

平成11年度 長寿科学総合研究事業 総括研究報告書

介護支援専門員の介護サービス計画立案を支援する  
インタラクティブ（双方向）コンピュータシステム  
の開発に関する研究

H11—長寿—033

平成12年3月

主任研究者 北島 英治（東海大学健康科学部）  
分担研究者 藤林 慶子（北海道女子大学人間福祉学部）  
西村 秋生（国立医療・病院管理研究所医療  
経済研究部）  
岡田 進一（大阪市立大学生活科学部）  
岡田 まり（花園大学社会福祉学部）

総括研究報告書

介護支援専門員の介護サービス計画立案を支援するインタラクティブ（双方向）

コンピュータ・システムの開発に関する研究

主任研究者 北島 英治 東海大学健康科学部社会福祉学科教授

研究要旨

本研究は「介護サービス計画」作成を効率的に行うための支援コンピュータ・エキスパートシステムの開発を第一義的目的とする。初年度は、班会議による「介護サービス計画」の検討並びに文献研究等を実施し、それらの資料に基づいて、31施設・機関の専門家101名により、179名の高齢者を対象に、① 複数方式による課題分析の実施調査、② 方式ごとの理想的並びに現実的介護サービス計画策定調査、③ アンケート調査を実施した。その結果、「介護サービス計画」「介護計画」等の整理、推論過程の再考の必要性、課題分析項目数の検討、より効率的な課題分析、介護サービス計画作成理論の構築の必要性が示唆された。

今年度の調査結果より、第二年度は、専門家フォーカスグループによる調査結果検討を行うとともに、必要アセスメント項目と介護サービス計画立案専門家推論ロジックを分析し、人口知能的機能を含めた双方向エキスパートシステム・コンピュータ・プログラム作成を開始する。

研究組織

藤林 慶子（北海道女子大学人間福祉学部講師）  
西村 秋生（国立医療・病院管理研究所医療経済研究部主任研究官）  
岡田 進一（大阪市立大学生活科学部講師）  
岡田 まり（花園大学社会福祉学部講師）

者の状況に応じて、「基準サービス種別」から実施可能な各サービスを選択し、頻度と時間を決定し、計画書を作成する。計画作成は介護支援専門員の経験と熟練によって行われる。その専門家（エキスパート）の介護サービス計画作成過程を研究することにより、専門家判断ロジックを分析し、コンピュータ支援エキスパートシステムプログラムを組むことが可能となる。介護支援専門員の介護サービス計画立案を支援するインタラクティブ（双方向）コンピュータシステムの開発が本研究の最終目標となる。

A. 研究目的

介護保険制度実施にともない、介護支援専門員は「介護サービス計画」を作成しなければならない。その作成を効率的に行うための支援コンピュータ・エキスパートシステムを開発することが本研究の第一義的目的である。介護保険制度では、要介護判定が行われた後、その高齢

B. 研究方法

平成11年度は、研究班会議を招集し文献研究や「介護サービス計画」についての検討等を重ね、以下のように研究調

査を実施した。

- 1) 研究調査実施の過程：介護サービス計画を実施する調査対象機関・施設の選定を行った。調査実施施設は、病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム、社会福祉協議会等の31施設・機関となった。介護サービス計画作成にあたる専門家は101名であり、調査対象高齢者は、施設95名、在宅84名、総数179名であった。介護サービス計画を立てるにあたって使用した課題分析（アセスメント）票は、在宅の調査対象高齢者に対しては、MDS-H方式<sup>1</sup>、日本介護福祉士会方式<sup>2</sup>、日本看護振興財団方式<sup>3</sup>、全国社会福祉協議会版居宅サービス計画ガイドライン方式<sup>4</sup>の4方式とした。施設の調査対象高齢者に対して、MDS方式<sup>5</sup>、日本社会福祉士会方式<sup>6</sup>、三団体版包括自立支援プログラム方式<sup>7</sup>の3方式によって行った。研究調査における介護サービス計画は「平成10年度高齢者介護サービス体制整備支援事業実施要綱」に基づく「介護サービス種別」と「介護サービス計画書式（1）（2）」を利用した。課題分析票の使用にあたっては、各団体等から許可を得た。使用した課題分析票は、各団体等により購入しなければ使用できないものと複写使用可のものがあつたため、それぞれに応じて購入・複写した。
- 2) 介護サービス計画研究調査開始：調査実施施設・機関からの代表者を召集し、調査説明会を開催した。その後、各施設・機関において、以下の「研究調査マニュアル」に基づいて各種専門家による介護サービス計画作成の実施を行った。

- ① 調査者の選定：機関・施設内で調査に協力いただける調査者を選定した。調査者の職種、勤務年数、課題分析（アセスメント）実施経験の有無は問わなかった。調査者として、できるだけ1機関・施設で3名以上選定することとした。
  - ② 調査対象高齢者の選定：『課題分析（アセスメント）』、『介護サービス計画（ケアプラン）』の調査対象高齢者は、1調査者あたり2人以上とした。調査対象高齢者はできる限り、調査者間で同じ高齢者を対象とする。つまり、1機関で3人の調査者の場合は、3人の調査者が2人の調査対象高齢者に対して、課題分析（アセスメント）と介護サービス計画（ケアプラン）作成を実施することとした。
  - ③ 調査実施期間：平成11年11月中旬から12月の1ヶ月半の間に実施したが、調査票全てが回収されたのは平成12年2月となった。
  - ④ 調査票等：課題分析（アセスメント）票、介護サービス計画（ケアプラン）票は研究者から送付したものを使用した。調査者ごとに封筒に入れた課題分析（アセスメント）票、介護サービス計画（ケアプラン）票等を調査代表者に一括して送付した。下記の手順で行った。
- 3) アンケート調査の実施：「課題分析」「介護サービス計画作成」実施後に、調査対象者にアンケートを実施した。アンケートは職種別に「課題分析」「介護サービス計画作成」等に差異があるかどうかについてと調査者が通常使用している「課題分析」等を確認した上で、今回実施した方式について、記入に要した時間、感想等を調査

した。また、各方式の項目ごとに実際に介護サービス計画作成に影響を与えた項目かどうか、その項目は介護サービス計画作成に必要なと思うかについて聞き取った。

#### <倫理面への配慮>

調査対象施設と調査者、調査対象者のプライバシーの配慮を行った。具体的には、調査対象施設には調査協力依頼において確認するとともに、調査結果には具体的な施設名はあげなかった。同様に、調査者、調査対象者についても集計時には個人名が把握できないように行った。調査担当者以外が個人名、施設名を把握できないようにし、調査票の保管・点検についても複数の研究者がチェックを行った。調査票並びに調査結果については、秘密保持のために調査担当者による管理を行った。

なお、本調査結果は調査協力施設、調査者は、データベースから利用可能としているが、その際も他施設への公表の是非等を確認した。

#### C. 研究結果

調査結果を本研究班が開発依頼したコンピュータ・データベース・システム(Visual BASIC&ACCESSプログラム、ライフネット・エンタープライズ社作成)にデータベース化した。101名の専門家による介護サービス計画事例データベースは、総数179事例となった。その結果から、1)「介護サービス計画」と「介護計画」等を混同する傾向が、特に施設において見られた。2)各機関・団体の課題分析方式を利用しての<アセスメント><問題・課題設定><サービス計画立案>という推論過程は、冗長性と非効率性が見られた。3)各機関・団体の課題分析方式の項目の簡易化と、その課題分析項目記入・アセスメント・課題設定・計画作成といった従来の専門家推論過程

の再検討の必要性を示唆した。4)アンケート結果からは、課題分析実施者、ケアプラン作成者からは、もっと簡単で時間がかからないアセスメント方式を望む意見があった。また、アセスメント方式が異なっても作成した介護サービス計画が同じであるという結果が生じた。アンケート結果によりサービス計画作成に必要な項目、ケアプラン作成に必要な項目の区分が可能となった。

#### D. 考察

第一に、「介護サービス計画」と「介護計画」の混同が見られたことに関しては、ケアマネジメントに関する計画と高齢者に対する直接の介護のあり方についての計画に対する専門家の理解に混乱があるためと考えられる。例えば、居宅の場合に訪問介護が提供されたとすると、「訪問介護計画」の内容と「居宅サービス計画」の内容が混同される可能性がある。そこで、エキスパートシステムを作成するためには、「居宅介護サービス計画」「施設介護サービス計画」「介護計画」「ケアプラン」「訪問介護計画」「訪問看護計画」等の定義を明らかにし、整理する必要がある。

第二として、「介護サービス計画」の作成のためには、各機関・団体の課題分析方式を利用して<アセスメント><問題・課題設定><サービス計画立案>という推論過程が前提とされるが、今回の調査結果において、冗長性と非効率性が見られ、項目数の再検討と推論形態そのものの再検討が必要となる。つまり、課題設定のためのアセスメントではなく、高齢者の状態把握のためのアセスメントであり、全ての項目が計画策定に関する基準となるとは限らない。そこで、今後のエキスパートシステム構築において、推論過程の再検討が必要であると考え。新たな仮説として、①居宅の場合、要介

護判定による要介護度を考慮しつつも、支給基準限度額、本人の収入、サービス利用可能性、サービス単価等を考慮し、サービス計画を立案するものと考えられる。本人の状態に関わらず、本人や家族のニーズ、家族の介護状況、地域のアクセスビリティ等を基準として考える場合もあると考える。そこで、エキスパートシステム構築において、従来の推論過程を再検討し、ADL等の状態とともにどのような環境因子が介在するのかを明らかにする必要がある。

第三に、各機関・団体の課題分析法の項目は、多岐にわたり一方式100項目以上、場合によっては数百項目に及び、項目数が多いことから生じる混乱と記入に要する時間の問題、課題分析結果を整理することから生じる混乱、課題分析そのものを理解する時間の問題があると考えられた。課題分析方法は、できる限り日常業務の範囲内で簡易に行えるような、項目の簡易化と論旨の明確化が必要であり、利用者が簡便に利用できるようなシステムを開発すべきである。

第四に、アンケート結果からも項目数の多さが問題となった。また、日常業務で使い慣れている課題分析方式だと納得できるが、そうではない方式だと項目数が多いすぎる、記入しにくい、必要な項目がないという意見があった。普段使用している課題分析票の影響が大きく関与していることも明らかとなった。

## E. 結論

専門家による介護サービス計画立案において、課題分析項目の簡素化とアセスメント・計画立案といった推論過程への再検討の必要性が示唆された。来年度以降は、すでにデータベース化された179のサービス計画事例結果から、必要アセスメント項目と介護サービス計画立案専門家推論ロジックを分析し、人口知能的

機能を含めた双方向エキスパートシステム・コンピュータ・プログラム作成を開始する。

---

<sup>1</sup> Jhon N Morris, 池上直己、「日本版MDS-HC2.0—在宅ケアアセスメントマニュアル」、医学書院、1999.

<sup>2</sup> 日本介護福祉士会編、「生活7領域から考える自立支援アセスメント・ケアプラン作成マニュアル」、中央法規出版、1997.

<sup>3</sup> 内田恵美子、島内節他、「日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン—成人・高齢者用—」、財団法人日本訪問看護振興財団、1997.

<sup>4</sup> 在宅版ケアプラン作成方法検討委員会編、「居宅サービス計画ガイドライン～在宅高齢者の介護サービス計画の作り方～」、社会福祉法人全国社会福祉協議会、1998.

<sup>5</sup> Jhon N. Morris, Katharine Murpthy, Sue Nonemaker原著、池上直己監訳、「MDS 2.1-施設アセスメントマニュアル」、医学書院、1999.

<sup>6</sup> 社団法人日本社会福祉士会編、「ケアマネジメント実践記録様式・介護保険対応版使用マニュアル」、ミネルヴァ書房、2000.

<sup>7</sup> 介護療養型医療施設連絡協議会・全国老人福祉施設協議会・全国老人保健施設協会編、「包括的自立支援プログラム—介護サービス計画作成マニュアル」、社会福祉法人全国社会福祉協議会、1994.

分担研究報告書

介護支援専門員の介護サービス計画立案を支援するインタラクティブ（双方向）

コンピュータ・システムの開発のための介護サービス計画に関する研究

分担研究者 藤林 慶子 北海道女子大学人間福祉学部講師

西村 秋生 国立医療・病院管理研究所医療経済研究部主任研究官

岡田 進一 大阪市立大学生活科学部講師

岡田 まり 花園大学社会福祉学部講師

研究要旨

「介護サービス計画」は、わが国では従来施設における看護・介護計画を「ケアプラン」として発展してきた経緯がある。他方、介護保険制度において、ケアマネジメントが導入されたことにより、居宅におけるケアマネジメントのための「ケアプラン」の策定が必要となった。

介護保険制度では、「居宅介護サービス計画」「施設介護サービス計画」として区分しているが、その記入内容についても現場では多くの混乱が生じている。居宅におけるサービス提供の際には個別の訪問看護計画、訪問介護計画等の策定が義務づけられているが、これらの「居宅介護サービス計画」との混同も見られた。

本研究では、インタラクティブコンピュータ・システムの開発のために、第一段階として「介護サービス計画」の概念整理を行い、全体プロジェクトの調査結果とともに来年度以降の研究に向けての基礎資料を作成した。

A. 研究目的

本研究の目的は、平成12年4月より施行される介護保険制度において作成を義務づけられた「介護サービス計画」の作成を円滑に遂行するための、支援コンピュータ・エキスパートシステムを開発することである。研究初年度である今年度は、主任研究者を中心とするプロジェクトにおいて、①「介護サービス計画」についての検討、②ケアマネジメントにおけるケアプランと「介護サービス計画」についての検討等を行い、調査を実施した。分担研究報告では、調査に至るプロ

セスであるプロジェクトでの検討結果から、居宅介護支援と居宅介護サービス計画、施設サービス計画の概念整理を行うことを目的とする。

B. 研究方法

プロジェクトにおける検討並びに先行研究の文献調査を実施した。

文献調査は、平成9年度の厚生科学研究（長寿科学総合研究事業）「高齢者の長期ケアにおける経済的評価に関する研究」（主任研究者 小山秀夫国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長）にお

いて作成された文献集とインターネットでMEDLINE等で検索したアブストラクト、分担研究者が有している諸外国のケアマネジメント、ケアプランに関する文献等を参照した。

### C. 研究結果

「介護サービス計画」に関わる様々な問題は、わが国に介護保険制度の導入が検討される前後から始まったものと考えられる。

看護やケアという行為をいかに客観的かつ科学的に実施するかという試みは先進諸国で検討され続けてきたことでもある。特に、1960年代にアメリカにおいて、アセスメントの統一や患者データの統一という考え方が共通のものとなり、1980年代には看護のアセスメントのためのカテゴリーの作成を行う試みがなされるようになる。

アメリカにおいて、これらのケアの科学化の一つの方法として、ナーシングホームの看護アセスメントツールであるMDS (Minimum Data Set) が開発された。一連のMDS等の研究により、高齢者ケアには、看護だけではなく多くの職種による学際的なアセスメントが必要であり、一人の看護婦がアセスメントするのではなく、多くの職種の合意の下にアセスメントが形成され、全ての職種にアセスメント結果が周知徹底され、全ての職種の共通したケア目標の設定が必要であるというコンセンサスが形成されたといえる。

米国の医療研究所は「質の高いケアの供給には各入居者の入所時の身体的機能、医療的、精神的及び心理社会的状態のアセスメント、定期的な再アセスメント、状況の変化時におけるアセスメントを注意深く行う必要がある」と述べている。また「一人ひとりのケアプランの発展は、

明らかに入居者のアセスメントによって決定される」と提案している (Institute of Medicine, P. 74, 1996. )。

このような提案からMDSが開発され、MDSからアセスメントのプロトコールであるRAPs (Resident Assessment Protocols) と導き出される一連の過程は、RAI (The National Resident Assessment Instrument of Nursing Homes) と名づけられた。

アメリカで開発されたMDSはわが国にも紹介され注目を集めるが、MDSがわが国にも適用できるかどうかについての調査が平成4年から5年度まで北海道において実施された。その結果は、必ずしもわが国とアメリカとは一致したものはならなかった。その原因が、文化的・社会的差異から生じるものか、調査精度上の問題かは明確ではないが、MDSはその後多くの改良を重ねて、今日に至っている。

わが国において実施された一連のMDS研究は、介護力強化病棟や老人保健施設、特別養護老人ホームなどの高齢者ケア施設において、MDSによる高齢者介護施設のアセスメント、ケアプランの研修・実施として急速な勢いで全国に広まっていった。漠然としたケアという行為を科学的に捉えるという画期的な側面が、高齢者ケアを実践している人々に受け入れられたものと思われる。この過程の中で、ナーシングホームにおける看護・介護計画が「ケアプラン」としてわが国に紹介され、施設における「ケアプラン」が定着していく。

他方、在宅のケアマネジメントにおけるケアプランもほぼ同時期にわが国に紹介されることになる。

ケアマネジメントは欧米諸国で使用されてきた言葉である。ケアマネジメント

は最初はケースマネジメントとしてわが国に紹介された。

ケースマネジメントは、アメリカにおいて1960年代に、医療費抑制政策と患者の人権遵守の双方の考えから、長期入院をしている精神障害者の退院を促進した結果、地域において様々な問題が生じたことから始まる。地域に帰された精神障害者が、ホームレスになったり、自分が利用できるサービスがわからないために途方に暮れてしまったなどの問題が生じ、これらの問題の解決策として、ケースマネジメントが生み出されていった。精神障害者が病院を離れ、地域で暮らすしていくために、個々人が地域の社会資源を有効に活用できるように、なおかつ増大した費用をコントロールするために考えられたものといえる。

ケースマネジメントはその後、精神障害者だけではなく、児童や高齢者分野にも普及していくことになる。特に高齢者分野では、地域において在宅サービスを必要とする人々に、それらのサービスを効率的に提供し、あわせて費用の効率化も行うことを目的として、発達していく。

ケアマネジメントという用語は、ケースマネジメントという言葉が、イギリスにわたって使用されるようになったことから始まる。1988年にイギリスにおいて出された“Community Care: Agenda For Action”では、ケースマネジメントが今後の英国のコミュニティ・ケアのために必要な方策としてあげられている。しかし、イギリスではいつしか、ケースマネジメントという言葉は、“ケース(=個別の事例、個別の対象者)”を“マネジメント”するものであるが、コミュニティ・ケアの中で必要なことは“ケア”という行為を“マネジメント”することであるという考え方から、ケアマネジメン

トという言葉が使用されるようになった。

現在、アメリカではケアマネジメントとケースマネジメントの両方が使用されているが、イギリスでは1990年に出された“National Health Service and Community Care Act”(ナショナルヘルスサービス及びコミュニティケア法)の中で、ケアマネジメントは英国の在宅サービス施策に欠かせないものとなり、ケアマネジメントという用語が定着している。

わが国におけるケアマネジメントは、欧米諸国のケースマネジメント概念が社会福祉分野に主に紹介されたことに始まる。1980年代にケースマネジメントとして、わが国に導入され、その後ケースマネジメントという言葉が社会福祉分野で頻繁に使用されるようになる。1994年の在宅介護支援センター実施要綱の改正時には、在宅介護支援センターの職員の責務として「個別処遇計画の策定(ケースマネジメント)等の技術に関し、自己研鑽を努めるものとする」と通知に書かれ、児童分野では、児童相談所などの研修の一環としてケースマネジメント研修が設定されています。

わが国において、ケアマネジメントという言葉が注目を集めるのは、1994年12月に厚生省の「高齢者介護・自立支援システム研究会」(座長 大森彌東京大学教授)による「新たな高齢者介護システムの構築をめざして」という報告書が出されたことによる。この報告書の中で、ケアマネジメント方式をこれからの介護システム運営の手法として発表しているが、ケアマネジメントについての詳細な説明はなされていなかった。

この報告書が出されてから、ケアマネジメントという言葉が多くの文献で使用されるようになる。

ケアマネジメントは、「ケアマネジメ



ントは、アセスメント、プランニング、サービスコーディネーション及びサービス紹介、モニタリング、そして再アセスメントの実行により、クライアントの持つ多数のニーズに応じていく系統的なプロセスである」と理解される。また、諸外国においても言葉の定義は様々であるが、ケアマネジメント、ケースマネジメントに関わる一連のプロセスが確認できる（表1）。

このプロセスは、わが国では厚生省が介護保険制度施行に向けて行ってきた「平成10年度高齢者介護サービス体制整備支援事業」において、「介護サービス計画（ケアプラン）作成について」として「介護サービス計画」作成のための諸手続きとして提示された。整備士園児行では、①「課題分析」、②サービス担当者会議、③「介護サービス計画」の作成、④今後のサービス担当者会議開催の必要性、という連続・一貫した作業が必要であるとされている。

「課題分析」については、訪問調査を実施し、「個々の対象者の残存能力、既に実施されているサービス、生活環境等の評価を通じて対象者等の抱える問題点等を整理し、個々の対象者等が生活を継続・向上させていく上で生じている解決すべき課題（ニーズ）を把握することが重要であり、対象者等の生活全般についてその状態を十分把握すること」を求めている。

そして「課題分析」方式としては、「MDS-HC方式、三団体ケアプラン策定研究会方式、日本介護福祉士会方式、日本社会福祉士会方式、日本訪問看護振興財団方式及びその他の適切な方式の中から、それぞれの方式の有する特徴を十分に理解の上、対象者の求める「介護サービス計画」作成に最も適した方式を求

めることとし、計画作成者がいずれかの方式を選定する」としている。

「課題分析」後に援助目標を設定し、援助目標を長期的な目標（大目標）及び短期的な目標（小目標）に区分し、「長期目標を達成するために短期目標を設定するものであり、特にこの短期目標については個々の課題に対応してサービスの種類、内容、頻度等が選択され設定されることが重要である」としている。短期目標は「一定期間毎に、介護サービス計画やサービスの評価を行うことを可能とし、着実かつ効果的なサービスを確保するために達成期限が明らかにされる必要がある」とも指摘している。

計画作成者は、「課題分析」の結果に基づいて介護サービス原案を作成し、この原案に基づいて、「サービス担当者会議」やその他の方法により各専門分野のサービス担当者の意見を聞いて、最終的な「介護サービス計画」を作成する。

「介護サービス計画」は、①対象者等の希望、②対象者等の抱える健康上、生活上の問題点及び解決すべき課題、③サービスの目標及び達成時期、の各項目が総合的に協議されるべきであるとしている。そして「介護サービス計画」の検討にあたって、「自立支援、家族支援のために、身体的、精神的、社会的、予防的視点から対象者の主体性を重視しつつ総合的に支援することに留意することが重要である」としている。

「介護支援サービス」は、「ケアマネジメント」をわが国の介護保険制度に取り入れたものである。「介護支援サービス」が規定されるまでには、老人保健福祉審議会において、二転三転の議論がなされてきた。この議論の中で、先のMDSから始まる看護・介護計画としてのケアプランとケアマネジメントのケアプラ

ンがともに介護保険制度に取り入れられたことから、多くの混乱が生じることになる。

平成7年2月以降、老人保健福祉審議会（以下、老健審）において審議が進められてきたが、老健審が提出した報告や大綱から「ケアマネジメント」についての記述を確認することによって、わが国の介護保険制度において「ケアマネジメント」がどのような経緯で「介護支援サービス」となっていたかを知ることが可能である（表2）。

平成7年に出された中間報告から平成8年4月に出された「高齢者介護保険制度の創設について」までに共通しているのは「サービスの総合的・一体的な提供」のためにケアマネジメントを専門家が行うという観点である。そして、平成8年1月の第二次報告では、ケアマネジメントの中心的機能としてケアプランを重視すること、が確認されている。これを受けて、平成8年4月の「高齢者介護保険制度の創設について」では、ケアマネジメントサービスの重要性について触れながらも、ケアマネジメントを在宅サービスの一つとして規定し、他方でケアプラン作成は施設においても必要であるとしている。「介護保険制度案大綱」においても、平成8年4月の報告書の意見は踏襲されており、居宅介護支援としてケアマネジメントサービスを位置づけている。さらに、ケアプランの作成はケアプラン作成機関（居宅介護支援事業）が行い、同機関の「専門家が被保険者や家族の相談に応じ、ケアプランを作成の上、実際のサービスにつなぐ」としている。

これらの一連の老健審の動向をまとめると以下ようになる。

- ① ケアマネジメントは在宅サービスで提供されるものであること

- ② 保健・医療・福祉の専門家がチームで行うこと
- ③ 高齢者自身がケアマネジメント利用の選択を行うこと
- ④ ケアマネジメントの中のケアプランと要介護認定は同じものではないが、連動して考えられるべきものであること
- ⑤ ケアマネジメントの中でケアプランが重要な位置を占めること
- ⑥ ケアプランは在宅だけではなく施設でも行うこと
- ⑦ ケアマネジメント機関とサービス提供機関についての一応の区分があること

つまりわが国では、ケアマネジメントと居宅介護支援との関係を明らかにしながらも、ケアマネジメントにおけるケアプランについての確認が不明確であることがわかる。

介護保険制度において規定されていることは、居宅において①高齢者の状態やおかれている環境、高齢者や家族の希望等を聞き取る、②利用する居宅サービス等の種類と内容、担当者などを定めた「居宅介護サービス計画」を作成する、③居宅サービス事業者やその他の事業者などとの連絡調整、その他の便宜の提供を行う、④要介護者等が居宅から施設へ入所する場合は、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行う、ことである。“居宅”に限定して、上記のサービスを行うことを「居宅介護支援」とし、そのための計画書を「居宅介護サービス計画」としているとして理解できる。

しかし、要介護認定を受けた後の要介護者等に対して、「介護支援サービス過程」として、施設であっても居宅であっても、①被保険者の状態把握—「課題分析」一、②問題の特定、解決すべき課題

の把握、③サービス担当者会議、④「介護サービス計画」作成、⑤利用者の承諾、⑥「介護サービス計画」に応じたサービス利用、⑦連絡・調整、⑧継続的な管理、⑨再評価（再「課題分析」）、の一連の過程を行うことになっている。

ここで「居宅介護支援」と「介護支援サービス」の一応の区分が可能となる。つまり、「居宅介護支援」とは、介護保険法で規定されている居宅に限定した一連の業務であるのに対し、「介護支援サービス」は居宅と施設の両方で行っていく一連の業務過程であるという認識である。わが国の介護保険制度を運用していく際に、介護保険給付として提供されるサービスが、総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系の確立のために、「介護支援サービス」があり、「介護支援サービス」の中で「居宅介護サービス計画」と「施設介護サービス計画」が策定されることになる。

再度確認するが、諸外国において「ケアマネジメント」として実施されていたものが、わが国の介護保険制度の中で施設・居宅の両方における「介護支援サービス」として位置づけられたことになる。

ケアという行為を円滑に提供するためにアセスメント、ケアプランが開発され、研究が進められてきたが、ここで確認しなければならないことは施設と居宅のケア業務の相違である。「ケアマネジメント」「居宅介護支援」は在宅で実施され、「介護支援サービス」は居宅と施設で実施される。その区分は多少の混乱を伴うものの制度上、やむをえないといえる。しかし、ケアを実施する上で必要な、居宅と施設の介護サービス計画はまったく同じものか否かを明らかにしなければならない。

また、介護保険制度では「居宅介護サ

ービス計画」に基づいて提供されるサービスに対しても、個々のサービスの計画表の策定を義務づけている。つまり、訪問介護計画、訪問看護計画、訪問リハビリ計画等の策定である。

ゆえに、ここに2つの計画の混乱が生じる。第1に「居宅介護サービス計画」と「施設介護サービス計画」の混乱であり、第2に「居宅介護サービス計画」と個別サービス計画の混乱である。これらの混乱を早急に整理し、解決することが今後の介護保険制度下における科学的なケアの提供、科学的なサービスの調整につながるものと考えられる。

#### D. 考察

厚生省の「介護サービス計画書」は、施設・居宅の共通部分と施設のみ部分、居宅のみ部分から構成されている。

例えば、①サービス利用者名、②介護サービス計画作成日、③介護サービス計画作成者氏名、④要介護状態区分、⑤要介護者等及び家族の介護に対する意向、⑥介護認定審査会意見、⑦総合的な援助の方針、⑧生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、⑨援助目標（長期目標、短期目標とその期間）、⑩サービス内容の記入と⑪頻度、⑫期間、⑬主な日常生活上の活動は、施設と居宅に共通の項目である。

居宅の場合は援助内容として「サービス種別」がある。施設の場合は①週間サービス計画表に週単位以外のサービス、②共通サービスと個別サービスを含めた日課計画表（週間と併用してもよい）が独立した項目としてあげられている。

ほとんど同じ項目であれば、記入内容についても相違がないと考えられるが、今回の調査では明らかに同じ項目でも記入内容の相違がみられた。

なぜならば、居宅の場合はケアマネジメントのサービスパッケージの計画であるのに対し、施設の場合は個別の介護についての計画となるからである。そのような意味では、施設介護サービス計画は居宅における訪問看護計画、訪問介護計画を職種別、提供されるサービス別ではなく、職種間に共通なトータルに記入する計画であるといえる。

また、施設サービス計画や訪問看護計画、訪問介護計画は、「サービス内容」という名称を使用しており、具体的なケアについての計画であるのに対し、居宅介護サービス計画はサービスパッケージの計画であることにも注意しなければならない。

介護支援専門員が作成する居宅介護サービス計画に、個別のケア内容を具体的にどこまでを記入し、介護支援専門員がサービス提供者に指示が可能かについては不明確である。詳細な計画については、訪問看護計画、訪問介護計画等の個別計画に委ねるとしても、居宅介護サービス計画は、居宅におけるサービスの全体像を把握するものでなければならない。

施設においても同様であるが、施設サービス計画の特徴は、わが国ではナーシングホームの看護計画から出発している点であり、あくまでもケアという行為を各職種がトータルに把握しようということになる。

上記のような概念で介護サービス計画の作成がなされるのであれば、居宅サービス計画の場合はサービスのトータルな把握、施設サービス計画の場合はケアのトータルな把握という概念整理が可能である。

## E. 結論

今後は、居宅介護サービス計画、施設

介護サービス計画の記入内容を整理し、よりわかりやすいサービス計画フォーマットを作成することが重要な課題となる。

また、わが国の介護保険制度に組み込まれたケアマネジメントが十分機能するには、単にサービス計画策定だけの問題ではなく、ケアマネジメントそのものの概念整理が必要である。特に、いくつかの論文において、ケア、サービス、目標等の用語が不明確であり、いまだ整理されていないと指摘されているように、今後は早急に用語の整理、概念整理が必要であると考ええる。

また、介護サービス計画のみならず、ケアマネジメントそのものにも混乱があった。わが国の介護保険制度における「居宅介護支援」と「介護支援サービス」とを今一度整理し、ケアマネジメントの定義等を明確にする必要がある。

利用者のみならずサービス提供者にとって理解しやすく、利用しやすいサービス提供システムの構築が今後とも必要であり、そのための様々な概念定義を次年度以降の課題としたいと考える。

表1 アメリカ・イギリス・日本のケアマネジメント(ケースマネジメント)プロセスの比較

ステインバークとカーター	ウエイル	マクスリー	DoH	白澤 政和	介護保険制度
ケース発見	発見とアウトリーチ	アセスメント	情報の公表レベルの決定	入口	申請 認定
アセスメント	個別アセスメントと診断	アセスメント	ニーズアセスメント	アセスメント	要介護者の状態の把握(課題分析)
ゴール設定とサービスプランニング	サービスプランニングと資源確認	プランニング	ケアプランニング	ケース目標の設定とケア計画の作成	ケア担当者会議 介護サービス計画作成
ケアプランの実施	必要なサービスにクライエントをつなぐ	介入	ケアプランの実践	ケア計画の実施	介護サービス計画に応じたサービス利用
モニタリング	サービス供給のモニタリング	モニタリング	モニタリング	利用者・サービス提供状況についての監視・フォローアップ	サービスの継続的な管理
	アドボカシー評価(evaluation)	評価(evaluation)	ケアプランの再評価(reviewing)	再アセスメント	定期的な要介護認定の更新 再評価(再課題分析)

資料出典: Malcolm Payne, *Social Work and Community care*, pp55, 1995, Macmillan Press.  
 白澤政和他「在宅介護支援センターに学ぶケースマネジメント事例集」, pp17, 中央法規出版、1993.  
 厚生省介護保険制度準備室作成資料等より作成

表2 介護保険制度大綱によるケアマネジメントとケアマネジャーの変遷

	ケアマネジメント	ケアマネジャー
老人保健福祉審議会 (中間報告) 「新たな高齢者介護 システムの確立につ いて」 平成7年7月26日	サービス内容等について十分な 知識を持っていない高齢者・家 族、サービス提供者側の不十分 な連携という問題点の克服に向 けた、保健・医療・福祉の専門 担当者からなるチームによる高 齢者のニーズの総合的把握、並 びに相互協力の下でのサービス の総合的かつ一体的な提供を行 う。	
老人保健福祉審議会 (第二次報告) 「新たな高齢者介護 制度について」 平成8年1月31日	要介護高齢者に対して、多様な 専門家からなるケアチームが 個々の高齢者ごとに必要とされ る適切な介護サービスの提供に 関する計画(ケアプラン)を 作成し、総合的・一体的なサー ビスを確保すること。	要介護認定業務やケアプラン作 成に参画する人材で、既存の保 健・医療・福祉関係職種 の活用も含め、研修等を行う等 の要件をふかした人材 (この時の標記はケアマネ ジャーとなっている)
老人保健福祉審議会 報告書 「高齢者介護保険制 度の創設について一 審議の概要・国民の 議論を深めるため に一」 平成8年4月22日	高齢者自身のサービス選択を基 本とした専門家の連携による、 地域における高齢者及び家族を 支援する仕組み。 多様な専門家からなるケアチ ムが個々の高齢者に必要とされ る適切な介護サービスの提供の ためのケアプランを作成し、総 合的・一体的なサービスの確保 を行う。	介護支援担当者、医師、歯科医 師、薬剤師、保健婦、看護婦、 OT、PT、社会福祉士、介護 福祉士等の保健・医療・福祉の 専門職の内の一定の実務経験 を有して、所要の研修を修了 した者
介護保険制度大綱 (諮問) 平成8年6月6日	居宅介護支援	介護支援専門員(ケアマネ ジャー)

## 資 料 編

- 1 調査説明会資料
- 2 調査実施マニュアル
- 3 アンケート調査票
- 4 コンピュータ・データベース・システム（コンピュータプログラム  
開発・作成） 一部例示
- 5 コンピュータ・データベース・システム アウトプット 一部例示
- 6 アンケート調査 フリーアンサー結果表 一部例示
- 7 介護サービス計画書平成11年度 厚生省介護支援専門員補習研修・  
研修資料より抜粋

# 調 査 説 明 会 資 料



平成11年度厚生科学研究費補助金（長寿科学研究）  
介護支援専門員の介護サービス計画立案を支援する  
インタラクティブ（双方向）・コンピュータシステムの開発に関する研究  
11月13日開催 調査説明会 資料

1 本研究の背景、目的、期待される成果

【研究の背景】

公的介護保険制度において、介護支援サービスとして位置づけられたケアマネジメントが注目を集めており、様々な職種がケアマネジャーとなるために都道府県試験を受験することになりました。しかし、実際にケアマネジメントを行う場合に、現状ではケアマネジメントに関する多様な枠組みが開発されてきました。そこで、都道府県研修を修了した介護支援専門員が介護支援サービスの機能を発揮できる介護サービス計画（ケアプラン）を作成するための研究が必要となります。

公的介護保険制度の施行に向けて、介護支援サービスで使用される課題分析票として紹介されているものとしていくつかありますが、これらの方式はアセスメントを立案し、それに基づいてケアプランを作成するものであり、ケアマネジャーの専門性が求められます。そこで、その専門家の提供するケアマネジメントについて研究することが必要であると考えます。

【目的】

本研究の目的は、課題分析票から介護保険制度施行に向けて共通のケアマネジメント・エキスパートシステムを作成することです。つまり、アセスメントとケアプランを行う専門職（エキスパート）の判定過程を推論し、コンピュータプログラム化することによって、ケアプラン作成過程を効率化することを目的とします。本研究により、コンピュータとの双方向のインタラクティブなケアプラン作成が実践できるものと考えます。

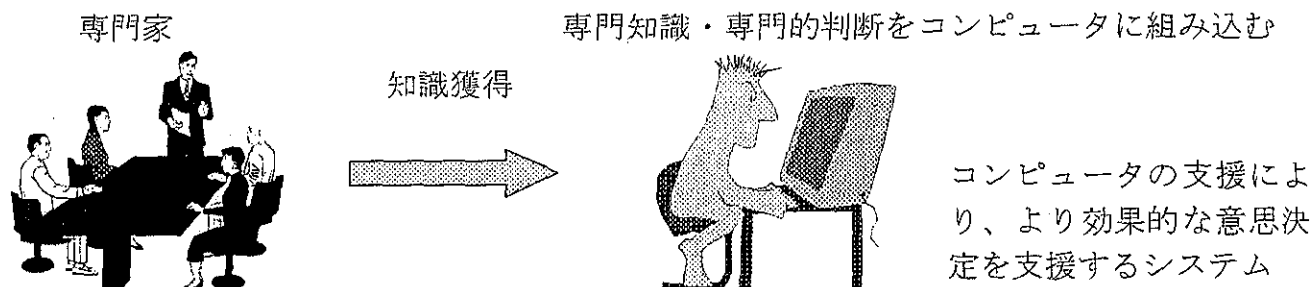
【期待される成果】

エキスパートシステムによるコンピュータ支援により、介護保険施行時の時間的効率化と質の高いケアマネジメントの提供を支援する資することができるものと考えます。現在、様々な団体、業者等において、ケアプラン作成のためのコンピュータプログラムが開発されていますが、本研究は、エキスパートシステムを組み込み、専門家との双方向的支援プログラムを開発、研究します。

エキスパートシステムとは、人工知能（AI）等を使用し、対話形式によってケアプランを作成する方法であり、この方式を採用することにより、介護保険制度にシステムを組み込むことが可能となり、効率的で質の高いケアマネジメント支援をできるものと考えます。

## 2 用語の解説：エキスパートシステムとは

エキスパートとは、専門家を意味します。エキスパートシステムとは、専門家であるエキスパートが行う事前評価（アセスメント）、計画作成のための専門知識と専門能力をコンピュータシステムに組み込み、多様で複雑な情報の中意思決定を支援し、その時間的短縮とアセスメント実施、計画作成の効率を高めることを目的とするものです。



## 3 用語の解説：本調査における調査者と調査対象高齢者

### (1) 調査者

調査者とは、調査を実施していただく専門職の方です。調査者には、下記のことを実施していただきます。

- ① 課題分析（アセスメント）票をもとに、課題分析（アセスメント）を行う
- ② 介護サービス計画書を使用して、介護サービス計画（ケアプラン）を作成する
- ③ アンケート調査票に回答する

### (2) 調査対象高齢者

調査対象高齢者とは、貴施設の利用者・入所者で、本調査にご協力いただける方です。

## 4 課題分析（アセスメント）票について

今回、使用する課題分析（アセスメント）票は、在宅の調査対象高齢者に対しては下記の4つの方式を実施していただきます。

- ① MDS-HC方式
- ② 日本介護福祉士会方式
- ③ 日本訪問看護振興財団方式
- ④ 全国社会福祉協議会版居宅サービス計画ガイドライン方式

施設の調査対象高齢者に対しては下記の3つの方式を実施していただきます。

- ① MDS方式
- ② 日本社会福祉士会方式
- ③ 三団体版包括的自立支援プログラム方式

## 5 介護サービス計画（ケアプラン）について

本調査における介護サービス計画（ケアプラン）とは、「平成10年度高齢者介護サービス体制整備支援事業実施要綱」で使用された下記の様式で作成したものとします。

- |                             |
|-----------------------------|
| ① 「介護サービス計画書（1）①」           |
| ② 「介護サービス計画書（1）②」           |
| ③ 「介護サービス計画書（1）③」（在宅の高齢者のみ） |
| ④ 「介護サービス計画書（2）」（施設の高齢者のみ）  |

## 6 在宅の場合のサービス種別について

居宅介護サービス計画（ケアプラン）で使用するサービス種別は、大項目と小項目で区分します。その詳細は、以下の通りです。今回の調査では、小項目に基づいて、サービス計画を作成していただきます。

- |   |
|---|
| ① 訪問介護<br>イ) 身体介護中心訪問介護<br>ロ) 家事援助中心訪問介護  |
| ② 訪問看護<br>イ) 指定訪問看護ステーションによる訪問看護<br>ロ) 病院または診療所による訪問看護  |
| ③ 療養管理指導<br>イ) 医師、歯科医師による居宅療養管理指導（1月1回）<br>ロ) 薬剤師による居宅療養管理指導（1月2回）<br>ハ) 管理栄養士による居宅療養管理指導（1月2回）<br>ニ) 歯科衛生士等による居宅療養管理指導（1月4回） |
| ④ 日帰り介護（デイサービス）   |
| ⑤ 日帰りリハビリテーション（デイケア）  |
| ⑥ 訪問リハビリテーション   |
| ⑦ 訪問入浴  |
| ⑧ 短期入所生活介護（老人短期入所施設・特別養護老人ホーム）  |
| ⑨ 短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護療養型医療施設等）   |
| ⑩ 痴呆対応型共同生活介護   |
| ⑪ 特定施設入所者生活介護   |
| ⑫ 福祉用具貸与（車いす、特殊寝台、褥そう予防用具、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助杖、移動用リフト、等）  |
| ⑬ 住宅改修（手すりの取り付け、床段差の解消、滑りの防止、引き戸等への扉の取り替え、等）  |

## 7 施設の場合のサービス種別について

施設介護サービス計画（ケアプラン）を作成する場合のサービス種別は、各施設で実際に提供しているサービスを具体的に記入して下さい。

## 8 理想的介護サービス計画（ケアプラン）と現実的介護サービス計画（ケアプラン）について

### （1）理想的介護サービス計画（ケアプラン）とは

現在の社会資源の制約を受けないと仮定して、調査対象高齢者に対してどのようなサービス提供が必要かをご記入下さい。つまり居宅介護サービス計画（ケアプラン）の場合は、サービス提供の回数、時間の制約をおかない場合の計画となります。

また、サービス種別も実際に地域にはないサービス、例えば給食サービス、寝具乾燥サービスなどについても必要であるとお考えになる場合はご記入下さい。

ただし、理想的介護サービス計画（ケアプラン）には、家族・ボランティア・近隣の援助は含みません。理想的居宅介護サービス計画（ケアプラン）のサービス種別は、「5」の種別区分をご使用下さい。

施設介護サービス計画（ケアプラン）の場合は、マンパワーの制約を受けない、費用の制約を受けない介護サービス計画（ケアプラン）となります。

### （2）現実的介護サービス計画（ケアプラン）とは

各地域、各施設の現存する社会資源に依拠した実際のサービス計画をご記入下さい。在宅の場合は、「5」のサービス種別の範囲内で作成して下さい。

施設の場合は、現状のマンパワーや費用の範囲を念頭において、作成して下さい。