

# ういずライン 2008 No. 4

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 2008 No.4 (後半)

特集記事：保険者へのメッセージ

### バリアフリー

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

算定ルールについて・・・訪問介護から考えてみる

ため

市区町村職員

「するめ」いか！～保険者からのメッセージ～

蘭

市区町村職員、社会福祉士、介護支援専門員

メッセージの宛先

べあ

介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属

一般記事：

### 言葉

かよ

訪問看護師、訪問看護ステーション所属

親孝行、子孝行

せ

元訪問介護事業所管理者

神経難病の利用者さま

ぴぴ

介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属

連載記事：

介護保険法を勉強しなおす(4)

」

社会福祉士、支援相談員、介護老人保健施設所属

NO4 後半号です。

発行ギリギリまで編集作業に四苦八苦・・・(汗)

特集は引き続き「保険者へのメッセージ」です。前半号も後半号も、現場の最前線で活躍されている皆様に、かなり心強い内容だと感じています。

今のままでは今のまんま  
さ～今日一日頑張って！

今直面している問題は何ですか？あなたに必要な情報はどこにありますか？この業界の全ての皆様方に「シッカリ」と、そして「じっくり」と読んでいただけるものとして。また、皆様から知人に紹介してもらえらるような【ういずライン】家族の方も安心でき、共に考える【ういずライン】を目指しています。

## 特集記事：保険者へのメッセージ

前半号において、たとえば「現場と保険者との間にどのような課題があるのか」「現場から保険者へ働きかけるうえで、どのような方法があるのか」・・・そうした展開で編集・構成を行ないました。次の兼任CMさんの記事は、この特集のベースの一つとなったものです。本号はそれを提示したうえで、今度は保険者からの視点もふまえて、この問題を展開していこうと思います。  
(編集部)

### バリアフリー

兼任CM

これは住宅のことではない。例えば医師とケアマネとの連携の中での「バリアフリー」のように、バリアそのものが見えないけどしっかりと存在しているってこと。

「見えないバリア」の中でもかなりでかいものが「行政とケアマネとの間のバリア」。このときの行政は保険者であり都道府県。

例えば指導の際に法令に反している指導をされた。どうするか？

対応例A：行政の指導だから甘んじて受け入れる。

対応例B：指導がルールに反しているのだから、それを指摘して対応を再協議する。



介護保険制度に基づく支援は、文字通り制度であるために法令というルールに沿った実践をしなければならない。そして都道府県や保険者は事業所に対する指導権を有しているから、法令に基づいて事業所の実践が法令に即した対応をするように指導する。

でもその指導そのものがルールに反したものであるならば、その指導自体は無効になるはず。だから当然に「それはおかしい」と反論していくべき。

ところがこれがなかなかできない。

それは「反論なんかしてはいけない」という「思い込み」。行政の指導は絶対的で、常に法令に反する指導はしないし、言われたとおりにする事が絶対的に必要って感覚がまだ事業所のトップには残っている。

それは「反論する材料を知らない」という不勉強。ルールそのものを知らない・理解していないので、言われた通りに動くことしかできない事業所は存在している。

それは「反論することで藪蛇になるので黙っている」という状況。ルールは知ってはいるけどルールに反したことをしてそれを隠しているの、下手に騒いで何かあったら大変だから知らん顔しているということ。

それは「反論しても聞く耳をもたないので言っても無駄」と諦めている。こうなるともう行政に対する不信感で固まっている。

こういうことが原因で行政とケアマネの間には「高く・頑丈で・なおかつでっかいバリア」が存在してしまっている。

ではどうすれば行政とケアマネとの間の「バリアフリー」が実現できるか。

1つは「やるべきことをきちんとしよう」ということ。つまりルールを守り、プロセスを適切に行い、結果を出すこと。こうなればたとえ突っかれても

痛くも痒くもない。おまけに結果出しているからそこが言う一言の重さもある。そうなれば行政も「聞く姿勢」が産み出される。

2つ目は「日頃から行政と face to face の付き合いをしよう」ということ。互いに顔つきあわせて人となりを知る。その関係性の中から適切な反論（と強すぎるか？確認し協議するということ）をする事を可能にするきっかけが産み出されてくる。

3つ目は「根拠を明確にして対応する」ということ。例えば「同居家族がいる場合の生活援助の算定」であれば、生活援助がなければ生活そのものが成り立たないということを明確にする。それでもNGとするならば現実的にどうすればよいのかを確認する。もっといえばどんな方法で生活支援できるのかを一緒に考えていく。もし仮に「何が何でも家族が行え」というのであれば、行政の何課の何係の何の誰兵衛が「仕事辞めて家事をしろって言っていた」と言うけどそれで良いかを確認する。それくらいの気持ちでもって交渉できるくらいにしっかりとした根拠付けができなければバリアは崩れない。

4つ目は「Give & Take」ということ。いつもいつも行政を頼りっきりで自分で調べようとしめないというのでは行政も動きたくなくなる。何かしようとして協力を求めてもその度に断られては相手も親身にはならない。もらいたいと思ったときには自分も提供できることは提供するという気持ちで関わっていくとバリアを崩せることが出来る。

行政とケアマネとの関係は良い意味での「持ちつ持たれつ」である。「互いの信頼関係に基づいた係わり」によってバリアフリーが実現できる。

えっ？ まるっきり信頼が置けない、組織全体が腐っている行政にはどうすればいいかって？

これはかなり難しい。例えば行政でも一般企業でも「ご意見承り窓口」がHP上に設けられているケ

ースが増えてきている。わからないことがあれば相談を持ちかけ、苦情があれば申し出ることができるようになっている。それも直接の担当部課に通じているのではなく、それとは別な組織に連絡が入って対応できるようになっているケースが増えてきている。

このような「窓口」を使わない手はない。電話で話すよりももっと簡単に文句言える・改善を叶えるための手段だと思っている。

「話せばわかる」って過去の政治家が言っていたけど、結局「問答無用」って言われて暗殺されてしまったように、行政が聞く耳を持たないとなるとお手上げになる。そうなる手段はもう数少なくなってくるし、その少ない手段は過激なものにならざるを得ない。例えば世論を味方につけるような方法しなくなり、それにはストライキやデモを行うなんて事になりかねない。ここまで発展していくようなことをしたくない。

では？ と言われると方法が思い浮かばない。「話せばわかる」と思っているし、そうであって欲しいと願っている。でも現実はその甘くはない。よって私にはそれに対応（対抗）する手段はない。

どうしたらよいかをみんなで考えてみたいと思う。

兼任CM（介護サービスほっと通信）



Withline-wel

表題のとおり、算定ルールについての私論を述べたいと思います。なぜ訪問介護かといえば、【このサービスが要介護高齢者の居宅というパーソナルスペースで、利用者と支援者が1対1で接する】という、限りなく利用者の生活に近づくサービスであり、そのため「給付対象として援助行為が算定されるか否か」という難しい判断をする場面が多いサービスだからです。つまり、訪問介護における算定についての基本的な考え方は、介護サービス全般に通じるものでしょう。

ちなみに本稿では算定可否の明確なラインは一切示すことはしていません(というより、できません)。しかし、【どうすれば算定の可否について根拠のある判断ができるか】と考えている方は、一応ながら提案がありますので、是非ご一読いただければと思います。

#### 1. 算定に関する基本的なしくみ

介護保険給付の算定可否について、最終的には、その決定権限(及び責務)は保険者にあります(介護保険法第41条ほか)。

介護保険法は、その法理念として高齢者の「自己実現支援」「自己決定の機会確保」(いわゆる人としての尊厳の保持)が挙げられています。同時に、そもそも社会保険における「制度(しくみ)」というものは【どのようにお金を集めて、どのようにお金を使うか】を定めるものです。

だから、現代社会の課題や社会政策の流れのなかで、自ずと給付範囲というものが限定されてきます。給付範囲というのは、すなわち「介護保険のしくみで提供される介護サービス」と読み替えても問題ないかもしれません。

その給付範囲について、訪問介護では「入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話」であって、その詳細は「入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話(生活援助については同居家族等がある場合の

別規定あり)とされています。

そして、法令においては、これ以上の要件は示されていません。

というのも「どのようなプロセスでサービス調整するか」具体的には、どの範囲が算定対象となるかを逐一国会で議論することは困難です。そのため、実務上の基準とその解釈については、厚生労働省が定める基準省令等により設計されることとなります。「どのようなプロセスでサービス調整するか」はPDCAサイクル(Plan 計画、Do 実行、Check 確認、Action 見直し)に基づいたプロセス(ケアマネジメント)によるものとされています。具体的には、居宅介護支援の【運営基準】、訪問介護の【運営基準】がこれにあたります。

「具体的には、どの範囲が給付対象となるか」については、【算定基準】をベースに様々な事務連絡やQ&A等の補足により範囲が示されています。また、原則として、サービス提供は一定の【指定基準】を満たした事業所が提供することで費用を算定できる(法定代理受領)こととなります。



ここで、介護サービスを提供するうえで、【人員基準・運営基準・設備基準】(3つを併せて指定基準といいます)及び【算定基準】があることを示しました。こうした基準が設けられることを「杓子定規なこと」と思いませんか。そう思われる方はやはりコンプライアンスについて確認した方がいいと思います。

適正に制度を運営する目的という視点で、介護サービスやサービス提供側に基準が設けられること自体は当たり前だと思います(ただ、その基準の内容を全面的に肯定しているわけではありませんので、念のため)。

## POINT

指定基準及び算定基準を把握しているか（暗記する必要はなく、どの資料のどの部分を確認すればいいかわかるようにしているか）

### 2. 給付要件を満たすかどうか

先に、プロセスについては「居宅介護支援の運営基準、訪問介護の運営基準に定められている」と述べました。具体的には、訪問介護の提供に際しては居宅サービス計画に沿うものとされており、居宅サービス計画作成を含むケアマネジメントプロセスは居宅介護支援の運営基準に示してあります。

また、個別具体的なサービス内容については、訪問介護計画（個別援助計画）を作成し、それに基づくものとされています。こちらのプロセスについては訪問介護の運営基準に示してあります。

そのため、たとえばサービス事業者（訪問介護事業所）が、「プロセスを無視したとしても、法には【食事等の介護】と書いてあるのだから、というサービス提供は認められるべきだ」といっても、そのプロセスを逸脱したのであれば、それは不適切なサービスであり、報酬算定はおそらくできないでしょう。

その一方で、適切なプロセスを経て判断した給付範囲について、保険者が「支払えない」というのも誤っています。保険者は介護保険を運営するものであり、給付要件を満たしたサービス提供が行われた場合は、保険給付を行う義務があります。

## POINT

社会保険システムにおいては、負担と給付の関係がより明確になっている。保険料を支払う義務を果たしている以上、要件を満たせば給付を受ける権利が利用者にある。

ただ、【受給要件を満たす】ことが必要である。

### 3. 単なる利用者の要望について

一般的な話として、高齢者にサービス提供するしくみと考えた際、必ず守らねばならない一定のル

ルが必要だということは、誰しもが納得できることだと思います。また、千差万別の高齢者の生活ニーズに対応するため、個別性の高い柔軟な判断が求められる場合があることも、やはり誰しもが納得できることでしょう。

たとえば「訪問介護事業所にはサービス提供責任者を配置する」「サービス提供責任者の作成した訪問介護計画に基づきサービス提供する」これは必ず守らなければならないルールです。一方、同居家族がいる場合の生活援助サービスについては「原則的には算定できないが、必要性に応じて算定できる」という、多様な生活ニーズに個別に対応するための（ある意味、曖昧な）ルール設定がされています。

ここで、少し極端な例を用いますが、給付範囲を考えるうえでのニーズについて考えてみます。

たとえば、ここで私が「国外のリゾート地に移住し、大勢のメイドに傳（か）しず）かれ生活したい。でもお金は出したくないから、税金でやってほしい」といったらどうでしょう。皆さんは快く費用を負担してくれるでしょうか…負担してもらえないですよ（笑）。これはあまりに論外としても、次のような場合はどうでしょうか。

Aさん（70歳、男性、要支援1）は、もともと某企業のオーナーで、家政婦が家事を行っていた。ただ会社が破綻し家政婦を雇用する費用が捻出できなくなった。家政婦の代わりに訪問介護生活援助を24時間、提供してほしい。

「会社が破綻する」というアクシデントにより、以前と同様の生活ができなくなったわけです。要支援状態というサービス受給の権利はもっていますが、はたして家政婦の代わりとしての生活援助は受けられるでしょうか。

Bさん（80歳、男性、要支援1）は、先週から妻が長期入院することとなり独居状態となった。「男子厨房に入らず」が座右の銘で、この1週間コンビニでの弁当ですませている。台所はぐちゃぐちゃになり、Bさんもこの状況はまずいと思ったのか、地域包括支援センターに相談することにした。

状況によって、当然、生活援助が提供される場面

だと思えます。ただ、その根拠として【利用者本位だから「男子厨房に入らず」というBさんのポリシーを尊重】するという考え方は果たして一般的に有効なのでしょうか。

法の理念の一つである「本人ののぞむ生活」の実現の考え方を取り違えてはいけないということです。ケアマネジメントの中で設定される課題と目標は「実現できる(=実現性の高い)」ものであり、そのうえでの「本人ののぞむ生活」なのです。本人の人生観やライフスタイルは当然尊重されるべきですが、その一方で個人の人生観やライフスタイル等による望んだ生活を介護保険制度が全て保障するわけではありません。

#### POINT

利用者本位の制度だからといって、法理念的にも単に「利用者の要望」に対応することは認められていない。

#### 4. いわゆるグレーゾーンについて

注意)ここからは「単なる利用者の要望」は給付対象としないという考え方を前提で話を続けます

ところで、「男子厨房に入らず」というポリシーのBさんのケースについて、妻が退院し、その妻が【おそらく要介護状態ではないが、体力が低下し、長時間の家事援助が困難な場合】はどう判断するでしょうか。おそらく様々な事務連絡やQ & A等をも、結論としては「適切なアセスメントにより…」 「保険者と協議のうえ…」までしか明記されていないと思えます。

これがいわゆるグレーゾーン(算定可否に係る曖昧な部分のこと)です。

冒頭にも述べたように給付に係る最終的な判断は保険者である市区町村の役割です。グレーゾーンについては保険者と協議することが望ましいという助言が多いのはこのためです。では、グレーゾーンにおける算定可否の根拠はいったい何なのでしょう。少し、算定可否の判断を取り巻く状況について考えてみます。

制度骨格としては、そもそもサービス事業者の指

定権限は都道府県が有します。ですから都道府県の実地指導担当者は、サービスや事業運営が適切かどうか判断することを主たる業務として位置付けられ、万全とは云いがたいけれど指定権限者として指導体制は整えられています。ただ、こうした都道府県担当者も、一般的には保健福祉医療の専門職ではありません。

平成18年度の法改定により保険者にも都道府県同様の指導権限が与えられましたが、もともと保険者は指定権限を持っていませんでした。そのため、給付適正化であるとか算定可否判断は、これまでの業務に付加して(悪い言い方をすれば「ついでに」)実施しているのが現状です。

当然、グレーゾーンに関して保険者に協議をするとしても、当該給付担当の職員が専門職であることはほとんどないでしょう。法令及びその解釈に精通していればまだいい方で、ろくに解釈を調べない者もいるかも知れません。

厳密には主たる業務でもなく専門職もない…そんな環境において一般的な保険者職員がグレーゾーンの判断を行う場合は、どんなことが発生するのでしょうか。まして、協議するケースが、実践領域にいる専門職ですら適切かどうかきちんと説明できないケースであればどうでしょうか。

こうしたケースが連続することにより、地域ごとにこの2つのパターンのいずれかに収束していく可能性は非常に高いと思えます。



利用者側の単なる要望が算定範囲となる、いわゆる御用聞きプランが横行する。「事実上、ルールを規定しない」方向性です。公正性からみて、そもそも論外な取扱いです。

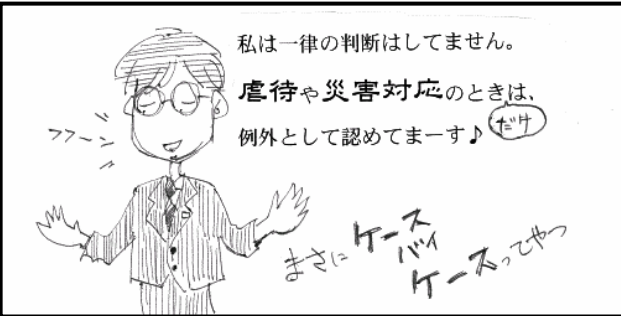
同居家族がいる場合は生活援助を算定しないなどのグレーゾーンにおける判断の一律化が行われる（個別に判断するというが、災害・虐待等、問題が明確化するパターン以外は対象としない場合も、事実上の一律化である）

「一律的な取扱いが明確化する」方向性です。このパターンが進めば、それは事実上ケアマネジメントの個別性が失われていくことになります。

また、専門職の皆さんが「適切なケアマネジメント」という表現が面倒くさいと感じ、制度設計や保険者側に明確な算定範囲を示してほしいと要望することもあります。こうした「曖昧さ」の否定により、間違いなく、ケアマネジメントの個別性が失われていきます。

個別性を尊重するという事は、言い換えれば「この人は算定できて、あの人は算定できない」という外部の指摘に耐え得るものでなければならない。つまり、そもそもグレーゾーンにおける算定可否の判断にいたるプロセスは「面倒くさい」のです。

**POINT**  
実際の保険者（担当職員）の力量を見極めておく必要がある。  
利用者側の単なる要望が算定範囲となる、いわゆる御用聞きプランの横行は論外である  
グレーゾーンにおける算定可否の判断は「面倒くさい」ものである



## 5. ルールの性質・・・【制限（リミット）】と【指標（ガイドライン）】

では、専門職も保険者職員も、何を基準に【適切かどうか】と判断するのでしょうか。実際のPDCAサイクルについては運営基準等により明記してありますが、比較的明確な解釈が示されている部分とはかく、そもそもグレーゾーンにおける個々の判断については個別に明記されたものはありません。法令解釈に根拠を求めるのも限界があります（だからグレーゾーンなのですが）。

ただ、何もルール化しないまま判断することは「公正性」の面で問題があります。だから、法令解釈以外に何らかのルールを設ける必要があります。

そこで考えたいのが設けるルールの性質です。ルールといっても、大まかに2つの性質があります。つまり、

### 制限（リミット）を明確化するのか

一つは制限（リミット）を規定するもの。制限を超えるものは不適切と判断します。これであれば判断は難しくありません。ただし、判断基準がはたして「個別性の高い柔軟な」ものとなるかはとても疑問です。現在の学術的な研究成果をもって「介護や生活を数値化すること」は可能かといえば現状では困難でしょう。個別性の高い生活に【応じた制限】が難しい以上、規定化された制限は、一部の、しかし多くの人々に不利益を与えることは念頭に置くべきです。

### 指標（ガイドライン）を明確化するのか

もう一つは指標（ガイドライン）を規定するもの。この場合、個々の状況に応じて認められる幅が変わります。この場合、【指標】が明確化されたとしても、それはあくまで「どういうチェックポイントを経て判断したのか」を示したものであるため、実際には、どうして算定できる（もしくは、できない）と結論づけたのか説明するには、極論をいえば情報収集、思考（比較分析）協議の過程を全て明らかにする必要があります（ちなみに【制限】であれば「は認められないと決まっている」の一言で説明が済みます）。

そして、その【指標】に沿って判断が行われたかどうか、算定可否の判断基準となるわけです。

ここで提案したいのは、(面倒なことかもしれないけれど)ぜひ【制限】ではなく【指標】を作成していくべきだということです。

そして、最終的な判断の責任は保険者が担うにしても、その【指標】を示すのは、まさに「専門家」の出番です。現在、実践領域にいる専門職たちが作成することで、根拠力を持つ、より個別性の高い柔軟な判断を行うことが可能になります。

そのためには、専門職たちが「自分たちで指標を作成し、それを保険者に提案する」それをもう一歩進めると「専門職集団と保険者が協働して作成していく」必要があります。まさに、社会活動(ソーシャルアクション)に位置付くものです。

#### POINT

「公正性」を保つためには、何らかのルール設定が必要である。

【制限】ではなく【指標(ガイドライン)】を明確化した場合、実践領域においては「説明責任が重くなる」「判断プロセスが複雑化する、手間である」というデメリットが生じるが、一方で「個別性の高い柔軟な判断が可能」というメリットが生じる。

算定可否に係るルール設定は、「個別性」と「公正性」を保つために、【指標(ガイドライン)】という形式で設けるべきである。

#### 6. 具体的なガイドラインについて

ガイドラインを設ける意義は一言でいえば「個別性の高い柔軟な判断のバックアップ」であり、個別性と公正性を担保し、また、それを当事者のみならず外部の示すことができるということです。

たとえば、同居家族がいる場合の訪問介護生活援助について、東京都国分寺市がホームページで公開している算定フローはまさにガイドラインです。また、介護予防ケアマネジメントや個別援助計画の作成についてのポイントをしめしたものが長野県介護支援専門員協会から示されています。

(私事で恐縮ですが、上記国分寺市の算定フローを参考に、当サイトにおいても「同居家族がいる場合の訪問介護生活援助アセスメントシート」を作成しています)

なお、これらの活用にあたっては、ガイドラインとは、決して形だけのものではないという認識は絶対必要です。ちなみに、保険者と専門職集団のコミュニケーションが円滑で、個別性の高い柔軟な判断ができている地域は、暗黙のうちにこのガイドラインが設定されているともいえます。

専門職と保険者との関係という課題は確かにあるでしょう。そして、保険者が事実上「一律的な判断をする」場合、どうすればいいのか悩んでいる方も多と思います。

そこで、【問題となっているグレーゾーンの部分について、上記のように明確化したガイドラインを地域の専門職集団が作成し、その活用について保険者と協議するという手法】について検討してみてください。その明確化したものを保険者がどう扱うかによって、保険者が本来行うべき責務を放棄しているかどうか、はじめて明確になりますから。



#### POINT

実践領域側が主体となって、ガイドラインを作成すべきである。

このガイドラインを持って保険者に働きかける(ソーシャルアクション)ことができる。もっとも望ましいのは、専門職集団と保険者が協働してガイドラインを作成していくことである。

たぬ(狸乃穴倉)



今回のテーマは「保険者へのメッセージ」ですが、「保険者に関わっている私からもメッセージ」を発信したいと思います。よろしくお付き合いのほどをお願いいたします。

べてみましょう。(保険者のHPを見ればすぐに分かります。)

### はじめに

介護支援専門員のバイブルである『基本テキスト』に保険者はこう定義されています。

#### 第1節 保険者

介護保険の保険者は、市町村および特別区です。(法第3条第1項)市町村は保険運営の責任主体として、ほかの社会保険の保険者と同様、被保険者を把握・管理し、保険事故が発生した場合には被保険者に対し保険給付を行うとともに、被保険者から介護保険料を徴収し、その保険料や国・地方公共団体からの負担金等を財源として、保険財政の均衡を図りながら事業運営を行っています。社会保険である介護保険においては、市町村はこうした保険者の地位を介護保険法の規定に基づき当然に取得し、また、被保険者との間に生ずる権利義務関係の内容も法定されています。(『介護支援専門員基本テキスト第1巻(四訂)』より。)

私見のポイントは『保険財政の均衡を図りながら事業運営を行っている。』のところ。「制度がつぶれてしまったら元もこうもない!」とっていますので、できる限り保険料を抑えつつ制度を運営していかななくてはと思っています。

メッセージは、こうした「スタンス」を少しでもご理解いただき、保険者と膝を交えるための「今すぐできること」を発信したいと思います。

#### 「すうじ」をつかむ。

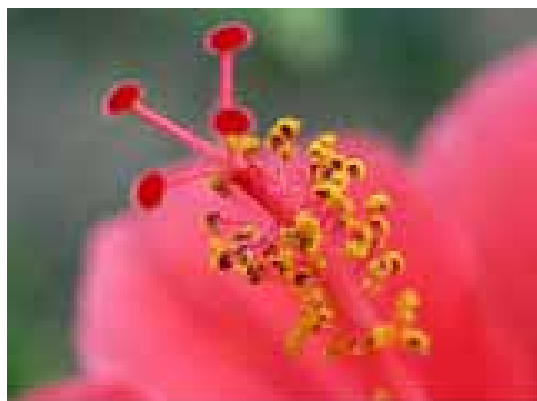
介護保険は、『社会市場(ソーシャルマーケット)』(京極高宣氏)で価格的な競争はできない仕組みですから、事業者はいろいろな意味で利用者の数字を把握し経営に活かされていると思います。(減算や加算にも関係してきますよね。)

保険者も制度を運営していくために、利用者がどのような状況にあるかの数字を常に意識しています。

皆さんの活動エリアの数字はどうでしょうか?調

「65歳以上人口」-「要介護認定者数」=「要介護認定を受けていない人数」

総人口	人
高齢化率	%
65歳以上人口	人
要介護認定率	%
要介護認定者数	人



特に保険料徴収を担当していると「要介護認定を受けていない方」のことを強く意識します。

介護保険はある意味「怖い制度」で、保険給付が増えれば増えるほど保険料という形で自分に跳ね返ってきます。横出し・上乘せサービスも「地域保険」という考え方からすればできます。ただ、それをするると自分の保険料が上がるということを意味しています。(だから社会保険方式でなく税に。という議論は別として・・・)後期高齢者医療制度で年金天引きが増えるということになれば、もっともっと「保険料の使われ方」をシビアに見る方が増えるでしょう。(だからこそ、ケアマネさんのアセスメントの重要性が増します。)

ケアマネが一人で1年間に立てているプランの総額

介護保険の総給付費	億円
エリアのケアマネの人数	人
ケアマネ1人が立てているプランの金額	万円

総給付費の多額さに改めて驚かれたのではないのでしょうか。この数字は当たり前ですがケアプランの合計です(しかも9割分のみ)。ケアマネ1人当たり概ね4,000万円位のお金を動かされていると思います。ケアマネにはこれだけのお金を動かしている矜持を持っていただければと思います。

このような数字を意識していただくことで、プランにしてもサービスにしても今までとは違ったとらえ方ができてくると思います。

### 「るーる」をつかむ。

実は結構保険者もルールを知らなくて、話を聞いてから調べて納得ということも多くあります。先ずはお互いに「本当のルール」を確認し、それをベースにコミュニケーションを図っていくことが大切ではないかと思います。「実践領域上の法令遵守」を培っていくためにも必要なことと思います。

また、これをベースにしたやり取りの中で、ローカル・ルールもできてくるのではないのでしょうか。(わが町では、今までに協働で3つのローカル・ルールを作っています。)

### 「めんばー」になる

「介護保険運営協議会」のメンバー(委員)になられたことはありますか?運営協議会を傍聴されたことはありますか?

『～略～個人としていいたいことはあっても委員会

内で述べるのが筋で、いきなり世間に向かっていって身も蓋もない。』(サンスポ.COM>コラム甘口辛口2007年12月24日 サンケイスポーツ・今村忠氏)

これは横綱審議会の委員に対する意見ですが、介護保険でも同じことが言えるのではないのでしょうか。「介護保険運営協議会」や「地域包括支援センター運営協議会」など意見が反映される場に参加されることをお勧めします。

また、第4期の事業計画には必ず参画して(パブコメでもOK)意見を発信されてください。それがソーシャルアクションにつながります。



私事、社会福祉士16年、介護福祉士11年、ベーパーケアマネ10年ですので、保険者の中ではジレンマの日々です。ですが!今回は、あくまでも保険者の立場で臨みました。その点、ご理解ください。この場を与えてくださった「たぬさん」に改めてお礼申し上げます。

蘭

## メッセージの宛先

べあ

特集記事を読んで、ものすごくたくさん、いろんな事を考えさせられたんだあ。きちんと書けるかどうか自信ないけど... ちょっと感想文? 提出し

てもいい??

居宅のケアマネとしてどうすればいいの、自問

自答しながら仕事してきた。その仕事内容を指導してくれる人はいなかったのよ。介護保険制度そのものの解釈から、ケアマネとしての業務内容、細かな算定の内容まで自分で読み込んで考えていくしかなかった。これまでの数年間 一番頼りにしてきた、一緒に考えてきた、相談に乗ってもらったのは 担当の保険者だと思ってる。

でも、私って過去、ブログの中でかなりの回数 文句 言ってるんよね。だって...ね？ 『 納得のいかないこと 』って 実際にはものすごく多いんだもん。

Mr.M さんも書いてたけど 個々のケース・その背景があるから・・・一律線引きした同じラインに乗らないこと... 「法令・通知類そしてQ&A だけでは判断できないこと」 ってたくさんある。

【非日常的な支援だと考えられるので算定は出来ません】要件に当てはまらないので 加算は不可能です 【過去、そのような質問・ケースはなかったので算定は出来ません】 etc・・・詳細を書くと膨大な量になるから割愛するけど～ 実際に何度も何度も聞いてきた言葉。

ただ、今回の特集を読んで～。。これって「保険者」 だけではなく 「介護保険制度に関わる全ての職種に対するメッセージ」 だと思う。まずはそれぞれの職種が 自分のやってること、やらなきゃいけないこと、それがどうして必要なのか・・・きちんと考えなきゃいけないんだと思う。

保険者には保険者の、実践領域には実践領域の立場・言い分 ？ がある。だからこそ「一緒に考えてより良い方向に持っていけるようにお互いに牽制...？ 戦い...?? (あれ表現が変??) しなきゃだめだよ～」ってそういうことだよなぁ？

私、今後もガンガン問い合わせすると思う。問い合わせる以上は「ガッツリ読み込んでしっかり理解して」から「なぜ必要なのか、その根拠や必要性を客観的に明確にするだけの下準備」をもって「納得いくまで話をする」ようにしたい。

「納得いかなかったらどうすればいいのか具体的な方法」もご紹介 ？ いただいたしっ 難しい話は抜きにしても関わらせていただいた方がほんの少しでも「幸せな人生だったな～」って思えるように、前に進んでいけるようにしていきたいの。その為には...さらにさら～に修業しなきゃ

感想文ついでに。

私のエリアの保険者さん～！ 毎回かな～りしつこく食いついてる(?)けど... 適当なことするつもりじゃないから問い合わせしてるのっ 少しでも良い方向に進めていきたいから...

一緒に考えようね～ 考えてね～ 今後ともよろしくですう～

なぜかいきなりフレンドリー@@@;

(べあ)

### 編集部員のひとりごと...その1

蘭さんの記事には、【自分の地域の数値を記入して、自分の地域の状況を客観的に把握する】ために、欄が空白となった表が設けてあります。ぜひ、実際に記入してみてください。

私自身のお勧めは、WAM-NET の介護保険事業報告です。矢印のページを開くと、約 1700 の保険者の被保険者数やサービスごとの給付費を xls 形式のデータで取得できます。他地域と比較することで、自分の住む地域の現状が、より客観的に把握できる(すうじをつかむ)と思います。

ところで皆さん、今回の特集はいかがでしたでしょうか。発行前においては「本誌がどんなメッセージ(切り口)で保険者を指摘するのだろう」という雰囲気だった気がします。先のとおり、「メッセージの宛先」と題して、べあさんが本特集の総括をしました。これが編集部からのメッセージでもあります。ご高覧いただければと思います。(たぬ)



## 一般記事：

### 言葉

かよ

3日間の介護支援専門員基礎研修を終え、翌日1件目の訪問先。

利用者さんとの会話。

**かよ**「おはようございま～～す」

**(^o^)**「おはようございます。今日もよろしくね (^\_^) ケアマネ研修3日間おつかれさま」

**かよ**「うえ！？だ、だれから～@\_\_@；あ、係長です。ね！もーもー…そうだったんです。…なので水曜日は係長にお願いしておきました。研修はグループでのディスカッションとか、すごく楽しくお勉強できました！」

**(^o^)**「がんばれっ がんばれっ」

**かよ**「はいっ！がんばりますっ！」

**(^o^)**「将来のお相手もね」

**かよ**「…がーん…。そうなんですよ…1年この仕事やってきたら、なんか楽しくなってきた…このまま婚期を逃しそうな気がしてます…はい。」

**(^o^)**「やっぱり…」

**かよ**「事態はかなり深刻です(笑)今人生において1番の大きな課題ですよ。」

**(^o^)**「危険だわ」

**かよ**「でも、うーんなんとか…なんとかします。そっちの方もがんばります。んじゃ今日もよろしくお願いしまあす。」

実は、この会話、声と声の会話ではないのです。利用者さんは気管切開し人工呼吸器を装着しているので、声を出すことはできません。

彼女の病名は「ALS」筋萎縮性脊索硬化症という難病。

彼女が今、体で動かせる部分は目、口唇、それから右手の親指。

その右手の親指にスイッチをセッティングし、オペナビという彼女仕様のパソコンを通して画面に紡ぎだされる彼女の言葉。

いつも愛にあふれている。

パソコンの画面には、上にあるように絵文字やマークや マークがいっぱい！

4月、担当してまもなくの頃、排泄ケアの前に外から様子が見えないように障子やカーテンを閉めるという、とても初歩的な羞恥心への配慮を忘れてしまった。

彼女からケアが終わった時に

「今日障子とカーテンを閉めるのを忘れちゃったね。恥ずかしいものです。」

そう伝えられた。

画面の文字を見るまでまったく気づかず、見た瞬間赤面し、ただただ申し訳なくて涙が落ちた。

「すみませんでした。これから気をつけます。」

なんとか声にできたあたしに彼女は…

「はっきり言われた方がいいのよ。腕が上がるから！！期待してますよ」

そう言った…いや言っていないけど…そう伝えてくれた。



人工呼吸器を使用して生きるという道を選んだのは彼女自身。

ご主人に先立たれ、2人の娘さんを育てながら英語教諭として勤めた。

今は在宅で療養生活を送っている。

新聞でボランティアを募集するなど、ベッドから自ら言葉を発信し、家族それぞれが自立して生活ができるように24時間介護体制のモデルを彼女自身が考えている。

先日はリクライニング車椅子で外出し、彼女のようにパソコンをコミュニケーション手段としている方を支援する技術者を募る講演会に出席。会場にいる人に生の言葉を発信した。

彼女のように愛あふれる言葉を紡いでいたい。  
死ぬまでずっと。

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）

## 親孝行、子孝行

せ

今日、TVを見ていたら

落語家の三代目三遊亭圓歌師匠が

「中沢家の人々」

（実の両親、奥さんの両親、亡くなった先妻の両親、6人のお年寄りとの同居生活のエピソードを綴った圓歌師匠の十八番の落語ネタです）

の演目をやっていた。

その中で、

圓歌師匠のお母さんが

「おにいちゃん（圓歌師匠のこと）あたしゃこれから、子孝行するからね」

と言ってから、何日もしないうちに、朝起こしにいくと、

眠るように息を引き取っていたと、のエピソードがあった

親孝行していると、親は子孝行をして、面倒をかけるないように

安らかに旅立つもんだと、笑いを交えながら言っていました。

圓歌師匠は、泉 重千代さんや きんさん ぎんさん の前でも

同じように落語を演じたそうです。

そういえば、泉 重千代さんは、世界最長寿となったときのギネスブックの

編集者からのインタビューで

「好きな女性のタイプは？」と聞かれて、

「やっぱ年上かのう」と答えたそうです。

私なんか、まだ、小僧っ子だなあ……………



せ（日々是慌日）

午前中、ケアマネを担当している利用者から電話が入った。

「多系統萎縮症」という病気の方で、一人暮らし。

2号被保険者で、行政から依頼のあったケースだが、独居はかなり厳しくなってきた。

徐々に病状が進行しているため、介護サービスのほか、**民間の配食サービスを毎日利用。**

ゴミ出しもできないため、清掃局へ**自宅へのゴミ収集**も依頼した。

配食業者には、届ける際に玄関を開けたら必ず返事があるのを確認していただくことや、何かあったらステーションに連絡していただくことにした。

ステーションではご自宅の鍵を預かっており、遠方のご家族にはステーションの24時間体制の携帯番号を知らせてある。

**言語障害が進み、呂律が回らず言葉が聞き取りづらい。**

たどたどしく、今日は特に聞き取りにくいけど・・・具合が悪い様子。

一生懸命話しているが、「お腹の調子が悪い」、「体が動かない」、「オムツをしている」ということがわかった。

えっ!? オムツ・・・。

先週まで、ゆっくりだがつたい歩きでトイレ歩行ができた。

**大至急、訪問決定。**

ケアマネだが、ナースに変身できるように訪問バックをいつも持参

ヘルパーさんは、お腹の調子が悪いのを気遣って（すでに連絡済み）煮物を作ってくれていた。

が、しか～～し、**お腹は ばんばん。**

**妊婦さん状態だ。**

ヘルパーさんが、「リンゴはジュースにしましょうか？」などと言ってくれる。

・・・と、そこでっ!

**ケアマネからナースに変身** 腸蠕動は微弱、ガス貯留あり。下剤を服用しているが排便がない。

（腸閉塞か?）

担当ナースに連絡がつき、訪問の合間に来てくれた。

到着するなり・・・

「あらぁ～～ お腹・・・、ずいぶん成長しちゃいましたね～」

普通だったらブラックジョークだが、利用者は笑っていた。（^^;

信頼関係ができているからこそだ

普段からお腹の動きは弱いけど、検査と処置が必要と判断し、総合病院の主治医に電話をした。

運良く、すぐにつながったが、状況を説明すると**最初の一言が、**

Dr「ベッドが今いっぱいなんだよね。」

（はぁ?）

ぴ「でも、とにかくみて頂いて処置をしないと。」

Dr「明日じゃダメ?」

（ひきませんっ!）

ぴ「腸閉塞の可能性もあり、動けない状態なので明日まで様子を見るのは危険だと思います!」

Dr「じゃあ、来てもいいよ。」

遠方のご家族に連絡し、病院へ直行していただくように話す。

持って行く物を準備し、救急車を呼ぶ。

救急隊は何度も「タケイトウイシユクショウ??」と繰り返し聞き、どんな字なのか、どうのこうの言うが、

とにかく早く来てほしいっ!

救急車が出発するまで見送った。

せつない表情をしていた・・・。

だって・・・言葉が通じないんですもの。（;;）

利用者はできる限り、一人暮らしで頑張りたいたい。実家には帰りたくない、と。

私も利用者**と限界まで挑戦するつもり**でいる。

サービス関係者もチーム一丸となって支援しているのだ。

だから・・・

**その気持ちを尊重したい。**

**一人暮らしを応援したい。**

これからも・・・

ぴぴ（訪問ナース&ケアマネ のほほん日記）

## 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(4)

#### 第8条(1)

第八条 この法律において「居宅サービス」とは、  
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハ  
ビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、  
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、  
短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、  
福祉用具貸与及び特定福祉用具販売をいい、「居  
宅サービス事業」とは、居宅サービスを行う事  
業をいう。

第8条は、「居宅サービス(事業)」及びその体系  
を構成するそれぞれのサービスの内容について定義  
されています。上の条文はその第1項なのですが、  
ここには居宅サービス(事業)についての提起が規  
定されています。

読んでそのまま、「居宅サービス」とは訪問介護・  
訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・  
居宅療養管理指導・通所介護・通所リハビリテーシ  
ョン・短期入所生活介護・短期入所療養介護・特定  
施設入所者生活介護・福祉用具貸与・特定福祉用具  
販売を指しており、居宅サービスを行う事業だから  
「居宅サービス事業」である、というわけです。

#### 第8条(2)

第8条第2項では、「訪問介護」について定義され  
ています。

2 この法律において「訪問介護」とは、要介護  
者であって、居宅(老人福祉法(昭和三十八年  
法律第百三十三号)第二十条の六に規定する軽  
費老人ホーム、同法第二十九条第一項に規定す  
る有料老人ホーム(第十一項及び第十九項にお  
いて「有料老人ホーム」という。))その他の厚生  
労働省令で定める施設における居室を含む。以  
下同じ。)において介護を受けるもの(以下「居

宅要介護者」という。)について、その者の居宅  
において介護福祉士その他政令で定める者によ  
り行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他  
の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で  
定めるもの(夜間対応型訪問介護に該当するも  
のを除く。)をいう。

ここで「訪問介護」について、次のような定義が  
なされています。

1. 要介護者に対して提供される。
2. 居宅(軽費老人ホーム・有料老人ホームその他  
厚生労働省令で定める施設の居室)で行われる。
3. 介護福祉士その他政令で定める者によってサー  
ビスが提供される。
4. サービスの内容は、入浴・排泄・食事等の介護  
その他日常生活上の介護であって、厚生労働省令  
で定めるもの(夜間対応型訪問介護を除く)であ  
る。



...で、ここで出てくる「厚生労働省令」・「政令」を  
引っ張り出してきました。

まずは、第2項本文に出てくる「その他厚生労働  
省令に定める施設」から。引用するのは、介護保険  
法施行規則第4条です。

(法第八条第二項の厚生労働省令で定める施設)  
第四条 法第八条第二項の厚生労働省令で定める施  
設は、老人福祉法(昭和三十八年法律第百三十三

号) 第二十条の四に規定する養護老人ホーム(以下「養護老人ホーム」という。) 同法第二十条の六に規定する軽費老人ホーム(以下「軽費老人ホーム」という。)及び同法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム(以下「有料老人ホーム」という。)とする。

さらに老人福祉法の規定なんぞが出てまいりました。こっちも併せて引用しておきます。

「ややくしい!」という声が聞こえてきましたが、諦めてください。この老人福祉法の部分を介護保険法施行規則上で説明していると、それこそややくしくなりますから(笑)。

(養護老人ホーム)

第二十条の四 養護老人ホームは、第十一条第一項第一号の措置に係る者を入所させ、養護するとともに、その者が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設とする。

(軽費老人ホーム)

第二十条の六 軽費老人ホームは、無料又は低額な料金で、老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設(第二十条の二の二から前条までに定める施設を除く。)とする。

(届出等)

第二十九条 有料老人ホーム(老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又はその他の日常生活上必要な便宜であつて厚生労働省令で定めるもの(以下「介護等」という。)の供与(他に委託して供与をする場合及び将来において供与をすることを約する場合を含む。)をする事業を行う施設であつて、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居その他厚生労働省令で定める施設でないものをいう。以下同じ。)を設置しようとする者は、あらかじめ、その施設を設置しようとする地の都道府県知事に、次の各号に掲げる事項を届け出なければならない。(以下、略)

というわけです。なお、養護老人ホーム及び有料老人ホームについては、外部サービス利用型(介護予防)特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設がその対象となります。

第8条(2の2)

第8条第2項の続きです。

次は、「介護福祉士その他政令で定める者」です。

(法第八条第二項及び第八条の二第二項の政令で定める者)

第三条 法第八条第二項及び第八条の二第二項の政令で定める者は、次の各号に掲げる研修の課程を修了し、それぞれ当該各号に定める者から当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者(以下この条において「養成研修修了者」という。)とする。

一 都道府県知事の行う介護員の養成に関する研修 当該都道府県知事

二 都道府県知事が指定する者(以下この条において「介護員養成研修事業者」という。)の行う研修であつて厚生労働省令で定める基準に適合するものとして都道府県知事の指定を受けたもの(以下この条において「介護員養成研修」という。) 当該介護員養成研修事業者

これは介護保険法施行令第3条です。先走って第8条の2第2項が登場していますが、そこでは介護予防訪問介護の定義がなされていますので、「サービス提供を行うことができる者」という意味合いで、一括して述べられています。

つまり、都道府県知事(が指定した者)が実施する介護員養成研修(いわゆる“ヘルパー養成研修”なんぞといって行っているやつ、ですな)を修了し、研修の実施主体からの修了証明書の交付を受けた人が、介護福祉士以外で訪問介護のサービスを提供できる資格を持つ、というわけです。

最後に「入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であつて、厚生労働省令で定めるもの(夜間対応型訪問介護に該当するものを除く。)」についてみていきましょう。

(法第八条第二項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話)



第五条 法第八条第二項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話は、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事（居宅要介護者（同項に規定する居宅要介護者をいう。以下同じ。）が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要介護者の日常生活上必要なものとする。第十七条の五において同じ。）生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話とする。

介護保険法施行規則第5条です。

身体介護については読んでそのままなのですが、家事に関する援助については、

1. 利用者本人が単身世帯である
2. 同居の家族がいるとしても、その家族が障害や疾病等の状態にある

のいずれかにあることでその家事の援助を受けることが困難な場合に、必要に応じてサービスを提供することが可能であると述べています。

#### 第8条（3）

3 この法律において「訪問入浴介護」とは、居宅要介護者について、その者の居宅を訪問し、浴槽を提供して行われる入浴の介護をいう。

第8条第3項です。この一文で終わりです。

「訪問入浴介護」についての定義ですが、ここで気をつけておいてほしいのは、訪問入浴介護の場合、浴槽は事業者（サービスを提供する側）が準備したものを使用する、ということです（自宅に設置している浴槽を使用するのであれば、それは訪問介護（場合によっては訪問看護）で行われるサービス内容となってしまいます）。

#### 第8条（4）

居宅サービスの定義の続きです。

4 この法律において「訪問看護」とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認められたものに限る。）について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

介護保険法第8条第4項には、訪問看護についての定義が述べられています。

またまた厚生労働省令が登場しているようなので、そこを抜き出してみましょう。

（法第八条第四項の厚生労働省令で定める基準）  
第六条 法第八条第四項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定期にあり、居宅において看護師又は次条に規定する者が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を要することとする。

まず前半部分です。このブログですっかり常連さんとなった（笑）介護保険法施行規則からの引用です。病状が安定していて、医師による常時の医療提供はあまり必要ないけれども、日常的に見れば医療的なサポートが必要であるために、看護師等の訪問による処置などが必要であると主治医が判断した場合に、訪問看護を利用することが可能となるわけです。

（法第八条第四項の厚生労働省令で定める者）  
第七条 法第八条第四項の厚生労働省令で定める者は、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士とする。

後半部分では、看護師以外に訪問看護のサービスを提供できる者を規定しています。

看護師・准看護師・保健師だけではないんですよ。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士といったリハビリ職の訪問も可能なのです。ただし、リハビリ職の訪問が可能なのは、訪問看護ステーションにこれらの職種の有資格者が在籍している場合に限るのですが。



welline-wel

第8条(5)

第8条第5項です。

5 この法律において「訪問リハビリテーション」とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

居宅サービスの一つ、「訪問リハビリテーション」についての定義です。

要は、利用者の日常生活の自立のために理学療法士や作業療法士といったリハビリ職が利用者宅へ訪問してリハビリテーションを行うものです。

先ほどの訪問看護にも「リハビリ職の訪問」という話がありましたが、この場合は訪問リハビリテーションを行う事業所として都道府県知事の指定を受けた事業所からの訪問となります（訪問看護ステーションからの訪問は、あくまでも「訪問看護」に区分されます）。

それと、この訪問リハビリテーションには「主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る」というただし書きがあります。これは訪問リハビリテーションが医療系のサービスであるということで、いつぞやの項目に出てきた「医療との連携」を重視し、主治医が厚生労働省令の基準に当てはまり、サービスを受けることでその利用者の日常生活の自立に資すると認める必要があるのです（要は主治医からの指示が必要、という意味なのですが）。

その厚生労働省令を見ますと...

（法第八条第五項の厚生労働省令で定める基準）  
第八条 法第八条第五項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定期にあり、居宅において、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要することとする。

介護保険法施行規則からの引用ですが、これを読んでいただければ、訪問リハビリテーションが主治

医の診療を基にして実施されるものであることがお分かりいただけるとと思います。

第8条(6)

6 この法律において「居宅療養管理指導」とは、居宅要介護者について、病院、診療所又は薬局（以下「病院等」という。）の医師、歯科医師、薬剤師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の管理及び指導であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

第8条はまだ続いています(しつこいようですが)、第6項では居宅療養管理指導について述べられています。

ここでも厚生労働省令に定めがあるようなので、引用します。まずは「その他厚生労働省令で定める者」から。

（法第八条第六項の厚生労働省令で定める者）  
第九条 法第八条第六項の厚生労働省令で定める者は、歯科衛生士（歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。次条第三項において同じ。）及び管理栄養士とする。

介護保険法施行規則第9条です。法本文と併せると、居宅療養管理指導を行うことができる職種は、病院・診療所又は薬局に在籍する、

- 1 医師
  - 2 歯科医師
  - 3 薬剤師
  - 4 歯科衛生士（歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師・看護師・准看護師）
  - 5 管理栄養士
- となります。

次に「療養上の管理及び指導であって、厚生労働省令で定めるもの」です。介護保険法施行規則第9条の2に規定がありますが、療養上の管理や指導を実施する職種によってその内容が異なります（当然と言えばそうなのですが...）。

（法第八条第六項の厚生労働省令で定める療養上の管理及び指導）

第九条の二 法第八条第六項の厚生労働省令で定める療養上の管理及び指導のうち医師又は歯科医師により行われるものは、居宅要介護者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施される指定居宅介護支援事業者（法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）その他の事業者に対する居宅サービス計画（法第八条第二十一項に規定する居宅サービス計画をいう。以下同じ。）の策定等に必要の情報提供（当該居宅要介護者の同意を得て行うものに限る。）並びに当該居宅要介護者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言とする。

最初に医師・歯科医師によって行われるものについてですが、利用者宅へ訪問して行う継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施される、（１）指定居宅介護支援事業者やサービス提供事業者に対する、居宅サービス計画の策定に必要な情報の提供（利用者の同意が必要）（２）利用者又は家族に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導・助言です。

続いて、薬剤師の場合。

2 法第八条第六項の厚生労働省令で定める療養上の管理及び指導のうち薬剤師により行われるものは、居宅要介護者の居宅において、医師又は歯科医師の指示（薬局の薬剤師にあつては、医師又は歯科医師の指示に基づき策定される薬学的管理指導計画）に基づいて実施される薬学的な管理及び指導とする。

病院・診療所の薬剤師と薬局の薬剤師とでは管理

指導計画を策定する・しないの違いはありますが、医師又は歯科医師の指示に基づいて、薬についての管理や指導を行う、ということです。

三つ目は歯科衛生士（相当する業務を行う保健師・看護師・准看護師）の場合です。

3 法第八条第六項の厚生労働省令で定める療養上の管理及び指導のうち歯科衛生士により行われるものは、居宅要介護者の居宅において、その者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及び当該歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内の清掃又は有床義歯の清掃に関する指導とする。

つまり、歯科衛生士等の居宅療養管理指導は、利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示又はその歯科医師が策定した訪問指導計画に基づき、口の中や歯の清掃又は有床義歯（歯茎に相当する部分がある義歯）の清掃に関する指導を行う、ということです。

やっと最後です、管理栄養士の場合。

4 法第八条第六項の厚生労働省令で定める療養上の管理及び指導のうち管理栄養士により行われるものは、居宅要介護者の居宅において、その者に対して計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づいて実施される栄養指導とする。

利用者に対して計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者宅を訪問して栄養指導（食事に関する指導だとか）を行うのが、管理栄養士が行う居宅療養管理指導の内容です。

なお、ちなみに医師・歯科医師の居宅療養管理指導についてですが、診察や処置・注射など医療行為は含まれていません。ご注意ください。

」（介護保険を勉強しなす）

編集部員のひとりごと...その2

特集を各号で設けています。これまで「コンプライアンス～試験勉強～在宅ケア～保険者へのメッセージ」と取り上げてきました。

それらの記事の中で「現場としてのチームのあり方」「各関係機関との関わり方」の必要性・重要性が明確化されてきたと思います。そこで、NO.5では実践の現場において**具体的にどうすればいいの、何をしたらいいの**かを特集してみたいと思います。皆様の投稿、記事お待ちしております。（baru）

## 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 2008 No.4」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](#))  
かいちゃん([ケアマネ整体師~ ありがとう。感謝~【言葉】](#))  
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す](#))  
しおわかな([日常茶婆爺](#))  
sige([僕のかみさん](#))  
GPZ([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](#))  
椿([文章力アップを目指して](#))  
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([びったれの日常](#))  
のぞみ([瀬戸際のケアマネ・白衣のペ天使](#))

のんたる([のんたるの気まぐれ日記](#))  
ハクシヨ中納言([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](#))  
びび([訪問ナース&ケアマネのほほん日記](#))  
piyo()  
笛吹童子([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([くしんぼうでパンパンさ](#))  
まっー([訪問看護師「まっー」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振られ](#))  
ミスライス([LUCKY DUCKLING](#))  
みつ([介護事務員のささやき](#))  
明静苑([福岡県北九州市小倉南区 舞ヶ丘 明静苑 介護福祉高齢者情報](#))  
yari123([グレースケア機構/とんち介護教室](#))  
れいみ([未来に向けて](#))



ういずライン 2008 No.4(後半)

2008年1月31日発行

発行:ういずライン~wel

編集:ういずライン~wel 編集部

<http://withline.web.fc2.com/>