

ケアマネの部屋

発行日：平成 21 年 3 月 31 日 (No. 4)

発行元：浜松市介護支援専門員連絡協議会

E-Mail : hamamatu-kaigo-me@freeml.com

会 長 挨拶



会長 岡崎 博

倫理綱領の再確認！

平成12年、介護保険が始まった当初は制度そのものに対する理解も乏しく、またケアマネへの理解も充分なものではありませんでした。最初が肝心と言うことで、静岡県介護支援専門員連絡協議会として、8項目に渡る倫理綱領を作成しました。殆どのケアマネが倫理綱領に沿った行動を取っていただき、利用者、家族から充分に信頼され、信用されているところです。しかしながら昨年暮れ、その信頼を裏切る事件が起きました。中部のある老人保健施設のケアマネが入所者の通帳と印鑑を不正に入手し、多額の現金を引き出し逮捕されました。8年間培われてきた信頼、信用が一気になくなってしまうような事件でした。二度とこのようなことがあっては成りません。是非もう一度8項目の倫理綱領を読み返していただき新たな気持ちでマネジメントにあたって欲しいと思います。

私事ではありますが、3月末をもって会長職を辞任させていただくことになりました。これまで何とか会長職を全うできたのも、皆様のご理解とご協力の賜物とあらためて感謝申し上げます。4月からは栗倉新会長の下、益々連絡協議会が発展することを祈っております。長い間有難うございました。

平成 21 年度、介護報酬改定

地道なケアマネジメントへの評価とうれしく思う！

副会長 松井 順子
聖隷ケアプランセンター和

平成 21 年度の介護保険法報酬改定率、3%。2 回続けたのマイナス改定からプラス改定。昨今の財政状況から考えれば異例の改定であるといつていいのではないだろうか。

平成 15 年の報酬改定では適切なケアマネジメントが実施されなかった場合の運営基準減算が導入され、ケアマネジメントの質を問われる改定であったものが、今回の居宅介護支援費に新設された医療連携加算、退院・退所加算、認知症加算、独居高齢者加算に代表されるように、私たちケアマネジャーが今まで報酬につながらなくても、利用者が必要であれば病院に足を運び調整してきたこと。一人暮らしが難しいと感じても、その方が自分の家で暮らしたいと望めば、いろいろな社会資源を活用し、その方を支えてきたこと。このケアマネジャーとしての地道な関わりと労力が評価されたことへの加算である大変うれしく感じている。減算から加算へと報酬の考え方も変わってきたように“ケアマネジャーなにやってるんだ”から“ケアマネジャーよくやっている”とケアマネジャー自身に対する評価への変化でもあるように思う。この9年間の中で少しずつ少しずつではあるが、ケアマネジャーとして成長している証と考えていいのではないのでしょうか。これからも、この評価を裏切らないようケアマネジャー同士協力し、お互いに研鑽しながら質を高め、労力を惜しまない関わりをしていきましょう。

介護報酬の改定について

浜松市中区長寿支援課
介護給付グループ長 河村 浩之

いつも、お世話になります。浜松市介護支援専門員連絡協議会の事務局を担当しております。4月からの報酬改定にむけ、皆さまも準備を進められているところと思います。

さて、平成 21 年 4 月からの介護報酬の改定では「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として、介護報酬改定率をプラス 3.0%とすることが決定されています。その基本的な評価の視点は次のとおりです。

(1) 介護従事者の人材確保・処遇改善

- (2) 医療との連携や認知症ケアの充実
- (3) 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証
各サービス事業者については、重度者等に対する重点的なサービスや、介護福祉士の雇用や勤続年数を評価する加算が設けられました。また、中山間地の小規模事業所や中山間地に居住する利用者に対するサービスに加算が設けられています。居宅介護支援(介護予防支援)についても以下のとおり、改正点があげられています。

① ケアマネジャー1人当たりの担当件数が 40 件以上となる場合に
通減制が超過部分にのみ適用される仕組みに見直す。

<取扱件数が 40 件以上 60 件未満の場合>

要介護 1・2 600 単位/月 → 500 単位/月

要介護 3・4・5 780 単位/月 → 650 単位/月

(全ケースに適用) → (40 件以上の部分に適用)

<取扱件数が 60 件以上の場合>

要介護 1・2 400 単位/月 → 300 単位/月

要介護 3・4・5 520 単位/月 → 390 単位/月

(全ケースに適用) → (40 件以上の部分に適用)

② 特定事業所加算の段階的評価

特定事業所加算 500 単位/月 → 特定事業所加算 (I)

500 単位/月

特定事業所加算 (II) 300 単位/月

③ 初回加算の評価

初回加算 250 単位/月 → 300 単位/月

④ 病院等と利用者に関する情報共有を行うことへの評価(新規)

医療連携加算・・・150 単位/月

退院・退所加算 (I)・・・400 単位/月

退院・退所加算 (II)・・・600 単位/月

⑤ 認知症高齢者や独居高齢者への支援への評価(新規)

認知症加算・・・150 単位/月

独居高齢者加算・・・150 単位/月

⑥ 小規模多機能型居宅介護支援事業所との連携への評価(新規)

小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算・・・300 単位/月

⑦ 介護予防支援に対する評価

介護予防支援費 400 単位→412 単位

以上のような改正点ですが、日ごろ皆さんが多様な困難事案にも丁寧な、適切に対応している例を見るにつけ、行政もより適正な制度運用に努めなければと考えています。

浜松市歯科医師会との懇談会

日時:平成21年2月5日(木) 19:30~21:00

会場:浜松市口腔保健医療センター2階

出席:【歯科医師会】 鈴木副会長、平野専務理事、松田理事、松永会員、東郷会員、大野会員、才川会員、龍口会員

【連絡協議会】 岡崎会長、大城副会長、栗倉副会長、松井副会長
村松中区支部長、水谷東区支部長、森上西区支部長、田宮南区支部長、野末北区支部長

【事務局】 藤村社会福祉部専門監(介護保険課)、河村グループ長(中区長寿支援課)、鈴木主任(南区長寿保険課)

【欠席】 ○連絡協議会 遠山浜北区支部長、山本天竜区支部長

《懇談会内容》

(1) 挨拶および出席者紹介

- ・ 栗倉副会長より第1回浜松市歯科医師会との団体間協議の開催目的と、今後の適切な連携のあり方を検討する会である事の説明がなされ、司会進行を担当した。
- ・ 鈴木歯科医師会副会長より、高齢者の口腔機能の問題とその取り組みには他職種との連携が課題であり、当会への期待を述べられた。
- ・ 岡崎会長より、歯科医師と介護支援専門員の連携が取れていない現状と、高齢者のケアマネジメントには口腔ケアは重要な課題で、嚥下性肺炎の予防、認知症の進行防止に役立ち、入れ歯が適切になるとADLが向上するなどのメリットは明らかで、今後の連携が課題でありこの会の継続の必要性を話された。

(2) 各組織紹介と問題提起

- ・ 歯科医師会より介護支援専門員関連事業報告(平成15年~現在)があり、配布を依頼した資料が介護支援専門員全体に渡っているのか?の疑問を指摘。(口腔機能向上のマニュアル・歯科訪問診療リーフレット・歯科訪問診療協力歯科医師の名簿・歯科医師に対しての相談用紙)

また、歯科医師に対してのFAX相談用紙は、配布当初は活用されていたが最近では活用されていない事が指摘され、何が問題で活用できないのか?問いあり。

- ・ 連絡協議会より組織図説明と活動内容の説明を行い、各事業所への配布資料は事務局より確実に届けている事の説明と、各事業所がそれをどの様に扱っているのか?は事業所任せになっている旨説明。

(3) 介護支援専門員の口腔ケアへの関心についての討議要約

- ・ 連絡協議会委員より、口腔ケアの大切さは理解しているつもりであるが、口の中に手を入れてまで口腔チェックはしていない。口腔内の問題を把握しても、方策が思いつかない。介護支援専門員や介護サービス提供事業所の介護スタッフへの教育をして頂きたい。
- ・ 歯科医師会より、在宅での口腔ケアを専門に行っている歯科衛生士もいるため活用してほしい。(歯科衛生士による居宅管理指導は4回/月まで可能)

(4) 歯科訪問診療についての検討要約

- ・ 連絡協議会より、歯科受診は出来ない方が口腔内の問題が発生した場合、歯科治療の対象かどうかの判断に困る。また認知症で歯科受診できない方は訪問診療の対象になるのでしょうか?
- ・ 歯科医師会より、訪問審査(無料)というシステムもあるで、困ったら歯科相談用FAX送信票にその旨記入し、歯科医師会へお知らせ下さい。治療が必要な場合は、訪問診療可能な医師も紹介します。
- ・ 浜松市より、認知症の方の訪問診療に関しては、後日お答えします。

(5) 今後の連携について要約

- ・ 歯科医師会は平成21年4月より浜松市全体が合併し、組織体系も区単位になるため、具体的になったらお知らせします。
- ・ 連絡協議会より、次年度は役員改正あります。当協議会は区単位で活動しているので、区単位の連携した活動を期待する。
- ・ 6月の連絡協議会の総会で歯科医師会の講演依頼を行い、前向きに検討して下さることの返事を頂き、今後も定期的に話し

合いを行うことを約束し会は終了した。



浜松市歯科医師会懇談会



浜松市医師会(在宅医療委員会)との懇談会

日時:平成21年2月16日(月)20:00~21:15

会場:浜松市保健所 大会議室

出席:【医師会】 藤島理事、石垣理事、杉浦理事、大久保理事、林理事、荻野理事、神川委員(浜松市医師会)、正田(浜名医師会)、河合(浜北医師会)

【連絡協議会】 岡崎会長、栗倉副会長、松井副会長、森上西区支部長、田宮南区支部長、野末北区支部長、遠山浜北区支部長

【事務局】 山内次長、藤村社会福祉部専門監(介護保険課)
河村グループ長、佐々木(中区長寿支援課)、鈴木主任(南区長寿保険課)

【欠席】 ○医師会 本間副会長、小林理事(浜松市医師会)、小澤(磐周医師会) 長田(引佐郡医師会)

○連絡協議会 大城副会長、村松中区支部長 水谷東区支部長、山本天竜区支部長

《懇談会内容》

(1) 出席者紹介

- ・ 名簿確認のみで自己紹介は省略

(2) FAX送信表について

- ・ 介護支援専門員連絡協議会役員(21名)へのFAX送信表(主治医意向確認用・主治医相談用)に関するアンケート結果報告を岡崎会長が行う。
- ・ 連絡協議会より、主治医相談用紙で入浴判断基準(血圧〇〇以上)などの具体的な数字を求めることがあるが、指示通りに行ったにも拘らず事故が発生しトラブルになったことはあるのか?
- ・ 医師会より、トラブルになったことは無い。せっかく訪問してくれたのに風呂に入れないのは困るので、数値はゆるく書くようにしている。サービス提供を拒否される事の方が困る。
- ・ 連絡協議会より、FAXで意見を求めたらある医師より「個人情報の問題で…」と断られたことあり、家人の承諾を得ていますという文章を入れたらどうか?
- ・ 医師会からも賛成の意見あり、FAX送信票様式を変更する方向で検討し6月の通常総会でお知らせすることとする。
- ・ また医師会より、FAXの誤送信には十分に注意するよう求められた。

(3) サービス担当者会議への出席について

- ・ 連絡協議会より、サービス担当者会議への参加についてはどのようにお考えなのか?
- ・ 医師会より、居宅療養管理指導の人意外は現実的に参加は難しい。安定している人は会議に参加しなくてもFAX送信票で良いという印象である。
- ・ 協議会より、往診時に何うのはご迷惑でしょうか?
- ・ 医師会より、かまいません。

(4) ショートステイ時の担当医師について

- ・ 連絡協議会より、ショートステイ時に体調を崩した場合、担当すべき医師はどなたでしょうか?
- ・ 医師会より、制度的には(ショートステイ先ではなく)在宅の医師(かかりつけ医)が担当することになっている。施設の医師(配

置医師)は施設の入所者で手一杯の状況。ショートの人が具合が悪くなれば、基本的には家に帰ってもらうしかない。

(5) 今後の浜松医師会との懇談会について

- ・ 毎年、2月の浜松医師会、在宅医療委員会開催時に懇談会を開催すること決定し閉会した。

コラム・こらむ・コラム・こらむ



栗倉 敏貴＝如庵
ジョアン社会福祉士事務所
居宅介護支援事業所

日本は「言霊(ことだま)の国」???

最近、在宅支援診療所を廃止する医療機関や、訪問看護を廃止する事業所が続発するなど、地域の在宅医療基盤の衰退が進んでいます。介護療養型病床の再編を三年後に控え、全く放置できない危機的な状況を迎えています。

国の施策が後手後手に回った結果であると言えば、もちろんその通りなのですが、単に政治家や官僚の無策の責任というだけのものではなく、どうやら私たち日本人の根本的な思想が背景にあるようです。

というのは、日本人は歴史的に悪い事態が起こることを想定したくない民族性を持っているからです。間近な時代では、先の第二次世界大戦で「最後には米国に勝つ」と信じていた軍人や政治家が多数を占めていたことは良く知られていますが、このような考え方は古代からの伝統的な思想であると言われます。

不用意に悪い事態を想定した発言をしてしまうと、その言葉に霊が宿って、本当に悪い事態を引き起こしてしまふ。ですから、神道では結婚式の祝詞はめでたい文句ばかりで、キリスト教式のように「死が二人を分かるとき」などは絶対に言わない。また私たちが日常締結する契約についても、最近では少し変化が見られますが、一昔前までは利益相反が起こることを想定しない「誠意条項」で済ませようとする薄い契約書(これも欧米では全く通用しませんね)が当たり前だったわけです。

「医療崩壊」も想定したくないから問題を先送りする。しかし、もはや地域における在宅医療基盤の減少を食い止めることは喫緊の課題です。「言霊民族」日本人の特性が招いたこの危機を、私たちはどのように乗り切っていくべきなのでしょうか？

(如庵)

事業所紹介

特別養護老人ホーム 三幸の園
施設ケアマネ 渡邊信子



三幸の園は浜松市西区大平台にあり、110名の利用者様が生活しております。私は、施設ケアマネになってからまだ、1年という事もあり日々勉強の毎日です。その中でも施設ケアプランを作成するにあたり、私たちの施設では気をつけていることがいくつかあります。

1 点目は、その人がその人らしく生活ができるようなプランをすることです。施設に入所されている方は、居室やフロア等ハード面の環境が皆さん同じです。それでも利用者様が在宅にいた時と同じような生活を送れるようにプランを立てることを心がけています。2 点目は他職種間で連携し、出来上がったケアプランを実践できるようにすることです。あらゆる面から利用者様をサポートし、安心して生活できる環境を提供していきたいと考えています。

しかし、上手くない部分もあり、特に記録面ではケアプランを

作成する上で重要なところでもあるのですが他職種間の情報共有は難しいのが現状です。

施設入所者のケアプランは在宅の方のケアプランより内容が重複してしまいがちですが、出来るだけ利用者様の個性や潜在能力を引き出し、ご本人やご家族の希望に沿ったプランを作成していきたいと思っています。

施設入所者のケアプランについて



社会福祉法人 八生会
特別養護老人ホーム 一空園
相談員主任兼施設介護支援専門員
内藤 啓介

施設の介護支援専門員になり、3年目になります。私は専任の介護支援専門員ではなく、施設相談員の主任を兼務しております。以前は、私一人で80人の利用者のケアプランを作成しておりましたが、2年前より、CW・NS・SW・PT・栄養士の職務の職員とチームで一人一人のケアプランを作成しております。

一日の業務の大半は相談員主任としての業務ですが、利用者に関わる時には相談員としていつも接するのではなく、時には介護支援専門員として利用者や接するよう努力しております。ケアプランというと在宅系サービスばかりが目立っていますが、もちろん施設で生活する利用者にとっても大事なものになってきます。ケアプランの実施経過・評価を確実にこない、一空園入所者の生活の支えとなるようこれからも頑張っていきたいと思っております。

在宅医療コーナー



医療法人社団大法会 遠江病院
大城 一

今回の在宅医療コーナーでは、高齢者の在宅医療で経験する精神症状のうちでも比較的多く経験する「せん妄」について取上げます。

症状・合併症への対応—せん妄

—ポイント—

- せん妄は意識混濁に精神運動興奮を伴う意識変容状態。
- 高齢者のせん妄は環境変化の不応答、身体状態の変化、医薬原性による。
- 認知症の約20～25%にせん妄が発生する。
- せん妄は早期の治療開始が重要。
- 高齢者のせん妄治療は、原因・増悪因子の除去と事故予防がポイント。

1. 高齢者のせん妄発症の増悪因子と直接原因—増悪因子—

① (認知症、環境変化など): 軽い記憶力低下のみで家族も気付かない認知の障害が基盤に有り、入院や転居による環境変化に適応できない場合に生じる。高齢者では視力低下や難聴など周囲からの孤立感(感覚遮断)が誘因になる。高齢者の約10～20%は、入院中にせん妄を生じている。

② (睡眠障害など): 疼痛や環境変化のために不眠が2～3日続くと容易に発症する。

③ (身体拘束): 体幹の拘束(抑制)など転倒・転落事故を防止するためにおこなう安易な身体拘束はせん妄の増悪を招く。

—直接原因—

① (薬物の影響など): 薬剤によるせん妄では、抗コリン作用薬、H2遮断薬、xanthines、benzodiazepineを含む鎮静薬、抗精神病薬、抗うつ薬などの使用によりせん妄を生じる。原因は不明であるが、

コリン作動性神経伝達の障害とせん妄の発現は大きく関与し抗コリン作用が強いほど出現しやすい。benzodiazepine では退薬症状が現れるが、血中半減期の長い薬剤では起こりにくい。

② (脱水など):手術、外傷、感染症などの身体疾患に伴い出現し、脱水、電解質異常、軽度の発熱など些細な変化が誘因となることが多い。

③ (電解質異常など):血液中のCa、Na、Mgなどの電解質濃度が異常値になると神経細胞の代謝活動が妨げられせん妄を生じる。電解質異常は、脱水、利尿薬の使用、腎不全などで生じる。

④ 甲状腺機能亢進症では多動を伴うせん妄が起こり、甲状腺機能低下症では嗜眠と共にせん妄を生じる。

2. 高齢者のせん妄の典型的エピソード

① 入院した途端にボケてしまい自分がどこにいるのか、日にちさえわからなくなり認知症のように見える。幻視、錯視 (pareidolia) が頻繁に認められ、多数のへビ、小さい虫類が這う、壁のシミが顔に見える、ものを拾うような動作を繰り返したり、誰もいないのに呼びかけたりするなどである。

② 病態の背景には、意識障害、妄覚、精神運動興奮があり、通常は可逆的で対症療法がおこなわれるが、一旦発症すると治療・管理が困難な病態であること、高齢者のせん妄は、しばしば重大な疾病の徴候であることから早期の治療開始が必要である。せん妄は一時的な状態であり患者数の把握が困難であるが、70歳以上の入院患者の約3割にみられる。

3. せん妄の症状

症状は急速に変動し夕刻に悪化する傾向で夜半に至る。突然に始まり日内変動を示し数時間から数日間ほどで消失する。患者は強い不安感、恐怖状態にある。せん妄の主症状は、

① 注意の集中・持続の障害がみられ、人や時間・場所に対する見当識障害に伴い生じる意識混濁がある。

② 昼夜が逆転し夜間は不眠と睡眠の断続で日中は傾眠となる、睡眠一覚醒リズムの障害がある。

③ 認知障害として、見当識障害、錯覚 (錯視)、幻覚 (幻視) が多い、記憶欠損があり思考はまとまらずに断片的で作話や妄想もある。

④ 精神運動活動の変化として活動減少型、活動過剰型、混合型に分けられる。静かになる、無感動になるのに興奮しやすくなり活動亢進状態になる、患者は矛盾する情緒をみせることがある。

せん妄と認知症の比較

	せん妄	認知症
発症	急な発症	緩徐
持続期間	数日～数週間	数カ月～数年
精神機能	変動がある	全機能が失われていく
経過	動揺性	緩徐進行性
注意力	大きく損なわれる	末期まで維持される
意識レベル	変動がある	末期まで正常
周囲への見当識	多様	障害される
夜間の変動	ほぼ必ず悪化する	悪化することが多い
記憶	混乱する	最近の出来事が顕著に失われる
治療の必要性	早急な治療を要する	治療を要するが緊急的ではない
原因	高齢者では環境変化、感染、脱水、薬物など	アルツハイマー病または脳血管疾患 (多発梗塞性認知症) など

※これらの差異は例外もまれではない。

4. 高齢者のせん妄 (治療と経過の見通し)

① 事故を予防する。とくに徘徊時の転倒による外傷・骨折の防止には、きめ細かなケアが必要である。

② せん妄は原因疾患の治療により回復が望める。病歴 (錯乱はどの様に始まったか、病状の進行する速さはどうか、薬の使用状況について、心身の健康状態について) を詳細に尋ねる。

③ 原因が脱水、感染症、医療性因子、薬物毒性、電解質異常などでは症状は可逆的である。せん妄のほとんどは入院治療を行うが、原因が分かり介護者が得られる場合には在宅療養を行なう。

「ケアマネの部屋」は浜松市のホームページに公開されています。ダウンロードして印刷できますので是非ご利用ください。

— 検索手順 —

【浜松市】で検索→[浜松市のホームページ](#)

生活インデックス



暮らし／福祉

[はままつ介護情報ネットワーク](#)

[事業所・ケアマネからのお知らせ](#)

[広報誌「ケアマネの部屋」](#)

次号は平成 21 年 10 月に発行する予定です。

投稿をご希望される方は記事、写真をお送りください。

— 編集後記 —

100年に一度といわれる経済危機に直面し、介護の世界も大きく変わろうとしています。本会も3年目を迎え、ますます多様化するニーズに対応すべく日々研鑽に勤め、行政をはじめ医師会、各事業所等、一体となって組織化に取り組んでいるところであります。

今後、ますます充実したものになりますよう、関係皆様のご理解とご協力をお願いします。

E-Mail : hamamatu-kaigo-me@freeml.com

(広報委員会)