

第②章

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

I 調査目的および調査方法

II 調査結果と考察

III 訪問調査事例シート

IV 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表

I 調査目的および調査方法

1 目的

グループホーム・ケアホーム（以下、グループホーム等とする）において、重度化、高齢化を含め多様化した入居者の実態と対応の実際を調査することをとおして、制度変更の検討に資する資料を提供することをめざし、「一人ひとりの、多様で、普通の暮らし」を実現するための制度的な課題を検討する。

2 方法

（1）着眼点の設定と事例抽出の際の勘案事項

まず初めに、想定される制度変更の方向性等を踏まえ、次の5つの着眼点を設定した。

- ① 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
- ② 日中グループホーム等で過ごす入居者への支援
- ③ 夜間（主として入居者が通常就寝している時間帯）の支援
- ④ 医療の必要な方への支援
- ⑤ 入居者の高齢化に対応した支援

これらの着眼点毎に、次の事項に該当するグループホーム等を、調査実施主体関係者のネットワークを用いて機縁法により抽出することとした。

なお、調査の目的にそって、支援の困難さや制度的課題等が含まれると思われる事例を抽出したため、この調査によって示される結果は、グループホーム等における支援の実態の標準を表すものではない。

①【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】の着眼点については、主たる入居者が身体障害、知的障害、精神障害のグループホーム等のいずれについても、a. 同一法人の居宅介護事業所から派遣されている場合、b. 他法人から派遣されている場合の両方の事例が含まれるよう意図して抽出した。なお、重症心身障害の入居者がいるグループホーム等についても、可能であれば含めることとした。

また、経過的居宅介護利用型共同生活介護事業については、可能な限りの事例数を確保することを意図して収集することとした。

②【日中グループホーム等で過ごす入居者への支援】の着眼点については、主たる利用者が身体障害、知的障害、精神障害のグループホーム等のいずれについても、a. 高齢による体力低下などを理由とする場合、b. 高齢化以外の理由による場合を特に想定して、様々な理由が含

まれる事例を収集するように意図して抽出した。なお、重症心身障害の入居者がいるグループホーム等についても、可能であれば含めることとした。

③【夜間（主として入居者が通常就寝している時間帯）の支援】の着眼点については、主たる入居者が身体障害、知的障害、精神障害のグループホーム等が含まれ、かつ、a.夜間の支援において身体介護を必要とする場合、b.行動障害等があって密な見守りを必要とする場合、c.夜間に支援者を配置したいができない場合や電話連絡対応をしている場合が含まれるように意図して抽出した。なお、重症心身障害の入居者がいるグループホーム等についても、可能であれば含めることとした。

④【医療の必要な方への支援】の着眼点については、a.入院時の支援 b.通院時の支援 c.訪問医療の利用支援 d.医療的ケアの提供、のいずれか1つ以上を提供した実績があるグループホーム等で、全体として主たる入居者が身体障害、知的障害、精神障害、重症心身障害のグループホーム等が含まれるように意図して抽出した。

⑤【入居者の高齢化に対応した支援】の着眼点については、入居者の中に、高齢化による支援上の課題がある方を想定した。なお、この際、入居者の年齢の基準は設けず、加齢に伴う変化による支援上の課題を含むものとした。なお、重症心身障害の入居者がいるグループホーム等についても、可能であれば含めることとした。

（2）対象・回答数・実施方法

【質問紙調査】

上記の勘案事項に該当し、事前に連絡して調査協力についての了解が得られた52件のグループホーム等に質問紙（アンケート、入居者一覧表、援助者一覧表）を送付し、47件から回答を得た。事例の単位は、原則として1つの共同生活住居としたが、複数の共同生活住居を一体的に運営している場合など、事例として細分化できないと判断した場合は複数の共同生活住居を一事例として取り扱い、分析対象とした。

【訪問聞き取り調査】

次に、検討委員会において、質問紙に回答のあった事例のうち、上記の着眼点に該当する項目が多いか調査目的に特に適合すると思われる24件を抽出し、これらに対して訪問による聞き取り調査の対象とした。

訪問は、2名あるいは3名の調査員が、事前にアポイントメントを取って訪問し、グループホーム等の責任者か、中心的に運営と支援を担っている職員を対象に聞き取り調査を実施した。聞き取り項目は、以下の項目を中心に、グループホーム等における支援全般に関する事項である。

- ・グループホーム等における援助の実情と課題
- ・加算や報酬単価、人件費等の実情

- ・入居者がヘルパーを利用している場合の利用実態について
- ・制度の運用にあたっての問題点

聞き取り内容は、聞き取り中ノートに記録し、聞き取り終了後に事例シートに整理した。また、後日、調査対象者に事例シートを送り、内容についての了承を得ている。そして、この事例シートを主な分析対象として採用した。

(3) 分析方法

質問紙調査で 47 事例分の回答を得た記載内容（アンケート、入居者一覧表、援助者一覧表）と、24 事例の訪問聞き取り調査結果（訪問調査事例シート）と訪問時に得た情報のメモ等を分析に用いるデータとした。5 つの着眼点に該当するデータを含んだ事例数は下記の通りであった。

- ① 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（30 事例）
- ② 日中グループホーム等で過ごす入居者への支援（45 事例）
- ③ 夜間（主として入居者が通常就寝している時間帯）の支援（43 事例）
- ④ 医療の必要な方への支援（47 事例）
- ⑤ 入居者の高齢化に対応した支援（40 事例）

結果の示し方としては、「結果」「分析」「考察」に分けて次の通り記載した。

「結果」……調査目的により重要と思われるデータの列挙、データの要約的解釈、
データの分類によって設定したカテゴリーとの関連でのデータの解釈

「分析」……結果の総括的な説明、結果の補足説明

「考察」……調査目的との関連で、調査結果がどのような意味を持つのかに関する調査主体としての見解

なお、24 事例の訪問調査事例シート及び質問紙調査様式は 168 頁に掲載した。

用語の定義

「ホーム職員」…サービス管理責任者、生活支援員、世話人を含んで、雇用形態の区別なく全てのスタッフを一括して示す際に用いた。

「夜間支援」…入居者が通常就寝している時間帯を含む夜間の支援

「高齢化」…加齢に伴うと思われる変化（実年齢を基準とするものではない）

II 調査結果と考察

質問紙調査と聞き取り調査から、主として5つの着眼点別に、実態を整理し、制度的課題等の考察を行った。文中の事例番号は、訪問調査事例シートの事例番号を示している。

また、5つの着眼点に加えて、「共有スペース(居間)の活用実態と必要性」に関して6に示した。さらに、質問紙調査の自由記述を元に、「特に支援・対応が難しいと感じるケース」、「入居者の思いや希望を実現するために、今後の課題と感じている点」を7にまとめた。最後に8として、その他の観点からの考察を別項目立てにして加えた。

1 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

<結果・分析>

(1) 共同生活住居内でヘルパーを利用する必要性

1) 共同生活住居内でのヘルパーの必要性

共同生活住居内でヘルパーを利用する必要性については、全体として「個別支援をするためにはホーム職員では不足するから」という理由であった。

① 「個別支援をするために必要」とはどのようなことか

- ・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
- ・複数名で過ごすこと(暮らすこと)にストレスを感じる(不安定になる等)入居者にとって必要(特に重度の自閉症の方)
- ・その入居者の日常生活に必要な最低限のことを、通常の暮らしと同程度に円滑に行うために必要(特に重度の身体障害、重症心身障害、自閉症の方。医療支援の必要性が高い方、関われる人が限定される方の場合、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)
- ・入居者の余暇、楽しみ、自分らしい暮らしの実現のため

② 援助者の人数を増やす必要があるための不足

- ・同じ時間帯に援助が集中する場合、複数名の援助者が必要になり、不足する
- ・入浴など限定した内容について、入居者1人に1人の援助者がつく必要があり(2人の援助者が必要な場合もある)、その際、ホームとしては不足する

③ 課題と認識されていること

- ・障害程度区分が3以下でも、ヘルパー利用の必要性がある人がいる。

例：精神障害で活動性と意欲が低下しており、ほとんど入浴できず、1 人での入浴は危険が伴うが、職員は介護の専門性がなく対応が難しい。

例：体幹機能障害のため ADL 全面に介助が必要で、誤嚥しやすく刻み食にして見守りが必要な方の障害程度区分が 3 と判定された。

- ・自治体の判断で、障害程度区分 4 以上でも、ケアホーム入居者には支給決定されないケースがある。

2) ヘルパーを利用することで確保する支援体制の在り方とヘルパー類型

- a.夜間も含めて入居者 1 人に 1 人の援助者がつく（事例 13、15、22）
- b.入居者の活動時間帯は 1 人に 1 人の援助者がつく（事例 6、18、23）
- c.時間帯によって援助者の増員をする
- d.支援内容に応じて、必要な援助者をつける

a と b は、至近距離での密度の濃い見守りが必要な入居者。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場合に可能になる体制。

c は、身体介護ヘルパーで特定の入居者が特定の支援内容について利用する場合と、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支給決定を受けている入居者の支援をする工夫があった。

d は同性介助を保障するためにヘルパーを使う場合も含まれる。

<分析>

現在の職員配置基準は「人数」ではなく「常勤換算の時間数」になっている。ホームにおける援助の特徴として、同じ時間帯に複数の援助者が必要になる場合があるが、その際に、「全て時間数で働く非常勤形態の援助者にして人数を増やすとしても、足りない」ということが言えるかどうかは今回の調査では明らかではない。しかし、特に障害の重い入居者がいるホームでは、正規職員が柱となる体制をとっている事例が複数あった。（事例 2、3、16、21）

このことから、非常勤化を進めて最大限の人数を確保することと、援助の質を保つことは両立しない可能性が伺える。個々の入居者に必要な「支援の厚み」を確保するために「非常勤援助者」を増やすかどうかは各ホームの状況と運営者の判断となるが、障害の重い入居者が多いホームほど「援助の質」という観点から援助者の非常勤化には限界があり、そのため、人数を確保するためには、ケアホームの報酬以外の人件費による外部サービスであるヘルパーが必要になるという側面がある。

また、ヘルパーを利用すると、一切ホーム職員の関与が必要なくなる、というものではない。ヘルパーの力量が充分でなければホーム職員の教育的関わりが必要であるし、ヘルパーの力量が充分であったとしても、入浴介助などでは随所にホーム職員の手が必要な場合もある。

また、障害程度区分が低く出がちであると言われる精神障害の方でも、高齢化や活動性の低下等によって入浴等の身体介助ヘルパーが使えれば支援の充実につながるという趣旨の回答もあった。

(2) ヘルパーとの協働

- a.入居者の意思や希望を把握し、ヘルパーに伝える（＊）
- b.日常の入居者の状態・変化を把握し、判断に基づいてヘルパーに指示を出す（＊）
- c.入居者の障害特性と個性に応じた支援ができるよう、ヘルパーとの話し合いを含めた緊密な連携（＊）
- d.ヘルパー事業所のサービス提供責任者等との連携の中で、支援方針、支援方法の共通理解をつくる

ヘルパーとの協働においては、ホーム職員がかなりの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。特に上から3つ（a.b.c）については、ヘルパーの人数が増えれば増えるほど業務量が増える性質のものである。

また、意思の表出が難しい入居者等がヘルパーを利用する際には、「自分の意志や希望をヘルパーに伝えること」が難しい場合が少なくない。そのような場合に、それをきちんと伝える支援をホーム職員が行っている。さらにホーム職員は、ヘルパーの支援をその場で見て確認し、必要があれば話し合い、サービス提供責任者等に伝えるなど、随時、ヘルパーが入居者の特性と個性を活かす支援を提供できるような働きかけをしている。

<分析>

ホーム職員にも非常勤を含めて様々な立場があるが、ここではサービス管理責任者を含むリーダー的なホーム職員の役割について、結果から見えてきたことをまとめる。

支援方針などの大きな枠組みについてはヘルパー事業所のサービス提供責任者を通じた組織的な連携でもあるが、日々の微妙な状況変化など、逐一タイムリーにヘルパーに伝えることも重要になってくる。近くで継続的に入居者と接するホーム職員は、時間をかけて築いた入居者との関係の中で、意思や希望をくみ取り、かつ、日々変化する体調や心理的な変化も把握し、ヘルパーに伝達する。

ヘルパーの教育育成は、一義的にはヘルパー事業所の役割であるが、「そのホームのその入居者に関する支援」については、ホーム職員が最も把握しており、その適切な提供については、ホーム職員が現場で指示、指導している現実がある。入居者本人がヘルパーに伝えるのを支援しつつ、それだけでは不十分な伝達はホーム職員が担っている。それは一方的に伝えるのではなく、ヘルパー側の価値観や考え方とのすり合わせのために時間をかけている。

これらのコーディネーター的業務は、関わるヘルパー数が増えれば増えるほど増大する性質のものであると思われる。多くの援助者の質を一定に保ち、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リーダー的なホーム職員が担っている実践がある。

(3) ヘルパー事業所との関係

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 1 つの特定の事業所を主として利用していた。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。

同一法人のヘルパー事業所からの派遣を受けているところが多かったが、別法人の事業所からの派遣を受けている事例でも、関係の深い法人の事業所である場合が多かった。

全くつながりが無かった事業所から派遣を受けている事例もあったが、同じヘルパーを固定して派遣してくれる等の理解ある対応をしてくれるヘルパー事業所であった。(事例 2)

①同一法人（関係の深い法人）のヘルパーを利用する理由

- ・急な依頼やキャンセル、短時間の派遣などにも対応してもらえる。
- ・ホーム職員がヘルパーも兼務し、時間帯で支援者が細切れに変わるとデメリットがある入居者に連続して支援できる。
- ・共通の理念、障害特性を理解したヘルパーなので、安心して利用でき、連携が取りやすい。
- ・ホームの運営費の赤字を補うことができる。
- ・行動援護のヘルパー、重度訪問介護のヘルパーを派遣できる事業所が他にない。

②別法人のヘルパーを利用する理由

- ・同一法人のヘルパーでは不足する場合に利用する
- ・1 人の入居者に対して複数の法人が関わることが望ましい

<分析>

今回の調査では、すべての事例が 1 つの特定の事業所のヘルパーを主として利用していた。ホームと同一法人や関係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だったが、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、そ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、入居者の障害特性を理解したヘルパーが継続的に関わるのが可能となり、支援の質を担保している実践があった。

一方で、一法人だけが関わることの弊害も懸念されている。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。

(4) 経過的居宅介護利用型ホーム

経過的居宅介護利用型共同生活介護事業所のホーム 2 事例を調査した結果、その実態については以下の特徴があった。

① 利点

- ・障害程度区分とは関係なくヘルパーを利用することができるため、個別に援助者がつく時間を確保しやすい

② 特徴

- ・ヘルパーが数十名関わっているところもあった（最大1ホームあたり20名以上/1ヶ月）
- ・ヘルパーとの協働に関する業務（連絡、調整、指導、情報共有等）が多い。

③ 運営を支える要素

- ・法人が共同生活介護事業所も運営していて、主としてその事業所からのヘルパー派遣を受けている。
- ・法人規模が大きく、多数の事業所を運営しているので、ホームの赤字を補填できる。

④ 財政的実態

- ・単価が低いため、ホームの運営は赤字
- ・新体系定着支援事業（従前額9割保障）があるのでなんとか存続できている

<分析>

経過的居宅介護利用型ホームは、ホームの報酬が少なく（140単位/1入居者）、最大限にヘルパーを活用して支援体制を組み立てる性質を持っている。障害程度区分とは関係なく、ヘルパーを利用することができる。

この事業形態を成立させるためには、相当程度のヘルパーが支給決定されていることと、それを担い得るヘルパー人材がいることが最低限必要である。調査した2事例は同一法人でヘルパー事業所も運営しており、日中の生活介護等他事業も運営する法人であるがゆえに、ホームの運営の赤字を補うことができていること、また現時点では従前額9割保障があるために運営が可能であることが分かった。

<考察>

（1）ヘルパー利用の必要性和「不足」の意味するもの

調査結果からは、共同生活住居内でヘルパーを利用する必要性について、ホーム職員だけでは各入居者個別に必要な支援が充足できない、という点が浮かび上がってくる。グループホーム等においても、個別の支援を提供することが意図されていると思われるが、その報酬体系は入居者1人1人の必要な支援の量を積み上げるというよりは、障害程度区分と配置職員数に応じたものになっており、個々のニーズを充足するだけの職員配置ができるようには設計されていない。そのため、現時点では、個別支援をおこなうためのヘルパーが不可欠となる。

そこで問題となるのは、援助者数が不足するからヘルパーを利用しているのに、ヘルパーを利用すると報酬単価が減額されることと、障害程度区分によって支給決定を受けられないことである。ヘルパーの必要性は、1対1での支援が必要な場面（支援内容）があるかどうかで判断されるべきなので、標準的な支援の必要量によって決められる障害程度区分とは連動しない場合がある。

ヘルパーがどれだけ関わっても、外部事業所のヘルパーに適切な支援を提供してもらえる下地作りのための仕事は欠かせない。ホーム職員は、身近で継続的に関わって入居者と関係をつくりつつ、必要なあらゆる社会資源を駆使して、入居者の生活と人生の基盤を整えていく際のキーマンとして必要なことは変わらない。

聞き取り調査において、「ヘルパーは日々の生活を支援し、ホーム職員は数年後のその人の状況を考えながら支援している」という趣旨のお話を伺った。このことは、ホーム職員の役割の本質を的確に言い表しているのではないだろうか。障害程度区分とは関係なく全ての入居者が必要に応じてヘルパーを利用できる形態のグループホーム等を想定する際には、このようなホーム職員の役割を遂行できるだけの人的配置が必要となる。

(3) 共同生活住居内でヘルパーを利用しない体制を想定した場合のメリット、デメリット

もし仮に、個々の入居者の必要を充足するだけの単価が保障され、ホーム運営に必要な正規職員も配置したうえで、人数も確保できるとすれば、すべての人件費をホームにつけた方が良いのか否か。この点は、自閉症を伴う入居者等、関わることができる人が非常に限定され、連続した支援が特に求められる場合にはメリットがあると思われる。ただし、報酬単価が不足すれば、個別支援は成り立たず、用意された暮らし、管理された暮らしになってしまう危険性が大いにある。

一方で、入居者の状態や暮らしは変化していくという前提を踏まえると、ヘルパー制度の活用は、状態の変化への対応や、他のホームへの引っ越しなどの際に、柔軟に援助量を増減しやすいという利点がある。多くの職員がいる法人であれば入居者の変化に応じた人材の配置をある程度柔軟に行えるかもしれないが、職員数が少ない法人であるとそれは難しいので、ヘルパーという外部サービスを使えないと、変化への対応が難しくなることが予想され、通常の家、暮らしの場としては必須の「柔軟性」に欠ける体制となる懸念がある。住まいの場と援助が完全に一体になっている仕組みでよいのか、慎重な検討が必要である。

また一事業所のみが支援を提供する体制は、権利擁護の視点からのリスクがある。このために、入居者への虐待を防止したり、不適切な対応を是正したりするための実効性のある方策も不可欠である。

2 日中グループホーム等で過ごす入居者への支援

<結果>

グループホーム制度は、もともと昼間は就労や通所をしていることを前提として夜間から朝の生活を支援するものとして作られてきた経過があるが、入居者が昼間ホームに残っているという状況はどのようなものか、それに対してどのような対応がなされているのかを調査した。

平日の昼間（通常通所先へ通うことが前提とされる時間帯）に通わない場合と、土日祝日等の昼間の支援に分けて実態を整理し、日中支援加算に関する課題をまとめると次のようになった。

(1) 平日の昼間（通常通所先へ通うことが前提とされる時間帯）に通わない場合

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

- ・ 体調不良、退院後の安静が必要な時
- ・ 高齢あるいは障害が重度の場合、毎日通うのは体力的に難しいので、休息して体調を整えるため
- ・ 障害特性等により、精神的に不安定で通所できない
- ・ 昼夜逆転していて起きられない
- ・ 体温調節が難しいため、暑すぎる日や寒すぎる日には通えない

② 本人の希望、判断による場合

- ・ 求職活動、退居先探し等やるべきことがある
- ・ 買い物をする
- ・ 行きたくない、行く意義を見いだせない
- ・ 自由に過ごしたい
- ・ 悪天候

③ 通所先の都合

- ・ 悪天候による通所先の閉鎖（台風など）
- ・ 感染症流行による通所先の閉鎖（インフルエンザなど）
- ・ 旅行や外出行事があり当日本人は参加できない場合
- ・ 休日に通所先の行事等があり、その振替え代休日として平日が休みになる場合

④ 利用できる通所先がない

- ・ 日中活動の場への移動の手段がない（行けない）
- ・ 自立訓練の期限が切れた人にあう次の通所先がない
- ・ 高齢の方や医療的ケアが必要な方は、日中の集団での活動に馴染まない場合がある

⑤ 送迎がなく、通えない

- ・通所先で送迎をしておらず、グループホーム等でも送迎の体制を確保できない
- ・元々は一人で通所していた方が、高齢になり一人では交通機関を利用して通えなくなった

⑥ 通院する

⑦ 訪問系のサービスを利用するために休むあるいは早退する(平日の日中の方が受けやすい)

- ・訪問リハビリ
- ・訪問看護
- ・往診
- ・ヘルパーを利用して入浴等

2) 誰が対応するか

① 予定にはなく前もっての対応ができない場合

- ・生活支援員や世話人等の前日からの夜勤者が超過勤務で対応する、夜勤者が早く出勤して対応する
- ・サービス管理責任者
- ・ヘルパーを利用
- ・日中活動などの他事業所の職員

② 定期的あるいは日常的に日中支援が必要な場合

- ・日勤者を配置する、増やす
- ・ヘルパーを利用する
- ・ボランティア(食事、手芸等の余暇活動の提供)を利用する

3) 対応における課題

- ・急な勤務時間変更で対応する以外になく、24時間以上の連続勤務になる
- ・急に何人もの入居者が残ると、十分な職員配置ができない
- ・急な時にはヘルパーが見つからない

<分析>

個別支援計画上の通所先を休む場合は、体調不良や障害特性からの状態悪化など特に常時付き添っての支援を要する場合が多い。この場合は緊急の対応を取ることになり、手厚い援助を必要とする場合が多いため、職員による超過勤務などの負担が生じる。職員数の多い法人であれば、他事業所の応援が可能だったり、ホーム数が多く事業所の職員数が多ければやりくりがしやすくなる側面はあるが、職員数が少なかったり、又は関われる(支援できる)人材が限られる場合(障害特性の入居者のホーム)などは、それも難しい。

入居者の暮らしの場であるグループホーム等は、このような事態への対応を避けて通るわけにはいかず、職員への過度な負担が生じている。予定にない事態にはヘルパーを使うことは実際には難しい(手配できない)こともあり、現状では加算の要件に該当しない個別ヘルパー利用型の入居者についても、ホーム職員が対応している実態がある。

また本人の状態とは関係なく、日中活動等の他の社会資源の在り方によって、グループホーム等が日中に支援をする必要が生じている実態もある。悪天候や感染症流行によって日中活動

の場が閉鎖される場合もあり、当然、その際には暮らしの場であるグループホーム等が日中の支援を担うこととなっている。

さらに、本人の状態や意向に合った支援を提供できる通所先がない場合や、送迎の手段が確保できない場合、訪問系のサービスを利用する場合など、社会資源の都合に合わせる形で、グループホーム等での昼間の対応が必要となっている。

一方で、元々毎日通所しないという計画は、障害特性（集団がなじまない等）や、高齢化重度化による体力低下等を考えると、当然起こりうることである。その際に現状では、ヘルパーを利用できる場合にはヘルパーが対応する場合もあるが、ホーム職員の配置時間を延ばすなどの対応がとられている場合もある。

いずれも、社会資源の制約をふまえて、それに応じた対応をグループホーム等が行っている現実がある。「主として夕方から翌朝までの支援提供」という前提では到底おさまりきらない性質の支援提供がなされている実態があった。

（２） 土日・祝日の昼間の支援

1) 誰が対応するか

- ・生活支援員、世話人
- ・ガイドヘルパー
- ・ガイドボランティア
- ・食事作りボランティア
- ・実家（帰省する）

2) 対応における現状と課題

①ホームの援助者による対応の課題

- ・職員配置が充分できず、食事や入浴等の最低限の援助の提供しかできない
- ・土日は平日以上に人材確保が難しく、個別のニーズに対応できるだけの配置ができない

②ヘルパー等の外部人材利用に関して

- ・ガイドボランティア、ガイドヘルパーの人材が不足している
- ・ガイドヘルパーの事業所が少ない
- ・移動支援を使うと交通費やヘルパー経費等の本人負担が大きくなる
- ・人材不足で関わるヘルパーが限定されるので、そのヘルパーに可能な外出に限られることもあり、活動がワンパターンになりがち
- ・外出の場合は、相談できる介助者が近くにいない1対1の援助であることが多いため、ある程度その入居者のことが分かっていないと任せられないことが多く、ガイドヘルパーを増やすのには時間がかかる。

3) 通所先などとの連携

- ・土日にも生活介護の場所を開放して余暇プログラムをしており、参加している
- ・法人内の別事業所で、余暇のプログラムを提供しており、希望者は参加している。

<分析>

土日・祝日の日中は、のんびり過ごしたい人にはホーム内で必要な介助や見守りを行い、余暇を楽しみたいという人にはそれぞれの余暇の過ごし方を支援する必要がある。画一的ではない休みの日の過ごし方の支援は、それに対応できる複数のホーム職員を配置できないことや、ヘルパー等の外部人材も確保できないという理由で難しいという声が多かった。

休みの日にホームで過ごすことは、入居者の希望であればそれを実現させる体制を取るべきであるが、「1人だけでもホームに残るとホームに世話人を置くことが必要なので遠慮して出かける入居者がいる」という趣旨の回答もあったことから、実際は、入居者が土日に自分の過ごし方を選ぶこともできにくい状況があることが分かる。

また、ガイドヘルパーを利用して外出するということが十分にできれば、それを希望する人たちの余暇は充実するだろう。しかし、地域によってはガイドヘルパーを派遣する事業所自体が少なく、全体としてヘルパーの質量ともに不足している。

(3) 日中支援加算の課題

日中にホーム職員が支援しているものの、日中支援加算の要件を満たさず報酬算定対象外であるケースとして、次のようなものがあった。

1) 1日か2日休む場合

- ・入居者の体調不良や精神的不調のために休んだ場合
- ・通所先の都合（感染症の流行等）による閉鎖で休んだ場合
- ・悪天候（台風など）で休んだ場合

2) 障害福祉サービスや就労以外の計画の場合

- ・病院や入所施設からホームに移り住んだ方たちには、まず地域に慣れてもらうように買い物等をして過ごす個別支援計画にしたい
- ・精神科デイケアに通所していて休んだ場合、自立支援法に基づくサービスではないため、加算対象とならない
- ・通い先を決めず、自由に過ごしたいという意向がある場合

3) その他、要件に該当しない場合

- ・高齢化、体力低下などで短時間しか日中活動に参加できない場合は、ホームで過ごす時間が増え、職員配置時間を増やす（通所はしているが、通所している時間が短い場合）
- ・個別ヘルパー利用型の場合でも、急に休んだ場合など、ヘルパーが確保できなくてホーム職員が対応しているが、加算対象とならない

<分析>

日中支援加算とは、障害者自立支援法の障害者福祉サービスの支給決定を受けている利用者または就労している利用者が心身の状況等により通所できない期間が月に3日以上ある場合、3日目から算定できる加算である。また入居者が居宅介護の支給決定を受けている場合には対象とならない。しかし、1日や2日だけであっても、実際に援助者を配置して支援がおこなわ

れている場合は、経費が発生している。

元々毎日通所しないという計画は、障害特性（集団がなじまない等）や、高齢化重度化による体力低下等を考えると、起こりうることである。その際に現状では、ヘルパーを利用できる場合にはヘルパーが対応する場合もあるが、ホーム職員の配置時間を延ばすなどの対応がとられている場合もある。

また、個別支援計画上で通所先がない場合や自立支援法に基づくサービス以外のサービスを利用している場合には、日中支援加算の要件に該当しないことから、グループホームで日中支援をおこなっていても報酬が支払われていないという問題がある。

< 考 察 >

調査報告会では、「東日本大震災の時、日中活動は閉めたが、ホームでは泊まり込みで支援した」という例があげられた。もちろん災害時の通所先との連携は重要な課題であるが、入居者の家であるグループホームは、何か事があれば支援を担わなければならないという側面を端的に表している事例だと思われる。そのようなグループホーム等の性格を考えると、グループホーム等が対応せざるを得ない場合の日中支援の報酬上の評価については、改善する必要がある。

現状の日中支援加算は、障害福祉サービスを利用するか就労する個別支援計画があることが前提となっているが、グループホーム入居者への対応という意味では、入居者がどこに通所していても休んだ日にグループホーム職員がおこなった日中支援については評価することが必要である。また、居宅介護の支給決定をされている入居者の場合でも、休んだ日に必ずヘルパーが確保できるとは限らない。さらに、個別支援計画に通所先が定められていない場合でも、ホーム職員が日中に支援をおこなった場合には、日中支援加算が利用できるようにする必要がある。

一方で、入居者の豊かな暮らしを支援するためには、日中の過ごし方の選択肢が広がることも期待される。入居者が休みの日に通所先で取り組んでいる余暇プログラムを利用していると事例もあるように、日中活動プログラムの多様化も有効であると思われる。

さらに、送迎体制が整わないために通所できなかったり、社会資源がなくてその人にあう通所先がなかったりという事例は、社会資源による解決が可能なものである。入居者の希望にそった日中の過ごし方を実現するためには、量、質ともに障害のある人たちに対応できる外出支援を充実させていくことも必要である。

3

夜間に必要とされている支援の実際、
夜間支援体制の取り方

< 結 果 >

夜間（入居者が通常就寝している時間帯を含む）の援助については、入居者の必要性に応じて多様な体制がとられているが、特に密な支援が必要な場合に焦点をあててその実態を調査した。

(1) 夜間支援体制の類型と密な支援を必要とする実態

1) 夜間支援体制の類型

夜間（入居者が通常就寝している時間帯を含む）の支援体制の在り方は、大きく 5 つに分類できた。

- a. 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）
- b. 複数のホームを巡回する。1 つのホームを拠点として滞在し、他のホームは巡回での対応とする。
- c. 共同生活住居内に 1 人の援助者が常駐している。
- d. 共同生活住居内に複数名の援助者が常駐している。
- e. 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。

2) 密な支援や至近距離での見守りが必要な入居者

- ・ 行動障害、自傷や他害、パニック
- ・ てんかん大発作
- ・ スケジュールへの強いこだわりがある場合など、生活がスムーズに進まず、深夜まで対応が必要になる
- ・ 寝ない入居者がいる場合の対応
- ・ 援助方法をマニュアル化するなどして統一していても、援助者によって入居者の状態が不安定になったり、安定したりと変化する
- ・ 寝返りができない、呼び出しボタンが押せない場合など、寝ている間も気配が感じられるところでの見守りが必要
- ・ 医療の必要性が高く呼吸音の常時の確認が必要

3) 複数名の援助者が必要な場合

類型 d の「共同生活住居内に複数名の援助者がいる」必要性は次のようなものがあつた。

- ・ 突発的な行動への対処（「不穏になってしまう」、「飛び出し」）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
- ・ 複数の入居者の呼び出しに対応するため（一人ではトイレ介助など待たせてしまう）

- ・トイレ介助や移動などに2人介助が必要
- ・複数の入居者が全介助の状態、医療の必要性の高い状態の場合、援助が断続的に続くため、1人では困難
- ・複数の入居者が体調を崩した場合、支援量が増え、1人では困難

4) かなり近い距離に援助者がいる必要がある場合

類型 e の「入居者が見える距離、気配が分かる距離に援助者がいる」必要性は次のようなものがあつた。(事例 3、6、14)

- ・寝返りができず、随時援助者の判断で体位交換が必要
- ・呼び出しボタン等が押せないなどのため援助者が呼べない
- ・不安定さが大きく、大声、飛び出し、自傷などがある

<分析>

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が、実際にはそれよりも少人数に対して密な支援が必要な場合があつた。

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、障害程度区分が同じ6であっても、援助者を呼べる場合と呼べない場合では夜間支援体制の必要な在り方が変わってくる。筋ジストロフィーの方や身体障害と知的障害の重複の方で随時援助者の判断で体位交換などを行う必要がある場合、類型⑤の体制となる。(事例6) さらに、障害程度区分が同じ3の統合失調症の方であっても、夜間や早朝の電話連絡対応が実際に必要な方とそうでない方がいた。(事例19)

このように、同じ障害程度区分であっても、実際に必要となる夜間支援は異なっている。

(2) 夜間の勤務の在り方

1) 夜間の勤務形態の矛盾と対策

① 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、基本的には「勤務」時間と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。

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つた。

また、夜勤の場合には休憩時間を設けていても、休憩が取れる時間帯や休憩時間が定まらなかつたり、休憩時間内でも必要（入居者の状況）に応じて援助をしたりしている。休憩時間内に援助をした場合には、その分を時間外労働として賃金を支払っている事例もあつた。

② 夜間支援をする人員の確保対策

- ・法人内の他事業所の職員が入ることで、1人のホーム職員が夜間支援に従事する回数を減らす
- ・ヘルパー（主として重度訪問介護）も含めて夜間支援を行う

- ・有償ボランティアによる人員の確保
- ・生活保護の他人介護料を使って委託する
- ・夜間支援（巡回）のみを外部委託する
- ・夜間の支援のみを行う「夜間支援専門員」等の名称の人材を雇用する

2) 夜間支援専門員についての課題

- ・勤務が夜間のみなので、他の支援者とのコミュニケーションがとりにくく、会議等への参加も難しく、支援方法の統一が難しい
- ・1人での勤務のみなので、質の担保を図る（育成する）ことが難しい

<分析>

労働基準法上の「宿直」に該当する形態は、「通常の労働を継続するものではない」ことが前提となるが、断続的な介助が行われている場合でも宿直として扱っている事例が複数あった。宿直ではなく、夜勤にして交代勤務にできるだけの人員の確保は人数と質的にも難しいという問題がある。

夜間支援に従事する人員の確保には様々な工夫がされているが、特に夜間の支援のみに従事する「夜間支援専門員」等を雇用している事例では、閉鎖的な空間となる夜間のグループホーム等における安全と権利擁護の観点からの懸念があるとのことだった。

(3) 夜間支援における課題と対応策

1) 現在の夜間の体制では対応が困難だと懸念されていること

① 障害特性や身体状態による「突発的な事態」

- ・自閉症等の方が不安定になって自傷他害、飛び出しなどがあつた場合に対応すると、他の入居者の対応までできなくなる。
- ・体調変化で病院に同行する場合、ホームに援助者がいなくなる。もしくは、残りの援助者では全員を援助できない。

② 火災や地震等の「災害時」の避難が困難

2) 課題への対応策

- ・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
- ・直接の担当者以外に、必要時に駆けつける人員を決めている
- ・24時間、日中活動の看護師に電話連絡が可能で、医療的な判断を仰げる体制をとる

<分析>

突発的な事態への対応は、法人規模がある程度大きく、ホーム数が多いか、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。他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つた。

< 考 察 >

グループホーム、ケアホームでは、様々な夜間支援体制を実施している。主として実施体制と加算の関係について考察する。

1) グループホームでの夜間支援体制

夜間防災・緊急時支援体制加算（Ⅰ）は、職員の巡回、防災関係会社による緊急連絡体制があれば加算対象となる。4人のグループホームの場合一人につき25単位、1日1,000円であるので、防災会社と契約して、連動式の火災報知機や通報装置が設備されて、問題があれば24時間対応できるようになっている。職員の巡回などでの対応でも同じ報酬額になっている。

夜間防災・緊急時支援体制加算（Ⅱ）は、電話などでの緊急対応が確保されていれば一人につき10単位、4人であれば1日400円、1ヶ月12,000円の報酬である。

精神障害の人たちが居住するグループホームでは、夜間不安で常時電話で相談してくる入居者もいるので、この報酬で職員を夜間拘束するのは厳しいとの意見もある。

2) ケアホームでの夜間支援体制

夜間巡回、当直、夜勤、早出、遅出などで夜間支援を実施している。また個別にホームヘルプ（重度訪問介護）を夜間に利用している場合もある。

ケアホーム単独では当直者が維持できず、法人内の通所施設の職員の応援で、辛うじて労働基準法を守れている事業所もある。特に小規模の事業所では、当直者の確保が難しくなっている。

しかし、週の当直回数が1回以上になる場合もあり厳しい運営実態になっている。当直の勤務の除外申請で辛うじて労働基準法の基準をクリアーしているが、より障害の重い人たちへの夜間の支援実態は当直でなく夜勤の実態も多い。

労働基準法を遵守するには、職員の確保と夜間支援の加算の見直しが必要である。

3) 緊急時の対応

緊急時の対応は、消防法で規定されている設備（連動式火災報知機、消防への通報装置など）だけでは不完全で、人的支援が求められている。

緊急時（台風、風水害、長期停電、火災、地震、土砂崩れ等）の対応が避難訓練だけでは難しい。当直者、夜勤者を配置していない場合、支援者がすぐ駆けつけられる体制が整えられているかが課題である。

重症心身障害者、強度行動障害等の入居者には常時職員の配置が必要になっている。

4) 広域での夜間支援の連携

精神障害などのグループホームや共同生活住居の数が少ないグループホーム等の事業所では、単独の事業所で夜間支援が難しい場合、地域、広域で夜間支援の連携ができるような制度の創設も検討すべきである。

4 医療が必要な方への支援

< 結 果 >

グループホームにおける医療の利用支援として、質問紙調査によって、通院の支援、入院の支援、訪問医療等の利用支援についての設問および、「医療の必要性の高い入居者が地域生活でできるために必要なこと」という自由記述の設問を設けた。その記載内容及び聞き取り調査の結果を分析の対象とし、ホーム職員が担っている役割、課題と認識されていることなどを分析した。なお、本調査の質問紙調査のアンケートでは、医療的ケアそのものに焦点をあてる設問は設けていない。

(1) 入居者に生じている医療の必要性

1) 具体的な医療の必要性

- ・週に数回の透析やリハビリに通う（たまに通院ではなく、日常的通院）
- ・糖尿病の方のインシュリン注射見守りや確認、血糖値測定、食事管理に関すること
- ・アルコール依存症の方の多臓器疾患に伴う通院等
- ・呼吸管理
- ・痰の吸引（夜間に痰が絡む）
- ・ストマ管理
- ・摘便
- ・褥瘡の処置
- ・導尿
- ・がん等の重い病気で進行の早い病気の場合、診断されるまでに病院をいくつも受診し、治療方法に関する判断を家族と共に行い、状態変化に応じて通所先と調整し、訪問医療の利用可能性を検討する。

< 分析 >

入居者の加齢に伴う変化や障害の重度化によって様々な疾病が増えることや、日常的に医療の必要性がある方がグループホーム等で暮らしていることが分かった。事例数が限られたものであるため、これらは医療の必要性を網羅したものではなく、一部であると考えられる。

(2) 医療の利用支援に関する役割と生じている問題

1) 医療の利用支援

① 通院の同行支援

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、最低でも1人対1人の対応が必要なため、通常の業務プラスアルファの人員確保での対応となるため、(管理者、サービス管理責任者、ホーム職員の勤務時間の変更や時間外勤務) 通院回数が多い場合への対応は負担が生じていた。

通院等介助ヘルパーを使っている事例も多いが、一方で入居者の障害特性によっては、本人と関係がつくれている職員でないと対応できない場合もあった。また、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、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。

② 入院時の支援内容

- ・衣類の洗濯や補充
- ・日用品等不足物品の補充
- ・入院先を家族とともに決める
- ・家族への状況報告、家族の意向の把握
- ・主治医の説明を聞く
- ・介護内容や支援の留意点を病院側に伝える
- ・治療方法についての選択を家族と共にして、意向を医師に伝える
- ・本人の状況の把握(本人からと医療スタッフから)
- ・本人の不安解消のためのコミュニケーション(病室での会話や本人からの電話対応)
- ・手術に家族と共に立ち会う
- ・医師や看護師とのコミュニケーション補助
- ・入院中の見守り付き添い体制を決める(日中活動事業所、ヘルパー事業所、家族との調整)
- ・退院後の受け入れ体制を整える
- ・入退院の手続き、費用の支払い代行
- ・入院時の役所への手続き代行

③ 入院時の支援は誰がどの程度行うか

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、その代替として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その分を担っていた。

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。

また、例えば、「C型肝炎による肝硬変・食道静脈瘤等のため入院を繰り返している方(およそ3か月毎約1か月くらい入院)」のように、入退院を繰り返すという事例もあった。この場合にも、週に3、4回の面会支援が行われていた。

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。

④ 医療的ケアの提供

特に夜間や早朝、入浴後等の訪問看護を確保しにくい時間帯にホーム職員が医療的ケアを提供していた。

また、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。主として、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

くす工夫があった。(事例 13)

⑤ 日常生活における医療の必要度が高い人の状態のチェック・判断

法人内別事業所の看護師に 24 時間ホーム職員から連絡可能な体制をとり、夜間でも相談や指示を仰げる事例もあった。(事例 21)

また、日中活動の看護師が時間外等にホームを訪問している事例もあった。

2) 医療の利用支援を行う上での問題

① 障害特性による受診の難しさ

・経験したことのない検査を受けられない(受けるのが難しく 2 人の職員が押さえるなどして対応した)

・待ち時間を待てないことにより受診が難しい

② 受け入れ側の拒否

・知的障害があると「精神科がないと手術できない」と言われ、診てもらえる病院が限定されてしまった

・てんかんがあるので「精神科でないと診れない」と断られた

・入居者とのコミュニケーションが取れないと診てくれない

・注射や検査に抵抗が強いと受けてくれる医療機関が少ない

・入院時付き添いを条件にされる

・受け入れてくれる医療機関が少ないので、受診できる病院を探すのに膨大な時間がかかる

③ 通院等介助ヘルパーの問題

・公共交通機関が充実していない地域では、通院のためにタクシーを利用することは入居者の負担が大きいためできないため、ヘルパーによる通院が難しくなる。職員が車を運転して同行せざるを得ない

・ヘルパーとの連携が充分取れていれば、ヘルパーが同行通院することに問題ないケースも多いが、月に 2 回までという制限がある

④ 入院時に報酬がなくなること

・24 時間付き添いを求められたこともあるが、入院によって報酬がなくなり、加算だけではかかる人件費をまかなえない。法人持ち出しで体制を組み、ホーム職員が付き添った事例が複数あった。

・入居者の退院後の生活を考えれば、入院期間が長引いても、契約を解除することはできない

・地域生活支援事業の入院時コミュニケーション支援事業は、日数も限られる上、支援内容がコミュニケーションに限定されており、付き添い支援の実態に即していない。また、全ての自治体がこの事業を行っているわけではない。

⑤ 訪問医療等の制約

・訪問看護の回数や時間帯が限られる

・ストマ保持者のプレート交換に入浴後対応してくれる事業所がない

⑥ 医療的ケア提供のための問題

- ・医療的ケアが必要な入居者はその実施だけではなく、それ以外の状態の把握、体調変化の見極めが難しい。看護師による頻繁な（毎日）チェックが欲しいとの意見があった。
- ・社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正によって喀痰吸引研修が義務付けられたことにより、これまで頼んでいた人に頼めなくなって、毎朝の痰の吸引の人材確保が難しくなっているとの事例があった。
- ・学生ヘルパーを含めて関わる援助者が多いので、全てが医療的ケアを行えるようにするのは難しく、入居そのものが難しくなっているとの意見があった。

⑦ 救急車への同乗ができない

- ・職員が1人等最低限の人員体制なので、救急車に同乗して病院にいくとホームに残っている入居者への援助に支障が出る。

<分析>

医療支援の全般に共通して、入居者の体調把握、体調変化の見極め、利用できる医療機関の開拓、医師や看護師等との情報のやり取り（入居者の状態を伝える部分の支援や代行を含む）などがある。医療の利用の全般において、ホーム職員が情報の集約と判断に関わり、医師や看護師等につなぐキーパーソンとなっている。

医療機関の障害に関する理解の低さが通院や入院の壁になっており、受診できる医療機関を探す部分にグループホーム職員はかなりの時間と労力を使っていることがわかった。

また、通院同行は、最低でも1対1の対応が必要であるが、自閉症等の障害特性がある場合には2人の支援者が必要なこともある。（事例2）

ホーム職員が行う場合と、通院等介助のヘルパーが行う場合とがあるが、普段利用しているヘルパーには学生が多い場合などは、ホーム職員が担わなければならない場合があることがわかった。医師や看護師に入居者のことを的確に伝える必要がある場合には、付き添える人が限定されることも多い。

入院時の付き添いについては、行動障害があるような場合に限らず、精神症状は落ち着いている状態にあり、入院ができない状態であるとは思えない場合でも、精神障害の方が内科に入院するという事態に対して、長時間の付き添いを求められたという事例があった。（事例19）

また、24時間の付き添いを求められた事例では、かなり高齢の親や親類、そしてホーム職員が協力する形で乗り切ったという事例もあった。（事例14）これらは、医療機関側の障害への理解と対応力を高めてほしい側面と、一方で、医療を成り立たせるためにホーム職員の付添が必要であったとしても、その分の報酬が出ていない問題という側面がある。

医療的ケアの提供については、日中活動等の看護師との連携によって取り組んでいる事例が複数あった。

訪問看護の利用については、訪問時間や回数の制約があり、訪問看護が受けられないことから、夜間や早朝にホーム職員が医療的ケアを提供していた事例があった。また、ホームにおいて安定的に医療的ケアを提供できる体制をつくる（多くの人員がその能力を身につける）ことに困難を感じている事例があった。

(3) 医療の必要度の高い入居者が地域生活できるようにするために必要なこと

- ・入院中の付き添いに対して、ヘルパー制度を使えるようにする等の対応が必要。
- ・障害の重度化、悪化を防ぐために、リハビリを受けやすくする。
- ・訪問診療、訪問看護等が利用できる回数増加と時間帯（特に夜間）の拡充。
- ・緊急時に連絡が取れ、指示を受けられる医療関係者、医療機関。
- ・医師、医療機関の障害特性等への理解を深める（安心して受診できる医療機関が増えること）。
- ・地域医療充実の施策の中に障害者への医療も位置づける。

<考 察>

1) 通院の支援における現状と課題

通院の同行支援は、場合によっては、まず診察してくれる医療機関を開拓するという仕事から始まる。各事業所が提携する協力医療機関があったとしても、入居者の多様な疾病に対応できるわけではないので、症状に合わせて適切と思われる医療機関に受診し、まずは診察してもらえるかどうかのハードルがある。医療機関の障害に関する理解の低さが、通院の壁になっており、受診できる医療機関を探す部分に、膨大な時間と労力が使われている実態がある。

近年、医療機関が障害のある人たちが通院できるように、治療や検査の内容をわかりやすく説明するための絵カードの開発などが研究されているが、これらの手法を取り入れる医療機関が増えることによって、受診を断られることを減らせる可能性がある。

また障害特性によっては、待ち時間を待つことが難しい人もおり、それによって受診が困難となっている事例についても、待てない人に対する合理的配慮があるような医療機関が増えれば、通院の支援のハードルは低くなるだろう。

通院同行支援においては、通院する入居者の体調とその変化を医師に適切に伝え、医師からの指示を理解して持ち帰り、職員間で共有しなければならない。初回の通院や病状によっては、慣れた職員か慣れたヘルパーに限定されるという制約がある。

また、たまにある通院であれば対応可能であっても、加齢による二次障害が多くなってきた場合や透析が必要な場合など、通院回数が頻回となれば、負担はより大きくなる。待ち時間も入れると、半日あるいは1日かけての通院になることも多く、通院が日常的になると大きな影響がある。

職員数が多い事業所や他事業所の応援を頼める法人であれば、ある程度のやりくりができるかもしれないが、小規模な事業所の場合は、サービス管理責任者やホーム職員が勤務時間を変更したり、時間外勤務をしたりするなどの対応にならざるを得ない実態があり、それが日常的になっている場合には、相当の負担が生じていることになる。

通院等介助のヘルパーを活用している事例も多くあったが、地域によってはタクシー代などの交通費がかさむ等の理由で入居者への負担を考えるとヘルパーを頼めないという事例もあった。支援者がいればよいということではなく、医療機関までの移動手段の確保の部分についても、入居者の所得保障と関連して課題がある。

また、通院等介助のヘルパーは月に2回までという制限があるが、入居者の高齢化、重度化にともなって通院回数が増えることと、その負担がグループホーム職員に集中することを避けるためには、サービス等利用計画で通院等介助の利用回数についてもその人にあった計画をつくり、その計画に基づいて支給決定を行うようにすべきである。

2) 入院支援における現状と課題

入院時の支援には、月に数回の面会で済むものから、毎日長時間にわたって付き添うものまであり、現状の加算の仕組みではなく、根本的に算定の考え方を検討する必要がある。入院時の付き添いについても、通常の共同生活住居内での支援とは違い、1対1の支援であるため、グループホームと病院に援助者を置く必要が生じることから、通常時以上の体制が必要となる。

自治体によっては、地域生活支援事業の入院時コミュニケーション支援事業があるが、コミュニケーションの支援を限定的にとらえる運用であることと、金額や認められる回数についても実態に即さないという回答が複数あり、運用の改善が期待される。

入院時に付き添いを求められる要因として、言語的なコミュニケーションを代替するような役割もあるだろうが、それよりも基本的な部分で、必要な医療行為がスムーズにおこなえるようにするために支援者の存在が必要とされているように思う。

また、付き添いをしなければ、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ことも懸念される。さらにホーム職員は、入院時の面会や付き添いを通して、医療機関との関係づくりと、医師や看護師への障害理解のための取り組みもしていると言えるだろう。

また、高齢の親にとっても、ホーム職員が支えであり、「どんなに入院が長引いてもホームとの契約を解除したくない」という強い気持ちを親から伝えられたという事例もあった。一般的に厳しい病状の時には、家族が支えとなるものと思われるが、その家族も含めてホーム職員が精神的にも親を支えている現実がある。そのような意味も含め、入院が長引いても契約を解除することはできず、人道的な見地から支援を続けている事例ばかりであった。

入居者の入院については、退院後の行き場をなくさないためにも、グループホームとの契約が解除されないことが重要である。さらに入居者の高齢化、重度化にともなう入院の場合、その親は高齢で支援が困難であるか、あるいはすでに亡くなっていることが多い。その他の家族からの支援も難しい場合が多いという現実を考えれば、可能な限り入居者が最期の時を迎えるまで、グループホームの入居を継続できることが重要な課題となっている。入院中の報酬額のあり方については、基本的に見直す必要がある。

3) 医療の必要性の高い入居者が地域生活できるように必要なこと

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わかった。状態変化の判断には専門的知識を要することもあり、医療ケアに携わるホーム職員やヘルパーにとっては、その状態を判断することが不安で、精神的な負担が大きいとの意見があった。

また、調査の事例においても、法人の別事業所の看護師の協力が大きい役割を果たしているケースがあった。日中の状態確認にとどまらず、24時間ホーム職員から看護師が連絡を受ける

体制をとっている事例もあった。

実際の医療的ケアの提供に関しては、日中活動の場面で看護師が医療的ケアを提供することによってホームでの提供をなくしているという事例もあった。

しかしながら、今回の事例調査においては、質問紙調査のアンケートでは、医療的ケアそのものに焦点をあてる設問は設けていない。よって、医療的ケアに関する聞き取りは、医療支援全般に関する自由記述において記載があった内容と、訪問調査で聞き取った内容に限定されているため十分な調査はおこなえていない。

平成24年4月1日から一定の研修を受けた介護職員等において、一定の条件の下で「痰の吸引等」の医療的ケアが実施できることになったこともあり、入居者の高齢化・重度化にともなって、医療的ケアを必要とする入居者は増加していくものと思われる。今後、グループホームにおける医療的ケアの状況については、ていねいな調査をおこなっていくことが必要である。

訪問診療、訪問歯科、訪問看護をホームで受ける際のホーム職員の役割としては、毎日の入居者の体調を把握していることが必要になる。日々変わる入居者の体調を関係している日中活動施設の医療関係者や訪問医療関係者に申し伝え、入居者の体調面で気になることについて情報交換をおこなうには、必要に応じて基礎的な医療知識を持っていることも必要となってくる。

訪問医療等の利用については、回数や時間帯（入浴後等の夜間や朝方）が希望を満たしていないという状況があった。中でも訪問看護については、夜間や早朝の対応が得られないことへの不安が多く、訪問看護の人的充実と事業所数の拡充が必要なのではないかと思われる。

今回の調査では、訪問看護が必要な入居者の暮らしを支えるために様々な工夫をしている事例も見られた。看護師が日常的（毎日）にホーム入居者の様子を確認することが必要な入居者がいるが、訪問看護師の不足などにより、看護師がその頻度でホームの支援に入れる状況が整っていないため、別の事業所等の看護師が時間外等でホームを訪問して看護を提供しているという事例もあった。また、看護師がヘルパーとして従事しているという事例もあった。ホームで看護師を雇用するための財政措置が必要であるという意見もあった。

入居者の医療に関する支援は多岐にわたるが、全てに共通して、入居者の体調を把握し、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（入居者の状態を伝えるコミュニケーション支援・意思表示が難しい入居者の代行含む）等を担うキーパーソンとなるのがホーム職員である。このような専門性を備え、培える職員が必要となることを前提に、細切れの体制ではなく、正規職員が交代して勤務できる安定した体制をとることで、状態変化への対応や情報の共有もスムーズに図ることができるだろう。

ホームに残される入居者のことを考えると救急車に同乗することにも気を遣わなければならないという意見も相当数あった。現状のグループホーム等では、職員が一人で勤務する時間が多いが、医療との関わりが必要な入居者がいる場合には、一人の体制では負担と不安が大きい。

5 入居者の高齢化(加齢に伴う変化)への対応

<結果>

(1) 高齢化による状態変化と対応

1) 高齢化による状態変化の実態

① 身体状態の変化

下記のような変化により、支援量、介護量が増加し、難しくなる。また、これまで1人で介護可能だった人が2人介護が必要になることもある。

- ・嚥下機能の低下、摂食が難しくなる（誤嚥性肺炎のリスクが高まる）
- ・歩行が不安定、困難になる
- ・二次障害、身体障害の重度化
- ・排泄コントロールが難しくなる
- ・活動性が低下する（活動性を保つためにはマンパワーが必要）
- ・病気、けがが増える（生活習慣病、骨折、白内障、緑内障、血栓、糖尿病、高血圧、癌）
- ・感染症にかかりやすく、治りにくくなる
- ・長年の服薬で新たな副作用がでる
- ・痰がからみ、吸引が必要になる
- ・褥瘡ができる
- ・服薬忘れ
- ・迷子
- ・認知症（徘徊、夜間大声）

② 心理面の変化

- ・心理的な落ち込み（介護拒否や生活リズムの乱れ）
- ・家族の喪失による影響
- ・興味や関心の低下
- ・不安感から喫煙数が増える
- ・会話が成り立ちにくくなり、感情的になる

2) 高齢化への対応

① 体調把握をより丁寧に行う

- ・不調の訴えがない場合でも、体調変化を見極め、早い段階で医療につなげる
- ・日々の状況をしっかり見守れる体制を組む

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が増えることに対応する
 - ・通所先での活動になじまなくなる
 - ・体力の問題で毎日通えなくなる、短時間しか通えなくなる
 - ・通所先まで通うのが難しくなる（送迎支援がない場合）
- 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

<分析>

高齢化の実態は、身体の状態の変化だけでなく、心理的な面での変化もあることが分かった。障害のない人と同様に、身体機能が低下することで日常生活上の介助の必要が増えることや、疾病率も増え、感染症等が治りにくくなる、活動性が低下するなどの変化がある。それだけでなく、身体面の衰えと共に、心理面での落ち込みから生活リズムが乱れたり、不安感が増し、感情的になるなどの変化が起こることもある。支援量、介助量が増加し、難しくなる現実があり、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、通院同行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。これまで職員 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、認知症の発症によって夜間の不安定さから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、老化による変化によって生活全体の組み立てが変わってくる。通院が増えたり、日中活動に通う日を減らしたり、人によっては夜間の介助の必要性が増えたりする。その際、通院等介助の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ってくる。

（2）高齢になることによって生じている問題

1) 介護保険との関係

- ① 本人の希望や状態に合わない状況が生じる
 - ・65 歳になると、本人の希望に関わらず、一律に介護保険サービスの利用を勧められる（移行させられる）
 - ・特定疾患の 40 歳代で、毎日デイサービスの利用を勧められる
 - ・65 歳になると、ヘルパーは介護保険優先なので、以前のヘルパー支給量が確保できない。（減る）
 - ・デイサービスを利用できる日が限られるので、ホームで過ごす日が増える。
 - ・介護保険優先の方針により、通院等介助が使えない
 - ・精神障害だと要介護度が低くなりがち

② 併用する場合の連携の必要性

- ・自治体の高齢担当者は高齢者に関する制度のことしか分からず、障害担当者は障害者に関する制度のことしか分からないという現状がある。障害者が介護保険を使う場合には、両方の制度のことを理解している人がいないと二つの制度の適切な利用ができない。
- ・ケアマネージャーとの連携が重要なので、ケアマネージャーが障害に関する知識があるとスムーズに話がすすめられる。

2) 日中活動との関係

- ・通っていた就労継続支援B型事業所の作業内容が合わなくなり、生活介護に移りたいが、事業所が限られる。
- ・手の震えや幻聴がひどくなってきたため、今まで通っていた日中活動先に通えなくなった。

3) 共同生活住居のバード面の問題

- ・バリアフリーの環境でないと安全な生活が難しいが、改修等の費用が捻出できない。
- ・玄関先の階段をスロープにできるだけの広さがない、トイレが狭くて車いすで入れるようにできないなど、改修自体が難しい。

<分析>

本人の意向等を個別支援計画によって介護保険サービスを利用しようとしても、自治体独自の細かいルール等によって、柔軟に利用できないという事例も複数あった。介護保険のデイサービスに通っていると障害福祉サービスの通院等介助ヘルパーが使えなかったり、日中のサービスで介護保険を一定量利用していないと介護保険のヘルパーが使えない等の制約のため、結局は法人持ち出しでホーム職員の体制を強化して対応したり、個々のホーム職員の負担が増える（超過勤務等）ことになった事例があった。

また、日中活動の場が、本人の状態変化に対応できない、変化に応じて事業所を選べないという問題も生じていた。

入居者の高齢化に伴う問題点として多く挙げられたのは、ホームのバリアフリー化が難しいという内容であった。身体機能の低下によって階段の昇降が難しくなる、入浴や排せつの介助が必要になるなどの場合には、お風呂やトイレのスペースや構造が問題になってくる。その際、手すりの取り付け等の簡易な方法で対応可能であれば対応できると思われるが、構造上大きな改築が必要な場合には、補助金を活用するにしても自己負担が用意できなかつたり、賃貸物件で改造を許可されなかつたりすることもある。バリアフリーにできなければ、介助者を増やすなどして対応するか、それもできない場合に退居していただいたという事例もあった。

<考察>

加齢に伴う変化への対応の本質は、障害の重度化を含めた難しい「変化」への対応をするという質的観点と、通院の増加や介助を中心とした支援量が増え、体制の充実が必要になるという量的な観点から考察が必要である。

1) 支援が難しくなることへの対応ができる支援力

個々の入居者が元々もっている障害特性の上に、老化による影響が加わることで、個人毎にデリケートな対応を要する状態が生じるものと思われる。援助する側は、障害特性に関する専門性を培ってきても、高齢化に関する知識や支援技術を持ち合わせていない場合も多く、また障害のない人よりも若い実年齢で、想定していない変化として老化の影響が出てくるのがホーム職員の戸惑いを大きくしていると思われる。

これらの変化にきちんと対応するためには、日々の変化を見極める力と、それへの対応力を培う必要がある。そのためには、きちんとした研修を受けることはもちろん必要であるが、日々の自己研鑽、自らの支援力を高めようという意識が必要であり、それには非常勤等の不安定な雇用では限界があると言えるだろう。変化に対応する支援力を培えるだけの身分保障が必要である。

また、医療機関や高齢福祉サービス等、関係機関との連携と調整の必要性が増してくる。まだ高齢化の問題が生じていないホームでも、長期的な見通しをもって、関係各所との顔の見える関係をつくったり、高齢福祉の業界とのつながりを開拓したりといった準備的な動きがなされるのが望ましい。このように長期的視野をもって関係者と連携して支援することが、今後のホーム職員には求められる。

さらには、グループホーム等が入居者の暮らしの場であるならば「看取り」までを含めた支援が可能でなければならない。それを可能にするのは、入居者の思いを最大限に尊重しつつ前例のないことにも取り組んでいけるホーム職員の意欲に加え、一定の時期に介護保険サービスも含めて集中的に支援を投入できるような仕組みと制度運用が必要であろう。

2) 支援の必要量が増えることへの対応

体力の低下に伴って日中活動に通う時間を午前中だけとしている事例では、お昼の帰宅時から職員配置をして見守り等の必要な支援をしているにも関わらず、日中支援加算の要件には該当しないという問題があった。実態として変化に対応する体制を組んでいる場合には、それを評価する報酬や加算が必要である。

また4でも述べたとおり、通院等介助のヘルパーが利用できない場合や利用することが支援上望ましくない場合には、ホーム職員が通院同行することも、きちんと評価する仕組みが必要である。

3) 高齢者福祉制度との関係の課題

介護保険の被保険者になると、日中活動のサービスを中心として、本人の意向と関わりなくこれまで利用していた障害福祉サービスから介護保険サービスへの切り替えを勧められるという事例が複数あった。障害のある人は高齢化しても、障害特性を併せ持ったままである。一般の高齢者向けのサービスに馴染める人もいるかもしれないが、そうではない人もいる。本人がこれまで築いてきた人間関係、支援関係こそが、生活の質に直結するものであることを踏まえれば、介護保険サービスへの切り替えを一律に勧めることは問題である。

また、介護保険サービスに関する十分な知識を持つことがホーム職員に求められると同時に、介護保険と障害福祉サービスとの併用については、自治体の判断によって柔軟な利用ができる

ようにすることと共に、自治体が分かりやすく整理して関係者に周知することが必要である。

さらに、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、ケアマネージャーとの連携は必須となる。多職種にまたがった関係機関が増えることで、ケース会議を頻繁に行うなどの局面が想定され、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らねばならない。その上で、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、入居者の高齢化を支えていくためには欠かせない。

4) バリアフリーな住居の必要性

ホームの開設段階から、可能な限り高齢化で介助が必要になる場合のことも想定した建物にすることも必要であり、賃貸物件の大家の理解の促進にも対策が必要である。そのうえで、事業者と入居者個人が可能な範囲の負担でできるバリアフリー化策が必要である。

また、現在使用している建物で改造が困難な場合は、移転についても視野に入れて対応を検討する必要がある。

6 共有スペース(居間)の活用実態と必要性について

<結果>

以下は、主として精神障害のある入居者に支援を行う4つの事例の回答を整理したものである。なお、4事例のうち、3事例はワンルームマンションタイプで、1事例が一軒家タイプであった。

(1) 共有スペース(居間)利用の用途

①(内部)交流の場

- ・入居直後はホームの形態に慣れるために、他の入居者や職員と交流する場所として利用
- ・気の合う入居者同士での歓談の場として利用
- ・食事や茶話会を行う

②応接室的役割(外部交流)

- ・見学者や実習生等と交流する場所として利用

③相談の場

- ・他の入居者がいないときには、その日の話をしている中で自然に相談の場になっていく
- ・自室や事務室では話しづらい人もリラックスして相談できる
- ・自室に職員を入れることを嫌う人もいるが、共有スペースでは話せる

④楽しむ場

- ・ボランティア講師が来て、手芸等の活動をする
- ・お茶を飲む
- ・テレビを観る

⑤自室でできないことをする

- ・喫煙の場として利用(自室は禁煙のルールのあるホーム)
- ・自室にない電化製品を備えて自由に使えるようにしている(電子レンジや洗濯機など)

⑥情報伝達の場

- ・掲示板があり、連絡事項やお知らせ等が貼ってある

(2) 共有スペースの必要性

- ・ワンルームマンションタイプの場合は特に、自室と職員のいる部屋以外の中間的な空間があることで入居者と職員、入居者同士の接点が自然な形でもてる
- ・入居者同士の交流が持てることで、精神的な安定につながる効果もある(断酒から再飲酒する回数が減るなど)
- ・他者と交流することを好まない人でも、必要な時には人がいる場所、必要なら話せる場所

があれば、支援の可能性が広がる

<分析>

共有のスペースとしての居間はグループホーム等に義務付けられているが、マンションのワンルームタイプの場合でも、その意義があることが分かった。

<考 察>

共有スペースは、入居者同士がつながりやすくする空間であると同時に、入居者とホーム職員が自然な形で接しやすくするための場でもある。調査報告会の出席者からは、「普段は共有スペースをあまり活用していない」という趣旨の意見もあったが、「必要な時にはその場がある」ということの意義は認められた。

グループホーム等は、個別支援を基本としつつも、入居者が複数いることのメリットを活かして支援することをその本質としてもつとすれば、共有スペースを置かないグループホーム等は考えにくい。しかし、他者との関わりがストレスになって深刻な状態を引き起こすような障害特性を持つ人の場合については、別途検討する必要がある、このことは8の(2)で述べる。

なお、1つの事例では、ワンルームマンションの同じ階の並びに1部屋の共有スペースがあると共に、隣の建物（一軒家）を共有の食堂として活用していた。朝夕の毎食を希望に応じて提供しているこの事例（事例19）では、希望する入居者はこの食堂で食事作りを手伝ったりしながら他者と関わる時間をもっていた。このことを踏まえると、神奈川県川崎市において自立支援法施行以前から実践されていたサテライト型グループホーム（ワンルームの居室がある建物とは別の建物内に共有スペースをおく形態）も、機能として共有スペースの意義を満たしていると考えられる。今回の調査結果からは、共有スペースが果たしている役割は大きいですが、共有スペースを必ずしも同じ建物内におく必要はなく、共有スペースの機能を重視して多様な形を取り入れる必要性が示唆された。

7 グループホーム等の支援を充実させるために必要なこと

この項目は、質問紙調査のアンケートの中の「特に支援・対応が難しいと感じるケース」、「入居者の思いや希望を実現するために、今後の課題と感じている点」という2つの設問の自由記述による回答を元に分析した。

<結果>

加齢に伴う変化や障害の重度化以外に、特に難しい支援を要するケースとして以下のような入居者像があった。いずれも、安定した通常の生活を保つために、相当程度の質の高い支援が必要で、且つ、「本人の生活」を実現するために一層丁寧な関わりが求められるケースであった。

1) 特に難しい支援が必要なケース

① 感情抑制と関係構築の困難

- ・怒りのコントロールが難しく、人間関係を築きにくい
- ・感情抑制が困難で、関わり方によっては、暴力行為や自傷行為につながる
- ・家族との関係において軋轢などがあり、心の傷が深い
- ・成育歴等からくる問題行動（暴言、暴力、浪費）
- ・いじめを受けた経験や社会経験を奪われてきたことで、新しい支援者との関係づくりが難しく、体調に支障をきたしやすい

② 支援提供が受け入れられない

- ・生命維持、衛生に関わる助言が聞き入れられない（→他の入居者への影響もでる）
- ・介護拒否により健康状態の悪化につながる

③ 社会的な問題行動

- ・借金をする
- ・失踪と捜索を繰り返す（失踪時にはホームに居ないので、報酬を請求できないが、捜索には相当の人手が必要）

④ 共同生活になじまない自閉症の方

- ・他者の気持ちを汲み取る能力や、社会性の理解に困難がある自閉症の方たちは、他の入居者にストレスを感じている場合がある。
- ・他害、自傷、パニック、こだわり行動などは、他の入居者の状態を悪くすることがある。
- ・大声を出す方の居室を防音にする場合に、補助がない。

⑤ コミュニケーションが難しい

- ・言語コミュニケーションが難しい場合、支援する側が丁寧に本人の思いを聞き取る姿勢に徹しないと、支援者の価値観や常識で入居者の生活が進められてしまう
- ・不調を訴えることがない方の場合、特に痛みに鈍感な場合は、わずかな変化も見逃さずに注意する必要がある

2) 入居者の思いを実現するために今後の課題と認識されていること

① グループホーム等の本質の実現

- ・入居者一人一人の住まいの場であり続けることが必要であり、終の棲家にもなり得る必要がある。小規模で、地域に在り、人間らしく暮らしていける場でなくてはならない。
- ・複数の共同生活住居における支援であることのメリットは、入居者同士で影響し合えること、生活相談を日常的にできることであり、それを活かしていく。
- ・グループホーム等は、日中活動事業所、居宅介護事業所、訪問医療、医療機関等との連携をとり、入居者の高齢化や重度化、疾病への備えと継続した対応をすることで、本人の希望に基づいてできる限り地域で暮らしていけるように支援する。

② 人的な不足から生じる質的な課題

- ・報酬単価の不足による人的な不足のため、一人一人に丁寧に関わって思いや希望をくみ取ることが充分できず、型にはまった支援になってしまう
- ・ヘルパーを利用できても、生活の基本部分をしっかり構築していくホーム職員がいなければ、入居者の思い、体調、変化などに対応した長期的視野での支援を組み立てられないので、ヘルパー利用による報酬単価の減額は問題

③ 障害程度区分の問題

- ・障害程度区分と関わりなく、一人一人に必要な支援を可能にする体制を組めるように
- ・入居者を理解して適切な準備と対応をすることで落ち着いた状態を保っている場合に、障害程度区分が下がることは、提供している支援が評価されていない

④ 相談支援の強化・充実

- ・生活の支援に関する相談と合わせて、暮らしに付随する様々な判断の支援等を担う後見的な相談機能が必要

⑤ 居住地特例

- ・ホームの所在地の自治体出身でない入居者がいる場合、他市とのやり取りが生じ、事務が繁雑になるばかりでなく、ケース検討会議にケースワーカーが出席できないなどの不都合がある。また、ヘルパーの支給決定については、本人の状況を十分踏まえた判断がなされない。

⑥ 人材不足と教育・研修

- ・男性のヘルパーが少ない
- ・良質な人材の確保のために、待遇等をできる限りよくしても確保できない
- ・特に福祉業界未経験者への権利擁護等の研修教育が必要

⑦ 入居者がグループホーム等を選べない・グループホーム等を増やせない

- ・グループホーム等の数が限られていること等の理由から、それぞれの入居者が、ワンルームタイプの住居か一軒家タイプか、誰と住みたいかなどを選ぶことができない。
- ・グループホーム等を増やすためには、小規模の事業者も参入できる制度設計が必要だが、現状では、一定の入居者数、住居数がないと運営に支障をきたしやすく、日中活動事業所や居宅介護事業所等も運営している法人でないと、安定的な運営が行いにくい状況がある。
- ・自己資金が少ない法人の場合、住居は賃貸する以外ないが、住居内の改修には持ち主の了解が必要で、それが得られないことが多い。

- ・消防法や建築基準法をクリアすることができず、開設できない。

<考 察>

1) 「関係支援」の必要性とその評価について

アンケート調査において、「特に支援が難しいと感じているケース」を聞いたところ、「関係支援」が必要と思われる事例が多くあった。この内容は、過去に日本グループホーム学会が報告書にまとめていることと共通する¹。この支援を必要とする入居者は、感情抑制が困難な状態になりがちで、人間関係を築きにくく、社会的逸脱行為につながることも多いことが特徴である。そのような人の背景としては、家族関係に何らかの問題がある経歴をもつ場合が多いのが特徴で、軽度や中程度の知的障害の場合に問題が表面化しやすい。したがって、障害程度区分としては高くない可能性も大きいですが、支援としては非常に難しく、また長い期間を要するものである。基本的には、精神的不安定さを支えるための寄りそった観察と対話、問題が生じたときの環境調整と適応促進が支援の柱であると、同報告書では報告されている。支援関係自体も構築しにくく、支援を受け入れられないという特徴もあることは、今回の調査でも同様の回答があったが、ホーム職員には、このような難しさに対応することが求められている。

社会的逸脱行為につながりかねないような状態の入居者を支える支援は、現状の障害程度区分で測れるような定量化できる性質のものではない。今後、保護施設や矯正施設を退所した障害のある方の地域生活をグループホーム等において支援していく場合にも、「関係支援」の必要性と専門性をきちんと評価した報酬設計を検討していく必要がある。

2) 人材の確保（質、量）

今回の調査では、人材の確保が大きな課題であるが、対策の取りようがないという声が複数あった。

そもそもグループホーム等における支援は、共同生活住居内に 1 人の職員しかいない場合や時間帯も少なくない。このことは、様々な判断と対応がとれる力量を備えた職員が必要であるということと同時に、そのような責任の大きい仕事であることを意味する。特に深夜の時間帯は、職員数が減る傾向があり、職員が感じる精神的な負担感は大きいと言える。神奈川県社会福祉協議会が行ったホーム職員への実態調査において「職員の悩み、不安、不満」を聞いた設問で、「夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安」という回答の割合が 2 番目に高くなっている²。このような不安感を減らす対策が職員を支えるために必要であり、そのことは新たな人材が就職先として検討する際の安心材料にもなると思われる。

また今回の調査では、深夜帯の勤務が夜勤として扱われず、仮眠が取れないような夜間業務

¹ 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 編 (2006) 「NAGAYA 文化論的グループホーム支援を考えるー地域で支えるグループホーム支援のあり方検討ー」独立行政法人福祉医療機構(高齢者・障害者福祉基金)助成 平成 17 年度「グループホーム支援方策推進事業」報告書

² 神奈川県社会福祉協議会「障害者グループホーム・ケアホーム サービス提供体制に関する実態調査」平成 22 年 3 月

の実態があることも分かった³。現在の報酬単価では、24時間の支援が必要なホームにおいて3交代、4交代制を成り立たせるだけの人材が確保できない。このことは、新たな人材を得ようとする側からすると致命的なことである。障害者支援に対する熱意や思い入れがなければ、このような特殊な勤務環境に身を置くことは選択しにくいと思われる。それは、学生時代からアルバイトやボランティアで関わり続けた人が職員になるという、ある意味特殊な方法でしか新たな人材を確保できないことを意味しているのではないか。このままではグループホーム等が増えないばかりか、現在あるグループホーム等の今後を担い続ける人材確保さえ危ぶまれる。夜間の勤務に関する正当な評価は緊急の課題である。

給与面での待遇という観点では、少なくとも正規職員には主たる生計者として必要な給与を保障することが必要である。今後、相当なスピードで訪れることが予想される入居者の高齢化への対応のためだけでなく、重度の障害のある人への専門性の高い支援を担える人材は事実相応な希少性があり、関われる支援者が限られるような入居者に支援提供できるような人材の育成には相当なコストが必要でもある。その専門性を正当に評価した給与を保障しなければ、大学等で社会福祉を学んだ専門家の卵たちがグループホーム等への就職を志さないという状態は続き、障害のある人の地域生活を拡充していく土台が一向に安定することはないだろう。

一方で、少ない職員数で様々な判断と対応を担い、関係各所との連携しつつ入居者の生活全体を支えていくという専門性のある職員を確保するために、日中活動等の事業所で経験を積んだ力量のある職員をホーム職員にしていくというルートを確立しているという事例があった。また、ヘルパー事業所への登録という入り口を使うことで、グループホーム等で活動する人材を増やしやすくなったという回答があった。特に主婦層などの人材は、グループホーム等が世話人や生活支援員として募集をしても集まりにくいのが、ホームヘルパーになることについてはハードルが低く、結果的にヘルパーとしてグループホーム等での支援者として活動できるようになっていく。入居者がヘルパーを利用できることは、このような利点もあることは、人材確保の観点からも重要である。

³ NPO 法人大阪障害者センター・障害者生活支援システム研究会「グループホーム・ケアホームでの支援にかかわる実態調査報告書」においても「財政的理由による夜勤の『宿直化』」が指摘されている。

8 その他の観点からの考察

今回の調査項目として予め設定した視点ではないが、調査結果から、重要な内容として今後検討する必要があると思われたものについて、以下で考察する。

(1) 精神障害者のホーム

1) 障害程度区分の低さと必要な支援

精神障害のある方がグループホーム等に入居する場合、前提として入院治療が必要な状態ではないということがあり、ある程度症状が落ち着いていることが想定される。特に介護等は必要としないが働きかけがなければ通常的生活リズムを保てないような場合、障害程度区分としては低く出がちである。つまり、支援は必要でもホームとしては人件費が確保できない。例えば、日中活動に行くことができずホームに残る日にも、職員を配置できないので、誰もいないホームで寝て過ごしてもらうことになるという回答があった。寝て過ごすことで、特に問題は起こらなかったかもしれないが、支援としてそれでよいのかという問題が残る。また、どこにも行く気にならないからホームに居るとい入居者がいて、特に介護は必要でないために無理に職員配置はしないという場合にも、「どこにも行く気にならない」というその部分に働きかける支援まではできないままでよいのかという迷いがあるとお話を伺った。その人の人生をよりよくする積極的な働きかけをする役割は、誰がどう担うべきなのか、グループホーム等の役割と機能の問題として今後検討していく必要がある。

2) 夜間支援体制の課題

共同生活住居内に職員を配置せずに、緊急時に連絡がとれる体制をとっているケースがある。その際に問題となるのは、サービス管理責任者などの特定の正規職員が毎晩電話連絡可能な状態を続けなければならなくなっている実態である。報酬単価が低いために常勤者が少ないことが理由の一つだと考えられるが、特に夜間に不安感が増すことが多い障害特性ゆえに、電話対応は誰でもできる業務ではなく、一人一人の状態を熟知してきめ細やかに、臨機応変に対応できる人物しか担えないとも言える。実際に電話が毎日かかってくるわけではないとしても、1人の人間が毎晩一年中連絡可能な状態でなくてはならないことの制約は相当大きく、その精神的な影響、負担感も大きいと言える。このような在り方は、持続可能な安定的な仕組みとは言えないだろう。

3) 高齢化

精神障害の方のホームの場合、多くの場合は介護的な要素がない支援を主としているため、高齢化によって介護が必要になる場合の影響は大きい。そもそも職員配置が介護に対応できるだけのものでないこと、ホーム職員が介護の知識技術がないことなどにより、入居者1人の高齢化への対応をホームとして整えていくことのハードルが高い。しかしながら、長期入院者の

地域移行を進める観点からすると、高齢期の精神障害者がグループホーム等で支援を受けやすい体制整備は急務である。そのためには、障害程度区分に関わりなく必要に応じてヘルパーを利用できることが最低限必要であると思われる。

4) 地域での暮らしを可能にするために

聞き取り調査では、「医療法人の運営するホームでは、医療面のバックアップは得やすいが、一方で精神保健福祉士や社会福祉士等の福祉専門職をもっと多く配置して、管理的でない支援を展開していきたいが、現在の報酬では難しい」という趣旨のお話があった。退院してグループホーム等に移り住んだ方が、日中は病院のデイケアに通い、その病院と同じ法人が運営するグループホームに暮らす、という形が多くあり、そのような医療の枠組みの一步外に生活を広げていく支援がなかなかしにくいという趣旨のお話も伺った。入居者の生活の広がりを支援するためにも、一法人内での支援に限定されないような支援体制づくりを、サービス等利用計画作成などを通じて進めていく必要がある。

(2) 身近な見守りが必要で、かつ複数での暮らしができてにくい人への支援

今回の調査では、重度の自閉症の入居者が他の入居者との関わりを極力排して過ごすことで安定するという特性を踏まえ、1つの建物を1人の入居者が使う形態をとって支援している実践があることが分かった。(事例 22) そうではなく一軒家タイプに複数の自閉症の入居者が暮らしている場合でも、同様の理由から、共有のスペースを使用する時間を厳密に分けて、入居者同士が接することが無いように配慮して支援している事例(事例 4、17)もあった。

これらは、複数で暮らすことのメリットを活用しながら支援することがグループホーム等の本質の1つだとすると、それが不要ない入居者像であると言える。ただし、一人暮らしでヘルパーを最大限に利用して暮らせば良いのかと言えば、現状のヘルパーの在り方を念頭に置くと、決してそうではないと言えるだろう。なぜなら、「見守り」という言葉で言われるような、何かあればすぐに適切な対応をすることだけでなく、「予測される問題が生じないような準備や配慮、働きかけを随時行う機能、そのために適切な距離にいる」ことをホーム職員は提供しているからである。また、このような障害特性を持つ方々が、「限定的な支援者とのみ関われる」という特徴があることも重要な要素としてある。

身近な密度の濃い見守りが必要で、かつ複数での暮らしができてにくい人への支援をグループホーム等の支援として提供しやすくするためには、共同生活住居の定員を1人から可能とするという選択肢がある。しかし一方で、このような形態の支援はグループホーム等の機能として位置づけるのではなく、ヘルパー事業と相談支援事業の強化充実という方向で検討すべきだという考え方もあるので、これについて検討が必要である。1人で暮らしているという側面が大きいワンルームタイプのグループホーム等と比べた場合、どうだろうか。ワンルームタイプが増加してきたことは、「一人暮らしに近づける形態をとりつつも身近に支援者が継続的にいて、必要な支援を提供する」ことが必要だったからだと思われる。そのような形態を望む利用者も比較的若い年代に特に多い、というお話も調査の中で伺った。違いは「密度の濃い見守りが必

要かどうか」である。端的に言えば、1対1か、それに準ずる程度の体制の支援が必要であればグループホーム等ではなく、ヘルパー事業で行うべき、と整理できるだろうか。今回の調査を通して、1対1を含めた個別の支援の充実が必要であると多くのホーム職員が認識している実態が明らかになった。それらの暮らしの全てが、「可能なら一人暮らしの方がより良いが、やむを得ずグループホーム等で暮らしている」とばかりは言えない、と思われる。「密度の濃い見守りを含めた支援」をホーム職員以外が提供する制度設計が可能だとして、果たしてそれがより良いかどうか、今後も検討していく必要がある。そのことは、「グループホームとは何か」という本質に関する検討でもある。

今回の制度改正に伴って検討されている「サテライト型住居」の入居者像は、どの程度の見守りの密度、支援量までを念頭に置くべきなのか。あくまでも、1人暮らしへの移行を念頭に、その準備段階のような入居者を念頭に置くのか、もしくはこれまで述べてきたような、複数で暮らす住居での生活はできにくい人も想定するのか。後者を含める場合、当然、物理的に集まって暮らしていない分、見守りや支援提供の効率は下がることを踏まえ、その入居者が1対1の支援を必要とするような場合も含めるのか、更なる検討を要する。

(3) グループホーム等を補完する仕組みの重要性

今回の調査を通してグループホーム等の基本的性格として確認できたことは、地域に在る個々の入居者の住まいの場であるという大前提と、住まいの場であるからこそ、個々の入居者のライフサイクル等に伴う変化に対応していく支援が必要とされると共に、「何かあった時」の対応を避けて通れないということである。

1) 「相談機能」「権利擁護機能」の充実

変化への対応力と人的充実を追求すれば、ホーム事業所に多職種を配置できるようにし、多くの職員を雇用できるような規模にしていくという方法があるだろう。法人の規模、事業所の規模が大きければ、様々な対応力に優れた面があることは否めない。現状でも、入居者30人で1人のサービス管理責任者を配置することが定められていることからみて、その程度の規模は安定運営に必要なという前提が制度設計にあると推測される。しかしながら、一事業所、一法人が入居者の24時間、365日を援助していくことのリスクは既に述べた。「サービス提供者」と「利用者」の二者関係のみで形成する生活ではなく、サービス提供を前提としない「相談機能」や「権利擁護機能」をサービス提供法人とは別の法人の支援者が担うことで、チェック機能を正常に働かせることにもつながる。またこの機能を充実させることは、現状ではホーム職員が実態として担っている部分もある様々な重要な「判断」や「責任」を第三者と分け合うことができるか、あるいは別の者が担えることを意味し、それが入居者の人生の質を高めることにつながると考える。

2) 「何かあった時」の対応のための連携の仕組み

今後もグループホーム等を増やしていくためには、小規模事業者でも安定した運営、十分な支援提供をできるような仕組みが必要である。同時に、今回の調査では、比較的法人規模が大

きくても、夜間の緊急事態、特に火災や地震などの際に対応でききる体制は十分には取れないという実態が分かった。そこで必要なのは、一事業所、一法人を超えて、地域の事業所が協同で夜間の緊急事態に備える体制を組むという視点である。夜間の緊急時に駆けつけるための人員を複数法人で当番制とするなどの対策が取り得るのではないだろうか。

そのためには、緊急時のみに着目するのではなく、平時からの顔の見える関係づくりが必要である。この点では、千葉県「グループホーム等支援ワーカー」のような、法人を超えて地域のグループホーム等を「つなぐ役割」を任務とする人材を置くことが有効であると考えられる。東日本大震災の際には千葉県内においても大きな被害があったが、その際にはグループホーム等支援ワーカーがいたことで、情報の集約、伝達等が比較的速やかに行えたと言われている。目の前の入居者への対応を第一義的な任務とするホーム職員ではなく、広い意味でのバックアップ機能を担う地域の人材がいることで、グループホーム等の支援をより安定したものにする可能性がある。

III 訪問調査事例シート

【事例：1】

<事業所基礎情報>

- ・経過の居宅介護利用型共同生活介護（経過的ケアホーム）
1事業所、3ホーム、定員15名。知的障害をもつ方のホーム。
- ・世話人配置基準 5：1
- ・法人の他の事業
指定相談支援（計画相談・地域定着支援）、居宅介護（利用者100名程度）、短期入所（8名定員）、日中活動（就労移行、就労継続A型・B型、生活介護で、計120名定員）、放課後デイ等（10名定員）。

<ホーム基礎情報>

- ・計3ホーム（5カ所）15名定員（現在13名入居）
 - ① S（マンション3LDK×2戸 女性3+3=6名定員：5名入居）
 - ② E（一戸建て 男性5名定員：4名入居）
 - ③ A（公営住宅2K×2戸 男性2+2=4名定員：4名入居）
- ・職員体制 管理者1名（常勤）
世話人8名（常勤5名、非常勤3名）
サビ管や生活支援員の配置はない（経過的CHのため）
- ・職員配置
 - ① S 世話人3名（常勤2名<ヘルパーと兼務>、非常勤1名）、ヘルパー5名
平日（15:00～20:00 1名、17:00～20:00 1名、19:00～翌朝9:00 1名）
休日（9:00～17:00 1名、13:00～19:00 1名、17:00～翌朝9:00 1名）24時間配置
 - ② E 世話人2名（常勤1名<ヘルパーと兼務>、非常勤1名）、ヘルパー4名、アルバイト1名
平日（14:30～21:00 1名、19:00～翌朝9:00 1名）
休日（9:00～17:00 1名、13:00～19:00 1名、17:00～翌朝9:00 1名）24時間配置
 - ③ A 世話人3名（常勤2名<ヘルパーと兼務>、非常勤1名）、ヘルパー1名
平日（14:30～20:00 1名、19:00～翌朝9:00 1名）
休日（11:00～13:00 1名、16:00～20:00 1名、17:00～翌朝9:00 1名）
- ・夜間支援体制あり（3名宿泊：各ホーム1名ずつ毎日配置、従事者1人あたり4～6人対応）
- ・夜間支援従事者は、ヘルパー及び法人職員全体（基本的には世話人は泊まらない）
 - ・宿直 仮眠はできている
- ・夜間支援体制加算や日中支援加算は受けられない（経過的CHのため）

<入居者基礎情報>

- ・男性8名（10代2名、30代2名、40代3名、60代1名）
女性5名（20代1名、30代2名、50代1名、60代1名）
- ・全員が同一法人の日中活動、ヘルパーを利用。
- ① S
 - ・女性5名。全員が知的障害（自閉傾向3名）。区分3、4、6が1名ずつ、区分5が2名。
 - ・全員が身体介護・家事援助・移動支援を利用。通院等介助は2名利用（月1回、月4回）。
 - ・日中は生活介護2名、就労B3名。平日の日中支援はなし。土日は全員が日中支援要。
 - ・夜間はトイレ誘導、おむつ交換、入眠確認、コミュニケーションの支援等。
 - ・入浴介助、見守りが必要な人が多い。見通しが立たないことに不安を感じてパニックになることを防ぐ支援（2名）。刻み食、生活リズムの修正、近所や異性との関係調整などの支援も。

【訪問調査事例シート】

- ② E ・男性4名。全員が知的障害（自閉症2名、PWS－糖尿病1名）。区分2、5各1名、4が2名。
・全員が身体介護・移動支援を利用。通院等介助3名（月2回）、家事援助1名。
・日中は就労B2名、就労移行1名）。平日の日中支援はなし。土日はほぼ全員日中支援要。
・夜間は食行動（24時間）の見守り、入眠確認、パソコンの使用制限など。
・インスリン自己注射の見守り・盗食防止・入浴介助（1名）。パニック防止（2名）。
聴覚過敏で他者とのコミュニケーションが困難な人への支援など。
- ③ A ・男性4名。全員が知的障害（自閉症2名、自閉傾向1名）、区分3、4が各1名、6が2名。
・全員が身体介護・移動支援を利用。通院等介助3名（月1～2回）、家事援助3名。
・日中は就労B2名、就労移行2名。平日の日中支援はなし。土日は全員日中支援要。
・夜間は昼夜逆転の人が3名おられ、入眠確認や睡眠時間の確保の支援。
・他者とのコミュニケーション調整・関係調整。妄想・パニック・早朝の大声への対応や支援。引きこもりやあちこち電話することへの対応。こだわり行動が多く次の行動に移るための支援。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

- ・入居者13名、平均障害程度区分4.38と、重度の知的障害、自閉症をもつ方が入居されている。パニック、不安解消、こだわり、引きこもり、人間関係への調整、身体介護や見守りなど支援内容は多岐に渡る。62歳の方の刻み食の提供、インスリン注射の見守りなども。生活保護の利用は8名。

○全体

- ・ホームでは支援費制度やそれ以前から個々にヘルパーを利用しており、自立支援法でヘルパー利用が利用できなくなり経過的ケアホームを選択した。経過的ケアホームにした理由は、1人のスタッフが複数の利用者をみるような○：1の生活支援員の体制は「施設的」（管理的、閉鎖的）であり、ヘルパーによる個別支援を重視したから。ケアホームはだんだん施設化していっているように感じる（消防法設備も含めて）。
- ・個別ヘルパー利用型は区分4以上しか使えないなどの制限があり、それよりはやりやすかったように思う。
- ・支援費制度の時よりも、報酬額はホーム全体で見ると「半分以下」に激減した。支援の質や体制は低下させるわけにはいかず、泊まりの部分などまるまる赤字となっている。赤字分については、ヘルパーで埋めているのが実情であり、夜間については日中活動の支援職員も投入せざるをえない。

○夜間支援

- ・「宿直」で、基本的に仮眠はできている。
- ・一人の夜間支援配置で対応できていないことも多い。一人の支援をしていて、他の人に手が回らなかったり、飛び出し（年に数回はある）などになかなか対応できない。ホームが二つに分かれている所では泊まりの支援者は夜間支援ニーズの多い方に入っているが、目が届きにくいところもあるため、1ヶ所に一人ずつの配置がほしい。
- ・夜間支援は対応できるヘルパーが少なく、対応できる人も毎日はずれ、確保が大変。

○日中支援

- ・日中、ホームに残られる人は、現在1人が毎日残っておられる。以前も他に月に数日残られたり、時期的に調子を崩して残られることもある。残られた時は、世話人、ヘルパーで緊急対応している。
- ・土日の余暇活動は、毎月、利用者から外出希望を出してもらって調整している。移動支援や職員が同行して外出してもらっているが、ヘルパー不足で調整しきれないこともある。
- ・外出先の情報提供など同じヘルパーばかりでは行き先が限られるなど、利用者の世界が狭まってしまうため、できるだけいろんなヘルパーが関わることが理想だが、確保がなかなか難しい。

【訪問調査事例シート】

○ヘルパー利用

- ・法人の世話人＋ヘルパーの体制では足りないため、他法人のヘルパーも利用している（特に夕方からの時間帯は利用が集中するため体制が不足）。他事業所のヘルパーには主に家事援助の部分で入ってもらったりしているが、個々の支援についてコーディネーターやヘルパーに伝えたり、何かあったら随時話し合いをもっている（その回数は多い）。新人ヘルパーが入る時にも向こうでしっかり引き継いでもらえなかったり、こちらと一緒に付かなければならなかったりもする。
- ・ホーム職員にしかできないこととしては、本人の想い、支援の方向などを発信する役割や、日中活動など他事業所との連携、調整など。

○医療の利用支援

- ・一人がPWS（プラダーウィリー症候群）で満腹感が得られず食べ続けてしまうため、24時間の見守りが必要。糖尿病も併せ持ち、インシュリン注射や血糖値測定など見守り、確認の支援が必要。
- ・通院時の支援はヘルパーが同行してもらうが、急な通院などで調整できないときはホーム職員が同行。
- ・病気でホームに残る時は、人によっては付きっきりなど対応の度合いは違うがだいたいはいっている。
- ・入院時に「泊まり込みの付き添い」をしたこともある。入院時の対応は、持ち出しになることもある。
- ・訪問看護や往診の利用はほとんどなく、ほとんど通院で対応。
- ・医療機関とはこれまでかなり関係を作ってきたため、受診を拒否されたりすることはない。

○高齢化対応

- ・高齢化・加齢のため、排泄や入浴の介助が必要となってきた人もいる。
- ・介護保険制度の利用は今のところないが、今後、支援が減らされたり1割負担の問題が出てくる。
- ・今までに2ケース、「看取りの支援」が必要となった。その一つは、60代の方で、入居当初から体調が悪く、通院に付き添って何度も検査をくり返していた。その後、肝臓ガンであることが判明し、容態が悪化し入院。入院時の付き添いや病院で看取りを行った。

○支援全般

- ・これまでホームや日中活動を増やしてきたが、地域の不動産業者や行政とも関係を作ってきており、近所とのトラブルもさほどない。近所から苦情があれば即時に対応はしているが、障害者が地域で暮らすにあたっていろんな問題が起きてあたりまえ。それを通じて地域の理解を少しずつ深めている。
- ・個別支援計画の組織的な検討に力を入れている（日中活動を休みがちになる人へのアプローチ、休日・余暇の充実に向けた働きかけ、体調変化や地域の人との関わりづくりなど）。また、利用者の財産管理では、本人がわかりやすいよう収支のグラフ化や、金銭の出入記録などを徹底している。
- ・虐待防止、権利擁護では、虐待や権利侵害はどこでも起こり得る問題であることをふまえて、全事業所の職員に対して毎月匿名で、虐待チェックリスト（言葉使いや態度、支援など）を書いてもらっているなど徹底している。「グループホームを開設する際に、最も危惧したのは、ホーム内で何が起きているのか把握しづらいことや、どこまで適切な支援ができていないのかわからないことだった。」
- ・その他、地域の他の事業所でも利用者の権利が守られるよう、地域自立支援協議会とともに、第三者評価など（区域内の最低基準作り）の仕組みを考えている。

【訪問調査事例シート】

【事例：2】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業等

- ・ NPO 法人が運営。
- ・ ホーム 3 ヲ所等のほかに地域活動支援センター 2 ヲ所を運営。

事業指定・共同生活住居数

- ・ 事業指定は共同生活介護。3 つの共同生活住居、定員 16 名。

世話人配置基準

- ・ 世話人配置基準は入居者 4 人：支援者 1 人

生活支援員配置

- ・ 生活支援員配置は、172 時間＝4.3 人分／週

職員体制

- ・ 3 つのホームの管理者（兼世話人）が 1 名で、それに加えて各ホームに 1 名の常勤世話人がいる。事業所としての常勤職員は 4 名。当該ホームの常勤世話人はサービス管理責任者も兼務している（週 3 泊）。
- ・ 法人が運営する地域生活支援センターの職員が 5 名（常勤）いるが、ホームの支援には入らない。

自治体独自の運営費補助

- ・ 1 ホームあたり 96,700 円／1 ヲ月の運営費補助がある。
- ・ それ以外に、「サービス管理費」として入居者 1 名あたり月額 5,000 円の助成がある。

<ホーム基礎情報>

定員と実人員

- ・ 定員 5 名。実人員 5 名。

建物・立地

- ・ 駅から徒歩 15 分の住宅街の 1 戸建て（木造 2 階建て）。
- ・ 地主にホーム専用建物を建ててもらい、法人が借り上げている。

職員体制

- ・ 3 つのホームの管理者（兼世話人）が 1 名で、それに加えて各ホームに 1 名の常勤世話人がいる。事業所としての常勤職員は 4 名。当該ホームの常勤世話人はサービス管理責任者も兼務している（週 3 泊）。
- ・ 非常勤（週 40 時間）の世話人が 1 名（週 3 泊）。アルバイトの生活支援員が 1 名（月 2、3 泊）。合計ホーム職員は 4 名だが、他ホームと兼務の常勤世話人 1 名が週あたり 1～2 泊している。
- ・ 他に 3 名のヘルパーが関わっている。（他法人の事業所）

職員配置の基本体制

【平日】16 時～翌朝 10 時：1 人

＋ 6 時 30 分～9 時 30 分：ヘルパー 1 人、16 時～23 時：ヘルパー 1 人

【休日】24 時間配置：1 人

＋ 6 時 30 分～9 時 30 分：ヘルパー 1 人、16 時～23 時：ヘルパー 1 人

夜間支援体制

- ・ 夜間は宿直体制で、0 時半から 6 時半を休憩の扱いとしている。宿直手当あり。

<入居者基礎情報>

性別・年齢

- ・ 男性 5 名。年齢は 30 代～40 代。

区分・手帳等級・障害種別と特徴

- ・ 知的障害を伴う自閉症者。
- ・ 障害程度区分は区分 5 が 4 名、区分 6 が 1 名。
- ・ 1 名が末期がん。

【訪問調査事例シート】

日中活動

- ・ 日中は他法人の活動場所にそれぞれが通っている。
- ・ 2名は、徒歩で2,3分の場所にある地域活動支援センターに通っている。歩道が狭く、車の通行量が多い道を渡ることもあり、ホーム職員が徒歩で同行している。
- ・ 他3名も他法人の生活介護に通所している。通所はボランティアの運転手を頼んでいる。

ヘルパー利用

- ・ 他法人の介護保険の居宅介護も行っている事業所から、3名のヘルパー（固定）が派遣されている。
- ・ このヘルパーは日曜日～金曜日の6日を3名で、週に1回～3回入っている。
- ・ 入居者1人あたり30時間から50時間の身体介護のヘルパーを支給されており、ヘルパー派遣1回は、6時半～9時半、16時～23時である。この時間に複数の入居者に時間を割りふって毎日入っており、複数の入居者に対応している。つまり、この時間帯は、職員とヘルパーの2名体制となる。
- ・ メリットは、人材確保の面で非常に助かっている。人が辞めた時に探すのは労力もお金も相当かかるので、それをヘルパー派遣事業所が担ってくれることが大きい。また、ヘルパーが入っている時間をアルバイトで埋めるよりも経営的にプラス。
- ・ デメリットとしては、自閉症に特化したホームなのだが、ヘルパーはその知識がなく、仕事をしながら一から育てなくてはならない。同じ人がずっと入ってくれているので成り立っているが、自閉症の人の行動について職員が教えながら動いてもらっている。また、事業所が雇用しているわけではないので思ったように研修に出すことができない。また、掃除や片づけなどの細々としたことは頼めないのも、職員と同じようにはならない。
- ・ 入居者1名だけだが、対応が難しく職員でなければ関われない入居者がいる。その方にはヘルパーは関わらない。また、全入居者について、服薬支援は必ずホーム職員が行う。

特記すべき支援内容

- ・ 末期がんの入居者への対応

今年3月に40代の1名の入居者の食欲が落ち、嘔吐が繰り返しあり、5月にガンと診断された。がんセンターや複数の病院に行ったが、副作用が大きく、しかも治癒の可能性も高くない治療しかないことがわかり、積極的治療は断念した。その際、入院する場合には、精神科病棟になると言われた。

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。

この入居者が通っている日中活動の職員、グループホーム職員、ヘルパー事業所と家族を交えて、ケース会議を月1回行っている。

家族は自宅で看取りたいという希望があるのでその方向で考えている。現在、週に1回、医療保険制度に基づく訪問看護の訪問を受けている。生活保護なので負担はないが、その事業所は自宅のある地域への派遣はしていないとのことで、自宅に戻った時には新たに別の訪問看護事業所を使わねばならないことも大きな問題である。

生活保護で共同生活介護利用だと介護保険を使うことができないと区に言われたが、どうなのか？ 自宅にもどって生活保護でなくなれば介護保険を使うことができるとのことだった。

往診については、協力医療機関の医師が対応すると言ってくれているが、まだ使っていない。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

- ・ ホーム単位の支援会議は、ホーム毎に職員及び非常勤が出席して月に1度行っている。
- ・ 3ホームの常勤、法人の理事、障害者支援センターの担当者が集まるグループホーム検討会議も月に1回行っている。

【訪問調査事例シート】

【事例：3】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業 ホーム以外の事業はなし

事業指定・共同生活住居数 一体型事業所、8 共同生活住居

世話人配置基準 入居者 4 人：1 人

生活支援員配置 10.8 人＝432 時間（週当たり）

職員体制

常勤職員 13 人、非常勤 10 人、管理者兼サービス管理責任者 1 名、サービス管理責任者 1 名、他事業との兼務はなし

自治体独自の運営費補助

- ・1 ホームあたり 96,700 円/1 ケ月の運営費補助がある。

<ホーム基礎情報>

定員と実人員 5 人

建物・立地 住宅地にある二階建て住居の一軒家。ただし、ホームは一階部分のみ。

職員体制

- ・世話人兼生活支援員 6 名（内、常勤 4 名、業務委託 2 名。常勤の 1 名はこのホーム専任。常勤 3 名は 2 ホーム兼務）*業務委託は居宅介護事業所の職員

- ・生活支援員 4 名（非常勤でこのホーム専任 1 名、学生アルバイト 3 名）

- ・ヘルパー 19 名、食事作りアルバイト 4 名、ボランティア 9 名

職員配置の基本体制

【平日・休日】16 時～25 時 翌朝 6 時～14 時：2 人
10 時～17 時：1 人

夜間支援体制

- ・2 名（男性 1 名、女性 1 名）が泊まる。世話人、生活支援員、ボランティア
- ・25 時～翌朝 6 時は休憩時間としているが、介助をした場合には時間外で支払っている。

<入居者基礎情報>

性別・年齢 女性 3 名、男性 2 名。30 歳代～50 歳代。

区分・手帳等級・障害種別と特徴

全員が身体障害（脳性まひ、四肢機能障害）。1 級が 4 名、2 級が 1 名。障害程度区分 6 が 4 名、区分 4 が 1 名。

日中活動

地域活動支援センター 4 名（2 名は平日のうち 1 日は休む）、生活介護 1 名。いずれも別法人の事業所。

ヘルパー利用

・入居者 4 名が重度訪問介護約 270 時間～320 時間（月あたり）の決定を受けているが、ヘルパーの不足から使い切れていないことが多い。入居者 1 名は、通院等介助、移動支援のみ。

特記すべき支援内容

- ・それぞれの入居者が、年齢による障害の重度化が目立ってきている。
- ・夜間に痰が絡み眠れない日が増えている入居者への対応のため、吸引の講習を受けて準備している。この方は、飲み込みがしにくくなっていて、誤嚥しやすくなっている。
- ・呼び出しコールが押せない入居者が 1 名おり、居室に隣接する部屋に夜間職員が寝ている。（声で呼ばれて対応する）

【訪問調査事例シート】

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

夜間支援

- ・男女の入居者がいるため、同性介助を行うために必ず男女各 1 名の援助者が泊まる。泊まりの援助者はアルバイト、ボランティアが泊まることもあるが、職員が 1 名は必ず泊まる。
- ・25 時～翌朝 6 時までは休憩時間としているが、入居者の年齢と共に、深夜の介助を必要とすることが増えている。重なる時には、2 時、4 時と介助が必要になり、短時間であっても、回数が増えれば仮眠が取れない職員が増え、休憩時間扱いにすることに限界を感じている。
- ・交代勤務いわゆる夜勤にすると、現在の報酬と加算では必要な援助者数を確保するのは難しい。

日中ホームに残る入居者

- ・平日、毎日の通所は体力的にきついという本人の希望で、週に 1 日休みを設けている入居者が 2 名いる。日中は、重度訪問介護のヘルパーが対応している。

ヘルパー利用とホーム職員の役割

- ・入居者 1 人 1 人の介助量が多いため、ホーム職員だけでは人手が確保できないことからヘルパーを利用している。
- ・飲み込みが難しい人の食事介助について、介助に時間がかかることと、慣れた介助者が継続して介助することによって安全に介助できることから、ヘルパーを利用することで安定して行えるようになった。
- ・ヘルパーを利用するようになって人材の幅が広がった。特に主婦層の関わりが多くなってきた。
- ・多くのヘルパー等、関わる援助者の数が増えると、それを束ねる力、調整能力がホーム職員に求められている。様々な考え方もった援助者の質を、一定レベルに保つことはとても難しい。
- ・日常的に、ホーム職員は個々のヘルパーにその日の援助に関することを口頭で伝える。ヘルパーが適切な援助ができていない場合や、その場で解決が難しいようなことがあれば、ヘルパー事業所のサービス提供責任者に伝え、連携を取りながらヘルパーの援助力を向上させていく必要がある。
- ・ヘルパーは基本的には、入居者や職員の指示に基づいて援助を行うのが役割だが、ホーム職員は、5 年後 10 年後の先も見通して、入居者の人生の変化にも備え、準備していくことも必要である。

ヘルパー事業所との関係

- ・別法人の事業所だが、様々な問題に協同で取り組んでいる事業所で、連携事業所として位置付けている。ホームの職員体制が安定しない時（退職、休職等）には、ヘルパー事業所の職員に業務委託することがある。
- ・ホームの基本体制として、中心となる職員はホーム職員とし、2 番目、3 番目はヘルパーとしている。
- ・ヘルパー事業所のサービス提供責任者が、毎週行われるホームの職員会議に同席して、体制の調整などを一緒に行っている。

医療の必要性

- ・痰が絡んで夜間眠れないことが増えてきた方がいる。訪問看護事業所に夜間の吸引を依頼したが、断られた。職員が吸引の研修を受けて、医療的ケア提供の準備を進めている。夜間に対応する訪問看護事業所がないのは不安である。
- ・脳性まひの二次障害で、しびれがひどくなり、動けなくなった時、往診を依頼したが断られた。医療従事者が「責任が持てないから」と言って断らないような仕組みが必要。
- ・地域の中で中核病院と個人病院との連携が進んでおり、障害者も状態が落ち着いていると中核病院から個人病院に移ることを求められることが増えている。障害があることに配慮できる医師が限られている中で、一律に進められることに本人が不安を感じている。障害者に医療がどう関わる必要があるのか等、障害者の問題は地域医療体制の中に位置づけられていない。

【訪問調査事例シート】

・身近な地域の医療機関に障害があっても受診できるようになるためには、医療従事者の教育の中で障害のある人の生活を学ぶ機会を取り入れることが必要である。

グループホームにおいて困難なこと

- ・グループホームは、夜間の勤務が多いため人材確保が困難である。この地域の通所事業所やヘルパー事業所と合同で就職説明会を実施して、人を集める幅を広げている。
- ・入居者の高齢化については、援助者が若いこともあり、老いることに関するイメージを持つことが難しく、支える側の理解が難しい。特に年をとることの不安など、心の問題については、年代の幅を広げることが必要で、ヘルパーの存在はそれを可能にしている部分がある。

身体障害者の入浴

・日中活動での入浴はしておらず、ホームで入浴する。昼間に入るのは施設的だという発想もある。寝る前にお風呂に入ることによって緊張もほぐれる。時間がかかることもあり、5人が毎日入れないが、本人の希望に応じて同性介助の体制を組んでいる。

【事例：4】

<事業所基礎情報>

- ・法人の他の事業 相談支援事業・障害者支援施設・短期入所事業・生活介護事業・就労継続A型・B型事業・単独短期入所事業・就労移行支援事業・児童デイサービス事業・生活訓練事業・居宅介護・行動援護事業・共同生活介護事業等
- ・事業指定・共同生活住居数：当該法人で、共同生活介護事業所2カ所で31住戸を運営している。定員133人、体験室1つ
- ・生活支援員配置 週当たり1人18時間30分/日/20泊/月 バックアップ（支援センター）職員6名
1支援センター当たり28人のスタッフ（支援員・世話人・ヘルパー）で13住戸に関わり専従の支援員が休みの時は上記のスタッフが交代で入る。バックアップは何かあった場合にホームに走る。
- ・世話人配置基準（入居者5人：1人）15:00～19:00
- ・職員体制 バックアップ職員6名 サービス管理責任者3名

<ホーム基礎情報>

- ・定員と実人員 定員5名・実人員5名
- ・建物・立地 木造2F建て新築（7LDK）。古い新興住宅地。
- ・職員体制 常勤1名 非常勤
- ・職員配置の基本体制
【平日】15:00～19:00 世話人1名 支援員 15:00～翌日9:30 1名
【休日】不明
- ・夜間支援体制 1名夜勤 何事もなければ休憩できるが、夜中の巡回は欠かせない。
- ・入居者の障害特性上（人と会うことが苦手）ホームには入れなかった。外から見学。木造2階建て7LDKの新築。保護者と法人の資金で建築。特に重い行動障害がある方の入居を想定して建築されたよう。

■職員配置：特徴は世話人が非常勤で生活支援員が常勤。慣れた支援員が20泊している。世話人の勤務時間

【訪問調査事例シート】

は 15:00～19:00 に 1 名 支援員は 16:00～21:00/翌朝 6:30～9:30 の 8 時間勤務、夜間の 21:00～翌朝 6:30 までは、プライベートルームで休息待機している。入居者同士が顔を合わせないように 10 分～15 分刻みの夕食やトイレ誘導、入浴等が、ほとんど奇跡的なスケジュールで生活ができている印象。当然、奇跡的なスケジュールは破綻することもあり、ケアホーム支援センターには 6 人のバックアップメンバーが駆けつけてフォローする仕組みになっている。バックアップメンバーは 13 カ所のケアホームと世話人・支援員のフォローも大きな仕事だと言っていた。

- 夜間支援体制：夜間帯は支援員 1 人で支援にあたる。仕事は厳しいようで、離職者の比率 も高いようだった。故に上記のバックアップメンバーが世話人・支援員の精神的フォローも重要だと言うのも理解できる。障害特性上のこともあり、5 人がほとんど他の入居者と顔を合わせないスケジュールで生活しているため、5 人の 1 人暮らしを支援している感覚と言っていた。

<入居者基礎情報>

- 性別・年齢：入居者全員男性・A さん 36 歳、B さん 27 歳、C さん 43 歳、D さん 43 歳、E さん 30 歳
- 区分・手帳・障害種別と特徴：入居者 5 名とも行動援護を受給。（強度行動障害・自閉症）療育手帳は 5 名とも A 判定。区分は 4 名が 6 で 1 名が 5。1 名に 2 人介護。
- 日中活動：近所には同法人の通所施設しかない。平日及び土曜日にも生活介護事業所に通所している（余暇プログラム等）。生活介護事業の通所日数 23 日を超えて通所している。帰省は月に 1 回程度。
- ヘルパー利用 2 名が休日に利用。行動援護類型のため、外出が主な利用。利用は主に土日祝の昼間に外出。ヘルパー派遣は他に事業者がないのと、行動援護ヘルパー資格がいるので、同法人から派遣。
- 支援の特色：通院などの支援もケアホーム職員が月に 1 回程度付き添って行っている。入居者一人ひとりの性格や障害特性に応じてスケジュールの準備等を行っている。2 名の方にてんかん発作があり、常時見守りが必要。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

- ・夜間に必要とされている支援：行動障害のため、支援が夜間にずれ込むことも多い。自傷、他害、パニックがある。また、入居者 2 名については、大発作があり、常時、見守りが必要。日照や月明りに強いこだわりを持つ方等は夕方の送迎時間も夏と冬で時間をずらす工夫もしている。（夏 16:20 冬 15:20～複数の職員で対応）当然、職員配置の時間も変わってくる。
- ・医療の必要な入居者への対応：入居者 5 名中 3 名が月に 1 回定期通院。ケアホーム職員が同行。事前に入念なスケジュール調整が必要。慣れた職員と事前の入念なスケジュール調整をしても、経験をしたことのない検査は拒否されることもある。

【事例：5】

<事業所基礎情報>

- ・共同生活介護 1 事業所、1 ホーム、定員 7 名
重度の身体・知的障害をもつ方のホーム
- ・世話人 配置基準 4：1
生活支援員 配置基準 週 34.9 時間に対し、実際には週 73.5 時間配置
- ・法人の他の事業
生活介護 2 カ所（定員 20 人、10 人）、居宅介護（利用者約 70 名・介護保険も実施）、
相談支援事業（委託・指定）

【訪問調査事例シート】

<ホーム基礎情報>

- ・ 1 ホーム 定員7名、現在6名入居+体験中1名
別法人の高齢者ホーム（3階建て物件）が利用されなくなったため、賃貸で借りておられる。
- ・ 職員体制 管理者兼サビ管1名（常勤）
世話人 10名（常勤3名、非常勤7名<内、ヘルパー兼務3名>）
生活支援員 15名（非常勤）
- ・ 職員配置
職員26名（管理者1+世話人10+支援員15）+ヘルパー17名=毎月43名が日替わりで勤務。
平日 10:00～13:00（又は13:00～16:00）1名、17:00～18:00 2名、21:00～22:00 1名、
22:00～翌朝7:00 1名
休日 10:00～14:30 1名、17:00～18:00 2名、21:00～22:00 1名、22:00～翌朝7:00 1名
- ・ 夜間支援あり。毎日、女性1名+男性2名で宿泊（重度訪問介護ヘルパーの泊まりも併せて）。
夜勤で対応。仮眠がとれないこともある。
- ・ 制度外の体験室あり。

<入居者基礎情報>

- ・ 6名入居 男性3名（20代1名、30代1名、40代1名）
女性3名（40代2名、50代1名）
- ・ 全員が身体・知的の重度重複障害。区分6：3名、区分4：3名。
- ・ ほぼ全員が、同一法人の日中活動、ヘルパーを利用（移動支援のみ別法人も利用）。
- ・ 重度訪問介護は多い人で月301時間支給。ほぼ全員、通院の同行支援が必要。
トーキングエイド利用やコミュニケーションの支援、糖尿病、自傷行為、支援拒否やフラッシュバックのある人、こだわりの強い人などがおられ、様々な支援が必要。
- ・ 夜間支援～体位交換、トイレ、水分補給、精神的に不安定になる人の見守り等。
- ・ 日中は全員が生活介護に通所。（別法人の事業所1名、同一法人の事業所5名）
日中ホームに残られる割合は1名が週3日、1名が週1日。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

●ヘルパー利用

- ・ ほぼ全員が1対1の個別ヘルパー利用、長時間介護が必要。
- ・ ホーム内のヘルパーは同一法人（連携がとりにくいため）、移動支援は別法人のヘルパーも利用。
同一法人のヘルパーであっても人数が多いため、入居者個々の支援方針等、認識の共有が難しい。
- ・ 介護の支給量が足りないため、生活支援員部分の週38.6時間は持ち出し（赤字）となっており、他の事業から穴埋めしている。個別ヘルパー利用による生活支援員の1/2引き下げは厳しい。
- ・ 職員とヘルパーの業務に関しては基本的には一体的に動いているが、職員は入居者個々のニーズの拾い上げ、生活全般の支援や相談、ヘルパー等との連携などにも力を入れている。
- ・ 支援方針の共有や支援の質の担保のために、ヘルパーとの定期的なミーティングの開催（月1回）や、毎日メール等でヘルパーにタイムリーな情報提供、日常的にヘルパーコーディネーターへのフォローを行っている。
- ・ 職員とヘルパー併せて毎月43名が、日によって入れ替わる形で介護に入っている。毎日夕方～夜にかけては時間帯によって8名が入れ替わるなど（常時4名配置）、日々の調整や伝達も大変。
- ・ 職員・ヘルパーが朝・夕とも常時4名配置されているが、部屋の中にいる等であまり気にならず、建物の構造も影響すると考える。日中、支援が必要な場合は緊急対応を行っている。
- ・ 人材確保は学生のマンパワーも活用しているため結構集まるが、一定期間、慣れたヘルパーと一緒に介護に入るなど、ていねいな研修が必要。

【訪問調査事例シート】

●夜間支援

- ・夜間は夜勤勤務（報酬は足りない）。夜勤者と重度訪問ヘルパーで3名対応。入居者の調子が悪い時などは2～3時間も眠れない。対応の多い人には一晩で10回対応する日もある。
22時～翌朝7時 7,000円。
- ・寝返りができない方の体位交換や排泄介助、失便時の対応、水分補給等。
糖尿病で摂食が自身でコントロールしにくい方やこだわりへの対応や、精神的に不安定になる人も複数おられ、その見守りや対応も必要。過去に入所施設で受けた暴力が元で、フラッシュバックし興奮状態になれる方もおられ、ていねいな対応が必要。

●医療の支援

- ・整形外科、精神科、内科、歯科、耳鼻科、皮膚科等との連携が必要。
二次障害で整形外科手術を受けた方もおられる。
- ・医師の障害への理解や認識づくりが必要であり、密に連携がとれるよう関係づくりを進めている。
- ・通院の同行は世話人、ヘルパーで対応。通院しはじめの時は特に世話人が同行しなければ、言語障害等で医療サイドとコミュニケーションがとれない。またヘルパー利用の際も「通院等介助の月2回制限」では厳しい。
- ・ここ数カ月は、毎月1人は入院している。入院中は2日に1回程度、訪問が必要。市単費のサポート制度も活用しているが不十分であり、入院中もヘルパー制度が利用できるようにしてほしい。
- ・褥瘡の処置や摘便など訪問看護（週3回）や往診（月2回 訪問歯科診療）を利用。

●高齢化対応

- ・現在の入居者は40～50代までだが、二次障害や持病の進行等への対応が必要。
- ・以前65歳になられた人が、行政から介護保険サービスへの転居を促されたケースもあった。グループホームは「住まいの場」であり、本人の望まない形での転居はありえない。

●入退居支援

- ・一人暮らし等、「次の生活へのステップの場」としてホームを位置づけているが、入退居支援を進めるには、現在の職員配置基準では厳しい。
- ・入所施設からの地域移行での入居受け入れも多い。12月にも一人入居予定。
- ・入居前には体験宿泊など相談支援事業所の協力も得て取り組んでいる。
- ・退居時は物件さがしの同行や、転居先で利用するサービスの調整、手続きなど介護事業所や相談支援事業所とも連携して退居時支援をしている。
- ・支援計画 → 毎日の生活づくり、日中活動との連携、余暇の楽しみづくり、生活スキルの獲得、健康管理、悩みごと、体調や精神的に不安定になった時の対応等の項目について作成。

【事例：6】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業：相談支援事業、地域活動支援センター、自立生活訓練業務（自治体独自）

事業指定・共同生活住居数：共同生活介護事業所・2カ所

世話人配置基準：入居者4人：1人

生活支援員配置：120時間＝3人分（週あたり）

自治体独自の運営費補助：なし

【訪問調査事例シート】

<ホーム基礎情報>

定員と実人員：定員4人、実人員4人

建物・立地：住宅地に立地する一戸建て住居を使用している。最寄りの駅から、百数十メートルの距離にある。

職員体制：※2カ所分

管理者	常勤		1名
サービス管理責任者	非常勤	生活支援員、ヘルパー兼務	1名
世話人	常勤		1名
世話人	常勤	ヘルパー兼務	1名
生活支援員	常勤	ヘルパー兼務	10名
生活支援員	非常勤	ヘルパー兼務	13名

※世話人と生活支援員の役割分担については特にない。

職員配置の基本体制：1対1で、個別の支援者が付いている（就寝時を除く）。

夜間支援体制：

AさんとBさん：21時半以降は、2人に対してスタッフ1名の体制になる。

Cさん、Dさん：基本的には一対一の体制となる。

※1回の夜勤は、16時から翌日10時までで、2日分の勤務の扱いとなる。

※23時30分から7時の時間帯が、ホーム職員の担当する時間帯となっている（ヘルパーとしてではなく）。

<入居者基礎情報>

性別・年齢、区分・手帳・障害種別：

Aさん：女性、21歳、二分脊椎、身障2級、療育手帳A、区分4

Bさん：女性、40歳、脳性マヒ、身障1級、療育手帳A、区分6

Cさん：女性、40歳、筋ジストロフィー、身障1級、区分6

Dさん：女性、56歳、脳性マヒ、身障1級、療育手帳A、区分6

日中活動：関連法人が運営する生活介護事業を利用している。

支援の特色：

- ・Aさん以外は、生活のあらゆる場面で全介助が必要であり、入浴など2人介助が必要な場面も多い。また、Cさんについては、身体機能の低下が進行しており、2人介助でも難しくなりつつある。
- ・ストマ保持の入居者が一人いるが、プレート交換も含めて、ホームのスタッフで対応している。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

ヘルパー利用

- ・ホームの開設とヘルパーの利用について

共同生活のための住居を、独自に開設したのが始まりだった。開設当初は、国によるグループホーム制度はなかったので、週2回程度のヘルパー派遣と生活保護の他人介護料で介助をまかっていた。共同住居を開設した1年後、知的障害者地域生活援助事業が開始されたが、当時は社会福祉法人でなければグループホームの運営主体となれなかったため、任意団体であった当団体のホームは制度の適用がない状態が継続した。その後、A市から年間150万円の補助（自治体独自）が出るようになった。

支援費制度が導入され、公的なヘルパーの利用時間は増加したが、それまで持ち出していたところに制度的な裏付けが得られたというのが実情であり、支援量が増加したわけではなかった。また、関連のある4団体が共同で別法人（社会福祉法人）を設立し、自前でのヘルパー派遣が可能になった。

現在、スタッフは、ケアホームの運営法人に所属しながら、ヘルパーとしてこの別法人にも登録しており、ヘルパーとしても支援に入っている。

自立支援法施行以降も、A市の単費事業のグループホームとして継続していたが、市の担当部局から移行

【訪問調査事例シート】

を促されるようになり、ケアホームへ移行した。

・ヘルパー利用の実情

ヘルパーの利用時間は、1人は移動支援のみ50時間、他の3人は重度訪問介護で300時間を超えている。外部のヘルパーを利用する理由は、個別の支援に人数が必要であるためである。たとえば、朝、夕など、介助が集中する時間帯があり、ホームのスタッフだけでは担いきれない。またホームでの暮らしを、一人暮らしに向けた準備の一環として考えて、各部屋の掃除や洗濯など、個別の家事については個別のヘルパーを使ってもらおうようにしている（共用部分の調理、掃除は行わない）。

ただし、ヘルパーの2人派遣は入浴時しか支給決定されておらず、それ以外の場面は二人介助が必要でも持ち出しとなる。

・「介助をつないでいく仕事」が求められる。

ホームにヘルパー派遣を導入しているのは、必要とされる個別支援を実施するためであるが、個別支援を実効性のあるものにしていくため、ホーム職員が介助以外に「介助をつないでいく仕事」という重要な仕事を担っている。

例えば、入居者と月に一回の面談時間を設定し、モニタリングを実施している。日常的に介助しながら相談にのるようにはしているが、あらためて時間を設定して、介助場面では言いにくいことを聞いたり、1カ月を振り返ったりする機会にしている。そこで話された内容を、介助者に伝えて介助・支援内容を調整している。

一方、当団体だけで入居者を抱え込んで良いのかという悩みもある。しかし、支援に入る人を増やした場合、本人から直接介助者に対して介助に関する要望を伝えられないこともある。そのため、本人の相談に応じながら、本人の意向にそった介助となるように、介助者につないでいく役割が必要になり、その業務にかかる負担がさらに大きくなっていく。

また、本人が、自分の生活のために介助者を「使える」ようになればよいが、そのためのトレーニングやプログラム（ILプログラムのようなもの）が、相談支援事業の再編により、支援センターの委託が外されて取り組みにくくなっている。

日中にホームに残る場合

日中活動に通うのが困難な人が多い。また、通院や入浴の介助に時間がかかるため、通所形態の施設に通わず、通院や入浴にあてている人もいる。この場合の日中の支援については、ケアプランで決まっており、一対一でヘルパーやホームスタッフが対応している。

関連法人で運営している日中活動の場は、あくまで本人の活動の場面であると位置づけており、これまでは日常生活に必要な入浴などの「介護的な要素」は組み込んでいなかった。しかし、本人の障害程度が重度化していることから、今後は入浴や通院介助については、生活介護のメニューの中に組み込むことも積極的に考えていく必要があると考えている。

また、病気など急な場合については、夜勤から超過勤務で対応したり、事務処理など他の業務をこなしたりする傍らで、見守り、介助をしている（ただし、この対応は事務所とホームが隣接しているため可能であり、分離するとできなくなる）。

以上のことから、現状よりもう少しホーム職員の人数が多ければ、支援に対する融通が利き、必要な支援がしやすくなると感じている。

しかし、運営は常に赤字の状態、ホーム職員の待遇も同業種に比べても良くない。また、勤続年数に応じたベースアップも全くない。しかしながら、行政担当者からは一対一の支援は贅沢に見られているようで、「必要最低限」にするように迫られたり、なるべく集団でケアするなどの合理化を迫られたりしている。

【訪問調査事例シート】

【事例：7】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業

- ・ 通所 10 か所・短期入所 2 か所（単独型）・ファミリーホーム等

事業指定・共同生活住居数

- ・ 14 か所（知的障害を中心に 82 名）

世話人配置基準

- ・ 入居者 5 人：1 人
- ・ 1 つの建物内を 2 つの共同生活住居としているところがあり、効率的な職員配置をしているところがあるので 4 人：1 人とはならない

生活支援員配置

- ・ 70 時間（1.75 人分）配置

職員体制

- ・ サービス管理責任者は 3 名だが、実質 2 名で 40 人程度の個別支援計画を担当している。しかし、その半数は日中活動の事業所（同法人）が主担当（キーパーソン）と取り決めている。その他に 6 名の事業所専従職員がおり、請求事務や金銭管理等を含めて行っている。この 6 名は他の法人スタッフ（事務職を除く）と同様に宿直勤務に週 1 回行っている。また、2 名／日は 12:00～21:00 の勤務で法人内ホームを巡回し、入居者やスタッフの相談に応じている。

<ホーム基礎情報>

定員と実人員

- ・ 定員 5 名：実人数 5 名

建物・立地

- ・ 住宅地の一軒家。借地に法人所有の建物。家賃を安くすることができるので建物を法人が立てる方針。

職員体制

- ・ 生活支援員（常勤）2 名・世話人（常勤）1 名・世話人（非常勤）2 名
- ・ 法人のホーム専属スタッフは 4 名。14 か所をコーディネート。
- ・ 1 年契約の非正規の常勤（週 40 時間勤務）者が多い。

職員配置の基本体制

【平日】16 時～翌朝 10 時

【休日】24 時間体制

- ・ 夕方は、泊まり入りの職員、21 時半までの職員、食事等担当の世話人、ヘルパー4 人体制となる。
- ・ 生活指導員の 9 割はヘルパー資格を有しており、ヘルパーを兼務している。

夜間支援体制

- ・ 宿直 1 名。
- ・ 夜勤者は、事務職を除く法人スタッフ全員が交代で対応している（ホーム専属のスタッフではない者も含む）。法人の常勤スタッフは週 1 回夜勤あり。
- ・ 排泄、パット交換、トレイ誘導、体位交換、吸引等を行っている。
- ・ 仮眠はとることができる。
- ・ 夜間支援従事者一人あたり 6 名を対応。
- ・ 同一の職員は週 1 泊。曜日で決めている。

<入居者基礎情報>

性別・年齢

- ・ 20 歳代～50 歳代の女性 5 名

【訪問調査事例シート】

区分・手帳等級・障害種別と特徴

- ・ 知的障害と身体障害の重複障害。5名のうち、胃ろう対応（重身）2名。
- ・ 障害程度区分は区分5が2名、区分6が3名
- ・ 身体介護 37時間～135時間
- ・ 移動支援は 10時間～48時間

日中活動

- ・ 入居者5名とも、同法人の生活介護に通所している。

ヘルパー利用

- ・ 身体介護は同法人ヘルパー
- ・ 移動支援は他事業所

特記すべき支援内容

- ・ 胃瘻注入、バイタルチェック、吸引、口腔ケアは法人が雇用している看護師が行っている。
- ・ 業務委託している看護師もいる。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

- ・ ヘルパー支給量は希望通り出ている。
- ・ サービス管理責任者を中心に月1回ケア会議を実施し、関わる事業所と話し合い、必要な支援を決めている。
- ・ 夜勤者は宿直勤務で入っているが、1時間に1回は本人の様子の確認が必要である。見守りは必須。

医療・医療的ケア

- ・ 法人雇用の看護師の他、派遣会社に看護師を委託している。経費はかかるがヘルパーとして入ってもらうので赤字ではない。身体介護のヘルパーとして入っており、実際にはバイタルチェック、吸引、胃瘻注入、口腔ケアを行っている。
- ・ 痰の吸引が必要な利用者への対応は、常に緊張を強いられている。夜間に痰がからみ、血中酸素濃度が下がり体調不良に至ることがある。
- ・ 夜間に看護師が必要だが、配置が難しい。
- ・ 定期通院が多い。専門的な医療を必要としているため通院先は遠方である。利用者のことをよく知っているスタッフが医療機関と連携を取る必要があり、ここに多くの時間がとられている。
- ・ 入院時対応は主に家族。職員が支援する場合は¥1,000/1時間で行っている。

グループホームの在り方

- ・ 障害があっても、地域で個々の暮らしを実現していくことが重要で、集まって暮らすという「グループホーム」という発想に縛られないほうがよいと感じているが、一方で、日常的に医療が必要な障害の重い方の場合は、命を守るという観点から、手厚い人体制の整った機能強化型のようなホームが必要だろうと感じる。最低限の人手では、職員の不安も大きくなる。

【事例：8】

<事業所基礎情報>法人の他の事業

- ・ 相談支援事業、生活介護、短期入所、就労継続B型、就労移行支援、居宅介護、地域活動支援センター等を運営する法人。

【訪問調査事例シート】

事業指定・共同生活住居数

- ・ 事業指定は共同生活援助、共同生活介護。4つの共同生活住居、定員25人を運営。

世話人配置基準

- ・ 世話人配置基準は入居者4人：1人。

生活支援員の配置

- ・ 常勤換算12.7人 支援員・世話人の勤務時間450時間／週合計

職員体制（事業所全体で何名程度職員がいるか、他の事業と兼務しているかどうかなどの全体像。サビ管の人数など）

自治体独自の運営費補助（国の家賃補助だけの場合は記入しない）

<ホーム基礎情報>

定員と実人員

- ・ 本事例は1つの建物に2つのホーム。
- ・ 定員は1ホーム7名。1階は男性7名、2階は女性7名のホームとなっている。
- ・ 実人員は、1階に男性7名。2階に女性7名。

建物・立地

- ・ 住宅地の一軒家。土地を持つ大家を見つけ、法人の意向に沿って建物を建ててもらい借り上げている。
- ・ 車いす対応のバリアフリーでホームエレベーターあり（エレベーターの維持費がかかるので、今後は二階建てではなく平屋にしたいと思っている）。

職員体制

- ・ 管理者1名（平日の日勤：9時～18時）。1階2階にそれぞれ世話人が4名。その内1名がリーダーで囑託（契約社員で週40時間勤務）。2名が週40時間勤務のパート（時給）。1名が短時間勤務のパート。

職員配置の基本体制

- ・ 平日は、建物として見た場合、日勤1名、15時～22時2名。22時～翌10時2名。現在は日中ホームに残る利用者（1名）のため、さらに10時～15時に1名。

夜間支援体制

- ・ 夜間支援体制は週7日。勤務形態は夜勤。
- ・ リーダーは10日／月夜勤を行う。残り20日の夜勤はその他の世話人。
- ・ 夜間支援は、1階2階にそれぞれ1名ずつ。午前3時から午前5時は仮眠としているが、現実的には緊急時対応などに備えて、また眠るよりも起きているほうが仕事（事務仕事など）がしやすいため、眠れないとのこと。

<入居者基礎情報>

性別・年齢

- ・ 1階は身体障害のある男性6名。年齢は40歳代から50歳代が中心。1名は20歳代。
- ・ 2階は主として身体障害のある女性7名。そのうち、発達障害の方が1名。年齢は20歳代～50歳代。

区分・手帳等級・障害種別と特徴

- ・ 1階 区分3～5 1種1級～2級 身体障害の方が中心。
- ・ 2階 区分1～5 等級等不明 身体障害の方が中心。1名が発達障害。
- ・ 2つのホームは、主として身体障害の方を対象としたホーム。

日中活動

- ・ 日中は生活介護、就労継続Bなどに通所している。
- ・ 利用者によって、同法人の事業所も別法人も利用している。

ヘルパー利用

- ・ 同法人と他法人のヘルパーを利用

【訪問調査事例シート】

- ・ 市の方針で、ホーム居住者には身体介護ヘルパーが支給決定されない。新制度以前からヘルパー利用している方については例外的に認めている。
- ・ 通院介助については、ヘルパー対応を利用することで、人員の配置のうえで助かっている。
- ・ ただし、ヘルパーを利用した通院は 1 カ月 2 回までと縛りがあるので、月に何回も通院が必要な人の場合は世話人配置が困難である（最小限の人員で対応をしているため）。
- ・ 入浴介助を居宅で 3 回／週、1 回 1 時間利用されている人の場合、本体報酬が 1 時間の入浴のために、1 日 139 単位マイナスとなることは厳しい。

特記すべき支援内容

- ・ 通院等介助は人員配置上助かるが、1 カ月に 2 回までと決まっているので、通院が多い方の場合足りない。通院は本人のことをよく知っていて医師とやり取りをしてそのことを他の支援者などに伝える必要があることから慣れた世話人が行っている。ホーム職員を通院につけるのは非常に難しい。
- ・ 身体介護ヘルパーで 1 時間の入浴介護を利用している方の場合、入浴時にヘルパーにまかせっきりではなく、要所でホーム職員が支援する必要性もあるため、報酬が下がるのは厳しい。
- ・ 49 歳の四肢体幹失調のある男性が 9 月から毎日日中はホームで過ごしている。就労移行支援でパソコンのデザイン系の技術を訓練していたが、本人が好んでいた職員が退職したため、通う意義を見出せなくなったため。日中の介助は特に必要でないが食事提供を主として行うために、日中の 10 時～15 時に職員を配置している。日中支援加算は受けている。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

日中ホームに残る入居者への対応

- ・ そもそも、24 時間対応するホームとして運営している。身体障害はもともと日中の通所先が少なかったこともあり、基本的にはどこかに通うものだという発想ではない。しかし、その体制を組むのに十分な報酬ではない。

介護保険利用者

- ・ 40 代のリウマチの女性は、介護保険のデイケアに週 1 回通所し、残りは生活介護に通っている。市には毎日デイケアに通うことを進められているが、本人の意向としては、就労系への希望があるため、就労継続 B 事業所の見学などを進めている。介護保険優先の市の意向により、通院等介助のヘルパーも使えない。

入浴

- ・ 曜日によって生活介護事業所でも入浴しているので、毎日ホームで入浴はしない。

医療

- ・ 緊急時に救急車を手配しても、世話人が一人対応のため、同乗することが難しい。

ケアプランナーの存在

- ・ 市で独自にケアプランナーをおき、すべてのサービス利用者と相談者（サービス未利用者も含む）のケアプランを作成している。入居者側から見ると、ケアプランナーはケアホームの事業所と同一法人の職員の場合もあるし、他法人の場合もある。ケアプランナーが入居者の通院に同行したり、日中活動先を新たに見つけたりという取り組みもする。介護保険利用者の場合、ケアプランナーと介護保険のケアマネがやり取りして進めるが、この事例の介護保険利用者の場合、ケアプランナーとケアマネージャーが同一人物だったので非常にスムーズである。

【訪問調査事例シート】

【事例：9】

<事業所基礎情報>

法人種別 社会福祉法人
法人の他の事業 生活介護20名、自立訓練（生活訓練）6名、就労B30名
 共同生活事業18名に短期入所2名を併設
事業指定・共同生活住居数 一体型 1事業所 共同生活住居4か所 18人入居
世話人配置基準 4：1
生活支援員配置 週当たり102、5時間 常勤換算で2、4人の配置
職員体制 ザビ管1名。法人全体の職員は40名程度。
自治体独自の運営費補助 なし

<ホーム基礎情報>

定員と実人員 定員5人 実人員5人 短期入所定員2人（調査時は1名利用）
建物・立地 ・住宅地の中の新築1戸建。バリアフリー。法人所有。生活しやすいホームを建築しようと研究、工夫したとのこと。
 ・近くにコンビニがある。また、皮膚科、内科、婦人科、歯科などほとんどの診療科医院がある。（通称・医者通り）
 ・共同生活事業所の事務所としての機能（事務室）あり。
 ・近隣に同法人のホームあり（3か所）
職員基本体制 ・世話人（6：00～9：00、16：00～22：00）
 ・平日、日勤2人（ザビ管、法人職員）を確保。休日は9：00～18：00。
 ・常勤40H7人 4,5Hのパート1人
 ・入浴の支援は、16：00～18：00に実施。
夜間支援体制 ・夜間支援～夜勤（21：00～6：00）9時間拘束（1時間休憩）。仮眠なし。
 ・週5日は、夜勤専任職員。残り2日は世話人など兼務職員が夜勤。
 ・夜間支援の主な業務～トイレ誘導・てんかん発作の対応・見守り・朝の検温・身支度等。
 ・近隣の3か所のホームは21：00頃巡回し、安否確認、服薬確認する。

<入居者基礎情報>

性別 年齢
 ・男性4名（20代1名、40代1名、50代1名、60代1名） 女性1名（50代）
区分・手帳等級・障害種別と特徴
 ・区分6～2名、区分5～1名、区分4～1名、区分2～1名
 ・知的障害（ダウン症）のみは1名。知的障害（療育A）と身体障害1級の重複障害者が4名。
 4名は、全盲、聴覚障害、肢体不自由などそれぞれ障害が違う。
日中活動
 ・日中活動は、同法人の生活介護事業所や就労継続支援B型事業所に通所。地域活動支援センターを利用する人や、土曜日はデイサービスを利用する人もいる。体調が悪い時以外は、全員が通所。通所しない時はホームで日勤者が対応する。
 ・土日はホームでゆっくり過ごしたいと入居者が希望しており、支援員と散歩などしながらゆったり過ごしている。
 ・連休や年末年始など長期休みの日中活動の場がない。
ヘルパー利用
 ・全員通院介助（他法人ヘルパー）利用。月2回1名、月1回3名、2カ月に1回1名。

【訪問調査事例シート】

特記すべき支援内容

- ・定期的に自宅に帰省する方は1名。月1回1泊程度。
- ・60代の入居者は介護認定受け、要介護1。
- ・法人内の看護師がホームにて健康チェックしてくれる。全盲や聴覚障害のため体調不良を訴えることができない入居者は、微妙な変化にも気を付ける必要がある。
- ・ゆったりした空気感をつくる工夫をすることを第一に心掛けている。
- ・GH・CHは、支援スタッフが孤独になりやすい。スタッフ同士の横の連携を取りやすくする職場づくりを工夫している。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

- ・GH・CHと短期入所の併設型。短期入所利用者は日中活動先でホーム入居者と顔なじみ。併設のメリット～利用者が徐々に自宅以外の生活に慣れることができる。家族が安心して預けられる。併設のデメリット～GH・CH入居者のプライバシー確保という点では課題がある。
- ・他法人のヘルパーで通院介助しているが、通院をヘルパー事業所の都合に合わせる必要があるなどの課題がある。また、確認が必要な場合は、ホームのスタッフが通院同行することもあるなど、ホーム職員とヘルパーの情報共有や連携に課題がある。
- ・同性介助は、人材の確保の面から難しい。
- ・今後急速に老化が進行し、支援体制も変化していくと予想される。現状の支援体制をどこまで維持できるか、維持できない状況になった場合にどう支援体制をつくっていくか、経営的な計画も必要。

【事例：10】

<事業所基礎情報>

- ・GH・CH一体型事業所、1ホーム、定員7人名
精神・知的・アルコール依存症の方のホーム
- ・世話人 配置基準 4：1
生活支援員 配置基準 週25時間配置（実際も同時間数配置）
- ・法人の他の事業
地域活動支援センター（定員19名）、多機能型（就労継続B：20名、生活訓練：12名）。
居宅介護は実施しておられない。

<ホーム基礎情報>

- ・1ホーム 定員7名、現在7名入居
賃貸マンションの3～4階を利用（3階5戸：5名入居、4階4戸：2名入居＋共用スペース2戸）
- ・職員体制 管理者1名（常勤、日中活動と兼務）
サビ管1名（常勤、日中活動と兼務）
世話人2名（常勤、内1名は生活支援員兼務）
生活支援員3名（常勤1名、非常勤2名）
夜間支援職員2名（非常勤、内1名は生活支援員兼務）
- ・職員配置 日中も職員配置が必要。
平日（8:40～18:00 2名、13:30～18:30 1名、22:30～翌朝7:30 1名）
休日（9:00～18:00 1名、22:30～翌朝7:30 1名）

【訪問調査事例シート】

- ・夜間支援あり。毎日、夜間支援職員が1名宿泊。
宿直で対応、仮眠は取れている。→宿直でOKが出ているが週1回勤務ではない。
- ・ホーム単体の運営では赤字前提であり、法人全体の他事業でカバーしながら運営している。
過去に年間200～300万円程度赤字（日中職員配置や、利用者の長期入院、退居等で）。

<入居者基礎情報>

- ・7名入居 全員男性（40代2名、50代1名、60代3名、70代1名）
区分4：2名、区分3：2名、区分2：1名、区分1：1名、非該当：1名
- ・アルコール依存症の人が4名（知的や精神とも重複）、統合失調症1名、知的障害2名。
医療との連携が必要な人が多い。年齢層も高く、家族もおられない。
認知症で徘徊のある方や、高血圧や糖尿病の方、介護保険を併用される方もおられる。
- ・同一法人の日中活動を利用の他、他法人の介護保険デイサービスを利用する方もおられる。
居宅介護はマンション1階にある別法人の事業所を利用。
- ・日中残る人もおり日中の支援体制が必要。夜間の支援も必要。入浴やトイレ介助が必要な方もいる。
- ・入所施設からの入居が4名、病院からの入居が1名。ホームから一人暮らしへの移行は過去10名。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

●共有スペース

- ・共有スペースで食事や茶話会を行っている。共有スペースがあることによって、入居者同士交流することができ、精神的に不安定な方の気持ちが落ち着いてくるなど感情改善や、アルコール依存症の方の再飲酒する回数が減り、結果、断酒継続につながるなど効果大きい。精神障害者のホームにも共有スペースは必要。

●ヘルパー利用

- ・職員だけでは手いっぱいのためヘルパーを利用。ヘルパーは法人外の事業所（身体介護、移動支援）。
外部のサービスを使うことが本人にとってもよい（一法人で抱え込まない、風通しの良さ）。
ヘルパーを利用することで本体報酬が減算されることは問題。
- ・ホームと日中活動職員とで支援方針を作成し、ヘルパー事業所のコーディネーターに伝えている。
- ・短時間の支援の中で、本人との関係の構築を行うことの困難さ、支援としての連続性（連続的なケースワーク）や専門性を考えるとヘルパーに依頼するのが困難なことも多く、その部分は職員が行っている。以前、通院の付き添いをヘルパーに依頼していたが、医療知識が乏しく難しかった。ホーム職員には専門性をもったコーディネーターとしても役割が必要である。

●日中の支援

- ・高齢のため毎日通所は困難。日中ホームによく残る利用者が2名、他に体調等によって急に残る人も。昼から入浴等でのヘルパー利用や訪問看護利用で、ホームに帰らざるをえなかったりもする。
- ・朝から夕方にかけても職員を配置している。夜の徘徊が起こらないよう、毎日散歩や買物等の外出を職員が付き添っている人も。生活の各場面での促しや声かけ、見守り等の支援が必要な人が多い。
- ・地域活動支援センターや介護保険デイの利用者は、日中支援加算の対象外と思っておられた（調査後申請されている）。

●夜間の支援

- ・夜間支援は、非常勤職員1名が宿直。救急で病院にかかり付き添いが必要な場合や、帰宅せず捜索が必要な場合等、緊急時には2人必要。

【訪問調査事例シート】

安否確認や緊急時対応。徘徊、再飲酒、昼夜逆転にならないよう見守りや支援をしている。

- ・現在の夜間報酬では障害の重度化等で実質、夜勤勤務となれば対応できず、受け入れができなくなる。

●医療の支援

- ・ほぼ全員が通院。精神科通院や、アルコール依存による多臓器疾患のため他科の通院も多い。付き添いは本人の日常の状況を伝えることの困難さがあることや、本人との関係の構築の困難さがあるため、ヘルパーではなく、ホーム職員が同行。日中活動職員や訪問看護にも協力してもらっている。
- ・訪問看護を週3回利用、糖尿病の方への食事管理、清潔保持等で訪問看護と連携。
- ・高血圧の方への食事・栄養指導、血圧測定や、また必要な方には尿量測定などを職員が行っている。服薬の確認や促しの支援はほぼ全員に対して行っている。
- ・過去にクモ膜下血腫の治療を受けた方の、再発や突発的な急変時に備えた対応も必要。
- ・入院時の付き添い・支援を行っている（半年間入院のケースも、週2～3回訪問）。救急搬送の付き添い（病院が受け入れてくれないことも）。入院中に付き添うことで病院側も安心し、再入院しやすい。
- ・医療との連携が支援において重要であり、医療とのケース会議を定期的で開催（各ケース、2カ月に1回開催）したり、精神科2カ所とは綿密な関係を作っている。法人内部のケース会議は毎月開催。
- ・通院や入院中の付き添いでホームに職員がいなくなるのが課題。通院・入院時の保障の充実が必要。

●高齢化対応

- ・高齢の方が多く、ADLが低下している人も2人。家族との関係が無い方ばかりのため、看取りまでやらざるをえないのが現状。ただし、報酬上の評価は無いため持ち出しにならざるをえない。
- ・介護保険を併用する人もいる。介護保険のヘルパーを利用して本体報酬が下がることは問題。
- ・かつて、行政から介護保険のホームへの移行を促す話もあったが、強制されないで済んでいる。高齢化で常時介助が必要となった方や車いす利用になった方がおられ、残念ながらホームでは介助体制が作れずバリアフリーな物件でもなかったため、高齢者向け住宅に移って頂いた方が3名おられた。本人は入居継続を希望しておられた。もっと職員配置があれば住み続けることができた。
- ・入退居の支援は大変。生活に慣れるまで手厚い支援要。空き居室ができた時は家賃の持ち出しになる。
- ・個別支援計画 →生活・病状の安定への支援、夜間支援、生活スキルの習得、他事業所・医療との連携などの項目で作成。
- ・特に高齢化対応には介護保険のケアマネージャーとの連携も重要であり、ホーム職員には障害福祉サービスと介護保険サービスをコーディネートする更なる専門性とケアマネジメント（ケースマネジメント）の技術が必要である。

【事例：11】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業

- ・相談支援事業所、居宅介護事業所、移動支援事業所、日中の通所施設、短期入所がある。
- ・県内の離れた地域には、障害者入所施設、特別養護老人ホームや地域包括センター、認知症対応型共同生活介護等の高齢者福祉の事業所もある。

事業指定・共同生活住居数

- ・事業指定は共同生活援助、共同生活介護。
- ・事業所で運営するホームは4か所、19人定員。

【訪問調査事例シート】

世話人配置基準

- ・ 入居者 4 人 : 1 人

生活支援員配置

- ・ 生活支援員の配置は基準よりも 0.9 人分多い。(228.5 時間 = 5.3 人分/週あたり)

職員体制

- ・ 4 つのホーム全体で 26 人の生活支援員及び世話人がいる。
- ・ 事業所内の常勤職員は 2 名 (管理者兼サビ管 1 名、生活支援員が 1 名)。常勤職員は 4 つのホーム全体に関わっている。

自治体独自の運営費補助

- ・ 事業所内の 1 つのホーム (今回の事例ホームではない) が、知的障害と身体障害の重複の入居者を対象としており、そのホームの運営費補助として 91,200 円/1 ヶ月

<ホーム基礎情報>

定員と実人員

- ・ 定員 6 名。入居者 6 名。

建物・立地

- ・ 高台の住宅地にある一軒家。法人が運営する通所施設からすぐの場所。
- ・ ホーム用に設計して建築したものを借りている。

職員体制

- ・ このホーム専属の生活支援員は 5 名 (全て非常勤)。世話人は 5 名 (全て非常勤) 職員の年齢は平均して 50 代後半～60 歳。地域在住者が多い。

職員配置の基本体制

- ・ 職員配置は、平日は午後 12:30～午後 3:00 まで 1 名、午後 3:00～9:00、午前 7:00～9:00 は 2 名体制。平日の 10 時から 12 時 30 分までの間だけは職員が不在となる。
- ・ 休日は 24 時間職員配置。8 時～12 時、3 時～7 時は 2 名配置。

夜間支援体制

- ・ 夜間支援は宿直。夜勤までは必要ないが、状況によって仮眠ができないこともある。
- ・ 聞き取り調査時点では、1 名の入居者の状態変化により、職員仮眠室を居室として使っているため、職員はリビングで仮眠している。

<入居者基礎情報>

性別・年齢

- ・ 男性 6 名。21 歳～62 歳。

区分・手帳等級・障害種別と特徴

- ・ 知的障害、自閉症、ダウン症の方が入居。区分は 3 が 1 名、4 が 2 名、6 が 3 名。精神障害の重複も 1 名。
- ・ 62 歳のダウン症の方は認知症。体力的な問題で、通所には午前中しか通わず、午後は毎日ホームで過ごす。要介護認定は受けていない。

日中活動

- ・ 62 歳の認知症の方の通所先は、ホームからすぐの生活介護事業。(認知症発症以前から)
- ・ その他の方は、就労、生活介護、就労継続 B 型への通所をしている。1 名は、2 か所の生活介護事業を併用している。

ヘルパー利用

- ・ 共同生活住居内でのヘルパー利用はなし

【訪問調査事例シート】

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

ヘルパー利用

- ・ 共同生活住居内でのヘルパー利用については、たくさんの支援者が家の中にいる状況が良いと思えず、また、支援の方向性がみえなくなることから利用していない（法人内に居宅介護事業所はある）。
- ・ 休日は移動支援を利用し、利用者それぞれに時間を楽しんでいる。
- ・ 通院はホーム職員（支援員、管理者）が対応する。ヘルパーの通院等介助を使おうと思っても、緊急ではヘルパーの手配ができないことと、医師とのコミュニケーション・情報の伝達はヘルパーでは難しいと感じる（通院後にヘルパーからの報告が不十分だと感じて、職員が医療機関に連絡を取ったこともある）。

認知症

- ・ 認知症の入居者は、平日の日中、午前中のみ通所している。短時間であるが、本人の生活の刺激に感じていると感じている。12時半にホームに戻った後、世話人や生活支援員が対応する。日中支援加算は対象外である。
- ・ 4年前に入居した時には、知的障害 B2、障害程度区分 3 で、日常生活の基本的なこと（衣、食、排泄）は自立していて活発な方だった。排泄の失敗が目立つようになり、母親のことが分からなくなる等の変化があり、2年前に認知症の診断を受けた。この半年の変化は激しく、現在は車いすで、湯船に入るのも困難。介護ベットで、褥瘡があるためエアーマット使用。おむつ使用。嚥下困難はないが、食事は全介助。本人の状態は日に日に変化している。
- ・ 訪問マッサージ（週 3 回）、訪問歯科（週 1 回）、褥瘡ケアのための訪問診療（週 1 回）を利用。全て医師の診察も定期的に受けて「医療費」で使っている。当該市は障害者の医療費は無料なので、自己負担はない。

高齢化

- ・ 玄関先に 10 段階の階段があり、体力が衰えた入居者の出入りが難しくなっている。
- ・ 玄関先の階段をはじめ、風呂やトイレがバリアフリー対応でないため抱えるなど、支援する側の負担が大きい。
- ・ 入居者の親には、最後までホームで見てほしいと言われているが、当ホームで医療的ケア（点滴や胃ろう、タン吸引など）が必要になったらホームでは対応できないと伝えてある。
- ・ 法人内には、高齢者対象の事業所もあるので、勉強会を行うなどして認知症等の勉強をしている。
- ・ 通院支援の増加に対応するため、事業所で車を所有した。

【事例：12】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業

- ・ 社会福祉法人による運営。
- ・ 地域活動支援センター、相談支援事業所、短期入所、就労継続支援 B 型事業所、合計 13 事業所を運営。

事業指定・共同生活住居数

- ・ 事業指定は一体型。5 カ所 29 人定員のホームを運営している。

世話人配置基準

- ・ 入居者 5 人：1 人。事例のホームだけをみると 4：1 の配置だが、5 カ所全体では 5：1 となる。

生活支援員配置

- ・ 1 週あたり 40 時間＝1 人

【訪問調査事例シート】

<ホーム基礎情報>

定員と実人員

- ・ 定員 7 名。実人員 7 名。
- ・ パンフレットでは 65 歳以上、区分 3 以上と限定しているが、実際には区分 2 の入居者もいる。
- ・ 1 床のショートステイ用居室有。

建物・立地

- ・ 全体に高齢化による身体機能の衰えや車いす等の利用を想定したバリアフリーとなっている。廊下の広さ、洗面、風呂、トイレ等。居室の広さは 6 畳（当事者へのアンケート等の意見を踏まえて）
- ・ 南側の一番日当たりの良い場所に広いリビングがあり、掘りごたつのある畳スペースもある。リビングに隣接してオープンキッチンがあり、入居者もできることは手伝って料理等をしている。

職員体制

- ・ 日勤を担当する常勤世話人 1 名と非常勤世話人 2 名が日勤 2 名体制を組んでいる。
- ・ 早番（6 時～9 時）は近所の方で朝食づくり等。週に 2 回は夜間支援専門員ではない職員が宿直するが、法人内の別事業所の所長や職員（5 名）が担当している。宿直なので、週に 1 回以上は入らない。
- ・ 看護師は嘱託で雇用しており、月に 1 回健康管理を行っている。

職員配置の基本体制

- ・ 平日・休日共に、24 時間配置で。
- ・ 早番（6 時～9 時）、日勤、遅番（18 時～21 時）、宿直の 4 交代での体制。平日の日勤は 2 名配置。

夜間支援体制

- ・ 宿直は、ホーム職員が週に 2 泊。残りは夜間支援専門員が宿直する。
- ・ 夜間支援専門員は、既に勤めを退職した年齢の男性。平日は 20 時 45 分～6 時 15 分。土日祝日は 17 時 15 分～6 時 15 分。月に 20 泊程度を 3 人で分担している。

<入居者基礎情報>

性別・年齢

- ・ 男性 4 名、女性 3 名。60 歳代が 6 名、80 歳代が 1 名。

区分・手帳等級・障害種別と特徴

- ・ 障害程度区分は 2～4。
- ・ 精神障害の高齢者を対象としたホーム
- ・ 入居前は、独居が 2 名、入院が 3 名、他のケアホームが 2 名。

日中活動

- ・ 就労継続支援 B 型利用者で週に 4 日通う方が 1 名。地域活動支援センター利用者が 4 名で、たまに通う方、週に 1 回半日程度の方。通所先はない方 2 名。

ヘルパー利用

- ・ 共同生活住居内での利用なし

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

日中ホームで過ごす方への支援

- ・ ホーム内で、ボランティアの講師を週に 1 回程度お願いして、お花やハーモニカ、整体などの活動を行ったり、地域の老人会等に参加。通院の確認や場合によっては同行なども行う。
- ・ 日勤は平日は 2 名体制（休日は 1 名）。24 時間職員を配置するための財政的な補てんとして、市のタイムケア事業として、1 時間 800 円、1 人年間 300 時間（上限）を得ている。（6 人で年あたり 140 万円）

入院

- ・ 利用者の入院が長引いた場合、退院まで空き室としているため家賃分のみの収入となり運営が大変厳しくなる。

【訪問調査事例シート】

医療

- ・ 精神障害者は活動性が低下してあまり動けなくなることも多いことや、薬の副作用でのが渴くために飲料を過剰摂取するためか、糖尿病を患う人が多い。往診の体制があると安心。
- ・ たまたま地域医療に熱心な診療所の先生が往診をしてくださっている。糖尿病の方が多いが、急な低血糖状態の際に駆けつけて処置をしてくださって大事に至らなかった。(救急車を呼んでいたら手遅れだったかもしれない)
- ・ 訪問看護は精神科の看護師。看護師が来てくれるのは、何かと心強い。

研修等

- ・ スタッフを育てるために研修には積極的に出している。
- ・ 2カ月に1回職員会議、1カ月に1回ホーム毎のスタッフ会議を行っている。

共有スペースの意義

- ・ リビングは日当たり良く、天井が高く、開放的で快適な空間。多くの入居者はリビングでめいめいに過ごしている。設計段階で、リビングの快適さを重視した。確かに、精神障害の方は、人と関わりたくない人も多いが、「何かあったら人がいる」、「何かあったら行ける」、「何かあったらおいで」という場所が必要だと思う。

ショートステイ

- ・ 1床あるショートステイが機能すると赤字にならない。月に20日稼働で年200万の収入を見込んでいる。在宅の精神障害者の家族の高齢化も進んでおり、特に家から離れられない(親が離さない)傾向があるため、親から離れた生活の経験を積むためにショートステイを活用したい。また、病院からの地域移行を進める過程でも活用していく。

【事例：13】

<事業所基礎情報>

- ・ 経過的居宅介護利用型共同生活介護（経過的ケアホーム）
1事業所、2ホーム、定員10名。重心障害（重度の身体・知的障害）をもつ方のホーム。
- ・ 世話人配置基準 6：1
- ・ 法人の他の事業
生活介護：定員40名。
居宅介護：重度訪問介護・居宅介護・移動支援。利用者27名（ケアホーム10名＋在宅17名）。
ヘルパー63名（学生バイトヘルパーはケアホームのみ派遣、月1泊～10泊程度の人も）。
- * 法人全体では他市（4市）で、入所施設（児・者）、療養介護、日中活動、短期入所などを幅広く展開しておられる。ケアホームの入居経緯は、法人が運営している入所施設等からの入居が多い。

<ホーム基礎情報> *以下2ホーム（1事業所）の状況

- ・ 計2ホーム、10名定員（現在、男性6名、女性4名が入居）
ホーム① ～男性4名入居、3LDK×2戸、8階建マンションの6・7階部分。
ホーム② ～女性4名＋男性2名入居、3DK×3戸、6階建マンションの3・4・5階部分。
どちらも賃貸物件。3DK各戸に2名ずつ入居、各戸1部屋は介助者部屋。
- ・ 職員体制 管理者 1名
世話人 5名（常勤1名、非常勤4名…調理の人も含む）
サビ管や生活支援員の配置はない（経過的CHのため）

【訪問調査事例シート】

- ・職員配置 世話人＋常勤ヘルパーの体制（非常勤ヘルパーは別に個別に配置）。
平日（9:00～17:30 1名、11:00～14:30 と 15:30 2名、15:30～翌朝 10:00 1名）
休日（9:00～17:30 1名、11:00～14:30 1名、15:30～翌朝 10:00 1名）24時間配置。
* 居宅介護事業（同一法人のヘルパー事業所）
サービス提供責任者7名（全員常勤）。
ヘルパー63名（常勤5名、非常勤58名＝学生のアルバイトヘルパーも多い）。
- ・夜間支援体制あり。世話人やヘルパーを毎晩10名配置（世話人1～0名＋ヘルパー9～10名）で入居者10人に対応。夕方～朝にかけて3DK各戸に2名ずつ配置。1人の従事者で1～2名に対応。
- ・夜勤形態。仮眠はできているが、泊まりは15:30～翌朝10:00までの長時間勤務になることもある。ヘルパーによっては17:00～翌朝9:00までなど、勤務時間帯を変えている。
1泊12,000円（時給に換算して800円程度）。
- ・夜間支援体制加算や日中支援加算は受けられない（経過的CHのため）。

<入居者基礎情報>

- ・男性6名（20代1名、30代3名、40代2名）
女性4名（30代2名、50代2名）
全員が同一法人の日中活動、ヘルパーを利用。介護保険の利用者はいない。
- ・障害状況：10名全員が区分6で、知的障害（等級A）＋身体障害（1級）の重心障害者。
知的障害ではダウン症など。身体障害では脳性マヒや四肢・体幹機能障害。腎障害や視覚障害の人も。
- ・食事介護やトイレ・入浴・移乗時の二人介護、情緒不安定・自傷行為への対応、不安やストレスの解消、導尿や褥瘡の予防、浣腸、喘息の人の吸入、とろみ食の提供などの支援を行っている。
- ・ヘルパー利用：全員が重度訪問介護を利用（それぞれ月322時間～369時間。二人介護加算も含む）。
- ・日中活動：同一法人の生活介護を利用（朝9:30～15:30まで）。
全員、体調不良時以外は通所できている。通所を休んだ時はホームで支援。
- ・土日の日中支援：全員が必要。食事やトイレ、買い物等の外出などの介護。
- ・通院：全員が毎月1～3回以上通院。整形外科、歯科、呼吸器、内科、皮膚科、脳神経、泌尿器科等。
導尿が必要な人：3名（1日1～2回、生活介護で看護師が実施、休日はホームの訪問看護で実施）。
訓練（PT・OT）利用：2名（月2～3回）。
- ・夜間支援：トイレ介助や30分ごとの排便確認、水分補給、体位変換、褥瘡予防、喘息の人の定期吸入、見守りなど。
- ・実家への帰省：帰省がない人が4名（365日ホームで過ごす）、他は月1～2回程度帰省。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）> ～訪問時の聴き取りから

○全体

- ・入居者10名、区分6の知的・身体の重度重複－重症心身障害をもつ方が入居されている。
様々なきめ細かな身体介護＋情緒面の安定、不安の解消、見守り支援などを実施。
- ・2ホームで、毎日、世話人＋ヘルパーでほぼ10：10の長時間の支援体制を組んでおられる。
入浴やトイレで二人介護を必要とする人が多いため、各戸で2：2の体制が必要。
- ・12年前にグループホームを開設。
個別ヘルパー利用型ではなく経過的ケアホームを選択した理由は、「制度をよく知らず、激変緩和措置（従前額9割保障）もあったため、そのままにしてきた。学生のバイトヘルパーも多く時給も低いが、それでも赤字。従前額保障がなくなれば、とても運営していけない」とのこと。
- ・マンション利用で、バリアフリーではなく、1件はエレベーターが狭いなどの課題があり、引っ越しも検

【訪問調査事例シート】

討しているが、物件確保の困難が予想される。

お風呂やトイレなどの改造はしていない。手すりを設置した程度で、介護でカバーしている。

○夜間支援

- ・入浴介護やトイレ介護で二人介護を必要とする人も多く、各戸に2：2で配置している。
- ・夜間のケガや急病時は、世話人が不在の時は世話人に電話して指示を仰ぐ。世話人が駆けつけたり、救急車で搬送する時もある（搬送時は1対1で病院に付き添う）。
- ・医療職が常駐ではないため、緊急対応が困難。医療的ケアの体制も課題。

○日中支援

- ・体調不良時にはホームに残られるが、今のところその回数は少ない。残られた時は世話人等で対応。ホームと生活介護は、車で5分くらいの距離。（リフト車やバスで送迎しておられた）。
- ・生活介護では看護師を配置しており、導尿や、ホームで入浴できない人の入浴介護（週3回）を実施してもらっている。導尿は日中のみで、現在、ホームとしては医療的ケアは実施していない。

○ヘルパー利用

- ・1対1の介護を利用することで手厚い支援が可能（入浴や状況変化、緊急時の対応など）。
- ・直接支援はヘルパー中心に行い、ホーム職員は夜勤対応、通院・外出同行等の直接支援の他、当事者の金銭管理、食事準備、予定管理等の間接業務、ヘルパーとの意志疎通、調整などの業務としている。
- ・ホームに関わるヘルパーが60名を超えており、ほぼその数のヘルパーが毎月ホームに関わっている。ホームでは毎日夕方から翌朝まで1対1でヘルパーがついている。入浴は二人介護の利用が多い。
- ・学生のアルバイトヘルパーが多く、毎年春には卒業して20～30人ほど減ってしまうため、毎年集めていかなければならない。重度訪問介護講座を受けてもらい、慣れたヘルパーが現場で伝え育成。学生には外出の付き添いはしてもらおうが、通院介助は医師とのやりとり等が必要なため職員が行う。
- ・ヘルパーの確保が困難で、土日の日中など本人希望の外出ができないことがある。毎日習い事に出かける人もいる。全員が最低でも月1回は外出するよう支援している。
- ・ヘルパー利用が経過的な扱いで将来が不安。永続的な利用と支給時間数のアップが必要。ヘルパー支給量の不足は1人月150時間～200時間程度。土日の日中などは実際には請求できていない。また旅行の付き添いなどでもヘルパー時間数が足りない。
- ・同一法人のヘルパー利用のみで、情報の共有が図りやすい。それぞれのホームで毎日、ヘルパーを集めて夕方と就寝前にミーティングを行い、その日の入居者の状況や留意点などの情報を共有している。
- ・ホーム職員と居宅介護のサー責、看護師、本人の4者で定期的にカンファレンスを実施。毎月、入居者10名（＋在宅17名）×月1回ずつカンファレンスを実施。それでもまだまだ情報共有が不十分であり、その充実が必要となっている、とのこと。

○医療の利用支援

- ・各自の通院先は多岐に渡るが、経過的ケアホームでは通院介助の回数制限がないため助かっている。急病時の通院などでは職員体制が厳しい。緊急時は救急搬送もある。
- ・入院ケースで、以前は全面付き添い（泊まり込みも）のケースもあった。今は入院時は家族にも協力してもらっており、部分的な付き添い程度にとどまっている。
- ・同じ法人の系列の病院があって受け入れもしてくれるが、病院側も受け入れが大変そうで、断られることもある。
- ・訪問看護は外部の事業者を利用。入居者1名がホームで利用。他の人は生活介護の看護師で対応。
- ・ホーム職員は医療的ケアは実施していない。医師の指示の下での服薬援助、薬の塗布、喘息の人の吸入程度。（以前は、気管切開の方や胃ろうの方もおられ、医療的ケアを実施せざるを得なかった。今も

【訪問調査事例シート】

在宅のヘルパー派遣では、研修を受けたヘルパーがたん吸引等の医療的ケアを行っている。

- ・医療的ケアが必要な方は入居しているが、「濃厚な医療的ケア」が必要となれば、現在の体制では対応できない可能性もある。講習を受けていきたいとは考えているが、学生のバイトヘルパーが多いため体制が組みにくい（講習を受講することが難しい、卒業後の入れ替わりがあるため）。
- ・医療職サイドからは多くのヘルパーが対応するホームの形態が危険視されることもあり、福祉サイドとの認識に温度差がある。医療職サイドの地域生活支援への理解が必要。今後、地域医療、訪問看護等の利用を広げていきたい。ホームの近くに療養介護や24時間対応の訪問看護などがもっとほしい。

○高齢化対応

- ・加齢に伴う障害の重度化で、身体の痛みが出るなど二次障害への対応、通院回数の増加、導尿対応等の状況が出ている。首の痛みなどで手術が必要となったケースもあった。
- ・親の高齢化等により帰宅できず、ホームで365日対応する人も4名おられる。

○その他

- ・近隣とのトラブルは、以前はいやがらせをされたりもしたが、ここ数年はない。自治会には入っておらず、近隣との関係づくりは今後の課題。
- ・個別支援計画は経過的ケアホームでは必要とされていないが、全員分作成している。ホーム世話人と居宅介護のサービス提供責任者で共同作成。

【事例：14】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業

- ・生活介護、施設入所支援、短期入所、相談支援事業の他、地域包括支援センター、高齢者対象のデイサービス事業を運営する社会福祉法人。

事業指定・共同生活住居数

- ・事業指定は共同生活介護。10住居、10事業所として運営。定員は46人。

世話人配置基準

- ・世話人配置基準は入居者4人対世話人1人。

生活支援員配置

- ・生活支援員の配置は122時間分（3.05人分）／週。

職員体制

- ・10ホームを受け持つサービス管理責任者が2名。個別支援計画づくりを担当しているが、管理者及び主任1名がそれを確認しながら協働する重層的な体制をとっている。この4名が実質的なサビ管業務をしている。この4名分は、ケアホームの報酬から人件費を出していない。（ケアホーム以外の業務をしているわけではない）

自治体単独の補助

- ・1ホームあたり96,700円／1ヶ月の運営費補助がある。
- ・それ以外に、「サービス管理費」として入居者1名あたり月額5,000円の助成がある。

<ホーム基礎情報>

定員と実人員

- ・定員5人。入居者は男性5人。

【訪問調査事例シート】

建物・立地

- ・ 住宅地の二階建て一軒家。骨折後に車いす利用になった入居者もいるため、廊下や共有部分に手すり等が取り付けられている。1階は、台所やリビング、風呂場、スタッフ事務室、2階に入居者の居室。

職員体制

- ・ 常勤の生活支援員兼世話人が3名、非常勤の生活支援員兼世話人が1名。主として食事作りの非常勤世話人が1名。(週5日、3時間ずつ)
- ・ 毎月1回ホーム単位の会議があり、サビ管も出席している。また、適宜、必要に応じて個別ケース会議も行っている。

職員配置の基本体制

【平日】15時30分～18時30分：1人 + 16時～翌朝10時：2人

【休日】11時～翌朝11時：2人（24時間配置）

夜間支援体制

- ・ 夜間支援は、常勤は週に2～3泊。非常勤は週に1泊～2泊。16時～翌朝10時の勤務のうち、5時間は休憩扱いとしている。
- ・ 平日は夜勤、休日は宿直としているが、実際には業務は同じで、定時の体位交換、おむつ交換、見守り。
- ・ 1名のダウン症の入居者が認知症と診断され、対応するために常勤を多く配置し、夜間支援を2人体制にしている。

<入居者基礎情報>

性別・年齢

- ・ 男性5名。年齢は30歳代～70歳代。

区分・手帳等級・障害種別と特徴

- ・ ダウン症、自閉症を含む知的障害。障害程度区分は4が1名、5が3名、6が1名。
- ・ ダウン症の方1名が、2年前に認知症を発症。
- ・ 70代の方は、2年前に骨折した後、車いすを使用。排泄時や居室にいるときにも職員を呼べるようにコールボタンを身に付けている。

日中活動

- ・ 日中は、同法人の生活介護に通う方が4名。70代の方は高齢者対象のデイサービスに通っている。

ヘルパー利用

- ・ 共同生活住居内での利用はなし

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

認知症

- ・ 40代のダウン症の方が2年前に認知症を発症。発症する前の手帳等級はBで言語コミュニケーションも取れ、弁当屋で就労していた。人の名前や帰省する日を覚えている方だったが、それが分からなくなり、食事やお風呂を済ませたことを忘れるようになり、受診した。
- ・ 夜間、不安感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。リビングにソファベットの2つ置き、それに寝ていただき、職員ももう一つのソファベットで寝るようにした。

夜間支援

- ・ 認知症の方への対応として、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、2人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。

【訪問調査事例シート】

医療

- ・ 9月に胆のう炎で入院し、咽頭奥までの痰の吸引が頻繁に必要となった。医療的ケアではなく、医療処置のレベルであると説明を受けた。医療的ケアのレベルであれば、ケアホームに戻っていただきたかったが、断念した。
- ・ 入院時から1ヶ月間は、条件として24時間付き添いを求められたので、家族（親戚含む）と協力して対応したが、家族は80代で限界がある。現在は午後の5時間の付き添いを求められ、ホーム職員が対応している。療養病床に転院できれば支援者の付き添いが要らなくなると思うが、療養病床自体が多くなく、また特に生活保護受給者は療養病床への転院が難しいと聞いている。
- ・ 一般病棟への入院であるが、認知症の症状で大声が出るため、精神科にもかかっている。
- ・ 市の入院時コミュニケーション支援事業を使ったが、1回の入院について最大150時間分までしか認められないので、全く足りない。

介護保険との併用

- ・ 認知症の方は介護保険は要介護5だが、褥瘡対応のためのベットや車椅子などを介護保険でレンタルしたのみで、それ以外には介護保険のサービスを利用していなかった。介護度の増加に対応するために居宅介護の利用を検討したが、介護保険の単位数の6割を日中系サービスで使っていないと、訪問系サービスの横出しサービスとして障害福祉サービスを使えないという条件があり、使えなかった。夜間、1回30分で2回訪問する巡回型のヘルパーを使いたかった。
- ・ 市のケースワーカーは、障害担当と高齢担当で分かれており、互いの制度のことをよく分かっておらず、押し付け合っている印象を受けた。ケースワーカーは1人で500人程度担当していると聞くので、そもそも一人一人を把握はできない。
- ・ 認知症の方のケース会議は、ケアマネジャーが中心となって行った。たまたま、このケアマネが同法人の所属で本人を知っていたこともあり、連携はスムーズだった。ホーム職員は、ケアマネへの報告や支援の提案を行った。

医療的ケア・看取りの機能

- ・ 高齢者のグループホームでは、看取りを行った場合の加算がつくという。障害のホームでも同じような仕組みが必要。
- ・ 地域の特別支援学校の保護者の見学が増えている。障害児は重度化しており、医療的ケアの必要な障害児も多い。その人たちに対応できるケアホーム制度にしていかなければならない。

【事例：15】

<事業所基礎情報>

- ・ 法人の他の事業：なし
- ・ 事業指定・共同生活住居数：1つ
- ・ 世話人配置基準：4:1
- ・ 生活支援員配置：生活支援員15名、配置基準は常勤換算で0,8人以上必要で常勤換算で1,2人程度。ヘルパーを入れると30数名が介護に関わっている。
- ・ 職員体制：管理者兼サービス管理責任者1名 生活支援員を兼ねている人もいる。支援員を兼ねている。
- ・ 共同生活介護事業所で身体障害のケアホーム+自立体験室1名（制度には関係ない）現在は停止中。元々、2006年市単のGH制度を使って開所。3名が1人暮らしからホームへ入居。2010年7月からケアホーム

【訪問調査事例シート】

へ移行。1人暮らしからホームへ入居してきた方の主な理由はボランティア集めに不安が出てきたこと、障害の重度化による不安があったらしい。毎日が、その日の介護者を回すのが精一杯になっていた。

<ホーム基礎情報>

- ・定員と実人員：共に4名
- ・建物・立地：木造2F建て。市街地
- ・職員体制：常勤は管理者・サビ管兼務1名と世話人1名 常勤生活支援員兼ヘルパー2名 非常勤の世話人1名・非常勤世話人兼ヘルパー3名・非常勤生活支援員11名・非常勤生活支援員兼ヘルパー2名 有償ボランティア（主に学生さん宿直・夜勤）が20数名在籍。
- ・職員配置の基本体制：7時～23時は1:1対応。
- ・職員配置：基本は入居者1名：介助者1名×24時間。
- ・夜間支援体制：基本的には1:1対応。1Fが男性入居者で2Fが女性入居者に専有化している。最低2:1～4:4まで毎日変わることがあるよう、夜勤の時間は24時～7時で職員は週1回程度。有償ボランティアも週1回程度。夜間の支援に入居者によって介護に濃淡があり、夜勤の入り方を工夫している。

<入居者基礎情報>

- ・性別・年齢：男性2名、女性2名 Aさん50歳、Bさん43歳、Cさん50歳、Dさん55歳
- ・区分・手帳等級・障害種別：入居者全員身体障害者手帳1種1級、区分6。全員が重度訪問介護類型。時間は、259時間～327時間。移動介護加算は全員に50時間。
- ・日中活動：全員が関係する法人の生活介護に通所。入居者1名は週1回だけ別事業所のデイサービスに通所。そこで、入浴して帰ってくる。土曜日のPMに月に1回程度通所している。
- ・ヘルパー利用：全員が関係する法人のヘルパー利用の割合が大きいが2ヵ所以上のヘルパー事業所を利用している。
- ・特記すべき支援の特色：入居者会議ではホームで取り組むことを話し合っている。基本的には平日の食事の献立や、備品の購入、ホームでの行事、大学へのボランティア集めの相談等。普段は一緒に1人暮らしをホームで行っている感じ。風呂は入る順番を決めている。風呂は2ヵ所あり、1ヵ所にはリフトが装備。1ヵ所は大きめのユニットバス。入浴は週3～5回で、回数などは御本人が決めている。

医療的ケアは事例の特徴に記載。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

医療的ケアの問題

- 加齢に伴う2次障害が顕著になってきている方が2名。
- 訪問看護を週1回受けている方が2名。
- 訪問リハビリを週1回受けている方が4名。
- 毎朝吸引が必要な方が2名。ケアホーム職員の痰の吸引で経過措置がないのは問題。ヘルパー登録の職員は経過措置があったが、ヘルパーの皆が仕事を続けるわけではないので。元々、学生さんにも吸引の講習をして、旅行等に同行してもらっていたが、今回のことで（4月以降に入職したヘルパーさんには経過措置がないため）旅行にも行きにくくなった。
- 通院は入居者全員が整形外科へ月2回～4回。3名の方は内科、2名が眼科、泌尿器科へ定期通院。通院はヘルパーやケアホームの職員が同行している。

入居者の高齢化の課題：上記のように週1～4回程度は通院の必要がある。

【訪問調査事例シート】

→Aさんは脳性麻痺の2次障害で、緊張がきつく、痛みもきつい。頸椎症、排泄障害、肩甲骨周辺の痛み、角膜の炎症等、の持病が多くなってきている。服薬、塗布薬、目薬の回数も多い。言語障害も重くなってきているので、聞き取れるようになるまで時間と回数がかかるようになってきている。(介護者養成に時間がかかる)

→Bさんは昨年秋から足の痛みと肩の痛みが出たことで肩の治療でブロック注射を打っている。また、体重が増えたために、ホーム持ち出しで2人介護を行っている。障害が重くなり、2人介護が必要になってきても、制度に当てはまらないことが多い。精神的な波も大きくデリケートな面もあり体調が悪い時や精神的な落ち込みがある時など介護者や他の入居者とトラブルになることもある。

その他の意見

- ・ 上記のように業務は煩雑になっているのに、常勤で世話人を配置できないケアホームの単価が低すぎる。来年に控えるグループホームへの一元化でヘルパーをケアホームに入れる代わりに本体報酬の単価引き下げになると入居者の安心、安全な制度から遠ざかる制度になる。
- ・ 処遇改善でケアホームの単価が引き下げられた件は承服しがたい。生活支援員が消えている。

【事例：16】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業

- ・ 高齢者、障害者、児童への支援を対象の区別なく相談を受け付けている総合相談センターと介護保険施設(入所、通所)、訪問介護、訪問看護等。

事業指定・共同生活住居数

- ・ 障害者のホーム(共同生活介護)は1カ所。

世話人配置基準

- ・ 入居者4人：世話人1人。

職員体制

- ・ 組織全体で約297名(常勤94名、嘱託4名、准職員37名、非常勤57名、登録ヘルパー105名)。当該事業に関わる職員数8名(同法人から派遣している専任のヘルパー3名含)

自治体独自の運営費補助

- ・ 家賃補助が月に5万円(年間60万円)。

<ホーム基礎情報>

定員と実人員

- ・ 定員5名・実人員5名

建物・立地

- ・ 平屋建て(ホーム専用)

職員体制

- ・ 男性の常勤2名(管理者兼サビ管兼世話人、生活支援員)が柱となり、女性の准職員1名(生活支援員・40時間/週の時給契約)、女性のヘルパー3名(40時間~25時間/週)の体制。

職員配置の基本体制

- ・ 平日の勤務体制は3名。1名が家事、2名が入居者支援。

【訪問調査事例シート】

夜間支援体制

- ・ 夜間支援体制は 1 名／週 7 日
- ・ 夜間専門の職員は 2 名。准職員（20 日／月）と非常勤（10 日／月）の 2 名が交替で 7 日／週を支援している。
- ・ 夜間の形態は夜勤。仮眠はとることができる。
- ・ 夜間の具体的な支援内容は、定時巡回（22 時・1 時・4 時の 3 回程度）、排泄介助（随時対応）、入居者が精神的に不安定時の対応（随時対応）

<入居者基礎情報>

性別・年齢

- ・ 男性 4 名・女性 1 名。32 歳～39 歳。

区分・手帳等級・障害種別と特徴

- ・ 障害程度区分は区分 6 が 3 名、区分 5 が 1 名、区分 4 が 1 名
- ・ 知的障害、ダウン症。網膜剥離により視力が低下している利用者あり。

日中活動

- ・ 他法人が運営する生活介護と就労継続 B を利用。平日の日中、入居者がホームに残ることはない。

ヘルパー利用

- ・ ヘルパーは同法人の居宅介護事業所からの派遣であるが、このホーム専属。（調査時点では非常勤ヘルパーが 1 名欠員となっているが、現在は登録ヘルパーで補充している。）
- ・ 身体介護で支給されているが、実態はホーム職員と同様にローテーションの一部になっている。
- ・ ヘルパーとホーム職員の役割は明確ではない。職員のスキルは経験年数による組み合わせによって役割が異なる。

特記すべき支援内容

- ・ 入居者は、身体介護 70 時間～100 時間、行動援護 24 時間などの居宅介護の給付を受けている。
- ・ 土曜日は 4 名（夜間は 2 名）、日曜日は 2 名（夜間は 4 名）ホームに残る利用者あり。
- ・ 合計すると月に 3～5 回、通院付き添いが必要。
- ・ 車を使った通院支援等、ヘルパー業務としてできないものは世話人等のホーム職員が対応している。
- ・ 利用者は男性と女性がいるが、同性介護はできている。職員は休日でも 2 名以上（男女）が支援。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

経過的居宅介護利用型ホームからの移行

- ・ 2012 年 3 月まで経過的ホームだった。ホーム開設当初、入居者が落ち着かない状態だったので個別支援を必要とし、ヘルパーを利用して 1 対 1 の対応をとることが必要だった。
- ・ 個別ホームヘルプ利用型に移行した理由は行政からの働きかけによるもので、経過的ホームで特に不具合は感じていなかった。移行前も、法人内の居宅介護事業所からの派遣の形態をとったホーム専属のヘルパーを使い、ホーム職員 2 名+ホーム専属ヘルパーの体制でローテーションを組んでいたもので、移行前後で大きな体制に変化はない。ケアホーム収入とヘルパー収入の割合が変わっただけ。

スタッフの役割等

- ・ 男性の常勤職員が 2 名いることで、毎日どちらかが勤務しており、これが柱となっている。この存在によって入居者も安定する。
- ・ 事務的な仕事は、世話人が時間外で行っている部分が多い。金銭管理は時間内に行っている。

【訪問調査事例シート】

課題等

- ・ 現状の体制で、最低限の生活支援をしていくことは可能。ただし、個別のニーズに応えるためには不足している。利用者中心の支援を行うのであれば、ホームから個別に出かけ、外食や買い物を一人一人に合わせて支援することが求められる。その観点からは、現状での支援者数は不足していると感じている。
- ・ サビ管としての仕事はかなりあるにもかかわらず費用がでない。
- ・ 夜間は、夜間専門職員一人での支援なので、管理者としては適切に支援が行われているか不安に思うことがある。常勤の世話人が夜間スタッフに研修している。

【事例：17】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業 生活介護事業、療養介護（医療型障害児施設）、就労移行支援、就労継続B型、自立訓練（生活訓練）、施設入所支援、短期入所、日中一時支援、

事業指定・共同生活住居数 CH単独型を2か所事業指定 18共同生活住居 4共同生活住居

世話人配置基準 4：1

生活支援員配置 平日 16:00～23:30（7.5時間）～翌6:00（宿直） 6:00～9:00（3時間）計10.5時間
休日 13:30～23:30（10時間）～翌6:00（宿直） 6:00～9:00（3時間）計13時間

職員体制 世話人は委託契約。生活支援員は、生活介護事業スタッフ兼任で、夜間支援の宿直に入る。宿直当日は、13:30～15:00が生活介護事業所、15:00～16:00が休憩、16:00～翌9:00までで、明け代休となる。生活支援員1名につき、月に4～5日程度。休日は日中交代で生活支援員が勤務。サビ管は1名。

<ホーム基礎情報>

定員と実人員 定員2 実人員2

建物・立地 木造2階建 市街地の縁辺の山際、鉄道駅より1km強。

職員体制 管理者（常勤・生活介護兼任）1 サビ管常勤1

世話人非常勤専任1 常勤（生活介護兼任）3

生活支援員（生活介護兼任）7（内1名 副主任＝リーダー）

職員配置の基本体制

【平日】世話人1名 14:30～18:30

【休日】生活支援員1名 8:40～16:40

【全日】生活支援員1名 16:00～翌9:00（宿直）

夜間支援体制 生活支援員が共同生活住居内で宿直

<入居者基礎情報>

性別・年齢 男性2（30, 27歳）

区分・手帳等級・障害種別と特徴 二人とも療育手帳A判定、区分5

日中活動 同一法人

ヘルパー利用 なし

特記すべき支援内容 入居者にあわせた生活空間の作り 1共同生活住居（入居者2名でも）に1人の夜間支援（生活支援員宿直）の配置 医療機関との連携による柔軟な服薬判断等により、重い自閉症の入居者にきめ細やかな支援を実施している。

【訪問調査事例シート】

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

①日中 GH

平日は通所されており、土日祝日日中対応は、生活支援員が行っている。

②HH 利用

なし。行動援護が 60h/月なら出るが、行動援護のヘルパーが少なく利用していない。

② 間支援

生活支援員が宿直で対応。宿直確保のため、日中職員が入らないとまわりきらない。入居者との関係構築ができていないと、仮眠は取れる。また、見守りを適切に行えば、身辺自立はできている。職員とのやり取りは、コミュニケーションカードで行う。職員の異動時は、慣れた職員から少しずつ引き継いでいく。

④医療

入居者 2 名とも、月 1 回精神科通院（同一法人運営の病院）、その際は生活支援員が支援。

重い自閉症の入居者には、「リスバダール液」（セレクトニン・ドパミン拮抗薬）が処方されている。扉たたき、他害、破壊行為などの不適応行動が続いた場合に服用。「頓服薬確認表」が作成されており、それには、医師の指示で「服薬判断はその場で支援にあたった各スタッフが行ってもよい」とされている。薬は台所で鍵をかけて管理している。

⑤高齢化

特になし

●入居者 1 名には重い自閉症と、他害や破壊行為があり、共同生活住居内は、玄関とトイレを除いて空間が 2 つに分けられており、入居者同士が出会うことが無いよう支援の仕方が組まれている。

【事例：18】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業：居宅介護事業、行動援護事業、生活介護事業、共同生活介護事業所（7 箇所）

事業指定・共同生活住居数：共同生活介護事業所（定員 4 人）・ 1 箇所

※2012 年 3 月末まで経過的居宅介護利用型共同生活介護だった。

世話人配置基準：入居者 4 人：1 人

生活支援員配置：149 時間=3.7 人分（週あたり）

<ホーム基礎情報>

定員と実人数：4 人

建物・立地：住宅地の戸建て住居を使用している。法人で建物を取得して全面的に改修した。

職員体制：常勤 7 名、非常勤 2 名

職員配置の基本体制：

1 対 1 の個別の支援者が付いている（就寝時を除く）。全スタッフがヘルパー資格を取得しており、生活支援員、世話人と兼務できるようにしている。よって、居宅介護による個別の支援を基本にして、食事づ

【訪問調査事例シート】

くりやハウスキープなどの共通の支援場面（内容）については、同一スタッフが職種を変えて担当する。例えば、1回の勤務の中で、最初の1時間を生活支援員として業務を行い、そのままヘルパーとなる等、勤務の中で職種が変わることがある。

夜間支援体制：深夜については、スタッフ2人体制（週5日）である。20時までは1対1の個別支援を行う。20時にスタッフが1人抜け、22時に1人抜ける。夕方から22時までの、介助が比較的多く必要な時間帯はヘルパーで対応し、それ以降の比較的介助の少ない時間帯は生活支援員で対応している。

※夜勤については、職員1人あたりの利用者数が最も多いホームでは、4人の入居者に対して夜勤者1人、最も少ないホームでは1人の入居者に対して夜勤者1人の体制となっている。スタッフの人員不足は感じているが、近隣にホームが点在しているので、ホーム間でスタッフがお互いに行き来してフォローしている。また、入居者2名のホームを2つ隣接させ、スタッフが両ホームを行き来できる構造にして、夜勤体制をそれぞれのホーム1人（両方で2人）配置していたのを、2つのホームで1名の配置に減らした例もある。

夜間のバックアップ体制はシステム化されたものはないが、リーダー格の職員が夜勤に入る回数を抑制して、朝と夕などの時間帯に臨機応変なフォローに回ることができるように待機をしている。

<入居者基礎情報>

性別・年齢、区分・手帳等級：

- Aさん：31歳、知的障害・自閉症、療育手帳A、区分6
- Bさん：44歳、知的障害・自閉症、療育手帳A、区分6
- Cさん：28歳、知的障害・自閉症、療育手帳A、区分6
- Dさん：30歳、知的障害・身体障害、療育手帳A、区分6

障害種別と特徴：入居者は4人で、全員に知的障害がある。また、3人が自閉症、1人が身体障害もある。障害程度区分は全員が区分6である。

日中活動：平日は全員が当該法人の運営する生活介護事業所に通所している。土日は、帰省している（他ホームでは、別の曜日に帰省するケースもある他、全く帰省しない入居者も1人いる）。

ヘルパー利用：上記〔職員配置の基本体制〕の通り。

支援の特色：時間の概念を理解しない利用者もおられ、写真と記号（ピクトグラム）を組み合わせたスケジュール表を用いて、ご自身でスケジュールを組み立て、管理できるように支援している。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

■ヘルパー利用

同一法人によるヘルパーを利用している。

当初は、デイサービスの和室を利用して、独自（有償）の宿泊トレーニングを開始した。当初は、支援者が日程を決定していたが、利用者に日程の希望を聞くようにしたところ様々なニーズ（家族の病院検査入院で月に一度の宿泊・別の親からは月を挟んで二泊・夕食と入浴まで預かってほしい等）が出てきて、そのニーズに個別に対応するうちに、年間述べ400泊実施するようになった。ほぼ同時期に、休日の外出支援も開始している。

その後、ホームヘルプサービスの事業者指定を受け、2003年の支援費制度の導入に際しては、グループホーム事業の指定を受けた。2000年に独自の宿泊を開始した当初から個別の支援として実施し、その重要性を認識していたので、グループホームを開始した後も、そのままの支援体制を維持した。つまり、個別に実施していた宿泊を延長するような形でグループホームへ発展したことになる。

2006年の障害者自立支援法の施行により、これまでの居宅介護を利用した個別の支援内容を維持するため

【訪問調査事例シート】

に、事業種別としては必然的に経過的居宅介護利用型共同生活介護（以下、経過的ホーム）を選択することとなった。従来の個別の支援形態を維持するには、この経過的ホームに移行する他に選択肢はなかった。

2012年4月からケアホームでも居宅介護の利用が可能（基本的な報酬単価以外の加算は経過的ホームでは該当せず、ケアホームの方が加算を取って事業収入が安定する）となったため事業種別を変更した。変更の前後で、支援体制や内容には変わりはない。報酬についてはやや増加したが、事業全体の財政状況については半年しか経過していないので詳細な変化はまだ明確になっていない。

現在、独自事業である月に1泊の宿泊から、宿泊体験を使った週に1泊、ケアホームの入居までシームレスな利用形態ができあがっている。これにより、家族はいつでもケアホームに入居できるという安心感を得られているようだ。

また、ケアホームではその日の日中活動終了から、外出、夕食、お風呂までの場を個別に行っており、夕食の場面など4人の入居者で時間を合わせて行う必要もない。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（ピクトグラム）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、管理することにより、お風呂やトイレなどの建物設備の制約から折り合いをつけることが皆無ではないが、望む暮らしがある程度実現できているのではないかと思う。これらは、個別支援ができる体制があるからこそその効用であると確信している。

ヘルパーの支給量は、一日あたり4.5時間を目安にしている。当然ながら、入居者によって必要とされる支援内容や時間数は異なるが、一方で支援者の体制のことを考えると、身体介護で支給される場合であればこの程度が無理のない量である。

この支給量を基準にすると、一月あたりの必要時間数は135時間となる（30日分/定期的な帰省をされない場合）。この時間数であれば、これまで当該市においては問題なく支給決定されてきた。なぜなら、当該市では身体介護と行動援護や移動支援などを合計して、224時間以内であれば市内での決済で支給決定が可能である（一月当たり224時間を超える場合は、審査会に意見を求めて審査することになる）。

ちなみに、当該市における、一月あたり224時間という基準は、厚生労働省が示した「定型的な支給量の基準」にある、区分6の場合の重度訪問介護の基準時間である。

この支給決定内容は、現状の支援と対応させるとやや不足している場合もある。しかし、基準時間を超える支給決定を得るためには、審査会にかける手続きや書類作成の負担等が発生する。そのため、規定の支給決定の枠組みの中に収めようとしている。

<法人全体に関わる事項及び、調査対象ホーム以外の状況等>

■ 1週間単位で帰省する曜日があることについて――「親が抱え込まず、手放さず」――

利用者は、一人をのぞいて、週に2日間は帰省している。当初は、帰省を想定していなかった。しかし、本人に帰省したいという思いがあること、親に本人がいなくて寂しいという気持ちがあることを考慮して帰省してもらっている。

これにより、家族関係に変化が現れ、本人に「親の元に帰省して顔を見せる」という役割が生まれたようだ。かつては、「親が抱え込んで、手放す」→親が抱え込むか、手放して入所施設に入れると言われたし、実態もその通りであったと思う。現在の当該法人の状況は、いわば「親が抱え込まず、手放さず」と表現したいと思うが、本人が親から完全に離れてしまうのではなく、適度な関係が続いていく形があっただけではないかと思ひ、帰省しても家族が介助できるうちは帰省してもらっている。

■ 利用者が病気の時（ケアホームに残っている）の対応

生活介護事業所に通えない時は、日中担当の職員が居宅介護のヘルパーとして、ケアホームに入っている。また、入院した時の付き添いについては、全くの制度外の持ち出しで24時間付き添いの対応をしている。自治体独自の制度もあるが、市外の病院への入院もあり、利用したことはない。

【訪問調査事例シート】

■建物の確保について

なお、現在の日中活動の場がある町内（180 数軒）に、5 軒のケアホームを設置しており、隣の町内にも 1 軒設置してきた。住宅街の中に、高い密度でホームがあると不自然になってしまうので、もう少し離れた地域にも展開していく必要を考えている。また、現在の生活介護事業所規模（定員 20 名、定員超過で 25 名）と居宅介護事業所（登録 40 名）とケアホーム数軒の運営規模が個別支援を担保できるユニットと思っており、利用希望が増えれば別の地域で事業展開していくことが考えられる。

■近隣との関係——固有名詞の関係から——

ケアホームを開設するにあたって、行政からは近隣住民に対して説明会を実施するように指導があったが、障害のある人たちが地域に暮らすとってその必要はないはずで実施したことはない。

ケアホームを開設することについて、近隣からクレームが寄せられることもあるが、同一法人で保育園を運営しており、その利用者同士の関係を通じて、理解が得られる場合もある。抽象的で漠然と「障害のある人」が居住するとなると抵抗があるが、保育所で一緒だった「〇〇さん」といったように個別に面識がある人が居住するとわかると、抵抗感が薄れ、受け入れに対する理解が得られるといったこともあった。

■共同住居の規模について

共同住居の単位として、個別支援を行う上では 4 人という規模は大きいと感じており、2 人の単位が基本ではないかと思っている。

共同住居での生活が適当ではない人については、2 人単位の住居の一室を空き室にして、事実上の一人暮らしの形態を取っている。ケアホームの枠から出て、アパート等の一人暮らしの支援にすることには家族の不安感もあるため、ケアホームの枠内での対応となっている。

【事例：19】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業等

- ・ 精神科病院を主とする医療法人が運営主体。精神科デイケアを実施。

事業指定・共同生活住居数

- ・ 事業指定は共同生活援助。
- ・ 共同生活住居は 5 カ所。3 つは一戸建て。2 つはマンション個室タイプ。定員は 25 人。すべての共同生活住居は徒歩数分圏内にある。
- ・ 5 カ所の住居とは別に、一軒家を借りて定員全員共用の食堂として利用している。

世話人配置基準

- ・ 入居者 4 人：1 人

生活支援員配置

- ・ 共同生活援助の指定だが、生活支援員を 16 時間＝0.5 人分（週当たり）配置している（自治体の指導によるとのこと）。

職員体制

- ・ 管理者兼サビ管兼世話人（常勤の専従）1 名、常勤世話人（専従）1 名、非常勤世話人（専従、時給）7 名（内 1 名は生活支援員兼務。学生アルバイト 1 名も含む）、事務担当（常勤、兼務）2 名。
- ・ 非常勤は、法人内病院に以前勤めていた准看護師 2 名、歯科衛生士 1 名を含む。週 4 日勤務者が多い。

【訪問調査事例シート】

<p><ホーム基礎情報></p> <p><u>定員と実人員</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 7名定員のマンション個室タイプ。6名が入居。 <p><u>建物・立地</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住宅地に立地する法人経営の病院のすぐ裏にある4階建てのマンションの2階部分の8室。(1部屋は共有スペース) ・ 1部屋は体験入居のために空けてある。 <p><u>職員体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1カ所の住居には職員事務室はあり、そこを拠点として、5カ所を巡回して支援する形態をとっている。(つまり下記の職員は全員で5カ所を支援している。) <p><u>職員配置の基本体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 7時～16時：1人 ・ 8時半～17時半：1人 ・ 10時～19時：1人 ・ 13時～19時：1人 <p><u>夜間支援体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者兼サビ管である1名が常時(24時間)電話を受ける体制になっている。事例のホームでは1名が夜間早朝の電話対応が必要(事業所の全定員25名のうち、現状では5人～6人程度が夜間や早朝の電話対応が必要な状態。週に2～3回は夜間早朝に電話がかかってくる)。 ・ 電話の内容は、ほんの些細なこと(本人にとっては他者の確認等が必要な事項)から、自殺念慮の訴えまで幅広く、対応に要する時間も様々。 ・ すぐに駆けつけなければならない事態の場合は、管理者はホーム近隣に住んでいないので、近隣に住む世話人や病院職員に指示を出す(連絡網を整備している)。
<p><入居者基礎情報></p> <p><u>性別・年齢</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 男性4名、女性2名。年齢は20歳代～60歳代。 <p><u>区分・手帳等級・障害種別</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主として統合失調症の方で、障害程度区分は2が2名、区分3が4名。 <p><u>日中活動</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日中は同法人のデイケアに通う方がほとんどだが、1名は日中の通所先なし。 <p><u>ヘルパー利用</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ なし
<p><事例の特徴(着眼点等からみた実態と課題)></p> <p><u>日中通所しない、できない入居者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 通所することがない方が1名おり、現在は毎日自分で出かけている。同行の援助などは必要としないが、お昼をホームで食べる時は提供をし、金銭の管理の支援をしている。以前はデイケアに通う個別支援計画にしていたが、現在は通い先はなしという計画になっている。個別支援計画に通い先を精神科デイケアとしていた当時から、日中支援体制加算の要件には該当しないと市に言われていた。他にも、状態が悪く通えないことは少なくないが、そのような場合には頻りに様子を見に行き、必要な援助をする。 <p><u>入院時の支援</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 内科への入院の際、精神障害を理由に付き添いをつけることを入院の条件とされた。日中は毎日長時間付き添ったが、実際には洗濯などの他にそれほど必要な支援もなかった。精神科への再入院の際には、入院

【訪問調査事例シート】

期間が何カ月になったら契約解除ということは定めていない。家族がいなか頼れない場合には、どんなに入院が長引いても契約を解除することは非常に難しい。

共有スペース

- ・ 同じフロアの1室を共有スペースとしていて、入居者全員がこの部屋のカギを持っている。
- ・ 電化製品が揃っており、自室に持っていない人は利用したり、喫煙場所として利用する人も多い。(自室は禁煙)
- ・ 掲示板があり、連絡事項を書いておくので、情報伝達のためにも有効。
- ・ 職員を自室に入れるのは嫌がる方でも、共有スペースで話すことは拒否しないので、相談の際にも使用する。
- ・ 共有スペースがあることで、入居者同士の交流が自然な形で持てる。

食事提供

- ・ 自室で自炊もできるが、近所にある食堂として借りている建物で、朝夕は希望者には食事を提供している。食堂での食事作りに入居者も気が向けば参加できるようにしている。
- ・ 以前は食事提供をしていなかったが、温かい食事を提供するのが良いと考えている(管理者)

後見人の必要性

- ・ 家族がいなか頼れない方も多いため、後見人制度を利用する必要性を感じている。
- ・ 社協の金銭管理サービスを利用し始めた方もいる。

住居の形態

- ・ 若い入居者の方は、個別的な生活空間が確保されるマンション個室タイプを好む傾向があり、一人暮らしへの移行を希望する方も多。既に数名はアパートでの一人暮らしに移った。地域に空き室が増えたこともあって、以前よりも部屋を確保しやすくなってきた。

福祉専門職の配置

- ・ 非常勤世話人は元病院勤務の者が多。権利擁護や非管理的発想での支援をするために、社会福祉の専門職の配置を増やしたいと思っているが、現状の報酬では難しい。

【事例：20】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業 生活介護 2カ所、就労継続 B型 4カ所、就労移行支援 1カ所、地域活動支援センター 1カ所、単独型短期入所 2カ所、一体型(共同生活援助・共同生活介護) 事業所 1カ所(住居 12カ所—入居者 52名、共同生活介護 1カ所(住居 3カ所—入居者 18名))

事業指定・共同生活住居数 CH事業指定 3共同生活住居(6人×3住居)

世話人配置基準 4：1

生活支援員配置 下記の通り。

職員体制 世話人、生活支援員、サビ管は1名。

【訪問調査事例シート】

<p><ホーム基礎情報></p> <p><u>定員と実人員</u> 定員6人、実人員6人</p> <p><u>建物・立地</u> 鉄筋造3階建（一部4階建て、共有廊下で就労継続B型と連結構造）の1階</p> <p><u>職員体制</u> 管理者（兼任）1名、サビ管常勤1名、看護師2名（兼任）、栄養士1名（兼任） 世話人・生活支援員4</p> <p><u>職員配置の基本体制</u></p> <p>【平日】①支援員当直 8:45～翌日8:45、1名 ②支援員当直 16:00～翌日8:45、1名（通所の職員の応援体制） ③支援員 7:00～15:40 1名 ④支援員 8:45～17:25、1～2名、 ⑤12:30～21:10 2名</p> <p>【休日】①支援員当直 8:45～翌日8:45、2名 ②支援員 7:00～15:40 1名 ③支援員 8:45～17:25、1名、④12:30～21:10 1名</p> <p>世話人は支援員と常勤換算で兼ねている。</p> <p><u>夜間支援体制</u> 生活支援員が共同生活住居内で宿直 1階に1名、2～3階で1名、</p>
<p><入居者基礎情報> 1階の6人</p> <p><u>性別・年齢</u> 女性2名、男性4名（女性38、47歳、男性56歳、46歳、34歳、52歳）</p> <p><u>区分・手帳等級・障害種別と特徴</u> 障害程度区分（2-1名、3-2名、4-1名、5-1名、6-1名） 療育手帳A5名、B-（軽度）1名、身体障害者手帳1級1名、3級2名 6名の中で、ダウン症の退行ケース3名、人工透析通院1名、認知症1名、</p> <p><u>日中活動</u> 同一法人の同一敷地外の通所施設（生活介護に5名、就労継続Bに1名）に通所している。</p> <p><u>ヘルパー利用</u> 移動支援2名</p> <p><u>特記すべき支援内容</u> 食事提供は委託給食で三食提供している。法人として2名の看護師、1名の栄養士を兼任で配置し、高齢化・医療ケアに向けた対策をとっている。入所施設で対応が難しい人工透析の入居者もケアホームに入居させ隣接する病院に週3回通院できる体制をとっている。歯科と皮膚科は訪問診療を受けている。</p>
<p><事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）></p> <p>①日中GH 平日は通所しているが、土日祝日日中対応は、生活支援員が行っている。</p> <p>②HH利用 移動支援のみ2名が利用</p> <p>③夜間支援 6人3ユニットの建物構造で1階に1名の生活支援員が宿直で対応。2階、3階で1名の宿直確保のため、隣接する通所施設の職員の応援体制をとっている。1階の本ホームの利用者には、夜間の提示巡回、提示の排泄支援、夜間トイレ利用時の転倒防止の見守りなどを実施している。</p> <p>④医療 日中の通院支援は2名の看護師と生活支援員が実施（毎月通院している入居者は月2回が2名、月3回が1名、月5回が1名、週3回の人工透析が1名、3ヶ月に1回が1名）、歯科と皮膚科の訪問診療を受けている入居者2名。</p> <p>⑤高齢化 ダウン症の退行を示す入居者3名、脳梗塞による脳血管性認知症1名</p>

【訪問調査事例シート】

【事例：21】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業

- ・ 複数の生活介護事業、相談支援、居宅介護、高齢者対象の通所施設、居宅介護等の多数の事業を展開している。

事業指定・共同生活居居住数

- ・ 11カ所の共同生活住居で45人の生活を支援している。
- ・ 同地域内には8カ所（定員33名）のホームがあり、これを一事業所として運営している。

世話人配置基準

- ・ 入居者4人：1人。

生活支援員配置

- ・ 生活支援員は週8人配置。

職員体制

- ・ 管理者1名、サービス管理責任者2名（ホームの世話人と兼務）、8つのホームに1名ずつの常勤世話人（サービス管理責任者と兼務の者含む）、事業所全体で6名の生活支援員（非常勤）。

自治体単独の運営費補助

- ・ 1ホームあたり96,700円/1ヶ月の運営費補助がある。

<ホーム基礎情報>

定員と実人数

- ・ 定員4名。入居者4名。

建物・立地

- ・ 住宅街の中の二階建て木造住宅の一軒家。この法人の日中活動施設から500メートルの場所。
- ・ 車いす専用住宅として新築。居室、浴室、トイレには移動リフトあり。ホームエレベーター、ナースコール、ベビーコール設置。

職員体制

- ・ サビ管1名（他のホームの世話人兼務）、世話人（常勤）1名、生活支援員（週40時間の非常勤）2名。その他、ヘルパーが15名。

職員配置の基本体制（ヘルパーを含む）

【平日】15時30分～22時：3名。22時～翌朝7時30分：2名（男性と女性）
朝7時30分～10時30分：3名。

【休日】平日の体制に加えて、
10時30分～15時30分：2名。

夜間支援体制

- ・ 勤務形態は宿直。
- ・ 夜間宿泊する支援者は2名（男性1名、女性1名）職員とヘルパーの組み合わせの日、ヘルパー同士の組み合わせの日もある。
- ・ 世話人は月に6、7泊。生活支援員は月に8泊。宿直手当は、入居者が生活保護他人介護料で支払っている。

<入居者基礎情報>

性別・年齢

- ・ 男性2名、女性2名の4名が暮らすホーム。年齢は40歳代が3名、50歳代が1名。

【訪問調査事例シート】

区分・手帳等級・障害種別と特徴

- ・ 障害程度区分は 5 が 1 名、6 が 3 名。
- ・ 全員が ADL 全介助。言葉でのコミュニケーションが可能なのは 1 名のみで、他の方はジェスチャーや筆談。
- ・ 喉頭分離により、気管内吸引が必要な方 1 名。

日中活動

- ・ 日中の通所先は、この法人が運営する生活介護事業所（ホームから 500 メートル）。

ヘルパー利用

- ・ 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。ヘルパーは、この法人の居宅介護事業所から派遣されている。

特記すべき支援内容

- ・ 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。
- ・ 言葉でコミュニケーションを取る方は 1 名のみで、他の方は、足の動きやジェスチャー、筆談等のコミュニケーションを行う。
- ・ 気管内吸引、食事形態管理、けいれん発作管理、ぜんそく発作管理が必要。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>ヘルパー利用

- ・ 夜間のヘルパーは、業務委託としている。委託料は生活保護他人介護料から支払っている。
- ・ 現状で 15 名のヘルパーが関わっているが、派遣先はこのホームのみであり、このホームへの所属意識が高い。居宅介護事業所の所長の話による）。
- ・ 身体介護のヘルパーを支給決定されている入居者が 1 名いるが、現在は利用していない。男性のヘルパーが不足していることも要因。
- ・ 重度訪問介護のヘルパー類型は、業務内容の限定が少なく使いやすいが、他の法人では行っていないので、同じ法人で派遣する以外に方法がない状態。しかし、1 つの居宅介護事業所では、人材確保も限界があり厳しい状態。
- ・ コミュニケーションが難しい入居者の場合、支援する者の価値観に大きく左右されてしまって本人の生活ではなくなる危険性が多分にあるので、ヘルパーの関わりが自分流になってしまわないようにいねいに軌道修正することが必要になる。
- ・ 月に 1 回、ヘルパーも含めてホームに関わる支援者のミーティングを行い、支援方法の統一や意思疎通をはかっている。ヘルパーは派遣先に直行直帰の勤務が主なので、意識を高めるためにも職員と話す時間が必要不可欠。

緊急時の対応

- ・ 居室が 2 階に 2 部屋、1 階に 2 部屋あり、2 階への移動はホームエレベーターだが、災害時に全介助が必要な 4 名の入居者の避難を 2 名の職員で行えるのかという課題がある。
- ・ 夜間、入居者が病院に行く際に 1 名の職員が同行すると、ホームに残る 1 名の支援者が 3 名の入居者の援助を行うことは難しい。同性介助もできなくなる。

入院時の支援

- ・ 市のコミュニケーション支援事業を使ったが、認められる支援内容がコミュニケーションに限定されており、使いにくい。病院は完全看護である名目上、介護等を行うことを評価した事業にはでき

【訪問調査事例シート】

ないのだと思われるが、実際には、本人の必要に応じて様々な介護等の支援を行う。

- ・ 入院時には報酬がなくなり、長引くと加算もなくなり、大きな問題である。

訪問医療

- ・ 別法人の訪問看護を週に 1 回受けており、バイタルチェック、相談等をしている。本来は毎日来てほしいが、看護師不足のため利用できない。また、時間帯も 18 時までと限られていることも残念。

医療的ケアの提供

- ・ 吸引等の技術そのものよりも、「この状態は、看護師への連絡が必要なのか？」等、状態を「判断」することの難しさ、不安が支援者の負担となっている。夕方毎日医療従事者が訪問して体調をチェックしてくれる体制が必要。
- ・ 医療的な判断が必要になった場合には、この法人の日中活動の事業所所属の看護師に 24 時間電話できる体制。

高齢化

- ・ 嚥下機能の低下、骨粗しょう症、親が認知症になる等のケースが増えている。親の高齢化が喫緊の課題なので、判断能力が衰えた親の意向で問題が生じるケースがあるので、入居者の成年後見の準備を進めたいがなかなか進んでいない。

人材育成

- ・ 夜間などに複数の支援者が泊まり、まとまった時間直接話すことは、帰属意識を高め、意識を向上させるために有効。支援方法などだけではなく、考え方や価値観を含めて伝えることが必要。それがホームの心臓部をつくる。

【事例：22】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業

- ・ 通所 10 カ所・短期入所 2 カ所（単独型）・ファミリーホーム等

事業指定・共同生活住居数

- ・ 14 カ所（知的障害を中心に 82 名がホームで生活している）

世話人配置基準

- ・ 入居者 5 人：支援者 1 人
- ・ 1 つの建物内を 2 つの共同生活住居としているところがあり、効率的な職員配置をしているところがあるので 4 人：1 人とはならない

生活支援員配置

- ・ 80 時間／週配置

職員体制

- ・ サービス管理責任者は 3 名だが、実質 2 名で 40 人程度の個別支援計画を担当している。しかし、その半数は日中活動の事業所（同法人）が主担当（キーパーソン）と取り決めている。その他に 6 名の事業所専従職員がおり、請求事務や金銭管理等を含めて行っている。この 6 名は他の法人スタッフ（事務職を除く）と同様に宿直勤務に週 1 回行っている。また、2 名／日は 12:00～21:00 の勤務で法人内ホームを巡回し、入居者やスタッフの相談に応じている。

【訪問調査事例シート】

<p><ホーム基礎情報></p> <p><u>定員と実人員</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 定員 4 名・実人数 2 名 <p><u>建物・立地</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 平屋建て 2 棟（賃貸） <p><u>職員体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活支援員（常勤）2 名／世話人（常勤）1 名／世話人（非常勤）1 名 ・ 法人のホーム専属スタッフは 4 名。14 か所をコーディネート。 <p><u>職員配置の基本体制</u></p> <p>【平日】16 時～翌朝 10 時</p> <p>【休日】10 時～16 時も配置</p> <p><u>夜間支援体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1 棟につき宿直 1 名。ホームとしては宿直者が 2 名いることになる。 ・ 仮眠はとることができている。 ・ 夜勤者は、事務職を除く法人スタッフ全員が交代で対応している（ホーム専属のスタッフではない者も含む）。法人の常勤スタッフは週 1 回夜勤あり。 ・ 同じ職員が宿直するのは週に 1 回。宿直専門のアルバイトもいる。
<p><入居者基礎情報></p> <p><u>性別・年齢</u></p> <p>①24 歳男性 ②39 歳男性</p> <p><u>区分・手帳等級・障害種別と特徴</u></p> <p>①区分 6・A1・知的障害を伴う自閉症・同法人ヘルパー利用（正規職員が対応）・土日帰省。幼少期より法人が支援している。学齢期にはショートステイを利用し、ホームに移行した経緯あり。行動援護 130 時間。</p> <p>②区分 5・A1・知的障害を伴う自閉症・同法人ヘルパー利用。身体介護 50 時間、通院等介助 4 時間、行動援護 9 時間。毎週末帰宅している。</p> <p><u>日中活動</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活介護（法人内）に通所している。①は週 3 日、昼まで利用。通所しない日と通所日午後はホームで過ごしている。 <p><u>ヘルパー利用</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同法人ヘルパー利用（ホーム職員兼務） <p><u>特記すべき支援内容</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外出時は行動援護を利用。 ・ 送迎は生活介護が行っている。 ・ 本人のキーマンは通所系のスタッフ。 ・ 支援が困難な自閉症者を支えられているのは、幼少の時から関わってきたから。その人の半生を熟知している。課題は、他に良い方法があるのかを模索すること。多法人が関わるのは難しい。中心的に関わる機関や法人と一緒に支援する必要がある。 ・ 法人の考え方として、自立ではなく独立した生活をしてほしいと考えている。
<p><事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）></p> <p><u>1 対 1 の対応（夜間支援含む）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 4 名のケアホームとして、住宅（平屋・賃貸）2 棟で開設。現在、利用しているのは自閉症者 2 名。1 棟に 1 利用者が生活している。

【訪問調査事例シート】

- ・利用者のペースに合わせた支援を展開。1名の利用者は、日中活動の参加が難しく午前中のみ通所している。午後はホームで過ごしているが、生活介護スタッフがホームで対応している。
- ・週7名のスタッフが関わっている。遅・早（アルバイト）3名（ヘルパー兼）宿直2名（近所の人）世話人2名（ハウスキーパー）
- ・ホームには法人の全職員が交代で泊まる。
- ・夜間の支援は起き出した利用者への対応（3:00～7:00の2時間、ほぼ毎日）
- ・時間帯によって同一のホーム職員がヘルパーと生活支援員の役割を変えて対応。

- ・（法人が運営する）それぞれのホームで職員1名が対応するため、虐待防止や対応が困難な利用者へのフォロー体制作り（夜間巡視スタッフの配置など）が課題。夜間支援のフォロー体制については、一法人内の取り組みでは限界があるため、自立支援協議会で問題を提起している。

ヘルパー

- ・ヘルパーは同法人を利用。地域には、他に支援できる事業所がない。法人内のヘルパー（生活支援員が兼務）となっている。

その他

- ・街の中で、よい場所を確保する難しさを実感している。自閉症者が気にならない場所を探すのに苦慮している。
- ・入居者はグループでの生活にストレスを感じている。個別生活に重点を置いている。バス・トイレ・キッチン付きのホーム等が望まれる。共同生活を前提としないGHの制度設計が必要。
- ・現在の相談支援体制（制度）では、本当に安心できる地域生活は実現していかない。特に親元を離れて暮らす人に対しては後見的役割と生活支援の役割を併せもつような相談支援員が必要。

【事例：23】

<事業所基礎情報>

法人の他の事業等

共同生活援助・共同生活介護一体型事業所と居宅介護事業の事業所で地域生活をしている人を支えている。事業所の居宅介護事業所は、11人の常勤ヘルパーを勤務させ、主に重症心身障害者、自閉症、行動障害のある人の介護を行っている。法人としては、生活介護、就労継続B型、就労移行支援の多機能型事業所も運営している。

事業指定・共同生活住居数

グループホーム・ケアホーム一体型事業所。8住居で44人の入居者を支援している。3住居にホームヘルパーを導入している。

世話人配置基準

入居者4名：世話人1名

<ホーム基礎情報>

定員と実人員

9名

職員体制（ヘルパーを含む）

世話人は3名で、勤務時間は週30時間が2名、40時間が1名で時間は、6時30分から11時30分、15時から20時の勤務である。

【訪問調査事例シート】

9 人の入居者は、各自ヘルパーを利用しているので、ほぼマンツーマンの支援を受けている。基本的な利用は朝起床時から生活介護事業所へ通うまで、生活介護からホームへ戻ってきてから就寝まで利用している。

夜間支援体制

当直体制は、毎日 2 名体制で、事業所の職員だけでなく、法人の生活介護、就労継続 B 型、就労移行支援の日中活動事業所の職員が週 1 回当直をして夜間支援を維持している。

建物・立地

住居は 2 階建て、周囲は住宅地で、住居の周囲には農地もある。建物の横に野菜や花を植えて春から秋にかけて利用できるようになっている。

2 階建てなので 2 階の非常階段から避難がすぐできるように、避難訓練は毎月実施し、避難しやすい独自の工夫も行われている。

生活の質を保つようにし、トイレも各自の障害を配慮した工夫がなされ、てんかん発作の利用者にも個別の利用が可能な補助具を工夫している。トイレでのオムツ交換にも配慮した補助具（折りたたみ式管理オムツ交換台）も工夫されている。

<入居者基礎情報>

年齢・性別

女性 4 名、男性 5 名。18 歳～41 歳（20 歳代が 7 名）

区分・手帳等級・障害種別と等級

障害程度区分は 6 が 8 名、5 が 1 名。知的障害と身体障害の重複の方が 6 名。知的障害の方が 3 名（2 名は自閉症）。手帳等級は全員が A。

ヘルパー利用

9 人全員が居宅介護の支給決定を受けている。重症心身障害の入居者は重度訪問介護、330 時間、自閉症・行動障害のある入居者には、行動援護・身体介護合わせて 330 時間を利用している。ヘルパーは法人の事業所で、全員日中は同法人の生活介護を利用している。このホームに居住している入居者の市町村は、所在地市、及び近郊の町複数からの出身者で、入居を希望する重症心身障害者がいても、該当市町村が必要な支給量を出せなくて入居を断念するケースもある。

居宅介護の支給量は、重症心身・身体障害の入居者 6 人、重度訪問介護＋重度訪問加算移動介護を使っている 3 3 0 時間前後、自閉症・行動障害の入居者 3 人、行動援護（4 4 時間～5 0 時間）＋身体介護（1 3 3 時間～2 4 2. 5 時間）

特記すべき支援内容

入浴は各自の希望、体調に合わせ、一人ひとりお湯を交換して入浴を楽しんでもらう配慮をしている。医療的ケアが必要な人には、生活介護の看護師の協力の他、訪問看護、訪問リハビリも利用している。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

居宅介護を一人平均毎日 1 0 時間前後利用している。午前中は、生活介護に通うまで、夕方から夜間までは生活介護から帰ってきて就寝まで、完全マンツーマンの個々人にあつた支援を実施している。

生活全体を一人ひとりにあつた個別支援を徹底している。この密度の濃い支援は、居宅介護の支給量が保障されて維持されている。関係自治体の協力もあって実現している。

ケアホームの配置人員だけでは、当直体制が維持できないので、法人の通所事業所の職員のバックアップがあつて夜間の当直が維持されている。

【訪問調査事例シート】

【事例：24】

<事業所基礎情報>

法人種別 社会福祉法人
法人の他の事業 保育所、障害者支援施設、生活介護、就労移行支援 就労継続支援A型
 就労継続支援B型 福祉ホーム
 障害者就業・生活支援センター 相談支援事業所 居宅介護事業所
事業指定・共同生活住居数 一体型 5事業所 共同生活住居32カ所 147人入居
世話人配置基準 4：1 62人
生活支援員配置 40H13人分の配置
職員体制 サビ管5名。GH・CHのサポートセンター（拠点）を2カ所配置。
 法人とは別の共同生活事業所の就業規則を整備。
自治体独自の運営費補助 なし

<ホーム基礎情報>

定員と実人員 定員6人 実人員6人
建物・立地 ・住宅地の中の新築1戸建。大家さんが共同生活住居向けに建築した借家。バリアフリー。車いすで生活可能。浴室にもスロープあり、車いすで脱衣室まで入れる。
 ・近くにコンビニ、バス停がある。
職員基本体制 ・世話人2人が交代で宿直。16：00～9：00。うち21：00～6：00は仮眠可能。実働8H。
 ・日中は、6パターンを3人で勤務。
 月 8：00～12：00、15：00～20：00
 火～金 8：00～10：00、15：00～20：00
 土 8：00～15：00、15：00～20：00
 日 8：00～14：00、14：00～20：00
夜間支援体制 ・世話人2人が交代で宿直。16：00～9：00。うち21：00～6：00は仮眠可能。
 実働8H。世話人が宿直できない時は、サビ管や生活支援員が入る。
 ・夜間支援は、必要に応じてトイレ誘導や体位交換、見守り対応する。
 ・警備会社と契約している。

<入居者基礎情報>

性別 年齢
 ・女性6名 全員40代以上。
区分・手帳等級・障害種別と特徴
 ・区分2 2人、区分3 2人、区分4 1人、区分6 1人
 ・知的障害5名。
 ・知的障害と身体障害1名（車いす使用）。食事介助必要。車いすやベットへの移乗も介助必要。
 2人で介助する場合もある。夜間は体位交換も必要。
日中活動
 ・日中活動は、同法人の生活介護事業所利用3人。別法人の生活介護事業所利用2人。同法人の生活介護と地域活動支援センター利用1人。
 ・土日はホームで過ごす。世話人や生活支援員と買い物など外出する。支援拠点での余暇活動などにも参加

【訪問調査事例シート】

する人もいる。

ヘルパー利用

- ・全員が通院介助、移動支援のヘルパー利用（同法人のヘルパー事業所、他法人のヘルパー事業所）している。通院介助で月 15 時間程度、移動支援で月 5～10 時間支給決定受けているが、ヘルパー不足のため全部は利用できていない。ヘルパー利用できない場合は、サビ管、生活支援員、世話人が支援。
- ・通院介助のヘルパーが、受診結果を報告書に詳細に記入してくれる。世話人が報告書を確認後、サビ管が確認保管する。

特記すべき支援内容

- ・体調が悪い時以外は、生活介護事業所に通所しており、日中ホームで過ごす人はあまりない。体調不調で静養が必要な時は、サビ管や生活支援員が必要な支援をする。
- ・GH・CHのバックアップセンター（支援拠点）が 2 カ所あり、サビ管はそこに勤務。必要に応じてホームに入る。

<事例の特徴（着眼点等からみた実態と課題）>

- ・5 事業所 32 ホームのスケールメリットを生かして、支援拠点を 2 カ所設置。共同生活事業所独自の就業規則を整備している。
- ・看護師の配置はないが、看護師資格のある生活支援員が必要な対応をしている。

3、日中（主に平日の）、ホームに残る入居者について伺います。

3-①：平日の日中に入居者がホームに残っていることがありますか？

・ある ・ない（→⑥へ）

↓（「ある」の場合、②～⑥にもお答えください）

3-②：日中支援加算を受けましたか。（2012年7月）

・受けた ・加算の要件に合わず対象外 ・受けない

3-③：平日の日中、ホームに残る理由について、下記に具体的に記入してください。

[]

3-④：平日の日中、ホームに残る入居者は、その時間をどのように過ごしたいと考えていますか。ご本人の意向を教えてください。

[]

3-⑤：平日の日中、ホームに残る入居者に対する支援は誰が、どのようにしていますか？下記に具体的に記入してください。

[]

3-⑥：日中（土日、祝日の日中も含めて）の入居者への支援についての課題があれば、下記にご記入ください。

[]

4、入居者のヘルパー利用（地域生活支援事業のヘルパー、介護保険のヘルパーを含む）について伺います。

4-①：ヘルパーを利用している入居者はいますか？

- ・ いる ・ いない →（「いない」の場合②のみお答えください）
- ↓（「いる」の場合、②を除き③～⑦にもお答えください）

4-②：①で、利用して「いない」と答えたホームに伺います。利用しない理由は何ですか？下記に具体的にご記入ください。

[]

4-③：ヘルパーを利用する理由やメリット、デメリットを下記に具体的にご記入ください。

[]

4-④：利用しているヘルパーは、貴法人内の事業所のヘルパーですか？又は、別の法人のヘルパーですか？また、続くカッコ内にその理由や使い分けの方針等をご記入ください。

- ・同法人のヘルパー ・別法人のヘルパー ・両方

理由等

4-⑤：ヘルパーとの支援方法の一致などの意思疎通について、だれがどのように行っていますか。下記に具体的にご記入ください。

4-⑥：ホーム職員とヘルパーの業務の区分けや双方の役割分担に関しての方針について、ホームとしてどのように整理していますか。具体的にお教えください。

4-⑦：入居者の個別支援を充実（確保）するために、今後どのようなことが必要だと思いますか？現状の課題や、今後の制度の在り方等、ご自由にご記入ください。

- ・看護師を業務委託している ()
- ・法人(事業所)で医師を雇用している ()
- ・医師を業務委託している ()
- ・訪問看護を利用している ()
- ・訪問リハビリを利用している ()
- ・往診を利用している ()
- ・その他の対応 ()

5-⑥：医療連携体制加算を受けていますか。受けた場合は、下記のうちどれですか。(2012年7月)(複数回答可)

- ・医療連携体制加算(I) ・医療連携体制加算(II) ・医療連携体制加算(III)
- ・医療連携体制加算(IV) ・加算を受けていない

5-⑦：医療の必要性が高い入居者が、地域で生活するためには何が必要だと思いますか。

5-⑧：入居者の医療の利用支援全般について、課題と思われることをご記入ください。

6、入居者の高齢化への対応について伺います。(年齢に関らず、加齢に伴うと思われる変化に関してお答えください)

6-①：入居者の高齢化による新たな支援の課題が生じていますか？ある場合、下記に具体的にご記入ください。

6-②：入居者の高齢化に対応するための制度的な課題について、お考えをご記入ください。

[]

7、ホームにおける支援全般について伺います。

7-①：入居者のうち、特に支援・対応が難しいと感じるのはどのようなケース（障害特性等）ですか。

[]

7-②：その他、入居者の思いや希望を実現するために、今後の課題と感じている点などがあれば、ご自由にご記入ください。

[]

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

.....

ホーム ID :

最後に、ご記入いただいたあなたの連絡先等をお教えてください。

内容に関する確認や今後の調査についてのご連絡をさせていただくことがあります。連絡方法等の指定がある場合には、備考にご記入ください。

氏名	
電話番号	
メールアドレス	
備考	

*この「記載者情報」は、調査内容の部分と切り離し、データ入力後も分離して保存する等、慎重な取り扱いをいたします。また、ご記入いただいた情報が、貴事業所のものとして公開されることはありません。

別表2 【 援助者一覧表 】

ホーム ID :

<記入方法のお願い>

* 調査対象である共同生活住居での援助を行っている援助者全員について、教えてください。

貴事業所外の援助者も含みます。

* 1人の援助者につき一行を使ってください。兼務している職名がある場合には、職名欄に全ての職名を書いてください。

* 同じ職名の援助者が複数いる場合には、その数だけ行を使って（生活支援員①、生活支援員②）と個々人を分けて記入してください。

* 2012年7月の1か月間についてを基本とし、日頃の標準的な体制をご記入ください。

	職名 (管理者、サビ管、世話人、生活支援員、ヘルパー、看護師、ボランティア、その他)	勤務形態 (常勤、非常勤、業務委託、その他)* 貴法人の所属でない人については無記入で結構です	主任等のリーダー的役割 を担う人を位置づけている場合は、該当者の欄に職名等を記入してください
例1	生活支援員①	常勤	リーダー
例2	生活支援員②、ヘルパー	非常勤	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

欄が足りない場合には裏面へ

