

国際情勢報告
オランダの
保健福祉
レポート



3

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3回目です。

6.0 重要な成功要因

本研究関係者らによって、ケアプランニング導入を成功させるために不可欠な要因が多数特定された。これらの要因の中心をなすのは優れたケアプランニングに欠かせない要素や原則である。

これらのことを、組織においてあまり導入されていないもしくは皆無の状態からケアプランニングを開始するなど、より幅広い状況で達成するために、勧められるようなアプローチが、セクション7.0で提案されている。

6.1 主要な要素と原則

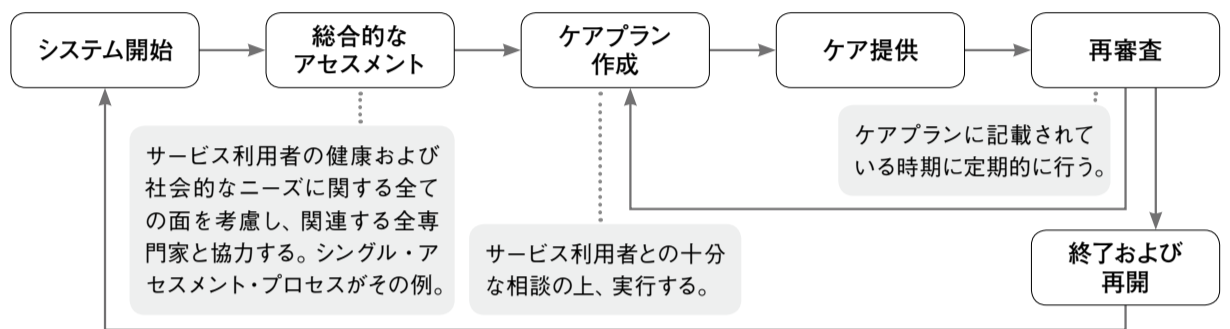
ケアプランニングのプロセスには主要な段階が多数あり、これらはほぼ全てのケアプランニングに存在する。

- ・システムの開始
- ・ケアプラン作成
- ・再審査
- ・アセスメント
- ・ケアプラン導入
- ・システム終了、再開、取り消し

各段階の関連性は、図4のケアプランニングモデルにまとめることができる。

上記の各段階には、ワークショップ参加者がケアプランニングを成功させるのに必要であると考え、特定した要素および主要原則がある。右記の表にはその特定された要素と原則が全て記載されている。また、あるひとつの部分だけではなくプロセス全体に適用される要素や原則もいくつかある。

図4 ケアプランニングの段階モデル



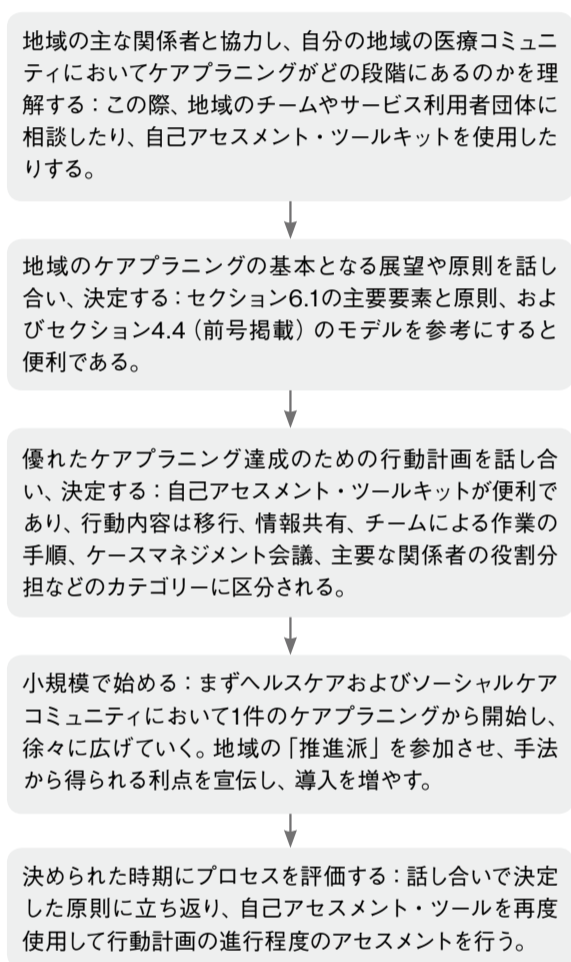
| | 要素/作業 | 原則 |
|-----------------|--|--|
| 開始 | <ul style="list-style-type: none"> 潜在的なニーズのある人の特定。 関連する連絡先詳細を入手。 | <ul style="list-style-type: none"> 情報は重複を避けるために1度だけ記録することが理想的であり、適宜、情報を共有する。 |
| アセスメント | <ul style="list-style-type: none"> 中心となる作業者/統一した連絡先 当事者と専門家間で(結果を出すために行う) アセスメントとケアプランニングのプロセスを話し合い、決定。 全体におけるニーズとリスクの特定。必要な場合は介護者のニーズとリスクも特定。 | <ul style="list-style-type: none"> アセスメントは個人の「所見」(新しい点、良い点、困難な点、問題、証拠、経験など) および専門家の所見(問題、証拠、経験など) から始める。 全ての領域(臨床、社会、精神面、ライフスタイル)を取り扱うアセスメントの総合的手法。 |
| ケアプラン作成 | <ul style="list-style-type: none"> ケアプラン作成者と個人による問題の優先付け。 サービスおよび個人のための行動計画を作成。 必要となる機器の確認。 | <ul style="list-style-type: none"> ケアプラン作成者/コーディネーターは十分なトレーニングと経験(リスクについて説明できる能力など)を必要とする。 ケアプラン作成者/コーディネーターは使用する可能性がある資金源の要覧など、最新の証拠および情報入手を必要とする。 ケアプランを当事者のために、その当事者と共に計画し、必要であれば介護者/家族と共有する。 ケアプランには(医療的および社会的な)各状況への対処法も記述する。 ケアプランは広範なニーズおよび状況に対応できる柔軟性を持たなければならない。 実行される総合的なケアと特定のケアの明確な区別が必要とされる。 ケアプランは当事者が所有し、専門家が入手できるものである。 |
| ケアプラン導入 | | <ul style="list-style-type: none"> つながりのない多数の個人ではなく、1つのチームとしてケア提供を行う。 サービスおよび支援はケアプランに従って行う。 |
| 再審査 | <ul style="list-style-type: none"> 決められた時期に行動計画を再審査し、更新する。 ケアプランを再審査し、必要な場合は定期的に継続もしくは修正をし、変更点は書面に記す。 | |
| Exit/Re-entry | <ul style="list-style-type: none"> 適宜、自己管理に移行し、専門家のより集中的な介入に戻る際の明確な方法を示す。 ライフプランの終了(適宜)。 | |
| 複数の段階に関連する要素と原則 | <ul style="list-style-type: none"> プロセスは、改善点の特定のため、組織によって評価を受ける。 実行したプロセスと決定は記録し、書面でも残しておく。 | <ul style="list-style-type: none"> 専門家に権限を与える。 トップが指導もしくは承認し、スタッフや組織の広範な目標に照準を合わせたプロセス。 プロセスは、専門的または組織的な境界を越えて、作業や情報共有を統合して行う。 当事者は単なる患者やサービス利用者としてではなく、1人の人間であると自分で感じ、他者からもそのような扱われる。 プロセスは関係者全てに対し透明性がある。 プロセスは当事者(必要な場合は介護者にも)に精神的な支援を行う。 プロセスは1度きりのものではなく、継続するものである。 |

7.0 結論：ケアプランの実現

本プロジェクトの目的は、長期的症状を持つ人のための優れたケアプランニングに共通したテーマを明確にすることであった。研究を進める中で、優れたケアプランニングから得られる利点は多数あるが、導入の成功を阻む障壁も多数あるということが確認された。

最後のセクションでは、どのように各組織がこれまでに述べた障壁の解消に取り組み、ケアプランニング導入を成功させることができるのかを探る。この方法を明確にするプロセスには、図6で示したようにいくつかの段階がある。

図6 ケアプランニング導入の成功させるための段階的プロセス



8.0 付録1：ケーススタディ

本レポートでは主に「判断基準」と考えられるものを示し、ケアプランニングの理想的な手法に焦点を置いてきた。しかし導入に成功した場合、望んでいる以上の結果が得られることを示すためには、ケアプランニングが実際に導入され、ある程度成功している実例を提示することも効果的である。

ケーススタディ 1： Hounslowにおける共有ケアプラン (Shared Care Plan)

展望

シングル・アセスメント・プロセス (SAP) の下では、同意を得た上で、アセスメント結果に基づく統一されたヘルスケアおよびソーシャルケ

アプランを当事者、介護者、関与する介護チームが共有する必要がある。

Hounslowの「共有ケアプラン」という書類フォーマットは、人中心のケア、シングル・アセスメント・プロセス、長期的症状と関連させて作成されており、総合的なアセスメントを行う際に使用されている（Hounslowで使用しているのはFACE総括アセスメント：FACE overview assessment）。

「共有ケアプラン」の概念は、「情報はアセスメントを受ける当事者が所有するものであり、人が管理する記録の基礎である」というものである。情報は、各個人の同意を得て、アセスメント関係者やサービス提供者も入手できるようにすべきである。共有ケアプランはこれを必要とする人のために、より詳細な情報によって補強することができる。

可能な場合は（余裕があれば）、アセスメントを受けた当事者が自分のケアに従事するケアコーディネーターと協力し、重要な役割を担う。当事者は積極的に医師、看護師、ソーシャルワーカー、療養士、薬剤師、その他（ボランティアおよび独立部門を含む）と協力することが奨励され、全員が可能な限り最高の結果を出すために取り組む。

ケアプランニングの書類作成

「共有ケアプラン」の創案は、アメリカ、ワシントン州のWhatcom郡における「完璧を追求するプロジェクト (Pursuing Perfection Project)*13の一環として作成された自己アセスメント・ツールに由来する。「共有ケアプラン」は現在、ヘルスケア改善研究所 (Institute for Healthcare Improvement) のウェブサイト*14で見ることができる。

このアセスメント・ツール開発の最初のプロセスでは、すでに使用されていた他のSAPケアプランの検討結果を取り入れた。Hounslowのマネージャー、ケア従事者、臨床医、また彼らと共に仕事をする人が、最初のケアプラン開発とバージョン2の作成に関わった。

バージョン1の「マイ共有ケアプラン (My Shared Care Plan)」は、高齢化対策センター (Centre for Policy on Ageing) のウェブサイト*15で見ることができる。

バージョン1.2（これも高齢化対策センターのウェブサイトにある）は5つの書類で構成される。必ず記入する書類は、統一された「ヘルスケアおよびソーシャルケアプラン」と「ケアチーム」である。その他の書類は、最良の形態での導入やサービスに必要な条件を考慮し、適宜使用する。その他サービスプランは、必要であればこれに続いて行う。

1. 「ヘルスケアおよびソーシャルケアプラン」

- ・この書類ではヘルスケアプランとソーシャルケアプランが統合されており、全体的なアセスメントによって特定されるリスクとニーズを記入する。
- ・個人の能力、体力、好みなども含まれ、これらを

満たす方法について記述する。

- ・基本的な個人情報はこの書類の最初に記す。こうすることによって、再度記入される必要がなくなる。
 - ・サービスを提供するケアチームに関する情報を必ず添付する。
 - ・この書類は当事者、介護者、およびヘルスケアやソーシャルケアに関与するケアチームによって共有される。
2. 「ケアチーム」
 3. 「ケアの予定表」
複雑なケア調整の必要がある場合に使用する書類。オプション。
 4. 「連絡先リスト (緊急の電話番号など)」
アセスメントを受けた人および介護者の連絡先リスト。オプション。
 5. 「サービスプラン (NHS以外のサービスの基準および変更点)」
ソーシャルサービスに関してのみ必要な書類。ケアチームと共有する必要はない。NHSスタッフが記入する必要はない。

「ヘルスケアおよびソーシャルケアプラン」フォーマットは、ロンドンのNHSケア記録サービスSAP暫定ソリューション (NHS Care Record Service SAP Interim Solution) でも使用されている。

導入

共有ケアプランは現在、ソーシャルサービスの中の成人サービス全体で使用されており、地域の看護師、地域の保健医療サービス、急性トラスト、精神衛生サービスなどの協力により、ヘルスサービス部門へのプロセスへ展開するために作業が行われている。ヘルスサービスおよびソーシャルサービスの両方がケアプランニングのプロセス作成に関与しているという事実は、システム全体におけるプロセス導入を支えている。

評価

このプロセスと共有ケアプランの書類は、特にSAP変更や長期的症状管理の新しい手法などに対応しながら、導入と平行して見直しおよび修正を行う予定である。プロセス評価はまだ実施されていない。これはスタッフやサービス利用者が運営上の問題に集中する前に、新しい書類に慣れる機会を与える「定着期間」の必要があると考えられるためである。臨床医/ケア従事者からの最初の反応は、新しい共有ケアプランによってより人中心のケアを行うことができるというものであった。

〈続く〉

* 13 <http://www.patientpowered.org/>

* 14 <http://qualityhealthcare.org.qhc>

* 15 http://www.cpa.org.uk/sap/sap_careplanning_list.html