

I. 全国老人保健施設大会

平成 26 年 10 月 15 日 第 25 回 岩手大会

有松 真弓 歯科衛生士 介護老人福祉施設

『誤嚥性肺炎予防をめざした口腔ケアの見直しとその効果』

P 1

平成 28 年 9 月 14 日 第 27 回 大阪大会

佐竹 久美子 介護福祉士 介護老人福祉施設

『歌いながら排泄介助をした一事例』

P 3

リハビリテーション・ケア合同研究大会

平成 30 年 10 月 3 日

赤峰 孝宏 言語聴覚士 通所リハビリテーション

『通所リハビリテーション室を利用した地域貢献活動の報告』

P 5

II. こうほうえん研究発表会

平成 25 年 (第 18 回)

安住 友世 介護福祉士 訪問介護

『定期巡回でヘルパーが果たす役割と活動』

P 6

井上 喜子 看護師 介護老人福祉施設

『左踵部褥瘡症例から発症要因を予測して予防を考える』

P 8

岡村 沙耶香 介護福祉士 介護老人福祉施設

『ADL とコミュニケーション能力が向上した一事例』

P 10

岸 清志 医師 にしまち診療所

『にしまち幸朋苑・在宅医療連携拠点事業の現状』

P 12

赤峰 孝宏 言語聴覚士 通所リハビリテーション

『短時間通所リハビリテーションにおける言語訓練の課題と今後の展望』

P 14

池本 圭子 看護師 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

『病院から在宅への復帰を可能とした取り組みの一例』

P 16

萩原 元気 介護福祉士 通所リハビリテーション

『短時間通所リハビリテーションの経過報告と今後の課題』

P 18

有松 真弓 歯科衛生士 介護老人福祉施設

『特養における口腔ケア支援の取り組み』

P 20

平成 26 年 (第 19 回)

谷口 明子 介護福祉士 短期入所生活介護

『人体図を活用した入浴カードの有用性』

P 22

影井 裕美 介護福祉士 介護老人福祉施設

『A 氏の潜在能力を引き出す一貫性のある援助にチームで取り組む』

P 24

森岡 秀彰 理学療法士 訪問リハビリテーション

『リハビリテーションアドバイザー及び判定会議の導入』

P 26

萩原 元気 介護福祉士 通所リハビリテーション

『短時間通所リハビリテーション終了者の現状』

P 28

こうほうえん研究発表

平成 27 年 (第 20 回)

佐竹 久美子 介護福祉士 介護老人福祉施設 『超音波測定器を用いて』	P 30
白水 志保理 介護福祉士 介護老人福祉施設 『DCMを受けて個人の価値を高める行為に繋がった一例』	P 32
宮本 剛 介護福祉士 介護老人福祉施設 『防災訓練への取り組みについて』	P 34
森本 渉平 理学療法士 通所リハビリテーション 『リハビリテーションアドバイザーの実地指導によるにしまち通所リハビリ事業の変化』	P 36

平成 28 年 (第 21 回)

平野 里紗 介護福祉士 短期入所生活介護 『ショートステイ連絡表を有効活用するために』	P 38
榮 真矢 理学療法士 通所リハビリテーション 『活動向上に繋がった慢性期左片麻痺患者を経験して』	P 40
安住 友世 介護福祉士 訪問介護 『訪問介護における業務効率化の取り組み』	P 42
山田 瑞姫 介護士 介護老人福祉施設 『特養入居者の適正な水分摂取量設定に関する検討』	P 44

平成 29 年 (第 22 回)

川上 裕子 介護福祉士 介護老人福祉施設 『介護キャリア段位を効率よく取得するための環境づくり』	P 46
尾崎 由生子 介護福祉士 介護老人福祉施設 『職場の環境改善に向けての取り組み』	P 48
井上 喜子 看護師 介護老人福祉施設 『介護老人福祉施設入居者の爪白癬の現状とケアの実際』	P 50
赤峰 孝宏 言語聴覚士 通所リハビリテーション 『いなばエリアリハビリ組織体制の見直しによる効果と今後の取り組みについて』	P 52
岸 清志 医師 診療所 『鳥取市の「認知症初期集中支援チーム」の一員として』	P 54

こうほうえん研究発表会

平成 30 年（第 23 回）

- 榎並 三香子 介護福祉士 介護老人福祉施設
『介護骨折を契機に利用が進んだスライディングシート』 P 56
- 西本 裕香子 作業療法士 通所リハビリテーション
『興味のある作業を通して活動・参加へ展開できた一症例』 P 58

令和 2 年（第 24 回）誌上掲載

令和 3 年（第 25 回）☆口演

- 宮本 剛 介護福祉士 介護老人福祉施設
『コミュニケーションの第一歩はあいさつから』 P 60
- 富山 のどか 介護福祉士 介護老人福祉施設
『皮膚トラブル軽減を目指した取り組み』 P 62
- ☆赤峰 孝宏 言語聴覚士 通所リハビリテーション
『機能性構音障害児の訓練期間に影響する要因の分析』 P 65
- ☆丸山 啓太 理学療法士 通所リハビリテーション
『歩行を諦めていた利用者に対する能力再獲得に向けた取り組みの成果』 P 67
- 浅木 貴志 介護福祉士 通所リハビリテーション
『通所リハビリ利用休止者に対する取り組みの成果』 P 69

令和 4 年（第 26 回）

- 茗荷 かおり 介護福祉士 介護老人福祉施設
『ノーリフティングの取り組み』 P 71
- 向山 斗和 理学療法士 通所リハビリテーション
『高度難聴により会話が減少した一症例』 P 73
- 坂本 幸子 理学療法士 訪問リハビリテーション
『タブレット端末導入による業務改善への取り組みについて』 P 75
- 松田 美穂 言語聴覚士 診療所（ことばの発達支援センター）
『ことばの発達支援センターの利用者分析を通してみえるもの』 P 77

III. 外部学会・講演・研究会 岸 清志 医師 診療所

- ・市民医療講演会

平成 26 年 3 月 23 日 『にしまち幸朋苑が取り組む在宅医療連携拠点事業』 P 79

- ・福祉・医療のまちづくり研究会

平成 27 年 2 月 19 日 『地域包括ケアをめざす にしまち幸朋苑の取り組み』 P 99

- ・鳥取県医療社会事業協会研修会

平成 27 年 6 月 6 日 『MSW にとっての医療介護連携』 P 129

- ・認知症を学ぶ会

平成 28 年 1 月 21 日 『認知症の理解のために』 P 207

- ・地域連携懇話会

平成 28 年 9 月 28 日 『在宅看取りを考える』 P 269

- ・鳥取県東部在宅医療・介護連携研究会

平成 28 年 12 月 2 日 『にしまら幸朋苑における ICT 活用の現状』 P 303

平成 30 年 9 月 12 日 『看取りの場所について考える』 P 343

- ・鳥取県福祉研究学会

令和元年 2 月 16 日 『鳥取市の「認知症初期集中支援チーム」活動実績』 P 370

- ・認知症サポート医フォロアップ研修講演

令和元年 3 月 3 日 『認知症サポート医として、鳥取市の認知症初期集中支援チームに関わる』 P 381

- ・認知症対応力向上研修会

令和 2 年 1 月 15 日 『認知症非専門医が認知症を診る』 P 411

- ・鳥取県東部医師会認知症研究会

令和 3 年 1 月 8 日 『認知症非専門医が認知症を診る～経験から学ぶ～』 P 456

誤嚥性肺炎予防をめざした口腔ケアの見直しとその効果

にしまち幸朋苑 歯科衛生士 有松真弓

はじめに

われわれの高齢者施設では開設以来1年半の間に延べ8名が肺炎で入院した。誤嚥性肺炎のリスクを低減させるためには、適切な口腔ケアで口腔内細菌を減らすことが重要とされる。そこで今回嚥性肺炎による入院者を減らすことを目的に口腔ケアを一から見直すこととし、口腔ケアに関する課題の抽出と対策を行ったので、その結果について報告する。

研究方法

I. 口腔ケアの現状分析

見直し前の口腔ケアの内容を把握し課題を抽出するために、歯科衛生士（以下DH）が全介護職員（13名）のケアの実施状況をチェックした。また残存歯があり、うがいが可能な入居者に対しては歯頸部歯面に付着した歯垢を、歯垢染色剤で染色する PlaqueControlRecord（以下PCR）を用いて口腔内の清掃状況を評価した。PCRはO-Learyによって開発された口腔内清掃状態を示す指数で、ブラッシング指導に用いられる。O-Learyは目標値を10%以下としたが、一般的に20%以下なら口腔清掃が適正と判断される。

II. 口腔ケアの見直し

1. 新たな口腔ケア手順書の作成

全介護職員が担当の入居者に対し適切な口腔ケアが出来る事を目標として個別の手順書を作成した。手順書には、必要物品やケアの方法にとどまらず口腔内の所見を図解し、問題点や食物残渣物、プラークが付着しやすい部位、義歯の有無、残歯の有無、含嗽方法、注意点などを記載した。

2. 口腔ケアに関する勉強会開催

3. 口腔ケア実技指導

全介護職員に担当入居者の手順書に沿ってDHが実技指導を5回行った。指導の都度、チェックシートに記録し、次回の指導課題を確認した。

4. アンケート調査

手順書による実技指導方法の効果を確認するため、実技指導後にアンケート調査を行った。

5. 取り組み後の口腔内の清掃状況をPCRで評価した。

結果

I. 見直し前の口腔ケアの現状

- 1) 毎食前後の口腔ケアは定着していたが、職員間の技術に差があった。
- 2) ケア前のうがい回数が少なく、食物残渣が口腔内に残ったままケアを始めていたため時間がかかり、効率が悪かった。
- 3) 直視下でケアが行われていないため口腔内の観察が不十分であった。
- 4) 歯ブラシの振り幅が広く、ブラッシング圧が強かった。
- 5) 義歯の正しい取り扱いが出来ていなかった。
- 6) 認知症や意識障害により開口に応じてもらえない入居者のケアに苦戦していた。
- 7) 清掃用具が有効に使用されていないため、磨き残しがみられ、PCRの平均値は39%であった。

II. アンケート結果

口腔ケアだけに時間がかけられない現状があり、口腔ケアを難しいと感じる項目は、拒否や覚醒の悪い入居者の介助、ブラッシング圧、開口介助などであった。口腔ケア見直し後は、全介護職員がケア方法、意識に変化があったと答えた。

III. 口腔ケア見直しの効果

- 1) 全介護職員の口腔ケア技術が向上した。
- 2) うがい方法を見直すことで効率が良くなり、ケアにかかる時間が短縮した。
- 3) 対面で椅子に腰掛けてケアをする事で、口腔内の観察がしやすくなり適切なブラッシングが出来るようになった。
- 4) 介護職員のケア姿勢が安定したため、手指の微妙な力加減をコントロールしやすくなり、ブラッシング圧の軽

減や、細かく歯ブラシを動かすことができるようになった。

5) 義歯を磨き残しなく洗浄し、正しく取り扱うことができるようになった。

6) 拒否や覚醒の悪い入居者には、声のかけ方や口腔ケアに誘う時のタイミングを工夫する等、コミュニケーションを重視するようになった。また、介護職員の口腔ケア技術の向上により、ケア時の不快な刺激を最小限にすることで以前よりスムーズにケアに応じてもらえるようになった。しかし、拒否が強く介助者の指や歯ブラシを咬んでしまう入居者の対応が難しく、今後の課題となった。

7) 磨く順序を決め、虫歯や歯周炎に対応し、清掃補助具を的確に使いこなすことで、磨きムラが少なくなりブレークが減少した。PCR の平均値は 19.4% に減少し、目標値の 20% 以下を達成することができ、歯肉炎や口臭が改善された。

考察

見直し以前の口腔ケアの指導では、介護職員が口腔ケアに難渋している入居者だけをピックアップし指導を行っていたため、全ての入居者に対しての指導が徹底されていなかった。また DH に積極的に質問をする介護職員のみの指導に留まっていたため職員間に技術の差が生じていた。

今回の見直しでは、介護職員に担当入居者を対象とし細かく実技指導を行ったが、ケアの基礎、応用動作はすべての入居者に共通しており、担当以外の入居者に対するケアも適切に行えるようになった。そして口腔内観察の目が養われ、限られた時間内で目的を持って意識的にケアが行われ出した。口腔ケアの見直しにより PCR の平均値は 39% から 19.4% に改善されており、これは「口腔ケアが確実に行えている。」と回答したアンケート結果にも表れている。

新たな取り組みを始めてまだ 6 か月しか経過していないが、今のところ誤嚥性肺炎による入院はみられない。
終わりに

職員が連携し、個別性を踏まえたケアの積み重ねの重要性を再認識した。アンケートで「ほぼ確実に行えるがまだ自信があるとは言えない。」と指導後もケアに不安を抱えている介護職員に対しては指導を継続し、「達成できた。」と答えた介護職員に対しては、ケアの質が維持できるようフォローしていきたい。そして利用者の QOL が向上し、高齢者にとって致命的となることもある誤嚥性肺炎が減少する事を期待している。

歌いながら排泄介助をした一事例

介護老人保健施設いなば幸朋苑
介護福祉士○佐竹久美子 尾崎瞳

はじめに

当施設では超音波測定器（ゆりりん）を用い、膀胱機能を客観的に評価し、トイレ案内時間・排泄用パッドの種類・パッド交換時間などを検討している。スムーズに排尿を促すことができないか試行錯誤しているとき、一緒に歌いながら排尿介助をしたところ排尿がみられたので、それ以後、職員が一緒に歌いながらケアをすることをケアプランに取り入れた。膀胱機能評価とリラックスすることが排尿にどのような影響を及ぼしているのかを考察したので報告する。

事例紹介

A 氏 女性 90 歳代 要介護 5

障害高齢者日常生活自立度：B2

認知症高齢者日常生活自立度：IIIb

病名：アルツハイマー型認知症・慢性心不全・腰椎多発性骨折

内服薬：降圧利尿剤を朝服用

水分摂取量：約 1000ml

身長：147.2 cm 体重：40.3 kg

MMSE:0 点

排泄：尿意、便意の訴えなし

コミュニケーション：発語はあるが意味不明のことが多く、簡単な内容しか理解できず急に機嫌が悪くなることがある。しかし元々歌うことが好きで、にこにこして歌いながら指揮棒を振る動作がみられる。

研究方法

1. ノム・ダス・ハカル調査票に沿って 3 日間の排尿リズムを知る。

2. 排尿時の状況や歌うこととの関係などを気づきとして書きとめる。

結果

1. ノム・ダス・ハカル調査票の結果

平成 27 年 9 月 30 日から 10 月 2 日の 3 日間、2 時間毎（33 回）に膀胱蓄尿量・排泄量・残尿量を測定した。

最大膀胱蓄尿量は 348ml（図 1）

最大排泄量は 360ml・最大残尿量は 265ml（図 2）であった。

33 回の測定中、眠い・機嫌が悪いなどの理由で 4 回トイレ案内できなかった。トイレに 29 回座ったうち、6 回は排尿がなかった。

排尿量は 2 時から 7 時の夜間から朝方が多く 19 時から 23 時は少ない傾向にある。パッド内排尿量は、0ml から 160ml で残尿は 7ml から 265ml と一定ではない。

2. 排尿介助の状況と気づきシート

ほぼ 2 時間おきにトイレに座り、排尿を促した。職員が便座に座った A 氏の前にしゃがみ、両手を握ると自ら前屈姿勢になった。一緒に歌を歌いながら排尿を待った。歌はふるさとなどで、多くは 5 分程度座った時に排尿が始まった。その後少量ずつ排尿があり、7 分程度で排尿終了となった。7 分程度座り排尿がみられない時は介助終了とした。最後に陰部拭くと少し排尿があるので、もうしばらく座り排尿を待つことがあった。

3 日間の内、歌って排尿があったのが 19 回、歌っても排尿なし 6 回、歌わなくても排尿があったのが 4 回だった。

考察

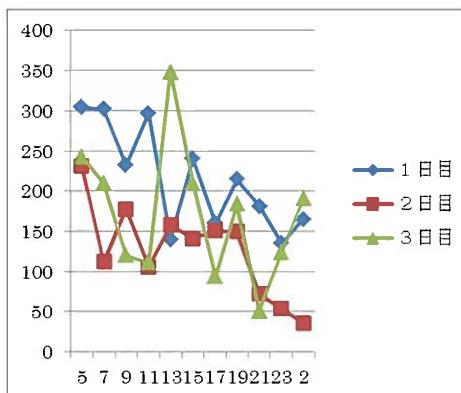
1. 膀胱機能として、3日目13時は最大膀胱蓄尿量348mlで、これ以上尿量が増えるとパッド内に100ml漏れる。残尿量は7mlから265mlと一定ではないが、陰部を拭くときに再度排尿があることから、トイレに座る時間もう少し長くするか骨盤神経刺激などの方法を検討する必要がある。超音波測定器（ゆりりん）を用い膀胱機能を知り、根拠に基づいてトイレで排尿することは尿路感染の予防やADL保持に有効である。

2. 歌って排尿があったのが19回、歌わなくても排尿があったのが4回だった。歌わなくても排尿があった場合の共通点は、座ると直ぐ排尿がある場合や前屈姿勢を取ると直ぐに排尿がある場合だった。一人でしゃべっていたり、立ち上がりこうとしたり落ち着きがなく、何を言っても受け入れることができなかつた。この時は歌っても排尿に繋がらないので無理強いせず、話題を替え対応することが必要である。

3. 元々、歌が好きなA氏にとって歌うことでリラックスし落ち着いた状態になり交感神経の緊張が解かれ排尿に結びついたと考える。また、介護職員が前にしゃがむと目線があり、素直に腹筋が緩んだ姿勢が取れ、排尿に繋がったと考える。

おわりに

今後も超音波測定器（ゆりりん）を使用し、根拠に基づいた排泄ケアに取り組み、リラックスして落ち着いた状態を確保することを基本にしたい。



(図1) 膀胱蓄尿量



(図2) 自然排泄量と残尿量

「通所リハビリテーション室を利用した地域貢献活動の報告」

社会福祉法人こうほうえん

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑

赤峰 孝宏

【はじめに】通所リハビリテーションにしまち幸朋苑では、営業日以外の日曜日を利用して、リハビリ室を地域の方に利用してもらう活動「みんなの空間」を平成 28 年 6 月から開催しており、平成 30 年 3 月現在で合計 6 回開催している。活動内容は①健康相談、②リハビリ機器体験、④集団で体操を実施。今回、合計 6 回実施し、参加された方にアンケートを取った。アンケートの結果から地域の方が望んでいること、また今後の活動の方向性について検討したので報告する。

【方法】合計 6 回開催した「みんなの空間」に参加した参加者 71 名のうち、アンケートに回答して回収できた 48 名分のアンケート結果をまとめた。アンケートの内容は①年代②活動内容について③今後参加したい活動内容の記述、④感想に分けた

【結果】①に関して、50 代 4 名、60 代 7 名、70 代 17 名、80 代 20 名であった。②ではとてもよかったです」19 名、良かった 25 名、普通 4 名であった。③では手先を使用した運動や簡単なストレッチを望む回答があり、④では普段からだを動かす機会がなかったので良かったと言う感想が 48 名中 30 名に記述がみられた。また、気軽に参加できる場所がないとの記述が 20 名あった。

【まとめ】運動はした方がいいと理解しているが、環境が整っていない部分もあり身近に参加できる環境を作っていく必要性を感じた。今後は住民が主体となった取り組みも検討したい。

多職種協働で取り組んだ定期巡回・隨時対応型訪問介護看護サービスの実際

～定期巡回でヘルパーが果たす役割と活動～

訪問介護事業所にしまち幸朋苑 介護福祉士 主任
安住 友世

はじめに

にしまち幸朋苑では平成25年4月、定期巡回・隨時対応型訪問介護看護事業（以下、定期巡回）の指定を受け、6月より事業を開始した。

今回、事業開始から延べ13名の利用者のうち、多職種協働で取り組み、退院後から現在まで在宅生活を支えている利用者についてヘルパーの果たす役割と活動について検討したので報告する。

事例紹介

F氏 59歳 男性 要介護度5
障害高齢者自立度： C2
認知症高齢者自立度： I
病名 頸髄損傷 四肢麻痺 後縫靭帯骨化症
性格 プライドが高く寡黙
生活歴 県外で生活していたが、実家の跡を継ぐため鳥取に帰り開業医として働く。若い頃はテニス・ゴルフなどアウトドア派結婚していたが後に離婚。父は他界し母と同居していたが関係が悪く市内に在住。県外に住む姉がキーパーソンで週2～3日滞在する。

身体状況

排泄：尿意便意あり、日中は2人介助にてトイレ案内。夜間は尿器での排泄
食事：PSB（ポータブルスプリングバランサー）を使用しての一部介助
移動：車椅子全介助
移乗：全介助～半介助
更衣：全介助
整容：全介助

サービス内容

＜訪問開始当初＞

定期巡回

7:00 排泄介助・更衣・洗面
8:30 排泄介助・朝食介助・服薬
口腔ケア・その他
10:30 排泄介助・掃除・洗濯・買物などの生活援助・昼食介助・口腔ケア
その他
15:30 排泄介助・その他
18:00 排泄介助・夕食介助・服薬
口腔ケア・更衣・その他
21:00 排泄介助・服薬・点眼・その他
0:00 排泄介助・その他
2:15 巡回・見守り
4:15 巡回・見守り

●緊急通報による隨時対応あり

*7:00～21:00 ヘルパー2人対応

*0:00～4:15 ヘルパー1人対応

＜5か月後の現在＞

定期巡回

8:00 排泄介助・更衣・朝食・服薬
モーニングケア・尿器洗浄・その他
11:00 排泄介助・買物・掃除・洗濯などの生活援助・昼食介助・口腔ケア
その他
15:30 排泄介助・その他
18:00 排泄介助・夕食介助・服薬
口腔ケア・更衣・その他
21:00 排泄介助・服薬・点眼・その他
0:00 排泄介助・その他
4:15 排泄介助・その他

●緊急通報による随时対応あり

*8:00～21:00 ヘルパー2人対応

*0:00～4:15 ヘルパー1人対応

支援経過

1. 入院中の日中はコールにてナースが尿器を使用し排尿。トイレ移乗はナース2人対応だったというケアマネからの情報と、在宅ではトイレでの排泄を希望されていたので、ベッドでの起居動作・移乗動作など確実に対応できるよう日中の訪問はヘルパー2人対応とした。
2. キーパーソンである姉が2~3日泊まり込み、食事介助の仕方・ズボンの上げ下げ・ベッド臥床時のタオルケットのかけ方など細かく指示を受ける。
- 本人は意思表示をする事がほとんどなく、姉がヘルパーのケアの仕方・立ち振る舞いに至るまで事細かく指示を出し、援助に入ったヘルパーが前の時間帯に援助に入ったヘルパーに対しての不満を聞かされるという事が続いた。
3. 共有ノートを作成し、訪問者・水分量・尿量・排便の有無・状態・ケア内容をヘルパー・訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・診療所と関連機関すべてが記入し、共有できるようにした。また、ヘルパー間の情報伝達のためヘルパー用ノートを作成し、姉もヘルパーへの伝達事項を記入するようになった。
4. 入院時、週1回のシャワー浴と清拭で顔・頭・背中の痒みの訴えが頻繁にあったということから、リハビリと入浴目的でいなば通所リハビリを3回/週利用。その他痒みの訴えに応じて温タオルで顔・頭・背中を拭いている。
5. 訪問開始当初ベッド⇒車いす⇒トイレの移乗はほぼ全介助だったが、通所リハビリ・訪問リハビリでの起居動作・移乗動作訓練により、現在ではベッドからの起き上がりは介助なし、ベッド・車いすからの立ち上がり・ベッド→車いすの移乗は自力で行えるようになった。

家族の要望と対応

<要望>

- 1) 自宅にいる時はいつも寝てばかりいる。起きている時間を増やしてほしい。
- 2) 移乗の仕方が下手。本人より背の低い人は不安
- 3) 自宅にシャワー室を作ったが通所リハビ

リで入浴している。何故使用しないのか

<対応>

- 1) 起きている時間を増やすため、訪問時はすぐに車いす移乗し、雑誌を読む・テレビ視聴などで過ごし、援助終了間際にベッドに戻っていただく
- 2) 不安を少しでも解消していただくため、リハビリスタッフに協力してもらい、本人に応じた移乗の仕方の講習を受けた。
- 3) シャワーキャリーのデモ機で対応してみたが、シャワー室が狭い・今後の気候・リハビリの進行具合により暖かくなつてから使用することとした

考察とまとめ

今回、F氏の事例を通じ、定期巡回でヘルパーが果たす役割とは何かということを考えさせられるきっかけとなった。ヘルパーの役割として、地域の中で安心して在宅生活を送っていただけるためには何が必要か、利用者・家族が何を望んでいるかということを常に考え、介護が必要な方に必要な介護を提供すること、24時間安心して利用していただけるサービスを提供することと考える。ヘルパーだけではなく、ケアマネ、訪問看護、リハビリ、通所、医師など多職種が関わることにより、安心した生活が支えられているということを常に考え、今後も利用者・家族がこのサービスを利用してよかつたと言っていただけの活動していきたい。

左踵部褥瘡症例から発症要因を予測して予防を考える

介護老人福祉施設 にしまち幸朋苑 看護師

○井上喜子 石田多賀子 松田由美 中島正子

はじめに

踵は褥瘡好発部位で治癒が困難である。又、踵は観察しにくい部位なので、問題意識を持たないと初期症状を見過ごしてしまう。

今回、治癒までに3か月を要した症例を経験した。褥瘡の発症要因は、体圧分散不足と虚血が推測された。予防の観点からケアの見直しのきっかけとなったので報告する。

事例紹介

70歳代男性、脳梗塞の再発を繰り返し、入居時より日常生活自立度C2、要介護5であった。身長167cm、体重51.4kgで、食事は1日1462kCalの胃瘻食を注入した。筋緊張が強く、体位変換や車椅子の移乗には2人での介助を要した。左下肢は拘縮が強く、膝関節が屈曲していた。筋の緊張や不随意運動があり、下肢は重なり踵をよく床面にこすりつけていた。

褥瘡ケアの経過

1. 入居時から褥瘡に至るまで

入居時の危険因子評価は5点で中等度レベルであった。そこで2時間毎の体位変換、踵の拳上を含めたポジショニング、入浴時の全身皮膚観察、パッド交換時の腰部を中心とした観察を計画し実行した。一時看取りケアに入ったため、褥瘡対応マットレスに変更し、毎日の背部清拭時の皮膚観察が加わった。しかし、入浴は清拭に変わり、車椅子で共同生活室へ移動していた時間が無くなり、安静臥床の時間が増えた。1か月後、小康状態となり看取りケアから元の一般のケアに戻った。

入居後9か月に右5趾に暗赤色の皮膚変化、さらに10日後に左の踵に2.0×1.5cmの黒色皮膚変化を発見した。左の踵は血栓性静脈炎と診断され、ヘパリン類似物質を塗布し経過観察した。

2. 褥瘡治療の経過

1か月半後、黒色皮膚の周囲より浸出液がみられ褥瘡と診断した。大きさは2.0×1.5

cmでDESIGN-R9点、1日1回の洗浄、スルファジアジン銀を塗布した。その後、壞死組織を除去しスルファジアジン銀、アルプロスタジルアルファデクスを塗布し3か月後、治癒に至った。

発症要因の分析

1. 体圧分散不足

1) クッションの素材

両下肢のポジショニングに4個のクッションを使用した。大きさ、素材、硬さがそれぞれ違っていた(表1)。血行障害を回避するためには、硬いクッションを使用しない^①。また下腿に硬いクッションを使用すると腓骨部・外果部が圧迫され、腓骨にそって褥瘡が発生しやすい^②。使用した4つのクッションは硬いため、充分な体圧分散が出来なかつた。

2) クッションの当て方

①のクッションは不随意運動により下肢が重なるため、膝の間に使用した。②のクッションは拘縮している両膝の下に使用した。②③④の3個のクッションを横にして当て両下肢を支えた(図1図2)。③④のクッションは両足首辺りに当て踵を拳上した。左右の下肢を別々にせず、1個のクッションで両下肢を支えると、クッション中綿の偏りが生じ、一方が硬くなることと、下肢が外転し腓骨部・外果部に圧迫が加わり褥瘡が発生しやすい^③。また②と③④のクッションの間に隙間ができる。現状(図1図2)と正しいクッションの当て方^④(図3)を比較した。下肢全体にクッションがあたっていないために、圧が分散されず②④のクッションの当たっている部分に圧迫が加わっていた。側臥位時も不随意運動の為、クッションがずれて下肢が重なっている部分と、踵が床面に接地し踵への圧迫がかかっていた。また側臥位時も同じ状況がおきていた。

2. 虚血

踵の拳上のために2個のクッションを足首に当て、踵を高くした。足先の皮膚色や爪色は蒼白ではなかったが、足関節上腕血圧比(ABI)測定や末梢動脈触知はしなかった。

反対足の右5趾の暗赤色の皮膚変化と脳梗塞を繰り返していることは、虚血肢の徵候³⁾に当てはまる。下肢の血流障害がすでにあつたことに気付かず踵の拳上を続け、左の踵にも虚血をおこし褥瘡発生をまねいたと推測される。また足首に硬いクッションをあて踵を高くし、血流を遮断させたことも、血流障害をおこし虚血の要因となつたと推測される。

現状(図2)と正しい虚血肢の踵の拳上⁴⁾(図4)を比較した。③のクッションだけでは踵が床面に接地する為、④のクッションも追加し使用していた。現状は明らかに踵がかなり高く、踵への血流を低下させることにつながる。

踵の褥瘡予防は、踵を拳上するという概念にとらわれていた。下肢血流に問題がない場合はそれでもよいが、下肢が冷たくて蒼白い、足背動脈や後脛骨動脈の脈拍が触れない、あるいは高齢者、糖尿病、脳梗塞や閉塞性動脈硬化症の既往がある場合は、下肢の血流障害があるかもしれないということを念頭に置き踵の浮かせ方に気をつける⁵⁾。

予防のためのケアの見直し

1. 適切な圧迫除去と体圧分散

1) クッションの素材

硬いクッションは使用しない。ありあわせのクッションではなく、理学療法士の助言も受け、体圧分散ができるクッションを積極的に取り入れる。

2) クッションの當て方

下肢を支える為に、片足ずつ2個のクッションで支える。また側臥位時は、下肢が重なり互いを圧迫しないよう両肢間にクッションを挿入し下肢全体を支える(図5)。

2. 虚血対策

下肢血行に問題がない場合の踵の拳上では、クッションの厚みがあつても問題ないが、虚血肢の場合の踵の拳上では、下腿をやや下垂し床面から浮いている程度でよい⁴⁾。

危険因子評価を、入居時の1回しか、しなかつたことも反省し、定期的、病状が変化し

た時に、圧迫除去・体圧分散、下肢の血行維持がどうかを評価すべきであった。

まとめ

踵の褥瘡予防として以下の3点が重要である。

1. 高齢者は下肢の虚血があると考えて、踵の拳上は、わずかに浮かす程度にする。
2. 下肢の体圧分散は、片足ずつ2個のクッションで支える。
3. 定期的、また病状が変化した時は評価を行う。

(本例)



図1 クッションの挿入法



図2 跗の拳上

(正しい例)



図3 クッションの挿入法



図4 虚血肢の踵の拳上



図5 側臥位

表1 クッションの状況

番号	大きさ(cm)	素材	硬さ等
①	60×50	大きめのピーズ様	コツコツしていて硬い
②	50×40	小さなソフトピーズ様	やや硬いが弾力がある
③	60×30	そばがら様	平べったく硬い
④	50×20	綿花	硬くて弾力がない

【引用文献】

- 1) 真田弘美・須釜淳子：改訂版実践に基づく最新褥瘡看護技術. 162. 照林社. 2013
- 2) 前掲書1). P167.
- 3) 前掲書1). P156-P157.
- 4) 前掲書1). P166.
- 5) エキスパートナース. 照林社. P85. 1 2014

【参考文献】

- 褥瘡ガイドブック. 第1版第1刷. 照林社. 2012

ADLとコミュニケーション能力が向上した一事例

～チームで取り組んだケアを分析して～

介護老人福祉施設にしまち幸朋苑 介護福祉士

○岡村 沙耶香

森谷 遼

はじめに

介護老人福祉施設にしまち幸朋苑は入居者30名の小規模ユニット型個室である。著者が初めて担当となった利用者は、認知症のため、コミュニケーションを図ることが困難で、ADL全介助だった。この利用者に対し、チームで種々の取り組みを行った結果、ADLが向上し、コミュニケーションがスムーズに図れるようになった。その要因について分析を行ったので報告する。

事例紹介

90歳代、女性。アルツハイマー型認知症と糖尿病、高血圧、白内障と脱肛がある。要介護4、障害高齢者の日常生活自立度はB2、認知症高齢者の日常生活自立度はIV、HDS-R2点であった。

尿意、便意はなく24時間パッドを使用していた。座位保持が可能なため、膀胱残尿量測定器による計測データを基に、目中はトイレ案内を実施し、トイレで排泄があった。

食事は糖尿病食を毎食完食、水分は毎日1500cc飲んでいた。発熱等なく、体調を崩す事はほとんどなかった。

壮年の頃、子どものいる施設でボランティア活動をしていた。

1. ADLの改善

1) 下肢の動き

【取り組み前の状況】自力での立位保持が出来ないため、トイレ案内は二人介助で行っていた。立位をとっても、じだんだを踏むように足をバタつかせ、膝が伸びず、踏ん張る事が出来なかつた。

【取り組み内容】立位訓練を計画していたが、足をバタつかせ立ち上がる様子を見て困難と判断。ベッド上でのパッド交換時に声を掛け、腰を浮かせる事に変更した。チーム内

の職員に変更したことを申し送り実施した。

移乗の際、下肢に力が入っている事に職員が気づき「もしかしたら一人で立てるのでは…」と思い、実際に行ってみた。立位が安定したため、手引き歩行を行ってみた。

【取り組み後の状況】介護士が手を持って、手すりにつかまらせ足の位置を直し、臀部を支えれば立ち上がる事が出来た。足のバタつきも大幅に軽減した。自ら手すりを持ち、足の位置も直し、介助は声掛けと、臀部を支えるのみとなつた。手すりの前に案内すると、介護士の声掛けがなくても「これにつかまるだか？高いとこもってな！」と言い、見守りのみで立位が可能となつた。3m程であれば手引き歩行が可能となつた。

2) 手の動き

【取り組み前の状況】食事の際、箸を見ても持とうとしなかつた。

タオルたたみに興味を示さず、たたんでみてもぐしゃぐしゃに丸めてしまい、たたむことが出来なかつた。

【取り組み内容】スプーンを正しく持つことが可能だったため、「ペンも正しく持てるのでは…」と思い、塗り絵を行つた。ペンが正しく持て、上手に使う事が出来たので「箸も使えるのでは…」と思い、スプーンの提供を止め、箸のみをお膳に置いてみた。

初めに試みた頃から約5ヵ月後に、他利用者がタオルをたたんでいる様子を興味深げに眺めていたので、目の前にタオルを置き、「4つにたたんでもらえますか？」と声を掛け実際に職員が1枚たたんで見せた。

【取り組み後の状況】適切な色で、枠内を塗り、塗り絵を完成させる事が出来た。

正しく箸を持ち、食べこぼす事もほとんどなく、毎食完食することが出来た。

職員のタオルをたたむ様子を見て「こうしてするだか？」と言いながら綺麗に角を揃え、たたむことができた。

2. コミュニケーション能力の向上

【取り組み前の状況】自力で食器の持ち替えが困難で、声かけをしても理解していない様子だった。

チラシを見て「大安売り！」 「100円！」と言っていた。

発語はあるが、同じ単語を繰り返し言い続ける独語のみだった。

トロミ付きのお茶を毎食 400 c.c 拒否なく飲んでいたが、「腹いっぱいだ」 「こっそり捨てといて」と訴えた。

【取り組み内容】まだ手をつけていない食器を声をかけながら手渡した。

チラシを見ている様子から、字が読め、理解していることに気づき「もしかしたら文章も読める能力があるのでは…」と絵本を提供してみた。

「これから話をします」と目を見つめて、手をにぎり、ゆっくり声をかけた。

ボランティアをしていた頃の童謡に親しみがあるという生活歴から、家族が持参したCDコンポで童謡を聞くようになった。

読書やタオルたたみを積極的に行うよう、個別機能訓練に追加した。

硬便による脱肛があるため、水分摂取量は維持したいが、今までと同じお茶では摂取拒否が改善されないと考え、甘い物が好きという嗜好を考慮し、紅茶に低カロリー甘味料を入れた物を試した。

【取り組み後の状況】声掛けのみで器の中身が空になっている事が分かり、持ち替えが出来るようになった。次第に声掛けがなくても自ら持ち替えが出来る様になった。

自分の生年月日が正確に言えるようになり、漢字で自分の氏名書く事も出来るようになった。

自分で絵本のページをめくり、絵を眺めながら、たどたどしいが音読していた。時には職員が読み、それを聴いて場面に合わせ「何ちゅう事だ」「可哀相に」「良かったな」等の感想や、絵の動物を撫でながら「可愛いな」と笑顔が見られた。次第に自分が読んでいる絵本の内容を職員に伝える事が出来るよう

になった。

声掛けに集中することが出来るようになり、簡単な会話が成立した。次第に「これから話をします」と声を掛けなくても、目が合うと自然に会話が出来、質問に対して適切な答えが返ってくるようになった。

これから何をするのか見当をつけることが出来るようになり、トイレに案内する際、「一緒に来て頂けますか？」と尋ねると「トイレか？行こうか」と言うようになった。

うたた寝をしている他利用者を見て「えらげな、寝かせたあげないけん！」等、他者を気遣う発言が増えた。

紅茶を「美味しい」と言い飲んだ。水分摂取量維持に繋がり、血糖値の数値や便の状態に悪い変化は見られなかった。

HDS-R 2点が、約半年後には5点に上がった。

考 察

血糖値が安定し、食欲も衰えず、感染や発熱等もなく、日常生活を送ることで様々な関わりを行え、良い変化が現れやすくなったと考えられる。ADL とコミュニケーション能力が向上した要因としては、下肢に力が入っている等の些細な変化に気づき、見逃さなかつた事、その事をチームや他職種と話し合い、出来ない事に対してのケアではなく、残存能力に着目し、伸ばす関わりのケアがチームで継続的に統一して行われた事、更に、認知症ケアメソッドの一つである、ユマニチュードの基本となる4つの柱を無意識のうちに実践していた事、そして、些細な事でも言い合え、即行動に移せる職場環境があった事が考えられる。

終わりに

今回ADLとコミュニケーション能力が向上した一事例について報告した。今後も、チーム一丸となり多職種と連携し、利用者の残存能力を重視したケアを提供出来るよう日々研鑽していきたい。

【参考文献】

- 1)伊東美緒、本田美和子：看護管理. 日本看護協会出版会 . 2013. p 914 - 921

鳥取県地域医療再生基金を活用した 「にしまち幸朋苑・在宅医療連携拠点事業」の現状

にしまち診療所 悠々 医師
○岸 清志

はじめに

国は平成 24 年度、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネージャーなどの多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すと同時に今後の在宅医療に関する政策立案などに資することを目的に交付金を投入して「在宅医療連携拠点事業」を単年度で実施、全国で 105 か所の事業所が本事業に取り組んだ。ちなみに鳥取県では米子市の米子医療センター、真誠会の 2 か所がこの事業を行っている。平成 25 年度においても同様の「在宅医療連携拠点事業」が鳥取県地域医療再生基金事業の中で継続されることになったため、にしまち幸朋苑が本事業に応募申請し採択されるに至った。今回は本事業に関するにしまち幸朋苑の、平成 25 年度の取り組みの現状について報告する。

事業内容

にしまち幸朋苑が平成 25 年 4 月、県に提出した事業計画は、にしまち幸朋苑を在宅医療連携拠点として、ケアマネージャーの資格を持つ看護師及び広報担当等を配置し、以下の活動を行うというものであった。

1. 多職種連携の課題や解決策について討議する場を設ける
2. 在宅医療従事者の負担軽減の支援を行う
3. 在宅医療に従事する関係者のモチベーションを高めるための講演会、セミナー、検討会等の開催を行う
4. 在宅医療に関する地域住民への啓発活動を行う
5. 鳥取市における在宅医療の現状とニーズの把握を行う
6. ホームページ上に在宅医療連携拠点事業を掲載する

以上の事業計画に対し、平成 25 年度および 26 年度の 2 年間で総額 1,500 万円の予算が計上され、事業を展開することとなった。

活動の現状

1. 東部医師会在宅医療検討委員会

東部医師会が主催する在宅医療に関する多職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、リハビリ、ケアマネ、行政）からなる委員会で、8 月 19 日に初会合がもたれ、著者がその委員長を務めている。以後 3 か月毎に開催、在宅医療に関わる諸問題を討議している。



2. 講演会、研修会の主催

- 1) 在宅医療連携について語る会
～訪問診療を支える医師・看護師連携～
日時：平成 25 年 11 月 8 日（金）
会場：ホテルモナーク鳥取
対象：医師・看護師
参加者：13 名

- 2) 在宅医療連携講演会
～看取りまでを支える在宅医療連携～
～自分らしい最後を迎るために～
講師：佐藤涼介 先生
(岡山市医師会副会長)
日時：平成 26 年 1 月 11 日（土）
会場：ホテルモナーク鳥取

対象：医療・介護関係者、一般

参加者：64名

3) 在宅ケア事例検討会

～在宅ケアを支える多職種連携～

日時：平成 26 年 2 月 17 日（月）

会場：鳥取県東部医師会館

対象：医療・介護関係者

参加者：47名

4) 市民公開講座

在宅緩和ケアで朗らかに生きよう

～おひとり様でも大丈夫～

講師：小笠原文雄 先生

（日本在宅ホスピス協会会長）

日時：平成 26 年 3 月 15 日（土）

会場：とりぎん文化会館

対象：一般市民、医療・介護関係者、他

3. タブレット端末の導入

期待される効果

1) 在宅医療に関わる医師、看護師、介護士によるリアルタイムの情報共有の実現

2) 地域包括ケアシステムを実現する在宅医療連携の強化

3) 訪問看護師、介護士など在宅医療に関わるスタッフの事務作業の負担軽減

現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業に係る医師、看護師、介護士がタブレット端末稼働に向けて特訓中である。

4. 鳥取市における医療連携に係る組織の把握

現在以下の 7 つの組織が活動している。

1) 東部地域神経難病等在宅支援連絡会

2) 鳥取市高齢者地域介護・予防協議会

3) 東部地域医療連携協議会

4) CBM (community based medicine) 研究会

5) 鳥取市保健医療福祉連携推進会議

6) 在宅リハビリ・ケア研究会

7) 地域支援口腔ケア研究会

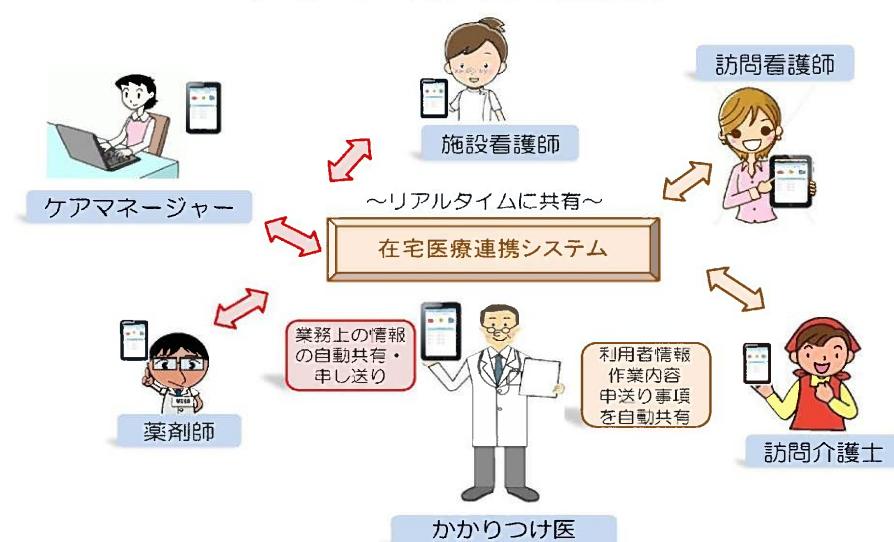
本事業の活動内容については、社会福祉法人こうほうえんのホームページ、ヘルスケアタウンとつとりに「にしまち幸朋苑・在宅医療連携拠点事業」として公開中である。

<http://www.kohoen.jp/untitled245.html>

平成 26 年度に向けて

本事業の一環である 5 月 10 日（土）開催予定の在宅医療シンポジウムをはじめ、今後多職種連携に係る種々の事業を年間を通して展開していく予定である。

在宅医療に関わる多職種連携



短時間通所リハビリテーションにおける言語訓練の課題と今後の展望

通所リハビリテーション にしまち幸朋苑 言語聴覚士 主任
赤峰孝宏

はじめに

鳥取県東部で言語訓練ができる通所リハビリテーション事業所は、にしまち幸朋苑を含め3事業所と少なく、短時間通所リハビリの提供は、にしまち幸朋苑だけである。今回、開設後1年7か月間に言語訓練を行った24人を分析し、短時間通所リハビリにおける言語訓練の課題と今後の展望について検討したので報告する。

研究方法

言語訓練を行った24人の性別、年代、送迎範囲、介護度、病名、言語障害について検討した。

結果

1. 性別

男性16人(66.7%)、女性8人(33.3%)で、男性が多かった。

2. 年代

年代別にみると、50歳代2人(8.3%)、60歳代1人(4.2%)、70歳代7人(29.2%)、80歳代12人(50%)、90歳代2人(8.3%)であった。50歳代、60歳代はわずか3人で、80歳代が全体の半数を占めていた。

3. 送迎範囲

24人の送迎範囲は21人が市内(87.5%)、2人が市外(8.3%)、1人が県外(4.2%)であった。市内はすべて苑で送迎、市外の3人は自己送迎、県外からの利用は兵庫県と鳥取県の県境からの利用であった。

4. 介護度

介護度では要支援1:3人(12.5%)、要支援2:6人(25%)、要介護1:5人(20.8%)、

要介護2:5人(20.8%)、要介護3:4人(16.7%)、要介護5:1人(4.2%)で要介護者の割合が高かった。

5. 病名

病名は脳卒中:17人(70.8%)、パーキンソン病:6人(25%)、認知症:1人(4.2%)で、脳卒中が大多数を占めていた。

6. 言語障害

言語障害別にみると(重複を含む)、失語症9人(37.5%)、構音障害14人(58.3%)、音声障害7人(29.2%)で、構音障害14人のうち3人は嚥下障害を合併していた。構音障害と音声障害が7割近く占めており、失語症は3割程度と少なかった。嚥下障害単独の利用者はなかった。

課題

1. 開設当初、比較的若い年齢で失語症などの高次脳機能障害者の利用を想定していたが、50歳、60歳代の利用は3人と少なく、80歳代以上が半数を占めている。一般に若い失語症者の場合、高齢者が多く通う通所事業所を敬遠しがちであるが、当施設においても同様で実際に見学に来てみて高齢の利用者が多いために契約に至らないケースがある。また他者とうまく話せないことで、外出することに抵抗があることも若い失語症者の利用が少ない要因の一つとなっている。

2. 市外や県外からも自己送迎で利用しているが、家族が送迎困難な場合や遠隔地の場合、施設では送迎ができないため、自己送迎が難しい時は利用を見合わせることが多くある。

3. 嚥下障害のある利用者の場合、介護度が

高くなる傾向があり、嚥下障害の利用者のはほとんどは、家族の介護負担軽減の目的もあって、一日利用の通所リハビリテーションを利用することが多い。そのため嚥下障害者の短時間通所リハ利用増加に繋がりにくい。

対策と今後の展望

1. 50歳代、60歳代の比較的若い利用者は、高齢者と同じ空間で過ごす時間帯を少しでも減らすような配慮や、訓練そのものにいつそう特化した工夫をしていく必要がある。
2. 県外からの利用に関しては施設で送迎することは難しいが、県外（兵庫県県境付近）には言語訓練を実施する施設が少なく需要が見込まれるため、居宅事業所への広報活動を強化して自己送迎でも可能な利用者増加を図る。また市外からの利用に関しては、市外の利用者用の送迎を、曜日を決めることによって可能にしていくといった工夫も必要である。
3. 介護度が高い嚥下障害者の利用は短時間通所リハビリテーションでは多くを見込めないため、今後は介護度が低く日常生活等は自立しているが、食事中にムセが増えた等の利用者を想定して、介護予防を含めた嚥下訓練を実施する事業所といった広報活動を積極的に行っていく。

まとめ

にしまち幸朋苑開設後1年7か月の言語訓練者の現状を分析し、今後の課題と展望について述べた。

居宅事業所への広報活動をさらに強化し、今まで以上に地域に開かれた施設を目指していきたい。

多職種協働で取り組んだ定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実際

～病院から在宅への復帰を可能とした取り組みの一例～

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業にしまち幸朋苑
看護師 係長 池本圭子

はじめに

にしまち幸朋苑では平成 25 年 4 月、鳥取県東部で初めて、地域包括ケアの目玉となる定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業（以下定期巡回）の指定を受け、6 月より事業開始した。市内各病院の地域連携室やケアマネに広報を行い、紹介を受け、延べ 13 名の利用者があった。

今回、多職種協働で取り組み、病院から在宅への復帰を可能とした事例について、定期巡回管理者の立場から報告を行う。

事例紹介

59 歳 男性 要介護 5 職業 開業医

身長 170 cm 体重 72.7kg

障害高齢者日常生活自立度：C2

認知症高齢者日常生活自立度：I

家族：独居、キーパーソンは姉（県外在住、週 2-3 日滞在）、母は市内在住、父は他界

性格：プライドが高く寡黙

若い頃はテニス、ゴルフ等アウトドア派

主病名：頸髄損傷、四肢麻痺

既往歴：38 歳 高血圧、高脂血症

生活歴：県外で生活していたが、実家の後を継ぐ為に鳥取に帰り受傷まで開業医。

結婚していたが離婚、母とは関係が悪く、母が近くのマンションに引っ越しして独居となった。食事はコンビニ弁当だった。

現病歴：平成 25 年 3 月 26 日自宅階段より

転落、頭部打撲し四肢不全麻痺出現したため救急受診。軸椎骨折と診断。入院にて頸部安静、ステロイド投与。3 月 28 日よりハローべスト固定。5 月 13 日に回復期リハビリ病棟に転棟し、ネックカラーにより頸部固定していたが退院時には装着無し。入院中は 2 回尿路感染が起った。退院時の状態は車椅子全介助状態で車椅子座位は一時間程度可能、右手がからうじて肘を曲げ指で顔がかける程度であった。療養型病院を紹介されたが、本人・家族の強い希望により 11 月 5 日自宅退院となった。いずれは、開業医として社会復帰をしたいという目標がある。

支援経過

1. 退院までの経過（25 年 10 月 1 日～11 月 5 日）

10 月 1 日、退院調整のために、定期巡回についてケアマネより相談を受ける。家族は、“健康な人が生活するように、障がいを意識しない自然な在宅生活”を望まれていた。また、入院中は夜間安楽尿器使用していたが、自宅では尿意があれば 24 時間いつでも車椅子でトイレ移動を希望。入浴は自宅で適宜シャワー浴を希望、食事は PSB 使用しても普通の食器等拘りがあった。皮膚搔痒症のため入

院中は夜間 20-30 回のナースコールがあり、定期巡回ではとても対応できる依頼ではなかった。夜間、家政婦を入れる予定で、10 月 15 日受け入れを前提に病院でカンファレンス開催、家族は家政婦に対し高額であることや援助内容が限られることで拒否された。定期巡回のサービスを大幅に超えることを承知の上で、ヘルパーは 0~4 時に夜勤一人で尿器対応、7~21 時は 6 回 2 人のヘルパーで排泄・食事・生活援助、訪問看護週 2 回、訪問リハビリ週 2 回、デイケア週 3 回（2 回はシャワー浴とリハビリ）で合意し退院となった。

2. 退院後の経過（25 年 11 月 5 日～26 年 2 月 28 日）

入院中よりケアマネとキーパーソンとの関係が悪化しており、退院時にケアマネが訪問できず、不在のまま自宅生活が始まったため、管理者が代行し生活の細かい調整をしながら、11 月 8 日ケアマネ交代となった。本人は意思表示する事がほとんどなく、キーパーソンが代弁するといって、ヘルパーのケアや立ち振る舞いに至るまでことごとく指示を出し、疲弊する状態もあった。その都度、デイケアや訪問リハビリとの連携やヘルパーとの調整をとりながら、ケアマネと共にキーパーソンとの話し合いを行った。

結果

定期巡回とデイケア、訪問リハビリにより、車椅子移乗動作を繰り返し、起き上がりから、歩行迄 ADL 改善に導いた。また、多職種との連携で在宅生活の継続ができた。しかし、ヘルパー 2 人体制の頻

回な訪問による不採算やサービス担当者やケアマネとキーパーソンとの信頼関係の構築が困難であった。

考察

定期巡回は地域包括ケアの 5 つの柱の中の一つで介護の充実強化を図るものであり、24 時間の生活の基盤を支える大きな力となっている。しかし、生活のすべてを支えるサービスではなく、訪問リハビリ、デイケア等多職種と協働することにより、本人の自立を支援することができる。また、介護保険は、フルサービスはないため、出来る事と出来ない事をはっきり伝え共に考えることが必要である。この事例の場合、「まずやってみよう」とスタートしたが、経過の中で定期巡回の説明と同意の重要性、ヘルパーの体制や教育の不足、経営管理、困難事例に対する信頼関係やマネジメント力、介護保険にこだわらない幅広いソーシャルワーク等課題が多く浮かび上がってきた。これらを解消していくことで定期巡回の質も担保していくものと思われる。

終わりに

在宅生活は無理と思われた利用者を、定期巡回で本人・家族の要求に基づき独居・重度者を在宅で支え、困難にぶつかりながら取り組み事業の一歩を踏み出している。まだまだ取組始めたばかりで課題は多くある。今後も、事例を積み上げ作り上げていきたい。

短時間通所リハビリテーションの経過報告と

今後の課題(第2報)

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑 介護福祉士 副主任
萩原 元気

はじめに

にしまち幸朋苑は平成24年7月2日に開設され、約1年7か月が経過した。

通所リハビリテーション(以下通所リハ)では、このたび平成25年1年間の実績が認められ、26年度より、事業所評価加算の算定が可能となった。

そこで今回この間の事業実績および加算獲得の内容について分析したので報告する。

利用者内訳

1. 1日平均利用者数

1日平均利用者数は、19人から28人、平均25人だった(図1)。

2. 月別新規利用者数

3人から12人で平均6人だった(図2)。

3. 要介護度別内訳

要支援1:26人、要支援2:51人、要介護1:15人、要介護2:29人、要介護3:9人、要介護4:3人、要介護5:2人で、要支援者が過半数を占めていた(図3)。

4. 年齢別内訳

50歳代3人、60歳代11人、70歳代52人、80歳代61人、90歳代10人で、70歳代以上の高齢者が大多数を占めていた(図4)。

5. 事業所評価に関する実績

1) 事業所評価加算基準

事業所評価加算の算定基準は、

「要介護認定の更新前に通所リハビリテーションを3か月以上利用した要支援者のうち、要支援度維持者と要支援度改善者の2倍を足した者の割合が0.7以上」である。

1年間の要支援利用者数81人のうち評価該当者は39人だった。

このうち支援度は改善4人(10%)、維持26人(67%)、悪化9人(23%)で、評価基準値は0.88であった(図5)。

参考までに、要介護の利用者に関しては該当者31人中、改善12人(39%)、維持14人(45%)、悪化5人(16%)で、要支援利用者に比べ改善した利用者の割合が高かった。

(1) 改善

支援度が改善した4人は要支援2から1となり、全員女性であった。年齢は60歳代1人、70歳代1人、80歳代2人だった。PTのリハビリを受けた利用者が2人、OTのリハビリを受けた利用者が2人で、その内容は運動器系疾患2人、パーキンソン病1人、内科系疾患1人に対する歩行訓練、筋肉増強訓練であった。

アンケート調査では、通所リハビリ以外に自宅や地域での運動等、定期的な活動をしていたのは3人で、2人は通所リハの利用がきっかけだった。1人は定期的な活動はしていなかった。

(2) 維持

支援度が維持した26人は要支援1が8人、要支援2が18人で男性10人、女性16人であった。年齢は50歳代1人、70歳代9人、80歳代16人だった。PTのリハビリを受けた利用者が13人、OTのリハビリを受けた利用者が13人、STのリハビリを受けた利用者が1人で、その内容は運動器系疾患14人、脳血管性疾患6人、パーキンソン病5人、内科系疾患1人。

人に対する歩行訓練、筋肉増強訓練であった。

アンケート調査では、通所リハビリ以外に自宅や地域での定期的な活動をしていたのは24人で、そのうち13人は通所リハの利用がきっかけだった。定期的な活動をしていなかったのは、わずか2人だけだった。

(3)悪化

支援度が悪化した9人の内訳は、要支援1から要支援2が3人、要支援1から要介護2が1人、要支援2から要介護2が3人、要支援2から要介護3が1人であった。

年齢は60歳代1人、70歳代2人、80歳代4人、90歳代2人だった。

PTのリハビリを受けた利用者が4人、OTのリハビリを受けた利用者が5人で、その内容は運動器系疾患3人、脳血管性疾患1人、パーキンソン病1人、内科系疾患4人に対する歩行訓練、筋肉増強訓練であった。

また、悪化した9人のうち6人は、自宅での骨折1人、原疾患の悪化2人、原疾患の悪化による入院治療3人などと身体機能の著しい低下がみられた。

アンケート調査では通所リハビリ以外の定期的な活動をしていたのは4人で、半数以上の5人は定期的な活動をしていなかった。

考察

今回、事業所評価加算の算定が可能となつたので、その内訳を調べるとともに要支援度の変化をきたす要因について分析を試みた。

要支援の利用者が受けたリハビリはアプローチに違いはあるものの、全員が筋肉増強訓練と歩行訓練を受けていたので、提供したリハビリの差が支援度の変化の要因になつたとは考えにくい。

通所リハビリ以外に自宅や地域でどの程

度の運動を伴う活動をしているかを調査した結果では、要支援度が改善・維持した利用者に比べ、悪化した利用者の活動割合が低い傾向にあった。通所リハ以外での定期的な活動の重要性が示されたと言える。

通所リハでは普段から利用者に対して自宅での活動量増加の提案と、機能低下予防の啓発をしているが、今回のアンケート調査で定期的な活動をしていない利用者がいる事がわかったので、今後は利用者自身に対する更なる啓発や家族への協力依頼など、一層の検討が必要と考えている。

要支援度が改善した利用者に対しては、サービス利用が制限されることが予想されるので、介護予防の観点から今後どのようにフォローしていくかについても検討していく必要がある。

終わりに

にしまち幸朋苑通所リハ1年間の事業実績および、加算獲得の内容についての分析を報告した。引き続き当施設のリハビリの特徴を生かし、介護予防・重度化予防に努めていく。

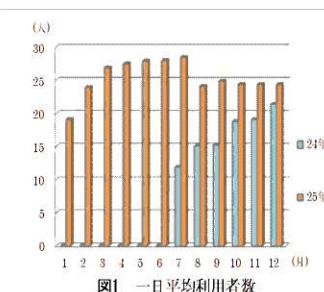


図1 一日平均利用者数

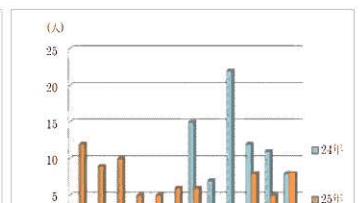


図2 月別新規利用者数

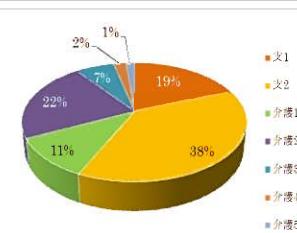


図3 要介護度別内訳



図4 年齢別内訳

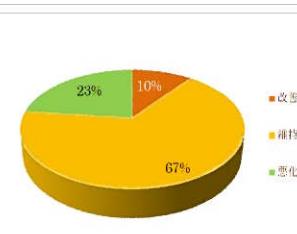


図5 認定更新後支援度の変化

特養における口腔ケア支援の取り組み

介護老人福祉施設にしまち幸朋苑 歯科衛生士

○有松真弓

はじめに

にしまち幸朋苑の特養では平成24年7月の開設後わずか1年6か月の間に延べ8名が誤嚥性肺炎・肺炎で入院した。そこで誤嚥性肺炎による入院を減らすことを目的に、肺炎予防策の一つである口腔ケアを見直すこととし、利用者毎に個別口腔ケア手順書を作成、実技指導を行ったので、その効果について報告する。

研究方法

I. 口腔ケアを見直す以前の現状を把握するために歯科衛生士が介護職員のケア方法の確認を行う。

II. 個別口腔ケア手順書を作成し、勉強会を行う。手順書に則り実技指導を行い、その後でアンケートを行う。

1. 個別口腔ケア手順書

全介護職員が担当利用者に対し適切な口腔ケアが出来る事を目標とした。

個別口腔ケア手順書(図1.2)の内容は、必要物品や方法だけではなく口腔内の所見を図解し、問題点や食物残渣物、プラークが付着しやすい部位を示した。又、義歯の有無・残歯の有無・含嗽・注意点などを示した。

2. チーム会で勉強会を開催

1)歯科衛生士が口腔ケアの目的・必要性などの指導を行う(図3)。

2)嚥下のメカニズムのビデオを全員で観た後、言語聴覚士が誤嚥予防の指導を行う。

3. 口腔ケア実技指導

介護職員計13名に担当利用者の個別口腔ケア手順書に沿って歯科衛生士がデモンストレーション後、実技指導を5回行う(図4)。口腔ケア用具が適切に使用出来ているか、磨き残しの有無などの改善点を、毎回チェックシートに記録し、次回の指導課題とした。

4. アンケート調査

個別口腔ケア手順書による実技指導方法が効果的であったかアンケートにより調査する。調査は無記名とし、アンケート用紙は個別投函で回収する。

アンケート調査内容

1) 介護職員の基本属性

介護職勤務年数、前職場

2) 質問項目

歯科衛生士指導前の口腔ケアの状況と指導後の状況の比較5項目①口腔ケアの注意ポイントが分かる。②歯ブラシ、モアブラシ、歯間ブラシ等の清掃用具を正しく使うことができる。③義歯を正しく取り扱うことができる。④口腔ケアの目的や効果を知っている。⑤口腔ケアを自信を持って行える。また自由記載で指導後の意識やケアの変化、口腔ケアで難しかったこと、歯科衛生士に対する質問など。

III. 取り組み2ヶ月後の効果を検証する結果

I. 口腔ケアの現状

- 1) 每食前後の口腔ケアは定着しているが、技術の差がある。
- 2) ケア前のうがい回数が少なく、食物残渣が口腔内に残ったままケアを始めてしまうため時間がかかり、効率が悪い。
- 3) 直視下でケアが行われていないため口腔内の観察が不十分である。
- 4) 食物残渣や付着した痰の除去に着目したケアであり、肝心のプラークが除去しきれていない。歯列や虫歯、歯周炎に対応した磨き方が出来ていないため、磨き残しがみられる。
- 5) ブラッシング圧が強く、気持ちの良いケアとは言えない。

- 6) 義歯の着脱時に口角を傷つけないための配慮や洗浄の仕方など、義歯の正しい取り扱いが出来ていない。
- 7) 認知症や意識障害により開口に応じてもられない方のケアに苦戦している。

II. アンケート結果

アンケートの回収率は100%であった。

1) 介護職員の基本属性

勤務年数は9か月から13年で、1年未満が1名、1年から5年未満が8名、5年から10年未満が3名、10年以上が1名であった。

施設系勤務経験者が8名、在宅系経験者が1名、介護職歴なしが4名であった。

2)質問項目の達成度

達成出来たと答えた項目は①12名②10名③11名④11名⑤確実に行えるが3名、ほぼ行えるが10名であった。自由記載では13名全員が、取り組み後ケアの仕方に変化があったと答えた。口腔ケアで難しかった事は、拒否や覚醒の悪い方の介助、ブラッシング圧、開口介助であった。

また介護経験年数が浅く、前職場の利用者の自立度が高かった介護士ほど口腔ケアに対する自己評価が低かった。

III. 取り組みの効果

- 1)今回の取り組みでは全介護職員にケアを実践してもらい、問題が解決するまでフォローしていった。口腔ケアの基礎知識だけでなく義歯の楽な着脱方法、開口方法や口腔乾燥の対応など細かく指導した。
- 2)拒否のある利用者には、声のかけ方や口腔ケアに誘う時のタイミングなども工夫し、コミュニケーションを重視するようになった。
- 3)意思疎通が難しい利用者は痛みや不快な刺激からケアへの協力が得られない場合があるので、リラックスしてケアができるよう、マッサージや開口保持の練習をすることで以前よりスムーズにケアに応じてもらえるようになった。
- 4)ケア前のうがいは、1~2回で終えるのではなく、吐き出した水に残渣物が混ざらなくなるまで繰り返し行ってからケアを始める事で、効率が良くなりケアにかかる時間の短縮につながった。
- 5)指導前は利用者の後方か横に立ってケアを行っていたが、対面で椅子に腰掛けてケアをする事で、口腔内の観察がしやすくなり適切なブラッシングが出来るようになった。
- 6)介護職員が安定した姿勢でケアができるのでブラッシング圧の軽減や、粘膜に触れる時の手指の微妙な力加減をコントロールしやすくなった。
- 7)歯間ブラシを使用するようになったことで、プラークが減少し、歯肉炎や口臭が改善された。

考察

今までの口腔ケアの指導方法は、協力歯科

医による勉強会、介護職員が口腔ケアに難渋している利用者をピックアップし、ケア手順書を作成、実技指導、助言を行う。口腔ケアマニュアルの紙面を作るなどの対応で、実技指導が徹底されていなかった。また歯科衛生士に積極的に質問をする介護職員のみの指導に留まっていたため職員間に技術の差が生じていた。

個別口腔ケア手順書をもとに実技指導に重点を置いたことで全介護職員が担当利用者に対し、適切な口腔ケアが出来るようになり利用者の口腔環境が改善された。また自主的に口腔内に異変がないか確認するようになり、アンケート調査でも確実に行えていると答えているので介護職員のスキルアップにもつながったと思われる。

終わりに

職員が連携し、継続したケアの積み重ねが大切である。アンケートで「ほぼ確実に行えるがまだ自信があるとは言えない。」と指導後もケアに不安を抱えている介護職員に対しては指導を継続し、達成できた介護職員に対しては、ケアの質が維持できるようフォローしていく。そして利用者のQOLが向上し、高齢者にとって致命的な誤嚥性肺炎をはじめとする、全身感染症が減少する事を期待したい。

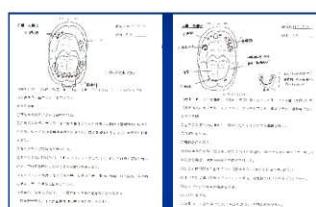


図1 個別口腔ケア手順書

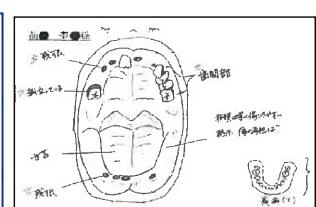


図2 口腔内所見



図3 勉強会を開催



図4 実技指導

【参考文献】

大洞佳代子他：地域リハビリテーション Vol. 9 No. 1. P22~27. 三輪書店. 2014

人体図を活用した入浴カードの有用性

にしまち幸朋苑 短期入所生活介護
介護福祉士 ○谷口明子 河本美紀

はじめに

にしまち短期入所生活介護は、定員 10 名の併設型ユニット型短期入所生活介護であり新規・緊急利用者の比率が高い。実態調査で得た利用者の ADL などの情報は、カルテを読むことで共有している。特に入浴時必要な情報は入浴カードに記入し、それを見て介助している。しかし記入された情報は少なく文字で書いていた為、読んでも印象に残りにくく、特に初回の入浴は利用者の状態を充分に把握しないままだった。今回入浴カードに人体図を取り入れ活用することで情報がよく分かり、利用者の安全で適切な介助に繋がったのでその有用性について報告する。

研究方法

I. 研究期間：平成 26 年 7 月から 12 月（6 か月間）

利用状況：稼働率は 100% を超える月が 4 か月で長期利用以外の準定期と不定期利用の割合が全体の 58.1% から 69.9% だった。新規利用者は 10 名を超える月が 3 か月あった。緊急件数は、月に 2 件から 8 件、平均要介護度 2.7 から 3.8 だった（表 1）。

II. 入浴に関する従来の方式

1. 入浴前日までの準備

カルテなどで情報収集をし「入浴カード」（図 1）を作成する。

- (1) 入浴カードは、はがき大のプラスチック製で氏名・入浴時処置の有無などを水性マーカーで記入し、退所後は消す。
- (2) 入浴カードと一緒に着替えの衣服をひとつまとめにしておく。

2. 入浴当日の準備

- (1) 入浴前の体調観察や入浴時追加処置の申し送りをし、入浴の決定や処置に必

要な軟膏等の準備をする。

III. 従来方式の問題点把握

期間：7 月（1 か月間）

従来の入浴時の情報収集の問題点を挙げる

1. 入浴カードの情報が少ない。
2. 記載項目に決まりがない。
3. 移乗・関節可動域を充分把握しないままの入浴介助になっている。

4. 必要な処置の漏れや観察不足がある。
上記の問題点を解決する為に、チームで検討し人体図を取り入れることとした。

IV. 新しい入浴カード作成と試行

期間：8 月から 12 月（5 か月間）

入浴時に必要な情報を抽出した。

1. 情報が一目でわかる 2 倍に大きさのカードにし、人体図を入れた。
2. チーム会で記入方法を再確認し使用した。
 - (1) 入浴カードに記載する人体図項目
 - 1) 麻痺部位
 - 2) 拘縮部位
 - 3) 関節可動域
 - 4) 移動方法（車椅子、杖、手引き歩行、ストレッチャーなど）
 - 5) 移乗方法（スライディングシート、2 人介助、1 部介助、全介助など）
 - 6) 過去の入浴時のリスク（転倒、転落、湯あたりなど）
 - 7) 皮膚の状態と処置の有無
 - 8) 処置の方法
 - 9) 要望（湯の温度、入浴時間入浴時刻）
 - 10) 補聴器、装具の有無
 - 11) その他情緒（同性介助の希望・入浴嫌いなどの拒否）
 - (2) 記入方法
 - 1) 麻痺部は黒色で斜線を引く
 - 2) 拘縮部は黒色で塗りつぶす

- 3) 塗布する軟膏の種類を記入する
- 4) 関節可動域制限は、その場所を○で囲み制限範囲を書き込む。
- 5) 移動移乗は、方法を記入する
- 6) 皮膚処置部位と薬剤塗布部位はその場所を○で囲む。経過観察事項（浮腫・白癬・皮膚など）はその部位を○で囲む
- 7) 装具、補聴器などは装着部位を○で囲み、注意点があれば記入する
- 8) 備考欄にはその他必要事項を書き込む

結果と考察

入浴カードは、9月から12月の新規・緊急利用者59名に使用し、以下の結果を得た。

1. 人体図を取り入れ図式にし、麻痺や拘縮など一目で分かり、把握しやすくなった。
2. 情報量が増え、利用者の状態が詳しく分かるようになった。必要な情報が記載してあるので、安全に入浴介助ができるようになった。処置の部位や薬剤を適切に使用できるようになった。処置忘れはなくなった。
3. 必要な情報や記入方法を決めたので、職員によって記入方法に違いがなくなった。
4. 今まで居室に軟膏などを取りに帰り気持ちに焦りがあり利用者に不安を与えていたが、余裕をもって入浴介助ができ、その結果利用者の安全に繋がった。
5. 個別の情報を多く記載したので、要望に応じられた入浴になった。経過観察事項を生活記録や連絡表に記入し、家族に詳しい状態報告ができるようになった。
6. 入浴介助後にカードにこんなことも追加情報として書いたら良いのではと積極的に関わりだした。
7. 従来の入浴カードは退所時に情報を消してしまっていた。現在の入浴カードは人体図が記載された用紙に記入し次回の入所時に、その情報の変更点を追記し使用したので継続したケアを行うことが出来た。
8. 転記して入浴カードを作成するという業務を少なくするために、情報収集時（実態調査やカルテで情報収集するとき）に入浴カードも準備しておき、その時に作成できないかが今後の課題である。

終わりに

「いつもそちらのお風呂を楽しみにしているんです」と家族より感謝の言葉がある。次の利用でも「気持ちよかった」と笑顔で言って頂けるように、さらにチームで情報収集に努め、共有することによって安全に入浴介助できるように緊張感を持って関わりたい。

表1 利用状況

	7月	8月	9月	10月	11月	12月
稼働率	105.5%	103.9%	100.0%	102.3%	97.3%	81.0%
準定期利用	22.6%	27.3%	28.0%	23.3%	33.3%	28.0%
不定期利用	35.5%	33.3%	41.7%	46.5%	35.9%	41.7%
新規利用数	6名	4名	13名	12名	10名	3名
緊急利用	4名(新規2名)	2名	4名(新規2名)	8名(新規5名)	5名(新規2名)	4名(新規1名)
要介護度	3.1	3.1	3.8	2.9	2.7	2.8

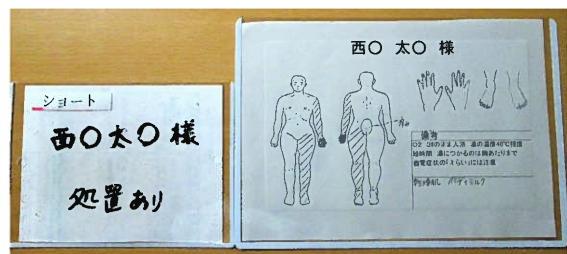


図1 入浴カード（左が従来、右が現在）

【参考文献】

篠田弥寿子：心に手の届くマナーと声かけ P40~42.
ひかりのくに株式会社.2009

A氏の潜在能力を引き出す一貫性のある援助にチームで取り組む

にしまち幸朋苑 介護福祉士

影井 裕美

はじめに

A氏の腕に2度の内出血が出来たリスクについて移乗方法に問題がなかったか、チームでカンファレンスを行い、その中でA氏が時間はかかるが、声をかけければ自分で立ち、ベッドやトイレに移れることがわかった。そこで、「できることを奪わない」ケアにチームで取り組み、自立を促すことができた事例を報告する。

事例紹介

A 氏 94 歳女性 要介護 4 HDS-R 5 点

病名：アルツハイマー型認知症 糖尿病
障害高齢者の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：IV

身長：147cm 体重：38.4 kg

BMI：17.8 (中リスク)

平成 26 年 5 月、A氏の腕の内出血についてチーム会で対策を話し合い、その中でA氏が時間はかかるがひとつずつ声をかければ自分で立位をとったり、トイレやベッドに移れることがわかった。それから 2 か月後、同じ箇所に内出血が出来、再度検討した。前回の情報をアセスメント、ケアプランの修正をしないままに介助を行っていた。「時間はかかるが関わり方で立つことが出来る」との情報を充分検討しないで出来ないと考えて介助を行っていた。「できることを奪うケア」をしているのではないかと考え、A氏に残っている「心身の力を引き出すケア」ができるチームになりたいことを目標に取り組むことにした。

取り組み

I 、目標設定

- 1、「できることを奪わないケア、本人に残っている心身の力を引き出すケア」の実践。
- 2、本人の「できること」をアセスメントし、ケアプランを立案する。
- 3、チームで一貫性のある援助をする。

II 、取り組み期間と内容

1 週目

- ・チーム会で具体的な声掛けの仕方、介助方法を言語化した介助方法資料（図 1）を配布して、チームメンバーの理解と協力を得る。
- ・具体的な声掛けの仕方、介助方法を言語化する。
- ・チームメンバーに具体的な声掛けの仕方、介助方法を伝える。

2 週目

- ・センター方式D-1、D-2 シートに記入する。

3 週目

- ・アセスメントによって得た「できること・わかること」を表にまとめる。
- ・この取り組みによって得た情報をチームメンバーに伝える。

4 週目

- ・担当介護士と整理、確認し、ケアプラン、個別機能訓練計画書に追加支援事項として追加し、「できること・わかること」、「残っている心身の力を引き出すケア」が日々の生活の中でできるケアプランを立案する。

結果・考察

A氏の担当介護士の意見を聞きながら情報収集し、「車イスからイスへの介助方法」「車イスからベッドへの介助方法」「ベッドから車椅子への介助方法」の資料を作成した。具体的な写真や声かけの仕方を用いて作成することで、チームメンバーが「まず、やってみる」との意識を持ちやすく実践することが出来、一貫性のある援助となり有効であった。

センター方式について知らない職員が多く、事前資料に概要をまとめてから説明を行った。「どうやって書いたらいいかわからない」「難しそう」との声もあったが「思うままを書いてほしい」と声かけし実施した。センター方式について知り「まず、やってみる」ことは出来た。共通の視点でマネジメント出

来、役立った。

介助方法資料を見て実際介助したり、センター方式シートに記入する過程で「こんな方法、コツがあるんだ」「こうしたらA氏の力を引き出せるんだ」「こんなことも出来るんだ」と知ることが出来た。できること、わかれることを抽出し、個別機能訓練計画書、ケアプランにプランを追加した。今までのプランは、手すりにつかまっての立位保持、生活リハビリとして絵本を読む、手まり遊び、歌、手遊び歌、パズル、レクリエーションとして日々のレクリエーションへの参加、行事、催しへの参加であった。今回抽出した「A氏のできること、わかること」から食事を箸で食べる、新聞を読む、家族の話をする、時計を見て時間を読む、洗濯物やタオルと一緒に畳む、車椅子の自操を促す、身だしなみ自分で整える、更衣の時に自分でボタンを留めたり袖を通したり出来るよう声をかけるなど、自立を促すケアへと変化していくことが出来た。

取り組みのきっかけとなった内出血は新たに出来ることはなかった。具体的な介助方法、声かけをチームメンバー全員で行うことで、A氏に負担をかけることなく、必要最小限の介助でケアを行うことが出来た。A氏から手を伸ばしたり、「次はこうするだか」「あっちに行くだか」と、これからすることを言うこともあった。「できること、わかること」を見つけるために、普段より多く関わりをもつことでA氏との会話が多くなった。実践から導き出されたアセスメントは重要である。

終わりに

今回の取り組みを経て、担当介護士から「季節、時間などもわかるようになってほしい」という次のケアへの取り組みが生まれた。時計やカレンダーなど居室のしつらえを整えると共に今まで以上に関わりをもち接していきたい。

A氏の具体的な介助方法、声かけの仕方はユマニチュードの手法であると気付いた。他利用者にもユマニチュードの手法（見る、話し掛ける、触れる、立つ）を用いて接し、「できること、わかること」「残っている心身の

力を引き出すケア」を日々の生活の中で引き出せるように、自己の介護を振り返り、職業人としての技術を確立していきたい。

参考文献

認知症の人ためのケアマネジメント
センター方式の使い方・活かし方
認知症介護研究研修東京センター



図 1. 介助方法資料

研究と写真掲載に際し、利用者、家族に説明し了解を得ている。

訪問リハビリテーション事業所にしまち幸朋苑の新たな取り組み

～リハビリテーションアドバイザー及び判定会議の導入～

にしまち幸朋苑 訪問リハビリテーション事業所 理学療法士

○森岡秀彰

はじめに

いなばエリアの訪問リハビリテーション（以下訪問リハビリ）は従来、かかりつけ医の指示に基づき訪問看護ステーションから実施していたが、今後の在宅医療の普及に伴う訪問リハビリのニーズ拡大に対応するため、平成26年6月、にしまち診療所懇々に併設する訪問リハビリ事業所として独立した。事業所開設時、訪問看護から引き継いだ利用者は30名であったが、8か月経過した平成27年1月現在も31名と増加していない。新規の依頼はあるものの、実際の利用につながっていない、あるいは利用開始後早期に終了となる現状が明らかになつたので、その原因と対応策について報告する。

また平成26年9月より導入されたリハビリテーションアドバイザーについても報告する。

新規依頼者の内訳

開設後の新規依頼者は28名あったが、このうち実際の利用につながったのは約半数の15名にすぎず、13名は利用につながらなかつた。

1. 利用につながらなかつた理由

1) ケアマネジャーの独断による依頼(12名)

本人・家族に利用の意思がない事を確認せずに、依頼をしてきた事例が9件、本人・家族が訪問ではなく通所サービスを希望した事例が3件あつた。

2) 送迎範囲外の依頼(1名)

送迎範囲はおおむね片道30分以内と決めているが、片道45分と大幅に超えていた。

利用につながつた15名のうち、目標を達

成して終了した2名を除く6名が、比較的短期間でリハビリを終了、継続利用者は7名にすぎなかつた。

2. 利用開始後早期に終了となつた理由

1) 原疾患の病状悪化による入院(3名)

利用期間は2か月1名、4か月1名、5か月1名であつた。

2) 本人・家族の納得のない利用開始(3名)

金銭面の理由が2件で、利用期間は1か月1名、3か月1名であつた。また本人の利用意思が得られないのに、家族のみが利用を希望し開始になつていた事例が1件あり、利用期間はわずか1か月であつた。

リハビリテーションアドバイザー導入

訪問リハビリのニーズ把握と利用者獲得、およびいなばエリア全体のリハビリスタッフの質の向上を目的に、平成26年9月、日本理学療法士協会副会長をリハビリテーションアドバイザーに迎え、毎月3~4日、定期的な指導を受けている。

従来のリハビリ申込みシステム

訪問看護ステーションから訪問リハビリを実施していた際は、新規依頼の受付、利用者情報の収集、リハビリ適応の検討など全て訪問看護スタッフが対応し、リハビリスタッフは空き状況を確認し、面談の日程を訪問看護に伝えるというシステムをとつていたが、訪問リハビリ事業所開設後は、これら全ての業務を訪問リハビリスタッフだけで行う事となつた。しかし、不慣れもあって依頼者の詳細な情報を得ないまま、安易に依頼を受けていたことが、真の利用につながらず、また早期に終了する結果となつていていた。そこでリハビリテーションアドバイザーの指導を受

けながら新しいシステム作りに着手した。

新しいシステム作り

1. 利用相談申込書

従来、ケアマネジャーからの新規依頼者情報は、フェイスシート、利用者基本情報、サービス計画書など事業所により全く異なる様式で提供されていたが、訪問リハビリを始めるにあたっての情報が決定的に不足していた。特に病的リスクは訪問リハビリ終了の原因になるだけでなく、リハビリ目標や訓練内容にも大きく影響するが、疾患の治療経過についての情報がないもののが多かった。また、肝心のかかりつけ医の同意のない依頼が行われている事も明らかになった。これらの問題に対し、リハビリテーションアドバイザー指導の下、訪問リハビリ事業所が必要とする情報を、利用相談申込書として書式化し、新規依頼の際にFAXでケアマネジャーに送付することとした。ケアマネジャーからの返信を受け、記載不備事項のチェック、原疾患のリスクの再確認、あるいは最近の検査情報などを必要に応じて、ケアマネジャーに追加依頼することとした。

2. 判定会議

提出された利用相談申込書をもとに、診療所医師、リハビリスタッフで訪問リハビリの適応について判定会議を実施することとした。平成27年1月から新しいシステムを開始、現在までに2名の相談申込があった。このうち1名は病状の記載不備、再度の本人への利用の意思確認の結果辞退となった。もう1名は、判定会議でかかりつけ医の治療方針を再確認すべきとの意見により保留となつたが、最終的にかかりつけ医の訪問リハビリの必要はないとの返事により利用に結びつかなかつた。

考察

訪問リハビリの新規依頼に関する新しいシステムを導入して以降も、残念ながら利用見合せが生じている。これは利用申込書の内容そのものが未だ十分ではないことを示しており、今後記載項目の見直しや、ケアマネジャーが記入しやすい様式に改めるなど

修正を図る必要がある。利用相談申込書の作成はケアマネジャーにとってはかなりハードな作業ではあるが、リハビリテーションという医療への関わりを促す側面もあり、ケアマネジャーの質向上に役立つと考えられる。今後とも緊密な連携を続けていきたい。

また判定会議は、リハビリスタッフにとつても医師との直接的な情報交換の中から、病気や医療情報に対しての知識を増やすよい機会になっており、定着することを期待している。

まとめ

リハビリテーション専門職は医療職であり、地域リハビリテーションの中で非常に重要な役割が求められている。社会的な期待に応えていくためにも、リハビリテーションアドバイザーから多くの事を学び、より安全で質の高いリハビリテーションを提供出来る事業所を目指していきたい。

短時間通所リハビリテーション終了者の現状

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑 副主任 介護福祉士
萩原 元気

はじめに

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑(以下にしまち通所リハ)は、リハビリに特化した短時間(午前又は午後)のサービスを提供しており、目標が達成されたら利用者に終了書を渡し、自宅での自主訓練を続けてもらう事としている。

開設後2年5か月間で、目標達成による終了者は21人であったが、これら終了者の現状は把握せずにいた。

そこで今回、終了者がどのような現状にあるのか聞き取り調査をしたのでその結果を報告する。

方法

リハビリを終了した21人のうち、死亡、転居を除く19人について、リハビリの担当者と共に利用者宅を訪問し、現在の生活状況、要介護度の変化、介護保険サービスの利用状況などについて聞き取り調査を行った。

結果

1. 性別

男性4人、女性15人だった。

2. 年齢

46歳から89歳まで、平均81歳だった。

3. リハビリの対象疾患

骨折や神経痛などの運動器系疾患が15人、脳血管性疾患1人、その他3人は肺炎などの内科系疾患だった。

4. リハビリ期間

3か月から16か月で平均9か月だった。

5. リハビリ終了後から調査までの期間

最短2か月から最長26か月で平均15か月だった。

6. リハビリ終了時と比べた要介護度の変

化

19人の要介護度の変化は改善者1人、維持者14人、悪化者4人であった。

- 1)要支援1だった10人のうち維持者は7人、悪化者は3人だった。悪化者3人のうち1人は、左中咽頭癌による入院のため身体機能が低下し、要介護2となった。他の2人はいずれも要支援2となっていたが、うち1人は、リハビリ終了後8か月での認定調査時のトイレの汚染など、認知症状の悪化がその理由だった。他の1人はリハビリ終了時と比べて目立った変化は見られなく、要介護度悪化の理由は不明であった。
- 2)要支援2だった5人は、全員要支援2を維持していた。
- 3)要介護1だった2人のうち1人は維持、他の1人はリハビリ終了後11か月時点での更新時、要支援2と改善していたものの、5か月後には認知症状の進行、歩行機能低下により要介護2に悪化していた。
- 4)要介護2だった2人のうち1人は維持、他の1人は要支援2に改善していたが、リハビリ終了後わずか2か月での介護認定結果であり、終了後の影響というより、にしまち通所リハビリ9か月間の効果が反映された可能性が高い。

7. リハビリ終了後の新たな介護保険サービスの利用状況

にしまち通所リハ終了後、デイサービスを利用していたのは13人で、そのうち10人は、半日もしくは1日の機能訓練強化型だったが、このうち2人は

要支援1から要支援2に悪化し、他の1人は要介護1から要介護2に悪化していた。

その他、小規模多機能型居宅介護が1人、1日利用の通所リハビリが1人だった。

残りの4人は、介護保険サービスの新たな利用はせず、自宅で積極的に自主訓練を行っていた。このうち1人は癌で入院し、要介護度が悪化したが、他の3人は介護度を維持していた。

8. 自主訓練取り組み状況

にしまち通所リハでは、利用時から自宅での自主訓練の提案をしている。今回の対象者も利用時には全員が取り組んでおり、終了後も80%を超える16人が頻度に差はあるものの自主訓練を行っていた。

9. 社会参加

介護保険サービス以外に囲碁やフォーグダンス、習字などの趣味活動の継続、友人との外出を含めた交流、公民館活動の継続など、リハビリ終了時の活動性が全員維持できていた。このうち6人は、移動手段にバスも活用し、積極的に社会参加していた。その他、1人は自動車を運転していた。

考察

今回調査した19人のうち、1人の改善を含む15人はリハビリ終了後も介護度の維持ができていたが、このうち80%にあたる12人が自主訓練を継続しており、リハビリ終了後の自主訓練の重要性が示唆された。

一方、リハビリ終了後に約70%にあたる13人がデイサービスを、中でも10人は機能訓練強化型デイサービスを利用しており、機能訓練への意識の高さを表していた。この事は、リハビリ目標の達成によるサービスの終了について理解はしていたものの、リハビリの継続利用を希望する者が14人もいた事と合致する。

このような機能訓練強化型デイサービスの利用が自宅での自主訓練と相まって介護度を維持していると考えられるが、このうち3人は、およそ1年後に要介護度が悪化しており、今後の課題である。

まとめ

通所リハビリ終了者19人の現状について調査し報告した。今後は終了後の生活状況の変化などを予測した関わりと同時に、より自助意識の向上に繋がるリハビリの提供に努めていきたい。

超音波測定器を用いて ～トイレでの排泄を目指した事例～

介護老人福祉施設にしまち幸朋苑 介護士
○佐竹久美子 尾崎瞳

はじめに

排泄委員を中心に、超音波測定器（ゆりりん）を用い、入居者全員の膀胱機能を客観的に評価し、トイレ案内時間・排泄用パッドの種類・パッド交換時間などを検討している。

スムーズに排尿を促すことができないか試行錯誤している時、一緒に歌いながら排尿介助をしたところ排尿がみられたことがあった。膀胱機能評価とリラックスすることが排尿にどのような影響を及ぼしているのかを考察したので報告する。

事例紹介

入居年月：平成 24 年 7 月

A 氏 女性 90 歳代 要介護 5

障害高齢者日常生活自立度：B2

認知症高齢者日常生活自立度：IIIb

MMSE:0 点（理解することができなく尿意・便意の訴えなし）

病名：アルツハイマー型認知症・慢性心不全・腰椎多発性骨折

内服薬：降圧利尿剤を朝服用

食事：ゼリー一食 減塩食（塩分 6 g）1415Kcal

水分摂取量：約 800ml

身長：147.2 cm 体重：40.3 kg

BMI:19.2 栄養状態：中リスク

ADL の変化：入居当初は、一部介助で移乗ができる、毎回のようにトイレで排尿ができていた。腰椎多発性骨折や右大腿骨転子部骨折などを契機に全介助となつたが、現在は一部介助でトイレに座ることができる。

コミュニケーション：発語はあるが意味不明のことが多く、簡単な内容しか理解できず急に機嫌が悪くなることがある。しかし元々歌うことが好きで、にこにこして歌いながら指揮棒を振る動作がみられる。

尿路感染：入居当初は年に 3 回感染を起こしていたが、平成 26 年 12 月以降はない。

研究方法

1. ノム・ダス・ハカル調査票に沿って 3 日間の排尿リズムを知る。

2. 排尿時の状況や歌うこととの関係などを気づきとして書きとめる。

結果

1. ノム・ダス・ハカル調査票の結果

平成 27 年 9 月 30 日から 10 月 2 日の 3 日間、2 時間毎（33 回）にトイレ案内前の膀胱蓄尿量・パッド内排尿量・自然排尿量・残尿量を測定した。

最大膀胱蓄尿量は 348ml（図 1）

最大パッド内排尿量は 160ml（図 2）

最大排尿量は 360ml（図 3）

最大残尿量は 265ml（図 3）であった。

排尿の状況では 33 回の測定中、眠い・機嫌が悪いなどの理由で 4 回トイレ案内できなかった。トイレに 29 回座ったうち、6 回は排尿がなかった。

排尿量は 2 時から 7 時の夜間から朝方が多く 19 時から 23 時は少ない傾向にある。パッド内排尿量は、0ml から 160ml で残尿は 7ml から 265ml と一定ではない。

2. 排尿介助の状況と気づきシート

ほぼ 2 時間おきにトイレに座り、自然排尿を促した。声をかけると自分で便座に座り、直ぐに排尿がみられる時もあるが、多くは 5 分程度座った時に排尿が始まった。その後少量ずつ排尿があり、7 分程度で排尿終了となった。介護職員は便座に座った A 氏の前にし

やがみ、両手を握ると自ら前屈姿勢になった。一緒に歌を歌いながら排尿を待った。歌はふるさと、ウサギとカメ、ドレミの歌などで、時には何の歌か分からぬがハミングをする場合もあった。7分程度座り排尿がみられない時は介助終了とした。最後に陰部を拭くと少し排尿があるので、もうしばらく座り排尿を待つことがあった。

3日間の内、歌って排尿があったのが19回、歌っても排尿なしが6回、歌わなくても排尿があったのが4回だった。

考察

1. 膀胱機能として、3日目13時は最大膀胱蓄尿量348mlで、これ以上尿量が増えるとパッド内に100ml漏れる。このことより膀胱蓄尿量が300mlにならない前にトイレ案内が必要である。残尿量は7mlから265mlと一定ではないが、陰部を拭くときに再度排尿があることから、トイレに座る時間をもう少し長くするか骨盤神経刺激などの方法を検討する必要がある。排尿パッドの大きさは最大パッド内排尿量160mlであるので、当院で使用している最小量の350mlのパッドを当てるのが最適である。超音波測定器（ゆりりん）を用い膀胱機能を知り、根拠に基づいてトイレで排尿することは尿路感染の予防やADL保持に有効である。

2. 歌って排尿があったのが19回、歌わなくても排尿があったのが4回だった。歌わなくても排尿があった場合の共通点は、座ると直ぐ排尿がある場合や前屈姿勢を取ると直ぐに排尿がある場合だった。しかし歌っても6回は排尿がなかった。一人でしゃべっていたり、立ち上がるうとしたり落ち着きがなく、何を言っても受け入れることができなく、職員が歌っても一緒に歌わなかった。この時は歌っても排尿に繋がらないので無理強いせず、話題を替え対応することが必要である。

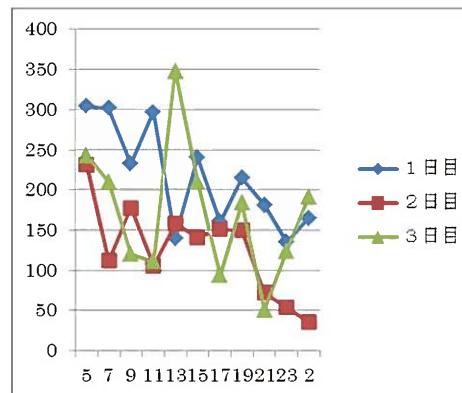
3. 「リラックスして落ち着いた状態を確保することが排尿の基本要素となる」¹⁾とあるように、元々、歌が好きなA氏にとって歌うことでリラックスし落ち着いた状態になり交感神経の緊張が解かれ排尿に結びつい

たと考える。

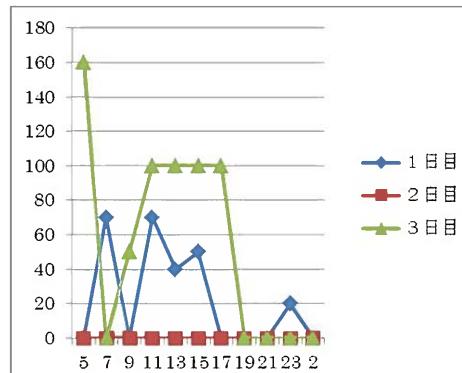
また、介護職員が前にしゃがむと目線があい、素直に腹筋が緩んだ姿勢が取れ、排尿に繋がったと考える。

まとめ

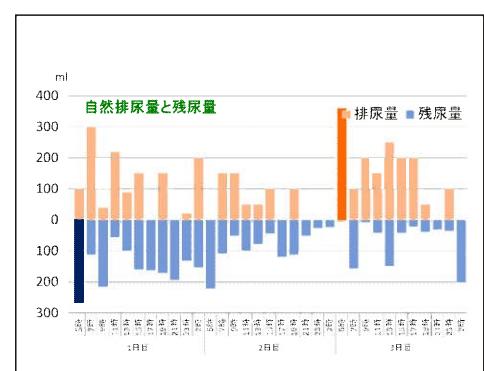
今後も超音波測定器（ゆりりん）を使い根拠に基づいた排尿ケアに取り組み、リラックスして落ち着いた状態を確保することを基本にしたい。



(図1) 膀胱蓄尿量



(図2) パッド内排尿量



(図3) 自然排尿量と残尿量

【引用文献】

- 1) 小林しのぶ・小坂橋喜久代：自然排尿を促すリラクセーション. EBnursing Vo19 No4. 中山書店. 2009. p70

DCMを受けて個人の価値を高める行為に繋がった一例

にしまち幸朋苑 介護老人福祉施設 介護士
○白水 志保里

はじめに

当苑特養は、ユニットケアをしており、1ユニットに10名の利用者がいる。日々、忙しく利用者に接しており、ケアが利用者本位になっているのか漠然とした不安を感じていた。そんな折、DCMを受ける機会があり、個人の価値を低める行為(PD)があることの指摘があった。そこで、メンバーとケアの見直しを行ない、個人の価値を高める行為(PE)に繋げた一事例を報告する。

事例紹介

A氏 95歳 女性 要介護5

障害生活自立度：B2

認知症生活自立度：IV

疾患：アルツハイマー型認知症、糖尿病

DCMの実施

(1回目：平成27年2月12日)

(2回目：平成27年2月20日)

研究方法

1. ケア内容の現状

2. ケアの変更

3. ケアの実施と考察

1. ケア内容の現状

1) DCM (1回目)

嚥下体操では大きな声を出し参加した。少し体が傾いているのに気付いた職員が姿勢を直すと大笑いして嬉しそうだった。おやつに入っていた容器に飲み物を移し替え飲んでいた時、「その方がおいしいですか」と声掛けをした。その後の歌の時間は「眠たい」「眠たい」と何度も言っていたが、職員は一緒に歌を歌おうと勧めた。

2) DCM (2回目)

配膳されている食事に対し、手を合わせて押んでいる行為が続いていた。食事が進んでいない様子を見た職員が「時間が過ぎたら廃棄しないといけないので、食べてください」と摂食の動機付けをしたが、その後も食事は進まなかった。そのため、職員は介助を始めた。いつもは食事と一緒に乗せるお茶ゼリーがお膳になかった。後になって提供されたお茶ゼリーを食べた後、食事が進んだ。おやつ時、職員が共同生活室に車いすを押して案内した。車いすのまま、おやつを直ぐに食べた。

3) DCMの評価

A氏に関するPEとPDは以下の通りだった。

PE1 思いやり：姿勢をなおす

PE5 受け入れる：容器の移し替えを認め
る

PD10 能力を使わせない：車椅子の自操ができるのに介助する。椅子の座り替えをしない。

PD5 好ましくない分け：お茶ゼリーが膳についていない

PD3 急がせる：食事をせかす声掛け

PD9 分かろうとしない：「眠い」を分かろう
としない

2. ケアの変更

DCMの評価を受け PDの行為をPEにするにはどうしたらいいかを検討し、次の3点を計画し実施した。

1) PE10: 能力を発揮できるようにする。

指摘を受けた事項に嚥下体操や字を書くことを追加した。

(1) 車いすを自操し共同生活室に移動する。

(2) 椅子への座り替えをする。

(3) 嚥下体操を継続する。

(4) 鉛筆で字を書く

2) PE3: リラックスできるベース

(1) ゆっくりと食事できるような環境を作る。

- (2)全量摂取を強制しない。
- 3)PE9:共感を持って分かろうとする
- (1)「眠たい」と訴えある時は、無視せず共感し、どうしたいかを聞き対応する。
- (2)塗り絵や広告チラシを読むことを促してみる。
- (3)眠そうなら居室へ案内をする。
3. ケアの実施と考察
- 1)PE10:能力を発揮できるようにする。
- (1)車椅子自操を促しても「眠たい」と訴え、声かけをしても自分でできない事があった。覚醒がいい時は共同生活室までゆっくり自操できた。しかし、覚醒が良く自操ができる時でもその日の状況によって職員が最初から介助に入っていた。
- (2)椅子への座り替えも同様で覚醒がいい時は立ち上がる事が出来、悪いと介助することがあった。
- (3)嚥下体操は、「眠たい」と言うときは、ウトウトして声掛けをしても参加できないが、参加できる時は、笑いながら職員の動きを見ながら参加した。
- (4)字を書くことでは、鉛筆を渡すと、A氏が「何を書こう?」と質問があり職員が提案すると、自分の名前や住所等を大きな字でゆっくりと書くことができた。
- 出来ない事はすぐ介助してしまいがちであるが、能力を発揮してもらうには、担当介護士がその人が持つ能力や個性を充分に理解し、ケア計画に上げて他職員と共有する必要がある。
- 2)PE3:リラックスできるベース
- (1)ゆっくりと食事できるような環境を作る。最初にお茶ゼリーを食べてもらい、その後に食事を配膳すると自力で食べ始めた。配膳の順序を最後に提供すると、周りを見渡したあと手を合わせて職員と一緒に「いただきます」と言い、箸を持ちスムーズに食べ始めた。ヒストリーシートや家族の話を振り返ると周りの人たちに振舞った後に自分は食べ始めるということ、必ずみんなで手を合わせて「いただきます」と言ってから食べ始めていたことが習慣だったという情報を基に昔の習慣に近づけた食事の環境にすると自発的に食べ始めることができた。私たちはA氏の仕草や行動、言動を「いつもしていること」

「いつも言っている」「昔からの癖」と思うだけで終わっていることが分かった。

しかし、このようにスムーズに食べることはいつもではなく、お茶ゼリーも食事も自発的に進まない事があった。この時は「眠たい」と繰り返して言う、発語が少ない時に多くみられた。反対に多弁な時はスムーズに食べ始めることができた。

(2)全量摂取を強制しない。

食事に手が止まる時、私たちは「全量食べないといけない」という使命感やおそらく誤った責任感から、せかすような声掛けを行ってしまった。A氏にとってはどうかなのか、食べたくない日もあるだろう等、利用者を第一に考えなければならない。

3)PE9:共感を持って分かろうとする

「眠たい」と繰り返し訴える時には、どうしたいのか本人の思いを聞いても「眠い」と言うだけだった。そのような時に絵本や広告チラシなど手渡すと「眠たい」と言わず、静かに文字を読み始めたこともあり、タオルたたみを依頼すると、意欲的にたたむこともあった。それでも、眠そうな表情がある時は、職員が居室に案内し横になることもあった。暫く寝ても「眠い」という訴えは続くことがあった。A氏が「眠たい」と言っている真意がつかみきれなかった。

ただ座っていて何もすることが無く手持ちぶさたで眠くなっていた可能性も考えられるため、余暇時間を充実する必要がある。

まとめ

自分たちが行っているケアに漠然とした不安があったが、DCMを受けることにより、何が尊厳を奪うケアなのか、個人の価値を低めているケアの見直しができるよいチャンスとなった。私たちが行っているケアが利用者本位になっているのかが具体的に分かり、不安を少し取り除くことができた。業務中心のケアでなく、その人の個性やどんな人生を歩んできたかに焦点をあてケアに当たることによりその人にとって価値を高める行為に繋がるのではないかと実感した。

防災訓練への取り組みについて

～アンケートから問題点を抽出する～

介護老人福祉施設にしまち幸朋苑 介護福祉士
○宮本 剛 森谷 遼

はじめに

介護老人福祉施設にしまち幸朋苑は平成24年7月2日に開設して今年で4年になる。利用者は2階に特養10名とショートステイ10名、3階に特養20名、介護職員は20名、夜間は各階1名で勤務している。年2回、消防訓練を防災委員が中心となって行っているが、「いざとなったら訓練通りにできるのか?」「実際に火災になった時に1人で正しい対応が出来るだろうか?」との不安の声が聞かれた。そこで何を重点に訓練すればいいのかをアンケート調査し、それに沿った勉強会を実施した結果、不安が減ったという職員が増えたので報告する。

研究方法

- I. アンケート調査を行い現状を把握する。
- II. アンケート結果から問題点を抽出し、それに対する勉強会を実施する。
- III. 勉強会終了後に再度同様のアンケート調査を行い問題点が解決したか検証する。

1. アンケート調査と現状

1) アンケート調査

消防訓練後の平成27年8月24日に介護職員20名（男性7名、女性13名）を対象に実施した。

設問内容は、下記の9項目とし、各設問に対し「×：手順が分からぬし出来ない」「△：手順は理解しているが実際に出来ないかもしれない」「○：手順を十分に理解しているし実際に出来ると思う」の三段階に分類し該当するものに○をつけてもらった。

設問項目

- ①火災表示機で火災発生地区の特定・確認ができる（図1）。
- ②火元確認ができる。
- ③初期消火ができる。

- ④119番通報と逆信の対応ができる。
- ⑤館内放送を使い、避難指示が出せる。
- ⑥火災警報の音響を停止できる。
- ⑦防火管理者に報告できる。
- ⑧避難誘導ができる。
- ⑨人員点呼・報告ができる。

各項目についてできない理由を記載してもらった。

結果

I. アンケート結果

- | | | | |
|---|------|------|------|
| ① | ×2名 | △6名 | ○12名 |
| ② | ×0名 | △10名 | ○10名 |
| ③ | ×3名 | △10名 | ○7名 |
| ④ | ×6名 | △6名 | ○8名 |
| ⑤ | ×12名 | △6名 | ○2名 |
| ⑥ | ×12名 | △5名 | ○3名 |
| ⑦ | ×10名 | △5名 | ○5名 |
| ⑧ | ×7名 | △10名 | ○3名 |
| ⑨ | ×8名 | △6名 | ○6名 |
- であった。

現状把握

手順もわからないしできないと思っている項目は⑤⑥⑦であった。また自由記載欄には「警報装置の仕組み・避難誘導の指示の仕方などが分からぬ」 「実際に訓練したことがないのでわからない」など記載されていた。

II. 勉強会の実施

上記⑤⑥⑦の項目を中心に改善できるよう勉強会を行った。毎月のチーム会後に3か月間行い、さらに3か月間同様の内容で行った。

1. 勉強会の内容

- 1) ⑤⑥に対して、非常用遠隔操作器(図1)を使っての館内放送や火災警報の停止については実際に機器を全員に使用してもらう。
- 2) ⑦に対しては、防火管理者の報告と実際に電話を使用して行う。

3) ⑤⑥⑦以外の項目についても火災表示機(図2)を使い火災発生地区の判断の仕方や初期消火への流れ、スプリンクラーの制御盤の説明などを行う。

勉強会に参加出来なかった介護職員には個別に説明し、全員が全ての項目を2回行う事が出来た。2度目には「あーそうだった」と声が出ることがあった。

III. 勉強会実施後のアンケート結果

勉強会終了後に1回目と同等の内容で実施した。

1. アンケート結果

- | | | | |
|---|-----|-----|------|
| ① | ×0名 | △0名 | ○20名 |
| ② | ×0名 | △0名 | ○20名 |
| ③ | ×0名 | △5名 | ○15名 |
| ④ | ×4名 | △8名 | ○8名 |
| ⑤ | ×0名 | △5名 | ○15名 |
| ⑥ | ×2名 | △0名 | ○18名 |
| ⑦ | ×0名 | △0名 | ○20名 |
| ⑧ | ×3名 | △5名 | ○12名 |
| ⑨ | ×0名 | △2名 | ○18名 |
- であった。

問題点が抽出された⑤⑥⑦の項目すべてで改善がみられた。

考察

年2回実施している消火訓練では実際に機器を操作したことがある職員は少数であったため、イメージができず「実際に手順を行えない」と感じていた。そこで勉強会で職員全員に実際に機器に触れて練習することで明確にイメージができ、改善した。同様の内容を2度繰り返し実施することで、さらに理解を深められたと考える。しかし④の119番通報と逆信の項目については人数に変化がなかった。理由としては119番通報が実際に体験できないので、勉強会だけでは改善に結びつけられなかった。今後の課題である。

今回の調査で、職員1人1人が少なからず緊急時の対応について不安を持ちながら勤務していることがわかった。その不安を完全になくすことは難しいが、施設の設備や防災について勉強することで減らすことは可能である。

おわりに

にしまち幸朋苑は今年1月に醇風地域の緊

急避難所として鳥取市と防災協定を結んだ。今後災害時には地域の方が当苑を避難所として利用される機会が出てくるかもしれない。その場面を想定して非常食の試食も行った(図3)。今後も職員1人1人が防災について高い意識を持ち、安心して働く環境を作っていくよう努めていきたい。



図1 非常用遠隔操作器



図2 火災表示機

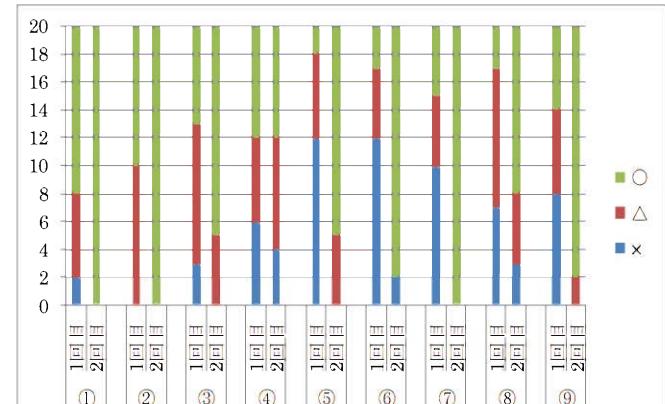


図3 アンケート結果



図4 非常食試食の様子

【参考文献】

必携 防火管理 財団法人 全国消防協会

リハビリテーションアドバイザーの実地指導による にしまち通所リハビリ事業の変化 ～利用者への機能評価を通して～

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑 理学療法士
○久木 渉平

はじめに

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑（以下、にしまち通所リハビリ）では、平成26年9月より質の向上を図るためにリハビリテーションアドバイザー（以下、アドバイザー）による指導を実施している。アドバイザー導入がもたらした効果について若干の考察を加えて報告する。

リハビリテーションアドバイザーについて

いなばエリア全体の職員の質の向上を目的に平成26年9月より斎藤秀之氏（医療法人社団筑波記念会）をリハビリテーションアドバイザーとして迎え、毎月2~3日実地指導を受けている。

アドバイザー導入の効果

1. リハビリ内容の見直し

利用者15名を対象にアドバイザーが医療面接と機能評価を実施した。アドバイザーからリハビリ従事者へ医療面接と機能評価に基づいた利用者との関わり方、訓練の進め方についての指導を受けた。

(1) 担当・訓練内容の変更

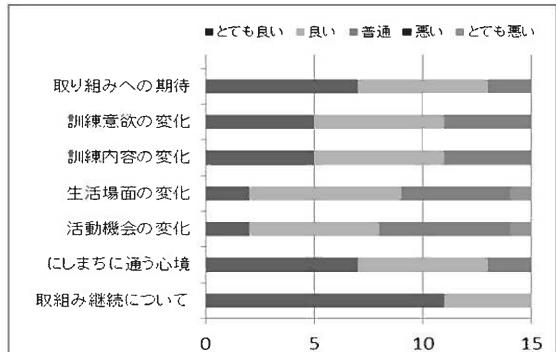
- 1) PT・OT 担当変更：6名
- 2) 訓練方針変更：5名
- 3) 訓練内容一部変更：8名
- 4) 変更なし：2名

(2) 利用者への聞き取り調査

アドバイザー導入による訓練内容変更、担当変更が利用者のリハビリに対する意識・満

足度の変化、ADL・活動の向上に繋がったのか調査した。調査結果を表1に示す。

(表1)



(3) 担当変更・訓練内容の変更が特に有効であった一事例

M氏 60歳代女性 要支援2

診断名：右脳梗塞 左片麻痺

利用経緯：H26年2月に発症し入院。リハビリ転院後、H26年10月退院。退院後よりにしまち通所リハビリ利用となる。

変更内容：身体機能面の訓練だけでなく活動の増加に着目するため、PTからOTへ担当を変更し、訓練内容を調理活動に向けた内容に変更した。

取り組み前：身体機能が今後も向上するのではないかという思いが強い。訓練を続けても機能向上がみられない事が不安となっており、現在の機能で出来る事という考えには結びついていなかった。

取り組み後：アドバイザーの面接の中で調理への強い希望が聞かれた。理由は夫が仕事から帰宅した時、ヘルパーの作った冷たい料理を温めるだけで出す事を情けなく思い、1品だけでも自分が作った温かいご飯を食べて欲しいからであった。1人で調理活動が出来ることを目標に、料理の計画作成から行い、卵焼きと野菜炒めの練習を実施した。療法士との調理活動により成功体験ができたことで自信が持て、現在も継続的に自宅で調理活動が行えている。

聞き取り調査：自分で作ったご飯を夫が嬉しそうに食べているのを見ると練習できたことに感謝していると話した。

2. システム・業務内容の見直し

(1) 判定会議の導入

目的：医学的情報の統一した認識

新規利用者の目標の明確化

担当配置の検討

方法：判定会議はにしまち通所リハビリの利用相談申込書に記載された情報をもとに、にしまち診療所医師、PT、OT、ST、介護福祉士にて、各職種からの利用に向けた意見交換を実施。

効果：多職種からの意見交換により、医学的リスクの確認ができ、利用開始時より明確な目標に向けた訓練内容の提供が可能となった。主治医やケアマネジャーに必要事項を再度確認することで、利用者の病状や社会的背景など細かく知る事ができた。

(2) リハビリ方針会議の増加

目的：各利用者の通所リハビリ方針の検討
通所リハビリでの目標の明確化

多職種からの訓練内容の意見交換

方法：PT、OT、ST、介護福祉士にて、1症例についての目標に向けての訓練内容や活動についての検討を実施。

効果：多職種で意見交換を行うことで各利用者の目標に向けて、担当療法士だけが関わるのではなく、複数の職種での訓練内容を提供することで各職種の適切な分業化が図れた。

考察

これまで通所リハビリでは利用者の身体機能の向上がみられても、生活場面での活動・参加には繋がっていなかった。アドバイザーが利用者に関わり、担当療法士に通所リハビリ内容や各利用者について考えるべきことを指導したことで利用者の真のニーズの再検討が行なえた。利用者の目標に必要な具体的な訓練内容の提案、生活環境を細かく確認することで、利用者の生活場面での活動に目を向けた訓練の機会が増加した。利用者自身も身体機能面の向上だけにとらわれず、今ある身体機能を活かした方法で生活の幅を広げることに着目する事ができ、生活場面での活動機会の向上に繋がった。訓練内容と生活場面の繋がりができた事で利用者の訓練意欲の向上にも繋がった。

新規利用者に対して判定会議を導入することで、医学的情報の把握、リハビリをおこなう上でのリスク管理を徹底することができた。また、ケアマネジャーに対しての確認事項を明確にすることで必要な情報を確認してからの利用開始に繋がっている。利用開始後にはスムーズに目標に対しての訓練が開始できるようになった。また、利用前から明確な目標の抽出ができるようになったことで、判定会議の場で担当療法士の検討も同時に実施でき、より各利用者に応じた訓練内容の提供が可能となった。

おわりに

取り組みを通して、アドバイザーが関わることでニーズの把握、活動機会の増加に繋がった。指導を受けたことで利用者との関わり方、リハビリ内容の検討が不十分であることが認識できた。今後は今回の取り組みの対象となっていない利用者の真のニーズの抽出、リハビリ内容の再検討を行う必要があるため定期的なリハビリ方針会議の開催が必要である。

ショートステイ連絡表を有効活用するために ～アンケート結果で見えてきた課題～

短期入所生活介護にしまち幸朋苑 介護福祉士

○平野里紗 井上喜子

はじめに

ショートステイ連絡表（以下連絡表）は職員と家族間の良好なコミュニケーションを保つ上で重要な役割がある。しかし、家族から連絡表の記載内容に関しての質問が全くないので、連絡表が読まれているのか、利用中の様子が理解出来ているのか不明である。そこで連絡表が有効に利用されているかについてアンケート調査をした結果、課題が明らかになつたので報告する。

連絡表の利用現状

現在使用している連絡表（表1）は、ISOで決められているA4サイズの用紙1枚に、手書きで記入している。記載項目は、家族からの連絡欄と苑での様子を書く欄がある。苑での様子欄には、日々の食事摂取量、おやつ、入浴、排便の有無などについて記載している。また、利用中の様子については退所時に、その日の担当が生活記録より抜粋し手書きで記載している。家族からの連絡事項、要望などを書いてもらう家族通信欄への記載はほとんどない。

研究方法

1. アンケート調査期間：平成28年12月1日より平成28年12月25日
2. 対象：ショートステイ利用者の主介護者46名
3. 方法：独自で無記名のアンケートを作成し、郵送にて配布、回収
4. 倫理的配慮：研究以外に利用しない事を記入し同意を得る
5. アンケート項目
 - ①主介護者の年齢
 - ②利用時の様子や知りたい情報がわかりやすく書かれていますか？

③知りたい内容はどの様な事ですか？（複数回答可）

④連絡表あるいは連絡表以外で、苑での様子や雰囲気を知る為にどのような方法があると思いますか？（複数回答可）

⑤今後にしまちショートステイに期待することをご自由にお書きください。

結果

回収率：32名（70%）

①主介護者の年齢は、40歳代が2名（6%）、50歳代が6名（19%）、60歳代が19名（59%）、70歳代が5名（16%）であった。

②利用時の様子や知りたい情報がわかりやすく記載されているかについては、非常に満足が8名（25%）、満足が14名（44%）、普通が9名（28%）、不満が1名（3%）、非常に不満は0名（0%）であった。この結果を40～50歳代（A群）、60～70歳代（B群）の2群に分けて比較すると、A群は8名中、非常に満足、満足が4名（50%）、普通が4名（50%）であった。一方B群は24名中、非常に満足、満足が18名（75%）、普通、不満が6名（25%）であった（図1）。

③知りたい内容（複数回答可）については、日中の様子が21名（66%）、排泄状況が16名（50%）、個別機能訓練（生活リハビリ）が13名（41%）、睡眠状況が13名（41%）、食事状況が12名（38%）、入浴状況が12名（38%）、家族通信欄への返答が2名（6%）、その他が1名（3%）であった。これをA群とB群で比較すると、A群では多い順に個別機能訓練（生活リハビリ）、食事状況がそれぞれ50%、日中の様子、排泄状況がそれぞれ38%であった。一方B群では、多い順に日中の様子が67%、排泄状況が46%、睡眠状況が42%であった。

④連絡表あるいは連絡表以外で、苑での様子や雰囲気を知る方法については、連絡表が26名(81%)、写真が19名(59%)、作品(塗り絵・ドリル・書道等)が5名(16%)、その他が2名(6%)であった。これをA群、B群で比較すると、A群では多い順に連絡表50%、写真が36%であったが、B群でもA群と同様、連絡表、写真が67%と多かった。

⑤今後にしまちショートステイに期待する事としては「個別機能訓練は、どんな内容をどのくらいしたのか分らない。(本人はすごく訓練した様にいって、本当かな?)」「連絡表に書いてお願いした点だけは、退所時さらに言葉で返答してもらえば嬉しい」「日中が長く感じないような工夫がしてもらえると、嬉しい。」「時代物ビデオを見せて下されば喜ぶと思う。」「この先介護者自身の体調不良が考えられるので、即対応してもらえると嬉しい。」等の記載があった。

考察とまとめ

アンケート結果から、60~70歳代の比較的高齢の主介護者は現在の連絡表に概ね満足しているが、40~50歳代の比較的若い主介護者の満足度は高くないことがわかった。これら40~50歳代の主介護者は日々の個別機能訓練(生活リハビリ)や食事状況を知りたいという要望が高いため、今後はこれらの項目を新たに作成し重点的に記載していく。一方、60~70歳代の主介護者は、現在使用している連絡表で概ね満足しているようであるが、さらに日中の様子を知りたいという要望に応えて別項目を作り、重点的に記載していくと考えている。また、連絡表以外で利用中の雰囲気を知ってもらうための方法として、年代に関わらず写真を取り入れていきたい。

今後の課題は、ほとんど記載されていない家族通信欄をどう活用していくかであり、ひきつづき記入してもらえるよう検討していく。

表1 ショートステイ連絡表

様		予定	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()												
居室番号:		実績	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()												
こまち ショートステイ連絡表	送迎状況: 入居時(家族 苑迎え 時 分) / 退居時(家族 苑送り 時 分)														
	月/日(曜日)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
	朝食	☆食/○食													
	昼食	☆食/○食													
	夕食	☆食/○食													
	朝下食														
	夜食														
	おやつ														
	入浴														
	排便														
記入方法 食事量:日安 10…全量 5…半量 排便…○(多量) □(普通) □(少少) ▲(難解) △(うずら) ×なし 食事・排泄・入浴・睡眠・個別機能・様子状況など															
入居時担当者 _____ 退居時担当者 _____ 不明の点等ございましたら右記までご連絡下さい にまち奉陪苑 TEL(25)6517															

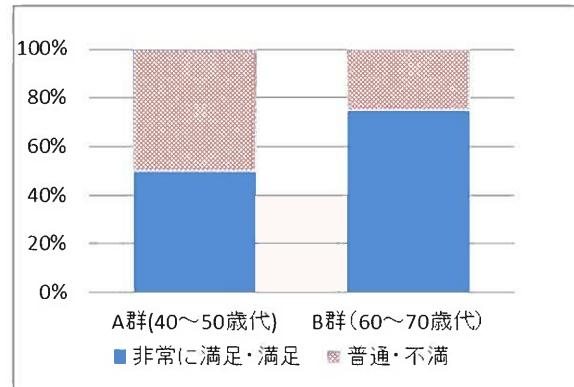


図1 連絡表満足度

活動向上に繋がった慢性期左片麻痺患者を経験して

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑 理学療法士

○榮 真矢

いなばエリアリハビリテーションアドバイザー

斎藤 秀之

はじめに

脳梗塞後4年が経過、左片麻痺を呈した利用者に対し、リハビリテーション（以下、リハ）アドバイザーによる評価をきっかけとして、家屋訪問を実施し、通所リハにて実際の生活を想定した段差昇降練習などの運動療法と作業活動を取り入れ、利用者の思いが実現できた一例を経験したので報告する。

症 例

A氏、60歳代後半、男性、要介護2

診断名：アテローム血栓性脳梗塞、高血圧症、狭心症（心臓バイパス術後）、II型糖尿病

尿病

障害名：左片麻痺、内部障害

現病歴：平成23年12月、アテローム血栓性脳梗塞発症、K病院に入院後、S病院で回復期リハを実施されたのち、平成24年7月に自宅退院となった。退院後は他施設訪問リハを週3回利用していたが、平成24年11月、外出の機会の増加を目的に、にしまち通所リハを週1回開始、他施設訪問リハ週2回に減らす。現在はにしまち通所リハ週2回、他施設通所介護週1回となっている。

家族構成：妻と二人暮らし。妻が介護を行つている。

身体障害者手帳：1級（心臓機能障害3、左上肢機能障害2、左下肢機能障害3）

趣味：料理、カラオケ、油絵、将棋、釣り、水泳、山登り、山菜取り

<利用開始時>（平成24年11月）

理学療法評価

主訴：思うように歩けない

希望：速く歩きたい

- ・BRS（左）：上肢II 手指II 下肢III
- ・筋緊張（左）：上肢 MAS 0、下肢 MAS 1
- ・感覚（左）：上下肢中等度鈍麻
- ・基本動作：起居動作自立

移動四点杖歩行近位監視

- ・ADL：FIM 118点

減点項目；更衣（上衣・下衣）、歩行
階段

治療目標

屋内T字杖歩行自立

治療プログラム

関節可動域訓練、荷重訓練、歩行訓練
階段昇降訓練、自転車エルゴメーター

結 果

近位監視レベルT字杖歩行獲得

<リハアドバイザー介入時>

（平成27年4月）

理学療法評価

主訴：速く歩けない

希望：土手に犬の散歩に行きたい

日曜大工がしたい

- ・基本動作：T字杖歩行近位監視

T字杖によるぶん回し3点歩行

- ・ADL：FIM 122点

減点項目：更衣（上衣）、階段

問題点

- 1) 左片麻痺(BRS : 上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅲ)
- 2) 立位バランス機能低下
- 3) 左上下肢感覚鈍麻
- 4) 趣味活動困難 5) 応用歩行監視
- 6) 愛犬の散歩に行けない

治療目標

短期目標(1ヶ月)：軽介助で段差昇降可能

長期目標(3ヶ月)：近位監視レベルで段差昇降可能

最終目標(6ヶ月)：一人で土手に行ける

治療プログラム

関節可動域訓練、歩行訓練、自転車エルゴメーターを継続しつつ、問題点解決をめざし段差(40cm)昇降訓練、作業活動を追加

治療経過

平成27年4月の家屋訪問時に愛犬と散歩していた土手までに約40cmの段差があり、散歩が実施できていない理由の1つとして「段差が高すぎて上り下りができない」と話された。近くに支持物として使えるガードレールを確認した。自宅訪問後、40cmの足台と横手すりを使用し、動作指導・練習を開始した。脇と腰の支えにより踏み込むタイミングを確認しながら動作を反復した。動作練習開始後1ヶ月で介助量が減り、監視で段差昇降が可能となった。その後「一人で土手に行ってみた」と話された。

また、自宅訪問しウッドデッキを作りたいという希望と、購入済の電動のこぎりを確認した。プログラムに、角材を立位で真直ぐに切る作業活動を追加した。3ヵ月ほどで真直ぐに切れるようになった。

考 察

リハアドバイザーの面談により利用者の

人生歴、生活歴、社会的背景を理解し、真の問題点・思いを導き出すことで必要な治療プログラムに結びつけることができた。通所リハ利用開始当初は「速く歩きたい」という本人の希望にそって身体機能面だけに焦点をあてた訓練を行なっていたが、利用者の生活環境等を細かく把握することにより、身体機能面だけでなく、活動の幅を広げるという視点で治療プログラムを組み直した結果、利用者の思いを比較的短期間に実現することができた。今回の事例では、治療プログラム変更後半年間での筋力には大きな変化はみられなかったが、段差昇降訓練を取り入れ、利用者の「できた」という成功体験がきっかけとなり、脳梗塞発症後一度も行くことがなかった土手に行くことができたと考えられる。

また、角材を斜めに切ってしまう原因として半側空間無視が考えられ、線分抹消検査と線分二等分検査を実施したが問題はなかった。角材が真直ぐに切れた要因として、電動のこぎり訓練開始後3ヵ月で本人が感じた「左足で踏ん張れた」という事が要因として考えられる。現在はウッドデッキを作りたいという目標に向か、妻の協力のもと材料を購入するなど、活動の幅がさらに広がりつつある。

まとめ

リハアドバイザーの面談を契機に、利用者の社会的背景を踏まえた関わりを持ち、真の問題点を抽出することで利用者の思いを実現することができた。リハビリ専門職として身体機能面の改善だけを目的にするのではなく、利用者の日々の活動の幅を如何に広げていくかという視点を持つことの大切さを学ぶきっかけとなる事例であった。

訪問介護における業務効率化の取り組み

～ICT の活用～

訪問介護事業所　にしまち幸朋苑　介護福祉士　主任
○安住　友世
上田真奈美

はじめに

医療・介護が必要になっても可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごすことができるよう地域包括ケアシステムの構築が急がれている。訪問介護サービスもその一翼を担っているが、医療の現場で電子カルテをはじめとする ICT の利用が進んでいるのに比べ、介護の現場では紙を媒体とする情報伝達が主流である。その結果記録の整理・請求業務・情報交換など介護以外の事務作業にかなりの時間を費やしている現状がある。

にしまち幸朋苑では平成 25 年度、鳥取県の地域医療再生基金を活用した在宅医療連携拠点事業が行われ、その一環として在宅医療従事者間の情報共有のための ICT 活用が始まった。当事業所でタブレットの扱いに習熟した現在、その有用性を実感しているため、ICT 活用の現状について報告する。

タブレット導入以前の業務と問題点

1. 利用者宅で複写式の訪問介護実績記録表に援助内容を記入
2. 事業所に戻り利用実績を介護請求システムに入力
 - ・入力できるパソコンが 1 台と限られているため入力待ちが発生
 - ・入力忘れがおこり請求業務が遅滞する
3. 公休職員に出勤日の訪問予定を電話で連絡
4. 利用者の情報は事業所の個人ファイルのみで確認

目的

タブレットを利用した ICT 活用が訪問介護利用者情報共有に与える影響および訪問介護士の業務改善に及ぼす影響について

検討する。

方 法

1. 全訪問介護士がタブレットを所有し操作方法を学ぶ
2. 介護サービス利用者に対する介護記録を最初は紙とタブレット入力の併用で行い、最終的に紙を廃止する
3. タブレット活用前後で以下の項目について比較検討する
 - 1) 業務に費やす時間
 - 2) 連絡方法
 - 3) 情報共有

成 績

1. 業務の効率化
 - 1) 事業所に戻っての実績入力が不要となり業務が大幅に短縮された

業務内容	1件当たりの平均作業時間		作業時間の削減 1日あたり (訪問:44件)
	タブレット導入前	導入後	
介護記録	5分	5分	3時間40分
実績入力	5分	0分	

介護記録と実績入力をタブレット導入前後で比較すると、1 件当たり記録紙に記入することとタブレット入力では、あまり差はなかった。タブレットに慣れていないため、入力に時間がかかり、記録する方がよいと感じているヘルパーが多かった。しかし、事業所のパソコンの管理画面と請求システムワizard マンが連動し、ヘルパーが入力した援助内容を印刷することで実績が確定するため、事業

所にもどってのパソコンへの実績入力が不要となり、1日あたり訪問44件の場合、作業時間は約3時間40分の短縮となった。

2) 各自のタブレットで訪問予定が確認できるようになったため、ヘルパーから事業所へ、事業所からヘルパー個々への電話連絡が不要となった。

3) タブレットに利用者個々の情報が全て入っているため、訪問中に把握したい情報がその場で確認でき、事業所に電話をして確認するということが不要となった。

2. リアルタイムの情報共有

1) 申し送り事項に入力した内容を各ヘルパーが自分のタブレットで確認することで共通認識が図られ、訪問時に統一した援助が可能となった。

2) にしまち診療所がかかりつけ医の場合は、タブレットに入力した訪問記録・写真を医師が確認し、必要な指示を出すことができる。

3) ヘルパー全員への連絡事項は管理画面、タブレットのお知らせ機能を利用し、テロップとして流すことにより確実な伝達が可能となった。

考察とまとめ

1. タブレット導入から3年が経過し、要望に応じたバージョンアップが繰り返され現在に至っている。

2. タブレットの活用により業務が改善しヘルパー間の意見交換の時間がより多く持てるようになった。

3. ヘルパー間のリアルタイムの情報共有により統一した援助が可能となった。

4. 今後はタブレットを使用しての計画書作成などを行い、さらなる業務効率化を図っていきたい。

5. 現在は訪問介護事業所と診療所だけの情報共有に限られているが、今後はケアマネジヤーや通所介護事業所など多職種との連携にも広げていきたい。



手のひらサイズ
のタブレット



起動画面



事業所管理画面



シフト、利用者情報、請求データ管理

特養入居者の適正な水分摂取量設定に関する検討

～個々の水分摂取量の現状分析をもとに～

にしまち幸朋苑 介護士
山田 瑞姫

はじめに

特養入居者にとって尿路感染、脱水予防のためには十分量の水分摂取が欠かせないが、必ずしも目標として設定した水分量を摂取しているわけではない。そこでその原因を分析し、個々の利用者にとっての必要な提供量について検討した。

研究方法

1. 対象者：

特養入居者 30名中、水分摂取量・排尿量の把握できた 20名

2. 水分摂取状況：

基本的には毎食後と 15 時のおやつ時に 200ml ずつ提供している。入居者によって 1 回量 100ml、250ml、400ml 提供する。提供しても「もういいです」と断る入居者もいる。

また、月一回のユニット会で水分摂取状況を確認し、提供量や提供方法などを話し合っている。少ない入居者には提供する水分の温度や種類、量、回数等、細かく設定し、生活支援計画書に記入している。

3. 方法：

- 1) 目標量(体重×30ml)
- 2) 提供量(3 日間の平均)
- 3) 摂取量(3 日間の平均)
- 4) 尿量(3 日間の平均)

以上の 4 点から、目標量と提供量、提供量と摂取量、摂取量と尿量の関連を考慮し、必要な提供量かどうかを調べる。

結果と考察

1. 目標量と提供量(図 1)を見ると、目標量より提供量が少ない入居者は 20 名中 15 名だった。少ない理由として

①入居当初は目標量を提供していたが摂取量が嚥下状態や拒否により次第に少なくなった。

②提供量が少なくても体調に問題がないのでこのままの少ない提供量に疑問を感じなくなった。

目標量と提供量が同じか提供量の方が多いのは 5 名だった。嚥下状態や勧め方で飲んで貰える利用者であったのと、担当者が前回の摂取量を考慮して定期の時間以外にも勧めたことが考えられる。

2. 提供量と摂取量を見ると(図 2)、提供した量と同じ量を飲んでいる入居者は 5 名(胃ろう 4 名)、提供量より多く飲んでいるのは 5 名であった。その理由は、提供しても飲まなかつた水分を、他の時間で補つたことである。

20ml から 520ml と幅があるが 10 名は摂取量が少なかつた。これは嚥下が難しい入居者 3 名と「飲みたくない」「後で飲む」と言う入居者 7 名である。

3. 摂取量と尿量を見ると(図 3)、摂取量が尿量より多くなったのは 1 名のみで、ほとんどの入居者が尿量のほうが多いかった。その差が 500ml 以内 7 名、1000ml 以内が 10 名、1000ml 以上が 2 名あり、最高 1126ml であった。入居者の尿量まで考慮して提供していなかった。食事よりの水分量もあるため、単純に摂取量が少ないとは言えないが、少なくとも尿量分程度の水分を摂取する必要がある。

まとめ

特養入居者は自ら水分を用意することはなく、飲みたいと訴えることもほとんどない。今後は目標水分量を提供していくために提

供する時間や量を設定するなど、十分な水分摂取を促し、脱水・尿路感染の予防に努めたい。

	A 目標量	B 提供量	A—B	利用者状況
1	1600	1080	520	☆
2	1400	980	420	経口維持
3	2000	1600	400	☆
4	1600	1200	400	☆
5	1200	880	320	☆
6	1300	1000	300	☆
7	1170	880	290	経口維持
8	1300	1080	220	
9	1100	900	200	胃ろう
10	900	760	140	胃ろう
11	1200	1080	120	☆
12	1200	1080	120	経口維持
13	1000	900	100	胃ろう
14	1400	1325	75	経口維持
15	1300	1280	20	経口維持
16	1200	1200	0	
17	1300	1300	0	胃ろう
18	1300	1325	-25	☆
19	1600	1680	-80	経口維持
20	1050	1180	-130	☆

☆: 意思表示が出来る利用者を表す

図 1 目標量と提供量

	B 提供量	C 摂取量	B—C	利用者状況
1	1080	1467	-387	経口維持
2	880	1080	-200	経口維持
3	1080	1147	-67	☆
4	1200	1250	-50	
5	1080	1120	-40	
6	900	900	0	胃ろう
7	760	760	0	胃ろう
8	1680	1680	0	経口維持
9	900	900	0	胃ろう
10	1300	1300	0	胃ろう
11	1000	967	33	☆
12	1080	893	187	☆
13	1325	1125	200	経口維持
14	1280	1067	213	経口維持
15	980	760	220	経口維持
16	1180	947	233	☆
17	880	580	300	☆
18	1200	900	300	☆
19	1600	1267	333	☆
20	1325	925	400	☆

☆: 意思表示が出来る利用者を表す

図 2 提供量と摂取量

	C 摂取量	D 尿量	C—D	利用者状況
1	900	790	110	胃ろう
2	980	903	77	経口維持
3	900	1118	-218	胃ろう
4	760	1033	-273	胃ろう
5	967	1288	-321	☆
6	1300	1723	-423	胃ろう
7	1067	1517	-450	経口維持
8	900	1377	-477	☆
9	925	1433	-508	☆
10	580	1160	-580	☆
11	1147	1740	-593	☆
12	947	1543	-596	☆
13	893	1593	-700	☆
14	1125	1827	-702	経口維持
15	1680	2447	-767	経口維持
16	1267	2053	-786	☆
17	1120	1987	-867	
18	1080	1947	-867	経口維持
19	1250	2277	-1027	
20	1467	2593	-1126	経口維持

☆: 意思表示が出来る利用者を表す

図 3 摂取量と尿量

参考文献

- 介護保険福祉施設における栄養ケア・マネジメントの実務のために 有限責任中間法人 日本健康・栄養システム学会

介護キャリア段位を効率よく取得するための環境づくり ～チームでの取り組み～

にしまち幸朋苑 主任 介護福祉士
○川上裕子 榎並三香子

はじめに

介護キャリア段位制度は、平成 27 年度より厚生労働省の「介護職員質向上推進事業」として実施されている。

平成 28 年 12 月時点では、いなばエリアの評価者(以下アセッサー)は 17 名、段位取得者は 0 名だった。アセッサーで会議を設け、段位取得に至らない原因を話し合った。通常の業務に従事しながら、アセッサーのみで被評価者 1 人 1 人に対するすべての項目の作業を行うことは困難である等の意見が多くあがつた。そこで、複数のアセッサーでチームを編成し、項目を分担して評価を実施することを検討した。しかし、実際にそれぞれの項目のケアを被評価者が実施している場面を現認しながら OJT をすることが必要であり、アセッサーと被評価者は共に行動しなければ確認できない。そのため、異なる事業所では一連の評価手順を遂行することは困難であった。

にしまち幸朋苑は 2 階、3 階と 2 つのチームがあり、各チームに 1 名ずつアセッサーがいることから、チームで実施できる方法を考え、概要説明から評価、OJT を計画的に行うことにより、段位取得へ向けて効率よく進められる環境づくりができたので報告する。

＜キャリア段位制度とは＞

「できる（実践的スキル）」の評価として介護技術を客観的に評価するものである。この評価基準では、介護の専門技術を具体的に表現・明確化し、「介護技術を可視化して評価できる」ようになっており、介護の実践的スキルを公平に評価することができる。

導入することによる施設へのメリットは
・介護技術の基準が明確に示され、指導方法、
介護技術の標準化がなされる

- ・計画的な OJT を実施でき、OJT を通じ職員の能力が向上できる
- ・目標設定から達成までの一連の取組みを、計画的に実行できる
導入することによる職員へのメリットは
- ・介護技術についての目的や根拠の理解を深めた上で実務を行うようになる
- ・介護の見える化、可視化で自分の出来ていない部分が分かる
- ・記録内容について必要な情報を意識して記入できるようになる

＜キャリア段位のレベルの設定と手順＞

レベル 2 から 4 まで設定されており、評価項目はレベル 2 (76 項目)、レベル 3 (127 項目)、レベル 4 (148 項目) である。それぞれの評価項目について評価、OJT、評価根拠の記載が必要であり、すべての項目で「できる」の評価となることが必須である。

手順は、事前準備(概要説明)→期首評価(自己評価とアセッサーの評価、目標設定面談、期首データ登録)→期中(介護技術向上のための取り組み、OJT)→期末(自己評価、アセッサーの評価、最終面談)→被評価者が認定基準を満たした場合レベル申請となる。

研究方法

I 目的

段位取得に向け効率よく進められる手法を確立する

II 期間

平成 29 年 4 月～平成 30 年 2 月

III 対象

介護職員 20 名(被評価者)

IV 年間計画を立案(表 1)

1 キャリア段位制度の概要説明

- 2 段位基準評価票内容の追加・修正
多職種で内容について必須ポイントを追加し、具体的な設問で回答しやすい形式に修正
- 3 入浴、食事、排泄、移乗・移動・体位変換の各項目についての勉強会を実施
- 4 自己評価実施し、課題抽出
「できない」項目と理由
- 5 OJT
「できる」になるためのOJTを実施
- 6 介護職員への聞き取り

具体的取り組み内容

4月のチーム会で職員全員にキャリア段位制度の概要、導入のメリットについて資料とともに説明した。

5月のチーム会で入浴の評価項目について勉強会を実施し、6月のチーム会までに利用者へ対する自分のケアを確認、自己評価を評価票に記入した。(評価の対象となる利用者は「要介護4以上」の設定、意思疎通、自己決定の可能な利用者を選定し、2回の実践と評価を実施)

6月のチーム会で評価票の「できない」となった項目を中心にアセッサーがOJTを実施、7月のチーム会まで同項目に対し、OJTを受け、改善したあとの自己評価を実施した。

同様に食事、排泄、移動・移乗・体位変換の項目でも取り組みを行った。

結果・考察

この取り組みを実施することで、段位取得までに実施される手順のうち、概要説明をチーム全員に一斉に行うため、共通の理解でのスタートとなり、1人1人に行っていいた説明が省略できる。そして、チームで勉強会を実施し、自己評価、課題抽出を行うため、「できない」の評価の項目に対しOJTを行い、全員が同じ認識となる。そのため、アセッサーが被評価者ごとに都度繰り返し行っていったOJTを簡略することができる。加えて、多職種で改良した自己評価票は注意・観察ポイントをより詳しく具体的に網羅しており、ケアの改善となる。

また、期末評価票を入力する際、評価の根拠(利用者の状態、対応内容、記録等)はす

べて記述式であり、利用者の状態については同利用者でも小項目ごとに記載する手間があつたが、平成29年11月に評価票がチェック方式に簡略化された。

介護職員へ聞き取りをした結果、

- ・自己評価をすることにより、自己流になつていたケアについて再確認できた
- ・自分の評価結果を知ることにより、今後、何を身に着ける必要があるか分かった
- ・チームで一緒に勉強していくことで、互いの介助方法を共有、助言し合えたなどの回答があり、介護技術の再確認、スキルアップにつながった。

当初はアセッサーの作業負担軽減での取り組みを優先に検討していたが、評価基準に沿って取り組みを行うことで、自己流だったケアの見直し改善につながり、チームみんなが共通意識で計画的に実施することで個々のケアの標準化となった。

おわりに

今後は今回の取り組みを更に分析し、介護段位取得を効率よく進められるよう、いなばエリアの年間計画として運用していきたい。

表1 年間計画

平成29年4月	キャリア段位制度についての概要説明
5月	基本的介護技術（入浴）の勉強会
6月	自己評価（入浴）を実施し、課題を抽出 入浴についての課題に対しOJT実施
7月	基本的介護技術（食事）の勉強会
8月	自己評価（食事）を実施し、課題を抽出 食事についての課題に対しOJT実施
9月	基本的介護技術（排泄）の勉強会
10月	自己評価（排泄）を実施し、課題を抽出 排泄についての課題に対しOJT実施
11月	基本的介護技術（移動移乗体位変換）の 勉強会
12月	自己評価（移動移乗体位変換）を実施し、 課題を抽出 移動移乗体位変換についての課題に対し OJT実施
平成30年1月	基本的介護技術全項目についての確認

【引用文献】

介護キャリアプロフェッショナルキャリア段位

職場の環境改善に向けての取り組み

～5Sに関するアンケート結果を気づきにつなぐ～

にしまち幸朋苑 介護福祉士
尾崎由生子

はじめに

5S活動に取り組んでいるが、問題点は挙がるもの、「どうすれば改善できるか?」を考える姿勢がなく、改善には至っていなかった。環境委員になり、改めて職場環境を見直したところ、整理・整頓ができていないことが目についた。

このたび、5Sに関するアンケート結果を5Sチェック表に活用し、職場の環境改善に取り組んだ。その結果、職員からの気付きや意見がでてきており、職員の意識向上につながったので報告する。

研究方法

I. 期間：平成29年5月～平成30年1月

対象：特養3階 介護職員10名

II. 方法

1. アンケート実施（表1）

目的：基本的なこと（整理・整頓ができるいない、使用した物が元の位置に戻されていない、洗剤、パッドの補充ができるいないなど）ができないため、なぜできないのか把握する。

内容：①5S活動は何のために行っているか？

②5Sチェック表についてどう思うか？

③気になる場所、改善したい場所はどこか？を無記名、留め置き式で10名に実施。

2. アンケート結果をもとにしチーム会で検討する

結果

1. アンケート結果（表2）

①5S活動は何のために行っているか？という質問に対して、「よくわからない」と回答した職員が5名、不要な物を処分するためと回答した職員が2名、リスクの軽減と回答

した職員が2名、時間短縮につなげるためと回答した職員が1名だった。

②5Sチェック表についてどう思うか？という質問に対して、基準が曖昧で自己評価が難しいと回答した職員が5名、何のためにやっているのか不明と回答した職員が3名、役に立っていると回答した職員が1名、やっても改善しないと回答した職員が1名だった。

③気になる場所、改善したい場所はどこか？という質問に対しては、浴室、汚物処理室、共同生活室の3か所に回答が集中した。

2. チーム会での検討

アンケート結果をもとに取り組み方法を検討し次の点を実施することにした。

①5S活動の目的に関する勉強会を開催する。

②5Sチェック表の項目の内容をより具体的にチェックできるように変更する。

③浴室、汚物処理室、共同生活室の3か所を重点に改善方法を考える。

④継続のために意識づけをしていく。

3. 実施

①5Sとは何か、5S活動の目的とは何か、改善前、改善後の写真の紹介、5S活動により個人の質が上がるといった内容を、書籍と資料をもとに勉強会を実施した。

②浴室、汚物処理室、共同生活室の3か所に限定し、チェック項目をより具体的な「洗剤は補充できているか」等の内容のものに変更し、気が付いた事が書ける提案の欄も設けた（表3）。毎月1回チェックし、「テーブルの汚れがこびりついている箇所がある」等の提案があれば、検討後取り入れた。提案内容と改善策を一覧化して供覧し徹底した。

③使用していない物、これからも使用しないと思われる物を処分した。毎日使っているものはシールを貼り定位置を決めた。

また手順書の写真が白黒で、内容がわかり

にくいなどの意見があつたため、写真をカラーにし、見やすいものに変更した。

④毎日のミニカンファレンス後に 5S 活動内容の読み合わせを実施し、職員への意識づけを行つた。提案の中から「洗面台の上の物を元の位置に戻す」等の週間目標を設定し、職員全員で 1 週間、取り組み、最終日のミニカンファレンス後に取り組んでどうだったかという振り返りを実施した。

考察

①勉強会をして、5S 活動をなぜやるのかがわかり、毎月の提案がでることにつながつたと思われる。

②3か所を重点に 5S チェック表を見直し、項目を細かくしたことで、自己評価がしやすくなり、改善点が明確になった。5S チェック表に提案の欄を設けて、月に 1 人 1 件の気付いたこと、気になることを提案してもらうことで職員に考える力が付いてきたと思われる。

③不要物を処分し、シールを貼り、定位置を決めたことで、使用物品を元に戻すようになった。このことから、探す時間が省け、業務への取りかかりから片付けまでがスムーズに行えるようになったと思われる。

④活動内容の読み合わせを実施したこと、週間目標を設定して取り組んだことにより、日々の業務中や申し送り時、ミニカンファレンス時に、職員から問題点の改善に対する意見が出るようになつた。このことから、5S 活動への意識が高まり、理解が深まったと考える。

まとめ

今後は、現状維持をしていくと同時に、より一層の 5S 活動に対する職員の意識向上と、新たな場所の改善に取り組んでいきたい。

(表 1) アンケート

5S 活動に関するアンケート		
※全ての回答で□をして下さい。		
(1) 5S 活動は何のために行っていると思いますか?		
<input checked="" type="checkbox"/> ・ミスや事故をなくす <input checked="" type="checkbox"/> ・掃除規則につなげる <input checked="" type="checkbox"/> ・作業効率が良くなる <input checked="" type="checkbox"/> ・不要物を処分する		
<input checked="" type="checkbox"/> ・リスクの軽減 <input checked="" type="checkbox"/> ・気持ちよく働ける <input checked="" type="checkbox"/> ・よくわからない		
[その他]		
(2) 5S チェック表についてどう思いますか?		
<input checked="" type="checkbox"/> ・役に立っている <input checked="" type="checkbox"/> ・評議會も有効 <input checked="" type="checkbox"/> ・評議會の結果 <input checked="" type="checkbox"/> ・基準が曖昧で自己評価が難しい <input checked="" type="checkbox"/> ・何のためにやっているのか不明		
<input checked="" type="checkbox"/> ・やっても改善しない <input checked="" type="checkbox"/> ・次に活用できない		
[その他]		
(3) 気になる場所、改善したい場所はどこですか?		
<input checked="" type="checkbox"/> ・浴室 <input checked="" type="checkbox"/> ・共同生活室 <input checked="" type="checkbox"/> ・汚物処理室		
<input checked="" type="checkbox"/> ・ダムエーダー室 <input checked="" type="checkbox"/> ・廊下 <input checked="" type="checkbox"/> ・ローフ		
[その他]		
ご協力ありがとうございました。		

(表 2) アンケート結果

NO	質問と回答内容	結果
1	5S 活動は何のために行っていると思いますか?	
	①よくわからない	5
	②不要な物を処分するため	2
	③リスクの軽減	2
2	④時間短縮につなげるため	1
	5S チェック表についてどう思いますか?	
	①基準が曖昧で自己評価が難しい	5
	②何のためにやっているのか不明	3
	③役に立っている	1
3	④やっても改善しない	1
	気になる場所、改善したい場所はどこですか?	
	①汚物処理室	4
	②浴室	2
	③共同生活室	2
	④ダムエーダー室	1
	⑤居室	1

(表 3) 5S チェック表

5S チェック表			
氏名:			
1. 整理: 必要ないものと必要なものに分け、不要なものを処分する。 2. 清掃: 汚れたりしたものを拭いたあとに窓や、つまづきなどを取り出せ、冬状態にしておく。 3. 紛失: 壁に掛けられた物を落とさない状態に保つ。 4. 治療: 「整理」「整頓」「清掃」「品質」の点を絶対に常に清潔な状態を保つ。 5. 総合: 清められたルール、手順を正しく守る習慣を構築すること。			
※評価は○× で行うものとする。			
上記1~5が対象			
NO	対象箇所	基 準	評 価
1	浴 室	排水溝に沿って掃除が行われているか。	
2	汚 物 処 理 室	窓辺に沿ってバッド等の整理整頓はできているか。	
		床面パックの中の必要な物はセントでできているか。	
		洗剤は積充てできているか。	
3	共 同 生 活 室	ベーパータオルはセットできているか。	
		洗濯手順に沿って、洗濯前の清掃はできているか。	
		清掃チェック表に沿って、シンクの清掃はできているか。	
		清掃チェック表に沿って、床面の清掃はできているか。	
		机の清掃はできているか。	
		テーブルは拭けていているか。	
		トロミ、サンフライバーは補充できているか。	
		食器洗剤、手洗い洗剤は補充できているか。	
		1日1回換気ができているか。	
★5Sに慣れて、気付いたこと、気になることを記入して下さい。(1人1件)			

【参考文献】

- 越前行夫: 5S のすすめ方 日本能率協会マネジメントセンター
- 大西農夫明: 5S の基本が面白いほど身に付く本 株式会社 KADOKAWA
- 全国社会福祉法人経営者協議会: 初級リスクマネジャー養成講座テキスト

介護老人福祉施設入居者の爪白癬の現状とケアの実際

～爪白癬治療の症例を通して～

にしまち幸朋苑 看護師

○ 井上喜子 河上歌子

はじめに

足の爪白癬の感染は踏ん張る時に力が入らず、バランスを崩し立位や歩行に大きく影響を及ぼす。そして爪白癬の爪切りは医療行為の為、看護師が行っている。

今回、爪白癬治療剤を塗布した症例を経験した。爪の変化を毎月写真に撮り 1 年間の治療経過を観た。

介護老人福祉施設での爪白癬のケア（以後爪ケアと略す）の現状と治療効果を考察したので報告する。

研究方法、

I . 研究期間

平成 29 年 2 月から平成 30 年 2 月

II. 爪白癬の現状

1. 入居者の状況

2. 爪白癬の感染状況

3. 爪ケアの現状

III. 治療の効果

1. 対象

80 代男性 要介護度 4

身長 167 cm 体重 70~75kg

既往歴：脳梗塞後遺症 慢性腎不全

高齢者日常生活自立度：B2

右不全麻痺：掴まればやっと立てるが瞬時に不安定。

爪の状況：全異常性爪真菌症 (TDD)

入居時より全趾の爪白癬

2. 塗布方法

エフィナコナゾール外用液（以後外用液と略す）を毎日 1 回、爪全体と、爪と皮膚の境目に全趾の爪に塗布した。入浴日はその後に、それ以外の日は清拭後塗布する。

3. 評価方法

毎月第 3 水曜日に写真を撮り一覧表(表 1)を作成、爪の変化を評価する。

4. 倫理的配慮

個人を特定できないよう配慮し当エリアの倫理委員会の承諾を得た。

結果

I . 爪白癬の現状

1. 入居者の状況

平均年齢 91 歳、平均介護度 4.5 生活自立度は B1, B2 が 7 名 (21%) 、 C1, C2 が 26 名 (79%) を占める施設である。看護職員は 2 名を配置している。

2. 爪白癬の感染状況

入居時に看護師が肉眼的に白癬の感染状況を判断し爪白癬状況表（図 1）にチェックしている。

研究期間中の入居者数 33 名の感染状況は（図 2・3）のとおりである。33 名のうち感染があるのは 25 名 (76%) 無いが 8 名 (24%) であった。感染有りの内訳は、足と手が 5 名、足だけが 20 名だった。生活自立度で感染状況を見ると、B1, B2 の 7 名中 3 名 (43%) にあり、C1, C2 の 26 名中 22 名 (85%) にあった。足白癬症状のある入居者はいなかった。

3. 爪ケアの現状

入浴後に実施するように決めているが出来ないことが多い為 1~2 か月に 1 回程度になっている。爪切りやニッパーを使って行っているが、方法は決まっていない。個人用爪ヤスリがないので使用していない。

白癬爪を切るのは、当苑に勤務してからが初めての事が多く経験が少ない。その為か特に第 1 趾は厚く硬く切りにくく慎重に少しづつ切っても出血し、爪の一部が靴下等に引っかかる、爪剥離に至ったことがあった。

II. 治療の効果

1. 外用液塗布爪の変化（表 2）

左右とも毎月の顕著な変化はなく、また

第2趾から第5趾では違いが無かった。そこで塗布前、塗布後3か月、6か月、9か月、12か月の5回に分けて、左足の第1趾(以後左1と略す)と第2趾(以後左2と略す)の爪の色、艶、固さ、形の変化等を検討した。

1) 塗布前

爪は白濁し、硬く肥厚し爪切りが困難であった。

2) 3か月

左1は爪切りがやっとできるようになったが先端が崩れ変形した。左2の新しく伸びた爪根部はややピンク色で艶があり、感染はみられなかった。

3) 6か月

左1の爪根部は艶があり感染は見られなかった。左2も新しい感染は見られなかった。

4) 9か月

左1の爪根部に白濁がみられた。左2爪根部は感染なく経過した。

5) 12か月

左1は爪根部より7mmが薄くなつたがそれより先端13mmの爪は白濁で、さらに容易に崩れ変形も続いた。左2は爪全体がピンク色で9mmの新しい爪に生え変わつた。

2. 外用液の効果

左1は塗布後6か月頃より新しく伸びた爪には感染がなかった。しかし9か月より爪は白濁、肥厚し感染が見られ1年では全ての爪が生え変わらず、外用液の効果はないと判断した。

左2は塗布後3か月ころより新しく伸びた爪に感染がなかった。その後も感染がなく外用液の効果がみられた。

考察

1. 爪白癬の現状と爪ケア

B1,B2の利用者に対しては立位や歩行に爪の状態は大きくかかわってくるので、もっと積極的にケアを計画し実施する必要がある。その為には爪ケアの手順の作成、ケアに使用する爪ヤスリ等の物品の準備が必要である。

白癬の感染者はB1,B2の利用者43%に対しC1,C2の利用者は85%が多い。C1,C2の利用者は、靴下を脱ぐ際にひつかかって、爪剥離にならないような爪ケアが必要である。

2. 治療の効果

症例は全異栄養性爪真菌症で重症感染例のため治癒困難であった。左1は面積も広く厚さもあり1年では効果が見られなかつた。また、もっと早い時期に爪ヤスリで爪を薄くしたほうが、治療効果が上がつたと考える。

左2は1年で爪が生え変わり、毎日塗り続けたことで効果があつた。

安定した立位が取れなければ転倒リスクが高く、その為には外用液を塗布し爪白癬の治療の継続が必要である。体格が大きい為、安定した立位が取れれば介助するのも労力が少なくて済む。今後も爪ケアの重要性を考慮し、まずは爪全部が生え変わるまで治療を継続することが必要である。

まとめ

毎日外用液を塗り、爪ケアを実施した事は爪の重要性を考えるよい機会だった。爪が立位・歩行姿勢にかかわることを考慮し看護師としての役割を果たしたい。



図1
爪白癬状況表

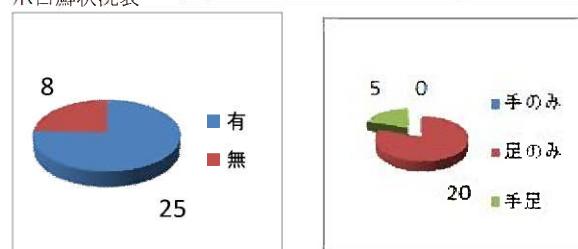


図3 感染部位



表2 一覧表(第1・2趾)

塗布前	3か月	6か月	9か月	12か月
2017/2/13	2017/5/17	2017/8/16	2017/11/8	2018/2/19

【参考文献】

日本皮膚科学会ガイドライン 皮膚真菌症診断・治療ガイドライン

いなばエリアリハビリ組織体制の見直しによる効果と 今後の取り組みについて

通所リハビリテーション にしまち幸朋苑 言語聴覚士 係長
赤峰孝宏

はじめに

リハビリ組織体制見直し以前は、いなば幸朋苑リハビリ、にしまち幸朋苑リハビリそれぞれに主任を置いていたが、にしまち幸朋苑リハビリに関しては訪問リハビリテーション事業所と通所リハビリテーション事業所の主任を兼務していた。そのため広報活動が十分ではなく、新規利用者増加に伸び悩んでいた。そこで平成 29 年 3 月からは、いなばエリアリハビリとして統括する係長と、にしまち訪問リハビリに専任の主任を配置する組織体制に変更した。（図 1）

今回、体制の見直しの効果と今後の取り組みに関する報告する。

組織体制見直しによる効果

1. 訪問リハビリテーションにしまち幸朋苑利用者増加

組織体制見直し以前は十分な広報活動が実施出来ず、新規利用者も平成 26 年度 18 人、平成 27 年度 16 人、平成 28 年度 13 人と減少傾向にあった。

今回のリハビリ組織体制の見直しで、訪問リハビリテーション事業所にしまち幸朋苑専任の主任を配置することで十分な広報活動を実施することが可能となった。広報活動の際、単に空き状況のお知らせだけではなく、どのような利用者が、訪問リハビリテーションの適応となるかまたは訪問リハビリテーションを利用してどのような効果があるかといったパンフレットを新たに作成し、居宅介護支援事業所へ説明するとともに、以前からいくつかの居宅介護支援事業所から頂いた意見の中で「利用相談から実際に利用開始になるまでに時間がかかることが多い」との指摘があったため、利用相談後 3 日以内に訪

問リハビリテーション事業所医師を交えて情報共有を図り、利用相談があった居宅介護事業所へ利用可否の連絡を徹底することで、平成 29 年度新規利用者数は 30 人と増加した。（図 2）

2. 老健でのリハビリ内容の見直しによる、通所リハビリテーションいなば幸朋苑リハビリマネジメント加算 II カンファレンス件数増加

通所リハビリテーションいなば幸朋苑では医師の協力のもと、リハビリテーションマネジメント加算 II を、平成 27 年度介護報酬改定に合わせ算定している。算定者は年々増加、それに伴い療法士のカンファレンス出席時間の確保が問題となった。そこで、いなば老健の利用者を再評価し、個別訓練対象者と集団訓練対象者の 2 群に分け、集団訓練の利用者を増やすことで、カンファレンスへの出席時間を確保することとした。カンファレンス件数は、平成 27 年度 78 件、平成 28 年度 92 件、平成 29 年度 150 件と増加した。（図 3）

今後の取り組み

訪問リハビリテーションの新規利用者が増加することが予想される。その中でより効率的に利用者宅に訪問に行くことを考えると、新たにいなば幸朋苑内や周辺の空き家等を活用して、訪問リハビリテーションのサテライト事業所を作り、いなば幸朋苑周辺の利用者宅への訪問はサテライト事業所から訪問することで、新規利用者増に対応していくたいと考えている。

まとめ

いなばエリアリハビリ体制の見直しによる効果と今後の取り組みについて報告した。介護保険を取り巻く環境は今後も変化が激しくなることが予想されるが、迅速に対応出来る組織体制を構築していきたいと考えている。

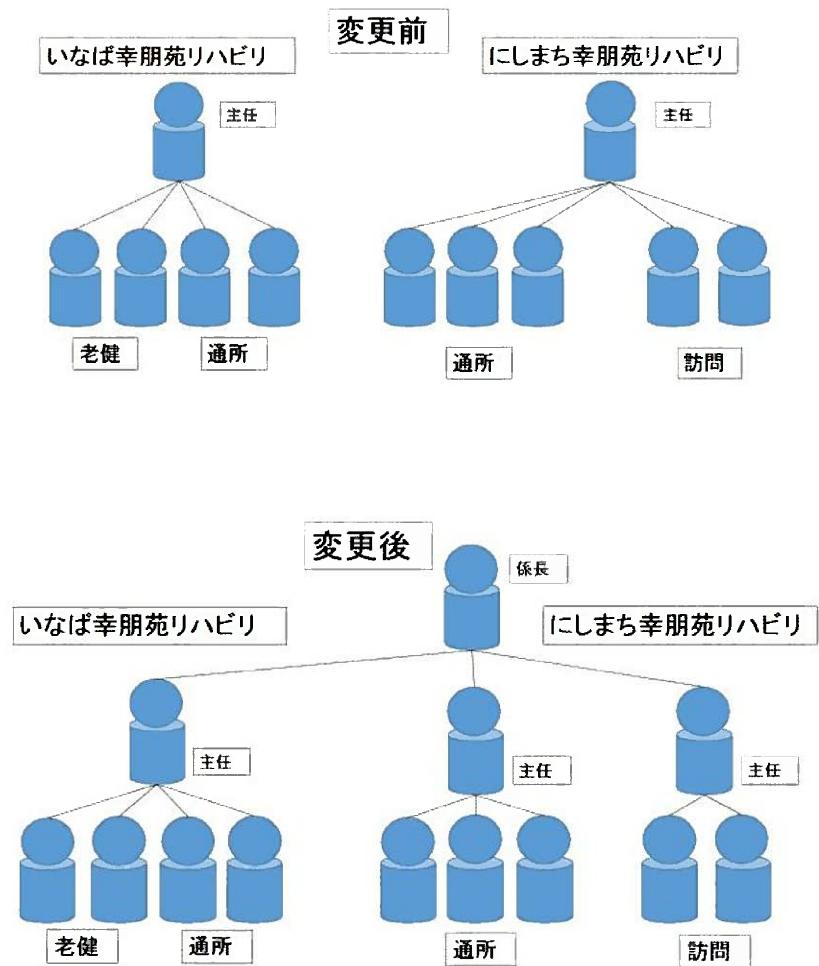


図1 いなばエリアリハビリ組織体制図

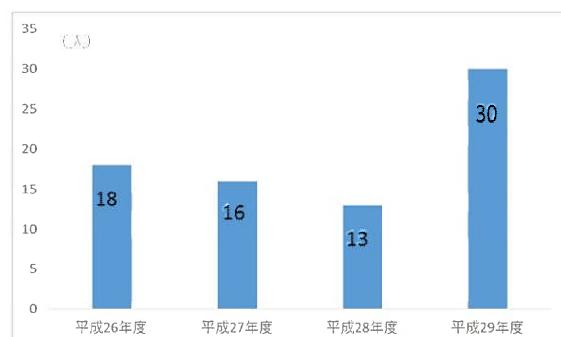


図2 訪問リハビリテーション新規利用者数

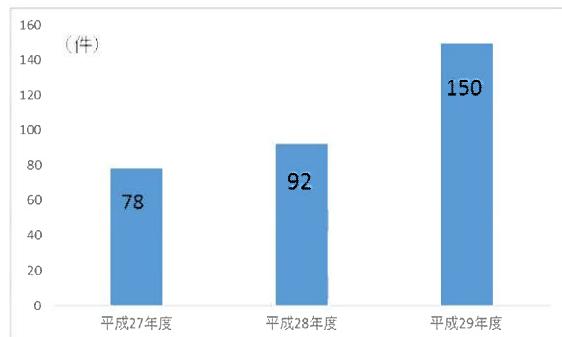


図3 リハビリテーションマネジメント加算II
カンファレンス件数

鳥取市の「認知症初期集中支援チーム」の一員として

にしまち診療所 悠々 医師
岸 清志

はじめに

平成 27 年 1 月 27 日に新しい認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が提示された（図 1）。平成 26 年 11 月に行われた先進 8 か国会議で認知症問題が取り上げられたことを背景に、認知症対策を省庁横断的に国家対策として取り組むことを示したものである。大きく 7 つの柱からなるが、認知症初期集中支援チームはこのうち、1. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供と 2. 認知症の人の介護者への支援の柱として取り上げられ、新オレンジプランのなかでも重要な試みとして位置付けられている。

認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームの概略を図 2 に示す。ポイントは複数の専門職が、認知症の人や家族をこちらから訪問することである。この場合の「初期」とは必ずしも疾患の初期段階という意味ではなく、初動 first touch を意味しており、「集中」は認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等を包括的・集中的（おおむね 6 か月）に行い、自立生活サポートを行ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味している。

鳥取市における認知症初期集中支援チームの活動

鳥取市では平成 29 年 1 月から認知症初期集中支援チームが本格稼働し、現在に至っている。チーム員は専門医および医療と介護の専門職からなり 4 名以上構成されている。当初は 1 チームでスタートし、平成 29 年 6 月からは、にしまち診療所 悠々 の認知症サポー

ト医である演者が加わり、2 チームで活動している。活動 1 年間でチームが支援に入った件数は 8 件、うち 3 件は医療につながり、介護認定を受けている。

初期集中支援の事例提示

80 歳代の独居女性

2 年前に夫が亡くなつてから「2 階で話声が聞こえる」等の妄想出現。近所の人や警察に連絡があるなどしたため、民生委員から地域包括支援センターに相談。包括が訪問すると、物忘れや生活環境の乱れ、金銭管理が難しい等が判明、医療機関受診と生活支援の必要があるが、本人は医者嫌いで、受診勧奨するも頑なに拒否して支援が進まず。

初期集中支援チーム（地域包括支援センター担当者と地域包括ケア推進課保健師）が訪問しアセスメント。次いで初期集中支援チーム員会議を開催（図 3）し、支援方針（本人との信頼関係を作りつつ、受診勧奨をする）を決定。

2 か月後、ガスストーブで焦げたと思われる衣服が何枚もあり、きちんと整容できていた髪は乱れ、衣服は汚れたまま。

緊急にチーム員会議を招集し、往診可能な認知症サポート医（演者）に往診依頼。認知症の診断を得、介護認定を受けて、居宅介護支援事業所へ引継ぎ。介護保険サービス利用につながった。



今後の課題

1. 認知症初期集中支援チームの広報
2. 支援を拒否する認知症者への対応

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン） ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で
自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

図 1. 認知症施策推進総合戦略
(新オレンジプラン)

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね 6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職
(保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等)

専門医
(認知症サポート医嘱託可)

配置場所 地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症疾患センター、市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
(イ) 繙続的な医療サービスを受けていない人
(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している



図 2. 認知症初期集中支援チーム

図 3 チーム員会議

介護骨折を契機に利用が進んだスライディングシート

～職員の意識改革につなげる～

にしまち幸朋苑 介護福祉士
○榎並 三香子 佐竹久美子

はじめに

平成 28 年 2 月、特養入居者 3 名に介護に関わる骨折が連続して発生した。このことに危機感を持ち、再発防止策を検討した。このうち、体位変換中に大腿骨骨折をおこした 1 例はスライディングシート（以後シートと略す）を活用していれば防げた可能性のある事例だった。

当時、シートの活用が全く進んでいなかったため、その要因を探り、利用者ごとに実技指導をチームで実施した結果、職員の意識が変わると同時にシートの活用が進んできたので、その経過を報告する。

研究方法

1. 研究期間：平成 29 年 4 月から平成 30 年 10 月までの 19 か月間

2. 対象者：にしまち特養 3 階介護士

3. 研究方法：

1) アンケートによるシート活用の実態調査（平成 29 年 4 月：介護士 10 名）

設問内容は(1)シート活用の有無、(2)活用していない理由(3)シートを活用しないで行っているケア方法(4)活用する理由、(5)腰痛の有無の 5 項目とした。

2) 活用していない要因分析と改善計画の実施（平成 29 年 5 月から平成 30 年 9 月）
アンケート結果を基にノーリフティング推進委員（以後委員と略す）を中心に改善計画を立案し実施する。

3) アンケートによる改善計画の効果確認（平成 30 年 10 月：介護士 11 名）

前回アンケートの 5 項目に活用に至った理由、役立った研修等はなにかの 2 項目を加え 7 項目とした（表 1）。

4. 倫理的配慮：職員に研究以外には使用し

ないことの了承を得た。

結果

1. シート活用の実態

1) シートを活用の有無

活用していない 3 名、時々活用する 5 名、毎回活用するが 2 名だった。

2) 活用していない理由は手間がかかる 4 名、活用方法が分からぬ 4 名、活用しようとしてもその場にない 3 名、他の職員も活用していない 3 名、腰痛がなく支障がない 2 名の順であった（図 1）。

3) シートを活用しないで行っている側臥位にする方法のうち 6 名が肩と大腿部に手を入れ、引きながら一気に横にするという方法で、これにより骨折を起こした。他には、上半身と下半身の 2 回に分けて手前に引いてから横にする 1 名、肩と臀部に手を入れる 4 名だった。また、上方に体を移動する方法では、ベッド頭側から入居者の脇に手を入れ引き上げている介護士が 6 名であった。側臥位にすると同様、肩と大腿部に手を入れる骨折リスクの高い方法でケアを行っている介護士も 1 名あった。

4) 活用する理由は、2 名が利用者の安全を考えて、少ない力でケアができる、腰への負担が少ないと答えた。

5) 腰痛の有無では、腰痛者は 2 名おり、シートは時々活用していた。

2. 活用していない要因分析と改善計画の実施

1) 入居者 20 名中 14 名は自分で体位変換ができず、介護士によって体位変換を行う必要があった。体格や拘縮部位・拘縮の程度が様々な入居者に対して 1 回の指

導では活用方法が分からないということから、委員が同じ手順で実技指導を繰り返し行うこととした。

2) 活用しようとしてもシートがその場にないということから、必要数を準備し、すぐに活用できるようにそれぞれ居室に設置した。

3) 毎月、ユニット会やチーム会でシートの活用状況や疑問点等を検討した。その結果、他の職員もやっていないので活用していないという雰囲気がなくなり、活用方法に困っている等、職員からの質問ができるようになり、その都度、利用者のもとに出向き、安全な方法を指導した。

4) 委員や介護士同士で解決できない時は、すぐにリハビリ職員に相談し、再度検証し、介護士へ指導した。

3. アンケートによる効果確認

シートを活用していない職員は無くなり、毎回活用するは10名になったが、時々活用しているも1名あった(図2)。活用に至った理由は腰への負担が少ない9名、利用者の安全を考えて8名、少ない力でケアができる8名、活用方法が分かった5名だった。入居者の居室にシートを準備したことで活用に至ったと6名が答えている(図3)。どんな研修が役立ったかの設問では介護士による実技指導が9名と多く、次に利用者毎の実技指導やリハビリ職員による実技指導と答えている。講義を選んだ職員はいなかつた(図4)。しかし、シートを毎回活用していても腰痛があると答えた介護士が4名に増加した。

考察

4つの改善策を実施した結果、シートを活用する介護士が増加した。

1. 担当利用者毎に、委員やリハビリ職員を中心に実技指導を行ったことで方法が分かり活用するようになった。

2. 必要数シートを設置したことも直ぐに使え、活用に至った。

3. 毎月、ユニット会やチーム会での検討を繰り返すことで、チーム全員で取り組む雰囲気ができた。その結果、利用者の安全を考えるようになった介護士が増加した。

4. リハビリ職員との連携する頻度も増加した。

これらの積み重ねで少しづつ介護士の意識が変わり、シートの活用に繋がったと考える。

しかし改善策を実施したにもかかわらず腰痛者が増加したのは、体位変換以外の移乗方法等の対策が進んでいないためと考える。今後の課題である。

おわりに

幸いにも改善計画を実施してから介護骨折は起こっていない。今後も利用者の安全と職員の腰痛予防のためにノーリフティングに取り組んでいきたい。

表1.アンケート

スマイリングシート活用に関するアンケート調査(実施後)

上記に關して教えてください。必ず以外は使用せんのでもご協力をお願いします。

1. 性別
①男 ②女

2. 年齢
①10歳未満 ②1~5年 ③6~10年 ④11~15年 ⑤16~20年 ⑥21歳以上

3. 職種の内訳
①看護師 ②准看護師 ③介護士 ④准介護士 ⑤介助者 ⑥理学療法士 ⑦作業療法士 ⑧言語聴覚士 ⑨精神保健福祉士 ⑩看護助手 ⑪准看護助手 ⑫介助員 ⑬パート・アルバイト ⑭その他

4. スマイリングシートは
①活用している
②活用していない
③活用しない

5. あなたが行っているシートを活用しないケア方法は? (複数回答可)

5-1 ①腰の痛みがひどい場合にする
②腰の痛みがひどくない場合にする
③腰の痛みがひどい場合にする
④腰の痛みがひどくない場合にする
⑤腰の痛みがひどい場合にする
⑥腰の痛みがひどくない場合にする
5-2 あなたが行っているシートを活用しない腰痛の原因
①腰の痛みがひどい場合にする
②腰の痛みがひどくない場合にする
③腰の痛みがひどい場合にする
④腰の痛みがひどくない場合にする
⑤腰の痛みがひどい場合にする
⑥腰の痛みがひどくない場合にする
5-3 あなたが行っているシートを活用しない腰痛の原因
①腰の痛みがひどい場合にする
②腰の痛みがひどくない場合にする
③腰の痛みがひどい場合にする
④腰の痛みがひどくない場合にする
⑤腰の痛みがひどい場合にする
⑥腰の痛みがひどくない場合にする
5-5-1 どんな研修等で学びましたか?(複数回答可)
①看護師・准看護師による講義 ②介護士による実技指導
③看護師の実技指導 ④ノックアドバイスによる技術指導
⑤他のもの

6. 6-1 今後、どうすればシートの活用が継続できると思いますか?(複数回答可)
①技術指導 ②実技指導 ③ノックアドバイス ④腰痛の原因を教える
⑤他のもの

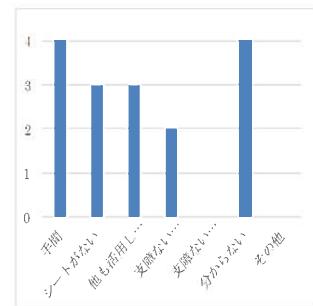


図1.活用しない理由

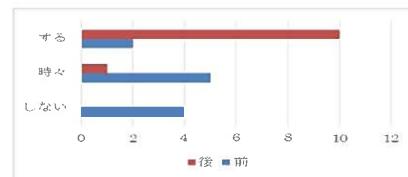


図2.活用の変化



図3.活用の理由

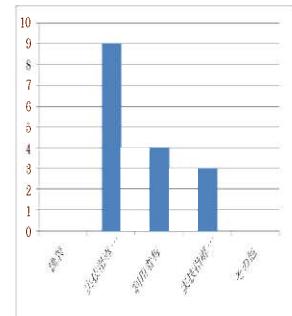


図4.役立った研修等

興味のある作業を通して活動・参加へ展開できた一症例

～身体機能訓練への依存軽減へ向けた取り組み～

にしまち幸朋苑 通所リハビリテーション 作業療法士
西本裕香子

はじめに

近年、通所リハビリテーション（以下デイケア）では地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みとして、「活動」・「参加」に焦点を当てたリハビリの介入が推進されている。今回、身体機能へ強いこだわりがみられる生活期利用者に対し、興味のある作業を通して「活動」・「参加」へ展開できた症例を経験したので報告する。

症例紹介

【症例】70歳代男性、独居、要支援2
【診断名】脳挫傷、くも膜下出血、頸部一部損傷
【障害名】左片麻痺、高次脳機能障害
【趣味】ヨガ
【発症前】仕事でヨガの先生をしており、真面目で用心深い。
【発症後】苛立つことが多い。

作業療法介入前

更衣・調理動作の自立と体力作りを目標として5年前に利用開始し、身体機能訓練を主体として関わっていた。麻痺レベルに変化はなかったが、体力面の向上や補助具を導入した事で、身体機能・ADL能力は改善し、趣味のヨガ教室も再開が可能になった。しかし、「左手が動けるようになりたい」という麻痺の改善への思いが強く残っており、リハビリ担当が変更になっても同じ身体機能訓練を希望し、4年間同じ内容の身体機能訓練への依存があった。現状への満足感や自己評価が低い印象があり、身体機能への固執、遂行機能障害による目標・計画設定困難から訓練内容を変更する事に拒否があった。一方で「何のためにリハビリをしているか分からぬ」と利用料金を滞納したり、「気が向かない」。

夏はクーラーが嫌だ。」と話すなど、定期的な利用に繋がらずにいた。自己能力の再認識を促し、「活動」・「参加」に視点を変えさせる関わりが必要であると考えた。

介入時の作業療法評価

【麻痺】左片麻痺
BRS(上肢V、手指IV、下肢V)
【感覺】左手指表在・深部中等度鈍麻
【筋力】MMT 左上肢 4
【日常生活動作】
FIM : 111/126点 (運動: 86点/認知: 25点)
【認知・高次脳】
FAB (16/18点)
BADS (検査: 9/24点・本人質問: 46/80点)、
HDS-R : 30/30点
【対人交流】
複雑会話は理解が難しく簡略化する必要あり。

介入計画

【目標】
自己肯定感の向上や自己認識を促し、「活動」・「参加」への意識変化を図る。
【介入への問題点】
①自己認識不足により身体機能への固執が強く、「活動」・「参加」に気持ちが向けられていない。
②リハビリへのモチベーション低下があり、定期的な利用に繋がらず利用料金の滞納がある。
【介入方法】
目標再認識のため面接と興味のある作業を探しリハビリに反映する。

作業療法介入後

1期：面接により関係性を構築した時期

(1か月半)

面接では、身体機能向上への期待、不安、焦りを吐露した。また、残存能力を活かした生活には目が向けられていなかった。自己能力の再認識を促すため、身体機能訓練に対してフィードバック（以下 FB）や数値、写真等を入れた評価表を作成し、振り返りを実施した。結果として、身体機能の再認識ができ、OTとの関係性の構築にも繋がった。

2期：身体機能訓練への依存が軽減した時期

(3か月)

興味のある作業としてヨガや食事療法が挙がった。「ヨガの種類が少ない」と訴えがあり、自信をつけるためにヨガの種類の増加を図った。主体的な取り組みに向けて、OTにヨガを指導する方法で介入した。麻痺側の動作工夫の提案や筋肉の名前・効果と一緒に調べて確認する事で訓練への関心が高まり、リハビリ意欲の向上が図れた。また、遂行機能障害の影響から順序立てて説明する事が難しいため、伝わりやすい言葉選びについて合わせて検討、提案した。その結果、ヨガ教室でも教えられる種類が増え、参加者からの評判も上がり自信に繋がった。身体機能訓練では自宅でも出来る体操（以下リハビリ体操）を導入し、FBを継続した事で「身体機能訓練はもう必要ないのかもしれない」と訴えるようになり、本人が納得された上で終了する事ができた。

3期：目標を持ち自宅生活を送った時期

(1か月)

リハビリ体操導入により健康意識が高まり、自分で取り組む姿勢が構築できた。しかし、夏場の冷房を嫌がり毎年1ヶ月休む傾向があった。例年通り目標なく休むことを避けるため、休み期間中もリハビリ体操を自宅で続ける事を提案し快諾を得た。休み期間中は生活状況や体操の頻度、実施後の様子や困り事等の確認のため、月2回フォローアップを実施した。リハビリへの依存が軽減した事で目標を持って休む事ができ自信に繋がった。

4期：主体的に今後を考えられた時期

(4か月)

1ヶ月の休み期間中の課題点などを解決した後、リハビリ体操をセルフリハビリとして習慣付けるため再度、休み期間を設けることにした。期間は2か月へ延長し、フォローアップは前回同様月2回実施した。結果として、リハビリ体操の実施回数も増加し、デイケアを利用せず自分でリハビリ体操に取り組めた事でデイケア利用料が減少した。経済的な余裕が生まれた事で興味を示していた食時療法にも取り組むことができ、活動の幅も広がった。合わせて、利用料金の滞納も改善した。利用再開後は自ら本を持参し、確認したい内容を考えてくるようになり、主体的に訓練へ取り組むようになった。また、ヨガ教室で他者にリハビリ体操を指導、他者から誘われた朝の散歩活動にも参加するなど地域活動が拡大し、社会参加の質が向上した。今後の生活については「興味を持ったことに挑戦できるように必要な時にリハビリを希望する。体操をして自分で健康管理に気をつける。」と主体的な視点で活動・参加への想いを語るようになった。

まとめ

今回の経験を通して、目標設定に利用者が主体的に参加し、興味のある作業を重要視すること、OTと対象者が協働的に行うことの重要性を再認識した。また、ニーズに合わせて支援ができるように身体機能だけでなく、利害者の生活場面に寄り添い、「活動」「参加」を視点に介入する事の重要性を再認識した。

コミュニケーションの第一歩はあいさつから ～認知症介護実践者リーダー研修を受講して～

短期入所生活介護　にしまち幸朋苑　介護福祉士
宮本　剛

はじめに

これまで、認知症ケアについてチーム会で勉強会を実施してきた。しかし、今回、認知症介護実践者リーダー研修を受講し、認知症の基礎知識がまだまだ不足していること、パーソンセンタードケア（以下PCCと略す）ができていないことを改めて感じた。一般論では分かっていても、実際の担当利用者のBPSDに対して十分なケアができていない現状がある。

そこで、チーム全体で認知症ケアを実践していくための足掛かりとして、まず一人の担当介護士に対して面談やテストを行い、認知症の理解度を確認する。さらにケアを行う上で困っていることや、PCCを実践するために必要な事は何かを考えてもらった。その取り組みの経過を報告する。

研究方法

目的：認知症の理解度を確認し、PCCを実践する

期間：令和1年11月6日～12月31日

対象：介護福祉士A（以下、職員A）

職員Aが担当している利用者B（以下、利用者B）

女性 90歳 要介護度4

アルツハイマー型認知症

障害高齢者自立度：B1

認知症高齢者自立度：IIIa

歩行：独歩（馬蹄型歩行器使用）

排泄：自立

食事：自立

方法：

1)職員Aと面談をし以下の3点について聞き取る

(1)日々のケアの中で困っていること
(2)PCCの理解と実践について

(3)認知症中核症状とBPSDの理解について

2)自己学習

研修で使用した教材を使用し中核症状とBPSDとの関連性について理解する

3)面談・学習後の課題を抽出し、解決策の提案、助言をする

結果

1)-1 1回目面談（11月6日実施）

(1)日々のケアの中で困っていること

「利用者Bは大きな声で歌を歌っていると思えば急に泣き出すことがある。いろいろと声かけをしてみると、泣き止まない。さらに怒り出すこともある。そのようなBPSDに対して、どうしたらいいか分からず、困っている。できることならあまり声をかけたくない」

(2)PCCの理解と実践について

「強く意識しているわけではないが、常に優しく笑顔で声掛けをするように心掛けている。利用者が笑顔でいてくれたらいいことなのかな」

(3)認知症中核症状とBPSDの理解について

「チーム会での勉強会のときに聞いてはいるが、実際に担当利用者に当てはめて考えてみるとどうしたらいいのかわからない」

2)自己学習

「知ってなるほど塾」にある自己確認テストを実施し理解度を確認した。中核症状についてはある程度理解できているが、BPSDとの関連性について分からぬと言った。

3)1回目の面談、自己学習後の課題

①2つの課題を抽出し、解決策の提案をした。

利用者Bの行動を困った行動だと受け止めていた。そのため笑顔で声かけをしていると職員Aは言っているが、困っている表情が利用者Bに伝わっているのではないかと考えた。

知識を深めるのと同時に、利用者Bに対しての苦手意識をなくすため、出勤したら必ず『Bさん、おはようございます』と名前を呼んで目を見てあいさつすることを提案した。

②中核症状についてはある程度理解できているが、BPSDとの関連性についてわからない。

その為かアセスメントできない。

1) -2 2回目面談（11月15日実施）

課題の②に対して「知ってなるほど塾」中の動画事例（殴りかかるナツオさん）を視聴したうえで面談を行った。動画事例の中核症状とBPSDとの関連性については理解できていた。利用者Bの日々の行動にも、理由があるということがわかつっていたが、その理由を掘めていなかった。利用者Bの行動の理解を深めるため、行動の背景をアセスメントし直してみるよう助言した。

1) -3 3回目面談（12月6日実施）

利用者Bについて理解しようと意識し、向き合ったことで、「今日の調子はどうだろうか？何かかわったことはないだろうか？」とそのときの表情、行動を確認してからケアに入るようになった。また、急な感情の変化についても考えることができた。歌を歌っていると思っていたが、それはただの歌ではなく淨瑠璃で、登場人物を一人で演じているのではないか？どんな声かけをしても聴き入れずに泣き止まないのは、役に入りきっているからではないか？一度淨瑠璃を始めると最後まで通してしまわないと満足できないのではないか？と考え、声かけをするときは淨瑠璃が全て終わってからするようした。その結果、『「はい！わかりました！」とすっきりした表情で私の話を聞いてくれるようになった。』と職員Aは答えた。利用者Bの行動の理由をアセスメントした結果、困った行動だと思っていたことの理解ができた。

考察

1. 毎日利用者の顔を見て、名前を呼びあいさつをするということは当たり前のことだが、それをすることにより、利用者とコミュニケーションがとれるようになることを改めて感じた。コミュニケーションがとれるようになると利用者を理解しようという気持

ちが深まり、その結果、行動の背景を探るという思考をもてるようになったと考える。

2. 一般的な認知症の勉強会をし、一般的なケアを学ぶのではなく、今起きているBPSDを認知症中核症状と結びつけ、どうしたらいいかを考えることが必要である。

今回、一人の職員を対象に3回の面談をとおし職員自身の認知症の理解度を把握でき、課題に対して、解決策の提案、助言ができた。それにより、BPSDを困った行動と捉えるのではなく、理解しようと意識するようになった。経験年数や認知症の理解が異なる職員に同じ学習をしてもレベルは上がらない。チーム全体の認知症ケアのレベルを上げるためにチームリーダーとして個々の職員の理解度を把握し、個々の学習方法を検討することが必要と考える。

まとめ

認知症ケアとは、実践してすぐに答えや変化がみられるものではなく、非常に時間がかかり変化が目に見えないことも多い。アセスメントを繰り返しながら、ケアを継続し続けていかなければならない。

【参考文献】

- 認知症ケア実践者研修テキスト
- はじめての認知症介護テキスト
- 知ってなるほど塾

皮膚トラブル軽減を目指した取り組み

介護老人福祉施設 にしまち幸朋苑 介護福祉士
富山 のどか

はじめに

高齢者の皮膚は、表皮が薄く保湿性が低下し乾燥しやすいため、皮膚障害や二次的損傷を受けやすい。また、血管が弱くぶつけると内出血を起こしやすいため、ベッド柵や車いすで容易に内出血や皮膚裂傷の皮膚トラブルを起こす。従来から保湿剤を塗布するなどの対策を取ってはいるが、一向に減少する傾向になかった。今回は、内出血に焦点を当て、研究を行った。現状を知る為に発生毎に記録し内出血一覧表を作成、発生件数の多い利用者の皮膚トラブルについて検討したので報告する。

研究方法

研究期間：2019年6月～2019年12月

研究対象：皮膚トラブルの起きた20件

方法：

1) 発生件数

2) 発生状況

(1)発生・発見場所(2)部位 (3)発生・発見時の様子 (4)原因と検証 (5)対策を内出血一覧表（表1）に記載した。

3) 発生件数の多い利用者を特定し検討した。

結果

1) 発生件数(図1)

2019年6月3件、7・8月が4件、9月3件10月1件、11月3件、12月2件で研究期間中に20件発生したが利用者20名中、複数件が3名、1件が7名だった。

2) 発生状況(表1)

(1)発生・発見場所

居室11件（ベッド上9件、洗面所1件トイレ1件）、共同生活室（以後DR）8件、浴室1件であった。20件中、内出血は19件、皮膚裂傷は風呂で発生した1件であった。

(2)発生部位

上肢10件（手背7件・前腕2件・肘関節1件）下肢6件（下腿3件、足関節2件、膝1件）頭部4件（頭2件、額・目周囲1件ずつ）であった。

(3)発生・発見時の様子

内出血に気付いたが、その時出来たものではなく原因不明が5件、車椅子で移動時5件、移乗時3件、その他7件であった。介助中に10件発生し利用者自身の行動による発生は10件であった。

(4)原因と検証

原因はテーブルや柵に当たる8件、接触のため4件、挟まる2件で何かにぶつかって出来た内出血が計14件で一番多くかった。腕を掴んだ・強く擦ったが3件、その他が3件であった。

(5)対策

当たる、接触する、挟まるに対しての対策は、直接当たる所に緩衝材を貼り、利用者は、アームウォマー・レッグウォマーで保護する等の対策やクッションを挟み、柵との距離を取る等が行われていた。

3)発生件数の多い利用者

発生の多い利用者は、3名であった。Aは5件 BとCが4件ずつであった。AとBは検討したが車いす自操や発生原因が類似している為、今回はAとCについて報告する。

利用者A：90歳 介護度4 認知度IIIa 寝たきり度B2 BMIが15.0%と痩せ形。全身の皮膚が特に薄く、下肢に内出血の既往がある。車いすを自操できるが、狭い所を通り抜ける際に周囲を確認しないまま進む傾向にある。内出血5件中2件は手背だった。原因は、自操時にテーブルとアームレストに挟まる・他利用者と接触だった。いずれもDRで発生している。残り3件は、介助で眼鏡をかけた時に顔面に出来た内出血、椅子の脚を蹴り損ねた際に出来た内出血、本人の踝同士が当たり、出来た内出血

である。

利用者C：97歳 介護度5 認知度VI 寝たきり度C2。8月より「看取り」となりアルブミン値2.9で右上肢は拘縮し肘には浮腫がある。4件とも介助中に起こったものである。4件中2件は手背に出来た内出血を発見。原因不明の為、検証した。パッド交換時に拘縮のある腕を掴んだ、無意識に自分の手を擦って出来たのではないかと検証結果で考察した。もう1件はシャワーチェアーから車椅子に移乗中、利用者を抱きかかる為に脇に手を差し込んだ際、入浴の為に浸軟した手首に当たり皮膚裂傷を起こした。検証したが原因が特定できない1件もあった。

発生件数の多いAに対しての対策は、一般的な緩衝剤を貼る、アームウォマーやレッグウォマーで保護するものであった。Cは介護によってできた内出血や皮膚裂傷の為、体位交換時のスライディングシートの使用、移乗手順の見直しや入浴方法の変更などが対応策であった。

考察

1. 皮膚トラブルを起こす原因是テーブルや柵にぶつかる・挟まる・接触するが14件で、発生部位は障害物等に1番ぶつけやすい手背で7件中発生場所はDR4件である。何れも利用者車いすを自操して発生している。DRの広さが狭い事も原因と考えられる為、テーブル配置の工夫や、皮膚を保護する為の手袋の着用等を検討し対策をして行く必要がある。

次に多いのは手や腕を掴んだ・強く擦った3件である。3件ともケア中に発生しており、2件はベッド上でパッド交換や更衣の為の体位転換時に発生している。

老人の皮膚の特徴を踏まえ、介助時は、親指を出来るだけ使用しない、1点だけに圧をかけない等の基本的なケアが必要である。

2.一覧表に記載することで発生頻度の多い利用者が特定出来た。その都度、対策を立てているが、一般的な対策に終わっている為か発生件数が減少していない。利用者個々の認知度、行動パターンや性格、DRでの動線等を考慮した対策が必要である。

内出血は、出来てすぐ発見する事が難しく原因不明が5件と多い。入浴時やパッド交換時等に発見され、検証し原因を考察しても適正かどうか不明のまま、一般的な解決策に終わっている。「腕を握ってしまったので、後で内出血になるかもしれない」というような予測されるリスク考慮した報告や記録が出来るようになった。

終わりに

皮膚トラブルが発生する毎に、まずは記録し原因を検証し対策を考える事はケアの見直しに繋がり、チーム全体的の意識が高まり、ケアの改善に繋がった。内出血・皮膚裂傷を減らすことはできなかったが、今後もこの取り組みを行っていき、皮膚トラブルの減少に繋げて行きたい。

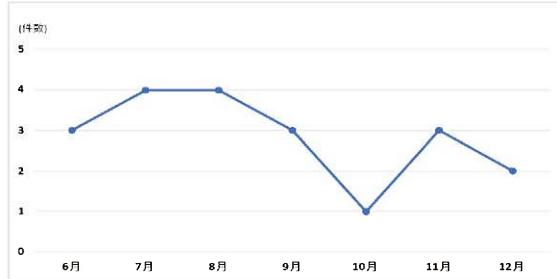


図1 内出血発生件数

表1 内出血一覧表

年月	件数	部位	発生場所	発生・発見時の様子	※	原因・検証結果		対策
						当たる	原因	
D	1	腕	ベッド	不明 洗面時発見	●	当たる キャリッジアップしたまま居室 腰が痛かった。前腕が痛む	1. 頭部30度・足部10度のキャリッジアップ 2. 四隅にクッションを入れる	
E	1		ベッド	デオを額に添えず		落す 腰も痛む	ラジオを操作した	
F	1	腕	DR	眼鏡を拭拭	●	こする 眼鏡を拭く際に強くすつた	眼鏡を十分に濡らせてから拭く	
A	1	顔	洗面所	介助して、メガネをかけた時	●	当たる 眼鏡のツルが当たった	利用者自身で眼鏡をかける	
C			ベッド	不規 衣更時発見	●	痛む 腰も	1. ハンド交換時、先端のある手を 2. 無意識に自分の手を擦る	1. 手を持つき、1点に庄村がかない 2. アームウォマーで保護する
G			DR	移動 自操時、吸い器に接触		接触 吸い器-接触		吸引器の改善場所の変更
B			DR	自操時テーブルとアームレストの 隙間に手が挟まつた		挟まる テーブルとアームレストの 隙間に手が挟まつた		テーブルの正面・下面に紙面を貼る
A	7	手 背	DR	自操時テーブルとアームレストの 隙間に手が挟まつた		挟まる テーブルとアームレストの 隙間に手が挟まつた		テーブルの正面・下面に紙面を貼る
A			DR	自操時便利用品と接触		接触 テーブルと正面合との間が狭い	1. 盆も白晝を変更 2. テーブルの白晝を変更	
C			ベッド	腰痛 腰痛に付いた際、ベッド縁にぶつ けた	●	当たる 身体を引いて腰痛に付いた際、腰痛に 当たった	体位を前に引いて腰痛に付いた際、腰痛に 当たった	体位スライディングシートを使用
H			トイレ	トイレの肘置きに接触した	●	当たる 常に右前腕不随意運動がある	1. アームウォマーで保護する 2. 移乗時、腕の位置を注意する	
C	2	前 腕	風呂	風呂用椅子から車椅子に移乗し た時 皮膚剥離		接触 本人と介助者の皮膚が接触		フレックスギードにて移乗
C			ベッド	不規 体位交換時発見した	●	痛む 腰を揺いで体位交換する	1. 腰を保つ際、1点に庄村がかない 2. アームウォマーで保護する	
B	1	肘	DR	車いす介助中、テーブルに接触し た		接触 急いでおり腰痛を見ていなかった		車椅子介助者は、ゆっくり移動 を心がける
B	1	膝 下	ベッド	字書きで車いすに移乗した	●	当たる サイドレールに当たる		サイドレールに新素材を取り付ける
A	1		DR	足でテーブルの椅子を蹴り倒す 当たる		蹴る 椅子が倒れて蹴った	1. 椅子を近くに置かない 2. テーブルの位置を換える	
I	2	下 腿	ベッド	ベッドからのず落ち		ずり落ち 下筋筋力低下による	1. 字書きを机の本に設置する 2. ぬらぬらと腰を保護する	
B	1		ベッド	ハッド交換時発見		当たる 腰に当たる	字書きにケッシュを付ける	
J	1	足 首	DR	レッグサポートに当たった		当たる レッグサポートの位置と足の高さがあつてない	レッグサポート-ビーチマット間に ケッシュを扶む	
A	1	踝	ベッド	ハッド不規 ハッド交換時発見	●	当たる 足を動かしながら腰に本人の足と足が 足にケッシュを扶む		

【参考文献】1) こうほうえん 感染症をお
こさないための介護基準

機能性構音障害児の訓練期間に影響する要因の分析

訪問リハビリテーション にしまち幸朋苑 言語聴覚士 係長
赤峰孝宏

はじめに

2018年4月、「言語障害児に対する訪問リハビリテーション事業」を開始した。現在までに機能性構音障害と診断された幼児・児童5例に対し構音訓練を実施した。機能性構音障害とは口唇、舌、口蓋に形態の異常ではなく、麻痺などの神経学的な問題がないにも関わらず音の置換や歪み省略が特徴^①で、主に小児の言語聴覚臨床において見られる言語障害の一つであり^②、小児の3.0%に起きるとされている^③と述べている。構音訓練の結果、5例のうち1年以内に障害が改善された症例は4例、他の1例は改善に1年以上を要した。訓練期間の長短に影響する要因について検討したので報告する。

対象

機能性構音障害と診断された5例（男児3例、女児2例）で、2019年12月末までに訓練終了となった幼児・児童である。

方法

5例の訓練開始年齢、訓練期間、単語検査結果、起こり方の一貫性の有無について調査した。起こり方の一貫性とは、ある音がいかなるときでも誤る場合に、起こり方の一貫性が有りとし、条件によっては正しい音が出ることがある場合は、起こり方に一貫性が無いとする。たとえば「ら」の音がつねに「だ」か「だ」に近い音に歪む場合に、起こり方の一貫性有りとし、また「ら」の音が「だ」に置換するか場合によっては正しく構音できることがある場合起こり方の一貫性無しとする。

結果

症例1

女児、訓練開始年齢6歳4か月、訓練期間8か月、単語検査では、「ぽけっと」を「ぼて

っと」「とけい」を「とてい」「けーき」を「けーち」「じゃんけん」を「じゃんてん」「ひこうき」を「ひこうち」「やきゅう」を「やちゅう」「ゆきだるま」を「ゆちだるま」「うさぎ」を「うさじ」に言い誤る。「か」行において「き」「け」「きゅ」の音が「ちえ」「ち」「て」に置換しているが、「か」「こ」に関しては正しく構音出来ているため起こり方の一貫性無しとした。

症例2

女児、訓練開始年齢4歳9か月、訓練期間4か月、単語検査では、「ぽけっと」を「ぼてっと」「ばす」を「ばちゅ」「めがね」を「めだね」「みかん」を「みたん」「とけい」を「とてい」「ねこ」を「ねと」「かに」を「たに」「こっふ」を「とっふ」「けーき」を「ちえーち」「がっこう」を「だつとう」「すいか」を「しゅいた」「つくえ」を「ちゅくえ」「ずぼん」を「じゅぼん」「じゃんけん」を「じゃんてん」「じゅーす」を「じゅうちゅ」「じてんしゃ」を「じてんちや」「ふうせん」を「ふうてん」「ひこうき」を「ひとうき」「はさみ」を「はたみ」「りんご」を「りんど」「やきゅう」を「やちゅう」「あし」を「あち」「えんぴつ」を「えんぴちゅ」「うさぎ」を「うちやぎ」と誤る。「き」「く」「け」の音が「ち」に言い誤りが見られたが、「か」「こ」が正しく構音できているため起こり方の一貫性無しとした。

症例3

男児、訓練開始年齢6歳3か月、訓練期間8か月、単語検査では、「ぽけっと」を「ぼてっと」「とけい」を「とちえい」「でんわ」を「でんま」「けーき」を「けーち」「きりん」を「ちりん」「じゃんけん」を「じゃんちえん」「ゆきだるま」を「ゆちだるま」「うさぎ」を「うさき」と誤った。「か」行にお

いて「け」「き」において「ちえ」もしくは「ちえ」に近い音に歪んでいるが、「か」「こ」「く」では正しく構音できているため、起こり方の一貫性無しとした。

症例 4

男児、訓練開始年齢 6 歳 1 か月、訓練期間 8 か月、単語検査結果は「とけい」を「とてい」「ごはん」を「ごあん」」「さかな」を「たかな」」「せみ」を「ちえみ」」「ぞう」を「じよう」「しんぶん」を「ちんぶん」「じやんけん」を「ざんけん」「じゅーす」を「じゅーちゅ」「じてんしゃ」を「じてんちや」」「ふうせん」を「ふうてん」」「はさみ」を「はたみ」「れいぞうこ」を「れいじようこ」」「あし」を「あち」」「うさぎ」を「うたぎ」であった。「さ」行に関して、「さ」「せ」「す」が「た」「て」「つ」に置換がみられたが、「そ」は正しく構音できているため、起こり方の一貫性無しとした。

症例 5

男児、訓練開始年齢 6 歳 1 か月、訓練期間 15 か月、単語検査結果は「ばす」を「ばちゅ」」「さかな」を「ちやかな」」「そら」を「ちよら」「せみ」を「ちえみ」」「すいか」を「しゆいか」」「つくえ」を「ちゅくえ」」「ぞう」を「じよう」」「ずぼん」を「じゅぼん」」「しんぶん」を「ちんぶん」「じゅーす」を「じゅーちゅ」」「じてんしゃ」を「じゅてんしゃ」「ふうせん」を「ふうちえん」」「ひこうき」を「ひこうち」「はさみ」を「はしゃみ」「れいぞうこ」を「れいじようこ」「やきゅう」を「やちゅう」」「ゆきだるま」を「ゆちだるま」「あし」を「あち」」「うさぎ」を「うちやぎ」であった。「さ」行に関して全て「ち」「ちえ」「ちゅ」「ちや」「しゅ」に置換または「ちえ」に近い音に歪んでいるため起こり方に一貫性有りとした。

考察

訓練開始年齢に関して症例 2 を除き 6 歳代から訓練を開始した症例が 4 例であった。訓練期間でみると、症例 2 の 4 か月が最短であった。症例 2 の場合、訓練開始年齢が 4 歳 9 か月であり、全ての構音を獲得していないが、

4 歳代までに 90%以上正しく產生される⁴⁾

「か」行、「が」行に拙劣さがあり、訓練を受けた。訓練開始 4 か月後には「か」「が」行とも正しい構音を獲得することが出来たため終了となった。4 ヶ月で獲得出来た要因として、構音発達途上であることと、起こり方に一貫性が無いことが考えられる。

誤りの特徴に関して、5 例全てに異常構音とされる口蓋化構音、側音化構音、鼻腔構音、声門破裂音は認められなかった。

症例 5 のみ起こり方の一貫性が認められた。症例 1 から症例 4 には起こり方の一貫性はなかった。一貫性がない場合、その音の構音 자체は可能であるため、今後ほかの誤り音も改善する可能性が高い⁵⁾とされており、訓練期間の長短に影響を与える要因として起こり方の一貫性の有無が考えられた。

まとめ

機能性構音障害児の訓練期間に影響する要因について検討した。早期に獲得される音に遅れがある場合、起こり方の一貫性が認められる場合は早期に訓練を介入することで訓練期間の長期化を防ぐことができるのではないかと考えられた。今後症例数を増やし検討していく必要がある。

引用文献

- 1) 加藤正子ほか：構音障害のある子どもの理解と支援, p 10, 学苑社, 2012
- 2) 本間慎治ほか：機能性構音障害, p 2, 2000
- 3) 福迫陽子ほか：口蓋裂の言語治療, p 80, 医学書院, 1983
- 4) 加藤正子ほか：構音障害のある子どもの理解と支援, p 58, 学苑社, 2012
- 5) 本間慎治ほか：機能性構音障害, p 31, 2000

参考文献

- ・富永智子ほか：機能性構音障害児 242 例に関する実態調査, 愛知学院大学歯学会誌 49 卷 1 号, 91–98, 2011
- ・多田節子ほか：機能性構音障害 99 例の構音訓練, コミュニケーション障害学 20 卷 3 号, 137–144, 2003

歩行を諦めていた利用者に対する能力再獲得に向けた取り組みの成果

通所リハビリテーション にしまち幸朋苑 理学療法士
丸山 啓太

はじめに

5年前から徐々に歩行困難となり、歩くことを諦め、外出や趣味活動の意欲が低下していた利用者に対し、歩行方法の提案や自信獲得に向けた取り組みを行った結果、趣味再開への意欲を再獲得できたため報告する。

症例紹介

年齢：70歳代 性別：男性

家族構成：妻と二人暮らし

介護度：要支援2

診断名：腰部脊柱管狭窄症(H19)

趣味：釣り(現在できない)

主訴：歩けず、外出できない

理学療法評価

筋力：MMT両股関節屈曲3 膝関節伸展3

立位保持：両手離し2秒

歩行：平行棒1往復で休憩必要、下垂足、間

欠性跛行、姿勢前傾でワイドベース

日常生活動作：BI(65/100点)

介入経緯

腰部脊柱管狭窄症に対する手術を受けたが、歩行状態改善せず、自宅内は四つ這い移動となっていた。歩行に対する恐怖心や諦めの気持ちが増加し、外出機会が減少していた。

介入計画

①面接

介入にあたって本人、家族と面接を行い、現状の想いや今後の取り組みについて情報の共有を行った。本人、家族からは以前のように一緒に外出をしたり、趣味活動をしたいとの想いが述べられた。理学療法評価の結果、

下肢筋力や上肢機能があるため、両手支持可能な歩行補助具や動作指導により、歩行再獲得が可能であり、外出や趣味に目を向けることができると思った。

②方法

介入は初期(歩行の再獲得)、中期(自宅での屋外散歩)、後期(買い物活動や外出・趣味活動)の3段階に分けて行った。

介入経過

①初期(開始～3ヶ月)

目標：歩行できることを認識してもらう	
訓練内容	平行棒内の訓練→歩行器での訓練
心理面	歩けない→歩けたことの喜び
移動手段	フロア内：車椅子→ピックアップ歩行器 自宅内：這って移動→ピックアップ歩行器 屋外：車椅子
生活面	活動せず運動もなし→自宅内運動

初期は歩行できることを認識してもらうために、平行棒を用いた安心できる環境での立位、歩行訓練から開始した。その後、安定する歩行補助具を選定し、歩行補助具での立位、歩行訓練に移行した。回数を重ねるごとに歩行器の使用にも慣れ、実施回数や立位保持時間が少しづつ向上した。訓練の効果を実感できたことで、歩くことができないと思っていた感情が、また歩いて出かけることができるかもしれないという気持ちに変わった。移動手段が歩行器へ改善していく中で、自宅でも歩行器レンタルを促し、四つ這い移動から歩行できるようになった。生活面では利用中に行っている訓練内容と類似した方法で

の自宅運動に変更したことで、運動の必要性を感じるようになり、前向きに取り組めた。

②中期（3ヶ月～6ヶ月）

目標：歩行機会増加により自信を付ける	
訓練内容	屋内歩行訓練→屋外歩行訓練
心理面	歩けた→自信が付き外出意欲向上
移動手段	フロア内・自宅内：ピックアップ歩行器 屋外：車椅子→ハッピー歩行器
生活面	自宅内運動→屋外散歩

中期は自宅での散歩を通して日常の中でも歩行機会を作り、歩行に対する自信を取り戻すよう促した。歩行補助具も屋外歩行に適した休憩可能な歩行器に移行した。散歩開始にあたって実際に自宅周辺の散歩を想定したコースと一緒に確認し、現在の機能で行える距離、休憩回数を設定した。訓練では屋外歩行を積極的に行い、散歩時の安全性の確認、段差や不整地等、今後に向けた歩行訓練を実施した。散歩が習慣付いたことで、歩行再開できしたことへの喜びを感じ、もっと歩いて外出したいと意欲の変化に繋がった。本人の状況変化により、家族からもまた一緒に外出できることへの喜びの言葉が聞かれた。また、出かける際の注意点などをこちらに確認するなど意識の変化も生まれた。

③後期（6ヶ月～12ヶ月）

目標：活動拡大や趣味への意欲向上	
訓練内容	屋外歩行訓練→買い物に行く
心理面	外に出て歩きたい→旅行や趣味を行いたい
移動手段	フロア・自宅内：ピックアップ歩行器 屋外：ハッピー歩行器
生活面	屋外散歩→買い物

後期は屋外歩行器歩行が安全に行えるようになったことで、最終目標である買い物などの活動拡大や趣味に気持ちを向けるよう働きかけた。訓練内容としては、実際にス

パーに出かけて買い物活動を行い、動作の中での安全性確認、指導を行った。散歩だけでなく買い物活動に展開できたことで、本人の中でこれまで行きたかった場所にも出かけたいとの感情が生まれた。家族も一緒に外出したいとの強い想いがあったため、家族指導として歩行器の使用方法や車までの動作での注意点、必要な介助方法などの説明も行った。その後は、以前からの趣味に関する店や場所にも家族と一緒に訪れるようになり、趣味再開への意欲も向上した。本人、家族より今後は宿泊等を伴う旅行に行きたい、本人から釣りをしたい等の希望も聞かれるようになった。訓練の中で旅行や趣味活動に必要な動作の検討、練習をしながら定期的に家族とのコミュニケーションを図っている。

結果

初期では歩行できることを再認識したことで、今後の歩行への期待や自宅での過ごし方に変化がみられた。中期では実際に屋外に出たことで歩行に対する自信が付き、毎日の散歩活動に繋がった。後期では歩行するだけでなく買い物などの目的を持った活動を行なえた。諦めずに取り組むことで今後の自分の可能性を感じることができ、趣味再開への意欲を再獲得できた。

まとめ

今回の経験を通して、利用中の様子だけでなく、生活場面や趣味などの背景を詳しく確認する事で、本当に必要な訓練や目標設定を行うことができた。利用者ができない事の原因を探り、1つ1つ解決していく事で、生活期でもQOLが大きく改善することが分かった。また、活動の幅を広げるためには本人だけでなく家族としっかりとコミュニケーションを取る事が大切だと再認識できた。

通所リハビリ利用休止者に対する取り組みの成果

～早期の利用再開、他サービスへの移行につなげる～

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑 介護福祉士主任
浅木貴志

はじめに

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑（以下、短時間通所リハ）では、利用休止になる利用者が少なくない。休止の理由は様々であるが、このような利用者は休止期間中にADL、IADLが低下してくることが予想される。一方、事業所にとっても稼働率が低下することにより経営を圧迫する状況におちいる。そこでこれらを改善するために、ケアマネジャー（以下、ケアマネ）と共に利用者、家族へ利用休止初期から積極的に関わり、早期の利用再開に向けた取り組みを行ったので報告する。

取り組み前の状況

1. 期間

平成30年4月～平成31年3月（1年間）

2. 対象

利用休止の連絡を受けた39名のうち
利用再開になった20名

3. 利用再開までの期間

平均：2.0か月

- 1) 1か月未満：2名
- 2) 1～2か月：5名
- 3) 2～3か月：5名
- 4) 3か月：8名

取り組み方法

1. 期間

平成31年4月～令和2年1月（10か月）

2. 対象

利用休止の連絡を受けた26名

3. 介入時期

利用休止連絡を受けてから1週間以内
(入院、手術の場合には術後の経過を
確認後1週間以内)

4. 取り組み内容

- 1)利用者、家族またはケアマネに利用休止にいたった理由を聞きとり、自宅で療養中か入院中かを確認する。
入院中であれば、病院名を確認して訪問日を決める。
- 2)自宅または病院をケアマネと訪問する
 - (1)自宅を訪問した場合、心身状況、病院受診の有無を確認する。主治医からリハビリに対する注意点、留意事項などの指示事項を確認する。利用者、家族から現在の意向を聞きとり、利用が再開できそうであれば再開日を決める。
 - (2)病院を訪問した場合、病状と心身状況を利用者、家族または看護師から聞きとる。自宅訪問時と同様、主治医から指示が出ていないか確認する。利用者、家族の意向も確認し、退院日の予定がわかれれば把握する。利用が再開できそうであれば再開日を決めておく。また、看護サマリー、リハビリ連絡表を依頼し、情報確認が容易になるようする。ケアマネが同行訪問できない場合には知り得た情報を提供する。
- 3)ケアマネに退院前カンファレンス、あるいは担当者会議に出席してもらい、利用再開の予定を立てる。

結果

1. 利用再開になった利用者：17名

利用再開までの期間

平均1.2か月

- 1) 1か月未満：4名

(内訳)

- ・自宅：1名(腰痛)
 - ・入院：3名
- (胸部動脈瘤検査：1名
白内障手術：1名、褥瘡：1名)
2) 1～2か月：8名

(内訳)

- ・自宅：4名(風邪：1名、骨折：1名
下肢痛：1名、癌治療：1名)
 - ・入院：4名(熱傷：1名、癌手術：1名、脳梗塞：1名、糖尿病：1名)
- 3) 2～3か月：4名

(内訳)

- ・自宅：1名(腰痛)
 - ・入院：3名(大腿骨骨折：1名、心臓バイパス手術：1名、ペースメーカー留置術：1名)
- 4) 3か月：1名

(内訳)

自宅：1名(風邪)

2. 法人内他サービスへの移行：3名

- 1) 訪問リハビリ：2名
2) 通所リハビリいなば幸朋苑：1名
(移行になった経緯、理由)

家族から「今後は介護負担感を軽減したい」「自宅では入浴ができないので困る」「退院後は自宅で1人で過ごす時間が不安なので、誰かと居る方が安心する」といった意見が寄せられた。短時間通所リハではこれらの意向に添えないと判断し、ケアマネ、利用者、家族へ法人内他サービスへの移行を提案した。

考 察

今回、早期の利用再開に向けた取り組みを行った結果、利用再開までの期間を2.0か月から1.2か月に短縮することができた。

早期に関わることで、心身状況の把握ができ、利用再開に向けての予定が立てやすくなつたことが、短縮につながったと考えている。

長期の利用休止が単に疾患によるものだけでなく、体力や疾患に対する不安が影響していることもわかった。不安に対しては、利用時の対応方法を相談、訓練プログラムを検討することで不安の軽減ができ、早期の利用再開につながっている。

病院への訪問では、主治医、看護師から疾患の状況や注意点、留意事項を直接確認することができたため、療法士へ詳細な情報が伝達でき、再開前に必要な訓練プログラムを検討することができた。また、心身状況の把握ができたことで、利用休止理由を明確に理解することができた。当初は骨折で3か月程度の休止を希望していたが、訓練プログラムの変更を提案したことでの、早期の利用再開につながった利用者も出てきた。

法人内他サービスへの利用移行については、利用者数は減少したものの、法人内のサービスを利用することで、その後の状態把握ができます。状態に変化がみられ再度、短時間通所リハが必要になれば、利用再開を検討することも可能となる。このことは多様なサービスを提供している法人の強みを生かす「ワンストップサービスの提供」につながるものと期待している。

今後は療法士が訪問できる体制を整え、病院の療法士と利用者の状態確認、リハビリ内容の情報を共有し、より良い訓練プログラムが作成できるようにしていくことも必要だと考えている。

ノーリフティングの取り組み

～一事例を通して検討したこと～

介護老人福祉施設 にしまち幸朋苑 介護福祉士
茗荷 かおり

はじめに

にしまち幸朋苑は令和2年春にリフトを1台リースしベッドから車いすへの移乗を開始した。安全な移乗と職員の腰痛予防を目標に、①移乗介助簡易フローチャート（図1）（以下、フローチャートと略す）の使用による移乗器具の選定②移乗方法を動画で確認③走行式リフト基準書（図2）をみながらOJTを実施④テストで確認の4段階を手順として実施している。今回、リフト（表1）に変更したN氏の取り組みを振り返りかえったところ、円背で前屈が難しい為、スリングを入れたり抜いたりする時に利用者や職員に負担がかかる、リフトに乗っている時に体が動き大きく揺れる等、基準書では想定できないことがあった。この事例を整理することで今後の取り組みの足掛かりにしたいと思い検討した。

事例紹介

N氏 93歳 男性

病名 アルツハイマー型認知症

前立腺肥大症 脊椎管狭窄症

障害高齢者自立度 C2

認知症高齢者自立度IV

ADL 立位、座位保持困難。円背姿勢で、寝返りも自力不可。

バルーンカテーテル留置中

声かけて頷く・うん等の発語あり

体格 身長 145.0 cm 体重 50.2 kg

円背ぎみで全身が硬く上肢は拘縮し胸の前にある。

移乗について：足底が床に付かなくなりスライディングボードの使用が危険になつた。

研究期間：令和3年10月から令和3年12月

研究方法

リフトは床走行式リフト（つるべY4セット、スリングはエヴァハーフ（素材はナイロン）車いすはリクライニング（カワムラくるーんシリーズ（表2）を使用し、ベッドから車いす、車いすからベッドへの移乗について検討した。

1 リフト使用の実際

基準書の通りに行っている。N氏の場合、ベッド上でスリングを入れるのは体が硬いので容易に入れることができる。閉鎖式導尿バッグは一旦、職員の腰にフックで吊り下げ、リフトアップする前にスリングの端へフックを移動している。リフトアップの最中に腰を左右に動かす為、スリング全体が大きく揺れ、体の中央の位置がズレる。スリングを押さえ、声掛けをしても体動は治まらない。また車いすに移ってからスリングを外すまでも腰を前や左右に動かすので、車いすからずり落ちそうになる。スリングを抜く動作は素材が滑るので、比較的抜きやすい。

食後、車いす上でスリングを再挿入する時は、前傾姿勢がとりづらい為、時間を要する。アームレストを下げる車いすの高さでの中腰の作業は、職員の腰に負担がかかる。N氏も顔面紅潮し、苦痛の表情がある。何とかスリングを入れてもリフトアップ時にスリングの中央に座れていない為、不安定なことがある。

スリングの再挿入が困難な為、食事等に要する時間の約1時間、スリングを外さないで過ごしてもらう時がある。スリング上では体が滑り、さらに体を動かす為に臀部が前側へ移動し車いすからずり落ちしきることがある。その度にスリング上で座り直しが必要になる。

考察

以上より N 氏の検討点は

- スリングを車いす上で直す時や再挿入する時に利用者は苦痛があり職員は中腰姿勢による負担がある。
- スリング上で体動が激しく、転倒のリスクがある、の 2 点をあげた。

1) スリングの再挿入に関する事

4 段階の手順は主にリフトの操作手順に終わっている。それもベッドから車いすへの移乗方法で、車いすからベッドに移乗する手順はない。フローチャートに沿ってリフトを選定したが、円背があり車いす上でスリングを入れる操作が難しい事は想定していなかった。ベッドから車いす、車いすからベッドへの移乗を一連の流れとして手順書が必要であり、それを踏まえて選定することが必要だった。

個人用の車いすの準備はできなく、体形にあった車いすではないので、スリングを再挿入しにくかった。車いす上でスリングを再挿入することを想定した車いすの選定も必要だった。

バルーンカテーテル留置中である為、閉鎖式導尿バッグを移動する際に感染や事故抜去のリスクもある。理学療法士や看護師など多職種で検討し、開始したほうがよかったです。

2) スリング上で体動に関する事

なぜ体動するかは不明である。浮く・動くことの不安があるのかもしれない。スリングを押さえ、声掛けをすることは効果がなかったが、揺れを少なくし、声かけは継続したい。

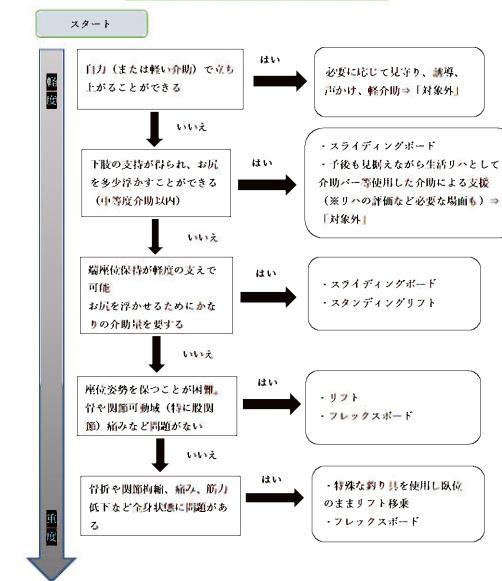
スリングはナイロン性で比較的抜く際は容易だが、差しこむときは入れにくい。長く座ると移動してしまうので、スリングごと座り替えが必要になる。差し込みやすく滑りにくいスリングの選定が必要である。

まとめ

フローチャートにより安易にリフトを選定するのではなく、リフトの限界を踏まえ利用者に合った移乗方法を多職種で検討することが必要である。

これを機に検討すべきことが分かったので、少しずつ改善していきたい。

※常に声かけを行い、利用者の状態観察を行なう。



(図 1) フロー チャート

にしま特養 固定式リフト基準書						
大項目	細項目	チェック項目	A	B	C	計画
運営の理認		・シートの紐、不具合がない確認する。 ・ボルト溶接でリフトが動くかどうか、そのうち不具合がないか確認する。				
説明		・リフトを使用して、車椅子へ移乗が助かる事を説明した事を確認する。(クランクは多い方が分かりやすい)				
車椅子の理認		・車椅子のフルサポートしているかどうか、不具合がないかどうか確認する。				
準備	シートを通し込む	・ヘッドのナットホールをかぎ付ける。 ・ヘッドのナットホールをかぎ付ける際、シートの上部につなぎますように調整する。(頭を仰げば、かぎ付ける位置が上部になります) ・シートのナットホールが車椅子の中心にくくるように軽く、 - あなたのドアノブの大きさを確認する。				
	シートを通し込む	・シートを头部部の下に通し、内側から引き出し、解ストラップを安全地帯にする。				
	高さ調整	・ベッドの高さ調整をする。(ベッドの高さ、寝相、足)				
操作①	車椅子設置	・リフトのハンガーフックに説明からストラップをかけて(ハンガーフックが車椅子に引っかかるないようにする)、解スラップが安全地帯にする。				
②		・ストラップがシングルで残ったまま停止し、止まります。				
リフト	操作③	・車椅子上に利用者の体重を乗せる。(体重を支えながら移動する) ・車椅子を乗せた時に、適度にモード切替用のボタンのどちらを操作したら、または利用者の車椅子から腰を離しながら、ボタン操作でモード切替します。				
	操作④	・操作後は、ドアノブのハンガーフックから外す。(ハンガーフックが車椅子につかないようにする) ・ハンガーフックを外す際の注意点は?				
	シートを引き抜く	・車椅子との接觸の部位を確認したら、太腿からシートを外へ引き、次に臀と腰からシートまで引いて引き抜く。				
確認	状態確認	・車椅子との接觸の部位を確認する。 - 緊急したときに何をするに見える。				

(図 2) 走行式リフト基準書

(表 1) リフト



(表 2) 車いす

高度難聴により会話が減少した一症例

～家族との交流機会増加にむけた取り組み～

通所リハビリテーションにしまち幸朋苑 理学療法士

向山斗和

はじめに

両側高度難聴を呈し、家族との交流機会が減少した70代男性を担当する機会を得た。自室に閉じこもりがちで家族の輪に入らなくなってしまった症例に対して、家族から心配の声が上がった。今回、通所リハビリテーション(以下、通所リハ)での集団活動、自宅での課題活動を通じて、コミュニケーション機会の増加を図ったため報告する。

症例紹介

年齢：70代

介護度：要介護1

現病歴：事故により、外傷性急性硬膜外血腫、頭蓋骨骨折(2年前)

家族構成：妻と息子の3人暮らし。

職歴：建築士

病前：社交的で友人が多かった。親戚の集まりでは輪の中心にいた。

主訴：耳が聞こえないため会話できない。

家族の想い：会話が少なくなり寂しい。

理学療法評価

運動機能：生活上問題なし。

ADL：自立

認知機能：HDS-R

高次脳機能：両側高度難聴、注意力低下
(TMTPartA：77秒、PartB：184秒)

介入方針

通所リハにて職員や他利用者とのコミュニケーション機会の増加を図る。自宅での課題活動を通じて妻とのコミュニケーション機会の増加を図る。それらを通して日常生活場面での家族との交流機会増加に繋げる。

介入方法

1. 集団活動

目的：職員や他利用者とのコミュニケーション機会の増加。

方法：役割分担が必要な作業活動、クイズ形式での絵しりとり、自己紹介を含む体操など、他者とのコミュニケーションが必要となる環境設定での課題を実施する。

2. 交換ノート

目的：職員との関係性作りや本人の興味関心の把握。妻とのコミュニケーション機会を作る。

方法：職員が交換日記の要領で記載したノートを自宅に持ち帰り、返事を記載する。次の利用日に持参し、ノートに記載されている内容をもとに会話を広げていく。

職員に対する返事とは別に、症例と妻と一緒に考えて答える質問などを記載する。

3. 妻へのアンケートと情報共有

目的：介入前後の自宅での様子を確認する。交換ノートを通じた妻とのコミュニケーション状況を聴取する。

結果

1. 集団活動

集団活動への促しに対する反応は良好であった。自己紹介や質問に対する返答など、活動の中で必要なコミュニケーションはしっかりと取ることができた。帰宅後、集団活動を行ったことや楽しかったことを妻に自ら話すことがあった。しかし、通所リハでは活動場面以外では自ら他者に話しかける様子は見られなかった。

2. 交換ノート

職員との交換ノートを続けていく中で、本

人の興味のあることや、生活の中で楽しみにしていることが把握できた。それにより、利用時に興味のある話題を中心に会話を進める中で、質問されたことへの返事だけでなく、症例が自ら話を広げていく場面が増えた。

妻と一緒に行う課題には欠かさず取り組めており、課題を通して妻とのコミュニケーション機会を増やすことができた。

3. 妻へのアンケートと情報共有

介入前後で妻とのコミュニケーション機会は、活動を通して増加はしたが、その他の場面で自分から話しかけることや、家族との交流機会の増加には至らなかった。交換ノートの課題については、自分から妻に相談することではなく、妻から話しかけることがほとんどであった。また、妻に対して

「交換ノートに記載する内容が思いつかない」と協力を求めることが多かった。このような妻との情報共有を踏まえ、集団活動や交換ノートなどの環境調整を行った。

今後の課題と展望

今回の介入を通して、本人が他者と話をしやすい環境設定や、交換ノートのような関係性作りを行うことで、楽しみながら会話をするきっかけ作りが出来た。本症例以外の利用者でも、利用時の様子だけでなく、自宅での生活状況や本人の思いを、家族と連携を取って把握しながら進めていくことが必要だと感じた。

【引用文献】

- 1) 山口利勝(2007)：中途失聴者と難聴者に対する援助行動と関連する要因の研究　社会福祉学 第48巻1号

タブレット端末導入による業務改善への取り組みについて

訪問リハビリテーションにしまち幸朋苑 理学療法士

○坂本幸子 上山健悟 清水佳子

長谷川知佳 松葉鎮 山本美晴

はじめに

厚生労働省では、介護現場における ICT 化を進めており、ICT の活用については、従来の紙媒体での情報のやり取りを抜本的に見直し、ICT を介護現場のインフラとして導入していく動きが求められている。

介護分野の ICT 化は、職員が行政に提出する文書等の作成に要する時間を効率化し、介護サービスの提供に集中する上でも重要であると言える。

訪問リハビリテーションにしまち幸朋苑は、2020 年 6 月からタブレット端末（すぐろく Home、カメラ機能搭載）を導入した。これにより時間外業務の時間削減が図れたことに加え、サービスの質向上の一端も担えたため、その結果も併せて報告する。

タブレット導入前の業務と問題点

1. 利用実績を入力できるパソコンが 1 台のみ
 - ・当法人以外の提供票の取り込みは 1 名ずつ入力
 - ・実績入力は月末にまとめて実施
2. 各報告書・リハビリ実施計画書の作成は職員 5 名に対しパソコン 2 台
 - ・職員が事務所に在籍している時間帯が同じため入力待ちが発生
3. 症例検討は訪問した職員からの報告を元に行っていた
 - ・主観的要素が多くなってしまう

活用したタブレットの機能

1. むそく Home
 - 1) 訪問予定・実績管理
 - 2) リハビリテーション実施計画書作成
 - 3) 訪問リハビリ報告書作成
 - 4) 利用者情報管理

2. タブレット端末

- 1) カメラ機能（写真・動画）
- 2) 地図機能（Google 機能）



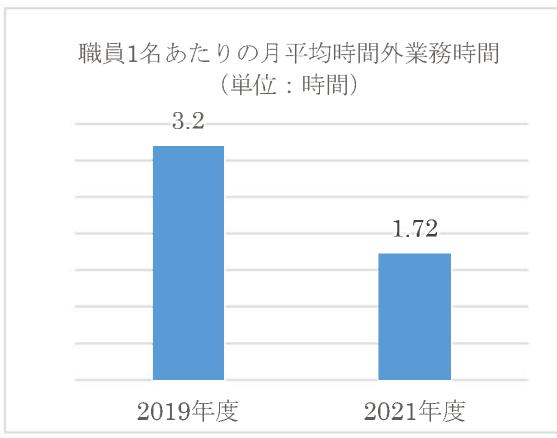
結果

1. 業務の効率化

- 1) タブレットから実績入力が可能となったことで各自がリアルタイムで実績入力することができ、実績業務に要する時間が減少した（67.3% 減少）。また、パソコンよりも作業工程が少なく実績入力することができるため負担も少なかった。



- 2) 作業が行える端末台数が増えたことで各報告書・リハビリ実施計画書の作成における入力待ちが解消。また、外出先でも入力が可能なため、利用者間の隙間時間を有効に活用することができ、時間外業務時間が減少した（46.3% 減少）。



2. サービスの質向上

- 1) 訪問時に気づいたことや気になることをすぐに写真や動画で撮影が行えるようになったことで、職員からの報告内容に加えて実際の状況も把握することができるようになり、より具体的な情報共有が行えるようになった。これにより利用者に対し、より迅速で適切な対応が可能となった。
- 2) 写真・動画を利用しながら症例検討を行うことで、今まで主観的要素が多かった情報からの症例検討ではなく、客観的な情報も加えて多角的に意見交換が行えるようになったことで、経験歴の浅い職員の不安感も減少した。

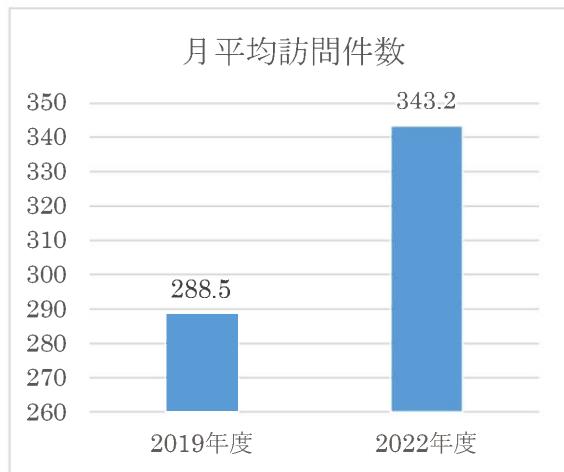


考察・まとめ

1. タブレット端末導入により、業務効率が向上し、時間外業務時間が減少した。
2. 業務効率が向上したことで、症例検討等を行う時間が確保できるようになった。
3. 訪問時にすぐ写真や動画が撮影できるようになったことで職員間でより具体的な情報共有が行えるようになった。
4. 客観的な情報も加えて症例検討を行える

ようになったため、経験歴の浅い職員の不安感が減少した。

5. 訪問件数が 19%増加していることから、サービスの質向上が顧客満足へと繋がったと考えられる。



ことばの発達支援センターの利用者分析を通してみえるもの

ことばの発達支援センターにしまち幸朋苑 言語聴覚士
松田美穂

はじめに

ことばの発達支援センターにしまち幸朋苑は、にしまち診療所悠々内に令和2年4月に開設し、小児のコミュニケーションや構音などを対象とした外来リハビリテーションでの言語聴覚療法を行っている。対象となる児は、言語発達障害や構音障害、自閉スペクトラム症、知的障害、学習障害など様々な課題を抱えている。

当センターでの業務は、①来院児の訓練に関連した対応、②ことばの相談対応、③県や市の発達支援事業への協力の3つに分けられる。ことばの相談対応では、地域支援として子どものことばやコミュニケーションについての相談を随時受け付けている。問い合わせや相談は電話で受け付け、必要があれば日程調整をし、来院しての相談（1回のみ、無料）対応を行っている。

今回、ことばの相談の利用状況から、相談に至った経緯、相談内容などを分析し考察を加えたので報告する。

方法

令和2年4月から令和3年12月末までの1年9ヶ月間に受けた相談や問い合わせについて検討を加えた。まず総件数のうち、相談者の内訳と当センターを知ったきっかけを分析した。また、対象児の年齢、主訴、居住地、そして相談から訓練開始につながった件数を分析した。

結果

1. 相談者の内訳

分析した相談、問い合わせの総数は173件（月平均8.2人）であった。そのうち保護者からの問い合わせは79%、関係職種か

らの問い合わせは21%であった。関係職種では相談員などの福祉関係者からの問い合わせが42%と最も多く、次いで、教育関係者、療育関係者の順となっていた。関連職種からは当センターの利用方法の問い合わせや、利用者についての相談があった。年度別に件数を見てみると、令和2年度は40%が利用方法の問い合わせ、60%が利用者についての相談だったのに対し、令和3年度は利用方法の問い合わせではなく、93%が利用者についての相談であった。

また、当センターを知ったきっかけを分析すると、地域の小児科からの紹介は令和2年度は14%であったのに対し、令和3年度は31%に増加し、また保健師からの紹介も令和2年度は10%であったが令和3年度は19%と増えていた。

2. 対象児の分析

対象児のうち男児の相談は106件、女児の相談は36件と74%が男児の相談であった。対象児の年齢は69%が就学前の子どもで、年齢別にみると5歳児が最も多かった。

主訴について年齢別に分析すると、1~3歳まではことばの遅れについての相談が55%、4~6歳では構音についての相談が41%と最も多くなっていた。小学生以降になると、コミュニケーションについての相談が26%、読み書きについての相談が11%と増え、相談内容の割合が変化していた。

また、相談者の居住地を見てみると、93%が鳥取県東部であったが、5%は県外（兵庫県北部）であることが分かった。

保護者からの相談があったもののうち、相談後に当センターで訓練開始となったのは74%で、電話や来院での相談対応のみで終了

したのは 26% であった。

考察

1. 利用のきっかけについて

問い合わせや相談のうち、利用に関する問い合わせは本年度見られず、当センターについて地域での認知が広まってきたと考える。

またきっかけについては、小児科から保護者に紹介のあったケースが、令和 2 年度に比べ令和 3 年度は大きく増加しており、地域医療の場でも認知されてきたと考えられた。また、保健師を通じて紹介されるケースも令和 3 年度は 2 倍近く増えていた。これは、鳥取市の事業である「ことばの相談会」を当センターの言語聴覚士が担当しており、行政スタッフや保健師との連携が深まつたことが要因と考えられた。

現在、県や市の発達支援事業への協力として、行政の行う健診事業の事後フォローである鳥取市の母子教室やことばの相談会への参加、また県教育委員会の教育支援派遣事業で教育相談を実施している。事業を通して、保健師や、教育、福祉関係者との連携が少しずつ構築できていると考える。子どもは成長に伴い、医療、保健、福祉、教育と様々な領域の機関が関与する。今後も地域の関係機関に積極的に働きかけていき、信頼関係を築いていくことで、地域支援の一端を担うことができるのではないかと考える。

2. 対象児の分析について

就学前の相談において、1~3 歳では言語発達の相談が、4~6 歳では構音についての相談が多くみられた。また、小学生以上になると、コミュニケーションや吃音、読み書きなどの相談も増え、学齢期の集団生活におけるコミュニケーションや学習にかかわる相談が多くみられた。子どもの発達時期やライフステージにより、保護者の不安や迷い、子ども自身の困り感も異なり、時期に応じた専門的な対応が必要であると考えられた。

相談者の居住地の分析では、鳥取県東部だけではなく、兵庫県北部も見られた。このことは、兵庫県北部には小児の対応をしている言語聴覚士が少ない事が背景にあると思われた。生活圏としても県を越えて鳥取市内に

行く事が多い地域もあり、兵庫県北部に関してもことばの相談についてのニーズがある事が推測された。

また、相談から訓練開始に繋がったのは全体の 74% に上った。まずは気軽に相談してもらう、という入口の入りやすさが継続した訓練の利用に繋がっているものと考える。相談から訓練に繋がらなかった例の中には、構音訓練の適応年齢に達していない、あるいは構音の状態に浮動性があり経過観察対応で正常構音になったなどの理由で、相談のみで終了する場合も見られた。子どもの構音の誤りは保護者や周囲も気づきやすいものの、発達段階や訓練の適応の有無は、専門家の評価が必要な領域である。育児において、構音などことばについて不安を抱えたまま漫然と時間を過ごすよりも、現在の状態や対応を理解することは、保護者が安心して子どもを育っていく環境づくりにも繋がると考える。

まとめ

今回、開設から 1 年 9 カ月間に受けた保護者や関連職種からの問い合わせや相談について分析、検討を加えた。

言語聴覚士がかかわる子どもは、コミュニケーションや構音障害、発達障害など多岐にわたり、年齢によって相談内容の傾向が変化していることから、発達時期や集団生活への対応、就学、学習内容の変化など子ども自身のライフステージの変化により、保護者の不安や気づき、本人の悩みなど顕在化する問題が変化すると考えられる。それぞれの変化に応じた対応が必要になってくる。

発達障害者支援法が 2016 年に改正され、「個人としての尊厳にふさわしい日常生活・社会生活を営むことができるよう、発達障害の早期発見と発達支援を行い、支援が切れ目なく行われること」の必要性が言われている。今後、地域全体で子どもと保護者を取り巻く関連職種が連携をとり、子どもの成長や発達を支える支援ができるよう、言語聴覚士としての役割を広げていける活動が重要であると考える。

【引用文献】

発達障害者支援法 厚生労働省（平成 16 年）
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main/1376867.htm

にしまち幸朋苑が取り組む 在宅医療連携拠点事業

にしまち幸朋苑
にしまち診療所 悠々
岸 清志

第9回 市民医療講演会
地域医療シンポジウム
2014.03.23
さざんか会館

新しいなば幸朋苑

グループホーム

いなば幸朋苑

北デイサービス

小規模多機能

にしまち幸朋苑



にしまち幸朋苑

施設

- ・介護老人福祉施設(特養)
- ・ショートステイ



通所

- ・短時間通所リハビリテーション

訪問

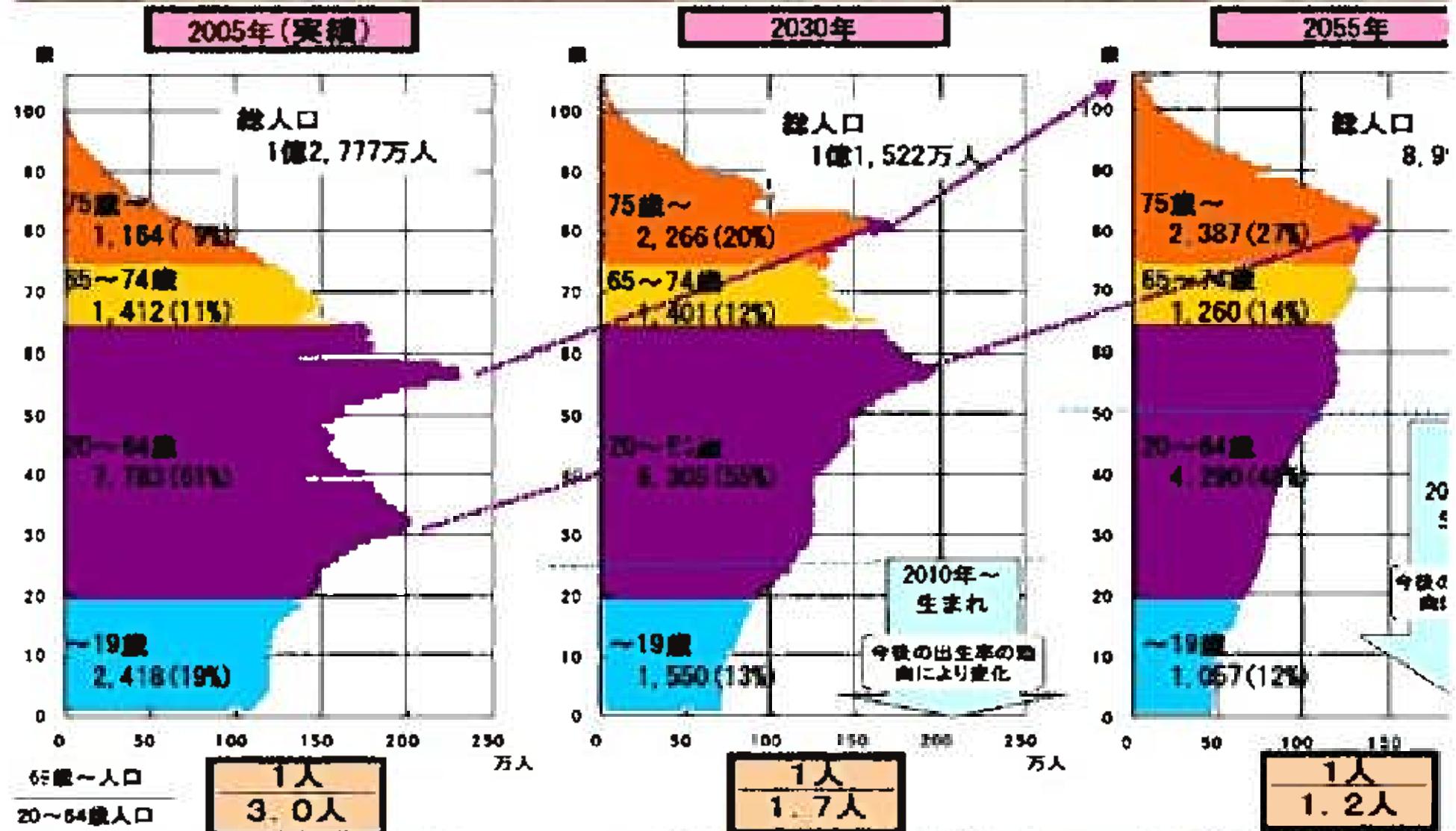
- ・訪問看護(訪問リハビリ)
- ・訪問介護
- ・定期巡回・隨時対応型訪問介護看護(24時間対応)

にしまち診療所 悠々



人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

我が国の人団構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。



注 2005年は国勢調査結果(年齢不詳除外人口)。

出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出典中止)

前期高齢者(65歳～74歳)

- ・健康度が高く活動的
- ・就労意欲が高い
- ・社会的貢献度が高い

後期高齢者(75歳～)

- ・心身の機能低下が顕在化
- ・認知症が増加
- ・要介護認定割合が高い
- ・医療機関受診割合が高い

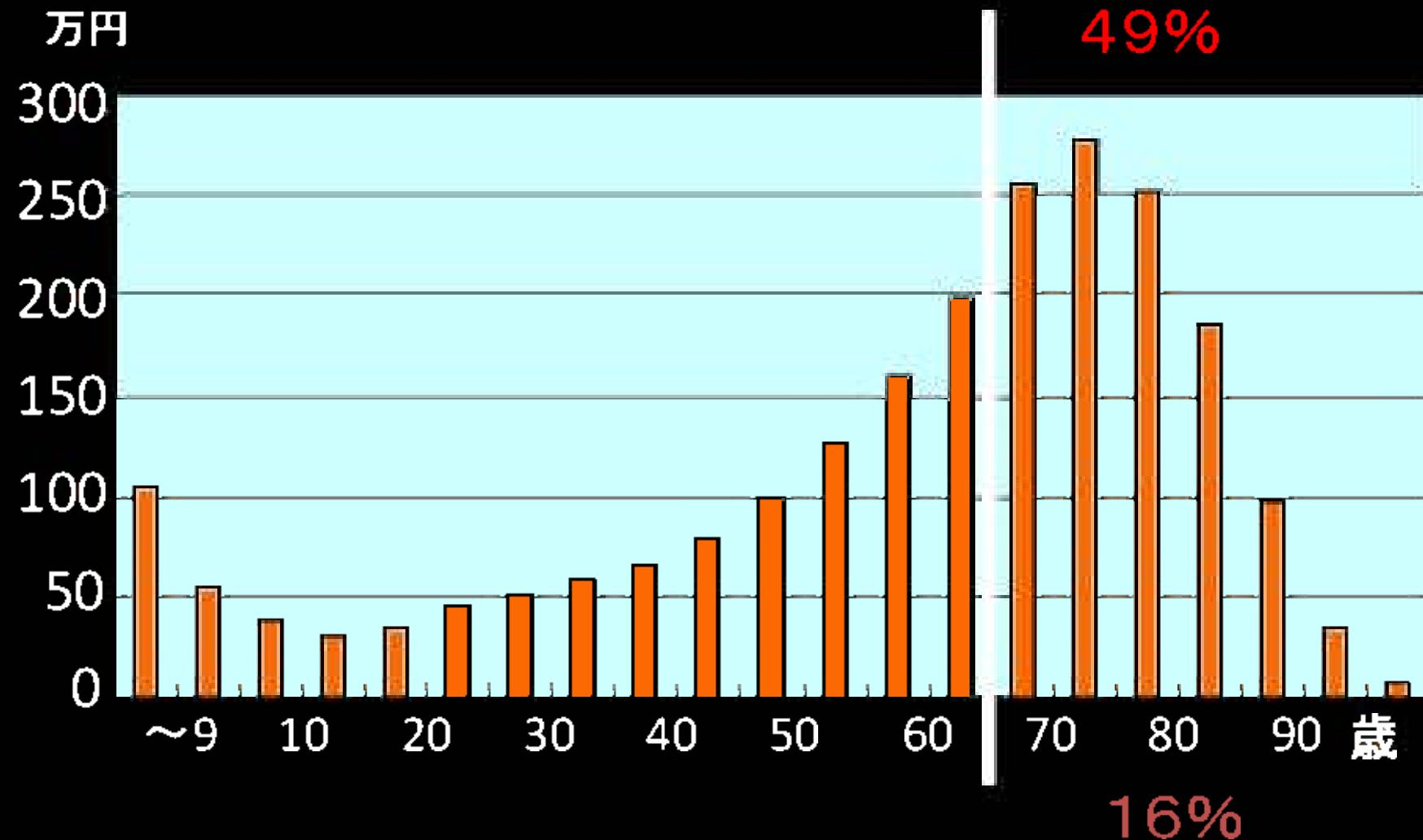
要介護度別認定者数



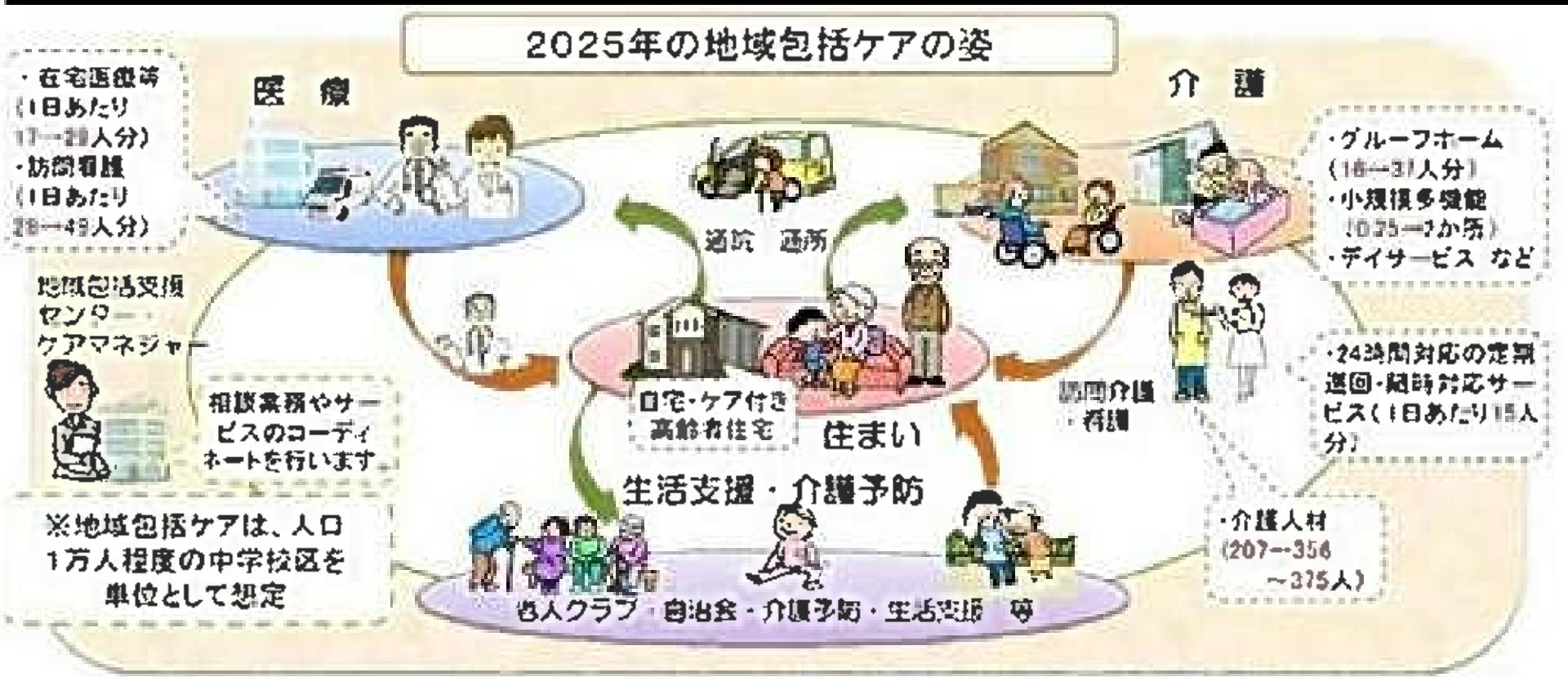
要介護認定者

前期高齢者 3.0 %
後期高齢者 22.1 %

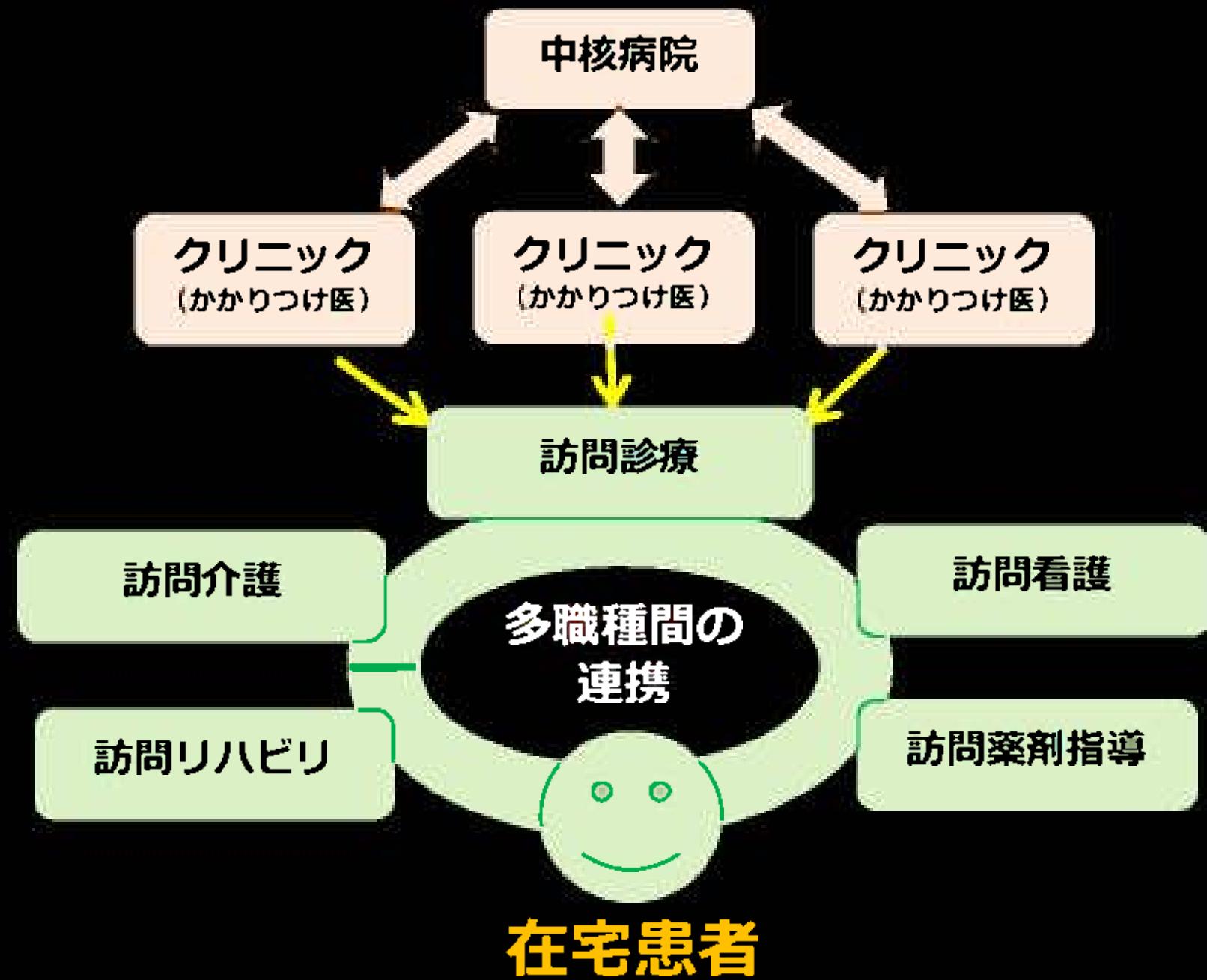
医療費推計(2008年度)



地域包括ケア



(厚生労働省資料)



在宅医療連携拠点事業

病気を持ちつつも、可能な限り住み慣れた場所で
自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療

- 在宅医療を提供する機関を連携拠点
- 多職種協働により医療と介護が連携
- 地域における包括的、継続的な在宅医療

平成24年度 全国105か所

平成25年度 鳥取県地域医療再生基金事業

事業計画

にしまち幸朋苑を在宅医療連携拠点

1. 多職種連携の課題や解決策について討議
2. 在宅医療に係る講演会、検討会等の開催
3. 在宅医療に関する地域住民への啓発活動
4. 地域における在宅医療の現状把握
5. 在宅医療従事者間の情報共有のためのIT活用
6. ホームページ上への事業内容掲載

東部医師会在宅医療検討委員会

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ、ケアマネ、行政



平成25年8月19日

在宅ケア事例検討会

～在宅ケアを支える多職種連携～



平成26年2月17日
医療介護関係者 47名

在宅医療連携講演会



参加者 64名

市民公開講座

市民公開講座

在宅緩和ケアで 諒らかに生きよう ～おひとり様でも大丈夫～



小笠原 文雄氏
社会福祉士
心身介護士
精神科看護師
精神科病院勤務
精神疾患の早期発見
早期対応をめざす活動
運営者としての経験
著書「死んでいい人生」
著書「死んでいい人生」
著書「死んでいい人生」
著書「死んでいい人生」
著書「死んでいい人生」

申込不要
参加無料
定員: 200名

平成26年
毎時 3月15日土
13:30~15:30

とりぎん文化会館
第1会議室

講師 長永 達氏(専門心理士)

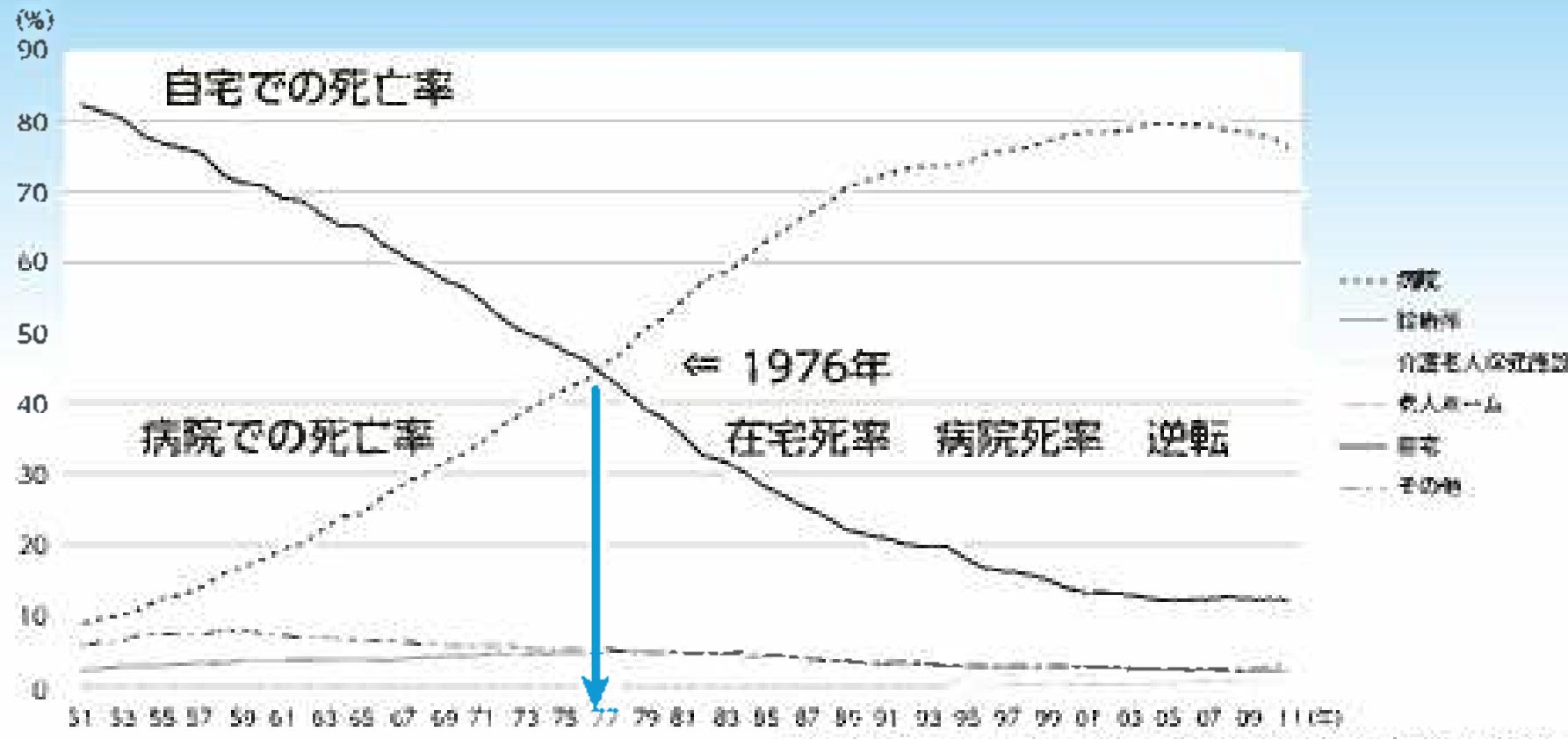
主催 在宅緩和ケアにこだわる会
協賛 さくら本部会館、高柳内科医院、高柳歯科医院、中野歯科医院
会場へ向けて歩道橋を渡り、奥側から会場へ向むけると、車椅子の方々が車椅子用

0857-25-6517 0857-25-6518 signkohoku.jp



参加者 113名

(一般市民 52%)



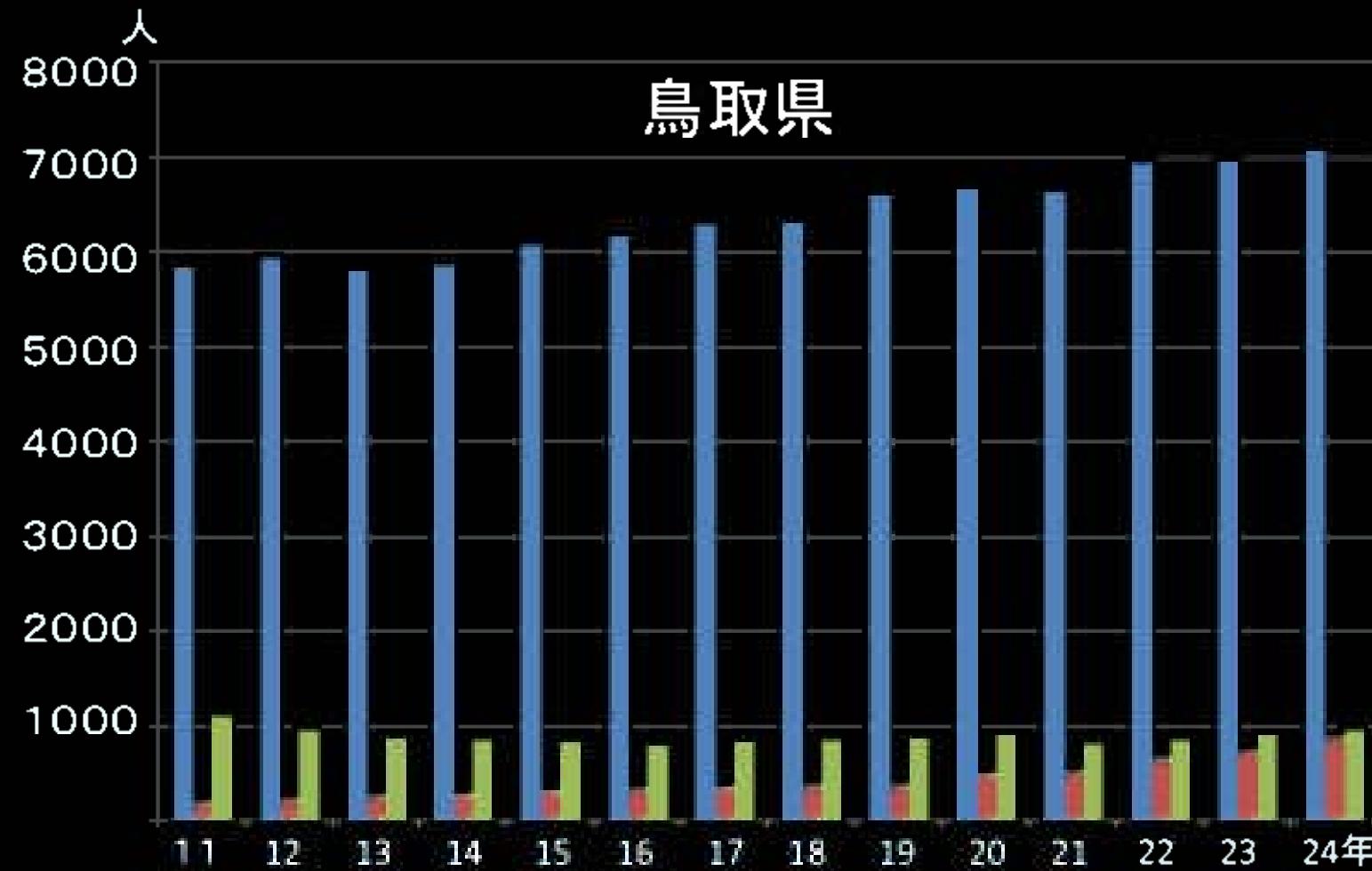
	病院死	がんの病院死
アメリカ	41%	38%
オランダ	35%	28%
日本	85%	91%

アメリカ：1998年 Health Affairs (04) オランダ：1998年 計画局(CBS) Koderitsch

日本：2004年 人口動態調査社会復興長報 104.9より 引用

死亡者数(死亡場所別)

医療機関 ■ 施設(老健・特養など) ■ 自宅 ■



総務省統計局データより

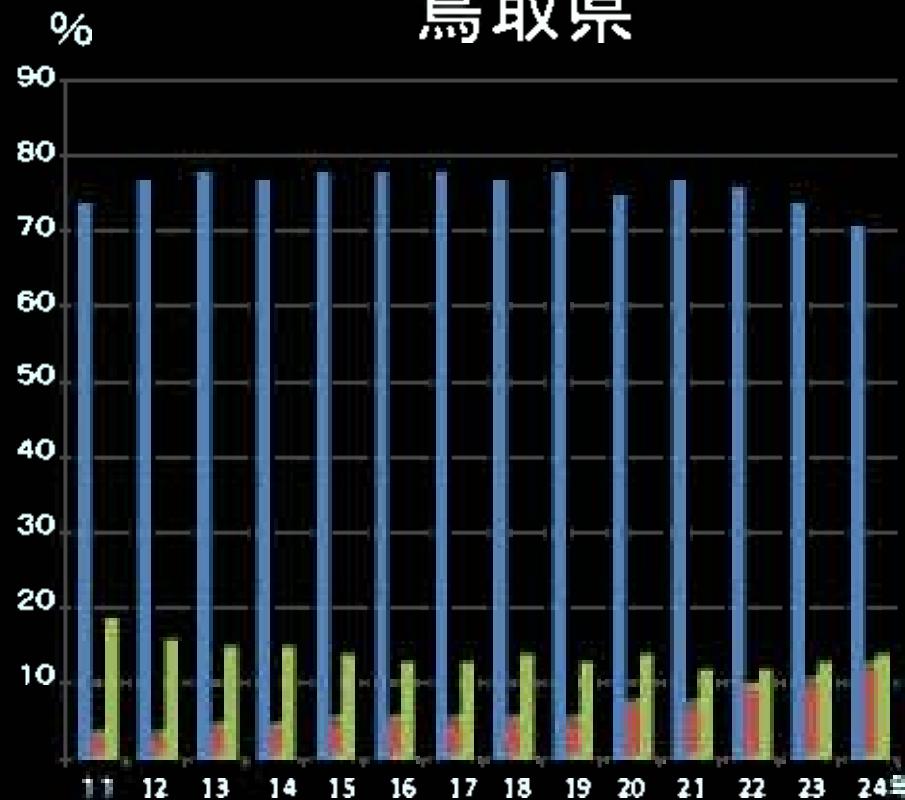
死亡場所の推移

医療機関

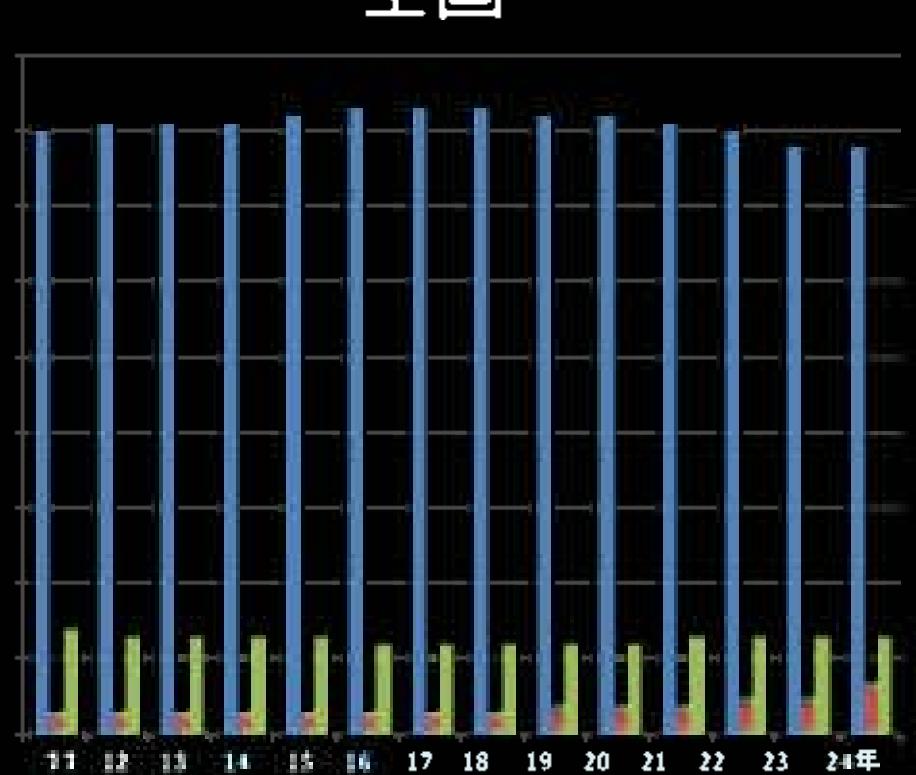
施設(老健・特養など)

自宅

鳥取県



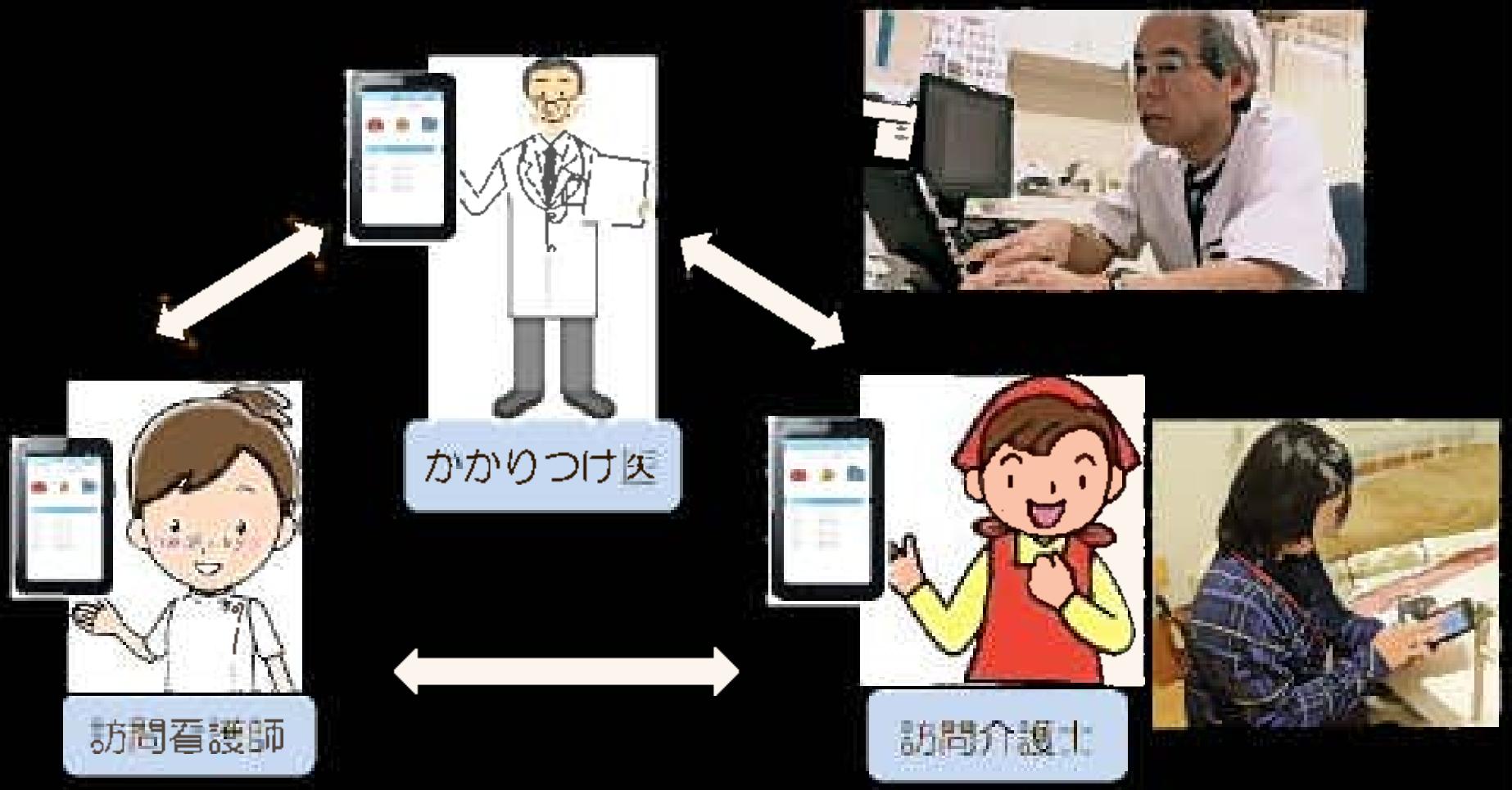
全国



総務省統計局データより

タブレット端末の導入

- ・リアルタイムの情報共有
- ・事務作業の負担軽減



ホームページ

平成26年度
採用情報

その先は
実績が見える職場

人材紹介会社へ こうこうえん
Recruit Information Web

おもてなし経営企業選

ハイ・サービス日本300選

オールジャパン
クア・インテクト

会員登録

三会会員

退会登録

広報誌

リスクマネジメントNews

墨田消息

第三セクター

吉信幹事長便

ブリヂストンゴルフ

HOME > ホームページ一覧 > 在宅医療連携

にしまち幸朋苑・在宅医療連携拠点事業

この事業は、農業再生計画（うやけい画）として行う事業です。社会福祉法人こうほうえん・にしまち幸朋苑が鳥取県東部地区における在宅医療に適する種々な施設の基盤と連携しながら在宅医療の推進に必要な事業を行います。

◆詳しくは、以下のリンクをご覧ください。

鳥取県医療改善課ホームページ「鳥取県地域医療再生計画（3次計画）」
<http://www.pref.tottori.lg.jp/125600.htm>

- [にしまち幸朋苑](#)
- [事業内容](#)
- [講演会](#)
- [会議・研修会](#)
- [外部リンク](#)
- [在宅医療支援診療所](#)

地域包括ケアをめざす にしまち幸朋苑の取り組み

にしまち幸朋苑
岸 清志

福祉・医療のまちづくり研究会
2015.2.19(木)鳥取市医療看護専門学校



1987年(昭和62年)	事業開始	特別養護老人ホームさかい幸朋苑
1995年(平成7年)	鳥取進出	老人保健施設いなば幸朋苑
2007年(平成19年)	東京進出	ヘルスケアタウンうきま

事業所数：126(介護、保育、医療、障がい、レストラン)

職員数：2,256名(平成27年1月1日現在)

2010年



ハイ・サービス
日本300選



公益財団法人 日本生産性本部

2012年



おもてなし経営企業選
～地域でひかり輝くニッポンのおもてなし企業の秘訣～



経済産業省

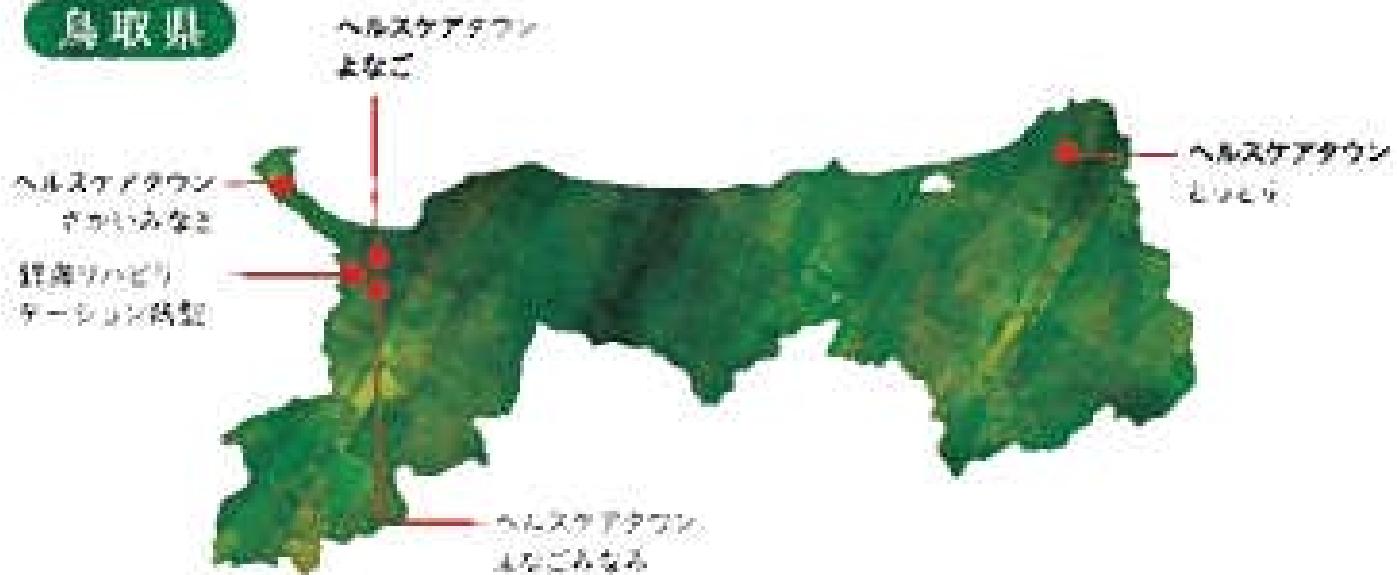
2014年



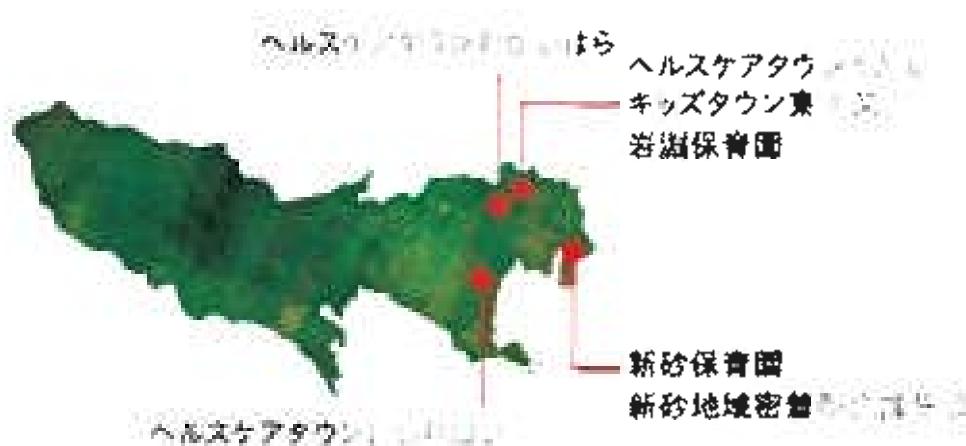
経営品質協議会

社会福祉法人 こうこうえん
Human Healthcare Group

鳥取県



東京都





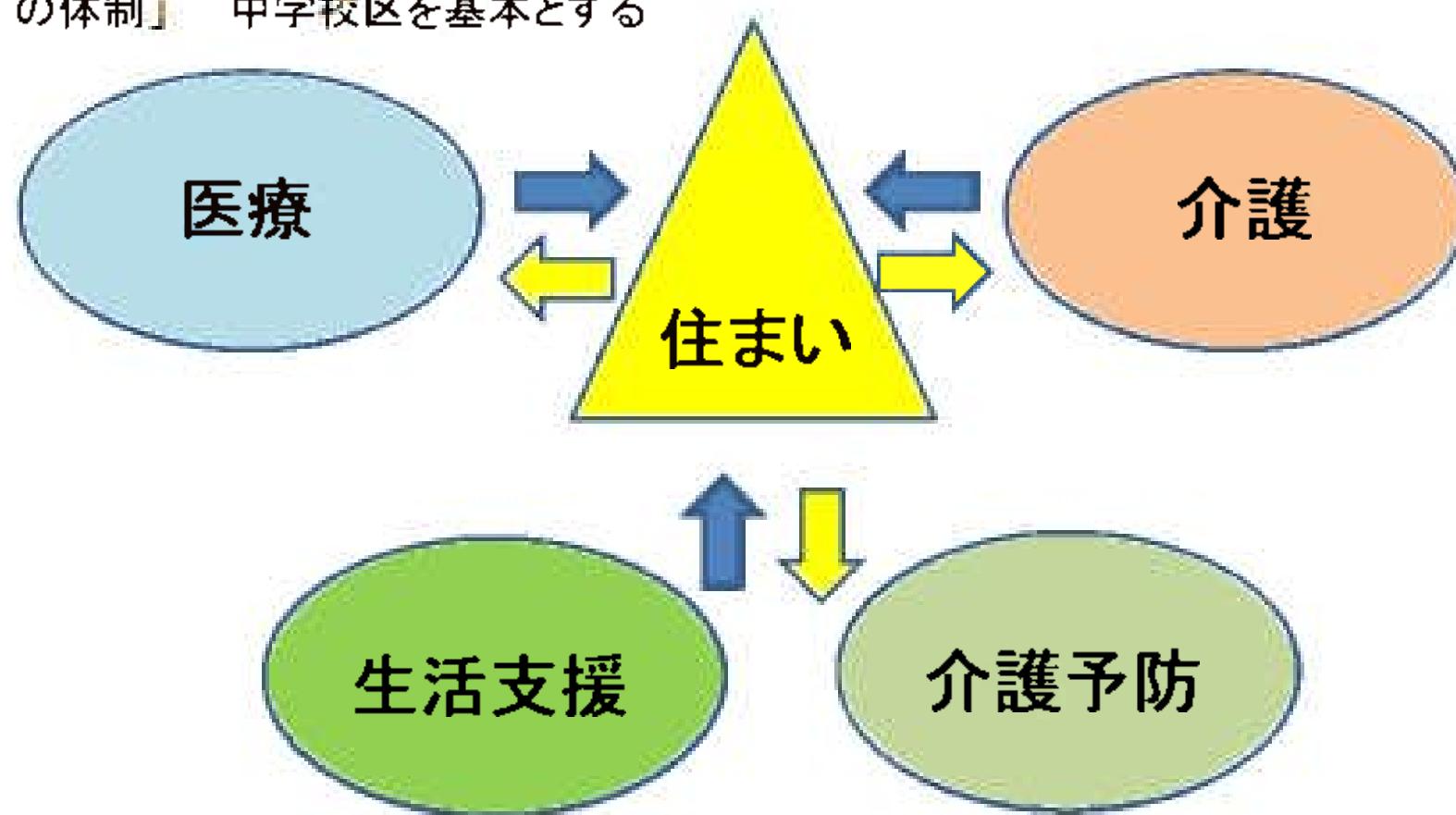
にしまち幸朋苑

平成24年7月 開設

街中に地域包括ケアの拠点を

地域包括ケア

「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」 中学校区を基本とする



にしまち幸朋苑

<施設>

- ・介護老人福祉施設(特養)
- ・ショートステイ

<通所>

- ・短時間通所リハビリテーション

<訪問>

- ・訪問看護(訪問リハビリ含む)
- ・訪問介護

<診療所 >



にしまち幸朋苑

<施設>

- ・介護老人福祉施設(特養)
- ・ショートステイ

<通所>

- ・短時間通所リハビリテーション

<訪問>

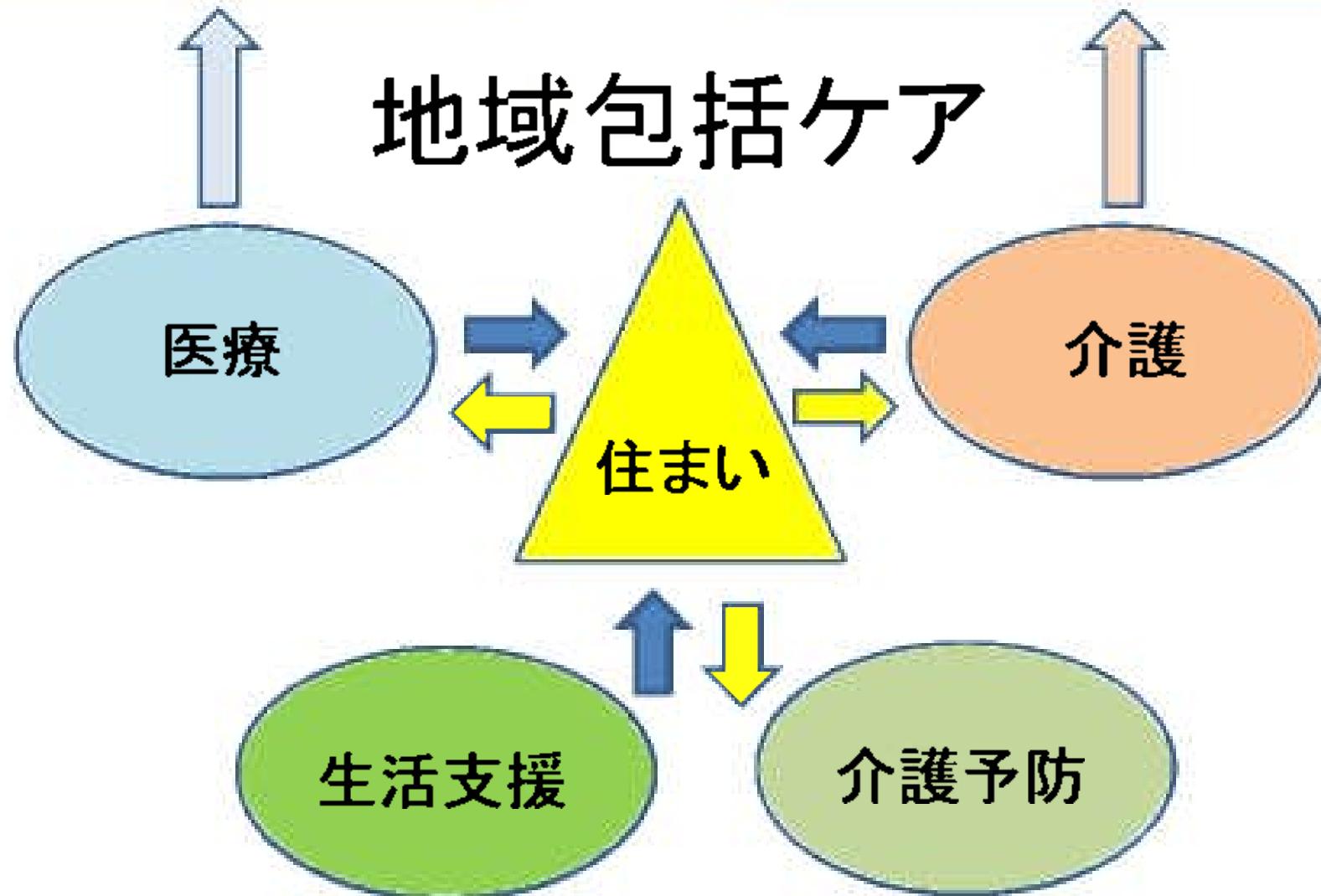
- ・訪問看護
- ・訪問介護
- ・定期巡回・隨時対応型訪問介護看護(24時間対応) 2013年6月
- ・訪問リハビリ 2014年6月

<診療所>



在宅医療連携拠点事業

定期巡回・随時対応型訪問介護看護



在宅医療連携拠点事業

高齢化、価値観の多様化に伴い、病気を持ちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すための事業

平成24年度 厚労省医政局 全国105か所

平成25年度 都道府県地域医療再生基金事業

事業内容

在宅医療を提供している“にしまち幸朋苑”を連携拠点として、ケアマネジャーの資格を有する看護師を配置し、以下の活動を通して地域における包括的な在宅医療を提供するための体制を構築する

1. 多職種連携の課題や解決策について討議
2. 在宅医療に係る講演会、検討会等の開催
3. 在宅医療に関する地域住民への啓発活動
4. 在宅医療従事者間の情報共有のためのIT活用

在宅医療連携検討委員会

医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、病院地域連携室
リハビリ事業所、介護支援センター、行政



鳥取市における地域連携のための研究会等

1. 東部地域神経難病等在宅支援連絡会
2. 東部地域脳卒中医療連携ネットワーク研究会
3. 認知症疾患保健医療福祉連携研修会
4. CBM (community based medicine) 研究会
5. 在宅リハビリ・ケア研究会
6. 地域支援口腔ケア研究会
7. 在宅ケア事例検討会～在宅ケアを支える多職種連携～

在宅医療連携講演会



医療・介護関係者 64名

医師 20名、歯科医師 1名、ケアマネジャー 13名
看護師 8名、薬剤師 4名、リハ 2名、その他

市民公開講座

市民公開講座

在宅緩和ケアで
頼らかに生きよう
～おひとり様でも大丈夫～

主催者

小笠原 文雄 氏

小笠原文雄氏は、日本的老年医学研究会の会員で、日本老年医学会の会員です。

講師 不要
参加無料
定員 300名

平成26年
3月15日(土)
13:30~15:30
とりぎん文化会館
第1会議室

司会 徳永 道氏(精神科医)

お問い合わせ
にしまさき総合（まち）会
TEL 0657-23-6510 E-mail hoshikai@nifty.com

主 催：北九州市民づくりさんへにししまさき総合（まち）会
地 場：北九州市民づくりさんへにししまさき総合（まち）会
地 場：北九州市民づくりさんへにししまさき総合（まち）会



参加者 115名 (市民 52%)

在宅医療シンポジウム



在宅医、在宅歯科医、訪問看護師、リハ専門職
訪問薬剤師による討論

参加者 93名 (市民 23%)

リハビリテーション講演会

地域リハビリテーションの可能性をさぐる!!

リハビリテーション 講演会

医療・介護・福祉関係者、一般市民の方、
多歓お出かけください。

2014年10月23日(木)
(開場)19:00~20:30

佐賀県立総合センター
さざんか会館 5階大会議室
JR佐賀駅前丁目10番

地域包括ケアにおける リハビリテーションの役割

講師 斎藤 秀之氏
日本ヘルスオペレーションリハビリテーションセンター代表
日本リハビリテーション学会 常委
日本理学療法士会 会員
日本鍼灸整骨院会員
日本マッサージセラピスト協会会員

これから地域リハビリテーション

主な会員登録料金
会員登録料金
会員登録料金
にしまち幸朋苑・いなば幸朋苑
【問い合わせ】道所リハビリテーションいなば幸朋苑(佐野)
TEL 0857-23-6611 FAX 0857-23-6613 E-mail: info@idmco.jp



参加者123名

リハビリ専門職 63名

医療・介護関係者 59名

介護の日フェア

平成26年

日時 11月8日土 10:30~16:30

入場
無料

鳥取県立生涯学習センター

県民ふれあい会館 鳥取市鳥町21番地
TEL.0857-21-2266

特別企画 10:30~15:30

~わが街を知ろう~ 市民講演会

講師 羽場 研一氏

鳥取市 副市長 羽場 研一氏

地域包括ケアの
方向性を読み解く



講師 小山 秀夫 氏

鳥取県立大学准教授
医療・介護マネジメントコース教授
日本介護研究学会副会長・理事

講 告

- 高齢者を取り巻く状況と課題
中野 幸一 鳥取市福祉・健康部総務課長
- 地域包括ケアセンターの役割と運営
加藤 浩平 地域中心の医療支援センター担当
- 社会福祉協議会の取り組み
丸尾 誠明 鳥取市社会福祉協議会相談室評議長兼任
- 介護・施設運営の現場から
辻平 売子 施設運営・施設方正型ひやかわ介護施設
三ノ郷町ひやかわ管理部

築の知識講座

10:45~11:30

認知症

タッチパネル実演

介護

なんでも相談

介護予防体操

高精度
体組計測定

県民
介護食
健糖食品
介護用品

MAP



主催：鳥取県立生涯学習センター

問い合わせ先(23-6611)：問い合わせ窓口(39-9665)：エディバービス(20-2616)：デオハウスじゅんぐう(20-6541)

グループホームはまざか(23-6662)：在宅医療・看護施設にしむぎ(25-6516)

協賛：県・県内各市町村・鳥取銀行・フィットネスクラブ・ジム・ルン・カニス・スマティック・カーテン・ワックス・吉田

在宅ケア事例検討会

～在宅ケアを支える多職種連携～



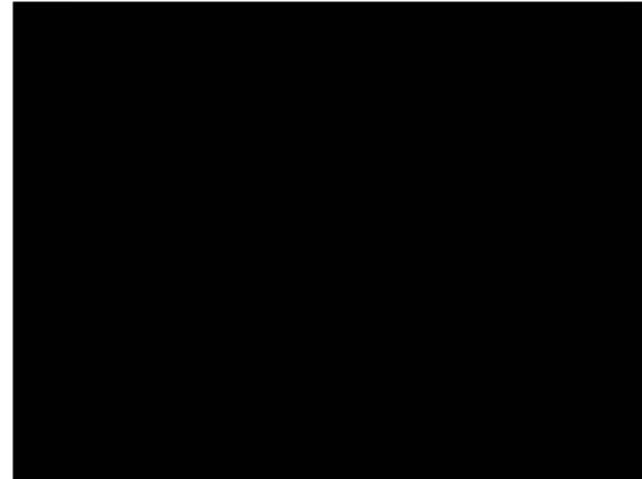
医師、看護師、保健師、介護士、リハビリ、ケアマネジャー、行政

タブレット端末の導入

- ・リアルタイムの情報共有
- ・事務作業の負担軽減



タブレット端末利用の動画



平成26年度
採用情報

その先は
笑顔が見える職場

Home Health Care Center

人材紹介会員登録
Recruit Information Web

おもてなし経営企業選

ハイ・サービス日本300選

クールジャパン
クアントテスト

Contents

- 会員登録
- 就職記録
- 就活特集
- リスクリマッチメント特集
- 就活特集
- 第三希望
- 苦情解決要領
- プライバシーポリシー

HOME > ヘルプ・ケアクラウドヘルパーにしまち在宅医療連携

にしまち幸朋苑・在宅医療連携拠点事業

この事業は、島根県在宅医療計画（3次計画）に基づいて行う事業です。社会福祉法人こうほうえん・にしまち幸朋苑が鳥取県東部地区における在宅医療における新たな基盤の整備方と連携しながら在宅医療の推進に必要な事業を行います。

◆詳しくは、以下のリンクをご覧ください。

鳥取県医療政策課ホームページ「鳥取県在宅医療計画（3次計画）」
<http://www.pref.tottori.lg.jp/123500100>

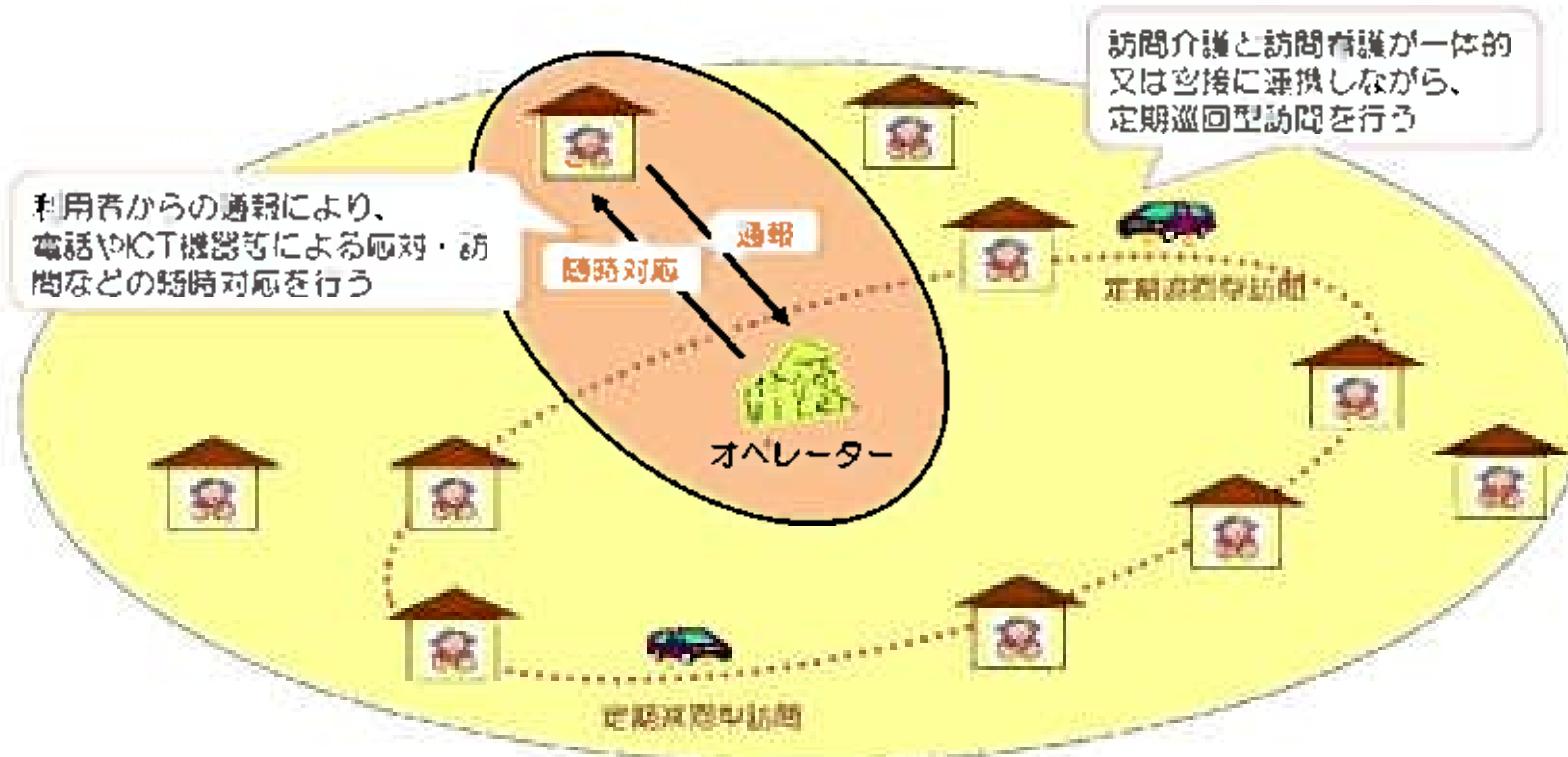
- [にしまち幸朋苑](#)
- [事業内容](#)
- [講演会](#)
- [会議・研修会](#)
- [外部リンク](#)
- [在宅医療支援診療所](#)

在宅医療連携拠点事業の今後

- 平成27年度以降
市区町村が主体となり介護保険法の地域支援事業として
在宅医療・介護連携推進事業を行う
- 地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療の充実事業

IT活用範囲の拡大

定期巡回・随時対応型訪問介護看護



対象地域 3中学校区(西中・北中・中の郷)

体制 介護士 11人・看護師 4人

利用者数 25名(H25.6～H26.10)

利用形態 病院 ⇒ 在宅

在宅 ⇒ 在宅

定期巡回・随時対応サービスの効果

利用者の状況に合わせた柔軟な対応

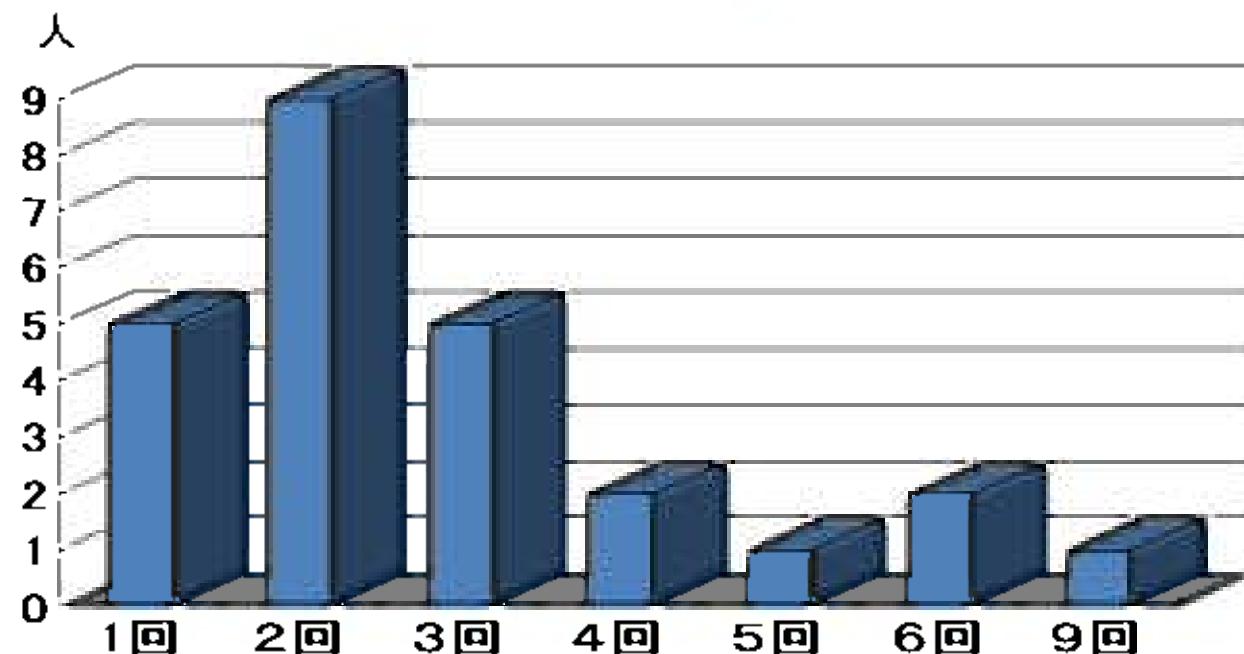
安否確認、緊急時対応による安心感

訪問介護と看護の連携による介護の質の向上

定期巡回今後の課題

サービスの質と経営のバランス

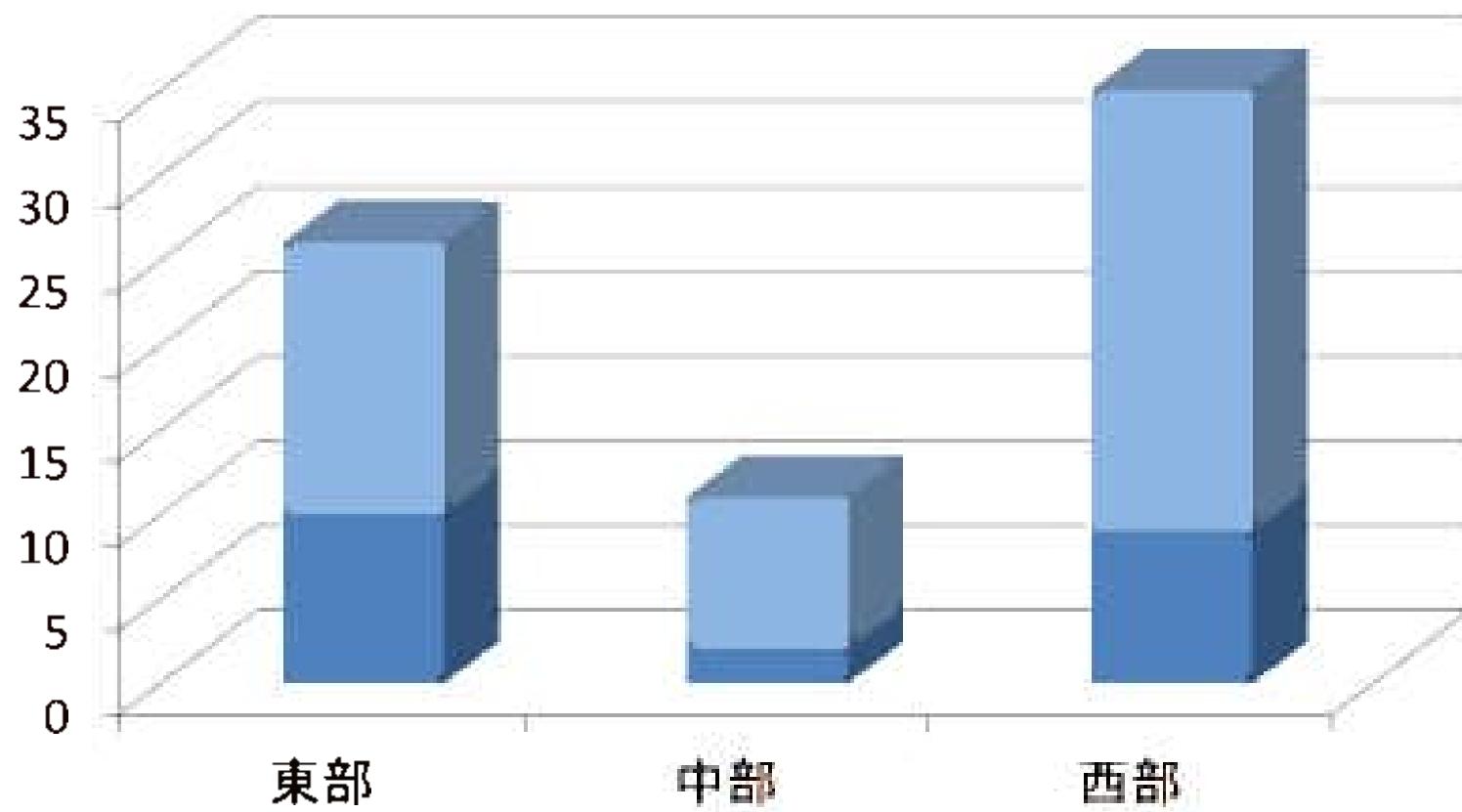
1日あたりの定期利用回数



地域包括ケア体制の確立に必要なこと

- ・在宅医療
- ・訪問看護の十分な提供
- ・医療と介護の連携
- ・地域リハビリテーションの構築
- ・認知症施策の充実

在宅療養支援診療所



地域包括ケア体制の確立に必要なこと

- ・在宅医療
- ・訪問看護の十分な提供
- ・医療と介護の連携
- ・地域リハビリテーションの構築
- ・認知症施策の充実

ご清聴ありがとうございました

MSWIにとっての医療介護連携

～平成27年度介護保険制度改正・介護報酬改定を考察する～

平成27年度医療社会事業協会 第1回研修会
2015.6.6(伯耆しあわせの郷)

社会福祉法人こうほうえん
にしまち幸朋苑
施設長 岸 清志

にしまち幸朋苑

<施設>

- ・介護老人福祉施設(特養)
- ・ショートステイ



<通所>

- ・短時間通所リハビリテーション

<訪問>

- ・訪問看護
- ・訪問介護
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護(24時間対応)
- ・訪問リハビリ

<診療所>

- ・訪問診療



第63回公益社団法人日本医療社会福祉協会全国大会（京都大会）
第35回日本医療社会事業学会



5月28日(木)～30日(土) 京都 参加者 1,100人

大会テーマ

時代をつらぬく医療ソーシャルワークの実践
～一人ひとりが尊ばれる、排除のない社会をめざして～

基調講演

排除することのない分かち合いの社会を求めて

講 師 浜 矩子 同志社大学大学院ビジネス研究科教授

報告会 2

ソーシャルワーク定義における文化と多様性の視点

講 師 志村 健一 東洋大学社会学部社会福祉学科教授

座 長 田村 里子 日本医療社会福祉協会調査研究部倫理綱領検討担当チーム代表委員

特別講演 1

超少子高齢社会を乗り切る方法は地域包括ケアシステム以外にない

講 師 慶澤 剛 厚生労働省保険局長

京都企画・時代をつなぐ

医療ソーシャルワーカーはどこへ向かうのか

～社会福祉専門職としてのあり方～

講 師 山本 みどり 西陣病院

本日のお話

1. 介護保険の現状
2. 平成24年度診療報酬＆介護報酬同時改定
3. 平成27年度介護保険制度改正・介護報酬改定
4. 地域包括ケアにおける医療・介護連携
5. MSWに対する期待

1. 介護保険の現状
2. 平成24年度診療報酬＆介護報酬同時改定
3. 平成27年度介護保険制度改正・介護報酬改定
4. 地域包括ケアにおける医療・介護連携
5. MSWに対する期待

介護保険

1997年(平成9年12月)に介護保険法が成立

2000年(平成12年)施行

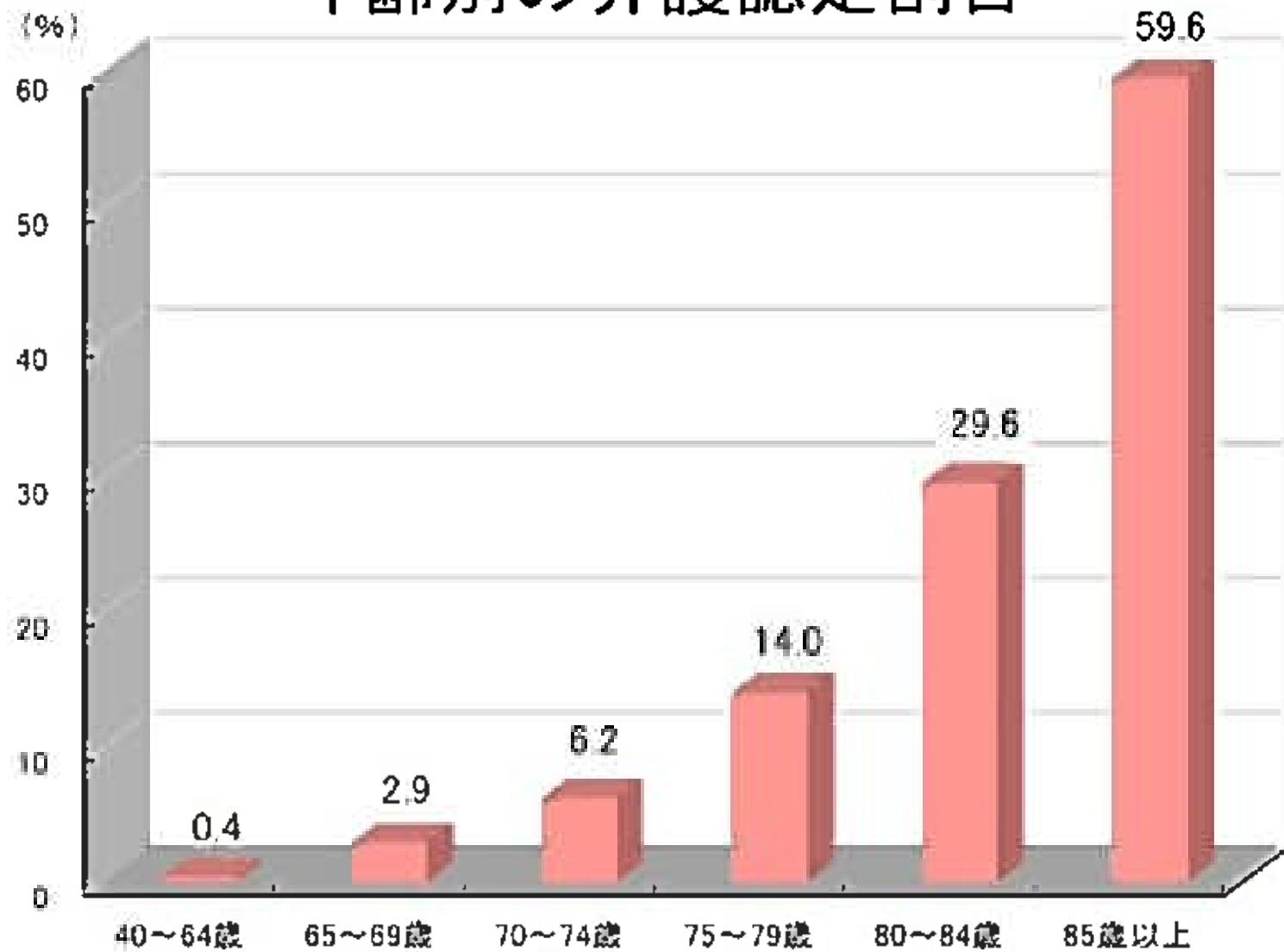
《背景》

- ・人口の高齢化に伴う要介護高齢者の増加
- ・介護の長期化に伴う家族介護の限界
- ・高齢者介護をめぐる従来制度の問題
- ・医療保険制度の財源が逼迫し、社会保障制度の再編の必要性

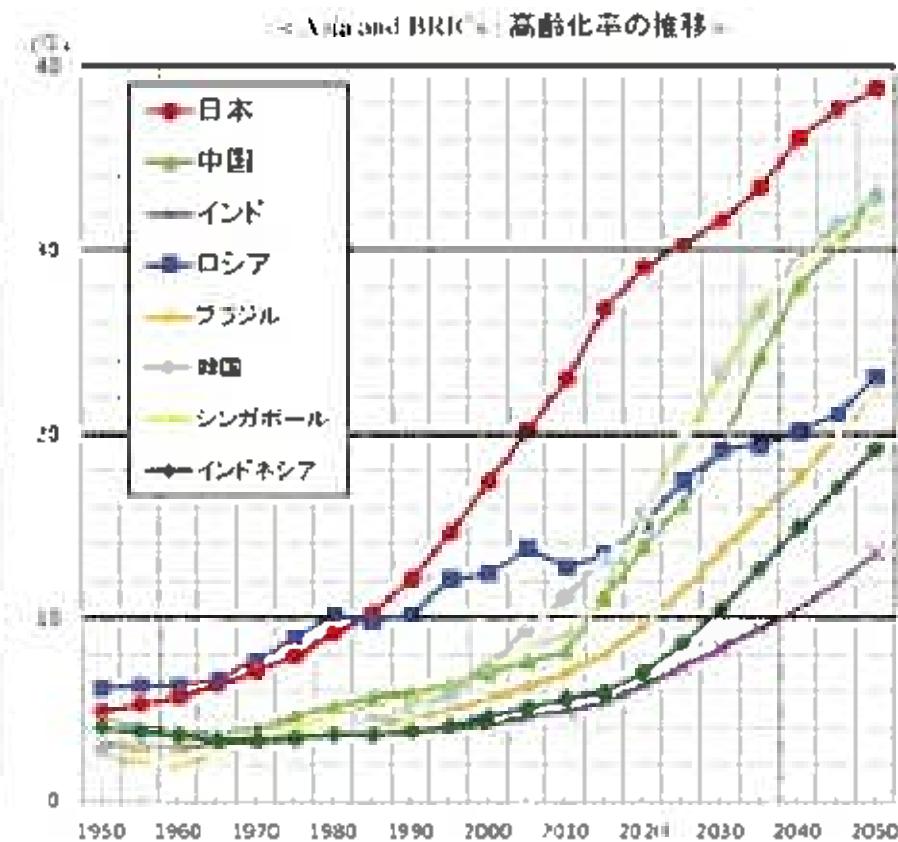
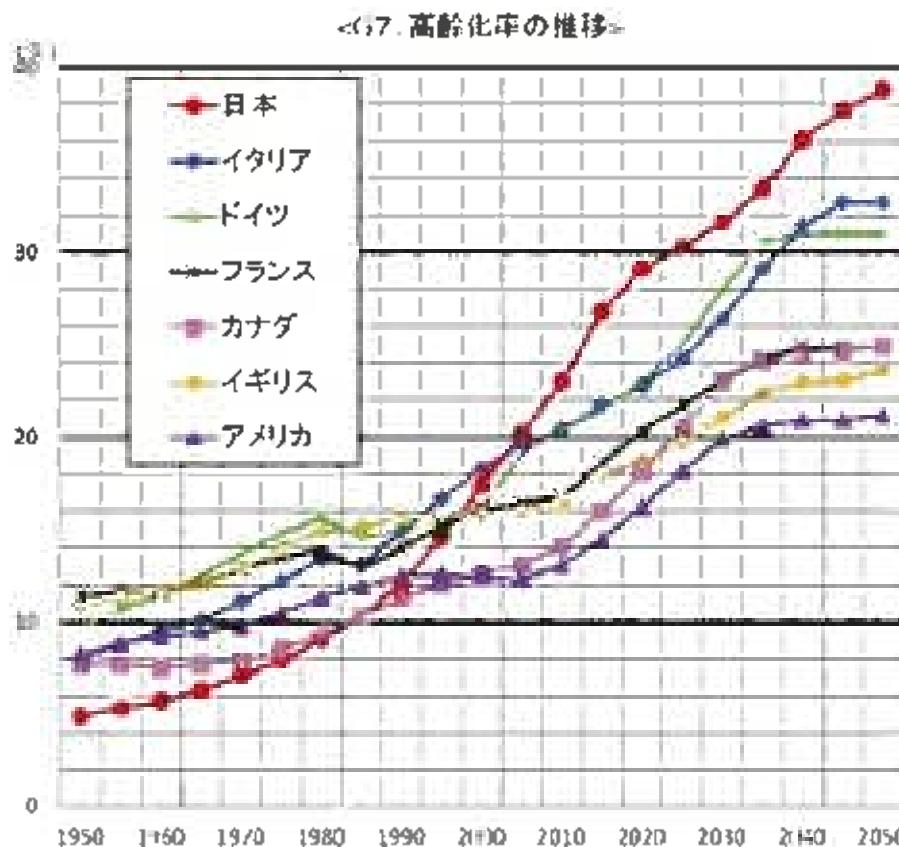
背景

- ・人口の高齢化に伴う要介護高齢者の増加
- ・介護の長期化に伴う家族介護の限界
- ・高齢者介護をめぐる従来制度の問題
- ・医療保険制度の財源が逼迫し、社会保障制度の再編の必要性

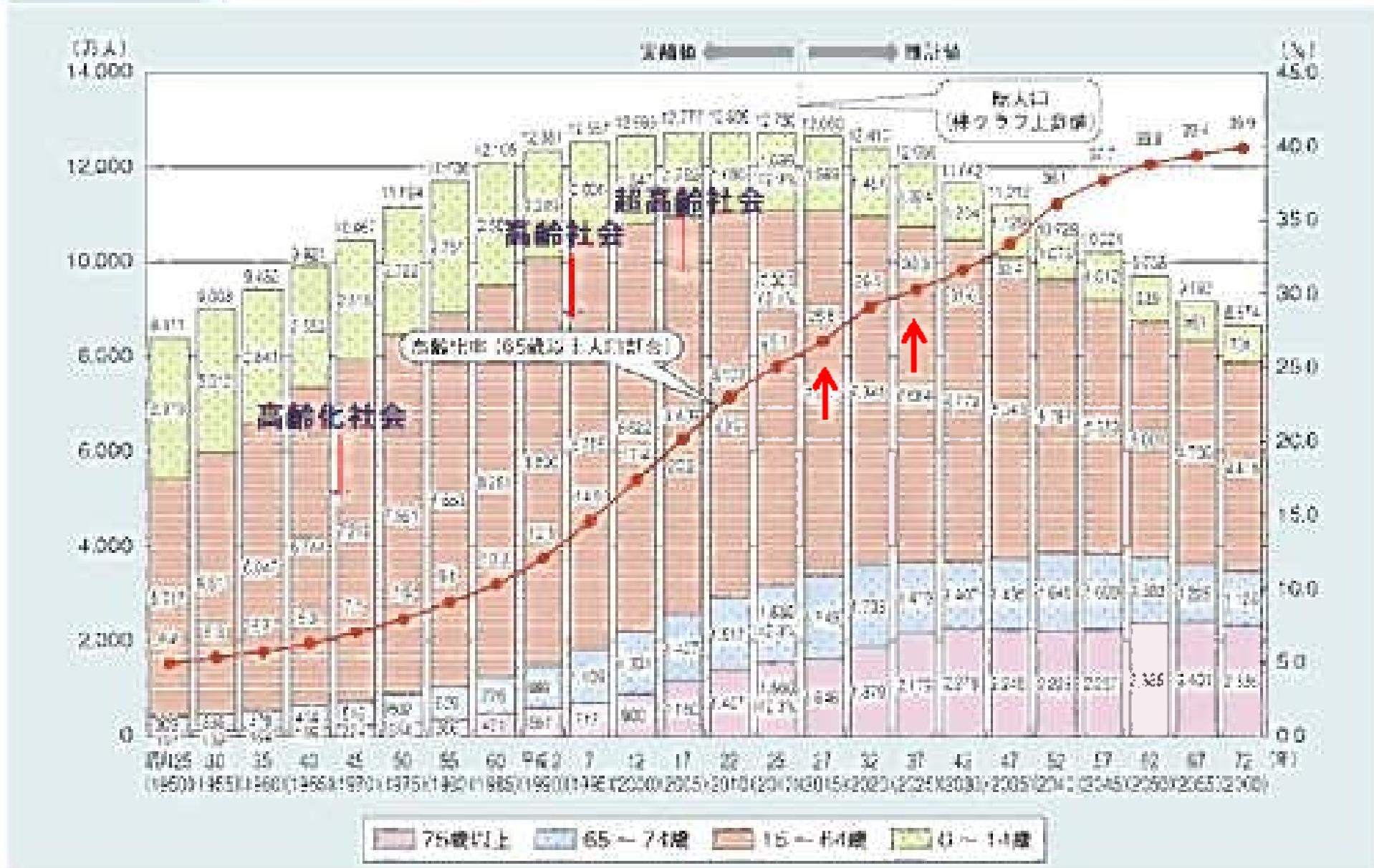
年齢別の介護認定割合



高齢化率の推移 世界比較



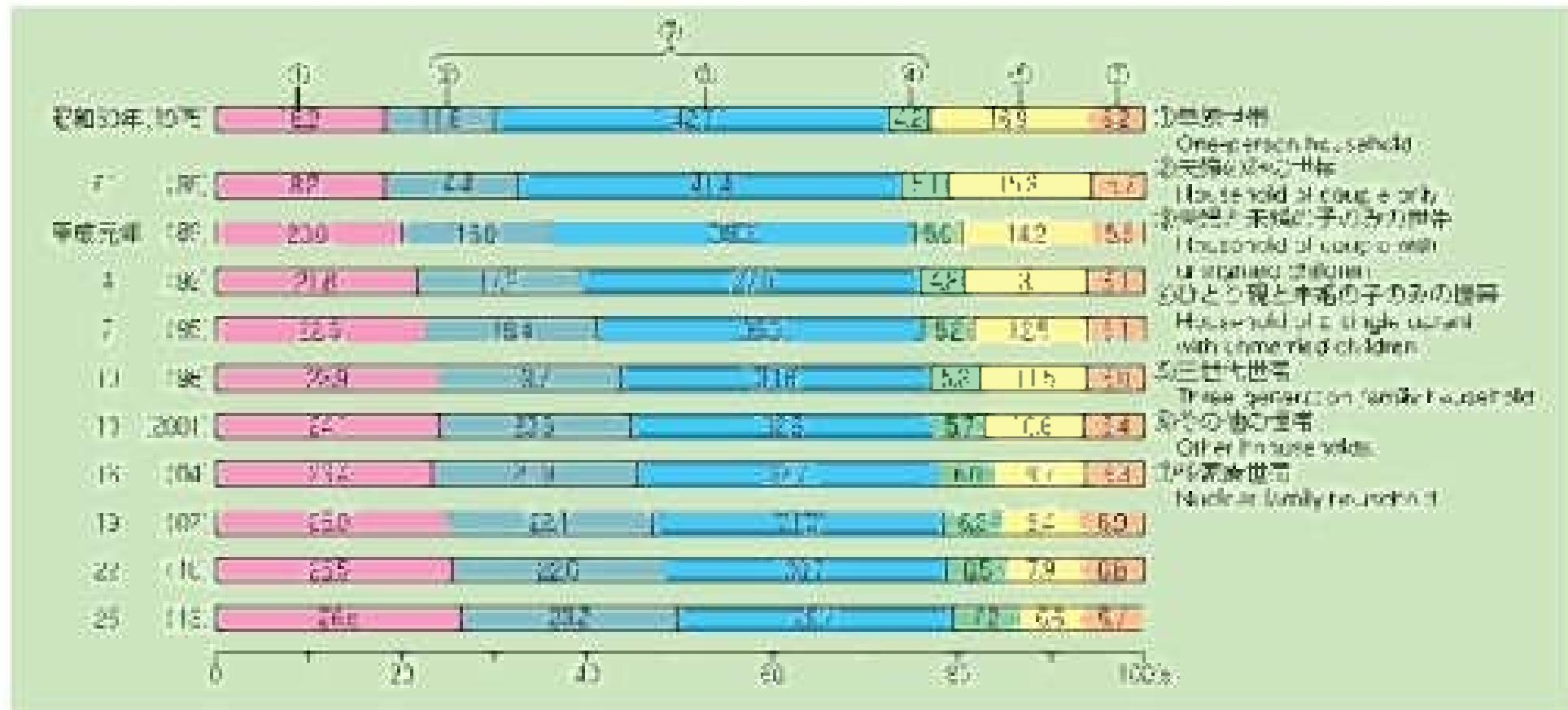
高齢化の推移と将来推計



背景

- ・人口の高齢化に伴う要介護高齢者の増加
- ・介護の長期化に伴う家族介護の限界
- ・高齢者介護をめぐる従来制度の問題
- ・医療保険制度の財源が逼迫し、社会保障制度の再編の必要性

世帯構造別にみた世帯数の構成割合の年次推移



背景

- ・人口の高齢化に伴う要介護高齢者の増加
- ・介護の長期化に伴う家族介護の限界
- ・高齢者介護をめぐる従来制度の問題
- ・医療保険制度の財源が逼迫し、社会保障制度の再編の必要性

従来制度による高齢者介護の問題点

老人介護(老人福祉法)

- ・特別養護老人ホーム・ホームヘルプ・デイサービス・福祉用具
- 市町村がサービス提供 利用者にサービスの選択肢がない
- 競争原理が働くとサービスが画一的
- 収入に応じた利用者負担 中高所得者にとって重い負担

老人医療(老人保健法)

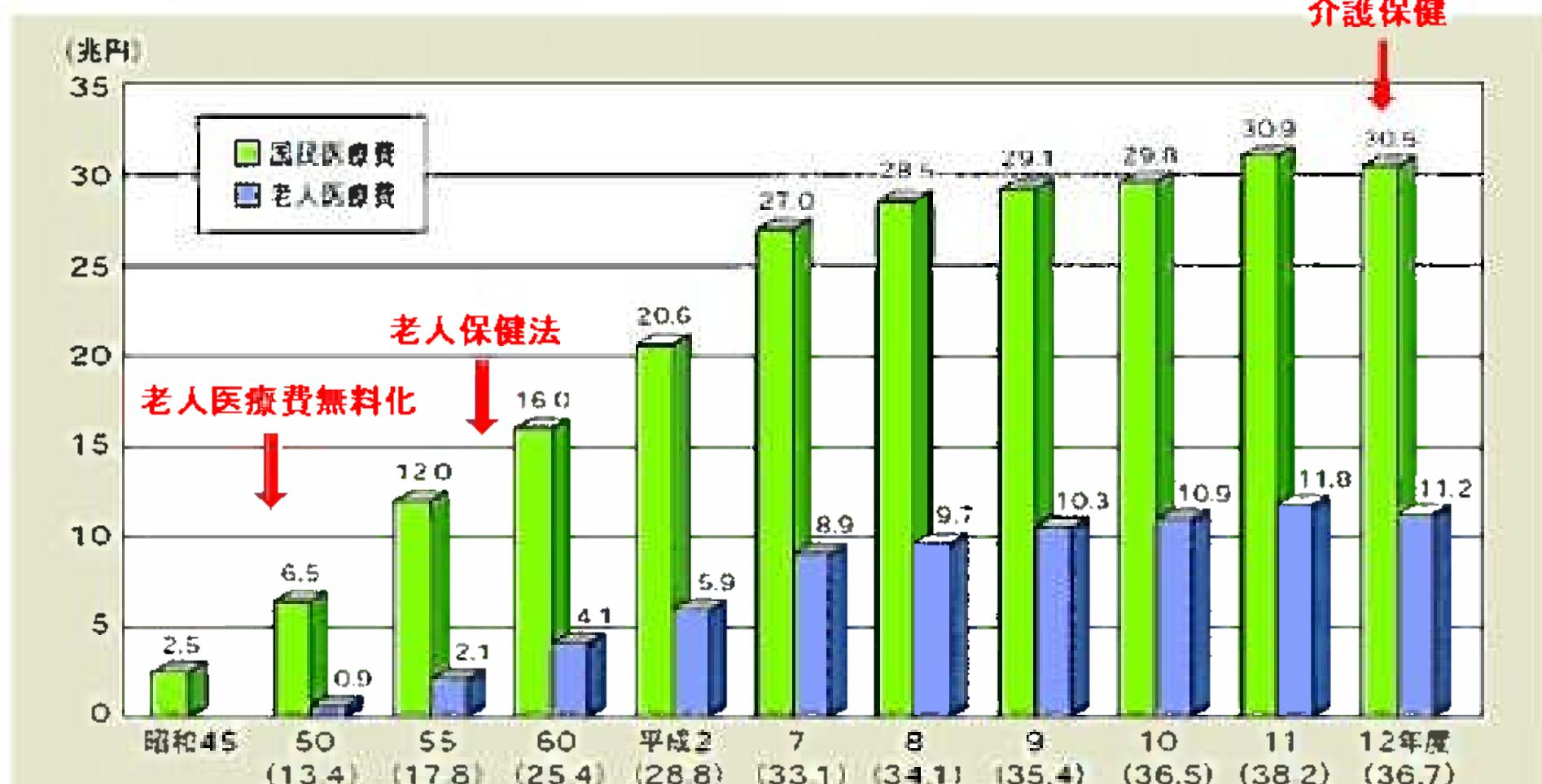
- ・老人保健施設・療養型病床群・一般病院・訪問看護・デイケア
- 福祉サービスに比べ低料金のため、介護を目的に一般病院に長期入院
（社会的入院）老人医療費無料化（1973年）⇒ 医療費の増加
- 治療目的の病院での介護体制の不備

従来制度による対応の限界

背景

- ・人口の高齢化に伴う要介護高齢者の増加
- ・介護の長期化に伴う家族介護の限界
- ・高齢者介護をめぐる従来制度の問題
- ・医療保険制度の財源が逼迫し、社会保障制度の再編の必要性

医療費の推移



資料：国民医療費については、平成11年度までは厚生労働省入庫官房統計情報部「国民医療費」、12年度は厚生労働省保険局による試算。老人医療費については、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」。

(注1) ()内の数値は、老人医療費の国民医療費に対する割合(%)である。

(注2) 平成11年度までは実績、12年度は実績見込みである。

(注3) 平成12年度の介護保険の創設により老人医療費の一部が介護保険へ移行している。

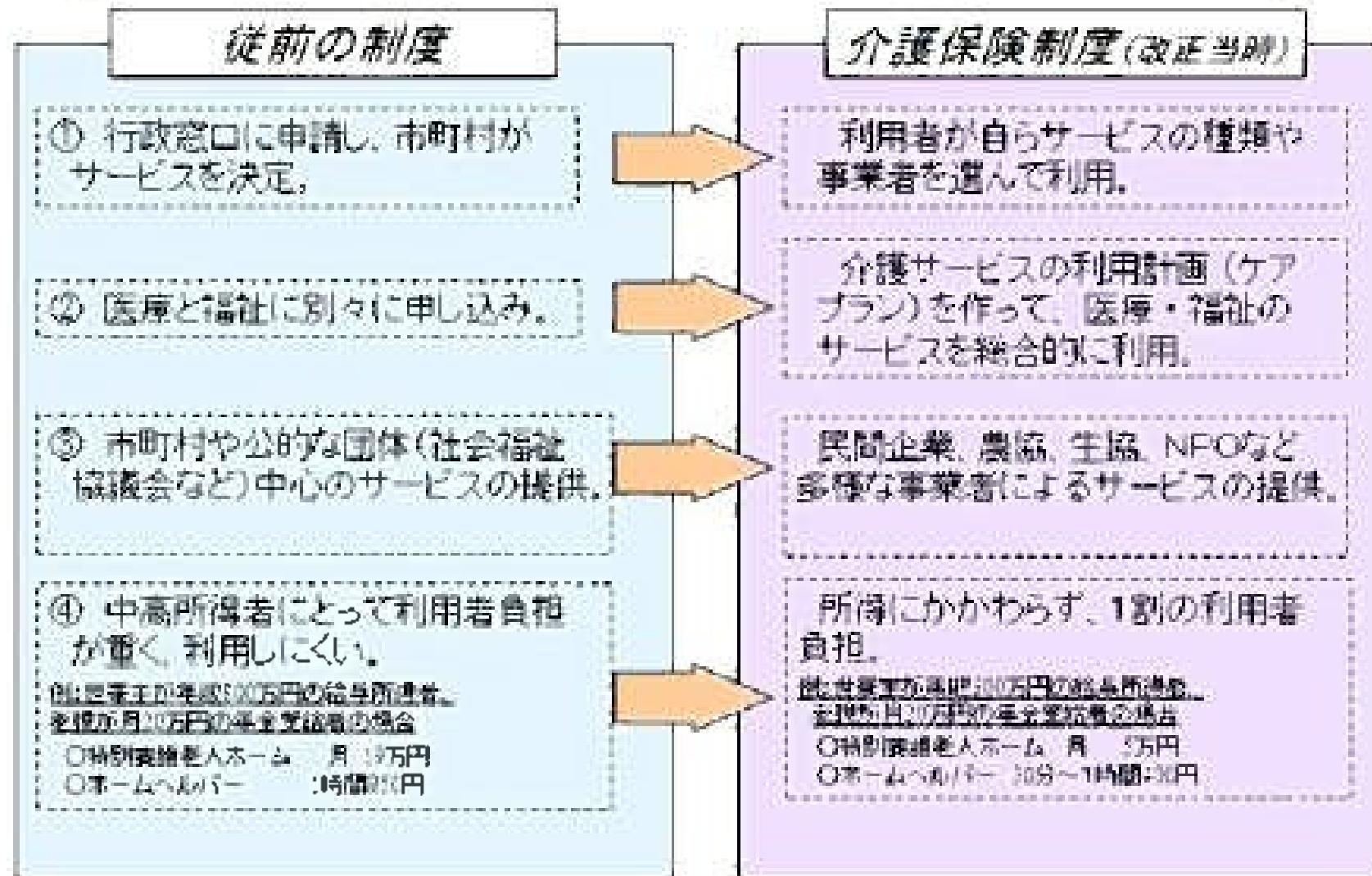
介護保険の基本理念

高齢者が自分らしい生活を送ることができ
るよう、自立した生活を積極的に支援する

- ・予防とリハビリテーションの重視
- ・高齢者自身による選択
- ・在宅ケアの推進
- ・利用者本位のサービス提供
- ・社会連帯による支え合い
- ・介護基盤の整備
- ・重層的で効率的なシステム

介護保険で何がどのように変わったのか

利用者から見た従前の制度と介護保険制度の違い



介護保険サービス 費用負担の割合

○利用者 **1割**

○公費(国、都道府県、市町村の税金)

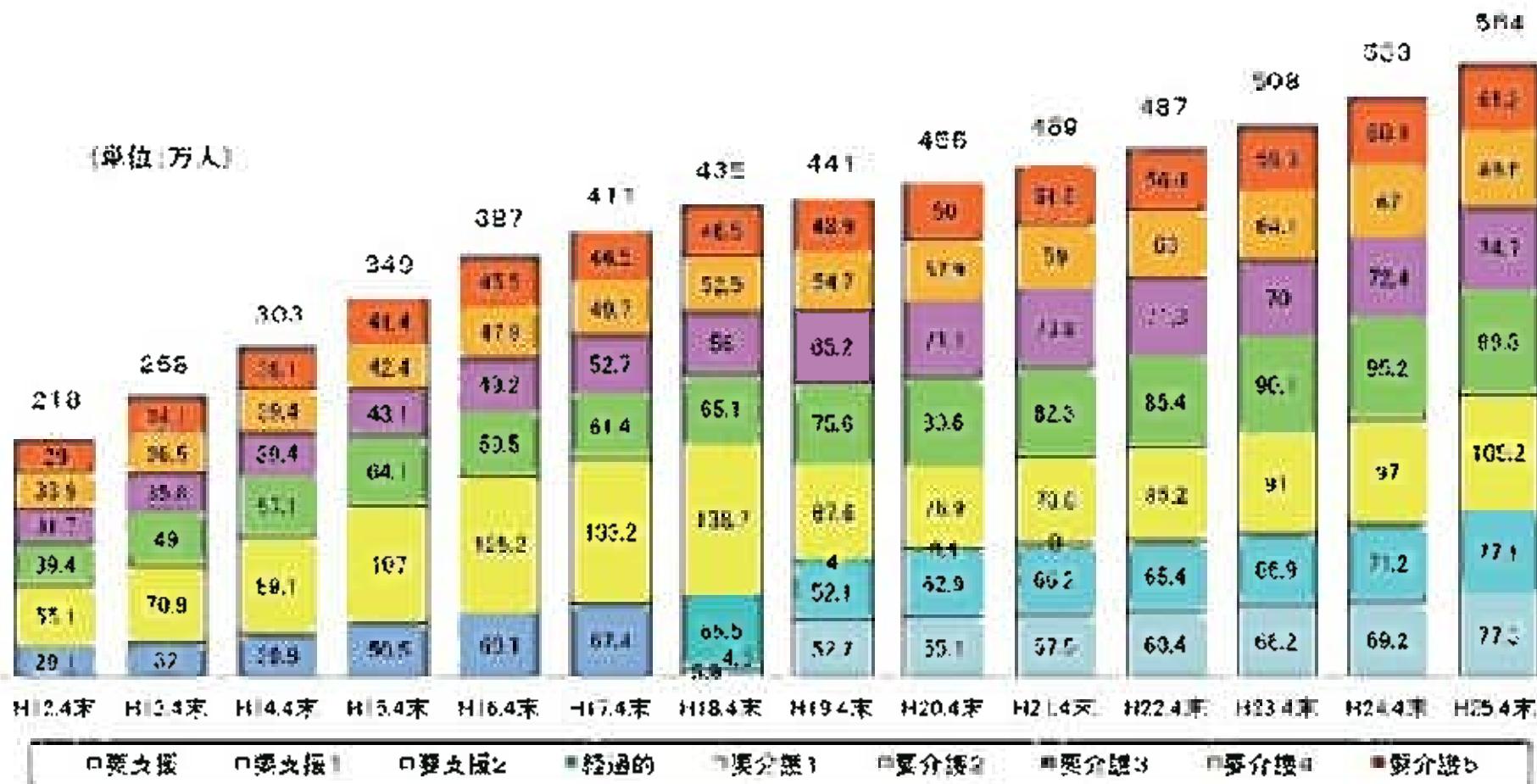
○保険料

高齢者の保険料(第1号保険料)について

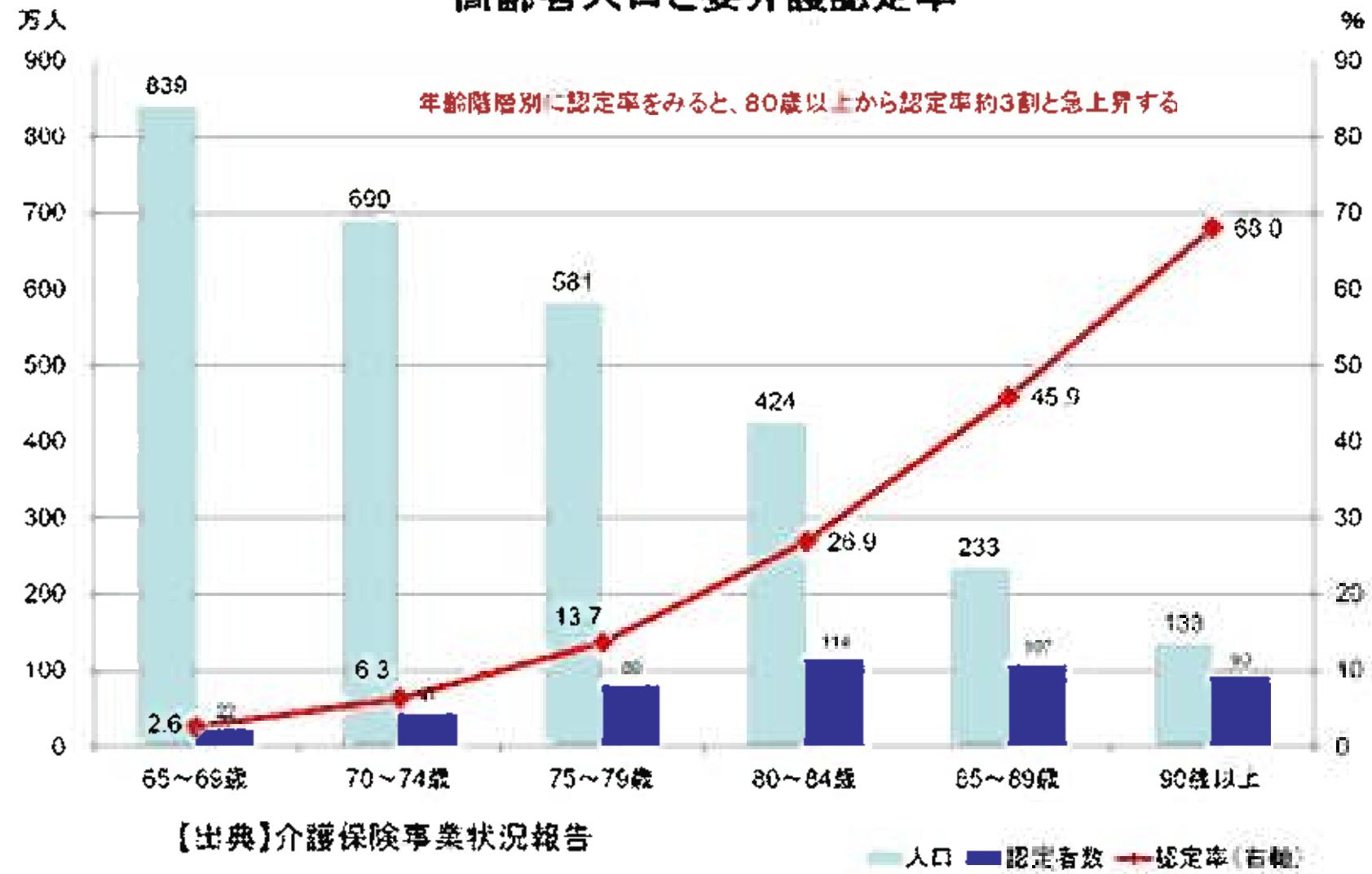
- 介護保険の料金は、貯蓄額、65歳以上の高齢者と60歳～64歳の者の人口比で算出し、市町村(住民)は、その約20%を高齢者に個人単位で負担した後、併せ負担することになります。
- この介護保険料は、地域の特徴に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されています。(標準は6段階)



要介護・要支援別認定者数の推移

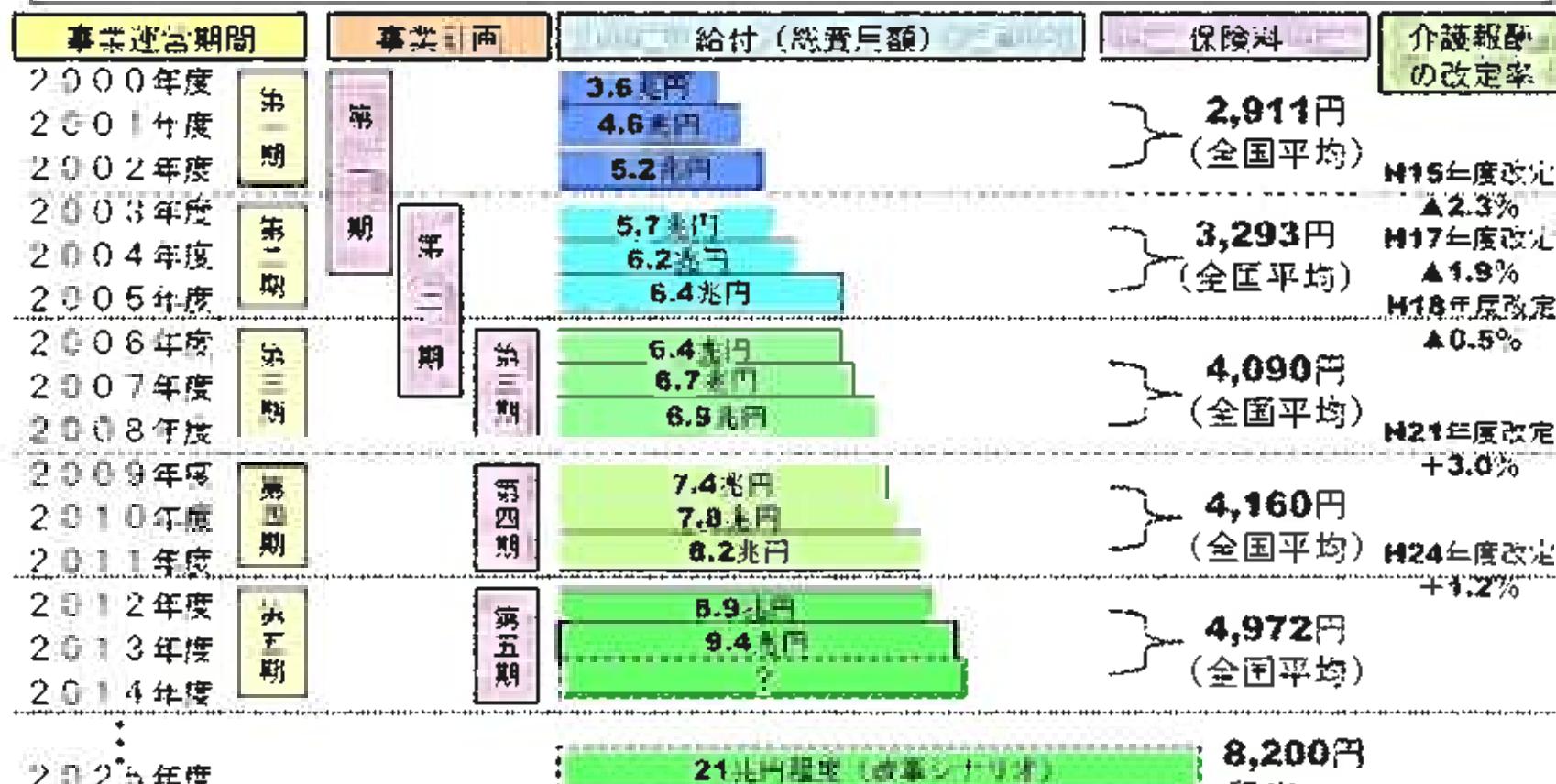


高齢者人口と要介護認定率



介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年に亘り見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基き、3年間を通して財政の均衡を保つよう設定される。（3年度を通じた同一の保険料）

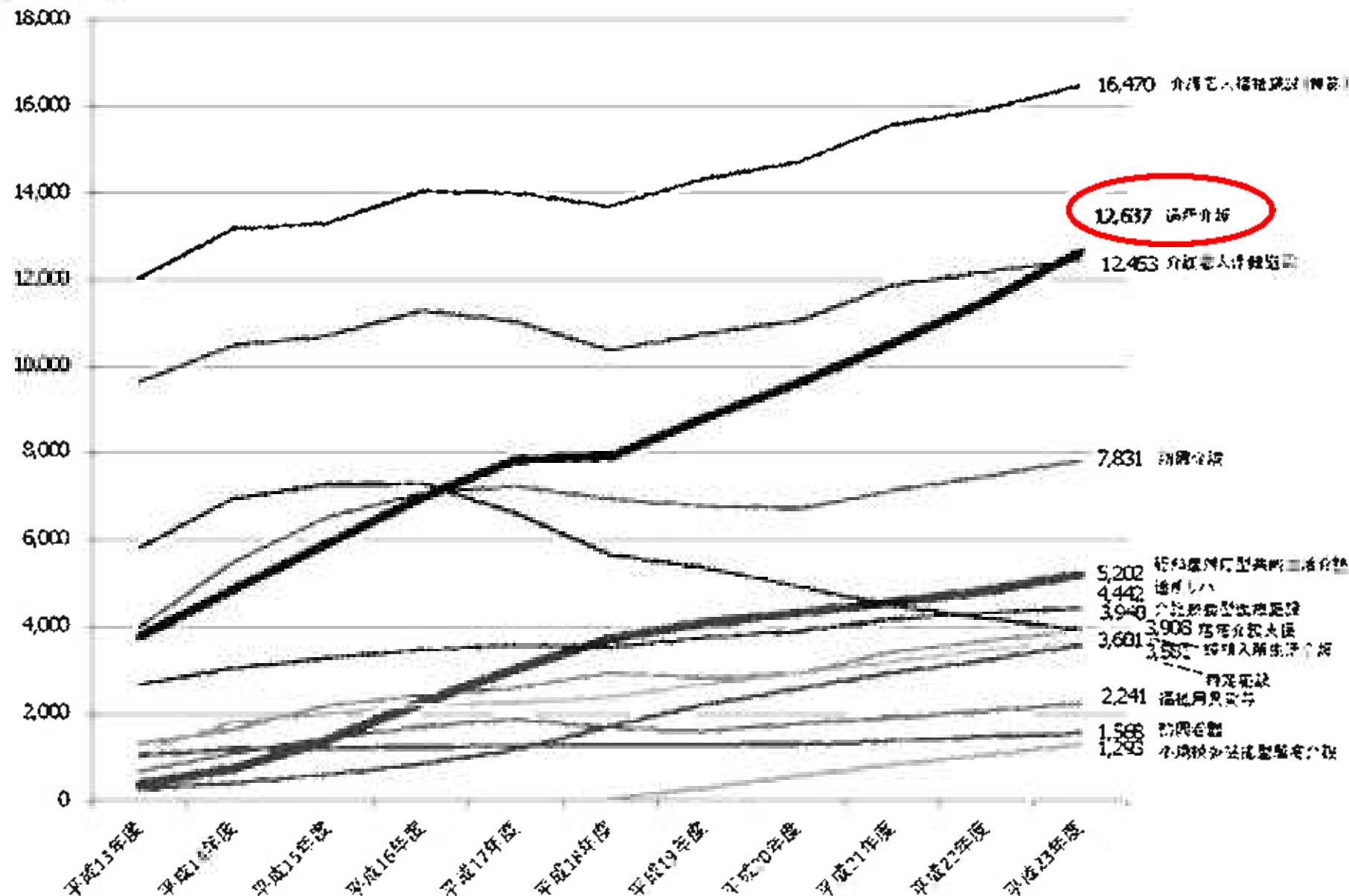


※2010年度までは施設であり、2011～2012年は施設改修、2013年は施設改修改定である。
※2013年度改定等に係る改訂の際上位計画（H24年1月）

※2014年度改定等に係る改訂の際上位計画（H24年1月）

(単位:億円)

サービス種類別介護費用



介護保険制度の歴史

2000年 (平成12年)	介護保険法施行 措置制度から契約制度へ	第1期介護保険事業計画
2003年 (平成15年)		第2期介護保険事業計画
2006年 (平成18年)	予防重視型システムへの変換 地域包括支援センター創設 地域支援事業創設 介護予防 要支援2創設	第3期介護保険事業計画
2009年 (平成21年)		第4期介護保険事業計画
2012年 (平成24年)	地域包括ケアシステム構築 地域包括ケア元年	第5期介護保険事業計画 サ高住創設

1. 介護保険の現状
2. 平成24年度診療報酬＆介護報酬同時改定
3. 平成27年度介護保険制度改正・介護報酬改定
4. 地域包括ケアにおける医療・介護連携
5. MSWに対する期待

平成24年度(2012年度) 診療報酬＆介護報酬同時改訂

社会保障制度改正にとって重要な節目の年
地域包括ケア元年

医療・介護制度改革の全体像

- 医療・介護制度の改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化

医療提供体制

- 医師確保・医師の偏在是正
- 病院・病床の機能分化・機能強化
- 在宅医療の強化
- チーム医療の推進
- 精神保健医療の改革

地域包括ケアシステム

ケアマネジメント
機能強化

医療と介護の連携

認知症対策の強化

介護サービス提供体制

- 24時間安心の在宅サービス
- 介護・重度化予防への重点化
- 介護人材の確保と資質の向上

平成24年
診療・介護
報酬の
同時に
及び以降
の各改定

るべき医療・介護サービスを支えるための保障の重点化・機能強化

医療保険制度

- 被用者保険の適用拡大
(高齢者の是正・重複型システムへの変革)
- 公平で納得のいく高齢者医療費の支え合いの仕組みの構築
(ナレッジを適切に公平に負担)
- 高額療養費の見直し
(長期・高額費用への課題と重視度)
- 医療保険の財政基盤の強化等
(保険料率の引き上げ・ナレッジ負担の強化)

介護保険制度

- 保険料負担の公平化
(被用者と長所負者への配分)
- 保険給付の重点化
(高齢者に対するはきめ細やかな対応化・重度化予防)
- 市町村の役割の重視
(ニーズ調査に基づく事業計画の策定)
- 被保険者の範囲の広大の検討

医療・介護
サービス
提供体制
の基礎整備
のため
の一括的
な法整備

医療・介護制度の運営の効率化

国民負担増に配慮し、持続可能な制度とするために、更なる効率化を推進

- 生活習慣病の予防
- 介護予防・重度化予防
- 効果や安全性を踏まえた効率化に資するICTの利活用
- 後発医薬品の更なる使用促進
- 適正受診の啓発・勧奨、計画的なサービス提供体制等への保険者機能の發揮
- 療養費の見直し

医療保険
介護保険
各法の
改正など

※ 恒久的な財源の裏づけの下、順次実施。
2

参考

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)



医療・介護サービスのあるべき姿の実現

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効率的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 在宅医療の充実
 - ・看取りを含めた在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- 在宅介護の充実
 - ・地域包括ケア体制の整備
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

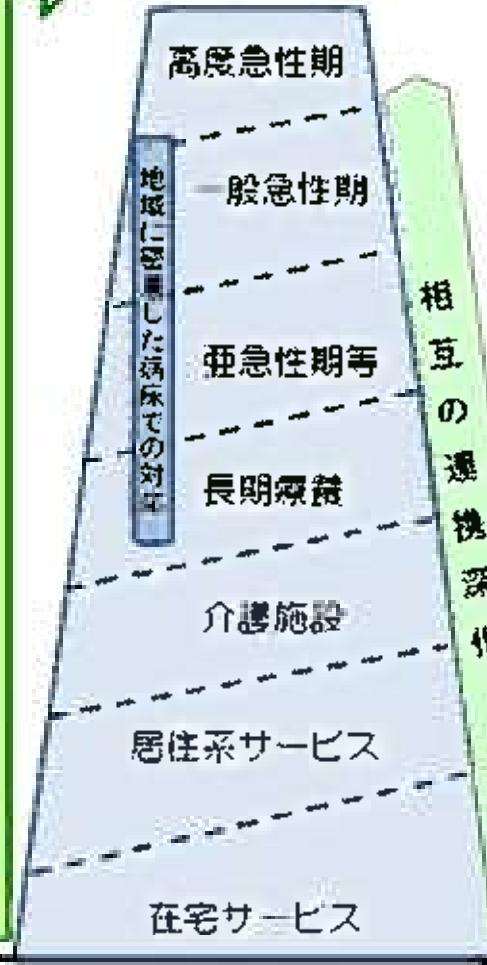
2012年以降、診療報酬・介護報酬の
体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へ

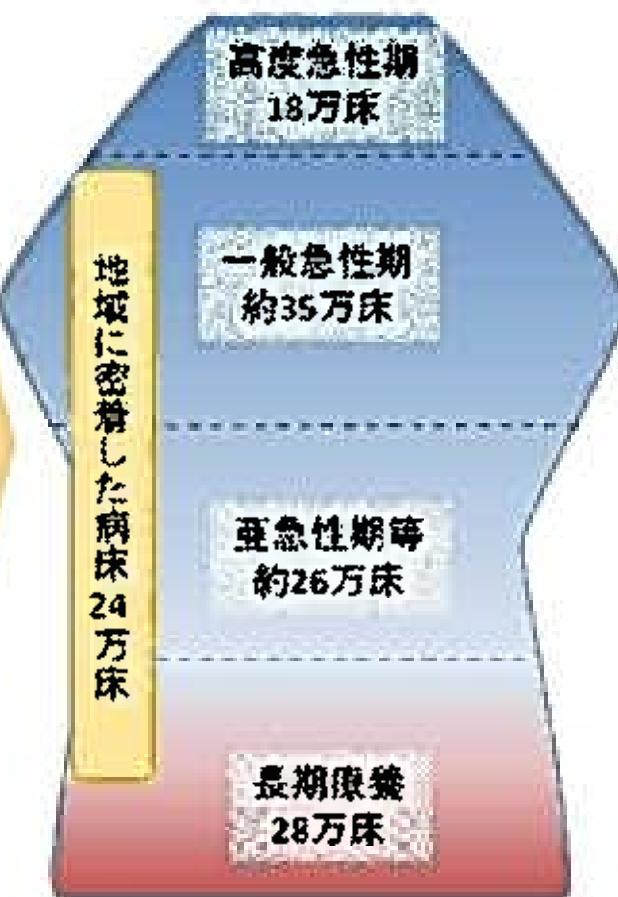
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

入院病床数

＜現在の姿＞



＜2025年(平成37年)の姿＞



在宅医療の充実

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

▶医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

- ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
- ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
- ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【現行】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例> 【改定後】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点



往診料 緊急加算	850点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	5,000点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点
(新) ターミナルケア加算	6,000点
(新) 看取り加算	3,000点

在宅緩和ケアの充実

▶緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

平成24年度介護報酬改定の基本的考え方②

地域包括ケアシステムの構築推進

地域包括ケアシステムの基盤強化

○在宅・居住系サービスの機能強化

- ・高齢者の自立支援に資するサービスへの重点化
- ・要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者への対応強化

○施設の機能強化

- ・介護保険施設に求められる機能(在宅復帰、要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者への対応)に応じたリービス提供の強化

認知症に相応しいサービスの提供

医療と介護の役割分担・連携強化

○在宅生活時の医療機能の強化に資する、サービスの充実及び看取りの対応強化

○介護施設における医療ニーズの対応強化

○入・退院時における医療機関と介護事業者との連携促進

地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保

○介護報酬において、事業者における処遇改善を評価する。

○地域間の人員賃の差を考慮するため、国家公務員の地域手当に準じた見直しを行う。



今後の課題(介護の基本理念の追求)

ケアプラン・ケアマネジメントの
評価・検証手法の確立

認知症のケアモデルの
開発及び体制整備

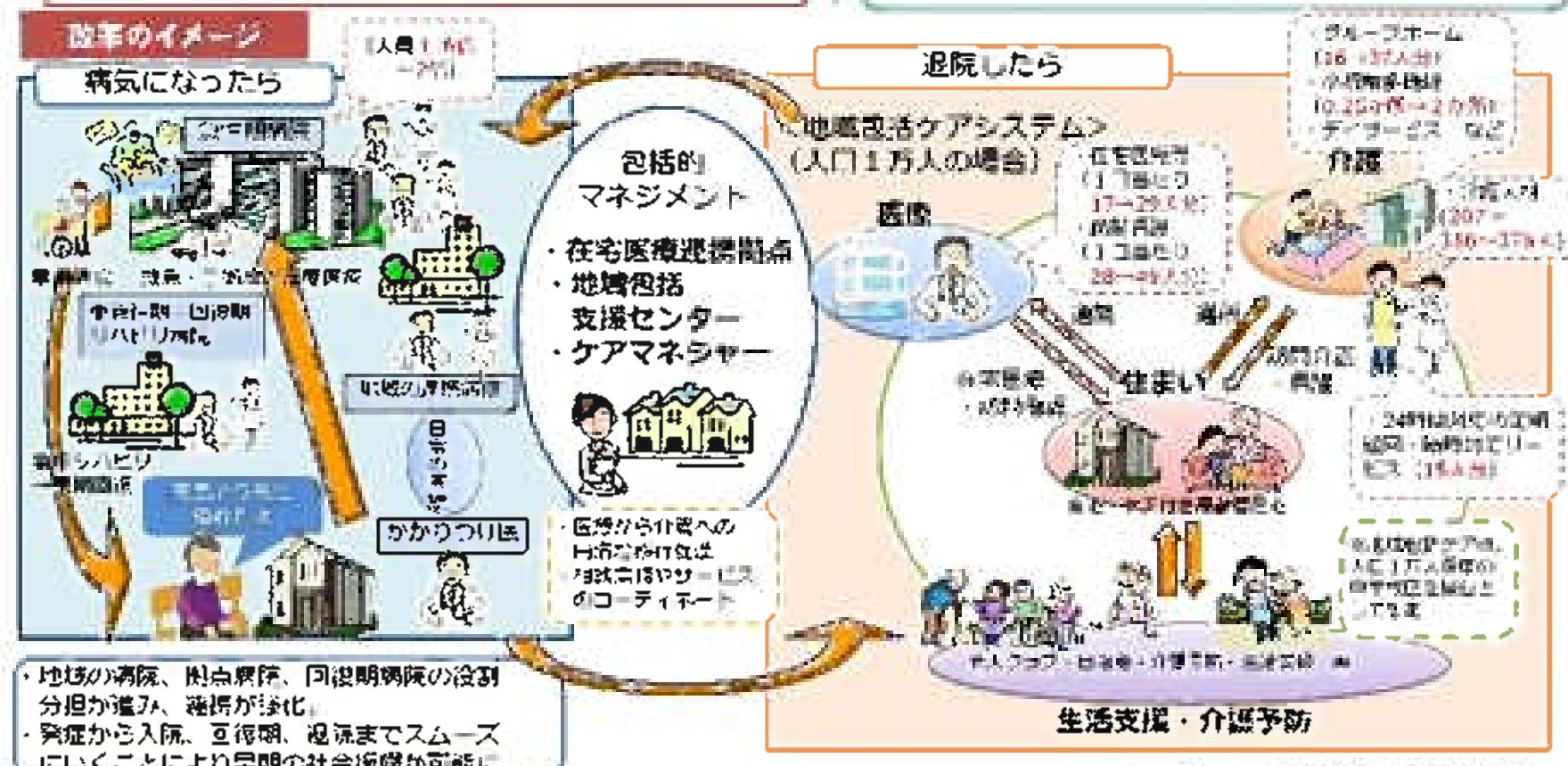
介護サービスの質の向上
に向けた評価手法の確立

改革の方向性②

医療・介護サービス保障の強化

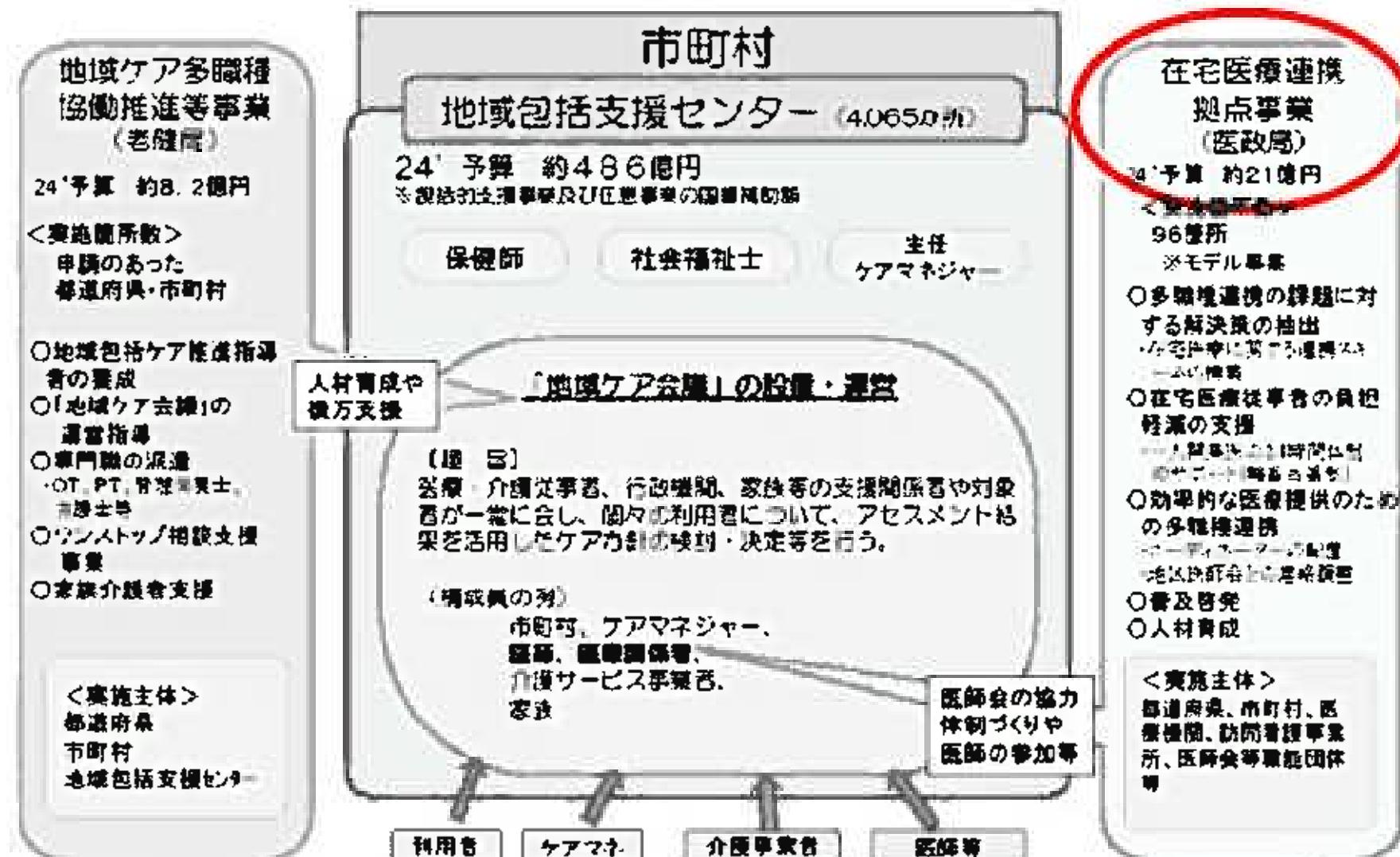
- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な
医療・介護サービスが受けられる社会へ



診療報酬及び介護報酬改定、新医療計画の策定、予算措置等を行うとともに、医療法等関連法の一部改正を順次行う。そのため、来年の通常国会以降速やかな法案提出に向けて関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

(参考2) 地域包括ケア体制について (平成24年度予算)



* 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の選択については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

在宅医療連携拠点事業

高齢化、価値観の多様化に伴い、病気を持ちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すための事業

平成24年度 厚労省医政局 全国105か所

平成25年度 都道府県地域医療再生基金事業

事業内容

在宅医療を提供している“にしまち幸朋苑”を連携拠点として、
ケアマネジャーの資格を有する看護師を配置し、以下の活動を通して地域における包括的な在宅医療を提供するための体制を構築する

1. 多職種連携の課題や解決策について討議
2. 在宅医療に係る講演会、検討会等の開催
3. 在宅医療に関する地域住民への啓発活動
4. 在宅医療従事者間の**情報共有**のためのIT活用

在宅医療連携検討委員会

医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、病院地域連携室
リハビリ事業所、介護支援センター、行政



在宅医療連携講演会



医療・介護関係者 64名

医師 20名、歯科医師 1名、ケアマネジャー 13名
看護師 8名、薬剤師 4名、リハ 2名、その他

在宅医療シンポジウム



在宅医、在宅歯科医、訪問看護師、リハ専門職
訪問薬剤師による討論

参加者 93名 (市民 23%)

在宅ケア事例検討会

～在宅ケアを支える多職種連携～



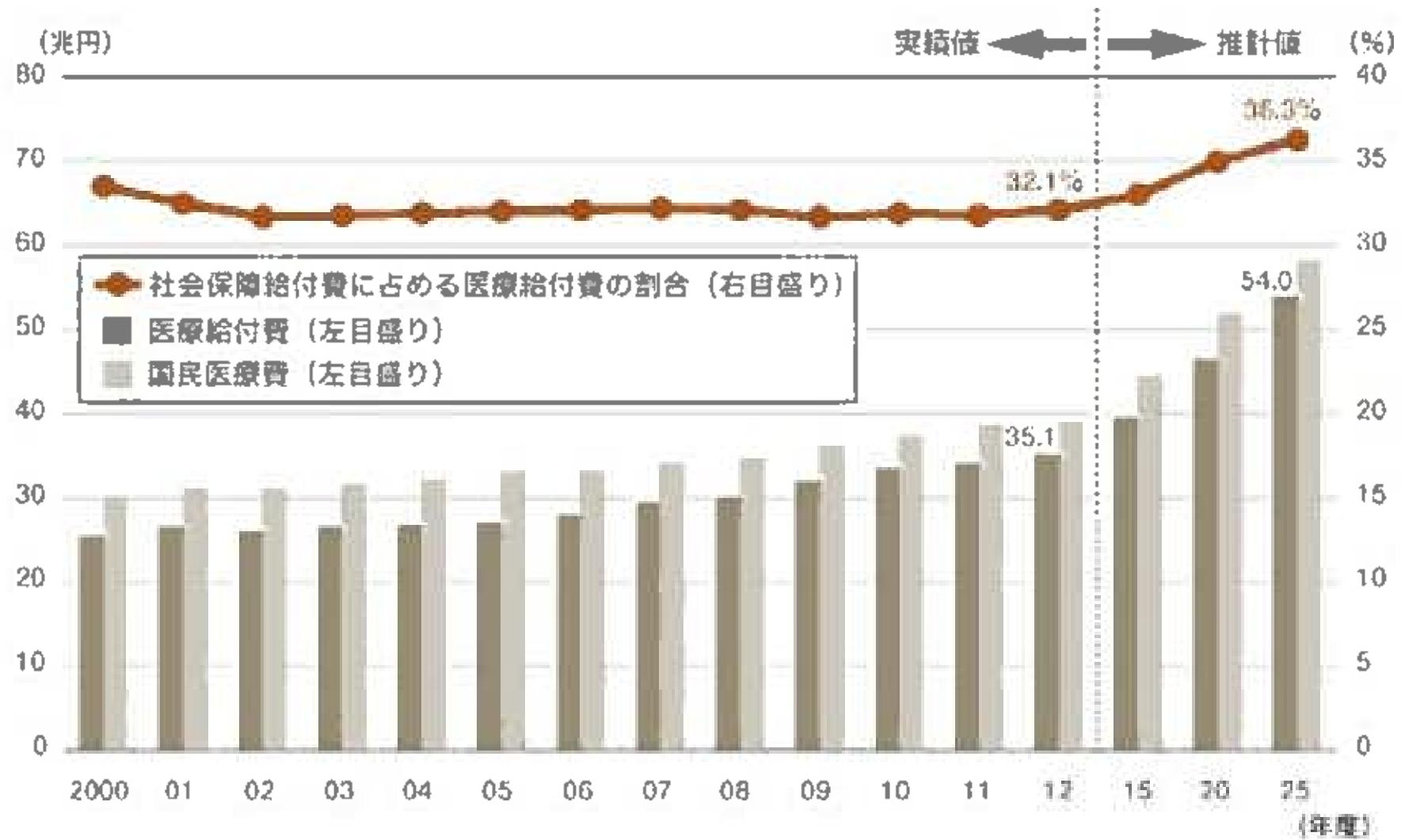
医師、看護師、保健師、介護士、リハビリ、ケアマネジャー、行政

タブレット端末の導入

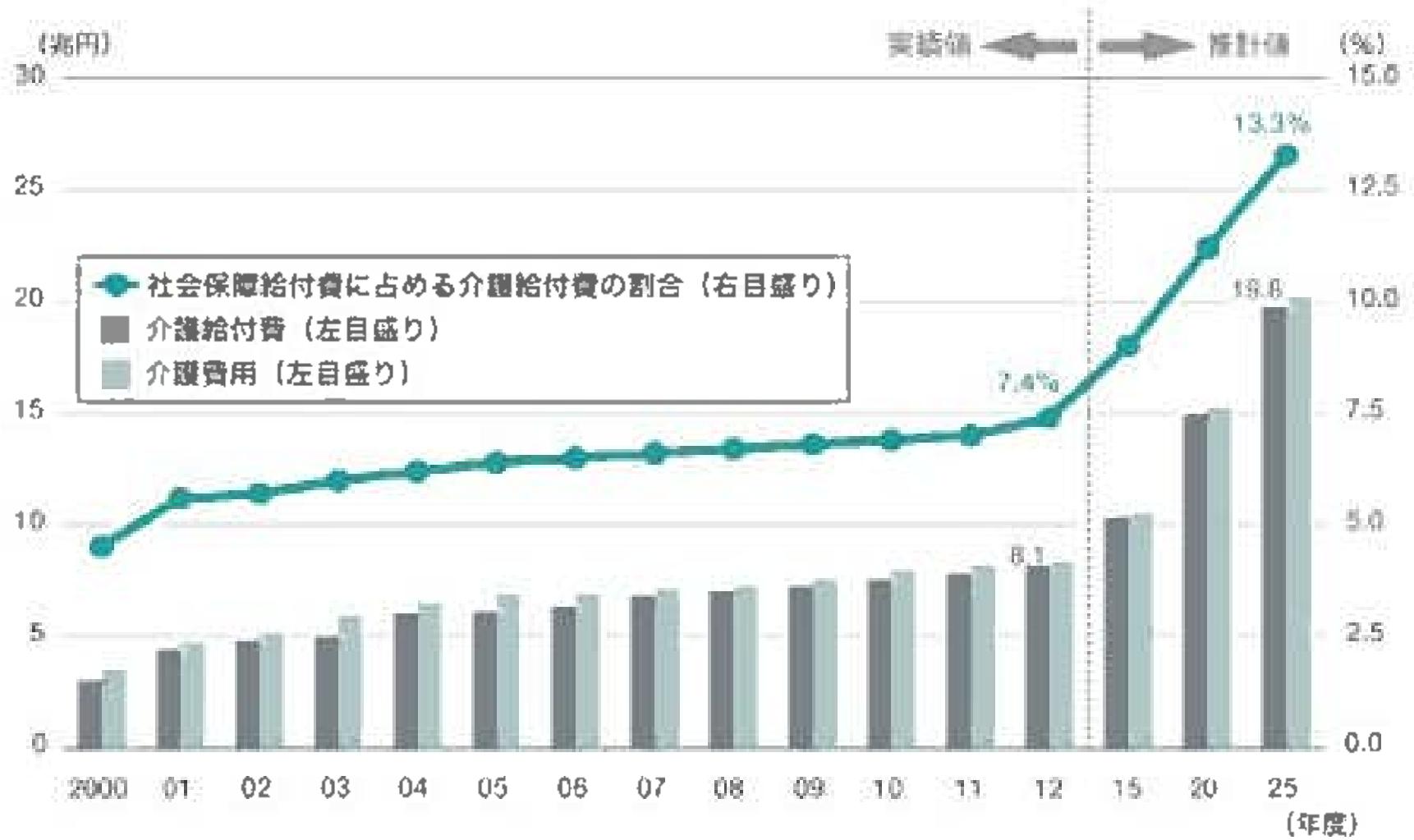
- ・リアルタイムの情報共有
- ・事務作業の負担軽減



国民医療費の推移

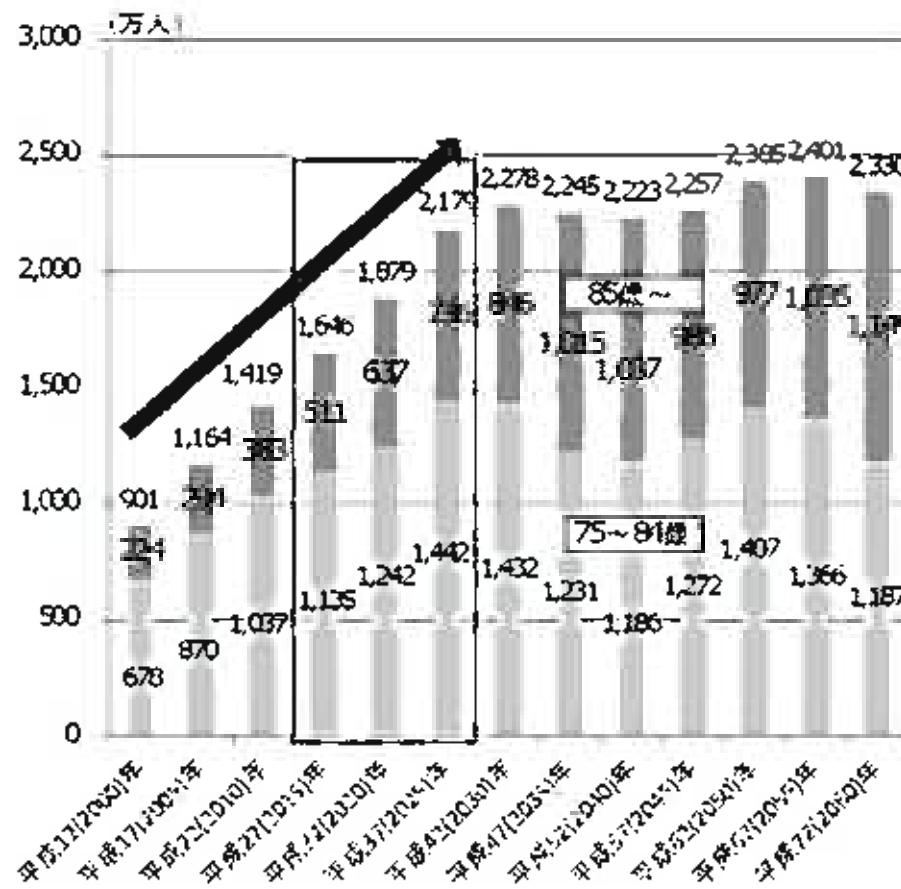


介護費用の推移



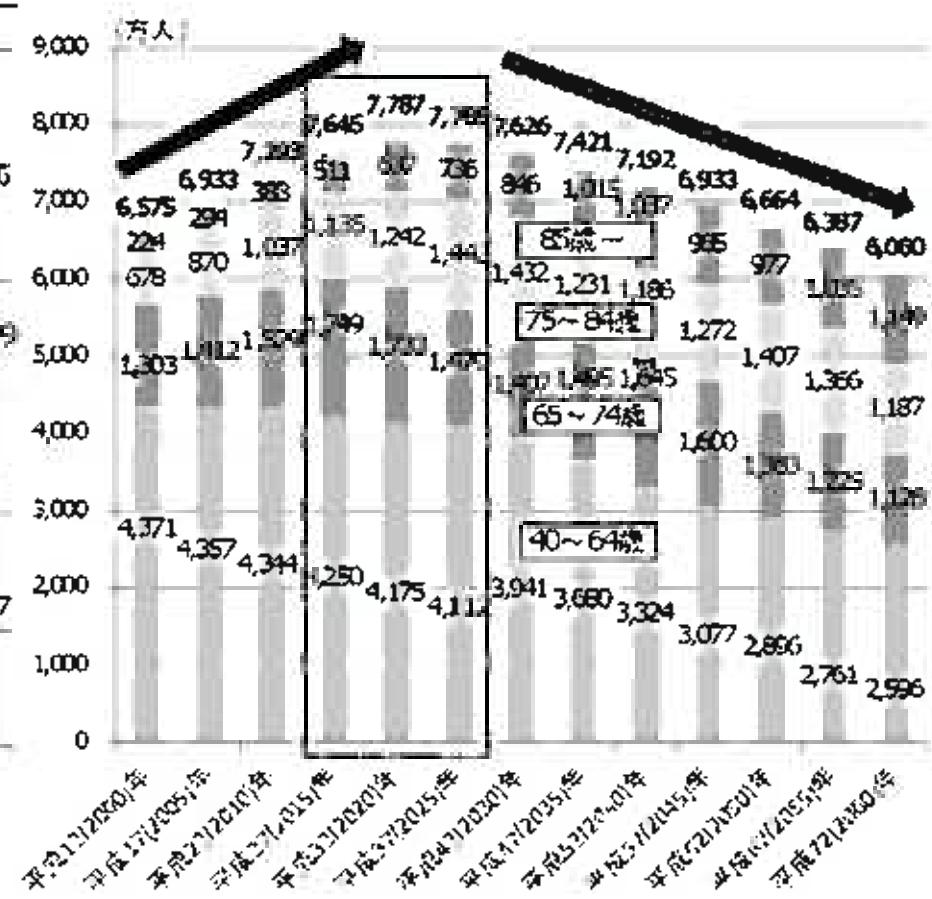
⑤要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



※参考値は、厚生労働省・人口問題研究所「日本の将来人口計画」(平成24年1月推計)出生率(死亡率)推計
実数は、総務省統計局「国勢調査」(平成24年)平成不調人口を補正補上した人口)

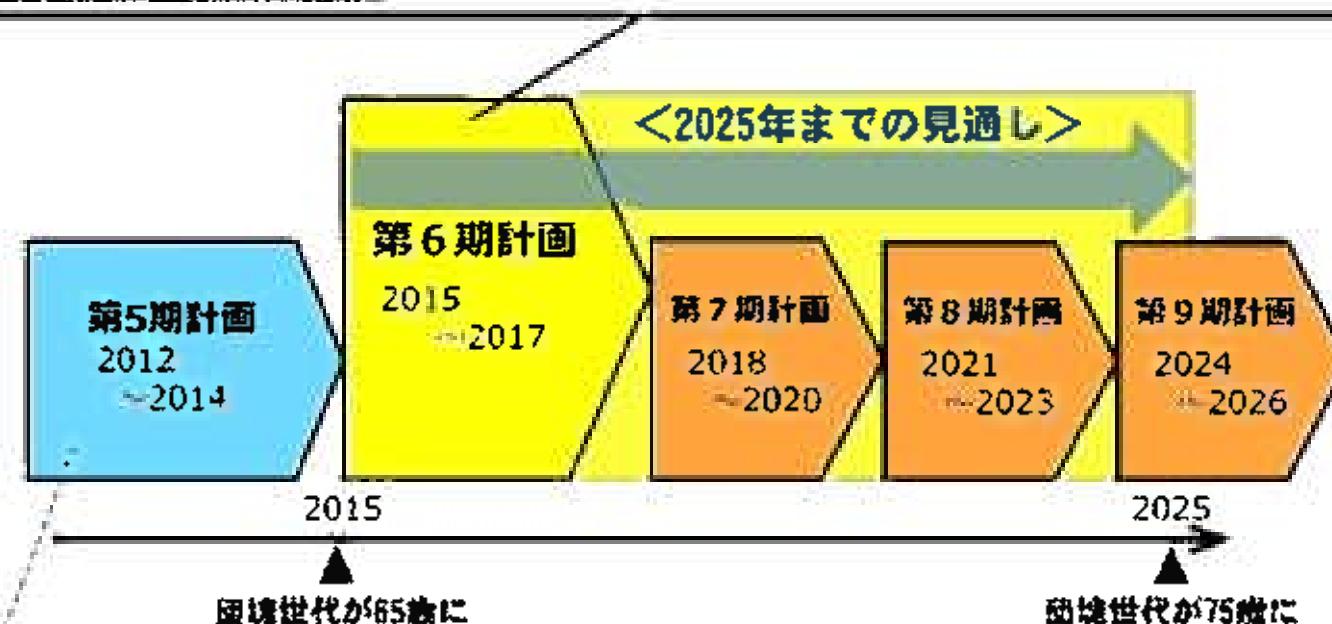
1. 介護保険の現状
2. 平成24年度診療報酬＆介護報酬同時改定
3. 平成27年度介護保険制度改正・介護報酬改定
4. 地域包括ケアにおける医療・介護連携
5. MSWに対する期待

介護保険制度の歴史

2000年 (平成12年)	介護保険法施行 措置制度から契約制度へ	第1期介護保険事業計画
2003年 (平成15年)		第2期介護保険事業計画
2006年 (平成18年)	予防重視型システムへの変換 地域包括支援センター創設 地域支援事業創設 介護予防 要支援2創設	第3期介護保険事業計画
2009年 (平成21年)		第4期介護保険事業計画
2012年 (平成24年)	地域包括ケアシステム構築 地域包括ケア元年	第5期介護保険事業計画 サ高住創設
2015年 (平成27年)	平成26.2 医療介護総合確保推進法 要支援⇒新しい総合事業(市町村) 医療・介護連携	第6期介護保険事業計画 地域包括ケア計画
2025年 (平成37年)	地域包括ケアシステム完成！！	

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

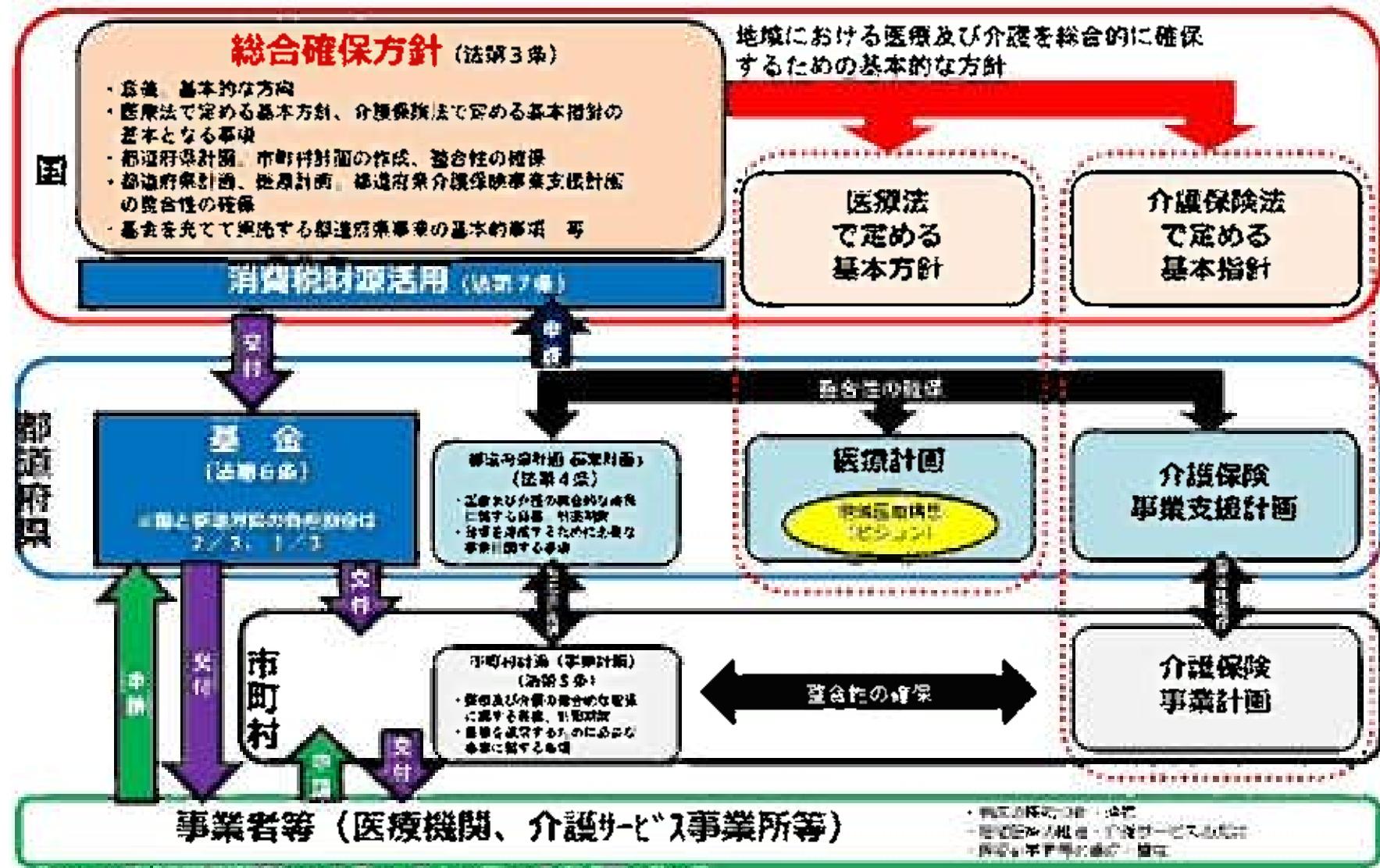
- 第6期計画以後の計画は、2025年向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を継続しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な観点に立った施策の展開を図る。



(参考)

第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み



出：法第3章における医療及び介護の総合的確保の仕組みに関する法律

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための医療法律の整備等に関する法律案の概要

概要

持続可能な社会保障制度の確立と国民一人ひとりの改革の権利に関する方針に基づく指針として、効率性と透明性の高い在宅提供体制を実現することをめざし、比較的アシスト型と開拓型による二種類の在宅医療及び介護の総合的な設計を実現するため、地域における医療及び介護の総合的な設計を行なう。

政策

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法関係）

①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病院の機能分化・連携・在宅医療・介護の推進等）のため、
介護施設整備を実現し、新たな基金と運営組織を設置

②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基づけた方針を用ひ

て、地域に対する助成や他の医療的・医療修復活動の確保（医療法関係）

③介護保険法に関する内容 疾患概念（既往歴・既往期・回復期・慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに
人の暮らしに付ける場所のためへき楽・多面的計画において決定

④地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

⑤在宅医療・介護施設の拡充などの地域支援事業の充実に努め、全国一律の手当賃付（高齢者・通所介護）を地域支店実行し、
多様化・多様化・多様化・多様化

⑥介護費と人手一ムについて、在宅での生活が困難な中堅層の要介護者を支える援助に重点化
付託看護者の認定料の算定を充実

⑦上記以上を前提とした型用意の自己負担を計上（ただし、民間三種あり）

⑧在宅等での精神科医による精神疾患を構成する「精神精神」の専門性と資質などを充実

4. その他

⑨診療の援助のうちの特需行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
と既存施設による調査の仕組みをはづけ

⑩医療法人社団と医療法人社団の合併、併合なし医療法人への移行促進策を整備

⑪介護人材確保制度の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を25年時から28年時に延期）

施行日と予定期

公布日。ただし、医療法関係は平成25年1月1日以後、介護保険法関係は平成25年4月以後など、依次施行。

平成27年度介護保険制度改革の主な内容

地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるよう介護、医療、生活支援、介護予防を充実

《サービスの充実》

地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ・在宅医療・介護連携の推進
- ・認知症施策の推進
- ・地域ケア会議の推進
- ・生活支援サービスの充実・強化

《重点化・効率化》

予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し多様化

特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定

費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減の拡充や、所得や資産のある人の利用者負担の見直し

《低所得者の保険料の軽減割合を拡大》

《重点化・効率化》

一定以上の所得のある利用者負担を1割から2割へ引き上げ

低所得の施設利用者の食費・居住費を補助する「補足給付」の要件に資産基準などを追加

地域支援事業の概要

- 要支援・要介護状態となる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村において「地域支援事業」を実施。

※ NPOに委託することも可能

地域支援事業の事業内容

(1) 介護予防事業

ア 二次予防施策

二次予防事業における対象者に対する事業

- ・ 二次予防事業の対象者把握事業
- ・ 通所型介護予防事業
- ・ 訪問型介護予防事業
- ・ 二次予防事業評価事業

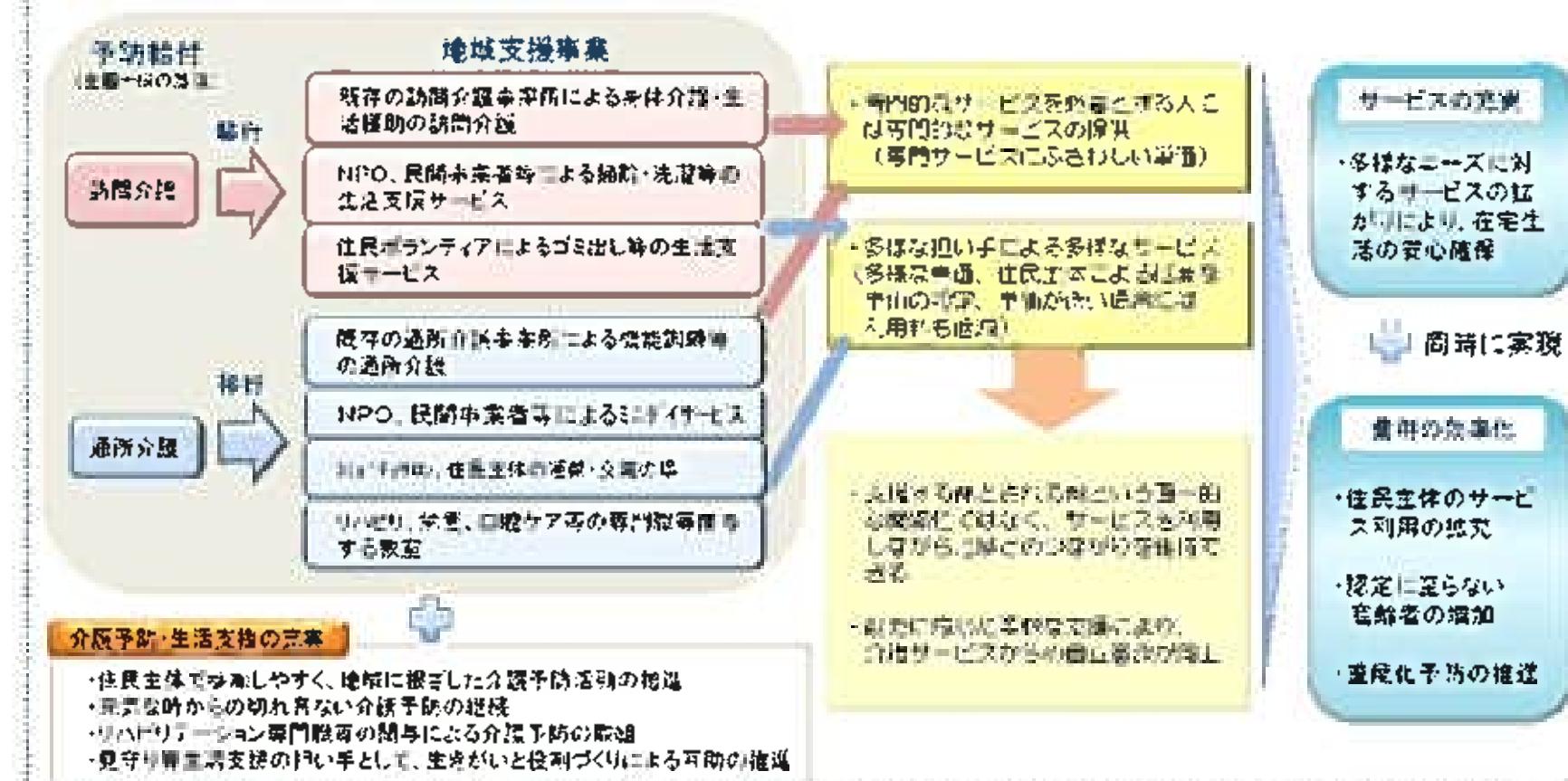
イ 一次予防施策

各市町村における全ての第1号被保険者を対象とする事業

- ・ 介護予防普及啓発事業
- ・ 地域介護予防活動支援事業（ボランティア等の人材育成、地域活動組織の育成・支援 等）
- ・ 一次予防事業評価事業

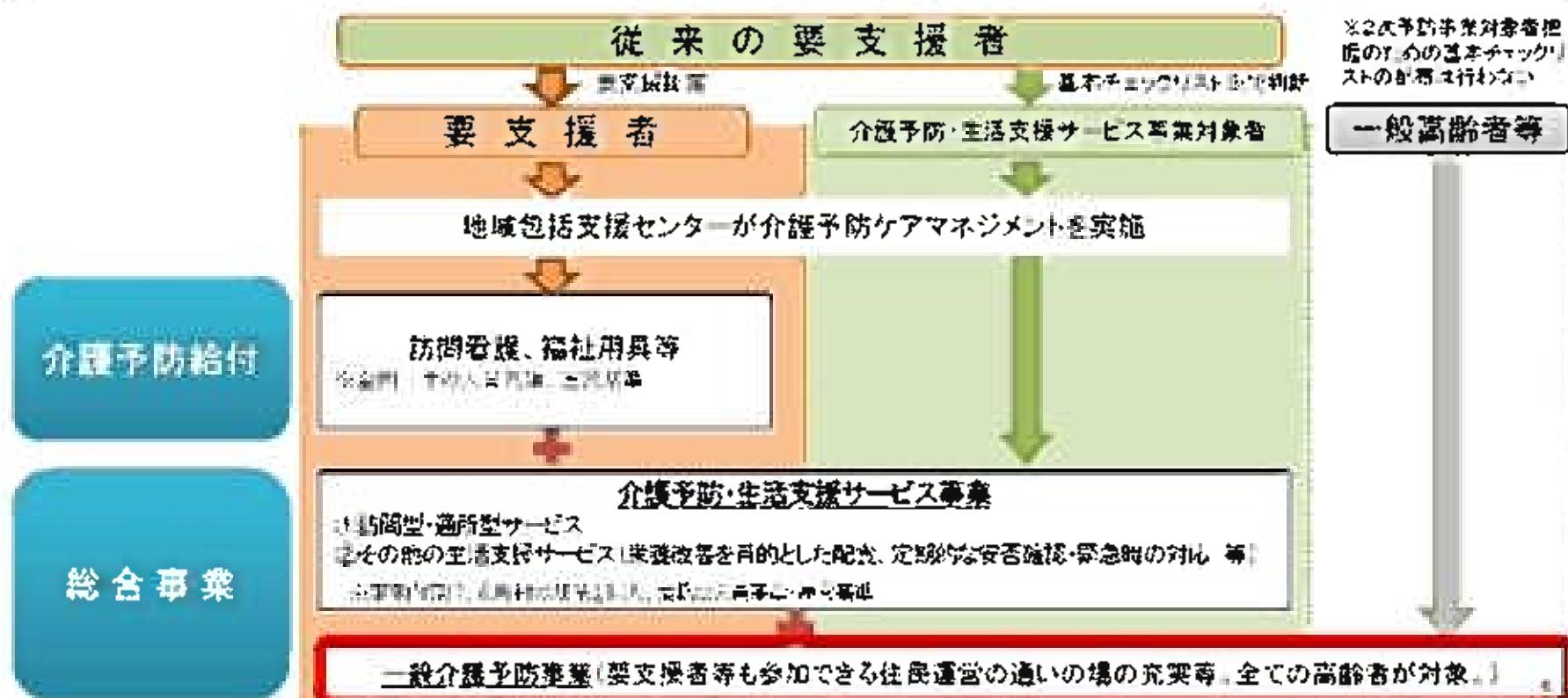
総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援基盤へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国・都道府県・市町村・1号保険料・2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



【参考】総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- * 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



課題

- ・市町村によってサービス内容や質が異なる可能性
- ・国は自治体の創意と工夫に期待する「丸投げ」
- ・責任と財政負担の押しつけ
- ・国の財政持続可能性を優先
- ・給付の縮減はサービスを期待する高齢者に厳しい
- ・要支援者150万人
- ・市町村職員の負担大

介護報酬改定のポイント

- ①中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化
- ②介護人材確保対策の推進
- ③サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

全体として -2.27% 引き下げ

- ・介護報酬基本部分 -4.48%

 - 施設(特養 老健)

 - デイサービス(介護予防)

 - 通所リハ(介護予防)

- ・職員待遇改善 +1.65%

- ・個別対応加算 +0.56%

※ 機能に対する評価

サービスの名称ではなく機能が高いものに加算等の評価
機能が弱ければ基本報酬引き下げの影響をもろに受ける

○総合マネジメント加算

小規模多機能型居宅介護

定期巡回・随時対応サービス

看護と介護の連携

○看取り加算の増額

死亡者数 2010年 120万人

2030年 160万人

○リハビリテーションマネジメント 加算

生活期リハ 活動と社会参加に重点

介護保険制度改革 報酬改定をどう見るか

介護の社会化を名目にスタートした介護保険制度
2015年度改定は名目を放棄する方向転換

1. 要支援高齢者への訪問介護、通所介護を保険給付から切り離し
制度的に不安定な市町村実施の「地域支援事業」に移行
高齢者の日常生活を支える福祉サービスの安定供給が不可能になる
2. 介護報酬の引き下げは介護崩壊を招く
2回連続の引き下げ 今回は2.27%
職員の処遇が悪化することが避けられず人材難を招く
3. 特養の入居者を要介護3以上に制限
施設ケアを生活のケアの場から変容させる

方向転換の背景は……

医療制度改革による川上を急流にする改革

- ・急性期病床削減
- ・平均在院日数の短縮
- ・都道府県ごとの医療費目標の導入

地域に返された高齢者に対する川下の 介護保険拡大阻止

1. 介護保険の現状
2. 平成24年度診療報酬＆介護報酬同時改定
3. 平成27年度介護保険制度改正・介護報酬改定
4. 地域包括ケアにおける医療・介護連携
5. MSWに対する期待

そもそも地域包括ケアとは

地域包括ケア研究会

1. 開催の趣旨

元心と希望の介護ビジョンや社会的障害児の通所施設による議論等を受け、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域における医療・介護・福祉の三位一体（地域包括ケア）の実現に向けた検討に当たっての論点を整理するため、平成20年度より『地域健康福祉審議会』として、有識者をメンバーとする研究会を開催した。

2. 研究会メンバー

河口 康伸	国際医療福祉大学大学院准教授
高橋 錠子	立教大学講師
○ 田中 達	慶應義塾大学大学院教授
川村 高子	有限会社たむらソーシャルネット代表
足 一郎	東北大手町病院教授
鶴井 重子	国立保健医療科学院副院長・日本新健社やまぐち小石川本部長
野中 博	医療法人社団神奈六野川病院院長
木間 誠	東京都老人総合研究所認知症予防研究室主任
伊木 均	横浜市健康福祉局高齢介護福祉部介護保険課長

(五十音順・敬称略。○は座長)

3. 研究会の運営

研究会の実績は、三共FJリサーチ＆コンサルティング株式会社が行つた。

地域包括ケアシステムの定義

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制

おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とする



支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



自助：・介護保険・医療保険の自己負担部分
・市場サービスの購入
・自身や家族による対応

互助：・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み

共助：・介護保険・医療保険制度による給付

公助：・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
・自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

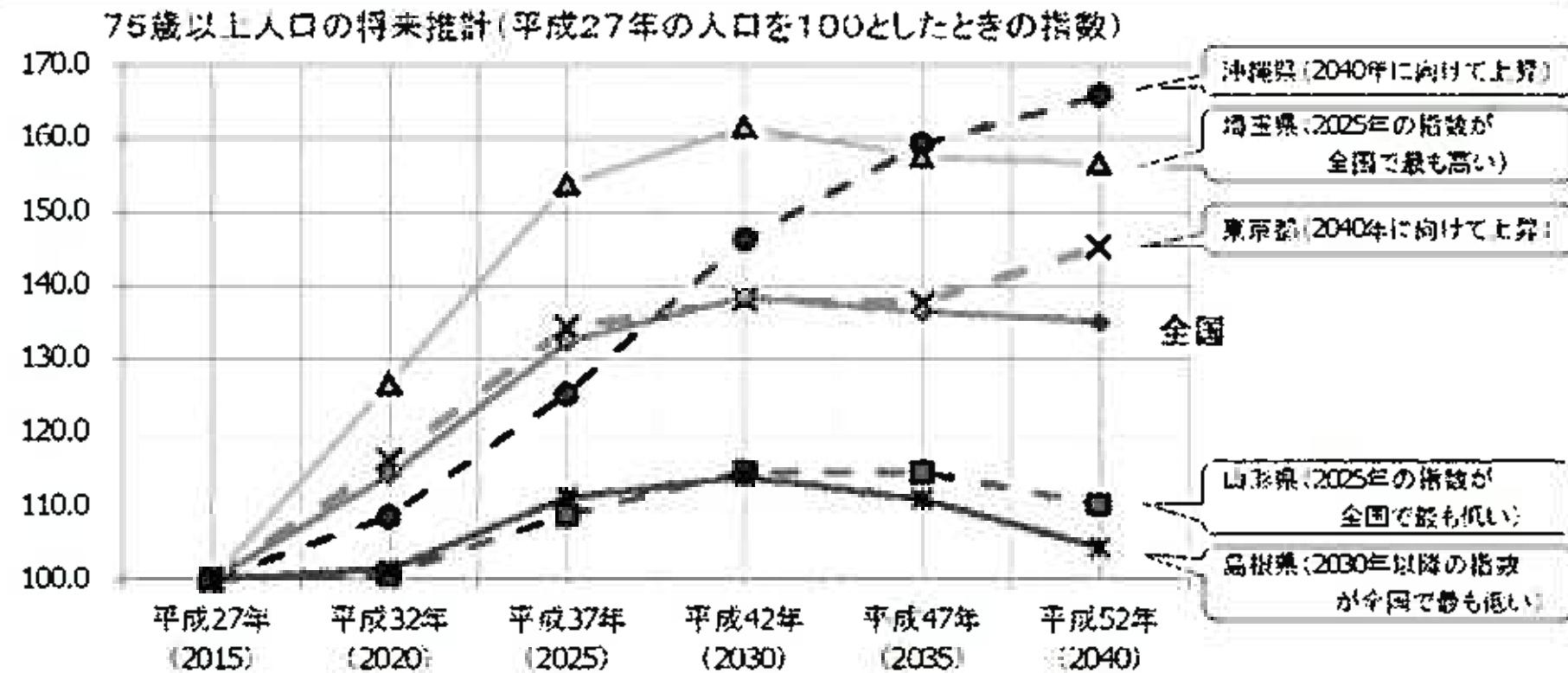
2025年までの各地域の高齢化の状況

○75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年が一番高いのが34都道府県、2035年が一番高いのが9県

※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年にかけてさらに上昇

○2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

平成26.2

医療介護総合確保推進法案

平成27年度

○地域医療介護総合確保基金
在宅医療の充実

○地域支援事業(市町村) 介護保険法
在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地图又はリスト化
- ◆ さらに地域に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を、従業者間で共有、住民にも公示 等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

- ◆ 地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議 等

（ウ）在宅医療・介護連携支援センター（振興）の運営等

- ◆ 在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者（看護師、社会福祉士等）の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の取扱いの支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付 等

（エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

- ◆ 地域連携バス（在宅医療を行う医療機関・介護事業所等の情報を含む）等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも対応 等

（オ）在宅医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通して、多職種連携の実際を学ぶ
- ◆ 介護職員を対象とした医療連携のテーマの研修会を開催 等

（カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備 等

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについても普及啓発 等

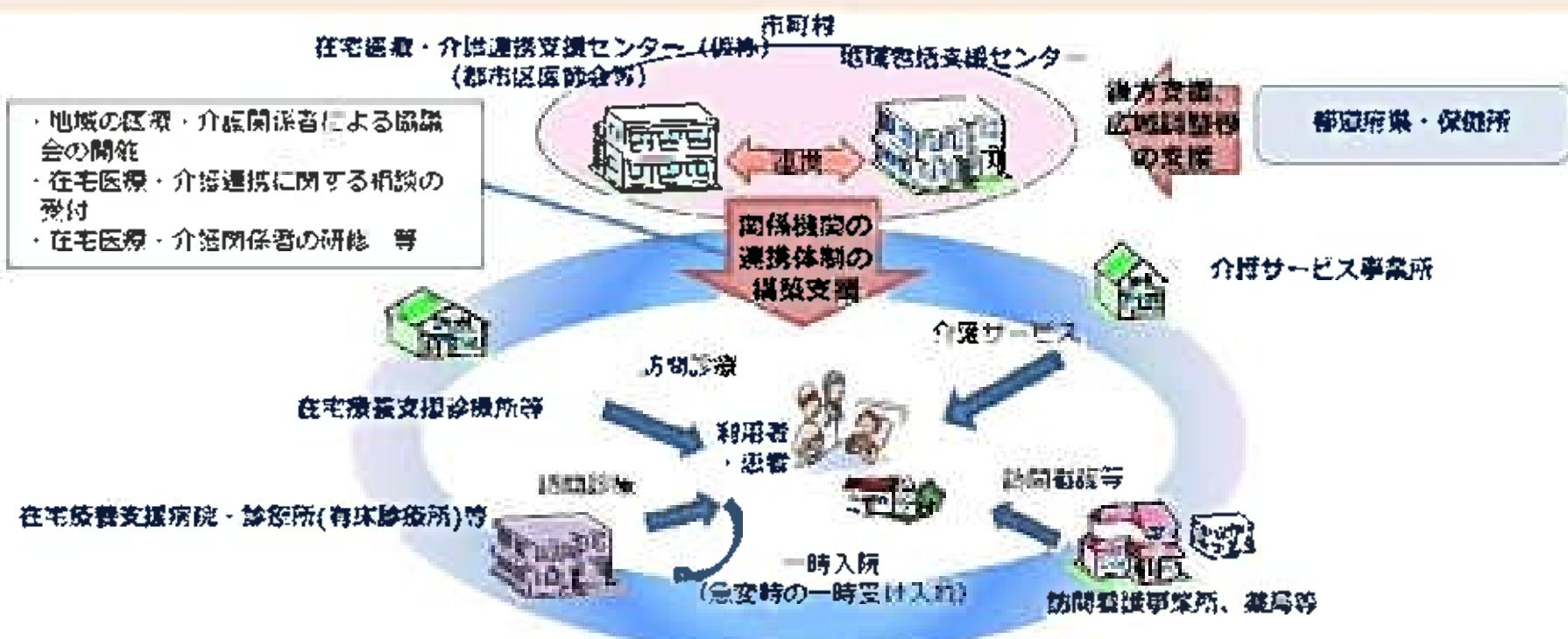


（鶴岡地区医療委）

（ク）二次医療圏内・開発市町村の連携

- ◆ 二次医療圏内の病院から通院する患者等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の機能を活用して情報共有の方針等について協議 等

在宅医療・介護連携の推進



東部の取り組み

1. 平成27年2月23日

東部地区在宅医療介護連携推進協議会
(委員33名)

2. 平成27年4月1日

在宅医療介護連携推進室





在宅医療介護連携支援センター
庄内支局コーディネート部室
門前薬局

1. 介護保険の現状
2. 平成24年度診療報酬＆介護報酬同時改定
3. 平成27年度介護保険制度改正・介護報酬改定
4. 地域包括ケアにおける医療・介護連携
5. MSWに対する期待

医療ソーシャルワーカー業務指針(改訂版)

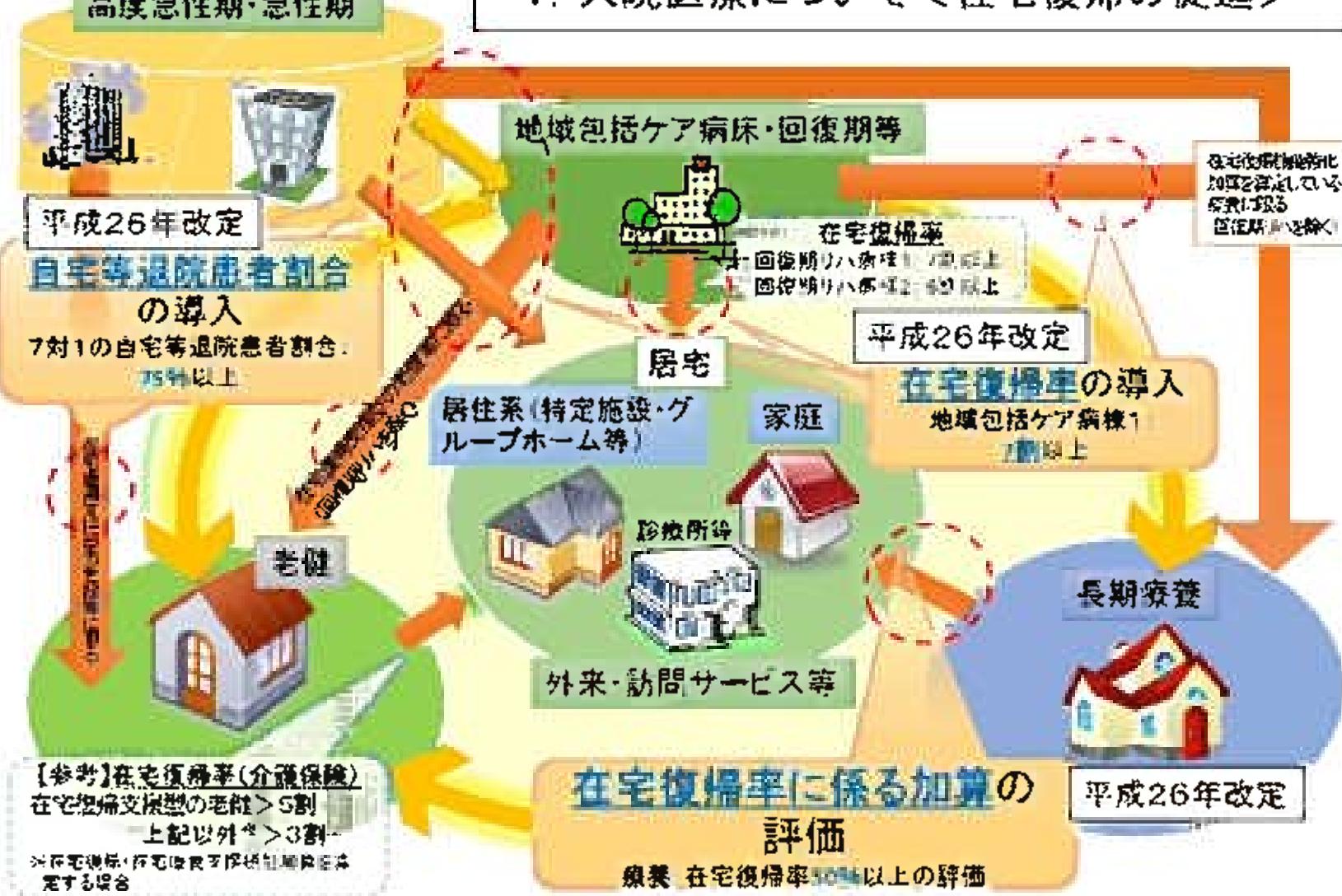
(平成 14年11月 29日 厚生労働省保健局長通知)

《業務の範囲》

1. 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助 (2)
2. 退院援助 (4)
3. 社会復帰援助 (4)
4. 受診・受療援助 (3)
5. 経済的問題の解決、調整援助 (1)
6. 地域活動 (5)

高度急性期・急性期

1. 入院医療について<在宅復帰の促進>



6. 地域活動

患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、**関係機関**、**関係職種等**と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。

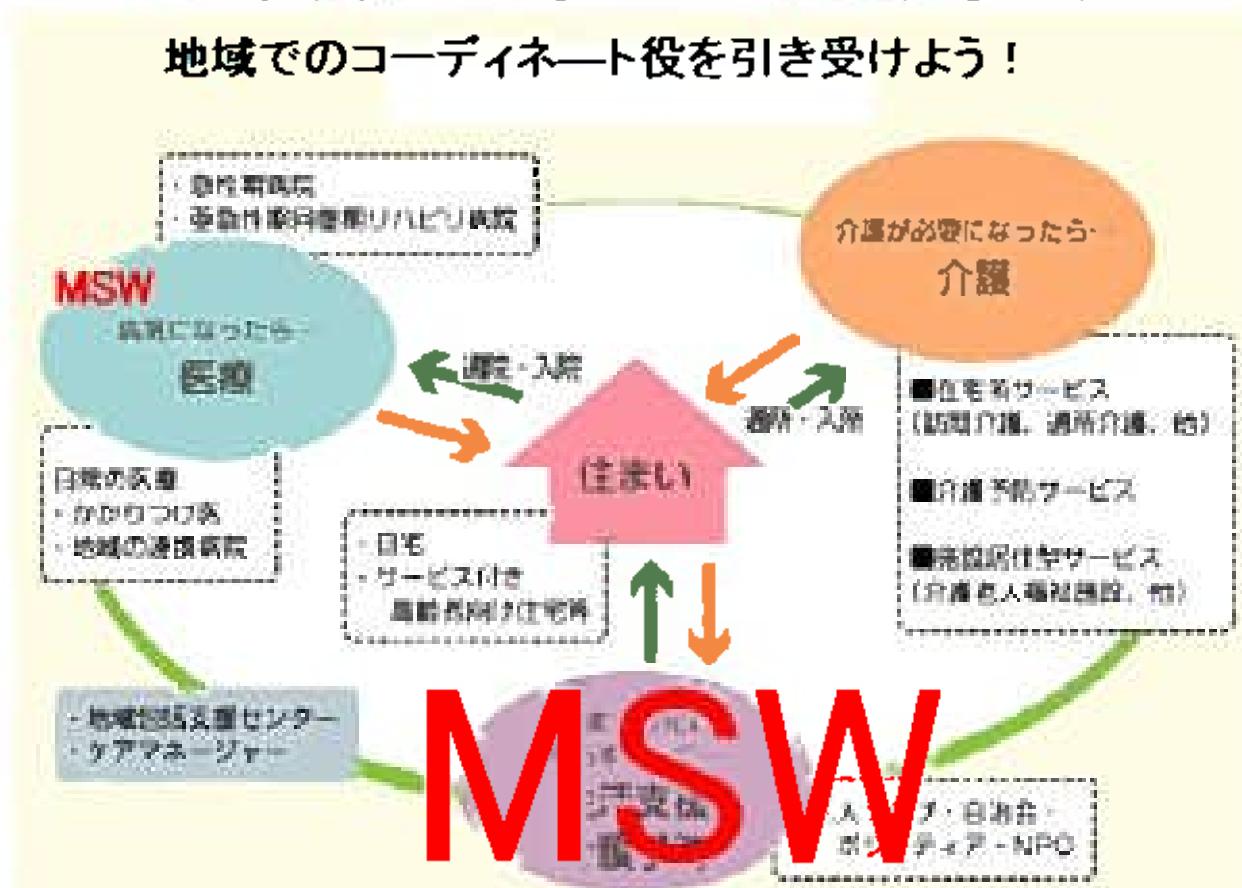
- ① 他の保健医療機関、保健所、市町村等と連携して地域の患者会、家族会等を育成、支援すること。
- ② 他の保健医療機関、福祉関係機関等と連携し、保健・医療・福祉に係る地域のボランティアを育成、支援すること。
- ③ 地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、**地域ケアシステム**づくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。
- ④ 関係機関、関係職種等と連携し、高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること。

MSWに対する期待

院内業務にとどまらず地域へ出よう！

地域の多職種と知恵を出し合い地域貢献をしよう！

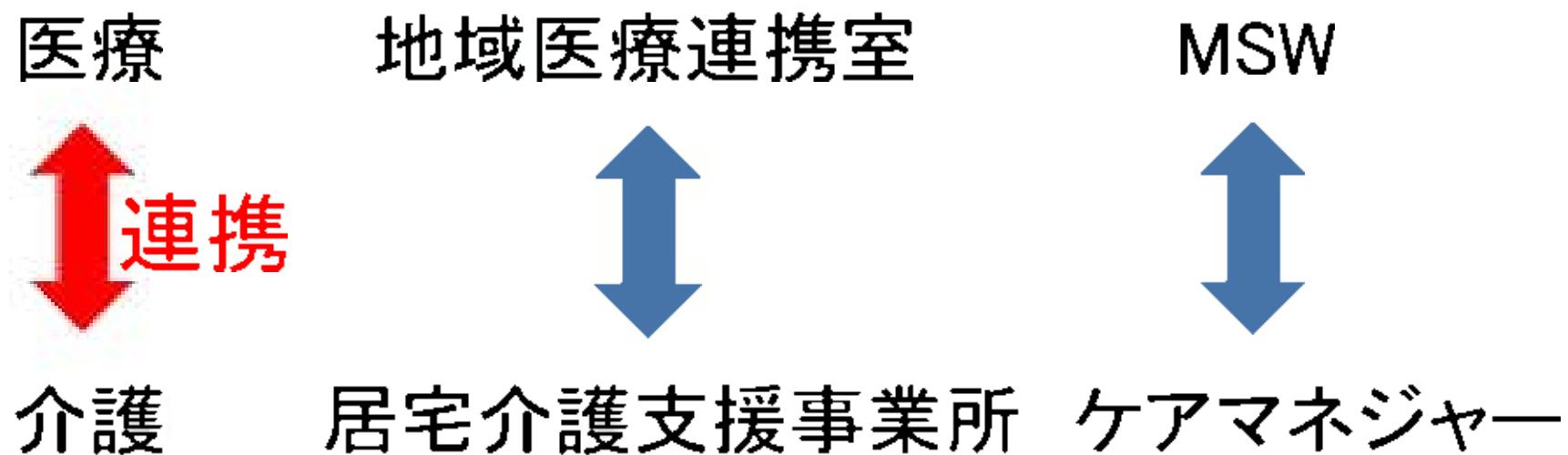
地域でのコーディネート役を引き受けよう！



地域包括ケアのキーパーソンに！

医療と介護の連携

窓口機能として役割を担うのは……



お互いの役割・機能を認識していることが重要！！
活発な連携ときめ細やかな調整

医療介護連携を推進するために

ケアマネ資格を持っていない人

ケアマネ試験をぜひ受けましょう！！

ご清聴ありがとうございました

認知症の理解のために

にしまち幸朋苑
岸 清志

鳥取市認知症を学ぶ会
2016.1.21(木) さざんか会館
5階大会議室

本日の内容

認知症の基礎知識

1. 大脳の働きと認知症の関係
2. 治る認知症
3. 最近の診断・治療の進歩

窃盗団のトップから部下に指令が届いた
「ステロアブナイ」と書いてあるが
何を捨てろという指令なのか？

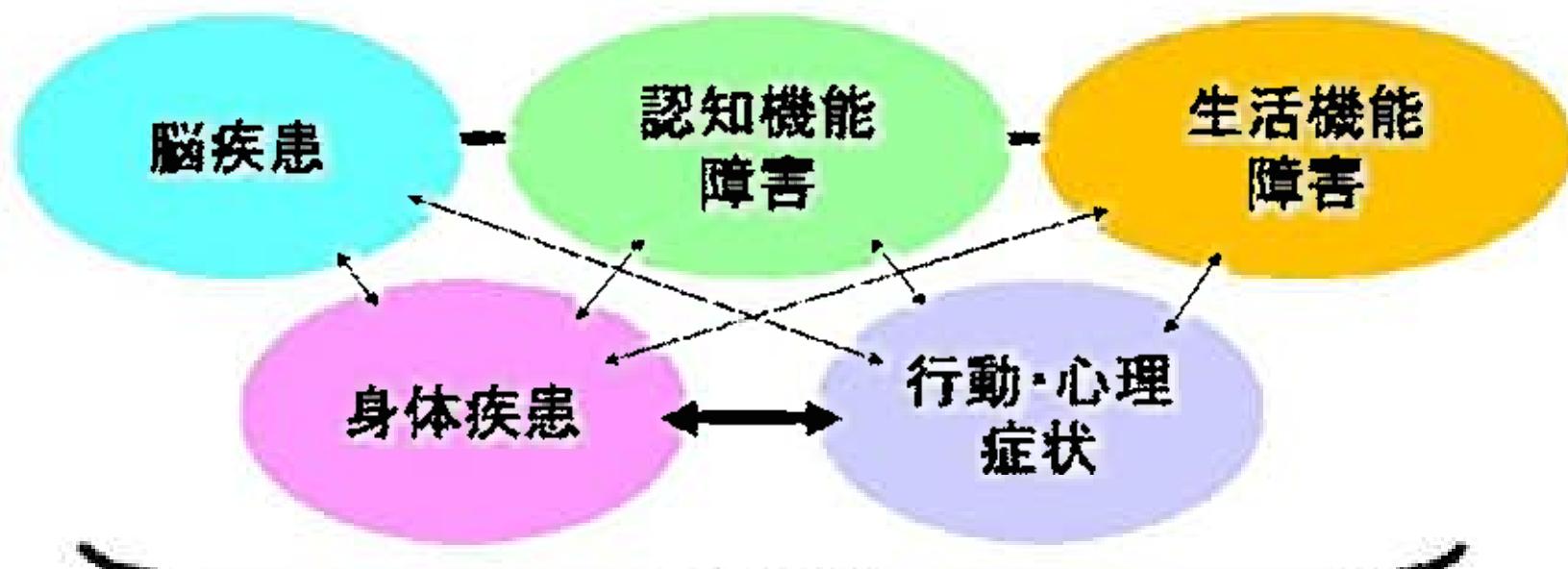


認知症

何が問題か？

介護負担 ⇒ 家族・社会問題

認知症の全体像



一人暮らし
社会的孤立
貧困
受診拒否
サービス利用の拒否
悪徳商法被害
近隣トラブル
居住地、施設、病院、地域における差別や排除

介護者の負担・心理的苦悩
介護者の健康問題
虐待 介護拒否
家庭崩壊
老々介護
認々介護
自殺 介護心中

認知症介護関係のニュース

「認知症の妻からきつい言葉」 介護が必要な妻(69)を殺害したとして夫(71)逮捕。長年の介護によるストレスで、妻の言葉をきっかけに殺害に及んだ(栃木県)。

認知症を患っていた92歳の母の胸に、71歳の長男は小刀を突き刺して殺害した。貧困の末の「老老介護」はもろくも破綻した(大阪)。

認知症の母殺害、再起誓ったが8年の孤独抱え自殺(京都)。

介護殺人

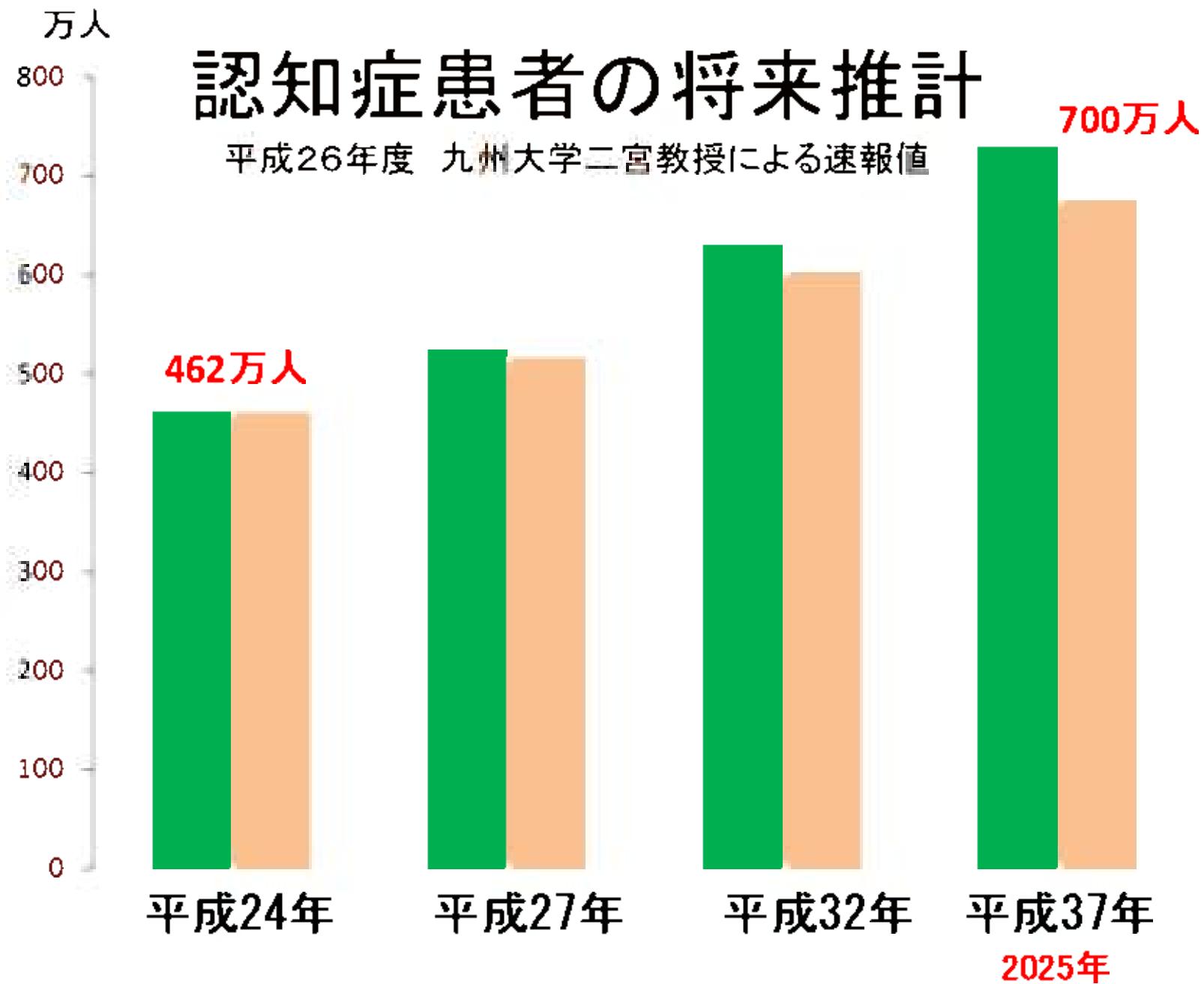
日本福祉大 湯原悦子准教授

平成10年～23年(14年間)

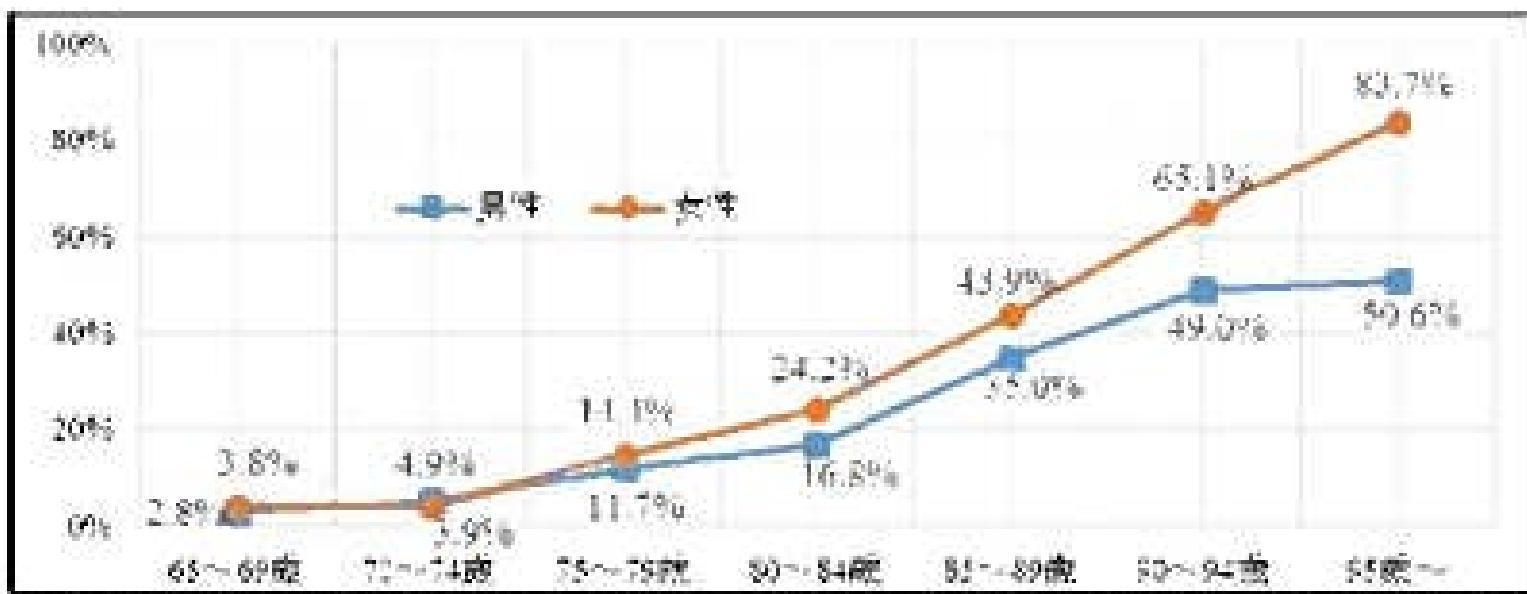
介護に行き詰って高齢者がその家族・介護者に
殺害されたり、心中したりする死亡事例 **550件**

- ・夫が妻を 息子が親を
- ・被害者の73.5%……女性
- ・加害者の73.2%……男性
- ・老老介護の介護疲れ…58%

認知症患者の急増

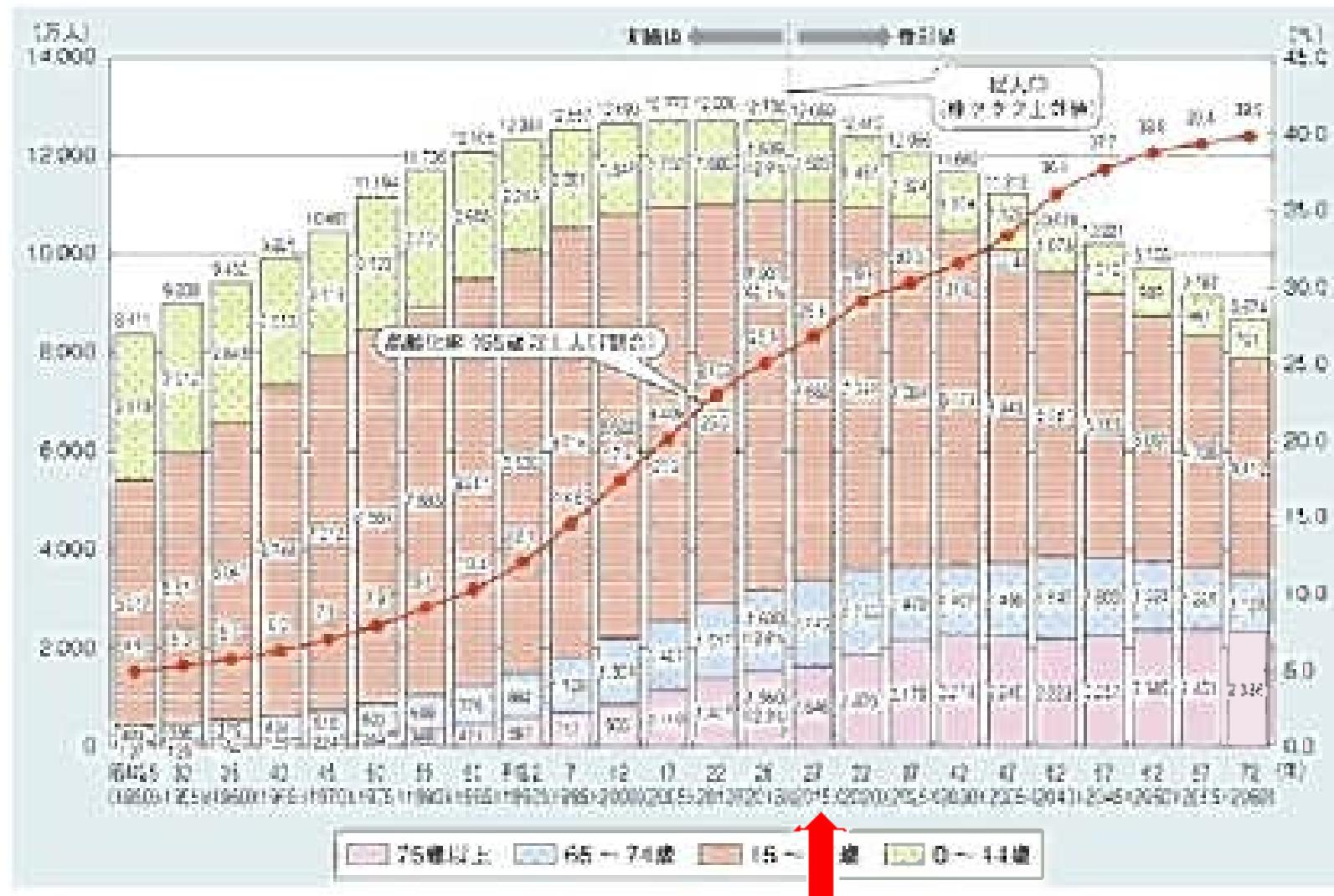


認知症の有病率

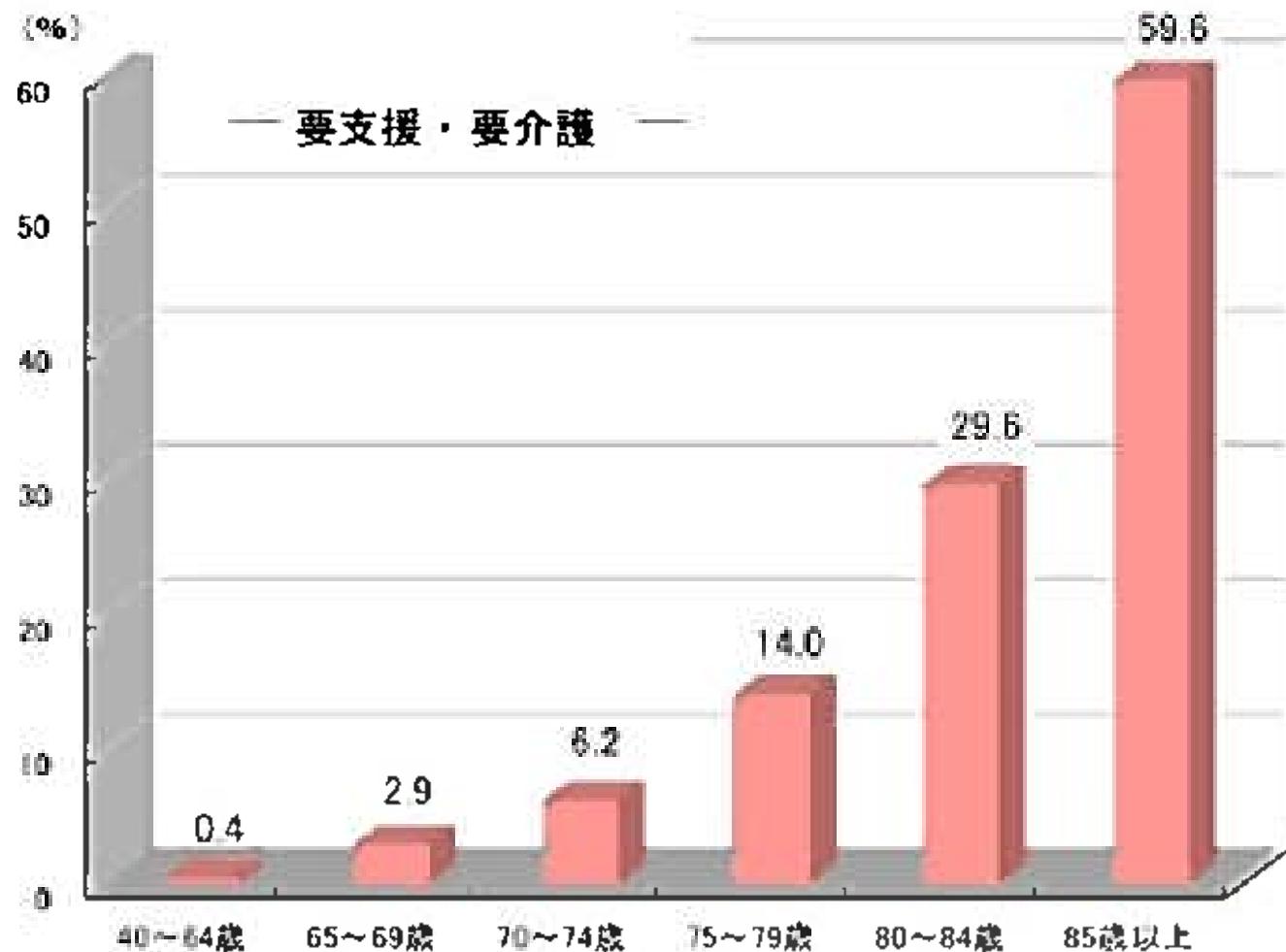


(出典) 総務省統計局「総合小数点以下4位まで有効数字をもつて示す日本の生命表統計」による算出。平成22年(2010年)4月期の令和子出生率、(7市内)の基礎データによる実測値を用いて対照線合併を行った。2013.3.17 22. www.mof.go.jp/taxation/statistics/seisaku/page_id=505 を基に算出作成。

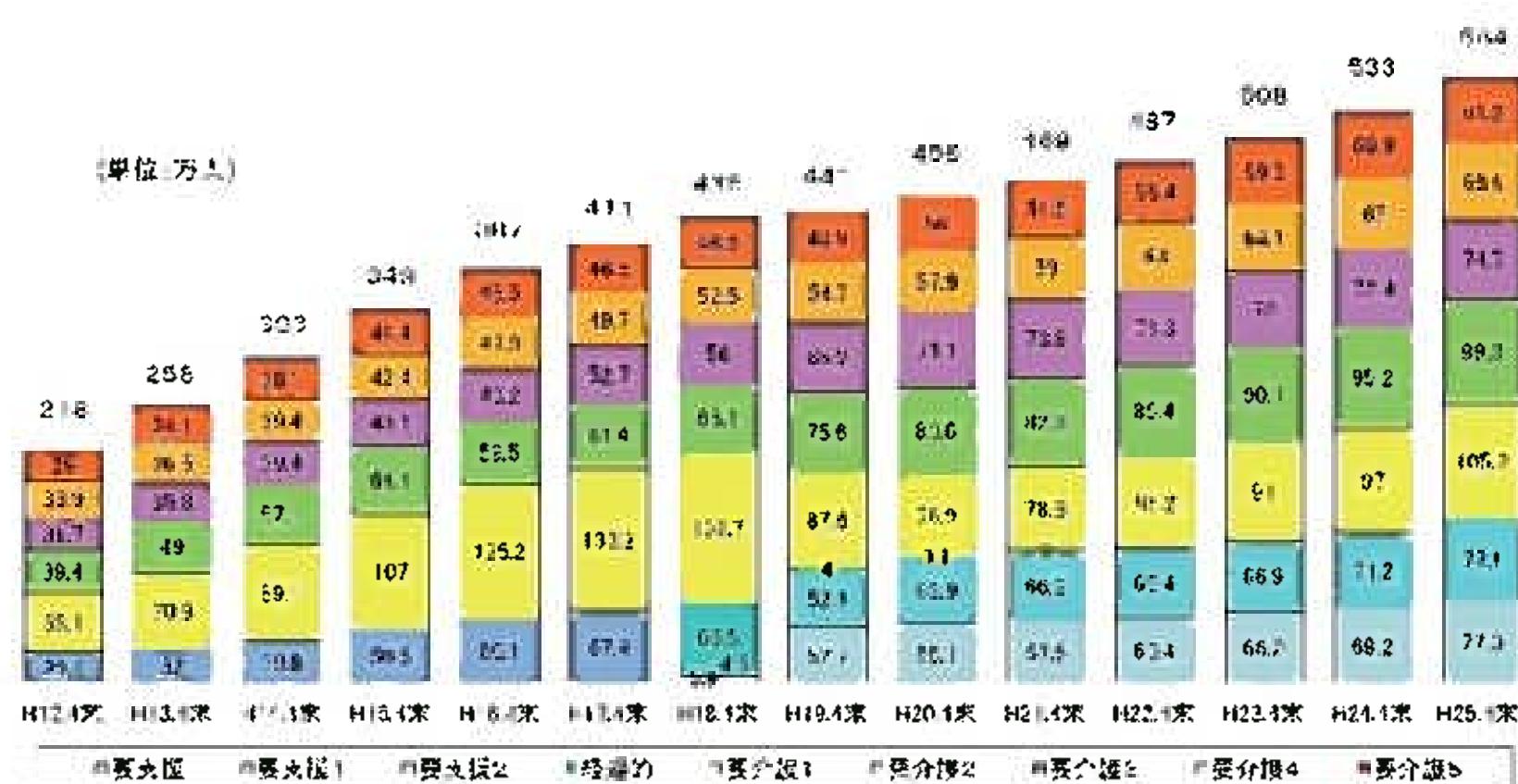
高齢化の推移と将来推計



年齢別の介護認定割合



要介護・要支援別認定者数の推移

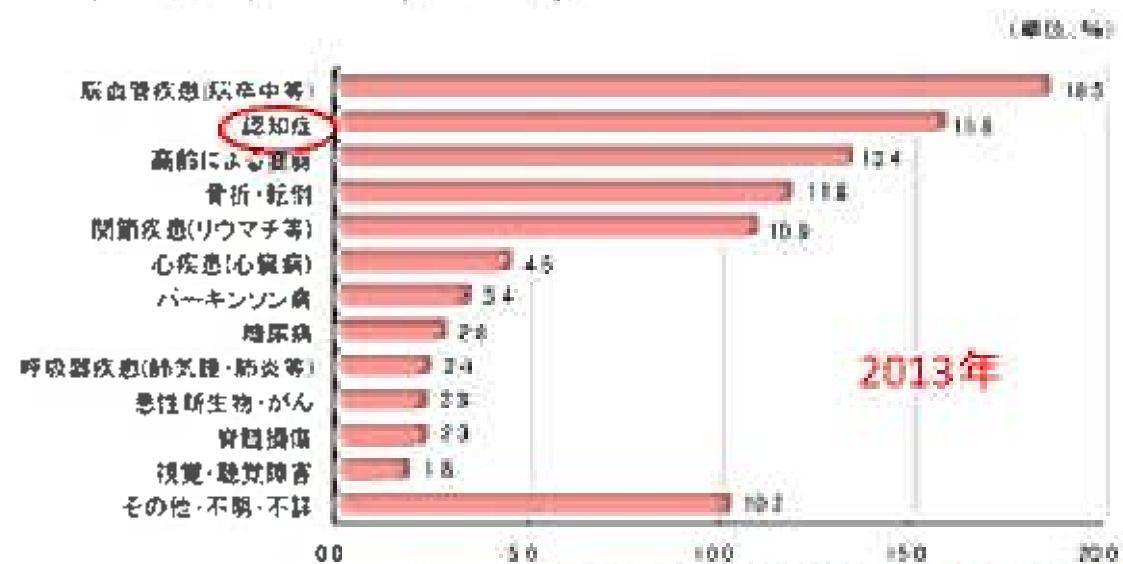


2025年⇒700万人

介護が必要になった原因

(単位: %)

	2001年	2004年	2007年	2010年	2013年
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
脳血管疾患(脳卒中)	27.7	25.7	23.3	21.5	18.5
認知症	10.7	10.7	10.0	10.3	10.2
高齢による衰弱	16.1	16.3	13.6	13.7	13.4
骨折・軽創	11.8	10.8	9.3	10.2	11.8
関節疾患	10.4	10.6	12.2	10.9	10.9
心疾患(心臓病)	3.1	4.1	4.2	3.9	4.5
パーキンソン病	6.6	1.6	2.5	3.2	3.4
糖尿病	2.2	1			



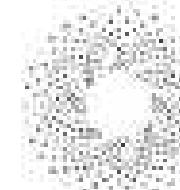
国民生活基礎調査(厚生労働省)

平成25年9月

認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）

（平成25年度から29年度までの計画）

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成



Global action
against dementia

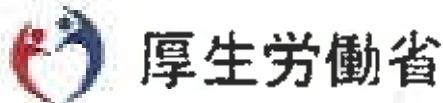
平成26年

認知症サミット日本後継イベント

- 新たなケアと予防のモデル -

世界10か国以上から、300人を超える専門家

安倍総理が開会式で我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示。新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むと宣言



厚生労働省



独立行政法人
国立長寿医療
研究センター



社会福祉法人認定
認知症介護研究・研修
東京センター

平成27年1月

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

資料1

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群、高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ 新 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人も認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の観点の重視

たまごの食べ方のレシピです
どんな食べ方でしようか？



認知症とは

種々の要因に基づく脳の器質的な変化により、記憶及びその他の認知機能が低下し、日常生活に支障が生じている状態

疾患名ではない

「痴呆」に替わる用語に関する検討会
「あほう・ばか」と通ずるものであり、侮蔑的

2004年12月24日

痴呆 ⇒ 認知症

認知機能とは

知的な能力

記憶・思考・理解・計算・学習・言語・判断

<記憶障害>

- ・特に、直近の出来事について覚えていられなくなる

<見当識障害>

- ・日時がわからなくなったり、迷子になったりする

<理解・判断力障害>

- ・物事を順序立てて考えられなくなり、料理や洗濯といった家事ができなくなる

<実行機能障害>

- ・計画を立てたり、手順を考えたりすることができなくなる

<計算能力障害>

- ・簡単な計算ができなくなり、買い物ができなくなったりする

中核症状

改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

出生日	年	月	日	性別	
民籍	生年月日			軍 職	體 質
性別：男 / 女	教育年數	三類下記入		家庭狀況	
國籍	(請寫)				

1974年に長谷川氏らによって開発され、
1991年に加藤、長谷川氏らによって改訂された
認知症の評価法のひとつ

質問內容

- 1:年齢
 - 2:日時の見当識
 - 3:場所の見当識
 - 4:言葉の即時記憶
 - 5:計算
 - 6:数字の逆唱
 - 7:言葉の遅延再生
 - 8:物品記憶
 - 9:言語の流暢性

30点滿点

21点以上…非認知症

20点以下・認知症の可能性が高い

年齢：歳　性別：男

既往歴：病名：年齢：発症年：既往歴：年齢：発症年：

既往歴：病名：年齢：発症年：既往歴：年齢：発症年：



米国のフルスタイン夫妻が1975年に考案した認知機能検査

項目	問題文	回答	
		正	錯
1. 会話	「会話を始めなさい。」 「おはようございます。」 「おはようございます。」 「おはようございます。」 「おはようございます。」	正 正 正 正 正	錯 錯 錯 錯 錯
2. 認識	「ここは東京駅ですか？」 「ここは東京駅（新幹線・JR・私鉄など）ですか？」 「ここはどこですか？」 「この駅はどのくらい大きめの駅ですか？」 「この駅はどこですか？」 「この駅はどこですか？」 「この駅はどこですか？」 「この駅はどこですか？」 「この駅はどこですか？」 「この駅はどこですか？」	正 正 正 正 正 正 正 正 正 正	錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯
3. 痴呆	「あなたは今何時を教えてください。」 「どうぞ、もう少し詳しく。」 「午後二時です。午後二時です。」 「午後二時です。」 「午後二時です。」 「午後二時です。」 「午後二時です。」 「午後二時です。」 「午後二時です。」 「午後二時です。」	正 正 正 正 正 正 正 正 正 正	錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯
4. 記憶	「1945年の終戦記念日をいつですか？」 「1945年8月15日です。」 「1945年8月15日です。」 「1945年8月15日です。」 「1945年8月15日です。」 「1945年8月15日です。」 「1945年8月15日です。」 「1945年8月15日です。」 「1945年8月15日です。」 「1945年8月15日です。」	正 正 正 正 正 正 正 正 正 正	錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯
5. 算術	「11歳の誕生日は幾月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」 「11歳の誕生日は11月ですか？」	正 正 正 正 正 正 正 正 正 正	錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯
6. 文字	「さくら」を片仮名で書け。」「これは何ですか？」 「これは何ですか？」 「これは何ですか？」 「これは何ですか？」	正 正 正 正	錯 錯 錯 錯
7. 作業	「今から私がいう見本を見てください。」 「みんな力を合わせて模倣をします。」 「今から私がいう見本を見てください。」 「今から私がいう見本を見てください。」 「今から私がいう見本を見てください。」 「今から私がいう見本を見てください。」 「今から私がいう見本を見てください。」 「今から私がいう見本を見てください。」 「今から私がいう見本を見てください。」	正 正 正 正 正 正 正 正 正	錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯 錯
8. 時計	「お手紙を書いてください。それを部分に盛りたてんください。」 「お手紙を書いてください。それを部分に盛りたてんください。」 「お手紙を書いてください。それを部分に盛りたてんください。」 「お手紙を書いてください。それを部分に盛りたてんください。」 「お手紙を書いてください。それを部分に盛りたてんください。」	正 正 正 正 正	錯 錯 錯 錯 錯
9. 会話	「この文をほんと、これ通りに読んでください。」 「それから、今度は、この文をほんと、これ通りに読んでください。」	正 正	錯 錯

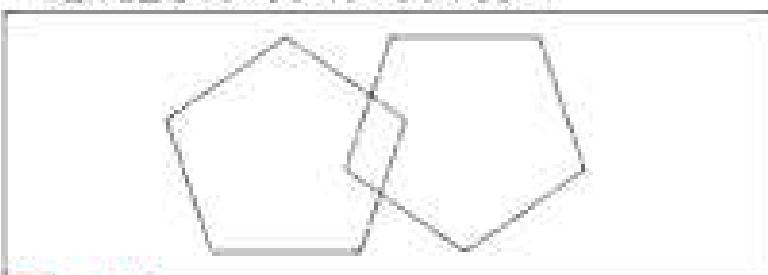
Mini-Mental State Examination (MMSE)

9. 「この文を読んで、この通りにしてください」

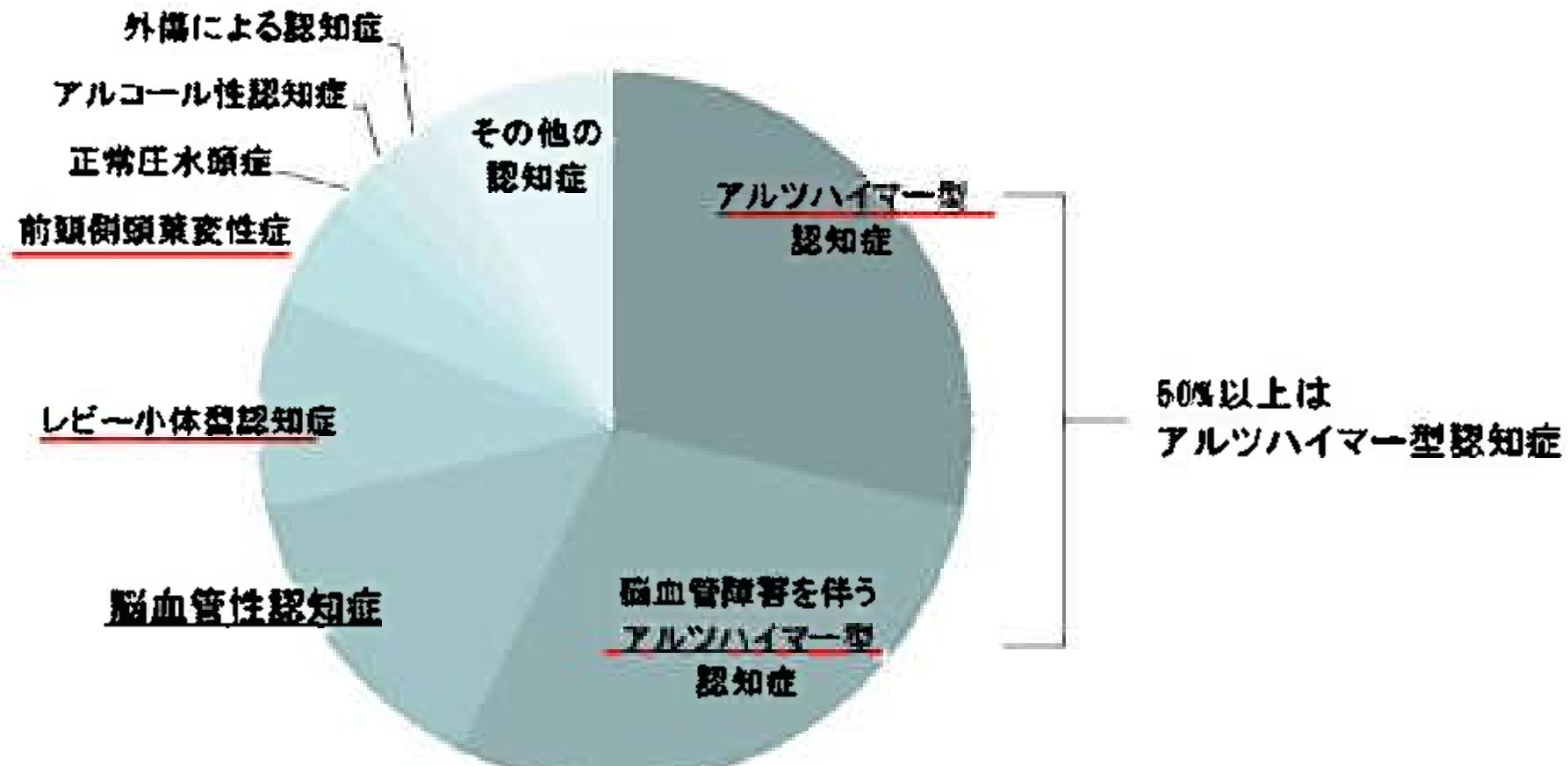
め　と
「目を開じてください」

10. 「この部分に何か文書を書いてください。どんな文章でもかまいません。」

11. 「二の图形を正確にそのまま書き写してください」

**30点満点****27~30点…正常範囲****22~26点…軽度認知症の疑いがある****21点以下…認知症などの認知障害の強い疑いがある**

認知症疾患医療センターや物忘れ外来で診断される認知症疾患



認知症の4大疾患

ヒトの脳の横断面

大脳

1200~1400g

♀ 120%
♂ 100%

脳梁

視床

視床下部

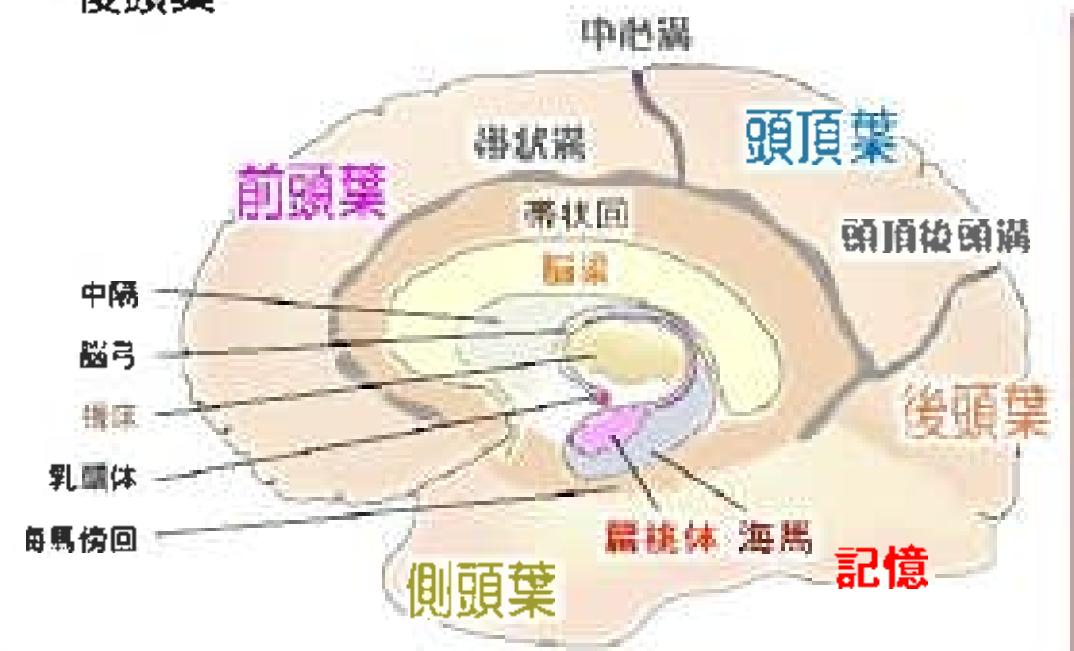
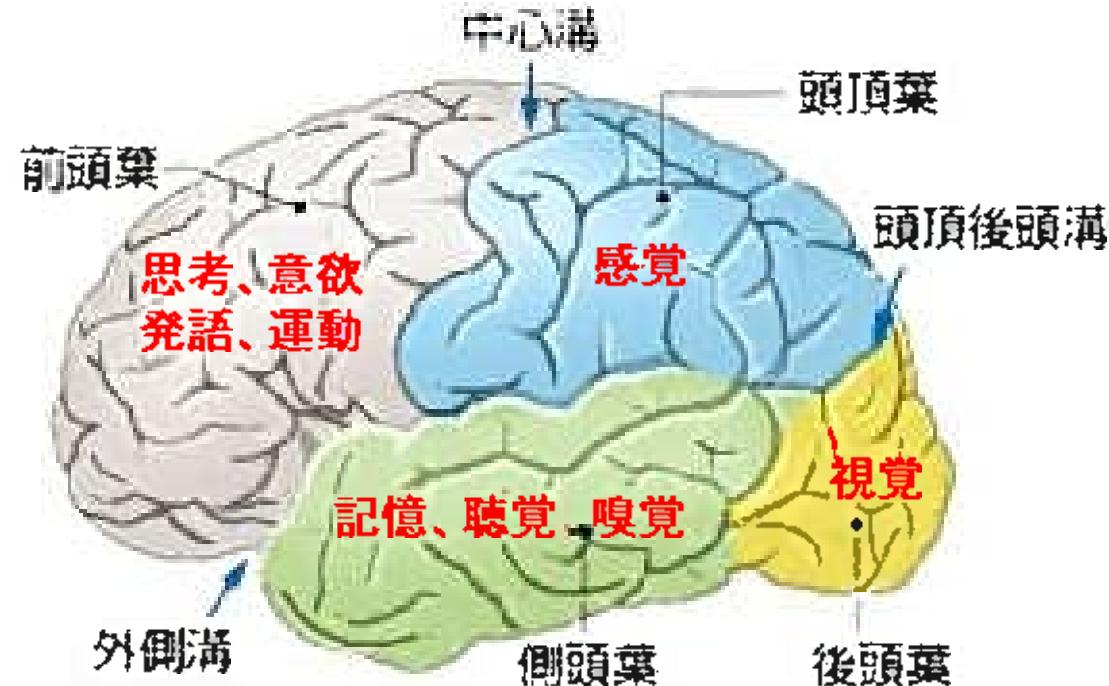
下垂体

橋

脊髓

小脳

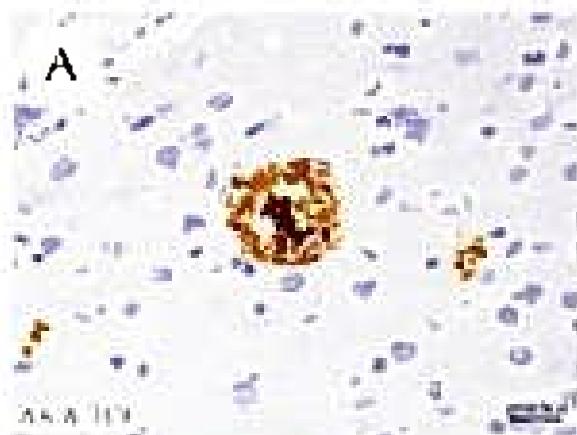




アルツハイマー病

1906年 ドイツのアルツハイマーによって報告

A



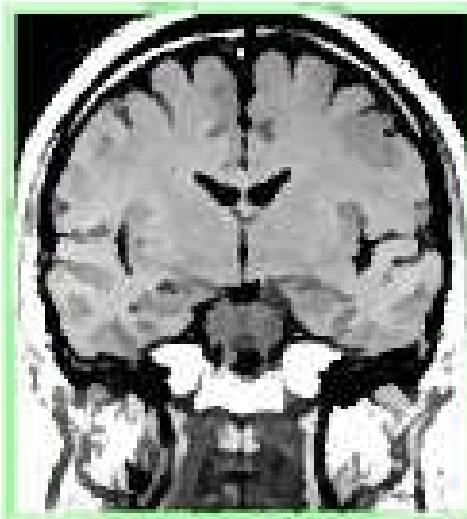
アミロイドβ蛋白(老人斑)

B



タウ沈着(神経原線維変化)

正常



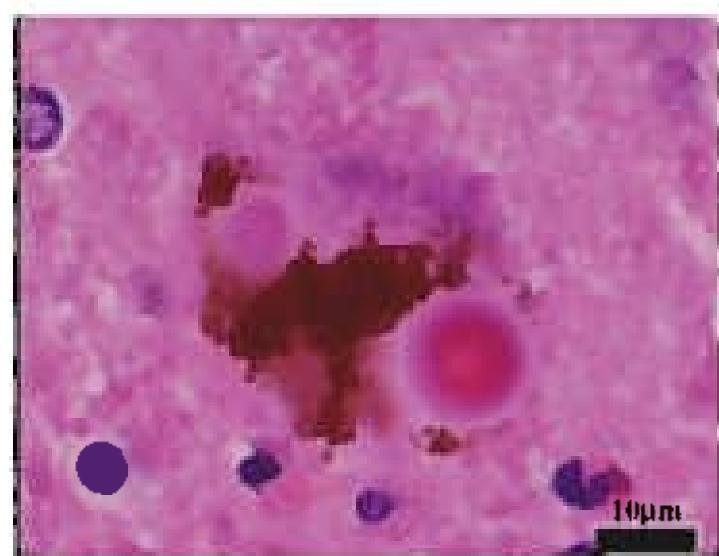
アルツハイマー



レビー小体型認知症

認知症を伴うパーキンソン病

1976年、小阪憲司氏が最初に報告

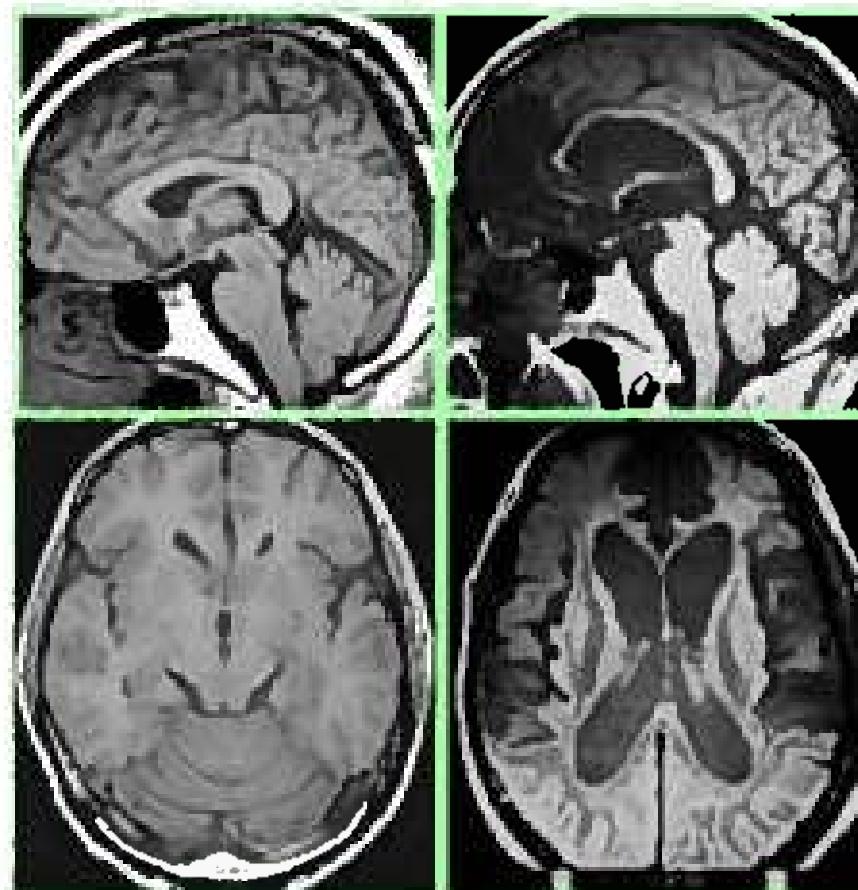


レビー小体(α -シヌクレイン蛋白沈着)

側頭葉内側、海馬の委縮がみられるが
アルツハイマー型認知症ほど著明ではない

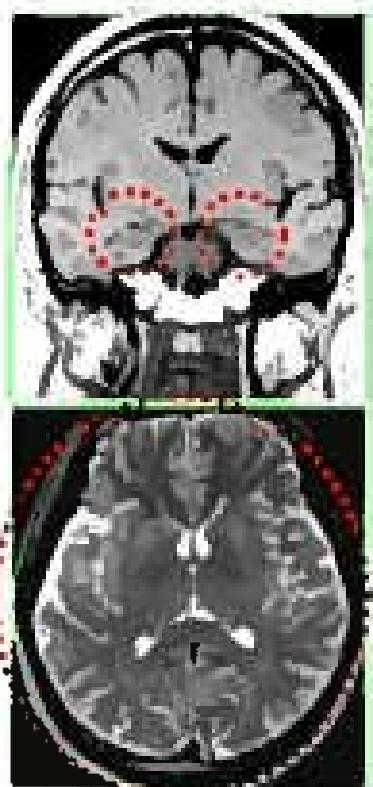
前頭側頭型認知症(FTD)

正常



VSRAD

MRIの画像を基に脳の萎縮の程度を数値化するソフト



- ・海馬・海馬傍回の萎縮の程度
- ・脳全体で萎縮している領域の割合
- ・脳全体の萎縮と海馬傍回の萎縮の比較



客観的な数値として表示される

脳血流SPECT画像

脳血流解析ソフトは
認知症の病型診断に役立つ

病型別血流低下部位

AD

DLB

FTD

アルツハイマー型

側頭・頭頂葉
帯状回後部

レビー小体型

後頭葉

前頭側頭型

前頭・側頭部

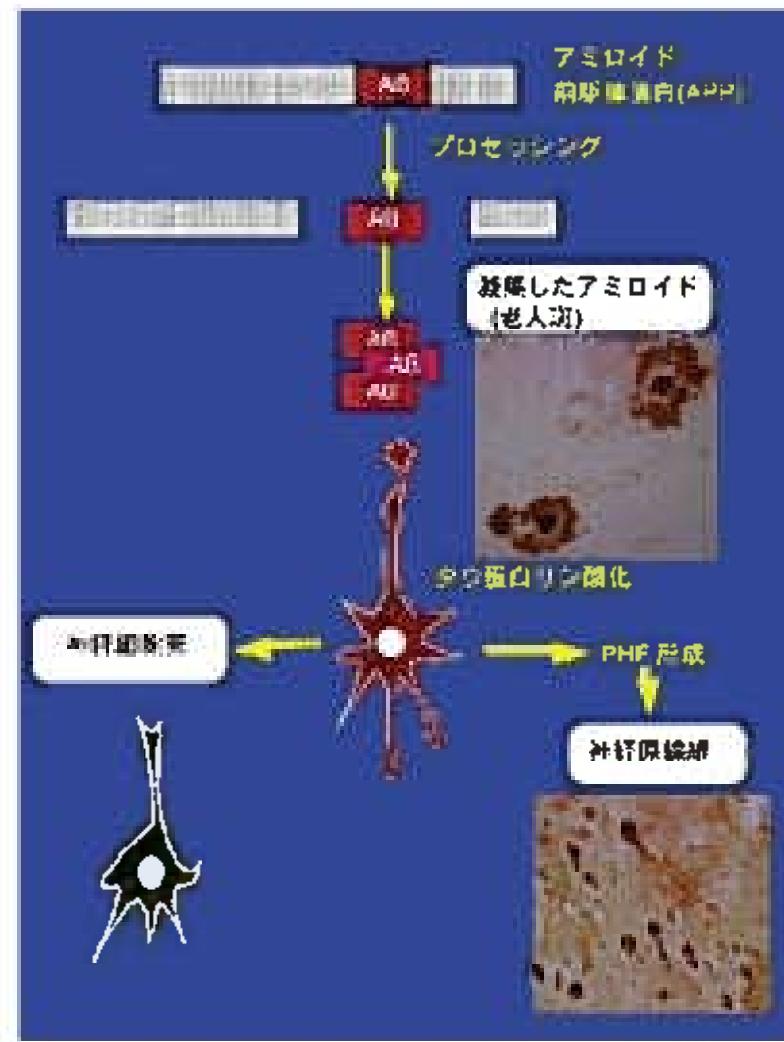
福岡大学 第五内科 中野正剛先生

	アルツハイマー病	レビー小体型認知症	血管性認知症	前頭型/頸型認知症
性別	女性が多い	60歳以降、やや女性に多い	男性が多い	初老期に多い
発症	緩やか	速やか	比較的急	緩やか
近頃	スループを残りながら	進行性、動静性	発作のたびに階段状に進行(相外あり)	進行性
記憶障害	初めから出現	初期段階に比べて軽減	比較的軽度 想起障害	ADに比べ軽く
身体症状	重病になるまで出現しない	パーキンソンズハ 輪状が多い、失禁	過度熟睡に加え、あるいは併存して虚脱	失禁は早期に出現することもある
精神症状・ 情説	もの迷らぬ妄想 (慢々と出現)	ありあげとした幻覚 錯認妄想、妄想の転換 注意力障害。	反応、感情の呆滞	人間の変化、感情の変化、刷毛目、失興心、鬱悶、行乞、偏食など
その他	歩行、運動は重度となるまで遅れる	抗精神病薬への過敏性	暴動の神経症状 痴呆症の既往 もれねむけ失禁等	

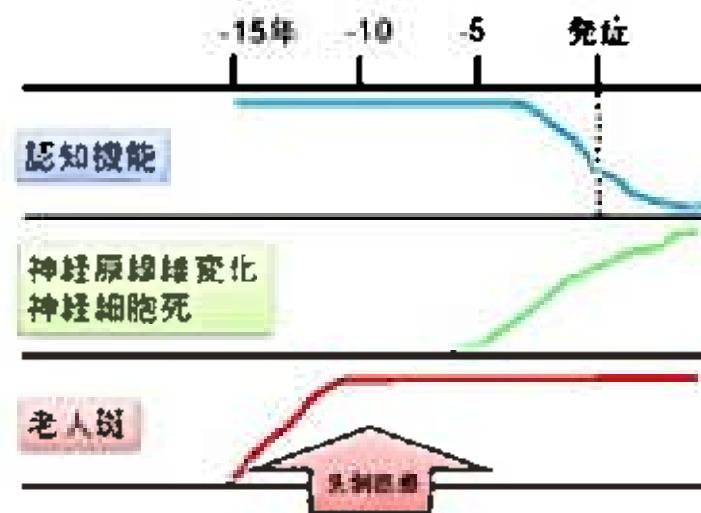
在宅医療テキスト編集委員会

アルツハイマー型認知症

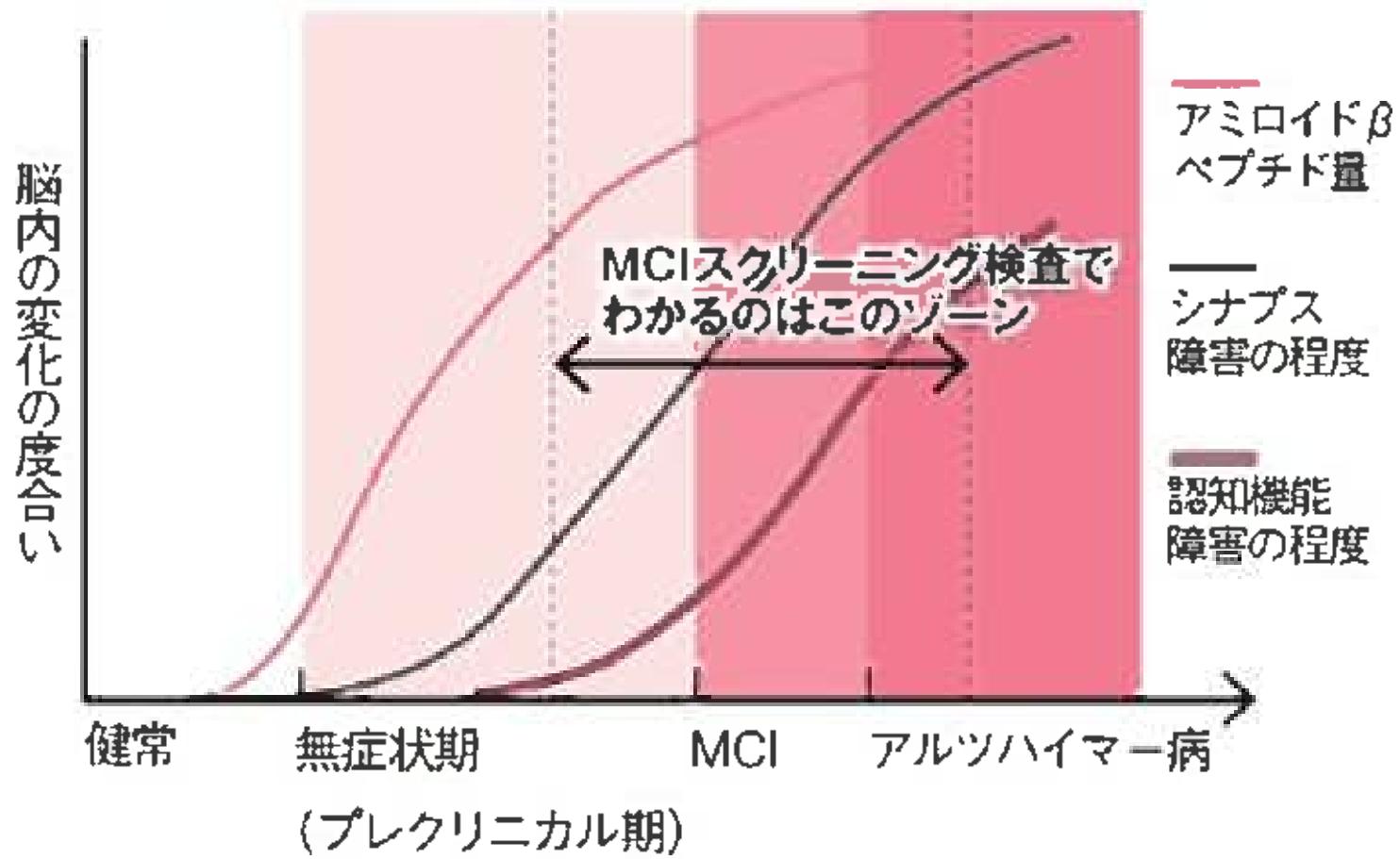
早期診断と先制医療



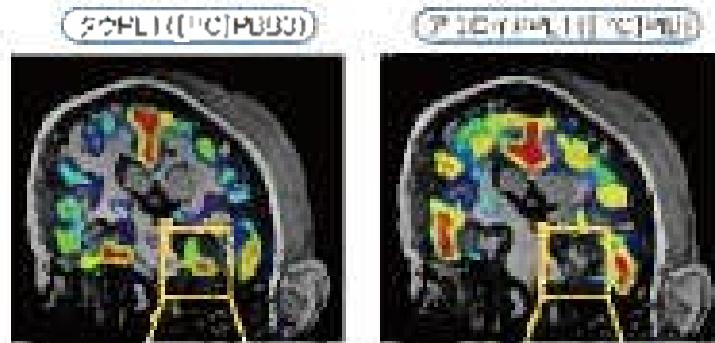
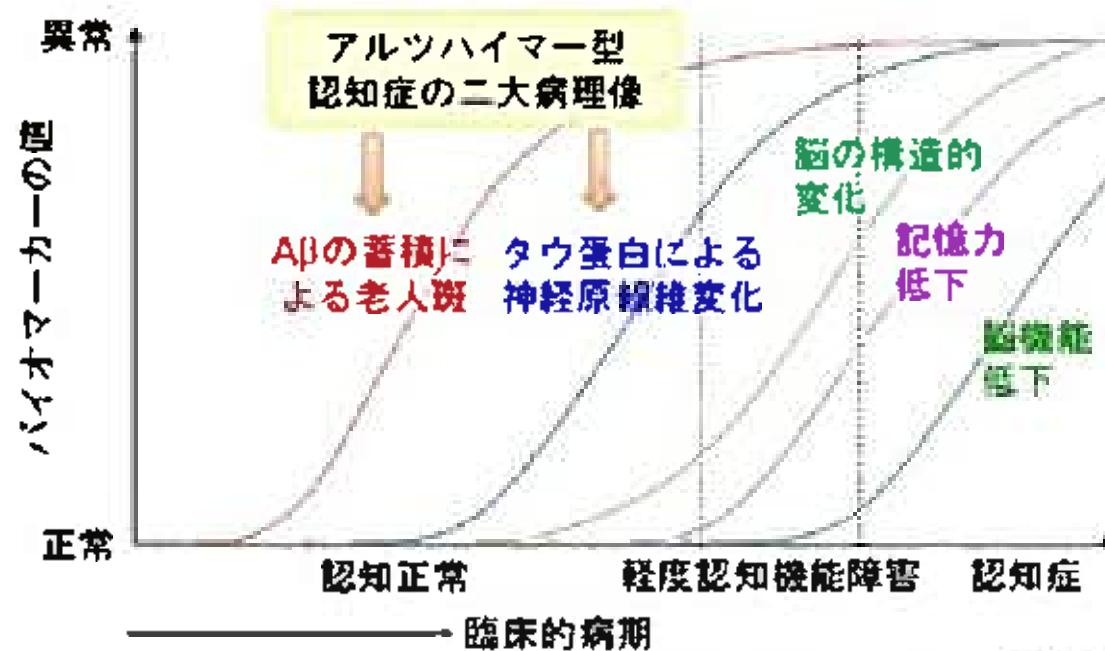
アミロイド仮説



■ 脳の変化は発症前から始まっている

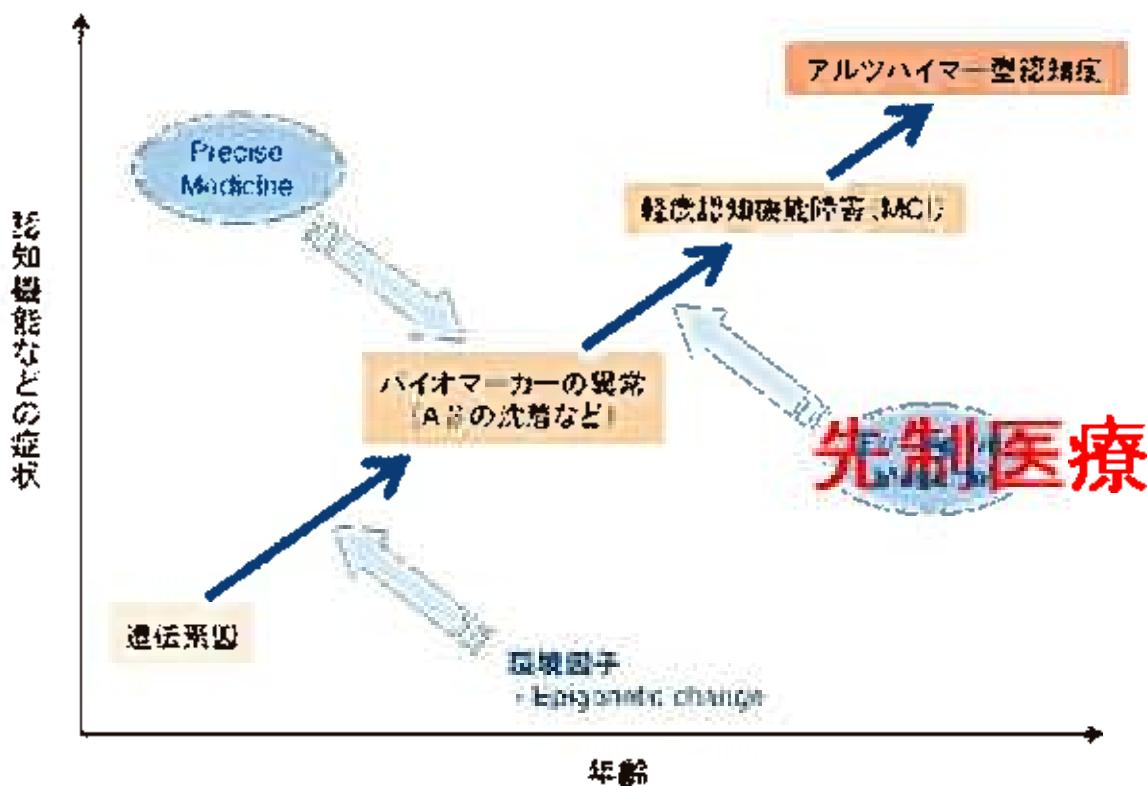


アルツハイマー型認知症進行に伴う変化



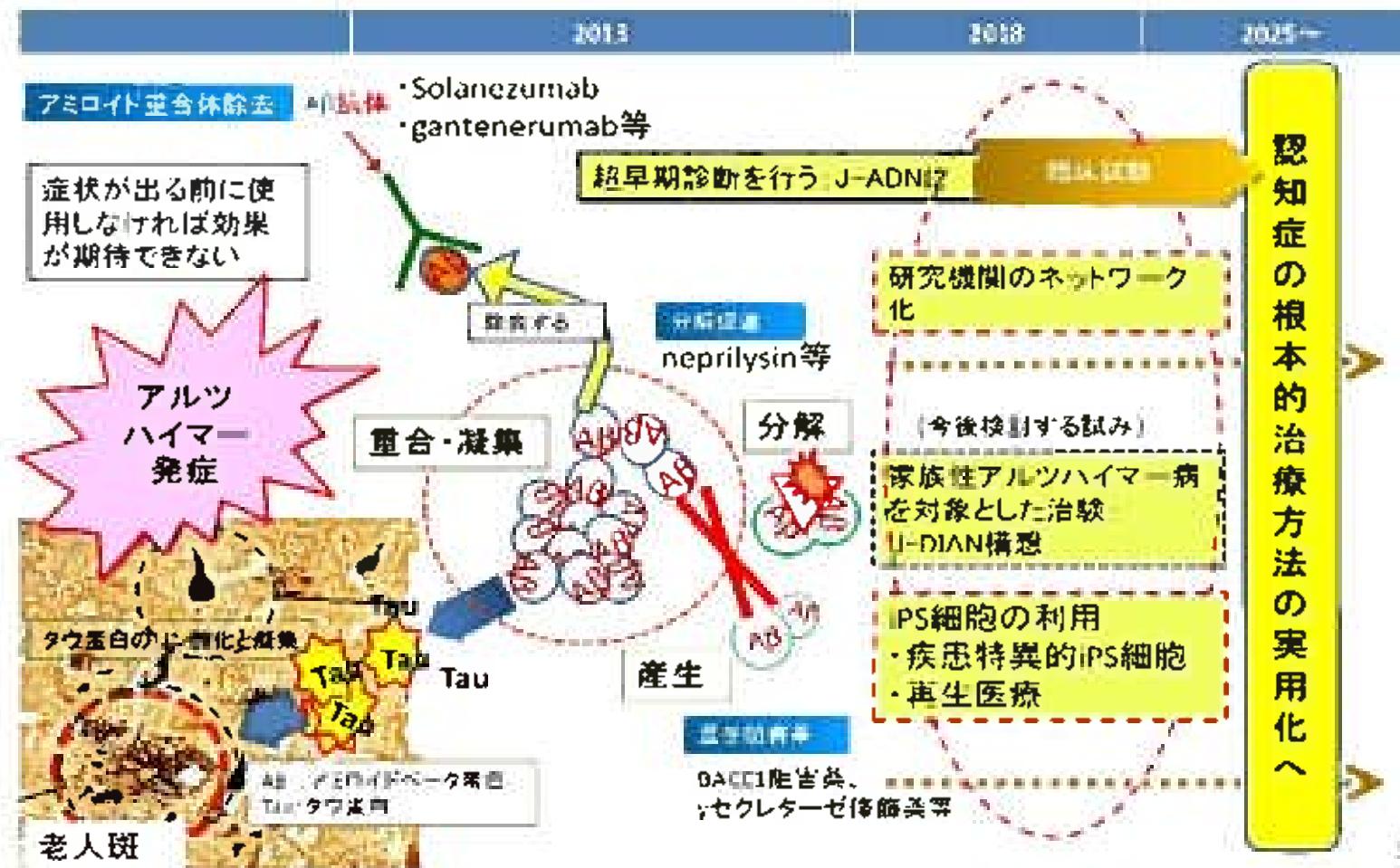
Jack CR. Lancet Neurol. 2010;9:115 (改)

アルツハイマー型に認知症に対する治療の方向性



今後期待される認知症の研究・開発

○認知症にかかる診断技術の向上や治療方法の開発



男性が

「僕の名字はア行のアです」

と自己紹介する。

彼の本当の名字は何でしょう？

治る(可能性のある)認知症

- ・慢性硬膜下血腫
- ・正常圧水頭症
- ・脳腫瘍
- ・うつ病性仮性認知症
- ・薬物惹起性認知症様状態
- ・甲状腺機能低下症
- ・ビタミンB12欠乏症

もの忘れ外来

○問診

○神経心理検査

- ・改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
- ・ミニメンタルステйт検査(MMSE)
- ・ADAS-Jcog.(エイダス ジェイコグ)

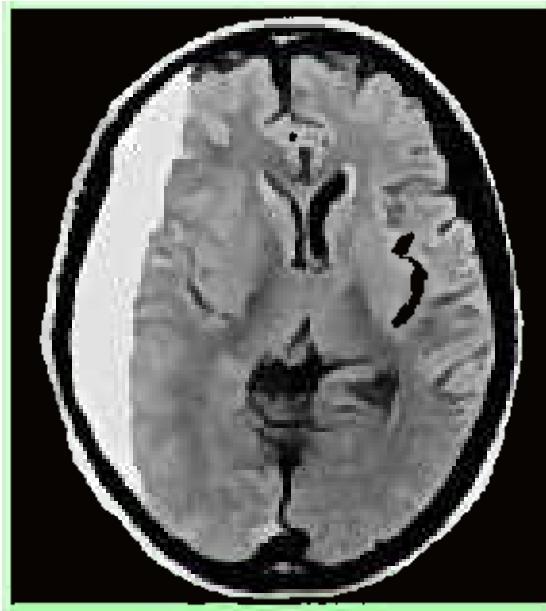
○血液検査

- ・身体の疾患や感染症などが原因となる認知症
- ・糖尿病があるとアルツハイマー型認知症になりやすい
- ・高血圧や高脂血症があると血管性認知症になりやすい

○画像検査

- ・CT・MRI・SPECT

慢性硬膜下血腫



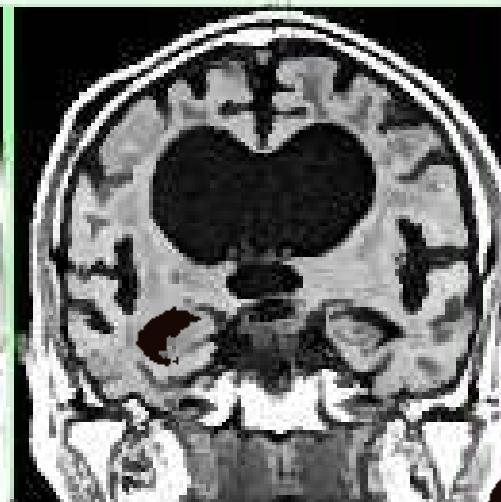
- ・頭を打撲後、脳の表面に血液がたまり1～2か月後に症状が出る。
- ・血腫が脳を圧迫した結果、頭痛、物忘れ、認知症症状などの精神症状、失禁、半身に力が入らない、歩行障害などが起こる。
- ・高齢者に多く症状がゆっくり出てくるのでわかりにくい。

正常圧水頭症

正常

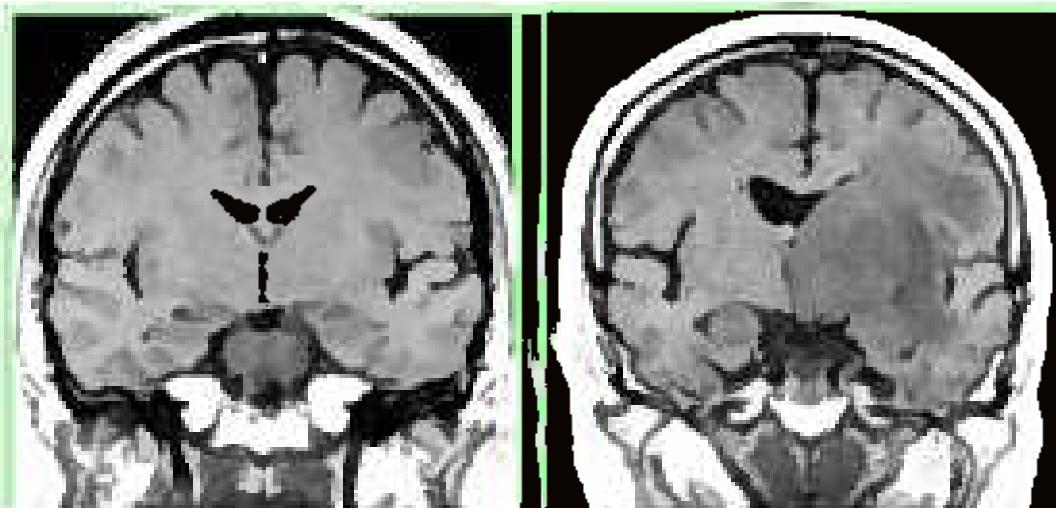


水頭症



- ・認知症の症状としては、記憶障害よりも、集中力や注意力の低下の方が目立ちやすくなる。
- ・歩行障害：足が開き、歩幅が狭く、すり足で歩くようになる。
バランスを崩し転倒しやすくなる。
- ・尿失禁が見られることがある。

脳腫瘍



- ・腫瘍が脳を圧迫することにより症状が出る。
- ・腫瘍の部位により運動障害、言語障害が出たり認知症の症状が出たりする。

うつ病性仮性認知症

- ・前頭葉の機能不全で起こる。
- ・原因は加齢とストレス。
- ・前頭葉は注意力、集中力、段取りなどをつかさどる部位なので日常生活の中で、うっかりミスが多くなる。
- ・うつ病により自律神経が乱れるため、頭痛、食欲不振、睡眠障害などの身体症状を引き起こすのが特徴である。
- ・うつ病の治療により大幅な改善が期待できる。

認知症の症状



加齢による物忘れと認知症の違い

加齢に伴うもの忘れ	認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて 判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようと する	探し物も誰かが盗ったということが ある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である
心配になって自分で病院に行く	家族に付き添われて行く

はてな(?)に入る漢字はA、Bどちらの漢字？



認知症を理解するために

認知症になつた私が伝えたいこと

佐藤雅彦



人月書店

2014年11月20日 第1刷発行

第4回
日本医学ジャーナリスト協会賞優秀賞

内容紹介

「認知症になつたら何もわからないという偏見をなくしたい」
—2005年、51歳のときに若年性アルツハイマー型認知症の診断を受けた佐藤雅彦さんは、心の葛藤や日常生活の困難に対峙しながらも、前向きな生き方を模索してきた。本書は佐藤さん自身が、当事者としての不安や悩み、生活上の障害などを詳しく語り、認知症になつても人生をあきらめる必要などないことを、力強く訴える。(解説 永田久美子【認知症介護研究・研修東京センター】)

著者について

1954年岐阜県生まれ。中学校の数学教師を経て、システムエンジニアとして活躍。2005年、51歳のときに若年性アルツハイマー型認知症の診断を受け退職。ヘルパーなどの助けを借りながら、現在もひとり暮らしを続けている。趣味は写真、旅行など。認知症について啓発するための講演活動もおこなっている。認知症当事者の会「3つの会」代表。

2014年11月 「日本認知症ワーキンググループ」発足
認知症の人本人をメンバーとし、認知症の人と社会のために
認知症の人自身が活動していく、日本初の独立した組織

共同代表

佐藤雅彦、中村成信、藤田和子

認知症に関する本、講座が増えた
一般の人の関心も高い

認知症本人の立場に立った理解や支援を
訴えるものはほとんどない

認知症は怖い
認知症になりたくない
⇒恐怖心があおられる

認知症を理解するとは？

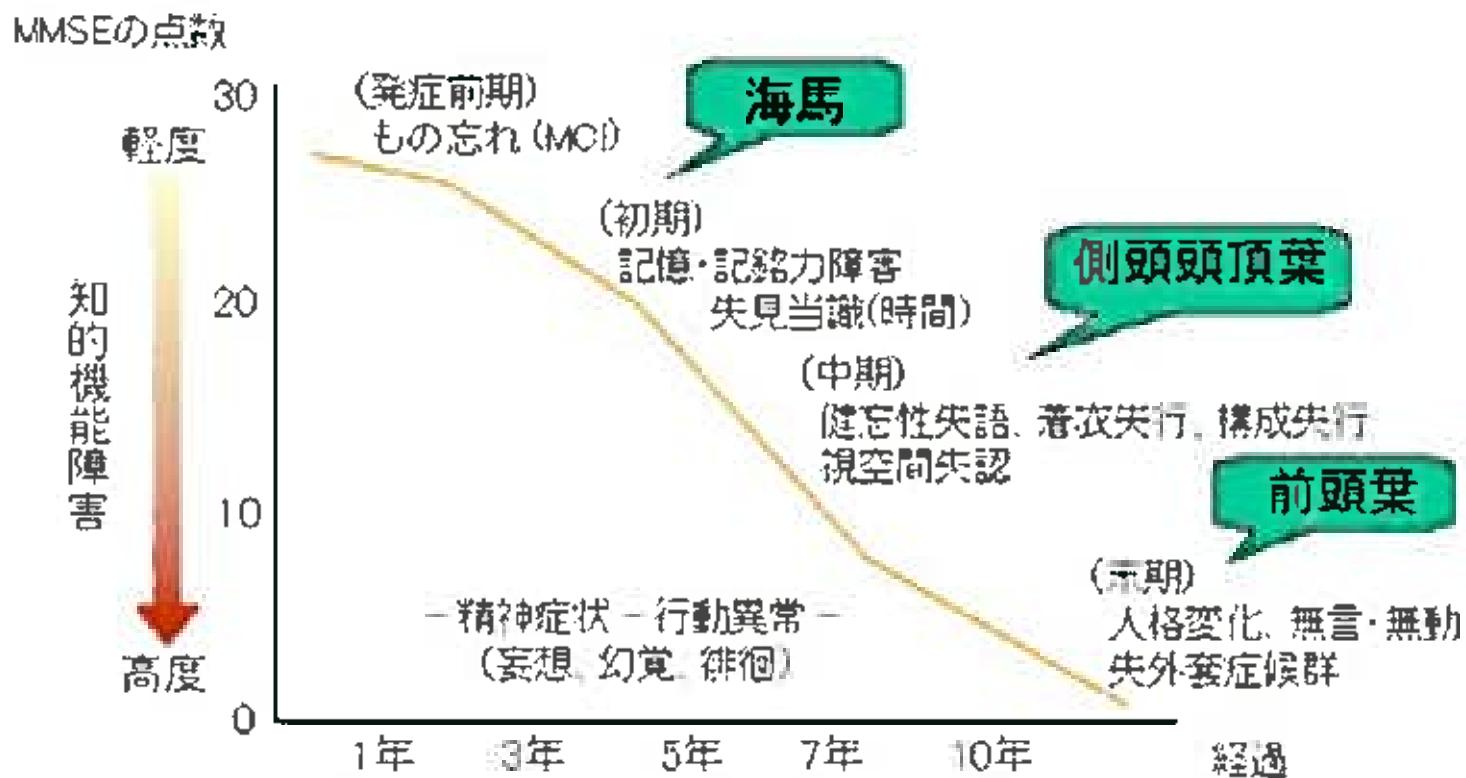
認知症に対する偏見、固定観念、既成の知識

- ・認知症だからわからないだろう
- ・認知症だからできないだろう

⇒本人を孤独と絶望に追い込む
混乱やパニックを誘発する

認知症当事者に話を聞くことが一番の近道

発症後10年以上経過しても、自分なりに語り
暮らし続けている人が増えている



「認知症の介護ために知っておきたい大切なこと」

(トム・キットウッド、キャスリーン・ブレディン)

看護・介護者にしてほしくないこと

- ・ごまかしたり、うそをついたりする
- ・その人が自分でできることを代わりにやってしまう
- ・ひどく幼い子ども程度の能力や経験しかないように扱う
- ・権力や脅しで心配させたり、不安にさせたりする
- ・きちんとした人間でないというレッテルを貼る
- ・責めたり、何をやった、やらなかつたという非難をあびせる
- ・本当に理解できるよう、ゆっくり話したりしない
- ・気持ちを無視したり、真剣に受けとめない
- ・生きた感情のある人ではなく、物や動物のように扱う

行政へ

認知症になつたら何もわからない、何もできないという偏見
認知症本人が自分の能力を信じて生きる力を奪う

行政はこういう偏見をなくす努力をしてほしい

認知症は予防できる？

認知症になりにくく生活习惯を続ける

- ・食習慣
- ・運動習慣
- ・対人接触
- ・知的行動習慣
- ・睡眠習慣

認知症で落ちる3つの能力をトレーニングで鍛える

- ・エピソード記憶
- ・注意分割機能
- ・計画力

脳血管性認知症を発症しやすい疾患

糖尿病

- ・脳血管や脳神経に障害が起こりやすくなる。

脂質異常症

- ・動脈硬化を起こしやすい。
- ・動脈硬化になると 脳梗塞、脳出血などが起きやすくなる。

高血圧

- ・動脈硬化などを起こしやすく、脳卒中などの原因になる。
- ・高血圧は脳血管性認知症のリスクが3.4倍(久山町研究)

肥満

- ・糖尿病や脂質異常症などは、肥満との繋がりがある。
- ・無呼吸症候群になりやすく、脳へ送る酸素が少なくなる事で
脳に障害を引き起こす原因にもなる。

糖尿病はアルツハイマー発症リスクが4.6倍

糖尿病は

- ・アミロイド β 蛋白を分解出来なくする。
- ・タウ蛋白の変質促進に関わっている。
- ・アミロイド β 蛋白は、アルツハイマー発症の25年も前から溜まりだす。高齢期が65歳だとすると、早い人で40歳から溜まりだす。
- ・糖尿病にならないよう、この時期から注意が必要。

カルフォルニア大学の研究によれば
知的好奇心を刺激し続けると
アルツハイマー型認知症の発症危険度が
半減する

「外」「仁」「加」「刈」の4文字には共通点がある

共通点とは？

外 仁 加 刈

地域包括ケアを推進する
にしまち幸朋苑



ご清聴ありがとうございました

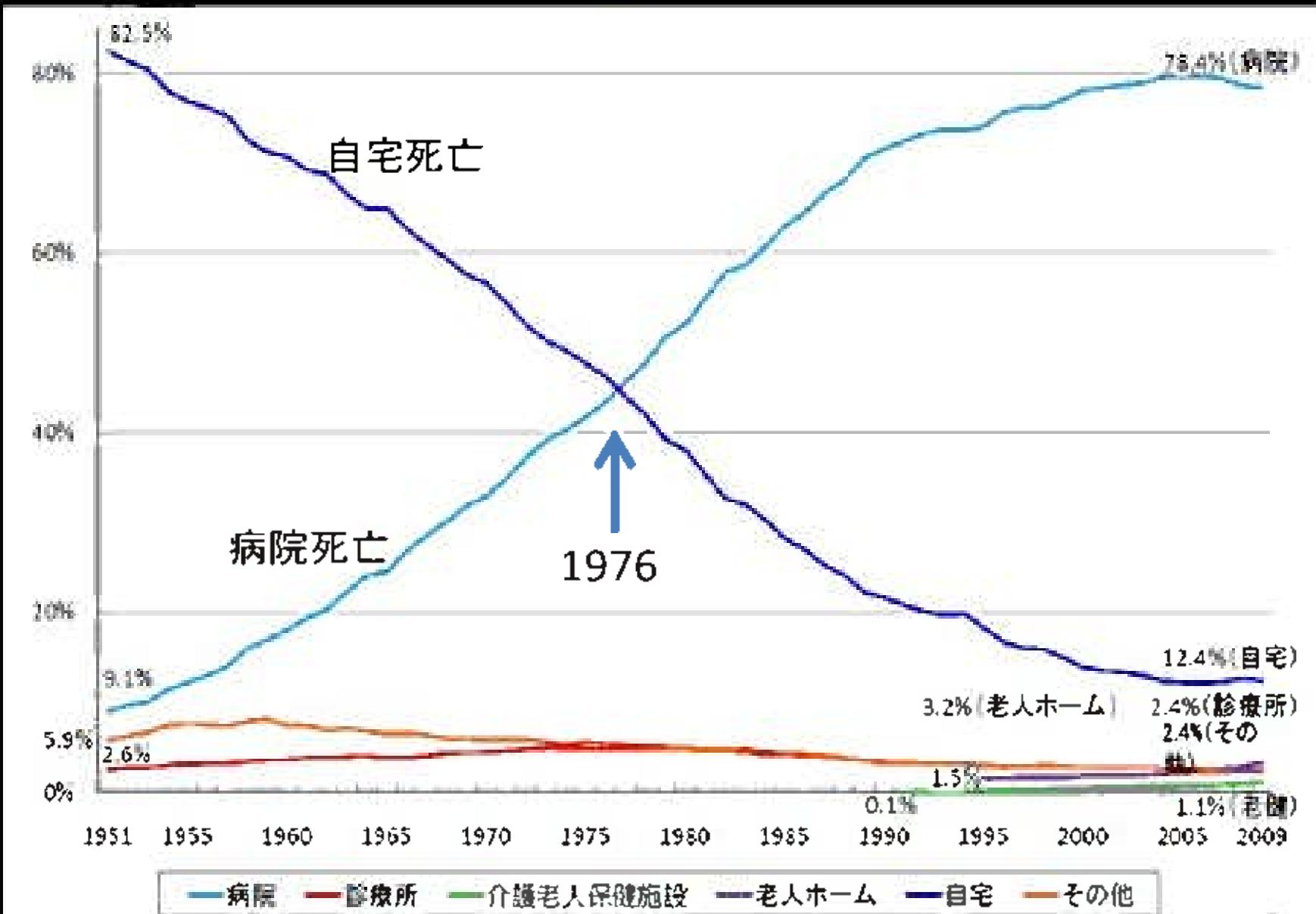
在宅看取りを考える

2016.9.28

第16回 鳥取赤十字病院 地域連携懇話会
とりぎん文化会館 第1会議室

にしまち幸朋苑
施設長 岸 清志

死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

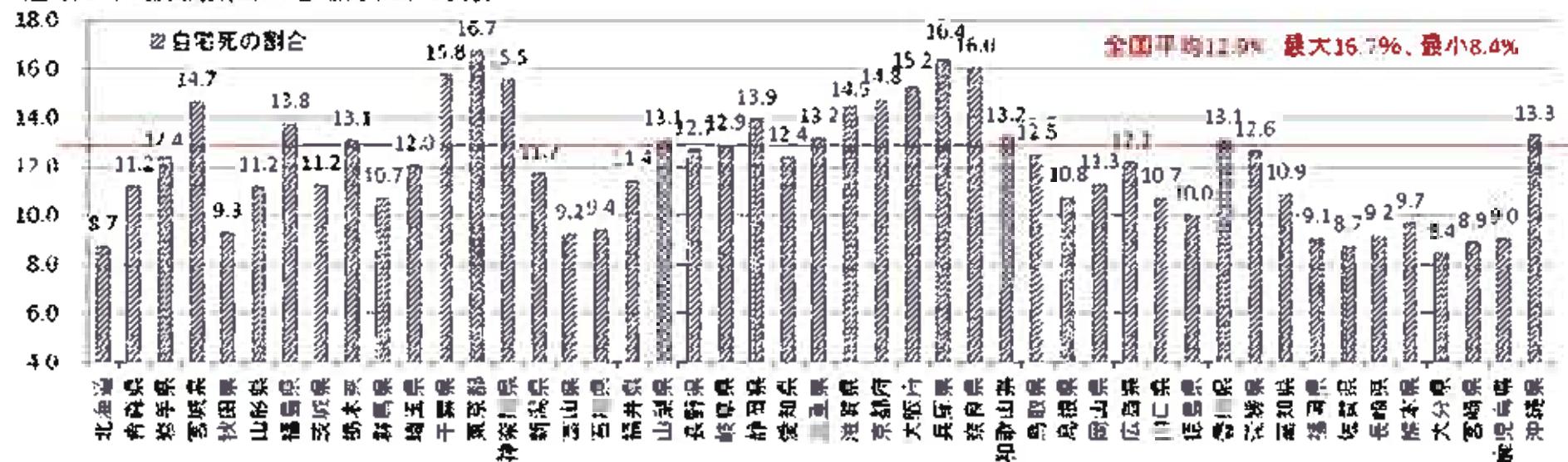
出典：厚生労働省「人口動態調査」

病院死亡が増えた理由(1)

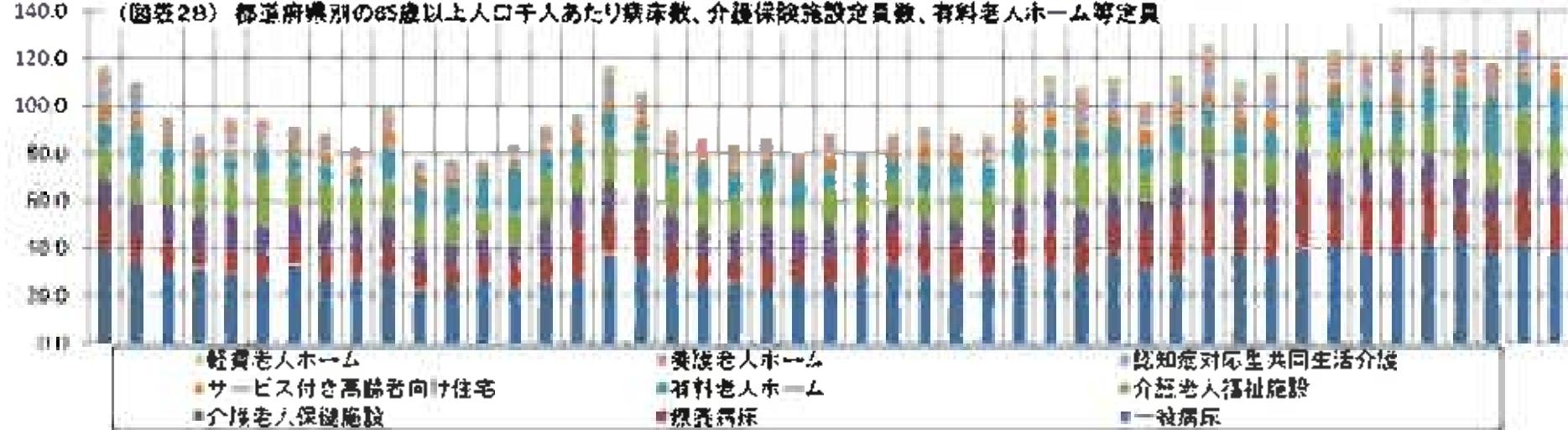
- ・高度経済成長によって暮らしのあり様が変化
- ・病院が開設され、医療への依存度が高まる
- ・在宅死より、病院死を選択

(図表27) 都道府県別の自宅死(※)の割合

※「自宅」には、グループホーム、サービス付き高齢者住宅を含む

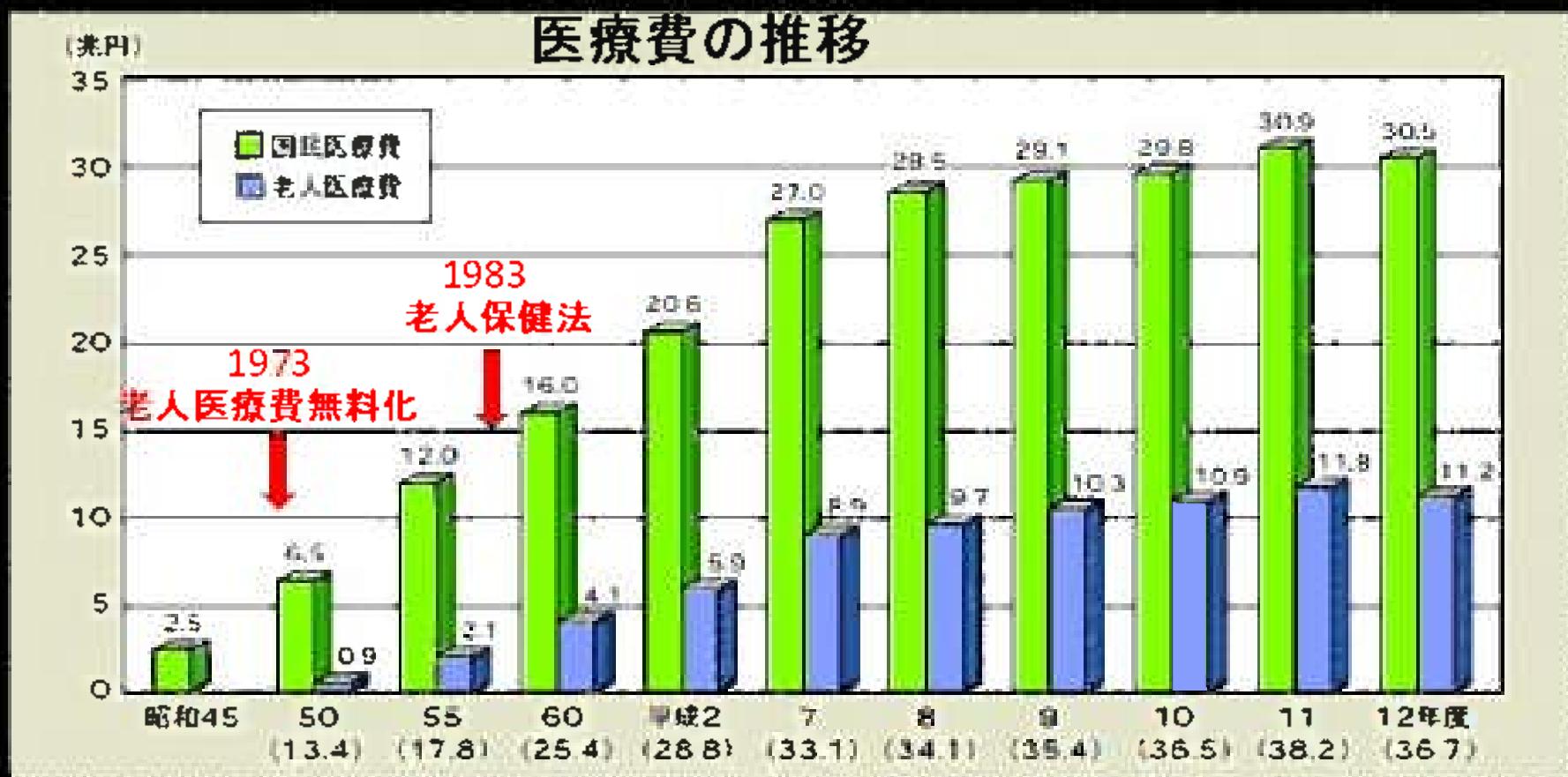


(図表28) 都道府県別の85歳以上人口千人あたり病床数、介護保険施設定員数、有料老人ホーム等定員



出典 内閣府

病院死亡が増えた理由(2)

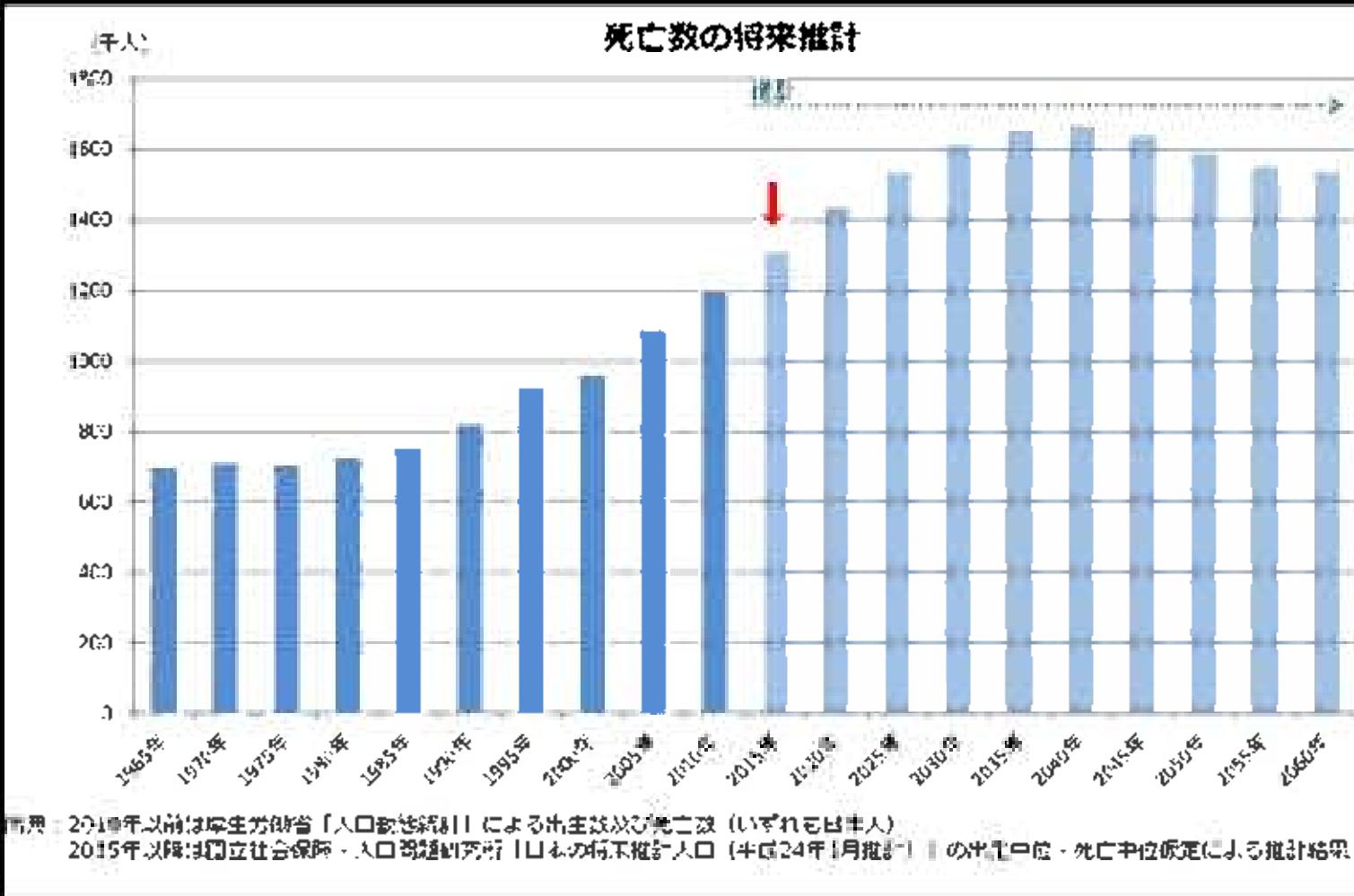


病院死亡が増えた理由(3)

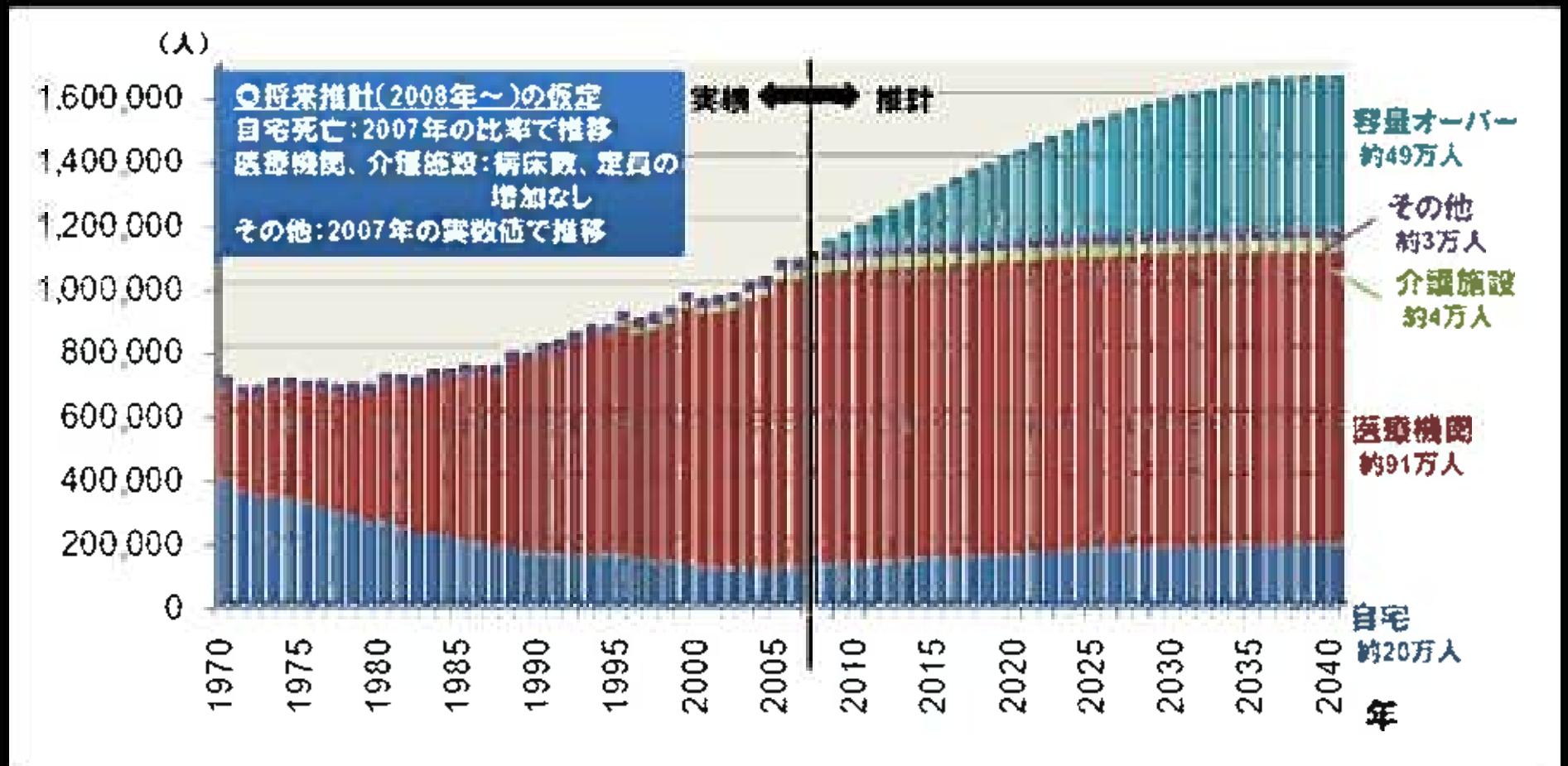
「死は敗北」という考え方が医療現場を支配

家族も、死の直前まで医療機関での治療を希望

多死時代の到来



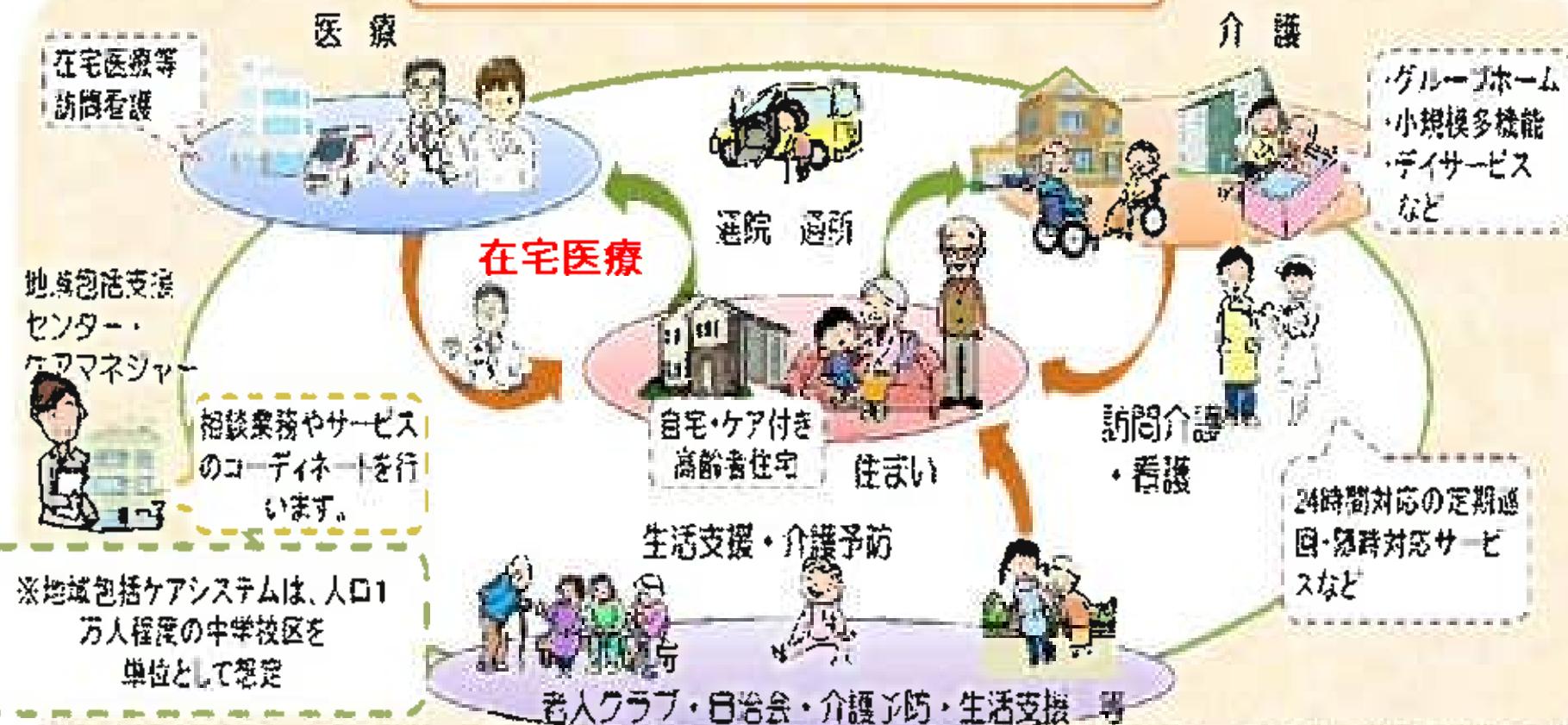
看取りの場所の不足



資料: 2007年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態推計」
2008年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集
(2007年度版)」から推定

出典 厚生労働省

地域包括ケアシステムのイメージ



在宅療養支援診療所

2006年(平成18年)

在宅医療の担い手として位置づけられ

24時間365日対応を条件に

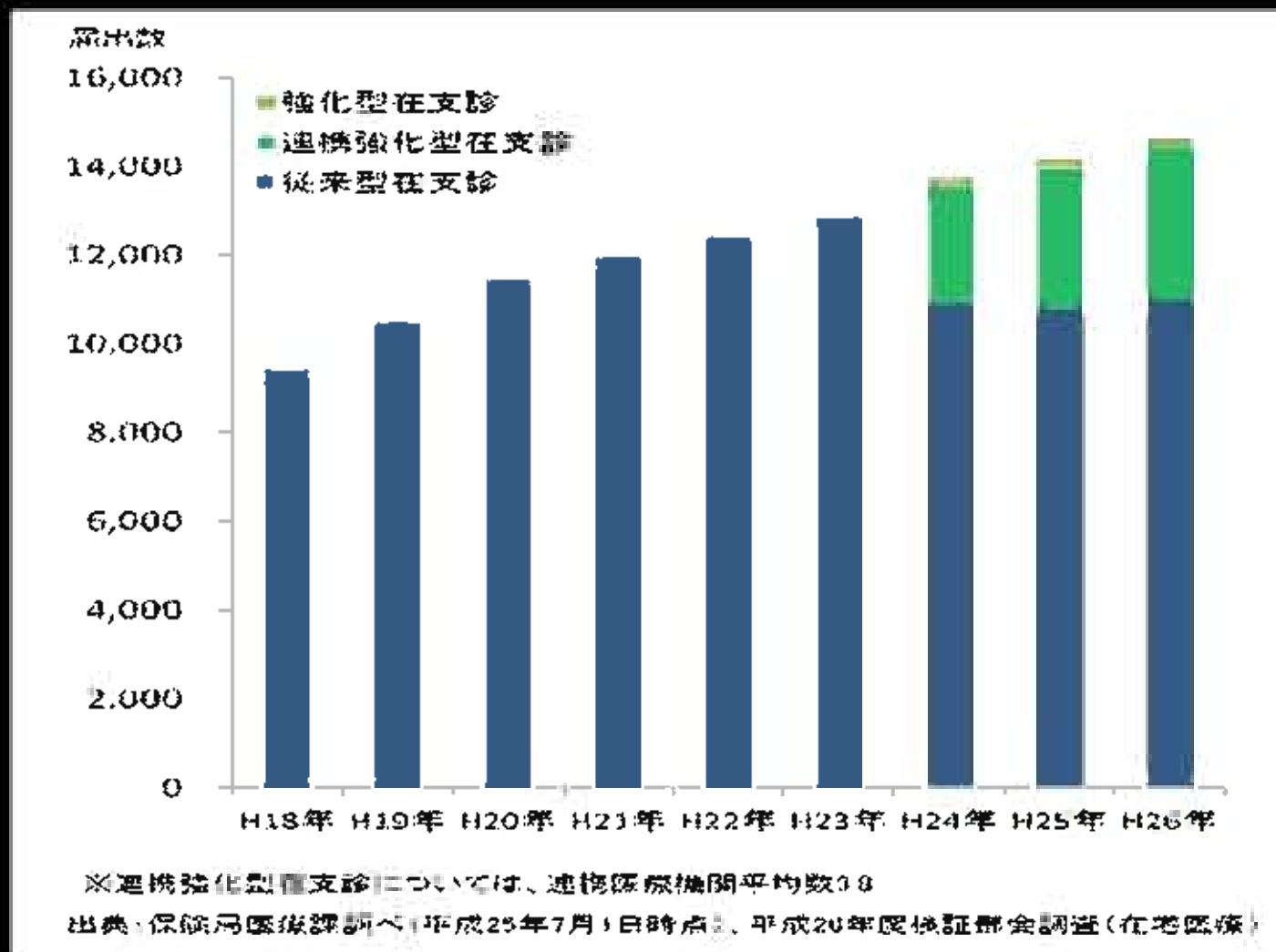
ターミナルケアに対するインセンティブも設定

在宅療養支援診療所

- ・24時間、連絡を取れる体制
- ・24時間、往診の可能な体制
- ・24時間、訪問看護師との連携体制
- ・緊急時に連携する医療機関のベッド確保と情報提供
- ・地域の介護・福祉サービス事業所との連携
- ・年に1回、在宅看取りの人数報告

一般診療所に比べ、診療報酬を高く設定

在宅療養支援診療所の届け出数

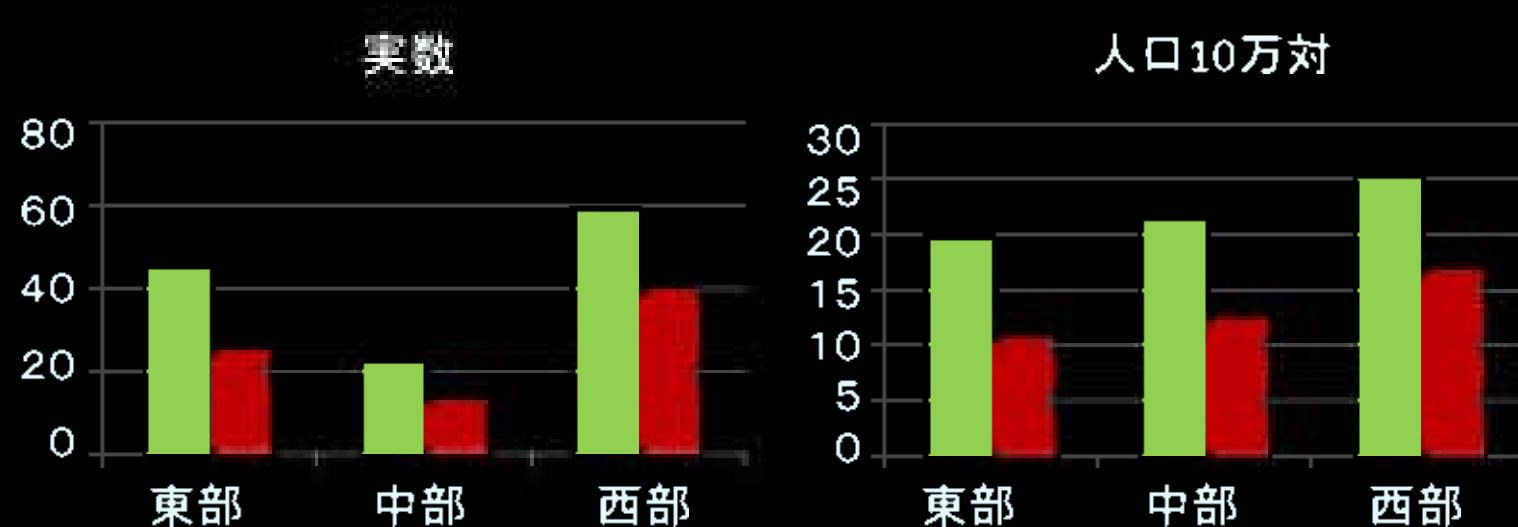


在宅療養支援診療所の実績(全国)



在宅療養支援診療所の数(鳥取県)

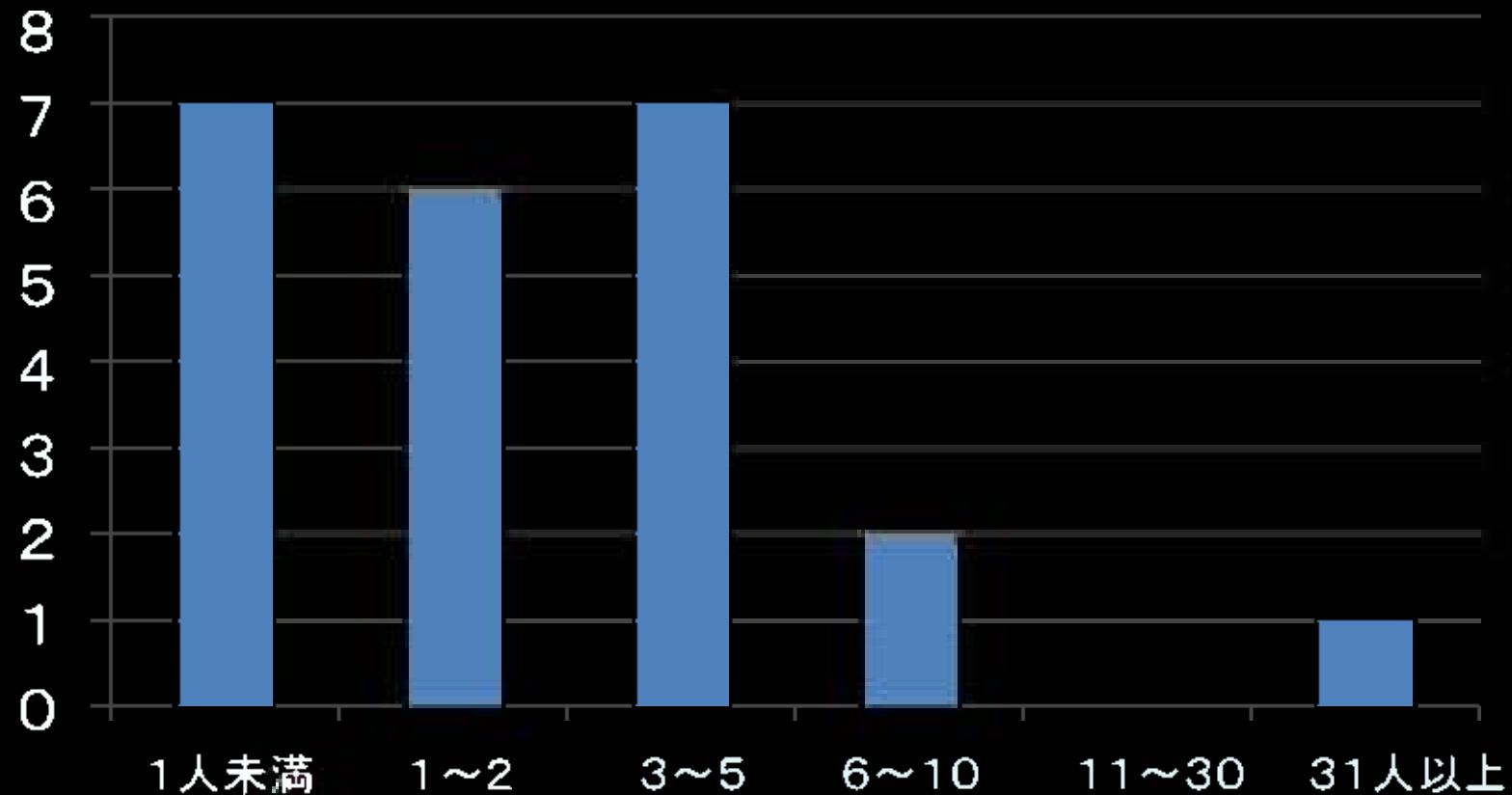
■ 在宅療養支援診療所
■ 訪問診療 診療所



中国四国厚生局管内の施設基準の届出受理状況
(平成28年7月1日現在)より作成

在宅療養支援診療所の在宅看取り件数(鳥取市)

21診療所



中国四国厚生局への看取り件数報告
〔平成20年～25年〕より作成

介護施設での看取りを増やす施策

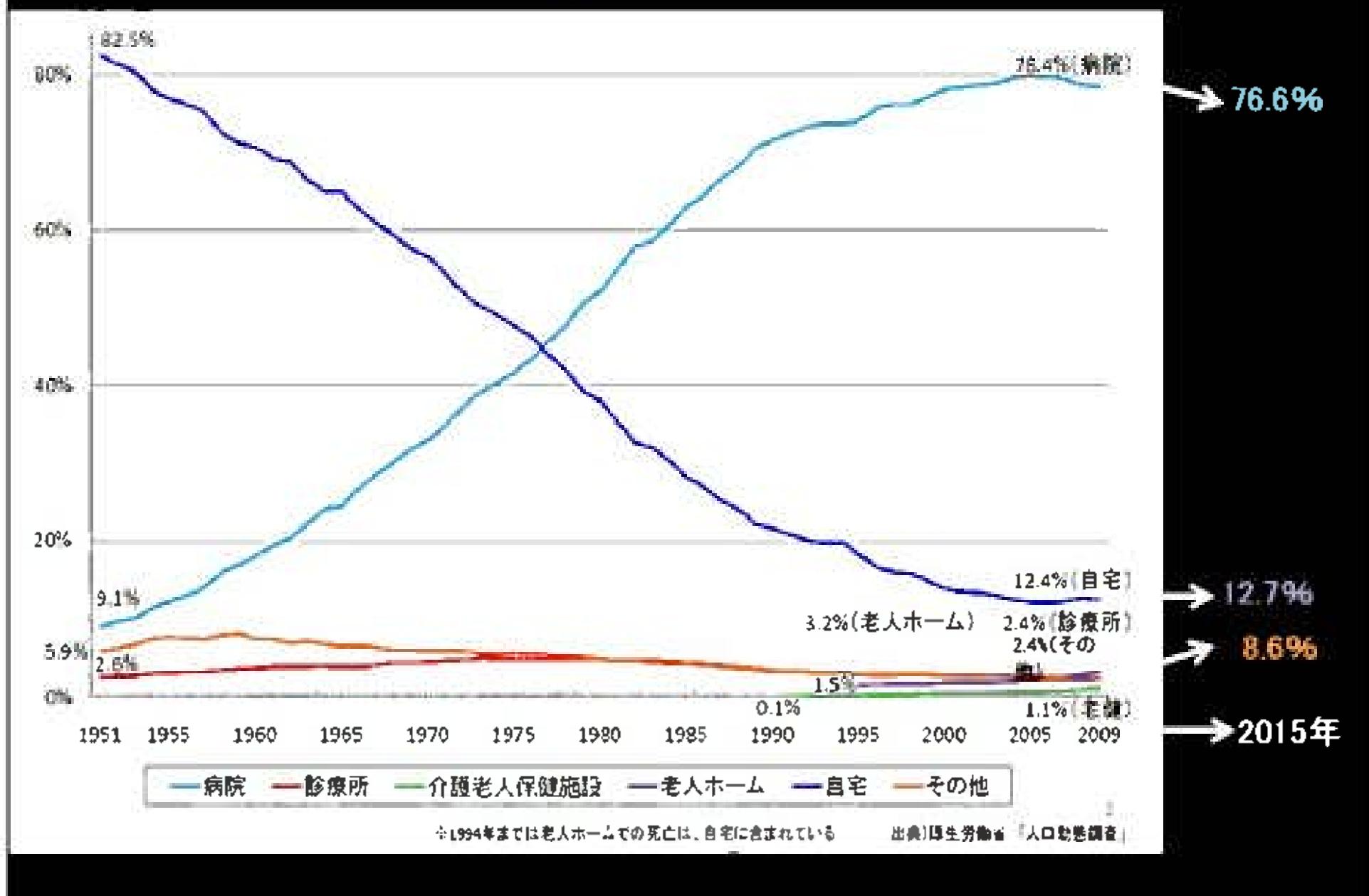
2006年(H 18)

- ・介護老人福祉施設(特養ホーム)に看取り介護加算 創設

2009年(H 21)

- ・介護老人保健施設(老健)にターミナルケア加算 創設
- ・認知症対応型共同生活介護に看取り介護加算 創設

死亡場所の推移



死亡場所の推移(鳥取県)

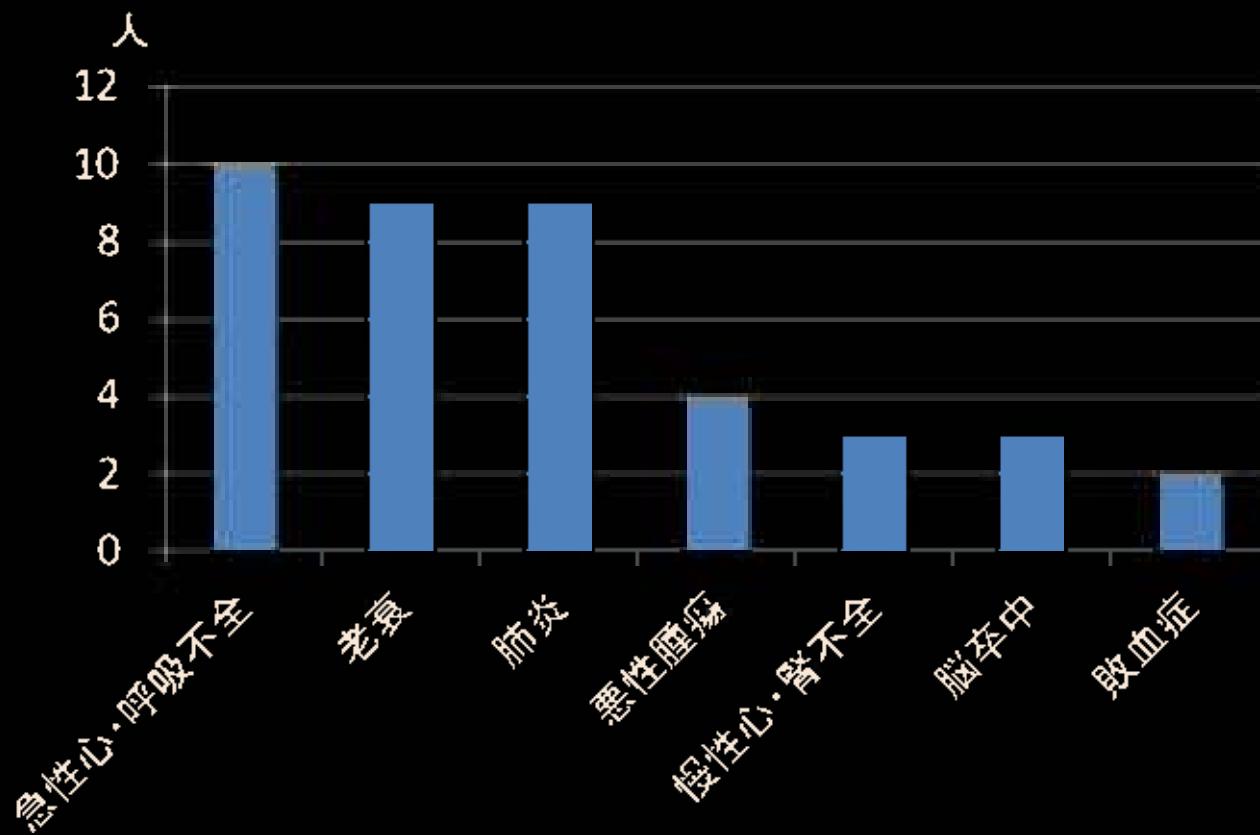


鳥取県人口動態統計より作成

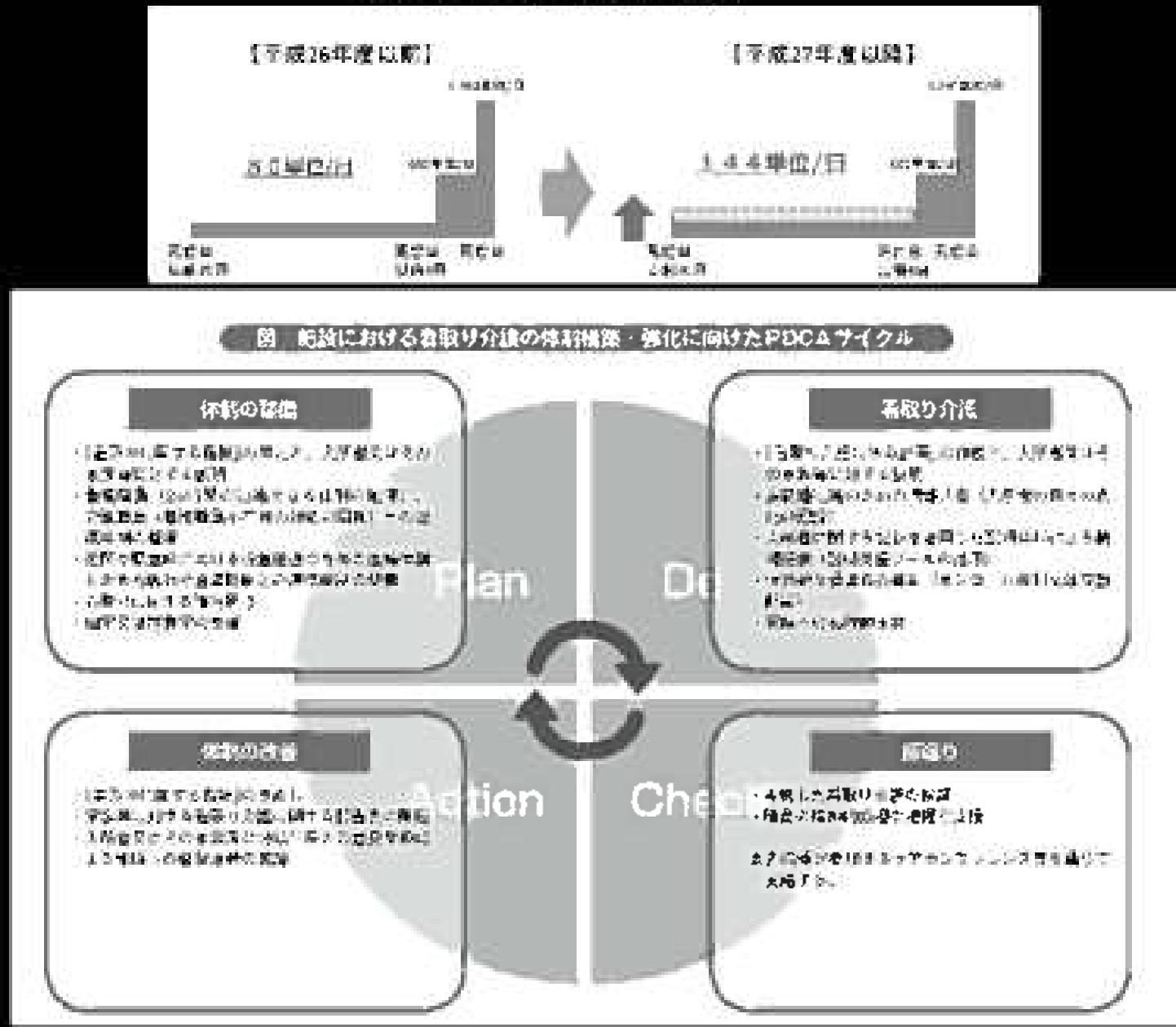
にしまち幸朋苑特養入居者の死因

4年間(平成24年7月～平成28年9月) 41人

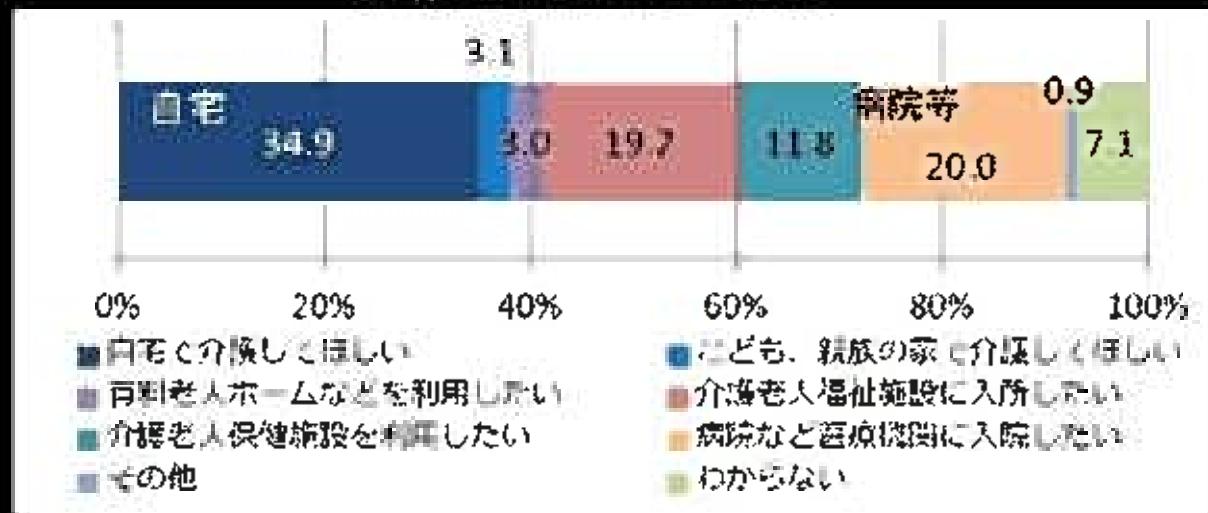
看取り介護加算 29人(71%)



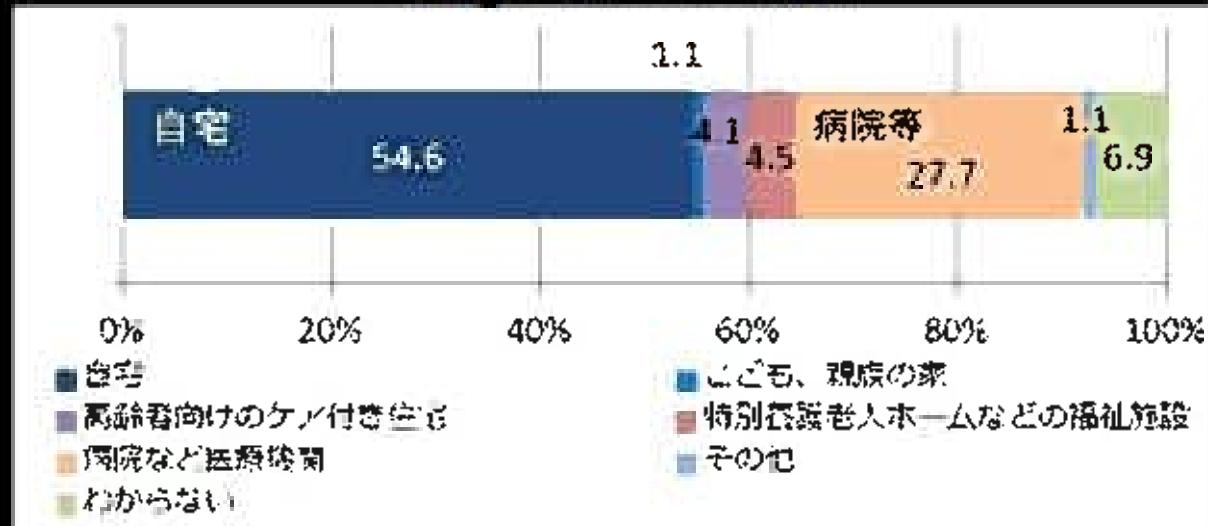
看取り介護加算



介護を受けたい場所

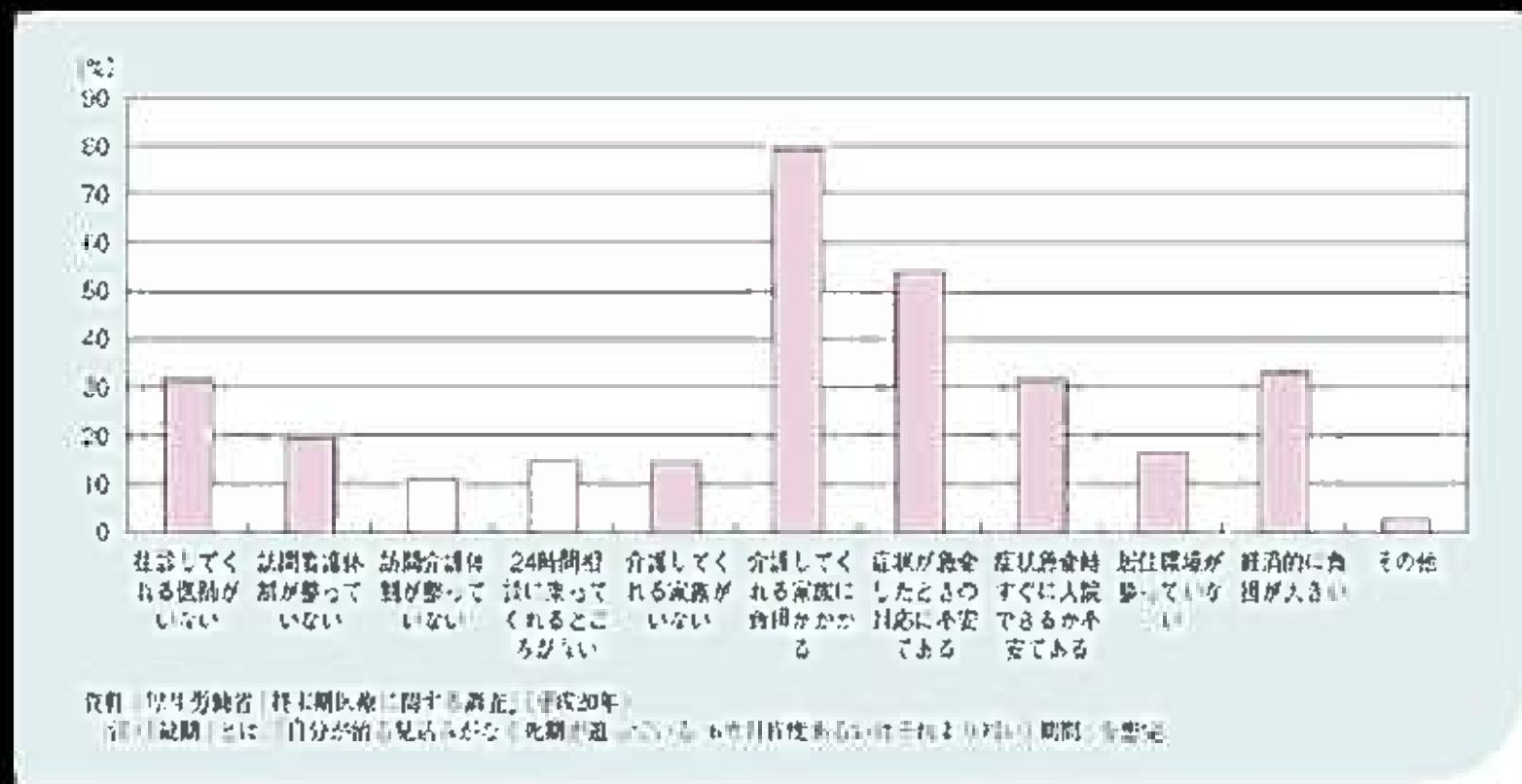


最後を迎えるべき場所



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

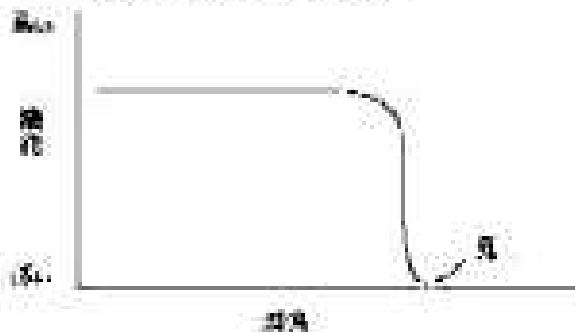
自宅で最後まで療養することが実現困難な理由(複数回答)



在宅看取りが実現しない理由(1)

死に至る三つのパターン (池上直己, 論文より)

A) がん者: 死亡の状況は通常、機能を保たれ、比較的速く低下



B) 心臓・肺・腎臓等の器管不全: 時々重症化しながら、長い期間かけて機能は低下



C) 老齢: 長時間: 慢性的にむだり
徐々に機能は低下



出典: Lynn and Adamson,
"Living Well at the End of Life".
WR-137, CR, Rand Corporation,
2003

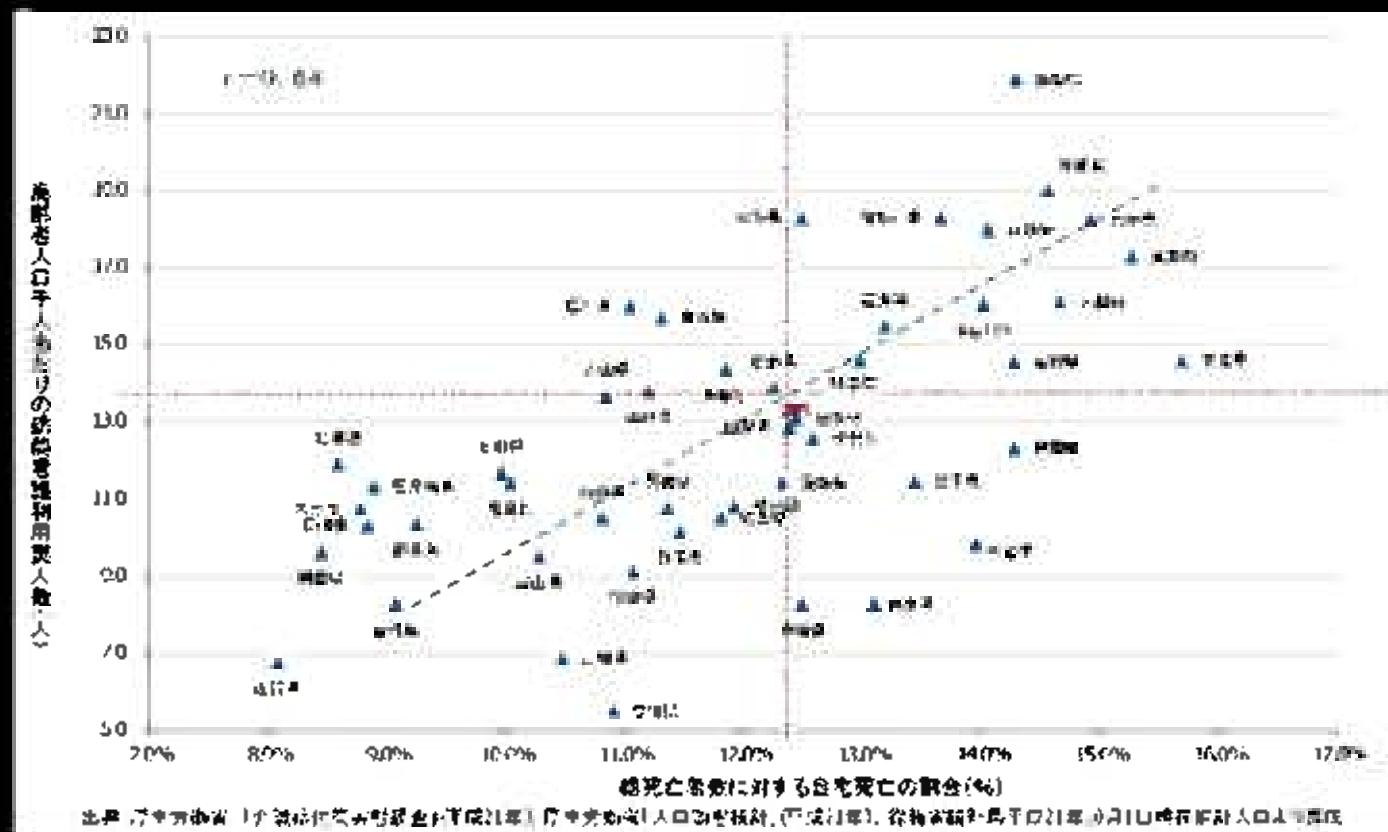
在宅看取りが実現しない理由(2)

- ・本人が家族に迷惑をかけたくないと思う
- ・家族に死を受け入れる心構えができていない
- ・家庭における療養環境が整わない
- ・関係者間のコミュニケーション不足
- ・事前指示が普及していない

在宅看取りが進むには

- ・在宅専門医の増
- ・訪問看護師の増
- ・かかりつけ医が在宅医療を担えるシステムづくり
- ・家族と在宅ケアを担う職種の連携
- ・一般向けに看取りの啓発

訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合



延命治療に対する考え方



内閣府 平成25年版 高齢社会白書

リビング・UIL 事前指示書の必要性

「あらゆる手段を使って生きたい」と思っている多くの方々の意思も、尊重されるべきことです。一方、チューブや機械につながれて、なお辛い闘病を強いられ、「回復の見込みがないのなら、安らかにその時を迎えるたい」と思っている方々も多数いらっしゃいます。「平穀死」「自然死」を望む方々が、自分の意思を元気なうちに記しておく。それがリビング・UIL (LW)です。

尊厳死の宣言書

(リビング・UIL、LW)

私は、私の命は命であり、かつ何か私にとって、この命は尊厳あるものでない限りに限った場合に備えて、私の医師、看護師ならびに私の家族に決めておいたときの意思を宣言いたします。

このたび、私は、他の代替手段を状況に応じて選択するよりも、

したがって、私の精神が空虚な状態にある時に私自で選択するか、または監視する旨の手渡し書を捺すし、以下に署名せあります。

①私の精神が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が語りついめる状態された場合は、したがって死を引き受けずためだけに生命装置はお断りいたします。

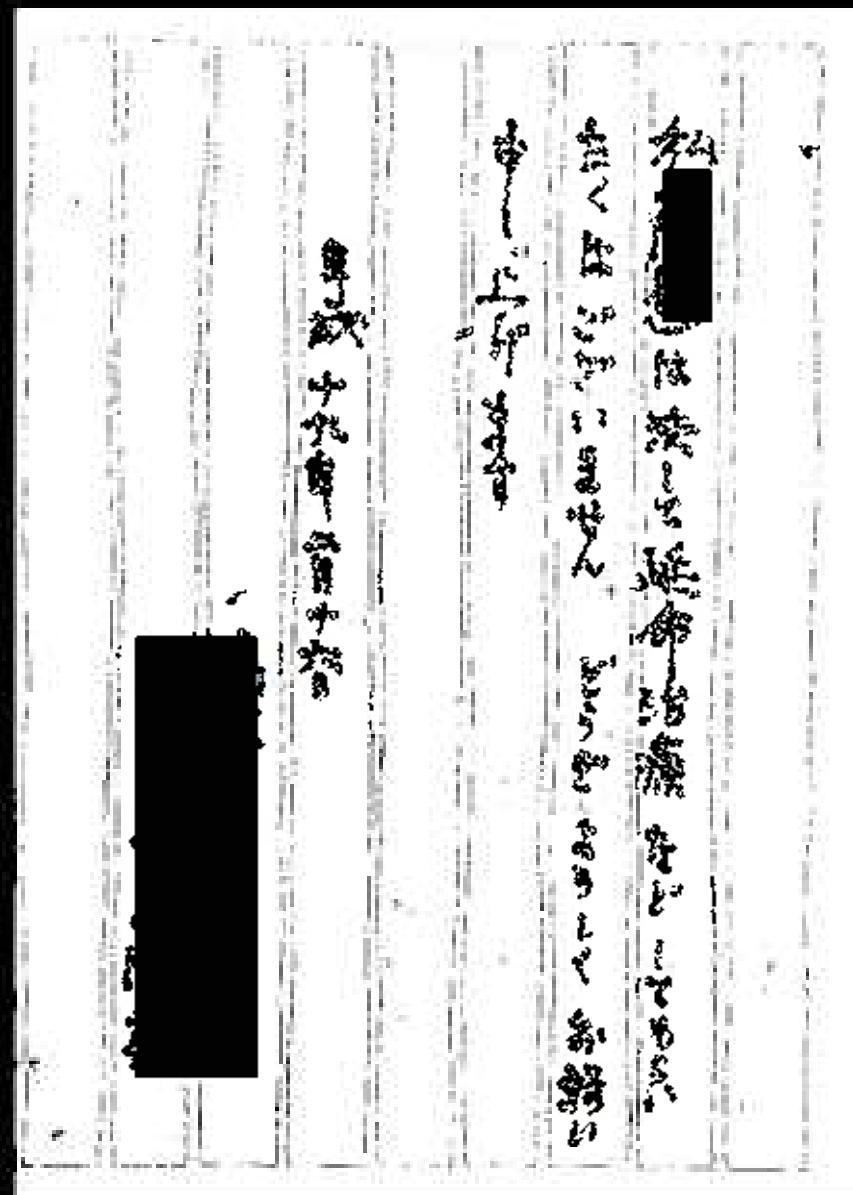
②ええ、この理由、私の苦痛を和らげるためには、倫理的の評議会に従事により十分な緩和医療を行ってください。

③私が可能な限りの医療行為（持続的換気装置等）に陥った時は重症維持措置を取りやめてください。

以上、私の意思は本宣言を重大に重んじており、これが正確に実現し得るまことに、そのうえが私の意思に従ってください。行動一切の責任は私自身にあることを覚悟いたします。

事前指示書

LIVING WILL





市民公開講座

在宅総合ケアで 朝らかに生きよう ～おひとり様でも大丈夫～



小笠原 文雄 氏

小笠原内科院長
日本在宅介護士会会員
日本内科学会会員
日本糖尿病学会会員
日本在宅医学会会員



新規、既存、フリーランスなど複数の形態で、
多くのリニア化され、
これまでの人生の経験を
生き残すためのアドバイス。

高齢化が一因となる心の効果。高齢者はもちろん多くの住民が住み慣れた地域、また地盤を守りたいと願っていますが、現実は…???

神奈川県は在宅介護ケア、介護医療、在宅ケアの充実です。
実際、在宅で多くの高齢者さんを抱えてこられた専門医がおられます。ぜひお出かけください。



平成26年
日 3月15日土
13:30~15:30

とりぎん文化会館
第1会議室

徳永 進 氏 (元介護師)

【お問い合わせ】にしまる内科院 (0467-25-0017) / (0467-25-0016) / kobayashi-kotoheen.jp

主 催 ひまわり法人、つよつよにしまるクリニック (ひまわり総合病院)
協 力 県立高齢者保健福祉施設、青吹保健福祉会、鳥取県保健福祉施設、鳥取保健福祉会、
鳥取県社会福祉受取団体、鳥取県介護立派事業者連合会議事部、日本老年福祉会、鳥取県



老衰死亡の場所(鳥取県)



鳥取県人口動態統計より作成

治療

治療

緩和ケア

死

ターミナルケア

終末期ケア

看取りケア

エンドオブライフケア

ご清聴ありがとうございました

にしまち幸朋苑におけるICT活用の現状

2016.12.2

鳥取県東部在宅医療・介護連携研究会

第7回事例検討会

にしまち幸朋苑

にしまち診療所悠久 岸 清志

H27～29年度 在宅医療・介護連携推進事業スケジュール

平成27年		平成28年					平成29年	
月	日	月		月		月		
		月	日	月	日		月	日
1	1	2	3	4	5	6	7	8
2	9	10	11	12	13	14	15	16
3	17	18	19	20	21	22	23	24
4	25	26	27	28	29	30	1	2
5	3	4	5	6	7	8	9	10
6	11	12	13	14	15	16	17	18
7	19	20	21	22	23	24	25	26
8	27	28	29	30	1	2	3	4
9	5	6	7	8	9	10	11	12
10	13	14	15	16	17	18	19	20
11	20	21	22	23	24	25	26	27
12	27	28	29	30	1	2	3	4
13	5	6	7	8	9	10	11	12
14	12	13	14	15	16	17	18	19
15	19	20	21	22	23	24	25	26
16	27	28	29	30	1	2	3	4
17	5	6	7	8	9	10	11	12
18	12	13	14	15	16	17	18	19
19	19	20	21	22	23	24	25	26
20	27	28	29	30	1	2	3	4
21	5	6	7	8	9	10	11	12
22	12	13	14	15	16	17	18	19
23	19	20	21	22	23	24	25	26
24	27	28	29	30	1	2	3	4
25	5	6	7	8	9	10	11	12
26	12	13	14	15	16	17	18	19
27	19	20	21	22	23	24	25	26
28	27	28	29	30	1	2	3	4
29	5	6	7	8	9	10	11	12
30	12	13	14	15	16	17	18	19
31	19	20	21	22	23	24	25	26

にしまち幸朋苑
在宅医療連携拠点事業
(平成25～26年度)

1. 多職種連携の課題や解決策について討議
2. 在宅医療に係る講演会、検討会等の開催
3. 在宅医療に関する地域住民への啓発活動
4. 地域における在宅医療の現状把握
5. 在宅医療従事者間の情報共有のためのIT活用
6. ホームページ上への事業内容掲載

長岡と言えば「地域包括ケアシステム」発祥の「こぶし園」が有名

通称「特養の解体」

NHKクローバル現代



施設を解体し、住み慣れた地域に帰り、地域で包括的に医食住サービスを展開する。





長岡市 地域包括ケアの取組

長岡福祉協会 高齢者総合ケアセンターこぶし園（通称：こぶし園）

- 平成7年 24時間巡回型訪問介護サービス開始

- 平成15年 経産省「未来志向研究プロジェクト」

- 平成18年 厚労省「24時間在宅介護のための通報システム(テレビ電話)構築事業」

- 平成23年 経産省「地域ヘルスケア構築事業」
訪問介護にタブレットを用いて業務と経営効率化



事務作業 1日平均47分 削減



- 平成24年 厚労省「在宅医療連携拠点事業」

対象エリア6.1万人の「川西地区」で在宅医師数名を軸に

対象患者120名ほどで実施

課題

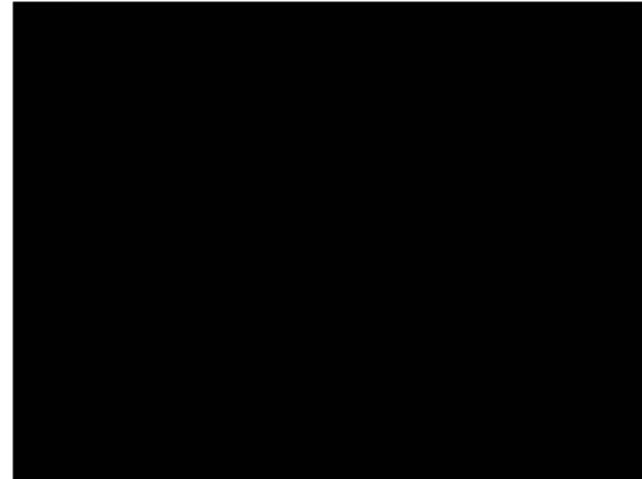
多職種でリアルタイムで連携取れたのは良いが、
事務作業は増えるし、対象者(患者)が限定的

タブレット端末の導入

- ・リアルタイムの情報共有
- ・事務作業の負担軽減



タブレット端末利用の動画



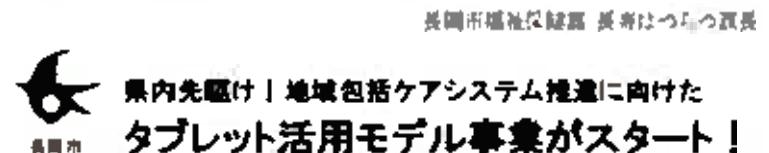
長岡市医師会 × 長岡市役所

- 平成25年 第1回地域包括ケア推進懇談会 開催



- 平成26～27年：

長岡市主導で小国・柿尾地区における「在宅医療介護連携モデル事業」



長岡市では、小国地区、柿尾地区において、タブレットを活用した情報共有による、在宅医療を多職種で支えるモデル事業に試行的に取り組みます。



- 平成27年：長岡市・長岡市医師会が訪問看護ステーション協議会を発足

◆地域を病棟に見立てた体制つくりの開始

まず訪問看護の体制強化を開始し、

◆長岡在宅フェニックスネットワークの発足

長岡市、医師会、訪問看護ステーション協議会に加えて二次病院参画



長岡在宅フェニックスネットワーク

平成28年10月

(1) 運営主幹・医療件数フェニックスネットワーク相談会

<構成団体>（今後も随時追加）

- ・長岡市医師会
- ・長岡歯科医師会
- ・長岡市薬剤師会
- ・長岡市訪問看護ステーション協議会
- ・長岡地域介護支援専門農協議会
- ・長岡市

(2) 運用状況（平成28年9月末現在）

- ・登録機関・事業所：83カ所

※83カ所目として長岡市消防本部が加わります。

- ・登録者：1,134人

（一に、訪問看護を利用し、「情報共有」に同意した人）

- ・タブレット：15台

（二に、戸宅患者への訪問業務にあたり訪問看護ステーションなどに配付）

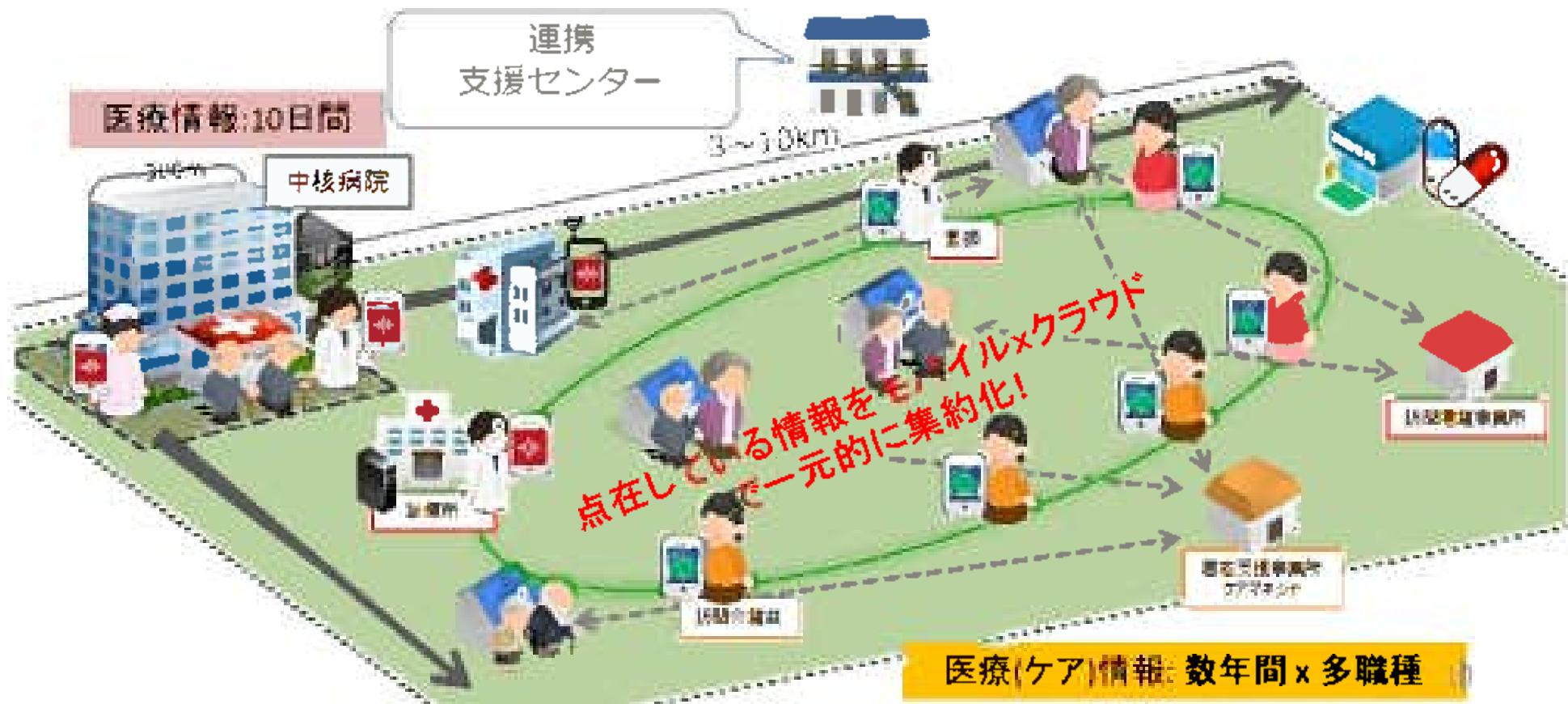
※今回の16台が加わり計166台になります。

(3) 共有する情報

訪問時のバイタル情報（血圧、体温、脈拍）、経過記録、専門の専門データ、情報、本院など

地域をひとつの病棟と見し、モバイルで連携

- ・自宅が病室
- ・道路は通路
- ・病院は治療するところ
- ・介護/看護事業所がナースステーション



課題



果たして「長岡モデル」って普通なのか??? 全国を営業提案をしながら回ってみた

Conclusion



1. ICTシステムはどこも同じ
2. 参加する医師が数名(5~6名)
3. 登録対象者(患者=利用者)が限定的
4. 登録業務を行政が担う

全国150～200ある医療ICT連携システムのヒアリングや観察

柏市

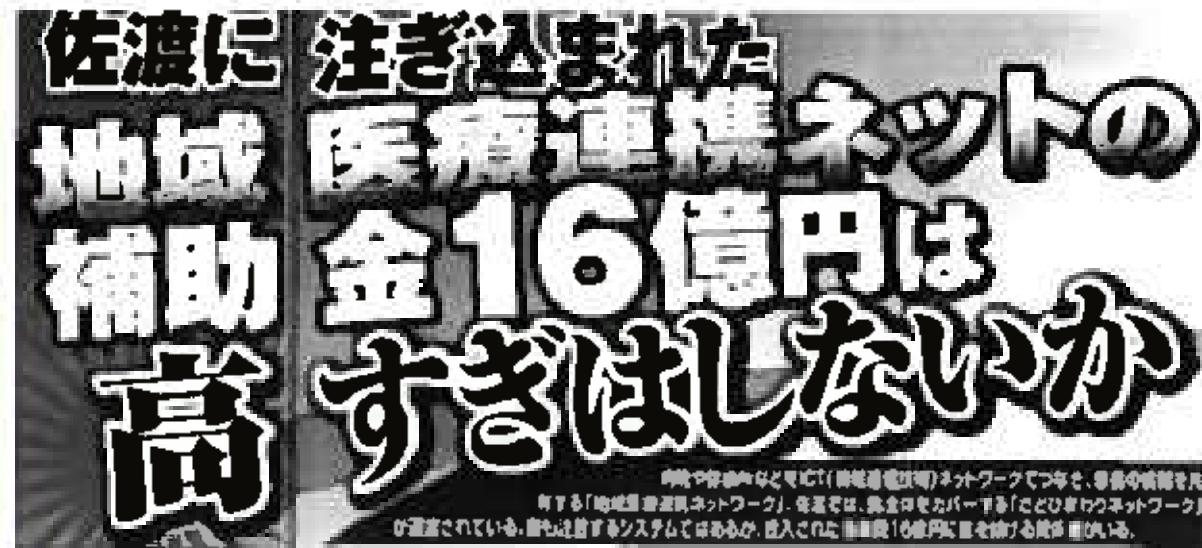
「柏モデル」

・実態は行政職員が情報を作成運営

魚沼市

「うおぬま米(マイ)ネット」

総工費: 6.38億円



財界にいがたより

失敗に学ぶ(ICTに関して)

電子カルテ等の高度なシステム

高ランニングコスト
アクセス(費用対効果)
入力など

情報の9割は介護(看護)から

介護現場における
二重作業
業務の増加
(協力が得られない)

医師主導のICTシステム

医師は忙しい
業務と時間を奪う

失敗事例

ある地域での医療連携 訪問介護・看護

[2]連携用情報入力業務



[1]業務フロー



作業量

130% 残業代!?



国保連



請求ソフト



Team概要

- 国内には約200近くの「医療連携」「地域包括ケア」ICTが存在する。
- どのシステムも大きな相違はない。稼働率は？対象の患者数は？



「現場ICT化」x「多職種連携」x「地域医療連携」
一体化したシステムが必須

- 24時間体制で在宅の現場を廻る「従事者」向け業務効率化アプリ
「紙」→「IT」によりデータベース構築と業務の効率化を追求
- 後方支援病院・診療所を中心とした医療・介護連携システム
この2つを兼ね備えた地域包括ケアICTシステムは **Team**

【採用実績一例】



長岡市



三条市



鳥取市



倉敷市



名古屋市



御坊市

その他約二十数の自治体および医療法人、社会福祉法人等に採用

業務効率化↔在宅医療情報連携

平成23年度 経済産業省「24時間医療・介護等関連分野における規制改革・産業創出実証事業」にて、厚労省と経産省主導で構築。



経過観察

医療機関へ連絡

訪問状況
同居状態 同意
表示状態 表示

利用者詳細

現状観察

カレンダー

照査結果

最近一覧

メモ

温度感

今週の調査

2016年04月25日 (月) 18:55 看護記録

担当看護師: 田中(看護師) (担当)

検査(1)

写真で確認できました。

次回往診時に確認をしておきます。ケアマネへの報告もお願いします。



アルム看護
アルム デモ

削除する

2016年04月24日 (日) 14:00 ~14:59 看護記録

担当看護師: 田中(看護師) (担当)

検査(1)

図 日

体温 (C) 脈拍 (回/分) 最高血圧 (mmHg) 最低血圧 (mmHg) SpO2 (%)

訪問時 36.4 66 122 62

再検 - - - -

休食 摂取量: 入選択 フィーレ: 摂取量: 入選択 食事履: 入選択 水分量:

昼夜逆転傾向。安定剤等内服しているが効いているかわからないと娘さん。 訪問前いちじく浣腸したがコロコロ便2、3回あり。訪問時浣腸ないと洗浄追加も少し。灌方兼内服。 呼み苦わなくなる。

4、5日排便多量にあったとのこと。食事量は少し減っているよう。追加ショート12日まで。ショートまえ先生に相談し。抗生素、止血剤内服して血尿なくなる。訪問時なし。

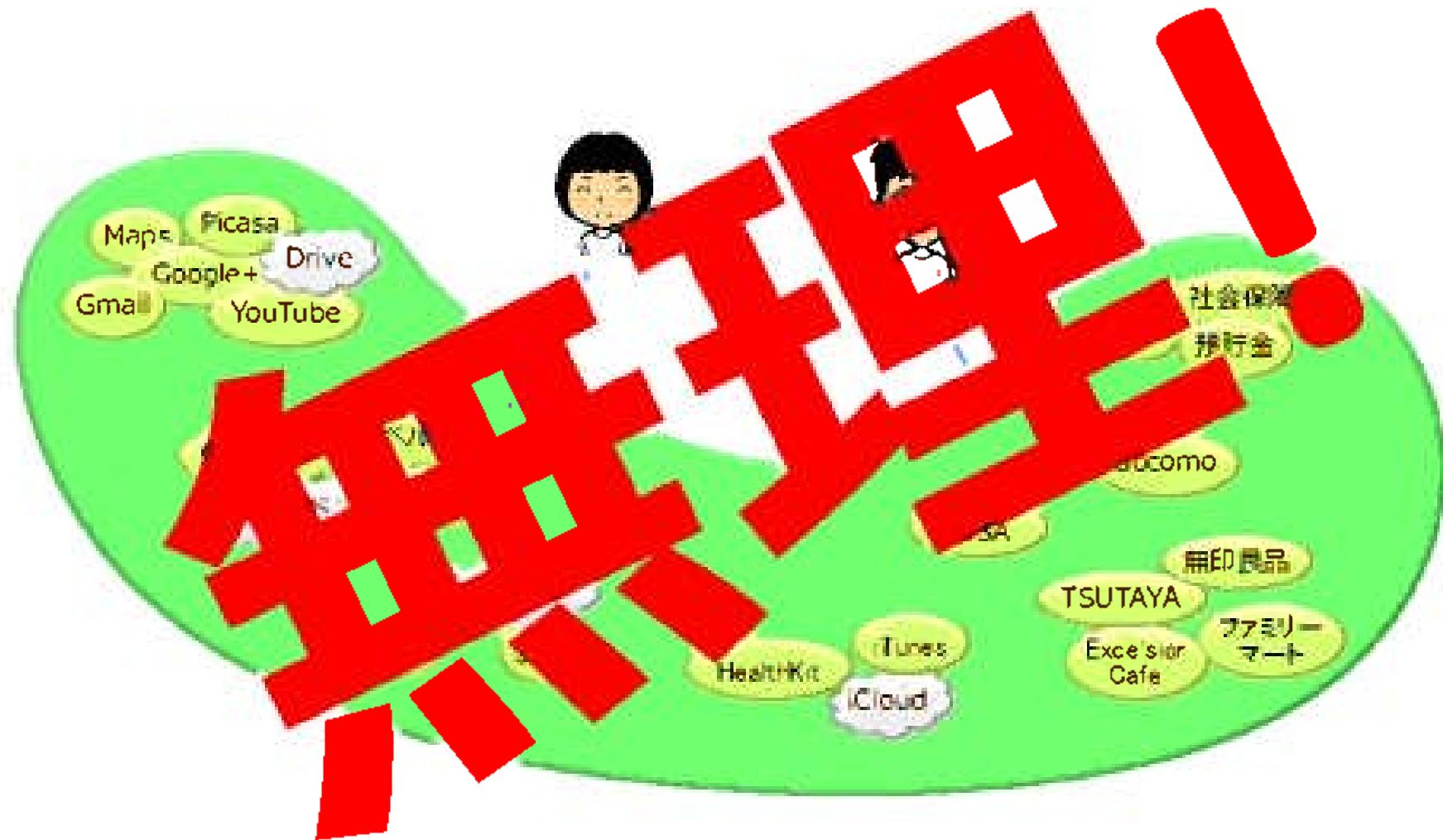


見開する



アルム訪問看護ステーション
天野 暉光

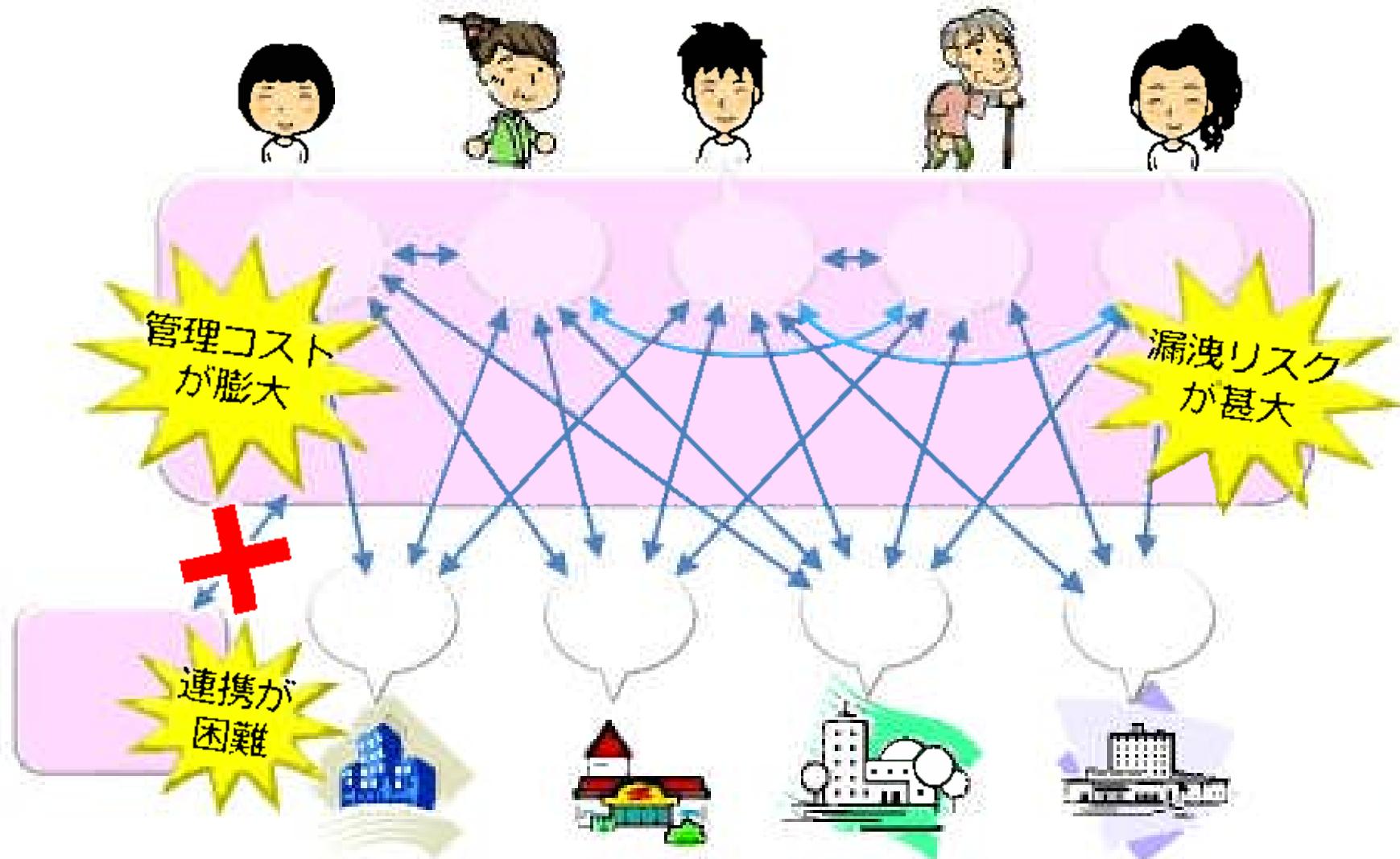
全パーソナルデータの集中管理による連携



集中管理は規模の拡大につながらない

- ・ 民間の集中型サービスが市場を独占することはない
 - 単一の医療介護 SNS が全国に広がったり、病院のデータをすべて取り込んだりすることはあり得ない
- ・ 集中型サービス同士の連携も一般には不可能
 - 技術的にコストが高い
 - 競合相手とは連携しない
- ・ 特定事業者がデータを抱え込んでいると新サービスが生まれず顧客のメリットが増さない
 - EHRの利用者は対象地域の人口の2%以下
上野 智明(2014)ITを利用した全国地域医療連携の概況
(日医総研ワーキングペーパー No.321)

集中管理によるデータ共有



医療機関等の相互連携を患者が仲介する 自律分散協調ヘルスケア

PLRのヘルスケアでの活用

東京大学大学院情報理工学系研究科
ソーシャルICT研究センター 教授
橋田浩一

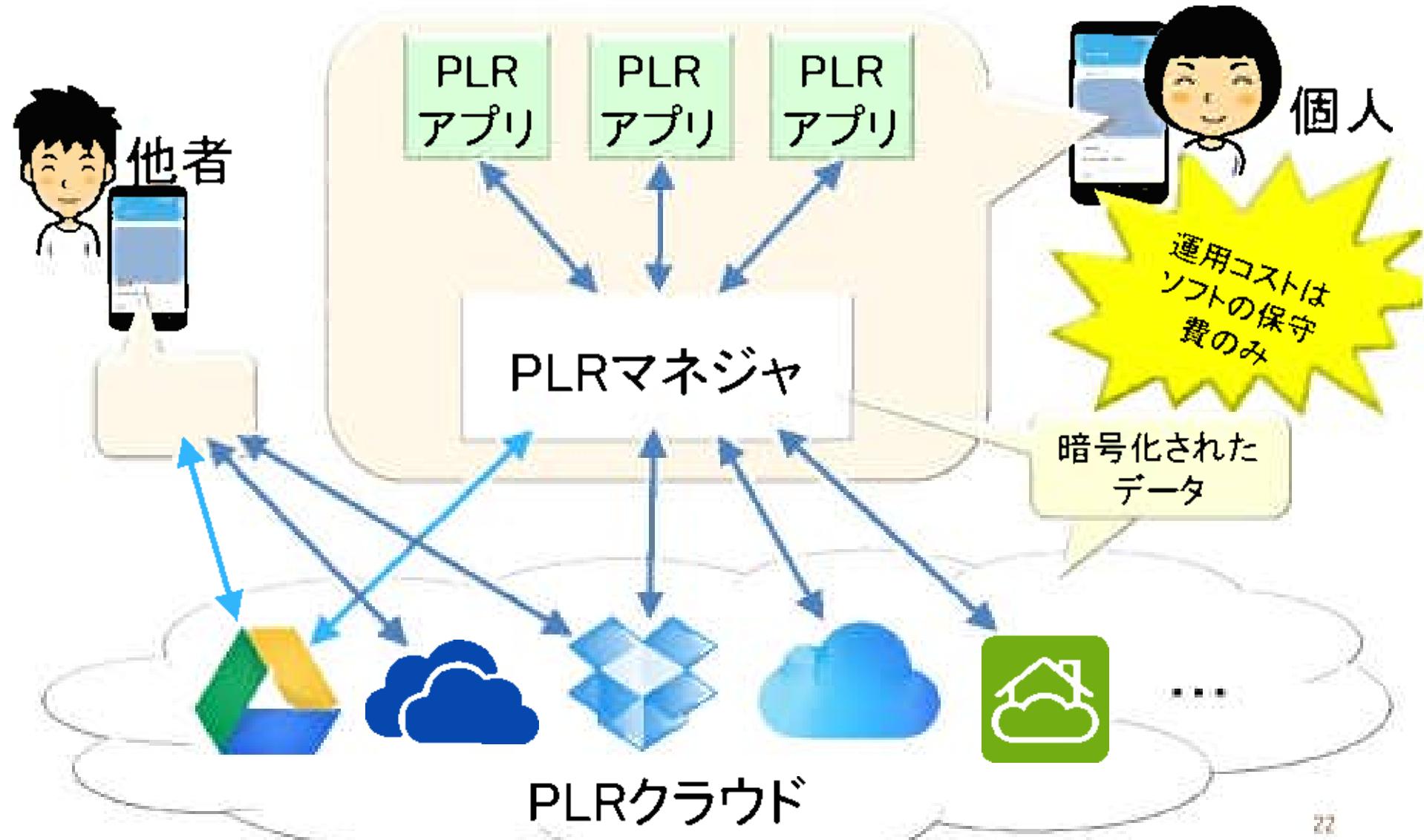
自律分散協調ヘルスケア

地域包括ケアや地域医療連携を実現するために
事業者同士が直接データ共有するのは無理な場合が多いので
現実的には、個人(患者や被介護者や家族)が中心になって多数の
ヘルスケア関連事業者を連携させるしかない。

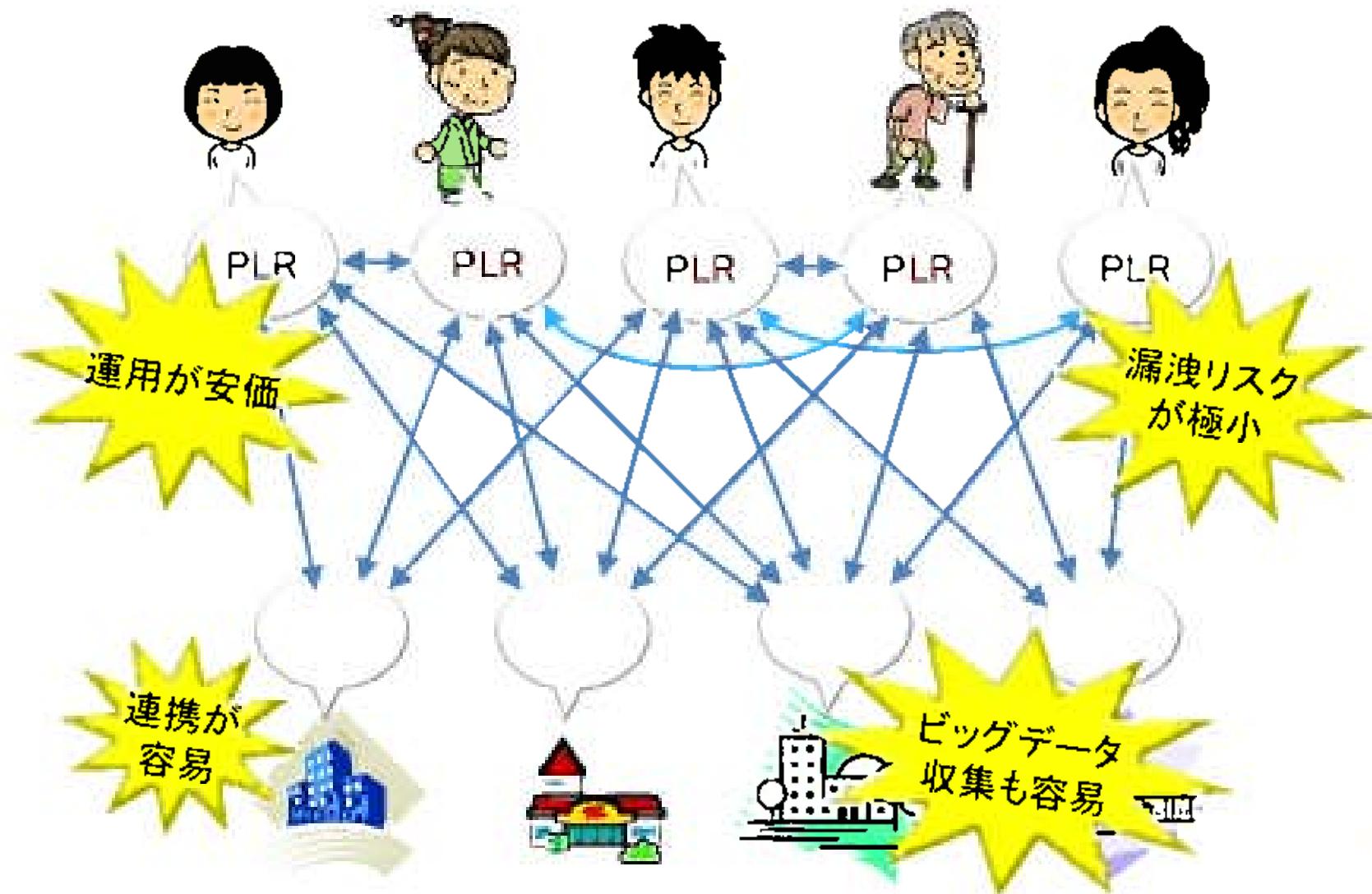


PLR (personal life repository)

個人が**事業者に依存せず**に本人のデータを他者と共有して活用

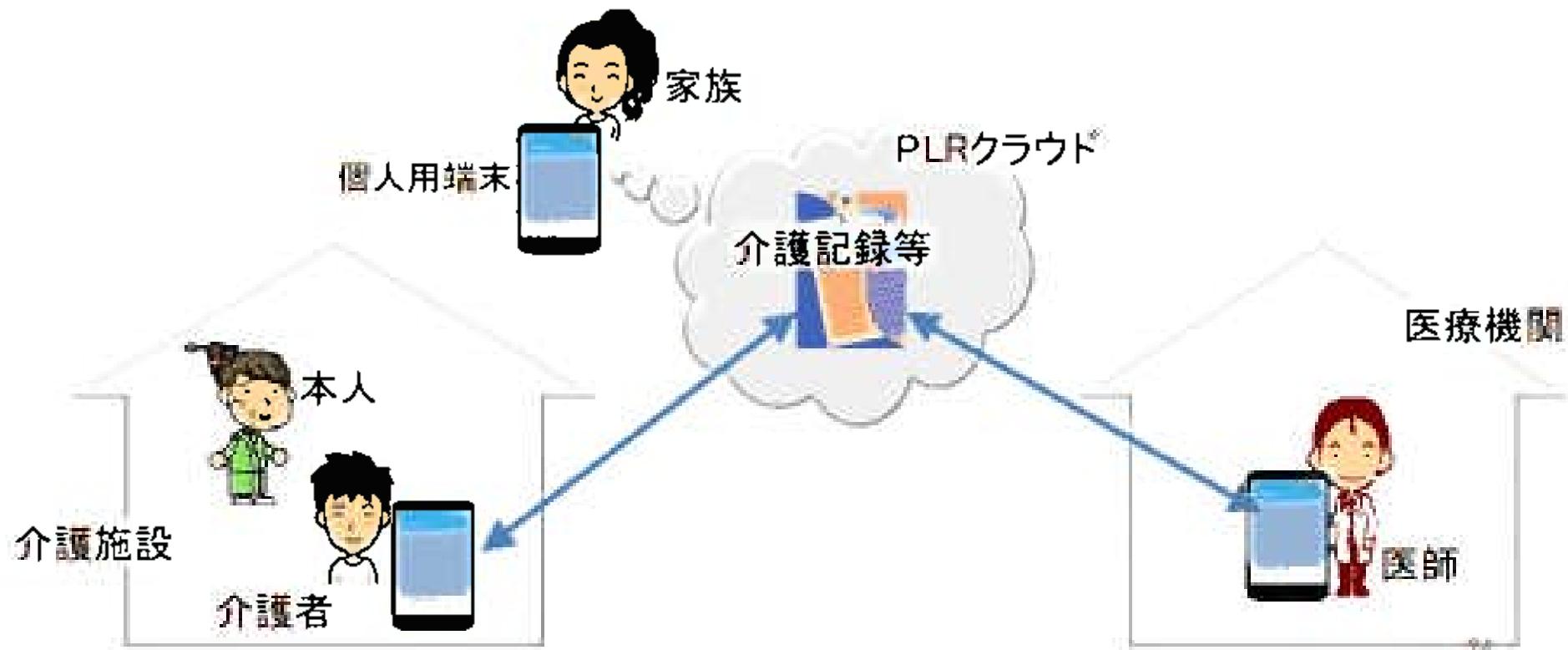


分散管理によるデータ共有

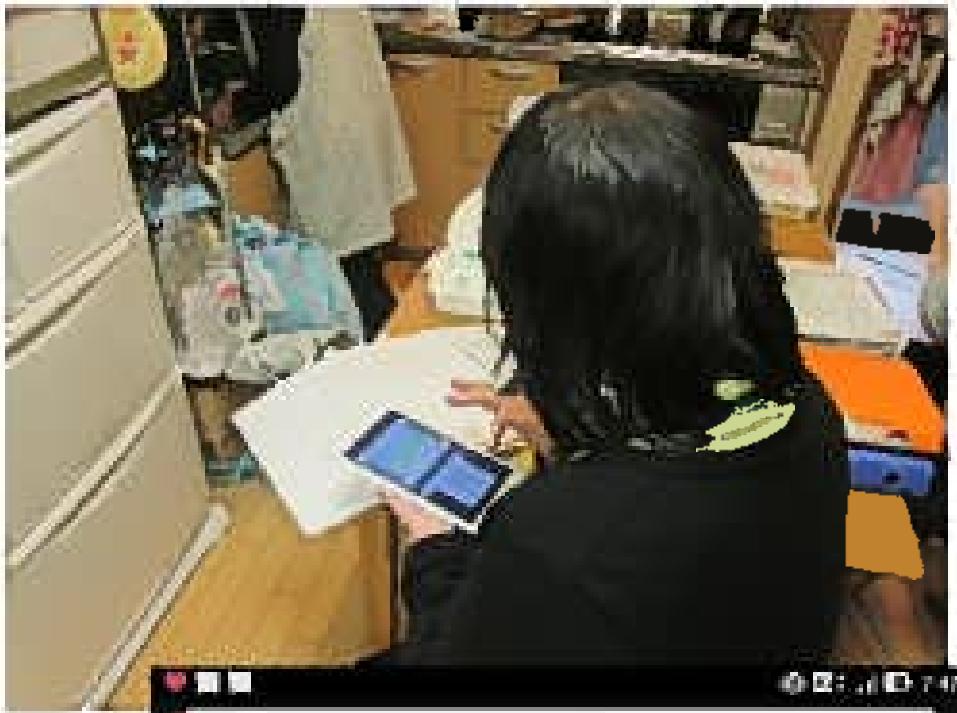


PLRの実運用

- ・介護記録のデータを本人(の家族)が管理して関係者と共有可能に
- ・山梨と鳥取で2人の高齢者について運用中
- ・分散システムなのでそのまま何億人にでも拡張可能



小規模多機能型居宅介護(デイハウスじゅんぶう)



介護項目

- 排泄
- ベッド
- 清潔
- 飲食
- 認知・行動
- 身体状態
- バイタル

認知・行動	
更衣	
発言	
面会	
地域活動	
趣味	
家事	
外出	
外泊	
掃除	
自宅迎え	
来設	
帰宅	
睡眠	良眠
睡眠	不眠
コール	ナースコール
コール	他のコール
他の行動	

鳥取県における医療連携

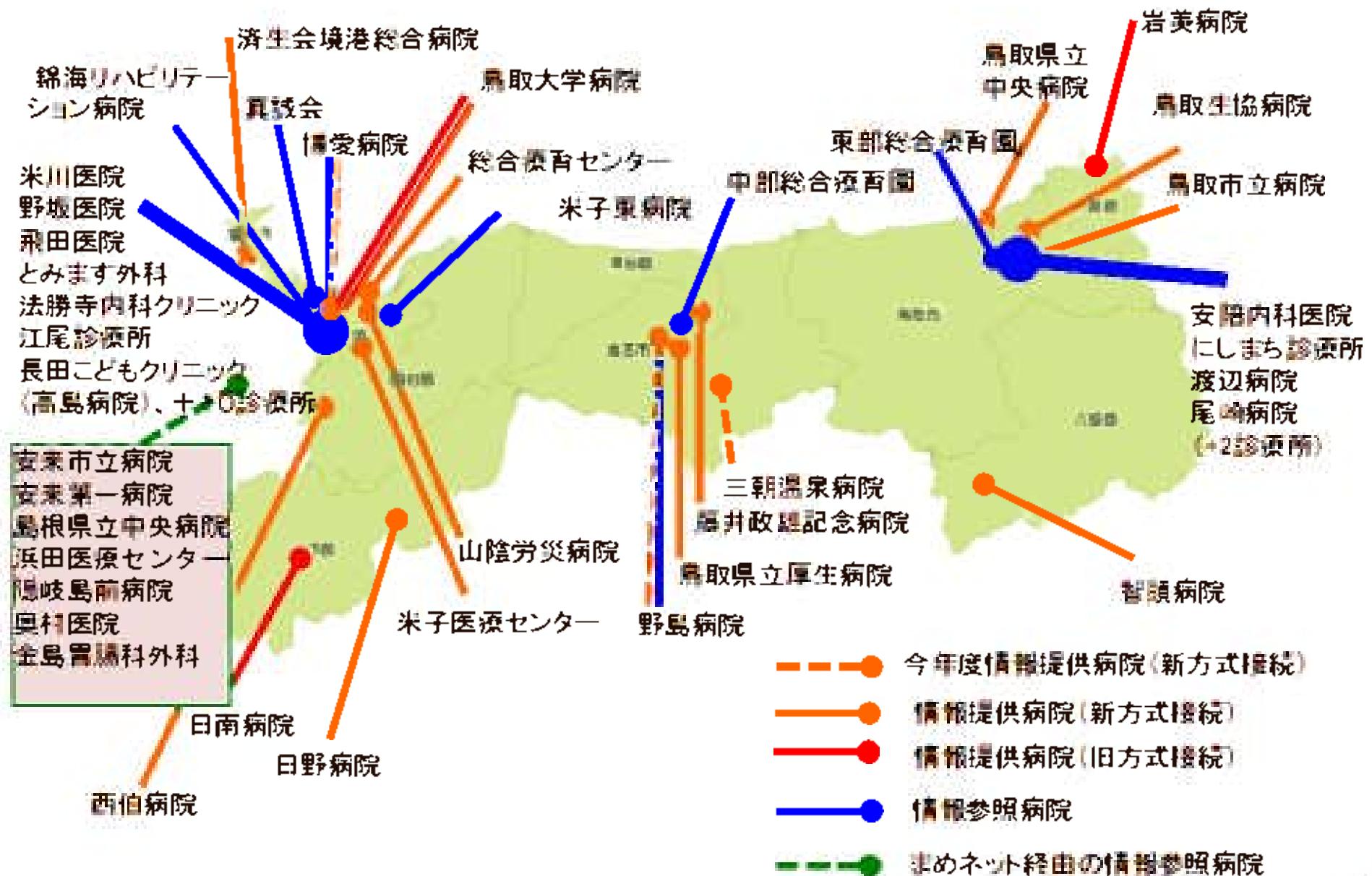
鳥取県地域医療連携ネットワーク(おしどりネット)

2009年 鳥取情報ハイウェイ(鳥取県、光ファイバー網)を利用した
医療情報参照システム 鳥取大学—西伯病院

2013年 鳥取県地域医療再生基金事業
「ITを活用した地域医療連携ネットワーク等構築事業」
(鳥取大学)
鳥取県内医療機関 20施設

2015年 地域医療総合確保基金事業
「医療情報ネットワーク整備事業」(鳥取大学)

にしまち診療所 悠々 参照医療機関登録



鳥取県はるかにネットワーク（あしどりネット2）参加回収書

お問い合わせ・お問い合わせの場合はお名前を記入して下さい。

また、下記の回答事項からお FOX 県内ネットワーク（あしどりネット）への登録申込用紙を提出する場合を受け、その他の及び特徴的な点を理解して下さい。下記の欄に記入してお取扱いください。

（1）各種記載欄

下記の欄に記入して下さい。

（ア）

姓 氏 名 _____ (例) 岩田 一郎

生 年 月 日 _____ 年 月 日

性 别 _____

性別記入の場合の性別 _____ 性別 _____

連絡先の読み方（例：岩田一郎）：日本語読み読み：（例：イチロウ）：

連絡先（住所）：（例：〒680-0801、鳥取市東町、）

（2）お問い合わせ事項（下記に、お問い合わせしたい事項とお尋ねの場合は記入下さい）

お問い合わせの件名 _____ 用途 _____

お問い合わせの内容 _____

お問い合わせの方法 _____

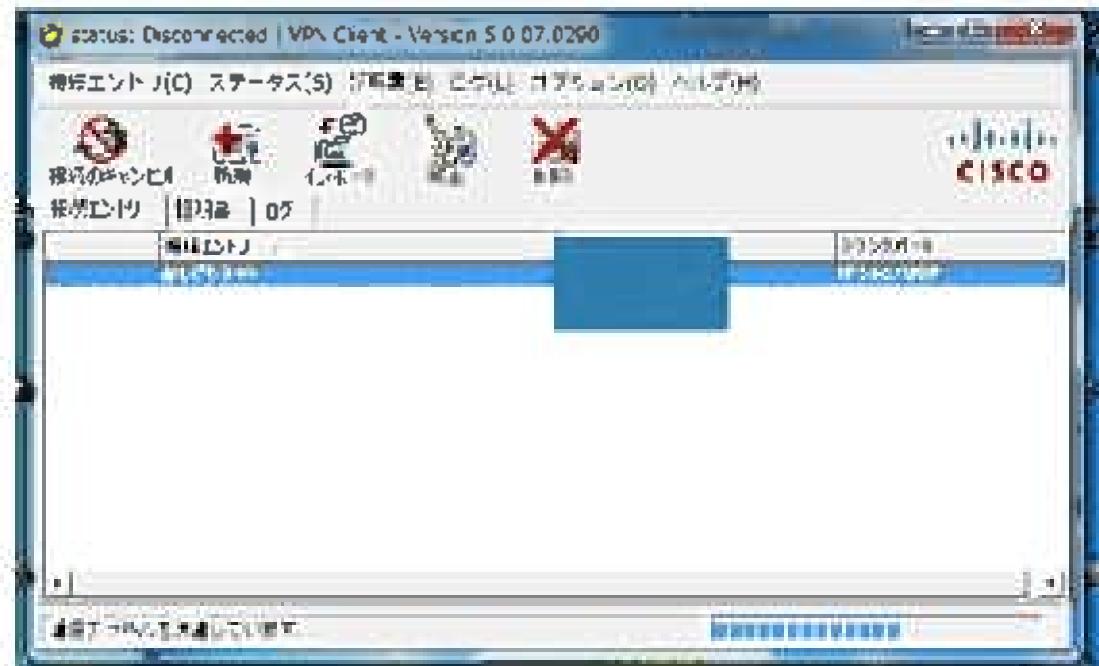
お問い合わせ用の専用電話番号：（例：080-0000-0000）：_____

お問い合わせ用の専用FAX番号：（例：080-0000-0000）：_____

お問い合わせ用の専用E-mailアドレス：（例：a@b.c）：_____

お問い合わせ用の専用郵便番号：（例：680-0801）：_____

お問い合わせ用の専用住所：（例：鳥取市東町）：_____



OSHIDORI.NET
おしどりネット

おしどりネットへようこそ。
＊サイトは、尼崎市医療連携ネットワーク（通称、おしどりネット）の情報提供サイトです。

検索・メンバーナンス機能
お知らせ
各種会員
新規

最新ニュース
※現在、閲覧するための会員登録を強制されています。

ログイン

お知らせ
●「アカウント登録」の「登録用URL」が複数回表示される場合があります。ご了承ください。
●「アカウント登録」の「登録用URL」が複数回表示される場合があります。
●「アカウント登録」の「登録用URL」が複数回表示される場合があります。
●「アカウント登録」の「登録用URL」が複数回表示される場合があります。

おしどりネット
OSHIDORI.NET

Login.

ID

Password

Login

[パスワードの変更はこちら](#)

http://192.168.100.200:8080/oshitorite

口・歯心 真しとりネット ログアウト

患者登録

新規登録 名簿検索(次新) 名簿検索(対応) 運転照会 利用者情報 操作履歴 マスタ管理 ノーストア管理

患者一覧

患者氏名	[入力欄]	電話番号	[入力欄]	医療機関	[入力欄]
カナ氏名	[入力欄]	誕生日	[入力欄]	自衛府患者ID	[入力欄] <input type="checkbox"/> 忽視
生年月日	[入力欄] [カレンダー]	健康保険証	[入力欄]	地域患者ID	[入力欄]
住所	[入力欄]	連絡先登録	[入力欄]	申請日	[入力欄] [カレンダー] ~ [入力欄] [カレンダー] <input type="button"/> 先月 <input type="button"/> 後月
		HL7再送分	<input type="checkbox"/> エラー(AE/CE)受信済	勘回日	[入力欄] [カレンダー] ~ [入力欄] [カレンダー] <input type="button"/> 前月 <input type="button"/> 後月

検索 検索条件クリア

患者登録登録

人間工学的設計 用紙 記入用紙 フルスクリーン

(～11日(金))

© 2012 Oshitorite

氏名: テスト患者500 | 患者ID: 00000013

生年月日(西暦) 年齢(歳) 性別

1. 16-2 - 1979-145-0001 - 4. 1979-2

氏名 | 患者ID

[患者検索] [新規登録]

性別 年齢 診断

[登録] [削除]

検索条件 検索結果数

性別	年齢	診断
男	20	糖尿病
女	30	高血圧
男	40	心臓病
女	50	脳梗塞
男	60	腎臓病
女	70	高血圧
男	80	心臓病
女	90	脳梗塞

名前	性別	年齢
山田 太郎	男	20
鈴木 美智子	女	30
佐藤 智也	男	40
川島 由美	女	50
井上 順一	男	60
林 喜久子	女	70
石川 光代	男	80
田中 さやか	女	90

経過記録

患者ID
登録
誕生日

性別
登録

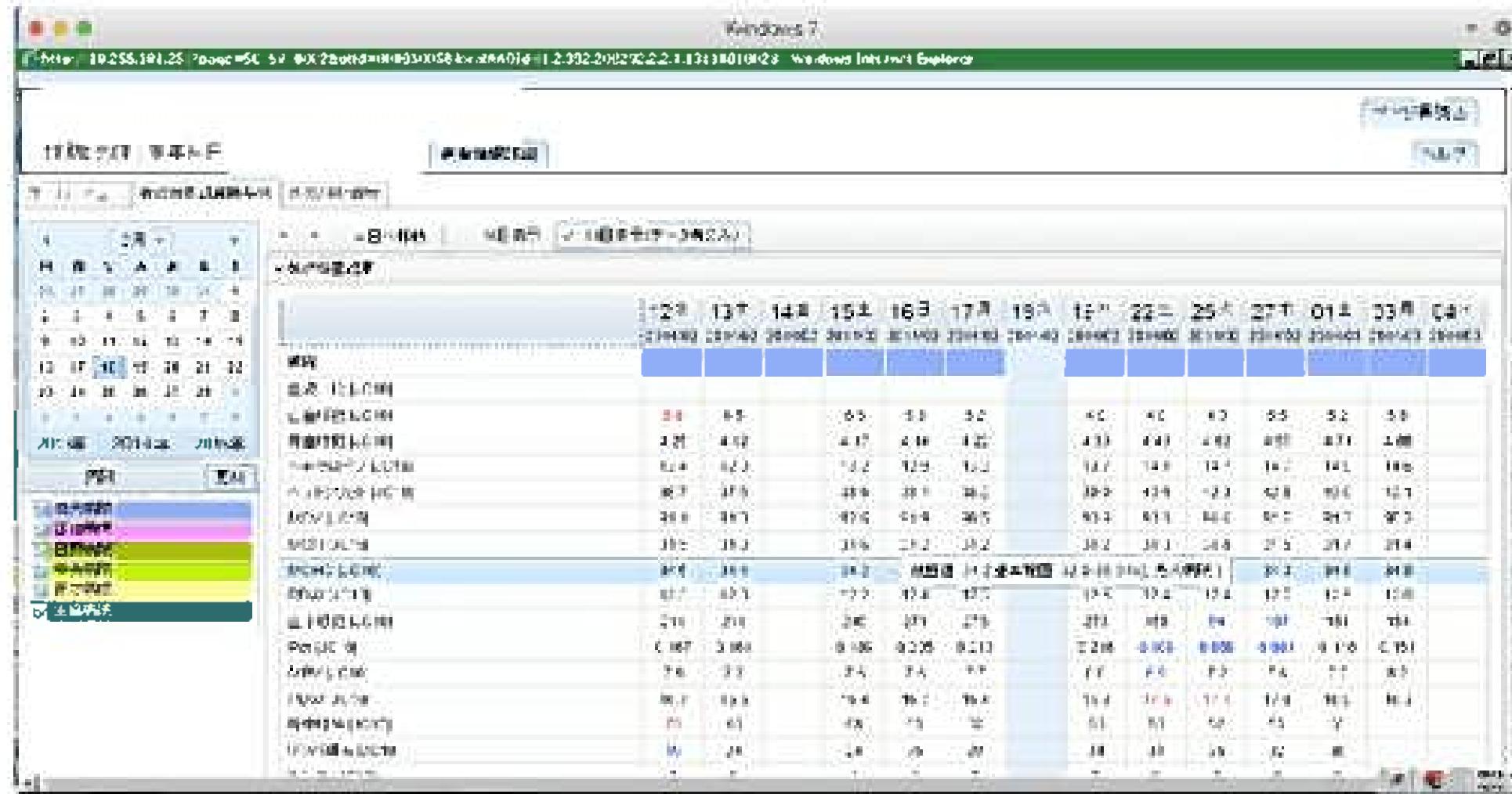
誕生日
登録

フレーム1: 症状と既往歴

性別	年齢	既往歴
男	20	糖尿病
女	30	高血圧
男	40	心臓病
女	50	脳梗塞
男	60	腎臓病
女	70	高血圧
男	80	心臓病
女	90	脳梗塞

既往歴: 糖尿病、高血圧、心臓病、脳梗塞、腎臓病





氏名: 5

「登録」ボタンを押すと登録されます。

「登録」ボタンを押すと登録されます。

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	1日	2日
2014/03	2014/04	2014/05	2014/06	2014/07	2014/08	2014/09	2014/10	2014/11	2014/12	2015/01	2015/02	2015/03

登録

年	月	日	曜日	記入	登録							
2014/03	2014/04	2014/05	2014/06	2014/07	2014/08	2014/09	2014/10	2014/11	2014/12	2015/01	2015/02	2015/03

氏名: [Redacted] | 患者ID: [Redacted]

性別: 男性 | 生年月日: [Redacted] (年齢: [Redacted])

(年齢: [Redacted]) 患者情報表示

ページ戻る ヘルプ

カレンダー表示 | 従医検査結果一覧 | 先方/引取履歴

月 日 木 金 土

	月	日	木	金	土	
2016年	7月	1 2 3 4 5 6				
	8月	7 8 9 10 11 12 13				
	9月	14 15 16 17 18 19 20				
	10月	21 22 23 24 25 26 27				
	11月	28 29 30 31				
2015年	2016年	2017年				

本日行動 14日表示 ✓ 14日表示(データ有のみ) 1ヶ月表示

26 01 02 08 10 17 23 24 21 19
火 月 月 水 水 火 木 木 水
2016/07/20 2016/03/20 2016/08/20 2016/08/20 2016/08/20 2016/08/20 2016/08/20 2016/08/20 2016/09/20 2016/10/

内院
人院歴

処方
オーダー^{実施}

注射
オーダー^{実施}

検査検査
ヨーグルト^{結果}

放射検査
オーダー^{結果}

内視鏡検査
オーダー^{結果}

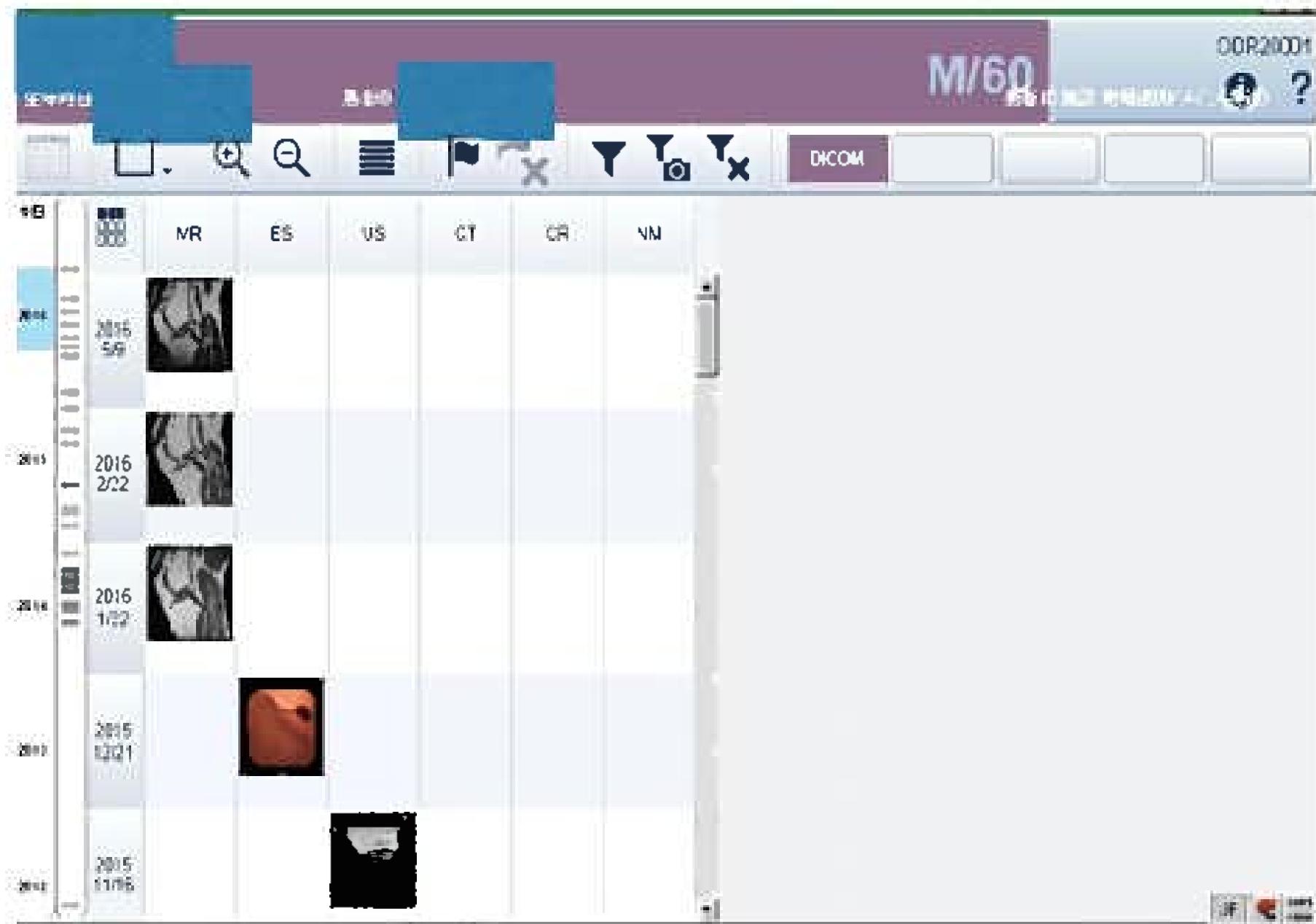
生理検査
精一量^{結果}

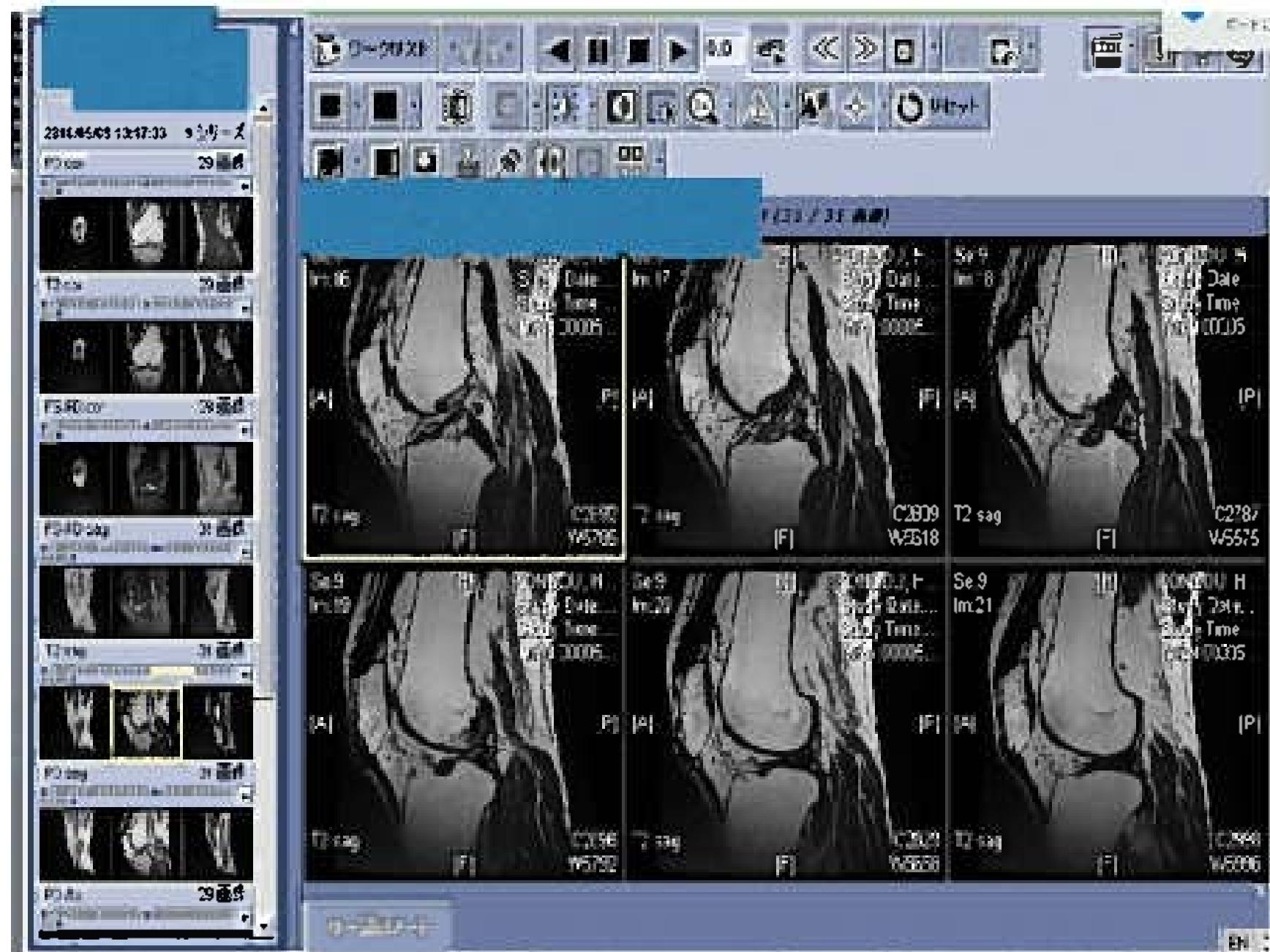
食事オーダー

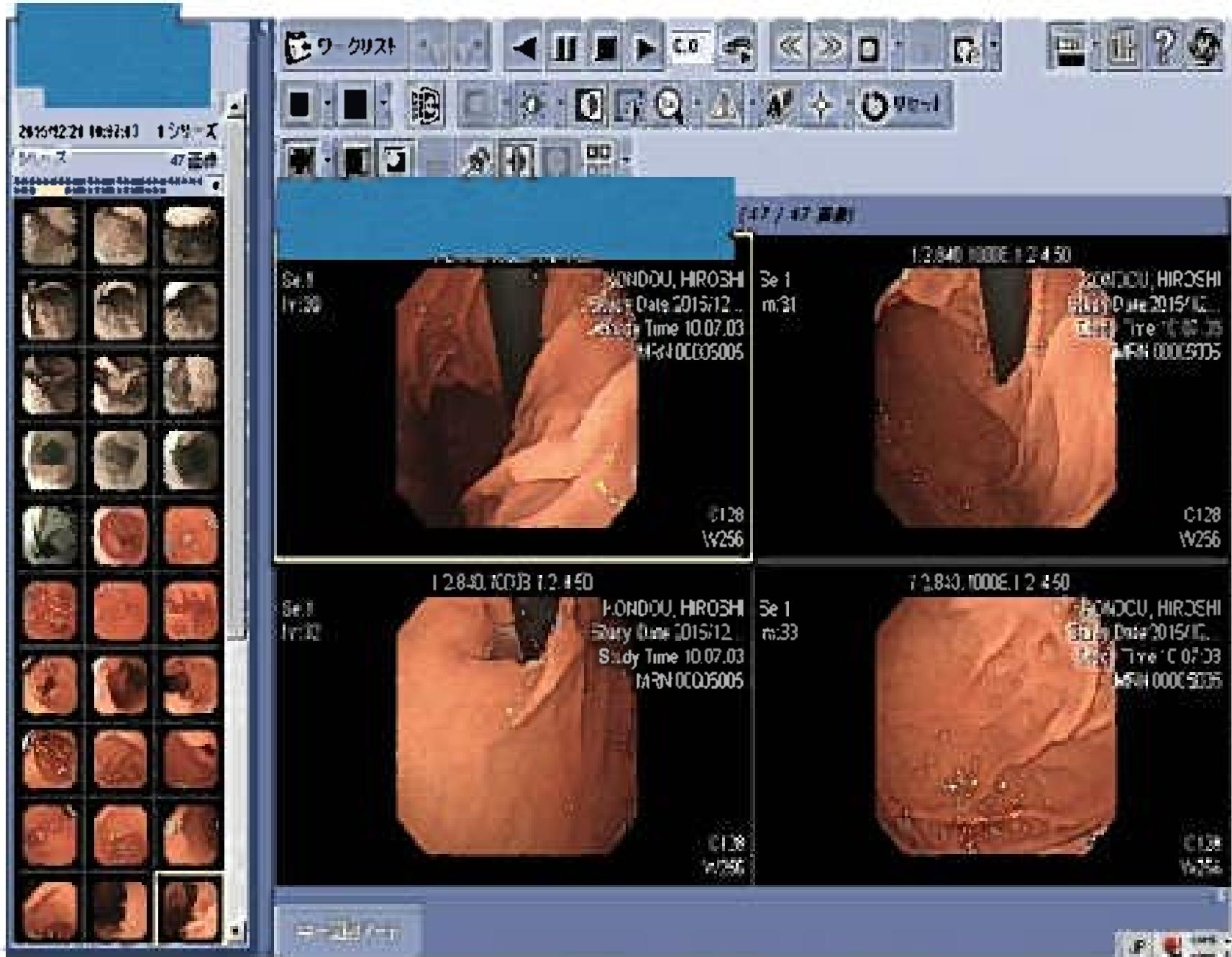
退院

病院選択 更新

横浜市立病院
横浜市立病院
横浜市立病院
横浜市立病院
横浜市立病院
横浜市立病院
横浜市立病院
西伯病院
横生会横濱総合病院
横生会横濱総合病院
日行病院
都立病院
横濱市立病院







参照医療機関のメリット

<初診時>

他院の過去の情報がわかる

(検査結果、画像、手術所見、処置、処方……)

<専門病院へ紹介した場合>

紹介先病院の診療内容を確認できる

(診断、治療内容、経過、担当医の考え方……)

おしどりネットの将来と課題

○県境を越えた連携

2016年4月、島根県(まめネット)と接続

次は岡山県(晴れやかネット)

○在宅医療、介護システムとの接続

2016年度、日野病院の在宅医療介護ネットと接続

○電子紹介状システム導入

○課題

- ・維持コスト

- ・運用ルール

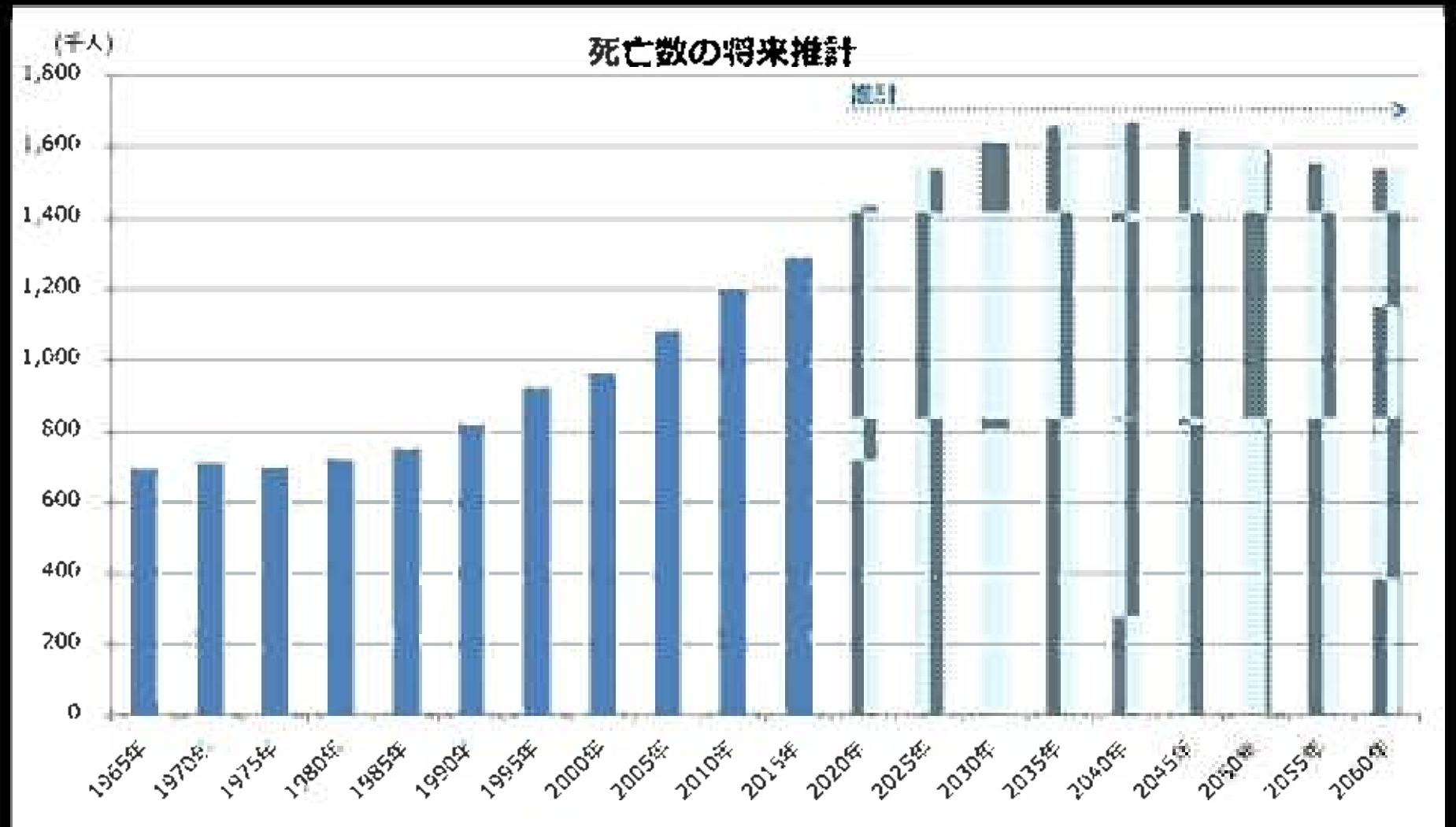
看取りの場所について考える

2018.9.12

第14回 鳥取県東部在宅医療・介護連携研究会
（鳥取県東部医師会館）

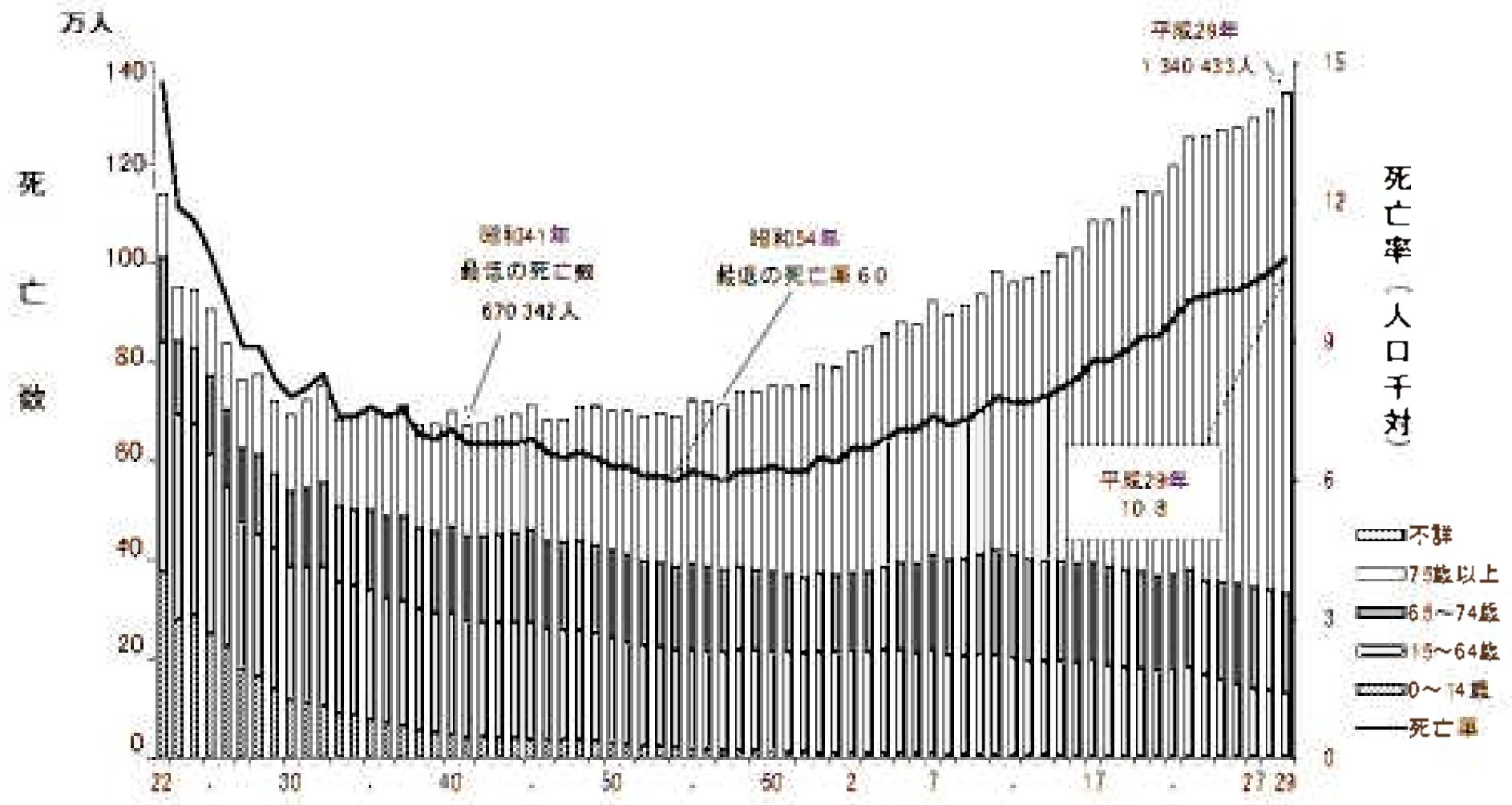
にしまち幸朋苑
にしまち診療所悠久 岸 清志

多死時代の到来



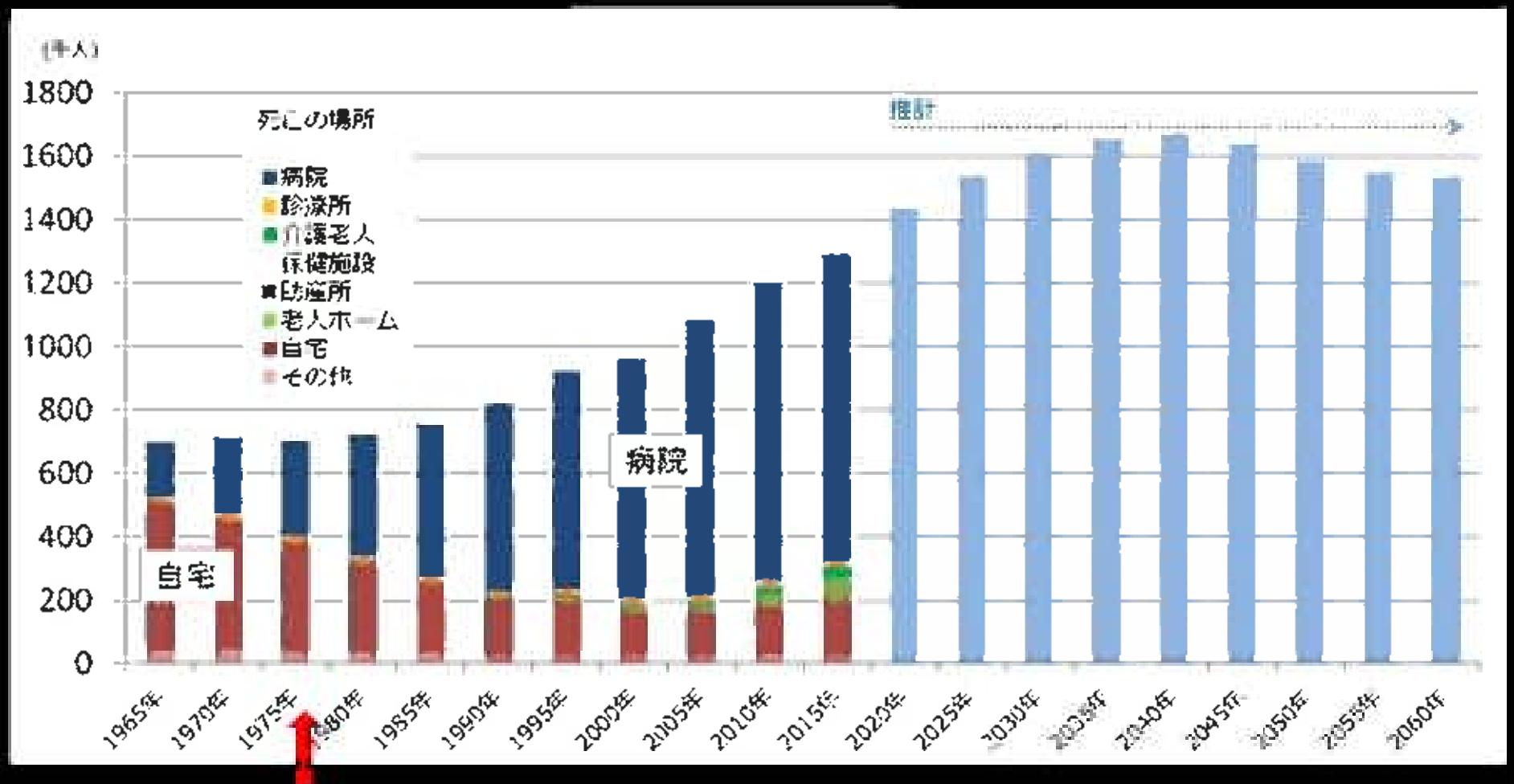
出典: 厚労省 人口動態統計
国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口

年齢別死亡者数の年次推移



出典: 厚労省 平成29年人口動態統計月報
年計(概数)の概況

死亡場所の推移

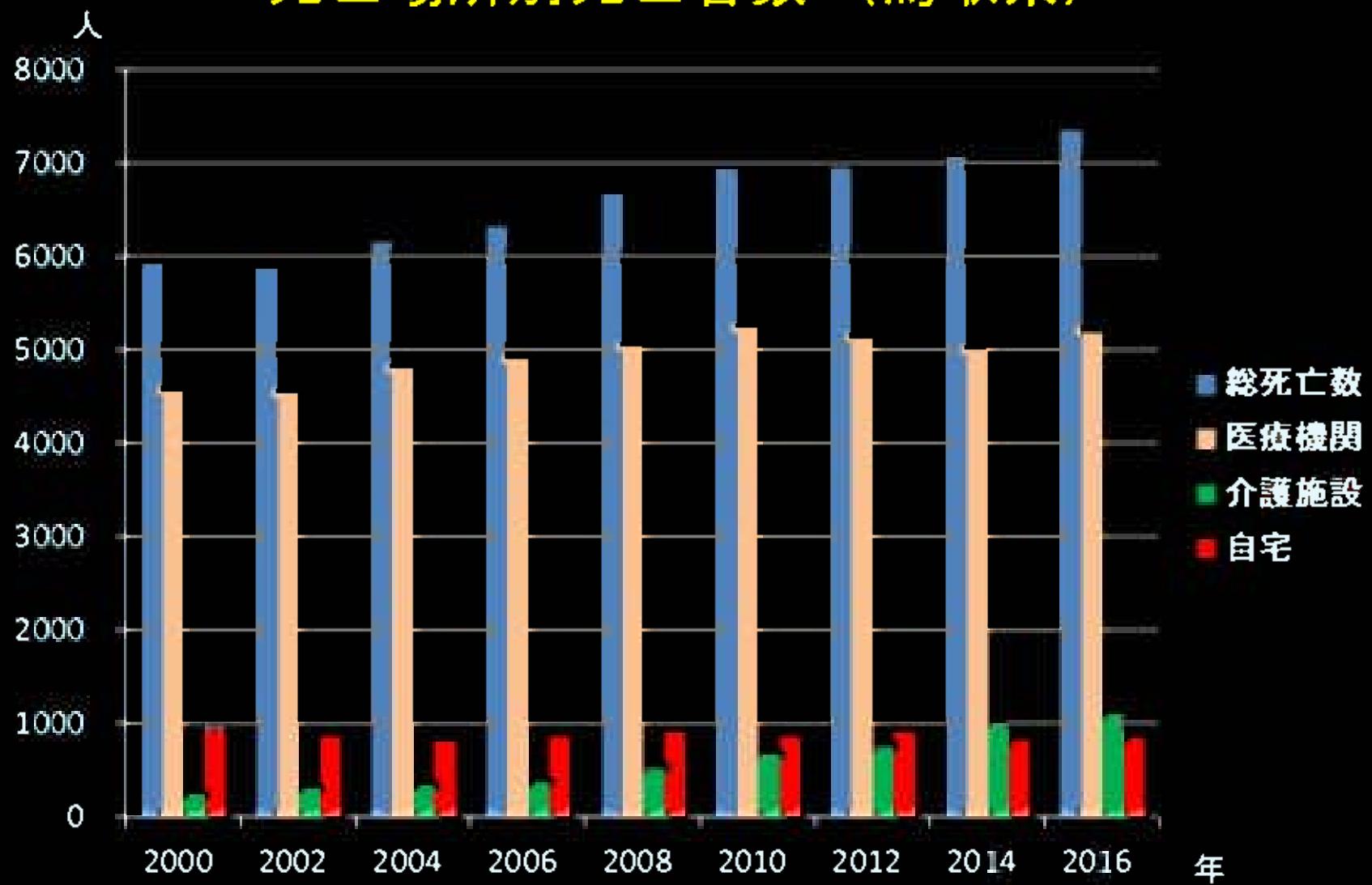


出典：厚労省 人口動態統計

病院死亡が増えた理由

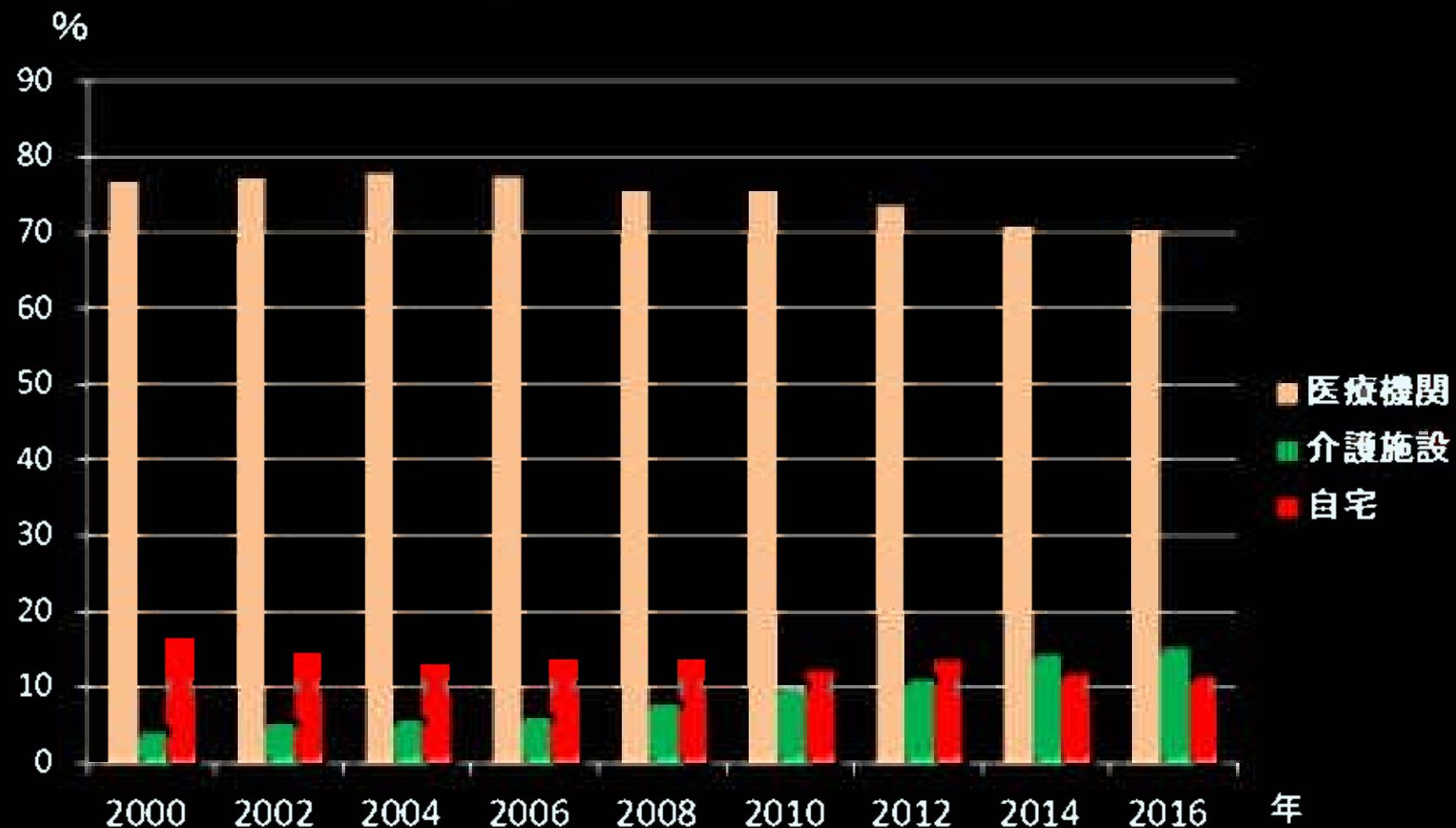
- ・高度経済成長によって暮らしのあり様が変化
- ・病院が開設され、医療への依存度が高まる
- ・老人医療費の無料化 医療費は安いという風潮
- ・在宅死より、病院死を選択
- ・死は敗北という考え方が医療現場を支配
- ・家族も、死の直前まで医療機関での治療を希望

死亡場所別死者数（鳥取県）



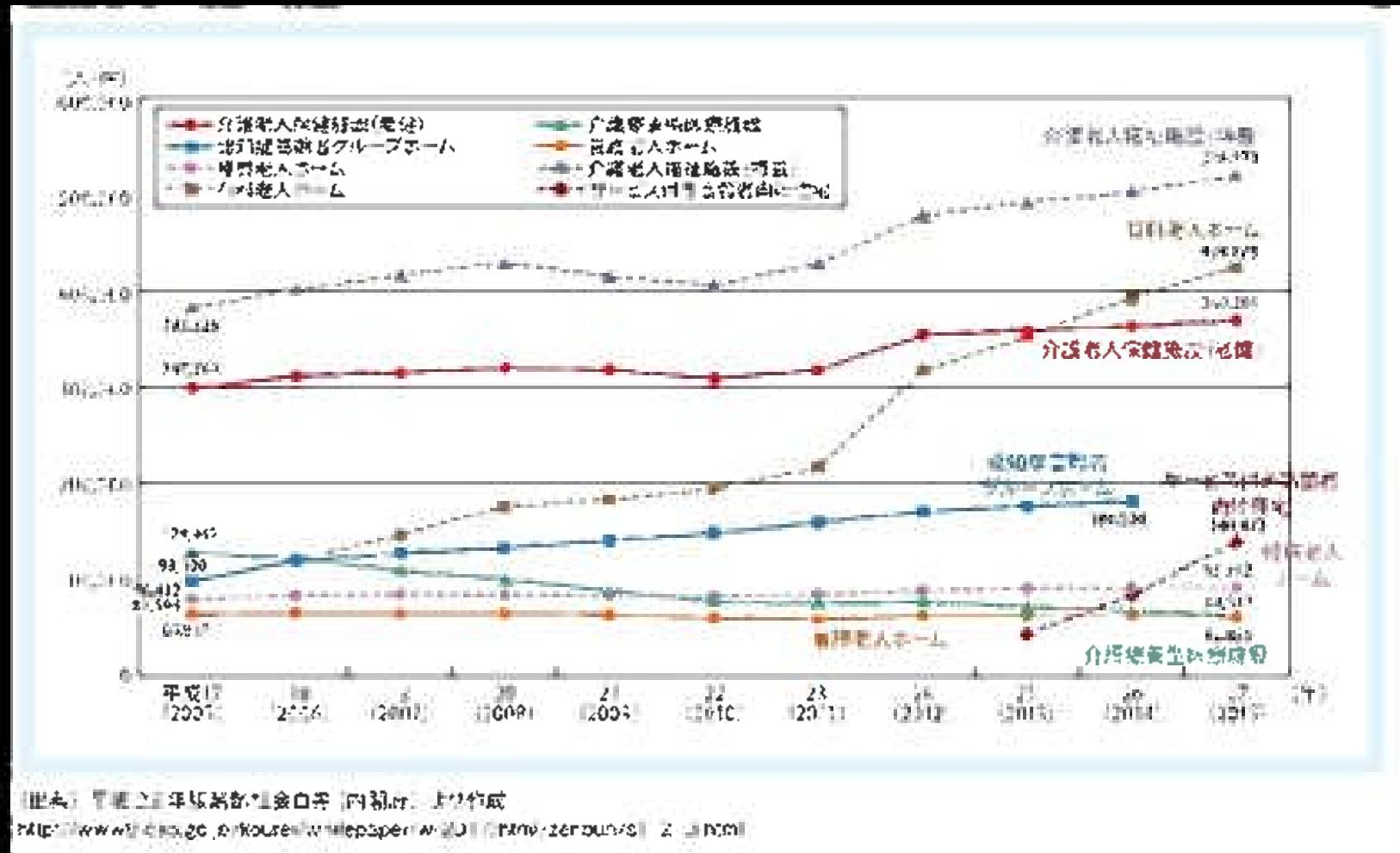
出典：政府の人口動態調査結果を基に演者がグラフ化

死亡場所別割合(鳥取県)



出典 政府の人口動態調査結果を基に演者がグラフ化

高齢者向け住まい・施設の定員数



(出典)厚生労働省「社会白書」内閣府、より作成
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/seisaku/whitepaper/mhlw/zenbun/s1_2.html

介護施設での看取りを増やす施策

〈看取り介護加算〉

2006年(H 18)

- ・介護老人福祉施設(特養)

2009年(H 21)

- ・認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

2012年(H 24)

- ・特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム他)

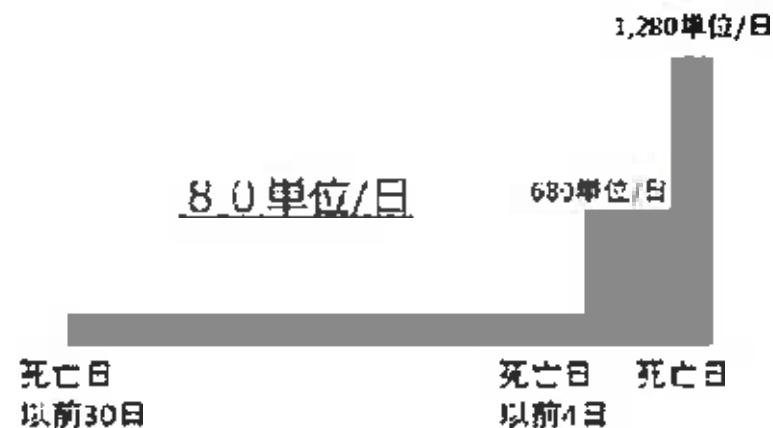
〈ターミナルケア加算〉

2009年(H 21)

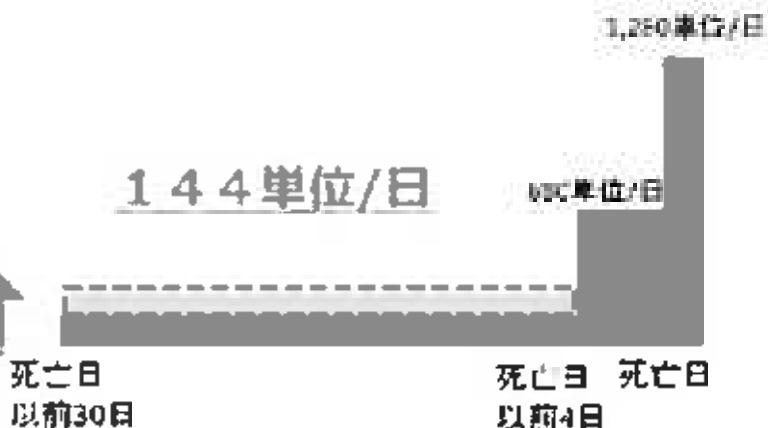
- ・介護老人保健施設(老健)

看取り介護加算

【平成26年度以前】



【平成27年度以降】

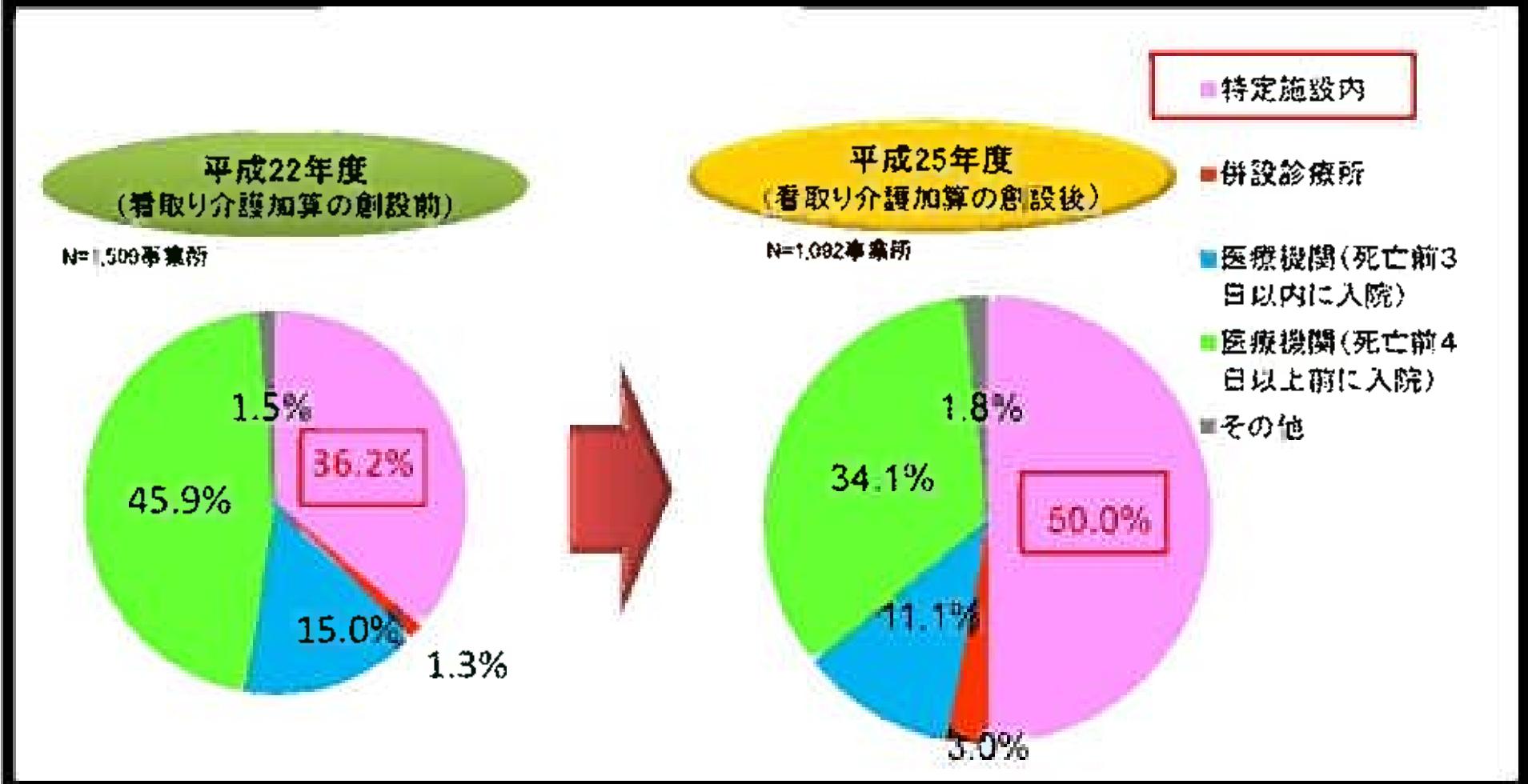


平成30年度介護報酬改定

- ・配置医師緊急時対応加算

- ・看取り介護加算Ⅱ

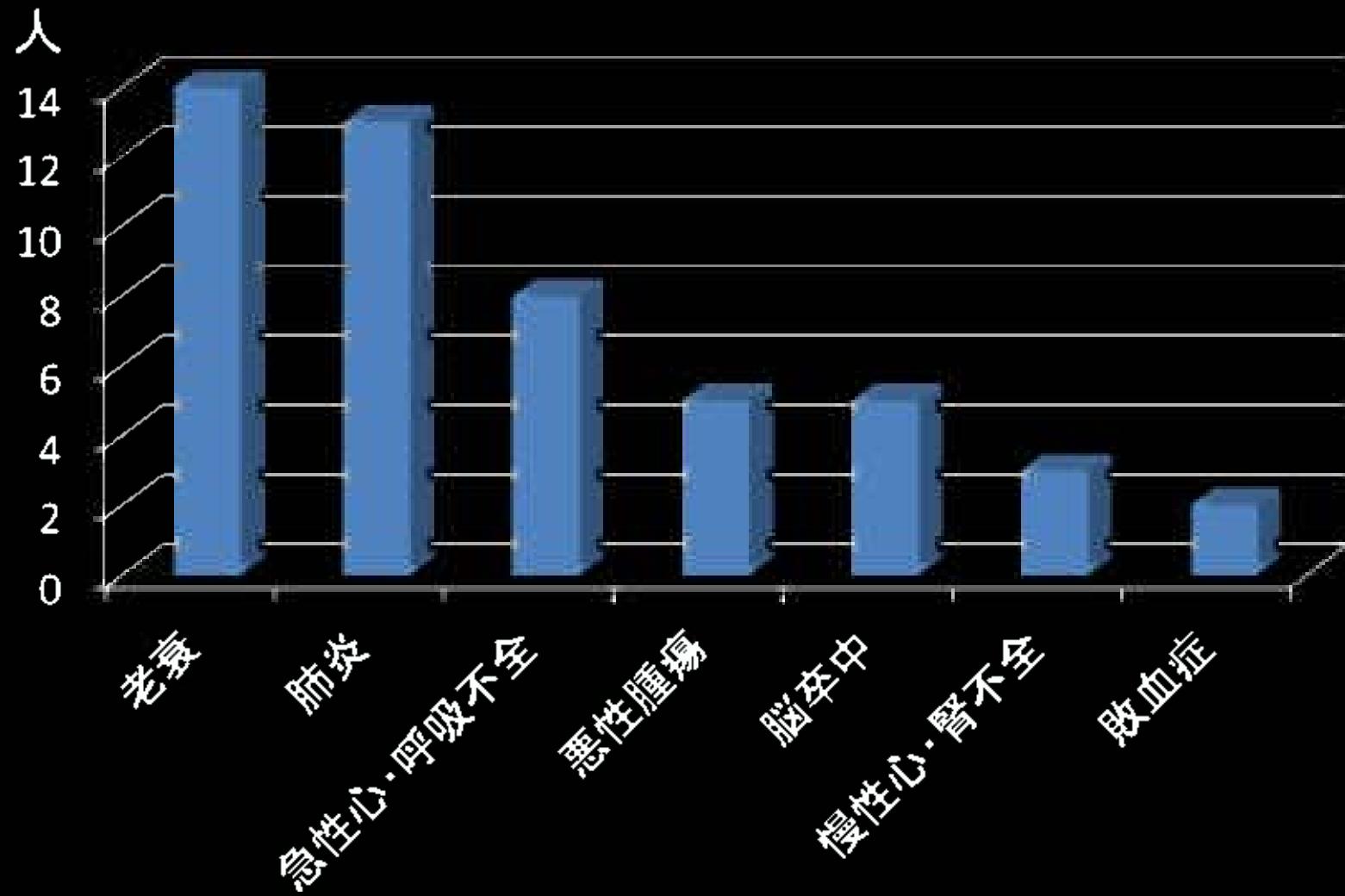
特定施設入居者生活介護における看取りの状況



出典：有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究事業報告書

にしまち幸朋苑特養入居者の死因

6年間(平成24年7月～平成30年7月) 50人
施設内看取りの割合 67%



病院搬送後死亡例の内訳

肺炎	6例
下肢壊疽	1例
褥瘡	1例
心肺停止	1例
低栄養	1例

最期を迎えたいたい場所(1)

	14年度	19年度	24年度
自宅	50.9%	54.6	54.6
医療施設	30.1	26.4	27.7
介護施設	4.7	6.0	4.5
サ高住	1.2	4.9	4.1

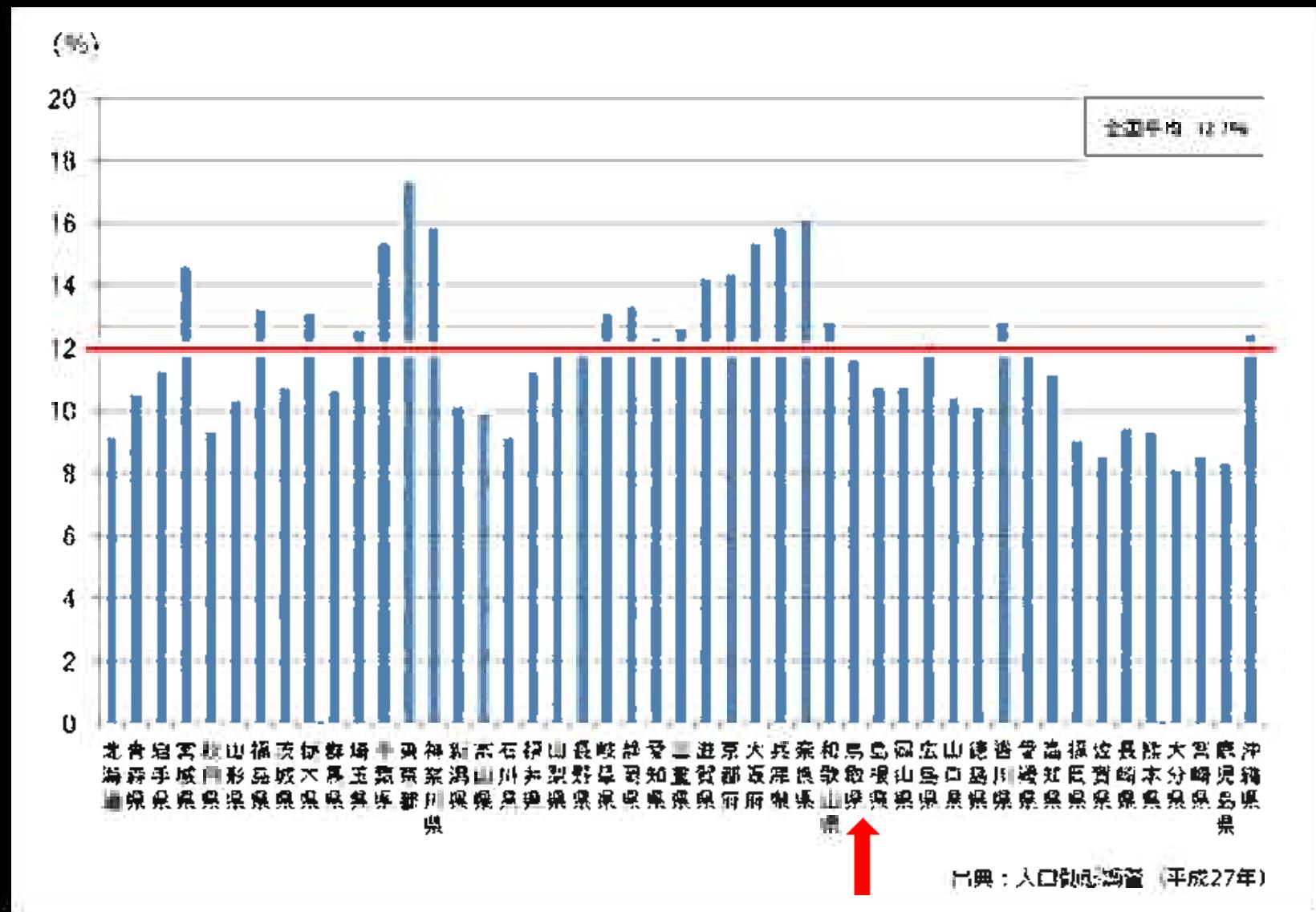
高齢者の健康に関する意識調査(内閣府)

最期を迎えたい場所(2)

	14年度	19年度	24年度
自宅			
男性	58.9 %	63.8	62.4
女性	45.2	46.3	48.2
医療施設			
男性	26.0	21.0	23.0
女性	33.0	31.3	31.6

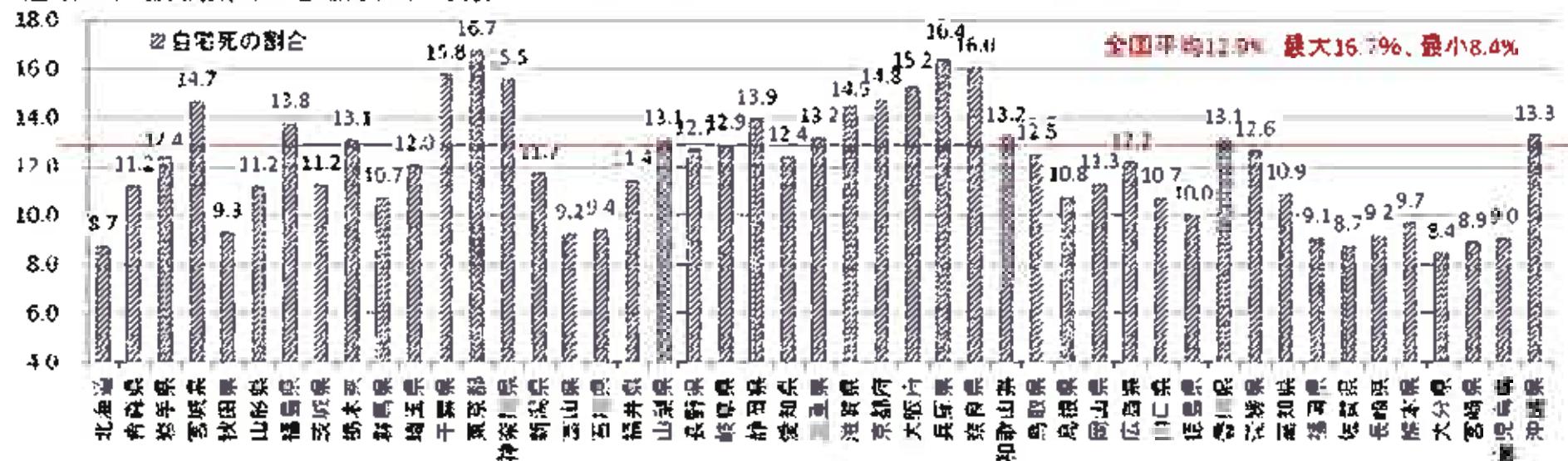
高齢者の健康に関する意識調査(内閣府)

死亡に占める自宅死の割合

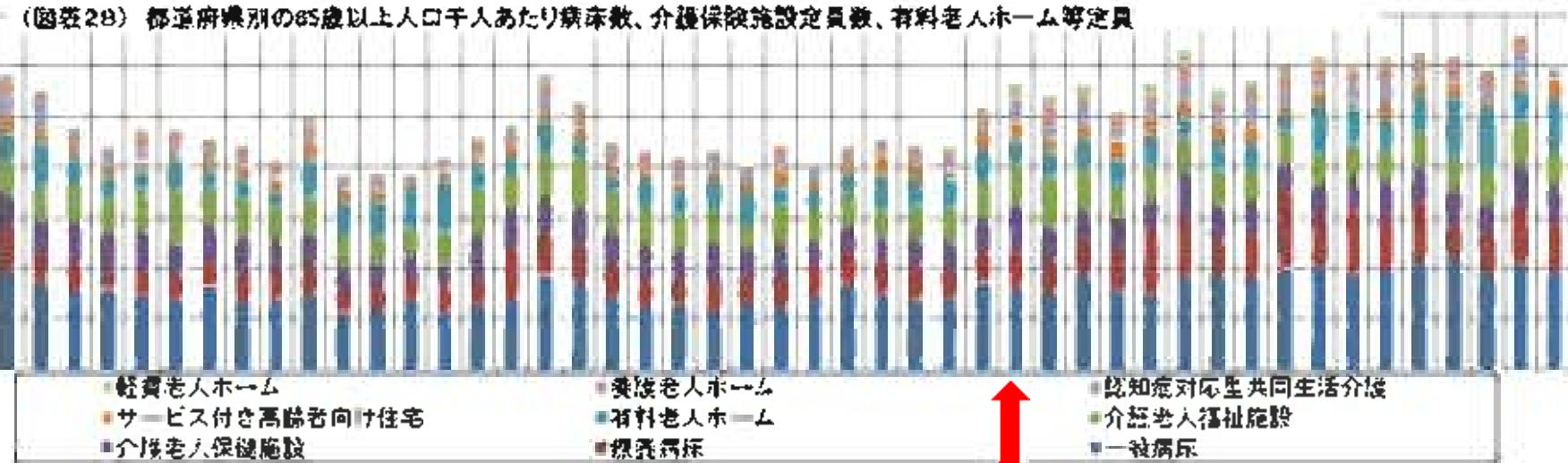


(図表27) 都道府県別の自宅死(※)の割合

※「自宅」には、グループホーム、サービス付き高齢者住宅を含む



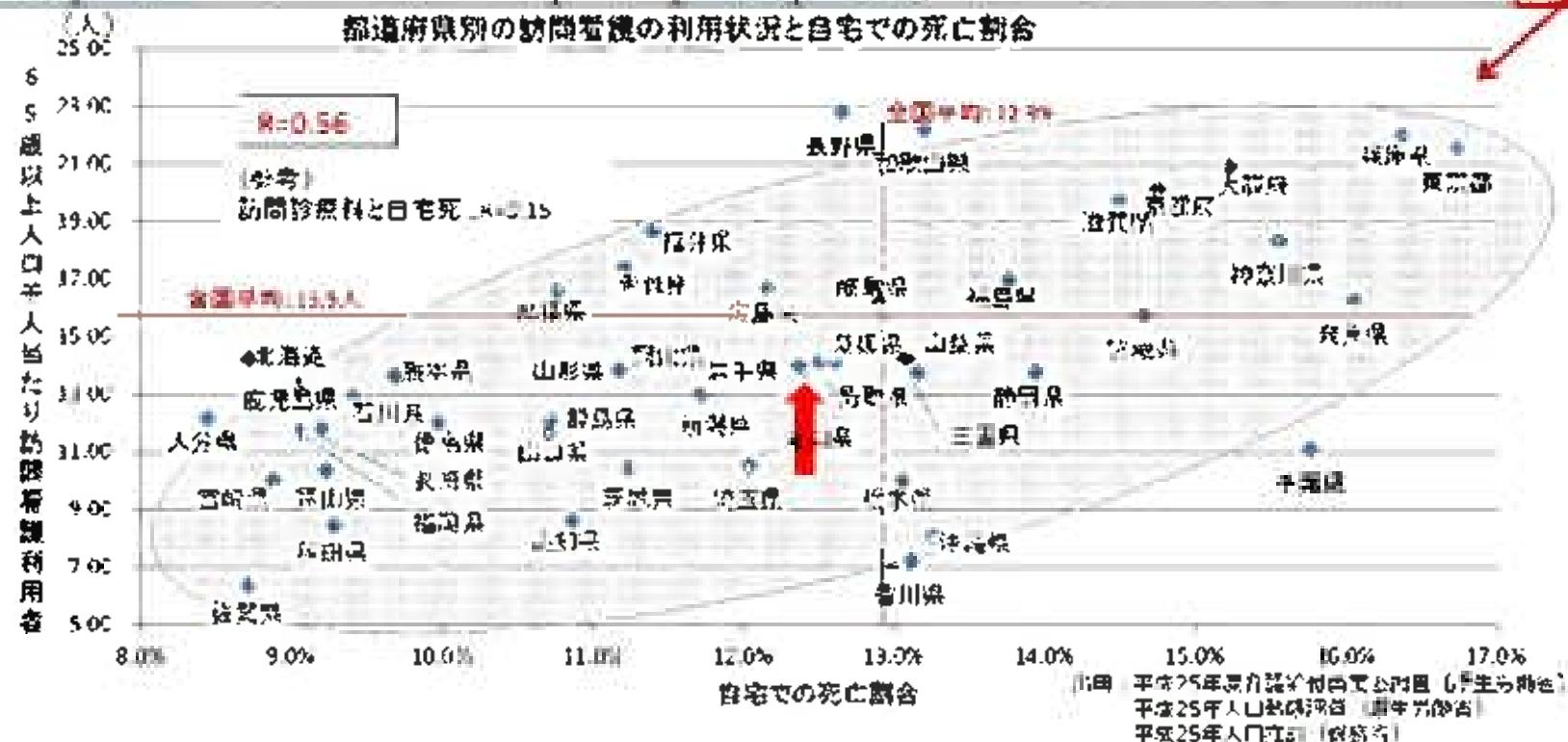
(図表28) 都道府県別の85歳以上人口千人あたり病床数、介護保険施設定員数、有料老人ホーム等定員



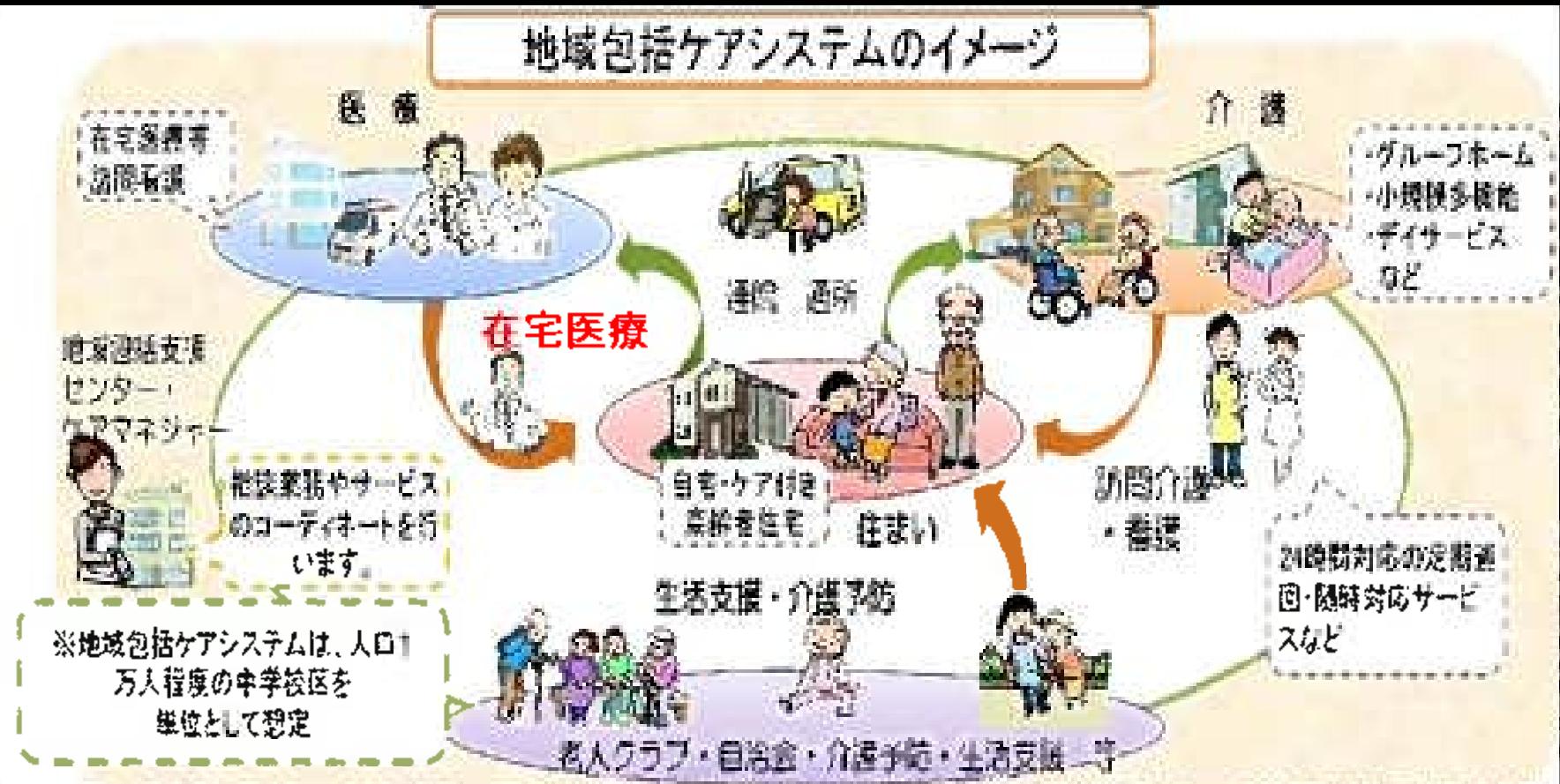
出典: 内閣府

都道府県別の自宅死の割合と、65歳以上人口千人あたりの病床数、介護施設定員数、サービス利用者数等との相関（値は相関係数）

一般 病床数	療養 病床数	介護老人 保健施設 床数	介護老人 福祉施設 床数	有料老人 ホーム定員	サービス利 用者数	認知症判 定率	痴型高齢 黄斑老人	軽費老人	在支診室	在支病院	訪問診療 料定員数	訪問看護 料定員数	訪問看護 サービス年 間実受給 者数
-0.51	-0.56	-0.41	-0.35	-0.17	-0.07	-0.61	-0.51	-0.40	-0.10	-0.42	0.15	0.00	0.56



地域包括ケアシステムのイメージ



在宅療養支援診療所

2006年(平成18年)診療報酬改定

在宅医療の担い手として位置づけられ

24時間365日対応を条件に

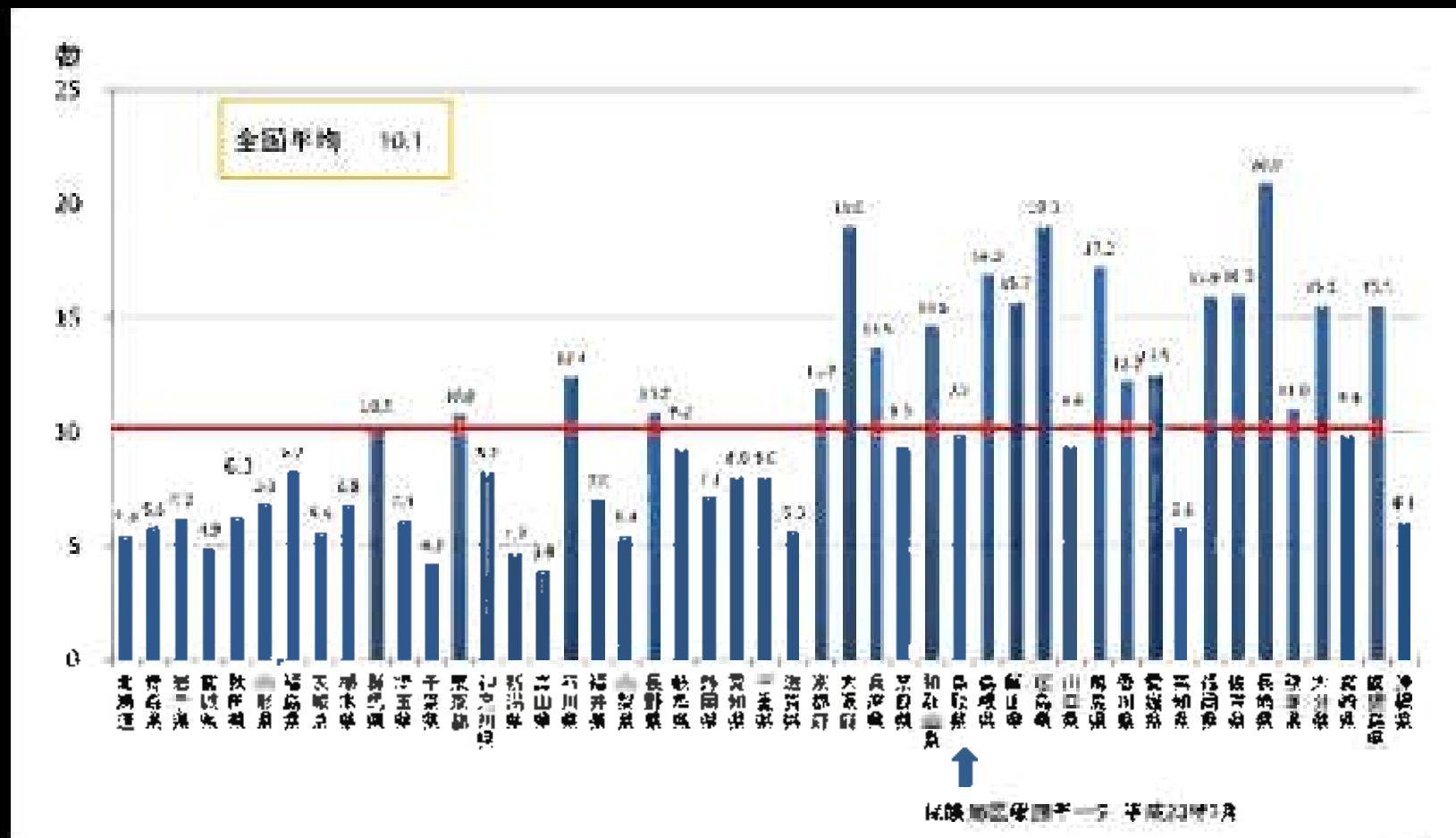
ターミナルケアに対するインセンティブも設定

一般診療所に比べ、診療報酬を高く設定

在宅療養支援診療所の年次推移



人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数



在宅療養支援診療所(鳥取県東部25医療機関) 自宅看取り件数(平成29年)

(診療所数)

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

0

1

2

3

4

5

6

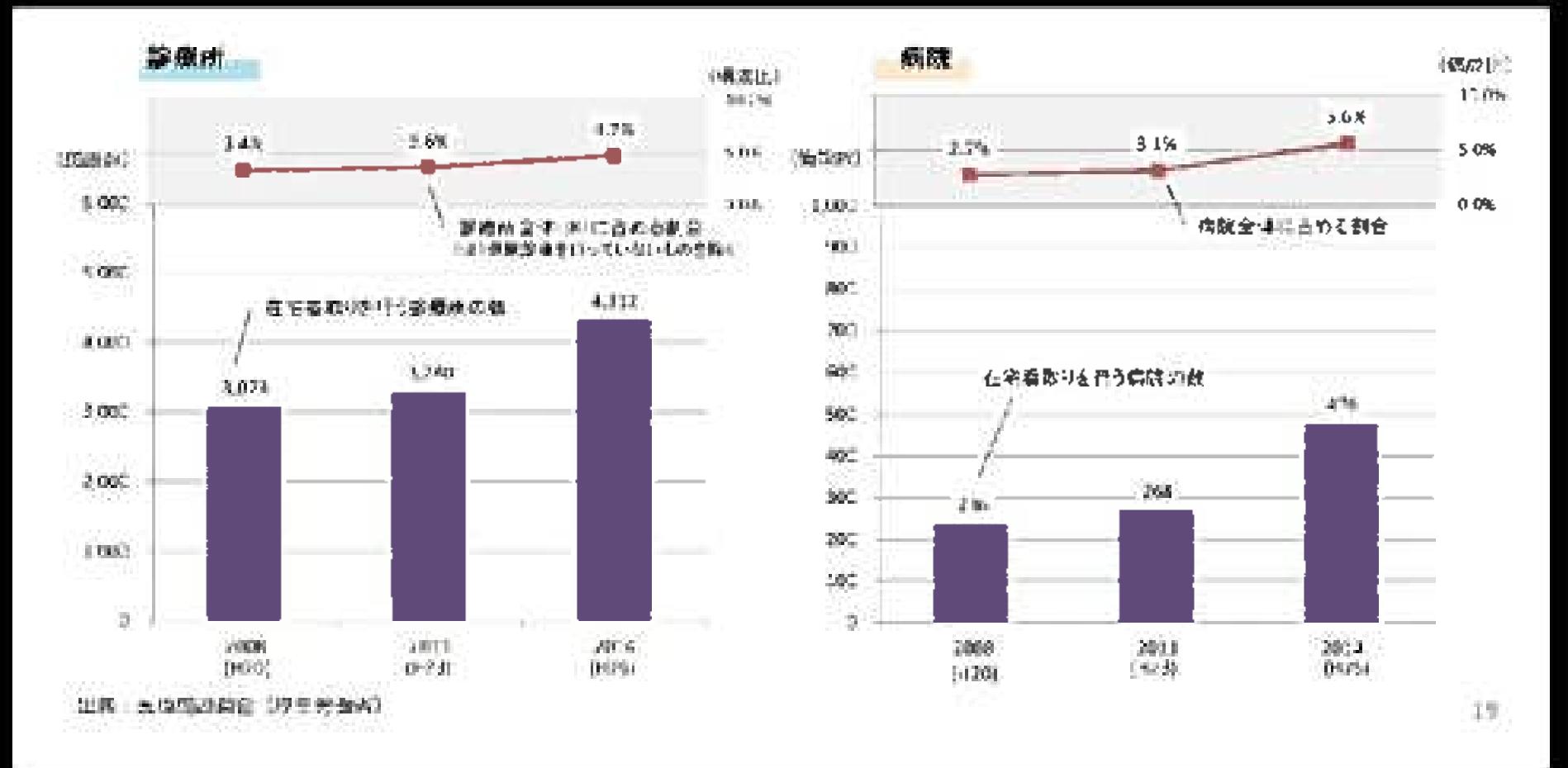
7

56人

(年間看取り数)

中国四国厚生局への看取り件数報告
(平成29年)より演者作成

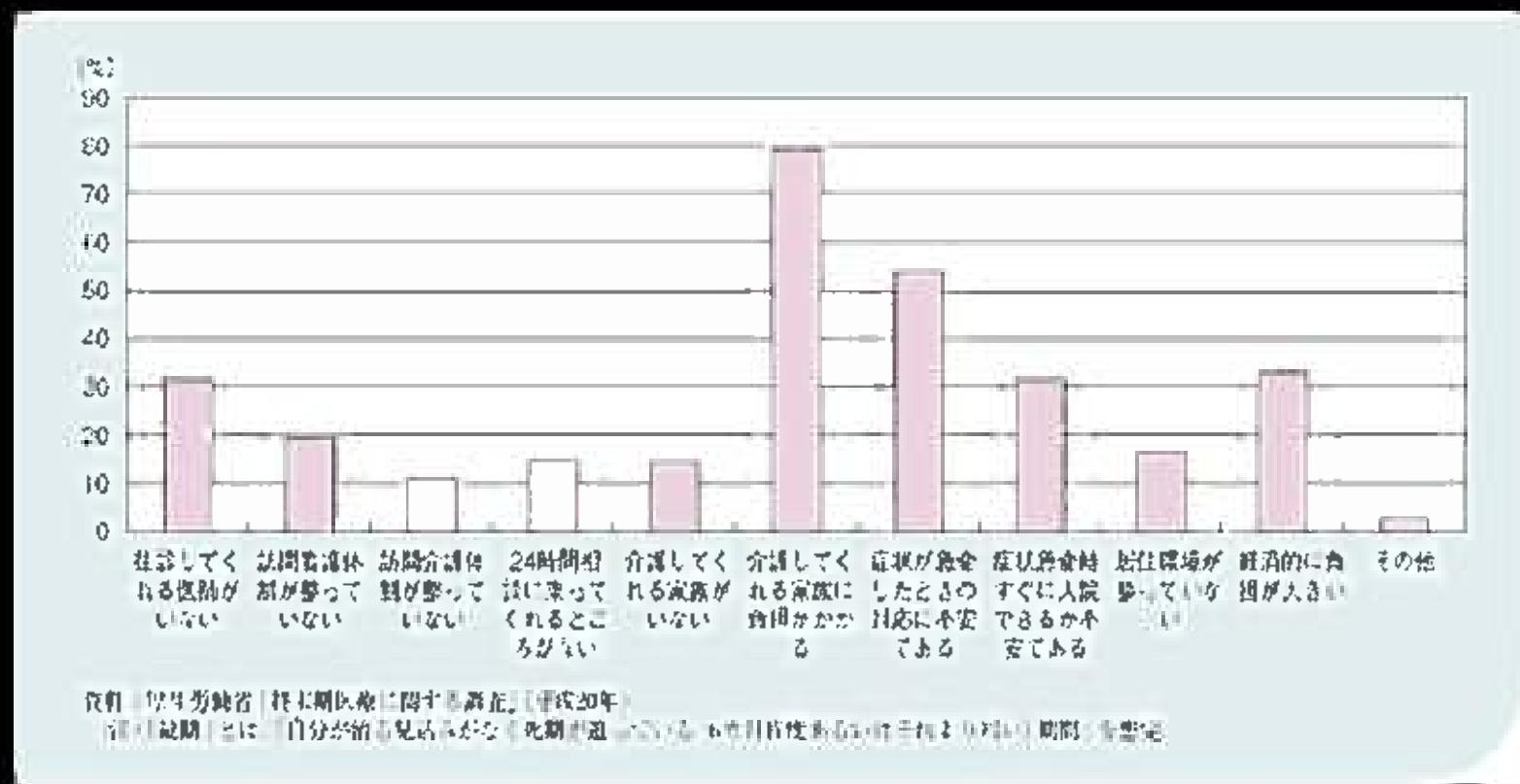
在宅での看取りを行う医療機関の推移



- ・自宅看取りはなぜ進まないのか
- ・自宅看取りが進むには

皆さんで一緒に考えてみましょう

自宅で最後まで療養することが実現困難な理由(複数回答)



在宅看取りが進むには

- ・在宅専門医の増
- ・訪問看護師の増
- ・かかりつけ医が在宅医療を担えるシステムづくり
- ・家族と在宅ケアを担う職種の連携
- ・一般向けに看取りの啓発

鳥取市の「認知症初期集中支援チーム」

—活動実績—

にしまち診療所悠久 医師
岸 清志

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 資料1 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

七つの柱

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

認知症初期集中支援チーム

【目的】

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

配置場所
地域包括支援センター等
診療所、病院
認知症医療センター
市町村の拠点



【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人とする。

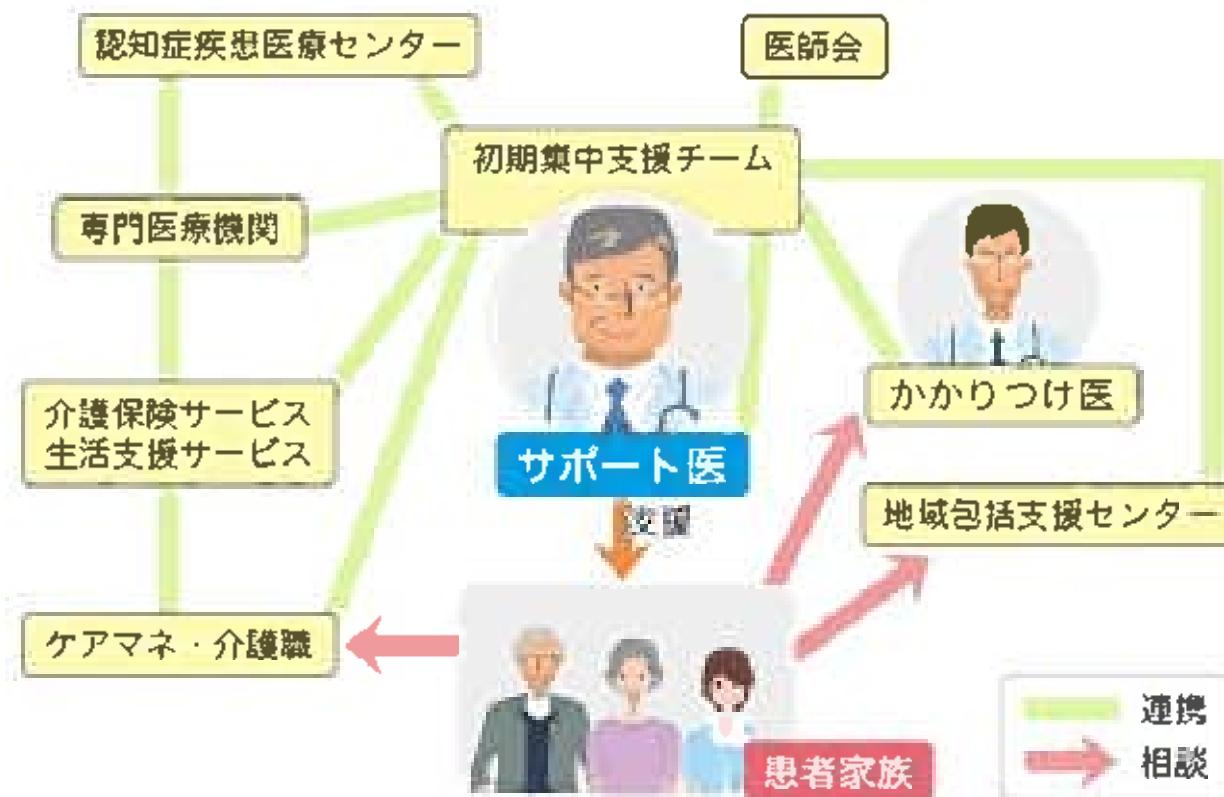
◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 繼続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

認知症サポート医

- 認知症の患者さんや、その疑いのある方が、早期から地域の中で必要な医療や介護に繋がることができるよう、案内役やハイブリットを担う
- かかりつけ医へのアドバイスや、関係機関や他職種との連携・協力体制の整備などを行う、地域の認知症医療のキーパーソンとして期待



作図：認知症ねっと

認知症初期集中支援チーム(鳥取市)

(1) 設置場所 市長寿社会課

(2) チーム数 2チーム(A・B)

(3) チーム員会議の基本編成

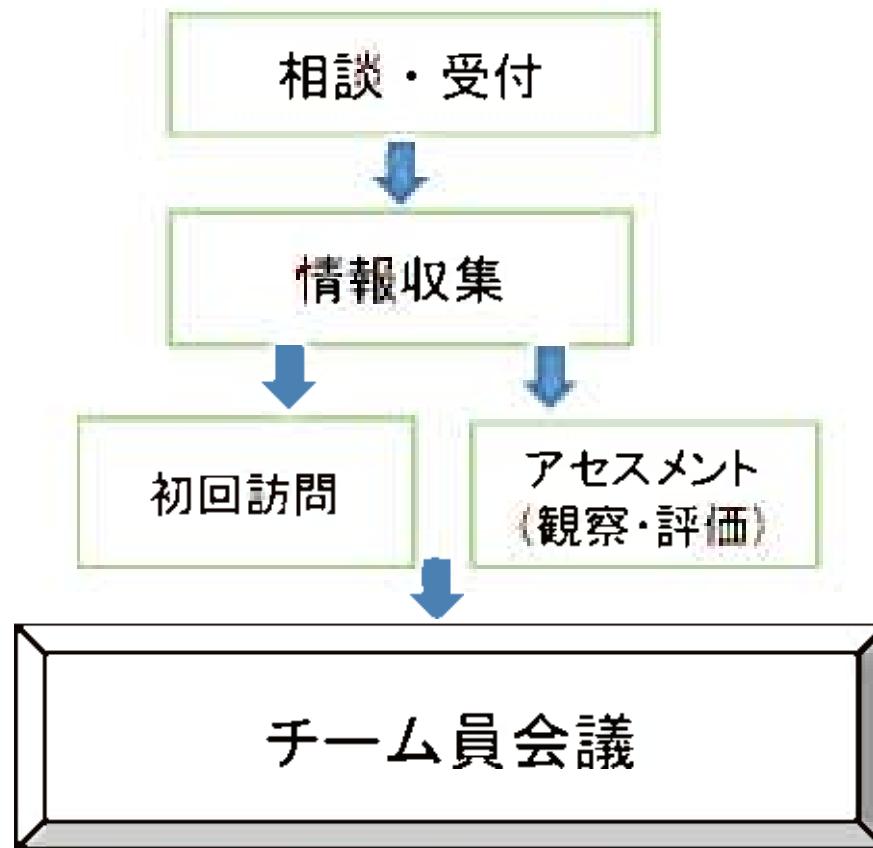
認知症サポート医1名、作業療法士1名

認知症地域支援推進員2名、市保健師1名

地域包括支援センター職員1名以上 計6名以上

東部医師会	作業療法士会	地域包括支援センター	市
医師2名	作業療法士2名	保健師、看護師 社会福祉士 主任介護専門員	保健師 認知症地域支援推進員

認知症初期集中支援の流れ



6か月を目途に集中支援を終了
関係機関へ引き継ぎ
終了後のモニタリング

認知症初期集中支援事業活動

（平成29年1月～平成30年11月）

支援対象 18人

性

男性	女性
7人	11人

世帯状況

独居	5人
高齢者夫婦	6人
その他	7人

年代

60～69歳	2人
70～79歳	5人
80歳以上	11人

相談者

家族	10人
民生委員	4人
ケアマネ	2人
その他	2人

介入の結果

	医療		介護認定		介護保険サービス	
介入前	有	無	有	無	有	無
	7人	11人	2人	16人	1人	17人
介入後	有	無	有	無	有	無
	16人	2人	13人	5人	11人	7人

Bチームの現状 介入前 (平成30年4月～11月)

	概要	性別	年齢	世帯	要介護認定	認知症診断	介護保険サービス
1	高齢者夫婦世帯で二人とも認知機能の低下がある。長男夫婦は別居しており、関係性が悪い。同棲室内に甥がいて世話をしているが、負担になってきているし、受診を勧めたいが拒否する。	男 女	82 78	夫婦	無 無	無 無	無 無
2	夫が亡くなつてから一人暮らし。つじつまの合わない事を言つたり、駅構内に入られると再三言うようになり、駅所とのトラブルがあった。地域包括支援センターが受診を勧めるが拒否する。	女	84	独居	無	無	無
3	高齢者夫婦世帯。「認知症があるようで、ダイサービスに行かせたい」と夫から民生委員経由で地域包括支援センターへ相談あり。妄想と夜間の外出があり夫の介護負担が大きい。	女	81	高齢者夫婦	無	有	無
4	専門のケアマネからの相談。高齢者夫婦世帯で、認知症の夫の介護をしている妻の負担が大きいため、何とか介護保険サービスにつなげたいが、本人の拒否が強く難しい。	男	86	高齢者夫婦	介護2	有	無
5	民生委員から地域包括支援センターへの相談。「この頃外に出かけないし、元気がない様子で心配している。生活実験がつかない。」地域包括支援センターが介入すると認知機能低下が疑われる、受診を勧めるも拒否する。	女	89	独居	無	無	無

介入結果

	訪問回数	介入期間(月)	支援結果	状態状況	要介護度	認知症タイプ	医療	介護保険サービス	引継ぎ先
1	4回 (8回)	6	終了	近くの樹菜園に往診依頼し、認知症診断、介護保険申請。買い物が困るとの訴えがあり、訪問介護導入。金銭管理が難しく、親族で話し合い成年後見制度の利用手続きをした。	要介護1 要介護1	アルツハイマー型	有 有	無 有	店舗介護支援事業所
2	3回 (5回)	4	終了	専門医受診し鑑別診断後、近くの樹菜園に紹介していくだけ、通院内服治療開始。オレンジカブトや訪問により困難性を作りつつ必要な支援につなげていくよう継続。	要介護1	アルツハイマー型 レビー小体型、 しげん類粒性 認知症	有 有	無	地域包括支援センター
3	4回	2	終了	精神科に長年通院しており安定していた。物忘れが心配されたためかかりつけの内科で認知症治療薬や神経薬が処方されていた。内科と精神科の薬について薬師連絡をして調整後状態安定してさだ。	要介護1	認知症	治療中	有	店舗介護支援事業所
4	4回	/	終了	妻の介護負担の原因や本人の生活実態を聞き取りつつ、本人との信頼関係を作りながら、介護保険サービスを導入していった。	要介護3	アルツハイマー型	有 有	有 有	店舗介護支援事業所
5	9回	継続中		近医に往診依頼し、介護保険申請した。信頼関係がでてくると、少しずつ生活支援の提案を受け入れてくれるようになってきた。	要介護2	認知症	通院でさす	有	地域包括支援センター

赤字は介入による効果

訪問回数の()内は前年度の訪問回数を含めた延回数

課題

1. 支援チームの存在が周知されていない
⇒地域への啓発活動、関係機関への広報
2. 介入を拒否する認知症者への対応

認知症サポート医として、鳥取市の 「認知症初期集中支援チーム」に関わる

にしまち診療所悠久 医師
岸 清志

私と認知症の関わり

- 1974.4～2012.3 消化器外科医として臨床に従事
(38年間) この間、認知症を意識したことはない
- 2012.7 社会福祉法人にしまち幸朋苑(医療と介護の複合施設)
にしまち診療所 悠々に勤務
特養入居者の多くは認知症
⇒認知症への理解が必須
- 2012.10 認知症短期集中リハビリテーション研修(厚労省)
2012.12 認知症サポート医養成研修(厚労省)
2013、2014、2018 認知症診療の実践セミナー(日本老年医学会)
- 2017.9 鳥取市認知症初期集中支援チーム員
2019.2 鳥取県東部医師会認知症研究会 世話人
- 認知症疾患医療センター渡辺病院との連携
MRI 読影会 参加



にしまち幸朋苑

<施設>

- ・介護老人福祉施設(特養) 30 室
- ・ショートステイ 10 室

<通所>

- ・短時間通所リハビリテーション 40人

<訪問>

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション

<診療所>

- ・在宅療養支援診療所



認知症サポート医養成研修事業 (厚労省 平成17年~)

目的

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医(推進医師)を養成することにより、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

研修の対象者

実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師とする。

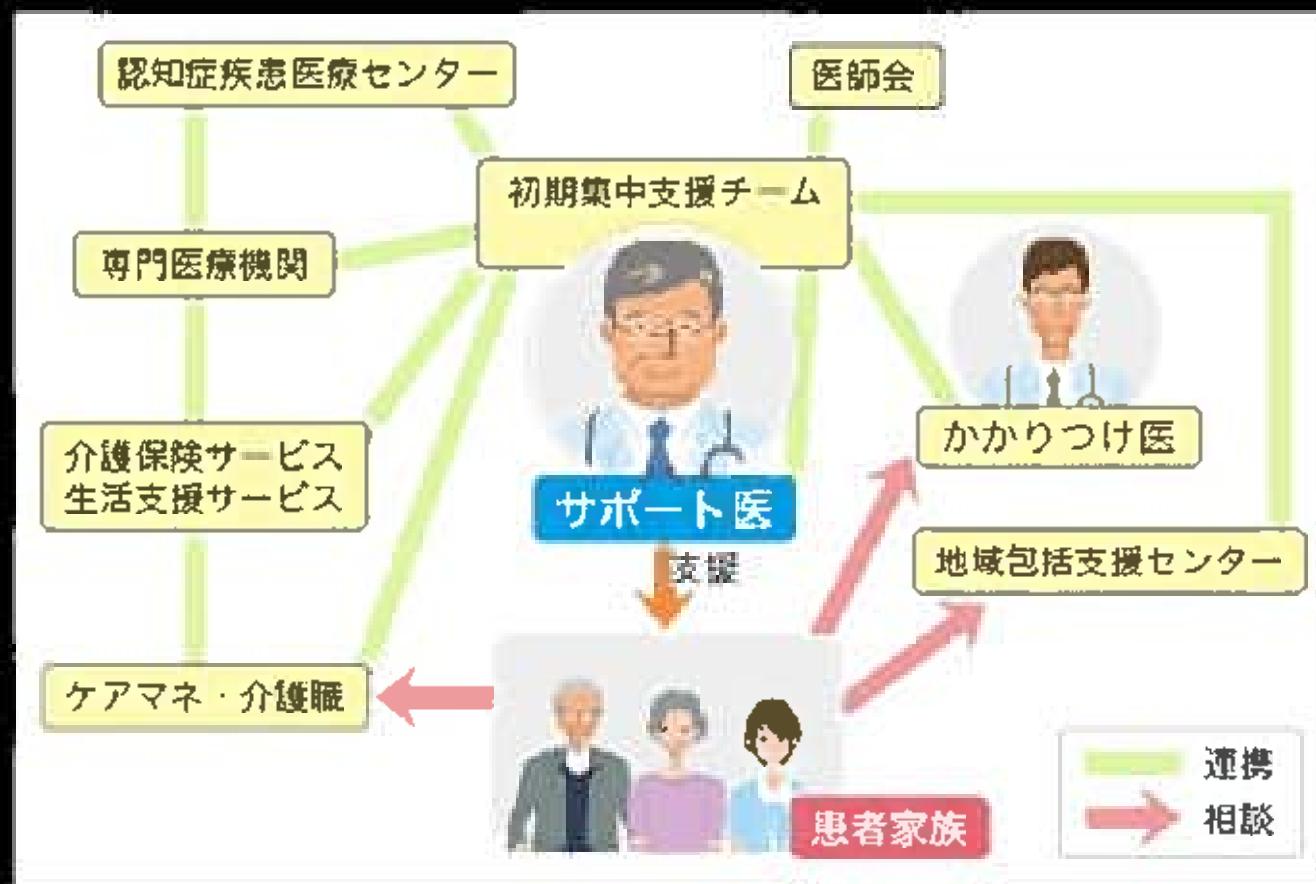
- (ア) 地域において認知症の診断(早期発見等)に携わっている医師
- (イ) 上記「認知症サポート医(推進医師)の役割」を適切に担える医師

認知症サポート医の役割

- (ア) かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医(推進医師)との連携体制の構築
- (イ) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力
- (ウ) 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師

認知症サポート医

- ・認知症の患者さんや、その疑いのある方が、早期から地域の中で必要な医療や介護に繋がることができるよう、案内役やハイブリットを担う
- ・かかりつけ医へのアドバイスや、関係機関や他職種との連携・協力体制の整備などを行う、地域の認知症医療のキーパーソンとして期待



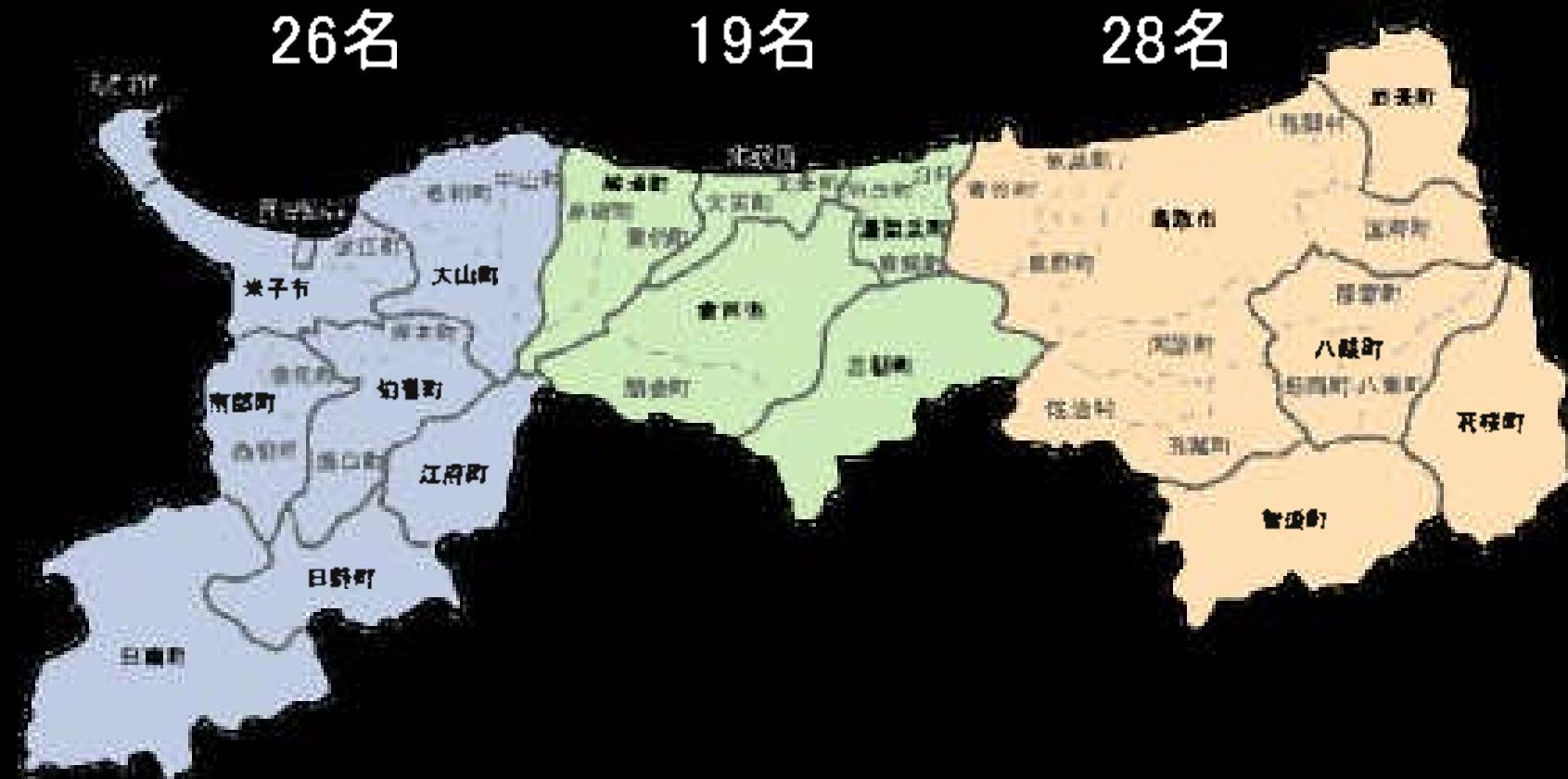
作図：認知症ねっと

鳥取県の認知症サポート医

26名

19名

28名



認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

平成27年1月

基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す

七つの柱

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル
介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

認知症初期集中支援チーム

平成30年度 全市町村に立ち上げ義務

【目的】

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

配置場所

地域包括支援センター等
（診療所、病院
認知症疾患センター
市町村の本庁）



【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人とする。

◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 純粋的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

認知症初期集中支援チームの専門医の条件

- ・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師

ただし上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認める。

- ・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの
- ・認知症サポート医であって認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る）

鳥取県内の認知症初期集中支援チームの現状

圏域	市町村	設置時期	チーム数	会議開催頻度
東部	鳥取	H 28	2	2か月に1回
	岩美	H 30	1	
	若桜	H 30	1	年2回
	智頭	H 28	1	
	八頭	H 29	1	月1回
中部	倉吉	H 30	1	不定期(必要時)
	三朝	H 30	1	
	湯梨浜	H 29	1	
	琴浦	H 30	1	1事例につき2回
	北栄	H 29	1	年 4~5回
西部	米子	H 29	1	2か月に1回
	境港	H 29	1	年2回
	大山	H 30	1	年1回
	日南	H 27	1	年5回 西伯病院の専門医の都合に合わせる
	日野	H 30	1	年2回
	江府	H 30	1	月1回
	南部	H 29	1	2か月に1回
	簸蚊屋			

鳥取市認知症初期集中支援チーム設置までの歩み

- 平成27年 9月 鳥取市高齢社会課地域包括ケア推進室内に
認知症初期集中支援事業に関する検討会の立ち上げ
認知症疾患医療センター渡辺病院との意見交換
- 平成28年 3月 認知症初期集中支援チームに関する研修会
チームの専門医1名を選出
- 10月 認知症初期集中支援チーム員研修受講(保健師2名)
- 11月 伝達講習(地域包括支援センター職員他38名)
認知症初期集中支援チーム検討委員会
日南町認知症初期集中支援チーム員会議視察
- 12月 東部医師会に事業説明と協力依頼
- 平成29年 1月 第1回チーム員会議開催

鳥取市認知症初期集中支援チームの概要

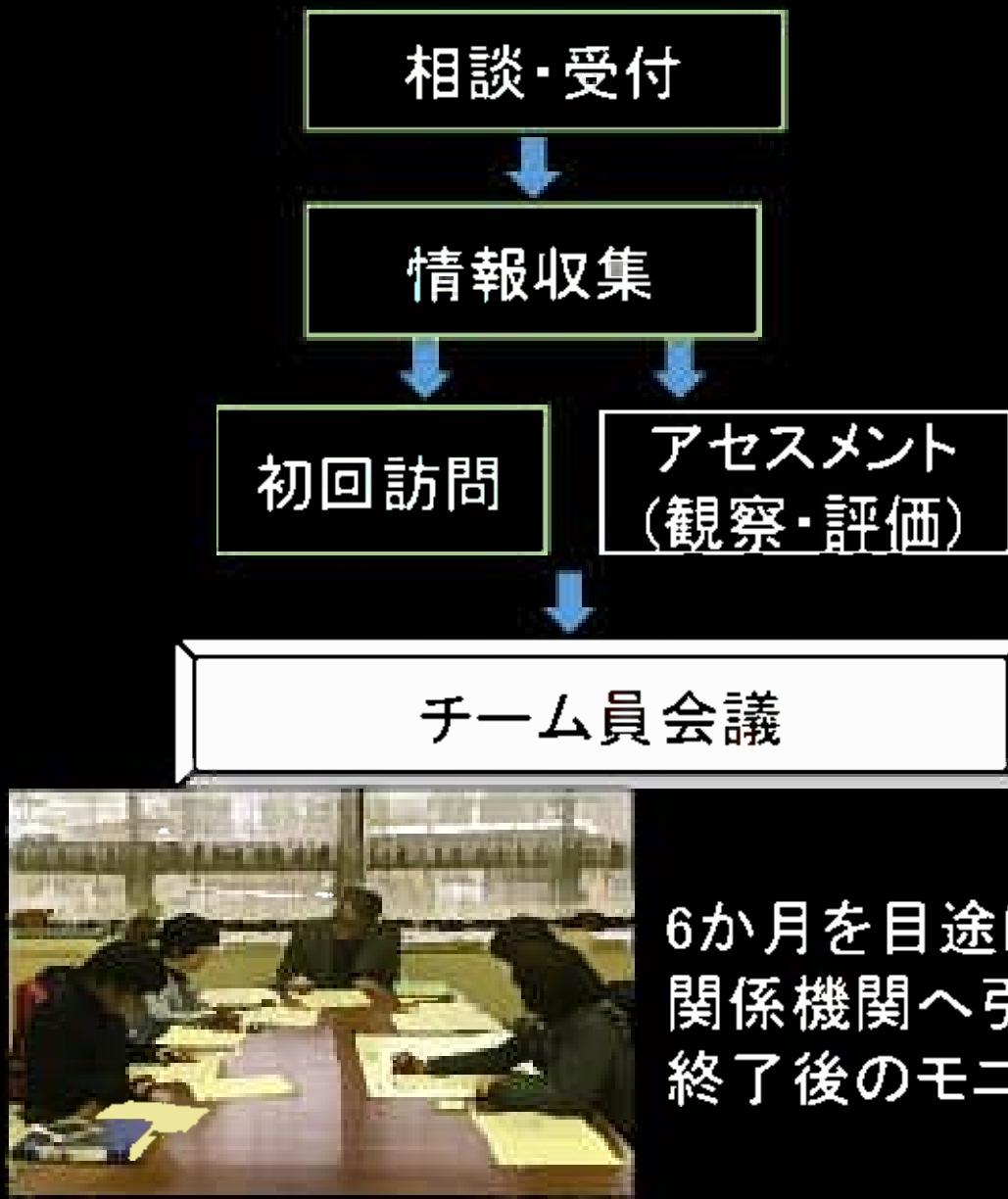
設置場所 鳥取市長寿社会課内

活動エリア 全市(2チーム)

チーム員

- ・認知症サポート医 1名
- ・認知症初期集中支援担当保健師 1名
- ・作業療法士 1名
- ・認知症地域支援推進員 2名
- ・地域包括支援センター職員 1名以上
(保健師・社会福祉士・介護福祉士等)

認知症初期集中支援の流れ



鳥取市認知症初期集中支援チーム員会議開催状況

Aチーム

Bチーム

開催回数	開催日時	検討件数	チーム員数	開催日時	検討件数	チーム員数
第1回	H29.1.19	2	6	H29.9.21	1	8
第2回	H29.2.16	4	6	H29.12.14	2	6
第3回	H29.3.16	5	6	H30.3.20	4	8
第4回	H29.4.27	5	7	H30.5.17	2	8
第5回	H29.5.18	5	6	H30.7.19	4	8
第6回	H29.6.22	4	7	H30.9.20	4	8
第6回	H29.7.20	5	7	H30.11.15	4	7
第7回	H29.10.19	5	7			
第8回	H30.1.18	1	6			
第9回	H30.2.15	2	6			
第10回	H30.4.19	3	7			
第11回	H30.6.21	4	8			
第12回	H30.10.18	4	6			
第13回	H30.12.20	2	8			
第14回	H31.2.14	3	6			

事例1

- ・80歳代、女性、独居(妹夫婦が時々訪問)
- ・2年前に夫が亡くなつてから幻視、妄想(2階の天井裏に人が来る、主人の従妹が悪いことをする)が出現し、近所の人や警察へ連絡する、家を出た後帰つて来れないなどのトラブルがあり
民生委員から地域包括支援センターへ相談
- ・地域包括支援センター職員が訪問すると、家の中はゴミ屋敷状態。物忘れ、金銭管理が難しい等の状況があり、介護サービスを受けるための医療機関受診と生活支援が必要と判断、受診勧奨するも、医者嫌いで頑なに拒否され、支援が進まない



認知症初期集中支援チーム

- ・チーム員（保健師・社会福祉士）が自宅を訪問し、アセスメント

DASC-21 49点

DBD-13 18点

J-ZBI-8 4点



- ・第1回チーム員会議

支援方針：

本人との信頼関係を作りつつ

受診勧奨する



- ・1か月後、

ガストーブで焦げたと思われる衣服

髪は乱れ、衣服は汚れたまま

- ・第2回チーム員会議

支援方針：

かかりつけ医になってくれそうな医師に往診依頼
認知症の診断、介護申請へ繋げる

- ・かかりつけ医と顔なじみのチーム員による自宅訪問

認知症の診断(MMSE: 17点)

介護認定申請 ⇒ 要介護: 2

- ・居宅介護支援事業所へ引継ぎ支援終了

介護保険サービス利用開始

(デイサービス、訪問介護、宅配弁当)

事例2

- ・80歳代女性 高齢の夫と2人暮らし
- ・夫から「妻をデイサービスに行かせたい」との相談を受けた民生委員が地域包括支援センターへ連絡
- ・地域包括支援センター職員(ケアマネ)が自宅訪問妄想と夜間外出があるため以前に受診していた精神科受診を勧めるも拒否



認知症初期集中支援チーム

- ・チーム員(保健師・ケアマネ)が自宅を訪問し、情報収集とアセスメント
内科と精神科にかかっている
最近、内科で抗認知症薬、眠剤、抗不安薬が処方されている
妄想と夜間外出のため夫の介護負担増大

- ・第1回チーム員会議

支援方針：

- ・かかりつけ医がいて医療にはつながっているが、精神科領域の薬が2か所から処方されているので、精神科に統一して、内科は身体に関わる薬のみにしてもらう
- ・服薬管理、栄養管理の目的で訪問看護の導入を検討

- ・チーム員(保健師・ケアマネ)が精神科医師と面談

統合失調症で44年間治療し安定していた

妄想が増悪していたので、原因がわからないまま精神科の薬を増量した

内科でドネペジル、デパス、ユーロジンが処方されていたのを確認してもらい、すべて中止の指示

夫から内科のかかりつけ医にその旨伝えてもらう



多少の妄想があるものの食欲回復し、元気になり支援終了

認知症初期集中支援事業実績

（平成29年1月～平成30年11月）

支援対象：18人

性

- ・男性： 7人
- ・女性：11人

世帯

- ・独居： 5人
- ・高齢夫婦： 6人
- ・その他： 7人

年齢

- ・60歳代： 2人
- ・70歳代： 5人
- ・80歳以上：11人

相談者

- ・家族： 10人
- ・民生委員： 4人
- ・ケアマネ： 2人
- ・その他： 2人

支援の効果

医療機関受診

あり 7人 ⇒ 16人
なし 11人 ⇒ 2人

介護認定

あり 2人 ⇒ 13人
なし 16人 ⇒ 5人

介護サービス利用

あり 1人 ⇒ 11人
なし 17人 ⇒ 7人

従来の認知症相談との違い

チーム員として専門医が関与する
専門医の医学的意見が課題解決に効果的

複数の医療・介護専門職がチームで関わる
多角的なアプローチが可能

短期間、集中的な介入
迅速な対応が可能

課題

1. 支援チームの存在が周知されていない
⇒地域への啓発活動、関係機関への広報
2. 介入を拒否する認知症者への対応



認知症 サポート医 ネットワーク

このサイトは、認知症の早期発見と早期対応をめざす「認知症サポート医ネットワーク」の活動拠点として認定された施設や団体が運営するものです。このサイトでは、認知症に関する学術情報を提供します。

サポート医ログイン



メニュー

- ① トマムベー塾
- ② マジックサポートにしたいもの
- ③ 認知症サポート医リンク
- ④ 認知症用語の読み方
- ⑤ よくあるQ&A

最新情報



トマムベー塾

- ① マジックサポート
- ② あり得ない
- ③ 認知症サポート医
- ④ 認知症リンク
- ⑤ マキ・認知症サポート
- ⑥ いのむき一時滞泊センター
- ⑦ 認知症サポート
- ⑧ ひまわり
- ⑨ フル

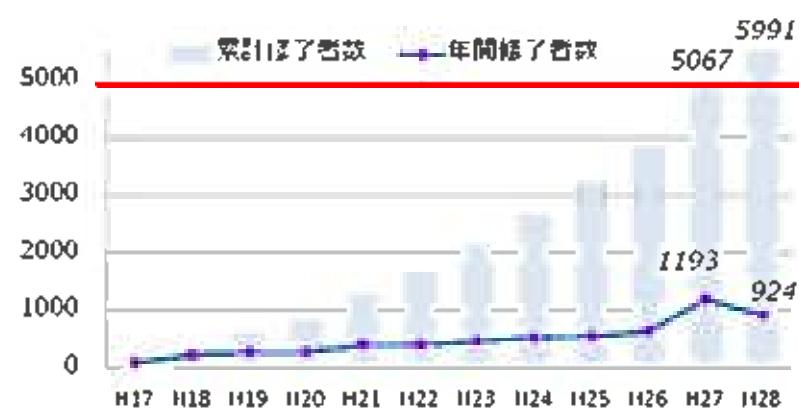
お詫び

- 2016/12/09 マジックサポート認定医登録、認可認定申請申請手続き手順の修正を実施しました(平成28年11月に)
- 2016/04/21 認知症リハ、トヨタ心の駅認定申請手続き完了、トヨタ心の駅を公認しました。コヴィンセ、メニードの「認知症センター認定」も同時に完了。
- 2016/03/17 痴迷心状評価時の誤認を上廻しました。
- 2016/03/08 認知症リハ、トヨタ心の駅認定申請手続き完了しました。コヴィンセ、メニードの「認知症センター認定」も同時に完了しました。痴迷心状評価時の誤認を上廻しました。
- 2016/02/26 6月26日(土)、認知症リハメンテナンス会場リモートにて開催となりました。10時1回(午前)から10時4回(午後)まで、認知症リハメンテナンス会場が、開催されました。

認知症サポート医養成研修・認知症初期集中支援チーム員研修実施状況

認知症サポート医養成研修

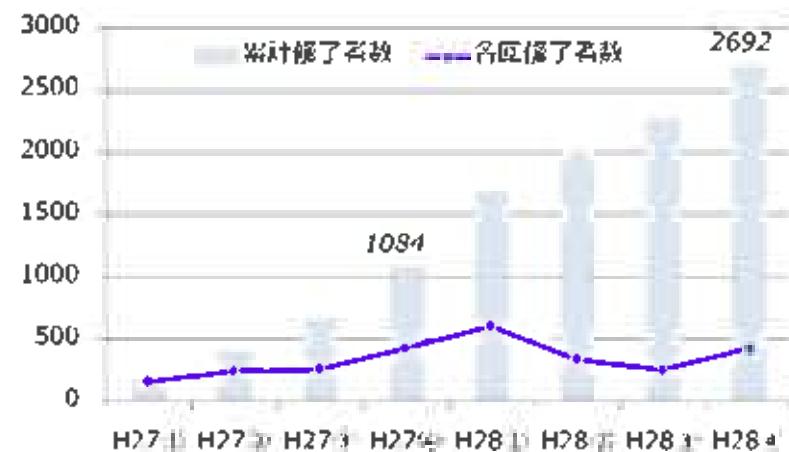
●年度別累計修了者数



H28第4回終了時点

認知症初期集中支援チーム員研修

●年度別累計修了者数



H28第4回終了時点

マイページ (トピック)

取り組み一覧

議論エンターナー発

種別ハンガーレンス

学会・研究会等発表展示会

その他の一般会員トピック

過去のサポート医師

サポート医一覧

FAQ

登録情報変更

ログアウト

北海道医療研究センター

札幌小野医療研究センター研究会

認知症情報サイト

年齢: 40

性別: 女性

訪問量: 0D0 (39)

新着情報

- 2016/12/09 お初なサポート医師のみ研修、認知症情報研究会実習チーム開催にむけた名医登壇が決まりました(平成28年11月現在)
- 2016/04/21 お初なサポート医のための特別な認知症中高年アーティストブックを企画しました。ロケインセイ、ソニニーの「動物ダンシングサークル」をご覧ください
- 2016/03/17 重い心の問題を抱える方の心回り公開しました
- 2016/03/08 認知症サポート医ネットワークをリニューアルしました。ロケインセイとしての一般公開コンテンツを活用しました。今後ともよろしくお願い下さい。
- 2013/09/26 9月26日（土）午前1時よりメンテナンスのためリライトが実施できなくなります。10月1日（火）午前10時に復帰いたします。ご迷惑をおかけいたしまして、下のことをご了承ください。

ナビゲーション

2012/01/11 病院での取り組み

2011/09/16 札幌市での活動

2011/04/14 心震えの活動から

2011/04/14 病院での取り組み

2011/04/14 札幌市での取り組み

2011/04/14 病院における行政と医療者の連携と取り組み

2011/04/14 病院での取り組み

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

平成29年7月改定

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行(平成27年)

2013(平成25)年度末実績 3,257人

⇒ 2017(平成29)年度末 5,000人

*一般診療所(約10万)25か所に対して1人のサポート医を配置
という基本的考え方を20か所に1人に引き上げ

改定(平成29年)

2016(平成28)年度末実績 6,000人

⇒ 2020(平成32)年度末 10,000人

*一般診療所(約10万)20か所に対して1人のサポート医
を配置という基本的考え方を引き上げ、10か所に対して
1人のサポート医を配置する

(認知症初期集中支援チームの設置)

現行

早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進する。市町村が地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等にチームを置き、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症が疑われる人又は認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げ、自立生活のサポートを行う。

改定

また、チームの設置後においても、多職種で構成されたチームの活動等、先進的な取組事例を全国に紹介するなどチームが効果的に機能するよう、国及び都道府県が市町村のチームの体制整備を支援するとともに、市町村において、チームの事例から明らかとなった各地域の課題を地域ケア会議等で検討するなど、地域の実情に応じた取組につなげる。

認知症非専門医が認知症を診る

にしまち幸朋苑
にしまち診療所悠久
岸 清志

2020.1.15(水)
かかりつけ医認知症対応力向上研修会
倉吉未来中心 セミナールーム3

にしまち幸朋苑

<施設>

- ・介護老人福祉施設（特養） 30 室
- ・ショートステイ 10 室

<通所>

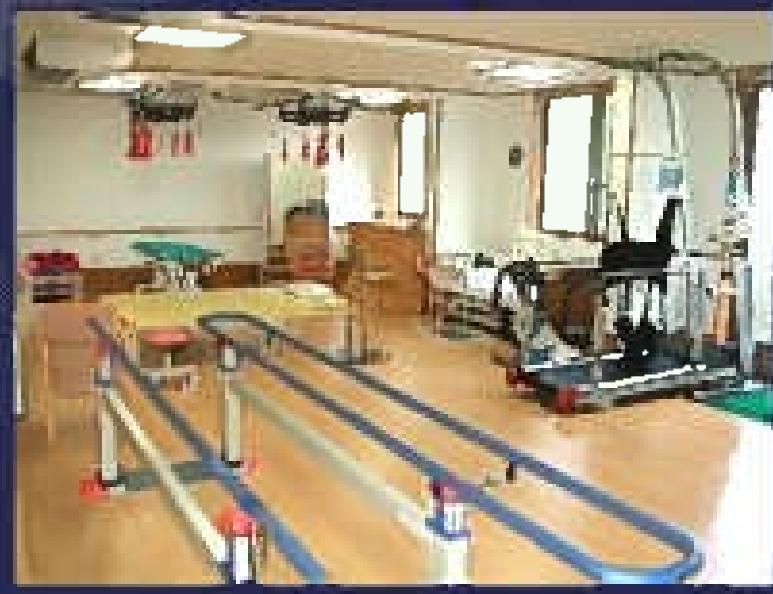
- ・短時間通所リハビリテーション 40人

<訪問>

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション

<診療所 >

- ・在宅療養支援診療所



私と認知症の関わり

1974. 4～2012. 3
(38年間)

消化器外科医として臨床に従事
認知症をほとんど意識せず

2012. 7

社会福祉法人にしまち幸朋苑
(医療と介護の複合施設)

にしまち診療所悠久に勤務
特養入居者の多くは認知症
認知症の理解が必須

2012. 10

認知症短期集中リハビリテーション研修（厚労省）

2012. 12

認知症サポート医養成研修（厚労省）

2013～2018

認知症診療の実践セミナー（日本老年医学会）

2017. 9

鳥取市認知症初期集中支援チーム員

2019. 2

鳥取県東部医師会認知症研究会 世話人

認知症疾患医療センター 渡辺病院の存在



渡辺病院



にしまち幸朋苑

(C)Yahoo Japan,(C)ZENRIN

私が診ている認知症患者(1)

特養入居者 30名

- ・アルツハイマー型認知症 17名
- ・レビー小体型認知症 1名
- ・血管性認知症 1名

服薬中

- ・ドネペジル 1名
- ・レミニール 1名
- ・イクセロンパッチ 1名

私が診ている認知症患者(2)

外来患者(通院・訪問診療)

- ・ アルツハイマー型認知症 17名
- ・ レビー小体型認知症 5名
- ・ 血管性認知症 1名
- ・ 嗜銀顆粒性認知症 1名

服薬中

- ・ ドネペジル 5名
- ・ メマリー 2名
- ・ レミニール 1名
- ・ イクセロンパッチ 1名

認知症の原因疾患

神経変性疾患

- ・アルツハイマー型認知症 (AD)
- ・前頭側頭型認知症 (FTD)
- ・大脳皮質基底核変性症 (CBD)
- ・パーキンソン病 (PD)
- ・レビー小体型認知症 (DLB)
- ・嗜銀顆粒性認定症 (AGD)
- ・進行性核上性麻痺 (PSP)

血管性認知症

- ・脳梗塞
- ・脳出血

感染性疾患

- ・クロイツフェルト・ヤコブ病
- ・神経梅毒

脳外科的疾患

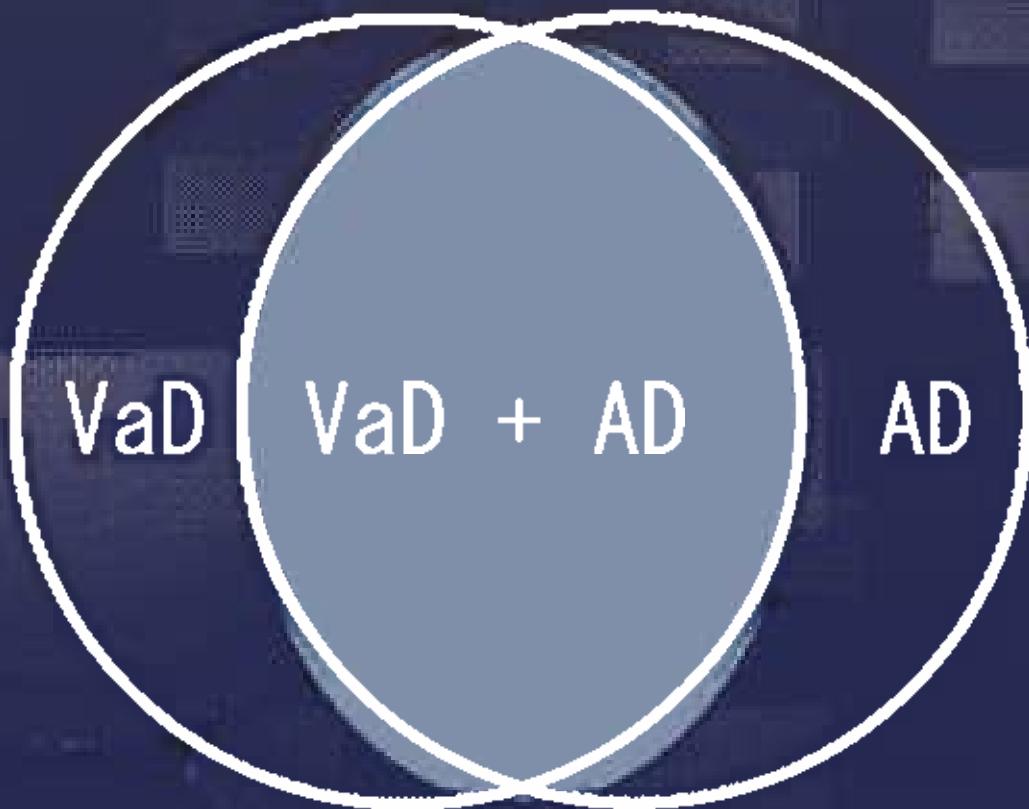
- ・脳腫瘍
- ・正常圧水頭症
- ・慢性硬膜下血腫

全身疾患に伴う認知症

- ・甲状腺機能低下症
- ・ビタミン欠乏症 (B₁, B₁₂)

その他

- ・アルコール
- ・薬剤



80歳 女性 高血圧症

- ・2年前よりも忘れ
- ・炊事がしにくくなる
- ・1日中探し物をしている

血液検査	甲状腺機能	正常
	ビタミンB ₁ , B ₁₂	正常
	糖尿病	(一)

画像診断 MRI

水頭症(ー) 慢性硬膜下血腫(ー)
腫瘍性病変(ー)
脳血管病変(ー)
両側の海馬に軽度委縮あり

初回受診時

MMSE

22点

時間の見当識 -4点
計算 -3点
遅延再生 -1点

ドネペジル 3mg ⇒ 5mg
+SSRI

6か月後

MMSE

19点

遅延再生 -3点

レミニールに変更 8mg ⇒ 16mg ⇒ 24mg

1年10か月後

MMSE

18点

遅延再生 -3点
計算 -5点

3年8か月後

MMSE

18点

遅延再生 -3点
計算 -5点

同居の夫は困ったものだと不満

少しずつ出来ることが減っているが
BPSDがなく、ADLは自立
比較的穏やかな暮らししか出来ている



抗認知症薬の効果？

娘、孫たちが絶えず顔を出して
楽しい会話をしている
出来ることはなるべくやってもらう

3年間に幻視をきたす認知症5例を経験

症例1. 85歳 女 天井裏に人が来る 蛍光灯を姪と思い食事を与えている

症例2. 80歳 女 夜、足に注射をされる 子どもが来るのでお菓子を準備

症例3. 86歳 女 部屋中に虫が入って来るのでフマキラー噴霧 掃除機で退治

症例4. 85歳 女 毎日般若心経を唱えられうるさい 誰かが外で大声を出している

症例5. 79歳 女 誰かが玄関に立っている

レビー小体型認知症の臨床診断基準 (2017)



レビー小体型認知症の臨床診断基準 チェックシート

進行性の認知機能低下により、生活に支障をきたしている方で
＊記憶障害(もの忘れ)は病初期には必ずしも起こらない場合がある

認知機能の
変動

はっきりしている時とボーッとしている時がある

錯覚

実際にそこにはない物が見えたり、いない人が
見えることがある

ハーキン
ソニスム

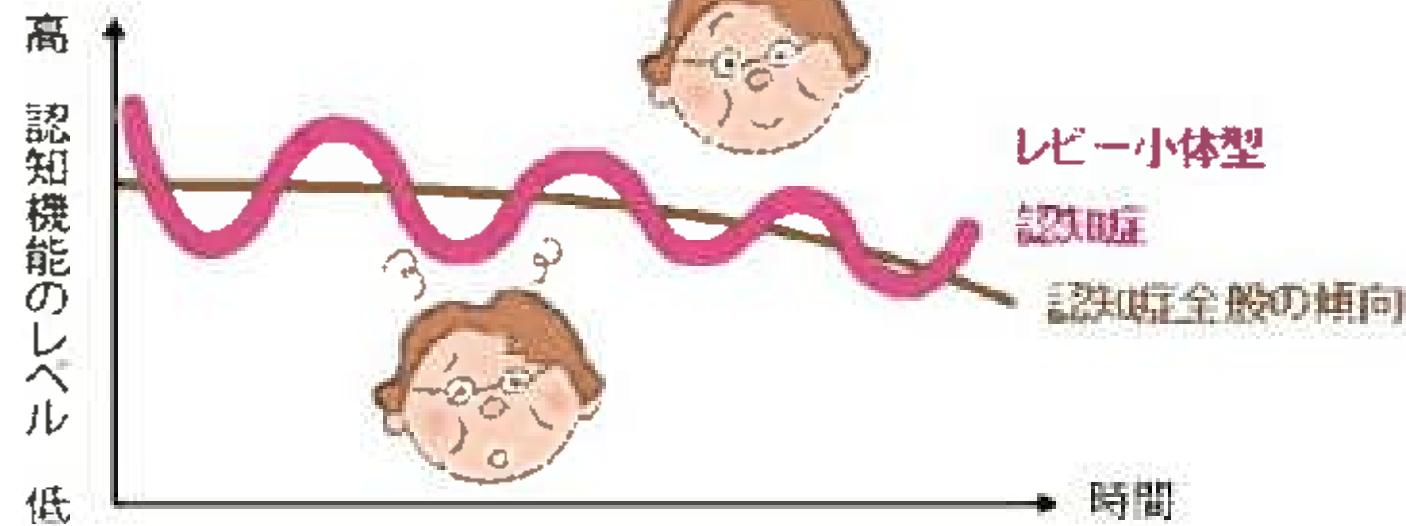
体を動かしにくい、手足がふるえる、歩きづらい
といった症状がある

REM期睡眠
行動異常

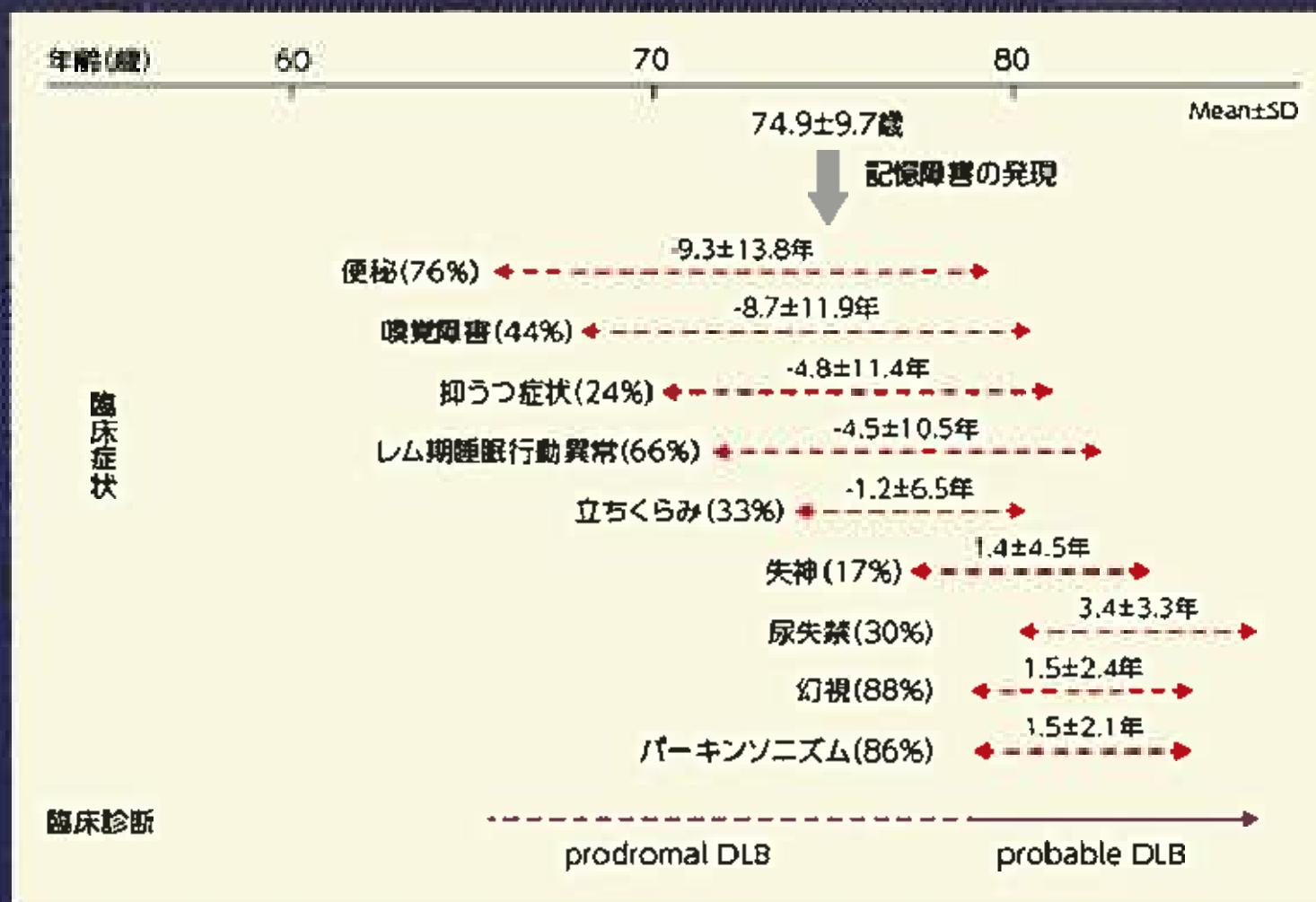
睡眠時に大きな声の寝言や異常な行動がある

2項目以上あれば Probable DLB
(ほぼ確実)

監修 横浜市立大学名誉教授 小阪惠司



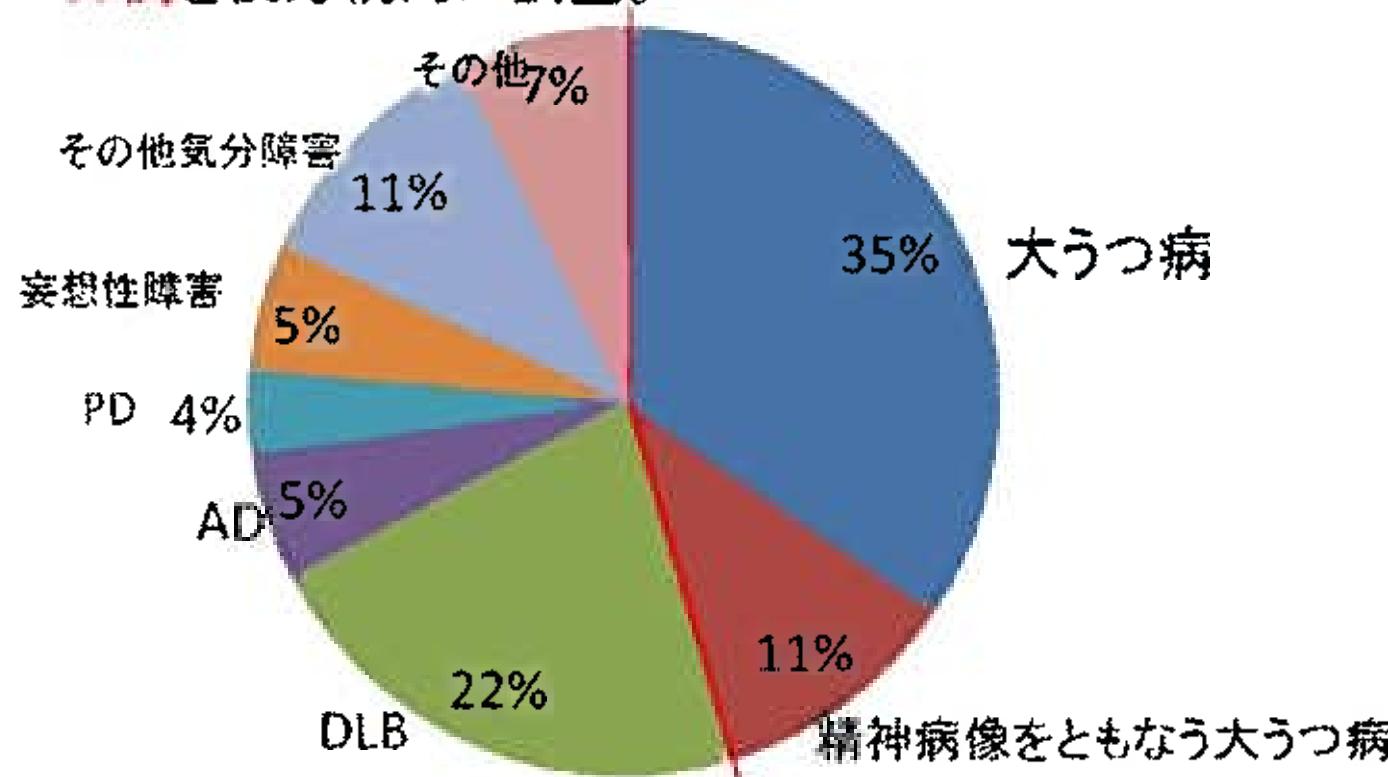
レビー小体型認知症の前駆症状



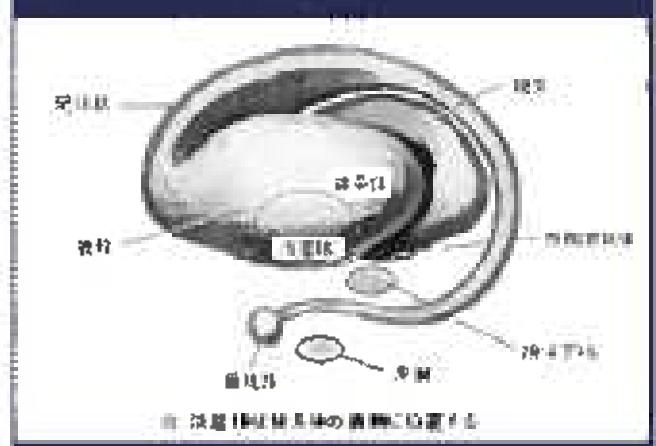
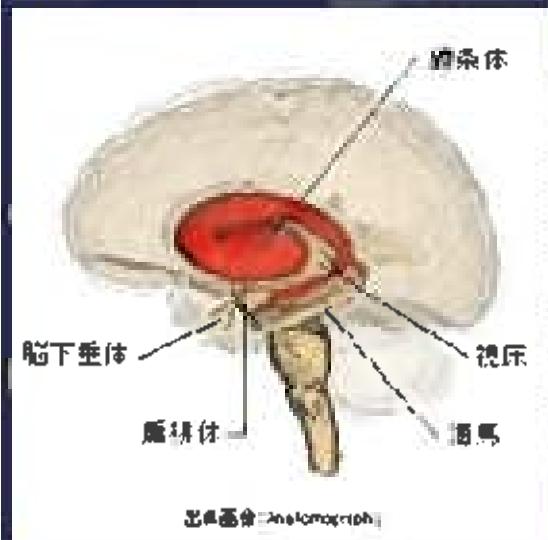
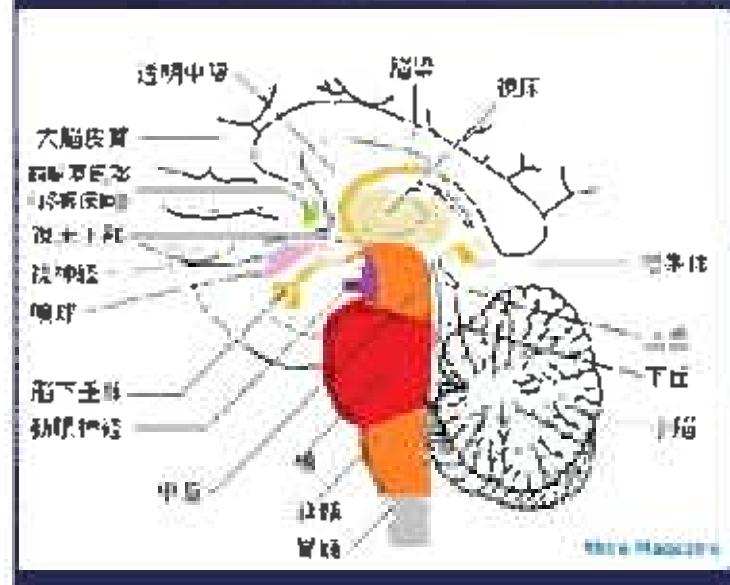
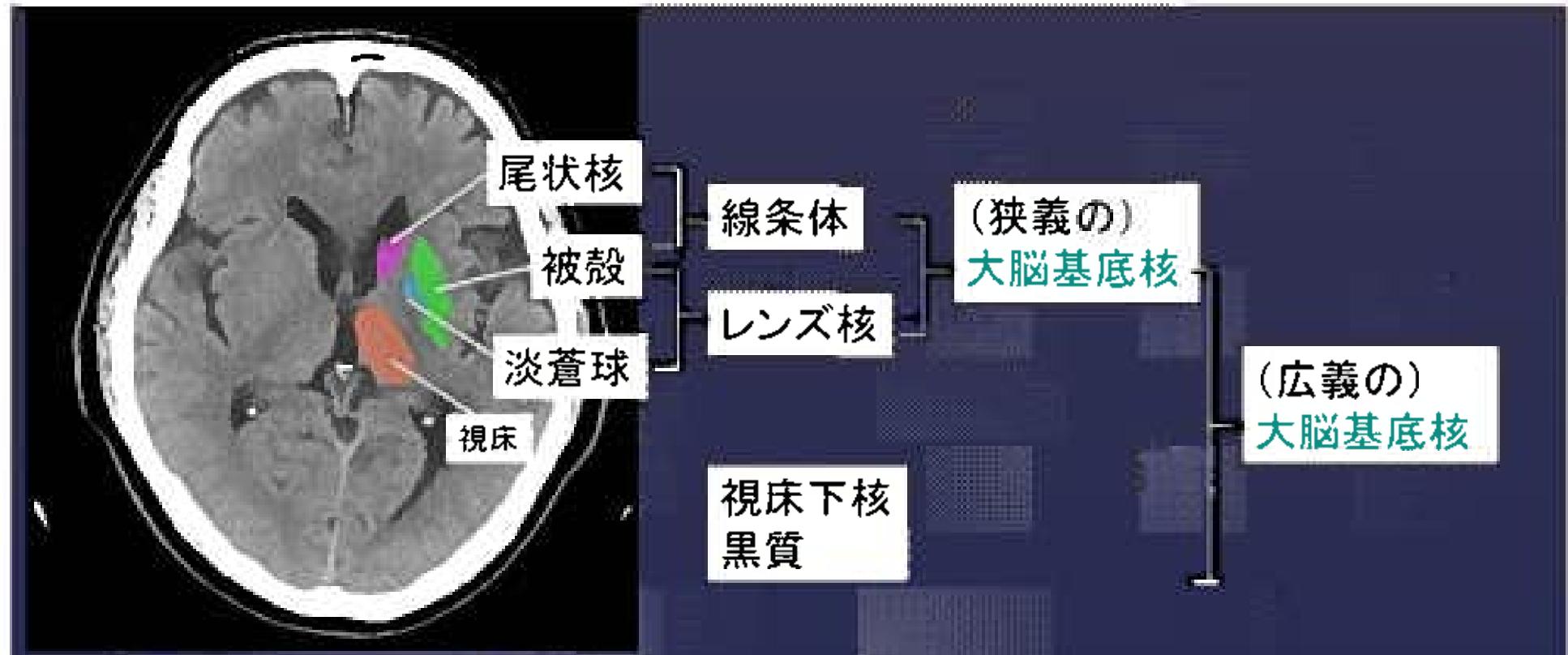
DLBと診断された症例の初期診断

・最終的にDLBと診断された50歳以上の当科入院例

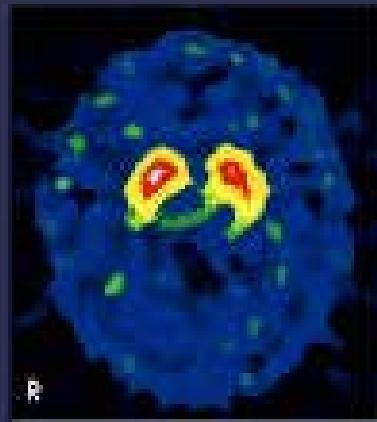
55例を後方視的に調査。



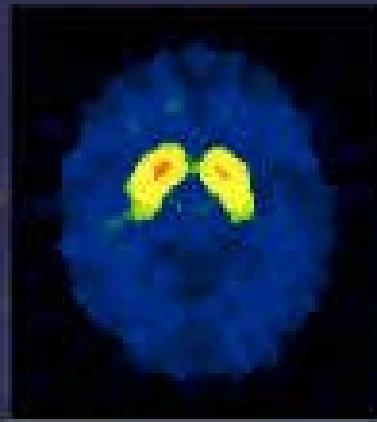
高橋昌ら 老年精神医学雑誌22(増刊)60-64, 2011



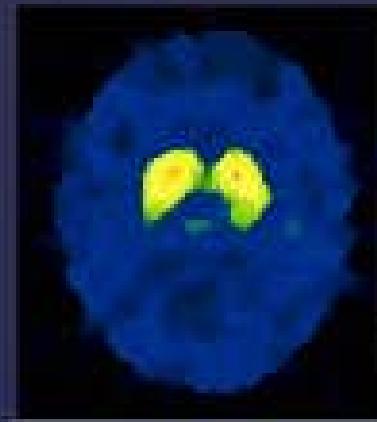
ダットスキャン



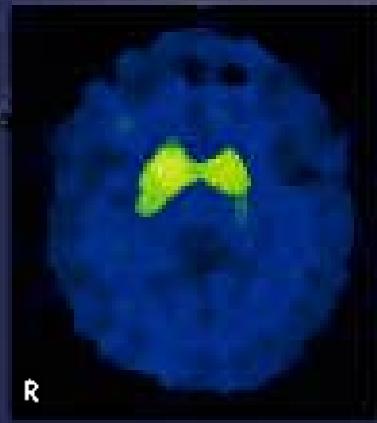
正常



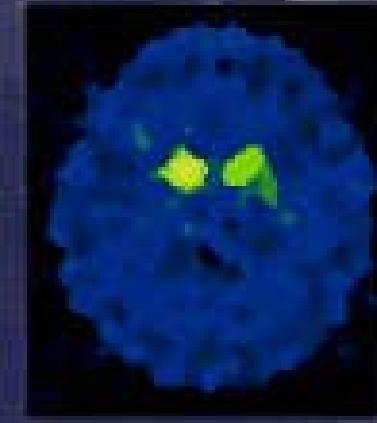
アルツハイマー型認知症



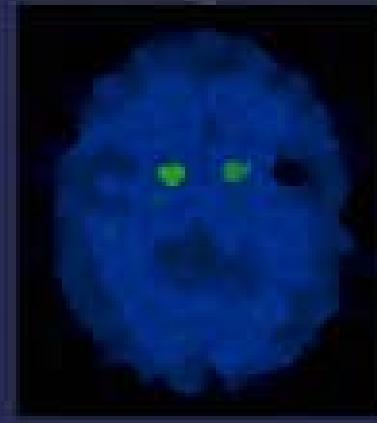
本態性振顫



パーキンソン病



レビー小体型認知症



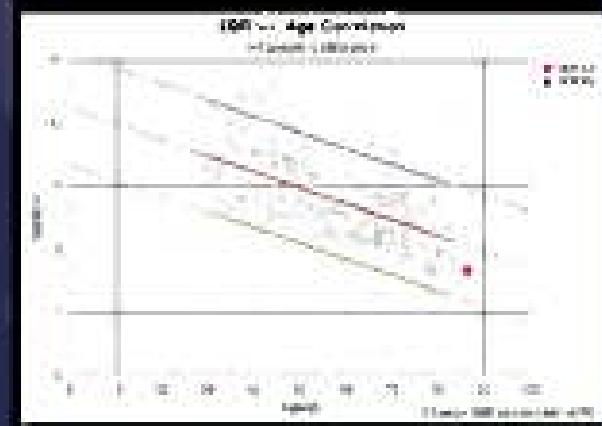
進行性核上性麻痺

87歳 女性 部屋に大量の虫が出てくる

1年前 右変形性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症、骨粗鬆症、腰椎多発圧迫骨折等で歩行不能となり施設入所当診療所より訪問診療開始

今回 誘因なく（？）部屋に小さな虫が大量に出てくる
キンチョールを噴霧するがどんどん増えてくる
大量に塩をまいた

2か月後 精神科紹介 MMSE 19点 時間・場所の見当識 -6点
パレイドリアテスト 陽性



レビー小体型認知症＋アルツハイマー型認知症

ドネペジル投与開始

3mg ⇒ 5mg ⇒ 8mg

4か月後 食思不振 嘔気 嘔吐 にて 中止

5か月後 幻視は増悪 毎日掃除機で虫を吸っている
⇒ クエチアピン投与

7か月後 ドネペジル再開 8mg + クエチアピン 35mg

8か月後 食思不振

当診療所にフォロー依頼

⇒ ドネペジル中止

クエチアピン 10mg

10か月後 抑肝散 2.5 g 追加

虫の数はやや減少？

85歳 女性 独居

- ・ 2年前に夫が亡くなつてから幻視、妄想（2階の天井裏に人が来る、主人の従妹が悪いことをする）
近所の人や警察へ連絡する、家を出た後、帰つて来れない
→ 民生委員から地域包括支援センターへ相談
- ・ 家の中はゴミ屋敷状態 物忘れ、金銭管理が難しい
医療機関受診と生活支援が必要
→ 医者嫌いで頑なに拒否され、支援が進まない

認知症初期集中支援チーム





- ・かかりつけ医と顔なじみのチーム員による自宅訪問
MMSE : 17点 (時間-5点 計算-4点 遅延再生-3点)
幻視 (+) パーキンソン症状 (-)
レビー小体型認知症の疑い
介護認定申請 ⇒ 要介護 : 2
- ・介護保険サービス利用開始
(デイサービス週3日、訪問介護、宅配弁当)
ドネペジル 3mg → 5mg

幻視 消失！！

79歳 女性 息子と2人暮らし

3年前

もの忘れ、お金の計算ができない、日時がわからない
神経内科受診 HDS-R 18点

MRI：ラクナ梗塞 側脳室周囲、深部白質病変
アルツハイマー型認知症

→ レミニール

3か月前

易怒性出現 レミニール中止 → メマリー

当診療所

幻視 (+) 調子に波 パーキンソン症状 (+)

レビー小体型認知症

→ メマリー中止

→ イクセロンパッチ4.5mg ⇒ 9mg

ドバコールL 100mg ⇒ 400mg

息子が熱心に介護 几帳面に経過をまとめる

幻視 消失！！

日付	曜日	レミニート	メモリー	イクセロ	ドハコル	算出	体重	主食	副食	平均	体温	脈搏	血圧	脈拍	DBの記録	操作	備考
19/11/01	Fri			3.25mg	300mg	DS		1.0	6.0	3.50	37.1°C	104	53	89		x	
19/11/02	Sat			3.25mg	300mg											○	
19/11/03	Sun			3.25mg	200mg											x	
19/11/04	Mon			3.25mg	200mg											○	
19/11/05	Tue			3.25mg	200mg	DS		2.0	4.0	3.00	36.8°C	94	73	96		x	
19/11/06	Wed			3.25mg	200mg											x	
19/11/07	Thu			3.25mg	200mg											○	
19/11/08	Fri			3.25mg	300mg	DS		1.0	4.0	2.50	36.9°C	122	73	115	バイオリン全量試食	○	
19/11/09	Sat			3.25mg	200mg											x	
19/11/10	Sun			3.25mg	200mg											x	
19/11/11	Mon			3.25mg	200mg											x	
19/11/12	Tue			3.25mg	200mg	DS		10.0	5.0	7.50	36.8°C	107	91	74	今後ご飯をバイオリンに変更	○	
19/11/13	Wed			3.25mg	300mg	SS		10.0	7.5	8.75						x	
19/11/14	Thu			3.25mg	200mg	SS		10.0	5.5	7.75						x	
19/11/15	Fri			3.25mg	400mg											x	すぐみ足で四時大便
19/11/16	Sat			3.25mg	400mg	DS		10.0	10.0	10.00	37.1°C	113	67	86		○	DS全量の導入
19/11/17	Sun			3.25mg	400mg											x	
19/11/18	Mon			3.25mg	400mg											x	
19/11/19	Tue			3.25mg	300mg	DS		10.0	4.0	7.00	36.8°C	121	74	88	バイオリン好みで食べる	x	
19/11/20	Wed			3.25mg	300mg											x	
19/11/21	Thu			3.25mg	300mg											○	
19/11/22	Fri			3.25mg	300mg	DS	38.4kg	10.0	5.0	7.50	36.9°C	90	70	90		x	
19/11/23	Sat			3.00mg	300mg											x	
19/11/24	Sun			3.00mg	300mg											○	
19/11/25	Mon			3.00mg	300mg											x	
19/11/26	Tue			3.00mg	300mg	DS		10.0	3.0	6.50	36.7°C	104	72	81		x	
19/11/27	Wed			3.00mg	300mg											○	
19/11/28	Thu			3.00mg	300mg											x	
19/11/29	Fri			3.00mg	300mg	DS		10.0	3.0	6.50	36.4°C	87	56	92		x	
19/11/30	Sat			3.00mg	300mg											○	

レビー小体型認知症に対する治療の原則

薬剤過敏性

常用投与量の1/10が基本

幻視に対する薬物療法

1. ドネペジル 0.5mg～0.75mg
2. リバスチグミン 2.25mg
3. クエチアピン 2mg → 4mg → 6mg
4. 抑肝散 2.5g
5. リスペリドン 0.1mg →
6. クロナゼパム 0.1mg →

ドネペジルによる副作用

- ・ 易怒性
- ・ 食欲不振 嘔吐
- ・ 高度除脈

介護施設におけるBPSD対策としての薬物療法

看護師

「先生 何とかしてください！ 介護士が困っています

○○さんが夜に奇声を発しています

○○さんがゴソゴソ起きだして来て 目が離せません

○○さんが興奮して落ち着きがありません

不穏、興奮、多動、多弁

⇒ 薬に頼らざるをえない

・ クエチアピン（セロクエル） 25mg 1錠～2錠

過鎮静に注意

糖尿病には禁忌

・ 抑肝散 5g～7.5g

・ チアブリド（グラマリール） 25mg 1錠～2錠

カンファレンスで話題に出てくる疾患

90歳 男性

9年前 A 病院 神経内科 アルツハイマー型認知症
レミニール投与開始

6年前 クリニックに紹介 レミニール継続

5年前 もの忘れ進行しB病院 神経内科紹介

HDS-R 7点 アルツハイマー型認知症

4年前 HDS-R 7点

3年前 HDS-R 6点

年前 HDS-R 7点

1年前 HDS-R 4点 レミニール継続

今回 にしまち特養入居 MMSE 7点

5年前



2年前



嗜銀顆粒性認知症 (Argyrophilic Grain Dementia／AGD)

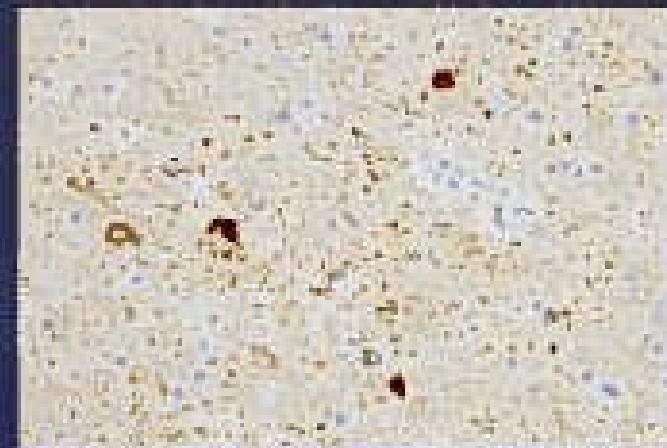
タウオパチーに分類されている変性疾患で、4リピートタウという蛋白質が、神経細胞の樹状突起に蓄積したもの

1987年、ドイツの神経病理学者ブラーク夫妻により報告

高齢で記憶障害を発症し、頑固、易怒性、被害妄想、性格変化、暴力行動などのBPSDがみられ、前頭側頭型認知症などと臨床診断されることもある

進行は比較的緩やかで、記憶障害を伴わないケースもある

海馬、扁桃体などの内側側頭葉に嗜銀顆粒が蓄積するが、特に迂回回（扁桃体-側頭葉移行部）に高頻度に蓄積し、側頭葉内側面前方部に強い萎縮がみられる。



画像検査上の特徴
脳内左右非対称の委縮が見られる



明瞭な萎縮の左右差

- ・確定診断は病理診断による
- ・アルツハイマー型認知症などと少し臨床経過が異なる
ような高齢発症の認知症をみた場合、AGDの可能性も
念頭に置きつつ、患者を診ていくのがよい
- ・アルツハイマー型認知症に有効なドネペジルなどの
コリンエステラーゼ阻害薬の効果は期待できない

最近力を入れている2症例

81歳 男性 妻と娘との3人暮らし

5か月前 妻が骨折で入院中に徘徊、物忘れ

神経内科受診

MMSE：16点 HDS-R：15点

CT：海馬萎縮、頭頂葉軽度委縮

アルツハイマー型認知症

⇒ドネペジル

当初はデイサービスに通っていたが1か月で拒否

通院拒否 1日中、布団に潜る生活

⇒レミニール ⇒ メマリー

入浴拒否、新聞・テレビ見ない

食事は布団で 指示すると怒る

認知症初期支援チームに依頼

5か月前 CT



初回往診

MMSE : 21点 (時間の見当識 : -4点 計算 : -4点)

るい痩 体重減少 10kg

アハシー うつ状態と判断

メマリー中止

→チアブリド (25mg) 2錠 → (50mg) 2錠

SSRI (セルトラリン) (25mg) 1錠 → 2錠

4か月後

トイレに行かず失禁状態 下肢筋力低下

陰嚢の爛れ

⇒ 訪問看護、訪問リハ、訪問入浴

→処方変更

・ニセルゴリン (5mg) 3錠

・人参養栄湯 7.5g

・チアブリド10% 0.1g

2週間後

訪問入浴に気持ちよさそうに入る

散髪をする

食卓に出てくる 食欲旺盛

トイレに行く

食欲不振が改善
アパシーが改善

人参養栄湯の効果？
ニセルゴリンの効果？

他者とのコミュニケーション？

70歳 男性 妻と2人暮らし

26年前 脳梗塞

2年前 うつ状態

1年前 胸椎圧迫骨折

通所リハビリテーション

当診療所初診

MMSE：18点 （時間の見当識：-5点 遅延再生：-3点）

MRI：海馬萎縮、頭頂葉軽度委縮

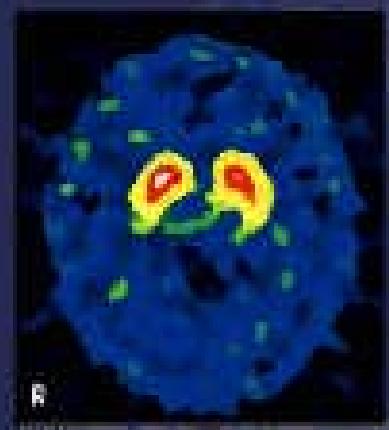
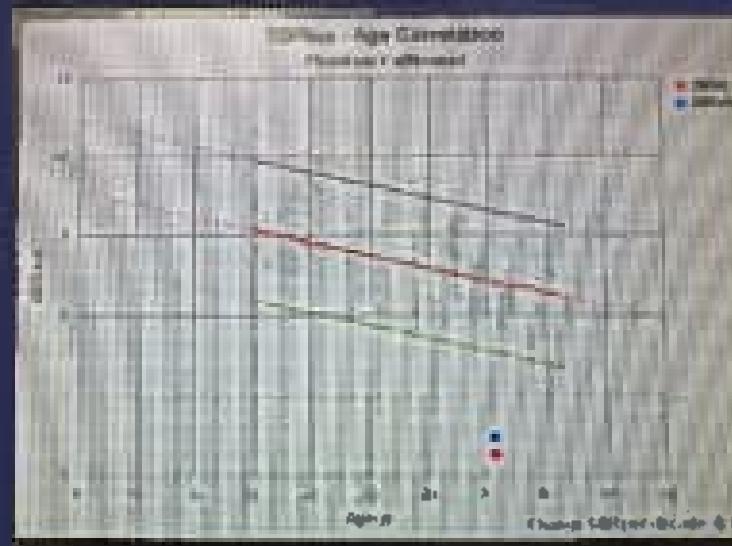
アルツハイマー型認知症と診断

→ドネペジル SSRI



6か月後

動作緩慢、摺り足歩行、左手静止時振顫、筋強剛出現
⇒ 神経内科にダットスキャンを依頼



正常

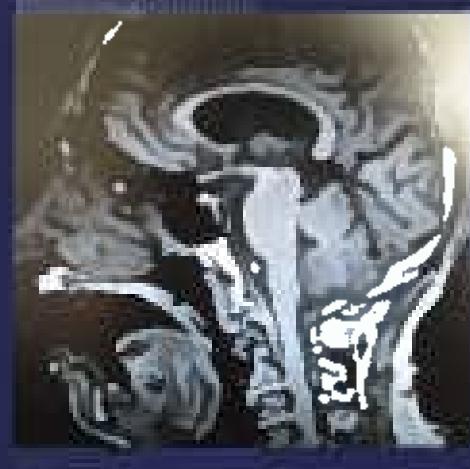
ダットの取り込み低下をきたす疾患の鑑別

DLB 幻視（-） RBD（-）

CBD 左側頭葉の委縮（+）以前の脳梗塞の部位に一致
他人の手兆候（-）

PSP 眼球運動障害（-）ハチドリサイン（-）易転倒（-）

MSA 脳幹委縮（-）小脳委縮（-）



⇒ パーキンソン病を疑われ、リードバ開始となる

かかりつけ医（認知症非専門医）の役割

- ・在宅には診察室ではわからないことが沢山ある
- ・認知症の人およびその家族の身近にいる
その強みを生かしてフットワーク良く対応する
- ・少しでも良くなつたと実感してもらえる工夫をする

認知症専門医の役割

- ・認知症の早期診断
- ・認知症の鑑別診断
- ・認知症非専門医がギブアップしたBPSDへの対応

地域包括ケアを推進する
にしまち幸朋苑



ご清聴ありがとうございました

認知症非専門医が認知症を診る ～経験から学ぶ～

にしまち幸朋苑
にしまち診療所 悠々
岸 清志

2021.1.8(金)
鳥取県東部医師会認知症研究会
鳥取県東部医師会館

にしまち幸朋苑

<施設>

- ・介護老人福祉施設（特養） 30 室
- ・ショートステイ 10 室

<通所>

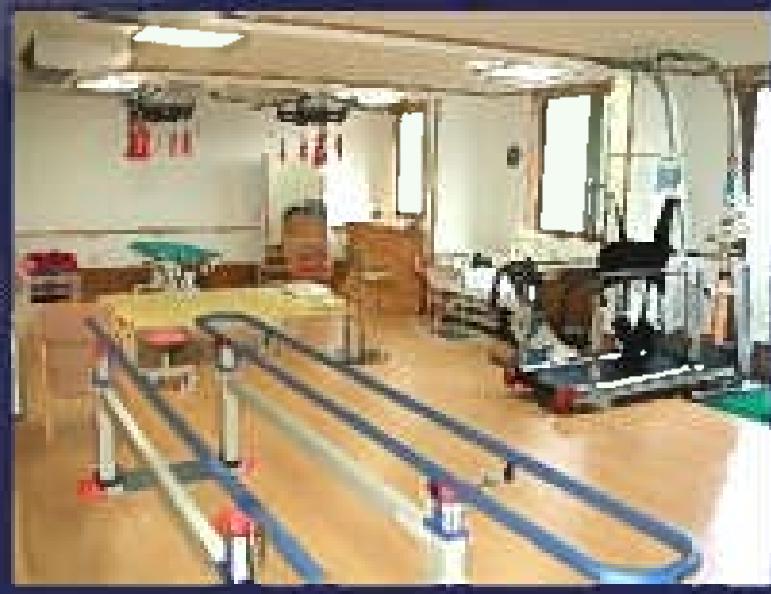
- ・短時間通所リハビリテーション 40人

<訪問>

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション

<診療所 >

- ・在宅療養支援診療所



私と認知症の関わり

1974. 4～2012. 3
(38年間)

消化器外科医として臨床に従事
認知症をほとんど意識せず

2012. 7

社会福祉法人にしまち幸朋苑
(医療と介護の複合施設)

にしまち診療所悠久に勤務
特養入居者の多くは認知症
認知症の理解が必須

2012. 10

認知症短期集中リハビリテーション研修（厚労省）

2012. 12

認知症サポート医養成研修（厚労省）

2013～2018

認知症診療の実践セミナー（日本老年医学会）

2017. 9

鳥取市認知症初期集中支援チーム員

2019. 2

鳥取県東部医師会認知症研究会 世話人

認知症疾医療センター 渡辺病院の存在



渡辺病院



にしまち幸朋苑



認知症の原因疾患

神経変性疾患

- ・アルツハイマー型認知症 (AD)
- ・前頭側頭型認知症 (FTD)
- ・大脳皮質基底核変性症 (CBD)
- ・パーキンソン病 (PD)
- ・レビー小体型認知症 (DLB)
- ・嗜銀顆粒性認定症 (AGD)
- ・進行性核上性麻痺 (PSP)

血管性認知症

- ・脳梗塞
- ・脳出血

感染性疾患

- ・クロイツフェルト・ヤコブ病
- ・神経梅毒

脳外科的疾患

- ・脳腫瘍
- ・正常圧水頭症
- ・慢性硬膜下血腫

全身疾患に伴う認知症

- ・甲状腺機能低下症
- ・ビタミン欠乏症 (B₁, B₁₂)

その他

- ・アルコール
- ・薬剤

今日紹介する事例

1. 家族の支えが重要
2. 家庭に入り込んでこそわかる現実
3. 認知症とてんかん
4. 幻視対策 薬より環境整備
5. 認知症は難しい

80歳代 女性 夫と2人暮らし

高血圧症、脂質異常症で近医通院服薬中

-2年頃

- ・薬の飲み忘れ
- ・炊事がしにくくなる
- ・1日中探し物をしている

当診療所初診

2か月前から診療所近くの長女宅に身を寄せている
薬がなくなったので処方希望 3日前から飲んでいない
認知症の検査希望

血圧 189/90

症状から典型的なアルツハイマー型認知症と診断
専門医療機関を受診するほどでもないと判断

血液検査

- ・甲状腺機能 正常
- ・ビタミンB₁,B₁₂ 正常
- ・糖尿病 (一)

MRI



脳血管病変(一)

両側海馬に軽度委縮

VSRAD Zスコア 1.24

水頭症(一)

慢性硬膜下血腫(一)

腫瘍性病変(一)

初診時

MMSE

22点

時間の見当識 -4点
計算 -3点
遅延再生 -1点

ドネペジル 3mg ⇒ 5mg
+SSRI

6か月

MMSE

19点

遅延再生 -3点
レミニールに変更 8mg ⇒ 16mg ⇒ 24mg

1年10か月

MMSE

18点

遅延再生 -3点
計算 -5点

3年 8か月

MMSE

18点

遅延再生 -3点
計算 -5点

4年10か月

MMSE

18点

遅延再生 -3点
計算 -4点

同居の夫は困ったものだと不満

少しづつ出来ることが減っているが
BPSDがなく、ADLは自立
比較的穏やかな暮らしが出来ている



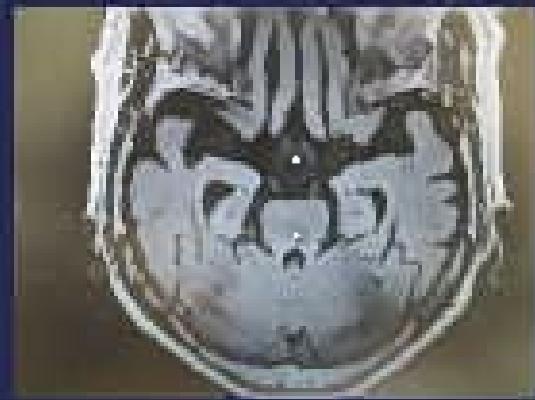
抗認知症薬の効果？

娘、孫たちが絶えず顔を出して
楽しい会話をしている
出来ることはなるべくやってもらう

70歳代 女性 夫と2人暮らし

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、骨粗鬆症等で通院服薬中

-2年 6か月 物忘れ進行 神経内科専門医受診 MMSE:20点



MRI 血流シンチ

- ・両側基底核に陳旧性ラクナ梗塞
- ・慢性虚血性変化
- ・側頭葉内側の委縮 右側優位
- ・前頭葉、頭頂葉、側頭葉の血流低下



アルツハイマー型認知症
前頭側頭型認知症
血管性認知症



ドネペジル
シロスタゾール

-1年 3か月 夫に攻撃的となり噛みつく、包丁を振り回す
メマリー
-1年 2か月 抑肝散
-1年 1か月 ドネペジル中止
-1年 0か月 専門医療機関紹介 ⇒ バルプロ酸ナトリウム
⇒ 暴言・暴力やや軽減

-6か月 通院せず 夫が薬だけもらう
-2か月 別の専門医療機関受診 アルツハイマー型認知症
MMSE:17点

当診療所 往診初診 80/53 85/分 36.6°C
46kg (-8kg/2か月)

- ・会話可能 意思の疎通良好
- ・トイレ以外は布団に寝ている
- ・ほとんど食事をしない プロテインゼリーのみ
- ・服を着替えない
- ・風呂に入らない

入院を勧めたが拒否

血液検査

赤血球	323	BUN	91.6	血糖	216
Hb	9.2	Cr	6.03	HbA1c	6.0
白血球	5400	eGFR	5.7		
血小板	22.3			尿酸	8.6
		BNP	18.2	亜鉛	83
Na	135				
K	4.6	GOT	12		
Cl	101	GPT	7		
Ca	12.3	Alb	3.2		
P	2.7				
Mg	1.1	TSH	1.55		
Fe	56	F-T3	1.4		
フェリチン	199	F-T4	1.27		

前医処方

～2か月前

1か月前

・メマリー(20mg)	1錠	1×朝食後	中止
・リスペリドンOD(1mg)	1錠	1×朝食後	中止
・バルプロ酸ナトリウム(100mg)	2錠	2×朝・夕食後	中止
・抑肝散	7.5g	3×毎食前	中止
・シロスタゾールOD(100mg)	2錠	2×朝・夕食後	⇒
・ラベプラゾールNa(10mg)	1錠	1×朝食後	⇒
・カムシア配合錠LD	1錠	1×朝食後	⇒ 繼続
・ロスバスタチンOD(5mg)	1錠	1×朝食後	⇒
・フェブリク(10mg)	1錠	1×朝食後	⇒
・テネリア(20mg)	1錠	1×朝食後	⇒
・エディロール(0.75μg)	1C	1×朝食後	⇒

脱水に対し補液

15日間

訪問看護 訪問リハ 導入

前医処方全ていったん中止

高カルシウム血症に対し処方

・人参養栄湯

・ニセルゴリン

当初 プロテインゼリーのみ3本

⇒ エンシュアHは喜んで飲むが食事は全くしない

1か月 初めてシャワー浴

2か月 エンシュアH 3缶 食事しない

3か月 デイサービス利用開始 週3回 51kg (+5kg)

4か月 MMSE: 18点 (時間:-4点 計算:-4点 遅延再生:-3点)

食欲良好

5か月 外来通院へ

・アムロジピン

・メマリー

・チアブリド

認知症に対する無診察処方は危ない！！

70歳代 女性

40歳時

髄膜腫を指摘 経過観察

-2年 アルツハイマー型認知症
レミニール ⇒ ドネペジル

在宅独居生活困難 軽費老人ホーム入所

当診療所 訪問診療開始 MMSE 25点
(要介護：1)

2年 8か月 MMSE 19点

3年 5か月 MMSE 14点

3年 9か月 グループホーム入所

5年 4か月 MMSE 15点

5年 9か月 (要介護：3)

5年 11か月 左下肢痛 歩行困難 病院紹介 原因不明
NSAIDs 処方

6年 0か月 下肢痛消失 MMSE 8点

6年 3か月 再び下肢痛 歩行不能
NSAIDs 処方
時々、短時間の意識消失

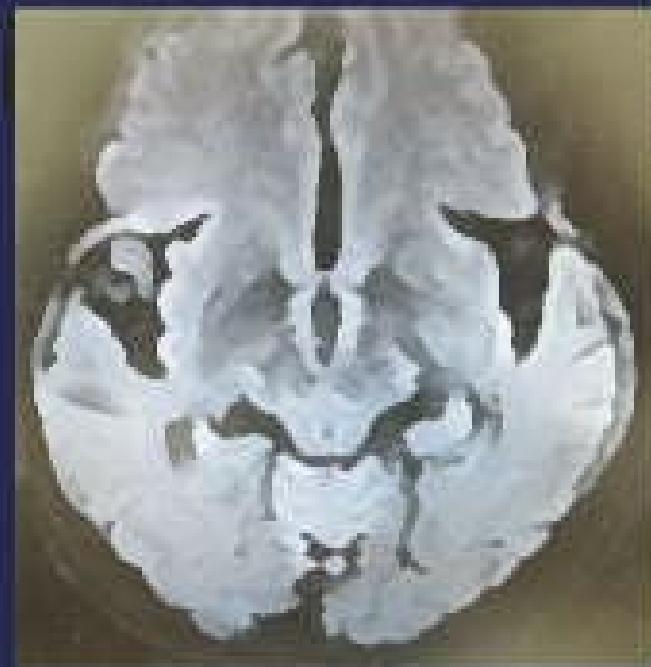
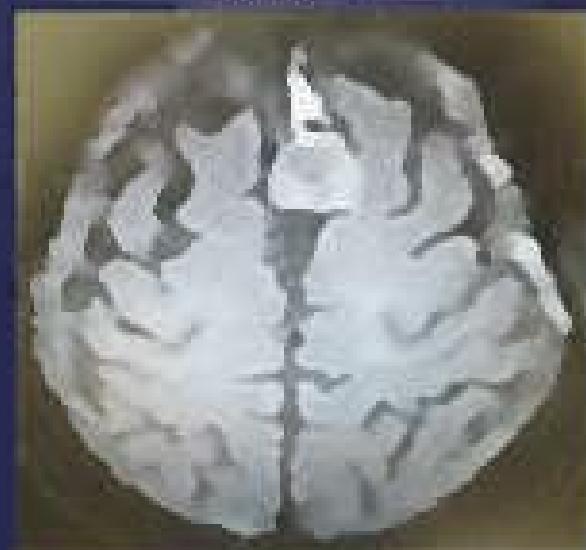
⇒てんかん発作を疑い カルバマゼピン投与開始
2週間で下肢痛消失し歩行可 意識消失なし

6年 4か月 神経内科紹介 MRI・脳波

脳波

アルツハイマー型認知症が原因と考えられる徐波化
散在性に発作波と考えられる鋭波がみられる

非けいれん性てんかん



認知症とてんかん

1. 認知症は、てんかんのリスクが6倍高い
2. アルツハイマー型認知症ではA β の蓄積により海馬がてんかん発作の焦点となりうる
3. 発作の症状は非けいれん性が多く、軽微かつ多彩
4. アセチルコリンエステラーゼ阻害剤は、てんかん発症の閾値をさげる
5. カルバマゼピンは薬物相互作用が多く注意が必要
欠神発作には無効
6. バルプロ酸は認知機能への影響が少なく、けいれん発作に有効

3年間に幻視をきたす認知症5例を経験

症例1. 80歳代 女 天井裏に人が来る 蛍光灯を姪と思い食事を与えている

症例2. 80歳代 女 夜、足に注射をされる 子どもが來るのでお菓子を準備

症例3. 80歳代 女 部屋中に虫が入って來るのでフマキラー噴霧 掃除機で退治

症例4. 80歳代 女 毎日般若心経を唱えられうるさい 誰かが外で大声を出している

症例5. 70歳代 女 誰かが玄関に立っている

80歳代 女性 独居

2年前に夫が亡くなつてから幻視、妄想（2階の天井裏に人が来る、主人の従妹が悪いことをする）
近所の人や警察へ連絡する、家を出た後、帰つて来られない
→ 民生委員から地域包括支援センターへ相談

家の中はゴミ屋敷状態 物忘れ、金銭管理が難しい
→ 医療機関受診と生活支援が必要
→ 医者嫌いで頑なに拒否され、支援が進まない

認知症初期集中支援チーム



当診療所にかかりつけ医依頼





顔なじみのチーム員と一緒に自宅訪問

MMSE:17点(時間-5点 計算-4点 遅延再生-3点)

幻視(+) パーキンソン症状(-)

レビー小体型認知症？アルツハイマー型認知症？

介護認定申請 ⇒ 要介護:2

・介護保険サービス利用開始

(訪問介護、宅配弁当、デイサービス週3日)

ドネペジル 3mg→5mg →10mg 4か月後には服薬拒否

幻視 消失！！

幻視消失は
デイサービス利用で入浴、食事など
生活リズムができたことと関係がありそう

70歳代 男性 妻と2人暮らし

- 26年 脳梗塞
- 2年 うつ状態 専門医受診 MMSE：21点
⇒ 混合型認知症
レミニールを勧められたが拒否
- 1年 胸椎圧迫骨折
⇒ 通所リハビリテーション

当診療所初診

MMSE：18点（時間の見当識：-4点 遅延再生：-3点
計算：-3点）



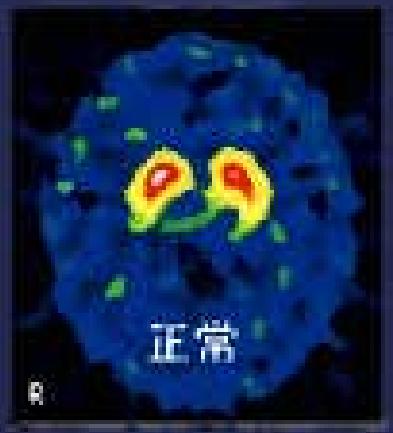
アルツハイマー型認知症
→ドネペジル
デュロキセチン

5か月

MMSE : 22点 (時間の見当識 -1点 遅延再生 -1点)

パーキンソン症状出現

動作緩慢、摺り足歩行、左手静止時振顫、筋強剛
⇒ 神経内科紹介



ダットの取り込み低下をきたす疾患の鑑別

DLB 幻視（-） RBD（-）

CBD 左側頭葉の委縮（+）以前の脳梗塞の部位に一致
他人の手兆候（-）

PSP 眼球運動障害（-）ハチドリサイン（-）易転倒（-）

MSA 脳幹委縮（-）小脳委縮（-）



パーキンソン病 | ドバード開始

9か月

MMSE : 18点 (時間の見当識 -4点 遅延再生 -3点)

動作緩慢持続 左手静止時振戦軽減

食欲良好 体重増加

・ドネベジル 3mg

・ドバコールL 100mg

・サインバルタ 40mg

1年1か月

・ドネベジル 5mg

・ドバコールL 200mg

・サインバルタ 60mg

1年6か月

MMSE : 22点 (時間の見当識 -2点 遅延再生 -1点)

食欲良好

箸がうまく持てない

寝ていて大声を出す

・ドバコールL 300mg

幻覚（誰かが来ていた）

レビー小体型認知症？

かかりつけ医(認知症非専門医)の役割

- ・在宅には診察室ではわからないことが沢山ある
認知症の人およびその家族の身边にいる
その強みを生かしてフットワーク良く対応する
- ・少しでも良くなつたと実感してもらえる工夫をする

認知症専門医の役割

- ・認知症の早期診断・鑑別診断
- ・認知症非専門医がギブアップしたBPSDへの対応
- ・かかりつけ医との連携

地域包括ケアを推進する
にしまち幸朋苑



ご清聴ありがとうございました