

知的障害のある人の「精神科的課題」への 社会福祉機能のあり方検討 — 一日中活動支援と医療機関の連携に焦点をあてて —

中野 敏子

1. はじめに

1) 本研究のねらい

本研究のねらいは、思春期から青年期の知的障害のある人の「精神的健康(メンタルヘルス)」保持の点から、「合理的配慮」としての医療と福祉の連携のあり方を実践レベルで具体的に明らかにすることである。そのために、日常的支援における「見立て」の構造と支援プロセスに焦点をあて、社会福祉サービス支援として実践レベルでの「精神科的課題」への取組の実態を把握し、医療との連携にあたって、とくに「情報提供」という点での社会福祉サービス機能としてのあり方を検討する。

2) 本研究課題をめぐる背景

2014(平成26)年、日本が障害者の権利条約を批准した後、その内容の具体的実現が求められており、国内では、関係領域で「差別禁止」「合理的配慮」「意思決定支援」などに関心が向けられてきている。

ところで、世界保健機関(WHO)による『世界障害報告書』では、「知的障害のある人に関する健康増進活動へのアクセスが限られていること」が指摘されている⁽¹⁾。さらに、「障害のある人は、自らの健康状態が原因で起こる問題に直面する可能性が高い。障害の様々な側面を適度に重視した、バランスのとれたアプローチ

が必要」(p42)とも述べられている。

障害者の権利条約では、第17条「個人が健全であることの保護」、同第25条では「健康」について、締約国が障害を理由に差別なく平等に保障していくことが謳われている。なかでも、知的障害のある人の精神保健ニーズについてはグローバルな研究対象として優先的な位置にあることが認識されており、たとえば、2013(平成25)年の第3回アジア太平洋発達障害会議ではRoundtable Discussionテーマとして設定された⁽²⁾。また、WHOのWorking Groupでは、知的障害のある人の精神保健ニーズ研究の先駆者である、Eric Emerson(The University of Sydney)らによってその具体的な対応策の研究が進められている。この課題は、1990年代以降、イギリス、アメリカ、カナダ、オーストラリアの研究者によって関心がもたれてきているが、なお、研究データの蓄積の弱さが指摘されてきている⁽³⁾。その背景には、当事者本人が症状を述べるにあたってのコミュニケーション困難という課題があること、また、診断基準が明確ではないなかで、家族にとっては受け入れ難いという側面も指摘されているところである⁽⁴⁾。

一方、国内では、2012(平成24)年成立の障害者総合支援法以降、それまでの見直しも含め、精神障害のある人の地域移行支援策が強化されてきている。あわせて、入所施設に暮らす支

援がより必要な、あるいは「重度」といわれる知的障害のある人々が地域で暮らし続けることも引き続き推進されている。そこで、地域で暮らし続けるにあたって改めて再認識しておくなくてはならない課題がある。それは、児童期から青年期への移行期、成長の変化と支援環境の変化(学校教育から社会福祉サービスへ)とが並行して起こるという現実である。知的障害のある人、とくに支援がより必要な人にとって、適切な支援と出会うことがなければストレスが高まる可能性は容易に考えられる。「重度」の知的障害のある人が高いストレスを受け続けることによる「精神的課題」の発生については、これまでも「医療的課題」として認識されてきた⁽⁵⁾。

2012(平成24)年の精神保健資料によると、精神科病院在院患者は全国で30万2,156人であり、そのうち知的障害のある人は5,584人で1.8%の割合である⁽⁶⁾。2013(平成25)年版『障害者白書』では、知的障害のある人の数が54.7万人とあり、その1.0%になる。たとえば、アルツハイマー病認知症などの「器質性精神障害」、「統合失調症」、「気分(感情)障害」、「精神作用物質による精神及び行動障害」に分類される疾患数と比較すると僅かな存在となる。では、この割合をどのようにとらえるかである。

ここで次の点に着目しておきたい。現行の「精神保健及び精神保健福祉に関する法律」では、「精神障害」の概念に知的障害が含まれている⁽⁷⁾。ここに、知的障害のある人にとっての「精神的課題」、あるいは「精神疾患」との関係の理解に混乱をもたらす点があるといえる。つまり「知的障害」であることが「精神疾患」であるように捉えられる、また、ある状態を「精神的課題」に直面しているとみるのではなく、「知的障害」の特徴として理解するに止まってしまうなどである。そこに新たな課題が存在す

ることに留意しなくてはならないと考える。つまり、「精神的課題」を抱えているという認識に立てば、それは「二次的障害」という課題が見えてくる。しかし、それを「知的障害」の特性と捉えてしまえば「二次的障害」という視点もなくなる。そこで、あらためて、「精神的健康(mental health)」という課題から見直してみる必要があると考える。

すべての知的障害のある人が精神疾患を伴うというわけではない。ただし、とくに「重度・最重度の知的障害のある自閉症児者」にみられる「行動障害」については精神科治療との接点を必要としてきていた。しかし、それも、2005(平成17)年から社会福祉サービスとして提供されるようになった行動援護事業にみられるように、「強度行動障害」という括りのなかで、急性期の症状に対応する手立てとして、服薬のみにたよるのではなく、「精神科治療」と環境調整としての社会福祉の働きとの連携の必要性が認識されてきている⁽⁸⁾。ここでの医療と社会福祉の連携は、「行動障害」を規定する基準が物語っているように⁽⁹⁾、「行動」に焦点化した中での「行動改善」に対する精神科治療の活用という連携といえよう。

本研究で着目したいのは、こうした「行動障害」という結果として見える手がかりに着目することも必要であるが、むしろ「見落されがちな手がかり」についてである。たとえば、ダウン症の知的障害のある人の場合「早期退行」としての括りで十分なのか、また、「軽度」の知的障害のある人たちにとっての「精神的な課題」との出会いの可能性について、「精神的健康」ということから、日常的な生活の支援に関わる社会福祉サービス提供者の認識が重要となってくると考えられる。

「行動障害」あるいは「早期退行」という枠では括れない「精神的課題」に対応するため

に、医療機関との連携に対して、社会福祉の支援現場ではどのように対応する基盤があるかに関心を向けたい。

3) 研究方法

本研究では、地域での生活支援強化が推進されることから、知的障害のある人が利用する地域生活支援資源の一つである日中活動サービス事業所を選定した。そこでの「精神科的課題」に対する認識と対応の実態を把握するために、インタビュー調査及びアンケート調査を実施した。本稿では、紙面の制約もあり、とくに、アンケート調査「知的障害のある人と二次的障害としての『精神科的課題』：社会福祉の支援実態調査」の結果・分析を中心に報告する。

なお、本研究での「精神科的課題」とは、それ自体、吟味を必要とする概念ではあるが、そのことも含めて、「精神科医療との連携によって安定した生活の改善が期待できると判断された課題」ととらえておく。また、「二次的障害」について、「知的障害という一次的障害への適切な対応がなされない中で、安定して生活する状況に困難さが加わる状況」としておく。

2. 調査概要

1) 調査目的

①知的障害のある人たちが二次的障害として「精神科的課題」を抱え込まないために、社会福祉現場ではどのような取組がなされているか、その実態を把握する。

②社会福祉現場の具体的取組を通して、とくに精神科医療との連携で社会福祉支援として提供できる機能は何かを明らかにする。

2) 調査対象の設定と調査方法

東京都内にある通所施設で働く職員の研修を提供する団体⁽¹⁰⁾の協力を得て会員の所属す

る事業所に対して、「知的障害のある人と二次的障害としての『精神科的課題』：社会福祉の支援の実態調査」(資料参照)を実施した。日中活動事業所420か所に郵送調査し(2014年11月～12月)、回収数167(回収率39.8%)、有効回答数は165であった。調査記入者はサービス管理責任者もしくはそれに準ずる方をお願いした。

3. 調査結果

単純集計結果は紙面の都合で削除した。

1) 調査対象者の属性

①性別

回答者(165)のうち、男63.0%(104)、女31.5%(52)、無回答5.5%(9)である。

②年齢

回答者の年齢層は40代が40%(66)と最も多く、次いで50代が23.6%(39)、30代が21.2%(35)、60代が8.5%(14)、20代が1.2%(2)である。なお無回答は5.5%(9)である。

③出身校の専攻等

回答者(165)のうち、福祉系の出身者は47.9%(79)であり、そのうち、学部卒者が38.0%(30)、専門学校卒者が22.8%(18)、それ以外が7.6%(6)、無回答が31.6%(25)である。

④保有資格(複数回答)

最も多かったのは社会福祉主事の43.6%(72)で、次いで社会福祉士は28.5%(47)、介護福祉士は24.8%(41)となり、精神保健福祉士は6.7%(11)、保育士は7.9%(13)である。理学療法士などパラメディカル資格は2.4%(4)であり、その他の21.2%(35)には臨床心理士、教員などが含まれる。なお、無回答は12.1%(20)である。

⑤勤続年数

a. 現施設での勤続年数

10年以上が35.8%(59)と最も多く、5～10年

未満が31.5%(52)、5年未満は23.6%(39)、無回答は9.1%(15)である。平均勤続年数は9.8年である。

b.社会福祉関連での勤続年数

20年以上が38.2%(63)と最も多く、次いで、10～15年未満が20.6%(34)、15～20年未満が38.2%(27)、5～10年未満が4.8%(8)、5年未満が1.2%(2)、無回答は18.8%(31)である。平均勤続年数は19.8年である。

2) 勤務先事業所について

①事業所が提供しているサービス(複数回答)

最も多かったのは、生活介護の63.0%(104)で、次いで就労継続支援の38.2%(63)である。

②事業所の開所時期

障害者福祉制度のサービス体系が変更になった障害者自立支援法施行の2006年を一応の目安で開所時期を捉えたところ、64.2%(106)が2006(平成18)年3月以前の開所で、それ以降の開所は21.2%(35)である。

③サービス利用者数

30～50人未満が32.1%(53)、50～100人未満が30.3%(50)で半数以上を占める。小規模の30人未満が18.8%(31)、一方100人以上も9.1%(15)含まれる。

なお、生活介護サービスを提供している事業所のうち、生活介護サービス利用者数は30～50人未満が28.2%(42)、30人未満は24.2%(36)と半数以上は50人未満の利用者数である。

④直接支援職員数

10～30人未満が52.1%(86)と最も多く、次いで、30人以上が20.6%(34)、5～10人未満が17.0%(28)、5人未満が1.8%(3)という状況であった。なお、このうち、常勤については、10～30人未満が41.1%(62)で最も多く、ついで5～10人未満が36.4%(55)、30人以上が9.9%(15)、5人未満が9.9%(15)となっている。

3) 知的障害のある人の「精神科的課題」への社会福祉の支援実態

(1) 精神科につなげる必要があると考えた利用者の有無

回答数165のうち、「有る」が68.5%(113)、「無い」は31.5%(52)である。「利用者有」のうち、こうした事例が複数あると回答したのは84.1%(95)、「複数はない」と回答したのは8.0%(9)と圧倒的に複数の事例を持っている。

また、「嘱託医(精神科)の有無」との関係についてみると(表1)、「嘱託医(精神科)有」の場合の「精神科へつなげる必要があると考えた利用者有」の相関性を示す値は得られなかった。

また、提供サービス状況と「精神科につなげる必要があると考えた利用者有」を捉えると(表2)、「生活介護」の提供事業所では65.3%、「就労継続支援」の提供事業所では47.3%が「有」と回答している。障害支援区分状況との詳細な比較はできないが、「生活介護」を利用する利用者の支援状況は、「就労継続支援」より支援度が高いと推定される。ただし、「精神科につなげる必要があると考えた利用者有」との有意差は得られなかった。

表1 精神科につなげる必要があると考えた利用者

	有	無	無回答	計
嘱託医(精神科)の有	58 (52.3%) {75.3%}	19 (36.5%) {24.7%}	-	77 {100%}
無	50 (45.0%) {60.2%}	31 (59.6%) {37.4%}	2 {2.4%}	83 {100%}
無回答	3 (2.7%)	2 (3.9%)	-	5
計	111 (100%) [67.3%]	52 (100%) [31.5%]	2 [1.2%]	165 (100%) [100%]

知的障害のある人の「精神的課題」への社会福祉機能のあり方検討

表2 精神科につなげる必要があると考えた利者の有無と提供サービス状況

	生活介護	就労継続支援
精神科につなげる必要があると考えた利用者有	73(65.2%)	43(47.3%)
無	30(26.8%)	19(20.9%)
無回答	9(8.0%)	29(31.8%)
計	112(100.0%)	91(100.0%)

(2) 「精神科につなげる必要がある利用者がいない」と考えた理由(複数回答)

「利用者がいない」と回答したのは31.5%(52)である。その理由は「既に医療につながっていた」が63.5%(33)と最も多い(表3)。

(3) 利用者の変化の気づきについて

a. 気づきのきっかけ

「精神科につなげる必要があると考えた利用者有」と回答した113のなかで、「利用者の変化に最初に気づいた」のは誰かについては(複数回答)、「事業所支援者」が85.8%(97)と最も多く、次いで「家族」が39.8%(45)、その他には「他の事業所支援者」が1.8%(2)、「その他」が4.4%(5)となっている。さらに、気づいた「事業支援者」(97)のうち、60.8%(59)が「担当者」、41.2%(40)が「その他の職員」(複数回答)である。

「利用者の変化に気づいたきっかけ」(複数回

答)は表4に示すように、多様な選択がなされているが、特徴的な項目を捉えると、「泣く、怒るなど感情の変化が激しくなる」が69.9%(79)と最も多く、次いで「衝動的行動が増えてくる」が58.4%(66)、さらに、「不眠が続く」が40.7%(46)となっている。表出される行動変化としての発信が高く認識されやすく、「ふさぎ込む」「引きこもり」「返事をしなくなる」など内向きの変化への気づきのきっかけは下回る(表4)。

b. 利用者の変化の共有について

「変化の気づき」を事業所の職員間で98.2%(111)が共有できたとしている(無回答2)。また、90.3%(102)が「その変化に対応できた」と回答し、「対応できなかった」のは8.0%(9)のみである。

まず、「職員間の共有の仕方」について自由記述回答内容を整理してみると、心理職、ケースワーカーなど専門職の参加を含めて、「支援会議・ケース会議」の活用が50.5%(56)と最も多かった。その他、「朝夕の引き継ぎ」「日常的な職員会議」「担当者会議」などによっても対応されていた。また、徹底するために、「ケア会議の回数を増やす」「申し送りの強化」などの工夫がされている。20.7%(23)あった「ケース記録・日誌の記録の工夫・供覧」に着目しておきたい。中には、その後の変化について特記する欄を作成するなど、記録の改善に取り組んでいるところがある。迅速性の意味では2.7%

表3 精神科につなげる必要がある利用者がいないと考えた理由(複数回答)

	思い浮かばない	家族に任せている	既に医療につながっていた	その他	無回答	調査数
嘱託医(精神科)有	3	1	11	4	—	—
無	5	2	22	5	—	—
無回答	0	0	0	1	—	—
計	8 15.4%	3 5.8%	33 63.5%	10 19.2%	2 3.8%	52 100.0%

表 4 利用者の変化に気づいたきっかけ(複数回答)

調査数	食事を食べなくなる	過食になる	不眠が続く	集中できなくなる	返事をしなくなる	排泄がうまくできなくなる	日課に参加しない	ふさぎこむ	泣く、怒るなど感情の変化が激しくなる	引きこもり	常同行動が激しくなる	異食を始める	自傷行為がでるようになる	衝動的行動が増える	欠席	その他	無回答
113	22	9	46	35	11	13	38	18	79	23	30	11	20	66	24	23	2
(%) 100.0	19.5	8.0	40.7	31.0	9.7	11.5	33.6	15.9	69.9	20.4	26.5	9.7	17.7	58.4	21.2	20.4	1.8

(3)と高い数値ではないが「パソコンを通した情報共有」も活用されている。ただし、個人情報保護等の十分な配慮が求められよう。

c.事業所内の「変化への対応」について

「変化への対応」の流れとしては、「状況の確認」「再アセスメント」「対応の検討」「支援計画修正」「支援方法(環境調整含む)の見直し」という経過となるが、「支援方法の見直し」という表現で記述されているのが57.7%(64)と多い。その背景にこうした経過がすべて含まれているかは把握できないが、念頭には置かれているととらえておく。「ケース記録・日誌の記録の工夫」はもちろんのこと、「継続的観察・モニタリング」が重要になってくるといえるが、具体的に触れられている数は9.0%(10)と少ないことも留意しておきたい。なかには、外部講師を迎え「研修会」を設定した例もある。

d.「変化への対応」と事業所外との連携について

「家族あるいは後見人との連携」は58.6%(65)で、情報共有のための面談、家庭訪問などを実施している。「医療機関・嘱託医との連携」は52.3%(58)である。41.4%(48)はグループホームやショートステイなど、利用者が日常的に利用しているところのスタッフとの連携がなされている。

(4) 精神科の受診に関連して

a.精神科受診のきっかけ

実際に精神科の受診をするきっかけ(複数回答)は(表5)、「家族が必要と考えた」の45.1%(51)と「ケース検討し事業所としての判断」の46.9%(53)が半数に近い選択である。なお、「嘱託医に相談した」は36.3%(41)であり、そのうち、「嘱託医(精神科)有」は43.9%(18)である。すべ

表 5 精神科を受診したきっかけ(複数回答)

	家族が必要と考えた	嘱託医に相談	ケース検討し事業所としての判断	事業所外専門機関からの助言	その他	無回答	調査数
嘱託医(精神科)有	25	18	24	4	6	—	
無	25	21	27	6	4	—	
無回答	1	2	2	1	0	18	
計	51	41	53	11	10	18	113
%	45.1	36.3	46.9	9.7	8.8	15.9	100

知的障害のある人の「精神的課題」への社会福祉機能のあり方検討

てが「嘱託医(精神科)」に相談しての受診ではないことがわかる。なお、嘱託医(精神科)と回答した77件について、嘱託医(精神科)との関わり方は、「定期的に相談する」が63.6%(49)、「困ったことがあれば相談する」が28.6%(22)、「ほとんどない」は6.5%(5)、無回答は1.3%(1)である。

b.受診に際しての事業所のかかわり方

受診に際しての事業者のかかわり方(複数回答)は、「家族に情報提供」が55.8%(63)、次いで、「医療機関に情報提供」が54.1%(61)、「通院に同行」が48.7%(55)の状況である。

c.利用者の受診に際して、事業所からの情報提供とその活かされ方

「事業所から受診に際して情報提供した」のは表6にあるように54.1%(61)である。情報提供された内容について、自由記述内容を要素ごとに整理してみたところ次のような傾向をとらえることができる。社会福祉の支援と医療との連携の意味を特徴づけるものとして着目したい。

第一は、精神科初診に際して医療側から求められる情報である。たとえば、生育歴、既往症、服薬状況、本人の状況(障害程度含む)、サービスの利用状況などである。

第二は、生活の様子である。初診で求められるのもいわば本人の生活の様子を伝えることになるであろう。事業所が提供するのには主に「事業所での本人の様子」ということになる。一方、「家庭生活の様子」あるいはグループホームなど「帰宅後の生活の様子」を合わせて提供する場合もある。家族を介して受診をする場合と、事業所が通院に同行する場合とでは、提供される情報の内容をどういう形式で、何を伝えるかによって、支援者の見立てと家族の見立ては同一ではない可能性があることも認識しておく必要がある。

第三は、問題状況である。「生活の様子」について何を捉えるか。「変化」「気になること」をとらえることになるが、「受診」との関連での把握は、「問題状況」を捉えることになり、「行動特徴」を手がかりとしていることがわかる。その根拠となるデータについて、「記録を基にした情報」「変化を踏まえた情報」が基本的な要件となることがみえてくる。ただし、何をベースラインとするかなどが明確ではない面もみうけられる。

第四は、支援内容である。個別支援記録として支援内容が整理されている状況もある。

表6 受診に際して事業者のかかわり方(複数回答)

	通院に同行	家族に情報提供	医療機関に情報提供	その他	無回答	調査数
	55 48.7%	63 55.8%	61 54.1%	4 3.5%	21 18.6%	113 100.0%
家族が必要と考えた	26 51.0%	35 68.6%	32 62.7%	2 3.9%	—	51 100.0%
嘱託医に相談した	22 53.7%	31 75.6%	31 75.6%	0 0%	—	41 100.0%
ケース検討し事業所としての判断	37 69.8%	32 60.4%	39 73.6%	2 3.8%	—	53 100.0%
事業所外専門機関からの助言	10 90.9%	6 54.5%	7 63.6%	1 9.1%	—	11 100.0%
その他	6 60.0%	8 80.0%	8 80.0%	1 10.0%	—	10 100.0%

ここでの「支援内容」が事業所内の活動に限定したものが多く、包括的な本人への生活支援内容はみえにくい。

第五は、情報提供にあたっての同意についてである。事業所が直接受診に関わるにしろ、家族を介しての受診にしろ、「情報提供内容」と提供の仕方の「同意」の重要性も指摘されている。

では、その情報提供は利用者の受診に際してどのように活かされたかをみると(複数回答)、「投薬の変更に役立った」が54.9%(62)、「医療側の生活状況の把握に役立った」が47.8%(54)、「分らない」が9.7%(11)、「その他」が13.3%(15)、「無回答」が21.1%(24)である。この無回答には受診に至らなかった事例が含まれる。

d.通院後の事業所のかかわり方

事業所としての通院後のかかわり方(複数回答)として、「支援方法の見直し」が61.1%(69)、「通院に同行」が38.1%(43)、「情報提供」が31.0%(35)、「嘱託医に相談」が31.0%(35)、通院後は「家族に依頼」が30.1%(34)、「ワーカーに相談」が15.0%(17)、「その他」が4.4%(5)、無回答は17.7%(20)である。事業所としての役割である「支援方法の見直し」の割合は高い。

表7 利用者が精神科を受診しなかった理由

嘱託医(精神科)の有無	受診の必要はないと考えた	医療機関とのつながりがなかった	家族の反対があった	その他	無回答	繋げたい利用者がいた
有	2	1	7	4	82	113
無	1	0	12	4		
無回答	1	1	1	0		
計	4 3.5%	2 1.8%	20 17.7%	8 7.1%	72.6%	100%

半数には至っていないが「通院に同行」の例も少なくはない。「情報提供」の取組として、「通院ノート」を作成し、医療機関と情報を共有する工夫をしている事例もある。

e.利用者が精神科を受診しなかった理由

利用者の変化に気づいても、精神科を受診しない場合について、「家族の反対があった」は17.7%(20)である。前述の「家族との情報の共有」という課題も含めて課題として認識しておく必要がある(表7)。

(5) 受け入れてくれる医療機関病院について

精神科の医療的支援資源の状況について、「受け入れてくれる医療機関・病院がある」は81.8%(63)、そのうち、「嘱託医」は73.0%(46)、「精神科専門病院」が36.5%(23)である。一方、「探すのに苦労する」は11.7%(9)、「受け入れてくれる医療機関・病院はない」が2.6%(29)、無回答は3.9%(3)という状況で、全体としては受入れ状況はあると考えられるが、「探すのが苦労する」や「無い」という場合が存在していることはなお連携という点では課題が残るともいえる。

(6) 「精神科的課題」の見出しについて

a.見出す困難さ

利用者の変化に気づいて、精神科への受診につなげる取り組みがなされている状況は捉えられたが、その前提として問われてくることとして、「精神科的課題」を見出すことの困難さがあると75.8%(125)が回答している。ちなみに、「困難ではない」が15.2%(25)、無回答が9.1%(15)である。

b.見出す困難さの理由

「精神科的課題」を見出すことに困難さがあると回答した125事業所が、困難さの理由として選択したのは表8の状況である(複数回答)。

知的障害のある人の「精神的課題」への社会福祉機能のあり方検討

最も多く選択されているのは「知的障害の特性との区別がつきにくい」の64.8% (81)である。つづいて、「精神科医療についての知識不足」が46.5% (58)、「家庭の理解が得られない」が41.6% (52)、さらに「本人が発信しない」は32.0% (40)の選択がなされている。とくに、見出す困難さの理由にある「家庭の理解が得られない」については留意すべきといえる。前述したように、精神科の受診につなげる際に、受診につなげられなかった理由としても「家族の反対があった」という選択が少なからずなされていた。「精神科医療についての知識不足」とも連動してくる点ではあるが、「アセスメントの力量不足」が28% (35)も、社会福祉の支援とし

て何をアセスメントすべきかという課題としても見落とせないといえる。

(7) 配慮している支援方法

「配慮している支援方法が有る」は81.2% (134)、「無い」は6.1% (10)、「無回答」は12.7% (21)である。具体的に配慮している支援方法についての自由記述を整理してみると、次の特徴をとらえることができる(図1)。

まず、「日常的な関わりの可視化」という日常的な流れを基に、本人の「突発的、緊急的変化の可視化」への対応が存在するという構造である。「日常的関わり」では、「本人の思い・意思を引き出すための配慮」がなされ、「突発的、

表8 「精神科課題」を見出すことの困難さの理由(複数回答)

調査数	通所のため関わる時間が短い	丁寧に関わる時間がない	本人が発信しない	家族の理解が得られない	精神科医療についての知識不足	アセスメントの力量不足	日常業務で手いっぱいの状態	ネットワーク資源不足	知的障害の特性との区別がつきにくい	情報共有しにくい職場	その他	無回答
125	32	16	40	52	58	35	18	14	81	1	4	1
100.0%	25.6	12.8	32.0	41.6	46.4	28.0	14.4	11.2	64.8	0.8	3.2	0.8

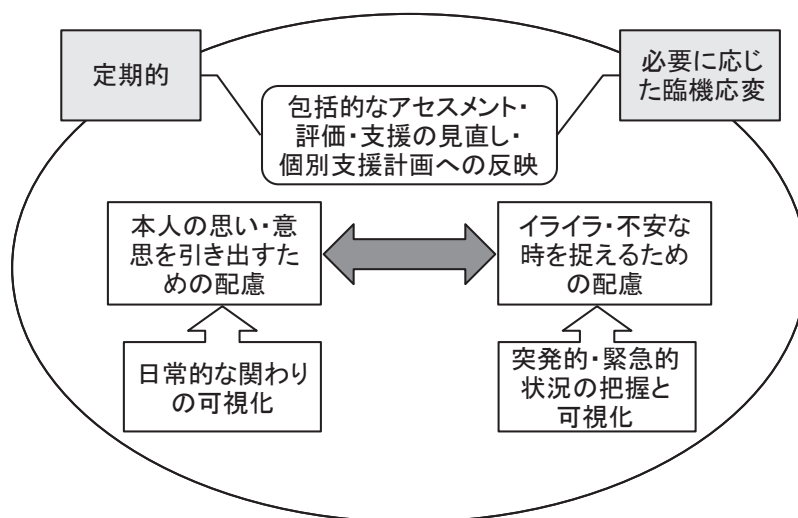


図1 配慮している支援方法構造のイメージ

緊急的変化」では「イライラ・不安な時を捉えるための配慮」がなされる。これらは、もちろん、その人を取り巻く支援体制としての「包括的なアセスメント・評価・支援の見直し」という活動の流れと連動して展開される。それぞれの要素が可視化されていることで関係者が共有することができ、統一した具体的な実践対応を生み出すことができることを示唆している。

a. 本人の思い・意思を引き出すための日常的配慮

なお、「本人の思い・意思を引き出すための日常的配慮」として「日常的な関わり」を可視化するために、①支援の前提となる情報の収集、②支援者側の支援の可視化のための工夫、③利用者支援場面における工夫、の要素を見出すことができる。それぞれの具体的な内容は以下に示す(表9)が、実際の支援では包括的に機能していくことが求められるといえる。③利用者支援場面における環境的工夫については、「本人尊重」という原則を基盤にした「時間的配慮」「空間的配慮」「コミュニケーション配慮」という要素で構成されるものであることがわかる。

b. イライラ・不安な時を捉えるための特別な

配慮

利用者のイライラや不安な状況は突発的、緊急的状況として把握され、可視化する努力がなされる。記録、分析、仮説、検証のプロセスが展開される。そのためには以下の要素をしっかりと取り組まれることが求められている。

①「いつもと違う」あるいは、ストレス、SOSのサインを捉えるという気づきと安全・安心の確保

これを可能にするためには、まず、「日常的関わりの情報」、つまり、ベースラインとなる利用者の状況をどれだけ把握できているかということである。そのためには、アセスメント、日常の記録化が必要であるが、そこで重要なことは、前項にも挙げられているが、何を記録化していくかという課題である。観察の対象として「行動、発言、表情」を手がかりにするとあるが、結果として利用者側からの発信のこれらの項目を記録しても十分とはいえないといえる。他職種の関わりを創ることで情報の厚みをつけるという取り組みも見られた。

加えて、「気づき」とともに求められることは、利用者本人の安全確保、また安心感・信頼感を

表9 本人の思い・意思を引き出すための日常的配慮

①支援の前提となる情報収集	②支援者側の支援の可視化のための工夫				③利用者支援場面における環境的工夫				
	日常的把握と共有化				本人尊重	時間的配慮	空間的配慮	コミュニケーション配慮	
本人の世界の理解	観察	記録	会議	対応の統一化				声掛けの工夫	ツールの活用
<ul style="list-style-type: none"> 本人の興味、苦手を知る 育ちに関するアセスメント 障害特性の把握 	<ul style="list-style-type: none"> 行動発言体調 	<ul style="list-style-type: none"> PC上の様式への記入 	<ul style="list-style-type: none"> ケース会議 	<ul style="list-style-type: none"> マニュアル化 	<ul style="list-style-type: none"> 意思表示の尊重 個別対応 こだわりへの対応 本人の了解 伝えたことの確認 自己肯定感を高める「約束」の導入 	<ul style="list-style-type: none"> じっくり待つ 見守る 時間の構造化(スケジュール化) 	<ul style="list-style-type: none"> 心地よい距離感の維持 個別の空間の準備 トラブルを避けるグループング 	<ul style="list-style-type: none"> タイミング 声のトーン 発言の復唱 肯定的声掛け 	<ul style="list-style-type: none"> 写真 カード 絵 筆談 指さし ピクトグラム マカトンサイン タブレット 感覚統合アプローチ(スノーズレン)

保つことであることも触れられている。

②原因となる要因の探索

まず、要因の探索がなされる。そのアプローチは様々に述べられているが、次のようなアプローチがある。利用者の発信する状況経過を追って、その変化を記録化し分析していく、また、改めて、活動の場、雑談の関わりなど多様な側面から捉えなおす。さらに、本人にとっての課題の一つひとつを取りだし、読み解き、ストレス源について仮説に基づいて対応策の検討がなされている。

③要因の除去に向かったの支援の見直しと介入時点の判断

仮説から要因の特定を導き出したとして、その「介入時点の適切な判断」が重要であることが指摘されている。ここでは、既存の気分転換法や「私の姿と気持ちシート」の活用など、ストレスマネジメント法やストレス解消プログラムを導入したりしている例も見られた。いずれにしても、前項で触れたように、日常的な関わりの配慮と共通する「情報の共有化」、「対応の統一化」が求められている。

c.包括的なアセスメントと評価、支援の見直し、個別支援計画への反映

こうした日常的、あるいは特別の配慮の基盤となるのが、利用者の生活を包括的に捉えたアセスメント、評価、支援の見直し、そして、それらを個別支援計画に反映させることである。まさに、PDCAサイクルが認識されている。

(8) 自由記述の分析

自由記述には多くの課題、対策についての提案などがなされている。要点をまとめてみると次の内容に整理することができる。

a.社会福祉サービス機能としての「生活」把握とコーディネート

「精神科的課題」に直面することで医療機関

との連携などを通して求められる社会福祉サービス機能としては家族との連携があげられる。具体的には、日中活動を通して支援として成果を上げていることを利用者の家族との生活にフードバックすることである。「生活」を把握することが社会福祉サービス機能として求められていることが認識されている。すなわち、生活の把握を踏まえたうえで、日中活動部分での本人とのかかわりを生かして、本人、家族、医療機関との連携を推進するコーディネート機能が期待されている。もちろん、そこで問われてくるのは社会福祉サービス側として医療側に提供する情報内容はどのようなものとなるかである。ただし、「生活」の把握には日中活動事業者だけが担うことでは限界があり、地域としての支援全体でなされなくてはならないが、その資源の不十分さも指摘されている。なお、嘱託医(精神科)が配属されていること、また、看護師など医療系職員がいることで、医療機関との連携には有効に働く場合があるという指摘もなされている。

b.医療との連携における課題

すでに「精神科的課題」を見出す困難さでもふれられている内容であるが、医療との連携課題として次の点があげられている。

①幼少期から薬物治療などの関わりがある場合は、家族の理解はされやすいが、思春期、青年期になってから「精神科的課題」へ向き合う場合、本人、家族の理解を得ることが困難である。

②「知的障害」と「精神疾患」の区別を明確に医療側が説明できないことは家族が納得しにくいことになる。したがって、服薬調整についてもその効果の疑念を抱くことになる。

③知的障害を理解している精神科医療機関が少ないことから、本人の表出した状況だけを判断に服薬調整がなされ、その後見直しもなく長

期間継続する場合もある。

④療育手帳、年金の申請、障害支援区分判定など制度利用にあたって、精神科医との接点はあっても、判定の手続き上の関わりしかない。

c.対応策としての提案

①社会福祉と精神科医療の知識もある精神保健福祉士の配置で、福祉現場の認識を促すことになり、また医療機関との連携の接点ももちやすいのではないか。

②地域の関連事業者で連携して、「精神科的課題」へ対応できるスーパービジョン体制やトレーニングの機会を設ける必要がある。

③ライフステージが変わってもその人の発信をサポートできるように、『サポートブック』などを作成し活用する。

④地域の知的障害に理解ある精神科関連資源の情報発信方法の確立と活用を工夫する。

その他、本人が高齢期になった時の「認知症」との区別の難しさ、通院における家族に代わる人の確保などの課題も触れられている。また、「知的障害」「精神科疾患」の区別という課題以前に、そもそも、前提となる「人」としての尊厳ある人生が保障されていないという課題、本人の理解する力が出てくることであらたに不安をもたらすという「成長」による変化も認識することが重要であるという指摘もなされている。

4. 考察

アンケート調査結果のデータ分析では、回収数の限界もあり有意差等の検証が不十分のままである。したがって、本稿でのデータ分析もひとつの傾向として示すという限界はある。しかし、自由記述から多くのデータを得ることができた。これらの条件を前提として考察を加えた。

日中活動を提供する事業所では知的障害のある人と「精神科的課題」がどのように認識されているか、また、それに対してどのような対応をしているか、さらに、医療との連携状況について、調査結果から次のような特徴をとらえることができる。

(1)「精神科的課題」を見出すことをめぐる課題

知的障害のある利用者が「精神科的課題」を抱えることに対応する事業所は7割近くある。しかし、そこには「精神科的課題」を見出すことの困難さがともなっている。その背景には、前述の海外の先行研究での「判断基準の不明確さ」、「知的障害の特性と区別がつきにくい」、あるいは、「家族の理解が得られない」、そして「本人が発信しない」という課題があるという共通の傾向を捉えることができた。

ところで、精神科の嘱託医がいるのは全体の46.7%で、そのうち、定期的に相談の機会をもっているのが63.6%であった。そこでは、「精神科的課題」を見出すのが難しいという点に対して、どの程度有効な関わりができていようか。嘱託医という存在では常時利用者の変化を捉えていくわけにはいかず、日常的に関わりのある事業所の支援員の情報の提供という役割の大きさを改めて再確認するところである。その意味では、半数近くが「精神科医療についての知識不足」をあげていることも留意しておく必要がある。

(2)「配慮している支援方法構造」の特徴

重要なのは利用者の安定した、充実した日常的生活の支援である。改めて述べることもなく、社会福祉の機能として求められることである。今回の調査では、日中活動という生活の一部の支援ではあるが、専門的支援を必要として

いる人にとっては、その支援の在り方は生活全体にも影響を与える可能性がある。つまり、「精神科的課題」に直面しないためのその人が必要としている支援を適切に提供する努力こそが重要ということである。現場での支援の配慮としてなされている内容を分析した結果、「包括的なアセスメント・評価・支援の見直し・個別支援計画への反映」という基盤をもとに、①本人の思い・意思を引き出すための日常的配慮、②突発的・緊急的状況への対応としてのイライラ・不安定時を捉えるための配慮、という2つの配慮が相互に機能化するという「配慮している支援方法構造イメージ(図1)」に示した支援の構造をとらえることができた。とくに、利用者支援場面における環境的工夫では、時間や空間の構造化、写真・カード・マカトンサインなどコミュニケーションツールの活用は、要素として定着しているように見受けられる。

前述したように「強度行動障害」という括りでの対応策は実践の検証を通して具体化されてきているといえる。たとえば、強度行動障害への基本的対応として「環境刺激の統制」「生活の構造化」「信頼関係の構築」「理解力に合わせた情報伝達」「医療との連携」「家庭との連携」が確認されている⁽¹¹⁾。これらの要素については、「支援の配慮」でふれたように、日中活動の現場でも認識され、具体的な取り組みも見られる。しかしながら、そこには前提とする何をデータとして捉えるかというところでの共通認識と手法が必ずしも明確ではないという課題がみえてくる。

(3) 連携にあたっての「情報提供」をめぐる課題

この課題は精神科医療との連携に限ったものではなく、「連携」の前提として明らかにしておかななくてはならない内容といえる。

1) 情報提供にあたっての「見立て」

医療側へ情報提供するにあたって、社会福祉の機能としては利用者の「生活」状況を伝えることになる。そこでは、日常的に的確なその人の生活の把握がなされていることが求められるが、行動に現れる「問題傾向」に情報が集中することで、支援を必要としている利用者の生活全体を捉えることが弱められる可能性があることを懸念する。把握に際してベースラインをどのように把握するかは重要であるが、今回の調査では詳しい情報を得られていない。アセスメント項目として現場での共通認識化の必要とも併せて再吟味が必要ではないだろうか。それは、変化への対応への継続的観察のあり方や記録のあり方などにも連動してくる課題である。現場では、「記録」の重要性は現場職員の課題であることも認識されているところであるが⁽¹²⁾、なお、気になるのは、「アセスメントの力量不足」であろう。いずれにせよ、連携として精神医学の見方の理解もあって、初めて社会福祉として提供できる内容が見えても来るであろうし、また、その内容の吟味も可能になってくるといえる。

2) 情報提供における「同意」について

誰に、何を伝えるのかを含めて、個人情報保護の課題は難しい側面をもっている。より適切な「見立て」「支援」を生み出すためには「情報収集」は基本であるが、PCの活用の有効性と個人情報保護へのリスクなど、さまざまに情報保護は壁にもなりうる。その際求められることは「情報提供の同意」である。本調査結果でも指摘されている点である。たとえば、精神科医療との連携で、社会福祉の支援として得た情報が家族を介しての情報提供となる場合、あるいは、本人自身への「情報提供の同意」として、どのように取り組むのかの具体的な実践例を積み重ねていく必要があるだろう。

3) 地域生活における「家族」との情報共有

今回の調査で地域生活を前提として支援が取り組まれていく場合、「家族」との情報の共有が基本となることがわかった。その場合、「家族の理解」あるいは「家族の意向」が利用者の生活に大きく影響することは容易に読み取れる。単純に「家族が理解していない」という解釈よりも、さまざまな状況の中で支援が提供されているなかで、日中活動支援事業所という立場から「家族の理解」をどのように捉えているか、また、何をもちいて理解とするかなど、「家族の理解」についてはより具体的な検討が必要であろう。

5. まとめと今後の課題

本研究は、思春期から青年期の知的障害のある人の「精神的健康(メンタルヘルス)」保持の点から、「合理的配慮」としての医療と福祉の連携のあり方を実践レベルで具体的に明らかにすることであった。そのため、日常的支援における「見立て」の構造と支援プロセスに焦点をあて、社会福祉サービス支援として実践レベルでの「精神的課題」への取組の実態を把握し、医療との連携にあたって、とくに「情報提供」という点での社会福祉サービス機能としてのあり方について検討を試みた。

日中活動という実践現場での「精神的課題」への認識はなされ、それぞれの実践では対応の模索がなされていることも明らかになった。そこでは、具体的に「精神保健」という視点というよりも「問題行動」への対応のレベルであることも分かった。医療との連携にあたっての「情報提供」では、社会福祉の機能である生活支援として知的障害のある人の「精神的課題」にどのように対応していくかという課題を解明することが求められる。それには、「知的障害特性」「精神疾患」という視点よりも、

その人の生活を適切に捉え安定した生活の実現のための方策を探究するためのさらに詳しい実践の積み重ねと検証が必要といえよう。とくに、対応の共有化が一つの重要な要素であることは見えてきているが、「マニュアル化」で解決できるものではなく、そこには、利用者と支援者の関わりという個別的支援関係でどのように具体化できるか、さらに、支援者の個としての柔軟に対応できる力量も求められる。

今回の調査は、サービス管理責任者など、ある程度の経験年数のある人を対象とした。今回の調査結果がどの経験年数の支援者にも共通した課題認識となるものなのか、さらなる検証も必要になってくるであろう。

最後に、本研究は2014年度明治学院大学社会学部附属研究所一般研究プロジェクト助成による「知的障害のある人の『精神的課題』への社会福祉サービス機能実態」研究の成果の一部である。調査にあたっては日中活動事業所の皆さまをはじめ多くの関係者の方々にご協力いただき、心よりお礼申し上げたい。また、調査にあたって、明治学院大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻の長 律子、岡本恵子、音山裕宣、河谷美樹、加藤房枝、岸川 学、山田紗梨、および明治学院大学副手安藤まみ、の諸氏にも有意義なご意見を頂いたことを付記させていただく。

【注】

- (1) Alana Officer, Aleksandra Posarac編/長瀬修監訳・石川ミカ訳(2013)『世界障害報告書』明石書店 p132
- (2) 3rd IASSIDD Asia-Pacific Regional Conference, Tokyo, Japan August 22-24, 2013
- (3) Cooper, S., (2004). Mental Health. In Emerson, E., Hatton, C., Thompson, T., and Parmenter, T.R., (Eds.) *The international Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities*

知的障害のある人の「精神科的課題」への社会福祉機能のあり方検討

- 407-421). John Wiley & Sons, Ltd.
- (4) Friedlander, R., Klancnik, J., and Donnelly, T., (2010). Early Onset Psychosis in Youth with Intellectual Disabilities. E., Hatton, C., Thompson, T., and Parmenter, T.R., (Eds.) *The international Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15-18. John Wiley & Sons, Ltd.
- Mason, L., (2010). Premenstrual Syndrome in Women with Down Syndrome. In Prasher, V.P., (Ed.) *Contemporary Issues in Intellectual Disabilities* 27-31. Nova Science Publishers, Inc.
- (5) 例えば、齊藤和代・野崎秀次(2008)「知的障害児(者)のライフサイクルに応じた精神・神経的医療対応の必要性」日本小児科学会雑誌 112巻12号 1807～1812、横田圭司他(2011)『発達障害における精神科的な問題』日本文化科学社 などがある。
- (6) 「精神科病院在院患者の状況」平成24年度精神保健福祉資料 国立精神・神経センター精神保健研究所 http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h24/h24_630_hohyou.pdf(2015年9月15日閲覧)
- (7) 定義 第五条 この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。
- (8) 1989年の行動障害児(者)研究会は次のように「強度行動障害」を定義した。
- 「精神科的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害(噛みつき、頭突き等)や間接的他害(睡眠の乱れ、同一性の保持等)、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇困難な者であり、行動的に定義される群」
- 強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)プログラム作成委員(2014)『強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)受講者用テキスト、独立法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
- (9) 「行動障害」の判断の基準について、障害者総合支援法における「障害支援区分」の見直しでは、12項目(①コミュニケーション、②説明の理解、③異色行動、④多動・行動の停止、⑤不安定な行動、⑥自らを傷つける行為、⑦他人を傷つける行為、⑧不適切な行為、⑨大声・奇声を出す、⑩突発的な行動、⑪過食・反すうなど、⑫てんかん)を判断基準としその頻度によって点数化されている。(全国厚生労働関係部局長会議資料 2014年1月22日)
- (10) 東京都障害者通所活動施設職員研修会
- (11) 原 仁(横浜市中部地域療育センター所長当時)講演「発達障害児・者への薬物治療」資料から(2013年12月7日、明治学院大学大学院)
- (12) 青柳壮悟「記録の取り方—理論編—なぜ記録は必要なのか～」さぼーと No.703 26-29 青柳壮悟「記録の取り方—実践編—どんな記録の書き方がよいのか～」さぼーと No.704 26-30

資料 調査票

知的障害のある人と二次的障害としての「精神科的課題」:社会福祉の支援の実態調査
※サービス管理責任者もしくはそれに準ずる方にお答え願います。

【1】あなたが今勤務している事業所に、これまで精神科につなげる必要があると考えた利用者はいましたか、もしくは現在いますか。

該当する項目に○をしてください。

(はい・いいえ)



「いいえ」の方 (該当するものに○)

(・思い浮かばない・家族に任せている・すでに医療につながっていた
・その他[])

→「いいえ」の方は [2]へお進みください。

「はい」の方にうかがいます。

ここでは、利用途中から気になる症状が見つけれられた方のみについて伺います(複数事例を含む)。

①あなたの事業所には該当事例が複数ありますか(はい・いいえ)

※複数の事例がある場合には、該当する項目すべてに○、あるいは記入してください。

②最初に、誰が利用者の変化に気づきましたか(該当するものに○)。

(家族・事業所支援者[担当者 その他の職員]・他の事業所支援者・その他[])

③何をきっかけに利用者の変化に気づきましたか(該当するものに○)

食事を食べなくなる・過食になる・不眠が続く・集中できなくなる・返事をしなくなる・排泄がうまくできなくなる・日課に参加しない・ふさぎこむ・泣く、怒るなど感情の変化が激しくなる・引きこもり・常同行動が激しくなる・異食を始める・自傷行為がでるようになる・衝動的行動が増えてくる
欠席・その他[]

④その利用者の変化を事業所の職員間で共有しましたか。

(・はい・いいえ)

「はい」の方

・どのように共有しましたか。

「いいえ」の方

知的障害のある人の「精神科的課題」への社会福祉機能のあり方検討

・共有できなかった理由をお聞かせください。

⑤ ③の利用者の変化に対応できましたか。

(・はい ・いいえ)

「はい」の方

ア. 事業所内の対応(例 支援方法の見直し ・支援の改善に向けたカンファレンスを持つ、情報を見直すなど)

イ. 連携による対応(例 家族、相談機関のソーシャルワーカー、医療機関など)

「いいえ」の方

・対応できなかった理由をお聞かせください。

⑥対応として「精神科」を受診した利用者についてお聞きます。

ア. どのようなきっかけで受診されましたか(該当するものに○)。

(家族が必要と考えた ・ 嘱託医に相談した ・ ケース検討し事業所としての判断 ・ 事業所外専門機関からの助言 ・ その他[])

イ. 受診に際して事業所はどのようなかわりをされましたか(該当するものに○)。

(通院に同行 ・ 家族に情報提供 ・ 医療機関に情報提供 ・ その他[])

⇒事業所として情報を提供した方にうかがいます。

ウ. どのような情報を提供しましたか。

エ. その情報は利用者の受診にどのように活かされましたか(該当するもの○)。

(医療側の生活状況の把握に役立った ・ 投薬の変更に役立った ・ 分からない ・ その他[])

オ. 通院後、どのような関わりをされていますか(該当するものに○)。

(・通院に同行 ・ 家族に依頼 ・ 嘱託医に相談 ・ ワーカーに相談 ・ 支援方法の見直し
・情報提供 ・その他[])

⑦対応として精神科受診しなかった利用者についてお聞きます。

ア. 受診しなかった理由はなんですか。

(・受診の必要はないと考えた ・ 医療機関とのつながりがなかった ・ 家族の反対があった
・その他[])

【2】資源の実状についてうかがいます。

嘱託医(精神科)はいますか。(はい いいえ)

「はい」の方

① 嘱託医(精神科)とのかかわりはどの程度ですか(該当するものに○)。

(ほとんどない ・ 困ったことがあれば相談する ・ 定期的に相談する)

②利用者が初めて精神科を受診したいときに受け入れてくれる医療機関病院がありますか。

(ある[嘱託医 ・ 精神科専門病院・その他] ・探すのに苦労する ・ ない)

【3】「精神的課題」を見出すことについての困難さはありますか。(はい いいえ)

「はい」の方

・困難さの理由についてお聞きます(該当するものに○)。

通所のため関わる時間が短い ・ 丁寧に関わる時間がない ・ 本人が発信しない
家族の理解が得られない ・ 精神科医療についての知識不足 ・ アセスメントの力量不足
日常業務で手いっぱいの状態 ・ ネットワーク資源不足 ・ 知的障害の特性との区別がつきにくい
情報共有しにくい職場 ・ その他[]

**【4】知的障害のある方々は様々なストレスと出会っていても、それを伝えることがなかなか難しいと言われて
います。適切に対応するための工夫・方法などについて、お考え、意見等をお聞かせください。**

①配慮している支援方法がありますか。

(はい ・ いいえ)

「はい」の方

②それはどのような内容ですか(例 情報の構造化、声掛けの工夫など)。

知的障害のある人の「精神科的課題」への社会福祉機能のあり方検討

【5】自由記述(ご自由にご意見等お願いします)

【6】回答者ご自身についてうかがいます。

- ①性別 (男 ・ 女)
- ②年齢 (1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代 6. 70代)
- ③出身校 ・ 専攻 (1. 福祉系の[学部・専門学校 ・ それ以外] 2. 福祉系以外の専攻・学科[]
3. その他)
- ④お持ちの資格 (精神保健福祉士 ・ 社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 社会福祉主事 ・ 保育士
医療系資格[] ・ その他[])
- ⑤役職名 ()
- ⑥勤続年数 (1. 現施設での勤続年数 年 2. 社会福祉関連での勤続年数 年)

【7】現在勤務している事業所についてうかがいます。

- ①現在勤務している事業所が提供しているサービスについて、該当するものすべてに○をしてください。
(居宅介護 ・ 重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護 ・ 生活介護 ・ 短期入所(ショートステイ)
重度障害者等包括支援 ・ 共同生活介護 ・ 自立訓練 ・ 宿泊自立訓練 ・ 就労移行訓練
就労継続支援 ・ 入所支援 ・ その他[])
- ② 開設年月 (年 月)
- ③サービス利用者数 (人: うち生活介護サービス利用者数 人)
- ④直接支援職員数 (人: うち 常勤 人)

【8】今後必要に応じて、さらに詳しく教えていただける場合は、ご連絡先をご記入ください。

- 事業所所在地 ()
- 電話番号 ()
- 担当者 ()

ご協力ありがとうございました。