

第 2 号

2018
Jan.

ケアマネ通信

あやせ介護支援専門員協会 会長 高橋二三男

当協会は、平成 14 年 5 月 10 日に発足しました。設立当時の会員数は 36 名でしたが、現在は 65 名となりました。活動は、毎月の役員会、総会、研修会、親睦会です。その他に県央 3 市ケアマネ連絡組織情報交換会（ざま介護支援専門員協会、えびなケアマネ連絡会と共同）として意見交換会、研修会、親睦会を定期的に行っています。

綾瀬市は人口 84,300 人、駅のない県内唯一の市として有名（？）ですが、介護保険においては、保険料の安さ（第 6 期）では県内 1 位、全国的にも 17 位と元気高齢者の多い街です。

これから私たちは、顔の見える関係づくりやスキルアップはもちろんのこと、協会としての社会貢献活動など地域における活動にも目を向け検討していきたいと思っています。

目 次

❗ 研修会レポート	2
・ファシリテーター研修	2
・対人援助技術研修～実践で学ぶ面接技術～	2
・特別研修「岸見一郎氏講演会」	2
❗ 委員会活動報告	4
・在宅ターミナルケアに関する調査結果について	4
❗ 平成 30（2018）年度施行「介護保険関連制度改定の概要」	6
❗ 新地域支援事業について	8
❗ 認知症を考える 第 2 弾	10
「介護が必要となった主な原因で認知症が第 1 位に！」	

今号の表紙

あやせ介護支援専門員協会

在宅ターミナルケアに関する調査結果について ～看取り事例の現状～

制度改正・調査研究委員会 委員長 三枝公一

1. はじめに

平成 29 年 3 月に行われた医療と介護の連携に関する意見交換では、「治る見込みがない病気になった場合に最期を迎えたい場所」について、半数以上の国民が「自宅」を希望しているのに対し、実際に自宅で死亡する者の割合は 1 割程度にとどまっており、「国民が希望する場所において十分な看取りができていない」という課題が提示されています。介護支援専門員も医療との連携をしながら利用者の在宅生活を支える立場にあり、今後特にターミナルケアに取り組むことは必須となってくることが考えられました。

そこで介護支援専門員が行っているターミナルケア期における現状を把握し、次期改正に向けての報酬提言等をするため、本調査を行いました。

2. 方法および対象

神奈川県に居宅支援事業所の届出を行っている 1,405 件に、平成 29 年 1 月から 3 月の期間でターミナルケアにかかわった事例についてのアンケート調査依頼を郵送で行いました。回答は郵送、FAX、Web 回答で行いました。

1,405 件中、回答があった事業所は 268 件（回答率 19.1％）でした。

268 件の事業所のうち終末期に係ったのは、110 件（41.0％）であり、利用件数は 432 件でした。また、終末期に関わらなかった事業所は 158 件（59.0％）でした。

3 か月間で契約終了した件数は 3,400 件で、終末期利用者は 432 件であり、そのうち最終月に給付に至らなかった件数は 72 件（16.7％）でした。

3. 結果

すべての回答項目において通常利用者と終末期利用者の間で統計学的に有意な差を認めました。

1) ケアプラン変更回数

中央値比較で終末期 1 回、通常期 0 回でした。終末期では平均的にも変更回数が増え、通常期の最大値は 3 回でしたが、終末期は最大 7 回のプラン変更がありました。

2) 家族等との連絡調整回数

中央値比較で終末期 5 回、通常期 1 回でした。終末期においては家族との連絡調整はかなり多く、最大値は 60 回となっていました。さらに中央値で見ても 5 倍の調整回数になっていました。

3) 事業所等との連絡調整回数

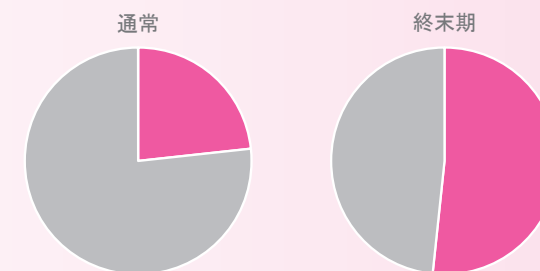
中央値比較で終末期 7 回、通常期 2 回でした。終末期においては事業所との連絡調整はかなり多くなり、最大値は 83 回となっていました。

4) 延べ訪問回数

中央値比較で終末期 3 回、通常期 1 回でした。

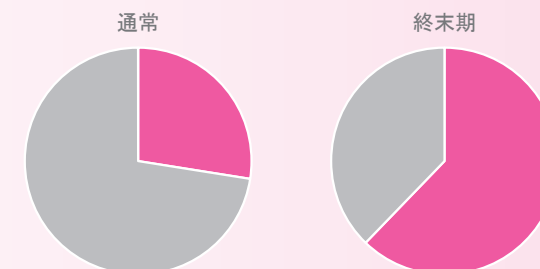
5) 主治医に対するケアプランの提示

通常の場合 23％、終末期の場合 52％でした。



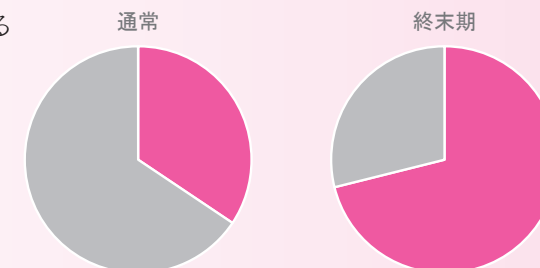
6) 利用者の受診時、往診時に同席したことがある

通常の場合 28％、終末期の場合 62％でした。



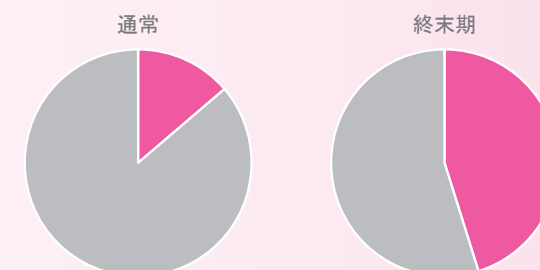
7) 利用者の健康状態の変化等について報告、相談している

通常の場合 34％、終末期の場合 71％でした。



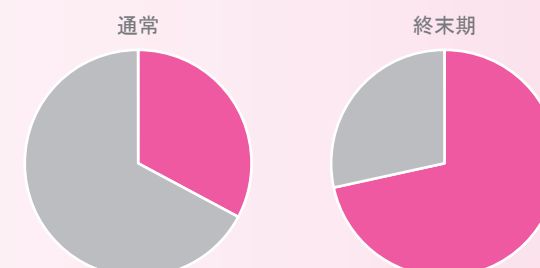
8) 医師に担当者会議への出席を求めている

通常の場合 14％、終末期の場合 45％でした。



9) 病状についての意見を求めている

通常の場合 33％、終末期の場合 72％でした。



4. 結論

今回の調査から、通常業務以上に多くの業務を行っているとの結果を得ることができました。今後在宅で終末を迎えたいと希望するご本人・ご家族様、または長期入院ができない急性期の医療機関から次の居場所を選択する中で、介護支援専門員が自宅での生活を医療従事者と共に支えていく役割を担っていけるように、自立に向けたケアプランではないが、終末期を迎えるためのケアプランを対応していくことを支援していくための検討が必要と考えられました。

研修会レポート

Report on Induction course

ファシリテーター研修 基礎編 Part1・Part2

開催日：平成29年6月2日（金）・
9月12日（火）
講師：青地千晴氏（そらいろケ
アプラン）／
山本玲子氏（オギクボ薬
局介護支援センター／
石井宏明氏（HEART
AND BRAIN COMMU-
NICATION）

昨年度から、法定研修のグループワークにファシリテーターが必置となりました。そこで、県協会では今年度から主任ケアマネジャーを対象に、基本編から実践編、応用編まで段階的に継続して研修を積んでいただけるプログラムを企画しました。継続して研修を受けていただいた後、希望のある方にはファシリテーターの人材登録をしていただく予定になっています。

6月2日の基礎編 part1 は波止場会館で開催されました。参加者は98名。ファシリテーション

の基本知識を身につけ、法定研修におけるファシリテーターの役割を知ることが目的に、講師の青地氏と山本氏による講義と演習が行われました。演習プログラムへの関わり方やコーチングスキルを用いたコミュニケーションの必要性、講評やコメントの注意点、グループワークを行う上で困ったときの具体的な対処法、なども含めて、明日からすぐに実践できる内容も多く、充実した研修となりました。

9月12日の基礎編 part2 は、横浜市従会館で10時から16時まで開催されました。参加者は83名。スモールグループにおいてコミュニケーション技法を意識したファシリテーション介入が出来る事

（安心・安全な場作り、自ら学ぶようにする関わり）について、講師の石井広明氏による講義とグループワークを行いました。自己紹介からの場作りや研修の受け方のコツから始まり、学びを促すスキルとして、安心して安全な場作りや聞く話す力について体感しながら学ぶことが出来ました。研修会場内は、1日を通して笑顔と「あー楽しい」との声がかきこえ、活気あふれる研修となりました。

生涯研修体系構築・推進委員会 専門更新研修部会

内山倫子



対人援助技術研修～実践で学ぶ面接技術～

開催日：平成29年9月23日（土）
講師：今田義昭氏（湘南泉病院
・主任ケアマネジャー）



面接技術に必要なスキルをぜひ身につけたい！と参加された方も大勢いたことでしょう。9月23日祝日、お天気にも恵まれ、100人近い方が桜木町にある市従会館に集まりました。「実践で学ぶ面接技術」ただの「対人援助技術」研修ではないな、ということは予想がつきますよね。トレーニング中心で大いに盛り上がった研修の一部を紹介していきます。

講師は主任ケアマネ研修やフォローアップ研修でお馴染みの今田義昭さんです。今田さんご自身、このワークを8年近く学んできたそうです。たくさんワークをやりながら今田さんご自身の体験談

等も交えた楽しい研修となりました。

まず、座学で必要なスキルの講義がおこなわれました。

今日のトレーニングの基本知識に関する内容をまずレクチャー。なんとコミュニケーションにおいて言語情報は7%！視覚情報は55パーセントも占めているのです。面接技術を身につけるのも大切ですが「初めまして～」の最初の2秒が大切！「ぱっ」と目に入った瞬間からコミュニケーションは始まっているのです。

援助職者は、自分の身体を「フル活用」してクライアントを支援する、ということ。お待ちかねのトレーニング開始です。まず「笑顔作り」ですが、二人一組で最高の笑顔ができているかお互いチェックします。思わず笑ってしまったり、照れたりしながら

会場中が笑顔と熱気で包まれました。さらに会話のトレーニングを次々と重ねていきます。とても難しかったのが最後の「リフレーミング」で「マイナスイメージをプラスに変換する」技術。これができたら面接において怖いものはなしの中級編、という技術まで教えて下さいました。プラスに変換するには援助職者自身の明るさや元気が必要ということ。燃え尽きないためにも正しい知識を身につけ、実践を重ねていく必要がある、ということです。「継続は力」向上心なくして進歩なし！と教えていただきました。あっというまの3時間でした。

研修委員会委員

みのり訪問看護ステーション百合ヶ丘介護支援事業所

吉田 晴代

特別研修 岸見一郎氏 講演会

開催日：平成29年10月21日（土）
講師：岸見一郎氏（哲学者）



年に1回の特別研修会に台風が近づく雨の中、いそいそと参加しました。

1部 講義「アドラー心理学の基本的な考え方」「親の介護経験とアドラーとの係り」

2部 事前に提出した質疑に対して「具体的な対応方法を学び、今後の援助に活かす」

何年か前に、読みたい本がなく、講演者の本をネットで検索し、買って読んで研修会に参加したら、楽しさ倍増、理解力向上とウハウハでした。

今回も、岸見一郎先生著「嫌われる勇気」を

読んで参加しました。先生の講義一つ一つが明日から使える利用者との接し方、いやいや、今から使える家族や友人との接し方、あり方、考え方でした。

深いけど面白い、「当たり前のこと」語っているように映り、身近なことを考える。普段何気なく使っている言葉、行動を考える。すべての悩みは「対人関係の悩み」であるという。

ひとつ興味を持ったことは、「ほめて育てる」というが、「ほめる」これは「相手を下に見ている」「劣等感」「優越感」。たとえ、子供であれ、認知症の方であれ、対等でなければ、良い対人関係はできないし、理解も出来ない。幸せも対人関係の中かし

か生まれえない、対人関係の中に入っていくことは勇気を必要とする。仕事も対人関係で成り立ち、良い対人関係を作るには勇気が必要と話されました。

先生には、質疑応答に関して一つ一つ丁寧に、わかりやすく、答えていただき、感謝を申し上げます。アドラー心理学の基本的考え方を学ぶことは私たちがケアマネジャーとして対人援助職として働く中では大きな力になるのかと思いました。帰宅後、秋の夜長 もう一度「嫌われる勇気」を読みました。



広報・出版委員会 委員

前田 程一

平成30（2018）年度施行「介護保険関連制度改定の概要」

説明責任と医療連携が求められる 介護保険制度改定のポイント



NPO法人秦野福祉会 松田智之
(制度改正調査研究委員・広報出版委員)

2018年4月（一部8、10月）施行の改定について、2017年12月中旬時点で判明した内容を居宅の介護支援専門員（以下「CM」と略）の視点で抜粋・要約した。

改正前の最新情報は、協会主催の制度改正説明会に参加いただけると幸いである。

保険者

- 供給が需要を作らないよう、事業所指定時に条件付加や指定拒否の仕組みを導入。
- 居宅の指定権者が全ての市町村に。政令市に市内に従事するCMへの指導権限を付与。
- ケアプラン検証（地域ケア会議、ケアプラン点検）の円滑な実施の為、ケアプラン点検支援マニュアルを改訂し、都道府県がリハ職（PT, OT, ST）派遣等の支援を実施。
- 要介護認定の有効期間が最大36か月に。
- 地域区分の特例による引上げが可能に。
- 8月より一部利用者（年収340万、夫婦463万を目安）に、3割負担が導入。
- 交付金を差配するインセンティブを導入。

居宅介護支援事業所



<日常の医療連携推進>

- 利用者等に対し、入院時に入院先医療機関へ担当CMや連絡先の情報を提供するように、事前に依頼を済ませておくことを義務化。
- 医療系サービス利用時、意見を求めた主治医等へケアプランを交付することを義務化。
- 事業所からの情報提供やモニタリングで把握した口腔や服薬情報等、CMから主治医等に必要な情報伝達を行うことを義務化。

<入退院連携>※新たな様式例を明示。

- 入院時情報連携加算Ⅰは入院後3日以内、通信手段による情報提供で算定が可能に。

- 退院退所における初回作成や、退院時の多職種連携によるカンファレンスを評価。

<末期悪性腫瘍利用者の在宅支援強化>

- 末期の悪性腫瘍で著しい変化を伴う利用者支援について、初回の担当者会議を行えば、状態変化に伴うケアプランの変更は主治医等の助言を得ることで、会議招集は不要に。
- 日本・県CM協会が実現を訴えたターミナルマネジメント加算（仮称）が創設、末期の悪性腫瘍により在宅で逝去した場合等において、①24時間連絡体制かつ必要に応じて支援が提供できる体制、②逝去日前14日以内に2回以上在宅訪問、③訪問時の記録を主治医等及び事業者に提供した場合に評価。

<質の向上>

- 主任CMが管理者の要件に追加。3年程度の経過措置が設定される見込み。
- 特定事業所加算の要件に、他法人の居宅介護支援事業所への支援を追加。

<公正中立性の確保>

- 利用者等に対し、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等（当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること）の説明を義務化。違反は減算対象。
- 集合住宅において、利用者の意思に反し、同一敷地内の事業所のみをケアプランに位置付けることは不適切であることを明確化。
- 特定事業所集中減算は、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与のみ継続対象に。

<質の高いケアマネジメントの推進等>

- 特定事業所加算の要件に、他法人の居宅と共同の事例検討会や研修会等の実施を追加。
- 相談支援専門員の情報共有の為、特定相談支援事業所との連携に努めることを明確化。

<生活援助の頻回利用者への対応>

- 10月より、頻回の訪問介護（生活援助）利用は、ケアプランの保険者届出が必要に。具体的な回数は4月に明示。

介護保険サービス

<医療機関との連携による自立支援を評価>

- 原則200床以下の医療機関や老健、介護医療院から派遣されるリハ職や医師との連携により自立支援に取り組む事業所を評価する生活機能向上連携加算が、訪問介護、定期巡回、通所介護、短期入所生活介護等に導入。

<集合住宅等減算を拡大強化（訪問共通）>

- 減算が区分限度支給額対象外に。減算前の単位数を用いて給付管理を行い、最終的に減額を行うことで、頻回利用を抑制。
- 同一建物の範囲が拡大、強化。

<訪問介護>

- 生活援助の担い手を養成する研修が導入、研修修了者は生活援助の報酬評価対象に。
- 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（老計10）を見直し、明確化。

<訪問看護>

- 朝夜等2回目以降訪問の対象者を、特別管理加算算定者以外に拡大。
- 複数名訪問の1名は、補助者でも可能に。
- 精神科訪看との同一日併算不可を明確化。

<訪問リハビリテーション>

- マネジメント加算を多段階化。

<通所介護（地域密着型を含む）>

- 報酬区分を1時間ごとの区分で設定。
- 食事や入浴を提供する事業者に、簡易的なADL評価を用いたアウトカム評価を導入。
- 簡易的な栄養スクリーニング評価を導入。

<通所リハビリテーション>

- マネジメント加算を多段階化。
- 簡易的な栄養スクリーニング評価を導入。
- 移行時期は調整中だが、現在、医療保険を利用している脳血管と運動器リハ患者が介護保険に移行されることに伴い、最低1時間からの区分が設定される方向。

<福祉用具貸与>

- 10月請求分より98%強の貸与品に上限価格が設定。具体的な上限価格は夏までに明示、年1回見直し。

- 貸与前に、福祉用具専門相談員が貸与品の①特徴、価格、全国平均貸与価格を説明、②機能や価格帯の異なる複数商品を提示、③CMに計画書提出を義務化。

<短期入所生活介護>

- 多床室の基本報酬は、従来型個室と統合。
- 夜勤時間帯を通じて看護職員又は特定行為従事者を配置した場合、加算で評価。

<認知症対応型共同生活介護>

- CMが緊急性を認めた場合、部屋があれば定員+1名の短期利用受入が可能に。

新たな介護保険施設・サービス

- 日常の医学管理や看取り等の機能を備えた施設として**介護医療院**を創設。短期入所療養介護も設定が可能に。

- 地域共生社会**実現に向けた一歩として、**共生型通所介護**、**訪問介護**、**短期入所**を設定。

障害サービス事業所であれば、基本的に介護保険の指定を受けることが可能に。

※改定内容の詳細は、**介護給付費分科会資料参照**（厚生労働省ウェブサイト掲載中）。

私たちが今すべきことは、**根拠を持ち説明できるケアプランを作成し、医療連携を積極的に行い加算を取得すること**。また審議報告には、この次の改定までの課題として、**公正中立性を確保するための取組方法と、ケアマネジメントの適正化や質の向上をより進めていくための判断指標**が挙げられており、協会としても何らかの形で提言したいが、現場の声を国に届け政策に反映するためには、職能団体がまとまること、要は数が必要である。

各々が仲間を誘い、日本・県CM協会の会員を増やすことにも尽力してほしい。

無断転載、複写を禁ずる。©NPO法人秦野福祉会

☆協会主催の制度改正説明会を、県内4か所で開催します。同封のちらしをご確認の上、ご参加いただけると幸いです。（平成30年2月～平成30年3月開催）

新地域支援事業について

「新地域支援事業について」

さわやか福祉財団 大島佳子

＜総合事業とは＞

少子高齢化が加速度的に進んでいく中、厚生労働省は、たとえ重度な要介護状態となっても、最後まで住み慣れた地域・自宅で自分らしい暮らしを続けられるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制、「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。

「地域づくり」を視野に入れた今回の介護保険制度の改正も、まさにこの地域包括ケアシステムの実現を目指したものである。「医療」や「介護」といった専門職が提供するサービスを充実させるだけでなく、生活の基盤である「住まい」に加えて、一人一人の「介護予防」と「生活支援」が充実していなければ、人生の最後まで地域で安心して暮らしていくことはできない。新しい総合事業とは、高齢者の自分らしい暮らしを支えるため、「介護予防」と「生活支援」を充実していくための事業であり、訪問介護や通所介護が、専門的なサービスは残しながらも、地域に応じて多様な主体が生活支援を担えるようになった。そして、公的なサービスだけでなく、それぞれの地域実情に合わせたより多様な生活支援体制を整備していく中で、住民が主体となって行う助け合いを広めるための体制づくりを目指したのが生活支援体制整備事業である。

要支援者等の「生活支援」「介護予防」を助け合いで支える、それも一部の地域の取組みではなく、良い形で市町村全域に発展させるためには、制度を整えるだけでなく、しっかりと目標を定め、プランをもって、適切な推進の基盤づくりを進める必要があり、そのために、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と協議体が全国に誕生している。

＜神奈川県体制整備の事例＞

総合事業は、今年度から全国で完全実施となり、生活支援体制整備事業もスタートから3年目。移行の最終年度ということで、全国各地で生活支援コーディネーター及び協議体が誕生し、助け合いによる「生活支援」を広めるために奮闘している。

神奈川県の県央地域に位置する綾瀬市も、この事業に熱心に取り組んでいる市町村のひとつである。もともと地区社協の取り組みなど、地域における活動の多い自治体だが、行政、社協、包括の共同体制のもと、関係機関で勉強会を重ね、協力体制を構築し、協議体編成の取組方針についてもしっかりと戦略を立てて取り組んできた。

住民が参加し、要支援者を支えられる「地域づくり」の基盤を整えるためには、行政、社協、包括という関係機関がしっかりと協力・連携して取り組むことが必要である。一つの団体に丸投げするのではなく、市を中心としたプロジェクトチームを編成し、チームとしてこの事業に取り組んでいる同市は、この事業が地域づくりなのだということをしっかりと理解されているのだろう。現在は、生活支援コーディネーターの石橋氏を中心に、住民主体の協議体が立ち上がり、地域解決の解決に動き出している。

また、三浦半島の西北部に位置する葉山町では、約3万3千人の人口の中で、日常生活圏域（第2層）を8圏域に分けて取り組んでいくという。

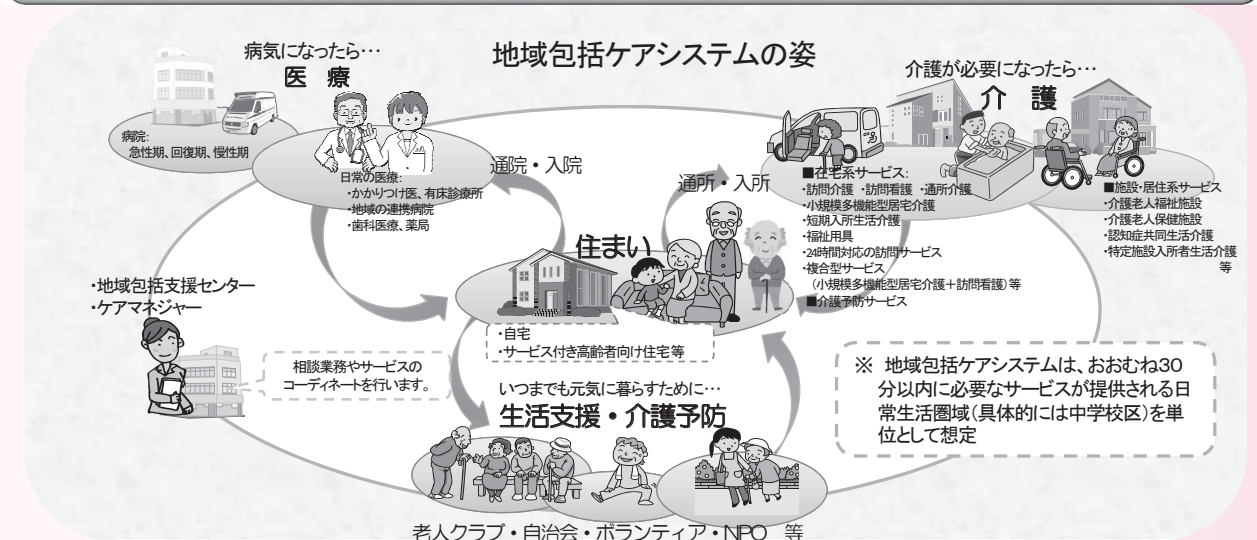
2層の規模に関しては、人口2万人程度で1圏域と設定する自治体が多く、規模の小さな自治体では、2層をつくらないといった自治体も多い中で、町は、「人口3万3千人といっても、地域によって特性があり、地域課題もそれぞれ異なる。それを一緒にすることはできない」という思いから8圏域で第2層協議体をつくるという方針になった。丁寧に地域づくりに取り組もうとする姿勢がうかがえる。

協議体はただ協議をする場ではない。生活支援コーディネーターと一緒に地域に助け合いの活動を創り出すのが一番の任務である。地域ケア会議が、「カンファレンス」や「ミーティング」である一方で、協議体は「チーム」なのだ。その役割を理解した協議体は、「協議体」という言葉に違和感を持つのか、別の名称をつけることがある。大和市つきみ野地区の第2層協議体は、自分達の協議体を「ハート公所つきみ野」と名付けた。ハートのある温かい協議体になっていくことだろう。

神奈川県内のそれぞれの地域で生まれた生活支援コーディネーター、協議体が、動き出し、取り組みを始めている。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



＜最後に＞

地域包括ケアシステム実現のためには、専門的サービスと共に地域で多様に支え合う仕組みを充実させていくことが大切であり、また、助け合いは高齢者等が地域で支援を必要とする人の支え手にもなることで、やりがいと生きがいを感じながら、社会参加を通じた介護予防の効果も期待できます。

介護保険制度が大きな転換点に立つ中で、これまでも、そしてこれからも、重要な役割を担っているケアマネジャーの皆様には、ぜひ地元での体制整備の取組に目を向けていただき、ご参加いただければと思います。最後まで住み慣れた地域で尊厳ある暮らしが送れるよう、助け合いのあるあたたかい地域をつくっていくために。

認知症を考える 第2弾

介護が必要となった主な原因で認知症が第1位に！ ～長谷川和夫先生からのメッセージ付き～

東京医科歯科大学大学院 神奈川県認知症ケア専門士会 代表 遠藤慶子

はじめに

認知症はますます世間で注目を浴びている。立川志の輔さんが司会を務める、NHKの人気番組「ガッテン!」はふだんの生活の「なぜ?」「どうして?」について、最先端の科学とユニークな実験、世界の隅々を体当たり取材するなど、あらゆるアプローチで徹底解明していく番組である。12月6日(水)放送では「認知症を防ぐカギ!あなたの“聴力”総チェック!」が取り上げられている。最近、認知症の要因として注目を集めているのが「耳」であるという。聴力は脳の広い範囲に影響を与え、聴力の低下などは脳の萎縮に影響を与えることもわかってきた。しかし、わかってはいても、細かな聴力の低下は自分ではなかなか気がつかないものだという。

21世紀になり認知症のことについても医学の進歩で明かされていくことが多い。介護支援専門員として何をどのように利用者に伝えていけばいいのかを研鑽していく必要がある。

1. 平成28年度の国民基礎調査の結果について

国民生活基礎調査とは、保健、医療、福祉、年金、所得などの国民生活の基礎的事項を厚生労働省が調査するもので、3年ごとに大規模な調査が行われている。介護については約8千人を対象に調査が行われ、約7千人から回答を得て集計した。

平成28年度の国民基礎調査の結果では、介護が必要となった主な原因を見ると、1位が認知症で18.0%、2位が脳血管疾患(脳卒中)で16.6%、3位が高齢による衰弱で13.3%となった。要介護度別では、要介護者から要介護度1～4までの原因の1位を認知症が占めた。老老介護の増加や「要介護度3以上では介護にかかる時間がほとんど終日」である割合が多い事実から鑑みて、認知症介護の負担の大きさが懸念される。

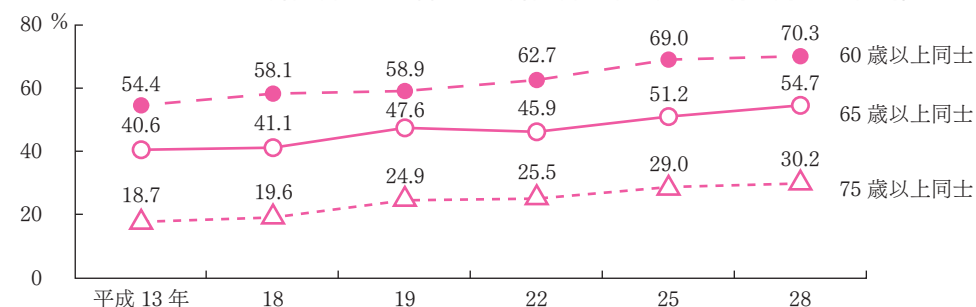
表 20 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因 (上位3位)

(単位: %)		平成28年					
要介護度		第1位		第2位		第3位	
総数		認知症	18.0	脳血管疾患(脳卒中)	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者		関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援1		関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患(脳卒中)	11.5
要支援2		骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患(脳卒中)	14.6
要介護者		認知症	24.8	脳血管疾患(脳卒中)	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護1		認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患(脳卒中)	11.9
要介護2		認知症	22.8	脳血管疾患(脳卒中)	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護3		認知症	30.3	脳血管疾患(脳卒中)	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護4		認知症	25.4	脳血管疾患(脳卒中)	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護5		脳血管疾患(脳卒中)	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

注: 熊本県を除いたものである。

また調査結果の「世帯の状況」から注目すべき点は、高齢者世帯の割合が過去最高を記録し1327万1千世帯になったことである。これは全世帯のうち26.6%を占めており、超高齢化社会が確実に迫ってきていることがわかる。

図 37 要介護者等と同居の主な介護者の年齢組合せ別の割合の年次推移



注: 平成28年の数値は、熊本県を除いたものである。

「介護の状況」では、親などの要介護者を自宅で介護している人のうち、要介護者と介護者自身が互いに65歳以上の世帯は54.7%。75歳以上でも30.2%となり、どちらも過去最高を記録した。また、要介護度3以上では、介護にかかる時間が「ほとんど終日」である割合が多くなっている。さらに、同居の主な介護者の悩みやストレスについては、68.9%が「悩みがある」と回答

している。そのうち「家族の病気や介護」を悩みの原因とあげる人は、男性73.6%・女性76.8%と高い割合でした。老老介護の増加と、過酷な実態が伺える。

2. 長谷川和夫先生からのメッセージ

私は平成29年10月9日川崎市で開催された長谷川和夫先生と五島シズ先生の「こころと福祉の相談会&講演会 in 川崎 認知症とむきあう」に参加した。五島シズ先生が認知症介護相談から見えてきた認知症ケアのノウハウを丁寧にお話しされたあと、長谷川和夫先生の講演会が始まった。精神科医である長谷川先生の息子さん(川崎市中原区開業)が司会をして冒頭に「今日はパワーポイントを使わない講演会です。」との説明があった。会場はざわついたが先生は静かに壇上上がり、ポツリポツリと講演会が始まった。今までにない静かな時が流れていた講演会だったが、突然「僕はアルツハイマー型認知症になりました。」とおっしゃったのだ。後で聞いたところによるとこの講演会で初めて認知症であることを公表したそうだ。顕著に症状を感じるようになったのは約1年前からで今は薬も飲んでいるという。

先生は穏やかな表情で医師として認知症の人に50年向き合ってきた経験談をお話しされた。家族も一緒に診療室に呼んで一緒に病状を聞いてもらうことにしていたことや、何故認知症になったかという患者さんと一緒に向き合ってきたというエピソードもあった。「認知症の人も人であり、誰もがなりうる病気なのだ!」と語気を強めた。「ショックかって?」と聞かれれば「年を取ったんだからしょうがない。長生きすれば誰でもなる。ひとごとじゃないってこと。100歳を超えてならないピカピカの人もいるが、時間の問題だと思う。」という。また加齢とともに確率が多い。だからこそそれぞれの道を生きること、そして社会と何らかのつながりを持つことが重要で認知症とともにぬくもりある絆を創って生き抜いていくことを最後に宣言された。

3. 読売新聞朝刊(11月16日)記事から

認知症医療の第一人者で、診断に使う知能検査の開発者として知られる精神科医の長谷川和夫さんが、自らが認知症であることを明らかにした。半世紀にわたって診療と研究に携わってきた医師は、今、何を想うのか。

「しょうがない」 <それが先生からの答えだった。>

年相応の物忘れもあるが、長い診療経験から認知症であることに間違いはない。自分がやったこと、やらなかったことへの確信が持てない。例えば家を出た後、鍵をかけたかどうかの自信がない。引き返して大丈夫ならそのまま出掛けるのが普通だが、それを何回も繰り返さなくちゃいけない。

今日が何月何日何曜日かもわからなくなる。何度も家内に問い合わせ、またそんなこと言ってと言われたり。だから今は日めくりを使っている。新聞は朝刊も夕刊も日付が書いてあるからいいね。真っ先に見て確認している。

周囲を正しく認識できなくなるには段階がある。まず、時間の見当がつかなくなる。次に場所の見当。最後が人に対する見当。今の薬は進行を遅らせることができるから、この世にいる間は時間だけで済ませ、後は先送りできればいいけれど、それはわからない。

完全な治療薬が待たれるが、脳の神経細胞は加齢で自然の経過として壊れていくわけだから、人為的に、完全に食い止めるのは限界があると思う。副作用が出る恐れもある。だから、ありのままを受け止めることがより大切だと思うんだ。(新聞記事抜粋)

4. 長谷川先生からのメッセージから介護支援専門員として考えること

認知症の本質は、これまでの暮らしができなくなることである。本人は相当つらく、悲しい思いをしているから、周囲がそれを理解して、支えることが大事になる。言い換えると周囲の対応次第で支障があるとされていたことがそうではなくなる可能性があるからだ。

長谷川先生はこの世に生きているうちは、社会や人様のお役に立てることは進んでやりたいし、多くの人の支えや絆に感謝しながら行っていきたいとおっしゃった。日本の認知症ケアをリードしてきた先生からの言葉を深く心に刻み、自分の目の前にいる要支援者・要介護者の不安と一緒に考えることが重要になる。また「落ち込んでいるより、人と話してみるなど、一歩踏み出すことが肝心」「宗教や祈りも力を与えてくれる」「自分にできることをしながら後は運命に任せ、今を生きていく」という長谷川先生のメッセージを伝えることが出来るのは介護支援専門員だと思う。

5. おわりに

今回長谷川先生取材した読売新聞猪熊律子さんはこう記事を締めくくった。

自分は認知症だという人があまりに理路整然と話すと、疑いたくなることが過去にもあった。だが、早期診断が進んだこともあり、自分の想いを自分の言葉で語ることができる人は増えている。約15年前、講演で「将来、自分が認知症になったらよく観察して、ご報告したい」と話していた長谷川さん。隠す人も多い中、自ら公表した態度に誠意と、認知症への正しい理解を社会に広めたいとの強い意志を感じた。

認知症になってもこの世の終わりでなく、いろいろできることもある。介護が必要となった主な原因の第1位に認知症になったことと長谷川先生からメッセージが大きく結びついて、これからの介護支援専門員のミッションが明らかになった。

歴史こぼれ話 ～弐～

幕末に奥御医師として徳川将軍家に仕えた松本良順は、近藤勇の胃痛の診察をする等、新選組と交流がありました。西本願寺の新選組の屯所の回診したところ、約 180 人の隊士の 3 人に 1 人が疾患を抱えていました。一説によると、この時に沖田総司は肺結核だと診断されたといえます。滋養と衛生が必要と考えた良順は病室を別にし、看護人をつける事、入浴により清潔を保つ事、養豚によって栄養のある食事を取らせる事等、指示をしました。その甲斐あって、隊士たちは概ね早期回復したそうです。

幕府瓦解後は、旧幕府軍軍医として戊辰戦争に従軍し、負傷者の治療に尽力します。戦況が悪化する中、土方歳三から「君は前途有用の人だ。ここより去って江戸に帰るべきだ。」と説得され、帰ることにします。帰途横浜で囚われますが、赦免後、明治政府に出仕、陸軍軍医部を設立し、初代軍医総監となりました。また牛乳の飲用、海水浴の奨励等、公衆衛生学の発展に寄与しました。良順によって開かれた日本初の海水浴場大磯照ヶ崎には功績を称えた謝恩碑があります。

その後、貴族院議員となり、晩年には男爵に叙された良順は、大磯の邸宅において心臓病のため死去しました。享年七十五。
(騒人)

Information

主催研修会情報

法定研修会 ○ 平成 29 年度神奈川県主任介護支援専門員更新研修
平成 29 年 12 月 12 日(火)～平成 30 年 3 月 15 日(木)の 8 日間

主催研修会 ○ 認知症支援の最前線 PART2 平成 30 年 1 月 23 日(火)
○ 施設ケアマネジャー研修～チームで取り組むケアプラン～平成 30 年 2 月 22 日(木)
○ 個性のある地域も巻き込んだ多職種連携の仕方を知ろう 平成 30 年 3 月 31 日(土)

平成29年度賛助会員様 一覧

- ・公益社団法人 神奈川県社会福祉士会
- ・公益社団法人 神奈川県病院協会
- ・厚木医療福祉連絡会
- ・公益社団法人 神奈川県医師会
- ・一般社団法人 神奈川県歯科医師会
- ・公益社団法人かながわ福祉サービス振興会
- ・株式会社 キャロットシステム
- ・一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
- ・公益社団法人 神奈川県薬剤師会
- ・一般社団法人 神奈川県作業療法士会
- ・中央法規出版株式会社
- ・新日本法規出版株式会社
- ・公益財団法人 総合健康推進財団
- ・株式会社 モルテン
- ・株式会社 フォーラム
- ・株式会社 ウィズネット
- ・アイテレコムサービス株式会社
- ・三井不動産リアルティ株式会社
- ・株式会社 日本保証
- ・かながわ福祉居住振興機構
- ・株式会社 ヘルスケア

(敬称略順不同)

正会員・準会員の皆様へ

メール配信登録をしていち早く研修会情報を知ろう！！

- ・ 本会主催研修会の開催は、随時、メール配信しています。連絡がないわ？と思われる方は、メールアドレスの登録をお願い致します。事務局メールアドレスに「会員メール配信アドレス」と件名をお書き頂き、本文に会員番号、氏名をご記入の上、メールでお申込ください。

神奈川県ホームページ 介護支援専門員のページ

- ・ 神奈川県ホームページでは、下記の情報を記載しています。
- ・ 介護支援専門員の登録等（登録申請、登録事項の変更、登録の移転）
- ・ 介護支援専門員証の交付・申請等の手続きについて
- ・ 研修情報（更新研修等）
- ・ 主任介護支援専門員研修及び主任介護支援専門員更新研修について

Contact

一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会 事務局
〒231-0023 横浜市中区山下町 23 番地 日土地山下町ビル 9 階
TEL 045-671-0284 FAX 045-671-0287
E-mail jimu@caremanager.or.jp H P <http://www.care-manager.or.jp/>
facebook <https://www.facebook.com/caremanenomori>

◎編集 / 発行

一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会
広報・出版委員長 石橋 正道



ホームページ
ユーザーはこちら↑