



## 第3章

# 柔道整復師による 介護福祉現場の現状

### A．居宅支援事業所を始めて

#### 1．ケアマネジャーとは

##### a．要介護者と要支援者

ケアマネジャー（介護支援専門員）とは、要介護者および要支援者からの相談に応じ適切な居宅サービスまたは施設サービスが利用できるように、必要な援助に関する専門的知識を有して連絡調整を行う人のことである。要介護者とは、身体上または精神上の障害のために、入浴、排せつ、食事などの日常生活における基本的な動作の全部または一部について、6か月にわたり継続して常時介護を要すると見込まれる状態を「要介護状態」といい、この状態にある被保険者をいう。また、要支援者とは、要介護状態まではいかないものの、6か月にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態（例えば、身支度や掃除、洗濯、買い物など身の回りのことができない状態）を「要介護状態となるおそれがある状態」（要支援状態）といい、この状態にある被保険者をいう。ここでいう被保険者とは、65歳以上の第1号保険者と40歳から64歳までの特定疾患（15症）により要支援または要介護状態と認定された人のことである。

要介護認定の手順は、被保険者が市町村に申請を出し、市町村は訪問調査を行い主治医から意見書をもらう。調査の結果などは介護認定審査会にかけられ、その審査・判定に基づき自立、要支援（1・2）、要介護（1～5）の認定を行う。要支援および要介護の認定を受けた被保険者は、居宅支援事業者を選び契約すると、そこに所属する担当のケアマネジャーが決まる。居宅介護支援事業は介護サービスの中心に位置し、従事するケアマネジャーはケアプランの作成やサービス調整などを行い利用者の代弁者としての立場となる。

##### b．ケアマネジャーの公正性、中立性、公平性

ケアマネジャーの基本姿勢は、要支援および要介護者（以下要介護者などという）の人

権、自立性、自由な選択および尊重である。認知症のある高齢者にも、残された人格や感情があり尊重される人権がある。家族の言うことだけを聞いて、ケアプランを立ててはいけないということで、ケアマネジャーは利用者とその家族に受け入れられ家族の問題を理解しなければならない。また、プライバシーの保護も重要となる。ケアプランを立てるにあたり公正性、中立性、公平性を要求され、サービス事業者側に立つことや特定の事業者に偏ってはいけない。さらに、要介護者などに質の良いサービス事業者を選んでもらうために、情報収集が必要となる。居宅支援事業者は介護保険対象サービスのなかで、唯一利用者の自己負担がなく全額保険給付となるサービスである。このことから、要介護者とその家族との信頼関係が要求されることがわかりいただけると思う。

従来の措置制度といわれた福祉サービスは、利用者の心身状況や経済状況を勘案しているいろいろな役所の部署が福祉サービスを提供する仕組みであった。利用者がどこの部署に相談に行くかにより内容や対応が変わったり、そこには契約という概念はなく、利用者は受け身で何も言えないところがあった。介護保険制度では、利用者が自由にサービス事業者を選択できる形態となっており契約が必要となる。契約により利用者とサービス提供事業者の双方の権利と義務が明確となり、トラブルや事故が起きたときに損害賠償や訴訟において重要な意味を持つのである。

## 2. ケアマネジメント

### a. 援助の目的とケアマネジメントの実務

居宅介護支援とは、高齢者が要介護状態になることを防止し、要介護状態となった場合はその軽減および悪化の防止や医療との連携を図ることである。そのために利用者の多様な問題点を分析し、利用者の選択に基づくサービスを総合的かつ効率的に提供する手法である。援助の目的は、要介護の状態でも可能なかぎりその居宅において自立した生活を送れるように支援することである。自立とは、自分のことを決める決定権を持っているということで、主体的であるということになる。

具体的にケアマネジャーが行うケアマネジメントとは、居宅サービス計画（ケアプラン）の作成、サービス提供事業者との連絡および調整、給付管理、サービス提供の経過観察（モニタリング）、必要に応じたケアプランの見直し・変更といった継続的管理が主な業務となる。またケアマネジメントの基本的流れは、アセスメント、ケアプラン作成、継続的管理、給付管理である。

#### 1) 給付管理

給付管理とは、介護保険法による保険給付を管理することで、予防給付・介護給付・市町村特別給付がある。ケアマネジャーの立てたサービス計画に基づき、各サービス事業者

がサービスを行っているか管理し、最終的には介護報酬に関わる書類を作成し、サービス利用の実績を給付管理票にまとめ、国保連合会に提出する。給付の内容は居宅サービスと施設サービスがあり、非常に複雑でパソコンなしにはできないため、ケアマネジャーはある程度パソコンの知識がなければならない。実際にケアマネジメントの流れをみると、被保険者が要介護申請を出し要介護認定が出てから始まるが、急を要する場合はケアマネジャーが代行して申請を出しサービスを開始することも多い。通常は要介護認定が出てから、要介護者などは居宅支援事業所にケアプラン作成依頼を行う。要介護認定結果は、要介護申請が出されてから1か月以内に通知しなければならないとされている。

## 2) アセスメント

居宅支援事業者と契約が成立すると利用者として登録され、担当ケアマネジャーがアセスメントを行いケアプランの原案を作成する。アセスメントは課題分析といわれ、要介護者などのニーズといわれる問題点を分析することである。

## 3) ケアプラン作成

アセスメントが終わると、ケアマネジャーは居宅サービス計画書を作成する。第1表といわれる居宅サービス計画書(1)、第2表といわれる居宅サービス計画書(2)、第3表週間サービス計画、第4表サービス担当者会議の要点、第5表サービス担当者に対する紹介(依頼)内容、第6表居宅介護支援経過、第7表サービス利用表(兼居宅サービス計画)、第8表サービス利用票別表などがある。ケアプランは、自立支援と予防的視点から要介護者などの主体性を重視し、総合的な支援内容となるように行われる。ケアマネジャーが作成した原案をもとに利用者とその家族で協議のうえ、サービス提供事業者を選定しサービス提供事業者が決定したら、情報の共有とケアプランの目標についてサービス担当者会議(ケアカンファレンス)を開催する。また、各サービス提供事業者の担当者は個別計画の作成を行い、利用者およびその家族に提示しなければならない。ケアマネジャーはケアプランを完成させ、利用者とその家族に説明し同意を得てから各事業者によるサービス提供が開始される。

## 4) 継続的管理

サービス提供の開始後、ケアマネジャーは事業者との連絡調整やケアプラン通りサービスが提供されているか、利用者の状態に問題はないかなどの経過観察(モニタリング)を行う。計画されたサービスが適切に実施されているか評価することを継続的管理という。

## b. 苦情と見直し

サービス事業者のサービス提供にあたり利用者とその家族から苦情があった場合は、事業者との調整を行わなければならない。利用者が直接サービス事業者や市町村や都道府県

に訴える前に、ケアマネジャーに相談できる関係づくりが重要である。毎月の月末に利用者とその家族に、翌月のサービス利用票を提示し同意を得てから各事業者にサービス提供表を提示し予定を確認する。要介護者などの心身の状況の変化によって生ずるニーズの変化を把握するためモニタリングを行い、必要であればケアカンファレンスといわれるサービス担当者会議を適宜開催し、ケアプランの見直しを行う。

### 3. ケアマネジャーと7項目の警告

市町村から要介護認定の委託を受けることがある。その場合、ケアマネジャーは準公務員の扱いとなる。したがって、要介護認定調査時に自社の営業を行ったり、サービス提供事業者を自社に誘導したりすることは禁じられている。厚生労働省が出した警告に「**要介護認定類似行為の禁止**」とあり、そのひとつは、市町村が行う要介護認定のための認定調査と誤認を与えるような方法を実施しないということである。次に「**要介護認定申請の代行**」とあり、利用申込者の依頼なしに居宅サービス計画の作成の利用者獲得を目的として申請代行の勧誘を行うことをいう。「**居宅サービス計画作成の予約**」とは、利用者およびその家族に居宅介護支援事業者の運営規程や重要事項の説明なしに、利用者獲得のために手続きを行わず居宅サービス計画作成の予約を先行して受けることをいう。「**居宅サービス利用の予約**」とは、利用者のアセスメントやサービスを利用者の選択なしに特定の居宅サービス事業者によるサービス利用の予約をすることである。「**指定居宅支援事業者の広告**」は、居宅支援事業の範囲にとどめずに、同一系列事業全体のサービス営業活動を併せて行くと、違反する恐れがある。「**要介護認定の認定調査の際の居宅サービス計画作成に関わる課題分析の実施**」とは、継続利用の場合、続けて居宅支援を依頼する意思が明らかとなっていないままに、要介護認定調査の際に併せて居宅支援サービス計画を作成するための課題分析を実施することは原則として認められていない。「**要介護認定の認定調査の際の営業活動の禁止**」は、指定居宅支援事業者が要介護認定を行う際に、調査自体の公平公正を維持するためにその後の指定居宅支援事業者および指定居宅サービス事業者の選定について被保険者に予断を与える行為があってはならないということである。

以上の警告が7項目あげられている。認定調査員が準公務員の扱いとなることは先にも述べた。

### 4. 居宅支援事業所と接骨院の隣接

#### a. 情報収集力とネットワーク構築力

ケアマネジャーの主な仕事は、ケアプランの作成と給付管理であるが、その給付管理はパソコンがあれば何とかなる。それでもわからないところはソフトの開発会社が懇切丁寧

に教えてくる。そうでない会社のソフトは選ぶべきではない。介護保険発足当時の厚生労働省は走りながら介護保険制度を構築した感があり、すべての情報はホームページで収集できた。今でもそうであるが、意味がよくわからないところも多々ある。そのようなときにインターネットを利用し、メールで同じ柔道整復を業としながら介護に参入している全国の仲間たちと、毎日の情報交換や励まし合いを行うこととなる。このことが地域でケアマネジャーとして必要とされる、ネットワークをつくる力をつけてくれる。接骨院の院長だけをしていた時代とは比べものにならないほどに多くの職種の人たちと接し、その力を借り、また協力したりしながら、介護福祉現場で格闘している日々である。これから、介護事業に参入する柔整師は、先駆者が築いたなかに入るので先人たちとは別の苦労があるのかもしれない。いずれにしても多くの人と関わると情報の共有が重要となり、その量も膨大となる。そのようなときに、入ってくる情報に対し分別と選択という能力が要求され、蓄積したデータの分析と評価をする能力が要求される。それは、まさにケアマネジャーがケアプランを立てる際の分析手法と同じである。ケアマネジャーの力量は、情報の収集力とネットワークの構築力にあると思う。その点、柔道整復師は地域で業務を行っているため情報もネットワークも知らず知らずに利用している。逆に、接骨院をうまく切り盛りできない方はケアマネジャーとしても苦労すると思われる。しかし、基盤があるのだから、他の業種に比べて介護事業に比較的参入しやすいことは事実である。

#### b. 利用者30名の経験

柔道整復師としての業務をこなしながらケアマネジャーも兼務するには、物理的に限界がある。情報の処理能力は、人によって違いがあると思うが、私は介護保険の利用者が5名程度で音をあげ、妻に手伝ってもらうこととなった。いわゆる困難事例というものを抱えたためである。それは気むずかしい利用者ともじめなサービス事業者間のトラブルで、電話や利用者宅の訪問が多くなり事務処理に手が回らなくなってきたためである。居宅支援事業所が毎月行う事務処理を助手に任せると荷が軽くなり、30名くらいは何とかこなせるようになった。電話も、事務所から携帯に転送して、外出により不在のときでも利用者とサービス事業者の調節を図れるように工夫し、妻は接骨院の事務や家事をしながら携帯をぶら下げ、必要なときは連絡してくる。しかし、ケアマネジャーは事務所と利用者の往復で利用者のケアプランだけ立てていけばよいのではなく、会議や講習会が頻繁にある。なるべく、昼休みや夜を利用して担当者会議を開いたり、仕事を休みにして講習会に出かけたりするが、やはり1人では限界がある。なにより、利用者や患者にしわ寄せがきてしまうのは避けたいので「1人ケアマネ」として無理のないところで、非常勤でもケアマネジャーを雇うことになる。私の経験では利用者が30名程度までは何とかやれた。