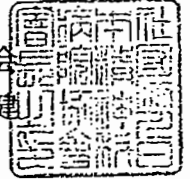


平成17年12月1日

社団法人 日本精神科病院協会
会長 鮫島 健



障害者自立支援法における居住施設についての見解

今般の障害者自立支援法に基づき精神障害者の地域生活支援を進める上においては、地域の居住施設や地域サポートのための活動事業の整備が十分に行われることが必要である。そのために居住支援を進めるための当協会の見解をここに示したい。

1) 居住施設の規模について

ケアホーム・グループホーム等の居住施設の規模については、数人単位の少人数規模が望ましいものではあるが、これまでの社会復帰施設である生活訓練施設や、福祉ホームBなどは20名規模であることから、利用者に他の居住場所を確保することは現実的に困難であり、同一規模での移行が必要である。

また、ある程度の規模の社員寮やアパート等の利用が可能になったときに、新たな資本投下でなく、既存の社会資源を有効活用することによって、居住支援を広げることが現実的に必要であり、規模を小規模のみに限定するべきでない。

2) 居住施設の立地場所について

病院の敷地内での設置について、入院と変わらないので認めるべきでないとの意見があるが、これまで精神障害者の社会復帰施設等の設置については、社会的偏見がなお強く、地域住民からの反対運動が多く、病院の近くや敷地内に作らざるを得なかったことがある。今後も自治体が主体的に啓発し、反対運動にも対応して自ら居住施設を設置することを行わなければ、敷地内の新たな建築や既設建物の転換がされざるを得ない。

病院敷地内の余剰建物がある場合には、それを社会資源の有効利用として居住施設として利用することを認めるべきである。その場合には利用者の行動の自由性は担保されることは当然のことである。敷地内居住施設であっても、利用者が自らの意思で社会生活を享受できる状況であれば、地域社会生活を行っていることに間違いなく、問題視することはおかしいと思われる。

2005（平成17）年12月5日

社会保障審議会障害者部会
部会長 京極高宣 様

社会保障審議会障害者部会 臨時委員
社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会 常務理事
松友 了

グループホーム、ケアホームの施設・病院敷地内の設置、定員規模
について（意見）

障害者自立支援法は、紆余曲折を経ながら、特別国会の終了際に可決・成立されました。社会福祉基礎構造改革の理念を評価し、それに基づくサービスの持続と新たな発展のための苦肉の策と考え、同法案を一貫して支持してきた立場として、ひとまず安堵しております。

とくに「新たな発展」とは、利用者とサービス提供の量的広がりと共に、内容の質的な転換を期待したからであり、その基本は「ノーマライゼーション」理念に基づく判断したからです。

自己負担の増大等、新たな厳しい環境が前提であるため、内外から多くの批判や抗議を受けながらも、「グランドデザイン案」以来、私たちが方針を堅持した理由はここにあります。しかしながら、この改革の期に乗ずる形で、基本理念から逸脱する動きがあることを耳にし、極めて遺憾に思っております。

支援費制度のスタート直前に起こった、「ホームヘルプサービスの利用制限（上限設定）」に対する関係者の激しい抗議行動は、その内容と共に進め方に対する不信と怒りによるものであります。中心的役割を担ったと自覚する私たちは、その責任を強く認識して今回の制度改革に真摯に取り組んで来ました。そのため、理念を逸脱する動きは容認することはできません。

具体的には、「グループホーム、ケアホームの施設・病院敷地内の設置、定員規模」の問題であります。私たちは、厳しい現状を認識しながらも、国家戦略が理念から逸脱することのないよう、強い要望として以下のとおり意見を申し述べます。

記

1. 知的障害者のグループホーム、ケアホームの施設・病院敷地内の設置は、絶対に認めることはできません。

厚生省（厚生労働省）は1989（平成元年）の新規事業として「精神薄弱者（知的障害者）の地域生活援助事業」の名のもとに、グループホームを創設しました。そして、その適切な設置・運営のために、異例ともいえる『ハンドブック』を発行しました。そこに示された知的障害者の処遇についての歴史認識や施策の基本理念は、関係者をして驚愕させる程の画期的なものであります。私たちは、この事業をもって地域生活の実現へ向けた動きの幕開けと理解しています。

そこでは、グループホームとは、「地域における生活の場のひとつ」として示されています。長らく地域から隔離され、収容の処遇を受けてきた知的障害のある人が、本来の場において適切な支援のもとに、人としての尊厳が守られながら生活するということがあたり前のことであり、

私たちが長らく望んできたことです。そして、グループホームが訓練の場である施設でなく、暮らしを保障する「生活の場」であることを高く評価するものです。

「地域における生活の場」であるとしたら、施設や病院の敷地内に設置することは、常識的な発想として浮かんでできません。施設や病院の敷地内が、地域でないことは自明の理であります。膨大なる需要の拡大や入所（収容）施設の対象者の減少等の現実があったとしても、基本理念を放棄した対応は歴史的な禍根を残すことになります。

何より、地域での生活を望む知的障害のある人たちが、施設や病院の敷地内での生活を望むでしょうか。彼ら／彼女らの意志を無視した施策は改められるべきであり、第一の権利擁護者（代弁者）である親として、この点は決して譲ることのできない一線であります。関係者は、自らの胸に手をあて、自らの哲学・倫理に反しない判断を行う必要があります。

ケアホームは、今回の新しい制度で創設されるものであり、私たちは「小型施設」としての問題を認識しつつ、現実的な対応として評価しました。しかしながら、それもグループホームと同様に「地域における生活の場のひとつ」としての期待であり、それ故に施設・病院敷地内の設置は考えられないことです。

しかしながら、精神障害者に関しては、地域での差別意識の厳しさ等に伴い、現行制度でのグループホームの実施という事実があります。それらの点を考慮すれば、何らかの配慮や経過措置が、例外的な規定として考慮されることは必要かと考えます。その場合も、基本理念を踏まえた原則を確認することが前提になります。

2. グループホーム、ケアホームの定員規模は、それらが障害のある人の「地域における生活の場」であることを踏まえ、それにさわしいものでなければなりません。

グループホーム、ケアホームが「地域における生活の場」であるとしたら、それにふさわしい規模が、そこに生活する障害のある人の視点から考えられるべきです。確かに、本来の地域での暮らしの場への過程であることは、厚生労働省の資料によっても明示されているところです。しかしながら、それが必要な人にとっては、生涯の場である可能性もあります。そうであるとしたら、それを前提として考慮されるべきであります。

新しい制度では、最低定員を4人とし、「1住居当たりの利用者を2人以上とする」方針が示されましたが、この点は高く評価するものです。問題は、「1住居当たりの最大限度」であり、新しく示された＜事業＞としての最大限度であります。グループホームとケアホームでは、当初のねらいから考えれば、異なることは理解できます。しかしながら、両者においても従来の実績を踏まえ、提供者（管理・運営）の視点からばかりでなく、利用者（生活・自立）の観点から適切な数と形が決定されることを強く望みます。

以上

【参考文献】

- 1) 厚生省児童家庭局障害福祉課（監修）：グループホームの設置・運営ハンドブックー精神薄弱者の地域生活援助ー，財団法人日本児童福祉協会，1989（平成元）年6月15日

グループホーム・ケアホーム設置の特例について（要望）

○グループホーム・ケアホームの入所施設敷地内設置の特例について

我が国において、入所施設を中心とした知的障害福祉サービスが推進されてきたなか、その福祉サービスが、24時間の限られた空間のなかでの自己完結的性格を有してきたことにより、様々な弊害を生じてきたことは否めないものであり、地域生活移行が大きな課題であると認識している。

しかし、未だ家族にとって、入所施設が安心・安全のよりどころであるという現実と、地域によって入所施設に対する依存度に大きな開きがあることも事実である。また、地域生活を推進するうえでの基盤整備や財政的支援体制は、一部の地方自治体を除き、脆弱であり、国のそれらに対する支援体制も不十分である。一方では、地域住民の理解に多くの労力を要する現状もあり、これらを踏まえた実効性のある地域生活移行に向けた現実的な対応が肝要と考える。

そこで、本会は、地域によっては、先ず、入所施設における24時間型の限られた空間での生活を「日中活動」と「住まい」に分離し、生活の空間を広げていくのが、地域生活移行に繋がっていくものと考えている。また、現状の集団生活や複数人数の居室などの弊害を解消し、利用者のQOLの向上を図ることが重要であると考えており、グループホーム・ケアホームの入所施設敷地内設置の特例は、これらに有効な現実的対応策として期待するものである。

よって、地域の実情や資源の有効活用の観点から、特例として、都道府県の判断により、ケアホーム、グループホームを入所施設敷地内においても指定できるようにするとともに、現行入所施設において、新たな施設・事業体系への移行により空室となる既存の居住に係る建物部分について、一定の要件のもとに、ケアホームまたはグループホームとして、その基準に準拠して改築・改装し、有効に活用できるように要望するものである。

○グループホーム・ケアホームの定員規模の特例について

上述したような現状を踏まえ、地域生活移行に向けた現実的な対応として、地域にある既存の通勤寮、アパートや社員寮などの社会資源を活用することは、より円滑に地域での暮らしを可能とすると考えるものであり、これら既存の社会資源を活用する場合にあっては、定員規模について特例を設けるよう要望するものである。

平成17年12月5日

財団法人 日本知的障害者福祉協会
会 長 小 板 孫 次

社会保障審議会障害者部会
会長 京極 高宣 様

平成 17 年 12 月 5 日
臨時委員 武田 牧子

第 29 回社会保障審議会障害者部会一意見と質問について

これまでの審議や事前配布資料に目を通し、自立支援法全体を網羅しているものではありませんが、現時点の質問と意見を述べさせていただきます。ぜひ審議会で、ご回答もしくは今後引き続きご審議願いたくお願い申し上げます。

1. 自立支援法全体について

① 対象者の範囲拡大

自立支援法は障害の種類にかかわらず、障害者の自立支援を目的とした共通の制度により福祉サービスが提供されることとされています。しかし、現在は身体障害、知的障害、精神障害の三障害に限定されています。残された課題として、難病など生活に何らかの困難性を持った国民が誰でも認定調査が受けられるような暫定的な仕組みと、今後障害の種別に関係なく、住みなれた町で支援が受けられるような法律に変えていくことがこの法律の使命でもあります。引き続き検討いただき、早急にこの法律に盛り込まれるよう要望します。

② 低所得者への負担軽減と所得保障について

生活保護に転落しないような仕組みが講じられていますが、複雑でわかりにくいです。利用者負担を払った場合、生活保護以下の所得水準であり、負担軽減を申請する場合の市町村窓口への申請方法をわかりやすく明らかにすると同時に、市町村への周知徹底をお願いします。

また、尾辻元大臣が心配されていた、所得保障についての議論を引き続き行ってください。

③ 障害者福祉手帳の一本化について

残念なことに、手帳はまだ一本化されていません。障害者福祉手帳の一本化がなされれば、手帳で受ける民間のサービスも共通のサービスを受けることができます。また、発達障害者、高次脳機能障害などは精神障害者に定義されますが、そのことを知らない方や、精神障害者に定義されたくないという利用者や家族があることも事実です。施行を契機にして制度化に向けて検討を始めてくださるよう要望します。

④ 誤解・偏見の是正について

障害者福祉の進展に必須のものは誤解・偏見の是正です。地域住民の一人して暮らすのに好奇の目や、恐怖感をもたれることは、心理的に大きな負担を生じます。共生社会を構築していくには、誤解偏見の是正に国を挙げて取り組む必要があります。

⑤ 基盤整備と地域の限られた資源の活用について

受け入れ条件を整えば退院可能な精神障害者 7 万 2 千人の入院者と知的障害者入所施設利用者の早期地域移行を実効的に可能にするには、段階的な資源整備が必要です。福祉計画で数値目標を設定し計画的な基盤整備を図るとありますが、都道府県と市区町村単位で目標値と達成度を評価し、公表をお願いいたします。

同様に「障害福祉サービスの拠点として、空き教室や空き店舗、民家の活用ができるよう施設基準を緩和」とありますが、公共施設の使用に当たって障壁となるのが「目的外使用」を理

由に断られる可能性があることです。施設基準が緩和されても、国土交通省、文部科学省、財務省、経済産業省など各省に周知され、「目的外使用」とならぬような、国全体の取り組みが必要です。また、都道府県や市区町村の施設についても同様のことが言えます。国の施策誘導が必要です。

特に生活サポートのある住宅の確保は、就労を促進する上で高い相関関係にあり、自立支援法の大きな柱の一つです。それには、厚生労働省だけでなく、国を上げて住宅が確保できるように国土交通省との連携の具体的施策をお示してください。

⑥ 間接経費について

事業者にとっては、事務員配置や施設維持管理費など間接経費はよりよいサービスを提供していく上で、重要な案件のひとつです。精神障害者社会復帰施設は、日払いの経験に乏しく、事務に忙殺されれば、利用者支援に混乱をきたす恐れがあります。サービス管理責任者、サービス提供職員は明示してありますが、間接経費はどのように盛り込まれるのでしょうか。

⑦ 社会福祉法人減免について

社会福祉法人減免を実施する場合、市区町村や都道府県がこの減免を積極的に導入できるように国から働きかけをしてください。それでもなお、社会福祉法人単独で減免するしかない場合は、国負担分への申請は都道府県、市区町村どちらが窓口でしょうか。

⑧ 今後の審議会開催予定について

やっと省令案が示され、少しずつ明らかになり始めていますが、検討や周知徹底する時間も無く、突貫工事であることは否めません。今後より良い方向に改定されるものと期待していますが、法施行後、全国の実施状況や移行進捗状況、浮き彫りなる課題の検討、改正の必要性の有無なども生じてくると予測されます。今後も審議会で逐次報告検討を重ね、より良い制度に構築していただきたいと願いますが、法改正までの省令の改正等について、どのようにお考えでしょうか。

⑨ 自立支援法を国民に周知する方法について

自立支援法は、現場(利用者・家族や事業者)にとっては未知の方向転換を迫られた感覚を持っており、大きな不安を感じています。新しい仕組みは誰にとっても不安ですし、私自身全体をよく理解できていません。自立支援法は障害者の皆さんが地域で安寧な生活を送るための社会保障の仕組みの一つです。厚生省ホームページを開けば、障害者の皆さんにも、支える事業者にもわかるような、自立支援法PRページを設置し、自立支援法の仕組みや全国の取り組み状況をわかりやすく説明してください。

支援費が始まった時、自治体の中にはとてもわかりやすい冊子を作られている市町村がありました。わかりやすいPRモデルを発掘し、PR冊子を作成していない市町村が活用できるような支援もお願いします。

また、ぜひ自立支援法Q&Aのコーナーを設けて、利用者、事業者、都道府県や市区町村にフィードバックできるような仕組みを盛り込んでいただくことをお願いします。

2. 相談支援事業者及び障害程度区分認定調査(ケアマネジメントプロセス)について

① 地域支援事業の設置箇所数について

住み慣れた町で身近な支援を受けるには、利用者が相談に行きやすい事(交通の利便性並びに心理的利便性(accessibility))も重要なポイントです。未設置の市町村が急がれますが、同時に一事業者が担える範囲は単に人口だけではない配慮が必要です。また地域活動支援は

中学校区に1箇所は必要です。しかし、統合補助金となっていることから、個別事業の所要額に基づく配分はしないとされており、これでは作業所等が地域活動支援に移行しように、できない状況が生じます。国庫補助金の配分の考え方について、さらに検討をお願いします。

② 障害程度区分マニュアルの改訂について

障害程度区分調査マニュアルは、市区町村によって判定に格差が生じないように、4月以降の実施状況を把握し、順次事例を積み重ねて、マニュアルの改訂を行うことが必要と考えます。半年か1年毎の改定をお願いします。

③ 資源開拓のためのネットワーク構築について

自立支援法では、ケアマネジメントの観点から見たときにインフォーマルサービスの活用や、資源開拓のために市区町村を中心とした地域社会が活発に動くことについての言及が少ないと感じています。地域自立支援協議会（仮称）が形骸化せず活発に機能するような、政策誘導が必要です。複数の自治体を一つの圏域にまとめる必要のある地域や、一つの自治体をブロックで分ける必要のある地域もあります。地域性や資源量もニーズの種類も全然違いますから、モデル事業で沢山の先駆事例を作り、ガイドラインを示し、全国課長会議や市区町村研修において充分強調されるようにお願いします。また、今後動き出したとき、モデル事業以外でも活発に活動している地域自立支援協議会のノウハウを伝授するような研修会の開催を望みます。

④ 訓練等給付におけるスコアの取り扱いについて

定員を超えて利用希望があった場合の優先順位は、単に重症度だけではありません。施行後地域移行が進めば必ず利用者は増えます。その場合の優先順位のあり方について、引き続き検討を重ねてください。

⑤ 市町村の責任の明確化と相談支援事業者委託の中立性・公平性・公明性について

支給決定業務プロセスに携わるものは、当該市区町村の資源などを考慮に入れながら相談支援事業者と緊張関係の中で利用者に望ましいサービスを作成していくことと、市区町村が業務委託を行うときに、市区町村の責任性が失われないようにする事が重要です。さらに、中立性・公平性・公明性を明らかにするために、委託事業者の選定の評価基準ガイドラインと選定の事由の公表を行うようにしてください。

⑥ 相談支援担当者(ケアマネジメント従事者)の質の向上と評価について

相談支援担当者は利用者の側に立ち「ケアマネジメント」の理念に従って行動し、それぞれの障害特性を熟知していること、コーディネート能力が重要なポイントです。質の高い相談支援担当者を育成するには、定期的な研修の義務化と、事業者の評価とあわせて、相談支援担当者一人ひとりが利用者の立場に立ったケアマネジメントが適切に行なわれているかを評価する仕組みが必要です。

⑦ ケアマネジメントの更なる充実について

ケアマネジメントが制度化されたことは大きな一歩と評価できます。しかし、現在示されているところでは、給付管理だけにサービス利用計画作成費がでる仕組みとなっています。ケアマネジメントの重要な機能として、モニタリングとアドボカシーがあります。その過程で、利用者がいつでも相談に乗れるという必要があります（直接サービス）。そのような役割を果たすことが可能となる仕組みと財政的裏づけが必要ですが、時期改正に向けて、ぜひ直接サービスが導入されるよう引き続き審議をお願いいたします。

⑧ ケアマネジメントサービス評価研究委員会の設置について

介護保険では、サービス評価研究委員会が開催されていますが、自立支援法における評価機

関が全都道府県で設置されるよう、サービス評価委員会も設置していただくことを望みます。都道府県ごとの評価機関設置は進められおり、既に東京都は実施されているようですが、全国に整備が進み、すべての事業者がその評価を受ける仕組みと、その評価機関から認定を受けた事業者を公表し、利用者に周知され、判断基準の一つとなるような基盤整備は国の責任において実施してください。また、先般問題となった民間住宅評価機関にあったように、評価機関が形骸化しないよう、質の高い評価機関を育てるには、緊張関係が保たれる国のチェックと公表が必要です。

⑨ 自立支援給付費実態調査および事業所・施設指定取り消し業者の公表について

介護保険では、毎月実態調査および事業所・施設指定取り消し業者の公表がなされています。サービス供給量を迅速に把握する仕組みは、対策を迅速に講ずることができますし、成功事例をアピールすることや取り消し業者の公表は、事業者のモチベーションを引き上げたり、モラルを育成することにつながります。自立支援法の実態調査および取り消し事業者公表をお願いします。

3. 就労支援の仕組みについて

① 労働と福祉の連携の実効的な連携方法について

この法律のポイントの一つが、就労を望む人が雇用され、継続することです。労働と福祉の連携が謳われ、すばらしい絵が描かれていますが、現場で実効的な連携がなされなければ、目標の達成はこれまでとそんなに変わりなく程遠いものとなってしまいます。事業者努力はいうまでもありませんが、労働局（ハローワーク）や障害者職業センターが人材派遣会社のように、労働市場ニーズに沿ったタイムリーな連携と支援を行わなければ、実現は厳しいものとなります。それには、労働関係部局と社会援護局の実効的な連携が必要ですが、そのあり方についてお考えをお示してください。

また、就業・生活支援センターは労働関係部局と社会援護局の二つの部局の事業で、画期的なものです。しかし、自立支援法では「就業・生活支援センター」は広域事業に位置づけられています。現状でも今年度予算で80箇所しかありません。これでは十分な支援はできず、関係者の連絡調整や事業所開拓で翻弄され、利用者への支援に十分な時間を取ることができません。実効ある「就業・生活支援センター」にするには、広域ではなく、現生活支援センター同様、区市区町村ごとに必要です。勿論実績の公表や評価、評価が低い事業所は廃止するなどの整理も必要です。

② 企業就労を維持する施策や仕組みの強化について

障害者雇用促進法の改正により、企業内にジョブコーチを配置できるようになったことは、一定の前進は見られます。しかし、これまでも、能力開発事業として、様々な仕組みを作っていただいています。予算枠に限度があったり、ある地域では予算が余っているのに、活発な地域では予算が足りないという状況があり、希望する量だけ使えません。

自立支援法は就労支援をアピールしています。就労を願う人には、施設内の訓練より、企業内訓練が最も効果を上げます。経団連が率先して行われたトライアル雇用は大きな成果を上げています。福祉計画に企業就労も導入するなど、労働部局の障害者就労支援の制度も義務化されなければ、就労移行支援の出口で詰まってしまう。就労移行を実行あるものにするには、企業就労を維持する政策誘導や仕組みの強化と財政的裏づけが必要です。

また、障害者職業センターやハローワークが近くにある地域は障害者雇用が進みますが、

それらの公的資源へアクセスしにくい地域でも企業就労が進むように、市区町村への政策誘導が必要です。市区町村は一般企業への就労支援は苦手な分野では無いでしょうか。市区町村が委託する地域自立支援協議会（仮称）においても、就労支援が重要な位置づけにあることを周知し、そこで協議し、就業生活支援センターなどの地域資源を開発するには、まず市区町村への企業就労支援の意識啓発が重要です。これまでも就労支援セミナーは開催されていますが、市区町村が参加されることは殆どありません。市区町村の意識啓発を高めるには、都道府県労働部局・福祉部局と労働局と経済団体が一緒になって、就労支援がホームヘルプサービスなどと同等に定着するまでの期間、市区町村職員を対象とした、就労支援先進地市区町村の事例のノウハウを知るための就労支援セミナー開催などの政策誘導が必要です。

③ 労働関係部局の雇用施策との関係性について

自立支援法の訓練等給付は一部の利用者負担がありますが、労働関係部局の給付金を活用した施策には利用者負担がありません。福祉サイドの窓口相談に行ったか、労働サイドの窓口相談に行ったかで、受けるサービスが異なる実態がありますが、国民にとってはとてもわかりにくいです。労働施策と自立支援法の施策が一体的な就労支援策を推進し、より効果を高めるには、今後労働関係部局と社会援護局の障害者就労支援の関係性の整理が必要と考えます。このことについてどのようにお考えになっているのかお示してください。あわせて、労働関係部局は、それぞれ制度ごとの実績を求められることが多いのですが、就労移行訓練や他の制度との総合的な実績となるような評価の仕組みの再構築を検討してください。

④ 文部科学省との連携（養護学校の就労カリキュラムの導入）について

養護学校卒業生（利用者）の望む就労支援を実現するために、就学時に就労カリキュラムの強化を図ることが、利用者の発達の保障と混乱を防ぎ、卒業後の自立訓練事業者へのバトンタッチがスムーズに進みます。現場でそれを進めるには、文部科学省と厚生労働省の連携が欠かせませんが、具体策はどのようにお考えでしょうかお示してください。

⑤ 就労取り組み成功事例集について

就労支援成功事例集を発行の予定とお聞きしましたが、その後どうなっているのかお教えてください。また、今後就労支援に取り組みを検討する事業者が増えると予測され、各地のさまざまな取り組みで成功している事例を紹介することが、就労支援の取り組みの効果を上げるものと考えます。ぜひ、定期的な刊行に取り組んでいただきたいのですが、いかがお考えでしょうか。

4. ショートステイ・グループホーム・ケアホームについて

① ショートステイの単独型設置について

ショートステイの単独型設置は、自立支援法下でも変更はないのでしょうか。今後新規に設置する場合の扱いはどのようになるのでしょうか。精神障害者のショートステイの殆どが生活訓練施設・入所授産施設・福祉ホームB型に併設されており、精神では単独型はほとんどと言って良いほどありません。陽性症状が活発でもGHで生活はできます。精神科医は奇跡だと言ってくれるのですが、これまでの経験から、利用者との関係性が築かれており、夜間の支え手さえしっかりしていれば、医療と連携をとり支援できます。このことは奇跡でもなんでもなく、全国の事業者からも同じ報告がきています。

② グループホーム利用者のショートステイについて

グループホームは夜勤職員又は当直職員配置がありません。入院する必要は無いが、支援者が必要なおとき、ショートステイがその役割を果たします。この場合の給付はどのようなのでしょうか。あるいは、夜勤職員や当直職員を配置できるような仕組みがあるのでしょうか。

③ 介護給付認定を受けていない人がショートステイを利用する場合について

要支援（区分1）あるいは非該当で在宅で訓練等給付を受け日中活動利用している人が、ショートステイを利用する状態（家族の都合や本人都合）となった時、暫定支給手続きがスムーズに行えるよう市区町村にガイドラインでお示してください。

④ 入院期間中のグループホーム個別給付について

入院時も病院訪問や家族間調整、病院との退院に向けての支援計画打ち合わせ等、支援は継続しています。また、そうすることによって、長期入院を防ぎ、早期に退院を促し、社会生活能力激減を防ぎます。入院期間中の取り扱いへ一定の配慮をお願いします。

⑤ 在宅医療としての超短期入院について

ショートステイ資源の無い地域において、在宅やグループホームで過ごすには不安があるが、入院するまでも無い場合、入院施設を持つ病院で、夜間だけ入院し、昼間は訓練等給付を受けられるような仕組みを要望します。地域生活を継続するには、在宅医療としての超短期入院(数日間から1週間程度)は絶対必要です。