

1 在宅介護支援システムの現状

田上 豊 (株) 三菱総合研究所
 村嶋 幸代 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野
 福田 健 (株) 三菱総合研究所
 古場 裕司 (株) 三菱総合研究所

ケアマネジメントの概要

一般にケアマネジメントとは、「利用可能な社会資源の中で個人のニーズを確認し、それに対応する一連のプロセス」であり、その一連のプロセスは「①情報の提供、②アセスメント・レベルの決定、③アセスメント、④ケアプランの作成、⑤ケアプランの実施、⑥モニタリング、⑦再検討」より構成されるとされている¹⁾。

平成12年4月から施行される介護保険において、利用者がサービスを利用するまでに、「要介護認定」と「介護支援サービス（以下、ケアマネジメ

ントと記す）」の2つのステップを踏むが、後者のケアマネジメントは、「要介護者および要支援者に対し、個々の解決すべき課題（ニーズ）や状態に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保健・医療・福祉にわたる介護の各サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系の確立」を目指して導入されるものである。ケアマネジメントでは、市町村における要介護認定あるいは要支援認定がなされた者のうち、希望する者に対して「介護サービス計画（ケアプラン）」が作成される（図-1参照）。

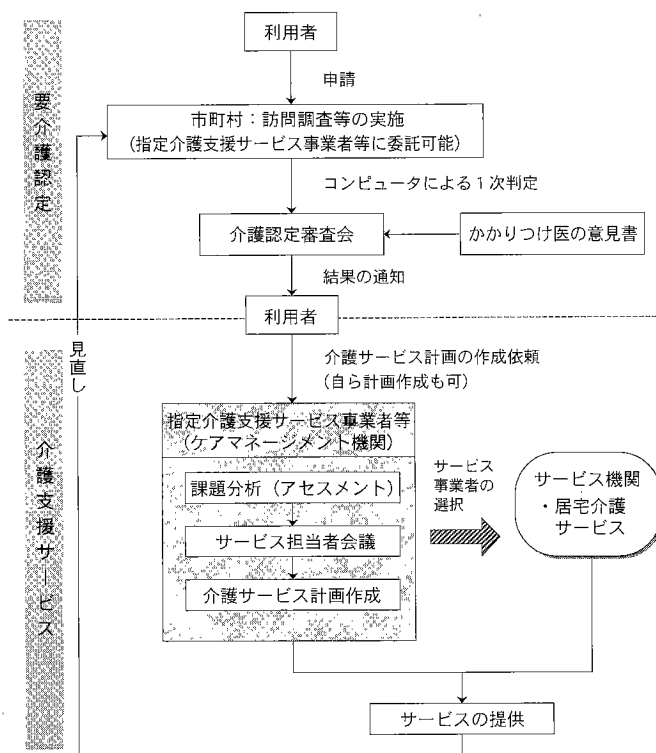


図-1 介護保険下におけるサービス利用までの流れ

この介護サービス計画を作成する機関は、都道府県知事が指定する「指定居宅介護支援事業者（介護保険法第46条，第79～85条）」であり、当該事業者は厚生省令で定める員数の「介護支援専門員（ケアマネージャー）」を配置することが必要となる。また、「介護支援専門員（ケアマネージャー）」とは、「要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス又は施設サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、介護保険施設等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして厚生省令で定める者」とされている。

ケアマネジメントのプロセスは、①課題分析（アセスメント）、②介護サービス計画の作成、③サービスの仲介や実施、④サービスの継続的な管理、の4つの過程とその循環より構成される。

(1) 課題分析（アセスメント）

「課題分析（アセスメント）」においては、個々の要介護者等の残存能力、すでに実施されているサービス、生活環境等の評価を通じて、要介護者等の抱える問題点等を整理し、個々の要介護者等が生活を継続・向上させていく上で生ずる解決すべき課題を把握することが重要である。

課題分析（アセスメント）の方法（アセスメント用紙）は、①MDS-HC方式、②三団体ケアプラン策定研究会方式、③日本介護福祉士会方式、④日本社会福祉士会方式、⑤日本訪問看護振興財団方式、等が開発されており、介護サービス実施機関では、それぞれにあった方式を採用している。

なお、アセスメント方式の特徴については、すでに多くの報告がなされているので、これらを参照されたい²⁾～⁶⁾。

(2) 介護サービス計画の作成

課題分析の結果に基づき要介護者等の解決すべき課題を分析し、当該地域のサービス提供基盤の状況等を踏まえて、介護サービス計画の原案を作成し、その後、実際にサービスを提供する実務担当者によるチームを結成し、この会議での検討結果を踏まえて、介護サービス計画を決定するものである。

(3) サービスの仲介や実施

介護支援専門員は、介護サービス計画に基づき、各種の介護サービスの仲介を行うとともに、要介護者等に対してサービスの提供を行う。

(4) サービスの継続的な管理

要介護者等に対して適切なサービスが提供されるよう、継続的な管理が行われる。

職 種	人 数	割 合
医 師	16人	0.1%
歯科医師	2人	0.0%
薬剤師	22人	0.2%
保健婦	4,356人	38.0%
助産婦	10人	0.1%
看護婦	2,285人	19.9%
理学療法士	88人	0.8%
作業療法士	38人	0.3%
社会福祉士	607人	5.3%
介護福祉士	1,626人	14.2%
ソーシャルワーカー	872人	7.6%
福祉事務所における現業員	198人	1.7%
ホームヘルパー	639人	5.6%
寮母等	61人	0.5%
教育関係者	0人	0.0%
社会福祉施設関係者	225人	2.0%
社会福祉団体関係者	147人	1.3%
その他の福祉関係者	44人	0.4%
行政関係者	186人	1.6%
その他	35人	0.3%
合 計	11,457人	100.0%

[1 地域あたりの平均は6.5名]

出典) 厚生省介護保険制度実施推進本部「全国介護保険担当課長会議資料 平成11年1月27日 資料No.4 要介護認定・介護支援サービス（ケアマネジメント）について」(1999)⁷⁾

表-1 介護サービス計画作成者の構成

ケアマネジメントの実施状況

高齢者介護サービス体制整備支援事業におけるケアマネジメントの実施状況⁷⁾

平成10年度に介護保険制度の事前準備として要介護認定および介護サービス計画の作成等の試行を行う「高齢者介護サービス体制整備支援事業」が全市区町村1,787地域で実施された。本事業のうち介護サービス計画の作成は、要介護または要支援と判定された在宅の調査対象者に対して、介護認定調査員、介護支援専門員指導者研修修了者等が行ったものである。

介護サービス計画の作成者は、保健婦（38.0%）が最も多く、次いで看護婦（19.9%）、介護福祉士（14.2%）の順であり（表-1）、使用したアセスメント方式はMDS-HC方式（38.1%）が最も多く、以下、三団体ケアプラン策定研究会方式（11.6%）、日本社会福祉士会方式（10.7%）、日本訪問看護振興財団方式（10.4%）、日本介護福祉士会方式（2.7%）の順であった。介護サービス計画にかかる平均所要時間は、課題分析（アセスメント）1時間50分、介護サービス計画原案の作成1時間44分、サービス担当者会議資料作成作業24分、サー

計画策定過程	平均作業時間(時分)
課題分析(アセスメント)	1時間50分
介護サービス計画原案の作成	1時間44分
サービス担当者会議資料作成作業	24分
サービス担当者会議開催時間	31分
合計時間	4時間28分

出典)厚生省介護保険制度実施推進本部「全国介護保険担当課長会議資料平成11年1月27日 資料No.4 要介護認定・介護支援サービス(ケアマネジメント)について」(1999)⁷⁾

表-2 介護サービス計画作成の各過程における平均所要時間

ビス担当者会議開催時間31分の合計4時間28分であった(表-2)。

介護サービス計画作成上の問題点等についての主な意見としては、課題分析については、アセスメントツールの書類が多く、課題分析に多大な時間がかかるため、課題分析項目の簡素化等が必要、アセスメント方式の選択に苦慮等があげられていた。また、サービス担当者会議については、出席者の日程調整に苦慮したり、効率的な会議運営のために会議資料の標準的な様式が必要といった意見があげられていた。

在宅サービス実施機関におけるケアマネジメントの実施状況

在宅サービス実施機関のうち訪問介護サービスおよび訪問看護サービスにおけるケアマネジメントの実施状況は下記のとおりである。

訪問介護サービス実施機関における「介護サービス計画(ケアプラン)」の作成状況は、利用者ごとのケアプランを作成しているのは約4割、ケアプランの作成者(介護保険では「介護支援専門員」)は、「訪問した介護職と管理責任者」、「訪問した介護職」がそれぞれ約4割となっている。ケアプランの見直し方法は、「担当部門内のケース検討会議で見直す」のが約6割であり、「外部機関とのケース検討会議で見直す」のは約35%となっている。ケースカンファレンスについて、「担当部門外や外部機関との合同ケースカンファレンスに参加」は56.8%であり、「担当部門内部で実施」は60.3%である。このケースカンファレンスの実施頻度は内部の場合、3.6回/月であり、外部との合同カンファレンスは1.5回/月である⁸⁾。

訪問看護サービス実施機関における「介護サービス計画(ケアプラン)」の作成状況は、総合的なケアプランを作成する利用者がいるのは48.2%であるが、訪問看護ステーションでは52.9%となっている。ケアプランの見直し頻度は、「月1回程度」が39.2%と最も多く、次いで「年1～5回程度」23.8%である。ケースカンファレンスを「外部機関との合同」で実施しているのは、訪問看護ステーションで69.4%である⁹⁾。

これらの調査結果は、介護保険制度のケアマネジメントについての調査結果ではないが、サービス提供の現場でのケアマネジメントについて以下のような点が指摘できる。

- (1) 介護サービス実施機関のサービス利用者には、他の機関のサービスを必要としない利用者がいること。
- (2) 介護サービス計画の見直しは問わず、月に1回以上は外部機関とのケースカンファレンスを開催していること。

米国におけるケアマネジメント・ツールの動向

ケアマネジメントは米国で生まれ、ケアマネジメントの評価に用いるアセスメントツール(記録様式)等の開発に長い歴史と実績がある。近年、米国を中心に在宅ケア分野においては、対象者の変化(アウトカム)を測定できる記録様式(データセット)が開発され、実際に現場で使われてきている。これらの記録様式に基づいて、対象者の状態像を継続的に把握すれば、2時点間の比較を行うことにより、在宅サービスを提供したことによるアウトカムを把握することが可能となるとともに、モニタリングに活用できることにもつながる。

在宅ケアにおいてアウトカム評価の重要性が高まってきた背景には、以下の点があげられる¹⁰⁾。

- (1) 1970～80年代のヘルスケア政策はコスト面に大きな関心を寄せてきたが、80年代後半以降、ヘルスケアの購入者——政府、事業家、個人——は、購入しているサービスの質を知りたいと考えるようになった。
- (2) 管理者から従業員まですべての人々が質を理解し、作り出すために、①組織に属するすべての人が質に責任を持つ、②サービスの利用者が一番重要である、③質の向上は継続的になされる必要がある、④統計を集めて問題解決に用いる、⑤アウトカムを通してプロセスの実行状況を測定する、といった企業における継続的質の改善(Continuous Quality Improvement; CQI)の考え方がヘルスケア分野に普及した。
- (3) ホームケア機関の質を規制する政府、州、また認定機関(JCAHO, CHAP等)などにおいて、サービス提供機関の構造(機関の目標、雇用契約、理事会、財政など)から、ケアの質、さらに患者アウトカムに重点が移されてきた。

アメリカでは1987年初め、HCFA(Health Care Financing Administration; 米国保健財政管理局)は、構造からアウトカムへと重点を移し、患者中心の測定用具の開発に研究費を出し、また1987年末、米国議会はケアのアウトカム、特に医学的・

タイトル	オマハ・システム	OCS (Outcome Concept Systems)	OASIS-A
開発者	Karen S. Martin, オマハ訪問看護婦協会	Mary Hartnett & Alexis A. Wilson	Peter W. Shaughnessy & Kathryn S. Crisler
開発年	1975年から約20年。1992年に出版。	1990年	1995年8月
開発の目的	実践家がケアをより能率的に効果的に記録することを可能にし、情報システムをマネジメントするのに重要なデータを生み出すようなシステムを作る。 この方式を使うことで、地域保健の質の保証および提供者が相互にコミュニケーションできるようになり、それを通して地域の保健活動が活性化される。	ナースがツールを利用して「記録を効果的にすること」と「質保証に必要な情報の管理をすること」という目的で、患者の健康問題やアウトカムを規定するため、機能状態の評価方法を用いる。	米国内の全国レベルで各在宅ケア提供機関のケアの質の維持・向上につなげるために、システムティックなアウトカム測定のための評価マニュアルを開発する。
構成	<ul style="list-style-type: none"> 問題分類方式、アウトカム用の問題評価尺度、そして介入計画の3要素／ツールからなる。各々、看護診断、クライアントのアウトカム、介入に対応している。 問題分類は、4領域で40の看護診断と、その修飾因子からなる。4領域は「環境」「心理社会的」「生理的」「健康関連行動」。 修飾因子は、2側面からなる。第1は「個人」か「家族」か、第2は、その問題が、「健康増進」の対象か、「潜在的障害」なのか、顕在化した「障害や状況」を示す。また、顕在化した問題には、「徴候／病状」により、問題がより具体的に示される。 アウトカムは、理解、態度、状態の各側面で各々（開始時、中間あるいは終了時のクライアントの状況）最も否定的な状態から肯定的な状態まで5段階で評価。 介入は「健康教育・保健指導・カウンセリング」、「治療と処置」、「ケースマネジメント」、「調査」の4カテゴリー区分と、62項目の焦点からなる。これに、「対象者に固有の情報」を加味し、介入する。 介入記録；介入計画の作成と、実施時の記録とに用いる。 	<p>Health Systemsは医学的診断に基づいた身体の健康体系である。</p> <p>Process Indicator：特定診断のカテゴリーによりケアのプロセスを把握して、記録。その範囲は、基本的にはその医学的診断体系に関連するすべての診断的カテゴリーを含む。体系によってはもちろん含まれない指標もある。</p> <p>アウトカム指標：サービス開始時、患者の健康状態、知識状態、技術状態についての機能的なレベルを査定し、達成目標を設定する。サービス終了時、再度患者の機能レベルを3側面で把握し、アウトカムの変化を記録する。</p> <p>看護ケアプラン：上記の査定を通してチェックされた事項について、健康状態、知識状態、技術の状態別にケアプランを作成する。</p> <p>臨床記録：ケアプランを立てるとき、患者が持つ健康問題と関連して把握すべき事項、また臨床で基本的にチェックするV/S、体重、水分出納（I/O）、浮腫、痛み、ドレナージなどについて記録する。</p> <p>記録評価：個々の患者について設定した目標が満足されたかどうかを評価する。</p>	<p>13領域89項目のアウトカム用の問題尺度のみから構成。</p> <ul style="list-style-type: none"> 採用されている領域：1. 利用者の個人情報／2. 住居のアレンジ／3. 介護力／4. 知覚／5. 皮膚／6. 呼吸／7. 排泄／8. 神経・情緒・行動／9. ADL・IADL／10. 薬のコンプライアンス／11. 装置の管理能力／12. 緊急時のケア／13. ケア終了時データ収集。 各クライアントに対してホームケア提供者がクライアントの状態を定期的に評価。 クライアントの状態に関する項目については全項目を評価する必要はなく、その機関がケアの質改善につなげたいと考えている関心のある項目を選出し、評価を行う。 本尺度における患者個々のデータ収集は、患者個人のケアプランの作成を行うためではなく、主として機関の評価のために行う。 評価法：2時点もしくは3時点以上における患者個々の状態を安定および改善の2面からの変化で捉え、安定率（状態の安定しているクライアント数／全クライアント数×100（%））、および改善率を出す。 評価結果により明らかとなった、各機関における問題点を改善するために具体的なケアプランを機関レベルで立てて、ケアの補強・改善などの介入を行い、再度評価を繰り返す、という一連の流れを踏むことで、各機関のケアの質を高めていく。

資料）村嶋幸代他「アウトカムをベースに開発されたホームケア用の記録様式とその比較」看護研究, Vol.30, No.5, pp.395-411 (1997) 6) より一部改変。

表-3 アメリカのケアマネージメント・ツールの概要

機能的状態の変化が評価できるよう決議した。その結果、対象者の機能を査定するための測定用具 (FAI; functional assessment instrument) が開発され、サービスの結果としての「状態の変化」が評価できるようになった。その後、メディケア（米国の高齢者を対象とした公的医療保険制度）では、「継続的な質の向上をはかるための患者中心、アウトカム中心の達成期待」、「標準化されたアセスメント用具」、「ケアの質を総合的に評価できるような指標」、「利用者の満足度に重点をおいた評価」を提案し、1991年、FAIをメディケアでの質の評価に用いるというプログラムが出され、在宅ケアに導入されることになった。

FAIは、健康状態 (Health status)、知識状態 (Knowledge status)、技術状態 (Skill status)、心理状態 (Psychological status) という4つの機能状態の評価ツールである。このFAIは、OASIS

(Outcome and Assessment Information Set)、オマハ・システム、MDS-RAPs (Minimum Data Set - Resident Assessment Protocols)、OCS (Outcome Concept Systems) 等のさまざまなケアマネージメント・ツールで使われている。これらのうち、オマハ・システム、OCS、OASISの概要を示したものが表-3である。

なお、我が国においても「日本訪問看護振興財団方式」では、アセスメント項目の2時点間の比較により、対象者のアウトカム変化を測定する研究開発が進められている¹¹⁾。

ケアマネージメントにおける情報化の展望

公的介護保険制度下では、サービスの利用者が希望すれば、ケアプランの作成をケアマネージャーに依頼することができるため、介護給付サービ

スを提供する機関は「指定居宅介護支援事業者」として、ケアマネジメント・サービスを提供していくことになる。以下では、ケアマネジメントの各段階ごとに、情報のシステム化の方向性を検討していくことにする。

ケアプランの作成支援

ケアプラン作成の前提となるアセスメント方式は現在でも5種類以上の方式が作成されているが、これらは対象者の所在（施設／在宅）、ケアマネージャーの資格の種類に対応して把握すべき対象者の特性に対する考え方やその後のケア内容に必要な情報といった観点等から、異なるものとして作成されたものと考えられる。

ケアマネジメントにおけるケアプランの作成を支援するための情報システムの機能には、以下のものが必要となる。

- ①利用者のアセスメント情報の入力
- ②アセスメント情報から利用者のニーズを抽出する論理データベース
- ③利用者のニーズに対応したケア提供基準
- ④利用者に対するケアプランの作成

これらの機能のすべてをコンピュータ化することは困難であり、特に③、④についてはサービス担当者会議での検討をいかに効率的・効果的に支援できるかといった観点からの開発が必要である。また、介護保険においては、要介護認定の結果、利用者の要介護度に応じた保険給付の上限という全国共通の介護サービスに加えて、市町村ごとの「上乘せ・横出しサービス」の設定も可能であることから、個々の市町村に対応できるシステムとして開発していくことが求められる。

ケアプランの作成支援においては、「アセスメント情報からニーズを抽出する論理」や「利用者に対するサービス提供基準」が最も本質的に重要であるが、これらについての標準化を進めていくことが必要である。

サービス担当者会議で作成されるケアプランを作成するためのアセスメント項目のみでは、訪問介護サービスや訪問看護サービスといった個々のサービス提供機関において具体的にサービスを提供していくためには不十分な場合があり、介護職、看護職等が活用できるアセスメント項目を追加するシステムをオプションとして用意しておくことも必要である。

サービス担当者会議の支援

前述したケアプラン作成支援システムのうち、③、④はサービス担当者会議における検討を支援する情報システムであるが、テレビ電話システムなど、サービス担当者会議を支援するシステムの開発も検討の余地があると考えられる。

サービス担当者会議は、利用者にかかわる複数の提供機関の担当者が参加して実施するものである。このため、あるサービス提供機関の対象者が利用しているその他のサービスの提供機関が単独である場合には、定期的なサービス担当者会議において検討することが効率的である。しかしながら、その他のサービス提供機関が複数存在する場合（都市部）には、それぞれの機関との連絡調整が必要となるため、担当者が一堂に会することは逆に無駄が多い場合もあり、テレビ会議等での開催が効率的である。

また、対象者が特殊なケースであり、より高度・専門的な知識を有する専門家の意見を取り入れてケアプランの作成・見直しやケア実施に関する意見を聞く必要がある場合に、特定の専門家がテレビ電話等で参加するといった場合が想定される。このような専門家の例として、医師（専門医）、訪問看護婦（がん、難病、人工呼吸器を用いたケア等を専門にする看護婦）、感染症の専門家（MRSA、肝炎等）、福祉用具の専門家等があげられる。

以上、在宅介護の支援システムのあり方について、公的介護保険下での利用者サービスとしてのケアマネジメントに関して、概要、実施状況、米国でのツールを紹介するとともに、情報化について私見を述べた。要介護度の認定基準は全国で統一されたが、介護サービスは地域の文化、それをを使う人の志向性に見合ったものでなければ受け入れられない。サービスが提供される自宅までの距離、コストも変化してくるため、地域の実情に応じた対応が検討される必要がある。

参考文献

- 1) 白澤他（訳）：ケアマネジャー実践ガイド、医学書院（1997）。
- 2) 森山美智子：高齢者のアセスメント・ツールを整理する、訪問看護と介護、Vol.2, No.4, pp.235-244（1997）。
- 3) 篠田道子：アセスメント8方式の特徴と使い方＜前編＞MDSから派生したMDS-HCと日本訪問看護振興財団方式、日経シニアビジネス、1999.3.1, pp.8-11（1999）。
- 4) 篠田道子：アセスメント8方式の特徴と使い方＜後編＞三団体、介護福祉社会、社会福祉社会、全社協、TAI、竹内の6方式、日経シニアビジネス、1999.3.29, pp.11-14（1999）。
- 5) 山田ゆかり他：ケアプラン方式の比較①在宅におけるケアプラン、訪問看護と介護、Vol.4, No.3, pp.179-188（1999）。
- 6) 村嶋幸代他：アウトカムをベースに開発されたホームケア用の記録様式とその比較、看護研究、Vol.30, No.5, pp.395-411（1997）。
- 7) 厚生省介護保険制度実施推進本部：全国介護保険担当課長会議資料、平成11年1月27日、資料No.4、要介護認定・介護支援サービス（ケアマネジメント）について（1999）。
- 8) 社会福祉・医療事業団：介護保険を支えるこれからの在宅介護サービス、中央法規出版（1998）。
- 9) 社団法人日本看護協会：1996全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査、日本看護協会出版会（1998）。
- 10) 村嶋幸代他：ホームケアにおけるアウトカムについて、看護研究、Vol.30, No.5, pp.351-363（1997）。
- 11) 島内 節他：在宅ケアのアウトカム研究 ケアの質管理プログラムの開発、看護研究、Vol.30, No.5, pp.377-394（1997）。

（平成11年5月19日受付）