

第1部

多様な入居者への支援を可能にするグループホーム制度を構築するための事例調査報告

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運営委員
神奈川県立保健福祉大学 在原理恵

<はじめに>

一般社団法人日本グループホーム学会調査研究会（障害のある人と支援者でつくる日本グループホーム学会の調査研究部門）では、厚生労働省平成24年度障害者総合福祉推進事業を受け、全国のグループホーム・ケアホームの実態調査に取り組んだ。この実態調査において、「多様な入居者への支援を可能にするグループホーム制度を構築するための事例調査」と題した質的調査を行った。このテーマ設定には、「夕方から夜、そして翌日の朝」という援助提供時間帯や、最大でも「入居者2.5人対生活支援員1人」と「入居者4人対世話人1人」の人員配置から想定されるような入居者像など、限定的な枠組みのある現状の制度を検討し直す目的があった。その限定的な枠組みには収まりきれない、様々な障害のある方々の暮らしの状況があり、それを支援する実践があるはずであり、その実態を具体的に把握し、そこにある課題を示したいという意図により、本調査を行った。

<調査の方法>

上記のような問題意識と共に、2014年度の制度変更で予定されている「外部サービス利用規制の見直し」を念頭に置き、特に次の5つの視点を定めて調査した。なお、グループホーム・ケアホームは、以下、グループホーム等と記す。

- ① 日中グループホーム等で過ごす入居者への支援
- ② 夜間（主として入居者が通常就寝している時間帯を含む）の支援
- ③ 医療の必要な入居者への支援
- ④ 入居者の高齢化に対応した支援
- ⑤ ヘルパーを利用しながらグループホーム等で暮らす方への支援

これらの1つ、あるいは2つ以上を行っている事業所を対象とし、主たる入居者の障害が知的、精神、身体の内いずれも含まれるように考慮して52件の対象を選び、質問紙調査を行った。これには47件の回答をいただいた。対象の単位は、個々の入居者ではなく、共同生活住居とした。

次に、質問紙調査の回答の中から、特に調査目的に適合すると判断した24件について、訪問聞き取り調査を行った。グループホーム等の責任者か、中心的な職員を聞き取り対象とした。

調査結果の分析は、質問紙の記載内容と聞き取り調査の結果の両方をもとにして行った。

<調査結果の分析と考察>

1、日中グループホーム等で過ごす入居者への支援

平日等の日中、通常は通所先に通うことが想定される時間帯にホームで過ごす理由は、体調不良や本人の希望、通所先の都合や送迎の問題、通院や訪問系のサービスを利用する場合など、次の表1の通り多岐に渡っていた。

表1 [平日の日中に通所先に通わない（通えない）理由]

- ① 本人の体調や状態による場合
- ② 本人の希望、判断による場合
- ③ 通所先の都合
- ④ 利用できる通所先がない
- ⑤ 送迎がなく、通えない
- ⑥ 通院する
- ⑦ 訪問系のサービスを利用するために休む、早退する

中には、高齢化による体力の低下や障害が重いために、平日のうち1日は休養日にしたり、毎日短時間のみ通所するという個別支援計画にしている事例があった。また、日中活動の職員の異動によって通う意義を見いだせなくなっているという入居者がおり、しばらくは日中ホームで過ごすことを本人が選択して、そのような個別支援計画にして日勤の職員を配置したという事例もあった。

このように、本人の暮らしのペースや希望に応じた支援がなされていても、現状の日中支援加算では、要件に該当しない場合も多い。個別支援計画上の通所先を3日以上休んだ場合には3日目から算定できる加算だが、実際には1日でも休めばその対応をする必要が生じているし、元々週に4日以下しか通所しない個別支援計画にしていると、休養日にしている平日の支援は報酬上評価されないという課題がある。

また、体調不良や障害特性からくる不調などで通えない場合には、急に休むことになる。その場合には、世話人や生活支援員が夜勤明けで時間を延長して勤務するといった対応になることも多く、超過勤務による負担が生じていることが分かった。さらに、急な場合には現実的にはヘルパーも見つからないので、現状では日中支援加算の対象ではない個別ヘルパー利用型の入居者であっても、ホームの職員が対応している実態があった。

このような調査結果をふまえると、グループホーム等では「夕方から夜間、翌朝の支援」を行い、日中は通所先が支援するという従来の枠組みでは収まらない実態があると言える。1人1人の状況と意向に応じた生活の組み立てができ、それを支援していることを評価できる仕組みが必要である。

2、夜間（入居者が通常就寝している時間帯を含む）の支援

夜間支援という言葉の厳密な定義はなく、それが該当する時間帯も明確ではない。この調査では、主として入居者が通常は就寝している時間帯に必要とされている支援について着目して調査した。夜間支援体制の在り方は、次の通り大きく分けると5つに分類できた。

表2 [夜間支援体制の分類]

- ①入居者が必要な時に連絡が可能な方法、体制をとる。（電話、携帯メール等）
- ②複数のホームを巡回する。
- ③共同生活住居内に1人の援助者が常駐する。
- ④共同生活住居内に複数名の援助者が常駐する。
- ⑤入居者が見える距離、気配が分かる距離に援助者がいる必要がある。

（1）現実に即していない加算の仕組み

1）密な夜間支援が必要な実態

表2の④の体制を取っている事例では、飛び出しなどの突発的な行動への対処が必要になった時に他の入居者に対応する援助者がいなくなるためという理由や、複数の入居者が全介助の状態での援助が断続的に続くため、1人では困難だという理由等があった。また、⑤の体制を取る事例は、呼び出しボタン等が押せないなどのために援助者を呼べない入居者の場合や、不安定さが大きく、大声、飛び出し、自傷などがある入居者の場合があった。次の事例1は認知症を発症した入居者への対応のために⑤の体制をとっている事例である。

<事例1>

入居者5名のホーム。全員が知的障害（ダウン症、自閉症）、障害程度区分4～6。

40歳代のダウン症の方1名が2年前に認知症を発症。障害程度区分は6になった。夜間、不安からかとても大きな声を出すことが増え、近所の住民が警察を呼んだこともあった。そのため、リビングにソファベットの2つ置き、一方にその入居者に寝てもらい、もう一方に職員が寝るようにした。体位交換やおむつ交換、大声を出す等の不安感への対応などで、職員の負担が大きく、住居内に泊まる職員は合計2人の体制をとるようになった。このため人件費は大きく赤字になっている。

これらの結果からわかるように、現在の夜間支援体制加算（I）は、1人の援助者が夜間支援する人数を最低4人までしか評価していないと考えられるが、実際にはそれよりも少人数に対しての密な支援が必要な場合がある。

2）障害程度区分と必ずしも連動しない夜間支援の必要度

また、現状では障害程度区分によって加算の単価が決められているが、同じ区分6であっても実際には④の体制が必要な人もいるし、⑤の体制が必要な人もいた。つまり、**夜間支援の必要性は障害程度区分で決まるものではないので、実際の必要**

性に応じて体制を整えている実態を評価する仕組みにする必要がある。

(2) 夜間の勤務形態と実態

夜間（入居者が通常就寝している時間帯を含む）支援の勤務形態は主として、「勤務」時間にしてその一部を休憩時間としているものと、「宿直」に分かれていた。

次の事例のように、トイレ介助、発汗による着替えや寝具交換、水分補給、体の痛みへの対応（薬、マッサージ）などの援助が断続的にある事例や、常時、呼吸状態を管理している事例でも「宿直」であるという回答であった。

<事例2>

入居者4名のホーム。全員が知的障害と身体障害の重複障害でADL全介助が必要。痰の吸引が必要な入居者1名。障害程度区分は5が1名、6が3名。各入居者は重度訪問介護のヘルパーを約280時間～380時間支給決定されている。

夜間宿泊する職員は2名。職員とヘルパーの組み合わせの場合、ヘルパー同士の組み合わせの場合もある。入居者が男女2名ずつなので、必ず、男女の支援者がいるようにする。寝返りや排せつ介助、吸引、発作の見守りを行い、通常仮眠は取れない状態。ベビーコールで呼吸音を管理している。職員の宿直手当とヘルパーの夜間の業務委託分は生活保護費の他人介護料から支払っている。

この事例2では、宿直手当を生活保護の他人介護料から支払っているが、それを受けられない人の場合など、グループホーム制度としての財政的な保障がないという問題がある。共同生活介護の夜間支援体制加算（I）は、入居者4人以下に対しての夜間支援で最大でも3000円程度の報酬にしかならない。これでは実態に合わせた夜勤体制にはできない。また、夜勤にして交代勤務にできるだけの人員の確保は人数的にも質的にも難しいという問題もある。

(3) 緊急事態への対応

一方で、夜間支援時には職員配置が薄くなるため、突発的な事態への対応が課題となっていることが分かった。この課題への実際の取り組みとして、「複数のホームが至近距離に点在している場合には、突発的な事態には駆けつけて助け合う」、「直接の夜間支援担当者以外に、必要時に駆けつける人員を決めている」という事例があった。ただし、このような対応は、ホーム数が多いか、法人規模が大きいなどで職員数が多い場合には可能であるが、そうでないと難しい現実がある。その意味で、地域の多法人が連携して同様の体制をつくる必要があるという意見があったことは、特に強調したい。

3、医療が必要な方への支援

グループホーム等の入居者が必要とする医療の利用支援として、通院の支援、入院の支援、訪問医療等の利用支援について、特に焦点を当てて調べた。

(1) 通院の支援

通院同行支援は、ホーム職員、ヘルパー、入居者の家族、日中活動の職員が担っていた。

ホーム職員が担う場合には、通常は入居者がいないことが想定されている日中に、最低でも1人对1人の対応が必要なため、通常の職員配置にプラスアルファでの対応が必要となることが多い。管理者やサービス管理責任者が対応したり、ホーム職員の勤務時間の変更や時間外勤務で対応するなどの調整が必要となり、複数の科を受診するなど通院回数が多い場合は特に負担が生じていた。

通院等介助ヘルパーを使っている事例も多かったが、月に2回までしか利用できないという制約があることが課題となっていた。一方で、病状が深刻な場合や状態変化がある場合、初めての受診の場合など、ヘルパーではなくホーム職員が同行通院しなければならない場合も少なくないことが分かった。

<事例3>

入居者5名のホーム。全員が知的障害（自閉症）。障害程度区分は5と6。

40代の入居者の食欲が落ち、嘔吐が繰り返しあり、ガンと診断された。がんセンターや複数の病院を受診したが、副作用が大きくて治癒の可能性も高くない治療法しかないことがわかり、結局、積極的治療は断念した。

病名が分かる前にも、診断後も、複数の病院に行ったが、職員2名体制でつきそわないと受診が難しかった。(元々通院が苦手な方だったことに加え、初めての場所で様々な検査があったため。)週に1日は通院していた時期が数か月続いた。

このケースの場合、自分の状況をきちんと伝えられない入居者であり、重篤な疾患でもあったため、一人のホーム職員が一貫してその人の体調、症状を把握し、主治医と確認し連携を取りながら治療を進めていく必要があった。その為、頻度が多くても通院等ヘルパーは利用せず、職員が同行した。

状況に応じて、ホーム職員が通院支援をすることも報酬上きちんと評価されると同時に、通院等介助ヘルパーも柔軟に使えるようになることが必要である。

また、通院支援を難しくしている要因として、受診できる医療機関が多くはないという実態がある。医療機関の障害に対する理解の低さが受診の壁になっており、受診できる医療機関を探す部分にホーム職員はかなりの時間と労力を使っていることが分かった。

(2) 入院の支援

入院時の支援は、ホーム職員、ヘルパー、日中活動の職員、入居者の家族が担っているが、家族が高齢だったり、遠方に住んでいる場合等はホーム職員の役割が増える。また、家族の状況によっては、平日は付き添いが難しい場合等もホーム職員

が担っていた。

入院期間の長さや病状によって入院先での支援の頻度は異なるが、毎日という事例も少なくなかった。また 24 時間を交代制で付き添ったという事例も複数あった。入院時に頻繁に面会したり付き添うことで、病院側も安心し、退院後の通院や再入院もしやすくなるという効果があるという回答が複数あった。

入院時の具体的な支援内容については、個々の事例によって当然異なっていたが、総合すると、次の表 3 の通りであった。

表 3 [入院時の支援内容]

入居者本人への支援	<p>【介助】 食事介助や長時間の付き添い</p> <p>【本人の状態把握】</p> <p>【精神的な支援】 不安解消のためのコミュニケーション、電話での対応</p> <p>【コミュニケーション補助】 医師や看護師とのコミュニケーションを支援する、本人の意思・意向が伝わるようにする</p> <p>【判断を支える】 病院の選択、治療方法や方針についての選択を共に行う</p>
医師や看護師への対応	<p>【説明を本人と共に聞く】</p> <p>【本人について伝える】 介護内容や支援の留意点を病院側に伝える</p>
家族への対応	<p>【本人の状況報告】</p> <p>【家族の意向の把握】</p> <p>【判断を支える】 病院の選択、治療方法や方針についての選択を家族と共に行う</p> <p>【寄りそう】 手術に家族と共に立ち会う</p>
支える体制をつくる	<p>【体制づくり】 入院中の見守り、付き添い体制をつくる。退院後の受け入れ体制をつくる</p>
入院環境を整える	<p>【手続き代行】 入退院の手続きや費用の支払い代行、入院時の役所への手続き代行</p> <p>【日常の不足を補う】 衣類の洗濯や補充、日用品等の不足物品の補充</p>

表 3 に示したとおり、状況に応じて、多岐にわたる支援をホーム職員が提供している実態がある。入居者本人への支援だけではなく、家族を支え、医師や看護師と本人との仲立ちとして機能する役割を取っている。本人に対してだけ見ても、必要な介助だけでなく、精神的な支えになりつつ、意思伝達の支援や、共に判断していくという側面もある。医師や看護師に本人の状態や思い、特徴や配慮点などを伝えるという部分も重要であろう。このような入院時の支援がなければ、その人の生活を成り立たせている最低限の支援と障害への配慮が不足してしまい、心身の安定が

損なわれる懸念があるとともに、本人と家族が医療を主体的に受けることができない可能性もあるだろう。また、医療がスムーズに提供できない場合さえあると思われる。

自治体によっては、入院時コミュニケーション支援事業が実施されているところがあるが、コミュニケーションの支援は、入院時に必要とされる支援の一部でしかない。多岐に渡る支援の実態を踏まえると、入院時の加算はあるが報酬がなくなってしまう現状の仕組みでは、十分な支援をするためには問題である。

(3) 日常生活上の医療の必要性が高い人への支援

訪問医療等の利用については、回数や時間帯が希望を満たしていないという状況があった。入浴後等の夜間や朝方にも訪問看護を利用したいが、派遣を受けられないという回答があった。そのような訪問看護を確保しにくい時間帯に、ホーム職員が吸引等の医療的ケアを提供している実態があった。

一方で、日中活動の看護師が、日中活動中に医療的ケアを提供することで、ホームでの提供をなくしたり、日中活動の看護師が時間外等にホームを訪問するなど、法人の別事業所の看護師がその補完的役割を担っている事例が複数あった。

また、医療的ケアが必要な入居者がいる場合、常時の状態のチェックには相当の注意が注がれていることが分かった。状態変化の判断には専門的知識が必要なこともあり、医療従事者ではないホーム職員にとっては負担と不安が大きい部分であるとの意見があった。この部分を支える仕組みも必要である。

(4) 医療の必要性が高い入居者が地域生活できるように必要なこと

入居者の医療の利用支援は多岐にわたるが、全てに共通して、入居者の体調把握し、体調の変化を見極め、利用できる医療機関を開拓し、医療機関等との情報交換等を担うキーパーソンとしての役割をホーム職員が担っていた。この専門性を備える職員が必要となることを前提に、正規職員が交代して勤務できる安定した体制をとれるような制度にすることが必要であろう。

4、入居者の高齢化への対応

高齢化については、実年齢を問題にしたのではなく、加齢に伴う変化に焦点を当てて、それに対応する支援について調べた。総合すると、表4のような対応がなされていた。

表4 [高齢化への対応]

- ① 体調把握をより丁寧に行う
- ② 身体機能の衰えに対応して介助を行う
- ③ 認知機能の衰えに対応して支援する
- ④ ホームで過ごす時間の増加に対応する
- ⑤ 送迎の支援をする
- ⑥ 通院の増加に対応して同行支援する
- ⑦ 医療機関との連携、調整
- ⑧ 高齢の制度利用に関する調整、多機関連携

加齢に伴う変化によって支援量、介助量が増加し、質的にも難しくなる実態があることが分かる。それは部分的にヘルパー利用によって対応できるものでもある。しかし、体調把握などをより丁寧に行うためなどに見守り的な関わりが増えたり、日中活動を休むことが増えたりすることへの対応は、様々な制約から、ホーム職員が担っている場合がある。職員1人で介護可能だった入居者の状態変化によって、安全のために2人介護が必要になった事例や、体力の衰えによって毎日12時にはホームに帰宅するという事例、認知症の発症によって夜間に大声を出す入居者への対応のために、同室で就寝支援をする職員を配置する等、明らかな体制強化が必要になった事例もあった。

また、これまでホームと日中活動を基本とする生活リズムであった人も、加齢による状態変化によって生活全体の組み立てが変わってくるようになった。その際、通院等介助ヘルパーを利用したり、介護保険のデイサービスやヘルパーを利用したりと、以前よりも複雑な関係機関との連携と調整が必要になり、それをホーム職員が担っていた。

介護保険サービスと障害福祉サービスを併用する場合には、自治体の担当者も2人になり、ケアマネジャーとの連携は必須となる。ダウン症で認知症を発症した入居者への支援の事例では、関係機関の多職種が集まってケース会議を行っていたが、その際ホーム職員は入居者の最も身近なキーワーカーとしての役割を取っていた。

加齢に伴う変化に対応する支援は、前述の4章までの内容とも相当程度重なる部分があるが、支援機能の強化、体制強化が必要になる実態があった。これに対応するには、ホーム職員だけではなく、相談支援事業所、日中活動事業所、ヘルパー事業所などが問題意識を共有して高齢化の課題に協同で取り組んでいくことが不可欠であろう。

5、ヘルパーを利用しながらグループホーム等で暮らす方への支援

共同生活住居内でヘルパーを利用している入居者のいるグループホーム等（30事例）に、利用するメリット・デメリットやホーム職員との役割分担等を聞き、ヘルパーを活用した支援実態について調べた。

（1）ヘルパーを利用することで確保する支援体制

共同生活住居内でヘルパーを利用している入居者への支援体制の在り方を分類すると、次の表5のようになった。

表5 [ヘルパー利用で確保する支援体制]

- ①夜間も含めて入居者1人に1人の援助者がつく
- ②入居者の活動時間帯は入居者1人に1人の援助者がつく
- ③時間帯によって援助者の増員をする
- ④支援内容に応じて、必要な援助者をつける

1) 長時間、1人対1人での援助が必要な入居者～1対1必要型

現在のグループホーム等の職員配置は、最大でも、入居者4人に対して世話人1人と、入居者2.5人に対して生活支援員1人までしか評価されていない。つまり、それ以上に厚い人員配置をすると事業所の持ち出しになってしまう。しかし、上記の①や②のような長時間1人対1人の援助が必要な事例もあった。これは、重度訪問介護、行動援護のヘルパーが長時間支給決定されていることで可能になる体制である。

①は重度の重複障害の入居者や、身体障害で二次障害が進んで医療的な支援も必要になっている入居者、自閉症で他者との共同生活には強いストレスを感じる入居者への支援の事例があった。②は、時間の概念がなく写真と記号で自分のスケジュールを管理する自閉症の入居者や、重度の重複障害の入居者への支援の事例があったが、いずれも、至近距離での密度の濃い見守りが必要な入居者であり、個々の入居者に合った支援と個別のスケジュールを大事にしていた。このような実践を行おうとする場合、現状の職員配置基準では全体的な不足が生じるため、ヘルパーを利用する必要が生じている。

<事例4>

入居者4名のホーム。全員が身体障害（脳性マヒ）、身体障害者手帳1級。障害程度区分は6。加齢に伴う二次障害が顕著になってきている入居者が2名。全員が重度訪問介護ヘルパーを月に259時間～327時間利用し、有償ボランティアも活用している。

言語障害が重く丁寧なコミュニケーションが必要であることや、緊張が強く食事の飲み込みが難しくなっていて食事介助に配慮が必要であったりと、各入居者に密な関わりと介助が必要。医療（通院や訪問看護、痰の吸引）のニーズも個人個人違うので、基本的に1対1の体制が必要である。障害の重度化により肩が外れやすく

なっている方、身体の痛みが激しい方などは、1 人の入居者に対して援助者 2 人での移乗介護などが必要な場面もあるので、ヘルパーを活用しても足りず、法人持ち出しでの職員配置もしており、財政的に赤字である。

事例 4 は、基本的に①の体制を取っている。つまり、長時間の 1 対 1 の援助を必要とする入居者がいるが、グループホーム等の職員配置基準だけでは不足しており、そのニーズを何とか充足させようと取り組んでいる実践がある。

2) 時間帯・生活のリズムに合わせた援助者数の確保～援助者数確保型～

グループホーム等は入居者の生活の場であるため、朝と夕の食事や身支度、入浴などの時間帯に援助の必要が集中する性質がある。表 1 の③は、身体介護又は重度訪問介護ヘルパーの同一のヘルパーが、時間をずらして複数の入居者の支援に入る工夫があった。結果として、援助の必要が集中する時間帯の援助者数を増やした体制となる。たとえば、15 時 30 分～22 時はヘルパーを含めて 3 名の援助者が勤務することを基本体制としている事例(重症心身障害の入居者 4 名のホーム)があった。

援助の必要が集中する時間帯への対応は、ホーム職員を非常勤化するなどして職員数を増やすことで対応し、ヘルパーを利用しない事例もあった。しかし逆に、ホーム職員の質の担保等の理由で正規職員を一定数確保しているために、援助者の人数を確保するためには、外部サービスであるヘルパーが必要であるという事例もあった。

3) 根本的な問題

上記のように、1 対 1 での支援が必要な場合や時間帯によって援助者数を確保するために、必要な体制をとれるだけの財政的な裏付けが、現状のグループホーム等の制度では不十分である。現在のグループホーム等の職員配置基準は、職員数ではなく、障害程度区分に応じて常勤換算時間数で定められている。つまり、入居者 1 人 1 人の援助の必要性(実態)を把握し、それを積み上げて、全体の援助を担えるだけの人員を確保できるものとなっていない。この根本的な問題を補う対策として、ヘルパーを活用しているという実態がある。

(2) 共同生活住居内でのヘルパーの必要性

1) ヘルパー利用の具体的必要性

必要な体制を確保するために、ヘルパー利用が必要であるという実態があることについて先に述べたが、その具体的かつ本質的な必要性について、以下で述べる。

ヘルパー利用の必要性を端的に述べた回答の多くは、「個別支援のために必要」という内容であった。これは何を意味しているのか、それぞれの事例を分析すると、大きく分けて次の二つの側面があると思われる。

- ① 入居者が主体的に、自分のスケジュールで暮らすために必要
- ② 入居者の日常生活に必要な最低限のことを、通常の暮らしと同じ程度に円滑に安全に行うために必要

①に当てはまる事例としては、言語コミュニケーションが難しい入居者が独自の意思疎通方法によって生活を組み立てる重度心身障害や自閉症の入居者の事例があった。余暇や楽しみの充実の側面も含まれる。

<事例5>

入居者4名のホーム。全員に知的障害がある。3名は自閉症。1名は身体障害もある。全員が障害程度区分6。全員が身体介護ヘルパーを月に120時間～130時間程度支給決定。加えて、自閉症の3名は、行動援護24時間～48時間。

日中活動終了から、外出、夕食、お風呂までの場면을個別に行っており、各々が外出先、夕食時間等、主体的に選択して組み立てている。写真や記号（ヒストグラム）を組み合わせたスケジュール表を用いて、ご本人自身がスケジュールを組み立てて管理している。20時（又は21時）までの1対1支援を主としてヘルパーが担当し、夜間支援は生活支援員が担当する。

事例5の場合、本人が発する独自のメッセージやわずかな変化を察知し、適切な対応が取れる援助者が傍らにいないと、混乱状態になってしまうことも少なくないような入居者である。本人の特徴を十分に理解した援助者がそばにいて、安定するだけでなく、本人の意思を尊重した「自分らしい暮らし」が実現されている。

②は、重度の身体障害、重症心身障害、自閉症の方、医療支援の必要性が高い方や関われる人が限定される方の場合に、その人の状態を理解し、どうすれば安全に、普通に生活できるかを具体化する支援である。複数名で過ごすこと（暮らすこと）にストレスを感じて不安定になる入居者にとって必要な支援も含まれる。

<事例6>

入居者5名のホーム。全員が身体障害。障害程度区分6が4名、区分4が1名。4名が重度訪問介護ヘルパーを月に270時間～320時間支給決定されている。

食事の飲み込みが難しく、口に入れた物を押し出してしまう入居者（30歳代、脳性マヒ、障害程度区分6、ミキサー食）がおり、ヘルパーが食事介助を担っている。この方の食事介助は、当初、母親と通所先の限定的な職員しかできなかったが、ホームに入居後、研修しながら、一人ずつ援助できる職員を増やしていった。しかし、職員だけでは朝晩の食事に対応できないので、ヘルパーで対応できる人も増やしていった。

事例6は、食事時間帯には複数の入居者に対して同時に支援する必要性が生じるというグループホーム等の特徴を前提に、その場面で、1人に注意深く対応する必要がある場合には、職員だけでは不足するという例である。また、食事介助と言っても、非常に個別的な技術と配慮が必要で、それは長く継続して関わることのできる援助者によって提供されなければ、最低限の安全も保てない、という一例でもある。そのような個別的な介助をヘルパーに任せることで、ホーム全体としての援助提供が安定して行えている。

<事例7>

入居者7名のホーム。アルコール依存症の人4名(精神障害、知的障害とも重複)、統合失調症1名、知的障害2名。障害程度区分は非該当～区分4。

60歳の統合失調症の方(障害程度区分4)は、身体介護ヘルパー月15時間支給決定を受けている。日常的に声かけ、見守りが必要で、排便、排尿に関してご自分ではうまくできないことがあるため、ホーム職員以外にも、訪問看護やヘルパーを利用して身体の清潔保持を心掛けている。現在は、入浴部分をヘルパーが担当することで日常生活を送るために必要な対応が行えている。

事例7は、この60歳の方以外には居宅介護のヘルパーを利用していない。このように、1人だけ(又は、少数)が身体介助の必要が生じた場合に、もし居宅介護ヘルパーが使えないとすると、ホーム職員が十分な身体介助の力量を付けていくという対応が可能かどうか懸念される。高齢化が進む実態を踏まえても、このようなケースは相当あるものと思われる。対応の可能性としては、別の暮らしの場に移っていただく、ということが起こることもあり得るだろう。しかし本来、「どこで暮らしたいか」を決めるのは本人であるから、支援量や質の変化によって暮らしの場を移さねばならないような事態を起こしてはならない。そのために、1人の必要に応じて利用できる居宅介護ヘルパーのような存在が必要なのである。

2) 1人1人の暮らしの実現のために

グループホームという生活の場で、特に重度の障害がある入居者が、障害への適切な配慮と支援を受けながら自分らしく暮らすためには、個別の支援が欠かせない。それは、主体的な暮らしの実現のためだけでなく、安全で安定した暮らしの確保という側面もある。

そのためには、個別の入居者の状況に対応するためのヘルパー利用が必要な現実がある。現在は経過措置として行われている個人単位でのホームヘルプ利用であるが、この利用によって個々の安定した暮らしが保たれているのが実情である。つまり、「その人」毎に必要な場面での支援を人的に保障することが求められているのである。一人ひとりの個別支援は、文字通り個別の生活支援であって、時として「共同生活」の維持を可能とするのに必要な職員配置だけでは、個別の対応に無理が生じている実態があると考えられる。

「ホームでの暮らし」が、用意された暮らしではなく、「一人一人の暮らし」になるためには、状態変化への対応や個別的な状況への対応のしやすさが重要である。現状では必要ないという場合(人)も多いとしても、共同生活住居内でもヘルパーのような個人単位での支援者を確保できる選択肢を残すことは、地域生活の質の担保のために必須である。

(3) ヘルパーとの協働～外部化できないホーム職員の役割～

ヘルパーが共同生活住居内での支援に入る場合には、グループホーム等で中心的な職員がコーディネーター的な役割を担っていることが分かった。「本人仕様の援助をつないでいく仕事」という言葉でも表現できる。これを担っているのは、サービ

ス管理責任者であるというよりも、共同生活住居に属するホーム職員の主たる者であった。

身近で継続的に入居者と接する職員は、意思や希望をくみ取り、日々変化する体調や心理的变化も把握し、ヘルパーに伝達している。ここで重要なことは、「身近で継続的に接する」立場にいる職員、つまり、入居者の側にいる者がコーディネートすることである。最も身近に継続して居るからこそ、言語的な表出のない入居者であっても、その人らしさを推し量り、日々の試行錯誤のなかで理解することができているのである。この立ち位置だからこそ、「本人仕様の援助」をつなぐコーディネーターになり得る。この役割は、決して外部化できる性質のものではない。

また、ヘルパーへの伝達は、一方的に伝えるのではなく、ヘルパーの考え方や価値観とのすり合わせにも時間をかけている実態があった。多くの援助者の質を一定に保ち、入居者の生活が時間帯で細切れにならないようにするための核としての役割をグループホーム等の職員が担っている。これらの任務の多くは、ヘルパーの人数が増えるほど、業務量が多くなる性質のものである。

外部サービスの利用規制が見直された後、ヘルパーをより一層活用できるようになったとしても、ホーム職員の役割のこの部分は、ヘルパーには代替できない機能として残さなければ、入居者の安定した暮らしを実現することは難しくなることを示唆している。

(4) ヘルパー事業所との関係～密な連携で一体的に、しかし、抱え込まない～

グループホーム等と同一法人のヘルパー事業所からの派遣の場合と、異なる法人の事業所からの派遣の場合とがあるが、いずれも主として1つの特定の事業所を利用していた。複数のヘルパー事業所からの派遣を受けている場合もあるが、主たるヘルパー事業所があり、その他は補足的な利用であった。

1) 主たるヘルパー事業所がある理由

グループホーム等と同一法人や関係の深い法人の事業所からのヘルパーを利用している事例がほとんどであった。入居者本位の生活支援をホームと一体的に、かつ柔軟に行えることが理由であった。ホーム職員がヘルパーも兼務するという対策や、特定のホーム専属として固定したヘルパーを派遣してもらうという対策をとることで、共通の理念や方針をもち、入居者の障害特性や個性を理解したヘルパーが継続的に関わることが可能となり、支援の質を担保している実践があった。入居者の生活の一貫性を保つためには、非常に密な連携をしながら一体的に支援を提供していく必要があることが分かる。一方で、特に行動援護と重度訪問介護のヘルパーを派遣できる事業所が地域に他にないという現実も大きく影響しているという実態もある。

2) 補足的に利用するヘルパー事業所がある理由

補足的に別の事業所のヘルパーも利用している理由として多かったのは、一事業所だけでは必要な人員が確保できないという理由であった。ヘルパー派遣の必要に

なる時間帯は集中する傾向があり、また、同性介助が必要な介助内容の場合には特に男性ヘルパーに限られるという実態がある。このことを踏まえると、入居者支援に関われる事業所が増えることは、援助方針の統一や密な連携のために必要な労力は増えるが、関われる人材の確保という視点ではメリットがあると思われる。

また、主として利用するヘルパー事業所とは違い、この「補足的に利用する事業所」は、当該ホーム事業所と特に関係が深いという存在ではない。同一法人等関係の深いヘルパー事業所と協働するメリットは上記の通りだが、今回の調査では、一法人だけが関わることの弊害を懸念する声もあった。権利擁護の観点から考えると、同一法人内で援助が完結されることから、他者のチェック機能が働かないリスクがある。この点においては、必ずしもヘルパー事業所に限ったことではないが、複数の事業所が、ホーム内での入居者の支援に関われることのメリットはあると思われる。

<おわりに>

(1) グループホームとは ～限定的ではないが、包括的ではなく～

今回の調査全体を通して見えてきた最も基本的なことは、グループホーム等は「夕方から翌朝にかけての援助提供を主として行う」という限定的な役割を負っているのではなく、「入居者の意向と状態に応じて、また他の社会資源等周囲の関係者の状況や都合をふまえて、その不足を補い、連携し、必要な支援を提供している」ことである。つまり、入居者の生活全体と人生を支援するという長期的な視点を持ち、その中で生じる変化や不測の事態にも、なんとか対応している実態があり、それは一定の時間帯での援助提供という性質のものではない。特に、入居者の家族が高齢であったり、関係が薄かったりする場合には、グループホーム等が実質的に最終的な責任を負っているような現実もある。

それと同時に、グループホーム等は複数単位への定型的な支援をしているのではなく、入居者一人一人の暮らし、人生を支援していく事業であり、それは当然多様であり、ホームの中だけで完結するものではないという基本的で本質的なことが調査によって確認されたものと思われる。1人1人の入居者の多様な暮らしの希望や変化に対応できるグループホーム制度が必要であり、その実現のために関係機関等と連携しやすくする仕組みが必要である。

さらに、グループホーム等は地域の住まいであり、入居者の地域生活を支援する役割の一部（重要な）として存在しているという観点も重要であろう。ホーム職員が入居者の身近なキーワーカーとして存在することで、障害が重い人であっても、丁寧な関係づくりをしつつ、その人らしい暮らしを実現する基盤づくりができることが重要であり、この役割は外部化できるものではないと述べた。その上で、グループホーム等が特別で包括的な存在になるのではなく、地域の社会資源としての相談支援事業所やヘルパー事業所が入居者の生活に関わっていくことで、地域の住まいに暮らす者にとっては普通の「変化」や「暮らしの広がり」を支援することができるのではないだろうか。グループホーム等が閉じた存在にならないことが、重要である。

2) 個別支援の充実のために必要なこと

特に「外部サービス利用規制の見直し」との関連では、共同生活住居内でのホームヘルパーの必要性は、個別支援の実現を目指すものであることが確認された。「ホームでの暮らし」が、用意されたものではなく、実質的に「一人一人の暮らし」であるために、個別支援が必要である。

個別支援の確保と充実のためには、第一に、グループホーム等の人員配置を、障害程度区分と連動させるのではなく、個々の入居者の個別の援助の必要性を踏まえたものにすることが求められる。特に障害が重い入居者で、1対1の支援が長時間必要な場合については、現状の職員配置では全く不足する実態がある。その絶対的な不足を充足させられる制度にしなくては、障害の重い方たちがグループホーム等

で暮らすことを選べるようにはならない。共同で生活しているという側面と障害程度区分だけを前提にした配置基準ではなく、一人一人の入居者への援助の必要性を積み上げて必要な人員を配置できる仕組みが必要である。

第二に必要なことは、グループホーム等を単位とするのではなく、個人を単位として利用できるヘルパーのような外部支援の選択肢を残すこと、恒常化することである。この選択肢があることで、ホーム事業所がどのような状況でも、個人の状況や都合や希望を優先した支援の在り方を実現できる可能性が担保できる。変化を前提とした人間の暮らしを支援することを考えれば、より柔軟に「本人仕様」の支援を組み立てられる選択肢がある方が良いに違いない。