

特別シンポジウム

良質なケアがなければ超高齢社会は乗り切れない！

- ◆日 時：10月20日（金） 13:00 ～ 14:40
- ◆座 長：安藤 高夫 日本慢性期医療協会 副会長
- ◆シンポジスト：田中 滋 埼玉県立大学 理事長・慶應義塾大学 名誉教授
及川ゆりこ 日本介護福祉士会 会長
小山さおり 千里リハビリテーション病院 介護課課長
田中 志子 内田病院 理事長
- ◆共 催：日本介護福祉士会

特別シンポジウム 略歴

座長

安藤 高夫（あんどう たかお）

医療法人社団永生会 理事長、医療法人社団明生会 理事長

社会福祉法人高生会 理事長

日本慢性期医療協会 副会長

前衆議院議員

略歴

1984年	日本大学医学部卒業
1989年～	医療法人社団永生会 理事長
1999年～	八王子市医師会 理事
2003年～	東京都病院協会 副会長
2003年～	全日本病院協会 副会長
2006年～	日本慢性期医療協会 副会長
2017年	第48回衆議院議員選挙（自民党公認）初当選 厚生労働委員会委員 総務委員会委員 自民党厚生労働部会副部長
2018年～	東京都医師会 参与

シンポジスト

田中 滋（たなか しげる）

公立大学法人埼玉県立大学 理事長／慶應義塾大学 名誉教授

略歴

公立大学法人埼玉県立大学理事長（2018年～）・慶應義塾大学名誉教授（2014年～）

専門

医療経済学、医療政策・介護政策、地域包括ケアシステム論

学会

日本地域包括ケア学会理事長、日本介護経営学会会長、アジア太平洋ヘルスサポート学会理事長、日本ケアマネジメント学会理事、日本老年学会理事

現在務める主な公職

医療介護総合確保促進会議座長、協会けんぽ運営委員長など

職歴

慶應義塾大学大学院経営管理研究科助手、助教授を経て1993年教授。2014年定年退職。

及川 ゆりこ (おいかわ ゆりこ)
公益社団法人 日本介護福祉士会 会長

■ 略歴 ■

1981年4月	株式会社 豊島園
1983年4月	株式会社 西肥商事
1994年9月	医療法人社団 新光会 伊豆平和病院
1997年4月	医療法人社団 志仁会 介護老人保健施設ラ・サンテふよう
2007年8月	社会福祉法人ウェルネスケア 特別養護老人ホームいづテラス
2019年9月	株式会社 かいごラボ 代表取締役 就任

小山 さおり (こやま さおり)
医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 介護課課長

■ 略歴 ■

2004年4月	社会福祉法人天王福祉会 特別養護老人施設茨木荘
2008年	介護福祉士 国家資格取得
2008年4月	医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 回復期病棟副病棟長・特別室担当・地域連携室室長を経て2023年5月より病棟管理部介護課長に就任

田中 志子 (たなか ゆきこ)
医療法人大誠会 理事長 社会福祉法人久仁会 理事長
群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長
帝京大学医学部医学教育センター 臨床教授
群馬大学医学部 臨床教授
医学博士

■ 略歴 ■

1991年	帝京大学卒業
2004年	介護老人保健施設大誠苑 施設長
2007年	社会福祉法人久仁会 理事長
2009年	群馬大学大学院修了
2010年	医療法人大誠会 副理事長
2011年	同 理事長
2023年	同 理事長・内田病院 院長

主な資格
日本内科学会総合内科専門医

日本老年医学会老年科専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
日本地域医療学会地域総合診療専門医・指導医
高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医
認知症サポート医

主な所属

沼田利根医師会理事、日本慢性期医療協会常任理事、地域包括ケア病棟協会理事、
日本リハビリテーション病院・施設協会常務理事・認知症対策検討委員会委員長、
全国老人保健施設協会副会長、日本認知症学会代議員、
日本老年医学会代議員・認知症対策小委員・広報委員
日本地域医療学会専門医制度委員、群馬県慢性期医療協会支部長、
日本認知症グループホーム協会群馬県支部理事

著 書

「ふるさとの笑顔が、咲き始める場所
～地域包括ケアシステムを実践する、とある病院のチャレンジ～」幻冬舎
「身体拘束ゼロの認知症医療・ケア」照林社
「楽になる認知症ケアのコツ」技術評論社
「高齢者栄養ケアUPDATE」医歯薬出版株式会社
「施設におけるエンドオブライフ・ケア」ミネルヴァ書房
「スーパー総合医 地域利用連携・多職種連携」中山書店
「介護福祉のための医学」弘文堂
「介護福祉士講座 ころとからだのしくみ」建帛社
「医療介護福祉士認定講座テキスト」厚生科学研究所 など多数

SS-1

医療介護連携の進展こそ地域包括ケアシステムのコア

埼玉県立大学 理事長・慶應義塾大学 名誉教授
田中 滋

改めて地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムの現時点における定義は、「日常生活圏域において、何らかの支援が必要な人々を含め、誰もが、望むのであれば、住み慣れた地域のすみかにおいて、みずからも主体的な地域生活の参加者として、尊厳を保ちつつ安心して暮らし続けるための仕組み¹」と表せる。この定義を見れば分かるように、地域包括ケアシステムの対象は要介護や要支援の高齢者に限られてはいない。医療的ケア児も、障害者も、乳幼児・児童を育てる家族も、要介護ではないがフレイル合う意はプレフレイル段階にある高齢者もすべてを包含する地域づくりの手段と捉えている。

地域包括ケアシステムは、ここ20年の間に3つの次元において…それぞれスピードは違うものの…大きな進展を遂げてきた。第一は、主としてヘルスケア分野の多職種（医療・介護・リハビリテーション・口腔・栄養等の専門職）が加わる協働・連携体制の「進化」である。第二は、日常生活と地域社会への参加支援を取り込む「広がり」である。最近の介護報酬改定でもこの視点がとりあげられるようになった。第三は、生活困窮を代表に様々な困難を抱える人々の社会的包摂を図る、共生社会づくりに役立つ「深まり」である。社会福祉分野で培われた力と、新しい互助の工夫を中心に、様々な取り組みが報告されるようになった。

介護保険制度における政策展開の事例を学ぶ

これからの政策展開を考えるために、この領域における進展の前例から学んでみよう。例として口腔・栄養分野を取り上げる。介護保険制度発足の翌年、2001年10月に公表された社会保障審議会第一回介護給付費分科会『次回の介護報酬の見直しにあたっての視点』や、2003年12月に同分科会から示された『介護報酬見直しの考え方』の頃には、まだ口腔ケアと栄養ケアへの言及がなされていなかった。隔世の感を禁じ得ない。

以後急速に、口腔機能・栄養管理を扱う専門職団体の努力や、周囲の関係者の理解が進み、口腔ケア・栄養ケアに対する介護報酬が徐々に拡充されていった。2021年の報酬改定においては、上述のようにリハビリテーション・口腔ケア・栄養ケアが特段に重視された。

このように、新しい取り組みを制度政策に入れるためには緻密な準備と作業が不可欠である。本学会では2040年を見据えた地域包括ケアシステムの展望を、医療介護連携を中心に論じてみたい。

¹ 田中滋監修・岩名礼介編著『新版 地域包括ケアサクセスガイド』2020年、メディカ出版

SS-2

多職種で創造するケアを日常生活の営みへ

日本介護福祉士会 会長
及川 ゆりこ

1. はじめに

総務省統計局が令和4年9月18日に発表した高齢化率は29.1%、高齢者人口は3,627万人と過去最多となった。総人口及び生産人口は減少、少子化も進化している状況である。

この状況下において、わが国の介護福祉分野で働く介護福祉士たちの目の前においても、認知症高齢者の増加、独居高齢者の不安、家族等による介護力の脆弱さなど、超高齢社会の現実が少しずつ表れてきている。

また、慢性的な介護人材の不足は深刻化し、介護現場における生産性の向上という言葉も使われるようになった。介護現場の業務改善、ICT介護ロボット利活用など様々な変容を求められる中、介護の質の担保を果たすべくLIFEの導入も進められている。

個別的で、多様化、複雑化している介護ニーズに対する回答は、多職種の各専門性の発揮と、関わる専門職同士の連携によって創造され、評価されていくべきと考える。

2. 介護現場の介護福祉士の役割

私たち介護福祉士の役割は、良質な介護サービスの提供を担保することである。

介護現場はチームを形成して介護サービスが提供される。特に施設における介護チームは、365日夜勤帯を含める24時間体制の中で、利用者の生活の営みを支援する。そのチームリーダーを担っているのが介護福祉士である。チームリーダーは、チームで関わる利用者のケアマネジメント、環境整備、チームメンバーの人材マネジメントなどを担っている。

現在も、5類に移行したとはいえ、新型コロナウイルス感染症への予防及び蔓延対策は継続し、さらに介護人材の確保には困難を極めている。チームリーダーは、そんな現場の介護の質の担保と、様々なマネジメント力が求められている。

3. 多職種連携による介護実践

介護現場では、医療、看護、リハビリテーション、栄養など専門的なサービスも求められている。特にLIFEの導入により介護現場のサービスが、多様化・複雑化する介護ニーズに対し、多種多様なサービスの提供の実態と、ADLの維持向上などの効果を明らかにしている。多職種による連携が多様なニーズに対して、日々の生活の営みに、安心と安全とサービスに対する満足などを提供できていると言えよう。

4. まとめ

高齢や疾病で失った身体の一部の機能や、失った記憶、失った生活に対する自信などが、多職種で創造したサービスの提供によって、改善する、維持できる、自信が回復するなどの効果を利用者は求めている。そのためにも、多職種が連携や協働することは欠かせない。

多職種連携の中で創造したサービスが、利用者の生活の営みをいつまでもその人らしい生活の継続に資するものでありたい。そのためにも、介護サービスに係る専門職の専門性を発揮した検討の機会が大切であると考えます。

SS-3

リハビリテーション介護のあり方

千里リハビリテーション病院 介護課課長
小山 さおり

【はじめに】

当院は大阪府箕面市に位置している回復期リハビリテーション病院である。病床数172床4病棟からなり、回復期リハビリテーション病棟入院料1を取得している。

病棟には看護師だけでなくPT、OT、STや薬剤師などの専門職が配置されている。その中で介護福祉士・介護士（※以下、介護職）の役割である「リハビリテーション介護」の考え方やそれらを継続的に実施するための研修プログラムや、患者ケアの状況について報告する。

【介護職の役割】

当院では令和5年7月現在、介護福祉士33名、介護士7名、計40名の介護職が在籍している。これらの介護職は「看護補助者」ではなく介護ケアのプロフェッショナルとして位置づけており、定期的なシーツ交換、居室清掃、ごみ回収などの間接介護業務は外部業者に委託しリハビリテーション介護として患者介入に集中する環境を整えている。

当院の考えるリハビリテーションは、セラピストによる1日3時間のリハビリに加え、看護・介護職が日常生活のケアとして少量頻回に関わることをセットとしている。例えばトイレ動作や入浴動作などに介護職が介入することで回数を増すごとに機能が向上することを目指すものであり、ケアの基本方針を「千里リハビリテーション病院16カ条」として定めている。また、自宅退院後の日常生活、社会生活をふまえ、個別性のあるケアを継続するためにも介護技術や知識の向上を目的に研修プログラムを実施している。

【研修プログラム】

PT ① 起居・座位 ② 起立・移乗 ③ 装具・車椅子 ④ 歩行・階段昇降

OT ① 更衣・整容 ② 入浴動作 ③ 食事動作 ④ 上肢管理・ポジショニング

ST ① 食事介助 ② コミュニケーション ③ 高次脳機能障害

CW ① 洗身・洗髪の介助・機械浴・清拭 ② 排泄 ③ 体位交換 ④ 接遇

上記内容の勉強会を毎週火曜日、1項目ずつ年間を通じてすべての項目を繰り返し実施している。講師は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士の管理職が担当し、年度末には確認テストを実施することとしている。

SS-4

身体拘束ゼロへの挑戦

内田病院 理事長
田中 志子

団塊の世代が75歳以上になり、人口の高齢化から労働力不足や医療体制の崩壊などさまざまな問題が起こるとされている2025年がすぐそこまできている。日本社会全体に影響を与える認知症を有する患者の増加に伴い、介護施設だけでなく一般病院においても身体拘束を行わないケアが政策的に推進されている。これにより、中小病院だけでなく、大学病院のような大規模の急性期病院においても、身体拘束をしない看護に取り組み出してきた。一方、当法人では20年前から身体拘束を廃止し、今日まで一貫して継続している。

身体拘束をしないで重度なBehavioral and psychological symptoms of dementia（以下BPSD）へ対応することが、看護師たちにとって大きな負担になることは言うまでもない。ではなぜ、当法人ではそれが実践できるのか。第一に、「いかに拘束をしないか」ではなく「いかにBPSDを出現させないケアを提供するか」という観点でケアの方法を考えている点が挙げられる。身体拘束をしないことはBPSDを発症させず、また早期に軽減させるための手段であり、そのような観点に基づいて個々の患者状態に適したケアの方法を多職種で検討している。第二に、認知症ケアは特別なものではなく、看護師であれリハビリであれ、スタッフならば実践して当然という組織風土を形成している点がある。BPSDの早期軽減のためには、病棟内の雰囲気作りやスタッフの一貫した対応が求められる。そのため、認知症サポートチーム(以下DST)が率先してBPSDに対応するだけでなく、現場にいるすべての職種のスタッフが適切に対応できるようサポートする役割をDSTは担っている。本シンポジウムでは、私たちが現場でどういった環境を作り、どういったケアを行っているか、事例を通じて報告したい。