

国際情勢報告 オランダの 保健福祉 レポート



② オランダの 長期的症状の人々のための ケア提供計画

保健福祉・介護・医療分野におけるサービスの質の向上は、先進各国共通の課題です。高齢者・障害者が尊厳を持って暮らしていけるようサービスの質を高めていかなければなりません。

保健福祉広報協会では、わが国の保健福祉・介護サービスの質の向上に資するよう、欧米の関係者および研究者から集めた当該国の社会保障制度の動向や課題に関する情報をH.C.R. Newsに掲載し、わが国の関係者に情報提供することとしました。

今回ご紹介するのはオランダ VILANS の Mr. Frits Tjadens から提供された「長期的症状の人々のためのケア提供計画」(2005年9月 NHS 近代化庁)に関する情報の第2回目です。

3.0 状況

3.2 戦略的な関連性

3.2.3 NHS 保健医療のための接続 (NHS Connecting for Health)

人々が自分の状態のケアをさらに管理できるように支援するプロセスには、当事者および関与する専門家がより簡単に医療記録にアクセスできるようにすることが含まれる。短期的また中期的には、「人が保有する」という物理的な形を取り、現在は書面で行われるのが最も一般的である。一方、長期的な目標は、NHS 保健医療のための接続*8やヘルススペース*9の一環として、医療記録を電子データとして保持および配信することである。ヘルススペースでは、自分の健康に関する記録をオンライン上で常に最新の状態で保持できるようにすることを目指している。ワークショップでこの件に関する議論の中心となったのは、ケアプランニングはこのような活動と一緒に行わなければならないが、その結果ケアプランニングのプロセスで柔軟性や特異性を失ってはならないということである。ケアプランニングは上記の目標の達成を目指す動き、例えば専門的および組織的境界を越えた個人的情報の共有に関するガイドライン作成などと併せて実行する必要がある。

3.2.4 高齢者のためのシングル・アセスメント・プロセス

セクション6.0でより詳細に述べるが、ケアプ

ランニングのプロセスの中には個人のニーズに合ったアセスメントがあり、その手法は人中心のケアに向けた活動、および既存のアセスメント手法と対応するものであることが重要である。中でも高齢者のためのシングル・アセスメント・プロセス (Single Assessment Process)*10は重要であり、医療および福祉関連の様々な面において、高齢者のニーズに応じて行うアセスメントの重複を避けようとする試みである。また最近の政策提案書*11の一部として行われている活動がある。これは「アセスメントの合理化 (Streamlining Assessment)」と呼ばれ、ソーシャルケアのアセスメントをより包括的にする方法を探究するものである。

3.2.5 選択

情報の統合および適切な共有が重要であると見なされる環境では、ケアプランニングのガイダンスがどの分野とも制限なく戦略的な関連性を持つように思われる。しかし最終的に強調すべき分野は、選択に関する問題である。これが人中心のケア発展と密接な関連性を持つことは明らかだが、プライマリケアおよびコミュニティケアにおいては、ケアプランの開発の初期段階にあり、今後のプロセスに影響を受ける可能性がある。近年の記事*12に述べられているとおり、第二次ケア以上において選択を実現するための手法の一つとして、政府では長期ケアを委託する際の予算を当事者自身に管理させることを考えているようである。「直接支払 (direct payments)」はすでに、本人が同意する場合にソーシャルケアにおいて導入されており、長期的症状を持つ人のヘルスケアも、ある程度同様に提供される可能性がある。したがって、ケアプランニングのガイダンスはこのような発展に対応できるものであることが重要である。

結論として、ケアプランニングの導入を可能にし、一貫性のあるものとする際、ケアプランニングが相互関連性を重要とする活動は多種多様にあることを述べておく。

4.0 ケアプランニングの利点

優れたケアプランニングは、ケアを受ける個人はもちろん、ケアを提供する専門家や関連組織にも利益をもたらすものである。

4.1 ケアの継続性

優れたケアプランニングは、人と組織の複雑なネットワークをつくれる環境においてコミュニケーション改善を通して、ケアの継続性を多少改善することができる。ケアの継続性は長期的症状を持つ人々、また組織やケアに関与する人にとっても有益である (例えば、緊急ベッド日数削減というPSA目標の達成の一助になる可能性がある)。専門家と当事者との協力および交渉のプロセスとして行われるケアプランニングでは、多様な組織的および地理的境界を超えて専門家を結集させ、関係者全てが所有する「地図」を提供することにより、当事者に管理権を与えることにつながる。

4.2 リスク管理

ケアプランニングは各個人の状態や生活のニーズに関するリスクを、組織的および統合的に確認または管理する優れた方法であると考えられる。また、このように組織的また統合的であるという点は、アセスメントの一部としてまたはケアプランにおいてリスクを解消するために開発される戦略として認識されると考えられる。

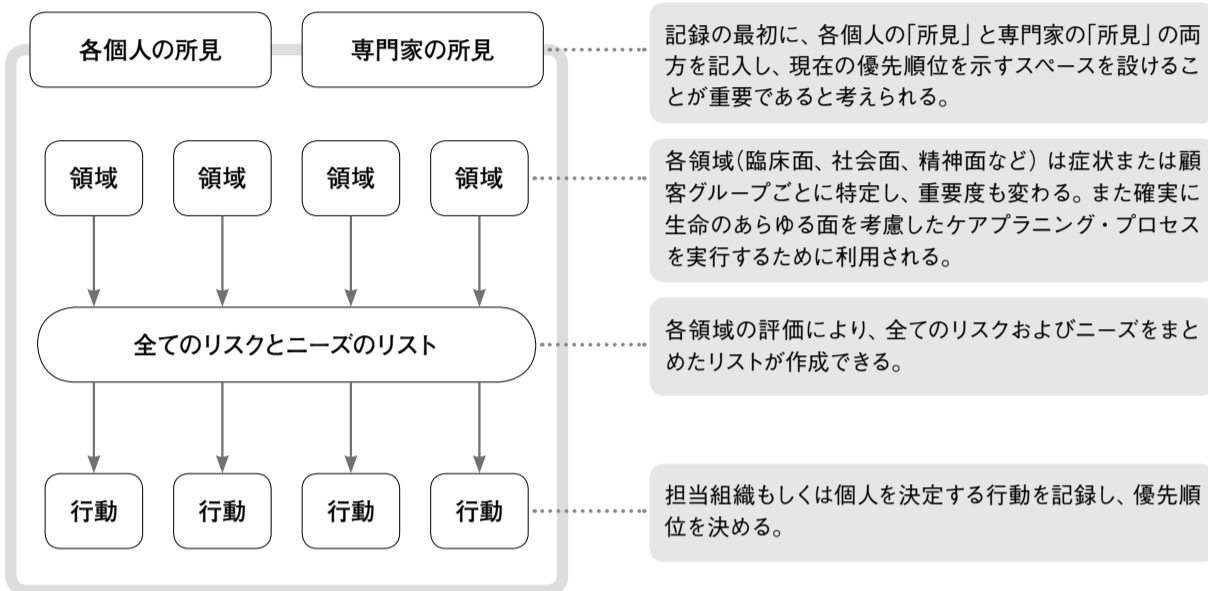
4.3 自主的な状態管理の支援

ケアプランニングは状況に応じ、自己管理への支援提供、もしくは症状がある人への支援提供のどちらかを行うことができる。この点でもケアプランは当事者の管理力の強化を通して各当事者にとって有益となり、資本への圧力削減を通して組織にとっても有益なものとなりうる。これは個人が決定を下し、自分自身もしくは介護者がケアを管理し、自分の状態管理に熟練し、介入の必要性を削減することによって達成できる。

4.4 優れたケアプランニングのモデル図化

ワークショップ参加者は、これまで述べた利点を達成するために、異なる分野間でどのようにケアプランを使用できるか、または使用されるべきかを示すモデルを作成した。(図3)

図3 ケアプランニングのビジョンモデル



5.0 優れたケアプランニング導入に対する障壁

関係者の間では、優れたケアプランニング導入を阻んでいる障壁が存在するという意見に達した。この中にはケアプランニング一般に対する障壁もあれば、特定の長期的症状に対するより特異な障壁もある。

「ケアプランニング」の概念は組織や分野によって異なり、ケアプランニングと呼ばれる活動の中にも、実際には中心となる条件、例えば人を中心にするという条件を満たしていないものもあるという意見が出た。ケアプランニングの中にどのようなものが含まれるのかという理解を明確に共有できなければ、導入を成功させることはできない。

ケアプランニングが存在する多くの場合、個人の状態に対して包括的もしくは総合的な手法を取るよりも、個別の段階に対して取り組みを行う傾向があると考えられた。このような取り組み方ではケアプランニングが目指す利益の達成度を制限してしまう。患者のためのケアプランが存在するかどうかだけでなく、どのようにプランが作成され、その作成に誰が関わるのかを決めることが特に重要であると考えられた。

5.1 トレーニング、スキル、経験

ケアプラン作成に携わるスタッフは、必要なスキルを習得する十分な機会を与えられていないことが多い。このスキルとは、スタッフと当事者の双方がケア手法に関与し、当事者が決定や結

果に達するというプロセスを導き出すために必要なスキルである。当事者の間でも同様に、ケアプランニングがどのようなものであるか、もしくはどのようなものになりうるかということに関する理解度は人によって異なることが報告されている。この点は、おそらくケア従事者のスキルや知識が不十分な状態においては驚くべきことではない。これに関連して、ワークショップの参加者からは、すでに確立されたケアの日常業務にケアプランニングを取り入れることに対しては抵抗がある人もおり、このような考え方は尊重すべきであるという意見が出た。

5.2 適切な言語の使用

ケアプランニングを検討する際や書類上で使用する言語は、人中心という点に関しては十分ではない場合が多く、このような場合はプロセス全体がサービス主義、もしくは臨床中心に運営されるという結果になる。これに関連して、ケアプランが個人の持つ記録であると混同されることや、当事者のためではなく、様々な専門家の理解のための単なる情報保管手段であると考えられることがあるという意見があった。

5.3 境界を超えて協力するための効果的な方法の作成

専門、部門、組織、地理的位置などの境界を超えて、情報共有を適宜行うなど、協力して活動するように人々を説得することは難しく、これによってケアプランニングの利点がある程度削減される可能性がある。これは、ある職業で使用され

ている用語が他の職業では通用しない場合などは先述の言語の問題とも関連してくる。しかしもうひとつ重要なのは、当事者と様々なケア従事者および機関との間で、どういった情報を誰と共有するかという合意に達することが難しいという点である。書面による情報保持も、組織間での情報移動の障壁となっている。

5.4 動機付け

ワークショップの参加者は、専門家や組織が優れたケアプランニングを導入するには、動機付けが欠如していると強く感じている。これはセクション4.0で述べたような利点があるが、専門家やその組織によって、即実現可能ではないということが理由のひとつである。またケアプランニングは非常に管理的で非臨床的な側面を強調しすぎであるという間違った概念があり、これが臨床領域に焦点を置く人達に対する誤った動機付けとして作用しているとも考えられる。

5.5 予期できない状態

脳疾患の状態の中には、プランニングの一般的な手法では予測しがたい特性がいくつかある(緩解に向かう状態など)。このことは、個人の希望通りにケアのプロセスを終了もしくは再開しやすい、十分な柔軟性を持つケアプランニングを作ることの難しさを示している。

5.6 時間の圧力

多数のケア従事者は取扱件数の増大という問題に直面しており、これには官僚主義が大きく関わっている。これは特にソーシャルケアに当てはまるが、その他の専門分野においても言えることであり、件数増大によって、ケアプランニングに十分な時間を費やしたり注意を払ったりすることが難しい場合が多いと感じられている。

〈続く〉

*8 <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/>

*9 <https://www.healthspace.nhs.uk/index.asp>

*10 <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/SingleAssessmentProcess/fs/en>

*11 <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/64/78/04106478.pdf>

*12 「No.10では、患者が自分自身の予算を得ることができるとされている」2005年5月19日ヘルスサービス・ジャーナルより