

「障害者自立支援法案」へのグループホーム学会の見解

私たちは、昨年2月に結成された障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会と申します。私たちはいろいろな立場の人たちが一緒になってグループホームの今後のあり方などを考え、グループホームの実態や課題を多くの方々から知っていただくために活動を続けています。

私たちは、障害者自立支援法には、20年を超える全国各地のグループホームの実践から生み出されてきたグループホームの理念や、3万人を超えるグループホームの入居者の生活を揺るがしかねない重大な問題があると考えています。

1 法の目的及び自立の概念について

この法律の目的である障害者の自立とは何なのかを明らかにすべきです。

<理由> 法案では、自立支援法の目的として「この法律は、障害者及び障害児が、その有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、必要な障害者福祉サービスに係る給付等を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図ることを目的とすること。」としています。

戦後60年間の障害者福祉の中で、自立という概念は様々に変化してきました。過去には「就労すること」が自立であるとし、経済的自立が自立であるとされてきた時代もあれば、「日常生活動作ができること」が自立であるとし、たとえば歩けない人は歩けるようになることを至上目的とし、人生の大半を訓練に費やしていた時代がありました。そして、就労できない者、日常生活動作に援助が必要な者は社会の片隅に追いやられてきたのです。

しかし、国際障害者年をきっかけとして、それまでの自立という考え方が変わってきたのです。ねばり強い障害者自身の運動や、ノーマライゼーションという理念が普及する中で、重い障害をもつ人たちも含めた自立という概念、つまり「障害の種別や程度にかかわらず、障害者自身が自分で自分の暮らし方、生き方を決めること」が確立してきたのではないのでしょうか。

平成14年12月に決定された障害者基本計画や平成15年にスタートした支援費制度はこのような理念に基づいたものだとして理解しています。

いうまでもなく、今後の障害保健福祉施策の改革や、自立支援法はこの歴史的流れをさらに推進させる改革でなければなりません。

しかし、「有する能力及び適性に応じ」という言葉からは、「自分でできることは自分で」「自分がやりたい仕事ではなく、自分ができる仕事を」と考えられがちですし、「自立した日常生活」からは他人に迷惑をかけないよう身辺自立を目標にしなさいといわれているように感じてしまいますし、「自立した社会生活」からは経済的自立をしな

さいといわれているように感じてしまいます。そうだとしたら、まさに国際障害者年以前への逆行です。

一日 24 時間という限られた時間で、時間がかかっても自分でできることは自分でやる道を選ぶのか、時間のかかることは人の手を借りて、作り出した時間を様々な活動や仕事の時間にあてるのかはその人が決めることです。それを自分で考えて選ぶのが自立であり、援助を受けることと自立することとは対立する概念ではないはずです。

自立支援法の根幹である自立という概念が誤解されたり歴史に逆行することが起きないように自立支援法案の意味する自立の概念をきちんと説明し、法の目的を誤解されない表現にすべきだと考えます。

2 障害程度別の居住支援サービスについて

現行のグループホームについては、障害程度に応じて、介護が必要な障害の重い人は共同生活介護、中・軽度の人共同生活援助、軽度の人福祉ホームか居住サポート事業という新体系に概ね5年かけて移行するとし、共同生活介護が介護給付、共同生活援助が訓練等給付、福祉ホームと居住サポート事業が地域生活支援事業に分かれています。障害の種別や程度によって居住の場が規定されることがないようにしてください。

<理由> 自立支援法案全体を見てみると、入所施設にしても、通所施設にしても、1事業所が障害の種別や程度が様々な人の様々なニーズに対応できるように組み立てられていると思われまます。ところが居住支援サービスについては、障害の程度によって場が規定される仕組みとなっています。

私たちはこれまで、だれと一緒にどこで暮らすかは障害者本人が選択すべきことと考えてきました。事実、多くのグループホームでは障害程度が異なる人たちが一緒にくらしています。もし5年間で新体系に移行するとなると、現在障害程度が異なる人たちが暮らしているグループホームの入居者は別々のホームに移動することになるのでしょうか。本人たちが希望していないのに、制度が変わったからといって、引っ越しを求めるなどということはとうてい許されません。

また加齢にともない障害が重度化したときに、慣れたホームで暮らしたいと本人が望んでも介護給付のホームに移らなければならないことになってしまいます。また長い人生の間には一時的に障害が重くなってしまうこともあります。障害が変化するたびに住む場所を転々としなければならないのでは、安心して暮らすことはできません。

また、共同生活援助（グループホーム）については訓練等給付に位置づけられていますが、訓練を中心として考える給付に住まいであるグループホームはなじみません。入所施設の住まいについてはすべて介護給付となっており、障害程度に応じた夜間介護の評価と共通の居住面の評価に基づいて報酬が決まる仕組みになっています。グループホーム等についても、同様の考え方が必要と思われまます。

3 身体障害者もグループホームは必要です。

グループホーム等を必要とする身体障害者もいます。
グループホーム等を3障害共通のサービスとしてください。

<理由> グループホーム等が必要かどうかは個人個人によるものであり、障害の種別によって異なるわけではありません。主にグループホームを必要としている身体障害者は軽度や中度の知的障害、精神障害等を重複している人たちと思われれます。しかし、20歳を過ぎてから外傷などにより身体障害と知的障害をもつようになった場合などは、現在の制度では知的障害者とはならず、制度上は身体障害のみとなります。実際に重複する障害があっても、身体障害手帳しかもっていない(もてない)場合も多くあります。このような事情もふまえてを3障害共通のサービスとしてください。

4 ケアホーム・グループホームの規模

現在のグループホームのほとんどが4人から5人の規模となっています。これは長年の経験から一人一人の希望に添いながらグループで暮らす上でもっとも適切な規模として多くのホームが選んだ規模であり、また、現実に建物を確保する上でこれが上限であった結果です。新体系においても4から5名のホームを中心に考えるべきです

<理由> 自立支援法案で、介護が必要な重度の障害者にも対応すること、また、その援助者としては、身分が不安定な世話人ではなく、雇用された職員が援助することとし、バックアップ施設等に運営を頼るのではなく、自立した仕組みを打ち出したことは評価しています。しかし、そのために障害程度別の住まいになってしまったり、大規模化し入居者の暮らしの質が下がることは絶対に避けなければなりません。ケアホームについては介護保険の痴呆性高齢者のグループホームをモデルに検討していると説明を受けていますが、9名×2という規模は大きすぎると思います。援助体制の充実と小規模な場であること、これらを両立するためにどう工夫すればいいのかが問われています。

入居者一人一人が自分の暮らしを実現するためには、グループホームは小規模であることがとても重要です。グループホームで大切にしなければならないことは、管理された生活ではなく、自分で、または自分たちで決める暮らしです。どういう順番でお風呂に入るか、献立をどうするかなど、話しあって決めます。このように、自分たちのことを自分たちで決めるには規模が大きく影響し、4～5人が限度です。

また、地域を基盤に新しい居住の場が生まれてくる時の流れを考えると、作業所や通所施設などの日中活動や自主的なグループの障害者どうしのつながりの中から自立したいと思っている人たちが何人か集まった時に、新しいグループホーム設立の動きが出てきます。このような障害者のグループは大きくても20～30名程度だと思います。この程度の集団の中から、障害の程度別に親から独立したいという人が9人以上集まることはほぼあり得ません。地域を基盤としたグループホームづくりが不可能になってしま

います。

また9人規模になると、入居者の部屋はもちろん9室必要ですし、おふろもトイレも2～3カ所必要になります。こうなるともちろん既存の建物では対応できません。規模が大きく新築のための経費を投じておこなわれる事業となると、設置数もおのずと制限されてくるでしょう。当事者や家族が関われるものではなくなります。

また、重度の障害があり、グループホームに入居したい人を9人以上集めようとする、かなり広域で考えないと対象者が集まりません。町や村はもちろん、小さな市でも、この規模のホームをつくることは困難です。市町村単位では設置が難しいグループホームということでは、「できるだけ身近なところで必要なサービスを受けながら暮らせる地域づくり」という自立支援法案のめざす方向と異なるのではないのでしょうか。

3月18日の全国主管課長会議の資料・2月17日全国会議で提出された質問事項についてにおいて、定員規模により給付額が異なることは、不公平であるとし、また、「世話人1人で、近接する2カ所の場所に分かれて住んでいる障害者の世話をしている事例もあるようであり、効果的な利用という面では評価」しています。

しかし、定員規模にかかわらず、同一の給付額ということになると、(つまり、4人のホームでも、8人のホームでも、1人当たり同じ額の給付ということ)定員規模が大きいほど経営は楽になります。(その分、世話人の負担は大きくなり、入居者が受けられる援助は低下します)8人のホームだと4人のホームの倍の収入があります。しかし、1人の世話人が8人を援助すれば支出はあまり変わりません。規模に関わりなく同一の給付ということになると、規模は大きくなっていきます。現に介護保険のグループホームは定員が5～9人、それを連棟にしても良い(2ユニットまで)で、規模に関わりなく同一の給付となっていますが、ほとんどのグループホームは9人が定員であり、2ユニットのものが多く、大きな規模になっています。

様々な問題が指摘されている介護保険のグループホームをそのままモデルにするのではなく、認知症高齢者のグループホームのあり方も含めて、援助体制も充実し、入居者にとって生活しやすい規模で経営が持続できる仕組みがあるはずです。既存のやり方ではなく、新しい形のやり方を作りだしていく必要があります。

5 施設や病院の敷地内にグループホーム・ケアホームを設置について

施設や病院の敷地内にグループホーム・ケアホームを設置すべきではありません。

<理由>入所施設からの地域移行、精神病院の社会的入院の解消のために大きな役割がグループホームやケアホームには期待されています。しかし、施設や病院の敷地内にあるグループホームやケアホームに移ったことをもって、地域移行とか退院促進といえるのでしょうか。敷地内のホームは、入所施設の1ユニットであったり、精神病院の1病棟になってしまいます。施設や病院の敷地内にグループホーム・ケアホームを設置すべきではありません。

6 グループホーム等へのホームヘルパーの派遣。

ケアホーム、グループホーム入居者へのホームヘルパーを一律に派遣できなくすることなく、個別のサービス利用計画に基づいて必要な派遣は継続してください。

<理由> 現在のホームヘルパーの利用のしかたは、入居者の援助内容にもとづいた適正な人の配置とそれに見合う補助額が基本になっていない現行のグループホーム制度では、グループホーム制度の不十分さによりコストの高いホームヘルパーに依存せざるを得ない状況を生み出しており、この状態は放置しておくべきではないと考えます。しかし、グループホームだけで完結してしまうような支援をおこなうべきではありません。現在ホームヘルパーを利用して次のような場合はホームヘルパーを利用することがとても有効という結果が出ています。

* 入居者の障害の程度が急激に、あるいは一時的に重度化した場合のグループホーム制度 による対応が可能になるまでの一時期の体制強化策としての利用。

* 入居者がグループホームを出てひとりで暮らすなど、次の生活への準備段階でヘルパー 制度を使うことを学ぶ必要がある場合の利用。

* 個別の援助の中でも入浴介助等、限られた時間のみによくの人手が必要な場合の利用。

* 外出や余暇の利用は入居者個別の取り組みが必要であり、入居者にとってホーム以外の人との関わりができ人間関係が広がることなどからガイドヘルパーはグループホームに欠かせない。

入居者一人一人の状況、地域で利用できる他のサービスの状況など、グループホームごとに大きな違いがあり、上記などの場合や朝夕の短時間に援助が集中する場合、また、平日の日中など（自立支援法案ではケアホーム・グループホームは夜間、休日に対応しており、平日の職員配置は想定していないと思われますが、実際は平日の昼間も通院があったり、日中活動に参加できず、グループホームにずっといる場合もあります。そのような場合、ガイドヘルパーやホームヘルパーの利用が必要です。）ホームヘルパーを利用できないと、入居者の生活の質は現在より大きく下がります。

ホームヘルパーが使えるようになって多くの援助を要する重度重複障害、重い知的障害がある人たちがグループホームで暮らし始めています。しかし、グループホーム等でホームヘルパーが使えなくなると生活が成り立たない入居者も多く出てきます。

自立支援法案ではケアマネジメントの実施や審査会の設置など、サービスの利用が適正であるかどうかを審査する仕組みをつくることになっており、真に必要なホームヘルパー等の利用は、きちんと計画をたて、審査した上で認めるべきです。

7 居住地特例について

グループホームが入居者一人一人の住まいであるなら、当然、現在の居住地（グループホームの所在地）の市町村が援護の実施者として、費用負担する方式であるべきです。しかし、現在のグループホームの偏在（入所施設の周辺にグループホームが偏って存在）という状況では、市町村の費用負担等の支援体制に混乱を招かないように、

、

住所地特例を当分の間設けることはヤムをえませんが、偏在を解消しないといつまでも当分の間が続いてしまいます。

8 ケアホームも公営住宅を使用できるようにしてください。

附則第115条では地域における多様な需要に応じた公的賃貸住宅等の整備等に関する特別措置法の第6条6項にある地域生活援助事業を共同生活援助に改めるとしています。共同生活援助及び共同生活介護としてください。

<理由> 公営住宅を使用したグループホームについての規定から、共同生活介護が抜け

ています。

共同生活介護も公営住宅を使用できるようにしてください。

9 - 1 定率負担について

「扶養義務者の負担は廃止する」としながらも負担の上限を「生計を一にする世帯の負担能力を勘案」して設定するとしており、実質的には、親の負担の復活となります。上限設定も障害者本人のみの所得に応じて設定すべきです。

<理由> 親の負担の問題については、子どもを親が扶養し、親が高齢になってからは子が親を扶養する児童や高齢者の扶養と、親が一生扶養し続けている障害者の場合は、全く異なります。他制度と異なる状況であることをご理解頂きたいと思います。

9 - 2 定率負担について

定率負担や医療費の負担、通所施設の実費負担などの新たな負担が増加することにより現状の生活を維持できなくなるグループホーム入居者が出ないような減免措置が必要です。また、定率負担減免の基準となる生活費（障害基礎年金2級相応）は実態とはかけ離れています。（食費2.2万円＋居住費2.3万円＋その他生活費2.1万円＝計6.6万円を基準としています。）実態に合わせた最低生活費の設定と、控除にしてください。

<理由> サービスの利用量に応じた負担は、障害の重い人ほど、多くの負担を求められます。所得保障という前提を欠いた「定率負担」は障害が重い人ほどサービスの利用を困難にします。特に、十分な収入がないグループホーム入居者にとっては、生活の継続が不可能になりかねません。本来、所得保障があって、払うべきものは払うという仕組みとすべきですが、それまでの間、グループホーム入居者について負担金の減免措置が必要です。

(1) 生活費の基準は、その他生活費 + 食費 + 光熱費 + 実際の家賃額としてください。

<理由> グループホーム学会が緊急に行った入居者の生活費調査では、居住費が基準となる2.3万円を超えるホームが77%にのぼります。大都市圏(生活保護の1級地-1)にあるグループホームでは居住費が2.3万円以下のホームは2.5%しかありません。家賃は地域により大きな差があり、全国一律の基準では家賃が高い地域のグループホーム入居者がきわめて不利となります。

(2) その他の生活費を2.1万円としていますが、これは施設入所者の2.5万円より

低く、実際必要な額と大きな開きがあります。

この額で医療費、被服費、交通費、電話代、外出や趣味の費用、テレビ、共用で使うエアコン、厨房器具や冷蔵庫等の購入、さらに国民健康保険料(40歳以上は介護保険料も)、傷害保険、などを支払います。以上に加えて、日々のいわゆるお小遣いをまかなうこととなります。実際には4~5万かかっています。

(3) 実際の生活では月に12万程度の収入が必要です。12万程度の収入の入居者が実質的に応益負担分を払わなくてもすむような控除の仕組みにしてください。

(4) 自治体の手当を定率負担額を算定するときの収入としないでください。

<理由> 自治体が支給する在宅障害者への手当やグループホーム入居者への家賃補助を収入とすると、定率負担額が発生してしまいます。手当の目的を生かせるように定率負担額を算定するときの収入としないでください。

(5) 資産調査を行わないでください

<理由> 生活保護を受給せずに生活しようと努力し、定率負担額の減免を申請する人たちに生活保護と同様に預貯金等の資産調査を行うことは不合理です。屈辱感を伴う資産調査を行うべきではありません。