

【御礼】

令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改正において、グループホームにおける重度化・高齢化の対応として、医療的ケアが必要ない人に対する加算がつくこととなりましたが、到底それでは足りないと感じています。

医療的ケアが必要でなくとも重度の肢体不自由者は現状のグループホームの人員配置、報酬単価ではやっていけず、経過措置の個人単位のホームヘルパーの利用をしても厳しいと思います。また、介護人材不足(特に夜間)、看護師不足も障壁となっています。

障害者の介護度、医療度のあった加算がつくような制度にならないかと感じています。

また、複雑化する報酬制度により事業所の負担が増えないよう、報酬の充実とともに使い方の簡易化も必要ではないかと思いました。

【回答】

感想有り難うございます。R3 年度報酬改定における医療連携体制加算の使い勝手の悪さに関して日知協を通じて、先ずは質問を出しているところですので回答待ちです。

定時・不定時の医療的ケアに対処するため人件費等運営費のゆとりのない中、グループホームだけではなく通所系の事業所で複数人の看護師を配置し、事業所間を越えて医療的ケアにあたっているのにもかかわらず、医療連携体制加算の中身が医療機関や訪問看護ステーションへの「業務委託契約」ありきとなっています。

もともと、医療的ケアの必要な利用者には、主治医が存在していますし二重払いする必要がありません。訪看ステーションも 24 時間型が制度的にはありますが、身近なところにあるとは限りません。

この度のこの点に関する報酬改定は、医療的ケアの内容の高度軸と時間軸に着目し改正されたところまでは良いのですが、業務委託契約ありきでは解決にならないと思っています。

基本的には、必要となる看護師を過度の負担無く雇用できる報酬の改正が必要と考えます。複雑化する加算だらけの制度も低額な基本報酬も、日本という国(厚労省)が本気で重い障がいのある人の地域生活を保障する気があるのか、という所に尽きると思います。

【質問 1】

グループホームにおける吸引等の医療的ケアを支援員が行う際のヘルパー研修について、1号、2号、3号の具体的な内訳をお教えてください。

医療的ケアに対応できる支援員は何号でやっているのか？また、その人数。

看護師と支援員のシフト配分はどのようにしてケア対応しているのか？

医療的ケア対応ができる支援員は、ヘルパーとして、①他事業所から派遣されているのか。②グループホームの職員のみとして勤務しているのか。③日中活動(生活介護等)の支援員がGHを兼務しているのか？

3号を中心にやっているとしたら、シフト体制に無理が生じないのか？また、職員の定着が良くないと難しいと思いますが、そのあたりも含めて教えていただきたいです。

【回答】

1号2号3号の内容の違いに対する質問なのか？それとも当法人職員の認定特定行為業務従事者の資格取得人数の内訳なのか？回答に迷うところですが、1号2号3号の違いについては、ネットで調べれば、対象が不特定の人か特定の人か、また、喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)、経管栄養(胃ろう又は腸ろう・経鼻)の5行為の範囲等が分かりますので、当事業所の状況を回答します。

当法人のGH入居者で日々の医療的ケアを必要としている人は3人です。A君(気管切開・気管カニューレ非装着の為気管内の喀痰吸引+胃ろう)、Bさん(胃ろう)、C君(毎日の義眼の脱着と洗浄)です。短期入所には、腸ろうや人工呼吸器装着者が利用しています。

まず、AさんとBさんはGH野ぶどうに入居しています。2人の胃ろう処置については2か所の訪問看護ステーションとGHに配置している看護師1人で土日祝祭日も対応しています。問題は気管カニューレを装着していないAさんの不定時な喀痰吸引です。肉芽ができ微出血してしまいますので気管カニューレを装着できませんので認定特定行為業務従事者が行える範囲を超えた医療的行為となります。したがって、家族の同意書、主治医からの技術指導(終了証も発行)、看護師による定期的な技術講習、事業所としての管理体制を整備した上で「**違法性阻却行為**」として実施しています。

このことについては数年前に北海道と伊達市に報告しています。もちろん、北海道も伊達市も「了解」でもなく「聞いたよ」という程度です。Aくんのような気管内の喀痰吸引や人工呼吸器装着者の酸素ボンベからの供給や点滴における薬袋交換など家族が行うことができる範囲まで認定特定行為業務従事者の行える医療的ケアの範囲を拡大すべきと先日の研修会で主張したのはこういう背景からです。

さて、質問事項に戻りますが、違法性阻却行為として気管内の喀痰吸引は、GHではヘルパー(介護福祉士)が行っています(7:00~21:00までのホームにいる時間帯)。21:00~翌朝7:00までは夜勤に入るGHのスタッフの生活支援員が行っています。ただし、ヘルパー事業所は当法人が運営しており、野ぶどうにサービスに入るヘルパーには全員GHスタッフとして生活支援員の兼務発令をしており、前述した夜勤帯はヘルパーがGHの生活支援員となるわけです。現在のところ日中活動(生活介護等)の支援員とGHのスタッフとの兼務はおりません。

最後の質問であるシフト体制ですが、研修の時お話したように平成19年からもう10年以上「違法性阻却行為」を行っていますが、毎月このシフトを作るのが大変で「地獄の勤務表づくり」と呼んでいます(笑)。ただ、主治医の講習や家族の査定も含めてAくんの喀痰吸引を行えるスタッフ(ヘルパー兼GH支援員)は9人います。ヘルパーの定着率ですが、常勤13人、非常勤7人がなんとか長期にわたって定着しています。付け加えると・・・約19年前に他法人の居宅介護事業所から来て頂いていましたが、複雑且つハードな勤務シフトであり、また、重度重複障がい者の介助の難易性を理由に1年間で断られましたので当法人自ら居宅介護事業所を立ち上げたと言う経緯があります。

【質問 2】

障害者本人(当事者)の立場から、グループホームは理想的であるが改善点もあると思います。

①居室が狭い。(健常者でも狭いと思う)

これは理想論ですが、サービス付き高齢者住宅みたいな1DK の居室があれば、車いすでの動線も楽だし、何より障害者にとって快適に生活出来るのではないのでしょうか？

一人暮らしでのアパートではリスクが多いですが、グループホームでは仲間と一緒に居られる安心感や介護スタッフも何人かいるだろうし、介護スタッフによる虐待防止の抑止力はある程度有効だと思うし、居室を1DK にすることで、週末に住宅の環境等で自宅に帰れなくても家族が居室に来て、簡単な家庭料理が食べれて、家族団欒のひとつきが過ごすことが出来ると思います。

【回答】

居室が狭い・・・理想的な GH の居室のイメージはおっしゃるとおりだと思います。私は昭和の時代からもう 40 年近く GH の開設や建設に関わってきて思うわけです。

先月の講演の中で、数年前まで国主催のサビ管指導者養成研修のお手伝いをしていたこと、1 講義頂いていたこととお話したと思います。その講義の中で「GH とは、障がいのある赤の他人が、痛みをもちながら、家族まがいの暮らしをしているのが GH である」と主張してきました。

プライベートや平等という不平等など、その痛みの事由は幾つかありますが他人と水回りを共有することもその一つです。洗面台、トイレ、お風呂、台所といった部分はその使い方が他人同士ですと比較的ナーバスになって当然です。決して設備面だけではありませんが、GH の質を測る尺度に「どこまで個別化がなされているか」ということがある、と講演でお話したはずですが。水回りの設備がどれだけ身近にあるかという利便性だけの問題ではないと考えています。

伊達には私が平成 6 年に開設した 1LDK が 10 室のアパートをそのまま GH にしたホームがありますし、平成 26 年に当法人が開設した高齢障がい者用の GH「麦わらぼうし」は 11.5 畳の居室に車椅子用洗面台とトイレが付いており有料老人ホームの基準で作りました。

②別館でシステムキッチン完備・多目的トイレ完備のコテージ設置

何かとバンケット会場に行くことがハードル高い障害者にとって、気がねなく家族で誕生パーティーや成人祝いなどが出来るのではないのでしょうか？コロナ禍での密対策にも有効だと思います。

地域住民のサークル活動場所に格安レンタルしたら、地域交流も生まれるのではないのでしょうか？

サービス付き高齢者住宅も色々問題あると思いますが、高齢者と障害者のハイブリッド型サービス付き住宅はどうでしょうか？

全国にそのような施設はありますか？

【回答】

別館でシステムキッチン完備・多目的トイレ完備のコテージ設置

この提案もとても理想的だと思います。近くの入所施設ですがそのようにしているところがあります。先ほどの水回りの件もコテージ設置の件も建築費の問題ですよ。設置運営する法人にそれだけの資金力があれば一般化していくと思いますが、講演でお話したように GH の施設整備面の国庫補助は加算を入れても 4000 万円にも届かない額です。厚労省は費用対効果の面からなかなか増額しようとはしないと思います(ちなみに、麦わらぼうしは建設費 8500 万円で補助は約 3000 万円でした)。

あと、建築面積と水回りの設備が増えますとランニングコストとしての水道光熱費が当然かかります。理想的な GH の建物を開設しても利用者の中には入居費(家賃や水道光熱費)が払えず法人が補助しているところも伊

達市内の別の法人が運営する GH にあります。・・・等々・・・理想と現実を考えると、如何に日本という国は所得保障も含め障がいのある人の人生そのものを値切っているか・・・と腹が立ちます。最近の「持続可能な制度設計」という厚労省の台詞も素直に受け取れません。

高齢者と障がいの者のハイブリッド型サービス付き住宅の実践は北海道でも耳にします。洞爺湖と昭和新山の町、壮瞥町にも共生型と称してあります。形態としてはありますが「質」と「利用料金」の課題があるようです。

【質問3】

先日は、大変有意義な報告会に参加させて頂き誠にありがとうございました。

大垣先生にも、一参加者としてくれぐれも感謝をお伝え頂ければと思います。

私共は東京都●●●市で、医療的ケアの必要な方を含む重度障害のお子さんを持つ母親が中心になって作った居宅介護派遣事業を営んでいる NPO です。

私はその NPO のグループホーム準備委員会の事務局をしている地元の社会福祉士です。

NPO 理事の方からのものも含め大垣先生に三つ質問させて頂ければ幸いです。

1. 先生のお話で、重度障害対応、特に医療的ケアを含めると、現制度下では運営的に大変厳しいことは理解できました。

私共のケースの話で恐縮なのですが、2人の在宅の支援区分6の女性利用者がいて、一人は経管栄養を含め医療的ケアが必要です。ご家族の負担を考えるとこの2名の早急なグループホーム入居の必要度が高いのですが、地元の資源的にはなかなか実現できない状況です。

この2名の在宅でない生活の実現に目的を絞ると、

- A) 地元には他にも重度対応グループホームを必要としている方がたくさんいらっしゃるので、利用者を募って、4名以上定員のグループホーム実現を目指す。
- B) 制度としてのグループホーム利用はせずに、24Hの派遣を利用した一人暮らし～シェアハウス生活をまず目指して、重度訪問等の制度の利用(今やっている居宅介護派遣事業を充実させて行く&外部派遣事業者の利用)で24H対応を目指す。

A)とB) どちらがより現実的でしょうか？

私の考えでは、NPOはレギュラー利用者25名くらいの小規模な段階なので、資金的にもグループホームは難しい現状です。

そこでB)をまず目指して行き、地元行政、国分寺市とのやり取りの中でグループホームの方向に発展できればその方向に修正して行く。というやり方をしたいと思っております。

2. NPOのスタッフに難病のご家族がいらっしゃる方がいます。ご家族は若い男性で生活介護に通いながら、在宅で医療的ケアを含め24Hの支援を受けて生活されていますが、ご両親の加齢で、今の形の持続に危機感を持っていらっしゃいます。

知的には障害のない方なので、ご本人の意思決定とご家族の負担の軽減の両立が難しい状況ですが、NPOが考えている小規模のシェアハウス～グループホームとの接点は考えられるかもしれません。

ただNPOの居宅介護派遣をグレードアップしないと、派遣にも現在は対応できていません、難病の方の入れるグループホームについて勉強して行きたいのですが、アドバイス頂けると幸いです。

3. 先生のお話は、ほぼ全国共通の重度障害グループホームの課題と理解していますが、●●●市＝東京圏の郊外住宅地で先生のお話を翻訳して進める際、注意すべき点あれば教えて頂ければと思います。

【回答】

質問有難うございます。

お二人のケースの詳細(医療的ケアの内容や頻度、日中は事業所へ通っているのか、利用者の経済的な支払能力、援護の実施者である●●●市の姿勢等)が分かりませんので無責任とならないよう回答が事業所の資金力に限らせていただき、懸念される事項の箇条書き程度といたします。

① 運営事業所(法人)の資金力

GHを設置運営する場合、定員規模と設備、ショートを実施するか否かにもよりますが建設費が8千万前後必要となります。国庫補助の施設整備費補助は4000万にも満たない。金融機関からの借入れを家賃で返済していく場合、東京都は、(建設費－国庫補助)+(建物の維持補修費)を勘案した家賃設定を基本としていますから当然法人の持ち出しが多くなります。

② 設置運営するGHの体力(運営費だけで大丈夫?)

入居利用者が支援区分6で個人単位のホームヘルプサービスを使った場合のGHの報酬は各種加算も入れて1人年額300万前後です(自宅への帰省が頻回ですと更に減ります)。4人のホームですと年間運営費が約1200万円程度です。もちろん夜間支援体制をとるでしょうから、夜勤もしくは宿直も含めると4人の世話人(又は生活支援員)を配置して4日に1回の夜間勤務(月7～8回)です。1200万円を全額人件費に使うわけにはいきませんので事業所の法定福利費も含め1人の年俸が250万円くらいです。よほど熱き志をもった職員でないとやれません。2月にお話したように、家事援助職員(徹底したお掃除や調理、洗濯)と介助職員に分離して配置してみるのも方法だと思います。もちろん、兼務で構いませんが事業管理者やサビ管も必須です。さらに、理想的には看護師もです。単に医的行為をどう賄うかだけではなく、利用者さんの障がい・疾病・体質等に精通した看護師がGHまたは同じ法人にいてくれると心強いです。

以上のことから、重心の4人のホーム単体での運営はかなり厳しいことが予測されるということです。私のところは10ホームありますが、他のホームが人件費をカバーしてきましたし、2～3年前からは通所や居宅介護の事業所から会計間繰り入れで輸血している状況です。法人の給与規定からGHの職員だけ昇給ストップというわけにはいかないのです。

③ ●●●市の姿勢は?

2月のときにお話した国庫負担基準の問題です。GHの利用者が個人単位のホームヘルプサービスを長時間使う場合、一般的には重度訪問介護です(短時間の身体介護+生活支援員という方法もあります)。そうすると国庫負担基準の問題が浮上します。●●●市が月あたりの基準を超えて何時間支給してくれるのか事前に十分協議が必要です。また、施設整備に若干でも市として応援してくれると有難いですよね。

二つ目の質問である難病のご家族のGHについては貴殿の方が詳しいのではないかと思います。都の難病センターから情報を集めてはどうでしょうか。ネットで難病・グループホームで結構ヒットしました。宮城県石巻市の愛さんさんグループなど全国にも何か所かあるようです。

三つ目の質問については一つ目の回答文章以外の些細なことになります。

住宅周辺の環境が気になりました。車いすで散歩散策して楽しいところが良いですね。あと、日中活動事業所との距離です。車いす送迎車は安全で天候に左右されず良いのですが、利用者にとってはつまらない場合があります。長時間になればなおさらです。季節や天候の良いときは車いすで散歩しながら通えるところに日中活動事業所があると良いですね(理想)。

東京ですと電車通勤が当然なのでしょうし、北海道とは事情が違うのでしょうか。スタッフを確保しやすい地域かということも大切です。人件費の関係からパートのスタッフを沢山確保してうまく回す(神奈川の訪問の家やゆい方式)ためにもです。

貴殿の質問にフィットしない回答ばかりで申し訳ありません。

最後になりますが、前述した横浜の訪問の家さんの GH や横須賀のみなと舎の GH を是非見学してみたいかがでしょうか。みなと舎さんは 4 人のホームを 2 か所運営しており、一つのホームに 4 対 4 で配置、時間帯により 4 人のスタッフがヘルパーに代わり、夜間は 2 人でという体制をとってやりくりしています。