

演習

次期改定で求められる退院支援・在宅復帰が困難な
認知症患者等に関する地域連携の在り方
—セクションB・C・D—

大 夢 賀 政 昭 氏

お話しする内容

1. セクションBについて
2. セクションCについて
3. セクションDについて
4. まとめ

2

1. セクションBについて

認知症患者の入退院支援プロセスと看護必要度の
変化から院内の入退院支援システムを考える

4

2020年度診療報酬改定をみすえた看護必要度ステップアップ研修
－看護必要度データを活用した看護管理及び認知症患者等への入退院支援マネジメント力の向上

次期改定で求められる退院支援・ 在宅復帰が困難な認知症患者等に関する 地域連携のあり方（演習） －セクションB・C・D

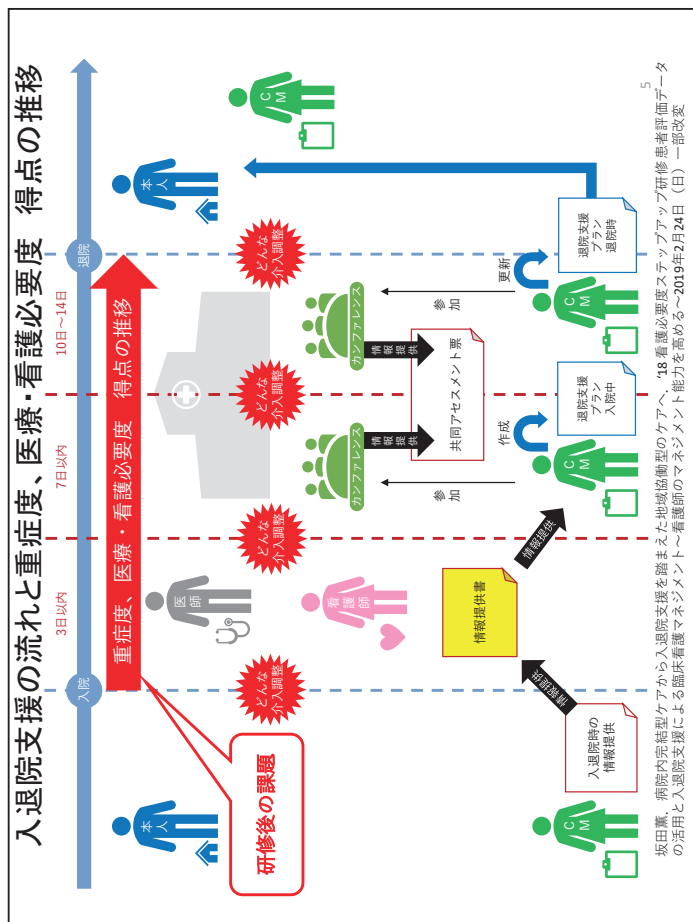
国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大夢賀政昭

1

看護必要度ステップアップ研修2019

－看護必要度データの活用と認知症対応力向上－

事前課題	11月10日 第一回研修	事後課題	1月26日 第二回研修	終了後課題
看護必要度 データの活用	【Hフアイルの活用】 考え方を示す	○架空病院のデー タを示して、考え 方を問う (セクションA) ○課題PDF ○WEB回答 (自由記述)	解説 Hフアイルを 提出したもの にツール配布 ※報告書は作成しない	
看護必要度と 入退院支援	【Mcaの事例】 課題2の説明	○様式を示し、入退 院支援・セルフケア Pを実施 (セクションB・C) ○課題PDF ○WEB回答 (様式をWEB化)	解説 ○事後アンケート で回答	
認知症患者へ のケア技術	【中重度の事例】 課題3の説明	○様式を示して、ケ ア技術評価を実施 (セクションD) ○課題PDF ○WEB回答 (評価項目と自由記述)	解説 ○事後アンケート で回答	



セクションBの様式の構成

選定患者の疾病等、基本属性

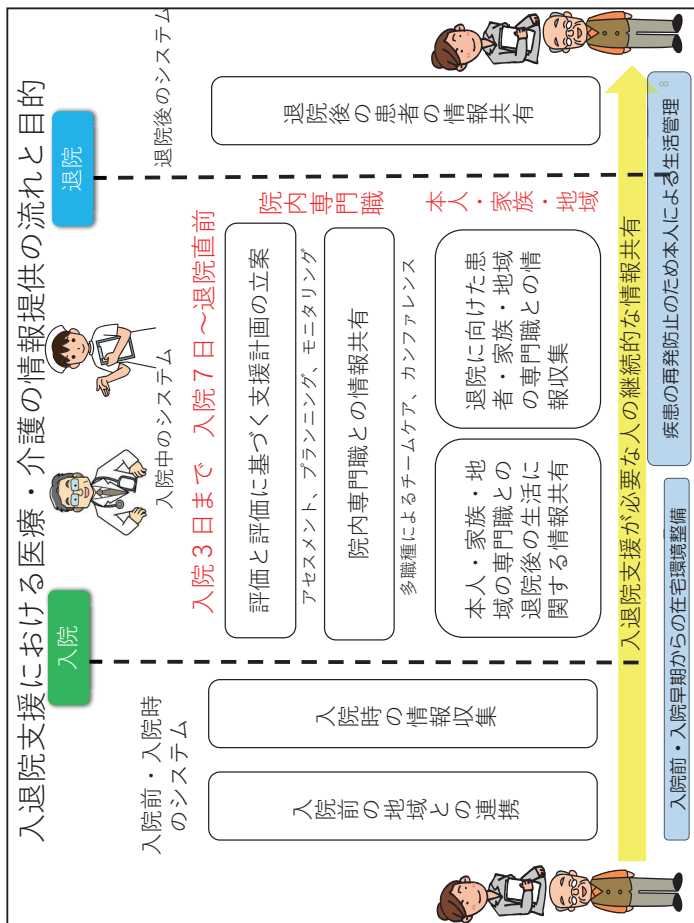
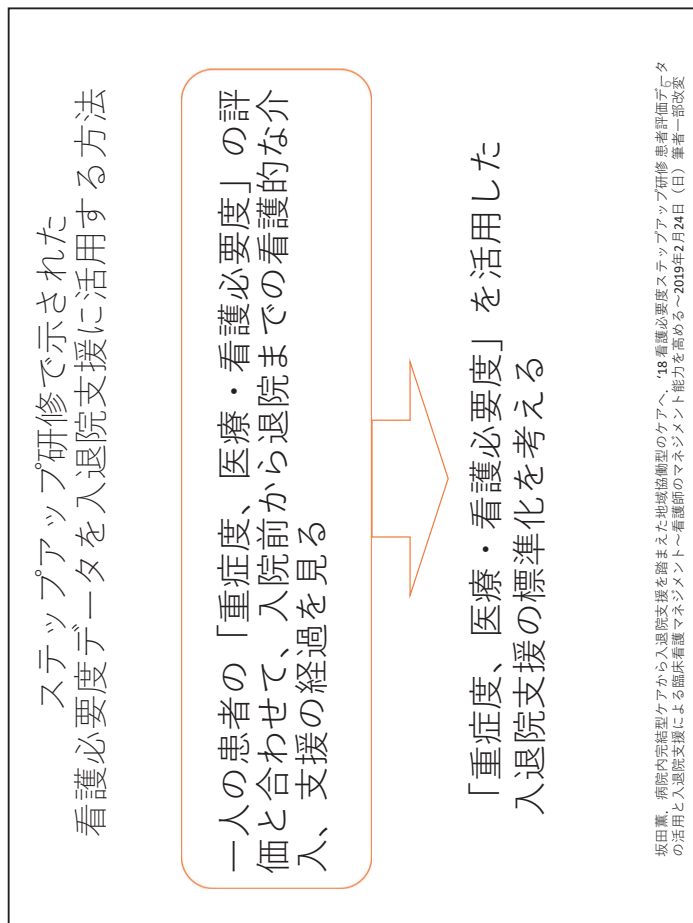
選定患者の1入院の看護必要度の変化

入退院支援と情報連携のプロセス（自院のシステム）

入退院支援と情報連携のプロセス（選定患者への対応）

事例からの気づき、改善点⁷

項目	内容
1. 選定患者の疾病等、基本属性	選定患者の疾病等、基本属性
2. 選定患者の1入院の看護必要度の変化	選定患者の1入院の看護必要度の変化
3. 入退院支援と情報連携のプロセス（自院のシステム）	入退院支援と情報連携のプロセス（自院のシステム）
4. 入退院支援と情報連携のプロセス（選定患者への対応）	入退院支援と情報連携のプロセス（選定患者への対応）
5. 事例からの気づき、改善点 ⁷	事例からの気づき、改善点 ⁷



情報連携に基づく入退院支援のポイント（1）

入院前の地域との連携

- ・地域で生活する高齢者がもれなく、自分らしい生活をおくることができるよう、支援する伴走者が必要となる。この伴走者は、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員といった介護保険に係る専門職だけではなく、隣人、知人、ボランティアなどの互助を含む。地域の伴走者から情報を得られるシステムがあるかどうか重要。

入院時の情報収集

- ・入院が決めた段階で患者に関する必要な情報を収集し、退院の障壁となる予測できるような情報を得ることが大切
- ・情報を得ているのみならず、活用できているか

評価と評価に基づく支援計画の立案

- ・入院前の状況把握に加え、入院時に収集した各種アセスメント情報を活かして、入院前と同等の生活に戻ることができるように、具体的な退院支援計画を立案しているか
- ・「重症度、医療・看護必要度」などの患者の状況の変化を把握できるツールを活用して、定期的に計画の見直しを行っているか

本人・家族・地域の専門職との退院後の生活に関する情報共有

- ・患者の伴走者とともに、早期の情報共有（面談等）ができているか

グループで意見を交換しましょう （パート1）

①入退院支援と情報連携のプロセス（自院のシステム）

- ・できていない項目はあるか、どのような状況か
特に「1）入院前の地域との連携」「2）入院時の情報収集」

お互いのできていない
項目を確認し、
なぜできていないのか
話し合いました。

情報連携に基づく入退院支援のポイント（2）

院内専門職との情報共有

- ・地域における継続的な生活、そして日常生活におけるセルフマネジメントを患者みずからが実施できるように、多様な視点からの情報を収集し、患者（および伴走者）に伝えられるような仕組みがあるか（カンファレンス等）。

退院に向けた患者・家族・地域の専門職との情報収集

- ・入院早期のカンファレンスから地域の専門職が参加しているか。
- ・入院中のアセスメント情報を患者・家族・地域の専門職等が理解できる形で情報提供しているか。

退院後の患者の情報共有

- ・退院後の患者の状況をフォローアップできる仕組みがあるか

参考：入退院支援と情報連携のプロセス（自院のシステム） N=20 (N=272)

	N=20	N=272
1) 入院前の地域との連携		
他の関係医療機関や介護サービス事業所等と患者の情報共有	60.0	83.8
民生委員をはじめとした地域住民が相談できるシステム	60.0	71.3
認知症初期集中支援チームと連携	25.0	28.7
2) 入院時の情報収集		
外来看護師や患者周辺の地域住民などから入院前の情報収集	45.0	60.7
ケアマネジャーや訪問看護ステーション・住診からの情報	85.0	93.4
3) 評価と評価に基づく支援計画の立案		
退院支援スクリーニング	85.0	88.6
アセスメント（栄養状態、服薬状況など）に基づく評価	85.0	91.5
退院後の必要な日常生活援助についてアセスメントに基づくプランの立案	60.0	71.0
退院支援計画の定期的な見直し	45.0	64.0
4) 本人・家族・地域の専門職との退院後の生活に関する情報共有		
退院支援計画書を患者または家族に渡しているか	80.0	76.8
入院3日以内に退院支援専従者または看護スタッフが患者・家族と入院時面談	65.0	58.1
入院1週間以内に退院支援専従者または看護スタッフが患者・家族と入院時面談	65.0	69.9
入院後1週間の間に所属看護師よりケアマネジャーやサービス担当者・住診先などに予後予測についての情報提供	40.0	37.9
5) 院内専門職との情報共有		
多職種でカンファレンスを実施	75.0	90.1
6) 退院に向けた患者・家族・地域の専門職との情報収集		
地域の専門職と退院にもめたカンファレンス	70.0	86.0
患者のセルフマネジメントを高めるような情報を患者および家族、地域の専門職への提供	25.0	30.9
地域の専門職と退院前カンファレンス	60.0	77.2
退院前訪問を多職種で行い、住宅改修場所や福祉用具の選定など具体的な調整	55.0	66.5
7) 退院後の患者の情報共有		
退院後訪問を行ったり、退院後の患者の情報を共有するシステム	35.0	38.2

グループで意見を交換しましょう (パート2)

②入退院支援と情報連携のプロセス（選定患者への対応）

- ア. 実施できていなかったプロセスは、事例における入退院支援にどのような影響を与えていたか
- イ. 実施が難しいプロセスを実施していくためには、
どのようなことが求められるか
(そのために自分は何をするか)

看護必要度評価と入退院支援の状況 からの示唆

- ・ 看護必要度評価によって、標準的に患者像を捉えることができ、入退院支援にも活用ができる。
- ・ ただし、看護必要度評価を日々の支援に活用するためには、状況が変化したことを捉えた記録や看護必要度の変化がわかるシートのようなものが必要になる。
- ・ 入院前の情報を統合し、入院0日の看護必要度評価を情報として持つことで、早期の入退支援に必要な予測を行うことができる（退院後のフォローアップにも、退院後の情報を看護必要度で表すことが有効）。

入退院支援と情報連携のプロセスの 状況からの示唆

- ・ 入退院支援の情報連携プロセスの実施率は高まっているが、単なる情報共有から活用に向けた具体的なルールを定めていく必要がある。
(入院前の情報収集システムの構築、入院早期から家族や地域の専門職への情報提供など)
- ・ 緊急入院における対応や地域連携クリティカルパスが想定されていないルート（急性期から在宅など）への対応方策の検討を進める必要がある。
- ・ 慢性疾患の急性増悪（再入院）が増えることを鑑みて、再発防止のセルフマネジメントに取り組んでいくことが急性期病院にも求められている（→セクションC）。

看護必要度評価を活用するための基本

大前提として・・・

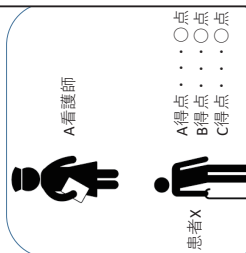
評価をルールに沿って、評価を正しく行うことができる。
評価に基づいた記録がなされているか、状態変化がなぜおこったかわかるようになっているか

さらに求められることとして・・・

評価結果とその人の状況の関連性を理解し、説明することができ。

さらに可能になるのは・・・

その人の（予後を含めた）状況の関連性を理解することができ。これによって必要なケアを提供することができ。



認知症患者に対する入退院支援の視点

情報連携のポイント：

- ・とりわけMCIの方は、退院となっても在宅の支援体制が希薄（要介護認定非該当、要支援など）であることが多いため、自宅退院が難航し、急な転院方向に切り替えることが発生することがある。このため早期の介入が重要。
- ・認知症に起因するリスクによる状況変化もあるため、リスク評価とプランの定期的な見直しが必要。
- ・入院医療では、身体の不自由に対する支援にとらわれすぎ、入院前の生活情報を軽視してしまうことがある。生活情報（セルフケア、ADL、IADL）を受け止め、退院時に申し送れるかがポイント。

介入のポイント：

- ・いかに入院前の生活情報を正確に把握し、入退院支援を早期から正確に開始できるか（一つの方法論として、入院後早期に介護支援専門員等とカンファレンスを持つことが望ましい）。
- ・認知症患者に対して、急性期病棟の役割を果たすためには、その人の居場所を患者・家族や介護側と共に早期に見極めることが重要な課題となる。

中重度の方に対しても、基本的な考え方は、変わらない。
加えて、入院中に、環境調整を含めた「療養上の世話」を患者の状態に合わせて、提供できるかが重要となる。

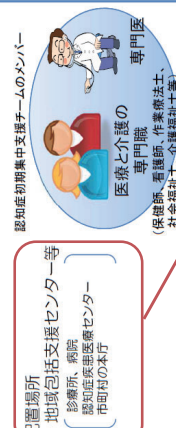
参考：認知症初期集中支援チームについて

【目的】

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

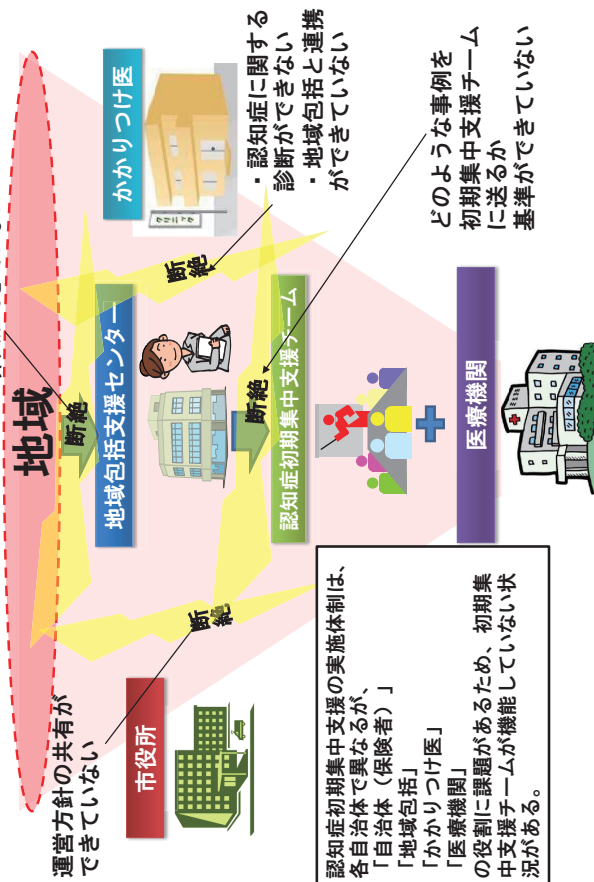
複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。



各自自治体に1チーム以上設置される。設置場所は様々。

認知症総合支援体制を巡る課題

地域を対象としたMCI・認知症予備群の把握介入ができていない

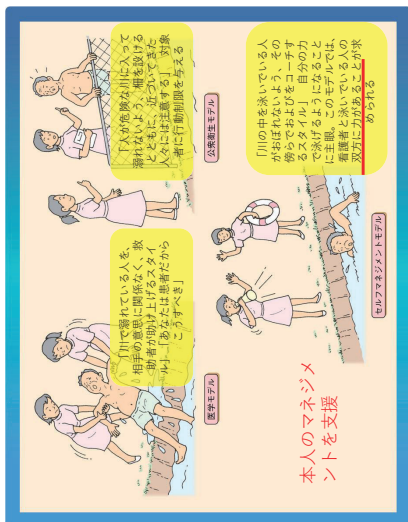


2. セクションCについて

入退院支援におけるケアの継続性を実現するうえで重要なセルフマネジメントを考える

セルフマネジメント支援の定義

- セルフマネジメントを支援するということは、人々に情報提供および支援を行い、当事者が自らの症状について理解し、適切な行動に移すことによってより優れた自己管理を行うことができるようにすること。
- セルフマネジメントを支援する介入は、支援の一連の流れの様々なポイントで実施することが可能で、その対象は長期的症状を持っているひとから、重度の長期症状や複数の長期症状を持つ人まで含まれる。



セルフマネジメント支援の具体的内容



The Health Foundation, UK. 2011.11

出所「メディア出版 セルフマネジメント2005」MRCメディア出版

英国の認知症国家戦略を支えるエビデンス “心臓にもいいことは、脳にもいい”



Figure 1: CFAS I and CFAS II age-specific dementia prevalence
CFAS=Cognitive Function and Ageing Study.

英国3地域で、1989～1994年と2008～2011年の認知症有病率を同一の方法で調べ、そのデータを基に同有病率の予測値を割り出したところ、最近の高齢者のほうが以前の高齢者に比べ認知症のリスクが低いことが示された。

→認知症にも予防的な取り組みが重要なことが示唆されている。

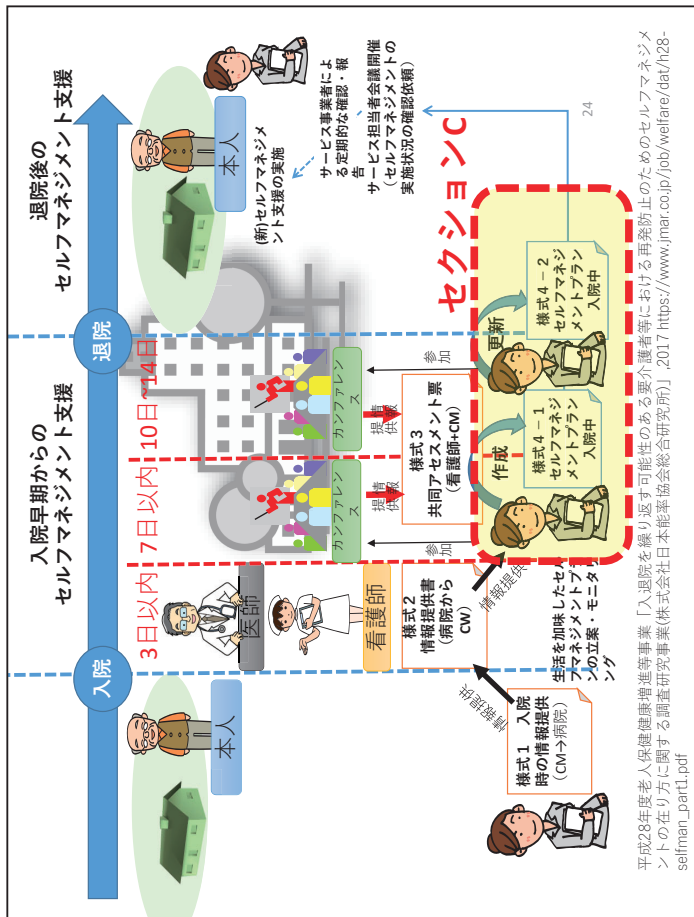
脳卒中のセルフマネジメント支援に取り組んだ自治体では、再発予防に効果が見られた。

平成27年度												平成28年度												平成29年度											
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	1月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	1月	7月	8月	9月													
Aさん (自立)	入	退																																	
Bさん (要支援2)	入		退																																
Cさん (要介護1)	入			退																															
Dさん (自立)											入	退																							
Eさん (要介護2)											入	退																							
Fさん (要支援2)											入	退																							
Gさん (要介護2)									入			退																							
Hさん (自立)									入			退			再																				
												入			退																				

資料出所：平成29年11月5日（日）診療報酬・介護報酬を見据えた看護必要度ステップアップ研修
シメントと入退院支援の取り組み・入院医療機関と地域包括支援センターの連携

退院後12ヶ月の期間

資料出所：平成29年11月5日（日）診療報酬・介護報酬を見据えた看護必要度ステップアップ研修
セルフマネジメントと入退院支援の取り組み～入院医療機関と地域包括支援センターの連携
駒ヶ根市 地域保健課 共運課作成資料



平成28年度老人保健健康増進事業「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業（株式会社日本看護協会総合研究所）」2017 https://www.jnarr.co.jp/job/welfare/dai/h28-selfman_part1.pdf

MCI

医学的所見

1) 診断

- ・誤嚥性肺炎、慢性閉塞性肺疾患急性増悪

2) 患者の症状

- ・便秘と下痢を繰り返し、嘔吐
- ・労作時呼吸困難感
- ・微熱、咳、痰
- ・食思低下・倦怠感

3) 治療

入院から2日間の絶食、嚥下機能評価を
経て3日目にとろみの水分から経口摂取を
開始した。抗生剤の点滴投与は1週間効果を
示し終了した。酸素は微量で継続投与を要
するするため、在宅酸素導入も検討されたが、
2週間で離脱することができた。

證(1)新

- ・誤嚥性肺炎、慢性閉塞性肺疾患急性増悪

2) 患者の症状

- ・便秘と下痢を繰り返し、嘔吐
- ・労作時呼吸困難感
- ・微熱、咳、痰
- ・食欲低下、倦怠感

3) 治療

入院から2日間の絶食、嚥下機能評価を経て3日目にとろみの水分から経口摂取を開始。抗生剤の点滴投与は1週間効果を示し終了した。酸素は微量で継続投与したが、2週間後、在宅酸素導入も検討されたが、2週間で離脱することができた。

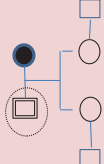
4) 予後

高齢者、認知症、脳卒中後遺症等の患者は、不可逆性の嚥下機能低下であることも多いが、多く、肺炎の治療だけを行っても、「環境」²⁵うちに再発する。「人」を見て、²⁵を見て解決していく疾患である。

MCI

※フェースシート(利用者基本情報)を添付してください

連絡窓口・担当者・連絡先			
宅系支援事業所 （宅系包括支援センター）	つなぐケアプラザセンター	電話番号	03-XXXX-XXXX
宅系包括支援センター	小川 友子（オカガワ トモコ）	FAX番号	03-XXXX-XXXX
支援件 Walker（他）	坂本 総治（サカモト トシハル）	電話番号	03-XXXX-XXXX
中核支援機関名	中川 努（ナカガワ ツトム）	診察頻度・方法	◎変診 ○訪問診療（ ）回/月
医師名（他）			

ジェノグラム（関係図）	
78歳男性 2年前に妻と死別 独居 娘2人は、結婚して市外に在住 築70年の家屋で、浴室は屋外にあり 主な収入は国保年金	
	

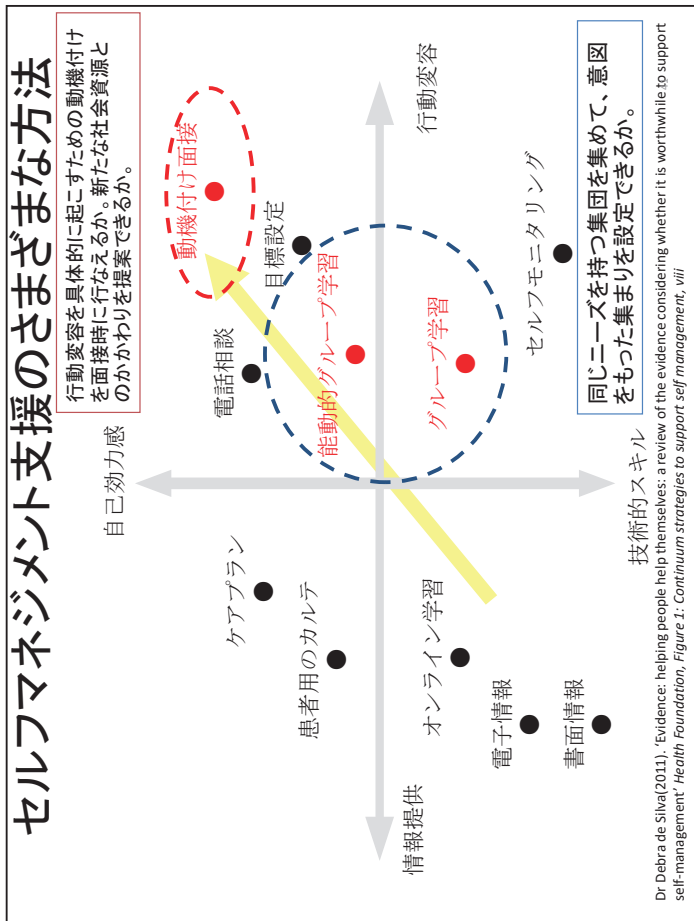
入居前の状況	
本人 本人・家族の事情	なし
介護者（他）	女性
慢性閉塞性肺疾患（COPD）増悪、肺炎を繰り返す。前立腺肥大、便秘等 約60年間の喫煙で肺が腫れている。悪化すれば在宅療養が必要となる 女は体力の意思は十分あり、パートと子育てがあり、常時支援することは困難な状況	
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
日常生活自立度	1.主治医 ○2.専門医 ○3.それ以外（ ）
障害高齢者	1.2
障害高齢者	1.2
要介護度	要支援（●1 2） 要介護（○1 2 3 4 5）
認知症診断の有無	○なし ○軽中（区分別変更を含む） 要支援（●

MCI

自己管理		自己管理	
内服薬	○ 1. なし ● 2. あり (LAMALABA配合・アモキシジンの錠・ユリフの錠・ロビエース錠・クロビグレル錠・アラセツト®配合錠・リマプロストアルファデクス錠・ミヤミソ錠・ミヤBM錠)		
服薬管理	● 1. 自己管理 ○ 2. 他者による管理 (管理者:)		
服薬遵守	○ 1. 処方通りに服用 ● 2. 時々飲み忘れ ○ 3. 飲み忘れが多い、処方を守られていない (管理方法:)		
食事・栄養管理			
スーパーで揚げ物を中心に惣菜を購入するが、野菜の簡単な調理は自分でできる。早食いでもせながら食事することがある			
主な調理者	本人	塩分摂取	● 1. 塩辛い味を好む ○ 2. 好まない
食事回数・1回の量	2 回 / 日 ● 1. 多い ○ 2. ふつ		
外出時は自家用車を運転する 円筒あり、室内には杖を使用が伝い歩きで、屋外は食車を歩行器代わりに押して浴室に往復する			
運動・移動	○ 1. 問題なし ● 2. 問題あり (どんな状況か: 間欠性跛行)		
歩行状況	○ 1. なし ● 2. あり → 車いす □ 歩行器 ☒ 杖 □ 補装具		
福祉用具の使用	コミュニケーション 対人関係 ※認知症などによる生活の不具合などがある場合はここへ記入		
言語障害の有無	● 1. なし ○ 2. あり (どんな状況か:)		
入居前の今後の生活展望			
本人・家族の今後の生活に対する意向や在宅生活継続の条件等			
可能な限りは自宅で一人暮らしを続けていく			

30MCI

9999



認知症対応力向上の意義

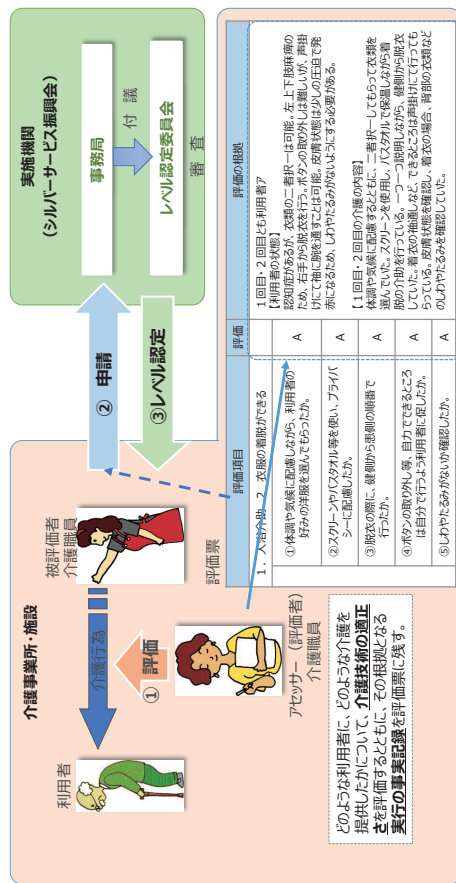
- 急性期病院における認知症患者の増加は、今後高齢化が加速するにつれ、ますます無視できない問題となる。
- この問題を放置することは、入院患者さんの尊厳を傷つけてしまうだけでなく、転倒・転落など不慮の事故の増加、看護業務の増加、入院期間の延長、再入院、家族の疲弊など、さまざまな弊害をもたらす。
- しかし一方で、「認知症？物忘れ以外に何か問題があるの？」「認知症と解っても何をしていたかわからない」といった現場での声が多いのも事実。

3. セクションDについて

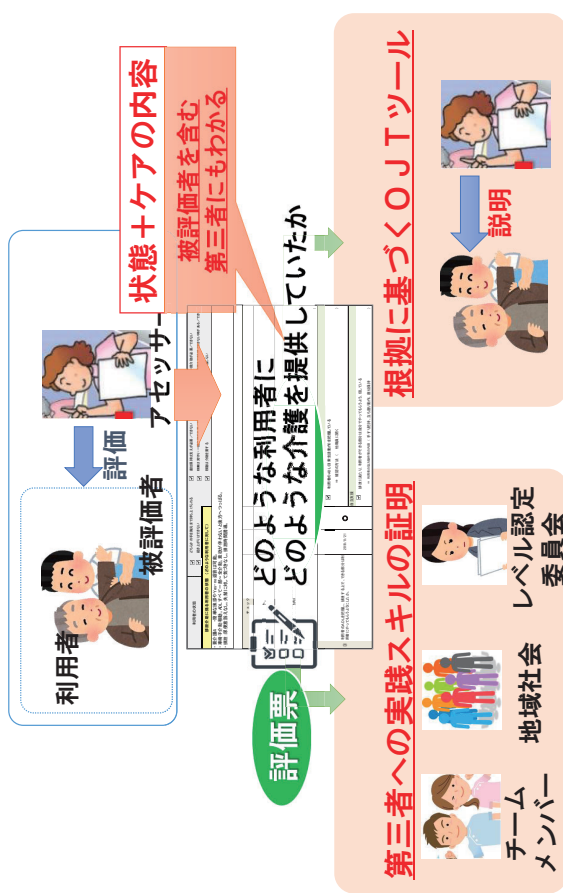
ケア技術評価を通して、
認知症患者へのケアを考える

介護プロフェッショナルキャリア段位制度のスキーム

- 介護職員に対して同じ事業所内の介護職員が評価者（以下アセッサーという）となり、介護の実践スキルについて現認や記録確認などにより客観的に評価を実施。
- 介護職員は事務局であるシルバーサービス振興会に対し、アセッサーによる評価票（評価結果）をつけてレベル認定を申請。
- 申請内容に基づき事務局内に設置されたレベル認定委員会において書類審査を行い、適正が認められた場合に認定。



ケア技術の評価に求められる根拠とその活用



令和元年度介護キャリア段位制度アセッサー講習会「演習1」筆者一部改定

関係する6つの神経認知領域

- ①複雑性注意領域（注意散漫、注意力低下、他）
- ②実行機能領域（日常の活動の計画実施が苦手）
- ③学習と記憶（覚えたり思い出す事が困難）
- ④言語言葉の用い方や文法・説明などが苦手）
- ⑤知覚・運動（慣れた環境での移動や運転、空間操作などが苦手）
- ⑥社会的認知（社会的通念から逸脱した行為や会話・服装、病識の欠如）

令和元年度介護キャリア段位制度アセッサー講習会「認知症ケアについて」中村祐子先生資料より作成

認知症の定義

後天性の脳疾患（※）によって生じた6領域の一つ以上に認める機能障害のために日常生活の自立が困難な状態

※①アルツハイマー病、②前頭側頭葉変性症、③レビー小体病、④血管性疾患、⑤外傷性脳損傷、⑥物質・医薬品の使用、⑦HIV感染症、⑧プリオン病、⑨パーキンソン病、⑩ハンチントン病、⑪他の医学的疾患、⑫複数の病因、⑬特定不能

令和元年度介護キャリア段位制度アセッサー講習会「認知症ケアについて」中村祐子先生資料より作成

50

認知症患者へのケア技術評価の視点

- 環境整備・手順調整 ケア実践に向けた手順の企画（Plan）
- 個別の状況の確認 ケア実践前の情報の確認（Check）
- 利用者を責めたり、続行を強要したりせず、利用者にねざらしいの言葉をかけ、安心してもらい、自身やプライドが損なわれないように配慮
- 中止となった状況や理由を整理し、個別介護マニュアル等に記録（更新）し、「実践の知」の共有をはかる
- ケア実践と実践の知の集積（Do）
- ヒントとなる言葉かけやジェスチャーを通して、次の動作や手順に迷わないように支援
- 無理強いせず、利用者の意向や訴えを聴き、安心してもらい、本来の興味に意識が向けられるよう支援し、環境の調整や人間関係の調整などを必要に応じて行う
- ケア実践のトライ＆エラー（Action）

認知症患者への対応力向上のために必要な方策

院内多職種によるケア

- 認知症ケアチームの有無と介入方法
(定期的なラウンドとコンサルテーション)
- 多職種によるカンファレンスの実施
(記録の共有)

環境整備ができているか

- レクリエーション等の実施の有無
- 認知機能の低下による不安へ配慮した感染対策 (カーテン隔離や個室への移動)

定期的なケアの評価の実施

- 定期的なケアの評価の仕組み
- ケアの評価に基づくOJT体制の有無

院内の職員の意識改革

- 定期的な院内勉強会の開催
- 院外研修会への参加機会の確保

地域の専門職・団体との協働

- ケアマネジャー等の専門職との連携
- 自治体や医師会、その他の医療介護福祉関連機関との連携
- 患者本人や家族との情報共有

等

54

4. まとめ

53