

大会企画

大会企画4

多職種連携のための記録に利用される用語のあり方

2018年11月24日(土) 09:00 ～ 11:00 A会場 (3F メインホール)

[3-A-1-3] 地域包括ケアに向けた多職種連携におけるヘルスケアサービス共通用語の検討

○高見 美樹（兵庫県立大学大学院応用情報科学研究科）

ケアマネジャーが実施する利用者のアセスメントは、特に制度によって決められた様式はない。ケアマネジャーの研修では、社会福祉法人全国社会福祉協議会が提唱する「居宅サービス計画ガイドライン」に掲載されているアセスメント項目を用いていることが多いが、介護保険申請時における要介護認定の調査項目を基に、利用者のアセスメントを実施していることが多い。

しかし、介護保険申請時の要介護認定の調査項目だけでは、利用者像や課題に応じた適切なアセスメントができず、重症者に対する医療との連携が必ずしも十分ではない等との指摘がある。そこで、利用者のニーズを包括的に把握するために最低限必要と考えるアセスメント項目を、チームケアを構成する多職種が理解できる共通な用語によって整理したものがインターライ方式によるアセスメント項目である。ただし、インターライ方式は300項目以上のアセスメント項目があること、3日間の利用者の状態を基に評価する必要があり時間を要すること、評価者によるぶれを少なくし、正確に状態を把握するためにアセスメントの意義と評価基準を定めていることから、利用へのハードルが高く、活用が進んでいない現状にある。

利用者のアセスメントはケアマネジャーが実施するが、情報共有として介護職（ヘルパー）も確認することになる。ケアマネジャーは、看護職以外の職種の場合もあり、入院患者のアセスメントを行う場合は、看護師からケアマネジャーへ、患者情報の提供を行う場合もある。

本発表では、チームとして介護職をも含めた看護師からの患者情報の提供を行う際に、どのような用語が必要か検討することを最終目的とし、その第一段階として、「居宅サービス計画ガイドライン」や、「インターライ方式」、「介護福祉士会アセスメント方式」によるアセスメント項目についてその概要をまとめ、どのようなアセスメント項目が用いられているのか、類似点などについて整理する。

さらに、入院患者が退院後に介護支援サービスを受ける際、医療施設側からケアマネジャーに提供される患者情報にどのような項目があるのか、複数施設の実態を調査し、その現状から多職種連携におけるヘルスケアサービスの共通用語について検討する。

地域包括ケアに向けた多職種連携におけるヘルスケアサービス共通用語の検討

高見美樹^{*1}、高島真美^{*2}、小村晃子^{*1}、
西海英子^{*1}、山本直子^{*1}、石垣恭子^{*1}

^{*1} 兵庫県立大学大学院 応用情報科学研究科、^{*2} 医療法人医誠会

Miki Takami^{*1}, Mami Takashima^{*2}, Akiko Omura^{*1},

Eiko Nishiumi^{*1}, Naoko Yamamoto^{*1}, Kyoko Ishigaki^{*1}

^{*1} Graduate School of Applied Informatics, University of Hyogo, ^{*2} Iseikai Medical Treatment Corporation,

Keywords: Care manager, Patient Referral Document,

1. 背景

ケアマネジャーが実施する利用者のアセスメントは、特に制度によって決められた様式はない。ケアマネジャーの研修では、社会福祉法人全国社会福祉協議会が提唱する「居宅サービス計画ガイドライン」に掲載されているアセスメント項目を用いていることが多いが、介護保険申請時における要介護認定の調査項目を基に、利用者のアセスメントを実施していることが多い。

しかし、介護保険申請時の要介護認定の調査項目だけでは、利用者像や課題に応じた適切なアセスメントができず、重症者に対する医療との連携が必ずしも十分ではない等との指摘がある。そこで、利用者のニーズを包括的に把握するために最低限必要と考えるアセスメント項目を、チームケアを構成する多職種が理解できる共通な用語によって整理したものがインターライ方式¹⁾によるアセスメント項目である。ただし、インターライ方式は300項目以上のアセスメント項目があること、3日間の利用者の状態を基に評価する必要がある時間と要すること、評価者によるぶれを少なくし、正確に状態を把握するためにアセスメントの意義と評価基準を定めていることから、利用へのハードルが高く、活用が進んでいない現状にある。

利用者のアセスメントはケアマネジャーが実施するが、情報共有として介護職も確認することになる。ケアマネジャーは、看護職以外の職種の場合もあり、入院患者のアセスメントを行う場合は、看護師からケアマネジャーへ、患者情報の提供を行う場合もある。

2. 目的

チームとして介護職をも含めた看護師からの患者情報の提供を行う際に、どのような用語が必要か検討することを最終目的とする。

3. 方法

「居宅サービス計画ガイドライン」²⁾や、「インターライ方式」、「介護福祉士会アセスメント方式」³⁾によるアセスメント項目についてその概要をまとめ、どのようなアセスメント項目が用いられているのか、類似点などについて整理する。

また、入院患者が退院後に介護支援サービスを受ける際、医療施設側から提供される患者情報にどのような項目があるのか、複数施設の実態を調査する。

4. 結果

4. 1. アセスメント項目の概要と特徴

1) 居宅サービス計画ガイドライン

社会福祉法人全国社会福祉協議会が提唱しており、介護支援専門員における認知度は高い。特徴としては、「要介護者の生活像を捉える」、「介護保険に対応する」、「在宅対応の計画作成用紙であり、施設サービス計画と連続性をもつ」、「主訴をもとに生活での困りごとを明らかにしていく」、「エンパワメントを導き出す視点の導入」、

「認知症の高齢者本人に焦点をあてる」、「地域包括ケアを推進する」、「家族介護者を支援する」。

2) インターライ方式

特定非営利活動法人インターライ日本がサポートしており、利用者の状態を把握するための「アセスメント表」と、アセスメントで捉えた問題を検討するための指針が書かれた「CAP(Clinical Assessment Protocol ケア指針)」から構成されている。

ケアプランを立てるとき、まずアセスメント表を用いて評価を行ない、転倒など、特定の問題や機能低下のリスクがある利用者を選定し、これに従って該当の「CAP」項目へ進むと、利用者のニーズ・状態に応じた適切なケアを特定するための指針が書かれている。

インターライ方式の特徴は、多面的かつ必要十分な22領域からなるアセスメント項目がある。また、アセスメント表の「記入要綱」には、各アセスメント項目の定義と評価の基準が明確に記されており、実施者間・職種間のアセスメントの差をなくすように設計されている。さらに、各CAPには、それぞれの「問題状況が起こる背景や要因」「問題が悪化する危険性」「問題が改善する可能性」を検討するための指針や、ケアの方向に関する臨床的知見がまとめられている。これらを活用することにより、利用者の問題状況を客観的に分析し、ケアの指針を得ることが可能となる。

3) 日本介護福祉士会のアセスメント項目

公益社団法人日本介護福祉士会が提唱している。アセスメント用紙と課題分析表、生活7領域チェック表があり、生活状況の把握の為、「衣」、「食」、「住」、「体の健康」、「心の健康」、「家族関係」、「社会関係」という7つの領域に分類し、さらにそれを46項目にする事で、現状のほか、本人の意欲や関心等を総合的に把握することができる。

4. 2. 退院時の情報提供項目

今回の調査の結果、3つの施設から患者情報の提供用紙を収集することができた。その中には、在宅退院時における患者情報の提供用紙だけでなく、退院後に施設を利用するために必要となる患者情報の提供用紙も含まれていた。

1) 在宅退院時における患者情報の提供

調査した施設では、退院時に患者情報を提供する用紙として、ケアマネジャーが作成し、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションへ提出するとしていた。記載されている情報項目を確認すると、大体下記の4領域に分けることができた。これらの項目を、A4サイズ用紙1〜2枚程度に記載できるように作成されている。

- ・ 基本情報
患者氏名や年齢、性別、家族、入院の原因となった病名、合併症、既往歴、病院主治医、在宅主治医、担当のケアマネジャーについての情報
- ・ 生活等の状況
移動や清潔、排泄、睡眠、服薬管理など、病棟での日常

生活の様子と、退院後の制限の有無や特記事項についての情報

- ・ 栄養管理に関する情報
栄養管理や指導等の経過、栄養評価、退院時の食事内容や設定の詳細に関する情報
- ・ 看護(医療処置)に関する情報
不穏や昼夜逆転等の療養上の問題、バルーンカテーテルの挿入や褥瘡、呼吸管理、疼痛管理などについての情報

2) 退院後に施設を利用する際の患者情報の提供

退院後に施設への入所や通所を希望する際に必要となる患者情報を提供する。A4 用紙 2 から 6 枚程度に記載できるようになっている。

- ・ 基本情報
氏名、性別、生年月日、年齢、住所、現在の状況、利用中の介護保険サービス、かかりつけ医、担当ケアマネジャー、性格、嗜好品、既往歴、1 日の過ごし方、利用の目的や希望等についての情報
- ・ 身体症状、認知状態
視力や聴力、会話や社会的状況として地域や家庭での役割、人との交流、余暇の過ごし方、認知状態として意欲や物忘れ、問題行動等に関する情報
- ・ 日常生活動作の状況
移動、床上動作、排泄、清潔、食事、更衣等の日常生活動作に関する情報
- ・ 介護者(家族)や家庭の状況
家族構成や主たる介護者、家屋の状況、工夫していた介護方法や環境作り等に関する情報
- ・ 診療情報提供書
傷病名、経過・加療内容、リハビリ、投薬内容、血液データ、レントゲン結果、心電図結果、行動障害、精神状態、日常生活自立度、認知症老人自立度、要介護度、長谷川式簡易知能評価スケール等の情報

5. 考察

1) 3 方式のアセスメント項目の類似点

- ・ 全てのアセスメントに存在していた項目は、氏名・年齢(生年月日)・性別・家族構成・住所・連絡先などの基本情報、介護保険申請状況・要介護認定・障害高齢者の日常生活自立度・認知症高齢者の日常生活自立度・居住環境・サービス利用状況・疾患・使用している薬剤・受診状況・介護状況(詳細項目に違いあり)についての項目であった。
- ・ 居宅サービス計画ガイドラインには、相談内容・生活史の両方があるが、日本介護福祉会方式には生活史、インターライ方式には相談内容のみ項目がある。
- ・ ADL・IADL の項目はインターライ方式、日本介護福祉会方式にはあるが、居宅サービス計画ガイドラインでは、要介護認定の項目が主体になっている。また、インターライ方式には、これ以外に認知やコミュニケーションと視覚、気分と行動、心理社会面、機能状態、失禁、健康状態、口腔および栄養状態、皮膚の状態、アクティビティの項目がある。
- ・ 日本介護福祉会には、上記以外に「衣」、「食」、「住」、「体の健康」、「心の健康」、「家族関係」、「社会関係」の生活状況の 7 領域の項目がある。

2) 多職種連携におけるヘルスケアサービスの共通用語についての検討

今回、ケアマネジャーが利用者の状況をアセスメントする際に活用する項目や、病院から提供される患者の情報項目を調査した。その結果、基本情報だけでなく、身体症状や認知症状、日常生活の状況など、重複している項目が多く存在しており、対象者を表現する項目名については、活用されていることがわかった。

しかし、各項目にどのような用語を記載するのか、回答内容が選択式の場合であれば、自由記載の項目もあり、自由記載の場合にどのような用語を用いるかは、記載者に委ねられている現状にあると考える。

ヘルスケアサービスにおける共通用語としては、サービス担当者会議などにおいて、利用者についての情報を提供する際に、介護職に利用者のイメージができるような用語に焦点をおく必要があると考える。例えば、「スプーンの把持はできるが、口元への移動には介助が必要」、「内服時は嚥下後に口腔内残渣の確認が必要」などの、より具体的な表現ができる用語が必要になると考える。

参考文献

- 1) 池上直己, 石橋智昭, 高野龍昭. インターライ方式ガイドブック-ケアプラン作成・質の管理・看護での活用. 医学書院, 2017
- 2) 渋谷篤男. 居宅サービス計画ガイドライン Ver.2 アセスメントから計画作成へのマニュアル付. 社会福祉法人全国社会福祉協議会, 2017
- 3) 公益社団法人日本介護福祉士会. 日本介護福祉士会各種様式 [http://www.jaccw.or.jp/katsudo_reports/yoshiki.php (cited 2018-Sep-11)]