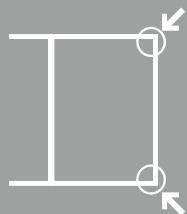
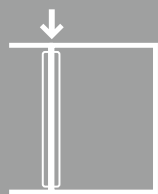


四隅 クリックでページ移動(全8ページ)



中央 クリックで全画面表示(再クリックで標準モードに復帰)



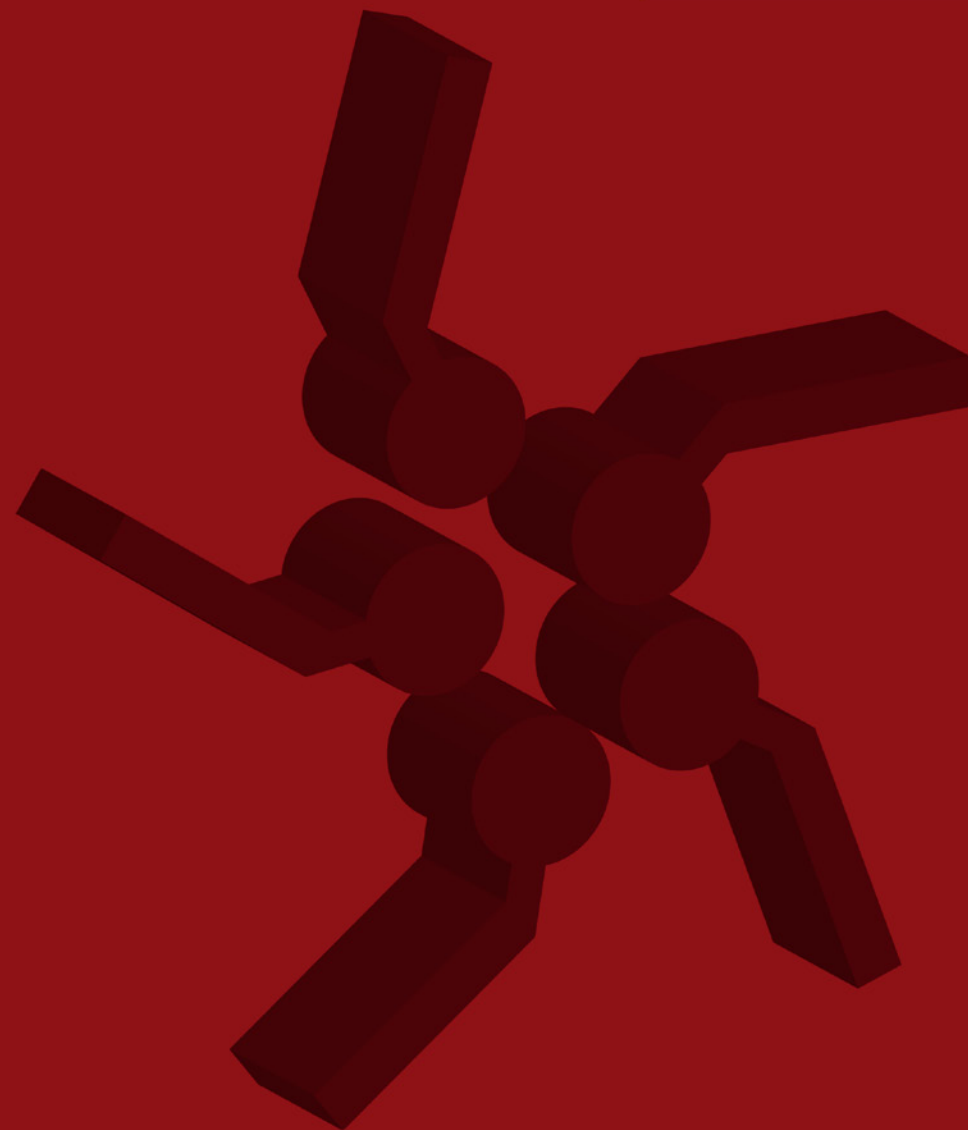
\* OS・ブラウザのバージョン等により機能が制限される場合があります。

# 多職種協働ケアで必要とされる 共通言語の基礎知識

介護老人保健施設 若宮苑 副施設長

安藤 繁 著

日本医事新報社



## ① 2012年問題

コンピュータが西暦2000年を正しく認識できず、一部では制御不能になるのではないかと、いわゆる「2000年問題」があったが、我々の世界では3年後の2012年をどのようにとらえているのであろうか？

ご存知のように今年度は介護報酬改定がなされた。来年度には診療報酬改定がなされることになっている。そして、2012年には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。

歴史的に、「金が足りない」ことを前提として物事が進められてきており、パイを増やすという発想はまったくなかったことが今後も踏襲されるのであろうか？ 当然ながら政権交代の影響はあるが、それがどのように反映されるのか関心があるのは筆者だけではないであろう。

マクロ・メゾレベルでは中医協の位置づけや委員の問題等々、すでに様々なアドバルーンが上げられているものの、具体的なビジョンはまだ見えてこない。

難しいことは分からないが、我々の身の回りにはミクロレベルの不整合や不適切はいくらでも散在しており、そのことが現に患者や利用者、我々にも不利益をもたらしている（個別の具体的なことは多すぎて記せない）。

杞憂と笑われるかもしれないが、2012年は大きな転換点となるだろうと考えられる。かつて某首相が言った「三方一両損」的であっては医療も介護も完全崩壊となろう。今のうちから現場・臨床レベルからの多くの発信をしてゆくことが、より具体的な「民意」を形成することに資するであろうし、現実的な指針を提示できよう。それが専門職の責任のひとつであろう。

日本医事新報 No. 4463 (2009年11月7日) 掲載

## ② Doの担保

医療の質の評価などによく用いられるドナベディアン・モデル (Donabedian's Model) は、保健医療の世界においては広く知られていることであろう。蛇足ではあろうが、質の概念モデルとして発表されたもので、構造 (structure)、過程 (process)、成果 (outcome) の3つの側面から評価することが提唱されている。

明解であることから、これをベースに多様な形に展開され国や自治体の政策評価にも活用されており、ケアマネジメントの分野においても有効なものとして認識されている。

単なる経験則だが、対人援助職はアウトカムの良否を必要以上に気にする傾向があるように感じる。良好なアウトカムが得られるにこしたことはないが、高齢者ケアなどでは生物生理的に不可逆的な低下が避けられない場合もあり、「結果論」だけに一喜一憂しては仕事にならない。極端な場合、援助者自身が精神的な健康を保てなくなってしまった例も見てきた。

何事もそうであるように、物事を遂行するためには「計画」がある。もちろん、根拠に基づいてしっかりと練り上げられたという前提であるが、その計画を忠実に実行したならば、予測されたアウトカムが得られる確率が高い。

ある調査によると、計画への関心は高いが、計画に沿った実行状況を確認する意識は意外に低いのである。つまり、プロセスが尽くされていないことも少なくなく、プロセス評価が不十分である実態が見えてきた。筆者らはプロセスの遵守を「Doの担保」と呼び、どのような方法が有効なのかを探る作業をしている。ケアチームや病院、施設には重要な事柄であろう。

日本医事新報 No. 4461 (2009年10月24日) 掲載

### ③ ICF (国際生活機能分類)

多職種協働の共通認識である「生活モデル」における対象の捉え方はICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 直訳は「機能、障害、健康の国際分類」だが、日本標準では「国際生活機能分類」) である。

2001年5月にWHO (世界保健機関) 総会において採択され、我が国でも厚労省が翌年に、日本語版「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」をホームページで取り上げ、周知・啓蒙活動を展開した。以降、概念や総論程度のことは多職種に浸透し、共通言語化されてきている(「構成要素レベル」までにとどまるが…)。

ところが、ここ数年の医療系専門職の新卒者の何人もが「学校で習わなかったから」と、まったく知識を持っていなかった。その中にリハビリ専門職が含まれていたのには本当に驚いた。

ICFの概念は、生活モデルをベースに物事を考えたり、チームケアを展開したりする際に必須のものである。一方で、専門分野では、構成する1,400以上に及ぶICFコードを基にした多様な研究成果が報告されている(個人的には現在進行中の、ある研究が大変に興味深い)。

筆者も含めた一般的なケアチーム員は、専門レベルまでは理解していても、概念・概要については理解している者が大半であろう。そうでなければチーム機能に支障が生じる。

ごく稀にプライマリケア医の中にご存知ない方がおり、カンファレンスで話が噛み合わないこともあると聞く。古いもので恐縮だが、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>にアクセスすると入門編を読むことができる。自院スタッフ教育にも有用であろう。

日本医事新報 No. 4431 (2009年3月28日)掲載

### ④ P4P (pay for performance)

在宅ケアチームには、回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟)の後方部隊という側面もある。そんなことから、2008年4月の診療報酬改定時に回復期リハ病棟に対する実質的なP4Pの導入に関心を持っていた。

釈迦に説法になるが、P4Pとは「成果主義」と呼ばれるもので、『回復期リハ病棟入院料1』では、「新規入院患者のうち1割5分以上が重症患者」、「退院患者のうち、転院等を除く者(在宅復帰した者)の割合が6割以上」、「重症患者回復病棟加算」では、「重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること」などが算定要件とされている。

要はアウトカムに最も重点を置いた報酬設定であり、プロセスなどは注目されず、導入前から多くの疑問が呈されていた代物である。導入後もメディアが「リハ難民」を語るために、一部ではP4Pの問題を取り上げることがある。

では、実際、現場レベルではどのように感じているのだろうか? リハビリテーション病院の管理職に尋ねてみた。ざっと羅列すると、「個性・個体差に関係なく、単に疾患別の日数で切られるので、スタッフは『あと何日』という強迫観念に囚われている」、「患者の『選別』がないと言えばウソになる」、「病棟での運動機能の改善ばかりに眼がいて、退院後の生活の視点が疎かになった」、「高次脳機能障害への対応が不十分になってしまった」。

「この患者さんは、何月何日までに『製品』にして『出荷』しなければならない」という言葉に彼らの苦悩が滲み出ている。P4Pが患者も医療者も苦しめているのは確からしい。

日本医事新報 No. 4429 (2009年3月14日)掲載

## 5 R4システム

現時点では全国でもごく一握りの方しかご存知ないものであるが、2010年3月上旬に(社)全国老人保健施設協会(以下、「全老健」)が公表した、新たな介護老人保健施設向けのケアマネジメント方式の名称が『R4システム』である。

介護保険制度における施設ケアマネジメントは「施設介護支援」と称され、論拠が十分とは言えない大雑把なものが介護支援専門員基本テキストに示されているが、機能性や実用性に欠けている実情が指摘されていた。そこで、全老健は複数の研究班の研究成果を3年余りの歳月をかけて検証し、より実用的で信頼性の高いケアマネジメント方式を創り上げた。

いくつもの特徴が挙げられるが、いわゆる既存のアセスメント・ツールを用いずに各専門職による直接的アセスメント等、まったく新しい独自のアセスメントを採用している。問診表や健康チェック表だけでは診断できないように、専門家による診察があつてこそ診断ができることと同じで、これは、各分野の専門職が配置されている老健ゆえに可能なことと言えよう。

また、生活モデルの考え方を重視して「ICFレベルアセスメント(仮称)」を用い、ICFに着目した生活機能全般のアセスメントを行うことも特徴である。他にもインテークの重視や以前に記した「Doの担保」の工夫など、学問レベルと実践レベルの根拠とニーズを融合させた画期的なものとして表現しても差し支えなからう。

筆者も一部に関与した事情から有用性を前面に出して記したが、改善の余地は少なからずあらうと思われ、パブリックコメント等を参考にして完成度を高めていくことになっている。

追記：2010年11月10日、厚労省認可のもとに「R4システム」のテキストが刊行された。

日本医事新報 No. 4483(2010年3月27日)掲載

## 6 アウトリーチ

何らかの疾病症状が出ていても、医療機関を受診しない人が少なからずいる。中には、もっと早期に受診していれば重症化せず、辛い思いもしないですみ、医療経済的にも「軽症」ですんだはずだ…という例もある。

ケアの領域でも同様なことがあり、客観的に支援が必要であることが明らかであるにもかかわらず、支援を求めてこない人が少なくない。そんな場合、相手を待っているのではなく、支援者側から出向いて行って支援活動を始めること、また、その方法を「アウトリーチ」と言う。

アウトリーチを要する理由は多様である。本人には解決すべき問題があることは分かっているが、他人を信用できなかったり、自身のプライドが傷つくことを恐れたりして、支援を受けようとしなかったりすることがある。

また、廃用に関する認識がないなど、本人が支援を要するとは思っていない場合もあれば、社会的制度の知識や情報がなく、置き去り状態の場合もある。

一方、介護を受けていて、自分ではさらなる支援を求めたいのだが、介護者がそれを認めないこともある。介護を受けていれば、まだ良いほうで、要介護状態にもかかわらず放置されていることもあり、これらは虐待に該当する。さらに、不況下において経済的理由により、必要な医療やケアが受けられないこともある。

医療でもケアでも、理由は様々であるがアウトリーチを要する事例は身近に散在している。プライバシーとの関連で難しい面もあるが、「手遅れ」だけは、あってはならない。そのためには、多職種の密な連携が求められる。

日本医事新報 No. 4433(2009年6月20日)掲載

## 7 アセスメント〔査定〕

何事でもそうであるように、見立てがしっかりしていなければよい手立ては見つからないし考えつかない。アセスメントは見立てである。

生物身体的側面、精神心理的側面、社会環境的側面から、対象者のセルフケア能力やとりまく環境を査定する。項目は多岐にわたり対象者ごとに異なるが、いわゆるアセスメント用ツールといわれるものがあり、代表的なものにはMDS-HC (Minimum Data Set-Home Care) がある。これはニーズを探るための前段階の、いわば情報収集リストである。ツールを使えばニーズが機械的に出てくるというものではなく、そんな魔法の道具はこの世に存在しない。

1人だけでアセスメントを済ませるのは難しいことで、多くの場合はチームアセスメントを必要とする。不得意分野や直接的観察に基づかない査定はアテにならないどころか、誤った情報源になってしまいリスクにさえる。

アセスメントの種類やレベルについての知識も大変に重要なのだが、その内容にまでは本稿では踏み込まない。ただ、押さえておきたいことは、欠点や問題点ばかりを探そうという問題指向型の視点ではなく、できることや得意分野、残存・活用可能資源や希望などを探ろうというプラス指向のポジティブな視点である。

問題指向型では欠点の穴埋めの発想になりがちで、セルフケア能力を向上させる手立てにつながりにくく本質的な解決に至りにくい。

また、現時点だけにとらわれず、過去も未来も査定範囲に含めておく必要がある。見立てのときは並行して手立てを考えることなどせず、見立てに集中しないと見落としが出やすい。

日本医事新報 No.4389(2008年6月7日)掲載

## 8 アセスメントツール

チームではなく個人レベルでアセスメントをする場合、我が国では何らかのツールなりチェックリストを使うことが望ましいとされている。

在宅ケアにおいて最も一般的に使われているのが、MDS-HC (Minimum Data Set-Home Care) である。日本も含めた各国の研究者や機関によって開発され、検証・改訂が重ねられ、国際標準の域に達しつつあると言われている。

日本版MDS-HCにはアセスメントに加えて、ケアプラン作成の手助けとなるCAPs (Client Assessment Protocols: 在宅ケアプラン指針) も付属しており、正確にはアセスメントにプランニング補助機能を併せ持ち、公式にはRAI-HC (Resident assessment Instrument-Home Care) という名称で呼ばれている。

使用方法やロジックの説明はスペースの関係から省略するが、大変に便利で優れたツールである。ただし、あくまでもツール(道具)でしかないことに注意する必要がある。どんな道具でも「取扱説明書」を詳細に読んで理解しておかないと、使い方を間違えたりして道具本来の性能を十分に発揮させられず、誤った結果を導く。使い手のスキルが優れていなければ、正しく使えず宝の持ち腐れになってしまう。

よくある勘違いは、約200項目ものアセスメントをしたのだから、それで十分と思込んでしまうことである。まだ、Minimum Data——必要最小限の情報をチェックしただけであり、より詳細なアセスメントや専門家のアセスメントを要する次の段階が待っているのである。

日本医事新報 No.4419(2009年1月3日)掲載