

# ういずライン 2008 No. 5

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：かいごむら

## ういずライン 2008 No.5

### 特集記事：チームケア

#### 初孫・・・裏話・・・

へなちょこ

介護支援専門員、介護福祉士、居宅介護支援事業所所属

#### チームケアについて

m i g u

介護支援専門員、介護福祉士、居宅介護支援事業所所属

#### チームケアを考える - その3 -

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

#### 末期がん患者への退院支援から、チームケアを考える

ハクシヨン中納言

介護支援専門員、MSW兼通所リハビリター

#### チームプレー・チームワーク

ミスライス

介護支援専門員、介護福祉士、居宅介護支援事業所所属

#### チームの力

アイアイ

介護支援専門員、居宅介護支援事業所管理者兼介護支援専門員

### 一般記事：専門職たちのメッセージ

#### ぼうデイサービスセンター

ぼう

家族介護者

#### 私見～訪問リハビリと通所リハビリについて

和田石

理学療法士、通所リハビリテーション事業所所属

#### 呆けてた方が幸せか

しおわかな

介護福祉士、訪問介護事業所サービス提供責任者

### 連載記事：

#### 運営基準に則した居宅介護支援事業の展開（6）

narisawa

介護支援専門員、介護福祉士、居宅介護支援事業所所属

ようやく寒さも緩み、春の兆しが南から徐々に北上しているようです。花粉症は落ち着いて来たかしら？寒さから解放される頃には、もう日焼けの心配をしなければならないのかな！？（笑）いよいよ年度末です、異動や新人の入社に向けて、皆さんも忙しい日々を送っていることと思います。体調管理に注意してください。自立支援法では「抜本的な見直しに向けた緊急措置」があるみたいで・・・情報収集しなきゃ！

## 特集記事：チームケア

これまで本誌では、皆さんから色々な記事を提供いただき、それを紹介してきました。

その多くの記事から感じられたこと…

介護・医療領域のサービスは人の手によって直接提供されるものです。「一人一人が安心して、その人らしい生活を送れるよう、温もりのある社会を築く」ため、サービスを含めた私たちの在り方として、みんなが手を取り合い、支えあうこと…つまり『チームケア』が欠かせないということです。

本号では「チームケア」を進めるために、具体的な事例の紹介も含め、特集を組んでいます。(編集部)

### 初孫…裏話…

へなちょこ

ういずラインで取り上げられた、あの「初孫」

綺麗なだけではなかった。

息子の父の病気に対する安楽さ…

熱があって、どこから見ても脱水状態の父を置いて仕事に行く…

私の心にも余裕がなかったのかもしれない…

とうとう、意識朦朧としているNさんを、私が救急搬送して、ぶち切れた…

点滴で保液をし、元気になり退院の話が出たが、家族介護の現状をソーシャルワーカーに相談した。

しかし、急性期の大病院なので、医師は退院を言渡した。

で、再度肺炎を患い、2日後に救急搬送…これも私が同乗した。

ソーシャルワーカーは

「私をもっと、主治医を説得できていれば…」と一緒に考えてくれた。

そこで彼女の協力の下、家族には療養目的として、転院の話をした。

もう、彼は在宅復帰できない…そう思っていた。

しかし、息子は「家に帰したい」と言い出した。

ふざけるな！！正直にそう思った。

「私には家族の代わりはできません。また、同じ事が起きたらどうします？」

「介護保険で、病院に連れて行ってもらえませんか？」

末期がんに苦しむ父親を全てサービスで済ませるの

か？

「在宅での看取りは中途半端の気持ちでは出来ません。今のあなたの考えでは私は支援できません。

私の考えが間違っていると思うのなら、ケアマネを変更して下さい。

もう1度よく考えて電話ください！！」

と言って電話を一方向的に切った…

なんてひどいやつだったんだろう…家族の思いに寄り添えなかった…

次の日

「どうしても、へなさんでお願いがしたい…」と電話があった。

私もそこで腹を括った。

で、長い話し合いとなった。

まず、ニーズを抽出し、必要なサービスを検討したら…とんでもない事になった。

限度額…大幅に超える…うん十万の負担…

今度は、削っていく作業となった…

なぜ、必要なサービスが使えない。

末期がんで、安楽に住み慣れた家で最期を迎えられないのか？

削りたくない…悲しくなった。

自分の限界か…そう思った。

「明日まで待ってください」と各事業所のメンバーが言った。

次の日も会議をした。

デイスタッフが言った。

「末期がんの方なんで、通所計画上、6時間以上の

プログラムは無理があります。だから例え 6 時間以上居ていただいても 4 ~ 6 時間の報酬しか算定できません」

福祉用具も・・・

「たまたま本社の方で新しい 3 モーターベッドのモニターを探していたところです。枠がごく限られているので大きさに募集はできなかつたんですが、この利用者さんにモニターになってもらえれば、ごくごく格安でレンタルさせていただきます」

ヘルパーも・・・

「1 時間かかっても計画上は 30 分ですよ」

「お金の問題で、在宅での看取りを断念するのはいけない・・・」と主治医。

なおこうも言った。

「訪問看護は必要ありません。僕が何度でもおじゃまします。訪問診療はマルメなんで、週に何回訪問しようが報酬は変わりませんから。」

みんなの心がひとつになった瞬間だった。

涙をこぼす者もいた。

声を震わせ我慢する者もいた。

自分の介護の経験談を話し出す者もいた。



そして、Nさんは旅立った。

葬儀から 1 ヶ月後・・・初孫を抱いて長男夫婦が尋ねてきた。

私達に出会えてよかったと・・・

すがすがしい顔をしていた。

このあと、お世話になった事業所全部に行っていく・・・と・・・

へなちょこ(まっいいか)

## 「一緒に・・・」

migu

行政主催の研修後、長寿課の人が私の姿をみつけ抱きついてこられた。

「よかったね 一年かかったね～」

それを見ていた周りの人に興奮気味で「内容はいいないけど本当によく解決できたんよ。」

と説明しておられる。

思いがけない彼女の態度にびっくりしたが私も本当に嬉しくなりました。

これは困難事例とよばれるケースで、いちケアマネや事業所では解決できず行政に相談してやっといい形で解決となったものです。

途中諦め気味の時もありましたが、いい結果が出たのは、関係者との連携の賜物でした。

「関係者との連携」これがケアの大変さでもあり面白さでもあります。

日頃のケアマネ業務を振りかえると全部と言っていいほど「チームケア」という言葉に繋がってきます。

チームケアとは医療、介護 福祉、など利用者を取巻く専門職が連携して「一緒に！」とすすんでいくものでしょう。

私の職種ケアマネはケア関係者皆さんの連絡役で調整役、そして私は緩衝材のような存在だと考えます。円滑にチームケアを進めていくには「面倒くさがらない」「他の人との折衝力」「冷静な判断」などが必要でしょう。

ここで私がチームケアについて工夫していることや意識していることを整理してみます。

ケアで工夫していること(連絡、連携、カンファレンス)

意識していること

問題点

これからの課題

ケアで工夫をしていることは「連絡をまめにとる」という一言に尽きます。

・連絡の取り方は多人数がサービスに入るケースでは広島市推奨の「在宅連携ノート」(財団法人 長寿開発センター発行 300 円)を活用します。

これは一冊の記録ノートに多業種専門職が書き込むものです。

日に何度もサービスが入っているケースや利用者の様子が刻々と変わるもの、バイタルのチェックや気付き・お願いなど書き込みます。

・主治医の先生との連携がなんとなく敷居が高い時がありませんか？

それに役立っているのが「広島医師会会員用」の居宅介護事業所 主治医連絡シートというものです。

これはファクシミリで「今後、先生とのやり取りはどうしましょうか？」という意向を確かめるものです。

先生も色んなお考えがあり、また介護保険への認識の違いもありますので、「急がば回れ」ということでワンクッションおくのが安全です。



私は医療機関の居宅に属しますのでほとんど患者さんが利用者というケースなので、日々の主治医との連携はとりやすいです。

幸いにも利用者の様子や気づきなどヘルパーさんからも頻りに連絡が入ります。そこで必要なものは患者様(利用者)のカルテに貼っておきます。

次に円滑なチームケアの武器としての「カンファレンス」ですが、みんな忙しいのだから時間を大体 30 分に設定して始めます。始める時に「何時まで」と時間を区切って意識づけします。

話す内容もあらかじめ参加者に伝えておきます。

そして事前に「こんなテーマだから さんはここんどこ教えてください、また希望や気付きがあれば言ってください」としておくことでスムーズに話が進みます。

カンファレンスのお誘いの用紙もファクシミリで送信もしますが電話などでのやり取りも多いです。

カンファレンスを行う前に自分なりにレジュメを作っておきますしイメージトレーニングもしておきます。

いままで勉強してきた國分康孝氏の推奨する「構成的グループエンカウンター」という勉強やロールプレイも役に立っています。

これは意図的に集団や場面をつくり自分の主張や他者への理解を深めるといいます。他者の観察でも進行や段取り、時間内での課題をこなすことが身につけてきます。

この経験は今のケアマネ業務に非常に役にたっています。

つまり「時間内でカンファレンスを終わる」「テーマをきめ内容のあるカンファレンスをおこなう」ということができます。(ほんまかいな~)

カンファレンスといえばできるだけ皆さんが集まったほうがよいのですが、多人数の時はそういってはいられないので 2 回にわけてカンファレンスを行う時もあります。

「照会」というものはあまり効果がないと思っていますので顔を見て話すというのを重んじたいのです。

私のテーマは集まりやすい雰囲気をつくるということです。

以前嚙下に詳しい先生の往診時にあわせ「嚙下チェックとケア法」というテーマでカンファレンスを企画したら 12 名の参加があり有意義な時間を過ごすことができました。

利用者を取巻くスタッフも一致団結できたという感想がありました。

「顔を見て話をする」というのは効果的です。「知らないことは専門職に聞け」というのが鉄則ですがカンファレンスはいいい機会です。

そして訪問介護の事業所同士でも情報交換してもらいます。

例えば利用者の介護法で困っている事業所の方にはその利用者宅に入って上手くいっている事業所に直接連絡してもらい知恵や工夫を教えてください。

これがレベルアップに繋がるし連帯感がうまれるようです。

今はヘルパーさんも不足気味だからよその事業所さんと組むなんてことも多いようで訪問介護の事業所もお互いの連携が必要でしょう。

意識していることは一人の利用者さんに関わるスタッフは一つの舟にのっているようなもの、だから同じ舟の上で快適に力を合わせられるようにする、そのための手間は惜しまないということです。

(介護保険も厳しいことやジレンマが多く荒波ですねー)

問題点は、話が戻りますが医療機関との連携、情報をどこまでスタッフに伝えるかということです。

どこまで知りえた情報をスタッフに伝えるかということです。

これからの課題は、チームケアの「尾道方式」といういい見本があるのでそれに近づきたいですね。

尾道方式とはご存知のかたも多いでしょうが、医療機関と介護の連携がよくカンファレンスも例えば病院で行い、主治医やかかりつけ医などが何人も参加しておこなわれる、時間も一件15分程度の設定でいっぺんに何件もおこなうとか。

尾道のケアマネ仲間に聞くとカンファレンスもしっかり下準備をしているとか。そして利用者宅の訪問回数も多いとか。アセスメントの力もあるのだからケアプランがしっかりしている。

そういう人に私もなりたい

現実にはトホホ・・・が多いです。

人と接する仕事を業にして「一会一笑」を心にこれからもチームケアに励んでゆこうと強く思ったのでした。

migu (MIGU@home)

## チームケアを考える - その3 -

兼任CM

チームケアの実際を、事例を通して考察してみたい。今日はチームケアが上手く行かなかった事例だ。

Aさん 女性 87歳 要介護3 長男夫婦との3人暮らし。

長男夫婦は専業農家で田畑をかなり手広く行っていて、平日の日中は仕事のためにAさんの介護をする事が困難であることから、できるだけ自分の身の回りのことは自分で行って欲しいと希望している。

Aさんは転倒により大腿骨頸部骨折をしたが、術後のリハビリに励んだこともあって、屋内を移動したり、身の回りのことのかなりの部分は自分で

うことができるが、バランスを保持することが難しく転倒の危険性が高かった。Aさん自身も息子夫婦が一生懸命農業に従事していることを理解していて、できるだけ世話を掛けずに転倒しないように身の回りのことを自分でできるようになりたいと希望していた。

ケアマネの関わりはAさんが骨折の手術とリハビリを終えて退院する時から始まる。入院していた医療機関では術後の生活上の制限はないことと、バランス保持のためのリハビリの継続が必要という判断をしていた。

ケアマネは医療機関で行っていたリハビリの方法

を把握し、それをサービス提供してくれる通所リハビリテーション事業所と通所介護事業所、そして日中の支援に入る訪問介護事業所に提示をした上で、医療機関のPT・OTから指導を受けて、その方法論でリハビリの継続と動作介助を行っていくことの合意を得て、退院を迎えて支援を展開した。

支援開始から3ヶ月は問題なく経過した。退院後の自宅での生活にも円滑に戻れることができ、支援を受けることで転倒の危険性も軽減してきた。

しかし退院後4ヶ月目の途中からヘルパーから今まで見られなかった報告が入るようになった。「ちょっと疲れたからヘルパーさん、あれやってちょうだい」とか「ちょっと悪いけど立ち上がるときに手を貸してくれない」ということが見られるようになったという。家族からも「退院してしばらくの頃のように自分でガンバろうと言う気力がなくなってきたように思う。何かと手を貸してくれとかやってくれて言葉が増えてきた」と言う。



通所リハビリ事業所に状況を確認。リハビリ内容は変えていないとのこと。ただ「できない」とか「しても仕方ない」という言葉が聞かれるようになってきたが、なだめたりしながら促しをすると問題なく実施できていたという。

通所介護事業所に状況を確認。指示されたように介助をしているが「できない」とか「手伝ってくれ」という発言が目立ってきて、自己動作を求めているも応じないが増えてきたという。

本人に確認。本人が言うには「デイサービスの職員さんが、Aさんが大変そうにしているのでたまには休みなさいよって言って手伝ってくれた。そして次からずっと手伝ってくれるようになった。でも毎回手伝ってもらっていると怒る人がいるので、たまに手伝ってもらうことにした。ヘルパーさんやリ

ハビリでは手伝ってという怒られるのでうっとうしく感じている。自分はデイサービスに行けばいいので、リハビリもヘルパーもなくてもいいと思っている。」といわれた。

通所介護に確認。通所介護の相談員は状況を把握していなかった。状況把握を依頼し、連絡を待つ。

生活相談員からの連絡では、介護職員の中に確かにAさんに「休めば…」っていている職員がいる。そしてその職員は他の職員にも働きかけをして、Aさんが無理しすぎないように手伝うように指示をしていたことがわかった。その職員には注意をし、更に職員全体に対応の見直しと個別援助計画に従った援助の提供を指示したが、職員の中には「無理させてまでリハビリはおかしい」という意見が噴出してまとまらなかった。もう少し時間をもらって意思統一を図りたいということだった。

その後、利用者・家族を交えてこの問題を協議。家族は人の手を借りなければいけないようだ自宅での介護を続けていくことができなくなるので、できるだけ自分でできるように維持して欲しいと改めて希望。Aさんも自宅にいらなくなるということ初めて認識して、今まで自分が楽をしてきたために、手を借りなければいけなくなったことを理解した。

今後のサービスについて、リハビリとヘルパーは継続して利用していくし、そうしていかないと自分の身の回りのことを自分でできなくなってしまうので、続けていくと、Aさんが自らいわれるとともに、自分の勘違いからリハビリやヘルパーに悪いことをしたという言葉も聞かれた。

通所介護については事業所の状態を隠さず説明し、今後どうするかを協議した。Aさんはなれたところだし友人もできたので続けていきたいと思うが、「休めば…」って言う職員さんがいるとまた同じことをいわれれば休んでしまうかもしれないと判断が付かない様子。家族も同様に感じられている。

そこでしばらくの間通所介護を休み、通所介護事業所の状況がどうなるかをまって考えることに合意された。

このことを各事業所に連絡。

2週間後、通所事業所の相談員から連絡がある。「休めば・・・」といった職員は退職した。そしてその考えに同調していた何名かも一緒に退職した。そして新たな職員の雇用もできたので、Aさんに来ていただく準備が整ったとのこと。

早速担当者会議を開いて今後の検討と調整を行う。Aさんもご家族も必要な支援ができるのであれば慣れ親しんだ事業所が一番ということで再開することとなった。

#### チームケア失敗の原因分析

職種間の役割分担や連携体制、情報の共有化は何とかできていたが、直接提供される具体的な支援の提供における「目標や支援の共有」ができなかったことが直接的な原因になる。

また、通所介護事業所の具体的なサービス提供方法について、もう少し突っ込んだモニタリングができていればもっと早期に問題を発見して対応ができたと思われる。

#### チームケアの展開を考える

この事例では職種間のチームケアと職場内でのチームケアの違いとそれぞれの重要性を見ることがができる。

職種間のチームケアは目標と方針と情報の共有化と役割分担の明確化、更には協力連携体制の構築が主眼となって、それに沿った支援の継続的提供が求められている。

一方「職場内チームケア」は個別援助計画に則った支援の継続的提供のためのチームケアであるとともに、それは共有化された目標・方針・役割分担や、協力連携体制を具体的に提供するためのチームケアである。

このチームケアの展開を着実に実施していくためには事業所としての方向性の明確化とそのスタッフ間での共通理解があり、その方向性に沿いながらも居宅サービス計画を具体的に提供するための支援の目標や方向性等の共通理解と実践が必要になってくる。これはスタッフ一人ひとりに課せられた、プロフェッショナルとして最低限度必要な知識と技術である。

時として援助者は「利用者さんに支援をすること」が仕事だと勘違いする。

時として援助者は「手をかけることが良いケアだ」と勘違いする。

時として援助者は「利用者さんの自己動作を待つよりも支援したほうが手っ取り早い」と勘違いする。

これらの勘違いが、そしてこれらの勘違いは、最初はとても小さなものだが、「蟻の一穴」の例えのように徐々に広がりを見せて、最後にはどうにもならなくなるものだ。職場内チームケアを崩壊させ、それが職種間チームケアを崩壊させ、結果として支援が無意味なものにしてしまうことに繋がっていくわけだ。

兼任CM（介護サービスほっと通信）

## 末期がん患者への退院支援から、チームケアを考える

ハクション中納言

### 本人と家族の現状

70代 男性 末期がん（骨転移により、両下肢の完全麻痺）認知面問題無し  
本人に対するがん告知有り。  
妻と2人暮らし。  
妻の健康状態は普通であるが、妻は介護経験なし。

### 本人の意向

調子が悪くならないうちに、自宅へ退院したい。  
正月を自宅で過ごしたい。

### 妻の意向

本人の望むようにしてやりたいが、介護できるかとても不安。

とてもじゃないが自信がない。

支援開始から希望の退院日までの猶予  
およそ2週間

#### 支援チームのメンバー

主治医、病棟NS、外来NS、MSW、CM、訪問看護NS、訪問リハPT、訪問介護CW、訪問入浴CW、福祉用具相談員

#### 支援開始

病棟NSよりMSWへ、退院支援の依頼あり、主治医からも、ひとまず在宅生活へ戻る事は可能と。本人、妻、MSWとCMの話し合いのなかで、支援方針の大きな柱を立てる。

方針1：正月までに退院したいという本人の希望を尊重しよう！

方針2：介護者の介護負担、不安を軽減する！

方針3：本人が安心して穏やかに過ごせる医学管理と介護支援を！

#### MSWとCMの協働

多くのサービス調整が必要であったが、準備期間が短いという問題があった。

CMも訪問の時期に差し掛かっている。

その為、今回、医療で提供されるサービス（訪問診療、訪問看護）については、MSWが調整し、CMのケアプランと擦り合わせるという方法をとった。

#### ミニカンファレンス

必要なサービスの種類が多く、利用曜日、時間帯の調整だけでも難しい。

また、療養上、サービス提供上の留意点も多く、検討事項は山積している。

その為、担当者会議開催前に、各サービス担当者と、ミニカンファレンス的に個別に相談していった。

その都度、3つの支援方針を確認しながら話し合う。

まずは、訪問診療からだが、元々かかりつけの病院へ入院していた為、訪問診療も引き続き主治医が行なう事となった。

（話が早くてラッキー）

次に訪問看護を調整。

毎日摘便しないと、下肢のしびれが出てくる為、毎日の提供が必要だった。

それに加え、時間を置いて2回摘便を本人は希望した。

主治医へ相談したところ、「そうしないときついんやったら、してもらおうよ、訪問看護STに相談して。」という。

（うんうん、そ～ですよ～、と思う一方・・・）

訪問看護にしてみれば、日に2回提供しても算定は1回であり、年末の急な新規利用相談だ。

（早く引き受けてくれるだろうか？）

恐る恐る相談した。

「あの～、年末押し迫って急なんです、かくかくしかじかで・・・毎日2回、訪問看護に入ってもらえませんか・・・？」

訪問看護ST管理者は、眉筋ひとつ動かさず、「勤務シフトの調整次第ですね、まあ、いざとなったら私が入るし。」と、こちらが拍子抜けするほど快諾してもらえた。

（あ～良かった・・・）

福祉用具は、特殊寝台及び付属品、エアマット、リクライニング車椅子を検討した。

こちらも、退院に間に合うよう、納品できるとの事。（よしよし、いいぞ～。）

訪問リハについても、拘縮予防を主な目的として、提供してもらうことになった。

相談する中で、日頃、妻が夫を移乗介助するのは困難であり、少しでもベッドから離れ、気分転換できるように、リクライニング車椅子に移乗して訓練しましょうと、訪問PTから提案があった。

（なるほどね～。）

訪問介護では、入浴の曜日の合間に入るようにし、清拭、手・足浴などを提供してもらう事を検討した。寒い時期なので、本人・家族は心配していたが、担当者がしっかり説明してくれたので、安心されたようだ。

(心配事はちゃんと解消しておきましょう～。)

最後まで心配したのが、訪問入浴だった。  
当地域では、採算の問題で訪問入浴サービスが全て  
休止・廃止している。

ダメ元であたってみた遠方の事業所からも、移動時  
間などを考えると提供困難という返事だった。

本人・妻と相談し、最悪、訪問介護による清拭のみ  
になるか？

本人も仕方が無いと諦めていた。

しかし、数日後、この事業所から電話があり、「もう  
一度検討したんですが、この方には、なんとかして  
サービス提供しないとイケないだろうという事にな  
りました。ただ、なんとか週2回調整できたくらい  
で・・・」

本人も妻も、パッと表情が明るくなった。

(あ～、ホントよかった、感謝・感激です～。)

#### 妻の不安について

妻は介護経験がなく、サービスに対する知識がない  
という事に加え、言葉の  
端々から、夫が、自分の  
介護負担について、どの  
くらい考えてくれている  
のかという心配があるよ  
うに思えた。



前述の問題は、サービス  
の調整を進めるなかで、  
妻ができない部分をしっかりサポートするという事  
を、ミニカンファレンスがある度に伝えていく事で、  
解決を図った。

しかし、後述の問題については、他にもアプローチ  
が必要と思われた。

本人は、いわゆる亭主関白であったのだろう。

(年配男性のお約束パターン?)

自分の意向をはっきり言う事は大変良い事なのだが、  
独りで物事を決め、妻には口を挟ませない、そうい  
った雰囲気があった。

自分は、こうしたい、ああしたいと言う傍らで、妻  
はいつも不安そうな顔をしていた。

そこで、本人のみ在室の時、対話するなかで、妻の  
介護負担を意識できるよう、意識変容を狙った。

「安心して自宅で過ごせるよう、私たち皆で頑張っ  
ています。ご主人も大変でしょうけど、奥さんも  
頑張り屋さんなんで、少し、心配しています。だ  
から、奥さんが少しでも負担が軽くなるという事も  
しっかり考えていきたいと思います。」

すると次第に、「妻にもあまりムリさせないようにし  
ないと。」と本人の口から出るようになった。

ただ、ねぎらいや感謝の気持ちを直接、妻に伝える  
ような性格でもない。

(そこまではムリかな：笑)

そこで、妻とだけ話す時には、本人と交わした事を  
話し、ちゃんと、ご主人も「苦勞をかけている」と  
いう思いがあるという事を伝えていった。

すると、妻の気持ちも次第に変わり、「ムリはしない  
けど、悔いのないよう、できるだけの事をやりたい。」  
という前向きな言葉が聞かれるようになった。

(ホント、ムリしないでくださいね～。)

#### 退院前 サービス担当者会議

病院会議室にて、全てのサービス担当者が出席し、  
開催できた。

ミニカンファレンス等の調整を重ねていた為、少し  
の調整が必要なだけだった。

#### 退院後

サービス提供も順調であり、本人も笑顔で正月を迎  
えられた。

病状悪化などにより、介護量が増えてきた場合には、  
入院をと考えている。

妻も、本人が笑顔で過ごされている事を嬉しく話し  
てくれた。

今回に限らず、これまでうまくいったという支援  
を思い起こしてみると、共通して思うのは、「本人・  
家族・サービス担当者などの関係者が、支援にあた  
っての方向性をしっかり共有し、理解している。」と  
いう事だ。

どんなに優れた方法論を持っていても、どんなに

利用者に対する想いを持っていたとしても、これらの共通理解ができていないと、間違った方向に走ってしまう。

共通理解ができているからこそ、それぞれの優れた支援方法や、想いが生きてくるのだ。

また、介護を多く必要な方の支援にあたっては、

介護者の心の状態によって、介護生活が大きく変わってくる。

その心の状態にも充分気を払い、支援していく必要があるという事を改めて考えさせられた事例であった。

ハクション中納言（中納言の独り言）

## チームプレー・チームワーク

ミスライス

チームワークとチームプレイはどこが違うのか？

まずはチームワークから考えてみたいと思う。

チーム・ワーク＝ワークなので、仕事である。

その組織が目指す方向に個々人が向いている事がまず前提になるだろう。

仕事であるからには、個のやりたい事や楽しいことだけではなく、何らかの制約（法律や社会規範等）を受けながら、時に組織や社会の要請する「やりたくない仕事」もやる事が求められる。

チームワークは人間関係を良くする事が目的ではない。

チームの業績(成果)が上がらなければ、制度が悪い、誰それが悪い、方針が悪い等という「悪者探し」が始まり、人間関係が良くなる事は無だろう。

スポーツで例えるならば、完全に負け試合が決まった勝負では、「監督の采配が悪い」、「あいつのエラーのせいだ」と、目標（優勝する）を達成できない理由を他人のせいにして我を省みなくなる。

付け加えれば、初めから「勝つ」事を目標としないチームは永遠に「勝つ」事はない。

企業に当てはめれば、人間関係を第一優先にした場合、単に「仲良しクラブ」になり、馴れ合いの人間関係が出来上がってしまう。

業績が悪くても倒産する危険性を社員一人ひとりが感じる事は低いので、目標（企業の業績を上げる事で社会に貢献し、社員の優遇も良くなる）を達成するための努力や、時には企業の為に個を埋没させ

る等の我慢もしなくなる。

更に向上するための意見をぶつけ合う事もせず、波風を立てず自分の居心地の良い環境を作り上げるだけになってしまう。

介護の現場で働く人たちにとっては、経営や運営は無縁のもののように思われるだろう。

しかし、私の立場から見れば、利益が無ければ給料を払う事が出来ないばかりか、最悪の場合、事業所が倒産すれば利用者はその日から今までと同じサービスを使う事が出来なくなる危険性があるのだ。

現場で働く人たち＝サービスを提供する＝表現は悪いが無形の商品であるとも言える。

介護職一人ひとりが事業所（施設）の存続を担っているのだ。

そんな大切な人材を育成していくためにも介護技術や支援技術の向上が図れるような土壌作りやより働き甲斐のある環境を作っていくことも事業所として必要だろう。

そうしたギブアンドテイクもチームワークにはなくてはならないものだと思う。

次にチームプレイであるが、チーム・プレイ＝プレイなので、遊びである。

楽しみながら主体的に取り組み、決め事に捉われるのではなく、尚且つ我侭ではなく、チームに貢献することではなからうか。

本当のチームプレイとは、「チームの（仲間の）ために(みんなで力をあわせて)頑張る」ではなく、「チームの目的のために自分がやるべきことを頑

張り、必要があれば個を埋没させてチームに貢献する」のであり、「仲間を信じて自分のベストを尽くす」事ではないだろうか。

チームプレイを調べてみたところ、この語源は和製英語だそうだ。

「カット オフ プレイ」= 中継プレイ

「ピック オフ プレイ」= 挟撃

「バック アップ」= 後方において万一のミスに備える

この3つのプレイから成り立っている言葉だそうだ。

これらのプレイを全員が入れ替わり立ち代り行うことができるのが、チームプレイといわれるものらしい。

しかし、日頃耳にするチームプレイという、お互いの足りない部分を補い合うとか、仲良く楽しくするというような考えが日本にはあるように思える。

介護保険が目指す「自立援助」の捉え方と同じで、「出来ないところを介護職が補う」という風潮にも現れているようだ。

**補い合うだけが介護保険の基本ではないと私は考えている。**

介護保険上で言えば、CM、医師、訪問系サービス、通所系サービス、入所系サービス等の各サービス事業所と行政、本人、家族、インフォーマルな資源等の其々の役割と強みを十分に発揮できるようコーディネートしていくのがCMの仕事であり、一つの事例を通じて、フィードバックし合いながら、利用者の生活にとってより良い援助を持続的に提供していくものではないだろうか。

介護保険制度上で求められるチームプレイは、本人及び家族、そして個々のサービスの特性を最大限に活用して他職種との連携を図りつつ利用者の目標を達成させるものだと考えている。

このチームプレイの主役は勿論利用者である。

チームリーダーはCMとなるのだろう。

あるいは、リーダーは利用者で、CMはその黒子とでも言えるかもしれない。

リーダー（CM）は指示するのではなく、自分の考えをサービス事業所にやらせるのではなく、メンバー（各サービス事業所等）に明確な役割を持たせればいいのだ。

それらの役割を各サービス事業所が自ら考え、その役割と目標を共有させる場（担当者会議）を作り、通所系でも訪問系でも連動して行える援助を提供できるようにするのが、リーダー（CM）の業務ではないだろうか。

チームを組む時に、私はよく、「コップの水」という表現を使っている。

自分の心の中にコップがあって、そのコップには「幸せ」という水が入っている。（水=幸=慈悲）

誰かのコップに水を分けてあげたいと思ったときに、自分のコップに水が入っていなければ分ける事はできない。

また、波々と注がれている水を半分だけ誰かに分けたら、自分の水は半分に減ってしまう。

そうなった時に、水の量が絶対数量として決まっているのであれば、いつも必ず満たされない状態のコップが存在することになる。

誰もが水を満たして幸せになるようにするには、分け与えてもらい合うだけでなく、自分で自ら水を作り出す作業が必要になる。

それは知識や技術、自己研磨、自己啓発、自分へのご褒美としての「ちょっとした贅沢」でもいい。こんなイメージで、利用者も援助者も自分のコップの水を満たしていくのが、みんなが自立できて幸せになれるチームケアなのではないかと思っている。

ミスライス（LUCKY DUCKLING）



私が担当している 83 歳の女性、A さん。

認知症があり、短期記憶の低下は著しい。5 分前の事はほぼ忘れている。

その場の会話はでき、その時の感覚でのイエス・ノーは意思表示できる。

日常生活での家事や予定の把握や管理・遂行は困難で、ほぼ全面的に支援を要する。本人だけでは、家事等をする意思はなく、ベッドで横になっている事が多い。

日頃の金銭管理は、日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）を利用している。

屋内の移動や動作は、ほぼ自分でできている。屋外は、ごく近隣の限られた範囲を散歩している事が多い。本人が持っている財布があるので、2~3 軒隣の喫茶店でコーヒーを飲んだり、食堂でうどん等を食べられる事が時々ある。

訪問介護の派遣時やデイサービスの利用時に本人が自宅にいない、5 分ほど近隣を捜す事がよくある。要介護 2。

トイレには自分で行くが、尿もれや失敗があり、パンツタイプの紙おむつを使用している。汚れた物を捨てて、新しい物に履き替える事はできなく、夜間に紙おむつが汚れた場合は、紙おむつだけを脱いでいるか、そのまま履いている。

独居で連絡のつく親戚がいない。その昔に結婚・離婚歴があり、義子がいるらしいが、どこにいるかもわからない。生活保護を受給しており、捜せる範囲で捜してもらったが、結局わからず。

成年後見制度の利用は、下準備中。申立は市町村首長の申立ででき、申立に必要な費用も負担してくれるが、後見（保佐・補助を含む）人として妥当な

人が周りには居ない。専門職による後見は、生活保護受給なので後見の実務に必要な費用の出所が実質ない状態。それでも申立をしようと思えばできるし、選任は家裁がする事なので、こちらが心配する事ではないが、現状で比較的落ち着いて生活されているので、徐々に周りを固めて進めていく事にしている。

サービスは、デイサービスが週に 3 回と訪問介護が午前・午後に 1 回ずつ、配食サービスを週に 3 回を利用している。

A さん、12/14 夕食前に嘔吐（食材ではなく胃液や唾のような感じ）と腹痛の訴えがあるとホームヘルパーより連絡があり、かかりつけの S 病院に通院する排便ができていない様子（一人の時にしている可能性があり、詳細がわからず）でお腹に張りがあるので、緩下剤で排便の調整をする事になった。

12/15 デイサービス利用時にホームヘルパーと訪問し、情報共有と対応の検討をする。分かる範囲で排便のチェックを行い、不調や異変時には記入できるようにチェック票を共有する事にする。

12/17 デイサービスで数回トイレに行く訴えがあり、少量の排便があった。腹痛の訴えはある。血圧の変動が激しい（収縮期 140~180）。

12/18 ホームヘルパーより、頻繁にトイレに行く。腹痛と背中の中の痛みの訴えがある。何回も吐きそうになり、唾をよく出している。冷や汗がでて着替えてもらう。

12/19 デイサービス利用。しきりに痛みの訴えがあり、トイレに行く。本人は必死に排泄しようとするが出ないので疲れや不安が伺える。看護師が摘便すると排便は少しある。お腹の張りはない。摘便時に硬い物に触れるので、子宮筋腫か痔核の可能性があるのではないかとの事。お腹から背中にかけての痛みがある。昼食時におかゆを 2 口食べるが、液状

の嘔吐がある。血圧の変動が激しい(収縮期 130~180)。

12/20 S病院に受診し、上記を報告する。緩下剤を試したばかりなので排便がコントロールできるには少し時間がかかる。腸閉塞のような状態でもないの、もう少し様子を見るように。背部痛があるが、歩けないほどの痛みではないので、圧迫骨折でもないだろう。血圧については、排便時に力を入れたり嘔吐があれば、変動するもの。子宮筋腫や痔核についても急いで心配することではなく、まずは排便の状況や経過を見て、判断していくとの事。

12/21 ホームヘルパーより、吐き気と腹部・背部の痛みが強く、ADLも低下気味で、辛い様子。排便の問題と別の原因もあるような気がするの、受診して欲しいとの事。

夕診で、S病院を受診する。

Dr.より、1~2日改善する問題でもないの、様子を見るように昨日言っただけなのに。と小言があり、心配ないので引き続き同じ対応で様子を見るようにと指示がある。

12/22 朝、デイの迎え時、腹部から背部にかけての痛みの訴えが強く、歩行できない。本人はデイを休むと言っているが、救急で受診したほうが良いと思われる。(かかりつけのS病院も午前診療しているが)違う病院で診てもらったほうが良いのでは?と、デイ看護師・ホームヘルパー一致の認識。

救急でT病院を受診する。

検査の結果、胆石症・胆嚢炎でしばらく絶食で点滴の処置が必要なため入院。

2週間程で体調は改善し、食事ができるようになり、約1ヶ月で退院する。胆石もすぐに手術するほどではなく内服で経過観察、痛みが再発するようなら、粉碎術等を検討する。

入院時の検査で子宮筋腫も見つかり、2~3ヶ月の経過観察のため産婦人科の受診を行う事になる。子

宮癌の検査も行うが、子宮癌ではない。

退院後は本人も含めて主治医を変えるという意見で満場一致。在宅復帰する事ができました。

医師も診察室だけでの状態を診るだけでは、判断する情報量に限界がある。

介護支援専門員も月に1回程度の訪問だけでは、ごく僅かな情報しか収集でき



ない。貧弱な情報しか収集できない状況で、ケアマネジメントをしろと言われても何もできない。本人・家族・サービス提供者等から伝えられる日々の情報があるからこそ、有効な支援を検討することができる。そして、毎日の様子を知り客観的な状態を蓄積できるのは日々サービスを提供している人達で、それが専門性の重要な要素だと思っている。各々が単独でできる事なんて、たかがしれている。多くの目があってこそ豊富な情報を収集する事ができ、サービス担当者からの情報は本当に有り難いと感じる。

一方、多くの情報だけが蔓延しても活かしきれない。それらの情報を整理して分析する必要がある。特にサービス担当者会議での目標や方向性の統一とモニタリング方法の整理(各機関にどのような情報をどのような方法で連絡してもらえるかを予め整理しておく)とサービス提供機関も報告しやすいし、介護支援専門員も整理しやすい)が重要である。

介護支援専門員一人ができる事は限られているが、いかに有効な情報の収集やチームアプローチができるかは、介護支援専門員の働きかけや連携の方法にかかっている部分が多い事も事実である。周りだけが色々な情報を知っており、こちらには伝わってこない裸の王様のような状態にはならないように、関係者の方からできるだけ多くの情報を伝えようと思われるような関わりができるようにしていきたいと思っている。

アイアイ(わたしはここで生活しています)

本特集の冒頭記事であるへなちょこさんの記事は、第3号「在宅」にて紹介した「初孫」の、ターミナル期の利用者の支援に携わった専門職たちが、利用者の状況と自分たちの役割が問われるなかで、まさにチームの「みんなのところが1つになった」、そして、在宅での生活～在宅支援のためのチームケアに挑む決心をした場面を記したものです（まだ、第3号をご覧になられていない方は、ぜひご覧いただければと思います）。

ハクション中納言さんは医療機関からの退院にあたる実際の事例を通して「本人・家族・サービス担当者などの関係者が、支援にあたっての方向性をしっかり共有し、理解している」ことの重要性を、アイアイさんは情報の必要性に加え「多くの情報だけが蔓延しても活かさきれない。それらの情報を整理して分析する必要」について言及し、そのための連携という視点を提示しています。

兼任CMさんは、やや異なる切り口で、とある失敗事例をもとに「職種間のチームケアと職場内でのチームケアの違いとそれぞれの重要性」について記事を展開しています。

m i g uさんは、自分の存在を「緩衝剤」と表現し、チームケアを実践するうえで重要なポイントを提示しています。「人と接する仕事を業にして『一会一笑』を心に」という一文に共感される方も多いと思います。ミスライスさんは、チームワーク、チームプレイという視点を起点にして、「チーム」そのものの在り方について論じています。それは、チームケアを実践する中で「みんなが頑張る」の先を示しています。

これらの記事を読んで想起したのは、(m i g uさんの記事でも紹介されていますが)広島県尾道市などの地域で【先進的に実践されているチームケア】でした。

たとえば、尾道市医師会のサイトを拝見すると「地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦」という論文が掲載しており、そこには「長期フォローアップの視点から見れば、継続的な医学的管理には必然的に看護管理と介護ニーズへの対応が必要な現状であり、高齢患者の医学的管理はケアの領域に重点がおかれることが多く、フレキシブルな対応とチームアプローチが求められる。」と謳われています。そう【チームケアによるフレキシブルな対応】が必要なのです。

しかし、現行の介護・医療を中心とした制度体系は、実践領域で要求されるレベルに追いついていません（実践が制度を先行するのは、ある意味当たり前現象でもあるのですが・・・）そのため、利用者や家族、そしてそれを取り巻く支援者たちには【制度で要求されているもの以上の負担】が生じることもあるでしょう。

しかしながら、チームケアの重要性は皆さんの提示された記事のとおりだと思います。実践領域における数々のチームケアの実践の積み重ねは、まさしく「温もりのある社会を築く」重要な一因であると信じています。

(編集部)

# Withline-wel

## 一般記事：専門職たちのメッセージ

ういずラインは、ネット上において保健福祉医療に携わる人たちのネットワークをめざしています。それは専門職であり家族（介護者）であり、そして本人かも知れません。高齢社会について考える…そんな記事を掲載していきます。

### ぼうデイサービスセンター

ぼう

こんばんは～。

元気報告に来ました～。。

あ、来たのは皆さんのほうですね^^；

親は、まあ元気です。

入所の少し前辺りから歩行能力に改善が見られていて、それが入所後どうなるかな～と

思ってたんですが、変わらず、いや安定感が増したような感じもあります。。

面会（って言うのかな？）に行ったときに手を取って歩いてもらうんだけど、

私の手に伝わる力が少なくなっていて、あんまり支えなくてもいい感じです。

でもまあ、そんなに長くは歩けなくてすぐ座っちゃうんですが。



なんというか、「怖い」という思いが少なくなった感じかな？

良いように考えたら、在宅してたときデイの送迎バスに半ば強制的に乗せていた行為がなくなったコトが影響してるとも取れるけど…ね。どうなんだろう。。

気持ち的にも落ち着いていて、穏やかな感じです。そして、しゃべる単語も増えたかも（これも入所の少し前辺りから）。

「分からない」って、たまに言うようになったんですよ。

数ヶ月前までなら、「分からないことも分からない」状態だったけど、

な～んか、分からないことを分かってる感があるんですよね～。。

もう少し、変化のある生活を送らせられたら良いかなと思うこの頃っす。。

で先日、外出扱いで昼間に家に連れて帰った。

外泊は次の日のコトも考えないといけないけど、外出は1日あれば出来るから

いつか試してみようと思ってて。

迎えに行っ、昼食とおやつを家で食べ、また施設に送る。

まあコレもアリかな～って感じです。

家族側が外泊より気軽に利用できるしね。。

デイサービスの反対の利用ですね^^；

ぼうとは言えば、同じく穏やかに？過ごしてます。

以前はお湯をかけるだけだった味噌汁も、出汁から作るようになりました。。

でも、全般的にナマケモノになってるかも^^；

のほほ～んと過ごしてるコトが多いの。

まあ悪いことじゃないんだろうけど・・・

結果的に親が施設に入ったから出来た時間、

無駄遣いはホドホドに～って気分もあるんですわ@@

まあ、元来がナマケモノだからしょうがないか～～！？

ぼう（くいしんぼうでバンバンさ）

実は、この記事のコメント欄にて、ぼうさんは友人の方とこんな会話をしていますので紹介します。  
(掲載にあたって、趣旨を損ねない範囲で再構成しました。)  
「逆デイサービス」という考え方で、確かにとても素敵だとも思います。

かぼちんさん：

実際に、逆デイサービスと言う発想は昔からあるんですよ!!!

国保連への請求等は出来ませんので、事業としては成り立たせにくいですが、施設入所されている方が、古い民家に出かけて行き、色々な事を皆で共同作業するんです。その事により、昔の記憶を感化させ、リフレッシュする。機能回復が見られる例もあります。

実は、3年前に我が施設で(あたいが勝手にかぁ～～^^;) 導入を本気で考え、有休使って、自費で色々な研修にも参加しましたが。。結局断念しちゃいましたぁ@@

(儲け主義の人には向かないなぁ)うっ^^;

ぼうさん：

かぼちん、入所されてる方にはきっと良いでしょうね～。まあ、利益を考えると難しいのかな@@；  
ぼうデイサービスは利益度外視ですから～！ 当たり前。

## 私見～訪問リハビリと通所リハビリについて

和田石

入院・入所といった在宅生活から離れた環境でリハビリ中心の特殊な生活を送ってこられた方が、在宅生活に復帰して外来リハビリや通所リハビリではなく訪問リハビリを選択する場合、どのような要因があるのか？機能の違いを考えてみます。

訪問リハビリは『より在宅生活に近いリハビリが中心』

生活を営むその場で、リハビリを提供する。  
最大の強みです。

通所リハビリは『より“身体の基礎的な部分＝筋力・体力・柔軟性等々”に主眼を置いたリハビリが中心』

多少物品もある事から、(非常にソフトな)フィットネスクラブのようなものを想像していただけると解り易いでしょうか。

ただし、そこにパーリハ系の特別な機器がなければ成立しないという事ではありません。

自宅以外の場所にわざわざ出掛ける事が、運動という決して楽ではない行為を行う強い動機付けにな

ります。

一般的な家屋環境に比べて広く各導線も長いので、環境面から活動量を確保できます。

また、通所リハビリが“在宅期リハビリテーションの理念にのっとった看護・介護を提供している”前提であれば、リハビリ訓練の時間以外にも様々な場面で活動機会・量を確保できます。

提供時間全体が、身体の基礎的な部分の向上につながっていくわけです。



上記の機能の違いから、訪問リハビリを選択する要因を考えます。

入院・入所中に、在宅生活に必要な各種生活動作練習を行ってきたもののその完成度が低く、引き続

き自宅環境下での練習が必要

まだまだ危なっかしい状態で退院になるケースですね。

在宅復帰という急激な環境変化や、年齢・疾病に伴う高次脳機能・認知等の要因が重なって、入院・入所中に習得した各種生活動作能力が十分発揮できない状態になっている場合、その能力を環境へすり合わせる作業が必要

「場所が変わったら、出来なくなった」よく聞く話です。

ベッドのマットレスやパットの硬さひとつで寝起きが難しくなる、床の素材の違いで（フローリングか畳か・畳の目の方向が違っただけでも）立位や歩行や床からの立ち座りが不安定になる～狭義の環境要因

様々な認識機能に低下がある場合、外界の変化への対応能も低下している場合が多く、仮に「できるようになった」としても「活動能力と慣れた場所がワンセットになっている」場合が多く見られ、新たな環境で混乱してしまう～広義の環境要因

いずれの場合もすり合わせが必要となりますが、アプローチに若干の違いが生じます。

外来や通所に通う事が、大きなリスクを生じさせる場合

通う行為には、身支度を整えて荷物を準備して、外に出て（多くは）車に乗り込んで車に揺られて...等々沢山の行程があり、それに耐えうる状態でなければ利用は困難となります。

（この理由で訪問リハビリ利用になったとしても、「家に他人を迎えるに当たっての、最低限の身の回りの準備」を生活リハビリの一環として行ってほしいと思います）

また、他利用者さんとの関わりが大きなマイナス要因になる場合も考えられますね。

上で項目としては挙げませんでした。各種生活動作においてどうしても要介助となる場合、『ご家族

（介護者）への対応』も大きな要因となります。

訪問リハビリは在宅生活に直接アプローチするリハビリであり、非常に具体的な目標が中心になると言えます。

そういった目標であれば、より短期集中的なりリハビリテーションサービスの提供といった方向性となり、サービス提供終了という選択肢も今より多くなるのでは？と思います（余談）

（ただし上記の3が要因となっている場合は通所リハビリの機能も訪問リハビリで担う事となり、継続したサービス提供も選択肢の一つとなります）



さて、通所リハビリには“より在宅生活に近いリハビリ対応機能”は無いのか？

全くその機能を有しないわけではなく、各種対応しています。

しかし、“生活するその場所”で対応が出来ない分、各種生活動作練習がどうしても想定したものとなってしまい、特に上記 広義の環境要因の場合などはなかなか難しいところがあります。

ご家族への対応についても、その時に直接対応できない分タイムラグが生じてしまいます。

『違う＝それ以外やらない』という事ではなく、それぞれ得意分野がある、ということです。

利用者さんの在宅期ステージや、身体・精神状態及び生活状況に応じて、利用者さんの自立支援のためにそれぞれの得意分野を最大限活かす利用となれば、単独も併用も当然あるわけです。

これが（本来の意味での）併用について特に規定がない答え、ではないでしょうか。

和田石（真夜中の、ひとり吠えぶるく）



## 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。

### 運営基準に則した居宅介護支援事業の展開(6)

narisawa

#### ケアマネジメントの具体的な手続き内容

#### 利用者及び居宅サービス事業所等への居宅サービス計画の交付

居宅サービス計画原案に同意を得られたことをも  
って、原案は正式に居宅サービス計画になることは  
前述のとおりですが、同意を得ることができたなら  
ば、次に居宅サービス計画を利用者及び居宅サー  
ビス事業者等へ交付する段階を迎えることになり  
ます。

利用者に交付する居宅サービス計画について、同  
じ内容の居宅サービス計画原案を二部用意し、一  
部を居宅介護支援事業者用として、もう一部を  
利用者用として交付するのがよいか、あるいは  
同意を得た居宅サービス計画を原本としてこれ  
の写しを交付するのがよいかなど、この取り扱  
いについての具体的な決まりはありません。し  
かし、介護支援専門員の業務効率を考えた  
場合と居宅サービス計画原案を二部用意する  
方法がよいでしょう。ただし、ここで注意し  
ていただきたいのは、「居宅サービス計画原  
案の説明と同意」の段階で紹介した居宅サー  
ビス計画書(1)の余白部分に同意欄をもうけ  
る場合です。先に「原案について説明を受け、  
内容に同意しました。」との文言を用いた同  
意欄の紹介を行っていますが、説明と同意に  
引き続き交付も行う場合は交付も明記し「  
原案について説明を受け内容に同意し、計  
画の交付を受けました。」としておく必要が  
あります。

基準上、居宅サービス計画について利用者  
から收受文書を受け取らなければならない  
との規定はありませんが、交付したことを  
明らかにしておくためにも文書により受  
領を確認したほうがよいでしょう。これ  
には、同意欄をもうける方法のほか、【  
図12】(大阪府参考様式)のような別  
様式を使用する方法もあります。

【図12】  
※参考様式

居宅サービス計画の同意書(兼受領書)

私は、別添の居宅サービス計画の原案について、説明者からその内容の説明を受けるとともに、この内容に同意したので、居宅サービス計画を受領します。

平成 年 月 日

説明者	法人名	
	事業所名	
	介護支援専門員名	印

  

利用者	住所	
	氏名	印

  

代理者	住所	
	氏名	印

添付書類  
1 平成 年 月 日作成 居宅サービス計画書(1)  
居宅サービス計画書(2)  
週間サービス計画書  
2 平成 年 月 日作成 平成 年 月分 サービス利用票(兼居宅サービス計画書)  
サービス利用票別表

また、居宅サービス事業者等に交付する居宅サービス計画についても、事業者分を新たにプリントアウトするのがよいか、あるいは利用者から同意を得た居宅サービス計画を原本として、これの写しを交付するのがよいかなどの具体的な決まりはありません。しかし、居宅サービス計画書(1)の余白部分に同意欄を設けた書式を使用した場合には、確かに同意を得た居宅サービス計画であることが明らかとなるよう、これの写しを交付するのがよいでしょう。そして、交付の方法についても特に決まりはありませんが、ファクスで送信したり郵送したりするよりも、出来ることであれば手渡しするのが望ましいといえるでしょう。

これについても基準上、居宅サービス計画について居宅サービス事業者等から收受文書を受け取らなければならないとの規定はありませんが、交付したことを明らかにしておくためにも文書により受領を確認したほうがよいでしょう。これには、【図13】(大阪府参考様式)のような別様式を使用する方法があります。

なお、基準第13条第15号に準用規定がもうけられており、居宅サービス計画の変更に当たっても、原則として利用者及び居宅サービス事業所等への居宅サービス計画の交付を行わなければならないとされているのでこの点に留意しなければなりません。 「指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定基準等の一部改正に対して寄せられた御意見について」の「居宅サービス計画の利用者への交付について」にある厚生労働省の考え方をみると、第7表及び第8表のみに変更が必要な場合には、第1表から第3表は省略して差し支えないものと考えられます。

【図13】  
参考書式 〈事業者間用〉

居宅サービス計画の交付書兼受領書

居宅介護支援事業所	所在地	
	名称	
介護支援専門員名		?

下記の利用者に係る居宅サービス計画を作成(変更)しましたので、趣旨及び内容等を説明のうえ、これを交付します。

交付書類

1 平成 年 月 日作成 居宅サービス計画書(1)  
居宅サービス計画書(2)  
週間サービス計画書

2 平成 年 月 日作成 平成 年 月 分 サービス提供票  
サービス提供票別表

記

利 用 者	住 所	
	氏 名	
居宅サービス計画作成年月日		平成 年 月 日

上記の利用者に係る居宅サービス計画について、趣旨及び内容等の説明を受け、これを受領しました。

居宅サービス事業所	所在地	
	名称	
サービス種類		
担当者名		?

(備考) 本書は2部作成し、居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所の双方で1部ずつ保管するものとします。



指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定基準等の一部改正に対して寄せられた御意見について(抄)【再掲】

2. 指定居宅介護支援事等の事業の人員及び運営に関する基準関係

(2) 居宅サービス計画の利用者への交付について

意 見：居宅サービス計画の内容の変更がなくても、一律に交付しなくてはならないのか。

厚生労働省の考え方：居宅サービス計画を作成・変更した際には、当該居宅サービス計画を利用者に交付しなければならないこととしています。少なくとも居宅サービス計画書の第7表及び第8表については、毎月変更されるものと考えられます。

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(抄)

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第13条

十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

以上、ここでは「利用者及び居宅サービス事業所等への居宅サービス計画の交付」の段階について説明しましたが、そのポイントをまとめると以下のようになります。

「利用者及び居宅サービス事業所等への居宅サービス計画の交付」の段階のポイント

1. 居宅サービス計画は、利用者及び居宅サービス計画に位置づけた居宅サービス事業所等へ交付します。
2. 交付する居宅サービス計画とは、居宅サービス計画書の第1表・第2表・第3表・第7表・第8表です。
3. 居宅サービス事業所等へは、第7表に換えてサービス提供票を、第8表に換えてサービス提供票別表を交付します。
4. 居宅サービス計画の変更にあっても、原則として居宅サービス計画を交付しなければなりません。
5. 第7表及び第8表のみの変更の場合には、第1表から第3表は省略できます。

### モニタリングの実施

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後も利用者の変化に留意することが重要であるため、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下、「モニタリング」）を行わなければなりません。基準第13条第13号のイには「少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。」とあり、算定基準においてもこれが行われていない場合には減算の要件になることから重要視されていますが、モニタリングは、居宅を訪問して利用者や家族と面談すればそれでよいと考えるのは短絡的すぎます。利用者の変化は、利用者に直接サービスを提供する居宅サービス事業所等により把握されることも多いことから、介護支援専門員はモニタリングの実施においてもサービス担当者との継続的な連携を図っていく必要があるのです。

モニタリングは漫然と把握するのではなく、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」にあるように、「利用者やその家族の満足

度」「目標の達成度」等を具体的に把握しなければなりません。あわせて、居宅サービス等を計画どおりに利用しているか、目標の達成に有効なサービスが提供されているか等も把握し、居宅サービス計画を変更する必要があるかを判断する必要があります。



なお、モニタリング結果の記録については、居宅サービス計画書の第6表に記載してもよいでしょうし、課題分析方式の種類によってはモニタリング用紙が用意されているものもあるので、これに記載してもよいでしょう。いずれにしても、漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努めなければなりません。

#### 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（抄）

##### （指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

##### 第13条

十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ロ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

以上、ここでは「モニタリングの実施」の段階について説明しましたが、そのポイントをまとめると以下のようになります。

「モニタリングの実施」の段階のポイント

1. モニタリングの結果により、必要に応じて居宅サービス計画の変更や居宅サービス事業所との連絡調整を行わなければなりません。
2. 1ヶ月に1回以上は利用者宅を訪問して面接します。
3. モニタリングの結果は必ず記録します。
4. 居宅サービス事業所等からの情報も把握します。
5. 利用者やその家族の満足度、目標の達成度、居宅サービス等の利用状況、目標に対する居宅サービス等の有効性等を把握します。
6. 居宅サービス計画を変更する必要があるかを判断します。

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)



編集部員のひとりごと その一

春ですねえ～花粉症に悩まされている方も多いようですが・・・(黄砂ピーク時に2～3日悪かったが、気合で乗り越えたつもりっす) 素敵な画像提供をしていただいた皆様に感謝です。

今号の記事を集めて編集作業を進めていますと、「特集記事」とも「一般記事」とも分類が違う記事がありまして、次回臨時号を発行することにしました。

特集：介護報酬・基準改定に向けての提言

今までは前半後半号と行なっていきましたが、今回は「NO. 5 臨時号」という形で発行します(え? 『6号でいいじゃん!』って? 6号は6号で特集がキットあるんですわぁ・・・ね? 編集長??)

臨時号の発行時期は4月初旬の予定

(ブログ放置中のbaru、人はそれを『ぱりゅぶれー』と呼ぶ・・・)

編集部員のひとりごと その二

baruさんの解説のとおり、本号臨時号の発行を予定しています。すでに大体の原稿は揃っておりまして、私が大事に寝かせております。通例どおり本号発行から1週間後・・・と考えていましたが、サーバーへの掲載等のスケジュールの問題があり「4月初旬」になっています。決して編集作業が遅れているわけではありません! って、強調するほうが怪しいですか(苦笑・・・余裕ができて少しほっとしてる)。

ところで、チームケアについては兼任CMさんが自ブログでシリーズ化しています(今回は、「その3」というパートを本誌に掲載)。やはり全部お勤めですので、是非ご一読を! (たぬ)

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.5」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

投稿にあたっては、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)  
ぐずりん(思いつかない・・・かも。。。)  
桂(離(さか)りゆく日まで)  
兼任CM(介護サービスほっと通信)  
さいお(吹き溜まり課)  
J(介護保険法を勉強しなoused)  
しおわかな(日常茶塗爺)  
sige(僕のかみさん)  
G P Z(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(内緒vo!!あわてんぼうのすみけんのお部屋)  
せ(日々は慌日)  
ゼニ(心の底まで新しくされ)  
tappy(Happy tappy♪)  
たぬ(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)  
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・白衣のべ天使)  
のんたる(のんたるの気まぐれ日記)  
ハクシオン中納言(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(♪♪♪)  
笛吹童士(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(前を向いて歩こう♪)  
ポイント(ポイントのホームページ)  
ぼう(くいしんぼうでパンパンさ♪)  
まぁー(訪問看護師「まぁー」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♪♪)  
みほ(文章力アップを目指して)  
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.5  
2008年3月24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/>