

# 認知症利用者を在宅で支える

多職種協働でケアマネジャーが果たす役割と実践



## 座談会 (前編)

# 京都市オレシジプランの成果と認知症の理解度、医療同意などの課題

連載の執筆陣にお集まりいただき、各回でご紹介いただいた取り組みにおいて新たに覚えてきた課題、そして課題への対処、今後の展望、誌面では言い尽くせなかったことなどを伺いました (敬称略)。

## オール京都体制の構築

吉良：まずは第1回 (本誌Vol.8, No.3) で執筆いただいた井上会長からお話を伺いたいと思います。第1回では、京都地域包括ケア推進機構の取り組みと京都市オレシジプランについて執筆いただきました。その後の動きなどについてお聞かせください。

井上：京都地域包括ケア推進機構のキャッチフレーズとなった、「オール京都体制」という大きな枠組みができた点が良かったのではないかと思います。と言いますのも、医療と介護の連携は昔から言われているテーマです。2014年の診療報酬改定、2015年の介護報酬の改定でも当然注目されているところです。

しかしながら、特に認知症に関しては、医療と介護など多職種で取り組んでいくことが難しくなかったというのが現実です。ほかの都道府県、



## 京都府介護支援専門員会

- 公益社団法人 京都府介護支援専門員会
- 同会 事務局長 吉良厚子 さん
- 会長 井上 基 さん
- 医療法人三幸会生活サポートセンター 副部長
- 副会長 松本善則 さん
- 鳥阿市地域包括支援センター あゆみ センター長
- 理事 高木はるみ さん
- 社会福祉法人京都福祉サービス協会 小川事務所 主任介護支援専門員
- 特定非営利活動法人オレシジ commons 理事
- 委員 北野太郎 さん
- 社会福祉法人くらしのハローニー 東宇治北地域包括支援センター 介護福祉士 / 介護支援専門員 / 主任介護支援専門員
- 社会福祉法人南丹市社会福祉協議会
- 小規模多機能ホームだんない
- 介護支援専門員 中嶋 優 さん

市町村などでは、認知症をテーマに取り組みをはじめようとしても、まずは、話し合いをするための枠組みをつくるどころでさまざまな摩擦が生じ、時間がかかって大変だという話を聞きます。

そのような中で、まずは大きな枠組みである京都地域包括ケア推進機構を中心として、医療と介護の専門職が一同に会して、京都の認知症対策について検討することができました。そして、その成果物の一つとして、京都市オレシジプランができたことは良かったのではないかと思います。

吉良：オール京都体制の取り組みに関して、福岡県など多数の自治体から見学にいられたという話を聞いています。そのあたりの対応についてはいかがですか。

井上：京都地域包括ケア推進機構は、2011年6月に発足しました。特に反響が大きかったのは、京都地域包括ケア推進機構が最初に取り組んだ

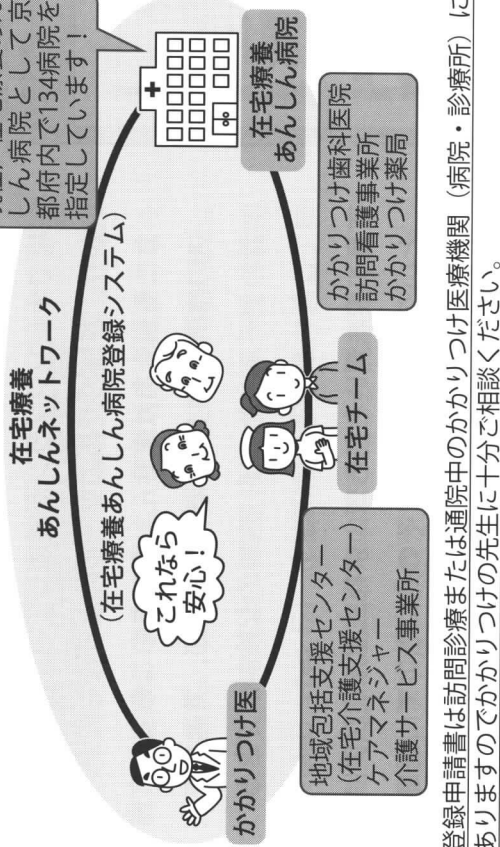
## 資料1 ●在宅療養あんしん病院登録システム

ご存知ですか?

「在宅療養あんしん病院登録システム」～安心して在宅療養を続けるために～

在宅療養あんしん病院登録システムとは?

在宅で療養している65歳以上の高齢者 (医師の訪問診療を受けている方、または通院中の方) を対象に、かかりつけ医を通して入院を希望する病院などの情報を事前に登録することで、体調不良時に必要に応じて入院ができる制度です。早めの対応により早期退院につなげ病状の悪化や身体への低下をできだけ防ぎ、在宅生活を続けることを支援します。



登録申請書は訪問診療または通院中のかかりつけ医療機関 (病院・診療所) にありますのでかかりつけの先生に十分ご相談ください。

あなたの街の在宅療養あんしん病院はホームページでご確認ください。  
<http://www.kyoto-houkatecare.org/project01/>

あらかじめ必要な情報を登録しておくことで、在宅療養中の高齢者が体調を崩し、在宅での対応が困難になった時に、スムーズに病院を受診し、必要に応じて入院ができるシステム

「在宅療養あんしん病院登録システム」(資料1) でした。これがほかの都道府県から注目されて、

「ここを聞きたい、これを見たい、これを知りたい」という視察が多かったです。ただ、都道府県レベル、市町村レベルで見ると、それぞれの基盤や地域特性が異なるため、そのまま京都のシステムを導入することは難しいという話をされてきました。しかし、在宅療養あんしん病院登録システムの考え方や理念は自分たちの地域で生かしていきたいというような話が出ていたように思います。

せっかく在宅療養あんしん病院登録システムの話が出たので、そのことについて少しお話ししておきます。この在宅療養あんしん病院登録システムは、さまざまな専門職に集まっていただけで一からつくくり上げたものです。2011年度

こんなとき安心です。  
●肺炎かどうか診断がつかない時  
●脱水など在宅での治療が困難な時

重症化を防ぐため、早期の診断や一時的な入院治療 (3日~1週間程度) により在宅療養を支援します。

病院の地域連携室 (担当者) とかかりつけ医を含む在宅チームが連携して、退院支援を行い、在宅生活へのスムーズな復帰を支援します。

脳梗塞や急性心筋梗塞など、緊急的に診断や治療が必要な場合、または長期療養を目的とする入院などは本システムでの入院の対象外です。

本システムに関するお問い合わせ先は「京都地域包括ケア推進機構」  
〒604-8415 京都市中京区西ノ京尾町 3-14  
京都府医師会館703  
TEL 075-803-1037  
(相談専用電話)  
FAX 075-822-3574

京都府健康福祉部高齢者支援課  
〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町  
TEL 075-414-4674 FAX 075-414-4615

だけで20数回開催された会議での顔の見える関係の構築や議論の蓄積が、今回の認知症プロジェクトに生かされていると思います。

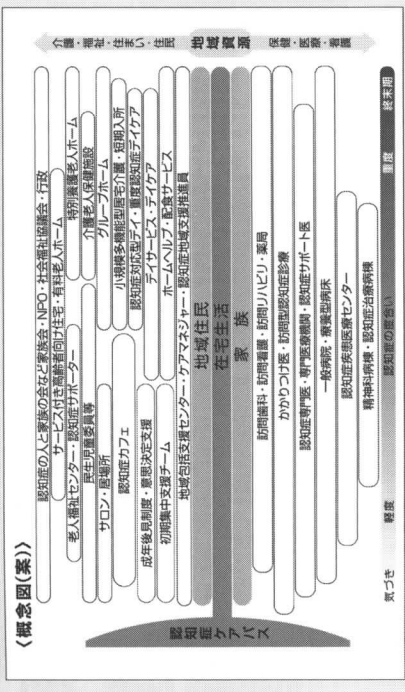
## 認知症ケアパスの成果と課題

吉良：第2回 (本誌Vol.8, No.4) で執筆いただいたのは松本副会長です。今、井上会長から医療と介護の連携について話がありました。第2回では医療・ケア連携部会での取り組みについて執筆いただきました。その後の課題などについてお伺いいたします。

松本：今回の京都市オレシジプランは我々の行動指針であって、認知症の人とご家族が望む10のアイメッセージが示されています。我々は最終的にこのアイメッセージが実現できたかどうかの評価が求められます。私も記事の最後

京都式認知症ケアパスとは？

1. 認知症ケアパスの役割(目的)  
認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できる限り住み慣れた適切なサービス提供の流れを整理し、認知症の人、家族、地域住民に対して、認知症の人を地域でいかに支えていくかを明示すること。
2. 京都式認知症ケアパスの概念  
「認知症が疑われる症状が発生した時から、生活機能障害が進行し、最終的にターミナル期に至るまで、その人の進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けられるか(受けることができるか)を見える化し、理解できる」ケアの流れを示したものである。



【解説】  
京都式認知症ケアパスの概念図は白地図のようなものです。中心に描かれた認知症の人の「地域での生活」を医療と介護が共に支える構成は、認知症ライフサポートモデルそのままの図式化です。ここに、サービス提供などの関係を矢印などで書き込んで使用します。  
概念図には、認知症への気づきからの進行過程を示す時間軸があります。中央に本人の軸があり、それを家族と地域住民の軸が挟んで支えています。上段には介護関係の下段には医療関係のそれぞれさまざまな地域資源が、横軸の進行段階に応じて可視化されています。各資源の縦軸配置は、生活との関連や利用頻度を踏まえて、外来や在宅での支援は内側に、入院や入所施設は外側に配置されています。  
これらにより、たえば初期段階での「入り口問題」を担う可能性のある人々や機関、入り口での発見後のシステムの対応の動きも、わかりやすくなることが期待されます。  
京都地域包括ケア推進機構：京都式オレシジプランナー-京都認知症総合対策推進計画  
一(平成25年9月), P.25.

に、京都府立洛南病院の副院長の森後夫医師の言葉を借りて「われわれは嘘つきになってはいけない」と記しました。実際にオレシジプランが出た後、理念としてのオレシジプランは浸透しているかもしれませんが、実践という部分ではもう少し時間がかかるとは思いません。  
その一つはライフサポートモデルの浸透に思いますが、京都式オレシジプランの中に、これを図式化した京都式認知症ケアパス(資料2)というものが掲載されています。これを評価検討するために京都地域包括ケア推進

機構の中に「ケアパス・評価検討チーム」というものが立ち上がっています。今後、その評価指標をつくる必要があります。できれば私はそれにICFの考え方をくつつけられないかと提案し、そうなることを期待しています。実際の現場でオレシジプランが浸透していくための足掛かり、評価のためのツールのようなものが今のところ何もありません。既にあちこちでケアパスの事例検討が行われていますが、共通した検討のツールがあれば、客観的な検討ができるのではないかと考えています。

吉良：興味深いところで、京都式認知症ケアパスというのがあります。その点において、医療と介護の連携について何かありますか。

松本：京都式認知症ケアパスの概念図(資料2)を見てもらうと分かりやすいと思います。ケアパス概念図の目的は、各種サービスにつながつているか否かを可視化することです。概念図を見て、ここにつなげばよい、あそこにつなげばよいというふうに見ます。

しかし、それでは場所につなぐだけとなり、サービスにつなぐことだけが目的になってしまいう可能性ががあります。大切なことは「なぜそこにつなぐのか」ということです。つまり、つなぐ根拠となるようなエピソードが重要になってきます。そういうものを一つの形として残していければ、同じようなエピソードに出合った時、ここにつながないといけないというふうなことを意識できるようになります。

ただ、現場では認知症という一つのくくりでその人を見てしまっていたため、もともと持っている病気の变化を見落とすことも見られます。このことが原因でBPSDが悪化することは多々あると思います。それではいけません。概

念図を有効に活用することで、見落としを防止するようになればよいと思います。

また、サービスにつながる目的を見失わないためにも、ここにICFの考え方を上手に盛り込めるとよいと思っています。

初期対応の重要性を共有

吉良：医療につなぐには、初期対応が重要となつてきます。ここでつなごうと聞かずに、第3回(本誌Vol.8, No.5)で北野さんが執筆された、初期対応・地域部会での取り組みが関連してくると思えますが、いかがでしょうか。

北野：初期対応ということでは、認知症の方の場合だけでなく、支援のファーストタッチが的確で、ご本人にとって侵襲性はそれほど高くなく「やわらかなもの”(その方の生活を根こそぎ奪わない)であればあるほど、良い結果が得られると思います。とりわけ認知症に関しては、入り口問題(表)に位置づけられています。

部会として良かったことは、まず入り口の問題に焦点が当たったことです。そして、医療や看護の専門職だけでなく、行政、当事者(家族)といった立場が違う方たちとも問題を共有できたことが、大きかったと思います。

私は地域包括支援センターで、現場の相談も担当しているほか、地域の方々に集まってらるっての小地域ケア会議の開催も担当しています。参加者の薬剤師、歯科医師などから「認知症の初期の方への対応が重要」という声が見られるようになってきました。このような傾向が見られるようになってきたのは、京都式オレシジプランの取り組みが徐々に浸透してきている現れではないかと思っています。いろいろな方がいろんな

表 ● 地域包括ケアに包摂されない可能性のある認知症の人(広義の入り口問題)

- ① ケアに最初からたどりつけない場合(狭義の入り口問題)
  1. ケアを受ける側(認知症の人と家族)の要因
  2. ケアを提供する側(医療、ケア、地域など)の要因
- ② ケアにはアクセスするがケアの対応力が及ばずにケアに包摂できない可能性がある場合(アクセス後の対応力不足)
  1. ケアを受ける側(認知症の人と家族)の要因
    - 本人と家族の複合的家庭要因
    - 本人の症状に主に起因する要因(自傷他害的な症状への対応の必要性、活動性・個別性へのケアの必要性、身体合併症への対応の必要性)
  2. ケアを提供する側(医療、ケア、地域など)の要因

武地一氏(作成)のスライドを筆者にて編集

ところでオレシジプランを語っていますし、問題を共有する場も増えていると感じています。そうした機運を大切に、私たち相談支援の専門家は、きちんとつなぐことを意識していく必要があります。

その取り組みの一つが、認知症初期集中支援チーム(資料3)です。私の職場のある宇治市でもモデル事業として行っています。

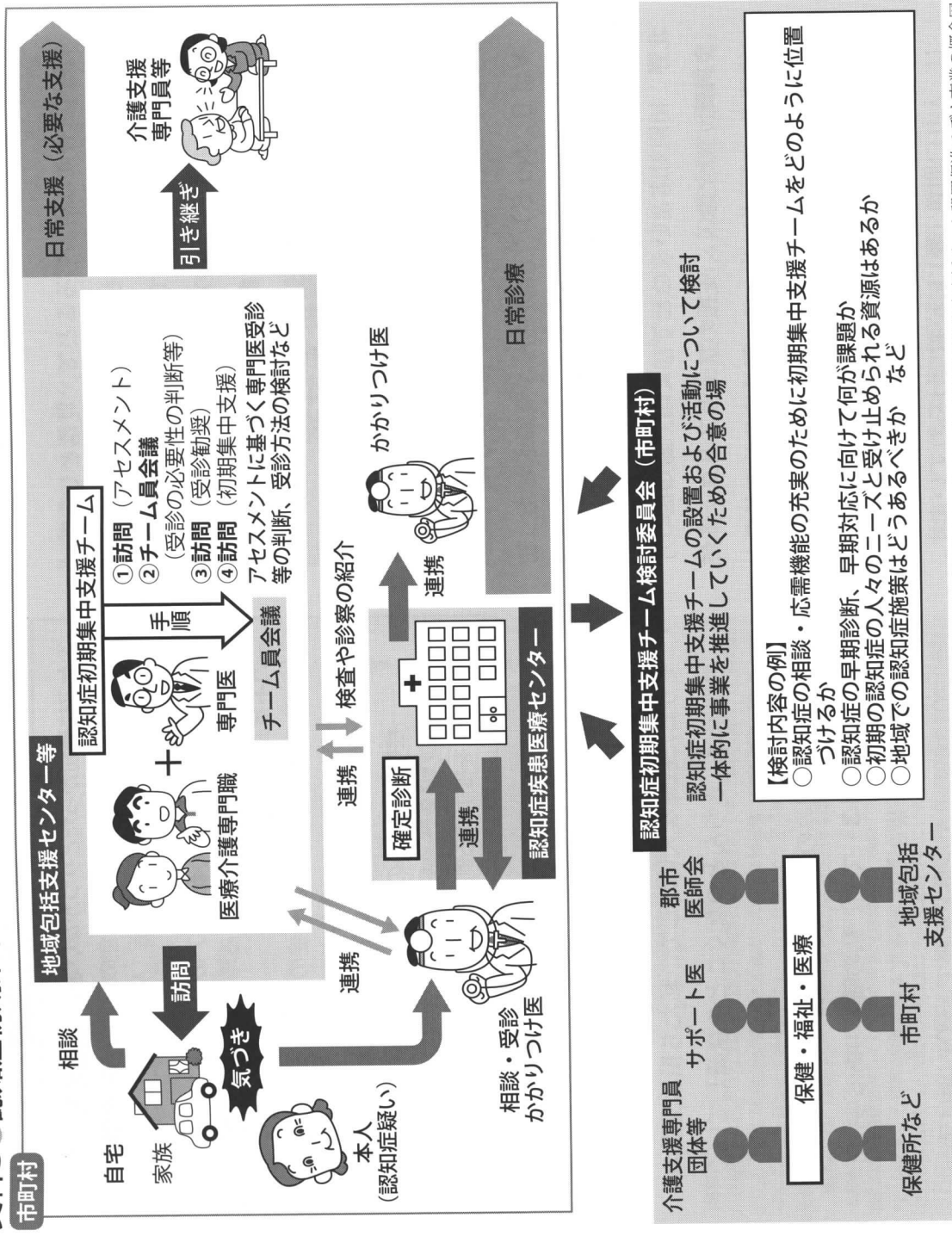
2013年のモデル事業を経て、2014年はチーム以外の在宅のケアマネジャーにも事例と共に参加してもらってアクセスメント力の向上を目指し、「チーム員会議をOJTの場に」といった動きも出てきています。

ご本人とご家族に適切な時期に適切な支援を届けるために、認知症初期集中支援チームと医療・介護の関係者、地域の方々が連携できるよりにしたいと思っています。そして、「切れ目のない連続したケア」という言葉が絵に描いた餅にならないよう、私たち地域包括支援センターも力を発揮したいと思っています。

認知症の理解度の差

吉良：これまで認知症のことを認識していなかつ

### 資料3 ● 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図



た専門職の方にも、認知症の理解が浸透してき  
たというお話がありました。一般の方には浸透  
してきたという実感はありますか。

北野：近年、さまざまなメディアで認知症のこと  
が取り上げられています。しかし、認知症のこ  
とについて過剰に情報が流れているのではな  
いかという危惧を抱えています。認知症のこと  
を取り上げた番組を見た時に、認知症について  
勉強した者として共感できることもあれば、  
誤った理解につながる情報が流されていると感  
じることもあります。

オレンジプランの取り組みなどにより、一般  
の方は以前に比べて、予防的見地、早期対応を

心掛けて行動しているところがあります。しか  
し、直接話をしてみると、地域の方の中にも認  
知症に対する理解度に差があるように思いま  
す。そのことを踏まえると、認知症への理解や  
オレンジプランの浸透度はまだ十分とは言えな  
いのかもかもしれません。そのため、私たちが改め  
て正しい情報を提供していかなければならな  
い、そういう思いです。

高木：オレンジカフェ今出川には、もともと京都  
大学医学部附属病院の武地一医師の外来患者さ  
んが主に来店していました。運営にかかわって  
いるのは登録ボランティアで、専門職は数人し  
かいません。市民ボランティア、学生ボラン  
ティアの方は認知症の方と直接かかわった経験  
がほとんどありません。そのため、専門職によ  
る介入が必要ということで、私がかかわるよう  
になりました。私の持っている知識を市民ボラ  
ンティア、学生ボランティアに伝えることで、

性能がある」「今のところ根本的な治療策はな  
い」という話もします。また、メディアでも同  
様のことが盛んに伝えられるようになっていま  
すので、その部分だけをとらえて、「それなら  
何もなくてもよいのではないか」という声が  
聞かれます。

これは極端に短絡した例ですが、これまで危  
惧されていた「無知の中での放置」ではなく、  
「知の中での放置」という新たな誤解が地域住  
民に芽生えています。キャラバンメントの活動  
が始まった頃には予測されなかった動きで、こ  
れは知識だけを普及させてきたため、このよう  
な弊害が生じたのではないかと思っています。  
これからは、認知症になった時にどういうふう  
に立ち居振る舞うべきか、対応すべきなのかと  
いうことを伝える必要があるのではないかと  
思っています。

### 認知症カフェの効果

吉良：第4回(本誌Vol.8, No.6)で執筆され  
た高木理事は、オレンジカフェ等を通して積極  
的に地域に入っていき、活動していくという取  
り組みを紹介していただきました。新たな課題  
はありませんか。

高木：オレンジカフェ今出川には、もともと京都  
大学医学部附属病院の武地一医師の外来患者さ  
んが主に来店していました。運営にかかわって  
いるのは登録ボランティアで、専門職は数人し  
かいません。市民ボランティア、学生ボラン  
ティアの方は認知症の方と直接かかわった経験  
がほとんどありません。そのため、専門職によ  
る介入が必要ということで、私がかかわるよう  
になりました。私の持っている知識を市民ボラ  
ンティア、学生ボランティアに伝えることで、

活発なボランティア活動ができることが実感で  
き、専門職がかかわる意味が大きいいことが分か  
りました。

しかし、2つ問題がありました。1つ目は、  
専門職であるがゆえに、専門職同士の話は専門  
用語で話をしてしまうことです。例えば、アル  
ツハイマー型認知症をADと表現することで、  
病名や症状に伴うケアの方向性をすぐに理解し  
合うことができます。しかし市民ボランティア、  
学生ボランティアに対してはそうはいきません。  
丁寧に分かりやすく伝えるという努力が必要で  
した。2つ目は、ミーティングで「ちよっと  
困った」という発言があった時、私が先に答え  
を言ってしまうとそれがすべてになってしまう  
、気づきがなくなることです。言いたい気持  
ちを抑えて対応しました。ボランティアが自分  
で考えて行動する力を引き出すコーチングのス  
キルが必要だと思いました。

### ケアマネジャーが社会資源を開発

吉良：高木理事のお話は、専門職の知識や技術を  
地域に生かすというものでした。第5回(本誌  
Vol.9, No.1)で執筆いただいた中嶋さんは、  
小規模多機能型居宅介護でケアマネジャーをさ  
れていきます。特有の役割があればお聞かせくだ  
さい。

中嶋：私が勤めている小規模多機能型居宅介護  
は、さまざまなサービスを提供できるような  
なっています。しかし、狭い限られたスペース、  
人材でケアを行うため、外からの目が入りませ  
ん。ケアマネジャーも事業所内部の人間である  
ため、連携が取りやすい反面、公平・中立とい  
う立場を維持しづらい部分もあります。また、  
利用できる介護保険サービスにも縛りがあるた

め、ニーズとサービスの調整が難しいという点もありました。そのため、小規模多機能型居宅介護を立ち上げた当初は苦労しました。専門職によるレベルの差も見られました。

そのような中、記事で紹介した事例は、認知症サポーター養成講座を受けた方がきっかけとなって、事業所に相談があり、そこからかわかりが始まったというものです。

この事例を通して、マネジメントスキルを上げるだけでなく、地域住民の協力が重要だということが分かりました。つまり、ケアマネジャーも社会資源の発見、発掘をすることが重要だということを示唆しています。

一方で、初期支援についての課題が挙がっていました。認知症サポーター養成講座に参加される方は、年齢も認知症の病識もバラバラです。中には、認知症の末期の方を認知症の病識してとらえている方もたくさんいました。先ほどの北野さんの話と同様に、我々としては正しい知識を伝え、認知症の初期の方を素早く発見できるようにしていかないといけないと感じました。

**吉良：**地域の方から中嶋さんのところに相談が入ったということですが、その際、地域住民の方の最初の言葉はどういったものだったのでしょうか。

**中嶋：**その方の第一声は「地域で困っている人がある」「今までと様子が違う」というものでした。「どうすればよいか分からないので、一度話を聞きに来てほしい」というのが支援の始まりでした。私は地域の方にサポーター養成講座を実施しています。最初に私に声を上げてくれた方は、それを受講していました。しかし、その方は、私の勤める事業所が何をしているのかということを理解した上でつないでくれたので

はなく、養成講座の講師をしていた私ならば何か知っているだろうということでも声をかけてくれました。

地域包括支援センターからのルートではなく、地域住民からの直接の依頼というケースは増えており、ケアマネジャーとして地域の方とのかわりを持つことが重要であるということをつかせてくれた事例だと思えます。

## 医療同意についての問題

**吉良：**京都府の行政レベルから、地域の一人ひとりにまで認知症のことが浸透してきたという成果が見られたというお話を聞くことができました。今回は『達人ケアマネ』という情報誌の座談会ですので、居宅のケアマネジャーを少し意識してお話をさせていただきたいと思えます。医療と介護の連携という切り口で皆様からご意見をいただきたいと思います。医療・ケア連携部会での課題への対策についてお話をください。

**松本：**医療と介護の連携について、議論の中で挙がってきた一番の課題は、医療同意の問題です。今現場で行われている医療同意の代話が、法的に有効かどうかということとです。医療同意は、おおむね、一般的にご家族の同意をもって本人の同意に代えているというのが現状です。これは実際の法律と照らし合わせると問題があります。

しかしながら、実際に認知機能が低下していった方に対して、医療同意を求めべきなものでしょうか。例えば、身体合併症が進行してきた時、延命処置も視野に入れる必要が出てきます。しかし、ここでご家族のみの同意によって進めた場合、時には医療の差し控えになったり、ご本人が希望しない過剰な医療となったりする恐れもあります。

近年、終末期の医療に対する批判本が書店に並び話題になっています。こういった社会現象などの影響がないとは言いきれないでしょう。医療同意の問題については引き続き考えていかなければならないと思っています。

また、成年後見制度の中に身上監護がありませんが、後見人が施設入所を判断する場合、これがご本人の意思なのか、現場の専門家は倫理観との葛藤の連続だと思えます。これは、在宅のケアマネジャーにとっても同じようなことが言えます。

ケアプランはご本人の同意を得ることが原則です。しかし、こと認知症の事例では、自分のやってきたことを振り返る中で、ご本人の意思なのか否かというところで引っかかるどころがありません。

この問題については、もう少し長いスパンで見えてく必要があると思います。例えばリビンゲウイル、エンディングノートといったものを元氣なうちに取り組んでいただくような土壌が必要なのではないかと思えます。そうして、代諾が必要な場面に遭遇した際には、「これがご本人の意思だろう」と推し量れるような情報を蓄積していかなければならないと思っています。

## 医師との連携

**吉良：**ありがとうございます。北野さんは京都府立洛南病院の森医師、高木理事は京都大学医学部附属病院の武地医師と親しくされていますが、医師とお付き合いです中で学んだこと、難しいと思ったことなどお聞かせください。

## 連携ツールと診療マニュアル

**北野：**第6期の介護保険計画を前にして、京都府下の多くの圏域で住民へのアンケートを取って

いることと思います。私の職場である宇治市でも行っています。そこに認知症に関する設備が設けられています。その中に、「家族の異変に気づいた時、誰に相談しますか」という設備があります。一番多かった回答は医師でした。その次にケアマネジャーで、地域包括支援センターの認知度は地域差があるかもしれないませんが、宇治市においてはケアマネジャーよりも下でした。何か不調があった時、最初に医師に相談するのは普通の流れです。最近では、メールや電話で地域包括支援センターに相談が入るということも増えてきましたが、地域包括支援センターとかがかりつけ医が入り口問題に対する一つのキーであるという視座に立って、どのように連携を取っていくかを考える必要があります。

私の地域では、地域包括支援センターを周知するところから始めなければいけないということと、かかりつけ医を行動しました。そして、医師との連携にはツールがあった方がよいということ、もの忘れ連絡シート（資料4）というものが形として出来上がっています。

一方、先ほどの宇治市のアンケート結果を受けるかのように、宇治市にある宇治久世医師会では認知症診療マニュアルを作成し、インターネット上で公開しました（[http://www.ujikuse.kyoto.med.or.jp/image/kakaritsuke\\_manual\\_s.pdf](http://www.ujikuse.kyoto.med.or.jp/image/kakaritsuke_manual_s.pdf)）。

“認知症かもしれない”と考え、対応に躊躇していた患者さんのご家族。医師は診察時に、その方からもの忘れについて相談を受け、「この程度ならまだ（放置して）よい」と判断した。しかし、その判断が取り返しのつかない生活の破壊と絶望を生んでしまった——。このような経験は、在宅医にとって珍しい経験ではないか



# みるみる改善! 筋緊張を減少するコツを伝授! 拘縮予防・改善を実現する 正しいポジョニングと 評価のコツ 映像と実技で 技術を習得!

田中義行氏 株式会社大起エンゼルヘルプ 理学療法士



介護療養型医療施設で拘束廃止に向けた取り組みを  
実践。「身体拘束ゼロへの手引き」では困難事例の取り  
組みを紹介。その後、理学療法士養成校講師、老健医学  
マネジメント部長を経て、平成25年3月より、現職。著書に  
『縛らない看護』（共著、医学書院）、「潜在力を引き出す  
介助』『拘縮予防・改善のための介護』（共に中央法規出  
版）ほか。

仙台

15年 1/24 (土)

ショーケー本館ビル

岡山

15年 2/14 (土)

福武ジョリービル

東京

15年 3/21 (土・祝)

日本福祉教育専門学校

大阪

15年 5/24 (日)

田村駒ビル

名古屋

15年 6/20 (土)

日総研ビル

参加料 本誌購読者 15,500円

税込 一般 18,500円

[時間] 10:00~16:00

- 拘縮予防のためのポジョニングが褥瘡対策に!
  - タオル等で支えることで筋緊張がみるみる緩む!
- プログラム

## 1. 拘縮の種類と原因の理解

- 1) なぜ拘縮は起こるのか 2) 拘縮の種類
- 3) 拘縮予防は褥瘡予防につながることを知っていますか?

## 2. 拘縮の予防と改善の理解

- 1) ゆっくり動かすことの重要性 2) 評価のコツ
- 3) 正しいポジョニングとは

①仰臥位 ②側臥位 ③端座位 ④座位姿勢の調整(車いす上)

※教科書などで行われている手順の矛盾について解説!

- 4) 体位変換と関節可動域訓練

## 3. 実技で学ぶ「目からウロコ」の拘縮予防と改善方法

- 1) 利用者評価するポイント 2) 正しいポジョニングを学ぶ
- 3) クッションやタオル等を利用したポジョニング方法
- 4) 拘縮がある場合の爆返りや起き上がりの介助方法



### 引用・参考文献

- 1) 京都府ホームページ：「在宅療養あんしん病院登録システ  
ム」  
<http://www.pref.kyoto.jp/kaigo/documents/24.pdf> (2014  
年10月閲覧)
- 2) 京都地域包括ケア推進機構：京都式オレンジプラン—京  
都認知症総合対策推進計画— (平成25年9月), P.25.  
[http://www.kyoto-houkai.org/wordpress/wp-  
content/uploads/2013/10/kyoto\\_orangeplan.pdf](http://www.kyoto-houkai.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/10/kyoto_orangeplan.pdf) (2014  
年10月閲覧)
- 3) 厚生労働省ホームページ：認知症初期集中支援チーム設  
置促進モデル事業の概念図  
[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/  
gainenzu.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/gainenzu.pdf) (2014年10月閲覧)

## 拘縮の予防・改善で、介護負担を軽減!

### 講師のDVD教材



介護者の腰痛、  
手の痺れから解放!  
D V D  
4 5 2  
3 6 7 5 2  
分 分 分 円 + 税

詳しくはスマホ・PCから 日総研 13791 で検索!

ります。同じケアマネジャーというくくりで考  
えた時、地域の方が受診に同行してくれると認  
識されると、誤解が生まれる可能性があります。

小規模多機能型居宅介護は生活をすす上で必  
要な部分に対し、柔軟に対応することが求めら  
れていることや、ケアマネジャーが介護士を兼  
務している場合も多く、訪問サービスとして同行  
しやすくなっています。本来のケアマネジャー  
の役割として考えると疑問に思う部分ではあり  
ますが、そうしなければ小規模多機能型居宅介  
護と医療はつながりません。

あとは、医療や介護の分野の方であっても、  
小規模多機能型居宅介護という制度を正しく認  
識していただいていないと感じることがありま  
す。入所型施設やグループホームと混同してい  
る方がおられ、支援の方法などで話が噛み合わ  
ないこともあります。

まずは正しい理解をしてもらう必要があり、  
専門職間での誤解を払拭し、正しい連携をして  
いくための土台をどのように築いていくかとい  
うことが、ほかの居宅介護支援より遅れている  
ところだと思えます。

\* \* \* \* \*

次回も引き続き、座談会の様子をお届けします。