

特集

経営者に期待される事業運営

Interview

●インタビュー●

社会福祉法人の参入で高齢者住宅の質の引き上げを

社会福祉法人こうほうえん 理事長

(全国社会福祉施設経営者協議会常任協議員・介護保険事業経営委員長) 廣江 研氏



ターミナル(終末期)まで  
過ごせるような住宅が必要

今年6月に成立した改正介護保険法では、24時間体制でサービスを提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」など、医療と介護の連携が必要となる制度が創設されましたが、社会福祉法人はこれまで地域に密着して事業を行ってきたので、民間企業よりは取り組みやすいのではないかと考えていま

す。また、介護保険法に先立ち、4月に改正された高齢者住まい法では、「サービス付き高齢者向け住宅制度」として24時間対応サービスを組み合わせた住宅の普及を図ることとしています。ハードとソフトの両輪が制度として揃ったわけですから、今後、「サービス提供は施設から住まいへ」という流れはますます強くなっていくでしょう。

はいサービスのケア付き住宅等が散見されるなど、利益優先が目に見える民間事業者もいます。今回の関連法改正をチャンスととらえて社会福祉法人が参入し、住宅でも施設なみのサービスを受けられるようにしていくことが必要です。社会福祉法人の参入がケアの質をあげ、情報公開や透明性の確保等へとつながり、入居者にとってプラスになると思います。

私は、高齢者住まい法の改正前の意見交換会に全国社会福祉施設経営者協議会の立場で出席

したのですが、「サービス提供時に見守りの職員を置く際には、介護福祉士にするべき」と提案したところ、民間事業者の方々は「資格は不要。誰でもできる」といった意見が出る状態でした。結局、見守りの職員についてはやっとなら、「2級ヘルパー程度に」ということになりましたが、私は「2級ヘルパーでも2〜3年は経験のある人とするべき」と再度提案しておきました。民間事業者はいかに利益をあげるかということについては非常にシビアです。

こうした状況をもう少し国民のみなさんに理解してもらい、高齢者住宅への入居を検討する際には、建物の値段だけではなく、サービスがどのように提供されているか等も含め、総合的に判断してもらいたいと考えています。なぜなら、せっかく高齢者住宅へ移住するならば、住み替えは1回で済むよう、ターミナル(終末期)まで過ごせるような住宅であるべきだと考えているからです。そこに、どのようにケアを取り付けていくかが重要になってきます。

特養の夜勤帯にも訪問看護を

医療との連携については、訪問看護・介護とセットにして法人自らやるのか、地域の在宅療養支援診療所とどうネットワークを組むのか、ということがポイントになってくるでしょう。

ただ、「複合型サービス」では、現在のところ小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組合せしか出ていません。これは規模も対象エリアも非常に小さくなるので、とくに深夜帯の効率化が課題になってくると思います。

昨年、経営者協議会でデンマークとオランダに視察に行ったのですが、オランダの人口7万人くらいの町では、訪問看護は1チーム、訪問介護は3チームあれば、いわゆる高齢者住宅と

日本の老人ホームのような施設のすべてに十分対応できるということでした。行政が情報を一元化して、巡回中にスタッフの携帯電話に指示が入ると、即、携帯電話から情報を取り出して対応していました。日本の場合、そうしたネットワークがまだ構築されていませんが、このように広域化していかないと、非効率になつてしまうと思います。

もうひとつは、施設における医療の問題があります。特養には常勤医が少なく、看護師も非常に不足しています。特養に対して、オランダのように、訪問看護ステーションが夕方時間帯から翌朝まで対応できるようにするべきだと考えています。そうしないと、例えば100人の入所者に5人の看護師を配置しても、週に1回以上はオンコール体制になってしまい、なにか異変があれば医師の役割もなくなってはいけません。家族への連絡調整や病院探しもしないといけないという状態で、とくに深夜帯は厳しい。訪問看護が夕方から特養に入り、在宅療養支援診療所も同様に利用できれば、非常勤医師に代わり、施設と住宅でのケアが均質化されるのではないかと考えています。

かつては、特養の看護師というと、育児などでしばらくブランクのある人が研修を受けて最初に働き始める場所、といった雰囲気もありましたが、その頃は要介護度で1〜3程度の方が入所者の大半を占めていた時代です。最近が入所者の平均要介護度は4を超す施設が大半で、看護師には「急性期対応の経験があり、救急処置もできる」質の高いレベルが求められています。そういう人材が必要になってくると、例えば子育て等で日勤帯のみを希望する看護師が多い場合にも、夜勤帯には訪問看護に入ってもらうと助かります。

在宅療養支援診療所を  
本格的に稼働させる報酬に

特養の必要度というのは、在宅ケアが充実すれば必然的に下がっていくはずですが、そのために必要になるのは、訪問介護・訪問看護ステーションと24時間365日診療してくれる在宅療養支援診療所が近隣にあることです。現在、全国に1万2000件ほどの在宅療養支援診療所がありますが、1年間に看取りをひとつもやっていないところが30%以上あります。在宅療養支援診療所には、在宅時医学総合管理料1として4万2000円(月1回/院外処方せん)の診療報酬がありますが、例えば看取りを年間10件以上以下に分け、報酬に段階を設けるといったことが次期改正で行われても不思議ではないと思います。在宅療養支援診療所として登録したところを本格的に稼働させてターミナルケアを促進し、施設や在宅で行うことがもっと一般化すると、病院が「死に行く場所」となっている状況も変えていけるのではないのでしょうか。もちろん、医師が1人の診療所では無理があるので、地域で連携をしたら連携料がつく、といった促進策も必要でしょう。

ターミナルケアは、人生の最期を迎えるにあたっての最重要課題です。一人ひとりがその人らしいターミナルを迎えられるような「自己決定システム」を早急に構築する必要があります。そこそが医療と介護の連携が機能しているということだと思います。高齢者住宅も含めた在宅でのケアの質を向上させるためにも、小規模多機能型居宅介護と一緒にしたり、支援診療所や訪問介護・訪問看護などをつけた住宅に、社会福祉法人にどんな取り組みをしてほしいと思います。