

高齢者ケアにおける 介護と看護の連携支援事業

特定非営利活動法人
全国高齢者ケア協会
平成19年度長寿社会福祉基金
「特別分」助成団体

DATA

〒169-0075 東京都新宿区高田馬場 1-21-13 廣池ビル 402
TEL:03-3204-2695/FAX:03-3232-1340
http://www.care-k.net/
e-mail : info@care-k.net

介護保険施設等での「福祉」と「医療」の連携については、さまざまな方面からその必要性について議論されているところです。

高齢者ケアでの介護と看護の連携についてどうあるべきか、特定非営利活動法人全国高齢者ケア協会理事長の鎌田ケイ子さんにお話を伺い、助成事業の振り返りとこれからの展望について取り上げます。

全国高齢者ケア協会の鎌田ケイ子理事長は、長きにわたって医療と福祉の連携について第一線で取り組まれてきた方です。京都老人総合研究所に勤務していた時からこの分野の研究に携わり、「老年看護」の確立に貢献されたのは周知のとおりです。当時は、看護師同士でも連携という概念がなく、仲間意識もあまりなかったそうです。それゆえ、「これからの老年看護の独自性はどうなってしまうのか不安に感じたこともあった」と鎌田さんは述べられます。

全国老人ケア研究会設立から介護 保険制度導入まで

全国高齢者ケア協会は、1993（平成5）年に設立された全国老人ケア研究会を前身とし、2000（平成12）年1月27日に特定非営利活動法人となりました。現在、全国各地に2000名の会員がいます。会員の内訳としては、看護職が7割、介護職が2割となっており、残りの1割は医師・栄養士・OT・PT・教員などによって構成されています。

設立趣旨としては、「看護と介護の協調と自立を目指して、両者の交流と理解を図り、実践研究を積み重ね、その成果を普及する。さらに、高齢者を支える専門家や家族または地域住民に対して、介護の知識・

技術を普及するとともに相互のネットワークを進め、それにより高齢者ケアの向上に貢献し、高齢者の自立と安寧をもたらすことを目的」としています。

1989（平成元）年に社会福祉士介護福祉士制度が制定され、介護福祉士という専門家によって高齢者の生活支援がすすめられることになった時には、「看護師と手を取り合わなければ」とのことです。すでに鎌田さんは連携の必要性を感じられていたようです。

もう一度原点に立ち返って

介護保険制度が導入されることになった後、ケアプランをいかに作成していくのかについて大いに議論されていました。ケアプラン作成時にはカンファレンスを開き、アセスメントからモニタリングまでを記録しなければなりません。今ではそのプロセスは常識となりましたが、鎌田先生は1995（平成7）年頃のことを「体系的なツールを標準化しようと、いろいろなところでみんなが手探り状態だったので大変でした」と言っています。

その1つに、MDS（Minimum Data Set）があります。MDSは、もともとはアメリカのナースングホームでケアの改革を目的として1987年開発に着手され、

1991年に第一版が完成しました。介護保険制度導入前は煩雑すぎて、誰もが理解するまでには至らなかったそうです。

それで、鎌田さんは、それをできるだけわかりやすく伝えるために、フローチャート化するなどの工夫をしました。それにより、徐々に定着していきましたが、「振り返ってみると、もう少しわかりやすく伝えることができたのではないか」とも思ったそうです。その時の思いは今でも持ち続けていると言います。

介護職による医療行為に関する実態調査の意義

連携をすすめるためには、まず現状を把握したうえでマニュアルを作成したいと考えた鎌田さんは、独立行政法人福祉医療機構の助成を受け、「高齢者ケアにおける介護と看護の連携支援事業」を実施しました。もともと、「福祉医療機構の助成にふさわしい先駆的なもので、社会に貢献したい」と考えていたそうです。事業の柱は、現状の把握を目的とした意識調査（介護職による医療行為に関する現状と意識）とマニュアルの作成です。

調査では、連携の必要性を明確にするための1つの指標として、介護職の医療行為について取り上げることになりました。看護



2007年7月に開催され、盛況だったシンポジウム

職の支援にはどのようなものがあるのか、また今後、介護職でもできる医療行為は何かについて調べました。

調査の対象は、施設関係者として東京都内すべての介護老人福祉施設371か所の介護責任者と、在宅関係者として東京都介護福祉士会所属の全会員1192名のうち、調査票の返送により訪問介護事業者と推定することが可能な424名としました。回収率は施設関係者が65・8%、在宅関係者が38・7%でした。

結果としては、胃ろうの注入等の医療行為に関して介護職が実施せざるを得ない状

況があること、介護職が生活支援行為の一部として実施するのが適当であると考えていること、それらを実施するに際しては看護職による教育・訓練や日常的な連携に基づく支援が必要と考えていることが明らかになりました（次ページの表1参照）。

また、平成19年度中に実態調査と並行してシンポジウム「介護と看護の連携でどこまでできるターミナルケア」を、ワークショップ「介護と看護の連携―その課題と連携のすすめ方」を開催し、連携の重要性を認識することができたそうです。

この実態調査の意義は大きく、2008（平成20）年11月4日、鎌田さんは厚生労働省に対して調査に基づいた「介護職の医療行為の緩和について」という要望書を提出しました。主要な要望事項は、胃ろうの注入、吸引、人工肛門のパウチ交換等の医療行為を介護職が安全に実施できるように、看護職が指導・支援できる体制を確立することです。

その後、厚生労働省においても介護職の医療行為について、担当者会議等で議論がされ、政策提言へとつながりました。

価値のある「マニュアル」が完成

実態調査の次は、「介護と看護の連携のためのマニュアル」の作成です。

表1 介護職による医療行為に関する現状と意識

1. 医療外行為の実施状況

	血圧測定	傷の処置	服薬	軟膏塗布	点眼	浣腸	座薬挿入
施設(244)	239 (98.0%)	191 (78.3%)	240 (98.4%)	239 (98.0%)	208 (85.2%)	31 (12.7%)	182 (74.6%)
在宅(164)	112 (68.3%)	108 (65.9%)	146 (89.0%)	147 (89.6%)	119 (72.6%)	25 (15.2%)	37 (22.6%)

2. 厚生労働省通達による変化

	いままでもしていた	新たにすることになった	いままでもしていない	無回答	計
施設	229 (93.9%)	8 (3.3%)	1 (0.4%)	6 (2.4%)	244 (100.0%)
在宅	114 (69.5%)	38 (23.2%)	8 (4.9%)	4 (2.4%)	164 (100.0%)

3. 実施時の看護職の支援

	相談助言	必要がない	看護職がいない	無回答	計
施設	236 (96.7%)	1 (0.4%)	5 (2.0%)	2 (0.8%)	244 (100.0%)
在宅	98 (59.7%)	29 (17.7%)	38 (23.2%)	1 (0.6%)	164 (100.0%)

4. 実施時の不安

	ある	ない	無回答	計
施設	156 (63.9%)	88 (36.1%)	0	244 (100.0%)
在宅	95 (57.9%)	66 (40.2%)	3 (1.8%)	164 (100.0%)

4-1. 不安の内容

	知識・技術の不足	事故	状況悪化	利用者の不安	その他
施設(156)	78 (50.0%)	100 (64.1%)	62 (39.7%)	14 (9.0%)	17 (10.9%)
在宅(95)	37 (38.9%)	45 (47.4%)	45 (47.4%)	2 (2.1%)	12 (12.6%)

5. 拡大してもよい医療行為

	胃ろう注入	浣腸	排便	褥瘡	人工肛門	吸入	吸引	注射	その他	拡大すべきでない
施設(244)	132(54.1%)	40 (16.4%)	82 (33.6%)	42 (17.2%)	149(61.1%)	92 (37.7%)	179(73.4%)	24 (9.8%)	9 (3.7%)	23 (9.4%)
在宅(164)	77 (47.0%)	48 (29.3%)	37 (22.6%)	54 (32.9%)	66 (40.2%)	47 (28.7%)	57 (34.8%)	29 (17.7%)	4 (2.4%)	41 (25.0%)

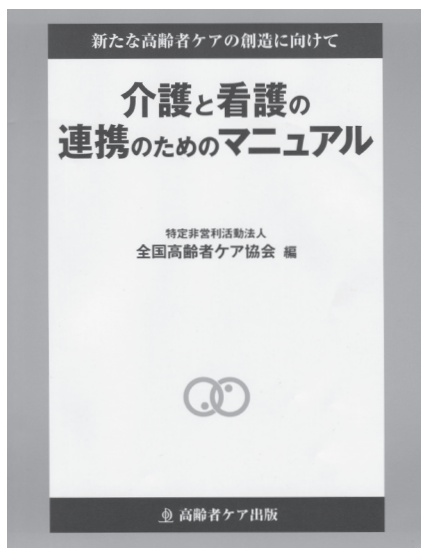
5-1. 拡大したい理由

	利用者の要望	介護職ができる	生活支援行為	介護職がするのがよい	その他
施設(221)	21 (9.5%)	84 (38.0%)	139 (62.9%)	43 (19.5%)	88 (36.2%)
在宅(123)	62 (50.4%)	50 (40.7%)	67 (54.5%)	41 (33.3%)	21 (17.1%)

6. 介護職が医療行為を実施するための条件

	教育訓練	医師の連携	看護の連携	事故の支援	利用者承諾	行政許可	その他
施設(244)	226 (92.6%)	120 (49.2%)	233 (95.5%)	175 (71.7%)	144 (59.0%)	136 (55.7%)	10 (4.1%)
在宅(164)	144 (87.8%)	109 (66.5%)	143 (87.2%)	130 (79.3%)	132 (80.5%)	83 (50.6%)	9 (5.5%)

2007(平成19)年7月実施



こちらが成書されたマニュアルの表紙

「骨子を考え、それぞれについて委員会で議論したり、現場の方々の声を汲み上げてマニュアルに反映しました」と鎌田さん。マニュアルを作成する際の見方（味方）でもないバランスのとれたものということにこだわったそうです。そういうことでマニュアルが完成しましたが、そのプロセスが大切で、かかわったすべての方々に感謝したというのが鎌田さんの姿勢です。

福祉と医療の連携については、各方面で言われています。今まで以上に密にするべきと叫ばれています。現場の当事者間ではどうしても厳しい壁が生じてしまうことがあります。鎌田さんは「わかっているのだけれど、どうしても行動できないのでしようね。感情的になつてしまうこともありますし（笑）」と言った後、「ただ、一番

に考えなければならぬことは、利用者のためになるのかそうでないのか。これを忘れてはいけません」と言いました。そして、「私は介護職と看護職両方の立場で話すことが多いので、一部では『こうもり』って言われちゃうこともあります」とも言われますが、作成時のスタンスと同様、それをスクエアな信念が気にさせないようです。

現場では、自分の職種に対してのプライドも絡んできます。誇りをもって仕事に取り組むことは大切だけれど、そのために何をしなければならぬのかを今一度見つめたらどうかと提言されています。

マニュアルの反響

マニュアルは大変好評で、無償配布分はあっという間になくなつてしまいました。そこで、鎌田さんはその好評に答えるために、マニュアルに事例を追加し、さらに加筆して成書にしました。特定非営利活動法人全国高齢者ケア協会の編集とし、サブタイトルとして「新たな高齢者ケアの創造に向けて」と加えました。また、事例を追加する時も再度現場の声を聞き、役立つように心がけました。再構成を図ったことにより、現場の実情にあつたすばらしいものとなりました（表2参照）。

その結果、類書がないということもあり、

連携を考えるうえでの必読の書となっております。

終末期ケアについて

鎌田さんはじめ全国高齢者ケア協会の皆さんは一貫して、高齢社会に役立つオリジナルのものを考えています。4年後には団体設立20周年を迎えるにあたって、高齢者の終末期ケアについても考えていきたいと鎌田さんは言います。

「死を通して、その人の暮らしがどうあったらよかつたのか見つめ、『生』について考えてみたい」と締めくくりました。

表2 マニュアルの主要目次

I章	なぜ連携が必要なのか
II章	連携の現状
III章	連携をすすめるために
IV章	状況別における連携の指針
	1. 施設ケアの場合
	2. 在宅ケアの場合
	3. 医療行為が必要な場合
	4. 認知症ケアの場合
	5. ターミナルケアの場合
V章	連携の実践事例
	1. 特別養護老人ホームにおける介護と看護の連携
	2. 訪問介護事業所における介護職の教育と看護職との連携
	3. 介護老人保健施設における介護職の教育とシステムづくり
VI章	資料編