鹿児島県介護支援専門員協議会川薩支部会報　14号　　２６年５月２４日発行

第十三回
支部総会

第十三回総会を5月25日(土)に薩摩川内市総合福祉会館　2階ホールで行いました。
会員１５８名中（出席会員８４名＋新規会員１２名）委任状５２名で合計１３７名）出席率８６％で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する事を羽有事務局長が説明しました。鉾之原支部長の挨拶の後、
議案１号「２４年度事業報告」は山本理事が、
議案２号「２４年度収支決算」は枇杷理事が内容説明をし、
今村監事が会計監査報告を行いました。
１号議案と２号議案は満場一致で承認されました。
議案３号「２５年度事業計画（案）」は山本理事が説明し、
議案４号「平成２５年度川薩支部収支予算（案）」は枇杷理事が予算案の具体的な内容を説明しました。
議長が採決をもとめ大多数の挙手で承認されました。

支部長	鉾之原　大助	社会医療法人卓翔会 社会福祉法人市比野福祉会
副支部長	柿添　信義	社会福祉法人同仁会　特別養護老人ホームさつま園
副支部長	山本　敏夫	やまもと歯科
理 事	福山　廣	医療法人一廣会　福山内科
理 事	枇杷　眞弓	九州東邦（株）川内
理 事	新田　みすづ	合同会社みすづ
理 事	柿元　美津江	鹿児島純心大学
理 事	東　直樹	川内市医師会立市民病院
理 事	上囿　伊佐子	さつま町地域包括支援センター
理 事	上薗　美都	医療法人松翠会　森園病院
理 事	古城　裕喜	オフィス藤田
理 事	中園　成美	鶴田中央クリニック　居宅介護支援事業所
理 事	松ケ角　弘樹	在宅介護支援センター　はまかぜ園
理 事	田代　隆一	薩摩川内市地域包括支援センター
理 事	江畑　正市	医療法人杏政会　あじさい園
監 事	今村　幸二	川内市医師会居宅介護支援事業所
監 事	宇都　賢	特別養護老人ホームマモリエあいら
事務局	羽有　春彦	社会医療法人卓翔会　市比野記念病院

川薩支部のホームページ（**http://www3.synapse.ne.jp/sensatsu-cm/index.html**）
川薩支部で検索して見れます。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

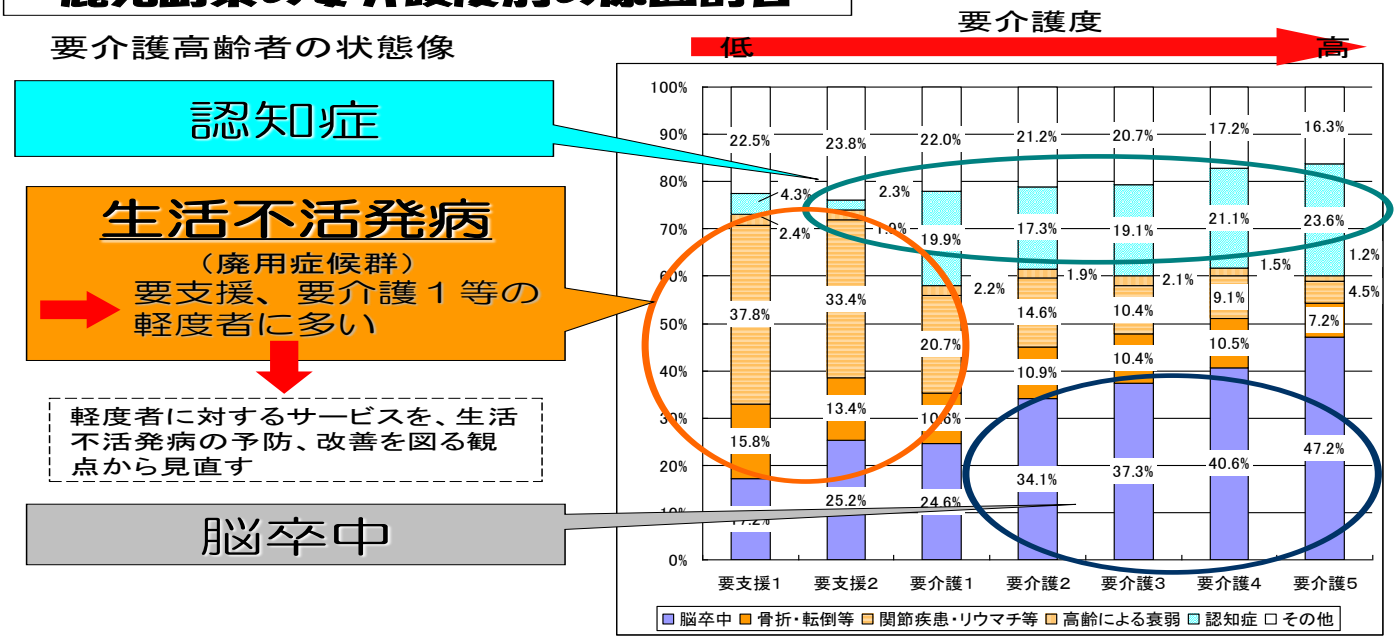
第２部は八田　玲子先生（鹿児島県保健福祉部介護福祉課）に「住み慣れた地域で安心して暮らす」を支えるために～地域包括ケア体制推進の現状と課題・地域の取り組み～の演題で講演して頂きました。
良い講演ですので他団体へ参加を募った所、川内ヘルパー協議会から17名の参加がありました。

本県の高齢者を巡る現状は鹿児島県年齢別推計人口調査では
■総人口　1,690千人（平成24年10月１日現在）
■高齢者人口
　65歳以上人口　455千人（27.0%）
　75歳以上人口　261千人（15.4%）
■高齢者世帯の状況（平成22年国勢調査）
　高齢単身者世帯数　102,443世帯
　　全国1位（14.1%）
　高齢者夫婦世帯数　95,610世帯
　　全国3位（13.1%）

要介護認定等の状況は平成24年10月介護福祉課調べで
■要介護認定者数93,325人平成12年度の1.7倍増
■要介護認定率20.5%
■高齢者（65歳以上）に占める認知症高齢者は平成23年10月１日介護福祉課調べでランクⅡ（見守り必要）以上が55千人（12.3%）です

平成22年10月の高齢者実態調査の結果では
■要介護状態になった主な原因疾患　脳卒中（28.4%），認知症（17.5%），関節疾患（15.3%）
■在宅での介護者等の状況は年齢では40歳未満 2.5%，40～64歳 57.1%，65歳以上 40.4%
　・性別では男性 32.7%，女性 67.3%でした。
■ 在宅介護者の今後の介護についての意向　→在宅で介護したい（76.3%）

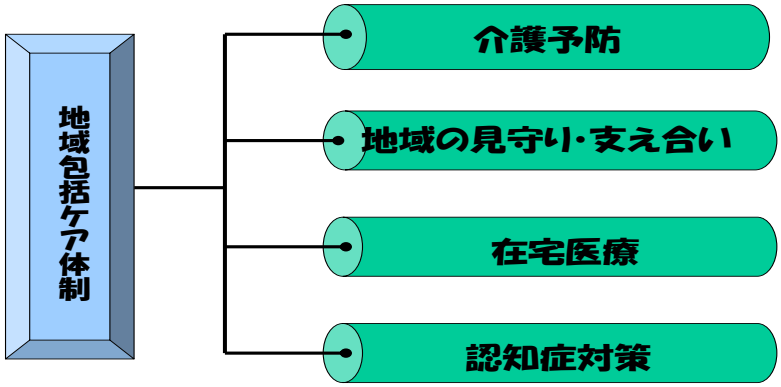
鹿児島県の要介護度別の原因割合



（高齢者実態調査報告書H20.10）

•本県における５歳階級毎の認定状況は
　65-69歳　・・・　2.8%
　70-74歳　・・・　5.9%
　75-79歳　・・・13.3%
　80-84歳　・・・29.2%
　85- 89歳　・・・75.4%（８０歳以上で高い）
　90歳以上　・・・90.6%

地域包括ケア体制推進のための４つの柱



「 介護予防」とは

介護予防とは、
① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（ **発生を予防する**）こと
② 要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（ **維持・改善を図る**）こと。

その人の生活・ 人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援すること。
即ち「**自立支援**」（ =介護保険の基本理念）

本県の地域における支え合い体制づくり

・高齢者等くらし安心ネットワーク事業:在宅福祉アドバーザーが核となり，ひとり暮らしやねたきり高齢者
・障害者等の要援護者に対し，地域で声かけや安否確認などを行うネットワークづくりを進める。
・地域支え合い体制づくり事業:地域における支え合い体制づくりを促進するため，地域の支え合い活動の立ち上げ支援，地域活動の拠点整備，人材育成等の仕組みづくりの支援を行う。

本県における在宅医療の課題について

１住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう，自宅での看取りや終末期ケア等を含む在宅療養環境の整備を図る必要である。
２医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・介護支援専門員などの多職種がチームとして患者・家族の生活を支えていく必要がある。

認知症疾患医療センターの住所と専用番号です「社会資源」の１つとして，ぜひ活用してください！

谷山病院	鹿児島市小原町８番１号	０９９（２６９）４１１９
松下病院	霧島市隼人町真孝９９８番地	０９９５（４２）８５５８
宮之城病院	薩摩郡さつま町船木３４番地	０９９６（５３）１００５
栗野病院	姶良郡湧水町北方１８５４番地	０９９５（７４）１１４０

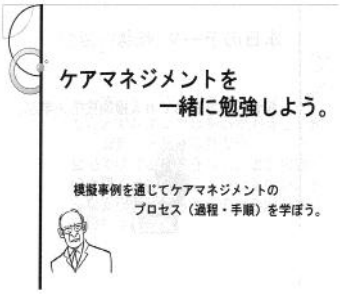
【事業内容】は（1）.認知症疾患に関する専門医療相談（2）.鑑別診断とそれに基づく初期対応
（3）.合併症・周辺症状への急性期対応（4）.かかりつけ医等への研修会の開催
（5）.認知症疾患医療連携協議会の開催（6）.情報発信です。

・認知症サポート医は９０人（H25年3月末現在）：かかりつけ医の相談に対する助言や支援，地域包括支援センター等への支援・協力や連携を推進します。
・もの忘れの相談のできる医師（公表）：２２３人：適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を修了した様々な診療科の医師（かかりつけ医）のうち，公表の同意が得られた医師のみを掲載。
※県ホームページ＞健康・福祉＞高齢者・介護保険　＞認知症支援・相談窓口＞認知症かな？と思ったら（専門医療相談）

◎認知症支援のマンパワー等

認知症介護指導者数：23人（H24年度末現在）
認知症介護実践ﾘｰﾀﾞｰ研修（認知症介護実務者研修専門課程）修了者：355人（～H24年度修了者）
ｷｬﾗﾊﾞﾝ･ﾒｲﾄ数：1,102人（H24年度末現在）
認知症ｻﾎﾟｰﾀｰ数：58,956人(H24度末現在)
地域包括支援センター：70箇所

①９月１１日（水）②９月１８日（水）③９月２５日（水）の３回（１９:００～２０:３０迄）：薩摩川内市総合福祉会館IFで研修部の古城祐樹氏が講師となり、独り事業所や、経過3年未満のケア･マネージャーのための初心者研修会を開催いたしました。定員は３０名で会員は無料、その他の方には資料代等１０００円頂きました。



「マネージメント」というとドラッガーですがと、マネジメントについての一般的な話しからはじまりました。
最近、評判になった「もし高校野球の女子マネージャーがドラッカーの『マネジメント』を読んだら」を思い出し、ネットで調べたら、「もし包括のケアマネがドラッカーの『マネジメント』を読んだら」、「もし福祉の街のケアマネジャーがドラッカーの「マネジメント」を読んだら」など出てきて、マネジメントに対してのいろんな考え方が出てきました。

ケアマネージメントの手順は。
・インテーク（入り口）
・アセスメント　情報収集・アセスメン情報収集（課題分析）
・ケアプラン原案の作成
・サービス担当者会議
・サービス提供
・モニタリング
・再アセスメント

１回目は情報収集を通じての対人援助技術を学びました。
事例紹介、相談の経緯の説明の後、ケアマネージメントを担当した人にはどんな情報が必要か５分間の個人ワークを行いました。
次に以下の手順でグループ討議を行いました。
・先ずは、自己紹介を行います。
・続いて、司会、記録、本人役、家族役、観察者を決め、グループ討議のルール、ブレインストーミング（BS法）を学びました。

ロールプレイは２０分間行いました。
①本人役（利用者）：心身ともに利用者自身になりきります。
②家族役：苦しみや悲しみを持って家族自身になりまります。
③記録者：要約しないで質問内容や利用者の反応を記録する。
④観察者：やり取りを注意深く観察し記録する。互いの気持ちの動きに特に注意する。
⑤ケアマネ：日頃のケアマネジメントを実践する。
５つの役割グループに分かれて実際の情報収集をしてみました。
次に役割ごとに集まりグループ討議を行い、その立場としての感想を発表しました。

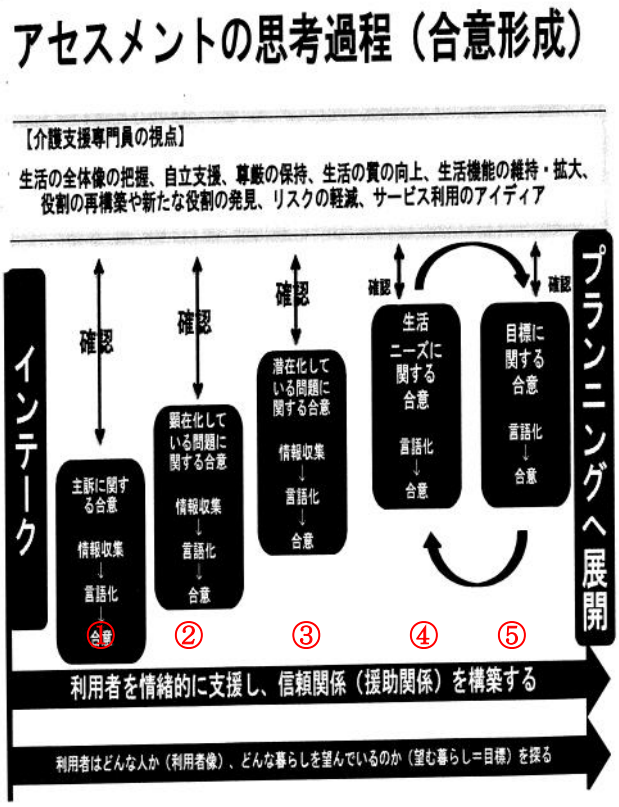
ブレインストーミング（BS法）とは！
自由奔放に意見を出し（自分の考えを伝えることが大切です）、批判や評価は厳禁（どんな意見でも批判・評価しません）。質よりも量を大切にして（数で勝負、アイディアは自然に進化ます）、他人のアイディアに便乗しより発展させる手法です。（他人の発言をヒントにさらに発展させる）

バイスティックの７原則

①個別化の原則：クライエントの抱える困難や問題は、どれだけ似たようなものであっても、人それぞれの問題であり「同じ問題は存在しない」とする考え方
②意図的な感情表現の原則：クライエントの感情表現の自由を認める考え方。特に抑圧されやすい否定的な感情や独善的な感情などを表出させることでクライエント自身の心の 枷(かせ)を取り払い、逆にクライエント自身が自らを取り巻く外的・内心的状況を俯瞰しやすくする事が目的
③統制された情緒的関与の原則：ワーカー自身がクライエント自身の感情に呑み込まれないようにする考え方
④受容の原則：クライエントの考えは、そのクライエントの人生経験や必死の思考から来るものであり、クライエント自身の『個性』であるため「決して頭から否定せず、どうしてそういう考え方になるかを理解する」という考え方
⑤非審判的態度の原則：クライエントの行動や思考に対して「ワーカーは善悪を判じない」とする考え方。あくまでもワーカーは補佐であり、現実にはクライエント自身が自らのケースを解決せねばならないため、その善悪の判断もクライエント自身が行うのが理想とされる。
⑥自己決定の原則：「あくまでも自らの行動を決定するのはクライエント自身である」とする考え方。問題に対する解決の主体はクライエントであり、この事によってクライエントの成長と今後起こりうる同様のケースにおけるクライエント一人での解決を目指す
⑦秘密保持の原則：クライエントの個人的情報・プライバシーは絶対に他方にもらしてはならないとする考え方。いわゆる「個人情報保護」の原則

アセスメント情報収集のポイント①

利用者の「困りごと」に着目しながら合意形成を通じて望む暮らしを探る。



思考過程（1）主訴に関する合意

・寺山：お風呂に入れなくて困っています。（情報）
・ケアマネ：お風呂に入れなくて困っているんですね（言語化）
・寺山：そうなんです、入れなくて困ってるんですよ（合意）

思考過程（2）顕在化している問題に合意

・ケアマネ：お風呂に入るときどんなことが出来なくて困ったのですか？
・寺山：移動は妻に手伝ってもらえば何とかできたが、浴槽へのまたぎが出来なくて困った。（情報）
・ケアマネ：浴槽へのまたぎが出来なくて困ったのですね。（言語化）
・寺山：そうなんですよ（合意）
・ケアマネ：浴槽へのまたぎが出来るように方法を考えましょう（提案）

思考過程（3）潜在化している問題に合意

・ケアマネ：お風呂に入れなと、自分が気になって人に会うのも億劫になったりしますもんね
・寺山：そうかもしれないですね。自分の「姿を人に見せたくない」と言う気持ちもありますが、自分が匂ってるんじゃないかと気になって人に会うのが嫌なのかもですね。

思考過程（4）生活ニーズに関する合意

・ケアマネ：じゃー寺山さんは、お風呂に入るとき浴槽へのまたぎが出来ないことで風呂には入れてなくて困ってるんですね。（言語化）
・そうなんです（合意）
・また、お風呂に入れないことで、自分のことが気になって、人に合うのが億劫になって困ってらっしゃるんですね（言語化）
そうかもですね（合意）

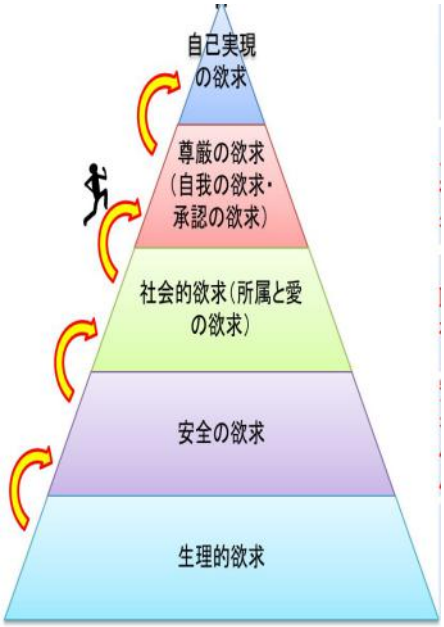
思考過程（５）目標に関する合意①

・ケアマネ：先ずは、浴槽へのまたぎが出来るようになってお風呂に入ることが、今の寺山さんの目標なんですね（言語化）
・寺山：そう、ゆっくり湯ぶねにつかりたいね（合意）
・ケアマネ：じゃ一寺山さんの今の目標は、「先ずは、浴槽のまたぎが自分で出来るようになって、ゆっくりと湯ぶねにつかりた　い、湯ぶねにつかってリラックスしたい」ということでいいですか（言語化）
・寺山：そう！そんな気持ちです（合意）

アセスメント情報収集のポイント②

・マズローの欲求の階層性を通して利用者の自己実現の向けた望む暮らし（希望の持てる）へのステップアップに意図的に関わろう

アブラハム・マズロー(Abraham Harold Maslow) の欲求の階層性とは



1.生理的欲求：人間が生きるための食物、排泄、睡眠など、生命を維持するために必要な基本的な欲求です。
2.安全欲求（安定性欲求）：誰にも脅かされることなく安全に安心して生活をしていきたいという欲求です。
3.愛情欲求（所属欲求・社会的欲求）：集団に属したり、仲間から愛情を得たいという欲求です。
4.尊敬欲求（承認欲求）：他者から、独立した個人として認められ、尊敬されたいという欲求です。
5.自己実現欲求：自分自身の持っている能力・可能性を最大限に引き出し、創造的活動をしたい、目標を達成したい、自己成長したいという欲求です。
これらの欲求は、**1→5**の順に高次となり、低次の欲求がある程度満たされないと、それよりも高次の欲求が発現しないと言われています。つまり、低次の欲求が満たされることによって、次の段階の欲求が芽生え、それを満たすために行動を起こすと考えられています。そして、**1～4**の欲求は、足りないものを満たすという意味で“欠乏欲求”と呼ばれていますが、**5**はそれらとは質が異なり、“成長欲求”と呼ばれています。

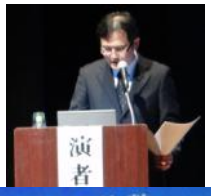
思考過程（5）目標に関する合意②

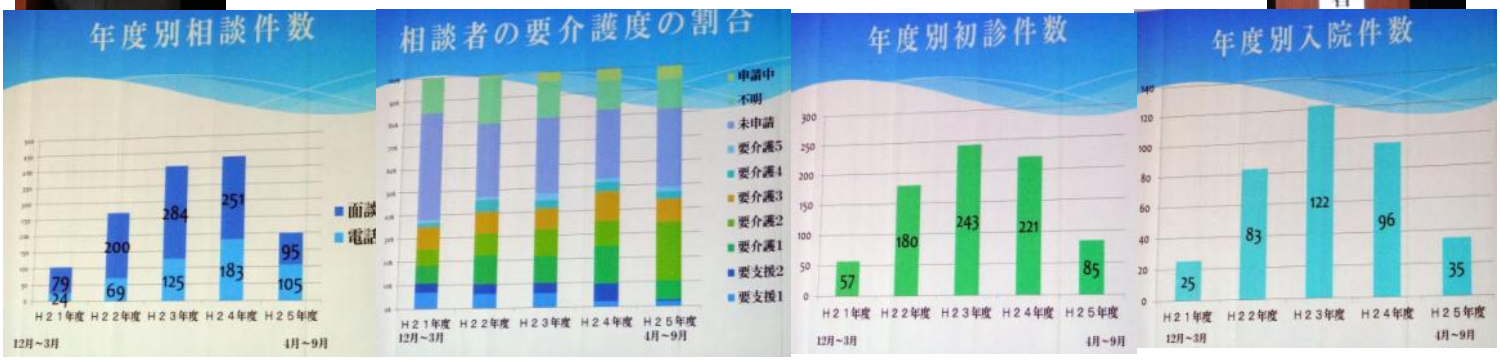
・ケアマネ：でも、お風呂に自分で入れたりようになったり、トイレに自分で行けるように成ったら、以前計画していた東京旅行も夢じゃないですね。（自己実現に向けたアプローチ）
・本当に東京旅行いけますかね？
・いけますよ、今はいろんな支援があって旅行も夢じゃないですよ、行けるようにお手伝いします。
・そうですか。じゃ一少しでもよくなって、先ずはお風呂に自分で入れるようになりたいです。お風呂やトイレなど自分で出来るようになって自身がついたら、もう一度東京旅行の計画をたててみたいと思います。（合意）（望む暮らし）

「マーケティングとは、企業および他の組織がグローバルな視野に立ち、顧客との相互理解を得ながら、公正な競争を通じて行う市場創造のための総合的活動である。」とある。
「他の組織」とは、「教育･医療･行政などの機関、団体」などを含む。 一般的にマーケティング活動は、営利を追求する企業のための活動と捉えられているが、組織全般が行う活動を享受者（顧客、住民など）にとって最適化する、というマーケティングの基本的な概念は、自治体や**NPO**などの非営利組織にも適用できるため、「他の組織」が定義に含まれている。
「グローバルな視野」とは「国内外の社会、文化、自然環境の重視」。 一般的にマーケティング活動は、組織と顧客の関係構築の活動と捉えられているが、顧客が現在、直接に意識している欲求（顕在化しているニーズ）のみに応え る活動を行っていては、長期的な利益（環境保護など）と反する恐れがある。そのため、顧客が意識していない欲求（潜在化しているニーズ）や、長期的に欲求 に応え続けられる仕組みをつくるために、「グローバルな視野に立ち」が定義に含まれている。その過程が、組織の一方的な顧客への押しつけではなく、顧客への啓蒙、理解を伴う必要があるために、「相互理解を得」が定義に含まれている。
企業は利潤を追求するという性質を持ち、マーケティングもその一分を担う活動ではあるが、利潤追求のために非合法、不正な活動を行うのではなく、「公正な競争」の上に成り立っている必要がある。
イノベーション：発明、発見；技術革新
シュンペーターはイノベーションを、経済活動の中で生産手段や資源、労働力などをそれまでとは異なる仕方で新結合することと定義した。イノベーションには、何かの発明ではなくて、すでに発明された可能性のあるものを再発見することも含まれている。イノベーションは創造性以上のものであり、新しい物の見方で状況を解釈することだ。

ウィキペディアより

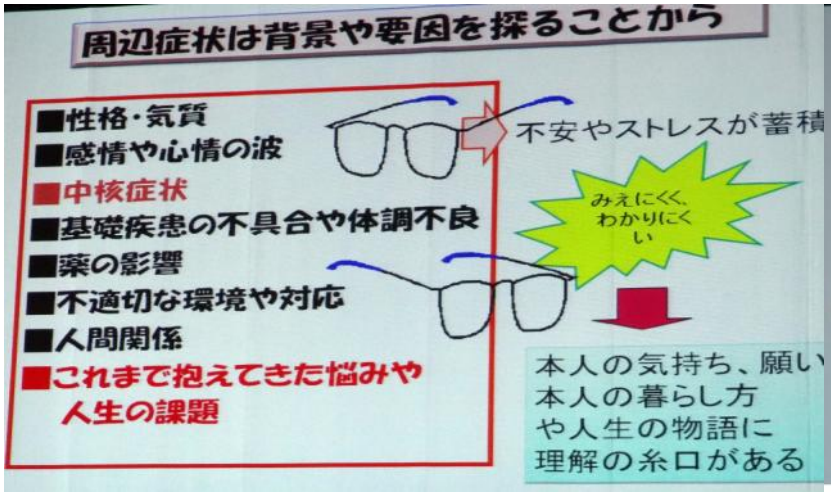
第２４回薩摩郡認知症研究会が宮之城文化センター（１１月２２日（金）１９時～２０時３０分）で行われました。
座長は宮之城病院　院長の新門弘人先生がなさいました。最初に一般演題として「認知症疾患医療センターの現状』の説明がありました。その後、大谷　るみ子　先生（社会福祉法人．東翔会　グループホームふぁみりえ　ホーム長）が『認知症の人のパーソンセンタードケアとライフサポート』を特別講演なさいました。参加費２００円が必要でしたが、飲み物や資料がついており、NHKのテレビで放映された大牟田市の「ほっと・安心（徘徊）ネットワーク」徘徊模擬訓練発祥の創設からの話しが聞けるという事で沢山の参加がありました。





認知症患者：平成２４年度平均日数は退院者(N=23)は２０３日、自宅退院者(N=26)は７０日で、平成２５年度（４～１０月）は退院患者（N=43)は６５０日、自宅退院者(N=12)は１４１日でした。

認知症の医療とケアの関係は医療もケアも重要で医療かケアか、ではなく、どちらも必要です。
医療は「病気」「症状」に目を向けたアプローチを得意とします。（できないこと、マイナスの目線です。）、ケアは「人としてのあり方」「生活」に着目したアプローチを得意とします(できること、プラスの目線です。)しかし、実際には人は病気と人としてのあり方を切り離すことはできません。医療もケアも互いに影響し合う掛算の視点が大切です。



認知症ケアとは認知症をかかえ生きる「人」がより良く暮らし、より良く生きることができるようにその人を取り巻くすべての関係者が本人を主体として連携、協働し、サポートすること⇒ライフサポートです。

５つのスローガン（これまでの小中学校での絵本教室の子供たちや地域ふれあいフォーラムでの参加者の声より
①わがまち、わが校区を安心して徘徊できる町にしよう！　②まちがって声かけても、笑い合える町がいい！
③認知症、知つててあたりまえのまちをつくろう！　④日頃から声かけ合える地域力を高めよう！
⑤実効力の高いネットワークに育てよう！

認知症チームケア講演会を川薩支部とツムラ共催で２月１４日（月）１８：３０～２０：００にホテルグリーンヒル２階大ホールで行いました。「認知症ＢＰＳＤの基礎知識及び各職種の役割分担」の演題で中野正剛　先生（医療法人相生会認知症センター長、東邦大学医学部客員教授）が講演され、全体で２６７名（会員７６名）の参加がありました。司会は鉾之原大助支部長が、座長は永田和弥　先生（市比野記念病院神経内科部長）が努められました。

ＢＰＳＤの定義は：認知症にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害です。１９９６年、９９年の米国**Landsdowne**での国際会議で、**Behavioral and Psycho-logical Symptoms of Dementia BPSD** (認知症の行動心理学的症候) という用語を用いることで合意がなされました。

何故、ＢＰＳＤなのか？アルツハイマー型認知症では、中核症状が主な問題であり、周辺症状は軽視される傾向がありますが認知症はアルツハイマー型認知症だけではありません。アルツハイマー型認知症の周辺症状が、ある認知症では中心的な症状であったりします。実は認知症の治療とケアの現場では『周辺症状』が問題であることが多いのです。

ＢＰＳＤの重要性：現時点では、認知症の認知機能の低下、記憶障害、見当識障害、判断力の低下などよりもむしろ経過中に生じる**BPSD**により、本人の生活が障害され家族も戸惑う場合が多いのです。認知症の有病率は６５歳以上で１５％、認知症のうちＢＰＳＤが出現する頻度は７～９割です。日本全国に認知症者が４６２万人・**BPSD**を有する人は３２３万～４１５万人と推定されます。ＢＰＳＤがあるとかかるコストはＢＰＳＤのない認知症の３割増となります。

ＢＰＳＤ対応医療には「認知症を有する方を「一人のかけがえのない尊厳をもった仲間」として向き合うことのできる、そんなマインド・セット（考え方）を持った・介護、医療、福祉、行政分野の専門家がチームとなり、地域でかかわることが必要である」といった認識が、徐々に広まっています。
認知症をかかりつけ医が診ると①疾患情報＋「生活情報」を得やすい⇒より正確な診立てと対応が可能となります。②家族背景を考慮した医療がしやすい。同じ症状でも御家族ごとに悩みの違うことが理解しやすいと考えられます。③認知症の方の多くの身体合併症に既に対応しており、様ﾉﾏな疾患、そして認知症も診ていかざるを得ません。でもひとりで診るのは、やはり無理で･バーンアウトの危険があります。認知症の専門的な部分は地域の専門医と連携し、薬剤のモニタリングはご家族、薬剤師、ケアスタッフと連携する必要があります。

川内市医師会の主催で第一回薩摩川内市在宅医療連携に係わる多職種交流・講演会が３月１日（土）１６：００～１８：００にホテルオートリでおこなわれました。司会進行は小山　寿先生が、江畑浩之会長がこれからの在宅医療連携の重要性についてお話されました。

「切れ目のない医療・介護の地域完結を目指して」～在宅医療連携拠点事業の取り組みから～を安東いつ子先生（在宅医療連携拠点事業所　別府市医師会訪問看護ステーション）が講演されました。その後、薩摩川内市の在宅医療の現状と今後の取り組みについて今村幸二　氏（川内市医師会在宅医療支援センター準備室　主任介護支援専門員）が説明されました。介護支援専門員のアンケート調査の結果も報告され、会場いっぱいの参加がありました。

地域包括ケア体制とは：医療や介護が必要となってもi住み慣れた地域で安心して暮らせるよう，高齢者等の心身の状況に応じた医療・介護サービスが日生活圏域で提供される体制のことです。
川薩地区でも医師会や関係団体，市町を中心とした「在宅医療の体制整備」に向けた話し合いや取組がスタートしています。