

表1 高齢者虐待リスクアセスメント表

名古屋市高齢者虐待調査研究会作成(5点以上で要注意)

	0	1	2	3
日常生活自立度	J・A	B	C	—
問題行動	無	有	—	—
本人の経済状態	良いと思う 普通	悪いと思う	—	—
家族との人間関係	良い	どちらともいえない	—	悪い
要介護状態になる前の 家族との人間関係	良い	悪い どちらともいえない	—	—
介護の負担感	無	—	有	—
主介護者に対する 他の家族の協力	有	無	—	—
家族の飲酒問題	無	—	有	—
主介護者が怠惰な生活 をしている	していない	している	—	—
主介護者の介護サービ ス受け入れの状況	積極的	—	勧められていやいや 拒否	—

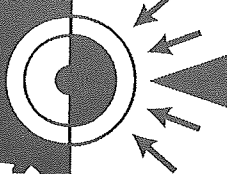
場合には運転免許証を返還しなければならないことになった。認知症が軽度の場合に運転をやめさせると症状が悪化する可能性があるが、診療上は運転をやめるように指導しなければならない。3つ目が経済的虐待である。厚労省から平成16年資料が発表されたが、その中で目立ったのが男性介護者による虐待である。自分が働かずに親の年金で生活している人がかなりの数存在する。本人が納得してお金を渡しているのであればよいが、介護者が勝手に通帳などを持って行ってしまふケースがある。これは医療では解決できず、弁護士に依頼するなど成年後見制度を使うことになる。また自己放任（自分で食事を拒否）や置き去り（施設や病院に置きっぱなしにして家族がどこかへ行ってしまふ）というのがまれにある。

虐待される人は、われわれの調査では、要介護度が高い人が多く、半数が要介護3以上であり、7割が要介護認定者で、認知症の人が5～6割いる。全国調査では被虐待者の8割に認知症があるというデータがある。虐待は医療機関とか訪問介護で見つけやすいが、虐待対策としてきちんと通報を義務づける法律が必要である。名古屋市では、2,300万円の予算をかけてシェルターをつくり、また虐待防止相談センターもつくった。神奈川県では横須賀が先進的な取り組みを行っているが、今後はすべての市町村が対策をとる必要がある。

虐待の発見については、リスクアセスメント表が開発されている(表1)。要介護度、問題行動の有無、認知症の有無、本人の経済状態、人間関係、家族の負担が高いなどの項目について重みづけをして、点数化している。15点満点であるが、5点以上では虐待のリスクがあるというデータが出ている。訪問看護師やケアマネジャーがこれをもって行って評価を行うと、虐待のリスクを発見できる。

6 おわりに

介護保険の改正には、ハード面とソフト面の2つがある。ハード面では、地域包括支援センターの設立、小規模多機能型のサービス拠点の設置が中心となる。実際の運営に当たっては細部に問題がないわけではないが、今回の改定は特に認知症のケアに対して影響が大きいと考えられる。最も重要なのは、認知症の新しいアセスメント・ツールとしてのセンター方式の導入である。センター方式によるアセスメントの実施により、認知症のケアマネジメントは大きく進歩すると考えられる。しかし、なお虐待、車の運転や告知の問題など今後の課題も少なくない。さらに、プライマリ・ケアのレベルでは早期診断と早期治療をどのように的確に行うか、地域における連携システムをいかに構築していくかが重要になる。



ここが変わる介護保険法

—改正のポイント—

えん どう ひ で と し
遠藤英俊

国立長寿医療センター 包括診療部・部長

はじめに

2005年6月22日、国会において介護保険制度が改正された。改正の内容は2006年4月から順次運用される予定である。2004年に厚生労働省から「2015年の高齢者問題」という報告書が出された。通称「堀田レポート」といわれている。この報告書に今回の介護保険制度改正のもとになった理念が示されている。この報告書に従って、社会保障審議会介護保険部会を中心に介護給付部会などでの検討が進められ、国会の審議を経て法律が成立した。

今回の改正は5年前の介護保険制度の発足に匹敵するインパクトのある改正であると思っている。しかし今回の介護保険の改正は非常に革新的な部分と、運用に懸念のある部分とが混在している。

介護保険制度発足からの流れ

1. 要支援・介護者の増加

介護保険制度がスタートしてからの3～4年間のデータを見てみると、要支援・要介護が激増し、現在すでに400万人を超える人が給付を受けている（図1）。この増え方は実は当初の予想通りではあったが、問題はその内容にある。

2000年から2001年にかけて鳥根県のある地域の数千人の認定状況の変化を見たデータがあ

る。その結果から、要支援者が1年後に状態が悪化しているケースが約50%と非常に多いことがわかってきた。これでは要支援や要介護1がどんどん増え、予防や維持につながらないということで、今回の新予防給付という考え方が登場した。

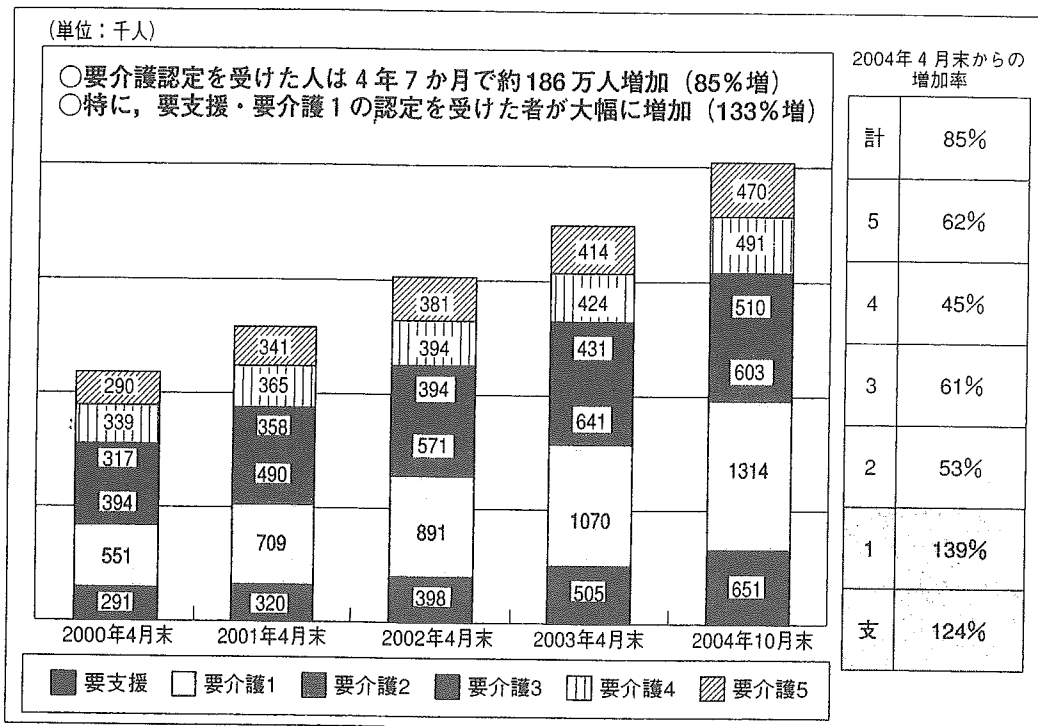
その具体的な内容は、150万人いる要支援の人に対し、新予防給付として筋力トレーニング、口腔ケア、栄養改善を行うものである。また、対象者のアセスメントを市町村、もしくは市町村が委託するところが行うことになる。これまでとはアセスメントをする主体が変わるので、予防給付を実施する施設にも大きな変化があるものと予想される。

もう一つの問題点は、老人保健施設では1年経過すると入居者の28.9%が、いわゆる特養ホームでは18.8%が悪化するという調査結果が出たことである（図2）。これに対して、在宅に極めて近い小規模な施設であるグループホームでは、1年後の悪化率が6.7%であった。

2. 施設ケアの方向性の転換

この2つの調査結果をもとに、国は今後特養ホームなどにおいては30床以上の規模のものはつukらないという、大胆な計画が生まれてきた。つまり、発想を大きく転換し、これからの施設ケアは小規模で多機能ケアにかわっていくという方向性を打ち出した。施設ケアは個室化・ユ

図1 要介護度別認定者数の推移



* 介護保健事業状況報告〔2004年10月分(8月サービス分)〕より

図2 所在地別にみた認知症改善／維持／悪化率の状況

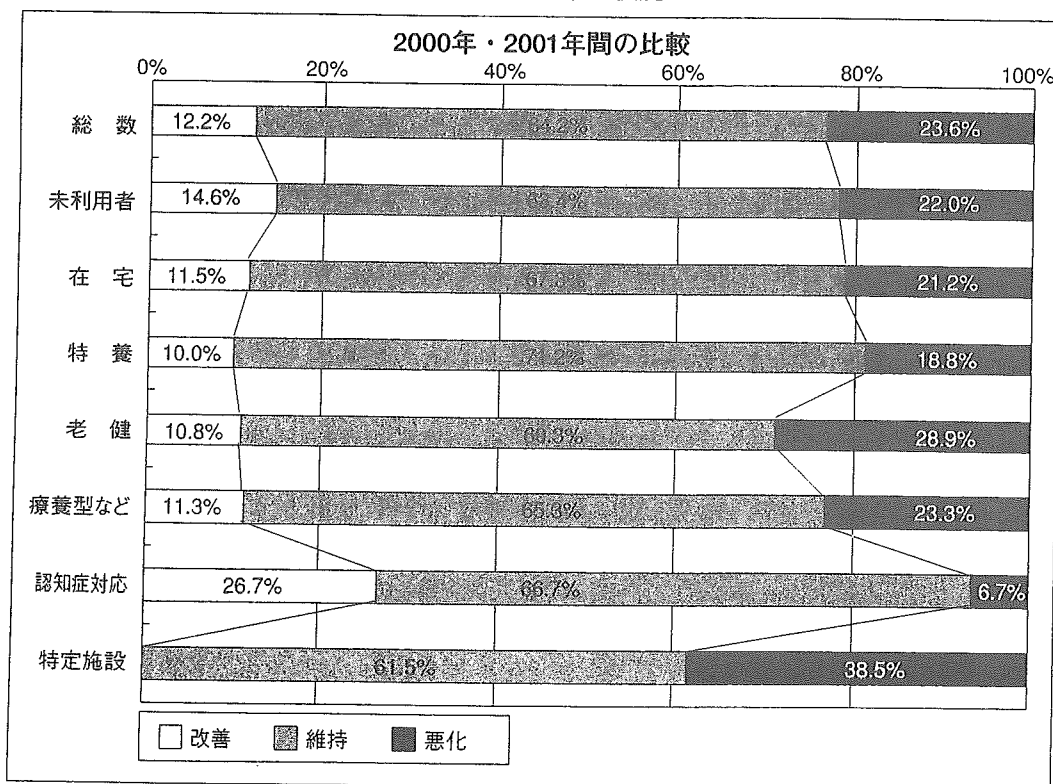


表 介護保険制度改革の主な内容

1. 予防重視型システムへ転換
2. 施設給付の見直し
3. 新たなサービス体系の確立
4. サービスの質の向上
5. 負担のあり方・制度運営の見直し
6. 被保険者・受給者の範囲の見直し

ニットケアが主流となり、老健施設でも5割を個室にしなければならない。また、基本的に施設は地域へ展開する流れへと変わりつつある。これからは施設であっても在宅であっても個別ケアに移行していくものと思われる。

3. 介護予防の展開

ソフトの面での介護保険の改正の大きな点に、介護予防がある（表）。モデル事業では、筋力トレーニングを行うと5割ぐらゐは効果上がるが、18%は悪化したというデータが出ている。これには筋力トレーニングに堪能な人材を配置し、対象者をうまく選定する必要がある、現実的にはその効果を全国的に出すことは難しいと思われる。

介護予防アセスメントの拠点となるのは地域包括支援センターであり、介護予防や社会福祉士が相談窓口となって行う虐待防止や介護予防などの研修が、これから次々に実施される。新しい政策としての介護予防が成功するかどうかは大いなる実験だろう。

4. 利用者負担の増加

もうひとつ大きなテーマは介護保険にかかる財源の問題である。介護保険の保険料が上昇し、赤字の市町村が増えている。介護予防の導入には、給付対象者を減らし保険料を減らしたいという財源の問題が背景にある。また、食費・居住費の支払いも介護保険給付から自己負担に変

えていくという流れがあり、平均で2～4万程度の利用者負担になると予測されている。



制度改革の主要なポイント

1. 地域包括支援センターの設置

今回の改正で最も重要なのは地域包括センターの設置である（図3）。市町村に3000弱の地域包括センターをおくことになっている。センターの機能としては、一つは初期相談、家族支援などの相談窓口の設置、もう一つに権利擁護への取り組みがある。成年後見制度から虐待問題まで扱う必要があり、担当には保健師、経験のある看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーが配置されることになっている。

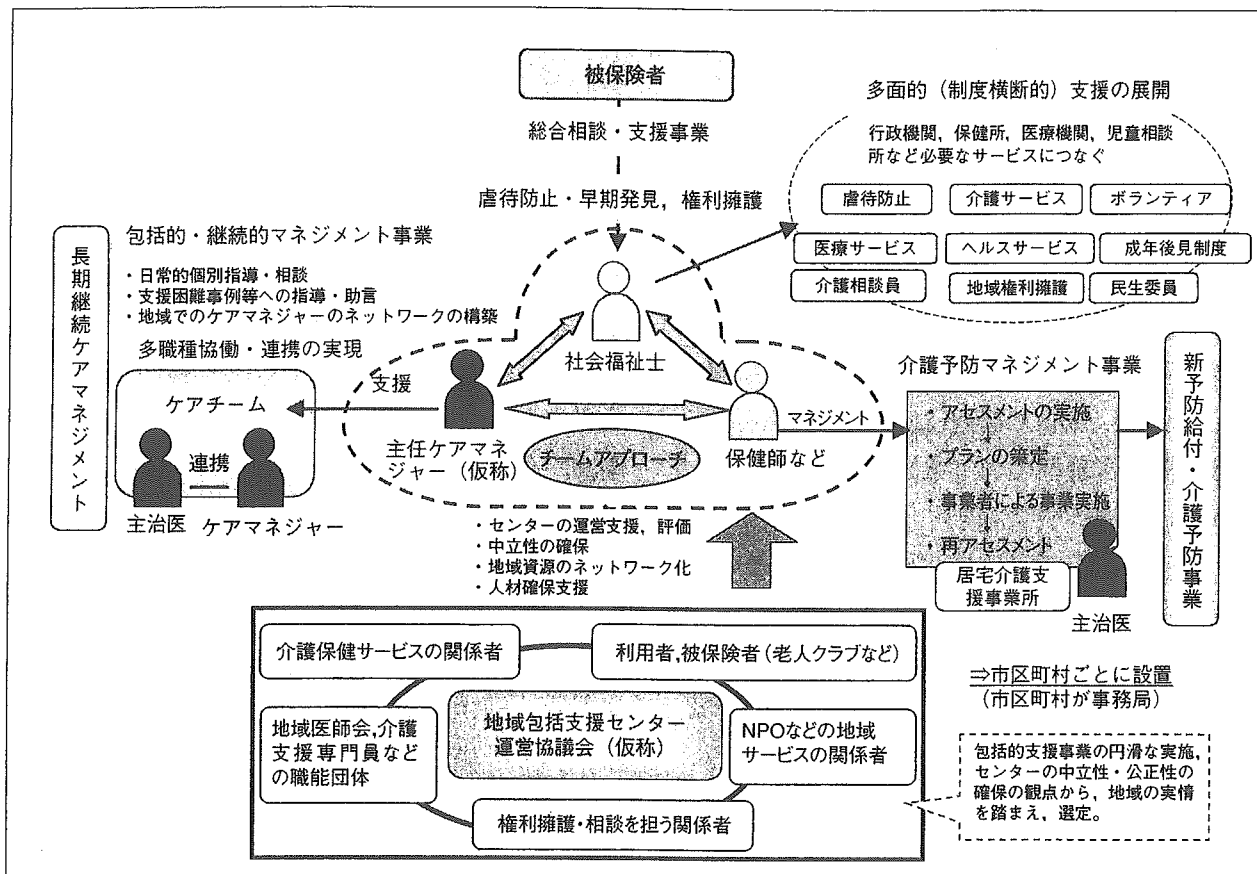
2. 介護予防

改正のポイントの2番目に介護予防がある。運営協議会をつくって介護予防の実施をバックアップすることになり、介護予防に必要なアセスメントや外部委託には保健師などが責任をもつことになる。これまでの在宅介護支援センターは廃止される方向にあり、今後は地域包括センターが介護予防サービスを事業者へ委託することになり、優れた機能をもつ事業者をいかに選定するかが重要になる。

3. 主任ケアマネジャーの新設

次にケアマネジメントの問題がある。ケアマネジャーに主任ケアマネジャーという上級資格を設け、今までのケアマネジャー・リーダーがバージョンアップする予定である。将来的にはケアマネジャーの5人に1人が主任ケアマネジャーになり、場合によっては、市町村でケアマネジメントを統括する役割を担うことになる。ケアマネジャーの研修強化、背番号制度、再研

図3 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ



修を単位制にするなどが計画されている。これらの制度が介護保険の一番の中核となる改正点である。

改正の考え方と今後の方向性

1. 在宅ケアの推進

国は在宅療養中心という考え方をもっている。個々の家族に介護負担を強いるのではなく、社会化とっていた流れを変えるものではない。そこで変形在宅あるいは第3の施設と呼ばれる新しい考え方に基づいた施設型在宅が提案されている。施設入所の対象者は、現在たとえば特養では3.5～3.8の要介護度を対象基準としているが、おそらく今後はそれが4以上に上がり、介護度の高い人だけが施設に入ることになると思われる。特養には2年ぐらい前よ

り入所のためのポイント制度が導入され、以前より介護度の重い人が入るようになったが、この傾向は今後さらに加速すると思われる。

一方で、これまで以上に、介護度が重い人も在宅が可能な体制をつくっていくことが検討されている。地域ケアでは、訪問介護もケアプランに則ったものだけではなく、たとえば昼間の時間帯だけではなく夜間でも対応する、緊急の対応もできるようにしていく、また自宅以外の高齢者にふさわしい住まいの整備なども検討されている。

2. 認知症のケア

要介護認定を受けた人の半数が認知症であったというデータを見て国は、ADL中心の身体的ケアから認知症中心のケアへと転換を図ることになった。身体モデルケアから身体ケア+認

知症ケアモデル，もしくは予防モデルへと転換が図られ，地域における総合的・継続的認知症ケア支援体制の整備が計画されている。

3. 認知症ケアの地域における展開

新しい認知症ケアの考え方は，地域で展開することを目指して導入された。すなわち，小学校区や中学校区程度の広さの利用者の生活圏域内で完結する，安心して身近に感じられ即時対応が可能な地域密着型のケアを実現するというものである。

サービス計画の策定にはサービス圏域という概念を導入し，市町村長の介護保険事業計画として圏域単位でのサービス提供の完結が基本となる。ケアのあり方としては，地域全体で患者をみていく，そこには当然医療も必要であり，かかりつけ医も必要となる。

介護保険発足時にはグループホームが設けられたが，今回の介護保険の改正では新たに小規模多機能型のサービス拠点を立ち上げ，そこが中心となり認知症のケアを実施していくことになる。小規模・多機能サービス拠点は，在宅の利用者の容態の変化に対応した様々な介護サービスを随時適切に，すなわち365日・24時間切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供する。基本的な考え方は，「通い」を中心として，要介護者の容態や希望に応じて，随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで，在宅での生活を支援することを目的としている。

介護施設は10人個室で，10人単位で簡単な食事ができ，施設職員と一緒に生活していくようなイメージのユニットケアに変わっていく。施設はこれまでとは構造も運用も変わり，一部は施設の外へも展開していくことになる。



高齢者の虐待問題

介護の現場では，介護者が被介護者を虐待するケースが増えている。身体的虐待の場合には外傷などで病院に来ることが多いため，高齢者虐待防止法案ができると，医師や職員は虐待を発見したとき生命の危険が予測される場合には警察，市町村の窓口や地域包括支援センターへ通報することが義務付けられる。しかしこの法律は，介護者への制裁ではなく，介護者を支援し虐待を止めることを目的としている。

そのほか性的虐待や心理的虐待，特に在宅における心理的虐待の報告が非常に多い。さらに意図的に食事を提供しない，病院に行かせないなどの“放任”がある。この“放任”は外部の人が気づかないと発見されにくいいため，こういう虐待の種類があるのだということを知っていなければならない。

また，われわれ医療関係者には解決が難しい虐待として経済虐待がある。厚生労働省から昨年資料が発表されたが，そのなかで目立ったのが男性介護者による虐待である。自分が働かずに親の年金で生活している人がかなり存在する。本人が納得してお金を渡しているのであればよいが，介護者が勝手に通帳などを持ってってしまうケースがある。これは医療では解決できず，弁護士に依頼して成年後見制度などを使うことになる。さらに自己放任（自分で食事を拒否）や置き去り（施設や病院におきっぱなしにして家族がどこかへ行ってしまう）というのがまれにある。

われわれの調査では，虐待される人は，要介護度が高い人が多く半数が要介護3以上であり，7割が要介護認定者で，認知症の人が5～6割いる。全国調査では被虐待者の8割に認知症があるというデータがある。虐待は医療機関

や訪問介護で見つけやすいが、虐待対策としてきちんと通報を義務づける法律が必要である。

名古屋市では、2005年度に2,300万の予算をかけてシェルターを作り、また虐待防止相談センターも設置した。神奈川県では横須賀市が先進的な取り組みを行っているが、今後はすべての市町村がこうした対策をとる必要がある。

おわりに

介護保険の改正には、大きく分けてハード面とソフト面の2つがある。ハード面では、地域

包括支援センターの設立、小規模多機能型のサービス拠点の設置が中心となる。実際の運営にあたっては細部に問題がないわけではないが、今回の改正は特に認知症のケアに対して影響が大きいと考えられる。そのほかに高齢者虐待防止、車の運転や告知の問題など今後の課題も少なくない。さらに、プライマリ・ケアのレベルでは早期診断と早期治療をどのように的確に行うか、地域における連携システムをいかに構築していくかが重要になる。

看護教員募集

- 募集人員** 若干名
課程 3年課程 全日制 定員80名
担当領域 在宅・成人・母性・小児
応募資格 看護教員資格を有する方、または教員養成終了見込者(平成18年3月)
待遇 日本大学の給与規定による
昇給 年1回
賞与 年3回
その他諸手当
社会保険(私立学校教職員・雇用保険・労災保険)
採用 平成18年4月予定
応募手続 履歴書(写真貼付)1通を郵送または持参
詳細は下記へお問い合わせください
応募締切 平成17年12月17日(土)(当日消印有効)

日本大学医学部附属看護専門学校

〒173-0032 東京都板橋区大谷口上町71番12号
TEL 03-3972-8111(内線2173) FAX 03-3973-2701
担当:教務主事 仁木

介護保険制度の現状と展望

遠藤 英俊¹⁾

1) えんどう ひでとし/国立長寿医療センター包括診療部 部長

- ◇ 現行の制度では、要支援・要介護者の悪化するケースが多いことが分かったため、今後は筋力トレーニング・口腔ケア・栄養改善を取り入れて予防・維持を図る介護予防が重要になる。
- ◇ 平成18年度から運用される介護保険制度改正の主要なポイントは、①地域包括支援センターの設置、②介護予防、③包括ケアマネジメント、であり、これらの制度が介護保険の中核となる。
- ◇ 国の方針として、今後は在宅療養が中心となる。自宅での療養だけでなく、施設ケアも、地域包括支援センターの設置によってより小規模な地域での展開となり、小規模多機能型サービス拠点の設置やユニットケアが推進される。
- ◇ 高齢者の虐待では、精神的虐待の報告が多い。経済的虐待には医療関係者では解決できない問題もあり、虐待についての知識を深めて防止を図る必要がある。

KeyWords

介護保険制度改正
地域包括支援センター
介護予防
ユニットケア
認知症ケア
高齢者虐待

【連絡先】

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3
国立長寿医療センター包括診療部

はじめに

介護保険制度が改正され、平成18年4月から順次新しい仕組みが運用される。一昨年、厚生労働省から「2015年の高齢者介護」という報告書が出された。この「堀田レポート」と通称される報告書に、今回の介護保険制度改正の基になった理念が示されている。その考えに沿って、社会保障審議会介護保険部会を中心に介護給付部会などでの検討が進められ、法律が成立した。

今回の改訂は5年前の介護保険制度の発足に匹敵するインパクトのある改正であると思っている。しかし、非常に革新的な部分と運用に懸念のある部分とが混在している。

介護保険制度発足からの流れ

介護保険制度が始まってからの3～4年間のデータを見てみると、要支援・要介護が激増し、現在すでに400万人を超える方が給付を受けている(図1)。この増え方は実は当初の予想どおりではあったが、その内容に問題があった。

図2は、平成12年から13年にかけて島根県内のある地域での認定状況の変化を見たものである。要支援の方の5割が1年後には悪化していることが分かってきた。これでは要支援や要介護1がどんどん増え、予防や維持にはつながらない。そこで、今回の新予防給付という考え方が出てきた。具体的には、100万人から200万人いる要支援や要介護1の方に対して、新予防給付として筋力トレーニング・口腔ケア・栄養改善を行うというものである。しかし、対象者のアセスメントの主体が一様では

図1 要介護度別認定者数の推移(2000年4月末～2004年1月末)

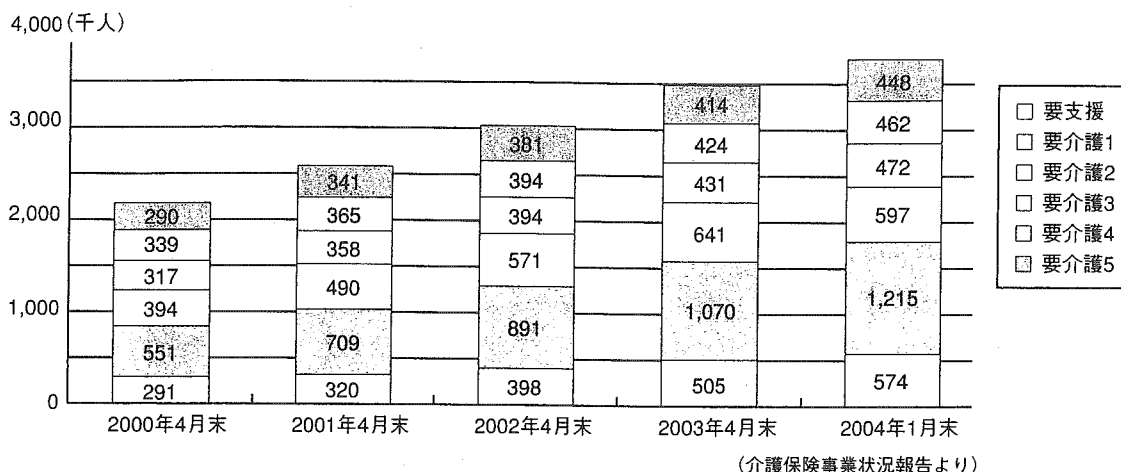
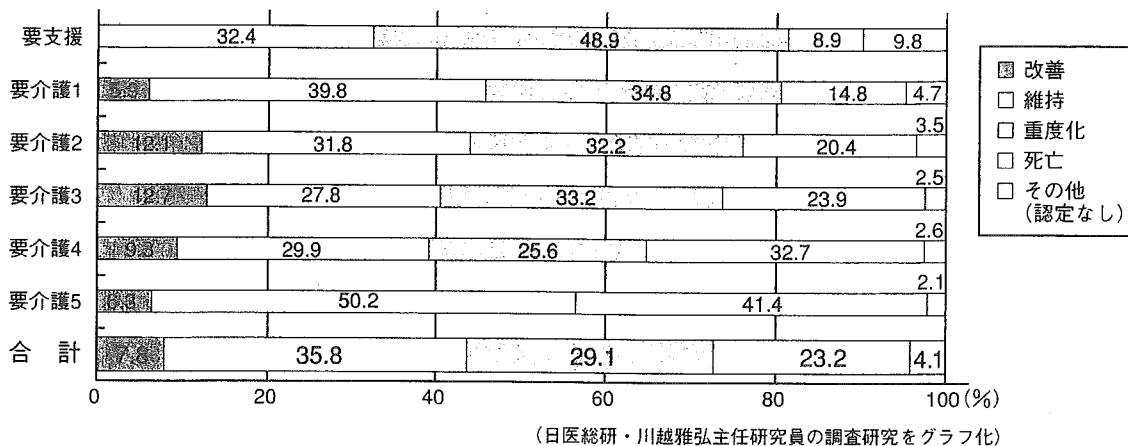


図2 要介護度別認定状況の変化(2000～2001年)



なく、市町村もしくは市町村が委託するところが行うことになる。つまり、アセスメントの主体が異なるので、予防給付を実施する施設にも大きな変化があるものと予想される。

また、老人保健(老健)施設では1年経過すると入居者の28.9%、いわゆる特養ホームでは18.8%の認知症が悪化するという調査結果が出ている。これに対して、在宅に極めて近い小規模な施設であるグループホームでは、悪化率が1年後に6%であった(図3)。このふたつの調査結果を基に、国は今後30床以上の規模の特養ホームは作らないという、大胆な計画を立てている。つまり言葉を変えれば、発想を大きく変えて、これからの施設ケアは小規模かつ多機能ケアに代えていくという方向性を打ち出したということである。それに沿って、今後の施設ケアは個室化・ユニットケアが主流となり、老健でも5割を個室にしなければならなく

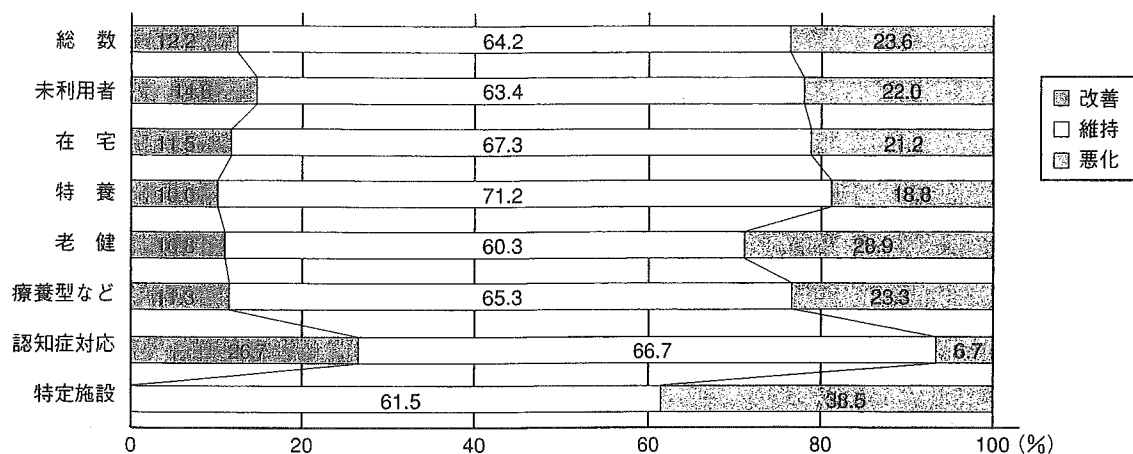
なる。基本的には、施設は地域に展開する形へと変わり、施設であっても在宅であっても個別ケアに移行することになる。

ソフトの面での介護保険の改正の大きな点は「介護予防」というキーワードで、筋力トレーニングが目玉になっている。モデル事業では、筋力トレーニングを行うと5割くらいには効果があるが、18%は悪化したというデータが出ている。有能な人材を配置しないと、筋力トレーニングの効果を出すことは難しいと思われる。

介護予防アセスメントの拠点となるのは地域包括支援センターであり、介護予防研修や社会福祉士が相談窓口となる虐待防止などについての研修が、これから次々に実施される。新しい施策としての介護予防が成功するかどうかは大いなる実験だろうと考えている。

施設ではユニットケアが推進されるが、これま

図3 利用施設別に見た認知症度改善／維持／悪化の状況(2000年と2001年との比較)



でと同じ人員配置でユニットケアを行うと、ケアの質が下がるというわれわれのデータがある。

もうひとつ大きなテーマは、介護保険にかかる財源の問題である。介護保険の保険料が上昇し、赤字の市町村が増えてきている。介護予防の導入も給付対象者を減らし、保険料を減らしたいという財源の問題が背景にある。また、食費・居住費の支払いも介護保険からの給付を自己負担に変えていくという流れがあり、平均で2～4万円程度の利用者負担になると予測されている。これが実現すると、大きな打撃を受けるのは老健施設と思われる。老健施設は利用者の出入りがあり、食費や生活費が例えば月に4、5万円上がった場合に、いったん退所した方が老健施設に戻ってくるかどうかという心配がある。経済的な問題から在宅を希望される家庭がかなり出てくるのではないかと。それが1～2割出てきた場合に、経営的に難しくなる老健施設が出てくるのが考えられる。今後の老健施設は、ショートステイを増やす、在宅者の利用促進を図る、などの対策が必要になるとと思われる。

制度改正の主要なポイント

今回の改正で最も重要なのは地域包括支援センターの設置である。市町村に3,000弱の地域包括支援センターを置くことになっている。センターの機能としては、ひとつは初期相談、家族支援などの相談窓口の設置、2番目に権利擁護への取り組みがある。成年後見制度から虐待問題まで扱う必要があり、担当者には十分な研修が必要となる。

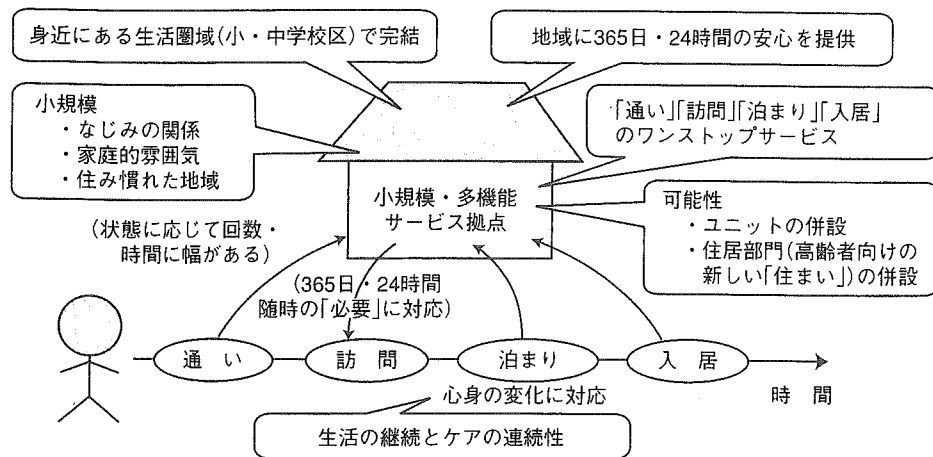
改正の2番目に介護予防がある。運営協議会を作って介護予防の実施をバックアップすることになり、介護予防に必要なアセスメントや外部委託は保健師が責任を持つことになる。これまでの在宅介護支援センターは廃止の方向にあり、今後は地域包括支援センターが介護予防サービスを事業者委託することになるため、優れた機能を持つ事業者の選定が重要になる。

次に、ケアマネジメントの問題がある。ケアマネジャーに主任ケアマネジャーという上級資格を設け、今までのケアマネジャーリーダーが就任する予定である。将来的にはケアマネジャーの5人に1人が主任ケアマネジャーになり、場合によっては、市町村でケアマネジメントを統括する役割を担うことになる。ケアマネジャーの研修強化、背番号制度、再研修を単位制にする、などが計画されている。これらの制度が介護保険の一番の中核となる改正点である。

在宅ケアの推進

国は、在宅療養中心という考え方を持っている。しかし、個々の家族に介護負担を強いるのではなく、介護の社会化と言っていた流れを変えるものではない。変形在宅あるいは第3の施設という、新しい考え方に基づいた施設型在宅が提案されている。施設入所の対象者は、例えば特養ホームでは3.5～3.8の要介護度であるが、おそらく今後は4以上に上がり、介護度の高い人だけが施設に入ることになると思われる。特養ホームには2年く

図4 小規模・多機能サービス拠点のイメージ図



らい前にポイント制度が導入され、以前より介護度の重い人が入るようになったが、この傾向は今後さらに加速されると思われる。

一方では、これまで以上に介護度が重い人でも在宅が可能な体制を作っていくことが検討されている。地域ケアでは、訪問介護もケアプランに沿ったものだけでなく、例えば、昼間の時間帯のほか夜でも対応する、緊急の対応もできるようにしていくことなど、自宅以外の高齢者にふさわしい住まいの整備についても検討されている。

認知症のケア

要介護認定を受けた方の半数が認知症であったというデータを見て国は愕然(がくぜん)とし、ADL中心の身体的ケアから認知症中心のケアへと転換を図ることになった。認知症高齢者に対するケアを高齢者ケアの標準とすべきと言っているが、一方、介護予防はADLが中心であり、この辺は矛盾していると筆者は感じている。

身体ケアモデルから身体ケア+認知症ケアモデル、もしくは予防モデルへの転換が図られ、地域における総合的・継続的認知症ケア支援体制の整備が計画されている。

認知症ケアの地域における展開

認知症ケアは、地域で展開することを目指して導入された。すなわち、小学校区や中学校区程度の広さの利用者の生活圏域内で完結する、安心で身近に感じる即時対応が可能な地域密着型のケア

を実現することである。サービス計画の策定にはサービス圏域という概念を導入し、市町村長の介護保険事業計画として圏域単位でのサービス提供の完結が基本となる。

ケアの在り方としては、地域全体で見て、そこに当然ながら医療も必要であり、かかりつけ医も必要となる。介護保険発足

時にはグループホームが設けられたが、今回の介護保険の改正では新たに小規模多機能型のサービス拠点を立ち上げ、そこが中心となり認知症ケアを実施していく。小規模・多機能サービスの拠点は、在宅利用者の容態変化に対応したさまざまな介護サービスを随時適切に、すなわち365日・24時間切れ目なく一体的・複合的に提供する(図4)。基本的な考え方は、「通い」を中心として、要介護者の容態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活を支持することを目的としている。

施設は約10人単位の個室で、10人単位で簡単な食事ができ、施設職員と一緒に生活していくようなイメージのユニットケアに変わっていく。施設はこれまでとは構造も運用も変わり、一部は施設の外へも展開することになる。

認知症ケアの世界の流れを見てみると、デンマークでは施設はもうなくなり在宅で介護をしている。ドイツは介護保険が運用され始め、ケアの質が重視されるようになってきたが、大きな赤字が出ている。スウェーデンではユニットケアが、オランダや英国は person-centered care に沿ったケアが提供される仕組みになっている。

高齢者の虐待問題

身体虐待を受けた人は外傷などがあり、病院に来ることが多い。現在は、医師には発見したときの通報義務がないが、高齢者虐待防止法案ができると、生命に危険が予測される場合には警察・市町

表1 高齢者虐待リスクアセスメント表

(各項目の点数を合計し、5点以上で要注意)

	0	1	2	3
日常生活自立度	J・A	B	C	—
問題行動	無	有	—	—
本人の経済状態	よいと思う 普通	悪いと思う	—	—
家族との人間関係	よい	どちらともいえない	—	悪い
要介護状態になる前の家族との人間関係	よい	悪い どちらともいえない	—	—
介護の負担感	無	—	有	—
主介護者に対する他の家族の協力	有	無	—	—
家族の飲酒問題	無	—	有	—
主介護者が怠惰な生活をしている	していない	している	—	—
主介護者の介護サービス受け入れの状況	積極的	—	勧められていやいや 拒否	—

(名古屋市高齢者虐待調査研究会作成)

村の窓口や地域包括支援センターに通報しなければならない。この法律は、介護者の制裁ではなく、介護者を支援し虐待を止めることを目的としている。性的虐待や心理的虐待、特に在宅における心理的虐待の報告は非常に多い。ほかに意図的に食事を提供しない、病院に行かせないなどの「放任」がある。この放任は気付かないと発見されず、こうした虐待の種類があるのだということを知っていなければならない。

また、われわれ医療関係者には解決が難しい虐待として、経済虐待がある。厚生労働省から昨年資料が発表されたが、そのなかで目立ったのが男性介護者による虐待である。自分が働かずに親の年金で生活している人がかなり存在する。高齢者本人が納得してお金を渡しているのであればよいが、介護者が勝手に通帳などを持っていってしまうケースがある。これは医療では解決できず、弁護士に依頼するなどして成年後見制度を使うことになる。さらに、自己放任(自分で食事を拒否)や置き去り(施設や病院に置きっ放しにして家族がどこかへ行ってしまう)ということがまれにある。

虐待される人は、われわれの調査では、要介護度の高い人が多く半数が要介護3以上であり、7割が要介護認定者で、認知症の人が5～6割いる。全国調査では、被虐待者の8割に認知症があるというデータがある。虐待は医療機関や訪問介護で見つけやすいが、虐待対策としてきちんと通報を義務

付ける法律が必要である。名古屋市では、平成17年度に2,300万円の予算をかけてシェルターを作り、また虐待防止相談センターも作った。神奈川県では横須賀市が先進的な取り組みを行っているが、今後はすべての市町村がこうした対策を取る必要がある。

虐待の発見については、リスクアセスメント表が開発されている(表1)。要介護度、問題行動の有無、認知症の有無、本人の経済状態、人間関係、家族の負担が高いなどの項目について重み付けをして、点数化している。16点満点であるが、5点以上では虐待のリスクがあるというデータが出ている。訪問看護師やケアマネジャーがこれを携えて評価を行うことで、虐待のリスクを発見できる。

おわりに

介護保険の改正には、ハード面とソフト面のふたつがある。ハード面では、地域包括支援センターの設立、小規模多機能型のサービス拠点の設置が中心となる。実際の運営に当たっては細部に問題がないわけではないが、今回の改正は特に認知症のケアに対して影響が大きいと考えられる。ほかに、高齢者虐待防止、車の運転や告知の問題など今後の課題も少なくない。さらに、プライマリケアのレベルでは早期診断と早期治療をどのように的確に行うか、地域における連携システムをいかに構築していくかが重要になる。

認知症の ケアマネジメント

国立長寿医療センター包括診療部 遠藤英俊

● 抄録

認知症のケアマネジメントは、平成18年度以降の介護保険の改正を端緒にハード、ソフトとも返還期を迎えている。とくに「パーソンセンタードケア」という理念のもとに、グループホームやユニットケア、さらには小規模多機能居宅介護と認知症のケアが変わりつつあり、なかでも認知症ケアマネジメントセンター方式が厚生労働省により推進されており、徐々に利用されつつあるところである。このアセスメントを用い、個別ケアを実現していくことが新しい時代の認知症のケアマネジメントの方向であると確信している。また今後は、地域包括支援センターができ、認知症対策の相談、助言の窓口ともなり、高齢者虐待防止や成年後見制度の利用の促進も含め、地域の医療と福祉の認知症対策の中核として機能することが計画されている。介護支援専門員を中心に在宅であれ、施設であれ、認知症のケアマネジメントが前進することを期待している。

Key Words : 認知症, ケアマネジメント, センター方式, パーソンセンタードケア

ケアマネジメント学, (4) : 24-28, 2005

はじめに

2003年6月に厚生労働省からだされた「2015年の高齢者介護」報告によれば、介護保険の利用者の分析から、身体ケアモデルから痴呆ケアモデルへの転換と痴呆ケアの普遍化が目標とされた。その答申を受ける形で、2006年4月以降に介護保険の改正が実施されようとしている。そのなかで国が第1に行ったのが、厚労省によって学識経験者の意見を踏まえ、平成16年12月より痴呆という用語を一般用語や行政用語において「認知症」と言い換えることであった。用語を換えることで、認知症の印象や概念も変わる。その中心の1つとなるのが、認知症のケアマネジメントの確立であ

る。認知症介護研究研修東京センターが中心となり、現場を中心にアセスメントが作成された。そこで現在検討されているのが認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式といわれるものである。高齢者の増加に伴い認知症をもつ人も急激に増加し、超高齢社会において認知症のケアは避けて通れない。認知症のケアマネジメントは認知症を的確にアセスメントする方法や専用のサービスの欠如のために、これまで認知症のケアの提供において十分ではなかったといえよう。そのため今後、このセンター方式アセスメントが在宅であれ、施設であれ、認知症をもつ人の場合には、政策的にも広く利用されるようになると思われる。

I. 認知症ケアマネジメント・センター方式

介護保険では、サービスの質を確保するための共通方法として、ケアマネジメントが導入された。

Hidetoshi Endo

Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3

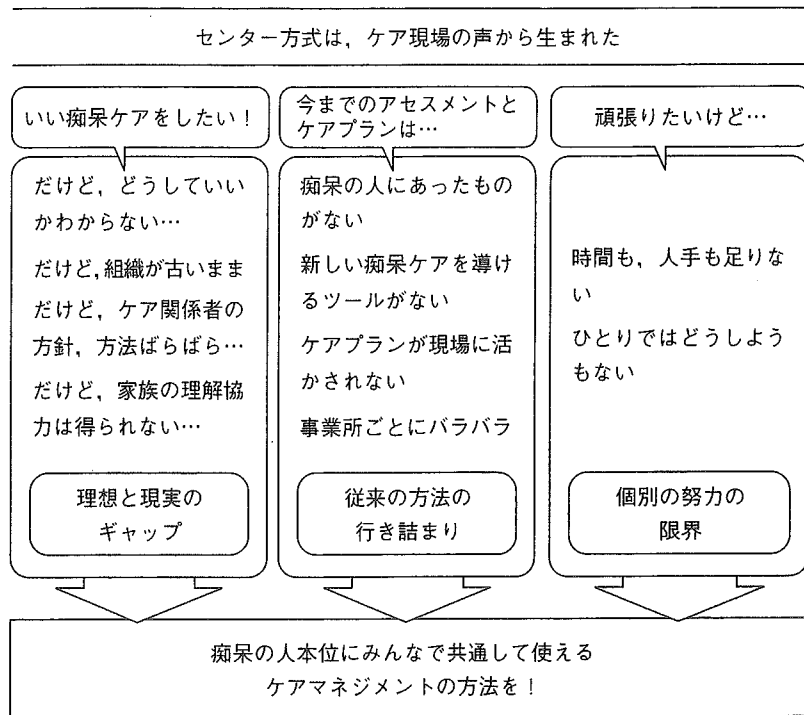


図1 センター方式の経過

それは、利用者の暮らしとケアの課題を見極め (=アセスメント), 課題解決のための計画 (=ケアプラン) をつくり, 実践してみた結果を点検し, よりよくしていく一連のシステムである。認知症の1つのモデルとしてオーストラリアのハモンドグループがモデルケアプランを作成している¹⁾。しかし、とくに認知症をもつ人の場合、なにをアセスメントし、どんなケアプランを立てたらよいのか、その共通の方法がこれまでは存在しなかった。ケア関係者が各自まちまちの方法で取り組んでいたため、ケアの方針や内容がサービス事業所や職員の間でバラバラになってしまい、ケアの成果を得られないだけでなく、本人や家族が混乱を強めていくという残念な事態が続いてきた。そんななか、“新しい認知症ケアを目指して、関係者がいっしょに使える共通の方法と仕組みをつくりたい”というケア現場の強い要望を出発点に、『新しい認知症ケア』を目指した認知症高齢者ケアマネジメントシートの開発が始まった。そして「認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）」を中心に認知症ケアに関する研究者や現場

表1 センター式アセスメントの理念

① 尊厳, 利用者本位
② 安心, 生の充実
③ 自立支援, リハビリテーション
④ 安全・健康・予防
⑤ 家族や地域と共に進むケア (地域包括支援)

表2 センター方式アセスメントの5つの視点

① その人らしさ
② 安心・快
③ 力の発揮
④ 安全・健康
⑤ 暮らしの継続性

のエキスパートの協働成果として、「認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式シート」が開発された。

II. 尊厳あるケアを求めて

人がその人らしく最期まで生きることは憲法で保障されている権利である。しかし施設という特

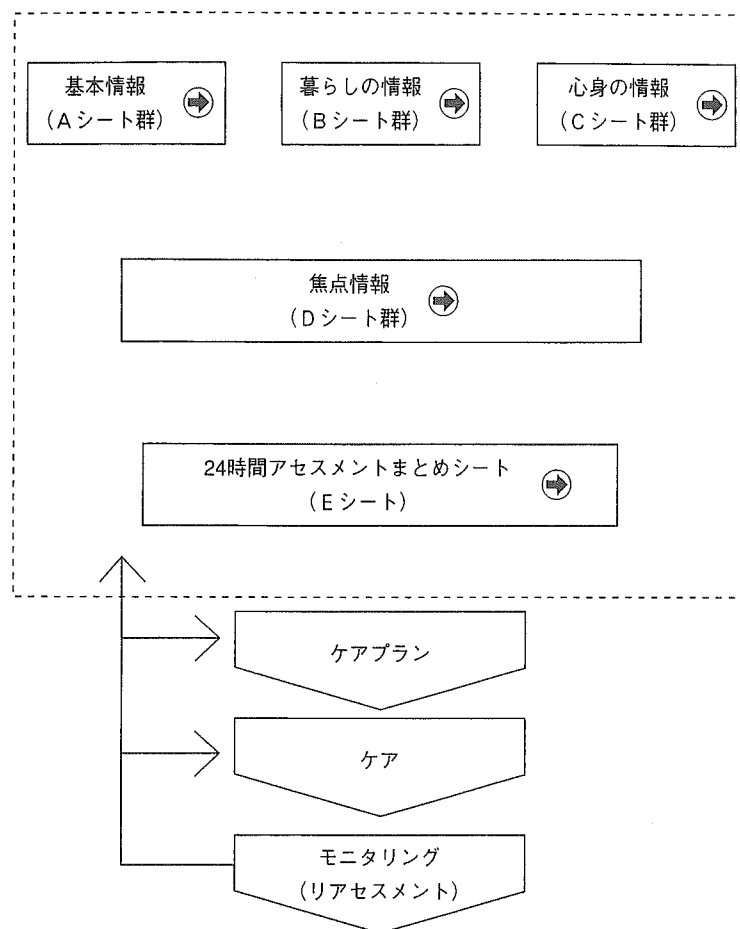


図2 センター方式シートのA～Eまで5つのシート

殊な環境のなかで「与えるケア」に終始しているのは、仕方のないことであろうか？ 決められたケアを提供することは、受動的な生活を助長しているのではないだろうかと考えている。高齢者には与えるケアではなく「支えるケア」や「寄り添うケア」が重要である。今後介護施設は大規模施設から29床程度までの小規模多機能地域ケアに転換されようとしている。そういう環境やハードの転換にとどまらず、同時にケア提供者の理念や心の転換が必要である。つまり新しい認知症ケアとは認知症をもつその人と共に暮らす共生の姿勢が求められる。そのとき介護職は集団ケアから個別ケアへの意識改革が求められる²⁾。そういう観点からのケアマネジメントが重要であることはいうまでもない。

Ⅲ. パーソンセンタードケア(PCC)について

「その人らしいケア」とは尊厳あるケアである。しかしその人らしくあるために、その人をよく理解することが重要であり、得てしてそれがむずかしい。このアセスメントは記述式であるが、これを利用すると「認知症その人」がよくみえるように作成されている。今後多くのサービス事業者や施設で利用されることを期待する。またこのセンター方式はこれまでのアセスメントとは視点が異なるため、革命的でもある。この点の理解が進まないと古い体質の現場は混乱する可能性もある。

認知症ケアマッピング(DCM)とは、PCCを基に構築されており、認知症の行動やスタッフのかかわりなどを分析し、その人にあったよりよい認知症ケアを提供していくための認知症ケアにお

ける評価ツールの1つである。痴呆ケアに対し、イギリスでは、高齢者のための公的サービスの枠組み 2001-スタンダード2においてPCCを実施するように規定され実施されている。

DCMは、1989年イギリスの心理学者Tom Kitwoodらにより提唱されたパーソンセンタードケア(PCC)の概念に基づいた認知症ケアの評価ツールのことをいう。DCMの実施にあたり、PCCの概念の理解は不可欠といえる。医療・看護の世界にも「患者中心の看護」という言葉がある。患者の意思を尊重した個を中心としたケアという意味では、非常に似ていると思われる³⁾。

認知症という疾患は一般の患者に比べ、関係を築くうえで共通理解が得られにくい点で困難を要する。そのため、介護者側が認知症患者側との距離を縮めていくためにその人にあったケアが必要となる。これがPCCである。これを評価するためにキットウッド博士によりDCMは考案された。DCMは、患者の行動を24のカテゴリーに分類し、well-being(よい状態)とill-being(悪い状態)のスケールを用いて患者の行動を評価し、ケア担当者にその結果をフィードバックしていく認知症評価のツールである。表1と2にその内容の一覧を示した。これらを行うことによって、患者、個の行動から施設全体のケアを見直し質の改善を図り、人材育成にもつながり、さらに患者ケアの質の向上へとつながることになる。

上記の手法を用いて介護施設を選択し、1日6時間、5分ごとの評価を行い、その結果を用いて、グループホーム、宅老所などのケアの評価、ケアの標準化を行い、今後のケアのあり方について介入と改善を行う計画である。また3か月後に再度マッピングを行い、その変化の調査を行う。この手法が日本での高齢者ケアの標準化、介護のエビデンスの構築に有用である可能性がある。

IV. これからの認知症ケアの潮流

だれでもが安心して暮らせる社会を構築するこ

とは人間の理想である。たとえ認知症を患っても、尊厳を保ち、安らかに暮らせる社会こそが理想である。そのために教育も社会制度もしっかり構築することが重要である。真の福祉はそこから始まり、そこを求めて発展すると思う。制度上は今後小規模多機能型居宅介護に順次移行していくものと思われるが、認知症のためのサービスやコミュニケーション技法などがあり、さらにケア提供者の意識改革がどうしても避けて通れない。医師も看護師も急性期の病院では医療モデルも重要であるが、介護ではいわゆるQOLを追求した生活モデルの導入が必要である。そうでなければ認知症の長期にわたる生活を支援するケアはできないであろう。またオーストラリアのクリステチーンブライデンさんのように、アルツハイマー病患者自らが患者であることを告白し、その患者の悩みや気持ちを表し、その声に耳を傾けてほしいと主張しだしている。つまりこれからの介護提供者はより患者や病める人の声に傾聴し、そこからケアを始める必要があるからである。これは新しい認知症ケアの潮流に他ならない。

V. 尊厳ある生活療法

認知症の生活療法という分野があるとすれば、日常生活における通常の生活により、認知症の進行を遅延させることを意図した活動であると定義することができる。通常われわれが診療時に患者や介護者に指導することを記述してみる。物忘れを主訴に来院する患者のほとんどが新聞を読まない、テレビを見ない、字を書かない生活をしている。またはテレビを見てもほとんど眺めているだけという状況である。そこででてくる課題は、高齢者や退職後、もしくは料理などをしない状況で、することがないという状況がみえてくる。日常生活において、人と会話をすること、字を書くこと、歩くことなど当たり前のことが重要である。そしてケアアセスメントを立て、その後ケアプランを立案し、実際の介護サービスの提供となるが、ケ

アの提供にあたり、質のよいサービスとチームアプローチが重要である⁴⁾。

つまり、初期の段階では生活やケアそのものが生活療法というべきものであり、ADL（日常生活動作）、IADL（日常生活関連動作）を実行し、維持訓練することが生活療法そのものであると定義できよう。しかし近年グループホームやユニットケアにおいて生活を支援することが最大の目標であり、リハビリ的行為が否定される傾向がある。そのためにADLの低下が著しいのではないかというデータもある。散歩にしろ、軽度負担の体操にしろ、日常で行われる最低の日常行為である。さて生活療法はもともと作業療法においても実践されてきた。しかしここでは一般的日常生活のなかでの生活療法が重要である。こうした行為を日常的に、継続的に行うことが認知症の進行遅延に重要であると思われる。実際、運動、ダンス、音楽、ジャグリングなどは脳神経活動の賦活に有用であるとされている。排泄ケアも実は生活療法の1つであり、おむつを外すことでADLやQOLが改善する。このことをより検証し、標準化して、日本中に広めることがわれわれの役目である。

VI. 医療からみた認知症

アルツハイマー病については最近脳血流シンチの結果を画像統計解析することにより、早期診断が比較的確実にできるようになってきている。一方で、早期に診断が可能となってきたためにアルツハイマー病の告知の問題がでてきた。また個人

情報保護法の施行により、より診断については慎重に扱う必要がでてきている。65歳以下の初老期、若年期の認知症の告知は慎重であるべきであり、臨床心理士によるカウンセリングなども含め、面接を繰り返し、病気の理解を得て、病気を受け入れる準備の支援をしていく必要がある。そこでナラティブベイスドメディスン（NBM）の重要性がある。薬の使用や生活療法の視点も相談しつつ、医療判断をしていく必要がある。

VII. おわりに

尊厳ある認知症ケアについて、筆者なりに現状の考え方、これからの新しい認知症ケアの方向性についてまとめた。キーワードはセンター方式アセスメント、パーソンセンタードケア、認知症ケアマッピングである。認知症になっても優れたケアマネジメントにより、本人ならびに介護者が安心して暮らせる社会がくることを祈念する。

【文献】

- 1) 内藤佳津雄, 今井幸充, 改訂高齢者障害スケール使用のための準備, 痴呆性高齢者の介護のためのモデルケアプラン, xi-xxii, ワールドプランニング(2004).
- 2) 長谷川和夫, 痴呆ケアの理念, 痴呆ケアの標準テキスト, 19-28, ワールドプランニング, 東京 (2004).
- 3) 太田黒友子, DCMを用いた評価方法とケアの導き方, 痴呆介護 5, 1, 32-44 (2004).
- 4) 遠藤英俊, 痴呆性高齢者のアセスメントとチーム医療, 痴呆性高齢者のクリニカルパス, 46-48, 日経研出版, 名古屋 (2004).



障害者自立支援法における障害程度区分

前回は、福祉用具と補装具について触れました。今回は、障害者自立支援法案における障害程度区分について考えてみたいと思います。介護保険制度におけるケアマネジャーの方も、障害程度区分がどのようなもので、その目的は何かを理解するとともに、介護保険制度における要介護認定とどのように違うのか知っておくことが大切です。



障害者自立支援法の障害程度区分

本誌6月号では、「サービス支給決定の流れと障害程度区分判定等試行事業」について厚生労働省の石渡博幸障害福祉専門官が説明していました。まだ、具体的な障害程度区分の認定については、明らかにされていませんが、現在、61市町村の自治体で障害程度区分判定等の試行事業を実施している段階で、7月に試行事業のとりまとめが行われることになっています。

そこで、障害程度区分がなぜ必要なのかを考えてみる必要があります。障害者自立支援法案では、公平なサービスを利用するための手続きや基準の透明化・明確化を改革のポイントとして示しています。では、現行の制度において手続きや基準が透明でなく、明確になっていないのかということと必ずしもそうは言いきれないところもあります。

現在、市町村は、身体障害者と知的障害者が福祉サービスを利用する場合、支援費制度における障害程度区分の認定を行っています。施設を利用する場合、その種類によって、障害程度区分の聞き取り項目が若干異なっています。つまり、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設、身体障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者更生施設、知的障害者通勤寮、独立行政法人国立のぞみの園といった各施設ごとにチェック項目が異なり、障害程度区分が3段階に設定され、施設訓練等支援費の支給額に差が設けられています。その聞き取り項目は、すべての障害者程度区分について、生活動作等支援と社会参加等支援の二つの領域に分かれ、身体介助、医療・保健、生活援助、相談援助・社会参加、訓練・作業、コミュニケーション、地域移行の7つの分野において聞き取りを行っています。

一方、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイの在宅福祉サービスを利用するときは、ホームヘルプサービスとデイサービス、ショートステイとで支給額

表1 身体障害者デイサービス及びショートステイの区分内容

区分	障害の程度
区分1	食事、排せつ、入浴及び移動のうち3つ以上の日常生活動作について全介助を必要とする程度又はこれに準ずる程度
区分2	食事、排せつ、入浴及び移動のうち3つ以上の日常生活動作について一部介助を必要とする程度又はこれに準ずる程度
区分3	区分1及び区分2に該当しない程度

の算出方法が異なっています。ホームヘルプサービスは、時間単価で支給額が決定されています。デイサービスとショートステイは、単価を決めるための基準を設けてあり、その基準によって支給額が異なってきます。例えば、身体障害者のデイサービスとショートステイでは、表1のような3区分になっています。

現状では、このような基準をもっていますが、現行の制度の課題は、だれが、どのように決定するかという問題を抱えていることです。支給決定の基準を厳密にすることはいくらかでも可能です。現行の基準は、確かに、おおまかで支給決定をする市町村の裁量が大きなウエイトをもっています。支給決定の基準を厳密にすることによって、公平さが高められることが大切です。そのためには、障害者自立支援法案におけるアセスメントの調査項目を適切に評価する仕組みがカギとなります。障害者からの不服審査の請求は認められていますが、そこまで障害者が請求することは、まれだと言わざるを得ません。従って、障害者自立支援法案における審査会の手続きは、支給決定の透明化を進める観点から重要な手続きです。ただ、この審査会の運営をどのようにするか、障害当事者が参加できるようになるのかなどの課題も抱えています。

では、障害者自立支援法案では、どのような障害程度区分を目指しているのでしょうか。まず、身体障害、知的障害、精神障害の3障害の障害程度区分を策定することになっています。従って、3障害の障害者の心身の状況を把握することが目的となります。3障害の特性を

表2 介護保険制度と障害程度区分の基本調査項目の比較

介護保険制度の基本調査	障害程度区分における基本調査
マヒ等の有無	マヒ等の有無
関節の動く範囲	関節の動く範囲
寝返り	寝返り
起き上がり	起き上がり
座位保持	座位保持
立位保持	立位保持
歩行	歩行
移乗	移乗
移動	移動
立ち上がり	立ち上がり
片足での立位	片足での立位
洗身	洗身
じょくそう	じょくそう
えん下	えん下
食事摂取	食事摂取
飲水	飲水
排尿	排尿
排便	排便
清潔	清潔
衣服の着脱	衣服の着脱
薬の内服	薬の内服
金銭の管理	金銭の管理
電話の利用	電話の利用
日常生活の意思決定	日常生活の意思決定
視力	視力
聴力	聴力
意思の伝達	意思の伝達
介護者の指示への反応	意思の伝達の独自の方法
記憶・理解	介護者の指示への反応
問題行動	言葉以外の手段を用いた説明
過去14日間の医療	記憶・理解
	行動
	過去14日間の医療
	調理
	食事の配膳・下膳
	掃除（整理整頓を含む）
	洗濯
	入浴の準備と後片付け
	買い物
	交通手段の利用
	文字の視覚的活用

考慮しながら、共通の調査項目を設定するのか、あるいは障害種別による調査項目を設定するのかが大きな課題となってきます。いずれにしても、この調査項目は全国共通のものとして国によって決定されることになります。また、障害程度区分は、介護給付を受ける場合の国庫負担基準額を決める療養介護、生活介護、重度包括支援などのサービスを給付する要件やサービス単価を決めるために用いられ、訓練等給付を受ける際のサービス利用の優先順位をつけるのに活用されると思われます。



介護保険制度の要介護度の認定と障害程度区分

介護保険制度では、要介護状態を認定するために、概況調査、基本調査を行い、審査会を経て決められています。障害者自立支援法案の場合、障害程度区分によって障害者の心身の状況を把握する作業が、介護保険制度の概況調査、基本調査に相当することになります。

そこで、現在進められている「障害程度区分判定等試行事業」における認定調査票の基本調査と介護保険制度の基本調査を比較してみましょう(表2)。

このように介護保険制度の基本調査の項目と障害程度区分の項目とは、重複している項目が多いことがわかります。障害程度区分の基本調査項目は、介護保険制度の基本調査の項目に障害者特有の介護状態を測定するための項目を追加したことがわかります。基本調査だけ比較して認定の手法全体を言い切るわけにはいきませんが、障害程度区分の認定と要介護状態の認定とは類似しているといえます。介護保険制度の基本調査の「問題行動」と障害程度区分の「行動」とは対応した調査項目ですが、内容としては障害程度区分の方は、障害者特有の行動の不応状態を聞き取る項目になっています。

このような基本調査の項目の違いは、当然、障害の特性を考慮すると出てくることになります。今後、これらの調査項目が障害者分野でどの程度公平性を反映させられるか検討することになるでしょう。いずれにしても、このように、高齢者と障害者の心身の状況を把握する項目は、ある程度共通の項目で測定できることがわかってくると思われます。



さいごに

障害程度区分について、介護保険制度の要介護認定との比較で考えてみました。高齢者のケアマネジャーはその対象者数が多いということから、障害者のケアマネジメントを見逃してしまう恐れがあります。ケアマネジャーは、支援を必要としている利用者のために、ケアマネジメントの発展に寄与する責務をもっていることを自覚してほしいと思います。

さかもと よういち

1949年鹿児島県生まれ。立教大学応用社会学研究科を修了後、国立東京視力障害センター、国立身体障害者リハビリテーションセンターにおいて、視覚障害者の生活訓練に携わり、1998年から厚生労働省障害福祉専門官として障害者ケアマネジメント、支援費制度等の障害者福祉行政を推進してきた。2003年4月から和洋女子大学において社会福祉関係の講義を担当している



障害者の ケアマネジメント・プロセス (1)

今回から、ケアマネジメントのプロセスの一つひとつについて考えてみたいと思います。ケアマネジメント・プロセスは、一般的に一定の手順が決まっています。しかしながら、その手続きをどのように進めていったらよいか、いろいろな考え方があるようです。さらに障害者自立支援法が成立して、このプロセスが障害者分野では従来のそれと異なってきたようです。そこで、今号ではケアマネジメント・プロセス全体の流れについて触れたいと思います。



通常のケアマネジメント・プロセス

ケアマネジメントの良い点は、そのプロセスを共通認識として明確にすることができるということです。つまり、計画を立てて、その計画に基づいてサービスを投入し、ニーズの実現を確認するプロセスがあるということです。ケアマネジメントが有効に機能しなかった場合、そのプロセスを追跡して、どの時点の介入に問題があったのかを振り返ることが容易にできます。従来の援助技術においても、援助の有効性を評価することはあったわけですが、そのプロセスが必ずしも一定した手順でなかったために、共通認識をもつことが難しかったのだと思われます。

通常のケアマネジメント・プロセスは、図1に示しているプロセスあるいは手順を踏むということで多くの実践家も一致した見解をとっています。そのプロセスを一通り概観してみましょう。

相談窓口は、一般的にはさまざまな相談支援を行うところです。したがって、補装具だけのニーズをもっている人も、ガイドヘルプだけのニーズをもっている人も相談支援を受けることができます。この相談窓口は、決

してケアマネジメントの対象者だけを相談支援するわけではありません。

その中で、ケアマネジメントを希望する利用者に対してはアセスメントに入ります。一般的な相談であれば、受付相談ということになりますが、受付相談においては、ケアマネジメントを希望するか否かの確認をとるだけであって、アセスメントを導入するのは、家庭訪問によるニーズ・アセスメントの段階からです。アセスメントは、ニーズ・アセスメント、ニーズを充足する方法の検討、社会資源の検討の三つの手続きを経ることになります。

その次に、アセスメントに基づき、ラフなケア計画(検討)表を作成します。最初から、完成されたケア計画表を作成することは難しいと思います。まずはラフなケア計画(検討)表を作成し、利用者との話し合いの場をもち、合意形成を図っていきます。

そして、利用者も同席するケア会議を開催します。このケア会議では、ケア計画(検討)表に基づき、ケア計画を完成させることは当然ですが、サービス提供者に対して、利用者のニーズを明確に伝え、共通の目的意識をもつことが肝要です。サービス提供者がばらばらにアプローチしても有効なサービス投入にはなりません。このケア会議をサービス調整会議と呼んでいるところ