究事業では検討委員会委員が調査員となり、事業所を分担して調査を行った。調査員は複数人体制とした。調査の標準化を図るため、先行して、1事業所の調査（先行調査）を行い、そこでの調査結果を踏まえ、調査趣旨、実施方法、調査実施内容の標準化を図った。具体的には、先行調査実施後、検討委員会を開催し、前述の内容を確認する打ち合わせを行うこととした。

図表 2-1 調査対象

主たる障害	事業所数	ケース数
知的障害者	2事業所	10名（各5名）
精神障害者	2事業所	10名（各5名）
発達障害者	1事業所	5名

以上の選定経過を経て、以下の事業所を調査対象とした。

図表 2-2 調査対象事業所

社会福祉法人札幌この実会 センター24	北海道札幌市
社会福祉法人北摂杉の子会 高槻地域生活総合支援センターぶれいす Be	大阪府高槻市
社会福祉法人若竹会 自立生活支援センター・ウイリー	岩手県宮古市
社会福祉法人町にくらす会 KUINA	茨城県ひたちなか市
特定非営利活動法人ノンラベル ノンラベル	京都府京都市

## 第2節 調査方法

調査は「事前調査」「事業所・ケース調査」「深堀調査」により調査を実施した。それぞれの調査を実施することにより、より詳細な調査ができることを想定した。

### (1) 事前調査

事前調査はあらかじめ調査対象となる事業所や調査対象者の状況をドキュメントにより確認をする調査である。事業所及び調査対象者に関する以下のドキュメントを、各事業所より収集することで、実際に訪問する前に必要な情報を収集しようとするものである。

加えて、事業所及びケースに関する簡便な質問紙調査を行った。質問紙調査も事前に事業所やケースに関する情報収集を行うことを目的として実施した<sup>13</sup>。

内容について不明な点がある場合は調査対象となる事業所と相談をし、必要な範囲で調査に協力していただいた。また、ケース調査に関しては固有名詞などの情報を匿名にしてもらい、情報提供していただいた（図表2-3）。

図表 2-3 情報収集の方法

調査方法	調査対象	
	事業所	ケース
ドキュメントの提示	事業所概要 標準的な支援の流れを開設した資料 日常生活スキルアップ支援プログラム表	個別支援計画 ケースカンファレンス資料 (議事録、会議録等) インテーク資料
質問紙	事業所利用者数、登録者数 連携している社会資源状況 サービス利用者の予後等概況	利用者プロフィール (性別、年齢、障害状態、疾病、家族状況、経済状況等) 支援プログラム概況 紹介経路 個別支援計画の目標、個別支援会議開催頻度、支援計画見直し頻度・時期 支援終了後の予後

<sup>13</sup> 詳細は後述する資料編を参照

## (2) 事業所・ケース調査

「事前調査」の内容を整理した上で、事業所を訪問し、あらかじめ設定された調査枠組みにもとづき、半構造化面接法による聞き取り調査を実施した。主な内容は下表のとおりである（図表2-4）。なお、調査実施時には、各調査対象者のケース記録等を準備していただき、ケース記録にもとづく聞き取りを実施した。

図表2-4 事業所・ケース調査枠組

調査対象	
事業所	調査対象者（各事業所5名）
標準的な支援プログラム 利用者像 連携する社会資源状況 （連携内容及び紐帯の強さ等）	ケース記録にもとづき、支援内容に関する実態と支援内容が変化するポイントを確認 変化の原因を確認するとともに、支援による影響を把握する。 個別支援計画の見直しの原因と内容

ケースカンファレンス等の支援の変化のポイントを明らかにするために、行動結果インタビュー（調査対象に関する支援の在り方を時系列で確認していく方法）により実施することで、かかわった専門職員、支援エリア、支援頻度（概数）、支援手法及び期間について整理した。

時系列で支援の変化を追い、社会生活に向けて変化が生じたポイントを抽出する。その上で、その変化が生じた原因や利用者の状況、及び、支援内容を明らかにし、時系列でどのような支援がなされていたかを整理した。

## (3) 深堀調査

「事業所・ケース調査」のまとめ内容について確認する。特に各ケースの支援内容について確認するとともに、変化のポイントとその原因について、聞き取りを行い、内容の補強を行った。検討は後述する検討委員会で行い、追加で調査しなければいけない内容を抽出した。

深堀調査は、原則、電話調査により実施し、必要に応じて再度の訪問調査を行った。再訪問の必要については検討委員会により協議の上、決定した。

次章より、実際に5事業所の調査結果を記す。

## 第3章 取り組み事例

### 「札幌この実会センター24」

#### 第1節 事業所概要

##### (1) 設立

社会福祉法人札幌この実会は、1973年(昭和48年)に開所した知的障害者入所更生施設「手稲この実寮」が始まりである。知的障害者の「幸せ」を追求し、「家庭的な普通の暮らし」を目指し、地域に根ざした事業展開を図ってきた。地域で普通に暮らすための努力を、利用者・保護者・支援者・法人運営者がそれぞれの立場で、ともに考えつつ事業を進めてきた法人である。

社会福祉法人札幌この実会は障害の程度や利用者の年齢等により法人内を6つのセクションに分けて運営をしている<sup>14</sup>。今回の調査対象の前身である「知的障害者通勤寮札幌この実会センター24」は1997年(平成9年)に開設された。当法人では、一般就労する人たちと福祉的就労をする人たちをグループに分けて支援を行うようになった。この新しい形態の支援は、今まで知的障害者入所更生施設で生活してきた障害の重い人たちの地域移行をするきっかけとなった。その結果、2008年(平成20年)に知的障害者入所更生施設を廃止し、そこに入所していた利用者はグループホーム、ケアホーム等を中心とした地域社会の中での暮らしを実現した。

自立訓練(生活訓練)宿泊型としての「札幌この実会センター24」は2009年(平成21年)にそれまでの通勤寮であった施設が、新体系に移行し、スタートした。

##### (2) 設置・概要

調査対象の設置と概要を示すと以下のとおりである(図表3-1)。自立訓練(生活訓練)宿泊型事業のみで運用しているということではなく、ケアホーム、グループホーム等との連携のもと、一体的に支援を行っている。

<sup>14</sup> このうちのセクションの1つは2009年(平成21年)に社会福祉法人あむとして別法人として独立している。したがって、2011年(平成23年)3月時点では、5つのセクションでの運営となっている。

図表 3-1 設置・概要

法人名	社会福祉法人札幌この実会
事業所名	札幌この実会センター24 自立訓練（生活訓練）宿泊型
所在地	北海道札幌市西区二十四軒4条6-2-7
法人内 関連事業所	日中系：生活介護、就労移行支援、就労継続支援 居住系：施設入所支援、居宅介護、行動援護、移動支援事業、重度訪問 介護、短期入所、ケアホーム、グループホーム 34 事業所 札幌市障害者住宅入居等支援事業（独自事業）
地域の 関連社会 資源	・特別支援学校高等科 ・就労先企業（利用者の職場など） ・市役所 他

### (3) 利用者と職員の状況

自立訓練（生活訓練）宿泊型事業の定員は20名であり、それに対応する職員は兼務、非常勤も含めて5名となっている。ただし、日中活動支援や共同生活援助、共同生活介護一体型事業を行っているため、自立訓練（生活訓練）宿泊型事業に係る職員はこれより多い。なお、法人全体では169名の職員がいる。

図表 3-2 実施事業利用者の状況

実施事業	利用者 定員	職員数
宿泊型自立訓練事業	20名	管理者 : 1名 サービス管理責任者 : 1名 生活支援員、地域移行支援員 : 3名 (専従1名・兼務2名)

### (4) 自立訓練（生活訓練）事業の位置づけ

当事業所は、主に特別支援学校高等科を卒業した若年層を対象として、就労と自立した生活を続けていく力をつけることを目的とした事業所である。主に次のような支援の柱を立てて、実践をしている。

図表 3-3 支援の柱

- a 地域生活に必要なスキルを身に付ける  
(金銭〈労働＝賃金＝生活〉、身辺自立、人間関係、健康管理、余暇)
- b 経済的基盤の確立
- c 雇用安定の継続
- d 緊急時（SOS）の対応

この前提となる考え方として、「一市民として暮らすことを目指す」という考え方があり、その一つの側面として、企業で働くことを大切にしている。利用者一人一人が一般就労を継続し、年金等とあわせて経済的に自立できるようにすることを重視している。したがって、当事業所では「就労していること」を利用条件としており、働くことを重視する姿勢が見て取れる。

「働くこと（労働）で、賃金を得て、それを基盤に生活する」という〈労働＝賃金＝生活〉という考え方のもと、生活費を組み立てる金銭管理の支援を実施している。収入（給料、障害年金など）と支出（生活費、就労における必要経費、こづかい、共益費など）のバランスを理解し、計画的な生計の立て方を支援している。

## (5) 支援の特徴

### ①利用者像

本事業所は、特別支援学校高等科を卒業し、就労を軸として生活を送ろうとしている方の利用が多い。新体系移行前は知的障害者通勤寮であったことから、主たる支援対象は知的障害である。

### ②社会人としての生活に着目した支援の実施

障害基礎年金を受給し、就労先の企業からの賃金と合わせて、生活が成り立つことを目標として支援を行っている。本事業所の利用者の多くが特別支援学校高等科を卒業したばかりの人であることから、社会人として生活するために必要なスキルである「金銭管理」「身辺（セルフケア）」「健康管理」「人間関係」「余暇」などの広範な生活スキルの構築を目的とした支援が必要である。当事業所ではそのような支援体制を構築してきた。

利用者が2年から3年で地域生活移行できるよう、自立訓練（生活訓練）宿泊型では、「暮らしの中で学ぶ」ことを主たる支援のコンセプトとし、次の基本姿勢をもとに支援を行っている。

図表 3-4 支援の基本姿勢

- a 食事の提供
- b 働く人としての生活リズムの確立
- c 集団で暮らすことによる「仲間同士」<sup>15</sup>での学び

また、生活能力を高めるアプローチとして、次のような方針のもと支援を行っ

<sup>15</sup> いわゆるピア活動の視点

ている。

図表 3-5 支援方針

- ①経済的自立：働いて得る賃金・お金の使い方
- ②精神的自立：親等からの自立
- ③身辺自立：自分の身の回りの整理等 「生活スキルトレーニング」  
(リフレッシュ&クリーンデイと称する居室点検を年に2、3回実施)
- ④その他、「雇用の安定・継続」「余暇」「対人関係の調整」

この他の特徴としては、「体験型地域移行プログラム」が充実している。具体的には次のようなことが行われている。

図表 3-6 特徴的な支援プログラム

- a ナッツミーティング
  - ・利用者及び利用終了者混合のミーティング (月1回)
  - ・暮らしの場アンケート、個別支援計画にかかわる個人目標作成、地域で暮らす際の注意点、実際に地域生活を行っている利用者の体験談 等実施
- b デイナーテイリング
  - ・退所後に利用可能性のあるグループホーム・ケアホームで提供されている食事を食べに行くプログラム。地域生活を開始した時の「擬似体験」を行い、地域生活移行へのモチベーションを高めることができる。
- c 見学
  - ・グループホーム、ケアホーム、単身向けアパートなどの見学。当事業所に係るこれらの施設はそれぞれ特徴があり、見学することで具体的にどのような移行先がよいかを検討する。
- d グループホーム・ケアホーム体験利用
  - ・実際に外泊体験を行い、自分に適した地域生活移行を実感してもらう。また、実際に地域生活移行を行う場所の選定をより具体的に行う。

## 第2節 各ケースの記録

### (1) 各ケースの属性

図表 3-7 各ケースの属性

	ケース A	ケース B	ケース C
属性	男性 30 歳代 知的障害 自閉症	女性 20 歳代 知的障害（境界域）	男性 20 歳代 知的障害
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業で勤務中（非常勤）</li> <li>・精神科受診（てんかん）</li> <li>・小学校普通学級卒業</li> <li>・中学校特殊学級卒業</li> <li>・療育手帳取得</li> <li>・特殊学級高等科卒業</li> <li>・職場適応訓練を活用し、就職</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業で勤務中（非常勤）</li> <li>・母親が行方不明となり、児童相談所入所</li> <li>・私立高校中退</li> <li>・その後、療育手帳取得</li> <li>・入所施設入所、退所後利用開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業で勤務中（非常勤）</li> <li>・小学校 2 年生より特殊学級</li> <li>・療育手帳取得</li> <li>・高等養護学校（寄宿舎利用）卒業</li> <li>・その後、旧通勤寮より活用</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両親、弟、妹</li> <li>・母親が過干渉な傾向あり、当事業所より助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両親ともに不明 兄弟なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母、兄、弟</li> <li>・母、兄ともに知的障害（年金受給）</li> <li>・たまに帰省する</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害基礎年金 2 級</li> <li>・給与所得（約 10 万円）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害基礎年金 2 級</li> <li>・給与所得（残業含約 15 万円）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害基礎年金 2 級</li> <li>・給与所得（残業含約 5 万円）</li> </ul>
接点開始 利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就職先企業（障害者多数雇用事業所）からの紹介</li> <li>・家族が在宅での就労の継続に不安を感じた面もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童相談所より相談あったが、入所施設に入所</li> <li>・同施設より依頼があり、入所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地元で就職先がなく、札幌での就職を目指していたため、出身高等養護学校から紹介</li> </ul>
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアホームに居住</li> <li>・困った時にいつでも支援できる体制をとっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアホームに居住</li> <li>・困った時にいつでも支援できる体制をとっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームに居住</li> <li>・困った時にいつでも支援できる体制をとっている。</li> </ul>

第3章 取り組み事例  
札幌この実会センター24

	ケース D	ケース E
属性	男性 20 歳代 知的障害	男性 20 歳代 知的障害
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 企業で勤務中（非常勤）</li> <li>・ 小学校普通学校卒業</li> <li>・ 療育手帳取得</li> <li>・ 中学校特殊学級卒業</li> <li>・ 高等養護学校卒業</li> <li>・ その後、旧通勤寮より利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 企業で勤務中（非常勤）</li> <li>・ 小学校 2 年より特殊学級</li> <li>・ 中学校特殊学級卒業</li> <li>・ 療育手帳取得。</li> <li>・ 高等養護学校卒業</li> <li>・ その後、旧通勤寮より活用</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 母、兄 2 人、姉</li> <li>・ 母親との関係が密</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 両親、兄、姉、弟</li> <li>・ 関係良好 しつけ甘い傾向</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害基礎年金 2 級</li> <li>・ 給与所得</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害基礎年金 2 級</li> <li>・ 給与所得（月 15 万円程度）</li> </ul>
接点開始 利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地元で就職先なく、札幌での就職を目指していたため、出身高等養護学校から紹介</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地元で就職先なく、札幌での就職を目指していたため、出身高等養護学校から紹介</li> </ul>
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアホームに居住</li> <li>・ 困った時にいつでも支援できる体制をとっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 民間アパートに居住</li> <li>・ 困った時にいつでも支援できる体制をとっている。</li> </ul>

## (2) 各ケースの支援経過

以下、各ケースの支援経過を記載する。なお、内容は支援をしていく中で大きな変化があったポイントを記載している。矢印はその変化にもとづいた継続的な支援をさしている<sup>16</sup>。

図表 3-8-1 ケース A の支援経過

経過 月数	ケース A				
SFA 項目	コミュニケーションと人間関係 働く	金銭管理	衣類管理	住まい	
1-3 ヶ月	本人と企業の 情報交換を 重ねる 連絡を 密にする	掃除当番を当初受け入れられなかったが、徐々に受け入れられるようになる	給与計算・小遣い調べを実施	TPO にあった服装について適宜、話し合い、指摘をする	
4-6			予算外の物を買うルールが守れない	初め母親が洗濯その後、納得のうえ、本人実施	
7-9				奇抜な服装をしってくる	
10-12		残業を断ることがあった職場の雰囲気をとらえきれていない様子			GH 体験実習 1 か月
13-15					問題なし ↓ ディナーティリング 問題なし
16-18			予算内で自分の支出計画がたてられるようになる	リフレッシュ&クリーンデイ 必要により清掃状況のチェック	CH へ移行準備
19-21					

<sup>16</sup> 点線囲いは事業所による支援、囲いが文章は利用者の状態を表す。また、網かけは特に強調したい変化のポイント（インシデントポイント）を表す。

GH はグループホーム、CH はケアホームを表す。

第3章 取り組み事例  
札幌この実会センター24

図表 3-8-2 ケース B の支援経過

経過 月数	ケース B			
SFA 項目	コミュニケーションと人間関係 働く その他（余暇活動など）	住まい	金銭管理	セルフケア 衣類管理
1-3 ヶ月	本人と企業の 情報交換を 重ねる	障害の受容が進んで いなかった	給与計算、小遣い調 べを行い、計画的に 金銭を取り扱う	TPO に合わせた服 装の指摘
4-6				
7-9				
10-12	重なり 連絡を 密にする	人の影響を受けやす い面あり		
13-15		お笑いライブなどに 行き、余暇活動を楽しむ		
16-18				
19-21		障害者の施設であるこ とに不満を述べる	CH での生活は自分の生 活ではないと感じる	
22-24		障害の受容に変化が 見られる	CH 見学	
25-		ひとり暮らしについ て、すべきことが整理 される	計画的なお金の使い 方と節約の重要性を理 解する	

第3章 取り組み事例  
札幌この実会センター24

図表 3-8-3 ケース C の支援経過

経過 月数	ケース C					
SFA 項目	コミュニケーションと人間関係 働く その他（余暇活動など）	住まい	金銭管理	セルフケア 衣類管理		
1-3 ヶ月	本人と 企業と の情報 交換を 重ねる 連絡を 密にし る		給与計算、小遣い調 べを行い、計画的に 金銭を取り扱う	清潔意識が低い 声かけ		
4-6			自分をよく見せよう とする傾向があった	節約しすぎる 面がある		
7-9				安く済ませる ことを考え すぎるあまり、偏 った食生活に なっている		
10-12					面倒くさいから しないことが 多い	
13-15						
16-18						
19-21						衣類の整理整頓に関し ては、普段からきれいにな った
22-24					本人のストレン グスを意識した支援	
25-				GH 見学・体験利用	計画的なお金の使 い方と節約の重要 性を理解する	

図表 3-8-4 ケース D の支援経過

経過 月数	ケース D				
SFA 項目	コミュニケーションと人間関係	住まい	金銭管理	働く	
1-3 ヶ月	話し合いを重ねる  本人独特の表現、相手の話を素直に聞けない、聞く姿勢、感謝の気持ちを伝えることなどに課題があり		給与計算、小遣い調べを行い、計画的に金銭をと取り扱う	企業と情報交換をはかり連絡を密にする 学生気分が抜けないところが多い	
4-6			収入や衣類の購入等で母親を頼っている面がある	声かけ	
7-9					
10-12					
13-15					
16-18					本人の理解度に合わせた声かけ、説明
19-21					
22-24					
25-		GH 見学・体験利用	依然、母親に頼っている部分多い		

第3章 取り組み事例  
札幌この実会センター24

図表 3-8-5 ケース E の支援経過

経過 月数	ケース E			
SFA 項目	コミュニケーションと人間関係 働く	住まい	金銭管理	清掃管理 セルフケア・掃除整理
1-3 ヶ月	<p>反社会的行動あり。対人関係でのトラブル多い</p> <p>随時、話し合いを重ねる。</p>		<p>給与計算、小遣い調べを行い、計画的に金銭を取り扱う</p>	<p>声かけ</p>
4-6	<p>反社会的行動等は随時介入</p> <p>ただし、職場での評価は高い</p>			
7-9	<p>他利用者とのトラブル多い</p> <p>集団のルールやマナーにあわない</p>			
10-12				
13-15				
16-18	<p>対人関係に以前課題</p> <p>他利用者とのトラブルあり</p>			
19-21	<p>1人部屋での対応とした</p> <p>反社会的行動あり</p>			<p>清掃を問題なく実施</p>
22-24				
25-				

### (3) 各ケースの支援のポイント

ここでは、各ケースの支援の特徴を示す。特に、支援を実施することで生じた利用者の行動変容に着目してそのポイントを示す。

#### ①A ケース

A ケースは知的障害と併せて、自閉症の症状があり、こだわりや自分の意に反することへの気分易変や易怒が見られ、集団生活を行うことやコミュニケーションを図ることが難しいケースであった。職員はこの点に向き合い、当事業所での共同生活を通して、相手の気持ちを受け入れられるように支援していった。

職場は障害者多数雇用事業主であることから、専任の職業指導員の配置があるため、その方の支援を通じて、勤務を継続している。本人の状況を踏まえながら、支援者と職場の担当者との連絡を密にし、支援を行った。

暮らしの場では、適度な緊張感・慣れ過ぎない環境等の提供を行うことが必要であると考え、職員の間では本人との接し方を共有し、支援したケースである。

A ケースの特有の行動（バス停等で突然踊り出す等）については、職場及び本事業の支援の中で暮らす他の利用者は一定の距離をとって接している。

#### ②B ケース

B ケースは児童養護施設退所時、児童相談所より療育手帳の交付を受けたが、「障害」の受け入れができずに苦しんでいた。その後、支援を継続していく中で、自ら療育手帳を持ち障害者割引を活用するなど、少しずつ気持ちに変化が見られるようになっていく。

暮らしの中では、「労働＝賃金＝生活<sup>17</sup>」への理解が深まる中で仕事にも自信を持ち、自らコンサートに行くなど余暇活動も充実している。

また、職場では、求められる仕事をきちんとこなしており、継続した勤務ができていく。職員も勤務に関しては特に問題ないと感じており、支援を継続しつつ、本人の夢でもある「一人暮らし」を実現するため支援を行っている。

B ケースは、現実を受け入れる気持ちが芽生えているため、より現実的な将来を描くことができるように、支援やアドバイスをを行ったケースである。

#### ③C ケース

C ケースはこれまで生活保護世帯で生活してきたため、極端な節約・節制を行うといった独特の金銭に対する価値観をもち、その価値観にもとづく生活スタイルで生活をしている。この価値観と生活スタイルはこれまでの生活の中で培ってきたものであることから、これを変更することは困難であることが推定された。

<sup>17</sup> 「労働することで賃金を得て、その賃金で生活する」という当事業所の考え方

職員の支援方針としては「できないことをできるようにする」という視点ではなく、「ストレングス・モデル」の考え方を意識して、「できることを伸ばしていく」という視点で支援にあたっている。

生活の場では、自身では判断がつかないことも、誤った先入観で判断してしまうことがあり、指示やアドバイスを素直に聞き入れない傾向があった。そのため、話を聴くこと、何をどのタイミングで誰に伝えるべきかの重要性を伝えている。

グループホームで生活することを目標に据えることで、それに向けた本人の動機づけとなり、それに合わせた支援を行うようにしたケースである。

#### ④D ケース

利用開始当初は、「仲間同士でコミュニケーションをはかることができる」「言葉足らずの面はあるものの、少しずつではあるが本人の気持ちが表出されつつある」というアセスメント結果であった。その後、1年間の関わりを経て、「コミュニケーション」の課題が徐々に見えてきたケースである。職員はこの点を普段の関わりの中で見つけ、普段の会話や面談を通じて改善に向けた支援を行ったケースである。

#### ⑤E ケース

本人及び両親ともに、「障害」の受け入れが十分ではなく、自分が障害者だということへの抵抗感があったようである。このような考え方が背景にあったために、人間関係の形成が十分ではなく、集団生活のマナーを守らないということも多くあった。

同法人が運営するグループホーム、ケアホームを利用するのではなく、民間アパート（下宿）の利用に方針転換をすることにより、E ケースは民間下宿利用に向けた準備等には意欲的に取り組み、下宿生活に移行することができたケースである。

## 第3節 考察

### (1) ケースに見る支援の流れ

ここまで示した5ケースにもとづき、当事業所の支援フローを第1章の支援フレームに合わせて整理すると次のようになる。

図表3-9 本事業所の支援フロー

枠組み		内容
利用の契機		<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別支援学校高等科からの紹介が多い。</li> <li>・就労していること（予定であること）を条件としている。</li> </ul>
生活訓練	個別支援計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過去はあまり整備されていなかったが、近年「ストレングス・モデル」をベースとして策定されている。</li> </ul>
	カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・金銭管理（小遣い帳作成）の場が、個別ミーティングの役割を担っている。</li> <li>・普段の生活の中で利用者との会話を通じて本人の様子を確認している。</li> </ul>
	モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・明確な定めはないが、利用者との日常的な会話、面談を通じて、そこで生じた（気づいた）変化の情報を職員間で共有している。職員間でのミーティングを行い、必要な支援方針を検討している。</li> </ul>
	地域資源との接点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労をサポートすることが本事業所の基本方針であるため、利用者の就労先企業とは連絡を密に取り合っている。</li> <li>・そのサポートのために必要な関係機関と連携を図っている。</li> </ul>
	支援・訓練内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・普段の生活の中で職員が変化をとらえ、職員間のミーティングを中心に必要な支援を実施している。普段の状況確認（いわゆる「見守り」）をベースとした支援を行っている。</li> <li>・職員間で役割分担（例えば、問題点・課題点を指摘する役、フォローする役などの役割）を行い、社会生活を送るために必要な力を身につけるように支援を行っている。</li> <li>・この他に、金銭管理に関わる収支計画書の作成や、リフレッシュ&amp;クリーンデイといった居室点検を年2~3回実施するなど、実際に生活するために必要なスキルを身につけるための継続的な支援を実施している。</li> </ul>

地域生活開始に向けた支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内のグループホームまたはケアホームへの移行が多い。ただし、今回事例に上がっていないケースでは、自宅等に移行する場合もある。本人の移行先希望をもとに、そこでの生活を想定した支援がなされている。</li> <li>・移行までの準備として、これらの事業所の体験利用、見学を行っている。このような体験を経て、地域で暮らすことへの理解を深め、実際に生活するイメージを持ってもらうようにしている。</li> </ul>
利用終了後のフォロー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的なミーティング（ナッツミーティング）を開催し、生活訓練の支援終了後も継続的な支援を行っている。</li> <li>・利用者も気軽に同センターを訪問することが多いようであり、必要な相談等にもものっている。</li> </ul>
地域生活のための相談サポート	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記のようなフォローは特に年限を区切っているということではなく、必要に応じて対応している状況である。</li> </ul>

## (2) まとめ

### ①当事業所の支援フレーム

当事業所は、就労をサポートすることと生活をサポートすることの両面への支援を行っている。当事業所の支援アプローチは次のようになる。

図表 3-10 支援フレーム

<p>a 利用者との普段の会話、面談、観察を通じた状況確認（いわゆる「見守り」）</p> <p>b aの情報を職員間で共有</p> <p>c 共有された情報をもとに支援方法を検討</p> <p style="padding-left: 40px;">その際、重要なのが職員間の役割分担（叱る役、フォローする役など）</p> <p>d 支援の実行</p> <p>e 支援実行後の情報共有</p>
--

本事業所のもっとも重要な要素は、aに示した状況確認のプロセスである。すなわち、職員が利用者とのコミュニケーションを通じて、利用者の小さな変化も敏感にとらえることで、より適切な支援を行うことができるといえる。また、「できないこと」「失敗しそうなこと」に着目することだけが支援ではなく、必要な場合は継続して見守り続けることも重要な支援と位置づけられる。

職員がそのような変化を敏感にとらえるためには、利用者との信頼関係構築が必要である。信頼関係が構築されることで初めて、コミュニケーションが取れる

ようになるといえる。信頼関係を構築するまでの期間は、ケースによってまちまちであり、職員にとっても判断しにくい部分となっている。

このような情報を職員間で共有し、一体的な支援を行っているのが当事業所の特徴である。特に「見守り」で得られた情報を通じて、利用者の生活を支える支援がなされている。

ある程度失敗をし、それをどう乗り越えるかを自分なりに考えてもらうことも重要な支援としている。自分なりに失敗を乗り越えること（小さな成功体験）を積み重ねることで、生活するための力を身につけると同時に、生活への自信にもつなげているといえる。また、そのような失敗をした際に誰に相談をすればいいのかについても理解することが、大きな失敗にはつながらないように考えると考えられる。

加えて、職員はそのような失敗をした時にきちんと「振り返り」を行っている。どうすればいいのかを普段の会話や面談を通じて伝えることで、利用者の実際に地域に出た時の生活力を高めているといえる。職員にとってみれば、その失敗が大きくなるようにするためにも、a に示した「見守り」が重要であるといえる。

このような支援に加えて、「くらしの見本帳」や「チャレンジCooking Book」など事業所独自のテキストをもとに社会生活力向上に向けたプログラムも実施しており、「生活のベース作り」に向けた試みを継続的に行っている。

## ②当事業所の自立訓練（生活訓練）事業

まず、期間の問題がポイントとしてあげられる。障害者自立支援法が定める2年間の長いか、短いかは今回のケースだけから判断できないが、少なくとも、利用者と職員との信頼関係構築に一定の期間が必要だということはいえる。先述した「小さな成功体験」の積み重ねと「振り返り」はこの信頼関係があることが前提となることから、この期間が予測できないとなると、期間を区切って支援をすることが本当に妥当かどうかは難しいところである。一方、長ければそれだけよいということでもないので、目標（当事業所の場合は、グループホームやケアホーム等での生活）と必要な支援期間をしっかりと定めた上で、支援することが必要である。

もうひとつのポイントとして、就労支援との関係がある。当事業所では、生活の場と働く場の両立を理念に掲げ、支援を行っている。今回のケースからも読み取れるように、職員は個々の利用者の職場での状況を就労先と連絡を密にし、情報共有をはかることに苦心している。必要によっては職場におもむき話し合いを行っている。しかし、自立支援法ではこのような活動の位置づけがあいまいであり、報酬上の補償もないのが現実である。すなわち、「就労を支える」というこ

とであれば、就労の場の情報共有が重要であり、単に地域の就労支援機関に任せればよいという問題ではないということである。障害者就業・生活支援センターや職業センターなどに活動を引き継ぐということも考えられるが、先述したように「信頼関係」が重要であることから、ある日突然、就労支援の部分をこれらの機関に丸投げすることはできない。これらの機関にも自立訓練（生活訓練）の中で実践されているのと同様の信頼関係構築期間が必要になると想定される。

一般論であるが、このような就労支援機関は地域により活動状況に差があるため、協働できない場合もあり、その場合は、当事業所のような事業所が就労部分のフォローまで行う必要があるといえる。

### ③当事業所調査から得られる知見

同事業所の支援は、若年（新卒）の知的障害者を対象とした支援モデルの一つであるということができる。「働き始め」でとにかくストレスがたまりがちな生活を、サポートしている仕組みとなっており、生活のリズムや、お金の使い方を通して、「社会の中で暮らす」ことを普段の生活の中から学んでいくプロセスであるということができる。その基本的な考えとして、「労働＝賃金＝生活」ということを視点として置いており、この理解を進めることで、地域で生活することを目標に事業が展開されているといえる。

## 第4章 取り組み事例

### 「高槻地域生活総合支援センターふれいす Be」

#### 第1節 事業所概要

##### (1) 設立

ふれいす Be の母体である社会福祉法人北摂杉の子会は、1993年(平成5年)に高槻市を中心とした地域にて知的障害児の親たちが結成した組織が母体となって、1998年(平成10年)に社会福祉法人としての認可を受けて設立された。

「高槻地域生活総合支援センターふれいす Be」はそれまで高槻市内に設置されていた2か所の通所施設が閉園し、新たに障害者自立支援法にもとづいて多機能型事業所として設置された。「高槻地域生活総合支援センターふれいす Be」は高槻市立であり、新施設の運営に当たる民間社会福祉法人の公募が行われ、審査の結果、社会福祉法人北摂杉の子会が事業を受託した。

##### (2) 設置・概要

調査対象の設置と概要を示すと以下のとおりである(図表4-1)。自立訓練(生活訓練)通所型事業のみで運用しているということではなく、「高槻地域生活総合支援センター」として、一体的に支援を行っている。

図表4-1 設置・概要

法人名	社会福祉法人北摂杉の子会
事業所名	高槻地域生活総合支援センターふれいす Be 自立訓練(生活訓練)通所型
所在地	大阪府高槻市常北町1丁目6-6
法人内 関連事業所	<ul style="list-style-type: none"><li>・児童デイサービス 自閉症療育センター</li><li>・発達障がい者支援センター 大阪自閉症支援センター</li><li>・就労移行支援、生活介護、就労継続支援B型</li><li>・大阪府発達障がい者日中活動・就労準備支援モデル事業</li><li>・施設入所支援、生活介護 短期入所、日中一時支援</li><li>・ケアホーム、高槻地域生活総合支援センター(ふれいす Be)</li><li>・地域生活支援事業</li></ul>
地域の 関連社会 資源	社会福祉協議会、ボランティアセンター、特別支援学校、地域の小学校・中学校・高等学校(福祉科)の学生、地域住民

### (3) 利用者と職員の状況

自立訓練（生活訓練）通所型事業の定員は10名であり、それに対応する職員は兼務、非常勤も含めて5名となっている。ただし、日中活動支援やその他の支援と一体的に支援を行っているため、自立訓練（生活訓練）通所型事業に係る職員はこれより多い。なお、法人全体では64名の正職員、24名の嘱託職員、153名のパート職員がいる。また、高槻地域生活総合支援センターでは13名の正職員、6名の嘱託職員、32名のパート職員がいる。

図表 4-2 実施事業利用者の状況

実施事業	利用者定員
生活介護	30名
自立訓練（生活訓練）通所型	10名
就労移行支援	10名
就労継続支援 B 型	10名
短期入所（日中一時支援）	合計 10名
相談支援	—

### (4) 自立訓練（生活訓練）事業の位置づけ

当法人は、大阪府全体を対象とした広域特化事業と高槻市及び近隣を中心とした地域一般事業を実施しているが、ふれいす Be は地域一般事業の一部として位置づけられている。

当事業所は、多機能型事業所であるが、就労の前段階の社会生活スキルの習得を目指している方が利用することを目的としており、生活訓練の2年間と就労継続支援等と組み合わせ4年間での支援体制を位置づけ、その後、就労や就労継続支援 B 型へと移行することを支援の方向性として考えている。

なお、当事業所の主たる利用者像は、これまで家庭で家族と共に生活をしながら特別支援学校あるいは校区の学校の特別支援学級で教育をうけてきた18歳～22歳くらいまでの若年層を対象としている。

### (5) 支援の特徴

#### ①社会生活力プログラムによる支援

当事業所では日々のプログラムは軽作業を中心に行っており、「生活の基礎をつくる」「自分の生活をつくる」「自分らしく生きる」という課題を主たるアプロ

一斉としている。月に2回は、社会生活力プログラムにもとづいて支援を行っている。本事業所で実施している「社会生活力プログラム」は、『自立を支援する社会生活力プログラム・マニュアル』（中央法規）や『実践から学ぶ「社会生活力」支援』（中央法規）などを参考にして、「調理」「そうじ・洗濯」「身だしなみ」「金銭管理・使用」などの簡潔なプログラムを作成し、参加希望者を対象に、隔週1回、半年を1セッションとして実施している。

なお、支援の特徴としては、「ストレングスモデル<sup>18</sup>」の視点で支援を行っている点が挙げられる。すなわち、本人が望むことを中心にプログラムを組み、“できるようになったこと”“可能になったこと”を評価することを大事にしている。

## ②コミュニケーション意思カードと身だしなみチェックシート

また、具体的な支援展開において、様々な工夫をしている点が挙げられる。たとえば、コミュニケーションが困難な利用者に対してはコミュニケーション意思カードを、身だしなみのスキル習得・向上のために身だしなみチェックシートを使用している。さらに作業プロセスにおいては様々な補助ツールを独自に開発し、利用者が作業をしやすい支援体制を構築している。

コミュニケーション意思カードとは、コミュニケーションをとることが困難な利用者がコミュニケーションをとるために創作されたカードのことをいう。具体的には、「今はやめて下さい」「あとにして下さい」「いいです」「帰ります」などと記載されたカードを用い、意思を相手に伝えることができるよう工夫されている。これにより、相手の気持ちをくみ取ることが苦手な利用者にも相手の気持ちがわかりやすく、また、断ること等が苦手な利用者も意思表示しやすく、対人関係を習得していく補助ツールとして有効活用されている。

身だしなみチェックシートは、身だしなみができたかどうかをチェックするよう工夫されたシートのことをいう。たとえば、髭剃りが必要な利用者の場合、事業所に出勤前に髭剃りをしたかどうかをチェックし、個別の日誌と一緒に提出している。また、事業所の作業開始前にもグループ全員で、身だしなみチェックリストを用いて、髪の毛、シャツ、ズボン、つめ、くつ等についてチェックして、身だしなみに対する意識を高めるためのさまざまな工夫を行っている。

## ③TEACCHによるアプローチ

利用者それぞれが作業を行いやすいように、パーティションを利用した個別の作業空間作り、刺激が少ない小部屋での少人数での作業、作業の流れを各利用者によりわかりやすいように簡易図等で示したメモを個別の作業台の正面に貼るなど、

<sup>18</sup> 利用者本人の能力や意欲に着目しアプローチする中で、本人の好みや抱負といったことを引き出し伸ばしていくアプローチのことをさす。

あらゆる方法で各利用者にあわせた作業環境を整えている。また、部屋表示や作業道具、保管場所なども図示して、視覚でわかりやすい環境作りを行っている。

## 第2節 各ケースの記録

### (1) 各ケースの属性

図表 4-3 各ケースの属性

	ケース A	ケース B	ケース C
属性	女性 10歳代 知的障害 精神障害重複 統合失調症	男性 20歳代 知的障害	男性 10歳代 知的障害 自閉傾向あり
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>療育手帳取得</li> <li>小学校、中学校、高校特殊学級</li> <li>中学生の時、統合失調症発症</li> <li>卒業後通所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出生時ダウン症と診断</li> <li>小学校、中学校、高校特殊学級</li> <li>卒業後通所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小学校入学</li> <li>療育手帳取得</li> <li>2年生時より特殊学級。</li> <li>中学校、高校特殊学級</li> <li>卒業後通所</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>両親、姉 4人家族で生活</li> <li>学校、当事業所活動に協力的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>両親、姉 4人家族で生活</li> <li>学校、当事業所活動に協力的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>両親、兄 5人家族で生活</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>両親の収入</li> <li>工賃</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>両親の収入</li> <li>工賃</li> <li>障害基礎年金申請中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>両親の収入</li> <li>工賃</li> <li>不定期のアルバイト</li> </ul>
接点開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>卒業にあたり、当事業所見学・体験を経て利用開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>卒業にあたり、当事業所見学・体験を経て利用開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>卒業にあたり、利用開始</li> </ul>
利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族は「常識的なことを身につけてほしい」と希望</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>就労を目標とし、その前段階として、対人関係、生活習慣のスキル向上を希望</li> </ul>	
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>就労継続支援</li> <li>自宅より通所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>就労移行支援</li> <li>自宅より通所</li> </ul>	

第4章 取り組み事例

高槻地域生活総合支援センターふれいす Be

	ケース D	ケース E
属性	男性 20 歳代 知的障害	女性 20 歳代 知的障害
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療育手帳取得</li> <li>・小学校、中学校、高校特殊学級</li> <li>・卒業後通所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・療育手帳取得</li> <li>・小学校、中学校、高校特殊学級</li> <li>・市立施設利用</li> <li>・市立施設閉園後通所</li> </ul>
家庭環境	・両親、弟 4 人家族で生活	・母、兄、祖父母、叔母 6 人家族で生活
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両親の収入</li> <li>・工賃</li> <li>・年金申請中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害基礎年金 1 級</li> <li>・工賃</li> </ul>
接点開始	・卒業にあたり、利用開始	・A 施設の閉園に伴い、移行
利用開始		
利用終了後		<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労継続支援</li> <li>・自宅より通所</li> </ul>

(2) 各ケースの支援経過

以下、各ケースの支援経過を記載する。なお、内容は支援をしていく中で大きな変化があったポイントを記載している。矢印はその変化にもとづいた継続的な支援をさしている。

図表 4-4-1 ケース A の支援経過

経過 月数	ケース A				
	SFA 項目	生活リズム	セルフケア	コミュニケーション	就労生活
1-3 ヶ月		話し合い 気分転換や気持ちの安定支援	社会人としてのマナーを 考える		作業に取り組む
4-6		活動の中で、落ち着かない時もある	身だしなみチェックシートを活用し、確認する	人との距離感に気をつける	
7-9		少人数グループ 隔離された小さな空間での作業			
10-12		TEACCH の支援方法を組み込む	できない気持ちが先立ち できないことがある	コミュニケーション意思 カード活用	
13-15			社会生活力プログラム 活用	社会生活力プログラム活用	作業に集中できるようになる
16-18		集中して作業に取り組めるようになる			
19-21		少人数でいると落ち着いて 過ごしている		接し方、距離感を意識 できるようになる	
22-24					
25-					

第4章 取り組み事例

高槻地域生活総合支援センターふれいす Be

図表 4-4-2 ケース B の支援経過

経過 月数	ケース B			
SFA 項目	就労生活	セルフケア	コミュニケーション	生活リズム
1-3 ヶ月	清掃・PC・軽作業などを通じて、やりたいことを一緒に探検	社会人としての身だしなみを考える		本人と職員との相互理解
4-6	作業ができるようになる	身だしなみチェックシートを活用し、確認する	コミュニケーション意思カード活用	継続的なかわり
7-9	紙バックグループに参加 作業支援・就労に関する説明会実施		意思カードを活用して「いや」と言う練習	
10-12			接し方、距離感を意識できるようになる。	
13-15	カフェの体験実習 就労支援センターに登録	社会生活力プログラム活用		
16-18				
19-21	立ち仕事の大変さ等実感 外部企業研修等の仕事体験を考える			
22-24				
25-				

第4章 取り組み事例

高槻地域生活総合支援センターふれいす Be

図表 4-4-3 ケース C の支援経過

経過 月数	ケース C			
SFA 項目	生活リズム	就労生活	セルフケア	
1-3 ヶ月	本人にとってやすい環境 大人として、身につけたいことを考える	清掃・PC・軽作業などを通じて、やりたいことを一緒に探す		
4-6	休みが徐々に増えてくる 自分の意思を伝えられる 時とそうでない時がある	↓ カフェの実習		
7-9	↓ 本人にとってやすい環境	紙カップグループでの 作業 カフェ実習 ↓ 仲間と一緒に作業が できるようになる	身だしなみチェック シート活用	
10-12	↓ 通所できるようになる ↓ 本人ペースの通所	↓ 外部実習の支援	身だしなみを整えられる ようになる	
13-15	↓ 社会生活カプログラム活用 食事・洗濯、掃除	↓		
16-18		↓ クリーニング実習		
19-21	↓ 安定した通所ができるよ うになる	↓ カフェ実習始め様々な実 習		
22-24				
25-				

第4章 取り組み事例  
高槻地域生活総合支援センターふれいす Be

図表 4-4-4 ケース D の支援経過

経過 月数	ケース D			
SFA 項目	生活リズム	就労生活	コミュニケーション	セルフケア
1-3 ヶ月	本人にとってやすい環境 大人として、身につけたいことを 考える	清掃・PC・軽作業など を通じて、やりたいこと を一緒に探す	仲間やスタッフと話すこと が増える	
4-6	徐々に慣れる  休まず通所			
7-9		クリーニング作業実施 就労に関する説明会実施	「いや」と言える	
10-12				
13-15				身だしなみグループ ワーク
16-18				
19-21				身だしなみチェックシ ート活用
22-24				
25-				

第4章 取り組み事例  
高槻地域生活総合支援センターふれいす Be

図表 4-4-5 ケース E の支援経過

経過 月数	ケース E			
SFA 項目	生活リズム	就労生活	食生活	セルフケア
1-3 ヶ月	本人にとってやすい環境 大人として、身につけたいことを 考える	清掃・軽作業などを通 じて、やりたいことを 一緒に探す		
4-6	徐々に慣れる  休まず通所			身だしなみチェックシ ート活用
7-9		自助具を活用し作業実 施。		
10-12		うまくいくようになり 自信を持つ		
13-15		自助具改良、作業をし やすくする	社会生活力プログラ ム、放課後クラブに取 り組む 調理実習	
16-18				
19-21		作業増える		
22-24				
25-				

### (3) 各ケースの支援のポイント

ここでは、各ケースの支援の特徴を示す。特に、支援を実施することで生じた利用者の行動変容に着目してそのポイントを示す。

#### ①A ケース

現在は2ヶ月に1回のペースで精神科に通院しており、就寝前に抗精神病薬を服薬している状況である。幻聴、妄想（特に恋愛妄想）があり、入浴等一人の環境になると独語等が見られる。統合失調症による精神障害の重複により、情緒が不安定になりやすく、対人関係においてもトラブルが生じやすい。

支援方針を検討していく中で、本人と次の支援内容を話し合いのうえ決めた。

- ・情緒が安定して過ごせる場所や作業を提供する
- ・生活を楽しめることを見つけ、それを安心してでき、作業とメリハリをつけて続けることができるようにする
- ・自分でできることを増やす（身だしなみ、調理）
- ・対人コミュニケーションにおいて、相手との距離のとり方に気をつける

多人数の刺激により大声を発したり泣いたり、情緒が落ち着かない日々が続いていたが、試行錯誤で環境作りを行っていくうちに、情緒も落ち着き、作業もできるようになっていった。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

10か月を経過した段階で、具体的な環境作りの対応として、次のようなことを行った。これらの変化が、その後の本人の自信やモチベーションにつながっていたといえる。

- ・少人数グループや、隔離された小さな空間部屋での作業班への移動
- ・計画的に休みの日を作り、地域生活支援センター（精神障害者向け）の料理教室や日中一時支援事業（ガイドヘルパー）を利用した外出などを利用して気持ちをリフレッシュさせる
- ・個別に職員と話をしたり、手紙を書く時間を頻繁に設けた
- ・「歴史」や「写真」など本人の興味をテーマにした個別の時間を設けた

2年間でできるようになったことが本人の自信にもつながり、さらに自分でできることを増やしていきたいと、継続した希望が出ている。就労継続支援B型事業への移行等を視野に、社会生活力プログラムなどを活用し、さらに多くの課題に取り組んでいく予定である。金銭管理のプログラムにも取り組み始めた。

## ②B ケース

本人は「就労したい」という気持ちが強く、事業所の利用を通じて、様々な仕事を体験し、好きな仕事を見つけていきたいという希望を持っていた。これらの仕事体験に付随して、自立した生活が送れるよう、身だしなみ、対人関係コミュニケーション、金銭管理などのスキルを取得する機会を、社会生活力プログラムへの参加により得ている。また、身だしなみチェックシート、コミュニケーション意思カード、達成度チェック表など、視覚的にわかりやすい道具も活用している。

### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

カフェの仕事へのあこがれを持ち続けていることが、掃除や軽作業（紙パック）の仕事も確実に一人でできるようになっていくモチベーションとなっている。

カフェ実習が実現してからも、課題（立ち仕事をこなす体力作り）や、新たな仕事内容（接客、コーヒーの抽出など）に対しても真摯に取り組み、仕事の幅を拡げていっている。どんな実習にもやりがいを感じ、責任を持って遂行する力がついてきている。

さらに今後もクリーニングや外部企業への実習など、さまざまな仕事体験の可能性が広がっており、自立訓練の期限後は、就労移行支援事業の利用に移行して、それらの体験を実現していく予定である。

## ③C ケース

大きな音（例：雷、オートバイ、風船等、お祭り等）にパニックになることがあり、軽度の知的障害に加え、自閉症的な症状を有しているケースである。天候不順などにより本人の気分で引きこもりに近い生活になってしまうこともあるが、一人で家で過ごせているため、家族は大きな問題点とはとらえていない。就労希望ではあるが、現実認識はまだまだ弱いのが現状である。

### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

本人の好むカフェ作業での作業に参加できるようになったことで、会社で実習を行いたいという意欲につながった。このような意欲から、仕事をサポートする仕組みにつながり、企業でのアルバイトにつながり働くことの楽しさを知ることができるようになったといえる。

天候不順などにより気分の落差が大きく引きこもりに近い生活になり、その結果、安定した通所に結びつかなかった。支援者は本人のこれまでの経過を十分に理解し、事業所の新しい環境に慣れるように支援を継続したため、このような結果につながったといえる。

本ケースにおけるストレングスモデル的支援に関しては、C ケースがカフェ実習に大変興味関心を示し又その作業を大変好んだことに着目し、カフェ実習を積

極的に支援の中に取り込んでいった点が挙げられよう。その結果、天候不順や気分の落差により継続的な通所に結びつかなかった点を克服したと思われる。

#### ④D ケース

これまで家族と共に生活しており、穏やかに生活してきている。就労を目標としており、その前段階として社会生活スキルを向上させることを希望している。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

本人の好むクリーニング作業を実施し、作業しやすいように自助具を工夫することで、作業に自信が持てるようになり、率先して事業に参加できるようになった。支援者は本人のこれまでの経過を十分に理解し、事業所の新しい環境になれるように支援を継続したため、このような結果につながったといえる。

本ケースにおけるストレングスモデル的支援としては、D ケースがクリーニング作業を好むことに着目し、クリーニング作業を積極的に支援に取り込んでいった点が挙げられよう。

#### ⑤E ケース

身だしなみチェックシートの活用、石けんの箱詰め、地図やドライワイパーなど本人の好むものを取り入れたレクリエーションを実施。支援者の関係構築が十分にできるようになる。本人が失敗しても、本人の根気強い性格が失敗を克服する原動力となった。

例えば、E ケースが実施していた作業に関しては、当初失敗することがあった。しかしながら、自助具を用い又本人の根気強い取り組みにより失敗を克服し、難易度の高い作業も可能になってきた。

E ケースの場合、本人・家族及び支援者側も長期的目標として、就労ではなく、社会生活スキルの向上を位置づけている。よって、本ケースにおけるストレングスモデル的支援としては、事業所内における作業のほかに余暇活動を積極的に取り入れ、本人が強く興味関心を示したパソコンや陶芸等を積極的に取り入れ、事業所の活動を楽しくしていった点が挙げられよう。

## 第3節 考察

### (1) ケースに見る支援の流れ

ここまで示した5ケースにもとづき、当事業所の支援フローを第1章の支援フレームに合わせて整理すると次のようになる。

図表4-5 本事業所の支援フロー

枠組み		内容
利用の契機		<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別支援学校からの紹介が多い。</li> <li>・合併前施設からの継続利用もある。</li> </ul>
生活訓練	個別支援計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人（及びその家族）と個別面談を実施し、アセスメントを行い、個別支援計画を策定する。「目標」に関しては、できるだけ本人の言葉で作成するようにしている。そうすることで、何をしなければいけないのかが明確になると考えている。</li> </ul>
	カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2週間に1回の割合で実施している。</li> </ul>
	モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則は6ヶ月に1回のモニタリングを行っている。（特別支援学校の卒業生の場合は、当初1年は3か月毎実施）</li> <li>・面談を通じて、振り返りを行う。</li> </ul>
	地域資源との接点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「就労したい」との利用者のために、企業での体験実習を行っている。</li> </ul>
	支援・訓練内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレングスモデルによる個別支援計画を重視した支援を実施。本人の「やりたいこと」に着目し、軽作業等の複数の実施事業の中から、やりたいことを見つけていくプロセスを重視している。</li> <li>・はじめに軽作業やパソコン関連作業などの作業を一通り実施し、自分のやりたいことを見つける工夫をしている。</li> </ul>
	地域生活開始に向けた支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所事業のため、基本的には実家から通所している。</li> </ul>
利用終了後のフロー		<ul style="list-style-type: none"> <li>・設立から2年が経過していないため、まだ利用終了に至っていない。</li> </ul>
地域生活のための相談サポート		<ul style="list-style-type: none"> <li>・設立から2年が経過していないため、まだ利用終了に至っていない。</li> </ul>

## (2) まとめ

本事業所では、法人が設立された当初から“地域で生きる”という理念の下、利用者主体の支援を行っている。2009年度(平成21年度)の事業開始時より、ストレングスモデル的視点で個別支援を重視し、本人の持つ価値観や可能性を引き出す支援を実践している。そのプログラムの一つとして、社会生活力プログラムも実践している。

事業開始時に経営戦略にもとづいた組織構築を行っている。施設長の下、法人内で行っているサービス単位にチーム編成をし、ライン組織(現場で実際に業務を行う組織のこと)とスタッフ組織(事務処理など現場職員が働きやすいような仕事をする職員)を分け、業務の効率化と体制整備に取り組んでいる。このような組織を構築することで、組織的な支援が行われていると考えられる。ただし、報酬体系の問題等から事業所単位の収支は必ずしも良好とはいえない。

本事業所は2009年(平成21年)に新規に開設された事業所であることもあり、地域の特別支援学校高等部卒業後、直接本事業所の自立訓練を利用する利用者が多い点にその特徴があるといえよう。また本事業所は多機能型事業所であるため、自立訓練に留まらず、生活介護、就労移行支援、就労継続支援B型、短期入所及び相談支援の6事業を実施している。よって、2年間の自立訓練を単独として位置づけるのではなく、2年間の自立訓練及び2年間の就労移行支援を継続的に位置づけ、総合的に4年間のプログラムで支援していこうという方向性で支援していた。

今回調査した5ケースに関しては、長期的目標として、事業開始当初より『就労』を考えているケース」と、『社会生活スキルの向上』を考えているケース」とに別れているように見受けられた。その結果、支援開始後6ヶ月は全ケースほぼ同じ目標のもと支援が行われているが、6ヶ月～1年経過する中で、就労を目標としている利用者とは社会生活スキルの向上を目標としているケースとではその支援の方向性が分かれてきている。つまり、就労を目標としている利用者は、あくまでも就労を前提とした上で作業活動の強化が行われている。その一方、社会生活スキルの向上を目的とした利用者に関しては、社会生活力プログラムの実践や余暇活動の積極的導入が図られている点にその特徴を見た。

若年層、特に、学校を出たばかりのいわゆる新卒的な利用者が多い中、利用者本人の能力や可能性を出来る限り引き出そうという個別支援を強化し、それまでの学生生活から社会人生活への転換のために何が必要かを身につけてもらう意味で、意義のある支援を行っているといえる。

## 第5章 取り組み事例

### 「自立生活支援センター・ウイリー」

#### 第1節 事業所概要

##### (1) 設立

精神病床、老人病床を持つ総合病院を経営する精神科医が、これらに関わる精神障害者の地域生活を支えるべく、1994年(平成6年)に社会福祉法人若竹会「精神障害者通所授産施設ワークプラザみやこ」を設立した。

1999年(平成11年)には精神科病院と地域生活の中間施設として、生活訓練施設の前身となる「精神障害者社会復帰施設 援護寮みやこ」を開設。2006年(平成18年)の障害者自立支援法施行に伴い、2007年(平成19年)4月に「自立生活支援センター・ウイリー」(多機能型事業所)として新事業体系へ移行した。

当事業所が位置する岩手県宮古市は、宮古市を中心として、山田町、岩泉町、田野畑村の4市町村で「宮古圏域」として、一体的な障害福祉サービスを提供している。

高齢化率が34.5%(2008年(平成20年)10月)と高く、さらに毎年1千人の人口減少が続いている。面積は、東西南北、縦・横の距離が各約100kmと広く、人口密度が非常に低い。そして、広大な面積にもかかわらず公共交通機関が未発達であることや、医療・福祉サービス資源も宮古市内に集中していることが、サービス提供の大きな障壁となっている。

2008年(平成20年)に、宮古圏域にある社会福祉法人や病院、行政のすべての関係者が関わる「NPO法人レインボーネット<sup>19)</sup>」(以下、レインボーネット)が設立され、圏域のネットワークによる福祉サービスの提供が開始された。これによって、広域で人口が点在している地域環境の中で、医療や福祉、家族や人とのつながりも乏しく生活していた障害者の豊かな暮らしの実現を目指している。

##### (2) 設置・概要

調査対象の設置と概要を示すと以下のとおりである(図表5-1)。自立訓練(生活訓練)宿泊型事業のみで運用しているということではなく、ケアホーム、グループホーム等との連携のもと、一体的に支援を行っている。

<sup>19)</sup> 正式名称：特定非営利活動法人宮古圏域障がい者福祉推進ネット

## 第5章 取り組み事例

### 自立生活支援センター・ウイリー

図表 5-1 設置・概要

法人名	社会福祉法人若竹会
事業所名	自立生活支援センター・ウイリー 自立訓練（生活訓練）宿泊型（通所型併設）
所在地	岩手県宮古市崎楯ヶ崎第4地割1-11
法人内 関連事業所	障害者支援施設わかたけ学園（施設入所支援、生活介護、自立訓練、短期入所）、自立生活支援センター・ウイリー（自立訓練、就労移行支援、短期入所）、共同生活援助（グループホーム）2事業所 10か所、共同生活介護（ケアホーム）1事業所 7か所、就労継続支援B型事業所2か所、はあとふるセンターみやこ（就労移行支援、生活介護、就業・生活支援センター、協力型ジョブコーチ事業、特定労働者派遣事業）その他、介護保険・高齢者関連事業
地域の 関連社会 資源	宮古圏域障がい者福祉推進ネット（レインボーネット） ・利用者本位の障がい者福祉の充実と社会参加の促進を目的として設立 当事者団体、事業者、関係機関、住民等との連携により、障がい者の誰もが安心して生活しやすい地域づくりを目指す組織 ・圏域の障がい者自立支援協議会の運営、地域移行、退院促進支援事業に関してもこのネットワークが大きな役割を果たしている。 ・障害者自立支援法実務担当者会議、地域生活支援調整会議、5つの専門部会（相談支援、権利擁護、就労支援、精神保健、発達支援）が、具体的な協議を行う場として機能している。

### (3) 利用者と職員の状況

今回の調査対象となっている自立訓練(生活訓練)宿泊型事業の定員は20名であり、それに対応する職員は兼務、非常勤も含めて6名となっている。ただし、自立訓練（生活訓練）通所型、日中活動支援やその他の支援と一体的に支援を行っているため、自立訓練（生活訓練）宿泊型事業に係る職員はこれより多い。なお、法人全体では261名の職員がいる。

図表 5-2 実施事業利用者の状況

実施事業	利用者定員
自立訓練（生活訓練）宿泊型	20人
自立訓練（生活訓練）通所型	14人
生活介護	6人
短期入所	2人

※当事業所の利用者のうち、精神障害者は22人、知的障害者は5人、その他が1人となっている。

#### (4) 自立訓練（生活訓練）事業の位置づけ

当法人の各種事業所は、レインボーネットにおける支援体制の一部としてサービス提供を担っている。したがって、当事業所もレインボーネットの中の一つとして、宿泊型と通所型の自立訓練を組み合わせた「一体型」の自立訓練（生活訓練）事業により、病院から地域へ移行する前の「短期滞在型（通過型）自立訓練<sup>20</sup>」として、中間型あるいは援護寮型の通過施設として機能すべき組織として位置付けられている。

#### (5) 支援の特徴

##### ①事業所が目指す支援のあり方（支援のゴール）

豊かな地域生活を実現していけるよう、レインボーネットに所属するさまざまな事業所の「すまいの場」や「日中活動の場」を活用して、本人の希望や状態にあわせた生活を送ることをめざしている。具体的には、生活訓練の期限が終了に近づいてきた利用者に対しては、利用者の希望や状態に合わせて、レインボーネットを通じてグループホームやケアホームを選び、さらに就労系の事業所や地域活動支援センター等を活用して日中活動を行う生活へとつなげていくことが、当事業所の目指す支援である。

##### ②支援の方針

当事業所の利用は、病院から地域へ移行する前に通過利用する中間型の「短期滞在型自立訓練」として、スムーズな地域移行を実現するための場としての支援をしている。

宿泊型・通所型の両方の自立訓練事業を1棟の建物の1階と2階に有し、生活面や作業面の両側面からの指導、相談支援等を行いながら地域移行を進めることが特徴である。宿泊型自立訓練を基盤とした生活面での指導と、同敷地内（階下）の通所型自立訓練あるいは、他法人の事業を利用した日中活動の指導で生活全体の訓練の機会を得ると同時に、そこで生活を送る上での課題を発見することができる。その課題に対し、利用者の力をいかした対処方法を考え、実際の対処方法を身につけるだけでなく、相談する相手とつながることが、地域生活に出たときに役立つ。相談支援を同時に行う時期を経ることが、実際の地域生活に移行した

<sup>20</sup> 当事業所ウイリーが便宜上、使用している用語

## 第5章 取り組み事例

### 自立生活支援センター・ウイリー

ときの成功につながっており、病院から直接グループホーム等の地域へ移行した場合と比べて、失敗が少ない。

また、4市町の圏域全体の障害福祉サービスを一体的に支援する「特定非営利活動法人レインボーネット」を中心とする支援ネットワークによって、圏域の広さに対して社会資源が乏しい当地域において、さまざまな関係者が法人、職種の別を問わず、当事者にとって適正な時期に必要な支援、サービスを提供することを実現している。

さらには、支援関係者が皆レインボーネットでつながっていることで、普段から一体的な情報共有を行い、必要時には、関わっている関係者が迅速に集まってケア会議を実施できる連携関係がとれており、地域全体としての個別の地域移行支援が可能となっている。

## 第2節 各ケースの記録

### (1) 各ケースの属性

図表 5-3 各ケースの属性

	ケース A	ケース B	ケース C
属性	男性 50 歳代 精神障害 双極性感情障害	女性 40 歳代 知的障害	男性 40 歳代 精神障害 統合失調症
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業での勤務経験あり</li> <li>・1980年(昭和55年)後半から精神科病院に入退院を繰り返す。</li> <li>・2004年(平成16年)に退院促進事業対象者となる。</li> <li>・2008年(平成20年)退院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業での勤務経験あり</li> <li>・2001年(平成13年)療育手帳取得</li> <li>・2008年(平成20年)母親入院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業での勤務経験あり</li> <li>・2000年(平成12年)頃から精神科病院の入退院を繰り返す。</li> <li>・2003年(平成15年)前身の援護寮入寮</li> <li>・その後症状悪化し、病院の入退院繰り返す。</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4人兄弟 長男</li> <li>・以前同居するも、入所後は同居困難</li> <li>・協力的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当初、母親と2人暮らし</li> <li>・母親入院後、母親が高齢者施設入所し、同居不可能に</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・兄弟、母親</li> <li>・兄家族と関係悪い(金銭、暴力のため)</li> <li>・母親月1回差入れあり</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資産あり</li> <li>・工賃(日中活動)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害基礎年金2級</li> <li>・貯蓄</li> <li>・工賃(日中活動)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護受給</li> <li>・工賃(日中活動)</li> </ul>
接点開始 利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院促進事業対象者となることで接点開始</li> <li>・2008年(平成20年)に利用開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院から相談支援事業所への相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームに移行したが、状態悪化により再入院となる。その後、2008年(平成20年)利用開始</li> </ul>
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアホームに居住</li> <li>・就労継続支援B型利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアホームに居住</li> <li>・地域活動支援センター利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアホームに居住</li> </ul>

第5章 取り組み事例  
 自立生活支援センター・ウイリー

	ケース D	ケース E
属性	女性 60歳代 精神障害 聴覚障害 アルコール依存	男性 60歳代 精神障害 高血圧症 統合失調症
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業での勤務経験あり</li> <li>・1970年代後半関東で結婚。その後家庭内問題のため、酒量が増える。</li> <li>・1980年(昭和55年)頃入退院を繰り返す。</li> <li>・2002年(平成14年)万引きにより警察に保護されるも行方不明</li> <li>・その後保護され入院、入院中は断酒会等に参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業での勤務経験あり</li> <li>・1970年代より入退院を繰り返す。</li> <li>・2007年(平成19年)より退院促進支援事業の対象者となる。</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫自殺</li> <li>・長男は過去、飲酒による様々なトラブルにより当初退院に反対。その後行方不明</li> <li>・二男知的障害有(企業にて勤務) 保護者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・兄の妻(保護者)</li> <li>・実姉(他の家族は亡くなっている。)</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・遺族厚生年金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護</li> <li>・障害基礎年金2級</li> <li>・工賃(日中活動)</li> </ul>
接点開始 利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中は断酒会等に参加し、落ち着いていたので、退院が検討されたが、二男の同意得られず、前身の援護寮を利用</li> <li>・2007年(平成19年)利用開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2008年(平成20年)より利用開始(一時入院による中断あり)</li> </ul>
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームに居住</li> <li>・生活介護利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームに居住</li> <li>・就労継続支援B型利用</li> </ul>

## (2) 各ケースの支援経過

以下、各ケースの支援経過を記載する。なお、内容は支援をしていく中で大きな変化があったポイントを記載している。矢印はその変化にもとづいた継続的な支援をさしている。

図表 5-4-1 ケース A の支援経過

経過 月数	ケース A			
SFA 項目	精神科医療	生活リズム	セルフケア	金銭管理
1-3 ヶ月	自宅に帰りたい 服薬の自己管理	乱れがち 日中活動に参加困難		職員管理
4-6	病状悪化、一時入院 ↓ 服薬の職員管理	様子見て活動内 容・時間を検討		
7-9		1,2時間程度、体験的に参加し てもらい、様子を見る  定期的に参加できるようになる	洗濯、掃除、入浴等の 習慣化（特に髭剃り）	
10-12			声かけ	
13-15		病状不安定となり休 みがちに		
16-18		本人状態把握の ための声かけ	習慣化される	
19-21				
22-24	服薬管理は自分では難しいと認 識	調子に合わせた通所 マイペースでの参加		
25-	服薬の職員管理により定着  自宅で生活は難しい		職員室に本人の金庫を用意し、引き続き 管理。本人は1週間の小遣いを管理し、 使い方は家族、職員と相談して行う	

第5章 取り組み事例  
 自立生活支援センター・ウイリー

図表 5-4-2 ケース B の支援経過

経過 月数	ケース B			
SFA 項目	就労生活	住まい 地域生活・社会参加	食生活	金銭管理 健康管理
1-3 ヶ月	就労系事業所見学・体験利用 を目標化するが未実施		調理プログラム 母親と一緒に暮ら したい	通院支援
4-6		GH 体験利用企図		
7-9		母親のことが心 配で、GH 移行の 決心がつかない ため、体験利用未 実施	母親と暮らすのは 無理と理解	
10-12		地域活動支援センター利 用		
13-15		センターのプログラム 参加に向けた参加に向 けた連携	調理方法指導 概ね実施	銀行手続練習 振込用紙を書く
16-18				
19-21				
22-24	就労系事業所見学・体験利用		予算を考えながら 工夫して実施	ATM 利用
25-		CH 入居準備		

第5章 取り組み事例  
 自立生活支援センター・ウイリー

図表 5-4-3 ケース C の支援経過

経過 月数	ケース C			
SFA 項目	金銭管理	精神科医療 健康管理	住まい 地域生活・社会参加	セルフケア
1-3 ヶ月	すぐ使い切る。そこから派生する課題（人から借金、相談なしの高額出費、契約など）	職員管理 薬 1 日ごとに渡す	GH で生活し、地域活動支援センターに通いたい	
4-6	定期的な話し合い			
7-9				
10-12			社会資源の説明	
13-15			家族説明 理解得られず	
16-18		泌尿器科対応 定期的話し合い	地元に住んで働きたい	尿漏れパット使用 清潔保持
19-21	定期的な話し合い。一定のルール（2 日分自己管理）を継続	尿漏れ改善	母親死亡 家族関わり拒否	定期的な話し合い。清潔保持の声かけと一緒に実施
22-24		自己管理 薬 2 日ごとに渡す		
		体調を崩す 飲み忘れ等が発覚		
25-		職員管理に戻す	地元の CH に移行準備	

第5章 取り組み事例  
 自立生活支援センター・ウイリー

図表 5-4-4 ケース D の支援経過

経過 月数	ケース D			
SFA 項目	精神科医療	金銭管理	住まい 地域生活・社会参加	生活リズム コミュニケーション
1-3 ヶ月	断酒会参加促す	家族から職員に渡されたお金を職員が管理し、必要により提供。それを小遣い帳で管理	子どもと生活したい	不安な気持ちを聞く
4-6		↓		↓
7-9		やりくりできる		不安定な気持ちを話しに来る。自分のイライラを表現する
10-12			↓	↓
13-15			ひとり暮らしを反対する家族の意向を聞き取るようになる	対人関係ミーティング
16-18			↓	↓
19-21			アパートで暮らしたい	感情を抑えて話せる
22-24		単身生活に向け資金を貯める	↓	
25-	通院後の薬の仕分け作業を自分で行う。自分で血圧測定おこなう		住まいの場検討 単身生活への家族の理解得られず GH へ	

第5章 取り組み事例  
 自立生活支援センター・ウイリー

図表 5-4-5 ケース E の支援経過

経過 月数	ケース E				
SFA 項目	支援者との関係	精神科医療	セルフケア 生活リズム	住まい	
1-3 ヶ月	不安やストレスをためないで自分で解決できるようになる 職員との定期的な話し合いを通し入院しない環境作りを図る	服薬自己管理			
4-6		↓ ↓ ↓			
7-9			一時的に入院		
10-12			話し合いを持ち職員管理とする	入浴、洗濯の声かけ	
13-15			話し合いを続ける	マイペースで実施	
16-18				安定した通所を目指し、外部通所先と連携	
19-21					
22-24					
25-					GH 移行準備

### (3) 各ケースの支援のポイント

ここでは、各ケースの支援の特徴を示す。特に、支援を実施することで生じた利用者の行動変容に着目してそのポイントを示す。

#### ①A ケース

精神症状の悪化によって、本人の生活上に問題が起こるため、病状のコントロールが重要であり、病気の波を知る必要がある。思いつくとフラリといなくなり、目にしたものを購入してしまう。入院中も2度ほどエスケープ歴あり、病状の安定が重要課題といえる。本人が、気分的な変化として感じているものを、実際の病状の変化として受け止めていないため、本人に病気の理解を促し病状のコントロールを図ることができない。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

本ケースは自立訓練（生活訓練）宿泊型の利用開始後すぐに約1ヶ月半の入院となった。双極性感情障害のため、病状変化したときに服薬でおいつかない場合が多い。そのため、病状の安定を図るために、服薬の自己管理を目指すよりも、確実に服用していることを確認していくことを優先すべきであると判断された。また、本人自身が病状の変化に気がつきにくいいため、周りの職員が本人の様子を注意し、サングラス、バンダナの位置で客観的に病状の変化のサインを見逃さないなど、変化を把握することが重要となる。加えて、医療と密に連携をとることも確認された。

#### ②B ケース

本ケースは山中で母子2人の生活が長かったため、生活体験や社会体験の不足が見られた。このことから、様々な社会経験を積みながら、下記の目標を掲げ、日中活動を通じながら本人の希望する地域生活のスタイルの実現をめざしている。主な支援枠組みは以下の通り。

- a 日常生活自立      ・日常生活動作（調理、金銭管理）      ・通院支援
- b 社会生活自立      ・地域生活移行
- c 就労自立            ・就業意欲の向上

この他に、対人関係における距離のとり方などの課題もあり、日常的に支援者は意識しながらその都度対応している。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

母親と元の生活に戻りたいという希望を持ちつつも、時の流れの中でそれは不可能であるという現実を受け止めて、グループホームでの生活が目標となったことがターニングポイントである。食生活や金銭管理に関する、生活上必要な事柄が出来るように、具体的な練習や取り組みを目標に掲げ、継続した支援をはじめ

ている。

### ③C ケース

金銭管理が困難なことが体調の悪化や社会生活の困難さを生じるため、本人ができる金銭管理の方法について指導や工夫を行っている。また、旧援護寮や当事業所での生活から新たにみられた課題（清潔保持）に対して支援を行っている。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

2度の再入院を経て、援護寮みやこ・ウイリーの利用と、グループホーム・ケアホームを活用しての地域生活への移行に希望がもてるようになった。決められた日数と金額の中で金銭管理できないことから派生する課題（人から借りる、相談なしの高額の出費や契約など）に指導、工夫を続け、結果として一定のルール（2日分の自己管理）を確立することによって、ケアホームでの生活を実現できた。「地元グループホームがあるなら行きたい」と本人と支援者の目標が共有され、同時期に母親が亡くなったことを知ったあとは、金銭管理のルールや生活上の課題に取り組めるようになっていく。

### ④D ケース

本ケースの特徴として、生活の組み立て、家族間の調整、断酒、金銭管理といった事柄があげられる。

アルコール依存症ではあるが、断酒ができていて、断酒継続への意欲も高い。掃除や洗濯などは、きっちり出来ていて集団での係りの仕事の遂行は問題ない。労働意欲もありながら、体力が持たないため、就労から生き甲斐、やりがいへと支援の方向性を変更した。

ただし、過干渉による対人とのトラブルが多いため、支援者がその点について話し合いを設けている。元々生活能力に問題があると思われたが、集団生活の中で係、役割の分担の仕組みが理解できないことによる対人とのトラブルが多い。

支援の中で、字が書けない、ほとんどの文字を理解していないことが判明し、知的な面の問題も浮上してくる。

### ⑤E ケース

怠薬による再入院後は、以下の点をウイリーでの生活の中で確認してグループホームに移行した。主な支援の内容は次のとおりである。

・通院      ・服薬      ・入浴と洗濯      ・日中活動

グループホームに移行後も、当事業所併設の自立訓練（生活訓練）通所型を継続して利用している。

**★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント**

入院時におこなわれた日常生活のアセスメントをもとにウイリーでの支援を開始したが、怠薬による再入院をきっかけに支援者間で振り返りの会議を行うことによって、ウイリーでの生活で「できること」を確認しながら自己管理を目指す支援方針に変更した。

「できていたことが時間の経過とともにできなくなる」「できる時とできない時のむらがある」という E ケースの特徴が把握できたことから、確認や見守りの支援の必要性を支援者側が理解できるようになった。

## 第3節 考察

### (1) ケースに見る支援の流れ

ここまで示した5ケースにもとづき、当事業所の支援フローを第1章の支援フレームに合わせて整理すると次のようになる。

図表5-5 本事業所の支援フロー

枠組み		内容
利用の契機		<ul style="list-style-type: none"> <li>・レインボーネットの地域移行ニーズのデータベースから、優先順位に基づいて対象者を選定し「地域生活支援調整会議」で決定</li> <li>・退院促進支援事業等を活用した病院の長期入院患者</li> <li>・長期入院に至らなくても、病状が不安定となっている方</li> </ul>
生活訓練	個別支援計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レインボーネットにおいて、ケア会議をふまえた個別支援計画を作成</li> <li>・当事業所（ウイリー）での生活の様子観察を行い、再度本人の希望と症状をふまえて、最も適していると思われるプログラムを選定した個別支援計画を再作成</li> </ul>
	カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内では、月1回は職員間で「支援会議」を行っている。</li> <li>・特に、地域生活に向けて、レインボーネットで本人、家族、行政機関、病院、福祉サービス事業所によるケア会議を設けている。当事業所から、本人に関する情報提供、地域生活を実践する際の課題や支援方針について確認している。</li> </ul>
	モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリングは3ヶ月に1回実施している。</li> <li>・支援の現状と方針のすり合わせのために、本人と月2回面談を行っている。基本的には、普段の話し合いや観察（見守り）の中で情報収集をし、定期的な面談を実施している。</li> </ul>
	地域資源との接点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レインボーネットを中心とした連携を実施（レインボーネットを介し、すべての関係機関との連携が実現）</li> </ul>

第5章 取り組み事例  
 自立生活支援センター・ウイリー

	<p>支援・          訓練内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状の安定と精神科医療との連携を主に支援を展開している。</li> <li>・病状が不安定となることで、支援が中断、入院となることから、利用者の状況をきちんと観察（見守り）しつつ、服薬管理などの支援を行っている。</li> <li>・病状が安定している状況を見て、日常生活自立、社会生活自立、就労自立の3つの観点からそれぞれ課題・目標を設定し、支援計画をたて、日々個別対応に重点をおきながら金銭管理や生活リズムに関する支援を実施している。</li> <li>・宿泊型自立訓練利用者は、集団生活の各種当番等をこなすことにより生活スキルの向上を得ている。</li> <li>・通所型自立訓練には次のようなプログラムがある。             <ul style="list-style-type: none"> <li>a コーヒー作業（本格的なコーヒー製品の製造を訓練作業として行っている。）</li> <li>b シーツリネン交換作業（外部の病院での4,5名の交代制グループ就労）</li> <li>c SST（月2回、各1時間程度実施）</li> <li>d 自治会（月1回、夜1時間程度。利用者役員による議事進行）</li> </ul> </li> <li>・その他、近隣の地域活動支援センターのプログラムを積極的に利用（調理実習、趣味サークル、表現活動、SST、ピア活動）</li> </ul>
	<p>地域生活開始          に向けた支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームまたはケアホームへの移行が中心である。そのための体験利用等を実施</li> </ul>
<p>利用終了後のフォロー</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・レインボーネットの相談支援事業所に引き継ぐ。同ネットを通じて、情報が入ってくる。特に問題がなければ利用終了後は支援終了となる。</li> </ul>
<p>地域生活のための          相談サポート</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・レインボーネットの相談支援事業所を中心に支援を行っている。</li> </ul>

## (2) まとめ

### ①レインボーネットを通じた支援

レインボーネットという地域全体で障害のある人の豊かな暮らしの実現を支援する仕組みの中で、病院や孤立した生活から、地域での生活へ移行する前の通過施設として、宿泊型と通所型の両方を組み合わせた「短期滞在型（通過型）自立訓練」の事業所として機能していきたいという方針で運営している。

利用中に、地域生活移行のための課題解決の対処方法を身につけるだけでなく、事業所が、地域移行後も課題が発生したときの相談相手となっていることが、自立訓練（生活訓練）宿泊型を経ないで直接地域に移行する場合に比べて地域生活を継続させるために有効である、との考えのもとに運営されている。

### ②自立訓練（生活訓練）事業

5 ケースを振り返ると、支援する職員は利用者の病状をきちんと観察（見守り）し、必要な支援を本人との話し合いを通じて理解を求めながら実践しているといえる。本人が支援方針に納得しないと、日常生活が不安定になるためと考えられる。たとえば、服薬管理に関して、自己管理を原則としつつも、怠薬や誤薬などがあった場合には本人との話し合いの下、職員管理を行い、生活の安定を図っている。観察（見守り）にもとづく情報により、適切な支援を、優先順位をつけて実践しているといえる。

事業の課題としては、「2年間（最大3年間）の自立訓練期間」という縛りの中で、どのように次のステップにつないでいくかということがあげられる。2年間で社会生活力を身につけて地域へ移行するというのは、ハードルが高いという。レインボーネットによって、自立訓練（生活訓練）事業の後の地域の受け皿としてのグループホーム・ケアホームは他地域にくらべて整っているとはいうものの、地域での自立生活が十分にできるかは個人差もある。自立訓練を次々と修了していく利用者を、レインボーネットとうまく連携しながら、2年間で自立した生活に移行できるような支援体制をどのように構築していくか、期待されている。

## 第6章 取り組み事例 「KUINA」

### 第1節 事業所概要

#### (1) 設立

2004年(平成16年)に社会福祉法人を設立。それまで医療法人が運営していた援護寮と地域生活支援センターを独立運営とした。2006年(平成18年)4月に「障害者自立支援法」が施行され、同年10月から、「地域生活支援センター」が「地域活動支援センター」として、活動する。2007年(平成19年)4月から、「生活訓練施設(援護寮)」も障害者自立支援法での新体制に移行し、施設入所支援事業所となり、新しく完成した通所施設「障害福祉サービス事業所」と合わせて、「障害者支援施設」として活動を開始した。

#### (2) 設置・概要

調査対象の設置と概要を示すと以下のとおりである(図表6-1)。自立訓練(生活訓練)通所型と合わせて訪問型支援も実践している。あわせて、利用者の重症度によっては、生活介護サービスとのすみ分けを行っている。

図表6-1 設置・概要

法人名	社会福祉法人町にくらす会
事業所名	KUINA
所在地	茨城県ひたちなか市長砂字横道宿後 1561-4
法人内 関連事業所	地域活動支援センター I 型 障害者就業・生活支援センター 施設入所支援 生活介護 自立訓練(生活訓練)通所型 就労移行支援 就労継続支援 A 型 短期入所事業
地域の 関連社会 資源	精神科病院：なし 精神科標榜診療所：3か所 知的障害者入所更生施設：1か所、施設入所支援：1か所 短期入所事業：2か所、地域活動支援センター I 型：2か所 相談支援事業所：5か所、生活介護：2か所 自立訓練(生活訓練)：4か所、就労移行支援：5か所 就労継続支援 A 型 1か所、就労継続支援 B 型：5か所 共同生活介護：1か所、共同生活援助：2か所 居宅介護：8か所、重度訪問介護：8か所、児童デイサービス 8か所

### (3) 利用者と職員の状況

自立訓練（生活訓練）通所型事業の定員は10名であり、それに対応する職員は兼務、非常勤も含めて5名となっている。その内訳はサービス管理責任者兼務常勤1名、生活支援員専任常勤1名・専任非常勤3名、訪問支援員兼務常勤1名である。

なお、法人全体では54名の職員がいる。

図表 6-2 実施事業利用者の状況

実施事業	利用者定員
地域活動支援センター I 型	—
障害者就業・生活支援センター	—
施設入所支援	30名
生活介護	24名
自立訓練（生活訓練）通所型	10名
就労移行支援	12名
就労継続支援 A 型	10名
就労継続支援 B 型	10名
短期入所事業	男女各 1名

※今回の調査対象となる生活訓練（通所型）の利用者は全員精神障害者である。

### (4) 自立訓練（生活訓練）事業の位置づけ

通所による支援と訪問による支援を組み合わせることで地域生活の安定を目標として、支援を実施している。地域生活の安定とはすなわち、規則正しい排泄、バランスの取れた食事、睡眠のリズム、服薬管理などが安定することをさし、これらを中心に支援（トレーニング、支援者による調整）を行い、対象者の生活課題をアセスメントしながら支援を行う。

就労継続支援 A 型や就労移行支援のプログラムと相互乗り入れして実施しており、利用者の多くが生活訓練の利用後は就労継続支援 A 型や就労移行支援により就労すること、または、再入院と言う最悪の状況にならない様に、それを未然に防いだり、入院に至らない様に可能な限り生活伴走を行うことを目指していけるような仕組みとなっている。

### (5) 支援の特徴

#### ① 普段の生活の中で生活を安定させる（支援コンセプト）

当事業所は精神科病院に入院している患者が地域で安定した生活を送るために、

第6章 取り組み事例  
KUINA

必要なスキルや生活イメージを持てるようにするための事業所を想定している。長期入院ののち退院して、ここで生活訓練を行い、地域生活を安定させ、希望があれば就労支援につなげていく。自分のこれからの生活をイメージしていく場所として、特に何かプログラムなどを提供するというよりも、普通に生活している流れの中で学んでもらうことを支援理念としている。

②ACT<sup>21</sup>の実践

今回の調査対象である自立訓練（生活訓練）事業ではないが、この法人では、ACT（Assertive Community Treatment：包括的地域生活支援、以下ACT）を実施している。ACTは重い精神障害を抱えることで頻回入院や長期入院を余儀なくされている人々が病院以外の地域で暮らしていけるように開発されたケースマネジメントの最も集中的で包括的な支援プログラムである。その特徴は、援助者が利用者の生活する場に出向く訪問の形でほとんどのサービスが提供されることである。ACTを実施するためには細かな利用基準<sup>22</sup>（図表6-3）があり、その中のひとつとして利用対象者は、長期入院者や頻回入院者、長期のひきこもりなど地域社会で孤立状態にある重い精神障害を持つ人々としている。

<sup>21</sup> ACT（Assertive Community Treatment;包括型地域生活支援）とは主に重症の精神障害者に対して、地域生活が送れるよう、他職種によるチームで包括的な支援を行うプログラムのことである。

<sup>22</sup> 図表6-3 一般的なACT利用者の利用基準

項目	内容
年齢	18歳から65歳まで
疾患	統合失調症・双極性感情障害・重症うつ病を主診断としてもつ 除外診断：主診断が発達障害・知的障害（IQ50以下）
日常生活機能	独力では日常生活・安全管理・危機回避などや社会生活が営めない状態が6ヶ月以上続いている。
精神科医療との関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1年に2回以上の入院または年100日以上入院</li> <li>・地域や家庭でのトラブルがあり、地域生活の継続が困難な事例を含む。</li> <li>・1年以上の長期入院者で心理社会的要件から退院が困難になっている者</li> <li>・家族等が通院中であるが本人は1年以上の長期のひきこもり</li> <li>・地域で発症が疑われ、1年以上の長期にわたる未受診事例</li> </ul>
GAF（機能の全体的評定尺度）	過去1年間継続して50点以下に該当

## 第2節 各ケースの記録

### (1) 各ケースの属性

図表 6-4 各ケースの属性

	ケース A	ケース B	ケース C
属性	男性 40 歳代 精神障害 陰性症状主体	男性 60 歳代 精神障害 アルコール依存	女性 20 歳代 精神障害 重複あり 統合失調症
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業での勤務経験なし</li> <li>・過去 4 回合計 10 か月程度入院 生活リズムが整えば退院となっていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業での勤務経験あり (運転手として 30 年)</li> <li>・自動車事故あり、その後アルコール依存に</li> <li>・その後精神科クリニック受診</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小学校より不登校で自宅で過ごす</li> <li>・外出時も家族と一緒に</li> <li>・10 歳代後半より独語空笑あり、精神科受診</li> <li>・その後、精神科クリニックから往診、訪問看護</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間賃貸住宅での単身生活</li> <li>・離婚歴あり</li> <li>・父、弟 (その嫁) あり 普段関わりないが、連絡すれば、支援の方向検討等に協力あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母親と 2 人暮らし (母親は要介護状態)</li> <li>・妹 特に接点なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両親と同居</li> <li>・母親病気がち</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資産あり</li> <li>・年金はなし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護受給</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護受給</li> </ul>
接点開始 利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族より直接連絡あり</li> <li>・「生活リズム」「薬管理」のニーズ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院中の精神科クリニックからの紹介</li> <li>・受診時にデイケアを利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院中の精神科クリニックからの紹介</li> <li>・当初、地活、訪問看護による訪問を併用</li> <li>・3 年ほど継続的に訪問</li> <li>・自立支援法移行により自立訓練を選択</li> </ul>
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間賃貸住宅に居住</li> <li>・就労移行支援事業を利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公営住宅に居住</li> <li>・就労移行支援事業を利用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間賃貸住宅に居住</li> <li>・就労移行支援事業を利用</li> </ul>

第6章 取り組み事例

KUINA

	ケース D	ケース E
属性	男性 60 歳代 精神障害 統合失調症	男性 50 歳代 精神障害 統合失調症
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 企業での勤務経験あり</li> <li>・ 40 歳頃発病、入院のため退職（3 年入院）</li> <li>・ 退院後、就職するも会社倒産のため失業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 20 歳代の時、精神科初診</li> <li>・ その後、入退院を繰り返す。4 年間の入院後、退院促進支援事業を活用し、前身の援護寮に退院</li> <li>・ その後、公営住宅に退所。地活からの訪問を活用</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 両親死去</li> <li>・ 4 人兄弟 現在実妹との関係しかない。</li> <li>・ 妹との関係は良好</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 6 人兄弟の末子三男</li> <li>・ 姉（次女）との関係は良好。KUINA 利用の保証人や障害年金の管理を行ってくれている。</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 厚生年金</li> <li>・ 障害基礎年金 2 級</li> <li>・ 貯蓄、妹からの仕送り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害基礎年金 2 級</li> <li>・ 姉が管理し、月 10 万円ずつ入金</li> </ul>
接点開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 民間アパートから資金的な理由で、公営アパートに転居</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 単身生活開始に伴い、利用開始（訪問が主）</li> </ul>
利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ その後、幻聴が激しくなり、保健所から紹介</li> </ul>	
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公営住宅に居住</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公営住宅に居住</li> </ul>

(2) 各ケースの支援経過

以下、各ケースの支援経過を記載する。なお、内容は支援をしていく中で大きな変化があったポイントを記載している。矢印はその変化にもとづいた継続的な支援をさしている。

図表 6-5-1 ケース A の支援経過

経過 月数	ケース A		
SFA 項目	服薬管理	生活リズム	地域生活・社会参加
1-3 ヶ月	薬の飲み忘れがないように手伝ってほしい [来所時 声かけ・見守り]		長時間他人といることが難しい
4-6	↓ 毎日の来所ができなくなる	← [服薬のために毎日2回 (朝夕) 来所し、服薬 を見守る]	
7-9	↓ [一日一回来所して服薬、その後、 夕方分を持ち帰るよう声かけ・見 守り]		
10-12	↓ [カンファレンス 朝訪問による 夕は電話確認・生活リズム 構築にもつながる]		
13-15			
16-18			
19-21	↓ [1週間分の薬自己 管理 服薬管理 メール活用]		
22-24			↓ [週1回通所 職員との会話]
25-36	引き続き、通院による服薬管理への支援が必要 [就労移行支援事業への移行準備]		↓

第6章 取り組み事例  
KUINA

図表 6-5-2 ケース B の支援経過

経過 月数	ケース B			
SFA 項目	健康管理	コミュニケーション	地域生活・社会参加	
1-3 ヶ月	定期的に口頭でアルコール摂取状況を確認	困った時に相談できるようにする	事業所の菓子作りや郵便作業の活動に参加	
4-6				
7-9	アルコール摂取有無を医療機関からの検査結果から確認（本人の同意を得て）			
10-12				
13-15				
16-18				
19-21	アルコール摂取が確認される 通所時、アルコール臭がすることがあり、			
22-24	月3回程度の訪問と、アルコール対策のための個人面接を開始する。			
25-36		同居の母の介護度が上がり、通所が困難になる 訪問による支援		
	就労移行支援事業への移行準備			

第6章 取り組み事例  
KUINA

図表 6-5-3 ケース C の支援経過

経過 月数	ケース C			
SFA 項目	外出・余暇活動	コミュニケーション	就労生活	
1-3 ヶ月	決まった担当者が通所まで送迎 デイケアへも送迎		作業こなす	
4-6				
7-9				
10-12	不特定の担当者が通所まで送迎 デイケア送迎車も利用できるようになる	利用者と話せるようになる 振り返り話し合い		
13-15				
16-18		行事プログラムに参加		
19-21	外出機会が増える 自分から希望を言える			
22-24	定期通所できるようになる			
25-				

第6章 取り組み事例  
KUINA

図表 6-5-4 ケース D の支援経過

経過 月数	ケース D			
SFA 項目	支援者との関係	生活リズム	病気・障害の理解	
1-3 ヶ月	安定した生活リズムの保持 定期的通所と生活状況確認の ための週 1 回訪問 支援者をうるさいと思ってい ることも多かった		幻聴の認識ないが、 服薬している	
4-6		定期通所して作業する ことを目標化		
7-9		定期通所できない		
10-12				
13-15	緊急時、近所とのトラブルに なる前に連絡するよう念を押 す			
16-18			幻聴の当事者会に参加	
19-21				
22-24		定期通所はできない が、調理関係の得意 な作業は頼むと快く 引き受けてくれる。	当事者会(幻聴の会) は、障害理解はして いないが楽しみで毎 回参加。定期通所は できないが、調理関	
25-	緊急時、まず事業所に電話を掛 けてくる関係は維持できて、ト ラブルなく生活できている。		係の得意な作業は頼 むと快く引き受けて くれる。	

第6章 取り組み事例  
KUINA

図表 6-5-5 ケース E の支援経過

経過 月数	ケース E			
SFA 項目	精神科医療	生活リズム	掃除・整理	
1-3 ヶ月	ピアスタッフとしての活動継続 受診時送迎  飲み忘れないよう声かけ	通所による		
4-6				
7-9				
10-12				
13-15				
16-18	訪問時部屋の乱雑 さ整理		訪問し、助言	
19-21				
22-24				
25-	↓	↓		

### (3) 各ケースの支援のポイント

ここでは、各ケースの支援の特徴を示す。特に、支援を実施することで、生じた利用者の行動変容に着目してそのポイントを示す。

#### ①A ケース

本ケースの生活課題は服薬管理以外にも、食生活や体調（体重）管理、対人関係の構築などあげられる。当初はこれらの課題全てを一気に解決するのではなく、まずは、本人が改善したいと考えている「服薬管理」に絞った支援を行っている。「服薬管理」に関連して、「生活リズム」の工夫を行うことにより、引きこもりがちな生活調整を行うとともに、支援機関との関係づくりのための「地域生活・社会参加」との関係づけも実施した。

最初の1年は短期間（約3か月）ごとにモニタリングと支援方法の見直しを行い、本ケースと話し合いを通じた信頼関係の構築を図りながら、試行錯誤を行った。本ケースは他人に干渉されるとあからさまに不機嫌になったりするため、特定のスタッフに転移状態とならないように、複数の支援者で対応できるような支援体制とし、本ケースとの信頼関係の構築を重視し、適度な距離を保って関わりをもつようにする。とにかく、薄くても継続的な（切れない）支援を実施していくことを基本方針とした。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

利用期間が1年を経過した第4回目のプラン見直しのための合同カンファレンス（利用者も交えた会議）時である。支援プランを見直ししながらもなかなか実行できずに1年が経過しようとしたとき、本人から「訪問時に夕方の薬を届けてくれば、夕方は自分で飲みますよ」と提案があった。これまで、干渉されすぎることやネガティブな評価を受けることを嫌うことから、本人のやる気を引き出すため褒める関わりをしつつ、一定の距離をたもった支援を行ってきたことが本人との信頼関係構築につながり、このような発言につながったといえる。

これを契機にそれまで、職員が担っていた服薬管理が徐々に自己管理へと移行していくこととなった。

#### ②B ケース

本ケースでは、通所時の「送迎」がポイントとなっている。通所時に送迎することにより、本人の定期的な訪問につながり、当初の目的であった「居場所の確保」が実現できたといえる。通所時は「菓子作り」や「軽作業」をしていた。対人交流はあまり活発な方ではないが、軽作業を一緒に行う本人が接しやすいつと感じている利用者がいたことも一因であると考えられる。居場所や活動の確保を行えたことで、アルコールへ依存する機会の減少をはかることができたと考えられ

る。

**★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント**

母が寝たきりになってからは、事業所に来られないことがあったが、本人が電話連絡しているため、時々訪問するようにサポートするようにした。

**③C ケース**

利用開始当初、昼夜逆転の生活を送っており、送迎車の待ち合わせの時間に間に合わないことが多々あった。また、他人と一緒にの空間にいると行動が不安定になり集団での活動が難しくなるため、他の利用者が乗り入れている送迎車を利用できなかったことから、本ケース利用者のみを個別に送迎していた。本人にとって無理のない時間である13時ころに、本人が慣れている職員が迎えに行くようにしていた。並行して利用しているデイケアにも乗り場まで行くことができないため、本事業所が送迎していた。なお、送迎時には、車内で本人の意向を聞くようにしていた。

来所時は自分から自由に何かをすることが難しかったため、パソコン教室への参加（3人くらい）や本のカバー作りの作業をしてもらった。利用開始1年ぐらいは、過去に本人と関わりを持ってある程度慣れている職員ではない他の職員が対応するようにし、他者との交流を図れるように申し合わせて本人との関わりを持つようにした。

利用開始から1年半はこのような状態が継続し、その後、個別の送迎から、他の利用者も利用する送迎車に乗るようにした。また、デイケアへの送迎もデイケア用の送迎車でいけるようになった。

このような変化が生じた原因としては、利用開始時から、本人が慣れている職員が関われるように工夫すると共に、時間、自動車、前回話をした内容に至るまで、本人を取り巻く環境を完全な枠にはめ込み、安心を提供する事に徹底したことがあげられる。この職員と一緒にいる事で、また、この環境で自分が過ごす事で、怖いことや不安なこと、嫌なことが無く、信頼して大丈夫だと言う思いを持つことができたため、その得た信頼関係が提案する次の環境を本人が受け入れることに繋がったと思われる。

**★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント**

送迎方法を個別送迎からルート送迎へ変更することが出来た点があげられる。

まず、お互いの信頼関係を構築する事に焦点を当て、達成し、その状況が安定したので、安心できる環境から卒業して、信頼できる人と、「新しい環境」へ一歩踏み出し、希望に近づくことにした。それが、送迎方法の変更にあたる。

#### ④D ケース

本ケースは電子音が常時間こえるなどの幻聴があるが、本人には、病識が無く、勿論幻聴という自覚がない。そのため、調子が悪くなると近所の誰かに「悪戯されている」という被害的な妄想となり、喧嘩やトラブルの要因ともなっている。電子音の幻聴はずっと続いており、防犯カメラを調べたり、耳の手術をして埋め込みを調べたりした経験がある。常に不安が強く、確認行動が多いため、コミュニケーションに問題がないものの、治療方針や処方内容について医師を信用することができず、医療機関を転々としている。ただし、薬は、自己管理で、本人が納得できた薬のみを処方してもらい、服薬している。

幻聴がひどくなるとトラブルの要因となりやすいことから、そうなる前に事業所に対し SOS を発してもらえるような関係構築、維持を第一の目標とした。そのために、週 1 回と必要時に自宅に訪問するという支援を継続した。訪問時には、「幻聴などで緊迫した時は事業所に連絡するように」と毎回確認し、連絡を入れてもらえるような信頼関係構築が必要であると考えている。信頼関係を築くに至るまでには、機嫌を損ね、怒りをかうことも度々あった。そのたびに謝罪と約束をし、本人の了解を得ることで関係修復を繰り返し、信頼関係を築いてきた。何よりも、切れない関係を続けていくことが、本人の地域生活の継続を支えることになると考え、そのような支援を続けてきた。

なお、電子音の幻聴や妄想は、本人の人生のヒストリーともつながっており、大学時代からある宗教を信仰していて、そこを脱退してから、この音が聞こえるようになった。そのことを警察に話したら、その宗教団体は力があり、警察も巻き込んで私に嫌がらせをしている、という考え方に起因している。

通所時は、レクリエーションにはあまり参加しないものの、クッキー製造は、本人が調理師資格を持っていることもあり、他の利用者と黙々と作業を続けている。給食作業も、自分の得意分野であることから、率先して活動していた。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

特定の時期ということはないが、本人と職員とが信頼関係を築き上げていくプロセスそのものにとらえることができる。結果として、どう変化したかというところまでは見出しにくい。本人に病識がなく、主治医は、もう少し本人に必要な服薬量がある、と思っているが、本人が処方に過敏なため、関係性を保持するために、最低量の処方を継続している。幻覚、幻聴妄想により、警察を絡めて近隣の住民とケンカをし、大家さんから追い出されて住居を転々としているため、KUINAとしては、そうなる前に一緒に考え、一緒に対処を行うという役割を担い、本人の幻覚、幻聴妄想を否定しないで、関係を保ち、生活に伴走することに徹している。本人の幻覚、幻聴妄想を否定しないで、関係を保ち、生活に伴走することに徹している。本事業所が関わることで、本人の不安、不満のかけ口と近

所付き合いの仲介役が見つかり、近隣とのトラブルがなくなり、地域での生活を続けることができている。また、定期的通所には至らないが、本人の価値観に合致した当事者会や、得意分野を活かせる調理関係で、手伝いを要請された作業には参加することができるようになった。

#### ⑤E ケース

本人は退院し、援護寮での2年間の生活を経て、地域での1人暮らしを公営住宅で始めたばかりである。何かを身に付けるというよりも最低限の服薬・睡眠・金銭管理といった基本的な部分を維持し、「生活リズム」を整えるために日中活動の場として、当事業所を利用することとなった。近隣との関係づくりの必要性もあったため、訪問による支援も実施した。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

利用開始後1年を経過したところで、自宅で倒れているところを発見され、以前から、訪問をして、本事業所が関わっていることを近所の方々が知っていたので、救急車を呼ぶと同時に、本事業所にも知らせてくれた。緊急受診し、数日間入院することとなった。本事業所も受診医療機関に駆けつけ、担当医から説明を受け一緒に退院した。退院後、そのまま、かかりつけの精神科を受診し、緊急受診した経緯を伝えて、治療（点滴）を受け、数時間後に迎えに行き、本人と一緒に帰宅した。これまで本人の言葉から自分で服薬管理ができていると判断していたが、本人は、精神科で処方されたいつもの薬の説明をせずに、整形外科にかかり、処方された薬を服薬した。その内容に禁忌な薬が入っていたことが原因であった。

また、訪問した際に居室が煩雑であることも確認でき、従来 of 訪問回数を変更し、頻度を増やし居室の整理整頓などの支援を行った。その上で、これまで通りの週5日の通所は継続し、服薬管理を通所時に、基本的に1日分ずつ渡す（休みの日は休みの日分だけ）という支援を行い、現在も続いている。

## 第3節 考察

### (1) ケースに見る支援の流れ

ここまで示した5ケースにもとづき、当事業所の支援フローを第1章の支援フレームに合わせて整理すると次のようになる。

図表 6-6 本事業所の支援フロー

枠組み		内容
利用の契機		・ほとんどが近隣医療機関からの紹介。地域移行支援事業などで退院を目指している方の相談が多い。
生活訓練	個別支援計画	・基本的には3ヶ月に1回の見直し。他、必要に応じて見直す。
	カンファレンス	・1日に1回、過去24時間の生活の状況を把握している。 ・1ヶ月に2回、顧問医を交えて、行っている。
	モニタリング	・必要に応じて、最長3ヶ月毎、最短随時行っている。
	地域資源との接点	・「KUINAだけでは、背負えない。」をモットーに、本人に関わる資源は、最大限に関わって頂き、情報の共有化を図れるように、積極的に会議を開催している。
	支援・訓練内容	・利用期間中の標準的なフローはなく個別支援を行っている。 ・訪問による支援と通所を組み合わせ支援を行っており、訪問による生活訓練を有効活用することで、いかに社会との接点をつなぐかが重要なポイントとなっている。そのため、利用者との信頼関係構築が優先課題の一つとなっている。
	地域生活開始に向けた支援	・KUINAに対して依頼があり、関わりを開始時点から、直ぐに「地域生活開始に向けた支援」を開始し、可能な限り本人の持っている力を活かせるような支援を心がけている。
利用終了後のフォロー		・生活訓練の利用後、多くの利用者は地域活動支援センターや生活介護で訪問を受けている。就労継続支援A型や就労移行支援のサービス利用に移行する方もいる。その他には、希望があり基準を満たしている方は、ACTを利用する場合もある。
地域生活のための相談サポート		・いつでも(365日24時間で)、来所・訪問のどちらでも相談に対応出来る体制を整えている。

## (2) まとめ

### ①当事業所の支援フレーム

当事業所は、自立支援法移行前の事業である援護寮時代からの流れで、病院の次に地域につなぐための施設として位置付けられており、地域定着するための準備・支援という位置づけで実践されている。当事業所の支援アプローチは次のようになる。

「自分のこれからの生活をイメージしていく場所として、特に何かプログラムなどを提供するというよりも、普通に生活している流れの中で学んでもらう」との考えにもとづいて支援が行われている。普段の生活を観察する（見守る）視点を重視し、生活の場を見ながら関係を作る訪問活動を重視し、本人の長所を生かす個別支援計画のもと、支援が行われている。

### ②信頼関係構築の重要性

本人と支援者との関係構築が最初に来る重要テーマであり、その関係構築のためには一定の期間が必要であるといえる。信頼関係構築がなければ、そもそも訪問しても門前払いとなり、通所にもつながらない。支援が必要なことにどうやって本人に気づいてもらうかということも重要な視点であるといえる。その上での支援となるため、2年間の期間ではどうしても足りないというのが実感である。地域生活開始当初などは1日数回の訪問が必要であり、現状の生活訓練では訪問日数が月14回の上限では、足りないということは否めない。

## 第7章 取り組み事例 「ノンラベル」

### 第1節 事業所概要

#### (1) 設立

2001年(平成13年)に現在のノンラベルの前身である「京都ひきこもりと不登校の家族会ノンラベル」が発足した。「援助者とともに」をスローガンに、学習と経験を積んだボランティアスタッフが月例家族会のグループワークを援助するなど、家族と援助者の会としてスタートした。

当会では、高機能の広汎性発達障害がある人の比率が高まり、2005年(平成17年)より年に2回の「アスペルガー援助者養成講座」に取り組みはじめた。また、同年にアスペルガー症候群の思春期・青年期・成人期の援助部門として「アスペ・ノンラベル」を創設した。その後、2007年(平成19年)より、従来の月例家族会を不登校・ひきこもり部門とアスペ・ノンラベルの2つに分けて継続開催することとなった<sup>23</sup>。なお、同年に、アスペ・ノンラベルは、日本発達障害ネットワーク(JDD ネット)のエリア会員となる<sup>24</sup>。

2008年(平成20年)、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害等の高機能の広汎性発達障害の成人と家族をサポートする特定非営利活動法人として認証を受け、「特定非営利活動法人ノンラベル」が成立した。2010年(平成22年)には京都府より指定障害福祉サービス事業所(自立訓練(生活訓練)通所型<sup>25</sup>、就労支援継続支援B型の多機能型)として指定を受けた。なお、2011年(平成23年)9月厚生労働省より「平成22年度発達障害者支援者実地研修事業『成人期支援研修』」の事業所として指定を受けている。

#### (2) 設置・概要

調査対象の設置と概要を示すと以下のとおりである(図表7-1)。自立訓練(生活訓練)通所型と合わせて、就労継続支援B型も実施している。自立訓練(生活訓練)通所型で生活の基盤を確立してのち、就労支援に結び付けたいとの意図がある。ただし、現時点では発足間もないこともあり、自立訓練(生活訓練)通所型から就労まで結びついたケースはない。

<sup>23</sup> 現在、不登校・ひきこもり部門は対象家族がないため開催していない。

<sup>24</sup> 後に「特定非営利活動法人ノンラベル」に登録名称を変更

<sup>25</sup> 自立訓練(生活訓練)訪問型による支援も行っている。

## 第7章 取り組み事例

### ノンラベル

図表 7-1 設置・概要

法人名	特定非営利活動法人ノンラベル
事業所名	ノンラベル
所在地	京都府京都市南区久世川原町 115 番地
法人内 関連事業所	・ 自立訓練（生活訓練）通所型・訪問型 ・ 就労継続支援 B 型 ・ 月例家族会 発達障害に関する研修・啓発・普及 ・ 個別面談の実施
地域の 関連社会 資源	都道府県、市、利用者がくらす市町村、市・市発達障害者支援センター 京都府発達障害関連団体、障害福祉サービス事業所、社協 地域包括支援センター、精神科医療機関 高校、大学、高等技術専門校 など

### (3) 利用者と職員の状況

自立訓練（生活訓練）通所型事業の定員は 10 名であり、それに対応する職員は兼務も含めて 7 人である。法人全体で 8 名の職員がいる。

図表 7-2 実施事業利用者の状況

実施事業	利用者定員	職員数
自立訓練（生活訓練）通所型	10 名	法人全体で 8 人
就労継続支援 B 型	10 名	常勤 3 人、非常勤 3 人

※利用者は発達障害者である。

### (4) 自立訓練（生活訓練）事業の位置づけ

利用者の在宅生活のためには人間関係の構築が重要であり、その支援を行う前提として、本人たちと職員との間に信頼関係を作ることが最も重要であるといえる。このような信頼関係を構築するために、当事業所では 1 年程度の年数が必要であると考えており、関係構築があつて初めて具体的な支援につながっていくと考えている<sup>26</sup>。

支援していく上での柱として、次の点があげられる（図表 7-3）。

1 点目はアスペルガー障害等高機能の広汎性発達障害の人が苦手とする「対人相互関係」に着目した「対人関係トレーニング」を基本に、「人慣れ」「場慣れ」「場面慣れ」を、安心・安全の場でゆっくりと体験しながら、日常生活及び社会的スキルの獲得を目指している。

<sup>26</sup> このような理由から、当事業所では 2 年間（期間延長期間を含めて 3 年間）の利用期限では、在宅で生活することが難しいと考えている。

また、初回面談<sup>27</sup>によって利用者の状態を把握し、「個別援助計画」をたて、入会後の個別相談支援によって「個別援助計画」に沿った具体的なサポートを柔軟にすすめる。

当法人登録の利用会員（親族が中心）に対し、月1回月例家族会の中で障害特性に関する学習とグループワークを実施している。また、必要な方には専門医の紹介を行っている。

また、利用会員以外についても発達障害に関する啓発活動を行っている。他に発達障害理解のための書籍<sup>28</sup>を発行している。

図表 7-3 支援の柱

- a 対人相互関係に着目した対人関係トレーニング
- b 個別支援計画にもとづく支援
- c アスペルガー障害等の自閉症スペクトラムの特性のある方への理解促進と専門医の紹介

## (5) 支援の特徴

### ①利用者像

本事業所の利用者は比較的若い層の発達障害を有する方が中心である。はじめから発達障害と判明して、利用を始めるのではなく、当事業所に相談に来て、専門医の紹介を受け、それから利用を開始するといった場合もある。

当事業所が自立訓練（生活訓練）事業だけではなく、発達障害の理解促進のための活動も行っているため、そのような相談も多い。

### ②「居場所」を通じた支援

語りやゲーム、絵画、食事やおやつ、お茶等を通じて、集う喜び、等を通じて、雑談力を身につけるための「対人関係トレーニング」が実践されている。そのため、自立訓練（生活訓練）の実践の場に支援者が常駐しており、支援や見守りを行っている。

また、月2回2時間半程度、「アスペルガー障がい30歳以上の女性の居場所」にて、「自分のことを語る、同じ立場の人の話を聴く、『対話』で楽しく人間関係トレーニング」を実施している。

<sup>27</sup> 初回は基本的に家族のみ

<sup>28</sup> 田井みゆき（2009）「パスポートは特性理解：青年・成人期のアスペルガー障害・特定不能の広汎性発達障害」クリエイツかもがわ

**③家族と協力しながらの支援**

個々人の状況に合わせて、また家族と協力しながら一緒になって要望、特性を把握して個別のサポートと集団的サポートを行っている。当事業所で実施している訓練として、たとえば、「クールダウンの訓練」があり、熱心に取り組みすぎ没頭して、家族が疲れきる前に、自ら息を抜くことを学ぶといったことも実践されている。このような支援も訓練の位置づけとなっている。

**④利用会員制度**

定款にもとづき、当法人の事業に賛同する方は正会員として、各種支援（月例家族会参加や個別相談支援、「居場所」など）を利用する方は正会員と併せて利用会員として、当法人に入会してもらうことを原則としている。また、一般の方向けの個別面談も有料で実施している。

## 第2節 各ケースの記録

### (1) 各ケースの属性

図表 7-4 各ケースの属性

	ケース A	ケース B	ケース C
属性	男性 10 歳代 発達障害 アスペルガー症候群	女性 20 歳代 発達障害 アスペルガー症候群	女性 20 歳代 発達障害 アスペルガー症候群
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中学校の時、精神科受診を始める</li> <li>・高校に進学するも、2 日目より不登校。社会恐怖症の診断を受ける。</li> <li>・現在、通信制高校に通学中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ノンラベルにつながるまで、発達障害と判明せず。</li> <li>・学生時代より、クラスメイトの話に入れないなどの状況あり。</li> <li>・コンピューター関連の専門学校等に進学、資格取得するも、就職活動しなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ノンラベルにつながるまで、発達障害と判明せず</li> <li>・幼児期、母親が投身自殺未遂。小学校、中学校、高校といじめを受ける。</li> <li>・高校を半年で不登校。心療内科を受診し、統合失調症の診断。多剤処方による副作用で不眠、暴力出現。摂食障害により、自主退学。その後、母親自殺。通信制高校に転校するも、試験受けられず退学</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当初、両親弟と 4 人暮らし。暴力等の理由から現在、弟と住居分離、(一時母も) 三人暮らし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当初、両親、妹(父親は単身赴任中)</li> <li>・現在は、妹(大学生)と二人暮らし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・父、兄</li> <li>・現在、ワンルームにてひとり暮らし</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両親の収入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活費、マンション賃貸費用は両親が負担</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・父親の仕送り</li> </ul>
接点開始 利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族への暴力等により、両親が公的相談機関に相談するも、解決に至らず</li> <li>・高校時に社会恐怖症診断時に母親が相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母親が就職活動をしなことを案じ、通信制サポート校の校長に相談。その校長から紹介を受ける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当初、統合失調症と診断を受けていたものの、セカンドオピニオンを受けるとアスペルガー症候群が疑われ、紹介を受ける。</li> </ul>
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在継続利用中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在継続利用中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在継続利用中</li> </ul>

第7章 取り組み事例

ノンラベル

	ケース D	ケース E
属性	男性 30 歳代 発達障害 高機能広汎性発達障害	女性 30 歳代 発達障害 アスペルガー症候群
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ノンラベルにつながるまで、発達障害と判明せず</li> <li>・理系の大学、大学院に進学（一言も発しなかったとのこと）</li> <li>・ソフト関連企業に就職</li> <li>・社長の経営方針、人間関係があわず退職。実家に戻る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高校卒業後、経理の専門学校に進学、その後、就職（10 年ほど勤務）</li> <li>・20 歳代後半に結婚、妊娠</li> <li>・通信制大学に入学（現在も在学中）</li> </ul>
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両親と 3 人暮らし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫、娘の 3 人暮らし</li> </ul>
経済環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両親の収入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫の扶養</li> </ul>
接点開始 利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実家に戻ってから引きこもり状態。クリニック受診で、アスペルガー症候群の診断を受ける。その際、ノンラベルの紹介を受ける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新聞でノンラベルの活動を知り、相談に来て入会</li> <li>・「30 歳以上の女性の居場所」を利用開始（後に生活訓練のプログラムとして）</li> </ul>
利用終了後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在継続利用中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在継続利用中</li> </ul>

(2) 各ケースの支援経過

以下、各ケースの支援経過を記載する。なお、内容は支援をしていく中で大きな変化があったポイントを記載している。矢印はその変化にもとづいた継続的な支援をさしている。

図表 7-5-1 ケース A の支援経過

経過 月数	ケース A			
SFA 項目	病気・障害の理解	教育と学習	家族関係	精神科医療
1-3 ヶ月	障害特性を学び、感情のコントロール、人間関係構築の仕方を、「居場所」を通じて学ぶ		家族が特性を理解し、関わり方を学ぶ	主治医と連携を取り、情報共有を行う
4-6	↓		↓	↓
7-9	「居場所」利用のトライアル開始		家族と本人ソーシャルストーリー作成。面談	↓
10-12	限られた職員にあいさつをする		↓	↓
13-15	限られた職員と2階の個室で行動できる	同じ利用者の家庭教師利用	弟へ暴力 母親へ暴力	↓
16-18	限られた職員と一緒に他利用者と行動できる	↓	父親と会話成立 母親への暴力消失	↓
19-21				
22-24				
25-				

第7章 取り組み事例  
ノンラベル

図表 7-5-2 ケース B の支援経過

経過 月数	ケース B			
SFA 項目	病気・障害の理解	外出・余暇活動 就労生活	家族関係	権利擁護
1-3 ヶ月	障害特性を学び、感情のコントロール、人間関係構築の仕方を、「居場所」を通じて学ぶ		家族が特性を理解し、関わり方を学ぶ	サービスが利用できるように行政等と交渉
4-6	複数の利用者と関わり始める	事業所内活動参加	母親の障害特性理解が始まる	この過程の中で、家族や本人から、当事業所への信頼が深まる
7-9	関わりの長い利用者や他の利用者との会話が成立するようになる	PC 訓練アシスタント		
10-12				
13-15				
16-18				
19-21				
22-24				
25-				

第7章 取り組み事例  
ノンラベル

図表 7-5-3 ケース C の支援経過

経過 月数	ケース C			
SFA 項目	病気・障害の理解	家族関係	その他	
1-3 ヶ月	障害特性を学び、感情のコントロール、人間関係構築の仕方を、「居場所」、個別面談を通じて学ぶ	家族が特性を理解し、関わり方を学ぶ	必要により個別の面談等を実施	
4-6		セカンドオピニオンを受けることで理解が深まる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転居に伴う転院、定期通院</li> <li>・通信制高校責任者との情報共有・相談</li> <li>・食生活に関するアドバイス</li> <li>・定期通所による生活リズム確立などの相談等を実施</li> </ul>	
7-9	自分のイライラや怒りの程度で「話しかけないでほしい」と感じる			
10-12	↓ 障害特性を学び自己理解を徐々に深める	↓	↓	
13-15				
16-18				
19-21				
22-24				
25-				

第7章 取り組み事例  
ノンラベル

図表 7-5-4 ケース D の支援経過

経過 月数	ケース D				
SFA 項目	病気・障害の理解	就労生活	コミュニケーション	家族関係	
1-3 ヶ月	障害特性を学び、感情のコントロール、人間関係構築の仕方を、「居場所」を通じて学ぶ		英語、ダーツ、プログラミング等のプログラム実施	家族が特性を理解し、関わり方を学ぶ	
4-6			居場所を通じたモニタリングを継続的に実施		
7-9				徐々に、利用者同士で打ち解け、利用者間で頼りにされる存在となる	
10-12		就労の場作りの準備		通信制高校に通う利用者の学習指導を行う	
13-15					
16-18					
19-21	障害特性を学び自己理解を徐々に深める			発達障害の特性を学ことで配慮ある関わり方となる	
22-24					
25-					

第7章 取り組み事例  
ノンラベル

図表 7-5-5 ケース E の支援経過

経過 月数	ケース E			
SFA 項目	病気・障害の理解 家族関係	恋愛・結婚・子育て	コミュニケーション	
1-3 ヶ月	障害特性を学び、感情のコントロール、人間関係構築の仕方を、「居場所」を通じて学ぶ	「30歳以上の女性の居場所」に参加  出産、育児に関する決意精神的にも安定	アサーション方法への介入 「居場所」を通じた支援	
4-6			「居場所」を通じて雑談する力が付いてくる  クールダウンの導入 イメージの検討	
7-9	夫など、理解者増える 精神的に安定する			
10-12	出産のため利用休止			
13-15			自分の話ばかりするということは少なくなる	
16-18				
19-21				
22-24				
25-				

※アサーション・・・自分の意見や気持ちをその場に適切な言い方で表現すること

### (3) 各ケースの支援のポイント

ここでは、各ケースの支援の特徴を示す。特に、支援を実施することで生じた利用者の行動変容に着目してそのポイントを示す。

#### ①A ケース

思春期の暴言、暴力から発達障害であることが分かり、両親がノンラベルの月例家族会を中心に特性を学び続け、個別相談支援で具体的対応を積み重ねてきた。

生活訓練（別室で安心できる支援員と共に麻雀をする）等の訓練を通じ、母親同行から一人での通所ができるようになり、二次障害としてのパニック障害、社会恐怖症が軽減してきた。「暴力をふるう対象がいるから、暴力が出る」ことから、弟の別居、暴力による母親の入院、実家での療養、父子2人の生活の中での父との会話の成立を経て、本人、家族との相談支援を続け、理事長自ら作成したソーシャルストーリーによる心理教育を本人及び家族に対し実施した。また、通信制高校との協働支援も効を奏し、暴力もほぼなくなってきている。不安定さもありながら、通所による対人関係トレーニングを継続している。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

利用開始後4か月目頃に、母親より8か月遅れで父親が月例家族会で障害特性を学び始めた。これにより、父親は母親と共に本事業所の定期的なカウンセリングを受け、ただ叱るだけの対応から、少しずつ本人の特性を理解する対応に変化し始めた。最近では本人より、「お父さんにも職場で苦手な人がいるのだな」との、本人の独り言も聞かれるようになっていく。

利用開始後4か月目頃から、ノンラベルに通所する利用者が本人の家庭教師を担当するようになり、対人関係に恐怖を感じている本人の行動が少しずつ変わり始めた。

このような経過をたどる中、利用開始後、12か月目頃から本人の定期通所が始まった。当初は理事長と他スタッフ、もしくは、同行した母親3名と本人の4名で2階の会議室で麻雀を始めることからスタートした。そのうち徐々に人慣れ、場慣れが進み、現在では、他の利用者がある1階の談話室で職員が一人一緒にその場にいれば、他の利用者と共に麻雀やゲームを楽しむことが出来るような行動の変容が見受けられている。

#### ②B ケース

自閉症スペクトラムの主な特性である対人関係が幼児期から顕著に表れていることが特徴である。女性グループに入りづらく、通所開始後1年余りはスタッフ以外では特定の男性としか関係を築けなかった。

パソコンでの情報処理、WEB関係、動画編集等を得意とし、他の利用者のPC

訓練等のノンラベル内の作業を手伝う。自己変容したいという気持ちが強く、利用開始よりほぼ毎日通所が続いている。手工芸品の手作り作品にも意欲的に取り組んでいる。

**★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント**

福祉サービス受給者証の申請に関し、半年以上の日数をかけてノンラベル担当者が利用者の生活している地域の行政担当者とやり取りをしたことが、本人との信頼関係構築に繋がった。

また、利用者へのPC訓練の指導的立場で役割を果たすことにより、スタッフとの関わりが増えた。通所が安定し、日数が増えてきていると比例して、雑談力が向上してきている。関わりの長い利用者との会話が成立し始めてきており、苦手なタイプな方とのパーソナルスペースの持ち方についても徐々に学んできている。

**③C ケース**

精神科による誤診、誤薬、二次障害による様々な精神症状等の体験、母親喪失、いじめ体験などの、フラッシュバックから乖離状態（意識、記憶障害）が生じている。

他者を傷つけるのではないかという意識が強く、深読みしすぎて、感情のコントロール力を失うことがしばしばある。相談支援面接で不安の要因を明らかにすることで、正常な感情レベルを直ぐに取り戻せるようになってきた。明るくコミュニケーションも利用中基本的に問題はない。

高校とのチームサポートを継続しており、スポット的なサポートのみで安定して、通学、通所している。

**★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント**

はじめて父親がノンラベルを訪問してから約半年後に、本人の障害理解の月例家族会参加が始まった。本人の通所は利用開始当初から「お世話になります」との礼儀正しいあいさつがあり、対人関係構築のスキル上は問題ないと考えられた。他の利用者が参加する定期的な余暇活動にも積極的な参加を見せている。

転居に伴い、ノンラベルが転院の手配、電化製品の調達へのアドバイスを含め、きめ細かな支援が本人との信頼関係構築に大きく影響していると考えられた。また、日頃の関わり以外に、法人提携の個別カウンセリング（有料）も受け、課題整理を行っている。

**④D ケース**

自己知覚、自制心、他者の気持ちを読み取る力、親和性、日常生活能力など特に問題はないと判断される。パソコンプログラミング開発など高機能な能力を有

## 第7章 取り組み事例

### ノンラベル

しながら、それらの能力と不釣り合いな国語力の弱さ、対人関係の苦手さなどがある。それらの能力をつけたいという意思から、継続的に通所し、対人関係トレーニングを受けている。

高機能の自閉症スペクトラムの特性のある人が持つ能力を活かしながら、働ける場を作るという法人の新たな課題と一緒に取り組んでいる。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

両親が月例家族会にて障害特性を学び始めて間もなく、父親の本人への関わりが以前より積極的になるという変化があった。また、本人が先述のAケースの家庭教師を請け負うことにより、もともと親和性が高く、ピアと利用者同士間では兄貴的存在として認められている。

他の利用者への学習指導の協力、IT全般の知識や技術の提供から職員間、利用者間の信頼関係構築に寄与している。現在は、働く場としてノンラベルと事業提携関係で起業する企画メンバーに加わっており、そのインフラ整備の担当として重要な役割を担っている。これらのことから話し方、対人関係距離の持ち方の向上に繋がっていると考えられている。

#### ⑤E ケース

明るい性格で愛嬌があり、一方、学ぶ意欲、理解力（特に自己知覚）が強い。障害特性を語り合える「場所」「人」を持てたことから、自己評価、安心感が高まり、出産を決意した。

#### ★インシデントポイント：支援していく上でのターニングポイント

2009年(平成21年)2月からの「30歳以上の女性の居場所」利用、本人と母が月例家族会に継続参加することを通じ、夫や舅・姑との関係構築について同様の状況下にいる職員や利用者から関わりのポイントや配慮事項を必要に応じて聴くことができたことが信頼関係構築に繋がり、出産の決意に至った。また、出産後も直ぐに「居場所」や月例家族会に顔を出していることから、本人にとって「30歳以上の女性の居場所」（現在は生活訓練プログラムの一つ）が結婚生活、家事、育児全てにおいて安心して頼れる存在となったことが、本人の安定した生活及び自立に大きく影響していると考えられる。

## 第3節 考察

### (1) ケースに見る支援の流れ

ここまで示した5ケースにもとづき、当事業所の支援フローを第1章の支援フレームに合わせて整理すると次のようになる。

図表7-6 本事業所の支援フロー

枠組み		内容
利用の契機		・家族が同事業所を知り、家族からアプローチされることが多い。
生活訓練	個別支援計画	・初回面談時に「個別援助計画」を策定しているが、基本は生活の中で日々支援を行っているというスタイルである。
	カンファレンス	・普段の生活の中で利用者との会話を通じて本人の様子を確認している。特に「居場所」での関わりが重要な情報収集源となっている。
	モニタリング	・明確な定めはないが、利用者との日常的な会話、面談を通じて、そこで生じた（気づいた）変化の情報を職員間で共有している。 ・利用者の希望により、別個時間を作り面談を行っている。
	地域資源との接点	・自治体等行政機関、発達障害者支援センターなど利用者が接点として必要なところと情報交換、場合によっては相談等を行っている。
	支援・訓練内容	・事業所に通所してもらい、その中でコミュニケーションや対人関係構築に関する支援を行う。その前提となるのは、支援者と本人との信頼関係構築であり、そのための時間も必要であるといえる。 ・また、家族の発達障害に対する理解も重要な要素であることから、家族に対する研修会等も実施し、家族調整等の支援を行う場合もある。
	地域生活開始に向けた支援	・就労を望む利用者の声が多いことから、就労関連機関との関係構築が急務と考えている。
利用終了後のフォロー		・設立から2年が経過していないため、まだ利用終了に至っていない。
地域生活のための相談サポート		・設立から2年が経過していないため、まだ利用終了に至っていない。

## (2) まとめ

### ①発達障害の普及啓発

アスペルガー障害等の広汎性発達障害に関しては、知的障害や精神障害と比べてもまだ、認知度が低いのが現状であるといえる。今回調査したケースの中でも自治体側の姿勢の問題から、はじめ障害福祉サービスを利用できないと判断していた例もあった。

また、一般市民の理解もまだまだ十分ではないのが現状である。そのため、当事業所では、研修会や書籍の出版等を通じて、関係機関や保護者等への発達障害に関する啓発事業も並行して実施している。その背景には、発達障害の理解促進が発達障害者にとっても有益であるとの判断がある。

### ②当事業所の自立訓練（生活訓練）事業

当事業所が最も重要視しているのは、第一に「利用者」との信頼関係構築である。信頼関係が構築されなければ、当事業所への通所自体もできなくなり、さらなる事態の悪化を招きかねないといえる。この信頼関係構築のために必要な期間はケースにより違い、また、プロセスも違う。利用者の現状を踏まえながら、一步一步進まなければいけないといえる。今回のケースにもあったが、はじめは1人の職員としか会話ができなかったが、それが複数の職員と会話ができるようになるといった信頼関係の広がりのようなものがあるといえる。支援者はその点を踏まえ、信頼関係の構築状況を鑑み、どのタイミングでどのようにコミュニケーションに広がりを持たせていくかがポイントとなっているといえる。

もうひとつのポイントとして、他の利用者との関係がある。今回調査対象となったケースの中にも、職員との信頼関係は構築されたものの、他の利用者との会話はまだできていないといったことがあった。当事業所では、マージャンやゲームなどの「ツール」を活用し、相互のコミュニケーションを促進する支援を行っている。このような環境を支援者はその場に常駐し、様子を観察して、適度にサポートすることで、その場の雰囲気調整し、コミュニケーションが構築しやすい環境を作っているといえる。つまり、職員は利用者の状態を積極的に変容させる「カンフル剤」的な位置づけではなく、相互の関係性を高めるための「円滑油」的役割を果たすことになる。

加えて、自身の障害に関する理解をしていくことも重要なテーマであるといえる。今回調査をしたケース全てに関して、「障害特性を学び、感情のコントロール、人間関係構築の仕方を、『居場所』を通じて学ぶ」という実践がされてきた。「居場所」という空間を通じて、職員との会話や面談を通じて、自身の障害を知ることが、社会生活を送る上でのポイントとなっている。

### ③家族による理解の促進

当事業所として、もうひとつ重視しているのが、利用者の最も近くにいる家族の発達障害に関する理解促進である。身近な人の利用者本人への関わり方で、利用者の感情や障害の受容の仕方などが変わってくるといえる。そのため、家族の障害理解のために、月例の研修会を実施している。

発達障害者を支援するためには、利用者だけではなく、その家族といった周辺環境の調整も重要なテーマだといえる。ただし、現時点の自立訓練（生活訓練）に関しては、訪問による支援が実践できるものの、人手の問題や家族だけへの支援が難しいことなどがあり、報酬面で難しい側面があるのも実態である。

## 第8章 自立訓練（生活訓練）事業のあり方

本研究事業「知的障害者・精神障害者の地域生活を目指した日常生活のスキルアップのための支援の標準化に関する調査と事例集作成」を通して明らかになった自立訓練（生活訓練）事業の実態と課題をまとめたい。

また、今後の本事業のあり方を検討するために、そもそも「生活訓練」とは何かを明らかにするために、わが国における生活訓練に関わる歴史的な経緯を振り返るとともに、活用することができる様々なプログラムの概要を紹介したい。

さらに、今後、自立訓練（生活訓練）事業が本来の目的を達成でき、本事業を効果的に実施できるようになるための提言等をまとめたい。

### 第1節 自立訓練（生活訓練）事業の実態と課題

#### (1) 自立訓練（生活訓練）事業の取り組みと実践プログラムに関するアンケート調査

今回の調査にご協力いただいた5事業所に対して、それぞれの事業所において「生活訓練」についての捉え方、自立訓練（生活訓練）事業実施上で直面している困難なこと、また、本事業を今後、全国的に推進していくためには、どのような改善が必要か等について伺う調査を実施したので、それらの結果を以下にまとめたい。

主な質問項目は、以下の通りであった<sup>29</sup>（巻末資料2参照）

1. 障害者自立支援法における「自立訓練（生活訓練）事業について、①宿泊型、②通所型、③訪問による生活訓練（「訪問型」とする）の3種類のうち、それらを選択した理由、実施上で困っていること、今後、制度として改善してほしいこと
2. 生活訓練を実施する際に参考に行っているプログラムの名称と、事業所で生活訓練として取り組んでいる内容について、「社会生活力プログラム」モジュール項目を参考に、①実施している項目、②事業所独自の文章化・様式化したプログラムの有無、③社会生活力プログラム・マニュアルの活用、④個別支援として実施、について
3. 自立訓練（生活訓練）事業を実施するに当たり、また、本事業の推進を図るために、今後必要なこと

<sup>29</sup> 資料編参照

## (2) 実施している自立訓練（生活訓練）事業の種類とそれを選択した理由

どのような種類の自立訓練（生活訓練）事業を実施しているかについては、以下の通りであった。

①宿泊型	1 事業所
②宿泊型と通所型	1 事業所
③通所型	1 事業所
④通所型と訪問型	2 事業所

その種類を選択した理由は、以下の通りであった。

### ①宿泊型

- ・社会的入院者の社会復帰のための中間事業所の役割を果たすため
- ・退院促進のため
- ・圏域における社会資源として必要なため
- ・通勤寮として培った就労と地域生活のノウハウをいかすために、旧法知的障害者通勤寮より移行した。

### ②通所型

- ・地域生活を営んでいる方の生活能力の維持・向上を目的として、訓練を希望する方に対応するため
- ・地域活動支援センターを利用したい方のステップアップを図るため
- ・当事業所は3障害を対象としているが、生活訓練は精神障害者に特化しており、生活のリズムを整える（服薬や睡眠・排泄を含め）ことに焦点を当てる等、精神障害者の継続的な地域生活支援にこのサービスを充てているため
- ・当事業所は地方自治体（市）によって設置、運営されていた通所事業所の統廃合に伴って開設された。事業者は公募されたが、その実施にあたって、事業の組み合わせは市が指定したものであり、そのなかに自立訓練事業が含まれていた。
- ・それまで「居場所」として安心の場を提供してきた経緯があり、その環境を継続しつつ、提供するサービスを充実させていきたかったため

### ③通所型・訪問型

- ・3障害を対象としているが、本事業所では自立訓練（生活訓練）事業は精神障害者に特化しており、生活のリズムを整える（服薬や睡眠・排泄を含め）ことに焦点を当てる等、精神障害者の継続的な地域生活支援にこのサービスを充てているため

### ④訪問型

- ・通所が精神状態等の理由で困難になられた方、お一人で生活されていて買い物・片づけが苦手でおられる方、通所一步手前の方等への様々な訪問による支援が必要な方がおられたため

### (3) 実施上で困っていること、改善してほしいこと

各事業所が実施上で困っていること、改善してほしいことについて、以下のような項目があげられた。

#### ① 宿泊型

- ・利用者の確保
  - ・有期限であること（30年入院した者も5年入院した者も同じ期間が適切か）
  - ・日中活動と比べ、報酬が安い
  - ・高齢者（化）の問題
  - ・3年目からの報酬削減
- ア 18歳以上で利用開始する利用者は必ずしも2年間で障害基礎年金を受給できるわけではない。本人の「給料+年金」で経済的自立ができる人も多く、利用期限が3年になる見込みの人が多い。
- イ 社会的問題を抱えるケースについては、2年間の利用で地域生活移行可能な人は少ないため、困難ケースの受け入れを控える傾向になってしまう。

#### ② 通所型

- ・利用者の確保
- ・利用修了後の日中活動の場がない。（生活介護、就労継続支援B型、または地域活動支援センターに適應しない方）
- ・サービス提供の期限が2年間と限定されていることは大きな問題である。現状では、特別支援学校の段階から先を見通した生活スキルトレーニングが十分に行われているとは言い難く、特別支援学校卒業後から自立訓練を実施したとしても、2年間という限られた期間で到達できる目標には限りがある。
- ・職員の最低配置基準が低い。当事業所は多機能型で運営しているため、他の事業と職員を共有する形で配置し、一定程度の数のスタッフを確保しているが、十分であるとはいえない。最低配置人数を増加させるのであれば、それに伴って報酬単価が見直されるべきである。
- ・原則2年間の期限では、高機能の自閉症スペクトラムの特性をお持ちの方にとっては、「人と場所に慣れる」期間でしかないケースが多く、3年目の延長申請を多くの方に行ってもらっている。期限の撤廃を求める。
- ・その場、その時の相談で、心的ストレスが解消できることが多く、個別の「相談支援面接」を利用時間内で受けられるようにするため、支援員体制充実等のための報酬単価の見直しや、新たなサービスの体系化が必要である。

#### ③ 通所型・訪問型

- ・精神障害者を対象としているため、サービスの利用期限があることに困っている。

④訪問型

- ・事業所から居宅まで距離がある場合、支援員の体制に困難があり、また交通費等本人の負担が生じてしまう。
- ・訪問による「相談支援面接」のニーズがある方は多く、その実態を把握してほしい。

**(4) 参考になっているプログラム、各事業所で作成されたプログラム**

各事業所において、「生活訓練」を実施するに当たり、参考になっているプログラムとして、以下のようなプログラムがあげられた。

**ア 社会生活力プログラム**

時間、人的資源などの制約により、プログラム内容をそのまま取り入れることは困難なので、「社会生活力プログラム」を参考にしてプログラムを開発した。

**イ Life Skills Training（生活スキル訓練）**

オーストラリア・ビクトリア州政府人間サービス部 (Dept. of Human Services) が開発した社会生活スキルに関する訓練マニュアルを参考になっている。マニュアルは英文のため、直接使用するのではなく、基本的な概念などを参考にした。

**ウ ACT**

プログラムの実施は施設をベースに行うのではなく、地域ベースを主としてサービスの提供を個人に焦点を当てて行っている。

**エ TEACCH**

法人全体で導入しており、TEACCHを参考に、施設内を「視覚的構造化」している。

**オ その他**

企業就労と地域生活維持支援を支え続けてきた旧通勤療としての支援のノウハウの中から、必要なもの（基礎的）をピックアップしてプログラム化し、「暮らしの基本帳」や「チャレンジ Cooking Book」等を作成し、使用している。

高機能の自閉症スペクトラムの特性のある方（成人）へのサポートに特化しているため、参考とするプログラム、援助技法等がほとんどなく、利用者さんのニーズに応じる形で、すべてオリジナルで展開してきている。

**(5) 生活訓練として取り組んでいる内容**

各事業所においてどのような内容の訓練・支援を実施しているかを把握するために、精神障害のある方を対象とする「地域生活を支援する社会生活力プログラム」と、知的障害・発達障害等のある方を対象とする「自立を支援する社会生活力プログラム」におけるモジュール項目を参考に、支援している項目に○をつけていただいた。また、独自の文章化・様式化したプログラムの有無、「社会生活力プログラム」の活用の有無、プ

## 第8章 自立訓練（生活訓練）事業のあり方

プログラム等はなく個別支援として実施しているか等について回答を求めた結果、以下（図表 8-1-1）のような状況が明らかになった。

図表 8-1-1 回答結果【精神障害関係】（回答事業所数 2）

項目番号	項目名 (モジュール)	実施している	独自の文章化・ 様式化したプログラムあり	社会生活カプログラムを活用	個別支援として実施
1	精神科医療				
2	健康管理	2			2
3	食生活	1			1
4	セルフケア	1			1
5	生活リズム	2			2
6	安全・危機管理	1			1
7	金銭管理	2			2
8	すまい	1			1
9	掃除・整理	2			2
10	買い物	2			2
11	服装	2			2
12	自分と病気・障害の理解	1			1
13	コミュニケーション	1			1
14	家族関係	1			1
15	友人関係	1			1
16	支援者との関係	1			1
17	教育と学習	1			1
18	就労生活	1			1
19	恋愛・結婚・育児	1			1
20	外出・余暇活動	1			1
21	地域生活・社会参加	2			2
22	生涯福祉制度	1			1
23	日中活動	2			2
24	地域生活サービス	2			2
25	権利擁護				
項目の累計		32	(2事業所の内訳：9項目、23項目)		32

## 第8章 自立訓練（生活訓練）事業のあり方

以上の通り、2つの事業所が精神障害を対象とする社会生活力プログラムのモジュール項目を使って回答してくれたが、1つの事業者は25項目のうち9項目を実施しており、もう一つの事業所は23項目を実施していた。

2事業所とも、事業所独自で文章化・様式化したプログラムはなく、また、既存の社会生活力プログラムも活用しておらず、支援者が個別支援として実施していることが明らかになった。また、2事業所とも「精神科医療」と「権利擁護」については取り組んでいないと回答された。精神科医療については、服薬指導であるとか、精神科医療についての支援をしていると想定されるが、事業所は医療機関ではないので取り組んでいないという回答になったと考えられる。

次に、知的障害・発達障害のある方を対象とする社会生活力プログラムの項目に準じて回答してくれた事情所は4事業所であった。全体的な結果は図表8-1-2の通りであった。

第8章 自立訓練（生活訓練）事業のあり方

図表 8-1-2 回答結果【知的・発達障害関係】（回答事業所数 4）

項目番号	項目名 (モジュール)	実施している	独自の文章化・様式化したプログラムあり	社会生活力プログラムを活用	個別支援として実施
1	健康管理	3	1		2
2	食生活	3	2	(1)	1
3	セルフケア	3	2	(1)	1
4	時間管理	3	1		2
5	安全・危機管理	2	1		1
6	金銭管理	3	2	(1)	1
7	すまい	2	1		1
8	掃除・整理	4	2	(1)	2
9	買い物	3	1		2
10	衣類管理	2	1		1
11	自分と障害の理解	2			2
12	コミュニケーションと人間関係	3			3
13	男女交際と性	1			1
14	結婚	1			1
15	育児	1			1
16	情報	2	1		1
17	外出	3	1	(1)	1
18	働く	3	1		2
19	余暇	3	1	(1)	2
20	社会参加	1			1
21	障害者福祉制度	2			2
22	施設サービス	1	1		
23	地域サービス	2	1		1
24	権利擁護	1			1
25	サポート	1			1
取組項目の累計		55	20 注1)	(6)	35 注2)

注1) 2事業所の内訳：14項目、6項目

注2) 4事業所の内訳：6項目、12項目、4項目、15項目

以上の通り、4つの事業所が知的障害・発達障害を対象とする社会生活カプログラムのモジュール項目を使って回答した25の項目すべてが実施されていることが分かった。そのうち、すべての事業所が取り組んでいる項目は「掃除・整理」であった、3事業所

が取り組んでいる項目は「健康管理」「食生活」「セルフケア」「時間管理」「金銭管理」「買い物」「コミュニケーションと人間関係」「外出」「働く」「余暇」の9項目であった。

2事業所は独自に文章化・様式化したプログラムをもっており、1つの事業者は25項目のうち14項目を、もう一つの事業所は6項目を作成し、実施していた。そのうちの1事業所は「社会生活力プログラム」を基にしてその事業所の職員体制等を考えて使いやすい内容にしたプログラムを作成していたので、社会生活力プログラムの欄に（ ）で再掲した。

プログラムやマニュアルはなく、支援者が個別支援として実施している項目（合計35）を挙げた事業所は4つの事業所であった。4事業所が個別支援として取り組んでいる項目は、それぞれ6項目、10項目、4項目、15項目であった。

## **(6) 自立訓練（生活訓練）事業を推進するために必要なこと**

自立訓練（生活訓練）事業がまだ全国的に普及していない現状から、本事業を今後普及するためには、どのようなことが必要かについては、以下の通りであった。

### **①自立訓練（生活訓練）事業についての研修会**

- ・長期入院者（特に精神障害者）や入退院を繰り返している方（10回以上）については、有期限は短い。何回か利用できる仕組みが必要で、そのためには医師や医療従事者を中心とした研修会や定期的な事業所との会議が望ましい。
- ・生活訓練の事例（成功例・活用例）を知る機会とする研修会が必要
- ・全国組織として日本知的障害福祉協会の中に「通勤療分科会」があり、現在は宿泊型に移行した事業所も一緒に活動している。昨年より、全国大会は「通勤療・宿泊型自立訓練事業所等研究大会」として研修会を実施している。その他、地区毎にも研修会がある。
- ・自立訓練事業の目的、期待される役割などが明確ではないので、それを明確化した上で、実施方法、内容の基本となる情報を手に入れる機会が必要である。当事業所の場合は、たまたま開設準備中に「社会生活力プログラム」の存在を知って、参考にさせていただいたが、自分達の事業所内で実施できるプログラムを作るのに多大な時間と労力を必要とした。
- ・本人にとって、生活面での多様なサポートに対応できるサービスであり、自己肯定感や意欲を高める上で、「就労」というハードルの前に利用してほしいトレーニングでもある。各地域で、本事業に取り組む事業所が増えることを望む。

### **②担当する職員の確保**

- ・現行事業所の配置基準は6：1であるが、個人の訓練目的に対応するためには、もっと手厚く職員配置をする必要がある。

- ・その障害に合ったプログラムの構築ができるように、特性を理解した者（専門性をもった者）の確保が必至である。
- ・当事業所においては、職員の確保は現在のところあまり苦労はしていないが、福祉施設全般に職業として不安定要素の多い職種となっていることから、若い人材の応募が少なくなっている傾向がある。また、人に関わる仕事やきれいごとではすまない仕事を敬遠する傾向が増えているのではないかと。人間（ひと）が生きることに深く関わる仕事なので、職員として成長するには時間がかかる。
- ・当事業所の場合は、多機能型であることから、作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、看護師など、多職種が関わりながら支援しているが、これらの専門性を持った職員を確保するのは一般的には困難が伴うと思われる。また、当事業所においても、他事業と並行しながら自立訓練を実施することで、職員への負担が生じている。
- ・現行の「精神」区分では、通所が不安定であること等から、事業収入の不安定さ、少なさから、必要な支援員等の確保が困難である。また、事務職員を置くことが、上記理由からも極めて困難であり、様々な面で支障をきたしている。

### ③自立訓練（生活訓練）の報酬単価の改善

- ・上記「②担当する職員の確保」に見合う報酬単価を望む。
- ・休日、夜間等、電話相談や訪問等についても、報酬単価を設定してほしい。
- ・他の通所系のサービスと棲み分けるために生活訓練で「丸め」るのではなく、サービスを細分化する、訪問回数の上限を増やす。
- ・日中活動と同じ程度の報酬単価が必要。1事業所に7人程度の職員が確保できるようにしてほしい。障害が軽いということが、支援量が少ないということではない。
- ・報酬単価の改善は望まれるが、単価そのものの問題とは別に、支払方法が日払いとなっていることのほうがより大きな問題であると考え。一時的に利用率が下がったとしても、職員を出勤停止にするわけにはいかず、また、日々の利用の有無に関わりなく、事務処理、事業所のハードウェアの維持管理などの費用は一定程度発生するので、事業経費をすべて日払いで計算するという考え方自体がナンセンスではないか。
- ・人材（支援員、サービス管理責任者、事務職員等）確保や安定的な活動展開のためにも、大幅な増額が求められる。

### ④その他

- ・デイケアとのすみわけをどのように考えているか明らかにしてほしい。
- ・地域支援の一部に「宿泊型自立訓練」があり、他事業所と連携することに

よって、地域移行、地域生活の維持、一般就労の継続が可能になると考える。

「自立支援法」の「日中と夜間と分離する概念」を否定するものではないが、生活の基盤と企業就労の安定は一体的支援に支えられ、維持されていると考える。旧通勤療が核となり、地域生活を展開してきた事業所については、宿泊型事業所が地域支援センターとして活動していくことが重要と考える。

- ・サービス利用中の個別の「相談支援面接」やカウンセリングが必要な方が多いが、「面接」に対応するスタッフを人的・体制的に保障できるように、新たなサービス体系を作るか、現行の生活訓練等の中に「加算」等を加える等、現場や訪問での「相談支援面接」が利用できるようにしてほしい。

## 第2節 障害者権利条約における「リハビリテーション」

2006年(平成18年)に国連によって採択された「障害者権利条約」は、21世紀における初めての人権条約であり、障害のある人に対するあらゆる差別を禁止する重要な法的規定である。具体的な領域としては、あらゆる生活の場面、リハビリテーション、教育、保健、情報・公的施設・サービスの利用可能性（アクセス）などが含まれている。

今後の障害者福祉や障害者のリハビリテーションは、「障害者権利条約」を基底にして実施していくことが求められるので、以下に確認をしたい。

第1条に「目的」が規定されており、以下のとおりである。

### 第1条目的

この条約は、すべての障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的とする。

障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な障害を有する者であって、様々な障壁との相互作用により他の者と平等に社会に完全かつ効果的に参加することを妨げられることのあるものを含む。

第26条において、リハビリテーションが以下のように規定されている。

### 第26条リハビリテーション

締約国は、障害者が、最大限の自立並びに十分な身体的、精神的、社会的及び職業的な能力を達成し、及び維持し、並びに生活のあらゆる側面に完全に受け入れられ、及び参加することを達成し、及び維持することを可能とするための効果的かつ適当な措置（障害者相互による支援を通じたものを含む。）をとる。このため、締約国は、特に、保健、雇用、教育及び社会に係るサービスの分野において、包括的なリハビリテーションのサービス及びプログラ

ムを企画し、強化し、及び拡張する。この場合において、これらのサービス及びプログラムは、次のようなものとなる。

(a) 可能な限り初期の段階において開始し、並びに個人のニーズ及び長所に関する総合的な評価を基礎とすること。

(b) 地域社会及び社会のあらゆる側面への参加及び受入れを支援し、自発的なものとし、並びに障害者自身が属する地域社会（農村を含む。）の可能なかぎり近くにおいて利用可能なものとする。

2 締約国は、リハビリテーションのサービスに従事する専門家及び職員に対する初期研修及び継続的な研修の充実を促進する。

3 締約国は、障害者のために設計された支援装置及び支援技術であって、リハビリテーションに関連するものの利用可能性、知識及び使用を促進する。

以上のように「リハビリテーション」が規定されており、リハビリテーションは様々な分野から構成される包括的（総合的）なものであり、総合的なリハビリテーションサービスとプログラムができるだけ早期に、総合的な評価を基に提供され、リハビリテーションは本人が自発的・主体的に取り組むものであり、地域社会において提供されなければならないと記述されている。

このようななかで、「自立訓練（生活訓練）事業」はまさにリハビリテーションの一つの事業であり、それはリハビリテーションの一分野である「社会リハビリテーション」に位置付けられることが明らかである。

### 第3節 わが国における「生活訓練」に関する歴史的経緯

国連の「障害者権利条約」の第26条に規定されている「リハビリテーション」を確認した上で、わが国における「生活訓練」の歴史的な原点を確認したい。

わが国における障害者福祉と障害者のリハビリテーションは、1949年（昭和24年）の「身体障害者福祉法」、1960年（昭和35年）の「知的障害者福祉法（制定当時、精神薄弱者福祉法）」、1995年（平成7年）の「精神保健と精神障害者の福祉に関する法律（精神保健福祉法）」等に基づいて様々な事業が実施されてきた。さらに、これらの法改正や事業の改変は障害関係審議会による答申や、障害者基本計画等によって推進されてきた。

本研究事業は知的障害、精神障害、発達障害を対象としているが、「生活訓練」の原点に遡り、3障害の中で最も古くから様々な取り組みが行われてきた「身体障害」に焦点を当てて調べてみた。身体障害者福祉審議会では、生活訓練について、どのような言及がなされてきたかを振り返り、自立訓練（生活訓練）事業の在り方の参考としたい。

## (1) 身体障害者福祉審議会における言及

### ①1966年(昭和41年)の身体障害者福祉審議会答申

自立訓練（生活訓練）の原点を歴史的に見ると、今から45年前の1966年(昭和41年)の身体障害者福祉審議会答申「身体障害者福祉法の改正その他身体障害者福祉行政推進のための総合的方策」に見ることができる。

1966年(昭和41年)に身体障害者福祉審議会会長から厚生大臣宛に「身体障害者福祉法の改正その他身体障害者福祉行政のための総合的方策」の答申がなされ、同答申第1部「総論」第1章「身体障害者対策の目的と必要性」において、以下のように言及されていた（身体障害者福祉審議会、1966）。

「医学的リハビリテーション技術の進歩は、これらの人々が身体障害者となることを防止し、又は軽度の障害で回復することを可能とするようになった。また障害が残った人々に対する社会的リハビリテーションや職業的リハビリテーションの技術の発達は、それらの人々を社会復帰させることに大きな期待を持たせるようになった。」

さらに、同第3章「身体障害者対策の体系」において、『リハビリテーション』という用語は、身体障害者の社会復帰、援護の措置のすべてを指す場合もあるが、本答申においては、理学療法、作業療法、外科的手術、社会適応訓練、職業訓練等その人の障害を軽減し残存能力を向上させるための技術的措置を意味することにする」と、リハビリテーションの意味する範囲を限定し、障害を軽減し残存能力を向上するための具体的な方法として使用されていた。ここにそれらの一つとして列挙された「社会適応訓練」は社会リハビリテーションの対象範囲としての具体的な訓練を意味し、「社会適応訓練」は日常動作や社会生活を可能とするための訓練であるとしていた。

同答申第2部「各論」第3章は「社会的リハビリテーション」を表題とし、その第1節に「社会的リハビリテーションの意義」が以下のように記述されていた。

「従来のリハビリテーションにおいては、医学的リハビリテーションと職業的リハビリテーションが重視され、不十分ながらも一応の成果をあげていた。しかしながら、医学的、身体的に機能が改善され、適当な職業訓練を受けて、適当な職場に就職できたとしても、なおかつ更生に成功しない数多くの例が見受けられる。これは、社会的リハビリテーションという第三の重要な要素に欠けていたからである」と、リハビリテーション全体における「社会リハビリテーション」の重要性とその欠落を指摘していた。

さらに、「リハビリテーションの本質は残存機能の回復や職業能力の向上に限られるものではなく、身体障害がもたらす個人生活、社会生活におけるあらゆるハンディキャップを対象とし、そのハンディキャップを除去したり、軽減すること

にある」とし、身体機能や職業能力の向上ばかりでなく、社会生活に復帰するために社会リハビリテーションが必須であることが記述されていた。

同答申では、「社会的リハビリテーション」の内容として、「心理的更生指導」と「生活適応訓練」があげられていた。さらに、社会的リハビリテーションを実施する機関や専門職として、身体障害者更生援護施設、身体障害者更生相談所、福祉事務所、それら施設や機関における生活指導員、心理判定員、身体障害者福祉司、社会福祉主事をあげているが、そのいずれについても十分行われているとは言いがたい現状にある、と当時の問題状況が指摘されている。

さらに同答申第3章第3節「生活適応訓練」においては、その目的、方法、内容等が、以下のようにまとめられていた。

「生活適応訓練の目的と方法は、障害の種類、障害程度、障害を受けた時期等によって異なるが、大別すれば、基礎訓練と応用訓練の二つに分類することができる。基礎訓練とは、例えば視覚障害者に対する聴覚訓練や触覚訓練のような感覚訓練、右腕を失った者に対する左腕の代償機能訓練等、日常生活の基礎訓練である。応用訓練とは、視覚障害又は肢体不自由を有する主婦に対する家事訓練、視覚障害者又は聴覚障害者に対する会食作法指導、バス電車等の乗車指導、集団生活指導等、二つ以上の基礎訓練を組み合わせ、日常生活又は社会生活に適応させることを目的とする訓練である。」

以上のように詳述されていた「生活適応訓練」はリハビリテーションにおける新たな分野であるとし、今後の課題として、専門職員の充足と資質の向上、生活適応訓練の体系化とその具体的な内容の確立、生活適応訓練に関する研究の必要性が指摘されていた。

## ②1970年(昭和45年)の身体障害者福祉審議会答申

前述①の答申が出された4年後の1970年(昭和45年)に、身体障害者福祉審議会会長から厚生大臣宛に提出された答申「昭和41年の本審議会答申以後の諸情勢の変動に対応する身体障害者福祉施策」の第2章「身体障害者のリハビリテーション推進のための諸方策」において、「リハビリテーションの範囲」が以下のように記述されていた（身体障害者福祉審議会、1970）。

「身体障害者のリハビリテーションを大きく分けると身体的残存能力を回復させ、かつ身体障害者の職業的、教育的、心理的、社会的能力を回復させ、または新たな能力を獲得させるための技術的措置を意味する狭義のリハビリテーションの分野と、それに加えてリハビリテーション期間中の、または障害が存するために起こる経済上、生活のハンディキャップを補うための援護の分野も包含する場合があるが、この答申においては『リハビリテーション』とは、前者の狭義のリハビリテーションをさすことにする。さらに、狭義のリハビリテーションは、手

術、理学療法、作業療法、言語治療、日常動作訓練等、医学的手段を用いて、身体的機能障害の進行を可能な限り防止し、残存能力を向上させるための医学的リハビリテーションと、その前後に行われる社会適応訓練、職業能力の回復、開発を目的とする職能訓練及び職業訓練等の社会的、職業的リハビリテーションに分けることができる」としている。

本答申において、狭義のリハビリテーションとして機能回復訓練や社会適応訓練、職能訓練、職業訓練をあげ、これらを医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、職業的リハビリテーションとし、もう一方の、広義のリハビリテーションの概念に、障害者福祉サービスの提供や所得保障を入れている。このような答申の記述によると、狭義のリハビリテーションは、障害当事者の能力を上方向に伸ばす教育的な取り組みであると理解でき、一方、「リハビリテーションの期間中の、または障害が存するために起こる経済上、生活のハンディキャップを補うための援護の分野も包含する」と記述された広義のリハビリテーションは、いわゆる「障害者福祉」であるというように、リハビリテーションの概念が狭義と広義に分けて整理されていた。

また、同章の3「身体障害者更生援護施設におけるリハビリテーションの充実」において、「施設における心理的、社会的、職業的リハビリテーションの拡充強化」が必要であるとし、「心理、社会的リハビリテーションには、動機づけ、カウンセリング、心理療法、ケースワーク、生活指導、自治的活動指導、クラブ活動、行事、後保護指導があるが、生活指導の中には、家事、育児の仕方や、家庭における応急手当の仕方等の訓練も当然含めるべきであろう。また、作業療法、日常生活動作訓練（ADL）、肢体不自由者の歩行訓練は、主として医学的リハビリテーションの一環として実施されるものであるが、施設の特性に応じ、心理、社会的、職業的リハビリテーションと併せて、これらの訓練を行う場合の実施体系を確立する必要がある」と指摘している。これらの記述は、リハビリテーションを構成する諸分野を確認する意味で、現在も重要な記述である。

以上のように、1970年(昭和45年)に出された身体障害者福祉審議会答申において、「社会リハビリテーション」の具体的な内容としてケースワーク、生活指導があげられ、さらに「生活指導」の具体的な内容として家事、育児に関する指導などが言及されている。従って、生活指導員（ソーシャルワーカー）によって実施される「生活指導」には、社会リハビリテーションとしての取り組みが既に含まれていた。

### ③1982年(昭和57年)の身体障害者福祉審議会答申

さらにその12年後の1982年(昭和57年)に、身体障害者福祉審議会答申「今後における身体障害者福祉を進めるための総合的方策」が出された（身体障害者福

祉審議会、1982)。

同答申第1章「身体障害者福祉の基本理念」において、「リハビリテーションの理念」について、「リハビリテーションの理念の根底にあるものは、障害者も一人の人間として、その人格の尊厳性をもつ存在であり、その自立は社会全体の発展に寄与するものであるという立場に立つものである。リハビリテーションは第三の医学といわれることもあるが、それは単に運動障害の機能回復訓練の分野をいうのではなく、障害をもつ故に人間的な生活条件から阻害されている者の全人間的復権をめざす技術及び社会的、政策的対応の総合的体系であると理解すべきである」とし、さらに「リハビリテーションは、中途障害者の社会復帰のように理解されがちであるが、生まれながらの障害者が能力や体験、社会関係などを新たに獲得していくハビリテーションをも含むものである。つまり、リハビリテーションの基調は、主体性、自立性、自由といった人間本来の生き方であって、その目標は、必ずしも職業復帰や経済的自立のみではないことを理解しなければならない」と、リハビリテーションの一分野である「社会リハビリテーション」の内容を記述し、障害当事者の主体性、自立性、自由の保障の重要性あげて、リハビリテーションの理念を解説している。

さらに、同答申第4章「身体障害者福祉対策改善のための方策」において、「在宅福祉対策の方向」の一つとして「基礎的生活訓練について」の項目があり、「身体障害者の自立生活を促進するためには、物的整備だけでなく、むしろ家庭や地域で自立して生きていける人作りに向けてのリハビリテーションが重要である。それには、家庭における日常生活の訓練、コミュニケーション訓練、自立心と社会常識の育成、健康の自己管理、社会資源を使いこなす知識と自己責任の果たし方に関する教育等が、自立生活に向かう訓練の内容として要求される。具体的には、盲人の歩行訓練や家庭生活訓練、聴覚・言語障害の職能訓練、言語治療及び喉頭摘出者の発声訓練等は特に強化される必要がある。今後の身体障害者更生援護施設においては、特に中途障害者の増加等に着目し、身体障害者の自立生活のための基礎的生活能力の訓練の場としての内容充実が望まれる」と、今から30年も前に、まさに現在ニーズが高くなっている地域生活への移行の準備課題や、地域社会の中で生きる力である「社会生活力」を高める取り組みの重要性が、具体的に記述されていたのである。

以上のように「基礎的生活訓練」の内容としてあげられている諸訓練や指導の内容が、まさに「自立訓練事業」として取り組むべき課題であろう。

## (2) 障害者関係法や障害者施策における言及

これまでは、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者保健福祉法というように、障害別の法律により、障害者福祉サービスが提供されてきた。また、1980年代

以降は様々な障害者施策が積極的に取り組まれてきた。これらの主要な取り組みにおいて、「自立訓練事業」に関係すると想定される言及を以下にまとめてみたい。

### ①身体障害者福祉法

身体障害者のリハビリテーションを行う施設として同法第29条に「身体障害者更生施設は、身体障害者を入所させて、その更生に必要な治療又は指導を行い、及びその更生に必要な訓練を行う施設とする」と規定されていた。「更生」は英語の「リハビリテーション」を日本語に翻訳した用語である。

身体障害者更生施設における「リハビリテーション」に関わる規定は以下の通りであった。

#### 更生訓練

入所者が自ら進んでその障害を克服し、その有する能力を活用することにより、社会経済活動に参加することができるようにするため、施設の特性に応じ必要な医学的訓練、心理的訓練又は職能的訓練を行うこと

### ②知的障害者福祉法

同法第21条の6「知的障害者更生施設」においては、「18歳以上の知的障害者を入所させて、これを保護するとともに、その更生に必要な指導及び訓練を行うことを目的とする施設とする」と規定されていた。

さらに、「知的障害者援護施設の設備及び運営に関する基準」（厚生省令57、改正2000年(平成12年))において知的障害者更生施設が規定され、第11条に規定されている職員のうち社会リハビリテーションに関わりの深い職種は「生活指導員」である。第14条の「生活指導等」において「更生施設は、入所者が日常生活における良い習慣を確立するとともに、社会生活への適応性を高めるようあらゆる機会を通じて生活指導を行わなければならない。更生施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜レクリエーション行事を行わなければならない」と規定していた。

### ③精神保健福祉法

精神保健福祉法第50条の2「精神障害者社会復帰施設の種別」として、①精神障害者生活訓練施設、②精神障害者授産施設、③精神障害者福祉ホーム、④精神障害者福祉工場、⑤精神障害者地域生活支援センター、が規定されていた。これらのうち、精神障害者生活訓練施設は、「精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者が日常生活に適応することができるように、低額な料金で居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設とする」と規定されていた。

以上の規定により、精神障害者生活訓練施設は精神障害者のための社会リハビリテーション施設であったといえるが、同施設において実施される社会リハビリテーションの内容としては、「日常生活への適応」と「必要な訓練及び指導を行う」と漠然と規定されているのみである。

さらに同法第50条の4に「精神障害者社会適応訓練事業」が規定されていた。「都道府県は、精神障害者の社会復帰の促進及び社会経済活動への参加の促進を図るため、精神障害者社会適応訓練事業（通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を精神障害者の社会経済活動への参加の促進に熱意のある者に委託して、職業を与えるとともに、社会生活への適応のために必要な訓練をいう）を行うことができる」と規定している。「社会適応訓練」という用語は社会リハビリテーションの範疇にある用語であることを想定させるが、実際にはこの規定によって明らかなように、「精神障害者社会適応訓練事業」は実質的には就職をめざした事業であるので、社会リハビリテーションの事業というよりは、職業リハビリテーションの事業である。

精神障害者が地域で生活し、社会参加していくためには、精神障害者の「社会生活力」を高める視点から、社会リハビリテーションとして支援すべき内容が多々あるはずである。しかし、精神保健福祉法に規定されている「精神障害者生活訓練施設」と「精神障害者地域生活支援センター」において、精神障害者の「社会生活力」を高めるために、どのような取り組みが具体的に行われるかについては全く規定されていなかった。精神障害者が地域の中での生活に移行し、社会参加を可能とするためには、精神障害者の「社会生活力」を高めるための具体的な方法とプログラムが示されなければならないはずである。

### ④障害者プラン

1995年(平成7年)12月に策定された「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～」は、「障害者対策に関する新長期計画」を具体的に推進していくための重点施策実施計画であった(総理府障害者対策推進本部、1995)。1996年度(平成8年度)から2002年度(平成14年度)までの7か年計画であった「障害者プラン」は、新長期計画が掲げる「リハビリテーション」と「ノーマライゼーション」の理念を踏まえ、①地域で共に生活するために、②社会的自立を促進するために、③バリアフリー化を促進するために、④生活の質(QOL)の向上をめざして、⑤安全な暮らしを確保するために、⑥心のバリアを取り除くために、⑦わが国にふさわしい国際協力・国際交流を、の7つの視点から施策の充実を図るものとされた。

第1の視点である「地域で共に生活するために」の第4項「介護等のサービスの充実」の(4)「重度化・高齢化への対応及びサービスの質的向上」において、

「障害者が生活機能を回復・取得するために必要な医療、機能回復訓練、障害者の年齢等に応じた社会生活訓練等についての研究及び開発を推進する」と記述された。ここにおける「社会生活訓練等」が社会リハビリテーションのプログラムに該当するが、社会生活訓練の内容に関する具体的な記述は全くなかった。

2002年(平成14年)12月に「障害者基本計画」が閣議決定され、同時に障害者施策推進本部においてその具体的目標を定める「重点施策実施5か年計画」（障害者プラン）も決定された（内閣府障害者施策推進本部、2002）。障害者基本計画の計画期間は2003年(平成15年)から2012年度(平成24年度)の10年間であり、現在もその期間内にある。その理念は、①ノーマライゼーション、②リハビリテーション、③共生社会の実現、3つであり、これまでの「障害者基本計画」の2つの理念であった「リハビリテーション」と「ノーマライゼーション」に「共生社会の実現」が追加された。これにより、地域において障害のある者もない者も、お互いに協力し共助の社会を築く必要性が生まれた。

この中で、「地域での自立生活を支援するため、情報提供、訓練プログラムの作成、当事者による相談活動等の推進を図る。特に、当事者による相談活動は、障害者同士が行う援助として有効かつ重要な手段であることから、更なる拡充を図る。障害者が社会の構成員として地域で共に生活することができるようにするとともに、その生活の質的向上が図られるよう、生活訓練、コミュニケーション手段の確保、外出のための移動支援など社会参加促進のためのサービスを充実する」と、地域での自立生活を支援するために、訓練プログラムの作成や障害当事者による相談活動の必要性があげられていた。これらは、地域で生活できるように支援すること、生活の質を高めること、社会参加を促進すること等を目的としており、まさに社会リハビリテーションの取り組みを意味しているのである。

さらに、「④施設サービスの再構築」における「ア.施設等から地域生活への移行の促進」の下位項目において、「障害者本人の意向を尊重し、入所（院）者の地域生活への移行を促進するため、地域での生活を念頭においた社会生活技能を高めるための援助技術の確立などを検討する」と記述し、社会リハビリテーションのプログラムに該当する「社会生活技能を高める」ための援助技術の確立等を検討するというように、「社会リハビリテーション」について重要な記述があった。

### ⑤障害者相談支援事業

1996年度(平成8年度)からの障害者プランにおいてその数値目標が設定され、概ね人口30万人を想定した障害保健福祉圏域に身体障害、知的障害、精神障害に対応する事業をそれぞれ2か所ずつ設置することが目標とされた障害者相談支援事業は、身体障害は「市町村障害者生活支援事業」、知的障害は「障害児（者）地

域療育等支援事業」、精神障害は「精神障害者地域生活支援事業」という名称により、障害別に3つの事業があった。

これらの事業の一例として身体障害者を対象とする「市町村障害者生活支援事業」の内容をあげると、次のとおりであった。

ア ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ等在宅福祉サービスの利用  
援助

サービス情報の提供、サービス利用の助言、介護相談、利用申請の援助、その他必要な保健福祉サービスの利用援助

イ 社会資源を活用するための支援

授産施設・作業所の紹介、福祉機器の利用援助、情報機器の使用援助、料理、縫裁等の指導、代筆・代読等コミュニケーションの支援、外出の支援、移動の支援、住宅改修の助言、住宅の紹介、生活情報の提供（交通、ホテル、買物、映画、音楽等）

ウ 社会生活力を高めるための支援

社会生活力を高めるために、社会リハビリテーションの各種プログラム等を実施する。

エ 当事者相談（ピアカウンセリング）

障害者自身がカウンセラーとなって、実際に社会生活上必要とされる心構えや生活能力の習得に対する個別的援助・支援であり、ピアカウンセリングとは同じような問題、悩みを抱えている者に対しては、同じ立場にある者、同じような経験をした者が相談に当たることが効果的であるとの視点に立ったカウンセリングである。

オ 専門機関の紹介

身体障害者更生相談所、職業安定所、医療機関・保健所等専門機関、他の障害者の生活支援事業等の紹介

上記のような5つの必須事業項目は、地域における生活を支える相談支援事業の内容であり、これらは在宅サービスに関する相談や、地域生活をするための「社会生活力」を高めるための取り組みである。専任のソーシャルワーカー（コーディネーター）が1名置かれるとともに、必要に応じ、作業療法士、理学療法士、保健師等の専門職を雇いあげ、地域で生活する身体障害者、特に重度・重複障害のために地域での生活が困難とされてきた障害者に対し、自らサービスを選択し、主体的に生活できるよう、社会リハビリテーションの目的である「社会生活力」を高めるための訓練、指導、援助、支援を行うことを目的としていた。

市町村がこれらの事業の重要性を認識するとともに、これらの事業を具体的に

実施可能とする必要があったが、「社会生活力」を高めるための相談支援のあり方や、「社会生活力」を高めるための具体的なプログラムが示され、それを促進するための研修会等が全国的に実施されなければならなかった。

以上のように、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法においても、「生活訓練」の必要性が指摘され、また、2つの「障害者プラン」においても地域生活を実現するために、障害のある方々の社会的な能力を高めるための「生活訓練」の重要性が指摘されてはいるが、具体的にどのように支援したらいいかについては、何も示されてこなかった。

### (3) 「障害者自立支援法」における自立訓練（生活訓練）事業

2006年(平成18年)に施行された「障害者自立支援法」は、障害者自立支援法において、訓練等給付の一つとして「自立訓練」が位置づけられた。

「障害者自立支援法」における自立支援給付の中に、①介護給付、②訓練等給付、③自立支援医療等、④補装具がある。②の訓練等給付の中に、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援、共同生活援助などがある。

「自立訓練」は、「自立した日常生活を営むことを目的とした、身体機能や生活能力の向上のための有期な訓練など」と書かれているが、具体的な実施方法や内容については示されていない。利用者一人ひとりのニーズに対応する個別支援計画を立てて、さまざまな障害のある方一人ひとりの力を高めることにより、それぞれの自立度を高め、地域生活への移行を支援していくために、「自立訓練」は非常に重要であり、「自立訓練事業」はまさにリハビリテーションのサービスでなければならない。

わが国においては、「リハビリテーション」は、例えば、脳卒中者の機能訓練であるというように狭く理解されることが多く、本来の総合的なリハビリテーションが理解されていない。また、「社会リハビリテーション」は「障害者福祉」と同じであるというような誤解もある。しかし、「社会リハビリテーション」と「障害者福祉」は異なるものであり、社会リハビリテーションの主要目的は「社会生活力」を高める支援である。

ここで、わが国において誤解されがちである「社会リハビリテーション」「障害者福祉」「障害者施策」の3つの違いを整理すると、以下の通りである。

#### ①社会リハビリテーション

社会リハビリテーションは、障害のある人が社会の中で活用できる諸サービスを自ら活用して社会参加し、自らの人生を主体的に生きていくための「社会生活力」を高めることをめざす援助技術の体系と方法である。社会生活力を身につけることが目的であるが、そのために、社会生活力を高めるための支援プログラム

を実施するとともに、福祉サービスの活用支援、対象者と環境との調整、サービス間の調整等を行う。対象者の「社会生活力」を高める視点から支援することが重要である。

### ②障害者福祉

リハビリテーションの様々な分野の取り組みによって障害者の身体的、精神的、職業的、社会的な能力が高められるが、それでもなお残された活動制限と社会参加制約をカバーするための社会福祉の一分野としてのアプローチが「障害者福祉」であり、各種の福祉立法を基底に、障害者の様々なニーズを充足するための各種福祉サービス（医療、保健、補装具、日常生活用具、施設福祉、在宅福祉、所得保障など）を提供する制度・施策である。

### ③障害者施策

「障害者施策」は、行政上の概念から見れば障害者福祉より広い概念である。障害者福祉だけでは障害者の「完全参加と平等」を可能とする「機会均等」な社会を実現することはできない。障害者施策には、障害の原因の予防、リハビリテーションや、さらに「完全参加と平等」および「機会均等化」を実現するための一般市民による障害者への理解の促進、建築物・住宅・交通機関のバリアフリー化、コミュニケーション・情報保障、雇用の促進、就労の場の確保、教育の保障等が含まれる。すなわち「障害者施策」は、障害のある者の権利を保障する全省庁にわたる取り組みである。

以上のように、「社会リハビリテーション」は「障害者福祉」や「障害者施策」とは対象とする範囲、目的、活動内容に違いがある。障害者施策が最も大きな概念であり、わが国においては内閣府を中心とするあらゆる省庁等によって取り組まれている。一方、障害者福祉は厚生労働省を中心とした取り組みであり、障害の予防、医学的リハビリテーション、社会リハビリテーション、職業リハビリテーション、在宅福祉サービス、施設福祉サービス、所得保障などを対象とする。

従って、社会リハビリテーションは、リハビリテーションの中の一分野であるとともに、障害者福祉における一つの自立支援実践活動としての「社会生活力」を高めるための取り組みである。

現在の「障害者自立支援法」における「社会生活力」支援に関わる事業をまとめてみると、以下のとおりである。

(1) 自立支援給付

- 1) 介護給付
- 2) 訓練等給付（自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助）

**[自立訓練]**

- ①機能訓練（身体障害者）
  - ②生活訓練（知的障害者・精神障害者）
- 3) 自立支援医療
  - 4) 補装具

(2) 地域生活支援事業

- 1) 相談支援事業
  - ①福祉サービスの利用援助
  - ②社会資源を活用する支援
  - ③社会生活力を高めるための支援
  - ④ピアカウンセリング
  - ⑤権利擁護のために必要な援助
  - ⑥専門機関の紹介
  - ⑦地域自立支援協議会の運営
- 2) コミュニケーション支援事業
- 3) 日常生活用具給付事業
- 4) 移動支援事業
- 5) 地域活動支援センター機能強化事業
- 6) 福祉ホーム事業

本研究事業の課題である「自立訓練（生活訓練）事業」について、国から示されている内容は本報告書第1章にまとめられている通りであるが、知的障害、精神障害、発達障害のある方々を対象に効果的な自立訓練（生活訓練）事業を普及するためには、具体的な支援方法、支援プログラム、アセスメント方法、モニタリング方法などを明らかに示すとともに、これらを実践するための研修会の開催が必須であろう。

## 第4節 リハビリテーションと社会リハビリテーション

「自立訓練事業」の本来の目的をさらに明らかにするために、リハビリテーションと社会リハビリテーションについて、以下にまとめたい。

## (1) リハビリテーションの諸分野と総合リハビリテーション

1960年代にWHOが発表したリハビリテーションの定義によっても、また、リハビリテーションの世界的な機関である「国際リハビリテーション協会（Rehabilitation International; RI）」において、1960年代に医学委員会、職業委員会、社会委員会、教育委員会が常置委員会として設置されていたことから、リハビリテーションの主要分野として、①医学的リハビリテーション、②職業リハビリテーション、③教育リハビリテーション、④社会リハビリテーションの4分野が、1960年代に確立していたことが理解できる。最近では、リハビリテーション工学も重要な分野として認識されている。これらの分野は以下の通りである。

### ①医学的リハビリテーション

1969年(昭和44年)にWHOが発表した医学的リハビリテーションの定義は、「個人の身体的機能と心理的能力、また必要な場合には補償的な機能を伸ばすことを目的にし、自立を獲得し、積極的な人生を営めるようにする医学的ケアのプロセスである」とされている。

自立訓練事業における「機能訓練」という用語は本来、医学的リハビリテーションの一部である。

### ②職業リハビリテーション

1955年(昭和35年)に世界労働機関(ILO)はILO勧告第99号「障害者の職業リハビリテーションに関する勧告」を採択し、その中で、職業リハビリテーションを「障害者が適切な職業に就きそれを維持することができるように計画された職業的なサービス(例えば、職業指導、職業訓練及び選択方式による職業紹介)の提供を含む、継続的で調整されたリハビリテーションプロセスの一部である」と定義した。一方、前述の1969年(昭和44年)に、WHOによって開催された「医学的リハビリテーション専門家委員会」においてまとめられた職業リハビリテーションの定義は「職業指導、訓練、適職への就職など、障害者がふさわしい雇用を獲得し、又は職場に復帰することができるように計画された職業的サービスの提供である」であった。

障害者自立支援法の訓練等給付における「就労移行支援」や「就労継続支援」は職業リハビリテーションにおけるサービスの一つである。

### ③教育リハビリテーション

教育リハビリテーションは障害のある児童や人の能力を向上させ潜在能力を開発し、自己実現を図れるように支援することを目的にしている。1979年(昭和54年)にユネスコによって開催された「特殊教育に関する専門家会議」において、特

特殊教育に関する政策、計画、機構、職員の訓練等がまとめられ、障害児の教育権の保障、障害児の義務教育の法制化、特殊教育プログラムの策定、障害児が普通の学校に行けるようにするための施策の必要性などが指摘された。

わが国においては、「特殊教育」や「障害児教育」の用語も使われてきたが、平成15年(2003年)3月に特別支援教育のあり方に関する調査研究協力者会議から出された「今後の特別支援教育のあり方について（最終報告）」において、「特別支援教育とは、従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものである」と定義された。

以上のように、障害児教育、特殊教育、特別支援教育などの用語があるが、これらの用語と「教育リハビリテーション」の違いは、教育リハビリテーションは、学齢前教育、学齢期教育、大学・大学院などの高等教育、社会人を対象とする社会教育や生涯教育なども含む、ライフサイクルを包含する幅広い教育活動である。

### ④リハビリテーション工学

リハビリテーションのための工学的アプローチをリハビリテーション工学という。リハビリテーション工学という用語は、アメリカ連邦政府がカリフォルニア州にあるランチョ・ロスアミゴス医療センターに「リハビリテーション工学センター」を設置し、リハビリテーションサービスの中に工学的アプローチを積極的に取り入れようとしたことに始まる。リハビリテーション工学が対象とする具体的内容は、義肢・装具などの開発、車いす・環境制御装置・コミュニケーション機器などの開発、住宅改造、交通機関のバリアフリー化、障害者や高齢者に住みやすいまちづくりなどである。

このような広範囲にわたる「リハビリテーション」は、利用者の立場に立って、総合的に提供されることが重要であり、そのためにもリハビリテーションの連携が必要とされる。

## (2) 社会リハビリテーション

RI 社会委員会は 1980 年代初頭から「社会リハビリテーション」の定義の検討に取り組み、1986 年(昭和 61 年)に「社会リハビリテーションとは、社会生活力 (Social Functioning Ability,SFA) を高めることを目的としたプロセスである。社会生活力とは、様々な社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、一人ひとりに可能な最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力 (ちから) を意味する」と定義された。

社会リハビリテーションのキー概念である「社会生活力」を分かりやすくまとめると、以下の通りである。

**「社会生活力」とは**

- ①障害のある方が、自分の障害を正しく理解する。
- ②自分でできることを増やす。（リハビリテーション）
- ③リハビリテーションによって、自分の能力を高めるが、残された障害については、様々なサービスを権利として活用する。
- ④足りないサービスの整備・拡充を要求する。
- ⑤支援（ボランティアなど）を依頼できる。
- ⑥地域の人たち、職場の人たちと良い人間関係を築ける。
- ⑦主体的、自主的に、楽しく、充実した生活ができる。
- ⑧障害について、一般市民の理解を高める。

## 第5節 社会リハビリテーションの各種プログラム

### (1) 社会リハビリテーションのプログラム

社会リハビリテーションは社会福祉援助技術等を使って、障害者の社会生活力を高めるために、訓練、指導、援助、支援を実施する。社会リハビリテーションのプログラムは、障害者関係施設や地域において実施されることが期待され、プログラムは次のようなプロセスを通して実施される。このようなプロセスは、リハビリテーション計画を進めるときのプロセスやケアマネジメントのプロセスと共通している。

- ア ニーズの把握
- イ 事前評価（アセスメント）の実施
- ウ 目標設定
- エ プログラムの企画
- オ 訓練・指導・援助・支援の実施
- カ 事後評価

社会リハビリテーションのプログラムとして、わが国の総合リハビリテーションセンター等で実施されてきたプログラムの名称としては、以下のようなものがある。

[プログラムの具体的名称例]

- a 生活訓練プログラム（TDL）
- b 社会生活技術プログラム

- c 社会適応訓練プログラム
- d 生活技能訓練プログラム（SST）
- e 社会生活力プログラム（SFA）など

また、身体障害者を主対象とする総合リハビリテーションセンターなどでは、従来から社会生活力を高める実践に取り組んでおり、具体的には以下のような機関で実施されてきた。（『実践から学ぶ「社会生活力」支援』、中央法規、2007）

【社会生活力プログラムの実践状況】

- (1) 神奈川県総合リハビリテーションセンター
- (2) 横浜市総合リハビリテーションセンター
- (3) 名古屋市総合リハビリテーションセンター
- (4) 兵庫県総合リハビリテーションセンター
- (5) 千葉県千葉リハビリテーションセンター
- (6) 中伊豆リハビリテーションセンター
- (7) 伊豆リハビリテーションセンター
- (8) 鳥取県厚生事業団の障害者諸施設
- (9) 横浜国立大学附属特別支援学校
- (10) 鳥取大学附属特別支援学校専攻科
- (11) その他

従来からわが国において実施されている社会リハビリテーションのプログラムに相当すると思われる代表的なものを簡潔に紹介すると、以下のとおりである。

## (2) 視覚障害者のための生活訓練プログラム

視覚障害者の生活訓練は、視覚障害者の残存諸感覚を活用し、歩行、コミュニケーション技能、日常生活技術などの修得により、失明により喪失した機能を補償し、社会的自立をめざす訓練である。

生活訓練プログラムは、①基本的な生活習慣、②個人生活、③家庭生活、④社会生活、⑤職業生活、の5つの生活の場面を想定して訓練プログラムを作成し、訓練を実施してきた。以下のような訓練内容は、中途失明者の生活上のニーズから作られている。

これらは、精神障害、知的障害、発達障害のある人のニーズを十分に捉えプログラム化する際に参考になるものである。

図表 8-2 視覚に障害のある人の生活訓練プログラムの項目例

1 歩行	①屋内歩行、②介護歩行、③白杖操作技能、④屋外歩行の導入、⑤住宅街の歩行、⑥商店街の歩行、⑦都市内の歩行
2 日常生活 技能訓練	(1) 身辺管理 ①食事、②トイレ、③衣服、④入浴、⑤衛生、⑥身だしなみ、⑦化粧、⑧金銭、⑨電話、⑩時計、⑪礼儀作法、⑫姿勢、⑬熱源操作 (2) 家事管理 ①清掃、②整理、③洗濯、④縫製、⑤調理、⑥買い物、⑦家計、⑧育児、⑨包装、⑩書類の整理と保管、⑪家庭用器具の使用法と手入れ、⑫器具の修理
3 弱視訓練	①近見視訓練、②中間視訓練、③遠方視訓練
4 コミュニケーション訓練	①点字、②ハンドライティング（手書き）、③ワープロ、④パソコン、⑤テープレコーダー、⑥ジェスチャー（身振り）、⑦話し方
5 レクリエーション スポーツ	①オーディオ機器、②ラジオ、③テレビ、④ドラマ、⑤テープライブラリー、⑥ゲーム、⑦野外活動、⑧音楽、⑨美術、⑩手工芸、⑪スポーツ、⑫趣味、⑬ダンス、⑭散歩
6 教養	①視覚障害、②社会福祉制度、③時事問題、④家庭生活、⑤社会生活、⑥職業生活

### (3) 生活技能訓練（SST）

生活技能訓練（Social Skills Training, SST）は主に精神障害者を対象に実施されてきたが、「自立生活技能訓練」と「社会生活技能訓練」から構成される。自立生活技能訓練は食事、入浴、衣服、身だしなみ等の日常生活行動に関する訓練であり、社会生活技能訓練は、社会的ないし対人関係的な場面で求められる技能の獲得・維持を促進するための訓練といえる。

これらの訓練は、実際の日常生活の場を活用して実施することが効果的である。生活技能訓練実施上の特徴は、以下のとおりである。

- ア 段階的に繰り返し訓練する。
- イ 安心して訓練に参加できるように配慮する。
- ウ 宿題を設定し、実際に応用できるようにする。
- エ 対象者の長所、よい面を強調する「エンパワメント」の理念を大事にする。
- オ ロールプレイ（実際に演じる）やモデリング（手本を実演する）などの方法を活用する。

生活技能訓練は行動療法に準拠し、行動上の問題を具体的に説明し、ロールプレイで練習し、適切な行動を演じられた場合にこれを十分にほめ（正のフィードバック）、不適切な場合は修正し（矯正的なフィードバック）、訓練の最後に実生活の場で実行する宿題を設定すること等が、基本訓練の流れとなっている。

なお、わが国では現在、SSTプログラムは精神障害者ばかりでなく、知的障害児や発達障害児を対象にも実施されている。

#### (4) その他のプログラム

その他、海外からわが国に紹介され、様々なプログラムが実施されている。知的障害や発達障害のある方を対象に「TEACCH」を活用している事業所もある。また、障害のある方の主体的な生き方を支援し、障害とともに充実した生き方を実現するためのプログラムとしては、主に精神障害のある方を対象とする素晴らしいプログラムとして「WRAP」などがある。これらのプログラムは海外から輸入されたものであるが、これらを活用していくことも効果的であろう。

##### ①TEACCH

TEACCHとはアメリカのノースカロライナ大学のショプラー博士によって創案され、「自閉症及び関連するコミュニケーション障害の子どものための治療と教育（Treatment and Education of Austistic and related Communication Handicapped Children）」の略称であり、自閉症や発達障害をもつ子ども・成人等に対する生涯にわたる総合的な援助システムである。

自分を取り巻く環境の意味を捉えるのが苦手な人のために、環境を当事者にとって意味あるものに組み立て分けて、物理的構造化（場所と活動を一対一に整理することによって、ここは何をすところかを明確にする）と視覚的構造化（目で分かる情報を提供する）を行う。

行動の順番として、①自分はどこにいればよいのか、②何をすればよいのか、③どれだけの時間、どれだけのことをすればよいのか、④今起きていることが、どの過程まで進んでいるのか、⑤それはいつ終わるのか、⑥次に何が起こるのか、などが分かるようにする。

着替えや入浴などセルフケアから、学習、作業、余暇活動などについて、教育的な援助をし、社会的な適応を高めることをめざし、本人の苦手な面を補うように環境を整える。具体的には以下のような取り組みをする。

ア コミュニケーション：カードや身振りで意思表示する方法を覚える。

イ 時間：スケジュールや時計の見方、所要時間を理解する。時間の感覚を身につける。

ウ 日常生活：着替え、トイレ、入浴など、セルフケアが一人でできるように練

習する。

エ 学習・作業：将来の仕事に結びつくような作業を覚えたり、言葉や計算を学習する。

オ 余暇：自由時間を上手に過ごす。余暇活動の楽しみを見つける。

カ 社会性：場面に応じた行動を可能にする。外出先での不適応をなくすようにする。

## ②WRAP

WRAPはWellness Recovery Action Planの略称であり、アメリカのコープランド氏を中心に精神症状を経験した当事者によって考案されたプログラムである。「リカバリー」の概念に基づいており、「リカバリーとは精神障害を含む生活上の困難さを抱えている人自身が納得する生き方を実現する主観的なプロセスである」とされている。

WRAPの構成要素は次のとおりである。

### ア リカバリーのキー概念

希望、責任を持つこと、学ぶこと、自分のために権利擁護すること、サポートの5つのキー概念があり、いい医療を受けることと、服薬管理も重要視されている。

### イ 元気に役立つ道具箱

元気であるために、気分が優れないときに元気になるために、これまでやってきたこと、又はできたかもしれないことをリストアップする。これらの内容を「道具（ツール）」として使って自分のWRAPをつくる。

### ウ 元気回復行動プラン

日常生活管理プラン、引き金に気づき対応するための行動プラン、調子が悪いときのサインに気づき対応するためのプラン、クライシスプラン、クライシスを脱したときのプランの6つのプランによって構成されている。

### エ リカバリートピック

リカバリーに役立つような事柄で、WRAPクラスで実施する内容は参加者の意見によって決められる。トピックとしては、自尊感情、肯定的な捉え方、ピアサポート、仕事、トラウマからの回復、自殺予防、生活空間、暮らし方、やる気を出すことなどである。

現在、精神障害のある当事者を中心に全国各地でWRAPクラスが開催されているが、精神障害のある方を対象としている自立訓練（生活訓練）事業所において、WRAPクラスが開催されるようになることを期待したい。

### ③ACT

ACTは Assertive Community Treatment の略称であり、重い精神障害のある方々を対象とし、集中型・包括型のケアマネジメントのプログラムとして、アメリカにおいて開発されたアウトリーチ（訪問）型の地域生活支援プログラムである。

ACTは疾患や障害をもっている、一人ひとりが希望する充実した生き方を地域社会でできるようになることを目標にしている。ACTの特徴は、①看護師、作業療法士、精神保健福祉士、精神科医などの多職種で構成されるチームアプローチである、②ケースマネジャーと利用者の対数比は1：10以下であること、③24時間対応で危機介入にも対応できる、④実際に生活している場でのサービス、⑤柔軟な支援をする、⑥利用期限は定めない、などである。

このように、ACTは地域で生活している重い精神障害のある方を支援するために、医療サービス、リハビリテーション、生活支援、就労支援などの包括的なサービスを提供できる構造となっている。

## 第6節 社会生活力プログラム

### (1) 社会生活力を高めるプログラムの開発

1986年(昭和61年)の国際リハビリテーション協会による社会リハビリテーションの定義のキー概念である「社会生活力」を高めるために、わが国で開発されたプログラムである。すでに3つのプログラムが開発されており、以下の通りである。

- ①身体障害者のある方を対象とするプログラム（SFAⅠ、1999年(平成11年)）
- ②知的・発達・高次脳機能障害のある方を対象とするプログラム（SFAⅡ、2006年(平成18年)）
- ③精神障害者のある方を対象とするプログラム（SFAⅢ、2009年(平成21年)）

これらのプログラムを開発するとき、わが国における障害者施設やリハビリテーションセンターでのプログラムについての調査、地域社会で充実した生活をしている障害当事者への調査や面接のほか、アメリカ、北欧諸国などでの実地調査を通して検討した。

### (2) 社会生活力プログラムの基本理念

社会生活力プログラムは以下のような8つの基本理念を大事にしている。

#### ①リハビリテーション

リハビリテーションは戦後、欧米から日本に紹介されたが、その理念、概念、定義は時代に応じて変化している。現在、世界的に最も受け入れられている定義

は、1982年(昭和57年)に国連が採択した「障害者に関する世界行動計画」においてまとめられた次の定義である。

「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に、最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことをめざし、かつ、時間を限定したプロセスである。」  
(国連、1982)

この定義にも表わされているように、リハビリテーションは専門職のみによって進めるのではなく、障害当事者自身が自分の人生、生き方を開拓し、変革していくための手段として活用するサービスであり、障害当事者が同意した上で実施する。専門職からの十分な情報提供と説明により、当事者本人の納得を前提とし、期間を限定して実施するものとされている。

社会生活カプログラムはリハビリテーションの視点に立ったプログラムであり、一人ひとりの障害のある方が、自分でできることを増やすとともに、適切なサポートを活用して自立し、QOLの高い生活を営めるようになることをめざしている。

### ②QOL（生活の質）

1980年代以前の医学的リハビリテーションは日常生活動作（ADL）の向上を重視していたが、障害の重度・重複化とも関連し、リハビリテーションは障害のある人のQOLを高めることを目的とするようになった。QOLが高いということは、日常生活や社会生活のあり方を自らの意志で決定し、生活の目標や生活様式を自分で選択できることが前提であり、本人自身が、身体的、精神的、社会的、文化的に満足できる豊かな生活を営めることを意味する。

### ③生活モデル・社会モデル

従来のリハビリテーションや障害者福祉は医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、教員、指導員などの専門家が評価し、どのようなプログラムを実施するかを決定してきた。サービスの対象者として位置づけられた障害者は、それに黙って従わなければならないような雰囲気があった。このような専門家主導のサービス提供方法を「医学モデル」という。「医学モデル」に対置する概念として「生活モデル」や「社会モデル」という用語が使われるようになった。「医学モデル」は、医者が患者個人の病気や悪い面に焦点を当てて治療をするように、サービス利用者個人の病理、弱さ、マイナス面に着目し、治療・援助をしたが、「生活モデル」や「社会モデル」の視点に立つ場合は、障害のある人の障害にだけに着目するのではなく、障害と社会との関係性において課題(問題)をとらえ、サービス利用者の生活状況や社会生活を全体の中で考え、解決策を探そうとする。対象者の主体性、選択性、自己決定を尊重した援助方法である

ため、「援助」という用語よりも、「支援」の用語のほうが現在は適切になっている。

#### ④エンパワメント

エンパワメントは、アメリカにおける公民権運動との関わりの中で、ソーシャルワークの分野で取り入れられた理念である。社会的に不利な状況に置かれた人々の自己実現をめざしており、その人がかかえているハンディキャップやマイナス面に着目して援助をするのではなく、その人のプラス面である長所・力・強さに着目して支援する。このような支援方法により、サービス利用者が自分の能力や長所に気づき、自分に自信がもてるようになり、自分のニーズを満たすために主体的に取り組めるようになることをめざしている。

エンパワメントは、リカバリーと共通する概念である。

#### ⑤パートナーシップ

エンパワメントの視点に立つと、援助者や支援者はサービス利用者と同等の立場に立つパートナーとなる。従来の訓練や指導は、指導員が訓練生に対して上から下に教えるとか、訓練・指導をするという方式をとりがちであった。しかし、援助者・支援者とサービス利用者は上下関係ではなく、対等・平等な関係であるという視点が重要である。専門家と障害のある者とのパートナーシップ、公的機関と民間機関とのパートナーシップ、障害のある市民と障害のない市民とのパートナーシップなど、さまざまな協力関係、さまざまな機関の連携が重要である。

#### ⑥ノーマライゼーション

ノーマライゼーションとは、「障害のある人もない人も、ともに地域や家庭において普通に生活できるような社会づくり」といえる。ノーマライゼーションの理念は、障害のある人のみならず、高齢者や児童なども含む福祉全般に共通する重要な理念であり、誰でもが個人として尊重され、偏見・差別を受けることなく、地域において普通に生活できることをめざしている。この理念を実現するためには、福祉サービスやさまざまなサービスの充実のほか、一般市民の理解を高めることも重要である。

ノーマライゼーションを実現するためには、生活条件や環境条件を改善することにより、どのような障害をもつ人も地域で生活できるような「機会均等化」が重要であるが、それと同時に、障害のある人についての一般市民の理解を高めるためにも、また、機会を十分に活用するためにも、障害のある当事者の「社会生活力」を身につけることが重要である。

### ⑦社会参加

社会参加は「完全参加と平等」「機会均等化」「ノーマライゼーション」などの目標や理念を実現するための具体的な実践である。障害のある人にとっての社会参加は、いろいろな人との交流をしたり、自分にとって価値ある情報を得る活動などをおして、自分の生活を築き上げ、生活を豊かにするために非常に重要である。

社会参加を実現するためには本人自身の努力も大事であるが、社会参加を可能とする生活条件や環境条件（手話通訳、要約筆記など）の整備も必要とされる。社会参加のなかには教育、経済、政治、就労から、スポーツ、芸術、文化活動に至るまで、地域における幅広い活動が含まれる。

### ⑧サポート

英語の support を日本語に翻訳すると「支援」となる。リハビリテーションは「自立」をめざすが、自立はすべてを自分でできるようになることを意味しているのではない。しかし、自分でできることを増やし、自立度を高めることは、QOLの高い生活をするためにも重要なことである。障害の重い人は、家庭生活、社会生活、職業生活を何らかの援助や支援を受けないで営むことは困難である。

日々の生活のなかで、自分ですべてのことができなくても、サポートを活用することにより、生活を豊かにすることができる。さまざまな公的な福祉サービスを権利として活用したり、家族、友達、職場の同僚、ボランティアなどのサポートを受けることにより、生活がしやすくなり、豊かな人間関係の中で、より楽しい生活を送れるようになる。手話通訳や要約筆記などを含むサポートを活用することは権利であることを認識できるようにし、必要なサポートを提供する体制を作っていくことが大事である。社会生活力プログラムでは、このようなサポートを適切に依頼できるようになることも学ぶ。

## (3) 社会生活力プログラムの実施方法

### ①プログラムの対象者

社会生活力プログラムはどのような障害のある方々にも応用して活用できる。実施するときの対象人数は、1対1や数人の少人数から、10名から15名程度のグループでも実施が可能である。最も効果が大きいのは6名から8名程度の人数であろうと想定している。このようなグループで実施することにより、お互いに意見の交換ができ、お互いの経験を分かち合えるというメリットがある。また、グループで学ぶことにより、社会性の向上も期待される。

## ②ファシリテーターの役割

本プログラムにおいてはプログラムを実施する側を「ファシリテーター」といい、プログラムに参加する人を「参加者」という。実施する側を援助者や支援者という、参加者が所属する施設の職員と紛らわしいので、本プログラムではファシリテーターという。本プログラムは参加者や事務所の主体性・自立性・選択性を尊重し、また、それらを引き出すことを大切にしているので、「訓練」とか「指導」という用語をできるだけ使用しないこととしている。

ファシリテーターは、具体的には、各種の障害関係施設の職員のほか、地域においては、地域生活支援事業等において相談支援を担当している職員や当事者相談員などを想定している。障害関係団体や障害当事者団体などにおいても、本マニュアルを活用することにより、社会生活力を高める支援を実施することができる。また、特別支援教育・ろう教育に関わる教員が本プログラムを活用することも期待される。

本プログラムを実施するファシリテーターは、プログラムを進めていく際には、以下のような配慮をすることが望まれる。

- ア すべての参加者を温かく迎え、励まし、参加者の参加意欲が高まるようにする。
- イ 参加者の発言を肯定的に受け入れ、素晴らしい発言であったことをほめる。
- ウ 参加者の発言を本人の気持ちに添って整理し、参加者が上手に表現できなかった場合には、他の参加者が理解しやすいように言い直したり、代弁する。
- エ 理解が難しい参加者には、他の参加者が発言した内容を、分かりやすい言葉に言い直したり、分かりやすく整理する。
- オ 参加者間に対等な関係を築けるように配慮し、支援する。
- カ 発言が特定の参加者にならないように、すべての参加者が発言する機会を持てるように配慮する。
- キ 参加者が自分達でグループを運営できるように支援する。

## ③参加者に期待される役割と参加姿勢

参加者は本プログラムに自主的に参加することが望ましいが、参加することを躊躇している場合には、楽しそうなプログラム展開をオブザーバーとして見ることにより、プログラムへの参加を促進できるであろう。参加者が本プログラムに参加し、中断しないで継続して参加できるように、以下のような配慮をする。

- ア 本プログラムは参加者全員の積極的な参加により充実するものであるので、主体的な参加が望まれる。
- イ グループ討議において積極的な発言が望ましいが、どうしても発言したくないときには、発言を強制されることはない。

- ウ 参加者の発言について、お互いに馬鹿にしたり、批判してはいけない。
- エ お互いの発言を尊重し合い、お互いにほめ、励まし合うことが大事である。
- オ うまく発言ができないときには、ファシリテーターが発言内容を代弁することができるので、ファシリテーターに支援してもらう。
- カ プログラムの場で聞いた話は、一人ひとりのプライバシーを大事にし、外では話さない。

#### ④実施する場所

このプログラムを実施する場所としては、大まかに分けると「施設」と「地域」等があげられる。施設については、障害者自立支援法による「日中活動の場」、地域においては「自立訓練（生活訓練）事業」や「地域生活支援事業」を実施している事業所などが想定される。

実際に本プログラムを実施するときには、特別の部屋を必要としない。参加者が入って座れるスペースがあれば実施可能であり、そこに机・いすやホワイトボードなど、最低限必要な機材が置ければ十分である。具体的には、各種施設における訓練室、集会室、食堂など、障害当事者団体の会議室、公民館や福祉センター等における集会室なども活用できる。各種特別支援学校など、障害児のための学校等において、高等部卒業後の社会生活準備プログラムとしての活用も効果的であり、これらの学校の場において実施されることも期待される。

#### ⑤具体的な実施方法

社会生活力プログラムにおける25のモジュールは、各モジュールに学習目標1、学習目標2、学習目標3が設定されている。

学習目標1：そのモジュールのテーマについて、参加者はどのように理解しているか、そのテーマに関連してどのような生活をしているかを自分で振り返ることを目的にしている。

学習目標2：学習目標1の学習をふまえて、そのモジュールについて十分に学習し、体験をしてみて、そのテーマについての理解を深め、かつ、その課題を実践できるような方法を学ぶ。

学習目標3：学習目標1と2の学習をふまえて、また、その学習課題を総括するために、一人ひとりが実際の生活において、自分で期間を設定した実践計画を立てて取り組む。個々のニーズに応じて、できることを増やすための実践・応用編である。

本プログラムにおいては、参加者の主体性、自立性等を引き出すためにグループ討議、グループ学習、実際に行動にふみだすことができるようになるための演習や体験学習、ロールプレイ、モデリングなどの方法を取り入れている。

また、参加者がどのモジュールを実施したいか、どのモジュールを選択するか  
の判断に使用したり、学習の開始前と学習終了後に、自分の理解度を把握するた  
めに、モジュールごとにアセスメントシートが用意されている。

具体的な実施方法は次のとおりである。

### ア グループ討議

本プログラム・マニュアルの中心的な実施方法は「グループ討議」である。  
ファシリテーターはマニュアルにそって参加者に設問を提示したり情報を提供  
し、参加者が自分で考え、自分の意見を他の参加者の前で発表できることを大  
事にしている。すべての参加者が何らかの発言ができることを大切に、グル  
ープ討議での話し合いが活発化することを目的に、項目ごとに、話し合いのヒ  
ントがあげられている。しかし、この話し合いのヒントは、最初から参加者に  
示すものではない。話し合いのヒントはあくまでも、ファシリテーターがグル  
ープ討議を促進していくための、ファシリテーターが参考にするためのヒント  
である。

### イ グループ学習

グループ学習は、参加者全体で何かを調べたり、参加者一人ひとりが課題を  
調べて、みんなで話し合い、確認する。グループ討議は、参加者が集まった場  
所において話し合いをするが、グループ学習については、みんなが通常集まる  
場所ばかりでなく、自宅に帰ってからの宿題とするとか、図書館に向いて調  
べるとか、市町村役場に行つて実際に聞いてくるとかが想定される。このよ  
うな学習方法に徐々になれることにより、今後、地域において実際に生活してい  
く中で発生した課題や困難なことに対応する力を身につけていくことにもなる。

### ウ 演習

各モジュールにおいて、ワークシートなどが用意されている。これらの様式  
を使用して、自分の考え方、自分が知っていること、調べたことなどを記入す  
る。それぞれが記入した後に、差し支えない範囲で、みんなの前で発表したり  
、ワークシートに記入した内容に基づいて、グループ討議を行う。自分でワ  
ークシートに記入することが困難な場合には、ファシリテーターが代筆したり、  
他の参加者の援助を受ける等、参加者の中での協力態勢や工夫が求められ、こ  
れらのプロセスが参加者の学習にとって重要な成果をもたらす。

### エ 体験学習

地域において生活する際には、買い物、市町村役場での各種の手続き、医療  
機関の利用、交通機関の利用、郵便局、銀行の利用など、さまざまな場を実際  
に利用できることが求められる。

25 のモジュールにおいて、それぞれに関わりのある実際の場についてグルー

プで討議したり、学習した後に、電車、バスを利用して外出したり、市町村役場で手続きをしたり、郵便局や銀行でキャッシュカードを作成し、実際にATM（自動支払機）を使って金銭の出し入れの練習等をする。また、交番や消防署などを見学したり、そこでの業務について説明を受けることも企画できる。

### オ ロールプレイ

ロールプレイはさまざまな役割を自発的に演じてみることであり、役割演技ともいわれる。

最近では、ある場面を設定する一種のシミュレーション（想定場面）として、さまざまな訓練の場で活用されている。具体的には、参加者が体験したことのない場面を設定し、実際に体験する前に練習をすとか、自分と異なる立場の者の気持ちを理解するために行うとか、さまざまな実施方法が想定される。外出先で道に迷ってしまい、通りががったひとに道を聞く練習をするなどのほか、さまざまな場面を工夫することが期待されている。

### カ モデリング

モデリングとは、モデルを観察することによって、観察学習効果、抑制効果、反応促進効果などを期待する学習理論の一つの方法である。他者の行動や生活の仕方を観察することにより、それと同様な行動を行えるようになったり、そのような生活をできるようになることを期待している。同じような障害をもつ先輩や友だちの話を聞いたり、生活をしている状況を見ることにより、自分でも実際にやってみたいとか、やれそうな自信をもって具体的に実践できるようになることをめざしている。

### キ アセスメント

アセスメントは、日本語に訳すと「評価」となる。従来からの「評価」という用語は、専門家が対象者を診断して評価するというような意味合いにとられがちであり、このような意味にとらえると、「医学モデル」に立つ援助になりがちなので、本プログラムでは、「アセスメント」という用語を用い、本人自身が自分のニーズ、能力、知識の状態をどのように捉えるかを大事にしている。

25のモジュールのうち、どのモジュールを実施したいかを参加者本人が決定するための目安として、社会生活力プログラムを開始する前に、各モジュールのアセスメント表を使って、各モジュールの学習目標ごとにその理解度を自分でアセスメントする。

## (4) 社会生活力プログラムの構成

知的障害・発達障害・高次脳機能障害のある方を主対象とする社会生活力プログラム『自立を支援する社会生活力プログラム』の構成と、精神障害のある方を主対象とする

## 第8章 自立訓練（生活訓練）事業のあり方

社会生活力プログラム『地域生活を支援する社会生活力プログラム』は、それぞれ5部門から構成されている。各部門に5つずつのモジュールを配置し、合計25のモジュールがある。各モジュールは参加者の希望とニーズにより、主体的に選択して実施することとされている。

これら2つのプログラムの5部門、25モジュール、3つの学習目標は巻末の資料3、4の通りである。それぞれの学習目標には、3つから6つの学習課題が設定されている。詳細については、『社会生活力プログラム・マニュアル』を参照されたい。

社会生活力プログラムはわが国において開発されたプログラムであり、生活全般を対象とし、グループで楽しく実施していくことを大事にしている。また、このプログラムは一つのモデルとして提示しているものであり、この通りに実施しなくてもよいものである。このプログラムを参考にして、対象者のニーズに合わせて実施していただくことを想定している。

今後、社会リハビリテーションの各種プログラムの実施方法等についての研修が全国各地で実施され、自立訓練事業に従事する職員の生活が保障されるような報酬体系になり、様々な障害のある方の地域での生活が豊かになることを期待したい。

### 参考文献

- 1 特集「リカバリー志向の実践とプログラム」精神障害とリハビリテーション第14巻第1号、2010、p4-50.
- 2 奥野英子『社会リハビリテーションの理論と実際』誠信書房、2007
- 3 奥野・関口・佐々木・大場・興梠・星野『自立を支援する社会生活力プログラム・マニュアル—知的障害・発達障害・高次脳機能障害等のある人のために』中央法規、2006
- 4 奥野英子編著『実践から学ぶ「社会生活力」支援—自立と社会参加のために』中央法規、2007
- 5 奥野英子・野中猛編著『地域生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアル—精神障害のある人のために』中央法規、2009

# 検討委員会委員

---

## <検討委員>

◎ 奥野 英子	筑波大学	シニア・アドバイザー 社会福祉士
野中 猛	日本福祉大学 社会福祉学部	教授 精神科医
北森 めぐみ	順天堂大学医学部附属 順天堂越谷病院	精神保健福祉士 社会福祉士
小泉 浩一	社会福祉法人黎明会 救護施設あかつき 地域生活支援課	課長 社会福祉士 精神保健福祉士
重田 史絵	地域精神保健福祉機構 保健福祉研究所	研究員 社会福祉士
高田 美穂子	(株)マルチメディアスクール・ウェーブ キャリアカウンセリング企画室	室長 臨床発達心理士
武田 廣一	(社福)さんかく広場	理事長
堀内 久美子	(NPO)障がい者ワーククラブみたか 三鷹市障がい者就労支援センターかけはし	施設長 作業療法士
増田 公香	聖学院大学 人間福祉学部	教授
森山 拓也	(医社)宙麦会 ひだクリニックトラパルク	精神保健福祉士
八峠 路子	(医社)一陽会 陽和病院	作業療法士
柳田 正明	山梨県立大学 人間福祉学部	准教授
東海林 崇	(株)浜銀総合研究所	副主任コンサルタント

## <事務局>

村上 博行	(財)日本障害者リハビリテーション協会
野村 美佐子	(財)日本障害者リハビリテーション協会
太田 順子	(財)日本障害者リハビリテーション協会

◎ : 委員長

## 資料編

---

## 資料1 事前質問紙調査

### I 貴事業所についてお伺いします。

#### 1 利用者の現状についてお伺いします。

- ①平成22年11月における貴事業所の定員と1日あたり平均利用者数は何人でしたか？  
多機能型の場合は合算した数値をご記入ください。

利用定員		人	利用者数/日		人
------	--	---	--------	--	---

- ②平成22年11月における貴事業所を利用されている方の障害別人数をお伺いします。  
各障害について主たる障害別の人数をお答えください。

身体障害者		人
知的障害者		人
精神障害者		人
発達障害者		人
上記以外の障害者		人

- 2 貴事業所が属する法人外の、以下の機関と一緒にケースカンファレンスを実施したことはありますか？ 該当する機関すべてに○をつけてください。ない場合は「22. ない」に○をつけてください。

1. 市町村	2. 相談支援事業所	3. 精神保健福祉センター
4. 発達障害者支援センター		5. 特別支援学校
6. 保健所	7. 障害者職業センター	8. 就業・生活支援センター
9. 民生児童委員	10. 町内会・自治会	11. 民間企業
12. 社会福祉協議会	13. 地域包括支援センター	14. 職業訓練校
15. 精神障害者社会復帰施設(旧法施設)	16. 特別支援学校	
17. 精神障害者福祉サービス提供事業所	18. 知的障害者福祉サービス提供事業所	
19. リハビリテーション関連施設	20. 精神科クリニック・精神科病院	
21. その他（具体的に		）
22. ない		

3 利用者の利用終了後のアフターケアはどのようにしていますか？

あてはまるものに○をつけてください。

1. 定期的に利用者宅（GH等含む）を訪問して、近況を聞いている。
2. つないだ事業所や相談機関、行政から定期的に情報を得ている。
3. 特にアフターケアはしていない。
4. その他（具体的に以下に記載してください）

--

Ⅱ 今回調査対象となる5名の利用者のプロフィールについてお伺いします。仮にA～E氏と表記しています。内容は利用が決定した時点のものをお答えください。

[A氏について(1人目)]

1 性別

2 年齢  歳

3 利用開始時期

4 利用終了時期

5 主たる障害

6 障害の状況 (具体的に箇条書きで記載してください)

7 家族状況について、①家族同居の有無 ②利用終了後受入先としての可否 ③障害の有無をお答えください。

①

②

③

8 経済状況について、①生活保護受給有無 ②年金受給状況 ③その他収入をお答えください。

①
②
③

9 貴事業所を利用するに至った経緯をお答えください。

--

10 個別支援の実施状況についてお答えください。

①個別支援計画をたてていましたか？

1 たてている	2 たてていないが、計画的に実践している。
3 たてていない	
4 その他( )	

②この方のためのケースカンファレンスは何回開催されましたか？

ア. 外部支援機関を交えての会議	(	回)
イ. 内部での利用者(その家族)との会議	(	回)
ウ. スタッフ同士の会議	(	回)

④当初の計画と比べて、長かったですか、短かったですか？

1. 長くなった	2. 計画どおりだった	3. 短くなった
----------	-------------	----------

⑤利用終了後はどちらで生活されていますか？

--

⑥どんなサービス（自立支援法における介護給付、訓練等給付など）を利用していますか？

箇条書きでお書き下さい。

⑦この方の支援について、特徴的な事柄を箇条書きでご記入ください。

※同様の質問を5ケース全てに行った。

## 資料2 生活訓練のプログラムに関するアンケート

### 生活訓練のプログラムに関するアンケート についてのお願い

「知的障害者・精神障害者・発達障害者の地域生活を目指した日常生活のスキルアップのための支援の標準化に関する調査と事例集作成」調査研究事業について、これまでに、貴事業所に関する資料、調査対象ケースに関する資料等をいただき、インタビュー調査にもご協力をいただき、心から御礼申し上げます。

厚労省からご推薦いただきました先駆的な事業所様は、非常に熱心に取り組んでこられ、成果も上げていらっしゃる、検討委員会委員は多くのことを学ばせていただきました。また、事業所様によって、自立訓練（生活訓練）事業への取り組み方が異なることも明らかになりました。

このような中で、本調査研究事業の最後の段階で、それぞれの事業所様における「生活訓練」についての捉え方、自立訓練（生活訓練）事業実施上で直面していらっしゃる困難なこと、また、本事業を今後全国的に推進していくためには、どのような改善が必要か等について、率直なご意見をいただきたく、アンケート用紙を作成しました。

お忙しい中を誠に申し訳ありませんが、以下のアンケート項目について、可能な範囲でご記入をいただきご返送をいただけますよう、お願い申し上げます。

※貴事業所名をご記入の上、このページも一緒にご返送ください。

事業所名：

---

質問1 障害者自立支援法における自立訓練（生活訓練）事業についてお伺いします。

自立訓練（生活訓練）事業には、①宿泊型自立訓練、②通所型自立訓練、③訪問による生活訓練の3種類があります。貴事業所が取り組んでいる種類の自立訓練に○を付け、その種類を選択された理由、また、実施する上で困っていること、今後、制度として改善してほしいこと等をご記入下さい。

種 類	選択した理由	実施上で困っていること、改善してほしいこと
①宿泊型自立訓練		
②通所型自立訓練		
③訪問による生活訓練		

質問2 生活訓練を実施するために参考にしているプログラム、貴事務所で作成されたプログラム等についてお伺いします。

- 1 貴事業所が参考にされているプログラム名をご記入下さい。（例えば、SST、TEACCH、社会生活力プログラムなど）

- 2 貴事業所では、生活訓練としてどのような内容に取り組んでいるかについて、「社会生活力プログラム」におけるモジュールを参考に、取り組んでいる項目に○をつけ、独自の文章化・様式化したプログラムの有無、「社会生活力プログラム」を活用しているか、プログラム等はなく個別支援として実施しているか等についてご回答下さい。

【精神障害関係】

項目番号	項目名 (モジュール) ※	実施している	独自の文章化・様式化したプログラムあり	社会生活力プログラムを活用	プログラムやマニュアルはなく個別支援として実施
1	精神科医療				
2	健康管理				
3	食生活				
4	セルフケア				
5	生活リズム				
6	安全・危機管理				
7	金銭管理				
8	すまい				
9	掃除・整理				
10	買い物				
11	服装				
12	自分と病気・障害の理解				
13	コミュニケーション				
14	家族関係				
15	友人関係				
16	支援者との関係				
17	教育と学習				
18	就労生活				
19	恋愛・結婚・育児				
20	外出・余暇活動				
21	地域生活・社会参加				
22	障害福祉制度				
23	日中活動サービス				
24	地域生活サービス				
25	権利擁護				

※（「地域生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアル：精神障害のある人のために」中央法規、2009より）

【知的・発達障害関係】

項目 番号	項目名 (モジュール) ※	実施 して いる	独自の文章化・様式化 したプログラムあり	社会生活カプロ グラムを活用	プログラムや マニュアルはなく 個別支援として実施
1	健康管理				
2	食生活				
3	セルフケア				
4	時間管理				
5	安全・危機管理				
6	金銭管理				
7	すまい				
8	そうじ・整理				
9	買い物				
10	衣類管理				
11	自分と障害の理解				
12	コミュニケーションと 人間関係				
13	男女交際と性				
14	結婚				
15	育児				
16	情報				
17	外出				
18	働く				
19	余暇				
20	社会参加				
21	障害者福祉制度				
22	施設サービス				
23	地域サービス				
24	権利擁護				
25	サポート				

※（「自立を支援する社会生活カプログラム・マニュアル：知的障害・発達障害・高次脳機能障害のある人のために」中央法規、2007より）

資料2 生活訓練のプログラムに関するアンケート

質問3 自立訓練（生活訓練）事業を実施するに当たり、また、本事業の推進を図るためには、今後、どのようなことが必要と思われますか。

1 自立訓練（生活訓練）事業についての理解を深め、実施方法、内容等に関する研修会

--

2 担当する職員の確保

--

3 自立訓練（生活訓練）の報酬単価の改善

--

4 その他（自由にご記入下さい。）

--

※ お忙しい業務のなか、ご協力に心から感謝申し上げます。

## 資料3 自立を支援する社会生活力プログラム (SFA II)

### 第1部 生活の基礎をつくる

#### モジュール1 健康管理

- 学習目標 1 健康な生活とは何かを知る
- 学習目標 2 健康な生活をするための方法を学ぶ
- 学習目標 3 健康でいきいきした生活をおくる

#### モジュール2 食生活

- 学習目標 1 食事の大切さを知る
- 学習目標 2 食事を用意する方法を学ぶ
- 学習目標 3 食事を楽しんで豊かな生活をする

#### モジュール3 セルフケア

- 学習目標 1 セルフケアの大切さを知る
- 学習目標 2 セルフケアの方法を学ぶ
- 学習目標 3 セルフケアによって気持ちのよい生活をおくる

#### モジュール4 時間管理

- 学習目標 1 自分の生活時間を考えて行動する
- 学習目標 2 まわりの人の生活時間を尊重することを学ぶ
- 学習目標 3 時間を計画的に使って充実した生活をおくる

#### モジュール5 安全・危機管理

- 学習目標 1 危険なことを知る
- 学習目標 2 危険なことが起きたときの対処方法を学ぶ
- 学習目標 3 近所の人たちとともに安心した生活をする

### 第2部 自分の生活をつくる

#### モジュール6 金銭管理

- 学習目標 1 お金の価値を知る
- 学習目標 2 お金を計画的・安全に使う方法を学ぶ
- 学習目標 3 お金を計画的に使って充実した生活をおくる

モジュール7 住まい

学習目標 1 どのような家に住みたいかがわかる

学習目標 2 住みたい家に住む方法がわかる

学習目標 3 住みたい家で快適に暮らす

モジュール8 そうじ・整理

学習目標 1 そうじ・整理の大切さを知る

学習目標 2 そうじ・整理の方法を学ぶ

学習目標 3 清潔で快適な生活をおくる

モジュール9 買い物

学習目標 1 生活に必要な物を知る

学習目標 2 買い物の仕方を学ぶ

学習目標 3 買い物を楽しんで豊かな生活をおくる

モジュール10 衣類管理

学習目標 1 服装の大切さを知る

学習目標 2 衣服の手入れの仕方を学ぶ

学習目標 3 衣類管理をして気持ちのよい生活をする

### **第3部 自分らしく生きる**

モジュール11 自分と障害の理解

学習目標 1 自分を知る

学習目標 2 障害について学ぶ

学習目標 3 障害とともに自信をもって生きる

モジュール12 コミュニケーションと人間関係

学習目標 1 コミュニケーションと人間関係の大切さを知る

学習目標 2 よりよいコミュニケーションの方法と人間関係を学ぶ

学習目標 3 積極的なコミュニケーションと人間関係により豊かに生きる

モジュール13 男女交際と性

学習目標 1 男女の違いを知る

学習目標 2 男女交際と性について学ぶ

学習目標 3 男性・女性として自分らしく生きる

モジュール14 結 婚

- 学習目標 1 結婚とはどんなことかを知る
- 学習目標 2 結婚生活について学ぶ
- 学習目標 3 助け合って幸せな結婚生活をおくる

モジュール15 育 児

- 学習目標 1 育児とはどのようなことかを知る
- 学習目標 2 育児の方法を学ぶ
- 学習目標 3 助け合って子どもを育てる

**第4部 社会参加する**

モジュール16 情 報

- 学習目標 1 情報とは何かを知る
- 学習目標 2 情報を得る方法を学ぶ
- 学習目標 3 情報を活用して豊かな生活をおくる

モジュール17 外 出

- 学習目標 1 外出の大切さを知る
- 学習目標 2 外出の方法を学ぶ
- 学習目標 3 外出を楽しんで豊かな生活をおくる

モジュール18 働 く

- 学習目標 1 働くことの意味を知る
- 学習目標 2 自分に適した仕事をさがす方法を学ぶ
- 学習目標 3 働くことにより豊かな生活をおくる

モジュール19 余 暇

- 学習目標 1 余暇について知る
- 学習目標 2 余暇を楽しむ方法を学ぶ
- 学習目標 3 余暇を楽しんで豊かに生きる

モジュール20 社会参加

- 学習目標 1 社会参加について知る
- 学習目標 2 社会参加の方法を学ぶ
- 学習目標 3 積極的に社会参加する

## **第5部 自分の権利をいかす**

### モジュール21 障害者福祉制度

- 学習目標 1 福祉とは何かを知る
- 学習目標 2 障害者福祉の制度について学ぶ
- 学習目標 3 障害者福祉の制度を活用して充実した生活をおくる

### モジュール22 施設サービス

- 学習目標 1 施設サービスとは何かを知る
- 学習目標 2 施設サービスを利用する方法を学ぶ
- 学習目標 3 施設サービスを利用して充実した生活をおくる

### モジュール23 地域サービス

- 学習目標 1 地域サービスとは何かを知る
- 学習目標 2 地域サービスを利用する方法を学ぶ
- 学習目標 3 地域サービスを活用して充実した生活をおくる

### モジュール24 権利擁護

- 学習目標 1 権利とは何かを知る
- 学習目標 2 権利をいかす方法を学ぶ
- 学習目標 3 権利を主張し力強く生きる

### モジュール25 サポート

- 学習目標 1 サポートとは何かを知る
- 学習目標 2 サポートを依頼する方法を学ぶ
- 学習目標 3 サポートを活用して充実した生活をおくる

出典：奥野英子・佐々木葉子他著『自立生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアル—知的障害・発達障害・高次脳機能障害等のある人のために』中央法規出版、2007

## 資料4 地域生活を支援する社会生活力プログラム(SFAⅢ)

### 第1部 生活の基礎をつくる

#### モジュール1 精神科医療

- 学習目標 1 精神科医療の大切さを知る
- 学習目標 2 精神疾患と上手につき合う方法を学ぶ
- 学習目標 3 精神科医療を活用して安定した生活をおくる

#### モジュール2 健康管理

- 学習目標 1 健康な生活の大切さを知る
- 学習目標 2 健康な生活をするために必要なことを学ぶ
- 学習目標 3 健康で安定した生活をおくる

#### モジュール3 食生活

- 学習目標 1 食生活の大切さを知る
- 学習目標 2 食事を用意する方法を学ぶ
- 学習目標 3 健康によい食生活を楽しむ

#### モジュール4 セルフケア

- 学習目標 1 セルフケアの大切さを知る
- 学習目標 2 セルフケアの具体的な方法や注意点を学ぶ
- 学習目標 3 セルフケアによって、健康で快適な生活をおくる

#### モジュール5 生活リズム

- 学習目標 1 生活リズムの大切さを知る
- 学習目標 2 生活リズムを整える方法を学ぶ
- 学習目標 3 生活リズムを整え、安定した生活をおくる

#### モジュール6 安全・危機管理

- 学習目標 1 安全・危機管理の大切さを知る
- 学習目標 2 危険なことの予防と対処方法を学ぶ
- 学習目標 3 安全・危機管理により、安心・安全な生活をおくる

## **第2部 自分の生活をつくる**

### モジュール7 金銭管理

- 学習目標 1 金銭管理の重要性を知る
- 学習目標 2 お金の計画的な使い方や管理方法を学ぶ
- 学習目標 3 お金を計画的に使い、充実した生活をおくる

### モジュール8 すまい

- 学習目標 1 どのようなすまいが良いか知る
- 学習目標 2 自分に適したすまいに住む方法を学ぶ
- 学習目標 3 自分に適したすまいで快適に暮らす

### モジュール9 掃除・整理

- 学習目標 1 掃除や整理の大切さを知る
- 学習目標 2 掃除・整理の方法を学ぶ
- 学習目標 3 清潔で快適な生活をおくる

### モジュール10 買い物

- 学習目標 1 買い物の大切さを知る
- 学習目標 2 買い物の仕方を学ぶ
- 学習目標 3 買い物を楽しんで自立した生活をおくる

### モジュール11 服装

- 学習目標 1 服装の大切さを知る
- 学習目標 2 衣服管理や適切な服装を学ぶ
- 学習目標 3 適切な服装により、快適な生活をする

## **第3部 自分の理解とコミュニケーション**

### モジュール12 自分と病気・障害の理解

- 学習目標 1 自分を理解することの大切さを知る
- 学習目標 2 病気・障害とのつきあい方と自分の個性を学ぶ
- 学習目標 3 自分や病気・障害を理解し、充実した生活をおくる

モジュール13 コミュニケーション

- 学習目標 1 コミュニケーションの大切さを知る
- 学習目標 2 より良いコミュニケーションの方法を学ぶ
- 学習目標 3 上手なコミュニケーションにより、豊かな生活をおくる

モジュール14 家族関係

- 学習目標 1 家族関係の大切さを知る
- 学習目標 2 よりよい家族関係を築く方法を学ぶ
- 学習目標 3 家族とともに幸せな生活をおくる

モジュール15 友人関係

- 学習目標 1 友人関係の大切さを知る
- 学習目標 2 友人関係を築く方法を学ぶ
- 学習目標 3 よい友人関係を築き、充実した生活をおくる

モジュール16 支援者との関係

- 学習目標 1 支援者との関係の大切さを知る
- 学習目標 2 支援者にはどのような人がいるか学ぶ
- 学習目標 3 支援者の協力を得て、充実した生活をおくる

## **第4部 地域生活**

モジュール17 教育と学習

- 学習目標 1 教育と学習の意義を知る
- 学習目標 2 教育と学習を実現する方法を学ぶ
- 学習目標 3 教育や学習によって、豊かな生活をおくる

モジュール18 就労生活

- 学習目標 1 働くことの意味を考える
- 学習目標 2 自分に適した仕事の探し方・続け方を学ぶ
- 学習目標 3 就労により豊かな生活をおくる

モジュール19 恋愛・結婚・子育て

- 学習目標 1 恋愛・結婚・子育ての意味を知る
- 学習目標 2 恋愛・結婚・子育てについて学ぶ
- 学習目標 3 男女交際や結婚生活により、幸せな生活をおくる

モジュール20 外出・余暇活動

- 学習目標 1 外出・余暇活動について知る
- 学習目標 2 外出・余暇を楽しむ方法を学ぶ
- 学習目標 3 外出・余暇活動により、楽しい生活をする

モジュール21 地域生活・社会参加

- 学習目標 1 地域生活・社会参加の重要性を知る
- 学習目標 2 地域生活・社会参加の方法を学ぶ
- 学習目標 3 積極的に地域生活・社会参加をする

## **第5部 自分の権利をいかす**

モジュール22 障害福祉制度

- 学習目標 1 障害福祉の大切さを知る
- 学習目標 2 障害福祉制度を学ぶ
- 学習目標 3 障害福祉制度を正しく理解する

モジュール23 日中活動サービス

- 学習目標 1 日中活動サービスの大切さを知る
- 学習目標 2 日中活動サービスを利用する方法を学ぶ
- 学習目標 3 日中活動サービスを利用して充実した生活をおくる

モジュール24 地域生活サービス

- 学習目標 1 地域生活サービスの大切さを知る
- 学習目標 2 地域生活サービスを利用する方法を学ぶ
- 学習目標 3 地域生活サービスを利用し、充実した生活をおくる

モジュール25 権利擁護

- 学習目標 1 権利の大切さを知る
- 学習目標 2 権利をいかす方法を学ぶ
- 学習目標 3 権利をいかし力強く生きる

出典：奥野英子・野中猛編著『地域生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアルー  
精神障害のある人のために』中央法規出版、2009

---

厚生労働省平成 22 年度障害者総合福祉推進事業

知的障害者・精神障害者等の地域生活を目指した日常生活のスキルアップのための  
標準化に関する調査と支援モデル事例集作成事業

平成 23 年 3 月 発行

発行所：財団法人日本障害者リハビリテーション協会

〒162-0052

東京都新宿区戸山 1-22-1

TEL 03-5273-0601 FAX 03-5273-1523

---