

ケアマネ・ポート

CONTENTS

- 2 「これからの在宅介護支援センター」
- 4 「全国介護支援専門員連絡協議会活動のお知らせ」
(全国介護支援専門員連絡協議会第3回全国会議報告書)
- 6 これだけは知っておきたい
介護保険制度見直しのポイント (その3)
～新介護予防サービスと施設入所者等のホテルコスト、食費の自己負担～
- 9 おしらせ
- 12 編集後記

「これからの在宅介護支援センター」

京都府介護支援専門員協議会 理事
京都市在宅介護支援センターシオンの里 施設長
真辺 一範

平成元年にゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）が策定され、そのプランに基づき平成2年に在宅介護支援センター（以下、支援センター）が誕生した。以来今年で15年になる。当時は10年先までに全国に1万ヶ所（概ね中学校区に1つ）が設置され、地域住民が24時間安心してソーシャルワーカー等の専門職に身近に相談できる画期的なシステムが立ち上がったと注目された。平成6年には老人福祉法の第20条に「老人介護支援センター」として位置付けられた。また、同年「在宅介護支援センター運営実施要綱」が改正され、職員の責務として「個別処遇計画（ケースマネジメント）等の技術に関し自己研鑽に努めるものとする」と規定され、日本で初めてのケアマネジメント機関として公に認められた。

しかし、平成12年の介護保険制度導入から人件費補助方式から事業費補助方式と変更となったため、ほとんどの支援センターが居宅介護支援事業所との2枚看板を余儀なくされた。その後、支援センターは介護予防・生活支援事業を中心とした介護保険給付対象外事業を中心に展開することとなった。

現在、全国には基幹型・地域型併せて約8700ヶ所の支援センターがある。その多くが2枚看板のままである。先日、京都市の支援センターに実態調査（実施主体は京都市在宅介護支援センター連絡協議会・研修委員会）を実施した。84ヶ所の支援センターを対象に、職員配置状況に関する事、予防プランの状況に関する事、相談援助業務に関する事、地域包括支援センターに関する事等の自由意見の4つの項目について調査した。その結果判明したことは、ほぼ全支援センターが居宅介護支援事業所の2枚看板（全国平均88.9%）であり、職員配置は約4名（全国平均2.43人）で、85%の職員は介護支援専門員の資格を有していた（全国平均53.7%）。平均で介護支援専門員1人が約40件の担当ケースを持っていた。しかし、予防プランについては月平均約3件の実績しかなく、施設単位では約3分の1の支援センターが作成していないことや、職員単位でいうと約4分3の職員が作成していない実態が分かった。実態把握については、反対に4分3の職員が関わっていた。このことから、京都市の支援センター職員は、1名が介護支援専門員業務を実質兼任しており、あとの3名は実態把握要員として位置付けられてはいるが実質居宅介護事業所の専任者というモデルが明らかになった。最も注目すべき点は、予防プランを作成し実施しても、「利用者に変化がない」と約9割の職員が答え、利用者からの反響も「あまりもしくはまったく役立っていない」と約6割の職員が答えていた。この結果はこれからの介護予防マネジメントを中心とした支援センター構想を考えるときに大きな課題になるだろうと考えられる。

平成18年4月に施行予定の介護保険制度改革の全体像の中で、「地域包括支援センター（仮称）」の創設が

昨年7月に判明した。在宅介護支援センター実施要綱を廃止して、新たなサービス体系の確立の一環として約5000ヶ所の支援センターを移行させるという。厚生労働省の中でもまだ最終的にまとまっていないようだが、地域における総合的なケアマネジメントを担う中核機関として、i) 総合的な相談窓口機能（地域の高齢者の実態把握や、虐待への対応など権利擁護を含む）、ii) 介護予防マネジメント（「新・予防給付」のマネジメントを含む）、iii) 包括的・継続的マネジメント（介護サービスのみならず、介護以外の様々な生活支援を含む）の支援の機能をもつことをはっきり打ち出した。

一方、全国在宅介護支援センター協議会は、「これからの在宅介護支援センターのあり方」報告書で、「実態把握」「総合相談支援」「介護予防マネジメント」の3つの機能強化をあげ、その実効の条件として「住民にとって身近な場所にあること」「地域のネットワークとの連携を有していること」「一定の経験を積んだ専門職員を配置していること」を平成16年4月に提言したばかりであった。地域に密着し総合的な生活支援やマネジメント機能の強化を謳っている全国協議会は、支援センターの存続を訴え、介護予防推進にその機能の中心を置く「地域包括支援センター」案には消極的で反対の立場をとっている。

このような混沌とした状況の中で、私たちは断片的な情報を持って先を見る力が必要とされている。「その対象となる圏域」「具備すべき機能」「配置のあり方」については市町村を基本としつつ検討をしていかなければならないが、各自治体担当者も迫ってきたこの課題に四苦八苦している様子がうかがえる。現在手にある地域包括支援センター構想についての確固たる情報は不足しており、今後どのように変化するかもわからない。ただ、在宅介護支援センターの管理者や職員がこれから何をしたらよいかで立ち止まっている場合ではない。「平成16年度全国在宅介護支援センター研究大会」の講演で白澤政和氏（大阪市立大学大学院教授）が次のように提案していた。「地域包括ケアの要とは、介護保険制度以前の在宅介護支援センターに戻ること」。居宅介護支援事業所との2枚看板を降ろし、中立公正な立場を実現することとも取れる。

これは私見ではあるが、現在の2枚看板を降ろさず、介護支援専門員業務をその中心とし、介護予防プラン作成に消極的な支援センターに、市町村行政は支援センターの存続や、地域包括支援センターの委託を前向きに検討するだろうか？介護予防マネジメントを推進する人材をどこにもとめるだろうか？支援センター専任職員も介護支援専門員も実効性の高いケアマネジメントの力量を早急に身につけていく努力が必要だろう。

さらに、市町村毎に少なくとも1ヶ所設置といわれている地域包括支援センター構想の中に、まだはっきりとしていないが「ランチ方式」のことがある。生活圏域を今後検討すれば、これまで果たしてきた支援センターの地域ネットワークや実態把握の財産を活かさない手はないはずである。基幹型支援センターが「地域包括支援センター」となり、地域型支援センターが職員の配置基準等を緩めて「ランチ」として存続できればどうだろうか。……毎日考え込んでいたら妄想のような策略も出てきて当然である。行政担当者と支援センター職員が同じテーブルについて今後共に検討できることを願っている。

「全国介護支援専門員連絡協議会活動のお知らせ」 (全国介護支援専門員連絡協議会第3回全国会議報告書)

京都府介護支援専門員協議会 理事

京都市仁和在宅介護支援センター所長 高江 史彦

はじめに

去る平成17年1月16日(日)の13時～16時に東京港区虎ノ門パストラルにて「全国介護支援専門員連絡協議会第3回全国会議」が開催されましたので、お知らせいたします。主な議題として(1)「第一回全国研究大会」の開催と(2)「(仮称)日本介護支援専門員協会」の設立について各都道府県からの出席者(各団体1名～2名ずつ出席)によって意見交換が行われました。

報告事項(1)「第一回全国研究大会」について

◆開催日時：平成17年3月12日(9時～16時)

◆趣旨・目的⇒事例を通じて現場からの発信を行う(ケアマネジメントの学術研究の場としては「日本ケアマネジメント学会」が発足したが、全国協議会としては「介護支援専門員の実践現場からの発信」を行う。日本ケアマネジメント学会も関心を持っており、今後、共同して行いたい。という意向があるので、是非、成功させたい。

(参加申し込みについて) 「お知らせ」をご参照下さい。

報告事項(2)「(仮称)日本介護支援専門員協会」の設立について

【補足①】

(全国介護支援専門員連絡協議会について)

- ☐平成15年8月に、各都道府県の団体の賛同によって厚生労働省社会保障審議会介護給付費部会へ“介護支援専門員の現状と今後の制度に対する提言”を行なうことなどを目的に設立。
- ☐現在は各都道府県の団体の連絡組織として各団体より10万円を支出。
- ☐現在42の都道府県団体が加入している。(京都府介護支援専門員協議会も加入)
- ☐近畿2府4県で「近畿ブロック」を構成し、理事として(社)大阪府介護支援専門員協会会長と兵庫県介護支援専門員協会会長が理事として選出されている。

【補足②】

(近畿2府4県＝近畿ブロックでの方向性の確認)

本議題に先立ち平成17年1月13日(木)に近畿2府4県にて構成する「近畿介護支援専門員協会代表者会議」にて近畿ブロックとして以下の通りの意見を提出することで議決。

「とにかく個人加入の職能団体」の設立が必要との雰囲気が一時は漂っていたが、「方向性は賛成」しかし、「①会費の件(全国の個人加入団体が組織されると各圏域(京都で言うブロック)都道府県・全国の役割の整理と、それに伴う事業予算②事業計画③今年度中という必要性が見えない」という疑問点と正式に賛同する場合は総会においての会員同意(総会議決)を得る必要がある④各地域レベルの力をつけていくことに逆作用があるのでは?ということなどが述べられた。

近畿2府4県(近畿ブロック)としての結論として

・上記の疑問点について積極的に意見を述べる⇒発言ポイントは「なぜ、急ぐ理由があるのか?(今年度中に立ち上げる必要性)」「特に都道府県団体との関連性に関する質問(会費や位置づけ＝下部組織となるのか?それに伴う会費負担等)」等。

・当日の雰囲気として立ち上げに一気に動きそうな場合は「近畿としては（会員同意を得ていない）現時点ではその流れには乗れない」という意見を出す。

◆全国会議で各都道府県より出された主な意見・見解

※大阪協会石川会長・兵庫協会土岐会長より⇒午前中の全国理事会において近畿として本議題を棄権した旨の連絡があり⇒それを踏まえて発言する。

（大分県等）⇒

全国の職能団体の意義は十分理解できる。また、各都道府県のためにも立ち上げるべき

（山口・山梨県等）⇒

方向性は賛同するが、設立の趣旨（現在の連絡協議会での限界性）・事業計画とその事業を遂行するに当たり必要な予算案の提示がないと会費の値上がりという問題もあるので、会員に対して説明ができない。極端に言う「なぜ、全国の個人加入団体が必要なのか？」「個人加入の団体設立により、会員個々にどんなメリットがあるのか？」を会員に説明する必要がある」

（山形・秋田県等）⇒

設立の趣旨（現在の連絡協議会での限界性）・事業計画とその事業を遂行するに当たり必要な予算案などを急ぎ作成し、精力的に立ち上げるべきではないか？確かに一時的には未整理の課題があり、会員数の減少や都道府県団体の基盤等にリスクを負うが、そのリスクを覚悟して積極的に進め、あとは、長いスタンスで魅力のある全国組織を作り上げるとどうか？⇒（山形・秋田など）

（鹿児島県・東京都近畿2府4県等）⇒

方向性は理解するが、時期早尚である。あまりに立ち上げを急ぐと各都道府県の地盤が揺らぐのではないかと国と各都道府県で二重組織ができるのではないかと？

（茨城・宮城県等）⇒

各都道府県団体の地域性とその設立過程を考慮して進めるべき

（静岡県等）⇒

各都道府県の立場を残す（尊重する）という条件なら「条件付賛成」となるが、会費の課題には一定時間を要するのではないかと？

◆結論として

①今回の会議では決議採択は行わない⇒継続して議論する。

※全国連絡協議会でも会費負担について試算（現在の会費に500円・1000円・2000円の増額で予算規模を試算しているが、事業計画と予算についての連動性は不透明）

②次回の全国会議3月11日（金）にて①事業計画書②予算書③その他資料を提示し再検討

③次回の全国会議にて再検討し、その内容を各都道府県に持ち帰り各都道府県にて議論⇒おそらく多くの都道府県で総会議決という意見が出ると思われる。

④最速で立ち上がった場合で17年6月～7月頃

⑤（案）会員よりの意見集約の方法等は担当部会で議論（担当＝総務部会）

⑥次回の全国会議に際しても近畿2府4県の意見調整が必要と思われるので2月の兵庫県大会終了後に意見交換を行ない足並みを揃える。

◆その他報告事項

厚生労働省老健局振興課作成「介護保険制度改革最新情報CD-R」を参加の各都道府県団体に配布。

（会員の皆様へ） 皆様への情報提供の一環として当協議会ホームページにてPDFファイルごとにアップする予定ですので、ご活用下さい。

おわりに

「（仮称）日本介護支援専門員協会」の立ち上げについては理事会での審議はもちろん、広く会員より意見を集める必要があると思いますので、先に述べた通り、みなさまからのご意見をどのようにして集約するのか？について至急に検討し、ご意見を集めたいと思います。

これだけは知っておきたい 介護保険制度見直しのポイント（その3） ～新介護予防サービスと施設入所者等のホテルコスト、食費の自己負担～

京都府介護支援専門員協議会 理事・事務局長 宮坂 佳紀

厚生労働省は介護保険法改案として、①介護施設利用者へのホテルコスト・食費自己負担の導入（時期は2005年10月に前倒しして実施）、②2006年4月から新予防給付を創設することなどを提示した。正式な決定は、1月21日開催の通常国会に提出された「介護保険法改正案」の審議結果によるが、ほぼ原案とおりの決定されるとみていい。今回はこの2点について解説する。

①介護保険施設利用者等へのホテルコスト、食費自己負担の医療保険への影響は？

政府、厚生労働省、財務省では「在宅の利用者負担とのバランスを図る」という建前のもと介護施設利用者（通所系サービス、短期入所系サービスの食費負担含む）に対して、2005年10月より新たな負担を求めることになった。これによる財政効果は420億円と見込まれており、介護報酬、食事療養費額の保険者等の負担分が減ることになる。介護保険施設でホテルコスト等が自己負担されることで、医療保険適用の療養型病床に患者が流れるような事態も厚生労働省では想定しており、これに楔を打つことを考えても2006年4月の医療保険診療報酬改定時には、医療保険でもホテルコストの自己負担化が検討されるであろう。

厚生労働省では、財政区分はあるものの「医療と介護に対する個人のニーズは同じである」というスタンスをとっており、次期同時改定では、これまでも取り上げられている「施設（病院）と在宅との連携」「認知症とリハビリテーション」「ターミナルケアなど重介護などへの対応」「個別ケア、ユニットケア」などについて医療保険、介護保険それぞれに共通する課題が俎上にあがるのではないだろうか。

②新介護予防サービスとは？ 2006年4月以降の影響は？

厚生労働省老健局が作成した「介護予防についてのQ&A」から、われわれ知っておくべき内容とその解説について以下にとりまとめた。

「新介護予防サービス」の4ポイントとは？

- ①要支援、要介護1という軽度な方々は、生活自立度が高く、潜在能力が多く残されている方であり、適切なサービス利用によって自立した生活を送ることが十分可能な方。従って、介護予防の最も重要なポイントは、こうした方々に「可能性を提示し、可能性に向けて自ら取り組む意思を引き出す」ことにある。

【コメント】

厚生労働省では、軽度の要介護者等は徐々に生活機能が低下する廃用症候群が多く、早くから予防すれば機能改善する可能性が高いことを念頭に置き、介護予防の目的としている。

さらに、厚生労働省は「機能改善の可能性に着目して高齢者ができることを伸ばす」とし、介護サービスを「してあげるからできることをのばす」にかえるという発想の転換を強調している。

②要支援、要介護1のうち、心身状態の不安定や認知障害がある人たち以外を対象に「新予防給付」を創設する。なお、新しい認定調査項目とともに主治医意見書に生活機能評価項目を追加。これをもとに介護認定審査会が、手間のかかり具合と生活機能が改善する可能性の両方をみて、要支援、要介護1の中から給付対象者を決定する。

【コメント】

要介護認定にかかる主治医意見書や訪問調査の項目に「寝たきり度」「認知障害度」の判定項目を加え、「生活機能評価項目」などの新規項目が追加される。また、要介護認定結果により軽度な結果が出たもの全てが新予防給付の対象ではなく、「改善の可能性が高い廃用症候群」を対象とする。そのため、廃用症候群に該当しないもの（①脳卒中や心疾患や外傷などの急性期のもの、②自立度Ⅱ以上の認知障害により十分な説明を行っても新予防給付利用を理解できないもの）等は除かれる。

③予防給付を受ける高齢者を新「要支援者」、介護給付を受ける高齢者を新「要介護者」と呼称をかえるとともに、要支援者を「要支援1」と「要支援2」の2区分に、要介護者を「要介護1～5」とし、7区分それぞれで利用限度額をきめる。

【コメント】

利用限度額については、2005年度以降にならないと明確にならないが、介護給付費の抑制が今回の新予防給付設立の目的であることを鑑みると、従前の要支援の限度額を下回ることが予測されよう。

④軽度者の利用が多い3大サービス（「予防訪問介護」「予防通所介護・予防通所リハビリ」「福祉用具貸与等」）の内容を見直す。

ア) 予防訪問介護

単に生活機能を低下させるような「家事代行」については、期間・必要性・提供方法等を見直す。

イ) 予防通所介護・予防通所リハビリ

新たに運動器の機能向上に関するサービスの導入を含め、個別プログラム（筋力向上プログラム等）を重視したサービスに再編。筋力向上等の単体での利用も可能となる。

ウ) 福祉用具貸与等

現行のガイドラインを徹底し、本人の生活機能の維持・向上の観点から現行のサービスを活用する。

【コメント】

その他、筋力向上や栄養改善、口腔機能向上といった新サービスや居宅療養管理指導など医療系サービスもメニューに追加される。特に訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導などの医療系サービスについては、生活機能の維持・向上を目的としたサービス提供が主流となる。さらに、区分限度額枠も縮小されることを考えると、新予防給付対象者の医療系サービスは居宅療養管理指導の中の「管理栄養士による『栄養改善』」や「歯科衛生士による『口腔機能向上サービス』」などに限定されるかもしれない。

新介護予防サービスの新設に関する厚生労働省の基本的方向性とは？

（ア）新予防給付の提供は本人の選択が基本である。

☐新予防給付を利用するかどうかは、本人の選択が基本であり、それを専門家が支えるというかたちにより提供する。

（イ）状態の改善可能性が高い軽度者を対象に介護予防を行う。

☐要支援、要介護1という軽度な方々は、生活自立度が高く、潜在能力が多く残されている方であり、適切なサービス利用によって自立した生活を送ることが十分可能な方。したがって、介護予防の最も重要なポイントは、こうした方々に「可能性を提示し、可能性に向けて自ら取り組む意思を引き出す」ことにある。

(ウ) 軽度な方は自立できる可能性が高い
□要支援、要介護かの方々は「廃用症候群」の方が多く、「立ち上がりや歩行」などの下肢機能が低下したり、生活動作能力を支える「基礎的な体力」が低下してきたことがきっかけで要介護状態になったりしている方が多いという特徴がある。しかし、軽度の方は、できる機能（自立している行為）も多く残っており、自立できる可能性が高い。
(エ) 現在の軽度の方へのサービスには、「介護予防」の観点から見直すべき課題がある。
□軽度の方に提供されているサービスは、①訪問介護サービスなどの単品サービスが多い、②サービスが画一的、ウ) 事業者による利用者の掘り起こしがあるといった課題がある。
(オ) 軽度者が増加する中で、今後は廃用症候群を対象とした予防対策を早急に行う必要がある。

特に、要支援者・要介護1の利用が多いサービスについては、以下のような変革を示唆している。

新デイサービスのあり方

□新しいデイサービスではメニューの選択肢が広がり、サービスの質も向上させることができる。
□利用者の「したい」「できるようになりたい」という意欲を重視し、利用者ひとりひとりの「自己実現」を意識したメニューを用意する。
□「立ち上がり」や「歩行」などの下肢機能やこれを支える「基礎的な体力」の維持向上などにターゲットを絞り、利用者の「個性」を重視したメニューを用意することが重要な課題である。
□今後のデイサービスは利用者の希望や選択が基本。「自分は（お風呂に入らなくていいので）機能訓練だけしたい」といった方でも自由に利用することができる。
□利用者の「意欲」が高まるような工夫をする。（利用者の個別性を意識した「期間」や「目標」を設定するなど。）

要支援者の訪問介護サービスの見直し

□本人の「可能性」を見つけ、できる限り能力を引き出すサービスを提供する。
①利用者の安全確認をしつつ、一緒に手助けしながら調理する。 ②洗濯物を一緒に干したり、たたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防のための見守り・声かけを行う。 ③痴呆性の高齢者と一緒に冷蔵庫の中の整理などを行うことにより生活歴の換気を促す。
□利用者の「意欲」が高まるような工夫をする。（利用者の個別性を意識した「期間」や「目標」の設定をするなど）
□「できること」が増えることで自信が出て、「自分で買い物にでてみる」「友人にあってみる」「町内会の行事に参加する」といった、新しいことに「挑戦」する「意欲」も生まれる。サービスに頼らなくとも、自立した生活が送れるようになる。その人らしい尊厳のある生きかたが実現される。

また、筋力トレーニングについては、そのサービスを嫌がる利用者無理強いしないことがうたわれており、利用者の選択であるとしている。なお、予防給付として認定されれば、筋力トレーニングの実施の有無は利用者が選択できるが、予防給付を介護給付に変更することはできず、不服認定結果であるとして介護保険審査会に申請する手続きが必要となる。われわれケアマネジャーが今後どう該当利用者に説明して同意を得ていくのか。2005年10月の前倒し改定、2006年4月の診療報酬と介護報酬の同時時期におこる課題などいまから想定準備していくことが重要なるだろう。

おしらせ

介護保険制度改革最新情報・要介護認定審査判定事例集

(作成：厚生労働省老健局振興課)

○介護保険制度改革最新情報

全国介護支援専門員連絡協議会第3回全国会議の報告でもありましたように、「介護保険制度改革最新情報」をケアマネ・コムにPDFファイルをそのままアップさせていただきましたので、是非一度ご覧ください。

「ケアマネ・コム」にアクセスするには

イントラネットを利用した「ケアマネ・コム」は、登録された会員のみがご利用できます。

よって、アクセスするためには、登録手続きを行っていただき、「ログイン名」と「パスワード」を取得する必要があります。

まずは、事務局までメールをお送りください。そのアドレスに登録のご案内をお送りします。

そのメールにイントラネットのホームページアドレスが掲載されていますので、そのホームページにアクセスし、開いて「ログイン名」と「パスワード」を入手してログインすれば手続き完了です。

○要介護認定審査判定事例集

厚生労働省老健局振興課が作成した「要介護認定審査判定事例集」がCD-ROMで、事務局に届いております。ご興味のある方はご一報下さい。

「痴呆」に替わる用語について

痴呆に対する誤解や偏見の解消を図る一環として、「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」が、平成16年6月以降開催されてきたのは、皆様、ご周知のことと存じます。

この度、一般的な用語や行政用語としての「痴呆」について、

- ・「痴呆」という用語は、侮蔑的な表現である上に、「痴呆」の実態を正確に表しておらず、早期発見・早期診断等の取り組みの支障となっていることから、できるだけ速やかに変更すべきである。
- ・新たな用語としては、「認知症」が最も適当である。

等を内容とする報告書がとりまとめられました。

本報告書を踏まえ、厚生労働省としては、次のとおり対応することとしています。

- ①行政用語としては、平成16年12月24日以降、「認知症」を用いる。
- ②一般的な用語について、「認知症」を使用していただくよう、関係機関等に協力依頼を行う。
- ③法律上の用語については、次期通常国会提出予定の介護保険法関連の法改正の中で変更することを検討する。
- ④なお、医学上の用語としては引き続き、「痴呆」が使用される予定（使用例：「アルツハイマー型痴呆」、「血管性痴呆」）であり、運用面において齟齬をきたさないよう留意する。

以上、京都府保健福祉部を通じて通達がありましたので、お知らせいたします。

ご意見募集

○「通院介助」「院内介助」について

最近の協議会へ寄せられるご質問の中で、「通院介助」「院内介助」についてのご質問が多数を占められております。また、ケアマネジメントリーダーが集まる会合等でもその話題に時間を費やすことがどの地域でも多く見られております。

そこで、この度、同封の別紙に会員のみなさまのご意見を頂戴し、関係機関と意見交換会を開催したいと思っております。

ご多忙の中、申し訳ありませんが、「通院介助」「院内介助」についてご意見をいただけないでしょうか？よろしくお願いいたします。

○「(仮称) 日本介護支援専門員協会」の設立について

全国介護支援専門員連絡協議会第3回会議の報告にもありましたように、日本介護支援専門員協会の設立についての「賛成」「反対」のご意見を伺いたいと存じます。

本文4・5ページをご一読いただき、同封の別紙に、「賛成」「反対」を○で囲んでいただき、それについてのご意見をいただければと存じます。

ご多忙の中、申し訳ありませんが、是非、よろしくお願いいたします。

全国介護支援専門員連絡協議会第1回研究大会のお知らせ

テーマ：「介護支援専門員の役割と本質 ～いま、基本に戻って考えよう～」

日時：平成17年3月12日(土) 9:00～16:50

場所：パシフィコ横浜(会議センターメインホールほか)

参加費：一般 6,000円・学生 3,000円(お弁当代含む)

内容：基調講演 厚生労働省老健局長 中村秀一氏

分科会 ①自立支援(評価・介護予防)ケアプランの実践

②支援困難事例への対応

③認知症(痴呆)ケアの実践

④施設ケアプランの実践(特養・老健・療養型)

⑤「ターミナルケア・医療・リハビリとの連携」の実践

特別企画 グループディスカッション「分かち合いの時」徹底討論会

シンポジウム 「介護支援専門員の役割と本質」～いま、基本に戻って考えよう～

※開催要綱：全国介護支援専門員連絡協議会のホームページ <http://homepage3.nifty.com/caremanager/> からダウンロードすることができます。

※申込方法：開催要綱最終ページの参加申込書をJTB団体旅行横浜支店へFAXまたは郵送(電話申込み不可)

※申込み締切日：2005年3月5日(土)

ある日、ある時、ある場所で介護支援専門員の先輩と後輩の会話

Tさん：乾杯！

合格おめでとう。と言ってもこれから「魔の実務研修」を受けないといけないけどね！でも、一先ずは合格できてよかったね！

で、もう居宅介護支援事業所に就職したんだって？

Oさん：そうなんです。少しでも早く現場を知って、実務研修が終わったらすぐにケアマネとしてやっていけるように思って……。

先輩のケアマネが3人いて、ケアプランは100件くらいなんです。

Tさん：へえ。それって、結構大きい事業所やん。3人で100件なら、まあまあやし。

Oさん：そうなんです。それで、いろいろ教えてもらえるかな？と思って就職したんです。

でも、入って3日目に、面接してくれた責任者のケアマネが「僕は今月いっぱい辞めるから」と言うんです。

でも、実際に指導してくれるケアマネは別の人だったので、『まあ、いいかあ。きっとその辞める人の分を僕が引き継げばいいんやな』って思ったんです。

ところが、暫くしてその指導してくれたケアマネも「僕、来月で辞めるし……後はよろしく」と言うんです。

『え〜』って思って、後のもう一人の先輩はパートで、身体も弱くて……20件くらいしか担当してないみたいで……。

僕は、どうしたら、いいんでしょう（?_?）

Tさん：は・は・は。それって、業界用語で、「ハメラレタ」って言うねん。

Oさん：どこの業界ですか？

Tさん：ということは、80件を来月から担当して、給付管理・請求業務もするの？

Oさん：そうなんです。

でも、その請求とやらは、今月に一回教えてもらっただけなんですけど……。

でも、いい機会やし、がんばってみようかな？って思うんですけど。

Tさん：それって、めちゃくちゃたいへんなことやん。

あんた、ケアマネの仕事を甘く見過ぎやわ。頑張ってできることとできないことがあるんよ。できなかったら、減算とか、もしかしたら指定の取り消し！第一ご利用者に迷惑がかかるんよ。＜`へ＞

悪いこと言わないから、試用期間中に辞め！

Oさん：でも、もしも僕が辞めたら、その事業所困るやろし。

Tさん：アホやなあ、そのままだら、あんたの将来はないで。自分のことは自分で守らな！

まあ、今日はゆっくり飲み！

すみませ〜ん。生中もう一杯。

投稿の募集

……皆様のいろいろなご意見、投稿をお待ちしています。

投稿は、文章・4コマまんが・川柳……何でも結構ですので、奇数月の20日までに、京都府介護支援専門員協議会事務局まで、FAX若しくはメールでお寄せください。

FAX：075-254-3971

E-mail：kyotocaremane@wine.ocn.ne.jp

編 集 後 記

明けましておめでとうございます。

今年の介護保険制度の見直しを控え、その波乱を予測するかの様に私は年明け1月1日から利用者さんに付き添い救急車に同乗する事になりました。しかしこの利用者さんを通し「命」について悩み、そして御家族の素晴らしさを感じる事が出来たので皆さん少し聞いて頂けますか…。

S氏は90歳の女性です。1月1日の昼過ぎ急に意識消失を起こされ病院に搬送しました。病名は広範囲の脳梗塞で意識は回復したもののその日の昼まで摂取していた食事が一切摂取出来なくなりました。娘さんは最近の痴呆症状の悪化に加え、今回の身体症状の悪化で精神的にかなり混乱されていました。数日後、娘さんから電話がありました。主治医から生命を維持させる為に胃ろうか高カロリー輸液をすすめられたが泣きぐずれその場でお断りした・息子にその事を話したら命を絶つのかと怒られた・しかし介護する自信が無いのに無理に延命する事はかえって罪だと思う…など。娘さんとお会いし2時間お話を傾聴しました。しかし私自身答えを出せるわけもなく次の様なお話をさせて頂きました。「冷静になれと言われても急には落ち着けませんか。でもそれが娘さんだとわかっていますよ。だから後1週間娘さんらしくS氏のそばでただ寄添ってあげて下さい。S氏がきっとどうしたいか答えを自然に感じさせて下さいますよ」と。そして、1週間後主治医と娘さんとお話の機会を設けて頂きました。そこでの娘さんの答えは「この1週間母の横でただ寄添っていました。笑顔もみられ、家に帰ろうと言うと嬉しそうになります。母は生きようとしています、だからわたしが生きさせる努力をしないわけには行きません。胃ろうを入れてもう一度家に連れて帰ります。偉そうな事を言っても3日しか持たないかもしれませんその時は皆さん助けて下さい。」私はご家族って素晴らしいなって感動しました。今、様々な議論が交わされる胃ろうや延命の問題ですが、わたしはS氏と娘さんが今まで一緒に過ごされた長い人生の中で、そして病室の中で寄添いながら出されたお二人らしい答えだと思いました。S氏に寄添う娘さん、そしてその娘さんにも寄添いながらみんなで一緒に在宅での生活を支えて行けたらと思います。思いかけず、S氏と娘さんから「この仕事をしていて良かった」と思えるお年玉を頂いた様です。

医療法人 社団 都会 渡辺西賀茂診療所

村上 成美

京都ケアマネ・ポート「21号」

発行人
編集委員長
編集副委員長
編集委員
発行元

2005年1月31日 発行

上原 春男

高江 史彦

宮坂 佳紀 吉良 厚子

上坂 久乃 片山 直紀 小林 啓治 村上 成美

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@wine.ocn.ne.jp