

その他

オーストラリアの高齢者施設における 看護師の役割とわが国の課題の一考察

——南オーストラリア州のナーシングホームで看護師(RN)として勤務した経験より——

中野美加

Role of Nursing in an Australian Aged Care Facility and Aged Care Issues in Japan

——Based on an experience working as a Registered Nurse
at a Nursing Home in South Australia——

NAKANO Mika

Abstract : In recent years, the Japanese Government has reviewed and increased funding for terminal and end-of-life care in aged care facilities to meet the needs of an aging population experiencing increased life expectancy. However, medical treatment needs in such facilities have increased and as a consequence, concern arises regarding the increasing work demands on nursing staff and less experienced care workers.

Australian nursing homes are similar to Long Term Care Nursing Homes in Japan and Australia also has an increasing aged population and increasing demand for medical treatment in nursing homes. In Australia, a Registered Nurse worked as a manager at a nursing home, and Registered Nurses provided 24 hour care for older residents. Palliative care and end-of-life care were provided to elderly residents in addition to daily living care. The Registered Nurses worked as part of a multidisciplinary team with Care Workers, Physiotherapists, Occupational Therapists and other allied health staff, to provide best quality care to all residents.

This paper will provide an overview of Australian Aged Care Services and describe the Registered Nurse's role in Australia, based on the author's experiences whilst working in a nursing home in South Australia. The role of nursing and issues of care for older residents in nursing homes in Japan are also considered.

Key Words : Australia, aged care, nursing home, role of nursing, team care

抄録：近年、日本では高齢者への介護報酬が見直され、ターミナルや看取り加算が追加されたことにより施設で最後まで暮らしていける可能性が高まった。しかしながら人口の高齢化と共に施設内での医療ニーズが増え、結果的には、人員の少ない看護職への負担と医療経験の少ない介護職への負担が増加することが危惧されている。オーストラリアの高齢者施設のひとつであるナーシングホームは、日本の特別養護老人ホームに類似している。オーストラリアのナーシングホームでは、看護師が施設長を担い、看護師が24時間勤務することが義務付けられている。オーストラリアも日本と同様に、加速する人口の高齢化に伴ない施設での医療的ケアニーズが増加し、日々の生活の援助と共に緩和ケア、終末期ケアも提供されている。看護師は介護を行うケアワーカー、理学療法士、作業療法士などの多職種と連携し、その人にとって必要なケアを提供していた。本稿では、オーストラリアの高齢者ケアの概況を述べ、南オーストラリア州のナーシングホームで看護師として勤務した経験を振り返り、ナーシングホームで経験した看護師の主な役割を記述すると共に、日本における高齢者施設での看護師の役割と課題について考察する。

キーワード：オーストラリア、高齢者ケア、ナーシングホーム、看護師の役割、チームケア

I. はじめに

近年、日本では人口の高齢化に伴い高齢者の要介護度が重度化すると共に、施設内での医療的ケアのニーズが高まり、特に特別養護老人ホーム（以下、特養）においては、医療的ケアの在り方について多くの課題や議論が交わされている^{1,2)}。特養における介護報酬の見直しと改定が2006年に実施され、重度化する入所者への対応と看取りへの介護加算が適用となり、特養は、高齢者の生活の場だけではなく、余生の最期を迎える場として体制がとられたといえる。しかしながら、入所者の重度化と看取りへの報酬改定は実施されたものの、特養で入居者をケアするスタッフの人員配置の改正は実施されず、特養で暮らすひとりひとりの高齢者の毎日の生活を支えると共に、医療的な処置が増加し、人員の少ない看護職への負担と、医療経験の少ない介護職への負担が、増加することが危惧されている³⁾。

オーストラリアの高齢者施設のひとつであるナーシングホームは、日本の特養に類似している。オーストラリアも日本と同様に、加速する人口の高齢化の中、施設での医療的ケアニーズも高く、日々の生活の援助と共に緩和ケア、終末期ケアも行われている。オーストラリアのナーシングホームでは、看護師が施設長を担い、看護師が24時間勤務することが義務付けられている⁴⁾。看護師、介護を行うケアワーカー、理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）など、多職種が連携し、ひとりひとりの高齢者がその人らしく生活出来るよう様々なサービスや、その人に必要なケアが提供されていた。本稿では、オーストラリアの高齢者ケアの概況を述べ、日本とオーストラリアの両国で看護師としての勤務経験を持つ筆者が、南オーストラリア州の都市、アデレードのナーシングホームで看護師として勤務した経験を振り返り、ナーシングホームにおける看護師の主な役割を記述し、今後の日本における高齢者施設の課題について考察する。

II. オーストラリアの高齢化と高齢者ケアの背景

2007年国連の報告によるとオーストラリアは世界で日本に次ぎ2番目に平均寿命が長く、81.4歳（男性79.0歳、女性83.7歳）である⁵⁾。2006年における65歳以上の高齢者人口は270万人で総人口の13%を占

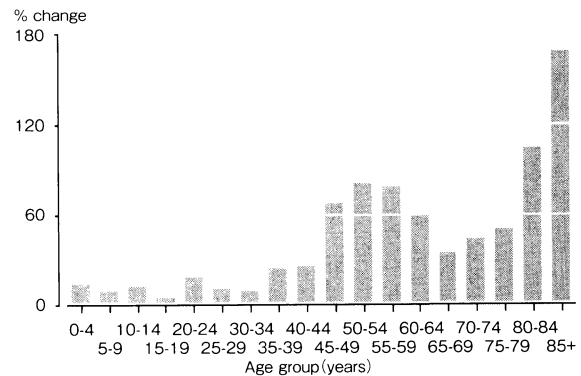


表1 年齢グループ別人口変化 1989-2009

出典：オーストラリア統計局 2010⁶⁾

める。オーストラリア統計局資料によると、1989年から2009年の20年間に85歳以上の人口の増加は著しく、約3倍に達している⁷⁾（表1）。また、同局の推計によると65歳以上の高齢者人口は、2006年から30年後の2036年には、2.3倍強の630万人に増加し、オーストラリア総人口の約1/4に達することが見込まれている⁸⁾。

ヨーロッパ諸国やアメリカと異なる中福祉・中負担の社会保障体系を有するオーストラリアのシステムは、国民健康保険のある日本と類似しており⁹⁾、オーストラリアの高齢者ケアは地域や在宅における高齢者ケアを中心に、日本政府や研究機関から多くの調査や視察などで注目されてきた¹⁰⁻¹³⁾。オーストラリアの高齢者ケアは社会や高齢者のニーズによって画期的に展開され、オーストラリア連邦政府は1980年代半ばから、それまで施設中心であった高齢者ケアを、その人が住みなれた家、土地で暮らすことのできる地域・在宅におけるケアへと転換してきた。中でも高齢者ケア評価チーム（Aged Care Assessment Team: ACAT）を導入することにより、高齢者ケア改革（Age Care Reform Strategy）を行い、地域ケア重視の高齢者ケアの成功へ導いた¹⁴⁾。1980年代までの施設中心型の高齢者ケアは地域中心型へと転換し、1998年の統計報告では、オーストラリアの60歳以上の全ての高齢者の約9割が地域で生活していると報告されている¹⁵⁾。

ACAT（通称：エイキャット）は医師、看護師、PT、OT、ソーシャルワーカーなどの医療専門職のチームから成り、地域で暮らしたい高齢者、施設入所を希望する高齢者など、ひとりひとりの高齢者の身体的、心理的、社会的側面や、個人のニーズ、環境などを多角的に、かつ総合的に正確にアセスメントし、その高齢者にとって適したサービスの組み合わせを提供する。オーストラリア政府は、地域における医療保健

サービスを充実させるため、保健サービス地域（Area Health Services）として、公費病院を中核とした医療保健サービス管轄の区域を明確にし、その地域住民の健康に責任を持つ地域ケアシステムを定着させている。各保健サービス地域には、地域の高齢者人口やニーズに合わせた数の ACAT チームが配属され、高齢者が必要とするサービスの内容を評価するだけでなく、地域の高齢者が必要とするサービスを受けられるよう手配している。さらに、実際に必要なサービスの受給状況を確認、評価することにより、ACAT の機能や高齢者ケアサービスの質を高めている。

オーストラリアの高齢者施設は、要介護度の高い High Care と、要介護度の低い Low Care の 2 種に大きく分けられる（表 2）。High Care 施設は、通称ナーシングホームと呼ばれ、日常の生活において、何らかの援助を要する高齢者を対象とする。介護が必要な高齢者に対し、24 時間体制（通常 3 交代制）で看護と介護のケアが提供される。Low Care 施設は、通称ホステルと呼ばれ、自宅で自立した生活は困難であるが、食事、洗濯、掃除などの家事サービスを受けながら生活することができる。必要に応じ、日常生活の援助を受けられ、また希望時には看護ケアも受けることが出来る¹⁶⁾。ただしホステルの場合、介護サービスは 24 時間の中で、必要時に希望することはできるが、看護ケアは 24 時間ではなく、日勤帯は看護師が勤務する場合があるが、夜間はオンコールとなる。ホステルは通常、ナーシングホームに隣接していることが多く、夜間緊急時は、ナーシングホームの看護師がすぐに対応できるようになっている。これは日本のケアハウスに類似している。

オーストラリアの高齢者施設のほとんどは High

Care, Low Care の混合である。2008 年、Resident Classification Scale (RCS) と、同年より新しく導入された Aged Care Funding Instrument (ACFI) を用いて評価した結果によると、施設を利用する高齢者の 7 割が High Care 対象であり、残りの約 3 割が Low Care 施設を利用している¹⁷⁾。

Ⅲ. 南オーストラリア州アデレードの概況

筆者の勤務した南オーストラリア州とアデレードについて述べる。オーストラリアの総人口は約 2,215 万人（2009 年）であり、日本の約 20 倍の国土面積を有する。オーストラリアは、連邦制国家で 6 つの州と 2 準州の州政府から成り、南オーストラリア州は、オーストラリア国土の中南部に位置する。アデレードは南オーストラリア州の州都であり、文化と芸術の都市として知られている。都市の規模としてはオーストラリアで 5 番目に大きい都市で、人口は 2008 年現在で約 117 万人である。人口は緩やかに増加しており、近年は郊外への宅地改革が進んでいる。アデレードは南極海に通じる湾に面しているため、気候は、基本的に冬は穏やかで湿潤であり、夏は暑く乾燥しており、地中海性の気候をもつ都市である。この気候の為、ワイナリーと観光、そして教育が産業の主流となっている。他都市同様、南オーストラリア州も移民が多く、近年はアジア諸国からの移民、特に学歴や技術などスキルのある移民の増加がオーストラリアの他州と同様に著しい。1980 年代から 1900 年代前半は鉄鋼や林業、またワイン産業に従事するためドイツなどのヨーロッパ系の移民が他州に比べ多く、1900 年代後半ではベトナム、中国からの移民も多く、移民者の高齢化もみられる¹⁸⁾。

Ⅳ. ナーシングホームの概況

1. 施設的环境と入所者の生活

筆者の勤務したアデレードのナーシングホームの概況について述べる（以下、A ナーシングホーム）。A ナーシングホームは非営利団体により運営されておりアデレード広域 7 つの高齢者施設を持ち、施設と地域に暮らす高齢者に様々なサービスを提供している。A ナーシングホームは、新しい家が立ち並ぶアデレード北部郊外の静かな住宅街の中心に位置する。穏やかな環境で、近辺には噴水のある池や公園、スポーツグラウンドがあり、池には時折、野生のペリカンが悠々と泳

表 2 オーストラリアにおける高齢者施設の種類

対象者とサービス提供の特徴	
High Care	〈通称：ナーシングホーム〉 対象は食事、清潔、排泄などの日常の生活において、何らかの援助を要する高齢者。介護が必要な高齢者に対し、24 時間体制で看護と介護のケアが提供される 日本の特養に類似
Low Care	〈通称：ホステル〉 対象は自宅で自立した生活が困難であるが、食事、洗濯、掃除などの家事サービスを受けながら生活できる高齢者。必要に応じ、日常生活の援助を受けられ、また希望時には看護ケアも受けることが出来る 日本のケアハウスに類似

いでいた。施設の受付には、小さなオフィスがあり、2~3名で事務と受付を担当している。施設の入り口横にはラウンジがあり、茶系の革張りの高級感のあるソファに、落ち着いた色の壁には絵画、そして窓の横には2羽の黄色のカナリアが、時折散歩に来てソファに腰掛ける入居者を和ませていた。ラウンジの横には、小さなカフェテリアがあり、入居者と入居者の訪問客とプライベートな時間が過ごすことができる。ネイルケアやアロマセラピーも行う小さなヘアサロンもあり、入居者が希望時に予約して利用できる。日常生活に介助が必要であっても、ほとんどの入居者は私服で身なりを整え、女性はメイクをし、女性も男性も清楚に自分らしさを表現していた。

居室は夫婦で入居が必要な場合などに備えたふたつの2人部屋があり、その他は全て個室で、各部屋にはシャワーとトイレが付き入居者のプライバシーが保たれている。各部屋はその部屋で生活する高齢者のなじみの家具などが置かれ、日本の食器棚ほどの大きな飾り棚にアンティークの置物が飾られていたり、お気に入りの絵や手作りのキルトなどが壁に飾ってあった。ある車椅子の男性Z氏の部屋には、趣味で自慢の木工用具がいつでも楽しめるように部屋に置かれ、糖尿病でインスリン自己管理が不可能で血糖値が不安定なM夫人の部屋には、木目のクラシックなオルガンが置いてあった。以前、教会でオルガンを弾いていたというM夫人の部屋からは、時折オルガンの柔らかな音色が流れていた。オーストラリアのナーシングホームでは、入居する高齢者の生活の場として、その人らしく暮らし、そして本人のニーズあわせ日常の援助やリハビリ、そして必要な医療を受けることが出来ていた。

2. 施設の構成

A ナーシングホームは、ほとんどが High Care 高齢者であり、Low Care 高齢者は1割程であった。施設の総ベッド数は100床で、メインの南ウイングと北ウイング、短期利用者向けの中央ウイングに分かれる。南ウイングは認知症を伴わないか、軽度の認知症の利用者が生活する(52床)、北ウイングは認知症専門のユニット(Dementia Specific Unit)(38床)、そして中央ウイングはショートタームユニット(Short Term Unit)(10床)として、介護者の休養の為のレスパイトケアや、術後など病院から退院し状態が安定するまでの期間の利用や、本人の状態、もしくは家の改築などの関係で、自宅での生活に戻るまでの期間を過ご

す。この期間、必要時にはPTにより適切なりハビリを受けることも出来ていた。

3. 施設のスタッフと勤務体制

ナーシングホームの勤務は3交代制で行われる。スタッフの人数配置は、週末でない日勤を例に挙げると、施設長(看護師)1名、専門看護師(Clinical Nurse Specialist:以下CNS)1もしくは2名。看護師(Registered Nurse:以下RN)1名、准看護師(Enrolled Nurse:以下EN)4名(うち半日1名)、ケアワーカーが11名でうちその約1/3は援助が集中する早朝から昼食後までの時間の半日勤務としていた。その他に、CNSが2名おり、うち1名は老年看護のCNSであるとともに、創傷ケア専門のCNS(日本のWOC認定看護師の位置付けとは異なる)であった。日勤では両方もしくは片方のどちらかは勤務する体制を整えていた。

オーストラリアのナーシングホームの施設長は看護師であり、看護師の24時間勤務が義務付けられている。人口の高齢化が進み、オーストラリアでも施設での医療ニーズが高まり、入居者がその人らしく生活を過ごすためのサポートのひとつとして、ケアワーカー(Care Worker, 以下CW)は日常生活援助のケアサービスを提供し、看護師は必要な医療的ケアを任う。ナーシングホームに医師は常駐しない。通常、地域の家庭医(GP: General Practitioner)(別称: Family Doctor)が各利用者の担当医となり、A ナーシングホームでは、5-6名のGPが担当していた。担当医は日中、地域のクリニックで勤務しており、必要時には電話等で連絡を取ることができる。また、夜間や休日であっても持ち回りでオンコール体制を取っている為、常に医師と連絡が取れる体制が整っていた。

4. 職種のバックグラウンド

オーストラリアの専門職の教育課程は日本と一部異なるため解説を加える。オーストラリアの看護師(RN)教育はすべて大学学士課程で行われている。ナーシングホームの施設長は、通常、総合病院でRNと管理職の経験があり、修士課程で病院や施設などの組織のマネジメント等についてさらに学んでいる。高齢者施設に勤務するCNSは、通常総合病院での経験に併せ、さらに修士課程で高齢者への看護を専門に学んでいる。筆者が勤務していた際、共に働いたRNは、合わせて約10名で、その多くは、パートタイムで他の総合病院でも勤務する看護師たちで、ICUや

急性期病棟でも働く経験豊富な看護師であった。高齢者を対象とするナーシングホームでの看護師業務は幅広い疾患に対応しなくてはならず、また、病院と異なり、夜勤などは他の看護師や医師が常時勤務していない為、責任が重く、看護師としての病院勤務経験が欠かせない。

ケアワーカー（CW）は、通常、カレッジ（専門学校）で介護の Certificate を取得しているか、もしくは施設で研修を受けている。CW の中には、経済的な理由が主で働く人、医療関係とは異なる職種経験者、医療関係とは異なる分野を大学などで学んだが高齢者へのケアに関心がある人や、海外で医師や看護師として勤務していたスタッフなど、CW 人材のバックグラウンドの幅が広いのが特徴的であった。

V. ナーシングホームでの看護師の役割

A ナーシングホームに勤務する看護師（RN）は、ケア・コーディネーターとして関わり、3 ウィングの施設入居者全体を把握している。ケアプランの確認、必要時のバイタルサインチェックに加え、RN は他職種と常に連携をとり、チームケアの中心的役割を担っていた。看護師の日々の業務を含めた役割には医療的行為、他職種との連携などが挙げられるが、以下、主な項目に沿ってそれらの具体的内容を述べる。

1. 薬の投与と管理 Medication Administration

看護師は医師が指示を記入したメディケーションチャートに沿って投薬する。オーストラリアやイギリスなどの病院では、通常、錠剤の箱からひとつずつ確認し与薬するが、ナーシングホームなどの施設では、病院と比較すると指示の変更が少ない為、主にプリスターパックを用いる（写真1）。プリスターパックは、処方箋に基づき、薬剤師が薬局で用意する。1週間分

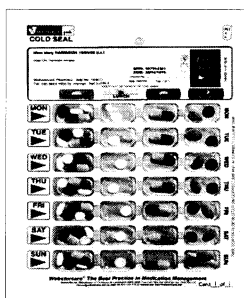


写真1 高齢者施設で通常用いられるプリスターパック
縦列が1週間の曜日で、横列に朝食後、昼食後、夕食後、就寝前の4つに分けられている。

の薬が、朝食後、昼食後、夕食後、眠前に分かれて入っており、短期間投与の抗生剤などは、定時薬と色の異なるプリスターパックを用い、何日間投与されているかがわかりやすいようになっている。プリスターパックには、利用者の写真が付いており、メディケーションエラーを最小限に防いでいた。

インスリン注射、皮下注射、筋肉注射については、必ず看護師2名で処方指示、薬品名、投与量、投与ルート、有効期限、入居者名と入居者本人を投与前に確認し、2名のサインを記入する。オーストラリアの病院や高齢者施設では、看護師の判断で投与可能な薬（Nurse Initiated Medication: NIM）が各病院、施設でプロトコルとして決められている。与薬した薬はメディケーションチャートとカルテに記載しなくてはならない。メディケーションチャートの中には、NIM用の欄が設けられている。その他、ナーシングホームでも病院同様、モルヒネなどの麻薬が保管されているので、勤務帯毎に2名のRN（前後の各勤務帯RN1名）で、ひとつひとつの薬の薬品名と数と有効期限について確認を行う。特定の研修を受けたENであれば、ENとの確認も可能であるが、確認者2名のうち1名は必ずRNであることが義務づけられている。

2. 創傷マネジメント Wound Management

褥瘡、下肢潰瘍などの処置を主に行う。初回の創傷マネジメントのアセスメントは必ずRNによって行われる。創傷アセスメントチャートのアセスメント欄を記入後、創部の状態、サイズ、疼痛の有無などを記入する。洗浄液の種類、塗布薬、ドレッシングの種類も、RNの判断で適切なものを選択し、創傷マネジメントのプランをたてる。ケアプランにも追加し、処置毎に創傷マネジメントプランが適切であるかを評価し、次回のアセスメント予定日を記入する。ほとんどのRNは、創傷マネジメントの研修を受けている為、マネジメントのプランをたて、評価をすることが出来る。感染の疑いがある場合、RNの判断で細菌培養の指示を出すことも可能である。処置は入居者の個室で行うことが多いが、施設内にRNが使用する診察室も設けられており、必要に応じいつでも利用することができる。処置に用いるドレッシングパック（ガーゼ、トレイ、ピンセット、処置シート込み）は、感染予防の為、全てディスプレイである。また、Vac Dressing（陰圧式吸引ドレッシング）などの機器も、ホームナーシングサービス（地域の訪問看護サービス）を介し必要時レンタルすることが可能であり、入

院を要する処置であってもナーシングホームで生活しながら治療を受けることができる。

3. ストーマ・胃瘻ケア Stoma Care/PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) Care

ストーマと胃瘻のケアは、RN と EN が管理する。ストーマ周辺のスキンケアについては、ストーマ専用のアセスメントシートを用い、粘膜皮膚接合部の観察、ストーマ装具が適切か等、アセスメントを行う。また、食事や排泄、日常生活について、入居者へアドバイスを行う。ストーマ接合部の皮膚観察、ストーマバッグの交換処置などについて、RN は EN に指導する。また、EN は処置時、疑問や不明な点がある際には RN に報告する。ストーマ粘膜皮膚接合部周辺に皮膚の発赤や異常がある際には、処置と観察は EN でなく RN のみの実施となり、状況に合わせ、施設内の CNS、または失禁コンサルタントナース (週2回施設を訪問)、GP、地域のストーマ専門ナースに相談出来るシステムになっている。

失禁コンサルタントナースはストーマを含め、オムツやパッド、下剤や食事 (食物繊維の多いメニューなど) など、全ての入居者の排泄に関する助言を行う。RN は失禁コンサルタントナースとの話し合いで、NIM に含まれる下剤の量を調節し、また処方された下剤の投与量の変更が必要と思われる場合には、医師へ連絡し、必要時には、食事変更を依頼する。食事変更を依頼は、通常、ファイバー食 (食物繊維の多い食事) への変更など、RN の判断で依頼出来るものと、栄養管理士や ST (Speech Therapist: 以下 ST) の指示が必要なものがある。

経腸栄養投与には、高齢者の安全の為、通常、自動ポンプを用いる。PEG 挿入部の皮膚観察は勤務帯毎及び適宜行う。PEG の交換は、定期的な交換時期に、医師ではなく、PEG 交換の研修を受けた地域のホームナーシングサービスの RN によって行われる。筆者が勤務していた施設 (100床) では、ストーマの入所者は1名、胃瘻の入居者は2名であった。オーストラリアでは、施設であっても地域であっても、高齢者が出来る限り最期まで本人の口から食事が摂取できるよう援助することを推奨している。

4. 糖尿病コントロール Diabetic Control

血糖チェックは、RN, EN によって行われる。インスリンは利用者毎に処方され、保管してある。インスリン処方指示は、2名の RN (もしくは RN, EN 1名

ずつ) で確認を行う。病院同様、血糖チェックのピック (針と本体合わせて2cm程のサイズのものは、感染予防の為、針と本体ごと全て使い捨てであった。インスリン投与時は通常、ディスプレイの注射器を用い、ダイヤル式、ペンタイプのは、個人用に用意し、針以外の本体であっても共有するという事は禁止されている。

糖尿治療食の指示は、担当医、栄養管理士によって出される。糖尿食であってもアセスメントされた上で、内容は異なっても、他の入居者同様、内容は異なるがデザートも豊富に付いてくる。あれを食べてはいけないこれを食べてはいけないと規制するより、RN はその利用者が何を食べたいかのニーズを把握する。ただし、その人が食べたいから許可する、与えるという安易なものではなく、血糖値、内服薬、症状など、身体・心理的側面からも総合的にアセスメントを行ったうえで判断していく。必要時には栄養士や担当医、地域の糖尿病専門看護師に連絡を取ることができる。

5. 酸素療法 Oxygen Therapy と胸痛時の対応 Chest Pain

酸素療法が必要な利用者は、通常自宅より施設内へ持参していた。施設内にはポータブルの酸素が用意されており、緊急時いつでも利用できるように備えてある。胸痛の対応としては、病院同様、施設でも胸痛時の対応として、マニュアルが作成されており、胸痛時はアセスメントの上、RN の判断で酸素療法が開始される。このアセスメントの中には、利用者の状態や投与中の薬、既往歴、特に COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease 慢性閉塞性肺疾患) などの呼吸器疾患の既往などの有無も含まれる。

6. 疼痛マネジメント Pain Management

多くの高齢者は関節痛など何らかの疼痛を伴うケースが多い。疼痛に関しては、部位や疼痛の種類、頻度、身体面、精神的面、現在使用している内服薬などからアセスメントを行う。先述した NIM の中に、種類は限られるが鎮痛剤も含まれている。RN が、副作用、アレルギー、他の内服薬との相互作用など総合的にアセスメントし、投与しても良いと判断したうえで NIM の中から投与することが可能である。RN は投与後には必ずカルテに記載するとともに、一定の時間内に投与後の効果の評価を行い記載しなくてはならない。A ナーシングホームでは、投与後のアセスメントを行う目的と、記録漏れを防止する工夫として、利

用者名、薬名、投薬量、入居者の訴えと投与した時間、投与後の入居者の声や様子を含めた投与後の評価と評価時の時間など全ての内容を記入できる専用シールを作成し活用していた。このシールは黄色の用紙で、日々の記録部分に貼り、どの RN や医師、他職種が見ても分かりやすく、その入居者の疼痛緩和への工夫や処方指示の見直しなどの評価に役立っていた。

7. 緩和ケア Palliative Care

緩和ケアはがんなどによる慢性的疼痛を和らげ、その高齢者が施設の中でその人らしく生活を続けられるように援助を行う。がん末期であった A 夫人の例を述べる。日本ではがん末期は「ターミナル」と表現されることが多い。オーストラリアでは（筆者の経験した範囲では）、その人の余命により、その人の最期が目前に近くなるまでは「ターミナル（終末期、最期）」という言葉をあえて用いず、例えば「Mrs A is in Palliative (Care).」というように緩和的なケアを受けている状態、または緩和的なケアを必要とする状態と表現していた。

A 夫人はがんによる疼痛を緩和の為、定時、及び本人の希望時にモルヒネなどのオピオイドの投与を受けていた。緩和ケアでは、痛みや苦痛を伴わない様、全てのケアにおいてマネジメントされる。例えば CW らによって行われる清拭ひとつでも苦痛を伴わないよう緩和的なケアが工夫される。RN は CW と連携をとり、疼痛を伴うと予測されるケアの前には、指示の中から RN の判断で事前にモルヒネを投与し、疼痛による苦痛を最小限にコントロールしていた。清拭や体位交換時などは CW は 1 名ではなく 2 名で実施するようプランをたて、また、A 夫人へ必要な精神面のケアも行っていた。

オーストラリアでは、地域における医療保健サービスを充実させるため、公費病院を中核とした医療保健サービス管轄の区域を明確にし、その地域住民の健康に責任を持つ地域ケアシステムを定着させている。A 夫人の担当医は GP と公費病院の緩和ケアチームの医師の 2 名となる。A 夫人の緩和ケアに用いる薬剤は、緩和ケアチームの医師の処方により公費病院から取り寄せる。A 夫人は施設で生活しながら、病院並みの治療とケアを受けることができていた。ナーシングホームの RN は A 夫人の身体面、精神面、疼痛、家族の状況など多角的にアセスメントを行い、適宜、緩和ケアチームの緩和ケア専門看護師（Palliative Care CNS）や医師とコンタクトを取り、A 夫人にとって最

善のケアを提供していた。

8. 終末期ケア End of Life Care

ナーシングホームに入所する全ての高齢者は ACAT のアセスメントを受けている。このアセスメントの時点で、通常、入居者は自分の最期をどのように迎えたいかを話し合っ入居する。この為、入居時にはすでに、緊急時の連絡先をはじめ（緊急連絡先が家族でない場合もある）、宗教、牧師の連絡先、リビングウィル記入の有無などが、入所時のフォームに記載されている。ターミナル期は、RN 含め全てのスタッフが、その人がその人らしく最期を迎えることができるように最善をつくす。RN は、本人と心の準備について話し合い、家族やその高齢者が望む人と連絡を取る。終末期ケアでは、緩和ケア、疼痛マネジメントと並行して行われるので、疼痛は最小限に抑えられる。

先述の A 夫人の場合も、本人や家族の希望を聞き、CW との協力でも、本人の好きな中庭の見えるところまでベッドを移動し、外の風を感じる時間や、大切な人と時間を過ごせる時間を大切にしていた。また、ベッドサイドに本人が希望していた牧師に来てもらい話を聴く時間を設けるなどして精神面のスピリチュアルと、その環境と時間を大切にしていた。その後、A 夫人は苦痛な表情なく安らかに最期を迎えた。

9. 他職種との連携 Team Care & Consulting

ナーシングホームで勤務する RN は常に入居者の状態を観察、把握し、高齢者の言葉では表現されにくい小さな変化に気付き、アセスメントを行う。他職種との連携の中に情報交換とコンサルティング業務も日々欠かせない。

生活の援助を行い、施設の中で高齢者に最も近く関わるのが CW であり、ひとりで入居者全体を把握しなくてはならない RN にとって、CW はパートナーとして欠かすことのできない存在である。CW は、ケアを行う中からの小さな変化を察知し、EN もケアや処置の際の変化などを RN に報告する。例えば CW がシャワーを行う際、上腕にこれまでにない発赤があった、今日は排泄にいつもより時間がかかっていた、今朝、声かけに少し反応が遅かったなどの情報は欠かせない。また、EN による包交時前回よりも浸出液が多かった等の情報なども、全て看護に欠かせないものであろう。

RN はそれらの情報を得た後、アセスメントし、適切な判断を行いケアに結び付けて行く。RN も EN、

CW もそれぞれの役割が明確であり、お互い協力し、施設で生活する高齢者を支える上でベストなパートナーと言える。また、その他の専門職種との情報交換、連携も不可欠である。

RN は、情報によるアセスメントの結果、必要と判断すれば、PT, OT, ST, 栄養士, 失禁コンサルタントナース, ポダイアトリスト (足治療士) などへ紹介状 (依頼状) を作成する。この際にはアセスメントの内容をカルテに記入し、どの職種もその利用者の状況を把握する。アセスメントの判断に迷う際には、CNS, または看護の経験が豊富なマネージャー (施設長) にも相談できる体制も整っている。例えば、入居者が鬱傾向にある場合などは、本人, 家族, RN や医師を含め話し合い、臨床心理士に訪問を依頼するなど、ナーシングホームであってもその人に適切に必要なケアが専門家によって提供されていた。

10. 安全と質の管理 (Safety and Quality)

ナーシングホームで勤務する RN の役割には、施設の安全と質の管理も求められる。感染予防 Infection Control, リスクマネジメント Risk Management (転倒予防なども含む), スタッフ欠勤時のロスターアレンジメント, スタッフ管理とスタッフ教育 Staff Management & Education など管理や教育も含まれる。

職業に関する健康及び安全管理 Occupational Health & Safety (OHS) に関して、主な責任は施設長にあるが、日々における安全の管理は RN も行う。マニュアルハンドリングの確認では、ホイスト (リフター) やペリカンベルト (立位・歩行補助具) などのアシスタント・デバイスを適切に正確に利用しているか、ノー・リフトポリシー (持ち上げない・抱え上げないケア) が守られているかを確認する。スタッフが与えられた休憩時間を取っているかを確認することも職業に関する安全管理 OHS に含まれる。

さらに、平等な権利 Equal Opportunity Policy の下、また、入居者やスタッフの異なる文化背景 (宗教などを含む) であっても、平等に対応できているかを見守り確認することも、RN の日々の役割である。

VI. 日本の高齢者施設における課題の一考察

高齢者施設における看護師の配置基準と役割

オーストラリアのナーシングホームも、日本の特養も同様に、施設は高齢者にとって生活の場であり、看護師, 介護者は高齢者自身がその人らしく生活できる

よう援助し、高齢者ひとりひとりの意志やニーズを尊重することを大切にしている。また、両国ともに医療の発達と加速する人口の高齢化により、高齢者施設での医療ニーズが高まっている。

高齢者施設の分類としては、オーストラリアのナーシングホームは、日本の特養に類似するが、オーストラリアのナーシングホームと日本の特養で大きく異なる点のひとつとして、看護師の勤務体制と役割があげられる。現在の日本の特養は、医療提供を主な目的とした施設ではないために、特養で医療的処置を行える看護師数の配置は少なく、通常看護師の24時間勤務体制はとられていない。一方、オーストラリアのナーシングホームでは、看護師 (RN) の24時間勤務体制が義務付けられている。

オーストラリアのナーシングホームで働く看護師は、入居者全体の把握が必要であると共に、創傷ケアや投薬などの場面では、看護師自身でアセスメントし、処置方法の選択や、NIM などの一定薬剤の投薬も行う。看護師には、疼痛コントロールや創傷マネジメントなど幅広い知識と、アセスメント力、判断及び評価する能力が求められる。

施設では様々なケアやサービスが提供されており、末期がんの緩和ケアのように日本であれば病院に入院して受けるような治療もナーシングホームで生活しながら受けることができる。その中で看護師は中心的な役割を担い、責任と役割は大きい。日本でも看護師の24時間勤務体制と役割拡大の検討が重要であると考えられる。

オーストラリアではそれぞれの専門職種の役割が明確であり、それぞれがお互いの役割を認識し、高齢者をとりまく医師や看護師, CW, PT, OT, ST など、それぞれの専門職種が協力し連携してその高齢者に適したケアを提供している。病院の医師や CNS などを含めた緩和ケアチームの例にあるように、日本でも地域の専門職と常に連携し、専門的なアドバイスを受けることができるようなシステムが必要であろう。

高齢者施設における人材の確保と教育

厚生労働省は、平成21年度より特養における看護スタッフと介護スタッフの連携による医療的ケアの在り方について検討してきた。特養での医療的ケアについて、モデル事業を日本各地の特養で実施した結果や報告書などを踏まえ、特養で勤務する介護職員による一部の医療的ケアはやむを得ないとし、介護スタッフに看護師が医療的処置方法を指導し、看護スタッフと

介護スタッフが連携して医療的ケアを行っていく方向にある^{19, 20)}。

しかしながら、特養での人員配置の見直しはなく、医療ニーズが今後も増加することを踏まえると、介護士や看護師の負担が増え、専門職者として育った介護士が、介護職から離れることも危惧される²¹⁾。

オーストラリアも日本と同様に、看護師や CW 不足が問題となっている。加速する高齢者増加に伴い、政府は国をあげて、高齢者施設で働く看護師を育成することを国の行動計画の中のひとつに取り入れ、教育へのスカラシップと就職後のサポートを行っている^{22, 23)}。日本においても現存する介護や看護の専門的な人材を、今後の人口、政治・経済の動向も踏まえ、いかに有効にアロケーションしていくかが大きな課題のひとつであると考ええる。

また、日本は人口の高齢化に伴い経済連携協定(EPA)²⁴⁾により外国人看護師、介護士を少しずつ受け入れようとしている。オーストラリアで異なる多様な文化背景を持つ多くの RN や CW 達(イギリスやフィリピン、タイなど多くの国々)と勤務した筆者の経験より、病院であっても、施設であっても、看護と介護を人へ提供するには、その国の言語を用いた知識とコミュニケーション能力が欠かせない。

オーストラリアやイギリスなどの場合、医療現場でも用いられる言語が英語であるため、英語がセカンドランゲージであるフィリピン人にはほとんど問題はない場合が多い。しかしながら日本の場合、記録や薬剤、申し送りなどが日本語である為、必然的に日本語が必要となる。また、現時点では、日本の病院や介護現場も異なる文化を受け入れる体制が十分に整っているとは言えず、資格を取得するまでの支援、資格取得及び就職後も長期的なサポートを行っていく必要がある。外国人看護師、介護士の受け入れに関しては、数年、数十年先の社会的保障を含むソーシャルコストを含めた総合的な評価が必要となると考える。政府は国としての対応について評価を海外から受けることも忘れてはならない。

一方、日本では、現在、現場を離れた介護士約 20 万人、看護師が約 55 万人に及ぶと言われている^{25, 26)}。一度は介護、看護を目指した人材であり、看護や介護の職場を離れたとしても必要な教育を受けている。政府は早急に多くの職場を離れた介護士、看護師が、一定の期間の研修等で復帰出来る道づくりをサポートし、高齢者への介護現場での人材を確保し、各職場で

は、勤務形態の緩和を図ることができるよう経済的な支援を行うべきであろう。また、介護士という介護の専門家の人材を今後も育てつつ、オーストラリアの例にもあるように、より多くの人に介護職への門戸を大きく広げること、そして専門的な研修等により、質の高い人材を育成していくこともひとつではないか。

日本の高齢者ケアや高齢者ケアのシステムには、世界的モデルに値する点が多くあげられるが、その人に必要なケアや医療的なサービスを、住みなれた自宅であっても施設であっても受けられるようなサービスのしくみと、サービスへのアクセス改善も今後考えて行く必要があると考える。

VII. おわりに

本稿では、オーストラリアにおける高齢者ケアの背景や概況と、筆者がオーストラリアで看護師として実際にナースিংホームで勤務した経験をもとに、ナースিংホームでの看護師の役割について述べた。オーストラリアのナースিংホームでは、医療的ケアを含めた看護と介護が 24 時間提供され、施設の中では高齢者がその人らしく生活することができていた。看護師は施設で生活する高齢者を多角的にアセスメントし、地域を含め様々な形で他職種と連携をとり、高齢者自身に適したケアを展開し、提供している。高齢化という人口動態の変動や、社会保障システムが日本と類似したオーストラリアのナースিংホームでの看護師の役割は、今後の日本の高齢者施設における看護のあり方に示唆を与えると考える。

日本は世界に誇る長寿国のひとつであり、また、高齢社会の先進国として、高齢者の選択した終の住みかにかかわらず高齢者ひとりひとりが最期までより良いサービスやケアを受けることのできるモデル国であって欲しいと願う。

引用文献

- 1) 厚生労働省：「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」2010年7月議事録 <http://www.mhlw.go.jp>
- 2) 厚生労働省：老健局「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業(仮称)の実施(新規)」
<http://www.mhlw.go.jp>
- 3) 社会保障審議会：「特別養護老人ホームに関する平成21年度介護報酬改定について」平成20年 第59回社会保障審議会介護給付費分科会資料
- 4) Aged Care Australia, Australian Government, Department

- of Health and Ageing, Commonwealth of Australia, <http://www.agedcareaustralia.gov.au>
- 5) United Nations: Life expectancy estimates (years) for selected countries, by sex, 2005–2010, World Population Prospects: The 2006 Revision, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007
- 6) Australian Bureau of Statistics: Australian Demographic Statistics (3101.0), Dec 2009, <http://www.abs.gov.au>
- 7) 前掲載6)
- 8) Australian Bureau of Statistics: Population by Age and Sex, Australian States and Territories (3201.0), Dec 2009, <http://www.abs.gov.au>
- 9) 鬼崎信好, 増田雅暢, 伊奈川秀和: 世界の介護事情, 中央法規出版 2004
- 10) 小林良二, 荒井由美子, 工藤由貴子他: 高齢者ケアシステム構築に向けての調査研究 (1) 日本・オーストラリアの現状と課題の比較から, 国際長寿センター, 1999
- 11) 小林良二, 荒井由美子, 工藤由貴子他: 高齢者ケアシステム構築に向けての調査研究 (2) 日豪における高齢者ケアの比較研究, 国際長寿センター, 2000
- 12) 小林良二, 小松隆二: 世界の高齢者福祉 10 オーストラリア・ニュージーランド, 旬報社, 2000
- 13) 小松隆二, 塩野谷雄一: 先進諸国の社会保障 2 ニュージーランド・オーストラリア, 東京大学出版会, 1999
- 14) Department of Health and Ageing: Introduction to Aged Care Assessment Program Self-Directed Learning Package – Generic Section – Version 4.0, Australian Government, Commonwealth of Australia <http://www.health.gov.au>
- 15) Department of Health and Ageing: Evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes – Final Report, Commonwealth of Australia, 2007.
- 16) 前掲載4)
- 17) 前掲載4)
- 18) 前掲載8)
- 19) 厚生労働省: 特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて 医政発 0401 第 17 号平成 22 年 4 月 1 日, 週刊保健衛生ニュース, 平成 22 年 4 月 12 日 第 1553 号
- 20) 日本看護協会: 「介護職員によるたんの吸引, 法の整備に向けてスタート」, 日本看護協会 協会ニュース, 2010. 7. 15, Vol.517 July, 日本看護協会
- 21) 前掲載3)
- 22) Department of Health and Ageing: Investing in the Aged Care Workforce – \$9.5 Million for Nursing Scholarships, The Hon Justine Elliot MP, Minister for Ageing, media hub, Australian Government, Commonwealth of Australia <http://www.health.gov.au>
- 23) Department of Health and Ageing: Aged Care Education and Training Incentive Program, Working in aged care, Australian Government, Commonwealth of Australia <http://www.health.gov.au>
- 24) 厚生労働省: 日比経済連携協定に基づく看護師・介護福祉士候補者の受入れ関係 (平成 18 年 9 月 9 日協定署名) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other/07/07-2.html>
- 25) 厚生労働省: 看護職員確保モデル事業, 行政事業レビューシート, 事業番号 80 http://www.mhlw.go.jp/seisaku/jigyo_siwake/dl_rv3/080_a.pdf
- 26) 厚生労働省: 福祉・介護人材確保対策について, 政策レポート, 2009 <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/09.html>