

より良いケアをしたいという想いをこめて...

ウェル ケア
WellCare

2003年7月20日 No.20
発行 ■自治労大阪公共サービスユニオン
大阪市北区天神橋3-9-27 PLP会館1階
TEL 06 (6242) 2233
FAX 06 (6242) 2230

ホームページ ● <http://kaigo.jichiro-osaka.gr.jp/> メールアドレス ● kaigo@ns.jichiro-osaka.gr.jp

ケアワーカーセミナー 13
「健康に働ける介護職場とは」

8月2日(土)午後2時から、ケアワーカーセミナー13「健康に働ける介護職場とは」を開催します。介護職場で働いているみなさんが健康に働けるということは、利用者のみなさんへのサービス向上につながるのだと思います。腰痛のときに移動介助でヒヤットしたことはありませんか？ みなさんが健康でいるということは無用な事故をなくしていくことです。腰痛・感染症を防ぐためにはどのような環境であることが望ましいのか、1人でできる予防法もあれば1人の力では難しいこともあるはず。講師に、西野方庸さんをお招きして、腰痛・感染症などを防ぐ環境を作っていくためのヒントや、スライドで具体的な事例をあげて、わかりやすく解説していただきます。

参加をお待ちしています。

と き：8月2日(土)
14:00～16:30(13:30開場)
と ころ：たかつガーデン (コスモス)
大阪市天王寺区東高津町7-11
(近鉄上本町、地下鉄 谷町九丁目)
内 容：「健康に働ける介護職場とは」
講 師：西野 方庸さん(連合近畿労働安全センター参与)
定 員：先着80人
参加費：自治労組合員は参加費無料です。
組合員以外の方は資料代として500円を受付で徴収します。
申込先：06-6242-2233
120-768-068(府内のみ)

介護サポートダイヤル

フリーダイヤル

0120-768-068

仕事や職場の悩み、労働条件に関する相談やケアワーカーセミナーのご案内をさせていただきます。

フリーダイヤル受付
月曜から金曜★9時半～17時
(祝日を除く)

ホームページ

「介護ワーカーズネットワーク」

介護に関する最新情報、ケアワーカーセミナーのお知らせ、介護労働Q&Aなどの情報を提供。BBSは情報交換や質問コーナーとしてご利用いただいています。

<http://kaigo.jichiro-osaka.gr.jp/>

メールマガジン「Well Care」

毎月1回、メールマガジンでも最新情報を提供しています。詳しくはホームページをご覧ください。以下のメールにお問い合わせください。

<メールアドレス>

kaigo@ns.jichiro-osaka.gr.jp



*03年3月1日に開催しました【介護現場とリスクマネジメント】の講演から抜粋。(文責：自治労大阪公共サービスユニオン)

★ 安価で基本的なサービスを保障

私たちを取り巻く環境、施設ケアだけではなく介護保険制度っていうのが大きく動いています。いろんな問題が浮上してきました。

在宅サービスよりも施設サービスが、本当に安価で一定水準のサービスが提供されます。生活相談員として保険の請求や小口の管理もやっているのですが、入所の場合利用者の平均負担額は、食事も含めて3万8千円くらいです。私どもの施設の要介護度平均3.64(4月1日現在)。施設は24時間介護が提供されて、在宅と違い基本的なサービス提供されます。

- ・ 3度の食事が提供される
- ・ 入浴も確保できるということ
- ・ 医療、非常勤ですけど医師がいる、看護師もそばにいるというような環境

それでいて4万円を切るような負担額で提供されるということで、入所の申し込みが非常に多くて、100名の入所の申込み者がいます。3月31日現在)

★ 介護報酬の引き下げ

介護報酬は引き下げられ、利用者が支払う保険料は、負担が高くなるのに、4月か皆さんの



講師 村田麻起子さん

〔特別養護老人ホーム フィオーレ南海〕
生活指導員

中には、4.2%下がったからといってあんまり関係のない問題だな、と思っておられる方もいると思いますが、施設で働く職員にとっては大きな問題になってきます。

収入が減るっていうことは何かを削るのです。それは人件費なのです。

人件費を減らすのは非常に厳しいですね。リスクマネジメントという視点からも施設サービスに時間と場所に人がいるっていうのは大事なことです。それが人件費を減らされるということで大きな問題になってくる。現場にとって

パートタイマーQ&A

Q. パートタイマーも雇用保険に加入できますか？

A. 条件をみたせば加入できます。

パートタイマーの場合は、次の2つの要件を満た

せば、雇用保険の被保険者となります。

1週間の所定労働時間が20時間以上

1年以上引き続き雇用されることが見込まれる

雇用保険

失業した時や、雇用の継続が困難となる事由が生

は苦しい問題です。

介護報酬が下がるのは1・2・3で、4・5って重い方々はあまり下がらない。施設は4・5の利用者に入所してもらおうほうが収入が上がる。また、平成15年の4月から始まる優先入所の制度でも、4、5の利用者に高い点数ができるようになっています。

ところが4・5の方というのは、110分以上の介護量が提供されないといけないということになっているのに実際は、私たちが介護する中ではおむつ交換、入浴介助の時や食事介助の時など、四肢拘縮して訴えができなく介護量というのは少なくなる傾向がある。4・5の利用者には、医療系のことが必要になる。例えば胃ろうや吸引が必要であったり、そういう医療とか看護が必要な方々が4・5の利用者に非常に多い。

そういう方々が多いと、夜勤の時間が介護職に負担になります。特養での看護は夜勤に入っただけなので、非常に厳しいです。その中で短期入所とか、人たちにケアしながら、事故は起こしてはいけません。でも人件費は削減されるかもわからない。単に報酬が下げられることによって。

★ 施設は転換を迫られている

・身体拘束を廃止

1999年：身体拘束の禁止規定が当時の厚生労働省令、厚生省令でされました。

2000年：介護保険が施行されて、身体拘束と事故の問題が浮上してまいりました。

2001年3月：厚生労働省から出された『身体拘束ゼロへの手引き』が配られています。具体的に拘束をしてはいけない11項目が明文化されました。

介護が保険サービスになったことで、身体拘束や権利擁護、事故対応、苦情解決など措置時代に曖昧にして来た問題が顕在化して一つ一つ解決していかなければならない大きな問題となっています。

けれど、この身体拘束の問題は、介護保険以前の問題で、人権に関わること、根本的なことです。いかなる人も、社会で普通に生きていく権利が認められているのであるから、施設の生活においても、その人権は護られるべきです。身体を拘束することは、人権侵害なのです。

★ 介護老人保健施設が特養化している？

近頃、介護老人保健施設（老健）のアイデンティティについて考えます。介護老人保健施設は特養化していると言われていています。それは、生活の場になってきているのではなくて、在籍期間が長くなってきて3ヵ月とか半年で在宅に帰すといわれますが、なかなか帰ってない現状がある。

在籍1年以上という方も稀におられる。その次にどこに行かれるか？ やはり特養の入所を待っておられます。特養の入所待ちの施設になってしまっている。リハビリをしてもなかなか在宅には帰れない状況。老健の独自のアイデンティティというのが今日消えつつあるのではないのでしょうか。これは非難ではなくてそういう

じた時、または、自ら職業に関する教育訓練を受けた場合に必要な給付を受けられる制度です。生活と雇用の安定を図り、求職活動を容易にするなど、就職を促進し、職業の安定、失業の予防、その他福祉の増進等を図ることを目的としています。離職後は、できるだけ早めに居住地管轄のハローワークへ離職票等を提出してください。

保険料の負担

保険料は、賃金総額の1000分の6または7を労働者が負担します。事業主負担は1000分の9.5または10.5または11.5です。
(保険料の負担は業種によって異なります。)



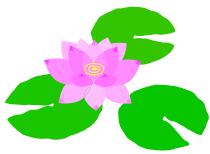
社会的な状況もあることは事実ではないかなと思います。むしろ、療養型が本来の老健機能のある部分を担いつつある。

最初に施設のタイプやコンセプトがあるのではなく、施設の色、サービスの内容は、そこで暮らす人たちが作っていくもので、地域にある施設のサービスは、その地域の人たちと一緒に創っていくものであるかもしれません。

★ 変化する施設

私たちが毎日お年寄りと関わっている中、現場の流れと社会の大きな流れ、この二つがあると言われていています。今までは、施設が在宅かということだったのですが、クローズアップされてきたのが特定有料老人ホームやケアハウス、グループホームなど、中間の第三類型といわれている施設です。

ケアハウスというのはもうご存知のようにPFI方式といって、株式会社が参入できるようになってきました。特養も何れ株式会社参入できるようになるでしょう。それは公設民営とかでなく、建物を作る段階から関わっていくPFI方式も含めて、株式会社の特養というのが出てくるでしょう。



★ 短期入所 (ショートステイ) はリスクが高い

私は現場で生活相談員と短期入所を兼務しておりますが、短期入所の事業は、介護保険に入っている、施設ケアの付属品のような存在ではなくなっています。単独で、きちりと捉えられない事業になりました。短期入所というのは契約を取り、面接に行く。自分ところの居宅介護支援事業所だけでなく、よその居宅介護からも紹介がある。受けるのはいいのですが、自宅で非常に個別な生活をしている利用者、事故のリスクの高い方々なのです。

うちの特養は、短期入所18ベッドがあるのですが、18名満床にしたら大変。すごいことになります。日勤者7名で52名の入所プラス

18名受けたら的確な介護は提供されない。今は稼働率30%から40%です。安全にサービス提供するのであれば、特養のケアスタッフの介護力だったら、妥当な線ではないかと思うのです。利用者の方にも負担を掛けたくないのも、1泊2日のお試しショートステイから始めていただくことを契約の際にお勧めしています。サービスの満足度っていうのはどこにあるのか、家族の満足も大切ですが、利用者の方の満足度が一番大事だと思っていますので、初めから負担を掛けると嫌がられて長続きされないのです。長く、安心して利用してもらう為に1泊2日から始めてもらうことを投げかけています。

★ 介護保険とともに組織も見直しが必要

措置の時代の組織体系って、施設長、園長がいて、副施設長がいて、生活相談員、事務長がいた。その時代から全てが介護保険になって変わっているわけです。しかし事務所の中を覗くと、組織って変わっていないんですね。周囲の状況が変化しているので、組織がそのままでは、どこかに無理がかかっていると思われれます。

例えば、生活相談員の事務量っていうのは莫大に増えているわけでしょう。仕事の内容が違ってきているのです。なのに組織図は変わっていない。役職と職務内容の整理、見直し、必要なのでは。

15年度からは介護施設には専任の介護支援専門員を置かないといけなくなりました。これは、とても良いことであると思いますね。介護主任や生活相談員が兼務でサービス計画を立てていたのですが、やはり専任がリーダーシップとして作成するべきです。定期的なカンファレンスをして、申し送って、見直しをして、家族の方も含めサービス担当者会議、モニタリングと、形だけ整えることはできても、定期、随時に、きちんと行おうとすれば、やはり専任です。計画を立てなくても、その日からサービスと提供できる現場がある中で、それだけ、入所者一人一人の個別ケア、現場に伝えていく

のか？ 介護支援専門員が作成したサービス内容を、どのように現場に落とししていくのか？ 今後の課題でしょうね。

★ システム確立の必要性

例えば事故なんか起こったりしますよね。

ご家族様にご連絡する。ご家族様から聞いてこられて、事務所が電話を取りますよね。「わかりません」と言ったりする、どのような事故が起こってどのように報告をしたってということが事務所にうまく引き継げてない。だからご家族が不快な思いをしたりするようなことが起きると思います。

現場で起こったことが事務所にまで伝わり、ご家族が後で電話を掛けてこられても迅速に対応、「ああ、先程は申し訳ございませんでした」の話からはじまって、そういう情報伝達のシステムも大事ではないかと思い、リスクマネジメントっていうのを考えだしました。満足度っていうのを要求され、いいサービスを提供しないといけない。いえ、むしろ現場は言われなくても良いサービスを提供していきたい介護職が一杯います。利用者の苦情などもきちんと解決

していかないといけない。

それを考えると兼務っていうのでなく、電話による調整であるとか、そういうことにもものすごく時間がかかってきます。私はやっぱり専任を増やす方がいいサービスを提供できるように思います。

事務的なことを、非常勤に担ってもらうとか、生活相談員だったら生活相談に関わる部分だけを持つようにするとかね。介護保険に伴う事務量も膨大です。10日にレセプト請求もいないといけない。件数が少ないのに過誤請求が多くて困っております。そんな調整の時間もたくさん要るようになってまいりました。

★ 工夫して研修を

介護は人が人に提供するサービスなのですね。私たちはモノを売っているのではなくて、サービスを提供しているのです。その中で一番大事なのは、その提供する人を育てることなのです。

研修をコーディネートする人がいるといったら、「そうしたら誰がするんだ」ということになる。うちも研修が大変でして、研修するための講師をなかなか招けないのです。けれども、施設の中に専門職がたくさんおられます。介護支援専門員や、看護師さん、非常勤で来てる医師がいるわけで、そういう人たちにお願をしています。なるべく、時間内研修を心がけています。無理のない調整をして年間研修計画に基づいて行っています。特養は、夜勤日勤のシフトがあるので難しいところもありますが。

★ 利用者との関わり方で抑制をなくせる

介護現場のリスクっていうのは非常にたくさんあり、皆さん方日々事故とかで悩んでらっしゃると思います。うちの施設も、立ち上げて4年目に入っておりまして、立ち上げた時は、今で言う安全ベルト、抑制帯を15、6名の方にしておりました。記念として残しています。その抑制帯っていうのは胸まであって、大きな胸当てみたいになって、ひもで縛るようなものです。でもそれは外していこうということでひとつずつ外して取り組んだ。そこへ「抑制をしないケア大阪宣言」をしてしまったのです。やらねばならぬという状況になって、大変現場は悩んだ。その中で個別に関わることを十分提供できないままに外してしまったので、事故が連続して起きた時期っていうのが3年ほど前にはやはりありました。1年ほど経って振り返ってみたら抑制帯は外せていたのだけれども、一生懸命に利用者のそばで関わったら、慌てなくても外れたのではないかな。提供者側の意識で、「身体拘束を外してますよ」や、「リスクマネジメントやってますよ」というんじゃないで、や



はりそこにいるお年寄りの意識に立って徐々に外す。外れることは結果であって、大事なはその利用者にどれだけ近くで関わったかということが大事だと、今の反省の中にあります。リスクマネジメントという言葉は綺麗ですけど大切なのは今の施設の状況というのを、あるいは在宅の方の場合、今自分たちが関わっている現状というのをしっかり見据えるということがまずスタートではないかと思います。

★ 痴呆症の人のケア

今痴呆性のケアと言われてはいますが、身体的な機能の低下とか様々な経過があるんです。お年寄りがどういうイメージの中で暮らしておられるのか知ることが大切なのです。特養のお年寄りはずの施設で平均87歳、その内8、9割方が痴呆症といわれる方々です。痴呆症というのは時間の軸や、季節の軸とかが変わってきて、時間や場所に制約されない、自分だけの世界の広がりがあるのではないのでしょうか。だれしも自分のワールドって持っているのですね。そこへ身体はどんどん動きにくくなって



くるんですね。下着を着るのもものすごく時間がかかり、ご飯を食べるのも時間がかかる。例えば「今日はお風呂でしたけど中止になりました」というと頭の切り替えができないんですね。「今日お風呂と思って朝から頑張って洗面器用意してきたのに」とガクーンとなっています。それだけで気持ちを切り替えるのに時間がかかってしまう。移乗の時でも「なかなか車椅子に乗ってくれない」と思うけれども、それだけやっぱり時間がかかるんですね。身体機能っていうのが落ちてくる。

色が違うだけで階段のように見えてしまう「視空間の障害」というのがあります。床はグリーンですけど廊下に出たら色が違います。段差はないのだけれども、そういう色の違う床のところでお年寄りがまたぐような行為をされ

るの見たことがないですか？ 白内障の方も多い。全体がぼやけて写る。それに老化っていうのは恐ろしいもので視野が狭くなってくるんですね。アイカメラなんか着けるとポイントが真ん中のほうに集中している。だから「さん」って横から手を出されたら、「はっ」とされるような行動を取られるようなことがあると思います。見える世界が違ってきて、色の違う床だけで階段と思える、エレベーターに乗るときに階段をまたぐような行為が生まれる。つまりすごくイメージが違うのです。単に身体の機能が落ちたり、手が動かない、麻痺がある以外に、そういうイメージの中で暮らしているお年寄りだということを知ることがリスクマネジメントの第一歩だと思います。痴呆症の高齢者の行動を知らないと非常に危険なことを私たちがやっちゃいます。

★ 大事なことは職員同士のコミュニケーション

私どもの施設で業務改善検討会を開いています。介護職が28名いて全員が出席できないのに、レジュメを作り項目を決めてやっていたのです。でも、そういうやり方を止めたのです。例えば主任者が議案の項目作っても、現場の職員の悩み、課題とは、違ったりするんですね。もっと基本的なお年寄りと関わることで悩んでいたりするのです。それを出してもらおうということで、レジュメを作る。現場の介護職に、業務改善検討会までにまずは問題点を出してもらい、それを主任者が集めてレジュメに落とすようにしました。たくさんの議案を列挙すると、会議をやったような満足感があるけれども、そうではなくて実際できるかということが大事なんです。今は項目もすごく減ってきて、「口腔ケアを2階のさんの場合は何時にやる」と、誰が関わるか具体的なことになりました。そして介護職がやるのか看護職の日勤がやるのかとかというような感じで、具体性のある場になりつ



つあります。

最初は「こうやってほしい」「これを買ってほしい」という要望ばかりでしたが、それを過ぎるとすごく具体的なことを言ってくれたりするのです。そういう意見を出し合えるような会議に変えていっております。悩む人ほど真面目にやって燃え尽きていくみたいなのところがあって、ほんとに育たないといけない人が育ちにくいのではないかなと思ってしまいます。お年寄りとのコミュニケーションも非常に大事なのですが、関わりあう職員同士のコミュニケーションもものすごく大事だと思っております。そういう時間を取るようにはしています。

職員がどういうことを悩んでいるか、なかなか聞き取れなかったりする。ある日休憩を取ると、いろんな事を喋っているんですね。「だれそれさんのポータブルは…」みたいな話をしたりするんですね。だから、休憩を取ってということも大切だと思っております。職員がいろんな事を考え現場で実践してくれていることをありがたく思っております。

★ 事故は人が起こすのではなく要因

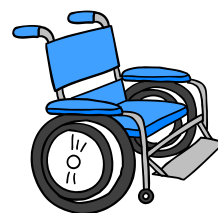
必ず「今これがおかしい。違うか」って話し合ったら、何かの問題が出てきます。そしたらどうしたらいいか、解決策を打ち出すことだけでも事故は減ってきますね。ちょっと立ち止まって考えるだけで随分変わると思います。新しいことをするのでなく「あの人があの部屋でこけたのはポータブルとベッドの位置が悪かったん違うのかな」などミーティングで話し合って検討しあう。それだけで事故は減ってくると思うのですね。

事故報告書で「SHELL 分析」で分析していました。いろんな要因が重なって事故って起こりますよね。「この介護職やったから事故多かった」とか「誰々さんやから事故起こしたんやわ」みたいなことを言われたりするのですが、ほんととは違うのですね。夜勤帯で独り夜勤をしていて、どこかの(居室)で誰かが呼ばれたので行

っていた。他の部屋で誰かが転倒していた。ものすごく動線の長い施設の環境の中で、フロア夜勤一人の場合、どうしても行けない状況っていうのもあるのですね。

例えば「ちょっと危ないから座ってくださいよ」っていても立ち上がられる痴呆性の方もいらっしゃる。自分の危機管理ができない方、それもやっぱりありますよね。私たちも年いっただらそうかもしれない。利用者の危険回避能力の低下も事故の要因としてあると思います。

ハードの問題では車椅子のブレーキをかけていたけれども、エアーが抜けていたため「ズルっ」と動いて転倒された。車椅子のエアーが抜けていたらブレーキが、かかりにくくなりますよね。車椅子のブレーキをかけてい



ただのだけれど、本人が外して車椅子が動いたとか。そういういろんな状況が重なって一つの事故ってというのは起こるのであって、人の問題だけでは済まされないんですね。人の問題にすると、いつまで経っても「あの人が事故起こす」ということで片づけて原因が掴めない。だから、SHELL という様式を使って事故を分析しておりました。

★ 事故報告書はケアプランと連動を

私たち介護職ってその人の要介護度を意外と知らないのですね。在宅は絶対ないですね。在宅サービスってというのはその人の要介護度を知らんとサービス提供できない。施設は要介護度1でも2でも3でも4でも、とりあえずはサービスが提供されるから逆に意識されない。

事故報告書にも要介護度を書くように変えてきました。ひとつの表にして要介護度を書式にしながら見るようになりました。だから、案外この人は元気だと思っても「要介護5だったんだな、なんでだろうな」と考えるのですね。痴呆性であって認知能力が低いことが要介護度に反映されえているとか、いろんなことがわか

ってくるってということで、書いてもらってよかったなと思っています。略図にしる、ほんとに簡単な状況図ですけど、後で見ても再現性がありますね。それを見ると思い出してきますね。だから、状況を描くっていうのは、非常に大事です。

最後に具体的にケアプランとの連動が大切です。ケアプランって何か？ 何時何分にトイレ誘導みたいな、自分たちの介護の手順ばかり書いていませんか？ ケアプランっていうのは、本当はその利用者の生活プラン、要望、「こういうことをやってほしい、このように生きたい」ことで、生き甲斐につながるものです。それをやればどういう問題があるのか？ その問題を解決する、その問題を取り除いてつなぐためにどのようなサービスを提供するかっていうのが「ケアプラン」だと思うんです。誰某が、介護職が、看護師が何をやるって感じになります。安全に過ごして頂くためにはどういふことを提



供させて頂くか、ケアプランに必ずこれを書くようにしております。事故報告書も含めて記録のあり方っていうのを考え直しています。短期入所も記録のシートを全部変えました。食事、ケアプランを横に書いて、1週間分1枚に書けるようにチェック式にしました。入浴されたらチェック。この人はこういうプランがあって、それは対応できたかチェックとか。特記だけ下に小さく書くようにしました。でないと後で見ないでしょ。ところが、短期入所の記録を家族は見ます。「ご飯食べさせてもらったやろか」、「お風呂はちゃんと入れてもらったやろか」ってね。読みやすい、わかりやすいチェック式にできるところは、今後も見直していきたいと思っています。

重なる記録もたくさんありますよね。入浴チェック表、食事摂取表とか。食事摂取表に摂取量書いてあるのに、また介護日誌に何割何割と書いても無駄でしょ。もっと整理して、ほんとに大事なことを書く時間や、関われる時間を増

やして、どんどん書式っていうのは変えていかれたらいいと思います。介護日誌とか看護日誌、在籍者数とかそれから(その他)の日誌、夜勤や日勤の日誌も面会者など、ひとつにまとめていったらすごく楽し、実際ほんとに書かないといけないうことだけ書くようにすればいいと思います。

(次号へつづく)



改正労基法が成立 解雇ルール、初の法制化

従業員を解雇する時の基準などを盛り込んだ改正労基法がこの6月27日に成立した。改正審議の焦点は「解雇ルール」であった。

厚生労働省は「使用者は労働者を解雇できる」と解雇権を明記した法案を提出したが、最終的には「解雇は、客観的に合理的な理由を欠き、社会通念上相当であると認められない場合は、その権利を乱用したもとして無効とする」と修正された。また労働者がどういう場合に解雇されるか分かるよう就業規則への「解雇の事由」の明記も定めた。

労基法改正のもう1つの柱である有期雇用については、契約が可能な上限期間が1年から3年に延長された。これによって不安定雇用が増える可能性がある。

ひとりごと…

今年の阪神は強いですね。ファンの心理と
いうのも勝手なもので「強いから見ていてもつまらない」という会話が聞こえてきます。

でもなぜか私が観戦すると逆転されるので
す…。(I)