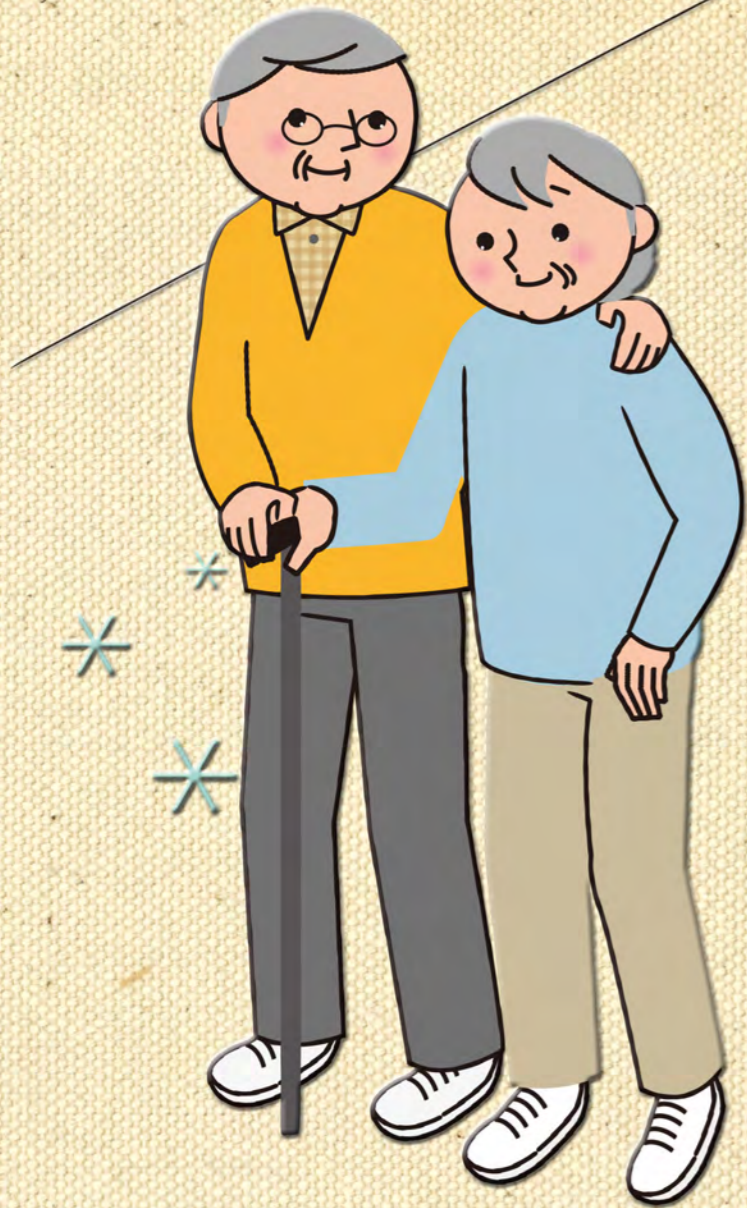


# D-wing

VOL. 35

ディー・ウィング



**第18回** この人に聞く! **お仕事のヒント**  
診療報酬改定でも見えた  
介護と医療の連携強化

**第33回** *Care Point*  
介護者が知っておきたい  
高齢者における  
多剤服用の  
リスク管理

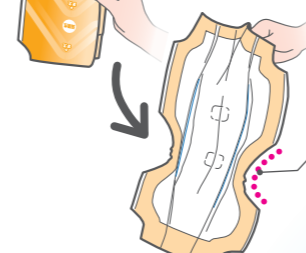
D-wing Vol.35  
2019年3月10日発行  
発行者/白十字株式会社 〒171-8552 東京都豊島区高田3-23-12

おむつ交換がカンタンで楽しく  
うす型なのに安心吸収

## P.Uサルバうす型安心 スーパーワイドパッド



ワンタッチオープンで  
あてるの楽らく

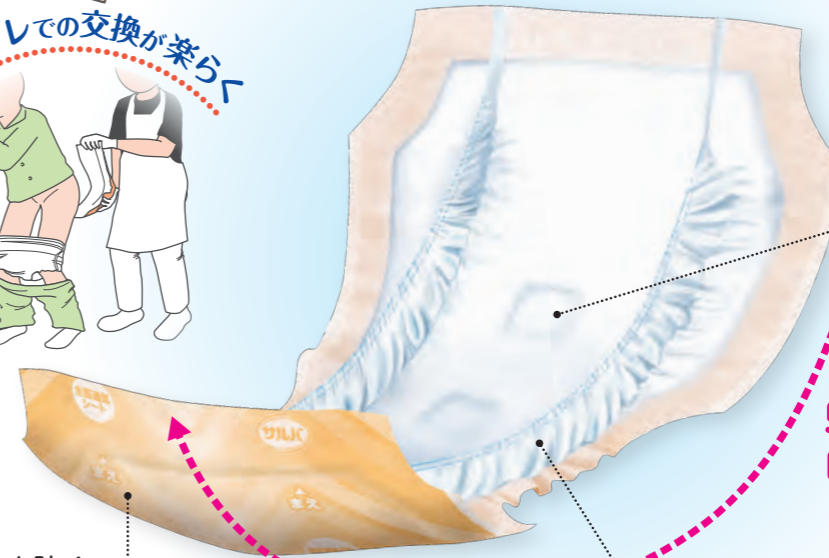


人間工学に基づいた  
**ヒューマンカーブ形状**  
ぴったりフィットして  
ズレない・モレない・ゴワつかない

特にトイレでの交換が楽らく



ムレを防ぐ  
**全面通気シート**



**吸収スポット**  
尿を吸収体内部へ  
引き込んで  
素早く吸収します。

**55cmの  
ロングサイズ**

広げるだけで立ち上がる  
**立体ギャザーが  
横モレを防ぐ**

お肌ケアを考えた  
**pHコントロールパルプ**  
弱酸性のpHコントロールパルプを採用することで、  
抗菌・消臭効果を発揮します。  
※抗菌=JHPIAが定める 抗菌自主基準に基づく  
※消臭=アンモニア臭に対して



### 編集部より

平成30年度の報酬改定からまもなく1年が経過します。白十字としても、排せつ支援加算に対する取り組みについての冊子を秋に発行し、大きな反響をいただきました。発行後もいくつかの現場でお話をうかがう機会がありましたが、まだまだ加算に対しては様子見という状況のところも多いように感じています。

ただ今後「プロセス」から「結果」に対して評価が下されるようになる流れであることは確実です。それが次の報酬改定にどのように組み込まれるのか定かではありませんが、早く着手して「遅すぎる」ということはないと思います。白十字としてもセミナーの開催、情報誌の発行など、商品だけでなく多面的に介護現場を支える体制をご用意しています。積極的に情報交換、お悩みの共有にお応えできるメーカーであるべく取り組みを深めています。

お問い合わせ  
お便りは

白十字株式会社  
「D-wing」編集部まで

〒171-8552  
東京都豊島区高田3-23-12

# 診療報酬改定でも見えた 介護と医療の連携強化

2018年に行われた診療報酬・介護報酬の同時改定。国が診療報酬改定で強く打ち出したのは、地域における医療と介護の連携を通して、病気になっても、介護施設を含めて可能な限り地域で療養できるシステムの構築です。介護従事者が知っておきたい2018年診療報酬改定のポイントについて、小濱介護経営事務所代表の小濱道博さんにうかがいました。

## 診療報酬改定の方向性

▼キーワードは、医療介護連携  
—2018年に行われた診療報酬改定の特徴を教えてください—  
2018年は6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定の年でした。診療報酬・介護報酬ともに微増となりましたが、上げ幅はわずかで、少し間違えば赤字になりかねない微妙なバランスの改定と言えます。団塊の世代が75歳以上になる2025年を見据えて、いかに社会保障の財源を確保するかが喫緊の課題であり、そのために診療報酬も介護報酬も節約志向という同じ方向性で改定されました。そういった中で医療と介護の連携を強化することによって、社会保障費を抑えることが今回の同時改定の大きな狙いです。

## 医療介護連携の推進

▼かかりつけ医とケアマネの連携  
—医療介護連携のしくみについて教えてください—  
今回の改定では、かかりつけ医とケアマネ（以下、ケアマネ）との連絡調整が制度として設けられました。患者さんの日常を最もわかっているのはかかりつけ医ではなく介護職ですから、「薬を飲んでいないようだ」といった情報は、訪問介護事業所からケアマネに報告され、ケアマネはその情報をかかりつけ医に報告することを介護報酬改定で義務づけました。一方、診療報酬改定でも、主治医は地域のケアマネと情報交換することを義務化しました。ケアマネと連携して情報交換すれば、診療報酬が上がる仕組みを作ったのです。  
—介護への医師の関与が強まるということですか—

はい。ケアマネが訪問看護や訪問リハビリ、通所リハビリなどの医療系サービスをケアプランに入れるときは、必ず医師の診察に基づいた意見書が必要になりました。ケアマネには、意見書をもつた医師にケアプランの控えを渡すことも義務化されました。このように介護分野への医師の関与は確実に浸透しつつあり、医師とケアマネの連携を強化することで、患者さんがなるべく長く在宅施設を含むで暮らせるよう支えていくことを目指しています。

### 診療報酬改定における医療介護連携

●訪問診療の主治医とケアマネの連携強化  
「退院時共同指導料」では、患者さん

る「かかりつけ医」と患者さんの関係を地域の中で構築する考え方を強く打ち出しています。前回改定で、大規模病院を受診するはかりつけ医の紹介状がないと初診料が通常料金より高くなりましたが、それが強化され対象となる医療機関が拡大しました。病院の外へは紹介患者を中心とし、一般的な外来受診はかかりつけ医が担うというシステムを普及・定着させ、医療費の削減を図ろうとしています。

が退院後に安心して療養生活ができるよう、医師が在宅療養を担うケアマネなど関連機関の3者以上と共同して指導を行った場合に請求できます。

「在宅時医学総合管理料」及び在宅がん医療総合診療料」の要件として、主治医はがんの患者さんについて、医学的に末期と判断した段階で、担当するケアマネに対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について情報提供することが追加されました。

●入所者の看取りへの対応  
特別養護老人ホーム以下、特養での看取りを後押しするため、外部の医療機関の医師が特養で暮らす末期の悪性腫瘍の高齢者を訪問診療する「在宅ターミナルケア加算・看取り加算（在宅患者訪問診療料）」を加算できます。

## 医療機関から介護医療院への転換

▼医療療養型病床から介護医療院へ  
2018年4月から「介護医療院」が創設されました。療養病床の後継施設として、療養病床の機能をそのまま一部屋の面積を広くして、そこで治療や介護を受けながら余生を過ごすという住まいの機能も有する施設です。

現在、療養病床には、介護療養型病床（比較的重度な要介護者に医療処置と介護を行う）と、医療療養型病床（医療保険で入院する慢性期の患者に医療処置を行う）があります。国は2018年から6年以内に、主に介護療養型病床から介護医療院への移行を勧めています。医療療養型病

床でも介護医療院へ移行しようという動きが出ています。その理由は、介護医療院は職員の配置人数が病院より少ないため人件費を削減でき、コスト面でも有利であるからです。介護医療院の新設は今のところ認められていないため、医療法人は今後、介護医療院への移行を通して介護分野への進出を加速すると思われる。

## 在宅復帰先としての介護医療院

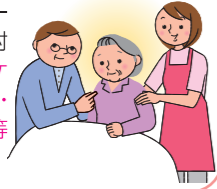
今回の改定で、在宅復帰率の要件がある病床からの退院先として、介護老人保健施設が外れました。一方、介護医療院については住まいの機能を有することから、在宅復帰先と認められています。回復期機能を持つ病床から在宅復帰する場合の復帰先として、介護医療院が位置づけられるようになります。

### 医療と介護の連携の推進

#### 国民の希望に応じた看取りの推進

●ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするともに、評価を充実

●特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



#### 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

●訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進

●末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



#### 介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

●介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする

●有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

#### リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

●医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価

●医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

出所:厚生労働省 平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料  
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197979.pdf

## MESSAGE

小濱道博さん  
小濱道博さんからのメッセージ  
小濱介護経営事務所 代表



### ケアマネは臆せず 地域の医師とコミュニケーションを

■国は介護と医療を連携させようとしているのですから、ケアマネは積極的に病院に行き、医師から情報を得ることが今後ますます必要になってきます。堂々と病院に行くべきですし、地域のかかりつけ医や入院先の医師と情報交換できるようになると、介護事業所の経営にもプラスになります。その仕組みが今回の診療報酬改定に盛り込まれているのですから、ケアマネは臆せず地域の医師と仲良くなりましょう。

■2019年4月から、病院のリハビリテーション科などで行っている運動器リハビリと脳疾患リハビリは、介護保険の適用に移行します。医療保険で行っていたサービスを介護保険に移していくのは医療費の削減が目的で、今回はリハビリがその対象になりました。医療サービスが介護に移行するということは、介護サービスを併設する病院が増えるということです。

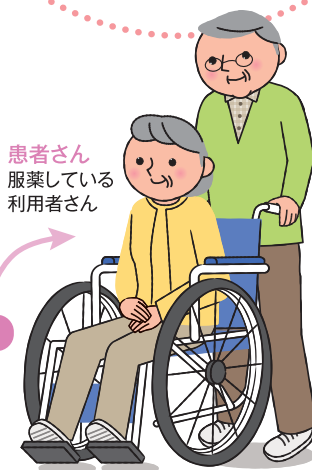
■実際に医療法人はどんどん介護に進出しています。施設系の老健や療養病床や介護医療院、医療系の訪問看護や訪問リハビリ、通所リハビリはもちろんのこと、福祉系の訪問介護やデイサービス、グループホームにも進出して、今や医療法人は福祉系の介護事業所の競合先になっています。

■2年に1度改定される診療報酬は、次回2020年の改定で今後の方向が示される見通しです。医療保険の自己負担は、現在、70歳以上75歳未満が2割、75歳以上は1割ですが、国はこれをあと4年で65歳以上を2割、75歳以上の後期高齢者も段階的に2割負担とする原案を検討中です。医療が変われば介護も変わります。次の2021年の介護報酬改定では、介護保険の自己負担も1割から2割とする方向で検討されています。



【監修】  
たかせクリニック理事長  
医学博士  
高瀬 義昌

加齢とともに服用する薬の種類と数は増える傾向にあり、介護施設の利用者さんの多くが薬を服用しています。介護スタッフにぜひ知っておいていただきたいのは、ときには薬が不調の原因になる可能性があるということです。  
在宅医であり、厚生労働省の高齢者医薬品適正使用検討会ワーキンググループのメンバーである高瀬義昌さんに、介護スタッフの薬との関わり方についてうかがいました。



患者さん服薬している利用者さん



医師  
適切な薬物療法

管理・指導

チームモニタリング



利用者さんに関わる専門家や家族  
ケアマネジャー 薬剤師

報告・相談

ポリファーマシーって、なあに？

いま医療の現場では、ポリファーマシーを見直そうという気運が高まっています。ポリファーマシーとは、多剤服用によって害が生じることです。日本の高齢者を対象に調べた研究によると、5剤以上で転倒のリスク、6剤以上で副作用のリスクが高まることがわかりました<sup>1)2)</sup>。

方です。5剤以上でも必要な薬は飲まなくてはなりません。複数の医療機関や診療科から同じ効能・効果の薬が処方されたり、病気や症状が治った後も処方が続いているために、服薬の数が増えてしまうことが少なくないのです。

高齢者の薬に注意しなければならぬ理由

高齢になると腎機能や肝機能が低下して、薬の代謝や排泄が遅くなります。そのため薬が強く効き過ぎたり、副作用が起こりやすくなったりします。一見、飲んでる薬の作用と関係のない

症状が起こることもあります。例えば、血圧を下げる薬によってせん妄が現れ、認知症と間違えられることも決してまれではありません。

チームで見守る  
チーム・モニタリング

利用者さんに何か症状が起こった場合、普段の状態を知る介護スタッフなら変化をいち早くキャッチできるでしょう。そして、その気づきを、医師や看護師、薬剤師にいち早くフィードバックします。これがチーム・モニタリングです。チームのメンバーは、介護ス

タッフ、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士など、利用者さんに関わる多職種です。メンバーそれぞれが自分の専門で力を発揮しつつ、利用者さんの情報を共有し、QOLの向上を目指します。

これまで介護スタッフは、服薬をきちんと介助することが自分の仕事であり、服薬後の症状の管理には関係ないと思っていたかもしれません。しかし介護スタッフは医療チームでも重要な

メンバーの一人であり、患者情報に基づいて処方を決める医師からも大いに頼りにされています。介護スタッフも知っておきたい薬については、2016年に日本老年薬学会、日本老年医学会は、介護スタッフにも役立つ小冊子「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」<sup>3)</sup>を作成してください。介護スタッフは、薬物療法の適正化という面でも期待

介護スタッフが行う服薬支援のポイント

服薬介助

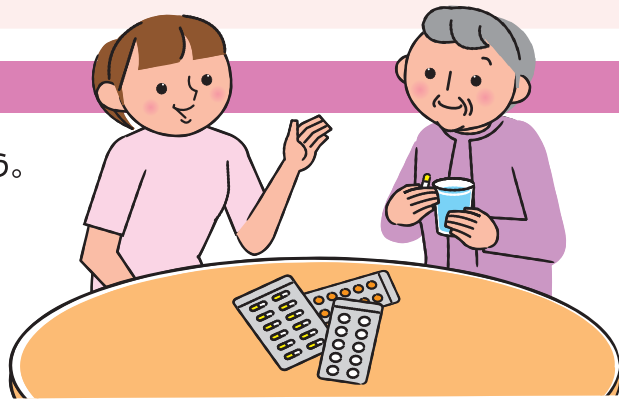
服薬が難しい場合は、医師や薬剤師に相談しましょう。

薬の飲み込みが難しい

薬を飲み込みにくい、むせることについては、薬の剤形や種類を変える、服薬補助剤(嚥下補助ゼリーなど)を使うことで対応できる場合がある。

服薬のタイミングが問題

1日1回の薬に変える、服薬の時間を変更するなど、生活パターンに合った服薬方法を医師や薬剤師と検討する。



残薬

残薬がある場合は、医師や薬剤師に知らせる。残薬の原因を確認することが、より適切な薬物療法に役立つ。

高齢者の行動心理症状

- 幻覚やうつ、妄想、せん妄などの行動心理症状は、認知症以外の高齢者にも見られる。抗不安薬や抗うつ薬、睡眠薬、抗精神病薬、また精神症状に関係ないはずの薬が原因になることもあるし、人間関係や環境が関係していることもある。このことを、介護スタッフも覚えておこう。
- 医師は症状に合わせて薬を増やすのではなく、薬を減らす、薬を止める、薬を使わないケアを行う、環境を見直すなど、その人に適した対応を検討する。

薬のリスク

高齢者のQOLを低下させる原因になる薬は多くあります。介護スタッフも薬にメリットとデメリットがあることを念頭に置き、利用者さんの薬の影響を観察しましょう。

高齢者において薬剤が引き起こす症状と主な原因薬剤<sup>4)</sup>

症候	薬剤
ふらつき・転倒	降圧薬(特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、てんかん治療薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)、抗ヒスタミン薬(H <sub>2</sub> 受容体拮抗薬含む)、メマンチン
記憶障害	降圧薬(中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬(三環系)、てんかん治療薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬、抗ヒスタミン薬(H <sub>2</sub> 受容体拮抗薬含む)
せん妄	パーキンソン病治療薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬(三環系)、抗ヒスタミン薬(H <sub>2</sub> 受容体拮抗薬含む)、降圧薬(中枢性降圧薬、α遮断薬)、ジギタリス、抗不整脈薬(UDカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬(テオフィリン、アミノフィリン)、副腎皮質ステロイド
抑うつ	中枢性降圧薬、β遮断薬、抗ヒスタミン薬(H <sub>2</sub> 受容体拮抗薬含む)、抗精神病薬、抗甲状腺薬、副腎皮質ステロイド
食欲低下	非ステロイド性抗炎症薬(NSAID)、アスピリン、緩下剤、抗不安薬、抗精神病薬、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、コリンエステラーゼ阻害薬、ビスホスホネート、ビグアナイド
便秘	睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬(三環系)、過活動膀胱治療薬(ムスカリン受容体拮抗薬)、腸管鎮痙薬(アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬(H <sub>2</sub> 受容体拮抗薬含む)、αグルコシダーゼ阻害薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)
排尿障害・尿失禁	抗うつ薬(三環系)、過活動膀胱治療薬(ムスカリン受容体拮抗薬)、腸管鎮痙薬(アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬(H <sub>2</sub> 受容体拮抗薬含む)、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗精神病薬(フェノチアジン系)、トリヘキシフェニジル、α遮断薬、利尿薬

厚生労働省 高齢者医薬品適正使用検討会「高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編」2018: p.10.

文中注 1) Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int.2012;12:761-2.  
2) Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int.2012;12:425-30.  
3) 日本医療研究開発機構研究費「高齢者の多剤処方見直しのための医師・薬剤師連携ガイド作成に関する研究」研究班、日本老年薬学会、日本老年医学会編「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」2016. [https://www.jpn-geriatr-soc.or.jp/info/topics/pdf/20161117\\_01\\_01.pdf](https://www.jpn-geriatr-soc.or.jp/info/topics/pdf/20161117_01_01.pdf), [http://www.jsgp.or.jp/pdf/too\\_much\\_medicines\\_and\\_side\\_effects.pdf](http://www.jsgp.or.jp/pdf/too_much_medicines_and_side_effects.pdf) (参照 2019-01-10)  
4) 厚生労働省 高齢者医薬品適正使用検討会「高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編」2018, p.10. [https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei\\_web.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf) (参照 2019-01-10)

図:適切な薬物治療に必要なチーム・モニタリング

## 介護の日Dケアセミナー・岩手セミナーを開催しました。

毎年恒例となりました介護の日Dケアセミナーを、今年は介護の日の前の金曜日、2018年11月9日に開催しました。今回のテーマは「高齢者の肌を極める」。東京医科大学病院 皮膚・排泄ケア認定看護師 帯刀朋代さんの「肌をすれば排泄ケアが変わる～予防的スキンケアとは～」、さくら醫院 緩和ケア認定看護師 倉持雅代さんの「在宅事例で学ぶ 多職種協働で看取る」、特別養護老人ホーム陽光の園 諸星清さんの「排泄ケアの変革と業務改善への着手」、の3つのテーマでご講演をいただきました。講演の内容は報告書にまとめておりますので、ご興味のある方は弊社担当までお問い合わせください。



また11月13日(火)には、岩手県盛岡市でDケアセミナー岩手を開催いたしました。講演には、いつつ星会デイサービスセンターおからぎ 管理者 生活相談員 小保内文彦さんをお招きし「元気をつくる介護の力～自立支援介護の実践～」についてうかがいました。自立支援介護をおこなう上で、職員との理論と技術の共有とそれによって利用者が元気になる成功体験がチーム作りには必要と話す小保内さんから、参加された方々もたくさんの元気と介護の力をもらったことと思います。

# D-CARE Report

Dケアセミナーの開催報告です。

## 特別養護老人ホーム

### サンホーム

#### 自分たちの施設の理念を言えるか?

長岡駅から車で30分ほど。「栃尾の油揚げ」で知られる街に平成16年、開設されたサンホームさん。この日は西野統括が取材にご対応くださいました。

「私たちの法人の基本理念は“個人の尊厳を守り、生きがいのある暮らしの支援の実現を目指す”というものです。以前、ユニットケアの研修へ行った時に講師の方が『皆さんは施設の理念を言える人はいますか?』と質問をされました。参加者の中には、理念を言える人も数名いました。すると講師の先生は続けます。『皆さんの施設の理念、その意味を理解していますか?』と。この言葉に私は大きな衝撃を受けました。サンホームで言えば“個人の尊厳を守るケアとは?”“生きがいのある暮らしの支援とは?”そのことが考えられて、ケアに落とし込まれていなければならない。その気づきはとても大きなものでした。そこで平成22年、改めて自分たちのケアについて考え直す取り組みを始めました」。

そこで、リーダーを集めてグループワークを開始。半年ほどかけてサンホームにおける「個人の尊厳」とは何かをみんなで



サンホームのスタッフの皆さんと弊社若槻



話し合ったそうです。「予想していたよりも時間がかかりましたがようやく見えて来たのは“ご利用者さんの尊厳とは生き方であり、生活そのものである”ということでした。だから利用者さんの生活を職員が奪うことがあってはなりません。私たちは介護における行為や言葉で利用者さんの生活を奪っていたことに気づいたのです。『また出たの?』などという気持ちを無視した言葉や、食事の何時間も前からエプロンをつけて待たせたり、全員一斉に起こしたり、寝かせたりと、業務効率を優先してご本人の生活を奪っていました。そこからご利用者への対応で職員が奪っている行為を羅列して“自分だったらどうか?”と置き換えてケアの改善をしていきました。“おむつの単体使用”も拘りを持って取り組んでいるケアの1つ。おむつの単体使用とは、おむつの中に尿とりパッドを重ね当てせず1枚でケアすることです。もちろん全員が単体使用というわけではありません。個々の排尿状況も異なりますので、アセスメントを行なった上でその方の生活に即した対応を考えるよう努めておられます。

現在、白十字のテープ・パンツ・パッドを使い分けておむつの単体使用での排泄ケアをしておられます。今後の課題は、「個人の尊厳を守り、生きがいのある暮らし」を支援するケアをケアプランに落とし込み、実践、振り返りを続けていくこと、とのことでした。

ケアプランに展開することが、例えば排せつ支援加算につなげていくということは、経営的にも重要なことなので、と語る西野統括。理念がケアの質向上と経営の双方に寄与する事例についてのお話でした。

地域連携課を中心とした退院調整、排泄ケア研修会の開催など、地域包括ケアの中心的存在としての取り組みは、1つのモデルケースになる事例だと感じました。

# こんにちは

今回の“こんにちは”では、新潟県長岡市の特別養護老人ホーム「サンホーム」様、北海道函館市の「西堀病院」様に おじゃましました。

高橋看護部長、荒本副師長と弊社高清水

## 社会医療法人 仁生会

### 西堀病院

西堀病院さんは、排泄に関する取り組みを積極的に行なっておられる病院です。病院が取り組む排泄ケアについて、取材にうかがいました。「当院は介護療養型病棟の歴史が長く、高齢者の排泄自立に意識が高かったという背景があります。ただ病棟の編成が変わってからは、病棟ごとの排泄に関する意識統一がなされないという時期がありました。そこに皮膚・排泄ケア認定看護師である荒本副師長が配置になり、専門家が入ったことで大きく変わるきっかけを得ました」。そう語る高橋看護部長は、隣に座る荒本副師長に視線を向けます。人員配置という刺激があったところで、他の病院を見学する機会があり、そこでおむつにスポットがあたります。それまではおむつはみんな同じ、という思いがあったのが、おむつ選びの重要性について考えるようになったそうです。それを機に「労務軽減と患者メリット、双方につながる形で排泄ケアの見直しができるか?」とスタッフから声が上がります。排泄ケア委員会が立ち上がったと言います。「委員会は各部署から選出され、知識の共有を図りました。白十字さんからもノウハウをもらいながら皮膚トラブルの減少、労務改善、夜間安眠といった成果を得ることができ、患者様から感謝の言葉も増えてきました。そして成功事例を共有することでスタッフの意識は高まってきました」。そう話す荒本副師長は2018年から「排泄かわらばん」という院内向けの情報誌を毎月作成して、情報発信も始めておられます。排泄が自立することで患者様がこんなに変わる・家族の反応も変わる、そうした実感を得たことが大きいと、高橋看護部長もおっしゃいます。



排泄が自立することで患者様がこんなに変わる・家族の反応も変わる、そうした実感を得たことが大きいと、高橋看護部長もおっしゃいます。

#### 排尿自立指導料への取り組み

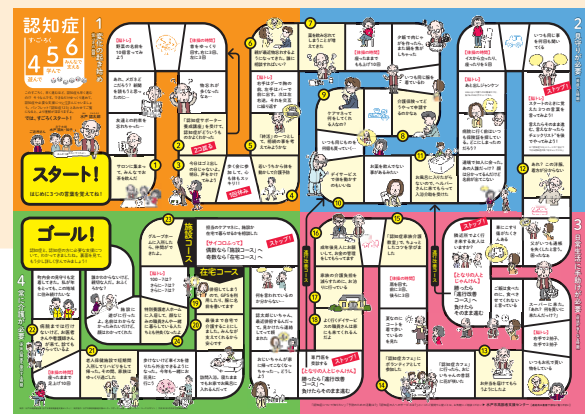
平成28年度の診療報酬改定で導入された排尿自立指導料についても、こうした取り組みを進めていたことから、既に加算を取れる土壌があった西堀病院さん。あとは実際の手順を整えるために排尿ケア委員会を立ち上げて、具体的な作業を進められました。「加算の要件からすれば指定の研修に1名が参加すれば良いわけですが、ただ要件を満たしても意味がないので、副師長クラスは参加をさせています。そうすることで学びを深めなければならないと考えてのことです」。看護部長の言葉の端々からは、西堀病院さんの排泄に関する意識が伝わって来ます。今後は「在宅に向けてなにができるか?」を課題として取り組んでいられるということで、常に新しい課題を設定して取り組まれている姿勢には、学ぶところが多くありました。



## CARE VIEW

### 楽しく遊んで、認知症を学べる 認知症456

茨城県水戸市が作った認知症を楽しく学べるすごろくに、全国から反響が寄せられています。水戸市高齢福祉課 地域支援センター地域支援事業係長 成田拓生さんと、東部高齢者支援センター長 埴のぞみさんにお話を伺いました。



【認知症456】の特長

- 「認太郎じいさん」を主人公に、息子夫婦やご近所さんも登場し、駒を進めながら認知症の症状や経過のたどり方、予防法、本人や家族が地域で利用できるサービス等を学べる。
- 「肩を回す」などの体操や「野菜の名前を10個言う」などの脳トレのマス目もあり、体や頭を動かして認知症を学べる。
- 裏面に地域で利用できるサービスや七五調のアドバイスを掲載。

【認知症456】の遊び方

- 30分程度で終了するように4人程度で行う。
- 出た目に応じて駒を進め、止まったマスに書いてある文章を読み上げる。
- 体操や脳トレはみんなで一緒に行う。
- 駒が進むにつれ認知症も進むが、途中2回、駒を大きく戻せる「進行改善コース」のチャンスがある。
- 誰か1人がゴールしたら終わり。

「認知症123(いち・に・さん)」「認知症456(すごろく)」は水戸市HPからダウンロードできます。水戸市「認知症456」のサイトをご参照ください <http://www.city.mito.lg.jp/001245/kourei/ninncshou/p017599.html>

使用の相談や「すごろくマスター養成講座」等の問い合わせ先 水戸市 高齢福祉課 地域支援センター 〒310-8610 茨城県水戸市中央1-4-1 電話:029-232-9110 業務時間:8:30~17:15 休業日:土・日、祝日

#### ●地域の人々との協働で二年かけて作成

水戸市では、平成28年に認知症への理解を深めてもらうためのパンフレット「認知症123」を作成しました。それを受け、水戸市東部高齢者支援センターでは、認知症を楽しく学べるツールを作成する企画を持ち上がりました。「東部高齢者支援センターを応援して下さる方をサポーターと呼び、毎月会議を開いて進行の工夫で理解度と面白さがアップする「すごろくマスター養成講座」に参加することで入手できます。2018年末までに21回開催され、約3000名の「すごろくマスター」が生まれました。県外から参加される方もいます。「認知症になっても住み慣れた場所で暮らし続けることができる地域が広がることを願っています。今は「認知症789」として、家族支援のツールを企画中です」と埴さんは力を込めます。



水戸市高齢福祉課 地域支援センター 地域支援事業係長 成田拓生さん(右)、東部高齢者支援センター長 埴のぞみさん(左)

「今も自らの自治体パトロールを作りたい」という要望が数多く寄せられています。届けを出して頂ければ使用できるとお伝えしています」と成田さんは話します。