

日本における DCM（痴呆ケアマッピング）法の有用性  
及びシステム導入に関する研究

主任：水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター）

## パーソン・センタード・ケアを目指して —痴呆ケアマッピング導入とフィードバックによる効果—

日比野 千恵子（国立長寿医療センター）

### 1. はじめに

痴呆ケアにおいてその人に合ったケアが必要であるとよく言われる。しかし、現実はその人に合ったケアはどのくらいできているのだろうか。むしろ、業務中心であるかことが多いのではないだろうか。仮にそうでなくても、ケアの実践では痴呆患者と接していく上での戸惑いや悩みや葛藤の方が多いのではないかと思う。

痴呆患者の対応について、痴呆に関する専門書には症状の対応方法が細かく書いてある。しかし、本のように対応すれば症状の軽快や問題が解決することは少ないのではないだろうか。痴呆ケアを行う際、表面に出ている症状や問題行動などに目が行ってしまいケア介入がうまく行かないケースも少なくないのではないかと思う。

イギリスの心理学者トム・キッドウッドは、痴呆の原因として、脳の器質的障害だけでなく、その人の人生歴、性格傾向（気質、能力、コーピングスタイル）、健康状態、その人を取り囲む社会心理（人との関わり）が複雑な相互作用によって発生していると述べている。また、「痴呆」という疾患に着目するのではなく、一人の「人」に着目し、その人らしさ（パーソンフッド）を維持していくことが必要であると述べている。

その人らしさを維持するためには、何らかの援助が必要となる訳だが、その人の人生や感じている思いなどを十分に把握し援助を行わなければその人らしさの維持を望むことは難しい。つまり、ケアする者の力量によって患者の状態を良くも悪くもできるのである。ここで、登場するのが「パーソン・センタード・ケア」というトム・キッドウッドによって構築された考えである。訳すと「その人中心のケア」となり、患者中心の看護という考え方に似ておりイメージはつきやすく違和感は余り感じないかと思う。今、痴呆ケアにおいてこの「パーソン・センタード・ケア」が着目されている。これは、その人らしさ（パーソンフッド）を維持するために重要とされ、痴呆ケアに欠くことのできない考えである。

2002年11月、私はイギリスのブラッドフォードでこの「パーソン・センタード・ケア」をベースとした痴呆ケアの評価方法である痴呆ケアマッピング（以下DCM）の研修ベーシックコース、2003年10月オーストラリアのパースで同研修アドバンスコースに参加した。DCMとは、痴呆ケアの質を客観的に評価する痴呆ケアの評価ツールであり、今まで評価されにくいと言われてきたケアの質に対し評価することができ今までにない評価方法であると言われている。DCMは「パーソン・センタード・ケア」同様にトム・キッドウッドによって開発され、イギリスでは盛んに行われている。近年ではヨーロッパ諸国やアメリカ、オーストラリアでも取り入れられている。日本においては、まだ始まったばかりの段階であり導入、活用への期待は大きい。

現在、当病棟においてDCMの導入を試みている最中である。まだ、明らかな結果や本格的な導入までには至っていないが、1年間余りDCMを病棟で展開することで様々なスタッフの反応がみられた。また、DCMを行うマッパーとしてどうDCMを進めていくべきであるかを考える機会となった。そこで今回、これらの反応やフィードバックを通してのDCMの効果や展開について若干であるが報告したいと思う。

## 2. 病棟紹介

当病棟は、ベッド数 50 床の収容数を持ち、痴呆を伴うあらゆる疾患を持つ患者を対象としている。その構成は、痴呆精査のみならず、急性期から慢性期、終末期といった全てのステージにある患者であり、ADL自立している患者から寝たきりまで幅広く多様となっている。

昨年 4 月より、スタッフ数も倍に増え 33 名となりゆとりのあるケアが提供できると考えていたが、さまざまな看護度の患者へのケアの提供を要求された。また、新スタッフも新しい環境への順応性や痴呆患者とのかかわりへの戸惑いが感じられた。4 月当初は実際、業務は雑然としており十分なケアの提供がされているとは言いがたい状況にあった。また、痴呆患者ケアに対して、ケアレベルの差が生じており、ケア介入の糸口が見つからず自問自答しているスタッフもみられた。1 年たった現在では、新スタッフも環境になれスムーズに業務をこなすことはできるようになってきている。しかし、全体的に業務中心のケアとなってしまうがちであり断続的なケアの提供が行われているのが現状である。2 チーム制でケアを行っているもの各個人にゆだねられている面も多く、ケアレベルの差も未だ生じていることは否定できない状況にある。

## 3. DCMの実施

当病棟において、各勤務帯でのデータの採取（平日日勤、休日日勤、各勤務交代時間についてそれぞれ 6 時間ずつ）を行いフィードバックの実施とフィードバック後（アドバンスコース終了後）に再度 12 時間のマッピングを実施した。12 時間のマッピングは、患者さんの 1 日の流れをつかむ上で有効的であった。また、各勤務交代時間帯のスタッフの関りや患者の状態について把握することができた。

フィードバックは勤務の都合上、検討会をすぐに実施することは難しくそれぞれのマッピング翌日に簡単に実施しケアの現状を知ってもらうように努めた。さらに、改めて時間を設けて 2 回の検討会を実施した。

まず、DCM を行うにあたり管理者である師長への理解を促した。これは数回のミーティングと日本で掲載された DCM に関する記事の配布によって行った。スタッフに対しては 2 回の DCM に関する説明をパワーポイントとペーパーを用いての説明を実施した。対象者選定については、各チームリーダーに基準を元に選出を依頼し実際に現場で観察後選出した。チームリーダーにはマッピングの目的についても話しを行った。スタッフに対しては、休

憩室に DCM 実施とフィードバック開催日時を掲示し理解を得てもらえるようにした。マッピング実施日やフィードバック実施日については、自己の勤務状況を第一基準とし日時の選択を行った。もちろんその日の勤務状況や病棟イベントも考慮しできる範囲でのマッピングしやすい環境を選んだ。しかし、レクリエーション（アクティビティ）実施日にマッピングすることができず別の日に行うことでこのレクリエーションによる効果の収集ができなかったことは残念であり、今後の課題である。

当病棟において2回の検討会（フィードバックセッション）を実施した。1回目は、日勤終了後2時間ほどの時間を確保し検討会とし4マッピング実施後に各勤務での状況を比較したデーターを添えて、マッピングデーターを元にどのような状態にあったのかの説明を行った。2回目は、マッピング段階より当事業で共に取り組んでいる高橋先生と実施し外部からの評価も取り入れた。師長との相談の結果、マッピング実施後の翌日の病棟相談会の場で行うことになり15分程度の時間しか確保することができなかった。

高橋先生と共にマッピング終了後フィードバックで何を伝えるのか話し合い、当日はマッピング中に感じた印象、よいケアについての報告と全体の対象者の WIB 値と BCC の大まかな説明を行った。

フィードバック後、サマリーやそこで聞かれたスタッフの意見をまとめ後日スタッフに配布した。また、全スタッフが閲覧できるよう病当用に DCM ノートを作成しいつでも閲覧できるように休憩室に設置した。

#### 4. DCMによる効果

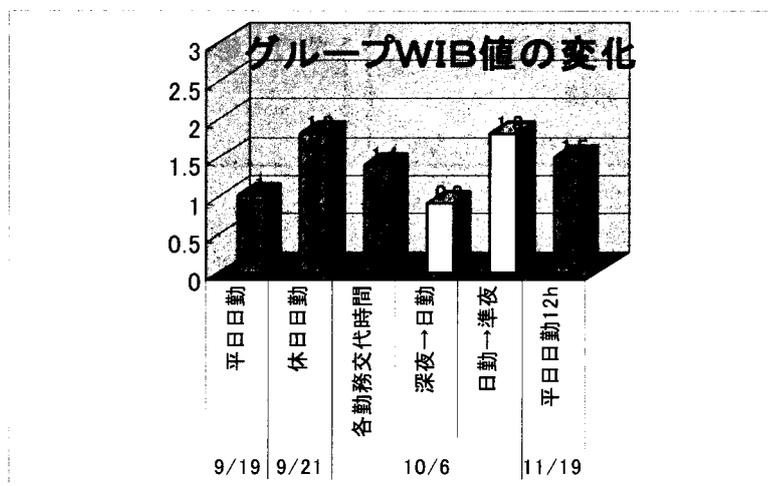
DCM を実施し、当病棟において以下の3点の変化が見られた。

- 1) グループ WIB 値の上昇が見られた

図 1

<グループ WIB 値の変化> 表 1

9/16 (平日日勤 6h)	+1.0
9/21 (休日日勤 6h)	+1.8
10/6 (各勤務交代時間総合)	+1.4
深夜→日勤(3h)	+0.9
日勤→準夜(3h)	+1.8
11/19 (平日日勤 12h)	+1.5



上記の表1・グラフ1のように、数回のマッピングとフィードバックの実施により、平日日勤の WIB 値の上昇が見られた。

休日は、平日と比べ医療行為のための業務量の減少により高値を示したと考えられ、日勤帯よりもゆとりを持ったケアが実施されていることが分かった。逆に平日日勤帯は、業務に追われ共有スペースに常駐するスタッフ数は2,3名と少なく患者との関わりの薄さが浮き彫りとなった。しかし、フィードバック時にその点を指摘したことで11月の12時間のマッピング時は前回と同様に少人数での関りとなってしまっても、ケアの一つ一つが意識して行われており WIB 値の上昇へとつながった。

## 2) その人の価値を貶めるコード(PDC)の減少

全てのマッピング翌日にマッピング結果についての簡単なフィードバックを実施したことでマッピングを実施するごとに PDC の出現の減少あるいは同じ PDC でもその内容も軽度のものへと明らかに変化が見られた。

特に著しく改善が見られたのは、無言で開始されたケア (PD: 人扱いしないこと) であった。普段何気なく行っている行動であり気づいていないスタッフも多く見られたが指摘により改善が見られた。また、ケア開始時に患者本人に承諾を得るなどの患者の意思の確認をより充実して行うことができるようになった。

下記の表は、実際に見られた PDC である。数字は回数を示している。 (表 2)

9/16 人扱いしない 2 後回し のけ者にする 無視 能力を使わせない 非難 分かろうとしない	9/21 人扱いしない 3 強制 侮辱 怖がらす 能力を使わせない	10/6 人扱いしない 2 後回し 2 のけ者にする 2 無視 2 能力を使わせない	11/19 (12H) 人扱いしない 強制 無視 能力を使わせない 3
---	--	---	---

この表から見ても、9/19 のマッピング初回に比べ 11/19 には 12 時間という長時間にもかかわらず明らかに減少がみられている。『PD: 能力を使わせない』の内容も一方的に「～してはいけない」とその人の行動を阻止しようとしていたケースは見られなくなり、自己にて内服のできる患者に対して介助が行われるといったケースが目立った。

## 3) フィードバック実施によるスタッフの理解と認識の上昇

1)、2) の改善の要因としてフィードバックによる効果が考えられ、当病棟はまだまだ DCM に関する理解や認識は薄いものの、結果を返すことでスタッフ自身の自己のケアの振り返りができていると考えられる。

特に1回目の報告会に参加したスタッフの意識は高く、11月のマッピング時には彼らによって導き出されたよいケア(PE)が多く記録された。そして、2回目のフィードバック時には改善したことを話すと1回目に参加したスタッフはより前向きに捉えることができていた。このことについては、「5、フィードバック実施によるスタッフの反応」の項で詳しく述べる。

これらを通して、しっかりとした形式だったフィードバックや的を絞ったフィードバックによりスタッフ意識を変えることに効果を得ることが可能となることが分かった。

## 5. フィードバック実施によるスタッフの反応

2回の検討会（フィードバックセッション）では、スタッフより以下の意見が聞かれた。

### (1回目の検討会)

- ・平日の日勤は検査などに費やされ患者さんからの何らかのサインや患者からの反応がわかっても十分に関ることができていない。  
しかし、休日は、自分自身にゆとりがあり声がしやすく、患者さんの反応が見えやすい
- ・(説明を聞いて) その時の状況が浮かんでくる。自分の行っていることがその人のその後の行動に影響していることがわかった。日常当たり前のようにやっていたため振り返る必要がある。
- ・気持ちのゆとりや時間的ゆとりが必要だと思った。
- ・思った以上に日中長い時間睡眠をしていることに驚いた。
- ・食堂にいるから大丈夫と思っていたが、食堂にいる患者さんの方が関わりが薄くなっており、刺激も少なくなっていることが分かった。
- ・断続的にしか関ることができていないため、意識して関ったり工夫をする必要がある。
- ・座る位置やテレビの活用など食堂の環境を考えて患者さんへ配慮することが必要なのではないか。
- ・患者さんへのケアは自分たちの意識次第で変わるし変えることができるのではないか。
- ・ほんの少しの時間、立ち止まって対応すればいいのにそう思うことがなかなかできないことが多く患者さんに申し訳なく思った。

1回目の検討会では、資料を基にその日の患者さんの状態やいいケア、改善すべき点について話し合うことで自己のケアを振り返る話し合いができた。十分な時間を設けたこと、視覚で理解できるグラフやコードの意味などの資料を配布したことで少しではあるがケアの見直しだけでなく、DCMがどういうものかも理解してもらうことにつながった。

### (2回目の検討会)

- ・外からの意見は新鮮だった。
- ・当分は興味のある人に参加してもらいやっていくのも手段なのではないか

- ・言っている意味はすごく分かった
- ・グラフの説明やその人の行動が通して分かるようなデータがほしかった
- ・コードやグラフが何を示しているのか良く分からない。
- ・内部の人が評価するのは外部の人が評価するのとは違いバイアスがかかってしまうのではないか
- ・以前に比べ少し良くなっているといわれ前向きに捉えたい。
- ・前回の報告会後のマッピングだったため、少しスタッフに浸透したようにも感じた
- ・夜間帯スタッフ数が少なくなることで介入する回数は減ってしまう。相手のチームをフォローするところまでできていない

2回目の検討会、1回目のフィードバックに参加したスタッフの認識は高く理解が得られやすかった。マッピング中もよいケアの出現には1回目フィードバック参加者によるが多く見られた。逆に興味のないもの機会がなく説明会に参加できず資料での把握に留まってしまった者には理解が得られにくく冷めた印象を受けた。今回は、病棟のカンファレンスの中で15分という時間が与えられ報告するという方法であったこともあり、スタッフの反応も1回目には比べさまざまであった。これらは、準備不足や進行の未熟さによりDCMの目的や意図をしっかりと伝えることができなかつたことが原因であると考えられる。

サマリーの提示はやはり1ヵ月後となってしまった。再度詳しくフィードバックを行う予定でいたが病棟内の業務が忙しくなりスタッフの身体的・精神的ゆとりがない状況が続き逆に負担となるだろうと考えられ実施することができなかつた。その為、不十分な結果となってしまった。そこで、提出サマリーにスタッフから出た意見とマップパーとしての反省点、今後の方向性について記し全スタッフに配布した。

## 6. 問題点と今後の課題

DCMを行う上で以下の5点の問題点や困難な点がみられた。これら問題点をもとに今後の課題について述べる。

- 1) マップパー自身の勤務状況によりタイムリーに結果を返すことが困難であった。

(サマリー作成も含めて)

- 2) スタッフの勤務状況により同じスタッフに結果を返し検討することが困難であった

マップパー、スタッフの勤務の調整や時間の確保については師長に対し実施時に十分な時間の確保を要請中である。また、現在は連休を利用したり休みが効果的に使うことができそうな時に実施している。しかし、早期に改善されることは困難であり、当面マップパーは自己の休日を利用して行うことになるかと予測される。しかし、数回のミーティングにより師長の理解は得ることができているため微調整は可能な段階にある。

結果については、早期の段階で返すことができるように心がけている。サマリー作成には多大な時間を要し1ヵ月後の提出が精一杯であった。その為、できる限り早い段階でど

のような印象を受けどのような PE、PD の出現があったのかを簡単にまとめ、マッピング実施翌日のスタッフが集まりやすい朝のカンファレンス時に報告した。これについては、マッピング時のスタッフにも内容を聞いてほしいと考え、その日勤務の全スタッフに事前に参加を呼びかけ必ず実施した。

3) 患者の回転が速く、フィードバック実施時には既に退院しているケースが多々見られた。患者に対し結果を生かすことが困難であった

フィードバックを実施しようと日時を設定するが、そのころには対象患者が退院してしまいフィードバック後の具体的なケアの参考にすることができなかつた。当病棟においてデイルームで過ごすことができ患者＝退院間近、あるいは痴呆症精査による ADL の比較的高い者であるため、このような状況が起きてしまう。また、現在病院組織の変革期であり幅広いレベルの患者のケアを行っていることによりデイルームで過ごすことができる患者の数は少ない状況にあった。

この結果より、このような病院で実施する場合マッピング終了後 5 日以内にはフィードバックを実施していった方が次のケアへと生かすことができると考えられる。また、患者選択の際、退院の近い患者は避けていくようにしていく必要がある。

4) スタッフ自身の意識は低く、フィードバック出席率は 3 分の 1 にとどまっている勉強会についても同様であり今後検討していかなければならない事項である

アドバンスの講義で習ったように、DCM の理解者を増やしていくために協力者と共に今後の展開を話し合い、スタッフ間で更によりよいケアの提供について共有しあい意見交換できる場の確保に努める。あるいは、フィードバックを行う場の検討を行っていく必要がある。また、症例を通した検討会や転倒事故・身体拘束をテーマについて DCM を活用した学習会の開催など、スタッフの興味を持つ分野に DCM の結果を取り入れていく方法もあると思われる。

5) マッパー自身の立場的問題

私の病棟での立場は、中堅クラスの看護師であり DCM を展開していくに当たり困難を要している。年上の経験のある看護師が多く、看護師の平均年齢も 30 台後半から 40 台であると考えられる。それぞれの看護観や仕事に対する姿勢があり、オールドカルチャーな部分も多く残っている。こういった背景もスタッフの認識に影響しており、DCM 実施時は十分な説明と根拠が要求されている。今回心がけたことは、結果を返す際、丁寧な口調で説明し相手を敬う。また、できる限りポジティブに働きかけを行うことであった。

今後、新たにマッパーが増えるためこの点についてももう少し働きかけが容易になることが期待される。協力者を増やしながらか DCM の展開を図っていきたいと考えている。

## 7. おわりに

今年1年、当病棟でDCMに取り組み様々な困難な点や問題点が浮き彫りになったが、DCMの一連の作業の実施を行ったことで、ブリーフィングやフィードバックの重要性や当病棟に合わせた内容で実施していく必要性も学ぶことができた。

DCMにおいて、マッピングすることにウエイトを置いてしまいがちであるがそれよりもどういった状況でフィードバックが行われるのか、いかにスタッフが興味を持ち自己のケアの見直しができるのかということがケアの質の改善に重要である。患者に対してもケアスタッフに対してもその人中心に展開されるDCMはある意味新鮮ではないかと思う。

私は、病棟での立場に悩みDCMの展開に試行錯誤を繰り返してきたが、逆にDCMを通して自分自身のケアを見直す機会も得たことはよかったことである。そして、現在、当院には今年2月に日本で開催されたDCM研修により3名のベーシックマッパーが誕生した。今後は彼らと共同しさらに当病棟でのDCMを進めていきたいと考えている。

そして、今年3月より当院は国立長寿医療センターへと改名し高齢者に関する高度医療を提供する機関と変わる。当病棟も現在よりも患者層の統一が図られると予測されるが、痴呆ケア病棟としての役割を担うことになっている。その為、更なる専門性と痴呆ケアに対しパーソン・センタード・ケアを目指しケアの質の向上を図っていくことが要求されている。その為に、DCMの導入は重要なウエイトを占めており更なる展開を行っていききたいと思う。

## DCM advanced course (上級コース) 派遣事業

水野 裕 (高齢者痴呆介護研究・研修大府センター)

平成 14 年度事業の一環として、平成 14 年 11 月に英国ブラッドフォードで開催された、「パーソン・センタード・ケア(その人を中心とした介護)と DCM 基礎コース」に、高橋誠一 (東北福祉大)、日比野千恵子 (現：国立長寿医療センター)、水野 裕の 3 名が参加した。今年度の上級コースへの派遣事業はそれの延長線上に位置するものである。DCM の導入国は、全世界で 8 カ国であり、そのほとんどで、基礎コースが開催されている。しかし、上級コースとなると、本国の英国、米国、ドイツの 3 カ国だけであったが、このたび、オーストラリアではじめての上級コースが開催されることになったため、われわれ 3 名もそこに参加することとした。オーストラリアにおける英国ブラッドフォード大学との公的パートナー(strategic partner)は、Brightwater であり、1901 年にその前身の Home of Peace が設立されてから、2001 年には、100 周年を迎えた歴史のあるケア施設である。オーストラリアの strategic lead は、Virginia Moore 女史であり、彼女と、Kim の両名がオーストラリアにおける基礎トレーナーである。Virginia が、west coast を担当し、Kim が east coast を担当しており、この研修会が彼らにとっても上級トレーナーになるための、研修の場でもあった。カリキュラムは、資料および、日比野・高橋両名の研修報告を参照していただきたいが、主な内容は、DCM を実行する上での、倫理や困難にどう対処するかを、ディスカッションやブレインストーミングを中心に行われた。参加者も各地域のリーダーや各組織のチーフに近い人が多く見られた。なお、レポートと筆記試験の両方が合格すると次ページのような修了証が送付される。



右から、Virginia Moore (Strategic Lead, Australia) ,Kim、水野 裕 (strategic lead, Japan)

## DCMアドバンスコース研修報告

日比野 千恵子（国立長寿医療センター）

今回も前回同様に大府センターよりオーストラリアでのアドバンスコース参加の話をご頂戴いただき参加させていただきました。前回のベーシックコース参加より約1年間経過しての参加であったが、この1年間の間、テキストの翻訳の手伝い、3施設でのマッピングの実施及びフィードバック、ワークショップでの手伝いとDCMに携わる機会が増え、DCMの詳細な内容、パーソンセンタードケアについて理解を深める機会となった。特に、テキストの翻訳での手伝いではコードの細かいポイントについて更なる理解が得られた。マッピングの実践では、コード付けの再確認や症例を通して自分自身のケアへの振り返りが以前にも増して明確にできるようになったように思う。そして、今回の研修には、これらの想いと職場でDCMを進めていく上でのフィードバック方法やマッピングしていくことでの疑問点のについて学びを深めたいという目的を明らかにし臨むことができた。

ここで少し、当病棟でのDCMに関する活動について紹介する。ベーシックコース参加後当病棟において、DCMの大まかな説明と計4回のマッピングを実施した。しかし、これらは試行段階であり本格的な導入までに至っていないのが現状である。その背景として、スタッフのDCMに対する理解不足や興味の薄さ、そして何よりも正確なコード付けの難しさが挙げられと考えられる。実際、マッピングの反応は賛否両論なものであり、興味を持っていないスタッフも多く見られている。

私は、ベテランから新人までとスタッフ層の幅広い当病棟において中堅クラスの看護師である。また、DCMに取り組む以前より業務改善チームのメンバーとして業務改善への取り組みに携わっている。DCMは、パーソンセンタードケアに基づいた組織改革、業務改善の観点も盛り込まれているため、この以前より活動してきた当病棟での業務改善にDCMの要素を取り入れて行っていきたいと考えていた。しかし、この中堅クラスという立場上、双方においてなかなか興味の持てないスタッフを動かしていくことは難しく悩む日々が続く、このようなスタッフに対して効果的にフィードバックしていくためにはどうしたらいいのか。DCMを理解してもらうにはどのような手段が当病棟では必要なのか。という点について解決策を模索している最中であった。

今回のアドバンスコース参加は、このような疑問を解決するための良い機会となった。そして、アドバンスコースはマネジメントスタイルを学ぶ上で西洋のポジティブな考えが盛り込まれており、師長などの管理職者にぜひお勧めした研修であると感じた。

1日目の研修は、ベーシックコースの復習が中心でありコードの詳細なルールを再確認や、実際講師に質問することで疑問の解消ができた。また、オーストラリアでの現状などの講義も取り入れられ、多国籍国家である上での文化の違いによる痴呆ケアへの難しさや広大な土地でDCMを普及していくための連携について学んだ。特に文化については英語圏だけ

らイギリス直輸入ができ簡単という私のイメージが覆され、それぞれでの国のオリジナルの DCM が必要であると実感でき大変興味深いものであった。

ディスカッションにおいては日本人グループでグループを編成していただき討議する場を頂いたり、他の研修生と討議する場を頂いたりと様々な点で配慮していただき講義内容の理解を深めるよい環境を与えていただいた。これには、言い表せないくらい感謝をしている。

研修の参加者は、看護学校の教師、施設管理者などの職種の方が多く、*one of the stuff* にすぎない私には、異次元というか一人場違いなところに来てしまったと何度も思った。その点では、コミュニケーションに困ったが、皆親切であり今回も助けられて研修を終えることができた。これまた感謝である。3 日間の講義は前回同様に朝から夕方までびっしりと詰まった内容であったが、講義中にオーストラリアンジョークが飛び交い大変楽しい飽きのない授業であった。日本ではとても予測できない光景であったと思う。

1 日目の研修終了後、研修生と講師たちと夕食を踏まえた交流会が行われた。ここでも気さくな研修生たちに助けられ楽しい時を過ごすことができた。私たちは、お互いの国の痴呆ケアの状況から家族のことなど様々なことを語った。そして、そこで飲んだオーストラリアワインはとてもおいしかったことが印象的であった。

2 日目の講義は、データ処理・解釈についてベーシックよりも詳しく学び、さらに私が最も知りたかったフィードバックに関する講義、サマリーの書き方、DCM を通しての組織改革、信頼性テストについて学んだ。フィードバックについては、準備段階より詳細なプランの練る必要性、その施設で求める最終目標や理念を明確にする必要性を学び、それぞれの施設の状況にあわせたフィードバックを行う必要があることが分かった。そして、計画性がなかった私の当病棟における導入について振り返ることができた。DCM においてフィードバックはコード付け以上に重要なウエイトを占めており、ここでのプランが詳細に練られなければ効果が薄くなる可能性があることが分かった。フィードバックまでの過程は多大でありやらなければならないことが多い。しかし、先ずはその施設の責任者やスタッフに対し十分な説明や理解を得ること、スタッフに対してもパーソンセンタードで望むことが必要である。スタッフはケアや組織を変えるための重要な人材であり、彼らを生かすための DCM マッパーとして担う役割の大きさを感じた。

3 日目は、もちろん前回同様に午前中に試験を受けた。今回は、事前に提出したレポートとの総合評価ということであったが、試験は難しく私はレポートに頼るしかないと本気で思った。後日、試験には通ったことがブラッドフォードよりメールが届きほっとした。試験の内容は、講義で習ったことがほとんどであり、症例を通しアドバンスマッパーとしての対応を問われる内容のものであった。前回英文読解に苦戦した私にとって、通訳の協力を得ることができたことは大変有難かった。実際、自分の訳の確認をする上で大いに活用していたと思う。

そして午後からは、研究についての話しやオーストラリアの受講生は各州に分かれ、私たちは日本人で集まり今後の展開について話し合い報告しあった。日本では、まだ始まったばかりであり来年初めにベーシックコースの開催する予定であること、DCMについて日本独自のものとして普及させていくために更なる検討が必要であることが一緒に同行した大府センターの水野裕先生より報告された。

今回の研修も何とか無事終わることができた。オーストラリアから帰る途中、パース空港で偶然にも一緒に研修を受けた Row さん達に会った。彼は、今こそ仕事をリタイヤしているが、以前は老人福祉施設の施設長であった。彼は、講義中私の隣の席であり時に笑わせリラックスさせてくれた。講義の中でも DCM に対し独自の考えを持っており積極的に意見を述べていたことが印象的であった。



Row さん (右) と私 (中央)

私たちは、それぞれの出発までの時間、研修のことや DCM のコードについて話した。彼は、コード「F」や「S」、「R」については日本の文化が大きく影響するため良く考えていく必要があると言った。特に日本では「S」は必要ないのではないがオーストラリアでは「S」は必要コードであるとも言われた。これらについては、確かに大きく文化が影響していると私自身も思う。マッピングの際でも「F」については疑問を持っていた。しかし、講義中にコード「F」については第 8 版では改正しているという話を聞き文化的背景を考慮した第 8 版のテキストは興味深いものになりそうな気がする。また、その他のコードについて果たして彼の言うとおりに必要であるのかは今後検討していかなければならないと再確認した。

今回の研修は、ベーシックコースの時に比べ目的意識を持っての参加であったこともあり、心構えや得た物は大きかったように思う。また、初めて訪れたパースという町は日本人も多く日本にいるような感覚にさえもなった。その為、前回同様に 3 日間外出は一切しないで DCM に打ち込んだのにもかかわらず、思いのほかリラックスして過ごすことができたように思う。研修生も気さくな方が多く DCM を学ぶにあたってのお互いの悩みを共感する場にもなった。また、管理職者が多いこともあり臨床からの観点だけではなく、教育的側面や政治的側面、経営者としての意見も聞かれ興味深いものであった。

我が国においても、DCM について更に検討する余地があり、マップー養成をすすめると同時にネットワーク作りも行い発展的な検討ができる場の確保が必要なのではないかと思った。また、日本の文化やケアの現状にあわせ、よりパーソンセンタードに近づけていく方法をネットワークを通して構築する必要があるのではないかと思う。

私は、病棟内のただ一人のスタッフにしか過ぎないが、DCM を現場の立場としてケアの

場に取り入れて検討したいと考えている。病棟スタッフがパーソンセンタードケアを共有しあい利用者や入居者、患者様に対してよりよいケアの提供ができればよいと思う。今回の研修を生かし、当病棟においてはまずは DCM の枠組み作りから始めてみようと思う。そして、当研究事業に対しアドバンスマッパーとしてあるいは一員として普及活動への協力をしていきたいと思う。また、多くのマッピングを行いマップデータの信頼性を高めていきたいと思う。

## DCMアドバンスコース研修報告

国立療養所中部病院  
高齢者包括医療病棟  
看護師 日比野 千恵子

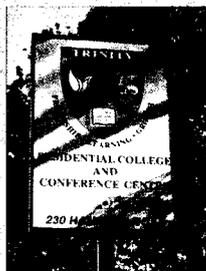
## オーストラリア

人口:1971万人(2002年7月)

- ・ヨーロッパ系96%  
(内イギリス系77%)
- ・アジア系2%
- ・先住民アボリジニ0.9%

## 研修施設

西オーストラリア大学  
トリニティーセンターにて



## オーストラリア のマッパー達 (研修生)



## 参加した研修生

- 教育者:看護学校教師
- 管理者:施設職員、施設長
- 作業療法士
- アルツハイマー協会スタッフ など

オーストラリア全土より参加

## 研修日程

<1日目>8:30~17:00

- 自己紹介と導入:オーストラリアでのDCM
- DCMの変遷(歴史から第8版への動き)
- DCMの準備・開始・管理について
- マスタークラス・コーディング
- DCM法の倫理  
・事例検討:マッパーとしての姿勢

## 研修日程

<2日目> 8:30~17:00

- データー分析について: デンマーク方式
- フィードバック、action planning  
スタッフへのポジティブパーソナワーク
- DCMを用いた組織改革
- DCMの信頼性と妥当性

## 研修日程

<3日目> 8:30~16:00

- 修了試験(2時間)
- プレゼンテーション方法について
- DCMの評価と研究  
: DCM研究ネットワーク
- ケアサマリー・アセスメント
- 今後の抱負と展望(各州に分かれて)

## オーストラリアでのDCM

- 2名のトレーナー  
イーストコーストとウエストコーストに分けて  
マップパー育成、バックアップ
- 全てのエリアでのワークショップ開催(12回)
- 全ての州でのマップパー育成
- オーストラリア運営グループ設立の初期段階にある: ネットワーク

## DCMの準備とマナー

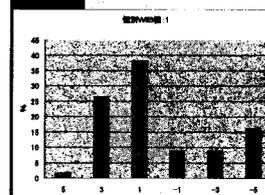
- 準備
  - ・DCMIについての説明と対象に合わせた hand outの作成
  - ・その施設の基準や理念、倫理を把握
  - ・マッピング時期の選択
- マップパーとしてのマナー
  - ・マッピング中の姿勢
  - ・メンタルヘルスセッティング  
: スタッフや施設関係者との関係
  - ・データー管理: プライバシーの保護

## 事例検討例

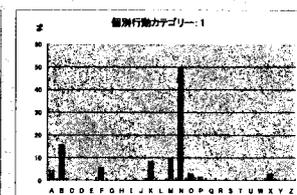
- マッピング中に一人のスタッフがPD(その人の価値を貶めるケア)を多く出している状況についての対応は?
- 徘徊行動のある利用者に対し、スタッフが動き回らないように椅子などでバリケードしているときマップパーとしてどうするか?
- 問題行動があり、マップを実施したいが家族からの同意が得られない場合はどうするか?

## データー分析①

<IBプロフィール>

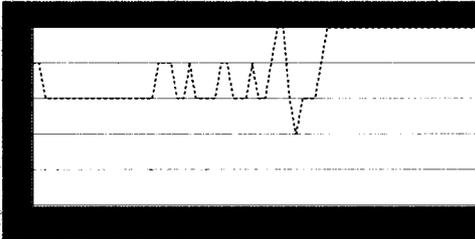


<BCCプロフィール>



## データ分析②

<デンマーク方式での分析>



## フィードバック

—ポジティブパーソンワーク(PPW)with スタッフ—

- ① Recognition: 立場を理解する
- ② Negotiation: 成功するために共に行う、働きかけ
- ③ Collaboration: 連携を図る
- ④ Play: 共に関る、同じ立場
- ⑤ Validation: 共感、支持的姿勢
- ⑥ Holding: 安心で安全な環境づくり
- ⑦ Facilitation: スタッフが自ら導いていくための援助
- ⑧ Celebration: 達成をねぎらう

## DCMを用いた組織改革

- 組織の中の具体的な情報を得る
  - \* オールド・カルチャー
  - \* キツパーとカーテン
  - \* ニュー・カルチャー
- 良い状態になるために要求される事
- 困難時の対応

## DCMの信頼性と妥当性

- 信頼性テストの定期的実施
- ゴールデン・スタンダード・マップパー  
: 一致率70~80%以上
- 妥当性の4つのタイプ
  - ・Face validity: 過去のデータ
  - ・Content validity: マッピング中の内容
  - ・Conduct validity: DCMそのものの信頼
  - ・Criteria validity: 他のツールとの比較

## DCM 上級コース受講について

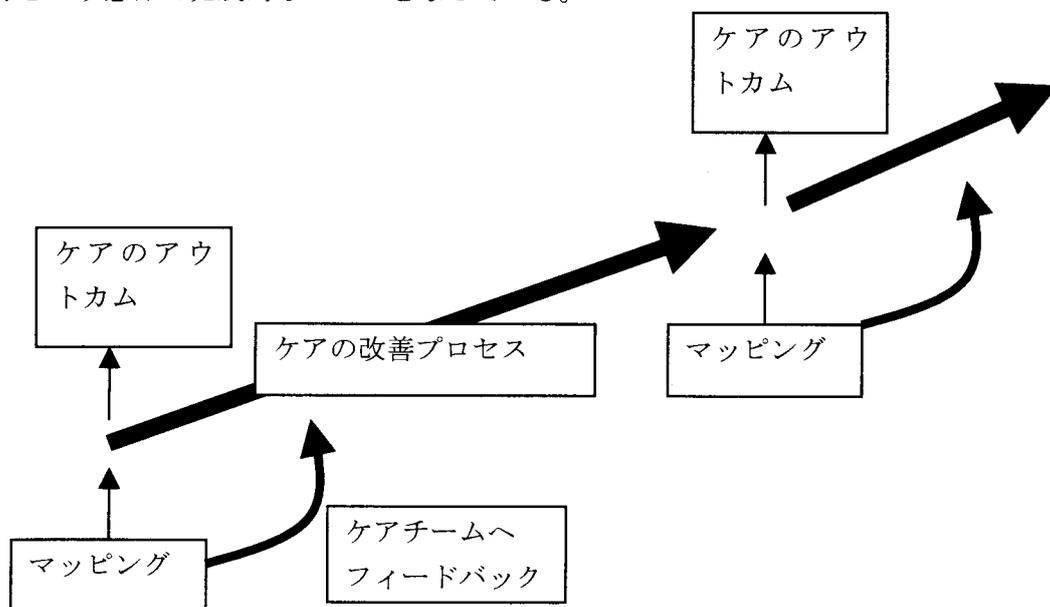
高橋 誠一（東北福祉大学総合福祉学部）

上級コースでは、第一に痴呆ケアマッピングの再確認、第二にマッピングの信頼性、第三にマッピングの報告とそれによるケアの改善方法、などについて学んだ。ここでは、三番目について、私見も含めて報告したい。

### ポジティブな「発展的ループ」としての痴呆ケアマッピング

痴呆ケアマッピングは、評価方法を標準化し、痴呆のある人びとの状態を共有スペースで直接観察して、実際に行われているケアを利用者の立場から評価する手法である。それ自体実際のケアに関する有益な情報を提供する点で重要であるが、それにとどまるものではない。痴呆ケアマッピングの革新性は、評価方法の標準化だけではなく、それを実際のケアの改善に役立てていく「発展的ループ」という仕組みを考え出した点にある。マッピング結果の報告であるサマリーは、評価の結果であると同時に、改善へ向けての第一歩としての役割を持っている。ここで、第一歩であるということは、報告書を提出しただけで、終わりではないということの意味している。

痴呆ケアマッピングは、ある時点での当該施設（あるいはその一ユニット）のケアのアウトカムを表している。その評価に基づいて、ケアの改善が行われるのであるが、そもそも実際のケアとは、実践すなわちプロセスに他ならない。従って、ケアの改善とはケアのプロセスそのものであると言ってもいいであろう。その意味では、ケアにおいてはアウトカムだけではなく、プロセスが重要なのである。発展的ループとは、痴呆ケアマッピングのケアチームへのフィードバックを通じて、アウトカムからケアの改善プロセスへの道筋を示している。しかも、それは一回限りではなく、累積的に継続的に振り返りがなされていくという意味で発展的なループをなしている。



このとき、重要な点は、アウトカムから改善点を見いだしていくとき、ネガティブな結果にだけに着目するのではなく、できているケアにも着目し、全体として、ポジティブな目標をケアチームが見いだしていくようにすることであると思う。その意味では、発展的ループとは、問題解決型ではなく、目標設定達成型の改善方法でなければならないと思う。

#### ケアを改善するためのチームワークの重要性と施設側のマッピングに対する理解

マッピングを行うマッパーは、マッピングが行われた施設（あるいは、その一部のユニット）にとって第三者として、評価を行う。無論、利用者から声をかけられたり、危険な状態を目撃したり、悪質なケアが行われている場合に、それらを見逃すという意味で第三者ではないが、一定の訓練を受けたマッパーなら同じような評価ができる条件にあるという意味で第三者の立場にある。しかし、当該施設のケアを改善するという目的にとっては、マッパーもケアを改善するチームの一員であると考えることができよう。従って、当該施設が痴呆ケアマッピングをどのような考えで受け入れ、それを活かしていこうと考えているかは、重要なポイントとなる。以下、現場のスタッフと管理者に対するマッピングの理解について述べよう。

痴呆ケアマッピングがベースとするその人を中心としたケア（パーソンセンタードケア）では、痴呆ケアとはチームケアであるという点が強調されているが、現場のスタッフにはチームとしてマッピングを受け容れてもらう必要がある。従って、どのスタッフのケアが優れているかが問題なのではなく、チームとしてどのようなケアが行われているか、そして、チームとしてケアをどのように改善していったらいいのかが重要である。マッパーは、それを促す役割を担っているといえよう。無論、一人ひとりのスタッフのケアが向上しなければ、チームケアは向上しない。その人を中心としたケアは、利用者である痴呆のある人一人ひとりだけではなく、スタッフ一人ひとりに対しても、パーソンセンタードでなければならない。そのようなチームがあって、スタッフもチームも向上していくことができるのである。

痴呆ケアマッピングをどのように受け容れてもらうかは、現場のスタッフの理解だけでは十分ではない。その施設の管理職にどのように理解され受け容れてもらえるかが大切である。特に、マッピングの情報は、スタッフそれぞれのケアに関する情報も含んでいるので、例えば、業績評価や人事考課などに利用できると思われることもできよう。しかし、痴呆ケアマッピングの直接の目的は、現場のケアを改善することである。もし管理職に対して特別に情報が提供されることがあれば、現場のスタッフのマッピングに対する見方は、直接ケアの改善に向かうよりも、上司の評価に関心が向けられてしまうことになりかねない。これは痴呆ケアマッピングの本意ではないので、管理職に対して特別の情報提供をしてはいけないことになる。マッピングを受け容れてくれる施設の管理職がこの点を理解していることが欠かせない。

痴呆ケアマッピングは、事例検討を行ってケアの質を向上させようとする研修などと違い、ケアが行われている現場で改善点を見いだそうとする点で、現場主義である。また、先に見たようにチームワークを基本としている点を考えると、QC（クオリティコントロ

ール) 活動の一種と考えることもできるであろう。しかし、それは狭い意味での品質管理ではないであろう。施設のあり方が現場のケアに凝縮されていると考えれば、単に、改善の必要性が現場レベルにとどまらないこともありうる。そのような意味では、施設全体での改善を目指したTQM（トータルクオリティマネジメント）の一貫として痴呆ケアマッピングをとらえていく必要があるように思う。

**INTERNATIONAL DCM IMPLEMENTATION GROUP (IDIG)  
SECOND ANNUAL MEETING**

**PERTH, WESTERN AUSTRALIA  
OCTOBER 22<sup>ND</sup> AND 23<sup>RD</sup> 2003**

**国際 DCM 運営委員会**

**第 2 回国際ミーティング**

**パース、西オーストラリア**

**2003 (平成 15) 年 10 月 22 日、23 日**

## 国際 DCM 運営委員会、第 2 回国際ミーティング参加について

水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター）

国際 DCM 運営委員会 (INTERNATIONAL DCM IMPLEMENTATION GROUP (IDIG)) とは、「パーソン・センタード・ケア(その人を中心とした介護)と DCM」の各国の *strategic lead* (各国の公的なリーダー) らで構成される。2002 年に初めて、スペインで国際ミーティングが持たれ、今回が第 2 回であった。このミーティングは、誰でも参加できるわけではなく、英国ブラッドフォード大学痴呆研究グループより認定された、各国のリーダー (日本では筆者) および、そのリーダーの推薦する 2 名を含む、最大 3 名までが参加を許される。筆者は、第 2 回国際ミーティングに招待され、正式に日本の代表として認定された。内容は、別添の資料をご参照いただきたいが、丸 2 日間、各国の研修事情、研究の内容、マッピングにおけるカテゴリーや PD, PE の記録の仕方をどうするか、果ては資金の運営状況や、支配下のトレーナーをどう管理するかなど、非常に現実的、実行的な会議であった。日本でよく行われる、形式的な手続きのための会議を想像した私のイメージからは、程遠いものであり、朝から始まった会議が夕方に及んだときは、長時間の集中を強いられたため、頭痛嘔気を感じるほどであった。お互いが、現実に直面している問題点を、隠すことなく、議論し、現行の DCM についてもどうしたらよりよくなるかも真剣に話し合われた。当時日本では、DCM の研修はいまだ行われておらず、彼らの議論の多くは私の経験したことのないものであったが、それでも、Dawn Brooker は非常にフェアな人間で、第 8 版への変更点について、逐一私に意見を言うように促し、微力ながら、日本としての意見を述べることができた。このような議論を通して感じたのは、各国の代表同士は、真に仲間であり、ともに助け合い、「パーソンセンタードケア(その人を中心とした介護)」がその国で広がることを損得抜きで願っていることであった。

パース、西オーストラリア

2003 (平成 15) 年 10 月 22 日、23 日 2003 (平成 15) 年 10 月 22 日から 23 日、オーストラリア、パースの Brightwater 本社会議室で開催

10 月 22 日、午前 9 時開催、Brightwater 本社会議室

参加者: Dawn Brooker, (英国), Roseann Kasayka (米国), Virginia Moore (オーストラリア), Christian Muller-Hergl (ドイツ), Eva Bonde Nielsen (デンマーク), Claus Holst (デンマーク), Yutaka Mizuno (日本), Claire Surr, (英国)

自己紹介のあと、オーストラリアの報告(Virginia)。

その後、トレーナーの適正な人数をめぐって、議論になる。

Virginia (オーストラリア)

トレーナーの上限人数を決めたい。オーストラリアは、現在2名で、将来増えても4名で十分と思う。

ドイツ：わが国は多すぎた。少ないほうがよい。

水野：トレーナーを養成するまでは予算なので、人数は重要な問題。4名と10名では大きな違い。何人が適当か知りたい。

ドーン：トレーナーを管理する人が必要なので、数は重要。クレアはDCM専任だが、それでも大変。トレーナーへの連絡、苦情処理など。

米国：トレーナーの人数はやはり問題。内部で作ったほうがやりやすい。

\*各国の代表より、トレーナーは少なくてもよく、できるだけ内部で作るべきであるという意見が多い。

\*米国より、医学生にパーソン・センタード・ケア(その人を中心とした介護を教育し、医師・患者関係がどう変化するかを、2004年にインディアナ大学とクリーブランドで行う予定との計画発表あり。

水野：医学部のカリキュラムはなかなか変えることはできないのでは？

ローザン：協力をしてもらっている。医師になってからどういう変化をするか？

Christian (ドイツ) より予算が苦しいこと、今までに、1200名の研修生が生まれ、14コース、300名の基礎コースを行ったこと、フォローアップもしている発言あり。

水野：フォローアップはドイツ独自のものか？

ドイツ：そうだ。

DCMの導入には、3段階がある。

Phase1: まだトレーナーがいない、日本の状態

Phase2: 基本コースを行っているが、上級コースや評価人養成まではいっていない。オーストラリアがこの状態。

Phase3: アメリカ、デンマークなど。特定の項目を中心にして、各国事情で作ってよい。ブラッドフォードは相談にのる。毎年基本的に契約更新。最長で3年。

ドイツ：emailでネットを作ることも考えている。

上級コースは4日間に行っている。3日間ではない。1日目：倫理

2日目：介護の質

3日目：フォローバック。無関心な環境でのフィードバック、劇的に変わった環境など3つの環境を経験をもとにやってみて、ビデオで撮って後で分析。私は現場のフィードバックに関心はない。研修での芝居としてやるフィードバックに関心がかる。

4日目：試験。無関心の環境でのフィードバックがもっとも、困難だ。組織を。

内部の場合は、

ドイツ：同じ研修の中でレベルが違うと大変。大学出身者とケアワーカーとか。

現場の人が萎縮してしまう。

アメリカ：現場の人のほうがフィードバックが上手。

ドーン；本当は現場の人を重要視すべき。看護師を重視すべき。学者が不満をもつかもしれないが、現場の人が大切だ。

医学者は PCC を冷たい目で見ている。PCC は知識のない人がやることと思う向きもある。専門職としては軽視すべきという意見もある。

Eva (デンマーク)：基本コースは行っていた。上級では、今年初めてクリアに来てもらったはじめて行った。通訳をつけて。

5名だけを対象に行った。Reliability も行ったが、良い結果だった。フィードバックを、クリアがデンマークに来たときに、interreter reliability を調べたが、面白かった。互いに言語がわからないのに良い結果約 93% くらいに一致率だった。たとえば言葉がちがっても。+1、+5 がほとんどで ill はなかった。年 1 回のミーティングをしている。またはメール。コペンハーゲンの最大の施設で導入をしたいといって、その主任クラスが全員参加し基礎コースも行って順調だった。出版は、パイロットスタディ。gerontopsychology に出した。ホームケアでの研究を行っている。データ

在宅でも DCM を行なった。

ドーン：マッパーはどのように立場をしたか？

ドイツ：マッピングとはグループでするのでしょ？個人の家に行くときの影響が大きい。影響を最小限にする方法を考える必要がある。

Virginia: 目的はなに？

当事者がマッパーがいると不愉快ならやめるがそれはなかった。

ドイツ：ケアワーカーがいる状態といない状態では。

ドーン：時間があれば慣れてくれる。

あと、痴呆の人がどのように対応するかに興味がある。

デンマーク：そうです。あとは実際に DCM がつかえるかどうかを知りたかった。決まったカテゴリーしか使わないと思ったらそうではなかった。ほとんどすべて使った。

ドイツ：普通のうちに言ったら、プライバシーエリアがヘルパーが行っていることによって減っている。

フォーカスグループのミーティングをする。

Virginia：各国でやってみたら。

水野；知らない人が家にはいるのだから、同意がいるのでは？

デンマーク：実際は同じケア事業者からの人なので、ただ、ケアの質を見ていると

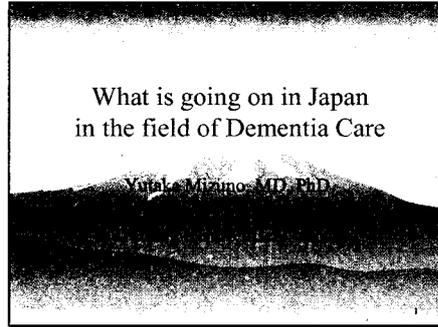
いう説明をしている。

<休憩>

午後 3 : 20 再開

日本の状況を水野が説明

スライド 1



---

---

---

---

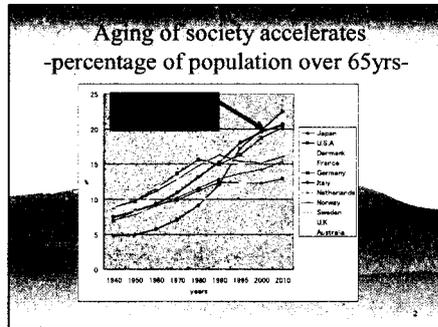
---

---

---

---

スライド 2



---

---

---

---

---

---

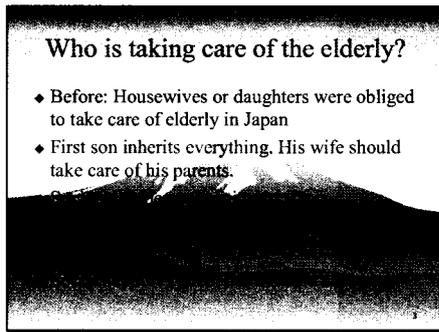
---

---

スライド 3

**Who is taking care of the elderly?**

- ◆ Before: Housewives or daughters were obliged to take care of elderly in Japan
- ◆ First son inherits everything. His wife should take care of his parents.



---

---

---

---

---

---

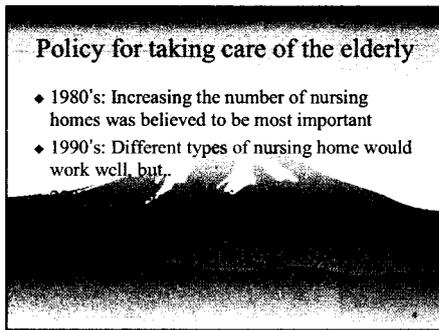
---

---

スライド 4

**Policy for taking care of the elderly**

- ◆ 1980's: Increasing the number of nursing homes was believed to be most important
- ◆ 1990's: Different types of nursing home would work well, but.



---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 5

**New Educational System in the field of dementia care (2001)**

Dementia Care Research and Training centre  
Education: two month

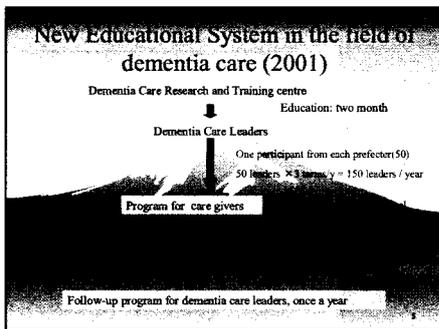
↓

Dementia Care Leaders  
One participant from each prefecture (50)  
50 leaders × 3 times / y = 150 leaders / year

↓

Program for care givers

Follow-up program for dementia care leaders, once a year



---

---

---

---

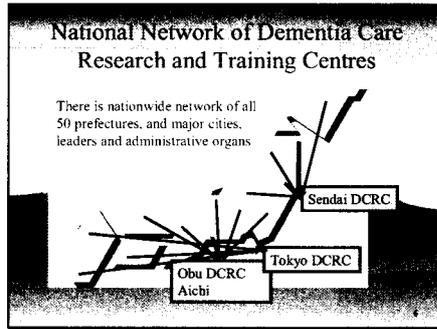
---

---

---

---

スライド 6



---

---

---

---

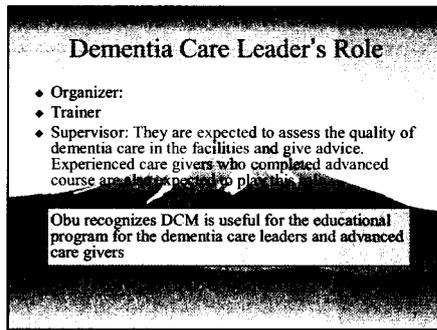
---

---

---

---

スライド 7



---

---

---

---

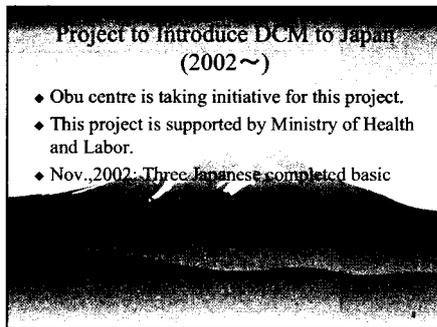
---

---

---

---

スライド 8



---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 9

Project to introduce DCM to Japan  
(2003)

- ◆ Three Japanese will attend the advanced course in Perth.
- ◆ Translation of manual into Japanese
- ◆ First DCM Basic course will be held in Feb., 2004



---

---

---

---

---

---

---

---

スライド

10

Would you have a nice trip to Kyoto?

- 20th International Conference of Alzheimer's Disease international Kyoto 2004 15-17, Oct 2004



---

---

---

---

---

---

---

---

ドーンの司会で再開。

- ・ オンラインミーティング
- ・ 来年の総会に招待する人のリストの検討。
- ・ 各国の研究状況の検討。
- ・ 新規の加入国、海外での状況について：  
クリスチャン：Norway が来年から入るでしょう。スイスが今一生懸命している。人材と経費が多いのでうまくいくでしょう。スロベニア、ユーゴスラビアもそれに続いている。  
ローザン：カナダについてですが、早く、カナダの戦略的リーダーを決めたい。今は私がしている。
- ・ 言語の問題について  
カナダでは、フランス語と英語と二つ？

契約上は両方しないといけない。

ドーン：スイスでは3つ言葉があり、法律上はすべて提供する必要がある。

フィンランドの件です。メールが来ています。評価のための予算はもらっている。フィンランドにも2ヶ国語あるが、デンマーク語のものが使える。翻訳に多額の資金がかかっている。スペインには、昨年この総会を運営してくれた機関がある。6月に基礎コースをした。

・再び海外状況について

イタリアは？

ルクセンブルクは、いましている人は、意欲はあるが、戦略的リーダーになれる人ではない。

オーストリアも。

ニュージーランドでは、ニュージーランド出身者が参加している。老年医学者です。

シンガポール:kimと一緒にマッピングをしている。ザオ基金から問い合わせがあった。

香港：問い合わせがきて、資料を送ったが返事はない。

スウェーデン：関心はある人はいるが全体としては、動いていない。

\*予想している以上に海外での DCM 導入は進んでいる印象を強く受けた(水野)

今後のミーティングについて：

2004年は、ブラッドフォードでしたい。各国の代表が、一人ずつ発表してほしい。DCMの実施者に参考になるだろう。2日間は必要。11月16日から上級コースがある。その前にしたい。カンファランスが2日間、総会が2日間、11月8日から11日？2005年は、ドイツ？2006年はクリーブランド？

ドイツは、カンファランスの準備はしたくない。会議だけでは？9月の第2週の可能性。

2007年はどうする？日本？

水野：もし、いつか日本で総会を開くなら、2日間も研究会は開けない。1日ワークショップを開くのがせいぜいだろう。

午後5時終了。

10月23日：2日目

朝9時開会。参加者は前日と同じ。

各種研究班の報告

ドーン：SRE 新しいコードを考えた。分科会で検討した。まだ修正可能です。この会議でも検討したい。大学の資金の問題、もあり遅れている。人を増やしてすむ問題ではないが資金もそろった。これから2年半かけてやっていく。コーディングを12月末まで。3月から。2005年初期までに最終版ができるようにやっていく。

デンマーク：あまり遅れると資金の問題もある。

ドーン：信頼性と妥当性の研究班。議事録を送ることはできる。

現在は、WIB value が正しければ50パーセントの妥当性がある。

ドイツ：カテゴリーが違うのが問題。JとHなど。

妥当性と信頼性は重要。判断として使うのなら、統計的に調査する必要。一致率だけでは不十分。デンマークでの観察者間での研究。

Cは信頼性が高い。HとIは信頼性が低い。

ドーン：ドイツで信頼性の研究をしている。トレーナー間の信頼性は高い。しかし、新人のマッパー間の信頼性、新人と経験者との信頼性は低くなる。時間で変わる。カテゴリーを包括的にして対策を考える。8版では信頼性の研究に関する研究文献を添付する。上級か基礎かはまだ。

米国：証拠を持っているということを示すことはよい。

ドーン：研究者のためにそれは必要。ただし、基礎コースの人に全体を渡す手もある。

Virginia：圧倒されるのでは、興味がある人で十分。

ドイツ：一回で済むというよりは、もう一回くる。

米国：ドイツのフィードバックと米国の想像するものは違う。

ドイツ：その国状況に合わせる基本が必要。

ドーン：痴呆の専門家にDelphi法を使って妥当性の研究をしてもらう。

デンマーク：PD,PEに関する信頼性と妥当性の研究も必要ではないか？

ドーン：それは困難では？

ドイツ：PDが17あるのは多すぎる。もう少し少なければ信頼性は高くなる。

Virginia：初級でも信頼性について教えるべきだ。国が広いと検者間の信頼性は重要。

ドーン：遠隔で3つのカメラで写して調べるとか？一番信頼性が低いのは、優先順位にかかわること。時間にかかわること、4分間cであとaだと本当はaだが。長く観察したコードをつけてします。フィードバックを考えるとポジティブなものをつける傾向がある。

ドイツ：DCMはツールボックスになるのではないかという意見もある。

ドイツ：ビデオをつかったが、コマ送りで見ると詳細な検討が可能だった。説明能力も上がる。DCMはラフな道具で、詳細になると別のものを使わないといけない。

ドーン：これも目的の問題。信頼性や妥当性のことを話すとすぐ研究になってしまう。数字がでると研究でいろいろ変えてしまうことになる。しかし、原点に戻って、当初の仕方を考えると使えるはず。

米国：米国の危険は、数字がすべてという傾向にある。

犬にたとえれば、DCM は体、研究は尻尾。あくまでも体が主体。まちがっても尻尾が体を振ることにならないように。

**BCC WIB** の研究班

なぜこんなにカテゴリーが多いのか？米国では 10 の分類があればよいという意見もある。私は賛成ではない。

Virginia：使わないものをあることに意味がある。

ドーン：やはり信頼性が問題。それぞれのカテゴリーを別々に検討することを考えた。統一性のある記載にするように整理した。定義を明確にすべき。Clair Christian がやっている。6 段階は変えたくない。

ドイツ：

ドーン：痴呆の行動をもとに決めたい。主観的にしているから絶対的な評価にはならないが、定義を明確にしたい。

ドイツ：ビデオでとって、数名がつけてみることは？忘れることは多い。

ビデオを使つての信頼性のテストを提唱している。来週私がマッピングとするが、ビデオを撮ることは承認を得ている。自分が直接やるのとあとでビデオを見てつけるのを検討。

米国：研究にはなるだろうが、実際はどうだろうか？介護は瞬間的なものだ。他社にみてもらうのではなくて、自分で評価するのはよいかも。

休憩

10 時

ドーン：**distress** は感情を表す唯一のことば。状況を表す言葉にしたい。一人で泣いているとか。人形を使って介護をしていることが多くなり、分類が難しかった。それを **doll** にしようかとも思っている。**GHIL** などの活動が主となるもの。

ドイツ：フィードバックの観点からは、回想やバリデーシヨンの場面かがわかるように。ゲームそのものが重要ではない。ゲーム中に話し出して、バリデーシヨンが起こるのが重要。

ドーン：フィードバック。OT の観点からは？

バリデーシヨンは、A, I であっても、そのメモに書いたら？

ドイツで、バリデーシヨンの研修をしたいという強い希望がある。

我々の PE の中で反映される。

療法はたくさんある。活動で一つ作るのは？

回想は良いことも悪いこともある。

米国：動物とのかかわりは？A で補っている。

ドーン：回想とは違うでしょう。

ドイツ：痴呆の重症者は、個人的なかかわりしかできない。Aはない。Tは多い。

ドーン：重い人が増えるだろう。デイケアより、老人ホームを考えたほうがよいかも。

ドイツ：障害が軽い人を中心に開発されているのではないか？今のDCMは。

ドーン：ユーモア、遊び、幸せなどはどうするのか？項目を起こすのか？環境もさまざま。

人形、E、j、T、I

Hをユーモアにしたら、手工芸はどうするか？

水野：どうして、Dを独立させるか？人形なら、回想に関係すればI, 感覚ならEでは？あと人形つくりになればHになる。混乱する。また、さまざまな療法があり、今でも考える人はいる。人形は療法ばかりではないが、人形セラピーをしたほうがよいのかという誤解を呼ぶ心配がある。

ドーン：案を検討してみます。

Clair：doing ではどうか？

デンマーク：女性が多いのでは？

米国：クッションなどは、0にして、doingをDにしたら？

ドイツ：Dに身の回り品もいれたら？かぎ、バック、くしなど。

ドーン：G: going back, H: humor, あたりですか？

Degeneration, combination rule をどうするか？なぜそれが必要か？下がるものをやめるか？目の前のことだけでよいのではという考える意見もある。

水野：始める時間によって、WIBにさがでてしまうのはおかしい。今見ている状態が同じなのに、2時間前から見ている人と、30分前から見ている人とで評価が変わるのは学術的にはどうか。

ドイツ：格下げルールは。時間が続けば怒りは強くなるはず。

デンマークw：格下げルールは社会的心理学的なツールを反えいしている。

ドイツ：長時間続いていたからといって悪くなるとは限らない。午前は機嫌がわるくて、午後にかかわったほうが良いという人もいる。

Virginia：長時間続くと怒りが悪くなったというよりは全体のwibに悪い影響を与える。

ドイツ：そうすると定義の問題になる。良い状態とはなにか？怒りが続くとillbeingは下がるが、wellbeingは下がるとは限らない。定義です。

ドーン：人の関わりは重要。

米国：30分立ったら何でも下がるので良いと思う。

水野：DCMがほかのアセスメントと違うのは時間の概念がはいっていることだ。それが特徴でもあり、問題を複雑にしている。問題は今ここにいる人を見ても、観察時間によって評価が変わること。

デンマークm：では、-1が続くということ？それで記録を書く。

ドーン：では、degeneration rule は第 8 版ではやめましょう。

ドーン：痴呆と睡眠との関係文献を調べる。

分類について

A:

ドイツ：怒りがあっても良い状態ということもあり得る。

B の中にもプラス 5 もあるべきだという意見があった。一人で誰にも邪魔されなくなくて、なにかしている。例えば日中のダンスがあった。中には踊る人もいたが、多くはじっと見る人が多かった。それがプラス 5 です。

マイナスに distress を入れて、distress がなくなった。B に入った。交通事故を見て、distress を感じているとか。

ドイツ：疑いながら見るのはこれ？はい。

C：あまり残らない。Degeneration もなくなったし。タイトルを変えようと思う。かかわりが無いという感じ。人にも環境にも。

ドイツ：B、C は区別がむずかしい。

クレア：B はものがあるし、C は何も無い。

ドイツ：その差がつかない。黙って目をつぶっていて、C と思ったら、なにかに反応して声をあげたら？

ドーン：C はフィードバックしたい。かかわりがなかったことを指摘したい。

午後：

C は必要では？D がなくなったし。英国の分科会でもそうなっている。

ドイツ：なにもしないで、困っている状態は、B マイナスにすべき。でも委員会には従う。信頼性の問題だ。信頼性が低ければやめたら？ドイツでは C の信頼性が低い。

クレア：研修の問題では。

Virginia：信頼性の検討は必要。

ドーン：それも国でもかわるだろう。C は残す。マイナス 1 しか残らない。Q のようにプラスをつくったら。

E はローザンが関わってくれた。絵描きとか、新聞をちぎって塊を作って投げた人がいた。表現ではないか？音楽だけではないでしょう。どれだけ積極的にするかです。食事でもそれを机に塗りたくったりする人は、食事か創作表現か？

Virginia：その場合は絵の具をもって来るべきでは。

ドラマセラピー、story telling ものがたり。もし、H をなくすのなら、手工芸はここに入れるしかない。

デンマーク m：音楽・描きなどごとに例示が必要では？

F；自立と支援とをどう考えるか。Independent は。

ドイツ：私は、食事を食べられるかテーブルに用意するとかを期待する。

Virginia：feed はやめてほしい。支援にしてほしい。食事をさせるという表現を私の施設か

ら失くしたい。食べるときに大きな音をさせる人がいた。彼は楽しんでいるがほかの人はいやだった。そこでその人をほかに連れて行った。

ドイツとかは、食事中はなさない。口をあけないのがルール。

ドーン：食事は国によって変わる。

食事と痴呆の文献は？

A と F が混在しているときは？

Virginia：食事から出てきた会話なのだから、F 優先と思う。原因だから。

ドイツ；A はほとんど他のものと同時に起きるから。

ドーン：今のもので行きましょう。

B、F の共存はよくあるだろう。することがないから少し水を飲むとか。

G と F の共存

M と F

K

Wondering 徘徊はやめた。Clawing など、いすをずらすとかも入る。

Q はなかったのでやめのまま

R : spiritual ではなくて、宗教です。形式のある宗教のことです。音楽を聴いて霊的な体験をしてもそれは違う。

水野：試験に通りますようにと神様にお祈りするのは？

ドーン：入ると思う。はっきり神様を意識している。

水野：年一回の行事もあるし、毎日なくなった人の写真を見てお祈りするのは？

ドーン：R に入るだろう。他の人が見て宗教的と思えることはこれ。

水野：マイナス 3, 5 についてだが、公的な場で宗教行事をするというのは？

ドーン：それはやめた。PD で対処する。7 では、ざんげをみなの前でするなど。

もうあとはよい？

ドイツ：W で言いたい。プラスのこともあるという注釈を。

ドーン：実習演技で頬を叩き続けるのを 20 分続けたら意外と気持ちがよいことがあったので、プラスも考えている。

8 版について検討している。

終わったら感謝するとか。個人ケア記録の中にはその人たちの言葉も入れる項目もいれるとか。

Cultural sensitivity 異文化間感度の研究班：あまり進展はない。メールでアンケートも配った。自分の国のものを反映するときには、ドーンに聞くか？中央に確かめてほしい。

ドーン：シカゴで、老年医学者だったが、その人にマニュアルの 1 章を書いてもらおうと思っている。

ドイツ：フィードバックにこそその国の特徴がでてくる。

Positive person work の研究班がある。ドーンとクレアは参加していない。PE,PD のラン

ク付けを提案している。重要性を高めたいといっている。個人的には賛成していない。PDに18番目を入れて、その対立項目も入れている。その例と。幸せのランク付けがされる？ことになる。私は複雑になるので、難しいと思う。PEを正確に捉えることは今でも難しいのです。

Virginia：マイナスなどの数字が分類と同じなので混乱するし、使えないと思う。

ドイツ：PE, PDの目的に戻るべき。構造は簡単にしたほうがよい。

ドーン：できたら、デジタル化できるものがほしい。

Virginia：PEの数をかぞえるだけでよいのでは？mild, severeなども困難だと思う。

Eva：

Claus：PE,PDは個人処理ではないでしょ。グループでしょ。

デジタル化をしたいのはわかる。

Virginia：反対の言葉を入れるのは教えるのには有用。

結論は、反対語はよいが、デジタル化はやめたほうがよい。数で集計。

授業では、PPWを教え、実習で、PE,PDを教える。

Virginia：mild, severeではなくMild, significantでは？substantialは？

Claus：メモをみて、分類ができるマニュアルを。

DCMの経費をローザンが考えてくれた。回覧します。

国際資金申請：8版のために、申請が必要。

水野：期間は？資金額は？100万単位か1000万単位か？

ドーン：私が取りまとめないといけない。

水野：企業の助成金は額は、少なくとも種類は多い。片っ端から申請することはできるが、それをしたほうがよいのか？

ドーン：今のあなたの仕事で十分だ。助成金でも製薬会社には気をつけたい。

水野：どうして？ケアの分野に意欲のある、製薬会社もある。

ドーン：これで終了としましょう。

また、来年ブラッドフォードでお会いしましょう。

2003 年、年次 DCM 総会参加者リスト

<b>Name</b>	<b>Country</b>	<b>Address</b>
<b>Dr Dawn Brooker</b>	United Kingdom	
<b>Ann Other</b>	United Kingdom	
<b>Virginia Moore</b>	Australia	
<b>Dr Kim Wylie</b>	Australia	
<b>Dr Eva Bonde Nielsen</b>	Denmark	
<b>Dr Claus Holst</b>	Denmark	
<b>Christian Muller-Hergl</b>	Germany	
<b>Dr Roseann Kasayka</b>	United States of America	
<b>Mr Robert Harr</b>	United States of America	
<b>Mr Carsten Niebergall</b>	Switzerland	
<b>Josep Vila-Miravent</b>	Spain	
<b>Dr Yutaka Mizuno</b>	Japan	
<b>Ms Salla Sormunen</b>	Finland	

注：住所、連絡先等は、個人情報のため伏せていただいた。

国際 DCM ミーティング議事メモ

水野

平成 15 年 10 月 22 日から 23 日、オーストラリア、パースの Brightwater 本社会議室で開催

10 月 22 日、午前 9 時開催、Brightwater 本社会議室

参加者: Dawn Brooker, (英国) , Roseann Kasayka (米国) , Virginia Moore (オーストラリア) , Christian Muller-Hergl (ドイツ) , Eva Bonde Neilsen (デンマーク) , Claus Holst (デンマーク) , Yutaka Mizuno (日本) , Claire Surr, (英国)

自己紹介のあと、オーストラリアの報告。

マッピングの時間よりフィードバックの時間が大切である。

DCM 研修は、Brightwater が独占権をもっている。これが、私たちのためだけにしているという誤解を生む。

ドイツ：キーのリーダーが必要。

ネットワークが重要な課題。

運営委員会 *steering committee* の構成は、国の支援をもらうためには委員長の人選が大事

トレーナーの上限人数を決めたい。オーストラリアは、4 名で十分と思う。

ドイツ：わが国は多すぎた。少ないほうがよい。

水野：トレーナーを養成するまでは予算なので、人数は重要な問題。4 名と 10 名では大きな違い。何人が適当か知りたい。

ドーン：トレーナーを管理する人が必要なので、数は重要。クレアは DCM 専任だが、それでも大変。トレーナーへの連絡、苦情処理など。

米国：トレーナーの教育はしている。評価者の研修はしていない。家族教育センターと協力している。トレーナーの人数はやはり問題。内部で作ったほうがやりやすい。コスト分析：評価をするのに必要なコストをドーンに送った。委員会を構成した。Mapping matter というニュースレターのタイトルは非常によい。研究案二つある。医学生に PCC を教える。医師が学生時代に PCC を勉強すれば、医師患者関係がどうなるか？2004 年のインディアナ大学とクリーブランドで行う。

水野：医学部のカリキュラムはなかなか変えることはできないのでは？

ローザン：協力をしてもらっている。医師になってからどういう変化をするか？今でもその種の授業はありますからそれに入れればやりやすい。

ドイツ：現在、政府の支援はない。コースの収入で活動している。介護保険では、基本ケアしかカバーしていない。音楽療法やコミュニケーションは含まれ

ない。数十人の痴呆を数人のケアワーカーが見ている状況がある。ドイツは、基本的に倒産している国で、警察の予算をいつ削減するかが問題になっているような状況だ。その中で DCM を行うのは大変。1200 名の研修生、14 コース、300 名の基礎コースを行った。フィードバックコースも行った。3-4 行でやっていることをまとめる。自分のフィードバックをビデオで撮って、プレゼンの技術。技術を使った報告は受けない。

実際のフィードバックをビデオで撮ってコマ送りで検証する。ブラッドフォードとの契約が切れて、トレーナーとの契約を行った。

3 年にわたっての契約。ロイヤルティー、資格などを含む。Royalty 契約。トレーナーが独自に研修できるか。ライセンス手数料を払わなければならない。独自に研修は行うことができる。資格契約とロイヤルティー契約。

水野：フォローアップはドイツ独自のものか？

ドイツ：そうだ。

水野：契約が切れるとはどういう意味か？

ドーン：切れていない。更新です。

水野：契約がまったくないことはあり得ないですね。

ドーン：そうです。

3 段階がある。

1. 日本の状態
2. 基本コースを行っているが、上級コースや評価人養成まではいっていない。オーストラリアがこの状態。
3. アメリカ、デンマークなど。特定の項目を中心にして、各国事情で作ってよい。ブラッドフォードは相談にのる。毎年基本的に契約更新。最長で 3 年。

ローザン：

ドイツ：email でネットを作ることも考えている。

上級コースは 4 日間にしている。3 日間ではない。1 日目：倫理

2 日目：介護の質

3 日間：フォローバック。無関心な環境でのフィードバック、劇的に変わった環境など 3 つの環境を経験をもとにやってみて、ビデオで撮って後で分析。私は現場のフィードバックに関心はない。研修での芝居としてやるフィードバックに関心がる。

4 日目：試験。無関心の環境でのフィードバックがもっとも、困難だ。組織を。内部の場合は、

量的より質的な研究を進めてほしい。出版が 2 件ある。DCM の意味など。アニマルがいて well-being がどうなるかなど。

水野：アニマルセラピーで **wib** がどうなるかという研究ですか？

ドイツ：そうです。

同じ研修の中でレベルが違くと大変。大学出身者とケアワーカーとか。

メリットもあるのでは？

ドイツ：現場の人が萎縮してしまう。

アメリカ：現場の人のほうがフィードバックが上手。

ドーン；本当は現場の人を重要視すべき。看護師を重視すべき。学者が不満をもつかもしいないが、現場の人が大切だ。

医学者は **PCC** を冷たい目で見ている。**PCC** は知識のない人がやることと思う向きもある。専門職としては軽視すべきという意見もある。

デンマーク：基本レベルでは行っていた。上級では、今年初めてクレアに来てもらったはじめて行った。通訳をつけて。

5名だけを対象に行った。**Reliability** も行ったが、良い結果だった。フィードバックを、クレアがデンマークに来たときに、**interreter reliallity** を調べたが、面白かった。互いに言語がわからないのに良い結果約 93%くらいに一致率だった。たとえ言葉がちがっても。+1、+5 がほとんどで **ill** はなかった。年1回のミーティングをしている。またはメール。コペンハーゲンの最大の施設で導入をしたいといって、その主任クラスが全員参加し基礎コースも行って順調だった。出版は、パイロットスタディ。**gerontopsychology** に出した。ホームケアでの研究を行っている。データ

方法：デンマークのシステムは、東部でパイロット研究をしたいという希望。社会福祉省の予算で2人を確保して、10名、4時間をおこなった。1回15分程度だから。妥当性は確認できない。マップパーとケアワーカーがどのように思ったかという質的な研究。在宅でもDCMを行なった。

ドーン：マップパーはどのように立場をしたか？

施設の場合と一緒に。マップパーがいるのが4時間。介護者がいなくて、マップパーと対象者だけということもあった。

ドイツ：マッピングとはグループでするのでしょ？個人の家に行くと与える影響が大きい。影響を最小限にする方法を考える必要がある。

Virginia:目的はなに？

当事者がマップパーがいると不愉快ならやめるがそれはなかった。

ドイツ：ケアワーカーがいる状態といない状態では。

ドーン：時間があれば慣れてくれる。

あと、痴呆の人がどのように対応するかに興味がある。

Virginia：2つの目標がある。ひとつは写真をとるようなもの。

ドーン：質の管理？

そうです。あとは実際に DCM がつかえるかどうかを知りたかった。決まったカテゴリーしか使わないと思ったらそうではなかった。ほとんどすべて使った。ドイツ：普通のうちに言ったら、プライバシーエリアがヘルパーが行っていることによって減っている。

フォーカスグループのミーティングをする。

Virginia：各国でやってみたら。

Eva：あと二つありました。ユーザービリティを変えました。

現場にいて、データ入力ができるようになりました。

ノルウェーに12月に行きます。6-7名がデンマークに来て参加してくれました。

Regional meeting で発表します。来年ノルウェーに導入したいと思っているようだ。来年は総会に参加するかもしれない。

水野：知らない人が家にはいるのだから、同意がいるのでは？

実際は同じケア事業者からの人なので、ただ、ケアの質を見ているという説明をしている。

午後 3：20

日本の状況を水野が説明：パワーポイントは別添

ドーン：議事録の確認。行動を伴うものだけを話し合う。参考資料を送る。これを見て、必要なものを martin に言ってください。チャット機能をするかどうか疑問がある。

Virginia:オンラインミーティングをするのは？

ドーン：積極的な必要は認めない。メールでよいのでは？

来年の総会に招待する人のリスト。

5 ページ：クレア：代替評価書 alternative assessment paper をつくるのはできなかった。

Virginia：テスト用紙は、研修生に渡されるといけないのでオーストラリアでは回収しています。

ビデオ：ドイツではしました。ただ、有用かどうかには疑問がある。

英国では台本を作って、やった。トレーナーの内面に効果がある。

ドイツ：演劇の指導者が来た。どのような距離で撮影するかなど。

ドーン：オンライントレーニングについて

皆：やっていない。

Remit について

ドーン：昨年と変わらない。目的はかわらない。公開してよい。議長はブラッドフォードの上司が勤める。今年は彼女がこられないので私がしている。

では、明日の午後の分を。

10:international development and support 海外での状況について：

クリスチャン：Norway が来年から入るでしょう。スイスが今一生懸命している。人材と経費が多いのでうまくいくでしょう。スロベニア、ユーゴスラビアもそれに続いている。

ローザン：カナダについて

早く、カナダの戦略的リーダーを決めたい。今は私がしている。

カナダでは、フランス語と英語と二つ？

契約上は両方しないとイケない。

ドーン：スイスでは3つ言葉があり、法律上はすべて提供する必要がある。

フィンランドの件です。メールが来ています。評価のための予算はもらっている。フィンランドにも2ヶ国語あるが、デンマーク語のものが使える。翻訳に多額の資金がかかっている。FACS：facial action coding system

スペイン：昨年この総会を運営してくれた機関がある。6月に基礎コースをした。

イタリア：

ルクセンブルク；意欲はあるが、戦略的リーダーになれる人ではない。

オーストリア：幼少時、子供のころのことを調べてケアプランをつくる

ニュージーランド：ニュージーランド出身者が参加している。老年医学者です。

シンガポール：kim と一緒にマッピングをしている。ザオ基金から問い合わせがあった。

香港：問い合わせがきて、資料を送ったが返事はない。

スウェーデン：関心はある人はいるが全体としては、動いていない。

\*予想している以上に海外でのDCM導入は進んでいる印象。

今後のミーティングについて：

2004年は、ブラッドフォードでしたい。各国の代表が、一人ずつ発表してほしい。DCMの実施者に参考になるだろう。2日間は必要。11月16日から上級コースがある。その前にしたい。カンファレンスが2日間、総会が2日間、11月8日から11日？

2005年は、ドイツ？2006年はクリーブランド？

ドイツは、カンファレンスの準備はしたくない。会議だけでは？9月の第2週の可能性。

2007年はどうする？日本？

水野：もし、いつか日本で総会を開くなら、2日間も研究会は開けない。1日ワークショップを開くのがせいぜいだろう。

午後5時終了。

10月23日：2日目

朝9時開会。参加者は前日と同じ。

各種研究班の報告

ドーン：SRE 新しいコードを考えた。分科会で検討した。まだ修正可能です。この会議でも検討したい。大学の資金の問題、もあり遅れている。人を増やしてすむ問題ではないが資金もそろった。これから2年半かけてやっていく。コーディングを12月末まで。3月から。2005年初期までに最終版ができるようにやっていく。

デンマーク：あまり遅れると資金の問題もある。

ドーン：信頼性と妥当性の研究班。議事録を送ることはできる。

現在は、wib が正しければ50パーセントの妥当性がある。

ドイツ：カテゴリーが違うのが問題。jとHなど。

妥当性と信頼性は重要。判断として使うのなら、統計的に調査する必要。一致率だけでは不十分。デンマークでの観察者間での研究。

Cは信頼性が高い。HとIは信頼性が低い。

ドーン：ドイツで信頼性の研究をしている。トレーナー間の信頼性は高い。しかし、新人のマッパー間の信頼性、新人と経験者との信頼性は低くなる。時間で変わる。カテゴリーを包括的にして対策を考える。8版では信頼性の研究に関する研究文献を添付する。上級か基礎かはまだ。

米国：証拠を持っているということを示すことはよい。

ドーン：研究者のためにそれは必要。ただし、基礎コースの人に全体を渡す手もある。

Virginia：圧倒されるのでは、興味がある人で十分。

ドイツ：一回で済むというよりは、もう一回くる。

米国：ドイツのフィードバックと米国の想像するものは違う。

ドイツ：その国状況に合わせる基本が必要。

ドーン：痴呆の専門家に delphi 法を使って妥当性の研究をしてもらう。

デンマーク：PD,PEに関する信頼性と妥当性の研究も必要ではないか？

ドーン：それは困難では？

ドイツ：PDが17あるのは多すぎる。もう少し少なければ信頼性は高くなる。

Virginia：初級でも信頼性について教えるべきだ。国が広いと検者間の信頼性は重要。

ドーン：遠隔で3つのカメラで写して調べるとか？一番信頼性が低いのは、優先順位にかかわること。時間にかかわること、4分間cであとaだと本当はaだが。長く観察したコードをつけてします。フィードバックを考えるとポジテ

イブなものをつける傾向がある。

ドイツ：DCMはツールボックスになるのではないかという意見もある。

ドイツ：ビデオをつかったが、コマ送りで見ると詳細な検討が可能だった。説明能力も上がる。DCMはラフな道具で、詳細になると別のものを使わないといけない。

ドーン：これも目的の問題。信頼性や妥当性のことを話すとすぐ研究になってしまう。数字がでると研究でいろいろ変えてしまうことになる。しかし、原点に戻って、当初の仕方を考えると使えるはず。

米国：米国の危険は、数字がすべてという傾向にある。

犬にたとえば、DCMは体、研究は尻尾。あくまでも体が主体。まちがっても尻尾が体を振ることにならないように。

BCC wib の研究班

なぜこんなにカテゴリーが多いのか？米国では10の分類があればよいという意見もある。私は賛成ではない。

Virginia：使わないものがあることに意味がある。

ドーン：やはり信頼性が問題。それぞれのカテゴリーを別々に検討することを考えた。統一性のある記載にするように整理した。定義を明確にすべき。Clair christian がやっている。6段階は変えたくない。

ドイツ：

ドーン：痴呆の行動をもとに決めたい。主観的にしているから絶対的な評価にはならないが、定義を明確にしたい。

ドイツ：ビデオでとって、数名がつけてみることは？忘れることは多い。ビデオを使っての信頼性のテストを提唱している。来週私がマッピングとするが、ビデオを撮ることは承認を得ている。自分が直接やるのとあとでビデオを見てつけるのを検討。

米国：研究にはなるだろうが、実際はどうだろうか？介護は瞬間的なものだ。他社にみてもらうのではなくて、自分で評価するのはよいかも。

休憩

10時

ドーン：distressは感情を表す唯一のことば。状況を表す言葉にしたい。一人で泣いているとか。人形を使って介護をしていることが多くなり、分類が難しかった。それをdollにしようかとも思っている。GHILなどの活動が主となるもの。

ドイツ：フィードバックの観点からは、回想やバリデーシンの場面かがわかるように。ゲームそのものが重要ではない。ゲーム中に話し出して、バリデーシオンが起こるのが重要。

ドーン：フィードバック。OTの観点からは？

バリデーションは、A, Iであっても、そのメモに書いたら？

ドイツで、バリデーションの研修をしたいという強い希望がある。

我々のPEの中で反映される。

療法はたくさんある。活動で一つ作るのは？

回想は良いことも悪いこともある。

米国：動物とのかかわりは？Aで補っている。

ドーン：回想とは違うでしょう。

ドイツ：痴呆の重症者は、個人的なかわりしかできない。Aはない。Tは多い。

ドーン：重い人が増えるだろう。デイケアより、老人ホームを考えたほうがよいかも。

ドイツ：障害が軽い人を中心に開発されているのではないか？今のDCMは。

ドーン：ユーモア、遊び、幸せなどはどうするのか？項目を起こすのか？環境もさまざま。人形、E、j、T、I

Hをユーモアにしたら、手工芸はどうするか？

水野：どうして、Dを独立させるか？人形なら、回想に関係すればI, 感覚ならEでは？あと人形つくりになればHになる。混乱する。また、さまざまな療法があり、今でも考える人はいる。人形は療法ばかりではないが、人形セラピーをしたほうがよいのかという誤解を呼ぶ心配がある。

ドーン：案を検討してみます。

Clair：doingではどうか？

デンマーク：女性が多いのでは？

米国：クッションなどは、0にして、doingをDにしたら？

ドイツ：Dに身の回り品もいれたら？かぎ、バック、くしなど。

ドーン：G: going back, H: humor, あたりですか？

Degeneration, combination ruleをどうするか？なぜそれが必要か？下がるものをやめるか？目の前のことだけでよいのではという考える意見もある。

水野：始める時間によって、WIBにさがでてしまうのはおかしい。今見ている状態が同じなのに、2時間前から見ている人と、30分前から見ている人とで評価が変わるのは学術的にはどうか。

ドイツ：格下げルールは。時間が続けば怒りは強くなるはず。

デンマークw：格下げルールは社会的心理学的なツールを反えいしている。

ドイツ：長時間続いていたからといって悪くなるとは限らない。午前は機嫌がわるくて、午後にかかわったほうが良いという人もいる。

Virginia:長時間続くと怒りが悪くなったというよりは全体のwibに悪い影響を

与える。

ドイツ：そうすると定義の問題になる。良い状態とはなにか？怒りが続くと *illbeing* は下がるが、*wellbeing* は下がるとは限らない。定義です。

ドーン：人の関わりは重要。

米国：30分立ったら何でも下がるので良いと思う。

水野：DCM がほかのアセスメントと違うのは時間の概念がはいっていることだ。それが特徴でもあり、問題を複雑にしている。問題は今ここにいる人を見ても、観察時間によって評価が変わること。

デンマーク m：では、-1 が続くということ？それで記録を書く。

ドーン：では、*degeneration rule* は第8版ではやめましょう。

ドーン：痴呆と睡眠との関係文献を調べる。

分類について

A:

ドイツ：怒りがあっても良い状態ということもあり得る。

B の中にもプラス5もあるべきだという意見があった。一人で誰にも邪魔されなくて、なにかしている。例えば日中のダンスがあった。中には踊る人もいたが、多くはじっと見る人が多かった。それがプラス5です。

マイナスに *distress* を入れて、*distress* がなくなった。Bに入った。交通事故を見て、*distress* を感じているとか。

ドイツ：疑いながら見るのはこれ？はい。

C：あまり残らない。*Degeneration* もなくなったし。タイトルを変えようと思う。かかわりが無いという感じ。人にも環境にも。

ドイツ：B、Cは区別がむずかしい。

クレア：Bはものがあるし、Cは何もない。

ドイツ：その差がつかない。黙って目をつぶっていて、Cと思ったら、なにかに反応して声をあげたら？

ドーン：Cはフィードバックしたい。かかわりがなかったことを指摘したい。

午後：

Cは必要では？Dがなくなったし。英国の分科会でもそうなっている。

ドイツ：なにもしないで、困っている状態は、B マイナスにすべき。でも委員会には従う。信頼性の問題だ。信頼性が低ければやめたら？ドイツではCの信頼性が低い。

クレア：研修の問題では。

Virginia：信頼性の検討は必要。

ドーン：それも国でもかわるだろう。Cは残す。マイナス1しか残らない。Qのようにプラスをつくったら。

E はローザンが関わってくれた。絵描きとか、新聞をちぎって塊を作って投げた人がいた。表現ではないか？音楽だけではないでしょう。どれだけ積極的にするかです。食事でもそれを机に塗りたくったりする人は、食事か創作表現か？

Virginia：その場合は絵の具をもってくるべきでは。

ドラマセラピー、story telling ものがたり。もし、H をなくすのなら、手工芸はここに入れるしかない。

デンマーク m：音楽・描きなどごとに例示が必要では？

F；自立と支援とをどう考えるか。Independent は。

ドイツ：私は、食事を食べられるかテーブルに用意するとかを期待する。

Virginia：feed はやめてほしい。支援にしてほしい。食事をさせるという表現を私の施設から失くしたい。食べるときに大きな音をさせる人がいた。彼は楽しんでるがほかの人はいやだった。そこでその人をほかに連れて行った。

ドイツとかは、食事中はなさない。口をあけないのがルール。

ドーン：食事は国によって変わる。

食事と痴呆の文献は？

A と F が混在しているときは？

Virginia：食事から出てきた会話なのだから、F 優先と思う。原因だから。

ドイツ；A はほとんど他のものと同時に起きるから。

ドーン：今のもので行きましょう。

B、F の共存はよくあるだろう。することがないから少し水を飲むとか。

G と F の共存

M と F

K

Wondering 徘徊はやめた。Clawing など、いすをずらすとかも入る。

Q はなかったのでやめのまま

R：spiritual ではなくて、宗教です。形式のある宗教のことです。音楽を聴いて霊的な体験をしてもそれは違う。

水野：試験に通りますようにと神様にお祈りするのは？

ドーン：入ると思う。はっきり神様を意識している。

年一回の行事もあるし、毎日なくなった人の写真を見てお祈りするのは？

入るだろう。他の人が見て宗教的と思えることはこれ。

水野：マイナス 3、5 で公的場で宗教行事をするというのは？

ドーン：それはやめた。PD で対処する。7 では、ざんげをみなの前でするなど。

もうあとはよい？

ドイツ：W で言いたい。プラスのこともあるという注釈を。

ドーン：実習演技で頬を叩き続けるのを 20 分続けたら意外と気持ちがよいこと

があったので、プラスも考えている。

8版について検討している。

終わったら感謝するとか。個人ケア記録の中にはその人たちの言葉も入れる項目もいれるとか。

**Cultural sensitivity** 異文化間感度の研究班：あまり進展はない。メールでアンケートも配った。自分の国のものを反映するときには、ドーンに聞くか？中央に確かめてほしい。

ドーン：シカゴで、老年医学者だったが、その人にマニュアルの1章を書いてもらおうと思っている。

ドイツ：フィードバックにこそその国の特徴がでてくる。

**Positive person work** の研究班がある。ドーンとクレアは参加していない。

**PE,PD** のランク付けを提案している。重要性を高めたいといっている。個人的には賛成していない。PDに18番目を入れて、その対立項目も入れている。その例と。幸せのランク付けがされる？ことになる。私は複雑になるので、難しいと思う。PEを正確に捉えることは今でも難しいのです。

Virginia：マイナスなどの数字が分類と同じなので混乱するし、使えないと思う。

ドイツ：PE, PDの目的に戻るべき。構造は簡単にしたほうがよい。

ドーン：できたら、デジタル化できるものがほしい。

Virginia：PEの数をかぞえるだけでよいのでは？mild, severeなども困難だと思ふ。

Eva：

Claus：PE,PDは個人処理ではないでしょ。グループでしょ。

デジタル化をしたいのはわかる。

Virginia：反対の言葉を入れるのは教えるのには有用。

結論は、反対語はよいが、デジタル化はやめたほうがよい。数で集計。

授業では、PPWを教え、実習で、PE,PDを教える。

Virginia：mild, severeではなくMild, significantでは？substantialは？

Claus：メモをみて、分類ができるマニュアルを。

DCMの経費をローザンが考えてくれた。回覧します。

国際資金申請：8版のために、申請が必要。

水野：期間は？資金額は？100万単位か1000万単位か？

ドーン：私に取りまとめないといけない。

水野：企業の助成金は額は、少なくとも種類は多い。片っ端から申請することはできるが、それをしたほうがよいのか？

ドーン：今のあなたの仕事で十分だ。助成金でも製薬会社には気をつけたい。

水野；ファイザーはケアの分野にかけている。

ドーン：これで終了としましょう。  
また、来年ブラッドフォードでお会いしましょう。

**INTERNATIONAL DCM IMPLEMENTATION GROUP (IDIG)  
SECOND ANNUAL MEETING**

**PERTH, WESTERN AUSTRALIA  
AGENDA FOR TWO DAY MEETING  
OCTOBER 22<sup>ND</sup> AND 23<sup>RD</sup> 2003  
09.00 hrs – 16.00hrs**

**WEDNESDAY OCTOBER 22<sup>ND</sup> 2003 09.00 – 16.00hrs**

- 1. Welcome and introductions**
- 2. Apologies**
- 3. Update from Strategic Partners:  
Australia, Denmark, Finland, Germany, Japan, Spain, Switzerland, UK,  
USA**
- 4. Minutes of the last meeting**
- 5. Matters arising from the last meeting**
- 6. Remit of International DCM Implementation Group** **Paper 1**
- 7. DCM training and education**  
**Curriculum review**  
**Video roleplays**
- 8. Supporting and developing DCM practice**  
**Automated data collection and analysis**  
**DCM practice publications**

**THURSDAY OCTOBER 23<sup>RD</sup> 2003 09.00- 16.00hrs**

- 9. DCM Research and Development**  
**Research register** **Paper 2db**  
**International database of DCM data** **Paper 3ch**  
**DCM 8** **Paper 4db**
- 10. International development and support**  
**Update on further international partners: Canada, Italy, Luxembourg,  
New Zealand, Norway, Sweden.**
- 11. Application for funding international** **Paper 5db**
- 12. Any other business**
- 13. Future meetings 2004, 2005**

**International DCM Implementation Group  
Second Annual Meeting  
Perth, Western Australia  
22-23 October 2003**

- |  |   |               |
|--|---|---------------|
| <b>1. Present</b>                        | Dawn Brooker (Chair), Eva Bonde Nielsen, Claus Holst, Roseann Kasayka, Yutaka Mizuno, Virginia Moore, Christian Muller-Hergl, Claire Surr   |               |
| <b>2. Apologies</b>                      | Murna Downs, Josep Vila Miravent, Carsten Niebergall, Saila Sormunen  |               |
| <b>3. Update from strategic partners</b> |   | <b>Action</b> |
|  | 3.1 An update about DCM in each country was presented by each strategic lead. See appended reports where available:   |               |
|  | a. UK   |               |
|  | b. Japan  |               |
|  | c. Australia  |               |
|  | d. US   |               |
|  | e. Germany  |               |
|  | f. Denmark  |               |
|  | 3.2 Documents to be circulated round the group discussed in these reports (attached where possible):  | <b>DB</b>     |
|  | a. UK trainer/University contracts  |               |
|  | b. Contents of DCM: Insights into practice edited by Dawn Brooker, Paul Edwards and Sue Benson - book to be published end 2003/beginning 2004   | <b>DB</b>     |
|  | c. Australian course organisers handbook, detailing responsibilities of different parties when running training   | <b>VM</b>     |
|  | d. US estimates of costs involved in carrying out a DCM Evaluation  | <b>RK</b>     |
|  | 3.3 Agenda Items for next year resulting from reports:  |               |
|  | a. common pricing policy for DCM courses  |               |
| <b>Action</b>                            | b. review of standardised criteria for Approved Evaluator status  | <b>DB</b>     |
|  | c. DCM 8 – format of new training   |               |
| <b>Noted</b>                             | 3.4 Dawn is writing a literature review of DCM for The Gerontologist - a US journal. Other countries may also be interested in submitting articles in appropriate Journals. It would seem to make best use of time and materials for interested leads in each country to combine what Dawn is writing with articles in a countries native language should they wish to produce relevant reviews for a publication in their own country. |               |
| <b>Noted</b>                             | 3.5 Dawn also very happy to collaborate with leads from different countries on a rewrite of her publication about the definition of Person Centred Care suitable for publication in each country.   |               |
| <b>Noted</b>                             | 3.6 In the US they are using DCM competency and use, as a means to defining progression up the career ladder within dementia care units.  |               |

<b>Noted</b>	3.7 That if Dr Mizuno requires assistance from any of the other strategic leads passing through the process of implementing DCM in Japan then please ask and they will do their best to offer help.	
<b>Discussed</b>	3.8 Getting staff to attend feedback sessions is a global problem. Also presenting feedback in written format usually means staff do not read or take in the information. Developing an oral tradition of short feedback appears to be a way forward that addresses this issue, particularly piloted in Germany.	
<b>Discussed</b>	3.9 Deciding the number of trainers needed and manageable in a country will be dependent upon demand for courses, number of courses planned, funding, amount of time trainers can devote to training, and resources available to manage and co-ordinate the team of trainers. It was felt that it is better to start small and to then gradually increase the training team as appropriate.	
<b>Noted</b>	3.10 The US produce a newsletter for mappers called 'Mapping Matters' this could be a title used by other countries if they wish.	
<b>Discussed</b>	3.11 The Danish pilot study looking at use of DCM in people's own homes was discussed. It was felt that there could be great value in using DCM to feedback to home care staff about their practice – if the method is applicable in this type of setting. The analysis of the data and results of the pilot are awaited with interest by the rest of the group.	
<b>Agreed</b>	It would also be interesting to set up similar pilot studies in other countries to examine whether this is applicable across cultures.	
<b>Action</b>	To seek funding for an international project to follow up the Danish pilot.	<b>All</b>
<b>4. Minutes of the last meeting</b>		
	The minutes were accepted as a correct record	
<b>5. Matters arising from last meeting</b>		
<b>Action</b>	5.1 All strategic leads to send a copy of the reference list to Jean, with articles they require copies of marked.	<b>All</b>
<b>Action</b>	5.2 All strategic leads to ensure that copies of all publications from their country are sent to Bradford	<b>All</b>
<b>Action</b>	5.3 Bradford Dementia Group to send out copies of all new publications to all strategic leads	<b>JM</b>
<b>Agreed</b>	5.4 A chat room is not required as 'round robin' e-mails, and e-mail system in general are adequate at present for communication needs.	
<b>Action</b>	5.5 To circulate alternate DCM (B) assessment paper to all strategic leads when this is ready. The majority of paper is complete.	<b>CS</b>
<b>Noted</b>	5.6 We have a copy of a UK DCM (A) course on video which can act as a reference point for trainers. Copies are available if other leads are interested.	

**Noted** 5.7 CMH queried the role of the third partner in a three-way contract. The role of the third party is to provide the training courses and supervision of mappers. The impetus to implement DCM should come from the country entering into the contract, this is not role of the third party, although they may act as advisor to the process.

**Agreed** 5.8 On-line training to be considered as part of DCM 8 developments. To be discussed again at a future meeting.

#### **6. Purpose of IDIG – see paper 1**

**Agreed** The (Remit) Purpose Document of the IDIG was formally agreed by group members

#### **7. DCM Training and Education**

##### **a. Curriculum Review**

This needs to be discussed in detail once we have the DCM 8 tool ready.

##### **b. Video Roleplays**

**Discussed** 7b.1 UK DCM Trainers met together at the beginning of October and as part of meeting they conducted a roleplay that was videoed. The role play was scripted for 3 characters one verbal and mobile, one who is not mobile and has very little verbal communication and one person who has some mobility and language. This was conducted with 5 minute time frames. The room was set up as a residential home lounge with 3 trainers playing the 3 main characters and then other trainers playing background residents and care workers. It was a very powerful experience for the trainers who participated.

**Discussed**

7b.2 The German trainers had a workshop from a professional video maker who instructed them on some techniques for filming 'scientifically'. There are plans to conduct a similar exercise next year at the German trainers meeting.

**Noted**

7b.3 Kim Wylie's PhD data is on video and she has permission to use this for training purposes. This is a unique source.

#### **8. Supporting and developing DCM practice**

##### **a. Automated data collection and analysis**

In the UK, Denmark and Germany we have Excel based programmes that mappers can have, which once the data has been inputted will calculate the WIB scores, BCC and WIB profiles and produce the graphics etc.

##### **b. DCM practice publications**

#### **9. DCM Research and Development**

##### **a. Research register – paper 2db**

These will be kept up to date on the UK DCM web-site. For strategic leads to encourage people within their own countries to return research register forms to Dawn.

##### **b. International database of DCM**

We are looking into developing an international database. There is a DCM 8 working group working on this

##### **c. DCM 8 – papers attached**

**Noted** 9c.1 not yet a detailed timetable, but it is likely that we can have drafts of BCCs and PDs and PEs by mid January. Perhaps field trials in March 04. Would like to have DCM 8 out by early 2005.

- Noted** 9c.2 paper 4db DB has detailed minutes of all the working groups, should people wish to see them in more detail.
- 9c.3 Structure of training - when we have the basic material we will need to reconsider the structure of the training. This will need to be an item on next years IDIG agenda.
- Agreed** 9c.4 Inter-rater reliability - The group agreed that it would be important to discuss inter-rater reliability on the basic DCM 8 training
- Discussed** 9c.5 Operational rule 1, order of precedence – is the rule most unreliably applied by mappers out in practice. They naturally want to code what occurs for the most amount of time. Phil Sloane’s work in the US (not published as yet) which coded DCM as 1) the rules currently stand, 2) the rules reversed, and 3) coding BCC in for the most amount of time. If 3) makes no difference to the data then it may not be worth trying to teach this complex rule. However, his data shows that coding for the greatest amount of time makes a real difference to the data that is collected.
- Agreed** Operational rule 1 - Since DCM was designed to pick up the positive in order to develop care practice, the group felt it was important to retain rule 1 and to improve teaching of it and build in extra ways to maintain mapper reliability on applying it following their training eg role plays to code on the web etc.
- Discussed** 9c.6 Fit for purpose - If using DCM for different purposes e.g. research then a researcher might wish to code actual time to make the method more ‘scientific’ and less value laden. There is a large piece of work to be done on DCM and fit for purpose.
- Agreed** The group agreed that it was important not to lose sight of DCM as a practice development tool. It was agreed that this use will stay at the centre of what DCM is – with other uses and versions being additional parts of a broader tool kit.
- Agreed** 9c.7 BCCs and WIBs – the group agreed that we stick to the 6-point well and ill-being scale as it currently stands.
- Noted** 9c.8 Well and ill-being – there needs to be a large piece of work defining well-being and what it consists of and how it can be observed.
- 9c.9 paper 6db – activity codes. Do we keep codes as they are e.g. G,H, I,J etc., do we redefine in terms of what activities we want to see in good dementia care practice e.g. attachment

<b>Agreed</b>	objects, reminiscence and life review, or do we go on modality e.g. cognitive, physical, sensory?	
	Activity categories – redefine in terms of - Reminiscence and life review (G – Going back), attachment objects (D – dolls), sensory (T), expressive (E), intellectual/cognitive abilities (I), fun/entertainment/humour (H- humour), joints/physical (J), work (L), media (M). This will be discussed further in the coding working group to define these categories further.	DB/CS
<b>Noted</b>	There were concerns about calling the category D for Dolls as this does not quite capture the category and is also very value laden and specific.	
<b>Agreed</b>	If we can avoid the switch between categories then try to think of another word for D. If not then perhaps swap it round with category O so - D becomes ‘Doing for Self’ and O becomes ‘Objects – relating to inanimate objects’.	
<b>Action</b>	Include more non-doll objects in the description and examples e.g. other inanimate objects which could be anything a person is attached to ‘self objects’ handbag, wallet.	CS/DB
<b>Discussed</b>	<p>9c.10 Degeneration – there are 3 options 1) keep degeneration and combination rules as they are, 2) degenerate any negative WIB after a ½ hour period, 3) take out degeneration altogether, but to pick up long periods of non-interaction/non-contact in another way e.g. highlighting it on an individual and group care summary. Points supporting 1), 2) and 3) detailed below</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3) may start mapping part way through a degeneration and so miss it</li> <li>• 3) if you are only mapping for short periods or take breaks in the mapping you are weighting data differently to longer maps with no breaks</li> <li>• 3) there is no independent evidence to show that a person with dementia feels worse after 30 minutes</li> <li>• 2) DCM is about improving care and so degeneration highlights bad practice and draws attention to lack of interaction</li> <li>• 2) PCC is about relationship and so ongoing ill-being suggests lack of relationship and degeneration picks this up.</li> <li>• 2) Degeneration is not necessarily saying that anger, boredom etc is worse after 30 minutes, but the impact of this on well-being is detrimental.</li> <li>• Degeneration is equating poor quality care to ill-being or higher ill-being. This is not always the case, and is something we cannot automatically assume.</li> </ul>	

- Lack of contact is really important because it is part of the social psychology. We must pick it up in DCM in some way. However if we pick it up by degenerating the WIB Value we are doing something different between different BCCs.
- Percentage of time spent in unbroken negative WIBs might be built into an equation looking at overall care e.g. some calculation like the DCI.
- Could ratio down the weighting depending on how long you map for. This would then not discriminate against data collected for a 2 hour map compared to a 6 hour map etc.

**Agreed**

The group agreed that option 3 is best, with capturing long periods of uninterrupted negatives being seen as a sign of poor quality care, which is picked up in the analysis stage in some way e.g. a record of how many blocks of negative observed, a weighting in an equivalent to the DCI, recording the percentage of time spent in uninterrupted ill-being alongside the Individual WIB score etc.

**Noted**

9c.11 Sleep degeneration – we will do a review of the literature around sleep and people with dementia before we make any decisions about sleep degeneration.

**Suggested**

**Noted**

We could simply record N and no WIB value.

We would still need to record in some way large amounts of sleep and to question in feedback and on care summaries as to why this is occurring. Large amounts of sleep do not necessarily equate to poor quality of care in the same way that amounts of time in uninterrupted ill-being does.

**Discussed**

9c.12 Category A – it is difficult for mappers to judge when anger/withstanding powerful others is A+5 and supported and OK, and when it is negative. This is a fundamental difference between well-being and affect.

**Agreed**

The example remain in there as it is an important point for DCM, but that the issue that needs to be thought through and careful teaching.

**Agreed**

Category B – now goes up to +5. The group agreed this was a good idea.

**Noted**

The current descriptors in the manual about what WIB scores equate to good quality care etc require revising since a broadening range of categories that can take +5 values may increase these scores.

**Action**

CS

	The general principle that +5 scores require interaction needs rewriting in the manual. This also needs addressing in the teaching. Interaction may lower a WIB value if someone is very engaged in an activity as this would be interrupted.	All
<b>Action</b>	For other group members to send CS any examples from practice they have for B -1, -3, -5 to go in the manual.	
<b>Noted</b>		
	Category C – will now only take -1 value.	
<b>Discussed</b>	CMH felt that C cannot automatically be judged to be ill-being, since a person could sit and be absorbed in their own thoughts and be very happy inwardly, but externally they would look disengaged and be coded C-1. All C could be coded in B.	
	Alternative would be to have C+ codes similar to the proposed Q category. This is dangerous since it gives staff the ‘permission’ to just leave people disengaged and withdrawn because they are in DCM terms OK. It is better to get it wrong for a few people who are disengaged and are not in ill-being than to get this widespread idea that disengagement is OK.	
	If you lose C code altogether then you would lose the ability to capture the fact that a person with dementia has had no contact in a time frame, and is disengaged from their outward environment.	
<b>Agreed Suggested</b>		
	That we keep C as a code	
<b>Agreed</b>	That C only takes the value of -1	
	That we do not have C+ or Q.	
<b>Agreed</b>	That we should look at reliability of coding C and that issues of reliability are likely to be culturally specific.	
		CS
<b>Action</b>	Category E – examples are all music related. They need to be made less specific to these forms.	
	We need to incorporate creative handicrafts, activities, artwork, movement, drama, into the examples that will be in the manual.	CS
<b>Action</b>	In note 2 may need to take out storytelling or expand on what it means in more detail.	
	Note 2, 2 is now redundant since we have deleted H.	
<b>Discussed</b>	Important to have whole range of WIB values in a BCC in one type of behaviour outlined in the examples.	
	Category F – the ‘to be written’ paragraph at the bottom outlines 3 principles that guide how we judge well or ill-being.	

<b>Action</b>	These principles could also be applied to other type 1 categories.	
	Since food is such a common and important category and often an area for discussion in feedback it may be very useful to have a worked example of application of these principles for F to go in the manual.	<b>CS/ CMH</b>
<b>Action</b>		<b>CS</b>
<b>Action</b>	Remove 'fed' from the +5 examples	<b>CMH</b>
<b>Agreed</b>	CMH to give CS and strategic leads references about food and people with dementia that he has.	
<b>Agreed</b>	A and F occurring together – very important to record the F as this is the context for the interaction, and to keep doing this in DCM 8.	
<b>Action</b>	Where the activity is inconsequential e.g. one or two sips of tea during a conversation, then follow point 5 p27 manual that states go for the dominant modality and then code the A.	<b>CS</b>
<b>Agreed</b>	Category K – Note 1 needs to include more types of independent moving e.g. crawling, sliding on floor, sliding chair across floor etc.	
<b>Agreed</b>	Proposed category Q – that this category not be included in DCM 8	
<b>Action</b>	Category R – that this category be reserved for specific religious activities and not broader spiritual experiences.	<b>All</b>
<b>Noted</b>	That there is no time to go through the rest of the codes at this time – so for people to read the rest of the codes and to e-mail comments to CS and DB.	
<b>Agreed</b>	Category W – take care to note that repetitive actions can become part of how a person is when they have dementia and that does not necessarily indicate ill-being.	
<b>Noted</b>	9c.13 Hearing the Voices of People with Dementia - Could develop an additional course for mappers where they learn skills for interviewing people with dementia.	
<b>Agreed/ Action</b>	9c.14 Cultural sensitivity – overwhelming support for having 1 version of DCM to use across cultures, but within it to have different examples used in the manual or in the role play.	<b>DB</b>
<b>Noted</b>	Any cultural revisions or editions should be made in consultation with Dawn Brooker who can advise on writing or applying these, and that there are no conflicting messages	

being given out in different countries.

<b>Discussed</b>	Cultural differences may not be such an issue in the tool itself, but in the process of how it is implemented e.g. in some cultures giving direct feedback about areas for practice development is not culturally acceptable.
<b>Agreed</b>	9c.15 PDs and PEs. The working group wanted to elevate the status of PPW. They have proposed that PDs and PEs are linked to each other with one PD being one side of a continuum and the other being the PE. They would be rated the PD side on a -1 to -5 scale and the PE side to +1 to +5.
<b>Agreed</b>	This proposal raises all sorts of difficult issues around complexity, teaching, coding and reliability. The group agreed that whilst this was good work by the group that their proposal needs revision and cannot be used as it stands.
<b>Proposed</b>	That PDs and PEs do not have to have an obvious effect on well-being of the person with dementia.
	1) That PDs and PEs are not in themselves recorded as categories, but are used as a framework for informing the notes section. They are used to reflect the 'staff contactability' or their communicability.
	2) That we continue to record PDs in the way that we do now. Record the time and type either by number or name and some indication of severity. The same would apply to PE recording.
	3) That we simply record the number of PDs and PEs that occur during the mapping period
<b>Agreed</b>	4) That we record how many time frames that PDs and PEs occur in, rather than the total number.
<b>Noted</b>	That both PDs and PEs are recorded in the same way.
<b>Agreed</b>	PE recording is with combining with PPW, brought onto an individual level. Whereas before PEs could be 'generating a positive group atmosphere' applying PPW shifts the focus onto individualised care practices.
<b>Noted</b>	That when recording a PD or PE describe the event in the notes section, highlight what elements of the types of MSP or PPW seen in it. This would allow qualitative analysis of the events for feedback, plus quantitative possibilities for counting the number of PDs and PEs on an individual or group level.
	That placing PDs as an opposite to PPW may be a good way of

**Agreed** teaching these things to staff and offering an alternative way of going about care practice that does not include MSP.

That we do not want a numerical rating scale for severity of PDs and PEs. Instead of 4 point scale have 2 point scale – for PDs have one that relates to mild/moderate and the other to severe/very severe.

**DB/CS**

**Agreed** - for PEs have 2 point scale about level of relatedness, similar to PDs.

On the group care summary have a section for looking at all the data together, in particular the PDs and PEs – for the particular messages for the care team about how they interact with residents. This will draw out themes for the staff team.

## **10. International development and support**

### **Discussed a. Update on further international partners**

**Norway** – wishing to become a strategic lead in their own right.

They are working closely with Denmark over this

**Switzerland** – has started this year. 2 courses already carried out and one planned for later this year. 1 follow up training also conducted.

**Austria** – a couple of people have attended DCM courses in Switzerland. The management of this organisation are now seriously considering the possibility of becoming a strategic partner.

**Slovenia** – there is interest in introducing DCM here as well, advised to attend a DCM (B) course. CMH has already conducted PCC training in Slovenia.

**Canada** – 3 possible contacts interested in introducing DCM to Canada. One in East (Eileen Coulson), one in Central area (Toronto) (Sue Hart). Possibility of the US running a DCM (A) course in Toronto or in Michigan to link in with central Canadians already trained.

**Finland** – Saila Sormunen has sent report (attached). They have funding for project to evaluate effectiveness of DCM in Finland. Also have funding for translation of DCM Manual into Finnish. Translator is doing a thesis on the experience of translating the DCM manual. They also need to translate the manual into Swedish, and Denmark has kindly given a copy of the Danish manual to them to assist with this.

**Spain** – there is an organisation in Spain whom hosted the IDIG last year and who are keen to work with Josep Vila Miravent in developing a steering group to begin the process of implementation of DCM in Spain. Elena Hernandez from the Spanish Alzheimer's Society came on the DCM (B) course in Bradford in June and is a potential trainer.

**Italy** – no further developments since the PCC workshop.

**Luxembourg** – very keen but key contact (Jean Claude Leners) is not in a position to take it further at this stage. It is likely they will develop in close links with Germany in the future.

**New Zealand** – English woman who has emigrated to New Zealand will be attending DCM A course in Australia. There is interest in implementing DCM and this will develop with close links with

Australia.

**Singapore** – there is a nurse from Singapore who is currently working with Kim to get in some mapping hours so she can attend the Advanced course. Virginia has had some contact from Tsao Foundation who are very interested in DCM.

**Sweden** – there are people in Sweden who are interested in DCM but there has been no further interest since the initial meetings earlier this year in Denmark.

**12. Application for funding – International**

**Noted** As part of DCM 8 DB and CS will be looking to gain funding for specific activities.

We are extremely well placed to get international funding since we have such well established working relationships internationally.

**Action** For each strategic lead to contact DB and CS if potential funding opportunities come up within their own country or nationally. **All**

**Noted** Types of funding we might like to seek – for meeting together, for exchange of staff, for the development of an international institute for person centred care

**13. Any other business**

None declared

**14. Future meetings**

14. 1 Meeting in 2004

It would be extremely beneficial for the UK based practitioners to hear all the strategic leads speak about their use of DCM.

It would also be of great benefit to raise the profile of DCM on a national basis and at a policy level.

**Agreed** 8-12 November - 1 day for meeting, 2 days conference and 2 further days meeting. There will be an Advanced Course 16-18 Nov in Bradford.

14.2 Meeting 2005

**Agreed** This will be held in Germany. Suggested dates week 5-9 Sept.

14.3 Meeting 2006

It is likely that this will be held in US.

**Paper 1**  
**REMIT INTERNATIONAL DCM GROUP**  
**2003**

**Background**

The idea of an International DCM Group or DCM Guild was first proposed at the 2001 DCM Think Tank, following Tom Kitwood's death. There was a recognition within the Think Tank meeting that the agenda for DCM required leadership that was inclusive of the views of all stakeholders in order to move forward. The post as Univeristy Of Bradford Strategic Lead for DCM, international strategic partnerships and the development of inclusive structures such as the International Implementation Group have built on this foundation.

The copyright of DCM is with University of Bradford. Univeristy Of Bradford, acting through the Bradford Dementia Group expect the following principles to be adhered to in respect of DCM:

- DCM should be used within an ethical framework of person-centred care that promotes the well-being of people with dementia, their families and those who care for them.
- It is recognised that DCM is a complex method which requires skill and care in its teaching, its implementation within organisations and its use in research if this ethical framework is to be maintained.
- DCM training and the practice of DCM evaluations should reach as many practitioners and organisations who will find it useful.
- Training should adhere to international quality standards to ensure the quality and integrity of DCM.

Additionally, it was agreed that DCM had to cover its costs within Bradford Dementia Group but was not expected to produce a surplus.

**Remit of International DCM Implementation Group (IDIG)**

DCM has become a complex, multifaceted, international product. It incorporates training, care practice and research. The training, care practice and research with DCM are evolving and dynamic and have international appeal. This necessitates working collaboratively across international boundaries. The remit of the IDIG is an association of International partners who can consider these issues, drawing on the expertise from around the world. The issues that make up DCM business in four main areas are set out below:

**1. Training and education**

- a) Basic DCM courses
- b) Advanced DCM courses
- c) Person centred care training
- d) Refresher courses and updates
- e) Evaluator status
- f) Apprentice trainers
- g) Trainer support and supervision
- h) Course material development
- i) Video roleplays
- j) On-line training
- k) Development of training for version 8

**2. Supporting and developing DCM practice**

- a) Databases

- b) Regional DCM networks
- c) Network of DCM projects
- d) DCM organisational consultancy & support
- e) Webpages
- f) Newsletters
- g) DCM practice publications
- h) Automated data collection and data analysis
- i) Policy agenda

### **3. DCM Research and Development**

- a) Research register
- b) Publications register
- c) Assimilating and reviewing DCM research
- d) International database of DCM data
- e) Piloting and trialling proposed changes
- f) Defining version 8
- g) Launching version 8
- h) Updating current practice following launch

### **4. International development and support**

- a) Establishment of new primary strategic partners
- b) The journey through Basic and advanced training, evaluators and trainer training
- c) Translation of manuals and materials
- d) Contract negotiation
- e) Contract monitoring
- f) International DCM implementation group and network
- h) Version 8 international development

### **Membership and Meetings**

At the first meeting of IDIG in Spain 2002 it was agreed that the group would meet on an annual basis. The meeting is chaired by the head of Bradford Dementia Group or her representative. The venue and timing of the meeting would coincide with an international or national conference to maximise the value of attending for members and to promote person-centred care and DCM. Attendance is open to all DCM Strategic partners who are expected to send at least one representative under the terms of their DCM contract with Univeristy Of Bradford. They can, if they wish send up to three representatives. It was agreed that the Univeristy Of Bradford Strategic Lead, would invite people to attend the meeting who had a commitment and sustained interest in DCM within a country wanting to implement DCM.

### **Funding**

It is expected that travel, accommodation and subsistence costs are met by individual members either from DCM training income or by grants. Bradford Dementia Group will fund the cost of the meeting itself. It is expected that the host country where the meeting is being held will organise a venue for the meeting and accommodation for delegates.

Dawn Brooker  
September 2003

国際セミナー

平成 16 年 1 月 30 日(金)

愛知県芸術文化センター

パーソン・センタード・ケア

その人を中心とした痴呆ケア

～質の高い痴呆介護とは～

講師：Dawn Brooker, Paul Edwards

座長：水野 裕

日時：平成 16 年 1 月 30 日（金）午後 1 時から 4 時半

場所：愛知県芸術文化センター

ロールプレイ補助：日比野千恵子(国立長寿医療センター)

朗読：天草由利恵(高齢者痴呆介護研究・研修大府センター)

## 海外招聘講師による、国際セミナー開催事業

水野 裕（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター）

昨年度に引き続き、英国ブラッドフォード大学より講師を招聘し、国際セミナーを行なった。事前受付を行なったが、応募者が多く、定員を超えたため、参加できなかった方がいたことをこの場を借りてお詫びしたい。

内容：英国ブラッドフォード大学の Dawn Brooker 教授に、パーソン・センタード・ケアの概念について、丁寧にお話いただき、特に、痴呆性高齢者に対する介護上のよい対応、悪い対応については、ロールプレイを用いてわかりやすく説明していただいた。ロールプレイでは、Paul Edwards 氏（ブラッドフォード大学）、日比野千恵子氏（国立療養所中部病院）に協力いただいた。最後に、故 Tom Kidwood 教授の著書である”Dementia Reconsidered”より、痴呆性高齢者の体験世界を描写した記述（水野 裕訳）を天草由利恵（高齢者痴呆介護研究・研修大府センター）が朗読し（資料参照）、閉会した。

（文責：高齢者痴呆介護研究・研修大府センター、水野 裕）

講師陣の略歴は以下。

### Dr Dawn Brooker 氏略歴

ブルッカー博士は、現在、イギリス（連合王国）ブラッドフォード大学ブラッドフォード痴呆グループに所属し、Dementia Care Mapping(DCM)の指導的立場にある。この役職は、DCM の研究、方法の開発、ケア現場での実践、DCM の指導や学習事項、国際的实践など、すべてを統率するものである。

彼女のブラッドフォード痴呆グループとのかかわりは、彼女が最初の DCM トレーニングコースに参加した 1991 年にさかのぼる。彼女の、痴呆の人々への観察方法のレビュー（1995）や、DCM 評価方法（1998 出版）は、DCM 研究において重要な論文とされている。ブルッカー博士は、1995 年に DCM のトレーナーになり、晩年のトム・キットウッド（Tom Kitwood）教授とともに現在の DCM の発展につとめた。キットウッド教授の没後、彼女は、ブラッドフォード痴呆グループでの DCM 指導者として招聘された。

ブルッカー博士は、1984 年にバーミンガム大学で臨床心理士の資格をえた。彼女は、イギリス（連合王国）の高齢者サービスのおける、臨床、学究、管理などあらゆる業務を担当した。彼女は、高齢者についての業務や、臨床心理士や、高齢者の介護や援助にかかわるその他のスタッフのトレーニングにおいて幅広い経験をもっている。ブラッドフォード痴呆グループに所属する以前には、彼女はオックスフォード痴呆サービス開発センターの指導者(Director)であった。

ブルッカー博士の出版（発表）は数多い。彼女の研究の関心は、痴呆の人々のサービスの質の評価、系統だった変化（変更）(organizational change)、治療的介入、人を中心としたケア、情動的ストレスと対処を含む。2002年3月には、彼女は **Extra Trust on Enriching Opportunities for People with Dementia** とともに、痴呆の人たちへの長期ケアにおける新しい評価モデルの研究プロジェクトを開始する。

ポール・エドワード氏略歴

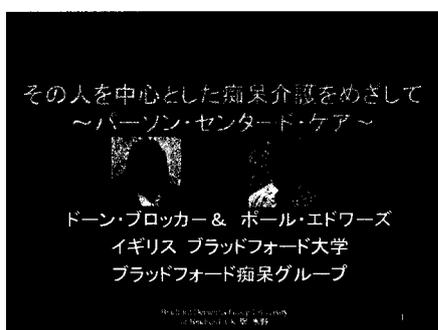
登録看護師

DCM 公認トレーナー

ポールは痴呆ケアを専門とする精神健康分野の看護師である。彼の仕事の半分は、イギリス（連合王国）Loughborough における、National Health Service (NHS) 関連業務でのパーソンセンタードケアや DCM を実践する臨床指導者としての取り組みである (across a large primary care trust)。彼はまた、自分で痴呆ケアにおけるトレーニングやコンサルタントビジネスを展開している。彼は、1995 年以来独自に、健康やソーシャルサービスにおいて DCM を広く用いた。2001 年 4 月に DCM の公認になり、それ以来多くの DCM コースを運営している。彼は現在、パーソンセンタードケアに関する臨床標準版の作成を手伝っている。彼は、文化の違いをこえたパーソンセンタードケアの影響に関心をもっている。2001 年のトム・キットウッド記念賞の共同受賞者である。彼は現在、あらゆる国での DCM の使用についての著述に従事している。

以下に、当日使用したスライドを掲げる。このスライドは、水野が、彼らと討論を重ねながら、翻訳したものである。

スライド 1



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 2

私たちの国 英国 について



人口5,600万人  
痴呆の方は、70万人  
ケアの提供はさまざま  
ま 公共、慈善、営利  
団体等  
家族の結びつきが希  
薄化  
文化的に多様な社会  
差別と義務

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 3

University of Bradford  
痴呆ケアの専門家



始まりは1992年 トム・キ  
ットウッド博士が  
保健衛生大学の一部門  
人間社会心理学  
研究・教育・研修  
痴呆ケアマッピング  
DUM

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 4

点検

老化のもっとも恐れられている側面  
多くの人に誤解されている  
ほとんどの家族は痴呆のある人とある程  
度の関わりを持っている  
痴呆は社会のすべての人の問題である

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 5

痴呆について

脳の病気の進行の兆候  
くすりによる治療は  
「正常な」老化ではない  
情緒の問題あるは精神異常ではない  
すべてのタイプの思考能力が段々と障害  
を受ける  
通常は進行性の障害

© 2011 国立病院機構 精神科医療センター

---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 6

痴呆（アルツハイマー病）の産果積

これらすべてが痴呆をもつ人の行動、感情、  
思考に影響を与える

NI: 脳神経障害  
II: 健康状態および感覚機能  
B: 生活歴  
P: 生活傾向（気質、対処スタイル等）  
SP: その人を取り囲む社会心理

© 2011 国立病院機構 精神科医療センター

---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 7

痴呆をもちるとはどんな気持ちか

感情的反応はこれまでにない強い  
過去の出来事や記憶は、以前よりも現在  
と感じる  
現在の出来事が過去の記憶の引き金にな  
る  
現在起っていることは人がどのように感  
じているのかに重要な影響をもたらす

© 2011 国立病院機構 精神科医療センター

---

---

---

---

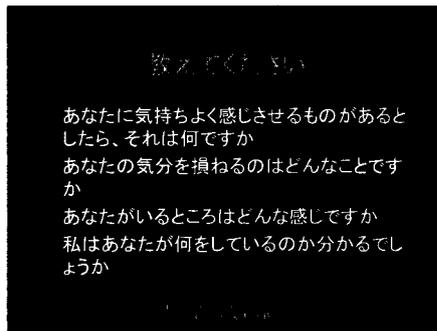
---

---

---

---

スライド 8



---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 9



---

---

---

---

---

---

---

---

スライド  
10



---

---

---

---

---

---

---

---

スライド 11

その人だけ、さあ、ハロー、



「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」  
トム・キッドウッド、1997

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

スライド

12

その人だけ、さあ、ハロー、



個人のニーズと権利が考慮されない  
強力な否定的感情が無視されるかわかってもらえない  
ますます孤立させられる

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

スライド

13

その人だけ、さあ、ハロー、

たましたり、あさむくこと	人扱いしないこと
能力を使わせないこと	無視すること
ことも扱いないこと	強制すること
怖がらせること	後回しにすること
区別	非難すること
差別	中断させること
急がせること	あさけること
わかろうとしないこと	侮辱すること
のけ者にすること	

---

---

---

---

---

---

---

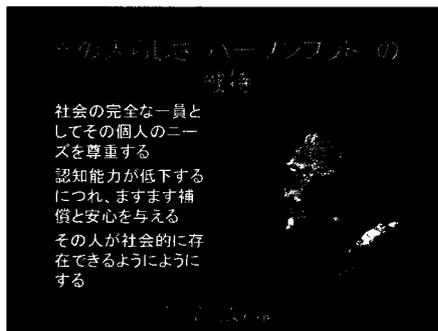
---

---

---

スライド

14



---

---

---

---

---

---

---

---

スライド

15



---

---

---

---

---

---

---

---

彼女は、とても温かくて、とてもやさしく、とても思いやりがあるようにみえた。

きっと、お母さんにちがいない。

また、会えることができるとは、なんとすばらしいことだろう！

うれしくて、体中がポカポカしてきた。

でも、いつもこうではなかった。

どこか心の奥深くで、孤独と氷のように冷たい恐怖のときの、ほのかな記憶が残っている。

それが何時だったか、あなたにはわからない。

でも、今はちがう。

いまや、望めばいつも友達がいて、温かい気分でいられる。

ここは、すばらしい人々と一緒に、あなたが暮らしていける場所である。

まるで、昔から家族だったかのようだ！

今が、これまでの人生で一番幸せである。

時間は自由だし、することすべてが楽しい。

人々と一緒にいることは、あなたがいつも楽しみにしていたことだった。

どんなにせかされることもなく、あなたは全く自分のペースですることができ、気が進まなければ、しなければいい。

そうだ！

時々、あなたに会いに来る紳士がいる。

不思議なことに、彼の名前はあなたの夫の名前と同じだ。

彼は、あなたに会いたいらしく、あなたと一緒にいると楽しそうだ。

あなたも、彼と一緒にいることが楽しいし、リラックスできる。

あなたが鏡の前を通るとき、年老いた人を垣間見ることがあるけれど、あなたのおばあさんだろうか。

昔、近所に住んでいた人だろうか。

あなたは、少し疲れた。

あなたは、ソファーに一人で座っていると、

すぐに、こころに、寒々とした感じに気づき、ふたたび、死ぬほど恐ろしい恐怖があなたに近寄る。

あなたは、大声で泣き叫びそうになる。

そのとき、あなたのかたわらに座っていた、あのやさしい母親のような人を見る。

彼女の手があなたに差し伸べられ、あなたが握るのを待っている。

話をするうち、その恐怖は霧が晴れるように消えて、まばゆい日差しの中にくつろぎ、ふたたび、あなたはその庭にいる。

あなたは、それが天国でないことはわかるけれど、  
ときどき、ここは天国に近いかもしれないと覚えることがある。……

「痴呆再考ディメンシャ・リコンシダード」 —著者トム・キッドウッド—

Tom Kitwood, Dementia Reconsidered: the person comes first, Open University Press,  
Buckingham, 1997

～ 77 ページ、84 ページより～

翻訳：高齢者痴呆介護研究・研修大府センター 研究部長 水野 裕



理事長 挨拶



センター長 挨拶



座長



会場風景



Dawn Brooker 教授



ロールプレイ  
(左:日比野千恵子氏、右:Paul Edwards 氏)