

4 在宅介護支援システム

-快速ケアプラン「おもて参道」-

木村 恵子 日本訪問看護財団

内田 恵美子 日本訪問看護財団

「日本版 成人高齢者用 アセスメントとケアプラン」(財団方式)の概要

「日本版 成人高齢者用アセスメントとケアプラン (以下、「財団方式」)¹⁾ は、厚生省が介護保険での使用を認めているケアプランツールの1つである。1992年に日本看護協会が、在宅ケアにおける他職種との連携の必要性などの現状を踏まえ、看護職の訪問看護における基本的なアセスメント項目の統一と継続評価が可能なツールとして、「看護協会版 高齢者訪問看護アセスメントツール」を開発したのが発端である。その後、米国の「施設内高齢者用アセスメント用紙 (MDS/RAPs)²⁾ との比較検討を行い、双方の不足や重複を整理し、宮城県等において実施した詳細な調査の結果との

調整を行い、日本の在宅ケアにおけるニーズを的確に捉えるツールとして完成されたものである。

財団方式では、図-1に示した流れで、アセスメント→ケアプランの作成→サービス実施→モニタリングと評価までの一貫したケアマネージメントプロセスを実施することができる。この様式に従ってケアプランを立てることで、根拠に基づいたケアプランの作成を行うことができるのが特長である。

最初の段階であるアセスメントでは、約300項目の利用者および家族や住環境の状況についてチェックする。ターミナル状態のアセスメントも行えるようになっており、在宅ケアにおけるあらゆるニーズをすくい上げることができるよう設定されている。続くケアプラン作成の段階では、まず、

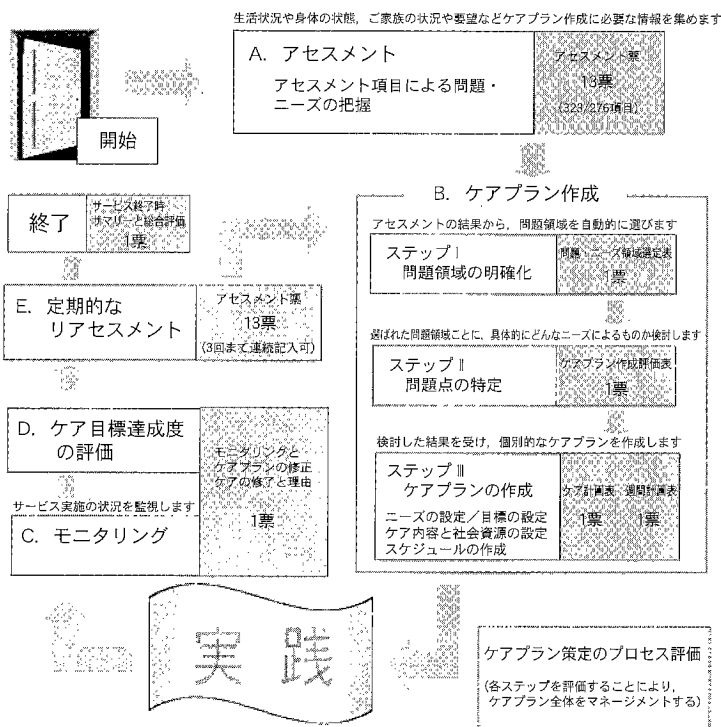


図-1 「財団方式」ケアマネージメントのプロセス

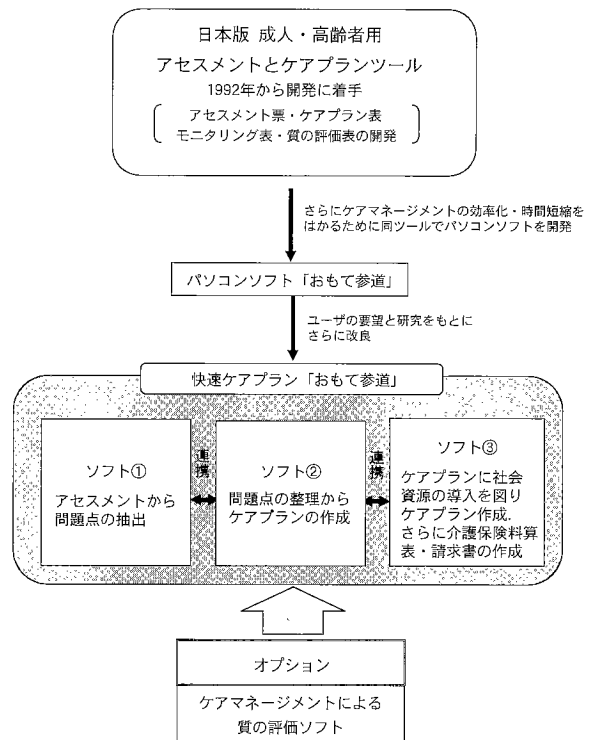


図-2 「快速ケアプラン「おもて参道」」開発過程と仕組み

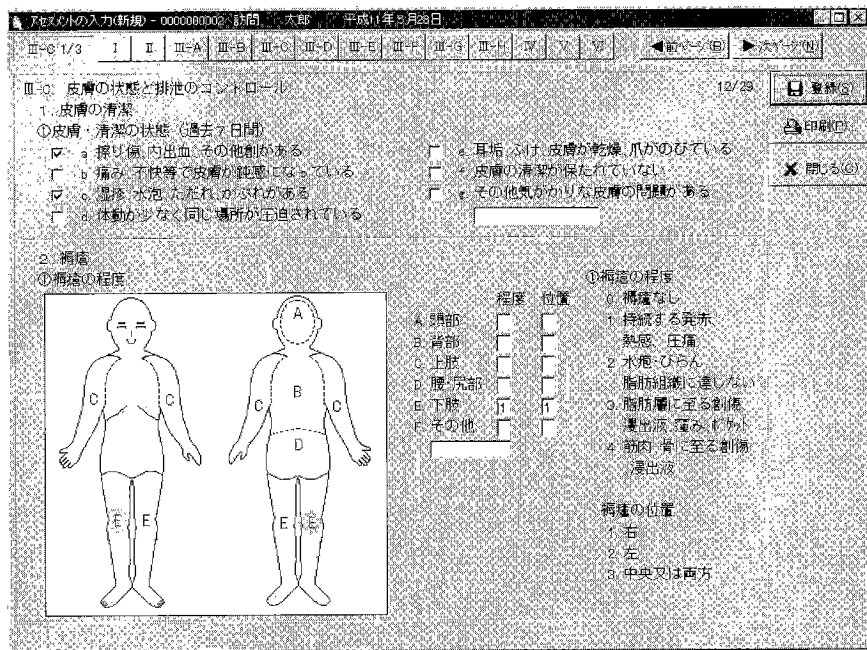


図-3 『快速ケアプラン「おもて参道」』画面例（アセスメント票の入力）

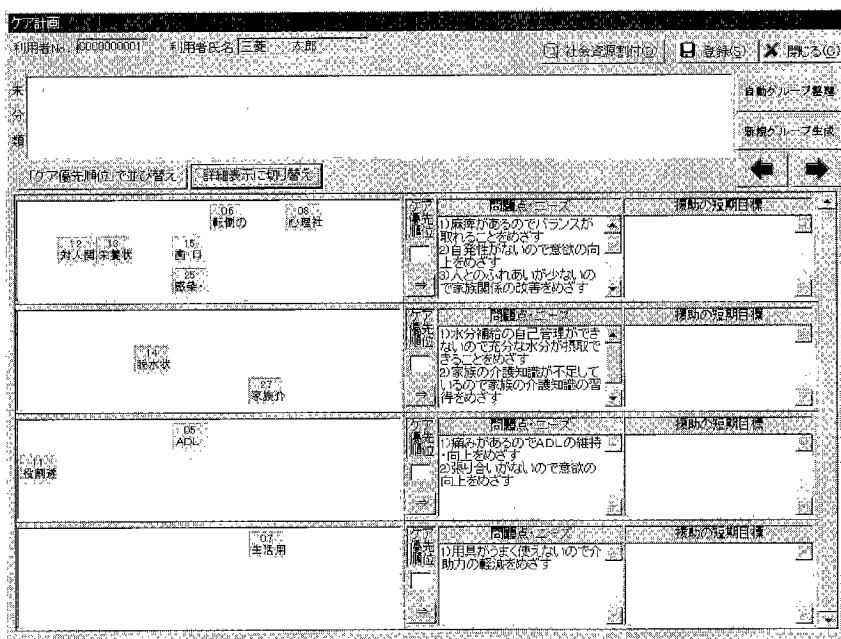


図-4 『快速ケアプラン「おもて参道」』画面例（ケア計画票・領域グループ化の編集）

アセスメント情報から、あらかじめ在宅ケアにおいて発生するものとして設定してある30の問題領域の中から、該当する問題領域を抽出する。問題領域を抽出する基準（トリガー）が決められており、手処理においても自動的に問題領域が抽出される仕組みになっている。抽出された問題領域ごとに、丁寧にニーズの検討を行い、関連した問題領域をまとめて、ケアプランの課題（ニーズ）とする。

対象とするケアプランは、在宅と施設の両方に対応しており、施設プランに使用の場合は、アセスメント項目を限定して、同様の手順でケアプラン

作成を行うことができるようになっている。高齢者は、施設から在宅へ、または在宅から施設へと居住場所を変更することが起こりやすく、共通して使用できることは、ケアを継続させる視点からも有意義なものである。

『快速ケアプラン「おもて参道」』の開発過程と仕組み

ケアマネジメント業務にコンピュータ・システムが必要であることは、すでに現場の共通認識になっており、介護支援専門員（ケアマネージャ

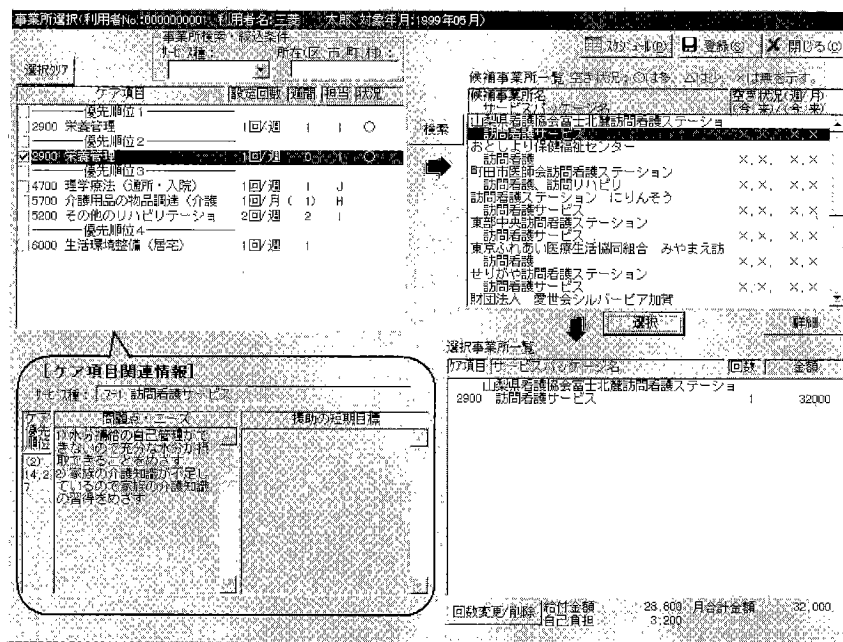


図-5 『快速ケアプラン「おもて参道」』(社会資源の選定)

一)の実務研修等においても高い関心が寄せられている。「財団方式」では開発当初から、コンピュータ・システムの開発も合わせて行い、「おもて参道」としてすでに多数の訪問看護ステーション等の機関で利用していただいている。ここにユーザの意見を盛り込み、さらに効率的なケアマネジメント支援システムとして、『快速ケアプラン「おもて参道」』が開発された。

本システムの構成は、図-2に示したように、①アセスメントから問題点を抽出するソフト、②問題点の整理からケアプランの作成を行うソフト、③ケア内容と社会資源を連結させ、レセプト請求を行うソフトの3つから成り立っている。また、本体とは別に、アセスメント項目を用いて、状態の変化からケアマネジメントの質を評価するためのソフトが用意されている(1996年に開発)。

ソフト①では、入力したアセスメント項目から問題領域を自動的に抽出し、その根拠となるアセスメントの情報を表示する(図-3参照)。ソフト②では、問題領域ごとにケアプラン検討の方向性をコンピュータが半自動的に支援し、内容の体系化と関連している問題領域のグループ化を行う。グループ化にあたっては、原因が同じ問題領域もしくは対応策の同じ問題領域は関連してケアプランを考えることが有効であるとの視点から、類似性の高い問題領域を1つの課題(ニーズ)としてまとめる機能がある。これはコンピュータがグループ化の一例を提案をするという位置づけであり、ドラッグするだけで、ユーザが簡単にグループを変更することができる機能が備わっている(図-4参照)。

ソフト③では、ケア項目が選択肢になっており、

選ぶだけで簡単に作業を進めることができる。ケア項目は、社会資源項目とリンクするようコード化されており、ケア項目から効率的にケアサービス機関を組み合わせることができる仕組みになっている(図-5参照)。

ケアマネジメント支援システムにおける計算機処理の困難点

ケアマネジメント支援において、最も重要かつ必要とされる段階として、アセスメントの結果からケアプランを作成する部分が挙げられる。この作業は、最も時間を要する段階である。この作業はどのツールを使っても、ケアマネージャーの力量に負うところが大きく、具体的な支援システムはこれまで皆無に等しかった。

また、利用者本位の個別性の高いケアプランを作成することは、一般化したルールを設定することと相反し、計算機によるデータ処理に適さない性質を持っているともいえる。他方、現状ではケアマネージャーの能力にばらつきが大きく、経験の差と職種による専門性の違いもあって、ユーザの求めている支援内容を限定するのが難しいといった問題もある。

『快速ケアプラン「おもて参道」』開発上の工夫点

次に、開発上の工夫について、3点述べる。

第1は、プロセス全体を通して、根拠に基づく支援を行っていることである。これはアセスメント情報を入力したら、根拠が知らされないまま、自

動的にケアプランが作成されるのではないということである。効率の観点からは、より少ない情報で結果が得られるシステムがよいのであろうが、ケアマネージメント支援システムでは支援の意味が分かること、なぜそうなったかという根拠が明らかになっていることが重要となる。介護保険の理念である利用者本位のケアプランの作成を實踐してゆくためにも、また、他職種でのチームアプローチが求められる点からも、ケアマネージャーがケア作成の根拠を説明できるシステムであることは重要なことといえる。

第2は、ユーザが使い込むことができるシステムになっている点である。これは、問題領域ごとにケアの方向性を検討する際、その選択肢に追加記入する機能を用意したことにより実現した。こうすることで利用者の個別的なニーズに対応することが可能となり、ユーザの使い回しも良くなった。また、使い込むことで、ユーザのケアプラン作成の癖といったものを理解したソフトに成長する点だが、大変好評をいただいている。さらに、熟練したケアマネージャーにも初心者にも共通して利用可能となった。

3点目は、使い勝手の良さを追求した点である。ケアプラン作成では、不慣れなうちは文章化することに手間取ることから、選択された項目から自動的に文章作成を支援する機能を用意した。また、本システムでは、基になる「財団方式」の手処理によるケアプラン作成プロセスを理解しているユーザが多いため、混乱を少なくするよう、画面を用紙のイメージと近いものにし、用紙のイメージを残すことを心がけた。このため、手処理からコンピュータ・システムの使用へスムーズに移行していただくことが可能となった。

『快速ケアプラン「おもて参道」』の特長

本システムの特長として、①作業時間の短縮、②質の高いケアプランの作成、③印刷物の充実の3点を取り上げ述べる。

時間短縮については、本システムで作業した場合、コンピュータ操作に慣れたユーザであれば、約45分で利用者ひとり分のケアプランを作成することができる。通常ケアプランの作成には数時間から10時間を超える膨大な時間を要しており、大幅な時間短縮を実現することができた。

また、質の高いケアプランを作成することは、ケアマネージメント支援システムの最大の使命である。『快速ケアプラン「おもて参道」』はアセスメントからケアプラン作成まで一貫した論理による支援システムであるため、本システムを用いることにより、質を落とすことなくケアプランを作成することが可能となる。さらに、設定されている手

順に沿って進めることで、ケアマネージメントの機能を学習するといった教育的効果も期待できる。

印刷物に関しては、アセスメント票では、3回分のアセスメントを並列で記入でき、利用者の経過が一目で分かるように工夫されている。また、ケアプラン作成関連の記録用紙は、ケアカンファレンスの資料としてそのまま使えるものであり、手処理の時と同じ様式で印刷できる。また、レセプト請求に必要な書類や各種統計結果の印刷も可能である。

今後の課題

今後、介護保険におけるケアマネージメント業務の実際や、ユーザのさらなるニーズに合わせて、本システムは改良が加えられてゆくであろうが、最後に、当面の課題について述べたい。まず、第1点目は社会資源を一元管理する仕組みを用意することである。ケアプラン作成では、利用するサービスの空き情報や利用条件等を確認してサービスを結びつけてゆく必要がある。当財団では現在、社会資源情報の共有化に関する開発に取り組んでいるところである。

第2点はユーザサポートのあり方についてである。システムの操作を説明をする際、ケアマネージメントの視点や方向性といったことも合わせてサポートすることは、ケアマネージャーの能力を上げ、ケアプランの質向上に貢献することになると考えられる。また、現場からの要望も強く、このような教育機能を持つユーザサポートを行ってゆくことが求められている。一方、これまで保健・医療・福祉の分野では、業務遂行上必ず必要なものではなかったために、コンピュータやインターネットの利用がそれほど活発ではないという現状がある。当財団の調査では、ケアマネージメント実施予定機関（自治体担当部局、在宅介護支援センター、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション等）109機関中、パソコンの普及率は78%であり、インターネット使用経験がある機関は17%のみであった。こうした状況の中、ケアマネージメント支援システムが有効に活用されるためには、コンピュータ使用環境の整備や、基本操作の習得のためのサポートも合わせて提供することも必要であると思われる。

参考文献

- 1) 内田恵美子、島内 節（編）：日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプランー成人高齢者用一、日本看護協会出版会（1999）。
- 2) 厚生省老人保健福祉局、厚生省老人保健課、厚生省老人福祉計画課（監）：高齢者ケアプラン策定指針、厚生科学研究所（1994）。

（平成11年5月29日受付）