

2017 年度全国生協連グループ 社会福祉事業等助成事業

認知症ケア「ひもときシート」導入の効果検証研究
報告書

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター

平成 30 年 12 月

はじめに

超高齢社会にある我が国においては、認知症の人の数が増加し、その数730万人、有病率20%（2025年推計値）の時代が眼前に迫っている。高齢化率の高さを含め、こうした状況は世界が経験したことのない深刻な事態であるといえる。

こうした中で、今日では、政府をあげた認知症施策の充実が図られつつあるが、特に、行動・心理症状（BPSD）に対応する有効なケアスキルの開発が喫緊の課題となっている。BPSDは、介護家族を困惑させ、サービス事業所の介護者も対応に苦慮しており、介護負担を重くしている。こうした状況の継続は、BPSDを発現する認知症の人を増加させ、やがて社会的排除につながるようなことは避けなければならない。しかし、現下の人手不足は、介護領域により深刻な影響を与えており、認知症ケアのエキスパートを得ることを困難にしている。加えて、高齢世帯や高齢単身世帯の増加は、家庭やコミュニティの扶助力を弱めている。

適切な対応によりBPSDを低減させる専門技術を一般化するために作成されたのが「ひもときシート」である。このシートは2008年に開発され広く利用されているが、更に普及していかなければならない。そのためにはBPSD軽減の実効性の立証が欠かせない。シートは自立支援のための実践的ツールであるから、より多くの介護者に利用・評価・分析され、再現性（科学的）、精度を高めていくよう修正を続ける必要がある。

本研究では、介入研究により検討会、ワークショップを重ね、シートの効果を実証的に検討することを目的とした。研究の結果、介護負担感の低減に貢献する可能性が示唆されたことは大きな成果であったと言える。また、シート普及に役立てるために、シートの課題も研究に含め、成果物として「ひもときシートアシスト」の開発につなげることができた。

私たちは、認知症の人を、人として大切にするための具体的な方法を求め続けている。残されている課題は多いが、本研究がその一助になれば幸甚である。

なお、多忙にもかかわらず研究に協力いただいた皆様、研究助成をいただいた全国生協連グループには、心から感謝を申し上げます。

平成30年12月

認知症介護研究・研修東京センター 佐藤信人

目次

はじめに	i
目次	ii
1. 研究の目的	1
2. 研究の方法①実証研究の方法	3
3. 研究の方法②ひもときシートの改善案検討の方法	5
4. 結果① 実証研究の結果	7
5. 結果②ひもときシート改善案検討の結果	15
6. 考察	21
7. まとめ	25
参考資料	26
執筆者一覧	46

1. 研究の目的

1) 研究の背景

(1) ひもときシートの BPSD 軽減効果の実証

認知症の行動・心理症状 (BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia) のケアは、認知症ケアの中心となる問題の一つである。これまで、認知症介護研究・研修東京センター(以下、「東京センター」)では、認知症の人の BPSD を軽減するためのツールとして、「ひもときシート」を開発し、普及してきた(図 1)。当該シートは、BPSD の状態にある認知症の人の困っていることや意欲を 8 つの視点で情報共有する過程で類推し、認知症の人の立場を共感的に理解したうえでのケアを考えるためのチームアプローチのツールである。ひもときシートをチームで記入することにより、認知症の人の立場についての理解を統一し、共感的理解に基づいたケアが実施できることが期待されるほか、ケアに当たるスタッフのストレス軽減にも寄与することが見込まれる。認知症平成 20 年から 3 年間実施された「認知症ケア高度化推進事業」において、開発された当該シートは、10 年を経過した現在でも認知症介護研究・研修センターの WEB サイトである DCnet 上では最も利用されるコンテンツとなっている。

しかし、ひもときシートは、「認知症ケア高度化推進事業」においては、主に認知症ケアの事例収集のためのツールとして用いられるにとどまっており、当該シートの BPSD 軽減の効果はいまだ実証的に検討されていない。

当該シートの効果を介入研究により明らかにすることによって、今後より効果的にひもときシートを普及し、BPSD に対するケアの質を高めることができると考えられる。

(2) ひもときシートの課題

また、ひもときシートは、開発から 10 年を経て、課題も出てきている。具体的には、①ひもときシートの思考展開エリア(ひもときシート中央の(1)～(8)の欄)が、推測に基づく記述であることにより、事実確認をふまえた認知症の人の理解やケアに結びつかない場合があること、②ひもときシートによって抽出した情報を D 欄(課題の背景や原因を整理してみましょう)、E 欄(「A 課題の整理 I」)に書いた課題を本人の立場から考えてみましょう)などに整理することが難しい、③ひもときシートに取り組む者のレディネスによっては、特に病気や薬、身体面の原因が検討されない、④ひもときシートの各欄を埋めるだけで、各欄を連動させて捉え思考を展開できない場合がある、といったものがある。本研究においては、そのような課題の対策について、検討を行った。

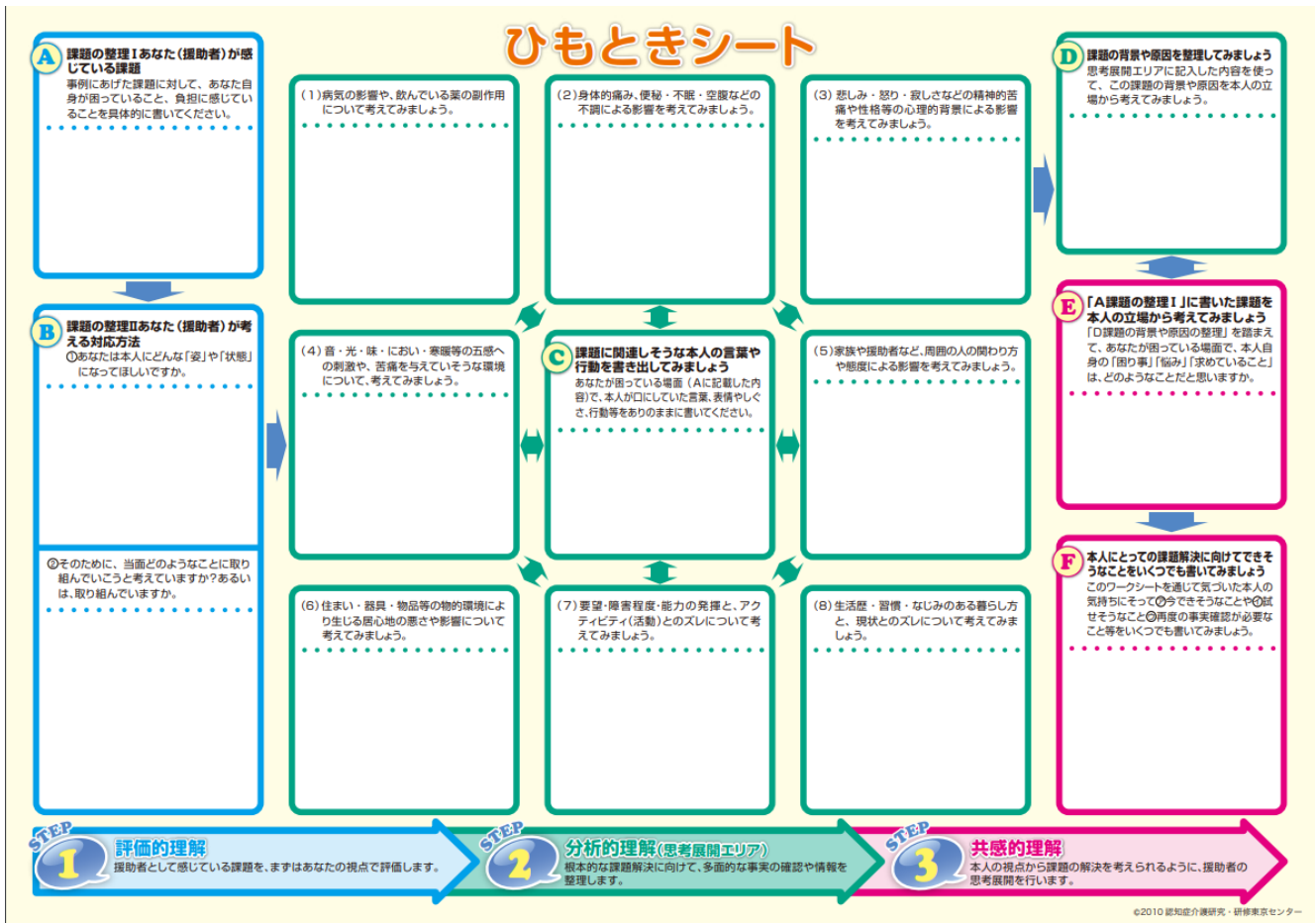


図1 ひもときシート

2) 研究の目的

以下の通りとした。

- ① ひもときシートの使用による BPSD の軽減効果を検討する。
- ② ひもときシートの改善案について検討する

2. 研究の方法①実証研究の方法

1) 対象

対象は、以下の通りとした。

- ① 調査協力施設（3～5施設程度 認知症の人 150人を目標）
 - ・ 調査の趣旨に賛同し、管理者の同意の得られる施設（特養・老健・GH）
 - ・ 利用者に対し研究協力に関する包括的同意が事前に得られている施設（重要事項説明書等で利用者につき、研究に協力する可能性があることについて事前に同意とる手続きを踏んでいる施設）、または、認知症の人あるいは代諾者に対し、本研究協力の同意取得手続きに協力が得られる施設
 - ・ ひもときシートを利用した経験がない施設
- ② 調査対象者（認知症の人）
 - ・ 研究協力に同意の得られる者
 - ・ 認知症の診断を受けている者（原因疾患の鑑別は不要）
 - ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の者
 - ・ ターミナル期にある者、骨折等有害事象の発生した者は除外。
- ③ 施設スタッフ
 - ・ 調査協力に同意の得られる者
 - ・ 認知症の人の介護に直接かかわる者
 - ・ 調査期間中ひもときシート研修を受講できる者
 - ・ 直接介護に関わらない相談員等は除外する（ただし、研修受講・ひもときシートの作成に対して関与することは可能とする）

2) 研究デザイン

1か月間の観察期間において、ひもときシートに関する研修会を実施したのちに、ひもときシートによる介入を1か月行い、BPSDの軽減等の結果を検討するシングルシステムデザインによる前向き研究とした。BPSDの軽減効果の評価尺度としてはNPI-Brief Questionnaire Form (NPI-Q)、認知症の人のQOLの評価尺度としてshort version of quality of life questionnaire for dementia (short QOL-D)を用い、スタッフのストレスの変化をMaslach Burnout Inventory (MBI改訂版)、スタッフの共感性の変化を多次元共感性尺度によって比較した。

3) 調査期間

平成 30 年 5 月 1 日～10 月 30 日までの任意の 2 か月間とした。

4) 募集方法

以下の方法で行った。

- ① 「ひもときシート」の開発を担当したワーキング委員を通じ対象施設を募集
- ② 認知症介護指導者ネットワーク being のメーリングリストを通じて募集

5) 統計学的分析

認知症の人は、ひもときシートを記入する対象とされたもの（ひもときシート実施群）とされなかったもの（ひもときシート未実施群）に分類した。

スタッフ及び認知症の人の各評価結果が正規分布に従うか、Shapiro-Wilk 検定を実施した。その後、1 要因の反復測定分散分析もしくは Friedman 検定を実施し、post hoc 検定として Bonferroni 法を行った。統計ソフトは、SPSS ver. 25 (IBM) を用い、いずれも有意水準は 5%とした。

6) 倫理的配慮

調査協力施設に対しては、調査協力は任意としたほか、途中同意取り消しも可とし、それらの事態に及んだ場合も調査協力施設等に不利益はないことを明示した。収集する氏名・地名等の情報は記号化し、個人が特定されないようにすることを文書及び口頭で研究事務局担当者より説明した。

調査協力施設については、原則として、調査協力に関して包括的な同意の得られている施設事業所を対象とした。そのため調査協力者に対しては、説明書の掲示によって調査協力の任意性、途中同意取り消しの可能性、その場合の不利益はないことを明示したほか、個人情報の記号化等について説明した。包括同意の得られていない施設・事業所については、同意書を用いて管理者等により代諾者に対して説明を行い同意を得た。

3. 研究の方法②ひもときシートの改善案検討の方法

1) 検討メンバー

以下の通りとした。

表1 検討メンバー

氏名	所属
宮島渡	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ
山口晴保	認知症介護研究・研修東京センター
佐藤信人	認知症介護研究・研修東京センター
中村考一	認知症介護研究・研修東京センター
滝口優子	認知症介護研究・研修東京センター
藤生大我	認知症介護研究・研修東京センター

2) 検討会の開催

表1のメンバーにより、平成30年4月4日、7月20日、9月7日の3回、検討会を開催した。

3) ワークショップの開催

認知症介護指導者やひもときシート開発者、東京センターが実施するひもときシートの講師養成研修を修了した者を対象としたワークショップを開催した。ワークショップの目的及び方法は以下の通りであった。

(1) 目的

“ひもときシート”アシストを実際に使用し、使用した感想をふまえて、テキストをビルドアップする。

(2) 日時

平成30年11月14日(水) 10:00~14:30

(3) 場所

東京センターワークショップ室

(4) 対象

認知症ケア高度化事業元ワーキングメンバー・ひもとき講師研修修了者
20名程度(先着)(4人×5グループ)

(5) プログラム

事前にアシストを使用したうえで、作成したひもときシートアシストを持参し
集合

10:00~11:00 作成の経緯と構成 宮島渡

11:00~12:00 記入結果の共有（4人1グループ、1人15分×4回）

12:00~13:00 休憩

13:00~13:40 使用感の共有（グループワーク）

13:40~14:30 グループワークの結果報告

4. 結果①実証研究の結果

1) 調査協力施設の概要

調査協力施設は以下の通りであった。

表 4 - 1

ID	種別	協力スタッフ数	対象者数
1	グループホーム A	15	12
2	サ高住+訪問看護	5	8
3	グループホーム B	3	9
4	特別養護老人ホーム A	15	15
5	グループホーム B	10	8
6	特別養護老人ホーム B	34	62
7	特別養護老人ホーム C	18	27
	合計	100	141

2) 調査協力者の概要

調査協力の得られたスタッフ計 100 名の属性は以下の通りであった。

表 4-2

属性	カテゴリー	n (%)
性別	男性	46 (46)
	女性	51 (51)
	未記入	3 (3)
所持資格 (複数回答)	介護福祉士	73 (73)
	社会福祉士	4 (4)
	介護支援専門員	11 (11)
	看護師	1 (1)
	その他	17 (17)
職位	経営者	0 (0)
	管理者	4 (4)
	監督者	18 (18)
	一般職員	72 (72)
	未記入	6 (6)
修了研修 (複数回答)	認知症介護基礎研修	11 (11)
	認知症介護実践者研修	31 (31)
	認知症介護実践リーダー研修	12 (12)
	認知症介護指導者養成研修	3 (3)

表 4-3

項目	平均±標準偏差
年齢	39.5±12.7
介護経験年数	9.6±6.6

3) 調査対象者の属性

調査対象者計 141 名の属性は表 4-4 の通りであった。そのうち、ひもときシート実施群は 20 名であった。

表 4-4

項目	カテゴリー	n (%)		
		全対象	ひもときシート 実施群	ひもときシート 未実施群
性別	男性	24 (17)	2 (10)	22 (18)
	女性	113 (80)	17 (85)	96 (79)
	未記入	8 (3)	1 (5)	3 (3)
診断名	アルツハイマー型認知症	56 (40)	10 (50)	46 (38)
	血管性認知症	7 (5)	1 (5)	6 (5)
	レビー小体型認知症	2 (1)	0 (0)	2 (2)
	行動障害型前頭側頭型認知症	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	意味性認知症	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	鑑別無	54 (38)	5 (25)	49 (41)
	その他	16 (11)	2 (10)	14 (12)
	未記入	6 (4)	2 (10)	4 (3)
要介護度	要支援 1	2 (1)	0 (0)	2 (2)
	要支援 2	2 (1)	0 (0)	2 (2)
	要介護 1	10 (7)	3 (15)	7 (6)
	要介護 2	27 (19)	3 (15)	24 (20)
	要介護 3	30 (21)	4 (20)	26 (22)
	要介護 4	32 (23)	7 (35)	25 (21)
	要介護 5	34 (24)	1 (5)	33 (27)
	未記入	4 (3)	2 (10)	2 (2)
認知症高齢者の日常生活自立度	I	5 (4)	1 (5)	4 (3)
	II a	9 (6)	0 (0)	9 (7)
	II b	23 (16)	1 (5)	22 (18)
	III a	52 (37)	6 (30)	46 (38)
	III b	11 (8)	2 (10)	9 (7)
	IV	26 (18)	7 (35)	19 (16)
	M	4 (3)	0 (0)	4 (3)
	未記入	11 (8)	3 (15)	8 (7)

表 4-5

項目	平均±標準偏差		
	全対象	ひもときシート 実施群	ひもときシート 未実施群
年齢	85.8±7.5	85.4±6.7	85.9±7.6
服薬数 (認知症薬に限らない)	5.4±2.9	6.1±3.4	5.3±2.8

4) データクリーニングの過程

収集したデータは、下記の通り使用した。

(1) 欠損値

未記入箇所は、欠損値として扱った。なお、欠損値があった場合も、それ以外の有効回答は活かすこととし、統計解析に加えた。

(2) 解析対象の選定

認知症高齢者については、以下の基準を満たすものを解析対象とした。

- ①認知症高齢者の評価を、初回、2回目、3回目で同一の介護スタッフが行ったもの。
- ②2回目、3回目評価において、認知症高齢者の状態に大きな影響を与える有害事象、薬物の変更がなかったもの。

なお、介護スタッフについては上記の欠損値の扱いの範囲で、すべての対象者を解析対象とした。

(3) 各評価得点の算出

NPI-Q は、妄想・幻覚・興奮・うつ・不安・多幸・無関心・脱抑制・易刺激性・異常行動の 10 項目の重症度合計点を算出した。NPI-D も同様に 10 項目の介護負担感合計点を算出した。

short QOL-D は、領域（陽性領域、陰性領域）ごとの合計点と全項目の合計点を算出した。なお、陰性領域の項目は逆転項目であるため、得点を逆転して用いた。

MBI 改訂版は、因子（情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感）ごとに項目の得点を合計し、項目数で除算した値を各因子の得点として算出した。また、全項目の得点の合計を日本語版 MBI 合計点として算出した。なお、個人的達成感は逆転項目であるため、得点を逆転して用い、個人的達成感の後退と表記した。

多次元共感性尺度は、下位尺度（被影響性、他者指向的反応、想像性、視点取得、自己指向的反応）ごとに項目の得点を合計し、項目数で除算した値を各下位尺度の得点として算出した。また、全項目の得点の合計を多次元共感性尺度の合計点として算出した。なお、逆転項目は得点を逆転して用いた。

5) BPSD (NPI-Q) とその負担 (NPI-D) の変化

NPI-Q と NPI-D のベースライン (Base Line: BL)、介入前、介入後の変化は図 4-1, 4-2 に、ひもときシート実施群、未実施群それぞれの結果は表 4-6、4-7 に示した。

ひもときシート実施群は、NPI-Q、NPI-D とともに分散分析では有意差は認めなかったものの、NPI-D では Bonferroni 法による多重比較検定において、観察期間に 6.5 ± 4.7 点から 6.3 ± 3.5 点と有意な変化はなく ($p=1.00$)、介入期間に 6.3 ± 3.5 点から 4.9 ± 3.8 点に低減した ($p<0.05$)。

ひもときシート未実施群は、NPI-Q、NPI-D とともに有意な変化は認めなかった。

※NPI-Q は、高いほど BPSD が重度であることを示す。NPI-D は、高いほど介護負担感が高いことを示す。

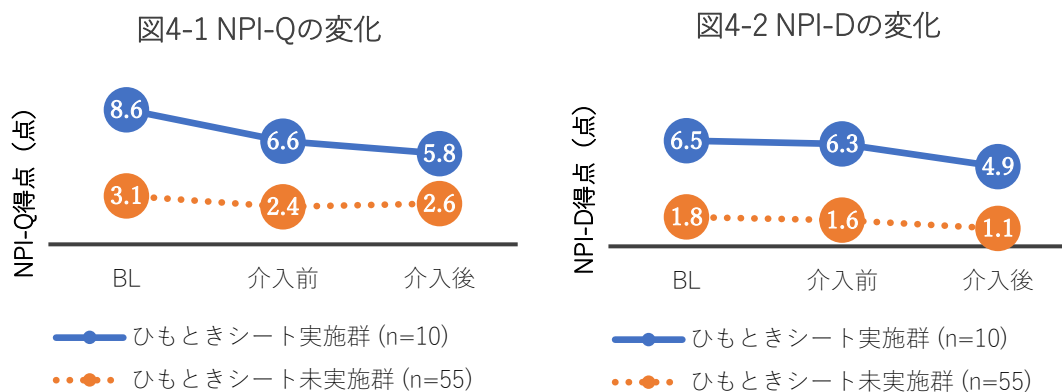


表 4-6 ひもときシート実施群の NPI-Q、NPI-D の変化

評価	n	BL	介入前	介入後	F	p	平均±標準偏差		
							BLvs 介入前	post hoc 介入前 vs 後	BLvs 介入後
NPI-Q	10	8.6±5.0	6.6±2.5	5.8±2.7	2.47	0.15	0.77	0.11	0.28
NPI-D	10	6.5±4.7	6.3±3.5	4.9±3.8	1.67	0.23	1.00	<0.05	0.66

※ 1 要因の反復測定分散分析, Bonferroni 法

表 4-7 ひもときシート未実施群の NPI-Q、NPI-D の変化

評価	n	BL	介入前	介入後	p	平均±標準偏差		
						BLvs 介入前	post hoc 介入前 vs 後	BLvs 介入後
NPI-Q	55	3.1±4.0	2.4±2.7	2.6±2.7	0.91	0.15	1.0	0.44
NPI-D	55	1.8±3.0	1.6±2.7	1.1±2.2	0.11	0.60	1.0	0.09

※Friedman 検定, Bonferroni 法

6) QOL (short QOL-D) の変化

short QOL-D の3時点での変化は、ひもときシート実施群は表 4-8 に、ひもときシート未実施群は表 4-9、表 4-10 に示した。

short QOL-D は、ひもときシート実施群、ひもときシート未実施群ともに3時点間で有意な変化は認めなかった。

※short QOL-D は、高いほど客観的 QOL が高いことを示す。

表 4-9

評価	n	BL	介入前	介入後	p	BLvs 介入前	平均±標準偏差	
							post hoc 介入前 vs 後	BLvs 介入後
(陰性領域)	57	10.6±2.2	10.7±1.9	10.7±1.7	0.43	0.61	0.88	0.97

※Friedman 検定, Bonferroni 法

表 4-10

評価	n	BL	介入前	介入後	F	p	BLvs 介入前	平均±標準偏差	
								post hoc 介入前 vs 後	BLvs 介入後
Short QOL-D	49	25.2± 5.5	25.1± 5.2	25.4±5.2	0.43	0.65	1.00	0.88	1.00
(陽性領域)	49	14.5± 4.8	14.2± 4.9	14.6±4.8	0.93	0.39	1.00	0.73	1.00

※1 要因の反復測定分散分析, Bonferroni 法

表 4-11

評価	n	BL	介入前	介入後	F	p	BLvs 介入前	平均±標準偏差	
								post hoc 介入前 vs 後	BLvs 介入後
Short QOL-D	9	27.3± 5.2	27.2± 5.1	27.8±5.6	0.31	0.63	1.00	0.91	1.00
(陽性領域)	9	17.6± 4.3	17.8± 4.2	18.4±4.2	1.02	0.36	1.00	0.66	0.99
(陰性領域)	10	9.7±2.1	9.3±2.1	9.2±2.2	1.59	0.24	0.93	1.00	0.53

※1 要因の反復測定分散分析, Bonferroni 法

7) MBI 改訂版 I の変化

MBI 改訂版の3時点での変化は下記の表○の通りである。なお、表中の各因子は(因子名)で表記した。

MBI 改訂版は、各評価時期で有意な変化を認め、観察期間に 45.2±9.9 点から 48.1±11.5 点に悪化し (p<0.05)、介入期間に 48.1±11.5 点から 41.0±10.7 点に低減した (p<0.01)。また、個人的達成感の後退は、各評価時期で有意な変化を認め、観察期間に 3.6±0.7 点から 3.8±1.1 点に悪化し (p<0.05)、介入期間に 3.8±1.1 点から 2.7±1.1 点に低減した (p<0.01)。

脱人格化と情緒的消耗感は、各評価時期で有意な変化はなかった。

※各得点は、高いほどバーンアウト状態にあることを示す。

表 4-12

評価	n	BL	介入前	介入後	p	BLvs 介入前	平均±標準偏差	
							post hoc 介入前 vs 後	BLvs 介入後
MBI 改訂版	47	45.2±9.9	48.1± 11.5	41.0±10.7	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01
(脱人格化)	49	1.6±0.6	1.8±0.7	1.8±0.8	0.78	0.61	1.00	0.48
(個人的達成感 の後退)	50	3.6±0.7	3.8±1.1	2.7±1.1	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01

※Friedman 検定, Bonferroni 法

表 4-13

評価	n	BL	介入前	介入後	F	p	BLvs 介入前	平均±標準偏差	
								post hoc 介入前 vs 後	BLvs 介入後
(情緒的消耗感)	50	2.8±0.9	2.8± 1.0	2.8±1.0	0.27	0.72	1.00	1.00	1.00

※1 要因の反復測定分散分析, Bonferroni 法

8) 多次元共感性尺度の変化

多次元共感性尺度の3時点での変化は下記の表4-14の通りである。なお、表中の各下位尺度は(下位尺度名)で表記した。

多次元共感性尺度は、各評価時期で有意な変化を認め、観察期間に74.8±6.1点から75.5±10.8点と変化はなく(p=0.46)、介入期間に75.5±10.8点から78.0±9.5点に向上した(p<0.05)。下位尺度は、他者指向的反応と視点取得の各評価時期で有意な変化を認めた。他者指向的反応は、観察期間に3.2±0.3点から3.4±1.5点と変化はなく、介入期間に3.4±1.5点から3.7±0.6点に向上した(p<0.01)。視点取得は、観察期間に3.4±0.4点から3.4±0.5点と変化はなく、介入期間に3.4±0.5点から3.6±0.6点に向上した(p<0.05)。

被影響性と想像性、自己指向的反応は、各評価時期で有意な変化はなかった。

※各得点は、高いほど当該の特性が高いことを示す。

表4-14

評価	n	BL	介入前	介入後	p	平均±標準偏差		
						BLvs 介入前	介入前 vs 介入後	BLvs 介入後
多次元共感性尺度	41	74.8±6.1	75.5±10.8	78.0±9.5	<0.01	0.46	<0.05	<0.05
(被影響性)	48	3.0±0.4	3.0±0.5	3.0±0.7	0.25	0.90	1.00	1.00
(他者指向的反応)	46	3.2±0.3	3.4±1.5	3.7±0.6	<0.01	1.00	<0.01	<0.01
(想像性)	47	3.0±0.7	3.0±0.6	3.0±0.9	0.64	1.00	1.00	1.00
(自己指向的反応)	45	2.9±0.8	2.8±0.7	2.8±0.7	0.61	1.00	1.00	1.00

※Friedman 検定, Bonferroni 法

表4-15

評価	n	BL	介入前	介入後	F	p	平均±標準偏差		
							BLvs 介入前	介入前 vs 介入後	BLvs 介入後
(視点取得)	48	3.4±0.4	3.4±0.5	3.6±0.6	6.01	<0.01	1.00	<0.01	<0.05

※1 要因の反復測定分散分析, Bonferroni 法

5. ひもときシートの改善案検討の検討結果

1) 検討会の結果

検討会の結果、表5-1のポイントが改善点として挙げられた。改善点をふまえ「ひもときシート”アシスト(案)」を作成した(表5-1)。

表5-1 ひもときシート改善における検討事項まとめ

検討・決定事項	理由
現行のオリジナルのひもときシート（以下、オリジナル版）を廃止して新しく作るのではなく、オリジナル版は活かしながら、新たなバージョンを作るという位置づけとする。	オリジナル版は現場でよく活用されている。今回作成するものは、より簡易に現場で使いやすくするものであり、目的が異なり、それぞれ活用できる
ひもときシートの8つの視点を統合して、「病気と薬」「身体状況」「本人要因」「人的環境・物理的環境」の4つの視点とする	視点の数を減らして、BPSDをとらえやすくする。
取り組む者の思考をアシストするような視点を教示として思考展開の4つの視点の欄に盛り込む。	BPSDの要因となりがちなことについて見落としを防ぐ
D欄が困っていること、E欄が望みや求めていることとして明確に分ける。	D欄とE欄の位置づけが不明確で、記入の仕方が混乱していた。本人の望みや意欲が記入される形が望ましい。
推測のエリアと事実確認のエリアを分けて、C・D欄を横並びにする形でレイアウトする。	事実確認をしたうえで、困っていること、望み、ケア方法などを検討できるようにした方が、より実践的である。
名称は「ひもときシート”アシスト」とする	記入者の思考をアシストするのが今回のシートの特徴であるため
シートには、合の手「なので」「でも」などを入れる。	思考の流れをより分かりやすくするため
E欄を少し狭めて、矢印を強調する	シートの構造をわかりやすくするため
現状、要因分析、仮説→実践は、矢印型にする	シートの構造をわかりやすくするため
D欄の教示は、本人視点) 認知症の人はどう困っているのでしょうか？(推測)とする	BPSDすべてがチャレンジング行動というわけではないため
A/B1は切り離す。B1は、「なので」という合いの手を入れて、「なりたい姿」とする	オリジナル版との対応、思考の流れの整理のしやすさのため

“ひもときシート”アシスト



図 5-1 ひもときシート“アシスト”(案)

2) ワークショップの結果

(1) 参加者リスト

下表、5-2の通りであった。

表 5-2 参加者リスト

1	居宅介護支援事業所	女性	新潟県
2	地域包括支援センター	女性	千葉県
3	訪問介護事業所	男性	島根県
4	病院	女性	高知県
5	居宅介護支援事業所	男性	奈良県
6	研究機関	女性	愛知県
7	居宅介護支援事業所	女性	神奈川県
8	特養	男性	長野県
9	特養	男性	北海道

(2) 得られた意見（主な意見を抽出）

【ひもときシートアシストの概要説明を受けての質疑】

Q：研修ツールとしては有効で、実践ツールとしての使いづらさは感じていた。研修として活用する際には、推測を記入した後に事実確認をするためにもう一度研修をやる必要があるのか？

A：いきなり右側（事実確認）だけやるのも良いかもしれない。

- ・ 現在持っている情報で、事実確認（右側）だけ記入することで完了できることもわかったが、現在持っている不明確な事実で記載するよりも、やはり明確な事実確認は重要だと思う。

Q：センター方式と連動しているなら、対応している箇所を示すのも良いのではないか。

A：他のアセスメントシートと連動すると良い部分もある。ただし、アセスメントシートは各々の使用しているものがあるため、誘導はしていない。研修等で口頭レベルで紹介することはある。

Q：医療介護現場の立場として、医療面も重視してもらってよかった。

A：在宅では、推測を記載して訪問して事実確認するといったことも良いかもしれない。

【感想】

- ・ 健康状態（脱水等）が含まれてよかった。

- ・ 認知症の本人に聞くこと、主訴が重要だと思っている。このシートではそれは難しい。
- ・ 推測からの事実確認はタイムラグなのか、ケアの実施には推測でも成り立つと思っていた。
- ・ 身体症状を記載する部分は不足を感じていたため、増えたことは喜ばしい。
- ・ チェック項目などのガイドがあるため、実施のハードルが下がり現場でもやりやすいとの意見があった。
- ・ 現場で全て情報収集するのは難しいという意見はあった。
- ・ シートに「なので」、「だから」といったコメントがあり見やすくなった。
- ・ 私のところでは、ICFをもとに強みを活かしたケアを重視していた。今回のひもときシートアシストは強みも取り入れているためよかった。
- ・ 現場では無意識のうちに健康状態等へ配慮して実施しているが、このようなシートで明記されていると、現場で行なっていたケアの妥当性（現場の安心感）につながる。また、不足部分の確認ができる。

【実例の記入の説明を受けての質疑】

Q：緑色の濃度が場所により違うが何か意図はあるのか。

A：緑はオリジナルのひもときシートを踏襲している。また、濃度が異なるのは、4つの同じ欄を弁別するため。

Q：白黒印刷で使用する事が多く、印刷したら見づらくなった。

A：左は黄緑の黒文字、右は緑の白抜き文字にするのはどうか。

Q：推測の欄の記入で、その有無の確認で終わらなかったか。

A：それはなかった。ただし、既知の事実で記入して完結してしまうため、事実確認まで至らなかったという問題があった。

【感想】

- ・ 右側と左側は、データに基づいた推測とそうでない推測の違い。
- ・ 気づきが見える化することが重要。
- ・ 職員が本人視点でできていると思っているが、できていないことが多い。
- ・ 推測記入欄がチェックだけでなく、余白ができ、言葉を記載できるようになってよかった。
- ・ EからFに向かう「だから」などの言葉があるため、つながりがわかりやすい。
- ・ 矢印の向きと接続詞（だから、なので等）の使い方が工夫しており、研修の時に使いやすそう。

- ・ Eの本人の望みや求めていることがあってよかった。
- ・ 推測と事実の間に境目（すき間）があると良いか。
- ・ 確認できた事実の部分に事実を確認せず、そのまま書く人がいた。
- ・ Dにもう少し解説があると良いのではないか。
- ・ Cの事実は、具体的な状況をもう少し書くように誘導した方が良いのではないか（1日中のことなのか、夕方なのか等）。
- ・ 推測の人的環境・物理的環境の影響などのチェック項目の補足説明が必要ではないか。
- ・ 推測の本人要因の認知症の人の能力と活動のズレは回答が難しい。
- ・ 現場で職員に聞いてみると、エピソードの陳述が多いため、各部分に何をポイントとして記入してほしいかの教示がもう少しあると良い。
- ・ 事実確認はするが、現場での推測の域を出ないか。
- ・ 直接本人に聞いたことを書くところも必要ではないか。
- ・ 左のチェック項目の段階で問題ではなく、ストレングスに焦点を当てた聞き方はできないか。
- ・ まずは本人に聞くところからスタートすることが大事ではないか。
- ・ 悪性の社会心理は、あえて各項目をチェックした方が良いか。
- ・ 課題とする各行動の出現時に職員がどのように対応しているかが重要ではないか。
- ・ 認知症の人のせいではなく、スタッフにも要因があるという風にチェックできた方が良いのではないか。
- ・ 研修を実施した時の事例にして、最初に使用して見えてこないこともあることに気づきがあるという流れにするのも良いのではないか。

【グループワークでの質疑内容の共有】

- ・ 自分の持っている情報で埋めて行くので、それを確認するように誘導できると良いと感じた。
- ・ 推測に記入欄がなく、事実確認のところに書いていたが、現在はその点は改善されているのでよかった。
- ・ チェック項目が個々にあるため、一つチェックが出たら安心してしまうという危惧がある。実践を考えると、全てを網羅するというよりは、カンファレンスで重点課題を絞って話を進めて行くという使い方も良いだろう。
- ・ 対象のこと（誰が記入するのか）を考えると、そのレベルにあったシートへの補足説明が必要ではないか（テキストも含めて）。
- ・ シートを実践で活用する際の流れがわかると良いのではないか。
- ・ シートA3一枚で完結しなければならないが、ボリューム感も考えるとジレンマがある。
- ・ 個人レベルで書くことができ、それを持ち寄った際にさらによくできるような仕様がよいのではないか。その際、個人のレベルは考えなければならない。

(3) 改善案

改善案として、以下のような改善を検討した。

- ・ チェックボックスの教示をより簡易化し、記入欄を増やす
- ・ 要因分析の左側 4 つの欄をより細分化し、「推測されること」「情報収集の方法」の欄を設ける
- ・ 要因分析の右側 4 つの欄をより細分化し「事実確認の結果」「事実から裏付けられたこと」の欄を設ける
- ・ C 欄と D 欄の間に⇒を入れる

6. 考察

1) 実証研究の結果について

(1) 認知症者への効果

今回、ひもときシートの実施による BPSD 軽減、QOL 向上効果を期待して、NPI-Q と short QOL-D の変化を検討したが、3 時点での有意な変化はみられなかった。ただし、ひもときシート実施群の NPI-Q は、統計的に有意ではないが介入前 6.6 点から介入後 5.8 点と軽減している。一方で、こちらも有意ではないが BL8.6 点から介入前 6.6 点と観察期間でも変化があるため、外部から認知症ケアの専門家が研修にくることや評価をつけることで対象者の状態を改めて確認することなどがケアに影響して対象者の変化につながった可能性がある。ただし、ひもときシート実施群の介入前後においては、対象者数は 10 名と少ないが $p=0.11$ と有意に近い数値を示している。そのため、対象者数を増やして検討することで効果が確認される可能性がある。また、変化を捉えるには 1 か月では短かった可能性もある。

short QOL-D については、27~30 点は良好な数値だと考えられており、ひもときシート実施群の平均点は、3 時点とも 27 点であったため、元々の数値が高く効果が認められなかった可能性がある。また、ひもときシートは主に BPSD 軽減に資することを目的に開発されているため、QOL という観点では変化が認められなかったのかもしれない。

本報告では、ひもときシートを実施した対象者を選定して効果を検討し、有意な変化がみられなかった。しかし、ひもときシートを実施してケアに反映していなければ、対象者の変化は期待できない可能性がある。そのため、さらに解析対象を選定して効果を検討することも必要と考える。

(2) スタッフへの効果

ひもときシートの研修の受講から約 1 ヶ月後に、NPI-D (介護負担感)、MBI 改訂版 (バーンアウト)、個人的達成感の後退は低減し、多次元共感性尺度 (共感性)、他者指向的反応、視点取得は向上していた。ひもときシートは、記入することにより、認知症の人の立場を共感的に理解したうえでのケアを考えるためのチームアプローチのツールとして、開発された。本研究の結果からひもときシートは、視点取得などの共感性の特性を高め、さらには介護負担感などの低減に貢献する可能性が示唆され、開発時の目的に資するツールであったことが検証されたと考える。

認知症は、認知機能や病識低下などにより、自身の状態や意思を明確に伝えることが難しくなるため、認知症の本人に対して周囲の支援者 (スタッフや家族、地域

住民等)がそれらを理解してかかわることが必要である。しかし、理解することは容易ではなく、認知症の諸症状に対して周囲の支援者はどうかかわればよいのかわからずに、認知症の本人、周囲の支援者ともに不安になってしまうことも多いと思われる。また、理解したいと思っていても、具体的にどのようなプロセスで考えていくのかがわからなければ、「理解したいのにできない」という差異に打ちのめされて、バーンアウトになる可能性は否定できない。また、上司や同僚との関係性などもその一要因であり、自分では目的をもってケアをしているとしても他のスタッフなどから指摘され、ストレスになることも考えられる(例; トイレ介助の時に、ゆっくり必要な部分だけ手伝えれば自力で出来るのに「早くズボンを全介助ではかせて」と言われる)。今回、具体的に認知症の人の立場を共感的に理解するためのプロセスを学習・経験(導入)したことで、他者に対する同情や配慮などの感情や自発的に他者の気持ちなどを考える特性が強化されたと考えられる。また、その思考をケアに活かすことで達成感が向上し、バーンアウトなどは軽減した可能性がある。さらに、ひもときシートをスタッフ共同でつけることにより、認知症の人のみならずスタッフ同士の視点の共有にもつながり、効果があった可能性もある。

バーンアウトなどで介護職を辞する人も多い介護現場において、ひもときシートを導入することの効果を得られたことの意義は大きいと考える。また、認知症介護指導者と共に作成され、DCnetでのアクセス数も多く、既に導入されている施設もあるなど、介護現場で活用・普及される可能性は高いと思われる。本研究にて効果を検証したことをきっかけに、今後さらにひもときシートが普及され、より多くの認知症の本人と周囲の支援者が笑顔で穏やかに暮らせるようなケアにつながることを期待したい。

(3) 研究の限界

公募により自発的に研究に参加した施設を対象としており、ひもときシートへの意欲が高いスタッフが参加しているため、効果が認められた可能性がある。また、ひもときシート実施群は各施設で意図的に対象を選択しているため、必然的に未実施群よりもNPI-Qは高く、軽減効果も見込まれやすいことが考えられる。そのため、無作為に施設や対象者を選択することが望ましいが、ケアは暮らしの中で流動的に行われていき、様々な条件の設定が難しいため、今後の課題としたい。

ひもときシートは、視点を転換してケアを再考するきっかけとはなるが、アセスメントツールではない。視点の転換も重要だが、実施により、アセスメント、実際のケアがどのように変わったかも重要であり、本報告において実際にどのようにケアが変化したのかまでは検討できていない。加えて、評価票の未記入等により、最終的な解析対象は半数以下となったことも踏まえて、例数を増やしつつアセスメントやケアへの影響なども検討していきたい。

2) ひもときシートの改善案の検討結果について

ひもときシートは、開発から10年を経て、①ひもときシートの思考展開エリア（ひもときシート中央の(1)～(8)の欄）が、推測に基づく記述であることにより、事実確認をふまえた認知症の人の理解やケアに結びつかない場合があること、②ひもときシートに取り組む者のレディネスによっては、特に病気や薬、身体面の原因が検討されないひもときシートによって抽出した情報をD欄（課題の背景や原因を整理してみましよう）、③ひもときシートの各欄を埋めるだけで、各欄を連動させて捉え思考を展開できない場合がある、④E欄（「A 課題の整理 I」）に書いた課題を本人の立場から考えてみましよう）などに整理することが難しい、といった課題が明らかになっていた。これらの課題については、シートの課題と捉えることもできるが、実践家がスキルアップをする過程において身に着ける必要がある視点と捉えることもできる。すなわち、より初任者向けに知識や思考のアシストをすることのできるようなひもときシートが求められていたと言える。

検討会によって改善した案によって、上記①については、視点を「病気と薬」「健康状態」「本人要因」「人的環境・物理的環境」に集約することにし、捉え方をわかりやすくしたうえで、推測欄と事実確認の結果を分けることによって、事実があいまいなままケアの方針を立てることを避けるようにした。②については、それぞれの視点で何について確認・検討すればよいかわかりやすくするためにチェックボックスを設けることで初任者であっても論点がわかりやすくなるように配慮した。加えて、③の課題では、シートの中に「なので」などの“合の手”を入れて考えやすくした。また、④のD欄とE欄の役割が不明確だった点については、思考の流れを合の手などで可視化したうえで、D欄を本人が困っていること、E欄を本人の望みや求めていることとし、論点に沿って考えやすくした。

ヒアリングにおいては、実際にひもときシートアシストを記入したうえで参加を求めたが、これらの論点については、各参加者から概ね改善されたとの評価が得られたと考える。

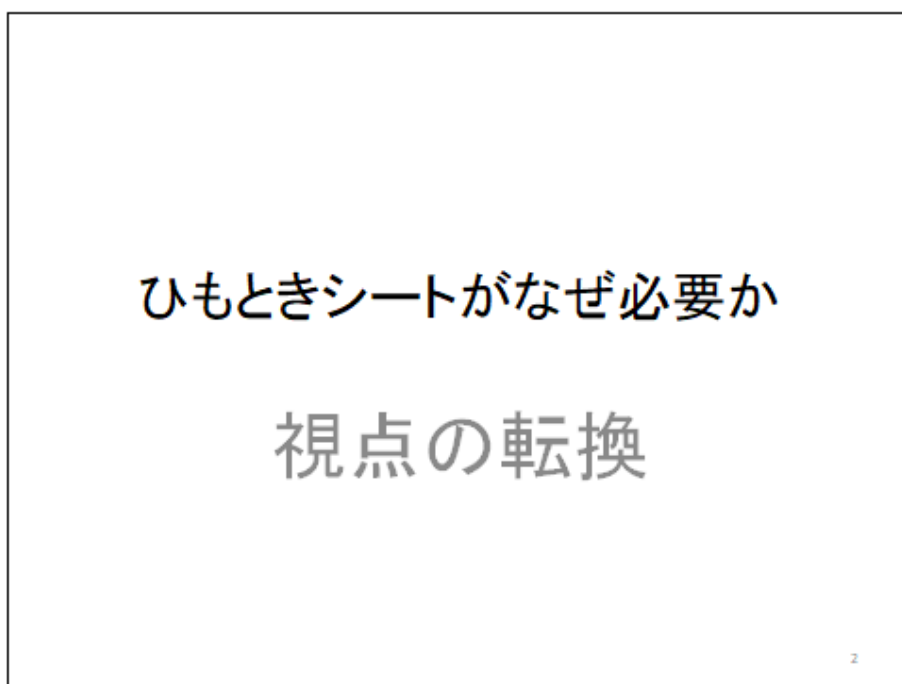
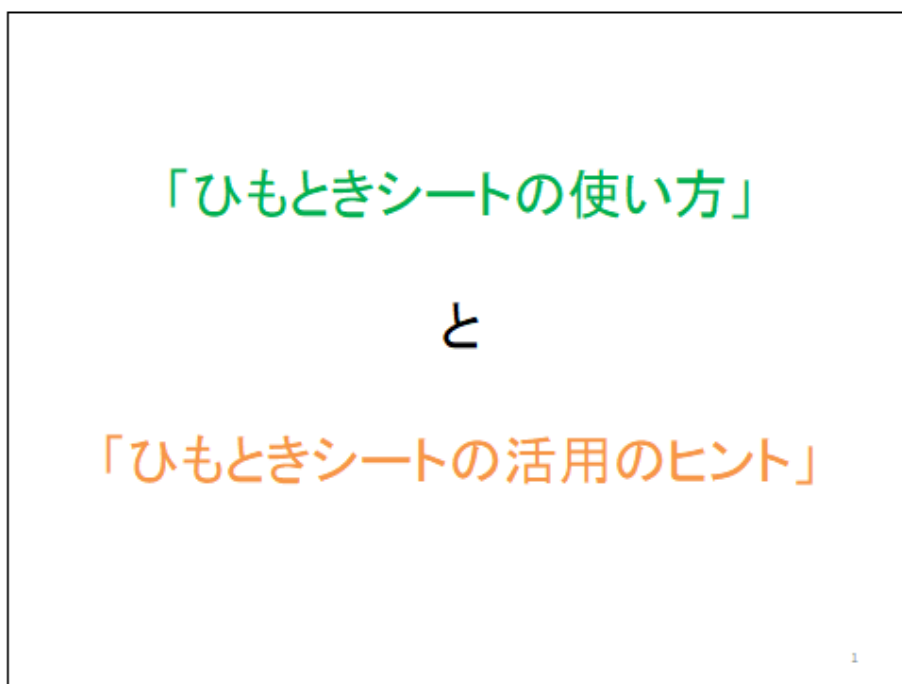
課題としては、①本人に聞く、という欄が必要ではないか、②チェックボックスがあることによって、逆に思考が狭められる可能性がある、③利用者の力量によっては、チェックボックスの教示に解説が必要、などの意見が寄せられた。それぞれ重要な指摘であり、今後活用していく上では、十分留意する必要がある。①については、C欄を記述する際に本人の発言、行動、表情を具体的に記述する努力をするほか、事実確認をしていく過程において、本人の意見を十分聴取するようにガイドライン等で教示することが必要であろう。②については、オリジナル版との位置づけが大きく異なる部分でもある。視点をより個別に柔軟にしていくためにはオリジナル版、基本的な視点を確実に抑えたうえで検討を進めるためにはアシストといった使い分けを教示していくことによって対応できるものとする。さらに、③は、詳細なガイドラインを作成することによってク

リアしていくことが必要であろう。それらの対策を行いながら、現場での実践を繰り返しより使いやすいように洗練していくことが望まれる。

7. まとめ

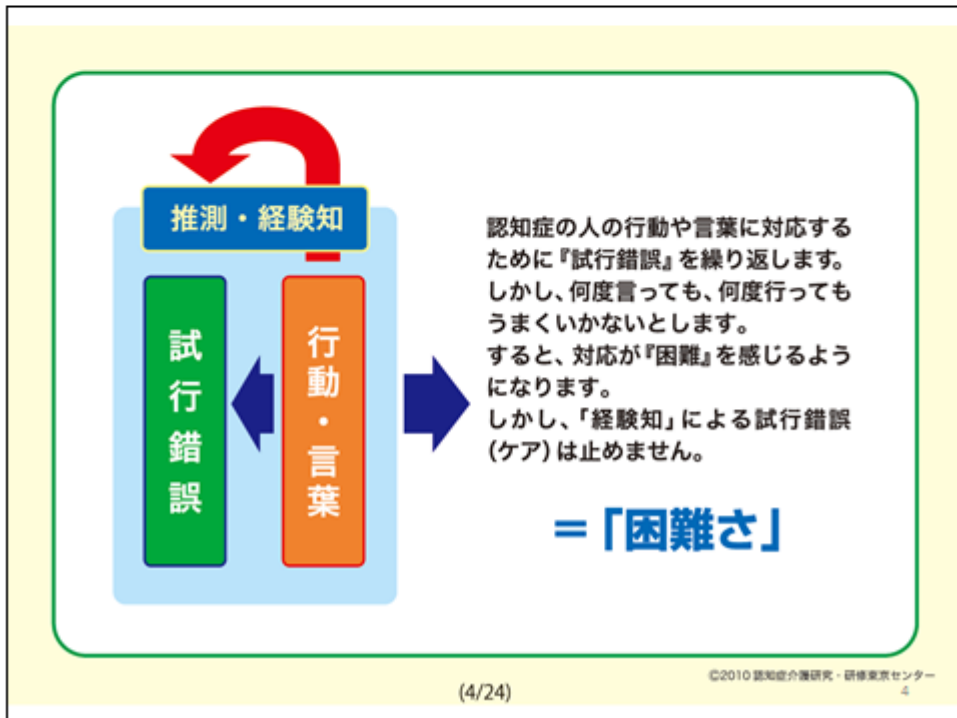
本研究では、これまで認知症介護の現場で活用され続けているにもかかわらず、十分実証されてこなかった、ひもときシートについて、介入研究により効果を実証することを目指した。認知症の人の BPSD の軽減、QOL の向上の効果が期待されたが、本調査においては、統計学的に有意な変化は見られなかった。ただし、対象者が少ない中でも有意に近い P 値を得られたことから、より客体数を増やして確認していくことが望まれる。スタッフへの効果としては、研修 1 か月後に介護負担感 (NPI-D)、バーンアウト (MBI 改訂版)、個人的達成感の後退が低減し、多次元共感性尺度の総得点が向上していた。共感尺度の下位項目については、他者指向的反応、視点取得などが有意に変化しており、他者の視点取得に基づいたケアを検討するという、ひもときシートの特徴に即した結果となった。

ひもときシートの改善に関する検討においては、これまでのひもときシートに加えて、ひもときシート“アシスト”を開発した。ひもときシートアシストを実際に使用した認知症介護指導者に対するヒアリングにおいて、改善結果について意見を求めた結果、各参加者から概ね改善されたとの評価が得られた。①本人に聞く、という欄が必要ではないか、②チェックボックスがあることによって、逆に思考が狭められる可能性がある、③利用者の力量によっては、チェックボックスの教示に解説が必要などといった課題に対する対応をしながら、現場での活用を進め、より良い内容に洗練していくことが求められる。



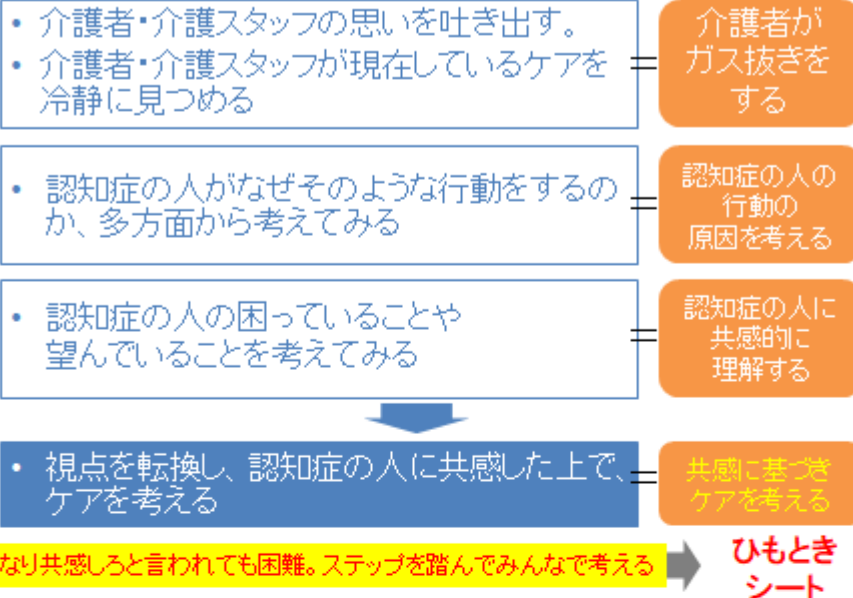


3

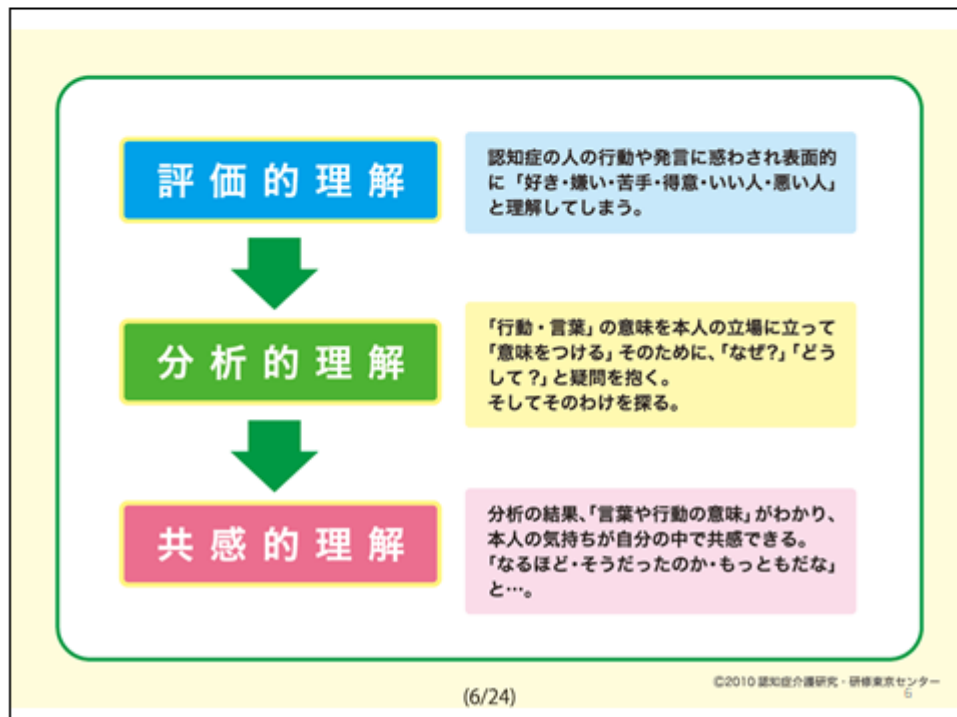


4

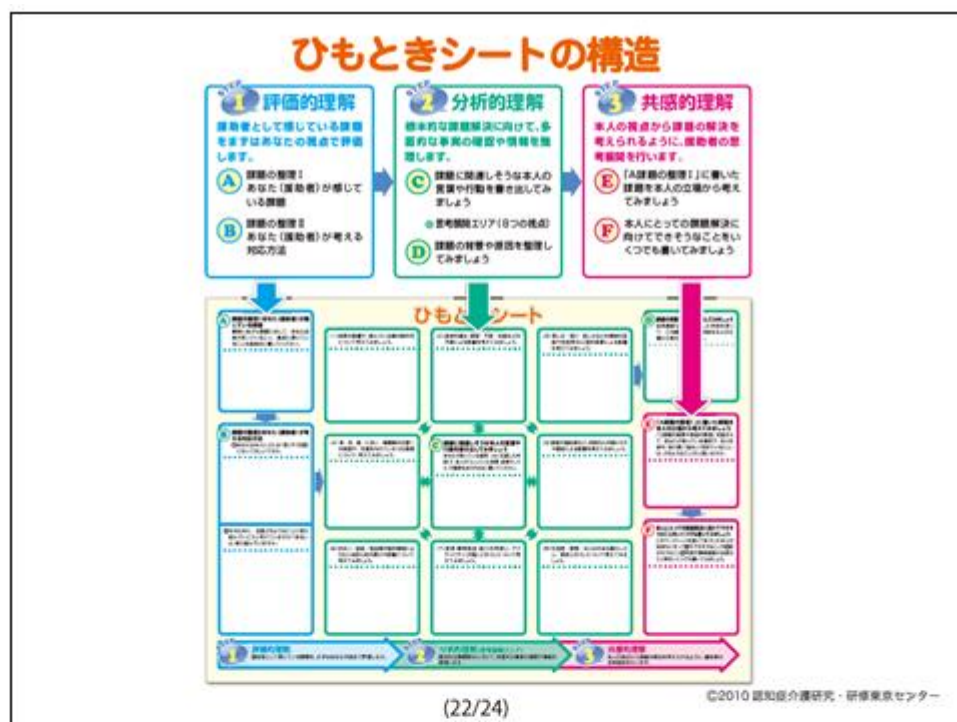
このようなときどうすればいいか？



5



6



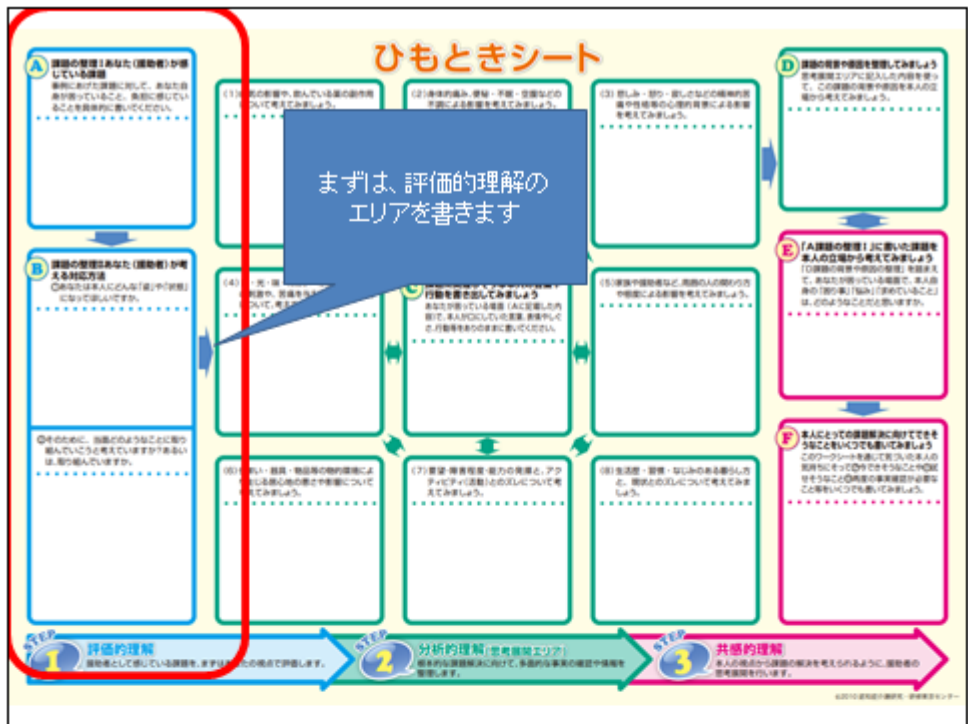
7

事例

- アルツハイマー型認知症: 中村さん
- 70代前半・男性
- GHに在住。入居して半年。
- 最近、知らないうちに、GHの外に出ることが多くなった。帰ってこられなくて、行方不明になり、警察のお世話になったことが2回ある。
- もう次はまずい。鍵をかけておくしかないか・・・？

8

8



9

① 課題の整理 あなた(援助者)が感じている課題

A 課題の整理 I あなた(援助者)が感じている課題
事例にあげた課題に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください。

知らないうちに
外に出ていくと
危ない。
事故でもあったら大変

10

②課題の整理Ⅱ あなた(援助者) が考える 対応方法

B 課題の整理Ⅱあなた(援助者)が考える対応方法
①あなたは本人にどんな「姿」や「状態」になってほしいですか。

・安全に過ごしてほしい
・ホームでの生活を楽しくしてほしい。
・外に出ていかないほしい

②そのために、当番どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？あるいは、取り組んでいますか。

・スタッフは玄関の近くで過ごす。
・中村さんの様子を見守る
・玄関に鍵をかける・・・？

11

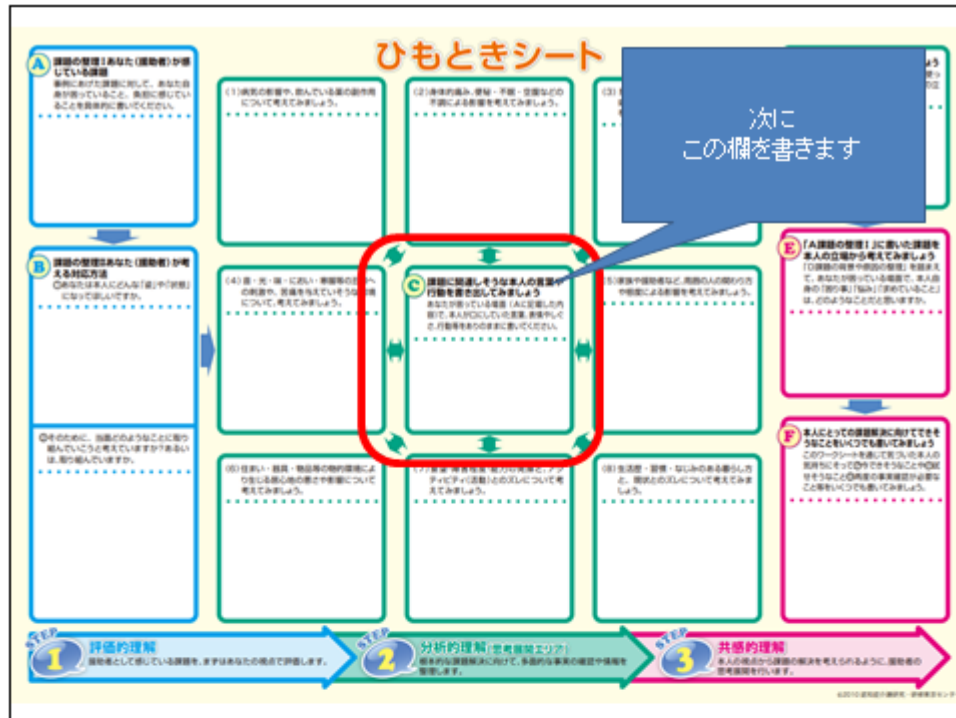
11

① 課題の整理 あなた(援助者)が感じている課題 ② 課題の整理Ⅱ あなた(援助者)が考える対応方法 の記入のポイント

- 思うがままを、率直に書く。
- できるだけ具体的に書く。
 - × その人らしさを大切にできていない
 - × 本人の希望にうまく対応できていない
- 目を離すと居室の箆笥から下着を出して水道で洗い、手すりに干すということが繰り返される。
- 取り組むチームの力量によっては、無理に書かなくても良いでしょう。

12

12



13

課題に関連しそうな 本人の言葉や行動を書き出してみよう

C 課題に関連しそうな本人の言葉や行動を書き出してみよう
あなたが困っている場面（Aに記載した内容）で、本人が口にしていた言葉、表情やしぐさ、行動等をありのままに書いてください。

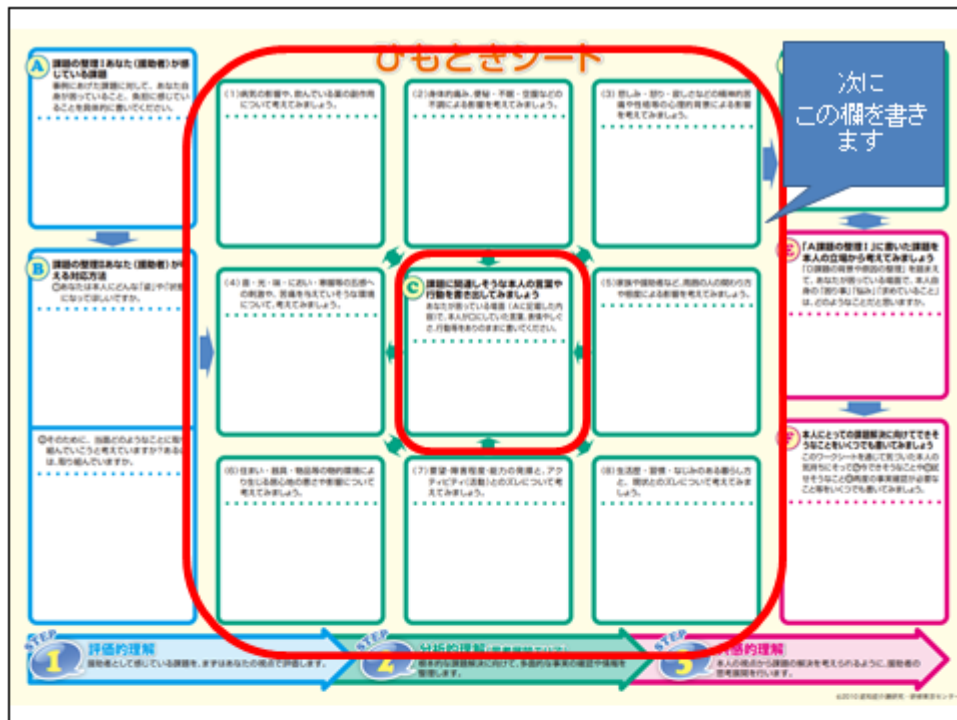
スタッフに声もかけず、知らないうちに、ホームの外に出てしまう。

具体的な場面、一つに絞る。

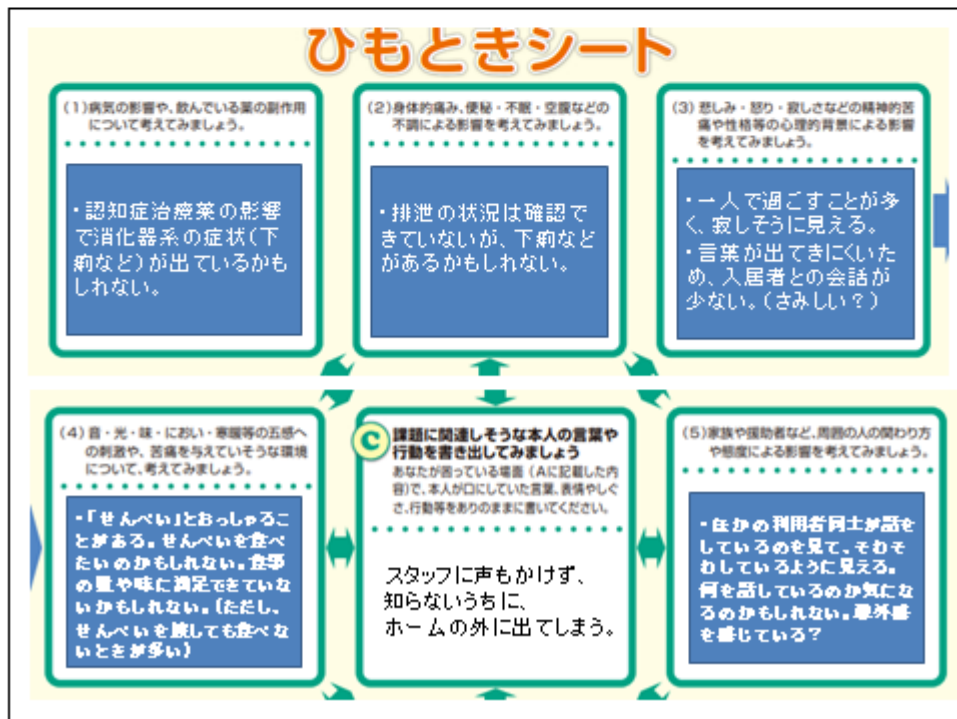
徘徊、ものとられ妄想、帰宅願望、暴力行為、見当識障害、BPSD・・・等、専門用語を使わない方が場面がイメージしやすい。

事実を書いた方がいいです

14



15



16

(6) 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう。

・トイレや、居室、出口の場所がわかり、自由に行動されている。
・スタッフが玄関近くで見つめているのが気になるのかもしれない。

(7) 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう。

・人とコミュニケーションをとりたいという気持ちはあるが、言葉の理解が低下してきているので、もどかしいのかもしれない。
・外出が少なく、そわそわしているのかもしれない。

(8) 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。

・西くのせんべい屋さんの主人は、阿婆生(家康より)。人物の見当はつくれたが、せんべいを食べたいというよりも余りたいのかもしれない。

●Cの原因として推測できることを書く。事実確認は後でOK。議論の中で確認できることも。

●記入しやすいところから書く。(1)から書く必要はありません。

●どこに書くかにこだわり過ぎない

●チームで書く(または討議する)

(1)～(8)の記入は得意・不得意が人によって違います。チームで書くか、またはたたき台をもとにチームで議論するのが有効です。経験の少ない人の意見も大歓迎

●「対策」は書かない。8つの視点は、理由を考えるためにあるので、対策は書かない方がよい。(ただし、書いた人を攻めなくてもよい)

●「特になし」とは書かないという覚悟

17

17

ひもときシート

次に
この欄を書きます

A 課題の整理(本人が)が難しい課題
本人にとって整理が難しい課題について、あなた自身が整理していること、発見していることを具体的に書いてください。

(1) 視覚・聴覚・触覚・嗅覚・味覚のどの感覚が、課題を気づいているのかについて考えてみましょう。

D 課題の背景や理由を整理してみましょう
思考地図ソフトに記入した内容を使って、この課題の背景や理由を本人の立場から考えてみましょう。

(2) 視覚・聴覚・触覚・嗅覚・味覚のどの感覚が、課題を気づいているのかについて考えてみましょう。

E 「A課題の整理」に書いた課題を本人の立場から考えてみましょう
「D課題の背景や理由の整理」を基盤として、あなた自身について整理して、本人の立場から「気づいていること」は、どのようなことか整理しますか。

(3) 要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ(活動)とのズレについて考えてみましょう。

F 本人にとっての課題解決に向けてできることを洗い出してみましょう
このシートを使って記入した本人の課題に対して自分でするべきこと、他人のサポートが必要な事項を整理する必要があります。この整理がCで書いてみましょう。

(4) 住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう。

(5) 課題や背景理由など、周囲の人の気持ちや行動による影響を考えてみましょう。

C 課題に整理しようとする本人の背景や行動を整理してみましょう
あなたが整理している課題(Aと整理した内容)で、本人が気づいている背景、整理している行動等を本人の立場から整理してください。

(6) 生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。

STEP 1

評価的理解
課題として感じている課題を、まずは本人の視点で整理します。

STEP 2

分析的理解(思考地図ソフト)
本人の立場から課題の解決に向けて、多面的に背景や理由の整理や整理を行います。

STEP 3

共感的理解
本人の立場から課題の解決を考えるとともに、周囲の人の気持ちも考えられます。

©2011 株式会社 日本福祉大学 発達障害センター

18

D 課題の背景や原因を整理してみましょう
 思考展開エリアに記入した内容を使って、この課題の背景や原因を本人の立場から考えてみましょう。

.....

- 交流が少なく、ぼっとかかれているようで寂しいのかもしれない。(せんべい屋さんにいきたい?)
- 認知症治療薬があってもいいかもしれない。
- 外出したくてそわそわしているが、監視されている感じで緊張しているかもしれない。

あまり入居者と交流できなくて、居心地が悪い上に体調も整っていないのでストレスを感じているが、外に出ていこうにもスタッフが見ていて緊張する。

E 「A課題の整理」に書いた課題を本人の立場から考えてみましょう
 「D課題の背景や原因の整理」を踏まえて、あなたが困っている場面で、本人自身の「困り事」「悩み」「求めていること」は、どのようなことだと思いますか。

.....

- ほかの入居者と仲良くなりたい。あるいはなじみの人に会いたい。
- 体調を整えたい
- 束縛感がなく、自由に過ごしたい。

●Dは、1~8をまとめると、Cのような状態になっていたのは〇〇が原因だったのではないかと考えて書きます。

●E欄は、本人は〇〇したかったのではないかと考えて書きます。

●Dから書いてもEから書いてもいいです。

●その人はどんなことで悩んでいるか、どうしたいのか真剣に想像してみる。←これができるかどうか

●そのためDは、1)~8)の記述のうち関連しそうな記述に同じ番号を振って、対応させてもいいです。

19

F 本人にとっての課題解決に向けてできそうなことをいくつか書いてみましょう
 このワークシートを通じて気づいた本人の気持ちにそって①今できそうなことや②試せそうなこと③再度の事実確認が必要なこと等をいくつか書いてみましょう。

.....

ア: ①ご近所に協力を求める。ご近所に知り合いがいなかったらご近所に確認してある。返ってもいいようにGPSレンタル制度の活用を検討。

②寂しくならないようにコミュニケーションをとったり、利用者との間に入る。何を話しているか、意識的に説明してある。

イ: せんべい屋さんにみんなでせんべいを買に行っている。

ウ: 体調が悪くないか、排便は大丈夫か尋ねてある。

20

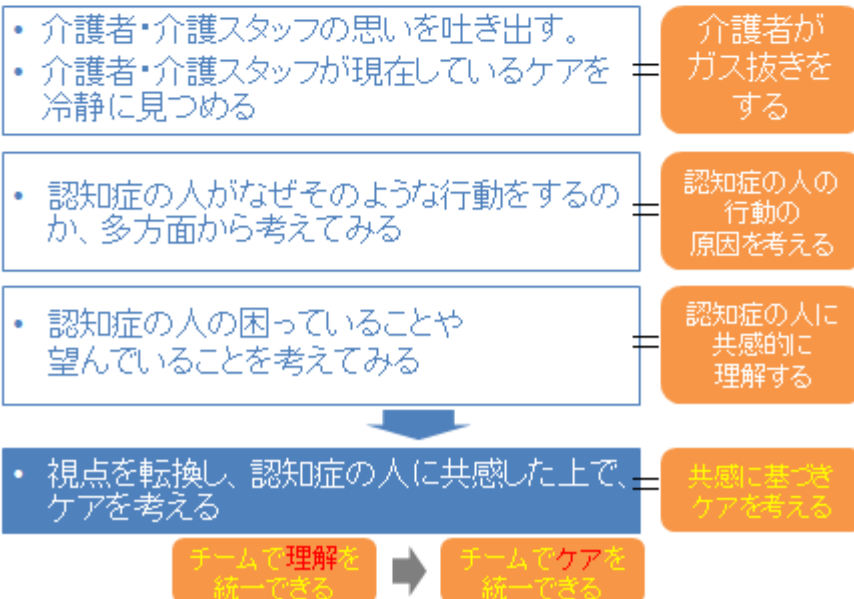
結果

- せんべいやに行くときは終始笑顔であった。(子供に声をかけていたりした)
- せんべい屋さんがわかり、ゆっくりではあるが、話せた。
- 利用者が、中村さんを会話に誘ってくれることが出てきた。
↓
- 週2・3回せんべい屋までせんべいを買いに行くようにした。せんべいはその場で食べている。

21

21

いきなり共感しろと言われても困難。
ステップを踏んでみんなで考える



22

「ひもときシートの活用のヒント」

23

23

①認知的共感を目指す ～情動的共感 と 認知的共感～

視点	感情	考え・認知
自分が軸	<ul style="list-style-type: none">• かわいそう• 自分だったら●●と 感じるだろう	
相手を軸	<ul style="list-style-type: none">• この人は●●と感じて いるのではないか	<ul style="list-style-type: none">• この人は●●と捉えて (考えて)いるのではないか

情動的共感: 自分軸で共感、即時的・自動的反応・無意図

認知的共感: 相手の視点を考慮(視点取得)・事実と解釈を区別

★認知的共感を目指す

24

24

② 認知症の中核症状を知っておく

どの程度できるかできないか？捉える

- 記憶障害**
 - 覚える、覚えておく、思い出すことの障害
 - エピソード記憶の障害など

すぐに忘れる
2・3分は覚えておける
午前話した予定を午後覚えている
昨日のことを覚えている
- 見当識障害**
 - 時間、場所、人物の見当識障害など

顔も名前もわかる
家族だとわかる・スタッフだとわかる
相手がだれか、まったくわからない
- 失語**
 - 語想起、語理解の低下など

ゆっくり話すとわかる
単語ならわかる
特定の言葉ならわかる
表情はわかる

話せる、単語は話せる
はい・いいえは言える
表情でメッセージを出せる
- 失行**
 - 観念運動失行
観念失行 など

説明しないでも使える
口頭で説明すればできる
真似してもらえばできる
自然な動作ならできる(指示されるとできない)

程度はさまざま・進行する 知っている△⇒観察してアセスメントできる

25

① 認知症の中核症状を知っておく

- 失認**
 - 視空間失認、街並み失認、相貌失認、半側空間無視など

●距離感がつかめないため、段差が怖い。
●距離感がつかめないため、箸で扶みにくい
- 注意機能障害**
 - 持続性注意、選択性注意の障害、注意の分散など

●ほかの音がうるさいと会話できない。
●動いているものが視界に入ると、作業が中断される
- 実行機能障害**
 - 目標設定、計画立案、目標に向かった行動、効果的な行動の障害など

26

26

②生活障害を理解する

中核症状により生活障害が生じる

中核症状

記憶障害、見当識障害、失認、失行、失語、注意機能障害、実行機能障害 など



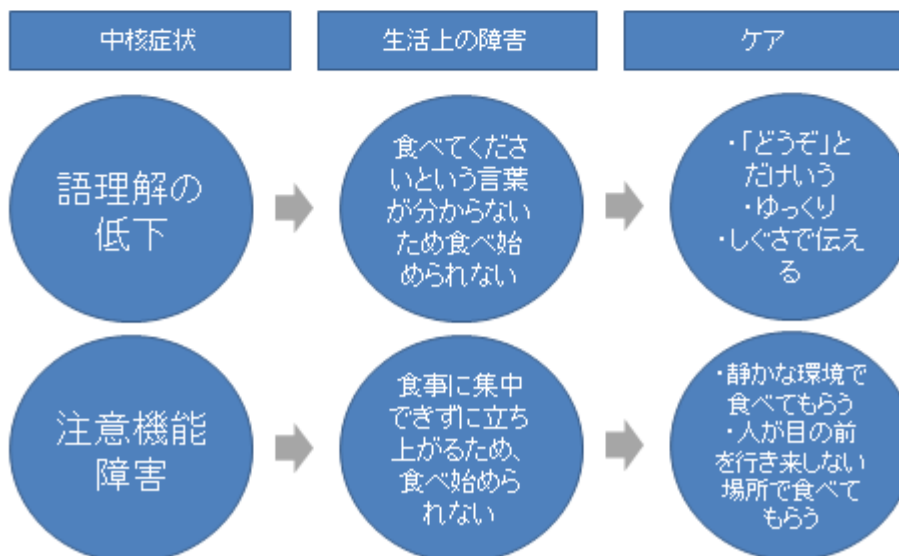
生活障害: 認知症の人にみられ、それ故に個人的・社会的活動と社会的参加を困難にする

日常生活上の障害 朝田隆(2013)

27

27

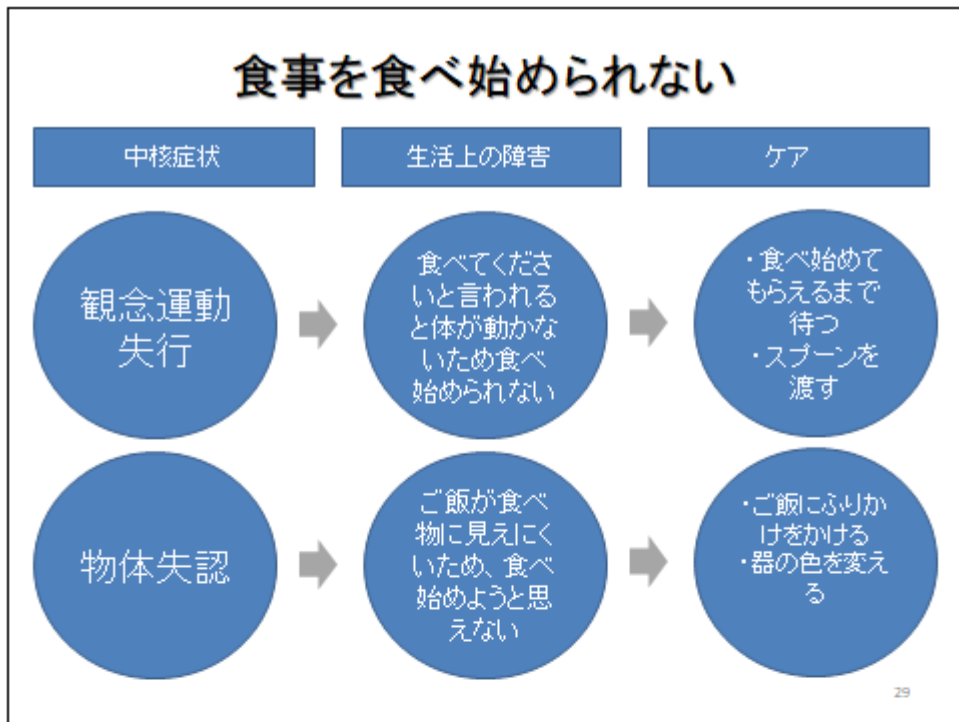
食事を食べ始められない



28

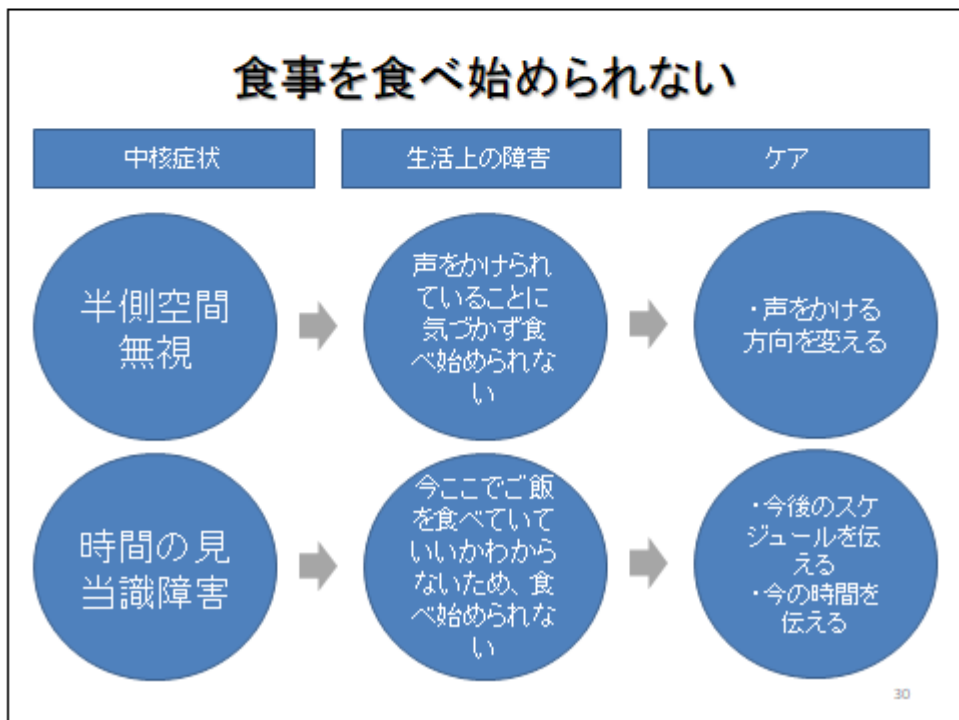
28

食事を食べ始められない



29

食事を食べ始められない



30

③認知症の人の意欲の理解

困りごとの構造

(佐藤信人 2008)

〇〇で困る = 〇〇したい + 〇〇できない

外に出て
道に迷う

せんべいを買
いに行きたい

帰り道がわ
からない

薬を飲んだ
のにくださ
いという

病気をコン
トロールし
たい

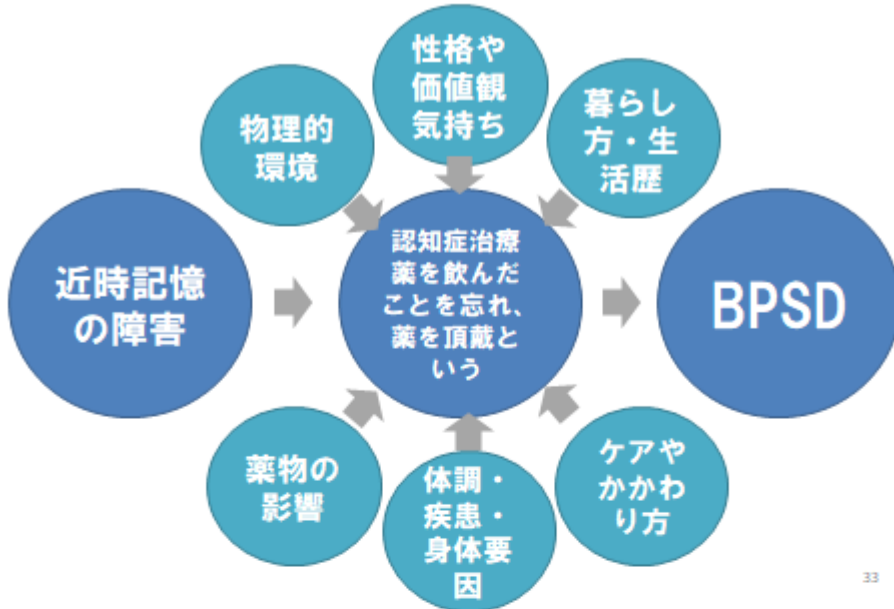
薬を飲んだ
ことを覚え
ておけない

31



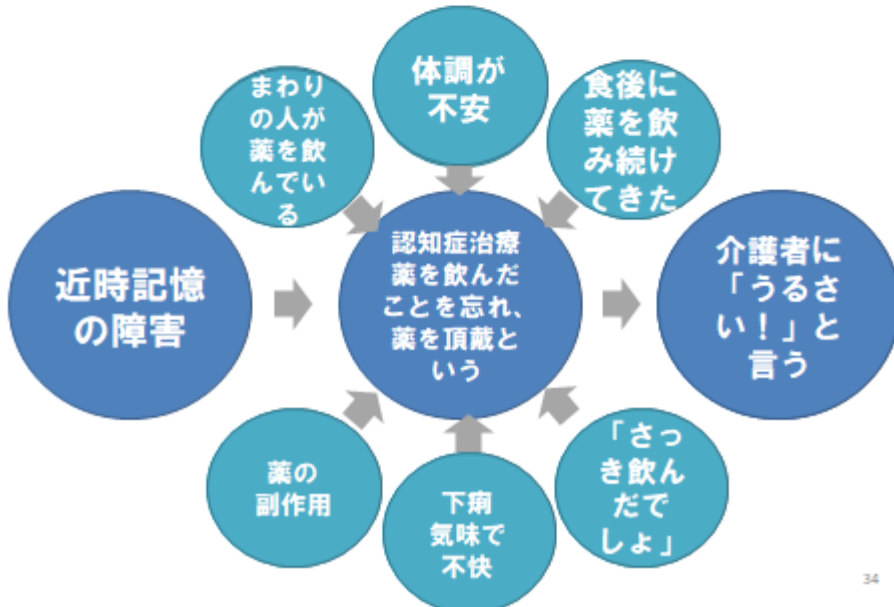
32

④BPSDのとりえ方



33

④BPSDのとりえ方



34



35

⑥レビー小体型認知症・前頭側頭型認知症

レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症												
<ul style="list-style-type: none"> 具体的な幻視「今猫が通った」 錯視 ハンガー⇒人 妄想「誰かが家の中にいる」夫をみて「夫と似ているけど別人です」 認知の動揺性 抗精神病薬に対する過敏性 REM睡眠行動障害（寝ているときに大声、手足のばたつき等） 自律神経症状（便秘、起立性低血圧、食後低血圧、臥位高血圧、発汗障害、尿失禁） パーキンソニズム（静止時振戦、小刻み歩行、筋固縮、嚥下障害） 抑うつ症状 	<ul style="list-style-type: none"> 病識の欠如 自発性の低下 被影響性の亢進（模倣行為、反響言語、強迫的音読、強迫的言語応答） 転導性の亢進、維持困難 脱抑制 常同行動（常同的周遊、常同的食行動異常、滞続言語） <p style="margin-top: 10px;">あるFTDの人の食事のこだわり</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #4a7ebb; color: white;">好き</th> <th style="background-color: #4a7ebb; color: white;">嫌い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ごはんは茶碗に大盛り</td> <td>どんぶり</td> </tr> <tr> <td>ごはんはふっくら盛る</td> <td>押さえつけて盛る</td> </tr> <tr> <td>専用スプーン</td> <td>違うスプーン</td> </tr> <tr> <td>お茶の量は多め（多めに入れておいたと伝えると満足感が高い）</td> <td>お茶が少ない</td> </tr> <tr> <td>お茶はブルーのマグカップに</td> <td>湯呑み</td> </tr> </tbody> </table>	好き	嫌い	ごはんは茶碗に大盛り	どんぶり	ごはんはふっくら盛る	押さえつけて盛る	専用スプーン	違うスプーン	お茶の量は多め（多めに入れておいたと伝えると満足感が高い）	お茶が少ない	お茶はブルーのマグカップに	湯呑み
好き	嫌い												
ごはんは茶碗に大盛り	どんぶり												
ごはんはふっくら盛る	押さえつけて盛る												
専用スプーン	違うスプーン												
お茶の量は多め（多めに入れておいたと伝えると満足感が高い）	お茶が少ない												
お茶はブルーのマグカップに	湯呑み												

36

まとめ

- ひもときシートでは、ステップを踏んで、
認知症の人の理解を深めたうえでケアを考える。
= 視点の転換を目指す
- いきなりケアを考えるのではなく、まず、チームで
認知症の人の理解をそろえることを目指す。
- より効果的に使うには、中核症状や生活障害、その
他の症状について知っておくとよい。

37

37

研究担当者

佐藤信人	認知症介護研究・研修東京センター
中村考一	認知症介護研究・研修東京センター
滝口優子	認知症介護研究・研修東京センター
藤生大我	認知症介護研究・研修東京センター

執筆担当者

佐藤信人	はじめに
中村考一	2. 研究の方法①実証研究の方法 3. 研究の方法②ひもときシートの改善案検討の方法 5. ひもときシートの改善案検討の検討結果 6. 考察 2) ひもときシートの改善案の検討結果について 7. まとめ
藤生大我	4. 結果①実証研究の結果 6. 考察 1) 実証研究の結果について

報告書名

2017年度全国生協連グループ社会福祉事業等助成事業
認知症ケア「ひもときシート」導入の効果検証研究
報告書

発行元

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071
東京都杉並区高井戸西1-12-1
TEL:03-3334-2173 FAX : 03-3334-2156

発行年月

平成 30 (2018) 年 12 月