「アセスメント入所」で進める

地域包括ケア

第3回

複合サービスへの変更多数
根拠あるケアプランが可能に

2015年度の私達の調査研究（老人保健事業推進費等補助金による『更なる地域包括ケアの推進を目指した多職種協働のアセスメント手法の汎用化に関する調査研究』）の大きな柱は2本であった。

ノテ福祉会が設計したアセスメント入所のためのアセスメント評価票を用いて、2015年9月～16年1月までにアセスメント入所を利用した31事例を分析調査すること。そしてアセスメント入所に実際に関わった居宅ケアマネジャーと施設ケアマネジャーへのグループインタビュー形式を用いた調査であった。

〈31事例の調査結果概要〉

ア：基本属性

利用者の性別は、男性が35・5％（11人）、女性が64・5％（20人）。年齢は「80～84歳」が32・3％（10人）、「85～89歳」が29・0％（9人）。平均年齢は81・8歳。要介護度は1が29・0％（9人）、3が25・8％（8人）。平均要介護度は2・30であった。生活環境は「独居・日中独居」が29・0％（9人）、「主介護者がいない」が25・8％（8人）、「主介護者が高齢・疾病」が22・6％（7人）であった。主な疾病としては「認知症」が83・9％（26人）「高血圧症」58・1％（18人）、「脳血管疾患」41・9％（13人）、「骨関節疾患」54・8％（17人）。

イ：アセスメント入所の目的

「これからの介護の見通しを立てるため（施設入所も視野）」が64・5％（20人）、「退院後に在宅生活に戻るため（リハビリも兼ねて）」が35・5％（11人）。

ウ：利用経緯についてのケアマネジャーの所感

「認知機能の低下による日常生活障害」が48・4％（15人）、「ADLの低下」が41・9％（13人）、「介護負担が大きい」が35・5％（11人）であった。

エ：利用していた介護保険サービスの種類

「通所リハビリ」25・8％（8人）、「訪問介護」「通所介護」「福祉用具」（22・6％）などが多かった。利用していた介護保険サービスの数は「1つ」が35・5％、平均は1・88であった。

オ：アセスメント入所前後のサービスの変化

訪問介護や通所介護等の単発のサービスの多くは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の複合的なサービスが提案されるようになった。こうした変更が提案された要因を事例毎に検討してみると、いずれも心身の疾病、認知症等によるADLや認知機能の低下により、早朝から夜間まで頻回な声掛けや見守り、誘導、ADL介助が必要であり定期的な服薬や口腔ケアの必要性がアセスメントされていた。その中でも安否確認、体調管理、服薬管理等の訪問（介護・看護）機能が重要視されている場合には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が、訪問機能と通所機能（例えば移動、入浴、レクレーション等）の両方が重要視されている場合には、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護は介護力のある人に提案され、小規模多機能型居宅介護は認知症が重い人、定期巡回・随時対応型訪問介護看護はADLは低いが認知症が比較的軽い人に対して提案される傾向が見てとれた。これから考察するネジャー6名、施設ケアマネジャー1名、計7名で「アセスメント入所」について、アセスメントを担当した感想、ケアプランを作成する際の困りごと、アセスメント入所の効果（利用者、家族、サービス、事業者間の連携の変化）、職種連携の良さ、気をつけることなどを話し合ってもらった。ファシリテーターは日本大学文学部心理学科助教の北村世都氏に担当してもらった。以下はその抜粋である。

◎「アセスメント入所」の意義は根拠によるプランの提案・説明が出来ること。

◎経験が浅く、あるいは自身のケアプランに自信の持てないような場合のバックアップ機能となってくれる

◎専門職が「チーム」の一員としてイコールの関係となり協働で進めることの意義は大きい。

◎専門職によるアセスメントを踏まえて「じゃあ今までではこういう事をやってきたが、ここに対してはもう少し手が必要だよ」「目標設定をこっちに変えた方が良い」のように、リアルタイムのコミュニケーションのツールとなる。

◎ケアマネジャーにとってのアセスメント入所は、入所期間中に「利用者の生活イメージを考え」どのような目標を持ち、どういったサービスを提案するのかを、本人家族ともに含めた関係者が集まって協働で考えていくことがタイムリーなサービスにつながっていく。

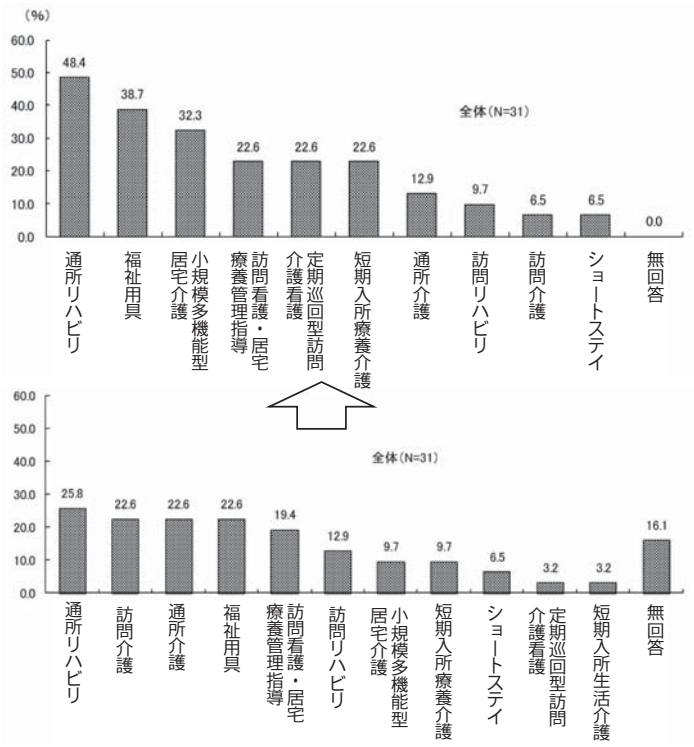
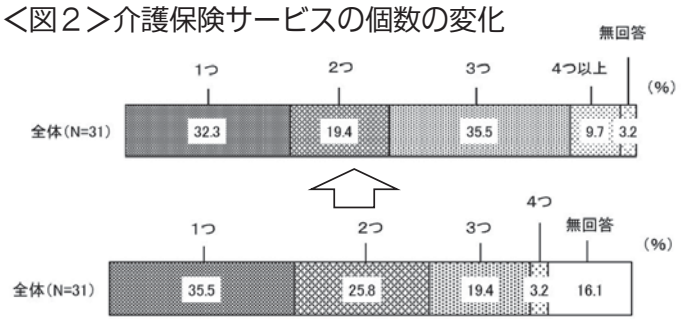
今回の調査結果からの分析でアセスメント入所の成果は2点に集約されると考える。

ア：最低でも72時間以上の入所形式を取ることにより、日常生活状況をより細やかに観察できるので、24時間という1日単位の日常生活を送る上で「何ができて」「何ができないのか」「いつ」「どのようなサービスが必要とするのか」を正しく把握することが可能となり、在宅生活でのタイムリーなサービス提供の為のケアプランの作成につながることができる。

イ：多職種の専門職によるアセスメントによって、介護の必要状況が根拠をもとにイメージすることができ、在宅生活を継続させるケアプランの作成に直結させることが可能である。

（つしま医療福祉研究財団理事長・対馬輝美）

＜図１＞提案された介護保険サービス種類の変化



＜図２＞介護保険サービスの個数の変化