

ゆたか



2 ● 誕生物語——唐澤 剛 内閣官房総括官

3 ● 巻頭言
河崎茂子 日本認知症グループホーム協会 会長

9 ● 特集 地域の核になるためのシリーズ 第2弾

「認知症カフェ」が紡ぐ 共生の輪



9 ● 事例1 「みんなのカフェ」
グループホームまごころ城陽 (京都府)

13 ● 事例2 「誰でもいつでもカフェ」
グループホームつどいの家・桜町 (新潟県)

16 ● 事例 地域に広がる「認知症カフェ」5つのケース
グループホームサンフラワー (北海道) / デイサービスセンターひびき愛 (秋田県)
グループホーム谷津苑 (千葉県) / グループホームしょうせきあいあい (愛媛県)
グループホーム栄寿荘 (佐賀県)

19 ● 連載第19回 グループホーム探訪～ようこそ、わが家へ～
—— 認知症高齢者グループホーム陽だまり (栃木県足利市)

22 ● ゆったり食堂——宗像伸子

24 ● 審議会レポート——窪倉憲子

30 ● 連載第20回 千思万考～経営現場からの便り～
—— 松原六郎 公益財団法人松原病院 代表理事

32 ● 連載第8回 実践! グループホームケア
—— 山口晴保 認知症介護研究・研修東京センター センター長

34 ● 連載第2回 新・認知症ケアの現場から
—— 青木 瞳 有限会社ケアワークス 看護部長

【インフォメーション】

18 ● 協会の動向 36 ● ひろがれ会員の輪

38 ● 読者参加型企画 「創」 利用者に秘められた力

23 ● 現場発信 ～輝きびと～ ⑱
中村佳太さん 有限会社津梁会
グループホーム海風 (沖縄県)



対談
心ひとつに
地域の認知症ケアの拠点へ
山口晴保 センター長 / 河崎茂子 会長



4

グループホーム経営 Q&A 26

- 〈人材確保・定着〉①
応募者が増える募集方法は?
- 〈助成金〉②
非常勤職員の待遇改善に繋がる助成金は?
- 〈医療介護連携〉②
利用者の発熱・骨折時はどう対応すべき?
- 〈教育〉①
職員に新しいことに挑戦してもらうには?

Q 利用者が発熱した時、あるいは転倒して骨折の疑いがある時、どのような心構えで対応すればよいのでしょうか？

利用者が発熱したり転倒したりすると、あわててしまい、深夜でもとりあえず主治医に電話をかけてしまいます。主治医に連絡すべき場合と様子を見たほうがよい場合を教えてください。

A 対応策を普段から確認しておき、発熱時・転倒時はあわてず落ち着いて観察してから、主治医に連絡しましょう。

普段の様子との違いを医師は知りたい

私の携帯電話を鳴らす人のうち半数は介護職で、発熱と転倒に関するものが大半です。大阪といえば吉本新喜劇が有名ですが、かつてこんな漫才がありました。「先輩、熱があるんですが」、「そらあるやろ、熱なかつたら死んだるがな！」。介護職との会話でも似たような内容があります。「先生、37.2℃もあります、大丈夫でしょうか?」、「見た目に変化がなければ、氷で冷やして少し様子を見てください」、「本当に大丈夫でしょうか?」、「大丈夫って?」、「このまま死にませんか?」、「え……?」。発熱そのものが原因で亡くなった高齢者を私自身は知りません。

発熱＝急変と認識している介護職がいますが、そう単純ではありません。平熱は人により異なり、体温は1日の中でも微妙に変化しています。平熱から1℃以上高ければ発熱ととらえ、原因を考えます。多くはかぜや気管支炎などですが、時には肺炎やインフルエンザ、まれに急性胆のう炎や急性腎盂腎炎などもあります。

37.2℃は一般的に微熱の領域ですが、平熱が35℃台の人にとっては明らかに発熱でしょう。呼吸や顔色、食欲に変化がなければ、経過観察を指示します。37.5℃までは同様の指示をします。37.5～38.5℃は、医師か看護師が診に行きます。39～40℃以上だと肺炎などを疑い、検尿、腹部エコー、胸部レントゲン、インフルエンザの簡易検査などをし、時には入院の是非を考えます。高齢者では明らかに肺炎であっても、微熱程度の兆候しか見られないこともあり注意が必要です。発熱時は、呼吸数や脈拍数などほかのバイタルサイン、顔色や食欲に関する情報も教えてもらえると助かります。「見た目がどうなのか」、「普段と様子が違うか」を医師は一番知りたいのです。

次に、解熱剤使用の是非についてです。解熱剤で無理やり熱を下げると、悪影響を及ぼすことがあります。私は、38.5℃以上にならないと解熱剤は使用せず、氷枕のみで様子を見ることが多いです。体温を上げることでウイルス等と闘っているのに、解熱剤が水を差して免疫機能を下げています。しかし、39～40℃であれば熱によるせん妄や痙攣が起り得るので、使用も考えます。ボルタレン座薬やロキソニンなどのNSAIDs (非ステロイド性抗炎症薬) を使う場

合が多いかもしれませんが、副作用が少ないカロナールというアセトアミノフェンを使いたいものです。安価なので、介護事業所には常備しています。

転倒時は主治医の指示を仰ぐ

転倒時に驚いて反射的に電話する介護職が多いのですが、打撲した部位が明確なら局所をよく観察してください。血が流れていても、傷が浅ければタオルやガーゼによる圧迫処置だけで縫合しなくて済む場合も多くあります。下半身を打撲して歩行不能になった場合には大腿骨頸部骨折や腰椎圧迫骨折や骨盤骨折などを、上半身の打撲では肋骨や腕や手の骨折を疑います。頭部を打撲すると、たんこぶ(皮下血腫)ができるのは当たり前。打撲した部位を氷で冷やしてください。

レントゲン検査に関しては一刻を争うことは極めて少なく、深夜の場合は朝一番の往診で決定しています。深夜に救急車を呼んでも整形外科医が当直している病院はまれで、遠方に運ばれて後で困る場合があります。たとえ骨折していても多くは緊急性がないので、くれぐれも落ち着いて連絡をして対応してください。手術を要しないケースでは、入院せずに自然治癒する場合も時々経験します。

訴訟の増加に伴い、頭部打撲は全例、即頭部CT検査を事前指示している事業所があります。しかし、すべての検査は医師の指示で行われるもの。何度も転倒し何度もCT検査をすると、放射線被ばくの観点からも問題があります。頭部打撲直後に頭蓋内出血することはまれで、何かが起きるとすれば慢性硬膜下血腫です。これは打撲後1～2カ月後に起こることもあり、経過観察が大切。転倒時は主治医に連絡し指示を仰いでください。

発熱も転倒も事業所で100%防ぐことは不可能でしょう。平時に発熱・転倒シミュレーション会議を開き、対応をスタッフ間で確認し、発熱時・転倒時はあわてずに落ち着いて観察してから連絡してください。



ながお・かずひろ ● 東京医科大学卒業。長尾クリニック院長。日本尊厳死協会副理事長、エンドオブライフ・ケア協会理事、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事、抗認知症薬の適量処方を実現する会代表理事。東京医科大学客員教授。『ばあちゃん、介護施設を間違えたらもっとボケるで!』、『痛くない死に方』など著書多数。