



第4回 日本介護支援専門員協会全国大会 in 京都
第9回 近畿介護支援専門員研究大会 京都大会

報 告

対人援助の質を問う

— あなたは自分の立ち位置が見えていますか? —

平成22年2月20日(土)・21日(日) 会場:京都テルサ

【主 催】 一般社団法人日本介護支援専門員協会・社団法人大阪介護支援専門員協会・
特定非営利活動法人奈良県介護支援専門員協会・特定非営利活動法人兵庫県介護支援専門員協会・
特定非営利活動法人和歌山県介護支援専門員協会・滋賀県介護支援専門員連絡協議会・
社団法人京都府介護支援専門員会

【後 援】 厚生労働省・京都府・京都市

第4回日本介護支援専門員協会全国大会 in 京都

第9回近畿介護支援専門員研究大会京都大会

報告



2月20日(土)-----

開会式

情勢報告「平成21年度介護報酬改定から1年を経て」

厚生労働省 老健局振興課長 土生 栄二

活動報告「日本介護支援専門員協会の組織で会員を守る」

一般社団法人 日本介護支援専門員協会会長 木村隆次



講演「対人援助専門職が育つには

～基本から熟成まで～」

講師 奥川幸子（対人援助職トレーナー）

討論会「ケアマネジャーのポジショニング」

司会：花園大学教授 福富昌城

オブザーバー：奥川幸子

発言者：

京帽市長寿社会部介護保険課担当課長

安部 康則

居宅介護支援事業者愛の園管理者

崎山 賢士

嵯峨野病院居宅介護支援事業所

主任介護支援専門員 川添 チエミ



開会式後の奥川幸子先生の講演「対人援助専門職が育つには～基本から熟成まで～」や討論会ではケアマネとしての自分の存在目的を再度見直す良い機会として頂けたと思います。普段の業務に慣れてしまい、手際よく業務をこなす事だけが上手になっていないか？目の前の方たちを本当に支援できているか？ケアマネ以前に自分のパーソナリティはしっかりしているか？等が投げかけられました。大会のサブタイトルでもある『あなたは自分のたち位置が見えていますか？』の「立ち位置」を皆さん一人一人がつかんで頂けたのではないのでしょうか？

懇親会（会場：リーガロイヤルホテル京都）

懇親会では、京都ならではの芸者・舞妓さんの出迎えに始まり、アカペラコーラスグループ「タカラブネ」の歌、祝舞など美味しい料理を一層守り立てる盛りだくさんの内容で、開催地京都を満喫して頂けたことでしょうか。全国から集ったケアマネジャーの方々の交流がとても良い刺激になったことと思います。近隣はない話や、地域性の違いから出る考え方の違いやなどの情報を交換し、とても心強い同士たちと今後の交流のきっかけとなる貴重な時間を過ごして頂けたのではと思います。



Takarabune



宮川町

よし富美



2月21日(日)-----

分科会 「報酬改定から1年を振り返る」



第1分科会

「家族構成の変化に伴う介護現場の課題と将来像」

場所	京都テルサ 西館3階 第1会議室	タイムキーパー	坂田馨
座長	奥西栄介	会場案内	姫島直紀・中野元臣
司会	佐藤博美	受付	湯沢美代子
記録	田端鈴子		下出和子
順番	演題・発表者	質疑	回答及び座長等の意見など
1	『家族システム』の崩壊がもたらす問題点 ケースを通して支援の問題点と方向性を考える 医療法人 鴻池会居宅介護支援事業所 (奈良) 北西 瑞花 発表：10分 質疑応答： 分	・サービスなどで手立てをしているが、息子、本人に対するカウンセリングを行ったのか？	回答：本人の介護度が重度となりカンファレンスをした時に離婚が決まっていた。もっと早く関わりを持てば、介入出来ればと反省している。現在進行中なので今後も関わっていききたい。 座長：家族の歴史的側面も大切にしていける。先入観は禁物だが親と息子の閉鎖された関係のなかで丁寧にフォローする視点が大切。家族システム論について。
2	支援困難な現象を多面的・立体的に理解する試み～在宅支援に携わるソーシャルワーカーへのインタビュー調査から 医誠会居宅介護支援事業所(京都) 佐藤 弓子 発表：10分 質疑応答： 分	・虐待をシステムに当てはめ事例研究されている	回答：虐待に対して、困った減少を見た時、何があるのか見ていく。 座長：虐待についてのアセスメントが重要。山をイメージして多面的に見ていく。今回の視点はモニタリング、インテークで活用していくことも可能。

<p>3</p>	<p>独居の要介護者への支援 ～生活の支援および金銭管理面の支援</p> <p>ケアプランセンターぬくもり(滋賀) 大町 深雪</p> <p>発表: 9分 質疑応答: 分</p>	<p>・生活全体のケア、経済的側面もあり総合的にアセスメントする必要がある。</p> <p>・金銭管理、権利擁護は利便性を犠牲にして金銭管理を行うことになるが、利便性を如何に確保していくかが重要。</p>	<p>・ケアマネジャー自身が現金を預かる、支払いを代行するという現実がある中で、今後、問題が起こらないように研究していく必要がある。</p>
<p>4</p>	<p>『家にいたいんや。これでいいんや。』 ～ひとり暮らし高齢者の生活をどう支えていくか～</p> <p>発表者: ケアプランセンター紀和(和歌山) 小池 朗子</p> <p>発表: 10分 質疑応答: 分</p>	<p>・地域との関係、ボヤで周辺が不安。</p> <p>・地域に対してアドボケートしたのか？</p>	<p>回答:退院後自宅に近所の人たちが来て「何故返したのか?」「責任者を出せ」等の発言があり、ケアマネジャーが対応して回答し理解を求めた。その後も再三理解を得て貰えるよう対応している。</p> <p>座長:地域ネットワーク、地域包括支援センターとの連携強化が必要。キーパーソンである息子に過剰な負担をかけないような配慮も必要。</p>
<p>5</p>	<p>地域と共に生きる～私達出来る可能性を求めて～</p> <p>ケアプランセンターしかまの里(兵庫) 坂本 裕佳</p> <p>発表: 6分 質疑応答: 分</p>	<p>・社会福祉法人の居宅介護支援事業所ケアマネジャーとして大切な事業。</p> <p>・社会福祉協議会との連携はあったのか？</p>	<p>回答:社協には必ず相談し、今も連携をとり広げていこうと思っている。座長:世代間交流も面白い。ニーズを把握し制度化していくのも良い。それぞれの地域をアセスメントしながら広げてゆく。</p>
<p>6</p>	<p>ケアマネジャーがとらえた老老介護の課題と支援のあり方～老老介護世帯に関する、共同アンケート調査結果から～</p> <p>発表者:京都府介護支援専門員会・調査研究委員会 南出 裕美子</p> <p>発表: 9分</p>	<p>・独居加算で独居世帯にスポットが当たった。老々介護のメリット、デメリットがあるが、在宅生活継続の見極めは難しい。</p>	<p>回答:本人が望んでも難しいケースもあり、精神的負担を軽減するシステム、望みをかなえられるよう何かを変えていく。</p> <p>座長:制度的に家族を分散させている。相談相手、自分の理解者を求めている。信頼に繋がる支援を考えていく必要がある。</p>

7	<p>世帯全体を捉える支援のあり方 ～関係機関との連携における介護支援専門員の役割～</p> <p>居宅介護支援センター和楽(神奈川) 引田 義孝</p> <p>発表: 10分</p>	<p>・信頼関係を築くために苦労したことは？</p>	<p>回答: 介護者の精神症状に介護負担の増大も影響していた。家族を支えるために相談方法を工夫するなどして関係を築いた。</p> <p>座長: 適切な機関と連携を取りながら本人・家族を支援する視点。居宅の割り方について包括との連携。多問題を抱える家族のコスト発生もない中、課題が大きい。</p>
8	<p>ケアマネジャーの役割と機能</p> <p>大阪人間科学大学 大学院 人間科学研究科 修士課程(大阪) 小北 玉子</p> <p>発表: 10分 質疑応答: 分</p>	<p>・家族の代弁について</p>	<p>回答: 利用者本人に対するの</p> <p>座長: 家族に代弁は大切。機能するような確認も必要。いろんな角度からケアマネジャーを見ていける好例。:</p>
9	<p>地域におけるケアマネジャーの質向上への取り組み～学術研究会開催の実践報告とその評価～</p> <p>平野区医師会ケアプランセンター(大阪) 立石 容子</p> <p>発表: 10分</p>	<p>・学術で地域をつなぐというのなら一般市民も参加OK?</p>	<p>回答: 今のところはなし。悩んでいるところで、将来的には考える必要がある。</p> <p>座長: 公開講座的な形で地域にも知って欲しい。地域をつなぐ、耕すで頑張ってください。</p>

座長・コーディネーターの意見・その他

- ・家族の規模が小さくなる中で、問題が個別化、多様化していることにケアマネジャーが対応しなければならなくなっている。
- ・枠組みを持って家族を見ている。家族システムのモデルを描いて関わるのが大切。
- ・家族支援における家族の位置 それぞれの生き方があり、一人一人の個人として見る。
- ・家族介護力「0」ケアプラン
- ・安定した三角形。接続することでトライアングルを形成する。



第2分科会

「医療と介護の連携」



場所	京都テルサ 東館2階 セミナー室	タイムキーパー	横手喜美恵
座長	小菓裕成	会場案内	渡辺俊夫
司会	藤岡三之輔	受付	雨師みよ子
記録	脇坂靖美		福田宏子
順番	演題・発表者	質疑	回答及び座長等の意見など
1	輝かき生き在りし日の実現に向けて ～第2号被保険者への取り組みについて～ 連携からケアマネジメントの根幹...その人らしく 岐阜県 海津市サンリバーはつらつ在宅介護支援センター 介護支援専門員 吉田 大介 発表：12分 質疑応答：3分	・リハ病院からの家屋調査はなされたのか？	・ケアマネジャーが家屋の写真を撮って病院スタッフに見せ連携をはかった。 ・本人の「リハビリをして歩行出来るようになりたい」という意欲は大切である。アセスメント、モニタリングが適切に行われている。
2	精神科患者の社会復帰におけるケアマネジメント 医療相談員とケアマネジャー、それぞれの役割とは 奈良県 医療法人 鴻池会居宅介護支援事業所 介護支援専門員 弓場 明美 発表：10分 質疑応答：6分	・H17/1/26の任意入院のカンファレンスはいつ、誰が参加したのか？ ・H19/5初回面接からH20/9退院までの間無報酬で頑張られたのか？ ・MSWとの連携は良くとれているが、Drとの関わりはどう	・病棟内で行われていたものでケアマネは参加していない。そのカンファレンスは定期的に行われている。 ・同法人の病院であったが、異なった病院でも同じ対応をするようにしている。 ・紹介時と退院時の2回のみであった。

		だったか？	
3	<p>病棟とケアマネジャーの連携について ～ケアマネジャーから病棟看護師に戻り、見えること～</p> <p>京都・社団法人京都保健会吉祥院病院・看護師 真柄 明子</p> <p>発表：10分 質疑応答：5分</p>	<p>・病院内のカンファレンスはMSWの仕事ではないのか？</p> <p>・他法人の病院とケアマネの関係の場合はどうなのか？</p>	<p>・ケースに応じてMSW、Ns、ケアマネなど誰が主担になってもいいが、ケアマネとしてはサービス担当者会議と位置付け記録を書いて病棟にも配布することが望ましいと思う。各職種がそれぞれメモ書きして終わらせるというのが現実である。</p> <p>ケアマネしか知らない情報を病院へ提供するのは重要なことである。</p>
4	<p>医療機関から在宅生活へのアプローチを考える 事例から利用者の生活力と介護力を踏まえた支援の在り方を考察する</p> <p>京都府 綾部市医療公社訪問看護ステーション・介護支援専門員 荒樋 智子</p> <p>発表：10分 質疑応答：4分</p>	<p>・回復期のリハ病院でも在宅をイメージしてリハビリを進めているところも多い。</p> <p>・在宅生活をイメージしてどういったリハビリが必要かを病院へケアマネから発信していくことが望ましい。</p>	<p>・利用者が考える自分らしい生活とはどういうものを病院へ情報発信していきたい。</p>
5	<p>自分の家ですごしたい～医療依存度の高い利用者を守るために～</p> <p>京都府・渡辺西賀茂診療所 介護支援専門員小長谷 純子</p> <p>発表：12分 質疑応答：5分</p>	<p>・吐血等の急変時いつでも入院出来る病院が確保されていれば安心であると思われる。</p>	<p>・急変を予測して早めにカンファレンスを行い対応することで乗り越えている。チームを作って上手くできている事例である。看取りの場所、求める医療についての意思確認を出来るだけ早い段階に行うことが望ましい。しかし、更新を常に行う必要がある。</p>
6	<p>老衰などにおける在宅での見取りについて ～マニュアル作成と事例を通して見えてきたこと～</p> <p>大阪府 医療法人徳洲会 介護老人保健施設 八尾徳洲苑介護センター 管理者 増田 幸子</p> <p>発表：9分 質疑応答：1分</p>	<p>なし</p>	<p>看取りの場所、家族の負担など色々考える必要がある。</p> <p>生死をどう考えるかは重要であるが、それぞれの人生観は異なる。しっかり把握していくことが重要である。</p>

7	<p>ターミナルケアにおけるチームアプローチ ～ 本人と家族の残された時間を見守る～</p> <p>奈良市・アップル学園前在宅介護支援センター・介護支援専門員・管理者 山田 健太郎</p> <p>発表： 10分 質疑応答： 1分</p>	なし	4.5. 演題と同様な課題である。
---	--	----	-------------------

座長・コーディネーターの意見・その他

情報提供

介護支援連携指導料(医療保険)3000円(H22/4/1～)

有床診療所の空きベッドをショートステイに利用する

演者のシンポジウム形式で討論を行う

第3演者に対して: 病院とケアマネの情報提供の必要性は判るが、病院によってMSW,Nsの課題もある。病院の温度差ごとの対応も必要ではないか?

普段からの「顔つなぎ」が必要ではあるがそうでなくても出来るはず。

退院前のカンファレンスは情報共有がメインの目的である。サービス担当者会議はその後で行われるものと思われる。病院職員としてはサービス担当者会議録よりもケアプランが欲しい。退院後どうなるのかを知りたい。

ケアマネは退院後どうなっていくのかと言う情報提供をしていくべきではないのか? 医療の敷居が高いことは長年の課題であり頑張りたい。医療と介護、在宅から病院へどうつなげていくかということも課題。



第3分科会

「介護を受けながら住み続ける住まいのあり方」とケアマネジメント

場所	京都テルサ 東館2階 中会議室	タイムキーパー	林繁久
座長	石川進	会場案内	鈴木則成
司会	今井悟	受付	山内和江
記録	中原江里		森島妙子
順番	演題・発表者	質疑	回答及び座長等の意見など
1	<p>よりよいケアマネジメントを目指す ～自身の力量を知りサービス事業所の特性を活かす～</p> <p>大阪府・医療法人徳洲会 介護老人保健施設 八尾徳洲苑介護センター 介護支援専門員 日高 陽子</p> <p>発表：10分 質疑応答：11分</p>	<p>・具体的にサービス費がどの程度削減出来たか？</p> <p>・ケアマネジャーとの信頼関係は？</p>	<p>・家族が実働したり時間が短縮出来た 利用者、家族の気持ちを良くしたということですね。</p> <p>・相手を選んでおられるが信頼関係は出来ていた。</p>
2	<p>自宅で暮らし続けることのできる施設ケアプランを作成して</p> <p>奈良県御所市・医療法人鴻池会居宅介護支援事業所・介護支援専門員 黒川 美和子</p> <p>発表：10分 質疑応答：7分</p>	<p>・流入食は誰がどの様にしているか</p> <p>・本人の生活リズムに合わせたケアを老健で実施する時の進め方は？</p> <p>・こう言った事例はいくつかあるか？</p>	<p>・ゼリータイプのもの。Drの指示でNsが家族指導</p> <p>サテライト29名入所、スタッフが自宅を訪問したことで、意識が変わりプランに反映された。</p> <p>・居宅と施設を兼務して一例のみ</p>
3	<p>認知症高齢者の環境変化を支える ～小規模多機能型居宅介護だからできる取り組み</p> <p>京都府・(福)カトリック京都司教区カリタス会 松原のぞみの郷 介護支援専門員 木村 眞澄</p>	<p>・転居前後のサービス量の変化</p> <p>・自由に来所されていたか</p> <p>・スタッフの関わりの留意点</p>	<p>・通いと訪問のみ。量には変化なし</p> <p>・転居後自由に来られるようになった。</p> <p>・声掛けして自分でするようにした。お向かいとしての付き合い。</p> <p>・長女、本人と商店に出向いて説明。</p> <p>・廃屋を再生したので受入れ良好。地</p>

<p>発表：16分 質疑応答：19分</p>	<p>・お金を持たない買物方法 ・地域との連携・声</p>	<p>域に協力して、女性会、旅行会区民運動会に参加。地域の店で買物。</p>
----------------------------	-----------------------------------	--

座長・コーディネーターの意見・その他

座長：共通項は人。人がどう変わるかが大切。

日高氏：ケアマネジャーのあり方、どの様に関わるか？声を聞くところから私達のケアはスタート

黒川氏：サテライト型老健「時間を御本人で決定してもらう」 施設入所者は決定することが難しい場合が多い。

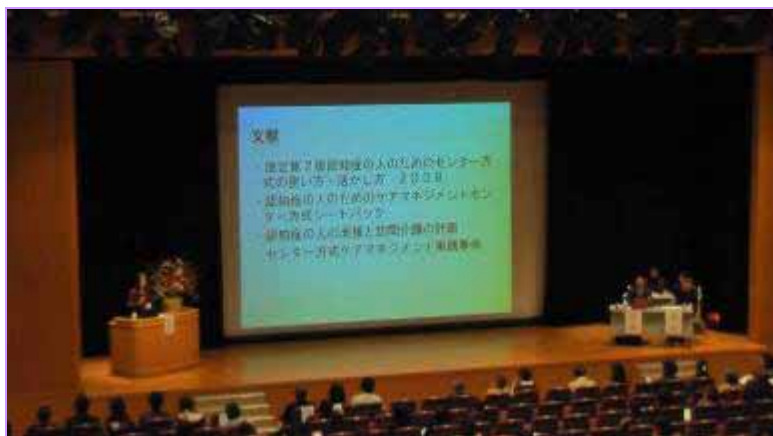
木村氏：ゆっくりと耳を傾げることで見えてくることもある。なじみの関係。ここでも人がどう関わったかが大切。居心地の良さを一番感じさせてくれるのは”人”

係わっていく私達がどうしていくか？それが支援につながる。



第4分科会

「これからの認知症支援」



場所	京都テルサホール(西館1階)	タイムキーパー	木村春香
座長	福富昌城	会場案内	野田啓子・田邊伸良
司会	井上基	受付	藤井さよ子
記録	上田充子		伊佐いく子
順番	演題・発表者	質疑	回答及び座長等の意見など
1	<p>脳トレーニングの軽度認知症に対する効果 ～導入の成否の異なるケースから考察する～</p> <p>大阪府岸和田市・ケアプランセンターわたなべ・介護支援専門員・管理者 村田 智恵</p> <p>発表：15分 質疑応答：5分</p>	<p>・導入できた人と出来なかった人との違いは何か？</p> <p>・家族へのアプローチも大切である</p>	<p>・自分自身の「困った」という自覚があるか無いか</p> <p>・家族との連携</p>
2	<p>センター方式を実践レベルで使ってみて ～検討会を通して気づいたもの～</p> <p>大阪府・医療法人徳洲会 介護老人保健施設 八尾徳洲苑介護センター ケアマネジャー 鶴 健二</p> <p>発表：10分 質疑応答：7分</p>	<p>・シートを導入されるとき、本人、家族への聞き取りをどのように実践されたのか？</p> <p>・センター方式を職員に周知させたい</p> <p>・対象の選び方は？</p> <p>・シートの中から4種を選んだ理由</p>	<p>・生活の課題を多く抱える方を選んだ。重度の方が多くなり家族への聞き取りが中心となった。</p> <p>・研修に参加した職員を中心に使用してみる。</p> <p>・適した課題を抱えている方</p> <p>・C群すべてを使用し、効果が高かったため、チームにレクチャーし、C-1シートから使用した。</p>

<p>3</p>	<p>センター方式の視点を活かした支援による効果について ～ 認知症の妻と主介護者である夫の思いを知る事から始まった支援～</p> <p>京都府 社会福祉法人京都福祉サービス協会 小川事務所 主任介護支援専門員 高木 はるみ</p> <p>発 表: 11分 質疑応答: 5分</p>	<p>・チームの理解や感想はどうだったのか？</p> <p>チームの中で意見をすりあわせてゆくことで、5つの視点を以て関わり続けたことが大きな学びではないか。</p>	<p>・ケアスタッフも「気をつけて関わるようになった」との感想。主治医にも手渡し、「感銘を受けた」との感想をもらった。</p>
<p>4</p>	<p>インフォーマルサービスを活用した若年性アルツハイマー型認知症の方の支援について</p> <p>大阪府 エスプリ介護プラン 介護支援専門員 福井 留美子・古山 かをる</p> <p>発 表: 10分 質疑応答: 5分</p>	<p>・ボランティアをしてくれたのはどのような人か？</p> <p>・ボランティアさんには個人情報のことや認知症の知識についてどうしたのか？</p> <p>月一回集まって情報交換をした。</p>	<p>・60代、70代、50代 ご主人がボランティアの代表をされている人がいた。</p> <p>・誰かがそばにいただけで安定する方だったので、特別な介護は必要なかった。</p>
<p>5</p>	<p>家族支援の必要性と本人への影響～みんなが笑顔で暮らせるために～</p> <p>京都府・亀岡あゆみ居宅介護支援事業所・介護支援専門員西村 篤</p> <p>発 表: 10分 質疑応答: 5分</p>	<p>・自分のところでも徘徊模擬訓練をやってみたい。</p> <p>・交流会の対象者は？ 場所は？ 家族支援の効果が本人にどのように効果があったのか？</p>	<p>・「亀岡あゆみ 認知症」でweb検索して・認知症対応デイサービス利用者の家族を施設にて。</p>
<p>6</p>	<p>認知症高齢者の家族への支援～介護負担による虐待事例を通じて学んだこと～</p> <p>大阪府 阪和泉北病院居宅介護支援センター・介護支援専門員 吉田 志伸</p> <p>発 表: 13分 質疑応答: 6分</p>	<p>・事業所側からケアマネジャー側にアプローチするにはどの様にすればよいか？</p> <p>まず通報し、信頼関係を崩さない為にはどの様にすればよいかを皆で相談しておく。</p>	<p>・何かおかしいことがあればすぐに報告してもらおう。緊急的な対応が必要であり、主任ケアマネジャーと一緒に動いてくれスピーディーにいろいろな対応を行なった。</p>

7	<p>一人暮らしの高齢者を取り巻く環境へのアプローチ ～声なき「思い」に耳を傾け「こだわり」を支援する</p> <p>京都府 ムツミ老人介護支援センター 介護支援専門員 秋風 伯尚</p> <p>発表：12分 質疑応答：5分</p>	<p>・自分の立ち位置を通して感じたこと。</p> <p>先輩の事例を通じて考察してゆく</p>	<p>・一人で抱え込まず、デイサービス、ショートステイ、ヘルパーが本人の状態を共有する。それぞれが自然な取り組みをした。</p> <p>まずは事業所選びから</p>
8	<p>成年後見人と介護支援専門員 ～認知症高齢者の権利擁護のための連携とは～</p> <p>和歌山県 春風会かたおなみ居宅介護支援事業所 管理者 小長谷 恭史</p> <p>発表：分 質疑応答：分</p>	<p>・本人の立場(類型)は？</p> <p>・市長申し立ての経緯は？</p> <p>・家族はどこまで介入されているのか？</p> <p>・手術の同意をどうして得たのか？</p> <p>・後見人とケアマネジャーの意見のすり合わせをどう行なったのか？</p>	<p>・後見</p> <p>・独居。身内はいても血縁者からの申し立てはなかった。</p> <p>・(後見人は)医療同意は出来ない。家族の介入はない。</p> <p>・確認していない。</p> <p>・ずいぶん話し合った。グループホーム、特養の申し込みを通してケアマネジャーの役割を説明した。すり合わせをしても、ずいぶんケアマネジャーと後見人の考えが食い違った。</p> <p>チームアプローチをしていると意見の食い違いは必ず出てくる。話し合いのスキル、チームアプローチのスキルの発展性はある。</p>
座長・コーディネーターの意見・その他			
<p>総括</p> <p>たくさんの学びがあった。ここを担当してラッキーだった。早期よりのアプローチ(脳トレ)どんどん出てくればいい。</p> <p>周りや家族、ケアチームへのアプローチ、認知症ケアシート導入は有効。</p> <p>インフォーマルな方にどの様なアプローチがよいか？</p> <p>ニーズと社会資源を結びつける仕事 ケアマネジャー</p>			

第5分科会「特定事業所の役割」

座長：美作大学生活科学学部福祉のまちづくり学科教授(学科長)

美作大学大学院 人間発達学研究科 教授 小坂田 稔

ミニシンポジウム

「要介護要支援認定とケアマネジメント」



場所	京都テルサ 東館2階 視聴覚研修室				
座長	鷲見よしみ	タイムキーパー	松田とし子	シンポジスト	天本健司
司会	木下誠弘	会場案内	榊原友美		湯川憲治
記録	井田範子	受付	川瀬恭子		竹村恵史
			水越千賀子		城下直子
時間	内 容				
天本健司	9:40～10:15 発表				
湯川憲治	10:15～10:35 発表				
竹村恵史	10:35～10:45 発表				
城下直子	10:45～11:05 発表				
発表者	意見交換内容				
<テーマ>	認定調査における特記事項について				
(竹村氏)	不服申請について: 県の担当者は訪問ではなく、電話で対応することが多い。その際、主に特記事項のすりあわせをするだけなので、特記事項に記載がなければ介護保険審査会で議論にならない。ちょっとしたことでいいので書くこと!				
(天本氏)	<p>新規申請で非該当になった場合、再申請することは可能。また、非該当者は地域支援事業の特定高齢者候補者になるので、生活機能評価を受診した上で特定高齢者事業を受けることができるという制度的なバックアップがある。また結果が明らかに自分が思う状態と違うということであれば、区分変更申請を受けることができるし、それを受けても納得がいけないと思えば不服申請をするようにすればよい。このようなケースで区分変更を受けた場合、調査員も慎重に調査をすることになるので、きちんと聞き取りができる。</p> <p>特記事項では、「介護の手間」を的確に審査会に伝えること。審査会で聞きたいことは「どういう手間があるのか」「どういう対応をしているのか」「頻度」、日常の状況で選択肢を判断した場合は「それを選んだ理由」、適切な介助が受けられていないために選択肢を判断した場合は「このような状況なので調査員が判断したという記載、74項目以外の内容についても聞き取ってきちんと記載してほしい」</p>				
(湯川氏)	<p>記載するところのない74項目以外の内容について記載してほしいといわれても、調査員のレベルによって十分聞き取れるとはいいいがたい。家族に「それ以外に何か気になることはないですか」と聞いたときに答えがないともれてしまう。どこまで聞いていくべきなのかと思う。</p> <p>特記事項が大切なのはわかるが、どこまで書けば審査会でつかわれるのかわかりにくい。審査会委員</p>				

	と調査員との連携はあったほうがいいのか、それとも、むしろないほうが良いのかと思うことがある。
(フロアから)	西宮市の調査員をしているが、項目以外の内容についても介護の手間になることはいろいろと工夫してきくようにしている
(天本氏)	現実的にはなんらかの形で聞くしかない。出現度などをみて項目の増減を今までしてきたが、今から増やすことは難しい。
(フロアから)	調査を委託した場合、他市の調査員との判断の違いを感じることもある。このような事例では、このような特記事項を書くというような例示などをだれもが見えるような形にして提示してほしい。 座長からも、HP の利用など、検討していくことはよいとの意見あり
<テーマ>	主治医の意見書について
(フロアから)	鹿児島島の医師。主治医の意見書の書き方の研修会はやってくれているが、ちゃんと書ける先生方は毎年参加するが、書けない医師ほど来ない。全員参加にしたら、もう書かないといたりする。これからはきちんと書かないと減算にするとか、研修うけないと書かせないなど考える必要がある。 審査会の中で気になったことを医師に問い合わせをしようとしても、事務局も聞きにくいようだ。このような点をどうにかしないとうまくはいかない。
(天本氏)	意見書の意見は多い。現在調査員や審査会への制度変更の周知はしているが、主治医にも課題があることは認識している。1/15 の国の検討会でも、「主治医意見書に関することもなんらかの形で周知していくように」と提案をもらっている
(湯川氏)	(保険者として)意見書を医師に確認することは非常に大変。審査会の前に乖離がないかなど確認するが、医師には聞きにくいので、調査員に確認し、審査会で補足するようにしている
<テーマ>	認定調査票や主治医の意見書をケアマネジメントに活かすには
(城下氏)	認定調査の際に、ケアマネが同席することはよいことなのか、どうか。京都市では特段の理由がなければ同席はだめという申し合わせがあるようで、府内での取り扱いについて検討したことがある
(湯川氏)	和歌山県内ではそのような申し合わせをしているとは聞いたことはないし、御坊市でも独居や家族がないなど例外的に同席をしている。家族の希望があれば OK をしているし、事業所の人にもお願いすることもある。
(座長)	山梨県でも同席はしている。ただ、保険者から同席することにより公平性にかけるのではないかという話が出たことはある。
(フロアから)	郡山市 CM。立会いたいといえば、許可もできるし、調査後に電話で確認もしてくれている。 城下氏の発表を聞いて、今まで担当者会議などで意見書を利用していたが、利用者の負担を考えるとサービス利用のための診断書に代用できれば本当によいと思った。
<テーマ>	支給限度額
(フロアから)	名古屋のケアマネ。天本先生に聞きたい。支給限度はなぜ設定しているのか。自立支援と思い、必要以上に利用しては自立を阻害するので調整している。たださまざまな状態のひとが在宅にはいる。今回の報酬改訂で、加算が増え、サービスをたくさん使っている場合、限度額を超えるときもあるので、負担が多くなるので。

(天本氏)	ケアマネジメントの中で、その人に必要なケアが増えている状態なら、区分変更をして介護度を見直す。現実的にはサービスを限度額いっぱい使っている人は少ない。サービスが必要な人は、認定で介護度を上げて対応するしかない。
<まとめ>	
(天本氏)	認定審査会の意見などをつけることで、認定調査や医師の情報をケアマネジメントに活かすことができる。どんどん審査会の中で議論した内容をケアマネに伝えて活用できるように促していきたい
(湯川氏)	御坊市では独自につくったアセスメントツールは認定情報を使っている。マネジメントのなかに保険者としても後方支援できているかと思っている。特記事項の扱いとして、バラバラな項目をつないでいく接着剤の役割をするのが特記事項だと思う。これをきちんとできれば、利用者の全体像が見えてくる。
(城下氏)	医療との連携は欠かせない。これからもがんばって医師のもとへ足を運んでいこうと思う。
(竹村氏)	体調の良い日・悪い日がある。ケアマネジメントの精度をあげるためには、関係者みんなが持っている情報が必要。直接利用者の顔を見て、ケアマネジメントをしていくことは大切だと思う。 医師は全体をみないといけないのに、医学教育の中で人間全体を見ていくということがまだできていない。医師の養成教育の中で介護保険などの話はしているが、もう一つ聞いていない。小・中学など早い時期から、人が地域で支えられていることを学ぶ機会を持っていくことが大切だと思う。医師自身もインセンティブをつけないと動かないというのはおかしい。地域の人の健康・長寿・幸せは皆で支えること。利用者のために、お互いに顔をだして、足を向けて情報をやりとしてしていけるケアマネになってほしいと思う。

分科会報告

座長：財団法人仁風会 理事長 社団法人
京都府介護支援専門員会副会長 清水紘



分科会報告では各会場の様子が報告され、分野ごとの専門性のヒントが示されたのではないかと思います。



閉会式