

『北海道発 北の国から グループホームの主張：質疑応答』

宮崎

第2部は6時まで介護保険について、皆さんと中心に2時間話をしたいと思います。

始めの3時間の中で、質問として若しくは疑問として、言いたい事でも何でも構いません。それに対してこちらでコメントをはさんでいくというやり方で進めさせて頂きたいと思います。

それで、急遽厚生労働省の北海道厚生局の高崎さんにご登壇して頂きました。友情出演です。自己紹介をちょっとお願い致します。

高崎

皆さん、はじめましての方もいらっしゃいます。北海道厚生局福祉指導課長の高崎と申します。22年4月から今の福祉指導者課長をしております176市町村、政令指定都市中核市を除きますので、176市町村の介護保険担当者への自治体指導及び市町村職員と共に事業所に合同指導をやっております。

一段上がるとすごく緊張します。お手柔らかに、体制が不利なのですがお願い致します。

この場で、答えられないのは持ち帰り、皆様に助言出来ればと思います。

宮崎

高崎さんです。宜しくお願いします。

高崎さんとは、すごく近い感じがします。焼き鳥も食べましたよね。

色々な協会や事業所ともリンクして、そして自治体の指導だとか15区ありますので、地域密着型の協会なのですが、密着した中で色々な自治体がそういった活動に従事して頂いている方があります。

すごく近い感じがします。

そこで、高崎さんここで出た意見というのは、もちろん高崎さんにも差し上げたいとは思いますが、そういった形で国にそういうルートでも上がっていく事は可能ですか？

高崎

国民の声という事で挙げる様になります。

宮崎

という事で、約束頂きましたので、これからの時間、高崎さんにもお願いし、アクションを起こさせて頂きたいと思います。

高崎さんのお応えできる範囲で構いませんので、コメント頂ければと思います。

そこで、今回皆さんに緊急ミーティングという事を上げさせて頂いたのと同時に介

護保険制度の体制についての提案という提案用紙も送らせていただきました。

日頃疑問に思っている事、不安等を国、厚生労働省であったり、全国GH団体連合会で合ったり、提案として届けて行きたいという事を考えていた上でそういう用紙を作って、一緒にお送りさせていただきました。

これは、今回の案内は協会主催なのですが、会員さんだけではありません。全ての850位のGH事業所へ送っています。

そこで今日お越しいただいたという形になっております。

そこで、何件か提案用紙に記入された事をまとめただけなのですが、お話しさせていただきます。

一つは、提案書の中のキーワードとして挙げさせていただきますが、地域区分の見直しを質問というか提案というか現状ですね。この状態で北海道全域だかとかかなりもしかしたら低くなる可能性があることと、報酬改定による離職率も上がるのではないかと御提案というか、ご質問等が来ています。

それと、地域密着型の徹底という事で、一つの市町村区分ではなく、もっと広域に地域密着のあり方を検討して頂きたい。

先程、入院時の提案の話がありましたけども、空室時における助成、入院時における助成をしていただけないか、というようなご提案を頂きました。

その事に関して若干、館石さんの方から1名入院しても運営出来るような報酬体系にはそもそもなっていますというお話を頂きました。

しかし、入院する方は一人ではありませんので、若しくは連続して二人というのがありますので、そこも踏まえてお聞きしたいと思います。

また、介護職員への更なる処遇改善という事もありました。

それと3問目に、かなり北海道は広いですから、地方へ行きますと離職されるという方が多いという事、それと処遇改善交付金が無くなるという事を聞きました。まあ聞きましたという事が先走って行ってしまうのであって、国としてのそここのところの配慮はどうなんだ？というところから教えて頂ければと思います。

なくすのであればその分を、介護報酬に組み入れてほしいというような意見等がありました。

介護報酬が減額されるという事は想定、容認できないと処遇改善交付金がどの様な目的なのか、原点に戻って考えて頂きたいという、ご意見と疑問がありました。

それと、過疎地で1ユニットのGH入居者さんの高齢化、身体的にも低下、そういった事がある中で、介護サービス、先程出ましたけど福祉用具は使えないか、というところが厳しい。

入居者さんや家族の経済的負担が大きい。という問題から、そういった提案が出ました。

キーワードが、地域区分の見直しに関する事にご意見を聞きたい。

それと離職に対して、どう対策を取るか制度的に。地域密着型、介護報酬だとかその辺

は先程議論されてきました。

こういったもろもろがキーワードとして、この提案用紙の中から汲み取る事が出来ます。

一つちょっときっかけとして、答えずらいと思いますが、地域区分の見直しに関してちょっと和田さんに振っていいですか。

和田

何で和田さんが良いかいといったら、わりと変なことを言っても責任が無いからでしょ。

それは正確には言えないけど、風の便りによると位でいいんでしょ。

介護報酬は5段階区分になっているものが7段階区分になると報道されていて、これは多分そうなると思う。東京23区は頂点にいて恐らく100に対して117.4だったかな、僕が入った段階で聞いてたのは、17%あがると、117.4をマックスとして人の巷の噂によると4.8%下がると言われているけれど、0.6ぐらいでとどまるんじゃないかとこれは、心配しなくていいよと天の声がありましたね。

7段階回に分けていく中で特高地が2つの区分になると1と2かな。特高地の下が高地乙地かな。恐らく札幌辺りは厳しいかもしれないけど、あんまりゆうたら広く全体から10.0のところからかき集めたやつを東京の特高地の1、2、政令指定都市系が多いわけですけども、そういうところに配布していく流れの様で、これもほぼ確定ではないですか。

それじゃなぜ、決めたのか話で、実はこないだ、政府系の某氏のお話何ですけれども、お会いしまして色々、話しを聞いていたら、その人は自分は官僚から説明を受けて自分は納得したという話を言っていましたけど、どうもなんというんですか、人件費水準だけで決めて言ってるわけではなくて、例えば不動産相場とか、その物価だとかそういう事も考慮して、決めてるみたいなんです。

ちょっと確定的ではないので、明確な事は言えないですけど、名古屋市は、僕は名古屋市の住民ですけど、名古屋市は特高地の1になってもよさそう何だけでも、特高地の2に入るみたいなんです。

そこにどんなところが入っているかって言ったら、例えば大阪府の永世都市が入ってたりね。何で名古屋市が永世都市として無いかって言ったら、名古屋市は家賃が安いんですよ。名古屋市って行ってみると分かるんですけど、不動産が安いんですよ。そういう事も影響してるって聞いて、その人は自分的には納得したみたいな、事を言っていましたけど。

そんなこんなを加味して汗顔して、決めてるみたいなんです。

これはまあ、このお二人はしっているとは思いますが、僕が言える事はそのくらいかな。それから、交付金の扱いについては、実はこないだから、新聞報道で報酬の中に組み込むと、2%全体挙げるといような報道がされてましたけれども、どうもそれは5日くらい前かな、5日位の段階では、決定ではないという神の声が聞こえてきた。ただ、この大きな流れがどうなっているか、国がよく実態をつかんでいるなと思うんですけど、介護職の待遇が悪いかと、介護職の待遇が悪いという事で、介護職がサービスの供給量に見合っ

た分だけ揃わない。

それで四苦八苦している訳ですよ。

そこは手を打たないと国が挙げて手を打たないともたない、このインフラが、ただ介護保険制度を維持していく時に、派手なのに金突っ込んだって介護保険制度はまるで役に立たないけれども、人に金突っ込まないともたないじゃないですか。だから介護報酬の中でそれを決着するといろんな事情が働いてくるから外出しをしてそれで近々にて別枠にしたわけでしょ。ところが震災を含めて金がたくさんいる様になった時に外に置いておくとかさされるわけですよ。外に置いておく事かさされるという事になると多分官僚たちも危機感を持ってんじゃないかと俺は思うんだけど、なんとかそれを中に入れて今15000円といわれている単価がしまいには10000円になろうが、8000円になろうが中に入れ込んで行くというか、まずその道筋を付けて行くと、大きくは財源が無いわけだから、大きな解決が例えばそれこそ消費税が導入されたか分からないけども、財源が出来た時にそれをちょっと改善をしていくと、民主党の公約、介護職一人当たり40000円だから、今でも15000円にしかしてないから、25000円残っている様な話になるんだけど、まずは、一旦介護報酬の中に組み入れて行かないと、これは消えていくと、泡になっていくという危機感はぼくもある。だから恐らくこれも風の便りだけでも、介護報酬の中に入っていき、ただし国についていうか制度の設計する人達が一番心配している事って俺は有難いなあって思うんだけどこの入れた金が介護職にちゃんといかってちゅう話なんですよ。

結局経営者がぼつと中に入れているじゃないかとか、それでは無くて一部の人間が優遇されて、介護職の給料が上がらないそれを理由にいろんな理由を付けるんだけど、そうじゃない。

そこにやっぱ信頼が無いわけですよ。いろんな要件を付けてその金を上手く介護の現場に働いている人たちに届けられるのか、条件が整えられるかも知れんけども恐らく、これそうなるか行くんじゃないかなと、ただこれも考えられる事だからね。

ただあるいは、変な話、保険料があげるとかそんな話なっちゃうわけだから、これどうなるか最後まで分からないですよ。

だから、関心を寄せておかないと、今震災で金が無い現状ですからその為には、何度も削ると高崎さんよくいいはったんでしょ。

高崎さんがたかったって大したことないけど、僕たちが要求されると大変な事になる。

そういう事にならない様にどうするかみたいなことを、考えてんじゃないかな。

たとえどうなるか、こうなるかは、決まるまで分からない、混沌としてるから。最後まで気を緩めないで、こういう取り組みをしたいとか、取り組むを通じて声を上げたりをしなければいけないし、僕が介護の世界でやってくれば、協会と連合会が一致して介護報酬の事だけに一致して、それこそ決起集会をするのか、それくらいのとこまでいくと力になるかなって凄くずっと思っていて、そんなことを頭の中で描いてて、僕は個人個人でしか

動いてませんから、その方が動きやすいんだけど、出来ることは最後までしていきたいなあと思うんですけども、皆はどう思ってる。ただ状況としてはそんなところじゃないですかね。

それから現在のままでいたら現行は下がります。10.0の処でいえば、0.6下がってGHも下がるるか、全体としてもさがる。

この決着は来週ですね。来週の給付分科会で決まるから、今週だよ。

宮崎

今日やってるんですか。

和田

今日でしたっけ。4日。来週じゃないかな。  
多分その位だと思う。

宮崎

それはぼくは行けないんですか。

和田

いけます。

宮崎

傍聴だけですよね。意見は言えないですね。

和田

それはそうでしょう。

宮崎

今ちょっと、天の声、神の声凄いですよ。  
この事に関して高崎さんコメントはありますか。

高崎

恐らく皆さんと同じ様な情報しかもっていないと思います。介護保険料を財源として介護報酬がアップするんじゃないかという憶測しか出来ません。

宮崎

はい。では、皆さんからちょっとご意見、ご質問等頂けたらと思います。

さくらは用意していません。こういった事を聞いてみたい等ありませんか

高崎

実地指導でも何でもいいですよ。

道東ブロック 佐々木

ずっと話を聞いていましたら、特に報酬が下がるというのは今まで、介護保険平成12年からの組み込まれた、事業者のやり方の結果なのかとちょっと思ったんですけどそれで、実際には地区でもいうと色々な苦情が来たり、相談を受けるという事が要介護度が高くなってきたので出る様になっていう相談があったりする事が事実なんですよ。ただその実際にはこのところを何とかしなければ、早ければ来週にはと何とかいってるから、早いか遅いかは別としても今後 GH が運営されるっていうのは事業者の人たちの意識が非常に低いついていうふうに感じるんですよ。

その事業者の人たちが、いろんな事業者の人たちが立てる事は問題無いけれども、建てた人たちの意識が非常に低いと、例えばそこでホーム長をやったり、管理者をやったりする人たちがどの様な理念を持って経営しているのか直接運営していくのが非常に大きいことだと思うんですよ。

これは早く言えば実地指導だとか様々な事が出ましたけど、行政はそんなにつつかないですよ。

外部評価だとか何だとか、ある程度一定の事をしていれば、それはそれなりに評価してきているんですけども、そのところの仕組みをですね、例えば実際にこういう事が起こったら、GHの報酬がぐっと下がって行くってことを何らかの形で定期的に意識的にしていかなければ凄く難しいんだろうなて今後だつてわからないんだろうなて思うんですよ。

先程、和田さんの話を聞いている有する能力に応じて、理念のところですけど実際にそれ自体は、対照的な基礎として、やっているGHとか色々出ましたけど、実際にはGHの方向性みたいなものをやっぱり見えない人たちが、見えない事業者見えないホーム長さんたちがたくさんいるっていう気がするんですよ。

いろんな研修に行って生活支援ですよって行ったって実際には、まあまあ座ってってくださいって言ったりしますから、今そういう現状の中で具体的に本当に定期的に事業者を集めて指導というかそういうのをしていくシステムを行政が厚生局とか、道とか GH でも良いんですけど、やっていく形を作った方が良いのかなって気がする。

それを聞いててちょっと思った。いろんな質問があるんですけど、それを何とか皆さんで、一つ方向性を決めて欲しい。

宮崎

その通りです。

今日を皮切りに希望的にも大きく GH だけ限定として声を掛けさせて頂きましたし、協会や GH とりまく事業者団体っていうのは、色々ありますので色々なところと協同出来たらと思っております。

館石

少しお聞きしたいのですが、方向性っていうのは例えば、有する能力に応じて出来るだけ自立した生活を送る、例えば皆が支援出来ている、ターミナルケアが増えてきているのが良いのか、GH と言うのは、そうじゃなくてターミナルの時期までいったら違う施設でお願いした方が良いのか、そこのところを強制すべきという事ではないですよね？

道東ブロック 佐々木

そういう事ではないです。

ターミナルケアは、かなり難しい所があって、日頃のケアがきちんと出来なければ、ターミナルは難しいと思っていますから、今現実に GH で要介護 1、2 で入った人たちが、厚労省の言った事は、当初 GH は軽度の方がという言い方をしていたと思うのですが、その方たちが年々重度になってきて、重度になった時にもう、うちは面倒見れませんので、出て行って下さいよ、何処か探して下さいっていうのが、本当に現実にあります。それがこういう介護報酬に繋がっていくのではないのかと思います。

館石

わかりました。では、その辺の流れもう少し説明します。

かつては、軽度のかたのためのサービスとされた時代があったのですが、最近では、佐々木さんのおっしゃる通りになってきていますね。

最初は、和田さんが言われた、痴呆対応型共同生活援助事業（平成 9 年から 11 年度まで）の仕組みの中で運営されていたのですが、事業の要綱にはこんな風に書かれていました。

概ね 65 歳以上の中等度の痴呆性高齢者（65 歳未満であっても初老期痴呆に該当する者を含む）であって次のいずれかにも該当するもの。

家庭環境等により、家庭での介護が困難なもの。

概ね身体の自立が出来ており、共同生活を送る事の支障が無い事、極端な暴力行動や、自傷行為がある等共同生活を送る事が難しいものは除く。

……と書かれています。

今おっしゃった事に関しては、要綱の中で対象を中等度の痴呆性高齢者（もう少し軽い方も含まれますけども）と書いていました。

介護保険が施行されてからしばらくの間、この影響が残っていました。

例えば、県によっては、重度になったらグループホームから出て、他の施設に移って頂くように配慮して下さいと指導をしていた県もあったくらいです。

ですが、平成12年に介護保険の運営基準を定めた時にこういう表現は無くなったんですよ。「少人数による共同生活に支障のある方は除く」とはなったんですけども、直接的に中等度や軽度っていう表現は介護保険の運営基準の中からは無くなっています。

もう少し見て頂きたいのは、18年に改正される前の一番最初の法律の条文が左側にあります。痴呆対応型共同生活介護となっていて、「要介護者であって痴呆の状態にあるもの」としているのですが、「……について共同生活を営むべき住居で機能訓練等をする。」とありまして、その中から除く対象を三つ挙げています。一つは、当該痴呆によって著しい精神症状を呈する者、もう一つは当該痴呆によって著しい行動障害がある者並びに急性の状態にある者、この三つのいずれかに該当する方は除く、という書き方を法律ではしていたのですね。ここには中等度という用語はありません。一番下にあるその者の痴呆の原因となる疾患、例えば血管性の認知症では、脳卒中の急性期にあるような方は急性期の病院で状態が安定して認知症に対する生活支援が必要になった時にGHに来ていただければいいので、急性の時までGHにいて下さいって意味じゃないです。という意味で除いています。ですが、最初に法律を作っている人たちもどこまでGHで対応可能なのかという点では、恐らく自信が無かったのだらうと思います。これはあくまでも想像ですよ。

だから、著しい精神症状を呈する者とか著しい行動異常がある者までGHでは受け入れられないのかもしれないということで、「除く」となっています。

ただ、介護保険がスタートしてから、皆さん方の努力によってGHでどこまで出来るかっていう事が明らかになってきたのですね。以前の痴呆対応型共同生活援助事業の一番最初の時には「GHは社会福祉施設に併設しなければならない」という仕組みだったのです。特養などに併設しなければGHとして認めないという段階から出発して、ワンユニットの形で地域にGHが設置できる様に徐々に進歩していったという流れだったんですね。18年の改正の時には、ターミナルまで継続して支えて行こうと目指す人たちが増えてきていて、実はその中で実態調査をやっているんですけど、この改正前の調査ではGHのホーム長、管理者個人の考え方としては、「一例一例条件が整ったときは、」という答えも含めると、ターミナルケアに前向きに対応したいという答えが66、9%を占めていました。この調査結果や様々なケアの進歩の実態を踏まえ、法律を見直しましょうという議論になって、法律の条例の中で「除く」対象の中から「著しい精神症状を呈する者」や「著しい行動障害がある者」を除くのは止めようという話になったのです。つまり様々な事情から不安と混乱の中でこのような症状を呈している認知症の人が、落ち着いた暮らしを取り戻して自分らしく生きることを支援する事こそ、GHに期待すべき役割ではないか、というように議論が進んで、このような条文になったわけです。ただ、「少人数の共同生活に支障のある方は除く」という部分は、運営基準の中には残っていますよ。ですから、軽度とか中等



度とかっていう話では無くて、一つひとつの GH でどこまで対応出来るかは、皆さん方の実践の成果を踏まえて法律や国の制度も一つずつそれに対応して変わってきて今に至っているという事ですね。

この法律改正に加えて、介護報酬上、医療連携体制加算が創設されて今に至っているわけです。流れとしてはこういうふうに来ているわけです。

宮崎

前段の整理が出来たかと思います。この後どういうふうに伝えていくか、若しくは事業者同士どういうふうにチェックという言い方は変ですけども共有していくか、若しくは実行していくかとか実践していくかという事になってくる、それにはやっぱり活動を通して伝えていく、もしくは共有していくことしかないのかなと団体としては思います。

館石

もう一つ良いですか？ 行政がどう動くかという事ももちろんあるのですが、今日みたいな機会に、この様に積極的な意見交換をして会員の共通認識を醸成し、それを声にして挙げていくことが重要じゃないかと思うのです。

GH はこういう事も期待できるサービスだという重要性というか、意義や価値を広く国民に知って頂く事で信頼が増して、それとともに介護報酬も見直されていくという事に繋がるので、こういう機会はとても大事だと思います。

高崎

全くおっしゃる通りで、GH の事業者間での意見交換も必要ですし、他職種の意見交換ですね協議会や連絡会等の話を聞いて、話をしあいまして、GH が何を求められているかっていうのを認識する事が必要なのかなと思います。

宮崎

だから、こういうアクションをドンドンと起こして行って、これが札幌で集まって頂きましたけれども、道東ブロックでそういう会を同じ様な事をやるとか、そういう事でも良いと思います。ただ、北海道の色々なところに協会のブロックがあって活動したりいろんな地域密着したことが出来やすいと思います。それと国に挙げる為に全国の組織もそうですけども協働しながらいく事が僕は良いのかなと思います。

日高 下川

私は今の事に関しては、10年くらい前から異業者だったのですけれども、介護事業者をしております。まずこの事業者を出して思った事は年よりは長かったってことはあるのかもしれないですけども、自分たちが行っている事業にきちんとやってる割には情報を

発信しない、消費者に対しても国に対してもまず言わない。自分たちの事をやってくれるのが、ある意味では、政治家であったり町でやったり道でやったりと期待感でやっている。ところが現実には期待感というものは寝言みたいなもので通りません。

そう意味では協会を通してこのような活動をしたり、いろんな業種間を通したり後は、いろんな地域に行って私たちのやっている事をいろんな講師で行ったりしながら、やっていると思います。そういう一つひとつの積み重ねがふだん私たちが何をしているか、どんな事業をしているのか、更に自分たちの事業では無くて地域に人に対してどんな事をしているかが、館石さんたちが言ったように、やはり私たちが事業者内であったり、組織内で本当の意味でいろんな人たちが GH の人たちはあんなにやってるのではないかとそれに見合う報酬さえ貰っていない、それはやはり地域の人たちが支えながら一緒に行動しますよという様なところまで持って行かないと最近になっても結果的には GH の報酬は上がりませんよ、火星に期待しない方が良いですよとかどんどん流していく、それで我々がしても症が無かったのねという様な、私は誘導に見えるのです。

やっぱりそういうもんに対しては個人であり団体でありふざけるなど、私たちはここまでやってると、その事を主張していくという事は大切なことだと思うのですね。それが以外と地域の人たちは町民は、または地域の保険者の人たちは知っているかというとしらないですよ。そういう意味で協会も会長中心によし、こういう事をやろうという事が一つのアクションだと思うんですね。是非私はこれを機会に是非こんな活動であったり公務であったりをしていただきたいと思います。そういう意味で私は個人的に思う。

高崎さんにも一度 FAX でおしつけでおれはこんなこと考えているぞという事で国会議員であったり本所の人たちであったり一度出会った人にはつなぐ事にはしています。そんな積み重ねがね、もしかしたら利用者の家族や又はある意味では本人たちがやはり私たちの職場を守ろうと、介護保険制度を守らなきゃいかんという様な事が私たちが言うのではなく、利用者や家族が地域が言うっていうふうには私はしていく様に動くべき行動が求められている年なのかなと思います。一緒に頑張りたいと思います。

宮崎

決意表明でした。

道東ブロック 齊藤

17年か18年の介護給付分科会でですね、ある委員の方が言ってたのですが、GHが変わっても報酬変わらないのに介護度3以上になったらすぐ出しやがるとすごいきつい言葉で言ってたんですよ。これに対して適切な反応がなされていないですよ。ずっと心配してましたよね。僕はもっともっとやっぱり話し合ったり、訴えなきゃ駄目でないかなと凄く思います。今回初め、4、8%下がると聞いてこれはボーナス払えなくなるかもわからないぞと思いき心配したのですが、決定じゃないかもしれないですが0、6%下がる

と聞いてほっと安心したんですけれども、処遇改善交付金が処遇改善加算ですか、それになるかもしれないんですかね。ここ一番おもったのが、釧路の老施協の会長と話したのですが、昔から変わらない流れだべって言って、あんまりびっくりしてないんですね。確かに報酬の85%ですか、給料なんかそれを考えたら北海道の人は何も言えないのかもしれないのですが、ただ思うのは財政中立の部分でやっていますけど、少ない所から挙げてくるって話なんでしょうけどもそれは本当にそれをかなえた上で財政中立をかなえた上で反応の余地が無くて、僕どう考えたらいいのかなと、どこを突っ込めばいいのかと考えたんですよ。財政中立はほんとになんかそうやって無意識にやらされたみたいだって、何も反応出来ないなと思ったんですけどやっぱり気付いた事は一つあります。この間テレビでやってましたけど、公務員は平均年収は640何万円だったっけな、会社員が421万円、残念ながらですね、介護職が多分ほとんど200万円代だと思います。そんな200万円代の人に財政中立って行ってもおかしくない、ある程度公平の上で財政中立といえれば分かりますよね。けどさ、全然公平でもないのにさ、それこそ1万も8000円でも給料下がったら明日父ちゃんが新聞取るの止めるかって話になりますよね。年金200万円だと、そういう人たちに財政中立って公平なのかと思いました。だから攻めてやめるのであれば、民主党言ってたように4万円上げてから辞めてほしいなあと思うんですけど、そんなことを言ってもしょうがないですね。つぶやきです。

後は、ほんとに今回の案でGH3年ですね、釧路でも病院系列でもびっくりしましたけれども入院して重くなったから出て行って下さいと言ったところがあるんですよ。信じられなかったですけどね。でもそういうところ実際あるんですよ。ここに来ている人たちはそういう事無いんですけど、来てない人とか全然関心のない人とかやってるんですよ。それが皆の足を引っ張るんですよ。そういうのをやめにしてもらいたいですね。

和田

あのね、22年の経営概況調査があったでしょ、22年の経営概況調査をじーっと見ると見えてくる事が色々あるんですけども、特別養護老人ホームを常勤換算職員一人当たりの給料というのが大体31万くらいなんですよ。GHで確か24万くらいなんです。GHは介護報酬に占める人件費の割合っていうのが、69%なんです、特養は確か55%くらい何ですね。この数字に騙されたらだめですよ。これをね、まずは一旦は特別養護老人ホームの職員の給料をGHと同じ69%の水準まであげるでしょ、それだと大体35万くらいになるんです。こっからなんですけれどもそれをGHと同じ職員する事に置きかえるんです。そうすると実はGHと同じ職員人件費率なんです。人件費何です。つまり今31万円という額が出たんですけど、24万円GH、これを人件費率を同じ事業として同じ様な比率まであげると、GHの額が高くなる。当たり前なことだよ、もともと低いわけだから69で35万な訳だから、これを今回利用者一人当たりを割りカンするともものすごい額ですよ。て言う事は、どういうことかって言ったら、制度設計上介護職一人当たりの人

件費っていうのは110万払っちゃえって思っちゃうわけですよ。それぐらいでも制度設計してるから、ただ何が違うかっていったら、特養の職員さんは自分が抱える利用者の数が多い分だけ入りが多いってことです。逆に言うとなんか起るかっていうと、僕はこれは国に対して色々お話しさせていただくんですけど、国民側から行くとサービスの需給時間が少ない所で働いている職員さんの給料が高いんです。普通はおかしいでしょ。つまりサービスを提供している側から変わらないと和田さんが一人で二人の利用者をみているから、しんどい思いしているんだから給料が高いと僕はGHいったら1, 3人しか見ない訳だから平均。特養に行ったら2人ですよ。これ概況調査です。2人見てるんだから当然のように和田さんの給料が高いでいいと。だけど国民側から見たら二人に対して和田さん一人しかいないんだけど、かたっぽは1, 3に見てりゃあいんだけど、国民側からしたら入れればね、同じ入れらたとしてもサービス需給時間が違うんです。それでこういったおかしい仕組みは国民にとってしわ寄せな仕組みの方がそこで働いている職員さんの平均的待遇給料が低いという仕組みがおかしいってことそれからいつも言われる様に要介護度ほっといて要介護度を上げる下げるどっちだ。要介護1, 2, 3, 4, 5になっていく事が報酬が上がっていくちゅうのが仕事のしない奴ほど待遇が良いちゅうこと、こんなバカな話ないでしょっていうこの大きくごった返してるこの二つをやっばこう論理的に解決していかないと僕は報われていけへんなあつてずっとおもっている。

それとその根本的に解決してもらえないけどもむなしくなるんだけど、ずっとその事を発信していかないとやっば国民を見て行くっていう事を見失わないで国民の中に入れた時にどうかっていう事が一番響いていく事なんでそこを外したらいかんって思う。

宮崎

僕ね、あきらめちやいかんと思うやっばってしょうがないとか、集まったってしょうがないとか、て言うのは僕は絶対だめだって思う。

でも言っても、焼け石に水かもしれないけれども、とにかく発信続ける事、それがこの団体だとか事業者とかの役目だと思う。

そこに住んでいる方々と一緒に生活するってことを念頭に置いた支え方じゃないですか。

これはやっばりあきらめないでいるっていう、訴えるっていうのは変ですけど、主張していくとか伝えて行くっていうかそれは、地域の人に対してね。国民の人に対して更に国や行政機関に対してもあと、同じ事業者同士でもて言うのが大事かなって思います。

和田

最近の話ですけど、ある都道府県の老協協がなんて言ってるかという、この時期にですよ、介護報酬の議論が始めるうちにですよ、GHなんて必要ない、つまりね合せて発信し続けてるんですよ。ずっと、僕らの場合はGHこそなんての話ではなくて、認知症という状態にある人を支えていく仕組みとしては、特養だって GH だってデイだって訪問介護

だって小規模多機能だってちゃんと充実していかないと難しいよねとその時にいわゆるコストパフォーマンスちゃんと考えながら人をよこせ、金をよこせだけでは無く、出来るだけ考えた少ないコストでどれくらいパフォーマンス上げられるかってという事を追求しながら先ほど言いましたように、報酬を上げてくれて話をするだけではなく、事業者としての襟を正すと、事業者の襟正すからきちんと介護報酬の中の経営が出来る様にして下さい。

言う様な事を含めて、やはりちゃんと物申していくのも大事かな。報酬だけ上げてくれなんて話し、そりゃ聞かないですよ。

道東ブロック

私、医療の事に関しては、あまり詳しくないんですが的外れな事言っていたら申し訳ないのですが、入院時や退院時この医療と介護両方算定できると思うんですけど、入院時退院時、これはどうなんでしょうか、算定できないのですか？

高崎

通知が出てて医療保険と介護保険の調整っていう通知が出ています。最近開催された介護給付費分科会の方に一覧が出ています。それを参考にされたらどうですか。

算定のルールが決まっていて、算定できる、出来ないと言う事が○×があるんですよ。

道東ブロック こうぶ

例えば、それをみないとお答えできないという事ですか。それをこたえられないと私次の質問へ行けないのですが。

和田

見れば解決。

道東ブロック こうぶ

そうですか。

宮崎

もし、仮説であれば言って下さい。こうだったら、こういうの聞きたいというのがあれば。

道東ブロック こうぶ

もし介護のですね、両者、例えば入院していて、退院した時に両者算定できる場合、翌精神科さん等です、治療の一環で試験外泊、一時帰宅棟あると思うんですけども、そ

の際に実際に戻ってきている場合、これは算定できないものはどうしてなのか。

という事を聞きたかったのですが。

それは、医療の方で算定するのは分かっているんですが、なぜ戻ってきているのに算定出来ないかってところが質問したかったんです。

宮崎

その後で教えてもらっていいですか。

館石

今、手元に資料が無いので申し訳ないのですが、精神医療の制度の方には、もっと重要な問題があるんですよ。GHに入居している方は、他の介護サービス利用する場合は、事業者がその費用を負担する事になっていますね。ですが、「重度精神科デイケア」は医療保険で利用できる仕組みなのです。これは調整しなければという問題意識を国も持っているのだけど、いまだに調整出来ないでいる。

ちょっと悪い言い方すれば、例えばある医療法人がGHと重度精神科デイケアを開設している場合に、GHの利用者を全員デイケアに通わせて介護報酬と診療報酬を二重に請求するという事が、実際に起こっています。

ただ、国が問題意識を持っていて、色々検討している。制度の調整いが難しく、いまだに解決にはいたっていません。ただ幸い、実際にやっている所は多くはないようですが、これはちゃんと是正していかないといけないですね。

宮崎

それはモラルの問題なんですよ。

今のは、私を通してお伝えします。

和田

GHは、外泊するじゃないですか、外泊して在宅で丸1日迎えた方が、ケアマネと契約してホームヘルパーをつかえるんですよ。

館石

例えば、GHに入居していて、3泊4日の外泊をした場合、GHから出た日とGHに戻った日以外の中二日は、外のケアマネを入れて、自宅でヘルパーを使えるんですよ。ご存知でしたか？

和田

要するに0時～24時等まるっこいない日は、居宅のケアマネジャー入れて、居宅サービス使えるんですよ。

宮崎

通知を探して協会のホームページにアップします。

良いですか。ホームページ見て下さい。

さっきの質問もアップします。

日高 三浦

ホームヘルパーはですね、2級非常に取りやすいと大体10日位で出張で講義なんかもやってるしね。その辺の主婦やおじさんや若い人もねGHがいいと、言う事で面接に来られるわけですね。ところがどっこい私はヘルパー2級持っている、と言う事で堂々とした面接で来られるんですけど、やはり認知症の対応がですね不十分であると色々施策ですね、ゴールドプランのヘルパーを養成してきたわけですけど、どれもGHではなかなか長続きしないと要するに高齢者が好きだから、日常お年寄りの面倒を見てきたという事で実際に入っているわけですが、現実ですね、なぜこんな一番難しいGHに来たんだろうと、それが家庭的な雰囲気だから簡単に言われるわけですよ。ところがどっこい私たちの方ではその家庭的な雰囲気を要するに構築するために秘かにですね、一生懸命オリジナルテキストを作りですね、職員に家庭的な雰囲気とはいろんな知識を得てもらうための、こういうふうやってるわけですよ。

ですから、スタッフから言いますとヘルパーすぐ取られて、即席で入ってこられても、結局技術も未熟であるし、また知識ですとか結局浅いわけですから一番問題なのが価値観なんですよ。

ただ湯につければいいかという感じそう思ってきたと、高齢者の介護ってするっていうそういう中に規定はないんだと、結局は介護度が重くなって来て利用者の関わりがだんだんできなくなってくるという事で、そういう方々を知識を高めてスキルアップする為にGH中で先ほど言ったオリジナルのテキストを作って一生懸命OJTをやって、切磋琢磨しているっていう事ですね。

総合施設長、施設長、管理者自ら、ボランティア精神で地域住民の方へ一生懸命認知症高齢者の為の周知活動、GHとはなんぞやとどういう内容のところだろうと活動をしているとその辺の部分の報酬があってもいいんじゃないかなと思う。

入退去の話が出ましたが、中高年になるとですね、入院する時に認知症になるからという事で職員がですね、食事介助に行ったり、いろいろお世話をしに行くそれが1日の中に日勤帯の職員が順番に変わり番こで行って、大事な関係を構築するという事を地道な努力をしているわけですよ。

要するに早くに退院が出来るという事で、そういう部分では介護職員の隠された力をあ

るんだよという事を報告しておきたいという事。

それから、ついこの間医療連携加算がとれなくなりました。理由が現場にいる介護職員が看護師以上の関わり看護的な接し方をしてきたわけですよ。看護師に物が言えない、看護師が辞ると医療連携加算がとれなくなる。介護計画を立てないケアはケアマネージャーが居たりして、ケアマネージャーが介護計画の研修を受けた人間が一生懸命18名分の介護計画を立てるという事実上から行きますと、その報酬や加算の部分で辞められたら困るといふ事でむしろ逆に介護職員の方が気を使っている、管理者の方が施設長の方が気を使っているという現状、先程の案にも出ましたが、例えば計画の部分は、報酬はそのままケアマネージャーが入ったら加算というふうな体制をですねなんとか実現させて頂きたいという事と、それから看護師が居なくても医療連携体制加算の部分を上手く取れるような例えば、先程訪問看護が使えない状況の中で、小さな診療所であってもしっかりと健康管理ができるようなシステムであれば、医師の指示によりしっかり出来ているのであれば、医療連携加算の全額では無くても多少は入れてあげようというシステムにならないかという事なんですよ。

私は本当に日高の小さな町で、GHをですね横のつながり、縦のつながり、一生懸命ボランティアをやらせていただいたりしているんですけど、もっと地方で頑張ってるGHもあるんだという事をお伝えしたかった。

和田

通常ね、どんな企業でも事業でも教育コストは価格に跳ね返す事が出来るんですよ。だから例えば全日空が3ヶ月研修する、日航が6ヶ月するならそのコスト分は価格に跳ね返りますやん。この介護保険事業ってさっき言ったように積載の根拠が無いんですよ。

一人も職員が入ってきて、それに対してこれだけの教育コストがかかるかっていう事の積載根拠を出せと言われても出ないんですよ。教育コストみたいなものが、介護報酬上設定されているかどうか、非常に疑問なんです。そしたらね、その教育コスト分は要するにダブル配置なってるわけでしょ。ダブル配置っていうのは、簡単に言ったら基準上は配置何だけれども、実際には使えないから、使えない人に教えるからダブルじゃないですか。二人組ちゃう話じゃないですか。そういう事を僕はちゃんと議論していかないといけないと思うんですよ。

教育に対してどれだけのコストがかかるかっていうと僕はこの際だから、本当は国は全国調査でもかけてどういう様な教育コストになっているかとか、管理者コストや計画作成担当者コストになっているか調査をして、僕らいつも事業者団体でエビデンスはエビデンスはとか言われるんですが、お前らのエビデンスじゃないやんけ、エビデンスちゃんと取れというんですよ。

そこをちゃんとしてほしいと思うんですよ。  
それから、入院時の支援コストはさっき言った館石さんの話で何にもいえへんなって感じ



になるんだけど、僕はねそういう事っていうのは、国ってのは良く知っていると思うんです。良質な GH も運営をしている事業者さんが入院中に実は顔を見に行ったりだとか、支援をしているっていうのは良く分かっていて、その事をどうするか、こうするかという事は僕は議論の中には載っていると思うんですよ。

さっきみたいに元々の制度設計上この事を見越して、報酬の組み立てがされているのですから、なかなかそこに突入しにくいのかなというふうに、僕これ知らなかったんですよ。はじめて聞いて知ったんですよ。元々 8 人の設定での話は知らなくて、そうなっているとしたら元々それは、想定されているわけだからだったらしてない奴からとれよ。してない奴からとれっちゃうのは、減額せいっていう話なんだけれども。

医療連携体制加算についてはね、看護師を配置するもよし、訪問看護ステーションを配置するもよし、という事になっているから、それは医療連携体制加算をとって、医療に1ドに出来るだけこたえていくという仕組みにはなっているんですよ。

だけども、平成 16 年の 4 月に GH 立ちあげて医師会と連動してうちの会社と医師会との直接契約でワンユニット当たりいくらでという事にしましたが、確か 100 万円だったかな、払って実験的に訪問看護ステーションに入って、週に 1 回入ってもらってます。

それにその宮崎和歌子とかと一緒に国モデル事業として、制度化していくという事で医療連携体制加算という、訪問看護ステーションが GH に関わる仕組みが出来たわけですよ。

その時に、僕は最後まで抵抗したのは、体制加算はダメだと、体制加算で言うのは家局は今まで使っていた訪問看護を使えない訳だから、そのまま訪問看護が入ってもらえるようにすべきだと。

僕は僕で最後までやったんだけど、これは異様な力関係があって、基本的には医療連携体制加算になって連携をすれば体制加算がとれる仕組みにまで落ち着いたわけですよ。

目指すべきは、このままじゃなくて、訪問看護を使っていた人が、変わらず訪問看護を GH にも特養にも特定施設にも、あるいはショートステイを使っている時にも入ってくれるような仕組みが、医療がきちっと必要に応じて入れるようにしないと、どこで暮らそうが、そりゃ最後まで応援するという事支えて行くのは難しい。

だからその、医療も環境が整っている所に移さざる負えなくなるわけですよ。

大きな意味では間違っていて、過ごす場所が違うたとえば自宅だろうが、GH になろうが同じ様に医療サービスが入ってこれる仕組みは目指すだろうと。

僕なんかこう、訪問看護の連中には、要らんことばかり言ってまた、嫌われるだろう。

医療を限度額の中にあったらあかんといつも言ってんだけどもなかなか上手いかない。

医療は必要な時に必要な分だけ、これが命を守ってるわけでそれは GH にきちっと入ってこれる仕組みが必要だと思う。

計画作成担当者がきちっと職員たちとフィーリングをしながら情報を管理しながらその情

報を精査しながら、解析しながらそれに対して方針を立てて行くという事の為の時間数を、ここはやっぱりきちっと確立してやらないと、週に1日だけいけば良いとかね、2時間だけいけば良いとか、訳わかんない、介護支援専門員なら非常勤でいいとかね、もうわけが分かんない何の為に計画作成担当者を配置して介護支援専門員をそれに付けてんのかという事が意味が薄れさせてくるのが、指導の在り方とか、政策の在り方とかムダ。

それならいっその事無くっていい話。

そこをみんなで詰めて行かないといけないと思う。

館石

結局はどうなったか、議論を経過を説明しますね。

訪問看護を今まで使っていた人が、GHに来た時もそのまま使えた方が良いですよ、という事です。重度化への対応という視点でいうと、このGHの報酬体系に対して、在宅の区分支給限度額をご覧いただくと、要介護4と5の部分はGHの介護報酬との間に隙間があるでしょ。この隙間の分だけ、外からの介護サービス利用を認めたらどうかという議論になるわけです。

小規模多機能もそうですよね。小規模多機能も1～5まで全部隙間があります。

小規模多機能は、ご承知のようにこの隙間の分だけ外の介護サービス使える仕組みです。

GHは認知症の方以外は利用できないサービスで、小規模多機能は制度化の時に、認知症に限定がかからなかったもので、在宅の区分支給限度額と比較的パラレルな報酬体系に結果としてなったわけです。

議論としては、この範囲内で、訪問看護と福祉用具貸与を認める事は出来ないかと内部的には検討され、最終的にいろいろな事情を勘案した結果として今の仕組みに落ち着いている。

宮崎

ありがとうございました。

札幌西区発寒 経営者（名前不明）

今ほとんど私の言いたい事和田先生が言って頂いたので、まずですね、GHで3とか4になっていくと出て行くっていうこれはちょっと色々ありまして、出て行くんでは無くて、ケアを出来ない人が多いんですよ。

GH職員の中に要介護3、4、5、重くなっていく方を見れない方が多い職員の方が多いんじゃないかなと思います。

それらを福祉経営者ですかホーム長さんですかそういう方たちが、やはり私たちの仕事というのは、介護職という事をしっかりと踏まえたうえで、自分たちは要介護1～5という人たちでなくて、要介護を必要としている人たちを全般認知症であって要介護を必

要とする人たちを全員見てあげられるような、介護出来るような職員が仕事をしていかなければならないと思います。

札幌市ですとか一回、社会福祉協議会かなんかで実践研修ですとか管理者研修ですとか、及びリーダー研修とかやっておりますけども、はっきり言って内の何人が受けさせに行きましたけれども、うちの職員が研修の講師をやらせても良いくらいのことしかやってませんでした。

机上論ばかりですよ。もう少し現場で動ける様な、現場でモノが考えられるような、研修を受けさせてほしい。

昨年うちの法人で国の施策で職員に研修を受ける機会を与えて下さい。その代わり、一人職員を雇う、その給料は国が持ちますという施策があったんですよ。

それを使って、約1年間方々な研修を受けさせましたけど、ほとんど私からすれば、身になっているものは無い。

本当に机上論が多くて、実際に職員がうちの職員が能力が無いのかもしれませんが、そういう事が多く手ですね、もう少し現場に添った様な、私たちがここでこうやって研修受けている時も職員は現場でいま、動いてるわけですからその様な研修を受けさせて、暮れる機会があればと思います。

それから、医療行為が必要になってから出て行かなきゃならない。これもおかしいことだと思うんですけども、見取りをやって下さいとは言いながらも、医療行為を必要になったら看護師とかが、看護師も24時間いるわけじゃないですから、出てかなきゃなんない。こんなバランスの悪いことを国がさせておいて、報酬が下がるとかっていうのもおかしい話だと思う。

ですから、私たちが今やらなきゃならないのは、2035年になってきますと、人口も減ってきます。その代わり、認知症の方たちは増えて行くと思う。

その間、これまでの間に認知症 GH は、どうしても必要だという様な事を世間に無くてはならないんだという事を訴えていけるような事業者になれる様に頑張っていきたいなと思います。

和田

僕がこの言い方が間違っているかもしれないけど、間違ってたら、間違ってたって言ってほしいんだけど僕ね、世界の労働者って二極分化されてると思うんですよ。

一つは、マクドナルド労働者化、徹底的にマニュアルでやらせるっていう、つまりこの時にはこうする等、これが一つ。

もう一つは、クリエイティブな仕事をする労働者化、これ大きく二つに分けられるような気がするんですね。

マクドナルドの特徴は、取り換えがきく。誰でも良い。

クリエイティブな仕事をする人は、取り換えがきかない。その人のアイデンティティとか

が活かされる仕事でしょ。

僕、介護の仕事特に認知症に関わる仕事っていうのは、特にという言い方でくくらせて頂くとしたら、寝たきりの方っていうのは、実はマクドナルド労働者と同じなんですよ。

ところが認知症の方の支援というのはクリエイティブな仕事の様な気がするんです。臨機応変にその場その時に対応しなきゃならんねん。だから大事な事はどうするかではなくて、どう考えるかという事が大事なんです。

厚生労働局が最初に来て業務管理マニュアルがちゃんとできているかみたいな事について、厚生局第1号の指導事業者になりまして、何にも無かったの。そして国が作れって言ったから四苦八苦して作ったのさ。なんでかっていうと大嫌いだから。

だからそれは、介護保険法の憲法の条文だとかね、どういう方がその生活の中にどうそれを浸みこませていくかっていう様な考え方の基本になるような事書いたポイントが投げられているんですね。

訪問介護は手順書です。厚生局の人たちは問題なしという事で通知させてくれたんです。が、これをその人たちに見せるとマニュアルじゃないと言われる。

僕ね、今おっしゃったように一つはこういうやり方に基づいてその向こうでクリエイティブな仕事を出来るかという事ともう一つは単純に具体策、スキルです。

食事のしかたとか、移動介助の仕方、身体の洗わせ方とか服の着せかたとか、これをねGHちゃんとそなえて行かないと利用者と入居者の状態に応じてない、有する能力に応じてない、自分で出来る様に支援する、見守りから簡単に言えば、全介助まで対象だから、そこをちゃんと踏まえたうえで研修の体制を作っていかなあかんなど、それも必要な時に必要な分というふうに考えたら、全部その中に含まれていくと思う。

今の実践者研修なんかは、実はそういうふうにはななくて、なっていないところが多くて、どっちかっていうと理念研修が基本になってくるんですね。

理念研修で言うのは、理念を自分で考えるのでは無く、本当は介護保険がどんな目的を持っているか、運営の基本報酬がどうだとかとかそんな理念をどう具体的に実践していくかて言う部分に実は全国の指導者の養成学校が徹底的にそういう事やっていけば、もっと良かったと思うんですよ。ところが全国3か所しかないんですけど、この3か所のセンターがそれぞれの研究員だとか訳の分かんない連中が好き勝手にやっちゃってるもんだから、ぐちゃぐちゃになっているんですよ。

ものすごく残念ですけども、GHとはなんぞやでは無く、支援とはなんぞやというもう一回実践者研修なんかの組み立てを変えて行く事が必要だと思う。

今のままではもう、ロスが多すぎる。

## 道央ブロックの 寺沢

2つ程質問があるんですけども、先程から話が出ているんですが、訪問看護とか、外部

のサービスについて、今後においての検討の余地というのが無いのか、分科会の中に入る余地が無いのかお伺いしたいのですが、先程、館石さんがお話ししていた、地方分権という事で各自治体の考え方が盛り込みやすいというお話がありましたが、そういうのはどういう考え方が通りやすいのか聞きたいと思ったんですけど。

館石

我々の処に聞こえてきている情報では、GH に外部サービスを新たに使える様にしようという動きが具体的に進んでいるという情報はありません。ただ、もしかすると我々が情報を持っていないだけかもしれませんが……。

地方分権との関連では、現在の GH の運営基準は厚生労働省令で定められていますが、これが市町村の条例に委ねられることとなります。その際、一つひとつの条文が、さっき言った3つのカテゴリーのどこに入るかは、今ここに資料が無いのですが、既に公表されていまして、そのカテゴリーの中で可能な範囲で各自治体が定める事が出来るという事です。

ただ、規定ぶりを変えるためにはそれなりの根拠と説明力を持って、国はこういう規定を示しているけども、内の自治体はこういう考え方になっているというようにきちんと説明できないと、何でもかんでも変え放題というわけでは無い。

細かなところでは、A 自治体と B 自治体と C 自治体でばらつきが出るということは、これからは目立つようになるでしょうね。

和田

もうねえ、地方分権じゃないですよ。今ある物は地方地域主権ですから、もっと突っ込んでますよ。

地方分権なんて言うのはお堅い話で、地域主権というのは厚生労働省かなんかで形的なものはもう地域地方分権では無いですよ、地域主権、民主党が言ってる地域主権、これはもう、かなり行くところまで、ガンガンと

館石

極端な話をすると、GH の基準の中でですね、3人部屋を3室で1ユニットとする条例をこれからは作ろうと思えば作れるんですよ。

そんなことする自治体は無いとは思いますが……。

和田

この間あったじゃないですか、特養の地方に任せてたらとんでもない事になりますよ。

館石

そういう事を懸念して、そうならない様に GH としてここだけは守らなければいけないという部分は全国共通の仕組みとして維持して下さいという要望を出すといいですね。日本認知症 GH 協会は出しています。

和田

後ね、もうひとつ例えばね GH にベッドを入れる時には、事業所負担と思いきこんでる人いるじゃないですか。

うちの特定施設でも出たんです。なぜかっていうとね、この生活様式っていうのが、就寝形態は、和式か洋式なんです。

和式が布団様式がベッドだとしましょう、就寝形態の選択権は本人なんです。

つまり、和式にするか、様式にするかの選択を奪ったらいかんですよ。

もう一つは、様式にすると行った時に、どんなベッドを使うかという選択権も本人なんです。

本人がどんなベッドを使うかというのは、本人が決めるんなら本人が負担するべきなんです。

だけど、これを使って下さいと言ったら事業所負担なんです。

これは厚生局にも確認した。GH でもね、保険者によっては要するに、介護用品については事業者負担で揃えなさいと言うんですよ。ベッドは介護用品かと、違うでしょ就寝具でしょ。就寝具は本人の負担でしょ。

就寝具であるベッドに介護ベッドを入れてくれって言ったら事業者負担でしょ。

極端に言ったら、電動ベッドは便利なんだけど家族はモーターのない物持ってきたと、それはおっけーだったの。そしたらオッケーじゃないですか。

それにモーター付けたいからといたら自費なんですよ。

と言う様に、制度上の様々な確認事項みたいなものは実は一致出来てなくて、個別に厚生局に確認しに行ったんだけど、それはこうだとか、それは違ってないとかこれぐらい説明を受けた。

そうじゃなくて、一つずつだけこの際だからこれがどうかってことも誠意をみせていくっていうか、そういう作業を残念だけでもしていくっていうね。

さっき言ったように、大事な事は利用者の選択に資するってことはとっても大きな事なんですよ。

それは基本的人権だからね。利用者の選択権が保証されるっていう事がこれを大前提で、その上に全ての介護保険制度っていうのが成立させてるはずなんですよ。GH 成立してないけどね。

だから、地域密着型何かでもそうだけれども保険者単位でしか入れないっていう事を保険者に対して、保険者単位でしか入れないうちの GH で空いてるのにどっちかっていったら入れさせてくれは、絶対通じない。

だけど保険者単位はなってるんだけど、行政間のやり取りでジャッジできる仕組みになってるやないかと。

この人の生活を保障していく時になぜここに暮らす事がダメなんだと、言う道は制度上残っているわけですね。

そういう事を突き詰めて、選択権は利用者国民にあるはずなんだと、介護保険制度が国民がどこで暮らすかという選択権を奪うのはおかしいと思う。

そこで僕らは立ちあがらないといけないですよ。

奪ったらダメですよ、制度上、誰がダメかといったら、札幌市に言うんですよ。

基本的な物の見方みたいなものを実行しようと、僕らが絶対ぶらさないで、ぶらさない所でみて、これがこうだよとそこで到達点を確認しあっていく。これは本当はこうなんだけど、今の段階では医療連携体制加算でとれるけども、どこで暮らそうが訪問看護が入れる事が良いと思う。なんでここだけ継続性がないんやと。言う様な事っていうのがちゃんと指示しているというか、そういう事がすごく大事でそんな事が、実は GH にとって特養にとっても多くの介護保険事業者にとってももっと言えば国民にとっても良い道に行くんだと、ここだけがこうしてくれじゃなくて世の中全体の介護保険事業全体の到達点をちゃんと確認しながら評価しながら前にすすんでいくっていう事をちゃんと事業者側もしていないと行けない。

宮崎

まとめて頂いたようですけど、時間もきましたので、最後に映像と共に和田さんに詩を朗読してもらおうと思おいます。

和田

「詩の朗読」

生きてる姿というのは仕事の成果だからね。仕事の成果としてはこんなだね、GH 出来た事によって生きていけるのかという事が凄く大事なことで僕らにとっては誇りでありある意味ではプライドっちゃうかね、だれにも負けないこれが僕はできませみたいな、そこがあるんじゃないかと思うんですけど。それを礎にして国に対しても、誰に対しても、ものをきちつと言っていくという事が凄く大事だと思うし、この映像をあっちこっちの研修で使う人や運営推進会議で使う人も増えているみたいで館石さんが出発点なんですよ。

高崎

利用者様の顔を見て、表情がある利用者さんを見てるとホッとします。ただ表情のない利用者さんを見ているとどうしようかなと色々と会話していると共同生活の中で、どういう役割をしているのか、役割が無いっていう事もありますね。じゃあこの利用者さんてど

ういう時はつらい様な表情をしていますかと、あるいはどういうときに笑っていますかとお聞きしても回答をもらえなかったり、認知症に特化したGHこんなに大切な場所なんだと、身を持って実感しながら、仕事させて頂いています。

先程、下川さんからもありましたが、地域の声ですね、医療関係者や他職種のみなさんと連携しながらGHの良さや支援のあり方を情報発信して下さい。

地域にGHを認知させることが、本当に大切、高齢者認知症GHは、これからもっと重要になってきます。

話は変わりますが、最近ですね、地方で廃校した小学校、中学校を再利用して運営を、指定管理者制度を利用してそのような取り組みをしている市町村があります。指定管理者制度ですから民間、社協、NPO法人なんかでやっているんですが、今後とも認知症高齢者、認知症介護、GHにおける介護サービスの質の向上にむけて、どうかよろしく願いします。

館石

私も全く同じ気持ちです。これから認知症の方がどんどん増えて行きます。厚生労働省が出した推計値より実はもうすでに上回っている、そういう研究の成果が出てきていますので、そういった人たちの生活を支える大切なサービスとして、皆さんとこれからも一緒に考える機会を持てたらと思います。

宮崎

今日は本当に5時間にわたる色々な話を聞かせて頂きました。また、色々な課題も見つかりました。それと同時にやるべき事も見えました。それを粛々と僕らはやっていくしかないと思います。是非仲間同士集まっているいろんな組織だとかありますけれども広域で仲間同士集まって声を挙げて行くそんな機会にしたいなと、その先駆けにしたいなと思います。

次は山形でやるみたいですから、色々こういった事を日本国中広まってそしてGHだけでは無く、特養や老健も全ての国民が利用する事業所が全体を挙げて底上げしていくという状態が僕らにとって素敵な事だなと思います。是非力を合わせてこれからもご協力してやっていきたいなというふうに思います。是非お力を貸して下さい。

以上を持ちましてこれで終わらせて頂きます。

どうもありがとうございました。