

# 障害者の地域生活の推進に関する検討会における論点について

2013年8月21日

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

代表 光増昌久

当学会は、この間、グループホーム・ケアホームに関する多くの意見や提言を公表しています。また、厚生労働省の平成24年度障害者総合福祉推進事業指定課題14「グループホーム及びケアホームにおける支援に関する実態調査について」を昨年実施し、結果の報告書を当学会ホームページで公開していますので参考にさせていただきたい。今回のヒヤリングには第二次報告書「グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築～今こそ「誰でも地域社会に住む」グループホームを～」を参考資料として構成員の皆さんに配布いたします。

## ○ 重度訪問介護の対象者拡大に当たっての論点

1. 重度の知的障害者・精神障害者で常時介護を要する者の状態像をどのように考えるか。

・重度の身体障害中心の重度訪問介護の対象者が拡大する事は、大変好ましい事である。家族から一人暮らしを目指す人、精神科病院から退院して一人暮らしを目指す人、入所施設から一人暮らしを目指す人、グループホームから一人暮らしを目指す人、グループホームで利用する人、多様な選択が出来るようになることは歓迎である。

・精神障害の方の社会的な入院の解消を考えるにおいて、長期間入院を余儀なくされていた方の生活スキルの再獲得の支援は地域で生活するための重要な支援の1つとなる。食事を一緒に作る事や、洗濯を一緒に行う、買い物を代行するのではなく、一緒に行って支援する等、日常生活を共にしながら支援をする事が大切になる。しかし、現在はこのような支援を行う際、家事援助で行うのか身体介護で行うのか移動支援で行うのかの判断は自治体によって様々であり、このような日常生活スキルの向上の支援を必要とされる方にとって長期的に時間を要する方もおり、重度訪問介護の利用は効果的であると考え。

2. 上記1の状態の者に対するサービスの在り方をどのように考えるか。

・今回対象者が広がる事で、必要な人には、計画相談と本人の自己決定で重度訪問介護の支給決定ができるようにすべきである。

3. 具体的な対象者の要件について、どのような基準とするべきか。

・障害種別や障害程度区分を基準とするのではなく、支援の内容によって利用できるようにすべきである。

・特に知的障害、精神障害で行動援護対象者の基準の行動関連項目8点以下の方でも、計画相談で、本人が重複障害、精神症状等、見守り支援も含めて、重度訪問介護が必要な場合、計画相談でその必要性が明記されている場合、市町村で支給決定できるようにすべきである。

4. 重度の知的障害者・精神障害者に対応する重度訪問介護と、肢体不自由者を対象とする現行の重度訪問介護と、サービス提供事業者の基準を区別するべきか。

・ 現行の基準で、サービス提供事業者の基準を分ける必要はない。ただ研修方法に関しては、多様な知識と支援が必要になるので工夫が必要である。

## ○グループホームへの一元化に当たっての論点

### 1. 支援のあり方・支援体制等に関すること

○ 一元化後のグループホームにおける支援のあり方をどのように考えるか。

・ヘルパー利用に関しては経過措置になっているが、今後もずっと利用できるようにすると共に、対象者に関しても必要な人が使えるように見直しが必要である。

・障害者自立支援法が施行されて、管理者、サービス管理者、世話人、支援員（障害程度区分3以上に配置基準）の基準ができた。平成元年グループホームの制度が出来て25年になる。現在は、入居者数は8万2927人（4月データ）になり、制度スタート時、就労要件で対象者も障害の軽い人たちの支援から出発したが、現在は入居している人たちの状態像も高齢化し、また医療的ケアを必要とする人、自閉症・強度行動障害の入居も増えてきて支援の形態も多様になってきている。また矯刑施設等からの地域生活移行も増えつつある。

スタート時から職名として「世話人」として現在も続いているが、職名により「すべての世話をする人」ととられることが多く、世話人の呼称を廃止に支援員に統一してはどうか。支援を必要としている人の多様化に伴い支援員としてのスキルアップも大切であり、見直しの時期でないか

・個別の居宅介護の利用は、平成19年4月から特例（経過措置）で、数回の対象者の見直し、報酬の見直しも含めて経過措置は平成27年3月まで延長されている。障害程度区分4以上が対象となっているが、来年から見直しされる障害支援区分で4以下の入居者の場合で居宅介護が必要な場合は、計画相談で、その必要性が明記されている場合は、市町村で支給決定できるように検討してほしい。

・従来のように、世話人、生活支援員が支援する場合と外部の居宅介護事業者と連携すること等により利用者の状態に応じた柔軟なサービス提供を行うことを検討（7.26.資料6 P10）とある。外部の居宅介護事業者には、法人、事業者内の別居宅介護事業者も含まれるようにしてほしい。この場合でも世話人の基準に加えて、入居者の関係性をコーディネートする生活支援員の配置も維持できるように検討してほしい。

○ 一元化後のグループホームの人員配置基準をどのように考えるか

・障害程度区分に応じた常勤換算時間数での配置基準を見直すべきである。障害程度区分と実際に必要な支援とそれに必要な人員配置は完全には連動していただきたいため、個別支援計画との連動による人員配置の実態を評価する報酬構造に改める必要がある。また、現状は常勤換算時間数での配置基準であることによって、事業所内での職員配置の柔軟な運用ができること等により、「質」を担保するという要素がおろそかになる側面がある。よって、全ての入居者の個別支援計画を総合的に踏まえた職員配置として正規職員をおく等の事業所の判断を評価する報酬構造を検討する時期ではないか。これによって、入居者の重度化、加齢に伴う変化等による援助の難しさや関係機関との連携等の課題に取り組みやすくなり、地域の社会資源としてのグループホームの機能が強化されると思われる。

・基本的には、現行のケアホーム部分の配置基準を引き下げる事はあってはならない。  
 しかし、グループホームにおいては世話人配置基準が4：1～10：1までとかなり基準に差があり、それが事業所の任意になってしまっているため利用する側からの観点からは、ある程度の質の担保の為に、4：1～6：1程度の幅とすべきである。

・外部の居宅介護事業者と連携する場合でも、障害支援区分に応じた支援員の配置基準（区分4以上の個別の居宅介護を利用する場合の基準 支援員の配置二分の一）も検討すべきである。

・障害者総合支援法が施行されケアホームからグループホームの一元化に関しては、入居者、家族、事業者には細かな、分かりやすい情報は流れてこなかった。多くの方が不安と心配をしている。一元化後も混乱しないように、現在の仕組みを大きく変えない事が必要である。また入居者へ検討会の論議情報も含めて分かりやすい情報提供をしていただきたい。

**表）当学会編『グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築』（2013.8）より**

**GHCHの人員配置基準の変化(2009.9→2012.10)**

指定事業の種類	2009調査(2009.9)					%	2012調査(2012.10)					%
	横計	人員配置(入居者:世話人)					横計	人員配置(入居者:世話人)				
		4:1	5:1	6:1	10:1	4:1		5:1	6:1	10:1		
グループホーム(共同生活援助)	100.0	36.7	18.7	33.1	11.5	100.0	43.9	23.6	21.2	11.4		
ケアホーム(共同生活介護)	100.0	54.5	19.1	26.4	—	100.0	48.0	27.6	24.4	—		
グループホーム・ケアホームを一体的に行う	100.0	43.3	27.5	29.2	—	100.0	44.8	26.3	28.9	—		
経過的給付(ホームヘルプ併給)の グループホーム(共同生活援助)	—	—	—	—	—	100.0	80.0	20.0	0.0	—		
経過的給付(ホームヘルプ併給)の ケアホーム(共同生活介護)	100.0	75.0	25.0	0.0	—	100.0	40.0	0.0	60.0	0.0		
経過的給付(ホームヘルプ併給)で グループホーム・ケアホームを一体的に行う	100.0	100.0	0.0	0.0	—	100.0	100.0	0.0	0.0	—		
グループホーム(地域移行型・共同生活援助)	100.0	53.8	26.9	15.4	3.8	100.0	50.0	25.0	25.0	—		
ケアホーム(地域移行型・共同生活介護)	100.0	57.1	14.3	28.6	—	100.0	50.0	25.0	25.0	—		
グループホーム・ケアホーム(地域移行型)を 一体的に行う	100.0	22.5	25.0	52.5	—	100.0	17.6	70.6	11.8	—		
	計	100.0	43.7	23.4	29.9	3.0	100.0	45.5	26.2	25.8	2.4	

注)なし・無回答を除く%。コンピュータで増数処理をしているため、横計の図表数値が100.0%にならない箇所がある。また、2009年の経過的給付(ホームヘルプ併給)グループホーム(共同生活援助)は数値なし。

・サービス管理責任者は、入居者30人に1人となっている。20人に1人に見直しすべきだ。

**表）当学会『グループホームにおけるサービス管理責任者のあり方及び育成の研修方法の研究』（2012.5）より**

図表【4】-6-4 サビ管の実際の担当入居者数と適正だと思う担当入居者数

適正	担当回数											
中位値	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	46-50	51-55	61-65	総計
1~5	31.0%	15.0%	2.6%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	9.7%
6~10	52.4%	56.7%	36.8%	17.6%	19.0%	10.6%	20.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	33.9%
11~15	0.0%	6.7%	28.9%	23.5%	9.5%	17.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13.6%
16~20	9.5%	8.3%	23.7%	29.4%	47.6%	42.6%	40.0%	16.7%	50.0%	0.0%	0.0%	24.1%
21~25	0.0%	0.0%	2.6%	5.9%	9.5%	8.5%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	3.9%
26~30	2.4%	1.7%	2.6%	2.9%	14.3%	10.6%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	5.4%
31~41	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.8%
-	4.8%	11.7%	2.6%	14.7%	0.0%	10.6%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	8.6%
<b>総計</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

注)一点破線で囲まれた部分は、担当入居者数と適正入居者数が30人以内(現行制度内)。

灰色の網掛け部分は、担当入居者数と適正入居者数がおおよそ一致している部分。

灰色の線の三角形で囲まれた部分は、担当入居者数が適正だと思う入居者数を上回っている部分。

○ 日中、夜間に支援が必要な入居者への支援体制をどのように考えるか。

・現状は、3日目からとなっている加算の算定基準は1日目からでも算定できるように見直すべきである。また、現状では通常は日中ホームにいない方が残った場合を想定している加算となっているが、高齢化や重度化の事を考えた場合には、必ずしも日中どこかに行かれる方ばかりではないため、本人の意思によってホームでの生活を希望される方に関しても加算の対象とすべきである。

・日中支援加算は、障害福祉サービス、就労などに体調不良などで欠席してグループホームに残る場合の加算であるが、重度・高齢者が増え、通院の付き添いなどが余儀ない場合や末期がん等による看取りの支援を行う場面もある。高齢化により日中活動が行えない場合に現行では就労支援の日中活動が主となっているため、グループホームのみで過ごすという場面は本人にとって非常に厳しい場面がある。また、介護保険のサービス(デイサービス等)においては要介護要支援がつかない場合も多く、こうした方々の日中の活動に必要な社会資源が圧倒的に不足している。さらに、重度・高齢の入居者が増え、多様な日中活動という視点で加算の対象を介護保険のサービス(デイサービス)、精神科デイサービス等にも広げる必要がある。

表) 当学会編『グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築』(2013.8)より

表) 予定外の休日の日数 (2012.10)

予定外の 休日日数	人数	(%)	(%)
0	14,858	78.2	—
1日以上あり	4,133	21.8	100.0
1	1,436	7.6	34.7
2	828	4.4	20.0
3	407	2.1	9.8
4	315	1.7	7.6
5	216	1.1	5.2
6	138	0.7	3.3
7	96	0.5	2.3
8	101	0.5	2.4
9	78	0.4	1.9
10～19	341	1.8	8.3
20以上	177	0.9	4.3
総計	18,991	100.0	—
総平均	1.0日		
1日以上ある人の平均	4.4日		

注) 不明を除く

表) 10月の予定外の休日の有無と休んだ理由

	n	%	無回答を除く% (N=7225)
20-1.所定内就労日や支給決定日数は全て就労・通所した	16,118	74.7	—
20-2.体調不良・通院・静（加齢のため以外）	2,657	12.3	71.8
20-3.加齢（高齢）のため	96	0.4	2.6
20-4.就職先が見つからない	45	0.2	1.2
20-5.通所サービスが見つからない	33	0.2	0.9
20-6.天候不良（台風等）	60	0.3	1.6
20-7.通いたくない	606	2.8	16.4
20-8.その他	618	2.9	16.7
無回答	1,761	8.2	—
不明	0	—	—
全体	21,582	100.0	—

表) 休日（予定通り・予定外）の日中の対応・支援をした職種と過ごし方 (2012.10)

	予定通りの休日		予定外の休日	
	人数	%	人数	%
入居者数	21,582	—	—	—
予定通りの休日があった入居者数	21,582	100.0	—	—
予定外の休日があった入居者数	—	—	5,464	25.3
対応・支援した職種	(N=21,582)		(N=5,464)	
19-1.世話人	13,462	62.4	2,490	45.6
19-2.生活支援員	10,322	47.8	1,630	29.8
19-3.サービス管理責任者	4,837	22.4	1,180	21.6
19-4.管理者	1,639	7.6	427	7.8
19-5.左記以外の法人職員	1,060	4.9	214	3.9
19-6.身体介護・重度訪問介護ヘルパー	212	1.0	32	0.6
19-7.移動支援・同行援護・ガイドヘルパー	2,043	9.5	81	1.5
19-8.行動援護	164	0.8	10	0.2
19-9.通院等介助	98	0.5	46	0.8
19-10.看護師	444	2.1	157	2.9
19-11.家族・親族	3,357	15.6	584	10.7
19-12.対応していない	2,686	12.4	489	8.9
無回答	1,041	4.8	1,400	25.6
休日の過ごし方	(N=21,582)		(N=5,464)	
18-1.ほぼ1日中ホームで過ごした	13,678	63.4	2,280	41.7
18-2.外出（通院以外）	13,778	63.8	1,194	21.9
18-3.通院	2,232	10.3	1,234	22.6
18-4.その他	3,472	16.1	726	13.3
無回答	1,627	7.5	1,529	28.0

・夜間支援に関しては、現在の加算のあり方は支援内容ではなく、人の配置の有無しか反映されていない為、夜間も直接支援をしている夜勤体制と、基本的には建物内に宿泊しているだけの宿直体制との違い等に関して報酬上評価出来る仕組みに見直すべきである。

・夜間支援体制は、宿直、当直、夜勤、夜間・早朝巡回等支援形態は様々であるが、障害程度区分と夜間支援員が見る人数によって加算は評価されている。障害の重い人、高齢者等の利用が増えて夜間支援が必要な入居者が増えてきている。実態調査では、4人以下のホームにも夜間支援の職員が勤務している場合もあるので、勤務実態に合わせた支援の評価が必要である。

・また小規模のグループホーム等では、事業所だけでは夜勤者を確保するのは非常に困難な面もあり、日中事業所の職員を兼務で当直にあたっている実態もある。

・個別の居宅介護の支給決定を受けている入居者に対して夜間及び深夜において支援員等が共同住居に常駐し必要な介護等を行った場合の加算の創設も検討する必要がある。

表) 当学会編『グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築』(2013.8)より

		24. 必要な夜間支援体制								
合計		共同生活住居内のリビング等に、物音等に気を配りながら、常時スタッフがいます。	共同生活住居内のスタッフ等に、常時スタッフがいます。	共同生活住居内に常時スタッフがいないが、定期的な見守り・声掛け等が必要である。	入居者からの電話に対応でき、何かあればすぐに駆けつけられるところにスタッフがいます。	入居者からの電話に対応できるスタッフがいます。(駆けつける必要はない)	緊通報システムがあれば、常時対応が必要なスタッフは必要ない。	夜間に必要な支援はない。	無回答	
事例調査 (3ページ)		③④⑤	③④	②	①	①	(①)			
全体	21582	10.9	24.3	17.6	22.0	7.0	7.4	7.7	3.2	
4. 障害程度区分	区分1	1587	1.8	10.8	16.7	30.6	11.5	14.0	11.2	3.5
	区分2	5068	4.3	17.5	20.6	28.5	9.6	8.1	8.6	2.8
	区分3	5257	8.3	27.7	21.8	23.6	5.1	4.9	5.6	2.9
	区分4	3089	17.8	40.5	18.1	13.7	2.3	2.6	2.8	2.3
	区分5	1576	31.8	47.0	12.4	4.8	0.6	1.1	0.8	1.5
	区分6	1051	48.4	42.1	5.1	1.0	0.5	0.4	0.8	1.7
	非該当	2233	1.3	5.0	15.2	25.4	14.2	18.0	18.0	2.8
未認定	1167	1.4	6.3	9.9	35.8	12.2	13.4	15.3	5.8	

表) 共同生活住居毎にみた夜間体制

夜間体制	夜勤 (常駐)		宿直 (常駐)		住み込み		巡回		緊急連絡		警備会社	
	夜勤あり	夜勤のみ	宿直あり	宿直のみ	住み込みあり	住み込みのみ	巡回あり	巡回のみ	緊急連絡あり	緊急連絡のみ	警備会社あり	警備会社のみ
%	12.8	10.2	27.4	22.2	5.5	3.9	13.5	7.1	28.2	17.8	14.3	4.7

○ 重度者や医療が必要な入居者への支援体制をどのように考えるか。

・グループホーム自体に上乘せする加算制度と、ヘルパー制度の利用の両方から状況に合わせて選択できる仕組みが必要である。

・実態調査の結果から、入院時の支援は多岐にわたっていることが分かった。また、長時間の付き添いが必要になるような場合もまれではないという実態もあった。入院時の支援は1対1での人員配置が必要であり、共同生活住居内での援助より以上の密な関わりが必要になる場合もある。よって、現状の入院時の加算では足りない場合もあるため、加算の制限を緩和し、実態に即した支援を評価できる仕組みにすべきである。

・通院の支援は、基本的に1対1の人員配置が必要であり、共同生活住居内での支援よりも密な関わりが必要となる。重度化、高齢化によって、通院回数が増えたり、通院する科が複数になるという実態がある。また、ガン等の重篤な疾病の入居者を支える難しい支援の実態もある。よって、その入居者の状況に応じて、必要な対応を取ったことを制限を設けずに評価する加算等の仕組みが必要である。同時に、通院等介助ヘルパーは、回数制限を撤廃する必要がある。

・医療に関しては、実質的に提供できる専門職の数が全く足りていないのが現在の状況の為、医行為自体の整理を行うと共に、研修制度による医的ケアの範囲の見直しが必要である。また、地域毎の医療と福祉の連携によるネットワークを構築し、往診や訪問看護システムの充実も必要である。

・専任の看護師を配置する場合、看護師配置加算の検討が必要である。

表) 当学会編『グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築』(2013.8) より

		11. 必要な医療ケア・医療的ケア																						
合計		11-1. 服薬管理 (麻薬の管理を除く)	11-2. 胃ろうによる栄養管理	11-3. 経鼻経管栄養	11-4. 吸引 (咽頭手前までの口腔内)	11-5. 吸引 (鼻腔)	11-6. 吸引 (咽頭より奥または気管切開)	11-7. 創傷処置	11-8. 浣腸	11-9. 排便	11-10. 褥瘡の処置 (I度II度)	11-11. 膀胱 (留置) カテーテルの管理	11-12. インスリン注射	11-13. 疼痛管理 (麻薬の使用なし)	11-14. 点滴	11-15. 人工肛門 (ストーマ) のケア	11-16. ネブライザー	11-17. 酸素療法 (酸素吸入)	11-18. 気管切開ケア	11-19. 人工呼吸の観察	11-20. 導尿	11-21. 人工透析	11-22. その他	なし・無回答
全体	21582	21.7	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	1.4	0.4	0.1	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.9	77.0
4. 障害程度区分	区分1	1587	13.9	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.7	84.8
	区分2	5068	18.9	0.2	0.0	0.1	0.0	0.9	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	80.2
	区分3	5257	25.3	0.1	0.0	0.2	0.0	1.6	0.2	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.5	73.8
	区分4	3089	27.5	0.2	0.0	0.1	0.0	2.0	0.7	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	1.0	71.0
	区分5	1576	31.4	0.1	0.0	0.2	0.1	3.4	0.6	0.1	0.3	0.3	0.2	0.3	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	1.6	66.8
	区分6	1051	36.4	1.1	0.2	1.1	0.4	3.4	4.5	1.4	0.2	0.6	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.7	0.2	1.5	59.5
	非該当	2233	11.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	88.0
未認定	1167	11.7	0.2	0.0	0.3	0.0	0.3	0.3	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	1.4	87.0	

ケアの種類	合計	実施者 (複数回答)															16無回答
		ホーム外			ホーム内												
		1通院	2通所先等	3本人	4医師	5訪問看護師	6看護士 (嘱託)	7看護士 (法人直接雇用)	8管理者	9サピ管	10話人	11生活支援者	12ホームヘルパー	13 5~9以外の法人の職員 (非医療職)	14親族	15その他	
1 服薬管理 (麻薬の管理を除く)	659	6.5	24.9	16.2	0.3	2.4	0.6	2.3	3.9	11.5	86.3	56.6	2.6	3.5	0.3	1.2	4.2
2 胃ろうによる栄養管理	10	0.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	70.0	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3 経鼻経管栄養	3	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3
4 吸引 (咽頭手前までの口腔内)	9	0.0	22.2	0.0	11.1	22.2	0.0	11.1	0.0	11.1	11.1	22.2	44.4	0.0	0.0	0.0	11.1
5 吸引 (鼻腔)	4	0.0	25.0	0.0	25.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	25.0
6 吸引 (咽頭より奥又は気管切開)	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7 創傷処置	42	0.0	7.1	7.1	0.0	0.0	4.8	0.0	9.5	2.4	14.3	73.8	61.9	0.0	0.0	2.4	0.0
8 浣腸	48	2.1	4.2	14.6	2.1	0.0	20.8	0.0	22.9	0.0	4.2	29.2	43.8	12.5	0.0	2.1	0.0
9 排便	15	6.7	13.3	0.0	0.0	33.3	0.0	13.3	13.3	6.7	6.7	33.3	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0
10 褥瘡の処置 (I度II度)	9	22.2	22.2	11.1	0.0	0.0	0.0	22.2	0.0	0.0	55.6	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1
11 膀胱 (留置) カテーテルの管理	15	20.0	13.3	20.0	0.0	13.3	0.0	26.7	0.0	0.0	53.3	46.7	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0
12 インスリン注射	47	4.3	12.8	66.0	0.0	0.0	0.0	4.3	0.0	4.3	25.5	12.8	2.1	0.0	2.1	0.0	6.4
13 疼痛管理 (麻薬の使用なし)	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
14 点滴	3	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3
15 人工肛門 (ストーマ) のケア	11	0.0	18.2	36.4	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	0.0	72.7	45.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
16 ネブライザー	7	14.3	0.0	0.0	14.3	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	42.9	14.3	0.0	0.0	0.0	14.3
17 酸素療法 (酸素吸入)	7	0.0	28.6	14.3	0.0	0.0	0.0	14.3	0.0	0.0	57.1	71.4	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0
18 気管切開ケア	1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
19 人工呼吸の観察	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20 導尿	15	6.7	26.7	20.0	0.0	26.7	0.0	13.3	6.7	0.0	13.3	33.3	6.7	0.0	6.7	0.0	6.7
21 人工透析	17	76.5	5.9	0.0	17.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.8
22 その他	20	10.0	25.0	5.0	0.0	5.0	0.0	10.0	5.0	5.0	65.0	40.0	0.0	5.0	0.0	0.0	5.0

○ サテライト型グループホームの利用者像・支援のあり方をどのように考えるか。

・行動障害が厳しく、より少人数の環境による支援が必要とされる方や、重症心身障害や医療行為のある方等、矯正施設等から地域生活へ移行する方等マンツーマンに近い形での支援が必要とされる方。これらケースの場合は個別の居宅介護も利用できるようにする。

・グループホームから一人暮らしを目指す方の利用に関しては、計画相談により有期限利用にしてはどうか

2. 規模・設備に関すること

○ 障害者の方が地域で生活する拠点として共同生活住居の規模をどのように考えるか

・「グループホームにおける入居者の生活は、基本的に個人生活であり、本人の希望により契約が継続する限り続くものである。その意味で仮の宿ではないことを関係者は銘記し、一市民の地域生活にふさわ

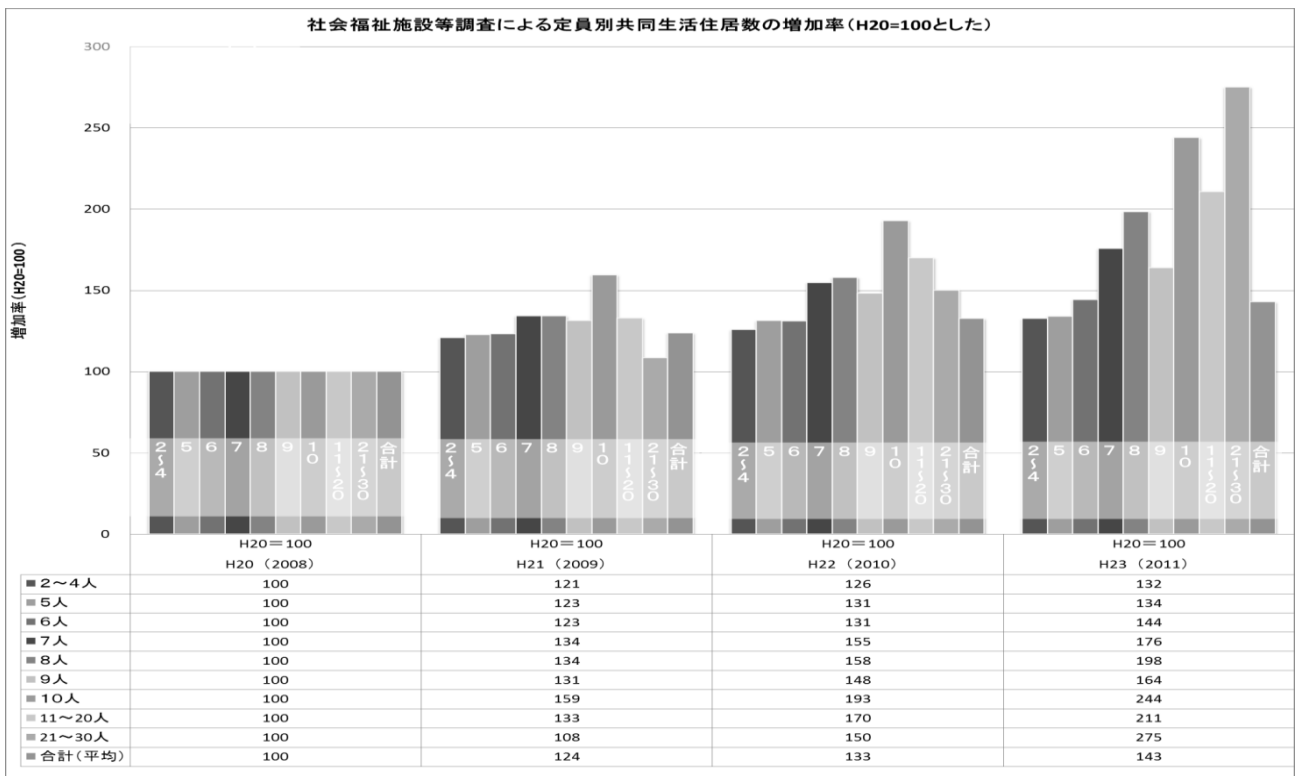


しく、プライバシーが確保され、一市民としてすべての権利が保障されるよう最大の配慮をしなければならない。」

「グループホームとして使用する住宅は、原則として一般住宅地内に位置し、その外観は一般の住宅と異なることのないよう配慮されていなければなりません。」「さらに、数箇所のグループホームがかたまるようなことは避けるべきです」

これは、厚生労働省の児童家庭局障害福祉課が出した「グループホームの制度化 設置・運営マニュアル」の中の一説である。グループホームは「地域の中で普通に暮らしたい」との障害者の方々の思いを実現するために誕生した経過がある。「地域の中にある」ことと、「入居者一人ひとりが普通の暮らしを実現する」ために、小規模であることが大切にされてきた。

しかし、自立支援法になりグループホームの大規模化が急速に進んでいる。大規模化による最大の弊害はご利用者の生活であり、地域におけるノマラーゼーションが確保された生活から遠くかけ離れるものとする。今一度、原点に立ち返り、グループホームは小規模のものに限定すべきと考える。



・ 総合福祉部会で論議した 4 人から 5 人の住居を基本とし、これに短期入所機能、体験入居機能を持たせる。



・1ユニットの基準を10人から6人に下げるべきで、2ユニット、3ユニットを認めないようにすべきでないか

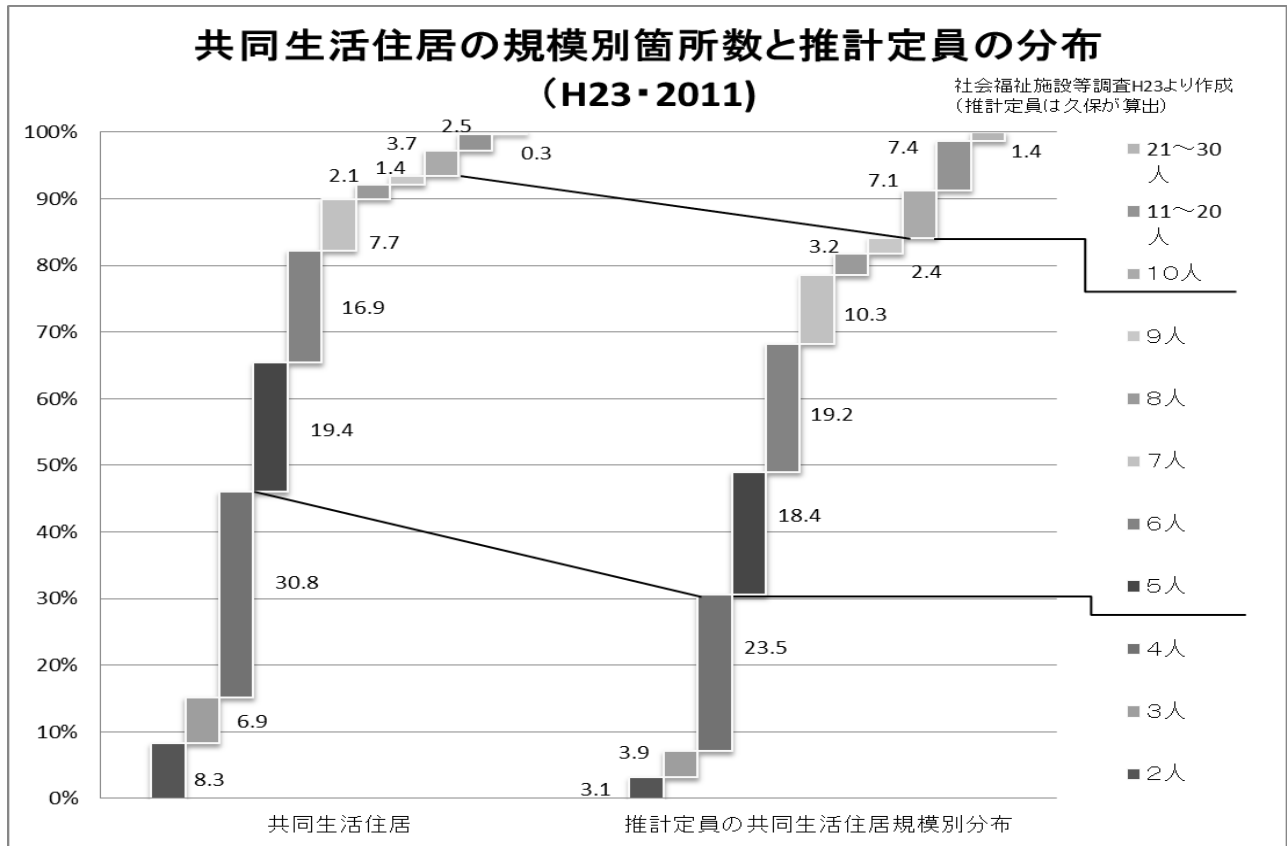


表) 当学会編『グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築』(2013.8) より

	合計	建物35 立地				
		住宅地	非住宅地	わからない	無回答	
全体	4202	78.5	11.0	3.8	1.1	5.6
建物6 入居定員						
2人定員以内	174	85.6	5.2	2.3	0.6	6.3
3人定員	203	86.2	8.9	2.0	0.0	3.0
4人定員	1294	82.9	8.8	3.0	0.5	4.8
5人定員	869	82.0	9.2	2.5	1.2	5.1
6人定員	646	79.4	11.6	3.9	1.1	4.0
7人定員	333	74.8	15.9	5.4	1.8	2.1
8人定員	124	76.6	8.1	7.3	2.4	5.6
9人定員	80	62.5	17.5	6.3	6.3	7.5
10人定員	162	61.7	24.7	9.3	1.2	3.1
11~20人定員	155	69.7	16.8	5.8	2.6	5.2
21~30人定員	60	41.7	30.0	13.3	5.0	10.0

	合計	全ての住居について視察・訪問	すべてではないが視察・訪問	視察・訪問されたことはない	無回答
1-18これまで自治体の共同生活住居の審査の方法として、実際の申請住居を視察・訪問されたことはあるか					
全体	1311	26.0	27.8	35.5	10.8
1-7GHCH共同生活住居定員別					
6人定員以下のみ	750	27.1	26.5	36.8	9.6
7人以上10人未満	318	25.2	31.1	35.2	8.5
10人定員を含む	112	26.8	25.0	36.6	11.6
11人以上あり	85	25.9	35.3	34.1	4.7

○ サテライト型グループホームの設備基準をどのように考えるべきか。

- ・共有スペースの有無などは通常の指定とは違い、設けない必要がある。
- ・戸建ての建物でも活用できるようにすべきである。
- ・消防法、建築基準法、バリアフリー法の対象外として建物を位置づけるべきであり。

### 3. その他

・建築基準法、消防法、都市計画法、バリアフリー法等、様々な法律によりグループホームの取り扱いがまちまちなため、グループホームの新規開設がなかなか出来なくなっているのが現状である。

前段に引用した設置・運営マニュアルの中には「住宅の形式、最低基準のようなものは決めません。そもそも地域生活援助事業（グループホーム）では、住宅の建築についての補助の対象にしておりませんので、基本的には自由な見地から「普通の生活」を送るのに最も適当な形のものを選択してください」とある。

このように、住宅を活用する事を前提としていたのがグループホームのはずです。これからの日本の社会においては戸建て住宅の有効活用は社会的にも必要とされていることだと思います。その弊害となっているグループホームの取り扱いについて、しっかりと関係各所と協議を行っていただきたい。

・地域主権一括法で指定基準等が自治体の判断になった。残念ながら国のグループホームの設置基準を緩和して、精神科病院、入所施設の敷地内でもグループホームの設置を認める自治体が出てきた。再考をしていただきたい。

#### ・住所地特例の見直し

居住地原則の特例としてグループホーム等は、所在地の支給決定等事務及び費用負担が過大とならないように当分の間の経過措置としているが、出身地での居宅介護の支給決定の格差、所在地での障害福祉サービスを平等に受けるためにも、グループホームの居住地特例は見直し、住所地原則に戻す時期ではないか

表) 当学会編『グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築』(2013.8) より

表) GHCH周辺の建物

事業所等	公道を挟んで並んでいるか、同じ並び		同一敷地内、隣接地	
	件数	(n=4202)	件数	(n=4202)
GHCH	457	10.9	630	15.0
通所系事業所	285	6.8	314	7.5
病院・診療所	195	4.6	116	2.8
入所系事務所	185	4.4	160	3.8
高齢者のGH	51	1.2	54	1.3
無回答	3319	79.0	3213	76.5

表) 当学会編『グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築』(2013.8) より

	合計	建物42 建築基準法上の用途は							
		住宅	共同住宅	寄宿舎	児童福祉施設等	その他	わからない	無回答	
全体	4202	43.6	24.7	9.6	2.1	2.7	9.8	7.5	
建物32 建物の種類	既存の戸建て・二戸イチ・長屋等の一般住宅	1685	72.3	8.0	5.8	0.4	1.2	8.3	4.0
	新築の戸建て・二戸イチ・長屋等一般住宅	210	43.8	23.3	18.6	1.9	0.5	5.7	6.2
	新築のGHCH専用戸建て住宅	648	22.5	27.6	25.5	6.6	2.9	9.0	5.9
	GHCHとその他の福祉事業が併設で専用に建てた（新築）	67	16.4	32.8	11.9	10.4	10.4	13.4	4.5
	その他の福祉事業と併設で既存の建物を転用	41	31.7	7.3	4.9	12.2	22.0	14.6	7.3
	元入所施設	25	4.0	20.0	8.0	16.0	16.0	24.0	12.0
	元通所寮	18	5.6	38.9	27.8	0.0	0.0	22.2	5.6
	元福祉ホーム	40	2.5	30.0	17.5	10.0	17.5	20.0	2.5
	元会社の社員寮等	112	17.9	34.8	17.0	0.0	4.5	16.1	9.8
	一般のワンルームマンションの複数住戸	85	14.1	62.4	2.4	0.0	1.2	16.5	3.5
	一般の10以外の集合住宅（マンション・アパート等）	566	17.0	59.5	1.2	0.0	2.1	14.0	6.2
	病院・診療所の一部からの転用	15	13.3	26.7	6.7	0.0	20.0	33.3	0.0
	その他の建物	145	21.4	33.8	11.7	2.8	10.3	13.1	6.9

## ○ 地域における居住支援についての論点

○ 障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」も見据えた、障害児・者の地域生活支援を更に推進する観点からのケアホームと統合した後のグループホーム、小規模入所施設等も含めた地域における居住の支援等の在り方について、どう考えるか。

・「親無き後」これは家族が一番心配する部分である。しかし、一方で利用される本人の意向とその家族の意向や支援者側の意向は必ずしも一致しない場合もある。本来、障害を持たれた方の居住のあり方の決定は本人自身がすべきであり、その為には選択肢を多く用意する必要があると考える。

高齢化したからここ、重度化したからここへと言うような形ではなく、本人が望む所で暮らし続けられるようにそれぞれのサービスを強化する必要があると考える。

それを踏まえたうえで、新たに「小規模入所施設」を設けるという方向に関しては、昭和50年代からのノーマライゼーション思想の普及による地域福祉への方向とは逆行する危険性があると考え。

・入居者の高齢化や重度な障害への対応で重要なのは、一人ひとりへの個別支援を充実させることである。グループホームにおける支援の安定的な提供を確保するとともに、各種ヘルパーや相談支援、日中支援等の各種障害サービスとの連携、地域の医療機関や訪問看護等との連携といった、地域資源の活用を通じて、高齢化・重度化に対応できる居住支援が可能になるのではないかと。また、単独型・併設型の短期入所事業をグループホームに併設させるとか、体験入居のスペースを確保するなどの工夫が必要である。

・新たな事業形態の創設に関しては、総合福祉部会の論議、障害者総合支援法の検討規定にある。新たな事業形態の見直しの論議の中で行われるもので、慎重に論議すべきでないか。特に入所施設の形態を見直すのであれば、入所施設のサテライト、入所施設からの地域移行計画も併せて論じる必要性がある。

**表）当学会編『グループホーム・ケアホーム一元化と多様な支援の構築』（2013.8）より**

		8. 入居者に最近見られる状態の変化や支援の変化												
		合計	8-1. 体力が低下した	8-2. 介護の必要が増した	8-3. 通院が増えた	8-4. 医療ケアが必要になった(増した)	8-5. 就労・通所日数が減少	8-6. 二次障害が出た・悪化した	8-7. 訪問リハビリ利用を開始(増加)	8-8. 訪問看護利用開始(増加)	8-9. 親・族へ連絡・確認事項の増加	8-10. 親の高齢化に伴う対応が増加	8-11. 最近特に変化はない	無回答
	全体	21582	16.5	6.8	9.8	3.7	3.1	1.8	0.2	0.7	5.8	4.1	58.5	11.3
1. 年齢	15～19歳	252	0.4	0.4	2.4	0.4	1.6	2.0	0.0	0.0	4.4	0.8	77.8	13.9
	20～24歳	1248	2.1	2.9	4.2	1.4	2.1	1.3	0.1	0.1	6.3	0.8	72.8	13.5
	25～29歳	1655	3.4	2.7	3.6	2.1	1.8	1.6	0.2	0.4	6.0	1.5	70.7	14.3
	30～34歳	2064	5.9	3.9	5.9	2.0	2.5	1.4	0.0	0.3	5.4	2.2	68.4	12.9
	35～39歳	2505	6.9	5.2	6.7	2.4	2.0	1.7	0.1	0.3	5.7	3.9	66.4	12.7
	40～44歳	2590	9.3	5.0	8.4	2.7	2.2	1.7	0.2	0.5	6.1	6.6	62.5	11.8
	45～49歳	2393	15.0	6.2	9.8	3.5	3.4	2.1	0.2	0.5	6.1	6.0	59.6	10.4
	50～54歳	2211	19.2	6.9	10.9	5.1	3.7	2.5	0.3	0.9	5.4	5.7	55.3	10.4
	55～59歳	2131	25.5	8.2	12.2	4.5	4.1	2.1	0.1	1.4	5.4	4.8	51.8	8.3
	60～64歳	2284	33.0	10.5	15.2	5.9	3.9	2.3	0.2	1.3	5.7	3.9	45.3	8.9
	65～69歳	1186	37.4	13.1	16.4	6.7	4.9	1.9	0.3	1.9	6.1	3.9	40.5	9.3
	70～74歳	515	48.9	19.8	21.6	7.0	5.8	1.4	0.2	0.6	5.4	2.5	34.4	3.7
75～80歳	189	56.6	21.7	29.6	8.5	3.7	1.6	0.0	0.5	4.2	4.2	28.0	4.8	
80歳以上	76	44.7	26.3	21.1	7.9	1.3	1.3	0.0	1.3	6.6	0.0	31.6	7.9	