

「インターライ方式」ケアアセスメントの特徴と利点

多職種連携と切れ目のないケアプランを可能に

特定非営利活動法人インターライ日本、慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

天野貴史、石橋智昭、池上直己

はじめに

「インターライ方式」の特徴

MDS方式から何が変わったか

居宅ケアにおける「インターライ方式」の利点

※本記事は、「訪問看護と介護 (vol.17 No.4 2012 医学書院)」に特別記事として掲載されたものです(一部改変)。なお、「訪問看護と介護」は、電子ジャーナルとして配信されています。詳しくは下記医学書院ウェブサイトをご覧ください。

<http://ej.islib.jp/ejournal/top-13417045.html>

はじめに

介護保険制度が発足して10年、その総括であるにおいて、厚生労働省は「地域包括ケアシステムの確立」が今後の課題に挙げられた。「地域包括ケア」は、さまざまな意味で使われる概念だが、狭義には「個人の心身の状態に応じた“切れ目のない”医療や介護の提供体制」の地域単位での構築を意味する。

このような問題意識は、介護保険制度設立当初から認識されており、多職種協働やトータルケアマネジメントの重要性が叫ばれ、「介護支援専門員」（ケアマネジャー）が制度化される根拠ともなった。しかし、制度設立から10年が経って新たに「地域包括ケア」の確立が課題に挙げられたことは、職種間・サービス間の分断が十分に改善されていないという評価を反映していると言える。

「地域包括ケア」の実現に寄与するアセスメント方式

一方、現在介護施設や在宅などで広く用いられているMDS(Minimum Data Set)方式は、“切れ目のないケア”を提供するためのアセスメントとして最適である。その理由として、MDS方式は多職種による利用を前提に開発されており、施設版(MDS2.1)と在宅版(MDS-HC2.0)の基本アセスメント項目を同じにするなど、職種間・サービス間の連携を容易にする設計になっていることが挙げられる。

このたびMDS方式は内容が刷新され、「インターライ方式」と改称された。本稿では、切れ目のないケアを実現するうえで汎用性がいっそう高まったその特徴と、居宅ケアにおける活用の利点を紹介する。

「インターライ方式」の特徴

インターライ方式は、国際的な研究組織である interRAI によって、それまでの MDS 方式のすべての版を再構築するかたちで、2009 年に開発されたアセスメント方式である。再構築の対象となったのは、施設(Long Term Care Facility, LTCF)版(MDS2.1)と在宅(Home Care, HC)版(MDS-HC2.0)だけではなく、今まで日本に紹介されていなかった高齢者住宅(Assisted Living, AL)版等もあった。

「インターライ方式」の構成と使い方

MDS/インターライ方式は、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う。この項目の多く（これをトリガー項目という）は、たとえば褥瘡、せん妄、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する。これに従って該当の「CAP」項目へ進むと、「この利用者のニーズ・状態に応じた適切なケアは何か？」を特定するための指針が書かれている。このようにインターライ方式では、アセスメントとケア指針の2段階で、ケアプランを立てる（逆に、リスクが高いと想定される CAP 項目から、指示されたアセスメント項目へと遡って、リスクの有無を判定することもできる）。

特徴①多面的かつ必要十分なアセスメント項目

「アセスメント表」は、表 1 に示す領域により構成されている。

アセスメント項目は、利用者の機能、健康、社会支援、サービス利用などを包括的に把握するために、居宅・施設・高齢者住宅の各場面において、それぞれ最低限必要な項目が抽出されている。したがって、ある特定の領域に偏ることのないアセスメントが可能である。

表 1◎「インターライ方式」によるアセスメント領域

		居宅版	施設版	高齢者 住宅版
ア セ ス メ ン ト 領 域	A 基本情報	○	○	○
	B 相談受付表	○	○	○
	C 認知	○	○	○
	D コミュニケーションと視覚	○	○	○
	E 気分と行動	○	○	○
	F 心理社会面	○	○	○
	G 機能状態	○	○	○
	H 失禁	○	○	○
	I 疾患	○	○	○
	J 健康状態	○	○	○
	K 口腔および栄養状態	○	○	○
	L 皮膚の状態	○	○	○
	M アクティビティ	○	○	○
	N 薬剤	○	○	○
	O 治療とケアプログラム	○	○	○
	P 意思決定権と事前指示	○	○	○
	Q 支援状況	○	—	—
	R 退院・退所の可能性	—	○	—
	S 環境評価	○	—	—
	T 今後の見通しと全体状況	○	—	—
U 利用の終了	○	○	○	
V アセスメント情報	○	○	○	

特徴②明確な評価基準で結果の“ばらつき”が少ない

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。

たとえば「ADL」は、実施者によってアセスメント結果にばらつきが大きい項目であるため、ばらつきを少なく、かつケアプランへの反映が可能になるように、支援の程度と頻度に基づく詳細な評価基準が設けられている。

特徴⑧評価結果をケアプランに反映できる指針つき

「CAP（ケア指針）」の27領域（表2）は、居宅・施設・高齢者住宅の各場面において、要支援・要介護高齢者にそれぞれ起こりやすい問題の領域である。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。

表2◎「インターライ方式」のCAP（ケア指針）項目

		居宅版	施設版	高齢者住宅版
機能面	1. 身体活動の推進	○	○	○
	2. IADL	○	—	○
	3. ADL	○	○	○
	4. 住環境の改善	○	—	—
	5. 施設入所のリスク	○	—	○
	6. 身体抑制	○	○	—
精神面	7. 認知低下	○	○	○
	8. せん妄	○	○	—
	9. コミュニケーション	○	○	○
	10. 気分	○	○	○
	11. 行動	○	○	○
	12. 虐待	○	—	—
社会面	13. アクティビティ	○	○	○
	14. インフォーマルな支援	○	—	—
	15. 社会関係	○	○	○
臨床面	16. 転倒	○	○	○
	17. 痛み	○	○	○
	18. 褥瘡	○	○	—
	19. 心肺機能	○	○	○
	20. 低栄養	○	○	○
	21. 脱水	○	○	—
	22. 胃ろう	○	○	—
	23. 検診・予防接種	○	○	○
	24. 適切な薬剤使用	○	○	—
	25. 喫煙と飲酒	○	○	—
	26. 尿失禁	○	○	—
	27. 便秘	○	○	—

特徴④課題のあり処を浮き彫りにする「トリガー項目」

各 CAP には、「トリガー(引き金)」と呼ばれるアセスメント項目(トリガー項目)が設定されている。アセスメント項目の大部分は何らかの CAP のトリガー項目となっており、これらの項目のアセスメント結果によって特定の CAP が“トリガー”される。

トリガーされた領域は、利用者が課題を抱えている領域であり、CAP に書かれた指針に沿って、課題の分析・検討を行ない、ケアプランに反映させる。トリガーは、蓄積されたアセスメントのデータベースを分析することによって同定されており、たとえば「ADL」の CAP は、追跡して改善ないし維持された利用者の特性に基づいて規定されている。

例として、表 3 に「せん妄」の CAP のトリガー項目を示した。アセスメントによりこれらの項目に該当すると、せん妄の CAP が“トリガー”され、せん妄に関する利用者の課題を詳細に検討し、ケアプラン作成に活かすように工夫されている。

この CAP とトリガーの仕組みにより、27 の問題領域に関して、全体をアセスメントしたうえで、該当領域についてより深い課題検討が可能となる。

表 3◎「せん妄」の CAP トリガー項目

以下の 1 つ以上に当てはまる

- **普段とは違う(新しく始まった／悪化した／最近までの状態とは異なる)以下の行動がみられる**
 - ▶注意がそらされやすい[C3a=2]
 - ▶支離滅裂な会話がある[C3b=2]
 - ▶1 日のうちで精神機能が変化する[C3c=2]
- **急な精神状態の変化[C4=1]**

※[]内はアセスメント表の項目記号とアセスメント結果を示している。たとえば[C3a=2]は、「C3.せん妄の兆候」をアセスメントする評価項目「C3a 注意がそらされやすい」の結果が「2.(該当の)行動があり、普段の様子とは違う」であることを示し、この項目にチェックがついた利用者は「せん妄」が起こっている／起こりやすい状況にあるものと認識できる。また「せん妄」のおそれを感じるときは、このトリガー項目から指示されたアセスメント項目へと遡って評価を確認することもできる

MDS 方式から何が変わったか

以上のような仕組みは「MDS 方式」でも用いられていたが、「インターライ方式」では、その仕組みを発展させる開発がなされ、“切れ目のないケア”の実現によりいっそう活用できるアセスメント方式となった。ここでは、インターライ方式で改善された主な事項を紹介する。

アセスメント項目の共通化

MDS 方式では、施設版・在宅版・高齢者住宅版など、さまざまな場に対応した版が別に存在したが、インターライ方式では全体を再構築して更なる共有化を図った。特に日本版では施設・在宅・高齢者住宅版のアセスメント表を以下の手順で統合した（図1参照）。

- ① 高齢者住宅版のアセスメント表の領域・項目・選択肢を基本とした
- ② 高齢者住宅版に、居宅版から、「支援状況」・「環境評価」・「今後の見通しと全体状況」の各領域、及び居宅版固有の項目と選択肢を追加した
- ③ 高齢者住宅版に、施設版から、「退院・退所の可能性」の領域と施設版固有の項目・選択肢を追加した
- ④ 居宅版・施設版用のアセスメント表は、統合版から不要な領域・項目・選択肢をそれぞれ削除して作成した

高齢者住宅版で用いられるアセスメント領域を共通の領域として、居宅版・施設版のみに用いられるアセスメント領域をモジュールとして取り入れる形での統合を行った。これにより表1に示したように多くの領域を全版共通とすることが可能となった。ただし、共通の領域の中にも、居宅版のみに不要なセクション・項目・選択肢、施設版のみに不要なセクション・項目・選択肢があったため、それらを除外した。

このように3つの版を再構築してアセスメント表を統合したことにより、アセスメント項目のさらなる共通化が図られ、さまざまな居住場面において利用者を共通の“ものさし”でアセスメントすることが可能となっている。

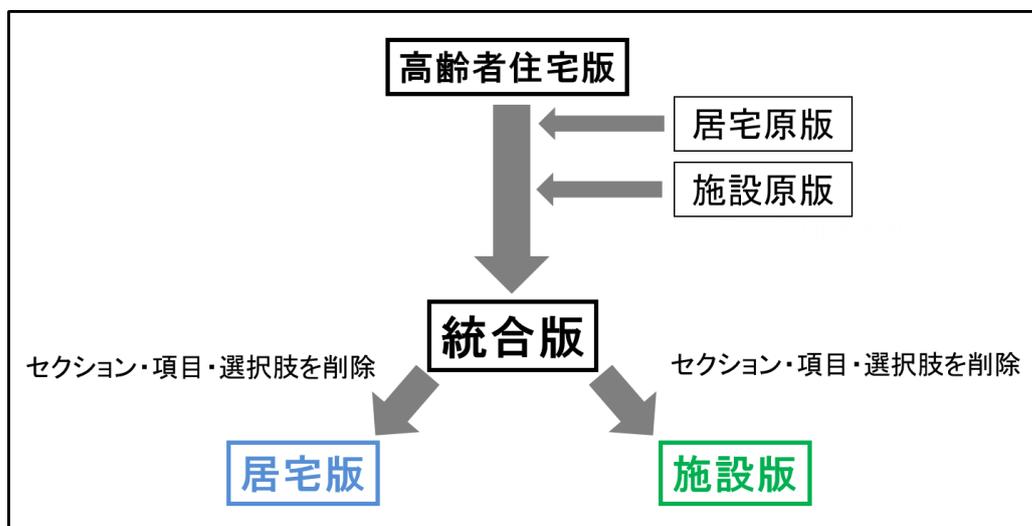


図1 統合版のアセスメント表完成の流れ

CAPの一本化と精緻化

これまで在宅版のCAPと、施設版のRAP(Resident Assessment Protocol)に分かれていた指針を、CAPとして一本化した。これにより、切れ目のないケアプランを作成するうえで、課題の検討がいつそう行ないやすくなった。表2で示したとおり、大部分のCAPはいずれの版においても適用されている。

また、同時にCAPトリガーが精緻化され、必要に応じて「問題解決のためのトリガー」「悪化の危険性を低減するためのトリガー」「改善の可能性を高めるトリガー」というように、トリガーに2つ以上のレベルを設定した。したがって、異なるアプローチが必要である利用者の状態に対し、より精緻な課題分析が可能となっている。

「日本版」独自の工夫

このような大幅な刷新に加え、2011年11月に発表された「日本版」のインターライ方式ケアアセスメントでは、以下のとおり独自の工夫を行なっている。

- オリジナル版では、アセスメント表の項目記号は、セクションも含めて施設版・在宅版など各版によって各々異なっているが、上述したように日本版では統合して同じにした。
- 上記に合わせて記入要綱も1冊の本にまとめ、各版に固有な箇所については色枠で囲むなど、汎用性と使い勝手をいつそう高めた。
- オリジナル版ではCAPは別冊であったが、日本版ではCAPも含めて1冊にまとめた。
- 日本でこれまで刊行されていなかった「高齢者住宅版」も合わせて1冊にまとめた。なお、同版は居宅・施設の中間に位置づけられ、入居者の生活を評価する項目としてインターネット活動への参加などの独自の項目も加えられている。

居宅ケアにおける「インターライ方式」の利点

このように、多様な特徴をもつ「インターライ方式」であるが、居宅ケアの場面でこれを活用する利点として、とくに以下の2点が挙げられる。

多職種間のスムーズな連携が可能

居宅ケアにはさまざまな専門職が関わっており、職種によってアセスメント内容や形式が大きく異なることが、職種間の連携を阻害している。「インターライ方式」では、アセスメントすべき内容は、高齢者に起こりやすい問題状況である27のCAP領域から、各領域の専門家による標準的な水準で設定されている。したがって、アセスメントはある特定の専門職の視点に偏らない包括的なものとなっている。アセスメント担当者が福祉職の場合は医療的知識を補うように、医療職の場合には福祉的知識を補ってアセスメントを行なうことが可能である。また、これらの項目が“共通言語”によって書かれているため、職種間で情報を共有することも容易になっている。

利用者のニーズに応じた活用が可能

居宅ケアにおいては、利用者の状態に応じたさまざまなニーズが発生する。「インターライ方式」の居宅版アセスメントは、長期ケアのニーズをもつ利用者のみならず、退院直後や在宅における病院からのケアの提供時などの、亜急性期のニーズをもつ利用者にも対応できるよう設計されている。

また、先にも述べたとおり、居宅・高齢者住宅・施設各版におけるコア項目を設定しているため、居住場所によらず、利用者を中心に置いたアセスメントが可能となっている。さらに、居宅から高齢者住宅、居宅から施設への連携の際の情報共有が容易である。

以上、「インターライ方式」の特徴と居宅ケアにおける利点について述べてきた。インターライ方式は、実施者間・職種間の差がないアセスメントを可能にする包括的なアセスメント項目と、CAPとトリガーの仕組みによる客観的な課題分析を可能にするアセスメント方式である。より多くの事業者・専門家がインターライ方式のアセスメントを活用することで、“切れ目のないケア”を実現し、地域包括ケアシステム確立に寄与することを期待している。