

2005年10月14日

厚生労働大臣
尾辻 秀久 様

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 室 津 滋 樹

第28回社会保障審議会障害者部会「障害者自立支援法案について」 へのグループホーム学会の意見

10月5日の第28回社会保障審議会障害者部会に、提示された「障害者自立支援法案について」で新たに明らかにされたグループホームとケアホーム（以下、グループホーム等とします）に関する問題点について「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」の意見を申し上げます。

（1）グループホーム等の規模・立地等について

グループホーム等の規模・立地等については、社会保障審議会障害者部会の資料によると、グループホーム等の規模の問題、入所施設や病院の敷地内のグループホーム等について、事業者が利用者等に資金を求めてグループホーム等を新築することの3点について慎重にすべきという意見と必要性があるとの意見双方を並べています。その点についてのグループホーム学会の見解は以下の通りです。

グループホーム等の規模について

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。

厚労省案では、介護が必要な重度の障害者にも対応すること、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高く評価しています。しかし、その実現のために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。

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人が適切です。

グループホームの規模を考えると、暮らしという視点からの暮らしやすい規模と、介護、援助に係る費用という視点からの効率の良い規模があり、それは一致しないと思われれます。しかし、介護の効率性を中心に考えてきた結果、大規模施設が生まれてきたという歴史があり、再びその過ちを繰り返すことは許されません。暮らしという視点からの適正な規模を前提に、そこでの効率的な介護や援助の仕組みを考えるべきではないでしょうか。

社宅等の活用のため、大規模な（20名程度の）ホームまで認めるべきとの意見も紹介されていま

すが、社宅等を活用するとしても、私たちは1ユニットは5人、一つの建物に2ユニットが上限ではないかと思えます。20名までのホームを認めた場合、現在、20名定員の通勤寮や援護寮、福祉ホームなどがそのままグループホームに衣替えしてしまうのではないかと危惧を抱いています。通勤寮や援護寮の機能は必要だと思えますが、それがそのままグループホーム等になってしまうとグループホームの性格が曖昧になると思われまます。

入所施設や病院の敷地内のグループホーム等について

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。私たちは、「まちの中にあるのがグループホーム」だと考えています。精神病院の敷地内に「グループホーム」を作ったり、病棟を転用したものを「グループホーム」と呼べるのでしょうか。それをもって社会的入院の解消といえるのでしょうか。地域の人は、病院の敷地内にある「グループホーム」の入居者を自分の隣人と思うのでしょうか。入所施設の敷地内に「グループホーム」を新築して、地域移行と言えるのでしょうか。施設を出て、地域で暮らしたいという障害者の願いはこれで実現したといえるのでしょうか。住んでいる人も援助者も建物もそのまま、名前がグループホームに変わったからと言って、地域移行したと私たちは考えません。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。

事業者が利用者等に資金を求めてグループホーム等を新築すること

利用者や家族がお金を出し合い、グループホームを新築することを否定しませんが、その場合、きちんとしたルールを決めておく必要があります。資金を拠出することと、その家で生活することを分離しておくことが必要です。拠出した金額に応じて家賃収入を受け取るという関係で整理すべきだと思います。

(2) 身体障害者に係るグループホームについて

部会資料では、身体障害者に係るグループホームについても、慎重にすべきという意見と必要性があるとの意見を並べています。

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等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まます。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や高次脳機能障害などは、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る場合が多くあります。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3障害共通のサービスとすべきです。

又、長く療護施設等に入所していた場合や、社会的経験の機会を奪われてきた人たちが、地域での暮らしを始める場合、グループホームという住まいは大変有効です。グループホーム等での暮らしを希望する身体障害者の選択肢を奪うべきではありません。

しかし、必要があるとの意見の中の、極めて重度の障害者に対して、効率的な処遇ができるということでグループホーム等が必要とする立場には、私たちは反対です。効率的な処遇のために集団化するという発想は大変危険です。私たちはあくまでも、グループホームの生活を希望する身体障害者が、その希望を実現するための制度とすべきであると考えまます。

(3) 日払い制について

部会の資料では、入所施設、通所施設共に日払い方式に改めるとしており、グループホーム等に関しても現在の月払いから日払いに変更するよう検討していると推測しております。通所の場合は、日払いに改めるにあたって、定員の考え方を柔軟化するとしていますが、個室であるグループホーム等では、定員は柔軟にはなりません。グループホーム等では、入居者がいても居なくても、食事の提供をはじめサービスを提供できる体制は維持し続けているので、日払いとなると、大きな打撃を受けることとなります。また、入院するとなると、病院から付き添いを求められることも多く、また、入院生活に必要な身の回り品の買い物や洗濯、病院との入院中の処遇の折衝などが必要になってきます。環境が変わってしまうことのとまどい、入院生活への不安、同室の患者さんとのトラブルや、病院スタッフとのトラブルへの対応などが必要になることもあります。病院で付き添いつつ、グループホームを維持するという大変厳しい状態となります。人手が多く必要になるのに、日払いだと入院していてグループホームには居ないということで給付はなくなってしまいます。

特に、精神科入院については、病院との連絡、定期的な面会、入院中の家族との連絡調整、退院へ向けての調整など業務は多岐にわたります。グループホーム側の動きがあれば、本人の症状の落ち着きも早く、グループホームでの暮らしの再開が楽になります。

入院が長期化したり、入退院を繰り返す状態になると、グループホームの運営は厳しい状態に追い込まれてしまいます。入院中にグループホームを退居することになると、退院しても居住の場がなく、新たな社会的入院を生み出しかねません。

入退院を繰り返す様な精神障害者の入居が困難な仕組みで本当に退院は促進できるのでしょうか。

(4) サービスの質の確保について

サービスの質を確保するために、サービス管理責任者をおくこと、個別支援計画の策定を義務化するとしています。また、個別支援計画は初期状態像の把握、到達目標の設定、目標を達成するためのプログラムの作成、継続的評価という内容になっています。

グループホーム等は、あくまでも一人一人の暮らしの場であり、到達目標の設定や、目標達成のためのプログラムの作成などは基本的には必要ありません。一人一人の入居者が主体となる暮らしを継続するために、アセスメントや個別支援計画は必要ですが、部会資料で示された個別支援計画では、グループホーム等は訓練の場となってしまいます。

また、サービスの管理責任者が、入居者の管理者とならないようにしなければなりません。その意味でもグループホーム等における管理責任者は大変重要です。管理責任者は原則専任とし、資格を定め、研修を義務づけるべきです。管理責任者の役割、資格や研修方法、個別支援計画の内容等について、グループホーム入居者や関係者、又私たちグループホーム学会関係者とも十分協議しながら具体化していただきたいと思います。