

総説

“包括的BPSDケアシステム”の開発

Development of the Holistic BPSD Care System

内田陽子

Yoko Uchida

はじめに

認知症は根治できなくても行動・心理症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) は環境改善や関わり等のケアで改善が可能です。ケアの質の評価には構造 (ケア体制)、過程 (ケア方法や内容)、効果 (ケアした結果) の3点からの視点が重要であり、それを統合した包括的BPSDケアの開発が求められます。筆者は認知症ケアのアウトカム評価とケアの標準化を一体化した「認知症ケアのアウトカム評価票」を開発してきました。本稿ではその経緯と実践成果[1-11]について解説し、“包括的BPSDケアシステム”の開発につなげ、あらゆる場において認知症ケアのアウトカムが高まることを期待しています。なお、“包括的BPSDケアシステム”とは、認知症のケア対象者 (BPSDをもつ者含む) に対して包括的にアセスメント、ケア項目、アウトカム評価をひとつにしたシステムと定義します。

1. ケアの質評価の3つの視点

医療やケアの質評価の枠組みとして、Avedis Donabedianは構造 (structure)、プロセス (process)、アウトカム (outcome) の3つの視点を述べています[12]。ここでいう「構造」とは、

ケアに携わる人や職種などのケア組織体制であり、「プロセス」はケアの内容や方法、「アウトカム」とはケアの結果・効果のことをいいます[13] (図1)。わが国では2000年に介護保険制度が始動し、在宅ケアサービスの量的な整備は進められましたが、質評価は遅れています。わが国に先駆けて在宅ケアを推進しているアメリカ合衆国では、1999年メディケアを適用する在宅ケア機関に対してthe Outcome and Assessment Information Set (OASIS) を使用してのアウトカム測定を義務つけています[13-14]。そして、アウトカムレポートが在宅ケア機関に送られ、スタッフがその結果を吟味し、アウトカムをあげるべき質改善活動OBQI (Outcome-Based Quality Improvement) をチームで取り組んでいます (図2)。筆者は日本においても①アウトカム評価と②プラン立案実施をセットした質改善活動が導入されることを予測し、1999年当時所属していた東京医科歯科大学大学院島内研究室のメンバーとして渡米し、OASISの開発者や現地での運用、活動を視察、研究会議を行いました。そして、帰国してすぐに、研究チームが結成され、筆者もわが国における在宅ケアのアウトカム評価方法と質改善システムの開発に着手しました。その内容は著書[14]にまとめています。

キーワード : BPSD、アウトカム、評価、包括的BPSDケア、認知症

群馬大学大学院保健学研究科 看護学専攻
TEL / FAX: 027-220-8931

[〒371-8514 群馬県前橋市昭和町3-39-22]
yuchida@gunma-u.ac.jp

採択日 : 2018年1月11日

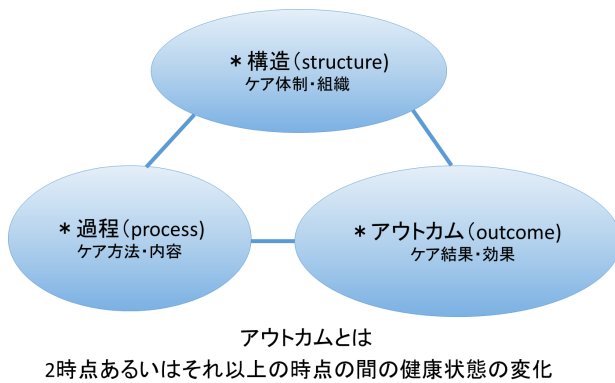


図1：ケアの質評価の3つの視点

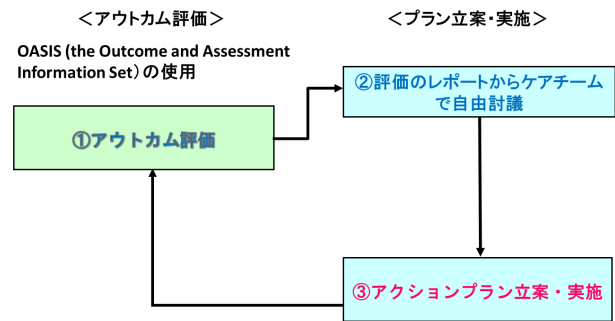


図2：OBQI
(Outcome - Based Quality Improvement)

2. アウトカムを評価する意義

アウトカムを評価する意義は、ケア結果を客観的に数値に表すことで、ケアするものがアウトカムを意識し、ケアを工夫し努力することにあります。単なるアウトカム評価だけに終わらず、構造・過程を含めたケアの全体的な質改善を行うことに価値があるのです。わが国は、近年ようやくアウトカムを注目するようになりました。今までは、構造や過程に重点がおかれ、アウトカムは重要視されていませんでした。筆者らは開発した在宅ケアのアウトカム評価方法をいち早くA訪問看護ステーションに適用して調査を行いました。その結果、利用者のADLが悪化予防でき、収益も向上したという成果が得られました[15]。

この調査によって、職員はアウトカムを評価することで、①自分達のサービスの質の高低が一目でわかり、目指すべき成果が定まりやすく改善策（アクションプラン）が明確になること、②なんとかアウトカムを高めようと努力することがわかりました。逆に、アウトカムを意識せず質改善をしない訪問看護ステーションは存続が厳しいことも実感しました。筆者は別の調査でB訪問看護ステーションのアウトカムとして利用者満足度を測定し、質改善のアクションプラン[16]を立案し職員に提案しましたが、実施されませんでした。質改善をするかどうかは管理者および職員が決断することですが、アウトカムを意識して自分達のサービスをして

いく努力をしなければ、厳しい経済状況のなかで生き残ってはいけません。これは在宅ケア機関だけの話だけではなく、病院、施設、もちろん一般企業も同様です。筆者は、経営学を学び（経営学士）、在宅ケアの費用対効果分析の研究を重ねてきました。

在宅ケア機関の訪問看護ステーションを対象にした筆者らの研究では、自立度が高い機能訓練を受ける利用者は一般に費用対効果は良く、医療依存度が高い利用者は費用対効果が悪いことがわかりました[17]。費用対効果が悪いということは利用者への効果もなく、長期に渡って高額な費用が使用されることを意味しています。在宅サービスを利用している認知症高齢者の場合、「状態改善は望めないものの、満足度の軸で費用対効果がよい群に所属していた」[18]ことを報告しています。このことは、認知症高齢者はケアによってADLや症状の改善は見られないが、幸せにすることはできると同時に、コストも抑えられることを示唆しています。

3. 認知症ケアのアウトカム評価方法開発の経緯

筆者が群馬大学に着任した2004年頃より、現場で認知症ケアのアウトカム評価方法を開発してほしいという要望が多く寄せられました。認知症の本人は私達が提供するケアについて評価することが困難な状況にあります。したがって、私たちケア専門職は、認知症の人の状

況をよくアセスメントし、本人の状態が改善・維持されているかケアも含めて客観的に評価し、ケアの質改善を進めていく必要があると考えました[19]。

まず、着手したことは、認知症ケアのアウトカムとは何か？ということでした。ケアのアウトカムとは、「2時点あるいはそれ以上の時点の間の健康状態の変化」と定義しました。(図1)。そのほかに、「健康状態はADL, IADLなどの機能的、認知的、情緒的および行動機能的健康すべてを含む」、「アウトカムは利用者の本質に関わる変化である」、「アウトカムは健康状態の肯定的、否定的、および中立的変化である」、「アウトカムは提供されたケア、疾病と身体障害の自然経過あるいはその双方によって生じる変化である」[14]といわれています。以上より、認知症ケアのアウトカム指標として「ADL, IADLなどの機能的、認知的、情緒的および行動機能的健康指標」に着目し探っていきました。

認知機能の評価はMMSE (Mini-mental state examination) や改訂長谷川式簡易知能評価スケール (Hasegawa dementia rating scale-revised; HDS-R) が有名ですが、ケアする側はテストの点数をあげることを目指していないため、包括的な指標が必要と考えておりました。そこで、まず、第一段階として、認知症評価に関する文献を検索し、整理をしていきました。結果、75件の文献を入手できましたが、いずれもアウトカム指標という表記はなく、評価項目として記載されていたので、それを分類しました。その結果、①認知症の症状 (認知機能とBPSD)、②生活行動 (生活できることが保持される等)、③ (本人) 幸福感、QOL、④介護負担が大カテゴリーとして明確になりました[1]。

そして、第二段階では、認知症ケアの現場におけるアウトカムの言語化を図るために調査を実施しました。2005年に、病院、施設、在宅ケア機関における認知症看護・介護経験者 (看護・介護職) で協力の得られた235人にアウトカムとなる指標について説明を行い、それを記述してもらい、筆者がアウトカムに該当する箇所

を抽出し、カテゴリー分類を行いました。その結果、①認知症の症状、②生活行動、③精神的安定、④在宅継続・介護負担、⑤その他のカテゴリーが明確となり、おおよそ、文献検索の結果と一致しました[1]。驚いたことに一番多かったアウトカム項目は笑顔でした。笑顔は人の快状態を示し、認知症になっても表出できるため、QOLが高いことの指標とも考えられています[20]。したがって、笑顔があるということは、ケア効果を示す重要な事項であると考えました。

その後、第三段階では、アウトカム項目を列挙し、在宅での認知症ケアに精通した訪問看護ステーション管理者25人に重要度調査を行いました[1]。第四段階では、認知症ケアのアウトカム評価票原案作成と原案使用後調査と専門家とのコンセンサスメソッドを重ねました。その後、アウトカム評価項目別にみた重み付け得点を階層分析法 (Analytic Hierarchy Process : AHP) で分析し、総得点を100点化する試み[3]も行いました。

4. アウトカム評価にケア項目を組み入れた包括的 BPSD ケアシステム

これらの調査で、認知症ケアの現場から、「アウトカム評価項目だけでなく、どんなケアをしたらアウトカムが高まるのか、ケア項目も評価票に明記してほしい。」という要望がありました。そこで、アセスメント番号を1回目の欄に記入して、二回目のアセスメント番号を入れる前に、「アウトカムを高めるケア」の欄を設定し、実施することが望ましいケア項目を組み入れました。これについては、文献および認知症ケア専門家会議で明確になった項目を取り入れました。アセスメント、ケア項目、アウトカム評価をセットしたこのシステム (包括的BPSDケアシステム) はほかにはない独創的な点です。現場で認知症ケアに携わっている職員32人に使用してもらい、アウトカム評価ができた者が約8割であったため、現場で使用できるものとして原案が作成できました[1]。この時点では評価項目は27個であり、再テスト及びクローン

アセスメント番号を記入（介入初日と最終日）・アウトカム判定

2時点の間の期間にできるだけケア実施

アセスメント番号	アセスメント番号	アセスメント番号	アウトカム判定
①笑顔 0: 毎日笑顔が見られる 1: ほぼ毎日笑顔が見られる 2: 時々笑顔が見られる 3: あまり笑顔が見られない 4: 全く笑顔なし その他:	3.0	1.0	改善 維持 悪化 最低値持続
②精神症状 (不安、幻覚、妄想 うつなど) アセスメント番号 0~4設定 0点→正常 点数が高い→悪い状態	2.0	3.0	改善 維持 悪化 最低値持続
アウトカム判定 0→0 最高値持続 4→4 最低値持続		それ以外は 数字低くなる: 改善 数字そのまゝ: 維持 数字高くなる: 悪化	

図3：認知症ケアのアウトカム評価票の記入方法とアウトカム判定

バックα係数で信頼性の確認を行いました[2]。また、変化率も算出し、変化も測定でき、かつ、ケア実施もスムーズに記入できるものとして、病院、施設、在宅ケアの現場に使えるものと考えました。

5. 認知症ケアのアウトカム評価方法の紹介

その後、評価項目を20項目に厳選し、MOSES (Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects)との相関を分析し[21]、妥当性も確認できたうえで認知症ケアのアウトカム評価票の完成となりました。認知症ケアのアウトカム評価票はⅠ. 認知症症状・精神安定の3項目、Ⅱ. 生活・セルフケアの8項目、Ⅲ. その人らしい生き方の6項目、Ⅳ. 介護者の3項目の合計20項目で構成されています(別表)。このなかで、BPSDの項目は、Ⅰの②精神症状、③行動症状になります(別表)。(なお、20項目厳選過程で中核症状が外れ、認知症症状という大カテゴリーのネーミングについては、2017年現在、BPSDが妥当と考えています。これについては、今後の課題とします)

記入方法は、まず、①測定日を決め、認知症をもつ対象者において、全20項目について、各項目に該当する番号を第一回アセスメント番号の欄に記入します。たとえば項目①笑顔であ

れば0: 毎日笑顔が見られる～4: 全く笑顔なしの番号を記入します。そして、第二回目の測定日を決めて、同様にアセスメント番号を記入します。アウトカム評価項目が全部で20個ありますので、患者を観察しながら番号を記入していきます。二回目の時点の番号が記入できれば、アウトカム判定ができます。アウトカム判定は、最高値持続、改善、維持、悪化、最低値持続の5種類のなかから選択します。これは、アメリカ合衆国のOASIS及びわが国の在宅ケアの評価方法で判定された方法を採用しています[22]。最高値持続は状態が正常な状態が維持されていることを示し、最低値持続は一番悪い状態が続き、維持はこれら以外の状態のレベルが続いていることを意味します。アセスメントは0が正常で1から4にしたがって状態が悪く、4が一番悪い状態と設定されています。0から0は最高値持続、4から4は最低値持続、数字が1回目より二回目が少なくなる場合は改善、数字が大きくなる場合は悪化、数字が変わらない場合(最高値持続や最低値持続以外)は維持と判定されます(図3・別表)。

そして、「アウトカムを高めるケア」、つまり、効果を高めるために実施することが望ましいケアを設定しています。認知症をもつ人に応じて、ケア提供者が実施し、実施したらチェッ

クを記入します。これは、第一回目と第二回目のアセスメント番号を記入する間に、実施します。

6. ケアモデルを基盤とした包括的 BPSD ケアへの視点

評価票は多数の研究へ活用されました。例えば、認知症高齢者の膀胱留置カテーテル離脱プログラムを適応した症例研究[4]では、排尿回数や残尿量の減少効果だけでなく、笑顔や BPSD、休息、趣味や生きがいの実現の改善が明らかになりました。このことは、単なる局所的な効果だけでなく、包括的な評価が得られたということで意義がありました。ここが医学モデルと看護・ケアモデルの違いといえます。Martha E. Rogers の看護理論では、看護は対象を統一された全体としての人間 (unitary man, entirety, wholeness, holistic) として捉えることを強調しています[23]。

また、Rosemarie R. Parse は Rogers 理論をさらに発展させ、対象を諸部分の総体とは別のもの、それ以上の存在である、宇宙と広がりと共にする開かれた存在である、互いの同時的相互関係で捉えることを述べています[24]。医学モデルが機械論的に捉え、対象は諸部分の総体、宇宙から切り離され、閉ざされた存在である、直接因果関係で分析をしていく[25]のとは大きな違いがあります。認知症ケアのアウトカム評価はケアモデルを基盤に開発され、認知症その人に対しても包括的に捉え、ケアするものになります。

認知症高齢者への絵画療法介入研究[5]では、BPSD、介護者のストレス・疲労、趣味・生きがいの実現、役割の発揮の改善を報告しました。認知症における非薬物療法の包括的なエビデンスを確立したいという思いがあります。

7. 認知症ケア経験のない看護学生でも実施・評価できる

アウトカム評価票は認知症ケアの経験がない看護学生もすぐに理解でき使えるものです。学生が認知症高齢者に接することで、BPSD、

笑顔や趣味・生きがいの実現、コミュニケーション等が改善することがわかりました[6,7]。また、学生でもすぐに実施できるケアとして、笑顔であいさつすることや訴えを聴くこと、スキンシップ、声かけ、レクリエーション等があり、実施率は高い結果となりました[6]。また、BPSD改善者が非改善者に比べて有意に高い実施率であったケア項目は、環境整備や原因・背景の追及でした[7]。このことより、認知症高齢者に有効なケアは困難度が高いものではないことがわかります。しかし、これらのケアを行う者は、BPSDに潜むニーズの探求を含めた対象の理解を意識的に努める必要があります。評価項目で「その人らしい生き方」の項目は、Personhoodに関するものです。具体的には意思表示やコミュニケーション、役割の発揮、趣味・生きがいの実現の項目が該当しますが、これらは短期間で改善しやすい評価項目です[8]。しかし、その裏には「趣味を生かしたレクリエーションを計画・実施」、「道具の工夫」、「個別に考えた催しを企画・実施」、「個別的な役割発揮のかかわり」、「入浴環境の工夫」の実施を行った学生の努力があり、改善者は特に実施されていました[8]。これらのケアは、生活をより豊かにし、その人の個性を認め自己実現を高めるケアといえます。以上、認知症ケアのアウトカム評価票は、はじめて認知症高齢者に接する学生にとって、アセスメント、ケア実施、評価の一連の看護過程展開の道標となり、新人教育にも活用できると考えています。しかし、認知症ケアの基本となるパーソンセンタードケアの理念の学習が必須となることはいうまでもありません。

8. 職員への効果

アウトカム評価票は学生だけでなく職員にも効果を示します。C介護老人保健施設で評価票を活用したところ、利用者のBPSDの改善だけでなく、「職員の肯定的な思い」をもたらすことが明らかになりました[9]。具体的には、「その人の関心が深まる」、「丁寧な関わりになる」、「関わることの喜びや学びを実感でき

る」、「その人らしさの生き方を保つことができる」、「その人がよくわかる」でした[9]。評価票活用によって、あいまいな試行錯誤の認知症ケアのなかで、課題を定め、改善方法を検討する機会をチームでもち、自らが実施した効果を客観的に実感できるプロセスは、職員にとって意義あることと考えます。しかし、肯定的な思いとともに常に職員は認知症ケアの困難さをも同時に抱えていることもわかりました。これは、「家族への働きかけが難しい」、「目が離せない認知症高齢者への対応方法が難しい」、「介護業務の緊迫化」の3点に集約されました[9]。

これらは、施設全体の組織で取り組む課題であり、組織変革を起こして対処する課題であると考えます。もともとアメリカのOASISはケア機関を評価することを第一の目的にされています。ですから、アメリカではアウトカム評価結果はレポートにまとめられ各ケア機関に送られ、それをもとに職員が自分たちのケアを振り返り、チームでアクションプランを立案し実施していきます(図2)。日本における認知症ケアも、同様にアウトカム評価結果をチームで共有し、困難な課題に対して力を合わせて立ち上がっていくことが求められます。

そのためには認知症ケアに精通したリーダーがいるとよいと考えます。筆者らと職員が一丸となって認知症ケアの質改善に取り組んだ研究があります[10]。D認定NPO法人が経営するグループホーム、小規模多機能型居宅介護、デイサービスの小規模な組織での活動報告ですが、改善したアウトカムは「役割の発揮」、「趣味・生きがいの実現」、BPSDであり、レクリエーション、声かけ・接し方の工夫、排泄ケア、リハビリ、家族ケア、外出、体調管理、事故予防、食事援助、強制しないケア、本人の居場所づくり、環境整備、身だしなみ、金銭管理の工夫と多岐にわたるケアが行われました[10]。このことから、職員のやる気をもたすリーダーが組織には必要であると考えます。

9. 病院における包括的BPSDケア実践の取り組み

平成28年度診療報酬改定では、病院における認知症ケアに対する評価が導入されました。このことは医療における認知症ケアの質向上に役立つものとして注目すべき事項です。認知症ケア加算における加算1では認知症ケアチームによる介入が必須要件となっています。これは、海外で認知症や認知機能が低下した入院患者に対して老年専門職チーム介入によりアウトカムが示されたという論文[26]が根拠のひとつとなっています。論文では、アウトカム指標は、平均在院日数、入院中のせん妄発症者割合・死亡者割合、退院後6か月間の再入院割合、退院後1年間のナースিংホーム入所者割合となっています。これは医療費や介護費用に関連するアウトカムであり、経済的に厳しいわが国では押さえておくべき課題です。

しかし、認知症ケアの真のアウトカムは認知症の本人や介護者の視点に立つものであり、費用と効果(アウトカム)を両立して考えていく必要があります。

筆者は2017年にAMED研究(代表:山口晴保)の研究開発分担者として包括的BPSDケア介入に取り組んでいます。これは先に筆者が開発した「認知症ケアのアウトカム評価票」に設定した「アウトカムを高めるケア」の介入効果を明らかにすることを目的としています。加えて、「包括的BPSDケアシステム」としてバージョンアップしたいという狙いもあります。2017年度では病院における認知症患者に対して、包括的BPSDケアシステムを導入しての評価に取り組みました。対象者は全員、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上でBPSDをもつ患者です。ここでは、BPSDだけに着目するのではなく、評価票に沿って包括的にアセスメントし、それに沿ったケアを実施し、評価をしています。その意味では、アウトカム評価票の実施は包括的BPSDケア実施といえるのです。入院患者も高齢化が進み、認知症や認知機能低下をもつ高齢患者は多く占めます。認知症ケア加

算を普及させることに留まらず、医療現場における認知症看護の質の向上のためにも、エビデンスを検証していく使命を感じています。また、現在、包括的BPSDケアシステムとして、従来使っていた「認知症ケアのアウトカム評価票」というネーミングも検討しています。包括的BPSDケアシステムという定義のもと、認知症の有無を問わず、高齢患者にも適応できるという発想から、高齢者安心ケア等のポジティブな名称も考えています。また、短時間で的確に評価できるシステム、データ蓄積により、認知症の人の有効なケア解析ができるシステムの開発も視野に入れています。

10. 認知症ケア評価の受容と真の価値

最後に、認知症の人は必ずしも改善するばかりではありません。むしろ、状態悪化は免れません。筆者の一年後の評価を行った研究では、半数の認知症高齢者は食事の面で悪化していることがわかりました[11]。認知症の最期には嚥下障害のため肺炎になって亡くなる人は大勢います。したがって、改善だけでなく維持、そして、悪化まで受容する大きな心が求められます。反面、利用者の状態は悪化していきますが、介護者の接し方や介護方法の取得は改善していききました[11]。これは、ケアを通じて認知症高齢者と介護者が相互により関係性が深まり人間として発達していくことを意味します。そして、エンドオブライフケアを迎えたとき、大きな自己実現の感動を宝として受け取ることになるかと思います。

まとめ

本稿ではアウトカム評価からケアプロセスまで包括した「認知症ケアのアウトカム評価方法」のシステムについての意義、開発過程と数々の実践効果について解説をいたしました。この内容は“包括的BPSDケアシステム”に該当し、BPSDの改善だけでなく、笑顔、その人らしさを含む面まで効果が示されること、原因の追究や声かけ、関わりの工夫等のケア実践が

BPSD改善をもたらすことがわかってきました。今後、認知症ケアのエビデンス検証のため、このシステムをさらに進化させつつ研究を重ねていく所存です。

本総説は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) の平成29年度認知症研究開発事業「BPSDの解決につなげる各種評価法と、BPSDの包括的予防・治療指針の開発—笑顔で穏やかな生活を支えるポジティブケア」（代表：山口晴保：課題番号17dk0207033h0001）の研究の研究開発分担者として執筆しました。

COI開示： なし

文献

- 1) 内田陽子：認知症ケアのアウトカム評価票原案の開発北関東医学 57(3):231-238, 2007.
- 2) 内田陽子：認知症ケアのアウトカム評価方法の開発その2 -原案の使用可能性と改良- 北関東医学 58(1):9-16, 2008.
- 3) 内田陽子、清水さゆり、杉山学、ほか：認知症ケアのアウトカム評価票の項目別にみた重み付け得点と影響する評価者因子. 北関東医学 59(1):59-66, 2009.
- 4) 上山真美、内田陽子：膀胱留置カテーテルを長期間使用している認知症高齢者に対するカテーテル離脱のためのケア内容と効果. 日本老年看護学会誌 14(1):34-41, 2010.
- 5) 川久保悦子、内田陽子、小泉美佐子：認知症高齢者に対する「絵画療法プラン」の実践と評価. 北関東医学 61(4):499-508, 2011.
- 6) 上山真美、内田陽子、小泉美佐子：老年看護学実習前後における認知症高齢者のアウトカム判定と学生のカケア実施率. 群馬保健学紀要 29:71-78, 2007.
- 7) 内田陽子、上山真美、小泉美佐子：看護学生の実習前後における認知症高齢者のアウトカム判定とケア実施率の関係. 北関東医学 58(3):303-309, 2008.
- 8) 内田陽子：短期間で改善しやすい認知症ケアのアウトカム評価に影響する因子-看護学生の実習前後の評価分析から-. 日本認知症ケア学会誌 10(1):11-19, 2011.

- 9) 鈴木早智子、内田陽子、加藤綾子・他：介護老人保健施設における認知症高齢者ケアの質改善活動とそれに伴う職員の思い．群馬保健学紀要 32:1-13, 2011.
- 10) 内田陽子、井上謙一、古郡理恵、他：認知症高齢者の状態改善をもたらしたアクションプランの特徴—グループホーム・小規模多機能型居宅介護・デイサービスでの取り組み—．群馬保健学紀要 33:1-7, 2012.
- 11) 佐藤文美、内田陽子、井上謙一、他：アクションプランを実施した認知症高齢者の1年後の状態変化—グループホーム・小規模多機能型居宅介護・デイサービスの利用者の特徴—．群馬保健学紀要 34:33-40, 2013.
- 12) Avedis Donabedian著、勝原祐美子訳：看護ケアの質評価の課題.看護の「質評価」をめぐる基礎知識.,日本看護協会出版会, 123-126, 1997.
- 13) 島内節、内田陽子：在宅ケア効果の評価方法とケアの質改善方法—アメリカ合衆国のメディケアで義務化されているケア効果の評価方法(OASIS)とケアの質改善 (OBQI) —．訪問看護と介護 6(1):49-56, 2001.
- 14) 島内節、友安直子、内田陽子：在宅ケア—アウトカム評価と質改善の方法—．医学書院, 15-20, 2002.
- 15) 内田陽子、山崎京子、島内節：訪問看護ステーションのアウトカムにもとづく継続的質改善の方法・経営管理のアクションプラン立案・評価までの過程—．日本看護管理学会誌 6(1):5-14, 2002.
- 16) 内田陽子：訪問看護ステーションの利用者満足度とコストの比較からみたステーション事業展開戦略．日本在宅ケア学会誌 5(3):30-36, 2002.
- 17) 内田陽子、河野あゆみ、島内節：訪問看護のアウトカム評価と費用対効果に関する研究．21(1):9-17, 2001.
- 18) 内田陽子、島内節：在宅ケアの利用者アウトカムと費用対効果の良否に影響する利用者条件．日本看護管理学会誌 5(1):5-14, 2001.
- 19) 内田陽子：認知症ケアのアウトカム評価法、認知症ケアの質評価：アウトカム評価票の開発と質改善の取り組み．看護技術 55(3):65-72, 2009.
- 20) 山口晴保、佐土根朗、松沼記代、他：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、協同医書出版社, 139-142, 2006.
- 21) Yoko Uchida, : Development and validation of the outcomes and assessment scale for dementia care, The KITAKANTO Med J 62(1):23-29, 2012.
- 22) 島内節、大賀英史、山口亜幸子、他：利用者のケア効果からみた在宅ケア機関の評価方法-利用者条件の調整による標準値と機関比較-．日本地域看護学会誌 3(1):76-85, 2001.
- 23) 樋口康子、小林富美栄、千野静香・他：マーサEロジャーズ, 現代看護の探求者たち-その人と思想-．日本看護協会出版会, 188-189, 1981.
- 24) ローズマリーR.パースィ、高橋照子訳：健康・生きる-人間-パースィ看護理論．現代社,13, 1985.
- 25) 内田陽子：増強版ベストティーチャーが教える看護過程教え方&学び方日総研, 16, 2014.
- 26) 亀井智子、千吉良綾子、正木治療、他：認知症および認知機能低下者を含む入院患者群への老年専門職チームによる介入の在院日数短縮等への有効性；システムティックレビューとメタアナリシス．日本老年看護学会 20(2):23-35, 2016.

別表 認知症ケアのアウトカム評価票

1. 認知症症状・精神的安否の項目 (3項目)					
評価項目	アセスメント番号 (過去1週間(約1週間)で最も当てはまるものを選択してください)	月 日	アウトカムを高めるケア 目標値を記入してください	月 日	アウトカム判定
① 笑顔	笑顔が見られますか? 0: 毎日笑顔が見られる 1: ほぼ毎日笑顔が見られる 2: 時々笑顔が見られる 3: あまり笑顔が見られない 4: 全く笑顔なし その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ 本人の好きな活動や会話を取り入れる ☐ 浴槽につかる、シャワー時間を増やすなど、快適ケアを取り入れる ☐ マッサージ、スキンシップ ☐ 歌や趣味活動の実施 ☐ 回憶話 ☐ その他 ()		☐ 笑顔維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
② 精神症状 (不安、幻覚、妄想、うつなど)	精神症状はどの程度ありましたか? (左記の精神症状のうち、1つでも該当する症状があればその症状について回答してください) 0: 全くない 1: まれにある (1~3日間ほんの短時間) 2: 時がある (3日以上短時間あるいは3日以内終日) 3: しばしば (3日以上ほとんど終日) 4: 毎日ある その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ 環境整備 ☐ 訴えを聞き、サインをキャッチする ☐ 安心させる優しい声かけ ☐ 薬の適切な量の処方と服薬状況の確認 ☐ 妄想から現実に戻るような声かけ ☐ 今の不安を受け止める ☐ その他 ()		☐ 精神症状維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
③ 行動症状 (徘徊、多動、不潔行為、収集癖、暴言、暴力、介護への拒絶など)	行動症状はどの程度ありましたか? (左記の行動症状のうち、1つでも該当する症状があればその症状について回答してください) 0: 全くない 1: まれにある (1~3日間ほんの短時間) 2: 時がある (3日以上短時間あるいは3日以内終日) 3: しばしば (3日以上ほとんど終日) 4: 毎日ある その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ 環境整備 ☐ 訴えを聞き、サインをキャッチする ☐ 安心させる優しい声かけ ☐ 薬の副作用の確認 ☐ 今の不安を受け止める ☐ 徘徊に付き合う ☐ 散歩をさせる ☐ 不快なものを取り除き、快刺激を提供する ☐ その他 ()		☐ 行動症状維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
2. 生活・セルフケア行動の項目 (8項目)					
① 身づくろい	自分で身づくろいができますか? 0: 身づくろいが自分でできる 1: 物陰の準備、声かけや見守りがあればできることもある 2: 顔を洗くなど一部動作はできるが、部分的介助が必要 3: 自分でできる全介助が必要 4: 身づくろいはできない (拒否などで) その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ 準備を整える ☐ 顔を洗える ☐ 声かけ ☐ 少し手を添えて介助する ☐ その他 ()		☐ 身づくろい維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
② 入浴	自分で入浴ができますか? 0: 自分で入浴動作ができる 1: 入浴に必要な道具を準備し、声かけや見守りがあればできる 2: 浴槽の出入りの手伝いなど、部分介助を受け入浴ができる (体を部分的に洗う、石鹸を洗い流すなど一部はできる) 3: 自分でできる全介助を要する 4: 入浴はできない (拒否などで) その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ 入浴環境の工夫 ☐ 本人に合った入浴順序を工夫し、なじみの担当者で介助をする ☐ 入浴しない原因に対する工夫 ☐ 濡れしないよう声かけ・誘導 ☐ プライバシーの確保 ☐ その他 ()		☐ 入浴維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
③ 食事	自分で食事ができますか? 0: すべての食事動作が自分でできる 1: 食事を準備し、声かけや見守りをすればできる 2: 食べ物を飲み込む、咀嚼するなどはできるが、食べ物を口に運ぶために部分介助を要する 3: 飲み込みもよく全介助を要する 4: 経口摂取はできない (嚥下機能、IMHなど) その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ スプーン、箸、皿、コップの工夫 ☐ 食事内容 (とろみ、ソフト食) の工夫 ☐ 少しずつ食事を出す ☐ 本人のペースに合わせた介助 ☐ 見守り・声かけ ☐ 行動誘発刺激 (コップを手に持たせる、口に食事を持たせていく) など ☐ 食事に集中できる環境を整える ☐ その他 ()		☐ 食事維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
④ トイレでの排泄	自分でトイレで排泄ができますか? 0: トイレ動作が自立し、自分でできる 1: 物陰の準備、排泄を促す声かけや見守りがあればできる 2: 移動やスポンジの上げ下げなど、部分介助を受けなければならない動作もある 3: 全介助にてトイレで排泄できる 4: トイレでの排泄はできない (始終オムツにて排泄) その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ 排泄のサインを把握する ☐ 排泄に合わせた声かけ、誘導 ☐ トイレの場所をわかりやすくする ☐ 排泄アセスメント (回数・時間) ☐ 手すりや便器の工夫 ☐ すみやかなバット・オムツ交換 ☐ 声をかけながら介助する ☐ 化粧・身だしなみを整える ☐ その他 ()		☐ 排泄維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
⑤ 歩行	自分で移動ができますか? 0: 自分の足で歩行し移動できる 1: 杖や歩行器などを使用する、注意を促す、見守りの中で歩行している 2: 歩行の動作、手引き歩行など一部動作もあるが、歩行や立ち上がりなどの部分介助が必要 3: 自分で歩行する歩行はできる、全介助が必要 4: 杖いすも使用できず、ストレッチャーやベッド移送が必要 その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ シルバーカー、歩行器の使用 ☐ 歩行の準備と使用の声かけ ☐ 手すり・持つところの工夫 ☐ 立ち上がりやすさの工夫 ☐ リハビリテーション、体操 ☐ 手引き歩行 ☐ 同伴して歩く ☐ 散歩、外出機会を提供 ☐ 定期的に杖いすに移動 ☐ その他 ()		☐ 歩行維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
⑥ 休息・睡眠	自分で調整して睡眠や休息がとれていますか? 0: 眠気を事前に予測して、自分で調整して休むことができる 1: 眠れたら自分から休むことができる 2: 人に促されたり休むことができる 3: 薬を使用すれば休むことができる 4: 休むことができない その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ 本人の訴えをよく聞く ☐ 室温、日光に当たる ☐ 散歩やリクリエーションやリハビリテーション ☐ 内服薬の副作用チェック ☐ 不快感、偏みの除去 ☐ 楽しい話、スキンシップ ☐ その他 ()		☐ 睡眠維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
⑦ 金銭管理	自分で金銭管理ができますか? 0: すべて自分一人ですべてできる 1: 日常の金銭管理なら助言が無くてもできる 2: 誰かが助言や見守りをすればできる 3: 誰かが全面的に代行する必要がある 4: 金銭を全く扱っていない その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ お金の使い方を一緒に考える ☐ 買い物や銀行に付き添う ☐ メモの活用 ☐ 支払いの連絡先を知らしめる ☐ 家族・人に協力を求める ☐ 成年後見制度の活用 ☐ その他 ()		☐ 金銭管理維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
⑧ 事故防止	自分で事故を防止することができますか? 0: 自分一人ですべて防止できる 1: 環境整備、声かけ、誘導をすれば防止できる 2: 部分的に他者の誘導・監視を要する 3: 常に他者の誘導・監視を要する 4: 事故を防止できない (事故が常に起こっている) その他 ()		☐ 原因・背景の追求 ☐ リスクアセスメント ☐ 本人の周囲に危険なものを置かない ☐ 本人の行動を見守る ☐ 転倒予防装置の導入 ☐ 飲み込みやすい食事の工夫 ☐ 時計 (時計機能) の導入 ☐ タイマーの使用 ☐ メモや注意書きの活用 ☐ その他 ()		☐ 事故防止維持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持

3. その人らしい生き方の項目 (6項目)

①外見の保持	外見はその人らしさが保たれていますか？ 0：いつも保持できている 1：ほぼ保持できている 2：保持できていることとできていないことが同じくらいある 3：保持できていないことが多い 4：保持できていない その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ なじみの服を持ち込む ☐ 髪型を切る ☐ 着衣・髪型を整える ☐ 化粧を行う ☐ 他との交流の場 ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
②あいさつ	あいさつしたときの反応はいかがですか？ 0：自分から相手にわかる言語と表情で返事ができる 1：言葉ははっきりしないが、うなずくなどの反応ができる 2：何らかの反応ができる 3：反応がないことが多いが、時に何らかの反応ができる 4：常に反応なし その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ 毎日笑顔ではっきりとあいさつする ☐ 目を見て話す ☐ 個別にかかわる時間を多くする ☐ スキンシップ ☐ 本人との交流を頻回に持ち、なじみの関係をつくる ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
③意思表示	自分の意思が表示できていますか？ 0：いつも自分で表示できる 1：自分で表示できることが多い 2：声かけしてもらえればできる 3：声かけしても時々できないことがある 4：常に表示できない その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ 意思をよく聴く ☐ 意思表示のため、家族・職員に働きかける ☐ その都度説明を行い、同意を得る ☐ 外出・外泊の機会を持つ ☐ 意思で定まるよう任意支援を調整する ☐ 意欲の維持 ☐ 反応からニーズを予測 ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
④コミュニケーション	コミュニケーションが成り立ちますか？ 0：いつも成り立つ 1：ほとんど成り立つ 2：成り立つ時と成り立たない時が同じくらいである 3：ほとんど成り立たない 4：成り立たない その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ 目を見て話す ☐ 訴えを聴く ☐ 興味のあることを語りかける ☐ 回想法 ☐ スキンシップ ☐ 感情に働きかける ☐ 個別にかかわる時間を多くする ☐ 本人特有のサインを引き出す ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
⑤役割の発揮	役割を発揮していますか？ 0：ほぼ毎日あり 1：週に数回あり 2：月に数回あり 3：2～3カ月に数回あり 4：全くない その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ お祭りなどの役割提供 ☐ 過去の習慣や特技を生かした役割の実現 ☐ 家族への協力依頼 ☐ 役割発揮に対して褒める、感謝する ☐ いろいろなレクリエーションの機会を取り入れる ☐ 行動を誘発できる道具や環境の工夫 ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
⑥趣味・生きがいの実現	趣味や生きがいを実現する機会がありますか？ 0：ほぼ毎日あり 1：週に数回あり 2：月に数回あり 3：2～3カ月に数回あり 4：全くない その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ 本人の過去・生い立ちの理解 ☐ 趣味を生かしたレクリエーションを計画し実施する ☐ 道具の工夫 ☐ 個別に考えた催しを企画・実施する ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持

4. 介護者の項目 (6項目)

①認知症者の受容	介護者は認知症を持ったその人を受け入れていますか？ 0：受容している 1：一部受容しているが、割り切りやあきらめがみられる 2：受容できず、混乱・怒り・拒絶がみられる 3：認知症であることを知り、戸惑いや否定がみられる 4：認知症であることも知らない その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ 日頃から声かけ、交流を頻回にもつ ☐ 相手を理解しようとする ☐ 介護者の不満を聴く ☐ 介護者に休む時間を提供する ☐ 家族会の紹介 ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
②接し方・介護方法の取得	介護者は介護技術（接し方を含む）を取得していますか？ 0：認知症を理解して介護ができている 1：認知症の介護をおおまか理解して介護できている 2：一般的な介護はできているが、認知症を理解した介護はしていない 3：簡単に一般的な介護のみしている 4：一般的な介護も認知症も理解していない その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ 介護方法について相談・教育 ☐ 介護者がわかりやすい方法を共に考える ☐ 介護者ができていることを褒める ☐ 介護者の訴えをよく聴く ☐ サービス利用を教える ☐ 家族会の紹介 ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持
③介護者のストレス・疲労の様子	介護者はストレスや心身の疲れがみられますか？ 0：疲労感はない 1：軽度の疲労がみられる 2：疲労していることが多い 3：かなり疲労がみられる 4：疲労感で入院や治療を必要とする その他（ ）	☐ 原因・背景の追求 ☐ 疲労の訴えをよく聴く ☐ 休む時間をつくる ☐ 職員同士の協力 ☐ サービスの種類と量の調節 ☐ その他（ ）	☐ 継続保持 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ☐ 悪化維持