



第十八回支部総会



第十八回総会を6月8日(金)午後6時00分～8時30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160名中(出席会員80名、委任状26名で合計106名)出席率66%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。柿添副支部長の挨拶の後、議案1号「29年度事業報告」は山本理事が、議案2号「29年度収支決算」は羽有事務局長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号役員改選(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「30年度事業計画(案)」は山本理事が説明し、議案5号「平成30年度川薩支部収支予算(案)」は羽有事務局長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
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
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	柿元 美津江	鹿児島純心女子大学
理 事	東 直樹	川内市医師会立市民病院
理 事	山内 一宏	社会福祉協議会 地域福祉課 地域福祉グループ
理 事	上菌 美都	医療法人松翠会 森園病院
理 事	菅原 清香	さつま町地域包括支援センター
理 事	古城 裕喜	居宅介護支援事業所ピア
理 事	松ヶ角 弘樹	在宅介護支援センター はまかぜ園
理 事	長野 彰	医療法人トウスイ会 稲津病院
監 事	今村 幸二	在宅介護支援センター幸せの里
監 事	宇都 賢	特別養護老人ホームマモリエ
事務局	羽有 春彦	社会医療法人卓翔会 市比野記念病院
会 計	田代 隆一	

今年3月時点の報告で、介護支援専門員の有資格者は全国に約70万人います。鹿児島県においては11,810人の有資格者がいますが、実務者は約3,000人であり、約30%の方が実務を行っています。また、会員の入会状況は全国で28,664人 鹿児島県の会員は、2,020人です。全国で3番目に多い県でもあります。川薩支部の会員数は160人と昨年度（162人）とほぼ同じ会員数を維持できているところです。さて、平成30年度の介護と医療のダブル改定が始まり2ヵ月が経過したところですが、変化を感じておられますでしょうか。介護も医療も概ねプラス改定とされていますが、厚労省からは「伸ばすところは伸ばす、縮めるところは縮める」といった、今後の2025年問題を見据えたメッセージが内包されている改定であることはお気づきになられていることと思います。前回の報酬改定では「地域包括ケアシステムの構築」「介護と医療の連携強化」などへの取り組みが行われてきましたが、いよいよ目標達成するための「実働の3年間」となるのではないかと考えております。介護サービスの質を担保するためには、事業所としての理念やスタッフへの教育、倫理観の再認識など様々なことが必要とされています。しかし、新しい試みが始まる際には忘れてはならないのが、初心であり原点に立ち戻ることも必要ではないでしょうか。

第二部（18時40分から20時30分）は「次期制度改正を見据えたトピックスについて」演題：『介護報酬改定について』～わかりやすく疑義解釈を読み解きます～を講師の新地一浩先生に講演していただきました。新地一浩先生の略歴は以下の通りです。

有限会社ウェルフェア代表取締役医療法人明輝会内村川上内科統括管理部長

在宅療養支援診療所を中心に、地元密着型の医療介護サービスを展開中、介護老人保健施設の介護職員からソーシャルワーカー、ケアマネジャーの現場経験を経て、現在は在宅介護事業の運営統括管理者。

（社会活動）

一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事NPO法人介護支援専門員協会鹿児島理事長

NPO法人鹿児島県介護支援専門員協議会理事 鹿児島県保健医療圏地域医療構想調整会議委員

鹿児島県かごしま地域づくり介護予防推進事業地域ケア会議推進班委員

鹿児島県介護人材確保対策検討会鹿児島市高齢者保健福祉計画策定・管理委員会委員など多数。



指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

人員に関する基準（2）管理者：指定居宅介護支援事業所に置くべき管理者は、主任介護支援専門員であって、専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなければならないが、（略）なお平成33年3月31日までは、管理者として主任介護支援専門員以外の介護支援専門員の配置を可能とする経過措置を設けているが、指定居宅介護支援事業所における業務管理や人材育成の取組を促進する観点から、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましい。

問われる今後3年。介護側窓口の役割を

○主任ケアマネジャーを育てて、特定事業所を目指すことが、質の向上と安定経営を実現する上で大切である。

○OAIによるケアプランの作成の実用化が進むと、考えられ、「利用者本位」の業務遂行が一層。重要になる。

○ケアプラン料 自己負担の可能性がある。



発言がある組織になるために

- ① “利用者支援” という本分を忘れないでください。国や国民の期待に応えなければ公的サービスの一員とは認められません。
- ② 現実的な“声”を出せるように 「頑張っている」「努力している」では国や行政は動きません。データ等の根拠を示すため、調査に積極的に協力しましょう。
- ③ 一人一人の介護支援専門員の代表「自分にはできない」と言っても介護支援専門員の仕事をしていれば、あなたも介護支援専門員の代表です。
- ④ 他力本願では変わらない自分（介護支援専門員）を守ってくれるのは自分達だけです。

詳しい内容は、総会資料をごらんください。

薩摩川内市通所介護事業所協議会との合同研修会が7月26日（木）17:00～19:00 薩摩川内市総合福祉会館2階大ホールで開催されました。演題は平成30年度合同事例検討会で薩摩川内市内の通所介護参加者を合わせて24名が参加されました。

昨年につき、2回目となる標記研修会でしたが、今回は県の認知症介護指導者である古城順子氏による、事例検討会となりました。

95歳女性、アルツハイマー型認知症の方をモデルに「リハビリパンツをなかなか替えさせてくれない」ことについて検討を各グループごとに行いました。

○まずは認知症の症状を理解する事

→それが「現象」なのか「原因」なのかを見定めてアプローチを行います。

cf) 何のための「目標」なのか。→人生の目標を叶えることへの支援

→代弁によって共有できる感情があり、確認できる意思がある

cf) 行動の裏にある気持ちを察する

→察した気持ちを代弁して確認と合意を行う

→確認した気持ちを共感し自分の気持ちを表明する

→専門家としての提案と目標の共有

○意思決定への支援について

本人の選択と本人・家族の心構え（地域包括ケアシステムの植木鉢参照）には尊厳と意思決定への支援が必要不可欠である。



薩摩川内市介護支援専門員協議会川薩支部の研修会が8月20日（月）13：30～16：00
薩摩川内市総合福祉会館で開催されました。

演題は「事例を通じてケアマネジメントのプロセスを振り返る」で会員19名の参加がありました。



鹿児島太郎さんの事例を用いて

①サービスオリエンテッド（困りごとだけを解決する手法）には弊害があり、
利用者本人の主体性がなくなり『依存』を生むため望ましくない。

→ブローカーモデルからストレングスモデルへ

②医療の考え方もEBMからナラティブへ考え方が変わっている。

③目的・目標を言語化することの重要性

→言語化することで意識・無意識的に行動が変わる。

④ICFの構造図

再度構造図を紐解くことで、社会モデル目標指向型のマネジメントを行う。

⑤多職種協働のアセスメント

協議は「できること探し」→できないこと探しはごまんとできる。

→達成感や存在意義を実感し、初めてチームは満足し成長する。

※全てにおいて支援（何でもしてあげる）ことが、利用者の自尊心や残存能力に気付かず、無力感や意欲の低下に繋がる。可能性の中にリスクがあることを支援する側としては忘れてはいけない。

薩摩川内市介護支援専門員協議会川薩支部の災害時ケアマネジメント研修会が9月21日（金）
13：30～16：00にさつま町ひまわり館で 10月19日（金）13：30～16：00は
薩摩川内市総合福祉会館で開催されました。さつま町は会員16名、薩摩川内市は36名の参加が
有りました。さつま町開催時は、済生会川内病院の園畑美和氏より、ガン相談支援センターの説明も
行われました。





リスクマネジメントと危機管理の違い

○リスクマネジメントは想定されるあらゆるリスクを回避し「起きないように」する事です。

○危機管理は、すでに発生した事態（危機）に対して、被害を最小限に抑え、可能な限り早期に回復する事です。



災害に強い事業所づくりのためにには、以下の事が重要です。

①災害時の行動ルールづくり：・災害時対応マニュアルは事業所、法人にありますか？

夜間、休日の参集ルールは決まっていますか？ 震度3以上は管理者出勤？4以上は全員出勤？ ☆まずはじめに！自分と家族の安全確認 →余震や本震を確認できてから、「利用者」の安否確認 →決して単独判断

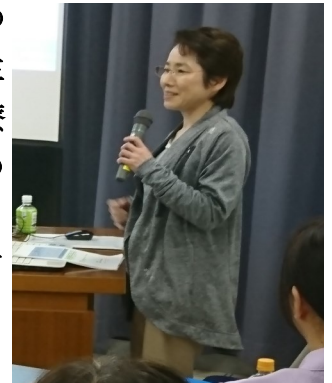
と単独行動をしない

②利用情報を平常時から整備しておく 安否確認の順位付け →担当CMが不在でもわかるように紙ベースで常備（停電対策）

③災害用備蓄：・雨具、防寒具、懐中電灯、スコップ、軍手、非常食（缶詰、カップ麺、お菓子）、飲料水など→2日間くらいは籠城できる量を備蓄しておく・発生後「48時間以内」には物資が到着予定（2）法人・会社に関わらず、発生直後から数日は自宅に帰れないかもしれない可能性もある。

医療連携に係るケアマネジメント研修会が11月16日（金）14：00～16：00 に薩

摩川内市市民文化ホールで開催されました。会員35名の参加が有りました。講師を森園病院リハビリ室室長山中佐千恵PT「リハビリと在宅支援」と上菌ケアマネから「医療連携入退院支援どうしていますか」と題して当該病院での取り組みを話され、室長からは事前に連絡をいただいてリハビリの様子を見学いただけたら、お共々に情報がとれて良いとコメントされていました。



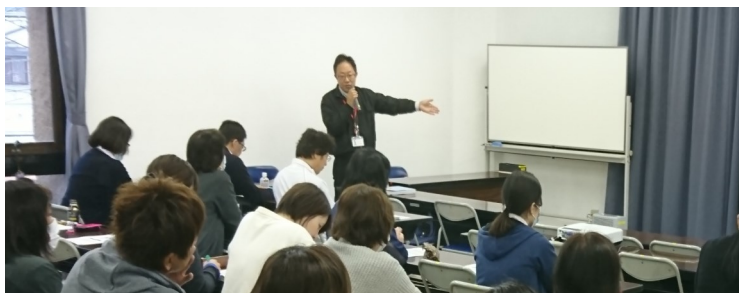
【研修内容】は以下の通りです。

(1)リハビリの必要な疾患については大きく分けて5種類(①脳血管疾患②運動器疾患③廃用症候群④循環器疾患⑤呼吸器疾患)

・在宅支援をいつから開始するかに関しては明確な決まりはないが、当該病院においては医師から推定入院期間を示されてから入院時カンファレンスを行い、計画を立てる。これによりリハビリの目標も異なってくる。

・治療やリハビリの経過を見て、在宅可能かどうかの判断を経て、想定される生活環境での動作確認などを行う。これが概ね退院の1ヶ月～2週間前に行われる。

・ケアマネとしても入院中に書面以外でも在宅時の詳しい状況やこれまでの生活の中で本人が重要視していた事などを補足として伝える事で入院中の取り組みも大きく異なる。詳細により多くの情報を伝えられる事も重要である。



【(2)今年度の介護報酬改定にて入院時の情報提供の迅速さを求められており、現在、川薩地区では連携シートを導入している。入院時にはこの連携シートとケアプランを情報提供していることが多いが、シートに記載していないような詳細な状況を口頭で伝える事、プランチェックシートや直近の支援経過などを添付する事も有用である。

・退院・退所加算を算定するに当たっては参加したカンファレンスが病院側が算定する退院時共同指導料2の要件を満たしているか確認する事が必要である。これまでに算定した加算について過誤調整が必要な場合もあると考えられる。

・病院側はリスク重視になりがちで、本人、家族などは病院に長くいればよくなると思っているケースも多々ある。入院中も積極的に医療機関と協働して自宅に帰れる方法を考えていくことが重要であると改めて考える機会になった。

入院から退院までの流れは以下のとおりです。

ケアマネ	リスクの把握 情報提供の準備	医療機関への情報提供 入院時情報提供書・プラン等 入院時情報連携加算 □：入院後3日以内 200 単位 □：入院後7日以内 100 単位		
	在宅		入院時	
医療機関	入院予約 入院時支援加算 退院時 200 点	<u>退院困難患者の抽出（スクリーニング）</u> <u>入退院支援加算1（3日以内の抽出・7日以内のカンファ等）</u> <u>一般600点・療養1,200点</u> <u>入退院支援加算2（7日以内の抽出となるべく早くのカンファ）一般190点・療養635点</u>		

・「入院時支援加算」を新設 **200**点（診療報酬） 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療を受けられるような、より優しく丁寧な医療を推進する観点から、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

・「介護支援等連携指導料」 **400**点（診療報酬） 入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい・退院後に利用可能な介護サービス等に説明及び指導を行った場合に算定する。

入院中は以下のとおりです

ケアマネ	入院中のモニタリング 病棟看護師や家族からの情報収集 可能なら院内カンファや病状説明などへの参加。 退院・退所加算 450 単位～
入院中	
医療機関	入院診療計画書と退院診療計画を作成（院内での医師・看護師・リハ職・栄養士・薬剤師・MSWが其々の関わる書類を作成）多職種でカンファ患者・家族に療養上の意向や説明。 介護支援等連携指導料 400 点 退院前訪問指導料 580 点

退院前と退院後は次のとおりです。

ケアマネ	退院前カンファへの参加 医療上の生活課題の確認・意見や助言を得る。 □連携1回 カンファ無 450 ・有 600 単位 □連携2回 カンファ無 600 ・有 750 単位 □連携3回 担当医・カンファ有 900 単位	緊急時等居宅カンファレンス加算（医療機関の求めに応じカンファを行い調整） 200 単位/月2回迄
退院前		退院後
医療機関	退院前カンファ開催 退院時情報提供：看護マリー・リハマリー・連携指導書等 退院時連携指導料 2 カンファ開催 400 点 同上指導料 2 保険医等 3 者以上参加 2,000 点	退院後訪問指導料（退院後1ヵ月以内に訪問して療養上の指導） 580 点

病院側が算定する退院時共同指導料2

注3の要件

- ・病院チーム（入院医療機関）
 - ・医師
 - ・医師の指示を受けた看護師
 ※このうちの1名以上

在宅チーム

- ・ケアマネ
 - ・在宅療養を担う医師か看護師、准看護師
 - ・在宅療養を担う歯科医師か歯科衛生士
 - ・保険薬局の薬剤師
 - ・訪問看護ステーションの看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士
 （※准看護師不可）
- ※このうち**3**名以上

余談：連携時の35回は病院側との連携回数なので、
 （Ⅱ）は2回数、（Ⅲ）だったら3回数です。算定の回数ではありません。