

CARE MANE PORT

京都

ケアマネ・ポート

CONTENTS

- 2~3 介護保険Q&A
- 4~5 京都市南北ブロック研修
- 6 メディケアレポート
- 7 理事会報告
- 8 編集後記

京都府身体拘束廃止にか
かる相談窓口について
事務局からのお知らせ

VOL.

11

march 2003

介護保険Q&A

Q1 月1回の居宅サービス計画の利用者への交付についての内容とは？

A1 具体的には居宅サービス計画書の第1表から3表(居宅サービス計画書(1)、(2)、週間サービス計画書)及び7表、8表(サービス利用票及び別票)をいう。

Q2 居宅サービス計画内容の変更がない場合でも一律に交付か？

A2 少なくとも7、8表を交付。(毎月、日程等が変更するから)

Q3 末期がんや精神病等利用者に情報を伝達することが適切でないケースの場合はどうするの？

A3 利用者に情報伝達することが困難な場合は居宅サービス計画書第6表(居宅介護支援経過記録)を活用する等の方法(経過記録を利用者の家族等に交付する等が想定される)により対応する。厚生労働省では特別な事情がある場合の交付や記入方法の検討等については介護支援専門員実務研修や現任研修で周知すると説明している。

Q4 居宅サービス計画の原案の内容について利用者の同意を義務づけているが、変更の都度文書による同意が必要なのか？

A4 居宅サービス計画への利用者の同意は、具体的には利用票への署名を指す。居宅サービス計画の変更の際には文書による同意が前提(必要)。ただし、利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合は、その必要(文書による同意)は必要ない。つまり利用票の変更が必要なければ文書による同意も必要ない。

Q5 通所サービス利用者においても居宅訪問が必要なのか？

A5 居宅において利用者に面接をする必要がある。

Q6 ケアマネジャーが風邪をひいたり、冠婚葬祭で訪問できないケースも特段の事情に含まれるか？

A6 特段の事情とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

Q7 福祉用具貸与サービスのみ利用者についても同様の取扱い(モニタリング結果の記録、訪問、面接等)か？

A7 モニタリングの目的は利用者についての継続的なアセスメントを行い、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが主眼のため、居宅サービス計画に位置付けたサービスのいかにかわらず行うことが基本である。

Q8 指定介護老人福祉施設における介護支援専門員と生活相談員との業務分担が不明確ではないか？

A8 介護支援専門員は施設サービス計画の作成業務の他に

- ア) 入所申し込み者の入所に際し、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること
- イ) 入所者が居宅において、日常生活を営むことができるかどうかについて、定期的に検討すること。

介護保険Q&A

ウ) 入所者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと

エ) 入所者の退所に際し、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス、福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。

オ) 身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由を記載すること。

カ) 苦情の内容等を記録すること。

キ) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

一方、生活相談員は、入所者の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行うものとする。

Q9 「担当者に対する照会」は電話、FAX、メール等のよる連絡で可か？

A9 紹介の手段について問うものではない。なお、紹介内容については第5表に記録することを想定している。

Q10 老健が行う訪問リハは、退所者に対して退所後1カ月だけか？

A10 別の医療機関の医師から情報提供を受けて訪問リハを実施することができる。

Q11 老健におけるリハビリ強化加算は、計画を作成すれば実際にリハビリを行わなくても算定できるか？

A11 リハビリ機能強化加算は体制に係る加算であるので、入所者全員に算定できる。

Q12 通所リハにおける個別リハ加算について、当該リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等の

ために入院したことの確認の方法は？

A12 利用者が退院・退所した医療機関や医療機関や施設に問い合わせるほか、利用者が保有する介護保険被保険者証、老人医療受給者証、健康手帳等により確認出きる場合は、これによっても差し支えない。

Q13 通所リハの個別リハ加算で「専用施設外」も可になっているが、通所リハの敷地外でも可か？

A13 屋外歩行訓練などを通所リハビリ事業所の敷地外で行うことは可能。

Q14 いわゆる巡回型は30分未満の身体介護に限られるか？

A14 通常の身体介護や生活援助にも適用される。

Q15 介護療養型におけるADL加算と日常動作訓練指導加算の違いは？

A15 ADL加算は理学療法（作業療法）の算定要件がベースとなる。一方、日常動作訓練指導加算は理学療法（作業療法）と同時算定不可であり、算定要件が大きく異なる。

Q16 介護療養型における他科受診の単位は、対診の場合でも適用となるのか？

A16 その通り。要は介護療養型施設サービス費と他医療機関の診療報酬は同時に算定できないので、他医療機関が算定する時は、介護療養型は他科受診の単位を算定する。

京都市南北ブロック研修の状況

— ケアマネジャーのリスク管理 —

京都市南北ブロック研修が2月22日(土)、キャンパスプラザで開催され、非会員も含めて283名が出席した。

第一部は「平成15年度の介護報酬改定・制度改革の動き」をテーマに京都市老人福祉施設協議会会長・山田尋志が講演。中央情勢に触れ、介護保険制度見直しに当たり社会保障審議会に新部会が3月にも設置予定であること、給付対象者に障害者を加えることや保険料徴収対象を20才まで引き下げを検討していることなどを報告した。

第二部では「ケアマネジャーの業務とリスクマネジメント」としてケアコーディネーション研究所所長・新津ふみ子氏にご講演いただいた。主な内容は下記の通り。

<ケアマネジャーのサービス対象者の特徴から発生するリスク>

① 在宅ケアが持つリスク

→家(在宅)は、ある種「閉鎖的な場」で、施設との対比の中では集団生活に馴染めない人(認知障害のある人等)が生活している。そのため問題発生率が高い。数的・量的広がりのあるリスク。

② 高齢者・障害者が持つリスク

→高齢者や障害者は、家族に依存的である事が多く、家族に関与するリスクがある。

<ケアマネジャーの業務の特徴から発生するリスク>

① ケアプランについて説明、納得を得る上でのリスク

② ケアプラン作成上のリスク

③ サービスの利用とネットワーク上のリスク

※ケアマネジャーの業務は、サービス計画を作成し(プランナー)、そのプランの実行管理する→ケアマネが作成するものの、自らのみが実行するものではない。

①プランは、「その時点で妥当だ」というもので、プロセスが重要視されるべきもの。

②プランを作成するにあたって、事業者が優れていると助かる。慣れない、よく知らない事業者だと初めからリスクが伴い、調整がしにくい。

<事業者としてのリスク>

① 雇用と人材活用

・採用リスク

どういう人物か、能力を持っているか、資格を持っているかのポイントがあるが、必ずしも戦力となるとは限らない。

・人材育成リスク(優秀な人材の能力開発)

採用し育成しても能力が生かされないというリスク

せっかく育成しても人材が流出していくリスク

② サービスの適切な提供

・サービス中断のリスク

事業者が潰れてしまう、事業所の何らかの理由によって、途中でサービス提供できない状況になるリスク

・サービスの品質リスク

品質がどうか、どういう事業所か理解し連携をとっておくと回避できるのでは

③ 財務戦略

・資金調達と運用のリスク

介護報酬の変化、資産(経済、人的能力)等を考えながら、どのように運用していくか

④ 情報・システムの管理

京都市南北ブロック研修の状況

- ・情報が入ってこないリスク
- ・情報を利用できないリスク

ケアマネは情報がないと仕事にならない、また、地域内のサービスを豊かであるかによって、リスクの回避ができる

ケアマネジャーはリスクの発生が高い仕事なので、リスクが何かどんなものかを実感し上手く管理していく必要がある。

【ケアマネジャーのリスク管理】

1. リスクマネジメント

今までやってきた事（提供したサービス）を今後どのように適切にケアを提供していくかなどをマニュアル化するなどし、組織全体で取り組むこと。

特に「パラダイムシフト（大きく時代が変わる。ex 措置制度から介護保険制度）」において、様々な問題が生じるので、リスクマネジメントの概念を導入。

2. 企業（事業）の発展とリスク

事業者が事業を維持、発展しようとしたときに、事故が発生しないように取り組んでいくか、また、どういう対策をとっていくか、事故時に速やかに対応するか（「創造期の複合リスク」）。事業を始めたとき（創造期）、リスクが回避される手法（ボランティアをする、ネットワークを生かす、ディスカッションを徹底する等）を通じてノウハウが蓄積される。

成長期のリーダーシップを持った人が総合的にシステム化を推進していく。

ex 10人、20人という職員でどれぐらいの人をみる事ができるかということを総合的にシステム化していく。→ソフト、マニュアルの導入

3. リスクマネジメント体制確立の必要性

組織として体制を作り、取り組んでいく事が必要。



リスク発生が法人に・施設に与える影響

利用者からのクレーム、サービスの打ち切り、信頼喪失等が実際に起こることによって、サービスの質が向上する事がある。それは、予防策（リスク管理）がとられ、リスクの回避が実現する事で、働くものも安心できる。

【リスクマネジメント体制構築フロー】

組織として取り組むべき対策を経営トップに上程し現場で計画とおりの成果が上がっているかを評価し、柔軟に見直しを行う。

※どのように利用者の意思を反映していくかが重要で、目的である

第一段階：施設経営トップの決断と意思表示

第二段階：リスクマネジメント（安全管理）委員会の設置

第三段階：事故発生リスクの把握

第四段階：リスク分析（計画に反映されているか、マニュアル・ソフトが揃っているか、緊迫した職場はリスクが高い）

第五段階：対策案の実行

【まとめ】

- ・ケアマネジャーは、「新しくて定まらない仕事」
- ・利用者の権利を守りながら、職場で検討してみる事
- ・情報がないと行けないのでHPなどを積極的に活用（情報管理）していく事が大切

医療保険&介護保険情報

メディアレポート

◆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の変更点について

基本的留意点は、介護支援専門員として当然実施すべき内容をあえて通知に記載している。特に同一法人サービスを意図的に組み込むようなことがあれば事業所取り消し理由となるとする内容や苦情処理等の記録の作成が義務付けられていることが特徴的である。

1) 事業所取り消し事由等

- ①居宅サービス計画の作成等に際し、特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の利益等を収受したとき
 - ②利用者の生命または身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
 - ③その他①、②に準ずる重大かつ明白な基準違反があった場合
- ※居宅介護支援事業者や管理者が同一法人系の居宅サービス事業者のみを位置付けるよう指示等することや、4種類以上の加算を得るために不要な居宅サービスを居宅サービス計画に位置付けることがあってはならない。

2) 指定居宅介護支援の基本的留意点

- ①懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うことが肝要である。
- ②居宅サービス計画作成または変更に当たり、継続的な支援という観点にたって、計画的にサービス提供が行われることが必要であり、支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性の乏しい居宅サービスの利用を助長することがあってはならない。
- ③利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の例えば市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導・教育等の保健サービス、老人介護支援センターにおけるソーシャルワーク及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、さらにはこうしたサービスと併せて提供される精神科訪問看護等の医療サービス、はり師・きゅう師による施術、保健師・看護師・柔道整復師・按摩マッサージ指圧師による機能訓練なども含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めなければならない。なお、介護支援専門員は、当該日常生活全般を支援する上で、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、当該不足していると思われるサービス等が地域において提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが望ましい。
- ④提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業所側の個別のサービス行為を意味するものではない。
- ⑤サービス担当者会議の要点または当該担当者（個々のサービス事業者）への照会内容について記録するとともに2年間保存する。（以下記録はすべて2年保管（従前どおり））
- ⑥利用者に説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とは、居宅サービス計画書の第1表～3表、7,8表に相当するものの全部を指す。（編注 例えばサービス提供日の変更等の場合は7,8表のみ交付で差し支えない）
- ⑦居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付しなければならない。また、介護支援専門員は、担当者に対して居宅サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨、内容等について十分に説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画における位置付けを理解できるよう配慮する必要がある。
- ⑧モニタリングに当たっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治医、指定居宅サービス事業所等との連絡を継続的に行うこととし、当該指定居宅サービス事業所等の担当者との連携により、少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも3月に1回はモニタリングの結果を記録することが必要である。また、特段の理由とは、利用者の事情により、利用者宅を、訪問し面接ができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。さらに、特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。
- ⑨利用者の要介護区分変更認定を受けた場合等は、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の変更の必要性について担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。なお、居宅サービス計画の変更の必要性がない場合においてもその旨記録しておくこと。
- ⑩事故が発生した場合は、関係者に連絡することももちろん、当該事故状況及び事故に際して採った処置について記録する。

理事会報告

第8回理事会（平成15年2月24日）

1. 報 告

- (1) 第2回近畿介護支援専門員研究大会及び近畿ブロック連絡会議の状況について
- (2) 近畿介護支援専門員協会代表者会議の状況について
- (3) 第6回高齢者保健福祉計画検討委員会の状況について
- (4) 第5回京都市特別養護老人ホーム入所基準検討プロジェクト会議の状況について
- (5) 京都府介護保険施設の入所等に関する指針にかかる会議の状況について
- (6) 各ブロック活動報告

2. 協 議

- (1) 近畿地区J A介護保険サービス提供責任者研修会への講師派遣について
- (2) 第3回都道府県介護支援専門員協会交流会への出席について
- (3) 相談窓口及び倫理規定に関する小委員会について
→小委員会を設置して2回くらいで案を作成する。
- (4) 平成15年度における府からの受託事業について
→15年度はケアマネジメントリーダー養成研修の実施も受託する。
- (5) S K Yセンター「介護サービス振興シンポジウム」への後援について
- (6) ケアマネジメントリーダー等相談事業の案内チラシについて
- (7) 第2回近畿介護支援専門員研究大会参加者への旅費等について
- (8) 会報に同封する広告について
- (9) ブロック活動補助金と研修補助金の関係整理について
→ブロックでの研修の実施が活発化してきたので、本協議会としての実施を減らし、その予算をブロックに配分する。それとは別にブロック活動費を交付する方向で検討。

第9回理事会（平成15年3月24日）

1. 報 告

- (1) 会員研修の状況について
- (2) 京都市現任研修（南北ブロック研修）の状況について
- (3) 第3回都道府県介護支援専門員協議会交流会の状況について
- (4) 近畿介護支援専門員協会代表者会議の状況について
- (5) 相談窓口及び倫理規定に関する小委員会の状況について
- (6) 住宅改修理由書記載料廃止について
- (7) 各ブロック活動報告
- (8) 平成15年度総会の開催日時について→6月14日（土）京都私学会館で開催

2. 協 議

- (1) 協議会役員選挙規程について
→16年度から実施するため15年度の総会で承認を得るため案を検討。
- (2) N H K からの取材について
→「関西クローズアップ」で介護保険給付の適正化に関するものを放送する→取材等に協力する。
- (3) 京都府「介護支援専門員の支援に係る会議」への出席者について
- (4) ブロック活動交付金等について
- (5) 第3回近畿介護支援専門員研究大会について
- (6) 京都新聞「介護特集」の取材対応について

編集後記

今回の介護報酬改定により、介護保険制度スタート直後に厚労省より出されたケアマネ業務に関する通知、いわゆる“サービス提供の切れ目ない円滑な導入に対しての措置”で居宅サービス計画第1～3表の作成を後回しにして、まずは7・8表の作成に関わる調整及び説明と同意作業から居宅ケアマネの業務がスタートしたことをつい最近のように思い出す。何につけても切れ目なくサービスを継続することに終始した時期を経てほとんどのケアマネの方は棚上げにしていたことが今回の改定により現実のものとなり焦っているのが正直なところではないでしょうか？

ある厚労省の方が今回の改定で一番お叱りが多かったのは居宅介護支援事業所からで、単価の下がった施設からはあまりお叱りがなかったと漏らしておられましたが、当然といえば当然の話だと思います。

現在、目安を超えた利用者数を抱えているケアマネが、個人として対応するべき問題ではなく事業所として対処していただけるよう、また、地域として解決していくことが出来れば理想なのですが。がんばれ！ケアマネ

編集委員（武田病院グループ本部福祉事業部）

小林 啓治

京都府身体拘束廃止にかかる相談窓口について

京都府では介護保険施設での身体拘束原則禁止に対する取り組みとして、介護保険施設等の職員、利用者及び家族等を対象に、ハートピア2階において定期的に身体拘束に関連する相談を受けていましたが、14年度末を持って一旦相談事業を終了することになりました。

なお、京都府高齢化対策課での電話相談は15年度も引き続き実施されます。相談時間は平日の午前9時～午後5時、電話番号は075-414-4590です。

事務局からのお知らせ

15年度会費について自動払込を利用されている場合の口座振替日について、銀行口座は4月28日、郵便貯金は4月25日となっています。

自動払込をご利用いただいていない場合は、振込用紙を同封していますので、こちらでお振り込み下さい。

京都ケアマネ・ポート「11号」

2003年3月31日 発行

発行人

上原 春男

編集人

宮坂 佳紀

発行元

京都府介護支援専門員協議会

〔連絡先〕

〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375

府立総合社会福祉会館（ハートピア京都）7F

TEL. 075-254-3970 FAX. 075-254-3971

E-mail : kyotocaremane@aol.com