



第十六回 支部総会



第十六回総会を6月10日(金)午後6時30分～8時20分、薩摩川内市総合福祉会館2階ホールで行いました。会員172名中(出席会員84名、委任状56名で合計140名)出席率81%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。銚之原支部長の挨拶の後、議案1号「27年度事業報告」は山本理事が、議案2号「27年度収支決算」は枇杷理事が内容を説明をして今村監事が会計監査報告を行いました。1号議案と2号議案は挙手満場一致で承認されました。その後、議案3号役員の変更(案)については、会場の皆さんに意見の有無を確認後、執行部案が採択されました。議案4号「28年度事業計画(案)」は山本理事が説明し、議案5号「平成28年度川薩支部収支予算(案)」は枇杷理事が具体的内容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。以下は役職の名簿です。

| | 役職 | 氏名 | 所 属 |
|----|------|--------|---------------------------|
| 1 | 支部長 | 銚之原 大助 | 社会医療法人卓翔会 社会福祉法人市比野福祉会 |
| 2 | 副支部長 | 柿添 信義 | 特別養護老人ホーム さつま園 |
| 3 | 副支部長 | 山本 敏夫 | やまもと歯科 |
| 4 | 理事 | 福山 廣 | 医療法人一廣会 福山内科 |
| 5 | 理事 | 上菌 美都 | 医療法人松翠会 森園病院 |
| 6 | 理事 | 柿元 美津江 | 鹿児島純心女子大学 |
| 7 | 理事 | 古城 裕喜 | 居宅介護支援事業所ピア |
| 8 | 理事 | 菅原 清香 | さつま町地域包括支援センター |
| 9 | 理事 | 山内 一宏 | 薩摩川内市地域包括支援センター |
| 10 | 理事 | 白石 照予 | 特別養護老人ホーム さつま園 |
| 11 | 理事 | 東 直樹 | 川内市医師会立市民病院 |
| 12 | 理事 | 松ヶ角 弘樹 | 在宅介護支援センター はまかぜ園 |
| 13 | 理事 | 枇杷 眞弓 | 九州東邦株式会社川内営業所 |
| 14 | 監事 | 今村 幸二 | 在宅介護支援センター幸せの里 |
| 15 | 監事 | 宇都 賢 | 特別養護老人ホーム マモリエ |
| 16 | 事務局 | 羽有 春彦 | 社会医療法人卓翔会 市比野記念病院 |

第2部は森園仁美 先生（特定非営利活動法人日本プロフェッショナル・キャリア・カウンセラー協会キャリア開発室室長 有限会社ティ・エヌ・ティ代表取締役）にストレスマネジメント『見方を変えれば価値観が変わる』～コミュニケーションの考え方について～の演題で講演して頂きました。



ストレスが全くないか、小さい場合は、仕事は退屈と捉えられ、能力を発揮できません。適度な場合はやる気が高まり能力を発揮できます。大きい場合はストレス反応（心身の変調）が現れ、うまく能力を発揮できません。過度な場合は心身の変調がはっきり現れ、やる気が全くでず、うつ状態になる場合があります。

ストレスとうまく付き合うには、まず「自分にとってのストレス要因は何か？」を理解することが大事です。

メンタルヘルスを悪化させやすい性格は、まじめで地道にがんばる（最後までやり遂げる強い意志を持っている）。「～あるべきである！」とか「～すべきである！」と考えてしまう。責任感が強い（自分一人でやろうとする）。几帳面（細かい事まで気にする）。考え方が保守的（変化を嫌う）。猪突猛進（燃え尽きるまで突き進む）。自己中心的（人や組織のせいにする）。

ストレスへの対処方法は、①体を休める・緩める。：仕事の区切りにストレッチする。しつかり睡眠をとる。リラックスできる時は、自分がリラックスできる方法で気分転換をする。

②ストレス要因を積極的に解消する。何がストレスの原因かを特定して解決方を考え、積極的に行動する事。困っている事を上司に相談したり、対応を依頼することなど。

③逃避・気晴らし。ストレスを忘れてしまうこと。④周囲の援助を受ける。周囲の人に相談する。

⑤考え方を変える。仕事で大きな失敗をしても、「もうだめだ」と考える人と、「いい経験だった」と考える人では、ストレス反応には、大きな差がでます。

職場のコミュニケーションの取り方

（1）話すことの効果 ～話すことで、気が済むこともある

①気分が楽になる： 悩みを抱え込むほど辛いことはありません。

②新しい解決方法が見つかる可能性がある： 自分一人では、つい偏った考え方になりがち。人に話すことで、自分が思いもつかなかった解決案が見つかる可能性があります。

③案外、それほど重要でないことに悩んでいることに気付くことがある：周囲の人に話しをすると、些細なことで悩んでいたことに気付くことがあります。もっと気楽に考えればいいことに気付くだけで、気持ちが楽になります。

（2）傾聴のポイント

①相手を必ず名前と呼ぶ：「あなた」でも「おまえ」でもなく、名前と呼ぶ。

②ペースを合わせる： 相手の話すペースにあわせることが、相手の安心感につながる。

③話を遮らない：とにかく、相手の話を遮らず、最後までしっかりと聴く。疑問が湧いたり、発言したくなっても、自分が話すのはその後。相手の話が終わらないうちに自分が話し始めたり、質問をすると、相手は「話を聴いてもらえていない」という不満感を持つ。

- ④あいづち： あいづちによって、相手は「話を聴いてもらえている」と感じることができる。「そうだね」「なるほど」「よくわかる」「そうだったのか」
- ⑤反復一言い換えをする：相手の話を反復したり、言い換えたりして反応します。こうすることで、相手は「理解された」という気持ちになる。「なるほど、〇〇だね」「それはつまり〇〇ということだね」
- ⑥感情を伝える：相手の話を聴いて感じたことを伝える。「それは大変だったね」「まったく、〇〇さんの言う通りだね」「それは大変困っているんだね」

以上が傾聴のポイントです。



ケアプラン研修会(事例を活用してプロセスを振り返ろう)を9月23日(金)午後1時30分～5時に 薩摩川内市総合福祉会館2階ホールで行いました。参加者全員で鹿児島県実務研修の演習シートを活用して自己事例を振り返ることでケアマネジメントのプロセスを再確認しました。参加人数は定員50名(会員 31名 非会員 19名)の参加でした。

参加人数が多いと個別の指導が難しくなるため、参加人数は制限しました。主講師 古城理事、サブ講師 松ヶ角理事 上菌理事 田代理事、薩摩川内市包括から 山之内、大富、谷口 氏、さつま町包括から下口、菅原、鶴森 氏の合計10名のご協力をいただき個別指導を行いました。お忙しいところ、ご協力本当にありがとうございました。

羽有事務局長には、設営、連絡など大変ご足労をおかけしました。ご苦労様でした。



ケアマネジメントとは利用者の社会生活上のニーズを充足させるため、適切な社会資源と結びつける手続きの総体です。利用者の要望(ディマンド)とサービスを直接結びつける事ではありません。**ニーズ**とは必要なこと、みたされなければいけないもの。**ディマンド**、**ウォンツ**は要求、望むこと、こうして欲しいと思うことです。

症例 氏名:川内太郎さん78歳 男性 病名:脳梗塞後遺症、左麻痺 のデータを使用して、

- ①利用者・家族の悩みや要望の抽出 ②アセスメントを通じた望む暮らしの抽出
③生活ニーズの抽出 ④課題整理総括表の確認 の順番で実習しました。

ケアマネジメントを依頼した理由は脳梗塞後遺症で左不全麻痺が残っています。装具を付けて杖を活用すると移動が何とか自分で行える。日常生活では入浴や外出が困って相談に訪れる。

川内太郎さんの生活の意向は、**本人**:病気をしてから人生が一変した元の状態に戻らないのは解っているがせめてトイレぐらいは自分で行けるようになって妻の負担を減らしたいと思っています。またリハビリを頑張って外出が出来るようになったら妻と外食したいと思っています。

家族(妻):退院が出来て一安心しています。しかし夫の介護や自分の体のことを考えると不安なことが沢山あります。誰かに支えてもらいながら不安や負担を少しでも減らしたい。

ケアマネジメント振り返りシート

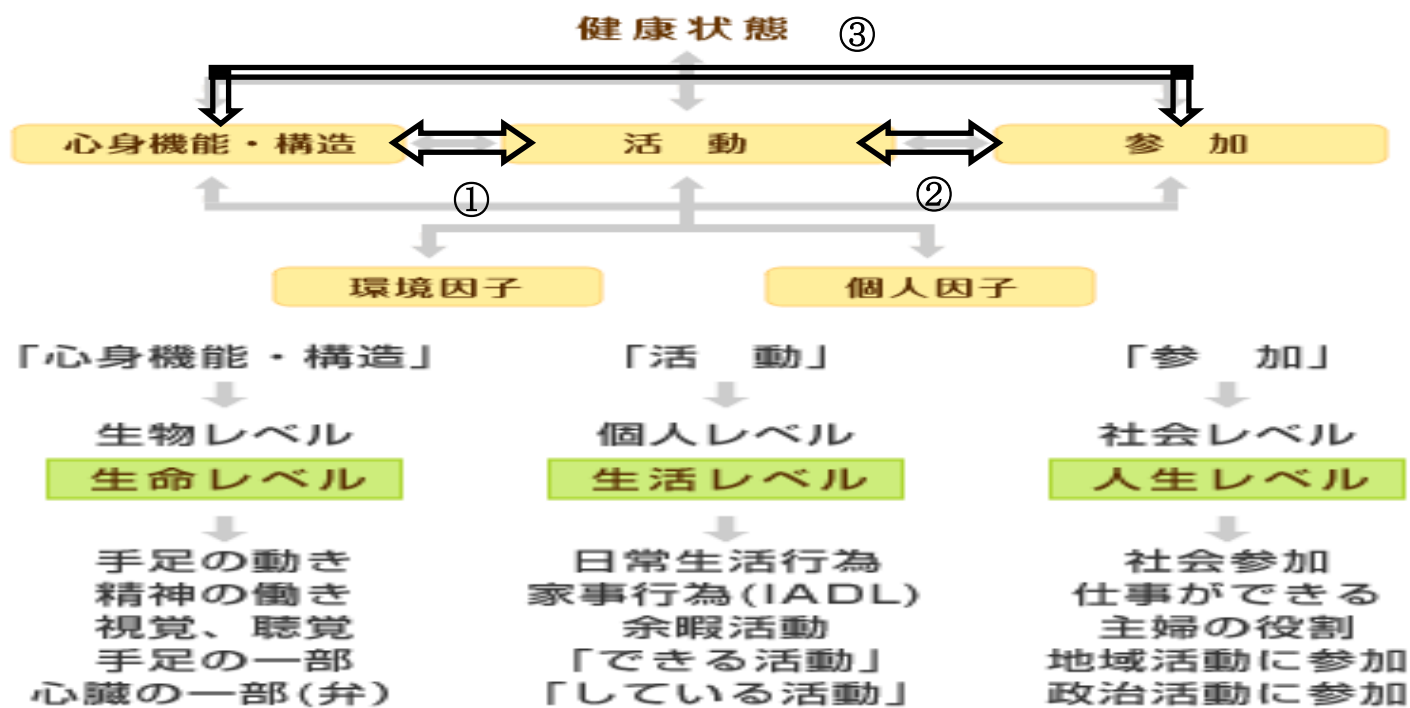
利用
生活

自立支援のためのプロセス

①利用者及び家族の生活に対する意向を抽出して記載する。単に利用したいサービスを聞くのではなく、アセスメントを通じて生活の意向を協働して検討し、具体的に記載する。家族の思いも同様に利用者にとって分かりやすい表現となっているか確認。サービスの種別は記載しません。

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|
| <p>生活の意向に対する利用者の漠然とした望み・悩み</p> <p>心身機能・構造 左麻痺があつて歩くのが不安定。まずは室内で自由に移動できるようにしたい。</p> | <p>専門職との見通し ~することで~出来る「ようになる」</p> <p>機能訓練を行い筋力が向上することで歩行が安定する。移動訓練を行いバランスが良くなることで歩行が安定する。</p> | <p>本人の目標とケアマネの見通しとの隔たり(ズレ)</p> <p>本人はせめて室内ぐらいは自由に移動したいと思っっているが、現在の状態ではトイレ移動が精一杯ではないかと思う。</p> | <p>合意された生活全般の解決すべき課題(ニーズ) *こんな風に解決したい *自分はまだまだこんなことができる *~をこのように解決したい(なりたい)</p> <p>せめてトイレぐらいは自分で行けるようになって妻の負担をへらしたい。</p> <p>夏はシャワーでもよいが、冬は湯船につかりたい。妻も大変なので助けがもらえたらと思っている。</p> <p>今は無理かもしれないが少しでも良くなって妻と外食したい。</p> <p>病気して生活が一変した。もう二度と再発をしたくない。</p> | <p>半年後・1年後の目標となる姿(長期目標)</p> <p>ニーズ</p> <p>せめてトイレぐらいは自分で行けるようになって妻の負担をへらしたい。</p> <p>長期目標</p> <p>転倒せずにトイレ移動がひとりで行ける。</p> | <p>目標を目指し頑張っている。6ヵ月後の姿(短期目標)</p> <p>短期目標</p> <p>立ち上がりが安定して出来る。 寝室からトイレ移動動線の環境が整う。</p> | <p>本人：自分で出来る運動をします。初めは転倒しないように妻に見守ってもらいながらトイレ移動をします。トイレ移動のための方法を一緒に検討します。</p> <p>家族：移動の時は近くで見守って転倒に注意します。段差の移動は介助します。機能訓練のための外出時は準備します。</p> <p>友人、地域：</p> <p>時には訪問して話します。近所を散歩しているときには声をかけます。</p> <p>フォーマル：</p> <p>機能訓練の目標を本人と一緒に検討します。歩行が安定するように機能訓練を行います。訓練に参加する時は自宅まで迎えに行って移動を助けます。</p> |
| <p>活動</p> <p>リハビリを頑張っているが自宅ではトイレに行くことも困っている。せめてトイレぐらい自分で行きたい。</p> | <p>機能訓練を行い歩行状態が安定することや移動しやすい環境が整うことでトイレに行けるようになる。</p> | <p>大きな隔たりはない、機能訓練や環境を整えることでトイレ移動ができるとかんがえる。</p> | <p>合意のための対人援助</p> | | | |
| <p>参加</p> <p>今のこんな姿は人に見せたくない、誰にも会いたくない。</p> | <p>同じ病気を持つ人と交流を持つことで少しでも障がいの受容ができるのではないか。</p> | <p>障がい受容が出来ないと感じられる。まずは妻を中心にケアマネや支援者との関係性を築く必要がある。また受容のプロセスが進むように支援が必要。</p> | | | | |

ICF（国際生活機能分類）では生活機能という考え方を提言しています。生活機能とは「人が生きること」全体であり、健康とは「生活機能」全体が高い水準にあること示しています。生活機能を心身機能・構造⇔活動⇔参加を双方性（⇔）で示し3つの用語（状態）の包括用語としてとらえています。



生活機能には、必ずこの3つ内容を含んでいる。

双方向(⇔)は、強い関係性を示します。

| ①心身機能・構造と活動の相互作用 | ②活動と参加の間の相互作用 | ③心身機能・構造と参加の間の相互作用 |
|--|---|-------------------------|
| 良循環 リハビリ→活動↑ | 参加が向上すれば活動の向上に直結。 | 社会参加する→心身機能・構造改善 |
| 悪循環 麻痺→活動↓ 過剰安静、閉じ籠り。 安易の車イスは活動↓ 生活不活発病して、その結果、 心身機能低下する | バスの利用困難(活動) 一買物ができない(参加↓) 独居老人が同居→家事活動↓ | 麻痺→参加↓ 社会に出ない→うつ状態悪化 |

活動とは家の中の活動を示し、参加は社会参加を意味します。環境因子はバリアフリー、人的環境、社会の意識（偏見・差別）、制度環境など幅広くとらえ、個人因子は価値観や個性などを示します。双方向性ということが大事で、心身機能低下は活動を制限することもあります。活動が活発になれば、機能低下も回復することもあり、社会参加が進めれば、活動や機能低下も軽快することがあるという考えです。さらに、「右がだめなら左を使う」という積極的な取り組みにより、できる仕事が見つかり、その結果、麻痺が軽快するというようなプラスの取り組みを進めることです。たとえば脳卒中、統合失調症、ダウン症の人の社会参加などは、社会参加することにより活動や心身機能が向上してきます。双方向性を心身機能・形態⇔参加⇔活動⇔心身機能・形態と読み取ることが大切です。つまり、障害に対してどのような支援をするかより、障害を持ちながらその人の願いや思いを達成するにはどのような支援が必要か、そのために活動レベルの向上には何が必要か（例えば福祉機器の活用など）、活動が上げれば心身機能・構造の向上がはかれることもあるという考えです。さらに、背景にある環境因子や個人因子をできるだけプラスに変えることにより生活機能は一層向上します。当然その流れは、これまでの障害への対応の流れと逆です。上にその流れの良循環と悪循環を示しました。

岡山プライマリ・ケア学会ホームページから

ケアマネジメントモデルの種類

- 仲介型モデル**（ブローカータイプ）：利用者とサービスを結びつけることを中心とし、サービスの斡旋・調整を主な機能としている。
- リハビリテーションモデル**：リハビリを重視する。ソーシャルスキルなどのトレーニングを重視して、本人の**リハビリ**を重視するモデル
- 総合型モデル**：**複数の職種**がチームを組んで比較的少数の受け持ちチームに対して週7日24時間体制で支援を提供するモデル

○**ストレングスモデル**とは、全ての人やその人を取り巻く環境には、強さであるストレングスがあるので、それを中心にアプローチして行こうとする考え方をいいます。つまり、その人が元来持っている強さに注目し、それを引き出して活用していこうとするものです。

・**本人のストレングス**：人柄（個性）、才能、技能、生活に抱く願望や抱負、興味、良い生活習慣の継続、経験、経験からくる自負など。

・**環境のストレングス**：年金受給や保険利用ができるなどの制度的環境、家族仲が良い、近隣に知人が住んでいるなどの人的環境、持ち家である、一階に住んでいる、道路が広い、駅に近い、スーパーが近いなどの住環境など。

課題分析は、利用者さん本人も気がついていない利用者のストレングス、環境のストレングスなどに注目し、アセスメントを行うことが必要です。

ケアプラン点検に当たっての基本姿勢は以下のとおりです。

- ・点検は一方的でなく双方向で行います
- ・CMがどこに悩み、つまづいているのかを把握し点検を通じて「気づき」を促すことが大切です
- ・CMをチェックや批判する方法でなく、一緒にレベルアップする方法であることを認識しましょう
- ・CMが、再点検を受けてみたいと感じる雰囲気を作りましょう
- ・不適切なケアプランであった場合、プランの根拠について一緒に確認しましょう

*介護保険最新情報「ケアプラン点検支援マニュアル」より抜粋

川薩圏域地域リハビリテーション広域支援センター、出水圏域地域リハビリテーション広域支援センター主催、本支部後援の北薩リハフォーラム2016～地域包括ケアを支えるリハビリテーション～が11月26日（土）午後1時～5時に薩摩川内市国際交流センターコンベンションホールで開催されました。

講演1は「地域包括ケアにおける多職種連携のあり方と今後の方向性」を八田冷子先生（鹿児島純心女子大学 看護栄養学部看護学科教授）が、講演2は「住み慣れた地域でその人らし暮らすということ」～認知症の人の思い、家族の思いを知る～を伊東美緒先生（東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム研究員）がされました。



シンポジウムの座長は宇治野由美子 氏（介護老人保健施設クオリエ施設サービス管理部長）、アドバイザーは八田玲子先生（鹿児島純心女子大看護栄養部看護学科教授）が務められて以下の発表がおこなわれました。西原洋子 氏（北薩地域振興局保健福祉環境部健康企画課長）、小田原由美 氏（出水市地域包括支援センター技術参事補、保健師）、小丸みさち 氏（薩摩郡医師会在宅医療相談支援センター）、知識きよみ 氏（川内市医師会立市民病院 地域包括ケア病棟専従理学療法士（マドンナ）、萩原卓弥 氏（介護老人保健施設クオリエ相談員）、藤原惟裕氏（ラ・フォンテ指定居宅介護支援事業所 管理者、主任介護支援専門員）以上の6名が シンポジストを務められました。

自助・互助・共助・公助の役割分担 自助互助共助公助の役割分担 平成20年度地域包括ケア研究会報告書より

地域包括ケアの提供に当たっては、それぞれの地域 が持つ「**自助・互助・共助・公助**」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の 順で取り組んでいくことが必要です。「**自助**」：自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持。「**互助**」：インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。「**共助**」：社会保険のような制度化された相互扶助。「**公助**」：自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等

地域包括ケア病棟は、急性期病棟で急性期治療を終えた患者さんが、介護施設や在宅復帰できないときに転院できる病棟としてH26年4月に新しく新設されました。一般病棟からの転棟になるため、情報交換はスムーズに行うことができ、手続きが少なくサポート体制が整えられているため安心して利用することができます。リハビリテーションに時間のかかる高齢者や、肺炎により早期退院を求められている人にとっては、継続的に医療を受けながらリハビリを行える地域包括ケア病棟は大切です。地域包括ケア病棟では、一般的な医療を受けることはできますが、急性期医薬品の使用や高度な医療行為は行うことができないため、状態が悪化した場合には急性期病院へ再び転院することになります。施設基準としては、看護配置は13対1以上となり、許可病床は1病棟のみ200床未満の医療機関になります。地域包括ケア病棟で医療やリハビリを受けることができる日数は決まっており、最長でも60日が原則とされています。介護施設や在宅復帰を目的としたリハビリのため、けがの具合や症状から自宅で生活ができるようになるまでの目標を立て、その目標に合わせてプログラムを組みます。自立できることが目標ではなく、その人に合った状態までの機能回復が目標となることを間違えないようにする必要があります。60日での退院が不安になる方もいますが、病棟には専従の社会福祉士やソーシャルワーカー・セラピスト等の専門スタッフがおり退院へ向けたサポートをする体制が整えられています。

地域包括ケア病棟と回復期リハビリ病棟の違いは：報酬制度の違い：回復期リハビリ病棟では、出来高払いですので、医療やリハビリを行う回数や時間により報酬が変わるため、多くの回数を行えば医療費が高くなります。しかし、地域包括ケア病棟では、包括払いとされているため、医療内容や検査の回数・リハビリの量とは関係なく一定払いとなります。患者さんにとって過剰に行うということがなくなるメリットがあります。**最長退院日数**：地域包括ケア病棟で医療やリハビリを受けることができる日数は決まっており、最長でも60日が原則とされています。介護施設や在宅復帰を目的としたリハビリのため、けがの具合や症状から自宅で生活ができるようになるまでの目標を立て、その目標に合わせてプログラムを組みます。自立できることが目標ではなく、その人に合った状態までの機能回復が目標となることを間違えないようにする必要があります。60日での退院が不安になる方もいますが、病棟には専従の社会福祉士やソーシャルワーカー・セラピスト等の専門スタッフがおり、退院へ向けたサポートをする体制が整えられています。回復期リハビリテーション病棟では疾患により異なるため最長180日入院することができます。疾患や病状によって、細かく条件が設定されており入院可能な期間が決まっています。回復期リハビリ病棟は、入院期間中に低下した機能を回復させるために集中的なりハビリを行うための病棟になります。365日体制でスタッフがサポートする形となります。**目的意識の高さの違い**：回復期リハビリテーション病棟では、機能改善に向けたリハビリに力を入れているためリハビリスタッフが大人数います。特徴としては、チーム医療の連携があり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれのリハビリも受けることができます。しかし、地域包括ケア病棟では在宅復帰に力を入れているため、リハビリスタッフだけではなく退院後のフォローに必要なソーシャルワーカーや、精神的なフォローとしてセラピストや精神保健福祉士と様々な職種の人がサポートする体制が整えられています。退院後の生活に不安を抱えている人にとっては安心できます。



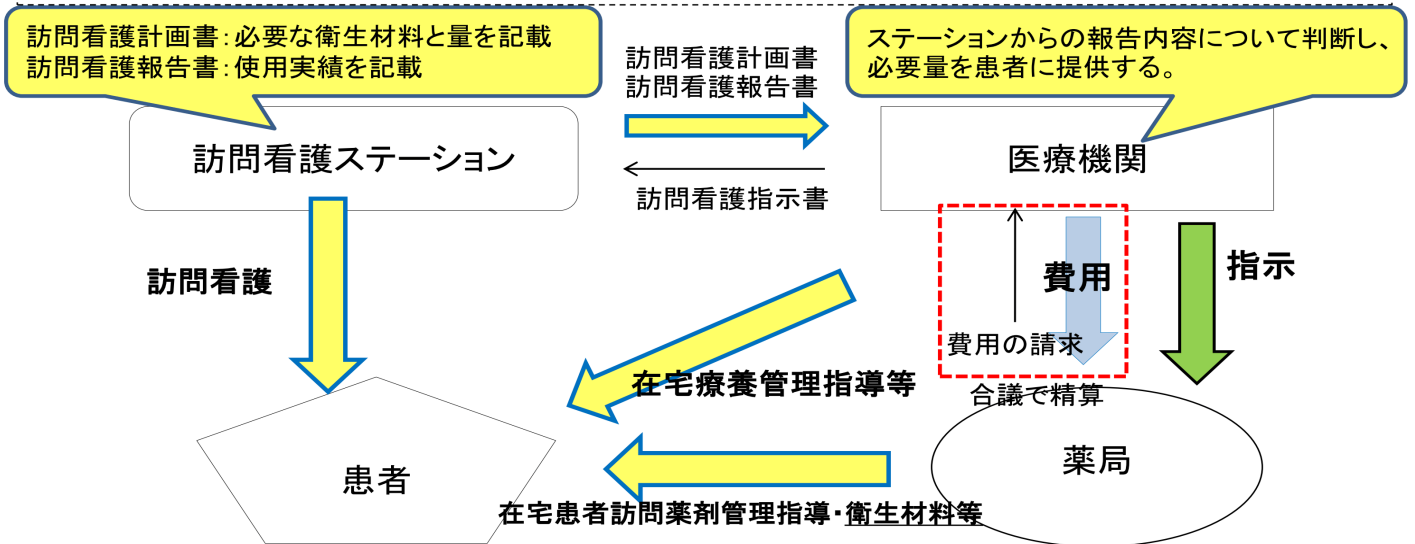
川内薬剤師会主催の実習研修会「在宅医療へのご案内」を11月29日(火)午後7時～8時30分に 薩摩川内市国際交流センターで行いました。多数の薬剤師、訪問看護師と本会からは10人ほどの参加がありました。実際に在宅医療の現場で使用されている器具や材料を手に取り、解説者の説明(気管切開、吸引、在宅経管栄養療法、中心静脈栄養法等)をうけて組み立てたり、作動させたりして実習しました。滅菌状態の製品を開封して使用した実習だったため、参加費1000円の負担がありました。皆さん、普通に手に取って触れる物ではないので、大変貴重な経験をされたようでした。器具や材料の準備には、東邦薬品株式会社の多大なご協力がありました。どうもありがとうございました。



特定保険医療材料(とくていほけんいりょうざいりょう)は、保険医療機関及び保険薬局(以下「保険医療機関等」という。)における医療材料の支給に要する平均的な費用の額が、診療報酬(手技料、薬剤費など)とは別途に定められている医療材料(医療機器)である。療養内容のうち特定された場合に限り、特定保険医療材料として別に算定することができる。

薬局を介した在宅医療に必要な衛生材料の提供

- 衛生材料に対する患者・訪問看護ステーションの負担を解消するために、①②の流れに改善する。
- ① 医師の指示を受けた訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- ② 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか基準調剤加算2、在宅患者調剤加算と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。



メリット: 在宅における療養生活に必要な医療材料の必要量について、医療機関が把握できるため、患者や訪問看護ステーションが不足分を負担することがなくなる。
また、薬局と連携することにより、医療機関での在庫管理の負担が軽減する。

※この枠組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能である。

患者様本人やご家族からの相談の内容は、「この手技が難しい!」、「医療材料の扱いが難しい!」、「管(カテーテル)が少し細いと呑みやすい」「このテープは外れやすい!」、「見えちゃうからヤダ!」、「入浴の時などに清潔に外せるものがあると・・・」、「何処に捨てるの?」、「何処で誰に言えば手に入る?」などです。

経管栄養法とは：口から栄養を摂取できない患者様に医師の指示によって、直接、胃にチューブを挿入して、流動食と呼ばれる流動性の栄養物を注入する方法です。患者様の残存している消化機能を活かして栄養管理を行います。以下の3種類があります。

経鼻栄養法：片方の鼻腔からチューブを入れて胃まで通し、流動食を胃に流し込む方法です。チューブは、経鼻栄養チューブ、ストマックチューブ、マーゲンゾンデ、経鼻カテーテルなどとも呼ばれています。

胃瘻栄養法：胃に穴を開けて体表と胃を直接つなぎ、そこから流動食を流し込む方法です。

胃瘻とは、チューブを胃の中に通すための穴のトンネル（瘻孔・ろうこう）のことです。腹壁と胃に穴を開けて胃瘻を造設します。

空腸栄養法：空腸に穴を開けて体表と胃を直接つなぎ、そこから流動食を流し込む方法です。

腸瘻とは、チューブを空腸の中に通すための穴のトンネル（瘻孔・ろうこう）のことです。

在宅中心静脈栄養法：経口から栄養を摂取できない患者様に、必要な栄養素を中心静脈から点滴投与する療法です。栄養維持のみの入院をする必要がなく自宅にいて療養でき、社会復帰もする事が可能になります。

中心静脈栄養法（IVH、高カロリー輸液）：高カロリー輸液（IVH）、完全静脈栄養法（TPN）とも呼ばれます。中心静脈栄養法では、太い静脈を利用して栄養補給をします。

中心静脈とは？：心臓（右心房）の近くにある上大静脈と下大静脈の太い血管をさします。上記の位置に留置させることで、静脈炎などの合併症を防ぐことができます。

上大静脈や下大静脈内に留置することにより、濃度の高い輸液（浸透圧の高い輸液）が血管内に注入された場合は、速やかに希釈されて血管壁への刺激を防ぐことができます。



川内薬剤師会主催の第2回実習研修会「在宅医療へのご案内」が3月27日（月）午後7時～8時30分に薩摩川内市国際交流センターで開催されました。多数の薬剤師、訪問看護師と本支部から参加がありました。

実際に在宅医療の現場で使用されている保険医療材料、衛生材料を使用して実習しました。

『保険医療材料・衛生材料』 薬局の役割

ガーゼ、脱脂綿、綿棒、綿球、滅菌手袋、絆創膏、油紙、リント布、包帯、テープ類、医療用粘着包帯、ドレッシング材、使い捨て手袋

● 主に患部洗浄・消毒・固定などに使用される材料

| | | | |
|--|---|---|---|
|  滅菌ガーゼ |  Yガーゼ |  綿球 |  綿棒 |
|  グローブ |  シリンジ50mL (カテーテルチップ) |  固定用テープ |  フィルムドレッシング |

在宅で使用される医療材料、衛生材料の手配は

- ①処方箋からの払い出し
- ②訪問看護からの払い出し
- ③薬局からの払い出し
- ④患者様購入

の4種類です。



在宅で実施される処置は、①気管切開・吸引②導尿③褥瘡治療④栄養療法（経腸栄養）⑤栄養療法（中心静脈栄養）⑥疼痛治療です。

全ての処置は「清潔操作」で実施されます。一般の清潔とは異なり、医療での清潔とは無菌の事です。清潔（無菌）エリアの確保、清潔（無菌）と不潔の区別を確実にしなければなりません。

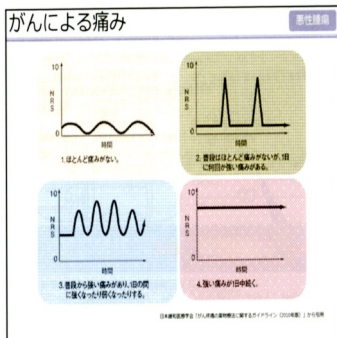
清潔操作とは処置や手技の際に、清潔を担保する領域を明確にして、清潔状態を保ったまま操作する事です。



滅菌グローブの着脱方法や口腔ケア用具の使用法、携帯型ディスポーザブルPCAポンプのプライミング方法などを実際使用する装置を使用して実習しました。



プライミング（ぷらいみんぐ）とは、準備作業を行うことです。点滴のプライミングとは、点滴チューブ内に点滴液を満たし、血管確保したエラスターにすぐに接続できるように準備することを言います。プライミング（priming）の「プライム（prim）」とは「整った」という意味です。



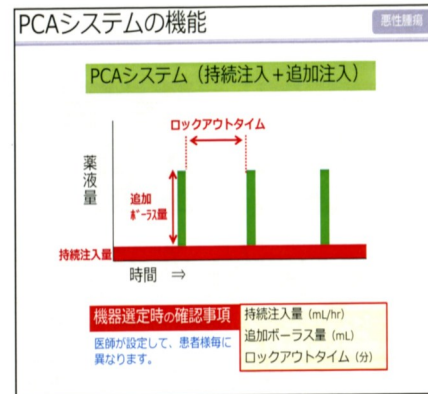
PCAはPatient Controlled Analgesiaの略で、日本語で「自己調節鎮痛法」ということもあります。専用機器であるPCAポンプを医療従事者が設定し、患者さんが痛みのあるときに患者さん自身が操作して、安全かつ効果的な量の鎮痛剤をすぐに投与できる方法です。痛みは自分自身にしかわからない感覚なので、客観的な評価が難しいものです。PCAでは痛みの状態を一番早く把握できる患者さんが、痛みを感じたときにすぐに鎮痛剤を使えるのが利点です。

PCAは専用ポンプを使って、「①持続投与、②ボーラス投与、③ロックアウト時間」の3つの基本設定を組み合わせることで安全に投与できます。

① 持続投与：ベース速度ともいい、患者さんがボタンを押さなくても持続的に鎮痛剤が投与される設定です。作用持続時間が短い鎮痛剤の効果持続や、睡眠中に痛みで覚醒してしまうことを防ぐことが目的です。

② ボーラス投与：患者さんがボタンを押した時に注入する鎮痛剤の量の設定です。

③ ロックアウト時間：患者さんの要求による鎮痛剤の投与間隔を制限する時間で、過剰投与になりません。



・各部分について



シユアフューザーとは、薬液ポンプのバルーン内にお薬を充填し、バルーンが収縮することにより、お薬の持続注入を行うことができる注入器です。（お薬の充填、追加は医療者が行います）携帯型ディスポーザブル注入ポンプです。



院外処方箋で払い出し可能な携帯型ディスポーザブル注入ポンプと病院から貸し出される電動式携帯型PCA持続注入ポンプの2種類があります。電動式は調節が可能、流量の精度が高いなどの利点がありますが、機械のバックアップ体制が無いと、故障した場合患者さんがパニックを引き起こす危険があります。