

なぜ評価するの? この大変な時に

本連載は『ケア現場での評価』がテーマで、認知症を中心に6回連載の予定です。今回は総論「なぜ評価?」という疑問への解答から始めます。

自分たちの仕事がどれだけの成果を上げているのか。また、自分の関わりはよい方法だったのだろうか。このような疑問への答を、目に見える形で示そうというのが評価です。

また、日本認知症グループホーム協会という大きな視点からみれば、認知症グループホームがどれだけ社会に役立っているのかを評価することが、協会の発展や介護報酬引き上げに役立つでしょう。しかし、現実には介護報酬が平成27年4月に引き下げられました。現場では、経営が苦しくなり、仕事が増えて、「評価どころではない」というご指摘を受けそうなこの時期に評価の連載を始めるので、ちょっとつらい気持ちですが、「どんな時でも評価は大切」です。頑張ります!

アウトカムとアウトプット

アウトプットは結果や結果物を指し、アウトカムは成果や効果を示します。

例えば、グループホームで何人のケアを行い、定員の何%が埋まり、何人を看取ったというような数値がアウトプットで、事業の直接の成果です。

一方、アウトカムは、入居者を対象に、どれだけ生活力が向上したか、どれだけ穏やかになったか、介護家族がどれだけ喜んだかというような、成果・効果がアウトカムです。アウトプットは量、それに対してアウトカムは質を求めます。

今回の連載は、事業所の事業収入額など経営指標はさておき、認知症ケアの効果評価(アウトカム)をテーマにします。

ケアを始める前の評価(アセスメント)

パーソンセンタードケアでは、次のような5つの評価視点をあげています。

- ①認知障害: アルツハイマー病など原因疾患は何か、そして病期(進行度)や発症年齢なども考慮したケア
- ②健康状態や感覚機能: 脳だけでなく、肺・心臓・腎臓などさまざまな臓器に疾病を抱えています。さらに、視力や聴力なども低下して、認知機能や行動に影響します。例えば、BPSD(行動・心理症状)と決めつける前に、視力・聴力のチェックが必要です
- ③個人史: 生い立ちや学歴、職歴など、経済状況(年金)や、趣味活動、ボランティアなども情報収集します
- ④性格: 性格に合わせた対応が望まれます
- ⑤社会心理学: 介護者の認識、本人への思い、ニーズなどの評価が必要です

適切な介護をするには、介護者その人の人生物語を深く知ること(アセスメント)が必須です。認知機能だけでなく、個人史を含めた情報、ニーズなどを総合的に勘案して、適切なケアを提供する必要があります。

ケアの効果評価

適切なケアを提供したことで、その人の状況がどれだけ変化したのか? 自分の中では「とてもよくなりました」で通じますが、他人はこの言葉を聞いても「何がどれだけ?」と思い、具体的なイメージがわかりません。効果評価は「客観的に示す」ことに価値があります。

では皆さんがよいケアをしたら、利用者のどんな点がよくなるでしょうか? 穏やかになる、元気になる、帰宅願望が減ったなどなど、いろいろな効果が出てくると思います。それを、「他人に伝わる形」で示すのが

表 代表的な評価尺度

指標	評価項目	概要	方法
生活状態	認知症ケアマッピング	よい状態・悪い状態	マップが5分おきに観察
QOL	QOL-D	主観的および客観的な生活の質	本人・介護者への質問紙
うつ	GDS15項目版(5項目版)	悲観的な気分など	本人の主観、質問紙
やる気	やる気スコア	意欲低下を簡便に評価	観察で14項目を4段階評価
行動障害	DBDスケール	BPSDなど困る行動	観察で28項目を4段階評価
介護負担	Zarit-8(簡易版)	否定的な感情と失われた社会参加	介護者が主観で記入
認知機能	MMSE、HDS-R(長谷川式)	記憶や注意など認知機能全般	質問への回答で評価

評価です。

例えば「帰宅願望」のような単一項目なら、「以前は毎日夕方になると10分おきだったが、今は週3回程度に減った」というように、「頻度」という指標で評価できます。もう少し大きな視点で、生活全般を評価しようとする時は、多数の項目からなる質問紙などが使われます。

本人への質問と観察

評価には、観察するだけでできる評価(観察尺度)と、質問して分かる評価(認知テストや本人への質問票)があります。

MMSEは、「100-7はいくつ?」、「今日は何月何日?」などと質問して、答えから評価します。認知機能を正確に評価できるというメリットがある反面、利用者にとっては「いやなことをされる」というデメリットがあります。

一方、観察尺度は、介護者の負担にはなりますが、本人には負担を全くかけないというメリットがあります。その代わりに、「見て分かったこと」なので、当人の本当の気持ちや行動意図は推測の域を出ません。

多施設での効果評価

介護老人保健施設などでは、介護報酬で「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」が認められています。この加算が認められる前に、全国老人保健施設協会が主導で、多数の老健施設で認知症のリハビリテーションに3カ月間取り組み、その前後で認知機能や行動障害、うつなどを比較すると(表に示した指標を使った)、これらが改善するというデータを示しました。このように、多施設で100例を超える規模の研究事業を行って成果を示せば、加算に繋がることを、

同協会が示しています。日本認知症グループホーム協会でも、研究参加するグループホームを募り、参加グループホームを二分して1群でのみ特定のケアを行うと、実施群だけで〇〇が明らかに改善した(非実施群と比較して統計学的に有意差有り)、というような成果を示すと、〇〇加算が認められるということです。

☆

評価は、目の前の一人ひとりの利用者に関わるかを定めるためのアセスメントから、グループホームの中でどんなケアが有効だろうかと検討するための小規模な評価、そして、協会として実施するような大規模な評価事業と、いろいろあります。

評価とひとりで言ってもさまざまですが、共通していることは、次の3点です。

- ①今を評価することで、将来の変化を的確に捉えることができる
- ②評価することで、立ち止まって現状を考えること、これまでを振り返ること、今後をプランすることが可能となる
- ③他人に伝えるために「客観化」できる

毎日「変わりなし」という相対的な評価では、後で比較ができませんよね。今日は体重XXkg、食事は8割摂取というような数値だと、あとで簡単に比較ができます。記録の時に「数値化」をチョット考えてみませんか? というのが、今回の提案です。「太った」→「体重が2kg増加」だけでも立派な数値化です。数値化を積み重ねれば、経過を客観的に振り返ることができ、適切な対策を立てられるのです。



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』(ともに協同医学出版)。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。