

HELPER NETWORK

ヘルパーネットワーク

2011 No.64

- P.2 ターミナルケアの現場から—家族・多職種連携による看取りのケア—
P.8 全国ホームヘルパー協議会の動き
P.13 全社協 福祉ビジョン2011



巻頭言

全国ホームヘルパー協議会

副会長（北海道）

株式会社シムス

ヘルパーステーションはばたき 所長

力徳 キヨ子

全国ホームヘルパー協議会も今年で創設三十周年を迎える事になります。また、介護保険制度が発足し、早や十年が経ちました。介護保険法改正や報酬改定がある度に専門職としての意識や質が問われ、「予防介護」、「ICF」など新しい考え方を学び、暇もなく現場と二人三脚で研修会等を行なっていました。

これまで培った一つ一つの積み重ねで今日があり、今、皆さんが同じ目的意識を持って今日の在宅福祉を支えていると考えております。

さて、介護保険制度は、どちらに向かっているのでしょうか？地域包括ケアシステムや介護と医療のシームレスな連携等々といういろいろな言葉が溢れていますが、聞き流してはダメなのです。

日々の仕事は、確かに忙しいですが、いち早く情報をキヤッチし、実践を通じてデータを分析し、自信をもって私達の考えを主張する事が大切です。

現在検討されているたんの吸引等の実施についても、職能団体として提言する様にしていかなければならないのです。何故ならば実践していくのは私達だからです。

次の介護保険法改正に向けて骨格が決まりつつあります。少しでも利用者・家族の声を代弁し、私達の現場の声を国に提言していきましょう。

「ターミナルケアの現場から―家族・多職種連携による看取りのケア―」 全国ホームヘルパー協議会スキルアップ講座 講演録

長尾 和宏 院長
長尾クリニック（尼崎市）

在宅での看取りの現状

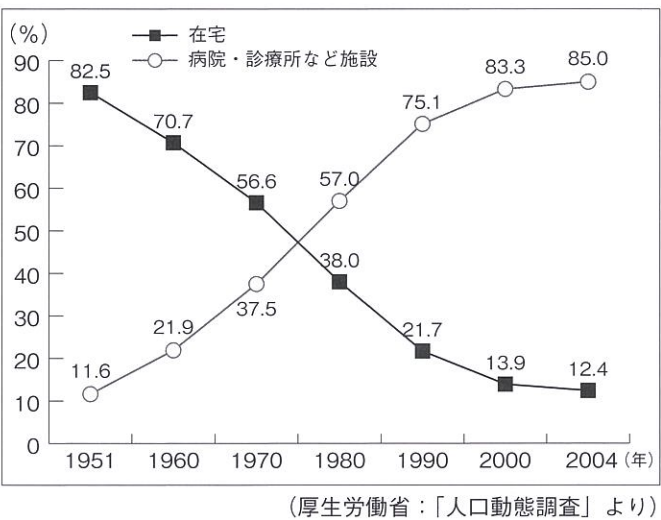
今日は医師の立場で、「看取り」をテーマに話を進めたいと思います。

昔はみんな、家で亡くなりました。このことを若い人は知らないでしょう。若い医師も知りません。現在、看取りが問題視されていますが、8～9割の人が病院で死ぬ時代です。特に、がんに至っては9割が病院で亡くなっています。医師の多くが人間の死ぬ場所は病院だと考えているように思われます。これをどう考えていけばいいでしょうか。

厚生労働省が、「在宅看取り」を言い出した背景は二つあります。一つは、当初は病院よりもお金がかからずに済むという理由です。もう一つは、たとえ独居で家族がいなくても、人間の尊厳を考えて、その人に好きなように過ごさせてあげたいという思いからです。

ところが、在宅看取りはなかなか進みません。現在、がんの在宅死亡率の全国平均は約10

図 死亡の場所の推移



%です。2009年度の在宅看取り率、全国1位は12・6%の兵庫県です。がんは、トップの兵庫県でも12・6%しか家で看取れていないのが現実です。

私は在宅医療を行い、今まで400～500人を在宅で看取ってきましたが、末期がんの人

を大病院から当院に勉強に来る研修医に教えています。また、政治家や厚生労働省の官僚とも一緒に在宅現場を回っています。このようにま

すが、本当の原因はまだわかりません。これが2025年には4人に1人まで増えます。父親が4分の1、母親が4分の1の確率で認知症になることを考えると、自分自身が家族として認知症介護にかかわる確率は2分の1です。そう、自分ががんになる確率も2分の1です。がんも認知症もそれくらい身近な病気なのです。しかしその対策はまだ不十分です。

多死社会を迎えるにあたっての課題

現在、かつてない高齢化を迎えています。それに加え少子化もあります。2025年は、現在65歳の人が80歳になって死んでいく多死社会のピークです。これから15年間をどうしていくのが国家の至急の課題です。国としては国立がんセンター、国立循環器病センターをつくってききましたが、この高齢化に対応するために「長寿医療研究センター」を名古屋につくりました。2025年には人口は1億人に減りますが、高齢者は増えると予測されています。

今65歳以上の老人で要介護認定を受けている人は18%です。さらに介護サービスを少しでも使っている人は65歳以上の人口の13%です。残りの87%は元気な人か、助けを求めない人です。一方、2人に1人ががんになる時代です。3人に1人ががんで死にます。また、65歳以上の8人に1人は認知症です。認知症のうちの6割がアルツハイマー型、3割が脳血管障害型、1割がレビー小体型です。アルツハイマー病の原因は、アミロイドβたんぱくという異常な物質が脳みそに沈着して発症すると言われています。

現在、「認知症サポーター医」の養成が進んでいます。ただ、全国でまだ1000人しかいないようです。これを1万人ぐらいまでに増やさなければいけないと言われています。市民にも認知症という病気をもっと理解してもらわなければならない。100万人を目標に国を挙げて養成している「認知症サポーター」は、現在170万人までになりました。それを指導する「キャラバン・メイト」も3万人ぐらいまで養成が進んでいます。即戦力になるまでにはまだ時間がかかりそうです。

厚生労働省は、2006年に在宅療養支援診療所という24時間365日対応する診療所の登録制度を作りました。現在、全国で医療機関は10万カ所ありますが、そのうちの10分の1に当たる1万カ所がこれに登録しています。残念なこと登録していてもほとんどの診療所があまり看取りをしていません。本当に看取っているところは数%程度といわれています。

在宅看取り数は、在宅療養支援診療所が看取っている数よりも、むしろ届け出を出していない普通のクリニックのほうが多くなってきてい



長尾 和宏氏

ます。

胃瘦が増えている背景

現在、非がんの在宅医療が問題になっていると述べましたが、特に問題となっているのが認知症終末期の胃瘦です。現在、胃瘦を入れている人は40万人いて、毎年20万人のペースで増えています。ちなみに私のクリニックがある兵庫県尼崎市の人口は約46万人です。西宮市も46万人ですが、それだけの人が胃瘦を入れて管理されているのです。胃瘦を入れても多少の自己負担だけで医療費は保険で賄われます。介護保険も出ます。高齢者や認知症の終末期の胃瘦に、もし健康保険も介護保険も適用されなくなった場合、胃瘦を入れる人はいなくなるのではないかと思います。

なぜ医者はいかに胃瘦を作りたがるのか、という素朴な疑問があるでしょう。どうしても口から食べさせることをもつと考えないのでしょうか？介護士さんたちはそう思うでしょう。私も同じ思いです。

理由のひとつにはDPC制度（診断群分類包括評価制度／病気・症状により診療報酬額が決まる包括報酬制）があります。たとえば肺炎で病院に入ると、定額制で1日2万円とか予め決まっています。また2週間程度で退院させなければ経営出来ない仕組みになっています。良い病院の平均在院日数は限りなく10日に向かっていきますし、欧米の病院は1週間まで短縮されて

います。それはいいことでもありますが、退院後の行き場が無いことがあります。

弱りかけの老人が肺炎で2週間入院して寝ていけば、肺炎は治っても、動けなくなり、充分に食べられなくなります。すると看護師長が研修医に、「早く胃瘦を入れて退院させてね」と言います。研修医の頭には、「胃瘦を入れておかないと、在宅に帰すことができない」と刷り込まれます。そして、本当はまだ食べられるのに、胃瘦が入った状態で退院して在宅で生活を送ることになります。

もう1つは医療訴訟を恐れる萎縮医療（ディフェンスメディスン）があります。日本は、胃瘦を入れないと殺人罪で訴えられるかもしれない国なのです。いくつか例を挙げます。

ある病院に入院している終末期の患者に人工呼吸器が付けられました。家族から「可哀そうだから外してください」と言われ、人工呼吸器を外した結果、亡くなりました。あとで、「やっぱりあのとき医者が外したから死んだんや」と家族が訴え、人工呼吸器を外した医師が逮捕されました。

死ぬ1日前くらいに、もがき苦しむ時があります。それを見ていた家族から「早く逝かしてくれ」と言われた医者が塩化カリウムを点滴の中に入れて、心臓が止まりました。その後、何か月か経ってから、「あのときに医者が塩化カリウムを入れたから死んだ」と家族が警察に訴え、医者は殺人罪で逮捕されて有罪になった例もあります。

動いて、食べて、好きなことをして死にたい

「在宅看取り」をしていて気がついたことは、人間は死に際にそんなに苦しまないということでした。末期がんの人は病院では食べられないからとたくさん点滴をすると、胸やお腹に水が貯まります。せっかく水を抜いてもまた点滴をするので、また貯まります。また、輸血して吐血して、また輸血して、ということも繰り返して行われます。しかし、これは絶対におかしい！末期がんの人は、自然に任せると脱水（ドライアップ）になります。実は、脱水ほど素晴らしいことはないのです。病院で毎週2回腹水を抜かないといけない患者でも、在宅に帰ってきたら私はそう簡単に水は抜きません。腹水も自分のものです。水分を摂らなかつたら自然に腹水が減っていきます。

また、お腹のがんの終末期は、専門家でも「食べられない」と思っている人が多くいます。これは思いこみです。確かに、病院だと点滴を沢山するので腸壁がむくみ、完全に腸閉塞になり、鼻からチューブも入れますから、食べられなくなります。でも家では、そのようなことになりません。点滴をしなければ腸管もむくまないのです。放っておくと少しずつ食べられるようになります。こんな単純な真実に気づくまでにはいぶ時間がかかりましたが、今では、そう断言できます。

人間の気持ちは常に揺らぎます。早く楽にしてあげたいと思っても、数ヶ月経ってみたら、やっぱり死んでほしくなかった、と後悔することはありません。元来、医療と司法は何の関係もありません。末期がんで死ぬことに警察は何の関係もない。しかし、やたらと警察が入ってきて、医者に手錠をかけようとするのです。これには、医者を叩き続けるマスコミにも原因があるのではないかと思います。

もし胃瘦を入れずに死んでしまったら、家族に訴えられ負けるかもしれないのが、日本という国です。こうした状況では、医療訴訟を恐れた萎縮医療、ディフェンスメディスンになりやすいのです。

問われる、事業者のモラル

日本全体の統計では、単身世帯と2人以上の世帯がついに逆転しました。「家族」という概念はもはや崩壊しています。「おひとりさま」が普通の時代になりました。「老老介護」の先にあるのは「独居」です。また「認認介護」も多いと思います。認知症を介護しているほうもだんだん認知症になってきて、気がついたら介護している人の認知症のほうが目くぐる場合もあります。

その結果、特養などの施設が圧倒的に不足し、グループホームも少ない状況で、小規模多機能居宅介護事業所に認知症の高齢者が集まっている状況があります。同じ理由から、高齢者認知症の人が入院すると、肺炎は治っても食べられなくなることはいくらもありません。そこで誤嚥を心配して胃瘦を入れる必要が本当にあるのか？。私の持論は、「人間は誤嚥しながら生きていくもの」ということです。みんな誤嚥してむせますよね。食べて、思い切りむせても良かったらいいのです。誤嚥しても反射のむせもなくなつてきても食べさせていた患者さんはいました。まさに、「生きることは食べること」です。

痛みに関しては、医療用麻薬であるデュロテップパッチという3日に1回貼る鎮痛薬と、フェントスという1日タイプのフェンタニルパッチができました。麻薬ですので、ヘルパーさんは、その薬に触るだけでも問題があるし、看護師が外で持っているだけでも捕まってしまうお薬です。実際、トラブルも多発しており、その原因がケアマネジャーやヘルパーにあることもあります。麻薬に関しては注意・警告文も出ており、医師以外の判断で使うことはできません。

日本の「緩和ケア」は、国際的に見てまだ遅れていると思います。これまでは治療を尽くして最後の最後に行うのが「緩和ケア」だったのが、いまは治療と並行して、徐々に緩和ケアの比重を高めていくという考え方になっていきます。しかし、病院から帰ってくる患者は、痛みの治療がうまくできていないことが多くあります。手慣れた在宅医のほうが、よく勉強している、緩和ケアを意識を払っているのではないかと

と思う時もあります。

私は、在宅ホスピスは、がんに限定しないと考えます。ホスピスというと、綺麗なところで、がんの人だけを見ているイメージがありますが、がん以外の病気も沢山あります。病気を差別せず、終末期は病気の種類を問わずに「ホスピスマインド」優しく接する、そういうものが本来のホスピスであり、在宅においてもそれは一緒だと思います。

そこで大切なのはやはり「その人らしい生活」です。病院で寝ているだけではしたいことができない、じっと死を待っているだけのようなものです。もし自分が末期がんになっても病院でだけは死にたくない、と思いますね。尼崎は商売人が多いので自分の仕事場で死にたいという人が多くいます。死ぬ前の日までパチンコ、パチンコと言いながら死んでいく人もいました。死ぬ15分前まで好きなタバコをくわえている人もいました。

誰しも最期まで好きなことをして死にたいし、認知症の人も家の外に出たいのです。動いて、食べてこそ人間なのです。自然な経過にゆだねて、人間らしい生活を送ることを支援するのが、在宅介護の基本になるのではないのでしょうか。

医師や看護師が看取りに 立ち会わなくても大丈夫

余命に関して、私は「週単位」、「日単位」と

確に言うと、私は死亡診断書を書いただけで「看取って」はいませんね。多くの医師をはじめとする医療者が誤解しているのは、医師や看護師が看取りに立ち会わないといけないと思っている点です。その必要はまったくありません。看取るのは家族やヘルパーです。特に独居で身よりのない人はヘルパーが看取ってくれています。前もってご家族に詳しくお話ししているので、何の問題も起こりません。

「24時間以内に診察していれば、死亡後に改めて診察しなくても医師は死亡診断書を発行できる」という昭和24年に定められた医師法という法律があります。死亡前24時間以内に診察をした傷病により死亡したことが明らかであれば、家族が看取った時間で死亡診断書を書いてもいいのですよ、という法律。ところが、この法律を「24時間以内に診察をしていなければ死亡診断書は発行できない」と誤解している人が実に多いのです。ほとんどの医師が正確に理解していません。このような医師がいる特養では、入所者が死ぬたびに警察を呼んでいます。「先生、看取り看取りと言ってくれ、あんまり警察に来られたら近所の人から白い目で見られるから何とかならないでしょうか」という相談が、特養の職員から寄せられます。「施設での看取り」が進まない原因のひとつです。まずは死亡診断に関する誤解を解いて、看取りを保障してくれているおらかな法律をきちんと理解して頂きたいです。

という言葉を使います。今日、お配りした『はじめての在宅医療』という冊子の中には、「週単位から日単位と判断するのは、寝ていることが多くなる、ほとんど食べられなくなる時」と書きました。このような状態を「日単位」と呼んでいます。日単位になると看取りの説明を詳しくします。「ケア会議」の場には、ヘルパーさんにも必ず出席してもらいます。特に独居の方の看取りのときは必ず出席してもらい看取のシミュレーションをします。

説明の場では、真夜中に亡くなったかどうか、独居でヘルパーが朝8時に入ったときに死んでいたらどうするか、などのシミュレーションをします。その中で、救急車は呼ばないことをお話しします。施設や家で死ぬと、警察が来ると思っている人がほとんどです。医師でもそう思っている人が多いのですが、本当はそうではありません。在宅医は、亡くなった後の説明もしておきます。たとえば着物を用意しておくことや、葬儀屋の心づもりがあるか、などです。

死ぬ数日前は、せん妄が出たりします。私の説明を受けていても、このときに勝手に救急車を呼ぶケアマネジャーがいたりします。一番困るのは、ケアマネジャーが「お医者さん」になつてしまうことです。家族もケアマネジャーの言うことを信じ、勝手に病院を手配したりします。ヘルパーさんが勝手に救急車を呼ぶ場合もありました。良かれと思って行動しているのだとは思いますが、全然違うのです。ですから介

人間らしい最期を迎えることを 支えるために

もし各地域に小回りが利く、たとえば認知症の誤えん性肺炎を3日や5日だけ受け入れてくれる病院があれば、どれだけ便利でしょうか。現在、家族を休ませるためにも「レスパイト入院」という言葉がありますが、これが本当に気軽にできたらどんなに安心して在宅介護ができるでしょうか。実際に、在宅医と同じ思いで運営される慢性期病院が全国各地で増えてきています。私が知っているのは、「日本慢性期医療協会」に入っている病院です。このように在宅医と慢性期病院との連携もすっかり行うことも必要です。「何でもかんでも在宅」という在宅原理主義と言われるのは、心外です。あくまで主役は患者さん。患者さんやご家族が、在宅と施設・病院が自由に選べるのが、理想と考えます。

医学が発達すると「不老不死」の時代が来て、がんも克服されるという幻想がありました。そう、幻想です。人は必ず死ぬのです。死亡率100%。

よく「ケアからケアへのパラダイムシフト」と言われますが、「医療から介護」ではなくて、思想、哲学の問題です。「ケア的な医療」もあるし、「ケア的な介護」もあります。病院の中にはケアしかありません。では自宅はケアしかないかというと、そんなことはありません。

護の人に「在宅看取り」のお話をするのは、大切なことだと思います。

死ぬ1日前になると、1日だけ人間は「もがき苦しみます。死ぬ前に息が苦しそうな人を見て、ヘルパーさんは「看護師を呼んで吸引してくれ」と言いますが、「違う。これは死ぬ前の喘鳴ですよ」と説明します。そして「これが死の壁です。今台風がここに来ていていると思ってください。雨戸を閉めて耐えていたら明日には何もなくなりますから。今晚だけ耐えてください」と説明します。「死の壁」とは、私が勝手に作った言葉です。そして、このあとどうなるかを実演します。「意識レベルが低下して白目をむきますよ。このときもう意識はありません。死ぬ間際には肩呼吸から下顎呼吸になります。そこであわててはいけませんよ」と。昔はよく慌てて「ご臨終です」と言った途端に、大きな最期のひと息をされることがありました。汗をかきながら何回も失敗してきました。

在宅看取りにはいろいろなケースがあります。医師が立ち会おう、ヘルパーが立ち会おう、家族のみが立ち会おう、誰も立ち会わず朝行ったら死んでいたなどです。家族はよく「寝ている間に、死んでしまったらどうしよう」と不安がられますが、「最高ですよ、それが一番ええやん」と説明します。人生の終末期、眠るように死ぬなら、一番です。

私は、400人以上いろいろな人を在宅で看取ってきましたが、最近では、亡くなるときは、その場にいないようにしています。ですから正せん。在宅の中でもケアは当然あります。ただ、もし100歳の老衰だったらさすがにケアだけで十分だと思います。70歳の認知症の末期の場合は、医療者として、出来ることが結構あるかもしれない。さらに、50歳の若年性認知症のターミナルケアだったら、そこにはケアもケアも両方が必要です。

今日の結論です。今後の高齢者医療・介護を担うのは、看護師とヘルパーです。日本の医療費は34兆円で、介護費は8兆円です。でもその8兆円は2025年には20兆円まで増える見込みです。もしかしたら医療と同等の34兆円まで増やさないとイケないかもしれませんね。いずれにせよ、人生の最期に医療者は必要ありません。これは事実です。極論すれば、医師は法律的に死亡診断書を書くためにいるのです。あるいは、時に治せる病気を治さなければいけないときにいるのです。

ヘルパーもある程度医学的な知識を得て、看護師と上手に連携してください。ケアマネ制度も中立性を保てるように変えないといけないし、要介護認定制度ももっと簡素化しなければいけないのではないかと。ですから、ヘルパーも法律や医療制度の知識もできるだけ知っておくべきでしょう。「ケア会議」にも出て積極的に発言してほしいと思います。自宅や施設で、その人が人間らしい最期を迎えることを支えるために我々、在宅関係者は密接に連携しながら頑張りたいと思います。本日は、このような場を与えて頂き、ありがとうございました。

「介護保険制度・報酬の見直しに係る意見書」を提出しました

全国ホームヘルパー協議会では、10月、介護保険制度の見直しに向けて、厚生労働省老健局長宛に意見書を提出しました。

その後、厚生労働省では、11月の社会保障審議会介護保険部会からの意見を受けて、現在開かれている平成23年通常国会での介護保険法改正に向けて準備がすすめられています。平成23年1月20・21日に開催された全国厚生労働関係部局長会議では、厚生労働省老健局から「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）の概要」について説明がありました。その中では、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスの創設が盛り込まれているほか、保険者（市町村）の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする内容などが含まれています。

〈老健局長宛の意見書（全文）〉

厚生労働省
老健局長 宮 島 俊 彦 様

全社地発第294号
平成22年10月25日

社会福祉法人 全国社会福祉協議会
全国ホームヘルパー協議会
会 長 中 尾 辰 代

介護保険制度・報酬の見直しに係る意見書

介護保険制度においては、その基本理念として要介護者等の尊厳の保持が掲げられ、居宅における自立生活を営むことができる保険給付の実施が求められています。ホームヘルパーは訪問介護サービスの提供を通して、要介護者等の地域生活を支える役割を担っています。

一方、介護保険制度創設から10年経過した現在において、特に、重度の要介護者が在宅生活を続けていくためのサービス基盤はいまだに不十分な現状にあります。

つきましては、今般の介護保険制度の見直しにあたっては、以下の事項について、十分な配慮と対応をいただきたくお願い申し上げます。

記

1. 介護従事者の処遇改善を図る介護報酬の設定

介護サービスの質の維持向上を図るためには、質の高い人材を確保・定着させることが必要です。そのためには、事業所が先の見通しを持って、介護従事者の処遇改善やキャリアパスの構築を計画的に取り組むことが可能となる報酬設定とすべきです。

処遇改善交付金については、平成23年度で終期となることから、この間に図られた処遇改善が維持できるよう介護報酬に反映すべきです。

2. 区分支給限度基準額の運用改善

在宅で生活している要介護高齢者等においては、要介護度が高くなるに従って、基準額を超えたサービスを必要とする利用者の割合が増えています。特に、認知症高齢者や高齢者のみの世帯・一人暮らし世帯の高齢者については、現在の支給限度基準額では、在宅の日常生活を支えることができない状況となっている例があります。区分支給限度基準額の運用に当たっては、利用者の状況に応じて真に必要なと判断される場合においては、限度額を超えて保険給付サービスが利用できるように見直すべきです。

3. 介護予防訪問介護事業の保険給付の継続

介護予防訪問介護事業は、初期の認知症や要介護状態に陥りやすい生活上の援助が必要な在宅の高齢者に対するサービスとして、在宅生活の維持に大きな役割を果たしており、介護保険サービス対象として継続すべきです。

なお、月単位に包括する予防サービス費体系は、出来高払いの介護サービス費と異なるため、利用者の理解が得にくく、また、不必要な予防サービス利用の要因ともなっており、介護サービス費と同様に出来高払いにすべきです。

4. 訪問介護の生活援助と身体介護の報酬単価統一

訪問介護における生活援助の提供は、利用者の自立生活を支援するために不可欠なサービスです。また、利用者の個別性を踏まえ生活を支援するという点において、身体介護と同様にホームヘルパーの専門性に基づくサービス提供が必要であり、報酬単価を統一することが必要です。

5. 訪問介護における緊急時訪問加算の見直し

緊急時訪問加算の算定要件は、運用や算定の可否に合理性の確保が困難であることから、訪問看護と同様に24時間体制が取れるなどを要件とする体制加算にすべきです。

6. サービス提供責任者の業務の評価

訪問介護サービスの質の維持・向上のためには、利用者からの日常的な照会や相談業務、ヘルパーの調整・支援を行うサービス提供責任者の役割は重要です。現在、サービス提供責任者への報酬評価として初回加算等がありますが適正な評価とはいえず、実際の業務量と内容に基づいた報酬上の評価が必要です。

なお、平成21年度より非常勤職員の登用を一定程度可能とする配置要件とされましたが、常勤職員でなければ対応困難な業務があり、サービスの質の維持という観点から、現行以上の要件緩和はすべきではありません。

7. 「24時間地域巡回型訪問サービス」の位置づけ

現在、検討会においてあり方が検討されている「24時間地域巡回型訪問サービス」については、実施できる事業所は、地域性などにより限定的になると想定されます。夜間～早朝の訪問介護によって在宅生活が維持できている利用者がいる現状も踏まえ、地域の実情に応じて現行の訪問介護事業を含めて必要なサービス提供体制が整備できるサービス体系とすることが必要です。

8. 介護職員による医療行為

医療に属するケアをホームヘルプサービスの業務に位置づける場合は、現場の意見等を十分に踏まえて、業務実施に必要な研修や実施体制等を整備し制度上の対応を図るべきです。

す。 大会では、会員が所属する大垣市社会福祉協議会（岐阜県）、合志市社会福祉協議会（熊本県）の協力を得て、4名のホームヘルパーによるたんの吸引、経管栄養の試行実施を進めていくところ。現在は、各事業所において、実際にたんの吸引等のケアが必要である利用者にご協力いただき、指導看護師によるホームヘルパーに対する実習指導が行われているところ。

介護職員等によるたんの吸引等の実施については、昨年7月に介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会が設置され、昨年12月に制度のありかたについての基本的な考え方と、その骨子について「中間まとめ」がまとめられています。また、介護職員等が在宅および施設においてたんの吸引・経管栄養を実施するために必要な研修内容について検討するために、当検討会での議論を踏まえ、昨年10月より、研修及びケアの実施について「試行事業」が全国7団体で実施されています。（全国社会福祉協議会、全国有料老人ホーム協会、全国老人福祉施設協議会、全国老人保健施設協会、日本介護福祉士会、日本認知症グループホーム協会、日本訪問看護振興財団）

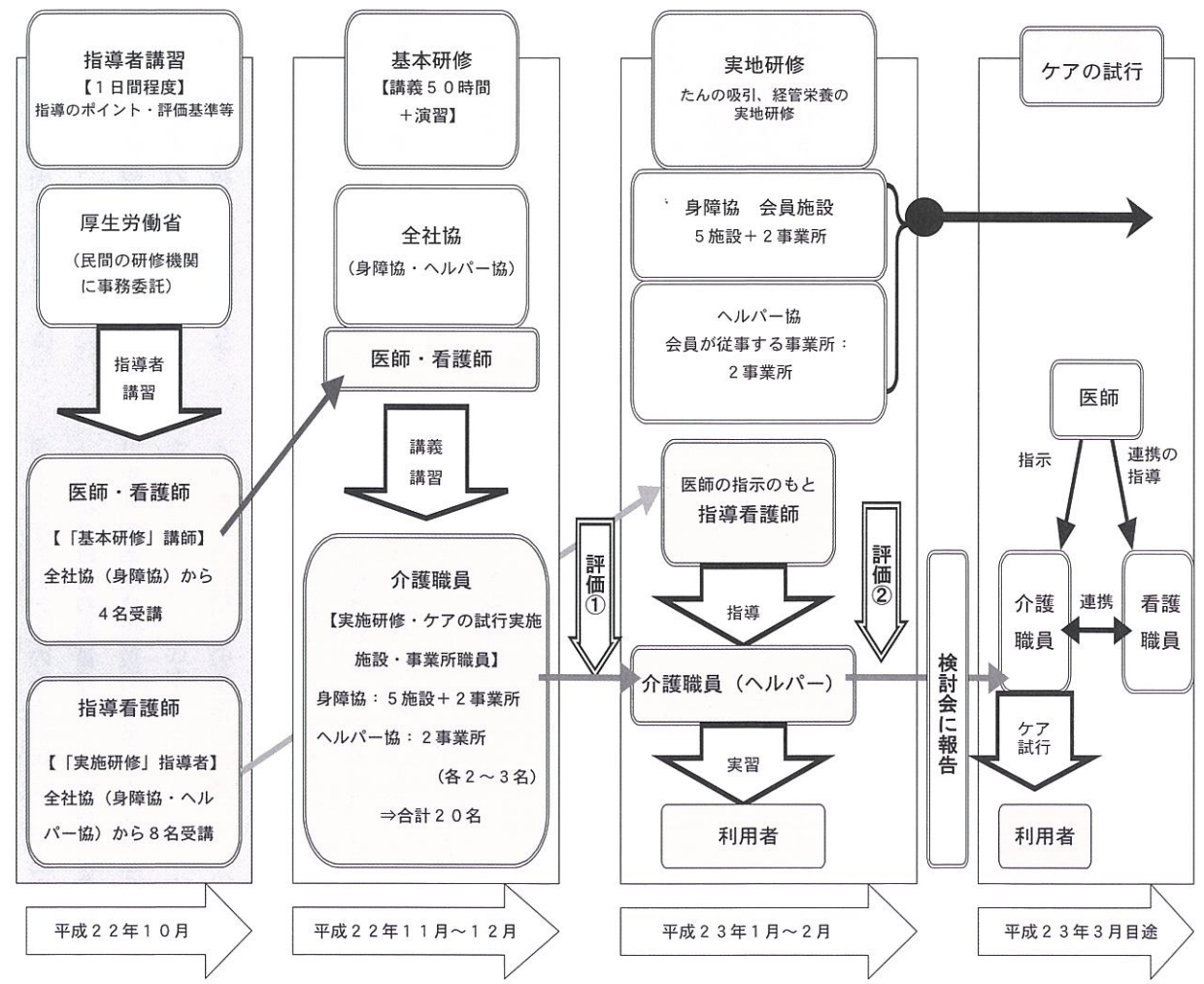
全国社会福祉協議会では、本会及び全国身体障害者施設協議会の協力のもと事業を実施することとしています。

介護職員によるたんの吸引等の試行事業

図表1 試行事業実施フロー

全国社会福祉協議会 介護職員によるたんの吸引等の試行事業の実施（イメージ）

◎試行事業について、「全国社会福祉協議会」（全社協）が実施主体となり、全国身体障害者施設協議会及び、全国ホームヘルパー協議会の協力のもと事業を実施する。
◎試行事業に係る「基本研修」については、全社協で実施し、「実地研修」及び「ケアの試行」については、身障協【障害者支援施設／生活介護事業（通所利用を含む）：5か所、居宅介護・訪問看護事業所連携：1か所、福祉ホーム：1か所】ヘルパー協【居宅介護・訪問看護事業所連携：2か所】において実施する。



〈参考〉

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

- 医療と介護の連携の強化等
 - ①医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
 - ②日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
 - ③単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。
 - ④保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
 - ⑤介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）
 - 介護人材の確保とサービスの質の向上
 - ①介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
 - ②介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期。
 - ③介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
 - ④公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。
 - 高齢者の住まいの整備等
 - ①有料老人ホーム等における利用者保護規定を追加。
 - ②社会医療法人による特別養護老人ホームの開設を可能とする。
※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付高齢者住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）
 - 認知症対策の推進
 - ①市民後見人の活用など、高齢者の権利擁護を推進。
 - ②市町村における認知症対策を計画的に推進。
 - 保険者機能の充実
 - ①介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
 - ②地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。
 - 保険料の上昇の緩和
 - 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。
- 【施行日】
1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

全国厚生労働関係部局長会議（平成23年1月21日）
老健局 重点事項説明資料より抜粋

今後、試行事業の成果を踏まえて、「必要な知識及び技能を身につけた介護職員等」が、「一定の条件の下に、たんの吸引等を行うことができる」ための法整備が行われる予定です。具体的には、現在、法整備の内容として検討されている制度の概要は以下のとおりです。なお、この内容は現在検討中のものであり、現在、実施されている「試行事業」の結果等を踏まえてさらに検討することとされていますので、今後の検討の結果によって変更される可能性があります。

1、実施できる行為の範囲

- ① たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部 ※口腔内・鼻腔内については、咽頭の手前までを限度とする。）
- ② 経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）
*胃ろう・腸ろうの状態確認、経鼻経管栄養のチューブ挿入状態の確認は、看護職員が行う。

○ たんの吸引のみ、あるいは経管栄養のみといったように、実施可能な行為及び実施のための研修に複数の類型を設ける。
○ まずは、たんの吸引及び経管栄養を対象として制度化を行うが、将来的な拡大の可能性も視野に入れた仕組みとする。ただし、その際には、関係者を含めた議論を経て判断することが必要である。

2、実施できる介護職員等の範囲

- (1) 介護福祉士
○ 養成カリキュラムにたんの吸引等に関する内容を追加する。介護福祉士の有資格者は、一定の追加的研修により、実施できることとする。
- (2) 介護福祉士以外の介護職員等

○ 一定の研修を修了することにより実施できるものとする。

3、教育・研修

既に介護福祉士の資格を取得している者や介護福祉士以外の介護職員等が、たんの吸引等を実施する要件となる教育・研修について

- (1) 教育・研修を行う機関
○ 実施する機関を特定する
- 教育・研修の内容や指導を行う者等に関する基準を設定すると共に、その遵守について指導監督を行う仕組みを設ける。

(2) 教育・研修の内容

- 基本研修及び実地研修とし、実地研修については可能な限り施設、在宅等の現場で行う。
- 教育・研修の内容や時間数について、介護職員等の既存の教育・研修等を考慮する。
- 研修実施機関は、受講生の知識・技能の評価を行い、技能等が認められた場合のみ、研修修了を認める。

- 不特定多数の者を対象とする教育・研修の内容と、特定の者を対象とする場合（ALS等の重度障害者等の介護や施設、特別支援学校等における教職員など）を区別し、教育・研修の体系には複数の類型を設ける。
- ### 4、たんの吸引等の実施の条件
- 医師・看護職員と介護職員等の適切な連携・協働が確保されていることを条件とする。特
 - 介護職員等にたんの吸引等を行わせることができるものとして、一定の基準を満たす施設、事業所等を特定する。

5、制度の実施時期等

○ 介護保険制度等の見直しの時期も踏まえ、平成24年度の実施を目指す。

全社協 福祉ビジョン2011

「ともに生きる豊かな福祉社会をめざして」

全社協 福祉ビジョン2011の概要

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

1、私たちの目指す福祉の姿

(1) 現在の福祉課題・生活課題

わが国は、現在、貧困、虐待、孤立死、自殺、DV（家庭内暴力）被害、ホームレス、ニートなど、解決になかなか至らない深刻な福祉課題・生活課題が噴出していきます。中山間部や都市部において、移動や生活物資の確保が困難など日常生活に支障を来している地域が生まれています。国民^{※1}の間には、こうしたことがいづれ自分自身の問題となるのではないかといった不安を持つ人も増えています。これらの問題発生には、さまざまな要因がありますが、少子高齢化、経済社会の変化などにより、家庭、地域社会、企業等の相互扶助機能が急速に

力を失ったことと強くかかわりがあります。そして、これらの問題に既存の社会保障・福祉制度は十分に対応しきれっていない状況にあります。

(2) 求められる変革（現在の社会福祉システムの対応の限界と再構築）

社会保障・福祉の仕組みは、さまざまな福祉課題・生活課題に対応すべく、充実、発展をしてきました。現在も、子ども、障害、介護等の各分野で制度の見直しが行われていますが、上記のような課題に対応していくためには、各分野の検討に合わせ、次のような変革の動きをつくっていきたくと考えています。

第一は、制度内の福祉サービス^{※2}の改革です。安定した制度の確立とともに、ニーズの変化に対応するために、サービスの縦割りを改善し、柔軟性を確保するという視点が重要です。同時に財源確保が大きな課題です。私たち社会福祉関係者は、現状においても財源が不足しており、今後の量的・質的拡充を考えるとさらに

今号では福祉ビジョンの概要を紹介します。福祉ビジョン全文は、全国社会福祉協議会ホームページに掲載していますので、ぜひご覧ください。
(<http://www.shakyo.or.jp/>)

財源不足は深刻な問題となると考えています。財源確保には、国民負担（消費税を含む税収、社会保険料等）についての論議が欠かせません。国民の理解を得られるよう、早急に議論を始め、合意を形成し、そして実行に移す必要があります。

第二は、制度外の福祉サービス・活動の開発・実施です。制度で対応できない問題に、果敢に取り組み、その解決の仕組みを創っていく必要があります。

第三は、社会福祉の担い手として、公私の社会福祉関係者とともに、住民・ボランティア^{※3}の主体的な参加の環境をつくることです。現在の福祉課題・生活課題の多くは、つながりの喪失と社会的孤立といったことと関わりが深く、住民・ボランティアがこうした問題に目を向け、要援助者^{※4}と社会とのつながりを再構築していく取り組みが期待されているのです。要援助者が深刻な事態に至らないようにする予防機能は、住民・ボランティアの参加によって、いっそう強化されます。

※1 本ビジョンにおいて、「国民」とは「日本に暮らすすべての人びと」としています。

- 2 現在の法律や制度で定められた福祉サービス
- 3 住民・ボランティア（グループ）、NPO法人、自治会・町内会等地縁団体等を総称します。商店、企業、労働組合、生協、農協、学校なども含めた地域社会を構成する

3、国、都道府県、市町村の役割

今後、ますます、地方分権の考え方が加速し、福祉施策の基本は市町村が担うこととなります。

社会福祉には、一般の人びとに十分認識されていない福祉課題に、先覚者が問題提起し、光をあて、次第に全国共通の制度として定着してきたという歴史があります。したがって、市町村のみに任せるのではなく、国・県・市町村が重層的に担うものにとらえることが重要です。

4、新しい課題に向き合う社会福祉法人等の責任と使命（私たち自身の決意）

私たち、社会福祉関係者（政策委員会構成組織）は、社会保障・社会福祉制度の強化を推進するとともに、地域のあらゆる組織・個人と協働し、既存の制度では十分に対応できていないニーズに応えるために、以下の3点の取り組みをすすめていきます。

1）柔軟に対応できる制度内の福祉サービスの強化、確立

制度内の福祉サービスでは対応しにくい新たな福祉課題・生活課題についても、柔軟な運用により、解決を図ります。

2）制度で対応しにくいニーズに応える福祉サ

あらゆる個人・組織を含むと考えることが必要です。

4 「要援助者」とは福祉的な支援を必要とする人を言います。

めざす福祉の姿

私たちは、冒頭に述べた福祉課題・生活課題を深刻に受け止めています。このような状況を打破するために、上記の変革を急がなければなりません。社会福祉については、公がこの責任を果たすべきものであることを確認しつつ、この変革を通して、私たちは次の「めざす福祉の姿」を実現していきます。

- ・社会福祉関係者、住民・ボランティアだけでなく、地域社会のあらゆる構成員が社会福祉の担い手として、それぞれの役割を果たし、連携・協働する体制がある。
- ・要援助者のニーズに確実に対応する専門的援助が制度内の福祉サービスにより十分に用意されている。そして、制度が対応できないニーズには制度外の福祉サービス・活動の取り組み（開発・実践）が行われている。
- ・人びとがライフステージを経ていく中で生じるさまざまなニーズ、リスクに的確に対応する支援として福祉サービス・活動が予防も含めて用意されている。とくに、判断能力が不十分なことなどにより、自立生活が困難な人々には、権利擁護の仕組みが用意されている。
- ・各福祉サービス・活動が互いに連携・協働

1）サービス・活動の積極的展開

専門職のみでは解決しないニーズへの取り組みを重視し、組織の持つ資源（専門性、拠点、ネットワーク等）を生かしながら問題解決に挑戦します。

3）市町村単位での相談・調整機能の連携・総合化の仕組みづくり

それぞれの組織が相談・調整窓口を設け、相互の連携により、サービス・活動を調整し、速やかに解決に結びつく仕組みづくりをすすめます。

4）制度改革の働きかけ

上記の取組みを通して、制度改革を働きかけていきます。

5、国・地方公共団体への呼びかけ

国・地方公共団体には、現在の福祉課題・生活課題を踏まえ、必要な財源確保を行い、社会保障・社会福祉を積極的に展開されることを提案します。さらに、国、都道府県、市町村がそれぞれの役割、責任を果たすことが重要です。

6、国民のみなさんへの呼びかけ

国民のみなさんには、社会保障・社会福祉制度を立て直し、めざす福祉の姿を実現するために、費用（税・社会保険料等）の分かち合いと福祉活動への参加を呼びかけます。

し、要援助者を囲む家族、隣人、友人、地域社会との関係を維持、再構築しながら実施されている。さらに、制度外の福祉サービス・活動をまちづくり、地域社会づくりと連動して実施し、要援助者が構成員として受け入れられ、安心して暮らすことのできる地域社会の実現が志向されている。

2、めざす福祉を実現するために

現在、福祉サービス・活動の担い手はきわめて多様になっています。それぞれがその特徴を生かしながら、連携・協働した取り組みをすすめていくことが重要です。また、そのためには地方公共団体や国が基盤整備をすすめることも必要です。社会福祉法人、社会福祉協議会については、制度内の福祉サービスの実施に集中し、新たな福祉課題・生活課題に対応するという姿勢が弱くなっているのではないかと、という反省にたち、制度外の福祉サービス・活動に積極的に取り組んでいきたいと考えています。

社会福祉法人制度は、公的費用を確実に活かす仕組み、また、地域社会・住民の力が集まる仕組みとして機能しており、今後とも、地域の有益な社会資源として活用すべきだと考えています。また、福祉人材は、依然、不足している状況にあります。社会的評価・処遇を向上させ、働きやすい環境づくりをすすめることが重要です。

この二つを「社会連帯の証」ととらえていくことが大切です。社会福祉をすすめるのは、上記の国民、国・地方公共団体、地域のあらゆる構成員の連携・協働によるものです。私たち社会福祉関係者（政策委員会構成組織）は、その公益性や専門性を生かし、先頭にたって、積極的な役割を發揮していきます。みなさんのご理解とご賛同をいただければ幸いです。

政策委員会構成組織

- 都道府県・指定都市社会福祉協議会
- 市区町村社会福祉協議会（地域福祉推進委員会）
- 全国民生委員児童委員連合会
- 全国社会就労センター協議会
- 全国身体障害者施設協議会
- 全国保育協議会
- 全国保育士会
- 全国児童養護施設協議会
- 全国乳児福祉協議会
- 全国母子生活支援施設協議会
- 全国福祉医療施設協議会
- 全国ホームヘルパー協議会
- 日本福祉施設士会
- 全国社会福祉施設経営者協議会
- 障害関係団体連絡協議会
- 全国厚生事業団体連絡協議会
- 高齢者保健福祉団体連絡協議会
- 全国老人クラブ連合会

〇〇〇 全国ホームヘルパー協議会発行資料のご案内 〇〇〇

自立支援のホームヘルプ ～実践から生まれた方法論～

渡辺裕美・人見朋子著

ホームヘルプサービスの専門性をひもとき、目に見える、具体的なサービスとして展開するための「考え方」と「実践方法」を示すと共に、自立支援のホームヘルプサービスを展開することを導くための記録・計画の「書式」と「記入例」をまとめたものです。

自立支援を目指したホームヘルプサービスを実践するために、事業所内研修のみならず、日々の業務にもご活用いただける内容となっています。



A4版 105ページ
2009年3月発行

【主な内容】

- 第1章 介護保険における介護予防の制度と仕組み
- 第2章 「介護予防訪問介護のめざすもの・考え方」
- 第3章 「介護予防訪問介護で行う生活支援」
- 第4章 対応に工夫が必要な事例
- 第5章 介護予防訪問介護計画の作成（実践編）
 - 第1節 介護予防訪問介護計画作成の流れ
 - 第2節 介護予防訪問介護計画作成のための書式

頒布価格（送料別途）

全国ホームヘルパー協議会会員 : 500円
その他 : 1,000円

☆ご注文・お問合せ先

全国ホームヘルパー協議会 事務局
（全国社会福祉協議会 地域福祉部）

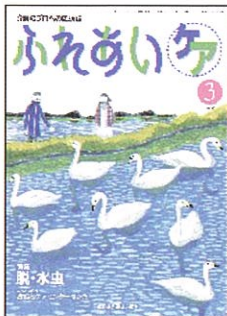
Fax 03-3581-7858 E-mail: z-chiiki@shakyo.or.jp

介護のプロへの応援誌

ふれあいケア

●毎月20日発行 ●B5版・80頁 ●定価1,020円
（本体971円） ●送料300円

※定期購読もしくは10冊以上のご購入で送料無料



『ふれあいケア』では、
全国ホームヘルパー協議会の協力をえて、
2008年5月号より「ふれあい訪問介護センター物語」を
連載しています。

「ふれあいケア訪問介護センター物語」は、ホームヘルパーがサービス提供責任者やケアマネジャーなどと相談しながら、利用者の生活をどう支えていくかを紹介しています。是非、ご一読ください。

（企画）全国ホームヘルパー協議会
川崎 順子（九州保健福祉大学講師）

実践に即した事例が満載！ 介護現場に
役立つ情報をお届けします。

『ふれあいケア』は、介護に携わるプロフェッショナルのための応援誌です。毎号の特集では、今後の高齢者ケア改革の流れに即した実践課題など、最新のテーマを取り上げます。また、施設福祉と在宅福祉のサービス情報や、先駆的な事例紹介など、毎日の介護実践に役立つ内容満載です！

●お申込みは、書店、都道府県・指定都市社会福祉協議会または下記へ●

■ 全社協出版部受注センター ■

受注専用 TEL.049-257-1080 FAX.049-257-3111
E-mail: zenshakyo-s@shakyo.or.jp

全社協

社会福祉法人 全国社会福祉協議会 出版部

〒100-8980 東京都千代田区霞が関3-3-2新霞が関ビル

福祉関係図書の検索・注文ができるホームページ

福祉の本出版目録

検索

▶▶ <http://www.fukushinohon.gr.jp>

HELPER NETWORK 2011 No.64

ヘルパーネットワーク

発行日/平成23年2月28日

発行人/中尾 辰代

編集人/野崎 吉康

発行所/社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国ホームヘルパー協議会

〒100-8980 東京都千代田区霞が関3-3-2新霞が関ビル

TEL.03-3581-4655 FAX.03-3581-7858

編集後記

現在進んでいる介護保険制度見直しの中では、地域包括ケアの考え方の下、在宅での介護と医療の連携がさらに重要なテーマとなっています。

今号でご紹介した長尾先生のご講演には、ホームヘルパーが「医療」とどのように関わるべきか、多くのアドバイス・ヒントが盛り込まれています。各地域での在宅介護の実践の中で、参考にして頂けるのではないのでしょうか。