

## 高齢者ケアプランの現状と課題

渡辺 靖志

### 1. はじめに

ここ10年余りを振り返れば、我国の高齢者対策は、本当ににぎやかであった。中でも高齢者支援の中心ともいえる医療・保健・福祉の分野では、この間、相当の施策や事業が打ち出されてきたし、それぞれの分野の役割分担の再編成も着々と行われてきている。

日本が初めて高齢化社会（老年人口比率7%超）に到達したのが1970（昭和45）年である。その時勢を反映して、老人医療の歴史の中では画期的ともいえる「老人医療費無料化制度」が施行されたのが、それから3年後の1973年（昭和48年）のことである。この制度は、いくつかの地方自治体で先駆的に取り組まれていたものを、国が後追いの的に吸いあげたものである。傷病におかされやすく、また回復しにくい70歳以上の高齢の方々に対して、経済的負担の心配のない医療が、国レベルで保障された点では、当時としてはまさに画期的なものであった。しかし、その弊害として、高齢者のケアが医療に偏重したこと、入院治療を要さない患者までもがそのまま入院しつづけるといった社会的入院の急増、濫診濫療、医療費の増大が指摘され始めた。そして、1982（昭和57）年の老人保健法の成立により、この“画期的な制度”は約10年の歴史で幕を閉じた。

それから今日までの14年間、高齢者をめぐる医療・保健・福祉の分野では、様々な制度改革が行われてきた。数例をあげれば、“医療と福祉をミックスした”あるいは“病院と社会の橋渡しをする”という1988（昭和63）年の中間施設（老人保健施設）の創設、1989（平成元）年の社会福祉士・介護福祉士の誕生、1989（平成元）年のゴールドプランの策定、1990（平成2）年の定額制による介護力強化老人病院の創設、入院が長期化するに伴い病院の収入が減るという「入院時医学管理料の漸減制度」の導入、在宅医療や在宅福祉に関する諸施策の重点的推進、特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業の創設、シルバー産業の健全育成政策、1994（平成6）年の新ゴールドプランの策定、公的介護保険制度の構想等々である。

これらは、要するに限られた財源の中で、“無駄”な部分を見直し、効率的に、しかも多様なニーズに応えながら、地域における今後の高齢者ケアの質と量を如何にして高めていくかということを基本的なテーマとしている。そして、ここで「高齢者ケアガイドライン」＝「高齢者ケアプラン」（以下、ケアプラン）の誕生である。ケアプランもこのような時代の大きな流れの中で登場したものであり、高齢者ケアのサービスの質の向上を図る一つの重要な施策とし

てとらえることが出来る。

本稿では、この最近の施策の中から、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームという（関連分野ではあっても）言わば別分野として独自に発展してきたと言える各施設に対して、同次元的に導入が試みられているこのケアプランについて、その誕生の背景、必要性、特徴等を整理し、その現状と課題について考察を行ってみたい。

## 2. ケアプラン導入の背景

何故今になって、高齢者ケアの現場におけるケアプランの手法と実行性の検討が声高に始まったのであろうか。言い替えれば、今何故、ことさら高齢者ケアの質の向上について云々しなければならないのであろうか。

お定まりのキャンペーンではないが、それは厚生省においてもこれから高齢者の介護問題が、予想を超えて深刻で課題の多い状況に直面しているという強い認識があるからである。

今更繰り返すまでもないが、我国の高齢化のスピードは、他国に比べても大変急速である。老年人口比率はまもなく群を抜いて世界のトップとなる。65歳以上人口の中でも後期高齢者の比率は高く、これも近い将来1/2を超えようとしている。100歳人口も1995（平成7）年には6,378名を数え、その5年前の2倍、10年前の約4倍となっている。

平均寿命は、1994（平成6）年で、男性で約76.57歳、女性で約82.98歳であるが、75歳～80歳を境に寝たきりや痴呆症の発現率は跳ね上がるように高くなり、80歳以上の人では7～8人に1人は痴呆症という現実である<sup>1)</sup>。痴呆は治らない。アルツハイマーには確かな予防法がない。一方、医療機関においてもまだまだ社会的入院は減らない。“寝かせっきり”“縛りっぱなし”というケアも多く、病院、施設の質的な格差も大きい。地域によっては、介護者の70%が60歳を超えているというところも珍しくない。要介護老人が長生きすれば、おのずと介護期間も長くなる。疲れ果てた介護者によるシルバーハラスメントや無理心中も社会問題化しつつある。羨まれるくらいの“豊かな国”でありながら、他国に比べて多い高齢者の自殺。その原因のほとんどが「病苦等」である。このように、我国の高齢化は、正に複雑で深刻で広範な問題をもたらしている。それに対する医療・保健・福祉の役割は極めて大きいと言える。今までのように物量的に事業が増やされ、措置費や療養費があてがわれ、あとは現場での良心、善意、知恵に依存するということだけでは、現実にはその現場でのサービス水準の維持や向上が難しくなっている。

また、介護問題は我々住民全体の問題である。否応なしに住民一人一人はそのケアやサービスの質に関心を寄せざるを得ない。評価の日も厳しくなってくる。そして、これからは民間事業者による“シルバーサービス”の時代でもある。この方向は、ケアプランのもとで提供され

るサービスの中身が記録化され、誰が見てもわかる形で利用対象者や外部の人に示され、評価されていくことを必須の条件としている。利用者が評価し、利用者が選ぶ時代への準備でもある。こうした背景や政策動向の中で誕生したケアプランなればこそ、単に手法を策定したにとどまらず老人保健施設においての入所者基本施設療養費（Ⅱ）の新設、老人病棟においての入院医療管理料（Ⅰ）の新設等の利益誘導策にまで連動しているのである。このように、とにかくケアプランについては、現場への普及に対する厚生省の姿勢がこれまでとは少々違っているといえる。

### 3. ケアプランの考え方とその特徴

それではケアプランとはどのようなものであり、主としてどのような点にその特徴を持っているのであろうか<sup>2)</sup>。

「ケアプランとは高齢者ケアの質の向上の為に、一人の対象者に対して一つの実行可能な計画を、対象者のケアに関わる人々で協議し、決定した内容を文書化したものである。」これは、国立医療・病院管理研究所による定義である。言いかえれば、いわゆる施設現場等での高齢者ケアを、行き先の定まらない“行き当たりばったり”のものではなく、あるいは経験や勘に基づく発想や抽象的な目標の下に行うのではなく、「個別化の原則」と「科学性も加味した手法」の下に、トータルな視点から割り出された、その高齢者自身にとって最も望ましい現実性のある目標を定めた上でケアを進めていこうとするものである。従来、特別養護老人ホームの世界では「個別処遇計画」、老人病院などでは「看護・介護計画」と言われてきたものがほぼこれに相当する。但し、ニュアンスとして正確に認識しておかなければならないのは、ケアプランとは、看護・介護はもとよりリハビリテーション計画、ソーシャルワーク計画等、その一人の高齢者にかかわるケアをトータルにとらえて、トータルな視点で一つの計画にまとめることを目標としたものである。単に一側面的な計画ではない。このターゲットをしばりゴールを定めた計画的なケアにより、高齢者ケアの質の向上を図ろうというのがケアプランである。

既述のように、これまでも一側面的計画ではあっても、それぞれの現場において「計画」や「目標」が存在しなかったわけではない。また、その考え方や必要性が理解されていなかったわけでもない。しかしながら、必ずしもそれが確立され、専門的に活用され、実行されていたわけでもなかった。実のところ、多分に有名無実の見本のようなものであったのがこれまでの「個別処遇計画」であった。関係各書でのケアプランの解説においても、これまでの「個別処遇計画」等の問題点の指摘が、婉曲ながらもなされている。具体的には、「位置づけの低さ」、「必要性の不明確さ」、「手法の未確立さ」、「導入・普及への取り組みの消極さ」等である。これらの反省の上に立って、それらの一つ一つの解決を図っていこうとしている姿勢が、この度

のケアプランには特徴的に見られる。

#### 4. 手法の概要

ケアプランはアメリカのナーシングホームで用いられているRAIという手法を参考として、考えだされたものであり、その基本的な流れは、いわゆる「Plan→Do→See」である。このRAIとはアセスメント（評価）の部分である「高齢者アセスメント表」（MDS：Minimum Data Set）とプラン策定の上での指針となる「問題領域別検討指針」（RAPs：Resident Assessment Protocols）の二つにより構成されている。このMDSが350項目からなる「高齢者アセスメント表」であり、RAPsがそれに連動している18領域の「問題領域別検討指針」である。この二つを用いることで、その高齢者の抱える問題点や危険因子などの留意点が、自動的にチェックされ、予知できる仕組みとなっている。これまでの問題点の発見方法が、記憶とそこそこの経過記録と現象面の観察や少なからずの主観的な判断に依存していたことを考えれば、これ自体は極めて画期的なことである。なぜならば、高齢者の長期ケアに必要な評価をどのようにして包括的で総合的に、そして客観的に行うのか、加えて第一線のスタッフが評価しやすいものにするかということは、プランを立てる上での最大の課題であったからである。

この350項目と18領域はトータルな視点をもって絞りこまれたものであり、いろいろなデータと検討の積み重ねによって整理されたものとされている。その信頼度はと言うと、当然日本においてはまだ現場で立証されたものはないが、アメリカのナーシングホームでは、ほぼ全入所者についての実施が義務づけられており、デンマーク、オランダ、イタリアの3か国においても、すでに実用化されている。その他、多数の国々においても試験的な導入が進められている。今のところは、この「広範な採用実績」にその“信頼性”を見出すしかないというのが現実である。また、“科学的”とは言ってもいづれにしても、最終的にはカンファレンスにより、日頃からその高齢者に接している現場の人たちの主体的な検討と判断で決まる。18領域でのリストアップは「可能性」「疑い」「検討」であって、最終的に現場スタッフが検討して判断するための手助けに他ならない。このように、その手法自体の信頼度についても未知の部分がある。しかし、これまでがそうした評価基準が皆無に等しい状況であったというその中での試案として考えた場合、ケアプランはこれからのケースの評価の視点のよりどころとして、また貴重な資料として前向きに受けとめていかなければならないものであろう。

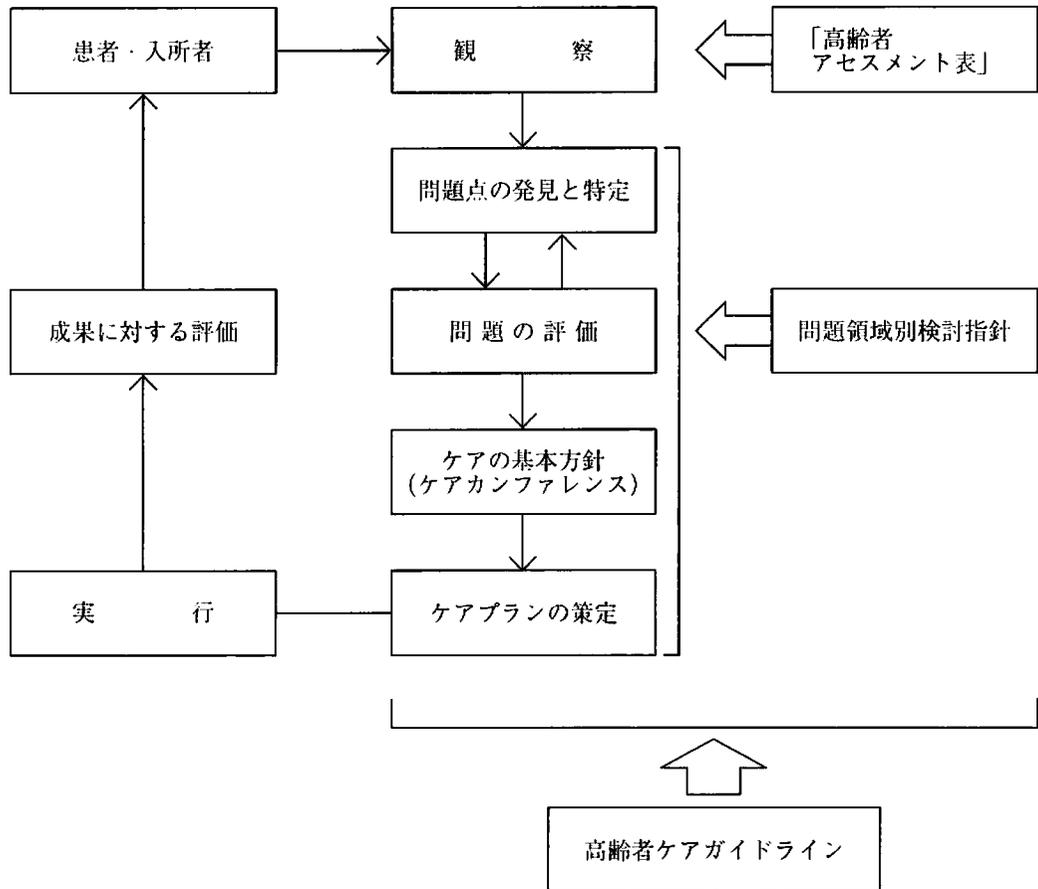


図1. 高齢者ケアプラン策定の流れ.

高齢者ケアプランの策定の大きな手順は、図の示すとおりである。

まず、「高齢者アセスメント表」(MDS)に記入することによって把握される患者・入所者の問題点や危険因子、あるいは改善の可能性を検討(評価)する。次に、ケア担当者、他、医師、OT、PT、さらには本人や家族をも含めたケアカンファレンスにおいて、問題点やケアの基本方針を確認する。このような客観的な評価・アセスメントを経た上で、高齢者一人ひとりについてケアプランを策定するものである。

さらに、ケアプランを実行しつつ、患者・入所者の状況を観察し、成果に対する評価を行う。

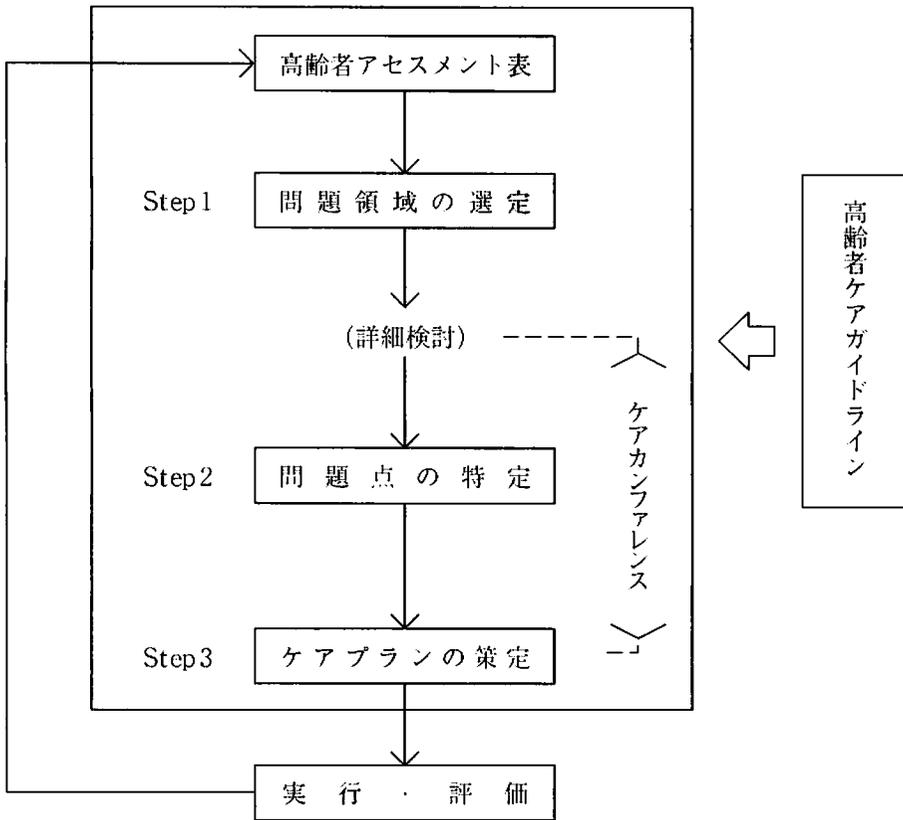


図2. 高齢者ケアプラン策定プロセス.

表1. 高齢者アセスメント表の概要

高齢者アセスメント表の内容	
A. 患者・入所者の基本的事項	・性別、年齢、入院・入所日、入院・入所日前の状況等
B. 認知、コミュニケーション	・昏睡の有無、記憶（短期、長期）、見当識、意思決定能力、せん妄の兆候等
C. 身体機能と機能問題	・ADL、麻痺の存在、排泄状況等
D. 気分と行動	・悲哀、不安、問題行動、覚醒時間、活動状況等
E. 診断と症状	・肺炎、うつ病、尿路感染等に特に留意してチェック（活動中の病気のみ）
F. 栄養状態	・体重減少、水分バランス、栄養摂取方法、口腔状態等
G. 皮膚の状態	・じょく創、皮膚のケア等
H. 特殊な治療、ケア	・吸引、気管切開等の処置、医師のオーダー変更等
I. リハビリテーション	・リハビリ日数およびリハビリ時間、看護スタッフによるリハビリ
J. アセスメントへの参加	・アセスメントへの参加者、責任者等

「高齢者アセスメント表」(MDS) は、病院や施設の患者・入所者に関する状況、ニーズを把握・評価し、ケアプランを策定する上で最小限必要な項目を網羅したものであり、項目数は、認知能力、身体機能、精神、行動などの多様な側面から約350項目にのぼっている。

表2. 問題領域の概要

領域1	せん妄の兆候
領域2	痴呆状態・認知障害の検討
領域3	視覚機能（障害）の検討
領域4	コミュニケーション障害の検討
領域5	日常生活動作（ADL）とリハビリテーションの可能性
領域6	尿失禁および留置カテーテルの検討
領域7	望ましい人間関係（心理社会的充足）の検討
領域8	気分と落ち込みの検討
領域9	問題行動の兆候
領域10	アクティビティ（日常生活の活性化）の必要性
領域11	転倒の危険性
領域12	栄養状態の検討
領域13	経管栄養の検討
領域14	脱水状態・水分補給の検討
領域15	口腔ケアの検討
領域16	じょく創の兆候
領域17	向精神薬の使用上の注意
領域18	身体抑制の検討

「問題領域別検討指針」(RAPs) は、約350項目に及ぶ「高齢者アセスメント表」で把握されている情報から、高齢者が抱える問題を具体的に示す指標として18にわたる問題領域を設定している。そして、それぞれの問題領域について、具体的な問題の所在と、それに対しケアプランを策定する際に検討すべき課題や着目すべき点が提示されている。

## 5. 従来「個別処遇計画」の反省

ケアプランの意義を再度確認するという意味を含めて、従来、我々が行ってきた「個別処遇計画」の運用の問題点にふれてみたい。

繰り返し述べるが、このケアプランの基本的な考え方自体は、これまで全く現場に理解されていなかったわけではない。多くの現場でも、これまで一人一人の高齢者に対して「目標」なり「スケジュール」というものを考え、「実行」し、「評価」しようとしてきた。しかし、その目標の立案の根拠が、どちらかという経験や勘に依存するものであったり、あるいは実施項目に具体性が無く、気がついてみれば計画倒れて再評価もなきままに終わっていたという実態が多かったということである。これは率直に認めざるを得ない事実である。内容のある実質性の高い個別のケア計画とはどうやって立てるのか。立てられた計画が、必ず実行され、忘れられずに再評価され、継続されていくためには、どういう約束やシステムにしておかなければならないのか。ケアプランにおいて、このところのモデルが改めて示されたということである。

一概に言えることではないが、個別処遇計画の有名無実の施設では、いわゆる「計画」も「目標」も担当看護婦または介護職員の一人の判断に基づく立案というケースが多い。それが主任職などのスーパーバイザーから施設長等へと読み継がれて捺印が重なり、それで“終わり”というパターンが多く見受けられる。ケース会議やカンファレンスは、その時々にもち上がった難問解決会議に終始する。一見して見えやすい問題も見えにくい問題も含めて、すべての入所者に対して、今後の方針や重点課題を、担当スタッフの素案をもとに多職種の者で検討して決めていくという、そうしたケアカンファレンスの機会は、なかなか持たれ（にくかった）なかった実態があるのではないかと考える。極端な例をあげれば、担当スタッフが機械的にノルマを達成するがごとく、決まって一か月毎に「次月の目標」を提出する。目標を実現するための具体的な実施項目まで書かれてあれば優秀な方であるが、担当者一人の“自力”に任されているために、そこまでの詰めに及ぶものは少ない。“目標”としたこと自体も本当に妥当なものかどうか疑わしい。果たして前月、前々月からの経過をどの程度踏まえたものか疑問も残る。それが、殆どそれらしいチェックを受けないままに、捺印され、返却されてファイルに綴じられていく。限りなく作文に近い記録が限りなく個人メモに近い形で終わり、現実の処遇には殆ど活かされていないといった状態である。原因はいろいろと考えられるが、根本的には個別処遇計画というものの、その施設での位置づけの低さ、手法の未確立にある。

## 6. 実行されるケアプラン

計画が作文で終わるのか、実際に活用されていくのかは、最も重要で最後の肝心要の課題で

ある。逆説的に言えば、活用するつもりなのか、本当はそのつもりは無いのかが決まっていることで、ケアプランへの取組み方が規定されてくると言っても過言ではない。使わないつもりであれば、込み入った評価もカンファレンスも詳しい記録も不要である。しかし、実行→再評価を確実に行おうと思えば、計画の具体性、現実性、チーム内での合意は必要不可欠である。その点でケアプランでは、誰が（スタッフ名、職種名）、いつ（時間、月日、どの機会に）、何を（具体的な行為名）、どこで（場所）、いかに（行為の回数、時間、期間、程度）、どういう効果をイメージし期待しているか…というチェック項目に沿って文書化することが要求されている（必須である）。そして、関係職種はもちろんのこと、可能な限り、当事者、家族まで含めたケアカンファレンスを期待しているし、実施過程や再評価の記録まで確実に残されていくことを必須としているので、基本的には具現化されない“作文”は出現しえない仕組みとなっている。この点がケアプランの最も大切なところであり、取り組む施設現場が避けて通ることができないポイントである。

また、措置施設（特別養護老人ホーム等）では、今のところ無縁であるが、ケアプランは利益誘導策に取り込まれている。1994（平成6）年5月、厚生省の介護検討会の中間報告において、ケアプランの策定について「有用なもの」との提言が行われていたが、既にその1か月前の4月の診療報酬の改定において、老人病棟においては入院医療管理料（Ⅰ）が新設され、続いて10月には老人保健施設において入所者基本施設療養費（Ⅱ）が新設された。前者（老人病院）は、従来の正・准看護婦の配置基準である「6対1」（入院患者6人に対して正・准看護婦を1人以上置くこと）に、さらにその上に介護職員を「3対1」の基準で配置し、かつ入院患者全員に対するケアプランを策定し、実行していればランクの高い診療報酬を請求できるというものである。後者（老人保健施設）は、従来の正・准看護婦と介護職員の配置基準（正・准看護婦と介護職員の合計数が入所者3.6に対して1人以上配置されていて、かつその内の7分の2程度が正・准看護婦、7分の5程度が介護職員であること）の「3.6対1」のところを「3対1」に増員配置して、同じく入所者全員に対してケアプランがあるという条件で、一ランク高い基本施設療養費がとれるというものである。報酬で増員を裏付けて、その増員を裏付けにケアプランを義務づけて“質”を高めさせるといったものである。なお、言及すると前者（老人病院）において仮りに介護職員が「3対1」ではなく「4対1」（入院医療管理料（Ⅱ））であった場合と比較すると、その診療報酬の差は一人当たり一日750円であり（1996（平成8）年4月改定時点）、後者（老人保健施設）でも「3.6対1」（入所者基本施設療養費（Ⅰ））との差は一人当り月額で14,820円となる。ともに増員分の人件費をまかなえるとは言えない。その意味では、ねらいは日先の収支ではなく、増員とケアプランの策定による施設サービスの質の向上と永い目で見た収支への跳ね返りとして考えざるを得ないところもある。この点でそれに費やす労力を見合わせて、導入を躊躇する施設や病院も確かにある。しか

し、基本的にはこの診療報酬の妙味が現在の“老人産業”のサービス合戦の中で、少なくとも老人病院、老人保健施設の分野での取り組みに拍車をかけている。特別養護老人ホームにおける個別処遇計画等策定への行政的関与が、今のところ「指導」や「期待」の域にあることに比べても、当面は両分野での取り組みの格差がひろがっていくと考えられる。以上が手法を確立し、必要性、重要性を強く打ち出し、利益誘導に踏み切ることによって、現場での着実な普及を促進するというケアプランをめぐる現況である。

## 7. 現場での受けとめ

### (1) 効果

最後に、実際にこの手法を取り入れた現場では、これをどのように受けとめているのであろうか。また、その経過はどのようになっているのであろうか。

現在、このケアプランの存在を意識していない介護施設はまずない。しかし、実際に完全に導入に踏み切っているのは山口県内でも老人病院、老人保健施設で数例見られるだけである。特別養護老人ホームにいたっては今のところ皆無である。県内外でのそれら実践施設ではその状況を以下のように報告している<sup>3-4)</sup>。

(評価できる点)

- ①ケース（潜在的ニーズも含めて）の状況に関する情報量が豊富になり、客観性も高まった。
- ②RAPsを記入していく過程で、一つの現象についてどういう視点で何を観察すべきかがわかる。

(計画と目標設定の面)

- ①目標が明確化され、現実性のあるゴールが定められるようになった。従って、目標達成率が高まった。
- ②従来、なにげなしに行っていたひとつひとつのケアが、その意味を理解し、意識しながら行えるようになってきた。（例えば「たかがオムツ交換、されどオムツ交換」である）

(ケアの面)

- ①目標に向かって取り組むことにより、クライアントに対するケア内容の向上がこれまで以上に確認できるようになった。
- ②精度の高い情報収集の結果、きめ細かいニーズにも対応できるようになった。
- ③援助方法の統一化が図られるようになった。

(スタッフの意識の面)

- ①改めて、個別ケアの重要性に気付かされた。
- ②問題点に関心をもって関わる結果、それが意識化されてケアのポイントが明確になった。

③クライアントの変化がスタッフにも励みとなり、また良い意味での競争意識も出てきた。

その他、家族が策定過程に参加することによる家族自身の意識の向上や、これまでのケアにおける「スタッフの都合中心主義」への反省等々があげられている。

以上は、比較的職場内の体制も充実しており、「試行錯誤期」を終えつつある施設からの報告である。また、加えて公的な場での発表会及び誌面での事例紹介を通じてのものであることを申し添えておく。次に著者が独自に聞き取ったケアプラン導入からいずれも6か月を経過した2つの老人保健施設の声を照らし合わせてみる。

①「ケースについての豊富な情報の入手」とまではいかないが、「現象の見方についての視点の拡がり」はあった。

②「援助方法の統一化が図られた」ことは確かであるが、書かれたもの（記録）でスタッフ間の共通理解を図るのには限界があり、特にケースの変化については、必ずしも全体が一致して適確に応じきれないところがある。

③「スタッフの意欲の向上」「良い意味での競争意識の芽生え」までは確認できないが、立てたプランとケアの実施に対しての「責任感の高まり」はある。仮にこの方式がなければ「ダラダラとした仕事」に陥る（舞い戻る）危険性はある。

等々であるが、このように2施設に限っての“生の声”であるものの、全体的に若干“トーン”が落ちてくる。

## (2) 問題点

①プラン立案までの作業が極めて煩雑である。（特にMDSの誘因項目を調べるのには多くの時間を要する）

②MDSにもRAPsにも専門用語が多く、また、全体的に高度で理解しにくい。

③他部門（特に医師）の認識不足があり、医療的側面での協力が得られない。

④RAPsで検討項目が明らかになっても、ケアの具体的な取り組み項目や目標の設定となると検討が難しい。

これらもいわゆる前者の先進施設からの“公式報告”である。これに先の聞き取りによる“生の声”を参考に若干の補足を加えてみる。

①の「時間がかかり過ぎる」については、結果としてMDSの350項目のチェックは、一人のスタッフに一任せざるを得ない。そのため項目の解釈や判断については、その時点で多分に主観的なものが入る。当然、臨床の知識と経験の差から異なる判断などが起こりうる。また、再評価（目安としては3か月に一回）については、MDSを省略し、いきなりRAPsに入ることによって“合理化”している。要するに、ここでケアプランの最大の意義である「評価の客観性」が歪められていることになる。

②の「理解しにくい」については、既に大きな問題点として指摘されており、現在、当局で

もその見直し作業が行われている。近いうちに項目が大幅に削減されるなど、もう少しクリアな方向での改訂が行われる予定である。

④の「困難な目標設定」とは、一連の作業で問題状況が整理されても、その改善に向けての方策も目標も見つからないケースである。どういうことかと言えば、施設内ケアでは施設生活全般に関わる問題を取り扱うことから「どうしようもない問題」も多く抱えることになる。特に精神面での問題については、即効性のあるパターン化された処方箋はなかなか見つけることはできない。結局、問題の深刻さの順や必要性の順よりも、具体的に対応しやすい課題を取り上げることになる。結果的には「ADLの向上」という目標が圧倒的に多くなる傾向があり、中には「現状維持」、あるいは“苦肉の策”として、既にある程度達成されていることをもう一度課題として再掲載するという現実もある。ケアプランは施設でやっていること及びやれることしか書けない。その意味では、その時点での、施設の水準そのものを反映することになる。良いケアプランかどうかは、施設自体の評価にもなるということなのである。

### (3) 実施上の課題と創意工夫

最後に、実施上の課題と創意工夫の実践例である。

#### ①時間の捻出

現場での定着を図るには、業務の合理化による時間の捻出やスピードアップが大きなポイントとなる。実践例としては、従来、全員を対象に行ってきた定時検温をその時々に必要なのあるケースに限定して行う、あるいは申送りをポイントを絞って時間短縮するなどが紹介されている。また、アセスメントからプランの策定までをコンピューターの導入により処理し、1ケースにつき「平均4時間から30分に短縮した」という報告もある。

#### ②スタッフの共通理解と活用

「問題点」において指摘されていたように、プラン立案までの作業は、個々の現場スタッフにとっては、内容的にも高度に対応に苦慮している面が伺われる。どのようにして、スタッフ全員のものとし、活用まで至らせるかについては、大きくは「勉強会」と「リーダーによる個別指導」に分けられる。勉強会の方法については、最初は読み合わせから出発するものもある。時間的には勤務時間外に及んでまで行なわざるを得ない状況も報告されている。

#### ③確実に適切な実践への結びつけと再評価

プランが関係スタッフに周知され、確実に実施されていくための徹底したシステムづくりはどうするのか、変則勤務体制に対応して、計画項目を3日間連続して申送りに入れているところから、内容をケース個々のベットサイドに貼る、勤務終了後に5分間程度で実行の有無や内容について確認をするというものまでである。最も多いのは、“固定ナーシングチーム体制”としてスタッフを数グループ分け、各チームがそれぞれ決まったケースを担当する。そのことにより、チーム内の責任で担当ケースについてのプランニングと実行と再評価を徹底させよ

うとする方法である。担当するケースが多人数から適正人数となり、状況の把握度や共通認識の保持がより行いやすくなり、チーム間相互の競争意識の芽生えも利点としてあげられる。

#### ④カンファレンスの活性化

ケアプランは“科学的手法”とは言われているが、18領域でのリストアップは「可能性」「疑い」「検討」であって、最終的にはカンファレンスによるところの評価と判断に委ねられている。カンファレンスを、静かないわゆる「お通夜型」のものとするのか、活発な意見交換が行われ、最後にはどこかで確実にまとめられていく協議の場とするのか、その役割は大きい。現状は思い付き意見による“混乱”や“脱線”があったり、次第にピントが外れてまとまらないままに時間切れで流れてしまうことが多いものである。カンファレンスを短時間で活性化させるには、当然のことながら検討すべき事項の要点を、担当者もしくは担当グループが事前に十分に整理し、提案することが必要である。加えて、“議長”の役割が大きい。そこに医師のかかわりを期待する声も見受けられる。

## 8. 終わりに

以上、ケアプランの導入の背景から、考え方とその特徴、手法の概要から現場での導入状況までを概観し、整理してみた。

1996（平成8）年4月22日、老人保健福祉審議会より「高齢者介護保険制度の創設について」の最終答申がとりまとめられ、厚生大臣に提出された。この答申は、1995（平成7）年の2月以来、30回にわたって議論が重ねられてきたものであるが、措置費制度の原則的廃止と社会保険方式の導入を柱としている点では、まさに“明治維新に匹敵する大改革”と言われるものである。その中の第2部「介護サービスのあり方」の第2項「介護給付の対象となるサービス」では、介護給付の対象となる施設サービスの一つとして「ケアプランの作成」を明記している。また同じく、第4項「介護サービスの利用方法」では「ケアプランの作成に当たっては常に在宅生活への復帰の可能性を念頭に置くとともに、退所後も在宅において引き続き適切かつ継続的なケアが提供されるよう、入所から退所までに要する介護の方法、期間等をあらかじめ記載したいわゆる退所計画を作成することが適当である。」とうたわれている。このように公的介護保険の運用に際してのケアプランの位置づけを明確にしている。この部分については、既に厚生省案にも取り入れられている。すなわち、現在の特別養護老人ホームも老人保健施設も、その他介護施設として認定された老人病院等のいずれの施設もケアプランを避けて通れない時代を迎えようとしている。実施時期については未だ流動的ではあるが、1996（平成8）年5月に出された厚生省の試案では、「在宅サービスについては1999（平成11）年4月から、施設サービスについては、2001（平成13）年をめどに実施する」とされている。いずれか

の時点より、保険給付対象となる全国の高齢者介護施設のすべてにおいて入所者全員のケアプランが作られ、それに基づくケアが実施されていく。現場は、その時、このケアプランを真に入所者ケアに有効なものとして活用できるであろうか。義務付けとは、得てして“それをこなすためのそれ”，すなわち“ケアプランを立てるためのケアプラン状態”におちいりやすいものである。手段の目的化である。そして、ケアプランの策定が、問題点の割り出しとその対策に終始せず、真にトータルな視点から「その人の幸福とは何か」「その人の生活の質とは何か」を中心とした評価と実施となるのか、ケースのニーズとスタッフの目標とする援助が本当に一致しているのかを常にチェックする必要がある。ケアプランを導入すれば即ケアの質が向上するわけではない。実際のケアにおいて実践力が伴わなければ「ケアプラン」は机上の空論に終わる。MDS、RAPsの内容の見直しや検討もさることながら、次の課題はこれに向けての現場での主体的な取り組みはどのようにしていくのかという点に移りつつあると言える<sup>2)</sup>。

## 文 献

- 1) 三浦文夫編：「高齢者白書」，全国社会福祉協議会発行，(1994)，「国民の福祉の動向」1995年版，厚生統計協会発行，等参照。
- 2) 岡本浩二：老健，第24号，30～33 (1996)
- 3) 山下久・児玉博行・照沼秀也・中村悦子他：総合ケア，5，No. 6，12～53 (1995)
- 4) 「高齢者ケアプランの実際」，山口県老人保健施設研究大会 (1995)。
- 5) 漆原彰：老健，第24号，34～35 (1996)