

ゆたか

2018年
1・2月
第136号



巻頭言

河崎茂子 改定は会員の声“力”に変わった証
日本認知症グループホーム協会 会長

3

2 ● 誕生物語——唐澤 剛 内閣官房総括官

4 ● 新春 [局長〇〇会長] 対談



濱谷浩樹
厚生労働省老健局
局長



河崎茂子
日本認知症グループホーム協会
会長

報酬改定に反映された 経営努力と残された課題

10 ● 審議会レポート特別版——窪倉憲子

速報！平成30年度介護報酬諮問答申へ
認められた加算と要件緩和をテコに
2025に向けてサービス開発で、次へ！

[連載]

- 16 ● 第24回 千思万考～経営現場からの便り～
——佐々木勝則 社会福祉法人桜井の里福祉会 専務理事・総合施設長
- 19 ● 第23回 グループホーム探訪～ようこそ、わが家へ～
——グループホームゆうゆう黒川 (岩手県盛岡市)
- 22 ● ゆったり食堂——宗像伸子
- 28 ● 第12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
- 30 ● 第6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
- 32 ● トピックス 老健局長と認知症施策推進室長が視察／ブロック説明会開く
- 34 ● 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～ ⑳
上杉慎悟さん 医療法人明和会
グループホームフェニックス(徳島県)



グループホーム経営 Q&A 24

- <人材確保・定着>⑤ 家庭と仕事を両立できる職場をつくるには？
- <助成金>⑥ 介護福祉機器の導入に役立つ助成金は？
- <医療介護連携>⑥ 在宅医がグループホームに望むことは？
- <教育>⑤ 経営状況や事業計画はどこまで教えるべき？

Q 利用者にさらによいケアを提供するために、医師の立場から、職員に望むことを教えてください。

長尾先生は在宅医としてグループホーム利用者も診ておられるかと思います。医師の立場から職員に望むことについて、忌憚ないご意見をお聞かせください。

A マニュアル化ではない、お互いの感性を重視した認知症ケアと訪問看護師との連携を期待します。

介護をする側も「快樂」になるケアを

現在、私は数カ所のグループホームの利用者を診させていただいています。グループホームに住民票を置いている人もいます。ここは施設ではなく、本当に自宅なんだなと思います。グループホームは小規模とはいえ、さまざまな認知症の人が集まってきました。24時間365日、お世話をされている職員の皆さんには、いつも「ご苦労さまです。ありがとうございます」とお声掛けをしています。というのも、目を離せない利用者が必ずいるからです。特に夜間になると徘徊したり大声を出す人がいて、本当に大変な仕事だと思います。

そんな中、ある特定の職員が当直する夜だけ、そのフロアに徘徊や大声が一切ないことに気がつきました。ある夜、用事もないのにそのグループホームを訪問して、その職員の働きぶりを見学させていただきました。するとそのスタッフは、一人ひとりにていねいに「ユマニチュード」を実践していました。「ユマニチュード」とは、フランスから入ってきたケアメソッド。その人の目を見ながらタッチケアを実施するものです。それをするだけで、普段は大暴れの利用者もまるで魔法にかかったように自分の部屋で眠りについていったのです。何も特別なものはありませんでした。

しかし驚いたのは、その職員に「すばらしい「ユマニチュード」ですね」と声を掛けたら、「何ですか、それ?」と返ってきたことでした。その職員は特に何かの理論を意識することなく、自然体で自己流の認知症ケアを実践していただけでした。私が「すばらしいね」とほめると、「普通ですよ」と謙遜されました。その職員は、一般企業に勤務していたもののリストラにあい、3カ月のヘルパー研修を受けただけで、そのグループホームに入職してたった半年しか経っていない人でした。もちろん「ユマニチュード講座」など受けていません。私はその光景を見た時に、マニュアル化の限界を感じました。理論やマニュアルはある程度までは有効です。全否定するつもりは毛頭ありません。しかし、それだけでは実践的ではない。プラス天性や感性とでもいうのでしょうか。

そこで思い出したのが、あおいケアの加藤忠相さんです。彼の講演を2回聞いたことがあります。一番覚えている言葉は「介護をマニュアル化しない」でした。あと「距離感」という言葉も耳に残りました。「利用者と近過ぎてても遠過ぎて

もいけない」と加藤さんは言います。私は勝手に加藤語録を作成して、「国立かいご学院」という私塾に通ってくれるグループホームの職員に伝えていますが、伝わる人には伝わりません。何のことかよく分からないという人は、よろしければ5月11、12日に尼崎にきてください。2日間連続で加藤さんが主役の講座を私が企画しています(詳細は長尾和宏オフィシャルサイトをご覧ください)。

何はともあれ、介護はされる人だけでなく、する人にとっても「快樂」であることが大切でしょう。加藤さんのケア論を聞いていると、そんな気になります。職員には、ぜひ『ケアニン』という加藤さんの映画を観てほしいと思います。

訪問看護師への相談体制の構築を

もう1つのポイントは、訪問看護師への相談体制です。訪問看護が入れるグループホームと入れないグループホームがあります。独自で週1回看護師を雇い血圧を測って回るグループホームには、外部からの訪問看護は入れません。しかし、いわゆる急変時に最初に駆けつけるのは、主治医と連携している看護師です。医師は、電話連絡はついてもすぐに行けないことが多く、頼りになるのは看護師です。私が思い描く理想の在宅医療は、訪問看護師が主役です。グループホームは介護事業所なので、どうしても医療=医師というイメージかもしれませんが、実際には医療=訪問看護師だと思っています。

ですから職員に伝えたいことは、訪問看護師とグループホーム職員との平時からの連携です。発熱時や転倒時の対応について、訪問看護師に年に何回かミニレクチャーをしてもらうのも1つの方法です。看取りケアやバイタルサインに関しても、訪問看護師の説明のほうが実践的だと思います。

以上をまとめますと、マニュアル化ではない、お互いの感性を重視した認知症ケア(あおいケアなど)と訪問看護師との連携。これらが加われば、皆さんのグループホームでのケアが一段レベルアップして仕事が楽に、いや快樂になるのではないのでしょうか。



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。