

ういずライン 2007 No. 3

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：ちび

11月も下旬ともなれば、さすがに寒いですね。今までは風景画像を中心に載せていましたが、今回は在宅のパートナーであるペットを中心に使わせて頂いています。第3号の特集は【在宅とは～改めて考えてみる】です。色々な視点、様々な想いからそれなりの容量となっています。ゆっくりお楽しみください。

ういずライン 2007 No.3

特集記事：在宅とは～改めて考える 初孫

へなちよこ（介護支援専門員、居宅介護支援事業所所属）

力のかぎり・・・

きよママ（家族介護者）

母の介護を通して

ちび（家族介護者、看護師）

我が家の味方

ぼう（家族介護者）

入所申し込み

べあ（介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属）

在宅復帰は難しい

annkoro（介護福祉士、老人保健施設所属）

寄り添う援助

sige（介護支援専門員、地域密着型特定施設所属）

愛の形。

みほ（介護福祉士、通所リハビリテーション事業所所属）

家を考える

兼任CM（介護支援専門員、居宅介護支援事業所所属）

在宅復帰へのハードル

ぴぴ（介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属）

地域包括ケアシステム

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：

利用者色々です

しおわかな（介護福祉士、訪問介護事業所サービス提供責任者）

「召集と招集」のマメ知識

たぬ（市区町村職員）

連載記事：

介護保険法を勉強しなおす（3）

J（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（4）

narisawa（介護支援専門員、居宅介護支援事業所所属）

特集記事：在宅とは～改めて考えてみる

初孫

へなちょこ

「あかんぼう・・・がないてるぞっ・・・」
Nさんの最期の言葉だった。
長男と長男の妻との3人家族。
もうすぐ孫が生まれる 明るい未来が待っているであらう家族。
お嫁さんは、明るく太陽のような存在・・・私の主観・・・
長男は、42歳にして嫁を貰った。それまでは、Nさんと男所帯 「家が明るくなった」とNさん。

私の勤務する居宅と併設のデイサービスを利用して。癌が脳に転移しているために、時に自分のしていることがわからなくなることもあった。デイサービスを利用するきっかけは、長男の仕事が多忙であり、お嫁さんは妊婦さんのために、Nさんの介護が思うようにできないこと・・・
足腰も大分弱ってきているので、ひとりでの入浴が困難になっていた。

病状は落ち着いている。医療的な処置は無いので、あとはご本人の自由な生活を送らせてあげてほしいとの主治医の意見・・・つまり癌末期。
しかし、本人の気が進まない 体力も無いのであろう。

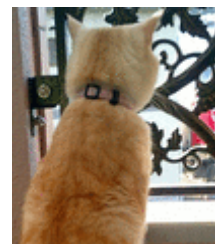
そこで、すいが登場！！
Nさん宅に通い、たわいのない話をする。気分が乗ってくれた。
「うちのデイは、美女ばかりだよ」と大ウソまで飛び出す。
「そうか？そうか じゃあ行く」知らんぞっ 訴えられても・・・

そんなこんなでデイを利用するようになった。行事でもらったヌイグルミは生まれてくる孫にやる・・・と言う。Nさん、男の子だったらどうすんだらう・・・

事態は急変した。連休をはさみNさんは熱が続いた

きっかけは、水分不足。低栄養。
家族は本人が「今いない」の言葉をストレートに受け取った。
ヘルパーからの連絡を受け急いで訪問 意識も朦朧ではないか！！
「救急車！！息子に連絡！！」
お嫁さんは身重で仕事・・・
息子も会議中で伝言だけ伝えてもらう。
隣市に住む長女にも連絡し、救急車には私が同乗した。

車中で息子から電話 「夕方18時くらいには掛けつけれます」今の時刻15時・・・
無性に腹が立った。悲しくなった。こんな事態でも抜けない仕事なのか？
「私にはご家族の変わりはできません。すぐに来てください！！」



そう伝えた。
結局1時間後に到着した。
家族の覚悟と協力抜きに在宅介護はできない。息子は腹を括れていなかった。

結局癌が肺にも転移しており、肺炎を患った。入院生活1か月が経過したころ、息子から電話が入った。
「父を家で看取りたい」
耳を疑った・・・がはっきりそう言った。
「あれは、父ではない。なにより本人が家に帰してほしいと毎日訴える。姉とも話し合った。病院の白い布団で、管につながれて半年生きるよりも、家で父らしく生活して、2週間の命だったとしてもそちらを選ぶ・・・父がそう言った。息子として父の願いを叶えてやりたい。初孫を抱かせてやりたい。自分は今まで仕事ばかりで、父になんの恩も返していない。頼むから連れて帰りたい」そんなことを言っていた。

私は息子の言葉を素直にとることができなかった。

お嫁さんはお産で里帰りをしている。なんども出向き話し合った。
いろいろリスクを想定した。それでも私は腹を括れなかった。

そんな時に会った医者と、ヘルパーとデスタッフ。チームケアの始まりだった。

父を家に連れて帰りたい・・・

息子の思いは揺るがなかった。

そんな時に「子供が生まれました！！女の子です！！」と息子さんの高揚した声の電話。終わりゆく命あれば生まれ来る命あり・・・よしやろう！！主治医は「そんな自殺行為をするなら一切責任はとれない。うちは係われない」と縁を切られた。デイも、医療依存度が高いので受け入れ困難と判断した。これは、すい達にとっては苦渋の決断だった。そんな時、長女が見つめてきたのが運命の出会い・・・

「知人の勤めるデイサービスが受け入れてくれると言ってる、同じ敷地に診療所もあり、医師もそこに変わりたい」

その存在は知っていた。しかし利用者を取り込むと有名なところ・・・特定施設集中減算バリバリ。

恐る恐る出向いた 「ああへなさん、どうかよろしく！！」と握手された。

私は口がぽっかり空いたままだった・・・

「御家族の決意に協力する」そんな事を言った。

デイの相談員もいた。

「ご本人やご家族からのニーズがある限り受け入れを断るなどの指示です。

ぼくも先月、ばあちゃんを自宅で看取ったんです。

亡くなる前日までうちのデイに来てました。

来てもベッドで寝ているだけですが、周りの声や雰囲気は楽しんでいたのではないかと思うんです。

ご家族のライフスタイルを大きく変わらせるような事をしては、自宅での看取りは困難なので、息子さんが仕事でお嫁さんが育児中でしたら、日中だけでもうちを利用してはいかがでしょう」

素直でない私は 「いいよね・・・ドアひとつ挟んだら医者がある環境わっ！！すい達は、みたくてもみれなかったんだぞ！！」そう思ってしまった。そして言った。

「デイもヘルパーも医師もそちらの法人ですので、居宅もそちらでした方が細かい情報交換ができて、Nさんのためになるのであればそうしてもいいと思っています」

M医師は言った。

「へなさん・・・それは言うてはだめだ、一緒にやりましょうや。本当はそうは思っていないでしょう？ぼくはへなさんと仕事がしたいと思います」

あとから聞いた。その方は診療所の医師兼理事長。しかも就任してから法人の方針が一転したとのこと、抱え込みはしなくなっていた。

その日のうちに入院先に出向いた。

メンバー・・・へな M医師 デイ相談員 ヘルパー責任者 福祉用具相談員 息子 娘。やっと退院許可が下りた。

「枯れ木が枯れるように亡くなるでしょう」とのすてぜりふ付きで。次の日も話し合った。息子の仕事の都合で21時から開催した。週間スケジュールと、一日のタイムスケジュールを打ち合わせした。嫁も新生児を抱きながら聞いてくれた。

すでに経管栄養でオムツとなったNさん。朝は息子が注入して出勤。注入が終わるころにヘルパーが訪問してオムツ交換と更衣。その後デイサービス。夜は嫁が注入。その後ヘルパーが何度も確認して修正して会議終了は次の日になっていた。

そしてとうとうNさんは帰って来た。

家族と我々に出迎えられ帰宅したNさん。「ただいま」としみじみ言った。そして、「孫は？」初孫をようやく抱いた!! あっという間に「じいじ」の顔になった。

「よー肥えて・・・わしより肥えとるのう・・・そりゃそうか今にも死にそうなじじいと、これからのものと 比べちゃいかんあぁ、うははははっ」

コメントに困るようなブラックジョークまで飛び出
す。

医者は息子が休みの日曜日に往診してくれることにな
った。デイサービスの利用も順調、息子も介護が
板についてきた。

それもつかの間だった

年末が近づき、Nさんは、起き
ているより寝ているほうが多
くなった。医者も「年が越せれる
か・・・」とのコメント。でも
どうにか正月を迎えられた。御
屠蘇は口につける程度だが、「こりゃ甘口じゃ」と
周りを和ます気遣いもした。初孫を中心に写真も取
った。



その数日後Nさんは逝った。

前日の夜、息子さんが仕事から帰り、夜の経管栄養
が終了し、いつも父親が心配で隣に布団を敷いて寝
ていたが、その日は赤子が泣き止まなかった。

「おい、赤ん坊が泣いてるぞっ。2階へ行ってやれ。
わしも寝る」

そう、かすれ声でつぶやいたので、息子は父の言葉
に従った。次の朝、Nさんはひとりで逝っていた。

息子さんは泣いた。それはそれは泣いた。

しかし、わたしは後悔することはない。お父さんは
分かってそう言ったように思う。

息子よ、今までありがとう。自分の事はもういい。
これからは嫁と孫のことをしっかり守れ!!

そう思っているのではないか・・・そう伝えるのが
精一杯だった。

通夜にはすい達も掛けつけた。Nさんの部屋には昔
デイで貰ったヌイグルミが飾ってあった・・・・・・・

(孫にやるんじゃなかったのか?? まっいいか)

ケアマネに出来る事は少ない。このケースを担当す
るまではプレッシャーに潰されそうになる毎日だっ
た。

自分のマネジメント次第で、年寄りの生活を決めて
しまう・・・このプランでいいのか?その考えが実は
驕りだと教えられた。根本的に間違いだと知った。
プランはケアマネひとりで作成するものではない。
チームで作成するものだ。チームの中心は利用者。
みんなで考えみんなで悩み作り上げるもの、それま
での私の考えの中心は私でしかなかった・・・

問題が起きれば集合してみんなで考えた。またこの
チームで仕事したいと思った。

このケースがあり、年末年始を返上した。休みでも
私服にエプロンで掛けつけたこともある。自分の時
間を代償に私はひとつ成長できた。Nさんありがと
うございます。あなたのすばらしい生き方をそばで
見ることが出来たわたしは幸せでした。そちらでは
大好きなお酒を飲んでますか?天国の酒は辛口あり
ますか?無かったら連絡ください。私が持っていき
ます ただし半世紀待ってくださいね

息子さんはあれから自分の仕事を見直して、上司に
相談したそうですよ。そのおかげで子供と過ごす時
間もほんの ほんの少しですが前に比べて増えたそ
うですよ。

お嫁さんはNさんの話をするたびに泣いています。

「この子は義父の生まれ変わりだと思う」と言っ
てますよ。

Nさん。それじゃ。また会う日までっ!!

へなちょこ(まっいいか)

医師からも困難と言われた癌末期の方を、家族も含めた多職種からなるチームケアにより在宅で看取れた
究極の理想事例のひとつです。

なお、文中の「すい」さんは、筆者であるケアマネジャーが信頼する、併設デイサービスのスタッフです。
ところで、「うちのデイは、美女ばかりだよ」というのは、まるっきりの大嘘でもないと思いましたが(笑)

(編集部)

力のかぎり・・

きよママ

姫・93歳(きよママの母親)

昭和56年7月・・脳梗塞

ゆっくりと・・認知症が進行

昭和63年9月・・3度目の脳梗塞

右半身不随になる!

平成1年10月・・

オムツ使用始まり・・寝たきり状態に成る!

平成14年10月・・嚥下困難の診断を受ける(入院)

平成15年2月・・胃瘻での生活が始まる!(退院)

きよママ・姫の胃瘻には相当、悩みました・・
担当医の『コレは決して延命ではありません』
の、言葉を聞いても、なおも悩み続けました!

平成18年10月・・舌根沈下・経鼻エアウェイ挿入(入院)

平成19年1月・・エアウェイ外し・・退院(やや強引の退院)

きよママ・・この間3人の子供の出産・子育て・
在宅での介護、同時進行でした!

先日・長男(25歳)が『おばあちゃんのイメージ
は寝たきり・・それ以外は浮かばない・・』と言いま
した!それ位、姫の在宅での寝たきりの生活は長
～～い!

そんな姫でもきよママの子供達には

『人とは・・命とは・・』
人間として一番大事な事を・・寝て居る事で・・
その姿を目にする事で教えてくれました!

きよママにも・・在宅介護を通して・・
人として、一回りも二回りも大きく成長させてくれ
ました!
(きよママ・・勝手にその様に思っています・・ガ
ハハハ・・!)

我が家の教育係『姫様』・・



8月より体調不良で入院生活です!

姫の退院が再び延期・・

先週末・退院予定だったのが

熱発で・・延期

1年前に

舌根沈下・筋力低下で気管が異常に細くなっていた
『姫』

それでも、今年1月には病院に無理を聞いて頂き『在
宅』に戻しました。

今回は・・その、気道の細さが原因で・・色々な症
状が出てきています!

経管栄養も、食道を通る事はない・・とはいえ・・
やはり、胃に栄養が入る・・と言うことで・・気管
の細さが災い致します!

解決策・・『気管切開』ですが・・きよママとして
は・・決心が付かず・・

毎日、病室に詰めていて姫の苦しんでいる姿を直視
するなか・・

今までの25年間の『在宅介護』での楽しかった事
ばかりが思い出され・・

『愛おしくて・・愛おしくて・・』
時として、姫の顔が涙でにじみ見えない・・

それでも、時は流れていきます!何時までも結論を
延ばすわけにもいかず昨日・・

『気管切開せず!』の、結論を出しました!

皆さんの中から・・ダンナの親なのだから
ダンナが結論を出すべき・・との、声が聞こえてき
そうですが
介護当初から
姫のことは、きよママが全権を握っており・・
自由に介護をしてきた手前
最後の最後まで姫の事は

きよママが責任を負います！

このままの状態の様子を診ながら病状が落ち着き次第在宅に戻す・・・

その方向で・・・治療方針が決まりました！

現在も姫は点滴・酸素マスク・尿の管に繋がれて・・・
家に帰る事を夢見ながら・・・
毎日、頑張っております！



きよママのブログには足跡を残さないけれども多く

の在宅介護をしている人が来てくれます！

介護しながら・在宅しながら・・・

きよママのブログに遊びに来てくれる方・・・

介護とは、介護者に人間として大きな贈り物をくれますよ・・・

辛い介護でも、先のプレゼントを楽しみに・・・

きよママ（きよママ日記・介護よもやま話）

家族からの視点の記事です。認知症で、医療依存度も高い「姫」(夫のお母さん)を、きよママさんは四半世紀以上に渡って介護されてきました。気管切開をしない、などの重い決定も、実子であるご主人ではなく、きよママさんが行いました。なお、この記事を書かれた翌月、「姫」は天寿を全うされました。ご冥福をお祈りいたします。

また、辛いことも多かったはずですが、3人の子育てをしながら明るく立ち向かい、そのブログで多くの家族介護者たちを勇気づけてきた、きよママさんに心から敬意を表したいと思います。「姫・・・ママに在宅介護をさせてくれて有難うございました！」その後のブログで書かれていた、きよママさんの言葉に、胸を打たれます。

母の介護を通して・・・

ちび

母が入院して3週間

ここ最近、遊び呆けてばかりでしたが、そろそろマジメに記事を書こうと思います。

学校始まったら、なかなか更新できなくなりそうだし・・・(●´Д`)(X´Д`●) ね

母が入院して、イチバン最初に気づいた自分の異変(?)

アタシって疲れてたんだ～！！

という事でした。

母が入院した当日から数日、毎日8時間、眠りました。



ダンナが仕事に行ってから、また午前中いっぱい眠りました。

休みの日は、目覚ましをかけないで眠りました・・・これって何年ぶり???

睡眠をとると、こんなにも調子いいの???

当たり前的事ですが、睡眠がこんなに重要だとは・・・。

私は訪問看護をしています・・・自分では「介護・看護」に関しては、一応プロだと思っています。だから、適当に手抜きもできているし、なんとかなっていると思っていました。

でも介護をしながら家事をしたり、仕事をしたり、勉強したり。

自分の生活と介護、なんとか両立させている「フリ」をしていただけかも知れません。

正直な所「介護がストレス」って言うてはいけない気がして。

母にも申し訳ないし、ケアマネさんにも弱い所を見せたくないっていうか・・・。

「疲れた」=介護放棄してると思われないかな、とか。

皆の前では「へへへ〜」なんて明るくして・・・。

私は仕事もあり、また母の胃瘻注入に時間がかかるので、毎朝4時に起きていました。

もし、その生活で8時間睡眠を取るなら・・・20時には寝なきゃいけません。

でもその時間って、家事、母の口腔ケア、吸引、体交、吸引瓶の処理、胃瘻の物品の消毒など・・・。

ヘタすると、自分の晩御飯も途中だったりします。

少しでも早く寝るためには、自分の時間を削るしかありません(💔💔💔) ~~毛んね〜~~

・・・ちなみに私が削ったのは、お風呂タイム！・・・

イチバン、ゆっくりしたい場所なのに。

そしてやっと寝ても、夜間、吸引で起きたり・・・通して眠れるのは数時間でした。

じゃあ、もっとサービス使えばいいのに！という声が聞こえてきそうですが～。

介護保険では、かなりの制約があります。

口腔ケアはヘルパーさんに頼めても、

その後の吸引は×です。

夜間の吸引やオムツ爆弾破裂の処理も、

定期的なサービスでの対応はできません。

ショートステイも、私が住んでいる地域では

「吸引している」だけで×です(💔💔💔) ~~毛んね~~

介護者がやるしかない事

実はコレがいっぱい、いっぱい山のようにあるんですよ・・・。

じゃあ正直、介護者としての私・・・ケアマネさんにどうして欲しかったのか～。

1. もっと話を聞いて欲しかった。

できてるだろう、大丈夫だろうじゃなくて、

ホントに大丈夫か？聴いてよ～。

完璧な介護者なんて、いないのよお。

2. 我が家の生活パターン、もっと知って欲しかった。

私が1日、どんな生活してるか知らないでしょ～。

「休み休みやって」って、休むとケアがずれ込んで、寝る時間が遅くなるのよお。

3. 私が具合悪い時くらい、何とかして欲しかった。

インフルエンザで40 超えてる時くらい、なんとかしようとする姿見せて～。

ホントに死ぬかと思ったけど、母の事、1人でやったのよお。

現在、在宅介護から離れている私・・・母と離れたからこそ、わかった事・・・。

休みが無いと続かない！！

今回、私が学校に行くことになったのをきっかけにして、母は療養型に入りました。

でも学校に行くというキッカケがなく、このまま在宅を続けられたか・・・。

多分、ギブ・・・いや、マジで・・・ギブ・・・でも言えずに・・・介護殺人！ ホントに

~~山(山) 毛んね〜~~

ケアマネさんはじめ、在宅介護を支えるスタッフ(アタシもだよっ!)に忘れないで欲しい事。

「ムリしないで」「休んで」と言うのは簡単です。

でもホントにその声かけだけでいい？

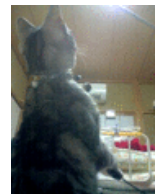
「ドコにムリが生じているか」理解してる？

本格的に介護者が休養を取るには具体的にどうしたらいい？

サービスでフォローできない部分

はどうする？

完璧な介護者はいないんです・・・。



母の介護のお陰で、私も訪問ナースとして少しは成長したな～と・・・。

来年春、母が帰ってきたら・・・今度は休み休み介護して、もっと優しい娘になります。

・・・ケアマネの高 さん、頼んだよお(💔💔💔) ~~毛んね~~

ちび(私の在宅介護日記;猫の手10本あるけど・・・)

看護師と家族介護者、両方の立場を持つ、ちびさんの記事です。ちびさんが認定看護師教育課程に通うことになり、医療依存度の高いお母さんは療養型に入院されました。その際に気づいた、専門職がとすれば忘れがちになること。それがこの記事のテーマです。

ちびさんのお母さんと猫は仲良しです。空のベッドを見上げる猫の視点は、ちびさんの気持ちでもありま

す(表紙の写真)。ちびさんが素敵な認定看護師になり、猫たちとともにお母さんを迎えることができる日を期待したいと思います。

～「我が家」の味方～

ぼう

《現在》

7年前、母54歳の時に『初老期アルツハイマー型痴呆症(当時は認知症でなく痴呆症)』と診断 要介護度は『3 4 5』息子である私と2人暮らし。ヘルパー・デイケア・月に計10泊程度のショート(短期入院を含む)を利用。物事を考えること、覚えることが困難なのは変わらない。日課だった徘徊は2年前からパツパツとなくなり、現在は歩くこと自体が難しい……。

(初期)

アルツハイマーだと診断された7年前、呆然とする一方で誤診じゃないか?と思う気持ちがあった。CT画像にはなんの異常もなく、医師が行うテストの点数が低いというだけでそう判断するのはおかしいのではないかと第一、なんで母親がそんな病気になるんだ、間違ってるんじゃない?と感じた。しかし、それからいくつもの病院をまわって、出された診断は同じ。それらの病院の対応も「薬を出しておく」ということだけで、母親の、そして私の力になってくれるものではなかった。

わたしは唯一の治療(?)である薬の効果がまったくみえず、少しずつ悪くなっている症状にとまどい、苛立った。また、自分がしないといけない事がどんどん増えることで気持ちの余裕がなくなり、先の見えない状況の中で少しずつ、ストレスがたまっていく事を実感していた。

妄想・激闘・屋外への徘徊・親戚の理解……

自分なりにがんばって、がんばって、いつのまにか余裕を無くしていた心。介護保険のサービス、ヘルパーさんという協力者を得て、できた心のゆとり。わたしのそんな心の変化を……親は感じとっていたのかも……。私のゆとりのある心に、親の心もゆと

りを取り戻す……のだろうか?

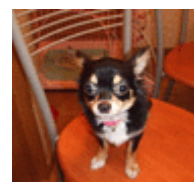
ヘルパーさん達が来るようになって、もう一つ気づいた事。

「笑顔」

母と同年代(若干若いですが……)のヘルパーさんたちは母と友達のように接する。「友達」として一緒に料理や洗濯をするのだが、そこに会話というコミュニケーションが加わり、「笑顔」が出来上がる。「ヘルパーさんたちの笑顔」が「母の笑顔」を引き出す。我が家に一番欠けていたものかも知れない。

(中期)

徘徊の激しい時期に、担当医に言われてたことがある。「徘徊をいい運動だ」と考えているのは私だけで、医者から言わせるとそれはとんでもない話のようである「ただでさえ、認知症の患者というのは判断力が落ちているのに、徘徊をしていることは事故の危険が大きく、いや今まで無事故だったのが不思議なくらいで、それは死と隣り合わせの状況である。患者が家に独りきりの状況があり、徘徊の可能性があるのであれば医者としては入院をお奨めします。」というのが医者の言い分だ。まあ、なるほどごもっともな意見ですが……。つまり私は母を命の危険にさらしているのである。じゃあ、入院させたらどうなるのだろうか。



この病気というのは回復を見込む病気では、残念ながらないようだ。他の病気なら症状が悪化したら入院し、改善したら退院するだろう。それなら私もとりあえず入院させておくか、となるかもしれないけど。つまりこの病気で入院してしまったら、もうそのまま家に戻すのは困難なことを覚悟しておくことになるのではないだろうか。例えば入院したとし

て、そこでの毎日の生活にどれくらいの笑顔があるのだろうか？ 楽しみがあるのだろうか？ 1ヵ月後に私が迎えに行ったとして、母は私のことを覚えているだろうか？ 徘徊を黙認している現状は確かに危険と隣り合わせだ。しかし今、家で過ごしている母親には『家に居る』という、精神的な安心感がある。ヘルパーさんと冗談を言って大笑いしているときがある。そういうのを見ていると、施設に入れてしまうというのは、まだ先だと思う。まだ先。そう、いずれはそういう時が来る。というのも考えておかないといけないことではある。

文章として書いてるとどうも綺麗に書こうとしてしまうな、実際はもっとグチャグチャ考えてしまうんだけど。。

その別の側面を書くと、、、母親を入院させ、あるいは施設に入れると私はものすごく楽になる。徘徊を探しに行くこともなくなるし、母親が汚した部屋や玄関を掃除したりしなくてもよくなる。休みの日でもデイケアから帰ってくる母親に合わせて家に待機しなくていいし、自由な時間が増えて、前みたいに自由に遊びにいけるようになる。。

それに逆比例して精神的には落ち着かなくなるだろう。

親を施設に入れる。

介護を放棄する。

あきらめた。

と。

80歳になる祖母は自分の娘が置かれている状況と、私が置かれている状況をいつも涙している。

その悲しみは母の入院で益々深くなると思う。

親せきたちはなんと言うだろうかとか、ヘルパーさんたちはどう思うだろうかとか。。

このまま在宅介護を続けて、徘徊時になにかあった場合。

在宅をやめ施設に入れて、親の記憶から家族がきえる場合。

結局決めなければいけないのは私だ。

正しい選択なんて分からないから、グチャグチャ悩みながら、それでもヘルパーさんたちが良い人た



ちで助けてくれるので、しばらくは在宅介護を続けていくな。

私が親の事で一番よく話をするのは親戚でも病院スタッフでもケアマネでもなく、実はひとりのヘルパーさんなのだ。

これまで在宅を続けられている理由の一つにこのヘルパーさんの存在がある。

親の理解者であり、私の理解者でもある。

ほかのヘルパーさんが軒並み拒否された時もこのヘルパーさんは大丈夫だった。なかでも、親の状態で私が感じてきたことを、同じように感じてくれていた。

親にとっての最良の場所はどこかということはこのヘルパーさんと話しをした。在宅以外の選択肢も考えられる、というかその方が親のためなのかもしれないとの話。

一人きりに出来る時間が少なくなってきて、また楽しんでる時間も少なくなっている感じ、デイに行くバスに乗りたくないのに乗せ、そして起きている時間の大半をしめるデイケアでの生活の充実度のハテナマーク。。。

いろいろ考えた時、ちゃんと専門スタッフが24時間いる施設にいて、そこに私たちが面会という形で会う日々のほうが幸せなのではないかと。

その話をヘルパーさんが切り出したのが私が施設見学に行った次の日。同じ時期に同じような感じを抱いていたのか。

以前からこのヘルパーさんは、うちに来るのが楽しみだと言ってくれていた。プライベートでも友達は大勢いるが、うちの親と接する時間は特別なのだと。うそや駆け引きのない状態の親と接し、その反応がたまらなく可愛いのだと。自分ももう50代の半ばを過ぎ、うちに来る訪問がなくなったときがヘルパーの仕事辞めるときだ、と言っていた。

そう言ってくれる人が考える在宅以外の選択肢。それは純粹に私の親のことを考えての事。

「在宅を続けたい気持ちは強いがそれがうちの親の為なのか」という台詞は、家族である私と立場を同じくしているからこそ出るものだろう。

答えを出さないといけないのは私だけど、こんな「味方」がいるのが心強い。

(今)

そのヘルパーさんとは、今も上手く「我が家の味方」でいてくれる。

P.S.

ブログを始めるずっと以前から、ぼうは親の事に関してほとんど人に話や相談はしなかった。

もし病気であることは話す相手がいても、家でどんなことが起きているのか、自分がどんな事を考えているのか。きつかったことほど、溜め込んでいた

ような気がする。

そしてブログを始めて、それらの思いは活字になった。そしてそれを多くの人に読んでもらい、また反応も返ってきた。

そして、ぼうの頭の中の思いは消化され、泡になって消えた。。

だからもう、今は書けない。というか、覚えている必要がなくなったのだろう・・・過去の事になった。そしてきっと、頭が、体が軽くなった。

ぼう(くいしんぼうでパンパンさ)

家族からの視点の記事です。ぼうさんは病気が進行していくお母さんとの関わりを、若者らしい明るい話題も散りばめながら綴っています。介護とは全く関係のない仕事をしながら、居宅サービス、医療等の支援で在宅生活を懸命に継続されています。が、「親にとっての最良の場所はどこか」という問いかけは、また重いものでもあります。

施設入所を選択せざるを得ない、それが本人にとって最善である場合があることも現実です。この記事では、その重要な相談相手としてのヘルパーさんの存在が書かれています。

入所申し込み

べあ

今日の訪問で・・・

おじいちゃんのことを考えたら・・・
おうちにいるのが一番ですね。
でも・・・私達にも生活があります。
私にもやりたいことがあります。
それに・・・自分の親を施設に入れざるを得なくなってもう何年たつか・・・
これまでのこと。これからのこと。
申し込みはたくさん考えた結果の結論なんです。

3月頃？だったっけ～???

他事業所から引き継いだケース。。

いろんな事情があったのか・・・

前担当のCMさんとはあまり込み入った話はしていなかったらしい。。

毎月の訪問にも慣れて

つか?・・・ 当たり前だったんだってばっ

@@;

いろんなお話するようになって

ん～。 雑談とも言うっ^^;

夏頃だったかな?

お嫁さんから『今後のことを考えて・・・知っておきたいんです』って・・・

施設入所 についての情報提供の依頼があった。

現在の状況から今後のこと...在宅と施設それぞれのメリットデメリット、特養・老健と有料「老人ホーム」の説明もした。

あ...! ご本人は 法人の併設デイ利用中。

私、時間があるとデイに遊びに行つて雑談しながら

情報収集してくるんだっ

この数ヶ月、確かに、排泄に関する介助が増える。

でも～、彼の身体的な状況だけなら、在宅に問題はないのよ～。。

彼ね？ お嫁さんのことを「ちゃん」づけで呼ぶの。
お嫁さんのこと大好きで・・・
デイで会うたびに「...迷惑かけるの嫌なんだよな
あ・・・」って...
話してくれる。。

これまでの数年間の在宅生活で・・・
もっと介護を要する時期もあって、その頃に比べれ
ばずいぶん慣れたし、落ち着いてきたんですよって。。
ご本人の介護自体に関しては、お嫁さんは、頑張る
姿勢だったし、本当に頑張ってた。。
ご本人も、お嫁さんをものすごく信頼してて・・・
お互いがお互いのことを 気にして、思いやって....。

あれから数ヶ月経過...。
彼女はものすごくいっぱい考えたんだと思う。

おじいちゃんは、ものすごく勝手な人だったよう
で・・・
子供のことは一切面倒を見ないし・・・
いきなり会社退職しちゃったり・・・ 家でも怒鳴
り散らして、義母さんはいつも大変な思いをし
て・・・
義母さんが、いきなり亡くなっちゃって・・・
おじいちゃんが 今の状態になって・・・
主人も 義兄さんも おじいちゃんの面倒を見る
つもりはないって・・・
義姉さんも 全く関わる気はないって・・・

いくらなんでも・・・かわいそう過ぎませんか？
皆でもめて・・・押し付けあって・・・
おじいちゃんがあまりにもかわいそうで・・・
私、その場にいるのがものすごくつらかった。
結局... 私が おじいちゃんの面倒を見るしかなか
ったんです。

当時は主人すら何の手伝いもしてくれませんでした。
おじいちゃんの事は全て私がするしかなかったん
です。
「じいちゃんの時間に合わせる必要なんかない。
ほっとけばいい。」って・・・
「おじいちゃんのこと、見てるのは私。私の好き

ないようにやらせて」ってずいぶんもめました。
最近になってやっと・・・主人もおじいちゃんのこと
と手伝ってくれるようになったんです。

・・・いろいろ考えた結果。。出した結論です。
毎日行ける距離で... 施設に申し込みをします。

途中・・・、涙ぐみながら、これまでの事やこれからの
ことを話してくれた。

あ....。 2時間コースね～。
訪問予定は・・・ 大幅変更～ ぐ(；→ ←)/
この訪問でのお話が・・・今日は 1日中頭の中 ぐ
るぐるしてたんだ～。。

毎回・・・こういう話を聞くたびに、いろんな事考
える。

私は、基本的には 在宅推進派。

でも.....。おうちで生活する.....、介護する.....、
って簡単なことじゃない。

介護する家族にも生活がある。そのために犠牲にし
なきゃいけないものがある。

いっぱいいっぱいの中で綱渡りしながら、本人も家
族もつらい思いしながら・・・それでも在宅がいい
のか？

それまでの生活や背景や「生き方」がそれぞれ違う
から...、その事情は当事者にしか分からない。

それまでがんばってきたことが...最終的に「こんな
はずじゃなかった」「この人のせいで・・・」になって
ほしくない。

がんばってがんばって・・・気持ちに行き場がなく
なるくらいがんばって・・・「もういやだ」って思っ
てからじゃ遅い。

それまでの、時間や
思い出が、悪いもの
でしなくなっちゃう・・・



・・・いろんな背景がある。家族関係がある。いろん
な経過を経て 今 がある。。・・・だから難しい。。

利用者さんはもちろん・・・家族だって・・・ものすごく、いっぱい考えて出した結論だと思うから・・・その方の人生の、家族の、ほんの一瞬の時間にお邪魔してる私ができることなんて・・・限られてる。病院で、ナースでいた時には、深く考えようとしなかった
“在宅での生活”
CMとして仕事を始めてからこれまでの数年間・・・何度も考えた。何が一番か。どうするのがベストなのか・・・。

きっと、これからも、ずっと考えるんだと思う。

介護の選択肢の中に 施設 は絶対に必要。在宅であることだけが 良し ではない。
在宅が一番でも 施設が一番でもない。

その選択は 本人・家族 にしかできない。。。

べあ（あっ！！というまに・・・）

べあさんが他の居宅介護支援事業所から引き継いだ事例です。主介護者（息子の妻）は、ついに施設入所申込みを決意されました。在宅か施設か、決定するのは、本人や家族です。担当ケアマネジャーであるべあさんも、できることは、その選択を見守り、考え続けていくことなのです。

在宅復帰は難しい

annkoro

介護老人保健施設＝略して老健
病院から在宅に戻るまでの中間に位置してるため「中間施設」と呼ばれる。
在宅復帰を目指してリハビリをしていくため「リハビリ施設」と呼ばれる。

私は老健が好きだ。介護職のほとんどを老健でしてきた。

元気になっていく姿を見れるのが好きなのかもしれない。

ひとつのことが出来るようになった時の利用者様の笑顔が好きだ。

でも・・・最近是在宅復帰率が低下している。

要介護度1で、在宅でも大丈夫な方が、特養待ちをして、老健をあちこち渡り歩いている。

在宅の受け入れが困難・・・というが・・・

家族にしかわからない、今までのしがらみが、在宅復帰を妨げているケースもある。

入院してる間に、親の居ない生活になれて、受け入れない人もいる。

嫁姑問題でこじれて、要介護度1で、ほぼ自立、独歩、病歴も重いものはないのに、家族が受け入れ

ない。老健に入ったのをきっかけに、家にも帰さない。

入所当初に老健について説明したのにもかかわらず、次の施設の手続きもしない。

お金もかけたくないため、洗濯は家族でするを選択したのに、どんなに汚れ物が溜まろうとも、取りにこない。

再三再四連絡して、来所するも、利用者様の顔も見ずに帰られる。

こういうケースは、嫁だけではない。

実の子供でさえも、同じような扱いをする方もいる。

でも、きっと、ここでは泣いていると思いたい。

「家で頑張ったんです。親に殴られても、施設に入れずに頑張ろうと・・・でも、無理だった・・・。決して捨てたわけではないんです。自分を責めてるんです・・・。」

そう私に言った家族様がいた。



その中で、在宅に復帰したケース。
入所した時は要介護度5で寝たきり。だが、意欲と家族の励ましによりリハビリを頑張られる。

体重を支えるほどの下肢筋力がなかったが、3ヶ月もすると、日中トイレ誘導、夜間ポータブル介助になる。

性格は明るく、身体を少し斜めにしながら車椅子を動かしながら、いろんな方に話しかけていた。

家族もマメに面会にこられ、そのつど励まし、応援していた。

そのうち、尿意便意も回復し、立位もしっかりして、長い時間立位可能になった。

定時に行っていた排泄介助も、訴え時に変更する。

そして、住宅改修が終了後、在宅に帰られた。帰るときは要介護度3になっていた。

2年後・・・その方と再会する。

「あんた～～久しぶり～～ここにいたの??」

デイの迎えの車から、歩行器で車椅子のところに乗り換えて、私のところまで、やってきた。

「あれ～ご無沙汰してました～あ。お元気そうですね。」

デイのセンター長に聞くと、ADLは変わらないが、伝い歩きが出来るらしい。

変わらぬ笑顔、周りの方への思いやり・・・在宅の生活が上手くいっていると実感する。

上手くいってるケースはほんとに少ない。

在宅に戻っても、また、施設に戻ってくる。

その事実は、現場職員のモチベーションを下げる事にもなる。

だけど・・・最近是这样思うことにした。

「他の施設にいても、自分らしく生活できるように、援助しADLを上げて行こう。せめて、自分でトイレにいけたら、遠慮も少なく、安心して暮らせるだろう。」と。

そして、在宅で頑張っておられる方々に、いいサービスが提供されるように、そのサービスを堂々と受けていただき、悲しい出来事が起こらないように・・・

そう祈らずにはおられない。

annkoro (セルリアン・ブルー)

介護保険施設、特に老健は、本来は、在宅復帰を目指す場としての性格を持っています。しかしながら、現実には、家庭の状況など、さまざまな理由から困難な場合があります。

その中でも、スタッフや本人や家族の努力で在宅復帰できたケースについて、老健スタッフ annkoro さんの視点で書かれています。

寄り添う援助

sige

「寄り添う援助」って何ですか？

コメントで頂いた質問ですが、コメントでお話できる内容ではなかったから、僕なりの言葉で表現させていただきます。

「認知症」

認知症ってなんでしょう。

少し考えてみてください、何て答えますか？

「今あったことを忘れること？」

と答えた方

1週間前のお昼に何食べました？

覚えてますか？

覚えてないよね、「じゃあ～認知症？」

違うよね。

『脳の神経細胞が変性消失して生活障害を生じた状態』

これだって状態像であり的確な言葉だとは思えないんだけど、付け加えれば「進行性の難病」でもある。

さて、僕は子供の時に親から言われ続けた言葉があります。皆様も同じだと思う

「人に迷惑かけるような大人になったらダメだぞ。」
「自分の事は自分でしなさい。」
大半の方が同じ言葉を何度も聞いて育って来られた
と思います。

元気に生きてコロッと死んでいきたい
これは誰もが願っている人生です。
「そうそう～ 同じです。」
と、思った方々

『 貴方は確実に認知症になるでしょう。』

これは誰にも止めることはできません
逆に言うと誰も好き好んで認知症になったり、要介
護状態になっていないんです
誰だって今の元気なままで生き続けていきたい
漫画のサザエさん一家のように何年経っても同じ年
齢で元気に笑って生きていきたい

しかし、加齢は全ての人に平等に訪れます
そして高い確率で要介護状態となり認知症になりま
す

認知症になったら何も出来ないのかな？
別の機会でも何度か書きましたが、出来る部分と出
来ない部分がある
陽だまりの家で暮らしていると新しい発見だって有
ります。

さあ～ 記事を読まれている貴方にお聞きします
静かに僕の言葉を受け入れてください

今から僕が貴方のズボンを下ろします、逃げないで
くださいね。

「何するんですか！」と、言われますね。
普通だし、当然ですが 介護の世界ではこれを「介
護拒否」「介護への抵抗」と言います
そして「止めてくれ！」と言えば『暴言』になり、
「振り払えば」これは『暴力』
総合して『問題行動』と呼び、二度目には『困難事
例』と言われます。

誰だって急にズボンを下ろされたら怒ります
文句も言うし、抵抗もする、制止しても聞いてくれ
なかったら手も出ることがあるでしょう。
しかし、介護では当然のようにズボンを下げる行為
を普通にしていませんか？

トイレも自分で行きたい
誰にも見られたくない
僕の目の前で平気で排泄できる方は少ないでしょう

陽だまりの家の個室にはトイレがあります、自分だ
けのトイレです
出来る限り「はってでも行きたい」「誰にも世話に
なりたくない」と考えるのは普通じゃないでしょ
うか
失敗する事だってあります
トイレを汚す事だってあります
無理してトイレへ行けば転倒する危険性もあります、
でも事故が怖くて貴方はオムツをして欲しいです
か？ オムツ交換をしてもらいたいと思ってます
か？

僕は出来る限りトイレへ行きたい
失敗するかもしれないけど行きたい、失敗しないか
ら行きたい、失敗しても掃除するから行きたい

職員は汚れたトイレを何も言わないでさ～っと綺麗
にします。

誰だって何とかしようと思ってます
でも、上手に出来ない
出来なかったことが一番悔しい、恥ずかしい、他人
の責任にする、だから職員は黙って掃除します

場合によっては自分で失敗したズボンやパンツを綺
麗にしようと頑張る方もいます
でも、出来ないんです
洗面所で洗って流そうと思っても上手くできない
職員に見つかる

「これはダメじゃ！ あんたには迷惑はかけられん。
触らんでくれ汚れるから。」

『大丈夫ですよ、手袋するから』
これで「汚れる」心配はなくなりました
『誰か来ないうちに一緒にしましょう』
これで悩みを共有することができました
ただし、綺麗にするのは職員が99%します。

私達は全てに手を貸すことはしません
車椅子から立ち上がろうとする方に「ちょっと待つ
て、動かないで、私がするから」
これは声による拘束と言われます。
何かしたいと思ったから立ち上がろうとした
介護者は転倒の事故を考えて制止しただけ
でも、それって今の貴方がダメ、ダメと全てを禁じ
られたら普通ですか？

認知症の高齢者が歩いていると徘徊と言われます
何故でしょう？ 目的もなく意味なく歩いてるか
ら？
目的はあります、意味だってあります
ただ、忘れてだけです

「家に帰りたい」これも何度か書きましたが「元気
だった昔に帰りたい」と言われているように聞こえ
ます。自分が一番輝いていた時に、あの時代に帰り
たい・・・
年代は人によりそれぞれ異なります
歌は20歳前後に覚えた歌を生涯忘れない、なんて言
葉もありますが
素敵に輝いていた時代は40代だったり、30代だっ
たり、子供の時だったりします。

認知症は「子供帰り」と言ったことが有ります
今の記憶を忘れ、若い時の記憶に戻る
でも、進行すると教わったことを忘れる
道徳も倫理も忘れる
赤ん坊が何でも口にする
手の届く場所にあるものは全て口にする
ウコンならいいけどウ コモ口にする

そして言葉を忘れていきます
笑うことも、怒ることも忘れていきます

「あの方、レベルがダウンしたね」
え？ 予測できたことでしょう
だったら何で援助できないんだろう
回想法
一番輝いていた時代にある時に、少しでも維持でき
るように援助できなかったかな...
歩こうという意思があるときに、危険だと脅えない
で歩く練習が出来なかったかな...
手を出すことでは有りません
側で見ているだけかもしれない
危なっかしいけど、出来ることを少し頑張っていた
だく
手を出しすぎない事
介護する援助じゃなくて、
寄り添う援助



言葉は色々です
「おい。」
でお茶が出てくる生活をされてきた方は「おい」と
言われます
それ以上の言葉はありません。
何もしなければ「なにやとるんじゃ！」と大きな
声を出されるかも...
でも、『その人らしい生活』は「おい」の一言にあ
ります。

一人ひとりを知ることから始めます
全てを介護するんじゃなくて、少し手抜きをしまし
よう
温かく見守ること
何をしていたか、今から何をするんだったか忘れ
たら援助しましょう
「お食事ですよ。」「ご飯ですよ」「美味しいから
食べましょう」

全てを少し考えて...
普通って何だろう？
これが普通なんだろうか？

陽だまりの家が出来ているとは思っていません
だから悩めます。
でもね、出来ないことでも心で何を思ってるかが大

切

「ごめんね、お外に行きたい気持ちは分かるけど、こんな夜に一緒に出たかったら出たいけど、もし出ると他の皆さんに迷惑がかかるんだ。今の日本の制度ではこれが限界なんだ。ごめんね。」

言葉で言うのは簡単です

考えると普通なんだけど、一人が考えても難しいからケアチームで話し合いながら一步一步前に進みます。

寄り添う援助のお話から逸れたりしましたが、少しでもご理解頂ければ幸いです。

sig (僕のかみさん)

介護専用型の地域密着型特定施設の運営者、sig さんの記事です。認知症の方への関わりがテーマですが、下手な解説は不要と思います。

愛の形。

みほ

とっても綺麗にもみじの塗り絵をされている男性利用者のNさん。

Nさんは穏やかに穏やかに認知症が進んでおられる。

「きれいなもみじになってきましたね。

県北は紅葉してるって聞きました。私、行ってみたいんです。」と声をかけた。

すると、急に目がキラキラと光った。

何を言うかと思ったら

「一緒に行こう！わしも行きたい。飛行機に乗って行こうや！！」って笑う。

「誰が飛行機の操縦をするの？」って聞くと

「わしじゃ～わし！わし、航空機なんとか免許を持っている。」

「そりゃ～頼もしい！空からだとあつと言う間に、ついちゃいますね(笑)。」

Nさん、戦争体験者なの。

ちゃんと若いころの記憶は鮮明に残っている。

中途半端な認知症だから今の記憶もちゃんと存在するの。いつもごちゃごちゃになってるんだけど・・・癒し系のじいちゃんだ。

今日ね、そのNさんを家に送って行ったの。

いつも玄関先で帰りを待ってる奥様。

「おじいさん、今日はどうだった？」

「今日も、えかったよ。・・・おい、肉はあるか？」

「お肉？あるよ。たんとあるでな～。」
すると私の方に振り向きこう言った。

「今夜は肉にするから食べにきんさい！」

私にごちそうしたいって(笑)

「ありがとうございます。」

「遠慮はいらんぞ～」

「は～い。」

「いつでもおいで～ごちそうするから。」

ず～～～っとその間、奥さまはニコニコ笑顔で否定されることなく受け答えされていた。

認知症が入ると家から追い出してしまふ家族が多い中、上手にデイとショートを利用され在宅生活が継続されている事例。

ずいぶん葛藤があったと思います。

脳梗塞を発症され、退院後はロング入所されていた。

でも奥さまの強いご意向で在宅復帰されたケース。在宅復帰された後からも奥さん自身、何度か倒れている。

それでもできる限り在宅生活を続けさせてあげたいんだって。

だからこちらもできる限り、四点歩行器で歩いて
いただいている。

もしもしカメよカメさんよ～ 超スローペース。
ず～～～っとトイレまでの移動は職員つきっきり
で声かけと見守りを行ってる。(往復30分；)
職員いないのに、みんな意識して交替で声かけし
ている。

ものすごい努力してるんだ。
本人も施設側も(苦笑)。



車いすにするのは簡単だ。

でも歩けなくなったら、この方の在宅生活はたち
まち脅かされてしまう。

私たち職員一同、Nさんの在宅生活を支援してい
きたいと考えている。

しかし若いころから奥さまのことを大切にされて
いたんだろうなあ～

あの笑顔と声かけには愛があるわ。

みほ(文章力アップをめざして)

通所リハビリのスタッフ、みほさんの記事です。やはり、認知症の方の在宅生活を支える人々(家族を
含めて)がテーマですが、そういうヤボな次元を超えて(笑)素敵な老夫婦のお話として読むこともでき
ると思います。

家を考える

兼任CM

「家」はなんと言っても一番落ち着く場であること
は間違いないだろう。

ではなぜ家が一番落ち着くのか。

これはもう単純に「慣れた環境」であり、「慣れた
関係」が凝縮されているからであり、そこには長年
培ってきた「生活のリズム」があって、それが自然
のペースで流れていくことが間違いなく保障されて
いるからだ。それはマイペースな時の流れであり、
生活の流れであるとともに、それに対して他者から
の様々な干渉がされないものである。

また家は様々な意味での安全も確保してくれる存在
である。物理的な安全もそうだが、心理的な安全
が確保されるということが大きな意味を持つ。これ
が「安心」に繋がっていくことにもなる。

そしてこのマイペースでの生活を送ることができる
こと、そしてそれが安心できるものであることが
「家」に対する愛着をより強いものへと変えていく
のであろう。

またそこに時間の経過に伴い様々なものが上乗せ
されていく。それは思い出であったり、自身の心身
の加齢に伴う変化による「思い」であったり、環境
変化に対する順応力の低下であったりという様々な
要素が、それによって更に「家」に対する愛着が強
化されていくことになる。

それは例え病を患ったり障がいを患ったりしても
変わらない。むしろ病や障がいによって「かなえら
れない思い」が増えていけばいくほど安心の象徴で
ある「家」に対する思いが、安心と安全の場である
「家」での自分のペースに応じた暮らしに対する愛
着が強まっていくのではないかと思う。

だからこそどのような状況になっても「家が一番」
になり、「家以外では…」ということになっていくの
ではないか。

このように仮定してみて、「在宅での生活を継続す
る」ということを考えてみると、それは単に「生活
の拠点を自宅に置く」ということでは不足している

ということになる。安心感が抱けること、安全だと感じられること、マイペースの暮らしと生活のリズムを感じ取れること。これらを確保し実現して始めて「在宅での生活を継続している」と感じ取ってもらえるのではないかと思う。

介護支援専門員は、それを前提にしてアセスメントを行うことが必要になっているのだ。それが「望む暮らし」を明確にするという、アセスメントの最も基本であり、最も重要な役割を果たすということではないだろうか。



そこには単に動作ができないとか、活動ができな

いという視点だけではなく、「落ち着ける生活環境」「安心できる生活スタイル」を導き出すとともに、それが実感できる支援へと変換していく力が求められていることになる。アセスメントとはかように奥深いものであったのか、としみじみと感じている。

このように支援をしていくことができれば、ひょっとしたら物理的な家ではない場所（機関）であっても「家」と感じ取ってくれることになるのではないか。逆にいえばこのような支援ができないのであれば、住み慣れた家も「家」としての認識ができないのではないか。そう感じてならない。

兼任CM（介護サービスほっと通信）

在宅復帰へのハードル

ぴび

肺炎で入院した利用者。もともと脳梗塞で片マヒがあったけど、リハビリに積極的で自分でできることもだいぶ増えた。認知症もなく、年齢的にもまだ若い方。

入院先の病院の医療相談室から電話があった。嚥下困難でこのままだと誤嚥性肺炎を繰り返すので（嚥下テストも行った）「腸ろう」を造ると言う。。

病院の担当医からこの話をされ、ご家族が医療相談室に行って、ケアマネに連絡してほしい・・・と、言って下さったとのこと。（信頼してもらえて）嬉しかった

しかしその内容はショックなものだった…

入院する前には普通に食べてたのに… 経管栄養に、吸引も必要になるだろうなあ。

ご家族の希望は、「少しでも長く生きてほしい。家に連れて帰りたい。」

その結果の決断。

検討に際し、在宅時の主治医に相談したところ、「全然難しくないので十分可能。お手伝いしますよ」との回答だった。



ポイントの解説

病院とは専門的治療を施すところ。だから嚥下困難による誤嚥性肺炎という疾患に対する処置として「腸ろう」造設をチョイスした。もちろん患者の家族と相談の上で。脳梗塞の影響による嚥下困難であり、家族の希望も「少しでも長く生きて欲しい」であるため、この選択しかなかったのかも知れない。ただ、医学的知識について圧倒的に弱者である患者の家族に対し、その処置後どうなるのか？を具体的にイメージできるような説明は必要である。恐らく病院は地域連携室を通じて在宅時の主治医やケアマネジャーにも相談を勧めたのであろう。この病院はまだ比較的良心的と言える。人間としての尊厳やQOLを考えず、通り一辺倒の腸ろう処置、吸引処置の方法を指導しただけで退院しても問題はないと考えている病院がやはり主流である。

この事例もできればもう一歩前進して、在宅時の様子や環境を知っている主治医やケアマネジャー、訪問看護師も踏まえたカンファレンスによって方針を決めていただければ、なお良かった。

来年度から導入される後期高齢者医療制度にお

いても入院医療については、「入院時から、地域の主治医との適切な連携の下、退院後にどのような生活を送るかということ念頭に置いた医療を行う必要がある」として、その方向で検討中である。これにより、全ての病院が患者の生活本位の医療が提供されるような姿勢に転換してくれることを切に望みたい。

現在は点滴だけで体重もかなり減少し、体力が落ちている。

また、一日に数回の痰の吸引が必要な状況。

認知症がなく、しっかりしているのでかなり辛いらしい。

・・・が、介護者は奥さま（持病あり）一人。

入院前はデイケアとショートステイ、訪問看護を利用してようやく在宅が成り立っていた。

この上腸ろうとなると...

利用者本人の意思に反して、話すのは辛いけど・・・奥さまに

・「腸ろう」や「吸引」の手技的なことは慣れれば問題なくできる。

・「腸ろう」は経管栄養に要する時間がかかり、奥さまが傍にいないといけない時間が長い。

・排便コントロールが難しい。

・「吸引」は夜間も必要になるかもしれない。

・体力が低下しているため、入院前より介護全般の負担が大きい。

・・・そして、
デイケアやショートステイ
などの介護保険サービスが
受けられない可能性もある。



という、シビアな現実を話した。

脳梗塞で片マヒだが、車椅子自走ができ、歩行訓練もしてただけに、ショックは大きい。

もちろん、食事ができないことも。（涙）

でも、奥さまは「話してくれてよかった」・・・と。

「とても一人じゃ無理」・・・と。

奥さまにも、すぐに在宅に戻らないで転院を考え

てはどうかと提案した。

一つ返事で、「そうします」と。

本人の希望どおりに生活させてあげたいけど、悲しい現実もたくさん見てきた。

介護力がないのに退院して、本人や介護者が精神不安定になり、家庭不和になったケース。

退院して間もなく再入院し、亡くなられたケース。

何より・・・医療処置があるために、介護保険サービスがなかなか利用できない現実。

ポイントの解説

胃ろうなどの医療処置が必要な利用者の利用を断る通所や短期入所事業所は残念ながら少なくな

い。
医療系サービスである通所リハや短期入所療養介護（つまり老健）ですらも（むしろこっちの方が断る確率は高い？）

これは人手がかかるとか、薬剤費等が持ち出しになるなど、事業所側の経営面での判断からによるもの。事業所の姿勢も問題だが、低い報酬で何でも包括化という制度上の問題も確かに大きい。

このあたりも療養病床再編後の受入体制の大きな課題の1つとなっており、そのことも念頭に置いて検討されているので、来春の**後期高齢者医療制度、介護報酬改定**で何らかの形で見直し**が期待される**。

また、医療必要度が高い方の在宅療養を支える目的で設置された「療養通所介護」だが、その指定数は極めて少ない現状。その大きな理由が、**看護師不足**である。

実は介護保険制度発足当時と比べて、どのサービスも給付費額は倍増しているにもかかわらず、訪問看護（と訪問リハ）は微増に止まっている。その理由として、病院の7：1看護師配置導入のおかげで介護現場に従事する看護師が激減しているのが大きいと思われる。特養や在宅療養支援診療所との24時間連携も求められている訪問看護ステーションではあるが、マンパワー不足による従事者への負担増により、ますます必要度が高まるにもかかわらず後退しつつある現状。そんな中で

新たに療養通所介護に従事する看護師の確保も難しい…。経営側にも大変リスクが大きい。

在宅療養の願いを叶えたくてもその体制整備が追いついてない現状…。国には早急な基盤整備を求めたいし、看護協会の働きにも期待したい。

かといって、国が悪い、制度が悪いとぼやいていたって事は進まない。幸い来年度の後期高齢者医療制度等で在宅療養の基盤を整備すべくマンパワーの確保とチームケア体制への変革が検討されている（本号『包括的地域ケアシステム』参照）。高齢者を支えるもの達みんなが協力して、その制度を上手に利用し、モチベーションを高めあって、安心してぬくもりのある在宅生活の実現をサポートしていただきたい。

数週間後、奥さまから連絡がきた。
本人も納得し、明日、「腸ろう造設」の手術をすることになったと。

先日お話して、術後落ち着いたら転院することになったが、
本人も家に帰りたいし、家族もいずれ家に帰してあげたいと。

・・・で、奥さまにアドバイスした。

転院先でリハビリをしながら体調を整えること。

その間、在宅での介護体制を考えること。（一人では無理なので）

腸ろう（経管栄養の管理）や吸引などの医療処置を家族がマスターすること。

奥さまの体調を整えること。（持病を持っているので）

在宅で確実に受けられる介護保険サービスの確認：訪問看護、訪問リハビリは今までどおり可能。
状況によっては訪問介護の導入。（ただし医療処置は困難）

* 老健ショートが受けられるようにアプローチする

ケアマネの仕事

・・・で、「在宅復帰」を目標に頑張りましょう～！
ということになった。

道のりは険しいかもしれないけど・・・

これからですね・・・

一緒に頑張りますよ・・・ 再スタート

ぴぴ（訪問ナース&ケアマネ のほほん日記）

地域包括ケアシステム

ポイント

第3号のテーマは「在宅」。

ここでいう「在宅」とは在宅医療や在宅介護、その他の支援により、要介護高齢者が（基本的に）住み慣れた自宅で、その尊厳を保持し可能な限り自立した日常生活を送ること。

一般的に病気や要介護状態になったとしても、みんな住み慣れた地域、住み慣れた自宅で居続けたいという希望は持っているはず。実際、施設入所者には、最初から施設に入りたかった、自分の家はイヤだったという方はほとんどいないだろう。そしてその家族や支援者も可能な限りその希望を叶えてあげ

たいという気持ちで支援している方が多いはず。

しかしながら、その高齢者の心身の状況や介護者（力）や周りの環境により、在宅生活が難しいケースも多々ある。たいてい、なんらかの理由により施設での療養を選択せざるを得なくなり入所した。その家族等も在宅療養ができる状態であれば（つまりなんらかの理由が解消されたなら）自宅に連れて帰りたいと思ってられる方が多いようである。

その「なんらかの理由」を支援者側のちょっとした工夫により解消、あるいは軽減することはできな

いだろうか？

「なんらかの理由」の代表的な例は、要介護高齢者が経管栄養等比較的重度の医療処置が必要な場合、認知症の周辺症状がひどい場合、介護者の介護力が弱い、あるいは近くにいない・協力が得られない、サービス基盤が整っていない、などであろう。

実は、**だからこそ創設されたのが介護保険制度なのである。**」さんが介護保険法をわかりやすく解説してくれているので実際の文言はういずライン第1号をご参照いただきたいが、この記事の冒頭の4行は介護保険法に記された介護保険制度の基本理念であり、その基本理念を実現するために**要介護高齢者を支援する者が集まって1つのチーム、ネットワークで対応すること**を求めている。確かに理念通り、然るべきメンバーで構成される**医療チーム、介護チーム、その他のチームによるネットワークでの対応**ができたなら、**要介護高齢者やその家族等が希望する形で在宅生活が可能になるケース**がもっと多くなるのではないだろうか？

しかしながら、介護保険制度発足以来7年が経過するが、あらゆる面でなかなか理念通りにことが運んでいないのが現状である。

在宅医療・在宅介護の基盤整備が急務

ところで、厚生労働省は財務省から突きつけられた医療費2,200億円の削減を実現させるため、平成23年度末までに「介護療養型医療施設(12万床)」を全廃し、さらに「医療療養病床(25万床)」も大幅に削減する方針である。そしてその病床については転換型老健を中心に特養、ケアハウス、有料老人ホーム等への転換を促している。病床を老健等に転換すれば介護給付費自体は増加(約1,000億円)するが、医療費が大幅に減る(約4,000億円)ので社会保障費全体としての削減をクリアできると見込んでいる。

厚生労働省は療養病床再編(削減)により介護難民が続出するのでは？と心配する声に対し、既存の病床を他の介護保険施設や入居施設に転換するだけなので、現在の入院患者が行き場を失うということはないと言っている。

しかし今後、高齢者総数がますます増えていくにもかかわらず医療が必要な高齢者を受け入れるべき

療養病床が減ることになるので、やむを得ず在宅療養を強いられる高齢者の増加が容易に想像できる。加えてさまざまな社会状況の変化により、高齢者本人や家族等の在宅医療・在宅介護へのニーズの高まりが予想される。したがって、やはり、**要介護・要医療高齢者の在宅での日常生活支援のために在宅医療・介護の受け入れ態勢の整備は急務**となっている。

厚労省ももともと可能な限り在宅で、その人らしい生涯を終えることができるよう支援すべく介護保険法の基本理念にそれをうたっており、近年、その具体化を進めるために、在宅療養支援診療所や地域包括支援センター等の設置など、介護保険制度のみならず社会保障全体の施策として遅ればせながら在宅医療・在宅介護の体制整備を進めてきている。来年度から導入される「後期高齢者医療制度」については、現在、その報酬体系が検討されているが、**情報共有と連携が大事と、主治医と病院との連携、さらに主治医がケアマネをはじめとする後期高齢者の在宅生活を支える職種と連携し、チームとして対応することを診療報酬上で評価する方向**としている。

具体的には、広島県尾道市方式や長崎市のドクターネットといった先進的取り組みを参考にして、地域の保健・医療・福祉といったフォーマルなサービスから、近隣や地域のインフォーマルサービスも含めたコミュニティネットワークといった「包括的地域ケアシステム」を構築し、そのネットワーク全体で一人の高齢者の生活を支えていく形を理想としてイメージしているようである。

包括的地域ケアシステムとは

【尾道市(医師会)方式】

主治医の医療機関でのサービス担当者会議開催がクローズアップされているが、「地域包括ケアシステム」を先駆的に確立させたという画期的な取り組みである。すなわち「**一人の高齢者を地域のみんで支える**」というコンセプトのもと、**医療のゲートキーパーたる主治医を中心に、その主治医を支える耳鼻科、眼科、泌尿器科、歯科などの専門科の医師(横のつながり)**いざ入院が必要になった時の(地域医療支援)病院、さらに専門的治療が必要になった場

合の大学病院等高度先進医療提供病院（縦のつながり）等で構成される医療チームや、介護のゲートキーパーたるケアマネジャーを中心に在宅介護を支える居宅サービス事業者（横のつながり）、入所・入居が必要になった際の入所・入居施設（縦のつながり）等で構成される介護チーム、さらには保健師、民生委員、社協、行政、場合によっては警察、その他様々な社会資源等がそれぞれ綿密に連携し合っ

て1つのチームを構成し、1人の高齢者の在宅での日常生活を支えていくというシステム。これを「地域包括ケアシステム」と呼んでいる。

つまり、「在宅と施設」の二元論ではなく、それらを包含した地域での「多職種協働」により「総合的」「一体的」にサービスを提供する。こうすることによって効率的に、一貫性・連続性があるサービスを提供できる。しかも各スタッフはバラバラな認識ではなくて、その利用者の日常生活を支えるために必要な情報を共有している。

まさにこれが“ケアマネジメントの本来の姿”といえる。

そして在宅生活を支えるネットワークの情報共有のためのツールがサービス担当者会議であり、尾道市の場合は、その会場として主治医の医療機関を提供しただけである。

このシステムを地域で先導して作り上げた尾道市医師会・片山会長は、「ケアカンファレンス（サービス担当者会議）は集まってやらなければダメだということ、やってみればわかる」こと、「**多職種協働はこちよ**い」ことを示した上で、主治医とケアマネと一緒にサービス担当者会議をしなければ、適切なケアマネジメントが機能しない、それは結果的に地域包括ケアシステムが稼働しないことにつながる、としている。その結果、被害を被るのは誰でもない、自分の患者（利用者）だと。

【長崎在宅ドクターネット】

年々在宅死が減少して病院死が増え、その割合は約90%にも達している。しかし、例えば厚労省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」の中に「痛みを伴い、治る見込みがなく死期が迫った場合」にどうしたいかというアンケート結果があるが、6割以上が自宅療養したいと答えている。

その一方で、「自宅で最期まで療養できると考えるか？」の問には約3分の2が「実現不可能」と回答している。その理由としてまず、「介護する家族の負担が大きい」、そして「病状が急変したとき不安である」、その他「病状急変時にすぐ入院できるか不安だ」、「往診してくれる医師がいない」が上位を占めている。

つまり在宅療養の希望は大きい現実にはそれが叶うような基盤整備は進んでいないという状況。にもかかわらず国は在宅へシフトという施策。国民のニーズもこれに伴い、在宅医療・在宅死の希望へとつながってきている。

このような現状において、**少なくとも在宅医療を希望する方が、“医師が対応できない”という理由で自宅に帰れないことだけではなくそうというのが元々の発想。**これを具体化するためには24時間365日の対応が必要だが、**開業医1人での対応は不可能なので有志の医師が集まり、診診連携・病診連携によるグループ診療によって対応する。**これが長崎在宅ドクターネットである。

このシステムは、まず主となって訪問診療を行う主治医と、主治医を補佐する副主治医（場合によっては複数）からなる「連携医」と、皮膚科、眼科等専門性の高い診療科の医師であって、連携医からの医療相談を受け、必要に応じて往診を行う「協力医」、さらに病診連携を行う「病院医師」がタッグを組んで24時間365日体制で在宅療養を支援する。

実際の受入方法は、入院中の患者が退院するというケースがほとんどなので、退院に際し地域連携室等からドクターネット事務局に患者の紹介があり、患者のプロフィールをドクターネット参加医師に対して広報し主治医を公募。

同時に担当ケアマネも決めて退院前に主治医、副主治医、病院医師、ケアマネ、訪問看護師、リハビリ職、本人・家族等を交えて退院時カン

ファレンスを行い、訪問診療計画、ケアプラン等各種計画を1つの共通認識のもと作成し、在宅療養の支援にあたる、というものである。



包括的地域ケアシステムへの期待

先の介護保険法改正も今度の高齢者医療制度も、国の制度設計のベースには「医療費の給付抑制」があるのは紛れもない事実。だが、上記の2地域を含め先進的に取り組んでいる事例は給付費を抑えることを目的にしているわけでもなければ、国のアリバイづくりのためにモデル事業をやっているのではない。利用者が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるようにするためにはどうすればいいのか？を地域のみならず知恵を出し合って創意工夫した結果なのである。だからこれらのいいところを参考に自分たちの地域の実情に応じた、理想的な多職種協働による包括的地域ケアシステムが構築されたならば、今、医療・介護の現場で当たり前のように起こっている様々な問題が、下記のようにスムーズに解決することが期待される。

- ・ 利用者が病院での入院や手術等が必要となった場合、在宅主治医と病院担当医の綿密な連携（在宅における環境と専門領域の医学的知識とのすりあわせ）によって、退院後、術後の在宅復帰と利用者（患者）及び家族のQOLを念頭に置いた最善の処置の選択が期待できる。もちろん、退院時の連携もスムーズとなる。
- ・ 医師、ケアマネ、訪問看護師、介護者である家族など、これまで在宅ケアを行う上でいるんな他の役割まで背負い、かなり負担を強いられてきた方々が、チームでの対応により役割分担が可能となるのでそれぞれの負担が軽減され、それにより各々の専門性の発揮が期待される。
- ・ 各職種が個々で悩みながらサービス提供するのではなく、チーム内で情報を共有し、指導や助言等することにより、質の高いサービス提供が期待できる。
- ・ 医療チーム、介護チームの横のつながり、縦のつながりにより、サービスの選択肢が大幅に広がり、バリエーションが豊富になる。
- ・ そのため支援困難に陥る可能性が少なくなる、介護虐待等も減るといったことが期待できる。

ちなみに医師や訪問看護師は24時間体制が必要である。これと連携するのでケアマネも24時間体

制を求められるのでは？と不安する声も聞こえるが、そもそもケアマネが24時間体制でいる必要があるか？1つのチームを構成する中で個々の専門性をその領域で発揮するわけなので、従来からケアマネは24時間365日体制は求められていない。

なお、特に高齢者医療制度においては制度としてシステム化されるので、事業者等がこのシステムに乗らないといつまでも蚊帳の外のみとなり、結果、淘汰されることになる。またシステムに乗ればチームで動くので1つの事業所が自分勝手な行動はできなくなる。困り込みをする事業所や24時間体制を敷かない訪問看護ステーションは論外になってくるし、医療処置が必要な利用者は人手がいるから薬剤費が報酬に包括されているからという理由で利用を断るような事業者は、地域に他に代替事業者がない場合を除いて、これも徐々に淘汰されていくことになるだろう。法令を二の次に考える事業所などもってのほかである。

包括的地域ケアシステムの課題

さて、この理想的（理想論？）な包括的地域ケアシステムは、尾道や長崎で先進的な取り組みができたのは成功する土壌（くしくもいずれも坂のある比較的小さな街）や環境があることと、何よりも熱心に引っ張っていくリーダーがいたためであり、他の府県のどの地域でもこれを参考にすればすぐ同じことができるわけではない。国はこれを後期高齢者医療制度の骨子として設計しているが、今までのいろんな施策同様「絵に描いた餅」になる可能性はある。

しかし、だからといって“いつまでもどうせ実現できっこない”とシラケた顔をして見過ごしていいのだろうか？

この包括的地域ケアシステムが想定通りの稼働すれば、上述のような多くのメリットが、しかもシステムチックにいるんな面から全てがうまく動くことが期待できるのである。

問題は想定通りのシステムをいかに構築するか。きちんとした形を作りそれを運営するためには、まずこのチームを構成するメンバー個々が皆、利用者の真の幸福を願って正しい認識と意欲を持ち立ち上がることが必要である。このように言葉で言え

ば簡単だが、これが極めて難しい。尾道や長崎のようにぐいぐい引っ張っていくリーダーがいなければ、誰がどのようにとっかかりをつければいいのか？もっともふさわしいのが行政であろう。

ところが先日の読売新聞での在宅療養支援診療所についての特集記事に「東京都では、全国に先駆けて医師、看護師、ケアマネジャーなど多職種の連携を視野に入れた独自の在宅療養マニュアルを作成するほか、区市町村を対象に、在宅医療推進を目的とした取り組みへの補助事業も始めた。しかし、名乗りを上げたのは23区内の3区に止まっており、推進役となる区市町村の意識は低い」とある。他の都道府県、区市町村でも一部の意欲的な（リーダーが存在する）地域のみが独自に活動しているという状況であろう。

しかし、今後は制度としてシステム化されるわけなので、特に区市町村は重い腰を上げざるを得なくなる。現在、療養病床再編後の地域ケアの在り方をどうするかという、地域ケア整備構想を各都道府県で医師会、病院協会、ケアマネ協会、看護協会、各施設協会等地域ケアを担う職能団体・施設団体からの委員を集めて検討しているところである。各都道府県で療養病床の必要病床数が固まってくれば、それを補う在宅医療・在宅介護の基盤整備に取りかかることになる。そこで出た結論は各圏域あるいは区市町村単位の自治体及び職能団体・施設団体へと伝わり、そういった地域レベルで具体的に取り組むよう求められる構図となる。それを絵に描いた餅で終わらせるのか、理想を実現に近づけることができるのかは、この委員にかかっているのではなく、実際にこのシステムを動かす現場で活躍されているケアマネや各職種の方々にかかっているのである。

そこで、現場で活躍されている皆様は、都道府県等からの指示を待つのではなく構想が検討されている段階から同時進行で現場レベルとして始動し始めていただきたい。具体的には、恐らくほとんどの区市町村単位で事業者連絡会や地域包括支援センターが中心となる会合、各種勉強会をはじめ、地域で各団体等による研修会や懇談会、交流会等が開催されていることであろう。そういった機会ごとに「どうすれば自分の地域で多職種協働によるチームケアが構築できるか」を、行政や各団体役員等とも一緒

になって考えていく。そうすれば都道府県の地域ケア整備構想もより現実的に、具体的に進めることができ、まさに一体的、総合的な多職種協働システムの構築に大きく前進することができる。

特にこのシステムに不可欠な存在が主治医であるから地域の医師及び医師会に参加を求めなければならない。そこで例えば、在宅医療や介護保険に理解があり、できれば地域医師会の役員をしている医師に呼びかけ、それをきっかけとして地域の医師とケアマネをはじめ多職種が顔をあわせる懇談会等の企画から始めて連携強化に努める。それだけでなくも肝心の医師や医師会、病院及び病院団体が頭が硬かったり古かったりして非協力的だったりするところが少なくないので。ただ、来年の診療報酬改定で、特に後期高齢者医療制度において、医師はケアマネ等多職種と連携すれば報酬上評価されることになりそうなので、渡りに舟と考える医師も少なくないかも知れない。



とにかく「地域みんなで協力して高齢者の日常生活を支えるんだ」とお互いモチベーションを高めあっていかなければならない。

なお、いろんな分野の専門家が集まって1つのチームを構成するので、連携にあたって必要なものが「共通認識」である。それはすなわち、「住み慣れた地域・自宅で、その尊厳を保持し可能な限り自立した日常生活を送ること」である。

ポイント（ポイントのホームページ）

多分介護をしている人たちは自分たちが特別な仕事をしているとはあまり思っていないと思います。

好きでやってる人もいるし、仕方なくやってる人も中にはいるだろうし、どの職業でも同じに大変な事あります。

よく「私にはできないわ～」と言う方もいますが、できる、できる。その場になれば人間大抵の事はできます。

とりあえず今は介護が面白いと言える環境にいられるので大変ありがたいです。

ありがたい、ありがたい

... 拝んじゃマズイか？



しおわかな（日常茶婆爺）

「召集と招集」のマメ知識

たぬ

先般、narisawaさんから「おもしろいことに気付いたんで、ちょっと確認してみて」とメールが届きました。

内容は、タイトルのお通り、「招集」と「召集」の違いです。早速、紹介のあったウィキペディアの解説を読むと、成る程、

「召集（しょうしゅう）とは、天皇が国会議員に対し、国会へと集まるように命じることをいう。また、大日本帝国憲法下においては、天皇が予備役など郷の将兵を軍務に就くよう命じる場合の用語としても用いられた。内閣総理大臣による会議・審議会などの「しょうしゅう」、地方議会などの「しょうしゅう」、防衛・治安活動等における「非常しょうしゅう」のような場合は、いずれも「招集」の字を用いる。」（一部省略）

こういう違いがあるんですね。さて、皆さんに質問です。サービス担当者会議の「しょうしゅう」はどちらの字があててありますか（苦笑）

ところで、私も自分の机に置いてある、滅多に開かない「法令キーワード集」を開いてみると、【一般的に会議等で人を集めるときは「招集」と表記する。特に国会を開く場合は「召集」を用いる】・・・とありました。

じゃ、実際の法令ではどう取り扱われているのだろうか。法令データベースで検索をかけてみると、「招集」を用いる例規が約400件、「召集」を用いる例規は約60件。その60件のほとんどが国会関

係と「将兵を軍務に就くよう命じる場合」でした。なんとなく後者は戦争の爪あとを感じる内容ではありません。

ちなみに、介護保険関係法令のほか、なぜか著作権法施行令とかでも会議を「召集」する、とあるので全くの誤りというわけではないのですが、おそらく単に気付かなかったのでしょうかね（予断ですが、3年間の年金改正法では40箇所くらいミスがありました）。



さて、この知識の活用方法ですが、くれぐれも実地指導のときに「召集？国会議員なんて呼べるわけがないじゃないか」なんて使い方はお勧めしません。研修の際に、気分転換用のネタに用いるくらいがちょうどいいのだと思います。ぷぷぷ...

たぬ（狸乃穴倉）

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(3)

J

■第7条(1)

第7条では、介護保険法で述べられている用語等について定義がなされています。

何回かに分けてUPした方が読みやすいと思いますので、1~2項ずつくらいに分解して読んでいきます。

...ということで第1項から。

(定義)

第七条 この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上的の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分(以下「要介護状態区分」という。)のいずれかに該当するもの(要支援状態に該当するものを除く。)をいう。

「要介護状態」についての定義です。

身体上・精神上的の障害があるために日常生活における基本的な動作の全部又は一部に一定期間継続して介護を要する状態にある人のことを指すのですが、ここで出てくる「厚生労働省令」での定義をみておきます。

(要介護状態の継続見込期間)

第二条 介護保険法(平成九年法律第二百二十三号。以下「法」という。)第七条第一項の厚生労働省令で定める期間は、六月間とする。ただし、法第七条第三項第二号に該当する者であって、その要介護状態の原因である身体上又は精神上的の障害が介護保険法施行令(平成十年政令第四百十二号。以下「令」という。)第二条第一号に規定する疾病によって生じたものに係る要介護状態の継続見込期間については、その余命が六月に満たないと判断される場合にあつては、死亡までの間

とする。

ここで引用した「厚生労働省令」とは「介護保険施行法規則」。条文に特別な記載がない限り、この法律で「厚生労働省令」といった場合、この施行規則を指します。

基本的に要介護状態の継続見込期間は6か月です。ただし、介護保険法第7条第3項第2号(後述)に該当する人で介護保険法施行令第2条第1項(後述)にも該当する人、つまり特定疾病に罹患していることによって要介護状態にある第2号被保険者となるのですが、この人が余命6か月未満だと判断される場合には、亡くなるまでの間がその期間となります。

あともう一点、「介護の状態の程度」については、次回改めて1項目上げます。

■第7条(2)

2 この法律において「要支援状態」とは、身体上若しくは精神上的の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上的の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、支援の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分(以下「要支援状態区分」という。)のいずれかに該当するものをいう。

いきなり「？」と思われたかもしれませんが、第7条第2項です。

ここでは、「要支援状態」についての定義がなされています。

いつものように、置き換えをしていきます。

介護保険法でいう「要支援状態」とは、身体上又は精神上に生じた障害のために、入浴・排泄・食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくはその悪化の防止のために特に必要であると認められる支援を要すると見込まれ、又は身体上又は精神上の障害のために厚生労働省令で定められる期間にわたって継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、その支援の程度が厚生労働省令で定める要支援状態区分（2区分）のいずれかに該当する状態をいいます。

「要介護状態」の定義（前項）と表現はあまり変わらないのですが、“要支援”であるが故の重要な表現を見落としてはいけません。

それは…、

日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、
という表現であり、

身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態

という文言です。

中でも初めに挙げた「常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ」という条文は、「要支援者は“介護予防”ですよ」ということを言い切っているような…。

■要介護・要支援認定について（1）

そういえば、第7条（1）の中で「要介護状態」のことに追記する、と予告しておきながら、まだ追記していませんでしたね…（汗）

遅くなりましたが、「要支援状態」のことに併せてここで読んでいきます。

要介護・要支援状態か否か、また要介護・要支援状態であるならばどの区分に属するのか、ということについては、認定調査の結果（特記事項を除く）に基づいて一次判定がなされ、これと主治医意見書・認定調査の特記事項を資料として認定審査会で審査されます。

この審査の結果を市町村（保険者）が認定することで、その被保険者の要介護（要支援）認定となるわけです。

この一連の認定審査の際に基準となる厚生労働省令が、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」なんです。

この「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」によりますと、第1条第1項において「要介護状態」についてこのように規定しています。

（要介護認定の審査判定基準等）

第一条 介護保険法（平成九年法律第二百二十三号。以下「法」という。）第七条第一項の厚生労働省令で定める区分は、次の各号に掲げる区分とし、法第二十七条第五項前段（法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。次項において同じ。）に規定する介護認定審査会による審査及び判定は、被保険者が当該区分に応じそれぞれ当該各号に掲げる状態のいずれに該当するかについて行うものとする。

- 一 要介護一 要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態（次条第一項第二号に該当する状態を除く。）
- 二 要介護二 要介護認定等基準時間が五十分以上七十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態
- 三 要介護三 要介護認定等基準時間が七十分以上九十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態
- 四 要介護四 要介護認定等基準時間が九十分以上百十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態
- 五 要介護五 要介護認定等基準時間が百十分以上である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態

これが第2号被保険者（40歳以上65歳未満の被保険者）の場合、これに加えて第2項で、

2 第2号被保険者（法第九条第二号に規定する第2号被保険者をいう。次条第二項において同じ。）の要介護状態の原因である身体上又は精神上的の障害が特定疾病（法第七条第三項に規定する特定疾病をいう。次条第二項において同じ。）によって生じたものであるかについての法第二十七条第五項前段に規定する介護認定審査会による審査及び判定は、法第二十七条第三項（法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。）の主治の医師（以下この項において「主治医」という。）の意見又は指定する医師若しくは当該職員で医師であるものの診断の結果及び法第二十七条第六項（法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。）の審査及び判定に係る被保険者、その家族、主治医その他の関係者の意見等を勘案して行うものとする。

と規定されています。つまり、

第2号被保険者が認定を受けるためには「特定疾病」（後述）によって介護等を必要とする状態になっていると認められなければなりません。これについては、主治医（主治医がない場合等において保険者の指定などにより、その被保険者を診察した医師）の意見等を勘案して行うものとし

ます。

と言っているのです。

（以下、続く...）

■要介護・要支援認定について（2）

先ほどの第1項において、「？」となるのが「要介護認定等基準時間」。

これについては、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」第3条でこんなことが言われています。

（要介護認定等基準時間）

第三条 第一条第一項各号及び前条第一項各号の要介護認定等基準時間は、被保険者につき、当該被保険者に対する法第二十七条第二項（法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項、

第三十一条第二項及び第三十二条第二項（法第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。）において準用する場合を含む。）の調査の結果から、当該被保険者に対して行われる次に掲げる行為に要する一日当たりの時間として、厚生労働大臣の定める方法により推計される時間とする。

- 一 入浴、排せつ、食事等の介護
- 二 洗濯、掃除等の家事援助等
- 三 徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
- 四 歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
- 五 輸液の管理、じょく瘡の処置等の診療の補助等

「これだけではまだ解りません！」という声が聴こえてきそうです。

そこで、もう一つ厚生労働省令を引っ張り出してくることにします。

この省令は、「要介護認定等基準時間の推計の方法」と言いまして、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」第3条本文に言うところの「厚生労働大臣が定める方法」を定めています。

では、とりあえず本文をば...

要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成十一年厚生省令第五十八号。以下「省令」という。）第三条に規定する厚生労働大臣の定める方法は、別表第一の調査票のうち基本調査の部分を用いた調査の結果（以下「調査結果」という。）に基づき、次の各号に掲げる行為の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める方法により算定される時間を合算することとする。

- 一 省令第三条第一号に掲げる行為 別表第二の算定方法により算定される時間を合計した時間
- 二 省令第三条第二号に掲げる行為 別表第三の算定方法により算定される時間
- 三 省令第三条第三号に掲げる行為 別表第四の算定方法により算定される時間
- 四 省令第三条第四号に掲げる行為 別表第五の算定方法により算定される時間

五 省令第三条第五号に掲げる行為 別表第六及び別表第七の算定方法により算定される時間を合計した時間

ここでいう「省令」とは、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」のことです。

本当はここで別表第一から第七を出してこないといけないわけなのですが、この作業が困難を極めると考えられますので、厚生労働省のサイトの中に同省所管の法令・通知を検索するためのデータベースが用意されていますので、そこから「要介護認定等基準時間の推計の方法」を探し出して見てください。

ちなみに、別表第一は、要介護認定調査に使用される調査票を、別表第二から第七は、それぞれの介護に要する時間を算出するための樹形図を示したものです。

なお、樹形図に用いられている“介護に要する時間”ですが、これはあくまでも要介護・要支援認定審査で使うために施設等で調査を行って定められたものであり、審査を受ける被保険者一人一人について実際の介護に要する時間を示しているものではありません。

要するに、要介護状態か否か、要介護状態であればどの区分に属するかということは、まず認定調査の結果（基本調査部分）について、その結果を「要介護認定等基準時間の推計の方法」で示されている樹形図に当てはめてみて、それぞれの樹形図から算出された時間を合計します。この段階が一次判定です。

この一次判定の結果が本当に被保険者の心身状況の実際を反映したものとなっているかを確認する作業を二次判定として行うのですが、これが認定審査会でされる審査であるというわけです。

(もう少しだけ続く...)

■要介護・要支援認定について（3）

要介護状態については何となくでもお解かりいただけたかと存じます。

では、「要支援状態」とはどのような状態なのか？「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」では、以下のように規定しています。

(要支援認定の審査判定基準等)

第二条 法第七条第二項の厚生労働省令で定める区分は、次の各号に掲げる区分とし、法第三十二条第四項前段（法第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。次項において同じ。）に規定する介護認定審査会による審査及び判定は、被保険者が当該区分に応じそれぞれ当該各号に掲げる状態のいずれかに該当するかについて行うものとする。

一 要支援一 要介護認定等基準時間が二十五分以上三十二分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態

二 要支援二 要支援状態の継続見込期間（法第七条に規定する期間をいう。）にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減又は悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態

2 前条第二項の規定は、第二号被保険者の要支援状態の原因である身体上又は精神上的障害が特定疾病によって生じたものであるかについての法第三十二条第四項前段に規定する介護認定審査会による審査及び判定について準用する。この場合において、前条第二項中「法第二十七条第三項（法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。）とあるのは「法第三十二条第二項（法第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。）において準用する法第二十七条第三項」と、「法第二十七条第六項（法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。）とあるのは「法第三十二条第五項（法第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。）において準用する法第二十七条第六項」と読み替えるものとする。

要するに要介護認定等基準時間の合計が異なるだけで、第2号被保険者に係る特定疾病に関する規定や要介護認定等基準時間の算出の仕方は同じなんですよね。

...ということで、ざっとではありますが要介護・要支援認定に関する規定の話を一息終わります。

■第7条(3)

第7条の話に戻しまして...

3 この法律において「要介護者」とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

- 一 要介護状態にある六十五歳以上の者
- 二 要介護状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの(以下「特定疾病」という。)によって生じたものであるもの

4 この法律において「要支援者」とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

- 一 要支援状態にある六十五歳以上の者
- 二 要支援状態にある四十歳以上六十五歳未満の者であって、その要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が特定疾病によって生じたものであるもの

第3項と第4項を一度に読んでいきます。第3項では「要介護者」の、第4項では「要支援者」について定義されています。「要介護状態」、「要支援状態」については、既に厚生労働省令を引っ張り出して説明しました。ここでわざわざ砕いた表現を用いる(...これ以上砕けない...^^;) こともないと思いますが、ここに登場する「特定疾病」について、次に説明していきます。

■特定疾病

直前の記事で、「特定疾病」という言葉が登場しました。この言葉、第2号被保険者の要介護・要支援認定において重要な役割を演ずるものとして存在するのですが、実際の病名は...?

これを知るには、介護保険法の運用について定めた政令「介護保険法施行令」第2条を読む必要があります。

(特定疾病)

第二条 法第七条第三項第二号に規定する政令で定める疾病は、次のとおりとする。

- 一 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
- 二 関節リウマチ
- 三 筋萎縮性側索硬化症
- 四 後縦靭帯骨化症
- 五 骨折を伴う骨粗鬆症
- 六 初老期における認知症(法第八条第十六項に規定する認知症をいう。以下同じ。)
- 七 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
- 八 脊髄小脳変性症
- 九 脊柱管狭窄症
- 十 早老症
- 十一 多系統萎縮症
- 十二 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 十三 脳血管疾患
- 十四 閉塞性動脈硬化症
- 十五 慢性閉塞性肺疾患
- 十六 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

ここに挙がっている16の疾患が「特定疾病」です。

これらの疾患を一つ一つみていく必要もあるのですが、それをしていくと際限がなくなり、肝心の条文の読み込みが疎かになっていけませんので、ここではあえて取り上げないことにします。

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の被保険者)が要介護・要支援認定を受けるためには、これら16疾患のうちいずれかに罹っていることにより要介護・要支援状態にあることが必要になってきます。

■第7条(4)

ややこしいですが、介護保険法第7条に戻ります。

5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者(以下「要介護者等」という。)からの相談に応じ、及び要介護者等がその

心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

第5項の本文なのですが、ここでは「介護支援専門員」についての定義を述べています。

介護保険法でいう「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者からの相談に応じたり、要介護者・要支援者とその心身の状況に応じて適切な居宅サービス・施設サービス・地域密着型サービス・介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスを利用できるように市町村・居宅サービス事業者・介護保険施設・地域密着型サービス事業者・介護予防サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者等と要介護者・要支援者との連絡調整等を行う人で、要介護者・要支援者が自立した日常生活を営むのに必要な援助を行うための専門的知識や技術を有するとして、介護保険法第69条の7第1項に定める「介護支援専門員証」の交付を受けた人のことです。

とのことなのですが、これでは何のことやら解りませんよね。

介護支援専門員についての詳細は、この後（大分後になります）きちんと1章を設けて規定しています。

消化不良気味ではあるとは思いますが、今しばらくご辛抱いただければ...

■第7条（5）

第7条はまだまだ続きます。

- 6 この法律において「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。
- 一 健康保険法（大正十一年法律第七十号）
 - 二 船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）
 - 三 国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十

二号）

四 国家公務員共済組合法（昭和三十三年法律第二百二十八号）

五 地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第五十二号）

六 私立学校教職員共済法（昭和二十八年法律第二百四十五号）

7 この法律において「医療保険者」とは、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う政府、健康保険組合、市町村（特別区を含む）、国民健康保険組合、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。

以前の記事の中で「医療保険者」という言葉が出てきましたが、これに関連する言葉が第7条の第6項から第8項にかけて定義されています。

まずは、医療保険の範囲と医療保険者の定義について、第6項と第7項を読んでいきます。公的な「医療保険」と聞いて、まずピンとくるのが健康保険（政府管掌健康保険・組合健康保険）と国民健康保険だと思います。

実際には、この他にも船員保険、国家公務員や地方公務員・私立学校の教職員などの共済組合が社会保険としての「医療保険」を構成しています。介護保険法にいう「医療保険」というのは、「第6項に規定する法律に基づいて、医療に関する給付を行っている社会保険の制度である」ということなんです。

また、第7項では、「医療保険者」についての定義が書かれています。

第6項に書かれている各法律によって規定されている医療保険の給付を行う政府（政府管掌健康保険）、健康保険組合（組合健康保険）、東京23区を含む市町村（国民健康保険）、共済組合（国家公務員・地方公務員等の共済組合）、日本私立学校振興・共済事業団（私立学校教職員の共済組合）が「医療保険者」です。

医療保険各法がどのような内容なのかについては、厚生労働省ホームページから法令・通知検索データベースを引っ張り出して検索してください。ここで解説していると、それだけで新しいブログを立てる必要がありますので...

■第7条(6)

第7条は長い...

- 8 この法律において「医療保険加入者」とは、次に掲げる者をいう。
- 一 健康保険法の規定による被保険者。ただし、同法第三条第二項の規定による日雇特例被保険者を除く。
 - 二 船員保険法の規定による被保険者
 - 三 国民健康保険法の規定による被保険者
 - 四 国家公務員共済組合法又は地方公務員等共済組合法に基づく共済組合の組合員
 - 五 私立学校教職員共済法の規定による私立学校教職員共済制度の加入者
 - 六 健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法(他の法律において準用する場合を含む。)又は地方公務員等共済組合法の規定による被扶養者。ただし、健康保険法第三条第二項の規定による日雇特例被保険者の同法の規定による被扶養者を除く。
 - 七 健康保険法第二百二十六条の規定により日雇特例被保険者手帳の交付を受け、その手帳に健康保険印紙をはり付けるべき余白がなくなるに至るまでの間にある者及び同法の規定によるその者の被扶養者。ただし、同法第三条第二項ただし書の規定による承認を受けて同項の規定による日雇特例被保険者とならない期間内にある者及び同法第二百二十六条第三項の規定により当該日雇特例被保険者手帳を返納した者並びに同法の規定によるその者の被扶養者を除く。

第2号被保険者となるための要件の一つに「医療保険に加入していること」というものがありますが、その「医療保険に加入している」とはどういうことかを規定しています。

大体は条文を読んでいただければお解かりになると思いますが、ただ健康保険(政府管掌健康保険)の「日雇特例被保険者」については読んだだけでは「？」だと思いますので、健康保険法第3条第2項・第3項(「適用事業所」の定義)の条文をここで引用しておきます。

(定義)

第三条

2 この法律において「日雇特例被保険者」とは、

適用事業所に使用される日雇労働者をいう。ただし、次の各号のいずれかに該当する者として社会保険庁長官の承認を受けたものは、この限りでない。

- 一 適用事業所において、引き続き二月間に通算して二十六日以上使用される見込みのないことが明らかであるとき。
 - 二 任意継続被保険者であるとき。
 - 三 その他特別の理由があるとき。
- 3 この法律において「適用事業所」とは、次の各号のいずれかに該当する事業所をいう。
- 一 次に掲げる事業の事業所であって、常時五人以上の従業員を使用するもの
 - イ 物の製造、加工、選別、包装、修理又は解体の事業
 - ロ 土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊、解体又はその準備の事業
 - ハ 鉱物の採掘又は採取の事業
 - ニ 電気又は動力の発生、伝導又は供給の事業
 - ホ 貨物又は旅客の運送の事業
 - ヘ 貨物積卸しの事業
 - ト 焼却、清掃又はとさつの事業
 - チ 物の販売又は配給の事業
 - リ 金融又は保険の事業
 - ヌ 物の保管又は賃貸の事業
 - ル 媒介周旋の事業
 - ヲ 集金、案内又は広告の事業
 - ワ 教育、研究又は調査の事業
 - カ 疾病の治療、助産その他医療の事業
 - コ 通信又は報道の事業
 - ク 社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)に定める社会福祉事業及び更生保護事業法(平成七年法律第八十六号)に定める更生保護事業
 - 二 前号に掲げるもののほか、国、地方公共団体又は法人の事業所であって、常時従業員を使用するもの

で、日雇特例被保険者になった場合、被保険者証と保険料の納付証明を兼ねるものとして「日雇特例被保険者手帳」の交付を受けます。

日雇特例被保険者を雇用する事業主は、雇入れのたびにその日雇特例被保険者に対して被保険者手帳の提出を求め、提出された手帳に健康保険料印紙

を貼り消印することで保険料を納付します。保険料の負担割合は一般の被保険者と同じで、事業主2分の1・被保険者2分の1となっています（なお、日

雇特例被保険者が療養の給付を受けるには一定の条件があります。=健康保険法第129条参照）
J（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（4）

narisawa

ケアマネジメントの具体的な手続き内容

③居宅サービス計画原案の作成

3）ショートステイを位置づける場合の注意事項

介護支援専門員が居宅サービス計画に短期入所生活介護または短期入所療養介護を位置づける場合は、原則として要介護認定の有効期間の半数の日数以内を目安にしなければなりません。しかしこれは、画一的に半数の日数以内に収めなければならないというものではなく、利用者の心身状況及び本人や家族等の意向に照らし、この目安を超えて利用が必要と認められる場合には、これを上回る日数を居宅サー

ビス計画に位置付けることも可能です。

ただし、これらの居宅サービスは利用者の自立した日常生活の維持のために利用するものであり、介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たって、利用者にとって短期入所生活介護または短期入所療養介護が在宅生活の維持につながるように十分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

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

4）福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合の注意事項

福祉用具は、利用者の心身や環境の状況に適したものを使用すれば利用者にとっての促進因子となりますが、反対に適さないものを使用すれば自立を妨げる阻害因子となり、心身状況や要介護状態の悪化を招くおそれがあります。このため、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、福祉用具の特性と利用者の心身状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討したうえで選定する必要があります。この検討に当たっては、サービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければなりません。

それから、これは福祉用具貸与を位置づける場合の特有の決まりなのですが、必ず6ヶ月に1回はサービス担当者会議を開催して、引き続き福祉用具貸

与を利用する必要性を検証し、福祉用具貸与の利用が必要な場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならないとされています。ここで注意していただきたいのは、福祉用具貸与を位置づける場合のサービス担当者会議には「サービス担当者に対する照会」が明記されていないことです。ローカルルールとして、都道府県あるいは市町村によってはサービス担当者に対する照会を認めているところもあるようですが、基準上はサービス担当者会議を開催としか定められていません。

なお、福祉用具貸与の利用が必要な理由については、「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」によると、「福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サー

ビス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。なお、当該理由については、別の用紙(別業)に記載しても差し支えない。」とあります。このことから、居宅サービス計画への記載にあたっては、「福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を必要とする理由が明らかになるように記載」することを求めているのであって、「～との理由から、福祉用具貸与が必要である」といったような、理由と結論の一体的な記載を求めているのではないと考えられます。

したがって、福祉用具貸与と特定福祉用具販売に

関連する「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等についても、「必要とする理由が明らかになるように記載」されていれば、福祉用具貸与と特定福祉用具販売には関連しない部分の「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」と同様の記載方法で構わないでしょう。

「理由が明らかとなるように」と「理由に」を使い分け、わざわざ「なお書き」を追記していることを考えれば、理由と結論の一体的な記載は、サービス担当者会議の要点や居宅介護支援経過に記載してもよいものと解することができます。

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

二十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置づける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、少なくとも六月に一回サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

二十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置づける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

【軽度者への福祉用具貸与】

平成18年度の介護報酬改定により、要支援及び要介護1の方(以下、「軽度者」)については、一定の条件に該当する方(以下、「例外に該当する者」)を除いて、状態像から利用が想定されにくい福祉用具貸与の種目(以下、「対象外種目」)を保険給付の対象としないこととされました。例外に該当する方の判定に当たっては、原則として調査票を活用して客観的に判定することとされています。しかし、一部の種目については判定に有効な基本調査の結果が存在しないことから、これについては、主治医の意見

を踏まえつつ、サービス担当者会議を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、居宅介護支援事業者(介護支援専門員)が判断することができます。

対象外種目には、車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知器、移動用リフト(つり具の部分を除く)があり、それぞれに例外に該当する者が設定され、これらと例外に該当する者との関係は【図8】のようになっています。

【図8】

対象外品目	例外に該当する者	要介護認定結果等(例外に該当する状態)
ア車いす及び車いす付属品 (1),(2)のいずれかに該当する者	(1)日常的に歩行が困難な者 (2)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査2-5 歩行「3.できない」 認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断
イ特殊寝台及び特殊寝台付属品 (1),(2)のいずれかに該当する者	(1)日常的に起き上がりが困難な者 (2)日常的に寝返りが困難な者	基本調査2-2 起き上がり「3.できない」 基本調査2-1 寝返り「3.できない」
ウ床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査2-1 寝返り「3.できない」

工認知症老人徘徊感知器 (1),(2)のいずれにも該当する者	(1)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査 6 - 3 意思の伝達 「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査 6 - 4 介護者の指示への反応 「1.介護者の指示が通じる」以外 又は 基本調査 6 - 5 (ア～カ)記憶・理解のいずれか 「2.できない」 又は 基本調査 7 (ア～テ)問題行動のいずれか 「1.ない」以外
	(2)移動において全介助を必要としない者	基本調査 2 - 7 移動「4.全介助」以外
オ移動用リフト (1),(2),(3)のいずれかに該当する者	(1)日常的に立ち上がり困難な者	基本調査 3 - 1 立ち上がり「3.できない」
	(2)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 2 - 6 移乗「3.一部介助」又は「4.全介助」
	(3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断

加えて、解釈通知によれば、介護支援専門員は、軽度者の居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置づける場合には、利用者が「例外に該当する者」かどうかを確認するため、

調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）を市町村から入手しなければならない。ただし、当該軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければならない。

とされています。そして、

介護支援専門員は、当該軽度者の調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければならない。

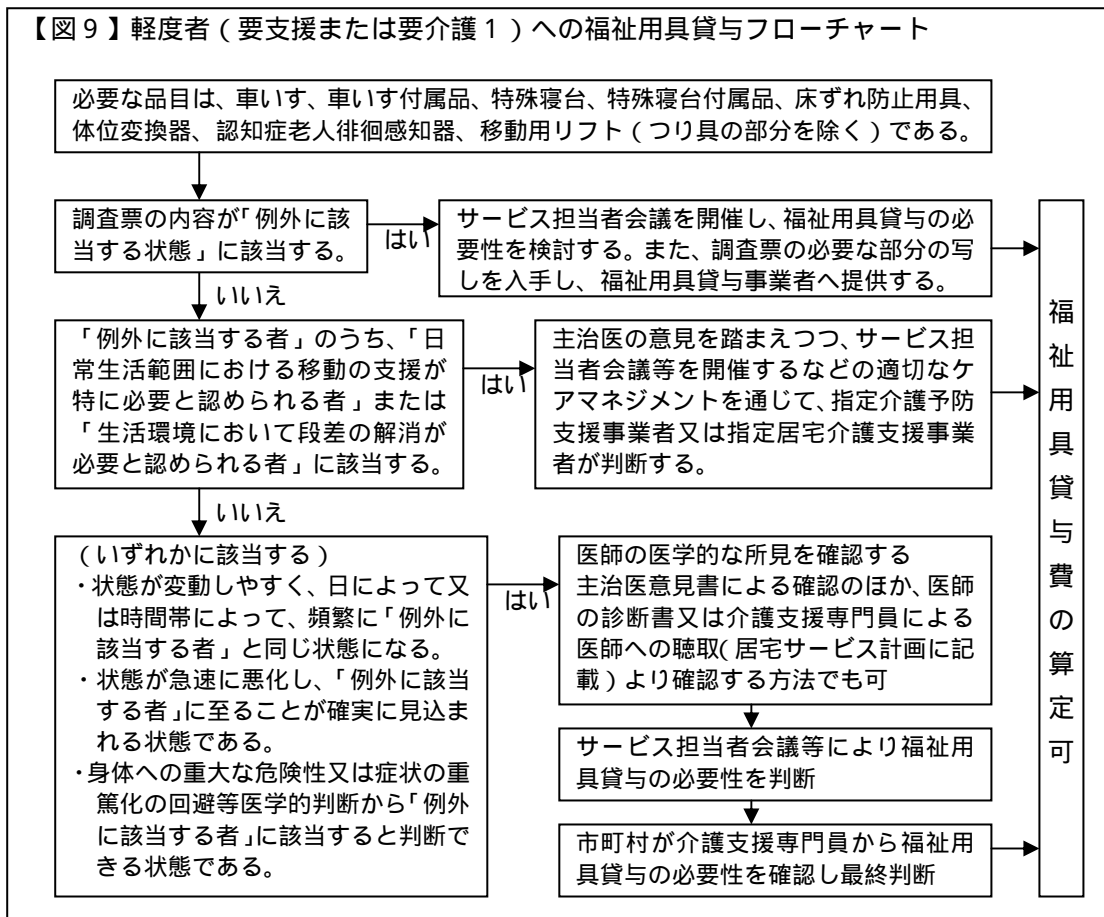
ともされています。

つまり、介護支援専門員は、軽度者の福祉用具貸与に当たっては、市町村から直接あるいは利用者を通じて調査票の必要な部分の写しを入手し、利用者の同意を得てこれを福祉用具貸与事業者へ提示しなければならないのです。

また、「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」(巻末の資料3参照)により、軽度者のうちで一定の条件に該当しない方であっても、医師の医学的な所見に基づき、「疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に「例外に該当する者」の状態となる方」、「疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに「例外に該当する方」の状態に至ることが確実に見込まれる方」、「疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「例外に該当する方」の状態にあると判断できる方」のいずれかであると判断され、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が必要である旨が判断されている場合であれば、市町村が書面等確実な方法によりこれらを確認することにより、福祉用具貸与の要否を判断することができています。

軽度者への福祉用具貸与は条件が複雑で、かつ条件を記載した基準等が一本化されていません。このため、基準等の見落としがあったり理解するのが難しかったりする居宅サービスの一つなのですが、【図9】のようにまとめてあると分かりやすいでしょう。

【図9】軽度者（要支援または要介護1）への福祉用具貸与フローチャート



5) 認定審査会の意見等がある場合の注意事項

介護保険法において認定審査会は、市町村に対し居宅サービスの適切かつ有効な利用等に関し当該被保険者が留意すべき事項の意見を述べることができ、市町村はこの意見を介護保険被保険者証に記載することになっています。また、市町村は、認定審査会の意見に基づいて、利用者が受けることができる居宅サービスの種類を指定することができ、これについても介護保険被保険者証に記載することになっています。

そして、居宅サービス事業者は、介護保険被保険者証に【居宅サービスなどの適切かつ有効な利用などに関する当該被保険者が留意すべき事項】が記載されている場合には、これに従って居宅サービスを提供することになるため、介護支援専門員は認定審査会の意見に沿って居宅サービス計画を作成しなければならないとされています。

また、利用者が受けることができる居宅サービスの種類が指定されている場合には、利用者とその趣旨を説明し、理解を得たうえで、その内容に沿って

居宅サービス計画を作成しなければなりません。

いずれにしても、介護保険被保険者証の「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」欄(【図10】)を確認する必要があります。



【図 10】「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」欄

(一)		(二)		(三)			
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		給付制限	内容	期間	
番号		認定年月日	平成 年 月 日				開始年月日
被 保 者	住所	認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	区分支給限度基準額			
	フリガナ	居宅サービス等	平成 年 月 日～平成 年 月 日				開始年月日
氏名		1月当たり		開始年月日	平成 年 月 日	終了年月日	平成 年 月 日
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女	介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業団の名称		開始年月日	平成 年 月 日
交付年月日	平成 年 月 日	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		介護保険施設等	種別	入所等年月日	平成 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印					名称	通所等年月日	平成 年 月 日
				種別	入所等年月日	平成 年 月 日	
				名称	通所等年月日	平成 年 月 日	

もしも、介護保険被保険者証にサービスの種類を指定する旨の記載がある場合には、これに従わなければなりません。しかし、利用者が希望する居宅サービスを利用できない、利用できる居宅サービスが制限されることで、自立した日常生活の継続に支障

が生じるなどの合理的な理由がある場合には、利用者の意思を踏まえ、指定されたサービス種類の変更の申請をすることができることになっているので、介護支援専門員は、利用者に対してこのことについても説明する必要があります。

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

二十三 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第 73 条第 2 項に規定する認定審査会意見又は法第 37 条第 1 項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着サービスの種類についての記載がある場合には、利用者によるその趣旨（同条第 1 項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。

以上、ここでは「居宅サービス計画原案の作成」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ようになります。

「居宅サービス計画原案の作成」の段階のポイント

1. 利用者の希望及び利用者についての課題分析の結果に基づいて作成します。
2. 利用者の家族の希望及び居宅サービス等の提供体制も考え合わせて作成します。
3. 居宅サービス計画原案に位置づける居宅サービス等は、「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」を考えなければなりません。
4. 医療サービスを位置づける場合は、主治医等に対してこの必要性の意見を求め、主治医等も利用することが必要と判断した場合に限って利用できます。
5. ショートステイを位置づける場合は、原則として要介護認定の有効期間の半数の日数以内を目安にしなければなりません。
6. 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合は、福祉用具の特性と利用者の心身状況等を踏ま

えて、サービス担当者会議の開催によりその必要性を十分に検討した上で選定するとともに、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければなりません。

7. 軽度者の居宅サービス計画に対象外種目の福祉用具貸与を位置づける場合は、調査票の写しの入手と福祉用具貸与と事業者への交付、あるいは主治医の医学的な所見の確認が必要です。

8. 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定がある場合は、これに従わなければなりません。

9. 居宅サービス計画の変更にあっても、原則として居宅サービス計画原案を作成し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～

ケアマネとして、在宅支援の最前線で空回りしています。

うちの事業所には総勢6名のケアマネ有資格者(元資格:社福2介護3看護1)で日々支援相談などの業務に携わり、お互い相談しアドバイスを受けています。このたび看護のケアマネが定年退職する事になり、医療的立場からの意見が消えること、それに補充が無いことを理由に、「非常勤でいいから継続勤務」を悲願しました。

ケアマネの元資格によって、「偏りのあるプラン」が在宅支援の『当たり前』とならないように、担当ケアマネの独りよがり注意到意し、いずれは2人で70名、3人で105名の担当ができないものか、模索していきたい。(baru)

今回は、編集部の一員というより、一読者として皆さんの記事を拝読した感があります。思わず目頭が熱くなったり、物音一つしない空間で静かに考えさせられたり(すみません、夜型なもので)・・・「考える」というより「感じる」記事が多かったなと思っています。

私は、どちらかという根拠と論拠を組み合わせ科学的にモノゴトを示していかなければ・・・という考えを表示することが多いのですが、決してそれは「感じる」ということを否定してわけではないのです。

あくまで、専門職の視点として関わる以上は、できるだけ客観的な内容を提示する必要があると考えているけれど、校正にあたり記事を読み返しながらか、つくづく「感じる」ことの重要性を実感しています。

ところで、今回の特集記事については、核となるコンセプトをポイントさんが提示しています。また、基本的に(論文形式ではなく)ブログからの引用により記事を構成したため、執筆者の背景をそれとなく補足する必要があり、どるくすさんが中心となって非常に柔らかい表現で対応してくれました。

また、しおわかなさんによるマンガを掲載するという新しい試みに挑戦しています。最初に示している通り、第6号までは発行を続けたいと思っていますが、ちょうど今号が折り返し地点、より親しんでいただける冊子にしていければと考えています(ケアマネジメン・オンラインでも紹介いただきました。この場を借りてお礼申し上げます)。

さて、次号(2008年1月下旬発行予定)は「2008年のソーシャルアクション」という特集に取組みます。いわゆるコムスンショックの余波が次回の介護報酬改定に強く影響されることが予測されるなかで、専門職の皆さんがどう行政や社会に対してアプローチしていくか・・・、そうした視点から冊子を構成できればなと思っています。今後ともよろしくお願ひいたします。(ため及び編集部一同)

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.3」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](#))
annkoro ([セルリアン・ブルー](#))
かいごむら ([早大生介護福祉士の日々](#))
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そん♪](#))
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通信](#))
J ([介護保険法を勉強しなおう](#))
しおわかな ([日常茶婆爺](#))
sige ([僕のかみさん](#))
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](#))
せ ([日々は慌日](#))
ゼニ ([心の底まで新しくされ](#))
tappy ([Happy tappy!](#))
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・・・](#))
長 ([ふーたんの庭](#))
どるくす ([どるくす工房](#))
どんたく ([どんたくアカデミー](#))
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・白衣のペ天使](#))
のんたる ([のんたるの気まぐれ日記](#))
ハクション中納言 ([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](#))
piyo (_____)
笛吹童土 ([笛吹放談](#))
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...](#))
へっぼこ侍 ([小枝ちゃん家のへっぼこ侍!](#))
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♪](#))
まあー ([訪問看護師「まあー」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♪♪](#))
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.3
2007年11月26日発行
発行:ういずライン～wel
編集:ういずライン～wel 編集部