

ケアマネ かわら版

2012年
4月号

Vol.37

松江市地域介護支援専門協会

事務所：〒690-0012
松江市古志原7-4-14
あおぞら介護センター内
TEL (0852) 20-2123
FAX (0852) 20-2122
E-mail: akapera-j@made.ne.jp

燃え尽きないために ～みんなで力をあわせよう～

松江地域介護支援専門員協会

副会長 角 知子

この「ケアマネかわら版」が発行される4月終わりには、介護保険報酬改定、人事異動、ご家族のことなどが少し落ち着き、少しほっとされたり、お疲れが出ている時ではないでしょうか（この原稿を書いているのは集団指導当日で、頭が動かない状況です）

平成22年度から、松江市介護保険課、ケアマネ協会、包括の共催で2か月に1回「松江市事例検討会」が開催されていますが、そこに出していただく事例からは、独居、認知症、ご家族の問題等、ケアマネさんの悩みはさまざまで、日々奔走されているお姿が浮かび上がります。日々の業務に追われる私たちですが、自分自身の仕事をふりかえったり、他のケアマネさんから助言をもらうことで明日からどんな支援ができるかを考えた

り、私たちの仕事の意味を改めて考える機会もあって必要なだと会のたびに思います。

私たちの仕事は自分自身が元気でないといい面接もできません。自分にあった気分転換の方法を考えることも必要ですが、一人で抱え込まずに相談できる場があること、そして自分自身の援助技術を高めていくことで、燃え尽きずに元気に仕事をしていくことができれば、利用者の方の利益にもつながると思います。

稲田会長が以前「仕事を楽しむ、人を楽しませる、人生を楽しむ」ということを言っておられました。松江地域のケアマネさんたちが、そんな気持ちを持っていただけよう協会は今年度も活動をしていきます。ひきつづき会員の皆様のお力添えをお願い致します。



らくらくタイコー

福祉用具レンタル・販売・住宅改修・
セーフティホーム 24

松江市北田町 63 番地 4

TEL0852-22-3553 FAX0852-22-3555

福祉機器販売・レンタル

WEED

株式
会社

ウィードメディカル

島根県松江市嫁島町 10-7

☎ 0852-60-2661 FAX 0852-60-2664

介護保険改正に向けて地域と 利用者のために私たちが出来ること

制度調査部

今回の制度改正では今後の地域包括ケアに向けて取り組んでいくことが検討されました。

①ケアプラン・ケアマネジメントの質の向上や状態改善に向けての具体的な評価

- 利用者の状況に応じてサービスを利用していき本来の姿、一日でも長く在宅生活が継続できどんな状態になっても同じところで見ていく事が出来る
- アセスメントを通じて今後どうなっていくのか予測して評価していく必要がありケアマネジャーとして今何をすべきか予測し、出来るだけ利用者や家族に分りやすく説明する
- ケアプランがワンパターンになっていないか自己評価する
訪問調査74項目を一つずつ見て評価していくことで活気のあるケアプランにする
自立に向かって改善していることが理解できるプラン
- 専門職としてサービスの提供から評価・アドバイスの役割をはたすためにも現状を説明して何処がよくなったかを利用者・家族に伝える

- 在宅、入院中に関わらず専門職との自宅同行訪問の場合など専門職としてみた記録の作成などの評価が厳しくなっていく

②医療との連携やリハビリ専門職と介護の連携、リハビリ効果の評価

- 通所サービスを利用する目的は通所介護も通所リハビリも手段が違うだけ
- リハビリは利用者の状態に応じてどの職種（PT・OT・ST）が必要か
場合によっては月に1回の評価だけでもよいのかなど目的をはっきりさせること
- 継続して提供するか短期集中で提供するかの意味を明確化してケアマネとして必要性に応じて専門職が評価することを調整していくこと

③認知症にふさわしいサービスと悪化予防へのサービス提供のあり方

- ④高齢者向け住宅などでのサービス提供のあり方等々次の改正までの間に取り組む方向が示されケアマネジャーとして努力をしていく必要が在ります。

24年度改正の概要

- 居宅介護支援事業所
サービス担当者会議やモニタリングの適切な実施
医療連携、退院・退所加算の要件や評価の見直し
在宅緊急時カンファレンスへの参加
多職種協働、医療職と連携評価
包括支援センターからの委託制限廃止
- 訪問介護
生活援助の時間見直し

訪問リハビリとの同行訪問、協働してサービス計画書を作成評価

身体介護の短時間創設（サービス担当者会議でのアセスメント義務づけ）

- 訪問看護
短時間、頻回の訪問強化
退院後に向けて円滑なサービス提供に向け入院中の計画策定、退院後初回訪問の評価

福祉用具・介護用品の店
有限会社



げんき堂

本店 〒692-0011 安来市安来町 1083
☎0852-22-3652 FAX 0852-22-4222
松江店 〒690-0012 松江市古志原3-7-31
☎0852-28-6041 FAX 0852-28-6045

有限会社 く に び き ケ ア サービス

〒692-0007
島根県安来市荒島町 1732 番地 6
電話番号 0854-28-9898
FAX番号 0854-28-9588

福祉用具の貸与、販売、高齢者、障害者向け住宅改修、
どんなことでもお気軽にご相談下さい。

ターミナルケアの算定要件の緩和など

●訪問リハビリ

かかりつけ医の情報提供は初回のみ必須、診察から3ヶ月以内の指示

訪問介護事業所との連携加算は3ヶ月に1回同行訪問して協働で訪問介護計画書を作成すると訪問リハビリと訪問介護事業所両方に加算設定

急性増悪の場合入院しなくて済むように、FIMが5点以上悪化した場合6ヶ月に1回14日間（1日4単位）は医療保険からの訪問リハビリの提供が可能

●通所リハビリ

月に4回以上の通所利用が可能となるが4月から新規利用開始の場合利用開始から1月以内に居宅を訪問して適切なリハ計画を作成する必要がある

リハビリ専門職として訓練の提供から評価・アドバイスの役割をはたすためには現状を説明して何処がよくなったかを利用者・家族に伝える

利用者のやむを得ない事情で長時間利用が困難な場合はいずれ長時間に結びつけるなど柔軟な対応は可能であるが、計画的な短時間設定は不可

医療が必要な重度在宅利用者への加算

短時間利用でなく、要介護4か5で医療管理が必要な場合に必要条件をクリア出来る事

●通所介護

機能訓練に専門職を配置しているがリハビリ担当者としての役割を明確にする

サービス提供時間の見直し

明日から役に立つかもしれない心理学 どうしてエレベーターにのったら上の階数をみるのかという...

足立 新之介

人は無意識のうちに相手との親密度に応じて自分との接近を許す心理的距離を使い分けています。その距離について...

1、密接距離：0～45cm

身体に容易にふれることができる距離。家族や恋人等、親しい関係の人以外がこの距離に近づくと不快感が生じます。

2、個人距離：45～120cm

2人がお互いに手を伸ばせば相手に届く距離。友人等との個人的な会話でとられやすい距離です。

3、社会距離：120～360cm

身体にふれることができない距離。あらたまった場や仕事のうえで上司と接する時にとる距離です。

4、公衆距離：360cm以上

講演会や公式な場での対面の時にとられる距離です。というように使い分けています。

エレベーターの狭いスペースでは、人が多いとどうしても密接距離に他人が入ってきます。その不快感を他のものに集中することで緩和させているのです。距離感は大切ですね。

「高次脳機能障害の理解とケアマネジメント」の研修会に参加して

JAくにびき介護相談センター 菅田 聡美

平成23年11月から介護支援専門員として働くことになり、松江地域介護支援専門員協会の研修会に初めて参加することになりました。

高次脳機能障害という言葉は知っていますが、自分の中で分からない部分が多く、少し難しそうだなと思い緊張しながら誘われるがままに、いきいきプラザに向かいました。いきいきプラザに着き会議室に入るとグループに分けられていて、また緊張...

そんな緊張の中、エスポアル出雲クリニックの新藤優子先生の話が始まりました。

まず始めに出てきた言葉は、高次脳機能障害はかわり方やりハビリによって良くなっていく障害だということでした。

だからこそ、高次脳機能障害をしっかりと理解することが大切なのだと思います。

高次脳機能障害の症状はひとつではなく、いろいろな症状が重ねあっていて症状を聞いていくと、認知症の症状と似ている部分がありました。

高次脳機能障害の中でも、失語症・失認症・失行症などはビデオがあったので、とても分かりやすかったです。

1度聞いただけでは、なかなか理解が難しい部分もあったので、もっとゆっくり聞いてみたいと思いました。

またこのような機会があれば参加したいと思います。



できるだけ長く在宅生活を維持していくために ～私たちケアマネジャーができること～

社会福祉法人ふれあい

本庄居宅介護支援センター 松本 憲一

今回の講義のテーマは「できるだけ長く在宅生活を維持していくために」という事でした。講師の米田先生の講義内容を総括すると、現在県内における特養入所待機者の増加を防ぐ為、在宅ケアマネジメントにおける転倒予防を強化することで要介護認定者の増加・要介護度のUPを防ごうというものでした。

住み慣れた環境における、尊厳ある生活の継続、自己決定、行政とケアマネが一体化してのケアマネジメントの実現は、我々ケアマネとしての理想形と感じました。しかし、今回テーマとしている「できるだけ長く在宅生活を維持していくために」は言い換えれば「施設入所をできるだけ遅らせるために」ともとれました。高齢者の行く末は施設であるが、その施設の数に限られる。さらに財源を圧迫する特養施設の県内増設は避けたい。であれば、可能な限り在宅生活を継続して欲しい。これが、国・地方行政の本音であると改めて実感しました。

そもそも2足歩行の人間に老化現象が起きれば、転倒は免れない事実であり、病院・施設・在宅で働く医療・福祉従事者の方達の転倒に対する過剰な反応に、私自身ウンザリする事がしばしばあります。高齢者自身が歩きたいと思い、歩く。そして結果として転ぶことはある。

その結果、身体機能は低下する事はあるかもしれないが、本人が望んだ行動の結果であり、その本人の「歩きたい」という気持ちまで制御する事自体、高齢者の尊厳を損なう行為に思えます。身体が動けなくなったからといって、前時代的な国民に背番号を付けるような要介護認定を受けさせられ、その日から名前では呼ばれなくなり、要介護4の人、5の人と呼ばれる事自体人権侵害も甚だしいと実感します。ケアマネジャーとして関わるのであれば、転んでもダメージが少なく済む環境の考案、安全に歩行できる福祉用具の選定、リハビリをはじめとした介護保険サービスの紹介が望まれる事でしょう。ただ、転

倒予防を主眼とした画一的なケアプランを作成するのではなく、安全に暮らせる環境を整備した上で、自分らしく暮らせる、ライフスタイルが保てる「活かしたケアプラン」の作成が望まれると思います。

閉じこもり→活動量低下→廃用症候群→

全身機能低下→寝たきり→在宅生活困難

上記のようなパターンの段階をたどらない為に、ケアマネジャーができる事は何か？グループワークで様々な意見を聞ける事ができ、とても参考になりました。

研修の狙いとしては、早期の段階でケアマネジャーが介入する事で高齢者の身体能力の低下、慢性疾患の重度化を防ぎ、特養待機者を減らしたいところでしょうが、我々現場のケアマネジャーは常に在宅看取りも頭の隅に置いており、どのような段階であろうと在宅介護の継続は可能であると考えます。その為に本人・家族がもっている「力」を引き出し、支援する為にあらゆる社会資源をネットワークで結ぶ事ができる事がケアマネジャーの力量と言えるでしょう。またケアマネジャー自身も優良な社会資源の1つになるべきと感じました。



編集後記

平成24年度介護保険改定がやっと決まり、ご利用者やサービス事業者等との調整などで慌ただしい日々をお過ごしのことと思います。東日本大震災も1年が過ぎ、まだまだ不安が大きい中、懸命に前を向いて生きている方々から学ぶところが多く、人間の力強さを実感します。松江市も以前洪水や津波等の災害があったとご利用者から伺うことがあり、背景と共に地域のつながりに活かせるよう努めたく思います。