

## 7. 認知症高齢者のケアプラン作成に活かす アセスメントシートの研究開発

代表者

○福本 雅治 (特別養護老人ホーム東恵園 施設長)

共同研究者

佐々木 生久夫 (特別養護老人ホーム松喬苑 施設長)

金沢 祐子 (ケアタウンたかのす 看護師)

伊藤 政利 (居宅介護支援事業所おおたき 管理者)

田村 裕子 (ひまわりハートケア居宅介護支援事業所 管理者)

菅原 則次 (小玉医院 在宅医療連携拠点事業 管理者)

相田 航

(由利本荘市社会福祉協議会岩城居宅介護支援事業所 介護支援専門員)

嵯峨 善行 (秋田聖徳会居宅介護支援事業所 介護支援専門員)

水谷 英明 (グループホームおおた 介護支援専門員)

島山 諒太 (有料老人ホームかまくら2号館 管理者)

花田 優 (東恵園地域生活支援センター 主任介護支援専門員)

アドバイザー

長田 乾 (秋田県立脳血管研究センター 神経内科学研究部 部長)

### 【研究の目的】

本県は高齢化率が平成23年10月には高齢化率24.7%となり、全国一となっている。併せて、後期高齢者が前期高齢者を上回り、今後もこの傾向は継続していくものと見込まれている。高齢化の進展により、認知症高齢者も増加し、将来推計では、2015年には国全体で568万人に達すると予想されている。

こうした状況を鑑み、増加傾向にある認知症高齢者や家族の方々ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けてもらうために、介護支援専門員の立場において、認知症高齢者や家族の現状を的確に把握し、望む生活を支援するためのアセスメントツールを研究開発する。そのアセスメントツールは、居宅サービス事業者相互が情報共有できる資料としても活用可能なものとし、事業所間の連携がスムーズにできるようになる。さらには、介護サービス計画書作成にも活かし、認知症高齢者の生活の質の向上を目指すことを目的とする。

## 【研究計画】

事業の推進体制では、秋田県介護支援専門員協会の専門部会のひとつである調査研究部会を作業部会として位置づけ、作業部会との共同により研究を進めている。

作業部会のメンバーは、介護保険施設やグループホーム、居宅介護支援事業所などの介護支援専門員らで構成し、必要に応じて、医師などの参画を得ながら研究を進めている。

研究の方法や手順としては、これまでのアセスメントシートの活用状況調査とその評価を整理する。続いて、ケアプランに活用すべきアセスメント項目の整理。続いて、アセスメントシートの開発と活用実験と評価。最後に、秋田県版アセスメントシートの完成を一連の作業行程として取り組んでいる。

## 【実施内容】

まず、県内の介護保険施設やグループホーム、居宅介護支援事業所などの介護サービス事業所から、現在使用しているアセスメントシートを収集し、その分析を行った。グループホームはセンター方式の一部のシートを使用しているところが多く、特別養護老人ホームなどの介護老人福祉施設では、包括的自立支援プログラムの使用が多く見られている。

その後、秋田県グループホーム協会からヒヤリングを行っている。センター方式の一部と利用者本人の気持ちを理解するために「ひもときシート」を使用し、標準課題分析項目すべてに「私の思い」を本人の言葉、その人の価値観を記入、さらには「私のノート」を書き、長年のその人の生活方法があり、それを理解するように努めようとしていることが分かった。

また、家族と一緒にアセスメントできるものがあれば良い、同じ生活歴でも例えば「教師をしていた」ではなく、小学校なのか中学校なのか高等学校なのか、また、何の科目を教えていたか、気づきをあたえられるシートが良い、本人のマップに環境や過去、図などの絵を入れるなどの意見をいただいている。

各介護サービス事業所から収集したシートとヒヤリングからアセスメントすべき項目を検討し、認知症高齢者の置かれている状況の把握、ケアプランに反映しやすくなる、サービス提供事業者相互が情報共有できる資料として活用できるなどの利点から、個人年表・自己紹介（認知症を発症する前）・自己紹介（現在の状況）のシートを作成している。

その後、秋田県県内3つの圏域会員各20名、合計60名を抽出し、実際にそのシートを活用していただき、その結果についてアンケート調査を実施している。「シートのねらい」「アセスメント項目」「記入に関する負担について」、その他改善点・意見について記入してもらうよう協力いただいた。

「シートのねらい」は、このままで良い50名、改善9名、無回答1名。

「アセスメント項目」は、このままで良い36名、改善22名、無回答2名。

「記入に関する負担」は、このままで良い35名、改善23名、無回答2名。

「シートのねらい」については、“認知症と明記しているためシートを見せづらい”“家族でなくケアマネジャーが記入すべき”“個人年表はつらい思いを聞くことで精神的苦痛がある

のではないか”などの意見が挙げられている。

「アセスメント項目」については、“できること、していることの項目を洗濯、台所作業など具体的項目にする”“一度の面接では完成できない”“理想的であるがもう少し少ない項目にまとめられないか”などの意見が挙げられている。

「記入に関する負担感」については“記入に関しては、ご本人からの聞き取りに時間がかかっている”などの意見が挙げられている。

平成25年5月には、事例に基づき「認知症アセスメントシートの活用」の演習を県協会の研修会として実施している。シートの開発の経緯とねらいについて説明し、参加者を6人1グループとし14グループでロールプレイをしながらシートを記入していただき、最後に各グループから意見をいただき、最終的なまとめを行っている。

“できない部分だけに目をむけて支援してきたが、できることに目をむけて支援につなげていきたい”“居宅のケアマネジャーとして、負担感が大きい。生活歴についてもっと細かく情報を得ることは必要と思った”“質問項目が抽象的すぎて質問しにくい”“できることとしていることがよくわからない”などの意見が挙げられている。

#### 【医師からのアドバイス】

8月21日、9月11日、10月16日、秋田県立脳血管研究センター神経内科学研究部部长 長田乾医師からアセスメントシートに関して専門的見地からアドバイスを頂戴している。

当協会作成シートに関する評価として、長田医師から“このシートだと、家族の自記入式となっているが、記入する家族はほとんどいないのではないか？”との指摘があった。

当協会では、自記入でこのシートに情報が網羅されるという予想はしておらず、家族の視点転換を促すこと、ケアマネジャーとの面接を通じて家族とケアマネジャーとの共感的理解を促すものとして意図し作成された旨を説明している。長田医師からは“「家族教育」ということか？”との質問があり、そういった側面もあると説明し、理解していただく。

ただ、長田医師からは“認知症なのか、性格的なものなのかの確かな目安のない中で、このシートを活用されるというのはどうなのだろう”といった内容で疑問が呈され、長田医師が作成したアセスメントシート（チェック式）は、“医療機関で確かな診断もされていない中で、認知症だからと決めつけてしまってもどうなのか、ケアマネジャーである程度こういったチェックリストのようなものを活用して「認知症らしい」という状況を家族と共に確認してからあなたたちが作成したシートに落とし込んだらどうだろうか”というアドバイスがあった。

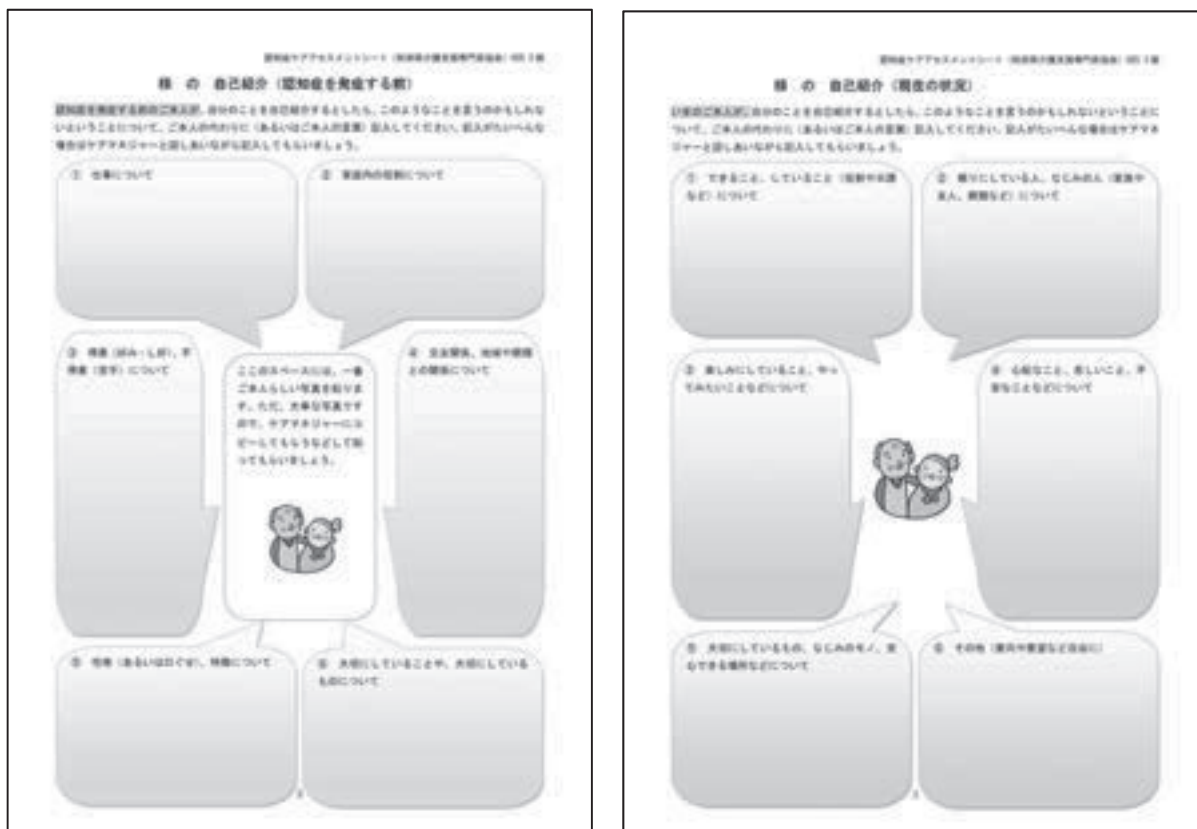
当協会としては、確実に認知症と診断が出ている人を前提にシートの活用をしていくことを想定していたが、長田医師の提言とおおり、このシートを「認知症ではない方」に用いてしまうリスクといった観点から見れば、ある程度のスクリーニング（長田医師のシート）を、当協会のシートを用いる「前提条件」として導入することについては意味があることなのだ

ろうと判断し、長田医師にもそういった活用方法をしていきたいことを説明し、理解いただく。

その他、長田医師のシートの設問項目を「点数化」し、客観的に認知症が疑われるラインとして設定可能かについても長田医師と協議・検討したが、結論からいえば点数化はできないことを確認しあっている。理由としては、質問項目ごとの比重がことなり同じ設問に同じ点数を割り振ることが難しいためである。(例えば、テレビ観賞に関する項目が複数ある、あるいは例えば、生活習慣的に調理をしてこなかった方は「していない」と判定されるが認知症とは言えないことなど)。

**【結果】**

当協会作成の「認知症アセスメントシート」から一部抜粋。



**【考察と今後の課題】**

活用実験のアンケート結果や研修を通して全体的に感じたのは、介護支援専門員の認知症に対する理解の度合いが個々に違うことである。認知症の症状やBPSDにだけに対処していくのではなく、認知症高齢者の尊厳を支え、家族や地域社会との関わりを保ちながら、普通に暮らしていただけることを支援していくという視点で、介護支援専門員が認知症高齢者や家族と関わっていく必要がある。

最後に、以下の10項目を認知症のアセスメントにケアマネジャーが考慮すべき点として挙げ、報告を終了とする。

1. 居宅ケアマネジャーが作成するという視点
2. 居宅ケアマネジャー⇒事業所（認知症ケアを担当する）への引き継ぎとして有効なものとなることをめざす
3. 居宅ケアマネジャーが、高齢者の現状における行動およびその背景を直接的に観察してアセスメントする事は困難であることを踏まえる
4. 居宅ケアマネジャーが、認知症グループホームで生活を共にしながらアセスメントする以上に優位な点は何か⇒それは ①自宅における生活を観察する期間が長い ②家族との意思疎通の期間が長い（多い）③地域との関係をアセスメントしやすい
5. 認知症ケアのマネジメントにおいて、困難を抱える家族と混乱している本人との間に発生する利益相反に居宅ケアマネジャーは振り回されるケースが多く、家族優先のケアマネジメントを行う場合が見られる。
6. 認知症の高齢者を特別視せず、一人の人として共感的に理解することができるようなアセスメントシートが作成できないか
7. しかも、それを家族と共同で作成していくような形にできれば、家族とともに認知症高齢者に寄り添いながらケアしていくためのヒントを探れる可能性があるのではないか
8. 居宅ケアマネジャーが毎月の訪問において、家族との会話や本人への聞き取りを通じて「共感的理解」が促進されるものとしたい。ただし、認知症の人を抱える家族の状況をしっかりアセスメントし、適切な段階で用いなければかえって家族の戸惑いや負担、ケアマネジャーへの不信感が大きくなるリスクもあることを踏まえる。
9. 他のアセスメントシートの中には、手間がかかり実際には用いられないシートもあるということを視野にいれながら作成する
10. そのため、「共感的理解」に特化した形で作成してみたらどうか

#### 【経費使途明細】

旅費交通費（7回、調査研究部会）	211,165円
会議費（4回、会場使用料等）	
研修会費（1回、会場使用料）	26,050円
謝金（専門医指導料）	50,000円
調査経費	0円
報告書作成費	23,460円
合計	310,675円