◆ ケアマネジャーのための情報誌 ◆

ケアマネ SAPPORO

2012.10.1 発行

発　行
一般社団法人
札幌市介護支援専門員連絡協議会

事務局
〒001-0010
札幌市北区北１０条西４丁目１
ＳＣビル２Ｆ
TEL 011-792-1811
FAX 011-792-5140

第78号

Ｐ１～３.栄町ファミリークリニック 院長 松田 諭『在宅診療を行う家庭医からケアマネに期待すること』
Ｐ４.札幌市介護保険課(事業指導担当課長)渋谷 芳生『どうなる？24時間対応型サービス』
Ｐ５.岩見コラムVOL４『担当地域の課題を知ろう！』 NPO法人シーズネット代表 岩見 太市
Ｐ５.ＫＰＣ24 きらり★ﾎﾟｼﾞﾃｨﾌﾞｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ［～ケアマネ奮闘記～ 介護老人保健施設 清田北翔館 まいあの里 支援相談員 佐藤 勝］
Ｐ６.知っ得伝説 第12回『 運営実地指導 』
Ｐ７.アンケート結果「ケアマネＳＡＰＰＯＲＯについて」 ※6/20第1回ｹｱﾌﾟﾗﾝ指導研修時実施
Ｐ８.掲示板「不要になった福祉用具をお譲り下さい」・「10/18(木)市民フォーラムのご案内」ほか

在宅診療を行う家庭医からケアマネに期待すること

医療法人 北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック 院長　松田　諭

この度、医師の視点から「ケアマネに求めることを」とのご依頼をいただき、簡単にですが事例を踏まえてまとめてみました。在宅診療を行う家庭医の視点からは、以下の３点です。

①患者さんの向かう目標を明確にし、ケアのチーム間で共有すること
②基本的なコミュニケーション
③フットワークの軽さとクイックレスポンス

〈事例１〉

７０歳代の女性で在宅酸素をされている方について、あるケアマネさんから診療所に訪問診療の依頼がありました。訪問診療を受けるにあたっては、私たちは患者さんにとって安全で、かつ継続可能な形をとることが必要であると考えています。そのため詳細について確認すると、病状的に不安定であり、何かあった場合にはすぐに対処できるサービスで対応しなければならないと考えられました。

Dr「訪問診療を開始するにあたっては、訪問看護師さんも入ってもらった方がいいですね。」

ケアマネ『そうですか。では訪問看護も入れることにしますね。でもこちらで訪問看護の事業所を決めさせてもらっていいですか？』

Dr「いいですよ。どちらでしょうか？」

ケアマネ『〇〇看護ステーションさんです（患者宅から40分程度もかかる遠方の場所！！）。いつも利用させていただいてますんで。』

Dr「結構遠い訪問看護ステーションですね。安定されている方であればいいのですが、この方の場合にはすぐに伺わなきゃならない場合もありますんで、もう少し患者さん宅に近い事業所にお願いできませんか？」

ケアマネ『いや、私が任されてますから。？　〇〇看護ステーションさんでいつもやってますんで。そこの看護師さんは△△病院でも働いていた方で信頼できますから。』

Dr「でも何かおこった場合にはすぐに駆けつけられないですよね。その場合、うちの診療所からも遠方ですぐに対応できない場合どうしましょうか…。」

ケアマネ『大丈夫ですから。信頼できる訪問看護ステーションなんで。』

Dr「信頼できる看護師さんというのはわかりましたが、やはり今回の場合はすぐに対応できる近くの訪問看護ステーションでお願いしたほうが、患者さんには安全だと思うんですよ。」

ケアマネ『いやいや、私が任されていますから。もし〇〇訪問看護ステーションで受けられないのであれば、別の先生に頼みますね。ありがとうございました。』

Dr「・・・。」

かなり極端な例かと思いますが、やはりチームとして患者さんをよりよく見ていくためには多職種の様々な視点を取り入れるためにも、基本的なコミュニケーションが必要であると思います。

〈事例２〉

９０歳代で重度の認知症の女性の訪問診療を行っていました。介護者は同じく９０歳代の認知症のある夫。子供もおらず二人暮らしで完全に老老介護です。この女性の訪問診療を行っていると、服薬を管理していた夫の認知症も徐々に進行し服薬管理がしっかりできなくなってきました。

また同様に、本人も寝ていることが多くなり両下肢の廃用が徐々に進行。このままでは転倒する危険もあり、服薬もできない状況にあるため、この夫婦だけで生活するのは困難であると思われました。

そのため、ケアマネ、ヘルパー、訪問看護などが集まりカンファレンスを実施。話合いの当初は夫も引っ越す準備が大変という理由で施設入所には抵抗を示していましたが、最終的には夫も納得し、今後は二人で入れる施設入所を目指すことが一番ではないかという結論になりました。

しかし入居先が決まった後も、２週間たっても３週間たってもいっこうに転居したという連絡がありません。そのためにケアマネに電話で確認をとってみました。

ケアマネ『ちょっと忙しくて、連絡が遅れており、昨日連絡しました』

しかし、その後も転居の連絡がありません。そのために、もう一度ケアマネに確認をしました。すると、

ケアマネ『実は、先日転ぶのが心配だから入居しましょう、と再度おすすめしたのですが、相談してから1ヶ月くらいたったからか、やっぱり夫は施設は嫌と言っているんですよ。なので、もうちょっとこのままで見ていこうかと思いますけど、いかがでしょうか？』

医師側としては時間もたってしまい、夫もすでに昔に話合った内容も覚えていなかったため、その時点では転居を先送りとし、再度他職種が集まり話合いを開催しました。そして、改めて施設入居することについて本人・家族も同意。再度方向性として施設入所の方向になりました。

しかし、またしてもなかなか転居したという情報がありません。再度ケアマネに連絡をとってみると、

ケアマネ『昨日また夫と相談すると、やっぱり施設に入るのが嫌というんですよね』

そのため、もう一度話をしなければ今後危険だなと思っていた矢先…その数日後、本人は転倒し大腿骨頸部骨折で入院。さらに認知症がひどくなり、自宅から遠方の長期療養病院に最終的に転院し、そのまま亡くなってしまいました。

この事例では何が問題だったでしょうか。何を患者さんの向かう目標にしたらよかったでしょうか。

一つは、フットワークの軽さとクイックレスポンスではないかと思われます。

利用者さんもご家族も、気持ちが揺れ動くことはあるかと思いますが、何か状況を変える時にはタイミングも重要となってきます。そのタイミングを逃さずに素早く対応することも、マネージメントとして必要なこともあるかもしれません。

しかしこのようにお伝えすると、『利用者さんの気持ちが変わらない前に背中を押すというのは、あまりにも強引ではないか？！』『フットワークを軽くということは場合によって難しいのではないか？！』と思われる方もいらっしゃるのではないでしょうか。

このときの判断基準となるのは、「この利用者さんはどこを目標としているのか」ということです。ここがしっかりしていないと、その場その場の動きにぶれが生じてしまいます。

この事例での目標はどんなことだったでしょうか。

この場合の目標は「二人でいっしょに過ごすこと」であり、「施設入所すること」ではありません。

そのため、そこを目標にご家族に再度説明し動いていれば、もしかしたら現在も２人で施設入所しながら仲良く過ごせていたかもしれません。

「利用者さんの目標をどこに設定するか」を明確にすることは、チーム全体を一つにまとめるための「カギ」となります。

逆にこの目標がチーム内でそれぞれ違っていると、ケアの方向性が一致できず（このケースのように施設入所するかしないかの話に終始してしまう）、ケアが十分でなくなってしまいます。

そして、この「目標を明確化し共有すること」を達成するために必要なことが「基本的なコミュニケーション」、「フットワークの軽さ」です。

ぜひ今後も引き続き皆様には意識していただけると、よりよいマネージメントができるのではないかと思いますので、よろしくお願いいたします。

》》》》》どうなる？24時間対応型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）《《《《《

札幌市介護保険課（事業指導担当課長） 渋谷 芳生

通所介護は「デイサービス」、短期入所は「ショートステイ」、認知症対応型共同生活介護は「グループホーム」と言い換えると一般的にはわかりやすいでしょう。

また、特別養護老人ホームは「特養」、老人保健施設は「老健」と短縮された呼称もよく使われます。『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』はどうでしょうか？“名は体を表す”と言いますが、このサービスが普及・定着していくためには、親しみやすい通称が必要なのではないでしょうか？

平成24年（2012年）４月、介護保険制度上の新サービスとして『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』が創設されました。

特徴といえば、24時間、何かあれば随時訪問、1日複数回の巡回訪問、必要に応じて訪問看護も、サービス回数に関わらず報酬（利用料）は月額固定。収入が極端に低い高齢者を除けば、多くの利用者に求められてもおかしくないサービスではないかと思います。

現状はどうか見てみると、既存の訪問介護や訪問看護を利用されている方が、直ぐにこのサービスに移行するかというと、そうはならない面もあります。

今まで築かれた馴染みの関係はやはり重要ですし、従来と違ったサービスに対する不安もあるでしょう。しばらくは色々な選択肢の中の一つとして、利用者が選んでいけば、このサービスも徐々に浸透していくはずです。

当然のことながら、サービスを利用するためには、サービスを提供してくれる事業者の存在が必要となります。そこには課題もあるようです。

このサービスにおける訪問看護のあり方については「一体型」と「連携型」の2つがありますが、札幌市内の事業所の大多数が「連携型」になっています。「連携型」の場合、連携を持ちかけても、訪問看護事業所側の採算面での理由などから、連携先の確保が難しい現実があるようです。

また、このサービスは介護と看護が一体的に提供されるべきものであることから、訪問看護を利用しない方であっても、保健師、看護師等による定期的なアセスメントやモニタリングが行われなければならず、このことも連携を難しくしている要因の1つではないかと思います。

まだまだ「一体型」の事業者は少ないですが、今後は「一体型」での事業展開も検討されていくものと考えております。

今年の７月現在、札幌市内で9事業所がこのサービスを提供しています。全国で最も多い事業所数となっており、利用者は約130人と、これからも増加していくことが予想されます。

制度的には明確な区分はありませんが、あえて事業所の形態を２つに分けてみたいと思います。

１つは、日常生活圏域を網羅する、いわゆる「地域巡回型」と、もう１つはサービス付き高齢者向け住宅などの集合住宅との併設、あるいは、そうした住宅が近隣に立地する「住宅併設型」です。

このような「住宅併設型」は、移動時間のロスが少なく、比較的利用者も確保しやすいため、特に増加傾向にあります。

そこで、このサービスが少しでも普及するように、次のようなケースなどは、みなさま方、ケアマネジャーさんのお力添えをいただければと思います。

例えば、【退院後の高齢者が新たに介護保険サービスを使おうとするケース】、生活環境に適応するのに時間を要する場合が多く、短期間に集中的に、タイミングよく訪問することで、しだいに在宅生活に移行できるのではないかと思います。

あるいは、【１日を通じて、訪問介護による服薬確認、排せつ介助が複数回必要なケース】、通常なら20分もかからない起床介助、就寝介助や、配膳だけ、服薬の確認など柔軟に対応できると思います。

ついでに、このサービスは包括報酬なので、給付管理が比較的容易になるかもしれません。

ところで、サービス名は業界用語で“ナイト＆デイケア（サービス）”なんていかがでしょうか？

●●●悩んで（ナィ、アン、ディ）考えたわりには、受けは●●（ケア）あまりよくなさそうですが、このサービスそのものは、皆さんに自然に受け入れられ、浸透していくことを期待します。

岩見コラムVOL.４『　担当地域の課題を知ろう！　』

NPO法人シーズネット代表（札幌市ケアマネ連協初代会長）　岩見　太市

ケアマネの方々は利用者の介護以外のその利用者固有の個人的、或いは家族との関係、地域との関係など介護保険制度だけでは解決できないいろいろな課題を抱えておられることと思います。

そしてその中には地域共通の課題も数多くあることは認識されていると思います。

あなたの地域にはどんな課題がありますか？

ぼくはかつて在宅介護支援制度の時代中央区を担当して地域を何気なく回った時にコンビニの弁当やおにぎりを利用されている高齢者の多いのが気になり、いろいろ調べてひとり暮らしの方々の栄養コントロールのできる食事づくりに困っておられることを知り、今行われている配食サービスの仕組みを創りました。

もう１５年以上前のことだと記憶しています。

介護保険制度だけではひとり暮らしの要介護者の在宅支援は困難なことは誰もが認識されていると思いますが、地域の中でインフォーマルな支援システム、社会資源、新たなサービスなどを創造することによって在宅支援が可能になることも多いと思います。

ケアマネの方々は利用者のケアプランを通じて地域の共通課題にも目を向けて頂き、必要なサービスを地域包括支援センターや社会福祉協議会、或いは行政に訴えるなり、ケアマネ同士のネットワークで創造するなり、新たな相互支援づくりで地域課題がひとつでも解決できるような視点も持って頂きたいと念願しています。

KPC24 positive care manager

～ケアマネ奮闘記～

介護老人保健施設　清田北翔館　まいあの里　支援相談員　佐藤　勝

当施設は、平成２３年６月１日にユニット型個室の介護老人保健施設として開設し、１年３ヶ月が経過しました。

入居、短期入居のケアプラン作成は、担当療養部のスタッフ、担当リハビリスタッフ、担当支援相談員と協同して作成しており、３ヶ月に１回のペースでプランの評価をしております。

担当者で話し合ったケアプランは、施設の全体会議でさらに話し合いをおこないます。その会議で通ったケアプランがご家族に開示され説明されます。全体会議で通らないケアプランもあり、２回、３回と療養部の担当者（介護・看護・リハビリ）と話し合いを重ねることもあります。

私の担当する入居者のケアプランも全体会議で通らずに、療養部のスタッフや、看護師と話し合い、再度会議にかけることがあります。その度に思うこととして、実際に介護、看護をしているスタッフの思いや、考え方などを支援相談員の私がわかっていないことを感じさせられます。

総師長からは、療養部スタッフと会話をしましょう。と、いつも言われていますが、まったくそのとおりだと考えさせられます。日常的に入居者のことを意識し、気にかけることで、他セクションス タッフとも自然に会話ができ情報共有ができるのだと思います。

私は、ケアプランを作成するうえで、「入居者・家族の気持ち」「一緒に働くスタッフの気持ち」を尊重することが大切と考えています。

良いケアプランは、日々の会話による情報共有が大切で、開かれた職場環境も一因になるのかなと考えています。会話を大切にした施設になれるように頑張りたいと思います。

知っ得伝説

第１２回
運営実地指導

今年4月より札幌市の運営実地指導は札幌市に移管されました。H24.9.15現在で運営実施指導を受けた居宅介護支援事業所の件数は24件です。

そこで！

ののこさん

最近『札幌市から実地指導がはいる』とあちこちの事業所から聞くけどどんなことをするのですか？

ロズさん

目的は、介護給付等対象サービスの質の確保と向上及び保険給付の適正化のために行なわれますと要綱には書いてあったわ。

かんちゃん

実地指導は、事前に送られてくる自己点検一覧表の内容や、居宅サービス計画の内容を確認しながら、面談方式で行われるみたいだよ。万が一、報酬請求に不正が認められる場合などは実地指導の途中で監査に切り替わることもあるって聞いたことがある。なんだか緊張するね。

ブルさん

まず運営基準減算項目を最低限遂行しましょう。

●運営基準減算の項目：
1. 居宅サービス計画の新規作成・変更時に必要なこと
・利用者の居宅を訪問
・利用者及び家族に面接
・サービス担当者会議の開催
・居宅サービス計画書原案の説明、文書による同意と交付
2. サービス担当者会議の開催が必要な時
・居宅サービス計画の新規作成時
・更新認定時
・区分変更認定時
3. モニタリングに必要なこと
・月に1回利用者の居宅を訪問・面接
・結果の記録

できているようで個人管理では抜けてしまうこともあります。事業所の管理者さんはしっかりと管理しましょう。また、主任ケアマネも活躍の場です。今年４月から、運営基準減算になると１月で５０％、２月以上継続で０％になったので注意しよう。

実地指導の時に私たちが見ていることは、その事業所や職員さんがどれだけ適正に業務を行っているか、真摯に対応しているかというところです。運営基準減算の項目は遵守していただく必要がありますが、サービス担当者会議やモニタリングを行わない場合には、やむを得ない理由や軽微な変更と判断した理由などを必ず記載しておいてください。どうしても無理な時は法令に添って減算してください。

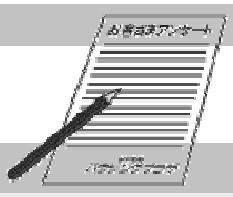
シークレット行政職員

ののこさん

そうか。まずはあせらず自分の記録類をしっかりと見直すといいのね。自宅訪問やサービス担当者会議を開催していても、記録がなかったら『その業務を行なっていない』と指摘されても弁明できないもの。毎日大変だけど、簡単でよいと先輩が言ってくれるので、単なる個人のメモにならない程度に、必要なことを『簡単・簡潔』に記録するようにしま～す。

◆ ケアマネジャーのための情報誌 ◆
ケアマネ SAPPORO

アンケート結果！！



平成２４年度第１回ケアプラン指導研修会で実施しました「ケアマネＳＡＰＰＯＲＯ」に関するアンケート結果をお知らせいたします。合計５５０名から回答をいただきました。ご協力誠にありがとうございました。

Ｑ１．アンケート回答者数　（※未回答 １名）

性別　男性　９８名（18%）　女性　４５１名（82%）

Ｑ２．アンケート回答者の基礎資格

介護福祉士　３４７名（63.1%）
社会福祉士　　９８名（17.8%）
看護師　　６３名（11.5%）
その他　　６３名（11.5%）
（保健師 13名、ヘルパー2級 ９名、歯科衛生士 ９名、社会福祉主事 ７名、管理栄養士 ６名、相談人 ５名、精神保健福祉士 ２名）

Ｑ３．アンケート回答者の勤務先

居宅介護支援事業所	３７１名（67%）
包括支援センター	５１名（9%）
グループホーム	３７名（7%）
小規模多機能型居宅	１８名（3%）
特定施設入居者生活介護	１７名（3%）
介護老人保健施設	１６名（3%）
特別養護老人ホーム	１０名（3%）
有料老人ホーム	６名（1%）

Ｑ４．アンケート回答者のケアマネ歴

１年未満	６１名	（11.4%）
２年未満	６６名	（12.4%）
３年未満	５８名	（10.9%）
４年未満	４４名	（8.2%）
５年未満	４６名	（8.6%）
６年未満	４４名	（8.2%）
７年未満	５０名	（9.4%）
８年未満	４４名	（8.2%）
９年未満	４２名	（7.9%）
１０年未満	１８名	（3.4%）
１１年未満	２３名	（4.3%）
１２年未満	１０名	（1.9%）
１３年未満	２７名	（5.1%）

Ｑ５．アンケート回答者のケアマネ連協　会員率

会員　３４７名（63%）　非会員　２００名（37%）

Ｑ６．ケアマネSAPPOROの発行回数について

年6回	年4回	年3回	その他
４０４名	６３名	１４名	１１名
（81%）	（13%）	（3%）	（2%）

Ｑ８．知っ得伝説で今後読みたいと思う内容（複数回答可）

居宅の加算関係の取扱	法令に関するQ&A	その他
２８７名	３５７名	8名
（44%）	（55%）	（1%）

Ｑ７．巻頭記事で今後読みたいと思う内容（複数回答可）

①医療知識とケアプラン	②病院との連携	③法令順守	④認知症ケア	⑤難病	⑥リハビリ	⑦施設ケアプラン	⑧消費者問題	⑨地域ネットワーク	⑩その他
３５１名	２６１名	１７６名	２０７名	１１５名	９２名	８１名	４７名	１９４名	１３名
（23%）	（17%）	（11%）	（13%）	（7%）	（6%）	（5%）	（3%）	（13%）	（1%）

Ｑ９．施設ケアマネ向けコーナーで今後読みたいと思う内容（複数回答可）

①認知症ケアの実践	②終末期ケア	③医療問題	④連　携	⑤ケアプラン作成	⑥その他
３５１名	２６１名	１７６名	２０７名	１１５名	９２名
（23%）	（17%）	（11%）	（13%）	（7%）	（6%）

掲示板コーナー

各区定例会について、会員の皆様は所属する区支部以外への参加も無料です。※非会員の方は参加費１回2,000円
所属する支部会員には、開催前に別途郵送でご案内します。

各区定例会の最新情報は、ホームページ http://sapporo-cmrenkyo.jp/ でご覧ください。

不要になった福祉用具をお譲り下さい

札幌市社会福祉協議会では、福祉用具を必要としていながら公的給付の対象にならい方や経済的理由で購入が難しい方と、福祉用具を譲ってくださる市民との橋渡しをしています。

現在、譲ってくださる方の登録が減少し、福祉用具を必要としている方の希望に応えることができない状況です。

特に、**電動ベッド（２モーターまたは３モーター）およびアルミ製車イス（介助用）が不足しています。**
不要になった福祉用具がございましたら、ぜひ情報をお寄せください。ご協力をお願いいたします。

○　一般的な福祉用具等が対象ですが、身体に直接触れる物品（尿器・オムツカバー等）は未使用のものに限り対象となります。

○　福祉用具のお預かりはしておりませんので、譲り受ける方が決まるまではご自宅で保管していただきます。

○　原則無料ですが、運搬修理に関する費用は譲り受ける方の負担となります。

札幌市社会福祉総合センター（中央区大通西１９丁目）福祉用具展示ホールでは、３００点を超える福祉用具を展示しています。お気軽にご来場ください。
開館時間　９：００～１７：００（月～金）電話　６１４－３３４３（内４２６）

平成24年度 市民のための介護保険・ケアマネフォーラムのご案内

高齢化が急速に進む中で、高齢の単身者や夫婦のみの世帯が増加しており、介護・医療と連携して高齢者を支援するサービスを提供する住宅を確保することが極めて重要となっています。こうした現状を踏まえ、住まいの種類や選ぶポイント、札幌における高齢者向け住宅の現状と課題について学びます。

主　催　札幌市介護保険サービス事業所連絡協議会
共　催　一般社団法人札幌市介護支援専門員連絡協議会
日　時　**平成２４年１０月１８日（木）**
１４：００～１６：３０※受付開始１３：３０
会　場　**札幌市社会福祉総合センター　４Ｆ大研修室**
〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目
※地下鉄東西線「西18丁目」駅 徒歩3分
専用駐車場はありません。公共交通機関をご利用ください。
定　員　先着**３００名**

参加費　**無　料**
講　師　**NPO法人シーズネット 札幌・住まいるアップセンター**
一級建築士　立花　和浩　氏
内　容　**『老後の住まいの種類や選ぶポイントとその現状と課題』**
申込み不要　**当日会場へ直接お越しください。**
問合せ先　札幌市介護保険サービス事業所連絡協議会事務局
ＴＥＬ 011-612-6110　ＦＡＸ 011-613-5486