

最新介護経営

CARE VISION

わかる・使える・明日が見える 人・モノ・カネ・情報を網羅した
介護経営月刊誌

3月31日まで定価1,200円

4月1日から定価1,234円

MAR. 2014

介護 ビジョン 3

特集

トップランナー23人の挑戦!!

自分たちはこうして
2014年度を面白くする

第2特集

業務の効率化を実現し、サービスの質向上を図る

介護業務支援 ソフト・システム最新情報



特別
対談

地域包括ケアは、
独居高齢者を救うか？



上野千鶴子
東京大学名誉教授



小山剛
社会福祉法人長岡福祉協会
理事・評議員・執行役員

“おひとりさま”の 介護と看取り



●小田原福祉会高齢者総合福祉施設潤生園理事長・園長

時田 純

地域包括ケアの運営に向けて 人材確保・多職種協働 そして賃金のあり方を提言

地域包括ケアシステムの構築を軸に据えた、医療法改正・介護保険法改正の「一括法案」が今国会で成立したが、日本介護福祉経営人材教育協会関東支部長を務める時田純・社会福祉法人小田原福祉会理事長は、人材の確保や介護職の給与の問題などの解決が先決、と訴えている。

地域包括ケアに必要な専門職
人材は地域のなかに隠れている

社会保障と税の一体改革から社会保障制度改革国民会議報告書、そして今国会で成立した介護保険法や医療法の改正を柱とした、いわゆる「一括法案」(地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関連法律の整備等に関する法律案)に至る一連の議論は、地域包括ケアシステムの構築に向けた指針を示すなど、うなずける部分が多々あるものの、いかんせん「現場感覚」からかけ離れているという感じを受けます。介護人材

の確保や掘り起こし、医療との連携など、課題は山積していますが、それらをどのように解決していくかにまで踏み込んだ具体的な議論がなされていないからです。

専門職の確保は地域包括ケアを構築するうえで不可欠な要素であり、人材の掘り起こしは急務です。たとえば私たちは「食のない在宅は成り立たない」と位置づけ、1989年から現在まで365日・昼夜2食の配食サービスを提供し、安全確認を兼ねて実施しています。これは単にお弁当を利用者に届けるだけのサービスではありません。要介護者には摂食や嚥下障害、義歯の

不具合や口腔機能の低下が多く見られるので口の中をアセスメントし、咀嚼力や病状などを的確に判断して「おかゆ」や「介護食」、「糖尿病食」など、個別の配食をしているのです。こうしたケアも含めた配食サービスによって、健康状態の維持・改善に大きな成果を上げてきました。

人手不足と言われますが、地域には潜在化している専門職が数多くいます。先日、20人規模のデイサービスセンターの開所式に招かれたのですが、5人の看護職が在籍していました。驚いてその理由を尋ねると、皆さん、近所の大学

病院に勤めていた看護師だということです。その地域には大学病院があり、そこに勤め、結婚し、退職して家庭を持ち、その地域で暮らすようになった。子育てが一段落し、そろそろ現場へ戻ろうかと考えた時に選ばれたのが、地域の介護現場だったというわけです。このように、「隠れた社会資源」はあるはず。そうした方々が腕を振るえるような仕組みづくりを、地域ぐるみで進めることが専門職の掘り起こしにつながると思います。

多職種の「連携」ではなく「協働」 「コーディネート役」には保健師を

地域包括ケアシステムで専門職にはチームとしての活動を通じて、利用者の生活を支援することが求められます。私はこのチームとしての活動のあるべき姿は、専門職それぞれが自らの資格をベースに役割分担をする「多職種連携」ではなく、可能な限り集まって一緒に活動しながら、利用者に貢献する「多職種協働」にあると考えています。しかし、職種間の相互理解を進んでおらず、とてもチームとは言えないのが現状です。
多職種協働を実現していくため



Jun Tokita

ときた・じゅん

小田原市役所民生部勤務を経て、1963年、小田原市議会議員に当選、3期12年務める。77年、社会福祉法人小田原福祉会を設立、理事長に就任。78年、特別養護老人ホーム潤生園を開設、施設長に就任。85年、高齢者総合福祉施設潤生園と改称、園長に就任。そのほか、NPO法人小田原生活応援センター理事長、小田原市社会福祉法人経営者協議会会長、神奈川県福祉施設士会会長、一般社団法人24時間在宅ケア研究会理事長、日本介護福祉経営人材教育協会理事・関東支部長、日本認知症ケア学会名誉会員等を務める。

にチームをまとめ上げるコーディネーター役が必要になります。これの担い手として、私はケアマネジャーとあわせて保健師に着目しています。保健師は現在、全国で約4万人います。国民3000人あたりに1人の割合で、地域包括ケアシステムへの配置という点でも申し分ない数です。

保健師は職能の点からも、この役にうってつけです。地域包括ケアはあくまで「本人の暮らし」が柱になります。在宅医療や介護の現場では医師の「治療」方針に引き

ずられがちになります。専門知識を有している点では看護師も力がありますが、看護師は「医師の指示」をもとに業務するため、どうしても医師の意向や医療を優先する傾向があります。保健師はそうした配慮も不要。医師とも何のしがらみもなく対等に話ができる立場にあります。

介護報酬の地域格差解消に地域別最低賃金の活用を

もう一つ考えなければいけない大きな問題があります。今後、特に

高齢化が進む大都市圏では、介護職の低賃金問題が深刻化していますが、この問題の解決なくして大都市部の高齢者支援は不可能です。

昨年10月に改定された地域別最低賃金は、最低額の島根県、高知県が652円であるのに対して最高額の東京都は869円、神奈川県は868円です。最高額は最低額の1・33倍になります。

一方、介護報酬は地域区分ごとに報酬単価が定められており、3年ごとの「介護経営実態調査」をもとに改定される仕組みになっています。

す。12年度介護報酬改定では、1級地でも上乘せ割合はわずか18%です。地域別最低賃金の割合と比べて、大きな開きがあるのです。

昨今は建築業やサービス業はじめ大都市圏における給与は上昇傾向で、人材確保競争で他業種の後塵を拝するようになっていきます。

そこで私が提案したいのは、地域別最低賃金を介護報酬算定の基礎に据えてはどうか、ということです。地域別最低賃金は国民生活費の水準を正確に反映した数値であり、介護報酬の算定基準としても妥当性は極めて高いと言えます。

これは新たな財源確保というよりは、財源配分のあり方を実態に即して見直すという議論であり、国民に新たな負担をお願いするものではありません。

超高齢社会への対応は、介護職や医療職だけで解決できるものではありません。制度を整備するだけで対応できるものでもありません。地域別最低賃金をはじめ、いろいろな知恵を駆使して問題に取り組むべきです。広く情報を開示して、地域住民の皆さんに協力を呼びかけていく必要があると思います。