

# ういずライン 2007 No. 1

温もりのある、高齢社会について考えてみる・・・  
そんな活動をつなげてみませんか

「ういずライン」とは、ういずライン～wel が発行している会報誌です。  
会の詳細、引用の取扱い等については、最後のページをご覧ください。



撮影：ぴぴ

## ういずライン 2007 No.1 (後半)

### 特集記事：コンプライアンスって？

#### 介護支援専門員としての倫理

兼任 C M

介護支援専門員、社会福祉士、居宅介護支援事業所所属

### 法の精神、法の文言

ため

市区町村職員

### 一般記事：専門職たちのメッセージ

#### グレーゾーンの対応方法私案

どるくす

都道府県職員

### 身近な代弁者。

管理者 A & B

介護福祉士による共同執筆

### いいのか？

ぴぴ

看護師、介護支援専門員兼務、訪問看護事業所所属

### 連載記事：

#### 介護保険法を勉強しなす（1）

」

社会福祉士、支援相談員、介護老人保健施設所属

#### 運営基準に則した居宅介護支援事業の展開（2）

narisawa

介護支援専門員、介護福祉士、居宅介護支援事業所所属

7月31日発行分を前半とするなら、本誌が「ういずライン 2007 No.1」の後半にあたります。

ページ数の混同を防ぐため、下段ページ番号をご覧いただければと思いますが、No.1(-2)という表記にしています。

## 特集記事：コンプライアンスって？

第1号は前半・後半2回に分けて、コンプライアンスについての意見を掲載しています。「法の文面を守っていなくても利用者の利益を守れば、それは許される」「企業体として活動する以上、一定の利潤を確保する、または法人の維持のため多少のことはやむを得ない」・・・

そうした論理はもう通じないというのが、今の社会における共通認識ではないでしょうか。(編集部)

### 介護支援専門員としての倫理

兼任CM

前回の「四角四面」の記事の中で、介護支援専門員に求められる最も基本的な倫理観は「コンプライアンス(法令順守)」だと書いた。

それについては多くのコメントが寄せられ、その全ての人が「そうだ」と言ってくれている。これは大変に心強いメッセージであり、応援だ。

また、今年は機会があって介護支援専門員現任研修基礎課程の中で「介護支援専門員の倫理」についての講義をする機会を得た。今年は更新時研修の一環でもあったことで「え！」と驚くような大ベテランも受講していて面食らったのだが、そこでも最も基本的な倫理はコンプライアンスだと触れてきた。新人はともかく、大ベテランのケアマネの皆さんも「やっぱ、そうだよね。法令守らなければいけないもんね」という反応を示してくれた。

しかし、倫理を語る際にコンプライアンスが大切ですよ、って話さなければいけないということは、実はコンプライアンスが保たれていないからなんだということに後から気がついた。コンプライアンスが当たり前前に保たれていれば、ことさらに「コンプライアンスは大切です。守りましょう」と言わなくても保たれているんだから。

コンプライアンスが保たれない理由を考えてみる。

1つは法令を知らない・理解していない・間違っ  
て覚えている。

これは良くあることだ。自分も間違えている事は  
少なからずあるし、介護保険に関係する全ての法令

を理解しているわけでもない。知らない場合や間違いは正しく覚えればいい。そしてその努力をしていけばいいし、同じ間違いを2度繰り返さなければいい。

もう1つは、意図的に法令から逸脱した行為を行うことだ。

中にはばれなければいいだろう、みんなやっているに違いない、そして「利用者の利益のためだから」ということもこの部類に入るだろう。

これは実は性質が悪い。あくまでも意図的に行っているのだから、悪質になればなるほどばれないように巧妙に違法行為を行うことになる。

かつてとある事業所から、どうすれば必要性のないサービスを必要に見せかけて介護報酬を得ることができるかを質問されたことがある。もちろん「そんな方法はないし、それをすれば違法で、ばれれば指定取り消される」と回答したのだが、その御仁はいろいろと手を尽くして抜け道を探し出したが、結局ばれたらしい。というのもそれ以後一切のかかわりを持たなかったから、風の便りで聞いただけなのだ。

おまけに意図的に違法行為をするわけだから、ある意味信念がある。根性が座っていると言い換えても良い。悪いことはこそこそ行くとばれやすいが、正々堂々行うとこれがなかなか目立たないものらしい。信念(ただしこれが間違っている)に基づく行動で、自分は正しいと思って実行しているのだから、「あなたの考えと行動は間違っています」と教えても理解されないという問題がある。

通常は実地指導や監査などで指摘をされて間違いに気がつき、修正していくことになるが、中にはこれもすり抜けるというか無視する輩もいる。「今度は上手くやろう」というような輩だ。こういう輩は指定取消になってもそんなに痛い思いをしないようで、全国各地で指定を取り消された事業者が名前を少し変えて地域を変えて堂々と指定を受けて違法行為を繰り返している事実があった。しかし、これについても今年度の改定で再指定までに一定の年月が必要となったり、事業所指定の更新と指定の一次差し止めなどのペナルティーが科せられるようになったので今後このような輩がどう対処していくのかをある意味楽しみにしている。

(編集部注：本記事は、いわゆるコムスンショックの前に作成されています)

さて、話を元に戻そう。コンプライアンスが保たれている状況を当たり前の状況にしていくこと。これは案外難しいことだ。ケアマネだけでなくサービス提供者も法令をしっかりと理解していくことが求められるし、身近なところで迷った時に確認する術をもつ必要がある。その役回りを担っていくのが主任介護支援専門員であろう。

また、現場のケアマネも事業所のスタッフも、法令にもっと触れる必要がある。あの難解な「法律語」という特殊な言語を理解し、何をしたいのか、何をしたいいけないのかを自らの手で紐解き、理解していくことがコンプライアンスを保つためにはとても重要なことになる。



それができないのであれば、インターネットの世界を十分に活用しよう。このブログのブックマークの中には日頃私がお世話になっているサイトを登録してある。これらのサイトの BBS での議論に触れるだけで、自分で法律語を日本語に翻訳しなくてもわかるように噛み砕いて教えてくれる。

このような「わかるための努力」を広めていくことがコンプライアンスを敢えて語らない状況を作り出すことに結びついていくことだと思っている。

兼任CM (介護サービスほっと通信)

## 法の精神、法の文言

ため

コンプライアンスって、一体なに？

『コンプライアンス (Compliance) とは、(要求・命令などに)従うこと、応じることを意味する英語。近年、法令違反による信頼の失墜が事業存続に大きな影響を与えた事例が続発したため、特に企業活動における法令違反を防ぐという観点からよく使われるようになった。こういった経緯からか、日本語では「法令遵守」と訳される。』という解釈が多く見られます。

様々な解釈に多少の差異がありますが、そのいずれも規定された明確なラインだけを満たすのではなく、制度の本質にある理念をも守ることが強調され

ています。そのため、ここではコンプライアンスを『法令の文言のみならず、その背後にある精神まで守り、実践すること』と定義してみることにします。

また、法令遵守という単語のみだと、文字通り「法令の文言のみ守る」という解釈も稀にあることから、今回は「コンプライアンス」と表記することにします。

「法の精神」「法の文言」いずれも満たすこと  
コンプライアンスについて考えるうえで、たとえば「解釈通知の文面だけ守ればそれで良いではないか」という考え方はどうでしょうか。先に述べたと

おり「法令の遵守」というコトバだけを読むと、法令の文言に沿って実践していれば何ら問題はないとも読み取れそうです。

しかし、『法令の文言のみならず、その背後にある精神まで守り、実践すること』と考えた場合、「文言だけ守る」ということであれば、その実践は不十分である、むしろ肝心な考え方が欠けている、ということが分かるはずで。つまり、コンプライアンスとは「法の精神」「法令の文言」そのいずれも守り、実践することをいいます。

では、介護保険制度における「法の精神」とは何でしょうか。実は、介護保険法第1条にその理念が謳われており、「要介護者等の尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」よう支援すること、「国民の共同連帯」という理念が明記されています。

「要介護者等の尊厳を保持」することとは、要介護者等の「自己決定の機会の確保」し、「自己実現の支援」をすることでしょう。そのために、地域住民（被保険者）及びサービス提供者（支援者）のモラル、自治体（保険者）における適切な制度運営が当然求められるわけです。そして、サービス提供者（支援者）に位置する保健福祉医療の専門職には、その理念に沿うためにも、職業人として、専門職としての倫理を遵守することが求められます。



コンプライアンスが実践されていない事例

では、実際にコンプライアンスが実践されていない事例を何例かあげてみます。「法の精神」「法の文言」いずれも守られていない、または一見どちらかが守られているようにみえる（みせる）事例になっています。

A：経営者。複数の事業所を運営しているが、どうしても人材が指定基準を満たさない。これまでも実地指導等で指摘を受けていないこともあり、他事業所の常勤職員が兼務という形で申請した。ちなみに兼務の実態はない。

B：ケアマネジャー。管理者を兼務した一人ケアマネで、併設事業所の業務もあり、あまりに多忙。法令や解釈通知を読む暇がないので、前例踏襲主義で対応している。サービス担当者会議は全て照会で済ませ、記録上は毎月居宅訪問しているが、実際は数か月分をまとめて印をもらっている。

C：ケアマネジャー。所属する事業所の管理者が「収益がなくては、給料は払えない。サービスを区分支給限度額まで詰め込まないと会社が潰れ、みんな解雇せざるを得ない」といわれ、不要と思うサービスも系列事業所から提供するように調整した。

D：ケアマネジャー。日中独居の高齢者から「話し相手がないので寂しい、でもデイサービスには面倒だから行きたくない」といわれたので、系列の訪問介護事業所からサービス提供するように調整した。身体2で算定しているが、訪問介護員は2時間も話し相手をしてあげている。

E：訪問介護事業所。公共交通機関の機能が乏しく、地域の高齢者が困っている。そこで、訪問介護員が自分の車両で医療機関への通院をサポートしている。経営上、かろうじて赤字にならない程度ということで、一律に身体3で算定している。診療等の関係から3～4時間かかることもあるが、地域の福祉を担っている自負からそれ以上は算定しない。

F：訪問介護事業所。日中独居の高齢者宅の生活援

助を行っている。保険者の姿勢は一律的で、収益的にも苦しく、また利用者は「家事をしてほしい」というので、計画上は身体介護で算定しているが、実際には訪問介護員は単独で家事を行っている。記録には「一緒に行く」と書くようにしている。

G: 通所介護事業所相談員。送迎サービスも手伝い、多忙な状況にある。利用者と接する時間を優先しているため、記録等の整備はきちんと行っていない。実地指導時に個別援助計画や会議録、記録など、記憶を遡り作成している。思い出せないときは適当に記載している。

H: 保険者職員。上司は異動で最近配属になったばかりなので、事実上、サービス事業所の対応は自分でしている。同居家族への訪問介護の相談事例が増え、事業所からつべこべいわれることも多くなり、虐待事例の事例でないかぎり同居家族がいる場合、生活援助を算定できないこととした。

I: サービス提供責任者。訪問介護計画は形だけ作成している。実際には、口頭で訪問介護員に指示し、あとの判断は現場に任せている。本当はそれではいけないとは思っているが、会社の他の業務を行っており、正直、そこまで手が回らない。

J: 経営者。利用者には質の高い充実したサービスを提供することがモットーでこの制度に強い不満がある。質の高い人材でサービス提供しているが人件費がかかるため、利用者に承諾を得た上で架空請求を行っている。経営者自身、給料はかなり安く、私利のための架空請求ではないと胸をはって云える。

いずれもコンプライアンスが守られていない事例をあげてみました。

提示したものは極端な例です。論外なケースは省くとしても、実際問題として「制度の持つ硬直性(個別性をほとんど認めない)」「制度自体のアンバランスな部分(サービス提供に対する責務と権限が見合っていない)」といった介護保険制度の抱える問題点に対する、一見「実践領域の柔軟な対応」と見て取れる面。

「法の文言」は守られていないが、社会福祉に携わるものとして「法の本質」は遵守している、いわゆる「必要悪」という視点もあるかも知れません。



「利用者の思いに沿う」という危険性  
ただ、その「必要悪」を肯定する方がおられたとしても「専門職の私的(個人的)な判断」でルールに従わなくてもいいのか考えてみましょう。

まず「現行のルールを守らない権限」を専門職が持っているのでしょうか。そして、その必要悪を肯定する方の「正しいルールとは、いったい何でしょうか。まさかそれを専門職としての倫理というのでしょうか。

もしかして「専門職個人の経験と勤と理念で要介護者を助けてあげている」ということはないでしょうか(自分の胸にもグサリときます。むしろ全く心当たりのない人の方が少ないかも知れません)。

やはり、この場合も「法の文言」そして『「法の本質」もやはり守られていない』ということ認識すべきだと思います。

特に、「利用者本位」「利用者の思い」を強調する支援者も中にはあると思います。しかし、繰り返しますが、それはコンプライアンスを保ったうえでの考え方です。

介護市場は法定給付のある準市場であり、その負担感たとえば電化製品や自動車の販売など別の市場と異なります。

たとえば、要介護1の方の場合、区分支給限度額の約半分のサービスを受けている方が多いと思います。そこで、仮にKさん(要介護1、認知症自立度aレベル)という高齢者が8万円分のサービスを

購入していることとしましょう。「介護報酬単価は低く抑えられている」ということは、相場的にはそれより高価なサービスを受けているということです。ここでは、実際は10万円分のサービス価値があると考えます。

つまり、介護保険制度を活用することで、Kさんは8千円の自己負担で10万円分のサービスを購入しているわけです。ですから、たとえサービスに違和感があったとしてもKさんは「8千円の負担と比較して」損得を考えるでしょう。10万円のものを購入するときと8千円のものを購入するときの消費者の心理を考えると、後者の方が大まかで適当になるのが一般的ではないでしょうか。

また、サービスに関する情報量は、サービス提供側とKさんではかなりの違いがあります。もともと、Kさんは「情報を収集し、比較する能力」も衰え気味ですし、サービス提供側は保健福祉医療の専門家です。また、あってはいけないことですが、利用者は「援助していただく」、サービス提供側は「してあげる」という心理が働いてしまうことで、利用者と支援者の力関係が著しく非対称になります。

そのとき支援者自身の理念・経験・理論を優先することを「法の精神」「法の文言」は認めていません。これが「利用者本位」です。

ルールに反する利用者意向を「御用聞き」しないことが前提での「利用者本位」なのです。



当然、利用者側のモラルハザードによるひどい苦情・要望や問題もあるでしょうし、介護保険制度はどんなに肯定的にみて褒め称えても「完璧ではない」＝「多くの欠点を抱えている」のは事実です。ただ、

それとコンプライアンスを実践しないということは別次元の話であるはずなのに、コンプライアンスを実践しない原因として「利用者側がおかしい」「制度がおかしい」というのは責任転嫁も甚だしいのではないのでしょうか。

では、困窮する利用者をどう支援するのか  
たとえば「制度の硬直性」といった課題に対して、「制度に従わない、または制度を自己の都合で解釈する」という方法論が通らないのは周知のとおりです。その一方で、各種制度を活用した最善の支援方法の模索は、専門職の義務として課せられているわけです。

ですから、迂遠かつ多くの時間を経なければならぬけれど、制度の改善に向けた社会運動（ソーシャルワーク）や、地域資源の発見・開発・育成、地域住民・専門職・行政のネットワークの拡充など、制度の問題に対する課題解決に向けた取組みを継続して続けていかなければならないのかも知れません。それこそが専門職の倫理の中の一つであり、「コンプライアンスへの取組み」になるのではないのでしょうか。

たとえば、災害時や虐待等の対応については、介護保険制度の利用範囲もかなり個別対応できるよう設計されています。一方で災害等以外の場合においては「公的制度の支援の範囲ではない」＝「それは利用者自身の責任で行うこと」ということもあるのではないのでしょうか。

自分が専門職として、どれだけの責任（義務）を持ち、それに応じてどれだけの権限（権利）を持っているのか、今一度確認してみることも重要だと思います。

そして、支援者の多くが「地域住民と協働のうえ、コンプライアンスを実践している職能集団が、制度運営をリードしていく」という意識を持つ事ができれば、より実態に即した施策展開ができると思うのです。

ため（狸乃穴倉）

## 一般記事：専門職たちのメッセージ

ういずラインは、ネット上において保健福祉医療に携わる人たちのネットワークをめざしています。それは専門職であり家族（介護者）であり、そして本人かも知れません。高齢社会について考える…そんな記事を掲載していきます。本会報誌のメインコンテンツでもあります。

### グリーゾーンの対応方法私案

どるくす

ネット上の掲示板などで、「グリーゾーンについては市町村判断」という言葉がときどき出てきます。（グリーゾーンというのは、ここでは、「介護保険や障害者サービスなどで算定できるかどうか微妙な事例」ぐらいの意味で使っています。）

そちらの地域では、どうされていますか？

現場の判断尊重？ 保険者協議？

え？ 同居家族がある場合の生活援助も、すべて保険者への事前協議？ それはマズイでしょう？

平成12年3月1日付け老企第36号「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(長い・・・)

なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある。

どうです？ 「保険者に事前協議が必要」などは、どこにも書いてないでしょ？

・生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容

・生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載すればいいわけです。

(あ、形だけ、はマズイですよ。サービス担当者会議等を経たうえで、あとで保険者等が見ても納得できる形でない。)

で、「同居家族がある場合の生活援助」自体は、グリーゾーンとは言えません。制限はあるものの、日常的に直面する問題です。

では、普段起こらないような事例が生じたときにどうするか。ということで、一案として作ってみたのが「グリーゾーンの対応方法私案」という拙文です。

- 1 その事例に関わる地域ケアスタッフ等で検討の場を持つ(介護保険ならサービス担当者会議等)
- 2 検討の結果、必要性が認められれば、その旨を市町村に報告する(会議の要点をまとめた書類も添付する)
- 3 市町村は、明確な法令違反等が認められない限り、**原則として会議結果を尊重する**。ただし、必要なら条件を付すこともできる。
- 4 認められたサービス行為については、各ケアスタッフが特に注意してモニタリングを行い、サービス計画のとりまとめ者(介護保険では担当ケアマネージャー等)が記録を管理する。
- 5 次回の計画見直し時期に、その認められたサービス行為を実施した結果について分析し、市町村に報告する。
- 6 市町村は、その分析結果を検討し、そのサービス行為をその利用者に対して継続して認めることが適当かどうかを判断する。
- 7 市町村は、各地域ケアスタッフから報告された分析結果を集約し、地域ケアスタッフの研修等に活用する。

注 i その認められたサービス行為の効果が上がらず、又は何らかの弊害が発生していたとしても、**遡って減算等のペナルティは行わない**。

ただし、虚偽の報告を行ったり、分析結果をねじ曲げたりした場合には、厳しいペナルティを課すものとする。

市町村職員及び地域包括支援センター職員等は、必要に応じて会議に(一発言者として)出席する。

市町村判断(3・6)は本来現場に委ねるべきという考え方もある。

たとえば、1で検討して、サービス利用を認めるべきでない、という結論となってサービスを実施しなかった場合でも、認めた場合と同様に数カ月後の結果を分析してみるとおもしろいと思います。

本人の意欲が向上して自分でできるようになったか、家族が頑張っていて何とか支えている状態か、無理した家族が病気になってショートステイや施設入所

を余儀なくされていないか、家族が虐待に走ったりしていないか・・・

こういうデータを集約しておけば、市町村職員にとっては、議会や住民への説明、ついでに掲示板等での議論でも、向かうところ敵なし(たぶん)。

そして、興味深い分析結果が出れば、厚生労働省や都道府県に意見具申してもよろしいかと思えます。  
どるくす(どるくす工房)

## 身近な代弁者

管理者A & B

「どうせヒラの下っ端の介護職だし」何を言っただって、わかってくれないし・・・」って、みんな思っているよね。・・・帰り道、ふと考えた。

以前、研修時にケアスタッフに、よく言っていた事

「施設の縦の関係では、介護が一番下になるし、私は一番下の部署の主任だから、たいしたことは出来ないかもしれない。でも、一番下の部署が、一番利用者様に近く、一番理解する事ができる。私たちの見た事、聞いたこと、体感した事が、発信する事によって利用者様に、いいサービスを提供できるのだから。胸を張って、仕事をして行こうね。」と。

そう、私たちは、一番身近な利用者様の代弁者。そのためには、スキルUPも必要だし、何でも言ってもらえるような土台も必要だ。いいサービスを提供するには、利用者様が、御家族が何を求めているかを見極める事が重要なのです。時々、顔見知りになり、信頼関係ができると、「あの時・・・ケアマネさんには言わなかったけど・・・」なんて話が出てきたりもするのです。

突然、フェイスシートと違う一面が出てきたり・・・本音(?)がでたり・・・身近に毎日いるからこそ、見つける事ができるのだと思います。た

だ・・・ひたすらに、機械的な業務を行っているのは決して見えませんよ！人間的に心で接していると、利用者様から伝えてくれる関係にきつとなれます。



施設のケアスタッフも在宅のヘルパーさんも同じではないでしょうか・・・日々、その業務に疲れきって・・・のんびり、プライベートな時間はゆっくりしたい。(でも、そのプライベートの時にふと考える・・・)ブログや本やHPで勉強し、介護や福祉について書き込む人って、そのプライベートな時間に考え、勉強し、書き込みしているんだ～私はどうだろう??・・・??

あの人はどうだろう・・・??

向上のための、日々の勉強と、心からの介護・・・忘れていませんか??

管理者A & B (おなじ道をあゆんで)

Withline-wel



午後、ステーションに利用者さんの家族から電話あり。

家「これから連れて帰りたいの。」

先日、娘さまがインフルエンザで介護困難、利用者は肺炎で入院した方だ。

はい。

突然の退院連絡でっす。

先に主治医に連絡すると×が出そうだから・・・

かも。 ( ！ ) フム...

ぴ「はぁ～い。18時ですね。(遅っ。^^;)先生に連絡しておきますね～♪」

いいのか？

良い、良い。(独り言)

炎症所見も完全に良くなっておらず、酸素吸入に抗生剤の点滴施行中。経管栄養も出来ない状態だ。

きっと毎日、点滴訪問になるだろう。

娘さま「いつ病院に行っても同じ体位で苦しそう。床ずれができてしまう・・・このままじゃどうなるかわからないから、家で介護したい。」

病院主治医から退院OKが出たわけじゃない。

介護暦30年以上、訪問看護10年目。

もちろん、通常は安定した状態での退院が望ましい。(在宅でできる治療には限界がある)

で、担当者会議を開いて、在宅の準備を整えて、プランの見直し・・・。

でも・・・

制度も方針も、ここでは 後回しでよろし家で介護したい。

在宅で最後まで看取りたい。

という「気持ち」を応援したい・・・。

介護力もある♪(勢いも。^^;)

そこに

後から付いていくのも、いいんでないかい？

**最低限のラインは即行で整えて・・・っと。**

**主治医との「橋渡し」、「サポート体制」を訪問を中心にケアマネと連携しながら行えば・・・**

なんとかなるさあ。(やる気満々)

元とは言えば、入院はせずに「最後まで在宅希望」だったのが、やむを得ずの入院。

家族の力、意思を尊重したい・・・

追記:「要介護5」で全介助の利用者さん、一進一退を繰り返しながら現在も在宅介護中

ぴぴ( 訪問ナース&ケアマネ のほほん日記)

**\* 編注**

ご存知の通り、5年後に介護療養型医療施設が廃止され、それも含めて療養病床が38万床から15万床に減らされようとしています。今後益々高齢者数が増えるというのに。さらに高齢者の増加に伴いニーズが多様化し、在宅医療・介護の希望も間違いなく増える見込みです。このような国の施策や国民の在宅へのニーズに対し、送り出す側の病院、受け入れる側の在宅とも、早急にそのニーズへの対応が求められています。

在宅医療・介護に必要なのは、一人の高齢者を地域のみinnで支えるというチームケアの意識と、そして何よりも家族も含めたそのチームが、その高齢者が最後まで人間らしくあって欲しいという「人間としての尊厳」を保持しようという意識です。本号の連載記事に、「Jさんが介護保険法を解説して下さいますが、この2点はその第1条に記されています。この事例はまさにコンプライアンスの根本の部分です。

当然ながらこの事例のスタッフは、法令等やらなければならないことはきちんと頭に入れており、臨機応変にすべきことをし、また、それぞれが、急を要する場合でもスムーズに対応できるよう常日頃から密接に連携しあっています。だからできる行動であり、今、保健・医療・福祉の現場に最も求められていることです。

## 連載記事：

ういずラインは、当面、1年間に6冊の会報誌を作成する予定です。その中で、「介護保険法を勉強しなおす」(Jさん)「運営基準に則した居宅介護支援事業の展開」(narisawaさん)の記事については、容量が多く、しかもどの部分も重要だと考え、連載記事として掲載しています。

### 介護保険法を勉強しなおす(1)

はじめまして。

私も介護保険法の下で仕事を始めて、間もなく6年を迎えようとしています。

この間、特別養護老人ホーム(指定介護老人福祉施設)の立ち上げという業務に携わることがあり、その中で「法令を知る」ことの重要性を改めて痛感しました。

いや、「知る」だけではない、「法に“則る”」ことの大切さを体感しました。

その業務も終了して2年が経ち、今、改めて介護保険法令について自分がどのぐらい理解できているのか(つまり、どこまで「法に則れる」のか)を確認しようと思い立ちました。

そこで、これから介護保険法を1条文ずつ、自分なりの解釈を加えてこのブログに綴っていきます。

もし、ご覧になられて、「おや?おかしいな...」とか、「これはこういう解釈が正しいぞ」というのがありましたら、ご指導・ご教示いただければ幸いに存じます。

#### 目次

法律の目次は非常に便利です。

介護保険法の目次を読んでいきます。

介護保険法をここに公布する。

#### 介護保険法

##### 目次

- 第一章 総則(第一条 第八条の二)
- 第二章 被保険者(第九条 第十三条)
- 第三章 介護認定審査会(第十四条 第十七条)
- 第四章 保険給付
  - 第一節 通則(第十八条 第二十六条)
  - 第二節 認定(第二十七条 第三十九条)
  - 第三節 介護給付(第四十条 第五十一条の三)
  - 第四節 予防給付(第五十二条 第六十一条の三)

第五節 市町村特別給付(第六十二条)

第六節 保険給付の制限等(第六十三条 第六十九条)

#### 第五章 介護支援専門員並びに事業者及び施設

##### 第一節 介護支援専門員

第一款 登録等(第六十九条の二 第六十九条の十)

第二款 登録試験問題作成機関の登録、指定試験実施機関及び指定研修実施機関の指定等(第六十九条の十一 第六十九条の三十三)

第三款 義務等(第六十九条の三十四 第六十九条の三十九)

第二節 指定居宅サービス事業者(第七十条 第七十八条)

第三節 指定地域密着型サービス事業者(第七十八条の二 第七十八条の十一)

第四節 指定居宅介護支援事業者(第七十九条 第八十五条)

##### 第五節 介護保険施設

第一款 指定介護老人福祉施設(第八十六条 第九十三条)

第二款 介護老人保健施設(第九十四条 第一百六条)

第三款 指定介護療養型医療施設(第一百七条 第一百五十五条)

第六節 指定介護予防サービス事業者(第一百五十五条の二 第一百五十五条の十)

第七節 指定地域密着型介護予防サービス事業者(第一百五十五条の十一 第一百五十五条の十九)

第八節 指定介護予防支援事業者(第一百五十五条の二十 第一百五十五条の二十八)

第九節 介護サービス情報の公表(第一百五十五条の二十九 第一百五十五条の三十七)

第六章 地域支援事業等(第一百五十五条の三十八 第一百五十五条の四十一)

第七章 介護保険事業計画(第一百六条 第一百二十条)

第八章 費用等

第一節 費用の負担(第二百一十一条 第四百六十六条)  
 第二節 財政安定化基金等(第四百七十七条 第四百四十九条)  
 第三節 医療保険者の納付金(第五百十条 第五百十九条)  
 第九章 社会保険診療報酬支払基金の介護保険関係業務(第六十条 第七十五条)  
 第十章 国民健康保険団体連合会の介護保険事業関係業務(第七十六条 第七十八条)  
 第十一章 介護給付費審査委員会(第七十九条 第八十二条)  
 第十二章 審査請求(第八十三条 第九十六条)  
 第十三章 雑則(第九十七条 第二百四条)  
 第十四章 罰則(第二百五条 第二百五十五条)  
 附則

最初の一文は、介護保険法の公布を宣言したもののですが、以下を見ていただければお解かりのように、どの条文にどんな事項が規定されているのかがこの目次に出ているのですね。

だから、法律の内容について調べ事をするような場合には、まず目次でどの辺りに求めている内容が書かれているのか目星をつけ、そして本文を読んでいくと効率よくその条文に突き当たることができます(たまに例外もありますが^^;)。

侮ることなかれ、目次。

## 第1条

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

これが介護保険法第1条です。

ここでは、介護保険法の目的、言うなれば介護保

険制度を制定する目的、制度がめざす方向性を規定しています。

私なりの言葉で置き換えてみると、

「介護保険法は、加齢によって心身に生じた変化のために日常生活上の介護や医療を必要としている、又は必要になるかもしれない人に対して、介護や医療に関するサービスを利用してもその人が“人間として”存在していることを否定されず、自分自身が持っている能力を最大限発揮して日常生活を送ることができるための保健医療サービス及び福祉サービスを提供していくため、『国民みんながサービス提供のどこかに関わっていく』という理念の下で介護保険制度を創設し、その保険給付を行う上で必要な事項を規定することで、国民の保健医療の向上、福祉の増進を図ることを目的として制定する」

となります。

ここでのキーワードは「尊厳の保持」と「国民の共同連帯の理念」。抽象的な言葉でもあるので噛み砕くのに悩みました。

それと、私の解釈の中で、「日常生活上の介護や医療を必要としている、又は必要になるかもしれない人」としたのは、本文の、「介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等」の「等」を砕いて表現したらどうなるか?という疑問から出たものです。

## 第1条(追加)

今日、認知症利用者のケアマネジメントについての研修があり、講師の方が、「尊厳」という言葉について、「その人らしく生きること」という解釈をされていました。

この方が「尊厳」について解りやすい置き換えをしているな...と感じ、第1条をこのように解釈しなおしてみました。

「介護保険法は、加齢によって心身に生じた変化のために日常生活上の介護や医療を必要としている、又は必要になるかもしれない人に対して、介護や医療に関するサービスを利用しても“最後までその人らしく生きること”を否定されず、自分自身が持っている能力を最大限発揮して日常生活を送ることができるための保健医療サービス及び福祉サービスを提供していくため、『国民みんながサービス提供のどこかに関わっていく』という

理念の下で介護保険制度を創設し、その保険給付を行う上で必要な事項を規定することで、国民の保健医療の向上、福祉の増進を図ることを目的として制定する」

いかがでしょうか？



## 第2条

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

これが第2条の全文です。ここでは、介護保険制度全体の定義や保険給付に当たっての基本的理念が述べられていると解釈しています。

では、第1項の文言を私なりに置き換えてみます。

介護保険は、要介護状態又は要支援状態となった被保険者に対して、必要な保険給付を行うものです。

何か、本文そのままでしたね^^;

## 第2項。

第1項でいう保険給付は、要介護状態又は要支援状態の程度が少しでも軽くなるか、悪くならないようにするために行われるものであるとともに、保険給付を行うに当たっては、給付を受ける被保険者のかかりつけ医や地域の医療機関・医師等との連携を忘れてはなりません。

最後の「十分配慮して」をどう置き換えようかと考えていたら、ふと「忘れないでくださいね」というフレーズが頭の中に浮かびました。介護は医療だけのものではないですが、決して福祉だけのものではありませんし、どちらも関わって初めてできるものだと考えています(もちろん、保健分野が果たす役割も大きいです)。

そこを強調したかったので…。

## 第3項です。

第1項でいう保険給付は、給付を受ける被保険者の心身の状態や、その被保険者を巡る物理的・人的・社会的な環境等に応じて、被保険者自身の選択に基づいた適切な保健医療サービス並びに福祉サービスが、数多くの事業者や施設から、被保険者の介護や介助が必要な部分にピンポイントで提供されるよう、注意して行われなければならない。

ここでは「効率的に」という言葉をどう置き換えようか、考えあぐねました。何か解ったような解らないような文章になりましたが…。

## そして、第4項です。

第1項でいう保険給付の内容及び給付の水準は、被保険者が要介護状態となっても、できる限り居宅で、自らが持っている能力(介助や介護を受けなくても発揮できる力)を十分に発揮して日常生活を営むことができるようなものとなるようにしていかなければなりません。

「能力に応じて」という文言を、無理やりこのように置き換えてみました。

抽象的な言葉を具体的な言葉に置き換える作業って、ホント、難しいですね…。

## 第3条

(保険者)

第三条 市町村及び特別区は、この法律の定めるところ

により、介護保険を行うものとする。

2 市町村及び特別区は、介護保険に関する収入及び支出について、政令で定めるところにより、特別会計を設けなければならない。

第3条では、介護保険実施の主体者 = 保険者についての定義が述べられています。

第1項から置き換えていきます。

市町村及び特別区は、この法律の内容にしたがって、介護保険に係る業務を行います。

第2項。

市町村及び特別区は、介護保険運営に係る業務に関する収入及び支出について、政令の規定にしたがって特別会計を設けて処理してください。

これ以上の置き換えがあれば教えてください。

」(介護保険法を勉強しなす)

## 運営基準に則した居宅介護支援事業の展開(2)

narisawa

### ケアマネジメントの具体的な手続き内容

#### 課題分析(アセスメント)の実施

居宅サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要であるため、介護支援専門員は、これに先立って利用者の課題分析を行うこととなります。課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、利用者の解決すべき課題を客観的に抽出するための手法として合理的なもの認められる適切な方法を用いなければならないので、必ず【図3】に示す「介護

サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の別紙4の別添に定められている課題分析標準項目を満たした方式により実施しなければなりません。この実施に当たっては、単に現状を把握すればよいというものではなく、利用者が自立した日常生活を営むうえでの解決すべき課題を把握することが目的であり、利用者の有する日常生活上の能力(可能性)に着目して行うことが肝要です。

【図3】課題分析標準項目

基本情報に関する項目		
	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、住所、電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害高齢者の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目		
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	A D L	A D L（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	I A D L	I A D L（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

そして、課題分析が課題分析として成立するためには、いくつかの条件をクリアする必要があります。

この一つめは、必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならないことです。例えば、退院後に在宅生活の再開を予定している利用者に対し、病院で面接した場合には課題分析を行ったことにはならず、退院後の早期に改めて居宅で面接することが求められます。また、通所系のサービス（通所介護・通所リハビリテーションなど）を利用中に課題分析を実施した場合も同様のことがいえますが、これらのサービスを利用している最中に課題分析を行うことは、サービスの利用や提供を中断させてしまうことになるので、むしろこのような状況は避けるべきでしょう。また、居宅での面接日の設定に当たっては、利用者のみならず家族の都合も十分に考慮する必要があることはいまでもありません。

それからもう一つは、面接の趣旨を十分に説明し理解を得なければならないことです。あいさつや面接の趣旨説明も不十分なうちに情報の把握に入ったのでは、利用者や家族としては不信感が募るばかりです。信頼関係や協働関係を築くためにも、何のた

めに課題分析を行うのかについて、納得を得たうえで行われなければなりません。このためには、個別の項目を把握する際にも「何のために聴くのか」の説明を加えながら面接をすすめるのが良いと考えられます。

そして、面接を行うに当たっては、決して介護支援専門員のペースで情報を把握するのではなく、利用者や家族のペースを大切にしていかなければなりません。

また、要介護認定の認定調査における基本調査の結果（以下、「調査票」）や主治医意見書も重要な情報源です。課題分析方式の種類によっては、これらを課題分析票の一部として取り入れているものもあります。居宅サービス計画の作成にあたり、市町村に対してこれらの資料提供あるいは閲覧の申請を行うことができるので、必ずこれらの記載内容を確認するようにしましょう。

なお、基準第15条に準用規定がもうけられており、居宅サービス計画の変更にあっても、原則として課題分析を行わなければならないとされているので、この点に留意しなければなりません。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準  
(抄)

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第13条

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。



以上、ここでは「課題分析(アセスメント)の実施」の段階について説明しましたが、そのポイントをまとめると以下のようになります。

「課題分析(アセスメント)の実施」の段階のポイント

1. 課題分析標準項目を満たした方式を用います。
2. 課題分析は、現状の把握にとどまらず、利用者の有する日常生活上の能力も把握します。
3. 居宅を訪問して実施します。
4. 利用者だけでなく、家族との面接も必要です。
5. 面接の趣旨について十分に理解を得るようにします。
6. 居宅サービス計画の変更に当たっても、原則として課題分析を行わなければなりません。

narisawa (介護支援専門員である介護福祉士がつくっているホームページ)

編集部員の独り言～

暑い夏がすきな私です。最近いじられ?キャラ化?しているようですが・・・泣

私のことを「マジメで仕事ができる人」とイメージされている方がいらっしゃるようですが、残念ながらそんなに出来る人間ではありません。(人からは「人がいいよねえ～」と言われますが。。)ネット上などで勉強して、制度等について勉強の日々ですわ。ネット上のつながりをもっと全国的に広め、一つのサークル状態になれば・・・と思っています。

最近、地震に台風と自然の猛威に、人間のちっぽけさをヒシヒシと感ずります。平均寿命以上の高齢者の方は、これまでも幾多の困難苦難をそれぞれ乗り越えてきたのだと日々感動 (baru)

7月末に第1号を発行して以来、多くの皆さんに暖かい言葉をかけてもらっています。とてもありがたい話だなと感謝の気持ちでいっぱいです。今回は、サークルの趣旨に賛同いただきメンバーとなった方々のリストを提示・・・正直なところコミュニケーション不足とか「うっかり」のためリストに不適切な部分があるかもしれませんので、予めお詫びを(気軽に声をかけてやってください)・・・ (たぬ@うっかり八兵衛)

ういずラインとは

「ういずライン」とは、高齢者保健福祉医療について考える有志により運営するサークル「ういずライン～wel」が発行する情報誌です。実際には、インターネット上のサイトやブログにある記事を集めて掲載し、それを紹介する活動を行ないます。

2か月に1回、計6冊をweb上にて発行する予定です。

「ういずライン」とは、【ともに進んでいく】【協調する】意をこめて「with」を、【連携する】【適切に判断していく】意をこめて「line」をあてています。親しみ易さを考えて、「ういず」とひらがなで表記しました。

本誌のさいの留意事項

より情報共有の円滑化を図るのが「ういずライン」の目的の一つです。情報の引用等についても積極的にご活用いただければと思います。活用にあたっては、次の事項についてご確認ください。

次の条件を遵守のうえ、公序良俗に反しない限り、特に引用に係る制限は設けません。

1) 引用にあたっては、「ういずライン 2007 No.1」というように、誌名、号数を必ず明記してください。(ページ数、記事名、記事作成者名等につ

については引用者の判断に委ねます)

- 2) 記事の引用にあたり何らの責が生じた場合は、引用者の自己責任において、対応をお願いします。
- 3) 「ういずライン」の記事に関する著作権は、記事作成者に帰属します。

投稿のさいの留意事項

投稿に当たっては、次の事項に留意してください。

- 1) 原則として、ホームページ、ブログ、BBS等にて公表した記事を、掲載対象とします。
- 2) 記事の掲載については、編集部が判断します。文意に支障のない範囲で文章表現の一部修正を行うことがあります(この場合は、記事の校正を依頼します)。公序良俗に反するもの、また何らかのトラブルが生じる可能性の高い記事は掲載しません。これらのことを承諾のうえで、投稿をお願いします。
- 3) また、引用における留意事項についても、予め承諾してください。

なお、記事の著作権は(当然ながら)投稿者に帰属します。また、投稿者がその記事を雑誌等に寄稿する等についても一切制限はありません。

ういずライン～wel メンバーリスト(50音順、敬称略)

アイアイ( [わたしはここで生活しています](#) )  
あんころ( [cerulean-blue](#) )  
かよ( [かよの人生なるようになるんだから楽しまなきゃそんそん!](#) )  
きよママ( [きよママ日記・介護よもやま話](#) )  
兼任CM( [介護サービスほっとのページ](#) )  
J( [介護保険法を勉強しなおす](#) )  
sige( [陽だまり日記](#) )  
G P Z( [ああケアマネ、どうしてケアマネ?でもやっぱリケアマネ!](#) )  
シロクマ( [シロクマ・クロクマ](#) )  
すみけん( [あわてんぼうの新人ケアマネ!すみけんのお部屋](#) )  
ゼニ( [心の底まで新しくされ](#) )  
ため( [狸乃穴倉](#) )  
DARA( [サービス提供責任者のお仕事～](#) )  
ちび( [私の在宅介護日記;猫の手10本あるけど・・・](#) )  
どるくす( [どるくす工房](#) )

narisawa( [介護支援専門員である介護福祉士がつくっているホームページ](#) )  
ねこやなぎ( [びったれの日常](#) )  
のぞみ( [瀬戸際のケアマネ・白衣のペ天使](#) )  
のんたる( [のんたるの気まぐれ日記](#) )  
ハクシヨウ中納言( [中納言の独り言](#) )  
baru( [訪問介護/ケアマネ/包括/入所介護の応援団](#) )  
ぴぴ( [訪問ナース&ケアマネのほほん日記](#) )  
布遊( [パッチワークはやめられない!](#) )  
べあ( [あっ!!というまに...](#) )  
ヘルパーK( [ヘルパーKの奮闘ブログ](#) )  
ポイント( [ポイントのホームページ](#) )  
まぁー( [訪問看護師「まぁー」の日記](#) )  
まっか( [ふしだらな生活日記](#) )  
migu( [MIGU@home](#) )  
Mr.M( [在介センターの思い思われ振り降られ](#) )  
M I H O( [文章力アップを目指して](#) )  
れいみ( [未来に向けて](#) )

ういずライン 2007 No.1(後半)

2007年8月7日発行

発行:ういずライン～wel

編集:ういずライン～wel 編集部