

平成17年度 研究報告書

「パーソン・センタード・ケアとDCM（認知症ケアマッピング）法」の研修およびネットワーク作りに関する研究事業

社会福祉法人 仁至会
認知症介護研究・研修大府センター

4年間を振り返って

平成 14 年度後半、DCM (Dementia Care Mapping; 認知症ケアマッピング) 法の導入事業を始めたとき、我々は、パーソン・センタード・ケアについても、DCM 法についても、全く無知であった。DCM 法を音楽療法や回想法などの非薬物療法の評価指標と思っていたし、DCM 法を行うためには、研修を運営しなければならないと聞くと、海外の研修を受講しに行き、その風景をビデオに収録してくれば、日本ですぐに講師として研修を行えると思っていた。パーソン・センタード・ケアの理念については、「パーソン＝(認知症の)人」だろうから、とにかく、認知症の人のために全力を尽くしてケアを行うことだろうと短絡的に思っていた。今となっては、恥ずかしい限りであるが、当時の理解には限界があり、「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」の全貌を把握するには程遠いものがあつたのである。まるで、「暗闇で、巨象の体の一部をさわって、象とは何かを語っていたような状態」であつた。

ともかくも、翌平成 15 年度に第 1 回の「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」基礎コースを主催するために、翻訳などに取り組んだ。日本で行われてもそのコースを受講すれば、海外と同等の資格を取得でできることから、当時私は、海外で受講する場合と同様な受講料(400 英国ポンド、約 8 万円)を徴収すべきと思っていた。しかし、当時の厚生労働省老健局の担当官に「すぐ海外と同様に、完成された研修は提供できないでしょう。研究事業を通して完成させればよい。その意味では、受講生も、協力者であるから、徴収する必要はない」という意見をいただいた。今思えば卓見である。その予想通り、最初は、マニュアルと呼ばれるテキストを翻訳すれば、すぐにでも研修が行えると思つたが、次から次へと乗り越えなければならない課題が見えてきて、コースを日本人だけで独自運営するという目標は、かなり高いハードルであることが徐々にわかってきた。まさしく、巨象の一部を触りながら、その都度、これが全貌だと思いながら過ごしてきたのである。やっと、4 年間を経て、巨象の全部とはいえないが、大枠は見えてきたといった感じだろうか。

そして、計画がスタートして約 3 年半を経過した、今年度末に、ようやく日本人で初めての、「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」の基礎認定トレーナーが生まれ、その後に続く、トレーナー候補生(見習いトレーナー)が勉強するための指導要綱(トレーナーズ・パック)の日本語版が完成した。今までに 3,000 名を超えるマッパーを育ててきた本場英国でも 12 名しかいない、認定トレーナーが生まれ、日本で独自に研修が行える準備が整つたのである。

しかし、この間にも世界情勢は変化している。既存の DCM 法をさらに進化させた、あたらしいバージョンに移行することが、ドイツで昨年開かれた、DCM

法国際会議で決まり、今年から、順次、更新される方針が確認されたのである。また、アジアに目を向けると、今までは、日本がアジアで唯一の DCM 導入国であったが、韓国が平成 18（2006）年の夏に導入を決め、2007 年には、中国が認知症ケアに関する初めての国際会議を開き、DCM を取り上げる予定であると聞く。パーソン・センタード・ケアと DCM 法の導入に関して、日本の果たす立場は大きい。今までは、大府センターを中心とした比較的狭い枠組みの中の活動であったが、今後は、日本はおろか、アジア諸国とも広く連携をしていくことが望まれる。

平成 18 年 3 月

認知症介護研究・研修大府センター
客員研究員 水野 裕

「パーソン・センタード・ケアと DCM（認知症ケアマッピング）法」
の研修およびネットワーク作りに関する事業
目次

1. DCM 採用諸国との交流	
A. DCM 国際会議 -----	1
① 国際会議の概要：水野 裕	
② 議事メモ：村田康子・水野 裕	
③ 各国の現状（スライドおよびレポート）	
・ オーストラリア（Virginia Moore）	
・ デンマーク（Dr Eva Bonde Nielsen）	
・ ドイツ（Christian Mueller-Hergl）	
・ 日本（水野 裕・村田康子）	
・ ポルトガル（Patricia Paquete）	
・ スペイン（Elena Fernández、Josep Vila Miravent）	
・ 米国（Dr Roseann Kasayka）	
・ フィンランド（Päivi Topo）	
④ DCM 法国際会議に参加して：村田康子	
B. 第 8 版への移行：水野 裕	
C. 国際 DCM 総会：水野 裕	
2. 翻訳作業 -----	76
3. 第 4 回基礎コース -----	78
A. コースの概要：水野 裕	
B. 見習いトレーナーとして：	
①初めての Apprenticeship：村田康子	
②ベーシックコース、トレーナー実習生（見習いトレーナー）としての参加報告書：中村裕子	
4. 地域のネットワークについてーDCM 研修後のマッパーフォローアップのため の取り組みー：日比野千恵子 -----	87
5. まとめ～今後の展望～：水野 裕 -----	104
6. 日本のマッパーたちの活動・研究 -----	111
7. 資料（最近の出版物の中から）-----	147

1.DCM 採用諸国との交流

A. 第4回 国際 DCM 会議

International DCM implementing group meeting

(文責水野)

場所; ドイツ、パダボーン市、マインヴェルク・センター、the Meinwerk Institute、Paderborn, Germany

日時: 2005 (平成 17) 年 10 月 9 日、10 日 (両日とも午前 9 時から午後 5 時)

出席者: 英国 (Prof Murna Downs 座長、Dr Dawn Brooker、Ms.Hazel ,Mr. Paul Edwards 書記) オーストラリア (Virginia Moore)、デンマーク (Dr Eva Bonde Nielsen、Dorte Høeg)、ドイツ (Christian Muller-Hergl、Christine Riesner)、日本 (Dr Yutaka Mizuno、Ms.Yasuko Murata)、スペイン (Elena Fernández、Josep Vila Miravent)、米国 (Dr Roseann Kasayka、Cindy, Deth, Elaina)、ポルトガル (Patrica Paquete、 Rui) 韓国 (Prof.Kyung Shin)



A・①会議の概要

文責：水野

03 年のパース（オーストラリア）、04 年のブラッドフォード（英国）に続いて、水野としては、3 回目の会議参加となった。しかし、今回初めて、私一人ではなく、村田康子氏を伴うことができ、二人での参加となった。今回、複数で参加しようと思ったのは、思い付きではなく、昨年の会議での討議を踏まえて、1 年前から計画していたことである。それは、前回の国際会議で、ドイツの会議では、第 8 版を 06 年秋にスタートするにあたり、まず、各国のリーダーやトレーナーに、第 8 版の教育をするということになっていたため、水野だけでなく、近い将来、トレーナーになることが期待される人たちにもそれに参加してほしいと思ったからである。

例年、会議の前後に上級コースが開催されることが多く、ドイツでも上級コースの開催があれば、上級コースへの参加をかねて、認知症介護研究・研修大府センターの中村裕子氏にも、参加していただき、3 名で参加する計画であったが、上級コースの計画は残念ながら、中村裕子氏の参加は叶わなかった。

会議およびそれに続いて行われた、第 8 版のセミナー、国際総会（研究会）すべては、ドイツのリーダーである、Christian Muller-Hergl 氏の勤務地である、the Meinwerk Institute にて行われた。認知症介護研究・研修大府センターをやや大きくし、食堂を付け足したような施設であり、非常に快適であった。

国際会議は、例年どおり、第 1 日目は、各国の代表による現況報告から始まった。前年は、各国のリーダーが全員集合したが、残念ながら今回は、フィンランド、スイスは不参加であった。その代わり新たな参加者が増えた。現在、導入を計画している、ポルトガルと韓国である。韓国は、日本より高齢化が急速であるとのことで、認知症への関心が高まっているとのことであった。各国の現況紹介はやはり、最近の傾向であるが、1 日だけでは終わらず、2 日目の午前中まで食い込んだ。2 日間の日程の会議であるが、2 日目の午後になってようやく検討議題に入るという状態であった。そのため、来年から各国の報告をレポートなどの形式にして、簡略化するか、会議日程を 3 日間取るかのディスカッションとなった。私は、日程が長くなることは、勤務先の事情から苦しいが、各国事情を直接聞き、質問やディスカッションすることは、非常に参考になっているという意見を述べた。おおむね、そのような意見が多く、米国での会議から 3 日間となる予定である。

2 日間の会議の後、前述したように、第 8 版へのアップデートに関するセミナーが行われた。主に、Paul Edwards 氏と Christian Muller-Hergl 氏によってリードされた。これは、第 8 版の項で述べる。

はじめに

前年度と同様に、通訳を雇用しなかったため、村田・水野で聞き取れた範囲での記録であり、完全な議事録ではない。したがって、村田が作成した記録に水野のメモを付け加えたものであり、議事メモとした（水野）

文責：村田・水野

2005 年 10 月 9・10 日、パーダーボーン市 マインヴェルク・センターにて開催
＜1 日目：10 月 9 日＞

1. Meinwerk Institute 所長 Birget Marx 氏より歓迎の挨拶
2. Bradford 大学 Mauna Downs 氏より歓迎の挨拶
韓国 Ewha 女子大学 Kyung Shin 氏の紹介
3. 参加者の自己紹介
USA : Debbie , Cindy, Beth (以上 3 名は DCM トレーナー)、 Roseann Kasayka
Germany : Christian Muller-Hegel, Christine Riesner
Portugal : Patrica Paquete、 Rui
Spain : Elena Fernàndez、 Josep Vila Miravent
UK : Prof Murna Downs、 Dr Dawn Brooker、 Mr. Paul Edwards、 Ms.Hazel May
Japan : Yutaka Mizuno, Yasuko Murata
Denmark : Dr Eva Bonde Nielsen、 Dorte Høeg
Australia : Virginia Moore
South Korea : Prof.Kyung Shin (今後、韓国への DCM 導入に向けて参加)
Finland : 今回不参加、レポートのみ
Switzerland : 今回不参加

4. 各国代表より報告

1) オーストラリア

発表：資料参照

討議：

質問：ERIC とは何か？

Virginia : ERIC (Emotional Research In Care : オーストラリアで観察ツ

ールとして使用)との比較共同研究を行っている。他の評価法と共同研究することで、“発展的評価”という DCM の特性や利点を示すチャンスと考えている(Virgina)

- ・発展に関する問題 (Developmental issues) ~本来のフレームワークでもあり、文脈に依存した関係性を重視する我々の考え方において重要である
- ・診断的 (diagnostic) に用いたり、監査 (inspection) に使用したりすることは、DCM 本来の使い方ではないのではないか? (水野)
- ・UK の監査では、DCM でケアの質をチェック使用としている (Dawn)
- ・Developmental issues~DCM は、臨床的 (Clinical) という以上に、スタッフの教育的 (educational) な意義・価値が大きいのではないか (Christian)

2) デンマーク

発表：資料参照

討議：

・上級コースにおいて事前レポートを 27 名中、6 名不合格、5 名未提出である (Eva)

- ・ PCC 理論に関する PCC 一日コースも実施している (Eva)
- ・日本では、1 日は person centred care の理念を学ぶコースとし、参加しやすくしようと思う。その後で、関心がある人は、3 日間 DCM を学ぶというのは? (水野)
- ・いいと思う。(Elena)
- ・いろいろなやり方があるでしょう。(Dawn)
- ・DCM コースへの参加者が、3 名や 7 名など少ないと思うが、そんなに少数で、トレーナー代金を支出することは可能なのか? (水野)



討議する筆者 (左奥は、座長の Murna Downs 教授、隣は Ms.Hazel May)

- ・予算でしている。クラスと私だし。(Eva)
- ・独立したコースとしても、基礎コースと続けて実施することも可能 (Dawn)
- ・専門家の感触はよいか? (Christian)

- ・ 老年看護領域で広範な関心をもたれている (Eva)
- ・ 地域のプログラムとしても実施している
- ・ Philosophy of PCC をめぐって：
- ・ Person Centred Care について理解を広めることは重要だが、国や文化によって、果たして、どのような例を用いてどのように伝えられているのだろうか？
各国での DCM コースも、実際にどのような内容で実施されているのだろうか？
- ・ Kitwood の死後も PCC については我々もさらに発展しているのかもしれない？
現代的解釈というものがありうるのか？ (Mauna)
- ・ PCC の原理は Dementia Reconsidered に書かれていることで、いわばバイブルにあたる。元となる原理や思想は不変ではないか？ (Roseann)
- ・ Dawn の書いた “What is Person Centered Care？” を読むと参考になる。
- ・ PCC に関する “Body work” が重要であると書いた。 (Dawn)
- ・ 周囲との相互作用や生活の質を観察する尺度には、どのようなものが存在するか？それらの理論的根拠は何か？また、それらは発展的評価に使用されているか？
- ・ DCM が成功するための前提は何か？～PCC の理解？
- ・ DCM は tool であって、目的は PCC の展開である。
- ・ PCC の定義は抽象的であり、実際場面ではどのように実践しているか、具体例を述べ合うことも重要かもしれない。 (Christian)
- ・ 基本は変わってはいけませんが、発展はあるだろう。しかし、日本の状況は心配している。単語が同じで、内容が伴わない。 (水野)
- ・ PCC の原理は Kitwood から得ればよい。しかし、Developmental の解釈については必ずしも合致していないかもしれない。
- ・ VIPS の考え方・理解が重要である。 (Paul)
- ・ Person-Centred Care と仏教、儒教などの人中心という理念とどう違うのか？Comparative theory (文化差異) に関する研究もやはり必要ではないか (Shin)

3) ドイツ

発表：Christian,& Christina

- ・ 年に基礎コース 3 + 2 回、上級コース 1 回実施

- ・3年間の調査によれば、DCMによって well-being は常に向上するとは限らないという結果が出されている。

～スタッフ、マネジャー、業務負荷、ストレスなども影響

～DCMを使ってマネジメントする方法を教えることが重要

- ・DCM導入による利点としては、マップパー（スタッフ）のスキル開発にはつながるが、患者のQOL向上には直結しないという報告もある。
- ・老年医学者は、DCMに批判的だ。それに比べて、看護領域では、より流通している。ほかに代替するものがないからだろう。
- ・出版物：信頼性テストについて

Well-being の概念について

Christina の修士論文

インフォーマルに関わる人々への Well-being の解説パンフレット

ット

討議：

- ・ヴァリデーションや感覚刺激法や、顔面の表情による感情評価尺度に押されて、DCM への関心は低下し、その状態を維持している状態である。特に科学者の評価方法としての評価が低かったことや、DCM の講習会が他の講習会の費用が4～5倍高いことも影響していると思われる。
- ・患者のQOLに、DCMが寄与しないという研究結果についてだが、その研究者は、QOLを計測する他のスケールと比較して、それとの相関がないということからその主張をしているのか？（水野）
- ・そうだ。ビデオを使用した、Facial acting system と同等でないということだ。（Christian）
- ・そのFASの妥当性はどうなのか？（水野）
- ・たくさんのデータと論文がある。（Christian）
- ・IPA(International Psychogeriatric Association 国際老年精神医学会)の雑誌のレビューを読んだが悪い印象はなかった。これは、ただのコメントですが。（水野）

4) 日本

発表：水野（資料参照）

村田（資料参照）



写真は、発表する村田さん

手前背中は、ポルトガル代表の Patricia Paquete 氏

討議：

- ・基礎コースの直後にオプションとして、施設でマッピングを2時間実施し、その後で話し合う機会を設けているが、マッピングの経験としてよいのでは？ (Roseann)
- ・今後 PCC や DCM を拡大していくには、ビジネスとしての観点も重要だと思う。それが、施設やスタッフにとって、どのようなメリットをもたらすか、強調する必要がある。(Virginia)
- ・コース修了後のマッパーや施設のサポートを実際に行っている。ブリーフィング、マッピング、フィードバックなどである。(Paul)
- ・30%の修了生が DCM を実践できていれば、失敗とはいえない (Christian)

5) ポルトガル

発表：資料参照

討議：基礎コースはまだいつ始められるかわからないが、PCC について紹介していきたい。導入し始めたばかりの国の報告が参考になる。

6) スペイン

発表：資料参照 Josep & Elena

IPSS と Alzheimer Catalunya の共同プロジェクトとして合意

メモリーボックス～回想法と PCC

カンファレンス～PCC を入所施設にどのように導入するか

ワークショップ～PCC

DCM の実施、専門職への PCC のトレーニング

他組織との連携、協力関係 (ポルトガルにビデオを貸す)

<2日目：10月10日>

1) アメリカ

1日 PCC コース～398名が受講

DCM 基礎コース～20名修了、2005年は12月にもう1回開講

上級コース～2名修了、2005年10-11月にもう1回開講

10月の上級は人が少ないので、止めた。

契約トレーナーは、5名いる（＋見習いトレーナー3名）

*焦点は、カルチャーの変革

*DCM8 更新に向けて～ UHHS Heather Hill で3クラス、他地域で5クラス開講予定

*PCC 関連の書籍、トレーニングビデオ、影響力の大きい施設への紹介・導入

*8版は、2006年の1月から3月の間に始める。

*Person-Centred Care の本を書こうと思う。トレーニングビデオを作ろうか。8版への移行のために。

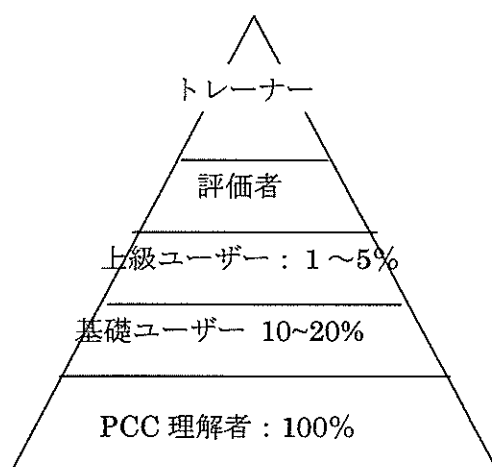
*Heather Hill の主導事業

- ・ DCM を評価ツールとして用いた音楽療法の研究
- ・ Case Western Reserve University との共同研究
- ・ 2006年11月6-7日に国際アルツハイマー病カンファレンスを、オハイオ（Cleveland、Ohio）で開催する。アルツハイマー型痴呆の診断がされるようになって100周年を記念してものです。ドーンも参加してくれる。その前後に、2006年 DCM 国際会議を行いたい。

討議：

- ・ どうして、上級 DCM コースへの参加者が少ないのか？少なくても中止になるというのはどういうことか？みんなは、基礎コースで満足してしまうのか？それとも、それで十分なのか？（水野）

受講生の数を確保することは、大きな課題だ。上級まで進む人は、あまり多くない。それもあって、Person-Centred Care の1日コースをやっている。その数は、398名で割りと多い。この中から、ベーシックに上がっていく人を期待



している。（Roseann）

これは、どの国でも参考になる、図に示しましょう。

DCM 成功の条件 ピラミッド型の構造

討議つづき

水野：前回の国際会議で、ロイヤルティーについて、12 パーセントアップの案がでた。それはどうなるか？

ドーン：日本は、phase1 だ。2 になったら新しい契約になる。

Roseann：DCM は、私の本来業務 regular job ではない。施設は理解してくれていない。

水野：では、旅費はどうするのか？コースにいかなければならないだろう。その休んでいる間の給料は？

Roseann：旅費はコースから支出される。コースにトレーナーとして、行っている間の、施設からの給料は払われている。

水野：私も同じ立場だ。

ポルトガル：ロイヤルティーがあるのは苦しい。

<第 8 版へのアップデート（更新）について>

ドーン：8 版は、20 ポンド必要。

Self update pack を用意する。

水野：日本人も含めて、誰でもアップデート版を入手できるということか？

ドーン：できる。

水野：そうすると、3-4 年間は、日本では、7 版で生きている人と、8 版を入手する人とが、混在することになってしまう。できたら避けたい事態だ。

Josef（スペイン）：準備ができていない国には送らないというのは？

⇒要検討

2) 英国

- ・ DCM Annual Report 参照 by Dawn
- ・ DCM 紹介
- ・ ブラッドフォード大学認知症研究グループ 紹介
- ・ 研修・教育活動 2004-2005
 - 2 1 基礎コース（493 名受講）、上級コース（45 名）
 - 1 2 の 1 日 PCC コース、リフレッシュコース
- ・ 研修・教育体制の展開 p 9～
 - オープン・コース / 施設内コース
 - DCM は政府でケアの水準の基準とされている
- ・ 研究の展開 p 15-16

研究プロジェクト

PCC や DCM 更新に関する出版物

「DCM 8 マニュアル」・「DCM 実践の支援と展開」

Pawl 地区のサポートに関する論文あり

DCM プロジェクトのネットワーク作り

国際的な展開と支援

特許権使用料：40→55pounds (110USdollars)

DCM 8 更新にあたり、翻訳費用のかかる国は問題を抱えている

DCM 国際活動

Feasibility 実行可能性

コース費用の問題

ビジネスとしての側面も、発展させていくには重要な課題

Portugal では契約にかかる経営面の負担が大きすぎる

アルツハイマー協会の教育部門等 の支援を取り付けられないか？

<PM>

3) VIPS に関する施設自己評価表について

PCC は V：人として価値ある人として尊重する

I：一人ひとり異なる個人とみなしてケアする

P：認知症のある人の視点が、ケア計画や意味ある生活の中心となる

S：周囲との関係を可能にする支持的な社会的環境の提供が重要である

施設の自己評価手段～施設内の他職種が集まっていっしょに評価すると、ケアの強みと弱みがわかり、今後の改善に役立つ

・ 内部評価は現実とは異なる？ (Christian/Mizuno)

～しかし、そのずれからわかることもあり、またとりわけ組織内の共通理解を助け、今後の見通しを得るのに役立つ

討議：

VIPS の評価表について

水野：誰が記入するのか？

ポール：所属施設の心理療法士や、大きな組織では、評価委員会などを想定した。

水野：日本では、認知症対応型グループホームの第三者評価事業で委員会に属していたので、この種の議論はたくさんした。その時も議論になったが、自己評価は現実を反映するかどうかわからない。まじめな人は、実際、色々できていても、低くつけるかもしれないし、自信家は高くつけるかもしれない。だから

ら、自己評価と、他者評価と両方載せることを考えた。

米国：Person-Centred Care のコースで教育できるかも。

クリスティーナ：自分にうそをつくかどうかだ。有用だと思う。

4) 今後の展開（トピック的に議論）

①公認評価者のレポートと資格について

失敗する率が高い

仕事の基準 でもある

別の記述方法を見出すことができるか？

公認評価以前の問題もある

競争的？(G)

有料で DCM を使用する免許証にあたる

実施可能なガイドラインを示す必要あり

具体的には、マッピング、分析、フィードバック、レポート作成の技能
(Rosseann)

Eva : problem of blurring

組織とブラッドフォードの認定権の問題もある

何が期待されているかの事前説明（実施）要綱

その人中心の言語で述べられているか

②ブラッドフィード大学 MSC 経過

2006.1 ～

*DCM8 基礎= DCM 実施を学ぶ = 学士レベル

オープン学習 & 遠隔（インターネット利用）学習の利用
仮想学習環境

6 モジュール（単位）+ 論文

*DCM8 上級=DCM 実施・研究における利用を学ぶ

認知症研究における修士資格コース（MSC）

*現在の公認評価者・トレーナーのレベル～+論文～博士課程の可

能性

*Should pay that? 資格のためにこれ以上投資したがるか？

*Certification=Master degree

*They don't want pay fee(Virginia)

UK では、DCM8 とともに実施していくが、各国の状況を話してもらい、
その国にとって適した判断をしてもらってよい。

・しかし、DCM8の実施とともにいずれそうなるのか？

5) DCM8 更新について

8版更新パック：20ポンド＝30ユーロ（～大半が印刷費用）

2500名のユーザーへの手紙を発送

更新パックはサマリを変更中

Option1:他のユーザーと共に自己更新する

Optiona2:地区会合での更新（無料）

Options3:更新コースに出席した上級マッパーによるカスケード更新

討議：

ドイツ：基礎ユーザーへの更新については、ウェブサイトやニュースによって通知

質問への回答は？

翻訳し教える責任は？

ブラッドフォードからの手紙は、その国の言語で書かれているのか？

その国のリーダーに、更新のスケジュールについて問い合わせるように書かれている

6000ユーロ、翻訳費用と時間がかかる（Christian）

国際ロータリークラブのような資金援助は受けられないか？（Mauna）

日本における8版更新は3～4年後になるだろう

6) 来年の国際会議について

USAのクリーブランドにて、2006年11月6-7日、アルツハイマー病カンフェランスが開催される。

それに引きつづき、DCMインプリメント国際会議は11月8-10日に開催が決定。

A ③ 各国の現状（スライドおよびレポート）

国際会議で、発表された各国のスライド及びレポートをここに掲げる。できる限り、中川経子氏の協力を得て、日本語に訳したが、原本がポルトガル語であったり、スライドだけの資料では訳せないものもあった。御容赦願いたい。しかし、コースの受講生の数などは参考になると思う。

文責：水野 裕

発表順に、

- ・ オーストラリア（Virginia Moore）
- ・ デンマーク（Dr Eva Bonde Nielsen）
- ・ ドイツ（Christian Mueller-Hergl）
- ・ 日本（水野 裕・村田康子）
- ・ ポルトガル（Patricia Paquete）
- ・ スペイン（Elena Fernàndez、Josep Vila Miravent）
- ・ 米国（Dr Roseann Kasayka）
- ・ 英国（Dawn Brooker：膨大な資料のため、割愛）

その他に、当日は残念ながら、欠席であったが、フィンランドは、レポートでの参加となった。これも資料として掲げる。

- ・ フィンランド（Päivi Topo）

オーストラリア

Virginia Moore



Australian DCM Report 2005

Virginia Moore
DCM Strategic Lead Australia



Who are we?

- Private not for profit organisation providing services for approx 1025 older and younger people with high support needs in 'our homes' and in 'their homes'
- 21 different residential sites
- Employ 1200 people



Contract stage

- 2002 – first 2 year contract
 - basic training only
- 2004 – contract renewed
 - basic and advanced training
 - Support to evaluator level
 - Training apprentice trainers



Current Position

- Focus has been on
 - Establishing key basic users who can then move to advanced status
 - Establishing some DCM projects
 - Evaluating effectiveness
 - Presentation of results
- Focus now on
 - projects development
 - Research
 - Promotion
 - Business development



Trainers

- 2005 - 3 trainers
 - Dr Kim Wylie has retired due to ill health
 - Effectively back to 2 trainers
 - 5 basic courses 1 advanced course
- 2001 – 2005
 - Total 19 basic courses – 451 people trained
 - 3 advanced courses – 70 advanced mappers
 - 1 evaluator certificate
 - 1 trainer certificate



National network

- Key person established in each state
 - Convenes DCM interest group
 - Fosters networking
 - Provides support
- National Board to be established.



Asia Pacific Region

- New Zealand development
 - 1 trainer, 4 advanced, 3 basic
- Singapore
 - 1 advanced, 2 basic
 - Project planned for 2006
- Korea
 - 1 advanced



DCM 8

- Launch Feb 2006
- Promotion
 - Newsletters
 - Mailout and email
 - Promotional strategy for media
- 1 day update w/shops in each state
 - Fee will be charged
 - Sponsorship being sort for airfares and printing



Preparation

- Dec 5th - Meeting to update trainer and other key people
- Dec 6th - 6 hrs mapping practise to be done together
- Jan/Feb - Rework course material
- Feb launch
- March 2nd - 1st update day Melbourne



Research and Development

- Research – effectiveness of DCM as a tool
 - Use of DCM to reduce behaviour issues – pilot study – Chenoweth
 - Test efficacy of DCM compared with PCC and usual care in residential homes Chenoweth
 - Survey on use of DCM 6mths post training – Nebauer
 - Pain project – Use of DCM v Abbey Pain Scale – Uni Newcastle – Prof Julie Byles
- Research using DCM as an evaluation tool
 - PhD thesis – Margaret Muir NSW
 - PhD thesis – Carlene Bone NZ
 - PhD thesis – Hilary Lee WA Curtin Uni



Projects

- Use of DCM as customer satisfaction survey in 4 specific areas for Accreditation purposes – Shiels Melbourne
- NSW Dept Health Acute Care project
- Evaluation of unit outcomes 1 year after opening – Brightwater
- Developmental Evaluation projects – McCarthy Melb



Development

- DCM Ready Reckoner – Ron Sams, NSW
- Interpreting the Data – a system for getting the most out of your raw data – Moore WA



Future Development

- Major Business Case development currently underway
 - Determine long term feasibility
 - Determine investment/funding requirements
 - Determine resourcing
 - Develop marketing plan
 - Position within market



Competition

- Redevelopment of ERIC tool by Hammond DSDC – due for launch in Oct.
- Need to establish benefits of DCM
- Support from other Strategic Leaders



オーストラリア DCM 報告書 2005

ヴァージニア・モア
(Virginia Moore)
オーストラリア DCM Strategic Lead



私たちの組織について

- ・ 非営利目的の民間組織である。高度のサポートを必要とする高齢者やより若い人達約1025人に対し、私たちの施設あるいは自宅でのサービスを提供している。
- ・ 21ヶ所に入居施設がある
- ・ 従業員数:1200 人



契約段階

- ・ 2002 – 最初の2年契約
 - 基礎トレーニングのみ
- ・ 2004 – 契約更新
 - 基礎、上級トレーニング
 - 評価者レベルに対するサポート
 - 実習トレーナーのトレーニング



現在の状況

- ・ これまでの焦点:
 - 上級資格者になれる重要な基礎ユーザーの定着
 - いくつかのDCM プロジェクトの確立
 - 有効性評価
 - 結果(成果)発表
- ・ 現在の焦点:
 - プロジェクトの開発
 - 研究
 - 推進
 - ビジネス開発



トレーナー

- ・ 2005 - 3 名のトレーナー
 - Dr. キム・ワイリー(Kim Wylie)は健康上の都合で退職
 - 事実上は 2 名のトレーナーに戻った状態
 - 基礎コース5回、上級コース1回
- ・ 2001 – 2005
 - 合計19 回の基礎コース – 451 名が受講
 - 3 回の 上級コース – 70 名の上級マッパ
 - 1 名の認定評価者
 - 1 名の認定トレーナー



全国ネットワーク

- ・ 各州にキーパーソンを指名
 - DCM利害関係者グループを招集
 - ネットワークの促進
 - サポート提供
- ・ 全国会の確立



アジア太平洋地域

- ニュージーランドでの進展
 - トレーナー 1 名、上級 4、基礎 3
- シンガポール
 - 上級 1、基礎 2
 - 2006年プロジェクトを計画
- 韓国
 - 上級 1

Project Manager

DCM 第8版

- 2006年2月開始
- 普及・促進
 - ニュースレター
 - 広告・手紙などを大量発送、eメール
 - メディアに対する促進戦略
 - 各州でアップデートのための1日ワークショップ
 - 料金をとる
 - 航空運賃や印刷費用に関してスポンサーから資金援助を求める

Project Manager

更新に向けての準備

- 12月5日 – トレーナー、そのほかの中心となる人たちに最新情報を与えるための会議
- 12月6日 – 全員で6時間のマッピング実行
- 1月/2月 – コース資料の作り直し
- 2月 開始
- 3月2日 – メルボルンで最初のアップデートのための一日コース

Project Manager

研究開発

- 研究 – ツールとしてのDCMの有効性
 - 行動障害軽減のためにDCMを使用-試験的研究 – テノウェス (Chenoweth)
 - DCMの有効性の検証(入居施設でのPCCと通常のケアの比較) – テノウェス (Chenoweth)
 - 研修後6ヶ月後のDCM使用に関する調査 – ニューバウアー (Nebauer)
 - ペイン(痛み)プロジェクト – DCM 対 アビー(Abbey) ペインスケール – ニューキャッスル大学(Uni Newcastle) – ジュリー・バイルス教授(Julie Byles)
- DCMを評価ツールとして使用した研究
 - 博士論文 – マーガレット・ミュイル (Margaret Muir) ニューサウスウェールズ州 (NSW)
 - 博士論文 – カーリン・ボーン (Carlene Bone) ニュージーランド (NZ)
 - 修士論文 – ヒラリー・リー (Hilary Lee) ウェスト・オーストラリア州 (WA) カーティン大学 (Curtin Uni)

Project Manager

プロジェクト

- 認定を目的に、特定4地域における顧客満足度調査のツールとしてDCMを使用する – シールズ (Shiels) メルボルン (Melbourne)
- ニューサウスウェールズ州保健省急性ケアプロジェクト
- 開所1年後のユニットの成果の評価 – ブライトウォーター (Brightwater)
- 発展的評価プロジェクト – マッカーシー (McCarthy) メルボルン (Melb)

Project Manager

開発

- DCM計算早見表 – ロン・サムス (Ron Sams)、ニューサウスウェールズ州 (NSW)
- データの解釈 – 生データを最大限活用するためのシステム – モア (Moore) ウェスト・オーストラリア州 (WA)

Project Manager

これからの開発

- 現在進行中の主要なビジネスケース開発
 - 長期の実行可能性を判断
 - 投資/資金提供に関する必要条件を判断
 - 資源確保に関する判断
 - 市場活動計画を作成
 - 市場の中での位置づけ



競合

- ハモンドグループ (Hammond DSDC) によるエリック・ツール (ERIC tool) の再開発 – 10月に導入開始予定
- DCMの利点を確立・定着させる必要
- 他のStrategic Leader達からのサポート



デンマーク (Dr Eva Bonde Nielsen)





The Danish National
Institute for
Educational Research

Gyvelbakken 33
DK-3460 Birkerød

Tlf. +45 38606091

e-mail:
ebn@daniae.dk

Annual report on DCM in Denmark 2005

DCM infra-structure

We have four educated basic-trainers in Denmark and three advanced trainers. The new basic trainer is Vibeke Drevsen Bach. She is working as a developmental consultant in the Willowhouse (Pilehuset – a Dementia Care Setting in the city of Copenhagen).

DCM is still under Daniee but closely connected to the National Knowledge Centre on Ageing, which is an independent clearing house for issues concerning the elderly. The Knowledgecentre is funded by the Danish government. Dorte Høeg is the head of the centre. I (Eva Bonde Nielsen, the strategic lead of DCM in Denmark is employed fulltime at the centre as a senior researcher and DCM work and training is incorporated in my job. DCM-courses are also announced on the webpage of the centre and courses are offered in a cooperation between Daniee and the centre.

The knowledge centre has national networking on all levels of authorities, networking with all relevant interest groups on the elderly area e.g. professionals, decision makers, organisations, research and development institutions, journalists, the trades and industries and educational institutions.

Contract with Bradford run until 2007.

Training and education

Basic DCM-courses

Eva Bonde Nielsen was leading all courses. Claus Holst was also teacher. Vibeke Drevsen Bach became a basic trainer, January 2005.

In 2005 there were five basic courses with a total of 40 participants. The courses were as follows:

Date	Place		Teachers
10.-12.01.05	Pilehuset, Copenhagen	14 participants	EBN, CH, VDB
17.-19.01.05	Vpæ, Hellerup	7 participants	EBN, CH
26.-28.04.05	Vpæ, Hellerup	3 participants	EBN
31.05.-02.06.05	Benedictehjemmet, Valby	13 participants	EBN, CH, VDB
06.09.-08.09.05	Vpæ, Hellerup	3 participants	EBN

Participants passed the assessment at the first assessments, except one who had a resit.

Advanced DCM-courses

Eva Bonde Nielsen was leading all courses. Claus Holst was also teacher.

In 2005 there were three advanced courses with a total of 27 participants. The courses were as follows:

Date	Place		Teachers
01.-03.01.05	De Gamles By, Copenhagen	14 participants	EBN, CH
06.-08.06.05	Pilehuset, Copenhagen	9 participants	EBN, CH

29.-31.08.05

Vpæ, Hellerup

4 participants

EBN,CH

All participants passed the assessment at the first assessment. Five didn't pass the preliminary report. Six participants still have the report to send in.

One day course: Personcentred care in theory and practice

Daniee and the Knowdlegdecentre did develop a one-day course for people interested in the philosophy of personcentred care. It has been run twice and has been successful. The plan is to offer this course from next year within the framework of the Knowledgecentre.

Implementation of DCM on the island of Bornholm

On this very beautiful island of Denmark they started up their first dementia care setting this year. From the beginning they planned to have the personcentred care and DCM implemented in the care setting. The head of the centre and one staff member attended the basic and the advanced DCM-course and another staff member attended the basic course. Furthermore all staff in the centre attended the one day course in personcentred care.

Implementation of DCM in the city of Copenhagen

Implementation of DCM in all dementia care settings have been conducted 2004 and this year, which means that almost all staff working in those settings have attended at least the basic course. September this year the politicians decided to establish one more dementia care setting in 2006. The plan is to continue educating all staff on at least the basic level.

Version 8

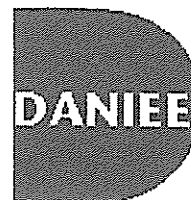
Some translationwork on the version 8 has been done, but there is still much work to do.

New address for Daniee:

Gyvelbakken 33
3460 Birkerød

No more news from Denmark this year.

Eva Bonde Nielsen, strategic lead.



The Danish National
Institute for
Educational
Research
(デンマーク
国立教育研究所)

Gyvelbakken 33
DK-3460 Birkerød

Tlf. +45 38606091

e-mail:
ebn@daniae.dk

DCM 報告書 デンマーク 2005 年

DCM のインフラストラクチャー

デンマークには、基礎トレーナーが4名、上級トレーナーが3名いる。新しい認定基礎トレーナーは Vibeke Drevsen Bach で、彼女は developmental consultant（開発コンサルタント）として、Willowhouse（ウィロウハウスというコペンハーゲン市、Pilehuset の認知症介護施設に勤務している。

DCM は、現在も DANIEE（デンマーク国立教育研究所）の管轄下にあるが、the National Knowledge Centre on Ageing（デンマーク国立高齢化情報センター）と密接な関係を持っている。このセンターは高齢者に関する問題、課題に関しての、独立した情報センターである。この情報センターは、デンマーク政府からの予算を財源としている。Dorte Høeg がセンター長である。私、(Eva Bonde Nielsen/エヴァ・ボンデ・ニールセン) は、デンマークの DCM の strategic lead であり、また、常勤の上級研究員としてこのセンターに勤務しており、DCM 関連の仕事やトレーニングは私の職務の一部である。DCM のコースに関する情報は、センターの Web サイトにも掲載され、コースは DANIEE とセンターの協力体制で提供されている。

情報センターは、各レベルの関係当局との全国的ネットワークを持ち、また高齢者関連のあらゆる利害関係グループとのネットワークも持っている。例えば、専門家、意思決定者、団体、研究開発組織、ジャーナリスト、商業、企業、教育機関などが、このネットワークに入っている、

Bradford 大学との契約期間は 2007 年までである。

研修と教育

DCM 基礎コース

Eva Bonde Nielsen が全コースの指導責任をとった。Claus Holst（クラウス・ホルスト）も、講師として指導し、Vibeke Drevsen Bach（ヴィベケ・ドレヴセン・バッハ）は、2005 年 1 月に基礎トレーナーとして認定された。

2005 年は、基礎コースが 5 回行われ、参加者は合計 40 名であった。コースは下記の通り実施された。

コース日程	場所	参加者数	講師
1 月 10～12 日	Pilehuset, Copenhagen	14	EBN, CH, VDB
1 月 17～19 日	Vpæ, Hellerup	7	EBN, CH
4 月 26～28 日	Vpæ, Hellerup	3	EBN
5 月 31～6 月 2 日	Benedictehemmet, Valby	13	EBN, CH, VDB
9 月 6～8 日	Vpæ, Hellerup	3	EBN

参加者たちは、再試を受けた 1 名を除き、最初の試験に合格した。

DCM 上級コース

Eva Bonde Nielsen が全コースの責任指導をとった。Claus Holst も講師を務めた。

2005 年は、上級コースが 3 回実施され、合計 27 名が参加した。コースは下記の通り行われた。

コース日程	場所	参加者数	講師
1 月 1～3 日	De Gamles By, Copenhagen	14	EBN, CH
6 月 6～8 日	Pilehuset, Copenhagen	9	EBN, CH
8 月 29～31 日	Vpæ, Hellerup	4	EBN, CH

最初の試験には、参加者全員が合格した。5 名が予備報告書に不合格となり、報告書を未提出の参加者が 6 名いる。

1 日コース: パーソン・センタード・ケアの理論と実践

DANII と情報センターが共同で、パーソン・センタード・ケアの哲学（考え方）に興味のある人達を対象に、1 日コースを開発した。これまで、2 回実施され、成功をおさめた。来年からは、情報センターの枠組みの中で、このコースを提供する計画である。

Bornholm（ボルンホルム）島における DCM の実施

この美しいデンマークの島に、今年、最初の認知症ケア施設が開かれた。このケアセンターは最初から、パーソン・センタード・ケアと DCM を実施することを計画していた。ここの施設長とスタッフ 1 名が、DCM 基礎、上級コースに参加し、他に 1 名のスタッフが基礎コースに参加した。また、センターのスタッフ全員が、パーソン・センタード・ケアの 1 日コースに参加した。

Copenhagen（コペンハーゲン）市における DCM の実施

2004 年と 2005 年にわたり、すべての認知症ケア施設において DCM の実施が行われてきた。これは、これら施設に勤務するスタッフのほぼ全員が、少なくとも基礎コースには参加したということを意味する。2006 年には、もう一つケア施設を確立することを、政治家たちが今年の 9 月に決定した。計画では、すべてのスタッフに対し、最低限でも基礎コースの研修を続行することになっている。

第 8 版

第 8 版の翻訳は一部完了しているが、まだ、かなりの作業が残っている。

DANIEE（デンマーク国立 教育研究所）の新住所：

Gyvelbakken 33
3460 Birkerød

デンマークからの今年のニュースは以上である。

Eva Bonde Nielsen（エヴァ・ボンデ・ニールセン）、Strategic Lead

ドイツ (Christian Mueller-Hergl)



DCM-Report Germany 2005

Meinwerk-Institut, In Via Akademie
Christian Mueller-Hergl

1. DCM Infra-Structure

In 2005 two persons were organizing DCM issues: Christian Mueller-Hergl and Christine Riesner. 2005 was the last year of the old contract, to be renewed beginning of 2006 for one year. In consequence of the national DCM projects in Main-Kinzig and Marburg-Biedenkopf, a group of people from these projects together with representatives from the KDA meet once a year in Cologne to consult about DCM-relevant issues.

2. Training and education

In 2005, there were 139 people trained in DCM Basic Courses. About half of the participants were trained centrally in the In Via Akademie, the other half were trained within InHouse-Courses.

One Advanced-Course was completed with 20 participants. The German structure of the course seems to be working very well. We have one day with general issues (experiences, ethics, other instruments of QoL), one whole day working on preparation and feedback-technique with video-feedback, one day with rather technical issues and a final day for examination and debriefing.

There were 5 persons who attained evaluator status. The quality of the evaluator reports has risen considerably. It is – as a rule – only people with academic background who are able to finalize an evaluator report. Except Riesner and Mueller-Hergl, there are another 7 trainers, 6 of them having finished their education and one about to finish it.

All trainers meet twice a year: One date is for organisation, one two-day meeting is for education. We train role plays with a teacher for theater and mimic expression. Within this workshop, we produced a small DVD with 4 scenes from actual mapping practice.

Formally we have managed to find a person to translate DCM 8 material. Since we are about to change strategic partnership to the “Private Universitaet Witten-Herdecke”, to put the burden of financing the translation on the Meinwerk-Institute seemed unfair. This will need to wait until the new partnership has been established.

3. Research and development

The federal DCM projects have been finished and reports have been written and published. Research papers are still not yet published. The results are ambivalent: Within a complex and intricate structure of practice development, DCM proved to be a valuable item and driving force of development. It remains unclear to which extent DCM in itself has contributed to the success. In terms of numbers, improvements have been minimal within a 3-year period despite considerable efforts. Issues of leadership, institutional background and history, uneasiness with feedback and a huge gap in the ability of staff to develop action plans account in part of the faced difficulties. Positively, mappers have developed leadership skills and profited most from training, giving feedback and moving into strategic roles.

Within some federal states, DCM has been positively received by the inspectors of the medical insurance. A substantial proportion of inspectors have been trained in DCM and recommendations are given accordingly. Feedback from practice shows that main reasons for not implementing DCM are

- It is supposedly too subjective
- Implementation and education is costly and time-consuming
- Other issues relating to Quality of Care have priority

- There is no obligation to implement DCM.

Detlef Ruesing has completed his Master about DCM reliability, substantiating the issue about subjectivity. Christine Riesner finished her Master concerning the application of DCM in different institutions within the federal DCM-project. Stefan Ortner finalized his diploma on the concept of well-being in Kitwoods approach. Christine Riesner and Christian Mueller-Hergl had several small publications about DCM. The Bradford Profiling was translated into German. Fredericke Koester wrote a book about assessments in dementia care with DCM being praised as an outstanding tool.

In October there was a DCM-conference for the german market within the meeting of the International Implementation Group. There were another 70 participants for audience. We consider the conference as a full success.

Further developments: DCM has a constant market and finds constant interest on a rather small scale. It is far more people being trained than people using the instrument. DCM is used by dementia care specialists within their consultation and development work. They like to have DCM within their portfolio of competences; much less common is the use of the instrument by nurses in institutions. Central concepts of the person-centred approach and DCM have become well entrenched in the professional vocabulary.

There are two new DCM projects in Germany: One in Minden managed by Detlef Ruesing and one in Berlin within the Vitanas-Organisation. In the last project, 20 institutions are involved in giving and receiving DCM-feedback. Claudia Zemlin and Christian Mueller-Hergl are involved in developing the project.

Up to this moment, new instruments for QoL in dementia care have yet failed to make a mark. Although out on the market, they suffer from similar problems as DCM: too complex, too costly, not obligatory.

The change in Strategic Partnership is on the way. Access to University seems to improve the position of DCM in the long run. We are hoping to finalize the change within the next half year.

DCM 報告書 2005 年 ドイツ
Meinwerk-Institut, In Via Akademie
Christian Mueller-Hergl

1. DCMインフラストラクチャー

2005 年は、DCM に関する課題に関しては、Christian Mueller-Hergl（クリスチャン・ミュラー・ヘルグル）と Christine Riesner（クリスティーヌ・リーズネル）の二名がまとめ役であった。2005 年は旧契約の最終年であり、2006 年の初めに 1 年間更新されることになっている。Main-Kinzig（マイン・キンツィグ）と Marburg-Biedenkopf（マルブルグ・ビーデンコフ）での全国的なプロジェクトの結果、これらのプロジェクトの関係者と KDA 代表者は、DCM 関連の課題を協議するために Cologne（ケルン）で一年に一度会議を行っている。

2. 研修と教育 Training and education

2005 年には、DCM 基礎コースの研修受講者が 139 名であった。この約半数が Via Akademie での研修を受け、残りの半数が施設内で開催された研修を受けた。

上級コースは一回行われ、参加者は 20 名であった。ドイツのコースの組み立ては、非常にうまく行っていると思われる。全般的な問題点（経験、倫理、QOL のその他のツール）に関するものについての研修が一日、ビデオを使ったフィードバックによる（DCM の）準備・計画とフィードバックの技量についての研修が終日行われ、もう一日はかなり専門的な事柄について、最終日には試験と吟味・説明が行われた。

5 名が評価者の資格を取得した。評価者レポートの質はかなり向上してきている。原則的には、評価者レポートを完成させることができるのは、専門的（学問的）な経歴を持つ人達のみである。Riesner と Mueller-Hergl のほかに、7 名のトレーナーがおり、このうち 6 名はすでに研修を修了しており、残る 1 名も修了するところである。

トレーナーは全員一年に 2 回集まる：1 回は計画（準備）を作成するため、一回は教育（研修）について 2 日間の会議を行う。ロールプレイの研修は、演劇、パントマイム演技の指導者を使って行う。このワークショップでは、実際にマッピングを行った現場から 4 つの場面を入れた小さな DVD を制作した。

DCM 8 版を翻訳する人をどうにか正式に見つけることができた。Meinwerk-Institute に翻訳の資金負担を課すことは不適切に思われたので、“Private Universitaet Witten-Herdecke”に、ストラテジック・パートナーシップを移行するところである。これは、新規のパートナーシップが確立されるまで待たなければならない。

3. 研究と開発

連邦政府の DCM プロジェクトは終了し、レポートも作成、出版された。研究論文はまだ発表されていない。結果については議論を要する：ケアを発展させてゆくという非常に複雑な構造の中で、DCM は貴重なものであり、進展の推進力であることを立証している。成功に対して DCM それ自体がどの程度の寄与をしたのかについては不明である。数字の上では、3 年におよぶ相当の努力にもかかわらず、向上は最小限に留まっている。リーダーシップに関する課題、施設の背景や歴史、フィードバックの難しさ、行動計画を策定するスタッフの能力の大きな差が、直面する困難な問題の原因の一部になっている。

明らかに、マッパーたちはリーダーシップ（を取るための）のスキル（技能、技量）を拡充し、研修から役に立つことを最大限に学び、フィードバックを行い、重要な役割を担うようになってきた。

連邦のいくつかの州では、DCMは医療（健康）保険の監査官から肯定的に受け容れられてきている。相当な人数の監査官がDCMの研修を受けてきているので、DCMに対する推薦もなされている。ケアの現場からのフィードバックによると、DCMを実施しない主な理由は次の通りとなっている。

- DCMはあまりに主観的だと考えられている。
- 実施、教育（研修）はコストが高く、時間がかかる。
- ケアの質（QoC）に関連する、その他の優先課題がある。
- DCMを実施する義務はない。

Detlef Ruesing（デトレフ・リュウジング）は、主観性に関する問題を立証し、DCMの信頼性についての研究を行い修士課程を修了した。Christine Riesner（クリスティーヌ・リーズネル）は、連邦DCMプロジェクトに入っているいくつかの施設における、DCMの適用に関する研究を行い修士課程を修了した。Stefan Ortner（ステファン・オルトネル）は、Kitwood（キットウッド）のアプローチにおける“よい状態”の概念に関する研究を行い修了証書を授与された。Christine Riesner（クリスティーヌ・リーズネル）とChristian Mueller-Hergl（クリスチャン・ミュラー・ヘルグル）はDCMに関する小論文をいくつか発表した。The Bradford Profiling がドイツ語に翻訳された。Fredericke Koesterは、認知症介護の評価に関する本を書き、その中でDCMは抜群のツールであると賞している。

10月には、国際実施グループの中での会議で、ドイツ市場向けのDCM会議が開かれた。この会議には70名以上の参加者があり、私たちとしては、会議は大きな成功をおさめたと考えている。

今後の進展: DCMは、確実な市場があり、どちらかといえば小規模の興味ではあるが、確実に興味を呼んでいる。このツールについて研修を受けた人達の数、実際にツールを使っている人達の数に比べると、はるかに多い。DCMは認知症ケアの専門家の中で、相談や拡充のための仕事に使われている。これらの専門家たちはその履歴の中にDCMをその能力（資格）のひとつとして入れておきたいと考えており、施設の看護師によるこのツールの使用は、非常にまれである。パーソン・センターの取り組みやDCMの中心的概念は、専門家間での語彙の中によく定着してきている。

ドイツにはDCMのプロジェクトで新規のものが2つある。1つは、Minden（ミンデン）でDetlef Ruesing（デトレフ・リュウジング）の下で実施されるもの、もう1つはBerlin（ベルリン）のVitanas-Organisation（ヴィタナス・協会）でのプロジェクトである。先のプロジェクトでは、DCMのフィードバックを与えたり受けたりすることに、20の施設が関わった。このプロジェクトの計画進展には、Claudia Zemlin（クラウディア・ツェムリン）とChristian Mueller-Hergl（クリスチャン・ミュラー・ヘルグル）が関わっている。

今までのところ、認知症ケアにおけるQoL（生活の質）のためのいくつかの新しいツールは名を上げるところまでは行っていない。市場に出ているとはいえ、DCMと同じような問題に遭っている：複雑すぎる、コストがかかりすぎる、義務ではない、など。

ストラテジック・パートナーシップの移行が行われているところである。長期的に見れば、大学へのアクセスがDCMの位置づけを向上させるものと考えられる。これから半年の間に、移行を最終的なものにしたいと考えている。

(翻訳：中川経子)

日本（水野 裕・村田康子）



国際会議で、水野および村田がそれぞれ、日本における DCM の現状を発表した。概要を水野が話し、特に、マップパーのネットワークについて村田より報告した。それぞれのスライドを資料として添付し、以下に、水野の発表内容の概要を記す。

タイトル「日本人トレーナーによる DCM 基礎コース運営への最終段階」

水野

通常、ひとつの事業への予算は、3 年が限度である。DCM 導入計画も 3 年間の計画を組んでいた。その目標は、3 年の後には、日本人の認定トレーナーを養成し、日本単独で基礎コースを開催できることである。日本の会計年度は、4 月から 3 月である。本当は、今年 3 月に計画は、終了しているはずだった。しかし、昨年の私の異動に伴う、混乱があり、3 年目の計画が終了しなかったため、4 年目の計画予算が認められた。これが最終年度である。しかし、大府センターとしては、来年度以降も、予算のバックアップを求めていく方針である。これは、金銭のサポートと、受講生の供給のサポートと両方を意味している。＜要するに受講代の一部を予算化して安くするとか、老人ホームの全国団体に厚生労働省のお墨付きをもらうなどして、受講生を増やす工夫をすること＞

過去何を行ってきたかを振り返ってみると

第 7 版の翻訳

基礎コース運営のための、各種配布物やスライドの翻訳

基礎コースの管理運営

見習いトレーナーの養成（水野：3 回、日比野：2 回）

をしてきた。

次は、現在行っている仕事です。

翻訳委員会は、すでに基礎コースパックの翻訳を大方終えているが、最終校正作業を行っている。これは、日本人の風土に合うように、すべての文章を直すこと、文化的相違（英国のスポーツ名を、日本人になじみのある名称に変えるなど）や、現在の日本の介護現場の状況に合わせて直すことを示す。

上級コースの翻訳委員会は始まったばかりです。村田康子氏、中村千枝氏など海外で上級コースを修了した方にも参加してもらっている。2006 年 3 月までに、

完全ではないが、おおよその見通しをつけたいと思っている。

私の見込みでは、さらに半年の期間が必要だろうと思っている。

次に、マップパーの連携を模索している。研修を終わってもどのように DCM を実行して言ったらよいかわからない人も多い。メーリングリストも活発だが、全体の約半分の人しか参加していない。東京、名古屋、神戸エリアでの小集会を独自に行い全部で一年間に 5・6 回以上となる。また、年 3 回、全体の集会を開いているが、実際の参加者は、7・8 名に過ぎない。各地区での集会も、最初は、各地区の代表が、ケア現場を確保し、マッピングの練習をしていた。しかし、カテゴリーが合っていた、あっていなかっただけでは物足りなくなった。DCM を使ってケアの質を高めるためには、どうすべきかを話し合い、フィードバックが重要ではないかという結論に行き着いた。地区の集会での勉強の内容は各地区に任せるが、全体の集会では、今は、どのようにフィードバックをしたらよいか、書式も今のままでよいか、経験を出し合い、検討していくことになっている。

次に、私が、今後 2・3 年でしなければならないと思っている事柄を示す。2006 年中に、日本人トレーナーによる最初のコースを行いたい。これこそが、過去 3 年間のこの計画の目標です。トレーナー候補者は、日比野、村田と私です。

ただ、どう参加者を集めるかが問題です。

今までは、厚生労働省の予算を得て、運営してきました。英国から講師を招聘し、受講料は、無料でした。今後は、受講料を徴収しなければなりません。十分な受講料収入がないと、次回、アメリカで行われる国際会議に参加できなくなるかもしれない。

広報としては、現在二つ考えている。一つは、私が、パーソン・センタード・ケアの理念を紹介する本を書くこと、二つ目は、認知症に関する学会でカンファレンスを開くことです。

上級コースは、基礎コースを日本単独で行い、受講生が確保できることを確認し（つまり、運営に要する資金を得る確証を得た後）、その翌年以降にしたい。当初計画では、2005 年 3 月に水野が基礎トレーナーとなり、2005 年秋には、日本人による基礎コースが開催され、2006 年に上級という予定であった。予算の遅れから、2006 年まで、日本人のトレーナーは生まれないので、早くても、2007 年上級コース開催となろう。2002 年秋に DCM 基礎コースに参加してから、4 年後に基礎コースを開催（2006）し、5 年後に上級コースを開催することになる（2007）。

＜これは、あくまでも、05 年 10 月の時点の見込み。その後、日比野のコース参加ができなくなり、修正を余儀なくされた＞

基礎コース修了者全体での取り組み

背景：修了生も 58 名になったので、全体で取り組めるテーマを設定し、コミュニケーションを活発にしたいと考えた。また、各国では、さまざまな研究が行われているので、ぜひ日本でもみんなで取り組める研究テーマが欲しいと思った。

目的：質の向上のためには、フィードバックが非常に重要であり、どのようなフィードバックが受け入れやすく効果的かを検討する。

現在の進行状況：年 3 回、検討会を開き、フィードバックの経験を持ち寄り、よかったこと、失敗だったことなどを話し合っている。

DCM 地区集会及び全国集会の開催とマップの連携については、この後、村田康子さんが話しをしてくれます。

日本では、未だ、研究は少ない。スライドに、いくつかの研究を掲げた。

最初は、八木澤良子さんの、認知症高齢者のアロママッサージによる行動変化—痴呆ケアマッピング法を用いての評価

次は、小倉久美子さんの、認知症高齢者の感情表出に関する研究—PDC を活用して—です。

以上の 2 つは、大学の修士論文として書かれたものです。鈴木みずえさんは、Reliability and Validity on Dementia Care Mapping- Japanese version. のタイトルで研究を進めている。

The 4th International DCM Implementation
Group Meeting in Germany

The final step toward DCM
basic courses run by Japanese
trainers

Yutaka Mizuno, M.D.,PhD. Japan

What is happening this year
(2005.4-2006.3)

- ▣ Completing translation of trainer's pack for Basic course (for Japanese trainers to run the Basic course)
- ▣ Translation of trainer's pack for Advanced course.
- ▣ The first step toward building the network (Email and small meetings)

DCM Project in Japan

- ▣ Started in Nov. 2002
- ▣ The first DCM Basic Courses were held in Japan. (Feb. 2004)
- ▣ Japanese DCM basic trainers would run the basic course(2006)
- ▣ Obu centre will continue to negotiate with the ministry for support. <money and publicity>

What we should do
in the near future.

- ▣ Running of first Basic course by Japanese trainers in 2006.
- ▣ Trainer candidates: Mizuno, Hibino, Murata, and Nakamura
- ▣ Establishing publicity and gathering participants
- ▣ Preparing for Advanced course in 2007?
- ▣ Development of network and regional meetings
- ▣ Support system for green mappers

What we have completed in the last three years.

- ▣ Translation of yellow manual (version 7)
- ▣ Translation of slides and handouts for DCM Basic course
- ▣ Running three DCM Basic courses
- ▣ Apprentice: Mizuno (3 times), Ms. Hibino (2 times)

Project for Mappers Who Have Completed
Basic Courses to Work Together

- ▣ Background
58 mappers completed the basic course. I would like mappers work together in order to facilitate communication.
- ▣ Objective:
to examine ways to give feedback that are most appreciated by and effective for caregivers

Research

- Ryoko Yagisawa. "Changes of Behavior by Aroma Massage for Elderly Patients with Dementia"
- Evaluation Using Dementia Care Mapping Method -
 - Kumiko Ogura. "Study on Emotional Expressions of Elderly Persons with Dementia"
-Using Personal Detraction Coding-
 - Mizue Suzuki. Research on reliability and validity of Dementia Care Mapping- Japanese Version
("DCM – the Japanese Version")
-

Network of Mappers in Japan

Yasuko Murata OTR, Japan



Mappers in Japan

The Basic course started in 2004.

Basic users 58

Some of the Basic Mappers attended
Advanced course in UK and Australia.

Advanced users (6)

Evaluators 4

Means of communication among Mappers

Mailing list :

- Started by a trainee of the 2nd Basic course
- 28 Mappers have registered it.
- 325 mails have been sent for these 18 months.

DCM forum :

- Set up in the homepage of Dementia Care Research and Training Centers.

Refresher Day in Kyoto(2004)

- ♪ The first Refresh Seminar, held in Kyoto
- ♪ Mr. Paul Edwards led the program.
- ♪ 18 Basic Mappers attended.

- ♪ We're conscious of Needs for Network.
- ♪ Begun to prepare for the 1st meeting of Mappers.



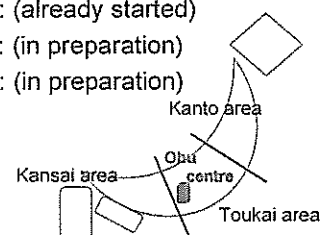
National Meetings of Mappers

- Started in December 2004
- Held every 3~4 months
- Participants: less than 10 Mappers
- Agenda :
 - Co-mapping
 - Discussion on problems with DCM, etc.



Local Meetings of Mappers

- Toukai area : (already started)
- Kansai area : (in preparation)
- Kanto area : (in preparation)



ポルトガル (Patricia Paquete)



Results of Questionnaire Survey to the 1st and 2nd Course Trainees

(by Hibino, 2005)

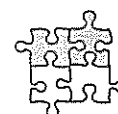
- 1) Respondents of questionnaire : 58%
 - 2) People who have experience of mapping : 80%
 - 3) People who have practiced all process of DCM 35%
 - 4) People who have any problems in practicing DCM 83%
- (N=38)

Problems to Be Solved

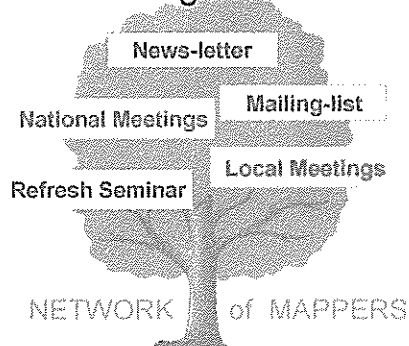
Means of communication

Follow-up system for new Mappers

Cooperation in areas



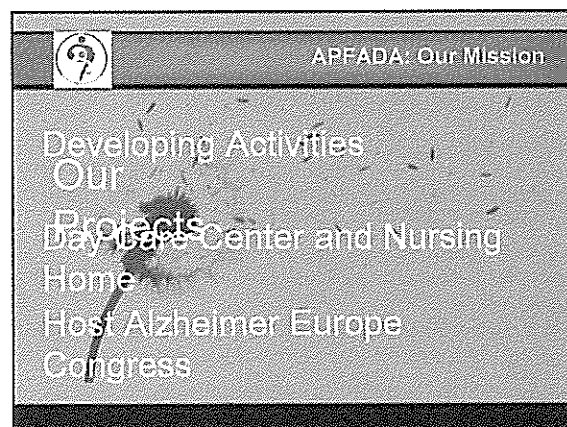
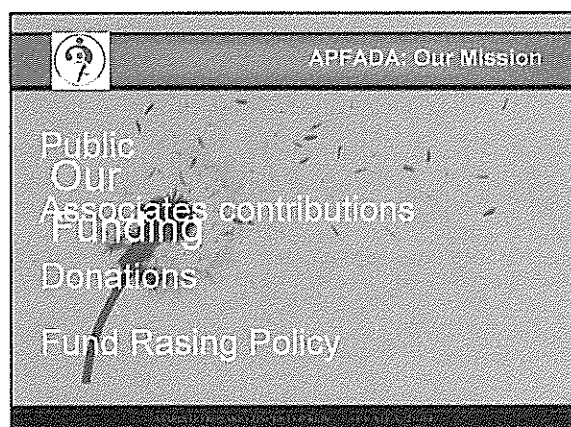
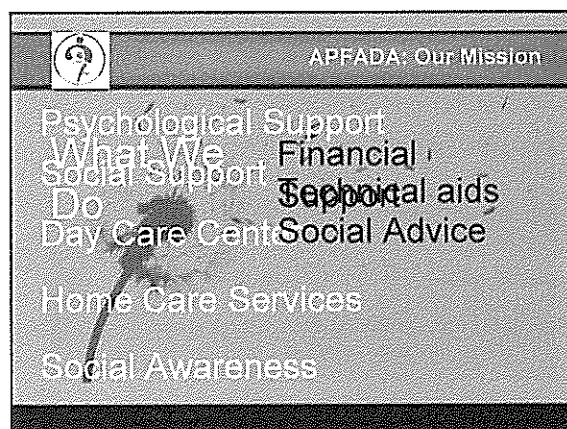
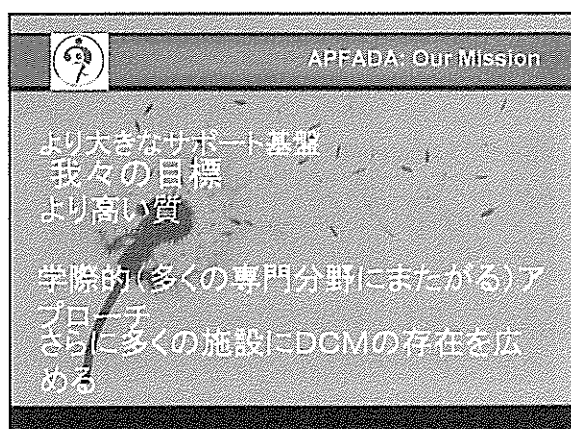
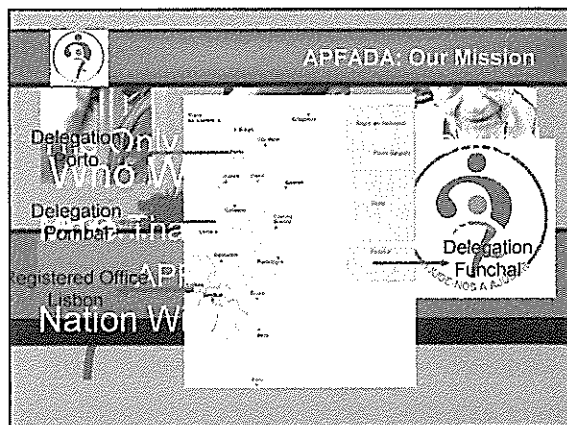
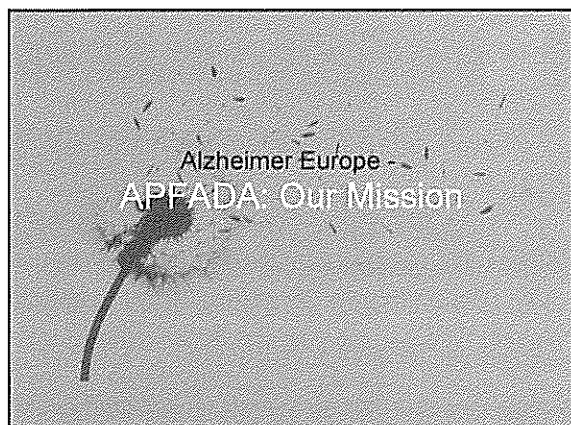
Planning in future



Please let me know ,

- How you have been sustaining the network of Mappers
- How you have set up follow-up systems for Mappers in your country.

Thank you for your kind attention.



APFADA: Our Mission

Projects:

- Gulbenkian
- PAII
- FCT (DCM Funding)

APFADA: Our Mission

Projects:

- Interdem
- Eurocode
- Leonardo Da Vinci (beginning in 2006)

APFADA: Our Mission

- Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian
- Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa
- Escola Superior de Saúde de Alcoitão

APFADA: Our Mission

- Hospital Júlio de Matos
- Hospital Miguel Bombarda
- Health Centre "Santo Condestavel"
- National Social Security
- National Office of Rehabilitation

APFADA: Our Mission

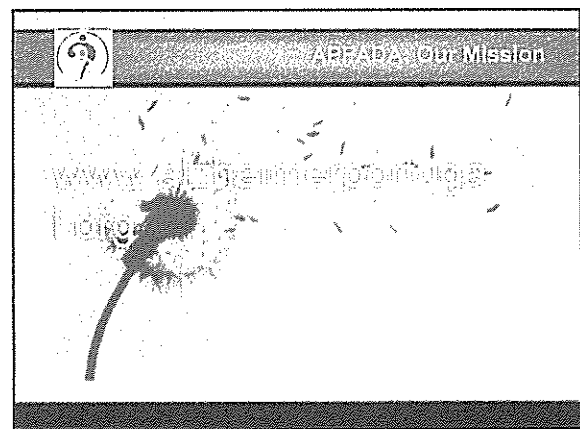
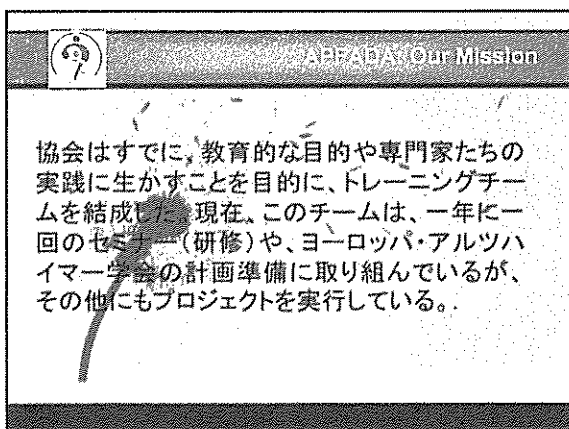
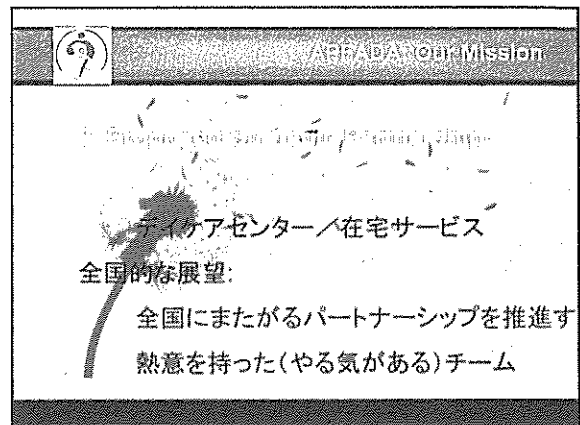
Alzheimer Portugal (ポルトガル・アルツハイマー協会)は、認知症を持つ人々とそのケアをする人達をサポートするための唯一の非営利団体として1988年に設立された。

協会はケア現場での調査、認知症に関する知識を普及し、施設や家庭でケアを行う人達のためにトレーニングを提供している。

財源は、社会保障省およびリハビリテーション局から受けている。

APFADA: Our Mission

2003年以来、協会はデイケアセンターを運営し、また在宅サービスも行っている。多くの分野の専門家たちが関わっており、パーソン・センタードなアプローチを実施することにより、他の施設に対してモデルとなることを目標にしている。



スペイン (Elena Fernàndez、Josep Vila Miravent)



DCM International Meeting – Paderborn, Germany 2005



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

Update on the "Agreement"

- **2004:**
FAD pending signing contract
- **Spring 2005:**
 - FAD change organizational aims, becoming an University Institute.
 - FAD hand over Alzheimer Catalunya and IPSS (with the agreement of Bradford University)
- **Actually:**
Pending reviewing new agreement (October, 11, 2005)



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

Who will sign?

- IPSS representing both organizations
- IPSS and Alzheimer Catalunya have an agreement to cover our relationship in the project (among others project)



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

WHO IS: IPSS

Is a non profit-making organization founded in 1992 by a team of professionals in diverse care settings. Services are offered to children, families younger and older adults. IPSS has a specific range of services for people with dementia and their families

www.ipss-online.org



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

WHO IS: IPSS

Aims

- To improve the quality of care of people with dementia
- To provide education, support and respite care to families
- To provide continuing education to professionals in the field of ageing and dementia.



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

WHO IS: Alzheimer Catalunya

Is a non profit-making association founded in 1988 that integrates the families of the affected people, professionals and people interested in this illness.

www.alzheimercatalunya.org



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

WHO IS: Alzheimer Catalunya

Aims

- To improve the quality of life of the patients and their relatives.
- To look after their social, economic and legal rights.
- To promote research in every aspect of the illness, collaborating with other associations and entities.
- To raise the public awareness about the problems that this illness implies through:
- Information, guidance, advice (socially, medically, psychologically and legally), training, family support, tutelages /guardianship



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

Update on the "Training the trainers"

- Elena Fernández & Josep Vila
- DCM Advanced: Both
- DCM Basic apprentice:
 - Josep Vila already done
 - Elena Fernández 2006
- Evaluator report: Both pending on DCM8th ed.



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

The most important actions

- Memory Boxes
 - Reminiscence and PCC
- Conference in Girona:
 - How to introduce PCC in a residential care facility
- Workshop in Figueres:
 - PCC



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

The most important actions

- IPSS as an example on how to apply PCC:
 - Mapping to 50% facilities
 - PCC training for professionals
 - New Residential Care facility working on the PCC philosophy



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

The most important actions

- Institutional relations
 - Welfare Department of Generalitat de Catalunya
 - Public Health System
 - Catalanian Institute on Aging
- Video to Portugal (collaboration)



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

DCM 国際会議 - ドイツ, パデルボルン(Paderborn, Germany) 2005



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

IPSS

“契約”に関する最新情報

- 2004:
FAD 契約調印保留
- Spring 2005:
 - FAD 組織の目標を変更し, 大学機関(研究所)となる。
 - FAD からアルツハイマー・カタルーニャ(Alzheimer Catalunya)および IPSS への移行
(ブラッドフォード大学との契約に伴う)
- 現在:
新規契約の検討中 (2006年10月11日現在)



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

IPSS

契約に署名するのは誰か?

- IPSS が両組織を代表して署名
- IPSS および アルツハイマー・カタルーニャ(Alzheimer Catalunya)は、契約書はプロジェクトにおける我々の関係も含めて言及している(他にもプロジェクトがある)。



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

IPSS

IPSS とは?

1992年に、様々なケア施設の専門家たちのチームによって創立された非営利団体である。子供たち、若い家族や、高齢者家族に対してサービスを提供している。IPSSは認知症を持つ人たちとその家族のために特定の範囲のサービスを行っている。

www.ipss-online.org



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

IPSS

IPSS とは?

目的:

- 認知症を持つ人たちのケアの質を向上する
- 教育、サポート、家族に対するレスパイトケアを提供する
- 高齢化や認知症の分野の専門家たちに対する継続教育を提供する



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

IPSS

アルツハイマー・カタルーニャ(Alzheimer Catalunya)とは?

1988年に設立された非営利団体で、アルツハイマー病患者の家族や専門家やこの病気に関心を持つ人たちを結びつけ、まとめている組織である。

www.alzheimercatalunya.org



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEMÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

IPSS

アルツハイマー・カタルーニャ (Alzheimer Catalunya)とは？

目的:

- 患者やその家族の生活を向上する
- 彼らの社会的、経済的、法的権利を護るための活動をする
- 他の学会や団体と共同して、アルツハイマー病のあらゆる側面に関する研究を奨励、推進する。
- この病気が当然含んでいる問題に関する一般の人達の意識を高める。そのためには、次のようなことを提供する:
- 情報、指導、助言(社会的、医学的、精神的、法的なもの)、研修・教育、家族へのサポート、後見、保護



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEPENDÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

“トレーナーのトレーニング”に関する最新情報

- エレナ・フェルナンデスおよびホセップ・ヴィラ (Elena Fernández & Josep Vila)
- DCM 上級: 上記両名
- DCM 基礎実習:
 - Josep Vila すでに修了
 - Elena Fernández は2006年予定
- 評価者レポート: 両名ともDCM8版待機中



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEPENDÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

最も重要な実行課題

- メモリー・ボックス (Memory Boxes)
 - 回想とパーソン・センタード・ケア (PCC)
- ジロナ (Girona) 会議:
 - 入居施設にどのようにPCCを紹介・導入するか
- フィギュエレス (Figueres) でのワークショップ:
 - PCC



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEPENDÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

最も重要な実行課題

- パーソン・センタード・ケア (PCC) の適用について模範例としてのIPSS:
 - 施設の50% でマッピングを行う
 - 専門家たちのためのPCC 研修
 - PCC の理念に基づいて運営する新しい入居ケア施設



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEPENDÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

最も重要な実行課題

- 組織・機関の関係
 - カタルーニャ (Catalunya) 自治政府福祉(厚生)省
 - 公衆衛生制度
 - カタルーニャ (Catalonian) 高齢化研究所
- ポルトガルへのビデオ(協力)



Alzheimer Catalunya
ASSOCIACIÓ PER A LA DEPENDÈNCIA I LA MALALTIA D'ALZHEIMER

iPSS

米国 (Dr Roseann Kasayka)



DEMENTIA CARE MAPPING 2005 REPORT UNITED STATES OF AMERICA

UHHS Heather Hill
Roseann Kasayka
Cynthia Poole
Deborah Quate
Elizabeth Wolf

BASIC STATISTICS TO DATE

- 398 Trained in Person Centered Care
 - 211 UHHS Heather Hill
 - 79 Illinois
 - 53 Indiana
 - 65 Arizona
- 20 Trained to Basic Level
 - Another 2005 class scheduled for December
- 2 Trained to Advanced Level
 - Another 2005 class scheduled for October/November
- 5 Total contracted trainers
- 3 Apprentice trainers

CENTERS OF EXCELLENCE CONCEPT

- Basic focus is culture change
- Train greatest number to PCC
- Evaluate through DCM by training a critical number as basic mappers
- Provide in depth analysis and potential for research by training a critical number as advanced mappers
- Move toward becoming an independent teaching/training center in geography area

PLAN FOR DISSEMINATION OF DCM 8TH EDITION

- Three classes to be held at UHHS Heather Hill
- At least 5 geographic area meetings
 - 2 in Illinois
 - 1 in Michigan/Canada
 - 1 in Arizona
 - 1 TBA
- Time frame - January through March 2006

ADVISORY BOARD INITIATIVES

- PCC book
- Training video
 - Filming finished
 - Completion of written material in process
- Introduction to "Influential Organizations"
 - Rhode Island Quality Control
 - CARF CCRC Committee

HEATHER HILL INITIATIVES

- Music therapy research with DCM as evaluative tool
- Collaborative research with Case Western Reserve University
- 2006 International Conference
 - Dates are 6-7 November 2006
 - Place - Cleveland, Ohio
 - Theme - around the "celebration" of the 100th anniversary of the first diagnosis of Alzheimer's disease
 - Dawn Brooker and Advisory Board slated to be part of the program on the second day

認知症ケアマッピング(DCM) 2005年報告書 アメリカ合衆国

UHHS Heather Hill
Roseann Kasayka
Cynthia Poole
Deborah Quate
Elizabeth Wolf

これまでの基本的な統計

- 398 パーソン・センタード・ケア研修受講者総数
- 211 UHHS ヘザーヒル
 - 79 イリノイ州
 - 53 インディアナ州
 - 65 アリゾナ州
- 20 基礎レベル研修修了者
 - 2005年12月、コース実施計画
 - 2 上級レベルの研修修了者
 - 2005年10/11月、コース実施計画
- 5 契約トレーナー総数
- 3 見習いトレーナー

CENTERS OF EXCELLENCE CONCEPT (高度専門センター構想)

- 基本的な焦点は文化を変えること
- 最大限の人数に対する PCC研修
- 不可欠な人数を基礎マッパーとして教育することにより、DCMを介して評価を行う
- 不可欠な人数を上級マッパーとして教育することにより、徹底的な分析を行い、研究ができるようにする
- ある地区の中で、独立した教育/研修センターになる方向に動く

DCM第8版普及のための計画

- UHHS での研修コースを3回
- 地区別の会合を少なくとも5回
 - 2 イリノイ
 - 1 ミシガン/カナダ
 - 1 アリゾナ
 - 1 後日発表
- 時期 - 2006年1月~3月

ADVISORY BOARD INITIATIVES (顧問委員会構想)

- PCC についての本
- 研修用ビデオ
 - 撮影完了
 - 文書資料作成中
- “影響力のある組織・団体”への導入(紹介)
 - Rhode Island Quality Control (ロードアイランド品質管理??)
 - CARF CCRC Committee (委員会)

HEATHER HILL (ヘザーヒル) 構想

- 評価ツールとしてのDCMを使った音楽療法に関する研究
- Case Western Reserve (ケース・ウエスタン・リザーヴ) 大学との共同研究
- 2006 年国際会議
 - 日程: 2006年11月6-7日
 - 場所: (オハイオ州クリーヴランド)
 - テーマ: アルツハイマー病の最初の診断がなされてから100周年記念 “祝賀”
 - Dawn Brooker および 顧問委員会は、2日目のプログラムの一部として予定されている

フィンランド (Päivi Topo)



DCM activities in Finland (原文)

Main activities in Finland are carried out around a project called "Assessment of quality of care from the perspective of people with dementia" (funded by the Ministry of health and welfare and STAKES). DCM activities in other institutes than STAKES, i.e. Folkhälsan, Alzheimer's Society and The Finnish Association for the Dementia Care have been in co-operation with the project. This year we haven't done any mappings because of funding problems. Instead of mappings we will have a training and discussion meeting based on our earlier DCM observations for the staff in each of the eight units participating in our project.

Currently we are writing a report of all our DCM results to Ministry of Social Affairs and Health by whom our project was funded. The manuscript will be ready by the end of the year.

The coloured pages of DCM manual has been translated into Swedish, the other Finnish national language. There has been also some contacts to DCM mappers in Sweden by one of Swedish speaking Finnish mappers in Folkhälsan and by STAKES.

Below you find a list of articles and presentations of the DCM project during the year 2005.

Articles published in non pre-review journals:

Topo P, Sormunen S, Saarikalle K: Observation - a new method for improving quality of dementia care. (Dialogi 2004, a journal for professionals working in social and health care.)

Sormunen S, Topo P, Vuori U, Virkola C: Eating can be a high point of the day. Article in Finnish in a journal called 'Dementia news' in English.

Two scientific articles are work on hand:

Topo P, Sormunen S, Eloniemi-Sulkava U: Going out and importance of green environment. Results of DCM observations. (In Finnish)

Sormunen S, Topo P,.. : Personal detractions in dementia care - results of DCM observations. (In Finnish)

Presentations in scientific congresses:

Topo P, Sormunen S: Negative events in dementia care – disempowering and denying as examples. In a congress Cultural gerontology in Milton Keynes, 2005.

In a conference 'Research in dementia care makes difference- nursing research in clinical practice', Stockholm 18-20.9.05:

A poster presentation: Topo P, Sormunen S: Importance of outdoors and green environment for people with dementia visiting in day care or living in residential care.

Oral presentation: Sormunen S, Topo P: Negative events in dementia care - disempowering and denying/invalidation as examples.

Other presentations:

Topo P. Gardens and parks as harmonizing elements for people with dementia. In a STAKES congress to actors in social and health care 2005. (TERVE SOS)

Presentation in a seminar of functional capacity by STAKES: Topo: Dementia Care Mapping: what does it tell about people with dementia in care environment?
2005

In December 2004 we had a one day seminar about DCM and dementia care in STAKES. There were about 50 participants. In our presentations we gave examples how to use the results of DCM observations in development of care. There also were presentations of feedback sessions and about the feedback that the staff of the observed units have given to us of DCM observations and feedback sessions.

フィンランドにおけるDCM活動

フィンランドにおけるDCMに関する主な活動は、("Assessment of quality of care from the perspective of people with dementia" 認知症を持つ人たちの視点に立ったケアの質の評価) "というプロジェクトに沿って実行されている。このプロジェクトは厚生省とSTAKESの予算によりまかなわれている。STAKESの他に、Folkhälsan、アルツハイマー学会、フィンランド認知症ケア協会（学会？）などの組織のDCM活動が、このプロジェクトと協同で実行されている。今年は、資金問題があり、マッピングを全く実施しなかった。私たちのプロジェクトに参加している8つの施設それぞれのスタッフのために、以前に行ったDCM観察に基づき、マッピングの代わりにトレーニングとディスカッションのための会合を開くことにしている。

現在、DCMの全活動結果に関する報告書を、私たちのプロジェクトの資金源である社会事業保健省宛に書いているところである。報告書は、今年末までには完成する。

カラーページのDCMのマニュアルが、フィンランドのもう一つの国語であるスウェーデン語に翻訳された。Folkhälsan のスウェーデン語を話すフィンランド人マッパー、および、STAKESがスウェーデンのDCMマッパー達と、何らかの接触をしてきている。

2005年のDCMプロジェクトに関連する出版論文、会議で発表したものは下記の通りである。

non pre-review journals（事前査読ではない学会誌）に発表された論文：

Topo P, Sormunen S, Saarikalle K: Observation - a new method for improving quality of dementia care（観察—認知症ケアの質向上のための新しい方法）（Dialogi 2004, 社会福祉や保健医療事業に従事する専門家たちのための雑誌）。

Sormunen S, Topo P, Vuori U, Virkola C: Eating can be a high point of the day（食事は一日の頂点（最良のとき）でありうる）'Dementia news'という英語の雑誌に発表されたフィンランド語の論文。

間もなく発表予定の科学論文が2つ：

Topo P, Sormunen S, Eloniemi-Sulkava U: Going out and importance of green environment. Results of DCM observations（戸外に出ること、および、緑の環境の重要性—DCM観察の結果（フィンランド語の論文）

Sormunen S, Topo P, ... : Personal detractors in dementia care - results of DCM observations（認知症ケアにおける個人の価値を低める行為—DCM観察の結果）（フィンランド語の論文）

学会発表:

Topo P, Sormunen S: Negative events in dementia care – disempowering and denying as examples (認知症ケアにおける個人の価値を低める行為/よくない出来事 — 例、能力を使わせないことや拒むこと/分かろうとしないこと) 2005年、Milton Keynes (ミルトンキーンズ) で開催された文化老年学学会。

2005年9月18日～20日、ストックホルムで開かれた学会、'Research in dementia care makes difference- nursing research in clinical practice' (認知症ケア研究は変化をもたらす — 臨床のケアの実際における看護に関する研究) において:

ポスターによる発表: Topo P, Sormunen S: デイケアサービスの利用者や入居施設で生活する認知症を持つ人たちに対する、戸外や緑の環境の重要性

口頭による発表: Sormunen S, Topo P: Negative events in dementia care - disempowering and denying/invalidation as examples (認知症ケアにおける個人の価値を低める行為・よくない出来事 — 例、能力を使わせないことや拒むこと/わかろうとしないこと) .

その他の発表:

Topo P.: Gardens and parks as harmonizing elements for people with dementia (認知症を持つ人たちに安らぎを与える要素としての庭園や公園)、社会福祉、保健医療ケア関係者向けのSTAKES の2005年会議. (TERVE SOS)

STAKES 主催の機能的な能力に関するセミナーでの発表: Topo: Dementia Care Mapping: what does it tell about people with dementia in care environment? (認知症ケアマッピング (DCM): ケア環境 (施設) の中での認知症を持つ人たちについて、DCMではどんなことがわかるか? 2005 年

2004年、12月には、STAKESでDCMと認知症ケアに関する1日セミナーが開かれた。約50名の参加者があった。私たちの発表では、DCMの観察結果を、どのようにケアの向上の促進を図るために使うかについての例を紹介した。また、フィードバックのやり方や、観察された現場スタッフから私たちに対して返された、DCM観察とフィードバックについてのフィードバックの紹介もあった。

(翻訳: 中川経子)

A ④ DCM 法国際会議に参加して

村田康子 (健康科学大学, 作業療法士: エヴァリュエーターマッパー)

去る 2005 年 10 月 8 日～12 日、第 4 回 DCM 法インプリメント国際会議およびカンファレンスがドイツのパーダーバルンで開催された。わが国の DCM ストラテジック・リードである水野裕先生と共に、初めて私もこの会議に参加する機会を得た。今回、私自身は、わが国におけるマッパーのネットワークについて発表し、各国の現状についても情報を得たので、全体の所感とともに報告したい。

今回の国際会議の参加者は、英国、ドイツ、アメリカ、オーストラリア、デンマーク、スペイン、ポルトガル、韓国（導入検討中）、そして日本の 9 カ国であった。1 日目から 2 日目午前まで、各国における認知症ケアにおけるパーソン・センタード・ケア（PCC）と DCM 法の進捗状況について、各代表から報告がなされた。各国それぞれに背景が異なり、様々な状況の差異が見られるものの、PCC の発展に向けて熱い討議が展開された。3 日目は DCM 8 の解説が行われ、また 4 日目はカンファレンスが開催され、ドイツ国内、国際会議参加者から様々な研究・実践が報告された。

私は、1 日目の各国の状況報告の中で、「わが国におけるマッパーのネットワーク」と題して発表を行い（資料参照）、その場でも各国から助言等を頂いたが、その後で、マッパーのネットワークおよびサポートの現状に関する簡単なアンケートを作成し、各国の代表の方達に協力していただいた。

主な質問の内容は、

1. あなたの国では、DCM 基礎・上級コース以外に、PCC や DCM に関する他の研修を実施していますか？（PCC 理解のために、或いは、マッパーのフォローアップ・サポートとして）
2. あなたの国では、マッパー間の通信手段や会合を設けていますか？

であった。質問紙を配布し、会議終了までに記入を依頼し、全員から回答を得た。

結果は、表 1 のとおりである。まず、DCM 基礎・上級コース以外の研修については、後で述べるように、PCC を普及・実現していくには、まず PCC に関してケアスタッフやケア施設に理解を広げることが重要であり、そのための 1 日（国によって、半日や 2 日）の PCC コースを設けている国が大半であり、今後わが国でも基礎コースとともに、定期的に PCC コースを実施することが望ましいと

思われた。

次に、マッパーのフォローアップ・サポートのための研修としては、例えば、英国では、1 日リフレッシュ・デイを設け、DCM 法の知識の確認や実施上の問題の討議を中心に実施している国もいる。（わが国も 2004 年秋、このリフレッシュ・デイを実施している。）その一方、ドイツのように、基礎コース終了後に、フォローアップ研修を実施し、実際に DCM を実施した結果（フィードバックセッションをビデオで録画）を持ち寄ってふり返し、助言指導を受けるという形態をとっている国もあった。また、デンマークでは、地区単位で差異があるが、代表者の属するコペンハーゲンでは、先輩マッパーが電話やメールで相談、助言にのっている。アメリカでは、基礎コース終了後に 2 時間のマッピングのエキストラのコース（有料）を設けているとのことであった。フォローアップ研修は各国により状況が異なっており、各国の裁量に委ねられているといえる。

次に、マッパー間の通信手段・会合についてであるが、ウェブサイトを用いているのは英国とドイツのみで、ニュースレターを発行している国がアメリカ、オーストラリアであ

った。わが国では、2004 年よりメーリングリストと DCnet 上のフォーラムが始まり、またニュースレターも 2005 年より発行している。ニュースレターに内容については、例えば、アメリカの場合は、DCM に関する新しい記事や文献の紹介、ストラテジックリーダーからの手紙、8 版への移行など新しい動向や研修に関する情報提供などが含まれている。

表 1 各国における PCC/DCM 研修とマッパー間のネットワークの現状

	英国	アメリカ	ドイツ	オーストラリア	デンマーク	スペイン	ポルトガル
1-1 PCC 理解 の研 修	1 日 PCC コース PCC、よい状態 プロフィール 他のコース	1 日 PCC コース	2 日 PCC コース 〜 認知症の 社会心理学、PCC、 身体言語、 ヴァリデーション	1/2 日 PCC コース	1 日 PCC コース	PCC コース (8 / 4 時間) Kitwood 歴史と 実践等	PCC 講演 会

1-2 フ ォ ロ ー ア ッ プ・ サ ポ ー ト 研 修	1 日 DCM リフレッシュ ー・デイ、 DCMアウェア ネスコース、 地区サ ポート		DCM フォ ローアッ プ研修へ コース終 了後実施 結果振り 返りビデ オによる 指導		地 区 に よ り 差 異。先輩 マッパ ーが電 話やメ ールで 相談、助 言		
2. 通 信 手 段・ 会 合	ウエ ブ サイ ト、 地 区 の 会 合	ニ ュ ー ス レ タ ー (1/3M)	ウ ェ ブ サ イ ト、 ト レ ー ナ ー の 定 例 会	ニ ュ ー ス レ タ ー、 各 州 マ ッ パ ー 会 合 (1/3M)	マ ッ パ ー の 会 合 (1/Y)		

マッパーの会合については、英国では 12 地区に分かれての会合が定期的に行われており、それらの情報はウェブサイトで提供されている。デンマークではマッパーの会合が年 1 回開かれ、その他は地区や組織により差異があるらしい。また、オーストラリアでも、州ごとにマッパーの会合が開かれており（3 回／年）、ドイツの場合は、トレーナーの定例会議が定期的に行われている。

以上のように、日本よりも長く PCC や DCM に取り組んでいる国であっても、マッパーのサポートやネットワークの現状にはそれぞれ差異がある。今後、わが国において、どのような形態のサポート、ネットワーク体制が望ましいか、マッパーの方達と意見を交わしながら検討していく必要があるが、これら各国の情報を参考にしていきたいと思う。

次に、会議全体を通して、今後わが国で DCM 法を実践・展開していく上で、特に参考になると思われた点をいくつか述べたいと思う。

第一に、DCM 法は、認知症をもつ方たちの状態を評価する一尺度としてだけでなく、PCC をケア施設において実現していくための“発展的評価”ツールである点が確認されていたことである。そして、そのような DCM 本来の目的をより効果的に達成するためには、PCC についてスタッフや施設全体の理解を育む重要性が大いに強調されていた。それは、図 1 のピラミッドに見るように、PCC を実現していくには、認知症に関わるスタッフや施設に対して、PCC に関する理解を

普及させることが重要であり、そのような基礎の上に、マップパーによる DCM 法の実践（さらには上級ユーザーやトレーナー等によるサポート）があつてこそ、DCM 法がより有効に機能し、PCC がケアの場に定着、展開していくと説明された。

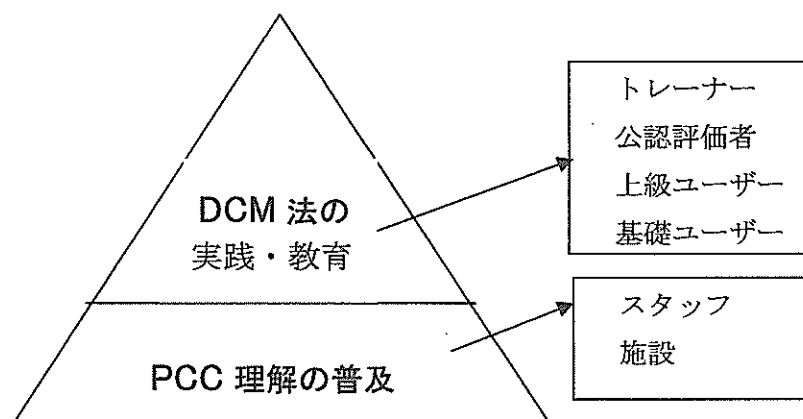


図1 PCC および DCM 法展開の模式図

この基本的な考え方は、会議の中でも多くの賛同を得ており、今後、わが国でも、PCC についての正しい理解を普及させることを目的とした講習会等の活動を、DCM 法の講習会の開催と平行して進めていく必要があると思われた。

第二に、今回、筆者はわが国におけるマップパーのネットワークとサポートについて報告を行い、各国の方達から多くの助言や情報を得た。わが国でも、基礎コースを修了後、様々な事情により DCM 法を実践することが難しい場合が少なからず見受けられるが、他国でも同様の問題はあつたことであつた。そして、例えば、基礎コース修了後にマッピングの体験とふり返りのエキストラコースを設けている国もあれば、DCM 法の一連の過程を自分なりに体験してから、その結果（フィードバック場面をビデオに録画したもの等）を持ち寄ってふり返し、指導・助言するなど、フォローアップコースを別に設けている国もあり、国ごとに様々な工夫が見うけられた。今後、わが国におけるマップパー間のネットワークやフォローアップのあり方について考える上で、大いに参考になると思われた。

第三には、4 日目のカンファレンスにおいて、ドイツをはじめ各国から、DCM 法を用いた様々な研究が報告された。DCM 法の強みは何か、弱みはどのあたりにあるか、強みを発揮するにはどのような条件が必要かなど、DCM 法を PCC の実現に向けて活用していくための実践的な研究が多く聞かれた。今後、わが国で PCC を展開していくためには、わが国の施設環境や文化的差異などの条件を考慮した上で、DCM 法をどのような点に留意して実施・活用していく必要があるのか、私達も、実践と平行して研究を積み重ねていく必要があると感じた。

最後に、各国の協力関係について述べたい。PCC の理念など根源的な問題に関しては、厳しい議論が飛び交う一方で、DCM 法の実践的な問題については、先輩各国から、最近導入した国々に対して情報や助言が手厚く提供されていた。また、それぞれの国の背景が異なることに十分耳を傾け、それぞれのあり方を尊重し合う姿勢が様々な場面で見うけられ、このような会議の場面においても、PCC の理念が、ポジティブ・パーソン・ワーク（PPW）として反映されていることに感銘を受けた次第である。

わが国においては PCC および DCM の導入事業 4 年目であり、PCC が認知症ケアに定着し展開していくには、まだ多くの時間を要するかもしれない。しかし、国内外の DCM マッパーの仲間の方達とともに、PCC および PPW の発展を目指して一歩ずつ前進していきたい、と心から願っている。

B. 第8版へのアップデートについてのセミナー

場所：ドイツ、パダボーン市、マインヴェルク・センター

日時：2005（平成17）年10月11日

出席者：DCM 国際会議出席者に加えて、ドイツのトレーナー

B. DCM 第 8 版への更新に関するセミナー

文責：水野 裕

1996 年に、第 6 版より更新され、その後、長らく使用されてきた第 7 版が、いよいよ更新されることとなった。第 7 版は、Tom Kitwood が世を去る前に更新された最後の版であった。第 7 版のテキストの序文にあるように、しばらくは更新をせず、これでいくと表明しているように、当時考える最高のものであったであろう。しかし、弱点がなかったわけではない。これは、Tom 自身が更新後に感じていたようだが、PD (Personal Detraction: 個人の価値を低める行為) に関する記述は、多いが、それと対照的な、よい出来事 (Positive Events) に関する記述、項目が少なすぎるという点である。DCM 基礎研修を受けられた方は、お分かりいただけるかと思うが、コースで使用しているスライドに比べてマニュアルの「よい出来事」に関する記述は確かに少ない。これは、マニュアル作成後に、検討し、マニュアルに記載が不十分な点を、スライドや配布物で補おうとしているためである。それらが、第 8 版では、マニュアルに最初から反映されている。PE は、Personal Enhancer (個人の価値を高める行為) と改変され、より強固なものとなった。さらに、各 PD と PE が対になるように構成されており、非常にわかりやすいものになっている。



写真の説明：トレーナーたちへの第 8 版の説明にもロールプレイが使用された。手前から、Christian (ドイツ、認知症の役)、Paul (英国、介護者役)、Roseann (米国、認知症の役)

第 2 は、Wib 値 (スコア) のつけ方である。マップパーは、ご存知のとおり、さまざまな行動をカテゴリーに分類し、それを、よい状態からよくない状態へさらに分類することになる。ただし、これには、さまざまな要素が反映されている。他者との交流や、その人が感じている感情などを包括的に判断しなければならない。第 8 版では、これを、より簡易に判断できるように、交流と感情面をそれぞれに判定するようになっている。Engagement (周囲の人と関わり) と Mood (本人が感じている気持ち) とを判定することから ME 値 (スコア) と呼ぶ。

第 8 版は、05 年秋の英国での基礎コースを皮切りに、06 年から、アメリカ・

ドイツなど順次、更新されていく予定である。日本は、未だ第 7 版での研修をはじめたばかりであり、更新には、まだ数年を要すると思われる。現在、日本語での上級コースは運営されていないため、上級を受講したい人は、海外でのコースを受講せざるを得ない状況である。しかし、海外においても、第 7 版での上級コースは、06 年を境に、順次、第 8 版に移行していく予定である。当然第 7 版での基礎ユーザーは、第 8 版での上級コース受講はできない。日本が第 8 版に移行するまでは、なるべく早く、第 7 版の上級コースを準備すべきだと考えている。

C. 第2回

**DCM（認知症ケアマッピング）法と
パーソン・センタード・ケア
に関する国際総会**

DCM & Person Centred Care Conference

Paderborn, Germany

12 October, 2005

国際総会（研究会）の概要

水野

2004 年 11 月に、英国 Warrington 市で行われた、第 1 回「パーソン・センタード・ケアと DCM に関する」国際総会につづいて、第 2 回の国際総会が、2005 年 11 月 12 日に、ドイツ、パダーボルン市で行われた。数ヶ月前に、Christian Muller-Hergl より、私も含めた、各国の代表に、ワークショップを行いたいが、スピーチをしてもらえるか打診があった。その時の、彼の考えたテーマは、“patient view（認知症をもつ人たちからの視点）”であった。私は、最近のマッピング事例の中から、自分自身考えさせられた事例を元に発表を行った（別紙）。

会場は、11 月 9 日、10 日に国際会議が行われた Meinwerk-institute で引き続き行われた。国際総会らしく、同時通訳のブースが置かれ、参加者も 100 名程度はいたと思われる。午前中は、ドイツのマッパーたちの発表が行われた。しかし、スライドは、ドイツ語で書かれており、同時通訳といってもドイツ語から英語への通訳であり、当然日本語のサービスはないため、細かな理解は不十分であった。

午後は、Pro. Dr. Dawn Brooker（英国）, Virginia Moore（オーストラリア）, Dr. Bonnie Harman（米国）, Dr. Yutaka Mizuno（日本）, Paul Edwards（英国）らによる、ワークショップが開かれた（プログラム参照）。

水野の発表場面でカテゴリーごとの分布表などを示すとそれだけで、マッパーどおし、分かり合えることが多く、改めて、DCM は国際用語の一種であり、英語やドイツ語、スペイン語などがわからなくても十分コミュニケーションが取れる手段であることを再認識することとなった。国際的な認知症の研究ツールは多いのだろうが、マップやグラフなどを示すだけで大まかな認知症の行動やケアでの課題などが、浮き彫りになるツールはあまりないのではないだろうか？特に、英語力に欠ける日本人には、容易に海外の人たちとコミュニケーションが取れる点でもありがたいと思う。



聴衆の前であいさつをする、Christian と Christina



発表する筆者

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG

Mr

Yutaka Mizuno

aus O Japan 4910057

hat am 12.10.05

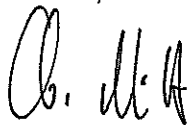
an der

DCM Fachtagung - Nationale und internationale Perspektiven

an der IN VIA Akademie in Paderborn teilgenommen. Folgende Themen wurden erarbeitet:

- Deutscher Stand der Erfahrungen:
 - Einführung DCM in Deutschland
 - Erfahrungen in den BMGS-Projekten Main-Kinzig und Marburg-Biedenkopf :
 - Erfahrungen einer Supervisorin in der Begleitung von Beobachtern und Teams
 - Das MDK-Rheinland-Pfalz Projekt
 - Einsatz von DCM im MIDEMAS Projekt von Demenz-Support, Stuttgart
 - Einsatz von Freiwilligen im DCM-Projekt: Hamm-Rhynern
 - Zusammenfassung von Praxiserfahrungen
- Erkenntnisse und Diskussionen:
 - Wahrnehmen und Beschreiben: Passivität und Apathie
 - Der Begriff des Wohlbefindens
 - Reliabilität und Validität
- Internationale Entwicklungen:
 - DCM and patient views: What we know about DCM
 - An Australian Way of introducing DCM
 - Evaluation of art therapy with DCM
 - DCM 8
- Diskussion/Plenum:
 - DCM and patient view: Whose perspective?
 - DCM and quality: From res to modus
 - DCM and staff development: Whose profit?

Paderborn, 12.10.05



Christian Müller-Hergl
Seminarleitung



Internationale Tagung: DCM und Person-Zentrierte Pflege
Nationale und Internationale Erfahrungen mit „patient view“ in der Altenhilfe

12. Oktober 2005

S 702/05/0BA

Seminarleiter: Christian Müller-Hergl,
Diplom-Theologe, Altenpfleger, Supervisor-DGSD,
Approved DCM-Trainer

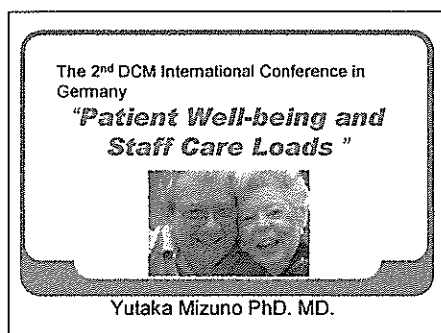
TeilnehmerInnen: Prof. Dr. Dawn Brooker, UK
Paul Edwards, UK
Christian Müller-Hergl
Christine Riesner, MScN,
Bärbel Gregor, Stabsstelle Altenhilfe Main-Kinzig-Kreis
Rosemarie Gräßle, Supervisorin
Dr. Brigitte Seitz, Ärztin, MDK Rheinland-Pfalz
Christina Kuhn, Demenz-Support Stuttgart
Johannes Kochanek, Sozialpädagoge, Heimleiter
Detlef Rüsing, MScN
Stefan Ortner, Diplompädagoge
Dr. Bonnie Harman, USA
Virginia Moore, Brightwater, Australien
Yutaka Mizuno, PhD, MD

Programm

	Deutscher Stand der Erfahrungen
09:30 – 09:45 Uhr	Christian Müller-Hergl: Einführung DCM in Deutschland
09:45 – 10:10 Uhr	Bärbel Gregor, Christine Riesner: Erfahrungen in den BMGS-Projekten Main-Kinzig und Marburg-Biedenkopf :
10:10 – 10:30 Uhr	Rosemarie Gräßle: Erfahrungen einer Supervisorin in der Begleitung von Beobachtern und Teams
10:30 – 10:45 Uhr	Dr. Brigitte Seitz: Das MDK-Rheinland-Pfalz Projekt
10:45 – 11:00 Uhr	Pause
11:00 – 11:15 Uhr	Christina Kuhn: Einsatz von DCM im MIDEMAS Projekt von Demenz-Support, Stuttgart
11:15 – 11:30 Uhr	Johannes Kochanek: Einsatz von Freiwilligen im DCM-Projekt: Hamm-Rhynern
11:30 – 11:45 Uhr	Christian Müller-Hergl und Christine Riesner: Versuch einer Zusammenfassung von Praxiserfahrungen
	Erkenntnisse und Diskussionen
11:45 – 11:55 Uhr	Christian Müller-Hergl: Wahrnehmen und Beschreiben: Passivität und Apathie
11:55 – 12:10 Uhr	Christian Müller-Hergl und Stefan Ortner: Der Begriff des Wohlbefindens
12:10 – 12:30 Uhr	Detlef Rüsing: Reliabilität von DCM
12:30 – 13:00 Uhr	Diskussion

13:00 – 14:0 Uhr	Mittagspause
14:00 – 14:30 Uhr	Internationale Entwicklungen Prof. Dr. Dawn Brooker (UK): DCM and patient views: What we know about DCM
14:30 – 14:50 Uhr	Virginia Moore: An Australian Way of introducing DCM
14:50 – 15:10 Uhr	Dr. Bonnie Harman, USA: Evaluation of art therapy with DCM
15:10 – 15:30 Uhr	Pause
15:30 – 15:50 Uhr	Yutatka Mizuno, PhD, MD Patient Well-being and Staff Care Loads
15:50 – 16:15 Uhr	Paul Edwards DCM 8
16:15 – 16:45 Uhr	Diskussion/Plenum: DCM and patient view: Whose perspective?

Paderborn, 10.10.05



第2回 “パーソン・センタード・ケアと DCM” 国際総会（ドイツ）

ワークショップ

「認知症をもつ人たちの視点から」

「認知症をもつ人のよい状態とスタッフの介護負担」

水野 裕

スライド 1

今日話すことは、決して日本だけに特有のことではないだろうと思います。今日話す内容は、認知症者の状態とケアワーカーの負担度についてです。通常は、認知症者がよい状態であれば、つまり例えば、楽しそうに笑い、率先して、掃除や、食事の支度をしているような場合であれば、介護の負担感は少ないでしょう。その代わりに、よくない状態、例えば、怒りを放置されている状態、さらに怒りによって暴力を起こしている状態は、ケアワーカーの負担感を増すでしょう。今日は、ケアの負担という話題を通して、認知症者の立場からのよい状態について話します。

スライド 2

認知症をもつ人において、よい状態を表す指標にはどのようなものがあるのでしょうか。テキストにはスライドに示したようにあります。

3 番目の「あらゆる種類の感情」という言葉が深い意味を持っていると思います。

スライド 3

ここで、一人の例を挙げて、認知症高齢者の状態とケアの負担について考えてみたいと思います。73 歳のアルツハイマー型痴呆の男性です。約 40 年間もの長い間、電気店を経営してきました。認知症症状が現れ、72 歳のときに、認知症対応型グループホームに入所しました。しかし、暴力と興奮を理由に退所させられ、今伊勢分院認知症病棟に入院となりました。

What is well-being?

- Creative self-expression
- Taking pleasure in some aspects of daily life
- Expressing a full range of emotions, both 'positive' and 'negative'

(p. 5, DCM Manual: 7th edition)

Case

73 yrs, male, Alzheimer's disease
Life history
Ran his own electronic shop for forty years.
When he was 72 yrs old, he was admitted to a group home for dementia.
He was sent from the group home because of his violence and agitation.

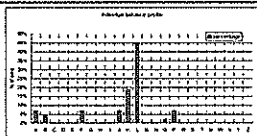
He was admitted to Imaise Hospital

- He engages in activities all day long as if he is at work. He puts away tables, turns TV sets upside down, and examines cables, etc. It is impossible to establish communication or carry on any kind of conversation with him. If his activities are interrupted, he gets agitated.

スライド 4

彼は、一日中、仕事をしているような行動をし続けていました。テーブルをあっちこっちに移動したり、テレビをひっくり返そうとしたり、ケーブルを触ったりしていました。会話は、できず、このような動作を止められると興奮しました。

Mapping for 7 hours



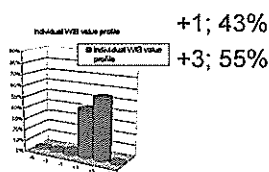
He mostly engages in activities as if he were at work. He never joins activities like stretch exercise and dancing.

スライド 5

対応に困り、マッピングをしました。

グラフは、7 時間マッピングをした時の、individual behavior profile です。ほとんどの時間を仕事に類似した行動に費やしています。体操や、踊りなどのアクティビティに参加することはほとんどありませんでした。

Individual WIB score= 2.0



スライド 6

マッピングして自分自身だいたい迷ったのですが、どう考えてもよい状態が多いのです。実際、WIB 値は、+3が半分以上と非常によい状態でした。

彼は、アクティビティにも参加せず、話しかけても、会話もあまり続きません。しかし、一人でも、楽しそうに過ごしているのです。

He "enjoys" the problematic behavior.

- His work-like activity is problematic, but he enjoys his activity.
- He maintains well-being all day long alone (+3).
- When caregivers interrupt or control these activities, he exhibits ill-being (agitation or violence).

スライド 7

「彼は、(我々にとって)問題である行動を楽しんでいる」

彼にとって仕事に類似した行動は、我々にとって問題であるが、彼はそれを楽しんでいるのです。

だから、彼は1人でもよい状態を維持しているのです。(プラス3)

もし、ケア提供者が、制止したり、制御しようとしたりと、興奮したり、暴力的となり、よくない状態になってしまう。

または、鎮静剤を投与して行動を減少させ、静かにする手段もあるが、静かになっても「よい状態」になるわけではないでしょう。我々マッパーなら、体の動きが悪く、動きにくいのに、やりにくそうに、イスを動かそうとしたり、できなくていらいらしていたり、昼間なのに居眠りをずっとしていたり、そのような場面を見れば、「よくない状態」と評価するでしょう。

Well-being does not necessarily mean less of a care load.

- Creative self-expression
(e.g.: putting away tables, turning TV sets upside down as if he is at work)
- ⇒ These kinds of behavior are problematic and difficult to cope with.

スライド 8

患者がよい状態であることが必ずしも、ケア提供者にとって楽な状況ではないことを知るべきです。

＜誤解のないように言っておくが、よい状態であることが、ケア提供者にとっても、楽な状況も多いのだが。＞

例えば、創造的な自己表現である。仕事をしている気分、誇らしげに、テーブルをあちこちに移動したり、テレビをひっくり返したりしている人がいたとします。皆さんはどのように、wib をつけますか？私はよい状態と考えます。しかし、一方では大変な負担を感じることも事実です。

Why Do We Have Contradicting Situations ?

Because, DCM evaluates a person's state from the standpoint of a person with dementia, NOT from the standpoint of the care loads of caregivers.

Well-being ⇔ less care loads

スライド 9

なぜ、認知症高齢者がよい状態にあるのに、ケア提供者の負担感が高いという一見「矛盾」した事態が起きるのでしょうか？

これは、DCM が、ケアワーカーの立場からではなく、認知症をもつ人の立場にたって評価する手法であるからだと思っています。

当然ですが、ケアの負担度が少ないからといっても、本人

がよい状態にあるとは言えません。例えば、ユニットの認知症者が、静かで、居眠りをしている人が多い状態を考えましょう。ケアの負担は少ないでしょう。しかしその内容が、ケアワーカーが怖くて、何も言えずにじっと黙っている状態や、何もすることがないか、精神病薬の投与のために、始終寝入っている状態であるとすれば、どのような状態かわかるでしょう。

スライド 10

その人を中心とした考えではない、従来の考え方では、本人の状態がよいか悪いかの判断が、ケアワーカーの感じるケアの負担度に大いに関係していると考えられます。この考え方に基つくと、本人のよい状態とは、スタッフのケアの負担が少なく、その人といることが楽しめる状態であることとほぼ同義である場合が多い。

そうすると、本人の状態がよくないとは、本人にとってなにがよくないかを考えてそういうのではなく、スタッフのケアの負担が多く、その人といることが苦痛である状態とほぼ同義である場合が多いのです。

スライド11:

従来の考え方の欠点は二つ指摘できる。

ひとつはよく言われるように、ケアの負担を減らすために、患者をよくない状態にしてしまうことである。よくあるケア提供者の態度は、ケア提供者の負担感が高ければ、それを減らそうという態度です。これは、行動を制御しようという発想です。

2 番目は、ケアの負担という判断そのものが非常にあいまいなものであることです。当然ですが、スタッフ感情に左右されるため、あるスタッフにとっては、負担はそれほどでもない(⇒「普通の状態」と評価)と感じられるのに、別のスタッフにとっては、負担が大きい(⇒「よくない状態」と評価)と感ずることもある。さらに、同じスタッフでも先週は「普通」だったのに、今週、そのスタッフに気持ちの余裕がなければ、「悪い状態」と判断が変わることも起こりうる。

ケアの質を向上させるには、よくない状態を訂正するのではなく、よい状態をより向上させる考えですべきであると考えます。

The Old Way of Thinking: Care Load-Centered

With the old way of thinking, judgment of whether a person is in well or ill being is greatly related to the perception of care loads by care workers.

In a good state ⇔ Care load is easy and light
In an ill state ⇔ Care load is difficult and heavy

Weakness in the Old Way of Thinking

When an attempt to decrease care loads is made, the patient may experience ill-being. Perceptions of care loads vary from staff member to staff member. Even the same care worker can have different perceptions about care loads from time to time.

⇒ Unstable perceptions are most likely to bring about arbitrary ways of dealing with a person with dementia such as isolation, medication, etc.

The Key to improving well-being

Interested in the books and the words of songs posted on the board

He loves communicating and greeting.

Consideration: He massages the shoulders of a person who is asleep with his/her face down on the table.

He looks happy when a nurse works with him to fold tables and says "thank you" to him.

When his imaginings are validated, he is satisfied. (e.g. when he attempts to hand me imaginary bolts and nuts, if I pretend to take them, he is satisfied. However, if someone refuse to take them, he gets angry.)

スライド 12

再び、ケースに戻ります。

詳細な観察により、よい状態を促進するために、鍵となるような行動をみつけることができました。

いくつか列挙します。

- ・アクティビティには参加しないが、白板に張られた歌詞やテーブルに置かれたノートなどには関心を示す。

- ・いろいろな人との関わりが好き、マッパーや返事をしない他の入院者にもおじぎをする。

- ・配慮をする人:ある人が、テーブルに突っ伏して寝ていると、肩をさすったりして、なぐさめている行動が見られ、それを評価されるとよい状態になる。置いてある車イスがじゃまでNsが入居者を乗せた車イスを押せないでいるとどけてくれる。また、Nsもそれに対して「ありがと」というとニコツとする。

- ・テーブルに関心のあるのを知ってNsと一緒に(折りたたみ式の)机をたたもうといい、うまくできて笑っている。

- ・水野のところにきて、手のひらにネジでもある感じで水野の手のひらに載せる動作をし、それにつきあうと「よし」「ごくろうさま」と満足げに歩き出す

このような観察から、スタッフ全員で、対応を考え、well-beingを向上させることができました。

しかし、10月より、病棟の人員が減ることになり、スタッフの気持ちに余裕がなくなり、最近では、「本人の状態がよくない」(ケアの負担が大きいと同じ意味)と言うスタッフが増えました。やはり、現場の対応は簡単にはいきません。

Conclusions

With DCM, the state of a person with dementia does not always coincide with care loads as perceived by caregivers.

If we dwell upon the old way of thinking that they should match, we could end up with a person with dementia experiencing ill-being. Perceptions of care loads are very unstable, therefore, it is not safe to evaluate the state of a person with dementia based on caregivers' perceptions.

スライド 13

結論

「DCMでは、認知症者の状態とケアの負担感は、一致しない。」

これは、一致しないからよいのであって、一致すると考えると、ケアの負担を減らすことを「よい状態」とであると誤解をし、「患者の側から見た、よくない状態」にしてしまう可能性が高い。

また、負担感というものは、人によっても違うし、同じ人であってもその日の体調や心理的要素によっても変わりうる。このようなあいまいな評価によって、状態を評価し、対応を変えることは危険である。

2. 翻訳事業

翻訳作業について

文責：水野 裕

平成 14 年度に DCM（認知症ケアマッピング）法の導入事業をする際、当時の厚生労働省老健局担当官と基本的な考え方を協議した。それは、数年かけて日本で DCM（認知症ケアマッピング）法の基礎コースを行えるように準備をしていくこと、研究事業であるので、受講生は、一種の協力者であり、受講料は徴収しない、協力者という位置づけなので、コースの運営全般に協力を求めているというスタンスである。基礎コースは、平成 15 年度中に行ったが、第 1 回のコース開催前に、翻訳が完成していたのは、マニュアルと呼ばれる約 100 ページの教科書だけであった。コース中に配布される各種資料、スライドなどは、直前にチェックをすることとなった。さらに、コース期間中に英国からの講師の説明を聞きながら、スライドの訳を変更することすらあった。

しかし、今までは、日本人の講師（トレーナー）はおらず、本場の講師がいるから資料の不具合があってもその場で修正して乗り切ってきたが、来年度からは、そうはいかない。日本人の講師（トレーナー）が主導で行い、日本人の見習いトレーナーが、指導要綱（トレーナーズ・パック）を頼りに、コースの指導をしていくということになれば、完全な形の指導要綱が必要となる。そのため、なんとしても今年度中に完成させる必要があった。幸いにも、日比野氏、中川経子氏に加えて、初めて見習いトレーナーとして参加した、村田康子氏の協力を得て、すべての内容を日本人にマッチさせた指導要綱を完成させることができた。マニュアルとほぼ同等な分量に相当する約 100 ページの指導要綱であるが、残念ながらここに掲載することはできない。コースのプログラムの著作権は、英国ブラッドフォード大学にあるからである。

なお、近い将来、日本でも DCM 上級コースを主催するために、上級コースの指導要綱（トレーナーズ・パック）の翻訳作業にも取り掛かった。まだ道半ばであるが、できれば来年にも実施できるように準備をすすめたい。なお、現在は、上級コースが日本で運営できないため、上級を学ぼうとする方は、海外で受講していただいている。不幸にして、海外（英語圏）で、試験にパスできなかった人のために、日本語の再試験の準備を今年度行った。具体的には、再試験の翻訳を委員会で行い、再試験の採点の要領を水野が学んだ。だから、「落ちてもよいです」とはいえないが、海外の受講に挑戦する人たちへのバックアップ体制は整えていると言ってもよいだろう。

次ページに今年度の翻訳の準備作業に加わった委員と委員会の実績を掲げる。

DCM 基礎翻訳準備会

水野 裕・日比野千恵子・村田康子

DCM 上級翻訳準備会委員

水野 裕（委員長）・日比野千恵子・中村裕子・村田康子・中村千枝

* 全員が上級ユーザー以上の資格者

* 協力者：中川経子

平成 17 年

9/16 上級翻訳準備会(場所：認知症介護研究・研修大府センター（以下大府センター）)

参加者：水野 裕・村田康子・中村千枝・中川経子

12/2 上級翻訳準備会(大府センター)

水野 裕・中川経子・村田康子

12/16 上級翻訳準備会(大府センター)

水野 裕・中川経子・村田康子

12/17 基礎コース翻訳準備会(マリオットアソシア)

水野 裕・中川経子・日比野千恵子

平成 18 年

1/13 基礎・上級翻訳準備会(大府センター)

水野 裕・中川経子・村田康子

1/14 基礎コース翻訳準備会(マリオットアソシア)

水野 裕・日比野千恵子・中川経子

1/28 基礎コース翻訳準備会（東京フォーラム会議室）

水野 裕・中川経子・村田康子

2/3 基礎・上級翻訳準備会(大府センター)

水野 裕・中川経子・村田康子

*以上に掲げた準備委員会のほかに自主的に集まって、2-3 時間ではあるが、翻訳のチェックをしたことも何度かある。経費が生じていないので、ここに掲げない。なお、特別な事情のない限り、すべての会議は、午前 10 時から午後 5 時まで行った。

3. 第4回 DCM 基礎コース開催



3.A. 第4回 DCM 基礎コースの概要

文責:水野

2004年2月に第1回のDCM基礎コースを開催してから、回を積み重ねて、やっと第4回を迎えることができた。当初、研究事業を始めたとき、4回運営することが当面の目標であった。なぜなら、認定トレーナーになるためには、見習いトレーナーとして、ブラッドフォード大学の認定トレーナーの指導の下、4回の基礎コースの運営に携わる必要があったからである。

日本人の認定トレーナーを養成したかったのには理由がある。今でも、海外から講師を招聘すれば、講習は受けられる。50-60名も有料の受講者を募集すれば、講演会形式で、パーソン・センタード・ケアの研修を企画することは造作もないだろう。しかし、常に通訳を通しての受講であり、詳細のニュアンスは伝わりにくい。日本人の受講生からの質問を受けても、海外講師の場合、「日本の事情は詳しくないので…」と今一歩踏み込めないことも多い。それらを勘案した結果、やはり、パーソン・センタード・ケアの理念を、正しく日本に普及させるためには、ぜひとも、日本人のトレーナーを養成し、日本語のテキスト、配布物、スライドを使用し、日本人による教育ができるようにする必要があると思ったのである。

当初の計画通り行けば、2名の認定トレーナーが誕生するはずであったが、過去4回の基礎コースにすべて出席できたのは、水野のみであったため、今回、認定トレーナーとして認められたのは、残念ながら私だけである。コースの全日程を終え、最終日に、Dawnの代理としてコースの全権を委任されたPaulに、「すべてのセッションを見習いとして行い、認定基礎トレーナーとして認める」といわれ、受講生の前で発表されたときは、「長かったな」という安堵感とこれからは日本人のチームで研修を行っていかねばならないという責任を感じた。

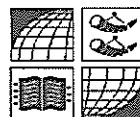
私が、DCM認定基礎トレーナーになったのは、当初から、目指したわけではなく、導入計画を進めていくうちに、その国でDCMコースを主催するためにはその国の認定トレーナーを養成しなければいけないことを知り、とにかくその時期に最もその立場に近い人間の一人として、まい進したまでである。やってみて思うのは、始める前は、DCM（認知症ケアマッピング）法の教育の仕方（テクニック）を学ぶと言うくらいに思っていたが、そうではなく、それらはほんの一部であり、どちらかと言えば、大きな課題ではないということである。そのことよりも、4回の受講の見習いを通して、最も感銘を受けたのは、認定トレーナーがいかに受講生のニーズを察知し、コース全体に関わる人たちのニーズを常に考え、一人ひとりを認め、経験豊かなトレーナーといえども、決

して、誰にも押し付けをしない、その態度にこそあった。私は、まだまだ人間の器が小さいので、コースでさまざまなトラブルがあると、つい態度に出てしまうが、そのような時、認定トレーナーは常に穏やかに「すばらしいわよ。大したものです。」と相手の努力を認め、たたえる事からはじめるのである。私が直接、指導を受けた認定トレーナーは、Dr. Claire Surr、Dr. Dawn Brooker、Mr. Paul Edwards、Ms. Sharon Jones の4名であるが、やはり、Dawn 教授は、その幅の広い人間性、寛容さという点で、秀逸であり、世界のリーダーとして人望を集めている理由を改めて感じるが多かった。Paul 氏は、現場で長年勤務していた看護師であるが、現場でのマッピングやフィードバックの経験が多いことに加えて、近年、より多く教育に携わっているため、非常に細やかな気くばりとコース全体をマネジメントする能力に秀でていた。

しかし、彼らに共通する点は、コースは、チームで行うものであるという考えである。チームは個性や特色の違う何人かで構成されているのだから、皆違っていて当然なのだ、どんな人も完璧ではないし、落ち度もある、だからそれぞれのよいところを認め合ってやっていこうという雰囲気があちこちで感じられるのである。コースを受講した方は、お分かりだと思うが、まさしく、Positive Person Work（ポジティブ・パーソン・ワーク）を体現しているのである。

最後に、今回のプログラムとコース中の写真を次ページに掲げる。

これを見れば、ほとんどのセッションは、日本人の見習いトレーナーによって運用されたことがわかるだろう。海外から講師を招聘しておいて、おかしいではないかと思う向きもあるかもしれない。しかし、これが、その国で真に基礎コースが実行される直前のあるべき姿である。なぜなら、ブラッドフォード大学側の考えは、4回目は、最小限の介入だけで、後はその国のトレーナー候補者たちでほとんどのコースが運営されるのを見届けるために来るというものであるからである。なお、今回の研修には、28名が受講され、全員が試験に合格することができた。



UNIVERSITY OF
BRADFORD

・英国ブラッドフォード大学認知症介護研究グループ・

パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング
(ベーシックコース)

2005 年 3 月 14 日(火)～3 月 17 日 (金)

会場：認知症介護研究・研修大府センター 研修室

講師：水野 裕・日比野千恵子、

Mrs Sharon Jones & Mr. Paul Edwards

講師補助：村田康子・中村裕子

通訳：中川^{みちこ}経子・平野加奈江

1 日目

08:30-08:45 受付
08:45-09:00 オリエンテーション(大府センター)
09:00-10:00 自己紹介とあいさつ:水野
10:00-10:30 認知症ケアマッピング(DCM)法の紹介：ポール



コメントをするポール氏 (右)
左は、シャロン氏

10:30-11:00 休憩
11:00-12:30 パーソン・センタード・ケアの理念:水野
12:30-13:30 昼食

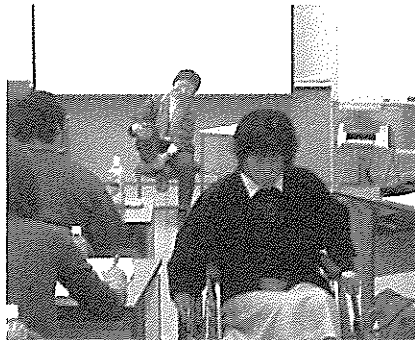
- 13:30-14:30 演習: 人として認められるとは? 村田
- 14:30-15:00 よい状態/よくない状態の兆候と演習: 中村
- 15:00-15:30 休憩
- 15:30-16:00 よい状態/よくない状態の兆候と演習 (つづき)
- 16:00-17:00 DCM とコード付け: 村田



コードの説明をする村田氏

2 日目

- 09:00-09:30 DCM とコード付け(前日のつづき) 村田
- 09:30-10:30 演習: 行動カテゴリー・コード付け (パート I) 中村
- 10:30-11:00 休憩
- 11:00-12:00 演習の振り返り (ロールプレイ) : 水野リード・中村・村田



認知症の人を演じる、中村氏 (手前、車イス) と村田氏 (イス)

- 12:00-12:30 実施上のきまり: 水野
- 12:30-13:30 昼食
- 13:30-14:15 実施上のきまり (つづき) 水野
- 14:15-15:00 演習: 行動カテゴリー・コード付け (パート II) シャロン
- 15:00-15:30 休憩
- 15:30-16:00 演習: 行動カテゴリー・コード付け (パート II) の振り返り
- 16:00-17:00 データ処理 : 村田

3 日目

- 09:00-09:45 データ処理 (つづき) : 村田
- 09:45-10:30 個人の価値を低める行為とよい出来事 : 水野
- 10:30-11:00 休憩

11:00-11:30 個人の価値を低める行為とよい出来事（つづき）:水野

11:30-12:30 演習のふり返し：日比野・村田・中村

12:30 -13:30 昼食

13:30 -14 :30 **DCM 作業で実際にすること - 事前説明(ブリーフィング)**
水野リード・村田・中村補助



マッパー役と彼らを受け
入れる施設側の役に分か
れての演習

14:30-15:00 **DCM 作業で実際にすること - フィードバック**：水野リード・村
田・中村補助

15:00-15:30 休憩

15:30-16:30 フィードバックのつづき

16:30-17:00 質疑応答

4 日目

09:00-10:30 筆記試験 ：日比野



残念ながら、2 日間の参加
となった日比野氏

10:30-11:00 休憩

11:00-12:30 **DCM の枠組みと DCM の今後**:水野

12:30-13:30 昼食

13:30-14:00 コースパックの説明と同意書:日比野

14:00-14:30 試験の講評 ：日比野

14:30-15:30 最終ディスカッション（地区の連携）：日比野・村田・中村・
水野

3.B ①初めての Apprenticeship

～DCM 見習いトレーナーとして第 4 回 DCM 基礎講習会に参加して～

村田康子（健康科学大学 作業療法士 エヴァリュエーターマッパ
ー）

去る 2006 年 3 月 14 日～17 日、認知症介護研究・研修大府センターにおいて、第 4 回 PPC&DCM 基礎講習会が開催された。私は第 2 回同講習会の修了生であるが、今回初めて Apprentice（見習いトレーナー）としての立場で、本講習会に参加した。

ストラテジック・リードである水野裕先生を中心に、日比野千恵子氏、中村裕子氏（私同様今回初めて Apprentice として参加）とともに、また英国からは Paul Edwards 氏および Sharon Jones 氏を招いて、通訳の中川経子氏、平野加奈江氏他、大府センターの皆様の協力を得て、講習会は準備、運営された。

参加者 28 名の方々は、全国から集まられており、認知症をもつ方々の介護に関わる様々な施設において、様々な職種、立場で活躍されている方達で、非常に熱意ある姿勢で各セッションに参加されていた。4 日目には全員が無事コースを修了され、新たに 28 名のマッパーの方達が誕生した。微力ながらお手伝いできたことに今、大きな喜びを感じている。

初めて Apprentice という立場で講習会に参加して、多くの新たな気づきや発見があった。その中から、ここでは 3 つのことに触れようと思う。

第一は、パーソン・センタードであること。DCM 法のもつ力を十分発揮してケアの向上を図っていくには、関わる全ての人に対して、マッパーはパーソン・センタードであることが期待される。それは言葉で唱えるだけでなく、態度や姿勢を通して自然と伝わっていくことが実は重要であるということを改めて学んだ気がしている。例えば、今回、担当したセッション後に、私は Paul 氏からフィードバックを受けたが、「あなたはどう思いますか？」という相手への尊重、よい点の承認、さらなる改善の可能性について話し合うなど、パーソン・センタードな姿勢が、ユーモアとともにあふれていた。私達が DCM のフィードバックで行うことはまさにこれであり、その中でこそ、スタッフが安心してケア向上に向けて、前進し続けることができるのだらうと思われた。

第二は、全員がチームであること。水野先生が、講習会が始まる前に「全員がチームである」ということを話してくださった。関わる全ての人と協力し合いながら、必要があればいつでも他者の力を借りながら、4 日間を通して受講者の方達が PCC と DCM について最高の学びを得られるように努めよう、という意味であると私は受け取った。それは、DCM の実践においても共通するもので

ある。ケアチームの一員としての自覚を持ち、パーソン・センタードな態度で、関わる全ての人々と協力し合って、認知症をもつ方達ができるだけよい状態で過ごすことができるように努めよう、と言いかえることができよう。

第三には、他者に伝えることを通して、共に、そしてより深く学ぶということである。自ら語る中でこれまで当然視していたことに新たな疑問が生じる。また受講者の方からの質問を通して、また他者の意見を聞くことにより一層認識が深まるなど、4日間を通して度々経験された。PCCの理念を広める際もきっと、マッパーが一方的に伝えるのではなく、私達が学んだ事柄を投げかけ、問い直し、周囲の人たちとPCCについて話し合う中で、いっしょに理解を深めていくことではないか、ということに改めて思い至った。

最後に、今回は、最終セッションにおいて、地区の連携について日比野氏から説明があり、その後、東海、関西、関東の3地区に分かれて、受講者と各地区代表とが交流する時間を設けた。関西地区代表の中西誠司氏の参加も得て、3地区それぞれに、これまでの活動を紹介し、新マッパーの方達からは希望なども出していただき、人と人とのつながりや新たな活動のスタートを切ることができたように感じた。マッパーのネットワークやサポートについてはまだ走り始めたばかりであるが、この芽を皆で大切に育み、PCC&DCMの普及と展開に向けて、協力・連携の輪を広げていければよいと考えている。

3.B.②ベーシックコーストレーナー実習生（見習いトレーナー）

としての参加報告書

中村 裕子 （認知症介護研究・研修大府センター）

平成 18 年 3 月 14 日から 17 日、認知症介護研究・研修大府センターで第 4 回 DCM ベーシックコースが開催され、私はベーシックトレーナー実習生として参加した。DCM のフレームワークに基づき、2005 年 2 月に DCM 基礎ユーザー資格を取得、2006 年 1 月に上級ユーザー資格を取得、その後、ベーシックコース開催直前の 2006 年 3 月に認定評価者の資格を取得し、トレーナー実習生としてのデビューを果たす機会を得ることができた。

今回のベーシックコースに教える立場として参加させていただいて、気づいたこと、学んだことが多くあった。私は「よい状態・よくない状態の兆候、演習」と「カテゴリーコード付けの演習（パート 1）」の 2 つのパートを受け持つことになった。改めて配布資料を読み直してみると、「兆候」と「徴候」が混在していることに気づいた。言葉の定義ひとつとっても、曖昧な部分があると人に正しく伝える上で自信が持てないと感じ、言葉の定義の違いなどを調べ直すところからスタートしてみた。一つ一つ曖昧な部分をはっきりさせながら準備していく過程で、自分の受け持ったパートの理解がとても深まったように感じる。人は教えられる立場にいるより教える立場に回った時、より多くのことを学べるのだと改めて感じた。

今回の研修全体を通して学んだことを、以下の通りいくつか挙げてみる。

- ・講義のカリキュラム作成や担当者の割り振り、配布資料の確認など、研修の準備段階から非常にしっかりとシステム化されており、世界的に普及するノウハウが確立されていると感じた。
- ・時間枠や講義用スライド、配布資料が厳密に定められているが、一定の枠内で自分の工夫も活かせるようになっており、規定とオリジナルのバランスが絶妙である。
- ・ブラッドフォード大学のポール氏や講師のシャーロン氏はトレーナー実習生や研修生に対する関わり方を通して、自らパーソン・センタードを実践して見せてくれた。彼らの話の聴き方、伝え方はパーソン・センタードのモデルとして今後に活かしていきたい。
- ・ポール氏やシャーロン氏から度々時間配分に注意するようフィードバックを受けた。より伝わるようにと例示を多くしたり、解説を懇切丁寧にしようと心がけるとどうしても時間が足りなくなってしまう。正直言って、「どうしてこのパートの時間配分はこんなに短いのか。講義や演習が未消化のまま終わるではないか。」という不安が付きまといっていた。その不安からつい時間を延長してしまいがちだが、それが結果として他のパートを圧縮し、全体として未消化な終わり方を招いてしまう

ことに最後には気がついた。

今後の課題はいくつかあるが、一つ挙げるとすると、ベーシックコース修了生のフォロー体制の確立であろう。自分自身がそうであったように、このコースの主眼がマッピング技術の修得であると誤解すると、コース修了後もマッピングのスキルアップのみを目指しがちである。そうではなくて、マッピングはパーソンセンタードケアの理念を普及する為のツールであり、ケアの質の向上につなげる必要がある。ブリーフィングからマッピング、データ分析、フィードバック、アクションプランの作成までの一連のプロセスこそが大切である。これを確実に伝えるフォロー体制を作る必要があり、その為には修了生のネットワーク作りも欠かせない。

大府センターは新たにDCM推進室を立ち上げる予定がある。大府センターの一員として、今後は私も修了生のフォローやネットワーク作りに参加していけたら幸いである。

4.地域のネットワークについて

DCM 研修後のマッパーフォローアップのための取り組み

国立長寿医療センター 日比野千恵子

<報告内容>

(1) 地区の連携

- 1) 全国マッパー交流会・東海地区マッパー研修会活動報告
- 2) 情報提供の場:メーリングリスト、ニュースレター
- 3) 基礎コースでの最終ディスカッション

(2) マッパーフォローアップ活動に関するアンケートとその結果

- 1) マッパー交流についての情報提供についての結果
- 2) フォローアップ活動についてのマッパー意見

(1)地区の連携

1)全国マッパー交流会・東海地区マッパー研修会活動報告

関東地区を皮切りに関西、東海地区と輪番制に始まった交流会であったが、気がつけば会が発足してから1年が経過した。今年度の主な活動内容としては、DCMに関する現況報告、事例検討を通したフィードバックに関する検討、マッパーの実践報告の実施を行った。今年度の活動を通して、地区活動の準備期間となったのみでなく、地区と全国の活動の主旨を明らかにすることができた。

地区の活動については、今までは東海地区のみの発足であったが、平成18年2月に関東地区交流会が発足し、4月には関西地区交流会が発足する予定である。これを機に、全国交流会は3ヶ月に1回の輪番制の開催から年1回の大府センターでの開催へと移行する方向となっている。今後は、地区の活動に重点をおき、地区マッパーのネットワーク作りを踏まえたDCM活動の活性化を図っていくことを目指こととした。また、今後の課題として、3地区以外のマッパーのニーズに対応すべく手段としての新たな支部作りなどの検討して行かなければならない。

各交流会の目的と主な活動内容、活動状況は以下である。(議事録は、資料1参照)

* 全国マッパー交流会

各地区で活動するマッパーがそれぞれの活動を報告し、共有していく場。今後のDCMやPCCの普及についての検討を行う

(主な活動内容)DCMに関する現況報告、マッパーの実践報告および意見交換

(平成17年度の活動)第3回交流会:平成17年6月18日(土) 大府にて開催

第4回交流会:平成17年9月17日(土) 東京にて開催

第5回交流会:平成18年1月14日(土) 京都にて開催

* 地区マッパー交流会

マッパー同士のネットワーク作りの架け橋となる場。地区毎に、DCMに関する情報交換および学習を行う

(主な活動内容)複数マッピングの実施(信頼性テスト)、事例報告および意見交換、DCMに関する質問への対応・検討、地区マッパーネットワーク作り

(東海地区の平成17年度の活動)第3回交流会:平成17年6月18日(土) 全国交流会と同時開催

第4回交流会:平成17年11月27日(日)開催

(関東地区の平成17年度の活動)第1回交流会:平成18年2月11日、25日開催

2)情報提供の場:メーリングリスト、ニュースレター

平成16年、第2回基礎コース修了後、2回生有志によってマッパーの情報交換の場としてのメーリングリストが立ち上げられた。しかしながら、1、2回生全てのマッパーがメーリングリストの存在を知っているわけではなく、参加者は口コミで広がったといった状況であった。また、パソコンを持っていない、PC上のメールアドレスを持っていないというマッパーも見られ十分な情報提供や意見交換ができない状況であった。これらのニーズに対応していくことと、多くのマッパーが、DCMについての情報を収集でき、マッピングから遠ざかっていくマッパーが前向きに取り組むことができるきっかけとなつてほしいという意を込め、ニュースレターの発行を行うこととした。そして、平成17年12月に第1号DCMニュースレターJapanを発行し、1~3期生までの計58名のマッパーに送付した。(資料2 ニュースレター第2号)

また、今後のニュースレターの送付希望やメーリングリスト加入の案内は、第 1 号ニュースレターと共に同封したアンケートによって収集した結果から検討していくこととした。(2)アンケート結果参照)

＜メーリングリストとニュースレターの概要＞

メーリングリストでは、すぐに解決したい DCM に関する質問や意見、活動報告、交流会の案内についての情報提供を行う。そして、ニュースレターでは、日本における DCM の現況、マッパーの活動報告やコメント記事、各地区の交流会案内・報告を基盤にその時期に応じた内容を掲載していく予定である。

これらの情報提供により、マッパーの自主的な DCM の実践や交流会の参加を図っていきたいと考えている。

3) 基礎コースでの最終ディスカッション

平成 18 年 3 月 14～17 日にかけて、第 4 回 DCM 基礎コース研修会が開催された。今回の研修会では、最終ディスカッションとして、地区連携についてのセッションを企画していただくことができた。これからマッパーとして活動していく 4 期生に対し、今までのマッパーフォローアップ活動としての交流会、ニュースレター、メーリングリストの紹介を行った。(資料 3)そして、各地区代表も出席し、各地区に分かれて顔合わせ並びに地区の活動状況について報告が行われた。地区単位での顔合わせは今回、初めての試みであったが、大変和やかな雰囲気で行われ、有意義な時間となった。

研修を修了したマッパーのこれからどうしたらいいのかという不安に対し、今後の交流の場を明確に提示し、連絡者(各地区代表)を把握することで、DCM 活動を実施していくための動機付けができたのではないかと考える。研修修了後、DCM を展開していくには、いくつもの壁を乗り越えていかなければならないマッパーも多くいると予測すると、地区の交流はこれらの悩みや疑問を表出する場となるだけでなく、経験豊富なマッパーとマッピングすることによって、マッパーとしての知識・技術・態度を身につけていくことが可能となる。さらに、地区での活動の活性化は、日本における DCM の普及に寄与していくと言える。

(2) マッパーフォローアップ活動に関するアンケートとその結果

研修を修了し、マッパーがとして活動していく上でのサポートは必要不可欠であると言える。机上で学んだコーディング法を高い信頼性を持ってマッピングを行うには、マッピング技術の向上を図っていかねばならない。また、マッパーとしてパーソン・センタードな態度で施設職員や利用者に関わっていくための基本的な態度も習得していく必要があると考える。さらに、マッパーとして、認知症ケアに従事する者として、DCM の概念であるパーソン・センタード・ケアについてより理解を深め「その人らしさを維持したケア」の実践へと結び付けていくことができるための学びの場が必要である。

今まで、交流会やメーリングリストによる情報提供という形でフォローアップを行ってきたが、活動を行う中で①交流会やメーリングリストに参加できないマッパーが多数存在している②マッピングする機会がなく参加できない状況にあるマッパーがいる③研修を修了したマッパーのフォローアップをする具体的なシステムが設けられていないという問題が浮き彫りとなった。

そこで、現活動を見直し、今後更に活発な活動と情報提供を目指すべく手段として、大府センター DCM 基礎コース修了生(1～3 期生)58 名を対象にマッパー交流会に関する情報提供とマッパーフォローアップについてアンケート調査を実施した。(資料4)

<アンケート結果>

* アンケート回収率:50%(マッパー58 名中、29 名より回答)

* 各地区内訳;関東(東北・北海道・甲信越地区含む)地区:10 名、東海地区:7 名、
関西(中国・四国地区含む)地区:12 名

1) マッパー交流についての情報提供についての結果

1. メーリングリスト参加状況とニュースレター送付希望状況

メーリングリストに「参加している」:19 名、「参加していない」:8 名、「知らなかった」:2 名であった。「参加していない」「知らなかった」と答えたマッパーの全員が今後のメーリングリストの参加を希望し、ニュースレターについては、全てのマッパーが送付を希望するという結果であった。

2. ニュースレターの内容に関する希望

「実際のマッピング体験記」、「活動報告」への希望が最も多く見られた。次いで、「研修会、交流会の案内」であった。その他に、「トレーナー & 水野先生への質問コーナー」、「各地区マッパーからの一言コーナー(DCM に関すること、本の紹介などなんでも OK)」、「DCM の最新情報」についての内容の希望が見られた。

3. マッパー交流会の認知度と参加状況

全国交流会について、「知っていた」:22 名、「知らなかった」:7 名と認知度はあるものの、参加状況については、交流会に「参加したことがある」マッパーは 9 名と 4 割であった。交流会に、参加できない理由として、「勤務や日程の都合や合わず参加できない」という意見が多くみられた。また、「遠隔地のため困難」「経験が少なく参加できない」という意見もあった。今後の地区交流会開催について、9 割のマッパーが参加を希望。

4. 全国交流会での活動内容についての希望

「他府県の活動報告」や「DCM の最新の動き、今後の展開」「実践報告や研究発表」についての内容

を取り上げてほしいという希望が最も多く見られた。その他に、マッピングに関する学習や意見交換といった、現活動の継続への希望も見られたが、「DCM の展開や普及に関する意見交換と分科会の開催（研究会活動、研修、一般啓蒙、翻訳など）」や DCM のみならず、「認知症に関する講演会・シンポジウムなどの企画、開催」、「ブラッドフォード認知症ケアグループの講師による講演会の開催」など、今後、学会へと発展していくことができるような動きとなる活動を希望する意見も聞かれた。

5. 地区交流会での内容に関する希望

また、次年度より 3 地区での地区活動を開始することにあたり、各地区マッパーからの希望を募ったところ、どの地区のマッパーも、「マッピング経験の場」としての希望が最も多く見られた。また、「マッピングについての体験・疑問などの情報交換」、「勉強会の開催（講義、ケース、複数マッピングなど）」、「近隣での活動や活動予定に関する情報交換」といった、実践を中心とした活動を希望している。

2) フォローアップ活動についてのマッパーの意見

前回実施したアンケートの結果において、研修会修了後、「DCM を行う機会をもてない」、「マッピングに自信がない」、「交流会も DCM を実施していないと参加しにくい」などの意見がきかれた。この現状に対し、今後、マッピング経験の少ないマッパーを対象にフォローアップの研修を実施などのフォローアップ活動強化の必要性を感じ、アンケート対象マッパーに、フォローアップ活動に対してどのように考えているのかについて自由記述での質問を行った。

1. フォローアップ活動に関する意見の結果

様々な意見が寄せられたが、大きく「フォローアップ研修システム」、「学習環境の提供」、「現交流会活動」、「DCM 普及活動」の4つのカテゴリーに分けた内容に関する意見があった。（資料5）

具体的に、マッピングスキルの向上や再教育の場としてのフォローアップ体制のシステム化、それに準じて、マッパー2 名で展開できる環境の提供や学習の場への希望が聞かれた。また、現交流会こそフォローアップ活動に値するのではないか。交流会の充実が先決ではないかという意見や開催回数などの具体的な意見もあった。さらに、DCM 普及活動をするべきという意見として、ネットワーク作りの強化よりも国の助成金を受けて研修が行われたためそれを還元するべき活動を行うべきという意見も聞かれた。

3) まとめ

今回のアンケートを実施することでマッパーのニーズの把握を行うことができた。思いのほか交流会の認知度はあり、勤務などの諸事情により参加できない状況があること。海外で修了したマッパーのサポートを受けて経験を積んでいる者もいること。その反面、マッピングする機会を得ることができずにおり葛藤し続けている者もいることを把握することができた。また、これまでの活動において多くのマッパーも指摘しているように、全国と地区の交流会の区別が明確ではなかった。しかし、年々ではあるが少しずつ体制を整えながら前進することができている。そして、今回のアンケート結果はその成果の評価と今後の方向付けに大いに参考になるものであった。

私を始めとする各地区代表のマッパーの願いは、日本のマッパーが日本で DCM を広め、ケアの質の改善に寄与することである。その為に手段として、交流会という意見交換の場でネットワークを広げていくこと。交流会という場を通して PCC や DCM について学び深める場とすることであり、現状況において、十分な活動ができていない事実はあるが、決して、仲間内での会存続のための活動を行っているのではないことを理解していただきたい。今回の結果を次年度活動に生かし更に充実した交流会の開催、情報提供を行っていきたいと考えている。

第3回全国マッパー交流会および第3回東海地区研修会議事録

1. 日にち:平成 17 年 6 月 18 日(土) 10:00~17:00
2. 参加者:(会議+マッピング)可知、木野、金山、塚本、浅井、藤澤、村田、小川、佐々木、日比野
(会議のみ)水野、鈴木、中西(敬称略) (敬称略)
3. 場所:研修会メイン会場—認知症介護研修・研究大府センター
マッピング会場—相生 (老健、グループホーム)
ルミナス大府 (老健)
4. 内容:午前1)活動報告会(学会についての報告、東海地区活動報告など)
2)検討会(フィードバックに関する事項)
午後1)マッピング(1.5h)の実施
2)フィードバック(15 分程度) * フィードバック時間は、施設スタッフと相談

<活動報告>

各マッパーからの、以下の内容の活動報告がされた。

- * 中村(千)、小川、中西、村田;第 39 回 OT 学会ワークショップ開催報告
- * 鈴木;BCC に関する研究の学会提出報告
- * 浅井、宇野、藤澤、佐々木、日比野;国立長寿医療センターでの活動の学会提出報告

<フィードバックについて>

今回は、前回フィードバックについて検討していくという方向性が出た為、どのように進めていくかなど具体的なフィードバックのあり方について検討を行った。

* 困難な点

- ・ミーティング時間が取れない
- ・スタッフの反発がある;DCM に頼るな。DCM だけが全てではない。
- ・DCM での観察項目がどういうものなのかを相手が把握し、PCC にスライドさせていくことが難しい
- ・交代勤務で、タイムリーにマッピングを受けたスタッフに結果を返すことができない など

* 効果として認められやすい点および方法

- ・PD、PE をしっかりと伝えることでフィードバックしただけの改善点が見られた
- ・デンマーク方式のグラフの活用は有用である
- ・関わる人の考えが変わるようなフィードバック方法が必要
- ・DCM を通してスタッフが自己のケアに対して一つでも発見(良い点、良くない点)できればいいのでは? など

→次回は、フィードバック方法をそれぞれの経験から報告、検討を行う。

各自、サマリーや PE の記録などを持ち寄り検討していく。

<今後の交流会、研修会の方向性>

全国交流会では、方向性を出していくための意見交換をメインとし、今まで行ってきたマッピングは必ずしも必須としない。マッピングの経験は地区単位に下ろしていく方向で検討していく。次回は、9 月関東地区開催。

第4回全国 DCM マッパー交流会議事録

1. 実施日時：平成 17 年 9 月 17 日(土) 13:00～16:30
2. 場所：認知症介護研究・研修東京センター
3. 参加者：内田、塚本、蛭田、中村(裕)、水野、村田（敬称略）
4. 内容：1)参加者近況報告
2)フィードバックについて～事例報告と討議
3)今後の活動に向けて話し合い

<フィードバックについて>

フィードバックのやり方や内容については、様々な条件を考慮の上、マッパーの裁量に委ねられている面がある。今回、4つのフィードバック事例の報告があったが、実際、その方法や内容には差異が見られ、参考になる点が多かった。

話し合いの主な内容は以下の通りであった。

- ・ ブリーフィングを数回行う、パーソン・センタード・ケア(以下、PCC)に関する勉強会を行っている例もあった。～フィードバックがうまくいくためには、フィードバックそのものだけでなく、まず PCC や DCM についてスタッフに理解してもらうための働きかけ(準備)が重要ではないか。
- ・ PD の伝え方が難しい、つい口ごもってしまう。～「例えば物理的環境の制約などに触れて、フォローを入れながら、PD を報告している」例や、また、「簡単なロールプレイを行い、認知症があってもなくても同じではないでしょうか、と投げかけている」などの方法もあることが出された。
- ・ PEを中心に報告したところ、「そんなことは当然のことです」という反応を示された。しかし、他の参加者からは、PE の報告を聞くと、スタッフにとっては自信につながり、自分の場合うれしかった。
- ・ M+1がずっと持続するような場合、瞬時に見られた O や L など他の行動が、(メモには残しても)コード付けの上では残らないことになる。何らかの方法で記録に残せる方法を考案できないか？
- ・ 個人サマリーの各項目(QOL についてのコメント、全体的なコメント)にどのような内容を書けばよいのか、わかりづらい。もっと書きやすい書式を検討することもよいのではないか？
- ・ マッピング直後にスタッフの話を聞くなどコミュニケーションをとることで、マッパーに対する構えがとれたように感じた。
- ・ 生データシートの一部を示しながら、その時の状況を具体的にふりかえり、スタッフに気づいた点など問いかけていく方法も報告された。(この方法はマッパーの中村千枝さんからの学び)
- ・ フィードバックは、一方的に「ああせよ、こうすべき」というものではないはず。むしろ、DCM の結果を通して、スタッフが本来有している情報や参加者が有しているリソースに気づき、それらが活かされるようにファシリテート(促進)する役割を果たすことができればよいのではないか。

<今後の活動について>

- ・ 修了生全体の取り組みとして、フィードバックについての研究は今後も交流会で継続的に取り組んでいく。事例にもとづいて話し合う方法がわかりやすくてよかったが、マッピングを実施していない人の場合、「事例を持ち寄る」と言うと、かえって参加しにくくなるのではないか。先輩マッパーの経験談を聞く機会もほしい。
- ・ 次回の全国交流会は、12 月で関西開催。今後、地区単位の活動も、東海以外に、関西・関東でも実施していきたい。地区の中で知り合い、気軽に相談できるネットワークを作っていきたい。
- ・ 交流会のお知らせは、今後、メーリングリストだけでなく、郵送で連絡する。

第5回全国マッパー交流会議事録

1. 日にち:平成 18 年 1 月 14 日(土) 13:00~16:00
2. 場所:京都テレサ
3. 参加者:水野、奥宮、山森、村田、日比野、中村(裕)、中西 (敬称略)
4. 内容:1)活動報告および意見交換 ①ブリーフィングの進め方
②DCM の取り組みからフィードバック方法の検討
2)今後の運営に関する話し合い ①今後の全国交流会の持ち方について
②ニュースレターの作成の今後の予定について

<活動報告および意見交換>

- ① 中西さんより、研修形式のブリーフィング実施による報告と意見交換
 - ・ブリーフィングと教育の境目がわかりにくい。対象者の状況や、説明にかけることができる時間により、ケース・バイ・ケースであろう。
 - ・自分がするときには DCM の説明を半分、パーソン・センタード・ケアの説明を半分位している。
 - ・ブリーフィングの時にはできるだけ、聞いている側に想起を促すような(自分が認知症ならどうか?といったような)投げかけをしている。
 - ・マッパーの立場を最初に丁寧に説明する。
 - ・DCM の事例を話すことでイメージが付きやすい。
 - ・DCM ではどのようなことをするのかという内容を最初に話し、それはなぜそうするのか(パーソン・センタード・ケアへ結びつけるような内容)を説明すると、受ける側は聞きやすいのではないか。
 - ・ブリーフィング用のスライドを作る際には、DCM やパーソン・センタード・ケアに関する正確な記述をしなければ、誤った理念、方法が伝わってしまうため、細心の注意を払う必要がある。
- ② 山森さんより、自施設における DCM の取り組みについての報告と意見交換

昨年に取り組んだ施設での実践報告が行われた。Mapping に関する結果報告に加えて、職員に対し DCM についてのアンケートを実施した報告もなされた。特にディスカッションとして取り上げたのは、フィードバックの中で、「BCC のグラフの示す内容をどのような読み取り方で返したらよいのか」というものであった。以下にその意見を記す。

 - ・そのときに生じている WIB 値との関連で説明してはどうか。
 - ・BCC の上位に現れたものを分析して返す方法をとっている。
 - ・DCM では、個人を見る場合と全体を見る場合がある。BCC や WIB も状況に応じて分析すると効果的になる。

<今後の運営に関する話し合い>

- ① 今後の全国交流会の持ち方について
 - ・今回で、輪番制の交流会は一巡した。前回の班会議でも話が出たが、マッパーの参加しやすさを考えると次回からは大府での開催が望ましいのではないだろうか。
 - ・次回開催は、次年度に繰り越すこととし、次回班会議で、場所および開催月を決定する。
- ②ニュースレターの作成の今後の予定について
 - ・昨年 12 月にニュースレター第 1 号を発行した。今後も年 4 回発行ができればと考えている。
 - ・次号は、今回の交流会の内容を特集記事とする。山森さん、奥宮さんに執筆依頼。

第 4 回東海地区マップパー研修会議事録

1. 日にち:平成 17 年 11 月 27 日(日)10:00~12:00
2. 場所:国立長寿医療センター
3. 参加者:浅井、杉浦、藤澤、佐々木、近藤、日比野、中村(裕) (敬称略)
4. 内容:1)全国班会議の報告
2)基礎コースのあり方を考える
3)地区交流会のあり方を考える

<全国班会議報告>

別紙、全国班会議の議事録(9 月開催)に基づき参加者に報告。

<基礎コースのあり方についての意見(1 回から 3 回までの基礎コースを踏まえて)>

- ・無料の研修だからもっと課題が出されてもいい
- ・研修後の課題を出してもらおうが、研修生としても施設内でマッピングしやすいのではないか(申し込み時点でカリキュラムに組み込まれていると、施設長に申し出やすい)
- ・PCCを広める役割を修了生が担っていると思うが、それがあまりできていない
- ・民老協など、施設長向けの案内を出して、ブリーフィングを行う
- ・フィードバックのロールプレイなどイメージが付きにくかったので、ビデオ教材があるとよい
- ・マッピングは時間がかかるので、ベーシック修了後一連のプロセスを体験できるとよい
- ・施設長クラスの人が参加すると、実践しにくい。1 人でマッピングするのは難しい
- ・PCCの講習に施設長と現場リーダーが参加できるとよい
- ・管理者向けのPCCコースを設定して、施設ぐるみで取り組むところをつくったらよいと思う
- ・実施した施設がどう変化したか追跡できていない。モニタリングシステムがあればいいのでは
- ・マッピングできないのは、研修内容とは別の問題だと思う
- ・本や雑誌の記事からよい影響が出ていると思うので、もっと活用すればよい
- ・研修後の意見をもっと集めて活用すればよい

<地区交流会についての意見>

- ・マッピングの実施に関して必要かどうかと意見が分かれるところであるが、ベテランと組んでマッピングをしてみるのは必要だと思う
- ・介護の質、職員の意識、利用者の変化などに向けてのデータの活かし方を学びたい
- ・地区交流会をベーシックコースのフォロー研修としての位置づけとしてはどうか
- ・ブリーフィング、マッピング、フィードバックの計 3 日間の研修を年 2 回くらいのペースでやってはどうか
- ・年 2 回の研修と年末の反省会開催として、年間予定を早めに立てて皆が参加しやすくする
- ・年 2 回の内のどちらかでも参加して、一連の過程を体験する場にする

<まとめ>

東海地区の活動は、今年度で 1 年を迎えた。今までの活動の見直しおよび今後の活動性の方向性を検討する会として、第 4 回研修会を実施した。話し合いにより上記意見が聞かれ、来年度の活動目標の立案と方向性を見出すことができた。計画の詳細は、次年度さらに東海地区のマップパー達がネットワークを広げながら活動していくことができるように練っていきたいと考えている。

DCM ニュースレターJapan no.2 2006.3.1

全国のマッパーの皆様へ

早いもので、今年度も、あともう少しです。今年度も、何とか DCM 基礎研修を行うことができることになりました。日程は、3月14日（火）から17日（金）までの4日間です。今回は、いつもの日比野さんと私に加え、見習いトレーナーとして新たに、村田康子さん（第2期生）、中村裕子さん（第3期生：大府センター研修部）が参加される予定です。研修最終日には、最後のセッションとして、参加者の出身別に全国3地区に分かれて、交流を図ろうと思います。そのほうが、研修修了後のフォローアップがスムーズになるのではないかという意見があったためです。

ご承知のとおり、例年の研修会は、厚生労働省からの事業費によって運営されています。そのため、報告書を作成しなければなりません。昨年度は、はじめての試みとして、皆さんの活動内容を載せました。今年度も引き続き、卒業生の活動を載せたいと思います。趣旨は、国の事業費で研修を行った成果がいかに関国に普及しているかを示すものですので、狭い意味の研究だけでなく、地域での講演、勉強会などの報告も歓迎します。当然、研究発表についても、論文、口演問わず募集します。

水野 裕

<アンケートにご協力ありがとうございました>

アンケートの結果を簡単に報告させていただきます。アンケートの回収率は46.6%で、マッパー58名中、関東（東北・北海道・甲信越地区含む）地区：10名、東海地区：6名、関西（中国・四国地区含む）地区：11名でした。アンケートの回答をいただいたマッパーのうち、現在のメーリングリストに参加しているマッパー：18名、参加していない：7名、知らなかった：2名という結果でした。「参加していない」「知らなかった」と答えたマッパーの方全員が今後のメーリングリストの参加を希望し、ニュースレターについては、全てのマッパーの方が送付を希望するという結果でした。

マッパー交流会については、全国交流会の認知度は低く、参加状況についても、勤務や日程の都合や合わず参加できないという意見が多く寄せられました。また、地区交流会開催については、9割の方が参加を希望されています。

これら皆さんの意見を反映し、交流会を活性化できるよう体制を整えていきたいと考えています。尚、アンケートの詳細は、報告書にて報告させていただきます。

日比野千恵子

＜第 5 回全国交流会が開催されました!!＞

去る、平成 17 年 1 月 14 日、京都にて DCM 全国交流会が開催されました。参加者は 7 名で、ちょっと会場が広すぎるくらいでしたが、内容の濃い交流会になりました。実践報告とそれについてのディスカッションが 2 件。それに続いて、先日行われたアンケートを概観しながら、今後の運営についての検討が今回の交流会の内容です。

私のほうからは、実践報告の 1 題を担当し、はじめて自施設以外で DCM を実施したときの報告をしました。今回の対象施設は、昨年の日本作業療法学会で DCM を報告したときに、聞きに来ていた聴講生からの問い合わせで、DCM 実施にいたったケースです。私の報告に対するディスカッションの主なテーマはブリーフィングの進め方についてです。まったく初めての施設なので、できるだけ受け入れてもらいやすくするために、1 時間ほどかけて、研修形式でブリーフィングしたのですが、その内容について、次のような意見が交換されました

- ブリーフィングと教育の境目がわかりにくい。対象者の状況や、説明にかけることができる時間により、ケース×ケースであろう。
- 自分がするときには DCM の説明を半分、パーソン・センタード・ケアの説明を半分位している。
- ブリーフィングの時にはできるだけ、聞いている側に想起を促すような（自分が認知症ならどうか？といったような）投げかけをしている。
- マッパーの立場を最初に丁寧に説明する。
- DCM の事例を話すことでイメージが付きやすい。
- DCM ではどのようなことをするのかという内容を最初に話し、それはなぜそうするのか（パーソン・センタード・ケアへ結びつけるような内容）を説明すると、受ける側は聞きやすいのではないか。
- ブリーフィング用のスライドを作る際には、DCM やパーソン・センタード・ケアに関する正確な記述をしなければ、誤った理念、方法が伝わってしまうので、細心の注意を払う必要がある。

参加者はこれまでの経験や、また、経験がなくても、それぞれの立場から意見を出しあっていたように思います。私自身も、それほど多くブリーフィングをした経験があるわけではないので、参加者のみなさんにご報告したことで、これまで気づけなかったような貴重な意見をたくさんいただきました。

これまでも交流会が時々開催されていますが、「参加することに意義がある」ということを毎回感じます。私自身も、実際にはなかなかマッピングできないのですが、誰かが少しでも行っていると、その経験を聞くだけでも、大変勉強になります。また、終了後に親睦会が開かれましたが、同じ認知症の方に関わる専門職として、パーソン・センタード・ケアの考え方を共有できる仲間として、大変楽しいお酒になりました。

ほとんどマッピングの経験がないという方でもぜひ、一度参加してみませんか？これからもうすればみなさんが参加しやすいかを検討しつつ、開催を重ねたいと思いますので、振るっての参加、お待ちしております。

2 期生 中西 誠司

＜報告：真にその人を中心としたケア（パーソンセンタードケア）を目指して＞

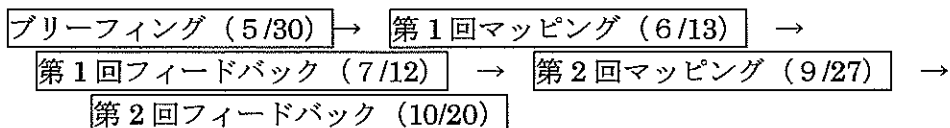
～自施設におけるDCMの取り組みについて～

3 期生 山森 和也

2005 年の第 3 回目の「パーソンセンタードケアと DCM 法」研修会を受講させていただいてから、約 1 年が経過しました。当院としてはようやく取り組みをはじめたばかりなのですが、今回京都での全国交流会に拙い報告をさせていただいたこともあり、この場をお借りし実践報告をさせていただくこととなりました。よろしくお願いします。

当院での取り組みについてですが、まずパーソンセンタードケア（PCC）と DCM について病院スタッフに知ってもらうために研修終了後の 3 月 30 日に 55 名の参加を得て研修報告会を開催しました。研修終了後にアンケートを行ったところ、やや難しいながらも理解できたとの感想が多く寄せられていましたが、一部に「理念は理解できるが、それはあくまで理想である」との感想も聞かれていました。決して PCC は理想ではなく、DCM も活用できるものであるということを示す必要があるのではないかと考えました。

そこで、院内で実際にマッピングを行い、その結果を毎年秋に行われている院内症例研究発表会にて報告し、広く PCC・DCM についてアピールすることにしました。そのマッピングの場を選んだのは当院のデイケアでした。当院のデイケアは H16 年の 4 月に開設された精神科デイケアですが、1 日の利用者が毎回 10 名以下でなおかつ半数以上が認知症の診断を受けた利用者という環境であるため、マッパー初心者である当方でも行いやすい環境であったことと、このデイケアが同部署（コメディカル部）であり理解を得やすい、その利用者の中に実際にスタッフが対応に困っている利用者が存在していた、などが実施の理由でした。また今回はマッピングを行った効果を示す必要があったため、ブリーフィングを行った後に約 3 ヶ月のインターバルを空けてマッピングとフィードバックを同じ利用者にて 2 回づつ行い、その効果を検証するという形で行いました。



結果、1 回目のマッピングと 2 回目のマッピングの際の WIB 値の比較ではグループでは 0.1 ポイントの上昇、PE の増加と PD の減少、個別では平均 WIB 値で 0.7 ポイントも上昇させる方が居られるなど、明らかなケアの質の上昇が見られました。

第 2 回目のフィードバック実施後にスタッフより、「フィードバックにおいて自分たちの悪い対応を指摘されるのではと思ったが、よい対応を重点にポイントが整理され、今後のことについて前向きに考えられた。また機会があればマッピングを受けたい」との感想が聞かれました。ただ、「マッピングについては監視されているようだった」との声も聞かれたため、今後マッピングを行う際の課題となってくると思いました。

11 月 25 日に院内症例発表会にてマッピング結果に絡めて、研修報告会以来、再度 PCC の理念について発表させていただきました。当院での取り組みは、ようやくスタート台に乗ったばかりです。まだまだ若葉マークの外せないひよっ子マッパーですが、ゆっくりと地道に取り組んでいきたいと思えます。

DCM 全国交流会に参加して

2006 年 1 月 14 日（土）京都テresaで開催された交流会に始めて参加した。今までも参加の機会はDCMネット上で情報を得ることはできたが、実現できずにいた。今回の参加人数は少なかったが、水野先生、日比野さんを中心としてそこに集まった同窓生の思いは大きいと感じた。DCM は認知症介護の質を上げるための国の補助事業として大府センターが中心となって実施し、その適正性が問われ、尚且つ結果を出さなければならない。そのためには、修了生もできる限りの支援をすることで DCM 法を全国に広め、その効果を上げるためのネットワークや会議などの体制作りを検討する必要があるのだと感じた。今回は、DCM国際会議（2期生村田氏）や実践報告（3期生山森氏）、DCM講演報告（2期生中西氏）を聞き、各自の実践の振り返りやその共有をこの場で（交流会の中で）実施することの意味の大きさを実感した。DCM研修は全国よりの参加のため1回・20名の枠の中で各県から数名（静岡県は現時点で2名？）と少なく、日々不安ながらも実施している現状がある。果たしてこれで良いのかと悩むことも多い。そんな中でこの会に参加して思う存分話し、返していただけるのは有り難い。自分としては考えも付かない返しがあったり、頑張りを認めてもらえたりで、ハッとしたり、うれしかったりの一時を過ごすことができた。最初は参加することに多少の戸惑いはあったが、参加して交流会全体を身近に感じることができ、今後も参加しやすくなったと思う。是非みんなの力でこの会を活性化させなければと思った。

2期生 奥宮さだ子（看護師）

<その他の報告>

・第1回関東地区交流会が開催されました

2月11日・25日に、3期生の原由美子さんの勤務先である特別養護老人ホームにて、初めて関東地区交流会を実施し、2名の参加がありました。今後の予定はまたメーリングリストでご案内します。問い合わせは村田まで。

<今後の活動・情報>

- ・全国交流会 ～来年度（4月～）に開催予定です。次号でご案内します。
- ・第40回日本作業療法学会 ～「認知症をもつ方に対する作業療法を再考する」というテーマで、PCCとDCMに関するワークショップを昨年に引き続き、受講生のOTで開催します。
平成18年7月2日（日）9:00～10:30、国立京都国際会館です。
- ＊DCMメーリングリスト（マッパの集い）のご案内
参加を希望される方は、下記にアクセスし、メーリング参加登録を行ってください。パソコン・携帯メールいずれでも可能です。[（Owner-dcm@freeml.com）](mailto:Owner-dcm@freeml.com)へ。
- ＊DCMニュースレターJapanは年4回発行予定です。編集は、村田康子を中心に現在のところ有志で行っていますが、今後は正式な組織として運営できるよう検討していきます。
- ＊住所やニュースレター送付先の変更の場合は、下記へご連絡ください。
また、皆様の投稿や情報提供もお待ちしています。どうぞよろしくお願いいたします！

連絡先：村田康子

あなたも今日からマッパーです

DCM研修を終えてから

マッパーの交流&ネットワークについて

まずは、実践が大切！

DCMはやって見なくては分からない！
やればやるほど、面白さと奥深さが分かる！

しかし・・・
現場でのハードルは高く、立場もあり・・・
マッピングがなかなかできない現状もある

大府センターが中心となった
現在行われている情報交換の場

- ・メーリングリスト
- ・DCネット上でのフォーラム
- ・DCMマッパー交流会(全国、地区)
- ・ニュースレター(年4回発行)
- ・(リフレッシュセミナー)

メーリングリスト・ニュースレター

- ・交流会の案内と報告
- ・マッピングで生じた疑問や感想などの意見交換
- ・DCMに関する情報の公開や伝達
- ・活動報告



連絡先 

<メーリングリスト>

- ・オーナーは2回生の小川さん
- ・owner-dcm@frecml.comあるいはogawa@iglor.jpへ

<DCネット>

- ・高齢者認知症介護研究研修センターのホームページ
- ・フォーラムに入るにはID登録が必要
- ・<http://www.dcnets.gr.jp/>へ

全国マッパー交流会

各地区で活動するマッパーがそれぞれの活動を報告し、共有していく場。今後のDCMやPCCの普及について話し合う場。

- ・ 昨年の主な活動内容
DCMに関する現況報告
フィードバックに関する検討;事例検討
マッパーの実践報告
- ・ 今後の予定
今年度は輪番制で実施。来年度は検討中。



地区交流会

マッパー同士のネットワーク作りの架け橋となる場。
地区毎に、DCMに関する情報交換、および学習を行う

・主な活動内容

複数マッピングの実施(信頼性テスト)

事例報告および検討

DCMに関する質問への対応・検討

地区マッパーネットワーク作り

・各地区代表者

関東:村田康子 関西:中西誠司

☆ ☆ 東海:日比野千恵子

最後に

これまでに受講されたマッパー達も、各地で地道に活動を展開しています。

マッパーのネットワークやサポート体制作りは取り組み始めたばかりで、まだ十分とは言えませんが、ぜひ参加していただき、いっしょにDCMの実践を通して、PCCを日本で広めていきませんか。



あとは、地区単位で...

マッパー交流についての情報提供と フォローアップについてのアンケート

() 期生 氏名 ()

<第1部>

1、メーリングリストについて

現在、パソコン上のメーリングリストによって、マッパー同士の意見交換や交流会の案内などをお知らせしていますが、今回、携帯でのメーリングリストの送受信も可能となりました。そこで、マッパーの皆さんにメーリングリストについてお伺したいと思います。

該当するものに○をつけてください。

① 現在、あなたはメーリングリストに参加されていますか？

- 1) 参加している
- 2) 参加していない
- 3) メーリングリストがあることを知らなかった

* 携帯でのメーリングリストの配信を希望される方は、登録をお願いします。

(すでにPC上で参加されている方で希望される方は再登録してください)

② 参加されていない方で、今後メーリングリストの参加を希望されますか？

1) 希望する

* 希望される方は、owner-dcm@freeml.com に、氏名、第何回生かを記入の上メールをしてください。登録方法のメールをお送りいたします。

2) 希望しない

2、ニュースレターの送付について

①今回から、交流会・研修会の案内や報告などのためにニュースレターを発行することになりましたが、あなたは送付を希望されますか？

- 1) 希望する (送付先: 自宅 職場)
- 2) 希望しない

③ ニュースレターの内容で何か希望されることはありますか？

3、マッパー交流会について

現在、全国交流会の他に各地区でのマッパー交流会の開催を検討しています。
そこで、交流会について伺います。

①あなたは、全国交流会が開催されていることを知っていましたか？

- 1) はい
- 2) いいえ

④ あなたは、今までに全国交流会に参加されたことがありますか？

- 1) はい
- 2) いいえ →理由：

④あなたは、各地区で交流会が開催されるのであれば、参加を希望されますか？
勤務の都合によっては参加を希望される方も「希望する」に○をつけてください。

- 1) 希望する→（ 地区）
- 2) 希望しない

⑤ 交流会に参加を希望される方にお聞きします。

交流会では、どのような内容を希望されますか？

- 1) 全国交流会

- 2) 地区交流会

<第2部>

前回の 1、2 回生対象としたアンケートの結果では、研修会修了後、「DCM を行う機会をもてない」、「マッピングに自信がない」などの悩みも聞かれました。「交流会も DCM を実施していないと参加しにくい」などの意見も聞かれています。

このことを踏まえ、今後、マッピング経験の少ないマッパーを対象にフォローアップの研修を実施してはどうかという意見が出ています。あなたは、どのように思われますか。

ぜひ、あなたの意見や希望などをお聞かせください。

ご協力ありがとうございました

フォローアップ活動についてのマッパーの意見

＜フォローアップ研修システムについて＞

- * 自己のマッピングスキルの確認のためのフォローアップ研修が必要
- * フォローアップの機会が必要であると強く感じる
- * 研修終了後にマッピングを経験する機会がなく自信がもてない。再教育の場がほしい
- * 今までの日本での冷が少ない分、基礎コースだけでは不十分なのではないか
- * DCM 研修の一環としてフォローアップ研修を設定していくと参加しやすかったり、現場に広げやすいのではないか

＜学習環境の提供について＞

- * マッパー2 名でマッピングのできる環境を整えてほしい
 - 以下の条件があれば活動しやすい
 - 1) 組織管理者の DCM 活動に関する理解がある
 - 2) 組織の中に 2 名マッパーが存在する
- * 復習できる会、理想のフィードバック・ブリーフィングを見て感じて学べる場があるといい
- * マッパー現場実習や事例検討などの開催
- * PCC の理解を深める勉強会があれば参加したい

＜現交流会活動について＞

- * 全国交流会、地区交流会と様々な研修会があり迷う部分がある
- * 年 1.2 回程度の開催でいいのではないか
- * 地区交流会は、近くでの開催でありとても勉強になった。地区の開催も必要である
- * 交流会自体がフォローアップ活動の場となっているのではないか。まずは、交流会の充実を図ってほしい
- *モチベーション維持のためにも、交流会の体制作りは必要

＜DCM 普及活動について＞

- * 理解してくれる仲間作り、DCM の認知度を高める活動が必要
- * 国からの助成を受けているのであれば、交流会定着をめざすよりも日本での上級者研修、施設間評価・交流、PCC に関する課題に取り組むべきである
- * 1 拠点による実践報告会の開催とそれに付随して発展的な討議の場が必要

＜その他＞

- ・交流会とは別に親睦目的の会があってもいい→同窓会など

5. まとめ～今後の展望～

今後の展望

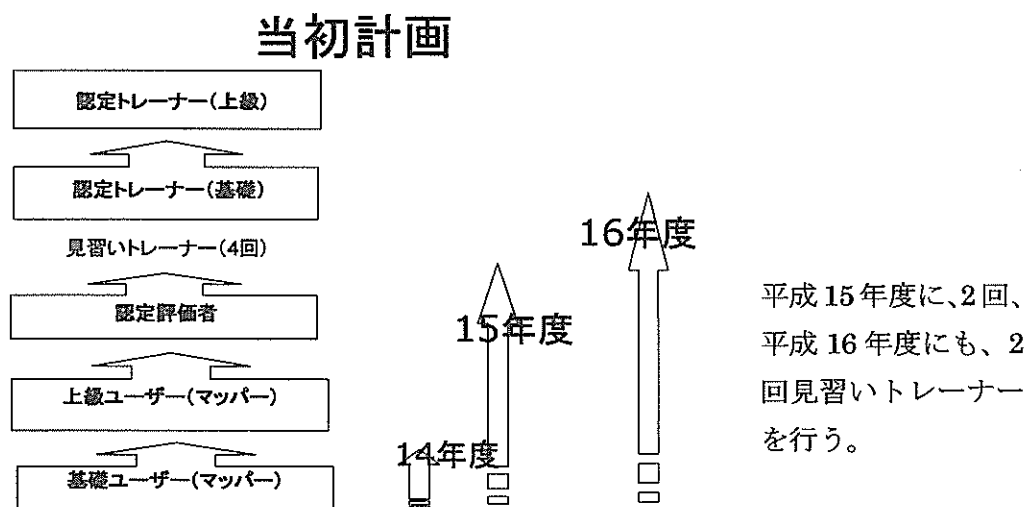
文責：水野 裕

当初、私が、平成 14 年度後半に「パーソン・センタード・ケアと DCM（認知症ケアマッピング）法」の導入事業を始めたとき、通常の国の研究事業が、通常 3 年間であることに習い、3 年間で導入を図る構想を立てた。導入のためには、日本人の講師を養成する必要があるため、具体的な目標は、日本人トレーナーの養成であった。

すなわち、

- 1 年目：啓蒙活動を主とする。一般の人たち向けに、パーソン・センタード・ケアの理念を伝え、認知症ケアに携わる人たちに DCM（認知症ケアマッピング）法の紹介をし、関心をもってもらう。研究班員（高橋・日比野・水野）が基礎コースを受講する。
- 2 年目：日本で、日本語で、DCM 基礎コースを受講できるように、テキスト・配布物・スライド等を翻訳し、実際にコースを運営する（2 回実施）。しかし、講師は、英国から、招聘し、通訳を通じて行う。研究班員は、認定トレーナーを視野に入れて上級コースに進む。
- 3 年目：基礎コースを引き続き、2 回行い、総計 4 回を実行することにより、認定基礎トレーナーを養成する。

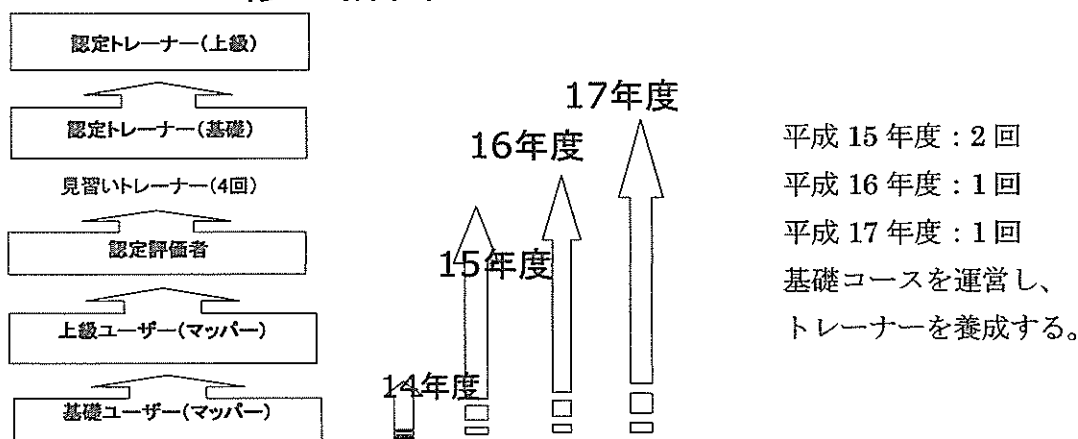
図示すると以下になる。



当初、基礎・上級コースに参加したものは、私の他に、高橋誠一氏（東北福祉大）、日比野千恵子氏（現国立長寿医療センター）を加えた 3 名であった。しかし、高橋氏は、基礎コースの日本開催までに、上級資格を取得することができなかったため、トレーナーの見習いができず、トレーナー候補とならなかった。

これが最初の誤算である。トレーナー候補者が3名から2名になったのである。また、最終年となるはずの、3年目（平成16年度）に、予算の調整がつかず、予定した基礎コースの開催が1回しかできなかったため、4年目に持ち越しとなった。そのため、計画を修正せざるをえなかった。それが以下である。

修正計画



この時点ですでに、日比野氏は、トレーナー候補となって、見習いトレーナーとして基礎コースに参加していたが、勤務先の変更等の理由で、基礎コースの参加が4回の内、2回しかできず、これもまた、修正案である計画中に認定トレーナー資格を取得することができなかった。従って、基礎コースの日本での開催は、3年にまたがって行われたわけであるが、3年間のうちに4回開催された、基礎コースに見習いトレーナーとして参加できたものは、結局水野一人であった。

しかし、期間内に、複数の認定トレーナーを養成することは叶わなかったが、マニュアル（テキスト）、配布物、コースで使用するスライド等は、すでに翻訳を終え、さらに、日本人のトレーナー候補生や受講生がわかりやすいように、日本人用に、修正も加えてある。また、日本人のトレーナー候補生が勉強する、基礎トレーナーパック（指導要綱）も、日本人向けにわかりやすいものを作成した。認定基礎トレーナーも私一人であるが、とりあえずは、養成することができ、いつでも、開催できる準備は整えたといえるだろう。今後は、どのように運営していくかの問題が残る。

しかし、今後、どこの組織が主体となって、どのように運営していくかは、当初計画した、研究事業の枠を超えるため、主任研究者である私がこれを決定する権限を持たない。しかし、今までの、経験を踏まえ、今後の運営に関して考慮する必要がある課題をあげ、報告書のまとめとしたい。

課題を、「今すぐすべき事柄」「近い将来（3 年間くらい）にすべき事柄」「絶対しなければいけないわけではないが、した方が良い事柄」の 3 つに分けて述べる。

1. 今すぐ、動かなければならない事柄

① DCM 基礎コースの独自運営に向けての準備（受講料、広報など）

DCM 基礎コースは、口コミや、マスメディアを通して、徐々に知られるようになっていく。今年の開催予定を早急に決め、広報する必要がある。受講料を徴収するとすれば、受講生の集客・広報をどうするかという現実的な検討をしなければならない。また、受講料を資金として、テキストの増刷費、講師謝金、国際会議への参加渡航費用、英国本部からの来日にかかる費用、上級コースの準備にかかる経費などの諸費用を、経営的視点をもって、処理していく事務処理能力が求められる。

② DCM 基礎トレーナーの養成

1 人のトレーナーは養成したが、実際は、どんなに少なくともコース運営上、2 名は必要である。さらに、安定して、基礎コースを運営するためには、トレーナーが、4-5 名は必要であろう。これは、通常は、DCM トレーナーとしての業務が、主業務である人は、現実的には、あまりなく、ほとんどの場合、兼務であるからである。大府センター専属の常勤トレーナーが 2 名いれば、それでよいかもしれないが、それでも、どんなときでもかならず 2 名がそう保証はない。現実的な運営を考えれば、他の業務と兼務のトレーナーが多いことを考慮に入れ、4-5 名は必要だろう。なお、英国であっても認定トレーナーは、12 名であり、おのずと適正な数というものがあり、多ければよいというわけではない。

③ 日本のマッパーの拠点作り（DCM に関する質問受付、助言指導）

DCM に関する質問には、さまざまな種類があり、質も異なる。まず、最も多い質問は、「DCM って何?」「パーソン・センタード・ケアって、何?」「マッパーはどうすればなれるの?」などの初歩的な質問である。これは、新聞、テレビ、ラジオなどで、「パーソン・センタード・ケア(その人を中心としたケア)や、「DCM (Dementia Care Mapping ; 認知症ケアマッピング)」を積極的に紹介してきた結果、最近多くなってきた。一般啓蒙を目的のひとつにしていることから見れば、大いに歓迎すべきことである。

次に、マッパーの人たちからの質問がある。マッパーになったばかりの人たちは、「どのような場所でしたらよいか?」「この分類がわからない」などの、DCM に関する質問が当然のことながら多い。基本的な事柄についての質問が多いが、そうばかりとは限らない。同じマッパーであっても、研究手法や、研究を行うに当たっての研究計画や評価、論文作成についての質問や

相談、共同研究者として参加を求めるような高度な質問を投げかけられることもある。このレベルになると、研究をある程度している人でないと返答することは難しい。

以上、述べてきたような、質問といっても、その質はさまざまである。ここで言う拠点が必要であるという意味は、質問の受付窓口は一箇所とし、そこに質問者はコンタクトを取れば、その窓口が、その質問の質・程度を考慮し、適切な回答をし、または、適切な回答者に連絡をし、回答を得て、質問者に返すといったシステムである。中には、質問の種類によって窓口をいくつか設ければ、その場で返答が得られるという趣旨の考え方もあるだろうが、私個人としては、反対である。なぜなら、質問する側は、自分の質問がどのようなレベルのものか、ですらわからないことも多いし、そもそも、質問する人たちに、そのような苦勞を負わせることはないからである。したがって、日本の「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」についての質問なら、ここへかければ何でもわかるという窓口が欲しい。

④ マッパーの支援

DCM 基礎コースを修了したが、何から手をつけてよいかわからない人は、決して少なくない。海外のリーダーたちの話によれば、修了後、何らかの形でマッピングを続ける人は、わずか3分の1くらいではないかという話すらある。従って、そうならないためにも、修了後のフォローアップが必要である。上記の質問窓口も必要であるが、全国に散らばっているマッパーたちが、実際に、地区ごとに集まって、直接顔を合わせ、悩みや、相談がお互いにできるような場があることが望まれる。研究事業の実行中、日比野氏・村田康子氏の尽力でささやかながらも、自主的な地区集会を始めることができ、一定の成果を挙げている。今後は、このような活動を参考にして、全国の地区に地区部会のような組織がほしい。そして、将来的には、地区ごとのリーダー、サブリーダーを中心に、地区ごとのニーズに応じた、フォローアップのプログラムを作成し、実行は、地区の運営に任せたい。そして、年1回程度の全国地区部会を行い、他の地区が参考にしていくような全国組織がほしい。

2. 今後、3年間のうちにこなすべき仕事

① DCM 上級コースの運営

平成 17 年度の研修会を終えた段階で、全国に約 100 名の基礎マッパーがいる計算となる。英国本部の責任者である、ドーン教授は、以前私に、100 名の基礎マッパーが育つころには、上級コースのニーズが出てくるから、準備が必要であると助言をしたことがあった。上級コース用のテキストというものはないが、トレーナー用には、基礎と同じく、上級用の指導要綱ともい

うべき、上級トレーナーズ・パックがある。さらに、コースで使用する、スライドや配布物の翻訳も必要となる。すでに、研究事業の中で、先を見越して、ある程度は、翻訳を進めているが、まだ、日本人用に合わせた細かな詰めはしていない。しかし、基礎マップの数や、後述する、第8版を考えると、平成19年（2007年）中には、実行すべきであると考えている。なお、認定基礎トレーナーは、2回、上級コースの見習いをすれば、上級トレーナーとすることができる。ただし、基礎トレーナーと違い、全世界的にも上級トレーナーの数は制限しており、日本ではおそらく2名ということになるだろう。

② 第8版への移行

平成14（2002）年に、DCMに参入したことになるのであるが、時期としては、タイミングが悪かったのかもしれない。それは後にわかったことだが、すでに、英国本部では、現行の第7版から改訂を検討していたのである。事前に情報を得ていた、スペインは日本より早く、DCMに参入していたにもかかわらず、第7版の翻訳を行っていなかった。私は当時、その理由がわからなかったが、第8版への移行を見込み、翻訳作業に故意に取り掛かっていなかったと思われる。いずれにしても、平成17（2005）年の秋の英国を皮切りに、アメリカ、ドイツ、オーストラリアと第8版へ移行していく。ドーン教授からは、第7版に最初に取り掛かった日本は、数年の猶予があるといわれているが、基礎、上級両方とも改訂されており、その翻訳には時間がかかることが予想され、今から、計画を立てて準備する必要がある。ちなみに、2005年末から参入した、韓国は、ちょうど第8版が改訂されたときに参入したことになり、最も効率的である。早ければ、平成18（2006）年の夏か秋には、第8版での基礎コースを運営するかもしれない。

3. 絶対ではないが、したほうがよいもの

① 1日コースの設定―「パーソン・センタード・ケア入門（仮称）」

DCM 基礎コースの独自運営も決まっていない現在の段階では、早すぎる話題かもしれない。しかし、世界標準の受講料が約8万円であることから、日本で独自運営する場合の、価格もそれに近いものとなるだろう。そうした場合、何も知らない人が、いきなり数万円の受講料を払うのをためらうケースが十分考えられる。それと、「パーソン・センタード・ケアには関心があるが、DCM法まではちょっと」という人もいるかもしれない。そのために、パーソン・センタード・ケアの理念を学ぶための1日コースを設定するのである。

このコースの意義は二つある。ひとつは、手軽に（低価格で）、パーソン・センタード・ケアの理念を学ぶことができるので啓蒙になるし、DCMの本コースへの関心を高める効果がある。いまひとつは、本コースのスケジュー

ルの負担を軽くする意味である。本コースは、スケジュールがきついで、期間をながくできないかという論議は以前からある。しかし、講師料や受講生の負担などから、3日間の線を守っているのが現状である。そこで、もし、1日コースが普及し、1日コースに付属する形で、本コースの設定ができれば、余裕を持ってスケジュールを組むことができる。要するに、1日コースの受講だけでもよいし、本コースに引き続き参加する人もいるという仕組みである。ただ、本コースに出るためには、1日コースから入るという風にするのである。今から名称を考えるのは早いですが、海外の例を参考にすれば、「パーソン・センタード・ケア入門（仮称）」あたりはいかがか。

② コースへのオプション

① の4「マッパーの支援」で述べたような、コース修了後どうやってよいかわからないという人を少なくするために、前項の逆で、修了後に1日体験コースをオプション設定するというアイデアである。これは、英国リーズ市で、DCM コンサルタントである、ポール氏が試行していることからヒントを得た考えである。具体的には、受講後、希望者は、所定の介護施設で、2時間ほどのマッピング体験ができるようにし、DCM を使うという生の体験をしてもらうのである。DCM 研修が終わっても、最初のマッピングをどうやってしようか、まちがうかな、などと迷う声をメーリングリストなどで聞くたびに、このようにまず、1回目は、こちらで体験できますという設定はしてもよいと思う。以上を表にすると以下になる。

	PCC をとりあえず勉強したい人	通常の参加	体験マッピングも参加する場合
1 日目	PCC 入門コース	PCC 入門コース	PCC 入門コース
2 日目		DCM 基礎コース	DCM 基礎コース
3 日目		DCM 基礎コース	DCM 基礎コース
4 日目		DCM 基礎コース	DCM 基礎コース
5 日目			体験マッピング

* なお、この方式をとれば、本コースは、2日半でもよいかもしれない。

* この案の問題点は、せっかく、3日間で修了できる DCM 基礎コースが実質的に4日間に延長されることになるため、受講生が出席しづらくなることと、主業務を持つ、兼務トレーナーが4日間ないし、5日間拘束されるため、確保しづらくなる可能性があることである。

③ 再学習コースーリフレッシュセミナー

さまざまな努力にもかかわらず、長期にわたり（2年間くらい）まったく手をつけることができなかった人が必ずいる。このように”埋もれて”しまうマッパーが各国でも半数以上はいるだろうといわれている。平成16年に第一回基

礎コースを開催して、くしくも今年で、丸 2 年が経過した。この間、一度は、リフレッシュセミナーを行ったが、その後は行っておらず、第一回参加者のうち、残念ながら、一度もマッピングをしていない人もいよう。そのような、「ペーパーマッパー」のためのコースである。

以上、考え付くまま、今後の運営において、考慮すべき課題を挙げた。挙げていて、自分でも驚くほど残された課題が多いことを再認識した。私が主任を務めた、研究事業はいったん終了した。今後は、ここまで、準備を整えた「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」をどのように、運用していくかを幅広く議論していく必要がある。しかし、常に時間との戦いであり、悠長に検討している時間もないことを認識すべきである。あまり、時間がかかれば、今までに、広報、啓蒙に費やしてきた努力が無駄になってしまうだろう。

6. 日本のマッパーたちの活動・研究

日本への DCM (認知症ケアマッピング) 法の導入事業も、丸 3 年が経過し、研修においては、日本人による基礎コースの開催も可能なところまできている。しかし、研究においては、査読者のいる専門誌に発表されるような研究データはいまだない。

一方、日本でマッパーとなった方たちも、地道に学会報告や、専門領域の研究会等で啓蒙に努めていただいている。ここでは、彼らの活動を紹介する。

1. 日比野千恵子ら 認知症ケアマッピング法 (Dementia Care Mapping:DCM) を用いたケアの質の検討①; 病棟ユニット化の評価と課題、第 10 回日本老年看護学会学術集会
2. 宇野 聖子ら 認知症ケアマッピング法 (Dementia Care Mapping:DCM) を用いたケアの質の検討②; 継続マッピングから得た効果について一症例報告、第 6 回日本認知症ケア学会
3. 村田康子 Dementia Care Mapping~ケアチームにとっての意味: フィードバック参加者のアンケートを通して、日本認知症ケア学会
4. 中村千枝ら ワークショップ: その人を中心にしたケアを考える ~ 認知症ケアのなかでの作業療法士の役割とは ~ 第 39 回 作業療法学会
5. 鈴木みずえら 日本語版認知症ケアマッピング (Dementia Caring Mapping-Japanese Version : DCM-J) の信頼性・妥当性
6. Mizue Suzuki et al. Reliability and validity of Dementia Care Mapping-Japanese Version (DCM-J). DCM workshop in Korea, 2006.March 17

第 10 回日本老年看護学会学術集会

認知症ケアマッピング法 (Dementia Care Mapping:DCM) を用いたケアの質の検討①； 病棟ユニット化の評価と課題

日比野 千恵子¹⁾、浅井 紫¹⁾、宇野 聖子¹⁾、藤澤 道子²⁾

1) 国立長寿医療センター 看護師 2) 国立長寿医療センター 医師

【はじめに】

当院、脳機能病棟では 2003 年より認知症ケアマッピング法 (DCM 法) を用いてケアの質の評価を行ってきた。2004 年 5 月より病院の方針により病棟の一部をユニット化し中・重度認知症ケアの充実を図っている。この取り組みにより患者と関る頻度は増えた反面、要介護量も増加した。そこで、今回 2003 年より導入している DCM 法を用いてユニット化による効果とその課題について検証したので報告する。

【DCM 法とは】

認知症を持つ患者を対象に 6 時間 5 分毎に患者の状態と行動を一定のスケールを用いて評価を行うケアの質の評価法である。患者の行動を 24 の行動カテゴリー (Behavior Category Code : BCC) に分類し、状態 (Well-being Ill-being scale : WIB) を +5 ～ -5 までの 6 段階に分類する。さらに対象を通じて行われるケアについて個人の価値を貶める行為のコード (Personal Detraction Code : PD) とよい出来事の記録 (Positive Event : PE) を記録し評価を行う。DCM 法はイギリスでは開発され、「その人中心のケア」の理念に基づき作成された評価法である。スタッフの行為を評価するというよりも患者がその人らしく過ごすことができることを目指し、患者の立場から評価しケアの質の改善を図るものである。

【研究方法】

ユニット化導入前 2003 年 9 月 16 日、11 月 19 日と導入後 2004 年 6 月 16 日、11 月 16 日に DCM 法によるマッピング (データ収集) を実施と、ユニット化する前後にスタッフにアンケートを実施し意識調査を行った。

尚、本研究は当院倫理委員会で承認され、対象患者及び家族、病棟スタッフに口頭で承認を

得た。当院は医療施設である為、各マッピング時の対象患者の重症度・要介護度は全く異なる。これらを考慮した上で効果について検討した。

【結果】

① 施設全体の患者の状態の変化 (WIB 値) ;

ユニット化直後は WIB 値の低下が見られたが 11 月のマッピング時は WIB 値が上昇し、患者がよい状態で過ごす時間が増加した。しかし、全体的にはユニット化後 WIB 値は低下し、患者の重症化やスタッフの混乱による影響が示唆された。

② 施設全体の患者の行動の変化 (BCC) ;

BCC においてコード N (睡眠) の減少が見られた。またコード A (会話) において発生の頻度はかわらないが内容の変化が見られた。

③ スタッフの関わり (PD、PE の変化) ;

PD、PE ともに発生の頻度に変化は見られなかった。しかし、ユニット化後は PD 発生後にすぐに他のスタッフによってよいケア (PE) へと転換できるケースが増加した。

④ スタッフの意識の変化 ;

ユニット化によりスタッフの約 4 割がケアへのゆとりが出たと答えた。しかし、ケアへの戸惑いは変わらず感じている。DCM を用いた評価について「自己のケアに変化があった (83%)」「認知症患者へのイメージが変わった (64%)」という結果が得られた。

【ユニット化による効果と今後の課題】

ユニット化により患者が本人の意思を尊重し本人にあったケアの実施やケア介入の頻度が増加などのケア内容に変化が見られた。しかし、PD の減少は図れておらず、さらに改善していく余地がある。また、医療施設という特徴上、患者層の変化も著しく多様な対応が求められる。

痴呆ケアマッピング法 (Dementia Care Mapping:DCM) を用いたケアの質の検討 ー病棟ユニット化の評価と課題ー

国立長寿医療センター

日比野千恵子 宇野聖子 浅井紫 藤澤道子

研究の目的

病棟ユニット化の前後のケア
の状況、効果についてDCM法を
用いて検討をする

<DCM法を用いた理由>

DCM法は、共有スペースにおける継続した詳細なデータの収集が可能であり、そのデータは数値化でき客観的評価に用いることができる。

当病棟では、平成16年よりDCM法を導入しケアの質の検討を図っている。今回は、DCM法で得たデータを元に病棟ユニット化の効果を検討した。

研究方法

- 平成16年9月～平成17年11月において実施したDCM法結果を用いて、病棟ユニット化の効果を以下の視点に基づいて検討する
- DCM法の3つの観察項目からの検討
 - ①全体で見た患者の状態(WIB値)
 - ②全体の行動分析(BCC)
 - ③個人の価値を貶めるコード(PD)とよいケアの出来事(PE)の分析
- スタッフの意識の変化

3

DCMの展開

<マッピング>

- ユニット化前:食堂における認知症患者5名を無作為に選出
6～12時間のマッピングを実施
- ユニット化後:ユニットAの食堂における認知症患者10名を無作為に選出
6時間のマッピングを実施
- * マッピング日も無作為に決定し実施

<フィードバック>

- マッピングを受けたスタッフを中心とした結果報告会をマッピング後1週間から10日の間に開催
- マッピング結果は、ファイルにまとめ休憩室に配布

4

国立長寿医療センター 脳機能病棟Aチームの紹介

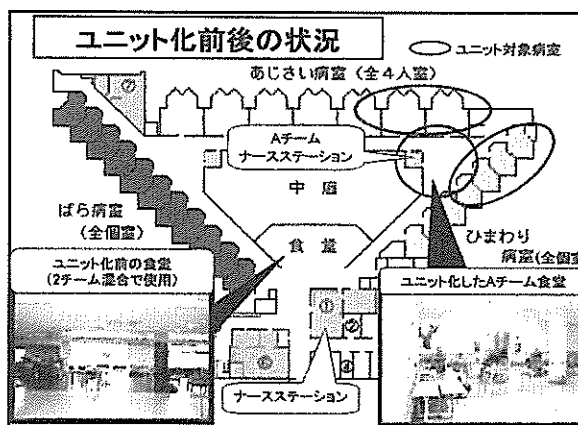
- 平成17年5月より業務体制を変更し一部ユニット化を実施
- 実施前:重症度を問わず、食堂を中心にケアを実施

<ユニット化されたAチームの概要>

- 中・重度認知症患者10～12名で構成
- 転倒リスク、徘徊、暴力行為などの行動障害のある患者を中心に看護展開



ユニット化された脳機能病棟Aチーム



ユニット化前後の状況

<ユニット化前>

- ・患者層: 軽度から重度の認知症患者
(各要介護度Ⅲaが約2割、Ⅲbが約4割を占める)
- ・看護体制: 固定チームナースing+機能別
(食堂を中心に展開、A、Bチーム混合で全スタッフで対応)
- ・3月以前までは、当病棟4、5年以上勤務経験のあるスタッフが半数を占めた

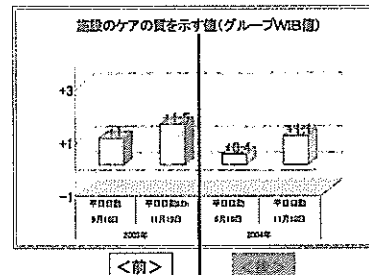
<ユニット化後>

- ・患者層: 中重度から重度の認知症患者
(要介護度Ⅲ以上が7割、Ⅲb、Ⅳが約3割を占める)
- ・看護体制: 完全固定チームナースing
(Aチーム・食堂を中心に展開)
- ・3月の病棟編成により、4割のスタッフが配置換え。
- ・4月には2割のスタッフが異動し、当病棟2年未満のスタッフが6割を占める

7

結 果

①全体で見た患者の状態の変化

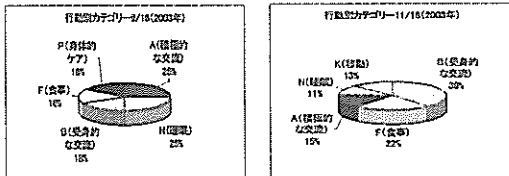


- ・2004年3月病棟編成に伴い約4割が入れ替わった
- 認知症患者の経験の浅いスタッフの増加
- ・患者層を固定化により対応の難しい患者が増加
- 患者間の関わりが減りスタッフの介入の必要性が増した
- ・ユニット化後、2割のスタッフがチーム移動したがWEB値は維持した
- ケアのスタイルの継続

8

②行動別カテゴリーの変化

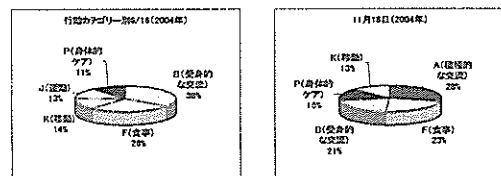
<ユニット化前> 6時間の観察期間中で見られた行動の上位5位を示す



- ・6時間の観察中、受身的な交流:B、睡眠:N、食事:Fが主流
- ・会話:Aのほとんどが家族や患者間によるものであった

9

<ユニット化後>



- ・6時間の観察期間中、受身的な交流:B、食事:Fは変化なし
- ・会話:Aのほとんどがスタッフによるものへと変化、スタッフの介入が増加
- ・新たに、運動:Jのコードが上位に上がり、睡眠:Nが減少した。

10

③個人の価値を貶めるコード(PD)の発生状況

・PD発生件数は

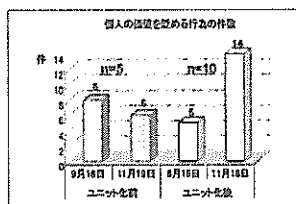
平均1.1件

・PD数は減少傾向

になく、ケアの質の

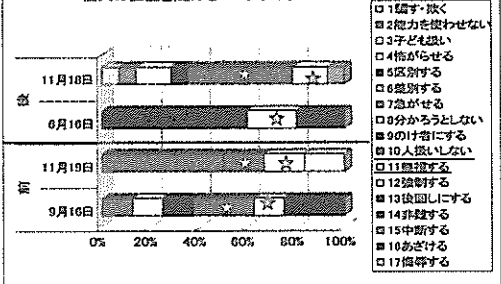
改善への課題は多い

- ・最も多く見られているのは、「人扱いしない」、「無視をする」、「分かってほしい」



11

個人の価値を貶めるコード(PD)



PD「人扱いしない」「無視をする」の発生が主流。これらのPDの殆どが、決して悪意があって行われたものではなく、無意識のうちに言われていたPDであった。

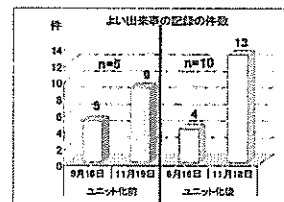
12

個人の価値を貶める行為(PD) の具体例

- 検温時、患者とのやり取り無く検温が実施される（人扱いしない）
- 食事時、声かけなくエプロンの着用、配膳・下膳が行われる（人扱いしない）
- ケアワゴンを覗いている患者に対し、「だめよ！触ってほ！」と一方的に引き離す（中断する、強制する、分かるとうしない）
- 声かけなく、車椅子移送が行われる（人扱いしない）
- 途中で何も言われず置き去りにされる（放置する、人扱いしない）
- 車椅子移送中にスタッフ間での情報交換が行われ、承諾なく患者が待たされる（後回しにする、人扱いしない）

13

④よいケアの記録(PE)の発生状況



PE発生件数平均1.0件

<ユニット化前>

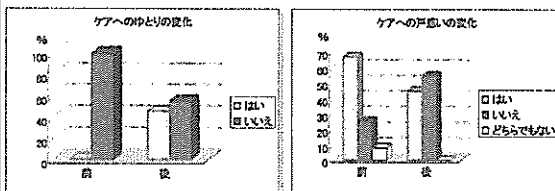
患者間、家族によって導き出されたよいケアが多く見られた

<ユニット化後>

スタッフによって導き出されたケアが多く見られるようになった

14

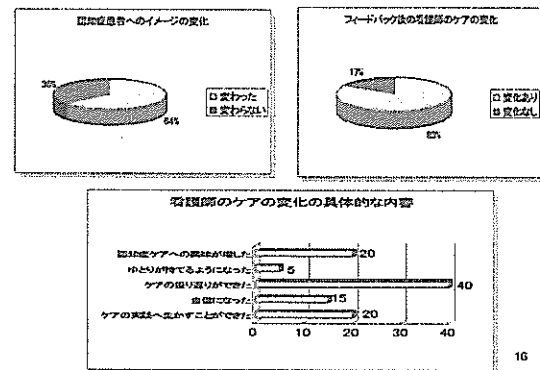
⑤ユニット化後のスタッフの変化(アンケート結果)



ユニット化によりゆとりを持ったケアの提供ができるようになったと反面、ケアへの戸惑いは依然として見られている

15

<フィードバックによる看護師の意識の変化>



16

DCM導入によるスタッフの感想

- 自分達のケアを客観的に見てもらえ今後のケアの参考になる
- 受け持ち患者の状態について集中して聞くことができ、関わりの参考になる
- 観察する視点が変わった
- 知らないうちに良くない状態になるような関りをしてしまっていたのではないかと気づいた
- 自分のケアの自信が持て、意欲が出てきた
- よくない状態を作ってしまった行為を気にしてしまう傾向にある

17

⑥ケア体制の実際の変化(現状)

- 車椅子抑制患者はなくなった
- 昼夜問わず適切な場所での睡眠の確保
- 食堂監視は、精神的理由や他患との関係によって実施
- 夜間の対応: スタッフが居室前で観察および早期対応
- プライマリーケアの実施: 患者にとって馴染みのスタッフ
- 患者と関る時間、コミュニケーション時間の増加



日中を穏やかに過ごす時間の拡大

自発性の向上

18

考 察

- ユニット化により、ゆとりを持ったケアの提供ができるようになったなり、その人の状況あわせたケアの提供ができるようになった
- 認知症の程度や要介護度が高くなってもよい状態が維持されケアの実施ができている
→無意識的だがパーソン・センタード・ケアの概念が根付きつつある
- 患者が表情穏やかに過ごす時間が増えた
→その人の能力を伸ばす働きかけの実践ができるようになった
- ゆとりがなくなると、その人の価値を低める行為が増える傾向にある¹⁹

今後の課題

- 患者層や状況によって患者の行動に振り回されてしまうことがある。更なる個を捉えた関わりができるようになっていく必要がある→PDの改善が必要
- DCM法の一連の展開(フィードバックまで)を体験したスタッフは50%に過ぎず、更なる導入が求められる

以上より、

- ①パーソン・センタード・ケアの概念に基づいたケアの実践が意識的にできるように、更なる概念の理解と教育が必要である
- ②ケア意欲が導き出されるDCM展開方法の確立として、外部マッパ導入や症例別マッピングの実施を試みていく必要がある²⁰

第6回日本認知症ケア学会

認知症ケアマッピング法 (Dementia Care Mapping:DCM) を用いたケアの質の検討②； 継続マッピングから得た効果について一症例報告

宇野 聖子¹⁾、日比野 千恵子¹⁾、浅井 紫¹⁾、佐々木千佳子¹⁾、藤澤 道子²⁾

1) 国立長寿医療センター 看護師 2) 国立長寿医療センター 医師

【はじめに】

当院、脳機能病棟では 2003 年より認知症ケアマッピング法 (Dementia Care Mapping 以下: DCM 法と称す) を用いてケアの質の向上を目指して取り組んできた。5 分毎に 6 時間、患者の行動、状態を観察する DCM 法の実践は、スタッフの人員不足、及び患者の在院日数の短縮化という現状から継続的な実践は困難であった。今回、一症例を通して短期間での再入院を機に、継続的に DCM 法を実践する機会を得た。その中から毛の質の評価、患者の行動及び表情の変化について得られた結果を報告する。

【DCM 法とは】

DCM 法とは、イギリスで開発された「その人中心のケア」の概念に基づいた認知症ケアの質の評価ツールである。方法は、認知症を持つ患者を対象に 6 時間 5 分毎において患者の状態を +5 ～ -5 の 6 段階に分類 (WIB) と行動を 24 のカテゴリーに分類 (BCC)、これらを用い一定のスケールで評価を行う。さらに対象を通じて行われるケアについて、個人の価値を貶める行為のコード (Personal Detraction Code: PD) とよい出来事の記録 (Positive Event: PE) を記録し評価を行う。

【研究方法】

対象患者 S 氏の入院期間 H16 年 10 月 28 日～12 月 13 日、H17 年 1 月 31 日～2 月 23 日の期間中各 1 回、H16 年 11 月 18 日、H17 年 2 月 18 日にマッピング (データ収集) を実施、その結果を比較検討した。

【結果及び考察】

①患者の状態についての変化 (WIB 値の変化)

	WIB	-5	-3	-1	+1	+3	+5
H16,11,8	%	0	0	5	82	13	0
H17,2,18	%	0	0	0	72	26	2

② 患者の行動の変化 (BCC の変化)

H16,11,8	BCC	B	A	P	F	X
	%	41	36	9	5	5
H17,2,18	BCC	B	A	F	P	O
	%	39	34	11	11	5

S 氏は BCC の変化は殆ど見られず、ほぼ同じような生活行動を送っていると考ええる。S 氏の認知能力は再入院時には若干の低下が認められた。しかし、WIB 値は 2 度目のマッピング時のほうがプラスの状態が多く、個人の WIB スコアも +1.1 から +1.6 と上昇した。S 氏は上記結果より、会話 (A) や他者に関して興味や関心を示しているが他者からの働きかけがないとよい状態 (B) へは繋がらないことが分かる。しかし、WIB 値が上昇した要因として、2 月のマッピング時は、S 氏と他者との会話が継続するようにスタッフが声かけを行い、よい状態を持続させたこと。構音障害、身体機能の低下がある S 氏に対して、声や手を挙げる行動が見られる時に、直ちに何を求めているかを理解し、即対応する関わりができていたことが観察できた。継続して DCM 法を行うことで、S 氏の生活行動、状態の把握、1 度のフィードバックをスタッフが経験していることから、寛恕の WIB 値の向上に繋がったが、行動カテゴリーの変化の少なさは、患者の一日の過ごし方についての検討も必要と考える。

【まとめ】

以上より、同一患者の継続的な DCM 法の実践は、患者の状態の把握だけでなく、ケアの質の変化についても十分なアセスメントができるものであった。入退院の激しい当病棟での継続的なマッピングは困難な状況であるが、症例マッピングの導入は有用であることが示唆され、今後の方向付けとなった。

認知症ケアマッピング法(DCM法) を用いたケアの質の検討;

継続マッピングから得た効果についての一症例報告

国立長寿医療センター
宇野聖子、浅井紫、日比野千恵子
藤澤道子、三浦久幸

国立長寿医療センター脳機能病棟 でのDCMの取り組み

- 2003年より、DCM法を用いたケアの質に関する評価を実施
- 2004年度は自己のケアの振り返りができる機会とDCMへの理解を深める目的として、3ヶ月に1回のペースでマッピング(データ収集)とフィードバックを実施した。
- 在院日数短縮化により、同一患者の継続的なDCM法の実践は困難

研究方法

- 対象患者S氏の入院期間中
H16年10月28日～12月13日
第一回目のマッピング:H16年11月18日
H17年1月31日～2月23日
第2回目のマッピング:H17年2月18日
- DCM法に基づいたデータ収集(マッピング)を実施。その結果を比較しケアの質の検討を行う。

症例の紹介

S氏 78歳 男性

病名:血管性認知症

*1回目の入院(11月18日)

・H16年10月3日転倒により硬膜下血腫にてOPE。その後もふらつきあり、リハビリ目的にて入院。前立腺肥大あり頻尿の訴え多く自己にてトイレに行こうとされるが転倒のリスク高く移動は手引き歩行、見守りでの歩行器の使用の状態。

・歌を歌ったり、アートセラピーにも集中して参加する様子あり。

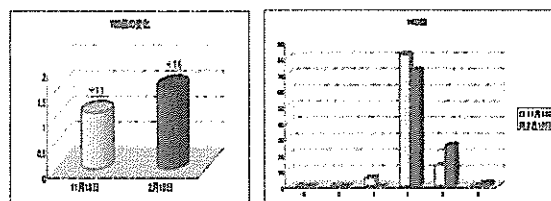
*2回目の入院(2月18日)

・施設入所中にも何度と転倒繰り返し、H17年1月25日左殿部痛、左大腿の腫脹にて入院。入院中も疼痛持続。表情陰しく固い。易怒性が増し情緒不安定傾向にあった。レクリエーションへの参加も拒否。移動は車椅子の使用。

S氏の認知能力および日常生活自立状況

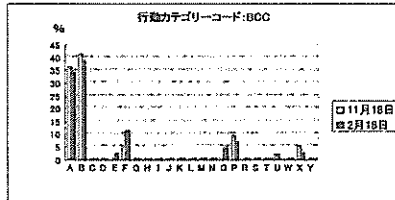
	11月18日	2月18日 (3ヶ月後)
要介護度	4	4
BI	70点	55点
MMSE	15点	10点
認知症老人の 日常生活自立度	IIIb	IV

結果①:患者の状態(WIB値)の変化



- 3ヵ月後の方がWIB値の上昇がみられている
- 3ヵ月後は+3、+5の良い状態を示す値が増えた

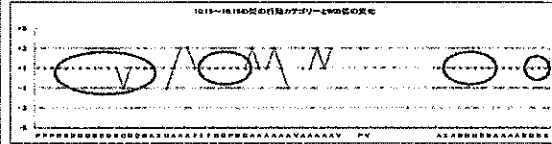
結果②: 患者の行動(BCC)の変化



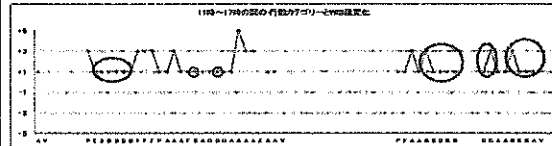
- 両日共に、コードA(会話による交流)、B(周囲への関心)、P(身体ケア)が上位を占めた
- 主な行動のコードの変化は見られなかった
- 2月18日では、新たにコードE、Oの出現が見られた

結果: コードBについて

11月18日

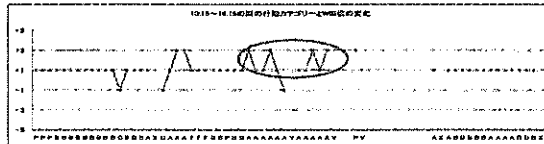


2月18日(3ヵ月後)

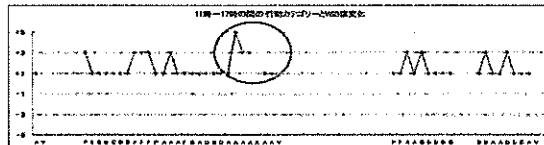


結果: 家族との関わりについて

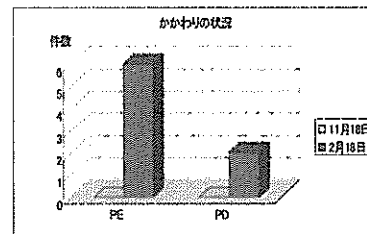
11月18日



2月18日(3ヵ月後)

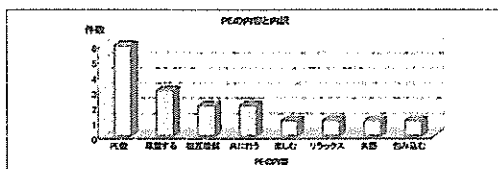


結果③: PD(その人の価値を貶める為) ・PE(良い出来事の記録)の変化

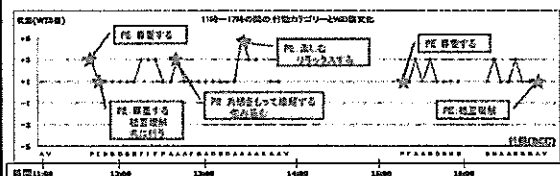


よい出来事の記録(PE)①

- 6時間の観察時間の中で、14例のPEが記録された
- いずれも2月18日に記録されたPEであった
- 12種類のPEの中の7種類のPEが見られた
- 最も多いのが、「相手の意思を尊重する」というコードであった



よい出来事の記録(PE)②

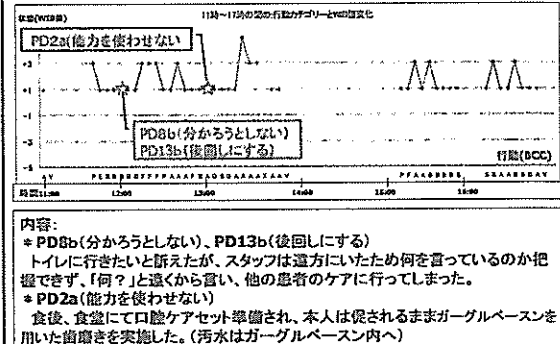


- 内容:
- PE(尊重する): 座る場所を本人の意思を確認し実施された
 - PE(尊重する、相互理解、共に行う): BGMに不快を示したS氏に対し音の調整がされた
 - PE(共感をもって理解する、包み込む): 「食パンを食べたい」と言う突然の訴えに対し、本人の意図を汲み取り「食パンは食べたくない」と言う訴えを聞きだすことができた
 - PE(楽しむ、リラックスする): 家族の面会によって引き出されたPE
 - PE(尊重する、共に行う): 本人の意思を確認しながらおやつを選択を共に行う
 - PE(相互理解): 長時間車椅子座位中に行われたケア

その人の価値を貶める行為(PD)①

- 6時間の観察時間中2例のPDが見られた
- 17のPDのうち3種類のPDが見られた
- いずれも2月18日に記録されたPDであった
- これらのPDは、決して悪意があって行われたPDではなく、スタッフが意識していないところで発生したPDであった
- これらのPDによる、その後の過ごした方には、大きな影響は見られなかった
(WIB値、BCCの変化は見られなかった)

その人の価値を貶める行為(PD)②



考 察

- S氏の「周囲には関心はあるが自らは行動を起こすことができない」という特性を理解した上での関わりによりPEは増加し、その人らしさを維持することにつながったと考える。
- S氏にとって家族の存在は大きく、WIB値の上昇の明らかな要因の一つであるといえる。
- 更なる「その人らしさの維持」のため個別的なケアの内容方法の検討も必要。

まとめ

- ADL・認知機能の低下があってもケアによって良い状態を維持できることが分かった。
- DCMの導入により、スタッフのケアに対する意識は変化し、その人らしさの維持を目指したケア実践ができるようになってきている。
- 病院であり入退院の頻度が多く、同一患者での継続的なマッピングは困難な状況にあるが、継続的なマッピングは、その人らしさを見出す方法を考えていく上でより効果的である。

Dementia Care Mapping

～ケアチームにとっての意味：
フィードバック参加者のアンケートを通して

健康科学大学 作業療法士
村田 康子

はじめに

- パーソン・センタード・ケア & 認知症ケアマッピング(DCM) ～厚生労働省研究事業
- 2002年: 認知症介護研究・研修大府センターにおいて導入事業の開始
- 2004年: 第1・2回DCM基礎講習会の開催
- 2005年: 第3回DCM基礎講習会の開催 (DCM受講生: 計58名)

パーソン・センタード・ケアとは (Person Centred Care)

- 故Tom Kitwoodにより提唱
“その人を中心としたケア”
- ↓
- 認知症の経過に変化をもたらすことが可能
“その人らしさ”の維持

“その人らしさ”(Personhood)とは？

- 「人や社会とのつながりの中で、
周囲からひとりひとりの人に与えられる
立場や尊敬の念、共感、思いやり、信頼
を意味するもの」
- 認知能力以外に
感情、行動、帰属意識、愛着、アンテンティティ等
その人全体 に注目

認知症をもつ人にとって よい状態とは……

活動・参加

人との関わり

- よい状態の指標
意見や感情を表現する、身体的くつろぎ、
思いやり、ユーモア、愛着、自尊心、喜び、
楽しむこと、等
- よくない状態の指標
不安、悲しみ、怒り、苦痛、(それらが放置
された状態)、引きこもり、諦め、不快、等

認知症ケアマッピング(DCM)とは

ブリーフィング(事前説明)

マッピング(観察記録)

ケアチームにフィードバック

ケア改善へのアクションプラン

- 利用者の観点を重視
- 発展的評価～くり返し実施→ケア向上

マッピングの観察項目

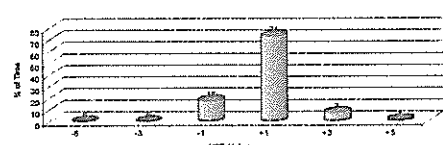
- 行動カテゴリーコード(BCC)
24項目: (例:A:交流, F:飲食)
- よい状態・よくない状態(WIB)
6段階: (-5, -3, -1, +1, +3, +5)
- 個人の価値を低める行為(PD)
- よい出来事の記録(PE)

マッピングの一例

	9:05	9:10	9:15	9:20	9:25	9:30
〇〇まつ様	B +1	C -1	N +1	N +1	P -1	X
△△たけ様	K -1	K -1	P +3	A +3	L +3	B +1

- 9:25:PD10:スタッフが声かけなく、車いすを誘導、参加者が驚き、不快な表情を示す。
- 9:15:PE:歩き続けていた参加者にスタッフが話しかけ、ソファに誘って手をマッサージする。参加者はくつろぎ、笑顔で会話が続く。

個人の行動カテゴリー・よい/よくない状態のプロフィルの例



研究の目的

DCMを初めて実施した高齢者施設において、フィードバックに参加したケアスタッフが、DCMについてどのように感じたか、どのような疑問や意見を抱いたか、質問紙調査(自由回答)を通して検討することを本研究の目的とする。

対象

- 対象施設: 東京都及び近県の高齢者施設、通所リハビリ、通所介護、特別養護老人ホーム、グループホーム、計5施設
(全施設、初めてDCMを実施)
- 対象者: フィードバックに参加した施設職員(介護職員、看護師、ケアマネジャー等) 計68名

方法

- 方法: 留め置き式自記式質問紙調査(回収袋にて回収し、担当者より返送)
2004年8月～2005年3月にDCMおよび調査を実施。
- 主な質問項目:
 - 1) フィードバックに参加してどのように感じましたか?
 - 2) DCMについて疑問や意見を自由にお書き下さい。(自由回答)

結果

- 回収率: 57.0%
(フィードバック参加者68名中, 39名より回答を得た)
- 分析方法:
内容を1文1ラベルに転記
↓
内容の近いものをまとめる
↓
総ラベル数は78, 8つのカテゴリーが認められた

8つのカテゴリー

1. ケアをふり返る (12)
 - 利用者の言動, CWの関わりとその影響をふり返ることができた.
 - ケアの良い点, 改善すべき点を再認識できた.
2. 利用者の立場で理解する (7)
 - 小さなことも, 利用者の立場で考えることができた.
 - 利用者にとって何が良いのか, 理解できた.

3. 数値化され, 客観的に見ることができる

- 数値化されることで, わかりやすい. (10)
- 評価の結果を見ながら, チームで話し合うことができ, 客観的に見ることができた.

4. 関わりの意味に気づく (6)

- 言葉かけの大切さに改めて気づいた.
- 関わりの意味をわかって接することができる.

5. ケアの気づき・ヒントを得る (6)

- 手の届かない利用者の対応について考えることができた.
- 自分が関わっている以外の時の状態について知ることができた.
- 担当の利用者を実施し, ケアプランに役立てたい.

6. より良いケアへの意欲 (8)

- ふだんの自分達のケアを認めてもらった気がした.
- より良いケアを目ざす気持ちに大きくなつた.

7. DCMへの関心・期待 (16)

- 他の職員にも体験してほしい.
- 他の利用者にも(定期的に)実施してほしい.
- 自分も学んで実施してみたい.

8. DCMへの疑問 (6)

- 第三者が見ていることで影響がない?
- 複雑すぎて, ケアの現場で使い難い?
- 実施に多くの時間が必要とされる?

考察

- 回収率やサンプル数が十分でないなど, 本研究には様々な限界がある.
- パーソン・センタード・ケアがわが国において, 言葉だけでなく, 一人一人の意識に深く根ざしたものになるには, DCMのように, 自分たちのケアを客観的にふり返り, その人の立場で理解することを助ける手法が有用である.
- ケアチームにとっては, ケアの現状に関する共通認識が得られる他, ケアに関する気づきや意欲の向上などの意味もあることが伺われた.

まとめ

- 高齢者施設においてDCM実施後、フィードバック参加者にアンケート調査を実施した。
- ケアチームにとって、DCMはその人を中心とした観点からケアをふり返る機会を提供するとともに、ケア向上への意識や意欲の変化をもたらす等、様々な意味をもつことが示唆された。
- DCMはわが国に導入されて日も浅く、様々な課題を抱えているが、今後の普及とケアへの活用が期待される。

ご静聴ありがとうございました。

* DCM関連の情報は、
認知症介護情報ネットワーク(DCnet)を
ご覧ください。 [http:// www.dcnet.gr.jp/](http://www.dcnet.gr.jp/)

* 演者へのお問い合わせは、
e-mail : yskmrt@kenkoudai.ac.jp

第39回 作業療法学会 ワークショップ

その人を中心にしたケアを考える

～ 認知症ケアのなかでの作業療法士の役割とは ～

中村千枝 小川真寛 中西誠司 村田康子

【はじめに】

2003年に高齢者介護研究会により提出された報告書「2015年の高齢者介護」では「環境を重視しながら徹底して本人主体のアプローチを迫及すること」「新しいケアモデルの確立」などについて言及されている。しかし実際の現場では「本人主体のアプローチとは、具体的には何をしたらよいのか」「そのアプローチの中で、作業療法士としてどのような役割が求められているのか」といった悩みを抱きながら働く作業療法士も少なくないのではないだろうか。

本ワークショップではパーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピングの枠組み、およびこれらを用いた実践事例の紹介、後半は疑問点などについてディスカッション、情報交換をすすめる。認知症にかかわる作業療法士の実践の質の向上をはかり、さらに作業療法士同士のネットワークの構築を目的とする。

【ワークショップ】

I. 認知症ケアマッピング(=DCM)の中に見るパーソン・センタード・ケア

介護老人保健施設 青い空の郷 中西 誠司

1) DCMのなかでの(トムキッドウッズの)認知症の捉え方

- ・ 神経障害
- ・ 体の健康状態
- ・ 生活歴、特に最近経験したと思われる人生の転機となる出来事の結果
- ・ 性格傾向(人となり)
- ・ 社会との関わり

5つの要素すべてが認知症の人の思考、行動、感情に影響を与えている

認知能力(記憶、理解、検討識、判断、計画など)に偏った「その人らしさ」観の修正

→ その人、全体に注目する視点

認知力以外にその人らしさを表す要素

- ・ 感情 ・ 行動 ・ 帰属意識 ・ 身近な人に対する愛着・アイデンティティー

パーソンフッド(=その人らしさ、人となり、人格…)の定義

「人や社会とのつながりの中で、周囲からひとりひとりの人に与えられる立場や尊敬の念。共感、思いやり、信頼を意味するもの」

2) よい状態 悪い状態

多くの観察から生まれたよい状態と悪い状態の指標

よい状態

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| ・ 自分の思っていることを言語・非言語に関わらず的に表現すること | ・ ゆったりとして緊張やこわばりがなく |
| ・ 思いやりを周囲に示すこと | ・ ユーモアを示すこと |
| ・ 日常的な生活を楽しむ側面があること | ・ 社会との接点を持つこと |
| ・ 自尊心を保てること | ・ 感情を表せること |

よくない状態

- | | | |
|---|---------------------|-------------|
| ・よい状態の反対におかれること | ・長時間、無視されてほって置かれること | ・何かを強制されること |
| ・精神的、身体的に抑圧されること（物理的のみならず雰囲気を読み取るという点に着目） | ・社会や文化から疎外されること | |

→ その人にとっての文脈を汲み取る作業の重要性

「その人にとっての意味づけは？」と考える事がパーソン・センタード・ケアに近づく道

II. DCM の基本的枠組み・方法

介護老人保健施設ベルローゼ 小川真寛

DCM：PCC の考えに基づいた評価法、PCC を実践していくためのツール

1) DCM と COPM

COPM：クライアント中心の作業療法の考えに基づいた評価法

DCM：その人を中心としたケア（PCC）の考えに基づいた評価法

<COPM の影響>

“セラピスト中心の作業療法” ⇒ “クライアント中心の作業療法”

<DCM のねらい>

“業務・スケジュール中心のケア” ⇒ “その人中心のケア”

2) DCM

(1) DCM の目的：その人らしさ（Personhood）の維持

(2) DCM の特徴：DCM はただのアセスメントツールでなく、ケアのチームが一丸となって、その人を中心としたケアを考える方法

<特徴的な一連の実施過程>

①ブリーフィング(事前説明)⇒②マッピング(観察)⇒③フィードバック⇒④ケアへ反映⇒②' ⇒③' ⇒④' ⇒②'' ...

(3) DCM の基本的な考え

・認知症を持つ人が経験する喪失にも関わらず良い状態（well-being）を経験する潜在的能力があると仮定

・認知症を持つ人の悪い状態の多く（ill-being）は、ケアの否定的な結果であると仮定

3) マッピングの基本的な方法

(1) 基本的な方法

・ 6 時間にわたる連続的記録 ・ 5-7 人の認知症のある人を観察 ・ 5 分毎に記録

(2) DCM の記録における基本の枠組み

<認知症を持つ人の観察評価記録>

・行動カテゴリーコード(BCC)：主要な行動のタイプ ～何をしているか？～

・良い状態/悪い状態の価値(WIB 値)：良い状態の水準の観察 ～どんな状態であるか？～

<認知症を持つ人に影響を与えるケアの記録>

・個人の価値を損なう行為(PD) ～その人らしさを失わせるようなケアが提供されていないか？～

・肯定的出来事(PE) ～その人らしさをひきだすようなケアが提供されているか？～

4) ポジティブ・パーソン・ワーク

ケアを詳細に観察し、良いケアを見つける⇒ケアスタッフにフィードバック

⇒ケアスタッフのやる気生まれる。

観察を通して気づいた点をもとに話し合い、改善に向けて努力していくことが重要

Ⅲ. 事例紹介

いしい記念病院 中村千枝

1) 当院での DCM の位置づけと経過

- ① 位置づけ～病棟スタッフへの教育ツール、看護計画立案時の評価のひとつ
- ② 病棟研修会をかねてブリーフィング（事前説明）を実施
「その人中心のケア」の理念枠組み、それを実践していくツールとしての DCM の紹介
- ③ ブリーフィング後、病棟スタッフに対象者候補を選んでもらう
ケアをしていく上で、誰のことを知りたいか？

2) 事例紹介

0 さん 90 歳女性 アルツハイマー型認知症

徘徊などによるトラブルが多いが、これらの問題はどうしたら解決できるのか？

家族は終末期までの入院を希望 長い期間のケアが想定される

3) 初回 DCM 志向でのフィードバック内容

・0 さんにとってのコミュニケーションの意味 ・0 さんのよい面 ・望ましくないケア

4) DCM が看護計画に反映されてことによる影響

⇒ 3) で得られた方針がケアプランに新たに盛り込まれる

- ・「よい状態」「悪い状態」の指標に著変はなかったが行動カテゴリーの構成に変化
- ・交流の可能性があるカテゴリーが増大し「0 さんらしさ」の維持につながった
- ・その人らしさを奪うケアの減少

5) 作業療法士として DCM を使うことの意味

- ① 認知症の人が携わっている「作業」の意味について考える投げかけ
よりよい「作業」ができるために支援の仕方
- ② 認知症の方がどのような時間を過ごしているか？その際に周りで起こった出来事とその人に気持ち行動の関係についての説明

Ⅳ. フィードバックの経験を通して

健康科学大学 作業療法士 村田康子

1) DCM の第一印象

- ・“その人を中心としたケア”の考え方は、OT の関わりの視点と非常に近いのではないかな？
- ・観察者の存在が、対象者やスタッフの行動に影響するのではないかな？
- ・Well-being と Ill-being には個人差が大きく、判断が難しいのではないかな？
- ・DCM の結果を単に報告して、ケアスタッフに受け入れられるだろうか？

2) DCM 実施（2004. 8～2005. 3）

実施施設 7 施設：通所リハビリ（1）、通所介護（1）、老健（2）、特養（2）グループホーム（1）

対象者 40 名：基本属性（性別・年齢・診断名）

結果 7 施設 1 回目の 6 時間のデータを集計

*BCC（行動カテゴリー）：上位～A、F、P、B、K、L、M、未使用～D、R、S

*WIB（よい状態、よくない状態）：個人 WIB 値～通所平均（+2.1）、入所平均～（+1.2）

*PD（個人の尊厳を低める行為）：PD 10、8、7、11

*PE（よい出来事の記録）：人としてのニーズを満たす、能力を引き出す、利用者間で思いやりを示す

3) DCM の体験を通して

<マッパーとして>

- ・マッピングで留意する点
- ・フィードバックの重要性
- ・施設外評価者の留意点：情報収集、スタッフへの配慮、フォローアップ

<フィードバック参加者より>

- ・BCC や WIB のグラフを通して、ケアの現状を客観的にふり返ることができた
- ・PD：声をかけずに介助することが個人の尊厳を低める行為に当たるとは知らなかった。
- ・PE：報告を聞き、何気ない関わりを認められた気がした。よいケアをもっと提供したいと思った。
- ・疑問：対象者の選択は？ 文化的な差異についての検討は？
複雑すぎてケアの現場では使いにくい？

4) OT として DCM とどう関わるか？

- ・作業活動や人との関わりの現状を把握し、その人の立場にたってニーズを評価する一手段となる
- ・ケアの現状をふり返り、ケア改善の方針をチームで共有する一助となる。
- ・OT がマッパーとなる利点：観察・評価の技能を生かし、活動や関わりについて必要に応じて助言。

5) まとめ

- ・DCM はわが国に導入されたばかりである。しかし、ケアチーム全体で認知症ケアの現状をふり返り、様々な職種が共通認識をもって協業しつつ認知症ケアの向上を図っていく上で、有効な手段であると思われる。
- ・わが国における妥当性の検討をはじめ、DCM に対する理解の普及、実施者の養成・研修、活用事例の報告など、課題は様々なあるが、今後の普及、展開が期待される。

その人を中心としたケアを考える
認知症ケアの中での
作業療法士の役割

パーソン・センタード・ケアと
認知症マッピングベーシックコース受講生
中西誠司 小川真寛 村田康子 中村千枝

このワークショップの目的

Dementia Care Mapping
(=DCM)というツールの紹介を通して
「認知症になっても
その人らしくあること・・・」
その意味を、また、作業療法士が
それに応えるための方法を
みなさんと考える機会にしたい
と思います

DCMとは

故Tom Kitwood 教授(英)らによって
提唱されたスケジュールや業務中心でない
認知症の方ご自身を中心としたケアを実践
するための方法

単なるアセスメント法ではなく認知症ケアの
質の向上を目指すことを目的としている

DCMの実施方法は

訓練を受けた観察者(マッパー)が
デイセンター・施設などで
認知症の方を6時間以上観察しながら
5分毎に決まったルールに従って
行動をカテゴリーに分類します

認知症の方がどのようなケアを受け
どのような状態にあるかをアセスメントします

アセスメントの結果を表・図にまとめ
それを見ることで対象者とケアの様子が概ねわかる
(地形を知るのに見る地図のような=マッピング)

アセスメントの結果について

直接ケアを提供している人や管理者と
現在どのようなケアが提供され、それによって
対象者はどのような影響を受けたのか
(よい状態にあるのか、悪い状態にあるのか)
を話し合うための情報・資料になる



話し合いを持つことで
ケアの現状を再認識し、対象者を中心とした
ケア(PCC)の提供の実現に結びつける

「認知症」から「人」へ

認知症 を持つ 人



認知症 を持つ 人

DCMの中では
認知症の人の思考、行動、感情に
影響を与える要素として次の5つの
要素を考えます

- 神経障害
- 体の健康状態
- 生活歴
- 性格傾向(人となり)
- 社会との関わり

認知能力(記憶、理解、見当識、
判断、計画など)に偏った
「その人らしさ」観の修正？

→ その人、全体に注目する視点

認知力以外に「その人らしさ」を
表す要素

感情
行動
帰属意識
身近な人に対する愛着
アイデンティティー

パーソンフッド(その人らしさ、人となり
人格…)の定義

「人や社会とのつながりの中で、周囲
からひとりひとりの人に与えられる立
場や尊敬の念。共感、思いやり、信頼
を意味するもの」

Tom Kitwood氏の文章より

DCM日本ストラジックリード 水野裕(ゆたか)氏の訳による

よい状態

- ・自分の思っていることを、言語・非言語に関わ
らず表現できること
 - ・ゆったりとして緊張やこわばりが無いこと
 - ・思いやりを周囲に示すこと
 - ・ユーモアを示すこと
 - ・創造的なことに取り組むこと
 - ・日常生活を楽しむ側面があること
 - ・社会との接点を持つこと
 - ・愛情のやり取りを持てること
 - ・自尊心を保てること
 - ・感情を表せること
- などなど

よくない状態

- ・よい状態の反対におかれること
 - ・長時間、無視してほって置かれること
 - ・何かを強制されること
 - ・精神的、身体的に抑圧されること
(物理的・言語的なものとは限らず
雰囲気を読み取るという点に着目)
 - ・社会や文化から疎外されること
- などなど

上記を総じて

その人らしさを損なわれること

Dementia Care Mappingの 基本的枠組みと方法

介護老人保健施設ベルローゼ
作業療法士
小川真寛

DCMの記録の基本的枠組み①

＜認知症を持つ人の観察評価記録＞

何をしているか？

◆主要な行動のタイプ

行動カテゴリーコード(BCC)

◆良い状態の水準の観察

良い状態/悪い状態の価値(WIB値)

社会心理的にどんな状態であるか？

BCC(行動カテゴリーコード)

- A 言語的・非言語的な周囲の人との交流
- B 周囲との交流はあるが、受身であること
- C 周囲に関心を持たず、閉じこもっている
- D 苦痛が放置されている状態
- E 表現活動あるいは創造的活動
- F 飲食

など

他19種類のコード

計 25種のコードに行動を分類

WIB値：良い状態・悪い状態の指標 (will-being/ill-being value)

- +5 例外的に良い状態
- +3 良い状態の明らかな徴候
- +1 現状に適応している状態
- 1 わずかに悪い状態
- 3 かなりの悪い状態
- 5 極端な無気力、悲嘆、絶望

WIB値の記録(例.Fの場合)

+3 かなり社交性を示し、楽しみながら食事を取っている。
例：相手と時折おしゃべりを交わしつつ、おやつをとっている。おいしい食事を楽しんでいるが、人との関わりはない。

+1 ちょっとしたおやつをとるか、何かを飲んでおり、よい状態を示す明らかな徴候が認められる。

例：1人でリラックスして軽食をとる。サンドイッチを食べながら満足そうに歩き回っているが、1人である。

-1 食べたり飲んだりしているが、不満あるいはややよくない状態を示す徴候が認められる。

例：1人でお茶を飲んでいるが、不快感を示す兆候が認められる。ケーキを食べているが、ボロボロしてうまく食べれずに困っている。

DCMの記録の基本的枠組み②

＜認知症を持つ人とケアとの関係の記録＞

その人らしさを失わせるようなケアが
提供されてないか？

◆個人の価値を損なう行為(PD)

◆肯定的出来事(PE)

その人らしさをひきだすようなケア
が提供されているか？

個人の価値を損なう行為 (PD:Personal Detraction)

- | | |
|----------------|------------|
| 1) 騙したり 欺いたりする | 10) 人扱いしない |
| 2) 能力を使わせない | 11) 無視する |
| 3) 子供扱いする | 12) 強制する |
| 4) 怖がらせる | 13) 後回しにする |
| 5) 区別する | 14) 非難する |
| 6) 差別を行う | 15) 中断する |
| 7) 急がせる | 16) あざける |
| 8) 分かろうとしない | 17) 侮辱する |
| 9) のけ者にする | |

肯定的出来事(PE:Positive Event)

- 1) ニーズが満たされている
 - 2) スキル(技能・能力)が引き出されている
 - 3) ケアによりその人が喜んでいる
 - 4) 行動障害が良い方向に
 - 5) 悪化している状況が好転
 - 6) 良好な感情が伝播
- ケアの現場で起こる介助者のすばらしい行動を記録

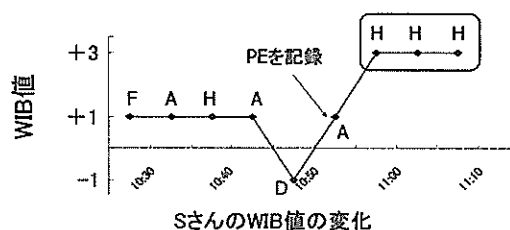
PEの記録

マッピング場所 デイケア

Sさんのケース

Sさん、Mさん和其他のメンバーで折り紙をしている場面。SさんとMさんはなじみの関係である。Sさんはいつも手工芸に拒否的。Mさんが無理に折り紙に誘った。その結果、Sさんは苛立ち、吐き捨てるように“やらない”と拒否。

スタッフが「みんなで仲良く、やりましょう」と声かけ。他のメンバーももう一度誘い、折り紙を再開。それからSさんとグループ全体が良い状態で経過。



PPW(ポジティブ・パーソン・ワーク)

ケアを詳細に観察し、良いケアを見つける。



ケアスタッフのやる気生まれる

観察を通して気づいた点をもとに話し合い、改善に向けて努力していくことが重要

DCMを利用することの利点

- ◆ 良いケア、良くないケアがはっきりとした形で理解できる。そして、それを伝えることができる。
- ◆ 日頃のケアを振り返る一助となり、建設的にケアを変化させていくツールになる。

フィードバックの経験を通して

健康科学大学
村田 康子

はじめに

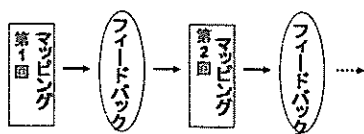
- ◆施設外観察者として、7つの高齢者施設において、認知症ケアマッピング(以下、DCM)を実施し、フィードバック過程の重要性に気づいた。
- ◆フィードバックの実例を紹介し、参加者の反応や討議、アンケートの結果を通して、ケアチームにとってのDCMの意義について考える。

フィードバック:

観察者は、マッピングで得られた情報を分析後、フィードバックのミーティングで結果を報告、+参加者に意見を聞き、ケア改善に向けて討議。

A特別養護老人ホームの場合

- ◆施設: 入所定員100名,特別介護棟にて実施
- ◆対象者: 第1回(7名) / 第2回(5名)
- ◆マッピング: 第1回 / 第2回(3M後)
- ◆フィードバック: 第1回(職員全体会)
第2回(カンファレンス / フロア会議)



第1回マッピングのフィードバック

1) 良い出来事(PE)の記録

例)・15:45:対象者がどこからか持ち出した物品を籠に入れて持ち歩いていた。スタッフは咎めることなく、「〇さん、いっしょに返しに行こうか」と笑顔で話しかけ、手を差し出した。〇氏はスタッフの手をとり、笑顔で同行した。

2) 個人の価値を低める行為(PD10・11)

例)・スタッフが声をかけることなく黙って、車椅子を移動させる、食事の介助をする

3)-1 グループの活動パターンについて

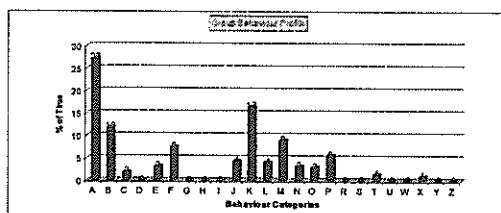


図1: BCC プロフィール

A(交流), K(歩行), B(消極的関わり), M(メディア)の順に多い。J(身体運動), L(仕事), E(表現)などがわずかに認められる。

3)-2 WIB値とケアのバランスについて

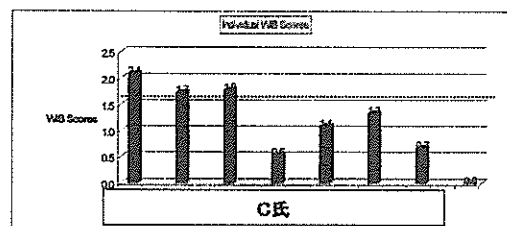


図2: 個人WIB値

WIBスコア(平均)では、最も高い対象者が(+2.1)。一方、C氏は最も低く(+0.9)であった。

4) C氏(85歳,女性)の1回目の結果

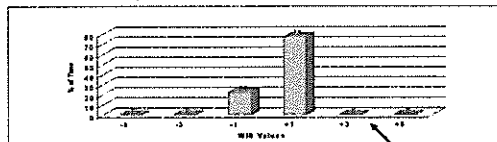


図3:WIB プロフィール (+3)がない

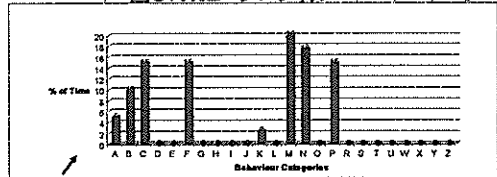


図4:BCC プロフィール

6) 討議

- ①C氏のよい状態が、今回観察されなかったが、ふだんの様子は？
＜スタッフ＞C氏は反応が少なく、関わりが難しい。手芸クラブの時はどうだろうか。
- ②C氏は、食堂や廊下のTVの前で関わりなく過ごす時間が長い、気づいた点は？
＜スタッフ＞食事に時間がかかり、そのまま食堂でぼんやり過ごし、居眠りしていることも多い。
- ③活動パターンの多様性で、改善できる可能性は？
＜スタッフ＞スタッフ数が不足し、プログラムを増やすことは難しい、できることで工夫したい。

第2回マッピングのフィードバック

＜マッピング＞ 3M後、手芸クラブの日にマッピング実施。

＜フィードバック＞

- 1)よい出来事の記録(PE)について
 - ・様々なスタッフの声かけが増加。
 - ・お茶を入れて飲む活動の効果
- 2)個人の価値を低める行為(PD)について
 - ・PD10.11の減少
- 3)C氏の結果について(BCC, WIB)
 - ・手芸クラブの参加状況 ・行事の参加状況
- 4)討議

3) C氏の2回目の結果

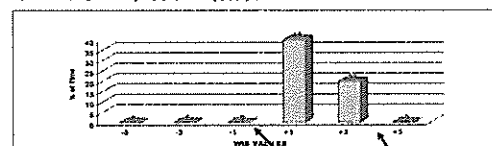


図5:WIB プロフィール (-1)の減少 (+3)の増加

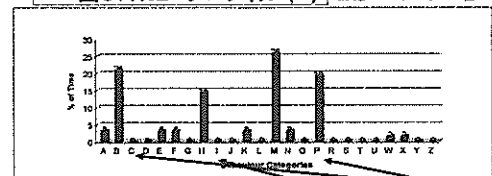


図6:BCC プロフィール Hの増加 C, Nの減少

4) 討議

①C氏について

- ・手芸クラブ:ボランティアの話しかけや介助に応じて、紙テープを切る(集中)。会話にも応答。～H(+3)
- ・フロアの行事:見ているが反応少ない。～B(+1)
- ・WIBスコア上昇(+0.9⇒+1.3)。

＜スタッフ＞

- ・関わり方や場面によってC氏の反応に違い。
- ・個別・小グループの関わりを工夫。
- ・関わり・刺激を得られる居場所づくりを工夫する。

ケアスタッフのアンケート結果:

DCMについて(自由回答)

- ①業務に追われがちだが、関わりの意味や重要性を認識できた。
- ②関わりの結果が目で見えてわかり、ケアのふり返りに役立つ。
- ③時間はかかるが、他の入所者にも実施し、ケアプランに役立てたい。

考察1

- ①その人を中心としたケア(PCC)の推進
 - ◆身近な具体例を通して、スタッフのPCCに関する理解が深まる。
 - ◆その人らしさを維持する活動やケア環境への気づきを通して、改善が促進される。
- ②ケアチームにとってのDCMの意義
 - ◆チームの各職種が、ケアの現状や改善点について共通認識をもつ。
 - ◆良い関わりが承認され、スタッフの自信・意欲が向上する。

考察2

- ③作業療法とDCM
 - ◆認知症をもつ人の一日の過ごし方や作業(活動)の現状を把握できる。
 - ◆認知症をもつ人の、関わりの現状を知り、その心理社会的ニーズに気づく。
 - ◆課題として、DCM実施に必要な時間の確保。
 - ◆わが国の文化やケアシステムとの適合性を今後、検討する必要がある。

まとめ

- ◆DCMIは、事例で示したように、ケアチーム全体で認知症ケアの現状をふり返り、様々な職種が共通認識をもち、その人を中心としたケアへと改善を図っていく上で、有効な手段であると考えられる。
- ◆DCMIはわが国に導入されて日も浅く多くの課題が存在するが、様々な検討を重ねつつ今後の展開が期待される。

日本語版認知症ケアマッピング (Dementia Caring Mapping-Japanese Version : DCM-J)の信頼性・妥当性

三重県立看護大学	鈴木みずえ
一宮市民病院今伊勢分院	水野 裕
国立長寿医療センター	日比野千恵子
四日市市高齢福祉課	坂本 涼子
遠江病院	大城 一
びわこ成蹊スポーツ大学	金森 雅夫

緒言

厚生労働省の私的研究会として設置された高齢者介護研究会による「2015年の高齢者介護」の報告書では主要な柱の一つとして認知症高齢者の新しいケアモデルの確立が位置づけられており¹⁾、認知症高齢者の尊厳を維持するためのケアの確立が急がれている。わが国の介護保険制度を始めとした高齢者保健医療福祉では“ノーマライゼーション”、“自己決定の尊重”、“心身上の保護の重視”などが基礎理念となっている。つまり認知症高齢者においては可能な限り今までの生活を維持し、限り残された能力を引き出し、自己決定ができるように支援したり、その人らしいQOLを重視することが必要である。近年、欧米ではエンパワメントの考え方から認知症高齢者であっても本来ひとりの人として高い能力が備わっているのであり、どのようにその能力を引き出し、支援するかが看護における大きな課題となった。認知症高齢者とのコミュニケーション方法の一つとして開発されたバリデーション²⁾も“ノーマライゼーション”、“エンパワメント”がその考え方の基盤となっている。近年では認知症の概念、ケア方法も著しく変化してきた。認知症ケアマッピング(Dementia Care Mapping:DCM)³⁾は、ブラッドフォード大学の認知症研究グループによって開発された認知症に苦しむ人々に対するケアの質の向上を目的とした行動観察手法であり、パーソン・センタード・ケアの理論に基づいたケアの質向上のためのシステムをも含んだ評価手法であることからわが国に導入によって認知症ケアの質の向上が期待されている。英語版DCMは信頼性・妥当性はすでに検証され、DCMは臨床の認知症ケアの質を向上させるばかりではなく、認知症のケア研究において有効であることが実証されている⁴⁾。わが国のDCMの導入は認知症介護研究・研修大府センターがブラッドフォード大学と提携し、水野・日比野らによって2004年からDCM基礎コースが導入され、研修を受けたブラッドフォード大学認定の評価者(mapper)は現在では60名程度となった。しかし、わが

国では DCM が導入されたばかりで実際に取り入れられている施設は限られているのが現状である。研修によってマッパーは増加しているものの日本語版認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping-Japanese Version: DCM-J) の妥当性、信頼性の検証は十分検討されていないのが現状である。DCM-J は、今後のわが国の実践における認知症ケアの質の向上とともに認知症ケアの介入研究の効果評価にも有効であり、その信頼性、妥当性を検証することで DCM の活用機会もさらに増加すると思われる。本研究の目的は DCM-J の信頼性、妥当性を検証することであるが、現在、本研究は進行中のものであるが、本報告では平成 17 年の対象者のみの中間報告を行う。

方法

平成 17 年 4 月 1 日から平成 17 年 12 月 15 日の間に認知症高齢者に対して DCM 基礎コースを修了した 2 人の評価者 (Mapper) による DCM 評価を実施した。Mapper は研修終了後、中部マッパー交流会などの研修を行い、トレーナーの資格を持つマッパーの実践指導を受けた 2 名である。対象者はデイケア、グループホーム、療養型病床群に入院する認知症と診断された 106 名の高齢者である。1 人の Mapper の 1 回に評価する対象者は 6 名、評価時間は 10:00~16:00 の 6 時間とし、各施設とも同一の条件でマッピングを行った。倫理的配慮として、対象者の代理人である家族に研究概要とプライバシーの保護などの説明を行い、承諾を得た。

評価方法

DCM 以外の評価方法は以下の 4 つの評価尺度を用いた。

1. Mini-Mental State Examination (MMSE)⁵⁾

認知機能のスクリーニング検査であり、訓練を受けた看護師が面接評価した。得点は 0 から 30 点で分布し、点数が高いほど良好である。

2. Clinical Dementia Rating (CDR)⁶⁾

臨床的に認知症の重症度を評価する尺度であり、記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家族状況および趣味・関心、介護状況を健康 CDR0、健康、認知症の疑い (CDR 0.5)、軽度認知症 (CDR 1)、中度認知症 (CDR 2)、重度認知症 (CDR 3) の 5 段階で評価し、それから同様に 5 段階の総合判定を行う。

3. Gottfries Brane Steen Scale (GBS)⁷⁾

認知症の重症度とともに質的差異も評価尺度であり、「A. 運動機能」(0-36)、「B. 知的機能」(0-66)、「C. 感情機能」(0-18)、「D. 精神症状」(0-36) の 4 項目で評価し、点数が高いほど悪化を示す。

4. 日本語版認知症高齢者の生活の質尺度 (Japanese Quality of life inventory for elderly with dementia; QOL-D)⁸⁾

Rabins ら⁹⁾の AD-QOL をもとに日本の文化に見合った新しい測定項目を追加した認知症高齢者の行動評価による QOL 尺度である。「周囲との生き生きとした交流」、「自分らしさの表現」、「対困難なコントロール」の3つの下位尺度から構成される。

評価手順:MMSE は研究スタッフの看護師が面接調査を行い、他の行動評価は対象者を最も把握している看護師・介護職員に依頼した。

解析手順:信頼性は DCM Manual による信頼性テストを用いた。基準関連妥当性を明らかにするために DCM の WIB 値と日本語版認知症高齢者生活の質尺度それぞれの尺度との相関係数を算出した。個人 WIB 値を算出するとともに BBC カテゴリーの TYP1 (積極的交流) と Type2 (消極的交流) の2つに分けてその割合を算出した。統計学的解析には SPSS Ver 12.0 を用い、施設別および CDR の重症度別の比較には Kruskal wallis 検定、相関はピアソンの相関係数を用いた。

結果

1. 対象者の基本的属性

対象者は106名(男性28名、女性78名)、所属施設はデイケア8名、デイサービス12名、グループホーム11名、療養型病床群34名、特別養護老人ホーム41名であった。対象者の平均年齢は82.91(±7.63)歳で範囲は57歳~105歳であり、男性81.89(±6.18)歳、女性83.27(±8.09)歳であった。診断名は脳血管性認知症63名(男性18名、女性45名)、アルツハイマー型認知症41名(男性9名、女性32名)、レビー小体2名(女性1名、男性1名)であった。MMSE の平均値は12.98(±7.91)であり、男性13.89(±7.72)、女性12.65(±8.00)であった。

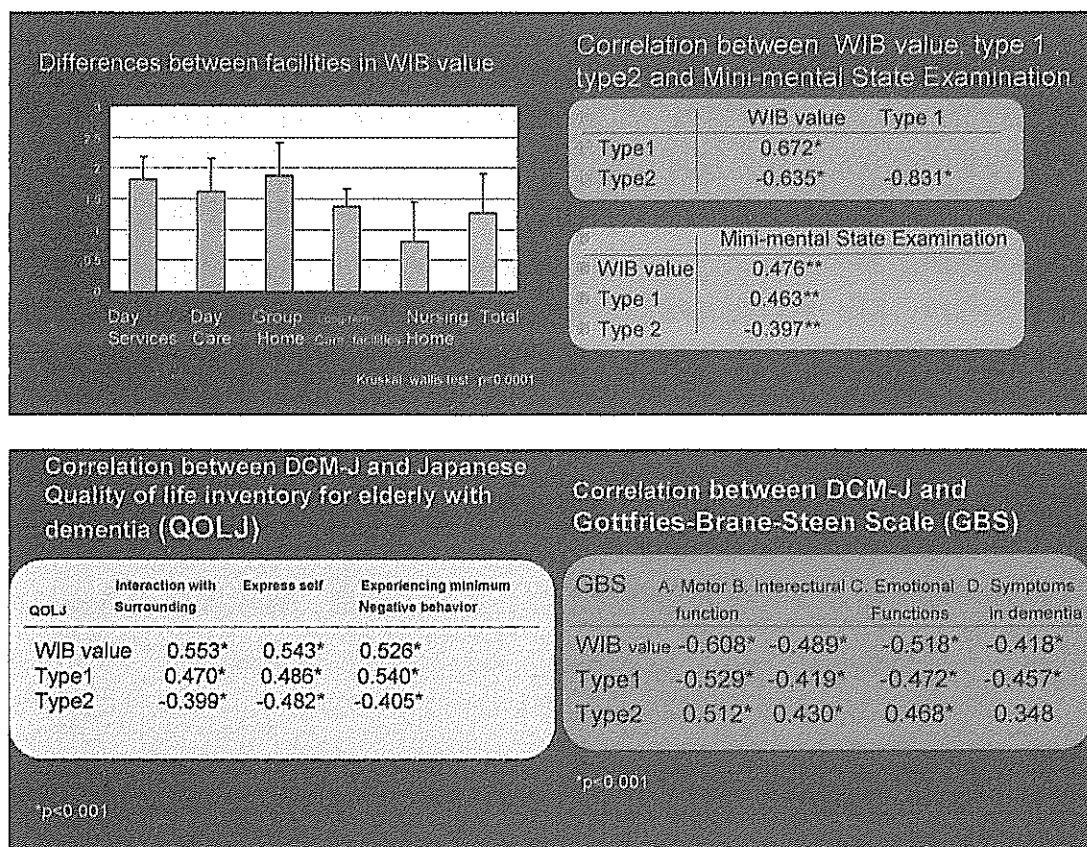
2. 信頼性

信頼性を検証するために2人のMapperが同一の時間帯に同一の対象者を評価した。対象者6名に対して10:00-16:00までの同時間帯に評価した。32人の対象者の評価を分析した結果、評価者間の一致率は82.32(±5.85)であった。

3. 妥当性

WIB 値の平均は1.27(±0.64)であり、施設別を比較すると有意な差が認められ、グループホームが1.88(±0.53)と最も高かった。DCM-J の WIB 値、Type1 と Type2 カテゴリーの相関は0.6以上であり、Type1 と Type2 は0.83と高い負の相関が認められた。CDR 重症度別でも WIB 値は有意な違いが認められ、認知症の疑い(0.5)が最も高く、重度認知症(CDR3)が最も低かった。MMSE との相関では、WIB 値と0.42の有意な相関が認められた。DCM-J と日本語版認知症高齢者の生活質尺度の3項目の下位尺度とも0.5以上の高い有意な相関が認められた。DCM-J と GBS の関係にも有意な相関関係が認められ「A.運動機能」、「C.

感情機能」の順に相関係数が高かった。



考察

信頼性である評価者間の一致率については平均 82.3%であった。DCM-J マニュアルにおいては実践においては 70%以上、研究報告では 80%以上を確保する必要がある¹⁰⁾、本研究においても十分評価者間の信頼性は確保されたとと言える。CDR は認知症の重症度を判定する尺度であり、健康を含めて 5 段階で評価するが、本対象者では認知症疑い～重度認知症の 4 段階で評価され、DCM-J の平均は有意に異なっており、重度化するほど DCM-J の WIB 値が低下していた。CDR は認知症の重症度を判定する尺度であり、健康を含めて 5 段階で評価するが、本対象者では認知症疑い～重度認知症の 4 段階で評価され、DCM-J の平均は有意に異なっており、重度化するほど DCM-J の WIB 値が低下していた。これらの CDR のレベルによって WIB 値が低くなる点については、Chung らと同様の結果であった¹¹⁾。GBS では、すべての項目と WIB 値は有意な関係が得られたが、最も高かったのは「A. 運動機能」であり、最も低かったのは「B. 知的機能」であった。Edelman ら¹²⁾も依存度が高いほど DCM の WIB 値が高く、同様の結果が得られたと言える。MMSE については、WIB 値と有意な結果が得られたが、他の尺度に比べて相関係数が 0.476 と低かった。

QOL-D の 3 つの下位尺度とそれぞれ 0.5 以上の相関が得られ基準関連妥当性が得られたと考える。QOL-D との関係では「周囲との生き生きとした交流」、「自分らしさの表現」、「対困難なコントロール」の順に相関係数が高く、わが国の文化に適した QOL-D との基準関連妥当性があることが明らかになった。DCM と他の認知症特異的な QOL 尺度の関連を明らかにした報告¹³⁾では DCM と Rbins の AD related QOL は 0.49 の有意な関連が報告されていた。本研究では QOLD とは 0.5 以上の相関係数が認められた。これらの結果から、MMSE、CDR および GBS の相関の結果からは、WIB 値は認知機能の影響も受けるが、依存度との関係が強いことが示唆された。QOL-D との関係では「周囲との生き生きとした交流」、「自分らしさの表現」、「対困難なコントロール」の順に相関係数が高く、日本の文化に適した認知症高齢者の QOL 指標である QOL-D との基準関連妥当性があることが明らかになった。以上の結果から本研究の結果から日本語版 DCM には信頼性、妥当性が高いことが示唆された。

本研究に協力賜りました対象者およびご家族の皆様、施設職員の皆様に深くお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 本間:「2015 の高齢者介護」における認知症ケア.日本老年精神医学雑誌 2004;15(12)1349-1552.
- 2) ナオミ・フェイル, 藤沢 嘉勝 (翻訳), :バリデーションー認知症の人との超コミュニケーション法, 筒井書房, 2001
- 3) 米国ブラッドフォード大学認知症介護研究グループ, 高齢者認知症介護研究・大府センター監修:Evaluating dementia care the DCM methd その人を中心としたケアをめざしてパーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピングー, 2004.
- 4) Fossy J, et al.: Dementia care mapping as aresearch tool for measurering quality of life in care setting:sychometric properties, International journal of geriatric psychiatry, 17:1064-1070, 2002
- 5) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: Mini-mental State; Practical method for grading the cognitive state for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.
- 6) Lawson JS, et al: A dementia rating scale for use with psychogeriatric patients. Journal of Gerontology 1997;32:153-159.
- 7) Gottfries CG, Brane G, Steen G: A new rating scale for dementia syndromes. Arch Gerontol Geriar 1982;1:311-330.
- 8) Yamamoto-Miatani N, Abe T, Okita Y, Hayashi K, Sugichita C, Katayama K.: The impact of subjects/respondent characteristics on a proxy-rated quality of life instrument for the Japanese elderly with dementia, Quality of life Research

2004;13:845-855.

- 9) Rabins PV, Kasper JD. Measuring quality of life in dementia: conceptual and practical issues. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 1997;11(S6):100-104.
- 10) Brooker D, et al.: The efficacy of dementia care mapping as an audit tool: report of 3-year British NHS evaluation, *Age & Mental Health*, 1998;2(1):60-70.
- 11) Chung CCJ: Activities participation and well-being of people with dementia in long-term care setting, *Occupation, participation and health*, 2004 :24(1), 22-31.
- 12) Edelman P, et al.: influence of cognitive impairment, functional impairment and care setting on dementia care mapping results, *Ageing & mental Health*, 2004;8(6):514-523.
- 13) Edelman P, et al.: Comparison of dementia-specific quality of life measures in adult day care, Home health care services quality, 2004;23(1), 25-42.

韓国の認知症ケアマッピングワークショップに参加して

三重県立看護大学 鈴木みずえ



平成 18 年 3 月 18 日に韓国女子梨花大学にて認知症ケアマッピングワークショップに参加したのでご報告いたします。このワークショップに参加することになったのは、昨年の夏、韓国の女子梨花大学の看護学部長 Shin 教授に日本でお会したのがきっかけでした。

その際に Shin 教授は韓国でも DCM を導入したいとのことで、日本の DCM の現状を熱心に尋ねられました。その時はブラッドフォード大学には連絡もしていない様子なので導入は将来の話だろうと思っていました。しかし、今年になってから DCM のワークショップに参加の依頼があり、平成 18 年 3 月 14 日～17 日までの基礎コースのために来日した Paul 先生、Sharon 先生と韓国で合流し、日本の DCM の状況と私が実施している DCM の研究を紹介することになりました。



Shin 教授のオフィスにて打ち合わせ

梨花女子大学はソウルにあるミッション系女子大学で 14 学部と 66 専攻科からなる世界最大の規模の女子大学と言われています。看護学部は学部、修士課程、博士課程を有し、看護学の教育には定評がある大学です。Shin 教授のお話によると韓国ではすでに DCM マニュアル第 8 版の翻訳は完了しており、今年の夏から基礎コースをスタートさせる予定のようです。最初にお会いしてから半年も経っていないのに DCM 導入に向けての進展は驚くばかりです。

韓国の高齢化率は 8%ということですが、2007 年 7 月から導入を予定しており、昨年の 7 月からすでに介護サービスモデル事業も実施しているそうです。日本に比

べて高齢化対策が非常に早急に取り組まれており、今後、DCM がどのように韓国で導入、発展するのか、興味のあるところです。

ワークショップではSharon先生がパーソン・センタード・ケアの概念について、Paul先生がDCMについてお話されました。Sharon先生の講演では米国に長く留学経験もあるShin教授自らが通訳するなど常にその熱心さは会場を沸かせました。Paul先生は会場でご自分1人だけが男性であり、女子大学であることを意識されていたのか「このような女性ばかりの場所は初めてなので。」とちょっと最初は照れていらっしやいましたが、いつものようにDCMについてわかりやすく、話されました。午後から私が日本の状況と日本語版DCMの信頼性、妥当性について話しました。本ワークショップのタイトルが「Dementia Care Mapping」とDCMを前面に出しているのに比べて両先生方のお話はパーソン・センタード・ケアとDCMの概念が中心でした。参加者はもっとDCMの方法論を知りたいという段階であったと思いますが、順番の都合から私からの日本語版の信頼性、妥当性については少し難しかったのかもしれませんが、しかし、参加者からは実施された施設の状況、DCMが実際にどのように役に立つのか非常に実践的な質問などがされました。

最後にShin先生とお別れする際、今後、日本と韓国のDCMのワークショップを実現したいと言われておりました。また、Paul先生からは、今後、DCMは韓国ばかりでなく、台湾にも導入されるとも伺いました。日本はアジアの中でも最初にDCMを導入したことからも非常に注目されているのです。このような他国のDCM導入の動きの速さにマッパーの1人としてどのように日本のDCMの現状に貢献できるのか考えさせられました。また、今後、アジアの国々が共にパーソン・センタード・ケア、DCMという共通の概念、方法論を用いて認知症ケアに取り組み、ディスカッションしたり、さらには実践、研究を展開できる日も近いのではないかと強く実感しました。



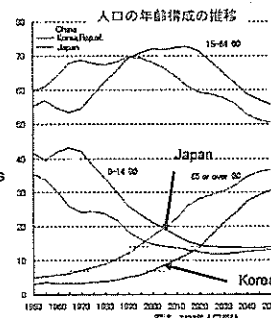
Paul先生と通訳の梨花女子大学のKang助教授

Reliability and validity of Dementia Care Mapping- Japanese Version (DCM-J)

Mizuo Suzuki, RN, PHN, PhD
Mie Prefectural College of Nursing
Yutaka Mizuno H, MD PhD.
Imaise branch, Ichinomiya City Hospital
Chieko Hibino, RN, PHN
National Center for Geriatrics and Gerontology
Ryoko Sakamoto, SW, Yokkaichi city office
Hajime Ooshiro, MD, PhD Totomi hospital
Masao Kanamori, MD, PhD Bivako Seikei Sport College
Dawn Broker C. Psychol Cline, PhD, University of Bradford

Japanese Aging Society

Longevity is a characteristic of Japanese society. In 2005,, people over 65 years of age constituted approximately 19.5% of population. The average life expectancy was 79 years in males and 86 years in females in Japan.



Long-term care insurance and care among people with dementia

- According to statistics of the Japanese Ministry of Health and Welfare, the number of people with dementia who need care was predicted to rise from 1.5 million in 2002 to 2.5 million in 2015.
- A long-term care insurance system went into effect in April 2000 in Japan. In this system, the users were classified according to the burden levels from their physical and mental disorder, and the users (elderly and their family) make a contract with a long-term care insurance facility.
- Dementia Care Research and Training Center has engaged in research study on practical care among people with dementia from 2001.
- A one-year dementia information campaign was conducted by the Ministry of Health, Welfare and Labor in 2005.
- In this situation, it is necessary that care methods to maintain respect for people with dementia should be speedily established in Japan.

Dementia Care Mapping(DCM) in Japan

- The Japanese DCM basic training seminar, which was authorized by Bradford University, was started by Dr. Mizuno (MD) and Ms. Hibino (RN) at the Obu Dementia Care Research and Training Center.
- Nurses, medical doctors, and social workers attend the basic DCM course Mapper which was authorized by Bradford University. Approximately 60 people have completed the course in Japan.
- Regional DCM Meeting in Japan: Japanese DCM regional meetings are held in 3 areas: Kanto area, Kansai area and Tokai area once every few months. These meeting provide mapping practices and DCM training.
- National DCM meeting in Japan: A national meeting is held once a year, in which mappers discuss feedback methods and DCM results evaluated by each mapper. A newsletter is regularly published to provide information to all mappers.

Purpose

- The Elderly Care Research Group of the Ministry of Health and Welfare has investigated elderly nursing care in order to establish, by 2015, nursing care that values the dignity of the elderly, the importance of preventing the elderly from becoming dependent on care, and the rehabilitation and prevention of dementia.
- Although DCM is effective for improving the quality of care in clinical care settings and for developing nursing care for patients with dementia, the DCM evaluation system has not yet been adopted in geriatric hospitals and facilities in Japan.
- The purpose of this research is to clarify the reliability and validity of the Japanese Version of dementia care mapping (DCM-J) in order to introduce DCM evaluation systems in Japan.

Method

- DCM-J was conducted by two mappers who had completed the Japanese DCM basic training seminar and had attended a clinical training conference. The subjects were elderly individuals with dementia who were utilizing the services of long-term care facilities, day-care centers, group homes, or nursing homes.
- The daily behavior of 106 subjects was observed for the 6 hours from 10:00 to 16:00 in the day room or dining room. This study was conducted from April to December in 2005. All patients and their families received a full explanation of the study protocol and written content was obtained from the families.

Evaluations

The following evaluation scales were used in this research.

- ❑ **Dementia Care Mapping-Japanese Version (DCM-J)**
Behavioral category coding (BBC) and the Well-being and Ill-being (WIB) scale were conducted in accordance with the 7th edition of the DCM manual.
- ❑ **Mini-Mental State (MMSE)**
The MMSE is an interview-based screening test consisting of 30 items on the following 6 subscales: "orientation", "registration", "attention and calculation", "recall", "language", and "visual construction" (scored from 0 to 30).¹⁹

Gottfries-Brane-Steen Scale (GBS)

The GBS focuses on the qualitative differences in dementia. The GBS uses a 0 to 6 point scale in order to evaluate subscales including "A. motor, intellectual (6 items; range, 0-36)", "B. intellectual (11 items; range, 0-66)", "C. emotional function, (3 items; range, 0-18)" and "D. different symptoms common in dementia (6 items; range, 0-36)".

Clinical Dementia Rating (CDR)

The CDR is one of the standard global ratings of dementia used in research on patients with Alzheimer's disease. The CDR assesses the following six domains: memory, orientation, judgment and problem solving, community affairs, home and hobbies, and personal care.

Japanese Quality of Life Inventory for Elderly with Dementia (QOLJ)

The QOLJ was developed based on Rabins's Health-related quality of life in persons with Alzheimer disease (AD-HRQL), and incorporates a new item that corresponds to Japanese culture. The QOLJ consists of items that assess an individual's interaction with their surroundings, self-expression, minimum experiences, and negative behavior.

Evaluation procedure:

Two mappers observed the six subjects simultaneously in order to determine the inter-rater reliability of DCM-J. Reliability was calculated using the DCM manual. Nurses with clinical experience in caring for dementia patients and who have received training regarding interviews using the MMSE and the other evaluation scales were recruited from among the clinical nurses and social welfare professionals who knew the subjects well. Correlation coefficients between individual WIB values and other evaluations were calculated in order to clarify the criterion validity of DCM-J.

Analytical procedure:

The DCM manual was used to assess the reliability of DCM-J. To clarify the validity of DCM-J, correlation coefficients between the WIB values, Type 1 and Type 2 categories of DCM-J and QOLJ and GBS were calculated. Furthermore, the Kruskal-Wallis test was used to compare the mean WIB values at each facility and the severity of symptoms according to the CDR.

Behavior Category Code (BCC) Type 1 and Type 2 category

- ❑ Patients' behaviors were divided into 2 types. Type 1 indicates activities identified through BBC, while Type 2 indicates social withdraw. In this study, the proportion of Type 1 and Type 2 symptoms were calculated.
- ❑ Type 1: A (Articulation) E (Expression) F (Food) G (Game) H (Handicraft) I (Intellectual) J (Joint) L (Labor) M (Media) O (Own Care) P (Physical care) R (Religion) S (Sex) T (Timalation) X(X-creation)
- ❑ Type 2 : B (Borderline) C (Cool) D (Distress) W (Withstanding) Y

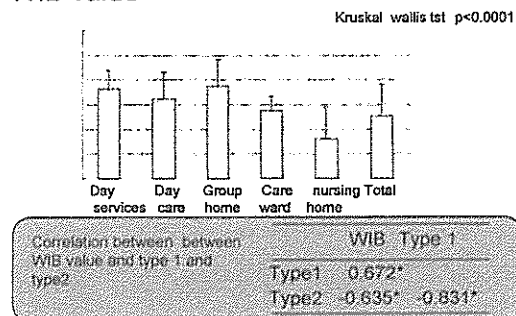
Reliability between two mappers

- ❑ Reliability was assessed according to the DCM manual. Two mappers observed the six subjects simultaneously in order to determine the inter-rater reliability of DCM-J. Reliability was calculated using the DCM manual.
- ❑ 32 subjects were evaluated by two mappers at the same time, and the average of inter-rater reliability was 82.32(±5.85).

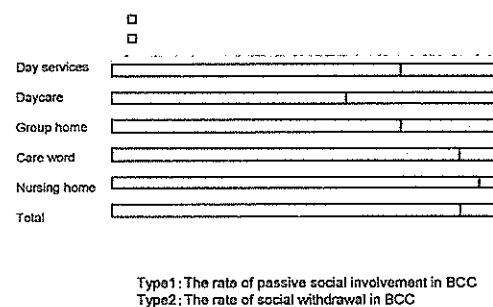
Character of subjects

- ❑ The subjects was consist of 8 subjects who used in day care center, and 12 subjects who used daycare people, 11 subjects who live in group home, 34 subjects in long term care ward in geriatric hospital, and 41 subjects who live in nursing home. The average age of all subjects were 82.91(±7.63) years old (range:57-105), and man 81.89(±6.18) years old and female 83.27(±8.09) years old.
- ❑ The 64subjects were diagnosed Vascular dementia(18 men and 46 females), 41 subjects were diagnosed Alzheimer-type dementia (9 men and 32 females), and 1 subjects were diagnosed Dementia with lewy bodies(1 man). In the mean of MMSE, the total subjects were 12.98(±7.91), and man were 13.89(±7.72), and woman were 12.65(±8.00). In the mean of MMSE, the total subjects were 12.98(±7.91), and man were 13.89(±7.72), and woman were 12.65(±8.00).

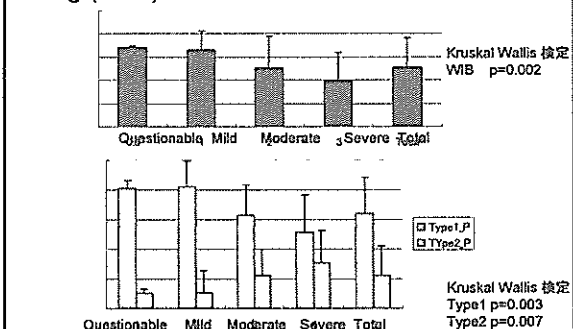
Differences between facilities in WIB value



Distribution of Type1 and Type2 category



Differences between level of Clinical Dementia Rating (CDR) facilities with WIB value



Correlation between DCM-J and Japanese Quality of life inventory for elderly with dementia (QOLJ)

QOLJ	Interaction with surrounding	Express self	experiencing minimum negative behavior
WIB value	0.553*	0.543*	0.526*
Type1	0.470*	0.486*	0.540*
Type2	-0.399*	-0.482*	-0.405*

* $p < 0.001$

Correlation between DCM-J and Gottfries-Brane-Steen Scale (GBS)

GBS	A. Motor function	B. Interrectural Functions	C. Emotional Functions	D. Symptoms in dementia
WIB	-0.608*	-0.489*	-0.518*	-0.418*
Type1	-0.529*	-0.419*	-0.472*	-0.457*
Type2	0.512*	0.430*	0.468*	0.348

* $p < 0.001$

Conclusion

- Two mappers were seated on chairs facing the same direction in the ward and simultaneously evaluated six subjects. As regards reliability, 32 subjects were evaluated by two mappers at the same time, and the average of inter-rater reliability was $82.32(\pm 5.85)$.
- The inter-rater reliability was greater than 0.8, and a negative correlation of 0.83 was observed between Type 1 and Type 2 symptoms. Assessments of impairment according to the CDR differed significantly from the WIB values and Type1 and Type 2 symptoms.
- The mean WIB value of DCM-J was 0.5, indicating a significantly stronger correlation with the QOLJ sub-scale. The WIB values of DCM-J were significantly correlated with scores on the GBS. The correlation coefficients were particularly high for 'A. motor, intellectual' and 'C. emotional function'.
- The present results suggest that DCM-J is highly reliable and valid for use with elderly dementia patients.

7.資料

認知症ケアに携わるすべての人のために パーソン・センタード・ケアの理念

「認知症のケアは難しい」、確かにその通りでしょう。
しかし、「だから仕方ない」と思ってしまったら、それで終わりです。
ここでは、人間性——認知症高齢者はもちろん、ケア提供者のそれをも——
中心に据えた新しいケアの理念を紹介していただきます。

水野 裕

Mizuno Yutaka
一宮市立市民病院今伊勢分院老年精神科

はじめに

パーソン・センタード・ケアとは、今は亡きトム・キットウッド Tom Kitwood 教授(以下、トム)が 1990 年代前半に提唱した概念である。最近、後述する「オールドカルチャー」や「ニューカルチャー」などの言葉とともに研修などで聞かれることがとみに多くなったが、実際に正確に理解されているとは言いがたいことも多い。筆者は、認知症介護研究・研修大府センターに勤務していた 2003(平成 15)年度より、「パーソン・センタード・ケアと DCM(dementia care mapping: 認知症ケアマッピング)法」の導入事業に関わってきたため、この事業を通じて、理解しえた理念の概略を紹介したい。

今みている認知症の状態は 何によるものか?

今、目の前で見ている認知症の症状は、何から引き起こされているものだろうか?

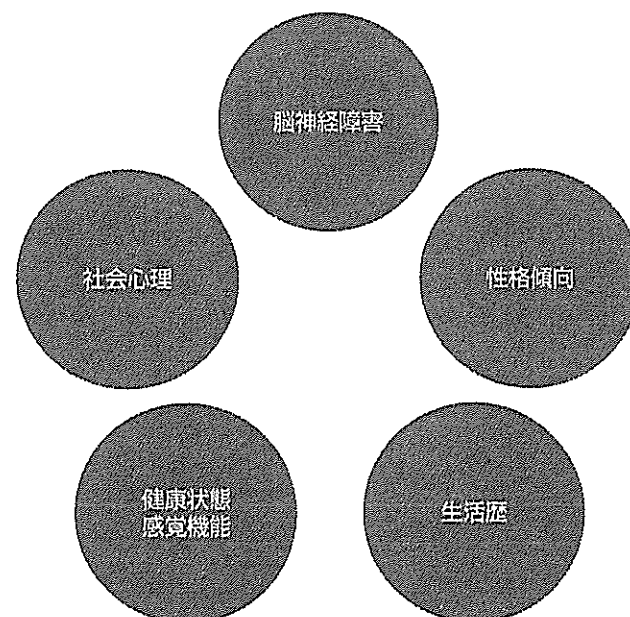
パーソン・センタード・ケアの提唱者であるトムは、認知症症状は、図 1 に示した 5 要素が影響し

あっているものと考えた。これらについて、以下、簡単に解説する。

●脳神経障害 neurological impairment

まずは、当然のごとく、認知症という脳器質的な変化からくる症状である。たとえば、失行、失認、失見当などの症状や、認知障害など疾患そのものから由来する症状である。記憶障害は、その代表的なものだろう。

図 1 認知症の状態は何に影響されるか



●性格傾向(気質,能力,対処スタイル) personality

たとえば、突然、大きな物音が聞こえたときを想像してみよう。「キャー!」と、つい大声を出す人、外に駆け出す人、のんびり気にならない人など、その人ごとの性格や今までの経験によって、対処スタイルはさまざまである。たとえ認知症を患っても、このようなさまざまな出来事に出会ったときの対処のパターンは、人ごとに違うであろう。

●生活歴 biography

これは、生まれ育った環境、長らく従事していた職業、家族などが本人へ与えている影響である。筆者の診ている患者で、夜中におぼつかない足取りで歩き、そのたびに転倒することも多く、どうしてよいか悩んだ人がいた。その人は、すでにうまく話すことができなかったが、長い間、糖尿病を患っていたため、とにかく歩くことを心がけていたようで、それで今でも目が覚めると「歩かないといけない」と思うようであった。このように、長い病気の体験も生活歴の1つに入るだろう。

●健康状態,感覚機能(視力,聴力など) physical health

これは、身体状態が、その人の認知症の状態に影響を与えることを意味している。具体的には、便秘による腹部の不快感や、長時間一定の姿勢をとっているために不快を感じているとき、思うようにその不快感が伝えられない人であれば、その人なりに可能な表現をすること(いすをガタガタさせたり、声にならない声を上げるなど)を言う。

また、感覚機能としては、われわれが多く接する高齢者は、難聴があることが多いが、このような場合、人が話している内容が思うように聞き取れないために、周囲の人に対して疑心暗鬼になっ

たり、さらには妄想という形で表現されることは周知の通りである。

●社会心理(社会との関わり,職業,相互作用)the social psychology

その人をめぐる社会心理学的状況は、その人特有の人間関係のパターンであり、もともと人の輪の中心になり人を引っ張っていくようなタイプの人や、どちらかといえば一歩引いて周りに合わせながら行動していくようなタイプなどの違いを指す。

以上からわかることは、認知症における純粋な脳神経障害は、進行性で、これを改善させる手段は残念ながらないが、今現われている状態は、すべて単に認知症による障害だけから導き出されている症状とのみ言い表わされることなく、その人の育った環境、生活などから身についた対処スタイルや、今の健康状態、人や社会との付き合い方などの影響が大きいとトムは考えたわけである。言われてみれば当たり前であるが、このような考えを常に意識することは意外と難しいことである。

それは本当に認知症の症状か?

●「認知症だから仕方がない」の落とし穴

筆者の毎日の主業務は、認知症をもつ人たちと話したり、その家族と会い、悩みを聞いたりすることを通しての診療活動である。その中で、何らかの認知症と診断された人の家族から、「最近、何となく怒りっぽい。やはり、認知症が進行したんでしょうか?」という類の相談が、時々ある。中には、「最近よく食べる」ということまで、認知症が進行したためかと問う人までいる。

ふつう、配偶者や親が、いつになく珍しく怒っ

たとか、最近いらいらしていると感じたら、「私
が何か気に障ることを言ったかしら」とか、「心配
事があるのかしら」などと、想像をめぐらせたり、
思い切って直接聞いてみたりするだろう。しかし、
それが、アルツハイマー型痴呆に代表される、認
知症をもつ人のこととなると、つい、「認知症だ
から怒ったんだ」「認知症が進んだ。病院へ行って
先生に言わなきゃ」となってしまう。これは、一
般の人ばかりではなく、認知症の診療に携わる医
師・看護師・介護福祉士すべてに陥りやすい傾向だ
と思う。目の前に現われている事象を、安易に
「認知症のせい」「だからどうしようもない」と思考
停止状態になってしまうことが意外と多いのでは
ないか。おそらく、認知症者が、机を叩いたり、
大きな声を出したりすると、「不穏」「興奮」と書い
て終わり、ということがよく見られるのは、そう
いった考えからくるものだろうと想像する。

●医学的説明の限界

この点、医師も例外ではない。たとえば、よく、
ぶつぶつ言いながら、机を動かしたり、テレビな
どの備品を触ったりして、スタッフが止めようと
すると怒ってしまう人がいる。もし、カンファレ
ンスなどで意見を求められると、通常、医師は、
何とか医学的知識を総動員して、“医学的に”事態
を説明することを考える。言い方を換えると、そ
れが医師として求められている態度だと信じてい
る。たとえば、このような場合、「机やテレビと
いう対象物を正確に認知できず(失認、記憶障害)、
その本来の使い方を実行する能力が障害されてお
り(失行)、意思疎通が不良(抽象思考障害)なため
に怒るのだ」などというふうに説明を試みる。し
かし、そのような医学的分析に意味が乏しいと感
じることも多く、自らの不全感から、「だって、
認知症なんだから仕方ない」とか「それが、認知症
というものだ」という、説明にならない説明を言
ってひんしゅくを買うことにもつながる。

認知症に対するケアの可能性

●「症状ではなく人に注目する」とは

最近よく、研修会等で図2-①に示したような
スライドを見せられ、「認知症より人に注目しま
しょう」と言われることが多い。しかし、本当に
それでわかるだろうか？ 筆者自身は、それだけ
では抽象的過ぎてよくわからない。このスライド
は、トムが英国で始めた、「パーソン・センタ
ード・ケアと DCM 法」研修会で使用されていたもの
であるが、彼はすでに他界しているため、その真
の意図を直接聞くことはできない。しかし、筆者
はこのスライドには、少なくとも2つの意味があ
ると思う。この2つのポイントを理解しやすくす
るために、筆者が最近使用しているスライドが図
2-②である。

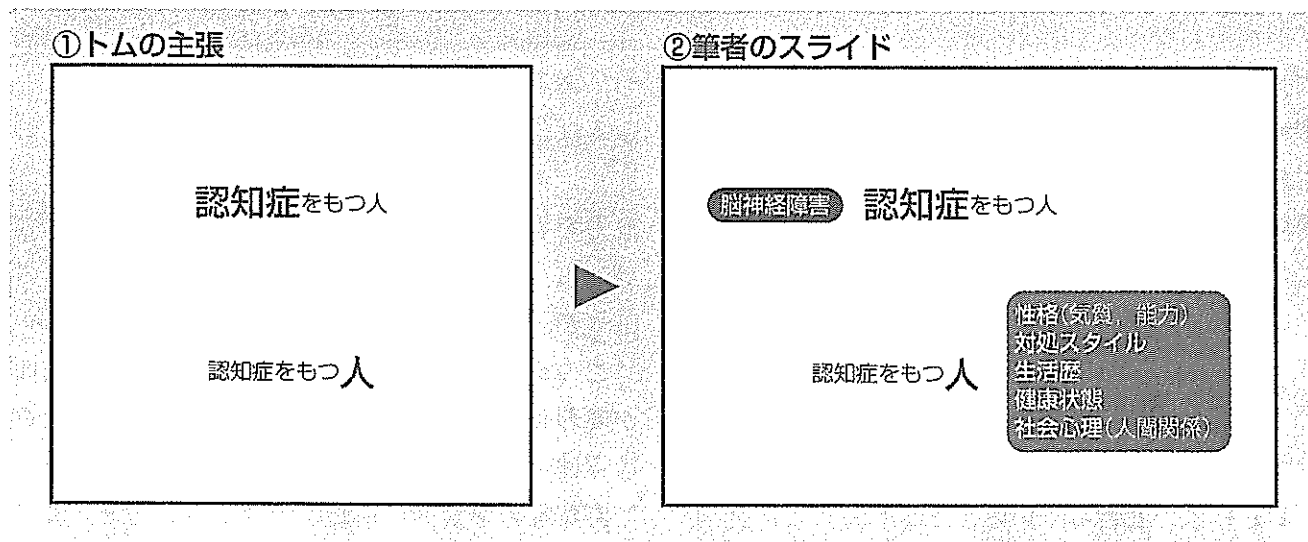
1つ目のポイントは、今まで述べてきたように、
認知症高齢者の呈している状態を理解するため
には、脳神経症状にスポットを当てるのではなく、
性格や環境、今の健康状態などにスポットを当
てて理解することが重要であり、このようにまとめ
ればよくわかるのではないか。

●「諦め」のオールドカルチャーと 「見かけの限界を超える」ニューカルチャー

2つ目のポイントは、ケア(介入)の可能性につ
いてである。

脳神経障害のほうに重きを置いて考えると、失
行・失認・失見当などは改善の可能性はきわめて低
いことは明らかであるから、どうしても諦めが先
に立つ(ケアの限界)。「やったって無駄だ」という
考えがそこから発生しやすいのも無理はない。そ
こで、「食事・おむつ交換・入浴の世話しかするこ
とがない」という発想になってしまう(オールドカ
ルチャー)。いわゆる「迷惑な行為」や、それを制

図2 認知症ではなく「人」を見る



止しようとするとき起きる「興奮」に対しても、思考力がストップしているから、「縛る、隔離する」などしか発想が生まれなくなる。

それに対して、性格(気質、能力)、対処スタイル、生活歴、健康状態、社会心理(人間関係)などから成る、「人」の部分に注目すれば、どうだろう。すなわち、テレビのケーブルを触ったり、机を運んだりするのは、何か過去の経験や本人の想いによるところがあるのではないかと考えたり、不機嫌な態度を示している場合、体調は大丈夫か考えたりすれば、まだまだやりようはあると思えないだろうか。これらが、ケアの(見かけの)限界を超えるための努力である。

これこそが、トムが訴えたかったことだと思うのである。彼は教育心理学・社会学者であるが、医学も大変よく勉強しており、認知症の脳神経障害がよくなるなどとは決して言っていない。しかし、認知症の症状は、対応(ケア)によって、「見かけの限界」を超えて、よい状態にもなりうるし、逆に悪い状態にもなりうるのである。つまり、ケアの質(クオリティ・オブ・ケア)によって変化しうると考えたのである。だから、見かけの限界という表現をしたのである。

ケアワーカーに期待される能力と人間性

認知症高齢者の「その人となり」を知るためには、情報収集が重要であることは、よく強調される点である。相手が健常者であれば、これらの情報収集はそれほど困難ではない。しかし、認知症の場合、ほとんどが記憶障害をもつ高齢者である。一般的には、家族に聞くことが多いだろう。しかし、配偶者や兄弟がすでに死亡していたり、そうでなくとも、高齢で情報収集が困難なことが少なくなない。それでも、親戚であれば、職歴、病気の既往、趣味などはわかるかもしれないが、どんな心配事を持っているか、何が好きだったかなど細かい点についてはどうだろうか。たとえ、子どもであっても、意外と親の若いときの話などは、聞いたこともなく、知らない人が多いのではないだろうか？ 筆者にも高齢の父母がいるが、青春時代にどんなものに興味があったかなど、まったく知らない。

また、人によっては、昔のことを配偶者や子に話したくなくて黙ってきた人もいるだろう。さらに、ケアのうえで重要な、子どもの頃、食欲がな

いときはどんな物を食べていたか？ 熱が出たときは？ おなかをこわしたときは？ など、家族に語ることもあまりないのではないかな。そもそも、核家族化が進み、高齢者のみの世帯が増加している現在、子や親族だからといって、どこまで、認知症高齢者の「人」の部分に関する情報を持っているだろうか。

では、どうするか？

●想像力と創造力

トムは、認知症ケアは想像力(imagination)を要する仕事だと言っている。まさしくここで発揮されるのが、想像力だろう。子どもはいたか、それは娘か息子か、兄弟がいたなら、その人は何番目か、職業は何だったかなどは、誰かに教えてもらわなければ知りようがないが、これらは、親族の誰に聞いても比較的簡単に情報収集できよう。問題はこの先である。

夜なかなか寝ない、何やらぶつぶつ言いながら何かを探す動作をする、いすの位置を変えたりする等々の行動に接したとき、ケアワーカーには、自らのアンテナで、彼らの発信しているサインと収集した情報とをつなぎ合わせていく作業が必要になる。そうして、子どもを心配して歩き回っているのか、道具の整備をしようとしているのか、昔わずらっていた糖尿病の運動療法の記憶が強くて歩いているのかなど想像力を働かせなくてはならない。そうして、だったら、子どもの話を聞いてみるのか、人形が効果があるのか、「お仕事ご苦労さま」とお茶を出してみるのか、さまざまなアプローチを自ら、考え出し行なっていく作業(創造)が必要である。

●ケアに反映される人間性

認知症の人が「興奮した」「徘徊した」、だから「どうしたらよいですか？」と医師に指示を聞く、という態度は、オールドカルチャーの態度であり、

望まれる態度(ニューカルチャー)ではないのである。こうなってくると、誰でもできるわけではない。ある種のセンスが必要になってくる。だから、トムは、「認知症に関して、最も信頼性・妥当性の高く、適切な知識を持つ人は、卓越した技能・洞察力をもつ認知症介護実務者である」と述べたのである。だから、これは「医師より介護実務者のほうが詳しい」という意味ではない。

このレベルまで来ると、ケアに携わる人の内面が問われることとなる。こんな仕事をしていたら、こうだったのではないかな？ この地域の人なら、こんなものを食べていたのではないかなど、教科書には書いていない、その人の人生経験が反映されてくるのである。言い方を換えれば、ケアワーカーの人間性がケアの質に反映されるのである。

『その人を中心としたケア』の 『その人』とは誰のことか？

当たり前のことを聞くようだが、パーソン・センタード・ケア(その人を中心としたケア)の“その人”とは、誰を指しているだろうか？ 認知症ケアにおいては、当然、認知症高齢者だと思える人がほとんどであろう。しかし、これは違う。少なくとも、本来のパーソン・センタード・ケアの理念の半分も示していないだろう。

パーソン・センタード・ケアを「認知症高齢者を中心に考える」という理念であると誤解した人たちは、「今だってこんなに努力している」「いつも残業している。定時で帰ることができたことなんてほとんどない」「ミーティングなどはいつも休日を返上している」のに、これ以上できない！ と悲鳴をあげている。献身的にケアに尽くそうとするあまり、自分の身を犠牲にして、業務を行なっている人が多い。また、それを推奨する上司や文化的土壌が、残念ながらある。これらは、パーソン・センタード・ケアの立場からは、よくない状況

表 認知症ケアにおけるオールドカルチャーとニューカルチャー

	認知症ケアについて	究極の情報は誰が持っているか?	スタッフについて
オールドカルチャー	認知症介護は、暗く、苦勞の多いものである。需要は多いが変化はまれである。能力や創造力などは必要としない。	認知症に関して、最も信頼性・妥当性の高く、適切な知識を持つ人は医師および脳科学者である。我々は彼らに指導を請うべきである。	ケアスタッフは、施設に属し、指示に従うものである。管理者にとって、彼らの心理的ニーズは大きな問題ではない。
ニューカルチャー	認知症介護には高度の能力、創造性、洞察力が必要である。それに携わる人たちの人間性によっては、認知症をもつ人たちの見かけの限界は変えられる。	認知症に関して、最も信頼性・妥当性の高く、適切な知識を持つ人は、卓越した技能・洞察力をもつ認知症介護実務者である。	ケアスタッフは、人格を持った人間である。認知症をもつ人の個性・人間性を尊重するのと同じように、介護スタッフの個性・人間性を尊重すべきである。

へ向かう1つの兆候である。

適度な休息もなく、疲れきった体では、想像力が働く余裕もなく、どうしても、「やることだけやって、早く休憩しよう(帰ろう)」という方向に流れやすい。これこそが業務中心のオールドカルチャーである。疲れた状態では、同僚を気遣う余裕もなく、とげとげしい言葉や、スタッフ同士の押し付け合い、認知症高齢者を人としてみていないような言動が増える。そのような雰囲気は、微妙に認知症高齢者に伝わり、よくない状況へと発展しやすい。

重要なのは、認知症高齢者だけでなく、スタッフそれぞれの人間性、立場を尊重し、一方的な押し付けなど行なわないのが、パーソン・センタード・ケアの理念である。

おわりに

パーソン・センタード・ケアの概念を、認知症高齢者の症状の理解、パーソン・センタード・ケアに基づくケアの可能性、スタッフの人間性の重要性という点から述べた。

最後に、トムが、パーソン・センタード・ケアを理解してもらうために、旧来のケアと望まれるケアとを対比して述べた論文の中から、本稿に関係する部分を取り出し、表にまとめた。本稿と表を見比べていただければ、この表の意味する点を十分わかっていただけたらと思う。

みずのゆたか ● 宮市立市民病院今伊勢分院
☎ 491-0057 愛知県一宮市今伊勢町宮後字郷中茶原 30

文献

- 1) 水野 裕：痴呆介護マップ(DCM)法とは？——パーソン・センタードケアを実践するために、痴呆介護, 4, 114-122, 2003.
- 2) 水野 裕：パーソン・センタード・ケアの考えに基づいたアセスメントとは、痴呆介護, 5(1), 25-31, 2004.

- 3) 水野 裕：「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」研修、痴呆介護, 5(2), 86-92, 2004.
- 4) 水野 裕：「これからの痴呆ケア」Quality of Care をどう考えるか——Dementia Care Mapping (DCM) をめぐって、老年精神医学雑誌, 15(12), 1384-1391, 2004.

コミュニティケア

 COMMUNITY CARE

別刷



株式会社 日本看護協会出版会

〒150-0001
東京都渋谷区神宮前5-8-2 日本看護協会ビル4F
日本看護協会出版会 コミュニティケア編集部
TEL03-5778-5746 FAX03-5778-5750
<http://www.jnapc.co.jp> cc@jnapc.co.jp

痴呆ケアマッピング法を用いた パーソン・センタード・ケア実践への取り組み

日比野 千恵子 Hibino Chieko

国立長寿医療センター
看護師<監修> 鈴木みずえ Suzuki Mizue
三重県立看護大学老年看護学 教授
地域交流研究センター長

高齢社会にある現在、65歳以上の高齢者の増加のみならず、認知症を持つ高齢者も増加している。高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」において、

「要介護高齢者のほぼ半数は認知症の影響が認められ（痴呆性老人自立度がⅡ以上）、施設の入所については8割が認知症の影響が認められる」¹⁾

と報告されているように、認知症ケアのニーズは高く、病院・施設・在宅のすべての領域において認知症を持つ人たちに対するケアは軽視できない状況にある。

さらに、同報告書では、認知症高齢者のケアの基本として「尊厳を保持」することが掲げられ、ケアの質の維持・向上が求められている。この「尊厳を保つケア」の方法論として、「パーソン・センタード・ケア」(person-centred care)が最近注目を集め、認知症ケアのあり方が見直されてきている。

国立長寿医療センター（以下：当院）においても、パーソン・センタード・ケアを目指し、痴呆ケアマッピング（Dementia Care Mapping：DCM）法を用いたケアの質の改善に取り組んでいる。

そこで今回、当院で実施しているDCM法の取り組みについて報告する。

DCM法と

パーソン・センタード・ケア

DCM法は、1979年、英国の社会心理学者トム・キッドウッド教授らによって考案された「認知症のケアの質の評価法」である。その特徴は、実際のケアの現場から誕生した、認知症を持つ人たちの視点に立った評価法であり、その根底には「パーソン・センタード・ケア」の概念が基盤となっている点だ。

「パーソン・センタード・ケア」とは、認知症を持つ人たちを1人の人として認め、個人の価値を尊重し、1人の人間として敬意を払うなど、「その人らしさの維持」を目指したケアを重視するという新しい視点でのケアの実践法である。

トム・キッドウッド教授は、1998年に61歳の若さでこの世を去られた。しかし、彼の理念やこの評価法は英国ブラッドフォード大学認知症介護研究グループによって引き継がれている。そして現在、DCM法とパーソン・センタード・ケアの概念は、国際的にも注目を集め、各国で観察者（マッパー）の養成が行われている。日本においても、2003年よりマッパー養成の研修会が「認知症介護研究・研修大府センター」にて開催されている。現在60名近くのマッパー

が誕生し、国内で活躍をしている。

DCM法によるケアの質の改善および向上

DCM法は、マッパーによって実施される。原則として、共有の場（デイルームや食堂など）において、通常5人程度の認知症を持つ対象者に対し5分ごとにBCCとWIB値（後述）を観察・評価しながら6時間の観察を行う。

その観察方法には、大きく分けて以下の2つの視点がある。

①認知症を持つ人たちの観察

＊行動カテゴリーコード（Behavior Category Code：BCC）：対象の行動を24のカテゴリーに分類。

例）A：交流（周囲の人との交流）、B：境界（受動的な交流）、C：無関心、E：表現（表現・創作活動への参加）、F：食べ物、N：睡眠、O：自己ケア、P：身体的ケア、T：感覚（五感を利用した関わり）、X：排泄 など

＊良い状態と良くない状態の観察（Well-being Ill-being scale：WIB値）：対象の状態を＋5～－5までの6段階に分類（表1）（良い状態をプラスで表記し、＋5に向かうほど“その人らしさが発揮された状態”を示す、逆に良くない状態はマイナスで表記し、－5に向かうほど“その人らしさが損なわれている状態”を示す）

②認知症を持つ人たちをケアする者の観察

＊個人の価値をおとしめる行為のコード（Personal Detraction Code：PD）：改善すべきケアについて17のコードに分類。

例）子ども扱い／分かってほしい／無視する／区別する／だますなど

＊良い出来事の記録（Positive Event：PE）：ケアの現場で見られた、これからも維持すべきケアについて記録。

良い状態と良くない状態の評価基準（WIB値） 表1	
+5	例外的に良い状態：これよりも良い状態は存在しない。 積極的な関わり、自己表現、社交性が特に高レベルである。
+3	良い状態を示すが徴候が相当に存在する。 例えば、積極的な関わりや社交性があり、周囲に対して自ら関わりを持つ。
+1	現在の状況に適応している、他者と何らかの交流がある。 良くない状態を示す徴候は認められない。
-1	軽度の良くない状態が観察される。 例えば、退屈、落ち着きのなさ、欲求不満が認められる。
-3	かなり良くない状態が観察される。 例えば、悲嘆・恐怖・持続性の怒り、状態が悪化して無関心および引きこもりに至る。 30分以上にわたって介護が提供されていない。
-5	無関心、引きこもり、怒り、悲嘆・絶望感等が最も悪化した状態に至る。 1時間以上にわたって無視されている。

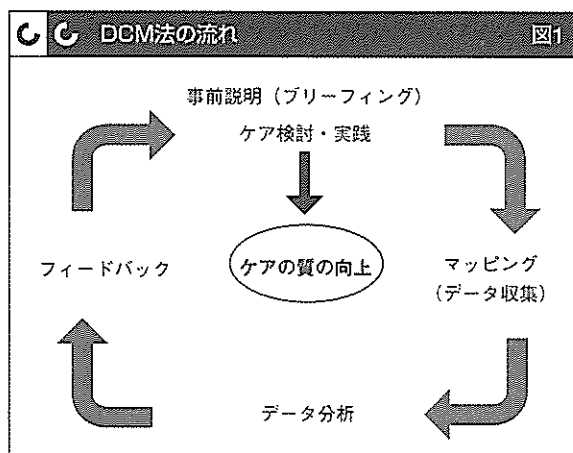
その人の能力を伸ばす働きかけ（PPW） 表2	
・尊重すること、敬意を払うこと ・話し合うこと（意思確認） ・ともに行動すること ・楽しむこと ・分かり合うこと、理解すること ・ともに喜ぶこと ・感覚（五感）を刺激すること ・包み込むこと ・リラックスすること ・創造力を導くこと ・（認知症を持つ人が）自ら周囲への関わりを持つこと	

「その人の能力を伸ばす働きかけ」（Positive Person Work：PPW）の要素（表2）が含まれているかどうかを基準として記録。

これらの結果を分析後、ケアスタッフに対し「前向きなフィードバック」（Positive Feedback）を実施する。

この特徴としては、ケアの現場で埋もれ、日々当たり前前に実施されている「その人らしさの維持」につなげるケア（PPW）を称賛し、長所として生かしていくように促し、スタッフのケア意欲の向上を図ることである。

さらに、マッパー側から一方的フィードバックを実施するのではなく、ケアスタッフの意見を聞きながら実施することが重要になる。これによって、スタッフ自らが対象を理解し、対象にとってさらに良い状態に導くためのケアについて考えるきっかけの場となる。そして、ケア



の質の改善・向上へと導かれる。

このようにDCM法は、スタッフの行為を評価するというよりも「認知症を持つ人がその人らしく過ごすことができることを目指し、認知症を持つ人の立場から評価・フィードバックを行う」方法である。DCM法の流れは図1のように示される。ケアの質の改善が図られる発展的な方法であるといえよう。

DCM法を用いた事例の展開

当院の脳機能病棟は、入院患者のほとんどが認知症患者である。入院目的は認知症の検査入院、行動障害に対する治療、他疾患の治療などと多様である。当病棟では、2003年よりDCM法を導入し、少しずつではあるが“その人らしさを維持したケア”の実践に向けて取り組んでいる。

導入当初は、DCM法の理解を深める目的も含めて3カ月に1回のマッピング（データ収集）を実施してきた。しかし、病院という特性上、入退院の頻度が高く、効果的なマッピングおよびフィードバックの実施はできなかった。そこで現在は、より効果的なDCM法の活用に向けて、半年に1回のユニット内全患者を対象としたマッピングのほかに、病院という特性を考慮し、個に焦点を当てたマッピングの実施を検討しているところである。

これまでに実施したDCMの中から事例を紹介する。今回の事例は、マッピング実施前に患者本人・家族に同意を得て実施した事例で

ある。

〈対応困難を感じ継続的観察を行ったケース；
I氏78歳 アルツハイマー型痴呆〉

●入院目的

妄想軽減のための内服調整。入院時より妄想症状と多動行動があった。また、下肢筋力の低下があり、転倒リスクの高い患者であった。スタッフは、I氏の多動な行動や言動に振り回され、どのような介入をするべきか悩み、対応困難を感じていた。このI氏に対し入院期間中に2回のマッピングを実施した。

●1回目マッピング時の状況と結果（図2、3）

図2はマッピングの結果を経時的に示したものであり、左側に良い状態と良くない状態の指標であるWIB値の変化を示しており、5分ごとのI氏の様子を分かりやすく示した。

図2上段グラフが示すように、この日のI氏は、スタッフによる声かけ確認の後、付き添われながら点滴治療（BCCのコード：P）を受けていた。点滴終了と同時に、スタッフはそばを離れ、I氏は1人で車椅子に座ったまま食堂で過ごした。この間、スタッフの関わりがなくなることで周囲への関心が低下したり（コード：BまたはC）、眠ってしまう（コード：N）という状況が見られた。観察期間中にPDとして、無言での車椅子操作介助や下膳、本人が訴えているが内容不明瞭なために曖昧な対応をするというケアが見られた。これらのケアや行動によってWIB値の低下が見られた。

全体的に見ると（図3）、I氏の個人WIB値は+0.8と良い状態ではあるが、ケアに努力が必要な状況にあった。この背景には、薬剤の影響による自発性の低下が考えられた。そのため、身体ケアを受けている状態（コード：P）27%、周囲への関心はあるが受け身的な状態（コード：B）20%のほかに、無関心な状態（コード：C）23%、睡眠（コード：N）10%が主流な行動として抽出された。

●2回目のマッピングの状況と結果（図2、3）

2回目のマッピング時、I氏は薬剤調整の効果

により、自発的な行動が見られるようになった。しかし、妄想症状と他動行動は持続していた。この日の状況（図2下段）は、1回目と同様に身体ケア（コード：P）や睡眠（コード：N）が主流であったが、ケアを受けている間大変穏やかな状態であった。さらに、周囲への関心のない状態（コード：C）は消失し、他者との交流（コード：A）の増加が見られた（図3）。この日、スタッフはI氏のそばに寄り添うように接していた。

また、I氏が歩き出そうとするときには、本人の意思を尊重し、本人の承諾を得て行動をとるとするというケアが実施されていた。

これらのケアにより、I氏のWIB値は維持・上昇し、個人のWIB値は+1.7と前回よりも+0.9良い状態へ傾いた。

●フィードバックとその後のI氏の経過

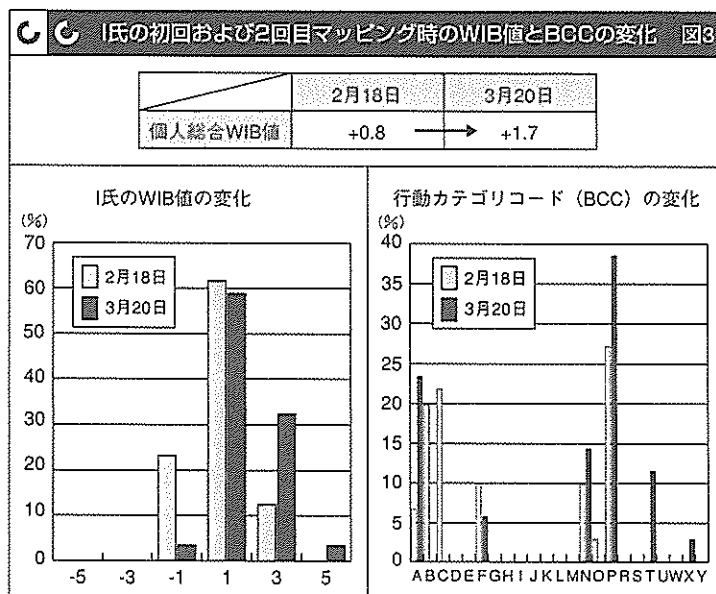
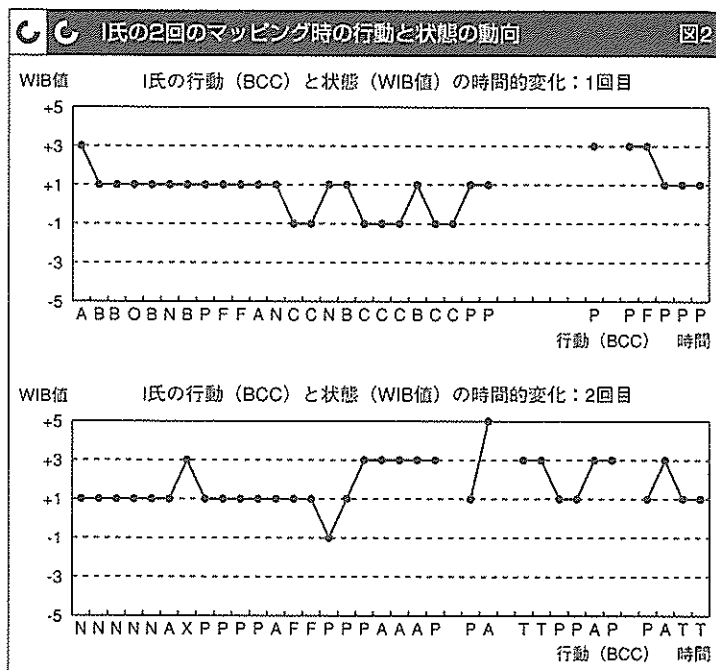
1回目のマッピング結果は、結果報告会を設け、スタッフにフィードバックを行った。さらに、個人ケアサマリー（結果報告書）をカルテにとじ、報告会に参加できなかったスタッフに対しても結果を把握できるようにした。

2回目のマッピング結果も1回目と同様にスタッフにフィードバックを行った。

当時I氏の身体・精神状態では自宅退院は困難であった。しかし、スタッフによって、I氏が望むような援助や介入を試みるなど、I氏の意思を尊重したケアが継続された結果、多動な行動や言動は減少し、精神状態の安定が見られた。さらに本人の意思に沿って、歩行介助を続けたことで、介助なしでの歩行が可能となり無事自宅に退院された。

今後期待できるDCM法

当院ではこれまで、DCM法を用いてパーソン・センタード・ケアの実践を行ってきた。そ



の都度のマッピングやフィードバックにより、めまぐるしくケアの質が変化しているというよりも、DCM法の導入と継続的な実施により、形にこそ見えてはいないが、少しずつPPWが浸透し、患者の個性に合わせたケアの提供ができるようになってきているように感じる。

マッピング時にいつも感じるのは「スタッフの変化」である。スタッフは自覚さえしていないが、ケアの現場にはPPWがあふれている。PPWは「パーソン・センタード・ケア」に近づくための重要な要素であり、その結果、

患者の精神状態は安定し、療養生活を送ることができていると考えられる。

当院における取り組みにはまだいくつかの課題がある。前述したようにさらに効果的に、スタッフが意識してケアの実践ができるように、短期間におけるマッピングの実施やケアプランに反映できる方法を模索している段階である。

＊

DCM法と出会ってから3年以上が経過した。「パーソン・センタード・ケアとは何か」と常に模索する日々であるが、そのたびに「看護そのものではないか」と実感している。たとえ認知症であっても、1人の尊い人間であり、ケアの本質は変わらないものである。DCM法は、こういったケアの原点を考えるに当たり有用な方法である。

そして「パーソン・センタード・ケア」は、私たちケアをする者にとって、新しい視点でのケアの実践を可能とし、認知症ケアの可能

性を無限なものにしてくれる概念であると考えられる。どこかで忘れ去られてしまっている、「1人の人間として、ありのままをとらえてケアをする」という基本を大切にしていきたい。

最後に、本原稿をまとめるに当たりご指導、ご助言をいただいた、わが国のDCM法の第一人者である水野裕医師（一宮市立市民病院今伊勢分院）に厚く感謝いたします。

●引用・参考文献

- 1) 高齢者介護研究会報告書、2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>
- 2) 認知症介護研究・研修大府センター監修：Evaluating Dementia Care The DCM Method その人を中心としたケアを目指して～パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング～、第7版 日本語版初版、認知症介護研究・研修大府センター、2004。
- 3) 水野裕：パーソン・センタード・ケアの考えに基づいたアセスメントとは、痴呆介護5(1)、p.25-31、2004。
- 4) トム・キッドウッド：認知症のパーソン・センタード・ケア、高橋誠一訳、筒井書房、2005。



介護支援専門員の職能団体 「日本介護支援専門員協会」が発足

介護支援専門員個人を会員とする「日本介護支援専門員協会」が設立されることとなり、2005年11月3日（木）、設立総会が弘済会館（東京都千代田区）にて開催されました。

同協会設立の中心となったのは、42団体加入の全国組織である「全国介護支援専門員連絡協議会」。同協議会は2003年の設立以来、研修・情報提供・調査研究・出版など数々の事業を手掛けるとともに、介護支援専門員の職能団体としての組織化を視野に入れ、今回の「介護支援専門員協会」の設立準備を進めてきました。

設立総会では、発起人代表の挨拶に続き、議事録署名人が選任された後、議題に入りました。まず「介護保険制度改正において、地域を重視した新たな仕組みづくりが求められている。多様化する利用者ニーズに対応し、質の高い介護サービスが提供されるためには、1人ひとりの介護支援専門員の資質を高めるとともに、関係団体との連携・協力を推進する必要がある。そこで、全国の介護支援専門員のネットワークを構築し、介護支援専門員の資質の向上と地位の確立を図ることにより、国民の保健医療の向上と福祉の増進に寄与することを目的として、日本介護支援専門員

協会を設立する」旨の設立趣意書案が読み上げられ、承認されました。

引き続き、定款案と会費規程案に関する議案では、活発な質疑応答がなされましたが、課題については新執行部に一任することで承認されました。最終議案の役員選任案については、代表発起人会より役員候補を13名のブロック代表としたいとする提案があり、了承されました。

直ちに別室での役員会が行われ、会長として木村隆次氏（NPO法人青森県介護支援専門員協会副会長）が選任されるとともに、副会長3名、常任理事5名が選任されました。木村会長による「全国の介護支援専門員のために、また法人獲得のために頑張りたい」との挨拶の後、それぞれの役員も決意を述べ、最後に協会事務局の職員が紹介されて設立総会は閉会しました。

日本介護支援専門員協会の設立に伴い、全国介護支援専門員連絡協議会は2005年11月30日で解散しました。なお、日本介護支援専門員協会への入会については下記までお問い合わせください。

●日本介護支援専門員協会事務局

〒103-0027

東京都中央区日本橋3-3-4 八重洲Nビル3階5号

TEL 03-3548-7955 FAX 03-3548-7956

平成 17 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

発 行：平成 18 年 3 月

編 集：社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0031 愛知県大府市半月町三丁目 294 番地

TEL (0562) 44-5551 FAX (0562) 44-5831

発行所：サカイ印刷株式会社

〒452-0805 愛知県名古屋市西区市場木町 29 番地

TEL (052) 501-0754 FAX (052) 502-9674