

第 ③ 章

今後の グループホーム・ケアホーム の課題

- I グループホーム及びケアホームにおける支援に関する調査報告会
- II 今回の調査から見えてきたこと
- III 提言

I

グループホーム及びケアホームにおける 支援に関する調査報告会のまとめ

実施日時

2013年1月26日（土）13:30～17:00

開催の主旨/目的

実態調査の結果をグループホーム関係者に報告し、グループホーム・ケアホームが抱えている課題について考え、意見交換をする機会とするため、調査結果を踏まえて小グループで討議する時間を設けた。日本グループホーム学会の会員だけでなく、各関係団体に参加を呼びかけ、計68名の参加を得た。

プログラム

- 13:30～13:40 主催者挨拶
- 13:40～14:10 量的調査報告（日本グループホーム学会 久保洋）
- 14:10～14:40 事例調査報告（日本グループホーム学会 在原理恵）
- 14:40～15:10 障害者総合支援法をはじめとした現在の検討状況について
（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 地域移行支援専門官 片山聡子）
- 15:20～16:20 グループ討議
- ＜討議テーマ＞
- （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について
 - （2）日中グループホーム等に居る入居者への支援について
 - （3）夜間支援のあり方について
 - （4）医療の必要な方への支援について
 - （5）入居者の高齢化への対応について
 - （6）共有スペース（居間）の活用実態と必要性について
- 16:20～16:45 グループ討議の報告とまとめ

グループ討議における発言概要

- （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について

◆現状

- ・ 同一法人からヘルパーを派遣している。居宅介護の事業所にヘルパーとして登録し、生活支援員と兼務して支援をしている。泊まりの職員は夕方1～2回居宅介護に入り、夜間は生活支援員など、兼務状態にして何とか職員確保している。
- ・ グループホーム職員はホームだけの報酬だけでは足りず、ヘルパーに変身して個別の介護をしている。関連法人にヘルパー登録して派遣する形態。有償ボランティア（学生）に重度訪問介護資格を取得させ、関連法人に登録して派遣してもらう。ケアプランに基づいて派遣をしてもらうようにして人材を確保している。
- ・ 入居者全員がヘルパーを利用しているため、ケアホームに定員の2倍人がいるような状況。

常勤の世話人は生活支援員・居宅介護に入らないようにしている。介護保険のヘルパーも入っている（他の事業所から派遣してもらっている）。

- ・ 入居者によっては、多くのヘルパーが出入りすることで混乱する。
- ・ 入居者とヘルパーが充分に関係性を持てるまで、人件費がダブルになってもサポートをつけて人を育てていく必要がある。
- ・ コアになるスタッフはできるだけ夜勤に入らないで、とにかく引き継ぎ役に徹している。
- ・ 生活支援員よりヘルパーの方が介護スキルを持っている場合が多い。

◆ 課題

- ・ 事業所全体・ヘルパー事業所との連携。
- ・ イレギュラーな派遣調整が困難で使えない。
- ・ ヘルパーの確保。
- ・ 入居者とヘルパーの信頼関係ができるまでに時間がかかる。

◆ まとめ

誰もが個別にプライベートな暮らしがあり、共同生活をするためにケアホームに居るのではなく、個別の暮らしをしていくためにケアホームを使っているという共通認識があった。個別の暮らしをしていくために、ヘルパーを配置していく必要があるのではないか。そのためには、必要な支援をヘルパーに繋いでいくためのコアな職員が必要。その役割として世話人や生活支援員が担い手として望まれる。

（２）日中グループホームに居る入居者への支援

◆ 現状

- ・ 精神障害者は通所先があっても日中ホームに残る方が多く、世話人がホームで対応している。入院している場合、日中活動が決まらず退院できなくなり病状が悪化したケースも。ホームへの入居の条件に「日中活動の確保」ということもある。
- ・ 通所がつくったケアホームは日中活動と連携できるが一体化している。逆に事業所が違くと、グループホーム・ケアホームでの様子がわからない日中活動がある。
- ・ 3.11 のとき「日中」は閉めた。ケアホームは泊まり込むしかなかった。

◆ 課題

- ・ 日中の行き場所がないとグループホーム・ケアホームでは限界。
- ・ その人の「人生設計」というプランをどうつくるかが課題。
- ・ 各事業所で支援計画をすり合わせる機会が少ない。
- ・ 問題行動のある人など今のホームの体制で対応できない人がいる。また、共同生活にそぐわない人への対応は課題である。

◆ まとめ

日中活動への通所は、入居者の意思よりも支援者の都合であることも多いと考えられる。支援者として本人の夢や計画の細目など本人の意思を汲み取れているのか確認する必要がある。ホーム利用者は、日中活動に行けないと困る部分があるのは事実。入居者の状態像では多機能（日中対応も含む・相談も含む）を求められるケースもある。利用者に合わせた支援を組み立てる必要があるだろう。

(3) 夜間支援のあり方について

◆現状

- ・ 精神の服薬管理など、夜間支援が必要かと感じている。しかし夜間支援が不必要な入居者にとっては夜間に職員がいると不安になる人もいる。
- ・ 夜間見守りを必要とする人は、不安だけで直接的な支援を要するわけではない。目に見えない支援も理解してほしい。
- ・ 職員は常勤と非常勤。非常勤には学生もいる。非常勤が泊まれない時は常勤が泊まる。週 1～2 日か。宿直的な勤務。
- ・ 緊急連絡体制、24 時間いつ電話が来るかという不安がある。
- ・ ホーム職員は人気がない。夜間の業務や長時間の業務のため。

◆課題

- ・ 区分と人数に対する支援であり、質が問われていない。夜勤と宿直とでは、仕事の内容が異なる。夜間支援体制加算は、区分と体制で判断するのではなく、支援内容と人的配置実績を評価すべき。配置している場合と巡回の場合の差をつけるべき。
- ・ 入所施設とホームの常勤職員で賃金に約 100 万円の差がある。ホーム職員は、一人職場で判断を求められる。ホーム職員のほうが高いスキルが必要だと思われる。
- ・ 人の確保が難しい。
- ・ サービス管理責任者（以下、サビ管と略す）が入居者 30 人に一人では大変。サビ管はコーディネート業務や職員の質の確保をする必要ある。たとえば、15 人に 1 人のサビ管を専任配置するなどすれば、世話人や夜間支援の職員の質の確保ができるのではないか。サビ管加算などはどうか。
- ・ 「介護」が必要な場合と「支援」が必要な場合があるのではないか。介護は人数で表せるが、支援は人数では表せない。特に知的障害の場合は、支援者が存在することが重要であり、入居者に必要な支援となる。一人の職員ができる支援量、「介護」「支援（見守り）」、人手が必要なものとそうでないものをどう計っていくか。

◆まとめ

精神障害の方への対応について、安心感を提供する支援の大切さがあがった。こうした支援に対する評価はあまりされていないのが実状であると多くの意見があった。また、同じ利用者でも昼と夜では行動や必要な支援が異なる場合がある。また日中活動と生活場面を明確に使い分けることで生活にメリハリが生じて生活の質が高まっていることもある。そうすると日中活動と生活場面を同一の支援者が支援することは利用者本位ではないこともある。利用者を中心とした、場面に合わせた支援者と対応が求められる。

夜間支援について、福祉職は労基法より利用者支援を優先させるべきだと意見があったが、労基法を守った上で夜間支援ができる体制が必要であろう。重要なことは、多様なニーズに応じられるシステムの構築、人材確保と育成、スキルアップが求められるということであろう。

(4) 医療の必要な方への支援

◆現状

- ・ 入退院を繰り返す精神障害者の医療的なケアは、家族に協力を求めることがあり、家族関係のよし悪しによって支援の困難さが左右される。

- ・ 入院対応では病院から保証人になってくれと言われる。後見人を立てても解決にならないことが問題。支援者の付き添いが求められる、入院先がないことも問題。
- ・ 延命処置をどうするかなど、エンディングノートをつけてもらう必要もある。病院によって、医師によって受け入れが左右される。障害福祉のみで看取りは困難。
- ・ 退院に関して 65 歳でサービスが切り替わり、高齢の精神障害者は行き場がなくなってきている。介護保険のグループホームは断られる。
- ・ 通院付き添いはホームスタッフが行っている。
- ・ 訪問看護では救急搬送できず困難な状況がある。訪問看護は 1 日 1 回で精いっぱいなので医療的ケアを自前で行う必要がある。

◆課題

- ・ 医療と福祉をつなぐ役割が求められる。
- ・ 看取り支援と法人後見の充実。

◆まとめ

医療の利用支援については、痰の吸引など直接的な支援の困難性に加えて、治療や延命、看取りにおける判断の困難さが挙げられた。特に、生命に関わるような医療的な判断を家族にゆだねられない場合、ホーム支援者がその判断をせざるを得ないことも見えてきた。入居者や家族が早期から意思を明らかにし、成年後見制度の活用や支援者と連携を取ることが求められる。

(5) 入居者の高齢化への対応について

◆現状

- ・ 見守り中心の支援から、入居者の高齢化にともなって、着替えやおむつ交換などが必要な人が増加。介護保険への移行がスムーズにいかない。デイサービスに通えなかったり、不適応を起こしたりする。認知症の症状のある方を日中、誰がどのように見るかが課題。認知症と知的障害の人の境界がわからない。日常生活が続けられずに退居した方もいる。夜間支援もないため、見守りきれない。
- ・ 入院のときに、家族の同意がないと手術ができないが、家族と連絡がとれない人もいる。
- ・ 障害者の入居の負担は 45,000 円だが、認知症のグループホームの負担は 140,000 円。2 級年金の人では入れない。特養は満床で入れない。老健施設は有期限。
- ・ 緊急時の医療的な対応ができない。危険を回避すると入所のような対応になってしまう。
- ・ 介護保険を使い始めた入居者は区分 1 なので介護保険のサービスは使えない。身体が動かなくなるとホームでは対応できなくなる。入居者は高齢の施設へ行くことも考えているが、金銭的に不可能な場合もある。

◆課題

- ・ 入居者のニーズの変化に対応するかが課題。特に人員配置と夜間支援。
- ・ 医療・介護への援助の研修が必要。
- ・ 介護保険との連携。
- ・ 高齢化に対応するためには多機関連携が求められ、地域づくりも課題。

◆まとめ

高齢化によって入居者のニーズが変化することへの対応の困難さが検討された。支援技術だけでなく、夜間支援体制、人員配置の転換も求められる。また、高齢化に伴う介護保険への

移行であるが、今まで利用していたサービスが利用できなくなるなどの課題とともに、生活の場の確保の困難さが浮き彫りとなった。

(6) 共有スペース（居間）の活用実態と必要性について

◆ 現状

- ・ 何のために設けているのかははっきりしない。そこに職員がいる場所になっている。外部者の応接室的な意味はある。
- ・ 中心となる居間があるからこそ、ホームの意味があるのではないか。自閉症の方など、居間にいても他の人の輪からは離れている。でも雰囲気は味わっているように思う。

◆ 課題

- ・ 共有スペースの意義と目的の明確化

◆ まとめ

入居者同士が交流する、という意識はなくても良いという意見があった。しかし、実際にはあまり使われなくても、共有スペースがあることが「一人ではない」「何かの時はあそこに行けば人（スタッフ）に会える」という安心感をもたらしていることもある。このことが共有スペースにおいて大切ではないかとの意見があった。

II 今回の調査から見えてきたこと

本研究の目的は、障害者の地域生活を支える社会資源としてのグループホーム等の課題を探るために、全国のグループホーム等（障害者自立支援法に規定する共同生活援助、共同生活介護）の実態と、特に入居者の高齢化や重度化に対応した、日中・夜間における支援の把握に着目しての量的調査を行った。また、グループホーム等における、重度化、高齢化を含めて多様化している入居者の実態と対応の実際について事業所を任意に抽出し、具体的な実践事例として質的調査を行った。

各々の調査にワーキングチームを編成し、その調査結果とまとめは検討委員会にて分析し、さらに調査報告会にて関係団体等からの意見の聴き取りを行い、グループホーム等における支援の実態の共有と、支援における制度的な課題について検討してきた。

調査内容は、あらかじめ厚生労働省から示された以下の調査のポイントを中心に検討した。

- ①基本的な支援内容とその時間数の把握
- ②夜間対応をどのようにおこなっているか(支援内容と時間等)
- ③日中、グループホームにいる入居者の支援に関する実態（支援内容と時間等）
 - 1, 日中、グループホームにいる入居者はどのような状況にあるのか。
 - 2, 日中、どのような支援がどの程度におこなわれているのか。
- ④グループホームにおいて居宅介護を利用している場合の生活支援員、世話人の業務内容や時間および支援内容に関する調査
- ⑤居宅介護を利用している場合と共同生活援助等のみを利用している場合の時間数、支援内容の比較検討。
- ⑥グループホーム・ケアホームにおける医療連携に関する実態

この結果については、第一章量的調査、第二章事例調査にて小括としてまとめ、第三章には、今回の調査に検討委員として参加していただいた古田朋也（障害者の自立と完全参加を目指す大阪連絡会議）、又村あおい（平塚市企画部企画課）、北野誠一（NPO 法人おおさか地域生活支援ネットワーク）の三氏に、それぞれの立場から今回の調査を通して見えてきたこととしてまとめていただいた。

最後にグループホーム学会としての提言を掲載する。

今回の調査から見えてきたこと(その1)

～重度化・高齢化しても暮らし続けられるグループホームに～

古田 朋也

●はじめに

今回の調査は、2014年4月からの「グループホームへの一元化、ヘルパー利用規制の見直し」に向けての基礎資料とするための全国調査であった。本調査でグループホーム・ケアホーム（以下、グループホームと略）の入居状況を見ると、全入居者のうち、区分3の人が24.4%と最も多いが、区分4～6の人も一定数おられ（合計で全体の26.5%）、重複障害のある人も一定入居していること（全体の7.8%、身体障害のある入居者の7割が重複障害者）が改めてわかった。

また、年齢別では、40才以上の入居者は施設や病院から地域移行した人の割合が多く、60才以上の入居者は全体のほぼ20%に及び、70代、80代の人も入居していることがわかった。グループホームでの高齢化対応の問題は、予想以上に早く進行していると感じた。

自立支援法では、グループホームは障害程度区分と入居者数、日数によって、報酬＝支援体制が決められている。当初の制度設計では入所施設を日中と夜間に分けて、グループホームはその夜間の体制をベースに考えられたため、支援体制が低くなってしまった経過がある。また月額払いから日額払いに変更され、それを補う形で様々な加算が設けられたため、他の事業に比べて制度が複雑になったことや、常勤換算方式が導入されたため、スタッフの非常勤化が進み支援のスキルが低下していることも課題となっている。この間、そうした支援体制の不足、スキルの低下が20～30人もの「大規模グループホーム」を招く要因にもなっており、「小規模な住まい」という理念の根幹をも揺るがしている。

地域では親が高齢になるまで何十年もサービスを利用せず、障害者を抱え込み続ける実態が今なお残っており、昨今では虐待や孤立死の事例も問題となっている。また、施設や病院においては、まだまだ30年、40年にもわたる長期入所・入院の実態が数多く残っている。親元からの自立生活、施設・病院からの地域移行を一層進めていくためにも、グループホームの果たす役割は大きい。グループホームで今後一層進むであろう障害の重度化・高齢化の課題にもしっかりと対応していけるよう、制度のあり方を見直していくことが急がれるところである。

●個別のヘルパー利用について

グループホームは入所施設とは違った「住まい」であり、個々の自由で安心できる暮らしが保障されることが基本と言える。支援の不足によって介助を待たされたり、外出をあきらめる等の事例も報告されており、一人ひとりの生活が制限されないようにしていくためには、その生活場面や障害の状況に応じて1対1の個別支援が必要となる。

障害程度の調査結果では、どの障害種別でも障害が重くなるほど「介助や見守り」の必要性が高くなる傾向が現れているが、他方、本人の経験の度合いや社会参加の幅、行動範囲等によっても、当然そのニーズは異なってくるものと言える。また現在、区分3以下の入居者は個別ホームヘルプ利用の対象から外れているが、区分3以下の人にも介助や見守りのニーズがあることが示されており（区分3以下の15.4%）、ヘルパー利用の適用が検討されるべきである。

時間帯の課題では、朝や夕方から夜にかけては通常、日中に比べて個々のニーズに応じたパーソナルな支援が必要となる。その時間帯には、食事・入浴等の介助や支援が同じ時間に集中するため、1対1

の介助や見守り・声かけが必要な場合は、世話人（4対1）、生活支援員（最高で2.5対1）の配置体制ではまかないきれず、ヘルパー利用が必要となる。特に、重度障害者が多く入居するホームでは、ヘルパーを併用しなければ生活が成り立たず、また障害が重い場合には入浴や移乗時などで二人介助が必要となるケースも報告されている。現在の制度では、こうした「個々の状況に応じたきめ細かな支援体制が必要となること」が想定されておらず、今後の重度化対策において是非とも検討されなければならない。

グループホームでのヘルパー利用状況では、現在「ヘルパー利用が進んでいる法人」はまだ少ないが（全法人の11.1%）、「ヘルパー利用が進んでいない」と回答した法人のうち35.0%が「今後利用していきたい」と答えている。また、「ホーム内でのヘルパー利用を拡充していくべき」との声は一定数あり（有効回答数の41.5%）、「世話人、生活支援員の配置を増やすべき」（同48.1%）との声も多く、いずれもホームの人手不足の実態を表している。

また、「入居者一人ひとりが個別に利用するヘルパーは必要」との声もあり（同34.3%）、ヘルパー利用は「支援体制の不足を補う」という側面だけでなく、「共同生活ではあるが個別の暮らしを支えていくために必要」との考え方があることも伺える。また、グループホームでヘルパーを利用することは入居者本人にとっても、ホームから退居して一人暮らしへ移行していく場合に備え、ヘルパーを主体的に使い慣れていくことに役立つと言える。

また、「人手が足りないためヘルパーを利用しているのに、生活支援員が2分の1配置に切り下げられることは厳しい」との声もあった。ヘルパーを利用するグループホームの調査結果では、「一つのヘルパー事業所からの派遣を主に利用している法人」がほとんどだったが、同じヘルパーで長時間の体制を組むことが難しいため、1カ月間に出入りするヘルパーが数十人にも及ぶホームがいくつも見られた。そのようにヘルパーの人数が多くなればなるほど、個々の入居者の支援の方向性やその日の状況などを伝える役割をもつ「コーディネーター役」がホームにも必要となっている。世話人、生活支援員といった職員がそれぞれコーディネート役を果たし、日中活動や関係機関との連携、人間関係の調整、健康管理や金銭管理の支援など、ヘルパーにはできない支援も日々担っていることが示されている。

状態変化の調査結果では、重度であるほど「体力低下、介護の必要度の増加、通院回数の増加」等の傾向が見られる。高齢化との関連でも、加齢による二次障害や認知症への対応が必要となっているケースが報告されている。調査結果でも年齢が高くなるほど、体力低下、介護ニーズや通院回数の増加等の状態変化が見られるとともに、介助や見守りの必要性が高くなる傾向が見られた（60才以上で介助や見守りの必要な人は27.7%）。

何十年もの施設・病院・親元での暮らしからホームに入居してきた時は、誰しも環境変化にとまどい体調を崩すことも多く、すでに一定の年齢に達していることも相まって、日々の状態変化のキャッチが重要であり、毎日顔を合わせるホーム職員の役割は大きい。

また今回、「経過的ケアホーム」（経過的居宅介護利用型共同生活介護）への訪問調査も実施された。経過的ケアホームは世話人とヘルパーのみ配置され、生活支援員や夜間支援員は配置されない形態であり、全国で10カ所程度運営されているとのことである。ホーム部分に対する報酬は、入居者の障害程度区分に関わらず1人1日140単位の算定であるため、世話人は6対1程度の配置しかできない計算になる。調査結果では、実際にはこれまで「従前額9割保障」が活用されており、この報酬単価では成り立っていないことが明らかとなった。それでも法人独自でスタッフを加配しなければならないなど厳し

い運営をされている。この形態を今後のヘルパー利用型のモデルとして普遍化することはできないと言える。

今後、重度化・高齢化に対応していくためには、個々の状況にしっかりと対応していけるよう、個別支援を充実させていくことが前提として必要となる。個々の必要な部分に生活支援員やヘルパーをつけられるよう、それぞれの介助・支援の必要時間数から配置人数を算定できるよう改めていくことが望まれる。また、個々の状態変化にも柔軟にヘルパー等を加配できるようにしていくことが求められる。今後の「重度訪問介護の対象拡大」では、見守り、声かけ、関係調整への支援等が支援内容として認められ、ホームで広く活用できるようにすべきである。

職員のスキル向上も求められることから、入居者の状況に応じて世話人は4対1以上の配置に増やしていくことや、常勤換算方式を改め常勤配置を可能とする報酬設定に変更していくことが必要である。ヘルパーを利用した場合も、世話人や生活支援員といったベースとなる職員体制を引き下げず、コーディネート機能を強化していくことが必要となる。

●日中や夜間の支援

日中については、重度化・高齢化による状態変化等で「毎日通所できない」「体調を崩して休むことが多くなった」との声も出ている。調査結果では、高齢になっても通所している人は多いが、高齢になるほど支給決定日数よりも実利用日数が減る傾向が読み取れた。予定外に休んだ日の対応では、ヘルパーに急に頼むこともできず、ホーム職員が臨時に対応し超過勤務にならざるを得ない実態や、他の事業所に応援を頼む事例も報告されている。

また、グループホームの日中支援加算は通所や仕事を休んだ日が月3日からしか算定されず、通う場がない人や個別ヘルパー利用の場合は対象外とされている。休んだ日は日中活動報酬が算定されない分、グループホームにまわして日中支援加算を月1日目から算定できるようにすることや、通う場がない人、ヘルパー利用者も使えるようにすることが必要である。

また、体調の都合で午前中に通所し午後はホームで過ごすケースも、当然ホームには算定されないが、そうしたケースにも対応可能な算定はできないだろうか。そもそもグループホームは暮らしの場であり、日中活動のように日によって場を変えることはないため、月額払いに戻すならばこうした問題は解消でき、通う場がない人にも対応できると言える。

また、従来より「土日の日中部分の支援は基本報酬に組み込まれている」と言われてきたが明確ではなく、「個別支援が必要となる外出などの余暇支援が十分にできない」との声も出ている。土日や祭日、年末年始等、日中活動が閉所される日の日中報酬についても別途、入所施設の土日等日中支援加算のように明確化していくことが求められる。

夜間支援では、「夜間のホーム内の常駐体制が必要な人」は全入居者の35.2%であり、ホーム単位で見ると「常駐体制をとっているホーム」は40%程度に上っている。夜間支援体制の報酬は最高でも4対1配置の設定であるが、それでは対応できないケースも報告されている。重度障害者が多いホームや、夜間の救急搬送、ホームからの飛び出し等に対応する必要がある場合、複数の支援者体制が必要となる。夜間の移乗やトイレで二人介護が必要なケースやコールを押せない場合では、横に付きそうなど1対1の支援が必要な場合もあり、4対1配置を上回る2対1や1対1の報酬設定も必要である。

また、ホーム単位での夜間の勤務実態については、宿直27.4%、夜勤12.8%と宿直形態のホームが多く、報酬との関係で夜勤であっても宿直対応とせざるを得ないことも指摘されており、勤務実態に見合った報酬設定が求められる。

●医療の支援

先述のように、重度化・高齢化により通院の回数が多くなる傾向にある。定常の通院の付き添いは日中の時間帯であり、ホーム職員の体制がとりづらく、通院等介助も「原則、月2回」に制限されたりしているため、付き添いに苦慮していることが報告されている。また、医療との連携に医療知識が必要となるケースでは、ヘルパーの付き添いは困難でホーム職員しか対応できないことも報告されている。

入院時の課題についても、付き添いや身辺援助が必要となるケースや、精神障害者では長期入院されるケースも多く、入院時支援加算がまだまだ支援実態に見合っていない問題がある。同加算の充実やヘルパー利用を認めるなど、重度化・高齢化に対応した改善が必要である。

医療的ケアの実施状況の調査では、服薬管理を除けば医療的ケアの実施法人はまだまだ少なく、医療的ケアを必要とする入居者も少ないが、各障害、年齢層に分布が見られた。また、てんかん発作のある人は全入居者の11.4%で、区分5、6の重度の人に多い傾向が示されていた。

「医療的ケアが必要となった場合、現在のホームの体制で支え続けることは困難」との声もあり、今後、医療的ケアにも充分対応できる体制を作っていくために、報酬を強化していくことが必要である。現在、関連した制度には、重度障害者支援加算や医療連携体制加算があるが、重度障害者支援加算は45単位で重度包括支援対象2名以上でしか算定されず、個別ヘルパー利用は対象外とされている。医療連携体制加算も報酬が低く、ホームでの体制づくりにはなかなか結びつかない実態があり、少なくともこれら加算の見直し、強化を図り、対応できるスタッフを早く増やしていかなければならない。

地域医療との連携の課題では、訪問看護等は派遣回数や時間帯に制約があることが多く、緊急時や夜間にも派遣してもらえる訪問看護、在宅医療事業所を増やすなど、連携可能な地域医療体制の充実が求められる。

●まとめ

障害が重くなっても高齢になっても、住み慣れたホームで、地域の中で暮らし続けることは障害者にとって当然の権利である。障害者権利条約の時代にあって、もはや重度化・高齢化を理由に施設や病院に分け隔てられることは認められない。親元からの自立生活への移行、施設・病院からの地域移行を進めるために、重度化・高齢化にも対応できるグループホームを増やしていくための制度設計が是非とも必要である。

その鍵となるものが、個々の重度化・高齢化にも柔軟かつ的確に対応できる個別支援の充実であると考えられる。入所施設を増やすのではなく、各地域に対応可能なグループホームを増やしていくことにより、地域の支援力を面的にボトムアップしていくことが解決策となるだろう。個々の必要な部分にしっかりと個別支援を付けられるようにしていくことがまず必要であり、その観点からヘルパー利用を進めるとともに、ヘルパー利用を支える世話人、生活支援員の体制強化が求められる。更に、重度化・高齢化対策には、日中支援、夜間支援、通院介助、医療支援等に関する加算の強化、制限の見直しも急務である。

また、これらの見直しを進めることは、「大規模グループホーム」や「施設敷地内でのグループホーム設置」の防止にもつながる。この間、消防法や建築基準法でも、「グループホームは住まいか施設か」といった混乱も生じてきたが、グループホームを今後も「小規模な住まい」として守り続けることが、逆にグループホームの設置拡大につながると言える。

今回の調査から見えてきたこと(その2)

又村 あおい

被災地の保護者もグループホームに期待している

先日、東日本大震災の被災地支援の一環で宮城県を訪問した際、20名ほどの知的障害児の保護者と子どもの将来について話を聞く機会があった。震災によって沿岸部からの移住を余儀なくされた人がいたほか、子どもの障害も決して軽度とはいえず、重度の知的障害を伴う自閉症の子や、重症心身障害の子がいる保護者も含まれていた。現時点で、自らの生活再建も含め、子どもの将来への展望が開きにくい状況に置かれている人たちといえるだろう。

しかし、実際に話をしてみると、予想に反して保護者の口から子どもの将来を悲観する声は聞かれなかった。特に、将来的な住まいに関しては大多数の保護者が「ケアホーム（グループホーム）で暮らすイメージを持っている」と回答し、障害が重度であっても、入所施設ではなくグループホーム・ケアホームで生活するイメージが定着していることを伺わせた。障害者グループホーム制度は比較的生活自立度の高い人を想定してスタートしたものであるが、障害者自立支援法の施行に伴うケアホームの創設などを通して、今や障害の軽重に関わらず、地域での暮らしを考える際には不可欠な支援として広く認知されていることを示す一例ともいえるだろう。

ここでは、報告書 54 ページにおいてグループホーム・ケアホームに入居している人の障害種別のうち 75 パーセント以上が知的障害となっていることや、筆者が（福）全日本手をつなぐ育成会の政策研究開発センター委員／情報誌「手をつなぐ」編集委員を拝命していることなども踏まえ、主に知的障害のある人を想定し、今回の調査結果から目についた部分を取り上げてみたい。

ヘルパー利用と「外部の目」の必要性

報告書 39 ページにおいては、各種ヘルパーの利用が進んでいると回答した法人・事業所（以下、一括して事業所）がわずかに 11%にとどまっていることが示されている。また、報告書 96 ページにおいては、実際に各種ヘルパーを利用している入居者が 20%となっており、そのうち 80%近い者が行動援護や移動支援といった外出支援タイプのヘルパーサービスを利用している（居宅内での支援を提供するヘルパーサービスを利用している者は 20%程度にとどまる）ことも明らかとなった。

ヘルパー利用が進んでいない理由からは、市町村の問題（利用が認められない）や制度設計の問題（利用条件が限定されている）という課題も伺える。これらは明確に制度設計と運用の問題であり、現行の居宅介護サービス併用条件や、併用時の国庫負担基準の見直しなどを検討すべきであろう。少なくとも、最低限の生活の質を維持する観点から、通院等介助・通院等乗降介助に関しては基準額の大幅な引き上げと運用の柔軟化（1月当たりの通院回数を制限しないなど）が求められる。

一方、その他の理由として多かったのは「利用する必要がない」「世話人、生活支援員との役

割分担が不明確」というものであった。報告書 42 ページにおいては、現行の世話人、生活支援員の配置基準では不足している、と回答した事業所が 51%を超えていることから、現行の職員配置で入居者への支援が十分に行われているわけではないことが推測される。しかし、ヘルパーと世話人、生活支援員との役割分担が不明確なままでは、ヘルパーの利用が「配置職員の不足を穴埋めする」目的であるかのように感じられる。

この点について、入居者の生活支援に特化して考えてみると、重要なのは支援の個別性を踏まえた適切な支援が提供されることであり、その担い手は世話人であっても良いし生活支援員であっても良いし、ヘルパーであっても構わないことになる。つまり、生活支援の観点から整理すると、グループホーム・ケアホームの配置職員では支援が十分に提供できないことへの解決策は必ずしもヘルパーの利用に限ったことではなく、グループホーム・ケアホームの報酬を見直し、世話人や生活支援員の配置を手厚くできるようにする方法も考えられることになる。

この点については、「世話人の役割、生活支援員の役割、ヘルパーの役割にはどのような差異があるのか（ないのか）」ということと、そのような中で、「なぜ、グループホーム・ケアホームで暮らす人にはヘルパーによる個別支援が必要なのか」ということへの論拠も含めた議論が必要となる。

他方、各種ヘルパーの導入には、外部からの支援者を招き入れることにより、固定的な職員配置体制が引き起こす（可能性がある）入居者への権利侵害や障害者虐待の危険性を軽減させる効果も期待される。こうした「外部の目」については、ヘルパーのみならずピアサポーターやオンブズマン、障害者相談員や相談支援専門員、さらには近隣住民（ボランティア）などが担うことも可能である。仮に各種ヘルパーを「利用する必要がない」状態であるとしても、入居者の権利擁護という観点からは「外部の目」を（当初は意識して、その後は自然な交流の一環として）取り入れることが求められよう。

グループホーム・ケアホームの立地と地域とのつながり

報告書 67 ページにおいては、グループホーム・ケアホームの立地について、住宅地ないしは地域との交流を持ちやすいエリアに設置されているケースが 9 割以上を占める結果が示されており、地域生活を支えるグループホーム・ケアホームの特性を考慮すれば望ましい状況にあるといえる。

しかし、一方で報告書 47 ページにおいては、入居者と地域住民や自治会などとの関わりについては 4 割近い事業所が「特に関わりなし」と回答しており、仮に入居者個人単位においても同様のことがいえるとすれば憂慮すべき結果である。今回の調査では、入居者個々の状況については把握できていないため詳細は不明だが、極論すると、大半のグループホーム・ケアホームが「街なかに居を構えながら、そのうち 4 割は周囲の人々との関わりがないまま日々を過ごしている」ということになる。

もちろん、他者との関わりは選択的なものであり、入居者の意向として地域との関わりを望まないのであれば無理強いする必要はない。しかし、地域との関わりが選択肢から除かれているとするならば、大きな問題である。また、地域との関わりを持っている事業所では避難訓練等の共同実施など、防災対策を重視していることから分かります。災害発生時の地域連携は必須であり、その前提条件としては地域住民との「普段付き合い」が重要な要素となる。グ

グループホーム・ケアホームが住まいの場（自宅）であることを踏まえると、事業所単位でお祭りのような地域参加型イベントを開催するのは不自然だが、自治会などが主催するイベントや会合の情報を入居者へ丁寧に情報提供し、ニーズがあれば参加できるように調整するなど、「普段付き合い」への支援が求められる。

また、約 49%のグループホーム・ケアホームが市街化調整区域に立地していることは、今後の基盤整備という観点からは留意すべき結果である。現在、都市計画法などによって市街化調整区域に福祉サービス事業所を開設することが難しくなっており、都市部、地方部を問わずグループホーム・ケアホームの新設に悪影響を及ぼす可能性がある。建築基準法や消防法における規制のあり方とあわせて、今後議論が必要になる。

今後ますます重要性となる医療ケア

報告書 29 ページおよび 82 ページにおいては、グループホーム・ケアホーム入居者のうち、何らかの医療ケアを必要とする人が延べ 5,000 人を超える状況であることが示されている。その多くは服薬管理や創傷処置など比較的軽易な（世話人や生活支援員であっても対応可能な）医療ケアとなっているが、胃ろうや吸引、導尿や経管栄養など、濃厚な医療ケアを必要としている人も延べ 100 人を超える状況となっている。

今回の調査では医療ケアを必要とする状態になった要因までは確認できないが、濃厚な医療ケアに関しては入居者の高齢化に伴って医療ケアの必要性が増した事例と、重症心身障害者のように児童期から継続的に医療ケアを必要としている者がグループホーム・ケアホームに入居した事例が混在しているものと思われる。

近年の医療技術の向上により、重い疾患を抱えて生まれた子どもの生存率は着実に高まっている。厚生労働省の統計によると、新生児 1,000 人当たりの新生児死亡率は、1982 年に 4 人を超えていたものが、2005 年には 1.5 人を下回る水準になっており、出生数の減少に伴う医療資源の集中化を考慮したとしても、生存率の向上は明らかである。そして、このことは将来的に医療的ケアを必要とする多くの重度重複障害児が多数存在し、そうした子どもたちが成人期を迎えた際にグループホーム・ケアホームを利用する可能性を示している。他方、近時の高齢化傾向は障害者においても同様であり、障害者の高齢化に伴う医療ケアニーズについては、増大の一途をたどるであろうことが容易に推測される。すなわち、医療ケアのニーズが増大するであろうことはもとより、医療ケアの内容については、入居者それぞれの個別性だけでなく、年齢層の幅広さにも着目しなければならないことが強く示唆される。

こうした背景を踏まえ、濃厚な医療ケアの一部は適切な研修を積んだ介護職員であれば実施できる仕組みが導入されているが、制度導入から日が浅いこともあり、人材の育成は今後の成果を待たなければならない。また、報告書 83 ページにもあるとおり、介護職員では対応することができない医療ケアを要する者も一定数存在し、今後も増加傾向を示すことが確実視されていることを踏まえると、現段階からグループホーム・ケアホームにおいて提供される医療ケアのあり方について、医療サイドを交えた議論が必要になると思われる。医療ケアを必要とする状況であっても、グループホーム・ケアホームでの暮らしを選択肢に入れることができるよう、職員配置や報酬の適切な設定、さらには医療サービスの活用などを通じた体制整備が求められる。

家族同居からグループホーム・ケアホームへの移行を支援する重要性

報告書 88 ページにおいては、以前に住んでいた場所について、入所施設や病院が 50 パーセントを超えているのに対し、自宅からグループホーム・ケアホームへ生活の場を移した人は約 28% となっている。障害者福祉施策が目指す方向性として「施設・病院から地域へ」があることを考えると、この結果は妥当といえる。しかし、知的障害のある人の住まいで圧倒的多数を占めるのは自宅であり、そこからのグループホーム・ケアホームへの移行が低い比率に留まっている背景には、保護者（家族）の意識だけでなく、家族同居からの移行を後押しする仕組みの不足が見え隠れしている。その意味で、地域移行相談の対象を拡大し、施設や病院からグループホーム・ケアホームへ移行するケースだけでなく、家族同居からの移行についても積極的に支援する姿勢が求められるのではなかろうか。

また、地域における家族同居者が多いという実態を鑑みると、居住機能を有するグループホーム・ケアホームが単独型の短期入所事業を実施するなど、地域支援の一翼を担うことも考えられる。障害者総合支援法の附帯決議においては「障害児・者の地域生活支援を更に推進する観点から、ケアホームと統合した後のグループホーム、小規模入所施設等を含め、地域における居住の支援等の在り方について、早急に検討を行うこと」が求められている。ここでいう「小規模入所施設」がどのような施設を指すかは不明確であるが、全体の文脈からは、グループホーム・ケアホームといえども入居者のためだけに支援を提供するのではなく、地域で家族と同居する障害者への支援を提供する必要性が伺える。これは、施設からの地域移行が進展し、入所型の施設が減少した際のセーフティネットとしても重要な役割であり、今後の重要テーマとなるだろう。

グループホーム・ケアホームは「終の我が家」か

報告書 31 ページにおいては、グループホーム・ケアホームの利用期間について、85%の法人で設定されておらず、基本的には期限を設けることなく必要な期間グループホーム・ケアホームを利用できる仕組みとなっていることが伺える。

ただし、ここでポイントとなるのが入居者の状況に応じた対応がなされているか、という点である。

たとえば利用期間を設定している理由をみると、「グループホーム・ケアホームを地域における一人暮らしに向けたステップ」として捉えて有期利用としている法人がある一方で、「入居希望者に公平なサービス提供を行うこと」を理由としている法人も見受けられた。

特に後者に関しては、地域における社会資源の不足を入居者へ転嫁する考え方であり、地域の実情からやむを得ない事情はあるにしても、安定的にグループホーム・ケアホームで生活することを希望する障害者にも退居を迫ることになるわけで、決して望ましい運用ではない。現時点ではやむを得ない状況であるとしても、地域の自立支援協議会などにこうした課題を提起し、ニーズを充足するための基盤整備について議論すべきであろう。

一方、前者に関しては一見すると望ましい考え方であるように思われるが、こうした運用を一律に適用しているとすれば、それはそれで検証が必要となる。本稿冒頭でも触れたとおり、今や強度行動障害や重症心身障害のある人であってもグループホーム・ケアホームの利用が想定されるわけであるから、こうした状態の者にも一律に利用期限を適用し、地域における一人

暮らしを求めることには無理があろう。実際に、報告書 64 ページにおいては、入居 5 年以内の者が 50% 以上である反面、10 年以上入居している人も 11 パーセント程存在することが示されており、長期間の利用は決して例外的とはいえない。むしろ、グループホーム・ケアホーム制度の歴史が浅いことを考えると、10 年以上入居する者は今後漸増すると考えられる。

もちろん、単純に「利用期限を設定しない」とすれば良いわけでもない。この場合は逆に、地域における一人暮らしを希望し、生活自立度も高まってきた人を（時には事業所の都合により）グループホーム・ケアホームにつなぎとめてしまう恐れが生じるからである。

つまり、自明のことではあるが、結局のところグループホーム・ケアホームの利用期間は入居者の状況に応じて個別に設定されるべきであり、グループホーム・ケアホームが「終の我が家」になるかどうかは「結果論」ということになる。折しも「つなぎ」法によって相談支援の仕組みが拡充され、2015 年 3 月までにグループホーム・ケアホーム入居者全員へサービス等利用計画が作成される見通しとなっているが、人生全体を見通したライフプランを作成することにより、中長期的な支援のあり方を見通すことが重要である。その際、障害のある人を中心に、本人の意向を踏まえた計画作成をしなければならないことはいままでもない。（同様に、作成した計画どおりの人生を歩むことが義務付けられているわけではないことにも留意したい）

利用期限の設定に関しては、事業所の都合によって利用期間の長短が設定されていないか、真摯な振り返りが求められよう。

おわりに

紙幅の関係で、特に目についた部分に絞って取り上げてきたが、その他触れておきたい項目として、事業所の設置数がある。2006 年の障害者自立支援法施行を契機に、多少の増減はあるものの一貫してグループホーム・ケアホームが増加する傾向を示している。これは、自立支援法（総合支援法）の目指す地域生活（地域移行）の支援、あるいは障害者基本法でも示されている「地域共生」の理念が具現化してきていることを意味しており、望ましい方向性といえる。

しかし、ここ 1～2 年の状況をみると、建築基準法や消防法の規制が要因で、いわゆる戸建て型のグループホーム・ケアホームを新設（転用）することが難しくなっている事例が複数報告されている。直近では長崎や新潟で死者を出してしまう痛ましい火災事故も発生していることから、スプリンクラーの設置義務化など、グループホーム・ケアホームの安全対策が問われていることは事実である。しかし、ハード面において火災防止が十分に施された既存建築物を調達することは容易ではなく、新設しようとするれば費用対効果の関係で大規模化が避けられず、「地域の住まい」というグループホーム・ケアホームの特長を損ねることになりかねない。入居者の安全確保が不可欠であることは当然のことだが、あくまでも「自宅」であるという入口から考えていきたいものである。

いずれにしても冒頭で紹介したとおり、障害児の保護者の多くは自分の子どもが重度（最重度）の障害状況であったとしても、将来の生活の場として入所施設ではなくグループホーム・ケアホームをイメージしていると思われる。グループホーム制度が本格的に展開されるようになってから 15 年足らず（支援費制度を起点とするなら、わずか 10 年）であることを考えると、これは驚異的であるといえるだろう。今後は、ここまで築いてきたグループホーム・ケアホームへの信頼を損なうことなく、地域の状況に応じ、地域で家族と同居する障害者への支援サー

ビスを提供するなど、欠かすことのできない社会資源としての役割を担っていくことを期待したい。

今回の調査から見えてきたこと(その3)

北野誠一

I. いくつかの論点について

今回の共同住居（グループホーム）の調査を含めて、これまで私が関わった幾つかの調査研究において、想起したことを、まず幾つか述べてみたい。

1. わが国のグループホームの出発点の問題

周知のように、欧米では、基本的にグループホームの出発点は、入所施設や精神病院の脱施設・病院化から生まれてきた。つまりは、本人の意思に基づかない施設入所が、裁判等で人権侵害とされたからである。では、それがなぜ人権侵害なのか。これについて、もっとも明確にその論拠を示しているのは、ADA（Americans with Disabilities Act）に基づく、1999年のオルムステッド判決の一文である。

《不必要な施設入所は、家族との関係、社会との関係、労働関係、さらなる教育、豊かな文化的楽しみといった日常生活の諸活動から、障害者を切り離してしまうがゆえに、それは障害者に対する差別と見なされる。》

ここでは、何をして不必要というかについての議論の詳細は省略する。

重要なことは、障害児・者に対してその《普通の市民的参加・参画の諸権利を奪うことは、差別・人権侵害であるという基本的認識》を、わが国は曖昧にしたまま、1989年に、グループホームの制度化が始まってしまったことである。

精神薄弱者福祉法第16条3（精神薄弱者グループホーム事業）にはこう書かれている。

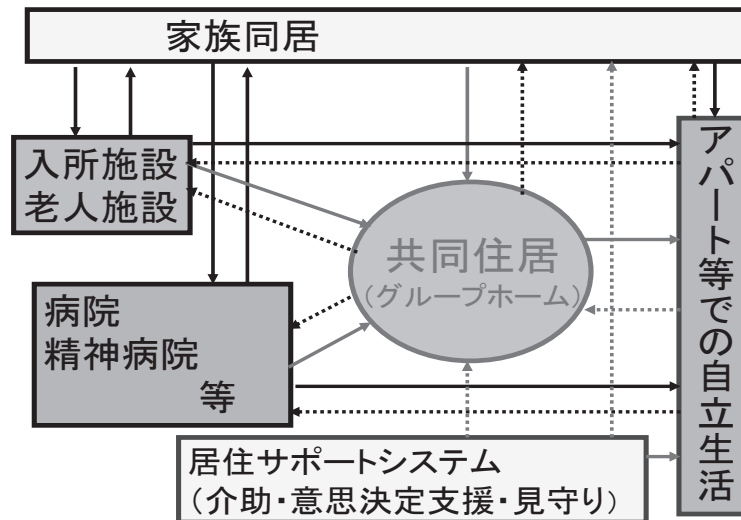
『援護の実施者は、必要に応じ、地域において共同生活を営むのに支障のない精神薄弱者につき、政令で定める基準に従い、これらの者が共同生活を営むべき住居において食事の提供、相談その他の日常生活上の援助を行・・・』

当時の状況を鑑みれば、一定評価できるという向きもあろうが、基本的認識を欠いたまま制度化されたために、政令等で、就労要件や、自活要件や、バックアップ入所施設の必要性等が明示されてしまい、入所施設の補完的機能とも読めるものでしかなかったといえる。

もっと言えば、このような自立した障害者にグループホームが有効、という誤った認識を生んだ面が否定できない。

《普通の市民的参加・参画の諸権利を奪うことは、差別・人権侵害であるという基本的認識》に基づいていけば、【図一1】のような、施設・病院からの地域移行・地域定着の大きな流れにおける、共同住居（グループホーム）の位置づけや中身の議論も、もっと明確になっていたものと思われる。

【図一】障害者等の居住支援の全体像と共同住居(グループホーム)



2. カリフォルニア州の共同住居（グループホーム）について

カリフォルニア州の脱施設化とグループホームの動向については、『カリフォルニア（CA）州立施設 Agnews の脱施設化における最重度障害者の地域移行の課題』（「月刊ノーマライゼーション」2009年7月号）に書いておいたが、いよいよ、州立施設に残されていた、日常生活支援と医療支援の両方を必要とする人及び触法行為を伴う重度障害者といわれる人のうち、前者の医療型グループホームへの地域移行が開始された。その評価は様々だが、それでも、「普通の市民的参加・参画の諸権利を奪うことは、差別・人権侵害である」という基本的認識の元で、地域移行・地域定着が進行しているとは言えよう。

私は、西宮市の最重度障害者地域生活拠点「青葉園」の運営委員長をさせていただいているが、青葉園利用者の中には、単身あるいはケアホームで自立生活をしている、日常生活支援と医療支援の両方を必要とする本人が何人もいる。

各地の障害者運動や支援活動を通じて、「普通の市民的参加・参画の諸権利を奪うことは、差別・人権侵害である」という基本的認識を有する共同住居（グループホーム）活動と、そうではないグループホームもどきとの格差が、欧米諸国より大きいと感じられるのは、グループホームの前提としての「基本的認識」を欠いているわが国の悲しさである。

3. グループホーム職員の研修会に参加して

知福協等のグループホームスタッフの研修会に参加させていただいて、いつも感じるのは、わが国のグループホームスタッフのシステムの問題と、職員配置と単価の貧困問題である。

まず、世話人と生活支援員とサービス管理責任者間の職域や相互関係の問題が大きい。それも、利用者の就労要件や自活要件等が前提の、食事の提供を中心とする世話人のみの職員体制からスタートしてしまったことが、ボディーブローのように効いている。これを、「普通の市民的参加・参画の諸権利を奪うことは、差別・人権侵害である」という基本的認識から始めていけば、障害の程度に関わらず、日常生活支援を前提としたスタッフ体制が構築されていたであろう。

現在のグループホーム・ケアホームの優秀な世話人は、生活支援員と個別ヘルパーと個別支援計画を策定するサービス管理責任者と利用者本人との調整役をも兼ねており、彼ら・彼女らがその名前をカナダのブリティッシュコロンビア州のように、コーディネーターに変えてほしいと望むのも、尤もである。

また、この仕事を天職と考えている職員にとっても、業務量に比した賃金の低さは、高い割合でのバーンアウトや転職を招いており、それは、ひいては利用者に対する虐待や人権侵害の引き金となりかねない。

4. 国の委員会等に参加して

これまで、国の様々な審議会や委員会に参加して思うことがある。

それは、結局私たちは、様々な団体の要求のなかで右往左往する政治家や官僚に引きずられて、障害者本人のことをないがしろにしているのではないかということだ。

その際の常とう手段が、使う言葉の定義や概念をあいまいな儘にしておくことと、その支援のゴール（目標）を定めないことである。まずは、これを打ち破ってゆく他ない。

いやしくも障害者権利条約を批准しようとしているわが国において、権利条約 19 条 a 項 b 項 c 項をふまえれば、《普通の市民的参加・参画の諸権利を奪うことは、差別・人権侵害であるという基本的認識》から始めざるを得ない。

それに基づいて、《共同住居（グループホーム）の定義》をすれば、

- ①本人の自己決定（支援）に基づく個別支援と、
 - ②団欒、および、自己選択や地域生活技術の相互支援・相互形成をはかり、
 - ③支援者のスーパーバイズの元での居住者の合議運営に基づいた、
 - ④支援の共同的効率化・安定化が一定可能な、
 - ⑤地域内で、地域住民としての認知をめざす
- 【①～⑤が矛盾をきたさない範囲での】小さなグループ（2～6人）での共同生活

といった定義をせざるを得ないであろう。（これは、アメリカやカナダやイギリスの諸定義をふまえて、北野が統一化したものである。）

【図一 1】に戻れば、グループホームが、入所施設や精神病院と異なるためには、①②⑤が不可欠であり、またアパート等での自立生活と異なるのは③④があるからである。

もっと言えば、①②⑤が可能であれば、精神病院や入所施設でもよいことになる。さりながら、集団管理的で、治療・訓練的なあり方ではなく、①②に基づいて、⑤の地域内で、普通の市民としての参加・参画を促すには、小さなグループ（2～6人）での共同生活以外にはないであろう。つまりは、一定規模の入所施設や精神病院では、①②⑤を兼ね備えることは不可能である。

一方、それがアパート等での自立生活ではないのは、③の一定のスーパーバイズ（意思決定

支援を含む日常生活支援)を受けながらの共同運営であり、さらに、そこには、④の支援の共同的効率化・安定化の一定可能性が求められているからである。予算や支援者が無尽蔵にある訳ではないので、本人の自己決定に基づく支援と、共同で活用できる安定した支援とのギリギリのバランスが図られているのだ。これも逆に言えば、③の一定以上のスーパーバイズの要らない障害者の場合には、わざわざグループホームを活用するのは、②の機能を必要とする場合だけで、あとは、アパート等の自立生活で良いことになる。

つまりは、わが国のグループホームの出発点となった就労と自活可能な障害者の多くは、グループホームではなく、アパート等での自立生活をエンジョイすることになる。カリフォルニア州やスウェーデンでは、その様な居住サポートシステムを使って、自宅やアパート等で暮らす知的障害者が多くなってきている。

II. 今回の調査から見えてきたもの

まず、今回の調査では、想定される制度変更の方向性等をふまえ、次の5つの着眼点を設定した。

- i 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について
- ii 日中グループホーム等に居る入居者への支援について
- iii 夜間支援の在り方について
- iv 医療の必要な方への支援について
- v 入居者の高齢化への対応

調査が終って、再度全容を検討してみると、この5つの着眼点は、結局は1つの問題の検討に収斂してゆくことが分かる。

それは、総合支援法の付帯決議四にある、『障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」も見据えつつ、障害児・者の地域生活支援をさらに推進する観点から、ケアホームと統合した後のグループホーム、小規模入所施設等を含め、地域における居住の支援等の在り方について、早急に検討を行うこと』がはらむ問題である。

この付帯決議四は、わが国の障害者福祉事情と問題点を、如実に示すものである。

1. 今なお「親亡き後」論が語られていること

成人した障害者の介助・支援がいまだに家族頼みであることの問題が、ここに来てまたクローズアップされてきた。実は、最近各地で親等が倒れた後、支援につながらずに障害児・者が孤立死した事例が、氷山の一角であり、そこにはその予備軍である「老障介護」問題が潜んでいるからである。総合支援法の地域移行支援の対象拡大が、「老障介護」を含む在宅からの地域移行支援の拡大に一機に展開できないところに、わが国の弱点が垣間見える。

2. 地域生活支援の推進の中に、小規模施設なるものが、組み込まれて来ていること

知福協副会長の菊池達美のパワポ（2013年2月10日アメニティー・フォーラム）は、障害者小規模入所施設の役割として

- 一 障害者範囲の拡大に伴う個別支援の必要性
- 二 地域における家庭支援の必要性
- 三 市町村合併に伴う地域の広範囲化
- 四 制度の細分化にともない総合支援の必要性
- 五 障害者の高齢化と家族の高齢化への対応
- 六 グループホーム利用者的高齢化と病時支援
- 七 地域生活者の居住の安定化

を上げている。

三が、分かりにくいかもしれないが、それは、介護保険の地域密着サービスにおける「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（定員29名以下の小規模特養）」をそのモデルとしており、それが、その市町村の住民だけが利用できる地域限定サービスだから、市町村の狭い範囲で29床が埋まるのか？という経営上の問題である。

この小規模入所施設は、極めて問題の多い代物であることが、理解できよう。

一は、むしろ、グループホーム等の方が望ましいと言えよう。

二は、成人した障害者の支援は、基本的に家族ではなく、地域生活支援として、グループホーム等の充実が基本であり、それが「親亡き後」問題の基本であろう。

四は、小規模入所施設と介護保険の小規模多機能の抱き合わせとして登場する。介護保険でも、小規模多機能だけでは経営が成り立たないので、認知症グループホームと抱き合わせのケースが多い。総合支援の必要性については、障害者とその家族にとって実際に重要なのは、コーディネート機能のある基幹相談支援センターの展開・充実であろう。

七は、確かに、緊急の場合等には、ショートステイも必要であるが、入所施設ではあるまい。

そして、いよいよ本題の五と六の検討に入る。

今回の調査でも、グループホーム入居者の内65歳以上が9.1%、60歳以上だと19.7%いる。つまりは2割のグループホーム利用者が、高齢者問題に関係している。

また、「最近グループホーム利用者に見られる状態の変化」の内訳をみると、

通院が増えた	9.8%	介護の必要が増した	6.8%
親・親族へ連絡・確認事項が増した	5.8%	親の高齢化に伴う対応が増した	4.1%
医療ケアが必要になった（増した）	3.7%	就労・通所日数が減少した	3.1%
二次障害が出た・悪化した	1.8%		

等32.1%の利用者が状態の変化を経験しており、そのうち高齢化がその要因とされているのが約半数の49.9%となっている。つまりは、2割いる60歳以上の利用者の8割が、このよ

うな状態像の変化を示していることになる。

これを、どう考えればよいのか。

まず、高齢化が要因による ①通院介助や入院介助の質・量の増加 ②介助の質・量の増加 ③医療的ケアの質・量の増加 ④日中支援の質・量の増加 ⑤家族等の連絡・連携の増加といった、支援者の業務の質・量がかなり増えたことは、この調査でも明らかである。

では、これらは、グループホームでは対応不可能で、入所施設なら対応可能と言えるのか？まず、支援の量の増加は、職員体制の増加によって、グループホームでも十分対応可能である。また質の問題でいえば、少ない利用者に対する個別支援の充実したグループホーム職員の方が、①②③⑤といった場面では、質の担保が図られると言える。特に病院での医療職への対応や医療的ケアについては、本人の状態像に習熟した職員でなければ危険ですらある。

また④に関しても、自分の持ち物・コレクション・家具調度等の少ない入所施設ではなく、一定それらを個室に持ち込め、時には、気の合った仲間と寛げる小規模のグループホームの方が、日中の職員配置がなされれば、重い障害を持つ人にも適切だと思われる。

ただし、小規模法人であるが故に、職員体制が増員されたとしても、幾つか緊急事態が重なれば、その対応は困難となろう。小規模法人間の一定の連携システムと、市町村における地域自立支援協議会と基幹相談支援センターのネットワークに基づくバックアップシステムが今後の課題であろう。

3. 障害者の高齢化・重度化が、小規模施設入所の必要性と関連づけられているようにも読めること

これは、一旦、合意形成可能に思えた精神科病床の削減が、認知症高齢者で埋められつつある現状を、私たちに思い起こさせる。

これまで見てきたように、障害者の高齢化・重度化は、小規模入所施設のニーズを高めることとはない。むしろ、その逆に、グループホームの充実こそが重要である。

確かに、認知症高齢者の地域での支援は簡単ではない。しかし、認知症高齢者を精神科病院の患者にすることは、《普通の市民的参加・参画の諸権利を奪うことは、差別・人権侵害であるという基本的認識》に反する。

平成24年6月に出た厚労省の報告書『今後の認知症施策の方向性について』では、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指している」という今後の目標が示された。

つまりは、私たちのめざしている支援の目標（GOAL）や方向性が、志のある政治家や官僚と足並みを揃え始めている部分も現に存在する。

この調査報告と、様々な志のあるグループホームの実践が、《普通の市民的参加・参画の諸権利を奪うことは、差別・人権侵害であるという基本的認識》に基づいて、障害者・高齢者の地域自立生活支援に一灯を点すことを期待したい。

III 提言

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

本研究の目的は、入居者の希望・状況に応じた支援の提供に資するために、グループホーム等への実態調査をおこない、課題を整理し、制度設計に資する根拠となる資料の提示・さらに課題分析を通しての提言をすることにある。

この背景には、現在のグループホーム等の制度設計における支援内容が、主として夜間における日常生活上の支援等とされているものの、事業所によっては日中サービスを利用していない入居者に対する日中支援を提供しているところもみられ、また、多様な障害のある人たちの利用へと展開していることから、実態が制度導入時の想定を超えており、全ての希望する人への適切な支援の実施にあたっては、これらの実態を勘案した制度変更がなされなければならないという問題意識がある。

(本調査の量的調査は平成24年10月1日時点で国保連のデータの入居者数、79,523人中21,582人が調査対象になっている。27.1%)

具体的には、グループホーム制度施行以後25年が経過し、当初の夜間・休日支援を想定した暮らしから、多様な人たちが選択しているグループホーム等の暮らしの支援実態（医療との連携が欠かせない重症心身障害児(者)や精神障害者、行動援護による専門的な支援が必要な強度行動障害のある人たちの支援実態、認知障害・老化を含む新たな支援の発生等を支える他事業所（居宅介護・訪問看護・介護保険関係）・他職種との連携による支援実態の確認、さらに看取りを含む支援実態）を明らかにすることである。また、高齢化からくるサービス利用の変化・平日でも本人が希望して過ごす生活の場としての支援への方法と工夫の現状を分析し、平成26年に実施予定されているグループホーム・ケアホーム再編に向けた新たな制度設計に資する狙いが込められている。

調査に伴う指定課題は、

- ①基本的な支援内容とその時間数の把握
- ②夜間対応をどのようにおこなっているか(支援内容と時間等)
- ③日中、グループホームにいる入居者の支援に関する実態（支援内容と時間等）
 - 1, 日中、グループホームにいる入居者はどのような状況にあるのか。
 - 2, 日中、どのような支援がどの程度におこなわれているのか。
- ④グループホームにおいて居宅介護を利用している場合の生活支援員、世話人の業務内容や時間および支援内容に関する調査
- ⑤居宅介護を利用している場合と共同生活援助等のみを利用している場合の時間数、支援内容の比較検討。
- ⑥グループホーム・ケアホームにおける医療連携に関する実態であった。

夜間支援について

様々な状態の人たちが利用することにより、夜間(入居者が通常就寝している時間帯を含む)の支援についても多様な形態が見られる。

支援の必要な時に電話や携帯メール等を使用して連絡を入れる。複数のホームを巡回しての対応。一人或いは複数が常駐して支援にあたる場合等。

グループホーム等で夜間支援の加算の仕組みは相違するが、単に入居者の障害程度区分をもって夜間支援の質や量が決まるものではなく、必要とされる支援が異なるのも事実である。

特に、夜間支援で職員を「宿直」なり「夜勤」として配置し、且つ労働基準法を遵守するならば加算の見直しが何より必要とされることは間違いない。「夜間支援専門員」と称して特化した職員配置を行う事例もあるが、質の担保をはじめとする問題も指摘される。

重症心身障害児(者)・強度行動障害者等への、自傷や他害行為、飛び出し等の突発的行動への対応。頻繁な医療ケア、緊急時(台風、火災、地震等)への対応も視野に含めた、夜間の安心安全な暮らしを担保するには、ハード面での整備に加えて、職員の配置となる夜間支援加算の見直しによる人的支援となる対応策が求められる。

夜間支援体制加算は、「宿直」、「夜勤」、「巡回」など様々な形態で支援している実態がある。支援する入居者の障害程度区分と支援する人数で報酬単価が違う。宿直、夜勤等のように住居に職員を配置する場合と、夜間早朝巡回型とでは、人員の配置体制が異なるので報酬構造の見直しが必要である。また4人以下から加算額が算定されているが、重症心身障害、強度行動障害等においては、2人の住居で夜間支援をしている場合もあるので、2人、3人の場合の夜間支援体制加算の見直しも検討すべきである。

入院時の支援について

障害がある方の入院については受け入れ拒否等のいろいろな問題が指摘されているが、特に長期入院時の問題への整理が喫緊となっている。

グループホーム等の制度には入院時の加算があり、3日目からの算定となっているが、問題は入院してしまうと制度上「いない扱い」になることである。加算は本体報酬の算定に見合う単価とはなっていない。加算とは別に、ホーム職員が入院時に支援すれば、グループホーム等の報酬が継続して請求できるよう改正することが必要である。現制度では、3か月を超える長期入院等となると、運営上、退居を迫られかねない。

調査結果にも出ているが、グループホーム・ケアホームでも入居者の高齢化がすすんでいることから、特に、親御さんが高齢等や身寄りのない方の退院後の居場所を確保するためにも、入院が長期になっても退居にならないしくみが必要である。

運営上、長期入院時であっても請求し続けることになるが、特に、生活保護を受けている方は日用品費と医療の現物支給となり、家賃も半年で出なくなるので、その後も入居者から家賃の支払ができる状況でなければ、グループホームの部屋を帰ってくる場所として維持していくのは困難になる可能性が高い。

また、入院時の支援問題は、だれが付き添うかによってかなり異なる。家族が高齢・遠方であった場合はホーム職員が代替することとなり、さらに付き添う頻度も個別に・症状によって異なり、一律に算定できるものではなく、今後の高齢化・入院の頻度の拡大傾向がうかがえることから、入院にかかる業務内容での加算算定等工夫が求められる。

日中支援について

グループホーム制度が始まった当初は、自立要件や就労要件などもあり、昼間のサービス（仕事）とのセットでホームに暮らすことを想定されていた。しかし、制度の変遷に伴い、利用される方の状態も多様化してきており、現在では必ずしも昼間はホームから通所先等に出かける人達ばかりではなくなっている。

通常は日中、ホームから出かける人達も、本人の体調不良や希望に沿った活動調整や日中活動等のサービス提供側の都合による制約や、様々な社会情勢（台風、火災、地震等や感染症等）によりグループホーム等に残らざるを得ない状況も発生し、日中の支援が提供されても報酬算定がされていない。

グループホーム等の制度の中における支援そのものの整理が課題であるが、喫緊に改善することとして、日中支援加算の算定方法を見直すことが必要である。

- 現在は、月に 3 日以上休まないと算定できないが、1 日目からの算定とする。
- 3 日目から算定の場合、月末から月初めにまたがる場合にはカウントがリセットされ、月をまたいでも算定できる仕組みが必要である（1 日目からの算定ができないのであれば）。
- 日中支援加算の障害福祉サービスの支給決定を受けている利用者又は就労している利用者の範囲の見直しが必要。高齢化する実態があるので、必ずしも障害福祉サービスを日中活動の場としない入居者の選択もある。たとえば、介護保険の高齢者サービスや精神科デイケアを利用する場合もあるので、日中活動の対象拡大も検討する。
- 現在は区分 4 以上の個別な居宅介護を受けている入居者はこの加算の対象外になっている。居宅介護を使わないで、グループホームで過ごす日もあり、これも見直す必要がある。
- 計画相談、個別支援計画への位置付けが前提であるが、イレギュラーなことも含めて、実際の支援の内容に応じて算定できるようにする。

病院や入所施設における画一的な暮らしではない生活を願ってグループホーム等の制度が生まれ、さらに本人の意向に沿った支援計画が義務付けられてきた。一方で、少人数でも複数の入居者による共同生活を単位とし、そこに支援をあてる制度ゆえ、個別の事情が勘案されにくい画一的な報酬算定となっている。

その日の体調に応じた暮らし、変化が伴うのが地域生活である。土日の日中支援も含め、個別の暮らしを支える臨機応変な生活実態に応じた支援への算定となる制度設計が必要である。

医療ケアについて

全数調査から、医療ケア等(原則医行為ではないと考えられる 16 項目を含む)の支援を必要とする入居者は、服薬管理を除外すると 4.1%となっており、実施法人数は 16.7%となっている。

この結果をどう評価するのか。少ないのではなく、これだけ必要とする人たちがグループホーム等を利用しているのであり、支援を実施している法人も 1/6 に広がっている。一方で平成 24 年 4 月から一定の研修を積んだ介護職員により実施できるようになった医療的ケア 4 種類の実施例は日が浅いこともあり生活支援員 11 例・ホームヘルパー 9 例・世話人 8 例と僅かである。

現在のグループホーム等は、重い医療的ケアの必要な人が居住先として現に選択できるだけの支援体制はまだ整えられていない。グループホーム内部での支援の工夫(前述研修修了者や看護師資格者の配置等)問題だけではなく、地域医療を含めたコミュニティケア全般に及ぶ支援体

制として考える必要がある。

質的(事例)調査の結果からは、①医療ケア等を必要とする入居者に対して訪問看護の派遣回数(一日原則 3 回・週 3 日)の個別事例に応じた回数増加、24 時間訪問看護を含む在宅医療機関等との連携問題、②入院・通院時のホームヘルパーによる通院時の付き添い月 2 回の制限緩和であり、こだわりの強い自閉症者・精神障害の不穏時への対応等について、入院時あるいは透析(通例週 2~3 回)等の治療時での付き添いの人員確保・付き添い時の報酬の再評価が課題として挙げられる。

グループホーム等での入居者の入院・通院等医療関係とのかかわりは、高齢化・重度化に伴いますます増加が予測される。個別支援計画等(サービス等利用計画含む)に基づくホームヘルパーの利用拡大とともに、入居者の個別固有の全身状態の伝達とホームヘルパー派遣調整を含むコーディネート業務の重要性が指摘される。

入居者、とりわけ重症心身障害児(者)や重複障害のある方、精神障害者あるいは強度行動障害者等へのかかわりには、訪問看護等の医療サービスの利用支援や、日常生活を送る上で不可欠な医療的ケア等の支援技術と並行して、意思疎通困難による全身状態の観察を含む見守りを含めた個別固有の 24 時間の目配せ・体調維持管理へのデリケートな配慮が必要であり、その根底には信頼関係が不可欠である。

医療的ケア等の必要な入居者を地域で支えるには、医療機関との連携が不可欠だが、その地域医療をどこまで地域生活に呼び込めるかが、今後のグループホームの地域展開を広げるカギとなっている。

こうした入居者個別固有の状態変化を把握し、医療機関との橋渡しを担うコーディネート業務、さらにホームヘルパー派遣調整を含むコーディネート業務等が、医療機関・他職種との共同・連携して情報共有と合わせて重要な役割である。この支援を包括的にマネジメントしているホーム職員(特に世話人・生活支援員・看護師等)に対して、業務を評価し報酬上含める必要がある。(調査報告会ではコアになる職員と指摘)

ホームヘルプの利用について

入居者の生活支援において重要なことは、個別に必要とされている支援をおこなうことである。その担い手については現時点では結論を出せないが、この先、議論をおこなっていく必要がある。現在のしくみにおいては、グループホームにおける支援を世話人、生活支援員、ホームヘルパーが分業しているが、生活の流れは明確に役割分担できるものばかりではなく、各々が役割を明確にして分業していくことがいいとは限らない。

ホームヘルパー制度導入のメリットは、必ずしも障害程度区分によらず、一人ひとりの必要性に応じて援助時間数を定めることであり、この点で現在のグループホーム入居者の援助量の決め方と大きく異なっている。

ホームヘルパー利用の議論をおこなう前に、グループホーム入居者の援助の時間数の決め方を入居者の必要としている援助に基づいて個別に決めるやり方に変えることが必要と考える。

今後においては、区分 3 以下の人も含めて、どの障害程度区分の人にも、障害状況や生活場面等の「個別支援の必要性」に応じて、ホームヘルパーや生活支援員が配置できるようにすることが必要である。入居者一人ひとりの個別支援計画等(サービス等利用計画を含む)を根拠に、個別支援の必要な時間帯、時間数を判断できる仕組みづくりが必要であり、それに基づきホー

ムヘルパーや生活支援員の必要数を算定できる仕組みが求められる。これにより、現在の生活支援員の配置方法（区分6で2.5対1など）を見直していくことがまず必要である。

一方で、現在、ホームヘルパー利用の一つの形態として「経過的ケアホーム」があるが、この形態では生活支援員は配置できず、基本報酬が大きく切り下げられるため世話人の十分な配置も難しい状況にある。調査結果では従前額9割保障と法人独自の職員加配によって何とか運営されていることから、この経過的ケアホームを今後のホームヘルパー利用のモデルとして外部サービス利用型のホームを設計すべきではないと考える。

また、現行制度ではホームヘルパーを利用した場合、生活支援員の配置が2分の1に切り下げられる問題がある。重度障害や行動障害などでホームヘルパーの利用が必要であればあるほど、関わるホームヘルパー数は多くなる傾向にあり、入居者の支援の方向性やその日の状況などをホームヘルパーに伝え連携していく世話人等の職員の役割が重要となっていることが報告されている。

全数調査では、ホームヘルパーの利用が進んでいる法人等でも、6割がホーム職員の配置の不足を感じており、ヘルパー利用が進んでいない法人等が5割であるのに比べて10ポイント高い割合となっている。ホームヘルパーの利用が進んでも、世話人や生活支援員のホーム職員の役割を代替したり、負担を軽減したりするものではない。むしろコーディネートを担う業務が重要だという評価であり、今後のホームヘルパー利用の形態を検討するにあたり、ホームヘルパーを利用した場合においても、世話人、生活支援員の体制を切り下げることなく、コーディネート業務等を担うコアになる職員と、ホームヘルパー等の連携体制を築いていくことができるよう、制度を見直していく必要がある。

入居者の重度化・高齢化によって、予定外の日中の支援や夜間支援の増加、ならびに通院・入院の回数の増加、医療的ケア等への対応の必要性が出てきている。各グループホームにおいて、これらの一人ひとりのニーズにしっかりと対応できる、ホームヘルパー、生活支援員ならびに世話人の配置人数を算定していくことで、個々の重度化・高齢化による支援ニーズの増加に対して、フレキシブルに対応することが可能となる。ぜひ今後の制度設計に含める必要がある。

グループホームの職員配置基準に関して

世話人の名称を、グループホーム支援員に名称を変更し、業務内容の見直しを検討する必要がある。

職員の配置基準は、管理者、サービス管理責任者、世話人、生活支援員（障害程度区分に応じた配置基準）の配置構成になっている。世話人は、事業所の入居者数に対して、4：1，5：1，6：1，10：1の配置と障害程度区分（共同生活介護）による報酬構造になっている。

世話人、生活支援員は常勤換算上の配置になっているので、世話人の常勤率は少なくなっている。グループホームの支援力を高めるためには、グループホーム支援員として常勤で勤務できるような体制確保が必要になる。夜間支援員の配置も含めて職員基準と報酬を見直す必要がある。

さいごに、この調査を通して

グループホーム等の制度施行から 25 年。「地域の中での普通の暮らし」・「私の家」という期待に応えようとしてきた制度も、すべての障害のある人たちの地域生活の場を支える成熟した制度へと期待されている。

これまで、グループホームは、就労要件の削除・バックアップ施設条件の削除・居宅介護によるヘルパーの介助参加・3 障害のある人たちの利用・個別支援計画による支援の責任の明確化・国庫整備費による設置促進・公営住宅の利用等々と熟成してきた。しかし、いよいよもって高齢化・医療ケア・重度化・そして入居者本人が願う看取りをも含んだ、一人ひとりの個別固有の人生を支えるニーズに応じていくことが求められる状況になっている。日中・夜間の支援と区切るのではなく、24 時間 365 日の支援を支える根本的な制度設計が必要となっている。

全数調査では、共同生活住居の入居定員別では、定員 6 人以下の共同生活住居が全体のほぼ 8 割を占め、一方で、10 人を超える定員の共同生活住居が 1 割近くとなっていた。入居者や入居を希望する人からみると、どう見えるだろうか。例えば、「定員〇人のグループホームに入居されていますか」と入居者に尋ね、これから入居を希望する際の入居可能性を考えてみよう。

今回の調査結果から推計すると、定員 6 人以下の共同生活住居の入居者は全推計定員の 63.6%、10 人を超える定員を持つ共同生活住居の入居者は全推計定員の約 2 割に及ぶ。これは地域生活移行を進める支援者側の一方的な都合によるものであり、大規模な住まいが、地域で暮らしたいと願う人たちの希望に応じているとは思えない。

次年度のグループホーム・ケアホーム一体化に向け、どれだけの検討がなされるかはわからないが、この検討過程でもっとも重要なことは、「小規模な暮らしと管理性の排除」であり、一人ひとりの個別固有の暮らしへの支援であることを決してブレさせてはならない。

日本グループホーム学会のグループホーム設置運営マニュアルから

グループホームには、集団生活ではない「個人の暮らし」がある

グループホームでは、自分の暮らし方は自分で決める

グループホームとは、入居者ひとりひとりの生活を実現できる生活の場である

グループホームでは、そのために必要な援助を受けることができる

グループホームは、まちの中でふつうに暮らしたいという障害者の思いから作られてきた

グループホームは、入居者を指導・訓練される場所ではない「暮らしの場」である

グループホームでは、できないことは職員が手伝う

グループホームに入居しているのは 4～5 人で、ふつうの家庭の規模である

・・・を再度確認したい。

今回の調査を通して、改めて全国の支援実態から、この目的に沿うべく懸命に努力し実践を積み重ねている実態を知ることができた。

制度の制約のある中で入居者の実情に合わせて最大限工夫し、やりくり算段を続けているのは、普通の暮らしをしたいと願う本人へのまなざしに対する責任と誠意ではないか。

この調査からの提言が制度に反映されるよう、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一同、信じたい。

検討委員会委員

山田 優	日本グループホーム学会代表
光増 昌久	日本グループホーム学会副代表
山崎 千恵美	日本知的障害者福祉協会
戸高 洋充	特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会(あみ)
在原 理恵	神奈川県立保健福祉大学
北野 誠一	NPO 法人おおさか地域生活支援ネットワーク
蜂谷 俊隆	関西学院大学大学院研究員
古田 朋也	障害者の自立と完全参加を目指す大阪連絡会議
又村 あおい	平塚市企画部企画課
大嶋 英二郎	千葉県健康福祉部障害福祉課地域生活支援室

調査事業担当者

山田 優	日本グループホーム学会代表
光増 昌久	日本グループホーム学会副代表
宮代 隆治	日本グループホーム学会副代表
本田 隆光	日本グループホーム学会副代表
室津 滋樹	日本グループホーム学会事務局長
久保 洋	日本グループホーム学会運営委員
酒井 比呂志	日本グループホーム学会運営委員
荒井 隆一	日本グループホーム学会運営委員
二関 郁子	日本グループホーム学会運営委員
室津 茂美	日本グループホーム学会運営委員
荒原 寛治	千葉県障害者グループホーム等支援ワーカー
古田 朋也	障害者の自立と完全参加を目指す大阪連絡会議
在原 理恵	神奈川県立保健福祉大学
岸川 学	神奈川県立保健福祉大学
蜂谷 俊隆	関西学院大学大学院研究員

検討委員会実施状況

第1回検討委員会

日時；7月14日13時～17時

場所；東京都障害者福祉会館

検討委員；山田優、光増昌久、北野誠一、在原理恵、蜂谷俊隆、古田朋也、大嶋英二郎

調査担当；室津滋樹、宮代隆治、久保洋、酒井比呂志、荒井隆一、本田隆光、二関郁子、荒原寛治
岸川学、室津茂美

議題；事例調査、量的調査の進め方検討

第2回検討委員会

日時；9月17日13時～17時

場所；東京都障害者福祉会館

検討委員；山田優、光増昌久、北野誠一、在原理恵、蜂谷俊隆、古田朋也、戸高洋充、又村あおい

調査担当；室津滋樹、宮代隆治、久保洋、酒井比呂志、荒井隆一、本田隆光、二関郁子、荒原寛治
室津茂美

議題；事例調査の具体的な検討、量的調査表の検討

第3回検討委員会

日時；12月24日13時～17時

場所；東京都障害者福祉会館

検討委員；山田優、光増昌久、北野誠一、在原理恵、蜂谷俊隆、古田朋也、戸高洋充、又村あおい

調査担当；室津滋樹、久保洋、酒井比呂志、荒井隆一、本田隆光、二関郁子、岸川学、荒原寛治
室津茂美

議題；事例調査の報告内容検討、量的調査途中集計の報告、報告書の打合せ

第4回検討委員会

日時；2月11日11時～17時

場所；横浜市そごう9階市民フロアミーティングルーム

検討委員；山田優、光増昌久、在原理恵、蜂谷俊隆、古田朋也、戸高洋充、又村あおい、大嶋英二郎

調査担当；室津滋樹、宮代隆治、久保洋、酒井比呂志、荒井隆一、本田隆光、二関郁子、岸川学
荒原寛治、室津茂美

議題；事例調査および量的調査の考察検討、調査報告書の構成および分担

調査打ち合わせおよび分析会議実施状況

第1回調査打ち合わせ会議

日 時；7月29日13時～17時

場 所；東京都障害者福社会館

出席者；在原理恵、荒井隆一、久保洋、荒原寛治、光増昌久、本田隆光、室津茂美、戸高洋充
酒井比呂志、蜂谷俊隆

議 題；事例調査の内容について

第2回調査打ち合わせ会議

日 時；8月7日13時～15時

場 所；千葉県成東市内

出席者；在原理恵、荒井隆一

議 題；事例調査の内容について

第3回調査打ち合わせ会議

日 時；9月14日13時～17時

場 所；東京都障害者福社会館

出席者；在原理恵、荒井隆一

議 題；訪問調査の割り振り

第4回聞き取り調査分析会議

日 時；11月17日13時～17時

場 所；神奈川県県民活動サポートセンターミーティングルーム

出席者；在原理恵、荒井隆一、光増昌久

議 題；聞き取り調査結果についての報告と分析

第5回聞き取り調査分析会議

日 時；11月25日13時～17時

場 所；横浜市西区福祉保健活動拠点「フクシア」

出席者；在原理恵、荒井隆一、荒原寛治、光増昌久、本田隆光、室津茂美

議 題；聞き取り調査結果についての報告と分析

第6回聞き取り調査分析会議

日 時；12月1日13時～17時

場 所；神奈川県県民活動サポートセンターミーティングルーム

出席者；在原理恵、荒井隆一、室津滋樹、本田隆光、山田優、岸川学、室津茂美

議 題；聞き取り調査結果についての報告と分析

第7回聞き取り調査分析会議

日 時；12月6日13時～17時

場 所；横浜市西区福祉保健活動拠点「フクシア」

出席者；在原理恵、荒井隆一、光増昌久、室津滋樹、山田優、二関郁子、室津茂美

議 題；聞き取り調査結果についての報告と分析、調査報告会打ち合わせ

第8回聞き取り調査分析会議

日 時；12月23日13時～17時

場 所；横浜市西区福祉保健活動拠点「フクシア」

出席者；在原理恵、荒井隆一、光増昌久、室津滋樹、山田優、酒井比呂志、久保洋、室津茂美

議題；調査報告会報告内容についての打ち合わせ

第9回量的調査分析会議

日 時；1月6日13時～17時

場 所；横浜市西区福祉保健活動拠点「フクシア」

出席者；在原理恵、荒井隆一、光増昌久、室津滋樹、山田優、酒井比呂志、久保洋、室津茂美

議 題；調査報告会報告内容についての打ち合わせ

事例調査実施状況

京都府調査；日時；10月10日

調査メンバー；山田優、蜂谷俊隆

福島県調査；日時；10月13日～14日

調査メンバー；本田隆光、二関郁子、荒井隆一、荒原寛治

神奈川県調査；日時；10月17日

調査メンバー；在原理恵、室津茂美

日時；10月29日

調査メンバー；在原理恵、室津茂美

日時；10月30日

調査メンバー；在原理恵、室津滋樹、室津茂美

日時；11月12日

調査メンバー；在原理恵、室津滋樹、室津茂美

日時；12月11日

調査メンバー；在原理恵

北海道調査；日時；10月19日～20日

調査メンバー；光増昌久、酒井比呂志、久保洋

日時；11月10日～11日

調査メンバー；光増昌久、本田隆光

- 大阪府調査； 日時；10月22日
調査メンバー；古田朋也、蜂谷俊隆
日時；10月24日
調査メンバー；古田朋也、荒井隆一、酒井比呂志、蜂谷俊隆
日時；12月17日
調査メンバー；古田朋也、蜂谷俊隆
- 長野県調査； 日時；10月23日
調査メンバー；在原理恵、宮代隆治、岸川学
日時；10月31日
調査メンバー；在原理恵、荒原寛治
日時；11月8日
調査メンバー；在原理恵、荒原寛治、岸川学
- 埼玉県調査； 日時；11月3日
調査メンバー；在原理恵、室津滋樹、岸川学
- 千葉県調査； 日時；12月5日
調査メンバー；在原理恵、荒原寛治

調査報告会実施状況

日 時；1月26日

場 所；航空会館（東京都新橋）

出席者

検討委員；山田優、光増昌久、北野誠一、在原理恵、蜂谷俊隆、戸高洋充

調査担当；宮代隆治、久保洋、酒井比呂志、荒井隆一、本田隆光、二関郁子、荒原寛治

参加者； 68名

議 題；量的調査および事例調査の報告。

調査報告を受けてテーマごとに分かれたグループで意見交換を行う。

厚生労働省平成 24 年度障害者総合福祉推進事業

平成 24 年度グループホーム及びケアホームにおける
支援に関する実態調査

発行日 平成 25 年 3 月 31 日

発行者 日本グループホーム学会調査研究会
代表理事 山田 優

事務局 日本グループホーム学会調査研究会
神奈川県横浜市中区本牧町 1-120
FAX 045-228-7728
E-mail info@gh-gakkai.com
<http://www.gh-gakkai.com/index.html>