



介護予防を目的にした「連携パス」の開発

聖マリアンナ医科大学予防医学教室 講師

須賀 万智

「介護予防を目的にした『連携パス』の開発」について発表させていただきます。

【ポスター1】

背景ですけれども、皆さんも御存知のとおり、日本は超高齢化社会をむかえ、高齢者のQOLの向上と健康寿命の延伸が強く要望されています。そのような中で、寝たきりや痴呆を減らし、日常生活機能を保持する介護予防が重要視されています。実際に、平成18年に介護保険法が一部改正されまして、地域支援事業という形で介護予防が取り込まれるようになりました。しかし、現実的に、それが十分な効果を発揮できているのかとなると、まだ色々な課題が残っていると思います。

介護予防サービスに何が必要かということ考えたときに、需要者のニーズに合ったサービスをいかに提供できるかという点と、あと、行政には、いわゆる縦割り体制であるとか、年度をまたいでしまうと連続されないというような問題がありますので、一貫性と連続性のあるサービスをいかに提供できるかという点が問題になってくると思います。

介護予防サービスと言っても、食事指導、運動指導、文化活動等、色々なものがあります。それらを組みあわせて個人に提供していくこととなりますが、具体的なスケジュール、つまりケアプランを作成することが重要になってきます。

また、サービスは色々な施設で色々な担当者がそれぞれに提供していくというのが現状です。複数の施設、部署、担当者がいかに連携していくか、連携体制の構築が重要になってきます。

一方で、医療の分野で、クリティカルパスとって、患者さんごとの治療スケジュールを立て、それをもとに治療することがだいぶ一般的に行われるようになってきました。最近では、地域単位でクリティカルパスを活用することも試みられており、地域の診療体制の整備強化に有用性を認められています。

ポスター1

背景

- 寝たきりや痴呆を減らし日常生活機能を保持する「介護予防」が課題
- 介護予防サービスは需要者のニーズに応じて一貫して連続して提供することが重要
 - 食事指導、運動指導、文化活動などを組みあわせた年間スケジュールを作成
 - 複数の施設/部署/職員の連携を構築
- クリティカルパスは医療の分野で地域単位の診療体制の整備強化に貢献

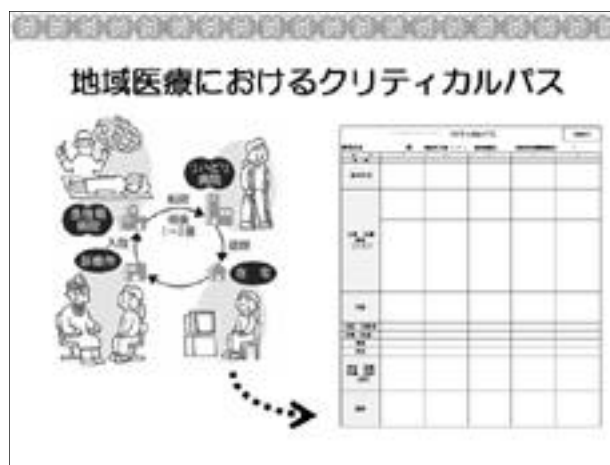
【ポスター 2】

地域医療におけるクリティカルパスについて大まかに説明しますと、例えば大腿骨骨折の場合、急性期にまず、設備が整った大きな病院で手術をおこないます。術後安定したらリハビリ病院に転院して、そちらでリハビリをおこないます。その後、自宅に帰り、通院の形でリハビリを続け、問題があれば、かかりつけ医に相談し、かかりつけ医で手に負えなければ、急性期病

院に紹介されます。つまり色々な施設が関わって、ひとりの患者さんのひとつの病気を治療していくということになります。お互いがお互いにばらばらに関わっているのではなく、それぞれがどういう時期にどういう内容で関わっていくかということクリティカルパスに示し、それをもとに治療していくという試みが色々な地域で行なわれるようになってきており、一定の効果が確認されています。

このような地域医療におけるクリティカルパスの発想を介護予防という保健の分野でも取り入れてはどうかと考え、今回の研究を立ちあげました。

ポスター 2



【ポスター 3】

目的ですけれども、介護予防を目的とした、地域医療におけるクリティカルパスに似た「連携パス」を開発することです。

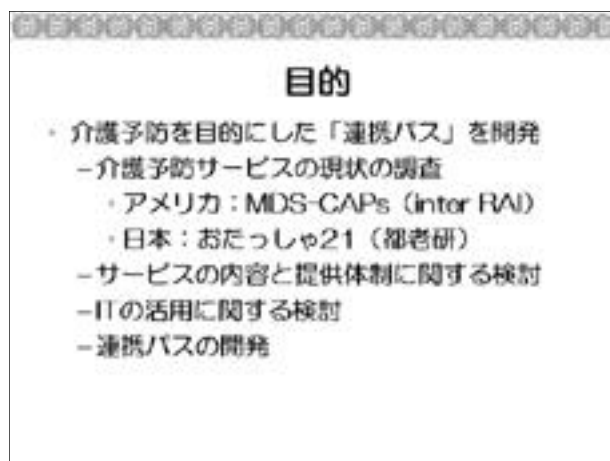
具体的におこなったこととしましては、まず、介護予防サービスの現状の調査として、アメリカと日本の現状を調査しました。アメリカに関しては、MDS-CAPs（後ほどご説明します）をメインに調べました。日本に関しては、先駆的な取り組みとして、東京都老人総合研究所の「おたっしゃ 21」などを調べました。

その調査結果をもとに、では、どのようなサービス内容をどういうふう提供していけばいいか検討しました。

それとは別に、現在、保健の分野でも IT の活用が注目されており、重要なツールとなっています。そこで、介護予防での IT の活用について調査しました。

そして、最終的に「連携パス」という形でまとめました。

ポスター 3



【ポスター 4】

順番にお話ししていきます。

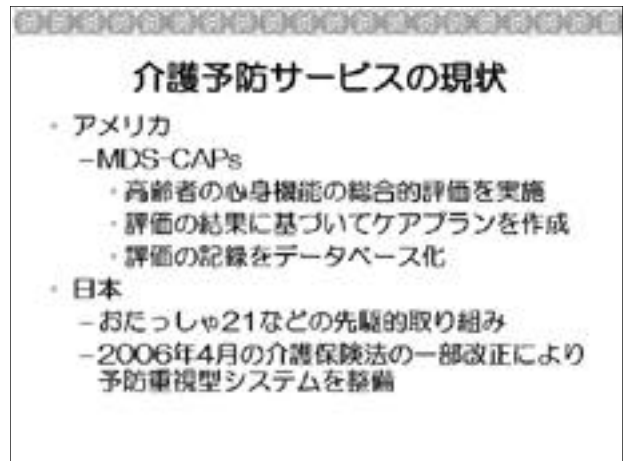
まず、介護予防サービスの現状の調査はアメリカと日本に関して行いました。

アメリカでは、MDS-CAPs (Minimum Data Set Client Assessment Protocols) が定着しています。MDS-CAPs は inter RAI という非営利団体が管理されています。具体的には、MDSを用いて高齢者の心身機能の総合

的評価をおこない、その結果をもとに、CAPs を用いてケアプランを作ります。評価は繰り返し定期的におこないますが、結果はすべてデータベース化して、関係者が閲覧できるような形で管理されています。このように MDS-CAPs を用いて標準化されたプロトコールに基づいてケアプランを作成することは、ナーシングホームの入居者全員におこなうことが 1995 年から義務化され、現在では、一般化しています。

一方、日本では、先駆的な取り組みとして、東京都老人総合研究所の「おたっしゃ 21」などがあります。アセスメントからプランの作成、その後の評価まで一連の流れで行なわれています。しかし、このような取り組みをおこなっている施設はほんの一部にすぎません。介護保険法の一部改正を受け、予防重視型システムを打ち出し、介護予防事業が開始されましたが、対象者が集まらなかったり、色々な問題があって、まだまだ充分機能していない状態です。ですから、日本はアメリカと比べ、かなり遅れており、アメリカの先進的な部分を学ばなければならないと感じました。

ポスター 4



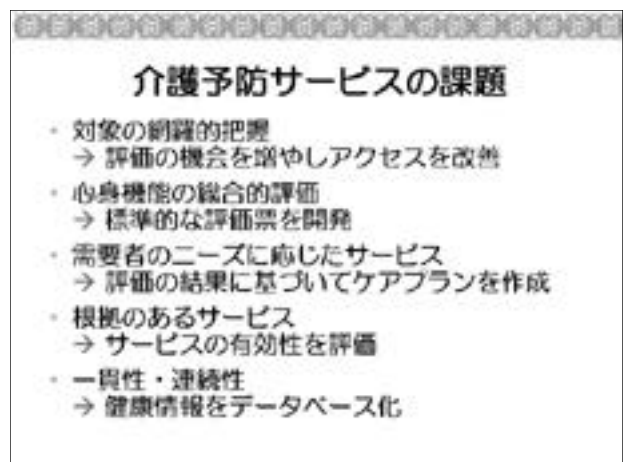
【ポスター 5】

日本の現状のサービスの問題点として、大きく 5 項目が考えられました。

1 つ目としまして、対象者を網羅的に把握できているか。一般的には、健診の機会を利用して介護予防の対象になりそうな高齢者を抽出していますが、現実的に、介護予防を必要とする方はいわゆる閉じこもりの状態であったりして、健診の会場まで出てこられないということがあ

りえます。つまり、本当に介護予防サービスを受けるべき対象者が、実は最初のスクリーニングの舞台にすら上がっていないのかもしれないかもしれません。例えば、かかりつけ医に

ポスター 5



協力してもらったり、自宅から健診の会場まで送迎したりして、アセスメントの機会を増やし、アクセスを改善することが重要です。

2つ目としまして、心身機能の総合的評価という点ですが、体の評価に関しては、現在の日本の健診はかなり充実していると思いますが、心の評価に関しては決して充分ではありません。また、評価の方法に標準化されたはっきりしたものが無いので、評価票の開発なども必要だろうと思います。

3つ目としまして、需要者のニーズに応じたサービスを提供できているか。アセスメントをおこない、どこに問題があるかまで把握できたとしても、その先のプランの作成であったり、どのようなサービスを提供していくかというところで、標準化されたプロトコルがないというのが現状です。この点に関して、MDS-CAPsなどを参考にして、日本独自のものを開発していくことが必要だろうと思います。

4つ目としまして、根拠のあるサービスを提供できているか。介護予防サービスとして、科学的に有効性を証明されたものは、おそらくほとんどありません。有効性の評価に関する研究を進め、より効果的なサービスを選別することが重要です。

最後に5つ目としまして、一貫性と連続性のあるサービスを提供できているか。サービスが年度ごとで切れてしまったり、担当部署ごとで切れてしまったりということが少なくありません。連携体制の構築には、まず基本として、情報の共有が必要です。個人の健康情報はそれぞれがバラバラに管理しているような状況で、しかもデータベース化されておらず、紙ベースで保存されていることもあります。個人の健康情報をデータベース化して、個人単位で全ての情報を管理するシステムの整備を検討すべきだろうと思います。

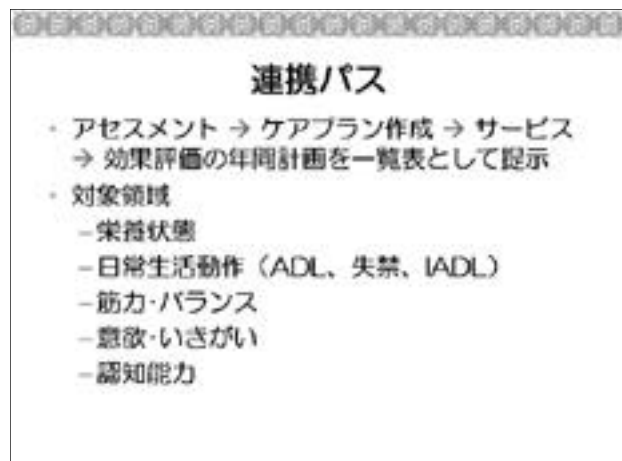
【ポスター6】

日本の現状のサービスの問題点を踏まえた「連携パス」は、アセスメントからプランの作成、サービスの提供、実際にサービスを提供した後の効果の評価までを、一覧表として示すものです。

具体的にどの分野を対象にするかという点ですが、国民生活基礎調査で、要介護になる原因は、1位が脳血管疾患、2位が高齢による衰弱、3位が認知症、4位が転倒・骨折です。これらに対する予防策という観点から対象領域を考えると、栄養状態の改善、日常生活動作、つまりADL、失禁、IADL、骨折・転倒予防としての筋力・バランス、さらに、認知症を予防し、生き生きと生きていくために、意欲・生きがいに関するサービスや認知力向上に関するサービスが必要だろうと思います。

それぞれの領域に対し、科学

ポスター6



的に有効性を証明されてはいなくても経験的に有効であると考えられているサービスをリストアップして、それに対する評価項目をまとめました。量が多いので、ここではお示ししません。

【ポスター 7、8】

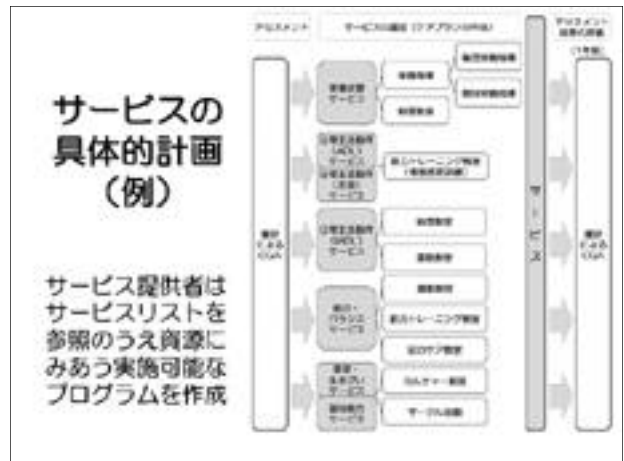
サービス提供者は、提示したリストから、自分の所の資源に見合うサービスを組みあわせ、独自の計画プロトコールを作成しておき、サービスを受ける個人に対して、アセスメントの結果をもとに、必要なサービスをピックアップして、プランとして提示します。「あなたはいつどこに行って何に参加してください」、「いつぐらいまでに、こういうふうになることが目標ですよ」ということを、クリティカルパスと同じように、連携パスに記載して、対象者に持ち歩いてもらいます。連携パスは、現状の問題をすべて解決するとはまではありませんが、少なくとも改善の道筋になるのではないかと思います。

【ポスター 9】

最後にまとめです。

連携パスは、介護予防サービスの各対象者がどのような目標を設定しているか、そのために、いつ、どこで、何のサービスに参加するかを、一覧表として示し、だれもが一目で把握できるようにするものです。サービスの標準化という面、情報の共有という面、連携の強化という面で役に立つものと期待されます。連携パスの活用が地域の介護予防の取り組みの支援になればと思います。先ほど個別のサービスの有効性が科学的に証明されていないと言いましたが、そのような個別のサービスの

ポスター 7



ポスター 8

ポスター 9

まとめ

- ・ 連携パスは、どのような目標を設定したが、いつどこでどんなサービスに参加するのか、ひとめで把握できる
- ・ 連携パスは、サービスの標準化、情報の共有、連携の強化に役立つ
- ・ 連携パスを活用することが地域の介護予防の取り組みの支援につながると期待される

謝辞：inter RAについてはミシガン大学のDr. Brant E. Friesに、おたっしゃ21については東京都老人総合研究所の古田英世先生に情報の提供を頂いた。

有効性の評価とともに、連携パスはあくまでひとつの方法論を提案したに過ぎないので、この方法論自体が有効であるかを評価することも、今後の課題です。

ITの活用につきましては、現時点において、ITツールを実際に使える高齢者はまだまだ少ないので、サービス提供者側の情報の共有などがおもな活用法になると思います。

質疑応答

座長： 今回のご研究は、連携パスの開発というところがすごいオリジナリティなので、できたら、そこに時間をたっぷり使っていただけたら嬉しかったなと思いました。質問は、アメリカでの研究と日本の「おたっしゃ21」などの研究のどいう部分を取り込んだのか、ということです。それを説明していただけますか。アメリカと日本の研究と連携パスの関連です。

須賀： 連携パスを作成するにあたり、まず、現状として、何が行なわれているかを知る必要がありました。そして、実際に対象領域のそれぞれに対してどのようなサービスがあるか、何を評価項目とすべきかを考えていくときに、現在、行なわれているものからリストアップしましたので、そのところで前半の部分の調査が必要でした。

座長： その時に、印象としては、アメリカのものと日本のものと、どちらの方が役に立ちましたか。

須賀： アメリカのものは項目数が多くて、かなり複雑ですので、どちらかと言うと日本のものの方がシンプルで実用的で適用しやすいと思いました。

会場： 訪問リハビリテーションのことなのですが、ケアプランを作成する段階で、作成者がそれぞれのサービスについてどれくらい知っているかということが、たぶんキーになると思うのです。宮城県のケアマネージャー全員にアンケート調査をやった結果では、訪問リハビリテーションの利用の意味とか、何に効果が期待できるかという理解がやはり充分ではないということでした。地域によっても違うと思うのですが、サービス内容の把握とか情報をいかに浸透させるかということについて、いかがでしょうか。

須賀： 今回の研究はどこかで実際に使っているものではないので、その辺はちょっとお答えしかねるのですが、確かに、実際にサービスを提供するスタッフがどれだけ把握しているかということは重要だろうと思います。その辺につきましても、プロトコルを作成する段階で、自分の所の資源に見合うもの、

無理なく実施できるものを取り入れていくことが重要だろうと思います。

座長： これは、そういう意味では、モデルを作って、開発して、今後使っていきたいということですね。もう具体的に使っていく予定はあるのですか。

須賀： まだそこまでは。

座長： では、今後色々なところでトライアルをして、それに基づいて改善していくことになると思いますが、実際に現場で使えるようなものになるように努力をよろしくお願いします。

須賀： 有り難うございました。
