

一般社団法人 北海道グループホーム協会 主催  
『北の国から！ 北海道発 グループホームの主張！』

平成23年 11月4日 13:00～18:00  
かでの2・7 4階大会議室 (札幌市中央区北2条西7丁目)  
登壇者

館石 宗隆 氏 (元厚生労働省老健局 認知症対策推進室室長補佐 現 札幌市東区保健福祉部 部長)

和田 行男 氏 (株式会社 大紀エンゼルヘルプ マネージャー)  
コーディネーター

宮崎 直人 氏 (一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会 会長)

事務局より開始のあいさつ並びに登壇者の紹介

宮崎直人氏 (以下宮崎と表記)

今日は、待ちに待ったというか、私は、発端はですね道庁の方で痰吸引、医療行為の件で意見が聞きたいということで事業者団体であるグループホームに関する意見、研修についての意見が聞きたいということで、そんなお題がありまして伺ったところ給付費分科会の議事録を頂きまして、その議事録の中でそれぞれの委員さんの色々な意見がありまして、その意見の中で、これでいいのかなというご意見等々もありまして自分なりになかなか咀嚼できずにいて、そんな思いがあったたまたま同じ時期に館石さんと和田さんが、グループホームに対する危機感を抱いていたという時期が重なりまして声をかけさせて頂きました。

今日はお二人とも友情出演ということでまったくのボランティアです。このことを皮切りにもっともっとこの議論が全国で、グループホームだけではなく様々な事業所で、高齢者が住まう所で考えるきっかけとなれば、グループホームさえよければいいということではなくて、全体に機運を高めていければという思いで企画させて頂きました。

この企画は当初協会の企画にはありませんでした。私が急きょお声をかけさせて頂いて緊急理事会を開催し承認を頂いた企画でもございます。

ぜひ今日は実りある時間として頂いて、この『とことん生バトル 4時まで生討論』というのは、実はこれを考えた時やっぱり何かインパクトのあるコメントがあったらいいなというふうな思いでいました。自分をモチベートするために考えたのであって、本質的なことを言うと自分達事業所がもうちょっと襟を正さないといけないな、ということも含めて、それが半分以上ありますでしょうか、そんなことをふまえてもうちょっと自分たちがやっていることを伝えられる、そんな自分達でなくてはいけないなという思いの方が今日

は強いです。その中で言葉にして伝えることが出来たり、文章化していければと思います。

ちなみに今日はS T Vさんも来ております。色々なところに、色々な関係団体にも声をかけさせて頂いております。今日これだけの人たちが集まって頂いております。

まずは今日3時間、お二人でこの介護報酬、介護保険そのものを含めて、またグループホームが制度になってそのまっただ中にいた方がこの館石さん。なぜグループホームの制度、グループホームそのものがこの国にとって必要だったのか、大切な制度としてなったのかということをもう一度グループホームを営んでいる皆様に原点に立ち返って頂くという時間を設けたいと思います。

それと介護報酬がフラットな意味であったりそういった事も含めて、そして今現場で、報酬、給付費分科会だとか、そんなところで議論がなされている事も、そこから掘り下げていけたらと思っております。

第2部は皆さんと議論をしたいと思っております。3時間で色々な意見が出てきた中で皆さんから聞きたいこと、ご意見がございましたら何でも構いません。ご用意を頂けたらと思っております。

事前に提案用紙を配布させて頂きましたが、その提案も触れさせていただきたいと思っております。

長丁場になりますが、声の枯れぬ限り頑張りたいと思っております。よろしくお願い致します。

それではまずは自己紹介と今日の意気込みをお願いしたいと思います。まずは館石さん。

館石宗隆氏（以下館石と表記）

ご紹介いただきました館石です。司会の方から紹介がありましたように、平成14年の4月から平成17年3月まで厚生労働省に勤務しておりまして、その中で全国の経過を見せて頂きました。多くの方から意見を頂いて、出来るだけそれをくみ上げて、現場の方々の思いと制度がコラボするような取り組みにしたいな～と思って頑張ってきました。今、私はその立場を離れて直接制度に対して何かできる立場ではないのですが、今日は、せっかくの機会なので皆様から率直な意見を頂いて、まだ老健局に当時の同僚が何人かおられますので、メールその他で現場の意見はこうなっているよと、しっかり伝えていきたいと思っております。

日頃グループホームを運営している中で疑問に思っていることが沢山あると思っております。他の介護保険施設とグループホームがどう違うのかなど、疑問がありましたら私の知っている範囲でお答えしていきたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。

和田行男氏（以下、和田と表記）

皆さんこんにちは。北海道の皆さんにはいつも大変お世話になっております。今日は館石さんというグループホームに限ってかなり突っ込んだ議論が出来る機会を頂いてすごうれしいなというふうに思っておりますし、介護保険の給付費分科会動向というのは

これからがグループホームに入っていきますので、館石さんの方からアクションがあると期待をしまして勧めさせていただきたいと思います。

先日も館石さんの後釜に入ってこられました厚生労働省認知症対策推進室の池田室長補佐とお会いして、短い時間でしたがグループホームを発展させていく為にちゃんと行政の側にいる人間としてひとことはいつておいてや、という話をさせて頂きました。それから、愛知県と岐阜県、三重県の合同フォーラムが先日ありまして、この時は給付費分科会の座長をしている大森さんに来ていただいて、大森さんとも率直なお話をさせて頂きました。ぜひ、皆さんと一緒に折角できたグループホームですから、このまま沈み込ませるのではなくて、よりこれを発展させていく為にですね、色々なことを考えられる機会に出来たらなと思っております。よろしくお願い致します。

宮崎

ということで、今日ここで色々出された意見であったり議論であったり、記録をとってできるだけ直近の形で国に、まあその届け方も今これからですが、北海道庁を通してお届けするか、それとも直接国に届けるか。それと今日は北海道グループホーム協会が主催ですが、日本グループホーム協会も含めて、出来たら一緒になって提出・提案が出来たらというふうに思っております。

これがきっかけになったらと思っております。2つの団体がありますけど両方から提案できればと思っております。それと、皆さんに事前に館石さんの参考資料をお配りしております。貴重な資料ですが、資料に基づいて考案している訳ではありません。議論の中で必要な資料を例示してお話しするときに使います。とても大切な資料集ですので、ぜひ今日はこれをお土産に持って帰って頂いて、後ほどでもいいですし、討論の中で確認をしていくという資料にして頂けたらと思っております。

それと、電報が届いております。当協会は全国グループホーム団体連合会という所に所属しております、その代表から届いております。それから今日は山形からも参加して頂いております。色々なところから注目を浴びている討論会です。協会でも初めての取り組みなのです。こうやって公の場で議論するという事は。

シナリオも全くありません。キーワードはありますが、そういった形で進めていきたいと思っております。

それではまず、私の方からお尋ねしたいことがありまして、先ほどから給付費分科会でグループホームの報酬が下げられるとか、グループホームそのものの制度に対しての議論されているように感じています。そんな中でもし、今給付費分科会での具体的な情報等があったらぜひお聞きしたいなど。和田さん、そこらへんのお話をちょっとお願い致します。

和田

給付費分科会の報酬に関する話はちょっと後にさせて頂いて、一つお話しさせて頂いた

いと思うのですが、ある県の実践者研修に参加された方からメールを頂いたのですが、ブログにも書かせて頂いたので読んだ方もいらっしゃると思いますが、実践者研修の5日間の現場実習の課題を自分なりに設定するとき、自分はグループホームに行くということを決めたので、折角グループホームに行くのだからグループホームでしか明確になっていないことを取組みたいということで、食事をどのように提供しているかという課題を課したそうです。認知症という状態にある方々がどのように調理をするか、どのように共同作業として行っていくのかということについて職員はどんなふうに支援しているのかということについてという課題を、実践者研修の場でプレゼンテーションしたわけですね。そうしたら、認知症介護指導者研修を修了した方からそれは認知症ケアではないというふうに言われたそうです。認知症という状態にある方が自分でご飯を作ったり、自分達でご飯を作るということについてどういうふうにそれを支援しているかというテーマにしたならそれは認知症ケアではないというふうに言われたそうです。和田さんどう思いますか、というメールです。僕はかねがねずっと気になっているのですが、例えばこういう論調があるのですが認知症ケアは何もグループホームでもできるという、これは介護報酬の改定期になると必ず出てくることなので、それはある意味では特別養護老人ホームでも認知症ケアは出来るんだ、グループホームでなくてもいいんだ、という論調です。グループホームはご存じのように運営基準上もそうですが、1.3の利用者に対して一人の職員配置になっているんですね。1.3対1。特別養護老人ホームは2.0対1。そうしたら同じ認知症ケアが出来るのだったら1.3対1より2.0対1の方がいいじゃないか、こういう論調ですね。僕は、それに対して、認知症ケアを認知症の原因疾患等からくる精神症状の緩和ケアって置き換えたら、それはグループホームじゃなくてもできる、それは正しい。だけど介護保険法が目指す『有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来る、それをできるようにする』というある意味では生活を支えていく、認知症という状態にあっても生活を支えていくということは特別養護老人ホームよりグループホームの方が制度としてやりやすくなっている、ということはずっと言ってきました。

まずは、グループホーム不要論みたいなものがこの世の中にあるという認識していることが大事だと思うのです。認知症ケアはグループホームじゃなくてもできる、そういう論調があるんだと。

もう一つは、とても大事なことが実は、特別養護老人ホームが従来の24時間型の生活支援施設と言われていますが、その特別養護老人ホームから、平成10年に痴呆対応型共同援助事業というものが老人福祉法上に登場して、介護保険でグループホームが制度化の真ん中に来たわけですね。認知症対策の切り札だと、こういったうたい文句で急速に普及されていくわけですが、じゃあ、従来の特別養護老人ホームとグループホームの実態がどこまで違っているか、ということを実は問われている訳なんです。どういうことかという、先ほど言ったように認知症ケアはグループホームじゃなくてもできる、という論調があると、もう片方では確かにグループホームなのか新型の特別養護老人ホームなのか分か

らないグループホームが沢山あるわけです。そうすると、人手の問題だとかコストの問題だとか色々な面からグループホーム不要論に私たちが手を貸しちゃっている、という側面があると。ここはとても大事なことなので、今日はここを深めていきたいなと思うのですが、背景にはこの2つがあるということだと思っております。

それで、その中でこの介護保険制度の、言ってみたら基本になっているπの奪い合いになっている訳で介護保険で使えるお金を事業ごとにどう配分していくかということが基本になっていますから、その配分の中でその言ってみたらいがみ合いみたいなものが出る。本来でしたら認知症という状態になった人が、この国でどう住人としてとしての生活を続けることが出来るかとか、国民生活を続けることが出来るかとか、ということが議論の中心に座って、そのために特別養護老人ホームが果たす役割とかグループホームが果たす役割とか、というふうにならなくてはいけないのが、介護保険の仕組みというのは原資を決めてその配分の仕組みになっていますから、その配分の仕組みになっている以上は取り合いっこが始まってしまう。その取り合いっこに向こう側にさっき言った2つのことがあるということを押さえておく必要があると思っております。

それから、もう1つ言わせて頂くと、そうなんだけども、じゃあこの世の中にグループホームというものが登場してどうだったかと、ということはこの間の3県のフォーラムの時に写真を作って大森さんにみて頂こうと、厚生労働省も来ていましたから、わざとですね夜歩いている写真とか、雨の日に傘さして歩いている写真とか、居酒屋で一杯飲んでる写真とか、皆さんで調理している写真とか、買い物かごを下げている写真とか、そういうものばかり集めてきて、それから車椅子でコンビニに行って牛乳を買ってきている写真とかを大森さんにみて頂いたんです。それまでなかった認知症の方々の姿がグループホームによって登場したのも事実だと。大森さん、厚生労働省の方に「このグループホームを守ろうと思っているのか、それともこんなモノ意味がないと思っているのかどっちだ」と聞いたんです。そしたら「守らないといけない」といったんです。そういう意味では僕はその時すごく安心したのは日本の社会が築いてきた、培ってきた、ある意味ではそれを作ってきた制度設計者、それを必死に培ってきた現場の労働者たち、専門職たちをお互いにたたえ合うってことがとても大事でお互いにたたえ合うっていう所から色々な議論をスタートさせてほしいという様なことをお話しさせて頂いたんですけど、そういう意味では今まさにグループホームの存在意義が問われている、というのが給付費分科会での大きな意味での議論の中心かなと思います。

宮崎

はい。ありがとうございます。と考えるとそもそものグループホームの制度を立ち上げる、そのことを認知症の状態にある人たちが生活という事をベースに、そういう環境をベースに生きる処方というか手段を制度設計したのか。そういうところの背景を踏まえて館石さんの方から、報酬の件はまたあとでにして、そこら辺がどう議論が展開されてそうい

う制度化になっていたのか、そこをちょっと詳しくお願い致します。

館石

少し昔の話からしていきたいと思うのですが、長い間日本では、介護が必要な高齢者の暮らしを支える施設としては、特別養護老人ホームがその役割を担ってきたわけなのですが、万が一の時に頼りになれるサービスの一つとして、これからもぜひ発展していったほしいし、特別養護老人ホームの関係者にも、それこそグループホームの関係者と知恵を出し合ってお互いのサービスの良い所をそれぞれ出し合って高め合ってもらいたいな～と思っています。

それで、その特別養護老人ホームが中心的な役割を担ってきた一方で、北欧の方で、規模を小さくして、できるだけケアする側と利用者がマンツーマンに近い顔の見える関係で暮らしを支えていくという、そういう実践が花開いていった、スウェーデンやデンマークなどですが、そこに勉強にいった日本人がいました。北海道でいえば我々の大先輩である林崎さんがスウェーデンに行かれて、まだ国の制度に位置づけられる前の段階から、これからの日本にぜひ必要な取組だという事で、自らの資材を投じて成果を持ち帰ってきてケアを始めたということです。1990年のことです。

同じころ西日本の福岡に下村さんという人がいて、この方は輸入型ではなくて自らの日本の文化のいい所を活かして自宅から通ってきていただくという、今でいうデイサービス、それを中心にした認知症の人の生活の支え方、そういう仕組みを考えた。

こういう現場の人たちが、いわば外国の取組を積極的に取入れたり、日本ならではの文化を活かす形で、多種多様な認知症の人の暮らしの支え方が、最初は一人二人からだったかもしれないけど、次第に共感を呼んで仲間が増えていった。それが1990年代のことですね。そういった動きに1994年だったと思いますが、厚生労働省が、全社協を事務局として、これからの高齢化社会、認知症の人がどんどん増えていく中でこのようなサービスを制度に位置づける事が出来るのだろうかという趣旨の調査、研究をやりました。その結果、これは有用だという事で、1994年に和田さんがおっしゃった痴呆対応型共同生活援助事業の創設という流れになるわけです。

それから間もなく2000年に介護保険がスタートするわけです。それでちょっと写真を出して頂けますか。この写真は今から30年以上前のある施設と病院の写真なんです。右側はまだ認知症の人たちに対してどのように対応してよいのかまだ分からない時代の様子です。施設内を歩き回るお年寄りが抑制帯でベッドに縛り付けられています。左側の写真の左から2番目の人ですが、尿意便意が衰えてきて、おむつの使用が余儀なくされた時に排便して気持ち悪くなって手が入ってしまう。弁で汚れた手であちこち触って汚してしまう、それに対して、右側の写真のように縛り付けてしまうのはあまりにもお気の毒だからというわけで、開発されたのがこの「つなぎ服」なんです。こういう時代が随分前の日本にはあったのですね。

こうした状況なんとかしようとして現場の人たちが少しずつ工夫を重ね、認知症の人たちへ

の生活支援のあり方が分かってきて、グループホームにつながったという流れです。

今はこの写真のどちらもが、身体を拘束する行為として「原則禁止」とされているのはみなさんにご存じかと思います。

それからこちらの写真は入浴の風景です。ある施設の入浴の様子なのですが、定期的に体の清潔が確保できるようになったというのが進歩かもしれません。でも入浴の仕方、もう少し工夫すると人間らしくゆっくりとしたお風呂に入るといった支援の方法があるのではないだろうか……。ただ、これも今よりもずっと少ない介護職員の人数で多くの高齢者を支援しなければいけなかった、制度上の制約の中でやむにやまれずこのような対応をしていた時代でした。

こちらは、食事の様子です。特別養護老人ホームは今、最低基準は利用定員 3 人に対して 1 人ですが、かつては 4. 1 人に対して 1 人でした。そういう時代に多数の利用者を少ない人数で介助しなくてはいけないという制度の中で、このような食事風景になったのですね。

和田

寿司屋みたいだな。

館石

回転寿司みたいに見えます。ただベッド上で食べるよりは良くなったけどもうひと工夫あってもいいですね。それで、この施設のその後ですが、職員と施設長さんが努力して同じ場所を出来るだけ普通の家と同じようなスタイルに近づけて、流しや食器棚なども入れ、普通の家で食べるのと同じように食事を楽しめるようにしました。これはグループホームではありませんよ。従来型の特別養護老人ホームです。こうやって少しでも利用者さんの暮らしを良くしようと現場で努力してきたのです。こういう現場の努力の延長線上に生まれたのがグループホームだと言えます。

これは、「2015年の高齢者介護」という報告書の中で使われている資料です。ここで議論された今後の高齢者支援の在り方なのですが、スライドの左側の箱は、みなさんご存じの認知症高齢者の特性を表わすもので、右側の箱がそれに対してケアをどうしていくかという事をその当時の検討会で議論していたものです。右側をご覧いただきたいのですが、環境の変化を避けて、それまでの暮らしを継続できるように配慮しますということ。それから一人一人のペースでゆったりと過ごすことが出来るよう、そして安心感を大切にしましょうということ、それから和田さんがおっしゃっていたようにそれぞれが有する能力に応じて出来るだけ自立した生活を営んでいただけるように、その時その時に残されている力を最大限に引き出してあげて、出来るだけ充実感を持っていただけるように、こういう風に援助していくことが必要です、という事が基本とされました。

そうすると好ましい条件としては、左側に書かれたようになり、こうした条件を備えた

サービスとしてこれから伸ばしていかなければならないものの一つとしてグループホームがあげられました。それから「小規模多機能」もしかり。この両者の違いは、グループホームは、最初から自宅に代わる第二の居所に住みかえて、安心できる新たな暮らしを支え、新たな仲間とのふれあいなどを目指すのに対して、小規模多機能はできる限り自宅で暮らし続けたいという本人と家族を支えようと意図したサービスです。違いはありますが、認知症に対応するために、いろいろと工夫されている点は大きく共通する部分です。

それから大きな施設でもグループホームなどの小規模なサービスの良さを生かしていこう、という中でユニットケアという手法が考案されてきました。こういう取り組みを具体的に進めて行こうとする中で、その中核に位置しているのがグループホームであると、こういう流れですね。

認知症の人をどう支えるかという問題は、21世紀前半の日本における最大の課題の一つだ、というくらいの認識の下に、厚生労働省でも、関係団体などと真剣な議論を続けてきました。残念ながら最近の審議会の議論聞いていると、こういう流れとか、グループホームがなぜ大切なのかという事を審議会の委員さんがひとり一人ちゃんと理解して議論しているのかなと疑ってしまいたくなるような、そういう議事録が出てきます。

先日、日本認知症グループホーム協会の大会に出席する機会がありまして、その委員さんと話をする機会があつて、ある委員さん、お名前は申し上げませんが福祉については相当詳しい方です。その人がグループホームの職員配置は特別養護老人ホームと同じ3対1だと思っていたことがわかりました。「日中3対1」と書いてありますけど、他に夜間には夜間のケアの職員を常時一人置かなければならないですから、基準上かつちり計算すれば1.5対1になるのです。でも、その配置では労働基準法をクリアできないので和田さんがさっきおっしゃったように1.3対1という職員配置になってきます。でも、その事を知らないで3対1で、つまり9人の定員に対し3人の介護職員が介護している人が審議会で議論されたら変な事になりますよね。そのような事のないように、まずはしっかり足元の状況を確認したうえで議論してほしいと、私はその時に率直に感じました。その先生には、その時、「それは違います、基準は正確にはこうなっています。しかもグループホームの実態調査によれば、それよりさらに多い、1ユニット当たり7、9人、とか8.3人配置されている、そういう調査結果になっているのでよ。」と伝えると大変驚いていました。まあ、遅きに失した感はありますけど、いずれにしても、正しい情報をもとに、せっかくここまで進歩してきたグループホームが勢いを失わないように、真剣な議論が国の審議会では行われてほしいものだと思います。

宮崎

はい。今経過、グループホームはなぜ制度化されたのか。それで和田さんの方から生活だとか、認知症ケアじゃないだとか、キーワードとして家庭的だとかなじみだとかその人らしくだとか、という事が沢山グループホームが出だしてからいろいろ言葉として出てきています。そこをもうちょっと突っ込んで和田さん、さっき言ったなんで認知症は家庭の

ベースが大切なのかというところを、もうちょっと突っ込んでいただきたい、認知症ケアと家庭で生活するという意味合いというところを。

和田

僕は仕事に就いたのは1987年、昭和62年何ですけど、実はその当時に起こった大事件で特別養護老人ホームの火災がありまして、たくさんの方が東京で亡くなったんですけど、そのあとに国が特別養護老人ホームのスプリンクラーの設置進めたんですけど、その時に僕は特別養護老人ホームにいたんですけど、大事件になったのですよ。大事件というのはスプリンクラーをつけるという事が大事件ではなくて、スプリンクラーの工事の為にしっちゃかめっちゃかになったのですよ。僕がいた特別養護老人ホームというのはいろいろチャレンジをしていたわけですけど、当時はまだ認知症という状態にある人は特別養護老人ホームでも受け入れ拒否をしていた時代なのです。その中に先駆的に認知症の方の受け入れ、まあ、いい方が悪いですけど受け入れを進めて、しかもオーストラリアからいろいろなものを輸入してですね、その考え方を入れているところなんですけども、僕が入った当時は排泄チーム、入浴チーム、介護チームというチームに職員が編成されていて入浴チームに所属すると入浴しにくいんですよ、基本が。排泄チームなら排泄しにくいんですよ。ケツばかりみてるんですよ。介護チームはそれ以外のこと、生活の身の回りのことをするんですけど、マクロ的に見ていた事を130人の定員だったのですが、100人が一般、それから30人が認知症のフロアという。それで一般のところも4フロア合って、2階建ての4フロアになっているんですけど、全体で5フロア。それから日中帯は別のひまわり棟いうところがありまして、そこにみんなが集まるみたいな、そんな感じでやっていたところを排泄チームは排泄だけで動くし、入浴チームは入浴だけで動かしみたいな事を試みとしてやっていたんですよ。その試みとしてやっていた時に入ったので、何も知らない僕は、そういうもんだと思うじゃないですか。ところがそのスプリンクラーの工事でそういうやり方が通用しなくなって、フロアごとに動く事になったのです。これが僕の物凄い大きな経験になりまして、130人を一つの単位として考えるのじゃなくて、5つのフロアですからおおむね25人づつくらいフロアで支えていくという実践がやむなく始まったんですよ。

その後2年間その特別養護老人ホームにいたのですが、そこを離れて東京で新設の特別養護老人ホームに入ったのが平成元年に入っているんですけど、特別養護老人ホームというより併設の、東京でいうと高齢者在宅サービスセンター、いわゆる皆さんにわかりやすく言うとデイサービスセンターに入ったのですが、その時に特別養護老人ホームの職員に小規模型の、小規模で支える大切さみたいなものを説いていたんです。その後平成6年にそのデイサービスの生活相談員になりまして、当事行政に小規模単位の特別養護老人ホームを提案していたのです。それが今でいうユニット型なんですけど。

その根拠と言ったら、凄く簡単な理屈なんです。ようするに職員の情報処理能力を上

げればいいんです。職員の情報処理能力を上げるには情報量を減らせばいいんです。

それからもうひとつは目の行き届く範囲を狭めればいいんです。そうすれば情報処理能力は高まる。

それからもうひとつは入居されている方の情報処理能力も高くなるのですよ。わかりやすく言うと50人のところに5人の職員が配置されていると、都合250人見ている事になるでしょ、分かりますか、僕がここで館石さんと皆さんを見ているとするでしょう、個々に100人の方がいらっしゃったら都合200人を見ている事になるでしょう、100+100で。館石さんこっちからこっち、僕こっちからこっちなんて脳はそんな風に動かないじゃないですか。脳っていうのは無意識に意識しますから、目に入っているものは全部意識してしまうんですよ。見てるわけじゃないんだけど見ている状態になっているわけなんです。そういう事を考えると50人のところに5人配置すると都合250人見てしまうんですよ。そしたら情報処理能力は下がるに決まっているじゃないですか。そしたら50人を一人ずつに分けて10人ずつに分けて職員を一人ずつに分けたら、一人の職員はどんなにがんばっても10しか個体が目に入ってこないわけなんです。これはつまり入居者の方にとっても皆さんにとって情報の処理がしやすくなる。これが認知症という状態になると情報処理能力が下がるわけだから、情報処理能力が下がる人に広大で大多数なんて言うのはとんでもなく情報処理できない状態が来るわけなのだから、認知症にとっては絶対難しくなるといって、そんな事は全然素人の僕でもわかるわけですよ。

それを実践的にも体験をして、自分の中でも納得をしてそれを自分の実践に入れ込んでいくという、ひとつは小規模と過少人数とかというのは僕は確証を持っているんですよ。

それからもうひとつ大事な事は、これも2年間の特別養護老人ホームで分かった事なのですが、当時社会福祉の中でいわれていたのは、集団ケアから個別ケアと、もうひとつは残存能力の活用なんです。この2つが言われていたのですが集団ケアから個別ケアというのはなんとなくわかると。個々を大事にしないといけない。だけど、集団生活をしている中で個別に何かが起こるわけじゃないでしょ。AさんとBさんが寄るから起こることがあるわけですよ。だからAさんとBさんが寄るから起こることに対して支援が要らないかと言ったらいるわけですよ。これはホームヘルパーと決定的に違うという事が分かったわけなんです。つまり1対1の仕事とは違うデイサービスでも特別養護老人ホームでもグループホームでもそうですけど、入居者同士の関係性を自分の力で出来なくなっている人達が入ってくるわけだから、その関係性に対する障害があるのならそこへの支援が必要だと。だから世間でよく言う個別ケアという捉え方は正しくない。個別ケアと、個と個の関係へのケアが必要なんだと。これが一つね。これは『大逆転の痴呆ケア』の中でも共同生活介護というのはとても大事だぞという風に書いたと思うんですけど。

もうひとつは残存能力の活用というのはめちゃくちゃ言葉だという事。皆さんわかりますか。これ残存能力の活用っていうのは本当にばかな言葉だと思うんですよ。なぜなら脳の能力のほんの数パーセントしか使わないで死んでいく人間が残存能力の活用っていうの

は残っている能力の方がめちゃくちゃあるんだから、それを活用も活用しないもそっちの方がでかいんだから、だからそういう風に考えたら残存能力の活用というのはとんでもなく侮辱した言葉だよ。その人が持てる力を発揮できるような環境を作るという事がとても大事だということと、その人が持てる力を引き出したりとか、見極めたりとかそういう専門職が絶対いると。そういうのが昭和62年に入った当初っていうのはとてもいい施設だったと思いますけど、やっぱり収容して保護をするだけの施設だったなど。

だから収容するという形態はやむなしと。これは自宅での生活を続けていくことを応援するのはなかなか難しいと、特に認知症の場合は非常に極めて難しい。だから収容しちゃう事はしょうがない。本人の意思とは無関係に連れ去ることもあるでしょう。だけどその連れ去った場が本人の能力の見極めとか、その引き出しとかそういうものがきちんとできる、あるいは個別だけではなく共同生活への応援が出来る専門性を持っている職員がいないと、たんに収容して保護しちゃう事には変わりはないと。いつまでたっても変わりがないと。そういう風に僕は思っていたんで、自分がデイサービスセンターで権力をもった時にはいろいろな事を収用法型ではなくて、その人の意思が活かされるとか選択性があるとか、選択眼メニューがあるとか意思を反映させる機会があるとかその人の力がその活動に活かされるとか、例えばわかりやすく言うとおやつは提供しないで買に行けとか、箱の中に閉じこもっていちゃあかんと、どんどん街の中に飛び出して行こうぜとか、それから自分の力でバスに乗ってデイを掘り出したら、自分の力でバスに乗ってデイに遊びに来れるように訓練したりとかそんな事をやってきたわけですよ。そうしたら、何の話をしていたか忘れちゃったけど・・・このグループホームというものが制度化をされた時に、僕はモデル事業をしていた札幌のつしまさんのところですね。平成10年ぐらいにお会いしているんですけど。そういうモデル事業化した中で制度化にのっけて、特別養護老人ホームの運営の在り方とは全く違うようなあり方を模索した日本の国っていうのはすごいなと思ってたし、もうちょっと喋らしてもらおうとグループホームって僕のやり方が全国全部それだと思っていたのですよ。林崎さんのことも知らないし、ようするに、能力を使う機会がなくて廃用性をどんどん生んでいるようなことっておかしいと考えたやつらがグループホームをやっていると思っていたんですよ。それで、後で知ったのはスウェーデン等から緩和ケアを持ち込んで、病院ではない緩和ケアをグループホームがするという事を推進しているのを知って、僕は林崎さんの敵だと思ったわけですよ。これは林崎さんにも言っている、林崎さんの敵だと思ったんですよ。ようするにゆっくりゆっくりのんびり暮らす、余生を暮らしてもらおうという考え方と、最後の最後まで生きろ、闘って生きろっていう、でも僕は介護保険がスタートして介護保険法をしっかりと読んで、運営基準の基本方針、理念なんてところもしっかり読んで、僕は僕の方が正しいなと。有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るようにしなければならないというのがグループホームの基本方針ですから、非常に特別養護老人ホームの『目指すものではない』よりはより強調されているということがグループホームの存在意義だと思っていたので、自

分で出来る事はどんどんする、と、自分の事は自分でせい！っていうのが僕の考え方でしたら、どうしても出来ない事は俺がしてあげるから、と、必要に応じてというのは当たり前のことだと思っていたので、やっぱりグループホームをやってみて、館石さんが2015年のところを出していましたが、望むべきかたちの在り方が、暮らし、生きている姿にどう反映できるかというところでいえば、やっぱりグループホームという形態は反映させやすいな、と思う。

もうひとつ、僕はグループホームよりも在来型の特別養護老人ホームで同じ人員配置にした方が面白いと思っています。

面白いというのは利用者、入居者の生活をより豊かにできるという事。なぜかというところグループホームって職員の数が少ないので、職員の数が少なくなると行動の数が減るんですね。50人で10人の職員がいたら10個の行動がとれるんで、例えば和田が1人で41人の利用者を見たら、後の9人は1対1でどっか行って来いと。俺41人ががんばるからと。ようするに9人に対して1対1の行動を応援してやれる構造が取れるわけですけど、グループホームは、どんなにがんばっても3つぐらいしか行動はとれないので、そういう事で僕が在来型の特別養護老人ホームの人たちに語るとしたら、『皆宝物なんだからね』と、『財産いっぱい持っているんだからね』と。だから必ずしも僕は2015年が言っている事に『よし』って思っているわけじゃなくて、それを突破していきたいなというぐらいの気持ちでいるんです。もうちょっと言うとね僕は館石さんが厚生労働省にいた時にお願いをしたんですよ。『こういう特別養護老人ホームを作りたいのだけど認めてくれないか』と。一つの敷地に10棟建っているんです。10人ずつの連棟形式っていうんですけど。僕はそのあとサテライトが出来たんでOKかと思ったんですけど。生活の待遇をどういう風にするかという事でいいますと、施設の作り方でいえばひとつは街を作っていく、もうひとつは住民としての暮らしを築いていく。

宮崎

はい、ありがとうございました。館石さん何かありますか。

館石

私はですね、和田流も林崎流も両方あってほしいと思っています。それから制度も『グループホームとはこういうもの』という狭いストライクゾーンで考えているわけではないんです。やはり認知症を発症して早期で体も元気で色々な可能性が豊富にあって、そういう方を援助するときと、グループホームで10年、12年と安心して暮らしてきて、だんだんと年を重ねてこられた時にやはり体の機能も落ちてきますよね。そんな時に緩和ケアという要素がウェイトとして増してくるという、だからあまり『グループホームとはこうでなくてはならない』というケアの方法論を制度で縛るのではなくて、その人その人利用者の状況に応じて現場の方々が創意工夫できる余地を残しておいて、安定して運営できる

ような仕組みであってほしいなと私は思います。じゃあ、報酬の話に行きましょうか？

和田

じゃなくてね、館石さん、僕ね、グループホームっていうものがどういう背景で誕生して何を目指しているかという、まさにその有する能力に応じだから、『こうでなくてはならない』というのはまさにそれなんです。国の役人というのは実は、僕から言わせると自分らが作った目的とか基本方針をほとんど無視してしゃべっているわけですよ。僕がその事を一番しゃべっているくらいで、『有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように』というのは介護保険法の目的だしグループホームの基本方針なのだから、介護保険法の目的を達成したり、基本方針を達成するためにどうあるべきかという事が一貫して貫かれてなければならないんですよ。それは行政サイドも事業者サイドも、研修も含めてその事が貫かれてこなかったことが、ぼくはグループホームというものをゆがめてきたと言ったらいい方が悪いのだけど、そうなのかなと思っているのね。特に今、その方側では第三者評価とか入ってね、第三者評価の評価委員さんもそんなことつゆ知らずでね、介護保険法の目的知っているかと聞いたら、知らないんですよ。介護保険法の目的も知らんやつらが第三者評価で何を言ってるんだと、行政指導においては行政マンが介護保険法の目的とか、基本方針を知らない。だから僕は、やっぱりグループホームというのは色々あっていいというものではなく、そこが一番根っこに座った上で本人たちの状態とか、置かれている状況とか、そういうものを観が見ながら応援していくという事にしないとおかしなものになっていくんです。

館石

その点では、私の言ってること、考えている事と和田さんが言っている事、考えている事はそんなに変わらないと思いますよ。

宮崎

何かバトルらしくなってきましたね。いいですか。僕は認知症と生活との関連も聞きたかったんです。さっき言った認知症ケアだとかということが、認知症ケア学会だとか認知症ケアという言葉が、なんかそっちの方にその病的な部分、そこら辺の対応がメインになってきている。でもそこがグループホームが違うところがと言ったら変ですけど、応援しなきゃならないとか意識しなきゃならないところがグループホームにとって特徴的ところだというに思うのですけど・・・

和田

それ、直さん、違うんだ。

宮崎

違う？

和田

うん。なんで違うかっていうとグループホームの問題じゃないんですよ。そもそも認知症とは何かっていう言う事がこの国は一本化されていないんです。だから認知症が一本化できないのに認知症ケアの概念が一本化できるわけないんです。それで認知症というのは『原因疾患に伴う脳の器質的変化により知的能力が衰退し、生活能力に障害をきたしている状態』だから、その生活に障害をきたしたところに支援を送り込むのが認知症ケアなんだから、単なる原因疾患による精神症状の緩和ケアとは違う、それを緩和すればいいということとは違う訳ですよ。そこのところをこの国は一致させていないんですよ。これは医者を集まりの中でもいったんですよ。皆さんはいろんな議論をしていますけど認知症ケアについて一致できていないのに何の議論をしているのですかと。認知症ケアとはそもそも何かというところがまだすっ飛んだまま来ている。だから、今宮崎さんがなんとか学会かよく分からないですけど、実際のグループホームでの生活支援を行いながらそういうところの話を聞くと、スゴイずれを感じていくと思うのですよ。その典型的なのは、皆さんもぜひ来ていただきたいんですけど、老人保健施設、老施協の全国大会、老人保健施設、老健の全国大会の抄録を読むでしょ、グループホームの全国大会の抄録読むでしょ、何が違うんですかと。何も変わらない。どっちもが認知症のケアで行ったら精神症状の緩和ですよ。

宮崎

でも、それはここで議論することではないかもしれませんが、でもここらへんもちゃんと追及していかないと、そもそもグループホームで支援を営んでいる人たちが、若しくはそこで支援してもらっているスタッフたちに伝えるという事が本当にあいまいになってくる。ただ見ていればいい、帰るとい言葉が出たらそれは問題だという風に言ってそれを押さえつけるようなことになってくるとそれはまずいかなと。

和田

それね、結局ねそこが報酬と連結してるんですよ。要介護1，2のところと。だからすごい言いたいわけですよ。

宮崎

そうですね、というところでちょっと休憩入れてもいいですか。ちょっと盛りあがった

ところで10分ほど休憩を入れて、次は報酬について、そのフラットな体制についてこちらへんは、今度は館石さんに、なぜこういう風になっているのかというところを大いに話っていきたいと思います。

休憩

宮崎

一時間、制度の出来た経緯であったりグループホームとは、というところであったり、本来認知症とはというところもちゃんとおさえて僕らは運営していかなければならないところなんですけど、そこら辺が盛り上がったところで、じゃあ次はそれを報酬化していったわけですけど、そこら辺をちょっとお伝えして頂きたいなと思います。介護報酬の用途、例えば介護報酬以外にいただいている食材料費であったり、家賃であったり、光熱水費であったりその他日用品。そこら辺が今このグループホームが非常に微妙なところである、という風にも聞いています。そこら辺のしっかりとした認識なくやっているとちょっとまずいなど。そこらへんも含めてちゃんと襟を正さんといかんなどというところもこの時間でちゃんとおさえたい。そのところを館石さん、この介護報酬のところと絡めてお願いできますか。

館石

さきほど和田さんからいろいろお話がありましたけど、それに対して制度の方は、きっと100点満点で答えきれていないと思います。ですが、それなりに和田さんが話されたグループホームのいい所を制度上も何とか表現したいと、工夫はされていると思います。普段、そういう観点から説明を受ける事はあまりないと思うので、ちょっとスライドを用いて説明させて頂いて、本当はこうだったらもっといいのにね、という議論になったらいいと思います。もうひとつは、冒頭で宮崎さんからお話がありましたけど社会保障審議会の介護給付費分科会で今、介護報酬の議論が盛んに行われていますけど、グループホームがそろそろ本格的な議論に上りますね。ちょっと危ないといえますか、こんな議論で本当に改正されてしまうとグループホームにとって望ましくないなという流れになりつつあって、そのところを皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

皆さんの資料では、6ページに平成15年の時の介護報酬、18年の介護報酬、21年の介護報酬を、小規模多機能、グループホーム、新型特養、在宅の区分限度支給額を重ねて4つの数字を比較して表示してあります。まず、スライドの説明に行く前に、この平成15年というのは、介護保険が始まって最初の報酬改定があった時です。全体としては各事業者さん、利益が上がったので2.3%の減額改訂になりました。その中で増額改訂に

なったサービスが2つだけあった中で、一つはケアマネさん。もうひとつがグループホームでした。グループホームは本体報酬では減算になっていますが、夜間ケア加算という報酬を創設し、まだ基準上は夜間の人員配置は宿直のままでしたけど、常勤の職員を1名配置することで良質なケアを提供するグループホームの介護の質の部分の評価して一人一日71単位を加えることができるようにしたわけですね。今の夜間ケア加算とは違います。それが導入された時が15年の改正です。この時、全体としては2.3%下がったけれども、夜間ケア加算を算定するグループホームに関しては、逆に2.7%増額になりました。それから18年の報酬改定ですが、実は直前まで夜間ケア加算はほかの加算とともに残るはずだったんですけど、長崎の大村で火災が発生したことを受けて、夜間の職員配置を宿直ではなく夜勤を義務付けるという事、急遽になりました。それで、それまでの夜間ケア加算の71単位は本体報酬に組み込まれて、全体として若干減額になりました。その時にもうひとつ行われたのは、要介護度別のこの(資料の)傾きが少し急になりました。これが18年の報酬改定。21年の報酬改定は基本部分はほとんどいじられなかったのですが、いろいろな加算がついて、いわばグループホームを包括的な介護報酬にすることに意味があったのですが、いろいろな加算がついたことで分かりにくくなってしまった…。それで今に至っております。その時、制度改正に携わった方に聞きますと、財務省に介護報酬の必要性をアピールする際、加算の方が説明しやすいという話がありました。ようするに、行ったことに見合った評価をするのなら、説明が通りやすいだろうと。できればシンプルな方がいいのだけど、いろいろな理由があって今に至っているという事をまずお話ししておきます。

その上で18年のところを見てほしいのですが、青い線がグループホームの介護報酬です。いちばん左が要介護1で右が要介護5です。グリーン色の線は新型特養ですが、これと比較すると要介護1.2の比較的的要介護度の軽い部分の報酬が高くなっていることがわかります。これがさっきから和田さんが言っている、その人の有する能力に応じて出来る限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援するという際に、非常に大きな意味を持ってくるわけです。失われた能力、失われた力を補うだけであれば、おそらく要介護度が低い方が手がかからないだろうという事が成り立つかもしれませんが、だけど、グループホームの場合は、出来る事を積極的に引き出していこう、あるいは出来るまで見守ろうというケアのあり方を考えると、実は要介護1.2だからと言って手間がかからないという事は成り立たないだろうという議論が制度設計の時にありました。そこで他のサービスと比較した時に要介護2.3ぐらいの比較的軽度と言われているところを積極的に評価しようという事が当時の審議会で議論されて、このような報酬体系になっています。これは運営上も非常に大きな意味を持っています。例えば新たにグループホームにお迎えした利用者さんが要介護4だったとしましょう。最初は非常に混乱して激しい周辺症状が出ている。その方が2カ月、3カ月経過して、徐々にここが自分の家だという風に折り合いをつけていくと、混乱していた状態から抜け出して自分らしさを取り戻して行きます。そうなった

時に、和田さんが言っていたようにさらにできる事をもっとやっていただく、あるいは関係性の調整なんかも上手く回り出していくと本当にいい形でケアが回っていくことがあります。ですが、その結果として更新認定の時に要介護4であった区分が、要介護2とか場合によっては要介護1にまでドーンと下がってしまう事があります。その時、グリーン線のように急なこう配だったとしてら、4から1に下がっただけで月に何万円も介護報酬が減ってしまいます。これでは、安定した運営は難しくなります。ですが、このこう配が寝ているという事は、要介護度の改善があったとしても事業者が被る報酬のダウンが最小限にとどまるという事なんです。

ただ一方で長い間支えていた結果として徐々に重度化して行き、いわゆるターミナルに近づいて行った時に要介護4とか5になることがあるかもしれない。その時にはこのこう配があまりきつくなっていないことが不利になることもあるかもしれません。しかし、これがグループホームの制度上の特徴だという事です。もうちょっと細かい事を申し上げると、皆さんの資料の2ページですが、介護報酬の作り方の説明図があります。皆さん、日ごろから経営実態調査にご協力いただいていると思います。それから要介護認定度基準時間というものが要介護認定の時に考慮されています。この2つに着目して、グループホームの運営にどれだけ経費がかかっているのか調べます。その中で直接利用者さんのお世話を携わっている職員、これを直接処遇職員と言いますが、この方の給与比費がどれだけかという事を調べます。職員全体の給与費の中で直接処遇職員の給与が何%か、全体の給与費の中で占める割合がB%、それから直接処遇職員が直接介護をする時間をA%。それを掛け合わせて $A \times B\%$ というのを出します。この部分は要介護度に応じて介護にかかる手間を評価した部分と考えられます。これ以外の部分は利用者さんの要介護度に関係なく固定的にかかるものだと解釈します。

この赤い部分、これを要介護度に応じて勾配をつけて配分してやります。その時に要介護認定等基準時間の中央値が要介護1が40分、要介護5が110分以上となっているのでこの差が3倍ある。そこで要介護1の報酬と5の報酬の変動部分に3倍の差をつけるように均等に配分するというやり方が、一番最初の介護報酬設定のときに考えられた設定方法でした。

この時、グループホームだけは、要介護認定等基準時間上は差が3倍となるところを、1.5倍になるようにフラットな設定とされました。その理由は、先ほど和田さんが言っていた、要介護度が軽い＝手がかからないではなく、まだまだ豊かな可能性を秘めている人だから、グループホームならいろいろやれるはずだということを表示しようという作りになっています。

私は、グループホームについては、このフラットな報酬体系を維持しましょうという風に言いましたが、今の審議会で要介護1.2の部分が高すぎるんじゃないかという議論が行われています。

たとえば特養と比較しますと要介護1の部分は月額で大体5万円以上開きます。どう言

われているかと、関西のほうで多いと言われているのですが、要介護1とか2の方ばかりを選択的に受け入れて、重度化したら『うちでは見られません』と言って追い出してしまおう、そういうグループホームがあるというのです。そうすると手間のかからないところだけ、報酬の高いところだけの利用者を集めて、本来ならその人の落ち着いて暮らせる場として頑張してほしいけど、「手がかかるとなっても報酬が上がらないから出て行ってくれ」というのはけしからんというような議論になっていて、そういうことなら、この1.2のところを減らしてしまえという流れになっています。

これはとても残念なことで、一生懸命やっているグループホームほどダメージを受けることになるのです。本当にこういうよくない事業所はあまりダメージを受けない。そうではなくて、きちんとしたケアをしている事業所がダメージを受けないような対応が必要だと関係者は国に意見を出しているが、どうやら審議会には届いていないように思われます。もう一つの団体もフラットの体系というのはグループホームがグループホームらしくできるという骨格の部分なので、なんとか維持してほしいという要望を第一に挙げています。

ただ一方で、継続ケアを頑張っている利用者さんが要介護4.5になったグループホームからはこの部分を何とかしてほしいと要望が上がっています。この部分は制度上平成18年の報酬改正の時に医療連携加算という仕組みが導入されたのですが、この時の議論としては、外部サービスで訪問看護を使える仕組みを検討すべきではという意見もありましたけど、高まる医療ニーズに看護サービスが使えるように新しい報酬体系をという議論の中で今の形に落ち着きました。これからも議論が必要となってくると思いますが、前回看取りの加算が創設されましたよね。最後まで利用者を支えるグループホームを報酬上どう評価するか。今後もっとよい方法がないか議論されていくと思います。

宮崎

ありがとうございました。ここが押さえておかなければならない部分だと思いますが、たぶん事業を運営している人たちはここら辺の意味合いだったりなぜフラットなのかというところを十分理解していないまま、認知症ケアの名のもとにやっている。そこらへんもちゃんと押さえておかなければならない。まずは我々が理解しないと支援の在り方そのものが変わってしまうと思います。審議会でも議論されていることが僕はすごく危機的に感じました。何とかしなくてはと思ひまして、行動を起こしました。この行動が影響ないかもしれませんが、でも声を上げる。日本GH協さんもこのフラットな体系を維持していきたいと提案していますので、そのことも踏まえてやっていくことが大事ではないかと思ひます。このことで付け加えて和田さん、何かありますか。

和田

グループホームの仕組みを作るときに、誰からも聞いたことないですが、特別養護老人ホームにしても新型特養にしても定員比3対1にしたじゃないですか。新型特養は高くし

た時に定員比3対1のまま、新型報酬の報酬だけをあげて人員配置を誘導したでしょ？報酬上引き上げて誘導したのですが、なぜグループホームはスタートの時点から1日1日を単位としたのか、人員配置を定員配置ではなく1日にした。グループホームの運営の中で、僕はそれでよかったと思いますけど。

館石

それは私もちよっとわかりません。

和田

グループホームが1日の単位でサービス供給時間を一定化させて、利用者からみるとサービス需給時間が担保されている。ところが特別養護老人ホームはそうっていないから変動するわけですよ。グループホームがその考え方を入れた時点で特別養護老人ホームにも入れればもっと違う形になったんじゃないかなと思うのですよ。

館石

それはあり得る話です。ただ介護保険というのはその成り立ちとしてそれまで老人福祉と老人医療に分かれていた仕組みを一つにしたので、老人保健施設の人は制度面では大きくは変わっていないんですよ。ただ特別養護老人ホーム、今まで措置制度で運営していた人たちは介護保険の「保険」という仕組みの中での評価に変わったので、大きな変化を感じられたと思います。

一方、グループホームは新設のサービスだったので、既存のサービスの延長線上で行くにはどうしたらいいかではなくて、新しく定義できたので他のサービスと違うところがあります。

和田

12年の制度改正や制度をスタートした時点はしょうがないとしても、新型特養を入れた時になぜそうしなかったのかと思うんですよ。新型特養は10人ごとのユニットにして、グループホームとシステム上は近い形をとったわけですよ。にもかかわらず人員配置だけは取っていない。そこがすごいもったいないとかおかしいなど。この傾斜を見せられてもコストが違うんですよ。グループホームは要介護1であっても5であってもサービス供給時間は一定なのでコストがかかっているんですよ。新型特養は簡単にいったら10人に1人でいいんですよ。日中の時間帯で。20人で2人の夜間帯の配置でいいじゃないですか。トータルして100人に対して34人いればいいんだから。なぜ新型特養の時にそれを入れなかったのかなと思うとすごい不思議で。

館石

そこは私も担当していたわけじゃないからはっきりと言えませんが、ただ政策として定める方法としてはいくつかあって基準でガッチリ決めてしまうやり方もありますよね。もうひとつは介護報酬だとか研修上こういう風に運営していこうという形で誘導していこうという考えがあって、結果的に新型特養は後者を選んだわけです。だから、新型特養をスタートするとき、施設長やユニットリーダーの方には、新型特養の運営方法はこのようにしていくという内容の研修を受けてから、利用者の受入を開始するという流れになっているんです。

和田

グループホームっていうのは利用する側、国民から見たらサービスの需給時間は一定なんです。なぜそのやり方があるのに新型特養に入れなかったのか、すごく疑問だったので。

館石

ただ、利用者から見てわかりにくいというのは和田さんのいう通りで、できればわかりやすい形になれば一番いいですよ。

和田

『シルバー新報』のなかで1面に施設の人員配置が乗っていて、特養3対1、新型特養3対1、グループホーム3対1って…抗議しようかと思いましたよ。

宮崎

3対1の意味合いがそこに書かれていないと。

館石

さっき、審議会の委員でさえ特養の配置基準とグループホームの配置基準が一緒だと思っていたというのもそういう分りにくさからきているのかもしれないですね。

和田

サービスの受給時間が担保されているということから言えば要介護1とか5とか関係ないわけですよ。

館石

だからフラットの体系なんですよ。

和田

だからそこなんです。だったら新型特養もそうすればよかったんですよ。

この間言わせてもらったんですけど、なんで加算、加算と考えられる頭でこういう人員配置をしたら新型特養はこの報酬だよというふうにしなかったのか残念ではないんですよ。

館石

あとは、介護報酬のことを考えなければいけないという立場で考えた時に、制度的な事がらだけではなく、現場で動くときのことなどあらゆる事に自信がなければ、加算という形にならざるを得ません。それははっきり担当者が言っていました。中身が十分わからない時に色々な議論に説明力が持てる時は包括的にやりましょうと議論できるかもしれない。もうひとつは、財務省に対して必要性を説明するときにか③というのは説明しやすいのでそういうふうに行っているところもある。

それからもうひとつ言えば、医療保険というのは大体そういうふうに行っている。介護報酬をチェックする担当者も診療報酬と調整をしながらやるので診療報酬の影響を受けやすい、という傾向もあります。

和田

館石さん、厚労省に帰ってくれよ。

館石さん、もう一回その組み立てのところでもいいですか。館石さんに言うのは気の毒なんですけど、そもそも介護報酬というのは積算をしていないでしょ。つまり、管理者が何時間で時間給単価がいくらでとかね、計画作成担当者が常勤なのか、常勤なら1だとか、介護職員が最低でも基準を守ろうとしたら1ユニット6人以上だとか、それに経営者の取り分だとか。そういう基礎の積み上げで介護報酬がなされている訳じゃないでしょ。

館石

それは皆さんのところに介護事業経営実態調査というものが来ていると思いますが、あれに記載されている平均で割り出しているんです。だから積算になっていないと言えなっていないのですが、実際に各事業者がどれだけの費用がかかっているかというのを出示してもらって、それをみんな足しあげて事業者数で割って、1事業者あたりかかる費用はこれだけだ、というような、荒く言うとそれに近いことをしています。

和田

北海道なんかはよくわからないけれど、全国を見渡してみると、管理者の配置時間数だとか、計画作成担当者の時間数だとかというのは保険者によってばらばらなんです。例えば管理者の責務というのは介護保険上に出ている訳ですよ。ところが管理者が一元的に管理する事に支障がなければ兼務でもいいということになっているでしょ。兼務も同一敷

地内だったらこれとこれとこれとこれまでいいということになっているでしょ。そうしたら本来介護報酬を積算して組み立てるという考え方であれば、例えば1ユニット当たり0.5人分必要だとしたら3ユニットで一人の管理者は駄目だよ。ということになるはずなんですよ。だから僕は介護報酬の組み立て情報が信用ならないんですよ。

館石

それから今の話ですけど、難しいのはですね、いろんな制度の仕組みを考える時に例えば高齢者介護っていう制度の中で議論したとします。しかも、介護保険っていう全国で運営する仕組み一本で行きましょうとなったとしたら、本来であれば診療報酬と同じ様に国の定めた仕組みに従って、全国どこも同じ算定の方法にする方が本当はいいのかもしれませんが、ですが、平成12年に介護保険が導入された時に地方分権一括法というのがスタートして、これからは国が主導権を握って何でも決めるってというのは必要最小限にしましょうとなったんですね。今、その流れがどんどん加速しています。皆さんもご存じだと思いますけど、介護保険のかなりの部分で今度は地方自治体の条例で定められる様に制度が変わります。

和田

むちゃくちゃになりますよ。

館石

地方分権を進め、自治体の考え方で条例で定めるってことになるのと自治体ごとに差が生じやすくなります。今でも差は生じてますが、今以上に明確化して行きます。一応、条例化する時に基準を三段階に、すなわち「守るべき基準」と「標準」と「参酌すべき基準」に分けて、「守るべき基準」の部分は全国共通でやって下さいってことになっていますが、それ以外の部分は各自治体がそれぞれの考え方で対応していくというようになります。そういう意味で、自治体ごとの差がこれから広がる方向にあるという事です。

どちらが良いかはなかなか言いづらいですけども、いずれにしても、内容と根拠の関係が明確で、運営する側が解りやすい形で条例として定められることが大切ですね。

和田

というかコストだからね。緩和になるんじゃなくコストの積算だからコストの積算はちゃんとしてもらわないと介護報酬を組んでいく上で決めて行くわけだから

館石

それは分かっている、分かっているけど全体の仕組みがそうになってないの、厚生労働省だけでは対応できないから、和田さんのおっしゃる通りなんだけど、全体の流れはそうな

っていないのだから分かりにくくなる。やむを得ない部分もありますね。

和田

そういう意味ではこれは欠陥じゃないかな、欠陥。

館石

こういう話しをしていると、「おかしいんじゃないかな」と思う方もいるかもしれませんがね。ですが、物事っていうのは社会保障の仕組みだけで決められない事情があって、全体状況に引きずられた中で調整をしていかなきゃならない、その中で調和点を目指して今に至っているという様に理解してもらえの方が良いでしょう。

和田

僕そこはね、僕的にはわかったって言われるですよ。だったら、実地指導の第三者考案からのそれを分かったっていうところの、そもそもあいまいな状況になっている所に明確なところを求めな。元々システムが曖昧なんだから明確な事を求められない訳ですよ。

例えば管理者の人員配置基準が色々介護保険制度がスタートしてから10年たって国としては管理者の人員配置基準というのはどれくらい必要になっているかという事の調査をしたと大体0, 5人分は必要だとつまり4週で80時間は必要だと80時間の中の管理者に求めている事っていうのはこなせないよねっていう事があったとすると、その事を変えないでこれもやれ、あれもやれっていう事ではやられない事は無く、なんとかやれるんだけれども実地指導に入った時に完ぺきにやれてないのは使用が無いよねっていう事にならないと、そりゃ皆大変だよ。

積み上げてきたことをまた積み返して今までは0, 5人で良かったけれどもこれだけの事を増やしてきたら0, 7人で計算しないとそりゃ無理だよねと、0, 7人分の介護報酬をちゃんと組み上げてその中でやって下さいと、やってない所は実地指導の対象にしますよとこれは良いと思うんですよ。

ところがそこをきちっと連動させないままにね、事業者ばかりが良くないとか言われると、凄い我慢してるんですもん。

館石

まあそうですね。皆さんにとって、今和田さんが言われたような疑問に思っている事がたくさんあると思うんです。例えば、外部評価を義務づけられたり、費用も介護報酬上、措置されていないじゃないかっていう事を聞く事もあります。

外部評価も介護報酬に反映するとしたら、どのくらいコストがかかるのだろうかという試算は、国は一応やっています。やっているんですが、他の色々な事柄が介護報酬に設定される時にまとめて議論になる中で。例えばこれをするんだったら、こっちはこうだよねっ

ていうように包括的に考える中で+αとして外部評価を位置づけるということが、結果としては難しかったんですね。3年間のうちに1回受ければ良いつて経過措置期間中は、コストで計算したら、一日一人当たり10円にならなかった。だから一単位にならないのでその経過措置期間中は介護報酬上のコスト評価は行われませんでした。

だけど一年に一回となると、実は一単位を超えるはずだから、介護報酬上位置づけるっていう議論があり得るんです。あり得るんですけど介護報酬改定が検討された時にいろんな事柄と包括的に勘案された結果、プラス・マイナスが色々あって相殺されて結局、直接的には付いていない。

和田

その後良くわかんない、情報公表制度とかね、良くわかんないのが出てきたりだとか、せっかくGHなんて営利法人が多い中で、営利法人に政策誘導的に地域社会に対してずけずけと運営推進会議みたいなものを入れてね、しっかりと地域社会の中でチームを作って認知症の人を支えて行くよっていうふうに、言ってるんだけどもそれも何にもコスト的な事を考えないで入れてくるじゃないですか。やっている事は正しい事何だけども、それってどうなのと、しかも営利法人はこうだとか、ああだとか儲け過ぎてとかガンガン言われて社会福祉法人はその事は社会的な仕事だから、非営利活動として捉えられて、非課税になってって言って見ればね。営利法人に対して社会的な活動を求めているのだからその事についてちゃんと報酬上対価を出してその報酬設定をしていくっていうのは当たり前前の事だと思うけど、片っぽ非課税になってんだから。そういう様な事を全う的にねGHがちっちゃな中で果たしていく役割みたいなものをね、ちゃんと報酬上評価していくっていうか、肩書きごとのコストはせめて払うというような仕組みにしないとそりゃもうたまらんと。

館石

そのためにもですね、今日こうやって参加して頂いている事業所は、大体、皆一生懸命やっている事業所なんですよ。

先ほども少し紹介しましたが、そうじゃないところが批判の対象になってGH全体のイメージを下げている部分はどうしてもあるんですね。良い所を見るか悪い所を見るかで議論は全然変わってきちゃうんですよ。悪い所だけをみて報酬を決められちゃったら、一生懸命やっている所が困るわけですから、そうならない様にどうすればよいか知恵を出し合わないといけないんですよ。

和田

さっきの要介護1, 2の処で言うと自分の意識を行動に移せてやり遂げられない団体っていうのは人の生活で言ったら0歳の途中から4歳5歳くらいまでなるわけですよ。その

乳幼児って言われている時代って言うのは実は24時間体制の支援システムをね、お父ちゃんであろうがお母ちゃんであろうがじいちゃんやおばあちゃんお兄ちゃん等24時間体制になっているわけですよ。それがなぜかって言うと当たり前の事で動けるのに何をしでかすか分からないから、24時間体制なってるわけですよ。動けない乳児でも生まれついたらんだから、例えば寝返るを打てない段階までは、そこをほっといたら、言ってみたらこっち事情に合わせて向こう行けばいいくらいの話で母ちゃんお父ちゃんも便所いったら入れるしキッチンに入れるし、ところが動きだしたとたんになんかそんなことしてられへんと、気になってしょうがない。これは認知症の状態っていうのはあらゆる成功体験があるから自分からやろうとする、例えばちびっこは車になんか乗ろうとしないけれども、じいさんばあさんは出て行くって言って乗ろうとする。認知症の状態にある人たちが自分の意思を行動に移そうとするわけだから、自分の意思を行動に移してやり遂げられる様に支援をしようと、あるいはやり遂げられない事による様々に起こる事に支援をしようとすると実は特養でも新型特養でもGHでも要介護1、2が一番手間がかかるポイントのはずなんですよ。自分の意思を行動に移す事が出来なくてやり遂げるが出来ない寝たきりの方って言うのは簡単に言えば支える側の事情に全部合わせられるから、本人が何を思っているか分からないければ何も手間がかからないのだから、わるい言い方だけれども認知症の状態にある要介護1、2、3の状態にある人は向こうの事情に合わせてかなければ行けなくなるわけだから、その向こうの事情に合わせて行くところが実は凄いたくさんの手間がかかってしかもそこにちゃんと手間をかけとくともっとこんな事になっちゃうよってなっちゃうわけだから、さっき館石さんが説明して頂いた様にGHって言うのは認知症の人しか入らないって言う事を前提に考えての、新型特養や特養とは違うっていう状況下にあるっていう事、しかも生活の具体を応援していかねばならないでやっているから、そこをちゃんと事業者が踏まえて行かないといけないという事だになって、そういう事ですよ。

館石

宮崎さんが事前にとった紙の中に、もし答えてくれればありがたい。「入院の時の対応ってどうにかならないのっ？」という話があるんですが。

和田

入院の時には介護報酬が払われないと。

宮崎

その部分は報酬が無いから、その部分を別な形で保証してくれないかって言う意見があったんですよ。

館石

それを感じておられる方は、他にもいるんじゃないかと思うんですけど、「外泊の時に一定の介護報酬が払われないのはなぜっ？」という事ですよ。

それはですね、これ介護報酬を決める時の基本的な考え方なんですけど、必要な総経費を基にパチッと決まるわけでは無くて、これをベースに一定のマージンが付くんですよ。と言いますのは、施設というのは常に定員いっぱい回るわけではありません。だから実際にかかる費用がこれだけだとしたら、定員がいくら空いていたとしても必要額に見合った報酬が入るようにするにはどうすればよいかというデータが必要になります。GHは一番最初の平成12年の介護報酬設定のときに平均利用率が87,5%位だったと思うんですよ。15年の報酬改定の時に本体報酬がちょっとだけ下がったのは、ちょっとだけ利用率を高め設定代えさせて頂いたんです。と言うのは、当時の実態は、ほぼ全国のGHが常時満員に近い97~98%で回ってしまっていて、87,5%だったのを88,9まで上げさせて頂きました。88,9ってどういう事だって言うと9人ワンユニットのGHが常に1人空いている状態。だから制度の建て方としては、実態調査から把握された9人ワンユニットあたりの必要経費が、8人の人が常に利用している時にトントンになる様な水準を目指して一応セットしている。9人のうちに8人の利用でトントンとしているので、一人入院したからといって外泊の時の報酬は、GHでは特に付けないっていう考え方になっている。特養は、この利用率がGHよりも高く設定にされているので、特養については外泊の時に通常の利用料よりは下がりますが、外泊の場合の報酬が設定されている。最近の経営概況調査の時に13,7%位利益が上がっていたんですね。最近の調査では、利益率は8%位に落ちたようなのですが、逆に言えば、ちゃんと経営していて常時満室状態でGHが運営されていると10%位は利益が出るのが当たり前になっているんですよ。だから10%も利益が出たからけしからんとは、本当はならないんですよ。そこが誤解されているんです。それから、率で言うと10%の利益率は高そうなんだけど、額にすると例えば3ヶ月入院された方が一年で二人出れば、ほとんどは吹き飛んでしまう。額で言うとそんなに実は大きな額では無くて、小さな事業体が安定的に事業が運営できる様に、このような配慮しているのだから、逆に利用者が入院した時には、別途報酬が付かないんですよ。こういう仕組みになっている。

和田

だけど、それを聞くと8~9人のユニットで8人で100を設定しているというのはよほど介護報酬低いなああって思っちゃうよね。だって9人全部入っていて四苦八苦してない？だからGHの現実的な換算から言ったら8人の介護報酬でGHの経営が成り立っているんだよって言われると凄い違和感あるよね。9人でもこれだっていうたら可動率95%でもこれやのにみたいな

館石

和田さんが最初に言われた、積算になってないっていうところがね、きっと影響してるんだと思う。GHの様に制度が施行されてからまだ新しい事業体の場合、職員の平均年齢が若いんですよね。結果として勤続年数が短いので給与の水準としてはあまり高くない。その平均値を調べて必要経費を調べるので結果として経営的には厳しい状況になっちゃうんですね。だから本当は、介護報酬を設定するときに、職員一人当たりの給与の理想的な目標値を設けてそれに人員配置基準上の人員数を掛け併せて経費はこれだけというふうに報酬を作っていけば、もう少し実態にあった状況になるかもしれません。

和田

欠員の数に応じて電気料金の上乗せをして徴収される東京電力のやり方ですよね。腹立つよね、本当に。

僕らは本当に完ぺきにそうになってないから3年に一回の介護報酬の改定に、しかも上がるか下がるか分からない中、事業をやっているそれを3年務めればもうちょっと上がるからなって言ってやれなくて3年したら下がっちゃうかもねって何か情けない事業形態になってるけども、なんていうんですか、GHの職員たちに崇高な理念を言ってね、頑張れよって言うのもなかなか厳しいかなって、凄い最近思っている。

館石

これは、皆さんと後で議論する時に聞きたいのですけれど、結局こういうふうに介護報酬が決まるってことは、経営者さんに決断して頂いて給与として少々無理をしてでもきちんと従業員の方に支払っていくことが重要ですね。その分利益が減ってしまうかもしれないんですけど、人件費をちゃんと保証する状況で次の報酬改定を迎えないと、結局、厳しい状況は改善しない、そんなふうにも成りかねない構造なんですね。

和田

おかしいもん。本当におかしいもん。

宮崎

分かりました。僕らの事業所での運用の仕方もちゃんと考えて行かないと、伝え方もなかなか上手く伝えていないと思うんです。

だからそこらへんもやっぱり、そうやっていくにはその実態も、こういうふうに使われているんだとか、報酬は組み込まれてませんから、報酬の中でなければのこを毎年のものに組みこまれていく。

何年かに一回の報酬の改定に望みを掛けているしかないんだと、その時に黙ってるのも

何か癪じゃないですか、だから僕たちがやっている事をちゃんと検証してこういうふうな人権比率だし、だからこれだけ大切なんだとそして更に要介護1, 2の人にこれだけ出来ることへの支援を届けているんだという事ちゃんと明確に伝える事が出来る我々じゃなきゃだめだと

館石

さっきの入院の話をしてますが、どこの地域だったか忘れたんですけど、こういう事は出来ないかって提案をされたんです。多くの GH で例えば2~3週間もあるかもしれませんが、利用者さんが入院する時に急性期の病院に入院されたら、訪問しますよね。それで病院と調整をして GH 出馴染みの関係となっている職員さんがその時病院に付いて行って毎日付き添う様な形で利用者さんのお世話をすると、それを条件に病院も受け入れてくれて最小限の入院で戻ってこれたというケースが良く聞きますね。医療保険の診療報酬上は完全看護になっているので、よそから人に来てもらってそれで看護の手助けをしてもらうってことは制度上無前提になっているんですが、でも認知症の人の場合、混乱しかねない状況で医療を受けるとしたら GH が力を貸すという方法は、私はあっていいんじゃないかと思うんです。

きちんと議論すれば、そういう様な形でだったら報酬の算定の議論はできのではないかなあと思います。ただ、診療報酬側の方がそういう前提に立ってないので、簡単にはいかないんですけども、もしそういう事が、皆さんの事業所で一般的に行われているんだとすれば、ダメ元でこういう点も議論した方が良くないかなとは思いますが。

和田

ただね、それはかなり難しい、なんで難しいかって言うといつ起こるか分からない出来事に対して職員を確保するのを介護報酬の体系になっていないから、そもそもの介護報酬で現行の人員配置基準を上回る人員配置基準を是とした、そういう希望を報酬の体系にしないかというのは難しい。

それだけの中で、例えば今現在の中で、日中2~3人しかいないんだけど、2~3人しか配置しても四苦八苦してると思うんだけど、それでも給料やすい状況になってるんだから、それにもう一人がいつ発生するか分からない人に雇っていくっていうのはなかなか厳しいです。

館石

私がなぜこういう事を話すかと言うと、現状が配置基準ぎりぎり多くの GH が運営されているのだったら、更に人を雇わなきゃいけない話だから無理ですよ。けど多くの GH が実は必要な人員を何人か多い状態で運営されているんですね。そういう現状に鑑みれば、その事に対して何か評価してあげるような手立てを講じてあげると、実際には基準を

上回って経費を支出している GH を支援する事になりはしないかなとそういう問題意識です。だから和田さんの言う様に入院先に職員が出向くって言うのはハードルが非常に高くてなかなか難しいのですが、実際に基準以上に人員を配置している GH を制度上何とか支援できる仕組みは無いのかという思いで申し上げてみました。

和田

だけどね、館石さんね、僕はそう思うんだけどこの間介護保険情報のある方の書いた論文があってその数字に基づくとね、ワンユニット当たり介護報酬は230万だと、それは何かの調査のデータだと思うのですが、75%の人件費を掛けて170万だと170万を原資としてね、管理者と計画作成担当者を0,5つつ、つまり一人、それから介護職が日中の時間帯に二人と夜勤明けで4勤務、つまり8時間で4勤務だから32時間、32時間1日に配置してそれを1ヶ月の変形労働時間制をとって、年間の休日が113日それに年次有給休暇2,5年で12日な訳ですからそれに足していくとね、大体1ヶ月11日間ぐらいの休日がとれる体制にしないと GH あやしくてしょうがないわけですよ。

年間11日間の休日が可能にして初めて132日位の休日があるわけですよ。その計算で GH の最低基準をさっき言った4勤務回していくだけで6,35人の常勤換算数が得られるわけですよ。そしたらね6,15人に対して計画作成者と管理者で1人でしょ、7,15でしょその全員に170万分配しても25万にしかならないですよ。それも経営者も全部無しです。しかもワンユニット全部の人件費ですよ。そういう事を考えると現在その運営基準以上に配置してるところは圧倒的に非常勤職員の比率が高い、非常に不安定な状態を作り出しているか、一人あたりの賃金をもっと安い。どっちかですよ。

僕はねそれを是としたらあかんと思うんですよ。それをもっと細かく砕いてみて、これをね例えば GH が7人の職員の配置が必要だという事にあたって言えば、その中で正職員が2人しかいない、非常勤が5人も10人もいてそれでまわしている様な GH の人件費の比率が安くて、又はその人件費が安くてだから日中の時間3人から4人いる状態を作っている事を是としたらね、GH が安定的に継続的にしかも景気待遇になって腹黒い所がたくさん出てきて、競争相手が出来た合同市場が介護から離れて行きやすい状況が出来た時にも耐えられる様な事をしていこうと思ったらそういう制度設計は間違っていると思っている。

しっかりと正規の職員になって腰を落ち着けてばあさんの支援をしっかりやっっていこうとする仕組みをまず是としてそれから考えて行く仕組みにしないと危険でしょうがないですよ。