

ういずライン 2007 No. 2

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：れいみ

ういずライン 2007 No.2

特集記事：介護支援専門員実務研修受講試験 ケアマネ試験を受けようとした動機 試験勉強を考える

兼任CM

介護支援専門員、社会福祉士、居宅介護支援事業所所属

介護保険と障害者サービスとの関係

どるくす

都道府県職員

地域包括支援センター

baru

介護支援専門員、介護福祉士、包括支援サブセンター

ケアマネ試験のそのあとは。きゃあ～！

べあ

介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属

ティークレイクがたら

たぬ

市区町村職員

訪問看護について～理解しておきたい訪問看護の仕組み～

ポイント

居宅介護支援事業所管理者、介護支援専門員

一般記事：専門職たちのメッセージ ニーズ

アイアイ

介護支援専門員、居宅介護支援事業所管理者兼介護支援専門員

「ころころが変われば人生が変わる」

ハクシヨウ中納言

介護支援専門員、MSW兼通所リハビリター

家ってなに・・・

sig e

介護支援専門員、地域密着型特定施設所属

連載記事： 介護保険法を勉強しなおす（2）

」

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（3）

narisawa

介護支援専門員、介護福祉士、居宅介護支援事業所所属

9月も下旬だというのに、表紙の写真に違和感がないのは何故でしょうね。ところで、お待たせしました。第2号は、特集「介護支援専門員実務研修試験」と銘打っていますが、現役のケアマネの方でも楽しめる内容を意識しています。前回と比べ、少し容量が多くなっていますので、ゆっくりお楽しみください。

特集記事：介護支援専門員実務研修受講試験

平成 19 年度介護支援専門員実務研修受講試験が 10 月 28 日（日）に実施されます。第 2 号は、編集メンバーに長年、同試験対策に関わった人たちがいることから、本試験を特集テーマとしてみました。

といっても、会報誌の性質上、受験テクニック中心というよりは、実際に現場においても活用できるような内容のものも組み込んでいます。本質的には、試験勉強で得た知識は、基本的に実務でも重要となることの気付きがあれば、より前向きに本試験に取り組みるともいえるかも知れません。（編集部）

ケアマネ試験を受けようとした動機

兼任CM

試験まで後 2 ヶ月を切り、受験のための学習もいよいよ大詰めを迎えようとしている。ここでちょっと立ち止まってみて、自分は何でこの試験を受けようとしたのか、ケアマネの資格を得て何をしようとしたのかを考えてみて欲しい（編集注：2007.9.3 作成の記事です）。

ケアマネ試験、正式には「介護支援専門員実務研修受講試験」。この試験に合格をしないとケアマネの資格は手に入れることはできない。

したがってケアマネ試験に合格することは現時点での大きな目標には違いない。

しかしこれが「最終到達目標」になるか、というところではないと思う。つまり試験合格は「短期目標」なのだ、ということだ。

では、長期目標や最終到達目標は、というと、

長期目標はケアマネ試験に合格をし、実務研修を受講して何をしたいのか、という点に基づいて設定されるのではないかと。そしてその延長線上に最終到達目標が設定されるのではないかと。

例えば、介護支援専門員になりたい、そしてそのような介護支援専門員になりたいという思いを持って試験を受けようとしたとする。そうするとその思いをかなえるための手段として介護支援専門員の業務や責務を理解し、ケアマネジメントを展開するための知識や技術を習得し、それを実際に活用していくことができるという点が長期目標として設定できるのではないかと。そして最終到達目標としては「

ような」が実現した状態が設定できるのではないかと。

例えば、介護支援専門員になるつもりはないけど

資格がほしいという思いで受験をする場合には、資格を手にして「したい」と思うことがあるはずだ。給料が上がるから、こんなことをしてみたいからという想いだ。それを叶える最低条件を充たすことが長期目標として設定されるだろう。そしてその延長線で自分の人生の中で資格をどう使っていきたいかという点が最終到達目標として設定できるのではないかと。

このように資格取得を目指した動機が明確であり、かつそれが強ければ強いほど学習に対する真剣味が変わってくると思う。こんなに覚えられない、という量を覚えることも可能になるだろうし、難しいことも理解していかれるだろう。でも逆に思いが弱ければ覚えることはできないし、そもそも覚えようという気持ちも生まれてこない。

私の場合、介護支援専門員の資格を手に入れることが直接将来の仕事に結びつく、もっと言えば飯を食べていくためには必要不可欠なもので、手に入れられなければ家族を路頭に迷わせることになる、という気持ちがあった。もちろん資格を手に入れ、資格の求めている仕事をする事で、利用者さんに必要な支援を提供したいという思いもあったが、それ以上に「飯の種」という思いが強かった。だから真剣に学習をした記憶がある。

資格を手に入れることをゴールとするのではなく、それが通過点だということ。そして最終的なゴールを目指すための「一里塚」として「合格」があると思うようにすること。この思いが明確であればあるほど、学習の進捗に影響を及ぼすことになるのではないかと。

兼任CM（介護サービスほっと通信）

ケアマネの試験まで90日をきり、本格的な学習が行われていく時期に入った。試験のための学習（試験勉強）について考えてみたい（編集注：2007.8.6作成の記事です）。

ケアマネの試験は、合格最低ラインが試験が終わってからはないと明らかにされないという困った特徴がある。社会福祉士のように「1科目も0点がなく、かつ全体で60%以上の正答率」というルールが明確になっていると勉強の仕方も変わってくると思われるが、いかんせん標準偏差を出してからのボーダーラインの設定なので現時点では1問でも多くの正答ができるように準備することが基本になる。

さて、ケアマネ試験のための学習について、様々な学習方法があり、Aさんにとって有効な学習方法がBさんにも有効であるという保障は全くなく、BBSなどで「どのような学習方法がいいか」という質問ほど答えづらいものはない。まずは自分にとってどのような方法が良いのかを見つけることが必要になる。

私の場合、当時の職場の中で受験者が数名いたため、職場単位での受験対策講座を開催して「教える」立場に就いた。人に教えるためにはまず自分が理解しなければいけないし、理解できるように説明できるようにしなければいけない。そのためにはテキスト（当時は「標準テキスト」）を読み込み、内容を理解し、書かれている内容を自分の言葉で解説できるようにすることが役割だった。

この経験を通じて、ひとりで黙々と学習することもよいことだと思うが、同じ職場や友人と一緒に、互いに分野を分担したりしながら「教える・教わる」という関係の中での学習を展開することが効果があるのではないかと考えている。

また、運営規定などの法令、特に各サービス種別の法令に関する学習としては、自分が勤めている種別の法令をまず確認し、それを基準にして他の種別に目を向け、共通している部分・固有の部分区分

けて理解することも一つの学習の方法だと思う。全てを覚えようとするのはとても困難がある。いかにして効果的に学習をするかを考えたほうが良い部分だろう。



最後に、学習をすすめる際には「覚える（記憶する）」のか「理解するのか」の違いがある。基本的には「理解する」ことが必要になると思う。というのも試験勉強をして得た知識は、試験が終わると忘れてしまっただけのものではなく、ケアマネとして実務に従事する場合は特に、そうでない場合であっても、業務を遂行していく上で必要不可欠な事柄ばかりであり、それがあって始めて仕事ができるという情報（知識）なわけだ。だからこそ「理解する」ことが実際に使えるということに結びついていくと思っている。

しかし「試験に受かる」ということだけを考えた時には「理解する」ということは邪魔になる。理解するために必要な手間や時間を「記憶する」ことに使うほうが一つでも多くの記憶ができるというわけだ。

でも記憶するという事は単に覚えるという作業では手間がかかるだけで、実は実際の現在の自分の業務に照らしてみても「あ、こういうことなのか」や「こうするんだ」という関連付けをしながら覚えていく方法=これこそ理解すること、がないとなかなか覚えきれない。記憶することはそれだけ難しいということだ。

兼任CM（介護サービスほっと通信）

自立支援給付（障害者自立支援法）と介護保険との関係は、障害者自立支援法第7条の規定がおおもとです。

自立支援給付は、当該障害の状態につき、介護保険法・・・の規定による介護給付・・・その他の法令に基づく給付であって政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受けるときは政令で定める限度において・・・行わない。

これは、
「介護保険からサービスが受けられるときは、その受けられる限度については支給しない」
 という主旨です。

したがって、**介護保険で受けられないサービスについては、障害者サービスを利用することが可能です。**

具体的には、旧通知（平成12年3月24日付け障企第16号・障障第8号通知「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」）に代わって出された 新通知（平成19年3月28日付け障企発第0328002号・障障発第0328002号「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」）で説明されています。

・横出し

介護保険には相当するものがないサービスは受けられません。

ただし、障害者の状況は様々なので、何が相当するサービスかは一概に判断することは困難です。国で特定はしませんから、市町村で適切に判断してください、ということです。

一応、「障害福祉サービス固有のサービスと認められるもの」として、「行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等」が挙げられていますが、例示であり、これ以外のサービスが認められないということではありません。

障害固有のサービスとしてよく言われるのは、ガイドヘルプ系のサービスです。現在の制度では、行動援護、重度訪問介護のうちの「外出時における移動中の介護」、移動支援などが相当します。なお、移

動支援については自立支援給付（介護保険優先規定がある）ではなく、地域生活支援事業に含まれますので、法第7条の規定には関係なく市町村判断で支給することは可能です。

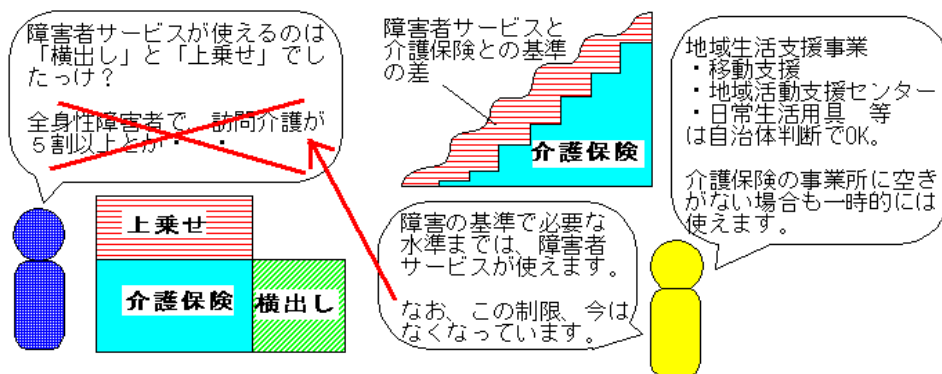
障害者デイサービスについては、重度者の一部は生活介護や療養介護に、多くは地域活動支援センターに移行となりました。旧通知の中でも、「社会適応訓練、創作的活動、文化的活動といった障害者に固有のサービスが必要であると認められる場合には、介護保険の通所介護と共通する部分があったとしても、利用を認めて差し支えない」という主旨の考え方が出されていますが、制度の主旨から考えて、それぞれのサービスで踏襲されるべきものと思われません。なお、地域活動支援センターについては、地域生活支援事業に含まれますので、やはり、法第7条の規定には関係なく市町村判断で支給することは可能です。

また、補装具については、介護保険（福祉用具）優先ですが、標準的な既製品ではなく身体状況に個別に対応することが必要と身体障害者更生相談所等で判断される障害者については、この限りではありません。なお、日常生活用具の給付・貸与については、地域生活支援事業に移行しましたので、市町村判断が可能です。



・上乘せ

障害福祉サービスについて**市町村が適当と認める支給量が介護保険の限度額では確保できない場合には、不足分を支給することが可能です。**なお、旧通知では、「全身性障害者が、介護保険の限度額のおおむね5割以上を訪問介護で利用していること」などの条件がありましたが、新通知ではなくなっています。



・機会の困難性

介護保険の事業所が近くになかったり、定員に空きがないなど、実際に利用できない事情がある場合には、**その事情が解消するまでの間に限り利用することが可能**です。

・介護保険と障害との認定等の差

介護保険の認定で「非該当」や「要支援(1・2)」になり、障害の基準で必要なサービスが受けられない場合は、サービスを利用できます。

介護保険法の要介護(支援)認定と障害者自立支援法の障害程度区分認定とは、同じ樹形図を用いますが、仕組みが異なる部分があります。一次判定では、「プロセス」という行動障害やIADLを勘案する過程がありますし、二次判定でも異なる結果が

出る可能性があります。

また、サービス利用対象者についての考え方も、両制度で全く同じというわけではありません。

たとえば、通院等乗降介助ですが、介護保険では要介護1以上しか利用できませんが、自立支援給付では区分1(介護保険でいえば要支援1相当)以上なら基本的に利用可能です。

特に知的・精神・視聴覚・内部障害などに起因する支援の必要性については、必ずしも介護保険制度では考慮されませんから、その場合には障害者サービスで補完することとなります。

どるくす(どるくす工房)

地域包括支援センター

baru

もう、包括のない地域なんてないですよえ～？当初 5,000～6,000 箇所の整備を目指していたようですが、現在はどうなのでしょう？ん～・・・ぐぐってみました、ワカラナイあるね・・・

さて、包括といえば[直営]とか[委託]とか聞くけど、どう違うのかしら？？と考えてしまいます。が！ただ管轄が【市町村】なのか、法人系の【民間】なのかの違いでいいのではないのでしょうか？だって、中身自体が違っていたらえらいこっちゃよ・・・

それともうひとつ

[地域包括支援センター]と[ランチや地域包括支援サブセンター(以下サブ)]について

まずもって、作らなければいけないのは[地域包括支援センター]

その作りは上記に書いているように[直営方式]とか[民間委託]となります。どちらも地域包括支援センターです。

では、「サブ」と「ランチ」はなんなの？

実は、身近な相談窓口を作ることで利便性や機動性のよさを求めて作られました。

当地域では「サブ」とは、地域包括支援センター本体より小規模ですが、包括的支援事業をより身近な地域で担当できるという利点があります。地域包括支援センターの職員として出向する場合もあります。

一方「ランチ」とは、地域包括支援センターへ

つなぐ相談窓口という意味です。包括的支援事業はおこないませんが、地域包括支援センターの相談協力機関として機能しています。

「直営で職員の態度が横柄」とか
「委託包括で何人予防プランを持たなければならないのか」とか
…嘆きのような話もあったり…なかつたり…
「包括は居宅予防介護支援か？と思うほど、予防プランで手一杯でっす～」なんて、
…予防8件縛りのしわ寄せが、全国で起きていない事を祈ります…

さて、包括のお仕事を超簡単に書きますね

1. 介護予防マネジメント

- ・要支援状態等になる恐れのある方
(特定高齢者ね)
- ・要支援1・2の方の介護予防マネジメント
(俗にいう予防プラン*)
* 居宅支援事業所では8件までしかもてないが、包括は制限がない

2. 総合相談・相談支援

- ・高齢者の相談を総合的に受け付けて、必要なサービスにつなぐ支援
(在宅介護支援センターがしていたような仕事*)
* いわゆる何でも屋、なんでもござれ～

3. 権利擁護

- ・法定後見制度の利用促進や高齢者への虐待の防止
(在介や保健所・高齢者総合相談センター等がしていた部分かな?)

4. 高齢者に対する包括的・継続的なケアマネジメント体制の構築支援

- ・上記等今まで各関係機関でそれぞれに別々行っていた、日常生活の悩みや権利、医療、介護予防、社会保険や介護保険、介護の仕方、介護用品、健康管理
- ・高齢者に関するありとあらゆる相談窓口として一本化
そのために、職員配置は、社会福祉士・保健師・

主任ケアマネジャー となっています

～ 少しですが特定高齢者についてふれてみます～

「特定高齢者」とは

介護や支援が必要になる可能性の高い高齢者のこと
「生活機能が低下していて、介護が必要となる恐れのある虚弱な高齢者」のことで、具体的には、介護予防の観点から行われる健診などの結果、生活機能の低下が心配される人、要介護認定の非該当者、保健師などが行う訪問調査などの結果、生活機能の低下が心配される人です。

* * 特定高齢者へのアプローチ

住民健診を市報、回覧等による広報を行う。
巡回住民健診、医療機関等での健診の結果等に基づいて、介護予防事業への参加により効果があるかどうかを判断。主に次の資料を用いて特定高齢者の選定を行います。

本人が記入した基本チェックリスト
住民健診の結果
医師による判定報告書

～ とある市では～

国民健康保険課より住民健診結果を包括に資料提供

該当者に「特定高齢者事業」の通知と説明を郵送

利用者の何らかのアクションにて、訪問等スタート
(* 約半数はこの時点で「断り」があるのが現状)

サービス利用希望者には、生活状況を確認して介護予防ケアプランを作成

(ちなみにコレも「予防プラン」わかりにくう～)

ケアプランに沿って介護予防サービス実施(介護予防サロンなど)

包括スタッフは、少なくとも1回/3月は訪問し状態把握を行う

* なかなか住民健診を受けてもらえない現状がある
広報の問題か? 市民にとって介護予防の意義か?

どちらにしても、魅力あるサービスでなければならぬだろう・・・ね

まあ、今までも総合相談窓口的な「在宅介護支援センター」がありましたね。皆さんご存知ですか？これは時代の流れとともに消え去る運命にあるのかなあ。。

地域によっては、いまだ在介が残っている地域もあるらしい。(すごいことですね、財源はどうしているのでしょうか？)

地域によっては、すべて包括センターに鞍替えしたところもあるらしい。(数的に過剰になってないかい？)

地域によっては、包括のサブセンターとして、身近な支所的役割をしているところもあるらしい。

包括として活躍しているセンタースタッフも経験豊富な方だと心強いですね。

地域によっては、横のつながりが強く、連携がうまくいっている(？つもり？)非常に連携しやすいらしい。

地域によっては、お互い商売敵と敵視したり、未経験で右往左往なんて・・・上手くいかないような話もあったり・・・なかったり・・・



何がどうあれ、時代は流れています。次から次に制度に基準が変わります。制度的に完成されたものではないために、非常に理解に苦しむ場面も時にはあります。自己責任的に、自らの選択で、あらゆる手段を投じなければいけないときもあります。多くの協力者の下、お互いに支えつつ進んでいかなければならないこともあります。超高齢社会のなか、包括

センターの役割、期待は大きなものを感じます、その期待に答えるべく多大な努力をしている包括。

頑張りましょう～

いや、仕方なく運営している包括もあるのか？な？制度の鍵は包括に掛かっていると思いまよ。

委託の居宅支援事業所のケアマネさんの8件の予防プランについて、包括から意見(ダメ出し)されたり、時には書き直しを命じられたり、サービス提供事業所のプランにまで文句を言うなどもちらほらと聞きます。包括支援センターは監視・監督の機関ではないのでは？？？

指導として、本来の目的やあり方のアドバイスやプランの導き方を指南するのならわかるのですが・・・責任主体は包括にあり、責任があります。

だからと言って人の覇気を削ぐような[態度]はやめてちょうだいな。でも・・・「予防プラン」ってもっと簡潔なはずではないですかね？そのためにあれだけ安く設定されたのではなかったか・・・？ものすごく手間が掛かりますよねえ～みなさん？そうおもいませんか？

ま、悪印象の包括と好印象の包括では、委託を受けたケアマネの覇気が違う気がするし、その後の地域の実情や暮らしやすさ、サポートの良さは包括の評価に繋がると思いますよ。

頑張り包括～～

- - 包括の連携ネットワーク構築の<事例> - -
- ・ 毎月のケアマネ幹事会への参加
- ・ ケアマネを対象とした勉強会開催 3～4回/年
- ・ ケアマネからの相談等による「法令通知系の解釈と保険者との協議内容」の広報通知
- ・ 在宅福祉関係機関連絡会で毎月、各包括(サブ)介護保険課、高齢者福祉課と協議
- ・ 困難事例等への多角的アプローチ支援(保健所、保険者、Drとの連携・調整)

*いわゆるケアマネの総合相談窓口

(事業所からの出向者が多く居るため、同士として話がしやすい！)

困りものでっす！

注意！だからと言って、何でも「教えて～？」は

baru (訪問介護/ケアマネ/包括/入所介護の応援団)

ケアマネ試験のそのあとは。 きゃあ～！

べあ

今回のテーマについては・・・かなり能天気
傍観を決め込んでいた私に～。。 またもや“とある
指令”がっ！！ 冒頭この書き出しばかりだ
(汗)

『ケアマネ試験の時にこういう所をちゃんと勉強し
ておけば 今になって困らなかったと思う部分をま
とめるようにっ！』・・・うげっ？

いや・・・試験の時はちゃんと勉強したから 一
応合格したんですが・・・。

あ・・・すでに そのとき「勉強した内容」につい
ては曖昧なのか?? んん～??

それで 現在 現場でCMしている私って??
あわわ～。。 (;)

CM試験について 兼任CMさん(=兼)・ポイン
トさん(=ポ)と話をしたの。

以下ちょっと再現。

べ：現場に出てから勉強しなきゃいけないことのほ
うが圧倒的に多い～！

ポ：いざというとき かなりの部分が基本テキスト
に載ってるって事ない??

兼：その通り！断言！「試験に合格するための勉強」
と「資格を取ってからどうしようかという勉強」
の違い。そしてほとんどの人が試験終了と同時
に記憶したものがどこかに飛んでいってしまう。
(あ？ 私 典型的だわ^^;。)

ポ：記憶が飛んでる = 勉強しなきゃいけない事にぶ
ち当たったとき それが基本テキストに載って
る事すら忘れてしまっているんだろうなあ。
(確かに・・・)

べ：でもさあ～？ 実際 現場では直面してみて初
めて具体的な部分に対しての疑問が出てくる。
確かに『書いてある』かもしれない。でも書
いてあることがそのまま 「ピン」で当てはま

るわけじゃない。どの部分をどう読むか・・・ 同
じようなことでも毎回調べなきゃ。いつも “問
題を解決するためにどうすればいいのかを考え
るとき”にしか 振り返ったりしないしなあ～。。

兼：今 集団指導の手伝いをしてるけど、その時に
も感じた事。説明を聞いたり通知を見たりすれ
ば「なるほど、そうなのか」ってわかるけど。
いざケアプランやケアマネジメントの中で活用
しようとするときできない。これって書かれてい
る事や内容を実際の行動に「変換できない」っ
て事だよな？

(お。的確)

ポ：現場で仕事してて「介護報酬の基準とか指定基
準とか覚えてられるか！」って思うかもしれな
いけど。ある程度...せめて骨組み部分位は頭に
ないと、間違った方向に行ってしまう恐れがあ
る。それは結果的に利用者に迷惑をかけること
になるでしょ？

(・・・返す言葉なし。。)

・・・以上 ちょっと再現終了～。

・・・なんとまあ。。



今回指令が出て、この話を思い出して・・・もう一度私の仕事について考えてみた。居宅CMとして知っていなければ仕事にならない事ってすごくたくさんある。再現の中でも書いたけど、ケースによってその状況や必要とされる知識は違う。例えばさあ～??

* 福祉用具の1割自己負担分前払いの可否について:「そんなのダメに決まってるじゃんっ!」...あれま。福祉用具貸与の運営基準には「可能である」って書いてある。。

* 脊損・後縦靭帯骨化症の方:訪問看護は医療?介護??...これも特定疾病・厚生労働大臣が定める疾病・特定疾患～ちゃんと読めば優先される部分を書いてある。。

* 住民票移動なしの居住地変更の契約の際は?

* 住改りセットに関する該当要件は??

・・・具体的に書き始めたらキリがないけど。。通常は仕事をしている中で「突然」「至急」解決しなければいけないことに遭遇?するのよね～。ある程度は法令を知っていないとさあ～?? 疑問符も出てこないよねえ～?? 最終的な判断は保険者(等)に確認が必要な部分が多いけど、確認しようにも、それが“確認しても良い内容なのかどうか”という段階で・・・

やはり基本的な部分の知識は自分の中できちんと整理しておかなきゃ進まない～。。。

文頭の指令 『こういうところを勉強しておけば今になって困らなかったと思う部分』

・・・ごめんっ! 正直に。「どんなに勉強しても最終的にはその場になって初めて理解できることのほうが多い」・・・というのが現場にいる私の思うところ。ただ・・・「そのためには最低限の基本的な知識はある」というのが前提ね。

経験によって解決できる部分は確かにある。でも経験だけじゃだめ。相手は人間。自分も人間。どんなに勉強しても「困らないこと」なんてないもん。これから試験を受ける方もすでにCMとして現場にいる方も 何を知らなきゃいけないか、勉強しなきゃいけないか・・・。答えは“自分自身”だと思いまっす その後が勝負っ! ??

資格があればいいのか? そうじゃない。その後現場に出たら更なる知識の習得・勉強が必要。試験はその序章に過ぎない・・・ あああ～! 日々自分との戦い～。。



あれ?? またもや思うがままに書いてるけど・・・ いいの?? これで???

べあ(あっ!!というまに・・・)

ティーブレイクがてら

ため

さて、問題です。

次の設問中、適切なものを選べ

1. 日本の社会保険制度は、雇用、医療、業務(労働)災害補償、介護の4つに分類される。
2. 要介護認定について、認定の内容に不服がある場合には、市区町村に対し審査請求することができる。
3. 9月1日生まれで年度始めに39歳の医療保険加入者は、その年の9月から介護保険料を支払う。

4. 介護保険財政について、公費負担として、都道府県は介護給付費の12.5%を定率で負担する。
5. 介護保険の被保険者について、被保険者証は、すべての被保険者に交付される。

回答は、最後に記すとして・・・

実際に講師をしている方々が云われるとおり、こうした問題を適切に回答できるにこしたことはないのですが、たとえ正答としても「何となく」「勘で」となるとあまり自己学習の意味がありません。

誤った問題については、関連する領域の知識が足

りない、または典型的なトリックにひっかかっている…ゆえにそれを修正する。正答できた部分については【なんとなく】ではなく、確実な知識として身につけているか再度確認する。それが重要だと思います。

ということで、お茶休憩がてらコラムを5題…

問題作成者の心理

受験される方、お疲れ様です。よろしければ、息抜きがてら、記事を読んでやってください。

ケアマネ試験は、実際のところ、最大60問の問いに答えないといけないようです。そして、私はいつも考えてしますのです。「どうしたら、効率良く解けるのかと」

そのためには、やはり出題者の心理を読み解くべしです!!! (某漫画の読みすぎ??)

冗談はさておき…

例年どおりの形式で出題されるとなると、出題者は『実際に、60問×5択の計300問の設問を準備する』必要があります。複数人間が作成に携わると思いますが、それぞれ専門分野も違うでしょう。そのため、問題作成時には「間違いなく正答」「間違いなく誤答」といったキーワードを組み込まないと出題者もシンドイ思いをします。

より専門領域に精通したもの(問題作成者)なら、高度なひっかけを仕掛けることができますが、少し領域を外れると「高度なひっかけがやぶ蛇」になることがあります。そんなことを気にしすぎて、設問自体に誤りが生じてノーサイドになった問題すらあります。あなたが問題作成者なら「そんなことになったら、ヤバイ」そう思いませんか。

つまり、いかにチームで問題作成しても、設問300題をまんべんなく準備するのは大変なことなのです。

そして、例年でいえば7割くらいの正答率でおよそ3割の合格者を生み出さないといけないわけです。

過去8年間も試験実績を積み重ねており、その中で合格ラインをある程度予測して設定しないと

ない(難しくもなく、さりとて優しくもない)以上、どうしても様々な問題が生じます。だから、問題作成の傾向として…

1) 確実に分かる問題がある程度出題される…合格ラインをある程度固定化しようと思えば当然のことです。

2) 多くの受験者が回答できない問題が出題される…合格ラインをある程度固定しようと思えば当然のことです。

特に後者は、「基本テキストの重箱の隅」「基本テキストの4巻」そして「時事問題」から出題される傾向があります。だから、この手の問題にぶち当たったとき『分からない〜』と落胆してはいけません。ボーダーをある程度固定するため、あまり誰も正答できない出題だな。そう考えます。

そのこと(あまり誰も正答できない)を把握すれば、他の設問に対して、浮き足だつこともなく、冷静に『実力を発揮できる』可能性が高まります。

逆の考え方として、ある程度、解答し易い問題が出題されることも考えられます。そうした問題は、確実にゲットする。その意味で、試験当日に向けて集中(コンセントレーション)していくことが望ましいです。

年齢について

たとえば、ずっと同じ地域に住んでいる方の、介護保険被保険者の資格取得日は、「40歳に達した日(誕生日の前日)」となっています。

どうでしょう。「誕生日おめでとう!」なんてパーティー(?)を開くのは、当然、誕生日です。しかし、介護保険被保険者の資格は「40歳の誕生日の前日」に得ている…ということは、誕生日の前日にすでに40歳になっているということか。何か損した気分にもなりますが…

実は「年齢計算ニ関スル法律」というものがあります。

年齢は、日を持って暦に従いますが、民法の期間計算における初日不参入の原則と異なり、出生の日

から起算します。

年齢は、1年間の期間の満了する時点(うるう年でなければ365日後の【午後12時】)でカウントしますので、初日不参入の原則を適用すると、誕生日が終わりを迎える午後12時まで年齢が増えないことになってしまうのです。

つまり、年齢が【初日参入】により計算されるため、法令上「満〇〇歳に達した日」というのは「〇〇歳の誕生日の前日」を示すこととなります。よく小学校の入学案内に「平成〇年4月2日以降に生まれた…」とあるのは、そのためなのです。

「事業」と「給付」

事業とは、私の手元にある岩波国語辞書を紐解くと「仕事。社会的な大きな仕事。「慈善 - 」生産・営利を目的として経営する仕事。企業または実業。」と記されています。

一方、給付とは、私の手元にある自治体職員のための法令キーワード集によると

「…社会保険や生活保護として法律に基づき支給される金銭等についても給付という。給付の内容は、金銭その他の物の交付である場合(たとえば失業給付)と医療等の役務の提供である場合(たとえば療養の給付)とがあるが、両方とも給付ということばで包摂し得る。」

とあります。

介護保険の財源構成を考えるとときには、運営者である保険者職員の視点でみてみましょう。

「給付費(居宅給付費、施設等給付費)」「地域支援事業(介護予防事業、その他…包括的支援事業等)」をきっちり分類できなければなりません。なぜなら、国、都道府県、市町村、第1号保険料の費用負担割合が異なるからです。

地域支援事業等の「事業」は、保険者が実際に仕事(サービス提供)します。その仕事を実際には民間法人に委ねているのが大半ですが、仕事(サービス提供)する主体は、あくまで保険者です。

介護給付・介護予防給付等の「給付」はどうでし

よう。仕事(サービス提供)をする主体は、サービス事業者です。ですので、サービス提供の根拠は、利用者と事業主体であるサービス事業者との契約となります。

利用者の視点から見るとどうなるでしょう。

たとえば訪問介護のサービスを受ける場合、法律上は、理屈でいえば、先に事業所に費用全額を支払い、領収書を添えて給付分を保険者に請求する(金銭給付)のですが、実際は、そのプロセスを簡便にし、保険給付分をサービスという形で受給する(現物給付)しくみになっているわけです。

保険事故規定と認定

そもそも保険とは「加入者が一定のリスク(保険事故)に備え、保険者に保険料(掛け金)を供出し、事故が生じた場合、給付を受ける仕組みのこと」です。だから、認定の役割は、「保険事故が生じた場合」を認定することとなります。

公的なものも含め、全ての保険制度には、固有の「保険事故」規定があります。生命保険の場合は『被保険者の死亡』であり、医療保険の場合は『労働者の業務外の事由による疾病、負傷、死亡又は出産』(健康保険法第1条)介護保険の場合は『要介護状態又は要支援状態』(介護保険法第2条)となります。

介護保険は新しい制度ですから、認定についても、これまでにない新たな試みが組み込まれています。

- ・市町村職員あるいは介護支援専門員による訪問調査の実施
- ・その調査結果をまず統計的な手法で分析し、一次判定を導き出すこと
- ・その結果と調査員の特記事項及び主治医の意見書をもとに介護認定審査会という専門家の集団が最終的な判断を行う
- ・最終的には、保険者が認定する。

いずれも、客観性の確保という点を重視されています。たとえば、医療保険については医師、歯科医師が「疾病等」と判断することが保険事故規定を満たすと認定することになりますが、より公正性を高

めるためにはどうすればいいかと考えた結果が現行の制度です。

そのための問題も当然あります。プロセスが複雑なので認定まで日時（法令上では原則 30 日以内。超過することも多々有り...）を要しますし、全国で「いかなる状況にも対応する」平準化した調査を実施するため、訪問調査は聴き取りを中心とするものになります。

また、介護保険の保険事故認定は行政の行為（行政処分）でもあります。ゆえに法適合性、公定性、不可変更力といった民法上の法律行為にはあまり見られない特色を持っており、たとえば【不適切な認定で自己の権利を侵害された場合】の対応も、行政不服審査法等による特別な救済措置が設けられています（ちなみに、これらのルールに基づき、介護保険法にも誰が不服審査請求を受理するのか明記してあります）。

ところで、時間があれば、ほかの社会保険の保険事故規定がいかなるものかを確認してみてください。現行の認定制度のデメリットもそうですが、メリットも実感できますから。

被保険者証について・・・介護保険法の読み方の一例

まず、介護保険法を読みます。

余談ですが、私たち自治体職員は介護保険事業を大きく、「資格」「賦課徴収」「給付」「認定」に分けています。現在はこれに「地域支援事業」が加わっています。

介護保険法第 12 条がどうにも被保険者証に関わるようです。

第 12 条第 3 号 被保険者は、市町村に対し、当該被保険者に係る被保険者証の交付を求めることができる。

第 12 条第 6 号 前各項に規定するもののほか、被保険者に関する届出及び被保険者証に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

さて、ここで介護保険法を読むときのコツを確認してみます。

とくに受験勉強の場合、ここ（介護保険法）まで読むのがせいっぱいのときもあるでしょう。しかし、実は第 6 号の必要な事項は「厚生労働省令で定める」の部分が鍵になります。【介護保険法令は、法と政省令のコンビネーション】でできているのです。

その必要な事項は、厚生労働省令で定める。被保険者証の部分とは・・・

介護保険法施行規則

（被保険者証の交付）

第 26 条 市町村は、第一号被保険者並びに第二号被保険者（法第 9 条第 2 号に規定する被保険者をいう。以下同じ。）のうち法第 27 条第 1 項又は第 32 条第 1 項の規定による申請を行ったもの及び法第 12 条第 3 項の規定に基づき被保険者証の交付を求めたものに対し、様式第一号による被保険者証を交付しなければならない。

さて、この条文を少しシンプルにして解説してみます。

「市町村は、第一号被保険者並びに第二号被保険者のうち要介護認定、要支援認定を行なったもの及び（法第 12 条第 3 項の規定に基づき・・・上で紹介してきますね）被保険者証の交付を求めたものに対し、被保険者証を交付しなければならない。」

「並びに」「及び」という言葉を整理し、この条文を分解すると次のようになります。

（1）市町村は、第一号被保険者に対し、被保険者証を交付しなければならない。

（2）市町村は、第二号被保険者のうち要介護認定、要支援認定を行なったものに対し、被保険者証を交付しなければならない。

（3）市町村は、第二号被保険者のうち被保険者証の交付を求めたものに対し、被保険者証を交付しなければならない。

つまり、この 3 つの内容を一つの条文にまとめたものこそ、介護保険法施行規則第 26 条というわけです。

【しなければならない】というのは義務規定を示すものです（ここでは市町村の義務ということ）。

【 は、…することができる】というのは の持つ行為裁量を示し、【 は、…するよう努めなければならない】という条文は努力義務規定を示します。

文末によって、非常に大きな違いがあることを確認してください。

ちなみに、本規定は「市町村は、…しなければならない」ですから、「保険者は、被保険者証を交付す

る義務（責任）がある」ということになります。また、介護サービスを受ける気がない多数の第二号被保険者の視点からみると、「被保険者は、被保険者証の交付を求めることができる」とありますから、被保険者証を求めても求めなくてもいいわけです。

ちなみに、冒頭の問題については、「適切な選択肢はありません」でした。

ため（狸乃穴倉）

訪問看護について～理解しておきたい訪問看護の仕組み～

ポイント（監修：びび）

．訪問看護の指示

訪問看護は一部を除き、訪問リハビリテーションは全て、介護保険制度発足に伴い要介護認定者に対するものは医療保険給付から介護保険給付へと移行した。しかし、移行したと言ってもいわば出所の財布が変わっただけで、提供する内容はほぼ同じと考えてよい。



なお、訪問看護ステーションには理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置することもあるが、ステーションの理学療法士等による訪問は、“訪問リハビリテーション”ではなく、あくまでも制度上は“訪問看護”に属する。よって各種ルールも訪問看護のそれに従うことになる。

さて、訪問看護を提供するには、訪問看護事業所は当該利用者の主治医の指示を受けることが必要であり、その取扱いは訪問看護ステーションと医療機関の訪問看護とは異なる。

【訪問看護ステーション】

訪問看護指示書（法令で定められた様式）が必要。有効期限は最大6カ月で指示する医師が定める。指示料は主治医が医療保険に請求する（し

たがって、患者（利用者）に対し一部負担金が発生する）。同一月に複数箇所の訪問看護ステーションに指示を出しても指示料は患者1人につき、1月1回限り算定。1枚の指示書で同一ステーションのナースだけでなく、OT、PT、STにも共通して有効。指示する医師は、特に訪問診療を行っている必要はない。

【医療機関の訪問看護（指示する医師と同一医療機関の場合）】

口頭による医師から看護師への直接指示で、指示した日及びその内容をカルテに記載。指示するもとなつた診察の日から1月以内に実施した場合に算定。指示に係る報酬は特に設定は無い。

【医療機関の訪問看護（別の医療機関の場合）】

訪問診療を行っている医師（医療機関）が、その診療の日から2週間以内に、別の医療機関（訪問看護を行うところ）に診療情報提供書（法令で定められた様式）でもって、訪問看護指示に必要な情報提供を行う。当該別の医療機関（訪問看護を行うところ）は情報提供した医療機関の診療の日から1月以内に実施した場合に算定。情報提供する（訪問診療を行うところ）医療機関は、診療情報提供料（ ）を算定できる（したがって、患者（利用者）に対し一部負担金が発生する）。

そして、「診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定」なので、毎月訪問診療を行い、その結果を情報提供する。訪問看護を行う医療機関

の医師はその情報提供をもとに自分の医療機関の看護師に訪問看護の指示を出し、サービスを実施する。そして診療情報を提供する医療機関側は、診療情報提供料を（毎月）算定することになる。

ところで、居宅介護支援事業所のケアマネジャーも医療系サービスをケアプランに位置づける際には、主治医の指示を確認しなければならない。具体的には、居宅介護支援の運営基準の中の具体的取扱方針に下記の通り記載されている。

主治の医師等の意見等（第18号・第19号）
訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導及び短期入所療養介護については、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。
このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

特に最後の2行があるため、ケアマネジャーは自分に対し主治医からの指示書が必要と誤解されるケースもある。あくまでも訪問看護、訪問リハビリについては上記の通り算定要件として事業者が指示を受けることになっており、ケアマネジャーが受けるべきものではない。訪問看護、訪問リハビリに関する主治医の指示は、それらのサービスの提供がケアマネジメントの結果、必要と結論が出てからのものである。ケアマネジャーが求めるべき主治医の意見は、ケアマネジメントのプロセスの初期段階（少なくともサービス担当者会議までに）で得ておくべきものである。当然これは訪問看護、訪問リハビリに限ったことではなく、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等による居宅療養管理指導や、通所リハと短期入所療養介護も同様である。これが上記の趣旨である。

その他も含め、訪問看護の流れは下記の通り（監

修役のびびさんの記事から引用）

- ・依頼内容の確認、曜日や回数の調整、ケアマネと連携を図る。
- ・主治医から「訪問看護指示書」をいただく。
- ・利用者と契約する。訪問スタート
- ・毎月、「報告書」と「計画書」を主治医とケアマネに送付する。
- ・毎月利用者に「訪問看護計画書」を渡し、説明する。
- ・入院する時は「看護サマリー」を病院に送付。
- ・状況判断で主治医に連絡、受診や往診をすすめる。他、いろいろ～

また、訪問看護に設定されている加算の主な内容は下記の通り（同じく、監修役のびびさんの記事から引用）

加算について

- ・緊急時訪問看護加算：24時間連絡体制（必ずしも訪問の必要はない）がとれる、必要に応じて臨時訪問すると利用者と契約した場合。
- ・特別管理加算：医療処置（チューブ類、カテーテル留置、酸素や、中心静脈栄養、経管栄養、人工肛門などなど。厚生労働大臣が定めるもの）が必要な状態の利用者である場合
- ・ターミナルケア加算：お亡くなりになる前、24時間以内に訪問看護を利用した場合。

訪問看護の介護保険適用、医療保険適用

訪問看護は一部を除き、訪問リハビリは全て、利用者が要介護・要支援認定を受けていれば、介護保険給付となり、医療保険からの給付はない。訪問看護が要介護認定を受けている利用者であっても医療保険適用になる場合は、急性増悪等で頻回な訪問看護が必要な状態と主治医が判断し、「特別訪問看護指示書」を発行した場合（1月内に連続する14日間が限度）または末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病（巻末参照）に該当する場合である。

ところで、「がん末期の方は訪問看護は医療保険適用か？介護保険適用か？」あるいは「特定疾患(51)

をお持ちの方は、訪問看護は医療保険適用か？」といった質問をよく聞く。前者の場合で言えば、特定疾病（40歳以上65歳未満の方がこの16種類のいずれかに該当する場合に、要介護認定を受けられる）に該当するので介護保険適用になるのに医療保険適用とはどういうことか？と疑問に思うらしい。そもそも特定疾病と訪問看護が医療保険適用になることをごっちゃにしてはいけないのだが。両者の違いは、まず、前者は40歳以上65歳未満の方のみにかかわることと、後者は1号被保険者、2号被保険者区別無くという点。そしてその意味。まず、介護保険サービスを受ける前提として要介護認定の申請をするので、その時点で65歳未満の方は特定疾病に該当しなければならない。該当するかどうかは主治医意見書で確認する。これに該当し、要介護認定を受けて初めて、訪問看護も含め介護保険給付でサービスを受けることができる。要介護認定を受け、ケアマネジメントを経て訪問看護が必要となった時、その主治医が発行する訪問看護指示書に医療保険適用の

病名が記載されて初めて訪問看護は医療保険適用になる。つまり、要介護認定の段階で主治医意見書に例えば末期の悪性腫瘍と記載されていれば、自動的に訪問看護が医療保険適用となるわけではない。両者に共通しない病名で考えればもっとわかりやすいか。例えば主治医意見書に関節リュウマチと記載してあるので要介護認定を受け、訪問看護指示書の病名欄に頸椎損傷とあれば訪問看護は医療保険適用になる。

そして公費の1つである特定疾患との関係。例えばALSのように特定疾病や厚労大臣が定める疾病等と3つとも共通する病名もあれば、いずれか2つ、あるいはいずれか1つにのみ該当する疾病もある。したがって、特定疾患の公費を持っていたとしても必ずしも訪問看護が医療保険適用になるとは限らないし、65歳未満の方が要介護認定を受けられるとも限らない。ケアマネ受験生も現役のケアマネもその違いをしっかりと認識しておかないといけない。

【特定疾病】

筋萎縮性側索硬化症	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
後縦靭帯骨化症	脳血管疾患
骨折を伴う骨粗鬆症	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
多系統萎縮症	閉塞性動脈硬化症
初老期における認知症	関節リュウマチ
脊髄小脳変性症	慢性閉塞性肺疾患
脊柱管狭窄症	両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
早老症	末期の悪性腫瘍

【特定疾患治療研究事業：介護保険の1割負担に対する公費（法別番号51）】

01 ベーチェット病	31 原発性胆汁性肝硬変
02 多発性硬化症	32 重症急性膵炎
03 重症筋無力症	33 特発性大腿骨頭壊死症
04 全身性エリテマトーデス	34 混合性結合組織病
05 スモン	35 原発性免疫不全症候群
06 再生不良性貧血	36 特発性間質性肺炎
07 サルコイドーシス	37 網膜色素変性症
08 筋萎縮性側索硬化症	38 プリオン病
09 強皮症 / 皮膚筋炎及び多発性筋炎	(1) クロイツフェルト・ヤコブ病
10 特発性血小板減少性紫斑病	(2) ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病
11 結節性動脈周囲炎	39 肺動脈性肺高血圧症

- (1) 結節性多発動脈炎
- (2) 顕微鏡的多発血管炎
- 12 潰瘍性大腸炎
- 13 大動脈炎症候群
- 14 ビュルガー病(バージャー病)
- 15 天疱瘡
- 16 脊髄小脳変性症
- 17 クローン病
- 18 難治性肝炎のうち劇症肝炎
- 19 悪性関節リウマチ
- 20 パーキンソン病関連疾患
 - (1) 進行性核上性麻痺
 - (2) 大脳皮質基底核変性症
 - (3) パーキンソン病
- 21 アミロイドーシス
- 22 後縦靭帯骨化症
- 23 ハンチントン病
- 24 モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)
- 25 ウェゲナー肉芽腫症
- 26 特発性拡張型(うっ血型)心筋症
- 27 多系統萎縮症
 - (1) 線条体黒質変性症
 - (2) オリーブ橋小脳萎縮症
 - (3) シャイ・ドレーガー症候群
- 28 表皮水疱症(接合部型及び栄養障害型)
- 29 膿疱性乾癬
- 30 広範脊柱管狭窄症
- 41 亜急性硬化性全脳炎
- 42 バット・キアリ(Budd-Chiari)症候群
- 43 慢性血栓塞栓性肺高血圧症
- 44 ライソゾーム病
 - (1) ライソゾーム病(ファブリー病を除く)
 - (2) ライソゾーム病(ファブリー病)
- 45 副腎白質ジストロフィー
- 46 家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)
- 47 脊髄性筋萎縮症
- 48 球脊髄性筋萎縮症
- 49 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 50 肥大型心筋症
- 51 拘束型心筋症
- 52 ミトコンドリア病
- 53 リンパ脈管筋腫症(LAM)
- 54 重症多形滲出性紅斑(急性期)
- 55 黄色靭帯骨化症
- 56 間脳下垂体機能障害
 - (1) PRL 分泌異常症
 - (2) ゴナドトロピン分泌異常症
 - (3) ADH 分泌異常症
 - (4) 下垂体性 TSH 分泌異常症
 - (5) クッシング病
 - (6) 先端巨大症
 - (7) 下垂体機能低下症

【訪問看護が医療保険適用になる疾病】: 末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病

別に厚生労働大臣が定める疾病(厚生労働大臣が定める者等(平成十二年厚生省告示第二十三号第三項))。

多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン舞蹈病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度が 度又は 度のものに限る。)をいう。)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態



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。

ニーズ

アイアイ

先日とある研修でニーズについての検討があったので、ニーズを少し整理してみました。気になる点や違和感があれば、遠慮なく指摘してもらえると嬉しく思います。（論文調に断定的に書いていますが、個人的な見解の範囲なので、もちろん偏った視点や欠陥は多くあります）

人は常に環境（他者・物・制度等）との影響の中で、生活を営んでいる。逆にいえば、環境との関わりなしに人の生活は成り立たない。社会福祉で対象となるニーズ（以下、社会生活ニーズという）についても環境との相互連環が大きな要因となり、発生すると考えられる。

一般的には、「人間が社会生活を営むために欠かす事ができない基本的要件を欠く状態」と定義されている。もう少し詳しい定義では、「ある種の状態が、一定の目標なり、基準から見て乖離の状態にあり、そしてその状態の回復、改善を行う必要があると社会的に認められたもの」と三浦文夫は説明している。

社会生活ニーズを具体的に明らかにしていく過程でも、本人の諸状況や環境との相互的な関連性に焦点をあてるのが大切である。

まず、個人の部分にも身体機能的状況と精神心理的状況の側面や相互の関連がある事を理解し、把握・分析する。それらと社会環境的状況との相互作用を理解・整理し、「社会生活で困っている状態」をアセスメントする。

例を挙げると、認知症で入浴する事の理解、お風呂を沸かす準備行為ができない・移動行為はできる・入浴は好きである等という個人的な状況と、家に介護者がいない・自宅には風呂がある・湯沸かし器が複雑であるという環境的な状況が関連して、自宅での入浴が一人でできていないという「困ってい

る状態」が起こっているという事である。アセスメントでは、できないという問題点だけではなく、できている部分や希望等の強さにも焦点をあて、能力や意欲を引き出していく視点が大切である。



社会生活ニーズの範囲については、多くの議論があるところであるが、ニーズという欲求がある原因として、それを満たす事ができないネガティブな状況が存在するのは確かである。しかし、単なる困難な状態だけではなく、それを満たそうとする意欲や目標があるので、欲求として発生するという視点が大切である。

白澤政和は「生活全般の解決すべき課題」に「解決（維持）する目標・結果」を合わせて社会生活ニーズを導き出すと説明している。

上記の例では、週2回くらい自宅で入浴したい（入浴しても良い）等の本人の意欲や希望である。認知症等の影響で、意思の確認がしにくい場合や返答が変わりやすい場合には特にそうであるが、本人の好みや生活歴・習慣等から、現在の状態だけではなく過去から連続した生活の中での状態をアセスメントする事が重要である。

具体的に例示すると、一つの社会生活ニーズの狭い焦点での説明になってしまうが、一つ一つの社会生活ニーズにも相互の連環があり、生活全体の中にも関連性を持っているという視点が大切である。一

一つの状況が相互に連環しているという事は、一つの事が良い影響をもたらすと、全体でも良い連環を生む可能性もあり、またその逆もあると言える。

社会生活ニーズには、上記の定義にある通り「社会的に認められたもの」という事である。「毎日豪華な食事を食べたい」「働きたくないが、お金は欲しい」「相手の気持ちは関係無く、恋愛したい」などは、社会福祉が対象とする社会生活ニーズではない。しかし、それが本人にとって大きな影響を及ぼす原因となっている場合は、そう思うに至った要因を分析する事は必要である。



社会生活ニーズを充足するために多用な社会資源へと結び付けていく過程で、社会生活ニーズがサービスニーズへと転化する。上記の例では、家族に来てもらい介助してほしい・お風呂を沸かしやすい機械に替えたい等のインフォーマルな社会資源を活用する方法やホームヘルパーの介助で入浴したい等の

フォーマルな社会資源を活用する方法等がある。

社会生活ニーズとそれを解決する手段であるサービスニーズを混同しない事は重要である。「施設に入所したい」「介護タクシーを利用したい」「生活保護を受けたい」などは、社会生活ニーズではない。そう思うに至った状況を分析し、明らかにする必要がある。

社会生活ニーズの構成要素には、本人が必要性感じているニーズ・家族が感じているニーズ、専門職が捉えたニーズ等がある。これらの部分が未調整のままにサービスが展開されると、意欲の減少や不満につながる危険が高い。

そして、自分が必要性感じていない事をすぐに理解し、受け入れるのは難しい場合が多い。

しかし、実際に生活しているのは当事者本人であり、専門職が導いたニーズやその解決方法が正しくても、無理に適応させる事はできない。そして、そのままの状態では問題が解決できない場合も多くあるが、その中でも人は生活していかなければいけなく、社会福祉の援助職者は関わっていかなければならない。

一旦は、共有できる部分で支援やサービスの展開を行い、共通理解の促進や信頼関係の醸成を行う中で、徐々に関係者が共同して真のニーズを導き出す事が大切である。

参考文献：

「社会福祉政策研究」三浦文夫 全国社会福祉協議会
「改訂 新・居宅サービス計画ガイドライン」全国社会福祉協議会

アイアイ（わたしはここで生活しています）

「こころが変われば人生が変わる」

ハクション中納言

近年、社会保障制度の改革のなか、介護・医療の現場では、様々な課題や悩みがある。

それは、我々、支援する側だけの問題ではなく、介護・医療を受ける側の問題でもある。

それを考えたとき、苦しい状況がありながらも、支援する立場の我々がメゲているわけにはいけないと思っている。

だから、日々の仕事に追われ忘れがちな、感謝のこころや、気づきなどを書き留めておき、自分自身が挫けてしまわないように、ブログで記事を書いている。

私には人生の師匠と呼べる僧侶の方がいる。

抱えきれなくなった悩みを打ち明けると、どんな

馬鹿馬鹿しい悩みでも、最後までしっかり聴いてくれる。

考えが整理できるよう、所々頷き、また、確認しながら話を聴いてくれる。

具体的な助言は少ない。

特段、SWの勉強をされた方ではないのだが、仏の教えを説き、人生を良く生きる手助けをするという事は、そういった援助技術を身に付けるという事かもしれない。

そういう事で、今回は、お師匠さんの受け売りだが、「気」の話を紹介したい。

気力、水気、熱気、冷気、磁気、電気

気が含まれる単語をちょっと思いつくだけでも、多くある。

上記はごくごく一部である。

これらから考えると、気というのは、「目には見えないが、なんらかの明確な力が存在するもの。」

と考えられないだろうか。

気を配る、気を使う、気が楽だ、気に病む、気が優しい、気が強い、無邪気、根気、病気、元気

これらは、心の状態を表すものだろう。

よく、「心が動けば、体も動く」というが、上記の気の状態の結果、行動に繋がっていくわけであり、これらも、ある意味、目に見えない力を有しているのではないかと思う。

お師匠さんがよく言われていること、「自分が良い気を発すれば、良い人が引きつけられる。邪気を発すれば、良い人は逃げていく。」

お師匠さんは多くを語らないが、私なりの解釈をすれば、

良い気=やさしさ、いたわり、感謝、など

邪気=ねたみ、怒り、恨み、嘆きなど

と考えている。

そして、お師匠さんは、「良い気を発する為に、一番簡単な方法は、笑うこと。最初はウソでもいいから笑ってごらん、次第に心が変わっていくから。」と言われる。

また、「あなたのところが変われば、人生が変わるよ。」とも言われる。

これは、自分の気持ちを誤魔化して生きるという意味ではないだろう。

自分の生活を、周囲の人や、環境のせいによらず、自ら変えていこうよ、という意味だろうと思っている。

悪循環の一例を挙げる。

仕事が辛い 笑顔も出せず、元気がなくなる 仕事振りが悪くなる 周囲が協力してくれなくなる 仕事が辛くなる。



笑顔で自分を変えていく事により、これと逆の「良い循環」に変えていけないだろうか。

「苦しい時に笑えるわけがない」という意見もあるだろうと思うが、このような悪循環に陥ると、誰かに助けてもらえる可能性は低い。

自分の努力で変われるところは変わっていったほうが良いだろう。

笑ってみよう、そして優しくなって、いい人生を歩もう。

ハクション中納言（中納言の独り言）

報道は自由です、制約されるものではない
 事実を伝えることが大切だけど、製作責任者個人の伝えたい意図、表現したかった意図はあると思います。その中に、小さな声が隠れていました。

僕は、僕達は、介護に携わる者です、施設を預かり多くの皆様と一緒に暮らしています。

中山間地で暮らす二人の高齢者
 認知症が進行し、生活の継続も難しくなってきた
 そんな中で手を差し伸べたのはコムスンでした
 家族が願う認知症の進行を少しでも遅らせる薬を飲んで欲しい...

だから援助を依頼するけど、事件以降は特に人手不足もあって簡単なことではありません

ご家族も集い話し合われます
 「私はそんなに変になったるんかの？ 生きること
 で迷惑掛けとるんかの～」

取り繕う言葉は数々ありますが、僕はそんな思いをして欲しくなかった
 させてはいけない・・・
 認知症だから直ぐに忘れるでしょう？ って思った方もあるの？
 いいえ、心に刻まれた言葉は抜けません
 魂に刻み込まれた悲しさは拭えません・・・

その方の一言が僕を悩ませます
 「家がええ、わしゃぁここで死ねばええ」

一方で都市部に息子さんと一緒に住みながら同居の親族がいることで生活援助を打ち切ることを考えている高齢者が同じ言葉を言われました
 「やっぱり、家がええ 何食べたい、何した言っ
 て我侘言えるから...」

好きな物を食べることも本当は難しい方です
 好きなことがしたくても出来なくなった事もご存じです
 難病の全身リュウマチの方（特定疾病）も、また同じ言葉を

「家に・・・」

僕は考えました、悩みました、施設の職員としても・・・

『 家って何ですか？ 』 『 家って・・・？ 』

- ・住み慣れた家
- ・家族と共に暮らす家
- ・馴染みのある家
- ・独居の家
- ・息子さんと二人だけけど、昼間は一人ぼっちの家
- ・離れた娘さんが毎朝かよって来て援助してくれる・・・家



家って何ですか？

- ・持ち家
- ・借家
- ・アパート
- ・同居

家って何ですか？

皆さんが言われる 「家が・・・」 「家がええ」 って何ですか？

「施設へ入るくらいなら・・・」

そこまで言われる家ってなんですか？

僕は、以前から1番は在宅、施設はどこまで行っても限りなく1番に近い2番だと考えてた

だから少しでも施設じゃなくて、家にしようと、家に出来ないかと思ってた

何を考えてたんだろう？ 何が家なんだろう？

『 家って何ですか？ 』

- わがママが言える場所？
- 自由に自分らしく生きる場所？
- 家族と一緒にの場所？
- 自分の家？

分からなくなります。

わがママは言えます、でもそれは聞いてくれる相手が必要です。独居では出来ないこと

寝たきりになって自分では出来ないことが多くなっても、自由に自分らしく生きるって...

家族に先立たれた皆様は望めないの？家は・・・
借家やアパートでは家とは言わないの？

『家って何ですか？』

自分の居場所
安心できる空間
落ち着いて暮らせる場所

じゃあ、施設は家になれないの？

居場所として受け入れていただけないの？

24時間の援助を受けて安心できる場所じゃないの？

個室化され、プライバシーも保たれるから落ち着いて暮らせるんじゃないの？

『家ってなんですか？』

答えになってないかも分かりません

僕は悩みました、苦しみました、何度考えても同じ事を...

でも、何かを感じました

愛する場所

愛する者（物）がいる場所

愛する想いがある場所

愛する想いが残っている場所



それが『家』なのかな？

独居でも、暮らし続けた愛着があります

家族に先立たれても、愛した思い出があります

愛する息子（娘）と一緒に暮らす場所

『想い』でも、いいかな？僕には愛が適切に感じました

施設に携わり、施設を運営し、入居されている皆様へ安寧な暮らしの居場所を提供しようと考えていた。

それでよかったのかな？

愛することの難しさ、相手を思いやるよりもっと重い言葉が愛だと感じました

それは離れていても同じです

色々なことが僕の頭を巡ります

何があっているのか分かりません。

でも、今は『愛する者がいる場所が家』だと感じています。

人は弱い生き物です

愛する者を失った時に心を壊します

小さな一言でも、心は音をたてて壊れます

一瞬で壊れる...

愛する者を得れば保てます

愛する場所を得れば生きることが出来ます

僕は、たくさんの仲間から、スタッフから、出会った全ての方々から力を頂きました

そして、あなたから愛を頂戴しました。

僕が頂戴したものをお返しします

制度の間で苦しむ皆様に何かを届けたい、僕に出来ることは折れることの無い強い意思を持って取り組みます。

誰も見ていなくてもいい、あなたがいてくれるだけで...

家ってなんだろうね？

sig (陽だまり日記)

withline-wel

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。

なお、narisawaさんの記事に関連して、医療系サービス、特に訪問看護については、「訪問看護について～理解しておきたい訪問看護の仕組み～」もご参照ください。

介護保険法を勉強しなおす(2)

第4条(1)

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

第4条の全文です。

ここでは、「介護保険制度の運用に当たり、国民の側で努力してほしいこと、国民に対しての義務」について規定しています。

第1項を読んでいきます。

国民の皆さんは、加齢によって生じる心身の変化を自覚して、要介護状態にならないよう、ご自身の健康保持に努力してください。また、要介護状態になった場合でも、進んでリハビリテーションやご自身の心身状態に合った他の保健医療サービス及び福祉サービスを利用することで、自らが持っている能力の維持向上に努めてください。

総論部分なので流して読んでしまいそうになるのですが、ちょっと待った！この項目には、「介護予防」という言葉についての大切な考え方が込められていると考えられるのです。

ここでは国民に対して、

「まずは要介護状態にならないよう、加齢による心身の変化を自覚して、変化が生じていても健康

状態を保つための努力をしてほしい。また、要介護状態になっても、自ら進んでリハビリテーションや現在の心身の状態に合った保健医療サービス・福祉サービスを利用することで、少しでも“自分自身で”日常生活を送ることができるように、持っている能力や介助・介護を受けなくても発揮することができる力の維持・向上に努めてほしい」

と努力義務を課しています(あ、こっちの方が解りやすい文章になった^^;)。

この項目の文章を基にして、「予防給付」「介護給付」という2本立ての保険給付が存在していると私は考えています。

第4条(2)

第4条を一気に書き上げようと思いましたが、第1項でちょっと文章が長めになってしまいましたので、第2項を別立てにしました。

国民の皆さんは、「介護保険制度の運用のどこかに関わっている」という制度の理念に基づいて、介護保険事業の運営等に必要な費用を公平に負担していただきます。

というのが、私の解釈です。

第1条の「国民の共同連帯の理念」に基づいて、サービスを利用する被保険者ばかりではなく、国民全体で公平に費用負担してもらおうということですが、介護保険制度の創設背景の一つである「介護の社会化」ということについての具体的表現の一つなのか？、とも考えています。

第5条

(国及び都道府県の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円

滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

第5条では、国及び都道府県が介護保険制度を運用していくに当たっての責務について述べられています。第1項から読んでいきます。

第1項では、

国は、介護保険事業を“健全かつ円滑に”運営するために、保健医療サービス・福祉サービスを提供するための体制の確保やその他必要な法整備等の措置を行わなければならない。

と言っています（本文そのままなんですけど...）。

第2項は、都道府県の責務として、こんなことを言ってます。

都道府県は介護保険事業が健全かつ円滑に運用できるように、市町村や事業所・施設に対して必要な助言及び適切な援助を行わなければならない。

総論なので抽象的な文章ではありますが、私のようにある種ひねくれた(?)読み方をすると

方には、

「あ、これを基に指導監査に関する事項が規定されているのかな?」と感じられたかもしれません。



第6条

(医療保険者の協力)

第六条 医療保険者は、介護保険事業が健全かつ円滑に行われるよう協力しなければならない。

第6条は1文で終わっています。

ここでは、介護というものが福祉や保健の分野だけではなく、医療の分野からの関わりがあって成り立つもの、という考え方から、医療保険の保険者に対しても介護保険事業の健全かつ円滑な運営のために協力しなければならないことを規定しています。

ここでいう「医療保険者」についての定義は、後ほど説明いたします。

」(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(3)

narisawa

ケアマネジメントの具体的な手続き内容

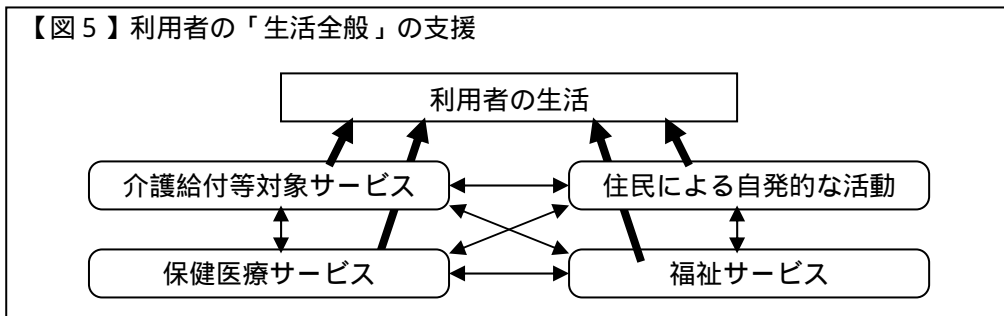
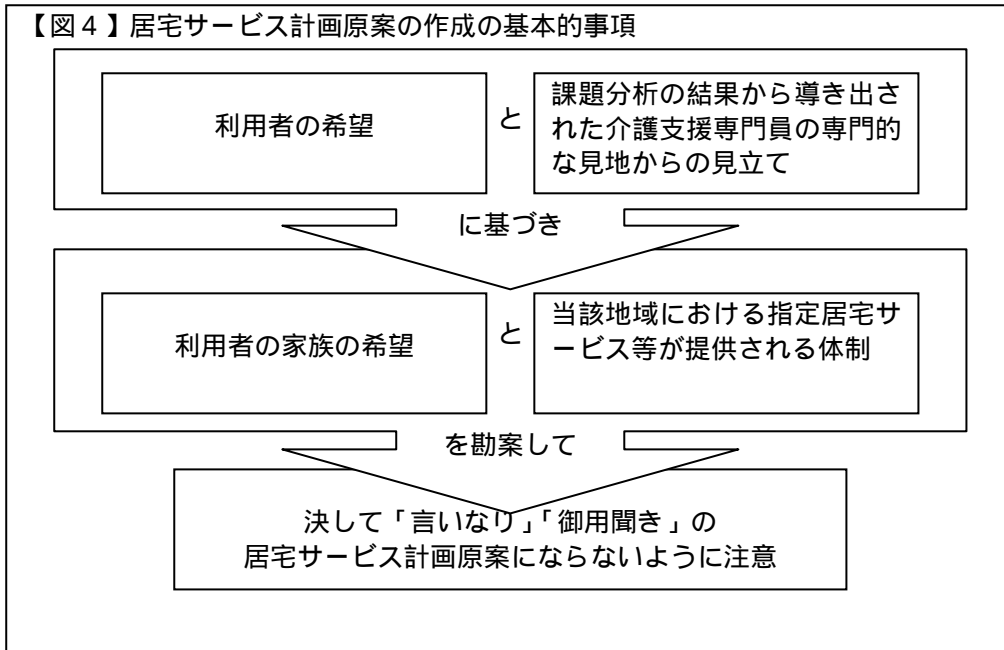
居宅サービス計画原案の作成

1) 居宅サービス計画原案の作成の基本的事項

居宅サービス計画原案は、利用者の希望(意向)と課題分析の結果から導き出された介護支援専門員の専門的な見地からの見立てに基づいて利用者・家族と協議の上で作成することになります。そして、利用者の家族の希望と当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案します。「利用者の希望に基づいて」「利用者の家族の希望を勘案」とありますが、これは決して「利用者や家族が希望するおりに」との意味ではありません。利用者や家族の希望とあわせて、介護支援専門員の見立ても突き

合わせることになるので、いわゆる「言いなりプラン」「御用聞きプラン」にはならないように注意しなければならないのです(【図4】)。

それから、利用者の解決すべき課題は介護保険制度で利用できるサービスの組み合わせのみで解決できるとは限りません。むしろ、介護保険以外のサービス等も活用しなければならない場合が多いでしょう。利用者は、単に家庭生活を営む存在ではなく、家庭外との接点が多い社会生活を営む存在です。このため、「生活全般」を支えるとの観点に立ち(【図5】)、介護保険以外のサービスも含めた総合的な計画となるように努めなければならないとされています。



また、居宅サービス計画原案は、解釈通知において「利用者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題を記載したうえで、提供されるサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には居宅サービス計画及び各指定居宅サービス等の評価を行い得るようにすることが重要」とされていますが、この具体的な記載については、「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」(平成11年11月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知)によるところです。

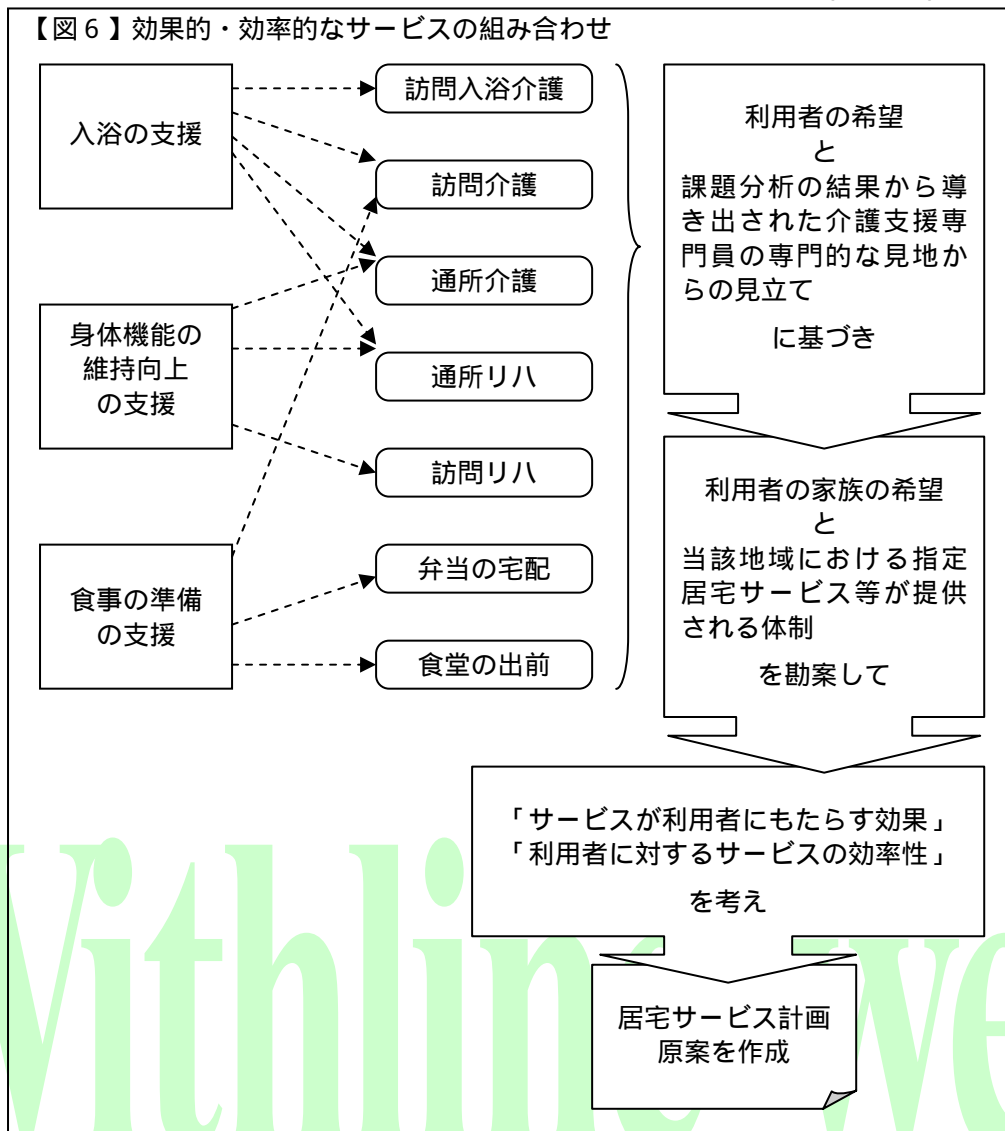
なおここで注意が必要なのは、「実現可能な内容」であって「最も適切なサービスの組み合わせ」を考えなければならないことです。ここでいうサービスには、介護保険で給付される以外のサービスも含まれます。

「実現可能な内容」を考えなければならないとは、すなわち、利用者が無理なく到達できる長期目標・短期目標・達成期間を設定するということです。これに当たっては、旧態のICIDH的な視点に基づく問題解決型ではなく、利用者が主体的に自らの生活課題の解決に取り組むことができるよう、ICF的な視点に基づく目標志向型の居宅サービス計画内容とすることが求められています。しかし、「障害を受容しきれず、将来の自分の生活に対して前向きな気持ちになれない。」「これまで、より良い生活の実現に向けたさまざまな取り組みを行ってきたが、これ以上の改善は望めないところまで到達している。」など、利用者の心理状態やこれまでの経過から、必ずしも現状の改善や向上が期待できる場合だけとは限らないので、画一的に目標志向型の居宅サービス計画内容としてしまわないよう注意しなければなりません。ICF的な視点に基づく目標志向型の居宅サービス計画内容が求められている背景には、IC

IDH的な視点に基づく問題解決型の居宅サービス計画内容への批判があるのですが、決してこれを全否定しているわけではありません。十分なアセスメントの結果「これ以上の改善は望めないところまで到達している。」のであれば、現状をいかに維持していくかに主眼がおかれた居宅サービス内容となっても差し支えありませんし、非難されるものでもありません。

一方、「最も適切なサービスの組み合わせ」とは、言い換えれば効果的かつ効率的にサービスを適用する必要があるということです。居宅サービス計画では、設定した目標に対して適切なサービスを適用していくこととなりますが、このサービスは利用者に対してどのような効果をもたらし、適用したサービス間に不合理な支援が生じていないかなどを見極めなければなりません。例えば「入浴の支援」「身体機能の維持向上の支援」「食事の準備の支援」の3種別

の支援が必要な利用者がいるとしましょう。それぞれの種別を単独にみれば、「入浴の支援」に対しては「訪問介護」「訪問入浴介護」「通所介護」「通所リハビリテーション」などのサービスが有効と考えられます。また、「身体機能の維持向上の支援」に対しては「訪問リハビリテーション」「通所介護」「通所リハビリテーション」などが、「食事の準備の支援」に対しては「訪問介護」「弁当の宅配」「食堂からの出前」などのサービスが有効と考えられます。これらのサービスの組み合わせを考えたとき、何十種類のも及びサービスパターンの組み合わせが考えられますが、例示した「訪問介護」「通所介護」「通所リハビリテーション」は、3種別のうち複数の種別に対しての支援が期待できます。このように、サービスの種類によっては2つ以上の目標に効果を発揮し、効率よく支援を提供できるようになることに配慮しなければなりません（【図6】）。



補足しますが、地域に存在する居宅サービス等について、タイムリーな情報を持ち合わせていなければ「実現可能な内容」の「最も適切なサービスの組み合わせ」の居宅サービス計画原案を作成することはできないでしょう。サービスを提供する事業所の体制やサービスの内容は刻一刻と変化するものとの認識に立ち、介護支援専門員としては、常日ごろから居宅サービス事業所との有機的な連携に務め、情報を収集しておく努力が必要であります。原則からいえば「居宅サービス計画原案の作成」の段階では、利用者の個別具体的な状況を居宅サービス事業所等

とやり取りすることは想定されていません。これゆえに、地域に存在する居宅サービス事業所がどのような特徴を有するかの情報は、居宅サービス計画原案にサービスを位置づける際に極めて重要になってくるのです。

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たっては、原則として居宅サービス計画原案を作成しなければならないとされていますので、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

四 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、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス（法第 24 条第 2 項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

八 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

2) 医療サービスを位置づける場合の注意事項

医療サービスについては、主治の医師又は歯科医師（以下、「主治医等」）がその必要性を認めた場合に限りこれを利用できることになっています。具体的には、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護のいずれかを居宅サービス計画に位置づける場合には、介護支援専門員は主治医等に対し、これらのサービスの利用についての必要性の意見を求めることとなります。たとえ利用者が希望し、介護支援専門員が行ったアセスメントの結果によりこれらの医療サービスが必要と判断した場合であっても、主治医等が利用することが必要と判断しない限りはこれらのサービスを居宅サービス計画に位置づけることができませんので、必ず主治医等の意見を求める必要があります。

意見を求める方法については特に定められてはいません。口頭による確認や文書による確認があるでしょうし、場合によっては E-mail などの電子的な方法も考えられます。そのルートについては、主治医等から介護支援専門員への直接のルート、主治医等から本人や家族などを介して介護支援専門員が間接的に確認するルートなどが考えられますが、得てして情報とは、伝聞だと聞いた側に都合よく解釈したりして意図した内容が正しく伝わらなかったりするものなので、できれば文書により意見を確認することが望ましいでしょう。これに当たっては、【図 7】に示すような、主治医側との協議のうえ、あらかじめ書式化された「医療サービス利用確認書」があれば、スムーズな連携が図られることでしょう。

【図7】

居宅介護支援事業所 医療機関

医療サービス利用確認書

[訪問看護・訪問リハ・通所リハ・短期入所療養介護(ショートステイ)]

問い合わせのサービスを で開むこと

様

事業所名

担当者

電話

F A X

いつもお世話になりありがとうございます。
下記の方が、標記サービスの利用を希望されておりますので、利用の適否につきまして
確認したくよろしくお願いいたします。

なお、結果につきましては 月 日 まで ファクスでご返送願います。

利用者氏名	生年月日	住 所	利用状況	医師記入欄	特記事項
	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再開	適・否	

居宅介護支援事業所からの連絡欄

上記について確認したので返送します。

平成 年 月 日 担当医師

この医療サービスについては、医療費控除にも関連することから特に留意しなければならない居宅サービスです。とりわけ居宅療養管理指導については、給付管理を必要としない居宅サービスであり、介護支援専門員がこの利用を把握していない事例も見受けられますが、「介護保険制度下での介護サービスの対価にかかる医療費控除の取扱いに係る留意点につ

いて」により、介護支援専門員としては、努めてこれを把握しなければならないこととされています。

なお、医療サービス以外の居宅サービスは主治医等の意見に配慮しなくても良いかということではなく、主治医等の医学的観点からの留意事項が示されているときはこれを尊重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

十八 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合
その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

十九 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

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～

私が、兼任CMさんやポイントさんの活動を知ったのは、WELだけでなく受験生として参加した「どんたくアカデミー」受験生用掲示板でした。それが現在、同じ編集メンバーとして本誌の作成に関わっているというの妙な感じです。

あと、法改定の際、当地域における介護予防ケアマネジメント様式を考えるにあたり、narisawaさんに多分にお世話になりました。その御縁で、こうした記事を提供してもらっています。

前回記事でケアプラン原案の同意についての解説がありました。カンファレンスの後の文書の同意が法令上必須だというのは、かなりの盲点だと思います。同時に、その作成途中においても、協働でプランを作成していく以上、利用者の同意が必要であり、そのタイミングと同意方法は地域でしっかり確認しておく必要もあると思います。

ところで、当地域においても医師とケアマネとの情報共有について議論を進めているそうです。その中で、医師の視点からみて、その情報提供が「ボランティアとしての行為」「医療保険における行為」「自由診療における行為」のいずれにあたるか話し合った経緯があります。後者の視点だと、その対価として自ずと情報提供料が発生します。そうした協議を実施することも、地域連携の課題なのかも知れませんね。（ため）

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。

引用のさいの留意事項

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.2」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([cerulean-blue](#))
和田石([真夜中の、ひとり吠えぶるぐ](#))
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ぞん♪](#))
きよママ([きよママ日記・介護よもやま話](#))
桂([離\(さか\)りゆく日まで](#))
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?でもやっぱりケアマネ♪](#))
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](#))
tappy([Happy tappy♪](#))
たぬ([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([びったれた日常](#))
のぞみ([瀬戸際のケアマネ・白衣のべ天使](#))

のんたる([のんたるの気まぐれ日記](#))
ハクシヨ中納言([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](#))
番外地([徒然なるままに](#))
ひとし([相談員が北の地で想うこと](#))
ぴび([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!](#))
ブルーマーチ([メディカルケアネット.com](#))
べあ([あっ!!というまに...](#))
へっぽこ侍([小枝ちゃん家のへっぽこ侍!](#))
へなちょこ([まっいいか](#))
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](#))
ぼう([くいしんぼうでパンパンさ♪](#))
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](#))
まどん([甘たれダイエット風日記](#))
まめばんだ([びわこからの発信!!](#))
migu([MIGU@home](#))
Mr.M([在介センターの思い思われ振り降られ](#))
ミスライス([LUCKY DUCKLING](#))
みつ([介護事務員のささやき♪♪](#))
MIHO([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.2
2007年9月25日発行
発行:ういずライン～wel <http://withline.web.fc2.com/>
編集:ういずライン～wel 編集部