

市民を対象として人がゆとりの中で元気になり、互いに尊重しながら生きていける場所や地域を広め、豊かな生活の実現に寄与すること」を目的として設立した。事業内容としては、①地域活動支援センターマーキー・・・地域活動支援センターⅡ型、②計画相談ばりす・・・特定指定相談支援事業、③社会生活サポートセンターこみっと・・・自立訓練(生活訓練)と就労移行支援の多機能型を運営している。

「社会生活サポートセンターこみっと」は2012年4月に自立訓練(生活訓練)事業でスタートし、就労に伴う生活支援・IPS型の就労支援を提供してきた。2015年5月に就労移行支援事業を追加し、多機能型となっている。

登録者数は生活訓練13名(うち就労中7名)で、就労移行24名(他就労後のアフターフォロー中10名)で、利用している年齢層は20代～50代が多く、男女比は6:4である。職員は常勤スタッフが4名、非常勤3名の計7名となっている。

(2)事例ー1

1)Cさんの概要

Cさんは50歳代の男性で、不安障害と診断されている。25年ほど前に職場の人間関係上のストレスから発病し、その後、いくつかのクリニックや病院を転々としてきた。4年前に現在のクリニックの院長に診てもらうようになり、現在も治療を継続中である。

2)サービス利用にいたった経過

Cさんは、就労に関しても4年前から障害を開示した形で就労していたが今年の夏に退職してしまった。前職を退職した理由としては、職場での不安が出てきたときに、相談できるところがどこにもなく、不安感の増大に伴うように消費者金融から借金をされキャバクラ、ホテルのスイートルームへの宿泊、大量服薬により酩酊状態で万引き等あり、生活や精神状態が乱れ、業務に支障が生じたとのことであった。

3)アセスメント及び支援計画

昨年の秋からこみっとの利用を開始した。こみっと登録時の本人の希望としては、障害者職業センターやハローワークを利用しながら就職活動をし、それに伴う生活面でのサポートをこみっとに依頼したいということであった。金銭管理は権利擁護センターに依頼し、日常生活自立支援事業を活用した。

Cさんと状況を整理する中で「不安なことが3つ重なりと赤信号」ということが分かった。不安が2つになった時点で、3つ重なる前に対処することを目的にこみっとでのサポートを開始した。

4)支援の経過

具体的なサポート内容は、都度起こる暮らしの中のアクシデントや、それによって喚起される不安への対処が中心であった。スタッフはそれに伴い、Cさんの生活の把握、どのようなスキル、どのようなサービスやサポートがあれば大きな不安につながらないのかという点に関して、実際の状況を通してアセスメントを繰り返し検討した。

8ヵ月後に就職が決まり、ジョブコーチ支援も利用しながら順調にお仕事をしていたが、今度は住んでいるアパートの取り壊しが決まり、焦りと不安が強まったという相談が入った、転居に伴うスケジュール調整がうまくできないことが予測された。そこで、転居先探し、不動産屋への同行、引越し業者とのやり取りを含め、Cさんの転居に係るサポートは多岐にわたった。情報を一緒に整理し、スケジュールを決定し、確認しながら進め、無事に引越しは終了し、就労も継続できている。

5)まとめ

その後も、身体疾患での通院・入院のサポートや、パートナーとの入籍に伴う届出等、サポートが必要な状況があったが、ご本人の状況に応じて、訪問による支援を継続中である。その頻度は以前と比較したら、少なくなっている。

(3)事例－2

1)C さんの概要

C さんは年齢 30 歳代の女性で、医師からは気分変調症という診断を受けている。大学時代に友人関係のもつれから登校が困難になり、次第に昼夜逆転し引きこもりがちになる。心配した実家の両親が上京し受診を促し気分変調症と診断された。

2)サービス利用にいたった経過

大学中退後、実家で療養したがやはりもう一度自立を目指したいと上京し、親から多少の金銭的援助を受けながら、アルバイトを転々として生活してきた。貯金が底をつきそうになった頃に「安定して働ける仕事に就きたい」とこみっと登録した。

3)アセスメント及び支援計画

「手に職をつけたい」「動物が好き」と話しており、C さんはゆくゆくトリマーになることを強く希望していた。実家の周辺にトリマーとして就職できそうな店がないことも上京してきた理由のひとつであった。C さんは非常に物腰も丁寧で接客に向いていると評価し、本人の強い希望もあって職探しを開始した。こみっとも求人開拓を行い、近隣のペットショップでの仕事が決まった。

「まずは学校に行くためのお金を貯めたい」とのことで就業を開始。こみっとも勤務当初はジョブコーチとして店舗に足を運んだ。

4)支援の経過

店舗での勤務は順調だったが、仕事を開始し半年目のころに、C さんのもとに金品を請求するような電話が頻回にかかってくるようになった。インターネットを経由した被害のようであったが、原因は特定できず、警察への同行を行うなどして状況把握と解決に努めた。あわせて、精神的に疲弊が強くなったこともあり、出勤が難しい状態になり、こみっとは C さんと職場の間に入らせていただき、状況説明や調整を行った。

その状況がひと段落を迎えそうな頃、C さんが自転車走行中、車と接触し転倒。救急病院へ搬送

され、骨折のため入院となった。退院が見えてきたころから、日中活動の調整やヘルパーの導入などをおこなった。退院後も定期的に自宅に訪問し、状況把握や、不具合の早期発見、暮らしの中の困難の解消（家の段差を安全に超える調整と練習・洗濯物を取り込みやすく工夫するなど）に努めている。

5)まとめ

事故後半年たつが、就職活動をしようと C さんが思えるようなはげましや心理的サポートも意識しながら関わりを継続している。

4. 特定非営利法人じりつ障害福祉サービス事業所アバンティ

(1) 事業所の概要

障害福祉サービス事業所アバンティ（以下、当事業所）は 2006 年 10 月の障害者自立支援法施行とともに設立し、定員 34 名の多機能型（自立訓練・就労移行支援・就労継続支援 B 型）である。自立訓練の立ち上げの経緯は、開設当初は就労支援に主に置いていたため、就労移行支援では負荷がかかり過ぎる層、つまり、生活リズムや安心できる居場所としての機能を必要とする方の受け皿がなかった。そこで、その層の方に利用できる場として 2011 年度から自立訓練（生活）を新たに設置した。サービスの特徴として、専門性と当事者性と市民性を活かした事業を展開している。

就労移行支援では、7 カ所の地元企業の協力のもと職場実習ができる。その職場実習の開拓にあたって、専門職と当事者が協働しソーシャルアクションを行ったことがきっかけである。町役場や商工会にプレゼンし地元企業のイベントに参加した結果、地元企業に精神障害への理解が深まった。又、平成 19 年度から事業所職員にピアスタッフを雇用し、当事者性を活かした支援を展開している。そこで、自立訓練においても、ピアスタッフによるアウトリーチを行い、専門職と異なる視野で支援にあたっている。

(2)事例 Dさん

1)事例の概要

Dさんは30歳代男性で統合失調症という診断を受けており、実家で両親とともに生活している。少年時代は快活な子で周囲に対し気遣いができる、いわゆる優等生であった。しかし、高校3年生の時、受験勉強と友人関係によるストレスから被害妄想の精神症状が出現し、結局、大学受験に失敗して意欲を失い引きこもりの生活を送るようになった。精神科の初診は18歳で、23歳の時には服薬中断から症状が悪化し入院した。その後、症状が安定せず数年間の長期入院となり、5年前に自宅に退院となった。

自宅に退院した後は、居場所として精神科デイケアに3年間通所した。自分のペース同じリズムで通いながら徐々に意欲を回復し、就職に目指したいという目標が持てるようになった。そこで、当事業所の就労移行支援の利用を開始した。

業所での利用態度は、非常に真面目に取り組まれ、週5日間休まず利用された。又、利用する他のメンバーに対し積極的に声をかけて職員とも良好な関係を築き、企業実習も経験した。順調に進んでいると思われたが、半年過ぎたあたりで、電話で「体調が悪い」という連絡が入り、初めて欠席し、その後も不安定な状態が続くようになった。通所した日も早退することが度々あった。その結果、徐々に利用の促しに対し拒否的になり、その後2年間、引きこもる生活をしている。

3)アセスメント及び支援計画

Dさんは高い動機付けで就労訓練に取り組んでいたが、新たな環境に過剰適応し、その結果、バーンアウトする形で利用ができなくなった。以前、デイケアに3年間安定し通えていた時は同じペースで同じリズムだったが、就労移行支援は日々異なるプログラムでペースが掴めない様子だった。又、今回の体験が失敗経験として心に残り、再度利用を促すことが更に心を閉ざすことになると考えられた。そこで、まず、安心して話をしてもらえるように、引きこもりの経験があるピアスタ

ッフによる訪問を実施した。支援内容は、まず週1回の訪問で会話することから始めること、疲れや緊張する場合はいつでも中断できることを保障した。

3)支援の経過

訪問初日は、飲み物とお菓子を準備して緊張し出迎えてくれた。緊張が強く初回は10分程度で終了したが、次の訪問予定について話すと「訪問日に調子が悪くなったらどうしよう」と先読み不安がみられた。再度、調子が悪ければ中断できることを話し、安心できるように努めた。次の訪問から、緊張を和らげるためにオセロやトランプを活用し、無理しない会話を心がけた。又、ピアスタッフとして当事者性を活かした関係づくり、すなわち、“支援するされる関係ではなく”ではなく“対等な関係”の構築を目指した。例えば「自分自身も緊張している」と自己開示し本音で相談をすることや、“そのままでよい”というメッセージや送ること、又、本人が動き出すまで継続的に待つ姿勢でいることを意識し関わった。

実際、ピアスタッフ自らの10年間引きこもり経験から、人はすぐに変わらないこと、引きこもっていた人が外出する時に過度な緊張があること、閉ざした心を開けるのは同等の意識を持ち関わってもらえること、家族以外に地域に安定した知り合いがいることが重要と考え、その経験を活かすことを大切にした。その結果、関係性が育まれ、本人から買物に行きたい等の外出への誘いが増えた。また時々であるが当事業所まで足を運べるようになった。

5)まとめ

ピアサポートのメリットとして当事業所のピアスタッフは以下の3点を示した。①引きこもりの経験を活かしての訪問支援で相手の方に対する接し方や共感により信頼関係を築きやすいこと、②関係性の構築と継続性における優位さ、同じ目線での受容と安心感を持ってもらえること、③サービス事業においては、自分がサービス

の受け手であったらこういうサービスがあればいいのではないかということを伝えられること、である。引きこもり生活者に対して、その当事者性を活かすことがより深い関係でサポートができると考えられる。

D. 考察

精神障害者を対象とした自立訓練（生活訓練）事業による訪問といっても、通所と併用しながら支援する場合もあれば、訪問中心、あるいは訪問のみを実施している場合もある。それは事業所の特性である場合と、利用者のニーズや状況により判断される場合がある。また、実施場所についても自宅で行う場合と職場等、自宅以外で実施する場合があり、それは支援の目的によって変化する。社会参加や社会生活に困難が生じた場合、その原因が何であるのかをアセスメントする際には、自宅への訪問により生活状況を知ることが課題の解消にとって大きな手助けとなる。訪問によって行われるアセスメントは面接のみの場合とは異なり、多くの情報を得ることができる。そこにアセスメントの広がりが見られ、逐次アセスメントの修正が行われることにもつながる。

実施される支援内容も多様であり、本研究結果からも、危機介入的な訪問、地域移行、就労をサポートする訪問、引きこもってしまった人へのピアスタッフの訪問支援など多様な訪問が行われている実態が明らかになった。アセスメントを元に計画が立案されるが、そこには当然当事者の参加があり、共有しながら支援を実施していく。通所のサービスとは異なり、その対応が1対1である点も当事者自身が尊重されているという実感を持つことができ、相互の信頼が当事者の主体性を引き出すことにも結びついているとも考えられる。

E. 結論

訪問（アウトリーチ）サービスにおいて、内容、方法は多様だが、個々人のニーズを繰り返しアセスメントし、生活基盤を整えていく支援が展開されている点は共通していた。結果として、その人

が安心して生活できる環境をその人自身が創り上げるプロセスを支援していることが明らかとなった。支援結果として、通所サービスの利用に結びついたり、就労が継続できるということも、重要であるが、自分の生活が何によって脅かされるのかというアセスメントを支援者と共有し、その対処方法を見出し、実践し、評価することができ点で効果があると考ええる。

今後、自立訓練（生活訓練）事業所において、訪問によるサービス効果が周知され、活用が進むことに期待する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

日本精神障害者リハビリテーション学会第 23 回高知大会、訪問による生活訓練の現在～全国福祉型アウトリーチ実践の取り組みとネットワーク化を見据えて～、吉田光爾、遠藤紫乃、河野文美、斉藤容子、今野笑、岩崎香、武田牧子、2015、高知県高知市

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分 担 研 究 報 告 書

訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域移行及び地域生活支援の在り方に関する研究
～知的障害領域の地域生活支援～

研究分担者 山口 創生 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会復帰研究部

研究協力者 村上 和子 社会福祉法人シンフォニー
岡部 浩之 社会福祉法人清心会

研究要旨：

訪問による自立訓練（生活訓練）を実施している事業所は、その数も少なく大半が精神障害者の利用にとどまり、知的障害者の支援を行っている事業所は見あたらない。そこで、本研究では「訪問による自立訓練（生活訓練）」というサービス名にとらわれず、その支援の形態と内容が相当する支援であれば、知的障害者に対する訪問型支援の有効性を明らかにできると考え、支援者が同行する形でバスや鉄道の乗車支援を行った実践例を通して、知的障害者に対する訪問型支援の手法とその効果を明らかにする。

知的障害者の乗車支援では、乗車に必要な動作を支援者が先にやって見せること（モデリング）で、これから何をどのようにすれば良いのかを理解しやすいようにするとともに、必要な動作の定着を図るためにスモールステップで繰り返すなど、障害特性に応じた支援が行われている。

また、乗車に必要な動作ができたかどうかを一定の基準で評価し、数値化を図って各動作の困難度を測定することで、これまで明確でなかった「できるようになるための期間や支援の量（回数）」が明らかにされている。訪問型支援の最大の特長は、実際に暮らしている地域環境下で支援とモニタリングを繰り返すことができるため、地域生活において真に必要な個別の支援が明確になるだけでなく、利用者自身も実体験を通して必要な力を着実に獲得できていくことである。

今後は、訪問による自立訓練のみならず就労支援事業所等においても、心身の状況や障害特性を理解している支援者が通所や帰宅時に同様の支援を行えば社会生活力の向上が図れ、就学中の児童・生徒へ対象拡大することで、通学のみならず卒業後の単独通所・単独通勤なども期待できる。

このように支援者が知的障害者に同行する形で地域において支援を行うことは、単に知的障害者の生活能力のエンパワメントを図るのみならず、総合支援法の正式名である「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」と法律名に書かれているように、社会生活の支援こそ総合支援法を最も象徴し、障害者の社会参加と住民の障害理解を推進できる重要なサービスである。

D. 研究目的

他の障害福祉サービスに比べ、訪問による自立訓練（生活訓練）は、事業を行うために指定を受けている事業所数そのものが少ないことと、その

利用も精神障害者が大半を占め、今回の調査において訪問型により知的障害者にサービス提供を行っている事業所は見あたらなかった。知的障害者については、ほぼ毎日通所できる就労支援や生

活介護といった障害福祉サービスを利用する割合が高く、自立訓練も訪問型より通所型の利用が中心となっている。また、知的障害者の外出時の移動や食事、買い物等の生活支援は、主にヘルパーが行う移動支援（地域生活支援事業）により提供されている。

そこで、本研究においては「訪問による自立訓練（生活訓練）」というサービス名にとらわれず、実際に支援の形態と内容が訪問による自立訓練に相当するものであれば、知的障害者に対する訪問型支援の有効性を明らかにすることができると考え、支援者が利用者に同行する形で一定期間バスや鉄道の乗車支援を行った地域生活支援の実践例を通して、知的障害者に対する訪問型支援の必要性とその有効性を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

障害のあるなしを問わず、人が有する社会生活力は実社会の中で様々な経験を通して成功・失敗を繰り返しながら獲得してきたものである。支援施設や障害福祉サービス事業所、学校といった特定の人や集団で構成される限られた環境の仮想空間の中で模擬体験を繰り返しても、知的障害者の場合は初めての場所・場面などへの対応や変化を苦手とする障害特性により、現実の社会環境との差異に戸惑いや不安を大きく感じることで、社会生活力の獲得に何倍もの時間を要し、「できない」ままになっていることも多く、その理由は「障害があるから」とされてきた。

秋山は、移動に制約がある者を外出行動の観点から「移動系障害」と「情報系障害」に分け、障害特性である「コミュニケーション困難」により知的障害者を聴覚障害者と同じ情報系障害に分類している¹。つまり、知的障害者は言葉による説明だけでは正確に情報が伝わりにくいからこそ、支援者とともに実際の地域に出かけ、自身の目で見て体験することが必要なのである。

こうしたことから、生活に必要な支援をプラン（支援プログラム）に基づいて実施・モニタリングし、より適切な方法で繰り返し支援することにより社会生活力が獲得されていくことを先述の乗車支援の手法の詳細を述べることにより明らかにしたい。

1) 方法

具体的には、施設等への通所方法に関する基本データがなかったため、知的障害者を対象とするWAM-NETに登録されている事業所等に調査を依頼し、回答のあった事業所等の利用者総数57,319人の内訳は、送迎：36,240人（63.2%）、徒歩：10,565人（18.4%）、公共交通：9,430人（16.5%）、その他：1,085人（1.9%）であった²。

これまでも家族や職員等から「知的障害があるので単独乗車が困難」という声を多く耳にしてきたが、その明確な根拠は示されておらず知的障害者には送迎が不可欠とされてきた。それは、これまでの調査研究がアンケート中心であったため、意見や感想を聴き取ることに留まり、「困難」という個々の感じ方の違いを科学的に測定する方法もなく、困難度の基準がないまま「できない」とされてきたのではなかろうか。

そこで、この乗車支援では実際に知的障害者自身の参加のもと、「徒歩により単独で外出・帰宅できる知的障害者は、一定の支援のもと公共交通移動する機会があれば、単独で公共交通移動できるようになる」という仮説を立て、公共交通移動を行う際に「どのような支援がどれだけ必要か」を一定の基準に基づき数値化し、必要な支援の量（頻度・回数等）の測定を行っている。

なお、支援に必要となる乗車手順及び支援の留意点等を記載した「手引き」の作成にあたっては、①オペラント条件付け、②認知理論、③モデリング理論、④認知・学習理論等を参考に長年実施してきた公共交通移動支援の経験を基にしている。

公共交通移動を行う知的障害者（以下、「協力

¹秋山哲男（1992）「ユニバーサルデザインの交通施設・システム計画」野村みどり編『バリアフリーの生活環境論』医歯薬出版。

² 村上和子（2013）「知的障害者の公共交通移動の可能性に関する研究」

者)」については、最初に趣旨を理解できる支援者を全国から探し、その支援者が協力者を探している。協力者は徒歩であれば外出・帰宅ができ、単独で公共交通移動した経験が無い者を、支援者は施設職員等、知的障害者の支援経験がある者に依頼している。

支援開始前には、支援者に「手引き」等を送付し協力者と保護者へ説明・同意後アセスメントを行い、移動区間等を相談の上決定し乗車プランを作成している。乗車回数は土日を除いた5日間×2週＝合計10日間で実施しており、この日数は知的障害者のバス支援に20年以上取り組んできた経験知をもとに想定された日数である。

2) 評価の方法と評価基準

交通移動する際に必要な一連の行為を複数の動作項目（共通9・バス11・鉄道12）に分け、それぞれの動作項目の「できる・できない」を評価することにより、乗車を困難にさせている主要因が見えるとしている。たとえば、乗車そのものはできていても降車ボタンを押すことができなかったために目的地で降りることができず、結果として単独でのバス利用はできなかった等である。

評価の方法は、「困難度＝支援度」と定義し、各項目の動作ができるために必要な支援を数値化して「のべ支援量」を測定することにより困難度を算出している。評価基準は、各項目の動作等が「ひとりでできる：0」、必要に応じて声かけ等の間接的な「支援があればできる：1」、協力者に代わって代行や手を添える等の直接「多くの支援が必要：2」に分け、理解の有無を問わず、実際の動作等ができているかどうかを判断して評価をしている。

C. 障害の特性と背景

1) 障害特性

バスや鉄道等を利用して移動するといった普通の生活行為が知的障害のある人の場合、できにくい状況に置かれたままになっているが、これは、地域で暮らす知的障害者の生活環境に関わる重要な問題であり、知的障害者の公共交通移動環境

は未だ改善されていない。原因の一つは「コミュニケーション困難」という障害特性により乗車の困難さが伝わらず、二つ目は、送迎や割引等の経済的負担の軽減にとどまり、知的障害者の公共交通移動能力のエンパワメントの視点が欠けていることによるものである。

2) 背景

「施設から地域へと障害福祉の理念の転換により知的障害者の暮らしが地域へ移り、住まいから施設や職場等への交通移動が必要となったことが一つ目の背景である。1980年代、スウェーデンは個別の移動サービスから低コストの公共交通へ誘導するため乗合バスを無料化し、英国も85年を境に公共交通をアクセシブルにすることが経済的・社会的にも有効と方針転換した³。米国は権利の問題として連邦政府補助がある交通事業者に障害を理由とした差別を禁止し公共交通利用を図っている。わが国もハートビル法（1994）、交通バリアフリー法（2000）、バリアフリー新法（2006）が施行され、経済的・社会的な理由から世界的に公共交通移動の必要性が高まったことが二つ目の背景である。

地域における公共交通移動をはじめ、生活の場が地域中心になってきたことから、これまでの施設内での支援のみならず、地域生活に必要な外出・買い物をはじめとする消費活動など地域において多種多様な支援が必要になってきたことは明白である。

D. 研究結果

1) 乗車実験結果の概要

参考としている乗車支援の協力者は、11～61歳（10代9人、20代11人、30代11人、40代4人、50代7人、60代3人）の療育手帳を所持する45人（男性30人、女性15人）の知的障害児・者で、居住地（12都道府県）にて実施している。評価点数の集計については、バス利用者の1人が体調不良により4回の乗車で実験を中止し計44人のデ

³秋山哲男・吉田樹編著（2009）『生活支援の地域公共交通』学芸出版社。

一タをもとに各項目の延べ支援量の1回当たりの値を算出している。この数値を「ひとりでできる(0)」、「支援があればできる(0.1≦1.0)」、「多くの支援が必要(1.1≦2)」を示す各項目の「困難度」として定義づけている。12都道府県の調査ではバス利用者33人中24人(72.7%)、鉄道利用者18人中15人(83.3%)、併用利用者7人中5人(71.4%)が、また、大分県内の18の施設に通う29名の利用者に対しても同様の方法で乗車支援を行った結果、バス利用者29人中27名(93.1%)が延べ10回以内に単独で公共交通移動ができるようになっていく。

2) 項目別困難度の推移

今回の参考事例では、繰り返し乗車をする事により困難度が推移していくことが支援の中で明らかになっている(図表1)。たとえば、「2→1」は初回の困難度「2」(多くの支援が必要)の者が最終回に「1」(支援があればできる)に変化したことを表しており、困難度が減少している者の比率を「推移率」としている。この数字に着目しているのは、乗車体験を重ねることにより、できなかった項目が変化し支援量が減るのであれば、この数値がエンパワメントされたことを示す数値となっているからである。参考例として共通項目の「行先」の例示では、44人中27人(61.4%)の困難度に推移が見られることから、繰り返しの支援により困難度が減少していくことが明らかにされている(図表2)。

これらの乗車支援により「介助なしに徒歩で外出帰宅できる知的障害者は、一定の支援のもと公共交通移動する機会があれば、単独で公共交通移

動ができるようになる可能性がある」ことが明らかになっている。また、困難は同じように続くのではなく適切な支援のもと経験を増やすことにより軽減の方向に推移していく(図表3)ことも計73件の乗車支援事例により証明されている。

これらの支援例から導き出されたのは、公共交通移動能力のエンパワメントは、知的障害のある人々の暮らしを広げるとともに、地域生活を送る上での困難性を住民に自然な形で知らせ、社会のさらなる理解を創り出していく事例があった。

「数回練習したが、バスの降車ボタンを押すことができなくて困っていると、いつの間にかバスの運転手さんが降車地を覚えて、ボタンを押せなくても停車してくれるようになった」

「コミュニティバスは押鈴がなく行先を運転手に直接伝えなくてはなりません。人前で話すことが苦手な方だったため、カードを用意し乗車時に運転手に提示するよう首から下げたりと様々な工夫をしましたが自ら見せることはないままでした。ところが、最終回に運転手から『今後も利用するのでしたら事前に乗降する場所を知らせてもらえれば、朝礼などで他の運転手にも知らせることができるので連絡ください』と声をかけてもらい本当にうれしい一言でした。

「起点の駅と終点の駅の駅員さんが連絡を取り合い、〇〇駅改札⇄電車⇄〇〇駅改札感を駅員さんが誘導してくれるようになりました。

これらは、いずれも利用者本人がエンパワメントされたのではなく、地域の交通関係者が知的障害者の公共交通移動の困難さに気づいてサポートを申し出てくれており、むしろ住民側がエンパワメントされた事例である⁴。だが、10回以内の支援で全ての動作が一人でできなくても、こうした周囲の支援を受けることができれば、さらに多

図表1 行 先		
困難度	0.3	
困難度推移	人	
0→0	12	39
1→0	23	
2→1→0	4	
2→1	0	4
1→1	4	
2→2	1	1
合計	44	

⁴ 大分県 (2013) 「ひとりで乗りたい♪」バス・鉄道による乗車実験を基にした通所自立支援マニュアル」：調査研究：社会福祉法人シンフォニー

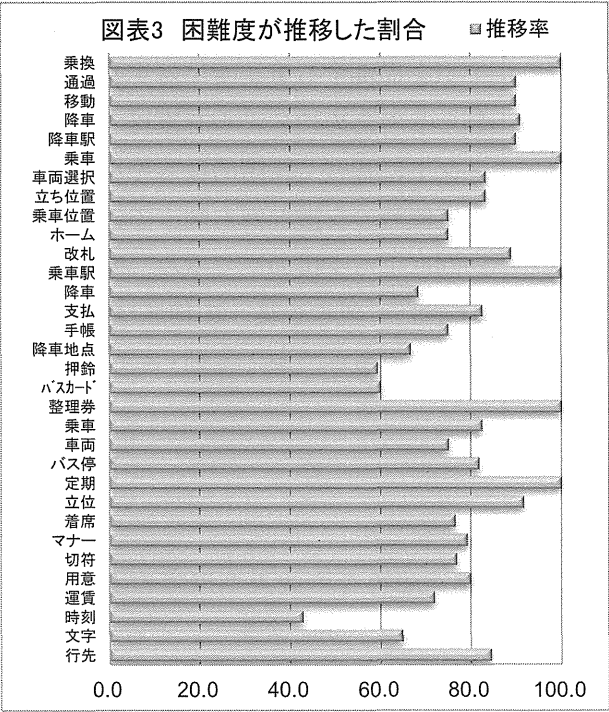
くの知的障害者がバスや電車に乗って外出できるようになっていくのである。

訪問型支援の最大の特長は、実際に暮らしている地域環境下で支援とモニタリングを繰り返すことができるため、地域生活において真に必要な個別の支援が明確になるだけでなく、利用者自身も実体験を通して必要な力を着実に獲得できていく。そして先述のように、住民の理解や支援の広がりといったことへの役割を果たすことができるのである。

今後は、訪問による自立訓練のみならず就労支援事業所等においても、心身の状況や障害特性を理解している支援者が通所や帰宅時に同様の支援を行えば社会生活力の向上が図れ、就学中の児童・生徒へ対象拡大することで、通学のみならず卒業後の単独通所・単独通勤なども期待できる。

このように支援者が知的障害者に同行する形で地域において支援を行うことは、単に知的障害者の生活能力のエンパワメントを図るのみならず、総合支援法の正式名である「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」と名称にもあるように、社会生活の支援こそ総合支援法を最も象徴し、障害者の社会参加と住民の障害理解を推進できる重要なサービスであると考えている。

だからこそ、岡村（1979）が言うように「『社会福祉制度』の限界を超えて、これを改善したり、また生活関連の一般施策を推進するように援助することでなければならない」のであり、知的障害者の訪問型支援の可能性に一層大きく期待するのである。



分 担 研 究 報 告 書

訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域移行及び地域生活支援の在り方に関する研究
～発達障害領域の訪問（アウトリーチ）サービス～

研究分担者	辻井 正次	中京大学
研究協力者	浮貝 明典	NPO 法人グリーンフォーレスト
	松田 裕次郎	社会福祉法人グロー
	堀 兼大朗	中京大学・日本学術振興会特別研究員
	田中 尚樹	日本福祉大学
	村山 恭朗	浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター

研究要旨：

本研究は、成人期の発達障害者のひとり暮らしのための福祉的支援の有用性を明らかにすること、さらに、当支援の普及を図ることを目的とする。成人期の発達障害者への自立訓練や宿泊型の支援システムを提供する事業所に対する調査からは、訪問による福祉的支援の活用によって、利用者がひとり暮らしのためのスキルを獲得する過程を示すことができた。具体的には、支援者は、利用者のアセスメントに基づく段階的なスキルアップの立案と、利用者が主体的に家事を取り組むうえで重要な意志決定領域の支援計画も図っていた。こうした取り組みの基盤はアセスメントであり、アセスメントを訪問による支援の中で重ね、その上で、利用者が取り組み可能な支援を行う様子が示された。本研究からは、「親亡き後」の地域におけるひとり暮らしを可能とするには、実際の地域生活の中で不可欠となる家事等の適応行動・スキルの獲得を支援する事業所など、ハード面の体制整備が必要といえる。

A. 研究方法

発達障害者の成人期以降の支援が社会的な課題となっている。今まで、それなりに家庭で過ごせることで、問題が前面に出ていなかったが、近年、親たちの高齢化の中で、「親亡き後」が大きな問題となってきている。特に知的障害のない発達障害者の場合、サービスを利用してきていない例も多く、家族が支援できる状況なら問題ないのだが、親が亡くなって問題が露呈する例が出てきている。地域で暮らす発達障害者が、自己決定・人権を最大限に尊重した、地域生活が目指されており、そうした意味でも、発達障害者がひとり暮らししていける支援システムが必要とされてい

る。

しかし、わが国では発達障害者のひとり暮らしを目的とするハードウェア（グループホームなど）は未整備であり、ひいては、発達障害者本人たちの準備（ライフプランニングなど）といったソフトウェアも十分に確立していない。

このような現状を踏まえ、本研究では、発達障害者のひとり暮らしのための訪問による福祉的支援の有用性の提示と当支援の促進を目的に、発達障害者への自立訓練や宿泊型の支援システムを提供する事業所の活動の実態を描出する。そして、このような支援の活用により、利用者がひとり暮らしをしていくうえで必要な家事スキルや

生活スキルがどのように変化したのかを明らかにする。

B. 研究方法

研究方法は、成人期の発達障害者への自立訓練や宿泊型の支援システムを提供する「事業所」の支援実態を提示し、その支援により、発達障害者のスキルがいかに変化したか、加えて、その変化の背景には、支援者による、いかなる支援実践があったのかを記述する。

C. 研究結果

1. NPO 法人グリーンフォレスト

* 宿泊型自立訓練の提供

1) 事業所の概要

NPO 法人グリーンフォレストは、「サポートホーム事業」を展開している。これは、2009 年から約 2 年間の横浜市発達障害者支援開発モデル事業を経て、2012 年 11 月から横浜市より委託を受けた事業である。成人期の発達障害者に対する将来の親亡き後を想定した予防的な生活支援の取り組みや就労支援の評価の仕組みがあるように、本事業も生活場面における利用者への評価を行う支援システムである。このシステムでは、発達障害者が主に在宅から、地域でのひとり暮らしを目指すための準備段階として、最長 2 年間、仮のひとり暮らしを経験することができる。

2) 事例

50 年間実家で暮らしていた Aさんは、家事全般の経験がほとんどないままサポートホーム事業を利用した。そのような中、支援者は、Aさんに「洗濯」という家事スキルを習得してもらうため、次のステップを考案した。①「スキルチェック」：支援者と一緒に洗濯をおこなう、②「スキル獲得」：洗濯機を回す、干す、畳む、しまう、を適切な形で覚える、③「スキルを使う」：支援者の声かけのみでおこなってもらう、④「必要性の気づき」：週に何回おこなうか決め、実行してもらう、⑤「自主性・意欲」：支援者の声かけなしで、自分で決めた曜日に自主的におこなう、⑥「継続性」：できるようになったことを継続してお

こなう。Aさんは、洗濯のやり方をすぐに身につけたが、支援者の声をかけが洗濯をする合図になっていたことで、Aさんの洗濯への自主性を妨げていた。そのため、洗濯や、ゴミ捨て、掃除などを行った時にチェックできる生活記録シートを用意し、セルフチェックできるようにアレンジした。以上の Aさんへの支援からは、「洗濯の経験はなくとも、模倣する力、指示に従う力があったため、獲得が早かった。」「記憶や理解する力は高かったものの、自主的に行動することに繋がりにくかったのは、指示を待ってしまう特性があったから。」「視覚的な支援で自己管理に繋がり、支援者が居なくても継続しておこなうことができるようになった。」ということが分かった。

2. 社会福祉法人グロー

* 自律訓練および宿泊型自律訓練の提供

1) 事業所の概要

社会福祉法人グローは、2012 年度より、自立訓練（生活訓練）および宿泊型自立訓練を提供している。日中の生活訓練では、主にコミュニケーションに関する支援を行いながら、就労に向けて必要なスキルの獲得支援を実施する。生活の場では、ワンルームタイプのアパートで暮らしながら、日々の暮らし中での困りごとの相談などを行っている。

2) 事例

職場に馴染むことができず退職した 20 代の Bさんは、再就職のために必要なスキルの獲得を目的に、宿泊型のアパートでの支援を利用した。支援の中では、まずは Bさんの自己肯定感を高めるために、アパートでの役割を作り、共有スペースの掃除などを定期的に支援者で行った。Bさんが掃除のスキルをある程度身につけた後は、家事スキルの獲得と、一人で時間を持て余した時、家事をすることで、時間を潰すことができるようになるために、自分自身の部屋の掃除、風呂掃除、トイレ掃除など、徐々に本人のプライベートな部分の掃除のスキルを身につけてもらえるよう支援

を行った。Bさんは、支援者と活動することで、徐々に自信をつけてきたため、次のステップとして、ポスティングなど、外での活動を実施した。支援者は、最終的にBさんが一人で行うことができるよう、Bさんの不安を取り除きながら活動を支援した。Bさんは、日中活動が安定化してくると、生活リズムも整い、日中活動にも参加できるようになった。以上の経過からは、本人のアセスメントを取りながら、本人に合わせた活動を支援することで自立した生活を送ることができるようになったといえる。

D. 考察

先に示された量的調査では、訪問による支援が行われることを通じて、利用者が生活能力を向上させていること、および、支援者による利用者への援助の必要度が減少したことが統計的に明らかにされている。上述の事例からは、こうした訪問による福祉的支援の活用によって、利用者がひとり暮らしのためのスキルを獲得する過程を示すことができた。

訪問による支援においては、支援者は利用者のアセスメントのなかで、利用者による、ほぼ初めての本格的な家事作業の観察・評価を行い、利用者の強みと弱み、つまりその時点で、できること・できないことを確認した。その上で、利用者に合った段階的なスキルアップの計画を立案し、実行し、さらにアセスメントを行うといった過程を積み重ねた。支援者は、利用者がスキルを獲得していくために、家事等を主体的に行うようになる工夫を計画のなかに入れ込み、さらには、利用者が家事等に主体的に取り組む上で重要な自尊心や自己肯定感を高めるために、利用者の意思決定領域における支援計画も重要であった。ホームヘルプのような支援形態で、家事代行がなされた場合には、利用者自身のスキルを向上することは難しく、アセスメントの上で、不安に対応し、自信をつけてもらいながら、活動の幅を広げていくことができることが示された。したがって、こうした取り組みの基盤はアセスメントであり、客観

的なスキル獲得状況（適応行動）の把握も含めたアセスメントを訪問による支援の中で重ね、その上で、利用者に取り組み可能な支援を行うことが分かった。

発達障害者のひとり暮らしを可能にしていくためには、ここで示してきたような宿泊型の枠組みのなかでの訪問による支援を経て、ひとり暮らしをしながら支援を行っていくという、移行の過程が必要なが示された。こうした結果から考えると、「親亡き後」の地域におけるひとり暮らしを可能にするうえでは、宿泊型自立支援等のなかで適応行動のアセスメントと意思決定能力の把握などを行い、そうした上で、実際の地域生活の中での、家事等の適応行動・スキルの獲得により、地域での充実した生活を構成していくことが必要である。課題として、発達障害者が利用できる宿泊型の事業所は数少なく、ハード面での体制整備も急務である。

E. 結論

ここでは、2つの事業所における発達障害者の訪問による支援過程を示し、発達障害者の地域におけるひとり暮らしのために、宿泊型自立支援等のなかで適応行動のアセスメントと意思決定能力の把握などを行い、そうした上で、実際の地域生活の中での、家事等の適応行動・スキルの獲得により、地域での充実した生活を構成していくことが必要であることが示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

辻井正次 2015 「仲間と街で暮らす」『Asp heart』14(2), 46-48.

2. 学会発表

Masatsugu TSUJII, Yasuo Murayama, Hiroyuki Ito. 2016 "Effects of Internalizing Problems on Daily Living Skills Among High-Functioning Adults with Autism Spectrum Disorders in Japan". International Meeting

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金
(障害者政策総合研究事業)
分 担 研 究 報 告 書

訪問による自立訓練（生活訓練）を活用した地域移行及び地域生活支援の在り方に関する研究
～高次脳機能障害領域の訪問（アウトリーチ）サービス～

研究分担者	伊藤 順一郎	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
研究協力者	阿部 順子	岐阜医療科学大学名誉教授
	野々垣 睦美	クラブハウスすてっぷなな
	青木 明子	クラブハウスすてっぷなな
	四ノ宮 美恵子	国立障害者リハビリテーションセンター
	島川 ななせ	国立障害者リハビリテーションセンター
	吉川 杏美	国立障害者リハビリテーションセンター
	揚戸 薫	千葉県千葉リハビリテーションセンター

研究要旨：

本研究は高次脳機能障害者に対する訪問（アウトリーチ）サービスの実践についてまとめたものである。高次脳機能障害者に対する訪問サービスの実践はいまだ緒についたばかりである。ここでは3種類の異なる形態の事業（自立生活アシスタント事業、自立訓練事業、高次脳機能障害支援センター事業）を紹介し、それぞれの事業の中で取り組まれた事例を通して、高次脳機能障害者に対する訪問サービスの内容や方法、その効果を明らかにした。

高次脳機能障害者に対する訪問サービスでは、障害を補うような代償手段を活用し、繰り返しの行動定着の支援とうまく行動できるように環境を設定することがポイントであった。これらの支援によって、ターゲットとして取り組んだ行動の自立が図られたとともに、本人が自信を取り戻し、積極的に行動するように変化した。また、本人の変化によって家族の介護負担も軽減した。

訪問サービスは受傷後の生活を再構築するための基盤整備に有効な専門的な支援であった。その後はヘルパーや、地域の関係機関に支援を引き継いで、安定した生活の維持を図っていた。

E. 研究目的

高次脳機能障害者に対する訪問（アウトリーチ）サービスはごく一部で実施されているに過ぎない。また、自立訓練（生活訓練）の専ら訪問型として障害者総合支援法にのっとりアウトリーチ支援をしている事業所はない。

これまで横浜において自立生活アシスタント事業として高次脳機能障害者のアウトリーチ支

援が行われてきた。また、研究レベルでは訪問型の生活版ジョブコーチ支援事業が試行され、アウトリーチ支援によって目標とした生活行動が自立するとともに、当事者の自立への意識が芽生えるなど、有効性が確認された。その後、国立障害者リハビリテーションセンターでは自立訓練（生活訓練）の一部として訪問訓練が行われるようになった。また、高次脳機能障害支援センターのコ

ーディネータが実践した報告がある。

本調査では、高次脳機能障害者を対象とした訪問（アウトリーチ）サービスの実態を明らかにし、サービス活用により地域生活やスキルがどう変化したのかを調査することにより、現在の制度運用のあり方に対する具体的な検討を行い、訪問（アウトリーチ）サービスの活用を促進することを目的とする。

B. 研究方法

訪問による生活訓練等を実施している事業所の実践を類型化して記述することにより、多様な訪問サービスの実態を明らかにする。

C. 障害の特性と背景

「高次脳機能障害とは、頭部外傷、脳血管障害等による脳の損傷の後遺症として、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害が生じ、これに起因して日常生活・社会生活への適応が困難になる障害である」と 2005 年に行政的に定義された。と同時に器質精神障害として、精神障害に含まれることになり、ICD10（国際疾病分類）で「精神および行動の障害（F04・06・07）」として診断されることで、各種サービスの利用が可能になった。行政的な定義に比べ学問的には古典的高次脳機能障害といわれる失語・失行・失認など幅広い症状を含めている。失語はすでに身体障害の中の言語障害に含まれていたことから診断基準から除外された経緯があるが、高次脳機能障害支援普及事業では高次脳機能障害の関連障害として取り扱われるようになった。

しかし、「高次脳機能障害者生活実態調査（2009）」¹⁾によると身体障害者手帳を所持する人が 55.3%と最も多く、精神障害者保健福祉手帳を所持する人は 43.3%であった。そのほか、障害者手帳を所持しない人（14.6%）や子どもの時の受傷により療育手帳を所持する人（5.5%）もいた。高次脳機能障害は中途の脳損傷を原因とするが、受傷時は身体障害（肢体不自由）が前景に出ていることが多い。その後 1 年余で身体機能が回復することが多く、若い脳外傷者の場合には数年たつて歩行可能になる例も珍しくはない。肢体不自由

としては失調や片麻痺が多い。肢体不自由以外には失語症や構音障害などの言語障害、視野障害や半盲、視力低下などの視覚障害を併せ持つ人がそれぞれ 3 割近くいる。そのため、高次脳機能障害者の地域生活支援においては、高次脳機能障害（精神障害）以外に他の障害を併せ持っていることを視野に入れた支援が必要となる場合がある。また PT、OT、ST、心理士などのさまざまなリハ関係職種が支援に関与していることも特徴のひとつである。

高次脳機能障害者のリハビリテーションは、まずは身体機能へのアプローチから始まり、認知訓練、そして生活訓練・就労移行訓練を経て、地域生活支援へとステージが移行していく。知能や記憶、注意などの狭義の認知機能（テストで測定できる値）は受傷後 2 年程度回復するとされているが、その後も生活の中で改善がみられることも多い。一方、本人の障害認識は難しい。身体障害は目に見えるが高次脳機能障害は見えにくいいため、退院して日常生活に戻った後に周囲の人たちに気づかれることが多い。しかし本人は以前と同じようにできていると思うことが多く、また受傷以前のプライドもあり、福祉サービスの利用など支援を拒否することも往々にして起こる。支援が必要なこと、支援があるとうまく生活できるようになることを本人に納得してもらうプロセスが重要であり、それが支援の要ともいえる。

高次脳機能障害者とともに暮らす家族に聞き取りで行った「高次脳機能障害者の在宅ケアニーズ調査（2005）」²⁾によると、「生活行動」では身辺処理は自立している人が多くみられたが、指示の理解・意思の伝達に関する支援や、生活リズムに関する支援が必要だった。「生活技術」はつながりのある一連の行動なので、工程数が多い調理や、判断の求められるゴミだし、電話・来客対応、様々な対応が求められる公共交通利用で支援が必要だった。また、「生活管理」では金銭管理、大切な物の管理で支援が必要になっていた。「社会活動」の中では、契約手続きや主治医とのやりとりが求められる診察対応に支援が必要だった。「問題行動」は生活場面で中等度の支援が必要な

行動力のある群に暴力行為、特定者への悪感情、（むっとした）態度・表情や気分の変動、思い込みに対する支援が必要だったが、最も重度な群ではむしろ家庭内での依存性・退行に支援が必要だった。全体として、生活行動よりも生活技術・生活管理に、さらに社会活動へと社会と接する活動ほど支援が必要な傾向があった。

高次脳機能障害家族の介護負担が高いことはいくつかの調査で明らかにされている。白山（2010）³⁾は中度以上の抑うつ者が「社会的行動障害あり」の家族は30.2%で、「社会的行動障害なし」の家族の16.7%に対し多かったことから、うつ傾向の程度が社会的行動障害に影響されると述べている。また、遷延性意識障害家族と高次脳機能障害家族の介護負担感を比較した調査結果⁴⁾によると、高次脳機能障害家族の精神的負担は78.0%と遷延性意識障害家族の26.8%を大幅に超えていた。これらのことから、高次脳機能障害のある人と暮らす家族の介護負担は大きいものがあり、当事者の生活の自立を支援することは家族の介護負担の軽減にもつながると考えられる。

高次脳機能障害者は中途障害であり、一定の社会生活を送ったのちの受傷であれば、受傷前に獲得した知識や技能、社会性や就労経験を強みとして活かすことができる。とはいえ、部分的に残っているということであって、それらをつなげるように支援していかなければ、生活場面でできる行動にはならない。例えば食事の用意には、献立を立て、買い物に行き、必要な食材を選び、段取り良く調理する、火の取り扱いが安全にできる、という一連の行動が求められるので、主婦として調理技術が残っていても、どこかでつまずいていれば、結局食事作りができないことになってしまう。支援は本人のつまずいているところを明らかにして、そこをつなぐ代償手段やうまく行動できるような環境設定を考えていく必要がある。また、記憶障害があるため、教えた時にはうまくできても次回は全く忘れているということも珍しくはない。したがって行動が定着するまで繰り返しの支援が必要となる。

高次脳機能障害者は生活の枠組みをしっかりと

作り、ひとつずつできることを固めていくことで生活が自立していく可能性をもっている。地域生活を開始したばかりの初期には手がかかるが、適応能力は10年単位で改善し、見違えるようによくなったと周囲から認められるようになる人たちがいる。一方、支援につながらず、失敗と挫折を繰り返し、生活が崩れてはじめて、地域で困難事例として浮かび上がってくる人たちもいる。その場合、支援の導入には、支援者との信頼関係を築くことがまず必要となる。

中島（2009）⁵⁾は高次脳機能障害支援モデル事業の結果、医療からシームレスな支援が継続した群では51%が就労・就学していたのに対し、いったん社会に出た後で支援につながった群では17%しか就労・就学していなかったことを明らかにし、医療から一貫して継続した支援の重要性を強調している。

- 1) 高次脳機能障害者生活実態調査報告書（2009）NPO 法人日本脳外傷友の会
- 2) 高次脳機能障害者の在宅ケアニーズ調査報告書（2006）名古屋市総合リハビリテーションセンター高次脳機能障害在宅ケア研究会
- 3) 白山靖彦（2010）高次脳機能障害者家族の介護負担感に関する諸相—社会的行動障害の影響についての量的検討—, 51(1), 社会福祉学
- 4) 中途脳損傷者の生活実態およびニーズに関する実態調査報告書（2010）NPO 大阪脳損傷サポートセンター／若者と家族の会大阪支部／大阪府立大学総合リハビリテーション学部作業療法学専攻
- 5) 中島八十一（2009）オーバービュー：社会的行動障害と高次脳機能障害者支援, 臨床リハ, 18(12)

D. 研究結果

1. クラブハウスすてっぷなな

（1）事業の概要

横浜市障害者自立生活アシスタント事業は「施設の専門性を活かし、障害の特性を踏まえた生活力、社会適応力を高めるための支援を行うことにより、単身等で生活する障害者の地域生活を維持

することを目的とした事業」であり、平成 13 年度から知的障害者、平成 19 年度から精神障害者、平成 22 年度から発達障害者、高次脳機能障害者への支援を開始した。

当事業所では、平成 22 年 4 月より高次脳機能障害者を対象とした障害者自立生活アシスタント事業を開始した。単身者や将来ひとり暮らしを希望している高次脳機能障害者を対象に、地域で自立できるようになるために必要な「生活の構築／維持」への支援を実施している。

日常生活全般にわたる「助言」が中心で、生活上の課題に対して本人が「自分で気づける」ような場面を設定したり、不安やつまづきをいち早くキャッチする予防的対応をおこなっている。本人の生活している地域に出向き、生活のなかから障害のアセスメントを実施し、環境調整や代償手段を用いることで自立できるのか、もしくは福祉サービスの利用を検討するのかなどを判断していく。

利用相談で多いものとしては①金銭管理・買い物助言 ②健康管理・服薬 ③通院同行 ④障害年金・傷病手当金・障害者手帳等の申請手続き ⑤公共交通機関の利用 ⑥日常生活の様子（生活リズム・体調など）の確認などが挙げられる。

この事業では、実際の生活場面で本人のアセスメントや助言、支援をおこなうと同時に、地域の支援機関と連携を図りながら、地域生活へのサポートを担っている。

（２）事例

事例の概要

50 歳代後半の男性。X 年に多発性脳梗塞で保存的治療を受け、約半年の入院期間を経て在宅生活となる。軽度右片麻痺（T 杖歩行）、注意障害、遂行機能障害、固執が残存。既往歴として糖尿病あり。

退院時より単身生活、生活保護受給。介護保険は要介護 1、障害支援区分 3。週 1 回の訪問看護、週 2 回（1 回 1 時間）の家事援助を利用。日中は週 1 回のリハビリ教室と週 2 回の介護保険デイサービスで入浴を中心とした支援を受けている。

サービス提供に至った経緯

退院時よりケアマネージャー、区保健師が中心

となり再発予防にむけた支援を実施。食生活の乱れが顕著であったため配食サービスを導入したが、本人が必要性を理解できずに解約した。再度必要性を説明し、配食サービスを導入したがまたも解約といった状況を繰り返していた。解約後は近隣のコンビニエンスストアで炭水化物中心の食事を続けていた。

X+4 年後、食生活の乱れから再発の危険を指摘され、区保健師より自立生活アシスタントに食生活の改善等についての依頼がある。

アセスメント

経過の確認と情報収集：カンファレンス開催を依頼

ケアマネージャー、保健師は「再発予防のため食事の偏りが気になっているが、配食サービスを導入しても本人が相談なく解約してしまうこと」を課題として捉えている。解約の理由について、本人は生活費が不足することを気にしている様子とのこと。生活保護課に保護費の支給額を確認した。

本人からの聞き取り：本人の希望と課題の整理をおこなう

本人の希望は「もう脳梗塞にはなりたくないから健康を維持したい」、課題については、食事に限らず生活全般において「困っていると感じることはない」と話す。また、会話のなかに「みんな（支援者）が心配してくれているんだけど、大丈夫なんだよな」という発言も聞かれる。

生活状況：

アパート 2 階部分（エレベーターなし）のワンルーム。台所には 1 ロタイプの電磁調理器と冷蔵庫（ホテル型の小さなもので冷凍機能はなし）、調理器具として片手鍋とフライパンを 1 つずつ所有している。徒歩 5 分のところにコンビニエンスストアはあるが、スーパーマーケットへはバスを利用し片道 30 分を要する。麻痺があるため、片手で持つことができる分だけの買い物をしている。

支援計画の立案

本人の希望：今の生活を維持する（脳梗塞再発せず、健康を維持したい）

支援方針：買い物状況を確認しながら食生活（健康管理）の見直しをおこない、健康を維持できるよう支援する

支援目標①

- ・長期目標：自分の健康状態に合わせた食生活ができる
- ・短期目標：自分が食べたもの・量を把握する
- ・支援内容：食べたものや購入した食品を確認し、フィードバックをおこなう
関係機関と連携し、共通した助言・環境設定をおこなう

支援目標②

- ・長期目標：1 か月に何にどのくらいお金を使っているのか把握する
- ・短期目標：レシートを集めることができる
- ・支援内容：レシートの保管場所を決め、レシートを確認しながらお金の使い方の振り返りをおこなう

支援の経過

I 期：支援の導入（契約～2 ヶ月目）

※支援内容：訪問 4 回／電話 3 回／関係機関との連携 3 回／カンファレンス 1 回

区役所から支援依頼が入った段階で、これまでの支援経過確認のためのカンファレンスを設定し、まずは情報共有をおこなう。経過としては、病前より食生活の乱れがあり、糖尿病も未治療のままになっていた。発症後より区保健師、ケアマネージャー、訪問看護師が食生活について再三指導し、配食サービスの導入をおこなってきたが、本人は「普段からバランスを考えて食事をしている」「配食は高く、生活費を圧迫する」などの理由から配食サービスを繰り返し解約している状態。調理のため週 2 回ヘルパーを利用しているが、毎回食材が「うどん、ラーメン、そうめん」などの炭水化物しか準備されておらず、栄養バランスを考えた調理をすることはできていない。また、ヘルパーの時間数が毎回 1 時間であり、近くにスーパーマーケットがないことから買い物へ行く時間をとることは困難とのこと。

カンファレンスの結果、支援は必要なケースであるが、本人が困っていない状況で支援者を増や

すことは本人の同意が得られにくい可能性を考慮し、「本人の味方になるような導入をおこない、継続的な支援を探る」方向となる。具体的には、本人はバランスを考えて食事ができていると認識していること、みんなが心配していることには気づいていることから、「バランスよく食事できていることをみんなに証明しましょう」と伝えることにした。

支援開始時、本人には生活上の困り感や具体的なニーズのない状況であったが、「もう脳梗塞にはなりたくないから健康を維持したい」という目標に対し、経過を追うことで承諾を得る。食生活について確認すると、カンファレンス時と同様の内容が挙がる。また、これまで食事のことを支援者から指摘され続けていたが、それ自体を「きちんとできているのにうるさい、鬱陶しい、必要ない」と感じていることがわかる。本人と相談し、「バランスよく食事できていることをみんなに証明する」ことを目標に支援を開始することとなる。

II 期：日々の食事と金銭についてのアセスメント・支援（3 ヶ月目～6 ヶ月目）

※支援内容：訪問 14 回／電話 15 回／関係機関との連携 9 回／カンファレンス 1 回

食事の内容とお金の使い方について確認するため、本人に日々のレシートを取りためておくよう依頼し、レシート入れを作成した。最初の 2 週間はほとんどレシートを入れることができなかったため、財布やポケットに入っているレシートを探す作業をおこなう。その後、徐々にではあるがレシートを保管する習慣が定着し、手持ちの金銭とレシートがほぼ一致するようになる。

自立生活アシスタントはレシートから一覧を作成し、食事内容について炭水化物、たんぱく質、野菜、嗜好品に色分けをおこなった。レシートから菓子パンや麺類などの炭水化物が中心の食事内容であり、野菜は 1 ヶ月で 2 個のみ購入していることがわかる。本人へは毎回一覧を提示し「何色の食べ物が多いですか？」と食事内容について視覚的に提示し、食に対する理解を促すよう支援した。繰り返すことで本人から「俺って野菜食べ

てないんだな」という発言が聞かれるようになる。それ以降、外食では野菜の入っている献立を選ぶことを意識できるようになっている。

また、レシートから割り出すことで、食費を1日1,500円以上（外食した日は2,000円超え）使っていることが判明した。本人と振り返りをするなかで「案外食費高いな」と気づく場面があった。このタイミングで配食サービスについて本人へ説明し、これまで配食サービスを解約してきた経緯について確認すると、「食事バランスは考えてるつもりだったけど、野菜が少ない」「お金が高いと思っていたけど自分で買い物したらもっと高かった」などの発言が聞かれるようになった。また、バランスについてどのように捉えていたのか聞き取りをおこなうと、「朝パンなら昼は麺、夜は米」「洋食の次は中華」など、栄養とは異なる要素をバランスと認識していたことが明らかとなり、支援者が考えていたバランスとの相違を見出すことができる。

これを機に再度配食サービス導入の検討をおこなうことになる。以前使ったことのある業者は味に不満があったとのことで、今回は普段食べられているコンビニエンスストアの配食サービスを利用してみることにし、手続きや注文方法についての練習を開始した。

Ⅲ期：献立の選び方と買い物についてのアセスメント・支援（7ヶ月目～9ヶ月目）

※支援内容：訪問7回／電話5回／関係機関との連携4回

配食サービスの注文、受け取りは安定して行えるようになり、次の課題としてヘルパーに調理してもらう際の献立の選び方についての検討をはじめめる。この段階でも購入する食材は麺類が中心であり、野菜の含まれる献立について、どのようにしていくか本人と相談する。本人からは「病前より一人暮らしで調理をしたことがないから、何を作ってもらってよいのか見当もつかない」とのこと。所有している調理器具と照らし合わせ、フライパンや鍋ひとつでできる調理の本から、本人と一緒に野菜の含まれていて食べてみたいメニューを選び出す。自立生活

アシスタントはそのメニューを、出来上がり写真とレシピ、材料としてまとめ、1つの料理につきA4用紙1枚のレシピとして複数の料理分を作成した。このレシピの材料部分にB7サイズのクリアポケットを貼り、そのなかに材料を記載したカードを入れ、買い物時にはこのカードを持っていくことで、買い忘れがないよう工夫した。カードは、最初の段階では財布に収まる大きさとしたが、買い物の際にカードの存在を忘れる（持っではいるが見ない）ことが続いた。そこでカードを一回り大きくし、財布から少しはみ出すようにしたところ忘れは減少した。本人は「邪魔だから意識しやすくなった」と話している。

食事についてのアセスメントの際に使用したレシートから、本人の行動範囲を確認し、交通アクセスのよいスーパーマーケットについて助言し、ヘルパーが入る日の前日に買い物をするようカレンダーへ日程の記載をおこなった。買い物日に雨が降っているときには本人へ電話し、無理して買い物へ出かけないように伝えるなどの対応をした。

ケアマネージャーへ連絡し、レシピと買い物の件を報告した。ヘルパーの調理時間に立会い、直接ヘルパーへの説明をおこなった。

Ⅳ期：支援の振り返りとモニタリング、関係機関への引継ぎ（10ヶ月目～12ヶ月目）

※支援内容：訪問2回／電話4回／関係機関との連携4回

配食サービスの注文忘れもなく、献立を選んで買い物へいくことも定着してきているため、自立生活アシスタントの直接的支援を意図的に減らし、関係機関への引継ぎをおこなった。配食サービスの注文については、訪問看護の際に忘れについて確認してもらうことになる。

終結

本人の「脳梗塞再発せず、健康を維持したい」というニーズについて、食事面を中心に支援を実施した。支援初期は日々の食事と金銭について確認をおこない、視覚的に本人へ提示し、フィードバックしたことで、食事に対する認識に変化が現

れた。その後、配食サービス導入し、調理のための献立選びなどの支援をおこなうことで食生活に広がりが見られるようになった。

本人より「配食サービスの味に飽きたから、業者を変えたい」と相談があった。自立生活アシスタント導入前は、本人が誰にも相談なく解約してしまっていたが、今回の支援を通し配食サービスの必要性を理解できたと考えられる。ケアマネジャーに引継ぎ、契約から1年で契約終了とした。

まとめ

訪問サービスのポイントを下記に列挙する。

- ①本人ができることを増やすための支援では、導入時のかかわりが重要であり、課題の認識を促しながら「どうすればできるのか」提示していく必要がある。
- ②本人への関わり、方向性にずれが生じないように、関係機関との連絡をこまめにおこなうことを意識する。
- ③訪問による直接的支援だけではなく、電話などのツールを使いながら「本人からのSOS発信が可能なか」も評価していく。
- ④支援の終結にむけ、訪問回数、頻度の調整をおこなう。

2. 国立障害者リハビリテーションセンター

(1) 事業の概要

国立障害者リハビリテーションセンターにおいては、自立支援局が指定障害者支援施設として障害福祉サービスの事業を担っており、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労移行支援（養成）の昼間実施サービスと施設入所支援のサービスを提供している。これらのうち、自立訓練（生活訓練）については、高次脳機能障害のある方を対象としており、訓練等給付の対象として訪問訓練もこの事業の枠組みの中で実施している。

訪問訓練は、大きく3つの形に分けられる。一つ目は、利用相談の段階から在宅生活等を目標としてご本人の慣れた環境の中での生活訓練を希望され、利用開始時から訪問による生活訓練を実施する場合、二つ目は、当センターへの通所による生活訓練において、アセスメント、介入、モニ

タリングを進める中で、訪問による訓練、支援のニーズが明らかとなり、通所による生活訓練から訪問訓練に移行する場合、三つ目は、通所による生活訓練と訪問訓練を並行して実施する場合、である。通所による生活訓練では、他の利用者との集団場面を活用することによって、障害理解や自己認識の向上、対人関係に関するアセスメントや支援が可能になるなどのメリットがある一方で、訪問訓練では慣れた環境で実際の場面に即した支援を行うことが可能であり、特に記憶障害のある方にとっては大きな心理的負荷をかけることなく支援が可能であるなどのメリットがある。そのため、個々の事例のニーズによって、柔軟に通所による生活訓練と訪問訓練を組み合わせる導入できるという効果は高いものと考えられる。

以下に、訪問訓練のみを実施した事例と通所による生活訓練と訪問訓練を並行して実施した事例を報告する。

(2) 事例

1) 訪問訓練のみの事例

事例の概要

30代女性、夫と同居中。義母が徒歩圏内に在住している。

2012年11月にもやもや病により、脳出血、脳梗塞を発症し、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害、遂行機能障害、失行、視覚失認、右同名半盲）となった。2014年3月より訪問訓練の利用を開始した。

サービス提供に至った経緯

発症前から専業主婦として家事を行っていたが、発症後は障害の影響から、何を取り組むにも不安や自信のなさを訴え、夫や義母に家事全般を任せていた。また、外出については、必ず家族が付き添いをしている状況だった。そのため、調理や買い物など主婦としての役割をこなしたい、近隣の喫茶店に外出したいとの希望が強かった。本人の意向から、家庭内で調理や掃除などの家事動作に関する訓練や自宅内の環境設定、自宅近辺の外出訓練が必要と考え、訪問訓練によるサービスを提供することとなった。

アセスメント

右同名半盲および注意障害、記憶障害が顕著であり、観念失行・構成障害を含む視空間認知の低下により道具操作や書字が困難であった。また、強い不安感や依存傾向もあり、屋外移動や調理などの家事動作全般に支援を要し、家族が全て付き添いや代行をしていた。

訪問訓練を通じて、簡単な調理を単独で行い、必要な部分は家事援助を導入し、ヘルパーによる支援を明確にすること、近隣のスーパーまでの買い物や気分転換を図るために喫茶店等へ安全に外出することを目標とした。

《神経心理学的検査の結果》

MMSE : 21/30、TMT-A : 309 秒・B : 実施不可、RBMT (リバーミード行動記憶検査) : 標準プロフィール点 9/24 (年代別障害カットオフポイント 19/20)、コース IQ : 37.5

右同名半盲の影響による方向性および全般的注意の低下、短期記憶・ワーキングメモリの低下、観念失行・構成障害を含む視空間認知の低下がみられた。

支援計画の立案

近隣のスーパーや喫茶店への外出と、簡単な調理を単独で出来ることを目標に、9 ヶ月間、週 1 回の訓練を提供することとした。

支援の経過

①決められた場所への外出 (買い物、喫茶店)

最初は調理と関連して近所のスーパーまでの往復とスーパー内での移動・商品の選択・支払い等の買い物練習から開始。定着後は本人の希望された A 喫茶店 (自宅から徒歩 20 分程度) の徒歩での往復移動を行った。本人の自信が付き、A 喫茶店までの移動が定着すると、公共交通機関 (電車) を利用した B 喫茶店 (自宅から 30 分程度) までの外出の希望が本人及び家族より出されたため、往復移動練習を行った。

外出訓練の際、本人の把握しやすいランドマークを確認し、写真を使った手順書を作成した。手順書を見ながらの移動は困難であったため、移動前後に確認し、移動中は間違えやすいポイントの直前で確認することを意識し、間違えがない経験を繰り返すことで学習していくこと (誤りなし学

習に則った支援) を支援のポイントとして定着を目指した。

②簡単な調理

煮る・焼く・炒めるといった調理のそれぞれの基本動作を中心としたメニュー、受傷前に経験のあるメニュー、合わせ調味料などを使った工程を単純化したメニューについて、それぞれ反復練習を行った。訓練を実施するにあたり、視覚的に場所や物の位置が分かるように、キッチンに絵や文字のカードを掲示し、本人が家事を行いやすい環境設定を行った。

また、訓練でできるようになったことや課題を整理しながらヘルパーに伝達を行った。

③生活環境の調整

訓練を実施していく中で、課題が顕在化してきたため、それらに対する環境調整をすすめた。「コンセントをプラグに差し込めない」という課題にはコンセントとプラグにシール貼付、「どこを掃除したか分からなくなる」という課題には掃除完了・未完了カードを作成し各部屋のドア等に掛ける、「出かける際の持ち物を忘れる」という課題には、チェックリストや玄関にカードを貼るなどの対応を行った。また、夫や義母との連絡ノートを作成し、訓練の目的や訓練の実施結果、環境調整内容を共有した。

終結

①決められた場所への外出 (買い物、喫茶店)

近所のスーパーまでの往復は、訓練開始後 1 ヶ月程度で定着した。A 喫茶店までの往復は手順書や目印を確認し、安全に留意しながら移動することが可能となり、3 ヶ月程度で定着した。電車を利用した B 喫茶店までの往復も 3 ヶ月程度で概ね定着した。訓練以外の場面で、定期通院している病院までの通院やスーパーへの買い物など単独で外出することができるようになった。

②簡単な調理

繰り返しの訓練と環境設定を行うことで、道具や材料の探索や片づけにかかる時間が短縮され、簡単な炒め物や煮込み料理を作ることが可能となった。昼食の準備や簡単なメニューの調理は単独で実施するようになった。