

# 選ばれるデイ の条件と実際の取り組み

700軒以上の事業所を見学してきた  
経験則から解説!

介護ぷらす 代表者／高齢者お悩みサポーター

山川 仁



1979年北九州生まれ。2004年3月から訪問介護事業所の管理者として介護相談に対応する中「介護の相談や老人ホームを探したいけれど、誰に相談したらよいか分からない」といった声をたくさん聞く。そういった要望に対応するべく、2009年9月から北九州市内の介護施設を見学していくことを決意。これまで700軒以上の施設を見学して回り、さまざまな介護相談に対応。現在、これまでの相談対応の経験を活かしながら「ケアマネジャーに依存しない営業方法」を確立するため、全国の介護事業所向けの広報支援サービスを実施中。

## 認知症や重度の利用者へのケアが 手厚いデイの取り組みとは

### ● 認知症や重度の利用者に 対応できることが 生き残りのカギとなる

厚生労働省の発表によると、日本の認知症患者の数は、2012年で462万人と推計されています。そして、2025年には約700万人に増えると予想されており、その数は65歳以上の高齢者の約5人に1人に達すると見込まれています。こうした状況から、認知症の利用者（介護サービスを使う人）に特化した「認知症対応型通所介護」や「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」は年々増え続けています。この流れは、少なくとも2025年までは変わらないはずです。

認知症と診断された利用者は、「要介護1」以上の認定がおきる可能性が高くなります。そのため、今後も増え続ける介護の需要に対して、「もっと事業を拡大している！」と考えている経営者も多いのではないのでしょうか。しかし、認知症対応型の事業運営で最もネックになるのが、利用者の心理行動障害に対する対応です。

「介護スタッフやほかの利用者への暴力行為」「施設からのエスケープ」「介護サー

ビスの利用拒否」など、認知症の利用者に対してサービスを提供する上では、さまざまなリスクが存在します。そのため、こうした行動がある場合は、事業所側から介護サービスの利用を断られてしまうケースが多く、「介護の支援を最も必要としている利用者の行き場所がない」という別の問題も発生しています。

今回は、こうした状況に真っ向から立ち向かっている北九州市小倉南区にある有限会社故郷の代表取締役である野村美代子氏にご協力いただきながら、認知症や重度の利用者とのかかわり方などについて学んでいきたいと思います。

### インタビュー

有限会社故郷 代表取締役  
野村美代子氏

Q 野村氏は介護事業を始める前、どのような仕事をされていたのですか？

A 私は介護事業を始める前、重度の心身障害児施設で約5年間勤務し、その後総合病院の

代表取締役の野村美代子氏



急性期病棟の看護師として約4年間勤務しました。病院では診療の補助や医療処置、記録でめまぐるしく、毎日時間に追われて患者様一人ひとりの話をゆっくりと聞いてあげる気持ちの余裕がありませんでした。患者様の呼びかけに対して「ちょっと待ってね!」「後でまた話を聞くから!」と受け答えしながらも、その後に話が聞けなかったことがよくあり、「何のために看護師になったのか?」と自問自答する毎日でした。

私は事務的で業務優先の看護師の仕事がどうしても性格に合わず、1人の患者様を中心にかかわる看護をしたいと思い、在宅の訪問看護師として約15年間勤めました。治療や処置が中心だった病院とは異なり、在宅の訪問看護では患者様のニーズに沿ったサービスが提供できます。患者様の痛みに対しての訴えや病気の悩みなどにしっかりと時間をかけて対応できることが、私の仕事のやりがいでした。

病院に入院してしまうと、病気は治るけれども逆に身体機能が低下して、寝たきりになったり褥瘡をつくったりして退院する患者様がたくさんいました。そのような患者様に対し、訪問看護師は病気の治療や処置だけではなく、患者様を再入院させないよう予防に徹し、家族指導を積極的に行います。また、全身の管理はもちろん、心身機能のリハビリテーションも行います。入浴介助時に皮膚の乾燥でかゆみのある方には、全身にオリーブオイルを塗りながらマッサージを実施し、皮膚の保湿を行うと同時に血行が促され、褥瘡を予防します。その結果、患者様は在宅の生活を長く続けることができます。

また、生活保護を受給している1人暮ら

しの舌がん末期の患者様が「家で死にたい」という希望を持っていました。周りからは「絶対に無理」と言われながらも、それに応えるべく、自宅でのターミナルケアを行いました。この方の場合独居なので、孤独死をさせてはいけないと冷や冷やししながら「もしかして息が止まっているのでは?」と心配になり、何度も夜間に車で都市高速道路を飛ばして様子を見に行ったものです。

在宅では生活上の問題が多く、夫婦喧嘩の仲裁役や、生活費に困窮し医療を受けられない方の生活保護の申請など、患者様の相談内容は病気のことだけではなくありません。患者様の多岐にわたるニーズを満たすと、訪問1回あたりの時間は規定の時間をはるかに超えることになります。

そのほかにも、寝たきりや車いす生活の患者様の「温泉に行きたい」との要望で、患者様とその家族30数人を日帰り温泉バスハイクにお連れしたこともあります。この時は、北九州市の福祉バスを使い、市の保健師数人にも協力していただきました。この時、私は患者様や家族と文字どおり裸の付き合いができました。患者様と家族の喜びは、同時に私の喜びでもありました。

そうした、医療だけではない生活全般に対応する訪問看護のサービスが家族から口コミで広がり、自然に患者紹介が増え、行政からも良い評価を得られるようになりました。こうした多くの経験が、現在の事業の基盤になっているのだと思います。

**Q**野村氏が介護事業を始めた理由について教えてください。

**A**私が介護事業を始めたのは、夫の両親の介護がきっかけになります。90歳を過ぎたころから両親が認知症を患い、在宅で生活することが困難になってきました。当時、

私たち夫婦は共働きで認知症の両親を24時間365日介護できるような状況ではありませんでした。

そこで施設探しを始めたのですが、「この施設にお願いしたい!」と思った施設が満床だったため、仕方なく精神科の病院や介護老人保健施設のお世話になりました。しかし、私が求める介護が受けられず、次にグループホームに入居したのですが、その介護にも満足できませんでした。

こうしたことから、「自分の理想の介護を求めるには、自分でやるしかない」と決意し、早速勤めていた病院を退職し、グループホームの開設に着手しました。施設は両親が住んでいた一軒家を改修してグループホームに転



用しました。1ユニット6室のグループホームで、北九州で最も少人数の入居施設が誕生しました。初め

の入居者様はもちろん両親です。残りの部屋は4室となりましたが、勤めていた病院の認知症患者や友人の親、また近所の知り合いからの紹介もあり、施設開設時にはすでに満床になっていました。

**Q** 初めてのグループホームの運営は、大変だったのではないのでしょうか？

**A** 入居者6人の生活支援だったため、比較的自由な施設運営ができました。施設の目の前が公園でしたので、気軽に入居者の方々と散歩ができましたし、その公園で行われているグラウンドゴルフにも、町内の皆さんが送迎に協力してくれたおかげで参加することができました。また、グラウンドゴルフの遠征試合が行われた時にも、一

緒に連れて行っていただきました。こうしたことから、入居者の皆さんが地域に出ていくことが多く、施設内でじっと座って過ごすようなことはありませんでした。

入居者様に夜中ぐっすり眠ってもらうためには、昼間の過ごし方が重要です。ですので、天気の良い日は必ず屋外で活動(散歩)していただきます。陽の光を浴びることで体内のリズムが整います。その結果、入居者様の昼夜逆転や妄想などを防ぐことができます。たとえ雨の日であったとしても、傘をさして散歩に出掛けますし、家事活動を積極的に行います。夜間はトランプゲームやカルタを行い、なるべく21時まではみんなで過ごすように心掛けました。

当社のグループホームで目指したのは、施設ではなく「家庭」です。入居者様にとって「自分の家」だと思ってもらえるよう、利用者様の目線で運営方針を決めていきました。毎朝の起床時間は入居者様によってさまざまです。朝5時に目覚める方もいれば、8時過ぎまで眠られる方もいます。朝食を全員そろって食べることはせずに、早く目覚めた方から順番に朝食を摂っていただけましたので、空腹のままほかの入居者様が起きるのを待つようなことはありません。おなかが空くと誰でもイライラしますからね(笑)。

昼食と夕食については皆で一緒に食べるようにしていましたが、なるべく入居者様一人ひとりに合ったペースで一日を過ごしてもらいました。また、食事のメニューも入居者様からのリクエストに応え、皆と一緒にギョウザを作ることもありましたし、カップラーメンを作ったりアンパンやクリームパンでランチをしたりすることもありました。

なぜなら、住み慣れた自宅と変わらない生活を実現したかったからです。皆さん自宅で3食ご飯とおかずをきちんと食べていますか？ 時には、インスタントラーメンも食べたくりますよね。

そのほか、入居者様の家族もよく施設を訪ねてくれましたし、そのまま一緒に夕食を摂ることもありました。このような自由な暮らしは、利用定員が6人だったから実現できたのかもしれませんが。ただ、小さな施設ながらもいろいろな方にかかわっていただき、毎日が本当に賑やかで笑い声が絶えませんでした。

**Q** グループホーム開設後、どのように事業展開されたのですか？

**A** グループホームが満床になってからも、地域の方から入居の相談があったのですが、ホームは6室しかないので、空き部屋が出るまで待ってもらうしかありませんでした。ただ、認知症の方の入居相談の場合、皆さん切羽詰まった状況ですので、「待機」することもできません。

こうしたことから、次の施設の開設に向けた準備を始めました。当時、同じ校区内に2つのグループホームは開設できない要件があり、宅老所を開設することになりました。1階が認知症対応型デイサービスとケアプラン事業所で、2階を入居スペースとして確保しました。この施設もすぐに満床となりましたが、介護保険制度や時代の変化もあって、その後、当社の2号店となるグループホームへと移行しました。

それから認知症対応型デイサービス、認知症対応型の住宅型有料老人ホーム、小規模デイサービス、訪問看護ステーションを開設しました。起業した頃は、ここまで事業を拡大させたいとは考えていませんで

した。ただ、認知症の介護でお困りの方から相談されると、「この方を、介護者を何とかしてあげたい！」と思ってしまうのです。

こうしたことから、利用者様の受け皿を確保するために、自然と事業所が増えていきました。いつも見込み客を確保した状態で新規事業所を開設するので、開設時から安定した経営が可能となります。こうしたことは、狙って行っているわけではありません。あくまで、利用者様を優先して対応してきた結果であると感じています。

**Q** 認知症や重度の利用者に対して特に心掛けていることはどのようなことですか？

**A** 何か特別なことはしていません。ただ普通に利用者目線で考え対応しているだけです。経営理念にある「お客様第一優先」を常に念頭に置いて対応しています。そうするためには、普段から全職員で理念を唱和し、それを実践するように指導しています。さらに、職員一人ひとりが、日々の利用者様との会話から「その人の求めていること」を引き出せる声かけや対応が行えるような教育も実施しています。

例えば、「人生の最期をどう迎えたいのか？」ということはなかなか聞きにくいことですが、利用者の方にとってはそう遠くない話です。高齢の利用者様の中には、人生の最期を「住み慣れた自宅（もしくは老人ホーム）で迎えたい」と考えている方もいれば、「家族に迷惑をかけないように病院で迎えたい」という方もいます。

はじめは、こうした内容を確認することに戸惑うケアマネジャーもいましたが、「何気ない雑談の中から聞き取るようにするといいよ」と指導しています。このような質問は、利用者様が元気な時にしかできませんから。自分の死が間近に迫っている

時には会話もできませんしね。

しかし、利用者様の希望を確認することは、その希望に応じていく心構えが必要です。現在高騰し続ける医療費を削減するために、病院のベッド数が減らされている中、今後は施設や在宅で人生の最期を迎える高齢者が増えていきます。2014年に開設した訪問看護ステーション（24時間365日対応）は、看取りの体制を強化する重要な役割を担っています。

現代社会においては、施設や自宅で最期を迎える高齢者は珍しい存在となっています。ですので、看取りに寄り添った経験がない家族（介護スタッフも含む）は、「急変時はすぐに救急車！」と考えている人も多いのではないのでしょうか。死期が近づいた高齢者は呼吸や脈が乱れたり、熱が急に上がったたりすることもあります。こうした状態は、決して急変などではありません。あくまで、人が死にゆく過程（プロセス）なのです。

そこで当社では、経験が少ない介護スタッフでも慌てずにすむように、訪問看護師が24時間365日かけつけられる体制をとっています。ターミナルケアに入った場合は、看護師が利用者様の状況を毎日確認しますので、介護スタッフも安心して普段どおりの仕事ができます。

また、ターミナル期でのサービス担当者会議では、主治医が中心となって「利用者様の死期が近づいていること」を家族に説明すると同時に、現状の把握や方向性の確認を関係者全員が行います。そうすることで、家族も関係職員も同じ方向を向いてターミナルケアの準備をすることができます。

ただ、ターミナルケアに入る前から、利用者様が「死をどこで迎えるか？」の意向を家族に聞いておくことも大切です。そのためにも、利用者様の意向を普段から確認しておくケアマネジャーの役割は重要です。こうしたことは、家族や利用者様との信頼関係がないと難しいですね。

**Q**野村氏がこれから取り組んでいきたいことなどがあれば教えてください。

**A**これまで介護事業を通して、さまざまな利用者様の生活支援を行ってきました。今後もそのような活動に加えて、介護認定を受けていない高齢者の生活を支える活動にも取り組みたいと考えています。

実際に2年以上前からいろいろな立場の方たちの協力を得ながら、定休日のデイサービスを利用して、「オレンジカフェ（認知症カフェ）」を月1回のペースで開催しています。そのほかにも、地域の「集いの家」で国立長寿医療研究センターが開発した「コグニサイズ（認知症予防を目的とした取り組みの総称）」を毎週行っています。

現在、厚生労働省が推進している「地域包括ケアシステム」で、認知症の高齢者が安心して暮らせるための地域づくりが推進されています。また、それと同時に進めていかなければならないのは、認知症の発症を未然に防ぐための予防活動だと思います。

そこで今の私ができることとして、軽度認知障害（MCI）の人や認知症を発症して

地域の方も参加しているオレンジカフェの様子



ない人たちが一堂に会し、脳と身体を同時に使うトレーニング「コグニサイズ」で認知症予防を行っています。具体的には、計算問題や漢字しりとり、間違い探しなどです。実際、簡単な問題にもかかわらず、参加者は皆、容易には解けません。いつもできないことで大笑いをしますが、逆に自分自身の脳の衰えや身体機能の衰えも自覚します。1人では落ち込みますが、皆同じ立場なので積極的に認知症予防に取り組みます。時には、介護や病気に関する研修や相談会なども行います。

最近、コグニサイズの参加者に認知症を発症している方がおられ、病院受診に同行するとアルツハイマー型認知症と診断されました。ご主人と2人暮らしというので、ご主人に奥さんのことを説明しに行くと、ご主人にも認知症の症状が見られ、受診を勧めた結果ご夫婦とも認知症でした。子どもさんたちに連絡し、かかりつけ医にも相談し、介護保険の申請、サービス担当者会議の開催、そしてご夫婦の生活の方針が決まりました。認知症の早期発見につながった事例ですが、これを契機に今後、このご夫婦をコグニサイズ参加者全員で支援していこうということになり、ボランティアチームが立ち上がりました。

この「コグニサイズ」を行うに当たり、会場の準備と後片づけ、またその場で提供するお茶菓子代100円の集金とお菓子購入は、当番制で参加者自身で行います。参加する方の年齢や性格、また家庭環境などはそれぞれ異なりますが、いつも大声で笑い、和気あいあいとした空間になっています。1人暮らしや高齢夫婦の家庭では会話や笑うことがほとんどないそうで、この集いが「唯一の楽しみになっている」と言われる

「コグニサイズ」で脳の活性化！



方もいます。また、毎月、その月に生まれた方の誕生会も行い、ケーキを用意し、プレゼントの花束を差し上げます。誕生日を祝ってもらえない方も多く、とても喜んでくださいます。この誕生会の費用とコグニサイズに必要な物品の費用は当社が負担しています。

このような場づくりを、ほかの地域にも広げていくことが次の目標です。その目標が実現できれば、最期まで自宅で暮らせる人が増えていくのではないかと考えます。また、不要な医療費が削減でき、社会に貢献していけるのではないかと考えています。

## ● 利用者のニーズに 愚直な姿勢で応えることが 「手厚いケア」となる

今後ますます増え続ける認知症高齢者の重度化などに備え、各事業所では「介護スタッフの増員」「看取り体制の強化」「認知症ケアの充実」などが求められるようになります。しかし、このままの状況で高齢者が増え続ければ、介護保険のサービスが受けられる対象者はどんどん狭まっていくはずです。

そうした状況を防ぐためには、社会全体で介護サービスを必要としない元気な高齢者を増やしていく必要があります。そうす

ることで、介護保険制度を適切に維持して  
くことができます。しかし、介護認定がお  
りていない方の予防サービスについては、  
ほとんどがボランティア活動となるため、  
介護事業所として積極的に行えないのが現  
状です。

こうした中で、自分の時間を削りながら  
地域の課題解決に取り組まれているのが、  
今回取材にご協力いただいた野村氏なの  
ではないでしょうか。野村氏のような取り組  
みは、一見すると会社にとって不利益な活  
動とも思われます。しかし、会社の利益に  
なることを優先しない野村氏の姿勢が、逆

に地域からの信頼へとつながっているの  
ではないでしょうか。

介護サービスの提供についても、利用者  
一人ひとりの性格はさまざまですし、心身  
の状況も同じではありません。そうなる  
と、利用者が求めるケアもそれぞれ異なり  
ます。こうしたことから、まずは利用者が  
求めている生活を実現するために「どのよ  
うな支援が必要か？」と聞き取ることが大  
切だと感じました。そうすることで、結果  
的に「認知症や重度の利用者のケアを手厚  
くすること」に自然とつながっていくのだ  
と思います。

介護職教育・協力態勢づくりを具体的に

## 看護師が少ない介護施設で 安全に進める医療的ケア

利用者入院時の連携と通院時の情報共有の実例

黒田美穂氏 社会福祉法人寿光会  
特別養護老人ホーム天恵荘 看護部長

東京 17年 5/21 (日)  
中央大学駿河台記念館

大阪 17年 7/16 (日)  
田村駒ビル

福岡 17年 7/30 (日)  
日総研 研修室 (第7岡部ビル)

参加料 本誌購読者 15,500円  
税込 一般 18,500円

[時間] 10:00~16:00

プログラム

### 1. 地域包括ケアと医療・介護連携、施設看護師の役割

### 2. 医療依存度の高い利用者へのケアと介護職への指導

- 1) 「医行為」「特定行為」「生活ケア」の区別
- 2) 介護職は具体的に何をどこまでやってよいのか
- 3) 介護職への研修の仕組みをどう組み立てるか
- 4) 看護職による介護職への教育・指導の方法と注意点 ほか

### 3. 施設内での看護職・介護職のチームケア

- 1) 看護職と介護職間で何が問題になるのか
- 2) 食事・排泄・入浴・移動移乗等における協力態勢
- 3) 通院介助における役割分担と報・連・相
- 4) 天恵荘での看護職・介護職協力態勢づくりの実例 ほか



### 4. 利用者が入院した場合の入院先病院との連携

- 1) 利用者が入院した際の施設看護職の役割
- 2) 病棟看護師との看護連携をどう進めるか 3) 連携室との関係づくり

### 5. 受入可能条件の適切な決定プロセスとは

日総研 14233

検索

満員に導き、高収益への手順を!

## 2018年度同時改定に向けた 通所リハの収益アップと 高品質リハビリ施設への リニューアル方法

三好貴之氏

株式会社メディックプランニング 代表取締役  
経営コンサルタント/作業療法士



福岡 17年 6/18 (日)  
日総研 研修室 (第7岡部ビル)

名古屋 17年 9/16 (土)  
日総研ビル

大阪 17年 11/25 (土)  
田村駒ビル

参加料 本誌購読者 16,000円  
税込 一般 19,000円

[時間] 10:00~16:00

プログラム

### 1. 2018年度同時改定に向けて高品質・高収益を 目指し、通所リハが行うリニューアル項目とは

- 2015年度介護報酬改定・2016年度診療報酬改定の影響、  
収益増減の通所リハの決定的な違いとは
- 地域包括ケアにおける通所リハの立ち位置とこれからの役割
- 通所リハ・通所介護の再編統合の可能性!  
今、通所リハが行うこととは ほか

### 2. 通所リハを“高品質リハビリ施設”へ リニューアルするための業務改善方法

- 利用者を動機づけ、目標設定を確実に実施するアセスメントの視点
- 居宅訪問における評価のポイントはADL+「暮らしぶり」の評価 ほか

日総研 14389

検索