

# ういずライン 2008 No. 5 臨時号

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：piyo

春です！

新しい環境・職場にフレッシュマンとして勤める方、緊張の毎日ですね。早く慣れて頑張りましょ！（実は編集メンバーの中にも職場の異動で、フレッシュマンになっちゃう人が2人）後輩の指導を担当する皆さん、去年の新人もこれからは先輩ですね。今一度基本を見直して、シッカリと後輩を指導して下さいね。

## ういずライン 2008 No.5 臨時号

**特集記事：介護報酬・基準改定に向けての提言  
要支援になっても短期集中リハビリを続けさせて**  
みほ

介護福祉士、通所リハビリテーション所属

**通所介護及び介護予防通所介護の介護報酬と指定基準  
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

**介護保険リハビリテーションに関する一暴論**  
和田石

理学療法士、通所リハビリテーション所属

**地域包括は何してる？機能してる？**

baru

主任介護支援専門員、介護福祉士、地域包括支援センター

**21年度介護報酬改定に向けての提言**

ぴぴ

介護支援専門員、看護師、訪問看護ステーション・管理者  
ポイント

居宅介護支援事業所管理者、介護支援専門員

**穏やかな競争モデル**

たぬ

市区町村職員

**介護報酬改定に向けての要望・提案**

まっか

市区町村職員

**現行の予防給付制度の問題点**

どるくす

都道府県職員

**一般記事：専門職たちのメッセージ  
走れ！きゅうきゅうしゃ！**

かよ

訪問看護師、訪問看護ステーション所属

**爺婆を決して、型にはめることなかれ！**

へっぼこ侍

小規模多機能型居宅介護事業所管理者、介護支援専門員

**連載記事：**

**介護保険法を勉強しなす（5）**

」

社会福祉士、支援相談員、介護老人保健施設所属

## 特集記事：介護報酬・基準改定に向けての提言

来年、平成21年4月には3回目の介護報酬の改定が行われます。診療報酬（医療保険）は2年毎ですが、介護報酬は3年ごとに改定されることになっています。前回の平成18年は、介護保険制度そのものの改正も同時に行われ大々的なものでしたが、今回はサービス種類等はそのままで、それぞれのサービスについて基本報酬の単位数のアップ・ダウン、加算の新設・削除、あるいは加算単位数のアップ・ダウンといった変動が行われます。加えて指定基準（人員・設備、及び運営に関する基準）の改定も行われます。

これらの基準は基本的に厚生労働省が決めるのですが、社会保障審議会介護給付費分科会という審議会に諮られます。この介護給付費分科会には、医師会や看護協会、介護支援専門員協会など、保健・医療・福祉分野の職能団体の代表、老人福祉施設、老人保健施設といったサービス提供側組織の代表、さらには保険者代表や住民代表、学識経験者など各方面の代表が委員として参画しており、一応、公平公正に各種基準が決められる仕組みになっています。

介護サービス現場で活躍される皆さんは、ほとんどの方が何らかの上述の組織に加入されていると思います。例えばケアマネと看護師の資格をお持ちの方なら、看護協会と介護支援専門員協会に加入しているとか。

そういった組織が、現場で活躍する会員からいろんな意見を聴取し、それをまとめてその組織代表の委員が介護給付費分科会に持って行き、改正すべき点を要望することになっています（そのはずですが...組織によってそうっていないところもあるかも...汗）

今回のういずラインでは、そういう現場の皆さん方のご意見を集め（残念ながら我々の仲間が給付費分科会の委員になっているわけではありませんが...激汗）ご覧いただいた方の中、何人かが（できたら多くの方をお願いしたいですが）前述の通り各職種や事業所・施設の組織がそれぞれの会員＝つまり皆さん方に基準改定に際して意見を聴取した際に、これらの意見を要望していただければ大変ありがたいです。

これが正統なルートなのですが、別ルートとして政治家を通じて要望することもアリです。自民党や民主党も介護保険などの社会保障に関する委員会を設けています。これらの議員に訴える機会がある方にも、是非、ういずラインに掲載された内容を伝えていただければうれしいです。（編集部）

### 要支援になっても短期集中リハビリを続けさせて

みほ

介護から支援へと移行されたケースで一番、訴えが多いのは短期集中リハビリを打ち切られたケースだ。

法改正前は要支援が出てもPT・OTが必要だと判断したケースは短期集中リハビリを提供していた。ところが、改正後はまったく受け付けていない。

本人が必要だと訴えてみても、それは提供してあげることができなくなってしまった。

お国の方針なのか職場の方針なのか、私ではよく分からない。

ただ言えるのは、運動器機能向上リハビリでは物足らなく不満が大きい。

（うちの運動器機能向上リハビリは一応、市も「この内容でOKですよ」と言ってるものだし・・・）

「いくらリハスタッフが良い体操を提供してくれても色々な測定をしてくれても、良い評価を出してみても、現状維持すらできていないって感じてる。」

「別料金を払っても良いから短期集中リハビリを続けさせてほしい。」って訴える。

要支援になったとたん『リハビリをして現状を維持して行く』というその方の一番の目標だったものが見事に打ち砕かれてしまっているように思えてならない。

私の担当ケースは要介護と要支援の狭間でゆるる若干若いなあ～って思う事例が多い。

認知はまれで、めっちゃめちゃクリアな方が多いの。クリアだからこそ、言い逃れができない。王手、飛

車取りって感じ・・・。

1にリハビリ、2にリハビリを続けやっと片麻痺はあるも歩けるレベルまで回復したとしよう。

すると今の制度では要支援2とかが、すぐに出る。『なんとか歩けるまで回復できたのはリハビリのおかげだ』

って思っている人に、支援が出たから短期集中リハビリは打ち切り～～

って言うてもね～、すぐに納得するわけがない。

納得しろって言うほうがムリではないだろうか？ムリだろ。

そりゃそうだ。

自分の障害をちゃんと受容できていないとそれはどういう形で前に出てくるのかと言うと毎週、来所されては制度に対する怒りをとりあえず他利用者と議論してみているのだ。

「どういう風に認定調査員に対応すれば、要介護が出るか・・・」って・・・。

それはそれは活発な議論だ。

話題を変えることができたなら充実した井戸端会議の時間になるのであろうな～っていつも思う。

これほどまでにリハビリって『心の支え』になっているんだな～って目の当たりにする。

身体面のトラブルも実は存在していて・・・最近、なぜか麻痺側の足をよくぶつけるって事例もあった。

これは足関節が硬くなり装具が合わなくなってきたケース。

カンファで出したらご本人には言うなって口止めされてしまった。

だって短期集中リハ、取れないもん。ややこしくなるもん。

やっと最近、言わなくなったのに・・・だって。

うちのリハビリの質が問われると思うけれど、リハビリスタッフはお国のせいだと言っている。



それから、料金設定に対する疑問の声が多い。

「入浴サービス込みの値段になってるって聞いたけど実はどうなんだ？」ってよく聞かれる。

自宅で普通に入浴できる人が温泉気分で入るのはどうなんだろう？

セット価格だって誰が言ったんだ？

どうしてそういう解釈になるんだろう？

これは職員間でも色々、意見が食い違うって前にもお話したと思うのだが・・・。

ケアマネも一律じゃないんだよね。

必要な方に必要なサービスを提供するのが私たちの役目だと思っているのだが・・・。

まったく分からない。

お粗末です。

みほ（文章力アップを目指して）

## 通所介護及び介護予防通所介護の介護報酬と指定基準

ミスライズ

何を基準に算定できるか出来ないかを調べる時に使う「介護報酬の解釈」という分厚い本があるのだが「指定基準編」と「単位数編」の2つに分かれている。

指定基準と単位数編を両方開いて読み比べて初めて紐解かれる・・・みたいな、便利なようで不親切な表記の本（笑）なのだが、介護保険上で仕事をするなら1セットは事業所に必要なものである。

介護保険法の中の訪問介護で「サービス提供責任者は～」という文言が多数出てくるのに対し、指定通所介護（以下、通所介護）では「管理者は」という表記が多数出てくる。

ちょっと脇道に逸れるが、「通所介護事業者は～」という表記が数多く出てくるのだが、事業者という場合は、「法人として」という意味で使われる。

法人として～をする。

管理者として～をする。

このように法人として行うものと、管理者が行うものの役割が明確に区別されている。

しかし、この「管理者」が行うべき責務や業務は誰がどう考えても「一人では時間的に無理！」という内容で、「兼務なんて出来るのか？」というものなのだ。

そこで、通所介護の指定基準から、管理者が行うべき事を整理し、次に介護予防通所介護で管理者が行うべき業務を整理する。

その煩雑さを通所介護と介護予防通所介護で比較し、要件を予防と介護で「指定基準上、算定基準上」微妙に変えてある部分を明確にしたいと思う。

何故、微妙に変えてある部分を取り上げようと思ったのかは、予防と介護では「管理者」が行うべき業務が違っているからなのである。

まず、管理者はどんな人がなれるのか？

(どんな人なら人員基準を満たしているといわれるのかについて。これは介護も予防も同じね)

通所介護の管理者は、“原則として”「専ら」管理業務に従事する事を位置づけているが、常勤であれば管理者業務に支障がないと認められれば兼務をしても差し支えなく、通所介護従業者でなくても良い(理事長でも良いし、社長でも良いのだが、出来ればケアマネの資格を有するものを行うのが望ましいとある)

兼務施設や内容を問わないとしながらも併設する入所サービスの介護・看護職員との兼務は業務に差し支えがあると認められる場合等は認められないとか何やかんや言いながらあやふやな「管理者」の位置づけなのである。

こういう場合は兼務しないに越した事はないのだが、運営を考えれば兼務していただく事になる(涙)

大抵は、所長や相談員やナースが兼務するケースが多いようである。

通所介護では、「管理者」が利用者の希望や心身の状況等の環境を踏まえて機能訓練、目標、目標達成の為に具体的なサービスを記載した「通所介護計画

書」を作成するとあるが、「通所介護計画書」は、サービスに関わる「従業者」が共同して作成した原案を「管理者」が取りまとめて作成するという意味であると解釈できるだろう。

最終的な計画書作成者の名前は「管理者」(計画書の責任者とでも言うべきか?)となる。

そう、それは、実際のサービスで、この利用者になにが必要で何をすべきかを「管理者」は把握しておかないといけないのである。

それをどう証明させられるかということ・・・実地指導の際に、「管理者」は、其々のケースについて答えられるか否かなのである。(実際にはそこまで厳しくしないけどね)

作成された計画書は、「管理者」が利用者に説明、同意、交付を得なければならない。

サービスの実施状況、目標達成状況の記録(モニタリングや評価)は、通所介護従業者が行う。

個別機能訓練のための計画書の作成にあたっては、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他の職種が共同して利用者毎に作成する。

個別機能訓練開始時及び3ヶ月に1回以上利用者に対して個別機能訓練の内容を説明し、記録する。

個別機能訓練、計画書のモニタリングや評価については、「管理者」でなくてもかまわないのである。

続いては介護予防通所介護(以下、予防)について。

予防の場合も「管理者」が計画書を作成するとあるのだが、「管理者」が、主治医や歯科医からの情報伝達を担当者会議を通じる適切な方法によって利用者の心身の状況や環境などを的確に把握し、解決すべき問題を明らかにし(アセスメント)、利用者の希望を踏まえて目標の設定、目標を達成するための具体的なサービスの内容、期間を記載した計画書を作成し、利用者に説明、同意、交付を行う。

計画書の目標や内容について、その実施状況や評価についても利用者や家族に説明をする。

「管理者」は、少なくとも1ヶ月に1回(つまり毎月)は介護予防支援事業者(包括の担当ケアマネや委託先の担当ケアマネ)に計画書に係る利用者の

状態、サービスの提供状況等について報告する。

「管理者」は、計画書の期間内に最低1回は介護予防支援事業者に報告（モニタリング）をし、モニタリングの結果を記録する。

つまり、これらを全て、「管理者」が行うのである。

予防の計画書の場合は、「管理者は」以外の表記は出てこないのである。



予防の場合の「運動器機能向上サービス」について。

看護師等の医療従事者が運動器機能向上サービスの実施についてのリスク評価、体力測定を実施し、サービス提供にあたっての考慮すべきリスク、ニーズ、機能の状況を開示時に把握する（事前評価）

作業療法士等（看護師含）が長期目標（おおむね3ヶ月）と短期目標（おおむね1ヶ月）を設定する。

それを元に、理学療法士、看護師、介護職員、生活相談員、その他の職種が共同して、実施する運動の種類、実施期間、頻度、1回あたりの時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画書を作成し、分かりやすく利用者に説明、同意を得る。

おおむね1ヶ月毎に短期目標の運動器機能の状況について定期的に記録し、モニタリングを行う。

モニタリングを行うということは、利用者に毎月モニタリング（満足度、目標達成の度合い等を聞き取る）をし、それを記録しておくということである。

計画書の期間終了後に長期目標（おおむね3ヶ月）の達成度、状況について、事後アセスメントを行い介護予防支援事業に報告すること。

運動器機能向上サービスについては、「管理者」ではなくても良いが、毎月モニタリングの報告と3ヶ

月に1度の事後アセスメントを報告する必要がある。

運動器の場合、「管理者」は出て来ないが、医療従事者がメインになってくる。

さて、これらの業務を、管理者が行っているのか？管理者が兼務であった場合、殆ど不可能であろう。

訪問介護はH19年にコムスショックと呼ばれた大々的な質の向上（という名の給付抑制）が図られた。

福祉用具貸与も軽度者への貸し剥がしと呼ばれる大幅な見直しを行った。

次にターゲットとなるのは、通所介護であると私は思っている。

通所介護（予防含）に於いては、管理者の業務内容が多義に渡りすぎている。

そして、介護と予防で管理者の業務が微妙に別れている。

介護と予防でわざわざ管理者の業務を明確に分けた理由は定かではないが、実際の業務では実現不可能な内容を課している。

「名前だけ」で通るものなのか否か・・・。

「これだけの業務を管理者が一人で出来るはずがないではないか」と、県に確認をしたところ、「管理者が行ってください」という回答しか返ってこなかった。

もし、制度改正でより良く、そして誰もが分かり易くしてもらえるのならば、通所介護の「管理者は」という表記内容、業務内容を見直していただきたいと考える。

そうでなければ返還になる金額は、訪問介護の返還金額を遥かに上回り、経営が成り立たない事業所が出てくるであろう。

ミスライス（LUCKY DUCKLING）

withline-wel

『維持するリハビリは、医療保険リハビリから介護保険リハビリへ』

医療保険リハビリの算定日数制限ができてから、もうすぐ2年になります。今回の診療報酬改定でも、この制限は『標準的算定日数』と名を変えて当然残りました。

そして1年前に導入された(個人的に「腰砕けな事をしおって!」と頭にきた...汗)管理料が廃止され、これに変わって標準的算定日数超えでも月13単位までは算定可能となりました。しかし、“標準的算定日数超え後も**具体的な向上が見込まれる**”趣旨の算定理由が必要で、介護保険リハビリでフォローできない一部の疾患以外は、基本的に医療保険で維持するリハビリ対応ができない事になるようです。

介護保険リハビリは維持するリハビリを担うのは勿論の事、入院日数短縮という医療全体の流れから「今まで入院リハビリが守備範囲としていた“回復期=キュア(治療)の部分”も担う事を、求められています!

ああ、それなのに...「介護保険のリハビリ?脆弱じゃん」と非難を受けております...

リハビリが大事って人員基準に配置を義務付けても、報酬が低くてリハビリの実売り上げがどんだけしょぼいか...稼ぎが少なきゃ規模拡大なんてできませんわ...

赤字部署?の拡大なんか、その組織に体力がなければ無理です...わたくし毎日、零細企業の悲哀をひしひしと感じてますからあ~(涙)



さて、ここからは**妄想?暴論??**です。夢物語か、ただの寝言と思ってお聞き下さい。

急性期・回復期・在宅期~維持期それぞれが単発にリハビリを提供するのではなく、その人の生活=人生に根ざした目標をすべての期で共有してそれぞれ適切なサービスを提供していく。『地域連携パス』の、基本理念です。

そういえば自分、訪問リハビリや通所リハビリの機能について私論をぶった時、なんか言ってたじゃないか...「生活する場でのリハビリでなければ“本当の仕上げ”は難しいところがある」って...

病院でいくら在宅生活を“想定”してリハビリを実施しても所詮“想定”で終わってしまい、本当にうまくいくかどうかは自宅に帰ってからじゃないと分からない。

**自宅に帰ってからが、ある意味本当の勝負です!**

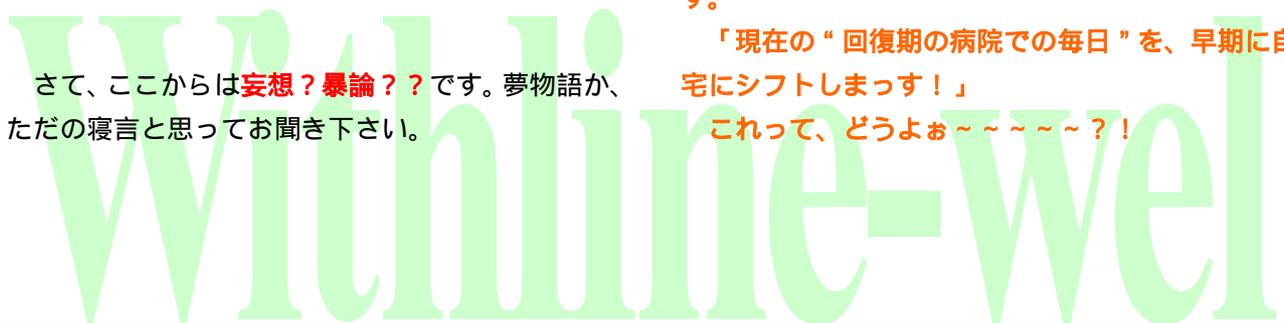
じゃあ...**純粹な疾患への治療を終えたら入院は要らないと考えたら?疾患自体は落ち着いて、リハビリの為に入院しているという状況を思い切って取っ払ったら??(まるで、米国みたいに!)**

**入院リハビリで最低限の状態(例えば、端座位保持可能とか)まで身体状態・生活状況を高めて在宅生活へ移行し、自宅でご本人・ご家族の負担が少ないように各種介護サービスを(24時間)沢山集中して利用する計画を立てた上で、集中してリハビリを行います。入院中のように毎日でも(!)リハビリを実施しますっ(!!)**

そして、ご本人の状態変化(改善)に応じてリハビリや各種介護サービスの量を減らしていきます。リハビリだけでなく、介護保険全体に(現在リハビリで謳われている)短期集中の考え方を導入します。

**「現在の“回復期の病院での毎日”を、早期に自宅にシフトしまっす!」**

**これって、どうよお~~~~~?!**



さて...。なぜ「介護保険リハビリに、回復期の病院での毎日をシフトさせる」なんて暴論をぶったか？ですよねえ～。

介護保険リハビリが脆弱で、その原因のひとつが「**低報酬による純粋なマンパワー不足 = 受け皿機能弱小(涙)**」と前述しました。現在よりも高報酬となれば、介護保険リハビリがもっと規模拡大して受け皿機能がしっかりしていくかも知れません。

しかし現状はお金がなくて...急激に報酬を上げる事は困難だそうです...

はて...どうする？これを、この暴論でどうにかならないかなあ～っ？！

発症当初 = 急性期は疾患の状態が不安定でそうそう負荷をかけられませんから、ガンガンリハビリ～ってなわけにはいきません。

その後疾患の状態が落ち着く = 回復期は、その前の急性期のリハビリで最低限の状態くらいまではまあまあ完成されると仮定でき、諸々の練習を質・量共にガンガン対応可能となります。

患者さんお一人にかかるリハビリは、急性期 < 回復期ですね。

さあて、回復期を前述の通り在宅 = 介護保険で担う、ならば？“病院の回復期”が“在宅生活の移行直後”になれば、リハビリを提供する「場」が違うだけです。そ・れ・な・ら！

ぶっちゃけ細かい内容はともかく、**リハビリの診療報酬と介護報酬の比率をひっくり返せばいいのかしらあ～ん？**診療報酬の“病院での回復期”分を介護保険にいただくだけで、ええのですわん

非常に、短絡的～

報酬が上がれば介護保険リハビリももっと拡大して、現在よりは受け皿機能が強化される！（ような気がするっ?!）なにより、「現在の病院リハビリ機能の一部を在宅期にぶっこむ」ように考え方をシフトするよう仕向けられる！！

**どうよ、これっ！！！！！！**

そっ、その代わり...

**病院入院時の介護量を確保する為に、リハビリ以外の各種介護サービスの報酬も上げていただく必要があるんですけど...**

結局は『全部セットで報酬増』ってなオチですが、ここでも「入院が少なくなる分を介護保険にいただく」だけの八・ナ・シ

**いかがですか、これっ！！！！！！**

妄想が調子に乗ってきたので、もうひとつ。

ここからは、リハビリだけに着目した非常に狭い一つの考えです。

介護の世界では、有り難い事にリハビリテーションの考え方が重視されています。最大能力を発揮していただくための介護 = 自立支援です。

この理念がしっかりと浸透して、介護の現場で当たり前になされる事になれば、「リハビリ = 特別な場所で、特別な教育を受けたスタッフのみが、実施するもの」といったイメージが変わってくると思います。



リハビリテーション = 生活そのもの  
地域で暮らすこと・生きることそのものが、リハビリテーション

そうすると、リハビリ専門職の関わり自体が医療保険・介護保険でどうのではなく、リハビリが必要な状態になってから**非常に短い期間だけ提供されれば良いサービス**になっていくのかも知れません。

あり？そうすると...「リハビリ専門職の未来は、先細り」という結論になっちゃったりして...

最後は自虐ネタで、オチがついてしまいました。  
いかにあ～ん！！！！！！（号泣）

和田石（真夜中の、ひとり吠えぶるぐ）

包括支援センターは、中学校区に1ヶ所程度、人口2~3万人に1ヶ所程度の設置を目標とされています。

以下は、とある地域の包括センター設置状況です

\* 同一県内の1)~5)の近隣保険者の状況  
(予防受給者数は厚生労働省介護保険事業報告9月より)

- |    |               |        |
|----|---------------|--------|
| 1) | 46万7千の人口に対して、 | 15センター |
|    | 予防受給者 約       | 4,000人 |
| 2) | 12万7千の人口に対して、 | 7センター  |
|    | 予防受給者 約       | 1,010人 |
| 3) | 6万の人口に対して、    | 7センター  |
|    | 予防受給者 約       | 890人   |
| 4) | 8万4千の人口に対して、  | 3センター  |
|    | 予防受給者 約       | 810人   |
| 5) | 7万8千の人口に対して、  | 3センター  |
|    | 予防受給者 約       | 1,190人 |

予防受給者の全てが包括でプランニングされているわけではありません。居宅支援事業所に8件縛りではありますが、委託という形があります。では一体どのくらいが委託として取り扱われているかは、地域によってまちまちでしょうが、あえてココは20~25%と勝手に仮定してみます。

すると・・・

- |    |           |           |      |
|----|-----------|-----------|------|
| 1) | 1センター当たり、 | 人口        | 3.1万 |
|    | 〔予防プラン数   | 200~213件〕 |      |
| 2) | 1センター当たり、 | 人口        | 1.8万 |
|    | 〔予防プラン数   | 107~114件〕 |      |
| 3) | 1センター当たり、 | 人口        | 0.9万 |
|    | 〔予防プラン数   | 95~101件〕  |      |
| 4) | 1センター当たり、 | 人口        | 2.8万 |
|    | 〔予防プラン数   | 182~216件〕 |      |
| 5) | 1センター当たり、 | 人口        | 2.6万 |
|    | 〔予防プラン数   | 297~317件〕 |      |

ある地域の資料には、包括支援センター1ヶ所で約190人の介護予防ケアマネジメントが予想されると書いてありました。こうやって見てみますと、2)3)の保険者では人口に対するセンターの数が

標準設置目安の倍はあるように思えます(裕福な地域なのか?)他の1)4)5)の保険者では国の目標数値に近いですね。概数ではありますが、「1センターあたり200件近い予防プランを立てている」ということで、予想値に限りなく近い数値だと思います。

・・・さて、ココからみえてくることといえば・・・  
「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する」(介護保険法第115条の39号第1項)ことを目的とし設置されている包括センターであります

公正・中立な立場で  
高齢者の多様なニーズや相談を総合的に受け止め支援していく「総合性」

介護保険サービスのみならず、地域の多様な社会資源を結びつける「包括性」

状態に応じた適切なサービスが継続的に提供する「継続性」を基本とした「地域包括支援体制」

その実現を目指し、  
・基盤構築(地域に総合的・重層的なサービスネットワークの構築)  
・総合相談・権利擁護  
・包括的・継続的ケアマネジメント(地域の社会資源を利用したケアマネジメント体制の支援)  
・介護予防マネジメント(介護予防事業と新予防給付を含む介護予防ケアマネジメント)

主任CM研修等で、こんな言葉を聞きました  
「包括は、介護予防ケアマネジメントに追われ、介護予防ケアプランセンター化している」

「介護予防マネジメントばかりで、本来果たすべき機能が果たせない」

「包括が予防プランを集中して取り込み状態となり、居宅からの利用者・サービスの抱え込みをしているようだ」

正直、事実であろうと思います。3人(保健師、

社会福祉士、主任介護支援専門員)が200件近い  
予防プラン(1人70件弱?)を持った上に、どれ  
ぐらいできているのだろうか?

\*\*\*\*\*

ちょっとここで、  
「要支援1・2の方の、新予防給付のケアマネジメ  
ント機関に関してはサブセンターで担い、包括本セ  
ンターには『地域包括ケア』をキッチリ期待する」  
という地域をご紹介します。

\* \* サブセンターと呼ばれながらも、3種の職員配  
置を行い「本センター(本所)」と遜色ない機能  
を発揮している地域もあると思いますが、ココ  
で紹介するのは「予防プランに、結構重点を置  
いたサブ」なのです。ちなみにサブセンターと  
は、市町村や社会福祉法人等が、在宅介護支援  
センターの職員を地域包括支援センターの職員  
として採用するなどした後、その職員を、在宅  
介護支援センターに併設する地域包括支援セン  
ターの支所で勤務させ、地域包括支援センター  
の機能の一部を行わせるような形態であるとい  
えます。

実は上記4)の保険者です。  
包括3センターとなっていますが、その3センター  
分を1ヶ所【各職種3人ずつ】(以下「本センター」  
と呼ぶ)に置き、元在宅介護支援センターであった  
8つの事業所を「地域包括支援サブセンター」とし  
て置いています。

〔4)の保険者の『サブセンター』のあり方〕

- ・ スタッフの人員配置基準：  
「(その居宅において8件縛りで受託できる  
人数から余剰となる予防プランの件数)÷40」
- ・ サブセンタースタッフは包括出向扱い  
(人件費としては実際は赤)
- ・ 勤務地は各事業所の元在宅介護支援センター  
(居宅の近隣のデスク)

要するに、本センターでは予防はあまり受けないか  
ら、**予防プランはサブセンターでよろしくね 方式**

なのです。もちろん、予防プランオンリーではあり  
ません。元在介のノウハウを活かし、高齢者福祉課  
の高齢者福祉サービス事業の調整も当然行います。  
包括センターとしての窓口機能も当然行います。

さて、そんな仕組みから1年経ちました。どのよう  
になったのでしょうか?

4)の保険者では要支援1,2の認定者は  
約1000名そのうち、受給率は80%(昨年の予  
想では800名でした。~予想通り~)

- ・ 8つのサブセンターで予防プランを約550件  
請け負っています。(サブ1人平均30~50件  
担当)
- ・ 本センターでも約40件担当しています。  
(3センター分の9メンバーで担当)
- ・ 各居宅のケアマネが8件縛りの中、残りを受託  
しています。(約50名の居宅ケアマネ)

前回の制度改正において、ケアマネジメン  
トの向上を目指し、居宅のケアマネジャーの受持ち件  
数が一人あたり40件を超えると減算されることにな  
りました。それに居宅のケアマネには、要支援1・  
2の方の受け持ちが8件までに制限がなされまし  
た。それに対し、地域包括支援センターの受持ち件  
数は制限なく、居宅介護支援事業者に委託が可能で  
あっても2割ぐらいいか委託は望めない状況と思  
います。3職種協働で受け持つとしても、1人50件  
以上のプラン数になることが、予測されます。

実態調査ではどうなのでしょう?

~第70回市町村職員を対象とするセミナー資料  
「円滑な地域包括支援センターの運営について」  
(平成20年3月7日開催) 資料2より~

職員一人当たりの介護予防支援の実施件数  
**40.9件**  
1センター当たりの職員配置  
**平均4.2名**

地域包括支援センターの業務に対する介護予防ケア  
マネジメント関連業務にかなりの比重を置かざるを  
得ないうえに、もう一つの機能である「地域包括ケ

ア」の推進に取り組む・・・これでは取り組むほうが難しい状況なのではないのでしょうか？

個人的には、4)の保険者の事例の仕組が、すごく理想的な状態と思います

- ・ 介護予防ケアマネジメントはサブセンターで主に担う
- ・ 本センターは、3センター分のチーム力の結集にて「地域包括支援体制の構築」に取り組む

このような特殊な仕組みをしている自治体は全国でどれくらいあるのでしょうか？

～第70回市町村職員を対象とするセミナー資料  
「円滑な地域包括支援センターの運営について」  
(平成20年3月7日開催)より～

サブセンターを設置している保険者数

### 111 保険者

通常の形式(2～3万人に1ヶ所設置)でどのような機能がどれくらい国の思案通りに行えているのか気になるところです。ただ・・・4)の保険者でも「本センターの動きが見えない」「社協委託ではダメだ」という批判的な意見もあると聞きます。今の仕組がいつまで続くのかも分かりません。

噂では、「サブセンター各地が『本センター化』して、3職種にて地域に根付いた地域活動と期待したい」との声もあるそうです。でも、3～4ヶ所で済む配置件数を1ヶ所も(財源からして無理でしょ?)配置するとは思えないのですが・・・??

3)の地域はどうしてあんなに包括を設置できたのでしょうかね?「地域活動として、包括かつ継続的な支援」を行っていけるようにしていくためには、このような、予防プラン的サブセンター方式はともよい形だと思うのですが・・・どうなのでしょうかね?皆さんはどう思われますか?

地域包括支援センターの機能を十分に発揮するためには、今後も行政やサービス事業所のみならず、地域の組織とも綿密な連携を図り、居宅・ボランティア等あらゆるチームと協働して地域包括ケア推進に取り組んでいくことが重要であることはいまさら言うまでもない事実であります・・・ねえ～

baru(訪問介護/ケアマネ/包括/入所介護の応援団)

## 21年度介護報酬改定に向けての提言

びび、ポイント

今回のテーマに関して私(ポイント)は、居宅介護支援と通所リハビリテーションに関する要望を取り上げることにしました。そしてこれからの地域医療・地域ケアの現場で、今まで以上に大変重要な役割を担う「訪問看護」に関しては、当然びびさんに原稿をお願いしたいところでしたが、自事業所が大変な折、執筆をお願いするわけにはいかなかったので、私がびびさんから意見・要望をお聞きし、これをまとめてみましたので、あわせて紹介(要望)したいと思います。

### 【居宅介護支援】

**居宅介護支援費(ケアプラン作成費)は“給付管理ありき”**

居宅介護支援費は、**給付管理をしてはじめて請求できる**仕組みになっている。これが諸悪の根源である。

給付管理票さえ提出すれば、**極端な話、ケアマネジメントの質は関係なく算定できる**。

結果として給付管理につながらなければ(例えば**施設や居住系への入所、住宅改修のみ、あるいはケアプランを作ってもサービス利用を利用せずに入院してしまった場合など**)、どんなに素晴らしいケアマネジメントをしても**無報酬**である。

だからケアマネも、まず給付管理対象サービスの利用を前提に話を進めてしまいがち。ひどければ、ケアマネジメントのプロセスはサボって利用者が使いたいサービスだけを給付管理する“ご用聞きケア

マネ”が発生してしまう。

また、まず利益ありきと考える経営陣が、自社サービス利用を強要するといったことが起こるのも必然といえる。

18年度改定の際、ケアマネジメントのプロセスを評価するってことだった。確かに初期加算はつけてもらったが、根本的な部分が改正されていない。今度の改定でこの辺りを是非改正していただきたい。

#### **特定事業所加算について**

あまりにもハードルが高すぎて、まさに“絵に描いた餅”状態である。

うちの市（政令指定都市）でも届け出てるのは、たった1件！

運営基準違反減算を受けてないことという条件がついているので、利用者側の都合でどうしても減算に適合してしまうケースもあり、そうすると3ヶ月は加算が算定できない。

そのため、同一法人の居宅介護支援事業所にその利用者を回すなど、本末転倒な事態が起きている。

#### **主任ケアマネ研修修了者について**

現在、特定事業所加算の算定要件の1つに上げられている以外には特に評価されていない。だからケアマネが、自分のケアマネジメント能力のレベルアップのためにそれを受けたいと思っても、事業所にとっては何のメリットもなく、何十時間も研修に時間を割かれるぐらいなら、通常の業務についてもらいたいと思うのは当然だろう。これではせっかくの質向上のために創設された主任ケアマネ研修の意味がない。

例えば主任ケアマネを配置している事業者は、標準件数を10件くらいアップを認める、あるいは特定事業所集中減算の対象にならないなど、なんらかのインセンティブを働かせる必要がある。

#### **ターミナルケア加算の新設を！**

医療の方では在宅療養支援診療所を中心に、かなり高点数のターミナルケア加算が設定されているが、ケアマネには何も無い。

国の施策もそうだし、利用者や家族の志向も「最後は自宅で」が増えつつある。ターミナル期に医師

等とのカンファレンスやサービスの調整で振り回されるだけでなく、利用者や家族の精神的支援もケアマネに求められる役割であり、これには相当の評価をしてもらいたい！

#### **受け持ち件数の上限について**

せめて40件を超えた場合、**超えた分のみについて減算**にできないか。現行の通減率は高すぎて事業所の運営が厳しい。いくら頑張っても赤字を解消し得ない仕組みになっている。

実際、40件を超えても適切なケアマネジメントができるケアマネはいるし、前述の通り主任ケアマネなどある一定のレベル以上のケアマネは評価してもらわないと、せっかく知識と経験を積んだケアマネが他職種に鞍替えして流出していき、それを補充するために新人など未熟なケアマネが当てられるという悪循環を改善することができない。

#### **【訪問看護】**

#### **20分未満の単位の算定について**

18年改定で20分未満の訪問の場合の単位数が設定されたが、これは早朝・夜間・深夜帯に効率的に医療的措置を行うことが必要な場合に算定できるとなっている。

しかし現実には、「計画的な訪問」ではない場合や、例えば点滴を抜くためだけの訪問で所要時間が10分前後で済むケースも多数ある。しかも**これらのサービスが、利用者にとってきわめて重要であることも多い！**

したがって報酬設定も現場でフレキシブルに対応できるような形を考えていただきたい。

#### **死後の処置について**

ターミナルケア加算には、死後の処置までは報酬上評価されていない。この行為そのものは訪問看護ではないが、主に訪問看護に求められる大事な仕事である。特に後期高齢者医療制度も始まり、国の施策も在宅での看取りを推進する方向だし、患者や家族の方も「最後は家で」というニーズが高まりつつある。

お亡くなりになればその処置は必ず必要なのであり、これも報酬上（しかも包括ではなく単独で）評

価されて当然である。

### <医療保険の訪問看護との関連について>

この4月から診療報酬が改定され、医療保険適用の訪問看護療養費も同時に改定された（訪問看護は特別指示が出た場合やがん末期他厚労大臣が定める疾病の場合は医療保険適用になるので、訪看ナースはもちろん、ケアマネも医療保険適用と介護保険適用の場合の算定要件の違いを理解しておかなければならない）。

いくつか新設された加算もあり、その多くは評価に値するもので、当然1年後の介護報酬改定においても同様の対応が期待される。改めてそれを強調するとともに、介護報酬での設定の際はさらによりよいものになるよう、不十分な点は指摘しておかなければならない。

#### ・訪問看護管理療養費

主治医との訪問看護計画書・報告書のやりとり、及び利用者や家族との電話連絡、相談等といった計画的な管理に対する評価

#### ・訪問看護情報提供療養費

市町村等との連携に対する評価

#### ・退院時共同指導加算

病院や老健からの退院・退所にあたって、その職員とともに在宅上必要な指導を行うことに対する評価

#### ・退院支援指導加算

がん末期等の患者が退院時に在宅での療養上必要な指導を行うことに対する評価

#### ・後期高齢者終末期相談支援療養費

終末期を迎える後期高齢者に対し、チームケアにより安心して療養生活を送れるような体制を敷くことに対する評価

#### ・1日複数回訪問について～訪問看護基本療養費（医療保険）～

医療保険適用の場合、例外を除いて訪問看護は1日1回しか算定できない。また、訪問できるステーションも1カ所のみ。特別指示が出た場合やがん末期他厚労大臣が定める疾病の場合は、1日複数回の訪問も可で（加算もあり）、複数のステーションによる訪問も可であるが、同一日に複数の

ステーションがそれぞれ訪問しても算定はできない。緊急時訪問体制を実施していないステーションが日中訪問した場合、緊急訪問しても算定できないので困る。

#### 緊急時訪問看護加算について

今回の診療報酬改定で24時間対応体制加算ができた。これは介護保険の緊急時訪問看護加算と同じで、医療でも24時間対応する体制が評価された。

しかしいずれであっても、在宅患者との契約のみならず、在宅療養支援診療所をはじめ、特養やグループホームとも24時間体制の契約を求められるようになった訪問看護ステーションだが、24時間の緊急対応に対する評価が**利用者1人あたり1ヶ月に5400円ではまだまだ安すぎる**。

この加算を算定するためには緊急訪問の求めに常に対応できるようにする必要があるため、夜間・休日が拘束される。しかしこの程度の報酬では病院の夜勤手当みたいな高額手当で出せない。

**仕事がキツイ割に報酬が低いので、若くて戦力になるナースが病院に戻ってしまうのは仕方ない**。

高い質のサービス提供のために、ここは最も高く評価すべきポイントである。

それから、緊急時訪問した場合はケアプランの変更を要すると基準に記載されているが、全く持ってナンセンスである。**緊急を要する訪問なのだから、計画に載せられるはずがない**。平成12年度当初は緊急時訪問看護加算が包括であったものが、15年改定で訪問の都度算定に変更になったための弊害であろうが、この基準こそあまりにひどすぎる机上の空論といえよう。



### 特別指示書について

特別指示（書）が 気管カニューレを使用している状態の者、 真皮を超える褥瘡の状態にある者、 については月に2回までOKになったが、ほんとにそれだけでいいのか？！濃密な医療提供が必要な疾患は他にもたくさんあると思うが...

濃密な医療提供が必要な高齢者が在宅で療養するケースは増えつつある。「入院じゃなくて最後まで家にいたい... 家でできる医療を受けたい」という方が。

もし、現在介護療養型に入院されている患者さんが、在宅に帰ってきたとしたら、今の訪問看護の制度ではとても対応できない。行政側の認識も早急に改める必要がある。

### 医師や他職種との同一時間帯の訪問について

医療の訪問看護では、母体のクリニックが往診や訪問診療をした日は、訪問看護は算定できない。介護保険ではそのようなシバリはないが、同一時間帯は不可とある（平成 15 年 Q & A ）

同じく、訪問看護と訪問介護も「利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要があると認められる場合」でなければ算定できない。

しかし、在宅医療・ケアの現場では、そんな計画通りに事は運ばない。

ある患者さんへの食事介助の際、ご飯を喉に詰めてチアノーゼ状態になったとヘルパーさんから電話があり、ドクターが急行。応急処置後、訪看ナースが吸引して、ドクターの指示で抗生剤の点滴。ドクターは次の訪問へ。その間、何度も吸引。しかし、ドクターやヘルパーさんと同一時間帯のサービスは30分だけしか算定できなかった（涙）

さらに、誤えん性肺炎を起こす危険があり、禁食にして夜まで点滴。ドクターが訪問して最後の抗生剤の点滴と状態チェックに行くはずが、「点滴が終わりそう...」との連絡があって訪問。点滴がもう少

し残ってたからその間吸引してたら...、ドクターがきた（汗）

もちろん訪看は請求しません...

ドクターも、訪看ナースも、ヘルパーさんも、1人の要介護高齢者を支える“チームのメンバーの一員”として、それぞれの役割を果たしている。それぞれがそれぞれの“代わり”など果たせるはずがない！

担当者会議だけでは得られない、在宅を支えようチームメンバー同志・・・顔を合わせて話すことで得られる貴重なことがたくさんある。

奇しくも前号「チームケア」での編集部のコメント紹介した尾道市医師会のコンセプトを、厚労省もかなり取り入れようとしている。尾道市では、

「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。」

という考えである。ドクターや、訪看ナースや、ヘルパーさんが、同一時間帯に重ならないよう“計画的にサービス提供する”なんて本末転倒なのである。

### 総論

ご存知の通り前回の診療報酬改定で、看護協会が頑張って(?)病院の7対1看護配置を高く評価した。病院はその施設基準を取る=高い報酬を算定するために、ナースを病院に引っ張った。中には自分のところのステーションを潰してまで、病院に引っ張るところもあった。

国の施策も利用者等のニーズも在宅へシフトしつつあるのに、在宅医療、在宅ケアに無くてはならない訪問看護が、逆に脆弱になってきている。

それによろやく気づいた国や地方自治体、あるいは看護協会をはじめとする関係各団体は、ステーションの設置、訪看ナースの養成に力を入れ始めてきた。しかし、ある程度の臨床経験が不可欠な訪看ナース(しかも質の良いナース)を病院から訪看にシフトさせるためには、もっと本質的な施策が必要で

ある。

訪問看護は、在宅療養されている患者さん宅へ1人で訪問する。時にはとっさに一人で判断を求められることもある。その責任の重さ…。現場での重圧に耐えられないって声も多い。病院と違って、すぐに他のナースを呼んだり、ドクターの指示を仰いだりできない。

つまり訪看ナースは、より一層の知識と経験と、さらに責任や技術、自信や意識など、全ての面において高いものが求められる。しかしながら、医療保険の訪問看護でも十数年ぶりに報酬がようやく引き上げられたというように、その評価はまだまだ低い。引き上げられた額もほんのわずかである。実は、私も個人的にはケアマネの報酬を「もっとも」上げて欲しい。

でも、ケアマネや介護職員の待遇改善については、ある程度広くコンセンサスを得られているような印象がある。訪問看護も一部の関係者の中では重要性は認識されているが、**決して普遍的ではないように思えるし、さらにナースを増やせば解決する問題ではないという点から、やはり最重要視しなければならぬ**と思う。

第3号「在宅」で書いた通り、例え濃密な医療が必要な状態であっても、帰れるのなら帰りたい、帰せるものなら帰りたい、というのが本人や家族の想いであろう。しかし、要介護高齢者はどんどん増えていくのに、在宅医療になくてはならない**訪問看護事業所は制度発足以来ほぼ横ばい、いや、最近では減少傾向**にある。これでは国の施策も、患者や家族の願いも実現にはほど遠い状態だ。

つまり、**今回の介護報酬改定で評価の見直しを最も求めなければならないのは、実は訪問看護だ！**といっても過言ではないことはご理解いただけるであろう。



## 【通所リハビリテーション】

### 通所リハの短期集中リハビリ実施加算について

算定要件では、退院後1月以内の場合は1週間に2日以上、1回40分以上実施しないと算定できないことになっている。

しかし、**退院後の虚弱な身体の状態で、このような長時間のリハビリに耐えられる人ばかりではない。**かといって、この維持期の生活リハビリも要介護高齢者の自立支援のためには極めて重要である。この点もフレキシブルに対応できる柔軟さが必要である。

### 小規模事業所（診療所のみ）におけるリハマネ加算の算定について

小規模通所リハ事業所は、人員基準上、リハ職ではなく通所リハ等の経験のあるナースの配置で可となっている。

当然、医師の指導のもと、基本的な生活リハを実施している。

にもかかわらず、リハマネ加算の算定要件が、「医師または医師の指示を受けたPT、OT、またはSTがリハビリを実施した場合に算定」となっていることから、**経験ナースがいくらリハビリを実施してもリハマネ加算は算定できない。**ということは、**短期集中リハ加算も算定できない。**いくら小規模であっても通所リハビリテーションであり、利用者の心身の機能の維持回復を図る重要な機関である。小規模、すなわち診療所であり、地域に根付いて高齢者の日常生活を支援する意識の高い開業医が設置しているケースが多い。

そういったところでの生活リハこそ、むしろ高く…とまではいわないまでも、通常規模と同等に評価すべきではなかるうか。

まだまだ声をあげていかなければならない点は多数あると思われるが、各方面から国へ要望等を出す機会があれば、是非これらの点も踏まえていただければ幸いである。

ぴぴ（訪問ナース&ケアマネのほほん日記）  
ポイント（ポイントのホームページ）

### 1) ロジック(論理)とポエム(詩)

まずは、私は、「文学としての」「芸術表現としての」詩という存在を否定・批判・揶揄する考えは全く持っていません。露悪的にポエムという単語を用いていますが、あくまで「たとえ」としてご了承いただければ幸いです。

私事で恐縮なのですが、あるエピソードを一つ。

私は大学生のときに、卒業に向けて論文に挑んだわけです。フィールドワークで得られたデータを基に、そのデータから仮説を生み出して検証するという作業の中で、まずはどのようなテーマで取り組むか…今まで得た情報と基礎的な一般的な知識を組み合わせ、本当にいろいろ考え考え、それをレポートにして、指導教官に提出したのです。

「うん、すごくいろいろ考えているね。非常に力のかもったレポートだな、とてもやる気が感じられるし」

そして、こちらを見て、にやりを笑ったんです。

「でもね、これはロジックじゃなくて、ポエムだね」

ロジック(論理)というのは事実をベースとして法則的な【つながり】をたどり一定の結論を導くことです。ポエム(詩)というのは、様々な事象から得た感動や考えを言語化するものです。

私がこのとき作成したレポートは、客観的な事実以外の「感動」「思い」「想像(妄想?)」が思考過程の途中の因子として多分に存在していたわけです。

一般的に、論理的に導いた考えを提示するのが「論文」の役割である以上、根拠となる因子に客観的でない要素が入り込むほど、やはり証拠力・証明力が薄まるのは確かです。しかし、本稿においては、多分に「私が、自分の経験と勘からこのように思う」という要因が含まれています。その点は、予めご了承ください。

### 2) いわゆるコムスンショックにおける陰謀論と仮説の提示

#### ア) 議論の前提

いわゆるコムスンショックについて、私自身は、一般社会や制度設計側(あえて国とはいいいません…)が、社会システムを一時的・目先的に安価な費用負担で運営させるために、ある一定の不正を許容していることが「裏目にでた」事象の一つなのだと思っています。

平成19年は、「今年の漢字」に【偽】が選ばれました。食品の消費・賞味期限や産地・ブランド詐称などの偽装は、不二家に始まり、ミートホープ、白い恋人、赤福、船場吉兆などの知名度の高い商品を扱う会社に広がりました。その他にも、社会保険庁の年金記録、防衛省の米艦への給油量詐称、相変わらず後を絶たない耐震強度偽装、コムスン、フルキャストなどの人材派遣業者の違法派遣、キャノン、松下などの大手製造業による偽装請負、日本生命、明治生命を始めとする保険会社の保険金不払い問題、いわゆる「あるある」のデータ捏造問題、英会話学校NOVAの偽装など、枚挙に暇のない状況です。

そして、それは今年度に限った話ではないし、上記の問題も今年度に限って行なわれていた行為ではありません。

1990年代後半は大手証券会社の多くが総会屋への利益供与を行なっていました。雪印乳業の集団食中毒事件、三菱自動車工業のクレーム・リコール隠し。21世紀に入っても、東京電力は原子力発電所の点検記録を改ざん、武富士の盗聴事件、日本ハムの牛肉焼却処分問題など、実はいわゆる「勝ち組」とされる多くの企業が不正行為を行なっていたわけです。

#### イ) どうやって財源を確保するか

平成18年改定において、介護システムの変遷におけるもっとも支柱となったテーマは【構造改革に伴う社会保障費の削減】でした。社会保障そのものは否定していないけれど、財源問題への対策を優先するというものでした。

それは、やがて【制度の持続性を重視した改正】というキャッチフレーズになっていきます。

介護保険制度は、その財源の半分は保険料、半分は公費を充てるというしくみです。保険料をあげれば国民から苦情が殺到する。公費があがれば社会保障費の削減とは逆の方向性となる。ということで、問題とされたのは、介護保険の財政規模自体、すなわち介護給付費の総額をどうコントロールするかでした。

介護給付費の伸びを防ぐためには主に3つの手段があります。それは「非効率な給付、不適切または不正な給付を抑止すること」「介護事故の発生・悪化を予防すること」「介護報酬単価を削減すること」です。市場の監視監督にかかるコスト（この場合は、お金と時間と手間のすべて）が莫大にかかることから、かたちとしては前に前向きに取り組むとしながら、事実上、の部分を中心に抑制策が展開されました。

メインターゲットは「施設は荒稼ぎしている」という視点からの施設給付の改定、そして「本来必要のないサービスを使っている」という視点からの軽度要介護者への居宅給付の改定でした。

ただ、実際にサービスが必要な人に対してサービス提供ができない状況は「できるだけ避けたい」ので、サービス提供事業所が全面的に撤退するケースが続々を生まれないような状況にしたい。いわば事業所を「生かさず殺さず」のラインを探っていたのだと思うのです。

#### ちょっと脱線

サービス提供ができない状況は「できるだけ」避けたいということは、言い換えれば、次のような考え方も成立します。

サービス利用が必要な人が100人いたとして給付額は1億円だとする。ある手段を採用すると、【いままでどおりのサービスが99人に8千万円で提供できる。1人が泣けば2千万円コストダウンできる】というとき、政治家や行政官はどんな判断をするでしょう。

ウ) いわゆる大手事業所と制度設計者との共通認識  
ここで、実は関係者の思考はこんな感じだったのではないかと思います。



(とある制度設計者)

まっとうにやれば確かにほとんど黒字がでない介護サービス事業だが、公や市民からの監視の目を盗んで、ちょっと不正をすればジェット機が購入できるほど稼ぐことができるし、現行体制ではその不正を完璧に見抜くことは実現可能性があまり高くない。ならば、その分大目に単価削減すればいいではないか。

(とあるサービス事業所)

介護報酬単価が引き下げられると、事業収益減に直結するので頭が痛い。ただ、強く訴えたと偽装しているところがばれたときに「やぶへび」になるから、まずは静観しよう。とりあえず利益率は下げず、介護労働者のコストを削減しよう（従業員には、国の制度が…っていいえいいい）

さらには政治資金の動き（政治の圧力）であるとか弁護士等の法律専門家による柔軟な解釈の肯定とか、いろいろ制度設計を取り巻き、さまざまな動きがあったのかも知れませんが、少なくとも上記のような思考の共有があった…そうした思惑を核とした構図があったのだと思います。

確かに私個人の妄想の域の話ですが、

バランスを考え（飴と鞭）、一定の不正を勘案して（飴）介護報酬を下げた（鞭）

いわゆるコムスンショックでその不正部分（飴の部分）を全面否定せざるを得なくなった。

その結果、バランスが崩れて（飴がなくなり鞭だけとなった）現行の介護報酬では介護市場が成立しなくなった

という仮説は結構真実味があると思いませんか。

#### ちょっと脱線

コムスン問題において「現場の職員はきちんとサービス提供していた」という考え方には違和感があります。「全く適正ではなかった」ことはない

とも思います。しかし、運営基準違反＝事実上、きちんと訪問介護計画が作成されていない事業所が数多くあったなかでのサービス提供を「きちんとプロの仕事をしていた」と評価することはどうなのでしょう。

専門職にも【専門職としての責任（職業倫理）】がある以上、ニュアンス的には「ある一定の現場の職員がきちんとサービス提供していた」というのが個人的にはピタリときます。

### 3) 穏やかな競争モデル

#### ア) 介護市場について

本論に入ります。

介護市場は、都道府県による指定制度や報酬単価が公定であることから準市場とも呼ばれます。市場原理の効用は、官の関与が小さく、需要に対応しやすくサービス提供体制の整備が進むことや、(ローコストで質の高い) 効率的なサービス提供が実施できる事業者に、より資源が配分されるといった点でしょう。

実は、いわゆる小泉改革の流れにおいて、平成14年度に公正取引委員会から「介護市場における規制をさらに緩和するべき」という意見が提示されました。その考え方は、「規制緩和をしないと効率的なビジネスモデルは生まれません。不正受給の問題は起こり得るが、市場への適切な情報提供により競争原理によって不正事業所は淘汰されるであろう」というものでした。

しかしながら、実際に介護市場で生じた競争は、「質の高いサービス」というポイントではなく「いかに高額な給付を獲得するか」というものでした。そのため、人員体制の不正表示をはじめとして、本来給付対象としては提供してはいけないサービスを提供し報酬を得たり、事実上サービスの選別が困難な利用者に質の悪いサービスを提供したり、という手法が全国的に実行されたのは一つの事実でしょう。

また、現実として、規制緩和によって期待された「効率化を促す新たな技術の開発」や「利用者の選別による悪質事業所の排除」等といった夢のような効用が生じなかった以上（それはそうです、前提である「質の高さ」を競うシステムになってないので

すから）、少なくとも不正給付を否定する事業者とそうでない事業者を選別する、いわゆる「規制の強化」とそれを実行するシステム運営体制の整備は必要です（それが事後規制の強化に繋がっているわけです）。

#### イ) 質の高さを競う、穏やかな競争モデル

市場における競争原理は全否定しませんが、事業所の存続をかけて「法の目をかいくぐる」点の競争を助長しても全く意味がありません。競争すべきは「質の高さ」であり、そのためには【一定のサービスの質が担保できない事業者は、そもそも競争に参加させない】という視点を重視すべきです。

つまり、これまでのモデルを（事業者の存続をかけて受給額の高さを競う）【熾烈な競争モデル】とするなら、(一定のコストによってサービスの質の高さを競う)【穏やかな競争モデル】への転換を図るべきでしょう。

ただ、規制を強化するといっても、規制にも性質があると考えます。人員体制や施設整備については、やはり厳格なものが必要でしょう。一方、サービスの提供・運営については、法で規定すべきは【確実に抑えるべきポイント】であり、それ以外の実際の運営手法におけるガイドラインはむしろ専門職がその専門的見地から定めていく必要があります。そして、そのガイドラインに沿って運営しているかどうかを公開する（運営の透明性）ことで、介護市場の信頼性が高まるのだと考えます。

#### ウ) 穏やかな競争モデルに転換するために

たとえば、介護サービスは「人対人」で提供される人的資源中心型のサービスです。そのため、介護報酬単価が増額しても、その費用が人件費用・研修費用に充てられなければ（「財」への投資）、サービスの質の向上にはつながりません。すなわち「雇用のルール」と「サービスの質」に強い因果関係があると考えます。

介護市場において「人」はまさに基盤であり土台です。そのサービス基盤の安定については、まさに制度設計者の役割でしょう。

また、都道府県、市町村、専門職集団、そして住民がサービス事業者の経営を確認できる体制も必要です。もっとも望ましいのは、「適切なジャッジがで

きる第三者」評価の体制整備ですが、現時点ではサービスの質というのは抽象的な概念であり、「事業者から訴訟をおこされても対応できる程度のジャッジしかできない」のが現状だと思います。では、現在の情報公開制や一部地域・サービスで実施されている制度をどう有意義なものとするのか。

この点については、まさに現場の専門職（実践領域）たちが提案することが望ましい部分であると考えます。そのうえで、被保険者への制度説明とシステムの適切な運営は保険者の役割であると考えます。「必要な人に、定められた【質の高い】サービスを提供するので」これだけの保険料の負担になるという説明はどうしても必要になりますし、サービスの質の高さを維持するためのシステム運営には、どうしても行政が強く関与する必要があります。

いずれにせよ、介護保険制度がはじまり8年の月日が流れました。制度当初時の必要なサービスの確保と円滑な制度運営の実施という課題は概ね乗り越えた以上、次なる課題は「適切なサービスの質・量の確保」です。それを、競争原理に委ねるシステムでは質の部分が対応できなかった以上、(たとえ日本社会の動向から逆行するとしても)「穏やかな競争モデル」への発想の転換が必要ではないでしょうか。

私の学生当時の指導教官が本稿を読むと「これはロジックじゃなくて、ポエムだね」と苦笑するものとは思いますが、報酬・基準改定の議論の流れがどちらに向いているかは、しっかり見極めていこうと思っています。

ため（狸乃穴倉）

## 介護報酬改定に向けての要望・提案

まっか

介護報酬の改定は、その報酬によって運営を賄っている事業者のみならず、保険者やサービス利用者である被保険者にとっても関心の高い事項といえるでしょう。

次回の改定は、平成21年4月が予定されており、今後論議がされていくこととなります。

私自身、保険者の立場として介護保険行政に携わっているものの、法規・市議会担当ということもあって、正直、実際の現場のことを十分把握しているとは言い切れません。したがって、次期報酬の具体的な内容については、ケアマネジャー等の方が意見を述べられると思いますので、私からは、議会等の業務に携わっていて、議員や市民から聞いた意見等を基に、報酬改定の方向性という形で述べてみたいと思います。

### 1 介護予防サービスの充実のための報酬設定

平成18年4月の介護保険制度の改正では、予防重視型システムへの転換が大きな柱となり、要支援認定者と要介護認定者のサービス体系や報酬体系が大きく見直されたところです。これにより、特に要支援認定者からの介護予防サービスに対する意見を

よく耳にします。

中でも多いのが、「要介護から要支援になったことでサービスの利用回数が減らされた」というものです。具体的には「通所介護・通所リハビリ」を指しているのですが、これは従来の時間単位の報酬体系から月単位の定額制の報酬に変更されたためによるものと考えられます。

言い換えれば、定額報酬となったため、事業所にとっては、月に何回利用しても同じ報酬のため、利用回数が少なれば得をし、多ければ損をすることになります。ただし、予防サービスは回数前提ではないということです。実際のところ、利用回数を定めた規定はなく、事業所が介護予防サービス計画に定められた目標や方針を踏まえて柔軟に決定することとされています。しかし、現実的には事業者も経営上、一人の利用者が月何回でも利用されては赤字になってしまいます。

こういったことも影響してか、現状は介護予防サービスの利用状況は思ったほど伸びていません。利用回数が限定されることによって、利用を控える人が増えるようでは、介護予防の取組の後退にも繋がりがねません。

現行の体系も各種加算も設けられていますが、まずは、事業者が利用回数を制限するようなことがないような内容に見直す必要があると思います。18年度改定では、中重度者への支援が強化されたところですが、次期改定では軽度者への支援も長期的な視点から必要ではないかと考えます。

## 2 地域密着型サービス等の充実を図るための報酬設定

これも平成18年4月の制度改正で新たに設けられたサービスです。しかし、まだ利用者へ浸透していないためか、利用が伸び悩んでいないのが現実です（本市の場合は「認知症通所介護」のみ事業計画を上回る実績）。今後は、基盤整備が進むに連れて利用実績は増えていくと思います。

さて、地域密着型サービスの中でも注目されたのが、「通い」「訪問」「泊まり」を組み合わせるサービスを提供する「小規模多機能型居宅介護」です。住み慣れた地域で、地域の特性に応じた多様なサービスを提供するという理念にピッタリ当てはまるサービスですが、これも思ったほどの利用がありません。その理由の一つとして、小規模多機能型居宅介護については、一部のサービスを除いて、他の居宅サービスと併用できないということがあり、今までお世話になっていたケアマネジャーを変更しなければならないこと、その他従来通っていたデイサービス等を利用できなくなるため利用に踏み切れないという話を聞きます。ここは、もう少し柔軟な報酬体系に変更できないものでしょうか？

せっかくのサービスも利用が進まなければ意味がありません。小規模多機能型居宅介護をはじめ、地域密着型サービスは、介護療養型医療施設の廃止後の受け皿となることも想定されていますので、利用しやすい報酬体系への見直しが望まれます。

また、施設から在宅復帰がなかなか難しい背景に、在宅で対応できるだけの体制が整わないということが挙げられます。介護報酬の話から少しそれますが、各種サービスの組み合わせによって支給限度額を超えてしまうことも想定されますが、特に施設（病院）から在宅に移られる場合には、限度額を超えても特別給付できるようなシステムの検討も必要かと思えます。

## 3 人材確保に向けた報酬設定

先日、全国老人保健施設協会が、「介護職員の給与を保障できる介護報酬改定を求める陳情書」を厚生労働大臣に提出したというニュースが載っていました。この間、介護職員の平均収入が、全産業の平均収入を下回ることや、職員の離職率が高いことなどが明らかになっています。

今後、さらに高齢化が進む中で、介護職員の確保・定着化は避けて通れない問題といえるでしょう。

先日、施設関係者の方と話をする中で、どうすれば人材を確保できるのかという話題になり、給与が2倍になったら辞める職員もいなくなるのにと話しておられました。実際のところ本当かはわかりませんが、あながち冗談でもない気がします。

事業所（施設）も払えるものなら、給与を引き上げることも可能でしょうが、介護報酬を基に給与を支払うわけですから、そう簡単に給与を引き上げられないのが実情です。

介護報酬を全体的に引き上げることはもちろんのこと、経験年数（同一施設内での継続の場合）に応じて、介護報酬が加算されるという仕組みを導入してはどうでしょうか。

職員の定着化は、介護技術の向上、施設の質の向上にも繋がりますし、利用者にとってもなじみの関係が築けることから重要だと思いますがいかがでしょう（ただし、経験年数が長いだけで、きちんと仕事をしていない職員も中にはいるかもしれませんが...）。



以上、提言というほどの内容わかりませんが述べてみました。

正直、保険者の立場からは介護報酬が上がると、当然保険料に跳ね返る訳ですから、特にサービスを利用していない被保険者からの苦情が相当あり対応に追われます。そのため、改定に当たって、国で論議される際には、事業者・利用者そして被保険者の誰からも納得してもらえる内容になることが望まれます。

最後に、国に対する要望行動して、保険者として

は全国市長会等を通じての要望を行なっています。また、本市の場合は、国家予算要望等において、市独自でも要望活動を実施しています。

今後、次期改定に向けて、事業者、関係団体、保険者が一体となって、介護保険制度が、長期的に安定した運営ができ、国民からも信頼されるものとなるよう、国に対して要望していきましょう。

まっか（ふしだらな生活日記）

## 現行の予防給付制度の問題点

どるくす

平成18年度に現行の予防給付制度が創設されてから、2年が経過しようとしています。「介護予防」という理念自体には優れたものがあるとは思いますが、現行の制度には問題が山積みです。

そこで、主要な問題について改善策を考えてみました。

### 1 対象者の問題

この予防給付制度を導入するまでには、さまざまな場で検討が行われてきました。

たとえば「高齢者リハビリテーション研究会」<\*1>では、「脳卒中モデル」「廃用性症候群モデル」「痴呆高齢者モデル」という状態像に応じた適切なアプローチの必要性が指摘されています。この「廃用性症候群モデル」への対応の考え方が、予防給付の源流になっているといってもいいでしょう。

しかしながら、これらの状態像は、必ずしも要介護度によって区分されるものではありません。要介護度というのは、介護の手間についての量的な目安であって、必要なサービスを質的に規定するものではないはずですが、したがって、「要介護1相当」の中に介護給付と予防給付の境界が来ることについては、特にエビデンスがあるわけではありません。

また、現在の介護給付の対象となるサービスの中でも、予防をも重視したプロセスは少なからず取り入れられています。

よって、**介護給付と予防給付とに分断される現行制度は、後述するケアマネジメントの不連続性とい**

**う大きな弊害もあり、見直すべき**と考えます。

仮に「要介護1相当」の中で、予防給付対象者と介護給付対象者を振り分けるとしても、

- ・心身の状態が安定していない状態
- ・十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態

のいずれかのみを介護給付対象者とする限定的な権限しか介護認定審査会に付与していない現行のシステムは、不相当と思われます。他のシステムよりは精度が高いにしても、**現行の認定システムが完璧なものではない以上、各分野の学識経験者である委員の合議による裁量を柔軟に認めるべき**でしょう。

（それは、かねてから私が主張している、給付の妥当性についてはサービス提供チームによる協議を尊重すべき、という考え方と通じる面があります。）

予防給付制度のあり方全体を見直す場合には介護保険法の大規模な改正が必要ですが、要介護（支援）度を審査する介護認定審査会の運営については、法令では詳細に規定されていないので、平成18年3月17日付け老発第0317002号老健局長通知「介護認定審査会の運営について」を改正するだけで改善は可能と考えます。具体的には、たとえば前述の「脳卒中モデル」に該当し、かつ介護給付の方が適当と審査会で認められる場合には、要介護1と認定できるような運用にすることが考えられます。

### 2 報酬の月額定額制によるサービス制限

報酬告示（平成18年厚生労働省告示第127号「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」）や留意事項通知（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」）を読む限り、月額定額報酬で必要なサービスが制限されることはないということになりますが、東京都渋谷区の単独事業について、

デイサービスは「要支援1」の区民は週1回しか利用できなかったが、週2回利用できるようになる。（平成19年9月17日 毎日新聞）

と報道されたように、現実には担保されているとはいえません（もっとも、「要支援1」の場合「一律週1回」というのは、保険者の見解としては明らかに不適切でしょう）。

介護サービスで儲けようとは思っていない、二次アセスメントで必要なサービスなら標準回数を超えても提供する、という事業者は少なからず存在します。しかしながら、ある程度の質のサービスを、どの地域でも継続的に提供していくためには、妥当な報酬水準は、やはり必要です。



観点を考えてみます。平成18年の制度変更により、軽度者のケアマネジメントを居宅介護支援事業者から取り上げて、地域包括支援センターが担うことになった以上、「事業者にまかせていれば必要なサービス回数を超えて提供してしまう（この表現自体、全事業者の状況を反映しているとは言い難いのですが）」という根拠は薄れています。現時点では定額制

の弊害の方が大きく、従量制に戻すことを検討すべきでしょう。

たしかに、現行制度になってから介護費用の伸びが抑えられているかもしれませんが、それは、不適切な給付が減ったから、というよりも、本来必要な給付が不当に制限されているからではないか、ということが危惧されます。給付の適正化については、たとえば**サービスの質の高さを競う「穏やかな競争モデル」のような方法**<sup><\*2></sup>を推進すべきと考えます。

報酬を従量制に変更するためには、平成18年厚生労働省告示第129号「指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準」の改正が必要となります。

### 3 ケアマネジメントの不連続性

「要介護1相当」というのは重度向きにも軽度向きにも変化しやすい状態であり、介護給付と予防給付の境界線を行き来する被保険者は珍しくありません。そのたびにケアマネジメント担当者が変わるの、ケアチームにとっても被保険者にとっても負担になります。それだけではなく、その都度の初回加算の算定など、保険財政としても余分な支出を余儀なくされることとなります。

また、居宅介護支援事業者が努力して被保険者の軽度化が実現すると、かえって顧客を失ってしまうという皮肉な現象も起きます。

さらに、この要介護認定等の基準時間が1分延びたから毎月自宅への訪問が必要、1分短くなったから3か月に1度の訪問でもよい、ということも考えにくいことです。

2で月額定額制の廃止を提案しましたが、それが実現されないままなら、軽度者のケアマネジメントを居宅介護支援事業者が担ったとしても、必要な回数を超えてサービス提供が位置付けられる、ということは想定しにくいのではないのでしょうか。

そもそも、本来の理念からいえば、**適切なケアマネジメントによる協議結果は尊重されるべきもの**<sup><\*3></sup>です。もし仮に、軽度者のサービスについて適切でない点があったとしても、介護支援専門員からケアマネジメントを取り上げるのではなく、適切な

ケアマネジメントが行われるよう、スタッフの質を高めていく工夫をすべきでしょう。

現行の制度は弊害の方が大きく、早急に見直す必要があります。

この問題はかなり重要ですが、抜本的には、介護保険法自体の改正が必要となります。

ただし、法改正によらずとも、この問題をいくらか改善する方法は考えられます。

現行の制度では、要介護（支援）認定結果が出るまで、ケアマネジメント担当者が確定しません。また、更新認定であっても、有効期間内に結果が出ない場合が多々あります。さらに、利用者負担を含め費用が確定しないということでもあります。

（従前の制度でも、要支援が非該当か、という問題はあり得ましたが、その境界ライン上と、予防給付・介護給付の境界上とは、暫定サービスの必要性が全く異なります。）

そこで提案したいのが、認定結果が出るまでの「みなしサービス計画」「みなし支援事業者」です。

たとえば、認定結果が出るまで、要介護1以上を予測して、ケアマネジメントを居宅介護支援事業者が担当したにもかかわらず要支援認定となった場合、**認定結果が出た月までは、その作成したケアプラン（居宅サービス計画）を介護予防サービス計画とみなす**ことはいかがでしょうか。いわば「みなし介護予防サービス計画」です。そして、その事業者を介護予防支援事業者とみなし、介護予防サービス計画費を支給することとします。

要支援2以下を予測して介護予防支援事業者がケアマネジメントを担当したにもかかわらず、「裏目」（要介護1以上）になった場合も同様に、「みなし居宅サービス計画」「みなし居宅介護支援事業者」とします。

具体的には、介護保険法施行規則のしかるべき箇所に次の2条を追加すれば可能と考えます。

（居宅介護サービス計画費の特例）

第 条 市町村は、被保険者が法第32条第1項の

規定による要支援認定申請を行い、法第58条第4項に規定する指定介護予防支援事業者について市町村に届け出ている場合であって、法第35条第4項の規定により要介護認定を受けた場合は、当該届出を行った日から当該要介護認定結果の通知を受けた日の属する月までに限り、当該指定介護予防支援事業者を指定居宅介護支援事業者と、当該届出を法第46条第4項に規定する指定居宅介護支援事業者についての届出とそれぞれみなし、居宅介護サービス計画費を支給することができる。

2 前項の規定は、被保険者が法第33条第2項の規定による要支援更新認定申請を行い、同条第1項に規定する有効期間満了後に法第35条第4項の規定による要介護認定結果の通知を受けた場合に準用する。

3 第1項（前項において準用する場合を含む。）の規定により指定居宅介護支援事業者とみなされることが想定される指定介護予防支援事業者は、可能な限り予防給付にも介護給付にも対応可能なサービス計画を作成するよう努めるとともに、それぞれの制度について被保険者に懇切丁寧な説明を行わなければならない。

（介護予防サービス計画費の特例）

第 条 市町村は、被保険者が法第27条第1項の規定による要介護認定申請を行い、法第46条第4項に規定する指定居宅介護支援事業者について市町村に届け出ている場合であって、法第35条第2項の規定により要支援認定を受けた場合は、当該届出を行った日から当該要支援認定結果の通知を受けた日の属する月までに限り、当該指定居宅介護支援事業者を指定介護予防支援事業者と、当該届出を法第58条第4項に規定する指定介護予防支援事業者についての届出とそれぞれみなし、介護予防サービス計画費を支給することができる。

2 前項の規定は、被保険者が法第28条第2項の規定による要介護更新認定申請を行い、同条第1項に規定する有効期間満了後に法第35条第2項の規定による要支援認定結果の通知を受けた場合に準用する。

3 第1項（前項において準用する場合を含む。）の規定により指定介護予防支援事業者とみなされることが

が想定される指定居宅介護支援事業者は、可能な限り予防給付にも介護給付にも対応可能なサービス計画を作成するよう努めるとともに、それぞれの制度について被保険者に懇切丁寧な説明を行わなければならない。

S \* 1 : 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-3.html> (平成16年1月)。なお、この時点では、「痴呆」から「認知症」への言い換えは一般的ではありませんでした。

\* 2 : ウェブサイト狸乃穴倉や、その管理者であるため氏のブログで提唱されている概念(本号のどこかにも掲載されていると思います)。私が見るところ、費用削減についての即効性は期待できないにしても(もちろん、長期的には十分に期待できます)、利用者に対する弊害がないうえに、現場の士気を損ないにくいという利点があります。

\* 3 : 本稿の主題には直接関係ありませんが、適切なケアマネジメントを尊重するという観点から、次のように、介護給付制度を含めた改善提案も考えられます。

(ア) 軽度者への福祉用具貸与制限の緩和

要介護者等の状態像によっては、特定の福祉用具を利

用することが適当ではない場合はあるでしょう。しかしながら、ひとつの要介護度には、さまざまな状態像の要介護者等が含まれるため、要介護度を基準にして一律に制限するのは不適当です。

平成19年度からは、一部の種類で以前よりは柔軟な取扱いが可能とはなっていますが、さらに、適切なケアマネジメントの結果、必要性が導き出された福祉用具については、全ての種類において市町村の判断により利用可能とすることが適当と考えます。

(イ) 特定事業所集中減算の見直し

訪問介護・通所介護・福祉用具貸与だけが対象となっているのも不可解なのですが、何より、利用者の選択を阻害する危険性を否定できません。利用者が特定の事業所を自主的に希望しても、居宅介護支援事業所が減算を免れるために、望まない事業所に無理矢理誘導する恐れがあるからです。

このような弊害がある上に、9割が上限では、実効性が乏しいともいえます。

利用者の自由な選択や、適切なケアマネジメントを阻害しかねない本規定の減算は、見直しが必要です。もし、どうしても続けるのなら、少なくとも、資本や人的に居宅サービス事業所等と関係のない独立型居宅介護支援事業所については、減算対象から除外すべきでしょう。

どるくす(どるくす工房)

編集部員のひとりごと その1

介護報酬改定にあたり、その単価設定の元データとするため、厚生労働省は介護サービス事業者・施設に対し、「介護事業経営実態調査」を実施する。これは介護サービス事業所等の事業概要や収支の状況、従業員の人員及び給与、サービス利用状況等を調査するもので、調査客体は層化無作為に抽出される。今回も本年5月を回収時期として実施される予定である。

収支状況であるから収入はもちろん、支出も詳しく回答しなければならない。しかし、複数サービスをあわせて実施している事業者の多くは、各サービス毎に支出を明確にわけてはいない。運営基準にも各サービス種類毎に収支を区分けすることが求められているが、これをきちんとしていないとこういった調査に回答できない。「赤字だ！報酬をあげろ！」と言ってもそのデータを明確に示すことができないのである。

複数サービス種類(例えば医療機関など、介護保険にかかわらず)をあわせて実施している場合の支出の按分方法の目安まで、平成12年に通知が出ている。各事業所におかれては、正しい介護報酬の評価のためにも、収支はきちんと区分して出していきたい。(ポイント)

## 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。

### 走れ！きゅうきゅうしゃ！

かよ

2月2日、土曜日。

午前中の勤務で朝、いつものようにステーションに出勤。  
少し訪問時間まで余裕があるし・・・  
研究論文の資料づくりでもやろうかな～とデスクに座った途端電話が鳴り響く。

先輩ナースが取ってすぐに「Sさんとこのお嫁さんから！！吐いたんだって。。。」と。。  
すぐに電話を代わる。  
「はい、昨日伺った　　です。吐いちゃったんですか??」  
Sさんは先日97歳になったばかりのおばあちゃん、あたしが前日に訪問していた。  
昨日訪問したときは、すごくよくしゃべって元気だったけど。。どうしたんだろ。。。。

内容を聞くと、昨日下痢2回。嘔吐2回。水分あげるとむせこむ。。と。

Sさんは寝たきりではあるけど、ベッド上でお嫁さんから介助してもらって食事を摂っている。  
甘いものが大好きで訪問するとチョコレートが口の周りにおいしそうに。。^^  
水分も1日500mlくらいいつもなら摂れてるけど。。ん。。。。

「わかりました。今すぐ行きます。土曜日で先生のトコ、午前中やってるはずなので見てから先生に連絡させてください。」

「よかった～～～お願いします～。んじゃ、お待ちしていますっ」  
受話器を置いて1分で準備して車に乗り込む。  
「気をつけて行ってきな～～」(^O^)/～～と先輩ナ

ースに見送られ出発。

次のお宅の訪問時間を考えると滞在できるリミットは・・・40分くらいかぁ。。  
車の中で着いてからの自分の仕事をイメージする。

到着。

Sさんは昨日の様子とは全く違っていた。

「Sさん、おはよう！」

「・・・ふぁ～い」

返事はできるけど、声にいつものハリがない。

「吐いて下痢して、相当体力消耗したんだね。。疲れたんだねえ。。」

お嫁さんとお話しながらSさんの体の状態を確認する。。

体温・・・血圧・・・脈拍・・・脈圧・・・呼吸状態・・・・・・  
手足、末梢の循環状態

OK、OK、大丈夫、大丈夫。

酸素飽和度・・・昨日より低い。

肺音聴取・・・「ん??？」な～んかちょっと雑音が入る。  
時々痰を絡んだ咳をする。。

97歳の年齢から言えば2回の嘔吐と下痢は相当な体力消耗。。

原因は・・・流行りの嘔吐下痢症・・・???

そのあとからぐったりして水分でむせこみ。。水分補給が全くできていない。

脱水が・・・

点滴してあげたら楽になれるか。。

それから嘔吐物か水分を誤嚥した可能性。。。すでに肺炎の兆候か。。

頭の中でいるんな可能性を考える。

家で点滴・・・主治医の先生考えてくれるかな。。

お嫁さんももうあんまり入院はさせたくないって考えるし。

主治医のクリニックのナースに電話で  
嘔吐下痢症の可能性  
体力消耗と脱水による意識低下があること  
誤嚥性肺炎の疑いがあることを伝える。

先生が電話に代わって「ベッドのある 病院へ連絡します。」  
ご家族にも先生からお話してもらい、週末という状況もあって救急搬送することとなった。

電話を切って折り返し、先生から「 病院救急外来のO先生に連絡したので救急車で行ってください」と連絡入る。  
電話番号119を押す。

- 119 「はい！火事ですか？救急ですか？」  
かよ 「救急です。」  
119 「ご住所は？」  
かよ 「仙台市 区 ×・・・・です。」  
119 「はい。確認できました。利用される方のお名前はどなたですか？」  
かよ 「ここにお住まいのSさんです。私は訪問看護師の と言います。主治医である クリニックのI先生から、嘔吐下痢症、脱水、誤嚥性肺炎の疑いがあり 病院の救急外来に搬送依頼がありました。」  
119 「あ、そうでしたか、わかりました。Sさんの状況はどういう状況ですか？」  
かよ 「名前を呼ぶとお返事はできますが、声は小さく、ぐったりしています。」  
119 「はい、わかりました。5分くらいで到着しますのでお待ちください」  
かよ 「よろしくをお願いします。」

お嫁さんに5分で救急車が来ると伝えるとお嫁さん・・・  
「着替えなきゃ～～！！あ！おばあちゃんのオムツ代えてない～～！！」と慌て始める^^；

「慌てなくていいよ～～！！必要なものはコレでしょ、コレでしょ。。これで行きましょ！！」

すぐに救急車が到着。  
「んじゃ、Sさん！今から病院に行くからね。早く元気になっからね。」  
息子さん、お嫁さんに「・・・あとは大丈夫ですね。また夕方にも電話しますね。」  
「朝からありがとねー」  
Sさんのお宅を後にし、次の訪問先へ向かった。

訪問後、事務所に電話を入れるとSさんのお嫁さんから入院になったと連絡が入っていた。  
「おつかれ～～！今どこらへん？？早く戻ってきな～！帰ってきたらラーメン食べに行くから！」と先輩ナースの声。

ほっとして、事務所に帰る途中ぼーっとして運転してたら。。道間違えてた。。へへ。^^；

Sさん！！！！また元気な歌声を聞かせておくれ～～～  
～！！！！  
帰ってくるの待ってるよ～～！！！！



2月4日20:00追記  
さっきSさんの入院先に行ってきた。  
おばあちゃん、元気になってた！！  
土日は絶飲食で点滴だったけど、今日から水分摂取可！早く退院できるかも！！  
昨日の夜に「おなかすいた～～～おうちに帰っておいしいものたべますう～～～」と言ったとお嫁さん。  
お嫁さん泊まりで付き添ってるって。体気いつけて～～。  
97歳、脅威の復活！！！！あ～～～超うれしー！

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）

## 爺婆を決して、型にはめることなかれ！

へっぼこ侍

押忍！皆の衆！頑張っとりますかぁ！？

せっかくじゃから、近くの公園に連れ出して・・・

拙者、つくづく最近思うことがあります。

ガンガン喰ったねっ！！・・・ビビリよりました。

「爺婆を型にはめては駄目」  
ということじゃす。

初めて喰う爺婆が殆どじゃったが、ガツガツ喰った。

爺婆達を潜入感や固定観念にはめてケアをおこなうことは・・・実に危険じゃということ。

しかも、あの包み紙がウケた！

拙者は理論派ではないが、これだけは声を大にして言いたい。

「紙の包みでくるまれた“飯”を開けて食べる」あのセンセーショナルな感覚とでも言うのか？

確かに、教本や研修等の所謂「基本的な考え方」は非常に大切じゃと思うが、そっから先の実践においては、是非、「冒険心を持ってケアに望む」ことをお勧めしたい。

皆、口々に「ヘエ～～～」とか「わぁ～～～」とか・・・

例えば、施設の食事。

後、地域と施設の関わり方やアピールについても考えてみる必要がある。

小枝ちゃんもそうじゃが、調理職員も毎日頭を捻って「お年寄りに合うメニュー」を試行錯誤してある。

例えば施設の文化祭や市町村のお祭り等には、決まって爺婆の手工芸による作品が展示される。

煮物中心、魚中心、和食中心・・・と言った「いかにも老人が好むであろう食事」を提供してある。

回想法の視点や「昔とった杵柄」的に考えれば王道は裁縫や刺し子。後アンデルセンっての？

ただし！！ここでブレーキをかけてみようっ！

人気もあるし、恐らくは全国の高齢者施設で波及してあるじゃろう！？

それはあくまでも拙者達の憶測であり、実際に“あろう”が勝手に一人歩きしたんに過ぎん。

しかし、ここでもブレーキをちと掛けてみる。

「嗜好調査」という手もあるが、相手は爺婆、しかも認知があれば・・・

全国の高齢者施設で波及している「手工芸」・・・？  
確かに、幾つかの作品がそういった「婆さんチック」なビジュアルでも良いとは思いますが・・・

「お魚好き？」

何て言うか・・・つまらねえ！

「うん！」

ってのが落ちでおじゃる・・・

捻くれた考え方ももしれんが、小学校で出される「課題」に良く似た現象とでも言うのか？

先日、小枝ちゃんの職員が飯炊くの忘れ、主食がない事態に陥ったことがあったんじゃが  
その際、時間もなかった為、近くのマックで「チーズバーガー」を爺婆の人数分買って喰ってもらったことがあった。

何か釈然とせん！

予め引かれた「お婆ちゃんイズム」というレールに、施設や事業所側が上手く「乗せた」様に感じてまう。

小枝ちゃん、ある婆さんが「ひ孫へのプレゼントを作りたい」と提案があり「ガンプラ」を作ってもらったことがある。

「ガンダムのプラモデル」じゃよ!?

まあ、小学生低学年向けで接着剤も不要。  
集中すれば30分程で一体完成する代物じゃ!



これが、大ヒット!瞬く間に他の爺婆に感染。

去年の市内文化祭の小枝ちゃん出展作品となった。  
会場を覗きに行った際、近所のガキ共が蟻の様に群がっておったのが印象的じゃった。

「ガンダムの小枝ちゃん」・・・アピールとしても強烈じゃった。

結果的にガキ共を通じ地域と小枝ちゃんの距離感が縮まったのは事実じゃ。

爺婆は拙者達と同じ「社会」で生きておる。  
飯を喰い、風呂に入り、排泄をし、眠り、息をしておる。  
同じ場所でじゃ!

大事なのは「同じ場所」であるか?

「同じ目線」なのか?

ということではなからうか?

「爺婆を決して、型にはめることなかれ!」

好きなこと、やりたいこと、感じていることは拙者達とは  
そう違いはない。

「同じ社会で暮らす」ものなのじゃと・・・

へっぼこ侍(小枝ちゃん家のへっぼこ侍!)

#### 編集部員のひとりごと その2

診療報酬の改定で 在宅医療の部分にかなりの加算が新設されたけど・・・その【後】は??

医療面だけ何とかしても 生活していくことは難しい。ほんの一部分だけ考えてみても 実際には【在宅の意向はあっても 身動きが取れない現実】がある。

今後、医療ニーズが高い在宅高齢者はどんどん増えるはず。診療報酬改定ではさらに在宅を推進する方向・・・であるなら、その“後”を受けるのは介護保険。18年の法改正で予防給付が始まって、様々な加算が新設された。その内容って・・・細かいことを言い出したらきりがなくなるくらい “**納得いかない・現実に即してない部分**”が多いのが事実。制度内容も算定要件も加算内容も。どうかしなきゃ・・・この先 絶対に良い方向には 向かないって・・・そう思う。医療と介護。片方だけじゃダメだ。どう連携をとって支援していくか・・・根本の制度・その報酬自体を見直す必要があるんじゃないかなあ～・・・。

一般居介支が つぶやいてもどうしようもない話かもしれないけど・・・。ここ最近の自分の仕事を振り返って、考えることが多い。【医療 介護 在宅生活】 どうにもならなくてもどかしくて・・・正直つらくなる。(CMとしての仕事も 自分自身の気持ちも。私は、おうちで過ごしたいと思う方がおうちで過ごせるように・・・おうちで過ごすことが難しい方が 安心して過ごすことができる場所があるように・・・そして最期まで自分らしく 生きることができるよう・・・ そう願う。(べあ)

## 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。

### 介護保険法を勉強しなおす(5)

#### 第8条(7)

第8条は用語の定義が並び、何とも長い条文です。  
...ということで(?)、第7項を読んでいきます。

7 この法律において「通所介護」とは、居宅要  
介護者について、老人福祉法第五条の二第三項の  
厚生労働省令で定める施設又は同法第二十条の  
二の二に規定する老人デイサービスセンターに  
通わせ、当該施設において入浴、排せつ、食事等  
の介護その他の日常生活上の世話であって厚生  
労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと  
(認知症対応型通所介護に該当するものを除  
く。)をいう。

通所介護(デイサービス)についての定義です。  
箇条書きにすると、通所介護とは、

- 1 居宅で生活する要介護者が、
- 2 老人福祉法第5条の2第3項において「厚生労働省令で定める施設」又は同法第20条の2の2に規定する「老人デイサービスセンター」に通所し、
- 3 通所先の施設で入浴・排泄・食事等の介護その他日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行う居宅サービスのひとつで、
- 4 認知症対応型通所介護に該当するものを除いたもの

ということになります。

老人福祉法や同法施行規則などの参照が必要ですので、順に引用していきます。

(その1：老人福祉法施行規則第1条の2、第1条の3)

(法第五条の二第三項に規定する厚生労働省令で定める施設)

第一条の二 法第五条の二第三項に規定する厚生

労働省令で定める施設は、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人福祉センター、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律(平成元年法律第六十四号)第二条第三項第三号に規定する施設その他の次条に定める便宜を適切に供与することができる施設とする。(法第五条の二第三項に規定する厚生労働省令で定める便宜)

第一条の三 法第五条の二第三項に規定する厚生労働省令で定める便宜は、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、介護方法の指導、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の身体上若しくは精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある六十五歳以上の者又はその養護者に必要な便宜とする。

(その1の2：地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律第2条第3項第3号)

3 この法律において「特定民間施設」とは、介護給付等対象サービス等との連携の下に地域において保健サービス及び福祉サービスを総合的に提供する一群の施設であって、民間事業者が整備する次に掲げる施設から構成されるものをいう。

一 住民の老後における疾病予防のため有酸素運動(継続的に酸素を摂取して全身持久力に関する生理機能の維持又は回復のために行う身体の運動をいう。)を行わせるとともに、老人に対して機能訓練を行う施設であって、診療所が附置されていることその他の政令で定める要件に適合するもの

二 老人に対して、各種の相談に応ずるとともに、教養の向上及びレクリエーションのための便宜

を総合的に供与する施設(老人福祉法第二十条の七に規定する老人福祉センターを除く。)

三 イに掲げる施設であって口に掲げる施設が併せて設置されるもの

イ 身体上若しくは精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある老人又はその者を現に養護する者を通わせ、入浴若しくは給食又は介護方法の指導の実施その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する施設

口 身体上又は精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある老人につきその者の居宅において入浴、排せつ、食事等の介護を行う事業その他のその者が居宅において日常生活を営むのに必要な便宜を供与する事業であつて政令で定めるもののために必要な施設

四 老人福祉法第二十九条第一項に規定する有料老人ホーム

(その2:老人福祉法第20条の2の2)

(老人デイサービスセンター)

第二十条の二の二 老人デイサービスセンターは、第十条の四第一項第二号の措置に係る者又は介護保険法の規定による通所介護に係る居宅介護サービス費、認知症対応型通所介護に係る地域密着型介護サービス費、介護予防通所介護に係る介護予防サービス費若しくは介護予防認知症対応型通所介護に係る地域密着型介護予防サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者(その者を現に養護する者を含む。)を通わせ、第五条の二第三項の厚生労働省令で定める便宜を供与することを目的とする施設とする。

(その3:介護保険法施行規則第10条)

(法第八条第七項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話)

第十条 法第八条第七項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話は、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話とする。

老人福祉法の条文には、やむを得ない事由による「福祉の措置」についての規定がありますので、同

法施行規則の引用部分においてそのことに触れているところもあります。

これらを整理して箇条書きを書き直してみると、「通所介護」とは、

- 1 居宅で生活する要介護者が、
  - 2 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人福祉センター、特定民間施設又は老人デイサービスセンターに通所し、
  - 3 通所先の施設で入浴・排泄・食事等の介護や生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行う居宅サービスのひとつで、
  - 4 認知症対応型通所介護に該当するものを除いたもの
- となります。



第8条(8)

第8条(7)では「通所介護」についての定義でしたが、ここでは「通所リハビリテーション」についてみていきます。

8 この法律において「通所リハビリテーション」とは、居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。)について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

同じ通所サービスではありますが、「似て非なるもの」ということで別の定義がなされています。

読み下しをする前に、厚生労働省令からの引用をしておきます。

(法第八条第八項の厚生労働省令で定める基準)

第十一条 法第八条第八項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定期にあり、次条に規定する

施設において、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要することとする。

(法第八条第八項の厚生労働省令で定める施設)  
第十二条 法第八条第八項の厚生労働省令で定める施設は、介護老人保健施設、病院及び診療所とする。

つまり、「通所リハビリテーション」とは、

- 1 病状が安定していて、
- 2 介護老人保健施設・病院・診療所において、診療に基づいて実施される医学的管理の下での理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを要すると認められる、
- 3 居宅で生活する要介護者を対象に、
- 4 これらの施設において、心身の機能の維持回復や日常生活の自立を助けるために必要なりハビリテーションを提供するサービスです。

第8条(9)

第8条第8項との間がかなり空きましたが、第8条第9項から再び読んでいきます。

9 この法律において「短期入所生活介護」とは、居宅要介護者について、老人福祉法第五条の二第四項の厚生労働省令で定める施設又は同法第二十条の三に規定する老人短期入所施設に短期間入所させ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことをいう。

ここでは「短期入所生活介護」についての定義です。老人福祉法施行規則からの引用が必要ですので、以下に引っ張っておきます。

(法第五条の二第四項に規定する厚生労働省令で定める施設)

第一条の四 法第五条の二第四項に規定する厚生労働省令で定める施設は、特別養護老人ホーム、養護老人ホームその他これらに準ずる施設であ

つて同項に規定する短期間の入所による養護を適切に行うことができる施設とする。

それと、老人福祉法そのものの条文も引用する必要がありますがあるので、一緒に…。

(老人短期入所施設)

第二十条の三 老人短期入所施設は、第十条の四第一項第三号の措置に係る者又は介護保険法の規定による短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費若しくは介護予防短期入所生活介護に係る介護予防サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者を短期間入所させ、養護することを目的とする施設とする。

つまり…、あ、ごめんなさい。老人福祉法施行令からの引用を忘れるところでした。

(老人短期入所事業の対象者)

第三条 法第五条の二第四項の政令で定める者は、次のとおりとする。

- 一 法第十条の四第一項第三号の措置に係る者
- 二 介護保険法の規定による短期入所生活介護に係る居宅介護サービス費若しくは特例居宅介護サービス費又は介護予防短期入所生活介護に係る介護予防サービス費若しくは特例介護予防サービス費の支給に係る者
- 三 生活保護法の規定による居宅介護(介護保険法第八条第九項に規定する短期入所生活介護に限る。)又は介護予防(同法第八条の二第九項に規定する介護予防短期入所生活介護に限る。)に係る介護扶助に係る者

一部予防給付に係る規定もありますが、また後ほど述べさせていただきます。

すなわち、短期入所生活介護とは、

- 1 介護保険法の介護給付を受けることができる人・生活保護による介護扶助を受けることができる人が、
- 2 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・養護老人ホーム・老人短期入所施設に短期間入所して、
- 3 入所した施設で入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことと定義されています。

## 第8条(10)

どの法律を読んでもそんなのですが、定義に係る条文は長くて(項・号部分が多くて)読むのが面倒くさくなってしまいがちです。

ですが、ここを一通りでも読んでおかないと(本当は「よく読みこんでおかないと」なのですが)後々条文を読んでいくのに、一々その用語が出てきたときに戻って参照しなければならなくなる、というもっと面倒くさいことが待っています。ので、今しばらくお付き合いのほど願います。

さて、第8条第10項ですが、「短期入所療養介護」についての定義です。

10 この法律において「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者(その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。)について、介護老人保健施設、介護療養型医療施設その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことをいう。

続いて、介護保険法施行規則からの引用です。

(法第八条第十項の厚生労働省令で定める居宅要介護者)

第十三条 法第八条第十項の厚生労働省令で定める居宅要介護者は、病状が安定期にあり、次条に規定する施設に短期間入所して、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を要する居宅要介護者とする。

(法第八条第十項の厚生労働省令で定める施設)

第十四条 法第八条第十項の厚生労働省令で定める施設は、次のとおりとする。

- 一 介護老人保健施設
- 二 介護療養型医療施設
- 三 医療法(昭和三十二年法律第二百五号)第七条第二項第四号に規定する療養病床を有する病院若しくは診療所又は令第四条第二項に規定する病床を有する病院(前号に掲げるものを除く。)

医療法からも引用が必要となりましたので、引用します。文言の都合上、第7条第2項全文を引用します。

- 2 病院を開設した者が、病床数、次の各号に掲げる病床の種別(以下「病床の種別」という。)その他厚生労働省令で定める事項を変更しようとするとき、又は臨床研修等修了医師及び臨床研修等修了歯科医師でない者で診療所を開設したもの若しくは助産師でない者で助産所を開設したものが、病床数その他厚生労働省令で定める事項を変更しようとするときも、厚生労働省令で定める場合を除き、前項と同様とする。
  - 一 精神病床(病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。以下同じ。)
  - 二 感染症病床(病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成十年法律第百十四号)第六条第二項に規定する一類感染症、同条第三項に規定する二類感染症(結核を除く。)及び同条第七項に規定する指定感染症(同法第七条の規定により同法第十九条又は第二十条の規定を準用するものに限る。)の患者(同法第八条(同法第七条において準用する場合を含む。)の規定により一類感染症、二類感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。)並びに同法第六条第八項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。以下同じ。)
  - 三 結核病床(病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。以下同じ。)
  - 四 療養病床(病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であつて、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。以下同じ。)
  - 五 一般病床(病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。以下同じ。)

介護保険法施行令からも引用です。

- 2 法第八条第二十六項の政令で定める病床は、主として認知症である老人(当該認知症に伴って著しい精神症状(特に著しいものを除く。))を呈する者又は当該認知症に伴って著しい行動異常

(特に著しいものを除く。)がある者に限るものとし、その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)を入院させることを目的とした病床であって、厚生労働大臣が定める員数の看護師その他の従業者を有し、かつ、厚生労働大臣が定める看護の体制その他の看護に関する基準に適合するものとする。

定を受けた療養病床を有する病院・診療所、指定を受けた老人性認知症疾患療養病床を有する病院・診療所に短期間入所(入院)し、

- 3 当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う  
居宅サービスの一形態なのです。

要するに、「短期入所療養介護」とは、

- 1 居宅で生活している、病状が安定期にあって、施設に短期間入所しての看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療を要する状態の要介護者が、
- 2 介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設 指

」(介護保険を勉強しなす)



#### 編集部員のひとりごと その3

実は、5号本体の発行の際にも編集メンバーの中で意見が分かれ、激論が行われたのですが、今回も検討の場の雰囲気が悪くなるほどのぶつかりもありました。といっても、各提言の内容そのものについての異論ではなく、主に表現をめぐるの妥当性でした。

たとえば、介護報酬についても、基準についても、改善を求めたいことは多数あります。その中で、訪問看護についての見直しが最重要、というような表現は、他サービスの関係者から理解が得られるだけの根拠があるのか、というようなことです。

しかしながら、記事中にもありますが、ケアマネや介護職員の待遇改善については、ある程度広くコンセンサスを得られているような印象があるのに対し、訪問看護についてはまだまだ普遍的ではないという点、さらに看護師を増やせば解決する問題ではないという点から、やはり最重要視する必要があるのではないかと、等の意見が出て、表現には配慮しつつ、掲載するに至りました。

もちろん、異なる見解をお持ちの方もいらっしゃるでしょう。また、今回掲載された提言の全てが、すぐにこのままの形で実現可能というわけではないと思います。それでも、現場や、自治体を含めたその周辺から寄せられた今回の提言が、制度を少しでも良い方向に向けるきっかけになれば、と願ってやみません。(どるくす)

#### 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 臨時号」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

投稿に当たっては、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オす](#))  
しおわかな([日常茶婆爺](#))  
sige([僕のかみさん](#))  
GPZ([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yo!!あわてんぼうのすみけんのお部屋](#))  
せ([日々是慌日](#))  
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～](#))  
たんぼぼ([焦らんでもええ、ぼちぼちいこか](#))  
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・白衣のペ天使](#))  
のんたる([1に遊んで、234がなくて5に子育てと仕事・あれ・主婦は](#))  
ハクション中納言([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](#))  
ぴび([訪問ナース&ケアマネのほほん日記](#))  
piyo(\_\_\_\_\_)  
笛吹童子([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...](#))  
へっぼこ侍([小枝ちゃん家のへっぼこ侍!](#))  
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降られ](#))  
ミスライス([LUCKY DUCKLING](#))  
みほ([文章カアッブを目指して](#))  
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 臨時号  
2008年4月4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/>