

# もう施設には帰らない

## 障害者自立支援法の見直しにあたっての意見（要約）

障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会  
代表 室津滋樹

私たちは、障害者自立支援法の見直しにあたって必要なことは「自立支援法の何を守り、何を变えなければならないのか」という議論だと考えています。

障害者自立支援法は、障害のある人が普通に暮らせる地域づくりを目指し、「障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与すること」という理念を掲げています。こうした自立支援法の目的は、ひとりひとりの生活を尊重するノーマライゼーションの根幹をなすものであり、見直しによってこれが失われることがあってはなりません。また、こうした理念に基づいて生まれた「施設から地域へ」という流れも、決して後退させてはなりません。

必要なことは「安心して暮らすことのできる地域社会の実現」のための抜本的な制度の改正です。

私たちはこうした視点に立ち、グループホーム・ケアホームは入所型施設から地域生活への移行の受け手として重要な柱であると考え、グループホーム・ケアホームの支援のあり方・支援の質を高めるための様々な取り組みをおこなってまいりました。

そして、何よりもこうした施策の検討とその実現は、本人主体で行われなければなりません。

グループホーム・ケアホームで暮らし始めた利用者たちは、入所施設での生活と比較して、「自由」「静か」「安心」「自分の家」といった言葉で私たちに伝えてくれています。そして「入所施設にいる仲間を早く出してください」とも訴えかけています。支援者側から見た障害者自立支援法見直しではなく、利用者側から見た、利用者のニーズに沿った見直しができるよう、願ってやみません。

### 「地域生活移行」を進めるために

・地域生活移行は誰が決めるのでしょうか。家族（保護者）・地域行政からの声を拠り所としてきた入所待機者ではなく、実際に入所施設で過ごしている本人（当事者）のニーズである地域生活移行待機者を把握すべきです。

・地域生活移行待機者を把握し、地域生活実現への支援を組み立てて調整する地域生活移行支援コーディネーターを配置すべきです。

- ・グループホームが不足していること、適切な情報提供と相談体制がないことにより、入所施設に入る人が減少していません。

## 本人中心の「地域での暮らし」を進めるために

### 1. 共同生活援助と共同生活介護を統一した「地域生活援助」とすべきです。

自立支援法のスタートとともに、地域生活援助事業（グループホーム）は共同生活住居と呼ばれるようになり、共同生活援助（グループホーム）給付の対象者と共同生活介護（ケアホーム）給付対象者が混在しています。しかし、このような状況は実態に即しておらず、改善が必要だと考えます。これらを「地域生活援助」とし、介護給付と訓練等給付を個別給付で統一してください。

### 2. グループホームの大規模化を防止する対策を

グループホームで大切にしなければならないことは、管理された生活ではなく、自分たちのことは自分たちで決める暮らしです。また、地域の中にあって地域の人たちに違和感を与えることのない、自然な建物であることも大切です。それにはグループホームの規模が大きく影響します。

グループホームの定員は4～5人が適切で、多くとも7人までと考えます。しかし、入居者個別単価となったことと、大規模な定員が認められたことで、10人以上の定員のホームが増えています。ホームの規模を大きくするほど経営的には有利になる今のしくみから、定員規模の小さいところを手厚くする規模別単価を取り入れたしくみに見直すべきだと考えます。

### 3. 個別支援計画に基づく個別支給決定をおこなうべきです。

障害程度区分による報酬額、人員配置や夜間支援体制ではなく、入居者ひとりひとりについて、環境、生活のしかたなども加味した個別支援計画に基づく個別支給決定をおこなうべきであると考えます。

### 4. グループホーム入居者もケアマネジメント対象に

特に家族の関わりのなくなっている入居者、支援の困難な状況を抱えている入居者の援助を検討するにあたって、グループホーム関係者以外の立場の人が関わっていることはいろいろな意味で重要であると考えます。

グループホーム入居者もケアマネジメントの対象となるようにサービス利用計画作成費の対象としてください。

## 障害児にこそ地域の普通の住まいが必要です

- ・障害児は他の子どもと異なる特別な存在ではありません。この国に生まれ育つ一人の子どもとして児童福祉法にのっとり、他の子どもと同様に育成されるべきです。
- ・障害のある子どもおよびその家族は、地域に展開されるすべての子育て支援サービスを等しく利用できるよう支援され、それに重ねて障害に固有の支援策を利用できるしくみが必要です。
- ・相談支援センターなどの家族支援機能を家族の問題の複雑化、深刻化、緊急性に対応できるレベルに引き上げ、子どもが親元で暮らし続けられるようにしてください。
- ・社会的養護を必要とする障害児の住まいの場を、抜本的に改善してください。
  - (1) 現在児童養護施設で制度化され実践されている「地域小規模児童養護施設」事業を障害児施設にも導入してください。
  - (2) 障害児が里親などの元で養育される道を開いてください。
- ・地域相談支援センターはじめ地域支援機能と社会的養護機能（障害児施設、地域小規模施設、里親、ファミリーホームなど）の相互乗り入れ、または柔軟な連携を可能にする施策を展開してください。

2008年8月6日

# もう施設には帰らない

## 障害者自立支援法の見直しにあたっての意見

障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会  
代表 室津滋樹

「障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与すること」（障害者自立支援法第1条）を目的としてスタートした障害者自立支援法は、この2年、多くの修正を重ねた結果、制度自体は経過措置と特別対策で複雑化しています。そのような中で、自立支援法がもつ多くの問題に対し、様々な立場から抜本的見直しを求める声が高まっております。

今、必要なことは自立支援法の何を守り、何を变えなければならないのかという議論です。私たちは自立支援法の「安心して暮らすことのできる地域社会の実現」という目的はいささかも後退させてはならないと考えます。また、23年度までに、受入条件が整えば退院可能な精神病院入院患者を7万人から2万人に、入所施設入所者を15万人から14万人に、計6万人の入所入院からの地域移行を進め、そのうち3万人がグループホーム・ケアホームに、3万人が福祉ホーム・一般住宅等へという「施設から地域へ」という流れを後退させてはならないと考えています。

自立支援法の施行後、国連では障害者の権利条約ができ、5月3日に発効しました。批准国は7月4日現在、29カ国になります。日本政府も昨年9月28日にこの条約に署名しました。自立支援法の抜本的改正にあたり、この条約を批准する視点、特に同条約第19条「自立した生活と地域社会への統合」を国内で真剣に論議し、「安心して暮らすことのできる地域社会の実現」のための抜本的な制度の改正を求めるものです。

### I 「地域生活移行」を進めるために

地域生活移行は誰が決めるのでしょうか。家族（保護者）・地域行政からの声を抛り所としてきた入所待機者ではなく、入所施設で過ごしている本人（当事者）のニーズである地域生活移行待機者を把握すべきです。

自立支援法のもとで入所施設待機者の把握は、市町村・都道府県等で常時実施されてきており、その結果は施設整備費の算定根拠として活用されてきました。しかし、これらのニーズ把握の抛り所となっているのは、そのほとんどが家族（保護者）・地域行政の声です。本人（当事者）はどこで支援を受けたいと思っているのでしょうか。現在入所している人たちの思いを聴き取り、地域生活移行待機者を早急に把握すべきです。

障害保健福祉関係主管課長会議資料(2008年3月5日)によれば、2005年10月からの2年間で移行率は6.7%(1年間では3.3%、「グループホーム等と家庭」と発表されています。「知的障害者の入所施設から地域への移行に関する研究」(2000年厚生科学研究・主任研究者渡辺勸持)調査では年間の退所率1.6%(「グループホーム等と家庭」)でした。まだわずかな伸びでしかありません。地域生活移行に先進的に取り組んでいる長野県西駒郷で行われた地域生活移行聴き取り調査では、437人中224人51%が地域生活移行待機者と判明し、そのための支援施策が用意され、地域生活移行が進められています。全国でも、早急に地域生活移行待機者数を把握すべきです。

**地域生活移行待機者を把握し、地域生活へと支援を組み立てて調整する地域生活移行支援コーディネーターを配置すべきです。**

なぜ、入所施設待機者は集計され、地域生活移行待機者は把握されないのでしょうか。「私たちにすることは私たちが交えて決めてください」という知的障害者からの声は、障害者自立支援法の趣旨である本人主体の理念に沿った言葉です。

精神障害者地域移行支援特別対策事業では、退院支援を担う地域体制整備コーディネーター・地域移行推進員が配置されて成果を挙げています。同様の施策として、入所施設に属さない立場で地域生活移行支援コーディネーターを配置し、それが入所施設と連携して地域生活移行待機者の把握を行うと共に、地域生活移行への助言・計画策定・生活の組み立て・利用調整を担えるような体制づくりが必要だと考えます。

**グループホームが不足していること、適切な情報提供と相談支援がないことにより、入所施設に入る人が減少していません。**

障害保健福祉関係主管課長会議資料(2008年3月5日)によれば、地域生活移行した人は2005年10月からの2年間で6.7%なのに対し、施設入所者数は0.3%の減少にとどまっています。つまり、退所者が増えても、その分新たな入所者が入っているということであり、入所施設利用者は入れ替わりつつもほとんど減少はしていません。

神奈川県横浜市で障害者の親等の主たる介助者を対象として実施された2007年「入所施設待機者調査」では、入所施設に利用申請している人に暮らし方の希望を聞いたところ「グループホームを希望」と回答した人が入所施設申請者の1/3程度いました。グループホームを希望しているものの、グループホームが足りなかったり、入居に至る手だてがわからないために、あきらめて入所施設への入所を申請せざるを得ない状況があることがわかりました。

入所施設を希望している人たちの中には、親が高齢で入所施設しか知らなかったり、障害のある人の主たる援助者であった母親が亡くなった後、父親やきょうだいグループホーム等についての情報をもっていない等の状況に置かれている人が多くいることもわかりました。適切な情報提供と相談支援があれば、グループホーム等の暮らしをはじめることができる人はかなり多いはずで

親元などで生活している人に対しても相談支援を充実し、体験入居制度など将来の生活のための準備を進めるしくみを整えていく必要があります。

## Ⅱ 本人中心の「地域での暮らし」を進めるために

共同生活援助と共同生活介護を一つの制度にし、制度名を「地域生活援助」とすべきです。

グループホームは共同生活の場ではなく、一人ひとりの暮らしの場です。グループホーム制度は「地域生活援助事業」という名称でスタートしました。そのとき厚生省が監修した「グループホームの設置・運営ハンドブック」でも、グループホームは個人生活の場であると繰り返し述べています。当初の理念に立ち返るためにも、制度名を共同生活援助・共同生活介護から地域生活援助（グループホーム）に戻すべきです。

自立支援法のスタートとともに、地域生活援助事業（グループホーム）は共同生活住居と呼ばれるようになり、この共同生活住居に共同生活援助（グループホーム）給付の対象者と共同生活介護（ケアホーム）給付の対象者が混在する形となりました。しかし、共同生活援助と共同生活介護に分ける意味があるのでしょうか。実態は非該当から障害程度区分6の入居者が共同生活住居に居住していて、障害程度区分によって給付額が異なるだけです。

二つの制度が混在しているために事務的には煩雑になっています。この二つの制度を一体型事業所として運営している事業者も多いため、介護給付と訓練等給付を個別給付で統一して、地域生活援助という呼称に変更した方が実態に即していると考えます。

グループホームの大規模化防止の対策をとるべきです。

障害者自立支援法以前の制度では、知的障害者のグループホームの定員は4～7人と定められてきました。地域社会にごく自然にとけ込み、その中で違和感のない生活が営まれることを目指してきたからです。しかし、自立支援法によりグループホームの報酬は、規模による単価から障害程度区分による単価になりました。このことにより、ホームの規模を大きくするほど経営的には有利になったのです。障害程度区分による単価となったことと、大規模な定員が認められたことで、1ヶ所あたりの入居者数が10人以上の定員のホームが増えています。

グループホームの軒数が増えることと、グループホーム1ヶ所あたりの入居者数が多人数化することとは、別のことです。障害のある人が主体となった暮らしを実現するためには、その規模が影響します。管理された生活ではなく、自分で、または自分たちで決める暮らし。どういう順番でお風呂に入るか、献立をどうするかなど、話しあって決めること

のできる暮らし。自分たちのことを自分たちで決めるには4～5人規模であることが適切です。

我が国の住宅事情からみても、一般的に確保が容易な住宅規模は入居者4人程度であるといえます。

1ヶ所あたりの入居者数が4～5人の共同生活住居でも運営できる制度となるように、報酬については定員規模の小さいところを手厚くする規模別単価を取り入れたしくみに見直すべきだと考えます。また、大型のホームは別の制度とすべきです。

### 地域の中にあるのがグループホームです

精神科病院、入所施設の敷地内にある地域移行型ホームは、その立地や生活環境からノーマルな住まいとは言えません。病院や入所施設の敷地内にある地域移行型ホームは別の制度とし、その実態を明らかにすべきです。また、敷地内のホームへの入居は地域移行の実績にカウントすべきではありません。

障害程度区分による報酬額、人員配置や夜間支援体制ではなく、入居者ひとりひとりについて、環境、生活のしかたなども加味した個別支援計画に基づく個別支給決定をおこなうべきであると考えます。

自立支援法では、障害程度区分によりグループホーム・ケアホームの報酬額、人員配置や夜間支援体制の必要性を決めています。しかし、グループホームにおいて個々の入居者に提供している援助量と障害程度区分を比較したグループホーム学会の調査では、同じ障害程度区分でも人によってその援助量には10倍以上の開きがありました。特に障害程度区分1～3ではこの開きが大きくなっています。つまり、障害程度区分は必要な援助量の基準としては不十分であるということです。

厚生労働省は障害程度区分について「障害者に対する障害福祉サービスの必要性を明らかにするため当該障害者の心身の状態を総合的に示す区分であり、市町村がサービスの種類や提供する量を決定する場合に勘案すべき事項のひとつ」としており、障害程度区分は心身の状態を示す区分であり、「障害程度区分の他、サービスの利用意向、家族等の介護者の状況、社会参加の状況など概況調査で得られる勘案事項を加味して、サービスの種類や量について、個別に支給決定」するとしています。

入浴時にどの程度の援助が必要かということは障害程度区分に現れますが、その人が汗を多くかき、毎日お風呂に入るのか、入浴すると疲れてしまうので1日おきに入るのかは障害程度区分ではわかりません。実際の生活でどの程度の援助を必要とするかは、「障害程度」だけではなく、生活環境や、その人の暮らし方などによって大きく変わります。ホームヘルプサービスなどは障害程度区分以外の勘案事項を加味して個別に支給決定する必要があるとしているのに、グループホーム・ケアホームについては、障害程度区分により

グループホーム・ケアホームの報酬額、人員配置や夜間支援体制の必要性を決めていることに大きな問題があります。

入居者ひとりひとりについて、障害程度区分のみではなく、環境、生活のしかたなども加味した個別支援計画に基づく個別支給決定をおこない、それによる加算をすべきであると考えます。

**夜間の援助の必要性は、障害程度とは別の要素に大きく左右されます。夜間支援体制の必要度に応じた加算とすべきです。**

夜間の援助の必要性は、障害程度とは別の要素に大きく左右されます。同じ障害程度でも、夜間はぐっすり寝るためにほとんど援助を必要としない人もいれば、睡眠が不安定で一晩中援助が必要な人もいます。あるいは精神的な不安定さ、昼夜逆転など、夜間の援助の必要性は障害程度区分とは異なる要素で決まってきます。少なくとも、現在の障害程度区分で夜間支援の必要性を決めるべきではありません。下記の表のように、夜間支援体制の必要度に応じた加算が必要です。

また、現在のグループホームが、入居者の安全を守ることでできる人員配置になっているのかという大きな問題があります。火事や地震、水害などから入居者の暮らしを守るためには、やはり人が必要です。近隣との連携や、地域のネットワークづくりにより防火対策を進めても、やはり夜間のスタッフ体制は重要です。

	担保すべき夜間の支援状態	想定される入居者
必要度 レベル 5	同じ建物で、且つ玄関につながるリビングなどに、物音などに気を配りながら（仮眠常態で）職員が居る必要がある。	物音に反応して、不定期のトイレ介助を行ったり、外に出て行ってしまう人に対応したりする必要がある場合など。
必要度 レベル 4	同じ建物の中の部屋に職員がいる必要がある。	職員がいることで安定する（職員がいないと不安定になる）、何かあった場合に電話等で伝えることができない入居者の場合。
必要度 レベル 3	電話に対応でき、何かあればすぐに駆けつけられるところに職員がいる必要がある	生活リズムの乱れ、他の入居者に迷惑をかける場合があるが、電話等で状況を伝えることができる入居者の場合。
必要度 レベル 2	電話に対応できる職員がいる必要がある。	電話等で状況を伝えることができるが、それに適切に対応しないと精神的な安定、生活全体の安定を保てない入居者の場合。
必要度 レベル 1	緊急事態に外部と連絡が取れる仕組みがある。	緊急通報システム等（ボタンひとつで連絡が取れる等）があれば、通常時の対応は特に必要ない入居者の場合。



**ホームヘルプサービスの利用については、個別支給決定をおこない、それによって報酬額に上乗せしてホームヘルプサービスの必要時間を決めるべきと考えます。**

入居者に必要な援助内容にもとづいた適正な人員の配置とそれに見合う補助額が基本になっていない現行の制度では、制度の不十分さによりコストの高いホームヘルパーに依存せざるを得ない状況にあり、この状態は放置しておくべきではないと考えます。

区分4以上の利用者が個別にホームヘルプサービスを使うことはできるようになりましたが、ホームヘルプサービスを利用するとケアホームの1日の報酬が区分2となってしまうために必要がある人も使えていないのが現状です。

入居者ひとりひとりについて、障害程度区分のみではなく、環境、生活のしかたなども加味した個別支援計画に基づく個別支給決定をおこない、それによって報酬額に上乗せしてホームヘルプサービスの必要時間を決めるべきと考えます。

**サービス管理責任者の配置基準を見直し、その業務に専念できる報酬とすべきです。またスキルアップのための継続した研修が必要です。**

自立支援法ではサービス管理責任者の配置が義務づけられました。これまで世話人を支える役割の人がおらず、バックアップ施設に頼らざるをえなかったため、施設がない地域にグループホームはなかなかできてきませんでした。サービス管理責任者の配置が義務づけられたことにより、施設がなくてもグループホームをどこにでも作れるようになり、また孤立しやすいグループホームスタッフにとっての大切な支えとなるはずですが。

しかし、現実にはサービス管理責任者の配置が義務づけられたにもかかわらず、報酬額総額が低いため、兼務のサービス管理責任者が多く、スタッフの穴埋めや手薄なホームでの勤務、上限管理や請求事務に追われ、本来の業務を行えていないところも多くあります。

グループホームにおける援助の質の向上、スタッフの質の向上はサービス管理責任者がその役割をきちんと果たせるかどうかにかかっています。

こうした点から、サービス管理責任者がその業務に専念できる報酬とすべきです。また、サービス管理責任者の業務の見直しを図り、配置基準も30：1から20：1にすべきです。

また、資格取得のための1度だけの研修だけではなく、継続したスキルアップのための研修が必要です。

**グループホーム・ケアホーム入居者もケアマネジメント対象に**

サービス管理責任者の業務の中では個別支援計画の作成が重要な位置を占めています。その一部は相談支援事業者と連携を図りながら取り組む必要があると思います。

特に家族の関わりがなくなっている入居者、支援の困難な状況を抱えている入居者の援助を検討するにあたって、グループホーム関係者以外の立場の人が関わっていることは権利擁護のためにも重要であると考えます。

グループホーム・ケアホーム入居者もケアマネジメントの対象となるようにサービス利用計画作成費の対象とすべきです。

**グループホームの地域での連携を支援していく必要があります。**

地域の中のグループホームといいながら、実は孤立しているホームや、世話人さんが多くいます。グループホームや世話人、サービス管理責任者を支える仕組みがまだまだ弱い現状の中で、ホーム同士の支え合い、世話人同士の支え合いをもっと広げる必要があります。このことによりスタッフの質の向上をはかり、また、離職を防ぐことにもつながると思います。

相談支援事業者が業務として連携を支援するなど、グループホームの地域での連携を支援していくしくみを作る必要があります。地域の相談支援事業者と連携できるグループホームコーディネーターを配置すべきです。

**グループホーム・ケアホームを3障害共通のサービスにすべきです。**

グループホーム・ケアホームが必要かどうかは個人個人によるものであり、障害の種類によって異なるわけではありません。主にグループホーム・ケアホームを必要としている身体障害者は軽度や中度の知的障害、精神障害等を重複している人たちとされます。しかし、20歳を過ぎてから外傷などにより身体障害と知的障害をもつようになった場合などは、現在の制度では知的障害者とはならず、制度上は身体障害のみとなります。実際に重複する障害があっても、身体障害者手帳しかもっていない（もてない）場合も多くあります。このような事情もふまえてグループホーム・ケアホームを3障害共通のサービスとすべきです。

長く療護施設等に入所していた場合や、親元を離れて自分の暮らしを考える場合、現在は一人暮らしを目指して居宅介護の必要な支給決定を受けて暮らすか、福祉ホームで暮らし、必要な居宅介護の支給決定を受けるかしかありません。

社会的経験の機会を奪われてきた人たちが地域での暮らしを始める場合、グループホームという住まいは大変有効です。グループホーム・ケアホームでの暮らしを希望する身体障害者の選択肢を奪うべきではありません。

**介護給付費、訓練等給付費等に係る定率負担額と、介護保険の利用者負担額、自立支援医療の負担額、補装具の負担額、地域生活支援事業の負担額を合算した額に上限を設定すべきです。**

利用者負担については、最低でも入所施設利用者と同程度に手元に残るような個別減免の仕組みにすべきです。

家賃は地域により大きな差があり、全国一律の個別減免では家賃が高い地域のグループホーム入居者がきわめて不利となります。家賃の額によって異なる個別減免とするか、家賃手当を新設すべきです。

**暮らしの場に日払いの仕組みはなじみません。月払いにしてください。**

グループホーム・ケアホームでは、一時的な入院などにより入居者がいてもいなくても、食事の提供をはじめサービスを提供できる体制は維持し続けています。入居者の将来を見通した準備や、人生という長いスパンを念頭において関係をつくり、伴走者的に寄り添い、支えることが支援である暮らしの場に、日払いの仕組みはなじみません。

また、入院時には病院から付き添いを求められることも多く、入院生活に必要な身の回り品の買い物や洗濯、病院との入院中の処遇の折衝などが必要になってきます。環境が変わってしまうことのとまどい、入院生活への不安、同室の患者さんとのトラブルや病院スタッフとのトラブルへの対応などが必要になることもあります。病院で付き添いつつ、グループホームを維持するという大変厳しい状態となります。人手が多く必要になるのに報酬が十分でなく、給付はほとんどなくなってしまいます。

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

入院が長期化したり、入退院を繰り返す状態になると、グループホームの運営は厳しい状態に追い込まれてしまいます。入院中にグループホームを退居することになると、退院しても居住の場がなく、新たな社会的入院を生み出しかねません。入退院を繰り返す様な精神障害者の入居が困難な仕組みで本当に退院は促進できるのでしょうか。

そもそもグループホームの利用とは何なのでしょう？ グループホームの建物の中にいることが利用なのでしょう？ あるいは病院内であろうと、外泊先であろうと必要な生活援助を行うことが利用なのでしょう？ グループホームは建物にくっついた援助のことを言うのか、入居者にくっついた援助のことをいうのでしょうか。

**人材の確保対策は急務です。グループホームスタッフの待遇改善を行うべきです。報酬額、及びその額を算出するための人件費が低すぎます。グループホーム・ケアホームの人員配置基準、及び報酬額の見直しが必要です。報酬額に対する人件費比率の下限を設定すべきです。**

グループホームのスタッフが退職した、スタッフを募集しても応募がないといった状態が恒常化しています。労働条件の改善が必要なことは言うまでもありませんが、障害福祉の職場は将来どうなるかわからない職場と思われています。仕事の内容はきつくても将来に夢や希望がもてれば耐えられます。しかし、「きつい」上に「将来も不安」では担い手

はいなくなってしまう。計画通りグループホームを増やせるかどうかの最大の障壁は、担い手の確保です。スタッフの待遇改善をはかるには、グループホーム・ケアホームの人員配置基準及び報酬額の見直しと、報酬を人件費以外に使いすぎないように、報酬額に対する人件費比率の下限を設定することが必要です。

①グループホーム・ケアホームの場合、同じ人員配置基準であっても、日中活動等に比較して報酬額の単価が低く設定されています。地域での暮らしを支える仕事には入所施設等よりむしろ高い専門性が必要であり、そうした点を考えても現状の人件費の単価が低すぎます。私たちの試算では、世話人と生活支援員の報酬額では常勤職員を雇用するのは難しく、時給 800 円から 1,000 円程度のパートの世話人と生活支援員で援助するというようになります。

②グループホーム学会が実施した緊急運営実態調査でも、グループホームスタッフの 68% が非常勤か嘱託職員であり、常勤職員でも 3 分の 1 以上が年収 300 万以下でした。

人員配置基準について、世話人、生活支援員は障害程度に応じた人員配置を行うこととなっています。そしてこの人員配置基準は常勤換算で行われます。

低い金額で単価を設定された自立支援法の報酬のもとに常勤換算という方法を用いれば、援助者総数の中での非常勤の割合がさらに大きくなります。

非常勤の人が多いということは、援助者の入れ替わりも激しくなり、援助者の経験の蓄積が困難になるということです。つまり、人数がいれば当面の援助体制は作れますが、次の時代の中心となるスタッフが育ちにくいということです。様々な困難を抱えた人たちに対応する援助という仕事は、実践できる力を身につけるのに時間がかかります。不安定な雇用形態の援助者が多くなってしまいう体制では、長期にわたって援助を担う人材を育てることが困難になります。

グループホームの国庫補助での施設整備、修繕改修に関する事業のさらなる拡大を希望します。

### Ⅲ 障害児にこそ地域の普通の住まいが必要です

障害児は他の子どもと異なる特別な存在ではありません。この国に生まれ育つ一人の子どもとして児童福祉法第一条から第三条にある「児童福祉の理念」「児童育成の責任」「児童福祉原理の尊重」の規定にのっとり、他の子どもと同様に育成されるべきです。

障害者自立支援法は、障害の有無にかかわらずだれもが地域社会の中で生きる「自立と共生」の社会の実現を目指しています。この法の精神のもと、障害のある子どもは地域で普通に暮らし、また、将来そうした社会の構成員として生きるにふさわしい育ちの環境を用意されるべきです。

**障害のある子どもおよびその家族は、地域に展開されるすべての子育て支援サービスを等しく利用できるよう支援され、それに重ねて障害に固有の支援策を利用できる仕組みが必要です。**

現在国は少子化対策基本法に基づき「子ども子育て応援プラン」を策定し、社会全体で子どもの育ちと子育てを支援するシステムの整備を目指して地域の子育て支援策を強力に推進しています。障害があるためにこれらのサービス利用が困難な場合は、必要に応じてその困難をカバーするための個別支援策を講ぜられるべきです。その上で、地域療育センター、通園事業、デイサービス、ショートステイ、相談支援事業など障害に固有な療育支援・家族支援の機能を使えるようにすべきです。

**子どもが実親家庭で暮らし続けられるよう、地域にある相談支援事業所などの家族支援機能を、家族の問題の複雑化、深刻化、緊急性に対応できるレベルに引き上げる必要があります。**

社会や経済の構造が激変する中で家族の養護機能の劣化が進んでいます。障害のある子どもを養育する家族の問題はさらに深刻です。現在地域にある相談支援事業所など障害児の家族を支える支援機能がこうした事態に対応しきれないため、子どもが入所型の施設などに移らざるを得ない状況があります。子どもの本来の暮らしの場である実親家庭の養護機能を維持し補完するため、相談支援事業所などの機能を家族の問題の複雑化、深刻化、緊急性に対応できるレベルに引き上げ、同時にニーズに合わせて即対応できるワーク部門を強化しなければなりません。

**社会的養護を必要とする障害児の住まいの場を、抜本的に改善しなくてはなりません。**

- (1) 現在児童養護施設で制度化され実践されている「地域小規模児童養護施設」事業を障害児施設にも導入すること。
- (2) 障害児が里親などの元で養育されるための支援策を強化すること。

親元で暮らせなくなった障害児のほとんどは、現在入所型の障害児施設や児童養護施設で暮らしています。これら施設ではいまだに6割以上の子供がいわゆる大部屋暮らしを強いられるなど、子供が育つ環境として適切であるとはいえません。多くの施設でユニット化や分棟など改善への努力が払われており、こうした方向を今後強力に進めなければなら

ません。同時に、出来るだけ家族に近いサイズと人間関係のなかで暮らし育つことの出来る住まいの場を、地域に用意することが必要です。その具体策として以下のことを提案します。

**(1) 現在児童養護施設で制度化され実践されている「地域小規模児童養護施設」事業を障害児施設にも導入すること。**

この事業の展開に関しては、障害児専門の事業とするか養護児童と混合型にするか、支援体制をどうするかなど検討課題が多々あるので、早急に検討委員会を立ち上げて課題の整理とその解決のための方策を検討し、同時にモデル地区を指定して試行をスタートさせるなど、制度開始に向けての取り組みを進めること。

**(2) 障害児が里親などの元で養育されるための支援策を強化すること。**

わが国では定着が難しいといわれてきた里親制度が、国の後押しでようやく発展する兆しが見えてきました。国は平成19年度に出された社会保障審議会児童福祉部会社会的養護専門委員会報告書に基づき20年度には里親手当の増額など大幅な改善を行い、また新たな事業として小規模住居型児童養護事業（ファミリーホーム）を新設しました。里親による養護は家庭生活そのものであり、条件さえ整えば社会的養護を必要とする障害児にとって最善の住まいの場であると考えられます。しかし一方、里親やその家族、同居する他の里子との関係などに通常以上の問題が生ずる場合も予想されます。こうした課題を解決し、障害児が他の子ども同様に里親家庭などで養育されるための条件整備が必要です。すでに先駆的に実践されている事例などを中心に、必要な支援策の検討を行うため、専門委員会を立ち上げるとともに、関係者や社会一般の啓発活動を強力に推進する必要があります。

**地域相談支援事業所はじめ地域支援機能と社会的養護機能（障害児施設、地域小規模施設、里親、ファミリーホームなど）の相互乗り入れ、または柔軟な連携を可能にする施策を展開すること。**

児童が障害児施設などに入所すると、それまで児童や家族に関わっていた児童相談所ほか地域の支援機関がいっせいに手を引き、それが児童の家族や地域への再統合を困難にし、在園期間長期化の一因となっています。また、障害児施設を、家族の状況が修復不可能な状態に陥るまで利用しない状況が、子どもと家族の関係の再構築を著しく困難にしています。このような地域支援機能と社会的養護機能の硬直した関係を早急に改善し、効率のよい支援を実現しなければなりません。

さらに、上述した障害児地域小規模施設、障害児を養育する里親やファミリーホームは、一見困難に見えますが、地域にあるさまざまな支援機能が総力を挙げて応援することで運営が格段にしやすくなります。相談支援事業者などを核として、さまざまな種類の制度や支援の力が相互に乗り入れながら障害児とその家族を支え、親元で暮らす子どもも、暮らせない子どもも、安心して地域で暮らし育つ環境を整備することが何より大切です。