



第十一回支部総会報告

第十一回総会を5月28日(土)に薩摩川内市国際交流センターで行いました。司会の羽有氏より「当支部の昨年度末3月31日現在における会員数は158名となっております。本日ご出席の会員数は本人出席が、83名委任状による出席が42名合計125名となっております。従いまして本日は会員総数の過半数以上が出席しており規約第16条3項の規程に基づき本総会は有効に成立致しますことをご報告申し上げます。」と報告がありました。銚之原支部長の挨拶の後、議案1号「22年度事業報告」は庶務(山本)が、議案2号「22年度収支決算」は会計(枇杷)が内容説明、宇都監事が会計監査報告を行いました。1号議案と2号議案は承認されました。その後、同様に議案3号「23年度事業計画(案)」、議案4号「平成23年度川薩支部収支予算(案)」も承認されました。最後に支部長から「本年度は、低予算での支部単独研修会の開催を予定しているの、ご期待ください。」との補足説明がありました。



第二部 講演 (PM2時～3時30分)

八木幸夫 先生(鹿兒島県介護支援専門員協議会調査研究・研修委員会委員長)が「介護支援専門員として押さえておきたいポイントと最新情報」～特に医療と介護の連携について～の講演をなさいました。沢山の資料を提示され、最新の情報と介護支援専門員に対して、医師としての視点からの的確なアドバイスがあり、大変有意義な講演だったと皆さん喜んでいらっしゃいました。

新入会員の皆様へ!

支部に入会されますと自動的に県、国の会員となります。

日本介護支援専門員協会のホームページは (<http://www.jcma.or.jp>) です。支部の規約は、川薩支部のホームページ (<http://w3.synapse.ne.jp/sensatsu-cm/index.html>) をご覧ください。

規約はダウンロード出来ます。連絡用メールアドレスはsensatsu-cm@po5.synapse.ne.jpです。

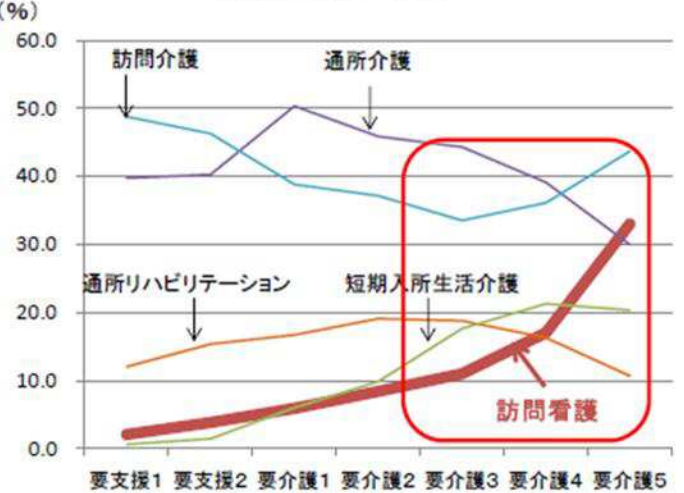
高齢者の状態像とケアマネジメント

- 重度になるほど、複数のサービスを組み合わせる必要性が増大する。また、重度になるほど、医療ニーズが高まってくる。したがって、重度者については、ケアマネジメントが適切に行われることが必要であり、その際、医療ニーズも適切に汲み取っていくことが必要である。
- 一方、軽度者については、利用しているサービスの種類が1、2種類に限られている場合が多い。

ケアプランに組み込まれているサービス種類数別の利用者数(要介護度別)



居宅サービス種類別にみた受給者の要介護(要支援)状態区分別利用割合



- 重度になるほど、複数のサービスを組み合わせる必要がある。
- 一方、軽度者は、利用しているサービスの種類が1、2種類である場合も多い。

重度になるほど、看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まってくる。

資料出所: 株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」(平成22年3月)

資料出所: 厚生労働省「平成21年度介護給付費実態調査結果」

57

最近の介護支援専門員実務研修試験の状況

第12回介護支援専門員実務研修試験(H21年10月25日)の合格率は、1998年の試験開始以来、過去2番目であった。受験者数は14万277人で、合格者は2万9484人。合格率トップは滋賀県(25.6%)、最低は沖縄(13.5%)でした。職種別では、介護福祉士の割合が5割から7割で全国的な傾向であるが、合格率では介護福祉士は10%台であるのに、社会福祉士は6割が合格している。合格率は当初35%あったが年々下がりつつあり、今や難関となっている。今回は、医療・福祉分野でCRPや血清アルブミンなど専門用語が頻出し基本的な知識を問われている。

医療と介護の連携とは
ケアマネジャーと医師との連携の基本は「情報共有」

医師とケアマネジャーの情報共有を行うには、ケアマネジャーは(1)医師が知りることができない(難しい)が、知れば有用な情報を提供してもらうこと、(2)ケアマネジャーが知りうる情報で、医師は知りることができない(難しい)が、医師が知ると有用な情報を医師に提供することを行えばよいのです。

(1)ケアマネジャーが知りることができない(難しい)が、知れば有用な情報をもつ

(2)医師が知りることができない(難しい)が知れば有用な情報を提供する

医師とケアマネジャーの情報共有を行うには、
ケアマネジャーは①医師が知りうることができケアマネジャーが知ると有用な情報を医師より提供してもらうこと、と
②ケアマネジャーが知りうる情報で、医師は知りることができない(難しい)が、医師が知ると有用な情報を医師に提供することを行えばよいのです

適切な情報提供は信頼関係を厚くする 医師とケアマネジャーの連携(=情報共有)のポイント

- 退院前カンファレンスから、互いにかかわり合い、利用者を中心に、何がその人らしい生き方か、よく話し合い、相互に治療方針・支援のあり方を考えること
- 互いの専門領域を活かし、有機的にかかわるために双方が努力を惜しまないこと
- (相手が知り、自分が知らない情報の中で)自分が知りたい情報は何かを相手に伝え、的確に必要な情報をもらうこと
- (自分が知り、相手が知らない情報の中で)相手が知ったら有用な情報を、相手に的確に提供すること

医師とケアマネの情報共有の例

生活障害度1における例

医師に聞いておきたい情報 最近の脳血管障害と基礎疾患の状況は？
最低半年に1回は病気の状況や進行を訪ねる。
生活障害度1のころのリハビリの方針は？
リハビリの頻度と何を目的とするかを相談。
使用している薬剤は？
定期的に内容と服薬量、副作用について確認する。

医師がCMに聞きたい情報 急変情報、身体機能の急激な低下、認知症の進行は？
身体機能の急激な低下や、認知症の進行の場合は小さな梗塞が多発している可能性が高いため、主治医にすぐ連絡する。
ADLの落ちかたの程度は？
ADLの低下は早めに主治医に伝える
家族のサポート体制はどうか？
メンタル面での支えがどれだけ期待できるか伝える。
利用者の趣味はなにか？
引きこもりがちになりやすい利用者の外出のきっかけを医師につたえる。外出のきっかけを医師に伝える

ケアプランに反映すべきポイントは

- ①痛みやむくみを軽減して歩く機会を増やす
痛みやむくみが原因で歩く機会が減ると、足腰がなおさら弱くなりやすいので、それを避けるために、まず医療機関を受診し、福祉用具をうまく取り入れ、「自分で歩きたい」というモチベーションをなるべく高める。
- ②社会や家族との接点を見失わないように交流の機会を増やす
足腰が弱り、すべてがおっくうになって自分の世界に閉じこもることは、引きこもりやうつの原因となります。隣人とのつきあいや、地域への参加、家族との交流などが続けられるように、意欲を引き出していく。

生活障害度4における例

医師に聞いておきたい情報 最近の病状と治療内容は？
定期的に病状や使用している薬を尋ねて現状把握に努める。
栄養状況と今後の方針は？
現在どの程度、食事で栄養がとれているか、経口摂取をどのくらい目指すのかなど。
入浴の可否など身体にかけて良い負荷の目安は？
訪問入浴を利用できるのか全身清拭にとどめるか。
じょくそうに対する治療内容は？
治療内容と日ごろのケアで気づかう点について。

医師がCMに聞きたい情報 意識レベルの急激な低下は？
意識レベルの急激な低下が認められた場合、主治医にすぐ連絡する。
栄養・水分摂取量、嚥下状況？
1日で摂取している食べ物、水分量、食事をしている時の嚥下状況など主治医、訪問看護師と情報を共有
体位変換の頻度は？
利用者自身がまだできるのか？介助が必要なのかを知らることで、じょくそう治療へ活かされる

ケアプランに反映すべきポイントは

- ①リハビリをどんどん入れて寝たきりから起こす
悪化を予防するよう、ベッドの上で座位を保って、起きていられる 時間を増やすことで意欲を上げる。
- ②座位で清拭を行う
入浴ができない場合は1日おきに清拭をして気分をすっきりとさせる。じょくそうが出来ないように気をつけること。

これからの在宅医療

今後、地域ケア整備構想（療養病床削減）や後期高齢者医療制度創設などにより、「在宅医療の本格化時代」に突入することは間違いなく、2015年には高齢化率が最高に達し、団塊世代の終焉を向かえる2038年には、現在の108万人の年間死亡者数も166万人に達するといわれている。その90万人は在宅で看取らなければならず、在宅療養支援診療所の役割が重要になってくる（国は在宅療養支援診療所の充足率を55.8%、在宅での看取り率を24.5%に設定している）。

医師が在宅で診療できるのは2つだけ

往診： 患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定でき、定期的ないし計画的に行った場合は算定できない。

在宅訪問診療： 居宅において療養を行っている患者で、通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定。算定は週3回を限度とするが、厚生労働大臣の定める疾病等ではこの限りではない。

年齢、症状等によるため一概には言えないが、少なくとも独歩で家族等の助けを借りずに通院できるものは通院可能と思われる。



長友 医継 先生
玉水会病院

川薩地区認知症セミナーが7月27日(水)19時~21時30分にホテルグリーヒルで行われました。ケアマネは56名、全体で270名の参加がありました。銚之原支部長の挨拶の後、新門弘人先生(宮之城病院院長)から「認知症疾患医療センターの開設にあたって」のお話がありました。特別講演は黒田 篤先生(市比野記念病院院長)が座長を務め、長友医継先生(医療法人玉水会 玉水病院)が「認知症の人の理解と対応」を介護の分野向けにわかりやすく途中で感動的な短歌を交えて講演されました。講演終了後、軽食付きの意見交換会があり、皆さんいろんな業種の方と会話が弾み楽しそうでした。

鹿児島県認知症疾患医療センターは
①栗野病院②谷山病院③松下病院④

宮之城病院の4ヶ所です。
事業内容は ①緊急・急性期対応(基幹型のみ) ②専門医療相談 ③鑑別診断とそれに基づく初期対応 ④合併症・周辺症状への急性期対応 ⑤かかりつけ医等への研修会の開催 ⑥認知症疾患医療連携協議会の開催です。宮之城認知症疾患医療センターには連携担当者がおり、認知症に関する相談に電話や面接で対応しています。



宮之城認知症疾患医療センター問い合わせ先
電話 0996-53-1005
受付時間 9:00~17:00
月~金曜日(祝祭日、年末年始、盆を除く)

認知症を理解するための8大法則・1原則(杉山)

①記憶障害に関する法則②症状の出現頻度に関する法則③自己有利の法則④まだら症状(症状混在)の法則⑤感情残像の法則⑥こだわりの法則⑦症状の了解性に関する法則⑧衰弱の進行に関する法則⑨認知症の人の世界を理解するという介護に関する原則

対応時のNGワードとOKワード

(1)NG:「心配しないで、怖くありませんよ」 OK:大丈夫ですか?私がそばにいますから安心してください。Aさんがおっしゃるとおり知らない人が突然部屋に入られたら誰でもびっくりしますね。こんなことが起きないように、これから気をつけますね。

(2)NG:「もう、お済みになりましたか」 Ok:Aさん、大丈夫ですか?ゆっくりでいいですよ。Aさんの良い時に知らせてくださいね。

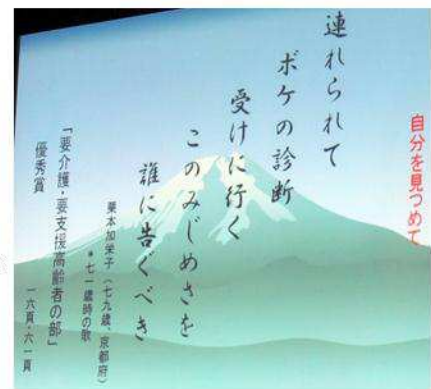
(3)NG:「頑張りましょう」 OK:とても辛い思いをさせられているのですね。気持ちを十分に受け止められずにごめんなさい。私にできることは一所懸命にさせていただきます。

(4)NG:「ちっとも神経質なんかじゃありませんよ」 OK:神経質というのは、細やかな心配りができることですよね。自分で頑張ろうとすることは大切です。でも少しでもつらい時は、私たちにいつでも声をかけてくださいね。

(5)NG:「ちょっと、待っててくださいね」 OK:これから急いでシーツを換えなければなりません。〇分後には終わると思いますから、それまで自分のできる範囲で着替えてみてくださいませんか。私とAさんのどちらかが早いかなやってみましょうか。

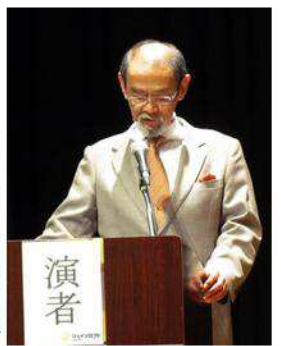


銚之原支部長、羽有事務局長、市比野記念病院のスタッフの皆様、小野薬品様には、講演準備や会場設定などご足労をおかけしました。お陰様で大変有意義な講演会を開催できました。有り難うございました。





第22回薩摩郡認知症研究会が11月12日(土)18時30分~20時に宮之城文化センターで行われました。認知症研究会代表世話人の立志公和先生の挨拶の後、林田 功先生(はやしだ内科院長)の座長で



山田律子先生(北海道医療大学看護福祉学部教授)が「認知症の人の食べる喜びを支えるケア~脳機能を踏まえて~」の講演をされました。



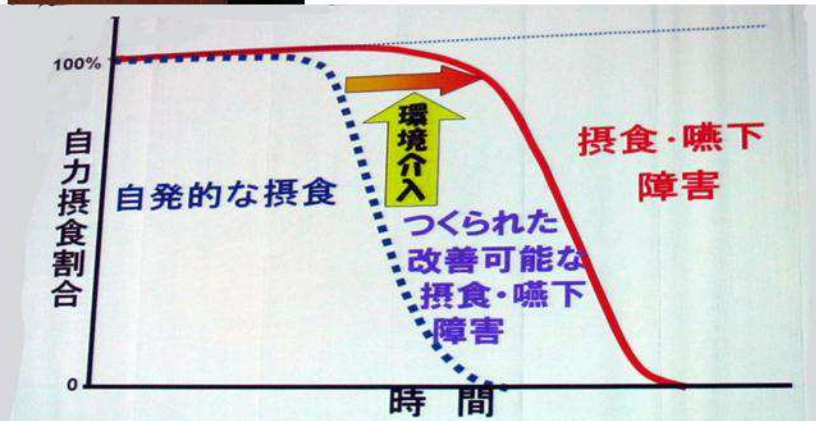
認知症の方の食事場面の観察のコツは

食事場面の観察では、特に摂食開始時と摂食中断時の「認知症の方の行動と環境の関係」に注目する事です。

認知症者の摂食・嚥下障害の特徴は

1. 摂食開始困難(食べ始められない)
2. 摂食中断(途中で食事をやめる)
3. 食べ方の乱れ(ペースや一口量など調整が上手くできない)

環境とは認知症の方を取り巻き、相互作用を及ぼす外界条件のすべてです。支援者も「環境」の一部です。内なる偏見や誤った認識に気づき、摘み取っていく必要があります。



摂食・嚥下障害ある認知症の方の環境介入モデル

- (1) 認知症の人への食事ケアでは、①認知症の病態をふまえた視点②生活者の視点③加齢変化を含む心身の変化を考慮した視点が不可欠です。
- (2) 認知症の原因疾患によって摂食・嚥下障害の特徴も異なることも踏まえ、脳機能を踏まえた食事ケアを検討・工夫してみましょう。
- (3) 認知症の人からすれば、関わる人も環境の一部であることを自覚し、皆さんの豊かな想像力と創造力によって、認知症の人が食べる力を発揮できる喜びに満ちた環境となるよう整えましょう。

認知症の人の摂食力を引き出す介助方法

- Step1: 対象者が自ら食べ始めることを待つ
- Step2: セッティングを工夫し、非言語的・言語的に摂食を促進
- Step3: 高齢者がスプーン(箸)と食器を手を持つまでを支援(アシスト)
- Step4: スプーン(箸)を持った高齢者の手に、介助者の手を添え、食物をすくう動作までを支援
- Step5: Step4に次いで、食物をすくった手を口まで運ぶ動作までを支援
- Step6: 対象者はスプーンや箸を持ったままの状態、介助者は別のスプーンで1口のみ介助

Step1に戻る

NHKで放映された話を聞かれて、直接講演を聴きたいと思われた会員の方もいらっしゃいました。時機を得た素晴らしい講演会だったと思いました。いつも、素晴らしい講演会を開催して下さる薩摩郡認知症研究会、薩摩郡医師会の先生方には大変感謝しています。有り難うございました。

山田教授のホームページは、<http://www.hoku-iryu-u.ac.jp/>です。配布された資料はダウンロードできます。山田律子で検索してもOKです。



川内・さつま薬剤師会との合同研修会が12月10日(土) 19時～20時10分に川内市文化ホール第五会議室で行われました。介護支援専門員25名、薬剤師会22名、訪問看護10名で合計57名の参加がありました。羽有事務局長の司会で藤井規好氏(川内薬剤師会会長)が「地域支え合い体制作り事業・在宅高齢者の薬剤管理支援事業について」の説明をされました。川内薬剤師会の各地区の担当薬局は、サンライズ薬局(五代町)、さとう薬局(平佐町)とうごう薬局(東郷町)、ひかり調剤薬局(中郷)、アジア薬局(大小路町) ケーアイ調剤薬局(五代町)です。患者さんの投薬された薬に関する問題をご相談できるそうです。



川薩圏域地域リハビリテーション広域支援センター主催の北薩リハフォーラム2011～シームレスケア(継続的支援)の実現に向けて～が1月21日(土) 13時～18時分に薩摩川内市交際交流センターで行われました。本会員47名、全体で300名以上の参加がありました。13:30～14:30は各部会が別会場に分かれて開催されました。



ケアマネジメント部会は座長を村山美紀(川内市医師会立市民病院地域医療連携室)、廣野 拓(クオラリハビリテーション病院地域医療連携室長)で行われました。演題と発表者は次のとおりです。①川薩圏域脳卒中連携パス(BASパス)傾向:本山栄一(川内市医師会立市民病院地域医療連携室) ②安心した在宅生活を迎えるために～退院支援を振り返りケアマネージャーの役割について考える～:宮内偉人(済生会居宅介護支援事業所せんだい) ③入院前の生活に目を向ける～当院での取り組み～:久保優枝(森園病院地域連携室) ④株式会社エルリストンの試み:森口隆則(レストケア出水在宅医療センター) ⑤病院の在宅復帰の取り組みと専門性、連携の必要性について:上藪美都、迫田博文、小屋敷照美(森園病院居宅介護支援事業所)、久保優枝、大場 豪(森園病院地域連携室) 内容は参加された方に資料をお借り下さい。



リハビリテーション部会は座長:長嶺英博(川内市医師会立市民病院総合リハビリテーション室長)、鈴木伸洋(クオラリハビリテーション病院リハビリテーション部長)で行われました。①摂食・嚥下障害症例の現状～理学療法介入症例での一検討～:田中降人(若松記念病院)、松目和己(済生会川内病院) ②自立生活(独居生活)に向けての継続的支援～リハビリにおけるシームレスケアを通して～:小西春奈(クオラリックスせんだい) ③当院回復期リハ病棟での取り組みの有効性についての検証～トイレ訓練・更衣訓練を連携して～:松下哲也、市之瀬信子、篠原洋二(出水総合医療センター) ④クオラリハビリテーション病院における子供たちへのサポート:鈴木佳子、花吉智江(クオラリハビリテーション病院) ⑤摂食機能療法への取り組みと言語聴覚士の役割:中島奈緒子、福崎ふく、原口智恵美、久保田 空、芝 真裕子(川内市医師会立市民病院) *看護部会は座長を溝下晴美(出水総合医療センター看護師長)と長井砂都美(川内市医師会立市民病院看護師長):進行は谷川智子(クオラリハビリテーション病院看護部長)で開催されました。①D・PA治療の看護と今後の課題:町田裕美、鈴木秀和、花田博子、柏木千代子、秋野拓子、田尻美喜、山下紗弥香、奥野亜希(阿久根市民病院) ②回復期病棟から在宅退院にむけて～支援体制の一考察～:寺田恭子(クオラリハビリテーション病院) ③脳梗塞で嚥下障害のある患者へのアプローチ～バルーン法を試みて～:西岡敏夫、牧節日富美、内之浦咲子、山口 亮、中島隆史、溝下晴美(出水総合医療センター) ④排尿障害がある患者への看護支援～自宅退院を視野に入れた看護支援の必要性～:福永 香(川内市医師会立市民病院) ⑤終末期希望を支えるケア～リハビリテーションと看護の連携～:松若元子(川内市医師会立市民病院) ⑥在宅難病患者を通して他職種支援を考える:柳田千草(訪問看護・リウウ)



講演Ⅰ：「医療と介護のシームレスな連携・協働」～脳卒中地域連携パスを媒体として～の演題で黒田美穂氏（諫早市在宅ケアサークル副代表）が講演をされました。

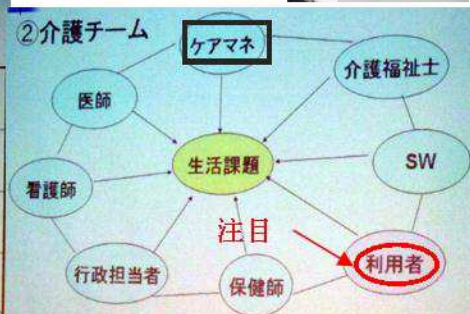
連携とは情報の共有化→具体的目標の共有→専門的対応です。連携・協働とは各専門職・部門が与えられた（生じた）課題を達成する、或いは解決するために、互いに必要な情報を取り合って、共通した目標を共有して行動している状態です。



医療と介護のかけはし役
＝コーディネーターが必要！

	医療モデル (病院)	福祉モデル (地域)
目標	健康	自立
目的	治療	QOLの向上
対象	傷病	生活課題

医療を福祉へ・・・福祉を医療へ変換させ、医療と介護を繋げる役割！



医療スタッフの欲しい情報

- ①入院前のADL状況
- ②入院前のケアの量や方法
- ③家族状況（背景）
- ④認知症の状況
- ⑤担当ケアマネや利用サービス内容

現在の情報の共有ツールや情報交換は？

- ①退院前訪問
- ②退院前カンファレンス
- ③退院時同行
- ④サービス担当者会議
- ⑤退院後訪問です。

看護スタッフの欲しい情報

- ①病状（内服や日常生活での注意点）
- ②入院中のADL状況
- ③入院中のケアの量や方法
- ④在宅で必要な医療（看護）やリハビリ



講演Ⅱ：若林秀隆氏（横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科助教授）が「リハビリテーション栄養とシームレスケア」の講演をされました。病院よりリハ病棟の方が低栄養が多いこと、脳卒中患者に栄養障害を認める割合は8.2%から49%。急性期・回復期で嚥下障害患者は栄養障害の可能性が2.4倍高いなどのエビデンスの話がありました。
<http://kanagawaenge.web.fc2.com/> に神奈川摂食・嚥下リハ研究会の資料があります。

リハ栄養とは栄養状態も含めICFで評価を行ったうえで、障害者や高齢者の機能、活動、参加を最大限発揮できるような栄養管理を行う事です。

サルコペニアとは狭義では加齢に伴う筋肉量の低下。広義ではすべての原因による筋肉量と筋力の低下です。原因は原発性は加齢、二次性は活動・栄養・疾患です。原発性サルコペニア：筋肉量が80歳では30歳の約5～7割です。治療は筋トレ。活動はベッド上安静、廃用、無気力です。治療は不必要な安静や禁食の回避です。栄養はエネルギー・蛋白質摂取量不足。治療は適切な栄養管理です。疾患は侵襲・悪液質・原疾患（ALS/筋炎）です。治療は疾患の治療、栄養管理、運動です。

リハ栄養の考え方は（1）リハと栄養管理を同時に行う事で、ADL、QOLがより改善する可能性がある（2）低栄養の患者に積極的にリハを行う事で逆効果の可能性はある（3）栄養ケアなくしてリハなし（4）リハにとって栄養はバイタルサインです。



名刺交換会(18:00~19:00)は松下兼一先生、長嶺英博氏の挨拶で始まり川内医師会の小山 寿先生の挨拶で盛会のうちに終了しました。軽食が準備してあり、講演者の黒田美穂氏も参加されて皆さん楽しく情報の交換やお話をされていました。今回はリハビリテーション広域支援センターの御努力で参加費無料でした。講演準備、会場の設営、後片付けなど支部事務局、各理事の方々大変お疲れ様でした。