

## ● 介護保険の現状と課題

### ★1 高齢者介護の問題

高齢化による問題の1つとして、「高齢者介護」の問題が存在する。高齢者の死亡率の低下が、現在の日本人の平均寿命の延びに大きく貢献していることはよく知られているところである。ところが、そのことが結果的に、高齢になり疾病によって障害を有するようになった「要介護老人」の急激な増加につながった。

わが国は、生活水準の改善と国民皆保険制度施行に伴う医療の普及によってあらゆる年齢層の死亡率が低下し、1980年代には世界でも有数の長寿国となった。この有史上例を見ない急速な高齢化によって、わが国は多くの問題★1を抱えることになった。

従来、高齢者介護のサービス提供は医療と福祉が担当してきた。医療は医療保険にその財源を求め、福祉は租税によってそれらを確保し、それぞれ独自に介護サービスを提供した。1960年代から展開されてきた高齢者介護のサービス事業は、医療と福祉がそれぞれの試行錯誤によって現在の形態にまで発展させた。しかし、要介護老人の急増によって、従来の方法での介護サービスの供給や運営が困難となってきた。生活援助のための福祉サービスと、リハビリテーションや疾病の管理といった医療サービスを総合的に提供する必要性が生じてきたのである。

総合的な介護サービスの提供のシステム創設は、高齢化社会を迎えている多くの先進国共通の課題であり、1980年代から多くの国々で医療と福祉のサービスを一体化するシステムが生み出されるようになった。

わが国の介護保険制度は、そのような時代の要請、国際的な医

療・福祉システムの改革の流れのなかで実現したものである。さらに制度の大きな改革が2005年10月から段階的に行われる。この制度を十分に理解し、高齢者に必要なサービスをスムーズに提供することが、これからの看護師にとって必須の素養となるであろう。

### 介護保険制度創設の背景

**社会的背景：**介護保険が必要となった背景には、次の大きな3つの不安や関心の増大がある<sup>1)</sup>。

- ①高齢化の急速な進展（高齢化率は1960年には5.7%であったが、1980年には9.1%、1995年には14.5%に増加した）：高齢化の進展は欧米諸国のそれとは異なり、本当に急速なものであったため、それに対する備えがまだ十分でないことが問題である。
- ②要介護高齢者の増加や介護期間の長期化、介護内容の重度化の進展：後期高齢者の増加も著しく、介護負担度の高い要介護高齢者が急増している。
- ③家族機能の変容による（たとえば核家族化の進展、女性就労の増加など）、家族介護の困難化：家族介護に頼っていたのでは、女性の社会進出の妨げにもなりかねない。介護の社会化がどうしても必要となった大きな理由の1つである。

**従来 of 制度の不備の見直し：**高齢者介護に関する現行制度の問題点が、新しい制度の創設を必要とした。具体的には、

- ①利用者である高齢者本人やその家族にとって、現行の仕組みでは介護サービスが利用しにくい
  - ②高齢者が利用できる介護サービスが、量的にも質的にも不十分である
  - ③介護ニーズを、実態として医療サービスがカバーしているため、介護に関する費用が医療保険で賄われている
- といったことも介護保険制度の創設が実現化に向かった背景である。

### 介護保険制度創設のねらい

表4に示したねらい<sup>2)</sup>のもとで実現した介護保険制度の特徴は、市町村を保険者とした地方分権に基づく財源確保とそのシステム作りである。適切な介護サービス提供のための方法論定着のために、多くの研究者や行政担当者の努力が注がれたことも1つの特徴といえよう。

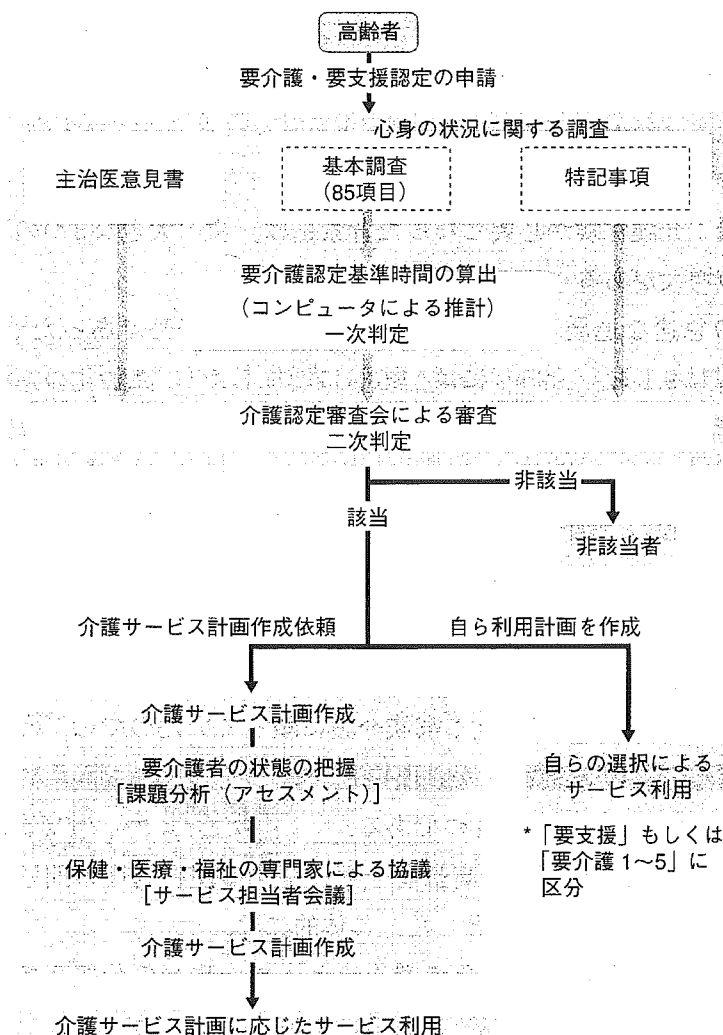
### 介護保険制度の概要

介護保険制度は市町村および特別区を保険者とし、国、都道府県、年金保険者が重層的に助け合うシステムである。保険に加入する被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の医療

表4 介護保険のねらい

1. 長期化する介護と家庭内での介護資源不足等を原因として、老後最大の不安要因となっている介護を社会全体で支える
2. 社会保険方式により給付と負担の関係を明確にし、多様な価値観をもつ利用者の選択により保健医療福祉サービスを総合的に受けられるようにする
3. 多様なサービス提供主体の参入によって、良質で効率的なサービスの提供を行う
4. 介護を医療保険から切り離し、社会保障構造改革の第一歩とする

図2 介護保険制度における要介護認定と介護サービス計画の作成



(厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標，東京：厚生統計協会；2000，p.239.)

保険加入者である第2号被保険者から構成されている。被保険者は、基本的にその対象者全員が介護保険に加入しなければならない。

**介護保険で給付されるサービス：**本制度によって給付されるサービスには、①訪問介護，訪問看護，訪問リハビリテーション，訪問入浴介護，通所介護，通所リハビリテーション，短期入所生活介護（ショートステイ），認知症対応型共同生活介護（グループホーム）などの在宅サービスと，②介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護療養型医療施設などへの入所である施設サービスがある。

**利用手続き：**これらのサービスを利用したい場合には，被保険者は要介護認定を受けることが必要である。その認定によって自らの要介護度が決定されると，要介護度に応じたサービス給付額が同時に決定される。そして介護保険の創設に伴い新しく生まれたケアマネジャー（介護支援専門員）にケアプラン（介護サービス計画）の作

成を依頼し、その計画に沿って実際のサービスの供給を受けることになる(図2)。

## 要介護認定

**給付の申請：**介護サービスの給付を希望する被保険者は、市町村に要介護認定の申請を行わなければならない。このとき、65歳以上である第1号被保険者は無条件に申請を行うことができる。しかし、第2号被保険者は表5に示す15の特定疾患により介護が必要となっている場合にのみ申請することができる。申請が行われると、市町村はその職員または業務を委託したケアマネジャーを申請者のもとに派遣し、申請した利用者の心身の状況などに関する調査を行う。

**調査項目：**心身の状況に関する調査として、介護に関する73項目および特別な医療に関する12項目、計85項目からなる介護サービス調査票を使用した基本調査<sup>★2</sup>が行われる。

**要介護度の決定：**これらの訪問調査に加えて、申請者が指名する主治医が、申請者の身体上または精神上の障害の原因である疾病および負傷の状況に関する意見を「主治医の意見書」として市町村に提出する。そして保健医療福祉の学識経験者によって構成され、市町村に置かれる介護認定審査会では、訪問調査結果および主治医の意見書をもとに、申請者の介護の必要性について要介護度の決定という形で、公平に審査判定する。

**認定区分：**要介護度は、介護の必要性が大きくなるに従い要介護度が増すようになっており、要介護度1～要介護度5まで設定されている。また、いずれ要介護状態になる申請者に対しては要支援という認定がなされる。介護保険制度においては、利用者のサービスの量を事実上決定する保険によるサービス給付限度額<sup>★3</sup>を、全国一律の要介護認定という客観的基準によって利用者別に設定する。これは高齢者介護サービスの財源の管理が行いやすくなるという点で画期的なことである。

## ケアマネジャーとは

要介護認定によって給付されるサービスの限度額が決定された後、給付されるサービスをどのように組み合わせて利用するか、そしてそのサービスの利用が利用者の自立につながるような良質な介護サービスの選択となっているかどうかについては、具体的なサービスの利用計画であるケアプランが適切に作成されているかどうか大きく依存している。

**ケアマネジャーの役割：**ケアプランの作成は、介護保険法に規定されるケアマネジャー<sup>★4</sup>の役割である。介護保険の現物給付はケアマ

表5 介護保険法で定める特定疾病

1. 初老期における痴呆
2. 脳血管疾患
3. 筋萎縮性側索硬化症
4. パーキンソン病
5. 脊髄小脳変性症
6. シャイ-ドレーガー症候群
7. 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症および糖尿病性神経障害
8. 閉塞性動脈硬化症
9. 慢性閉塞性肺疾患
10. 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
11. 関節リウマチ
12. 後縦靭帯骨化症
13. 脊柱管狭窄症
14. 骨折を伴う骨粗鬆症
15. 早老症

(厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標。東京：厚生統計協会；2000。p.239.)

### ★2 基本調査

調査項目には、たとえば、①「起き上がり」1.つかまらないうでできる、2.何かにつかまればできる、3.できない、②「金銭の管理」1.自立、2.一部介助が必要、3.全介助が必要、③「理解：毎日の日課を理解することができる」1.できる、2.できない、④「行動：暴言や暴行を行う」1.ない、2.ときどきある、3.ある、といった身体的精神的機能を評価する調査と、過去14日間に受けた医療として、①点滴の管理、②褥瘡の処置、といった特別な医療の有無に関するチェックとが存在する。

### ★3 サービス給付限度額

2000年4月現在、要支援が約6万円のサービス給付、要介護度2が約20万円、そして要介護度5が約35万円のサービス給付が保険からの支給限度額となる。

#### ★4 ケアマネジャー



ケアマネジャーとは、「要介護者等からの相談に応じ、およ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また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なう者、介護保険施設等との連絡調整を行なう者であって、要介護者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および技術を有するものとして厚生省令で定める者である」<sup>3)</sup>とされている。

ネジメントの方法論によって具体化されるのであるが、これを行う役割としてケアマネジャーが定められている。また、ケアマネジャーは、介護保険による居宅介護支援事業を実施する事業所および施設に置くことも義務づけられている。

**ケアマネジャーの資格：**現在その担い手として、看護師、保健師、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、社会福祉士、介護福祉士の9職種のほか、高齢者介護の現場で5年間以上就業した者が挙げられており、都道府県が実施する実務研修受講資格試験に合格し、研修を受講したものにその資格が与えられている。

### ケアマネジメントとケアプランの作成

#### ケアマネジメント

ケアマネジメント（介護支援サービス）とは、要援護者が生活をしていくうえでのニーズと社会資源を結びつけることである<sup>4)</sup>。介護保険におけるケアマネジメントは、要介護認定により認定された要支援者・要介護者等を対象とするものであり、その構成については次のように整理される。①アセスメント、②ケアプランの作成、③サービスの仲介や実施、④継続的な管理。この手順によってケアマネジメントが実施されることが、すなわち介護サービスを利用者に提供するプロセスということになる。

#### アセスメントとケアプラン<sup>5)</sup>

**アセスメント：**利用者に介護サービスを提供するためには、まずその状態を把握する必要がある。具体的には、本人・家族の条件や状態の評価、そしてそこから派生するニーズの把握、一方でその人々が住む地域の社会資源の量と質（専門家・非専門家・介護用品など・サービス内容と機関・法律や制度など）をとらえ、ケア提供能力・連携システムを合わせて知っておくことである。このようなことの評価・分析をアセスメント（課題分析）という。

**ケアプランの作成：**まず施設での介護に利用するケアプランについて取り上げる。施設での介護サービスは、介護保険の給付対象となる介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設（療養型病床群）で主に提供される。これらの施設においては、一般に利用者に提供する介護サービスのすべてが同一施設において行われる。そこで、施設ケアプランは施設内の資源の活用を前提にしたサービス内容の計画<sup>6)</sup>、および1日の活動スケジュールの作成が重要となる。

次に在宅ケアプランの作成であるが、これは施設介護におけるケアプランとはやや異なる作業が必要である。在宅において介護サービスを受ける利用者は、生活の場が自宅であるのが原則なので、さ

#### ★5 アセスメントとケアプラン

アセスメントとケアプランはケアマネジメントの根幹をなすものであり、利用者が介護サービスを適切に利用できるようにするために、アセスメントによって心身の状況、生活環境などを正しく評価し、必要なサービスの種類や内容をケアプランによって整理しておくことが非常に重要になる。

#### ★6 サービス内容の計画

サービス内容の計画の詳細として、①解決すべき問題点（ニーズ）、②ケア目標（長期目標、短期目標）、③ケア内容（具体的に）、④サービス提供業種（たとえば看護師、寮母など）、⑤頻度（たとえば2～3回/週、1回/月など）、⑥期間、などを書面にする。

まざまな介護サービス供給機関から必要なケアを受けることになる。その介護サービスの内容は、前述のとおり多岐にわたっている。したがって、多くの場合ケアの提供が複数の機関によって行われるために、それぞれの機関のスケジュール調整<sup>★7</sup>が重要になってくる。

スケジュール調整が完了した結果として、1週間の週間スケジュールを作成し、そして施設介護と同様に各問題点に対するサービス内容の計画を作成する。しかしこれでケアプラン作成が完了したわけではない。さらに利用者本人およびその家族の望む介護サービスの内容と、ケアプランの内容が一致しているか検討することが必要である。もちろん施設介護の場合においても本人およびその家族の意向を確認することは重要であるが、施設介護に比べて在宅介護では利用者側にサービス内容の選択において十分な余地が存在することが予想され、利用者の希望のいかんによっては調整に長時間を要することもありうる。

### 介護保険制度の今後の課題

**サービスの選択と情報開示：**介護保険法では、適切なサービスが「多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう」にすべきと定められ<sup>5)</sup>、サービス供給主体の多様化が容認されている。これにより現在の医療サービスと同様に、従来一方的な行政サービスとして提供されてきた福祉サービスが、利用者の選択によって提供されることになる。しかし、利用者の選択が実効のあるものになり、サービスの質の向上が促進されるようになるためには、サービスに関する十分な情報の提供が不可欠である。医療サービスの提供においては医師・看護師と患者の間で情報量に圧倒的な違いがあり、事実上患者の選択の権利が制限されているとの指摘がある<sup>6)</sup>。これは医療という知識集約型のサービス提供であり、専門家の裁量権が大幅に認められていることも重ねて考えると、やむをえない場合もありうる。しかし、この医療サービスの分野においても、患者の自己決定権を擁護する意味でさらなる情報開示が求められていることは衆目の一致するところである。

介護保険では、サービス給付内容を基本的に本人および家族で決めることが原則である。その理由としては、介護サービスの多くは本人の生活の一部に対するサービスであり、またサービスの内容も医療サービスと比較してわかりやすいことが挙げられる。専門家ではなく本人が決定するためには、提供されるサービスに関する情報の開示が必要であることは疑いのないところである。看護師としても介護保険に関係する場合はそのことに留意しなければならない。

**看護サービスの質の確保：**また、介護サービスの質の確保の重要性

### ★7 スケジュール調整

在宅ケアプランを作成するためには、サービス供給側に対するアセスメントが不可欠になる。ところがこのアセスメントは、社会資源の地域格差の存在や、各サービス提供機関の連携の悪さから画一的に行うことがきわめて難しい。アセスメントの標準化が、今のところ不可能なのである。ケアマネジャーがサービス利用のスケジュール調整に戸惑うことが、今から予想されるゆえんである。

表6 2005年からの介護保険制度の改革

I 介護保険制度の改革

1. 予防重視型システムへの転換
  - (1) 新予防給付の創設
    - 軽度者を対象とした新たな予防給付を創設する。
    - マネジメントは市町村が主体となり、地域包括支援センター（仮称）などで実施
  - (2) 地域支援事業の創設
    - 要支援、要介護になるおそれのある高齢者を対象とした介護予防事業の実施
    - 事業主体は市町村とする。
2. 施設給付の見直し
  - (1) 居住費用・食費の見直し
 

介護保険3施設の居住費用や食費について、保険給付の対象外とする。
  - (2) 低所得者に対する措置
    - 高額介護サービス費の見直し
    - 旧措置入所者の経過措置延長
    - 社会福祉法人による利用者負担の減免の運用改善
3. 新たなサービス体系の確率
  - (1) 地域密着型サービスの創設
 

身近な地域で、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となるよう、「地域密着型サービス」を創設する。
  - (2) 地域包括支援センターの創設
 

地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として、i) 総合的な相談窓口機能、ii) 介護予防マネジメント、iii) 包括的・継続的マネジメント支援の機能をもつ「地域包括支援センター」を創設する。
  - (3) 医療と介護の連携の強化
4. サービスの質の向上
  - (1) 情報開示の標準化
  - (2) 事業者規制の見直し
  - (3) ケアマネジメントの見直し
    - ①包括的・継続的マネジメントの強化（地域包括支援センターの創設）
    - ②ケアマネジャーの資質の向上（資格の更新制の導入など）
    - ③独立性・中立性の確保
    - ④人材育成
5. 負担のあり方・制度運営の見直し
  - (1) 保険料の見直し
  - (2) 市町村の保険者機能の強化
  - (3) 要介護認定の見直し
  - (4) 介護サービスの適正化・効率化

II 介護サービス基礎のあり方の見直し

1. 地域介護・福祉空間整備交付金の創設
  - (1) 市町村整備交付金（市町村対象）
  - (2) 施設環境改善交付金（都道府県対象）

★8 行政による監査

現在でも都道府県レベルで複数の視点から監査が行われているが、個々の監査官の力量、監査の体制、方法、内容、結果の活用など全般的に改善すべき点が存在することが指摘されている<sup>8)</sup>。

は十分に認識されているが、介護の現場においてサービスの質の確保に関する具体的な方法論が確立されていない。ケアプラン作成の方法論が確立していく過程で、その信頼性が向上することによって、ケアプラン自体が介護サービスの質の担保として機能する可能性が指摘されている<sup>7)</sup>。加えてサービスを受ける利用者の権利を擁護し、サービスの質を確保するための制度として、行政による監査<sup>★8)</sup>とオンブズマン制度の整備も念頭に置いておく必要がある。グループホームにおいては第三者評価が2005年4月より実施されていることも注目したい。

介護保険制度の改革

介護保険もその実施から一定の期間が経過し、制度が定着しつつ

ある。制度の定着によって高齢者の介護の問題は、限られた一部の者に対する公的対応というレベルから、多くの私的レベルでの対応を公が支援する形に変化したとも言われている<sup>9)</sup>。2005年10月からは制度の基本理念である、高齢者の「自立支援」、「尊厳の保持」を基本としつつ、制度の持続可能性を高めるための改革が段階的に予定されている。その内容を表6に示すが、かなり抜本的な改革になる予定である。

(益田雄一郎, 井口昭久)

●文献

- 1) 井口昭久：介護保険。日本老年医学会雑誌 1999；36：699-702.
- 2) 三浦公嗣：介護保険制度の概要。medicina 1999；36：808-809.
- 3) 川村佐知子：介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割と機能。日本看護協会編。介護保険とケアマネジャー。東京：日本看護協会出版会；1997.
- 4) 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。東京：全国社会福祉協議会；1998.
- 5) 介護保険法。第二条3項.
- 6) 広井良則：日本の医療。東京：日本経済新聞社；1996.
- 7) 益田雄一郎ら：介護保険とケアマネジャー。現代医学 1999；46：455-459.
- 8) 福田素夫：介護保険制度の成功のため今なすべきこと（上）。社会保険旬報 1999；2010：11-15.
- 9) 堤修三：介護保険の評価と展望（上）。社会保険旬報 2004；2211：6-12.



ICF対応

標準

ケアサービス計画



# はじめに

介護保険制度が2000年4月から施行され、介護サービス計画（ケアプラン）が多くの介護支援専門員によって作成されるようになった。従来、高齢者の介護サービスは、その供給手段や供給方法に関する計画を、書面によって立案する習慣を持っていなかった。

既に高齢者の介護サービスを提供していた特別養護老人ホームや老人保健施設、療養型病床群といった長期介護施設においても例外ではなく、全利用者にケアプランを作成し、プランに沿ったケアを実施・再評価することはなかなか困難なことであった。介護保険の導入はそれら長期介護施設におけるケアプラン作成をわが国に普及せしめた。

在宅介護サービスに関しては、そのサービスの種類やサービス供給機関の多様性が故に、それらのサービスを統合する必要性が従来から指摘されていた。ケアプランの普及により、介護支援専門員によって在宅介護サービスの統合も可能になった。施設介護にせよ在宅介護にせよ、ケアプランが普及したことによる影響は決して小さなものではなかった。

われわれはケアプランの普及に際して必要な考え方を、2000年3月に上梓させていただいた『標準ケアサービス計画2000年度版（在宅版）』（日総研出版）という形で示した。すなわち、ケアプランは介護サービスの統合の役割のみならず、要介護者の有する問題点に立脚した介護サービス供給の方法論としての役割を有しているという考え方である。具体的には、介護を要するサービス利用者の状態像を評価したうえで、その要介護者固有の介護上の問題点を特定する。そして、その問題点に対して適切と考えられる介護サービスを提供し、その後の結果を検討する一連のケアプラン立案・実施・再評価の流れの定着が、ケアプランの普及と共に必要なのである。

今回、出版することになった『標準ケアサービス計画（施設版）』は、『標準ケアサービス計画2000年度版（在宅版）』の考え方や方法論を、介護保険施設の利用者のケアプラン作成に用いることができるようにしたものである。施設介護において考えられる利用者の問題点を設定し、その問題点に対して適切と考えられている具体的な介護サービスを紹介した。多くの方に本書を利用していただき、さらに本書に対する読者のご意見もいただきながら、より確かな指針にしていく所存である。

最後に、本書の監修をしてくださった名古屋大学医学部附属病院 病院長 井口昭久氏に心より御礼申し上げたい。

2001年6月

名古屋大学大学院 医学研究科老年医学教室

益田雄一郎

藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム内科

山本 隆一

## 改訂にあたり

介護保険制度が2000年4月から施行され、すでに5年が経過した。この間に介護サービスの社会的な認知度は飛躍的に進んだ。多くの要介護・虚弱高齢者およびその介護者が、介護サービスの種類とその内容を知ることになった。そして、その知識の浸透が、介護サービス利用の増加・普及に寄与したことはいうまでもない。現在介護サービス給付費は、すでに制度開始当初の2倍以上の規模になっている。「介護の社会化」によって、国民全体が高齢者の介護の問題を支え合おうという介護保険制度の目的の一部が達成されたとの感があるのは、この急速な介護サービスの普及が背景にあらう。

しかし、サービスが普及すれば、それですべてよいということではない。利用者にとってはサービスの内容、つまり介護サービスの質が次なる関心事となる。サービスの名称やその内容がわかり、それを提供している事業所についての知識を得る。そして、利用するサービスが施設介護サービスであれば、その施設の場所や居室の様子、介護スタッフの顔や名前を知る。利用者は、次にその施設においてどのようなケアを受けることができるのか、どのような利用者がいるのか、レクリエーションやリハビリテーションのメニューはどうかといったことに強い関心を持つであろう。サービスの量がある程度補充されれば、次に質が問われるのは至極当然の流れである。ただ、サービスの質の評価法は専門家の間でも確立しておらず、利用者にとってもその評価は容易なものではない。

そういった状況の中で利用者が介護サービスの内容を知るために、ケアプランが非常に重要な役割を果たすのである。ケアプランには、介護サービスを提供する際の利用者および家族の介護に対する意向、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、援助目標、援助内容などが示されている。ケアプランの作成は介護保険法によって義務化されており、介護老人福祉施設や介護老人保健施設、介護療養型医療施設などの利用者には、原則としてケアプランが作成されている。このケアプランを検証することによって、利用者は提供された介護サービスの質を確かめることができる。しかし、現在ケアプランの確認によって介護サービスの中身を知ろうとする利用者が多いとはいえない。

ただ、今後ケアプランの内容について、利用者が関心を持つ可能性は十分にある。

介護保険法の施行当初は、ケアプラン作成の方法論が議論となっていた。特に高齢者自身の状態をどのように評価するのかという観点で、アセスメントのあり方についていろいろな方法が提唱された。これについてはまだ結論が出たわけではないが、各施設においてさまざまなアセスメントが利用された。我々はケアプランを作成する方法の一つとして、解決すべき課題（ニーズ）に着目する方法を提唱してきた。さまざまなアセスメントを利用することによって高齢者の状態を把握した後、その状態像から考えなければならないニーズを「問題点」としてとらえ、その問題点を整理した。そして、その問題点に対する援助内容を「サービス内容」として設定し、問題点に対応する形でまとめていった。そのようなケアプランの作成に関して参考になる考え方を、本書で示したのである。

2005年11月

名古屋大学大学院 医学研究科老年科学教室

益田雄一郎

森孝病院 医師

山本隆一

# ケアプランについて

## 1. ケアマネジメント方法論とケアプラン

ケアマネジメント（介護支援サービス）（以下、ケアマネジメント）とは、要援護者が生活をしていくうえでのニーズと社会資源を結びつけることである。介護保険におけるケアマネジメントは、要介護認定により認定された要支援者・要介護者等を対象とするものであり、その構成については次のように整理される。

- ① アセスメント（高齢者の状態評価）
- ② ケアプランの作成
- ③ サービスの仲介や実施
- ④ 継続的な管理

上記の手順によってケアマネジメントが実施されることがすなわち、介護サービスを対象者に提供するプロセスということになる。特に、アセスメントとケアプランはケアマネジメントの根幹を成すものであり、要介護者（要支援者と要介護者）（以下、要介護者）が介護サービスを適切に利用できるようにするために、アセスメントによって心身の状況、生活環境などを正しく評価し、必要なサービスの種類や内容をケアプランによって整理しておくことが非常に重要になる。

## 2. アセスメントとは

要介護者に介護サービスを提供するためには、まずその状態を把握する必要がある。具体的には本人・家族の条件や状態の評価、そしてそこから派生するニーズの把握、一方でその人々が住む地域の社会資源の量と質（専門家、非専門家、介護用品など、サービス内容と機関、法律や制度など）をとらえ、ケア提供能力、連携システムを併せて知っておくことである。このようなことの評価・分析をアセスメント（課題分析）（以下、アセスメント）という。つまり、利用者側とサービス供給側の評価・分析のことをアセスメントというのである。1930年代よりイギリスで発展してきたアセスメント方法の開発が、「高齢者総合評価（CGA：comprehensive geriatric assessment）」の考え方を打ち出し、1970年頃より高齢者を多角的・包括的にアセスメントするツールの開発が進んだアメリカでは、「MDS-RAPs（minimum data set-resident assessment protocols）：高齢者ケアプラン策定指針」を生んだ。それらはすべて利用者側、つまり要介護者に対するアセスメントであり、現在わが国において提唱されている6種類のアセスメントツール、すなわち次のものもその例に漏れず、利用者側のアセスメントを行うためのツールである。

- ① MDS-HC/CAPs（在宅アセスメントマニュアル）
- ② MDS-RAPs（高齢者ケアプラン策定指針）
- ③ 日本訪問看護財団方式
- ④ 三団体ケアプラン策定研究会方式
- ⑤ 日本社会福祉士会方式
- ⑥ 日本介護福祉士会方式

後でも触れるが、施設のケアプランであれば、これらのアセスメントツールによってケアプランをつくることは可能である。ただし、在宅のケアプランを作成するためには、サービス供給側のアセスメントも不可欠となってくる。

### 3. 施設ケアプランの作成

さて、ケアプランの作成であるが、ここでは施設での介護に利用するケアプランについて取り上げる。施設での介護サービスは介護保険の給付対象となる介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設（療養型病床群）で主に提供される。これらの施設においては一般的に、要介護者に提供する介護サービスのすべてが同一施設において行われる。そこで、施設ケアプランは施設内の資源の活用を前提にしたサービス内容の計画、および1日の活動スケジュールの作成が重要となる。サービス内容の計画の詳細は、次のものを書面にする。

- ① 解決すべき問題点（ニーズ）
- ② ケア目標（長期目標、短期目標）
- ③ ケア内容（具体的に）
- ④ サービス提供業種（例えば看護師、寮母など）
- ⑤ 頻度（例えば2～3回/週、1回/月など）
- ⑥ 期間

施設のケアプラン作成は、おそらく担当者の責任で行われることになると思われるが、理想的には担当者が作成したケアプランを暫定的なものとして、ケアスタッフによるカンファレンスによってディスカッションを行うことが望ましい。ケアスタッフも特定の職種ではなく、医師、看護師、介護福祉士、介護職員、栄養士、理学療法士などと多岐にわたった構成にする。さらに、グループのディスカッションは少人数を基本とすることが薦められている。

### 4. 在宅ケアプランの作成

次に在宅ケアプランの作成であるが、これは施設介護におけるケアプランとはやや異なる作業が必要である。在宅において介護サービスを受ける要介護者は、生活の場が自宅であるのが原則なので、さまざまな介護サービス供給機関から必要なケアを受けることにな

る。その介護サービスの内容は多岐にわたっており、次のものなどが存在する。

- ① 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- ② 訪問入浴介護
- ③ 訪問看護
- ④ 訪問リハビリテーション
- ⑤ 居宅療養管理指導
- ⑥ 通所介護（デイサービス）
- ⑦ 通所リハビリテーション（デイケア）
- ⑧ 短期入所生活介護（ショートステイ）
- ⑨ 短期入所療養介護（ショートステイ）
- ⑩ 痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）
- ⑪ 福祉用具貸与・購入

したがって多くの場合、ケアの提供が複数の機関によって行われるため、それぞれの機関の日程調整が重要になってくる。つまり、在宅ケアプランを作成するためには、サービス供給側に対するアセスメントが不可欠になるのである。スケジュール調整が完了した結果として、1週間の週間スケジュールを作成し、そして施設介護と同様に各問題点に対するサービス内容の計画を作成する。しかし、これでケアプラン作成が完了したわけでない。さらに、要介護者本人およびその家族の望む介護サービスの内容と、ケアプランの内容が一致しているかを検討することが必要である。もちろん施設介護の場合においても、本人およびその家族の意向を確認することは重要であるが、施設介護に比べて在宅介護では利用者側に、サービス内容の選択において十分な余地が存在する。

## 5. ケアプランの果たす役割

ケアプランの有益性についてはさまざまな報告がなされているが、次のようなものが挙げられる。

- ① 看護・介護レベルの向上
- ② 介護スタッフの責任感の向上
- ③ 予防的視点の強化
- ④ チームワークの発達

これら以外に、今後その役割として考えられるのが、介護サービスの内容の質の保証にケアプランが利用されることである。提供するサービスを文書化することによって、利用者側による介護サービスの質の検証に、ケアプランは有用であるかもしれない。さらには、ケアプランの充実度およびその達成度が、介護支援専門員に対する評価の尺度になることも十分に考えられる。いずれにせよ、介護サービスも利用者によって厳しく評価される時代になり、ケアプランはその際に大きな役割を果たす可能性がある。



## 今回の改訂の特徴

今回の改訂では「問題点」に着目し、それに対応する「サービス内容」を整理するといった、従来の考え方に大きな変更は行っていない。まず「栄養の援助」、そして「医療」といった改訂前にやや内容が手薄であった部分について、必要と思われるものを補足した。これは、利用者の健康状態についてケアプランで取り上げていただければという意図である。高齢者の状態像、介護上の問題点は、その高齢者の健康状態に大きな影響を与える。また利用者の側から考えても、健康管理に対する施設への要望というのは少なくないと思われる。日常の生活でのニーズを考える際、それに大きな影響を与える健康の問題について、栄養管理および症候・症状の管理といった観点から「問題点」と「サービス内容」を新たに設けたのである。必要に応じてケアプランに反映させていただきたい。

加えて、今回の改訂で大きく取り上げたのが、「ICF（国際生活機能分類）」である。ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）は個人について、健康状態を中心にさまざまに異なる領域を系統的に分類したものである。ここでいう領域には、健康領域と健康関連領域の2種類が存在する。これらの領域は身体、個人、社会という3つの視点に立ち、具体的には①心身機能・身体構造、②活動と参加とに分類している。この分類の目的は、健康状況や健康関連状況を記録・記述するために統一的で標準的な言語と概念枠組みを提供することにある。ICFが扱う範囲は、広い意味での健康の範囲にとどまるものとされ、人種、性別、宗教などの要因は含まれない。また、ICFは障害のある人だけに関するものではなく、すべての人に関する分類である。

次にICFについてさらに詳しく解説する。

# ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) の構成要素について

ICFには2つの部門があり、それぞれは2つの構成要素からなる。

## 第1部：生活機能と障害

(a) 心身機能と身体構造

(b) 活動と参加

## 第2部：背景因子

(c) 環境因子

(d) 個人因子

障害者福祉研究会編：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版一，P. 9，中央法規出版，2002.

各構成要素はさまざまな領域からなり、それぞれの領域はカテゴリーに分かれる。そのカテゴリーにはコードが与えられており、個人の健康状況や健康関連状況は適切なカテゴリーコードを選ぶことによって説明される。

コードの具体例を示す。

### <心身機能>

#### b110 意識機能

周囲への意識性、明瞭性の状態に関する全般的な精神機能であり、覚醒状態の清明度と連続性を含む。

含まれるもの：意識の状態、連続性、質に関する機能。意識消失、昏睡、植物状態、遁走、トランス、憑依（つきもの）状態、薬物による意識変化、せん妄、ステューパ（中等度意識混濁）

#### b1100 意識状態

この精神機能が変化する場合には、意識の混濁、ステューパ（中等度意識混濁）、昏睡などの状態が生じる。

障害者福祉研究会編：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版一，P. 58，中央法規出版，2002.

### <身体構造>

#### s110 脳の構造

#### s1100 脳葉の構造

#### s11000 前頭葉

障害者福祉研究会編：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版一，P. 107，中央法規出版，2002.

### 〈活動と参加〉

#### d110 注意して視ること

視覚刺激を経験するために、意図的に視覚を用いること。例えば、スポーツ行事や子どもが遊んでいるのを注視すること。

#### d115 注意して聞くこと

聴覚刺激を経験するために、意図的に聴覚を用いること。例えば、ラジオ、音楽、講義を注意して聞くこと。

障害者福祉研究会編：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—，P.125，中央法規出版，2002.

### 〈環境因子〉

#### e110 個人消費の生産品や物質

身体に取り入れるために採集されたり，加工されたり，製造されたりした，天然あるいは人工の物体や物質。

含まれるもの：食品，薬。

#### e1100 食品

食べるために採集されたり，加工されたり，製造されたりした，天然あるいは人工の物体や物質。例えば，さまざまな成分からなる生の食べ物や飲み物。さまざまな成分からなる加工や調理がされた食べ物や飲み物。ハーブやミネラル（ビタミンや他の補助食品）。

障害者福祉研究会編：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—，P.171，中央法規出版，2002.

私たちは施設介護においても，単に施設内でサービス提供といった視野にとどまってはならないと考えている。施設介護に至る前からの利用者の生活全般の把握およびそれに対する配慮や援助が，今後ますます求められるようになる。ICFの活用は，利用者個人の生活全般の把握を目的にしたものである。すでに述べたように，ICFは個人の生活機能と障害に関する状況の記述が可能である。生活全般の状況把握，そしてその情報の共有化にICFコードの利用が非常に適しているのである。私たちが本書で設定した「問題点」には，原則としてICFコードが与えられている（例外もあるが）。

なおICFの詳細については，障害者福祉研究会編集による『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—』（中央法規出版，2002）を参考にさせていただきたい。また付録のアセスメント編にも一部説明がなされている。

付録

アセスメント編