

医療・介護現場での インターライ方式クラウドサービスの活用

池上 直己

interRAI フェロー / インターライ日本 理事長
慶應義塾大学 医学部 教授

超高齢社会における課題

- 様々な支援が切れ目なく提供されなければならないが、各々の提供システムは分断され、有機的な連携が見られない
- 地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要となる。

地域包括ケア研究会(2010)

切れ目のない地域ケアの実現

- 多職種間（医師、介護職、看護職、PT、OTなど）の連携が必要
- サービス事業者間（病院、訪問介護事業者、介護老人福祉施設など）の連携が必要

情報共有のための「**共通言語**」が必要

共通言語⇒インターライ方式ケアアセスメント

「共通言語」をクラウドで運用する利点

- ① 同一法人内の職種間の情報共有
- ② 移動時（自宅→サービス付高齢者住宅など）
において、他法人に情報を転送する際の機
密性、簡便性

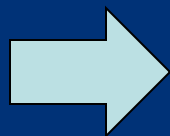
インターライ方式ケアアセスメント
クラウドサービス

開発組織 interRAIとは?

- 非営利の国際的な研究組織 (30カ国の研究者)
- 9~10か月に一度会議を行う
- 主な役割
 - 科学研究 (例: 国際比較)
 - 尺度開発
 - 他国での導入支援
- アセスメントツールに関する著作権を保持している
※政府及び個人利用(商業利用を除く)には著作権料を課さない
- 詳しくはホームページ www.interrai.org

国際比較のための標準化

- 多様な国(文化)のケア現場で実際に使用して開発
- その国際比較によって、より適切な国際標準を提示



標準化されたアセスメント
によってのみ可能

インターライ方式の構成

- ① アセスメント表(居宅、施設、高齢者住宅)
- ② 記入要綱
- ③ CAP (Clinical Assessment Protocols)

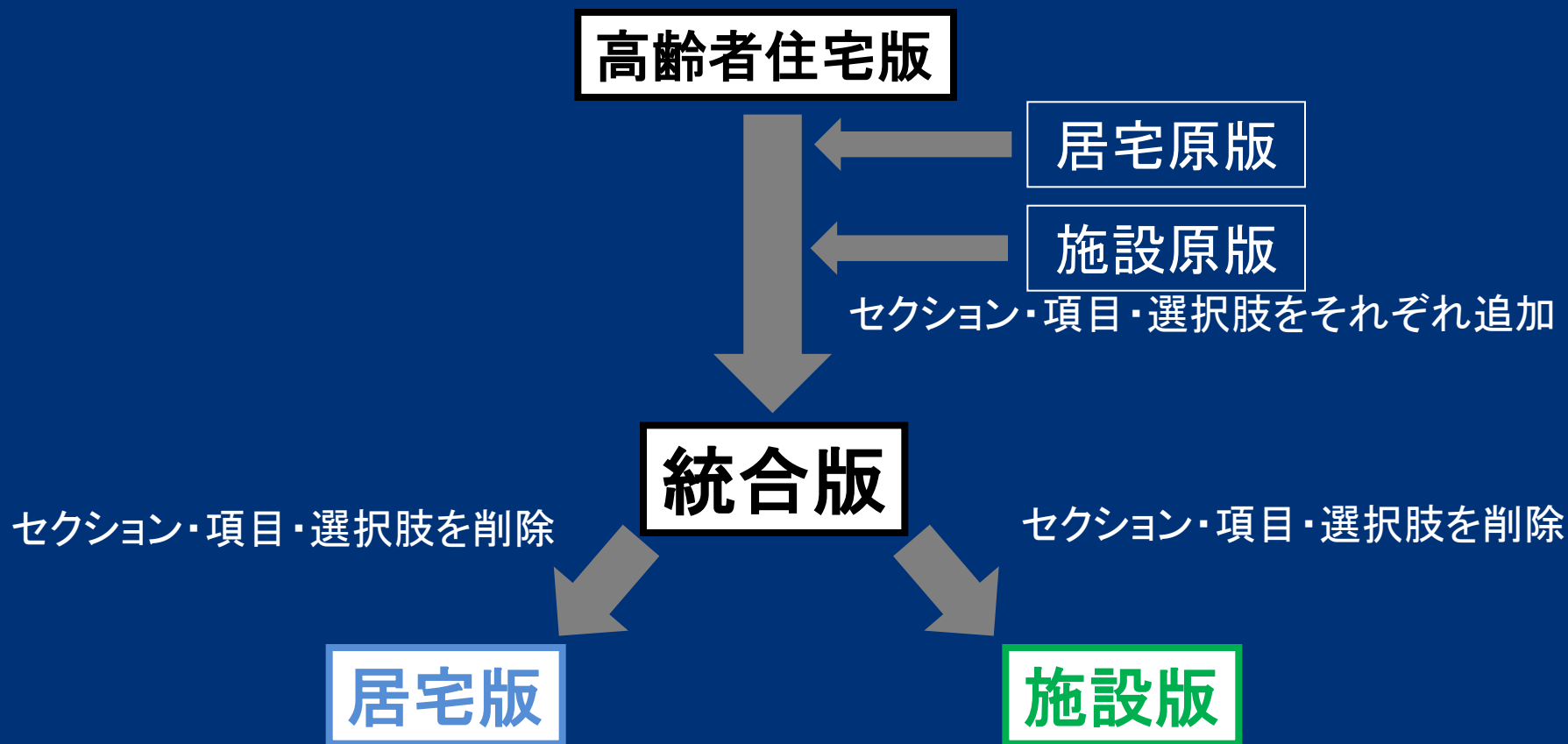
① アセスメント表の特徴

- アセスメント表は、利用者が抱える課題領域を抽出するために最低限必要な項目で構成されている
- アセスメント項目は、各領域の専門家によって作成されており、特定の領域に偏らない包括的なものである
- 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

統合版のアセスメント表完成の手順

1. 高齢者住宅版のアセスメント表のセクション・項目・選択肢から統合版は出発
 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」の各セクション、及び居宅版固有の項目と選択肢を追加
 3. 高齢者住宅版に、施設版から、「退院・退所の可能性」のセクションと施設版固有の項目・選択肢を追加
- * 居宅版・施設版は、統合版から不要なセクション・項目・選択肢をそれぞれ削除して作成

統合版のアセスメント表完成の流れ



②記入要綱の特徴

- 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いる
- 実施者間、職種間のアセスメント結果のばらつきが少なくなり、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いて詳細な評価基準が設けられている

③CAPとは

- 高齢者におこりやすい27の問題領域に関するケアの指針
- 各CAPには「トリガー(引き金)」と呼ばれる項目(トリガー項目)が設定されている
- アセスメント表の項目の大部分はトリガー項目であり、こ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

③CAPとは

- 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る。CAPに書かれたガイドラインにそって、課題の分析・検討を行い、ケアプランに反映させる
- これにより
 - 利用者の問題に対する視点を共有できる
 - ケアの質を標準化できる

CAP27領域

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. 便通

CAPに書かれている内容

1. **問題:** その問題は人々の生活にどのような影響を及ぼすか
2. **トリガー:** 当該CAPの対象となる利用者を規定
3. **ケアの目標:** 望ましい結果
4. **ガイドライン:** エビデンスに基づいた介入方法

例：CAP 8 せん妄のトリガー項目

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]

例: CAP8 せん妄のケアの目標

- せん妄の原因を明らかにし、適切な治療につなげる
- せん妄の症状、及びせん妄に伴う健康、気分、行動の問題を監視しケアする
- 二次的な問題の発生を防ぐ
- せん妄の再発を防ぐ

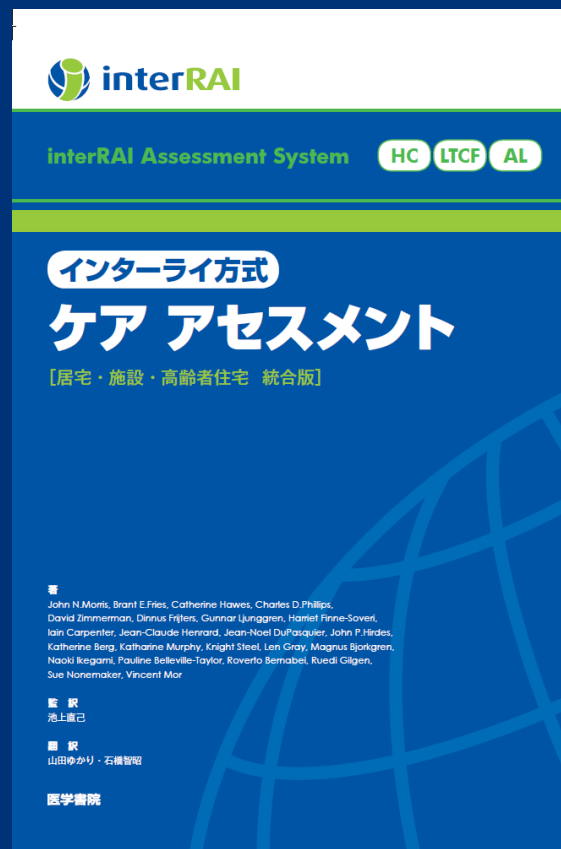
例: CAP8 せん妄のガイドライン

- 医師への連絡
- 看護観察
- 薬剤服用歴の確認
- 関連する進行中の症状のモニター
- その他の検討事項

ケアプランへの展開

- 平均で4～7のCAPがトリガーされる
- インターライ方式はケアプラン作成を自動化するツールではない。担当者が、特に重要と思われるCAPを選定し、ガイドラインをもとに課題の分析を行い、ケアプラン(1票、2票)へ展開する
- ケアプランへの展開を支援するソフト上の工夫は各ベンダーに任されている

医学書院よりマニュアル発売中



パネルディスカッション

- 医療法人社団愛優会理事長
都 直人氏
- 株式会社学研ココファンホールディングス代
表取締役社長
小早川 仁氏
- 亀田総合病院・前地域医療部長
小野沢 滋氏

パネルディスカッション①

医療法人社団愛優会理事長

都 直人氏

「利用者情報の共有と多職種連携」

- 同一法人内、同一事業所内における利用者情報の共有や多職種連携の取り組みについて

パネルディスカッション②

株式会社学研ココファンホールディングス
代表取締役社長

小早川 仁氏

「サービス付き高齢者住宅での
シームレスケア対応」

- 居宅からの移動、医療施設・介護施設への移動など法人間の情報共有が重要となる高齢者住宅におけるシームレスケアに対する取り組みについて

パネルディスカッション③

亀田総合病院・前地域医療部長

小野沢 滋氏

「情報共有の地域への発展」

- 同一法人内、法人間の情報共有を、地域での包括的な情報共有にまで発展させる取り組みについて