

- | | | | |
|-------------|---------------------------------|----------------|-------------------------------|
| 特集1 | 社会保障「公的年金制度について」(P2-3) | ZoomEYE | 新メソッド「ユマニチュード」(P7) |
| 特集2 | 地域レポ「高齢者SOSネットワーク」発足の取り組み(P4-5) | その他 | ●ケアマネかわら版
●トピックス
●事務局便り |
| シリーズ | 特定疾病の対応「多発性硬化症(MS)」について(P6) | | |

『真に必要とされる専門職を目指して』

長崎市介護支援専門員連絡協議会
研修委員長 田中 秀和

前身の「長崎市居宅介護支援事業者連絡協議会」が設立して、来年で15年。当初、80事業所からスタートした会も、現在では会員数520名を超える会となりました。時間の流れと共に、私たち介護支援専門員を取り巻く状況も大きく変化し、協議会においても、個別会員制への移行、施設ブロックの設立、新人及び主任介護支援専門員研修の実施など、その流れに沿って会の運営を図ってきました。

さて、これから平成27年度介護保険制度改定に向けて、社会保障審議会介護保険部会及び介護給付費分科会で具体的な内容が検討されています。今回の改定は制度の創設以降、最大規模のものと言われ、2025年(平成37年)を目途に完成を目指す「地域包括ケアシステム」の構築を目指した次の一手として考えられています。そのことから、改定の本質を理解するためにも、「地域包括ケアシステム」について再確認する必要があります。

地域包括ケアという概念を初めて提起したのは1970年代に、広島県御調町の公立みつぎ病院の山口昇医師と言われていました。山口医師によると、脳血管疾患等で救急搬送され、緊急手術で救命し、リハビリによって退院した患者さんが、1、2年後に寝たきり状態になって、再入院してくるケースが目立つようになった原因を、自宅での療養環境の問題など複合的な要因によるものであったと分析されています。そのため、このよう状況に対応すべく、在宅医療の充実を行い、さらには地域住民による地域活動の導入を図り、1980年代には行政や社協も含めた、保健・医療・介護の一体的な推進体制を構築することとなりました。すなわち、利用者の生活課題を発見し、その課題の解決を目指して、地域に必要なサービスを創り出し、さらにこのサービスが有効に機能するように、サービス提供体制を地域で統合し、これを円滑に実施する実施体制を構築するために、行政組織の統合にまで及ぶという実践は、まさに今日の地域包括ケアシステム構築の先駆けとなった行動でした。そして、平成15年(2003年)老健局の高齢者介護研究会で介護保険と医療及び福祉等の諸制度が連携し、さらに専門職間の多職種協働と地域住民参加を包括的に実現するために、政策理念として「地域包括ケアシステムの推進」を提起されることとなりました。現在の目指す「地域包括ケアシステム」を構築するためには、それぞれの地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要とされています。そのために、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされています。※右図は地域包括ケアシステムの5つの構成要素(住まい・医療・介護・予防・生活支援)をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図表したものです。



今回の改定では、要支援1.2の対象者について介護保険本体の給付(予防給付)から通所介護と訪問介護を外し地域支援事業に移行することや、特別養護老人ホームの入所対象者を原則要介護3以上にすることがよく報道されますが、介護支援専門員に対しても「資質向上」や「医療との連携」など私たちに求められることも多くなっています。ただ、ケアマネジャーの資格が誕生して約15年、当初は多職種からの認知もなく、求められることも少なかった専門職が、この期間でこれだけのことを求められる専門職になったことは大いなる成果です。これからの5年・10年は私たち介護支援専門員が、利用者や家族、地域、多職種から求められる真の専門職になるための大切な期間と考えます。そのため、皆様の後方支援ができるよう、協議会として研修の充実を図りたいと思います。今後ともご意見・ご要望をお待ちしております。

社会福祉法人清心会からのご案内

訪問看護在宅療養ステーション (もものか)
訪問介護ステーション 桃花

- 在宅療養支援
 - 介護と看護の連携で在宅生活を支えます。
- お気軽に、ご相談ください。



事務所所在地：小江原・竿浦町

お問い合わせ先：社会福祉法人清心会 地域包括ケアシステム事業開設準備室

TEL 0120-232-188

公的年金制度について

文責：畦倉修二

超高齢社会へ進んでいる今般、社会保障制度の仕組みは大きく変化しております。その社会保障制度の中でもっとも財源が必要となる「公的年金制度」について、今回、特集いたしました。

公的年金の種類と仕組み

公的年金は、日本国内に住所のある全ての人が加入を義務付けられ、**最低 25 年の加入年数を満たす**ことで、セカンドライフに必要な生活費の一部を、将来に年金として受け取れます。

公的年金はよく「3 階建て」と表現されます。受け取る年金の金額を左右する大きな要因のひとつが、1～3 階のどこまで加入するか？ということです。それは、働き方に応じて変わります。まず、公的年金には、大きく 3 つの種類があります。

- ① 国民年金：日本国内に住む 20 歳以上 60 歳未満の全ての人が加入。学生やフリーター、自営業、無職の人などが加入。
- ② 厚生年金：会社員が加入。
- ③ 共済年金：公務員や私立学校教職員などが加入。

1 階部分について

国民年金は、公的年金の基礎部分で、日本国内に住む 20 歳以上 60 歳未満の全ての人が加入し、年金保険料を払うと、65 歳から「老齢基礎年金」を受け取れます。また、障害状態になった時には「障害基礎年金」、死亡したときには遺族に「遺族基礎年金」の給付があります。

1 階部分は、「基礎年金」とも呼ばれ、受け取る年金の基礎になります。受け取る金額は加入している年金の種類にかかわらず一定です。

2 階部分について

厚生年金や共済年金に加入している人は、国民年金の「第 2 号被保険者」となります。この年金保険料には、厚生年金もしくは共済年金と、国民年金の両方が含まれ、年金保険料の半分は、勤め先が負担します。ですから、国民年金のみに加入している人に比べ、納めている保険料の金額が多いことから、将来に受け取る年金の金額も、第 1 号被保険者に比べて多く、老齢基礎年金（共済年金の方は退職共済年金の定額部分）に加え、老齢厚生年金（共済年金の方は退職共済年金の厚生年金相当額）を受け取ることになります。

「2 階部分」にあたる年金は「報酬比例部分」とも呼ばれ、納める年金保険料が給与の金額をもとに決まり、納めた保険料によって、受け取る年金額も決まります。給与が高い人ほど、納める保険料が高く、受け取る年金額も高くなる仕組みになっています。

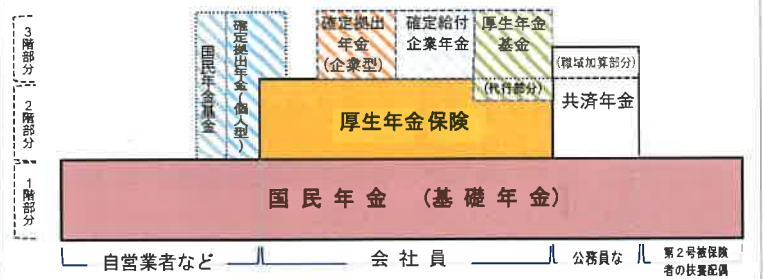
会社員の妻などで、年間収入が 130 万円未満の人は、国民年金の「第 3 号被保険者」となり、自分で国民年金保険料を支払う必要はありません。国民年金保険料は、第 2 号被保険者である配偶者が加入する年金制度（厚生年金や共済年金）が負担し、65 歳になると、第 1 号被保険者と同じように、老齢基礎年金を受け取れます。

3 階部分について

厚生年金や共済年金に加入している人は、将来に受け取る年金額を増やせる場合があります。これが「3 階部分」にあたり、一般的には企業年金と呼ばれる部分です。共済年金では職域相当部分と呼ばれます。

厚生年金では厚生年金基金、確定給付年金、確定拠出年金の 3 種類があり、企業によって導入している制度が異なります。一方で、国民年金の第 1 号被保険者であっても、十分な老後の備えが欲しい時には、自分で上乗せをすることが可能です。それが、国民年金基金や、確定拠出年金の個人型というものになります。※各年金の概要については以下ようになります。

【年金制度の仕組み】



企業年金	国民年金基金	国民年金加入者(第1号被保険者)で、保険料を納めている人が60歳までの間に加入することができる制度。地域型国民年金基金と職能型国民年金基金がある。
	厚生年金基金	厚生年金の一部を代行して給付し、さらに各企業独自の上乗せ給付を行う企業年金
	確定拠出年金	「現役時代の拠出額が確定」している年金で、将来受け取る年金は掛け金を自己責任で運用した収益に基づく。企業型と個人型があり、個人型は、国民年金基金の第1号被保険者、企業勤めでも、企業型の確定拠出年金の制度がなく、厚生年金基金に加入していない、などの要件を満たしている場合加入できる。
	確定給付年金	「将来の給付額が確定」している年金で、将来の受給額から逆算した掛金を現役時代に支払う。

● 年金の受給要件と支給開始

◆ 老齢基礎年金 ◆

受給要件	保険料を納めた期間と保険料を免除された期間（※）が合わせて 25 年以上。 ※昭和61年3月31日以前に、強制加入期間とされていなかった期間などの「合算対象期間」が含まれる。 注）消費税が 10%に引き上げられる平成 27 年 10 月から、受給資格期間を現在の 25 年から 10 年に短縮。
支給開始年齢	65 歳（60 歳からの繰上げ受給や、66 歳以降の繰下げ受給を請求することも可能）。

◆ 老齢厚生年金 ◆

受給要件	老齢基礎年金の受給資格を満たしていて、厚生年金の加入期間が 1 ヶ月以上。ただし、特別支給の老齢厚生年金は、厚生年金の加入期間が 1 年以上であることが必要。
支給開始年齢	65 歳（60 歳からの繰上げ受給や、66 歳以降の繰下げ受給を請求することも可能。制度改正による経過措置として、性別・生年月日によって 65 歳前から特別支給の老齢厚生年金が支給される場合がある）。

● 年金を受け取るための手続き

年金は、年金を受ける資格ができたとき自動的に支給が始まるものではない。ご自身で年金を受けるための手続き（年金請求）をする必要がある。

① 請求書の事前送付について

- 60 歳に特別支給の老齢厚生年金を受け取る権利が発生する方に対し、60 歳に到達する 3 か月前に、基礎年金番号、氏名、生年月日、性別、住所および年金加入記録をあらかじめ印字した「年金請求書（事前送付用）」及びリーフレット（「年金を請求されるみなさまへ」）が届く。
- 60 歳時に年金を受けるために必要な加入期間はあるものの厚生年金期間が 1 年未満など、65 歳で受給権が発生する方には年金請求書に代えて「年金に関するお知らせ（ハガキ）老齢年金のお知らせ」が届く。
- その後 65 歳到達する 3 か月前に上記同様の「年金請求書（事前送付用）」が届く。

② 請求書の提出

請求書の提出は 60 歳になってから。戸籍・住民票などは、受給権発生日以降に交付されたもので、かつ、年金請求書の提出日において 6 か月以内に交付されたものが必要。※60 歳になる前に提出された場合は受付できません。

● その他の年金

◆ 障害年金 ◆

障害基礎年金	国民年金に加入中の病気や怪我によって障害（1・2 級の障害の程度）が残ったときに支給。20 歳前（年金加入前）の病気や怪我によって障害が残ったときも請求ができる。
障害厚生年金	厚生年金保険に加入中の病気や怪我によって障害（1～3 級の障害の程度）が残ったときに支給。65 歳前に初診日があるときで、障害厚生年金の 1・2 級に該当する場合は障害基礎年金もあわせて支給される。

受給要件 ・国民年金に加入期間中に初診日のある障害であること。
・（原則）保険料納付（免除）期間が 2/3 であること ・特例として過去 1 年間滞納がないこと。

◆ 遺族年金 ◆

遺族基礎年金	国民年金に加入中または加入していた方（国民年金第 3 号被保険者を除く）が亡くなったときに、その方の生計を維持されていた子のある妻、子のある夫または子に支給（年齢要件あり）。
遺族厚生年金	厚生年金保険加入中または加入していた方が亡くなったときに、その方に生計を維持されていた妻または夫、子、父母、孫、または祖父母に支給（年齢要件あり）。

受給要件 ※障害年金と同様の要件

● 年金に関する相談窓口

※長崎市での年金に関する相談窓口は以下ようになります。

長崎北年金事務所

住所：長崎市稲佐町 4-22

電話：861-1354

※予約制による年金相談（電話：861-1387）

長崎南年金事務所

住所：長崎市金屋町 3-1

電話：825-8701

※予約制による年金相談（電話：825-8707）

※受付日：月～金 8：30～17：15 （土、日、祝祭日、年末年始休業）

『高齢者SOS ネットワーク』発足の取り組み

東長崎地域包括支援センター
文責：上戸 ますみ

徘徊高齢者の現状と課題

厚生労働省によると、全国の認知症高齢者は平成24年6月の時点で462万人、予備軍（軽度認知障害）は約400万人と推計されています。今後、高齢化が加速するにつれ、認知症高齢者はさらに増加の一途を辿り、さらに深刻な社会問題になることが予測されています。

また、近年、テレビや新聞の報道の中でもクローズアップされているように、認知症による「徘徊」が以前にも増して深刻化している状況であり、そのような中、「徘徊」などで所在が分からなくなる認知症高齢者は年間約1万人に上ると言われており、全国的に関心が高まっております。

因みに、認知症のある高齢者の行方不明の背景には、家族の方が認知症に気づいていなかったり、また、気づいていても世間体を気にして隠すなどして助けを求めなかったり、さらには、対応が困難で家族が疲弊しきってしまったといったことなどがその要因として認められます。

実際、長崎警察署で取り扱った徘徊高齢者の件数も年を追う毎に増加傾向にあります。

また、東長崎地域でも同様の傾向が見られる中、地域包括支援センターへの認知症に関する相談も近年増加してきており、認知症の人とその家族が住みなれた地域で安心・安全に暮らしていくためには、地域や関係機関同士は素より、地域との連携体制を整える事が不可欠であると考えました。

高齢者SOSネットワークの発足の経緯と取り組み

このような中、平成25年1月に発生した東長崎地域での認知症高齢者の徘徊事案においては、3日後には無事発見・保護に至りましたが、その間、関係者がそれぞれの立場で単独に行動するなど、連携がうまくできなかったことから、そのことを教訓に当地域においては、その後、「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」を目指し、関係者による「東長崎エリア高齢者SOSネットワーク会議」を立ち上げ、体制の整備に努めて参りました。その経緯は次の通りです。

《第1回会議》事例を通して、現状の課題の整理を行うと共に各機関の役割を確認。

併せて、地域のケアマネジャーに対し、徘徊高齢者の対応やニーズ把握等に関するアンケートを実施。

《第2回会議》連携チャートの検討及び、各関係機関の立ち位置の確認を行う。

《第3回会議》徘徊等認知症の症状に対する理解を深めると共に、地域における予防対策の共有化を図る。

その中で、地域を支える専門職が連携を強めながら、できる所から実践することの重要性和、中学校区を超えての徘徊事案が半数以上であることから、生活圏域での連携の必要性を再確認する。（日見・橘地域包括支援センター合同にて開催）

《第4回会議》東長崎地域の居宅介護支援事業所と介護サービス事業所間において、広く情報を共有することで、どのような協力体制が構築できるかを検討。

この後日見・橘地域包括と合同で認知症疾患医療センターや弁護士・警察の専門職より助言等を受け、徘徊事案発生時の対応マニュアルの作成に着手する。



《第5回会議》高齢者SOSネットワークマニュアル（案）に対する意見交換会として開催。

《第6回会議》東長崎地域の居宅介護支援事業所、介護サービス事業所を対象に当該マニュアルを説明。（日見・橘地域包括支援センター合同にて開催）

同時に協力事業所登録の受け付けを開始する。

以上の経過を踏まえ、日見・橘地域包括支援センター合同で、本年7月16日長崎警察署、長崎市すこやか支援課はじめ、58ヶ所の協力事業所の協力を得て徘徊模擬訓練を実施に至る。



このように当包括支援センターにおいては、徘徊事案発生時の早期の発見や保護はもちろんのこと、未然防止につながる体制作りを目指し、連合自治会長や民生委員、また、警察や市役所、さらには介護サービス事業所など関係機関等に呼びかけを行い、課題の整理に努める中で、認知症の理解を深め、予防策の共有化を図ることなどを中心に、会議を重ねて参りました。

ついては、この集大成として実施した模擬訓練後の関係者を対象としたアンケートの結果等も、十分分析した上で、今後の取り組みのさらなる充実につなげて参りたいと考えております。

加えて、認知症については、地域住民の理解が肝要であり、地域住民に課題を投げかけ、広く周知を図る中で、共に支えあい、認知症になっても安心して生活することができる地域づくりに向け、さらに力を入れて参りたいと考えているところであります。



地域レポート「東長崎エリアでの新たな取り組み」

ケアマネかわら版

「秋」 ペンネーム：2年B組

「秋」といえば、「食欲の秋」「スポーツの秋」「読書の秋」等々ありますが、「運動会」について調べてみました。運動会は年に1・2回行われる事が多く、一番のメインは秋（9・10月）、次いで春（5・6月上旬）の開催が多いようです。実は運動会、外国にはなく日本独自のスポーツイベントというのをご存じでしたか？

1874年（明治7年）、東京築地にある海軍兵学校でイギリス人英語教師の指導により行われた「競闘遊戯会（きょうとうゆうぎかい）」が今に続く運動会の始まりといわれています。初期の運動会でも陸上競技や綱引きといった、現在とほぼ同じような種目が行われており、「パン食い競争」も運動会の始まりとほぼ同時に生まれた歴史ある種目のようです。

その一方で、昔の運動会では私達が聞いた事もないようなユニークな種目も行われています。例えば「豚追い競争」。体中に食用油を塗った子豚を場内に放ち、競技参加者がそれを追いかけて捕まえるというもので、油で滑ってなかなか捕まえられない様子が見物人の爆笑を誘っていたようです。昔の運動会の種目にも参加してみたくありませんか？

長崎っ子にとって「秋」といえば、「長崎くんち」を思いつく人も多いのではないのでしょうか。長崎の氏神である「諏訪神社」の秋の大規模なお祭りで、日本でも珍しい異国情緒満載の長崎ならではのお祭りです。

龍踊（じゃおどり）や鯨の潮吹き、太鼓山（コッコデショ）、阿蘭陀漫才（おらんだまんざい）、御朱印船（ごしゅいんせん）等が有名ですね。掛け声も独特で、もう一回・もう一度やってくれという意味の「もってこい、もってこい」、笠鉾が回っていくときに太く（大きく）回っていけという意味の「ふとうまわれ」等があります。

私は諏訪神社での演し物をまだ見た事がないので、今後機会があれば見に行ってみたいと思います。

秋はいろんなイベントが目白押しなので、待ちきれない人も多いのではないのでしょうか？「もってこーい！」

サクセスフル・エイジング

高齢になってからの環境の変化は、心身共に大きなストレスをもたらす、と言います。

特養に勤務していると、80歳、90歳になってから入居される方が多数であり、それからの数日間（或いはもっと長い期間）は、その方の戸惑いの表情を目にする事になります。

E. H. エリクソンの発達段階説の中に、老年期における“自我の統合”“統合性の獲得”というのがあります。（統合性の反対は絶望）

長い人生を送られてきた方が、最後に生活していく場としての特養で、これまで通りに順風に生活して頂いているのだろうか…と思う時があり、又、御利用者のお通夜の席においては、これまで拝見した事のない若い時の遺影を見る度に、果たして自分はこの方のどれほどの事を理解していたのだろうか、と思う時もあります。入居される方は、その背中に“人生”という大きなリュックサックを背負って施設に来られる、とも言います。

私達はそのリュックを紐解き、一つ一つの思い出を整理しながら、又、これから取り組むべき事柄を一緒に考えながら共に生活していけたら、と思います。

最近読んだエッセイの中で次のような一文があった。「便秘になる人の大半はケチな性格の持ち主である、そう言えば女性に便秘症が多いのは、女が男よりケチであるためなのかもしれない」～このような視点も必要なのか…。

■ 多発性硬化症(MS)

協力：長崎記念病院

文責：松尾 智香子

◆各専門家からの意見◆

理学療法士

長崎友愛病院 理学療法士 杉本 寿代

多発性硬化症・・・聞きなれない病名かと思います。日本では人口10万人あたり3～5人程度であり、長崎市の人口が約43万人ですのでそれから換算すると長崎市内に12～20人という事になります。私自身も今までに数名しか経験したことがありません。

改めて過去の臨床経験を踏まえながら、学習する機会を頂いた事に感謝しながら本題に移りたいと思います。多発性硬化症(Multiple Sclerosis: MS)は脳や脊髄、視神経のあらゆる所に病巣ができ、様々な症状を起こします。症状は良くなったり(寛解)悪くなったり(再発)を繰り返すのが特徴とされています。この病気は病名の頭文字を取ってMS(エムエス)と呼ばれ、厚生労働省が指定する「特定疾患」です。原因ははっきりと特定されてはいませんが、自己免疫が関係しているのではないかとされ、リンパ球が自分の細胞を攻撃することによって、脳の情報を伝える軸索(電線)の周りにあるミエリン(電線のカバー)が脱髄(電線がむき出しのような状態)になることで、神経の情報が正常に伝わらなくなってしまい症状が出現します。

脱髄は神経のあらゆる部分で起こりえるので、同じ病気でも同じ症状を示さない事が多く、また発作のたびに異なる症状が出やすいのが特徴です。働き盛り、青春を謳歌する世代の20～30代の女性に多く発症することがわかっています。症状は、しびれ感や疲れやすさ、動きにくさから始まり、目がかすむ、物を落とすようになった、歩きにくいなど様々な症状が現れます。疲れやすさが持続するため「仕事のせいで疲れている」と受診自体が遅れてしまうことも多いようです。感覚や運動に支障を来すため、発症時は整形外科を受診することが多く、神経内科にかかって確定診断がつくまでに時間がかかってしまうこともあるようです。また、この病気により反応性うつ病も多く発症することがわかっており、一般的な発症と比較すると約3倍、いったん発症すると長期的に続く可能性も高いそうです。

■ リハビリテーションでは？ ■

心身のケアに有効とされ、症状の重症度によって運動の強度や種類を選択する必要があります。急性期には薬物療法を優先的に行うため、積極的なリハビリテーションは行わず、症状が落ち着いている寛解期を中心に無理のない範囲で運動を行っていきます。多発性硬化症は一般的に疲れやすく、体温・気温上昇により症状の悪化が見られるので運動時の室内温度や過度の運動はさけるようにしなければいけません。また無理なく継続できる運動が推奨されています。具体的にはストレッチや軽い負荷量の筋トレ、位置感覚の練習、発声練習などがあります。生活上では、ウートフ現象(体温上昇によって起こる一時的な症状の悪化)を避ける事や、風邪などの感染症に気をつける事、ストレスや過労を溜めない事が大切です。運動の強度や頻度、種類などお気軽に身近にいるセラピスト(PT、OT、ST)へご相談いただけたらと思います。

薬剤師

長崎記念病院 薬剤師 高柳 千尋

多発性硬化症とは、中枢神経系の髄鞘(絶縁体)が壊れて神経がむき出しになる脱髄疾患の一つで、脱髄が斑状にあちこちにてき病気が再発を繰り返します。多発性硬化症の患者さんは欧米の白人に多く、北ヨーロッパでは人口10万人に50人～100人ぐらいの患者さんがいます。(※わが国では、上記の通りの発症状況となります)平均発病年齢は30歳前後で、女性に少し多く男女比は1:2～3ぐらいです。多発性硬化症になるはっきりした原因はまだわかっていませんが、自己免疫説が有力です。環境因子としてはEBウイルスなどの感染因子、緯度や日照時間、ビタミンD、喫煙などが知られています。症状はどこに病変ができるかによって千差万別です。例えば、視神経が障害されると視力が低下したり、脳幹部が障害されると顔の感覚や運動が麻痺したり、ものが飲みにくくなったりします。小脳が障害されるとまっすぐに歩けなくなり、手がふるえたりします。

■ 薬物治療について ■

多発性硬化症の急性期にはステロイドのパルス療法を行います。それでも症状の改善が見られないときは数日おいて1～2クール追加したり、血液浄化療法を行うことがあります。急性期が過ぎるとリハビリテーションを行います。対症療法として有痛性強直性痙攣に対しカルバマゼピンを、手足の痙攣に対してはバクロフェンなどの抗痙攣剤、排尿障害に対しては抗コリン薬などを投与します。多発性硬化症の再発予防にはわが国ではインターフェロンβ-1b(ベタフェロン)とインターフェロンβ-1a(アボネックス)の注射薬が認可されています。また2011年9月、フィンゴリモド(イムセラ/ジレニア)内服薬が承認されました。また活動性の高い患者さんに対して使用される、モノクローナル抗体点滴静注製剤ナタリズマブ(タイサプリ)は2014年3月に製造販売が承認されました。多発性硬化症の再発の回数は年に3～4回から数年に1回と人によって異なります。再発を繰り返しながらも障害がほとんど残らない患者さんがおられる反面、何度か再発した後、時には最初の発病から寝たきりとなり、予後不良の経過をたどる患者さんがおられますので、多発性硬化症の診断がついたら、なるべく早く再発予防のための治療薬を開始するよう勧められています。



「見つめて 触れて 語りかけて ～認知症ケア“ユマニチュード”～」今年の2月にNHKの「クローズアップ現代」で放送され、今、日本で注目されている、フランス生まれの認知症ケアです。

さて、「ユマニチュード」とは、**人として接するという意味**で、知覚・感情・言語に基づく包括的コミュニケーション法を軸とした高齢者ケアの技術であります。ユマニチュードは、フランス人のイヴ・シネスト、ロゼット・マレスコッティ、の両氏により1979年に誕生。150を超える具体的な技術が、「人（human）とは何か」という哲学に基づいて体系化されているのが特徴です。

4つの柱

ユマニチュードには150を超える具体的な技術があることは前述しておりますが、その技術を実践するためには、4つの柱が基本となります。

I. 見つめること

認知症の人の正面で、目の高さを同じにして、近い距離から長い時間見つめます。斜めや横から視線を注ぐのではなくまっすぐに見つめ合うことで、お互いの存在を確認することができます。目の高さを同じにすることで、見下ろされているような威圧感を与えず、対等な関係であると感じてもらいます。

II. 話しかけること

優しく、前向きな言葉を使って、繰り返し話かけます。

介助をするために体に触れる場合も、いきなり触れるのではなく、触る部分を先に言葉で伝えて安心感を与えてあげます。



III. 触れること

認知症の人の体に触れて、スキンシップをはかります。決して腕を上から掴むような感じではなく、優しく背中をさすったり、歩くときにそっと手を添えてあげる等、認知症の人が安心できるように工夫します。

IV. 立つこと

寝たきりにならないよう、認知症の人が自立で立つことを大切にします。歯磨きや身体を拭くような時でも、座ったままではなくできるだけ立ってもらいます。立つことで筋力の低下を少しでも防ぐことができますし、座ったり寝たりしている時よりも視界が広がって、頭に入る情報量を増やすことができます。

④ 以上4つのことがなぜ必要なのか？

私たちが人として存在するには、誰かに見つめられて言葉を交わし、ふれあい、そして自分の足で立つことが大事だからです。それがなければ、あなたは存在しないと言っているのと同じですから、人としての関係は生まれません。ユマニチュードは、ケアされる側とする側の絆づくりに必要な、この4つ実践するための、テクニックの集大成です。

日本の最近の認知症ケアで言えば、バリデーションやタクティールケアが、全国に普及され、実践されています。

ユマニチュードとのケアの共通点を考えてみると、それぞれのケアの手法は違えども「人と人との絆」を獲得するために作り上げられた、メソッドであります。

ユマニチュードは今後、日本でも普及される動きがあり、シネスト・マレスコッティ研究所日本支部の設立準備が進んでいます。日本全国で研修会が開催される日も近いのではないのでしょうか。



「JR 東海、踏切で列車事故の認知症高齢者遺族への損害賠償について考える」

◆◆◆ 事故の概要 ◆◆◆

平成 19 年 12 月 7 日、愛知県大府市の東海道線共和駅内で当時 91 歳の認知症を患っている男性が踏切に進入し列車にはねられ死亡。男性は「要介護 4」と認定されていた。日常的な介護は、自らも「要介護 1」と認定された同居する当時 85 歳の妻と、介護のために近くに転居してきた男性の妻があたっていた。事故当日、男性は部屋で 2 人きりだった妻がまどろんだ間に外出（徘徊）していた。

◆◆◆ 裁判について ◆◆◆

JR 東海は、事故当時、事故の影響により上下線 20 本が約 2 時間にわたって遅れ、損害を受けたとのことで、男性の妻と、横浜市で暮らす長男を含めた兄弟 4 人に対し、振り替え輸送の費用など損害約 720 万円の支払いを求め、事故を防止する義務があった」と主張。訴えられた遺族側は、などと反論した。

1 審（平成 25 年 8 月）の判決では、事故が発生した原因として「妻には見守りを怠った過失がある」と認定。別居している長男についても「事実上の監督者」とし、「徘徊（はいかい）を防止する適切な措置を講じていなかった」として、JR 側の求めのとおり、約 720 万円を支払うよう命じた。

2 審（平成 26 年 4 月）の名古屋高裁の判決では、介護者の妻については、長男の介護方針の中で、男性と二人きりの時に目を離さずにいる義務を負っていたのに怠ったと結論づけ、これに対し、長男は男性と別々に暮らして、経済的な扶養義務があったに過ぎず、介護の責任を負う立場にはなかったとして、男性への請求を退け、妻の監督責任を認め、約 359 万円に減額して支払を命じた。

今や認知症は全国で 400 万人に達しており、認知症予備軍をいれば 800 万人になる推計も出ています。今後、同様の事故が増々増えることが考えられます。以上の裁判が、このままの判決で賠償が確定し、もし、同様な事故が起きた場合、この判例がもととなり、賠償が認められることが考えられます。一方で国が推し進める、地域包括ケアシステムにも影響が出るのではないのでしょうか。国として、何らかの公的保証制度の策定や、ハード面においても事故の起きない町を作る義務があると切に思い、それを願います。（文責：和田公一）

事故発生までの経緯

- 00 年 男性の認知症に家族が気づく
- 02 年 長男の妻が男性宅近くへ転居男性に要介護 1 の認定。デイサービスへ通い始める
- 05,06 年 夜中に 2 度徘徊
- 07 年 要介護 4、常に介護が必要な状態に
- ◆◆ 事故当日 ◆◆
- 午後 4 時半頃 男性がデイサービスから帰宅、妻や長男の妻とお茶を飲む。長男が玄関先へ片づけに。妻がまどろむ間に男性が外出
- 午後 5 時頃 妻と長男の妻で、男性の散歩コースを捜すが見つからず。
- 午後 5 時 47 分頃 JR 東海道線共和駅で事故発生

編集後記

ケアマネちゃんぽんいかがでしたでしょうか？

将来的には必要になる年金の仕組み、今からでも再確認をしようと思います。認知症の取り組みも、地域包括ケアシステムで大きく変わろうとしています。

認知症の方が持ち得る能力を生かすケアも、注目を浴びています。

人は一人一人異なりますので、その方に合ったケアを心して行きたいものです。

（文責：上原しのぶ）

事務局便り...

今後も第 2 回全体研修会、各ブロックでの研修会等様々な研修会が企画されています。

他ブロック開催研修もリニューアルしたホームページでチェックして頂き是非ご参加ください。

URL : <http://www.omchanpon.net/>

ご不明な点は各ブロック連絡先または事務局までご連絡ください。

今後ともどうぞよろしくお願い致します。

	ブロック長	副ブロック長
南部	榎本 哲子 (青葉苑)	大町 由里 (さんわケアプランセンター) 志岐美津子 (恵珠苑 居宅介護支援事業所)
中央	戸村 孝章 (㈱メディカルネットワーク)	松尾 史江 (ケアプランセンターゆめライフ) 井上 明紀 (こころねケアプランセンター)
北部	神村 紀行 (滑石・横尾包括支援センター)	吉川 光義 (光風台病院) 迫 久美子 (ケアサポート春) 吉田 裕 (指定居宅介護支援事業所 サンハイツ)
施設	碓野 優子 (GH サンハイツ青山)	野濱 真悟 (介護付有料老人ホーム サンハイツ富士見)

編集委員会

委員長：和田 公一（リエゾン長崎）

委員：田羽多 暁（長崎ダイヤモンドスタッフ株式会社）

森 笑子（長崎市淵地域包括支援センター）

上原しのぶ（長崎県看護協会ケアプランセンター）

畦倉 修二（ケアプランセンター日見やすらぎ荘）

松尾 智香子（長崎記念病院指定居宅介護支援事業所）

深堀 登（特別養護老人ホーム 永寿園）