



## 第十五回 支部総会



第十五回総会を5月16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169名中(出席会員93名、委任状43名で合計136名)出席率80%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無効に成立する事を羽有事務局長が説明しました。銚之原支部長の挨拶の後、議案1号「平成26年度事業報告」は山本理事が、議案2号「平成26年度収支決算」は枇杷理事が内容説明をし、宇都監事が会計監査報告を行いました。1号議案と2号議案は挙手満場一致で承認されました。その後、議案3号「平成27年度事業計画(案)」は山本理事が説明し、議案4号「平成27年度川薩支部収支予算(案)」は枇杷理事が支部独自の研修会のために予算増額の説明を行いました。議長が採決をもとめ大多数の挙手で承認されました。その後、古城理事から薩摩川内市医療連携に関する提案がありました。



医療連携に関するアンケート調査から以下の課題が抽出されました。

- 1.在宅療養支援診療所について理解していないケアマネジャーが半数以上おり、適切な医療の選択肢を持っていない。
- 2.初回マネジメントの際、主治医との連携を文書中心で行っているケアマネジャーが約7割おり主治医と顔の見える関係性が確立できていない。
- 3.ケアプラン更新時に主治医に居宅サービス計画書を交付していないケアマネジャーが約4割おり、在宅生活に必要なサービスを主治医に報告していない。



- 4.法人内の主治医と連携がうまくいっていないと感じるケアマネジャーが1割に対し、法人外的主治医とは3割と多い。また主治医との連携に負担を感じているケアマネジャーは、法人内では4割、法人外では7割以上となっている。
- 5.薩摩川内市・さつま町で統一されたマニュアルが必要、どちらかと言えば必要と答えたケアマネが7割近くいる。

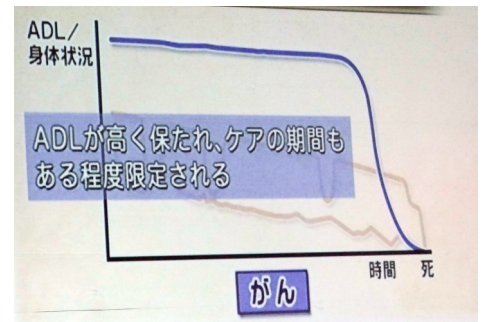
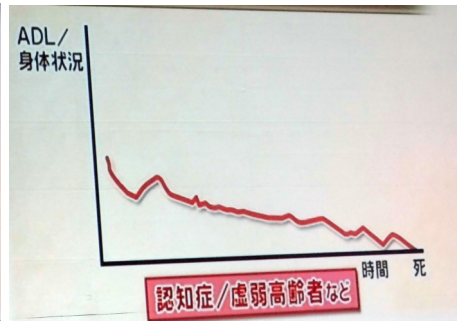
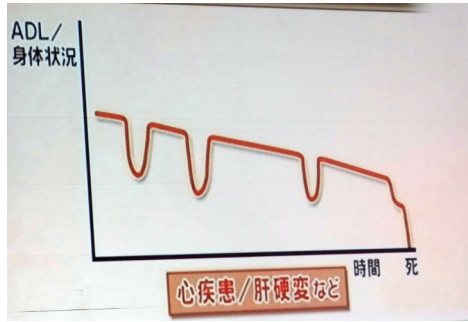
上記の課題から、ケアマネジャーが行う医療・介護連携におけるマニュアルおよびそれに必要な共通様式が必要だと感じています。また、多職種連携をすることで、退院・退所加算や入院時情報連携加算などが算定でき、運営の安定にも繋がってきます。つきましては、当総会におきまして別添えの書類を提案いたします。必要性につきまして賛否を問いたいと考えています。

第二部は柿元 美津江先生(鹿児島純心女子大学 看護栄養学部 看護学科教授)に「在宅で生きることを支える」～これからのケアマネジャーに求められること～「在宅における終末期ケア」の講演をして頂きました。

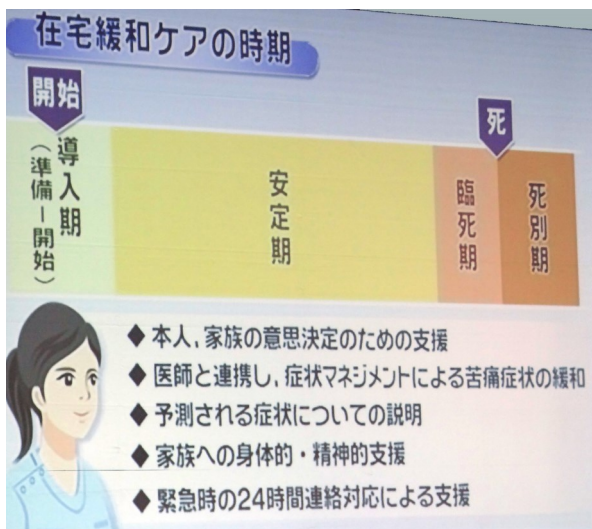
**在宅緩和ケアを行うための条件**は本人や家族が在宅ケアを望んでいること(積極的な延命治療を希望していない。看取る家族がいる)。訪問できる医師や看護師がいる事(痛みやその他の苦痛症状のコントロールが可能である。緊急時に入院先が確保されている。ケアチーム体制が整っている)です。



疾患別で死にいたるまでの経過の特徴は以下のようです。



死の数週間から数日以内の患者の状態と対処法は次の様です。①**傾眠状態**：眠りたい時には眠らせて、時々声をかけながら見守る。②**食欲低下やむせ**：食べられそうな時に食べてもらう。誤嚥しにくい氷やゼリーなどの食品を選ぶ。③**せん妄**：慌てず落ち着いて話を聞き、静かに話しかけたり、手を握ってマッサージをする。④**尿失禁・便失禁**：状態に合わせた排泄方法をとる。**聴力機能**：最後まで保たれる。**呼吸のパターン**：チェーンストークス呼吸・死前喘鳴・肩呼吸・下顎呼吸



在宅緩和ケアの時期は以下の様に分類できます。

### 導入期

**ポイント**：安心して在宅療養を継続できるようにする。

**訪問看護師がすべき事**：在宅へ移行する前の必要な情報を入院先の病院から引き継ぎ切れ目のないケアを行う。必要な介護技術を家族に指導する。

### 安定期

**ポイント**：残された時間を充実し快適にすごしてもらい、死を受容できるように支援すること。

**訪問看護師がすべき事**：日常のケアを通して患者さんの生活を整える。家族が困惑しないように看取りに向けた死への教育や準備を促す。

### 臨死期

**ポイント**：家族の動揺を軽減し、患者さんの尊厳を守ること。

**訪問看護師がすべき事**：死の前に現れる兆候を説明する。看取りの方法を確認する（死亡確認方法、遺体のケア方法など）

### 死別期

**ポイント**：家族をねぎらい、悲観からの立ち直りの支援や健康管理を行うこと

**訪問看護師がすべき事**：できれば家族と一緒にご遺体のケアを行う。遺族となった家族には必要に応じて電話や訪問、外来などで悲観へのサポートを行う（グリーフケア）

## ホスピス緩和ケアの基本的な考え方（WHO緩和ケアの定義）

- ①痛みやその他の苦痛症状から解放する。
- ②人が生きる事を尊重し、死にゆくことを自然の経過と認める。
- ③死を早めることも、遅らせることもしない。
- ④患者のためにケアの心理的な側面とスピリチュアルな側面を統合する。
- ⑤死が訪れるまで、患者が人生をできる限り積極的にいきてゆける様に支える。
- ⑥患者の療養中から死別した後まで、家族が生活に適応できるように支える。
- ⑦患者と家族の様々なニーズに対してチームで支える。（死別後のカウンセリングを含む）
- ⑧生活の質を高め、病気の過程に良い影響をもたらすようにする。

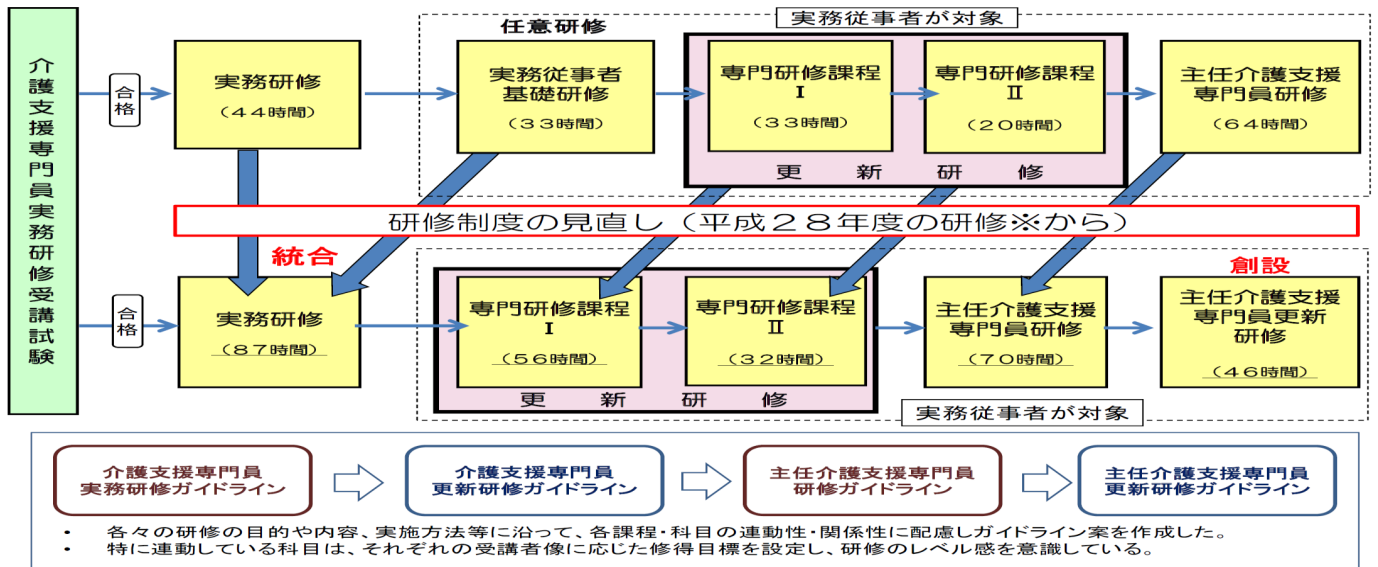


演題Ⅱは八田玲子 先生（鹿兒島純心女子大学 看護栄養学部 看護学科教授）に「新研修カリキュラムが目指すもの」の講演をして頂きました。

利用者の幸せな生活のためには：**抱え込まないで！** 人の生活を支えるのは簡単なことではありませんが・悩み、迷い、苦しむ人こそ、「介護支援専門員」ではないでしょうか。・万能ではないことを自覚し、多くの人たちの「力」を借りましょう。※ 地域包括ケアにおけるケアマネジメントの意義を理解し、研修を活用しながら、自らのスキルアップに努めましょう！

保険者においてケアプランの点検を実施していますが、実施率は全国平均で約6割、鹿児島県は70%です。介護支援専門員1人当たりの居宅サービス年間介護費用額は平成22年10月では約4,376万6千円、平成24年10月では約4,867万1千円となっています。

### 介護支援専門員の研修制度の見直しと研修ガイドライン



### 質の高いケアマネジメントを実施する事業所の評価の推進（特定事業所加算の見直し）

#### 算定要件

（人員配置及び要件に変更のある部分のみ記載）

#### 〔現行〕

- 特定事業所加算Ⅰ（500単位／月）**
- 1 常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置
  - 2 常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置
  - 3 中重度者の占める割合が50%以上
  - 4（新規）

#### 〔現行〕

- 特定事業所加算Ⅱ（300単位／月）**
- 1 常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置
  - 2 常勤専従の介護支援専門員を2名以上配置
  - 3（新規）

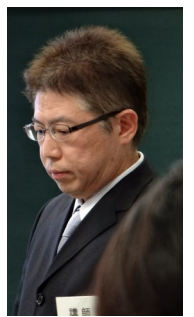
#### 〔改正後〕

- （新）特定事業所加算Ⅰ（500単位／月）**
- 1 常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置
  - 2（継続）
  - 3 中重度の利用者の占める割合が40%以上
  - 4 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備

- （新）特定事業所加算Ⅱ（400単位／月）**
- 1（継続）
  - 2 常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置
  - 3 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備

- （新）特定事業所加算Ⅲ（300単位／月）**
- 1（継続）
  - 2（継続）
  - 3 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備

第一回川内地域在宅医療連携多職種交流研修会が5月19日（火）19：00～20：50に川内看護専門学校会議室でおこなわれました。司会進行は原園陽子氏（川内市医師会在宅医療支援センター）が行い、久留敏弘 先生（川内市医師会副会長）の挨拶がありました。長谷川雅一先生（長谷川医院 院長）が「在宅医ができること」を講演されました。その後、グループワーク・フリートークを行い、皆さんに疑問点を質問していただきました。最後にいつものように名刺交換会を行いました。



**在宅医療とは**①何らかの理由で通院困難となった慢性疾患を有する患者に対して自宅や居住系施設において提供される医療 ②訪問診療と24時間対応の往診が基本 ③従来の急病に対する臨時往診とは全く異なる特性④病院の特徴である医療器具の常備と医療専門職の常駐を欠く（安全性・効率性において不利）⑤通院・入院に伴う制約が少なく自宅で診療を受けられるという利点（逆に医療サイドには制約が多くなると同時に家族の占める役割も極めて重要です）昔と今日の在宅医療の違いは昔は往診のみで今日は訪問診療+往診24時間365日対応です。

**訪問診療と往診の違いは？「訪問診療」は**、患者が平穩に療養生活を送れるよう、あらかじめ立てた診療計画をもとに、同意を得て定期的に居宅で診療を行うもので、在宅医療の基本的な業務と言えます。通常、患者のもとに月2回程度の割合で定期的に訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談、指導等を行います。「**往診**」は、急変時などに患者や家族の要望を受けて不定期に行う在宅医療のことです。夜間・深夜・緊急時に患者から要望を受け往診を行った場合には、診療報酬上加算がつきますが、予め計画的に策定された訪問診療の場合はそうした加算がないなどの違いもあります。

**在宅医療における薬物療法の問題点は**・薬物有害作用の頻度は高齢者の緊急入院の数%は薬剤が原因です。後期高齢者では6剤以上の服用で15%以上薬の効き過ぎが多い。5剤以上は転倒発生頻度40%です。**薬物有害作用が増加する要因は** ①**疾患上の要因として**：複数の疾患を有する→多剤服用、併科受診、慢性疾患が多い→長期服用、症状が非定型的→誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用が考えられます。 ②**機能上の要因として**：臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化)→過剰投与、認知機能、視力、聴力の低下→アドヒアランス低下、誤服用があります。 ③**社会的要因として**：過少医療→投薬中断が考えられます。

**アドヒアランスとは**治療方針の決定について患者自身が積極的に参加し、その決定に従って治療を受けることです。

**コンプライアンスとは**患者の医薬品に対する服用法をどれだけ守れているかを表現する言葉です。

**アドヒアランスをよくするための工夫は**：服薬数を少なくする。服薬法を簡便化する。介護者が管理しやすい服薬法にする。剤型を工夫する。一包化調剤の指示・服薬カレンダーの利用などです。降圧薬や胃薬など同薬効2～3剤を力価の強い1剤か合剤にまとめる。1日3回から2回 あるいは1回への切り替え食前、食直前、食後30分など服薬方法の混在を避ける。

出勤前、帰宅後などにまとめる。口腔内崩壊錠や貼付剤の選択する。長期保存できない薬剤、途中で用量調節できない薬剤、緩下剤や睡眠薬など症状に応じて飲み分ける薬剤は別にする。



近年、内服遵守に対する用語は**compliance(コンプライアンス)**から**adherence(アドヒアランス)**に変わりつつあります。コンプライアンスは医師の指示による服薬管理の意味合いで用いられますが、アドヒアランスは患者の理解、意志決定、治療協力に基づく内服遵守です。治療は医師の指示に従うという考えから、患者との相互理解のもとに行っていくものであるという考えに変化してきたことが、内服遵守における、コンプライアンスからアドヒアランスという概念の変化につながっていると考えられます。

**お薬の副作用を防ぐために患者側の注意点は**①むやみに薬をほしがらない②他院の処方方を正確に教えるお薬手帳を出す③出された薬はきちんと飲む④勝手に服用をやめない⑤服用後に症状が出現したら医師に相談する事です。

**介護の課題** 60年前までは在宅と病院では治療差がなかった。当時は大家族制が維持され在宅死が多かった。1976年から逆転している。ベッド数の抑制、高齢者の増加で死者数が増えても在宅死が増えない、つまり看取り難民が増える時代になります。これからの時代は PPK(ピンピンコロリ)から NKK(認知症、寝たきり、孤独死)になりそうです。多職種連携として顔の見える関係作りと情報連携シート作成が重要となります。在宅で行う担当者会議に医師もできる限り参加する事。自宅の生活環境を確認する事、今後の病状予測する事。患者・家族・介護者へ助言を行い病状安定に努める事。急変時の対応も予め考えておく事が重要です。ケアマネと医師の連携強化が重要となります。主治医意見書を記載しても外来の患者・家族は介護度？ケアマネ？と言われることが多いです。**ケアマネさんをお願いします。**介護申請後の居宅サービス計画書は主治医に提出をお願いします。医師は在宅介護についてケアマネに任せっきりせず一緒に考え、関心を持つことが重要だと考えます。



第二回川内地域在宅医療連携多職種交流研修会が9月3日(木) 19:00~20:50に川内看護専門学校会議室でおこなわれました。司会進行は田中亜祐美氏(川内市医師会在宅医療支援センター)が行い、久留敏弘先生(川内市医師会副会長)が挨拶されました。田代隆一氏(薩摩川内市地域包括支援センター 主任介護支援専門員)が「地域包括支援センターができること」を講演されました。その後、グループワーク・フリートークを行い、地域包括支援センターの業務について質問していただきました。最後にいつものように名刺交換会を行いました。



**包括支援センターには4つの業務があります。**①**総合相談事業**：65歳以上の方の総合的な相談に応じる。②**権利擁護事業**：その名のごとく、その人の権利を守るための事業です。[虐待(暴力、暴言、年金搾取、介護放棄、性的虐待、セルフネグレクト(ゴミ屋敷問題)、生活困窮、消費者被害防止等]③**包括的・継続的ケアマネジメント事業**：ケアマネジャーの後方的支援と同行訪問等です。④**介護予防ケアマネジメント事業**：介護予防に特化し「元気高齢者」づくりに従事する事業です。



**総合相談事業がすべての入り口です。**主な相談は ①介護サービスの利用の方法について ②介護認定が下りたが、どのような流れでサービス利用となるのか ③「新聞受けに新聞が〇日分たまっている様子だが、大丈夫だろうか」「電気(水道)料金が未払いで明日から利用休止となる予定だが、大丈夫だろうか」④市役所の高齢者サービスについて ④場所が分からなくなっている様子の住民がいるが、どうすればよいか。等です。



社協の中に**権利擁護センター**を開設しました。どんな事をするのですか？

①法人後見事業：成年後見制度が必要であるにも関わらず、親族の支援が受けられないなどの理由で制度を利用できていない方などに対し、社協が後見人等としてその方を支援していくものです。

※後見人等は家庭裁判所から選任されるものです。

②成年後見制度普及啓発事業：制度の普及啓発のため、市民向けの講演会や相談会の開催を行います。また、市民の方で制度を学びたい方や社会貢献活動してみたいと考えている方向けに養成講座を計画しています。

③福祉サービス利用支援事業：判断能力が不十分となり、福祉サービスの選択や契約、日常的な金銭管理が一人で不安な方と契約を結び、支援を行います。※センターでは権利擁護事業の利用について、電話相談や窓口相談、訪問相談に応じます。まずはお電話ください。



北薩リハフォーラム2015が9月12日(土)13時～18時に薩摩川内市国際交流センターで行われました。13:00～14:45は①「在宅ときどき入院」を支える②「在宅に向かう退院支援」を考える、の2つに各部会が別会場に分かれて開催されました。



別府晴美氏(川内市医師会立市民病院看護部回復リハビリテーション病棟)と赤崎知子氏(介護老人保健施設クオリエリハビリテーション課課長)のお二人が座長を務められ以下の講演がありました。

①「ときどき入院、ほぼ在宅」は小丸みさち氏  
(薩摩郡医師会在宅医療推進支援室)



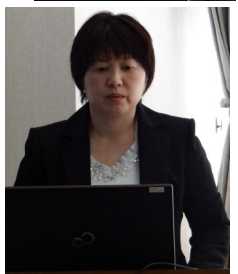
②「その人の暮らしを支えるために」は中野るみ子氏  
(アルテンハイム鶴宮園居宅介護支援センター)



③「在宅ALS療養者の支援」は田島万里子氏  
(居宅介護支援事業所いっぽ)



④「通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション会議の効果について」は永森裕幸氏  
(クオラクリニックせんだいリハビリテーション課)



⑤「アルコール依存症にて入退院をくり返している利用者との関わり」は新富由美子氏(川内市医師会訪問看護ステーション)



⑥「医療・介護連携シート提案(川薩地区)」は古城裕喜氏  
(鹿児島県介護支援専門員協議会川薩支部)が講演されました。



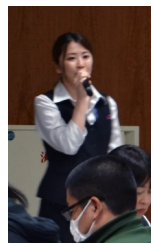


14:45～15:00「開会のあいさつ」の後「地域リハビリテーション広域支援センター活動報告」があり15:10～16:00には吉村 恵 先生（熊本保健科学大学大学院 保健科学研究科教授）が「リハビリテーションを受けて…医療従事者の立場からの感想」の講演を16:20～17:30には山元 総勝 先生（熊本保健科学大学保健科学部リハビリテーション学科教授）が「在宅における自立支援を見据えた介護予防」の講演をなさいました。

例年開催されている名刺交換会は、今回は参加者が少なかったために中止となりました。

川内地域在宅医療連携多職種交流研修会の後でいつも名刺交換会が開催されるため必要性が無くなったと考えられます。

第26回薩摩郡認知症研究会が宮之城文化センター（10月23日（金）18時50分～20時30分）で行われました。薩摩郡医師会理事 薩摩郡認知症研究会代表世話人の立志 公和先生（立志病院 院長）の挨拶の後、座長は宮之城病院 院長 新門 弘人先生がつとめられました。一般講演として「幻覚・妄想のある認知症高齢者への対応」～ユマニチュード理論を用いて～ 羽田小百 氏（宮之城病院 看護部）特別講演として『レビー小体型認知症の症状と対応』野添 聖一先生（宮之城病院 認知症疾患医療センター）がありました。



11月4日（水）19:00～に薩摩川内市社会福祉会館2階大ホールで平成27年度第2回退院支援担当者・看護師及び介護支援専門員との意見交換会が開かれました。ケアマネ64名、退院支援担当15名、看護師13名、事務1名、生活相談員1名、介護福祉士3名、行政4名、地域包括支援センター2名、講師1名、事務局6名、合計110名の参加がありました。



川内市医師会圏域内共通 看護情報提供書について 田中亜佑美 氏（川内市医師会在宅医療支援センター）が、その後 医療・介護連携シートについて 古城裕喜氏（居宅介護支援事業所ピア 主任介護専門員）が資料とパワーポイントを使い説明されました。『入院時、退院時、在宅時の医療・介護連携について』のグループワークを15テーブルに6名ずつ分かれてを行い、討論内容の発表の後名刺交換会を行いました。



2月15日、2月18日：薩摩川内市総合福祉会館で医療介護連携シートの使用方法の研修会を古城裕喜氏（居宅介護支援事業所ピア 主任介護支援専門員）が行い、具体的な連携方法、記入方法を研修しました。

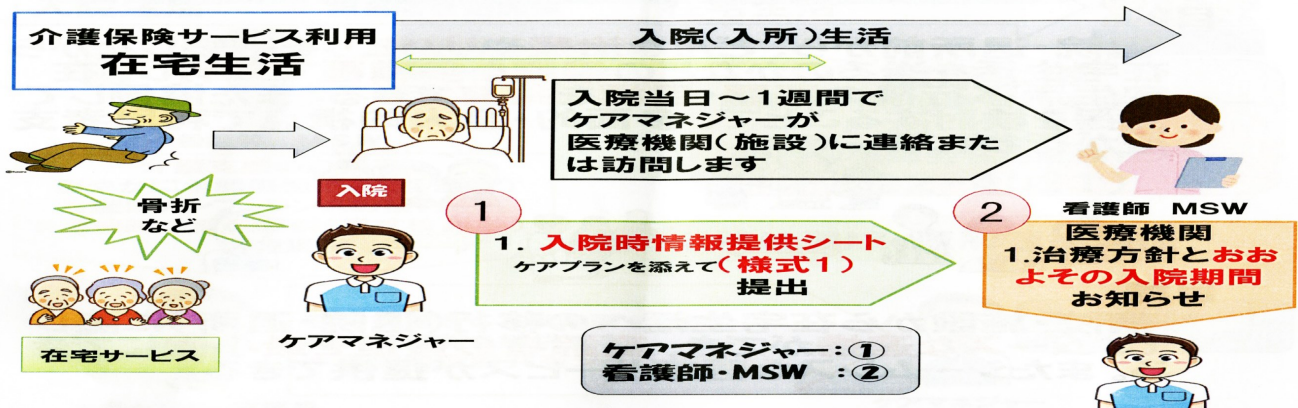


3月16日、薩摩郡説明会：介護支援専門員協議会川薩支部理事の古城裕喜氏による説明がありました。意見交換も活発に行われました。62名の方にご出席頂きました。

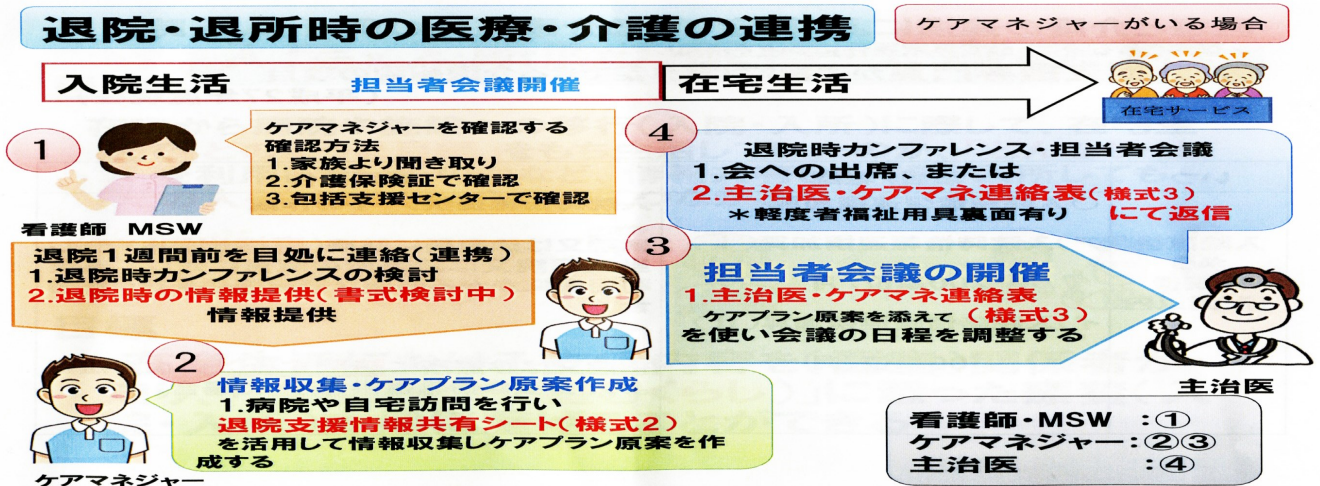


薩摩郡医師会在宅医療推進支援室だより「ひまわり」より

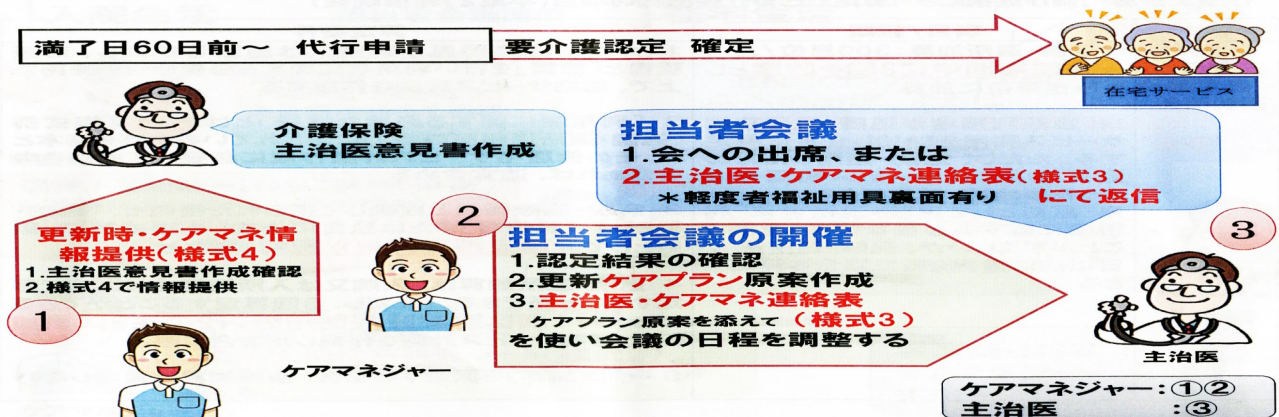
## 入院(入所)時の医療・介護の連携



## 退院・退所時の医療・介護の連携



## 更新時の主治医・ケアマネジャーの連携



2月：介護支援専門員協議会川薩支部で使用方法の研修・研修内容：具体的な連携・記入方法の研修

3月1日よりプレにてスタートし課題抽出 \*必要に応じて書式を変更・修正

\*医療機関に対してケアマネジャーの書式のお知らせ

4月：医療・介護連携シートを活用した連携スタート

10月：6ヶ月後を目処にアンケートを実施し書式の再検討を行う予定です。