

# ういずライン 2008 No. 6

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：tappy

ういずライン 2008 No.6

特集記事：インターネット活動について振り返る  
「ういずライン」の活動について振り返る

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

**いんたあねっと**

べあ

介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属

**ぶるまは「ふりかえるのは、まだ、ほんの少し先」**  
**です**

ブルーマーチ

【介護医療電子システムサポート屋】

**私のインターネット活動**

桂

有料老人ホーム事務長、精神保健福祉士、介護支援専門員

**ういず**

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

**実現可能性というコトバ**

たぬ

市区町村職員

**BBSとブログの向こうに見えるもの**

どるくす

都道府県職員

**ブログの威力～小規模多機能型居宅介護についての情報  
交換実例** ういずライン～wel 編

一般記事：専門職たちのメッセージ

**え・・・いいよね・・・別に・・・**

のんたる

介護支援専門員、看護師、居宅介護支援事業所所属

**「人」として**

ぜに

介護支援専門員、社会福祉士

**家族**

Nori

訪問看護師、訪問看護ステーション管理者

**人間五十年夢幻のごとくなり**

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：

**介護保険法を勉強しなす（6）**

J

社会福祉士、支援相談員、介護老人保健施設所属

**運営基準に則した居宅介護支援事業の展開（7）**

narisawa

介護支援専門員、介護福祉士、居宅介護支援事業所所属

気がつくと、いつの間にか梅雨の時期に入っていました。

「ういずライン」というプロジェクトも、当初想定していた「まずは1年間」「2か月毎に発行する」という目標設定を何とかそれを達成した状況です。これも、暖かい眼差しで私たちの活動を支援し、そして見守ってくれた皆さんのおかげであると編集部一同、本当に感謝しているところです。

## 特集記事：インターネット活動について振り返る

ういずラインは、当初から「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実施する。具体的には、2か月に1回、計6冊をweb上にて発行する予定」の活動でした。

そして、当初からこの第6号において、インターネット上での様々な活動を振り返ってみる予定でもありました。少し記事数も多いですが、お付き合いいただければと思います。  
(編集部)

### 「ういずライン」の活動を経験して

兼任CM

「ういずライン」の活動に携わって自分が感じたことをまとめてみたいと思います。

「ういずライン」の活動を通じて、自分にとってもっとも収穫になったことは「多くの優れた実践」が日本のいたるところで展開されているということであり、その実践を展開している多くの専門職と「ネットを通じ知り合えた」ということです。

これまではともするといわゆる「不適切」な、問題が多々ある実践が各種BBSに投稿され、それに対して「これは正しいか?」「報酬算定できるか?」とか「こんなことを言われた」とかに対する意見を述べていくだけの活動でした。それらの活動の多くはルールに反しているものであり、利用者主体の支援になっていないものでした。

しかし「ういずライン」の活動を始めて、多くのブログに接するようになり、その中にはルールに適した活動が展開されているだけでなく、利用者にとって本当に必要な支援が展開されている「事実」を知ることができました。

これによって適切なケアマネジメントが思いの外沢山実践されているということを知ることができました。これはケアマネジャーが「御用聞き」であ

ったり「マネーマネージャー」ではないということの証でもあったことを証明しています。

この事実を知ることによってケアマネジャーも捨てたものじゃないし、どっかの偉い学者が言うように機能していないということはないという確信を得ることができました。それによって「適切なケアマネジメント」とは何かということが今までと比較してより明確に自分の中で固まってきました。

これは私自身だけではなく「ういずライン」を読まれた方々にも「適切なケアマネジメント」とは何かという「指標(物差し)」が明確にされたということになります。これによって自分の実践との比較、そこから自分の「目標」がはっきりとすることができるようになります。

私は自分の中でこの「物差し」が明確にする事ができたことが何よりの収穫になりました。

そして多くの優れた援助者を知ることができたこと。彼ら彼女らと忌憚なく意見を交わすことができるようになったこと。これがこの1年間を通じて私の中の大きな財産となりました。

兼任CM (介護サービスほっと通信)

### いんたあねっと

べあ

「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？」の部分 冒頭に上記の文章があるの。これは 私たちがういずラインをはじめたときに掲げた 目標 なの。目標って～ 「実現可能な、具体的な・・・」っしょ？当初予定の計6冊は～とっくにクリア^^;。まずは1年間という期間での目標も...今回の発行をもってクリアなのだった

おおお～ 有言実行あるのみ～ えっらぁ～い 調子に乗りすぎ@@;

ういずラインの編集・賛同メンバーの皆様は～・・・とにかくPCと仲良しの人が多い。私がいんたぁねっと(あややっ 私が表記するところなる)に首を突っ込んだのは...

ブログをはじめたことがきっかけだった。もうすぐ4年になるう。。ブログを開始した日の記載を振り返ってみたら・・・

「誰にでも」「簡単に」...って書いてあるのに。いやぁ、本当にPCは嫌い。どうも、うまが合わない。はぁぁぁ。(略) 一方で、私はいわゆる「一人ケアマネ」訪問から請求、事務作業まですべてひとりでしなきゃならない。相談したり、愚痴をいったりする相手がいないのが結構きついなぁ...今後の法改正、一体どうやって自分なりに消化・解釈すればいいのか...かなり暗雲立ち込めてダークになってしまう。誰かに、何か、何でもいいからご意見いただきたい!! と思う今日この頃。 って書いてあった。

4年前と今と...書いてる内容は あんまり変わってないじゃんねえ? ぷいぷい

当初は 愚痴を吐き出す場所が欲しかった。

自分の中できぐるくる回って・・・出口が見えなくていっぱいいっぱいになることがものすごくたくさんあった。CMとしての業務に就いたのはH15年・・・乗降介助や～ 訪問介護の算定や～・・・いろんなことが大きく動いた年だった。CMとしての一連の業務・流れが自分の中で整理できて 実際に 自分でCM業務を始めたら・・・ん? んおお?? クエスチョンが多いっ!

「やってもいいの? だめなの? どうすればいいの??」 計画を立てようとするたびに固まる日々

...。 しゃぁないから・・・エリア内の経験豊富な先輩CMに質問したのよ。

返ってくる答えは・・・「いいんじゃない? やっても」「多分 大丈夫だよ」 んむう～... 多分 はいやなんだよぉ。 それ...どこかに書いてある? どこ探せば 多分じゃない答え があるん?? ...その答えを探せなくて、わからないことを調べる術がなくて 相談する相手がなくて 苦しかった。 どうしたらいいのか... それを吐き出す場所が欲しかった。

ブログをはじめて・・・ 毎日 触ってれば少しずつPCとも仲良くなるわなぁ。ちょっとずつ・・・検索したり調べものをするができるようになってきた。 進歩進歩っ ン?? ンがあっ@@;

なんちゃら何号やQA・・・ 読んでも理解不可能～～@@;。「原則として・・・」「～等の場合は」「～はこの限りではありません」「～とされています」・・・もちっとわかりやすい文章にしてよぉ。。 回りくどいんだよぉ。。



とと... ここまで書くといかに ばかか ばれちゃうねえ。 あ・・・もうばれてるか^^;。

そんなこんなで いんたぁねっとに関わり始めて・・・そしていつの間にかういずラインの活動を始めることになったの。( その詳細は 別の記事で出たから割愛っ )

今、私は日々 いろんなことを学ばせてもらっている。 法令や解釈等... 仕事のことはもちろん、それだけじゃない。人間としての考え方やあり方や・・・ 価値観の違いや捉え方・・・ これまでの自分が存在してた社会では 知る由もなかった様々なことに触れて、いろんな事を考える機会がものすご

く増えた。そして・・・自分のしていることがこれでいいのか、これからどうすればいいのか、どう考えればいいのか・・・問題提起するたびにいろんな視点からご意見くださるお友達が増えた。

それから・・・ 活動を通じて広がる輪。

一緒に考えて、その回答をもって更に考える・・・すごいことだと思わない？ 会ったことない方たちと、ひとつのことについて議論して考えて・・・様々な視点からの意見がもらえる。いんたぁねっとを触ってなかったら・・・絶対に会うことのなかった方々とだよ?? そう考えるといんたぁねっとを通じての活動ってほんとにすごいことだなあ・・・って。そう思う。

そうそう・・・。こないだ 編集メンバーと 座談会を開催したのよ。んまあ～～・・・やたらめったら難しい単語が出てくるし・・・(あえて誰とは言わない ぷぷ) 提起された問題に解答しようとすると思いが停止するし・・・ほんの3時間くらいだったんだけど 終わったら精根尽き果てたね。

またもやかなり大きさ^^;;。

ういずライン のネーミングは・・・【ともに進んでいく】【協調する】意をこめて「with」【連携する】【適切に判断していく】意をこめて「line」なの。1年を通じてのこの活動。

私はネーミングに沿った活動になったと評価できるんじゃないかと思うんだけど...。賛同して下さった方々、読んで下さった方々・・・いかがだったでしょうか??

いきなり質問してみる

私は～～。。 すばらしい仲間と出会えて、CMとしての責務を振り返ることができて、そして 更にさら～に... 人が好きになったよっ

あ...! 大事なことを忘れてた! あのねえ・・・「インターネット活動」によって得たもの。んっと・・・文章を書いたりコピペができるようになったの。それまでの私のPC知識って・・・すんご～い低レベルだったんよお@@; ...ち～～ん。。

べあ (あっ!というまに・・・)

## ぶるまは「ふりかえるのは、まだ、ほんの少し先」です

ブルーマーチ

### ■start

皆様、こんにちは。ブルーマーチです。少しでも短くしたいので、以下「ぶるま」。

自分のサイト、開設してからまだ3年も経ってない。もう10年くらいやってるような気がします。

え? 開設のきっかけですか・・・。編集部から「なおせえ!」の音が・・・ので、省略。次、いきますう!

### ■surprised

インターネットってすごいなと実感したのが、06年介護報酬が公表されたとき。自分とこで、06年1月18日にこんな記載がある。『管理者に18日深夜入った情報によると、介護給付費分科会は1月26日に開催される模様。今後3年間の介護報酬の行方が決まることになる』。

で当日(1月26日)、WAMに網張ってて、UPされたとほぼ同時にダウンロードして、自分のサイトに

アップした。したら、もう正確な数字は覚えていませんが、カウンタが5000だか6000だかになってて。当時は実数カウントしてたので、びっくりです。

WAMにはアクセスできなくなったからです。自分もその後何度か試みましたが、当日中は2度とお目にかかることはなく。いかに、関係者がこの情報を欲していたかということでしょう。WEBサイトの有益性ってこういうところにもある。

余談ですが、のちにお会いした、あるケアマネの方から『ぶるまさんのところからダウンロードしました』って言われてね。嬉しかったですよ。バーチャルと違う。リアルにお礼言われたんだから。

まあこうして、悪夢のような更新地獄にはまったわけですが(苦笑)。

### ■network community

ネットですかね、今度は。

ケースワーカーの頃だから1990年台も半ばを過

きた頃。東京西部のある特養を訪れたらパブリックスペースにPCが2台あり、インターネット閲覧は何分以内でお願いしますなんて張り紙があった。随分と進んだ施設だなあって思いましたね。

時は移り、日本はユビキタス社会になりました。詳細な定義は省きますが、いつでもどこでもインターネットに接続でき、その恩恵を受けることができる社会になったってことです。

インターネットに接続した経験がある、いわゆるネット人口は2007年に8,226万人を超えました。世に登場してからただか10年ちょい、これだけ速やかに、広く我々の生活に浸透してきたのって、他に知りません。

接続ツールもPCだけではなく、PDAや携帯電話からでも、高速のフルブラウジングが可能になりました。

でもね、インターネットや、それにアクセスするPCや携帯電話なんかは、ただのツールにすぎない。介護・医療の現場では、サービス提供側も人が主役で、それはあと100年たとうがきっと変わらない。が、もはやこれらツールがなければ成立しないほど、現場に入り込んできているのも事実です。

ネットを活用する。事業者側は、たとえば経営的視点などからもちろんですが、なにより正確な情報に基づいたサービスを提供しなきゃなりません。こういう時代になって、利用者側が正確な情報をいち早く集めていたということも起きる。

特に制度や報酬の変更前後は、早く正確に収集し、咀嚼し、理解することが様々な意味での「適切な」サービス提供をする上で重要事項の一であることは確かです。

次でも触れますが、財政審のいう「軽度者外しで2兆円削減」、後期高齢者医療制度導入など社会保障給付費抑制策が進められる一方、超深刻な人手不足を背景とした介護従事者処遇改善法の成立など、私たちや高齢者介護医療の根幹に直接かかわる事柄が4月から連発状態で施行され、あるいは報道されています。これら極めて重要な情報は、特にケアマネや事業所経営者は、耳を目を研ぎ澄まして入手しなきゃなんないって思うんです。あは、自分自身もネ

ットから取るのが大半だよな。

テレビ・新聞・雑誌等メディアを横断して迅速に情報を入手する方法はインターネットが最も効果的なツールだと断言します。光回線や高性能PCは高い、なんて言ってる場合じゃありませんよ。効果が高いのは高価なんですよ（さむッ）。

#### ■future

来年、介護報酬改定がありますね。介護従事者処遇改善法が可決・成立しましたが、この法はなんら具体策を持っていません。いったいどれだけ引き上げされるのか。上がった分が賃金に正に反映されるのか。必然的に1割負担が増える高齢者に対しての施策は用意できるのか。療養型老健の報酬見直しも必至でしょう。

報酬だけじゃありません。軽度の方は介護保険給付から外されるのか？ インドネシア等からやってくる介護看護従事者の方々の処遇は？ 本当に介護療養型病床は廃止できるのか？ 後期高齢者医療制度は維持できるのか？

自分のサイトでこうしたことは継続して追っかけて行かなきゃと思ってます。更新地獄はまだまだ続くよ、です・・・ぐす。

#### ■thanks

最終号なんですか。さびしいですね。が、皆さん、通常の業務を抱えながらだから。無理は禁物です。ういずライン編集に携わった方々、ありがとうございました。できることなら、今まで残した財産を別の形で引き継いでいただければと。

あ、私はまだ振り返りませんよ。自分のサイトはまだ開いてるからね。

え？ 酒癖悪いの治せ？ はは、治ったらぶるまじゃなくなるからね。それは無理。では。酔いどれぶるまでした。ばたきゅう～う。

ブルーマーチ（メディカルケアネット.com）

Personal Digital Assistantの略。個人向け携帯情報管理端末。

PC向けWebサイトを携帯端末で利用すること。

財政制度等審議会。財務相の諮問機関。

## 私のインターネット活動

桂

私がインターネットを始めたのは、たぶん、13年ぐらい前だろう。

そのころ勤めていた病院の後輩が、PC を買い換えるので、中古を買って欲しいと頼まれて、3 万円で買った。

ゲーтаウェイの PC だった。本体は、腰ぐらいまである大きなものだった。

おまけに、ウーハーも付いているスピーカーセットも付いていた。(これは今でも活躍している。)

その PC を買って、インターネットを始めた。機械音痴の私のために、後輩 3 人が来て、セッティングしてくれたのを覚えている。そのお礼の宴会の方が、PC より高く付いたが・・・

インターネットをはじめては見たものの、「ネットサーフィンってなに？」などと言う無知な状況で、上手く使いこなせてはいなかった。

そのころ私は、病院のソーシャルワーカーをする傍らで、精神保健福祉士を養成する専門学校の非常勤講師をしていた。

そのため、毎週 1 時間半の講義の準備をしなければならなかった。

その過程で、わからないことを、本や文献を調べて読むよりも、インターネットで調べた方が早いことが徐々にわかってきて、インターネットへの依存率がかなり高くなった。

同時に、そのころ流行していた「掲示板」へ参加するようになった。

これはほとんど「遊び」の世界であったが・・・仲間は少しずつできた。

しかし、それも一時で、少しずつ興味が薄れていった。

そうして、一時期、インターネットはつながっているが、全く使わない状況が続いた。

本格的な「インターネット活動」というものは、医療機関の事務長(ケアマネ兼務)になってからのことだろう。

事務長としての業務やケアマネとしての介護保険

法上の様々な疑問を解決するために、インターネットを活用しているうちに、ある掲示板に出会った。

そこには、様々な「知識人」が集まり、人からの疑問に答えたり、自分の疑問を投げかけたりしていた。

それは、私にとっては、非常に新鮮な事で、そのやりとりを読ませてもらうことで、何かしら「安心感」をいただいていた気がする。もちろん、知識でもある。

5 年前に、住宅型有料老人ホーム(現在は介護付有料老人ホーム)の事務長になってからは、インターネットというよりも、パソコンでの業務が増加した。

新規施設であったので、事務室の事務長席に専用の PC を置き、ADSL(そのころまだ光は普及していなかった。)につないだ。

この時点ではまだ居宅介護支援事業所は立ち上げていなかったので、何をしていたかと言えば、入居者募集であった。この入居者募集には、苦労した。苦労話を書き始めると、長くなるので、此处では辞めておこう。

入居者募集に、インターネットは「直接的な役」には立たなかった。

高齢者の住宅を案内する「サイト」は、無数にあるし、そこからのオファーはたくさんある。紹介の契約もした。しかし、うちの施設に限っては、契約件数はほとんどない。

口コミによる入居がほとんどである。

約 1 年半経っても、入居率が 50% 程度だった(このころはもう経営は火の車になっていた。)ので、「特定施設入所者生活介護(現在は特定施設入居者生活介護だが、当時はまだ入所者であった。)の指定を受けることにした。

大きな賭でもあったが、(人件費が住宅型と比べると膨大に膨らむ。)この決断に、インターネットが大きな役割を占めたと思っている。

他の特定施設の動向や入居率、制度の運用のノウハウやコンプライアンスに付いての知識等々について

て、インターネット上から得たのである。

果たして、急激に入居率は増加し、満2年を迎える頃には、入居率は90%を超えた。

私の仕事は、入居者募集から施設の安定運営に変わっていった。

朝、出勤して一番最初の仕事は、掲示板巡りや介護保険情報の把握になった。

それは、かつて、ケアマネとして制度を知るためにしていたのとは違って、如何に会社や施設に対して、適切な方向を示して行けるかが問われるものだった。

特に、制度改正の年については、ほとんど、PCにかじりついていたように思う。

新しい情報、特に介護保険制度に関する変更や運用の仕方について、如何に早く知るかが勝負になってくる。(こういったことが、早くて上手な人はたくさんいる、私などはまだまだ未熟だ。)

そういった事を繰り返していると、だんだんと掲示板の疑問に答えられるような気がしてくる。それまで経験してきた事に対する疑問だったりすると、つい書きたくなってくる。

私も、答えられる疑問には、徐々に書き込むようになっていった。

ある時、自分の考えを書いたら、真っ向から否定された。

疑問に対する答として書いたことが、制度や規則等に照らして、明らかに間違ったことを書いたのなら仕方がないのである。

しかし、「考え方」に対する否定であった。

それも、制度運営上の問題ではなく、人間として、利用者を受け入れる施設として、事故が起こったときにどう対応するかについてである。

確かに、その人の言うことも正しい。理解ができる。

だが、その人は、私に理解を示さなかった。その人にとって「正解」は、一つだったのだろう。それも、乱暴な口調(口調というか文章というか)に終始した。

その議論は、途中で止めた。「逃げ出した」といった方が正解かもしれない。

何故かという、私が眠れなくなってしまったからである。

怒りがこみ上げて、寝入ろうかとするとそのことが頭に浮かんで、目覚めてしまう。

そんなことが2,3日続いたからである。

インターネット上でのやりとりに、顔は見えない。相手は何歳ぐらいか、どんな性格か、も見えないのである。

バーチャルの世界で、自分が想像する相手の姿に対して、何かしらの期待感(例えば自分に同調してくれるのではないかとといった期待)をもって、書き込むことが多いのではないだろうか。

たぶん、私もその人に対して、同調してくれるだろうという期待を持って書いたのであろう。しかし、その期待に反して、ディベートの様な、相対する関係になったために、その期待を裏切られたという、「勝手な想い」が、私の怒りを増幅させていたのだと思う。

それから、私は、あまり掲示板への答を書かなくなった。

一方で、2006年の6月から、ブログを書き始めた。

動機は、余りよく覚えていない。

そのころは、居宅介護支援事業所の業務を別のケアマネに任せ(管理者ではあるが)、有料老人ホームの稼働率も100%の状態になり、事務長としての仕事もほぼ一段落した頃で、何もすることがなかったのかもしれない。

たぶん、備忘録のつもりで書き始めたのだと思う。自分の考えたことや出来事を、書き残しておきたかったのだと思う。

そのころによく覗いていた掲示板(知識を収集する目的で、今も色々な掲示板を覗くのは覗いている)から、メディカルケアネットにたどり着いた。

そこからが、本当の意味でのインターネット活動

の始まりなのかもしれない。

ういずラインに参加している多くの方々が、そこには集まっていた。

性懲りもなく、再び、書き込みをするようになった。

「たわいもない」会話の中に、親近感があふれ、今まで一度も参加したことのない「オフ会」なるものに参加して、また、のめり込んだ気がする。

穂高で開かれたその「オフ会」は、本当に楽しかった。

インターネット上では、バーチャルの世界の存在であった人たちに、実際に出会い、話をし、その人となりに触れる。

そこには、利害関係もなく、実にピュアな、関係が築かれる。

それ以後、オフ会には、進んで参加している。おかげで、九州も旅行でき、東京も何度か行き、桜を満喫したりと楽しいことばかりが続いている。

私は、ブログやインターネット活動を通じて、顧客獲得や会社の直接の利益につなげようとは思っていない。



私の個人的意見をブログ等を通じて発することができ、自分自身の成長や人間関係づくりに役立てば、それで満足である。それが、会社にとって間接的な利益になると思っている。

ところで、最近、又、前述の話と同じような事をしてしまった。

今度は、私の思っている意見の根拠が間違っていた。

それをあたかも正論かの様に、過激に書き込んだために、多くの方に不快感を与えたのだろう。ご指摘を受けた。

私が間違っていたのだから、素直に謝った。(つもりだが・・・)

私も、いい年になったので、「謝罪」がだんだん下手になっているかもしれない。

あらためて、お詫び申し上げます。

6月には、関西会がある。

それを楽しみにしてゆこう。

新しい出会いに期待しながら・・・。

桂(離(さか)りゆく日まで)

## ういず

baru

インターネットを始めたのは2005年夏。訪問介護の内容で、DARAさんと、たぬさんにお世話になったのがきっかけだ。その後、ヤフーブログを初め、何度か閉鎖をしながら現在に至っているのだが……。ブログを中心として知り合いとなった日本各地の方とのネットワークが始まり、直接お会いし方、メール交換した方、電話で話をした方等、様々な交流を今もやっている。その中で、ういずの編集メンバーともめぐり合い今に至る。

ネットワークを通じて情報の共有、連携の大切さを実感し、時には悩みの相談をしたり、受けたり、心のサポートをしたり、していただいたりして、私

の仕事の根本はネット上で支えられているようなものだと言っても過言ではないです。また、ういずラインの編集に当たって、様々な考え方、切り口に驚くことばかりで、至らない自分が歯がゆいですわ。あはは～

二十歳からこの業界で働き、仕事としての基盤は介護福祉士。入所の介護、居宅のケアマネ、訪問介護の管理者を経て現在は包括で主任ケアマネをしている。仕事には全力で打ち込むが、常に全力だと疲れるもので、私は常に余力を持って仕事に望むように心掛けている(つもり)。

この4月から包括へ出向し一ヶ月間に渡って地道

に調べ上げた成果をココに載せようと思う。

**我が市における要支援者の介護認定推移について**

**要旨：**

本稿では要支援1及び2の予防給付の実績のある人に着目し、更新等の認定によって要介護度の推移を分析した。一般的な意識としては、高齢になるほど維持・改善が難しく、要介護レベルの軽度者ほど改善傾向にあるように考えられるが、今回の分析からは意外な結果が導き出された。

**対象：**

当市において、19年度中に、実績のある利用者の改めて出た認定結果（更新及び変更申請）と前回認定との比較。

1041ケース該当、分析を行う

・改善

要支援2	要支援1	58件
要支援1	自立	18件
要支援2	自立	17件
計		93件

・認定結果に変化なし

要支援1	要支援1	364件
要支援2	要支援2	164件
計		528件

・重度化

要支援1	要支援2	177件
要支援1	要介護	135件
要支援2	要介護	108件
計		420件

\* 自立は[非該当]とサービス終了にて更新しなかった者を含む  
ただし、入院等により更新出来なかったものは除く

1041ケースの改善等変化率（1）

改善	8.9%
変化なし	50.7%
重度化	40.3%

**介護度別推移：**

前回の認定 「要支援1」の方の推移

自立へ改善	18件	2.6%
変化なし	364件	52.4%
要支援2へ重度化	177件	25.5%
介護へ重度化	135件	19.5%
計	694件	100.0%

前回認定 「要支援2」の方の推移

自立へ改善	17件	4.9%
要支援1へ改善	58件	16.7%
変化なし	164件	47.3%
介護へ重度化	108件	31.1%
計	347件	100.0%

「改善」だけに着目すると、要支援1は2.6%、要支援2が21.6%と要支援2のほうが改善率がよい結果となった。検定において、帰無仮説「改善した比率が支援2のほうが支援1よりも小さい」とした場合、危険率1%で帰無仮説は棄却され、対立仮説である「改善した比率が支援2のほうが支援1よりも大きい」と有意な差が認められた。

「維持」では、要支援1が52.4%、要支援2の方は47.3%で、共に50%前後の維持率で、統計学上、特にこれといった有意差は認められなかった。

「重度化」では要支援1が45.0%、要支援2が31.1%と、断然、要支援1が重度化しやすい結果となった。統計学上においても要支援1の重度化に有意差があると確認できた。

要介護状態にまで悪化してしまう部分だけを見れば、要支援2の方が介護に重度化しやすいと有意差が出る結果となった。

**年齢別推移：**

「若いから回復します、高齢だから重度化します」な～んで簡単にオチがついたらどうしよう・・・と思いながら、調べてみた。

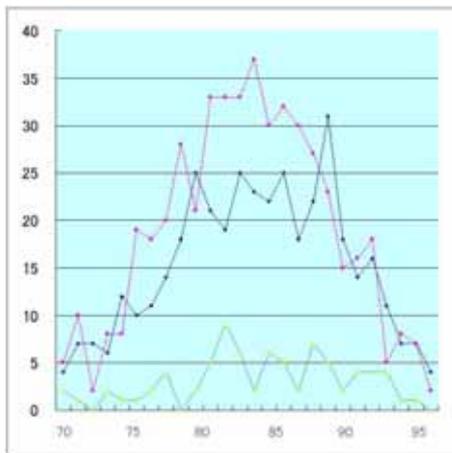
さて、下記グラフは認定の更新等の時の年齢でそれぞれの分布をグラフ化したものである。

（70歳～95歳をグラフ化）

グラフ 1

- 改善           マーク黄色  
                  下部に推移しているグラフ
- 維持           マークピンク  
                  上部の最高値を推移しているグラフ
- 重度化        マーク紺色  
                  中段を推移しているグラフ

グラフ 1 :( 単位は人 )



さてさて・・・

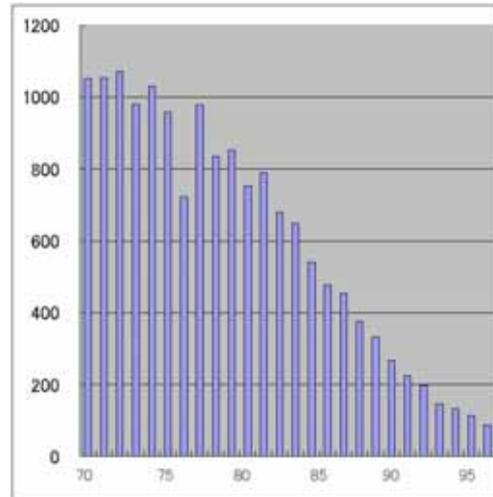
- ・「改善」 の高発生年齢層は  
              80～87歳で 42名  
(改善全体のなかの 45.2%を占める)
- ・「維持」 の高発生年齢層は  
              81～87歳で 255名  
(維持全体のなかの 48.3%を占める)
- ・「重度化」の高発生年齢層は  
              81～88歳で185名  
(重度化のなかの 44.0%を占める)

改善・維持・重度化ともに80代半ばから80代後半にかけて、もっとも発生頻度が高くなった結果がでた。この80代の発生頻度の高さは何を物語っているのか調べてみる。

そこで、当市の人口を保険者のHPより人口統計資料を調べてみた。(70歳～95歳をグラフ化)

グラフ 2

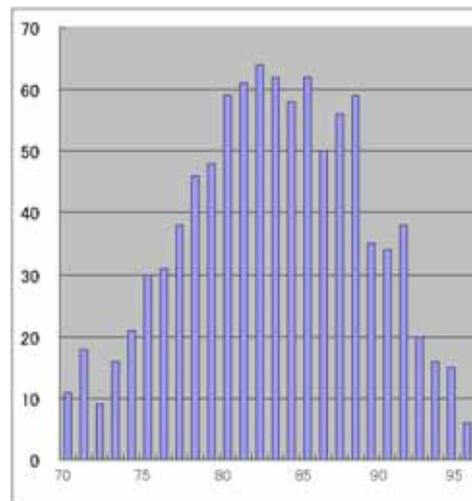
グラフ 2 :( H20年3月現在、単位は人 )



やはり高年齢になるほどなだらかに減少している。80代半ばの人口が、特別に高いわけではないことがこれでわかる。これによって、高発生率が人口の割合に連動していないことは理解できた。

では、次にこの1041ケースの年齢分布を調べてみるとする。(70歳～95歳をグラフ化)

グラフ 3 :( 単位人 )



この1041ケースの年齢割合がそのまま維持や重度化の高発生に直結していることが見てとれる。

全ケースの中で、81歳～88歳の割合をみると、472件 45.3%の割合であり、必然的にその年齢層において、明らかにその発生が高いのは確かなようである。これでは改善や悪化に年齢がどのように関係するかわからない。

そこで、高発生の81歳～88歳を基準として、8

年刻みの区分を行い、それぞれの区分において、改善・維持・重度化の発生率をしてみることにした。

年齢層 81歳～88歳の年齢相で、各発生率を 1041 ケースの改善等変化率(1)と比較

81歳～88歳。

改善 8.9%

維持 51.9%

重度化 39.2%

1041 ケースの改善等変化率(1)

改善 8.9%

変化なし 50.7%

重度化 40.3%

改善は平均的で、若干維持の割合が高く、重度化はやや少ない結果といえる。統計学上においても特別に有意差はない

では、その他の年齢層では(1)と比較してどうか、それぞれの区分に分けて調べてみる。なお、(1)の変化率より割合の高いものについて、有意差があるか 2乗検定による分析をおこなった。

41歳～48歳

改善	1	50.0%
維持	1	50.0%
重度化	0	0.0%
計	2	100.0%

49歳～56歳

改善	1	33.3%
維持	1	33.3%
重度化	1	33.3%
計	3	99.9%

41～56歳：対象数が少なく、改善等に有意差は認められない。

57歳～64歳

改善	7	43.8%
維持	6	37.5%
重度化	3	18.8%
計	16	100.1%

対象数が少ない。改善が際立って多い検定において、改善に99%の確立で有意差が出た結果となった。

65歳～72歳

改善	8	10.1%
維持	40	50.6%
重度化	31	39.2%
計	79	99.9%

重度化がやや少なく、改善がやや多い。統計学上、改善には有意差は出なかった。

73歳～80歳

改善	17	5.9%
維持	155	53.6%
重度化	117	40.5%
計	289	100.0%

平均的だが、改善が少ない。統計学上、維持も重度化も有意差は出なかった。

81歳～88歳の年齢層は

改善	42	8.9%
維持	245	51.9%
重度化	185	39.2%
計	472	100.0%

先に示した通り

89歳～96歳

改善	17	9.9%
維持	74	43.0%
重度化	81	47.1%
計	172	100.0%

重度化が多いが、改善も平均以上にある。検定において、重度化は95%の確率での有意差はあるが、改善では、有意差は出なかった。

97歳～104歳

改善	0	0.0%
維持	6	75.0%
重度化	2	25.0%
計	8	100.0%

対象数が少ない。改善はゼロ。維持が多いが、統計学上、有意差は出なかった

各年齢層の発生率の比較と検定を通して、以下のようなことが言えるのではないだろうか。

「改善」では、年代によるばらつきがあり、80歳以上だから改善傾向が低いとはいえない。

「維持」は、どの年齢でもほぼ平均して50%の維持率であり、年齢による有意な差は認められない。

「重度化」は88歳以上において、平均より高く有意に発生する。

よって、

介護予防サービスを受けている方の50%は介護度が維持できており、年齢に関係なく10%近くの方は改善傾向にある。しかし、重度化の発生も40%と高い確立で起こり、特に88歳以上の高齢者においては、他の年齢層より若干強く出る傾向にある。また、高齢だから改善傾向が低いとはいえないものであり、年齢が若いとより改善する可能性は高いものである。

さて、この数値であるが、他の地域との比較対象が無ければ、当市における維持や改善の有効性等なんの意味も無いものであろう・・・しかも、同じ要件で（実績のある被保険者について等）分析しなければ比較もできまい・・・

今後の取り組み：

重度化してしまう要件、背景はなんだろうか？改

善・維持した方との何が違うのか。今後、全ケースの認定調査時の主治医意見書に書かれた病名、障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度。また、認定調査員の1群～7群の中間評価項目得点に障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度のDrとの相違関係や、サービス内容、期間中の転倒・入院等の事故等に関して追跡調査して見たいと思っている。（時間と根気があるかどうか・・・）

是非、平成20年度は本稿と同様の分析を行い、更なる改善・重度化の発生解析を行い、改善・維持率のUPに向けた取り組みの基礎データになれるように続けていきたいところである。

さてさて、認定調査の内容が変わるようですね。実は、この報告の根本的バイアスは認定調査そのものであるのだ。調査員の調査力において、全国そして個々人の標準化が前提となるものであり、改善率の増減には、実は、当市の調査員力量が関係している可能性が・・・

改訂後には、またこれと同様に分析し比較したいものである。

baru（訪問介護/ケアマネ/包括/入所介護の応援団）



## 実現可能性というコトバ

ため

「ういずライン」の活動目的及びその内容は、冊子の冒頭や様々な機会ごとに紹介させてもらっています。

たとえば、月刊ケアマネジメントにて記事掲載できたことはある意味象徴的なことでもあります。

というのも・・・

「ういずライン」はインターネットを基盤としたwebネットワークにおいて、匿名ながら介護保険に関わる専門職たちを中心とした一つのコミュニティに

よる活動です。ある意味、制度設計に実際に関わる学者や実践者たちが発信する専門誌等での、いわば「価値の確定した情報、意見」ではなく、ういずラインの発信する意見とは、在野の実践者、研究者などによる「価値が担保されていない情報、意見」なわけです。

「ういずライン」は、実際に「専門誌等を出版している」「実際に制度を運営している」組織や出版社による価値確定のプロセスを経ていない活動でありな

がら、少なくとも上記専門誌を作成している側から否定的にみられることがなかった・・・それは情報発信のいろいろな立場が並立するというシンプルに喜ばしいことだし、「ういずライン」の発信する意見・情報が一定のクオリティを保っていることの一つの証左かも知れません。

「インターネットを基盤とした web ネットワークにおける、匿名ながら」多くの人々に知ってもらいたい意見、考えを「ういずライン」という冊子化して世間に発信するというこのプロジェクトは、おかげさまでこの号を持って無事区切りを迎えます。

というのも、もともと『一定の目的を達成するため、課題設定を行い、実行する』というマネジメントプロセスがこの活動に組み込まれていたからです。

私自身は数値として意識していたのは、その活動指標（アウトプット）は「年6回、冊子を発行すること」、成果指標（アウトカム）は「サイトの訪問者数について計3万アクセスをめざす」ということでした。前者については本号の発刊に伴い達成、後者については、目安としての数値まであと5千のアクセスを待つ事となります（ゆえに、広報活動はやはり随時行う事になります）。



ここで重要なのは「どのように課題を設定するか」ということです。ハードルを低くすればそれだけ実際の成果・効果が生じないでしょう。一方で、飛び越せないハードルを設定しても無意味です。ここに『実現可能性』というコトバが重要となってくるわけです。

第6号は、「ういずライン」という活動をはじめたときから、その特集の内容として「ういずラインの

活動を総括する」ということを明記していました。それはマネジメントプロセスからみれば当然なわけです。

数値的な面については、ほぼ達成というところでしょう。そして、それ以外に多くの成果があったことや、反面、問題点もあったと思います。

編集メンバーたちの意見交換を通じて、「ういずライン」の活動を総括していこうと思います。

#### 1 ネット活動の広がりという面

実際に活動するなかで、やはり「記事作成者が一部の人に固定化されているのでは」「読者が固定されているのでは」という意見がありました。それは事実だと思います。その私の疑問に対する編集メンバーの意見は次のようなものでした。

ぴび

うーん・・・

このことについて、あんまり「反論」とか、「こうしてほしい」みたいな意見はこないなあ

ポイント

それぞれが単独でネット活動するよりは、このように集まってやった方が何倍もの効果があるってことが実証されたと思いますよ。

いわゆるクチコミっていう面も大いにありますからね。

クチコミの場合、あんまりややこしいヤツは入ってこれないですから。

べあ

考え方が様々だから・・・逆に ういずの形はこれでよかったと思う。

気に入らない人は きっと読まないよ。 私は 志同じくする人が一緒に考えてくれれば・・・それが少しずつ広がって 波紋のような感じで・・・

そういうのが一番なのかな～って。。

兼任CM

実はネット人口って思っている以上に少ない。

自宅や職場ではネット環境が整っていたとしてもそれを活用している人って案外に少ないみたい。

ういずはネット上に公開しているけど、それはいつでも紙に印刷できる。それを可能にしている形態は理にかなっています。

ということは気に入らない人は見ない・読まない。それでいいんじゃないかと思います。

「ういずライン」の活動が、直ちにネットを介して多くの人々に伝播する・・・というイメージは実現可能性が低いため、そんな夢のような課題設定を編集メンバーはしていませんでした。「少しずつ波紋のように広がる」「気に入らない人は見ない・読まない」「実はネット人口って思っている以上に少ない」あたりは現実的な課題分析結果であると思います。

「ういずライン」を発行する都度、多くの賛同メンバーの方々が自分のブログで「ういずライン発行」の記事を広報のために掲載し、トラックバック機能で「網の目」を形成してくれました。その一方、ネット自体に触れることのない介護職員は大勢いると思いますし、その人達からみるとブログでの紹介は広報としてあまり意味のない行為であり、単に仲間内で盛り上がっているだけと捉えられるかも知れません。

ただ、上記のとおり「仲間内で盛り上がっているだけ」という批判的な意見があったとしても、今回の一連の活動からみると「そうですよねえ」としてお答えのしようがない。

それは、もともと全ての（もしくはほぼ全ての）介護職員等に対して投げかけるという手法は「極めて実現可能性が低い」し、私たちは実現可能性の低いことをハードルとして設定できなかったことは理解してもらいたいと思っています。

## 2 表現手法とその内容

エッセイを中心とした「読みやすい」ものにするか、論文形式を中心とした「専門誌」的なものにするのか、編集メンバーの間で議論しながら、両方の要素をバランスよく組み合わせることを目指して、現在の構成におちつきました。記事の分量について

も、手に取りやすい分量をいうものを考えながら設定していくよう心がけているところです。

正直なところ、分冊にするよりは1冊にまとめたほうが編集作業は効率化できるわけです（表紙や目次の体裁は変わるとは思いますが）。また、読者の視点でいえば興味のない記事は読み飛ばせばいいとも思うのです。

ただ、実際に「一見して」「手にとって」みたときに、読み手側ができるだけ拒絶的な反応を持たないような配慮はやはり必要でした。

また、考えようによってはブログのように「モニター上で記事を読めばいい」ともいえます。ういずラインはA4版でプリントアウトして読むことを想定して作成していますので（←だからテキストも2段組にしている）、パソコンのモニターで確認するにはやや不親切な面があると思います。

ぴび

私自身は十分だけど・・・

記事に書いたことを自分のことのように心配してくれたり、応援してくれたり、一緒に考えてくれたり・・・

ネットってすごいわ！って・・・しみじみ・・・

あと、「ういずライン」を印刷してスタッフに配った・・・とゆー人も多くて、感激でっす

ポイント

ういずラインは既にネットを介して紙ベースでもかなり広まってるみたいね～！

どるくす

某巨大掲示板にも（いい意味で）書いてる人がいるぐらいだし。

ぴび

賛同者の多くがブログとかのトップにあげてるのって・・・

すごい影響力だと思っ～

兼任 CM

研修会などでも資料として紹介したりはしているけど、賛同ってまではしていない。

ういずで紹介された実践って多くの現場実践レベルよりもかなりかけ離れてハイレベルって思われているようです。

記事をどういう方向で取りまとめていくのか、それをどのような表現方法を持って伝えるのか、その手段の組合せは実は無数にありますし、その手法のいずれがベストかどうかは皆さん判断つきかねると思います。

ただ、少なくとも、「ういずライン」発行に際して用いた方向性は決してベスト（最善）とは考えていませんが、ういずラインという活動の趣旨からいえば「ネットを介して紙ベース」で活用するという手段は、結構ベター（より良い選択）な手段であったのかなと考えています。

### 3 編集メンバーのコメント

たとえば「客観的な」というコトバが良く用いられますが、よくよく考えてみれば「客観」ではなく「客観的」なんです。どうしても意見というものはあくまで意見を述べるその人自身の意見である以上、主観が混じるのは当り前の話です。

また、統計的な数値は非常に客観的な指標ですが、案外、皆さん統計数値を鵜呑みにはしません。それは、その統計をとるにあたり、また分析するにあたり、どこかの要素に重点を置く事でその数値の在り方が変わってくることを経験的に思い知っているからでしょう。

「正しいかどうか」それを判断するには、数値というかたちで定量化された指標も必要ですし、ではどうしてその数値を持ち出したか（あるいは、数値化すること自体が困難な場合はその理由を）コトバという定性的なかたちで説明できるかどうかも重要なことです。

つまり、より説得力のある意見（←適切とっていいと思います）というのは、数値もコトバも必要

不可欠なのだと思うのです。

その意味で、「ういずライン」に掲載された記事は、厳密にいう論文ほどの厳格性は持っていません。これが論文であれば、その論文に記載された意見（結論）に至る根拠は全て明確にしなければなりませんから（どのデータを解析したか、他のどの論考を引用したか）。

その辺りの負荷を「軽く」することで、よりネットワークを高めたともいえますし、匿名とはいえネット特有の性質の一つである過激な発言は抑えたあたりは、ある程度の「重み」や「客観性」の担保となったのではないかと考えます。



つまり、以下の編集メンバーのコメントは、あくまで「ういずライン」というプロジェクトの、【実現可能性の範囲の中で】どうであったか、という感想になります。

兼任 CM

で、編集長。6号はどうしましょう？  
そして「これから」は？

ため

実際に1年前から継続して活動してきたなかで、少なし、「自分として」そしてやや引いた視点でもみても一定の効果があったという総合的な「評価」を編集部として、してもいいと思いますか。

一つの社会活動として、ういずを展開するなかで、目標を設定したわけです。

で、その期間に達したわけですから、その活動の評価を「主観的に」「客観的に」するのはマネジメントのうえで重要なことだと思うのです。

いろいろな意見の中で総じて目標どおり(もしくは、それ以上の)成果が達成できたのでは、という内容だったと思います。どうでしょう。

どるくす

はい、それ以上の成果だったと思います。

兼任 CM

どるくすさんの言われている通りだと思います。

baru

ハイ!

(ググってみると全く知らない方のブログに「どんたくを通じて知った」と記事で紹介していましたしねえ。)

ポイント

すいません、正直そんなに期待してませんでした! だからもっと本腰入れてやる必要があると思います!

びび

期待以上の成果だったよねえ~♪

どるくす

はい、出し方の検討を含めて、しばらく期間をおきたい気もするんですよ。

べあ

ういずラインは当初たぬさんが提案した内容以上だったと思う。

この活動を通じて得たものは想像以上だった。

この仲間も含めてね。

今後の活動については吟味の必要があると思う。

発行・内容に関してはこれまでのペースじゃかなり

厳しいでしょ?

1年前とは仕事の状況が変わってるメンバーが3人もいるしっ。

この部分に関しては再度良く話し合いをしなきゃだね。

継続か否か・・・も含めてね。

どるくす

べあさんに賛成です。

たぬ

では、インターネット活動を振り返るなかで、ういずラインという活動の振り返りが一応できましたね。皆さん、お疲れ様でした。

非常に抽象的でもあるのですが、これを持って第6号までの「ういずラインプロジェクト」に係る筆者の総括とします。

今後について、もしこの活動を一つのソーシャルアクションと位置付け活動を続けるとすれば、やはり、次の目標を設定し、それに向けて計画し、その進捗を確認しながらプロジェクトを進めていくことになります。

実は「とりあえず、しよう」というのも一つの計画だと思いますし、ふと振り返るのも進捗確認に相違ありません。

ただ、それを意識しながら実施すること・・・それがマネジメントであろうとも私は思っています。

ただ、今回の活動は、私が想像していたより実は実現可能性が低い(ハードルの高い)活動であったと思いますし、正直なところ、個人的には相当な負担であったのも事実です。その分、思い入れもあるのかもしれないね。

たぬ(狸乃穴倉)

「いきなりしつもん」

それが、私の記憶にある最初のべあさんの書き込みです。

2006年11月、たぬさんのゲストブックのことです（実際には、その年の夏頃から、たぬさんのブログを彼女は訪れていたようですが）。

今から思えば、実に彼女らしい登場の仕方でした。以下、ちょっとイレギュラーなケースの訪問介護費算定の可否について、べあさんやたぬさんと意見を交わすことになりました。

自治体職員であるたぬさんがブログを開設したのが、2005年のこと。当初は、WELなど保健・医療・福祉系掲示板からの訪問者のコメントが主でしたが、徐々にヘルパーやケアマネジャーなどのブロガーの訪問も増え、介護現場の人々（たぬさんの言葉を借りると「実践領域」の人間）、行政関係者（「制度運営側」の人間）など、立場の異なる多くの参加者でにぎわうようになりました。

たぶん、冒頭に挙げたべあさんの訪問のあたりから議論は加速し、「ういずライン」を生み出すような流れが創り出される一因になったように思います。

掲示板（ＢＢＳ）上では、特に自治体職員がからむ場合、次のような点で議論されることが多いように思います。

- ・制度上、何が正しいか（法令の解釈）
- ・制度の運用上、何が適当か（保険者の裁量）
- ・制度自体のあり方（改善意見など）

これらは、もちろん重要なことですが、ブログ上、特にべあさんに象徴される実践領域にある専門職の場合では、さらに具体的なサービス利用者や家族との関わり、他の専門職との関係など、踏み込んで語

られることが多くなります。

もちろん、個人情報等については十分に配慮しながらではありますが、問題点を抽出、整理しての記事立てになります。訪問者（多くは、やはり実践領域の専門職）も「自分だったら」という仮定の下に真剣なコメントをつけることが少なくありません。

この過程は、いわばケース検討会議あるいは研修としての効果もあるでしょう。

こういう状況を見ると、サービス担当者会議や地域ケア会議を電子会議室（たとえばパスワードで管理されたＢＢＳなど）の方法で行うことの可能性も見えてきます。

（実際に、サービス担当者会議を電子会議室で開催している地域もあるようです。）

そして、このようなブログでの議論に、制度運営者側の人間が参加することも増えてきたように思います。



従来、ＢＢＳ上では、ともしれば現場と行政というような立場の違いで対立することも珍しくなかったのですが、少なくとも最近の「ういずライン」賛同者や、かれらのブログを訪れる人々の発言を見る限りでは、建設的な議論につながっていくことが増えてきたように思います。

いま、時代が求めているのは、対立ではなく、対話、あるいは協働といった言葉ではないでしょうか。

どるくす（どるくす工房）

withinline-wel

## ブログの威力～小規模多機能型居宅介護についての情報交換実例

### 小規模多機能に興味津々～

訳あって、小規模多機能型居宅介護の事を、調べております。

基準、Q & Aなどを読んでみたものの、ちょっとイメージが湧きにくく、近隣に事業所がなく、皆様のお知恵を拝借したいと思います。

1. 配置される介護支援専門員が受けていないといけない、「別に厚生労働大臣が定める研修」とは？
2. 管理者が受けていないといけない、「別に厚生労働大臣が定める研修」とは？
3. 代表者が受けていないといけない、「別に厚生労働大臣が定める研修」とは？
4. 貴施設の登録定員と、職員の配置状況は？
5. どのような利用者が利用されているのか？（身体的には軽度で認知症のある利用者さんが多いのか、身体的に重度の利用者さんが多いのかなど）
6. 利用者さんの介護度の内訳は？
7. 定額報酬という事で、施設側が必要と判断する利用回数と利用者さんが希望する利用回数の折り合いが付きにくい事はないか？（あるようであれば、どのように対応されていますか？）

稚拙な質問が多く、拘縮、もとい、恐縮ですが、宜しくお願いします～。

2008/1/12(土) 午後 6:02 (ハクシヨン中納言)

小規模のことなら、ハクちゃんもご存知のとおり、桂さんが詳しいよ～。

2008/1/12(土) 午後 6:53 (ミスライス)

ミスラさん、どうもです～。

さっそく、桂さんからコメント、記事までUPしていただきました。

2008/1/14(月) 午前 8:24 (ハクシヨン中納言)

すぐ近くにあるのよ・・・んでかなり詳しく話を聞いたが・・・なんだか「??」多くてさ・・・。状況変化時の対応とか～入院後在宅の場合はCM継続不可能っしょ～?...んむ～。私もしりたい・・・だ～りんと話したいねえ？

2008/1/12(土) 午後 8:48 (べあ)

べあちゃん、どうもです。

この事業の私のイメージとして、「やろうと思えばなんでもできそう、でも自由にやる事の難しさも多そう。」というかんじです。

つまり、べあちゃんの感じたことと同じく、よくわからんというところです。

2008/1/14(月) 午前 8:26 (ハクシヨン中納言)

おお！遅延すまぬ！ではお答えすましよう！

は「計画作成担当者」研修と言って、都道府県主催の研修となるんじやが、都道府県によって開催システムが違うんで注意じゃ。

グループホームと合同開催じゃったり、小規模として単発でおこなったりと。

これは「認知症対応型サービス管理者研修」と言ってこれも都道府県ごと知事から修了証がでよる（確

か2日間程じゃった?)

これは法人理事や経営者の受ける研修。拙者も受けたが、元来現場を知らん福祉素人経営者が受ける研修じゃ。他施設での実習とレポートがあった。

注意事項は の研修を受ける前に大前提として「認知症介護実践研修」を修了していることが条件となる。

すなわち、 を受けるにはハードルがあるってことじゃ。

んでもって、この研修が一番長く、7日間位あった様な気がする・・・

2008/1/13(日) 午前 8:57 (へっぼこ侍)

じゃが、小枝ちゃんは登録「25名」で常勤が管理者入れず「6名」

後は10名程がパート職員じゃ。

配置に関しては、小枝の場合、日々凹凸が激しい。厚労省の基準は「3:1」じゃから、15名の利用者に対して5名の人員は必要となる。

そうそう、それに加え訪問介護の有る無しに関らず、毎日訪問介護要員として5名とは別に1名職員を配置する必要がある。

は小枝の場合に関しては認知症が圧倒的に多い。

「変化に弱い」爺婆で、他の施設での利用が困難となったケースも多い。

後、独居や老老世帯もウェイトが高い。胃ろうで寝たきりに近い方も2名程じゃがある。

既存の制度では支えがきつい爺婆が主流じゃ。

大事なことは、それらの爺婆又は家族が「在宅介護継続の意思」があるか?と言うこと。これが支える上での基準となる。

2008/1/13(日) 午前 9:11 (へっぼこ侍)

は今の時点で平均3.32となっている。ぶっちゃけ3以上ないと経営は非常に厳しい。

御仁よ!これが小規模にとって永遠のテーマとなるかもしれん。

拙者の場合は悩みに悩んだが・・・それこそケアマネの作る「ケアプラン」に沿って展開していくことを決めた。

施設によっては利用上限や、休日等を設け「小規模」を語る不届き者もおるらしいが・・・

要はケアプランで爺婆がおかれている状況を科学的根拠に基づきプランをたてる。介護度1でも恐ろしく濃密なサービスの爺婆も居れば、介護度5でも有る程度他の支えがあれば対応出来ている爺婆は据え置くことだってある。

何度も言う様に、そこに「在宅介護継続の意思」

があれば全機能をフル回転させ支えきる。って

のが小枝の場合はスタイル化しつつあるわいな!

きちとした理由の基であれば回数はさほど問題にならん。結局、それがなければ支えきれない方が殆どじゃから、行政指導はそれで理由づけとして大義名分揃うってことじゃ。

まゝその辺の意味合いを曖昧にして対応すると

「何でもあり」の施設になっちまいますし・・・

侍殿!回答かたじけない!

研修について読んでみると、思い立って、箱作って、人材確保してポンとやれる事業ではないようですぬ。

利用回数についての姿勢もよくわかりました。暗に利用制限するという事業所もあるかもしれないとは思っていましたが、やはりそうですか。

あくまでも在宅支援のバックアップですから・・・  
2008/1/13(日) 午前 9:34 (へっぼこ侍)

侍さんが、ほとんど解説してくれているね。  
ホワイエの場合は、登録定員は25名。通所の  
一日の利用定員は、15名。宿泊サービスの一日  
の定員は、5名です。宿泊の定員は、登録定員が  
25名なら、5～9名で、任意に設定できます。  
職員の数ですが、管理者兼介護支援専門員が、常  
勤で1名。

看護職員が、常勤専従で2名と非常勤専従で2名。  
介護職員が、常勤専従で6名、非常勤専従で2名のスタッフでやっています。  
うちについては、医療依存度の高い利用者の利用を予想しているので、看護は手厚くしてあります。  
そうでないと、経管栄養法や一日何回ものインシュリン等の実施ができないからです。

2008/1/13(日) 午前 10:14 (桂)

看護については、基準では非常勤でいいことになっています。  
利用者については、現在、経管栄養法実施の要介護5の方が1名、透析とインシュリンの必要のある方(要  
介護)が1名。寝たきりに近い方の要介護4が1名、認知症の要介護3の方が1名。その他は、要介護  
2の方が6名、要介護1の方が4名、要介護0が3名ご利用いただいています。  
その中には、通所も宿泊も利用しないけれど、毎日の訪問を必要としている方が2名います。万が一の時  
に泊めてくださいと言われていました。

2008/1/13(日) 午前 10:23 (桂)

サービスの利用回数は、特に通所について調整が必要に  
なります。小規模の場合、通所を利用した後に宿泊を利用し、翌日再び通所を利用してお帰りになりますので、  
宿泊が5名あると、その日の通所の定員が10名になっ  
てしまうのです。ですから、基本的に通所のみ利用者は、  
10名までにするような方策が必要になります。  
現状の利用者数であれば、ある程度ご希望に添って対応  
できますが、今後は更なる調整が必要になるでしょう。  
コメントでは、書ききれないので、私のブログで又書き  
ますね。

桂

2008/1/13(日) 午前 10:27 (桂)

採算ベースは平均介護度3以上ですか、うーむ。  
(2くらいかと思ってました)

在宅支援のバックアップであること、肝に銘じて  
おく必要があるそうですね。

少しイメージがついてきました。  
また、わかんないところ出てくるでしょうから、  
質問させて下さいませ～。

2008/1/14(月) 午前 8:37 (ハクション中納言)

桂さんどうもです～。

そういえば桂さんは以前より、医療依存  
度の高い方の受け入れを積極的にしたい  
と仰っていましたね。  
どういったものを目指すかでも、スタッ  
フ配置の考え方は変わってきますね。

通所の調整ですか、ちょっとまだ理解不  
足の点が多いですので、桂さんの記事も  
読ませていただきつつ、またご質問させ  
ていただきたいと思います。

ありがとうございました～。

2008/1/14(月) 午前 8:42 (ハクション  
中納言)

## 小規模多機能型居宅介護への質問

ハクシヨン中納言さんから、ご質問がありましたので、それについて書きたいと思います。

### 1. 配置される介護支援専門員が受けていないといけない、「別に厚生労働大臣が定める研修」とは？

まず、県主催の認知症介護実践者研修の受講が必要になります。その受講の後、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講する必要があります。

### 2. 管理者が受けていないといけない、「別に厚生労働大臣が定める研修」とは？

この業務に就くには、計画作成担当者と同様に、「認知症介護実践者研修」の受講の後、認知症対応型事業管理者研修を受ける必要があります。

### 3. 代表者が受けていないといけない、「別に厚生労働大臣が定める研修」とは？

「認知症対応型サービス事業開設者研修」を受けなければなりません。

ただし、以下の研修を修了している場合は、この研修を修了したものとみなします。

- ・ 認知症介護実践者研修
- ・ 認知症介護実践リーダー研修
- ・ 認知症高齢者グループホーム管理者研修
- ・ 旧実務者研修基礎過程
- ・ 旧実務者研修専門課程
- ・ 認知症介護指導者研修

日程は2日間で、講義が一日で、現場体験が一日（その後レポートの提出が必要）

### 4. 貴施設の登録定員と、職員の配置状況は？

登録定員	25名
通所定員	15名 / 1日
宿泊定員	5名 / 1日

#### 夜間の介護職員の配置

夜勤者	1名
当直者	1名（自宅待機）

Q & Aでは、

「宿泊サービス」の利用者がいない場合は、電話転送等により連絡がとれる体制であれば、従業者が事業所内にいなくてもよい。

夜勤職員に加えて配置される宿直職員は、主として登録者からの連絡を受けての訪問に対応するために配置されるものであることから、連絡を受けた後、事業所から登録者宅へ訪問するのと同程度の対応ができるなど、随時の訪問に支障がない体制が整備されているのであれば、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。

#### 日中の介護職員の配置

Q & Aでは、

通いの定員を15名とする小規模多機能型居宅介護の事業所の職員数は、どのように考えればよいのか。

日中の勤務帯を午前6：00から午後9：00までの15時間、常勤の職員の勤務時間を8時間とした場合、常勤換算方法で通いの利用者3人に対して1名の従業者を配置すればよいことから、通いの利用者が15名の場合、日中の常勤の介護従業者は5名となり、日中の15時間の間に8時間×5人＝延べ40時間分のサービスが提供されていることが必要である。それに加え、日中については、常勤換算方法で1名以上に訪問サービスの提供を行わせ、夜間については、夜勤1名＋宿直1名に宿泊サービス及び夜間の訪問サービスに当たらせるために必要な介護従業者を小規模多機能型居宅介護事業所全体として確保する必要となる。

具体的には、通いサービスに要する時間（延べ40時間）、日中の訪問サービスに要する時間（8時間）、夜勤及び宿直職員の勤務時間を合計した小規模多機能型居宅介護において必要となる延べサービス時間を確保することができるよう、有給休暇、研修時間、常勤・非常勤の別サービス提供のあり方など、各事業所で定める諸条件を踏まえたうえで、実際に配置しなければならない職員数を確保することが必要である。

なお、基準の人員の規定（第63条第1項）は介護従事者の必要数の算出基準を示したものであるので、日中であれば通いサービスを行うために3：1以上訪問サービスを行うために1以上をそれぞれのサービスに固定しなければならないという趣旨ではなく、日中勤務している介護従事者全体で通いサービス及び訪問サービスを行うことになる。

となっています。

ただし、

指定基準において、日中の従業者の数（訪問サービスを除く。）は、常勤換算方法で、通いサービスの利用者3人に対して1人とし、利用者の数は前年度の平均値とされている。また、解釈通知において、前年度の平均値は、新規事業所の場合には、新設の時点から6月未満の間は、便宜上、ベット数の90%を利用者数とするとされているが小規模多機能型居宅介護の場合はどうか。