

# ケア現場 評価いろいろ 何のため

『ケア現場での評価』をテーマとした連載が、第6回・最終回を迎えます。本誌には「認知症ケアの新しい風」で4年半、「認知症疾患の理解に基づくケア」で1年間、そして平成27年度の「グループホームケア現場での評価」で1年間と、合計6年半も継続して執筆させていただきました。長い間のお付き合い、ありがとうございます。

なぜ、こんなに長く続いたのか？ それは、読者の皆さまの“評価”が高かったからだと自負しています。評価が高ければ継続、低ければ打ち切りというように、「評価」は大きな力を持っています。私は、こんなことを書いたら読者が興味を持ってくれるのではないかと、「なるほどそうだったのか」とガッテンしてもらえないのではないかと、読者の立場で考えながら執筆してきました。そして、あちこちに「私はあなた方の応援者です」というメッセージを込めた文章を書きました。こういう方針が高い評価→長期連載に繋がったのだと自負しているわけです。評価にこじつけた自己満足ですが、これってパーソン・センタード・ケアに通じていませんか？ 相手の立場になって考えて行動すると、よいことが起こるのです。

## 国の施策の評価から自分の評価まで

先日、ソーシャルキャピタル(人間関係資本)をテーマにした研修会で座長を務めました。ソーシャルキャピタルって何なの？ という筆者でしたが、地域の絆(信頼関係やネットワーク=横の繋がり)のことだと教えてもらいました。

この新しい概念がどんなことに役立つのかと期待して基調講演を聴いたら、地域の絆が大きいことの成果を示す指標(評価尺度)として寿命の延びをあげていたのがガッカリしました。つい、「寿命を延ばすこと

がよいことだ」という概念は古い。寿命が延びても、それを支える社会基盤が追いつかないから、貧困高齢者(下流老人)や認知症高齢者が増え続けているという社会問題に目を向けるべきだ。これからは豊かな老後や安心して子育てできる町づくりを成果にすべきではないか」と指摘してしまいました。

私は、これからは社会の価値観が、生命の長さよりも質を評価する時代になっていくと考えています。長寿ではなく「豊かな老後」、そして子育てへの参画など「人の役に立つ老後」が、今後は高評価になるでしょう。また、そのようになることを願って活動しています。グループホームが、開かれた事業所として地域活動の拠点となったり、高齢者のボランティアを受け入れられたり、放課後の学童が立ち寄れるといった方略で、地域の中で受け入れられ、発展すると思います。

今から十数年前は、施設で看取りをする(経管栄養をしない)と「消極的安楽死(殺人)」と新聞に書き立てられた時代でした。いまではグループホームで当たり前のように看取りをします。時代とともに、価値観が変わります。評価指標も合わせて変わる必要があります。

大きな問題に話が飛躍しましたが、誰でも自分の体重やウエストサイズは気になるところだと思います。チョット油断すると、ズボンをはいた時に腹がきつくて苦しく、太ったなと分かります。体重計に乗れば、数値として認知できます。こんな単純な評価でも、ケアにはとても役立ちます。

例えば、老衰を簡便にしかも早期にキャッチすることが、体重の記録でできるのです。毎月体重を記録していると、死の2年くらい前から体重が徐々に下がりはじめます。それまでと同じに食べているのに下がるのです。食べないから下がるのではなく、腸の栄養吸収力が低下したためなどと考えられています。こうして

体力が低下して、いよいよ老衰死が間近になると食べなくなります。そこで胃ろう(PEG)を入れようというのは医学的には無益です。むしろ苦しい期間を長引かせます。

## 評価は結果を使ってなんぼ

本シリーズではMMSE(ミニメンタルステート検査)はHDS-R(改訂版長谷川式簡易知能評価スケール)といった認知機能評価から、NPIやDBDスケールというBPSD・行動障害の評価、GDS(高齢者用うつ尺度短縮版)という「うつ」の評価、QOLの評価を解説してきました。ケアスタッフが関わる前後で、指標がどう変化したかをみれば、適切なケアは何なのかが分かります。これが、評価の適切な使われ方の一つです。

こんな難しいことをしなくても、笑顔が増えるかどうかを見れば分かるという意見もあるでしょう。そのとおりです。しかし、どれだけよくなったのかを人に伝えるには『数値化』が必要です。

例えば、ある利用者が食べなくなりました。介護スタッフのAさんは「先生、食べなくなりました」と医師に伝えました。Bさんは「先生、食事が3/10くらいに減りました。体重も2カ月前から3kg減っています。食事の時間も今まで20分くらいでしたが、30分以上かかります」と伝えました。Bさんの報告を受け医師は、「それは問題だね」と、直ちに原因分析(食欲低下・食物の認識障害・注意集中障害・嚥下機能低下など)と対策に移ることができます。

Aさんの報告は要領を得ませんね。評価ができていないのです。

日々のケアの中で、生じている事象を客観的に評価して他者に伝えることは、ケアスタッフの一員として極めて重要なスキルです。ぜひ、評価の達人を目指してください。

## 穏やかスケール

「ケアの効果は笑顔で分かる」のですが、それを定量化しようという試みを紹介します。「穏やかスケール」です。25項目で、各項目を4段階評価し、合計点を出します。

「周囲との交流」として、

- \*他者に優しく接する
- \*人の話を落ち着いて聞くことができる
- \*人のことを気遣える

「自分らしさの発揮」として、

- \*身だしなみを整えられる
- \*好きなおしゃれ(化粧、髪型、服装、持ち物)ができる
- \*自分のペースで日課を過ごせる

「満足・活気」として、

- \*満足している、満たされているように見える
- \*生き生きしている
- \*悲観的でなく前向きに過ごしている

「活動の楽しみ」として、

- \*趣味活動ができる
- \*好きなことに打ち込める

などの質問項目を挙げています(代表的11項目を抜粋)。これらの項目に合致すれば、穏やかに生活しているといえますね。そして、その程度を数値化できるのです。

あなたが担当している利用者当てはめてみてください。そしてこれらの項目を脳にインプットして、明日からのケアで、これらの項目を反芻しながら、どうしたら当てはまるかなと工夫してケアしてみましょう。その利用者はますます穏やかになるでしょう。参考文献はネット(J-Stage)で公開されています。

オムロン社のスマイルスキャンも笑顔度を数値化できる測定器です。今のデジカメには笑顔を認識してシャッターを押す機能が開発されていますが、その笑顔認識の仕組みを使い、カメラに向かってほほえむと、顔画像を分析してリアルタイムで笑顔点数が出ます。これは利用者の評価というよりも、ケアスタッフの笑顔トレーニングに使えます。笑顔得点がボーナスに反映されれば、みんな笑顔に……。こんな、評価機器の誤った使い方はいけませんね。でも、効果絶大かも。

### 【参考文献】

辻村弘美、小泉美佐子：認知症高齢者のおだやかスケールの開発。Kitakanto Med J 60: 119~134, 2010



やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント〜快一徹!脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防〜読めば納得!脳を守るライフスタイルの秘訣』(ともに協同医書出版)。日本認知症学会副理事長。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事。