

ケアマネ・ポート

CONTENTS

- 2 「ケアマネジメントリーダーによる巻頭言」
- 3 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6）
平成17年10月改定分関係Q&A
- 9 認知症（痴呆症）の人の尊厳を守るために
- 11 おしらせ
- 12 編集後記

ケアマネジメントリーダーによる巻頭言

在宅介護支援センターの行方

大江在宅介護支援センター
小原 彰紀

介護保険導入後5年が経過し、予想を上回るスピードでサービス供給が伸びている。今後、保険システムの成熟期を迎えるにあたって、改めて、サービスの質の確保・向上と介護保険制度の健全運営が重要な課題となっている。

制度改正の主要事項として、高齢になっても住み慣れた地域で人生を送るためには「施設」と「在宅」の二元論を超えた「地域ケア」を展開する重要な柱として「地域包括支援センター」の創設が提案された。その基本機能は①総合的な相談窓口機能、②介護予防マネジメント、③包括的・継続的マネジメントの3つとされている。

介護保険制度の施行以前は、在宅介護支援センターがその役割を担っていたはずだが、高齢者福祉サービスのほとんどが介護保険サービスとして提供されることとなったことから、居宅介護支援事業者の役割が、そのまま要介護高齢者の生活援助につながってしまい、直接的な活動場面无くなり、役割を見失ってしまっている在宅介護支援センターを解体し、包括的なアセスメントとニーズ把握により介護予防に資することの出来る機関として再整備が見込まれているようである。

今後、在宅介護支援センターは、約15年に渡る活動の中で培ってきた実績やノウハウなどを生かした活用法を検討していかなければならない。全国在宅介護支援センター協議会は、検討材料として「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用」として、いくつかの道筋を提示しまとめている。

私が所属している在宅介護支援センターは、平成8年に町より委託を受け、社会福祉法人が設置したものであるが、設置箇所は町行政施設（保健センター）となり、行政と同居しながらの活動となった。そのことによるメリット、デメリットはそれぞれあるが、地域住民からは、その存在の認識を得ることができており、「介護で悩んだらあそこへ行けばなんとかなる。」との声も聞かれるようになった。

当地域では、どのような設置形態になるか未だ明らかにされていないが、この声を大切にして、一人ひとりの個性や生活に合わせた相談援助機関として、再出発できるよう協力していきたいと思う今日この頃である。

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6） 平成17年10月改定分関係Q&A

事務局長 宮坂 佳紀

介護保険制度見直し
のポイント（その6）

厚生労働省老健局は、先般、全国介護保険指定基準・監査担当者会議を開催。その中で介護保険施設等における「居住費や食費の取り扱い」について最新の質疑応答を公表しているので以下にポイントを取りまとめておく。

今回の改定により、利用者負担第3段階以上のいわゆる低所得者以外の利用者は、施設と直接契約を行い、負担額を決定することとなった。その結果、同一地域において施設ごとに負担額に格差が生じるため、費用に応じて利用者等が施設を選択することもありうる。

一方、特別養護老人ホーム等の低所得者率が高い施設では、低所得者に対する救済措置である「補足給付」を超えた部分の収入を得ることが困難になってくる。

そこで、以下に記載する今回の質疑応答では、低所得者でも「特別な材料を用いた食事（例えば新米とか松坂牛を希望した場合）」や「特別な食事（利用者が選択するおやつ）」を希望した場合は、料金を別途徴収することは可能で、かつ通常の食費部分の補足給付は行われるという見解もある。

なお、今回の改定により、栄養ケアマネジメントを実施する施設については、検食簿、喫食調査結果、食料品消費日計表等の帳票の作成は不要となったが、ケアマネジメント実施の有無にかかわらず、食事せんと献立表は従来とおり必要な書類であることが明確にされたことも付記しておく。

I. 居住費関係【報酬設定関係】

- （1）介護療養型医療施設において、居住費以外の追加的費用（特別な室料）を徴収してもこれまでの療養環境加算減算を適用しない。
- （2）介護老人保健施設の介護報酬については、他の介護保険施設と比較した場合の回転率を勘案して、ユニット型準個室より従来型個室の報酬を高く設定した。

【指定基準関係】

- （3）介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては、ユニット型介護報酬の設定はないので、10月1日以前からユニット型の形態によりサービスを提供し、10月1日以降ユニット型及び従来型個室の両方の基準を満たす場合、18年4月までは経過措置として従来型個室の介護報酬を適用する。なお、従来からユニット型の介護報酬が設定されている介護老人福祉施設については、従来型個室として取り扱わない。
- （4）ユニット型でない2人室は多床室で算定。特別な室料の徴収も可能。
- （5）今後新築される介護老人保健施設の個室においては、ユニット型個室・準個室の基準に適合しない場合は、すべて従来型個室とみなす。
- （6）ユニット型の人員配置基準は、現行の特養ホームのユニット型個室に準じた人員配置基準を設定しており、ユニット型個室であっても、最低3対1を満たしていれば標欠対象外である。
- （7）ユニット型個室の2人部屋で夫婦2人で入居する場合の2人室はユニット型個室として取り扱う。

【従来型個室の経過措置関係】

- （8）従来型個室の経過措置の期限は定めていないが、平成21年度の介護報酬改定時の検討材料としている。
- （9）本年9月30日から10月にかけてショートステイ利用者の経過措置は、退所するまでの期間のみであり、いったん退所後の新たな期間において、経過措置は適用されない。

(10) 従来型個室にかかる新規入所者の経過措置（医師の判断により個室に入所する必要がある場合は個室でも多床室扱い）は個室を利用することに行う必要があるが、著しい精神症状等により個室が必要と思われる場合は、医師の判断した期限毎に行う。この医師が精神科専門以外であっても、主治医または嘱託医いずれでも可。なお、感染症等の要件について、個室入所しても多床室として取り扱う経過措置は30日超の場合は原則として認められない。また、臨終間近でお見送りをする準備で個室に移動した場合、医師が必要と認めた場合は、経過措置（多床室扱い）で差し支えない。
(11) 多床室の処遇で問題のない利用者が個室しか空いていないという理由では経過措置の対象外となる。
【利用者負担・補足給付関係】 (12) 利用者負担第4段階の型の居住費・食費の水準は、利用者と施設の契約により設定するものであり、その設定に当たっては、居住費の場合、①施設の建築費用及び②近隣の類似施設の家賃及び光熱水費を勘案するとともに、書面による説明と同意を行う等適切な手続きを確保されていればよく、個々の施設・設備等の原価を積算したうえで設定することを求めているわけではない。これは日常生活費における「実費相当額」についても同様であり、例えば洗濯代の水準設定にあたり、原価を積算したうえで設定することを求めるものではない。なお、金額の設定についての説明上、利用者から特に求めがあった場合に限り、施設の判断で金額の算定式等を説明すればよい。
(13) 同じ内容の食事を提供する場合、第4段階の方の居住費、食費を第3段階以下の方の補足給付の「基準負担額」より高い料金としてもよいが、4段階以上の方の居住費・食費のみを第3段階以下の方の「基準費用額」より低い金額にすることは補足給付の趣旨等から適当ではない。
例) 第4段階以上の食費を1300円と設定した場合、第1～3段階の補足給付の基準額も1300円とするという解釈。
(14) 10月からの運営規程には、居住費及び食費の具体的な内容、金額の設定及び変更に関する事項について記載して、事業所内に掲示する。居住費・食費以外の日常生活にかかる費用や教養娯楽に係る費用については、合理的な料金設定を行ったうえで、十分な説明をして同意をえられた場合に従来どおり別途徴収可能。
(15) 利用者の入院・外泊の場合の居住費の取り扱いについては、利用者との契約によって定める事項であり、例えば利用者が入院・外泊期間中に居室を確保する場合は引き続き居住費の対象として差し支えない。ただし、利用者が低所得者である場合の補足給付については、外泊時加算の対象期間である6日間とする。
Ⅱ 食費関係【介護報酬単価関係】
(1) 食費の設定は朝・昼・夜に分けて設定することも可能。特に短期入所は1食毎に分けて設定することが望ましい。この場合の低所得者の補足給付の考え方は、以下のとおりである。
例) 朝食400円、昼食450円、夕食530円の場合で利用者負担第3段階の方の負担限度額は1日650円であり、朝のみの場合は補足給付なし。昼食を取った場合850円となるので200円が補足給付されることになる。
(2) 利用者負担第3段階以下の方が特別な食事を希望した場合は、特別な食費を負担いただくことは可能。この場合であっても通常の食費部分に対する補足給付は行われる。
(3) 現行の基本食事サービス費にある、適時・適温の要件は、介護保険施設ごとの運営基準の規定「栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供しなければならない」があるため、サービス費廃止後も遵守する必要がある。
(4) 調理にかかる費用には管理栄養士・栄養士の給与は含まれない。調理にかかる光熱費及び厨房の設備・備品費用のうち固定資産物品については、基本的に居住費用として考える。
(5) 絶食、点滴による水分、カロリー補給は従来どおり食事の提供ではなく、治療のため食費を請求できない。
【栄養ケアマネジメント加算関係】
(6) 栄養ケアマネジメント加算については、併設の複数機関で1名の常勤栄養士しか配置していない場合は1機関のみで算定。
(7) 栄養ケアマネジメント加算については、10月1日時点における既入所者については、10月分に限り、同月中に実施にかかる同意が得られておれば10月1日に遡及して算定可。

- (8) 施設サービス計画書と栄養ケア計画が一体的に作成されている場合でも、栄養ケア計画に該当する部分が明確に判断できる形であれば差し支えない。
- (9) 栄養ケアマネジメント加算の算定に当たっては、栄養ケアの関連職種及び氏名について都道府県に届出が必要。
- (10) 栄養ケアマネジメント加算の評価手段として血液検査を義務づけることは考えていない。
- (11) 栄養ケアマネジメントは栄養状態が改善された場合でも、3カ月毎に行いかつ月1回毎に体重測定を行い、低リスク者を含み入所者全員に実施する。なお、3カ月に1度見直しを行う必要があるが、当該計画に変更がない場合は利用者等のサインを求める必要はない。
- (12) 栄養ケアマネジメントに必要な医師の指示は診療録に記載されるもの等で差し支えない。
- (13) 家族が食事を持ち込む場合栄養ケアマネジメント加算の算定の要件が満たされている場合には算定可能。なお、仮に算定が困難な場合でも、入所者の低栄養状態に留意する必要がある。
- (14) 栄養ケアマネジメントのアサメント項目の上腕周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚、肩甲骨下皮下脂肪厚、下肢周囲厚の項目を実施することは必須ではないが、低栄養状態の把握の一つの指標であり、非侵襲的で簡便な方法であり活用されたい。食事摂取量については、喫食率の大きな変化が把握できればよく、個々のリスクに応じて判断すれば毎日測定する必要はない。

【経口移行加算関係】

- (15) 経口移行加算の算定は管理栄養士は必須ではない。180日の起算日は経口移行計画を策定し、入所者等に説明して同意を得た日からであり、10月1日以前の計画作成日なら、10月1日を起算日とする。なお、10月1日時点の既入所者は10月中に同意が得られれば、10月1日に遡及できる。
- (16) 経口移行加算は180日時点で経口摂取が一切認められない場合、算定不可となる。また、180日をまたずとも、医師が経口移行がこれ以上すすまないと判断した日から算定不可。なお、当該加算は入所者1人につき、1入所1度のみの算定。算定期間は経口から食事が可能になり、経管栄養を終了した日までとなる。
- (17) 経口移行加算について、身体状態の変化により経口と経管摂取を繰り返す場合で、180日間にわたり算定した後、疾病により経口による食事摂取に移行するための栄養管理を中断しなければならなかった場合でも病状が改善し、引き続き経口による食事摂取を進めるために栄養管理が必要と医師が判断する場合は算定可。
- (18) 180日以降も一部経口摂取が可能であり、継続して栄養管理が必要な者は引き続き算定可能であり経口摂取が進むと医師が判断する期間中は算定可能。
- (19) 例えば糖尿病患者が経管栄養している場合では、経口移行加算と療養食加算と併算定不可。なお、この場合療養食加算を算定せず経口への移行を優先させることで経口移行加算を算定可能。
- (20) 経口移行加算についてのビデオレントゲン撮影と内視鏡検査の保険適用の考え方は次のとおり。

- | |
|---|
| ①造影撮影（造影剤使用撮影）の場合は、当該検査が包括となっていない場合では、当該検査を実施した医療機関で医療保険で算定可能。 |
| ②内視鏡検査（喉頭ファイバースコピー）の場合、指定介護老人福祉施設及び介護老人保険施設入所者であれば（嘱託医または協力医療機関）で医療保険で算定可能。介護療養型は包括となるため。 |

- (21) 経口移行加算について、著しい摂食・嚥下機能障害を有し、誤嚥が認められる場合算定可能であるが、この場合の日数等の取り扱いは以下のとおり。

- | |
|--|
| ①著しい摂食機能障害を有するものの算定期間は、継続して経口による食事摂取を進めるための栄養管理により、必要な栄養は摂取されており、かつ概ね1週間以上にわたり著しい摂食機能障害による誤嚥が認められないと医師が判断した日までの期間でかつ入所者等が同意した日から起算して180日以内とする。 |
| ②上記の期間超過した場合でも、造影撮影等を実施したうえで医師が必要と判断し、かつ同意が得られた場合は引き続き算定可。ただし、この場合は医師の維持は概ね1カ月に1回とする。 |
| ③経口移行加算と摂食機能療法の併算定は可能。 |

【栄養管理体制加算】

- (22) 非常勤の管理栄養士を介護保険施設で雇用している場合は、栄養士配置算定加算が算定可。

(23) 短期入所を数回利用する場合で療養食加算を算定する場合は、その都度食事せんが必要となる。

Ⅲ その他

(1) 基本の食事にプラスしていわゆるサプリメントを提供した場合を特別な食事として提供されることは想定外。したがって、徴収不可。

(2) 通所系サービスで利用者が主食（ごはん）を持参で副食（おかず）のみ事業所が提供した場合、他の利用者との価格差はでることは可能。この場合は、運営規程で定めておくこと。

(3) デイサービスやショートステイで利用者が弁当を持参することは差し支えない。この場合、弁当持参を理由にサービス提供を拒否できない。

(4) 通所系の食費のキャンセル代については、社会通念に照らして判断する。

(5) 午前中にショートを退所した場合の退所日の居住費を徴収しないことは、利用者との契約事項できめることであり、どちらでも可。

(6) キザミ食やミキサー食での食事提供該当者であっても利用者負担（食費）に格差をつけることはできない。

(7) 食費を無料とすることは、適当でない。

(8) おやつ取り扱いについては以下のとおり。

①入所者、利用者全員を対象に提供するおやつは契約において、食事に含んで料金を設定しても可。

②入所者または利用者が個人的な嗜好に基づいて選定し、提供されるおやつは「特別な食費」として負担の支払いを求めて差し支えない。

平成17年10月の介護保険施設等における居住費・食費の自己負担化に伴い、生活保護法における「介護扶助と生活扶助のポイント」について、厚生労働省社会・援護局保護課が「平成17年10月施行分の介護保険制度の改正に伴う生活保護制度の取り扱いについて」という事務連絡を公表した。以下に生活保護法における取り扱い内容のポイントを記載しておく。

☆介護保険の被保険者についての食費及び居住費の取り扱い

(1) 介護保険 3 施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）における食費及び居住費の取り扱い

(食費の取り扱い)

○介護保険による補足給付（特定入所者介護サービス費）がなされた後の自己負担額（「食費の負担限度額」（300円／日（実際の食費が「食費の負担限度額」を下回る場合には、その額））については、従来どおり、国保連払いの介護扶助費として支給する。

※食費について、300円／日を超える額で国保連に請求した場合は返戻される。

(居住費の取り扱い)

○多床室については、居住費が全額介護保険（特定入所者介護サービス費）により賄われるため、居住費の負担は発生しない。

○ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室（現行の「特別の居室」、「特別の療養室」及び「特別の病室」（以下、「特別の居室」等という）に相当するものを除く）については、現行の小規模生活単位型特別養護老人ホームと同じ取り扱いとし、居住費が発生する場合には、原則として利用を認めないこととする。

ただし、例外的に入所を認める場合には、転所までの間、各居室に係る介護保険による補足給付がなされた後の自己負担額（「居住費の負担限度額」に相当する額（実際の居住費が「居住費の負担限度額」を下回る場合には、その額））を福祉事務所払いの介護扶助費として支給することができることとする。

※多床室以外の居住費について、国保連に請求した場合には返戻されることとなる。

○従来型個室のうち、「特別の居室」等については、利用を認めない。ただし、「特別の居室」等であることによる追加費用が発生しない場合には、上記の従来型個室の取り扱いと同じ取り扱いとする。

(食費、居住費共通)

○指定介護機関に対しては、被保護者の食費及び居住費の設定において介護保険の「食費の基準費用額」及び「居住費の基準費用額」(介護保険法第51条の2)の値の範囲内とすることを義務付ける。

(2) ショートステイ(短期入所生活介護及び短期入所療養介護)における食費及び滞在費の取り扱い等について

(食費の取り扱い)

○ショートステイを利用する被保護者については、食費は生活扶助費(居宅基準)に含まれているものであることから、生活保護(介護扶助、生活扶助)による新たな対応は行わない。

(滞在費の取り扱い等)

○多床室については、滞在費が全額介護保険(特定入所者介護サービス費)により賄われるため、滞在費に係る負担は発生しない。

○ユニット型個室、ユニット型準個室及び従来型個室を利用した場合の滞在費については、生活保護による新たな対応は行わない。(利用者負担となる)

ただし、被保護者が滞在費を自己負担して利用することは認めることとし、その場合は、介護保険の1割負担分は介護扶助で負担する。(国保連払い)

(食費、居住費共通)

○指定介護機関に対しては、被保護者の食費及び居住費の設定において介護保険の「食費の基準費用額」及び「滞在費の基準費用額」(介護保険法第61条の2)の範囲内とすることを義務付ける。

(3) 通所サービスにおける食費の取り扱いについて

○通所サービスを利用する被保護者については、食費は生活扶助費(居宅基準)に含まれているものであることから、生活保護(介護扶助、生活扶助)による新たな対応は行わない。(利用者負担となる)

被保護者に係る食費及び居住費の負担について

受給者 年齢	サービス種類		費用の負担方法		
	食費・居住費等 の区分	居室の類型	負担限度額	基準費用額と 負担限度額の差	
65歳以上 (保険併用)	施設サービス	食 費		介護扶助	介護保険 (特定入所者介護 サービス費)
		居住費	多床室		
			従来型個室	原則多床室入所とする	
			ユニット型準個室	※特例的に入所する場合は 福祉事務所払いの介護扶助	
			ユニット型個室	※連合会へ公費請求され た場合は返戻	
	短期入所サービス	食 費		利用者負担	
		滞在費	多床室		
			従来型個室	利用者負担	
			ユニット型準個室		
			ユニット型個室		
	通所サービス	食 費		全額利用者負担(補足給付なし)	

受給者 年齢	サービス種類		費用の負担方法			
	食費・居住費等 の区分	居室の類型	負担限度額	基準費用額と 負担限度額の差		
40 ～ 64 歳 (生保単独)	施設サービス	食 費	介護扶助			
		居住費	多床室		介護扶助	
			従来型個室	原則多床室入所とする ※特例的に入所する場合は福祉事務所払いの介護扶助 ※連合会へ公費請求された場合は返戻		
			ユニット型準個室			
			ユニット型個室			
	短期入所サービス	食 費		利用者負担	介護扶助 ※福祉事務所払い	
		滞在費	多床室			
			従来型個室	利用者負担		
			ユニット型準個室			
			ユニット型個室			
	通所サービス	食 費		全額利用者負担		

※特に記載のない「介護扶助」は、国保連払いの介護扶助である。

※通所サービスの食費には、基準費用額及び負担限度額の仕組みはない。

認知症（痴呆症）の人の尊厳を守るために

園部町社会福祉協議会 田中 聡子

認知症（痴呆症）の人の尊厳を守るために

現行制度の課題

介護保険制度が施行され、認知症の人が契約によって介護サービスを受けることになった。しかし認知症の人に対して、「何も分からなくなった」「介護が大変」「問題行動があり、一緒に生活できない」という訴えが家族から聞かれ、介護保険の申請やサービスの選択は家族の思いが尊重されることが多い。実際にサービス計画書に代替介護の確保、家族の介護疲れの緩和などと書かれているものもある。サービス担当者会議に出席し自分の望むことが言えるということは非常に少ない。しかし、認知症の人は、かなりのことを分かっていて、自らの物忘れに苦しんでいる。認知症に対する先入観が認知症の人の役割と居場所を奪う危険がある。要介護認定の調査票に代表される問題行動も認知症に直接随伴するものでない。認知症に陥った不安や苦しみを引き金となっているのではない、生活環境や対人関係の中にある問題が認知症の人を困惑させ追い込み、問題行動を生み出すのではないのかと思われる。問題行動は本人にとっての問題行動でなく、家族や近隣住民などにとっての問題行動である。例えば大声を上げて、住宅が密集したところでは問題行動かも知れないが、田舎の一軒家ではさほど気にならないこともある。ところが、家族や介護者にとっての問題行動の軽減に福祉サービスの視点が置かれることが多い。それは認知症の人にあった生活環境が用意されていないこと、認知症による障害を理解し、尊厳を守る対応になっていないことである。

認知症への理解

そこで問題行動はなぜ起こるのかを理解し、さらに認知症の人の健康な部分や温存されている力にも目を向け、理解することが必要である。認知症の人の問題行動は①認知症疾患そのものの進行による記憶障害や見当識障害、②何らかの不安にとりつかれた場合の精神症状、③薬の影響、④新たな疾患に罹患した場合やけが、⑤介護者とのコミュニケーションのまずさ、⑥変化した生活環境、生活条件等への不慣れなどの諸契機が介在する。

家族や介護者の不適切な対応が本人に困惑を起し問題行動となる。家族や介護者等の環境による不適応状態から救いだし、本人にとって安全、安心、居心地のよさを提供することである。居心地のよい場所とは自分の役割があり、存在が認められた場所であり、本人の能力が発揮できる場でもある。

認知症の人は自分という人間―自我を保持し、理解するため周りからの援助が必要である。自我を支える対応は衰えた自我の機能を強化し、援助することである。そのために多様な自我の機能がどのくらい保持されているかということ判断すること、その目的は認知症の人が保持している能力をできる限り使えるように最善の方法で援助することである。認知症の初期の人には自助に対する援助、援助ニーズが高くなったときは補助自我として具体的援助する。つまり、自分の記憶、見当識、判断力などの自我機能を認知症の人に貸すことを意味する。それによって認知症の人は人生を満喫し、喜びを感じるために精神力を注ぐことができる。責任を代替し積極的に援助するには、倫理的により正確な判断を必要とし、認知症の人の習慣、価値観、人格を知り、尊敬することが重要である。

認知症のケアマネジメントに期待するもの (認知症の人のケアに必要な視点)

介護サービスは本人との契約であり、利用者主体の原則である。しかしながら認知症の人の場合、本人とのコミュニケーション不良から、また、家族の介護負担の大きさからケアマネジャーの視点は家族に向けられがちになってしまう。また、認知症の人の生活が本人主体で送れることよりもいかにケアしサービスを提供するかに目線が行ってしまいがちになる。結局は家族や一部の職員が負担を抱え込んで成果があがらず、問題行動に対処することに終始してしまい、その場、その場の対応に追われることになってしまいがちである。本人は生活環境や周囲の接し方によって不適応状態に

陥り「つくられた傷害」が起こる。認知症の人の特性を周囲が理解し本人の人格を尊重する支援をおこなうことが不可欠である。そこで、認知症の人の生活歴や個性を把握しその上で本人の希望やペースに合わせて、その人の持っている心身の力を最大限に活用して暮らしを送ることを支援する視点が必要である。このような考えに基づき新たなケアマネジメントの手法として認知症介護研究・研修センターが開発した「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」（以下「センター方式」という）がある。2004年度に全国16地域でモデル事業を実施して効果を検証した。センター方式はケアの基本理念を「認知症高齢者の尊厳を守るために、高齢者本人の視点に立った暮らしの継続性をいかに確保するか」に置き、アセスメントの共通視点として①その人らしく振る舞っているか、②その人の力が発揮できているか、③安全や健康の視点で問題はないか、④安心して、かつ心地よい生活ができていないか、⑤なじみの暮らしを継続するための総合的な支援体制が整っているかの5つを提示した。センター方式の評価すべきは利用者主体の原則を貫き、あくまでも認知症の人の生活を基本に在宅、施設を通じた継続的なケアを行うことを主眼にしていることである。また、ケアマネジャー1人がプランニングするのではなく、利用者を中心にケアマネジャー、サービス事業者などの関係者が情報交換や検討を行い、ケアマネジメントの過程に携わっていくこと、ケアスタッフの参画や家族の協働により、ケアマネジメントの過程を進み、身近に接する人の声を拾い上げることができることである。今後、現場の声を聞きながら一層の充実に向けた検討が行なわれることになっている。認知症に対するケア体制が様々な分野で進み、認知症の人を共通の視点で理解し、医療、福祉、保健分野がともに協働でケアをしていく基盤ができること、認知症ケアモデルが確立することによって、だれもが安心して高齢期を迎え、尊厳ある暮らしが保たれることを期待する。

（新たなサービス体系の創設）

2003年6月に厚生労働省「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立」を発表し、2015年までに取り組むべき課題として①介護予防、リハビリテーションの充実、②生活の継続性を維持するための新しい介護体系、③新しいモデルの確立：認知症高齢者ケア、④サービスの質の確保と向上、が提示された。なかでも認知症ケアの確立にむけた取り組みが強調された。2006年4月の介護保険法改正においても認知症に関連した項目が随所にみられる。認知症高齢者ケアの基本として「尊厳の保持」が掲げられ、生活そのものをケアとして組み立てること、環境の変化を避け、生活の継続性を尊重し、高齢者のペースでゆっくりと安心感を大事に、その持っている力を引き出し充実感のある暮らしの構築を目指す。

新たなサービス体系として高齢者が身近な生活圏域で暮らし続けられることを基本として「地域密着型サービス」の創設が盛り込まれた。具体的には小規模・多機能介護福祉施設、小規模多機能介護専用特定施設、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型デイサービス、グループホームを挙げ市町村が指定、監督をおこなうサービスとして予定されている。これまでのような施設か在宅かの二者択一論でなく、地域に根ざした包括的、継続的なケア体制ができることは当事者はもとより家族にとっても安心して介護が続けられることになり大きな意味を持つと考える。

認知症の人の権利擁護の確立

認知症の人のサービス体系が創設され、マネジメントが確立しても、権利を保障し、本人の意志が尊重される仕組みが整わなければ尊厳が守れているとは言えない。

認知症の人の生存権が保障され、ノーマライゼーションが実現され、社会参加と連帯、自己決定、自立、選択の自由の保障がされるためにも社会的支援体制が整備され、保障されることが重要である。専門職として本人と向き合い、本人支援のため面接や本人出席のケアサービス会議におき、本人の選択を尊重し、プログラムを立てることである。権利と尊厳を守るためにも権利擁護システムの確立、情報公開、サービス提供者の説明責任などは不可欠である。特に地域福祉権利擁護事業や成年後見制度は誰もが利用できる仕組みをつくらなければならない。また、後見人や権利擁護の専門員はあくまでも本人の意思を尊重し、契約制度において本人に不利益を起こさせない代弁者としての役割（苦情解決）、福祉サービスの利用援助に対する取り組みが重要である。サービス計画や実際のサービスの妥当性や問題点を明らかにするために定期的な見直しと評価は大切であり、そこに本人の意思が尊重されることが大切である。そのためにも認知症を理解し、対象者の生活歴、それぞれにあったプログラムを本人と考え、選択ができることが大切である。

参考文献

- ①「形成期の痴呆老人ケア」石倉康次 北大路書房
- ②「痴呆の人とともに：痴呆の自我心理学入門」ジェーン・キャッシュ クリエイツかもがわ
- ③「センター方式の使い方・活かし方」認知症介護研究・研修東京センター 中央法規出版

お知らせ

京都府介護支援専門員現任研修（基礎研修課程Ⅱ）について

○南部コース・居宅(117名) 施設(53名) ○北部コース・居宅(18名) 施設(15名)
の方が受講され、各コースを修了された方には今回は「修了証」を発行させていただいております。

ケアマネジメントリーダー養成研修について

今年度も「ケアマネジメントリーダー」を養成させていただきます。受講者については、各市町村で調整させていただきます。

京都府老人保健施設協会から

○第13回京都府老人保健施設大会

日 時：平成17年11月5日(土) 13時～17時(12時30分受付)

会 場：京都教育文化センターホール（京大病院前）

参 加 費：2000円

申込方法：申込用紙に必要事項をご記入のうえ、FAXまたはE-mailで10月28日(金)までに下記宛お申し込み下さい。

京都府老人保健施設協会 事務局 TEL 075-813-1545・FAX075-813-1546

E-mail kyoroken@dk.pdx.ne.jp

○京都府老人保健施設協会 栄養部会主催の「栄養部門講演会」

テ ー マ：「施設での栄養ケア・マネジメントについて」

日 時：平成17年10月18日(火) 14時～16時(13時30分受付)

会 場：キャンパスプラザ京都 第4講義室

参 加 費：1000円

申込方法：申込用紙に必要事項をご記入のうえ、FAXで10月12日(水)までに下記宛お申し込み下さい。

平成老人保健施設 担当 北得(きたえ)氏 TEL&FAX 0774-33-0390

リフォーム相談窓口について

悪質なリフォーム被害が高齢者等社会的弱者に集中している状況から、その被害防止対策が関係部局で講じられております。その一つとして、下記相談窓口が設置されております。

○京都府：京都府住宅供給公社住宅相談所

【住 所】京都市上京区出水通油小路東入京都府庁西別館内

【TEL】075-432-2011

○京都市：すまいよろす相談（京都市すまい体験館）

【住 所】京都市南区東九条南烏丸35-6

【TEL】075-693-5131

地域包括支援センター運営協議会について

「地域包括支援センター運営協議会」には、8月5日の全国介護保険担当課長会議資料の「運営協議会の構成員等」の例示にもありましたように、構成員には地域の介護支援専門員協議会の代表も、選任することが望ましいとされています。

そこで、当協議会では、各市町村の担当者に「地域包括支援センター運営協議会」において、介護支援専門員のご選任を文書にてお願いいたしました。

認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式研修会について

研修会開催案内を同封させていただきます。希望の方は京都府介護支援専門員協議会事務局までお申し込み下さい。

編 集 後 記

日中でも心地よい風を肌で感じる季節になりましたね。まあ、夜は寒さを感じるぐらいですが…。収穫の秋本番といったところでしょうか？

ケアマネの皆さんにとっては“それどころじゃないよ！こんな時期に介護保険の改定があるなんて”というのが本音でしょうか？「食費」「居住費」の自己負担化により、各々の施設が利用者と個別に契約を行い、負担するわけですがこれがまた、施設により価格が異なり、居宅の担当ケアマネは給付管理外だから“知らんぷり”はしたくても出来ないのが現実で施設毎の情報も入手しなければいきなりサービスを利用する時に施設が同意を得るからといっても事前の情報は後のことを考えれば説明しておくほうが間違いないということで対応に追われているケアマネも多いことでしょう。

ところで介護保険制度の枠組みの大きな転換はご承知のとおり、平成18年4月です。徐々に全容が見えてきており、会員の皆さんにとっては地域包括支援センターってどこがするの？どんなことするの？ランチ化は？等の話が出ていると思います。また、地域包括に配置される主任ケアマネとは…？現行ではケアマネジメントリーダー養成研修修了者となっていますが16年度の修了者は40名今年度は100名の予定です。足りるの？との不安の声も聞こえてきますが別途、養成枠を設ける等の動きもあるようですので平成18年4月には何とか間に合うことになるのではないのでしょうか？

地域包括支援センターは介護予防における地域のリーダー的役割を担い、居宅介護支援事業所の指導的役割を果たすにふさわしい主任ケアマネを配置し、名実ともに牽引役を担うことが必要とされます。介護保険制度の核となり、日々利用者の為に奔走されているケアマネの地域のリーダー（羅針盤）としての活躍が期待される制度となりそうです。地域包括をお受けになる事業所に所属されるケアマネの方は準備を怠らず、来る平成18年4月に向けてスキルアップに励んでいただけるよう期待します。

追伸：阪神優勝万歳！目指せ日本一！阪神ファンでない方にとっては何でもないことかもしれませんが会員の半分ぐらいの方は勇気付けられるのでは？？？他球団のファンの方、お気を悪くなさらないように。

武田病院グループ 本部福祉事業部
小林 啓治

京都ケアマネ・ポート「24号」

発行人
編集委員長
編集副委員長
編集委員
発行元

2005年9月30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