

ふれあい情報

2023年2月27日 (月) 第360号

■発行 日本退職者連合
 ■発行人 野田 那 智子
 ■連絡先 〒101-0062
 東京都千代田区神田駿河台 3-2-11

<TEL> 03-5295-0507 <FAX> 03-5295-0541 <e-mail> ntr@sv.rengo-net.or.jp

今号では、2月15日 (水) の全国事務局長会議の際行われた介護保険学習会の様子をお伝えします。



介護保険制度・現場では

・・ケアマネージャーの立場から・・

社会福祉法人台東区社会福祉事業団 千葉明子さん

社会福祉士・介護支援専門員 (ケアマネージャー)
 台東区社会福祉事業団総務課人材育成主査
 東京都介護支援専門員研修向上委員会委員
 前東京都介護支援専門員研究協議会理事長

人は衰える。しかし可逆性がある
 ・・要介護状態になる前に考えること

ご紹介いただきました千葉と申します。台東区福祉事業団で今は人材発掘とか育成のセクションにおります。現役のケアマネージャー (以下、ケアマネと略) ではありませんが、ケアプランのチェックとか、ケアマネの法定研修の講師などをやっていますので、現役ともつかず離れずの関係にあります。今日はそんなところから、私が知っている限りのことをお伝えしたいと思います。

老化のタイムテーブル

人間の体は成長もしますが、ある所から衰え始めます。大脳は20歳くらいから老化が始まります。人間の大脳皮質の脳細胞は140億個くらいありますが、毎日10万個ずつ減ります。ちよつと恐いですが。

皮膚は25歳くらい、筋肉は30歳くらいから。運動会でパパたちが気持ちには前に、足は後ろに、みたいなことを

見てこられたのではないかと思います。

目と歯は40歳くらいで老化が始まり、前立腺は50歳。聴力とか腸は、55歳くらいからで、若い人と焼肉を食べに行つても、同じ量は食べられないとか。

味覚と嗅覚は60歳からで、デイサービスに來られるお年寄りには、砂糖をスティック3本くらい入れないと、全然甘くないわ、とおっしゃるわけですよ。そして、膀胱と声は65歳くらいから。トイレが心配とか、黒柳徹子さんの声がちよつと前とは違うなあ、歌手の方が声が出ないなあとか、それが65歳です。

そして、おめでどうございませう。肝臓だけは70歳まで持てます。もちろん痛めつけてない肝臓ですが。

要介護状態になる(やま) (ある程度は) 予防できる

さて、その先ですが、加齢が進むほど個人差が大きくなる

なります。そして、人間は急に要介護状態になるのではなく徐々に落ちてくる。「フレイル」というのは、もともとフレイルティール虚弱という意味です。前虚弱状態のプレ・フレイルがあり、本格的なフレイルが来て、その後要支援や要介護になります。

図にある矢印は、可逆性を示します。何かをすればフレイルからプレ・フレイルの方に戻ることがある。だから、要介護状態もある程度は予防ができるという考え方で、フレイルの段階で様々なサロンとかリハビリスタツフが関われば、もう少しその状態を保つとか、前の状態に戻れたりする。それがよく言われる介護予防とか早期予防重視型です。

そして更にその前段階が、生活習慣病の予防です。「動かない」とかタバコなども生活習慣病の原因になります。

最後の要介護状態のところは介護保険でしつかりやるので、その前段階のところはどうぞ皆さん自分でよろしくお願いしますね、というのが国の考え方です。

介護保険法の成立とその変遷

制度の基本は自立支援

1997年に介護保険法が成立し、2000年から制度がスタートしました。介護を社会全体で支えようという制度です。基本的な考え方はまず「自立支援」。自分でできることは自分でやりますよということ。それから、「利用者本位」。これは措置制度だったのが契約制度に変わり、内容を自分で選択できるということになりました。それから「社会保険方式」。

皆さん「高いよな」と思っているらしいやもありませんが、介護保険の財源は、保険料だけでなく、実際には公費が半分入っています。発足して20年たち、拠出割合はほぼ同じですが財政の規模は3.7倍に膨れ上がりました。保険料もそれに伴って上がっています。

予防重視への転換

介護保険制度は走りながら考える制度と言われています。

06年に、このままでは財源が持たないというので「予防重視型システム」に移行する大転換が起こりました。

12年からは地域の力をもっと引き上げようということとで、「地域包括ケアシステム」の推進、構築が謳われています。18年には高所得者層の負担割合が3割になりました。それだけ財政が厳しくなってきたということです。

サービス・施設の多様化

↓ ケアマネを活用しよう

制度開始当初、利用者が選べるサービスは在宅と施設の2択でした。

在宅というのは、自宅を基本とし、そこにホームヘルパーさんや訪問入浴、訪問看護が来てくれたり、デイサービスに行ったりします。

一方、施設を選ぶと、特別養護老人ホームとか老人保健施設とか療養病床を使うことになります。

そして20年経った今ですが、在宅サービスにも通所と

かお泊りできるものもあって、種類が増えています。

施設の方も、特養とか老人保健施設とか、病院系もあります。有料老人ホームは自分のお金で入る所ですが、その一部が介護保険制度を使える施設に転換して、介護保険制度の中に入りました。

「訪問・通所・泊りのサービス」はとても応用の効く制度です。訪問のサービスを受けながらデイサービスにも行って、同じところでお泊りもできる、その方がなじみの関係でいいんじゃない、ということでもできました。

それから、認知症の方は大きな施設だと落ち着かなくなるので、「グループホーム」という小さな共同生活ができる規模でお世話するというサービスもあります。

ニーズに応じて様々なサービスが生まれたことは非常にいいことだと思います。でも、選ぶときは大変ですよね。何を、どこを選ぶかは、ちよつと見ただけでは分からないと思います。そんな時にケアマネを活用していただけならと思います。

介護保険の使い方

使うには申請が必要

健康保険と違い、介護保険は申請をして認定調査というのを受け、そこで介護度というのが出ないと使えないサービスです。

使えるのは、65歳以上と、64歳以下で「特定疾病」にあたる方です。特定疾病というのは末期のガンとかリウマチ、若くして認知症になられた方、脳梗塞系の病気、これらは40歳以上65歳未満で医師の診断があれば使えます。申請は、本人・家族でも、代行でも可能です。区市町村の介護保険課とか地域包括支援センターに申請すると「訪問調査」といって調査員が来て状況を調べます。

医師の意見書が必要だが

大病院は時間がかかる

もうひとつ、見た目にはわからない内臓疾患等の方もおられますので、主治医が意見書を出します。病院に縁のない方には、区役所とか医師会が近隣のお医者さんの紹

介制度などを作っています。

これから使われる方には、ぜひ近隣のかかりつけのお医者さんを見つけておくといいと思います。よくあるのは、大病院だけにかかっているケースで、大病院の先生は意見書が戻ってくるのにすごく時間がかかります。

認定審査会で介護度を判定

訪問調査の結果と主治医の意見書がコンピュータ処理され、その上で介護認定審査会という所で審査をします。調査員はどんな状況かという特記事項も書きますので、これらを踏まえて介護度を判定しています。判定結果は、要支援、それから要介護状態が1から5までです。

申請から認定までは大体30日くらいかかりますが、その間も申請日からサービスは使えます。ただ暫定なので費用の計算とかは少しややこしくなります。

また、判定結果に不服があればやり直しができるといいう仕組みもあります。けっこういらつしやいます。こんなはずじゃない、とか。



ケアプランの作成

判定が出ると、使えるサービスの量が決まり、それに基づいてケアプランが作成されます。ケアプランを作成するのは、介護度により居宅介護支援事業所か地域包括支援センターのケアマネですが、介護度が変わると担当も変わる訳でここは少しややこしいことになっています。

使えるサービスの量は?

介護保険で使えるサービスの総額は要支援1で月当たり5万円、要介護5だと36万2千円です。本人が払うのは1割ですので、5万円使った場合で5千円払うことになり。ところが、今は所得に応じて2割、3割の方もおられます。要介護5だと1割だと3万6千円だったのが10万以上になり、所得の多い人には少し使いにくくなっているのが現状です。

ケアマネの仕事は「ケアマネジメント」

「インターク→アセスメント→ケアプラン作成
↓担当者会議→モニタリング」というサイクル

インタークは出会いです

ケアマネに与えられているのは、ケアマネジメントという道具です。

最初にインタークという出会いがあり、アセスメントという何に困っているのかを分析するプロセスがあり、ケアプランの原案を作って、サービスの調整とか仲介をした上で、サービス担当者会議という会議にかけます。ケアプランが確定してサービスが始まると一カ月ごとにモニタリングを行って何か必要があればもう一回アセスメントに戻るといいうのが一連の作業です。

アセスメントは

分析と相互確認

アセスメントでは、利用者の基本情報や課題分析について国が項目を定めており、これをきちんとお聞きすることになっています。

課題分析では、まず認知や褥瘡、口腔衛生など、具体的

とかをしています。

私がケアマネージャーになった最初のころ、お風呂で「洗ってないな」という方がいて銭湯について行ったことがあります。で、スイッチを押してあげる。次は石鹸を手に取りましょうとか、お湯をかけましょうとか。声掛けだけすればできる方でした。自立支援というのはそういうところで、ヘルパーさんとかデイサービス、施設の職員とかはそんなケアをしています。

上手いけば、良くなるということではないかもしれないませんが前向きになれるというところでケアプランを使っていたら、風に思っています。

人を前向きにする

サービス担当者会議を

ケアプランを作ったらサービス担当者会議をやりま。本人や家族は関係する人が集まって、今後こんな風にやりますよという合意形成をする会議です。

私が初めてやったサービス担当者会議で、娘さんが

「こんなに多くの方に来て

いただきありがとうございます」と言われたことがとても印象に残っています。要するに皆が見守ってくれているということ。力が入ります。やはり様々な専門職の関りがあるということが一人の人をすごく力づけて前向きにしてくれる。それがサービス担当者会議の隠れた効果です。

もし機会がありましたら是非言いたいことを言っていたきたいと思っています。すました顔を全員がしているとなかなか本音の方向性がわかりません。ぜひお願いしたいと思っています。

サポート開始後の

モニタリング

サポートが開始されると、ケアマネはモニタリングを行います。どういう様子かをご自宅やデイサービスに行ったり、訪問入浴の職員から報告を受けたり、お医者さんと連絡を取り合ったりします。それで何かあれば再度アセスメントをするという事になります。

ケアマネに依頼する方法は？ 入所する施設を選ぶには？

ケアマネは変えられる

ケアマネに依頼する方法ですが、各自自治体で出している情報誌とか、区役所にもリストがあります。主治医の先生があつたケアマネさんいよ、みたいなことで繋いでくれることもあります。

ケアマネに対しては、ここはちゃんと聞いてよね、というところを主張していただいで全然大丈夫です。

ケアマネの変更は可能です。相性つてありますよね。ケアマネがいる事業所とか地域包括支援センターとか市区町村の介護保険課にご相談いただいでということ、で全然大丈夫です。

施設を見極めるには

第六感も大事です

施設の見極め方ですが、経営基盤の盤石さはやはり基本です。ケアの方針が充実しているか、ケアプランがきちんと立てられているか、職員の態度とか、医療が必要にな

つた時にどう対応してくれるかも大事なことです。

選ぶ側としては、どんなケアを望むか、どんな風に暮らしたいかということを引きんと持っていることが大事だと思ひます。

経済的な視点だと、特別養護老人ホームが一番安いです。老人保健施設はリハビリのスタッフが整つており、介護医療院だと医療が整つています。おむつとか病院の送迎とかの費用がどうなのか、最初のインテークというところで、ちゃんと料金表とかを見ながら確認することが大事だと思ひます。

最後の「看取り」の体制がしつかりしているか、選ぶ側の視点だと思ひます。まだ態勢が整つていない施設もけつこうありますので、どの位なさつてますか、と聞いてみるのがいいと思ひます。

何はともあれ私が思うのは、見学したときの印象、ここに預けられれば安心かな、

というような第六感とかが大事だということ。それは、本人がその後の人生を暮らす場所だからです。

「セルフケアプラン」

という選択肢

ケアプランは自分で作れます。保険者である区市町村の担当が、お金の計算のお手伝いをします。マイケアプラン・ネットワークというような支援団体もあります。

大事なのは、やはりどういう風な生活がしたいかを自分が明確にすることです。ケアマネだと、「どんな風に考えていますか」というやり取りがあります。セルフプランだと自問自答になる訳です。今、終活とかエンディングノートとか言ひますが、ケアプランはもつともつと手前です。アクティブなプランはご自分だからこそできるのかなと思ひます。

厚労省も、セルフケアプランの可能性はこれから高まると考えているようです。もう少し簡単にケアプランがたてられるツールが出てくる可能性もあります。

介護を担う働き手の減少は深刻

「負のスパイラル」を断ち切ろう

人間、衰えを感じ始めると「負のスパイラル」に入りがちです。運動不足になつて活動量が減つて、それに伴つて取る栄養も減つて、そうするとさらに動けなくなつて、そして病気とかを誘発したりします。これを断ち切つていくということが本当に大事です。フレイル予防というか、自分の虚弱さに早く気づいてそれをケアしていくことが重要なと思ひます。

深刻化する家族の問題

介護現場の人手不足

今ひしひしと感じているのは、家族の変化です。厳しいなあと思ひるのは80代になつてはじめて独居になる方。遠方からの介護とか呼び寄せ。地縁、血縁がないところで生活をされるといふこと。最近、ヤングケアラーが話題ですが、介護者が孫です、という方もけつこう多いです。

介護中の経済的な破綻もあり、虐待もあります。

現場にいると、働き手の減少は非常に深刻です。介護系の専門学校は今破綻して、ほぼ外国人の方のみになつています。私の法人も外国人を雇ひ始めていますが、言葉の問題はあるものとして、もよく働いてくれています。いづれぜひ介護福祉士になつてもらいたいと思ひます。

コンシューマーからのハラスメントも、ヘルパーさんたちは今かなり大変です。使つた側のモラルという教育も必要だと思ひます。

人間の体つて本当に素晴らしいと思ひます。ですから、ぜひ痛めつけないで上手に使つて活力ある生活を維持していただいで思ひます。

そういうお手伝いをさせていただきたいというのが、ケアマネージャーの私からお伝えしたいことです。

ご清聴ありがとうございます。