

介護Now

“カジノ型”施設に対する規制

2015.09.03 (木)

神戸市は11日、パチンコやマーじゃんなどの遊技を常態的に提供するデイサービス施設の指定を認めない方針を発表した。介護保険法の趣旨を逸脱するサービスと判断したといい、9月市議会に関連条例の一部改正案を提出する。

神戸市内のデイサービス施設は、2015年3月時点で461カ所あり、00年の制度導入時と比べて約8倍に増えている。

サービスの多様化も進み、機能訓練などの一環でパチンコやマーじゃん、トランプなどを楽しめる“カジノ型”も登場。他都市では、利用時間の大半を遊技に割く施設が出てきており、同市は「自立した日常生活を営む」という介護保険法の考え方に反するとして規制を決めた。

対象は、著しく長時間にわたる遊技の提供▽依存性が強まる恐れがある疑似通貨などの使用▽賭博、風俗営業を連想させる広告▽が確認された施設で、指定の不認可や取り消しができるようにする。

同市によると、“カジノ型”施設に対する規制は、指定権限を持つ全国の都道府県、政令市、中核市で初めて。久元喜造市長は「遊技には高齢者の頭脳や体を活性化するというメリットもあるが、不適當なサービスは利用者負担の増加にもつながる」と説明した。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

介護予防で保険料低く 自治体が対策、地域差3倍 体操教室／要支援から「卒業」プラン

2015.08.30 (日)

3年に1度の改定で今年度から65歳以上の介護保険料が変更になった。保険料は自治体ごとに異なり、9割の自治体で上昇し、全国平均は月5千円を突破した。ただ、地域によって3倍以上の差があり、減額した自治体もある。ポイントはいかに健康維持など介護予防に取り組むか。保険料の上昇に頭を悩ませる自治体の参考になりそうだ。

「あらかわのあー」。東京都荒川区の地域コミュニティ施設「町屋ふれあい館」に8月上旬、お年寄りの元気な声が響いた。集まった約50人は音楽に合わせて歌いながら、片足を上げて足先で「あ」の字を描き、「ら」「か」「わ」と続けた。

■転びにくい体に

区が大学などと開発した「荒川ころばん体操」。介護予防として普及しつつある“ご当地体操”の先駆けだ。足文字のほか、イスに座って両膝を伸ばすなど、36の動作で構成。足腰の筋力と柔軟性を高め、転びにくい体を作る。指導役の麻生由起子さんは「声を出すことで脳の活性化なども期待できる」と話す。

現在、体操教室は26カ所。運動機能の数値改善など成果も上がっており、都内で唯一、保険料を引き下げた。「教室への参加が習慣になっている人も多い」と麻生さん。同体操は孤立しがちな高齢者を社会に引き出す役目も担う。

埼玉県和光市は医療や介護を一体で提供する「地域包括ケア」を展開し、地域ぐるみで高齢者を支える。司令塔役は毎週開く「和光市コミュニティケア会議」だ。介護を受ける人の個別のケアプランを話す場で、管理栄養士や薬剤師も加わる。

特徴は高齢者のやる気を引き出し、自立を促すこと。「自宅から300メートル先にあるコンビニに行けるようにする」など意欲を持って身体機能などの改善に取り組めるような目標を立てる。掃除や洗濯など現状の生活行為を評価し、支援した後はどう変化するかも予測。ヘルパーは家事ができるように支援し教える。

同市では「要支援」と認定された人のうち約4割は支援が必要な状態から“卒業”。65歳以上に占める要介護・要支援者の割合(2014年)は9.4%と全国平均(18.2%)を大きく下回る。「なるべく自立した生活を続けようという意識を、市民と事業者の間で共有できるようになった」(東内京一・保健福祉 部長)

■認定者2割減に

成功例はヒントになるが、地域の実情に即した対策作りが欠かせない。大分県豊後高田市は和光市のノウハウを吸収する一方、高齢者の暮らしぶりを徹底調査。要介護予備軍向けの運動教室などを実施し、要介護・要支援と認定される人を3年で約2割減らした。

12～14年度の保険料が全国で3番目に高かった新潟県上越市はレセプト(診療報酬明細書)を分析。年1千人を個別に訪問して生活改善を働きかけ、保険料を167円下げた。

高齢者自らが介護予防の担い手となるケースも。山梨県内で保険料が最も低い北杜市は元気な高齢者をボランティアの「介護予防サポートリーダー」として育成。彼らを中心に地域の公民館で体操の集いなどを開く。厚生労働省も新しい介護予防の考え方の一つとして打ち出しており、市の担当者は「ボランティア自身の介護予防にもつながる」と期待している。

■負担、月平均5000円超え 最高は奈良・天川村8686円

厚生労働省によると、2015～17年度の65歳以上の介護保険料は全国平均で月5514円。12～14年度に比べて11%上がり、2000年度の制度導入時のほぼ2倍になった。

月額保険料は2000円台から8000円台まで、地域による差が大きい。最も高いのが奈良県天川村(8686円)で、65歳以上が人口の半分近くを占める。福島県飯舘村(8003円)が続く。

最も低いのは鹿児島県三島村(2800円)。黒島など3島からなる人口約400人の村で「地元で暮らし続けるために健康維持に努める高齢者が

多い」(同 村)。次いで北海道音威子府村(3000円)。保険料の低い自治体は高齢者の健康維持の取り組みに力を入れているところが多い。

同省は25年度の保険料の全国平均は8165円に上がると推計する。淑徳大学の結城康博教授は多くの自治体に共通する課題として「現場力の欠如」を挙げ、「民間事業者に仕事を丸投げせず、現場を回って関係者と課題を共有する努力がもっと必要だ」と訴える。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

認知症、施設利用は介護放棄ではない

2015.08.22 (土)

「もう家では、介護の限界です」

あるとき、脳梗塞で通院している70代の義母を持つ女性が外来に来られました。義母には「自分の物を盗まれる」といった妄想があり、怒ったり、暴力をふるったりし、自分の部屋に鍵をかけてしまうとのことでした。

家族は陰湿な雰囲気になってしまい、女性は「自分ががんばって介護しなければ」という思いで献身的に介護されていましたが、精神的なストレスも多く、半ばうつ状態でした。

そこで、義母本人に物忘れの検査をしたところ、程度は軽いですが、アルツハイマー型認知症の兆候が出ていました。ケアマネジャーさんに連絡し、医療スタッフや介護スタッフが集まって今後のことを相談した結果、家での介護は限界だろうと判断し、施設の入所を申し込むことになりました。

家族の中には、「もっと自分が頑張らなければならない」「施設に入れることは介護をあきらめることだ」「かわいそう」という思いを持つ方もありますが、決してそうではありません。

このような気持ちは“介護破綻”につながり、介護が限界を迎えてしまう可能性があります。介護は一人で抱えこまないで、介護保険などの支援を受けて皆で支えていくことが大切です。

限界になってから慌てて施設を探すのではなく、早めから施設入所のこと視野に入れておくことです。そういった準備をすることで、逆に介護に余裕ができ、家で穏やかに長く過ごしていただくことができます。

入所後も家族は会いに行き一緒に話をしたり、外出や外泊をしたりして関わるすることができます。入所してからも家族にできることはたくさんあります。

先述の70代の女性は、入所当初は「施設に入れられた」と嫌がる面もありましたが、認知症対応型のグループホームということもあり、しばらくすると「先生、施設はとても居心地がよく、お世話になってよかった」と笑顔で話されました。家族にも精神的な余裕ができて、うつ状態も改善、笑顔が戻って自分の好きな趣味もできるようになりました。

施設入所というのは「塞翁が馬」です。入所することで不幸になるのではないかという不安があるかもしれませんが、入ってみるとお互いにとって幸せになるかもしれません。認知症であっても、本人や家族全員が人生の最後までその人らしい生活をおくることはできるはずですよ。

(橋本市民病院 脳神経外科 医長 大饗(おわい)義仁)

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

有名人と介護

2015.08.14 (金)

014年に倒産・休廃業した介護サービス事業者は、全国で175件(過去最多)

賃金水準の低い介護業界は、景気回復に伴い、他業種に人材を奪われ、以前からの人手不足が深刻化...

都市部では競争も激しく、小規模の事業者が淘汰されました...☹

2015年4月から、介護報酬が引き下げられるため、倒産件数は今後も増えるでしょう。☹

高齢者がサービスの利用先を変更しなければならない状況が懸念されます...

* * *

【安藤優子さんの介護問題】

アナウンサーの安藤優子さん(56才)は、今年1月に最愛の母・みどりさんを亡くしてました。享年89才...

みどりさんに異変が起きたのは73才の頃。当初、認知症とは夢にも思わなかった安藤さんは、「母の認知症を受け入れるのに10年かかった」と語っています。

...母が母でなくなっていくことへの葛藤

* * *

安藤さんの母親が施設に入ったのは6年前...その3年前にすい臓がんで父親が亡くなり、自宅での1人暮らしは徐々に難しくなっていました。

料理が上手だった母...
なのに今では鍋を焦がしたまま...

冷蔵庫には腐った食品を溜め込み、安藤さんがよく知っている母親の姿ではなくなっていました...

出来る限りのことは頑張ってきたつもりでしたが、仕事との両立に限界が...

いろいろと揉めた末、「母には申し訳ないけれども、施設に入ってもらおう」ときょうだいで話し合い決めたそうです。

* * *

「自分の家があるのに、なんでそんなところに行かなきゃいけないの！」

母は激しく抵抗します...

それでも安藤さんは、姉と兄と自分の家のちょうど真ん中ぐらいにあるホームを探し、最初は「水道の工事をするから1週間だけ」と嘘をついて行ってもらったそうです。

安藤さんは言います。

「頭のいい人だから、子供たちの嘘は見抜いていたと思います。入所後も、訪問客に隠れて脱出をはかったり、泣いたり、わめいたり、怒鳴り散らしたりが続きました。」

「あなたたちをここまで一生懸命育ててきて、なんでこんな仕打ちをされなきゃいけないの」

母に泣かれて、きょうだいで泣いたそうです。

頑張っ、どうにかしてでも一緒に住むようにしなければならぬとも悩み考えた安藤さんですが

やはり現実的には心を鬼にして、母親に我慢してもらおう決意をしたそうです...

入所したときは歩くことが出来たし、「私は他の入所者とは違う！」という思いが強かった母...

安藤さんたちは考えます。

「施設に預けていても、私たち家族も積極的に介護に関わっていこう」と...

そう決めてからは

毎日誰かは顔を出すようにしました。

65歳以上の高齢者は現在3000万人以上

...

ますます進む高齢社会は、介護問題にもより深刻な状況を与え続けています。

介護は、24時間...365日の労働...

頑張り過ぎて、介護する側が身体を壊したり心を病んでしまうケースもあります。

女優の小山明子さん(77)もその一人。夫で映画監督の大島渚さん(80)の介護が原因でここ数年はうつ病に悩まされてきたといいます...

1996年、大島さんは脳出血で倒れ、右半身麻痺の状態となりました。「私はそれまで女優一筋で、家事はお手伝いさんに任せきりだったので料理が全然作れませんでした。だから、カロリー計算した食事が必要だと言われても、献立も考えられない。頑張らなければと思えば思うほど追い詰められていったんです」

すぐに小山さんはうつ病になってしまい神経精神科に入院することになりました。

入退院を繰り返し、一時は”自殺”まで考えましたが。。。

「息子たちが毎日面会に訪れ、パパが『もう一度メガホンを』と必死でリハビリをしていることや、自分よりも私の状態を心配していることを教えてくれました。家族の支えで、私自身もうつ病であることに正面から向き合えたんです」

その後小山さんはうつ病を克服し、大島さんも奇跡的な回復を遂げ、監督業に復帰しました。

しかし2001年...

大島さんは今度は十二指腸潰瘍穿孔を患い、長引く入院生活のため歩行が困難に！

退院後の在宅療養では、24時間の付き添う生活に...

要介護5の認定を受け、排泄の世話も必要になった大島氏は「もう死にたい」とさえ漏らしています...

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

介護保険不正請求

2015.08.09 (日)

今、東京都の介護保険に関する相談窓口に、毎月約100件の苦情が寄せられる。中でも国民を欺く大きな問題が介護業者の不正請求。

介護保険制度を巧みに悪用した仰天手口が蔓延していた！

介護保険誕生から5年。これまで不正請求によって232もの事業所が営業権を剥奪された。その典型的な手口を用いていた千葉市内の介護業者『G』は去年7月、不正請求を行ったとして営業権を失った。架空の介護サービスを捏造し、その報酬を行政に請求、不正な利益を得る手口で、のべ217件もの不正請求が行われた。

Gの元代表は定年退職後にヘルパーの資格を取り、介護事業所を設

立。我々は故郷に戻り一人きりで暮らしていた元代表に話を聞いた。元代表は不正をしてしまったことについて「自分でも分からない」と答えた。我々は不正請求を行う業者で働いていた人物と接触。不正に手を染める理由を聞くことができた。「介護の仕事は儲かるぞ、と色んな人が事業参入して来た。最低限の収入がなければ事業がやっていけない。そこで結局、請求の内容を変えて利益に繋げる。よそも同じことやってるじゃないか、黙っていれば分からない、と」。

介護業者は保険制度誕生で3倍にも増加し過当競争の状態。その競争を生き抜くため元代表は不正請求に手を染めたのであろうか。

一方、計画的に介護保険を食い物にしていた福岡県の介護法人『A』は、不正請求のマニュアルを作成していた。職員の親を利用者として登録、サービスを行わず介護報酬のみを請求。勤務実態のない人物の出勤簿を作りその人件費を騙し取るなど、6つの系列事業所で組織的に不正請求を繰り返していた。騙し取った額は約1億4千万円。その悪質さから行政が詐欺罪で告訴する事態となった。

しかし、不正請求を利用者側は気がつかないものなのか？

介護業者の不正を告発する福祉・介護オンブズマン、日下部雅喜氏は利用者には行ったサービス通り請求し、行政には改ざんした請求書を出すため利用者は不正請求のことなど、知る由もないという。

では行政のチェックはどうなっているのか。

介護報酬の請求は国民健康保険団体連合会に提出される。審査はコンピュータでのデータ処理。利用者に行われたサービスの報告書とそれに対する請求書を照合し双方に食い違いがないかをチェック。つまり数字が合っていれば例え不正請求でもパスしやすい。

同連合会・宮脇課長は「今のシステムではコンピュータじゃチェックは効きません。サービスを行う事業所に対しては自主的にモラルを持って請求していただくというのが連合会の求める姿です」と。この審査機関は各都道府県に一ヶ所のみ。東京都の場合は毎月75万件もの請求を審査するため、ひとつひとつの細かいチェックは不可能に近い。

不正が発覚するきっかけの約50%が内部告発。しかもほとんどの行政が立ち入り検査を3年に一度しか行っていない。介護問題に詳しい

ジャーナリスト・山田 正和氏は「事前に業者に対し、何月何日にチェックに行くので書類を準備して下さい、と行政から指示が出ます」と検査方法も問題ありと指摘する。

多くの行政は「帳簿書類が速やかにチェック出来るなど検査がスムーズに行えるように」と1ヶ月ほど前に検査の日を通知しているという。だが検査までの1ヶ月で悪質な業者は帳簿を改ざんしてしまう。「実際に残っている物が書き直した物であれば証拠がない」と前出の元職員。

不正請求の被害額は5年で100億円以上。

ただでさえ利用者急増でひっ迫する介護保険の財源を破綻の危機へと追い込んでいるのだ。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

介護報酬 不正請求の背景は

2015.08.07 (金)

阿部

「私たちの老後を支える介護保険制度です。」

和久田

「4月から制度の見直しで、全国のほとんどの自治体で、65歳以上が負担する介護保険料が、平均で10%余り引き上げられました。」

阿部

「その一方で、介護報酬を不正に請求する事業者が相次いでいます。私たちが払う介護保険料が、介護サービスに使われるのではなく、不正にだまし取られているのです。」

和久田

「こちらは、不正請求などで行政処分を受けた事業者の数です。

最新のデータで、全国で216か所。

制度が始まって以来、最も多くなっています。

1年間に不正に請求された金額は12億円に上ります。」

阿部

「取材を進めていくと、不正の背景には、制度そのものがはらむ構造的な問題が見えてきました。」

介護保険制度 悪用 不正請求の実態は

NHKが独自に入手した、不正の実態が記された介護の記録です。

静岡県内の訪問介護の事業者が作成しました。

この記録をねつ造し、190万円の不正請求を行ったとして、事業所の指定を取り消されました。

その手口です。

80代の女性に対して行われた、尿を吸収するパッドの交換や体を拭くサービス。

これらのサービスは日中に行われていましたが、記録には「深夜」に行ったと記されています。

このサービス内容のねつ造により、本来の1.5倍の介護報酬が請求されていました。

こうした水増し請求は、毎日のように繰り返されていました。

さらに、架空請求も行われていました。

例えば、6月15日に行ったとされる、女性をトイレに連れて行くサービス。

2,650円の報酬が請求されています。

しかし、県が詳しく調べたところ、この日、女性は入院していて施設にはいませんでした。

介護サービスは一切行われていなかったのです。

不正は、内部告発によって県が把握するまで1年以上にわたり続けられていました。

こうした不正が起きる背景に何があるのか。

過去3年間に全国で最も多い、45の事業所に対して行政処分を行った静岡県。

処分の内容を見ていくと、本来、不正をチェックするはずのケアマネジャーが関わっているケースが少なくありませんでした。

静岡県福祉指導課 黒岩康参事

「ケアマネジャーは介護サービス利用の要。

そういったもの(不正への関与)があると、制度の根幹、揺るがす。」

不正請求にケアマネージャーがどのように関わっていたのか。

介護保険制度の仕組みです。

ケアマネージャーが利用者からの依頼でケアプランを作り、それをもとに事業者から、利用者に介護サービスが提供されます。

ケアマネージャーはその内容をチェックし、市町村へ報告。

その後、市町村から介護報酬が支払われます。

不正が起きないように、ケアマネージャーには公正中立な立場が求められているのです。

しかし、不正が行われたケースでは、ケアマネージャーがねつ造された報告を見逃すよう指示され、不正請求に関与させられていました。

なぜケアマネージャーは本来のチェック機能を果たすことができないのか。

最近施設を辞めた、あるケアマネージャーです。

介護報酬を増やすため、有料老人ホームの利用者に不必要なサービスを盛り込むよう経営者に強制されたことがあると言います。

施設を辞めたケアマネージャー

「言うことを聞けと責められた。

できることをできないこととし、(無用なサービスの)請求している。」

公正中立であるべきケアマネージャー。

実はそのおよそ9割がサービス事業者と同じ経営者に雇われています。

独立して自ら利用者を獲得するよりも、大きな事業所に雇用されたほうが安定した収入を得られるからです。

そのため、経営者から不正を持ちかけられれば、指示に背くことは難しいと言います。

施設を辞めたケアマネージャー

「自分たちはそこまで力がないので、経営者を替えることまではできない。

本当に悔しくてたまらなかった。」

自らもケアマネージャーとして働いていた東洋大学の高野龍昭(たかの・たつあき)さんです。

ケアマネージャーが本来のチェック機能を果たすことができる仕組み作りが今、求められていると指摘しています。

東洋大学 高野龍昭准教授

「事業者には雇用されていて、公正さ中立性が保てないところに手を入れなければ、不正請求の構図は断ち切れない。

不正請求をしなくて済むようなケアマネージャーをサポートする仕組み、今、作らなくてはまずい。」

介護保険制度 悪用 不正を防ぐには

阿部

「取材にあたった静岡放送局の松尾記者です。

ケアマネージャーが本来のチェック機能を果たせないような構造ができているということですね。

どうしてこうなってしまったのでしょうか？」

松尾記者

「ケアマネージャーの多くは、その責任を果たそうと真摯に仕事に取り組んでいるんです。

15年前に介護保険制度が導入される際には、『ケアマネージャーを公務員にしよう』という議論もあったんです。
ただ、当時は公務員の削減や民間の参入ということが進められている中で、この導入は進まなかったんです。
また、ケアマネージャーのほうから経営者から独立することで中立性を保とうという人たちもいます。
ただ、収入が不安定なことが多く、なかなかそうした動きは進んでいないというのが現状なんです。」

和久田

「こうした現状を受けて、何か対策はないのでしょうか？」

松尾記者

「外部から複数の専門家の目が入ることで、こうした不正を抑止につなげようという動きはあります。

埼玉県の和光市では、市が主催して月に2回、『地域ケア会議』という会議が行われています。

ここでは、ケアマネージャーが立てたケアプランが適切だったのか、市の担当者に加えて、医師や管理栄養士、それに作業療法士や薬剤師などが専門の立場からそれぞれ指摘をしています。

こうした指摘によって、不必要なサービスがあった場合、それを見抜くことができるということなんです。

また、ケアマネージャーが外部の専門家とつながることで、経営者に取り込まれることがなく、困ったときにサポートを得られやすくなるという効果も指摘されています。」

阿部

「そうした取り組みで、本当にうまくいくのでしょうか？」

松尾記者

「国はこの4月、介護保険制度が改正された際に、和光市のような『地域ケア会議』をすべての市町村で実施するように義務づけたんです。

ただ、この実施する内容、どのように実施するのかということについては、これは各市町村の裁量に任されていて、具体的にどのような効果があるのかということについては不透明なんです。

だからこそ、ケアマネージャーのほうから経営者から独立したときに報酬が保証されるであったり、ケアマネージャーが経営者からまた別のところの機関や組織、法人で働いて、中立性を担保できるような仕組みを作るなど、そうした介護保険制度そのもののあり方を今、見直す時期に来ているんじゃないかと思えます。」

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

イオン 介護参入 スーパーに通所施設 20年度に50カ所

2015.07.22 (水)

イオンは介護事業に参入する。リハビリのための運動などが日帰りのできるデイサービス(通所介護、総合・経済面きょうのことば)施設を総合スーパー内に、首都圏を中心として2020年度までに50カ所設ける。近隣の高齢の顧客や家族の需要に応える。25年に首都圏で約13万人分の介

護施設が不足するとの試算もある。流通大手が既存の店舗を生かしその受け皿を目指す。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

認知症の高齢者が骨折、リハビリ病院の先はどこへ？

2015.07.19 (日)

一人暮らしをしていた認知症の伯母さん(83歳)が転倒して骨折し、地元の総合病院に入院しました。手術の影響で夜中に騒ぎ出すなど、すったもんだしているうちに2週間が経ち、退院日を迎えました。この地域では治療が終わって病状が安定するとリハビリを行う回復期病院に移って療養を続ける医療連携の仕組みが出来上がっていたので、ナオコさん(49歳・会社員)が自分で転院先の病院を探す負担はありませんでした。しかし、その先のことはどうなるのかよくわからず、ナオコさんの不安はあまり解消されていません。伯母さんは無事に自宅に戻れるのでしょうか。

伯母さんの状態は、回復期病院に移る頃には、術後せん妄(*)の症状も治まり、だんだん落ち着いてきました。それでも転院から数日間は、回復期病院から「ご家族の付き添いをお願いします」と電話がかかってくるかもしれないとナオコさんはヒヤヒヤしました。

* 術後せん妄…手術をきっかけにして起こる精神障害のことで、高齢者に起こりやすい。手術後1～3日目から錯乱や幻覚、妄想などの症状が出現し、1週間ほど続いた後、次第に落ち着いていく。

しかし、日中にリハビリで体を動かすようになったことで、伯母さんは生活のリズムを取り戻し、睡眠導入剤も適量に調整されて夜よく眠れるようになったので、急性期病院で体験したようなことは起こりませんでした。

「やれやれ、これでひと安心だわ……」とナオコさんは胸をなでおろしました。こうして、伯母さんのリハビリは順調に進んでいきました。

伯母さんのお見舞いに病院を訪れたある日のこと、ナオコさんは見知らぬ女性から声をかけられました。

「うちの義母が四六時中騒いで、同室のお宅にもご迷惑をおかけしたようで、本当にすみません」。その言葉を聞いて、ナオコさんは他人事とは思えなくなりました。

「いいえ、うちの伯母も前の病院では夜中に騒いだので、個室に入れて付き添いをつけて大変だったのです……。高齢者を抱えているとお互いさまですよ。それで、お義母さまはどうなされたのですか。やはり個室で付き添いですか」と、ナオコさんはあえて尋ねてみました。

その女性が言うには、義母にはもともと認知症があり、入院してしばらくすると昼夜を問わず5分おきにトイレに行きたいと訴えるようになったそうです。「不安やストレスのせいじゃないかと言われて、近くの心療内科に連れて行ってもらい治療を受けました。でも、ちっともよくならなかったのです。そのうち、看護師さんやリハビリの方を激しく責めるようになって……。辛抱強く対応していただいたのですが、リハビリを続けるのは難しくなり、退院することになりました」。

(リハビリができない状態になると即退院になるのか……)。ナオコさんは少なからずショックを受けました。回復期病院の目的は、集中的なりハ

ビリによって日常生活動作(食事、着替え、入浴、排泄、移動など)を改善し、寝たきりを防止したり、自宅をはじめ生活の場に戻したりすることなので、この対応はもっともなことなのですが、回復の途中で行き場を失った患者や家族はどうなるのでしょうか。

「それで、この後はどうなさるのですか」とナオコさんは重ねて尋ねました。

「病院の先生たちも看切れない義母を自宅で介護することなんてできません……。ケアマネジャーさんと相談し、とりあえず認知症病棟がある精神病院に入院させることにしました。でも、長くは入院できないようなので、ケアマネジャーさんに義母が安心して暮らせるところを探してもらっているところですよ……」。そう話すと、女性は大きなため息をつきました。

(回復期病院も精神病院もちゃんと回復するまで入院させてもらえないのに、高齢者が安心して暮らせる場所なんてあるのかしら……。自宅で介護できないとなると、いろいろな医療機関を探して転々とすることになるのね)。ナオコさんは高齢者やその家族が置かれた厳しい現実をあらためて知り、暗澹たる気持ちになりました。

「一人暮らしの伯母さんは、この先いったいどうなってしまうの。私が引き取って面倒をみるのは絶対に無理……」。ナオコさんは不安が募りました。

回復期病院の入院期間は、保険診療によって疾患ごとに決められていて大腿骨骨折は90日以内となっていますが、その人の病状やリハビリの目標、経過、退院後の生活準備などによっても入院期間は長くなったり短くなったりします。一般的に入院すると医師や看護師、リハビリスタッフ(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)などが患者の日常生活動作の程度を確認し、リハビリ計画書が作成されます。それにもとづいて日々のリハビリや介護が行われるとともに、担当スタッフ全員で患者の状態について話し合い、入院目標や退院後の生活目標を設定します。

回復のめどが経つと退院日を知らされ、退院後の生活に向けた話し合いが始まります。回復期病院においても、治療や手術を行う急性期病院同様、地域医療連携室のソーシャルワーカーが中心になり、退院後(転院を含む)の生活の相談に乗ってくれます。一人暮らしで認知症がある人は家族と同居している人より生活支援サービスが必要になり、退院後の調整にも時間がかかることが予測されるため、早めに対応してくれる傾向があるようです。

また、入院前に介護保険サービスを利用していた場合は回復期病院のソーシャルワーカーからケアマネジャーに連絡が入り、退院後の生活の話し合いにはケアマネジャーも加わります。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

町医者だから言いたい！独居の認知症と熱中症

2015.07.15(水)

昨日は暑かったですね。

記録的猛暑の中、熱中症で沢山搬送され、死者も出たと報道されました。

私も月曜日は沢山の在宅患者さんの家を訪問するのですが、

昨日は1日だけで、5人もの熱中症の方を見ました。
みなさん「とにかくしんどい」と言われました。
「血圧が低いのでは」と訴えた方も2人いました。
体を触るとじっとり濡れていて、明らかに熱中症でした。
みなさん、熱中症だとは気がついていないのが特徴です。
みなさん、クーラーをつけていませんでした。
お金がもったいない、のがクーラーをつけていなかった理由でした。
やはり認知症の人が多い。
気温や湿度の変化を感じる力や、クーラーをつける知恵が低下しています。
団地やマンションが4人で独居が3人。
古い建物、風通しが悪い部屋、が危ないです。
5人とも幸い軽症だったのでクーラーと経口補水療法で軽快しました。
それにしても毎年この季節になると、熱中症対策から気を抜けません。
特に、独居、団地、認知症の方は、要注意です。
昼間だけでなく、夜も気が抜けません。
ヘルパーさんや訪問看護師さんによる見守りだけでは、まったく不十分。
ご近所さんが窓が空いている家に声かけをすることも大切だと思います。
平穏死とは枯れること、と説いていますが、あくまで終末期のことです。
まだまだ元気な人は熱中症は早期発見・早期治療で治さないといけない。
緩和医療も大切ですが、この時期は熱中症対策も大切ですね。
いや、熱中症対策ももしかしたら緩和医療かな、なんて思いもしました。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

認知症と睡眠

2015.07.11 (土)

高齢者を見かけたら、屋は室外へ出て日光浴をしてもらい、それが無理でも室内を明るくし日差しが入る窓際で過ごす時間を作り、夜はしっかり暗くして眠ってもらうことが基本である。コミュニティー活動など社会参加ができればモアベター(古!)である。認知症のある高齢者にはデイケアへ参加してもらうなど日中の覚醒度が上がるように心がける。このようなメリハリのある生活リズムを維持する試みは米国アルツハイマー協会の家族向け指導などでも取り入れられている。地味だが根気強く続けることがポイントである。

従来は、認知症のリスクを高める生活習慣として栄養の偏り、喫煙、運動不足、社会活動の低下などが注目されてきた。これらに加えて、睡眠リズムの乱れや不眠、睡眠不足などの睡眠障害も見逃せない問題として浮上してきた。考えてみれば至極当然である。定期的な食事や運動は質の良い睡眠をもたらす、ニコチン(喫煙)が睡眠の質を下げるなど、従来の生活習慣指導と睡眠は切っても切れない深い関係があるのだから。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

介護Now

グループホームのチャレンジー地域支援機能拡充への期待

2015.07.08 (水)

2015/07/07

グループホームの地域支援活動

今年1月、厚生労働省は認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)並びに認知症高齢者数の新たな推計値を公表した。全ての団塊世代が後期高齢者となる2025年には、軽度認知障害(MCI)の人も含めて約700万人もの人が認知症およびその予備軍になるという。この人数は、65歳以上高齢者の5人に1人に相当する。いまだ認知症の初期段階を‘歳のせい’と捉え、症状の進行を見過ごしているケースも少なくないが、「認知症の早期の段階に適時・適切な支援につなげ、より良い生活環境をつくることで、その後の安定した状態や認知症の重度化予防につなげられる」という理解を持つことは、今後益々重要になると考えられる。

そんな中、今少しずつ増えているのが「地域支援活動」に力を注ぐグループホームの存在である。介護保険制度の施行と同時にサービスメニューに取り入れられたグループホームは、特別養護老人ホーム等の大規模な介護施設とは一線を画し、少人数で家庭的な雰囲気のある生活環境で、「その人らしさ」や「本人の主体性」を尊重するケアサービスを目指してきた。利用者の残存能力を見極め、調理や洗濯、掃除などの家事にも携わってもらいながら、地域社会とのつながりある暮らしを大切にしてきたサービスの在り方は、グループホームならではの認知症ケアとして高く評価されてきた。

しかし、グループホームへの入居相談に訪れる人の中には、在宅介護における初期対応に躓き、悪循環が生じてしまっているケースが多くある。「ギリギリの状況になってから訪れる人たちに、もっと早い時期から出会いたい」「そうすれば、もっと在宅介護を楽にしていけることが出来たはず」

地域支援に取り組んでいるグループホームには、入居する以前の在宅介護のあり方に課題を感じている多くの専門職が存在するのである。そして、(1)認知症に「気づく」、(2)専門職やサポートに「つなげる」、(3)みんなで「支える」の3つのステップを可能とする、「認知症の啓発活動」「介護に関する相談支援」「サロンや認知症カフェなどの居場所づくり」といった新たな活動に取り組みはじめているのである。

2ー調査結果

日本認知症グループホーム協会が平成26年度に実施した「地域包括ケアシステムにおける認知症ケア相談・支援事業推進における認知症グループホームの活用・機能強化に関する調査研究」では、グループホームにおける地域支援活動について様々な実態が明らかにされている。

地域支援活動の実施状況

アンケート調査では、(1)認知症の啓発活動(2)相談支援活動(3)認知症カフェ等の居場所づくりの3つに焦点を絞り活動状況を把握した。調査結果をみると、実施している事業所は、(1)認知症の啓発活動と(2)相談支援活動が全体の約5割、(3)認知症カフェ等の居場所づくりが6.2%との状況が確認できた。中でも、認知症カフェ等の居場所づくりは、認知症の早期支援の方法として最近特に注目されるようになってきた取り組みである。現在のところ実施率は低いものの、「認知症カフェ」が注目されて間もないことを考えれば、既に6.2%ものグループホームが取組んでいるとの見方も出来る。

2 | 活動に対する事業者の負担感

着目したいのは、こうした地域支援活動に取組んでいる事業所の多くが、それほど多くの負担を感じていない点である。

本来の業務(入居利用者の日常的な介護)に加えて、時間、労力、費用等を必要とする活動にはそれなりのストレスがかかるはずである。しかし、調査結果[図表4]では、「負担ではない」とする回答は、啓発活動が64.4%、相談支援活動が82.2%、居場所づくりが77.1%となっており、「負担である」とする回答を大きく上回った。

負担感が低い理由をヒアリング調査結果等に関連付けて考えてみると、地域支援活動は‘やらされ感’の少ない自主事業として実施しているケースがほとんどであるため、職員の豊かな想像力とアイデアを活かして、自分たちも住民との交流を楽しんだり、活動のメリットを実感したり出来ているからではないかと推察できる。

市町村との協力関係

このように、介護保険制度の枠を超えたこれらの活動は、あくまでも各事業者の自主事業の位置付でしかない。福祉の精神に根差した専門職としての思いと、厳しい経営環境の狭間で、今後これらの取組みをどこまで展開していけるのかは不透明な部分も多いのである。例えば活動における市町村との協力関係を見てみると、いずれの取組みにおいても7割程度の事業所で「協力関係がある(「大いにある」と「まあある」の合計)」と回答しているが、ここで言う協力関係とは、情報連携や市民への告知に関わることに限定される。継続的な活動を支えていくためには費用面での支援が不可欠となるが、調査結果を見る限り補助金等は極めて乏しく、ほとんどのケースが事業者の負担となっている実態が見えてくる[図表5]。

3—鍵を握る認知症の重度化予防

現在、認知症予防については様々な情報が発信されており、食生活、運動、生活習慣の改善など、国民レベルで「認知症にならないための予防」への意識が高まっている。一方、認知症ケアの専門職たちが重視するのは、認知症になってしまった人の安定した状況をつくり出すための「重度化予防」という考え方である。

ポイントは、認知症のステージに応じた適宜・適切な支援。認知症によ

り、勘違いや間違えるが増えてきても、本人を思いやりながら安心して過ごせる状況を作ること。認知症の正しい理解に基づき、不適切な対応等による悪循環を断ち切ること。そして、周囲には理解しにくい「行動」や「言葉」の意味を、認知症の人の視点に立って読み取り、支えていくこと。これらは、認知症の人の行動・心理症状を予防する観点からも、また、認知症の人がその人らしく、生き生きと暮らし続けることを支援する観点からも、多くの専門職が実践してきたアプローチの方法である。

残念ながら、今、そのノウハウは早期の認知症の人には届きにくいという現実がある。なぜなら、現行制度におけるケアの流れの中で、認知症の人が認知症ケアの専門職に出会う時期は、要介護認定を受けた後（介護サービスの利用が必須になる頃）になることが一般的だからだ。当事者と専門職とが出会う頃には、家族や近隣住民とのトラブルが表面化していたり、在宅生活の継続が難しい状況に追い込まれていたりするケースも少なくない。認知症の重度化を予防する手立てはあっても、そのノウハウにつながる「入り口がない」という課題があるのだ。

本稿で紹介したグループホームの取組みは、まさに、その入り口で専門職のノウハウを活かせるようにするためのチャレンジである。事業者の熱意や地域への想いに任せて展開してきた地域支援活動は、今後、各市町村が構築する認知症地域支援体制の中に取り込み、他の施策や社会資源との有機的な連動を図っていくことが重要になると考える。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

特養の食事についての他人のブログをコピーしました。

2015.07.04 (土)

前日も話したが俺は食事について文句を言う人に我慢が出来ない。北朝鮮では泥まみれのトウモロコシさえ口にする人々がいるのだ。食べられるものがあるだけありがたいと思えと言いたくなる。

しかし、実際こんな事を口にするるとこんな反論が来るだろう。

「お金を払っているんだから不味い食事に文句を言って何が悪い？」

傲慢さの極みもいいところだが、この発言にも疑問がある。介護施設はいくらのコストで食事を作るのだろうか？利用者ほどのぐらいの費用を負担しているのか？

答えは特養やショートステイで最大一日1380円。特養は個室であるかどうか？収入がどれぐらいかで差が出るが、自己負担100パーセントでこの金額だ。言っておくが一食ではない一日1380円だ。三食おやつ付きで1380円で収まる食事内容なんてたかが知れている。ファミリーレストランでも1食このぐらいはするだろう。ファーストフードでも三食でこの額は厳しい。

一般家庭ならこの金額なら十分美味しい食事が作れると反論が来そうだがそれは人件費も光熱費も含まない額だ。介護施設では一般家庭とは違い調理してくれる人間と光熱費が必要なのだ。ただでさえ経営が苦しい施設が多いため、食費で余分な出費を許すわけにいかない。少し前に農薬のメタニドホスなどに汚染された事故米が福祉施設などで食用に流

用された事件があったが、その理由もなぜか判るだろう。安いからだ。悪魔の所業もいいところだが、介護施設の利用者なら老い先短いからそんな有害な米を喰わせても倫理的な抵抗は少ないのかもしれない。

食事が美味しくないと言文句を言うなら自分がどれだけ食費を出しているかを気にした方がいい。それが俺の持論だ。有料老人ホームでも月3万円から4万円の食費しか取らないところがあるが、それで高級レストランみたいな味は不可能に等しい。食用できるだけありがたいと思った方がいい。食事が美味しいかどうかを知りたいなら(1)食費をいくら取るのかを知ることだ。身も蓋もないが一般常識ではサービスに対する満足度は払った金額に比例する。

よく雑誌などの有料老人ホーム特集では食事のチェックポイントとして「適温で提供されているか？」を挙げているところが多い。それは一理ある。現実介護施設や病院でも保温できる配膳車を完備しているところも多い。しかし、美味しい食事のチェックポイントとしてはそれだけでは不十分だ。見学時などに質問すべきポイントは他にもある。

- (2)原材料から調理しているか？
- (3)厨房は外部委託か？派遣職員が多い？
- (4)厨房職員は何人いるのか？

食事についてこだわる人は多いにも関わらずこのような質問や問いかけをする人はほとんどいない。

(2)の原材料から調理するのは当たり前のように思えるが、実際は違う事も多い。食材は工場などで加工され、現場では温めるだけの事が多い。特に大手のチェーン施設でよく見られる。原材料費を出来るだけ浮かせつつ厨房職員を減らしたい施設側には都合がいいが、利用者にとってはいかがなものか。レトルト食品が作りたての食材より美味しい訳がない。本当に原材料を仕入れている場合は厨房の裏側に食材の箱などが置いてあるのでそこにも注目するべきだ。

(3)の厨房業務をアウトソーシングしていないかどうかにも注目するべきだ。多くの施設が人件費の削減のために厨房職員を派遣にしたり、外部委託にしている。介護職員を派遣職員にするのは以前かなり批判したが、厨房の職員でも許されない。なぜなら、忠誠心の低下ややる気の低下を招き、確実に仕事のパフォーマンスが下がるからだ。厨房職員のミスや失策は結構馬鹿に出来ない。とりわけ派遣や外部委託の厨房が出るものは何を食べさせられるか判ったものじゃない。刻み食しか食べられない人に普通の食事を提供するなど序の口だ。酷い場合は魚アレルギーのある人にサバを提供してしまったり、ミキサー食の中にプラスチック片が入っていたケースもある。味うんぬんよりももう命の危険かもしれない。派遣職員を使ったり、外部委託をするなど人の口に入るものを扱う責任感など無いとしか言いようがない。

(4)も(2)や(3)と連動するが、非常に大事なことだ。

当然の事だが厨房職員が多ければ多いほど提供できるメニューも豊富で手が込んでいる。介護施設の食事は一般の食堂やレストランよりも手間がかかる。介護施設の食事は皆同一のメニューだから手がかからないと思われているがとんでもない間違いだ。

まず利用者一人一人の食事形態が違う。大まかにおかずの場合は「普通食」「一口大」「刻み」「極刻み」「ミキサー」に分けられる。ご飯の場合も「普通」「軟飯(粥と普通のご飯の間)」「粥」「ミキサー粥」に分けられる。パンの場合も普通の食パンからパン粥(パンと牛乳をミキサーにかけて固めたもの)に分けられる。汁物や水分などはトロミ剤を入れるかどうかの区別がある。トロミ剤とは片栗粉のように混ぜるとドロドロになる粉末の事だ。このトロミ剤も多く入れてゼリー状になるぐらいまで固めるのか、それとも軽くコーンスープ位にするのかも利用者によって違う。厨房職員を悩ませる要素は他にもある。当然の事だが利用者によって魚が食べられなかったり、肉や香辛料、ピーナッツにアレルギーがあったりする人もいる。そのメニューの場合は代替りの食材を用意しないといけないのだ。

この様に厨房職員は非常に激務だ。利用者が死亡したりして入れ替わった時も覚える事が増える。しかもそれを食事時間までに用意するのは大変だ。そのため当然厨房職員は多ければ多いほどいい食事を提供できる。いい食事を提供するために利用者定員50人の施設で朝食時は2人、メイン料理の昼か夕のどちらかで6人は常駐していないと苦しい。この人数を下回る施設はいい食事提供はできないと思った方がいいだろう。

2011-01-19 12:39 | 記事へ | コメント(0) | トラックバック(0) |

| 食事 |

トラックバックURL: <http://blog.zaq.ne.jp/socialservice/trackback/43/>

※ブログ管理者が承認するまで表示されません

2011年01月12日(水)

第168回「食事(上)」

「ここの食事は辛いわね。人間の食べるものじゃないわよ！」

「ご飯が不味い。もっといい米だしてくれ」

「漬物とかももっとつけてくれ」

前にも言った事があるが高齢者だと言うだけで無条件に敬意を払ってやるほど俺は人間ができていない。特にいい大人が出された食事に文句を付ける光景は本当に醜いと思ってしまう。「贅沢は敵だ」の時代を過ごしても時が過ぎると人間はここまで墮落するのか。今でも世界の中にはその日に満足な食事にすらありつけない人々すらいるのだ。

福祉施設だけではないだろうが、この業界は食事に対する苦情がかなり多い。病院、特養、デイサービス、老健、有料老人ホーム・・・どの福祉施設でも食事の苦情を聞いた事がない職員は殆どいないだろう。施設のパンフレットなどにも美味しそうな食事の写真が掲載されている。美しいのは見かけだけで実物は不味いものが少なくないが、今回はよく苦情が上がる問題の一つ、食事について語ろう。

諸君に聞きたいが、味と言うものは一体何だろうか？

レストランでも家庭でも食事の味が議論の原因になったり、口論の原因になったりするが、そもそも美味しい不味いというものがどういものか判っているようでよく判っていない事が多い。

例えば養殖のハマチと天然のハマチを比べると美味しいのは天然物だと回答する人が多い。しかし、あるテレビ番組で天然物と養殖物を逆に偽って出したところ、殆どの被験者が美味しくないと養殖物を天然よりも「美味しい」と断じた。見た目や思い込み、錯覚に左右されるほど味覚は曖昧だと言う事だ。消費期限が切れた食材を再利用する食品偽装がニュースで話題になった事があるが、あれも同じことだ。人間の味覚など簡単に騙されやすいものだ。

また味覚は精神状態にも影響される。

俺の経験では「食事が美味しくないとクレームを付ける人の中にはうつ病などの精神疾患の既往の持ち主が少なくない。うつ病とは簡単に言えば気分が落ち込み、何事をする気が起きなくなる病気だ。酷い場合、ベッドから起きる事も出来なくなる。そのうつ病の症状の一つは料理の美味しさが感じられなくなることなのだ。「食事が美味しくないと文句を言う場合はうつ病かもしれないのだ。うつ病は快楽を感受出来なくなるからこそ落ちこむのだ。そして認知症の周辺症状の一つもうつ病なのだ。もし病気が原因で食事が不味いならそれは調理のやり方を努力して解決する問題ではないだろう。

また食事の味は自分がいかに普段の生活で満足しているかも大事だ。多くの福祉施設の入居者は自分で進んで入居しているわけではない。施設入所が人生の終わりみたいに感じている人も少なくない。絶望的な心理状態で食べる食事は決して美味しく感じられるものではない。有名レストランや料亭では料理そのものの味よりも周りの雰囲気や店員のサービスの方が客に対する影響力が大きいと言われている。

利用者も美味しくないと、介護をしている方も食事が美味しく感じられない時がある。それは利用者と一緒に食事を取る時だ。施設によっては利用者と一緒に食事を取るように強要する施設があるが、殆どの職員が利用者との食事は嫌がる。利用者にとっては心外だろうが職員同士だけで食事を取る方が美味しい。利用者の服薬や食事の介助しながら食事しても本当に美味しくないと。利用者が誤嚥を起こさないか、利用者同士の口論や小競り合いを仲裁しながら食べても味を感じないのだ。そんな心理状態では食事は決して美味しく感じられない。

多くの施設や病院の食事について、利用者のみならず職員からも不味いという声が少なくないが昔ならいざ知らず現在はそんなに酷い食事を提供しているところは少ない。高級レストランの味は無理でもそ悪くないレベルが殆どだ。だがそこそこ美味しい食事でも人間の置かれた環境によって感じる美味しさは変化する。食事は心理なのだ。

施設や病院の食事についてはよく議論的になっているが、その本質は簡単に語れるほど単純ではない。次回は施設の食事の本質により深く切り込みたい。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

特養の食事についての他人のブログをコピーしました。

2015.07.04 (土)

前日も話したが俺は食事について文句を言う人に我慢が出来ない。北朝鮮では泥まみれのトウモロコシさえ口にする人々がいるのだ。食べられるものがあるだけありがたいと思えと言いたくなる。

しかし、実際こんな事を口にするとこんな反論が来るだろう。

「お金を払っているんだから不味い食事に文句を言って何が悪い？」

傲慢さの極みもいいところだが、この発言にも疑問がある。介護施設はいくらのコストで食事を作るのだろうか？利用者はどのぐらいの費用を負担しているのか？

答えは特養やショートステイで最大一日1380円。特養は個室であるかどうか？収入がどれぐらいかで差が出るが、自己負担100パーセントでこの金額だ。言っておくが一食ではない一日1380円だ。三食おやつ付きで1380円で収まる食事内容なんてたかが知れている。ファミリーレストランでも1食このぐらいはするだろう。ファーストフードでも三食でこの額は厳しい。

一般家庭ならこの金額なら十分美味しい食事が作れると反論が来そうだがそれは人件費も光熱費も含まない額だ。介護施設では一般家庭とは違い調理してくれる人間と光熱費が必要なのだ。ただでさえ経営が苦しい施設が多いため、食費で余分な出費を許すわけにいかない。少し前に農業のメタニドホスなどに汚染された事故米が福祉施設などで食用に流用された事件があったが、その理由もなぜか判るだろう。安いからだ。悪魔の所業もいいところだが、介護施設の利用者なら老い先短いからそんな有害な米を喰わせても倫理的な抵抗は少ないのかもしれない。

食事が美味しくないと言文句を言うなら自分がどれだけ食費を出しているかを気にした方がいい。それが俺の持論だ。有料老人ホームでも月3万円から4万円の食費しか取らないところがあるが、それで高級レストランみたいな味は不可能に等しい。食用できるだけありがたいと思った方がいい。食事が美味しいかどうかを知りたいなら(1)食費をいくら取るのかを知る事だ。身も蓋もないが一般常識ではサービスに対する満足度は払った金額に比例する。

よく雑誌などの有料老人ホーム特集では食事のチェックポイントとして「適温で提供されているか？」を挙げているところが多い。それは一理ある。現実介護施設や病院でも保温できる配膳車を完備しているところも多い。しかし、美味しい食事のチェックポイントとしてはそれだけでは不十分だ。見学时などに質問すべきポイントは他にもある。

- (2)原材料から調理しているか？
- (3)厨房は外部委託か？派遣職員が多い？
- (4)厨房職員は何人いるのか？

食事についてこだわる人は多いにも関わらずこのような質問や問いかけをする人はほとんどいない。

(2)の原材料から調理するのは当たり前のように思えるが、実際は違う事も多い。食材は工場などで加工され、現場では温めるだけの事が多い。特に大手のチェーン施設でよく見られる。原材料費を出来るだけ浮かせ

かつつ厨房職員を減らしたい施設側には都合がいいが、利用者にとってはいかがなものか。レトルト食品が作りたての食材より美味しい訳がない。本当に原材料を仕入れている場合は厨房の裏側に食材の箱などが置いてあるのでそこにも注目すべきだ。

(3)の厨房業務をアウトソーシングしていないかどうかにも注目すべきだ。多くの施設が人件費の削減のために厨房職員を派遣にしたり、外部委託にしている。介護職員を派遣職員にするのは以前かなり批判したが、厨房の職員でも許されない。なぜなら、忠誠心の低下ややる気の低下を招き、確実に仕事のパフォーマンスが下がるからだ。厨房職員のミスや失策は結構馬鹿に出来ない。とりわけ派遣や外部委託の厨房が出るものは何を食べさせられるか判ったものじゃない。刻み食しか食べられない人に普通の食事を提供するなど序の口だ。酷い場合は魚アレルギーのある人にサバを提供してしまったり、ミキサー食の中にプラスチック片が入っていたケースもある。味うんぬんよりももう命の危険かもしれない。派遣職員を使ったり、外部委託をするなど人の口に入るものを扱う責任感など無いとしか言いようがない。

(4)も(2)や(3)と連動するが、非常に大事なことだ。

当然の事だが厨房職員が多ければ多いほど提供できるメニューも豊富で手が込んでいる。介護施設の食事は一般の食堂やレストランよりも手間がかかる。介護施設の食事は皆同一のメニューだから手がかからないと思われているがとんでもない間違いだ。

まず利用者一人一人の食事形態が違う。大まかにおかずの場合は「普通食」「一口大」「刻み」「極刻み」「ミキサー」に分けられる。ご飯の場合も「普通」「軟飯(粥と普通のご飯の間)」「粥」「ミキサー粥」に分けられる。パンの場合も普通の食パンからパン粥(パンと牛乳をミキサーにかけて固めたもの)に分けられる。汁物や水分などはトロミ剤を入れるかどうかの区別がある。トロミ剤とは片栗粉のように混ぜるとドロドロになる粉末の事だ。このトロミ剤も多く入れてゼリー状になるぐらいまで固めるのか、それとも軽くコーンスープ位にするのかも利用者によって違う。厨房職員を悩ませる要素は他にもある。当然の事だが利用者によって魚が食べられなかったり、肉や香辛料、ピーナッツにアレルギーがあったりする人もいる。そのメニューの場合は代替りの食材を用意しないといけないのだ。

この様に厨房職員は非常に激務だ。利用者が死亡したりして入れ替わった時も覚える事が増える。しかもそれを食事時間までに用意するのは大変だ。そのため当然厨房職員は多ければ多いほどいい食事を提供できる。いい食事を提供するために利用者定員50人の施設で朝食時は2人、メイン料理の昼か夕のどちらかで6人は常駐していないと苦しい。この人数を下回る施設はいい食事提供はできないと思った方がいいだろう。

2011-01-19 12:39 | 記事へ | コメント(0) | トラックバック(0) |

| 食事 |

トラックバックURL: <http://blog.zaq.ne.jp/socialservice/trackback/43/>

※ブログ管理者が承認するまで表示されません

2011年01月12日(水)

第168回「食事(上)」

「この食事は辛いわね。人間の食べるものじゃないわよ！」

「ご飯が不味い。もっといい米だしてくれ」

「漬物とかもつつけてくれ」

前にも言った事があるが高齢者だと言うだけで無条件に敬意を払ってやるほど俺は人間ができていない。特にいい大人が出された食事に文句を付ける光景は本当に醜いと思ってしまう。「贅沢は敵だ」の時代を過ごしても時が過ぎると人間はここまで墮落するのか。今でも世界の中にはその日に満足な食事にすらありつけない人々すらいるのだ。

福祉施設だけではないだろうが、この業界は食事に対する苦情がかなり多い。病院、特養、デイサービス、老健、有料老人ホーム・・・どの福祉施設でも食事の苦情を聞いた事がない職員は殆どいないだろう。施設のパンフレットなどにも美味しそうな食事の写真が掲載されている。美しいのは見かけだけで実物は不味いものが少なくないが。今回はよく苦情が上がる問題の一つ、食事について語ろう。

諸君に聞きたいが、味と言うものは一体何だろうか？

レストランでも家庭でも食事の味が議論の原因になったり、口論の原因になったりするが、そもそも美味しい不味いというものがどういものか判っているようでよく判っていない事が多い。

例えば養殖のハマチと天然のハマチを比べると美味しいのは天然物だと回答する人が多い。しかし、あるテレビ番組で天然物と養殖物を逆に偽って出したところ、殆どの被験者が美味しくないはずの養殖物を天然よりも「美味しい」と断じた。見た目や思い込み、錯覚に左右されるほど味覚は曖昧だと言う事だ。消費期限が切れた食材を再利用する食品偽装がニュースで話題になった事があるが、あれも同じことだ。人間の味覚など簡単に騙されやすいものだ。

また味覚は精神状態にも影響される。

俺の経験では「食事が美味しくない」とクレームを付ける人の中にはうつ病などの精神疾患の既往の持ち主が少なくない。うつ病とは簡単に言えば気分が落ち込み、何事もする気が起きなくなる病気だ。酷い場合、ベッドから起きる事も出来なくなる。そのうつ病の症状の一つは料理の美味しさが感じられなくなることなのだ。「食事が美味しくない」と文句を言う場合はうつ病かもしれないのだ。うつ病は快楽を感受出来なくなるからこそ落ちこむのだ。そして認知症の周辺症状の一つもうつ病なのだ。もし病気が原因で食事が不味いならそれは調理のやり方を努力して解決する問題ではないだろう。

また食事の味は自分がいかに普段の生活で満足しているかも大事だ。多くの福祉施設の入居者は自分で進んで入居しているわけではない。施設入所が人生の終わりみたいに感じている人も少なくない。絶望的な心理状態で食べる食事は決して美味しく感じられるものではない。有名レストランや料亭では料理そのものの味よりも周りの雰囲気や店員のサービスの方が客に対する影響力が大きいと言われている。

利用者も美味しくないが、介護をしている方も食事が美味しく感じられない時がある。それは利用者と一緒に食事を取る時だ。施設によっては利用者と一緒に食事を取るように強要する施設があるが、殆どの職員が利用者との食事は嫌がる。利用者にとっては心外だろうが職員同士だけで食事を取る方が美味しい。利用者の服薬や食事の介助しながら食事しても本当に美味しくない。利用者が誤嚥を起こさないか、利用者同士の口論や小競り合いを仲裁しながら食べても味を感じないのだ。そんな心理状態では食事は決して美味しく感じられない。

多くの施設や病院の食事について、利用者のみならず職員からも不味いという声が少なくないが昔ならいざ知らず現在はそんなに酷い食事を提供しているところは少ない。高級レストランの味は無理でもそ悪くないレベルが殆どだ。だがそこそこ美味しい食事でも人間の置かれた環境によって感じる美味しさは変化する。食事は心理なのだ。

施設や病院の食事についてはよく議論的になっているが、その本質は簡単に語れるほど単純ではない。次回は施設の食事の本質により深く切り込みたい。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

“日光のビタミン”が介護を遠ざける

2015.07.04 (土)

ミドルエージ世代が先々の健康を考える上で知っておきたいビタミンがあります。そのビタミンはあなたの骨と筋肉を強化することで寝たきりを遠ざけ、がんや認知症を遠ざけ、インフルエンザの発症リスクを50%も低減してくれる健康長寿に欠かせないビタミンです。しかも、晴れた日に1日15～30分日光を浴びることで作られるという特性があるため、コストは0！ さて、そのビタミンとは？

“サンシャインビタミン”の力で寝たきりを予防

前号で加齢に伴う筋肉減少(サルコペニア)対策には良質なたんぱく質が“毎食片手手のひら一盛り”必要だというお話をしました。1日3食均等に食べることで、1週間の筋肉合成が25%アップするのがたんぱく質の強みですが、実は日光を浴びることによって作られる「サンシャインビタミン」こと、ビタミンDも筋肉合成に欠かせないビタミンです。

ビタミンDはカルシウムの働きを助け、骨を強くするビタミンとして知られており、欠乏すると体幹筋と呼ばれる大腿(だいたい)四頭筋や骨格筋が萎縮することもわかっています。

高齢女性122人を2グループに分け、「カルシウムだけを取るグループ」と「カルシウム+ビタミンDを取るグループ」で、それぞれ12週間投与を続けました。その結果、「カルシウム+ビタミンDグループ」はカルシウムだけのグループに比べて転倒回数が49%も減少し、骨格筋機能が優位に改善するとの報告がされています(図表1)。転倒から生じる骨折は寝たきりの大きな要因です。日ごろからビタミンDを意識して、早い段階から骨と筋肉の両方を強化しましょう。

日光の力でがんを遠ざける

ビタミンDは、膵臓(すいぞう)がん、直腸がん、結腸がん、食道がん、胃

がん、前立腺がん、肺がん、乳がん、卵巣がん、腎臓がん、膀胱(ぼうこう)がんなどのリスクの予防にも役立ちます。

国立がん研究センターのがん予防・検診研究センターでは、日本人3万8000人を血中ビタミンD濃度別4段階にレベル分けし、その後11.5年の間に大腸がん(結腸がん、直腸がん)になったグループとならなかったグループにおいて、そのレベルとの相関を調べました。その結果、血中ビタミンD濃度が最低のグループ(22.9ng/ml未満)は、その他の3グループ(血中ビタミンD濃度22.9ng/ml以上)に比べ、直腸がんのリスクが男性で4.6倍、女性で2.7倍高いことがわかりました。

多くの研究により、血中ビタミンD濃度が高いほど乳がんや大腸がんなどの発症率が下がることが報告されています。ビタミンDは食事+太陽によって血中濃度が高まるため、日照時間に影響する生活習慣や住んでいる場所などに影響を受けます(図表2)。さらに、日本は四季があるので、夏と冬では血中濃度が異なりますが、それががんの予後に影響することがわかってきています。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

「子ども扱い」のイメージを払拭 昼間のデイサービス施設

2015.07.02 (木)

介護の必要な高齢者が昼間を過ごすデイサービス施設。童謡を歌ったり、絵を描いたりする印象が強く、「子ども扱いは嫌だ」と通所を拒む高齢者は少なくない。そんなイメージを変えようと、あの手この手でサービスを工夫する施設が増えてきた。

愛知県豊田市に四月にオープンした「アミューゼ リハビリデイサービスセンター」は、年を重ねると弱くなる下肢を重点的に鍛えるマシンと、全身をリラックスさせるウォーターベッド式マッサージ器が自慢。要支援から要介護2までの比較的軽い人が多い。

五種類のエクササイズマシンが並び、スポーツウエアなどに身を包んだ高齢男性がペダルを踏む動作を繰り返す。都市部を中心に増えているリハビリ特化型デイサービスの雰囲気は、ちょっとしたスポーツクラブだ。

初利用時に、体の具合を聴き取り、握力などの計測をした上で、個々人に合った機能回復訓練に取り組む。ある男性(83)は「以前は足を引きずるように歩いていたが、今は足を上げて歩けるようになった」と喜ぶ。入浴サービスはないため、他のデイサービスと併用する人もいるという。

◇

「男へのこだわり」を運営方針に掲げるのは「昭和の郷」(同県知多市)。女性が利用者の多くを占める施設が多いなかで、ここはほぼ全てが男性。「会社勤めなどの経験から自尊心の強い男性は介護施設を嫌がる人が多く、家に引きこもりがち」と施設責任者の飯星信太郎さん(30)。男性が行きたいと思える場所にすることを目指して、七年前にオープンした。

過ごし方に決まりはなく、マージャンやカラオケ、囲碁、将棋、陶芸などから通所者が選ぶ。飯星さんによると、家庭や近所のことを話題にしがちな女性と会話が合わず、孤立してしまう男性が少なくないという。以前、別の施設に通っていた男性は「女性に囲まれたい人もいるだろうけど、

わしは男同士の方が 気が楽」と話す。

この施設の運営会社は四年前、女性限定の施設も設けた。「デイサービスでまで、夫と一緒にいたくない」という女性の声を受けたもの。レースのカーテンに、花柄の椅子や壁紙とかわいらしき満載だ。飯星さんは「自分たち職員が将来、行きたいと思える施設を目指しています」。

◇

訓練機器を使ったリハビリやウォーキングプールなどの運動から、パチンコやカラオケなどの余暇まで、三十種類以上のメニューから自由に過ごし方を選べるのが「サンヒルズガーデン」(津市)。押し花や書道などの日替わり教室も多様で、まるでカルチャーセンターのようでもある。介護施設では珍しい喫煙 室もある。

比較的元気な人と、かなりの介助が必要な人では、過ごし方は大きく違うのは当たり前。サンヒルズガーデン生活相談員の園部佑磨さん(34)は「一律の過ごし方を押しつけるのではなく、個々に合ったものを用意するのがデイサービスの潮流。その流れは今後、強まると思う」と指摘する。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

認知症学ぶ子どもたち…特徴や接し方、理解深める

2015.06.25 (木)

いじめなくす効果も期待

10年後に700万人の発症が見込まれる認知症。高齢者の5人に1人が認知症になる時代に備え、当事者の孫世代の子どもたちに、病気の特徴や認知症高齢者との接し方を学び、考えてもらおうという活動が広がっている。

「以前は、認知症の人と言えば、訳も分からず叫んだりして、近くに寄れないと思っていました。けれど、そういう行為も、本人には意味があつてのことだとわかり、怖いと思わなくなりました」

千葉市内の中学2年の女子生徒(13)は昨年3月、千葉大病院と同市が共同開催した「認知症こどもカプロジェクト」の親子教室に母親(46)と参加。クイズ形式の講義や質問コーナーを通じて、認知症に抱いていた印象を一変させた。

「何もわからなくなるわけじゃない。できることもある」「細かい出来事は忘れても、嫌なことをされた、良いことをされた、という感情は残る」「誰でも認知症になる可能性はある」などの知識を、専門医や認知症の人の家族の説明から学んだ。

看護師になりたいという女子生徒。親子教室の経験を生かし、昨夏、近くの介護施設の祭りでは難聴の認知症女性と筆談を交えてスムーズに会話できた。「同じ事を何回も言ったりしますが、あまり身構えず普通に話せばいいのかなと思います。身近な人なら認知症になっても驚かずに接することができそう」と話す。

このプロジェクトについて、千葉大病院神経内科講師の平野成樹さんは「知識不足から、家族と認知症の人の交流が乏しくなるのは望ましくない。子どもたちに早い段階から認知症を学んでもらうことは、社会全体の認識の底上げにつながる」と、企画の意図を語る。

さらに、〈1〉子どもたちが加齢や障害を理解することで、弱い立場の子らをいじめなくなる〈2〉認知症の高齢者も、子どもと触れあう機会が増えれば気分が和らぎ、問題行動が減る〈3〉仕事などで忙殺されがちな大人が子どもに触発され学ぼうとする——などの波及効果を期待する。

昨年スタートした同プロジェクトだが、今夏開く小中学生セミナー(4日間)では、小中学生に、子ども向けの認知症パンフレットを作ってもらう予定だ。グループホーム見学もする。「大人に教わるだけでなく、自分たちで大事だと思うポイントを考えてもらいたい」という思いも込める。

千葉市では、このプロジェクトをきっかけに、他の子ども向け事業でも、グループホーム訪問などの認知症啓発につながる活動をしている。

子どもへの認知症啓発は、今年1月に策定された認知症国家戦略「新オレンジプラン」にも重要性が示されており、各地で広がっている。3世代同居が多いという岩手県では2007年から、岩手医大の医師や心理士が中学校に出向き、「孫世代のための認知症講座」を延べ約100校で開いてきた。5月に開催した中学校では、生徒から「(同居の祖父母に)何度も同じことを言われてイラつくこともありましたが、(講座を聴いて)もっと優しくしようと思いました」との感想が寄せられた。(高橋圭史)

[個別URL](#) [\[未分類\]](#) ▲

認知症に強いケアマネジャー、どこにいるの？

2015.06.23 (火)

要介護度の判定結果をめぐる問題は一件落ち着いたものの、認知症を患う一人暮らしの伯母さん(83歳)が介護保険サービスを始めるには、まだまだ準備が必要です。

次はケアマネジャー選びです。

ケアマネジャーはサービスのプランを組み立て、主治医をはじめ各サービス事業者との調整を行う重要な役割を担っています。

つまり、認知症の伯母さんが住み慣れた自宅や地域で安心して暮らしていけるかどうかのキーマンとなるため慎重に選びたいものです。

認知症の人の場合、どのようなことに気をつけてケアマネジャーを選択すればよいのでしょうか。

ナオコさん(49歳・会社員)と一緒に考えてみます。

「ケアマネジャーに支払う交通費を節約するために、多くの人は自宅から近い居宅介護支援事業者を選んでいる」という話を、地域包括支援センターの窓口で聞いたナオコさん。納得しかけたものの、「いやいや……薬局だって病院に近いだけで選んじやいけなかったし」と思い直し、「認知症の対応に詳しいケアマネジャーさんはいないのでしょうか」と改めて聞いてみました。

すると、窓口の女性は「介護保険を利用される高齢者の場合、何らかの認知症の症状を抱えている人が多いので、医療系・福祉系に関係なく、どのケアマネジャーさんも対応できますよ」と教えてくれました。

「医療系・福祉系って、いったいどういうこと?」。ナオコさんは新たな疑問を持ちました。

ケアマネジャーは公的資格で、各都道府県が毎年1回、ケアマネジャーの試験を実施しています。この試験では保健・医療・福祉分野の

国家資格などを有していることが受験条件の一つに設定されているため、どのケアマネジャーも基本的に自分が得意とする専門分野があります。その専門分野に応じて医療系・福祉系と呼ばれているのです。例えば、人工呼吸器やIVH(中心静脈栄養)を装着している人、気管切開のカテーテル(管)を挿入している人、胃ろうを造設している人など、いわゆる「医療依存度が高い人」は、医学的知識や臨床経験を持っている医療系ケアマネジャー(特に看護師出身者)のほうが適切に対応してもらえる可能性が高いといわれています。

認知症の場合は、認知症が進行したり、他の身体的な病気を併発したりして医療依存度が高くなれば別ですが、ナオコさんの伯母さんのように認知症があっても身体的問題がそれほどない人は、医療系・福祉系とケアマネジャーの専門分野にこだわらなくていいようです。

解決策①

ケアマネジャーは医療分野と福祉分野が得意な人にそれぞれ分かれるが、身体的問題がそれほどない認知症の場合は、ケアマネジャーの専門分野にこだわらなくていい。

ただ、ケアマネジャーの中には「認知症ケア専門士」の資格を取得している人が少なからずいます。認知症ケア専門士とは、日本認知症ケア学会が認定する資格で、認知症ケアに対する専門的な知識と技術、倫理観を備えています。2015年1月現在、全国に2万9008人の認知症ケア専門士がおり、そのうち1万5415人はケアマネジャーの資格を持っている人です。

認知症ケア専門士の資格を持っているケアマネジャーに担当してもらうことで、生活支援だけでなく、家族が最も困る認知症の周辺症状(はいかい、ろう便、物盗られ妄想、せん妄、幻覚・錯覚、うつ、暴力・暴言・介護拒否、失禁、睡眠障害・昼夜逆転、帰宅願望、異食など)についても的確なサポートを早めに受けられる可能性があります。

認知症ケア専門士および認知症ケア専門士が在籍する施設・団体については、認知症ケア専門士公式サイトで検索することができます。ぜひ参考にしてください。

解決策②

認知症ケア専門士の資格を持つケアマネジャーに担当してもらうことで、家族が最も困る認知症の周辺症状についても的確なサポートを早めに受けられる可能性がある。

こうして、ナオコさんは認知症ケア専門士の資格を持つケアマネジャーを探すことにしました。認知症ケア専門士公式サイトを利用して認知症ケア専門士が在籍する施設・団体を検索すると、伯母さんが暮らす区内で複数の施設・団体が見つかりました。次に、ナオコさんは地域包括支援センターからもらってきた事業者リストと照らし合わせて認知症ケア専門士が在籍している居宅介護支援事業者を拾い出し、リストに掲載されている詳細情報から各事業者のケアマネジャー数や併設サービスを調べてメモに書き出しました。

・A居宅介護支援事業者…ケアマネジャー／4人 併設サービス／訪問介護、訪問看護、デイサービス、通所リハビリ

・B居宅介護支援事業者…ケアマネジャー／6人 併設サービス／訪問介護

・C居宅介護支援事業者…ケアマネジャー／2人 併設サービス／訪問介護、認知症対応型デイサービス

「うーん、この候補の中からどこを選べばいいのかしら？」とナオコさんは迷いました。

そして、目に留まったのが、「C居宅介護支援事業者」に併設されている「認知症対応型デイサービス」でした。ナオコさんは、ひきこもりがちになっている伯母さんにデイサービスを定期的に入れたいと思っていたので、「この事業者のケアマネジャーにプランを頼めば、併設されている認知症対応型デイサービスを優先的に利用させてくれるかも」と考えました。

「ここがいいかしらね……」。ナオコさんはメモを眺めながらつぶやき、第1候補として浮上してきた「C居宅介護支援事業者」を赤丸で囲みました。このナオコさんの選び方、あながち間違いでもないのですが、介護報酬(介護保険で提供したサービスに支払われる報酬)の中には「特定事業所集中減算」という項目が設定されており、ケアマネジャーが特定の事業所に80%を超えるサービスの紹介を行っているという「サービスの囲い込み」と判断されて介護報酬の減算対象となります。

つまり、利用者が公平にサービスを選択し利用できる仕組みになっているため、ナオコさんが認知症対応型デイサービスを利用したいという理由でC居宅介護支援事業者を選んだとしても、優先的に利用させてもらえるとはかぎらないのです。

では、何を重視して居宅介護支援事業者を選べばよいのでしょうか。

それは、「ケアマネジャーの人数」です。ケアマネジャーの人数が1～2人という小さな規模の居宅介護支援事業者の場合、1人のケアマネジャーが担当する件数はかなり多いことが予測されます。そのため、きめ細かいサポートや対応を期待できないおそれがあります。

一方、ケアマネジャーの人数が多いと、きめ細かい対応に加え、事業者全体でそれだけいろいろな事例を豊富に経験しているので、何か困難な問題が起こったときも担当のケアマネジャー1人で抱え込むのではなく、他のケアマネジャーもこれまでの経験を踏まえたうえで知恵を出し合い、さまざまな工夫をしながら乗り越えてもらえる可能性が高いといえます。

解決策③

ケアマネジャーの人数が多い事業者では、ケアマネジャー1人が受け持つ人数が少なく、きめ細かいサポートをしてもらえる可能性がある。また、問題が起こったときはケアマネジャー全員の経験や知恵を出し合って対応してもらえることも期待できる。

さらに、認知症の人がケアマネジャー(居宅介護支援事業者)を選ぶ際に押さえておきたいのが「24時間相談体制が整備されているかどうか」ということです。ナオコさんの伯母さんは一人暮らしなので、この条件は特に外せません。

また、介護保険のサービスだけでは認知症の一人暮らしを支えきれないこともたくさん出てきます。このときに利用したいのが地域のボランティアなどが提供している介護保険外のサービスです。「介護保険外のサービスを積極的にケアプランに取り入れているか」ということも正式に依頼する前に確認しておきましょう。

こうしてナオコさんはケアマネジャーの人数が最も多かったB居宅介護支援事業者のケアマネジャーにケアプランを依頼することになりました。もちろん24時間相談体制が整備されていて、介護保険外のサービスも活用しているということは確認済みです。

解決策④

認知症の場合は、24時間相談体制の整備状況や介護保険外のサービスの活用状況などもあらかじめ電話などで確認しておく。

担当のケアマネジャーは看護師出身の40代女性で、主任ケアマネジャー(*)の資格を持つベテランの人に決まりました。認知症ケア専門士の資格は持っていませんでしたが、認知症に対する経験も豊富で、「必要に応じて事業所内にいる認知症ケア専門士の資格を持つケアマネジャーとも相談しながらサポートしていきますので、ご安心くださいね」とにこやかに対応してくれたので、ナオコさんも伯母さんも心強く思いました。

*主任ケアマネジャー…ケアマネジャーとしての実務経験が5年以上あり、主任介護支援専門員研修を修了した人に与えられる資格。地域のケアマネジャーのまとめ役的存在として指導・育成・支援・相談などの業務にも携わる。

「地域包括支援センターの資料やインターネットで入手できる情報はかぎられるから、自分が知りたい情報は事業者にかけて積極的に集めることも必要ね。何よりも相性の問題があるから最後は直接会って決めることが大事だと思うわ」とナオコさん。ちなみにケアマネジャーと相性が合わないときは、事業者の責任者に申し出れば変更してもらえます。

さあ、いよいよケアプランの作成が始まります。一人暮らしの認知症の人は、どのようなことに配慮しながらケアプランを組み立てればよいのでしょうか。伯母さんのケースをもとに具体的に考えてみたいと思います。このお話は次週に続きます。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

認知症の相談センター開設 兵庫県篠山市役所

2015.06.19 (金)

認知症に悩む人や家族らを対象にした「もの忘れ相談センター」が15日、篠山市役所第2庁舎の1階で業務を始めた。

市によると、市内の高齢者(65歳以上)1万3213人中2550人が要介護認定を受けており、このうち認知症とされる人は1394人に上という。市地域福祉課は4年前から、福祉に関する相談窓口を設けているが、25%前後が認知症に関する相談だった。認知症という呼び方に抵抗を感じる人もいることから、センターには「もの忘れ」という名称を採用。専門相談員2人が平日午前8時半～午後5時15分に相談を受け付ける。問い合わせは同センター(079・552・5346)へ。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

欧米に寝たきり老人はいない」のか？ 1

2015.06.17 (水)

『欧米に寝たきり老人はいない—自分で決める人生最後の医療』(中央公論新社、税抜き1400円)という本が出版されたようです。内科医である宮本 顕二・礼子先生ご夫妻が、スウェーデン、オーストラリア、オーストリア、オランダ、スペイン、アメリカと6か国にわたる終末期医療を視察した体験をもとに書かれたものです。

これは、読売新聞の医療サイト「ヨミドクター」で連載されたブログ「今こそ考えよう 高齢者の終末期医療」をまとめたもので、同ブログにおける、豊富な経験に基づく大先輩の考察には、私自身、大変勉強させていただきました。宮本先生の問題提起には、私もまったく同感です。ぜひ、多くの方々に読んでいただきたい内容だと確信しています。

ただ一点だけ、どうにも気になることがあります。それは、『欧米に寝たきり老人はいない』というタイトルなんですね。

見学に行かれたのは、どちらかというと先進的な終末期ケアの現場だったんじゃないかと拝察します。ランダムサンプリングならまだしも、外国人の見学を受け入れるような(紹介された)施設での経験をもって、「欧米では・・・」と置き換えちゃうのは、ちょっと乱暴だったかな？

国際長寿センターが、日本、フランス、イギリス、イスラエル、オーストラリア、オランダ、韓国、チェコの8か国の医療従事者を対象に、以下の症例を提示したうえで「人工栄養補給を行うか？」を問うという興味深い調査を実施しています(国際長寿センター:末期の医療、介護と看取りに関する国際比較調査. 2011年3月)。

【80歳男性】自宅で妻と二人暮らしをしている。認知症(アルツハイマー病)と診断されてすでに10年が経ち、意識障害はないものの、近親者や介護士が呼びかけても目を動かす程度であり一般的な意思疎通には多大な困難がある。また、半月前にひどい熱と咳のために病院へ受診したところ、肺炎と診断された。現在は、食物を呑み込むことができなくなってきており、点滴による薬剤と栄養剤の投与を行っている。口からの栄養摂取は不可能なため、十分な栄養摂取のためには近い将来に人工栄養摂取が必要となるが、この治療を行ったとしても余命は長くないと診断されている。妻(80)は在宅での生活の継続と看取りを希望しており、また少しでも長い時間を一緒に過ごしたいと希望しているものの、妻自身の介護能力は低く、近隣に近親者はいない。

ここでの人工栄養摂取とは、経鼻栄養(鼻から管をいれて、胃に栄養剤を流し込む)もしくは胃ろう(腹部に胃につながる穴をあけて栄養剤を流し込む)を意味します。

たしかに日本は高いですね。でも、「欧米にはいない」と断じるのは、(限られたサンプリングですが)ちょっと無理があるように思います。

イスラエルの人工栄養補給が高いのには事情があります。というのも、同国では終末期患者法が定められていますが、「終末期であって、患者の事前指示書があれば、治療を差し控えることは認められるが、水分と食料を差し控えることは認められない」からです。ここには宗教的な背景があるようです。

一方、フランスは確かに対極にあります。終末期患者への人工栄養を推奨していないレオネッティ法(2005年)があること、および同法が成立する

までの国民的議論が反映していると思われます。

この調査は、アメリカを対象としていませんが、一昨年5月の米国老年医学会の声明では、「米国におけるナーシングホーム入所者の34%が経管栄養を挿入されている」とあるので、推して図るべしですね(米国老年医学会:進行認知症患者に対する経管栄養についての声明)。

[個別URL \[未分類\] ▲](#)

介護認定、受け直すことはできるの？

2015.06.14 (日)

マンションで一人暮らしを続けていたナオコさんの伯母さん(83歳)に認知症の疑いが……。

ナオコさん(49歳・会社員)は、かかりつけ医のアドバイスに従い、生活支援を受けるために介護保険を申請しました。

ところが届いた認定審査の結果は「要支援2」。

何度も同じことを聞いたり、ひきこもったりするなど伯母さんには明らかな異変がみられるのに、ナオコさんはこの結果に納得ができません。

認知症の人が正しい判定を受けるために、家族はどのようなことに注意すればよいのでしょうか。

介護保険の手続きにあたり、ナオコさんはやってはいけないことをやってしまいました。それは、訪問調査のとき、家の中をきれいに片づけてしまったことです。他人に散らかっている部屋を見られたくないというナオコさんの気持ちはよくわかります。

しかし、「介護の手間がどのくらいかかっているのか」ということを調べるのが訪問調査の目的なので、訪問調査員には散らかっている部屋に上がってもらい、伯母さんが自立した生活を送ることが難しくなっていることを視てもらったほうが正しい判定にもつながり、得策だったのです。

解決策①

訪問調査の目的は「介護の手間がどのくらいかかっているのか」を調べることなので、部屋を片付けたりせず、ありのままの生活の様子を見てもらうことが大事。

「たった1回の訪問調査で、認知症の伯母さんが置かれた状況を正しく理解してもらうには、十分な準備が必要だったのね……」とナオコさんは後悔しました。やっておきたい事前準備としては、①訪問調査の質問項目にあらかじめ目を通し、どのように答えるのかじっくり考えておく、②介護記録をつけておく、③調査を受ける際は患者の普段の様子をよく知っている人が複数人で対応する、といったことが大切だといわれています。しかし、これまで介護保険とは無縁だった一般の人にとって、特に①の準備を自分たちだけで行うのはなかなか大変です。このようなときに相談したいのが地域包括支援センターのケアマネジャーです。

振り返ってみれば、区役所の職員が地域包括支援センターのことをせっかく教えてくれたのに、相談を後回しにしてしまったこともナオコさんの失敗でした。

地域包括支援センターのケアマネジャーには、認知症の状態や普段の生活の様子、患者と家族が困っていることなどを正直に話したうえで、訪問調査の質問項目にどのように答えれば正しく状況を理解してもらえる

のか具体的にアドバイスしてもらおうとよいでしょう。

解決策②

地域包括支援センターのケアマネジャーに相談し、訪問調査の質問項目にどのように答えれば正しく状況を理解してもらえるのか具体的にアドバイスしてもらおう。

さらに、訪問調査員に患者の様子を伝えるうえで気をつけたいポイントは次のとおりです。

●訪問調査員に患者の様子を伝えるうえで気をつけたいポイント

食事、排泄(はいせつ)、着替え、移動などの生活基本動作は単に「おおむねひとりではできる」ではなく、「この部分は介助が必要」「この部分はひとりではできない」といった具合に自分ではできないことをしっかり伝えることが重要です。同時に「自宅が狭く、車イスで移動ができない」「賃貸住宅なので手すりをつけられない」などの住環境の限界についても伝えておきましょう。

訪問調査員の前では現れない認知症状についても「同じことを何度も聞いてくる」「ゴミ出しの日がわからなくなっている」「外に出たがらない」など、実例を挙げて具体的に説明します。

なお、訪問調査票とともに介護認定審査会の判定に大きな影響力を持つ「主治医の意見書」にも正確な情報を記載してもらおうことがとても大切です。そのためには主治医が意見書を作成する前に上記の注意点をまとめたメモ、あるいは介護記録のコピーなどを渡し、主治医にも理解を深めてもらうようにします。

解決策③

介護認定審査会の判定に大きな影響力を持つ「主治医の意見書」にも正確な情報を記載してもらおうことが大切。主治医にも普段の様子をよく伝えておく。

さて、自分の失敗に気づいたナオコさんは「要介護認定の審査を受け直し、要介護度を正しく判定してもらいたい」と思いました。調べてみると、都道府県に対する不服申し立ての制度があることを知りました。これは要介護認定の判定結果を知った翌日から60日以内に各都道府県の介護保険審査会に審査請求できる仕組みです。ただし、裁定結果が出るまでに数カ月かかります。

「うーん、不服申し立てとは……。ケンカを売っているようで心理的にハードルが高い制度だわ……。それに新しい判定結果が出るまでに時間もかかりそうだから、介護サービスを早く使いたい伯母さんには考えものね」。

しかし、諦めきれないナオコさんは、ダメ元で地域包括支援センターのケアマネジャーに相談することにしました。すると、ケアマネジャーは「希望する要介護度に認定されない可能性はありますが、要介護認定を受け直すには区分変更という方法もあります」と提案してくれたのです。

解決策④

要介護認定の審査を受け直したいときは、地域包括支援センターのケアマネジャーに相談し「区分変更」の申請を行う。その方法が難しい場合は、各都道府県の介護保険審査会に審査請求できる「不服申し立て」の制度もある。

区分変更とは、要介護認定を受けている人で心身の状態が著しく変化した場合、認定有効期間内(申請から原則6~12カ月間)でも更新時期を待たずに要介護認定の審査を受けられるという仕組みです。申請の手続きは本人や家族が行うのが原則ですが、ケアマネジャーが代行することも可能です。

ナオコさんは、地域包括支援センターのケアマネジャーに教わりながら書類を作成し、申請窓口の一つになっている地域包括支援センターに「要介護・要支援認定の区分変更申請」を提出しました。

そして、ケアマネジャーのアドバイスに従って訪問調査に備えて準備を始めました。

「できるだけ具体的に状況を説明することが大事なのよね」。このポイントを念頭に置いて、当日しっかり受け答えができるようにナオコさんはメモを作成することにしました。さらに、訪問調査の当日は伯母さんの普段の様子を最もよく知っている隣の人にも同席してもらいました。

区分変更の申請から約1カ月半。伯母さんのもとようやく再認定の通知が届きました。ナオコさんの努力が実を結び、「要介護2」の判定となりました。すったもんだありましたが、これで一安心です。さて、次は何をすればいいのでしょうか。

「ケアマネジャーに依頼し、どのようなサービスをどのくらい利用するのかを決めるケアプランを作成します。そのケアプランに従って介護サービスが始まります。このリストに掲載されている居宅介護支援事業者の中からケアマネジャーを選んでください」という説明とともに、ナオコさんは1冊の冊子を渡されました。

それは、区内で活動する介護サービス事業者のガイドブックでした。さっそく居宅介護事業者のページをめくってみると180カ所の居宅介護支援事業者が掲載されていました。そのリストからナオコさんが入手できる情報は、経営母体、所在地、電話受付時間、ケアマネジャーの人数、併設するサービスの5項目です。

「あの……、事業者が多すぎるし、これだけの情報ではどう選べばいいのかわからないのですが」。ナオコさんは地域包括支援センターの窓口の人に聞いてみました。

「利用者さんの状況によっては、ケアマネジャーさんにひんばんに自宅に来てもらうことになるようです。その際の交通費は利用者さんの自己負担になるので、自宅に近い事業者のケアマネジャーを選ばれることが多いみたいですよ」と教えてくれました。

「確かに自宅に近いと何かと便利ですよ」

ナオコさん、納得しているようだけど、本当にそれだけの理由で選んでしまっているの？

認知症の人をサポートしてもらうにはどんなケアマネジャーがいいのか、その選び方について次週一緒に考えてみたいと思います。

アピタル編集部より

この連載は、架空の家族を設定し、身近に起こりうる医療や介護にまつわる悩みの対処法を、家族の視点を重視したストーリー風の記事にすることで、制度を読みやすく紹介したものです。