

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

障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の
実態把握及び推進のための研究

「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査（自立訓練）」

研究分担者 鈴木 智敦：名古屋市総合リハビリテーションセンター 副センター長
研究協力者 ◎稲葉 健太郎：名古屋市総合リハビリテーションセンター 自立支援部長
松尾 稔：名古屋市総合リハビリテーションセンター 生活支援課長

研究要旨

本研究は、高次脳機能障害者に対する自立訓練事業の支援実態と制度的課題を明らかにし、今後の支援体制の在り方について検討することを目的とした。令和6年度に実施された全国調査では、高次脳機能障害者の利用実績に事業所間で大きな偏りが認められ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、公認心理師等の専門職（以下、「専門職」という。）配置や医療・相談支援との連携が支援の質に影響している可能性が示唆された一方、その背景要因は十分に解明されていなかった。そこで本研究では、利用実績の割合や運営形態の異なる7法人を対象に、対面またはオンラインによるヒアリング調査を実施し、専門職配置、医療・福祉・相談支援との連携、支援プロセス、運営上の工夫や課題について質的分析を行った。その結果、自立訓練事業は生活再構築と社会参加の基盤形成において重要な役割を果たしているものの、医療から福祉への移行における連続性の欠如、病床回転率上昇と支給決定プロセスの乖離、介護保険偏重による情報不足、相談支援体制の未整備といった複合的な制度課題が明らかとなった。また、専門職配置や共通評価指標の活用、事業所によるアウトリーチ型支援は有効である一方、現行報酬制度では十分に評価されていない実態も示された。今後は、医療・福祉・相談支援が早期から関与する多機関連携体制の構築、専門職配置を促進する報酬制度の見直し、評価指標の整備、退所後の地域資源拡充を通じて、高次脳機能障害者が切れ目なく地域生活へ移行できる支援システムの構築が求められる。

A. 研究目的

1. 背景

障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援については、令和4年6月に取りまとめられた社会保障審議会障害者部会報告書¹⁾において、「その特性に対応できる専門性を持つ人材配置をすすめるための方策について検討する必要がある」「本人が医療との関わりを必要とする場合等について、利用者の適切な支援に求められる連携を更に促進する方策等について検討すべきである」との指摘がある。

そのため、令和6年度に「障害福祉サービス

利用プロセス等に関する実態把握調査（自立訓練）」を実施した。この調査においては、中部地区および全国障害者自立訓練事業所協議会の会員を含む385事業所を対象に行い、72法人105事業所から回答を得た。分析の結果、高次脳機能障害者の利用実績には偏りが見られ、実績を有しない事業所が全体の41%を占めた。利用実績の多い事業所では、専門職の配置や評価体制、連携の充実が確認され、これらが支援の質向上に寄与していることが示唆された。一方で、行政手続きの煩雑さや、医療機関・行政機関における高次脳機能障害への理解不足が、支援の円滑な実施を妨げる要因として指摘された。さらに、利用開始までの期間が長期化する

事例もみられ、早期支援体制の構築が求められる。今後は、高次脳機能障害に関する専門的人材の配置を進めるとともに、関係機関の認知向上、利用手続きの簡素化、相談支援専門員の役割強化および制度整備が、自立訓練の効果的な運用に不可欠であると結論づけられた。

2. 目的

しかしながら、これらの課題については、詳細な背景要因が十分に把握されておらず、課題解決に向けた具体的な提言には至っていないのが現状である。

そこで本研究では、さらなる詳細な実態の把握および課題解決のための方策を検討することを目的として、ヒアリング調査を実施することとした。

本ヒアリング調査においては、令和6年度の調査で明らかになった傾向の背景要因を明確化するとともに、高次脳機能障害者支援において専門職の配置、連携、支援プロセス等が充実している事業所を対象に、「好事例」や「成功要因」を抽出し、他事業所における支援の参考となる取組を整理する。さらに、行政、医療機関、相談支援専門員等との連携上の課題や、体制的・制度的な障壁を明らかにし、今後の改善方策を検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査方法

対面またはオンラインによるヒアリング調

査で実施した。

2. 調査対象

令和6年度に実施した「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査（自立訓練）」において回答のあった76法人について、単独事業・複数事業などの運営形態別に分類し、機能訓練2法人、生活訓練2法人、機能訓練＋生活訓練2法人、生活訓練＋自立訓練宿泊型2法人の合計8法人を抽出した。なお、1法人については調査協力が得られず、7法人から回答を得た。（表1）

3. 調査期間

2025年12月1日～2026年1月31日

4. 調査項目

本ヒアリング調査では、一般病院や高次脳機能障害支援拠点機関、相談支援機関等との連携の実際、専門職配置の有効性と課題、さらに運営上の工夫や人材確保、事業の意義と課題を把握するため、基本的な概要・自立訓練の職員体制・自立訓練の利用者の状況・活動の内容を確認したうえで、連携の取り組み・連携上の課題・運営について・自立訓練事業・その他の各項目について、ヒアリング調査を実施した。（表2）

5. 倫理的配慮および利益相反（COI）

本研究は名古屋市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション事業団倫理審査委員会及び利益相反委員会の承認を受けて実施した（課題番号：2025003）。

表1 調査対象

	単独事業・複数事業の事業種別	抽出数 /法人数	抽出事業所名/法人名（高次脳機能障害者の割合）
単 独 事 業	機能訓練	2/13	・新潟県障害者リハビリテーションセンター／社会福祉法人 豊潤舎（機能訓練 85.7%） ・障害者支援施設 宮崎リハビリテーションセンター／社会福祉法人 善仁会（機能訓練 64.0%）
	共生型機能訓練	0/1	
	基準該当機能訓練	0/0	
	生活訓練	2/26	・広島県立総合リハビリテーションセンター あけぼの／社会福祉法人 広島県福祉事業団（生活訓練 100%） ・ワークセンター大きな木／特定非営利活動法人 えんしゅう生活支援 net（生活訓練 53.8%）

共生型生活訓練	0/0	
基準該当生活訓練	0/0	
宿泊型自立訓練	0/2	
その他	0/0	
小計	4/42	

複数事業	機能訓練＋生活訓練	2/18	・千葉県千葉リハビリテーションセンター 更生園／社会福祉法人 千葉県身体障害者福祉事業団（機能訓練 86.8%＋生活訓練 100%） ・高知ハビリテーリングセンター／社会福祉法人 ファミージュ高知（機能訓練 66.7%＋生活訓練 37.5%）
	機能訓練＋機能訓練	0/1	
	生活訓練＋宿泊型自立訓練	1/9	・さわや家／医療法人 好生会（宿泊型自立訓練 7.1%＋生活訓練 7.1%）
	共生型機能訓練＋共生型生活訓練	0/1	
	小計	3/29	
	その他（厚生労働省）	0/1	
	小計	0/1	
合計	7/72		

※高次脳機能障害者の割合：R6/4/1 時点

表 2 調査項目の詳細

(1) 基本的な概要	①法人名 ②事業所名（機能訓練、生活訓練、宿泊型自立訓練） ③開所年／現事業の開始年
(2) 自立訓練の職員体制 （※令和7年10月1日現在）	④機能訓練または宿泊型自立訓練 ア．機能訓練または宿泊型自立訓練の職員数 基準上の必要職員数、常勤換算の従業員数 イ．機能訓練または宿泊型自立訓練の医療職の職員数 医師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士もしくは公認心理師、言語聴覚士、看護師の人数 ⑤生活訓練 ア．生活訓練の職員数 基準上の必要職員数、常勤換算の従業員数 イ．生活訓練の医療職の職員数 医師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士もしくは公認心理師、言語聴覚士、看護師の人数
(3) 自立訓練の利用者の状況 （※令和7年10月1日現在）	⑥定員数 ⑦契約者数 ⑧全体的な利用者の状況、特徴 ⑨紹介元 高次脳機能障害支援拠点機関、一般病院（精神科を除く）、診療所、精神科病院、介護保険施設、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、特定相談支援事業所、基幹相談支援センター、障害者支援施設、障害福祉サービス事業所、就労関係機関、学校・教育関係機関、家族、市町村等行政機関、その他
(4) 活動の内容	⑩活動の特色（理念） ⑪具体的な支援の内容 ⑫SIM の活用
(5) 連携の取り組み	⑬一般病院（精神科を除く）との連携で取り組んでいること ⑭高次脳機能障害支援拠点機関との連携で取り組んでいること ⑮相談支援機関との連携で取り組んでいること ⑯その他の連携で取り組んでいること ⑰専門職が配置することでの有効性について
(6) 連携上の課題	⑱一般病院（精神科を除く）との連携の課題 ⑲高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題 ⑳相談支援機関との連携の課題 ㉑その他の連携の課題 ㉒専門職が配置することでの課題について
(7) 運営について	㉓運営に係る経費 ㉔運営収支 ㉕人材確保／人材育成 ㉖利用者の確保

	㉗運営（事業継続のための取り組み）
(8) 自立訓練事業 について	㉘この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割） ㉙この事業の課題点 ㉚この事業への施策提言
(9) その他	㉛その他伝えたいこと

C. ヒアリング調査結果

1. 新潟県障害者リハビリテーションセンター

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

社会福祉法人 豊潤舎

イ. 事業所名

新潟県障害者リハビリテーションセンター

ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：2005年 現事業の開始年：2012年

エ. 自立訓練の事業種別

機能訓練 単体事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表3 自立訓練（機能訓練）の職員体制

機能訓練の職員数		
基準上の必要職員数	2.8	人
常勤換算の従業員数	4.5	人
機能訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0.8	人
作業療法士	0.2	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0.1	人
看護師	0.1	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

ア. 定員数／契約者数

定員数：20人 契約者数：20人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・中途障害者で身体障害、高次脳機能障害を抱えた方が社会復帰を目指してリハビリをしている。利用者は、40～50代が約8割（平均年齢は46.9歳）、男性が8割以上、障害の原因は脳血管疾患が74%、脳挫傷が10%で脳損傷の方が8割以上となっている。

ウ. 紹介元

表4 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	1	人
一般病院（精神科を除く）	10	人
診療所	0	人
精神科病院	0	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	3	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	1	人
基幹相談支援センター	1	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	1	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	2	人
家族	0	人
市町村等行政機関	0	人
その他	1	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

- ・新潟県障害者リハビリテーションセンターの自立訓練（機能訓練）は、「その人らしさ」を大切にし、尊厳をもって生活できることを基本理念として実施している。
- ・身体機能の回復や訓練の成果を生活場面に結び付けることを重視し、単なる機能改善にとどまらず、利用者一人ひとりが自らの障害特性を理解し、自己実現に向けてあらゆる可能性を探りながら、主体的に生活できるよう支援している。
- ・また、専門職が相互に連携しながら専門性を発揮し、知識・技術の研鑽を重ねることで、より質の高い支援の提供を目指している。リハビリテーションセンターとしての役割を踏まえ、医療・福祉・就労等の関係機関と連携し、地域での安定した生活や社会参加につながる支援を行うことを重要な役割と考えている。

イ. 具体的な支援の内容

- ・自立訓練（機能訓練）では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の専門職が関与し、身体機能および高次脳機能への個別リハビリテーションに加え、生活期における社会参加や就労を見据えた支援を行っている。

- ・訓練は、パソコン作業、手工芸、一般教養、スポーツ・レクリエーション、グループワーク等を組み合わせ、「活動」や「社会参加」を意識した日課として構造化している。これにより、生活リズムの再構築、作業耐久性の向上、対人場面への適応など、地域生活に必要な力の獲得を図っている。
- ・また、公共交通機関の利用練習や自動車運転再開支援、各種制度利用に関する助言など、実生活に直結する課題にも取り組み、訓練室内にとどまらない支援を重視している。本人への直接支援に加え、家族や関係機関と情報共有を行い、利用終了後の生活や社会参加につながる支援体制づくりを行っている。

ウ．SIMの活用

- ・当センターでは、身体機能面に比べて変化を捉えにくい「社会生活力」を可視化し、支援の質を高めることを目的として、SIMを活用している。
- ・利用開始時および終了時に加え、定期的な評価を行い、理学療法士・作業療法士を中心に結果を整理し、チーム内で共有している。これにより、利用者の生活機能や社会参加の状況を客観的に把握し、支援の焦点や優先順位を明確にした支援方針の検討につなげている。
- ・SIMは、専門職間の共通理解を促進するツールとして有効であるだけでなく、評価結果を本人や家族と共有することで、利用者自身が自らの障害特性や生活上の課題に気づき、自己実現に向けた目標を整理するための支援にも活用できると考えている。
- ・また、支援の成果をデータとして示すことで、外部機関に対して自立訓練（機能訓練）が担う生活期リハビリテーションの役割を説明する際の根拠としても位置付けている。

(5)連携の取り組み

ア．一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・一般病院（回復期リハビリテーション病棟等）とは、退院後の生活や社会参加を見据えた支援について情報共有を行い、必要に応じて見学・体験利用を受け入れている。一般病院との連携では、利用希望者に対し1～2泊の「体験利用」を実施している。これは事業者側にとってコストがかかる取り組みだが、病院での治療と自立訓練の内容の違いを利用者と病院双方に理解してもらい、利用開始後のギャップを埋める上で極めて有効な手段となっている。
- ・また、回復期リハ病棟を有する病院を訪問し、医療相談員やリハビリテーション専門職に対して、自立訓練（機能訓練）の対象者像や制度の位置づけ、利用に至るまでの手続きの流れ等について説明を行っている。
- ・医療機関でのリハビリ終了後も、就労や社会参加に課題を残すケースが多いことから、医学的リハの「延長」ではなく、生活期における社会リハビリテーションとしての自立訓練（機能訓練）の役割を伝え、適切な支援につなぐことを意識している。こうした取り組みを通じて、退院前後の段階から相談を受け、生活環境や通所手段、利用開始時期を調整し、円滑な地域生活への移行を支援している。

イ．高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・高次脳機能障害支援拠点機関とは、主に精神保健福祉センターや高次脳機能障害相談支援センターのコーディネーターと連携し、当事者のつどいや家族のつどいを開催することで、当事者同士・家族同士が経験や思いを共有できる場づくりに取り組んでいる。
- ・あわせて、高次脳機能障害に対する理解促進を目的に、医療・福祉関係者等を対象とした研修会や勉強会を開催し、地域における高次脳機能障害支援の啓発活動にも取り組んでいる。これらの取り組みを通じて、本人・家族への支援にとどまらず、地域全体の支援力向上を意識した連携を行っている。

ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・相談支援専門員とは、利用者の個別支援会議等の場において情報共有を行い、利用者の状況や意向を踏まえた支援内容の検討を行っている。
- ・また、当センターが実施する見学説明会や、基幹相談支援センターが主催する相談連絡会議等の機会を通じて、自立訓練（機能訓練）の対象者像や支援内容、利用までの流れについて情報提供を行っている。これらの取り組みにより、相談支援専門員が支援の選択肢として自立訓練（機能訓練）を適切に検討できるよう、制度理解の促進と連携強化を図っている。

エ. その他の連携状況

- ・職業リハビリテーションも自立訓練（機能訓練）の重要な要素と捉え、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労継続支援事業所等の就労支援機関と情報交換を行っている。
- ・また、居宅介護支援事業所や介護老人保健施設等の介護保険サービス事業所に対しても情報提供を行い、自立訓練（機能訓練）が必要な方に適切にサービスが届くよう、連携に取り組んでいる。

オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の専門職が配置されていることで、身体機能や高次脳機能だけでなく、生活場面や社会参加を含めた総合的な評価と支援が可能となっている。
- ・専門職がSIM等の評価を用いて利用者の状態を可視化し、チーム内で共有することで、支援の目的や焦点が明確になり、生活支援員を含めた職員間の共通理解が深まっている。
- ・また、専門職が関与することで、本人や家族、関係機関に対して支援内容や経過を具体的に説明でき、医療から福祉、就労へとつな

がる生活期リハビリテーションの質の向上につながっている。

(6)連携上の課題

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・回復期リハビリテーション病棟を有する病院に対して、自立訓練（機能訓練）の対象者像や制度の位置づけ、利用までの流れについて説明を行っているが、医療機関によって理解の深さや認識に差があることが課題である。
- ・特に、介護保険第2号被保険者で特定疾病に該当する患者については、介護保険サービスが優先的に検討されやすく、自立訓練（機能訓練）の利用が十分に検討されないまま支援が進むケースがみられる。
- ・また、障害福祉サービスの利用にあたっては、申請や手続きに一定の時間や手間を要することから、医療機関側にとって障害福祉サービスへつなぐことが負担となり、結果として支援につながりにくい状況が生じていると考えられる。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・高次脳機能障害支援拠点機関とは、情報共有や啓発活動を通じた連携を行っているが、拠点機関に配置されているコーディネーターが限られていることから、マンパワーの面で十分な対応が難しい状況がある。そのため、個別ケースへの継続的な関与や、地域全体への支援展開については一定の制約が生じており、人的体制の充実が今後の課題と考えられる。

ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・相談支援専門員との情報共有や説明の機会は設けているものの、相談支援専門員の経験や障害福祉サービスに対する理解度には差がある。そのため、自立訓練（機能訓練）について、身体機能の改善を目的としたリハビリテーションを行うサービスと捉えられ、生活期における社会参加や就労を見据えたリハビリ

テーションの内容が十分に理解されていないケースがみられる。

- ・「機能訓練」という名称が、身体機能の回復訓練のみを行う場所という誤解を生みやすく、支援内容が正しく伝わらない一因となっている。結果として、自立訓練（機能訓練）が支援の選択肢として適切に検討されにくい状況が生じている。

エ. その他の連携の課題

- ・就労支援機関や介護保険サービス事業所等と連携を行っているが、制度の違いにより支援の方向性について十分なすり合わせが難しい場合がある。
- ・また、利用者の障害の程度や状況の幅が大きく、就労を重視する支援や生活の安定を優先する支援など、柔軟な支援体制の構築が求められる。
- ・一方で、こうした多様な支援ニーズに対応するために連携の幅を広げていくには、一定の時間や労力を要する点が課題となっている。

オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・専門職を配置することで、質の高い評価や支援が可能となる一方、専門職の確保には経営的な負担が生じるため、配置人数には一定の制約が生じている。
- ・また、専門職が担う役割が多岐にわたることから、支援、評価、関係機関との連携、説明等の業務が集中しやすく、業務負担の調整が課題となっている。

(7) 運営について

ア. 運営に係る経費

- ・人件費を中心とした固定的な経費の割合が高い。

イ. 運営収支

- ・指定管理者として事業を運営しているが、指定管理料がなければ運営収支は赤字となる構造である。自立訓練（機能訓練）をはじめとする専門性の高い支援を安定的に提供するた

めには、指定管理料による財政的支援が不可欠となっている。

ウ. 人材確保／人材育成

- ・若年層の人材確保が難しく、人材不足が課題となっている。事業所内研修および外部研修を取り入れて人材育成に取り組んでいるが、研修の効果が十分に現場実践へと結びつく体系的な仕組みづくりについては、今後の課題と感じている。
- ・また、専門職の採用も大きな課題で、ST（言語聴覚士）などの専門職を追加で配置しても、事業所としての直接的な経営上のメリット（加算など）が明確でないことである。これにより、質の高い支援を提供するために専門職を増やしたくても、経営判断として増員に踏み切るインセンティブが働きにくいという課題に繋がっている。

エ. 利用者の確保

- ・見学説明会の実施や医療機関への訪問等を通じて利用者確保に努めているが、事業運営が安定する水準での利用者数を継続的に確保することには、常に難しさを感じている。制度の理解不足等により、自立訓練（機能訓練）が選択肢として検討されにくいことも影響していると考えている。

オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・職員の採用が困難な状況にあることから、職場環境の改善を重視し、職員が安心して意見を出し合える心理的安全性の高い職場づくりを意識している。
- ・また、支援の質を維持・向上させることが事業継続の前提であると考え、利用者一人ひとりの状況に応じた丁寧な支援をチーム全体で共有し、実践する体制づくりに取り組んでいる。

(8) 自立訓練事業について

- ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・自立訓練（機能訓練）は、回復期リハビリテーション終了後の生活期において、就労や社会参加に向けた「生活基盤の再構築」を支える重要な役割を担っている。医療機関では提供が難しい、生活リズムの再構築、作業耐久性の向上、対人関係への適応、社会的役割の再獲得といった支援を、制度として継続的に提供できる点が大きな利点である。
- ・また、一般就労や復職に限らず、福祉的就労や地域生活への移行など、利用者一人ひとりの状況に応じた多様な社会参加の形を支援できることから、壮年期に障害を負った方の「その人らしい生活」を支える生活期リハビリテーションとして、社会的意義の高い事業であると考えている。

イ. この事業の課題点

- ・自立訓練（機能訓練）は、生活期における重要な支援である一方、その役割や対象者像が医療機関や相談支援機関等に十分に理解されておらず、支援の選択肢として検討されにくい現状がある。
- ・また、介護保険優先の原則や制度間の違いにより、生活期リハビリテーションとしての自立訓練が活用されにくいケースもみられる。
- ・また、介護保険の手続きは迅速である一方、障害福祉サービスである自立訓練の利用開始までに時間がかかり、利用機会を逃す一因となっている。このため、診断書があれば暫定的にでも利用を開始できるような制度設計の見直しの必要性があると考えている。
- ・さらに、専門職配置に伴う経営的・人的な制約や、他機関との連携に要する時間的・労力的負担など、事業を継続的に運営していく上での課題も抱えている。

ウ. この事業への施策提言

- ・自立訓練（機能訓練）が生活期リハビリテーションとして十分に機能するためには、医療・介護・障害福祉の各分野において、本事業の役割や対象者像についての理解を一層深

める必要がある。特に、回復期リハビリテーション終了後の支援の選択肢として、自立訓練（機能訓練）が適切に検討されるよう、医療機関や相談支援機関への情報提供や啓発の仕組みづくりが求められる。

- ・あわせて、専門職配置を前提とした事業運営が継続可能となるよう、評価・加算の在り方や人材確保に関する支援策の検討、制度間連携を促進する仕組みの整備が重要であると考ええる。

具体的には、以下のことが考えられる

○医療機関への周知徹底

- ・医師が自立訓練事業の内容や利用ルートを正しく理解し、退院する患者（特に65歳未満）に的確な情報提供ができるよう、急性期病院の医師（脳神経外科や脳神経内科）が、退院後に受けられる具体的な支援の流れや機関を示したフロー図入りのリーフレットを作成することは、有効であると考えられる。

○障害福祉サービスの加算制度の見直し

- ・高次脳機能障害体制加算の傾斜配分：現行の高次脳機能障害体制加算について、事業所における高次脳機能障害者の利用割合に応じて加算額を変動させる「傾斜配分」を導入する。利用者が8割を超えるような専門性の高い事業所には手厚く、割合が低い事業所にも一定の加算を付けることで、より多くの事業所が支援に取り組む動機付けとする。
- ・専門職配置加算の創設：人材確保と専門性の向上を促すため、言語聴覚士（ST）や作業療法士（OT）などの専門職の配置を直接評価する「専門職配置加算」を創設する。専門職を1名配置した場合、2名配置した場合、複数の専門職種を配置した場合などで段階的に加算額を設定することで、事業所が専門職の採用・増員に踏み切る経営的なメリットを明確にする。

○利用手続きの迅速化

- ・介護保険サービスに比べて手続きに時間がかかるという不利な状況を改善するため、診断

書等があれば暫定的に利用を開始できるなど、利用開始までのプロセスを迅速化する制度設計が求められる。

(9)その他

- ・自立訓練（機能訓練）は、生活期における社会参加や就労を支える重要な制度であるが、十分に認知されているとは言い難い。今後も関係機関との連携を通じ、制度の理解促進に取り組んでいきたい。
- ・運営上の大きな課題として、入所施設の低稼働率が挙げられる。施設入所の定員は30名だが、実際の入所者は十数名にとどまっている。これは、退院後の利用者の多くが集団生活を避け、可能な限り通所での利用を希望するためである（現在、利用者の6割以上が通所）。また、行政の窓口でも入所の必要性を厳しく問われる傾向があり、手続きの面でも通所が選ばれやすいところも課題となっており、行政の正しい自立訓練への理解が求められる。

2. 障害者支援施設 宮崎リハビリテーションセンター

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

社会福祉法人 善仁会

イ. 事業所名

障害者支援施設 宮崎リハビリテーションセンター

ウ. 開所年/現事業の開始年

開所年：1995年 現事業の開始年：2011年

エ. 自立訓練の事業種別

機能訓練 単体事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

生活介護、短期入所、施設入所支援、居宅介護、計画相談支援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表5 自立訓練（機能訓練）の職員体制

機能訓練の職員数		
基準上の必要職員数	4	人
常勤換算の従業員数	5	人
機能訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	1	人
作業療法士	0	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0.1	人
看護師	1	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

ア. 定員数/契約者数

定員数：20人 契約者数：26人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・脳血管障害が基礎疾患にあり、片麻痺や高次脳機能障害のある方が多い。

ウ. 紹介元

表6 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	0	人
一般病院（精神科を除く）	12	人
診療所	0	人
精神科病院	1	人

介護保険施設	5	人
居宅介護支援事業所	1	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	5	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	1	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	0	人
家族	1	人
市町村等行政機関	0	人
その他	0	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

- ・宮崎県内にて自立訓練（機能訓練）を実施しているのは、当事業所が1カ所であり、入所・通所でリハビリを実施している（他は共生型）。
- ・特に入所では、日常生活の支援も含めたりハビリを実施している。

イ. 具体的な支援の内容

- ・リハビリは個別支援と集団訓練を実施している。
- ・特に、個別訓練では、身体機能面のリハビリから社会生活訓練を実施している。（買物訓練・公共交通利用訓練等）社会復帰に向けた支援として住居の選定や環境調整（市営住宅の抽選に付き添うなど）、職場との障害面の共有なども実施している。
- ・就労移行とのつながりはほとんどない。就労継続B型か直接就労（コルディアール農園）の例がある。

ウ. SIMの活用

- ・現在SIMは未活用。
- ・SIMに対応した自立訓練のプログラムが準備できていない。

(5) 連携の取り組み

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・入所相談があった際には、病院への訪問を行い対象者の状況確認を実施。
- ・見学依頼があった際に対応している。

- ・潤和会の他、日向や都城の顔見知りのワーカーがいてそこから紹介がある。生活保護の人や若くて就労できそうなケースが相談であがってくる。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・年に1回、高次脳機能障害支援連絡会議に参加している。
- ・宮崎県が支援拠点機関として指定している「宮崎県身体障害者相談センター」とは、高次脳機能障害者通所教室で関わっている。

ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・当施設に相談支援事業所があり、入所依頼があった際には病院への調査に同行してもらい対応している。
- ・相談支援事業所が参加する研修等に参加して、顔の見える関係を構築している。
- ・セルフプランであることはほとんどない。

エ. その他の連携状況

- ・宮崎県で実施している高次脳機能障害通所教室に支援スタッフとして、作業療法士が参加している。
- ・高次脳機能障害支援者養成研修を法人で委託を受け宮崎県内で実施している。

オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・病院と専門職とのやり取りが直接可能。
- ・高次脳機能の評価ができるほうがいい。
- ・リハビリ内容や評価の説明が可能。「注意障害がある」ことについて医師と運転についてやり取りをする事例が先日あった。家族にも説明がしやすい。

(6)連携上の課題

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・固定した医療機関からの受け入れが多く、その他の医療機関とのやり取りが少ない。営業をしなければいけない。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・高次脳機能障害支援拠点機関である宮崎大学医学部（附属病院）とのやり取りがほとんどないため、紹介はほぼない。

ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・利用者のやり取りをする事業所が固定化している。
- ・相談支援から機能訓練に紹介されることはない。

エ. その他の連携の課題

- ・機能訓練の定員がいっぱいで受け入れを待っていただくケースがある。（その際は市町村や相談支援事業所と協議を行い、介護保険の事業所を経由していただくケースがある）

オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・OTは集団訓練をもっと行いたいと考えているが訓練を行う時間がない。

(7)運営について

ア. 運営に係る経費

- ・生活介護があるか運営できていると考えている。

イ. 運営収支

- ・入所は令和6年度ほぼ100%。

ウ. 人材確保／人材育成

- ・高次脳機能障害支援者養成研修への講師派遣や受講生としての参加。

エ. 利用者の確保

- ・病院からの紹介がほとんどで、待機者あり。

オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・施設としては生活介護との事業実施で自立訓練が成り立っている。

(8)自立訓練事業について

ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・宮崎県に事業所が一カ所しかなく、若年層の受け皿としての役割があると思う。

イ. この事業の課題点

- ・施設として利用者の受け入れはあるものの退所先が少なく、利用者の循環に課題がある。
- ・自立訓練の支給決定期間について、脊損との期間の差の整合性があるのか。

ウ．この事業への施策提言

(特になし)

3. 広島県立総合リハビリテーションセンター あけぼの

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

社会福祉法人 広島県福祉事業団

イ. 事業所名

広島県立総合リハビリテーションセンター
あけぼの

ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：1968年 現事業の開始年：2003年

エ. 自立訓練の事業種別

生活訓練 単体事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス
療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支
援、就労移行支援、児童発達支援、放課後等
デイサービス、医療型障害児入所支援、計画
相談支援、障害児相談支援、保育所等訪問支
援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現 在）

表7 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	4	人
常勤換算の従業員数	4	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	1	人
理学療法士	0	人
作業療法士	1	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	1	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日 現在）

ア. 定員数／契約者数

定員数：24人 契約者数：17人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・高次脳機能障害者 100%、脳血管疾患 82%、交通事故 6%、その他 12%。
- ・重度の高次脳機能障害者が多く、病院内にある高次脳機能病棟に入院して、医療的リハビ

リテーションを受け、退院後も外来で作業・言語訓練を継続的に行いながら、あけぼので生活訓練を行うという方法をとることで、医療と福祉が一体となり、地域移行や就労等に向けた専門的な支援を提供していることが特徴。

- ・聞き取り日時点では待機者0名。原因の推測としては、GHが増えてきているためGHに直接入所される割合が多くなってきたのではないかと考えている。入所者の退所先はほぼGH。そもそも帰宅できるようなケースではない場合が多い。自宅に戻るのは稀。

ウ. 紹介元

表8 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	16	人
一般病院（精神科を除く）	1	人
診療所	0	人
精神科病院	0	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	0	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	0	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	0	人
家族	0	人
市町村等行政機関	0	人
その他	0	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

- ・理念：1日も早い自立と社会復帰を願って、質の高い信頼される支援サービスの提供に努めます。

イ. 具体的な支援の内容

- ・生活面：メモリーノートの活用、スケジュール管理、コミュニケーションの練習、学習会、身体機能訓練、生活の自立に向けた訓練。
- ・社会復帰：外出訓練、職業訓練、就労に向けた職場訪問、面接・ビジネスマナー等、退所後の住まいの調整、職場やグループホームでの実習。

- ・訓練時間は9時～15時だが、15時からリハビリテーションセンターの外来リハを受けるケースもある。維持期リハとして実施している。医療と福祉両方のリハが受けられるのが利用者にとってメリットになっていると感じている。

ウ. SIMの活用

- ・SIM評価により、点数化されることで、客観的な評価が可能となった。また、社会復帰への課題が明確となり、支援内容の絞り込みができた。

(5)連携の取り組み

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・県内の回復期病院への定期的な訪問の実施。
- ・国土交通省の自動車事故被害者支援体制整備事業のネットワーク構築支援事業により、福山リハビリテーション病院と連携をしている。福山リハのMSWだけでなく、OTからも患者の情報提供があり、あけぼのでの訓練を見据えた情報提供を受けている。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・同一センター内の高次脳機能センターとの合同カンファレンスや、情報共有を行っている。また、高次脳機能センターのスタッフと一緒に病院訪問をしている。
- ・施設の職員だけで訪問を行ってもメリットが伝わりにくい印象があるため高次脳支援センターの職員と一緒に訪問を行っている。高次脳支援センターの職員が同行すると話を聞いてもらえるようになる理由としては、高次脳機能病床への転院についての情報も確認できることが大きいのではないかと推測している。

ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・訪問しているが、具体的な連携には至っていない。

エ. その他の連携状況

- ・就労支援機関との連携（障害者就業・生活支援センター、能開校、ハローワーク等）。

オ. 専門職を配置することでの有効性について

- ・病院部門の訓練状況を理解しており、施設での訓練の継続性や新たな取り組みに力を発揮している。
- ・また、支援員は法人内の介護部門や知的障害者部門へ人事異動があり、人材を育てても抜かれるため、一定の水準の者が常に不足している状態である。OT等の専門職は長期間の経験を有しており、支援員の育成においても有効である。

(6)連携上の課題

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・福山リハ以外の病院との連携が課題。特に、人口や病院の多い広島市との連携が必要。
- ・広島市リハはセンター内の病院部門との連携が難しく、てんかんがある人等の医療度が高い方の受入れが難しいようである。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・県内の拠点機関の活動の差が大きく、その差を小さくすることは私達では困難。
- ・県は、複数の医療機関を拠点病院としているが、山間部などの病院はそもそも医療従事者不足などの問題も発生している。拠点病院それぞれの取り組みで濃淡がある状況がある。

ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・相談支援機関自体、高次脳機能障害者を受け入れている事業所を把握していないことが問題と感じる。
- ・尾道市の基幹に高次脳機能障害を受け入れている事業所についてどれだけ把握しているか確認をしたことがあるが「わからない」という返答だった。地域として高次脳機能障害の人がどのようなサービスに繋がっているか実態が把握できていない実情あり。そのため埋もれているケースも相当数ある印象を持つ。

もしかすると二次医療機関にきている可能性があるかもしれない。

エ. その他の連携の課題
(特になし)

オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・特にありません。
- ・この調査票に記載してある配置職員については、医師も含めて兼務はしておらず施設付きの職員となっている。心理やSTはリハビリテーションセンターのほうで外来リハビリを受けることで関わってもらっている。評価などを実施してもらっている。
- ・OTはもう一名ほしいと思っている。

(7) 運営について

ア. 運営に係る経費

- ・障害支援区分が低く、経費を収入でまかないきれない。
- ・広島県では障害支援区分がつかない場合が多く、身体障害が軽度のケースなどが特にそのような傾向がある。

イ. 運営収支

- ・▲5,142万円(令和6年度決算額)。
- ・職員数を30名から20名に減らしたがそれでも赤字になっている。

ウ. 人材確保/人材育成

- ・福祉業界に就職する若い人が減少しているとともに、退職者も増えている。人材育成しても、人事異動により、核となる人材の定着や確保が困難であり、将来的には、事業の継続が難しくなる恐れがある。
- ・給料も多いわけではないため人が集まりにくい。結果的に職員のクオリティ低下に繋がっている。訓練を任せられるような人材が育たない。
- ・また、時間をかけて育てた職員ほど異動になる場合が多い。高次脳機能障害支援センターのCoとして送り出す場合もあるが、病院のMSWに異動となることも多い。結果優秀な人材

が残ることがない。Coから施設に戻ってくるケースはある。

エ. 利用者の確保

- ・同じリハビリテーションセンター内からの入所がほぼ100%である。
- ・以前は外部の病院からも受け入れていたが、主治医が相談に乗ってくれないなど問題があった。現在は外部から受け入れる場合は必ずリハビリテーションセンターの高次脳機能病床に転院をしてもらってから受け入れるという方針に変更している。

オ. 運営(事業継続のための取り組み)

- ・聖域なき支出削減(職員を30%削減等)。
- ・現在の職員数は非正規も併せて20名。以前までは30名いたが経営難であるため削減した。

(8) 自立訓練事業について

ア. この事業の利点(社会においてこの事業が果たしている役割)

- ・困っている方が多く、定員100%の入所でも赤字となるため、事業を行う事業者が限られることから役割は大きい。

イ. この事業の課題点

- ・自治体からの補助金なしにはできない事業だが、広島県の補助金はゼロである。
- ・指定管理だが指定管理料は0。結果職員数の減少、職員のクオリティの低下などに繋がっている。設備も老朽化しており課題が山積している状況。

ウ. この事業への施策提言

- ・高次脳機能障害者支援体制加算や、施設入所支援の基本報酬の増額。
- ・満床でも赤字になるという仕組みになってしまっている。社会的意義はあるが行政の支援がない限り現在の構造上では継続が困難である。

(9) その他

- ・高次脳機能障害支援者養成研修について、職員は派遣するが主催は県が行うよう伝えてい

る。県が丸投げしようとするため。丸投げするのであれば職員も出さないと言って交渉を継続している状況あり。全体的に県の関わりが薄い。

4. ワークセンター大きな木

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

特定非営利活動法人 えんしゅう生活支援 net

イ. 事業所名

ワークセンター大きな木

ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：2011年 現事業の開始年：2011年

エ. 自立訓練の事業種別

生活訓練 単体事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

就労移行支援、就労継続支援B型、就労定着支援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表9 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	2.1	人
常勤換算の従業員数	2.6	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0	人
作業療法士	1	人
臨床心理士もしくは公認心理師	1	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

ア. 定員数／契約者数

定員数：8人 契約者数：9人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・障害種別は問わず受け入れをしている。高次脳機能障害の方が多いが、精神、発達障害の方の割合も増えてきている。知的障害と高次脳機能障害を重複、精神障害と高次脳機能障害を重複している方も利用がある。病院退院後すぐに利用する方は少なく、発症・受傷から2～3年経過している人もいる。

ウ. 紹介元

表10 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	0	人
一般病院（精神科を除く）	2	人
診療所	0	人
精神科病院	0	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	1	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	3	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	1	人
学校・教育関係機関	0	人
家族	1	人
市町村等行政機関	0	人
その他	1	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

- ・障害の有無にかかわらず市民が相互に人格と個性を尊重し、広く公益に寄与することを目的とします。基本理念「地域におけるノーマライゼーションの実現」

イ. 具体的な支援の内容

- ・就労移行支援と一体化して多機能型事業所として運用している。
- ・利用者の8割は高次脳機能障害者であり、午前中(9:30-11:30)は個別訓練を利用者に合わせた課題を提供しており、午後(12:30-14:30)は集団訓練で学習プログラムや外出プログラム、コミュニケーションプログラムなどを実施している。

ウ. SIMの活用

- ・評価の実施は、2名が同一者を評価し平均値を採用している。除外項目が個別で異なるため、割合で他者比較を行えるようにしている。
- ・取り組みの見える化として意義がある。
- ・今後、事業所間での共有、比較ができると良い。この評価(点)であれば、これくらいのことができるイメージできるようになるとよい。
- ・課題は、評価については本人に伝えていないこと。利用者の状況、項目により聞き取りでの評価となることで職員によってばらつきが

出てしまう。聞き取りのあり方やチェック項目で評価を実施するなど標準化できるとよい。

- ・個別計画訓練支援加算を算定しているが、十分な活用ができていないとは言えず形骸化してしまっている。

(5)連携の取り組み

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・信頼関係作りの一環として、利用から3か月、半年後に情報提供書を作成して送付している。連携加算など、報酬上のメリットがあるとよい。
- ・病院内の勉強会で講師として講義をする機会がある。スタッフの半数が作業療法士であり、作業療法士協会会員としてつながりがあること、スタッフに大学院生がいることで個人や病院とのネットワークを持っていることで連携をしている。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・2022年から当事業所も支援拠点機関であり、県内8か所の支援拠点機関があるが、県主催による支援者会議が年2回、ネットワーク会議が2回行われており、支援拠点機関同士の連携は取りやすい環境となっている。

ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・特にないですが、すでに連携の取れている事業所がいくつかあり、利用相談が入り、相談支援機関が関わっていない場合、連携している事業所に紹介、計画相談を依頼している。サービス利用者のすべてに相談支援機関（計画相談）が関わっている。

エ. その他の連携状況

- ・リハ学生（専門学校等）への講義、民生委員向けの講義、ジョブコーチ養成研修での講義、書籍の執筆、関連学会での発表やワークショップの開催、支援コーディネーターとして月1回の家族会・相談会に参加。

オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・医療と福祉の情報共有が容易。医学的根拠に基づいたアプローチと企業等への説明ができること。同じ専門職であれば法人のコンセプトにズレがなく運営しやすい。

(6)連携上の課題

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・大手病院になると情報提供書が主治医まで期日に届きにくい。
- ・内科や精神科など薬を処方されるだけのクリニックになると関わりが希薄で連携が取りにくくなる。
- ・病院から福祉サービスの紹介もなく社会復帰されてしまうことがあり、退職や休職になってから福祉サービスの利用となってしまうことがある。病院は社会復帰や復職に対するリスクヘッジが低いと感じることがある。退院後の切れ目のない支援が必要と感じる。
- ・病院側の意見も聞く必要性を感じる。また、病院が福祉サービスを知らないこともあり、取り組みを伝え、知ってもらう必要がある。病院が自立訓練の存在を知らない。知ってもらうために紹介資料、社会復帰までのフローチャートなどがあるとよい。
- ・医療と福祉の役割を理解しつつ、知識・技術の共有が必要。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・特に問題は感じていない。
- ・大きな木が静岡県西部の高次脳機能障害支援拠点機関となっている。

ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・知的障害を主に対象としている相談支援機関においては、高次脳機能障害の理解が乏しく、支援の方向性のコンセンサスが得られにくいこともある。

エ. その他の連携の課題

（特になし）

オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・処遇の問題で賃金とやりがいのバランスで人材が就職先を選択していると思うが、有資格者に対し、給与は高く設定しなければ、福祉での就労を選択しない。医療と福祉の給与格差を改善する必要がある。現状では、より高いサービスの質を提供しようとする、より多くの専門職を配置することになり、事業運営を圧迫することになる。

(7) 運営について

ア. 運営に係る経費

- ・人件費率が最も高い。全体の7割程度。
- ・開設当初より、専門職の配置を基準としていたため感覚的な負担は少ない、量より質を重視している。

イ. 運営収支

- ・拡大するためには収支が厳しい。
- ・ぎりぎりの人員で実施しているので、質を保ちつつ拡大することはかなり難しい。

ウ. 人材確保／人材育成

- ・理事が大学教員であり、作業療法士養成校での講義を実施している。養成校より実習生をほぼ1年中受けており、人材教育・育成に力を入れている。
- ・人材確保において、専門職は集まりにくい。やりがいと賃金で選択になるが、処遇が見合わなければ人材が集まらない状況。処遇改善のため、単価を上げる必要がある。

エ. 利用者の確保

- ・強力な連携病院はないため、現在のところ待ちの姿勢となっている。病院での難渋ケースが当事業所に送られてくる傾向がある。

オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・医療機関含む紹介元になりうる他機関とのネットワーク強化。

(8) 自立訓練事業について

- ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・生活習慣を整えるなど職業準備性ピラミッドの下3層の強化。病院から退院後のサービス利用が有効と思われる。短期間でもその後のフォローアップにつなげることができる福祉サービスの入り口的な存在である。
- ・以前は、復職者の支援に自立訓練を利用していた。現在は就労移行支援も利用できるようになり、働くためのベース作りをしている。就労目的で就労移行支援から利用して見立ての違いや利用者の方針転換により自立訓練に切り替える方もいる。自立訓練は、就労目的だが生活面の課題がある方の受け皿の役割を担っている。

イ. この事業の課題点

- ・自立訓練の効果検証をして行く必要がある。
- ・サービスにアクセスできない埋もれない人を作るための取り組み、仕組み作りが必要。
- ・期間、期限があることは重要。事業所の収益に限界を招くが、期限があることで利用者が次のステップに進むきっかけになる。

ウ. この事業への施策提言

- ・医療と福祉のシームレスな連携システムの構築が必要。そのために、医療リハ、職業リハ、地域リハを教育課程に持つ作業療法士の配置ができると医療から福祉への連携がスムーズになる。
- ・作業療法士等の専門職を配置することでサービスの質を上げることにつながるため、配置するための報酬単価を上げる必要がある。

(9) その他

- ・個別訓練計画支援加算の要件に社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師に加え、医療リハ、職業リハ、地域リハを教育課程に持つ作業療法士も加えてほしい。

5. 千葉県千葉リハビリテーションセンター
更生園

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

社会福祉法人 千葉県身体障害者福祉事業団

イ. 事業所名

更生園

ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：1991年 現事業の開始年：2009年

エ. 自立訓練の事業種別

機能訓練、生活訓練 複数事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス
療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支
援、就労移行支援、児童発達支援、医療型児
童発達支援、放課後等デイサービス、医療型
障害児入所支援、就労定着支援、計画相談支
援、障害児相談支援、保育所等訪問支援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現
在）

表 11 自立訓練（機能訓練）の職員体制

機能訓練の職員数		
基準上の必要職員数	6	人
常勤換算の従業員数	3.9	人
機能訓練の医療職の職員数		
医師	1	人
理学療法士	2	人
作業療法士	3	人
臨床心理士もしくは公認心理師	1	人
言語聴覚士	2	人
看護師	2	人

表 12 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	4	人
常勤換算の従業員数	1.7	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	1	人
理学療法士	2	人
作業療法士	3	人
臨床心理士もしくは公認心理師	1	人
言語聴覚士	2	人
看護師	2	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日
現在）

ア. 定員数／契約者数

定員数：46人 契約者数：39人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・高次脳機能障害のある方の割合はおよそ9割。
- ・平均年齢はおよそ45歳、男性利用者の割合が85%。
- ・視覚障害・聴覚障害の方はいないが、肢体不自由や高次脳機能障害の方で重複した障害のある方はいる。

ウ. 紹介元

表 13 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	1	人
一般病院（精神科を除く）	32	人
診療所	0	人
精神科病院	0	人
介護保険施設	2	人
居宅介護支援事業所	0	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	2	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	1	人
家族	1	人
市町村等行政機関	0	人
その他	0	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

- ・就労・地域社会参加を目的に、外出機会／外出訓練を多くする、自立訓練から就労移行支援の事業変更を目標に、コース制も導入して、段階的に自己管理スキルや就労準備性が高まる支援を行っている。

イ. 具体的な支援の内容

- ・プログラムのバリエーションが多い（利用者にとって多くの経験となり、評価や訓練の幅もでき、ストレングスの助長や課題の抽出にもつながる、一方で全体のプログラム管理や記録評価等が不十分となる）。

ウ. SIMの活用

- ・初期評価（1ヶ月）、その後モニタリング標準期間に合わせた3ヶ月毎のSIM評価を行っている。評価することについては定着してきたが、評価の標準化やより分かりやすい評価基準の作成など、課題もある。
- ・いまだに初期評価が異様に高いデータがある事は課題。評価をつける職員の育成が足りない事が原因かもしれない。
- ・現在の課題を見つけるためのアセスメントの道具としても使えると思う。

(5)連携の取り組み

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・県内や東京・茨城・埼玉等の回復期リハ病院と連携している。日常的な相談、紹介いただいた入院中利用者家族への訪問面接、病院訪問等による広報活動、見学の受入れ、千葉県回復期リハ連携の会への参加。
- ・回復期リハ病院の連携会のような場で、職員が講義、勉強会のような形で自立訓練の説明を行うこともしている。回復期リハ病院にアンケートをした時は、ほとんど自立訓練の存在を知らない。
- ・ソーシャルカーが結構変わるため、定期的に訪問しないと連携は取れていかない。病院内でソーシャルワーカーがちゃんと引き継ぎはしてないのではという疑いを持つため、広報も重要だと感じる。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・月1回の情報共有会議の開催。
- ・高次脳支援状況（グループ等）の確認、更生園運営状況について（空き状況や紹介いただいた利用者の状況報告）。
- ・地域移行の時に高次脳機能障害支援センターに入ってもらい、茨城のセンターとも連携した事があった。出口の部分でも重要だと感じる。

ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・できるだけセルフプランの方を少なくする。

- ・回復期リハ入院中に相談支援専門員を選定していただく。
- ・相談支援専門員には個別支援会議に出席していただき、地域移行に向けて連携している。

エ. その他の連携状況

- ・県内機能訓練事業所の連絡会を実施していたが、事業所数が減り消滅。
- ・大学との交流（利用者とのボッチャ、大学への訪問）。
- ・介護保険分野からも一定数の利用につながっているため連携について検討する。

オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・専門職の利用者への検査評価分析は特に高次脳機能障害支援（目に見えない、支援の組立てが難しい、個別の障害特性）には根拠となり、有効でもある。
- ・健康・内服・食事・身体運動障害・家事動作・運転・就労・家屋改修・障害受容・失語・コミュニケーション・高次脳機能障害など、アセスメントが必要な対象が幅広く、各専門職のアドバイスや支援が必要である。
- ・セラピストがいるという事で、利用者本人にも説得、説明をしやすい。

(6)連携上の課題

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・障害福祉サービスにつなげる支援をあまり行っていない病院も多く、受入に向けた相談や情報提供、手続きが進めにくい。そのため入園コーディネーターが介入し連絡調整をていねいに行う必要がある。
- ・病院のMSWは頻繁に変わるため、障害福祉／自立訓練サービスについては継続して広報を行っていく必要がある。
- ・更生園はコーディネーターが独立している。病棟から相談があるときは病棟のソーシャルワーカーからこちらのコーディネーターに連絡が入る仕組みとなっている。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・千葉リハ高次脳機能障害支援センターとの連携を行っている。支援センターにおいても、相談支援や生活支援、就労支援を行っており、働くためのグループも運営している。センター外来や医療施設でも支援を行っており、競合している部分もあり、全体でのよりよいサービス提供についての連携が必要である。
- ・外の就労支援とも重なる事もあるため、重なっている部分は整理が必要。

ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・支援地域が県内（または県外）広範囲に及ぶため、日常的な連携の難しさはある。
- ・相談支援専門員については、回復期リハ入院中の選定となることも多く、中にはセルフプランとなる方もいる。
- ・高次脳機能障害の対応に慣れてきた相談支援も増えてきた印象。養成研修を昨年からはじめて、相談支援事業所の人たちが参加している。基礎となる研修をもうちょっとちゃんとやるべきだ。学ぶ機会はやはり必要と感じる。

エ. その他の連携の課題

- ・連携先が多岐に渡り、地域も広いため、効率的効果的な連携が求められる。
- ・サービス事業の目的、支援の効果や結果についても、支援機関に繰り返し発信していく必要がある。

オ. 専門職が配置することでの課題について（特になし）

(7) 運営について

ア. 運営に係る経費

- ・事業収入+指定管理料収入
- ・人件費（加配）、水道光熱費（高騰）などの支出増となっている。
- ・一方で稼働率が目標値を下回っており、事業収入は伸び悩んでいる。
- ・人によって課題が異なる事、支援プログラムの種類など幅広い。夜勤、施設入所の単価が

安すぎる。特に高次脳機能障害の方は夜間のメモリーノートの確認など、様々な支援で行っているのである程度夜勤もしっかりやらないといけない。

イ. 運営収支

- ・障害者支援施設単体では赤字。
- ・法人全体の収支は均衡（令和7年度）。
- ・売り上げを上げているのは小児と回復。重症化で一番重い障害区分で取っているため、介護も負担かかって職員が辞めてしまう。ずっと欠員の状況。

ウ. 人材確保／人材育成

- ・更生園は夜勤専従1名以外は職員充足している。
- ・法人全体としては、介護福祉士・保育士が採用困難職種となっており、欠員状態が継続している。
- ・今新しくセンターを建てている。完成すると介護の方の手が大きくなると思うので、介護全体の採用困難になっており、これからまた厳しくなる可能性。

エ. 利用者の確保

- ・センター内での連携、総合相談部との情報共有会議（月1回）、高次脳回診同行。
- ・センター外での連携、回復期リハ病院を中心に、広報PR目的の訪問、利用希望者へのアセスメントやサービス内容説明、地域支援機関（相談・就労・介護保険）へのサービス事業説明、見学受入れ。
- ・相談の件数など、待機的なところを見るとある程度充足のような形になるが、受け入れまでに時間かかる事もある。本当は支援がしっかり終了して出るのがベストだが、いきなりグループホームが空いたからすぐ入所してほしいという事もあり、出入りの管理が難しい。

オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・入口としては、回復期リハ病院との連携が必須。医療リハの段階から、社会参加や復職に

向けた、プランニングも必要。サービス事業は医療と地域をつなぐ役割として重要かつ不可欠であるため、支援効果についてアピールし、リハ支援の枠組みの中に位置づけられるようにする。

- ・ワーカーが異動などがあると受け入れが2週に1人かもしれないというようなところで、事情的にもすぐに受け入れられない場合がある。ニーズがないわけではないと思う。ただ、離院離棟など落ち着いてからでないとい入所できない。年齢など状態にもよるが、回復リハの段階で生活期、就労を見据えてプランニングする必要がある。

(8) 自立訓練事業について

ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・医療リハで獲得したADLを社会の中でさまざまな経験を通して活用し、できることを増やし活動範囲を広げて、自立した社会参加を目指す。同年代の方とのグループワークや共同生活・活動を通して共感し、自己の障害について気づきを深め、コミュニケーションが向上するなど、ピア的効果も大きい。

イ. この事業の課題点

- ・一連のリハプロセスの中で、サービスの役割を理解して、つなぐ役割の人が少ない。医療側のMSW・リハ医・リハ職などへの更なる周知も必要。地域では高次脳機能障害支援等を通して理解も深まりつつあるが、地位特性や物理的な距離もあり、基幹や拠点、中核との連携も必要。

ウ. この事業への施策提言

- ・一連のリハプロセスの中に組み込まれていくことが必要。医療リハ⇒自立訓練⇒就労移行支援⇒復職・新規就労の流れが大きくなるとよい（介護保険の利用に流れる前のジャッジ）、特に若年者については生活リハ／職業リハも見据えた、長期間のリハプランも必要。

ただし、入院～入所、訓練継続が負担とならないような配慮も必要。

6. 高知ハビリテーリングセンター

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

社会福祉法人 ファミーユ高知

イ. 事業所名

高知ハビリテーリングセンター

ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：2008年

現事業の開始年：2010年

エ. 自立訓練の事業種別

機能訓練、生活訓練 複数事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、共同生活援助、就労定着支援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表 14 自立訓練（機能訓練）の職員体制

機能訓練の職員数		
基準上の必要職員数	3.5	人
常勤換算の従業員数	5.7	人
機能訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	1.8	人
作業療法士	1.7	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0.1	人

表 15 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	1.2	人
常勤換算の従業員数	1.4	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0	人
作業療法士	1.4	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

ア. 定員数／契約者数

定員数：26人 契約者数：30人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

- ・【機能訓練】50代を中心とした脳血管疾患による片麻痺の方が利用者の約7割を占め、そのほとんどの方が高次脳機能障害を有する。
- ・【生活訓練】20～50代の知的・精神・発達障害の方が7割を占める。昨年度から身体機能障害を伴わない高次脳機能障害者の支援に舵を切り、徐々に利用者が増えている。

ウ. 紹介元

表 16 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	0	人
一般病院（精神科を除く）	23	人
診療所	0	人
精神科病院	1	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	0	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	0	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	1	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	2	人
家族	1	人
市町村等行政機関	1	人
その他	1	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

- ・障害があっても自分らしい生活を送ることができるよう、適切な支援提供する使命がある。
- ・利用者を主体として自律に向けたトレーニングが、快適に受けられる場所でなければならない。
- ・すべてのスタッフが支援者として常に先駆的な精神で臨み、誇りと責任をもって明るく働ける職場でなければならない。

イ. 具体的な支援の内容

- ・訓練プログラムは1日4時間（50分×4コマ）、利用者の障害特性や課題に合わせて主にセラピストがオーダーメイドでプログラムを立案し提供。
- ・機能訓練では入所半年程度を目途に身体機能の個別訓練を提供するが、その他は自主トレ

ーニング中心。コミュニケーションスキル向上や高次脳機能障害の回復を目的としたグループ訓練も行う。その他、地域移行の為の外出訓練、家屋訪問、公共交通機関利用、自動車運転再開、復職、余暇等の支援も実施。

ウ. SIM の活用

- ・昨年度から機能訓練は入所直後と退所直前の2回のみSIMを実施し、その結果を法人のホームページで公表している。データを活用した分析や、プログラムへの反映などの活用はできていない。生活訓練は実施していない（作業療法士を2名配置しているが、個別計画訓練支援加算の対象外）。

(5) 連携の取り組み

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・機能訓練利用者の約6割が回復期病院からの紹介であるため、年に1回は高知県下の全回復期病院へ営業している。その際に紹介があったケースの帰結を報告している。また、病院職員に向けた見学を案内し、年に1~2病院の見学を受けている。
- ・2019年に稼働率が50%まで低下したことを機に、県内の回復期病院へのローラー作戦的な営業活動を展開している。
- ・過去には重度利用者を断るイメージがあったが、事業所の機能変更を丁寧に説明し関係を修復。現在は重度利用者も段階的に受け入れている。
- ・ケース検討会への参加や医師との地道な関係構築が現在の高い稼働率に繋がっている。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・主に困難ケースの支援に関して、訪問によるフォローを依頼している。また、地域移行の際に拠点の関わりが必要となるケースに関して、当センター在籍時に連携を開始している。

ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・サビ管を中心に、日頃からの電話連絡は密に行うことを心掛けている。相談支援専門員の

モニタリングには積極的に参加し、当センターの個別支援計画書との整合性を図る。地域移行の際にはお互いの役割分担を明確にし、分業と協働を意識して関わる。

エ. その他の連携状況

- ・年間100ケースの新規相談のうち、実際に利用に繋がるのは2割程度であるが、残り8割のケースに関してもケースをアセスメントし、対象と思われる施設名を伝える等の提案は心掛けている。
- ・退所と入所の管理をスムーズに行うため、週1回の「ベッドコントロール会議」で関係者が集まり、見学者情報や利用者の回復状況を共有し、空きベッドを効率的に埋める調整を行っている。

オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・最初のアセスメントを誤ると、その後のあらゆる支援にズレが生じるため、専門職を手厚く配置することは客観的な評価や根拠に基づくプログラムの選択等にとって重要な役割を担う。また、医療機関を含めた外部機関との折衝・交渉に長けている点も強みであると考ええる。
- ・利用開始時からセラピストが関わり評価を行うことで回復の見立てが可能になる。
- ・セラピストが関わることで、地域移行に向け、早期から地域サービスと連携が取ることができる。

(6) 連携上の課題

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・障害福祉サービス全般に言えることだが、手帳の取得・障害支援区分認定・支給決定の申請～認定までに数か月を要することが医療機関から不評である。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・拠点からの新規オーダーは無く、自立訓練のアピール不足が課題。

ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・他の障害福祉サービスに比べモニタリング等の頻度が多い自立訓練は敬遠されがちで、連携をしたことのない相談支援事業所も多い。

エ. その他の連携の課題

- ・医療では障害者病棟、教育機関では比較的学力が高い特別支援学校や、一般高等学校（特別支援学級相当）、専門学校、若者サポートステーション、障害者職業センターなど、自立訓練相当の方がいると思われる機関との繋がりが少ないため、アウトリーチが課題。
- ・障害者病棟や精神科病院には、脳外傷やアルコール性が原因でありながら診断・支援に至っていない潜在的な高次脳機能障害者がいる可能性があり、今後のアプローチ対象として検討している。

オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・人件費が高い。社会生活リハが医療リハ寄りになるリスクがあるため、指導者が必要。

(7) 運営について

ア. 運営に係る経費

- ・人件費：2,700万円
- ・サービス活動費、活動外費用：1,900万円
- ・借入金返済等：350万円

※2025年10月

※障害者支援施設、共同生活援助、就労継続支援B型、法人本部、同法人の別事業所1か所（就労継続支援A型、B型）の経費の合計

- ・専門職の高い人件費が経営を圧迫している。
- ・現行の加算制度では、基準以上の専門職配置や質の高い支援を提供するためのコストが十分に評価されていない。

イ. 運営収支

- ・資金収支差額：-250万円

※2025年10月

※障害者支援施設、共同生活援助、就労継続支援B型、法人本部の収支の合計

ウ. 人材確保／人材育成

- ・福祉や介護未経験であるが、一定期間の講習を受講した異業種からの転職者を積極的に採用し教育する。外国人技能実習等の制度活用実績はない。障害者雇用は数名在籍。

エ. 利用者の確保

- ・週に1回、ベッドコントロールの会を開催し、入所・自立訓練併用利用者の計画的な入退所に努め、年間稼働率100%を目指して取り組んでいる。2024年度実績は施設入所85%、機能訓練100%、生活訓練110%であった。

オ. 運営（事業継続のための取り組み）

- ・同一敷地内で相談支援事業所、放課後等デイサービス、就労移行・定着事業を運営していたが、核となる職員の離職や利用者の減少があり、事業の廃止・休止によるダウンサイジングを図ってきた。

(8) 自立訓練事業について

ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・高知県の障害福祉サービスの中では地域移行を目的とした重要な事業であると評価されていると思います。様々な障害特性をもつ方の障害受容を含む自己理解が促進され、一定期間能力の向上等にチャレンジする機会があること。また、同年代の中でピアの効果を得ながら、今後の住まいや就労についての意思決定ができる場として重要であると思います。

イ. この事業の課題点

- ・支援を手厚くしようと思えば思うほど経営が苦しくなる。

ウ. この事業への施策提言

- ・生活介護の常勤看護職員等配置加算のように、自立訓練に手厚くセラピストを配置した際の加算がほしい。
- ・生活訓練の個別計画訓練支援加算の専門職にセラピストを加えてほしい。

7. さわや家

(1) 基本的な概要

ア. 法人名

医療法人 好生会

イ. 事業所名

さわや家

ウ. 開所年／現事業の開始年

開所年：2004年

現事業の開始年：2004年

エ. 自立訓練の事業種別

宿泊型自立訓練、生活訓練 複数事業

オ. 法人が指定を受けている障害福祉サービス

短期入所、就労継続支援B型、共同生活援助、自立生活援助、計画相談支援

(2) 自立訓練の職員体制（令和7年10月1日現在）

表 17 自立訓練（宿泊型自立訓練）の職員体制

宿泊型自立訓練の職員数		
基準上の必要職員数	3	人
常勤換算の従業員数	5.7	人
宿泊型自立訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0	人
作業療法士	2	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0	人

表 18 自立訓練（生活訓練）の職員体制

生活訓練の職員数		
基準上の必要職員数	1.9	人
常勤換算の従業員数	5.7	人
生活訓練の医療職の職員数		
医師	0	人
理学療法士	0	人
作業療法士	2	人
臨床心理士もしくは公認心理師	0	人
言語聴覚士	0	人
看護師	0	人

(3) 自立訓練の利用者の状況（令和7年10月1日現在）

ア. 定員数／契約者数

定員数：20人 契約者数：14人

イ. 全体的な利用者の状況、特徴

・精神障害をお持ちの方が主。精神障害の合併症として高次脳機能障害を有する方の支援をさせていただいた経緯有。

・年齢層は18歳～50歳台、平均/中央値としては41歳程度。男女比率は1：1。基本的にADL自立されている方を迎え入れている。

ウ. 紹介元

表 19 紹介元

高次脳機能障害支援拠点機関	0	人
一般病院（精神科を除く）	0	人
診療所	0	人
精神科病院	9	人
介護保険施設	0	人
居宅介護支援事業所	0	人
地域包括支援センター	0	人
特定相談支援事業所	4	人
基幹相談支援センター	0	人
障害者支援施設	0	人
障害福祉サービス事業所	0	人
就労関係機関	0	人
学校・教育関係機関	0	人
家族	0	人
市町村等行政機関	1	人
その他	0	人

(4) 活動の内容

ア. 活動の特色（理念）

・中東遠圏域～中部圏域を中心に広く精神障害を有する利用者の受入を行っている。当施設での宿泊型自立訓練を経て単身生活（退所後の帰結先の4割）やグループホーム（1/4割）といった自身にあった生活拠点を獲得することを目標に支援している。

・現在は、入院から利用＜在宅から利用となっている。20数年同じところでやっているのので、特定相談支援事業所には、自分たちの機能については理解されていると考えている。

イ. 具体的な支援の内容

・宿泊型自立訓練を通して全般的なセルフケア、生活能力（服薬管理、金銭管理）の獲得をはかる。その他、社会資源の活用や適切な援助希求、感情コントロールの方法など座学や支援者とのかかわりを通じて確保頂いている。

ウ. SIMの活用

- ・個別支援計画とリンクさせる形で活用。毎月の担当職員との面談にて振り返りを行い、その結果を職員会議にて確認、協議している。

(5) 連携の取り組み

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携状況

- ・特別行っていない。
- ・ただし、併設する病院の作業療法部門が近隣の一般病院と定期的な情報交換会を行っているため、情報を得ることがある。
- ・精神科とのつながりがメインであるため、内科に受診付添することや運転免許について確認をとるために同行することはあるが、精神科医以外の Dr とのつながりはほとんどない。
- ・1 事例高次脳の方を受けたときは、受け入れ前に話しを聞かせてもらったがそれ以降はなかった。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況

- ・特別行っていない。
- ・中東遠圏域の高次脳機能障害の拠点機関は精神障害者メインの事業所であるので、高次脳機能障害に関する支援がものすごく突出しているわけではないと考えているため。
- ・浜松の拠点へ相談するには距離が遠く、よほどのことがないと相談しないと思う。

ウ. 相談支援機関との連携状況

- ・法人内で相談支援部門を有することと、自立支援協議会や事業所提携などで近隣事業所との連携を図っている。
- ・相談支援事業所が遠方であってもモニタリングで必ず来てくれることを条件に利用を受け入れている。それもあって相談支援は事業所に来所し、地元へ帰ることを前提に支援してもらっている。支援の方針決定やグループホーム探し等対応してくれている。
- ・精神科の入院が複数回になる利用者さんもあり、在宅時から相談支援がついていることも多い。

エ. その他の連携状況

(特になし)

オ. 専門職が配置することでの有効性について

- ・職員の大半を占める精神保健福祉士とは異なる視点（機能分析的なとらえ方など？）の導入が可能である点は、作業療法士をメンバーに配置するメリットととらえている。
- ・作業療法士として、環境整備（物の配置や彩光、金銭管理の資料の見せ方）など一日の長があると考えている。個人の資質も関係あるだろうが、学会や勉強会も参加しているものも違ううえに、利用者の抱える課題に対応するヒントを学会や研修会で拾ってくるができる。

(6) 連携上の課題

ア. 一般病院（精神科を除く）との連携の課題

- ・当事業所で高次脳機能を有する方を受け入れた際は、ほとんど一般病院としての治療や関わりが“完了”している状態でした。そのため、ご本人の受傷経緯や脳機能障害の程度、その他支援のポイントなど情報を得難い段階にあった。
- ・精神科の前の本人の身体科の病院情報はこちらからつつつケア会議で出してくれた。精神科が情報提供としてもらっている身体科の情報はもらえたが、たまたま受け入れた方の状態が軽かったのでよかったものの、もっと重い状態の方が来た場合はもう少し医療情報があった方が何か起きたときに対応しやすいのではと感じている。こちらが「支援者です」と言って病院が情報を出してくれるのではなく、よほど本人が診察で医師に言ってくれない限りは情報がとれないのではないか。

イ. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題

- ・前項の様な状態であったこと、障害の程度が軽かったこと等から、当事者本人の生活環境の整備や支援が当施設の関わりを中心でした。結果として、支援拠点機関のご助言を求めるに至らなかったようだ。ただし、これま

で関わりがなかったことや、物理的に距離が離れていることも当施設にとっては連携するにあたってのハードルの高さと感じている。

ウ. 相談支援機関との連携の課題

- ・この点は特設課題として認識していないが、より脳機能の障害が重い方を受け入れる際にはどこに相談したものか、既存のネットワークでは不足かもしれない。

エ. その他の連携の課題 (特になし)

オ. 専門職が配置することでの課題について

- ・職種間の“知識の溝”、ではないか。精神障害に関しては利用者支援を通じてどのように伝えればチーム内で情報を共有できるかを経験的に分かっていると思う。一方、高次脳機能障害となるとその点で難しさを感じるのでは、と予想する
- ・作業療法士がどれだけ高次脳機能障害のことを分かっているか、と言えば資格があるといってもきちんと他者に伝わるだけの知識があるわけではないと感じている。
- ・心理職について以前は配置していたが病院部門に異動となった。自立訓練で心理職が配置されていると取得できる加算はあまりなく、診療報酬で経営に貢献した方が法人としてメリットがあるという判断だった。心理職がいればもちろん助かるが。

(7) 運営について

ア. 運営に係る経費

- ・当法人において、福祉部門における看護師や作業療法士は手当の面から高コストなのがネックです。加えて、高次脳機能障害を有する方が当施設の支援を求めることは稀であり、迎え入れの準備までマンパワーを割けないのが現状です。
- ・高次脳機能障害の方をメインで受け入れていく方向性ではない中で、新たに専門職を配置する方向性にはならない。高次脳機能障害支援加算対象の30%まで持っていかという

と6人以上になるがそこまでは振り切れないし、新たに知識がある方を雇い入れることにはならない。

イ. 運営収支

- ・他の精神障害と同等の対応であれば受け入れ可能、収支としても採算がとれると考えている。

ウ. 人材確保／人材育成

- ・あくまで教育機関で学んだレベルの知識の使いまわし、といった現状。
- ・本人の興味・関心の範囲で研修へ送り出すが、精神科関連の研修に送り出す方が多い。

エ. 利用者の確保

- ・特別のアクションは行っていない。
- ・「精神的な気分の波などがあるが、原因として高次脳機能障害を持っている」方が紹介されていると考えているが、こちらから高次脳機能障害の方を受けているような特別のアクションはしていない。
- ・一般的な事業所の広報については、部屋の空き情報を市町村福祉課や特定相談支援事業所へ案内している。自立支援協議会で入院患者さん向けに施設見学会を行っている。

オ. 運営（事業継続のための取り組み） (特になし)

(8) 自立訓練事業について

ア. この事業の利点（社会においてこの事業が果たしている役割）

- ・かつては長期入院者の地域移行の足掛かりとして機能していたが、現在においては親亡き後に残されることを見越した当事者の自立への意欲喚起やスキルアップに比重が移ってきているように感じている。

イ. この事業の課題点

- ・精神科にかかる宿泊型自立訓練は静岡県内で4か所存在しますが、恐らく社会のニーズを満たすには数が足りないと思われる。“入れっぱなし”に出来るグループホームとの競合であ

ったり、2年というサイクルで入退所の支援を行う“手間”であったり、と運営にあたっては報酬の低さも相まってコストパフォーマンスがイマイチなのが受け皿の少なさの原因と考えている。

- ・当事業所の概ね1.5年程度の利用期間であるため、期間の2年は妥当だと考えている。
- ・宿泊して訓練ができることにメリットがあるが、お金がもらえないのに通ってまで自立訓練にくることにメリットを感じることは難しいのではないかと。自法人内でも就労B型をお勧めしてそこで生活リズムを整えたりお金の管理について一緒に練習をしたりする取り組みをしている。

ウ. この事業への施策提言

- ・地域に新たな自立の場を生み出す“退所支援”については、今以上の報酬としての評価をしていただければと考えます。再入院での支援終了や自宅といった既存の生活環境へ戻るのではない関わり（単身生活への移行支援）は社会的な意義を認めてもらえると良いなと感じている。
- ・終了して出るときにケースワークや準備を含めてそこにコストがかかっている。グループホームには地域に移すと加算があるが、宿泊型自立訓練にはない。有期限のサービスなので退所支援が含まれていることはわかるが。

(9)その他

- ・自立訓練が終了したときに生活力が向上しているときに報酬があるといいなと感じた。

D. ヒアリング結果の比較

以下の表 20 にある 7 法人へのヒアリングから得られた情報を共通項目ごとに整理し、法人間比較表を作成した上で、質的に分析を行った。

比較分析から、自立訓練事業は高次脳機能障害者の生活期支援において極めて重要な役割を果たしていることが再確認された。一方で、その社会的意義に比して、制度的・財政的な評価が十分

でないことが、事業継続を困難にしている実態も明らかとなった。

特に、専門職配置の効果が十分に報酬体系に反映されていない点、医療から福祉への移行における制度間の不整合、相談支援との連携不足は、今後の制度設計において重点的に検討すべき課題である。

詳細は、以下の通りである。

表 20 法人名・事業所名・略称

法人名	事業所名	略称
社会福祉法人豊潤舎	新潟県障害者リハビリテーションセンター	新潟リハ
社会福祉法人善仁会	障害者支援施設 宮崎リハビリテーションセンター	宮崎リハ
社会福祉法人広島県福祉事業団	広島県立総合リハビリテーションセンターあけぼの	広島リハ
特定非営利活動法人えんしゅう生活支援 net	ワークセンター大きな木	大きな木
社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団	千葉県千葉リハビリテーションセンター更生園	千葉リハ
社会福祉法人ファミリーユ高知	高知ハビリテーリングセンター	高知ハビリ
医療法人好生会	さわや家	さわや家

1. 事業所の概要・種別・規模

7 法人の自立訓練事業所は、設置主体や運営形態によって、地域における役割に大きな違いがみられた。

広島リハや千葉リハのように、医療機関と同一敷地または同一法人内に位置づけられ、医療リハビリテーションとの連続性を強く意識した「医療一体型」の事業所が存在する一方、新潟リハや高

知ハビリのように、生活期における社会参加・就労を見据えた「生活期リハビリテーションの拠点」としての役割を明確に打ち出している事業所も確認された。

また、宮崎リハのように、県内で自立訓練（機能訓練）を実施している数少ない事業所として、事実上の「地域の受け皿」となっている事例もみられた。（表 21）

表 21 事業所の概要・種別・規模の比較

事業所	開所年/現事業開始	自立訓練種別	定員	契約	自立訓練事業所の特色	法人が指定を受けているサービス
新潟リハ	2005/ 2012	機能訓練 (単体)	20	20	・身体機能の回復・生活期における社会参加・就労を見据えた支援	生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援
宮崎リハ	1995 / 2011	機能訓練 (単体)	20	26	・宮崎県内で唯一の自立訓練の受け皿 (入所+通所) ・就労移行とのつながりはない	生活介護、短期入所、施設入所支援、居宅介護、計画相談支援
広島リハ	1968 / 2003	生活訓練 (単体)	24	17	・高次脳機能障害者支援専門 ・医療 (病棟・外来) と福祉 (生活訓練) 一体となり地域移行や就労に向けた支援を実施	療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援、児童発達支援、放課後等デイサービス、医療型障害児入所支援、計画相談支援、障害児相談支援、保育所等訪問支援
大きな木	2011 / 2011	生活訓練 (単体)	8	9	・障害種別は問わないが高次脳機能障害の方を主に支援 ・就労移行支援と一体化して多機能型事業所として運用	就労移行支援、就労継続支援 B 型、就労定着支援
千葉リハ	1991 / 2009	機能訓練+生活訓練	46	39	・医療専門職を多く配置 ・自立訓練から就労移行支援に	療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援、児童発

		(複数)			移行することを目標に、コース制も導入し、段階的に自己管理スキルや就労準備性が高まる支援を実施	達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、医療型障害児入所支援、就労定着支援、計画相談支援、障害児相談支援、保育所等訪問支援
高知ハビリ	2008 / 2010	機能訓練＋生活訓練(複数)	26	30	・セラピストがオーダーメイドプログラムを立案し提供 ・身体機能障害を伴わない高次脳機能障害者の生活訓練も実施	生活介護、短期入所、施設入所支援、就労移行支援、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、共同生活援助、就労定着支援、計画相談支援
さわや家	2004 / 2004	宿泊型自立訓練＋生活訓練(複数)	20	14	・静岡県中東園域～中部圏域を中心に精神障害者の受け入れ、支援を実施 ・宿泊型自立訓練で単身生活/グループホームへの移行を支援	短期入所、就労継続支援 B 型、共同生活援助、自立生活援助、計画相談支援

2. 職員体制 (常勤換算・医療専門職)

全事業所に共通して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理職などの専門職が何らかの形で

関与していたが、その配置状況には大きな差があった。一方、医師を配置している事業所は限られていた。(表 22)

表 22 職員体制 (常勤換算・医療専門職) の比較

事業所	常勤換算 (対基準)	医師	PT	OT	ST	心理	看護
新潟リハ	機能 4.5 (基準 2.8)	0	0.8	0.2	0.1	0	0.1
宮崎リハ	機能 5.0 (基準 4.0)	0	1	0	0.1	0	1
広島リハ	生活 4.0 (基準 4.0)	1	0	1	0	0	1
大きな木	生活 2.6 (基準 2.1)	0	0	1	0	1	0
千葉リハ	機能 3.9 (基準 6.0)	1	2	3	2	1	2
	生活 1.7 (基準 4.0)	1	2	3	2	1	2
高知ハビリ	機能 5.7 (基準 3.5)	0	1.8	1.7	0	0	0.1
	生活 1.4 (基準 1.2)	0	0	1.4	0	0	0
さわや家	宿泊 5.7 (基準 3.0)	0	0	2	0	0	0
	生活 5.7 (基準 1.9)	0	0	2	0	0	0

3. 利用者像と紹介元の傾向

利用者像については、高次脳機能障害者が利用者の大半を占める事業所(新潟リハ、宮崎リハ、広島リハ、千葉リハ)と、身体障害や精神障害、発達障害等との重複障害を含め幅広く受け入れている事業所(大きな木、高知ハビリ、さわや家)

に大別された。

また、紹介元については、回復期リハビリテーション病院からの紹介が中心となっている事業所が多い一方で、高次脳機能障害支援拠点機関からの紹介が大半を占める事業所もあり、地域の支援体制によって利用の流れが大きく異なることが示唆された。(表 23)

表 23 利用者像と紹介元の傾向の比較

事業所	主な利用者像・特徴	紹介元 (対象者数) の特徴
新潟リハ	・身体障害者、高次脳機能障害者が主 ・中途障害者、年齢 40～50 代が約 8 割 ・男性の割合 8 割超 ・脳損傷者 8 割以上 (脳血管疾患 74%、脳挫傷 10%)	・一般病院からの照会が中心 ・一般病院 10、居宅介護支援事業所 3、学校 2 など
宮崎リハ	・身体障害者 (片麻痺の方が多く)、高次脳機能障害者が主 ・脳血管疾患が主	・一般病院からの照会が多い ・一般病院 12、介護保険施設 5、特定相談支援事業所 5 など
広島リハ	・高次脳機能障害者 100% ・脳血管疾患 82%、交通事故 6%、その他 12%	・高次脳機能障害支援拠点機関が中心 ・高次脳機能障害支援拠点機関 16、一般病院 1

	<ul style="list-style-type: none"> ・重度障害者が多い 	
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> ・高次脳機能障害者が多いが精神障害や発達障害者も増加傾向 ・重複障害の利用者もいる ・退院直後の利用者は少なく、発症・受傷から2～3年経過している方もいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介元は分散 ・特定相談支援事業所3、一般病院2など
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> ・高次脳機能障害者約9割 ・年齢平均約45歳 ・男性の割合85% 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病院からの照会が多い ・一般病院32、介護保険施設2、特定相談支援事業所2など
高知ハビリ	<p>機能訓練：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高次脳機能障害者が主 ・年齢50代が中心 ・脳血管疾患（片麻痺）の割合7割 <p>生活訓練：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・知的障害・精神障害・発達障害の割合7割 ・身体機能障害を伴わない高次脳機能障害者増加傾向 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病院からの照会が多い ・一般病院23、学校・教育機関関係2など
さわや家	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者が主 ・精神障害の合併症としての高次脳機能障害者の利用あり ・平均年齢41歳程度 ・男女の割合差はない 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院からの紹介が主 ・精神科病院9、特定相談支援事業所4など

4. 支援内容・プログラムの特徴

多くの事業所において、身体機能訓練や高次脳機能訓練に加え、公共交通機関の利用訓練、買い物訓練、住環境調整、就労準備支援など、実生活に直結した支援が重視されていた。

特に、医療リハビリテーションでは十分に扱われにくい「生活リズムの再構築」「対人関係への適応」「社会的役割の再獲得」といった側面が、自立訓練事業の中核的な支援内容となっていた。（表24）

表 24 支援内容・プログラムの特徴の比較

事業所	支援内容・プログラムの特徴
新潟リハ	<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能および高次脳機能への個別リハビリテーション実施 ・パソコン作業、手工芸、一般教養、スポーツ・レクリエーション、グループワーク等を組み合わせ、「活動」や「社会参加」を意識した日課として構造化 ・生活リズムの再構築、作業耐久性の向上、対人場面への適応など、地域生活に必要な力の獲得を図る ・公共交通機関の利用練習や自動車運転再開支援、各種制度利用に関する助言 ・家族や関係機関と情報共有を行い、利用終了後の生活や社会参加につながる支援体制づくり
宮崎リハ	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援と集団訓練を実施 ・個別訓練では、身体機能面のリハビリから社会生活訓練を実施 ・買い物訓練・公共交通利用訓練等 ・社会復帰に向けた支援として住居の選定や環境調整（市営住宅の抽選に付き添うなど） ・職場との障害面の共有など実施
広島リハ	<ul style="list-style-type: none"> ・生活面：メモリーノートの活用、スケジュール管理、コミュニケーションの練習、学習会、身体機能訓練、生活の自立に向けた訓練 ・社会復帰：外出訓練、職業訓練、就労に向けた職場訪問、面接・ビジネスマナー等、退所後の住まいの調整、職場やグループホームでの実習
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> ・個別訓練を利用者に合わせた課題を提供 ・集団訓練で学習プログラムや外出プログラム、コミュニケーションプログラムなどを実施
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> ・就労・地域社会参加を目的に外出機会/外出訓練が多い ・プログラムのヴァリエーションが多い
高知ハビリ	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練プログラムは、利用者の障害特性や課題に合わせて主にセラピストがオーダーメイドでプログラムを立案し提供 ・機能訓練では入所半年程度を目途に身体機能の個別訓練を提供するが、その他は自主トレーニング中心 ・コミュニケーションスキル向上や高次脳機能障害の回復を目的としたグループ訓練実施 ・地域移行為の外出訓練、家屋訪問、公共交通機関利用、自動車運転再開、復職、余暇等の支援
さわや家	<ul style="list-style-type: none"> ・宿泊型自立訓練を通して全般的なセルフケア、生活能力（服薬管理、金銭管理）の獲得をはかる ・社会資源の活用や適切な援助希求、感情コントロールの方法など座学や支援者とのかかわりを通じて実

	施
--	---

5. SIMの活用状況

SIM（社会生活力評価指標）については、評価・モニタリングツールとして積極的に活用している事業所が複数確認された。

SIMを用いることで、社会生活力の変化を可視

化し、支援の焦点化や専門職間の共通理解を促進する効果が報告されていた。一方で、評価の標準化や、評価結果を本人にどのようにフィードバックするかといった運用面での課題も多く指摘された。（表 25）

表 25 事 SIM の活用状況の比較

事業所	活用の有無 あり：○ なし：×	目的・使い方	課題
新潟リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時/利用終了時に加え定期的実施 ・社会生活力を可視化し、結果をチームで共有することにより支援方針の検討に利用 ・本人家族とも共有することで、利用者自身が障害特性や生活上の課題に気づき、自己実現に向けた目標を整理するために活用 ・外部機関に対して生活期リハビリテーションの役割を説明する際の根拠として使用 	
宮崎リハ	×	<ul style="list-style-type: none"> ・現在 SIM は未活用。 	<ul style="list-style-type: none"> ・SIM に対応した自立訓練のプログラムが準備できていない。
広島リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> ・点数化することで客観的な評価が可能 ・社会復帰への課題が明確となり、支援内容の絞り込みができる 	
大きな木	○	<ul style="list-style-type: none"> ・取り組みの見える化として意義がある ・事業所間での共有や比較ができるとよい 	<ul style="list-style-type: none"> ・評価について本人に伝えていない ・職員間で評価にばらつきがある ・十分な活用はできているとは言えず形骸化している
千葉リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> ・初期評価時（1ヶ月）と3ヶ月毎に実施 ・現在の課題を見つけるためのアセスメントの道具として使えそう 	<ul style="list-style-type: none"> ・評価の標準化や評価基準作成 ・評価者の評価の質
高知ハビリ	○（機能訓練のみ）	<ul style="list-style-type: none"> ・入所直後と退所直前の2回実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・データを活用した分析やプログラムへの反映はできていない
さわや家	○	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画と連動させて実施 ・利用者と担当職員との毎月の振り返り面談で活用し、さらに、職員会議で確認・協議に使用 	

6. 一般病院との連携状況と課題の比較

一般病院との連携については、回復期病院への訪問、見学・体験利用の受け入れ、情報提供書の送付など、各事業所が工夫を凝らしていた。

しかし、障害福祉サービスの手続きに時間を要する点や、介護保険サービスが優先的に検討されやすい制度構造により、自立訓練につながりにくいケースが少なくないことが共通課題として挙げられた。（表 26）

表 26 一般病院との連携状況と課題の比較

事業所	連携の有無 あり：○ なし：×	一般病院（精神科を除く）との連携状況	一般病院（精神科を除く）との連携上の課題
新潟リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前後の段階から相談を受け入れ ・見学や1～2泊の体験利用を受け入れ ・病院訪問し、自立訓練について病院側に説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関によって自立訓練（機能訓練）についての理解の深さや認識に差がある ・介護保険第2号被保険者で特定疾病に該当する患者については、介護保険サービスが

			<p>優先的に検討されやすい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害福祉サービスの利用にあたっては、申請や手続きに一定の時間や手間を要するため、医療機関側にとって負担となる
宮崎リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> ・入所相談を受け、病院訪問を実施 ・見学受け入れ 	<ul style="list-style-type: none"> ・固定した医療機関からの受け入れが多く、その他の医療機関とのやり取りが少ない
広島リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> ・県内の回復期病院への定期的な訪問の実施 ・国土交通省の自動車事故被害者支援体制整備事業のネットワーク構築支援事業により、福山リハビリテーション病院と連携をしております、病院側から患者の情報提供がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・福山リハ以外の病院との連携が課題 ・特に、人口や病院の多い広島市との連携が必要
大きな木	○	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼関係作りの一環として、利用から3か月、半年後に情報提供書を作成して送付している ・院内の勉強会で講師として講義をする機会がある ・スタッフの半数が作業療法士であり、作業療法士協会会員としてつながりがあること、スタッフに大学院生がいることで個人や病院とのネットワークを持っていることで連携をしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・大手病院になると情報提供書が主治医まで期日に届きにくい ・内科や精神科など薬を処方されるだけのクリニックになると関わりが希薄で連携が取りにくい ・病院から福祉サービスの紹介もなく社会復帰され、退職や休職になってから福祉サービスの利用となってしまうことがあるため、退院後の切れ目のない支援が必要 ・病院側に福祉サービスを知ってもらうための紹介資料、社会復帰までのフローチャートなどあるとよい ・医療と福祉の役割を理解しつつ、知識・技術の共有が必要 ・連携加算など、報酬上のメリットがあるとよい
千葉リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> ・県内や東京・茨城・埼玉等の回復期リハ病院と連携している ・日常的な相談、紹介いただいた入院中利用者家族への訪問面接、病院訪問等による広報活動、見学の受け入れ、千葉県回復期リハ連携の会への参加 ・回復期リハ病院の連携会のような場で、勉強会のような形で自立訓練の説明を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害福祉サービスにつなげる支援をあまり行っていない病院も多く、受入に向けた相談や情報提供、手続きが進めにくい ・病院のMSWは頻繁に変わるため、障害福祉／自立訓練サービスについては継続して広報を行っていく必要がある
高知ハビリ	○	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練利用者の約6割が回復期病院からの紹介であるため、年に1回は高知県下の全回復期病院へ営業している ・紹介があったケースの帰結を報告している ・病院職員に向けた見学を案内し、年に1~2病院の見学を受けている ・県内の回復期病院へのローラー作戦的な営業活動を展開している ・過去には重度利用者を断るイメージがあったが、事業所の機能変更を丁寧に説明し関係を修復している ・重度利用者も段階的に受け入れている ・ケース検討会への参加や医師との地道な関係構築を行っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害福祉サービス全般に言えることだが、手帳の取得・障害支援区分認定・支給決定の申請～認定までに数か月を要することが医療機関から不評である
さわや家	×	<ul style="list-style-type: none"> ・特別行っていませんが、併設する病院の作業療法部門が隣りの一般病院と定期的な情報交換会を行っているため、情報を得ることがある ・精神科とのつながりがメインであるため、内科に受診付添することや運転免許について確認をとるために同行することはあるが、精神科医以外のDrとのつながりはほとんどない 	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所で高次脳機能を有する方を受け入れた際は、ほとんど一般病院としての治療や関わりが“完了”している状態だったため、ご本人の受傷経緯や脳機能障害の程度、その他支援のポイントなど情報を得難い段階だった ・身体科の病院情報は、よほど本人が診察で医師に言ってくれない限りは情報がとれない

7. 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況と課題の比較

多くの事業所で高次脳機能障害支援拠点機関との連携が行われ、研修会の開催、合同カンファレンス、困難ケース支援や地域移行支援などに一

定の効果が認められた。一方で、コーディネーターや医療人材の不足、拠点機関間・地域間の活動格差、役割の競合、拠点からの紹介不足といった課題が共通している。さらに、距離的制約や拠点の専門性の違いにより連携が進まない事業所もあり、体制整備と役割整理が求められる。(表 27)

表 27 高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況と課題の比較

事業所	連携の有無 あり：○ なし：×	高次脳機能障害支援拠点機関との連携状況	高次脳機能障害支援拠点機関との連携上の課題
新潟リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> 主に精神保健福祉センターや高次脳機能障害相談支援センターのコーディネーターと連携し、当事者のつどいや家族のつどいを開催 医療・福祉関係者等を対象とした研修会や勉強会を開催 地域における高次脳機能障害支援の啓発活動にも取り組み、地域全体の支援力向上を意識した連携 	<ul style="list-style-type: none"> 拠点機関に配置されているコーディネーターが限られていることから、個別ケースへの継続的な関与や、地域全体への支援展開については一定の制約が生じており、人的体制の充実が今後の課題
宮崎リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> 年に1回、高次脳機能障害支援連絡会議に参加 自法人「宮崎県身体障害者相談センター」開催の高次脳機能障害者通所教室に関わっている 	<ul style="list-style-type: none"> 自法人以外の支援拠点機関(宮崎大学医学部附属病院)とのやりとりがほとんどないため、紹介はほぼない
広島リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> 同一センター内の高次脳機能センターとの合同カンファレンスや情報共有を行っている 施設の職員だけで訪問を行っても真剣に話を聞いてもらえない印象があるため高次脳支援センターの職員と一緒に病院訪問を行っている 	<ul style="list-style-type: none"> 県内の拠点機関の活動の差が大きく、その差を小さくすることは私達では困難 県は、複数の医療機関を拠点病院としているが、山間部などの病院はそもそも医療従事者不足などの問題も発生しているため、拠点病院それぞれの取り組みで濃淡がある
大きな木	○	<ul style="list-style-type: none"> 2022年から当事業所も支援拠点機関であり、県内8か所の支援拠点機関があるが、県主催による支援者会議が年2回、ネットワーク会議が2回行われており、支援拠点機関同士の連携は取りやすい環境となっている 	<ul style="list-style-type: none"> 特に問題は感じていない
千葉リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> 月1回の情報共有会議の開催 高次脳支援状況(グループ等)の確認、更生園運営状況について報告(空き状況や紹介いただいた利用者の状況報告) 地域移行の時に高次脳センターに入ってもらい、茨城のセンターとも連携した事がある 	<ul style="list-style-type: none"> 千葉リハ高次脳機能障害センターでの支援、センター外来や医療施設での支援もあり、競合している部分もあるため、よりよいサービス提供についての連携が必要 外部の就労支援とも重なる事もあるため、重なっている部分は整理が必要
高知ハピリ	○	<ul style="list-style-type: none"> 主に困難ケースの支援に関して、訪問によるフォローを依頼している 地域移行の際に拠点の関わりが必要となるケースに関して、当センター在籍時に連携を開始している 	<ul style="list-style-type: none"> 拠点からの新規オーダーは無く、自立訓練のアピール不足が課題
さわや家	×	<ul style="list-style-type: none"> 中東遠圏域の高次脳機能障害の拠点機関は精神障害者メインの事業所であるので、高次脳機能障害に関する支援について、特別連携は行っていない 浜松の拠点へ相談するには距離が遠く、よほどのことがないと相談しない 	<ul style="list-style-type: none"> 障害の程度が軽かったこと等から、当事者本人の生活環境の整備や支援について支援拠点機関のご助言を求めるに至らなかった これまで関わりがなかったことや、物理的に距離が離れていることも当施設にとっては連携するにあたってのハードルの高さを感じる

8. 相談支援機関との連携状況と課題の比較

各事業所の多くでは相談支援機関との連携が行われており、個別支援会議への参加や情報共有、地域移行に向けた協働が進められている。一方で、相談支援専門員の経験や高次脳機能障害および自立訓練（機能訓練）に対する理解不足、連携先

の固定化、広域支援による日常的な連携の困難さが共通の課題として挙げられた。特に、高次脳機能障害に対する理解の不足や相談支援専門員の経験・理解度の差により、自立訓練の役割や意義が十分に共有されていないことが、円滑な連携を妨げる要因となっている。（表 28）

表 28 相談支援機関との連携状況と課題の比較

事業所	連携の有無 あり：○ なし：×	相談支援機関との連携状況	相談支援機関との連携上の課題
新潟リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の個別支援会議等の場において情報共有を行い、利用者の状況や意向を踏まえた支援内容を検討 見学説明会や相談連絡会議等の機会を通じて、自立訓練の対象者像や支援内容、利用までの流れについて情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援専門員の経験や障害福祉サービスに対する理解度に差があり、自立訓練（機能訓練）の生活期リハビリテーションの内容が十分に理解されていない 「機能訓練」という名称が、身体機能の回復訓練のみを行う場所という誤解を生みやすい
宮崎リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> 自法人内の相談支援事業所からの入所相談時は、病院への調査に同行 相談支援事業所が参加する研修等に参加 	<ul style="list-style-type: none"> 連携する事業所が固定化している 相談支援から機能訓練に紹介されることはない
広島リハ	×	<ul style="list-style-type: none"> 訪問しているが、具体的な連携には至っていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援機関自体、高次脳機能障害者を受け入れている事業所を把握していない 地域として高次脳機能障害の人がどのようなサービスに繋がっているか実態が把握できていない実情あり
大きな木	○	<ul style="list-style-type: none"> すでに連携の取れている事業所がいくつかあり、利用相談が入り、相談支援機関が関わっていない場合、連携している事業所に紹介、計画相談を依頼 サービス利用者のすべてに相談支援機関（計画相談）が関わっている 	<ul style="list-style-type: none"> 知的障害を主に対象としている相談支援機関においては、高次脳機能障害の理解が乏しく、支援の方向性のコンセンサスが得られにくいこともある
千葉リハ	○	<ul style="list-style-type: none"> できるだけセルフプランの方を少なくする 回復期リハ入院中に相談支援専門員を選定 相談支援専門員には個別支援会議に出席を求め、地域移行に向けて連携 	<ul style="list-style-type: none"> 支援地域が県内（または県外）広範囲に及ぶため、日常的な連携の難しさはある 相談支援専門員については、回復期リハ入院中の選定となることも多く、中にはセルフプランとなる方もいる 養成研修を昨年からはじめて、相談支援事業所の人たちが参加しているが、基礎となる研修がもっと必要
高知ハビリ	○	<ul style="list-style-type: none"> サビ管を中心に、日頃からの電話連絡は密に行うことを心掛けている 相談支援専門員のモニタリングには積極的に参加し、当センターの個別支援計画書との整合性を図る 地域移行の際にはお互いの役割分担を明確にし、分業と協働を意識して関わる 	<ul style="list-style-type: none"> 他の障害福祉サービスに比べモニタリング等の頻度が多い自立訓練は敬遠されがちで、連携をしたことのない相談支援事業所も多い
さわや家	○	<ul style="list-style-type: none"> 法人内で相談支援部門を有することと、自立支援協議会や事業所提携などで近隣事業所との連携を図っている 相談支援事業所が遠方であってもモニタリングで必ず来てくれることを条件に利用を受け入れ、支援の方針決定やグループホーム探し等対応してくれている 精神科の入院が複数回になる利用者さんもあり、在宅時から相談支援がついていること 	<ul style="list-style-type: none"> 脳機能の障害が重い方を受け入れる際にはどこに相談したものか、既存のネットワークでは不足かもしれない

	も多い	
--	-----	--

9. その他の連携状況と課題の比較

各事業所では、就労支援機関、介護保険事業所、教育・医療機関、大学や地域団体など多様な機関と連携が行われている。一方で、制度の違いによ

る支援方針のすり合わせの難しさ、連携先の多さや地域の広さによる効率性の課題、アウトリーチ不足などが共通して挙げられた。連携の深化には、継続的な情報発信と時間・労力の確保が求められている。(表 29)

表 29 その他の連携状況と課題の比較

事業所	その他の連携	その他の連携上の課題
新潟リハ	<ul style="list-style-type: none"> 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労継続支援事業所等の就労支援機関と情報交換 居宅介護支援事業所や介護老人保健施設等の介護保険サービス事業所に対しても情報提供を行い連携 	<ul style="list-style-type: none"> 就労支援機関や介護保険サービス事業所等は、制度の違いにより支援の方向性について十分なすり合わせが難しい 生活期における社会参加から就労までの多様な支援ニーズに対応するために連携の幅を広げていくには、一定の時間や労力を要する
宮崎リハ	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県で実施している高次脳機能障害通所教室に支援スタッフとして、作業療法士が参加 高次脳機能障害支援者養成研修を自法人で委託を受け宮崎県内で実施 	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練の定員超過の場合、市町村や相談支援事業所と協議を行い、介護保険の事業所を経由していただくケースがある
広島リハ	<ul style="list-style-type: none"> 就労支援機関との連携（障害者就業・生活支援センター、能開校、ハローワーク等） 	(特になし)
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> リハ学生（専門学校等）への講義、民生委員向けの講義、ジョブコーチ養成研修での講義、書籍の執筆、関連学会での発表やワークショップの開催、支援コーディネーターとして月1回の家族会・相談会に参加 	(特になし)
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> 県内機能訓練事業所の連絡会を実施していたが、事業所数が減り消滅 大学との交流（利用者とのポッチャ、大学への訪問） 介護保険分野からも一定数の利用につながっているため連携について検討する 	<ul style="list-style-type: none"> 連携先が多岐に渡り、地域も広いと、効率的効果的な連携が求められる サービス事業の目的、支援の効果や結果についても、支援機関に繰り返し発信していく必要がある
高知ハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 年間100ケースの新規相談のうち、実際に利用に繋がるのは2割程度であるが、残り8割のケースに関してもケースをアセスメントし、対象と思われる施設名を伝える等の提案は心掛けている 退所と入所の管理をスムーズに行うため、週1回の「ベッドコントロール会議」で関係者が集まり、見学者情報や利用者の回復状況を共有し、空きベッドを効率的に埋める調整を行っている 	<ul style="list-style-type: none"> 医療では障害者病棟、教育機関では比較的学力が高い特別支援学校や、一般高等学校（特別支援学級相当）、専門学校、若者サポートステーション、障害者職業センターなど、自立訓練相当の方がいると思われる機関との繋がりが少ないため、アウトリーチが課題 障害者病棟や精神科病院には、脳外傷やアルコール性が原因でありながら診断・支援に至っていない潜在的な高次脳機能障害者がいる可能性があり、今後のアプローチ対象として検討している
さわや家	(特になし)	(特になし)

10. 専門職が配置することでの有効性と課題の比較

各事業所に共通して、専門職の配置は高次脳機能障害を含む多面的な評価を可能にし、支援の可視化やチーム内の共通理解、医療・福祉・就労を

つなぐ説明力の向上に寄与している。一方で、人件費や採用難、加算など経営上のメリットの乏しさ、業務集中や医療寄りになり過ぎるリスク、職種間の知識差といった課題が指摘され、持続可能な配置体制と役割分担の工夫が求められている。(表 30)

表 30 専門職が配置することでの有効性と課題の比較

事業所	専門職が配置することでの有効性	専門職が配置することでの課題
新潟リハ	<ul style="list-style-type: none"> 身体機能や高次脳機能だけでなく、生活場面や社会参加を含めた総合的な評価と支援が可能 専門職が SIM 等の評価を用いて利用者の状態を可視化し、チーム内で共有することで、支援の目的や焦点が明確になり、生活支援員を含めた職員間の共通理解が深まる 本人や家族、関係機関に対して支援内容や経過を具体的に説明でき、医療から福祉、就労へとつながる生活期リハビリテーションの質の向上につながる 	<ul style="list-style-type: none"> 専門職の確保には経営的な負担が生じるため、配置人数には一定の制約が生じている 専門職が担う役割が多岐にわたることから、支援、評価、関係機関との連携、説明等の業務が集中しやすく、業務負担の調整が課題 専門職の採用も大きな課題で、ST などの専門職を追加で配置しても、事業所としての直接的な経営上のメリット（加算など）が明確でないため、経営判断として増員に踏み切れない
宮崎リハ	<ul style="list-style-type: none"> 病院と専門職とのやり取りが直接可能 高次脳機能の評価ができるほうがいい リハビリ内容や評価の説明を医師や家族にも説明がしやすい（車の運転など） 	<ul style="list-style-type: none"> 作業療法士による集団訓練を行う時間が少ない
広島リハ	<ul style="list-style-type: none"> 病院部門の訓練状況を理解しており、施設での訓練の継続性や新たな取り組みに力を発揮している 専門職以外の支援員は法人内の他部門への異動があるが、OT 等の専門職は長期間の経験を有しており、支援員の育成においても有効である 	<ul style="list-style-type: none"> 配置職員については、医師も含めて兼務はしておらず施設付きの職員となっている。心理や ST はリハビリテーションセンターのほうで外来リハビリを受けることで関わってもらっている。評価などを実施してもらっている。 OT はもう一名ほしいと思っている。
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> 医療と福祉の情報共有が容易 医学的根拠に基づいたアプローチと企業等への説明ができること 同じ専門職であれば法人のコンセプトにズレがなく運営しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 有資格者に対し、給与は高く設定しなければ、福祉での就労を選択しない 医療と福祉の給与格差を改善する必要がある より高いサービスの質を提供しようとすると、より多くの専門職を配置することになり、事業運営を圧迫することになる
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> 専門職の利用者への検査評価分析は、特に高次脳機能障害支援（目に見えない、支援の組立てが難しい、個別の障害特性）には根拠となり、有効でもある 健康・内服・食事・身体運動障害・家事動作・運転・就労・家屋改修・障害受容・失語・コミュニケーション・高次脳など、アセスメントが必要な対象が幅広く、各専門職のアドバイスや支援が必要である セラピストがいるという事で、利用者本人にも説得、説明をしやすい 	(特になし)
高知ハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 最初のアセスメントを誤ると、その後のあらゆる支援にズレが生じるため、専門職を手厚く配置することは客観的な評価や根拠に基づくプログラムの選択等にとって重要な役割を担う 医療機関を含めた外部機関との折衝・交渉に長けている点も強みであると考え 利用開始時からセラピストが関わり評価を行うことで回復の見立てが可能になる セラピストが関わることで、地域移行に向け、早期から地域サービスと連携が取ることができる 	<ul style="list-style-type: none"> 人件費が高い 社会生活リハが医療リハ寄りになるリスクがあるため、指導者が必要
さわや家	<ul style="list-style-type: none"> 職員の大半を占める精神保健福祉士とは異なる視点（機能分析的なとらえ方など？）の導入が可能である点は、作業療法士をメンバーに配置するメリット 作業療法士として、環境整備（物の配置や彩光、金銭管理の資料の見せ方）など一日の長がある 個人の資質も関係あるだろうが、学会や勉強会も参加しているものも違ううえに、利用者の抱える課題に対応するヒントを学会や研修会で拾ってくるができる 	<ul style="list-style-type: none"> 職種間の“知識の溝”がある 作業療法士がどれだけ高次脳機能障害のことを分かっているか、と言えば資格があるといってもきちんと他者に伝わるだけの知識があるわけではないと感じている 自立訓練で心理職が配置されていると取得できる加算はあまりなく、診療報酬で経営に貢献した方が法人としてメリットがある

1 1. 運営状況と経営課題

多くの事業所において、人件費比率が高く、稼働率が高くても赤字となる構造的な課題が指摘

された。特に、専門職配置を前提とした高次脳機能障害支援では、支援の質を高めるほど経営が厳しくなるといったジレンマが共通してみられた。

(表 31)

表 31 運営状況と経営課題の比較

事業所	運営に関わる経費・収支	人材確保／人材育成	利用者確保	事業継続のための取り組み
新潟リハ	<ul style="list-style-type: none"> 人件費を中心とした固定的な経費の割合が高い 指定管理料がなければ運営収支は赤字となる構造である 自立訓練（機能訓練）をはじめとする専門性の高い支援を安定的に提供するためには、指定管理料による財政的支援が不可欠 	<ul style="list-style-type: none"> 若年層の人材確保が難しく、人材不足が課題 事業所内研修および外部研修を取り入れて人材育成に取り組んでいるが、研修の効果が十分に現場実践へと結びつく体系的な仕組みづくりについては、今後の課題 	<ul style="list-style-type: none"> 見学説明会の実施や医療機関への訪問等を通じて利用者確保に努めているが、事業運営が安定する水準での利用者数を継続的に確保することには、常に難しい 制度の理解不足等により、自立訓練（機能訓練）が選択肢として検討されにくい 	<ul style="list-style-type: none"> 職員の採用が困難な状況にあることから、職場環境の改善を重視し、職員が安心して意見を出し合える心理的安全性の高い職場づくりを意識 支援の質を維持・向上することが事業継続につながるため、利用者一人ひとりの状況に応じた丁寧な支援をチーム全体で共有し、実践する体制づくりを実施
宮崎リハ	<ul style="list-style-type: none"> 生活介護があるから運営できていると考えている。 入所は令和6年度ほぼ100%。 	<ul style="list-style-type: none"> 高次脳機能障害支援者養成研修への講師派遣や受講生としての参加 	<ul style="list-style-type: none"> 病院からの紹介がほとんどで、待機者あり 	<ul style="list-style-type: none"> 施設としては生活介護との事業実施で自立訓練が成り立っている
広島リハ	<ul style="list-style-type: none"> 障害支援区分が低く、経費を収入でまかないきれない 職員数を30名から20名に減らしたがそれでも赤字になっている 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉業界に就職する若い人が減少しているとともに、退職者も増えている 給料も多いわけではないため人が集まりにくく、職員のクオリティ低下に繋がり、訓練を任せられるような人材が育たない 優秀な人材は他部署に異動になる 	<ul style="list-style-type: none"> 同じリハビリテーションセンター内からの入所がほぼ100%である 外部から受け入れる場合は必ずリハビリテーションセンターの高次脳機能病床に転院をしてもらってから受け入れるという方針 	<ul style="list-style-type: none"> 聖域なき支出削減（職員を30%削減等）
大きな木	<ul style="list-style-type: none"> 人件費率が最も高く、全体の7割程度 開設当初より、専門職の配置を基準としていたため感覚的な負担は少ない、量より質を重視 拡大するためには収支が厳しい ぎりぎりの人員で実施しているので、質を保ちつつ拡大することはかなり難しい 	<ul style="list-style-type: none"> 理事が、作業療法士養成校での講義を実施しているため、養成校より実習生をほぼ1年中受けており、人材教育・育成に力を入れている 人材確保において、専門職は集まりにくい 処遇が見合わなければ人材が集まらない状況のため、処遇改善のため、単価を上げる必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> 強力な連携病院はないため、現在のところ待ちの姿勢となっている 病院での難渋ケースが当事業所に送られてくる傾向がある 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関含む紹介元になりうる他機関とのネットワーク強化
千葉リハ	<ul style="list-style-type: none"> 事業収入+指定管理料収入 人件費（加配）、水道光熱費（高騰）などの支出増となっている 稼働率が目標値を下回 	<ul style="list-style-type: none"> 更生園は夜勤専従1名以外は職員充足している 法人全体としては、介護福祉士・保育士が採用困難職種となってお 	<ul style="list-style-type: none"> センター内での連携、総合相談部との情報共有会議（月1回）、高次脳回診同行 センター外での連携、回復期リハ病院を中心 	<ul style="list-style-type: none"> 入口としては、回復期リハ病院との連携が必須 回復リハの段階で生活期、就労を見据えてプランニングする必要がある。

	<ul style="list-style-type: none"> っており、事業収入は伸び悩んでいる、障害者支援施設単体では赤字 夜勤、施設入所の単価が安すぎる 法人全体の収支は均衡（令和7年度） 売り上げを上げているのは小児と回復 	<ul style="list-style-type: none"> り、欠員状態が継続している 重症化で一番重い障害区分で取っているため、介護も負担かかって職員が辞めてしまい、ずっと欠員の状況 	<ul style="list-style-type: none"> に、広報PR 目的の訪問、利用希望者へのアセスメントやサービス内容説明、地域支援機関（相談・就労・介護保険）へのサービス事業説明、見学受入れ 	<ul style="list-style-type: none"> サービス事業は医療と地域をつなぐ役割として重要かつ不可欠であるため、支援効果についてアピールし、リハ支援の枠組みの中に位置づけられるようにする
高知ハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 専門職の高い人件費が経営を圧迫している 現行の加算制度では、基準以上の専門職配置や質の高い支援を提供するためのコストが十分に評価されていない 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉や介護未経験であるが、一定期間の講習を受講した異業種からの転職者を積極的に採用し教育 外国人技能実習等の制度活用実績はない 障害者雇用は数名在籍 	<ul style="list-style-type: none"> 週に1回、ベッドコントロールの会を開催し、入所・自立訓練併用利用者の計画的な入退所に努め、年間稼働率100%を目指している 	<ul style="list-style-type: none"> 同一敷地内で相談支援事業所、放課後等デイサービス、就労移行・定着事業を運営していたが、核となる職員の離職や利用者の減少があり、事業の廃止・休止によるダウンサイジングを図ってきた
さわや家	<ul style="list-style-type: none"> 福祉部門における看護師や作業療法士は手当の面から高コストなのがネック 高次脳機能障害の方をメインで受け入れていく方向性ではない中で、新たに専門職を配置する方向性にはならない 	<ul style="list-style-type: none"> あくまで教育機関で学んだレベルの知識の使いまわしといった現状 本人の興味・関心の範囲で研修へ送り出すが、精神科関連の研修に送り出す方が多い 	<ul style="list-style-type: none"> 高次脳機能障害の方を受け入れるための特別なアクションはしていない。 一般的な事業所の広報については、部屋の空き情報を市町村福祉課や特定相談支援事業所へ案内したり、自立支援協議会で入院患者さん向けに施設見学会を行っている 	(特になし)

1.2. 自立訓練事業の利点（社会において自立訓練事業が果たしている役割）

7 法人から回答のあった自立訓練事業の利点は、「生活期リハビリテーションとして多様な社

会参加や『その人らしい生活』を支える役割」「就労支援体系の中での調整・受け皿機能」「地域移行や意思決定を支える重要な社会資源」の大きく3つの観点に分類され、以下のような意見が挙げられた。（表 32）

表 32 自立訓練事業の利点の分類

<p>① 生活期リハビリテーションとして多様な社会参加・「その人らしい生活」を支える役割</p> <ul style="list-style-type: none"> 自立訓練（機能訓練）は、回復期リハビリテーション終了後の生活期において、就労や社会参加に向けた「生活基盤の再構築」を支える重要な役割を担っている。医療機関では提供が難しい、生活リズムの再構築、作業耐久性の向上、対人関係への適応、社会的役割の再獲得といった支援を、制度として継続的に提供できる点が大きな利点である。 一般就労や復職に限らず、福祉的就労や地域生活への移行など、利用者一人ひとりの状況に応じた多様な社会参加の形を支援できることから、壮年期に障害を負った方の「その人らしい生活」を支える生活期リハビリテーションとして、社会的意義の高い事業であると考えている。 医療リハで獲得したADLを社会の中でさまざまな経験を通して活用し、できることを増やし活動範囲を広げて、自立した社会参加を目指す。同年代の方とのグループワークや共同生活・活動を通して共感し、自己の障害について気づきを深め、コミュニケーションが向上するなど、ピア的効果も大きい。
--

② 就労支援体系の中での調整・受け皿機能
・以前は、復職者の支援に自立訓練を利用していた。現在は就労移行支援も利用できるようになり、働くためのベース作りをしている。就労目的で就労移行支援から利用して見立ての違いや利用者の方針転換により自立訓練に切り替える方もいる。自立訓練は、就労目的だが生活面の課題がある方の受け皿の役割を担っている。
・生活習慣を整えるなど職業準備性ピラミッドの下3層の強化。病院から退院後のサービス利用が有効と思われる。短期間でもその後のフォローアップにつなげることができる福祉サービスの入り口的な存在である。
③ 地域移行・意思決定を支える重要な社会資源
・高知県の障害福祉サービスの中では地域移行を目的とした重要な事業であると評価されていると思います。様々な障害特性をもつ方の障害受容を含む自己理解が促進され、一定期間能力の向上等にチャレンジする機会があること。また、同年代の中でピアの効果を得ながら、今後の住まいや就労についての意思決定ができる場として重要であると思います。
・かつては長期入院者の地域移行の足掛かりとして機能していましたが、現在においては親亡き後に残されることを見越した当事者の自立への意欲喚起やスキルアップに比重が移ってきているように感じます。
・宮崎県に事業所が一カ所しかなく、若年層の受け皿としての役割があると考えます。
・困っている方が多く、定員 100%の入所でも赤字となるため、事業を行う事業者が限られることから役割は大きい。

1 3. 自立訓練事業の課題点

7 法人から回答のあった自立訓練事業の課題点は、「制度理解・認知不足に関する課題（医療・行政・関係機関）」「制度間の壁・利用手続きの遅

さに関する課題「経営・財政・人材確保に関する構造的課題」「利用者の流れ・稼働率・退所先に関する課題」「効果検証・成果評価が不十分である点の課題」「その他の課題」の大きく6つの観点に分類され、以下のような意見が挙げられた。(表 33)

表 33 自立訓練事業の課題点の分類

① 制度理解・認知不足に関する課題（医療・行政・関係機関）
・自立訓練（機能訓練）は、生活期における重要な支援である一方、その役割や対象者像が医療機関や相談支援機関等に十分に理解されておらず、支援の選択肢として検討されにくい現状がある。
・一連のリハプロセスの中で、サービスの役割を理解して、つなぐ役割の人が少ない。医療側の MSW・リハ医・リハ職などへの更なる周知も必要。地域では高次脳支援等を通して理解も深まりつつあるが、地位特性や物理的な距離もあり、基幹や拠点、中核との連携も必要。
・自立訓練（機能訓練）は、生活期における社会参加や就労を支える重要な制度であるが、十分に認知されているとは言い難い。今後も関係機関との連携を通じ、制度の理解促進に取り組んでいきたい。
・行政の窓口でも入所の必要性を厳しく問われる傾向があり、手続きの面でも通所が選ばれやすいところも課題となっており、行政の正しい自立訓練への理解が求められる。
② 制度間の壁・利用手続きの遅さに関する課題
・介護保険優先の原則や制度間の違いにより、生活期リハビリテーションとしての自立訓練が活用さ

れにくいケースもみられる。
・介護保険の手続きは迅速である一方、障害福祉サービスである自立訓練の利用開始までに時間がかかり、利用機会を逃す一因となっている。このため、診断書があれば暫定的にでも利用を開始できるような制度設計の見直しの必要性があると考えている。
・自立訓練の支給決定期間について、脊損との期間の差の整合性があるのか。
③ 経営・財政・人材確保に関する構造的課題
・専門職配置に伴う経営的・人的な制約や、他機関との連携に要する時間的・労力的負担など、事業を継続的に運営していく上での課題も抱えている。
・自治体からの補助金なしにはできない事業だが、広島県の補助金はゼロである。
・指定管理だが指定管理料は0。結果職員数の減少、職員のクオリティの低下などに繋がっている。設備も老朽化しており課題が山積している状況。
・支援を手厚くしようと思えば思うほど経営が苦しくなる。
・個別訓練計画支援加算の要件に社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師に加え、医療リハ、職業リハ、地域リハを教育課程に持つ作業療法士も加えてほしい。
④ 利用者の流れ・稼働率・退所先に関する課題
・施設として利用者の受け入れはあるものの退所先が少なく、利用者の循環に課題がある。
・運営上の大きな課題として、入所施設の低稼働率が挙げられる。施設入所の定員は30名だが、実際の入所者は十数名にとどまっている。これは、退院後の利用者の多くが集団生活を避け、可能な限り通所での利用を希望するためである（現在、利用者の6割以上が通所）。
・サービスにアクセスできない埋もれない人を作るための取り組み、仕組み作りが必要。
⑤ 効果検証・成果評価が不十分である点の課題
・自立訓練の効果検証をして行く必要がある。
・自立訓練が終了したときに生活力が向上しているときに報酬があるといいなと感じた。
⑥ その他の課題
・宿泊して訓練ができることにメリットがあるが、お金がもらえないのに通ってまで自立訓練にくることにメリットを感じることは難しいのではないかと。自法人内でも就労B型をお勧めしてそこで生活リズムを整えたりお金の管理について一緒に練習をしたりする取り組みをしている。
・高次脳機能障害支援者養成研修について、職員は派遣するが主催は県が行うよう伝えている。県が丸投げしようとするため。丸投げするのであれば職員も出さないと行って交渉を継続している状況あり。全体的に県の関わりが薄い。
・精神科にかかる宿泊型自立訓練は静岡県内で4か所存在しますが、恐らく社会のニーズを満たすには数が足りないと思われます。“入れっぱなし”に出来るグループホームとの競合であったり、2年というサイクルで入退所の支援を行う“手間”であったり、と運営にあたっては報酬の低さも相まってコストパフォーマンスがイマイチなのが受け皿の少なさの原因と考えます。

1 4. 自立訓練事業への施策提言

7 法人から回答のあった自立訓練事業への施策提言は、「自立訓練（機能訓練）の位置づけ明確化と理解促進」「医療機関への周知・情報提供の強

化」「利用手続きの迅速化と制度運用の柔軟化」「専門職配置を評価する報酬・加算制度の拡充」「医療・福祉・職業リハのシームレスな連携体制構築」「事業の持続可能性確保に向けた財政的支援」「退所支援・地域移行支援の評価強化」の大き

く7つの観点に分類され、以下のような意見が挙げられた。(表 34)

表 34 自立訓練事業への施策提言の分類

<p>【施策提言①】 自立訓練（機能訓練）の位置づけ明確化と理解促進</p> <p>・自立訓練（機能訓練）が生活期リハビリテーションとして十分に機能するためには、医療・介護・障害福祉の各分野において、本事業の役割や対象者像についての理解を一層深める必要がある。特に、回復期リハビリテーション終了後の支援の選択肢として、自立訓練（機能訓練）が適切に検討されるよう、医療機関や相談支援機関への情報提供や啓発の仕組みづくりが求められる。</p>
<p>【施策提言②】 医療機関への周知・情報提供の強化</p> <p>・医師が自立訓練事業の内容や利用ルートを正しく理解し、退院する患者（特に65歳未満）に的確な情報提供ができるよう、急性期病院の医師（脳神経外科や脳神経内科）が、退院後に受けられる具体的な支援の流れや機関を示したフロー図入りのリーフレットを作成することは、有効であると考えられる。</p>
<p>【施策提言③】 利用手続きの迅速化と制度運用の柔軟化</p> <p>・介護保険サービスに比べて手続きに時間がかかるという不利な状況を改善するため、診断書等があれば暫定的に利用を開始できるなど、利用開始までのプロセスを迅速化する制度設計が求められる。</p>
<p>【施策提言④】 専門職配置を評価する報酬・加算制度の拡充</p> <p>・高次脳機能障害体制加算の傾斜配分：現行の高次脳機能障害体制加算について、事業所における高次脳機能障害者の利用割合に応じて加算額を変動させる「傾斜配分」を導入する。利用者が8割を超えるような専門性の高い事業所には手厚く、割合が低い事業所にも一定の加算を付けることで、より多くの事業所が支援に取り組む動機付けとする。</p> <p>・専門職配置加算の創設：人材確保と専門性の向上を促すため、言語聴覚士（ST）や作業療法士（OT）などの専門職の配置を直接評価する「専門職配置加算」を創設する。専門職を1名配置した場合、2名配置した場合、複数の専門職種を配置した場合などで段階的に加算額を設定することで、事業所が専門職の採用・増員に踏み切る経営的なメリットを明確にする。</p> <p>・高次脳機能障害者支援体制加算や、施設入所支援の基本報酬の増額。</p> <p>・生活介護の常勤看護職員等配置加算のように、自立訓練に手厚くセラピストを配置した際の加算がほしい。</p> <p>・生活訓練の個別計画訓練支援加算の専門職にセラピストを加えてほしい。</p> <p>・作業療法士等の専門職を配置することでサービスの質を上げることにつながるため、配置するための報酬単価を上げる必要がある</p>
<p>【施策提言⑤】 医療・福祉・職業リハのシームレスな連携体制構築</p> <p>・医療と福祉のシームレスな連携システムの構築が必要。そのために、医療リハ、職業リハ、地域リハを教育課程に持つ作業療法士の配置ができると医療から福祉への連携がスムーズになる。</p> <p>・一連のリハプロセスの中に組み込まれていくことが必要。医療リハ⇒自立訓練⇒就労移行支援⇒復職・新規就労の流れが大きくなるとよい（介護保険の利用に流れる前のジャッジ）、特に若年者については生活リハ／職業リハも見据えた、長期間のリハプランも必要。ただし、入院～入所、訓練継続が負担とならないような配慮も必要。</p>
<p>【施策提言⑥】 事業の持続可能性確保に向けた財政的支援</p> <p>・あわせて、専門職配置を前提とした事業運営が継続可能となるよう、評価・加算の在り方や人材確</p>

保に関する支援策の検討、制度間連携を促進する仕組みの整備が重要であると考える。
・満床でも赤字になるという仕組みになってしまっている。社会的意義はあるが行政の支援がない限り現在の構造上では継続が困難である。
【施策提言⑦】 退所支援・地域移行支援の評価強化
・地域に新たな自立の場を生み出す“退所支援“については、今以上の報酬としての評価をしていただければと考えます。再入院での支援終了や自宅といった既存の生活環境へ戻るのではない関わり（単身生活への意向支援）は社会的な意義を認めてもらえると良いなと感じています。
・終了して出るときのケースワークや準備を含めてそこにコストがかかっている。グループホームには地域にうつすと加算があるが、宿泊型自立訓練にはない。有期限のサービスなので退所支援が含まれていることはわかるが。

E. 考察：自立訓練事業の現状と高次脳機能障害支援における制度的課題

本研究では、全国7か所の自立訓練事業所（機能訓練・生活訓練）を対象に、運営体制および高次脳機能障害者支援の実態を比較分析した。その結果、自立訓練事業が生活再構築と社会参加の基盤形成において重要な役割を果たしている一方で、医療・福祉連携、専門職配置、評価手法、地域資源、報酬制度といった複合的な制度課題が明らかとなった。

1. 医療から福祉への移行における「連続性」の重要性

同一法人内に医療部門を有する事業所では、回復期から生活期への移行が比較的円滑に行われ、診療情報や評価結果を踏まえた切れ目のない支援が実践されていた。一方、他法人の医療機関との連携においては、情報共有が難しく、自立訓練事業所が医療機関へ積極的に働きかけていく必要があり、多くの事業所で課題として認識されていた。課題は大きく分けて、以下の4点である。

(1) 医療機関の病床回転率上昇の影響

厚生労働科学研究(2024)「障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究：障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査（自立訓練）」において、自立訓練における高次脳機能障害者の主な紹介元は医療機関であった²⁾。そして、

その多くの高次脳機能障害者は、回復期リハビリテーション病棟を有する病院（以下、「回復期リハ病院」という。）を経て、自立訓練事業所につながってきている。

しかしながら、回復期リハ病院においては病床回転率が上昇し、在院日数の短縮、すなわち早期退院の傾向が認められる^{3) 4)}。本現象は、診療報酬制度を中心とした政策的誘導と医療提供体制の構造変化の結果であると考えられる。中でも、診療報酬制度の影響が大きい。回復期リハビリテーション病棟入院料では、疾患別の算定上限日数が設定されるとともに、実績指数、重症度割合、在宅復帰率といった成果指標が評価に組み込まれている。近年の改定では、FIM利得に基づく実績指数の比重が高まり、短期間で機能改善を達成し退院につなげる運営が高く評価される仕組みとなっている。このことが、病床回転率の上昇を制度的に促進している。

その結果、機能改善が見込めなくなると、早期に退院となる傾向が強まっている。一方、障害福祉サービスである自立訓練については、その利用開始までに1か月を超えることも少なくない。そのため、スムーズに自立訓練につながらないことが指摘されている。

(2) 医療機関における介護保険偏重と障害福祉サービス情報提供の課題

回復期リハ病院の多くの退院患者は高齢者で

あり、退院後は介護保険サービスを利用するケースが大半を占めている。そのため、退院時に関わる医師やセラピスト、医療ソーシャルワーカー（MSW）の多くは、介護保険サービスの知識は有しているものの、障害福祉サービスに関わる機会が少なく、十分な知識を有しているとは言い難い。その結果、自立訓練について、高次脳機能障害者本人や家族に十分な情報が届いていない可能性が高い。

(3) 障害福祉サービスにおける支給決定プロセス上の課題

障害福祉サービスにおける支給決定は、本人または家族が市町村に申請し、市町村が心身の状況や生活状況、意向等を調査・評価したうえで、必要なサービス量を決定する流れである。具体的には、申請後に認定調査や医師意見書、障害者手帳等に基づく障害支援区分の認定が行われ、相談支援専門員が作成するサービス等利用計画案を踏まえて、市町村が支給決定を行い、受給者証を交付する。その後、本人が事業所と契約し、決定された内容に基づいてサービス利用を開始する。

この結果、支給決定までに数か月を要することもあり、在院日数が短縮化する病院の退院ペースと合わない状況が生じている。障害福祉サービスでは、原則として市町村の支給決定と受給者証の交付後に利用を開始する仕組みであり、介護保険のように申請後すぐに暫定利用し、後から遡って給付される制度は設けられていない。実務上は、緊急時等に障害支援区分が未確定のまま暫定的な支給決定が行われることもあるが、これは行政運用上の対応であり、申請日以前に遡って給付することは原則として認められていない。このため、介護保険のような暫定支給・遡及適用の仕組みの導入が求められる。

しかしながら、こうした制度改正は短期的には困難であることから、一部の自立訓練事業所では、国土交通省「自動車事故被害者支援体制等整備事業（社会復帰促進事業）」を活用し、病院退院前から相談等を行い、退院後も一定期間、相談支援等を行う「退院後フォローアップ支援」⁵⁾の実践が

進められている。

高次脳機能障害は外見上分かりにくく、生活期において課題が顕在化しやすい特性を有することから、医療から福祉への移行支援の質が、その後の地域生活の安定に大きく影響する（中島ら、2014）⁶⁾との指摘もある。現行制度の見直しとともに、新たな連携システムの構築が不可欠であることが示唆される。

(4) 相談支援体制の課題

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定においては、高次脳機能障害支援体制加算が創設され、加えて、相談支援事業所における医療を含めた多機関連携を促進するため、計画相談における入院時情報連携加算や医療・保育・教育機関等連携加算、集中支援加算の拡充等が図られた。また、令和5年度の障害者総合福祉推進事業において、医療と福祉の連携に関する実態把握や連携促進のための調査研究が実施された。

さらに、厚生労働省は「医療機関と相談支援事業所の連携に関する一層の取組促進について（令和6年6月12日）」⁷⁾において、医療機関と相談支援事業所の連携は、障害児者の生活面に配慮した医療の提供と、医療の視点も踏まえた総合的なケアマネジメントの実施の両面で重要であり、本人の生活や治療に対する希望を尊重しつつ支援していくためには、より一層の連携強化が必要である旨を通知している。

しかしながら、本調査においても高次脳機能障害や制度に精通した相談支援専門員が十分に配置されているとは言い難く、自立訓練の利用開始時点で相談支援専門員がいないケースも多い。そのため、高次脳機能障害者が病院から自立訓練事業所を利用する際に、計画相談が十分に機能していない可能性が高い。

今後、こうした施策の動きの中で、病院から自立訓練への移行時に相談支援が実効的に機能していくことが望まれるが、それが実現していくかについては、引き続き検証が必要である。

2. 専門職配置の効果と報酬体系の限界

すべての事業所において、専門職配置の有効性が共通して認識されていた。専門職が関与することで、障害特性に即した評価・訓練、医学的根拠に基づく説明、医療機関・家族・企業との信頼関係の構築が可能となり、支援の質が高まっていた。

一方で、専門職配置は人件費率の上昇を招き、現行の障害福祉サービス報酬体系のもとでは経営上の大きな制約となっている事業所も少なかつた。これは、生活期における専門性を要する支援モデルが、制度上十分に評価されていない構造的問題を示している。高次脳機能障害者支援においては、多職種連携による包括的支援が推奨されており（厚生労働省，2006）⁸⁾、これを実装可能とする報酬上の評価が求められる。令和6年度障害福祉サービス報酬改定において高次脳機能障害者支援体制加算が創設されたものの、本調査では、多くの事業所が依然として十分とは捉えておらず、今後、さらなる報酬上の見直しを行っていく必要がある。

3. 施設入所支援を併設した自立訓練の課題

入院から直接、施設入所支援として受け入れを行っている事業所においては、退所と入所の管理が難しいとの指摘があった。特に、施設入所支援の中でも自立訓練のような有期限のサービスでは、利用者数が多いほど、自宅やグループホーム等への居住設定を計画的に進める必要がある。そのため、事業所によっては、週1回の「ベッドコントロール会議」を開催し、関係者が集まって見学者情報や利用者の回復状況を共有し、空きベッドを効率的に活用するための調整を行う等の工夫がみられた。一方で、賃貸アパートやグループホーム等の受け入れ側の都合により、移行が円滑に進まない場合も少なくない。その結果、常に一定の空床を維持する必要性が生じ、空床状態が恒常化しやすくなる等、有期限サービスである自立訓練における運営上の難しさが浮き彫りとなった。

4. 自立訓練における高次脳機能障害者の利用

(1) 高次脳機能障害者の受け入れ

厚生労働科学研究(2024)「障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究：障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査（自立訓練）」においては、高次脳機能障害者の利用実績がない事業所が多く、利用実績がない(0%)が43/105事業所41.0%を締めていた。一方、利用実績のある62事業所においては、高次脳機能障害者の利用実績30%未満が15事業所24.2%に対して、利用実績30%以上が47事業所75.8%となっており、高次脳機能障害者が利用する自立訓練事業所には、偏りが見られていた²⁾。本ヒアリング調査においても高次脳機能障害者の利用が少ない事業所にもヒアリングを依頼したが、なかなか協力が得られず、依頼を受けた事業所も今後、積極的に受け入れを検討していることはなかった。そのため、今後、高次脳機能障害者を受け入れが拡大していくための何らかの対応を検討していく必要がある。

(2) 高次脳機能障害者支援養成研修の位置づけと内容

高次脳機能障害者支援養成研修の内容は、厚生労働科学研究(2020・2021)「高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究」⁹⁾において、医療から福祉まで幅広い支援者を対象に開発されたものであるが、当時は高次脳機能障害者支援体制加算の創設が想定されていなかった。その後、令和6年度に同加算が創設されたことにより、研修受講と制度上の位置づけが明確になった。一方、現状では日中活動系サービスで加算を取得できる事業所が限られていることから、加算の対象範囲の見直しや現場ニーズに即した形で、研修内容のブラッシュアップが求められる。近年、分野別研修が整理され、「児童」「就労支援」等の専門コース別研修が新設されている流れを踏まえると、今後、専門コースの一つとして「自立訓練」を位

置くことも検討課題となり得る。

5. SIM (Social Independence Measure : 社会生活の自立度評価指標) の活用可能性と共通評価指標の課題

SIM を活用している事業所では、支援内容の可視化や多職種間の共通理解の促進といった効果が認められた。評価結果を基に支援方針を共有することで、支援の一貫性や説明責任が高まる可能性が示された点は重要である。

しかし、評価のばらつき、本人へのフィードバックの難しさ、制度上の位置づけの曖昧さといった課題も明らかとなった。SIM は医療領域での評価を福祉領域の支援へ橋渡しするツールとなり得るが、そのためには評価方法の標準化と、個別支援計画との連動が必要である。共通評価指標としての活用が限定的にとどまらないためにも、さらなるブラッシュアップが必要と考えられる。

6. 出口資源不足と事業の循環性

多くの事業所において、グループホーム、就労系障害福祉サービス等の受け皿といった「出口資源」の不足が共通課題として挙げられた。とりわけ重度の高次脳機能障害者では、適切な移行先が見つからず、利用期間の長期化やサービスの停滞が生じやすい状況が確認された。

これは、自立訓練事業が本来担う「次のステップへの橋渡し機能」が、地域資源の不足により十分に発揮されていない可能性を示している。地域生活移行や就労移行を支える社会資源の整備に加え、退所・移行支援の取り組み自体を制度的に評価する仕組みの必要性が示唆される。

7. 高次脳機能障害支援における自立訓練事業の中核的意義

比較分析の結果、自立訓練事業は、①退院後の生活再構築の場、②職業準備性の基盤形成、③重度例における地域移行の中核、④若年障害者の社会復帰資源として、他に代替しがたい役割を担っていることが明らかとなった。

すなわち、自立訓練事業は高次脳機能障害者の社会参加を支える基盤的インフラであるにもか

かわらず、その重要性に比して制度的評価は十分とは言えず、ニーズの高さと制度的支援の乖離が事業の持続性を脅かしている現状が浮き彫りとなった。

F. まとめ：今後の課題と研究展望

本研究を通じて、自立訓練事業が高次脳機能障害者の地域生活移行と社会参加において中核的な役割を果たしている一方で、制度的・構造的な課題を多く抱えていることが明らかとなった。これらを踏まえ、今後に向けて以下の提言と課題が示唆される。

1. 医療・福祉・相談支援等の他機関をつなぐシームレスな連携システムの構築

(1) 制度上の課題と課題解決に向けた取り組み

医療から自立訓練への移行における連携上の課題は、制度、運用、専門性、情報共有といった複数の側面にまたがって存在している。特に、病床回転率の上昇と障害福祉サービスにおける支給決定プロセスとの乖離、介護保険制度が優先されることによる情報不足、さらには相談支援体制の未整備は、移行期支援を進める上で大きな障壁となっている。

今後は、医療・福祉・相談支援が早期から関与する多機関連携体制を構築するとともに、制度的な運用の見直しを検討することで、高次脳機能障害者が切れ目なく生活期支援へと移行できる仕組みを整備していくことが求められる。

具体的には、介護保険サービスと比較して手続きに時間を要するという障害福祉サービスの不利な状況を改善するため、診断書等の提出をもって暫定的にサービス利用を開始できる仕組み等、利用開始までのプロセスを迅速化する制度設計が有効であると考えられる。

(2) アウトリーチの必要性

現状において、医療機関が主体的に自立訓練等の障害福祉サービスへつなげていくことは容易

ではない。また、相談支援事業所が回復期リハビリテーション病院の退院前から関与することについても、現行の専門性や人員体制を踏まえると、実践上の困難が大きいと言わざるを得ない。

こうした状況を踏まえると、自立訓練事業所が医療機関を訪問し、情報提供や支援内容の説明を行うといったアウトリーチの取り組みが重要となる。あわせて、国土交通省の「自動車事故被害者支援体制等整備事業（社会復帰促進事業）」⁵⁾にみられる退院後フォローアップ体制の構築等、自立訓練事業所を起点とした協働モデルの実践は、有効な示唆を与えるものである。今後は、これらの取り組みの効果を検証しつつ、さらなる施策化を進めていく必要がある。

(3) 医療機関側の認識

医療機関が障害福祉サービスをどの程度理解しているのか、また退院後支援に関してどのような課題意識を有しているのかについては、本研究では十分に検討することができなかった。医療から福祉への円滑な移行を実現するためには、医療機関側の認識や実践の実態を把握する調査が不可欠である。

具体的な対応策としては、医師が自立訓練事業の内容や利用ルートを正確に理解し、退院する患者、特に65歳未満の患者に対して適切な情報提供が行えるようにすることが重要である。その一方策として、急性期病院の医師（脳神経外科や脳神経内科）が、退院後に受けられる支援の流れや関係機関を明示したフロー図入りのリーフレットを作成・活用することは、有効な取り組みであると考えられる。

(4) 潜在的なニーズの発掘

障害者病棟や精神科病院等、現時点では十分な連携が図られていない領域においても、頭部外傷等を原因としながら診断や支援につながっていない潜在的な高次脳機能障害者が存在している可能性がある。これらの領域は、今後新たなアプローチ対象として検討していく必要がある。

さらに、地域障害者職業センター、大学、一般

校等、従来は接点の少なかった機関との連携も、新たなニーズの掘り起こしにつながる可能性を有している。今後は、こうした関係機関を対象とした実態調査等を行い、連携の可能性を検討していくことが求められる。

2. 自立訓練の課題とその解決

(1) 専門資源の乏しい地域における支援実態の解明

総合リハビリテーションセンターや自立訓練事業所が存在しない地域において、高次脳機能障害者がどのような資源を活用し、いかに地域生活を維持しているのかについては、十分な実態把握がなされていない。代替的に機能している支援構造を明らかにすることは、今後の制度設計に重要な示唆を与えると考えられる。

その際、当事者の「気づきにくさ」という障害特性、回復期病棟における在院日数短縮を促す診療報酬構造、相談支援事業所の不足と医療連携の困難さといった構造的要因を踏まえ、潜在的ニーズを掘り起こす調査手法が求められる。

(2) 障害福祉サービスの加算制度の見直し

ア. 高次脳機能障害支援体制加算の改定

現行の高次脳機能障害支援体制加算は、「利用者数の3割以上」を占める事業所に対して一律41単位が加算される仕組みとなっている¹⁰⁾。一方で、高次脳機能障害者への支援においては専門職の配置が有効であるものの、それが経営上の大きな制約となっている事業所も多い。

このため、5割以上、7割以上といったように、対象割合の上昇に応じて加算単位を引き上げる仕組みも有効と考えられる。他方、現状では「利用者数の3割以上」に該当する事業所は限られていることから、2割以上、1割以上についても対象範囲を拡大し、より多くの事業所が高次脳機能障害者支援に取り組むよう促していくことが望ましい。

イ. 専門職配置加算の創設

人材確保と専門性の向上を促すため、言語聴覚

士（ST）や作業療法士（OT）等の専門職の配置を直接評価する「専門職配置加算」を創設する。専門職を1名配置した場合、2名配置した場合、複数の専門職種を配置した場合等で段階的に加算額を設定することで、事業所が専門職の採用・増員に踏み切る経営的なメリットを明確にする方法も考えられる。

(3) 専門職配置を前提とした報酬体系および加算の拡充

自立訓練（生活訓練）における個別計画訓練支援加算については、現行では、個別訓練実施計画の作成を社会福祉士、精神保健福祉士または公認心理師である従業者が行うこととされている。しかし、作業療法士等の専門職配置の効果が示されていることから、作業療法士等の専門職についても、個別訓練実施計画の作成に従事できるよう、制度の見直しが望まれる。

3. SIM等を活用した共通評価指標の整備と支援効果検証の制度化

評価のばらつき、本人へのフィードバックの難しさ、制度上の位置づけの曖昧さといった課題が指摘されている。令和7・8年度の厚生労働科学研究「自立訓練をより効果的に提供するための研究」においては、「SIMにおいて効果のみられる項目と提供するプログラム等の支援内容との関連性を明らかにする」「SIMによる評価マニュアルの改訂版作成および活用方策の検討」が予定されており、本ヒアリング調査で得られた意見も踏まえながら、改良を進めていく必要がある。

4. 自立訓練終了後の資源の拡充と退所・移行支援の制度的評価

多くの事業所において、グループホームや就労系障害福祉サービス等の「出口資源」の不足が共通課題として挙げられた。とりわけ重度の高次脳機能障害者では、適切な移行先が見つからず、利用期間の長期化やサービス停滞が生じやすい状況が確認された。

そのため、先に述べたとおり、高次脳機能障害支援体制加算については、自立訓練以外の地域の

受け皿となり得る各種サービスにおいても対象範囲を拡大し、2割以上、1割以上といった段階的基準を設けることで、より多くの事業所が高次脳機能障害者支援に取り組むよう促していくことが望ましい。

5. 高次脳機能障害に関する地域理解の促進と専門人材育成の強化

(1) 高次脳機能障害支援養成研修の再設計とフォローアップ

厚生労働科学研究（2020・2021）「高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究」⁹⁾で開発され、令和6年度から高次脳機能障害支援体制加算要件として行われている高次脳機能障害支援養成研修は、医療から福祉までを横断する人材育成の基盤として重要であるが、令和6年度の支援体制加算創設後、受講者が相談支援領域に偏在している現状がみられる。研修の動向を踏まえつつ、必要に応じて現場ニーズに即した内容への再設計が求められる。

また、支援経験の乏しい受講者に対しては、基礎研修修了後のフォローアップとして、病院訪問やケア会議参加等実践的要素を組み込んだ研修の充実が必要である。

(2) 高次脳機能障害支援養成研修修了者配置事業所の可視化

研修修了者を配置する事業所を地域に公開する仕組みを整備することは、当事者・家族・医療機関・相談支援事業所が適切な資源を選択する上で有効である。支援の質の担保とアクセス向上の観点から、国レベルでの通知や制度化を検討する余地がある。

本研究は、自立訓練事業の意義と課題を明らかにするとともに、地域間格差、医療機関側の認識、人材育成のあり方等、多くの未解明の論点を提示した。今後は、医療・福祉・相談支援を横断した多角的調査と実践研究を通じて、高次脳機能障害者が地域で継続的に社会参加できる支援システ

ム構築に向けたエビデンスを蓄積していく必要がある。

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

- ・論文発表
なし
- ・学会発表
なし

I. 知的財産権の出願・取得状況

なし

<引用・参考文献（案）>

- 1) 厚生労働省 (2022) : 障害者総合支援法改正法施行後 3 年の見直しについて～社会保障審議会 障害者部会報告書～ (令和 4 年 6 月)
- 2) 厚生労働省 (2024) : 障害福祉サービス等事業者における高次脳機能障害者への支援の実態把握及び推進のための研究「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握調査 (自立訓練)』報告書」, 厚生労働科学研究
- 3) 厚生労働省 (2022) : 令和 4 年度診療報酬改定の概要 (回復期リハビリテーション病棟関係)」
- 4) 寛淳夫, 回復期リハビリテーション (2021. 4) : 実態調査報告「2020 年度 全国実態調査について」, P19-24
- 5) 国土交通省自動車事故被害者支援体制等整備事業 社会復帰促進事業 : 令和 5 年度自動車事故による高次脳機能障害者の方に向けた「社会復帰促進事業」好事例集
<https://www.mlit.go.jp/jidosha/content/001878934.pdf>
- 6) 中島八十一・寺島彰 (編) (2014) : 高次脳機能障害ハンドブック, 医学書院
- 7) 厚生労働省 (2024) : 医療機関と相談支援事業所の連携に関する一層の取組促進について (令和 6 年 6 月 12 日)
- 8) 厚生労働省 (2006) : 高次脳機能障害支援モデル事業報告書
- 9) 厚生労働省 (2020・2021) : 高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究, 厚生労働科学研究
- 10) 厚生労働省 (2023) : 障害福祉サービス等報酬改定の概要

<資料>

資料1 調査票「資料1 障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査」

資料1

障害福祉サービス事業者における高次脳機能障害者の支援の実態把握及び推進のための研究
「障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査（自立訓練）」調査票

No	質問項目	回答	
(1) 基本的な概要			
①	法人名		
②	事業所名	機能訓練	
		生活訓練	
		宿泊型生活訓練	
③	開所年／現事業の開始年		年
(2) 自立訓練の職員体制		(※令和7年10月1日現在)	
④	ア. 機能訓練または宿泊型生活訓練の職員数	基準上の必要職員数	人
		常勤換算の従業員数	人
	イ. 機能訓練または宿泊型生活訓練の医療職の職員数	医師	人
		理学療法士	人
		作業療法士	人
		臨床心理士もしくは公認心理師	人
		言語聴覚士	人
		看護師	人
⑤	ア. 生活訓練の職員数	基準上の必要職員数	人
		常勤換算の従業員数	人
	イ. 生活訓練の医療職の職員数	医師	人
		理学療法士	人
		作業療法士	人
		臨床心理士もしくは公認心理師	人
		言語聴覚士	人
		看護師	人
(3) 自立訓練の利用者の状況		(※令和7年10月1日現在)	
⑥	定員数	人	
⑦	契約者数	人	

⑧	全体的な利用者の状況、 特徴		
⑨	紹介元	高次脳機能障害支援拠点機関	人
		一般病院（精神科を除く）	人
		診療所	人
		精神科病院	人
		介護保険施設	人
		居宅介護支援事業所	人
		地域包括支援センター	人
		特定相談支援事業所	人
		基幹相談支援センター	人
		障害者支援施設	人
		障害福祉サービス事業所	人
		就労関係機関	人
		学校・教育関係機関	人
		家族	人
市町村等行政機関	人		
	その他（詳細 ）	人	
(4) 活動の内容			
⑩	活動の特色（理念）		
⑪	具体的な支援の内容		
⑫	SIM の活用		
(5) 連携の取り組み			
⑬	一般病院（精神科を除く）との連携で取り組んでいること		

⑭	高次脳機能障害支援拠点機関との連携で取り組んでいること	
⑮	相談支援機関との連携で取り組んでいること	
⑯	その他の連携で取り組んでいること	
⑰	専門職が配置することでの有効性について	
(6) 連携上の課題		
⑱	一般病院（精神科を除く）との連携の課題	
⑲	高次脳機能障害支援拠点機関との連携の課題	
⑳	相談支援機関との連携の課題	
㉑	その他の連携の課題	
㉒	専門職が配置することでの課題について	
(7) 運営について		
㉓	運営に係る経費	

㉔	運営収支	
㉕	人材確保／人材育成	
㉖	利用者の確保	
㉗	運営（事業継続のための 取り組み）	
(8) 自立訓練事業について		
㉘	この事業の利点（社会に おいてこの事業が果たして いる役割）	
㉙	この事業の課題点	
㉚	この事業への施策提言	
(9) その他		
㉛	その他伝えたいこと	
(a)	調査実施日	
(b)	回答者名	(所属／役職名：)
(c)	調査者名	

障害福祉サービス利用プロセス等に関する実態把握ヒアリング調査（自立訓練）
研究協力に関する説明書（法人向け）

1. 研究の目的

本研究は、障害福祉サービスのうち「自立訓練（機能訓練・生活訓練）」事業の運営実態や支援の工夫、課題、利用者のサービス利用プロセス等を把握し、今後の制度設計および支援の質の向上に資する知見を得ることを目的としています。

2. 調査の方法

本研究では、障害福祉サービス事業を運営する法人・事業所を対象に、ヒアリング調査を実施します。調査では、事業運営上の取り組みや支援の工夫、課題、関係機関との連携等についてお伺いします。ヒアリングは原則として対面またはオンラインで行い、所要時間は60～90分程度を予定しています。記録の正確を期すため、許可を得て録音させていただきます。

3. 研究への協力について

本調査への協力は任意です。協力の有無や途中辞退によって、法人や関係者が不利益を受けることは一切ありません。また、質問への回答は可能な範囲で構いません。回答を控えることも自由です。

4. 個人情報・機密情報の保護

ヒアリング内容は研究目的のみに使用し、法人名・事業所名は使用しますが、ヒアリングの回答者の個人名が特定される形での公表は行いません。分析の際には、匿名化を行います。録音データは文字データ化後、一定期間の保管を経て、安全に削除します。研究に関するデータはパスワードで保護された環境下で厳重に管理します。

5. 調査結果の公表について

得られた結果は、報告書・学会発表・論文等で公表を行いますが、ヒアリングの回答者の個人が特定される形での情報は一切公表しません。

6. 研究の実施責任者・研究窓口

- 1) 研究代表者：鈴木 智敦（所属：社会福祉法人名古屋総合リハビリテーション事業団 副理事長）
- 2) 研究窓口：稲葉 健太郎（所属：社会福祉法人名古屋総合リハビリテーション事業団 自立支援部長）

連絡先：〒467-8622 名古屋市瑞穂区弥富町字密柑山1-2

E-mail：inaba.k@nagoya-rehab.or.jp TEL：052-835-4193

7. 問い合わせ窓口

本研究の内容や個人情報の取り扱いについてご質問やご不明な点がありましたら、上記の研究窓口までお問い合わせください。

