

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

国際アルツハイマー病協会
第 20 回国際会議・京都 2004
Alzheimer Disease International in Kyoto 2004
平成 16 年 10 月 15 日から 10 月 17 日

ワークショップ：その人を中心とした痴呆介護
Dementia Care Mapping

場所：国立京都国際会館 Room B 1
日時：平成 16 年 10 月 15 日(金)
午後 1 時半から

Dr D Brooker
An overview of DCM and person-centred care
(パーソン・センタード・ケアと DCM 法の概要)

Mr P Edwards
Using DCM to improve quality of care: case examples
(ケアの質向上のための DCM 法：事例)

Dr Y Mizuno
Introducing DCM to Japan to improve quality of care
(DCM 法の日本への導入事業：痴呆ケアの質の向上をめざして)

座長：Dawn Brooker 教授
副座長：水野 裕

国際アルツハイマー病協会国際会議
Alzheimer Disease International in Kyoto 2004

ワークショップ：その人を中心とした痴呆介護：Dementia Care Mapping

文責：水野 裕

平成 16 年 10 月 15 日（金）から 10 月 17 日（日）の 3 日間、国際アルツハイマー病協会国際会議が、京都国際会議場で行われた。報道によれば約 4000 人が参加したとのことであった。われわれも、プログラム委員会（本間 昭委員長）の推薦を受け、「パーソン・センタード・ケアと Dementia Care Mapping」に関するワークショップを持つことができた。正確な席数、入場者数は知るすべを持たないが、約 300 名収容の会場は、入りきらない人たちで、通路が埋め尽くされるほどであった。残念ながら、同時通訳のイヤホンが席数しかなく、多くの人たちに不便を強いる結果となってしまった。

ワークショップは、座長 Dawn Brooker 教授、副座長水野で行われた。まず、Dawn Brooker 教授が、パーソン・センタード・ケアの理念と Dementia Care Mapping 法についての概要およびそれらの関連について述べ、アメリカ・ドイツ・デンマーク・オーストラリア・スイス・日本が、正式なパートナーシップを結んでいる国であり、Dementia Care Mapping 法の研修が受けられることを説明した。続いて、Paul Edwards 氏が、実際、パーソン・センタード・ケアと Dementia Care Mapping 法を使用し、施設で導入するためにはどのような準備や、困難があるか、どのように対処すべきかなどについて、自らの実践に基づいてわかりやすく説明した。最後に、水野が、日本の認知症（痴呆）介護の現状と課題を述べた上で、パーソン・センタード・ケアと Dementia Care Mapping 法を知り、導入に至る経過、日本に導入する意義などについて述べた。約 10 分の討論では足りず、ワークショップ終了後も、質問をする人が 3 名のシンポジストの前に列をなす姿が見られた。

抄録は以下に掲げたとおりである。

ADI Conference Kyoto 2004

Workshop on DCM (Dementia Care Mapping): Improving the quality of person-centred care for people with dementia

Session Chair: Dr Y Mizuno

Paper 1 Dr D Brooker

An overview of DCM and person-centred care

Paper 2 Mr P Edwards

Using DCM to improve quality of care: case examples

Paper 3 Dr Y Mizuno

Introducing DCM to Japan to improve quality of care

Dementia Care Mapping (DCM) is a set of observational measures that were developed by the late Professor Tom Kitwood and colleagues working with the Bradford Dementia Group. DCM is used in a series of developmental evaluations over time to push forward the quality of organisational practice in person centred care. It has been used since the early 1990's in residential and nursing homes, day care, respite care and hospital wards. Through a process of preparation and feedback, staff are empowered to consider care from the point of view of the service user with dementia. On the basis of these observations, changes are made to care plans and practice generally. DCM provides an evidence base that can be used to monitor change over time on an individual resident level and an organisational level. DCM training has been available in the UK since 1991. Since 1998 Bradford Dementia Group has developed International Strategic Partnerships with organisations in the USA, Germany, Denmark, Australia, Switzerland and Japan. In 2004 the Obu Dementia Center became the strategic partner of Bradford Dementia Group for providing DCM training in Japan. Individual dementia care practitioners from Finland, Spain, Norway, Sweden, New Zealand, Canada, Luxembourg, Italy and Hong Kong have also attended basic DCM courses. We are currently working internationally towards a revised version of DCM which will be available in 2005. During this workshop we will share some of the experiences of mapping in different cultures. This workshop will be of interest to those wanting to know more about DCM, the plans for DCM in Japan and the details of bringing DCM to a non-English speaking country

Brooker D and Edwards P. Bradford Dementia Group, University Of Bradford, School of Health Studies, 25 Trinity Rd, Bradford, Yorkshire, BD5 0BB UK email d.j.brooker@bradford.ac.uk p.edwards1@bradford.ac.uk

Mizuno Y. Obu Dementia Care and research Training Center, 3-294 Hantsuki-cho, Obu, Aichi, 474-0037 Japan yutakamz@mvf.biglobe.ne.jp

Paper 1: Dr Dawn Brooker

Title: Person-centred care and Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping (DCM) is a set of observational measures that were developed by the late Professor Tom Kitwood and colleagues working with the Bradford Dementia Group. DCM is designed to be used in a series of developmental evaluations over time to push forward the quality of organisational practice in person centred care. It has been used since the early 1990's in residential and nursing homes, day care, respite care and hospital wards. Through a process of preparation and feedback, staff are empowered to consider care from the point of view of the service user with dementia. On the basis of these observations, changes are made to care

plans and practice generally. DCM provides an evidence base that can be used to monitor change over time on an individual resident level and an organisational level. .

DCM training has been available in the UK since 1991. Since 1998 Bradford Dementia Group has developed International Strategic Partnerships with organisations in the USA, Germany, Denmark, Australia, Switzerland and Japan. We have a team of around 35 DCM trainers and approximately four thousand people trained at basic level worldwide. The literature and research interest in DCM continues to grow also. We are currently working internationally towards a revised version of DCM which will be available in 2005. In the UK DCM has been used to good effect in some areas but there is a growing awareness that it needs to become more mainstream if it is to make a real impact on care for service users with dementia.

Work address

Bradford Dementia Group
University of Bradford
Unity Building
25 Trinity Rd
Bradford
BD5 0BB
England

Tel 00 44 (0)1274 235726

Tel 00 44 (0)1684 576189

Fax 00 44 (0)1684 576198

web page www.bradford.ac.uk/acad/health/bdg.htm

Paper 2 Mr Paul Edwards

Using DCM to improve quality of care: case examples

Dementia Care Mapping (DCM) has been used extensively across health and social care sectors in the United Kingdom since its development in the early 1990s. Organisations have found the tool or benefit in assisting to improve care for people with dementia. Those organisations that use this observation tool on a regular basis report higher levels of well-being for people with dementia, improved staff retention and recruitment, a more focussed care approach to those with higher degrees of disability and more creative care. Dementia Care Mapping has many uses in the UK. It is used for quality assurance, individual care planning, staff training and development, outcome measures of care practice, inspection and research.

As its popularity grows, the observation method is being tried in other fields of care practice such as learning disability and acute medical care for older people. Evidence from these growing sectors and from the more established dementia care environments, indicate that there are real benefits to organisations by implementing DCM.

Work address

Bradford Dementia Group
University of Bradford
Unity Building
25 Trinity Rd
Bradford

BD5 0BB

England

Tel 00 44 (0)1274 235726

Tel 00 44 (0)1509 646251

Fax 00 44 (0)1509 646251

web page www.bradford.ac.uk/acad/health/bdg.htm

paper3 Dr. Yutaka Mizuno

Introducing DCM to Japan to improve quality of care

The Obu Dementia Care Research and Training Center has been engaged in introducing person-centered care and the DCM method to Japan since November 2002. At first, I hoped to use DCM as a new evaluation tool for the effect of music therapy or other therapies. After finishing a short DCM course in the U.K. though, I recognized that DCM would be a good educational tool for learning and practicing person-centered care. I am somewhat concerned that although the term has recently become popular, the philosophy of person-centered care might not be understood correctly. There were many difficulties to overcome including translating, organizing the courses, and taking care of participants. However, thanks to encouragement from friendly DCM leaders in other countries, we were able to successfully run the first DCM basic courses in Japan in February 2004. As a DCM leader and the Strategic Lead in Japan, I would like to tell you in detail how the project has been developing.

高齢者痴呆（認知症）介護研究・研修大府センターでは、平成 14 年度から、「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」の日本への導入事業に取り組んできた。最初のきっかけは、水野を含む 3 名が英国での基礎コースを受講したことであった。最初は、痴呆性高齢者の評価法を学ぶ目的であったが、そこで、DCM が単なる評価法ではなく、パーソン・センタード・ケア(その人を中心とした介護)を学び、実践するために役立つ教育的ツールであることを実感し、日本への導入の必要性を感じた。また、パーソン・センタード・ケアという言葉はよく知られるようになったが、正確に伝えられていないという危惧があり、ぜひ、日本の地でも、正しく学ぶ研修を開こうと思ったわけである。しかし、研修の講師の養成、研修テキストの翻訳、配布資料の翻訳等さまざまな困難があった。しかし、多くの困難を乗り越え、平成 16 年 2 月に、日本で初めての「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」研修会を、愛知の地で行うことができた。当日は、事業がどのように進行してきたか、現在の状況等について発表したい。

Work address

Imaise branch, Ichinomiya City Hospital

Dept. of Psychogeriatrics

30 Gouchu-chahara, Miyaushiro

Imaise-cho, Ichinomiya city

Aichi, 491-0057, Japan

Phone: 81-586-45-2531、FAX:81-586-44-7411

Email:mizuno.yutakaby4g@city.ichinomiya.aichi.jp

Dementia Care Mapping (DCM) An Overview

Dawn Brooker
Bradford Dementia Group
University of Bradford
UK

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Structure of talk

- ◆ Background to DCM
- ◆ Brief description of the tool
- ◆ International development
- ◆ Revisions to DCM

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

University of Bradford Bradford Dementia Group



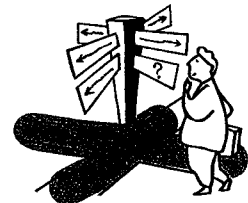
UNIVERSITY OF
BRADFORD

- ◆ Founded by Professor Tom Kitwood in 1992
- ◆ Division of the School of Health Studies
- ◆ Humanistic, psychosocial and person centred in focus
- ◆ Provision of research, accredited education and short courses
- ◆ Dementia Care Mapping - DCM

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

So what is person-centred care?

- ◆ A value base
- ◆ Individualised assessment and care
- ◆ Takes the perspective of the person with dementia
- ◆ A supportive social psychology



Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Person-centred care

$$PCC = V + I + P + S$$

Where

V = Value people with dementia

I = Treat people as Individuals

P = Perspective of person with dementia

S = Supportive social environment

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

DCM Value Base

- ◆ Grounded in the philosophy of person centred care
- ◆ Assumes much of the ill-being experienced by people with dementia is due to the negative effects of care practice
- ◆ Assumes that despite the losses experienced by people with dementia they have the potential capacity to experience well-being

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Dementia Care Mapping (DCM)

Kitwood & Bredin 1992

- ◆ Observational tool to improve the quality of person-centred care with people with dementia
- ◆ Used in formal care settings in public areas
- ◆ Used in a process of repeated cycles of evaluations over time
- ◆ Rich data provided by in-depth observations
- ◆ Complex method - takes 3 days training to qualify as a basic user

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

The DCM tool

- ◆ Continuous observation over six hour period
- ◆ One mapper observes 5-7 people with dementia
- ◆ Recording occurs every five minutes

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Dementia Care Mapping Recording frames

- ◆ Main Behaviour type
- ◆ Observed level of well being –
- ◆ Personal Detractions
- ◆ Positive Events

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

What DCM shows us....

- ◆ Individual and group levels of well-being and ill-being across the day
- ◆ How people with dementia spend their time
- ◆ Staff behaviour that will promote person centred care
- ◆ Staff behaviour that will undermine person centred care

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Action planning

- ◆ At an individual care plan level to improve well-being
- ◆ At a group level to improve the organisation of care towards one that is resident focussed
- ◆ At a management level to look at resource allocation, training needs and staff development

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

International growth

DCM training provision

- ◆ UK 1991
- ◆ USA 1998
- ◆ Germany 1998
- ◆ Australia 2001
- ◆ Denmark 2002
- ◆ Switzerland 2003
- ◆ Japan 2004

DCM trained personnel

- ◆ Spain
- ◆ Finland
- ◆ Norway
- ◆ Sweden
- ◆ Luxembourg
- ◆ Italy
- ◆ New Zealand
- ◆ Canada
- ◆ Taiwan
- ◆ Hong Kong
- ◆ Singapore

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Published research

- ◆ Cross sectional surveys n=10
- ◆ Evaluation of intervention n=10
- ◆ Developmental evaluations n=6
- ◆ Multi-method evaluations n= 3
- ◆ Investigation of psychometrics n= 3

www.bradford.ac.uk/acad/health/dcm

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Aims of Bradford Dementia Group for DCM

- ◆ Ensure quality and integrity for DCM tool and process
- ◆ Ensure skill and care in DCM teaching, its implementation within organisations and its use in research
- ◆ DCM to reach as many practitioners and organisations who can use it
- ◆ Used in a culturally sensitive and appropriate manner
- ◆ International DCM Implementation group learning & development

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

DCM advantages & disadvantages

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Frontline staff, carers and purchasers see the point • Focus is people with dementia • Track record • DCM training positive spin-offs • Research & development agenda • International Implementation group | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Time consuming ◆ Resource heavy ◆ Provides only part of the picture ◆ Power tools need careful handling ◆ Needs updating ◆ Ensure fit for purpose |
|---|--|

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Revising DCM – towards DCM8

- ◆ Last major revision (DCM 7th Edition) 1997
- ◆ Practice and knowledge have developed rapidly
- ◆ Growing dissatisfaction with some coding frames
- ◆ Need for greater guidance in using DCM

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

DCM 8 Timetable of development

- ◆ Oct 02-Sept 03 Working groups & general consultation
- ◆ October 03 International Group
- ◆ Nov 03-Jan 04 Draft DCM 8 codes
- ◆ Jan 04-Sept 04 Field testing
- ◆ Nov 04 Final edition DCM 8
- ◆ Feb 05-Oct 05 Develop new training materials
- ◆ Nov 05 onwards Dissemination

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

DCM 8 supporting information

- ◆ Reliability
- ◆ Validity
- ◆ Use in research
- ◆ Use in culture change
- ◆ Use in care planning and training
- ◆ Use in surveys and inspection
- ◆ Inclusiveness of people with dementia
- ◆ Ethical guidelines
- ◆ Automated data analysis programme

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Contact details

Dawn Brooker
Bradford Dementia Group
University of Bradford
25 Trinity Road
Bradford
BD5 0BB
UK
email d.j.brooker@bradford.ac.uk
Web bradford.ac.uk/acad/health/bdg.htm

Bradford Dementia Group,
University of Bradford

Charnwood and NW Leicestershire Primary Care Trust, UK

Implementing DCM- A journey into the unknown?

pae2004

Before Starting the engine - Check what's in the tank!

- Is all safety equipment working and will it last?
- Is the journey completely necessary?
- Will you have to do the journey in stages to avoid too much mechanical stress?
- Have you got a back up team who are experienced?
- Where are the bumps in the road? Who's controlling the handbrake?
- How will you deal with road rage!!!!

pae2004

Know your Route

- Plan it carefully - Time well spent
- What happens if you get diverted?
- What happens if you crash?
- Where do you want to get to and will anybody be there when you arrive?
- Don't drive in the dark - make sure everyone can see you
- Are you experienced enough to make the journey?

pae2004

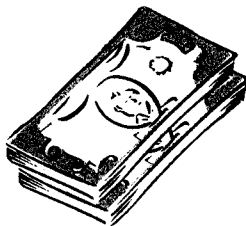
Mirror, Signal, Manoeuvre ----

• GO!!!!



pae2004

STOP!!!!!!!!!! - Apply Handbrake



- What about funding the journey?
- Is there enough for the whole journey?

pae2004

Our Journey - Implementing Dementia Care Mapping

- Commenced in Jan 2001
- Project Leader Appointed to run and co-ordinate
- Wide circulation of the Project aims and discussions followed
- Monthly person centred care training throughout whole of the year.
- Four clinical areas exposed to preliminary maps.
- General awareness throughout PCT
- Commencement of training in DCM

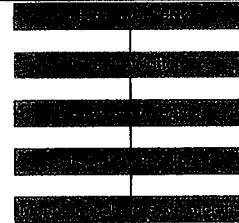
pae2004

Three years on.....

- Regular Cycles of Mapping across mental health units
- Lived experience for people with dementia improved
- Part of the work of the Organisation, not 'the bit added on'
- Development of common language across disciplines

pae2004

The Developmental Process



pae2004

Improving the patient experience.....

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Higher levels of well-being • Fewer elements of malignant social psychology • More focus on simple crucial details of caring for people with dementia | <ul style="list-style-type: none"> • Increase levels in engagement • Less ill-being degeneration • More focus on activities • Physical environment changes |
|---|--|

pae2004

So it's a success then?

- Not across the board. There still appears to be some differences in the spread of person centred care
- Some care staff feel uncomfortable with the mapping process- Others embrace it
- DCM is not a like for like process, no two areas are the same so there is variation of development, according to what the team wants to do with the information

pae2004

But is it a worthwhile investment?

- Greater awareness of person centred care
- A method for evaluating and developing quality
- Increased creativity
- Focusing and what we can do for people with dementia
- Motivating process
- Improving our care often takes little financial resources to have a big impact on well-being

pae2004

Further destinations.....



- Expanding to physical health wards
- Some areas to run DCM outside of the project
- Strategic Planning and service development
- DCM research

pae2004

Arriving home?



Still reaching for person
centred care

psa2004

Introducing DCM to Japan to improve quality of care

痴呆ケアの質の向上をめざして
DCMの日本への導入事業

一宮市立市民病院 今伊勢分院
Imaise branch, Ichinomiya City Hospital
Dept. of Psychogeriatrics

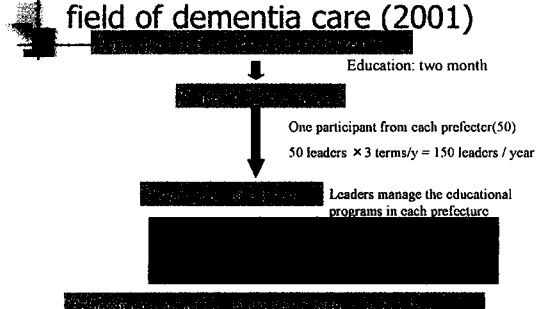
水野 裕 Yutaka Mizuno MD, PhD
(高齢者痴呆介護研究・研修大府センター客員研究員)

Guest Prof. of Research, Obu DCRC

DCM : Contributing to the
improvement of QOC Y.Mizuno

1

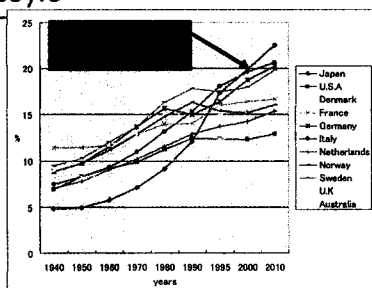
New Educational System in the field of dementia care (2001)



DCM : Contributing to the
improvement of QOC Y.Mizuno

4

Aging of society accelerates
-percentage of population over
65yrs-



DCM : Contributing to the
improvement of QOC Y.Mizuno

2

痴呆介護指導者の役割

Dementia Care Leader's Role

- Organizer: 実務者養成研修の運営
- Trainer: 教育
- Supervisor: 指導 They are expected to assess the quality of dementia care in the facilities and give advice. Experienced care givers who completed advanced course are also expected to play this role.

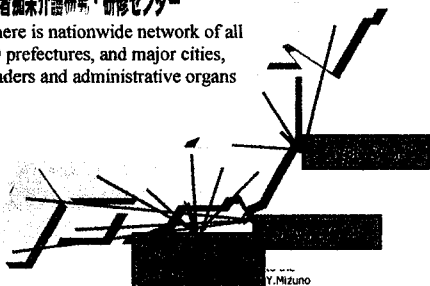
DCM : Contributing to the
improvement of QOC Y.Mizuno

5

Dementia Care Research and training Centre(DCRC)

高齢者痴呆介護研究・研修センター

There is nationwide network of all
50 prefectures, and major cities,
leaders and administrative organs



Y.Mizuno

3

痴呆介護分野における研究・研修

Research and Education in the field of dementia care

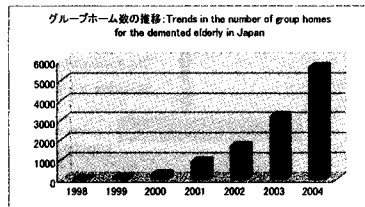
- 主な研究 Research(Obu)
 - Clinico-pathological study of the subtypes of AD
 - Non-Pharmacological approach to dementia
 - Decision-making abilities of dementia (2001-Mar.2004, by Y.Mizuno former-director, Dept. of research;)
- 教育 Education
 - 痴呆介護指導者養成研修
advanced course for dementia care leaders

DCM : Contributing to the
improvement of QOC Y.Mizuno

6

近年の介護現場の状況 事業者数の増加

The present state of the dementia care facilities



The number of the group homes for demented elderly has been remarkably increasing for last seven years.

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

7

量より質を

We must consider the quality not quantity

- 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..
- 2000's: long-term care insurance system
- Increasing the number of group homes

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

10

痴呆ケアの質は？

How about quality of care?

- 抑制に関する調査(三宅2000)
- A survey of nursing home restraint in Japan (Miyake,2000)
- 対象: 呆け老人をかかえる家族の会の会員
- 1998年10月、アンケート調査(回答者数は、617人)

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

8

DCM基礎コースに参加(英国)

DCM basic course in U.K.(Nov.2002)

- 当初、新しい評価法を学ぶつもりであったが、誤解であることがわかった。After finishing short DCM course in U.K., I recognized DCM must be good educational tool for learning and practicing person centred care.

英国、ブラッドフォード



DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

11

何らかの抑制がされていた: 71%

Some kinds of restraint used: 71%

- 部屋に閉じ込められた: 11.2%
 - Locked in the room: 11.2%
- ベッドの上で手または足を縛られた: 41.1%
 - Wrist or leg restraint on the bed: 41.1%
- 車椅子に身体を縛られる、または立てないようにされた: 32.8%
 - Restraint on the wheel chair: 32.8%
- 薬でおとなしくさせられた、または行動を抑えられた: 26.4%
 - Pharmacologic restraint: 26.4%

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

9

DCM法は、パーソン・センタード・ケアの理念に基づいている

DCM is based on the philosophy of person-centred care

- 3日間の基礎コースの研修で、まず学ぶのは、パーソン・センタード・ケアの理念
 - A most important part of DCM course is learning the philosophy of person-centred care
- 痴呆をもつ人の視点に立った、ケア環境の観察
 - Observation from the standpoint of the person with dementia
- 現場スタッフと協力して、ケアの質の向上を図る
 - Improvement of the person-centred care as a team

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

12

DCM法の導入の意義

The significance of introducing DCM into Japan is...

- パーソン・センタード・ケアの概念を学ぶことができる
 - To learn the philosophy of person centred care.
- スタッフの潜在的な能力を引き出すことができる
 - To empower the potential abilities of staff.
- スタッフの燃えつきを防ぐことができる
 - To avoid burnout of staff.

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

13

講師の養成

Steps to becoming a Trainer



DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

16

DCM法の日本導入事業(H14年度～)

Project to Introduce DCM to Japan (2002～)

- 厚生労働省の予算援助
 - This project is supported by Ministry of Health and Labor.
- 高齢者痴呆介護研究・研修大府センター
 - Obu centre is taking initiative for this project.
- 平成15年からは、大府センターが日本の公式の窓口に認定された(主任:水野)
 - Obu DCRC joined strategic partners in the world.
 - Mizuno has been leading this project.

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

14

テキスト・スライドの翻訳

Translation of Manual, Powerpoint, and Handouts

- パーソン・センタード・ケアとDCM研修会のテキスト・スライドは世界共通

U.K.: 英国 (97ページ)



Denmark: デンマーク



Japan: 日本 (95ページ)

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

17

DCM法の日本導入計画

Plan for introducing DCM into Japan

- 2002-Mar.2003, Three Japanese attended the basic course. Public lecture and Workshop
- 2003-Mar.2004, Three Japanese attended the advanced course. First basic course in Japan.
- 2004-Mar.2005, First Japanese trainer ? in Japan.
- 2005- Japanese trainer will run the basic course.

DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

15

アジア初の「パーソン・センタード・ケアとDCM」研修会

First DCM basic courses in Asia Held in Aichi.

- 2004.2.2(Mon)～6(Fri), 2.9(Mon)～2.13(Fri)
- Trainer: Dr. Dawn Brooker & Mr. Paul Edwards and Ms. Claire Surr
- Apprentice trainer(講師実習および講師補助): 水野 裕, 日比野千恵子
- 通訳: 中川経子(みちこ)・平野 加奈江



DCM : Contributing to the improvement of QOC Y.Mizuno

18

まとめ(1) Conclusion(1)

- 痴呆介護の施設、環境は整備されてきた。
 - The number of facilities for dementia has been increasing and new facilities are well equipped.
- 痴呆ケアの質の向上が次の課題である。
 - The next big issue is how to improve the quality of care.

DCM : Contributing to the
improvement of QOC Y.Mizuno

19

まとめ(2) Conclusion(2)

- DCM法は、パーソン・センタード・ケアの理念に基づいており、質の向上のための教育に役に立つと思われる。
 - DCM is based on the philosophy of person-centred care and it is a good educational tool for improving QOC.
- 日本人のトレーナーが生まれれば、パーソン・センタード・ケアの理念の普及に役立つ
 - When we have a Japanese DCM trainer, the philosophy of person-centred care will be widely disseminated.

DCM : Contributing to the
improvement of QOC Y.Mizuno

20

認知症介護研究 ～平成１６年度報告書～
平成１６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１７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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

Dementia Care Mapping Refresher Day

「DCM (Dementia Care Mapping ; 痴呆ケアマッピング)
リフレッシュセミナー」

平成 16 (2004) 年 10 月 15 日 (土)
午前 9 時から午後 4 時

財団法人京都市国際交流協会 第 1 会議室

「DCM (Dementia Care Mapping ; 痴呆ケアマッピング)
リフレッシュセミナー」

水野 裕

痴呆介護研究・研修大府センターが、平成 14 年度より、推進している、「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」の日本への導入事業の成果として、平成 16 年 2 月 2 日からと 2 月 9 日からのそれぞれ 5 日間の 2 回、アジア初の「パーソン・センタード・ケアと DCM 法」基礎コースが、痴呆介護研究・研修大府センターで開催された。

この研修会により、新たに日本人の基礎マッパーが、38 名誕生した。彼らは、今後日本での痴呆ケアの向上に向けて努力していくことが期待されるが、資格取得後の、レベルアップや最低限のレベル維持が必要なことはいうまでもない。また、元々、ただ単に資格者を養成するというよりは、少人数でも、質の高い人を養成し、その人たちを大事に育てたいという主旨があり、その目的にのっとり今回のフォローアップ研修会「DCM (Dementia Care Mapping ; 痴呆ケアマッピング) リフレッシュセミナー」が開催された。

10 月には、アルツハイマー病協会国際会議 (ADI: Alzheimer Disease International) が 10 月 15 日 (金) から 17 日 (日) まで、京都で開催され、第 1 日目に、「その人を中心とした痴呆介護とは : Dementia Care Mapping」と題して、Dawn Booker (ドーン・ブルッカー) 教授<英国ブラッドフォード大学>と筆者を座長としたワークショップが開催されたため、翌日 15 日 (土) に京都市内の会場で行われた。

プログラムは、以下に掲げた。あいにく当日は、ドーン教授は、座長やスピーチのため、直接指導に当たれず、ポール・エドワーズ氏が指導にあたり、日比野千恵子 (国立長寿医療センター)・水野 裕 (痴呆介護研究・研修大府センター客員研究員) が、講師補助を行なった。

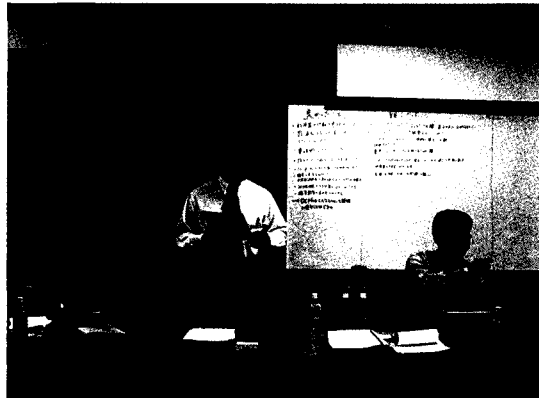


写真 1

当日は、マッピングのコード分類の復習でウォーミングアップをし (写真 1)、徐々に、お互いに慣れたところで、実際のフィードバックの際の困難さを話し合ったり、互いの経験を出し合ったりした。複雑なカテゴリー分類については、ロールプレイも行った (写真 2、3) セッションは、昼食をはさんで、午後 4 時過ぎまで続いた。最後に皆でどのように、パーソン・センタード・ケア(その人を中心とした介護)と DCM を日本に根付かせていったらよいかを話し合い、各地区で時々集まり、一緒に活動をしていくことを決め、解散した。



写真2：Paul 氏と日比野補助講師によるロールプレイ

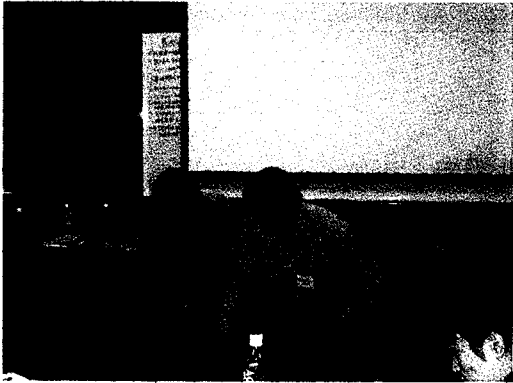


写真3：日比野・水野両補助講師によるロールプレイ



Paul 氏を囲んで（通訳は中川氏）

水野補助講師

責任者：高齢者痴呆介護研究・研修大府センター
DCM ストラテジック・リード 水野 裕

DCM (Dementia Care Mapping ; 痴呆ケアマッピング) リフレッシュセミナー

プログラム

09.00- 09.30 受付

10.00- 10.30 あいさつおよびお互いの活動報告

10.30-11.01 マッピング総点検

11.00- 12.00 コード付け上級コース

12.00-12.30 データの意味するもの

12.30-13.15 昼食

13.15-14.15 ロールプレイ

14.15-15.0 実務での応用

15.00-15.20 休憩

15.20-16.00 DCM を日本に根付かせるために<質問コーナーも含む>

講師：ドーン・ブルッカー（予定）、ポール・エドワーズ

補助：水野 裕、日比野千恵子（予定）

通訳：中川経子

認知症介護研究 ～平成 16 年度報告書～
平成 16 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 17 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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

第 3 回国際 DCM 会議

International DCM implementing group meeting

会議記録 (文責水野)

場所：英国ブラッドフォード大学会議室

日時：2004（平成 16）年 11 月 8 日、11 月 9 日（両日とも午前 9 時から午後 4 時）

出席者：英国（Dr Dawn Brooker、Prof Murna Downs、Dr Claire Surr）オーストラリア（Virginia Moore）、デンマーク（Dr Eva Bonde Nielsen、Dr Claus Holst、Dorte Høeg、Lars Bo Bülow）、フィンランド（Päivi Topo、Saila Sormunen）、ドイツ（Christian Muller-Hergl、Christine Riesner）、日本（Dr Yutaka Mizuno）、スペイン（Elena Fernàndez、Josep Vila Miravent）、スイス（Carsten Niebergall）、米国（Dr Roseann Kasayka、Dr Carolinda Douglass）



International Implementation Group 国際 DCM 会議
8 and 9 November 2004

出席者一覧

Name	Address	E-mail
UK		
Dr Dawn Brooker	BDG	
Prof Murna Downs	BDG	
Dr Claire Surr	BDG	
AUSTRALIA		
Virginia Moore	Dementia Services Consultant, Brightwater Care Group, 355 Scarborough Beach Rd, Osbourne Park, WA6017, Western Australia	
DENMARK		
Dr Eva Bonde Nielsen	Danice, Degnemose Alle 83, DK2700 Brønshøj, Denmark	
Dr Claus Holst	Danice, Degnemose Alle 83, DK2700 Brønshøj, Denmark	
Dorte Høeg		
Lars Bo Bülow		
FINLAND		
Päivi Topo	STAKES, PO Box 220, 00531 Helsinki, Finland	
Saila Sormunen	STAKES, PO Box 220, 00531 Helsinki, Finland	
GERMANY		
Christian Muller- Hergl	Meinwerk Institut, Giersmauer 35, 33098 Paderborn, Germany	
Christine Riesner		
JAPAN		
Dr Yutaka Mizuno	Director, Dept of Psychogeriatrics, Imaise Branch, Itinomiya City Hospital, Gouchu Chahara, Miyaushiro, Imaise-cho, Itintinomiya City, Aichi, Japan 491 0057	
SPAIN		
Elena Fernández	Asociacio Alzheimer Catalunya, c/Corsega	

	367, 2-1, 08037 Barcelona, Spain	
Josep Vila Miravent	Elderly Projects Co-ordinator, IPSS – Barcelona, Spain	
SWITZERLAND		
Carsten Niebergall	TERTIANUM ZfP, Kronenhof, CH-8267 Berlingen, Switzerland	
USA		
Dr Roseann Kasayka	Heather Hill Hospital, 12340 Bass Lake Rd, Chardon, Ohio 44024, USA	
Dr Carolinda Douglass	Asst Professor, School of Allied Health, Northern Illinois University, DeKalb IL60115, 2854 USA	

会議の概略について

昨年のパース（オーストラリア）での、国際会議に続いての参加となった。詳細な質疑や、契約事項、各国事情の詳細を検討する会議では、誤解を避けるために、通訳を入れることが多いが、今回は、予算の確定が遅れ、最悪の場合、私費での参加も考えられたため、通訳は雇用しなかった。そのため、以下の会議議事録は、私が聞き取り、かつ筆記できたものに限られている。

昨年も、午前9時から午後5時近くまで連続して行われる会議に、面くらい、終わり頃には、頭痛を催したが、今年も同様に丸2日間目一杯のスケジュールであった。さらに、2日目の会議が午後5時に終了すると、翌日の国際DCM総会（研究会のようなもの）の開催地である **Warrington** にバスで2時間程かけて移動するというすさまじさであった。

主な内容は、以下のようなものである。まず、各国のストラテジックリードより自国の活動内容の報告がされたが、今回は、9カ国全部が参加したため、初日の大部分をこれに費やすこととなった。そのため、最後に、昨年のパースでの議事録の確認を行っただけで他の議事に入れないまま、初日が終了した。2日目は、各国の経費・認定トレーナーの育成・DCM第8版の内容など、より突っ込んだ議論に進んだ。具体的には、ブラッドフォード大学のDCMに関する経費が増加しており、ロイヤルティーなど契約条項の変更が議論になった。米国との間ではすでに、引き上げたロイヤルティーでの契約を結びなおしたとのことであった。その後、トレーナーの教育について話し合い、トレーナーを育てるのには多大な投資（人的にも、金銭的にも）が必要であるが、なってもすぐに、組織を離れてしまうなど、きびしい現実について苦悩を共有し、意見交換がなされた。しかし、なんといっても、中心の議題は、昨年からの継続議題である、DCM第8版についてであった。初めて、具体的な案が提示され、それについて、意見交換がされた。あまりに質問、意見が多すぎるため、後日、各国からブラッドフォード大学に、質問などを送ることになった。日本からも私が、6項目の質問状を送り、**Claire** に返答いただいた。最後に時間がなくなったため、来年の開催の時期等について、各国の事情を話し合った後、終了となった。

Prof Murna Downs, Head of Bradford Dementia Group のあいさつで開会。

まずは各国の状況を順にプレゼンテーションした。

Virginia Moore (strategic lead , Australia)

ワークショップを最初に行ってから 3 年が経ち、その間に、363 名のベーシックユーザーおよび 42 名のアドバンスドユーザーが育っている旨報告があった
質疑：

水野：予算獲得が大きな問題ということだが、毎年 DCM の予算をもらっているのか？そうだとすれば、その報告も毎年している？

V: 違う。法人全体としてもらっていて内部で分配する。DCM だけの報告書はない。

水野：私たちは DCM だけの予算をもらっているために、報告書も毎年だしている。

Denmark

Ms Eva: 所轄省（日本で言えば厚生労働省）からの予算が今年は特別減少しているため、コペンハーゲン大学との研究契約を行って、大学ベースの予算を獲得した。DCM のコースについては、ベーシックコースを今年 5 回行って、100 名が卒業した。一回に 20 名にしている。

水野：英国では毎回 30 名が限度だがどうして 20 名でやっているのか？受講料をとる立場から言えば、30 名のほうが得だろう。

Eva: 20 名に抑えている理由はトレーナーが少ないため。英国はたくさんいるため、30 名でできる。2 名では 20 名がせいぜい。

水野：日本では、英国講師を招き、日本人見習い講師が 1-2 名に通訳 2 名だったので 20 名定員にした。もし、日本人トレーナーが生まれても 2 名なら 20 名が限度かもしれない。

Finland

PAIVI:

2001 年にフィンランドからはじめて DCM basic course へ参加した。これが始まり。

今、DCM を行っている研究プロジェクトを 3 カ年計画で行っている。スタッフの満足度に関する調査である。

Satisfaction of survey for staff

DCM を行って、12 カ月後に e-mail で質問を送った。対象施設は、8 施設でデイケア、ケア施設、病棟などいろいろ。

水野：8 施設は同法人か？

ペイビ：違う。法人はばらばらだ。

Dr Roseann Kasayka（アメリカ）：medication による影響は？

水野：医師の処方とか治療のことか？

R.K.：そうだ。

ペイビ：そこまでは検討していない。

水野：日本では、2-3 年ごとに部署が変わる。12 ヶ月後にアンケートを送ると
いうが、その間同じ人が勤務しているのか？半分くらい勤務が変わっているこ
とはないのか？

ペイビ：部署換えはある。どうしようもない。

ドイツ

Christian Muller-Hergl (CMH)

相変わらず経営危機が続いている。予算がない。

Federal project として、115 の介護施設 (nursing home) で、マップをして効
果を見ている。A 施設のマップパーが B をマップし、B 施設のマップパーが C 施
設をマップする。Triangle 方式をとっている。

Inspectors (監査官) は DCM で教育されている場合もある。

Facial acting system という、表情分析手法をとっている。詳細は website を参
照してほしい。

Lawton's affect rating scale は、この手法にのっとっている。

Spain

Joseph ジョゼフ

ファイザーのサポートでビデオを作成した。ドラマになっている。

ベーシックコースの前にパーソン・センタード・ケアのコースを 8 時間行い、
そこで、そのビデオを用いている。

Switzerland:

人口は 700 万の小さな国である。そのうち、90%がドイツ語圏、10%がフラン
ス語圏、その他という分類である。わが国では、follow-up 2days course after
dcm course を行っている。Validation course も行っている。

2003 年に最初のコースを行った。

7 日間のフォローアップを行っている。

日本

資料参照

英国

米国 : Roseann

資料参照

2 日目

午前 9 時スタート

2 日目の議題

1. Finance 経営
2. DCM8
3. DCM training and education
4. Future
 1. A.40pound royalty: new contract with US. 4% increase in cost license fee for trainers

Dawn: DCM に関する経費が増加している。ブラッドフォード大学によれば、4% の増加である。既に、Roseann とは相談し、米国とは新たな契約を結ぶことが決まった。今は、受講生 1 名ごとに 40 ポンドのロイヤルティーを取っている。講師派遣代も再検討の余地がある。私自身は今と同じで行きたいが、大学側はそうは行かない。

水野：ロイヤルティーが引き上げられるということか？また、講師派遣代金も上がるのか？日本はまだ、講師を海外に依存しており、講師派遣代金上がることは影響が大きい。今は、厚生労働省の見解で、受講代を徴収していないため、ロイヤルティーは免除されているが今後大いに関係する。

Dawn：大学側が圧力を強めている。

Dawn：財源が必要です。DCM は医薬メーカーの資金を受けている。今回の研究会もファイザーの経済援助を受けています。Dcm is funded by medical company. Conference would be supporting by Fizer. We need funding source.

水野：先月、京都でアルツハイマー病国際会議が開かれたがそれも、エーザイはメインのスポンサーのひとつだ。

3.DCM のトレーナー教育について

Dawn：トレーナーの教育はお金がかかる。特に、最初にかかるものが大きい。日本は、通訳も入れているので初年度の予算は相当なものだろう。

Spain: Training trainers is a kind of investment.

エリナ(スペイン): トレーナー教育は一種の投資だと思う。高いと思っても後々帰ってくる。

水野: ドーンが言ったように日本では、2名の通訳を雇い、英国から2名ないし3名の講師を招聘してコースを行っているため、初期投資は大変なものだ。私はいつも、もう一人の講師見習いが病院をやめたり、外国に留学へいってしまったらどうしようかと不安に思っている。もし、そうなったらすべてゼロからはじめることになってしまう。

R.K (アメリカ): 私は2度も経験しているわ。同法人内の人間をトレーナーにしたと思ったらやめてしまった。

水野: ではトレーナーはあなた一人か?

R.K (アメリカ): やめてしまった2人もトレーナーをしている。ただし、同法人内ならば、支払う費用は安い。が、外部となると支払う代金が高くなる。

水野: 私もできたら、同法人内の人間にトレーナーになってほしいと思っている。それか、公立の人間。なぜなら、公立ならば受け取る費用に規制がかかっているから、多額にはなりにくい。

Dawn: ちなみに、私は大学内の人間だから、外部のトレーナーの半分となっている。

2.DCM8 (DCM 第8版) について

M: Is 8 version finalized today?

水野: 8版は今日確定するのか?

ドーン: そうです。Claire Surr から具体的に説明します。

<詳細は割愛、抜粋のみ記す>

Gは、going backで、何か昔のことを回想しているとき。例えば、昔のアルバムを見て父親のことを思い出したり、古い映画を見て昔を思い出するなど。

水野: 回想はその人の頭の中で起きているので、今のフットボールを見ていてもただ楽しんでいるのか、昔の学生時代を思い出して楽しんでいるのか区別に困ることは多いだろう。さらに、回想はどんなカテゴリーでも起こりうる。テレビを見ていてもあるだろうし、料理を作っている、昔お母さんと作ったなあなど。どちらを優先するかなどに迷うだろう。新たなルールを作ったのか?

CS: ルールは作っていない。調理より、回想Gを優先したい。記録(覚え書きnote)をつけるしかないでしょう。

KH: 数字を数えたり、字を書いたり、Iでしょうね? Counting and writing should be categorized to I.

ペイビ: 新聞を読んで、そのニュースについて話すのは?

皆：I でしょう。 **reading and discussing news? =I**

CS: クイズは I です。頭を使うのは I. **Learning something is I**

水野：日本では、日曜の新聞によくクロスワードクイズがついている。これは、I ですね？

そうです。

Claus: 索引をつくったらどうか？C という項目を選んだら、クロスワード (crossword) と出ていて、I と書いてあるとか。Q のところには、quiz があるとか。 **how about index? Quiz is, crossword ...**

ドーン；いいアイデアね。考えましょう。

P (physical care)について

水野：最近、日本では、運動器具を用いたリハビリが盛んになっている。

皆：何それは？

水野：痴呆になると、筋力が衰える。それを器具を使ったリハビリで介護の必要な程度を改善しようとする取り組みがある。理学療法士がいるだろうから、これは P ですね。

M: **Using machine is often in Japan for improving muscle abilities. P**

KH: 脳梗塞の後などに、作業療法士と歩くのは P ですね。 **Walking with physiotherapist is P**

P ペイビ Finland: でも、庭を歩くのは K でしょ。 **Walking in the garden is K,**

水野 M : 庭を歩いていても、リハビリ目的なら P ですね。 **Rehabilitation is P**

N 睡眠について

Larska switsland: 睡眠は必要だろうが、睡眠の質にはいろいろある。いすにすわったまま、頭をテーブルにつけて眠っているような人がいるがこれは良い睡眠とは思えない。しかし、そこで、ケアワーカーがゆったりしたソファやベッドに連れて行き、毛布などをかけたらよい睡眠といえるだろう。 **Quality is various. Sleeping in a chair without any help is negative. But someone would take him to bed and bring blanket, it must be positive.**

水野：それには賛成だ。しかし、日本でもよくデイケアで布団を敷いて寝ている人がいる。聞くと疲れているから寝かせていると。それ自体はよいことだが、家で夜寝ないで騒いで、日中デイケアで昼夜逆転で寝ているのはやはりおかしい。長時間寝ているのはやはり問題と思う。医師としては、夜自宅で大変なので、睡眠薬を出して欲しいと家族に言われたとき、まずは日中デイケアで何か活動をして、起きていられれば、夜、睡眠剤を使わなくても自宅で寝てくれるのではないかという期待がある。

Claire Surr: O は新規です。昨年の会議で D: Doll にしようとか言っていたものです。これは、人形でも、かばんでも、服でも何らかの対象物とともにいる

状態。

Christian Muller-Hergl (ドイツ) : 無生物ですね。動物に話しかけるのは A でよいですね。

Claire Surr : そうです。

水野 : ペットなど動物に話しかけるのは A で、人形に話すのはこれからは、O になるのですね。財布などを触るのは T ではないか？ O なのか？

Claire Surr : 触る感触自体を楽しんでいるのは、T でしょう。 **Being happy to touch is T**

ペイビ (Finland) : テーブルを触っているのは？ **Touching table is?**

ドーン : T でしょう。

Spain : 友人のようにキスをするのは？ A ですね。 **Kissing friendly is A.**

皆 : 一種の表現でしょう。

P ペイビ Finland : **U(unresponded to)**について聞きたい。誰かに話しかけてすぐにはケアワーカーは来ないが、実は聞こえていて 5 分以上経ってから、対応するために来る場合は、U か？何か違うような気がするが。 **waiting somebody's coming is? Caregiver can not come quickly but she will come soon.**

水野 : それは無視されているわけではない。ケアワーカーがわかっているすぐに来られない様子が見受けられれば、ただ、待っているだけの状態でしょう。U ではないのでは？

Dawn : 思ったより意見やコメントがたくさんで、今收拾がつきません (笑)。持ち帰ってもらって、メールで意見をください。期限は、12 月 10 日までとします。

Dec.10 is deadline.

Mood and Engagement Coding

ドーン : いままで、WIB でしたが、**mood and engagement** にしようと思う。どうでしょうか？

Christian Muller-Hergl (ドイツ) : 英語の表現としてはどちらかといえば **feeling** ではないのか？

D : **mood** なら、**ME value** といえる。

YM 水野 : 私は、英語の単語の背景や語感、語源まではわからない。しかし、私は科学的立場からは **mood** を押したい。なぜなら、科学分野や医学分野の専門誌の論文では、**mood** を評価するとか、段階付けするといった表現は眼にするが、**feeling** を評価するという表現は見たことはない。**Engagement** も同様に使用されている。できたら、他の科学分野で使用されている言葉を使ったほうが、今

後、研究論文を書く人が出てきたときに、受け入れられやすいだろう。I prefer mood to feeling. Mood is popular in the scientific papers. Engagement is also used. Assess the mood is correct, but assess the feeling is not.

D affects? Emotion?

D: 精神医学分野では、emotion を使うのではないですか? assess the emotion というように。

水野: emotion もあるでしょう。

Virginia: SEE はどうですか? scale engagement and emotion の略として。

Christian Muller-Hergl: 54p について。良い状態に関わりがない状態というのは想像できないが。

CS: あります。くだらっと座って、表情はにこやかな状態をやってみせて>本人は完全にリラックスしているけど、他者とは関わりがない状態です。これは、M+で E-でしょう。completely be relaxed but no engagement: m+, E-

Virginia Moore (Australia): ちょっとやるが多すぎない? カテゴリーを考え、MEvalue を考え、PE,PD の段階も考えるんでしょ。too a lot of thing when we map.

CMH: それは今まででもやってきたでしょう。

PD and PE

D: 第8版は、来年2005年の11月のコースからブラッドフォード大学ではじめます。スペイン、ドイツなど翻訳を要する国では、2-3年は猶予はあります。心配しないでください。

水野: 翻訳作業には今年度には取り掛かります。

ドーン: そんなにあわてなくても。第7版で3年くらい使ってくれば良いですよ。

水野: 私は大府を離れているので、以前のような全精力を DCM にかけていたときとは違う。全精力をかけても第7版は半年かかった。今回は1年以上かかると思ったほうが良い。今年度、業者に頼み、2005年度で私が総チェックし、2006年以降に備えるしかない。予算も来年は大丈夫といってもらえたが、それさえもわからない。

<翌年のドイツの場所・日程を話し合い終了>

Prof Murna Downs の閉会の辞で終了。

しかし、休憩なしでそのまま、全員、翌日からの DCM 国際総会の開かれる、マンチェスターまでバスで移動。

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

**UNIVERSITY OF BRADFORD
Bradford Dementia Group
Division of Dementia Studies**

AGENDA FOR TWO DAY MEETING

**8TH – 9TH NOVEMBER 2004
09.00 hrs – 16.00hrs**

MONDAY 8TH NOVEMBER - 09.00hrs – 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. DCM 8 Update and discussion**
- 7. DCM training and education**

DCM 8 training, courses and updates

DCM 8 plans from each country

Finances of courses, pricing policy

Evaluator status

University of Bradford accreditation

/continued overleaf

TUESDAY 9TH NOVEMBER - 09.00- 16.00hrs

8. International development and support

Update on further international partners: Canada, Italy, New Zealand, Norway, Sweden, Korea, Singapore.

Review of “Bringing DCM to a new country”

9. DCM Research and Development

Research register

International database of DCM data

Research funding

10. Any other business

11. Future meetings 2005, 2006

The 3rd International DCM Implementation
Group Meeting in Bradford

The Long Road to the First DCM Course In Asia

Yutaka Mizuno, M.D.,
PhD. Japan

DCM in Japan / Mizuno

Challenges for the DCM Project in 2004

- Dr. Mizuno leaves the Obu Centre.
- The government cancels the budget due to the lack of a project leader at the Obu Centre.
- The Obu Center gives Dr. Mizuno a Guest Professor position on the DCM project.
- The government decides to allot the budget again.
- Dr. Mizuno has been leading the DCM project.

DCM in Japan / Mizuno

2

Dr. Mizuno Moves to Ichinomiya

- Imaise Branch, Ichinomiya City Hospital
- Director, Dept. of Psychogeriatrics
 - Dementia unit : 50 persons
 - Clinic for dementia: 4/w
 - Daycare for dementia
- Obu Dementia Care Research and Training Centre, Guest Professor
- DCM Project Leader

DCM in Japan / Mizuno

3

Japan DCM Project (up to Mar. 2004)

- Three Japanese attended the Basic Course. A public lecture and workshop were held (Nov. 2002)
- Three Japanese completed the Advanced Course in Australia (Oct. 2003).
- The translation of the manual, PowerPoint presentations, and handouts were completed.
- Two Japanese became evaluators.
- The first DCM Basic Courses were held in Japan. (Feb. 2004)

DCM in Japan / Mizuno

4

Public lecture , Feb 2004



DCM in Japan / Mizuno

5

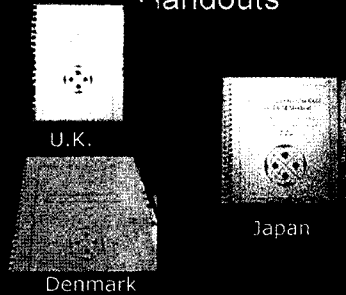
Translation Process

- The agency translated the text into Japanese.
- Ms. Nakagawa revised the translation.
- Dr. Mizuno reviewed the translation.
- The Translation Preparation Committee (Chair: Dr. Mizuno) met to discuss appropriate terminology.
- Dr. Dawn Brooker was consulted whenever clarification was needed.

DCM in Japan / Mizuno

6

Translation of the Manual, PowerPoint Presentation, and Handouts



DCM in Japan, 11/12/2004

First Basic Courses in Asia

- Venue: Obu Dementia Research and Training Centre
- 2004.2.2 (Mon)~2.6 (Fri)
 - Trainers: Dr. Dawn Brooker, Mr. Paul Edwards, and Ms. Claire Surr
 - Apprentice trainer: Dr. Mizuno
- 2004.2.9 (Mon)~2.13 (Fri)
 - Trainers: Mr. Paul Edwards & Ms. Claire Surr
 - Apprentice trainer: Dr. Mizuno & Ms. Hibino
- Interpreters: Ms. Nakagawa and Ms. Hirano



DCM in Japan, 11/12/2004

10

The courses were successful.



1st course: completed by 20 participants



2nd course: completed by 18 participants

DCM in Japan, 11/12/2004

11

ADI Conference Kyoto 2004

- Workshop on DCM (Dementia Care Mapping): Improving the Quality of Person-Centred care for People with Dementia
- Dr. D. Brooker
An Overview of DCM and Person-Centred Care
- Mr. P. Edwards
Using DCM to Improve Quality of Care: Case Examples
- Dr. Y. Mizuno
Introducing DCM to Japan to Improve Quality of Care

DCM in Japan, 11/12/2004

12

Refresher Day in Kyoto(Oct.16)

- Mr. Paul Edwards led the program.
- 18 Basic Mappers attended.



DCM in Japan, 11/12/2004

13

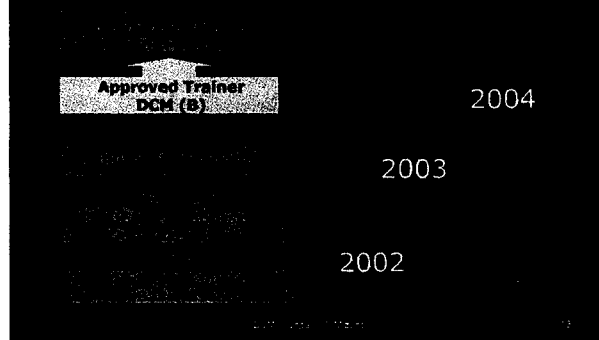
Post-Mar. 04' Plan Likely to Be Delayed

- | | |
|---|--|
| □ Original Plan | □ Revised Plan |
| □ 2004-Mar. 2005: First Japanese trainer in Japan | □ 2005-Mar. 2006: First Japanese trainer in Japan |
| □ 2005- Japanese trainers to run the Basic Course | □ 2006- Japanese trainers to run the Basic Course. |
| □ 2006: First Advanced Course in Japan? | □ 2006: First Advanced Course in Japan? |

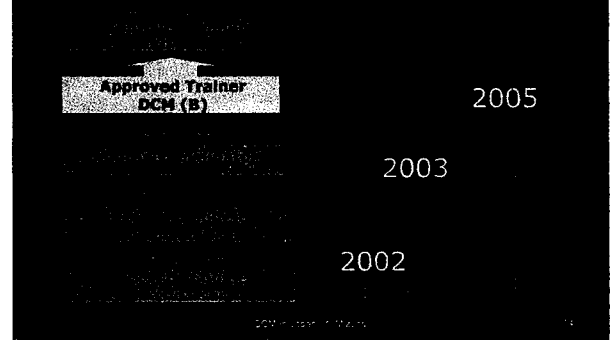
DCM in Japan, 11/12/2004

14

Original Plan (Dr. Mizuno)



Revised Plan (Dr. Mizuno)



The DCM Project Continues

- ▶ 2005: First Basic Trainer in Japan
- ▶ 2006: Japanese Basic Trainers to run the course
- ▶ First Advanced Course in Japan

Australian DCM Report 2004

Virginia Moore
Brightwater Care Group

Current situation

- 3 years since first workshop
- 2 trainers
- 1 person almost ready to submit Evaluator report
- 363 trained in Basic
- 42 Advanced

Distribution of Training

- Queensland 3
- New South Wales
 - Sydney 3
 - Central Coast 5
- Victoria 2
- Western Australia 5

Planned

- Feb 05 Sydney, Melbourne
- April South Australia, Western Australia
- Advanced July

Development

- Focus on support from Govt Dept of Health and Aging
- Establishing contacts with Dept Advisors
- Presentations at Conferences
- Business Development Plan

Partnerships

- Alzheimer's Australia
 - SA
 - Vic
 - WA
- Australian Catholic University - Qld

Research

- Prof Lynne Chenoweth – Uni of Tech Sydney
- Hilary Lee – Masters student Curtin Uni WA
- Accute Care Pilot Project – Hunter Area Health – Kim Wylie, Carol Penning
- Monica Nebauer – ACU Qld

Issues

- Govt support
- Opinion of some of leading Govt advisors
- Funding availability
- Distance and supervision of new mappers

Dementia Care Mapping in the United States of America 2004 Progress Report

Dr. Roseann E. Kasayka, MT-BC
UHHS Heather Hill Hospital
Strategic Lead, USA
Dr. Carolinda Douglass
Northern Illinois University
DCM Advisory Board Member

Basic Statistics

41 (40) trained to basic level
9 trained to advanced level
4 in process of finishing evaluator report
3 persons have advanced to level of basic
trainer: Carolinda Douglass, Marilyn Hartle,
LaDonna Jensen
Total of 5 contracted basic trainers
2 people in training for basic trainer: Barbara
Bagdonas, Maryann Najpaver

Classes Taught

4 Basic Classes
Chardon, OH
Livonia, MI
Prescott, AZ
Crown Point, IN
1 Advanced Class
Chardon, OH

Classes Planned for 2005

Basic Classes
2 in Chardon, OH
Livonia, MI
New York, NY
NIU
Those planned by trainers (2)
Advanced Classes
Livonia, MI
NIU

Advisory Board Initiatives

Long range planning/commitment
Person centered care book
Video project
NIU affiliation

UHHS Heather Hill

Corinne Dolan International
Dementia Training Center
Research Project to establish USA
guidelines for *SCALES*
Promotion of Centers of Excellence
2005 Classes -- 5 basic
2 advanced

A Process to Promote Excellence in Care

Evaluation of care using DCM including full
staff feedback and goal setting
Education in person-centered care
Time to implement what was learned with
ongoing feedback, education, reminders,
coaching, mapping
Second evaluation of care using DCM to
review progress and refine plans for ongoing
education needs

Contact information

Dr. Roseann E. Kasayka, MT-BC
UHHS Heather Hill
rkasayka@heatherhill.org

Dr. Carolinda Douglass
Northern Illinois University
R90CXD1@wpo.cso.niu.edu

Report DCM 2004/Germany
Christian Mueller-Hergl/Christine Riesner
10.11.2004-11-14

Quantitatively interest in DCM courses has been less than in 2003: in 2003 we had 257 participants contrasting 181 in 2004. Reasons are manifold: compared to other courses in dementia care, DCM is very expensive. In light of this the 10% rule, according to which german prices should not be less than 10% minus uk prices, will need a reviewing. DCM is not legally obligatory and well-being not a public issue in dementia care (in contrast to nutrition, safety, risk prevention, hygiene).

We established our webside www.dcm-deutschland.de, where a huge of informations around DCM are available. Individual questions were asked by around thirty persons, most of them needed contact to organisations, who work with DCM to start their practice work as DCM-Basic-User. We could offer a link to an organisation in most cases, but some of these were not nearby. So it is often difficult for Basic-User to find an organisation to start their practice experience.

DCM is not new in the german professional scene. Its implementation is found to be more costly than envisaged with a lot of support needed on all levels. This concerns feedback and action planning as well as management consultancy. The hope to gain quick market advantages has been curtailed. In the end, it is only very engaged institutions that manage to work successfully with DCM. Most course participants we never hear of again and our estimation is that participants in open courses profit rather personally.

Clientele of courses has slightly changed though with more people present who already know quite a bit about DCM and have clarified application of DCM before course participation. Quite often they have established roles within QA activities allowing them to use the tool. On the other hand we see participants being involved in project designs with DCM with little or no budgets for implementation. Basically they are left alone with it and DCM does not get started in the end. Our role within the academy makes intervention dependent from having a contract with a service provider. Since this is again too expensive for most providers, it rarely happens that we as trainers are involved in the whole implementation procedure. In 2004 this didn't happen even once.

Recently we observe a growing interest from the inspectors of the health insurance system(MDK), who are responsible for statutory quality assessments. But in fact they do not yet know how to apply DCM because their assessment procedure does leave little space for extras. An exception is a the MDK of the federal state Palatinate, who apply DCM as one tool in a mix of many to help services to develop.

Interest in dementia care is also growing in institutions like Robert-Bosch foundation, who startet a range of expert workshops with different issues around that theme and University Witten/Herdecke, who startet the national guideline network for challenging behaviour. Interpretation of these interests may be, that the german dementia care still is discussing the way of best practice in dementia care.

The two federal DCM projects in Main-Kinzig and Marburg-Biedenkopf will end in December 2004. There are a number of very positive results concerning staff motivation, redesign of services, staff turnover and satisfaction of relatives and staff. Parameters of clients in terms of well-being have not significantly changed, but we have to wait until results are published. The positive impact is due to a number of factors like supervision, training and

teaching, the influence of the home inspector coordinator and the regional learning system. It is not obvious how much DCM has in actual fact contributed to this. The only result pretty evident and immediately related to DCM is the professional role development of the mappers. They are more motivated, willing to take up leadership positions, motivated to act as change agents within their teams. In perspective of management, they became a driving force within their team and developed a growing sensitivity for feelings and needs of people with dementia. There are some instances, in which mappers were mobbed considerably and had to change their job. Support from management was missing.

Again, the dependency from management is obvious. Quite a number of teams resist the DCM procedure and effectively block any progress. Weak management is helpless against this.

The person-centred approach has gained prominence in Germany and is taken up in countless mission and vision statements. In more concrete terms, ppc is connected with validation, sensory stimulation, 10-minutes activity, "bees`service", centering on non-verbal body contact. None of this is essentially connected either to DCM in particular nor to Kitwood more generally, although statements regularly refer back to him. His book "Dementia reconsidered" is reissued many times over (4.edition). Anthea Innes book was translated into German and sells equally well. – There is a growing number of publications about DCM and pcc, but all on a rather low academic level. Generally we find literature summaries and historical contributions, written for BA or MA or diploma purposes.

We did quite a number of presentations on all kinds of occasions, but compared to other years, interest is dwindling. There is more interest in pcc than DCM. Institutions like Alzheimer`s society take a positive to neutral stance; academic feedback is rather on the negative side because of reliability issues. The Gerontological Society in Heidelberg examined emotion-recognition with experienced staff according to FACS and found a very big divergence in emotional attributions. Main criticism against DCM is that emotion recognition is complex, difficult to learn and - if not properly thought- even harmful because of wrong attributions and consequently misguided judgements and actions. In this context, the engagement theory in the field of dementia comes under pressure from some research purporting that in dementia passivity goes with rather positive feelings and satisfaction, as far as interviews with qol instruments are concerned. Detlef Rüsing`s paper about reliability will be published and will most certainly have a negative impact on the market for DCM. Basically his conclusions are that an ordinal scale for emotion does not reliably catch its target and is inappropriate for the dimension it wants to capture(well-being). In this sense, the results of Heidelberg are supported.

The alternative system of emotion recognition H.I.L.D.E. gains considerable support from a federal ministry and strong support from academic and professional lobbies. Since we estimate its practical feasibility low, we guess that all options are still open.

The federal government of Health in Nordrhein-Westfalen will publish the Well-ill Being Profil as an instrument for the use in the voluntary sector. We are looking forward to these perspectives.

2004 had been a difficult year for DCM. In reaction to reduced interest we had to reduce the percentage of our working time, related to DCM, by a third for 2005. We took on an ESF project, in which we can use DCM as well.

ドイツ・2004年 DCM 報告書

Christian Mueller-Hergl/Christine Riesner

(クリスチャン・ミューラー・ヘルグル/クリスティーヌ・リーズナー)

訳：中川経子

量的に見れば、DCM コースに対する興味は2003年よりも低下してきている：2003年には257人の参加者がいたが、2004年には181人である。これにはさまざまな理由がある。痴呆介護に関する他のコースに比べて、DCM コースは非常に費用がかかる。この点で、“10%ルール”は見直す必要がある。このルールによると、ドイツでの費用はイギリスでの費用から10%以上の値引きをしてはならないということになっている。また、DCM は法律的に義務ではなく、よい状態 (well-being) は、栄養、安全性、リスクの予防、衛生といった課題とはことなり、痴呆介護における公的な課題ではない。

インターネットのウェブサイトを作った。アドレスは www.dcm-deutschland.de であるが、このサイトから DCM に関する多くの情報が取得できる。30人ぐらいの個人からの問い合わせがあるが、DCM のベシックユーザーとして実際に DCM を実施するために、いろいろな組織にコンタクトしたいという人たちからのものがほとんどである。多くの場合、組織とコンタクトがはかれるようにできたが、距離的に遠すぎるという場合も数件あった。ベシックユーザーが DCM の実施経験を始めるための組織を見つけるのは、なかなか難しいことである。

DCM はドイツの専門の現場では新しいことではない。あらゆるレベルで多大のサポートが必要とされるので、DCM を実施するには予測されていたよりも多くの費用がかかることがわかった。これは、フィードバックやケアプラン、また経営の相談にかかわるものである。短期に市場での優位性を得ようという望みは小さくなってきている。結局は、非常に積極的に DCM に関わっている施設だけが、DCM を成功裏に使いこなしているのである。コース参加者がふたたび連絡をしてくることはほとんどなく、公開コースの参加者はどちらかといえば個人としてのメリットを得ると思われる。

DCM コース受講者は少し様変わりしてきており、このごろは、すでに DCM についてかなりのことを知っている人がいて、コースに参加する前に明らかに DCM を使ったことがある。多くの場合、QA(品質保証)活動の中で役割を果たし

ている人たちで、この活動の中でこのツールの使用を認められている。一方、DCM を使うプロジェクト計画に携わっている参加者もいるが、実施に要する予算がほとんどあるいは全然ないということがある。基本的に計画は計画のままに残り、最終的には DCM の実施は始められないということになる。私の属する研究所の中での私たちの役割は介入することであるが、それはサービス提供者との間で契約が成立してからのことである。繰り返しになるが、これは多くのサービス提供者にとって非常に多額の費用がかかるので、DCM 実施の全過程に、トレーナーとして私たちが関与するということはめったに起きない。2004年には一件もなかった。

最近では、サービスの質の査定責任のある健康保険制度（MDK）の監査官達からの DCM に対する興味が高まってきている。しかし、実際には、査定手順には余分なものを取り入れる余裕はほとんどなく、DCM をどのように適用するのかはまだわからない。例外的なのが、Palatinate（パラティネート）連邦州の健康保険庁である。サービスの発展に役立つようなツールを多く使っているがその一つとして DCM を採用している。

組織でも痴呆介護に対する関心は高まってきている。例えば、Robert-Bosch（ロバート・ボッシュ）財団のような組織は、このテーマの周りにあるさまざまな課題を中心とする専門家たち向けのワークショップをいくつか始めた。ほかにも、Witten/Herdecke（ヴィッテン/ヘルデック）大学が行動障害に関する全国ガイドラインネットワークを開始している。こういった関心があるということは、ドイツでの痴呆介護は、まだ痴呆介護における最善の実施方法を議論中であると解釈してもよいだろう。

Main-Kinzig（マイン・キンツイク）および Marburg-Biedenkopf（マールブルク・ビーデンコッフ）の二つの連邦プロジェクトは、2004年12月に終了する。スタッフの動機付け、サービスの内容の改定、スタッフの異動、家族やスタッフの満足度に関する非常に肯定的な結果が出ている。よい状態（well-being）という点で利用者のパラメーターは有意に変化していないが、結果が公表されるまで待たなければならない。肯定的な効果は、監督、トレーニング、教育、ホームの監査協力者(home inspector coordinator)の影響や地域の学習制度などのいくつかの要因によるものである。実際には DCM がどの程度こういうことに貢献したかは、はっきりわからない。唯一非常に明確に DCM に直接関係があるのは、マッパーの専門的役割に関する能力開発である。彼らは、以前よりももっと意欲を持ち、進んでリーダーとして働こうとし、自分たちの

チームの中で変化をもたらす役目を果たす意欲も持つようになった。経営（管理）の観点からは、彼らはチームの中での原動力となり、痴呆を持つ人たちの気持ちやニーズに対する感性や思いやりを向上させている。マップパーが、群がってきた人たちに攻撃されたため、職場を変わらなければならなくなったという例が数件ある。経営側（管理者）からのサポートがなかったためである。

ここでも経営（管理）者たちが主導権をきちんと取っていないということが明らかである。非常に多くのチームが DCM の手順に抵抗し、どんな進展も効果的に妨害するのである。弱い経営者（管理者）はこれに対して無力である。

ドイツでは、その人を中心としたアプローチ（パーソン・センタード・アプローチ）は非常に取りざたされてきており、数え切れないほどの企業や組織のミッションステートメントやビジョンステートメントに盛り込まれている。さらに具体的には、その人を中心としたケア（パーソン・センタード・ケア）は、**validation**（バリデーション）や、感覚刺激、10分間活動、“bees’ service”という非言語的な身体的コンタクトを中心とする活動と関係している。このどれもが、DCM と特に関係づけられているわけでもないし、また、ステートメントではよくその名前に言及していても、Tom Kitwood（トム・キットウッド）とも結び付けられていない。その著書“**Dementia Reconsidered**”（「痴呆に関する再考察」）は何回も再版されている（4版）。Anthea Innes（アンシア・イネス）の本もドイツ語に訳され、同様によく売れている。DCM に関する本がどんどん出版されているが、どれも学術的にはレベルの低いものである。一般的には、文学士号（BA）や文学修士号（MA）あるいは修了証書取得を目的とした文献の要約や、歴史的な貢献について書かれたものが多い。

あらゆる機会に、かなり多くのプレゼンテーションをおこなったが、それまでの年に比べると、関心は低くなっている。DCM よりもパーソン・センタード・ケアに対する興味のほうが高い。アルツハイマー学会のような組織は、積極的あるいは中立的な姿勢をとっている。信頼性に関する課題があるため、学会のフィードバックはむしろ否定的である。ハイデルベルクの老年学学会は、FACS に従って、経験あるスタッフを使い、情動や気持の把握について調査を行ったが、情緒的な属性には大きなばらつきがあるという結論を出した。DCM に対する主な批判は、情動や気持を把握することは複雑で学習するのは困難であり（適切に教えられなければ）、間違った属性を認識し、その結果、判断や行動を誤るので、害にさえなるというものである。この文脈からすれば、痴呆の分野で、かわりを重視する理論（the engagement theory）は、QOL の道具を用いて

のインタビューに関する限りは、痴呆では受動性はむしろ肯定的な感情や満足感に伴うものであるという説を主張するいくつかのリサーチからのプレッシャーを受けることになる。Detelf Rüsing（デテルフ・リュウジック）の信頼性に関する論文が出版されれば、確実に DCM の市場に対して否定的な影響を与えることになる。基本的に彼の結論は、情緒（感情）に関する尺度は、その対象を確実に捉えないし、また捉えたい範囲(well-being)に関しては不適切であるとしている。この観点からすれば、ハイデルベルクの調査の結果は支持されていることになる。

情動や気持の把握に代わる方法である H.I.L.D.E.は、連邦政府の省からも相当の支持を受けており、学会および専門家たちの団体からは強く支持されている。私たちは、その実用的な実行可能性を低いと判断しているので、まだあらゆる選択が可能性として残っている。

Nordrhein-Westfalen（ノルトライン・ヴェストファーレン）州にある連邦政府の保健省は、有志立組織での使用ツールとして WIB プロフィールを公表することになっている。私たちはその見解を楽しみにしている。

2004 年は DCM にとって困難な一年であった。興味の低下を受けて、私たちの DCM に関連する実働時間の割合を 2005 年には 1/3 削減しなければならなくなった。ESF プロジェクトを引き受けたが、この中でも DCM は使える。

*このレポートは、国際会議終了後にまとめとして、各国代表が提出したレポートのひとつである。内容は、ドイツ事情やドイツなまりの英語のため、詳細がわからないものがあつた。会議終了後のため、直接、当事者である、Christian Muller-Hergl に聞くことも叶わなかった。その点をご容赦願いたい。なお、水野が発表したものは、スライドの形で掲載してある（水野）

認知症介護研究 ～平成 16 年度報告書～
平成 16 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 17 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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

第 1 回 Dementia Care Mapping

(痴呆ケアマッピング)法国際総会

2004(平成 16)年 11 月 10 日から 11 月 11 日

at the Hanover International Hotel,

Warrington, UK

ハノーバーホテル、ワリントン市、英国

第 1 回 Dementia Care Mapping(痴呆ケアマッピング)法国際総会

文責：水野 裕

昨年度、2003 年にパース(オーストラリア)で行われた、第 2 回 DCM 代表者会議で、ドーンより提案があったように、今年度は、地元英国で、代表者会議に引き続き、国際総会が行われた。ストラテジックリードと呼ばれる各国の代表者たちが一同に会し、その報告やワークショップの形での発表を行った。前日の夕方まで、ブラッドフォードで、代表者会議を 2 日間行い、その足でバスで 2 時間ほど移動し現地に着き、翌日からのワークショップというハードスケジュールであった。当日は、別紙のプログラムにあるとおり、ドーンの基調講演に続き、各種のワークショップが行われた。私は、Getting Started with DCM

(DCM からはじめよう)と題したワークショップを英国の DCM コンサルタントトレーナーである Paul Edwards 氏、オーストラリアのリーダーであり、認定トレーナーである Virginia Moore 氏とともにに行った。遠く離れた日本からの演者に物珍しさも加わり、日本の痴呆介護の状況についての質問が相次いだ。私のほうからも、オールドカルチャー、ニューカルチャーという言葉はどの程度、英国で正しく知られているかなどの質問を通して、交流を持つことが出来た。その夜には、英国内の各地区の支部たちの集まりがあり、他の地区との交流を持つ貴重な機会であるとの事であった。日本でも、東海、東京、神戸を中心にささやかながら支部らしきものができつつ



あるため、近い将来、各地区の支部が充実し、年 1 回くらい、支部同士の交流が持てるようにしたいと思った。なお、ブラッドフォード大学の Murna Downs 教授はじめ、スコットランド、アメリカなどの参加者たちと夜遅くまで、語り合い、昔ながらの民謡などを披露しあった。

翌日は、午後には、マンチェスター空港から帰国するという過密スケジュールのために、午前の総会しか参加できなかった。午前の最後のセッションでは、スペインのストラテジックリードによる、パーソン・センタード・ケアの研修会で用いているというビデオが紹介された。薬品メーカーの資金提供によって作成されたとのことであったが、ストーリー仕立てで面白いものであった。

なお、日本からは、平成 15 年度 DCM 基礎コースを受講された、中村千枝さ

んが参加されていた。



中村千枝さん（日本）とクリスティーナさん（ドイツ）

PROVISIONAL PROGRAMME

10 November (2004 年 11 月 10 日)

09.30-10.15 Registration and exhibition 受付と展示

10.15–10.30 Opening address and welcome 開会のあいさつ
Professor Murna Downs ムーナ・ドーン教授

10.30–11.00 **Person-centered Care, Culture Change and DCM**
基調講演 Dawn Brooker

11.00－12.30 **Choice of workshops:**
 <どれでも好きなワークショップを選択できます>
 All workshops will be run by UK and overseas DCM
 licensed trainers (どのワークショップも英国及び海外の
 DCM 認定トレーナーにより運営されています)

What is DCM? An Introduction

Roseann Kasayka and Sharon Jones (米国)

Evaluating Innovative Practice with DCM: case examples

Dawn Brooker , Beate Radzey and Paul Duggan (英国)

How to Maximise the Effectiveness of DCM Feedback

Caroline Baker and Christian Mull-Hergl (ドイツ)

Getting Started with DCM

Paul Edwards (英国), Virginia Moore (オーストラリア)
and Yutaka Mizuno (日本)

3 カ国共同開催のワークショップ（別紙にスライド資料添付）

Maximising the Reliability of DCM

Claire Surr (英国), Eva Bonde Nielsen and Detlef Ruesing
(デンマーク)

12.30-13.30 Lunch and exhibition 昼食と展示

13.30 – 17.00	Changing Care Practice with DCM Chair: Jane Fossey DCM in Acute Hospital Care Tracy Packer DCM in Mental Health Services for Older People Lisa Heller DCM in Nursing Home and Residential Care Hazel May
15.00 – 15.30	Refreshments and exhibition Creating the Sensory World with DCM Carol Penning and Kim Wylie DCM in Home Care Services Eva Bonde Nielsen Panel Discussion Afternoon speakers and Chair
17.00 – 18.30	Break
18.30 – 19.30	UK Regional Network wine reception - all welcome 英国各支部の交流会
20.00	Dinner (residential participants)

11 November

08.30–09.30 Registration and exhibition

09.30–12.45 **Improving Person-centered Care across Whole Systems**
Chair: Denise Platt

Cost Benefit Analyses of DCM (DCM の経営効率)
Roseann Kasayka and Paul Edwards

10.45–11.15 Refreshments and exhibition

Learning Networks: the German Experience
ネットワーク作り：ドイツの例
Christian Muller-Hergl

Person-centered Training and Development: The Norwich Experience
Judith Farmer

On Becoming a Mapper
Cressida Hammerton

Summing up – Denise Platt
まとめ

12.45–13.45 Lunch and exhibition

13.45–17.00 **Towards the Future** 今後に向かって
Chair: Dawn Brooker 座長：ドーン・ブルッカー

A Tale of Two Countries Divided by a Common Language-DCM

Similarities and Differences in the UK and US
Carolinda Douglass

Towards an International Database of DCM Results

Claus Holst

15.15 – 15.45 Refreshments and exhibition

DCM 8

Claire Surr

Summing up-Dawn Brooker 全体のまとめ

17.00 Finish

演者略歴

Speakers' Biographies

Caroline Baker

Clinical Nurse Specialist working for Walsall Teaching Primary Care Trust.

Caroline has worked for the Trust since April 2001 and has been seconded to work with Bradford Dementia Group on a part-time basis as a DCM Consultant Trainer since November 2003.

Caroline's clinical role involves working with the Dementia Care Team across the borough of Walsall to develop and improve services for people with dementia and their carers within the Acute General Hospital, the Independent and Voluntary Sectors, Social Services and Health.

Caroline trained in DCM in 1995 and has used DCM extensively in all sectors to evaluate and develop care. She became a trainer in November 2001 and has trained 80 practitioners within Walsall, as well as delivering a wealth of courses across the United Kingdom.

Caroline was one of five nurses short-listed to receive the Nursing Times Rising Star Award and was Highly Commended in November 2003 following a nomination from her Manager. Caroline was also selected for a travelling fellowship in January 2004 to join the Kerala Initiative to provide Dementia Care Training in Southern India.

Caroline is currently undertaking the final year of a Masters Degree in Geriatric Medicine.

Eva Bonde Nielsen

Director of the Danish National Institute for Elderly Education, Copenhagen and Approved Trainer DCM. Eva has been the initiator of, and responsible for, a series of national and international projects in the research field of elderly people, including many research projects examining the care quality for persons with dementia.

In 2000 Eva conducted the first pilot study of the DCM method in Denmark. In 2001 she became the Strategic Lead for Dementia Care Mapping in Denmark and the first DCM basic course was held in Denmark, April 2002. Eva is interested in implementing the Person-centred Care and DCM across Denmark on different levels, including government departments, local authorities and practitioners. She is also very much interested in cross-cultural teaching, networking and research in DCM.

Dawn Brooker

Dr Dawn Brooker is currently employed by the Bradford Dementia Group at the University of Bradford where she is the Strategic Lead for Dementia Care Mapping (DCM). This post leads on all aspects of DCM including research and development of the method, practice of DCM in care settings, the DCM teaching and learning agenda and its international implementation. Dr Brooker has travelled world-wide working with organisations to implement person-centred care for people with dementia and DCM. During the past year she has spoken at conferences and provided practitioner workshops in the USA, Japan, Germany, Denmark and Australia.

Dawn qualified as a clinical psychologist at the University of Birmingham in 1984. She has worked in a variety of clinical, academic and managerial posts in services for older people in the UK. She has extensive experience of training clinical psychologists and other staff involved in the care and support of older people. Her doctoral research on Improving the Quality of Services for people with dementia incorporated an evaluation of the efficacy of DCM within the NHS.

Her research interests include the evaluation of service quality from the perspective of the service user, organisational change, therapeutic interventions, person centred care and emotional distress and coping in people with dementia. In March 2002 she commenced a project working with the ExtraCare Charitable Trust on Enriching Opportunities for People with Dementia, the Evaluation of a new model of working with people with dementia in long-term care. She has published widely in both academic and practitioner publications.

Carolinda Douglass

Associate Professor, University of North Illinois, US

Dr Carolinda Douglas holds a PhD in Health Policy Analysis from the RAND Graduate School and Masters degrees in Public Administration and Gerontology from the University of Southern California. She completed her post-doctoral work at the University of California, San Francisco and has recently concluded a sabbatical as a Visiting Scholar at the Bradford Dementia Group at the University of Bradford in England. Currently she is an Associate Professor of Public Health at the College of Health and Human Sciences at the Northern Illinois University. Her expertise is in long-term care service delivery for elderly individuals with Alzheimer's disease and other dementias.

Murna Downs

Professor Murna Downs holds a Chair in Dementia Studies and is Head of the Bradford Dementia Group, the Division of Dementia Studies at the University of Bradford, UK.

Professor Downs obtained her undergraduate degree in psychology from University College Dublin in 1979 and her PhD in psychology from the University of Vermont in 1992. She was a National Institute of Mental Health postdoctoral fellow in Mental Health and Ageing at the Pennsylvania State University from 1992-1994. From 1994 -2000, Professor Downs served first as Research Manager in the Dementia Services Development Centre and then as Director of the Centre for Social Research on Dementia within the Department of Applied Social Science at the University of Stirling.

Professor Downs' research interests relate to quality of life and quality of care for people with dementia and their families. Studies include: developing and testing the effectiveness of educational interventions for general practitioners; the effect of relocation to, and within, long stay care on quality of life. Her research has been supported by grants from the UK Alzheimer's Society, the UK Economic and Social Research Council, the Scottish Executive, and the Scottish Higher Education Funding Council.

Paul Duggan

Trainee Clinical Psychologist at the University of Hull.

While an Assistant Psychologist, he trained as a Basic Dementia Care Mapper. He then completed the Advanced Dementia Care Mapping course and has been involved in a large number of Dementia Care Mapping exercises in residential homes in Hull. In 2003 he completed a MSc in Clinical Psychology at the University of Hull on Enhancing Well-being in People with Dementia in Care Homes: The Effects of Dementia Care Mapping and Individualised Intervention.

Paul Edwards

Mental health nurse who specialises in dementia care.

Paul currently spends half of his time working for the NHS in Loughborough running a practice development project implementing person-centred care and DCM across a large primary care trust. He also works for Bradford Dementia Group as a DCM Consultant Trainer where his role involves organising and running DCM courses across the UK. He has used DCM extensively across independent, health and social services, and first started using the method in 1995. Paul works to support organisations to develop DCM and person-centred care. Paul is joint editor of 'DCM: Experience and insights into practice' (with Dawn Brooker and Sue Benson) published in 2004. Paul has a significant interest in the worldwide spread of person-centred care and DCM.

Judith Farmer

Community Liaison Nurse, Norfolk Mental Health Care Trust, UK.

Her background is in mental health nursing, specialising in dementia care for the past 15 years. During this period she has worked in a variety of care settings as a community nurse, manager within a specialist day hospital and as a ward manager of a specialist in-patient hospital unit. She is currently working on a pilot scheme for Norfolk and Waveney Mental Health Partnership NHS Trust as a community educational facilitator.

Based in Norwich, Norfolk and within two community teams she works alongside team members and in all types of care homes, offering educational and training input wherever needed.

Judith became involved in DCM in 1997 attending the basic course and the In-Depth

Psychology course in the same year and the advanced DCM course in 1999. She became a trainer in 2002 and has a lead role within Norfolk and Waveney Partnership for promoting person-centred care and DCM.

She particularly enjoys working in the hospital units encouraging the use of mapping as a tool to shine the spotlight on the lived experience of the person with dementia and to help teams consider ways of promoting increased wellbeing.

Jane Fossey

Jane Fossey is a Clinical Psychologist and has specialised in working with older adults since 1986, primarily in an NHS setting, although she has served for three years in a joint post with Social Services to develop dementia care facilities in Wiltshire. Jane became involved with Dementia Care Mapping in 1994, when Tom Kitwood was piloting the method in Bath with Elizabeth Barnett, and took over the project leadership in Bath when Elizabeth left. Jane started training DCM (Basic) courses in 1995 within her own work setting and nationally, and has been involved in training on around two courses per year since.

Since 1998 Jane has evolved practice development work in dementia care in Oxford, and is currently interested in using DCM to inform skill development in care staff in nursing homes, and its use as a research tool in larger studies looking at well-being in nursing home environments. Recent publications include papers on quality of care and factors influencing quality of life for people living in formal care settings, and the current quality of care in private sector and NHS facilities.

Cressida Hammerton

Trustee of the charity PABULUM, a reminiscence-based, person-centred support group of trained volunteers who provide mental and emotional nourishment for people with dementia and their carers. Cressida first became involved in the subject because of her husband Peter. Disillusioned with the residential home he had moved to, she was given a book about Tom Kitwood, which prompted her to become more interested in person-centred care. This led to taking a course in Dementia Care Mapping and a continuing involvement in the subject area. A book, sponsored by Pabulum about her life with Peter is due out this month.

Lisa Heller

Lisa Heller is a nurse who has been working with people with dementia since 1981. The experience of working for several years in a small, local voluntary organisation, providing day care for people with dementia and support to carers, gave her the opportunity to develop her passion and commitment to excellence in dementia care.

She is now employed by Sheffield Care Trust and, in addition to the areas of dementia care within that organisation, works in social services settings and in the voluntary sector. This makes for a rich and varied work life, and Lisa is fortunate to work with a wide range of staff colleagues and volunteers.

Her present post is focussed on co-ordinating a programme of Dementia Care Mapping, which she carries out alongside training and development for staff. Supporting staff at all levels in order to foster the development of a person-centred culture within the organisation are key aspects of her present work. She is involved in a number of initiatives aimed at providing responsive and accessible services to people with dementia and their carers.

Claus Holst

PhD in Mathematical Statistics, Senior Reseachar at Institute of Preventive Medicine, Copenhagen University Hospitals.

Claus has also worked for ten years in evaluation and research within the area of elderly and of people with dementia. He is a co-teacher on the Danish DCM-courses and is involved in the development of DCM 8 wrt. data collection, reliability and validity.

Sharon Jones

Sharon Jones is a full-time Occupational Therapist who throughout her twenty-seven year career of working for the NHS, has practised within mental health, palliative care, and physical health settings. For the past eleven years, she has worked in an elderly mental health day hospital in Loughborough, leading a team of Occupational Therapists in the development and provision of services to individuals over sixty five, both within the day hospital and community environment.

Sharon has a special interest in dementia care, and attended the Basic Dementia Care Mapping Course in March 2001. She reached Dementia Care Mapping trainer status by March 2003, and her Evaluators Report was published by Bradford Dementia Group in 2004 as a model report.

She supports the development of Dementia Care Mapping within her trust, and assists in the delivery of Person-Centred Care Training at Loughborough Hospital. Sharon regularly uses Dementia Care Mapping within her clinical practice to evaluate individuals' well-being, and assist in developing person-centred care plans to improve quality of life.

Roseann Kasayka

Dr Roseann Kasayka is the Director of Dementia Services and Integrative Therapies at UHHS Hill Hospital. She has worked with persons with Alzheimer's disease for the past ten years, primarily in the areas of Music Therapy and Dementia Care Mapping. Roseann studied Person-centred Care and Dementia Care Mapping with Tom Kitwood, the founder of this method at the University of Bradford in England. As the strategic lead for Dementia Care Mapping in the United States, Roseann is certified to teach both the basic and the advanced levels of DCM training.

A board certified music therapist, Roseann holds a doctoral degree from New York University. Roseann is also Fellow of the Association for Music and Imagery and has done extensive work in the areas of consciousness and transpersonal experience.

Hazel May

A State Registered Occupational Therapist, Hazel holds a Masters Degree in Philosophy and Health Care. She has worked in the field of dementia care for more than 18 years.

After working for 12 years in the National Health Service, Hazel became an independent therapist, trainer and consultant in Dementia Care in 1996. She continues to work nationally and abroad as a clinician, trainer and consultant but also has some research experience.

Affiliated with the Bradford Dementia Group, Dementia Voice, Frenchay and Southmead Care Trust, Royal Borough of Kingston Social Services, Royal Chelsea Hospital, Alzheimer's Support West Wiltshire, National Association for Providers of Activities (NAPA)

Yutaka Mizuno

Dr Mizuno is Strategic Lead DCM, Obu Dementia Education and Research Centre, Aichii Prefecture, Japan.

Yutaka worked at the Obu Dementia Care Research and Training Center as the Director of Research for three years. He has been leading the DCM Introduction Project in Japan since Autumn 2002. He is responsible for acquiring a budget from the Ministry of Health, Welfare and Labour, planning and implementation, and reporting annually to the Ministry.

Since April 2004, he has been Director of the Psychogeriatrics Department at the Imaise Branch of Ichinomiya City Hospital. His responsibilities include clinical treatment and management of outpatient care, day care, and inpatient care for people with dementia. He is also a guest professor at the Obu Center and is still in a leading position in the DCM Introduction Project.

He graduated from the Medical College of Tottori National University in 1987. After he completed a two-year internship there in 1989, he joined the Dept. of Psychiatry at Nagoya National University, where he engaged in clinical consultation for psychiatric patients, research, and training in psychiatry.

He also worked in treatment and rehabilitation of acute and chronic psychiatric patients as a chief at Aichi Prefectural Shiroyama Hospital from 1992 to 2001. For the last five years, he has specialized in dementia treatment and family member counselling. He received his doctorate in 2000 from Nagoya National University. As a DCM Strategic Lead, he carried out the first two DCM Basic Courses in Japan in February 2004. He led the translation committee for the DCM Manual, Power Point presentations, and handouts. At the 20th International Conference of Alzheimer's Disease International (ADI) Kyoto 2004, he co-chaired the DCM workshop with Dr. Dawn Brooker and Mr Paul Edwards.

Virginia Moore

Virginia Moore is currently Dementia Services Consultant for Brightwater Care Group in Perth, Western Australia, providing a specialist resource and support service to staff and families in the area of dementia care. Originally working as an Occupational Therapist in community and rehabilitation areas, she also has lecturing and teaching experience with Curtin University.

With a longstanding background in aged care, she is a Director on the Board of Alzheimer's Australia WA. In 1998 she was recipient of a Churchill Fellowship to study Dementia Care Mapping at Bradford University in UK and in 2001 became the first qualified DCM trainer in Australia. Recently, Brightwater has accepted the Strategic Lead with Bradford University to introduce Dementia Care Mapping into Australia and Virginia holds the position of DCM strategic leader in Australia. Together with Dr Kim Wylie, she is training others in the use of Dementia Care Mapping, a tool for evaluating care from the person with dementia's perspective.

Christian Müller-Hergl

Christian Müller-Hergl is a senior registered nurse who previously worked in a 180-bed nursing home in Germany. His role now involves management training, education as a clinical supervisor, and he is also a course leader for gerontopsychiatric training in the "In Via Akademie" (Meinwerk-Institut) in Paderborn. Christian has also studied both theology and philosophy in Bochum and Oxford (BPhil). He is the strategic lead in Dementia Care Mapping for Germany and is an approved DCM (Advanced) Trainer.

The main focus of his work at present is the development of programmes, mission statements, and quality assurance in dementia care, alongside the clinical supervision of dementia care teams.

Tracy Packer

Nurse Consultant in Dementia, Bristol Hospitals Trust, UK

Tracy Packer has worked in the development of services for older people with a cognitive impairment at North Bristol General Hospital Trust since 1994 and has worked with older people who are acutely ill in hospital since 1990, when she qualified as a Registered General Nurse at University College Hospital, London. In Spring 2000, Tracy became one of the first Nurse Consultants in the country. This exciting opportunity has enabled her to continue her practice development work, with continued clinical experience in care settings that reflect the 'real world' of care.

Tracy is particularly interested in developing dementia skills for individuals who work outside the mental health sector, but who still encounter people with dementia on a daily basis. Her clinical work presents her with a diverse range of needs and dilemmas, but she is particularly interested in the impact of the acute hospital environment upon the experience of care and future living choices.

In 1998, Tracy accompanied Professor Tom Kitwood to the USA to co-facilitate the first Dementia Care Mapping courses, and is currently licensed to train the Dementia Care Mapping Method by Bradford Dementia Group in affiliation with Bradford University. Tracy has facilitated dementia related training nationally and internationally, for numerous organisations across health, social service, voluntary and independent sectors. Tracy was appointed Visiting Research Fellow at the University of the West of England in September 2000, and in March 2004, was re-appointed onto the Department of Health Standing Nursing and Midwifery Advisory Committee.

Tracy is currently overseeing the strategic development of an acute in-patient ward for people with dementia who are admitted to hospital with significant health needs, developing an innovative 'one stop' in-patient and outreach service for this client group around the Trust.

Carol Penning

Director Specialised Aged Care and Rehabilitation Services, CARE Network, Hunter Health Australia, with responsibility primarily for aged care and rehabilitation, in-patient and specialised support services in this network. Carol has a nursing background in acute, residential aged care and community-based services. She is a registered Assessor with the Commonwealth Aged Care Standards and Accreditation Agency and was awarded a Churchill Fellowship in 2002, visiting the UK, Netherlands, Denmark, USA and Canada to study person-centred ways of caring for people with dementia. Carol's aim is to progress the application of this work and philosophy of care to other areas within health care.

Dame Denise Platt DBE

Chair of the Commission for Social Care Inspection. The Commission for Social Care Inspection was created by the Health and Social Care (Community Health & Standards Act 2003). It became operational in April 2004. The new Commission brings together the social care functions of the National Care Standards Commission (NCSC) and the Social Services Inspectorate (SSI), which was part of the Department of Health, as well as some of the work of the Audit Commission. As a single new social care Inspectorate, it will regulate and inspect both public and private social care services for children and adults, and will assess the performance of local council social services functions.

Prior to her appointment, Dame Denise was Chief Inspector, Social Services Inspectorate, and Director for Children, Older People and Social Care Services at the Department of Health. She has also held a variety of posts both nationally and locally, in local government and social care. She has been the Head of Social Services, the Local Government Association; Under Secretary, Social Services, the Association of Metropolitan Authorities; Director of Social Services, London Borough of Hammersmith and Fulham. She is a past President of the Association of Directors of Social Services, a past member of CCETSW Council and has been Chair of the National Institute for Social Work. She was made Dame Commander of the Order of the British Empire in the Queen's Birthday Honours list 2004 in recognition of her long career in social care.

Beate Radzey

Expert in institutional management with an academic background in home economics and is a trainer in DCM. From 1995 to 2001 Beate was a researcher at Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V., undertaking extensive research in the field of designing nursing homes, evaluating quality of buildings and establishing new projects in dementia care. Since 2001 she has been working at Demenz Support Stuttgart GmbH, the first DSDC in Germany, in charge of development and consultancy services as well as working in the field of education and training.

Detlef Ruesing

DCM Trainer, Patienteninformationszentrum Lippstadt, Universität Witte/Herdecke, Germany.

Detlef is a special Nurse for Elderly with 16 years working with people with dementia in practice. He has studied German language and literature, Philosophy and History, has a BSc in Nursing and MSc Nursing (December 2004). He has done research in reliability and validity of the DCM Instrument, interviews with people with dementia, interviews with relatives of people with dementia. He is also a free lecturer in dementia care at the University of Witten/Herdecke (Germany) in dementia care, leader of the advice centre for the care of people with dementia, DCM Evaluator and DCM-Trainer.

Saila Sormunen

Saila has a MSci in social sciences and has been working as a researcher in health related research projects in the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) since 1998. At the moment she works on a project called "Patients' view on assessment of the quality of dementia care - is Dementia Care Mapping (DCM) method working?" She has also been working on her PhD thesis entitled "Observational tool Dementia Care Mapping, is it applicable in Finnish care context?" since 2002.

Claire Surr

Dr Claire Surr is currently employed by the Bradford Dementia Group at the University of Bradford where she is Dementia Care Mapping (DCM) 8 Project Officer. This role involves research and development work around the new edition of Dementia Care Mapping – DCM 8. This involves national and international consultation with experts on DCM and other areas of dementia care on the development of the method, conducting field trials of the new tool in four UK organisations, the writing of the new tool, accompanying information and training materials associated with it and the delivery of DCM 8 update training and DCM 8 short courses.

Prior to her involvement with DCM, Claire was employed by the Bradford Dementia Group on a research project funded by Methodist Homes for the Aged, which looked at factors associated with well- and ill-being in people with dementia living in residential care. Her doctoral research on self in people with dementia living in residential care used an interpretive biographical methodology to examine self as presented in unstructured interviews with people with dementia.

Claire's research interests include self, quality of care, formal dementia care provision, qualitative research, DCM, evaluating quality of care and education and training for dementia care workers. Claire's publications include articles on the use of Dementia Care Mapping, communicating with people with dementia, and two book chapters on issues associated with mealtimes in residential care settings.

Päivi Topo

PhD in medical sociology, research director in National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

Päivi has done several assessment studies and research projects on ageing and different aspects of dementia and dementia care. At the moment she is leading a research project "Close to the Body: The Ethics and Practice of Patient Clothing and Assistive Technology Design" and "Patients' view on assessment of the quality of dementia care - is Dementia Care Mapping (DCM) method working?" and involved in several other projects. She is a Chief Editor of *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* (Journal of Social Medicine).

Kim Wylie

Manager, LCM Centre for Learning, Development and Research Calvary Cessnock and Conjoint Associate Professor, University of Newcastle, New South Wales, Australia.

Dr Wylie undertook her Basic DCM training in 1997 and Advanced DCM training in 1998 with the Bradford Dementia Group and then used DCM as a developmental evaluation tool in her doctoral research. She is one of only two trainers licensed to teach the course in Australia. Kim is currently involved in several research projects using DCM to gather practice-based evidence.

ワークショップ資料
Getting Started with DCM (DCM からはじめよう)
3 カ国共同開催のワークショップ

Paul Edwards (英国)
Virginia Moore (オーストラリア)
and Yutaka Mizuno (日本)

Getting Started with DCM

Paul Edwards
Virginia Moore
Yutaka Mizuno

Paul Edwards, University of
Bradford, 2004

1

Before Starting the engine - Check what's in the tank!

- Is all safety equipment working and will it last?
- Is the journey completely necessary?
- Is there plenty of energy to fuel it?
- Will you have to do the journey in stages to avoid too much mechanical stress?
- Have you got a back up team who are experienced?
- Where are the bumps in the road? Who's controlling the handbrake?
- How will you deal with road rage!!!!!!

Paul Edwards, University of
Bradford, 2004

2

Know your Route

- Plan it carefully - Time well spent
- What happens if you get diverted?
- What happens if you crash?
- Where do you want to get to and will anybody be there when you arrive?
- Don't drive in the dark - make sure everyone can see you
- Are you experienced enough to make the journey?

Paul Edwards, University of
Bradford, 2004

3

Mirror, Signal, Manoeuvre ----

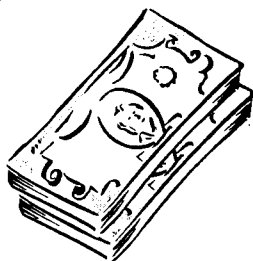
■ **GO!!!!**



Paul Edwards, University of
Bradford, 2004

4

STOP!!!!!!!!!! - Apply Handbrake



- What about funding the journey?
- Is there enough for the whole journey?

Paul Edwards, University of
Bradford, 2004

5

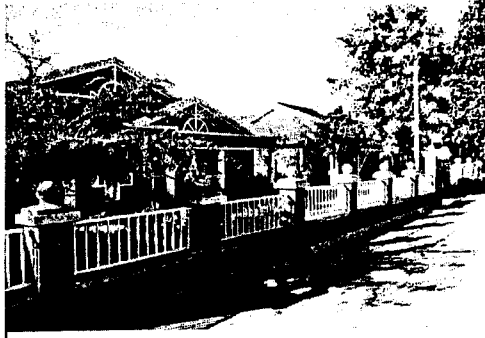
Think of your organisation....

MAKE
HELP
LET
BLOCK

Paul Edwards, University of
Bradford, 2004

6

Our place



Key point

Know the wider external environment that you operate within

- Funding system
- Accreditation system
- Legislative requirements
- Accountability
- Govt/community priorities

Know the Organisation

- Knowing the internal environment
 - Mission
 - Values
 - Culture
 - Philosophy
 - Priorities
 - Structure
 - Personnel

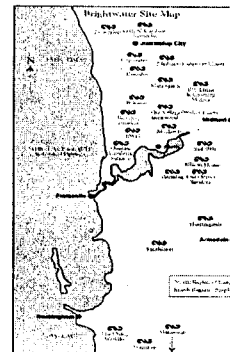
Getting Started

Virginia Moore
Dementia Services Consultant
Brightwater Care Group
Perth – Western Australia

Where are we?



Comparison of size



Summary

- Start small and pilot
- Know yourself
 - Own communication style
 - Own strong points
 - Own weak points
- Be person centred

What's in it for them?

- Who are 'them'
- What do they want/need to know?
- What is the language being used?
 - Verbal and non verbal

What is it that DCM can offer?

- How can DCM impact on the key aspects of your business?
- How will it enhance these aspects?
- How will you know if it makes a difference?

Plan

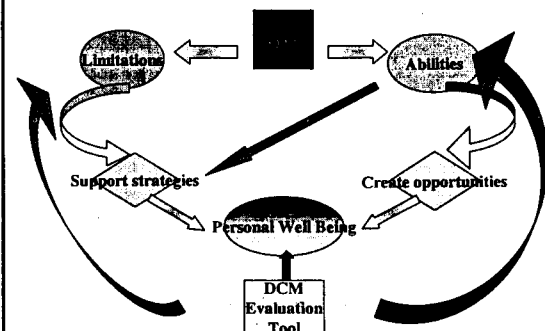
- 2 alternatives
 - Start at the top
 - Start at the bottom
- How do you choose?

Dealing with resistance

- Issues
 - Identify what they need to know to do their job
 - How can DCM data contribute to this?
- How can DCM help not hinder

Unit Name	Time Period	Place	Participant	DOB	Sex	Occupation	Current Status	Notes
Unit 1	1990-1991	Unit 1	Participant 1	1990-1991	Male	Unit 1	Participant 1	Notes
Unit 2	1992-1993	Unit 2	Participant 2	1992-1993	Female	Unit 2	Participant 2	Notes
Unit 3	1994-1995	Unit 3	Participant 3	1994-1995	Male	Unit 3	Participant 3	Notes
Unit 4	1996-1997	Unit 4	Participant 4	1996-1997	Female	Unit 4	Participant 4	Notes
Unit 5	1998-1999	Unit 5	Participant 5	1998-1999	Male	Unit 5	Participant 5	Notes
Unit 6	2000-2001	Unit 6	Participant 6	2000-2001	Female	Unit 6	Participant 6	Notes
Unit 7	2002-2003	Unit 7	Participant 7	2002-2003	Male	Unit 7	Participant 7	Notes
Unit 8	2004-2005	Unit 8	Participant 8	2004-2005	Female	Unit 8	Participant 8	Notes
Unit 9	2006-2007	Unit 9	Participant 9	2006-2007	Male	Unit 9	Participant 9	Notes
Unit 10	2008-2009	Unit 10	Participant 10	2008-2009	Female	Unit 10	Participant 10	Notes
Unit 11	2010-2011	Unit 11	Participant 11	2010-2011	Male	Unit 11	Participant 11	Notes
Unit 12	2012-2013	Unit 12	Participant 12	2012-2013	Female	Unit 12	Participant 12	Notes
Unit 13	2014-2015	Unit 13	Participant 13	2014-2015	Male	Unit 13	Participant 13	Notes
Unit 14	2016-2017	Unit 14	Participant 14	2016-2017	Female	Unit 14	Participant 14	Notes
Unit 15	2018-2019	Unit 15	Participant 15	2018-2019	Male	Unit 15	Participant 15	Notes
Unit 16	2020-2021	Unit 16	Participant 16	2020-2021	Female	Unit 16	Participant 16	Notes
Unit 17	2022-2023	Unit 17	Participant 17	2022-2023	Male	Unit 17	Participant 17	Notes
Unit 18	2024-2025	Unit 18	Participant 18	2024-2025	Female	Unit 18	Participant 18	Notes
Unit 19	2026-2027	Unit 19	Participant 19	2026-2027	Male	Unit 19	Participant 19	Notes
Unit 20	2028-2029	Unit 20	Participant 20	2028-2029	Female	Unit 20	Participant 20	Notes

Connection to funding and accreditation



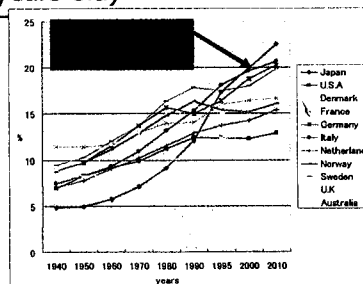
Getting Started with DCM Introducing DCM to Japan to Improve Quality of Care

Yutaka Mizuno, M.D. PhD.
Imaise branch, Ichinomiya City Hospital.
Director, Dept. of Psychogeriatrics
(Obu Dementia Care Research and Training Center,
Guest Professor)

DCM Project in Japan, Y.Mizuno

1

Aging of Society Accelerates (percentage of population over 65 years old)

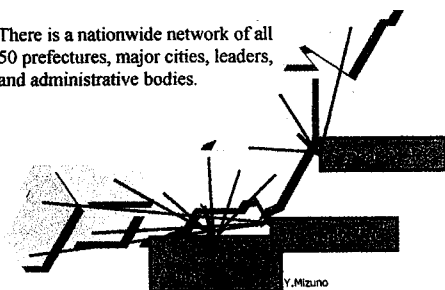


DCM Project in Japan, Y.Mizuno

2

Dementia Care Research and Training Centre(DCRC)

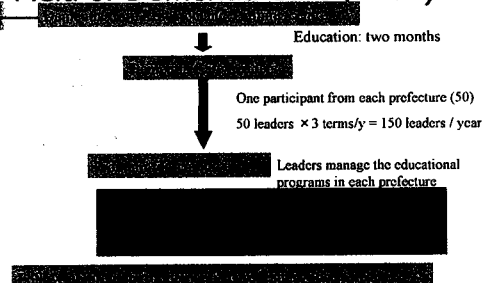
There is a nationwide network of all
50 prefectures, major cities, leaders,
and administrative bodies.



Y.Mizuno

3

New Educational System in the Field of Dementia Care (2001)



DCM Project in Japan, Y.Mizuno

4

Dementia Care Leader's Role

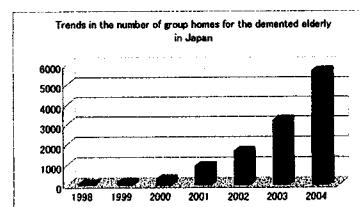
- Organizer:
- Trainer:
- Supervisor: They are expected to assess the quality of dementia care in the facilities and give advice. Experienced caregivers who completed the advanced course are also expected to play this role.



DCM Project in Japan, Y.Mizuno

5

The present state of the dementia care facilities



The number of the group homes for demented elderly has been increasing remarkably for the last seven years.

DCM Project in Japan, Y.Mizuno

6

How about Quality of Care?

A Survey of Nursing Home Restraint in Japan (Miyake, 2000)

- Subject: The members of the Alzheimer's Disease Association, Japan (Kyoto)
- Method: Questionnaire, Oct. 1998 (618 people responded)

DCM Project in Japan, Y. Mizuno

7

Some Kinds of Restraint Used: 71%

- Examples
 - Locked in the room: 11.2%
 - Wrist or leg restraint on the bed: 41.1%
 - Restraint in a wheelchair: 32.8%
 - Pharmacologic restraint: 26.4%

DCM Project in Japan, Y. Mizuno

8

We must consider the quality not quantity

- 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..
- 2000's: long-term care insurance system
- Increasing the number of group homes

DCM Project in Japan, Y. Mizuno

9

DCM basic course in U.K. (Nov.2002)

- After finishing a short DCM course in the U.K., I recognized that DCM would be good educational tool for learning and practicing person-centred care.



Heaton Mount, Bradford

DCM Project in Japan, Y. Mizuno

10

DCM is based on the philosophy of person-centred care.

- A most important part of DCM course is learning the philosophy of person-centred care
- Observation from the standpoint of the person with dementia
- Improvement of person-centred care as a team

DCM Project in Japan, Y. Mizuno

11

The Significance of Introducing DCM into Japan is · ·

- To learn the philosophy of person-centred care.
- To empower the potential abilities of staff.
- To avoid burnout of staff.

DCM Project in Japan, Y. Mizuno

12

The Japan DCM Introduction Project (2002~)

- This project is supported by the Ministry of Health and Labor.
- The Obu Centre is taking the initiative on this project.
- The Obu DCRC joined with international strategic partners.
- Dr. Mizuno has been leading this project.

DCM Project in Japan, Y.Mizuno

13

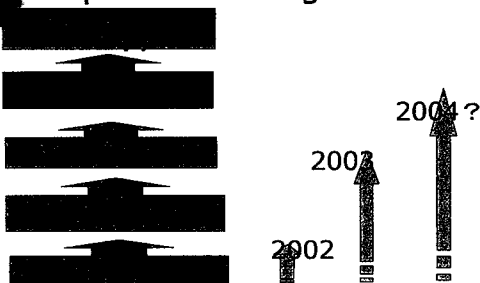
Plan for introducing DCM into Japan

- 2002-Mar.2003, Three Japanese attended the basic course. Public lecture and Workshop
- 2003-Mar.2004, Three Japanese attended the advanced course. First basic course held in Japan.
- 2004-Mar.2005, First Japanese trainer ? in Japan.
- 2005- Japanese trainer will run the basic course.

DCM Project in Japan, Y.Mizuno

14

Steps to Becoming a Trainer



DCM Project in Japan, Y.Mizuno

15

Translation of Manual, Powerpoint Presentation, and Handouts

- Manual, Powerpoint Presentation, and Handouts are the same in every country.



Denmark



U.K.



Japan

DCM Project in Japan, Y.Mizuno

16

First DCM Basic Courses in Asia Held in Aichi.

- 2004/2/2 (Mon)~6 (Fri), 2/9 (Mon)~2/13 (Fri)
- Trainers: Dr. Dawn Brooker, Mr. Paul Edwards, and Ms. Claire Surr
- Apprentice trainers: Y.Mizuno, C.Hibino
- Interpreter: M. L. Nakagawa, K. Hirano



DCM Project in Japan, Y.Mizuno

17

Conclusion(1)

- The number of facilities for dementia has been increasing and new facilities are well equipped.
- The next big issue is how to improve the quality of care.

DCM Project in Japan, Y.Mizuno

18



Conclusion(2)

- DCM is based on the philosophy of person-centred care, and it is a good educational tool for improving QOC.
- When we have a Japanese DCM trainer, the philosophy of person-centred care will be widely disseminated in Japan.

認知症介護研究 ～平成 16 年度報告書～
平成 16 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 17 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

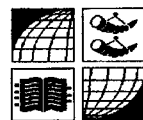
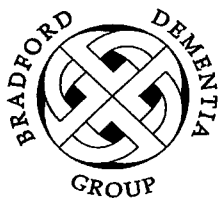
平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター



UNIVERSITY OF
BRADFORD

・英国ブラッドフォード大学痴呆介護研究グループ・

パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング
(ベーシックコース)

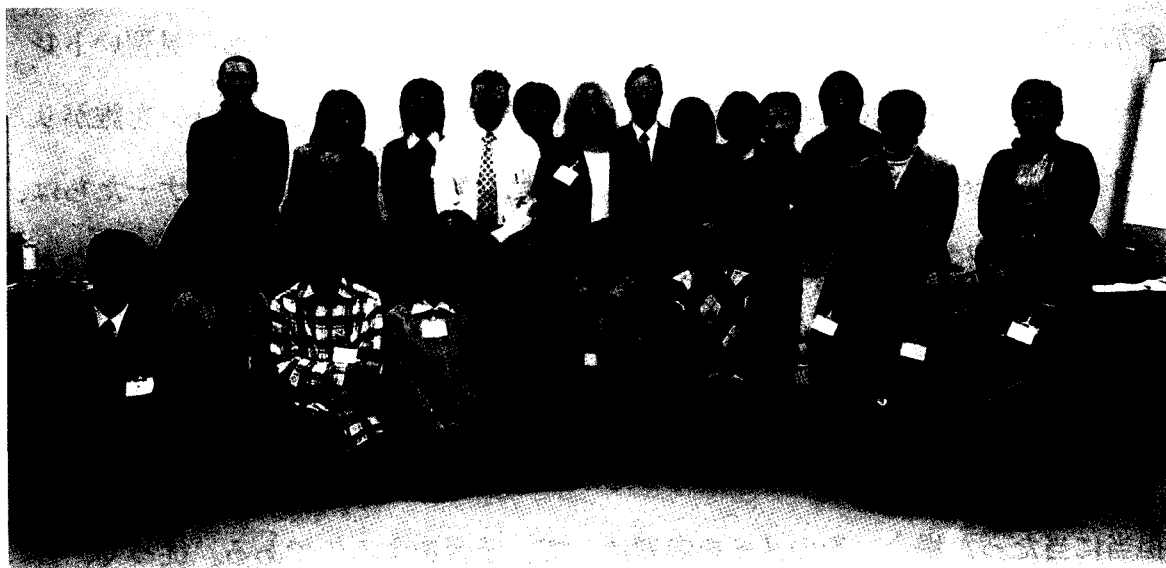
2005年1月31日(月)～2月4日(金)

会場：認知症介護研究・研修大府センター 研修室

Trainer（認定講師）：Dr. Dawn Brooker & Mr. Paul Edwards

Apprentice trainer（講師補助）：日比野千恵子・水野 ^{ゆたか} 裕

通訳：中川 ^{みちこ} 経子・岡崎洋子



全員合格おめでとうございます

パーソン・センタード・ケア(その人を中心とした介護)と DCM 法

第3回基礎コース開催

Strategic lead, Japan 水野 裕

平成 15 年度に引き続き、日本での DCM 基礎コースを行うことができた。
Dementia Care mapping (痴呆ケアマッピング) 法は、パーソン・センタード・ケアの理念と直結しており、コースの前半は、その理念を研修生自らが討論し、熟慮しながら、それを学ぶことに主眼が置かれている。これは、最近でこそ、日本の各種研修でも行われているが、研修生参加型の研修である。その討論をリードし、自然とパーソン・センタード・ケアの理念を身に着けるように手助けをするのが、認定トレーナー（講師）の役割である。認定トレーナーの質の維持のために、ブラッドフォード大学は多大な努力を払っており、たとえその国での翻訳が完成しても、各国での研修会開催は許されない。基礎・上級・評価者資格を取得した後、認定トレーナーの指導のもと、自国での 4 回の研修会の運営、講師見習いを経て始めて認定トレーナーになることができ、そこで初めてその国での研修が許されるのである。
今回、日比野が 2 回目、水野は、3 回目の見習いトレーナー（講師）として、研修に参加した。研修生も 5 日間緊張し、努力をしたと思うが、我々 2 名の見習いトレーナーにとっても非常に大変な研修であった。研修前に、どのセッションを誰がリードするかを決め、その部分の予習をしなければならない。認定トレーナーたちは、どのセッションについても、受講生に学んで欲しいポイント、よくある勘違いなどを熟知しているため、あらゆる事態に対応できる。しかし、当然見習いトレーナーは、そのような経験はないため、認定トレーナーがセッションを行う場合は、彼らがどのようにセッションをリードしているか、必死にメモを取り、そのセッションの担当に当たった場合、そのメモを参考にして、予習をするのである。従って、自分のセッションのときは、緊張は頂点に達し、自分のセッションでないときも、認定トレーナーの動きを必死に追い、休む間はないのである。受講生にとっての研修

は、午前 9 時から午後 5 時であるが、その後、研修チームの反省や討論が午後 7 時くらいまで続くのである。

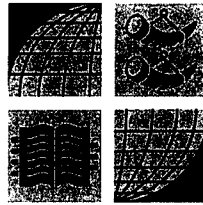
説明が遅くなったが、彼らは、研修に関わる人たちをすべてチームと考えている。従って、今回で言えば、認定トレーナーである、ドーン・ブルッカー氏、ポール・エドワーズ氏は当然のこと、見習いトレーナーである、日比野と私、さらに通訳の中川氏・岡崎氏も含めた研修チームなのである。場合によっては、資料を配布してくれる事務職員がいればその人たちも含めてのチームである。従って、1 日が終了すると、ミーティングで、必ず一人一人、今日の感想を求められる。そのような態度の一つ一つが、パーソン・センタードな理念に基づいているのであり、決して、通訳は雇われているのだから、彼らがどう思おうが関係ないとか、事務職員も、上司の命令で動いているから、当然であるという考え方はしない。これは、聞くと当たり前のようだが、実行するのは難しい。例えば、日本で、仕事が終わった後、管理者が一人一人に、今日の業務はどうだったか、管理者の仕事振りについてどう思うかなどの感想を求め、皆でどのようにしたら良いかを聞くようなものである。このような会社や事業所があるだろうか？

そのような反省会の中で、その日に見習いトレーナーの受け持ったセッションがあれば、そのセッションをめぐって、議論が行われる。これは本当に細かなポイントに渡り、スクリーンや受講生の座席位置に対して、講師の立ち位置から、受講生への質問やリードの仕方などあらゆる点についてである。つまり、見習いトレーナーがセッションをしている間も、逆に、認定トレーナーもただ見ているだけでなく、我々を育てるために気がついた点をノート一杯にメモをとっているのである。ちなみに、ある演習のセッションを受け持った私に対する、感想・指導を書き込んだノートは、ポール氏もドーン氏も 5 ページほどあり、ぞっとしたものである。さらにその反省会が終了してから、見習いトレーナーは、初めて、翌日のセッションの予習に取り掛かることができるのである。日比野氏も私も毎日午前 0 時近くまで予習をしてもやり切れないほどであった。

細かく書けば切りがないが、私はいつも彼らと研修を一緒にするたびに、受講生に対する公平さ、細かな配慮、事務職員や部下だからと言って、決して見下さない態度に感銘を受け、私自身、日ごろの態度を見直す刺激になる。その度に、私はまだまだ、未熟者であり、彼らは、決して口先だけでパーソン・センタード・ケアを唱えているのではなく、日ごろの言動、行動、周囲の人々に対する対応すべてが、パーソン・センタードであることに感銘を受けるのである。

肝心の研修生であるが、約 60 名の応募があったが、研修の運営上、20 名に絞り込ませていただいた。昨年度は、商業ベースの方の応募がかなりいたが、事業費の性格上、避けざるを得なかった。今年度も、数こそ少なかったが、ゼロではなく同様に判断した。後は、今後の発展を考えての地域性、バックグラウンドなどを考慮し、総合的に判断した。最終日の試験では、全員合格することができたが、ぎりぎり合格したものから、ほぼパーフェクトという信じられないほどの好成績を残した受講生まで多様であった。DCM 基礎資格を取得したマッパーの氏名は、各人の承諾の下に、氏名・県名を 10) 平成 15 年度 16 年度 DCM 基礎資格取得者一覧に掲載した。

なお、この研修で取得した DCM 基礎資格は海外で取得した場合の資格とまったく同格である。参考までに、英国での資格証 (certification) と日本での資格証のコピーをプログラムとともに掲げた。



UNIVERSITY OF BRADFORD

Continuing Education Certificate of Attendance

Bradford Dementia Group

It is hereby certified that
Yutaka Mizumo
has completed the following programme of learning:

Person-Centred Approach Training
11 November 2002

- and -

*Dementia Care Mapping (Basic):
A New Method for Evaluating Quality of Care*
12 - 13 November 2002

with assessment, and thereby is qualified as a Basic User
of the DCM Method

Date 12 NOV 2002

Head of Department/Unit



Registrar and Secretary

社会福祉法人 仁至会
高齢者痴呆介護研究・研修大府センター

英国ブラッドフォード大学とのパートナーシップに基づき



上記の者は、以下のプログラムを修了した

パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング
(ベーシックコース)

平成17年1月31日から2月4日

認定試験に合格したため、DCM基礎ユーザーレベルの資格を有することを証明する

平成 17 年 2 月 4 日

DCM Strategic Lead, Japan

パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング
(ベーシックコース)
研修プログラム

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)	藤本事務部長
09:00-10:00	自己紹介とあいさつ：全員	Mizuno 担当
10:00-10:30	痴呆ケアマッピング(DCM)法の紹介	Mizuno
10:30-11:00	休憩	
11:00-12:30	パーソン・センタード・ケアの理念：	Paul
12:30-13:30	昼食	
13:30-15:00	演習：人として認められるとは？：	Dawn
15:00-15:30	休憩	
15:30-17:00	よい状態/よくない状態の兆候と演習：	Hibino



Dawn 氏の講義

2日目

09:00-10:30	DCM とコード付け	Hibino 担当
10:30-11:00	休憩	
11:00-12:30	演習：行動カテゴリー・コード付け(パート I)	Paul
12:30-13:30	昼食	
13:30-15:00	ロールプレイ	講師全員
15:00-15:30	休憩	
15:30-17:00	個人の価値を低める行為	Hibino

3 日目

09:00-10:30	実施上のきまり	Hibino 担当
10:30-11:00	休憩	
11:00-12:45	演習: 行動カテゴリー・コード付け(パートII)	Mizuno
12:45-13:45	昼食	
13:45-15:00	よい出来事	Hibino
15:00-15:30	休憩	
15:30-17:00	ロールプレイとディスカッション	講師全員



ドーン氏と日比野氏によるロールプレイ

4 日目

09:00-10:30	データ処理	Hibino and Paul
10:30-11:00	休憩	
11:00-11:45	データ処理	Hibino and Paul
11:45-12:45	ロールプレイ	講師全員
12:45-13:45	昼食	
13:45-15:45	演習：DCM 作業で実際にすること - 事前説明(ブリーフィング)	Dawn
15:45-16:15	休憩	
16:15-17:00	質疑応答	Mizuno

5 日目

08:30-09:00	準備	
09:00-10:30	筆記試験	
10:30-11:00	休憩	
11:00-12:30	演習：DCM 作業で実際にすること - フィードバック	Paul
12:30-13:30	昼食	
13:30-14:30	フィードバック・セッション	Paul
14:30-15:15	日本で DCM を実施するには	Mizuno
15:15-16:45	最終ディスカッション	Dawn and Mizuno



ドーン氏を囲んでディスカッション(通訳:中川氏)

認知症介護研究 ～平成１６年度報告書～
平成１６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１７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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護) とDCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』研究会

日時：平成17年度3月12日(土) 16:00～18:00

場所：介護老人保健施設 青い空の郷 会議室

『日本における「パーソン・センタード・ケア（その人を中心とした介護）と DCM（痴呆介護マッピング）法」の研修・普及に関する研究事業』研究会

日時：平成 17 年度 3 月 12 日（土） 16：00～18：00

場所：介護老人保健施設 青い空の郷 会議室

参加者：水野裕 村田康子 中村千枝 日比野千恵子 藤澤道子 中西誠司
小川真寛 可知昭江

1. 主任研究者水野挨拶

会議趣旨説明 研究事業としての経過報告

2. 議事

1) 今年度事業報告

(1) 国際アルツハイマー病協会国際総会でのワークショップ

300 名以上通路を埋め尽くされるほどの盛況振りであった

3 名のシンポジストと討論会

Dawn Brooker 教授：パーソン・センタード・ケアと DCM 法の概要

Paul Edwards 氏：DCM 法の実際

水野 裕：日本の認知症介護の現状と課題、DCM 法導入に至る経過

(2) リフレッシュセミナー

DCM 法の日本への導入事業として実施された研修の基礎マッパーに対しポール・エドワード氏の指導、日比野千恵子、水野裕の講師補助によってマッピングのコード分類の復習、フィードバックの困難さ、互いの体験 今後の普及等について話し合われた

(3) 第 3 回国際 DCM 会議

英国ブラッドフォード大学にて 2004 年 11 月 8 日、9 日に開催。9 カ国の参加がありそれぞれの活動報告がされた。財政、トレーナーの教育、DCM 第 8 版についての具体的意見交換等々がされた。

(4) 第 3 回 DCM 基礎コース実施

(5) アンケートの依頼

ベーシックマッパーのサポートができていない、システム化するための情報収集として調査

2) 活動報告

○村田康子氏：添付スライド参照

DCM の取り組み

- ・ 2004.4 より老健にてDCM実施
- ・ シドニー上級コース受講
- ・ デイサービス(2)、老健(2)、特養(2)件、GH(1)で実施
- ・ 課題としてフィードバックをいつどのようにするか、マッパーが調整的にワーカーと関わる必要、フィードバックへの参加は30～40%
 - * ブリーフィングを職員全体に伝える必要、
 - * 褒めることにより受け入れられる
- ・ インタビューの実施(4名)

○中村千枝氏 添付資料参照

DCMを用いての取り組み 状況報告

- ・ DCMを効果的に用いることができた事例紹介
79歳アルツハイマー型痴呆要介護度4のMMさん
暴言、暴力、身体拘束等に関するDCMを用いながらのケアの模索、フィードバックによるスタッフのケアへのポジティブな変化、と
MMさんの変化が見られた

○日比野千恵子氏

現在行われている情報交換

- ・ メーリングリスト、フォーラム
- ・ 研修会(東京、神戸)で実施
- ・ 東海地区研修会 4/9予定

ポールとのマッピング

- ・ 3名のマッパーで4名とり73%の一致を見た
- ・ カテゴリーが明らかに違う場合、70%以下の場合は話し合いを(PD, PE)
- ・ その人が評価できていれば、またルールが守られていれば多少のずれは間違いではない(ポール)

長寿医療センターでの活動

- ・ 2年間DCMを実施、16年度痴呆ケア学会で発表
- ・ フィードバックにスタッフがなかなか参加できない
- ・ 病院にDCMを取り入れてもらえるよう投げかけている。
- ・ 将来、外部のマッピングができるようネットワークづくりを目指す

3) その他

(文責 可知)

Dementia Care Mapping

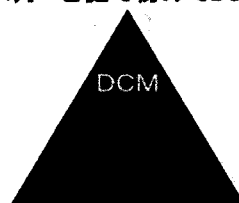
最近の取り組み

2005. 3. 12

村田 康子

DCM第一歩

2004年4月 老健で初めてDCMを実施



DCMは難しい??

DCMをもっと学びたい

DCM上級コース(2004.7, シドニー)受講

DCMリフレッシュセミナー(2004.10, 京都)

DCM勉強会(2004.12, 鶴見)

(2005.3, 神戸)

DCM講演会(2005.2, 東京)

DCMに取り組む

(2004年8月～2005年3月)

<DCM実施>

デイサービス・デイケア (2施設)

老人保健施設 (2施設)

特別養護老人ホーム (2施設)

グループホーム (1施設)

<マッピングのみ実施>

信頼性テスト他、短時間マッピング

第三者マッパーとして

～その利点と問題点

<利点>

- ・マッパーが中立的な立場に立ちやすい。
- ・ケアスタッフにとって、フィードバックを冷静に受けとめることができる。

<問題点>

- ・フィードバックをいつ、どのような場で行うか。
- ・施設との関わりが単発的になりがちである。

最近の取り組み

(1)アンケート実施

対象:フィードバック参加者

主な質問項目:

①DCMはどのような点でケアに役立つと思うか?

- ・ケアの現状を客観的にふりかえることができる。
- ・現在のケアのよい点や改善点に気づくことができる。
- ・人との関わりの重要性がわかる。
- ・PCCやDCMについてもっと学んでみたい。他項目

(7件法で質問)

②感想、疑問、意見

(自由記載)

(2)インタビュー実施

対象:フィードバック参加者で、協力の得られた
ケアスタッフ

主な質問項目:

- ・フィードバックに参加した感想は？
- ・DCMはケアスタッフに何をもたらすか？
- ・DCMはどのような点で、ケアに役立つか？
- ・DCMをケアに活かすには、何が必要か？

今後の課題

施設への継続的な関わり～フォローアップ

アンケート・インタビュー結果のまとめ

DCMの自主勉強会・研究会

Dementia Care Mapping を用いての取り組み 状況報告

医療法人新生会 いしい記念病院 リハビリテーション科
(広島大学大学院保健学研究科博士課程前期 精神機能制御科学研究室)

作業療法士 中村千枝

1. 自己紹介

- ・作業療法士(経験は今春で6年目) および学生
- ・大学院で文献レビューにおいて”痴呆性高齢者の介護者への職員教育”という視点で文献検索をしている際に、DCMを知る。2004年2月 大府センターでの第1回のベーシックコースに参加
- ・2004年11月 英国での国際会議・アドバンスコースに参加
- ・昨年10月まで介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)にて勤務。昨年12月から現在の病院に異動し、痴呆性疾患治療病棟(定員50名)を担当

2. DCM を効果的に用いることができた事例紹介

(1) MM さんに関しての情報・入居にいたる経緯

79才女性 アルツハイマー型痴呆 要介護4

入居の数年前までは自宅でクリーニング店を経営。入居直前までは在宅で家族が介護を行っていた。記憶障害・徘徊・暴力などの症状悪化、排泄介護の難しさのため介護負担が限界に達し、特養入居にいたる。突然に加速しながらの突進歩行が見られるなど、他の入居者に及ぼす危険防止のため、痴呆ユニット(16名定員、職員サイドとしては見守りのしやすい構造)に入居。ADLは全般的に介助が必要である。普段は閉眼していることが多いが、呼名すると目を開けて返事をしたり、ごく簡単な声掛けに対して反応したりする場合もある。本人からの発語は殆どないが、不快さを感じていると思われる状況においては、「痛い」「助けて」といった言葉が断片的に出ることもある。睡眠-覚醒リズムが不定であるが、特に早朝覚醒しての徘徊が問題とみなされた。家族は、ほぼ毎日面会に来所され、本人との関係は良好。

入居に際してのサービス担当者会議において、歩行時の自他へのリスクを憂慮する意見も出たものの、当面は「見守り」で対応することに決定。作業療法士としては、「MMさんなりのコミュニケーション手段を発見すること・発見した能力の般化」「MMさんが安心できる環境(ハード・ソフト)の発見」「介助方法の統一化」という目標のもとに、関わりを開始する。

(2) DCM を用いての評価にいたるまでの経緯

入居から約2ヶ月後、暴言・暴力が出現しはじめる。関わりそのものが興奮を引き起こすような状況となり、食事をはじめとする介助を拒否するようになる。栄養状態の低下により全身状態が悪化し、移動時にもふらつき・転倒が見られ始め、転倒による外傷・他入居者とのトラブルが多発するようになる。特養の介護体制では対応困難となり、家族の希望もあり、全身状態の改善・投薬量の調整を目的として関連病院へ入院となる。

約3ヶ月間の入院治療を行ない栄養状態・全身状態は改善するものの、精神症状には著明な改善がみられないままに退院となる。帰所してすぐの時期、興奮しての暴言・暴力が多く見られるために、日勤帯には常時スタッフが1名つくような状況であったが、これに対し、他の入居者家族から苦情が出される。この出来事をきっかけに、入院先の病院で使用していた安全ベルト(Y字拘束帯)を、退院・帰所後も起床時はほぼ常時継続使用することになる。ちょうどその頃に DCM ベーシックコースに参加したのをきっかけに、サービス担当者会議で「MMさんの生活を再構築していくうえで、安全・快適に過ごしていただけるための要素を具体的に洗い出すこと」「身体拘束をしないで済む方向の模索」を提案した。ユニットの介護職員からは「転んでケガするよりは、拘束しておいたほうが安心」「他の入居者のこともみななければいけないのに、MMさんのことばかりはみてられない」などの意見が出された。

(3) DCM を用いながらのケアの模索

1 回目の DCM 実施 苦情の窓口になったスタッフが退職してしまったこともあり、DCM の実施に対しても「今度、見張りが来るらしい」といったイメージで捉えているスタッフが多かった。そのため、施設の許可を得、必ずユニットの全職員が聞けることを前提として、ブリーフィングを計3回実施した後に、初回の DCM を実施した。DCM 実施により MM さんへの関わりを模索するスタッフの姿勢が明らかとなった。そのことをフィードバックで伝えることにより、スタッフに安心感のようなものが広がり、ユニットリーダーからは「できないと思っていたけれど、少しずつベルトを外す時間を増やしてみたい」との前向きな発言があった。サービス担当者会議にて、「ベルトを外す」ための手段として、職員が手薄になる時間帯を洗い出し、その時間帯に事務職員や OT が助勤に入るようになった。これにより、リーダーだけでなくスタッフ全体の気持ちにも余裕が生じ、ユニット全体の雰囲気が大きく変化したように感じられた。

2 回目の DCM 実施(1 回目の実施から1ヶ月後の再評価) フィードバックで、MM さんの WIB 値の推移を検討している際に、あるスタッフから「M さんは、にぎやかなのがイヤみたいですね」との発言があった。他スタッフにも意見を聞いてみると、痴呆ユニットのスタッフは、漠然とではあるが「テレビや音楽をかけることで『刺激』になる」と考え、無意識のうちにスイッチを入れていることが明らかになった。そのため、一日の流れのオン・オフをつけるという意味においても、テレビ・音楽を流すことを見直し、同時に『入居者にとって本当に良質な刺激』とは何かを考えようという動きにつながった。OT も協力して、単に音楽を CD で流すのではなく、入居者にとってなじみのある歌と一緒に歌う活動をユニット内で取り入れる、適当にチャンネルを合わせてテレビを流すのではなく、ビデオで懐かしい映画を上映し、簡単な回想的関わりをするなどの取り組みを行なった。歌の活動(別の入居者より「歌声喫茶」と命名される)では、美空ひばりの歌によく反応し、時折部分的に小声で歌う場面もあった。そのことを家族にお話しすると、MM さんはかつて、美空ひばりの大ファンでありカセットテープも多く所有されておられたことが分かった。また、MM さんが車いす上でベルト使用する時間を減らすための検討も行なった。ベルトを使おうと使うまいと、MM さんにとっては車いすを使うこと自体がなじまないのでは?との仮説をもとに、共有スペース内に畳コーナーを設置することになった。生活相談員の主導の下、家族・ボランティアの協力により遊休品を用いた和風なくつろぎのスペースが設置され、MM さんには食

事・昼寝はそこでとっていただくようにした。

3 回目の DCM 実施(2 回目の実施から 1 ヶ月後の再評価) 再評価の結果、MM さんはコーナーで昼寝をしたり食事を取ったりすることに慣れ、自分の居場所として気に入っていることが示唆された。その一方で、下肢筋力が低下しつつある MM さんにとって、畳コーナーが別の意味での拘束(隔離)になっている可能性があるのではないかと考え、フィードバックで投げかけたところ、一部のスタッフからは「確かに、そういう気持ちがあることは否定できない」との意見がみられた。そのため、改めて、MM さんが立ち上がりたい・トイレに行きたいというサインを見逃さないようにしようという結論に至った。結局、身体拘束に関しては、夜勤帯(勤務者が一人)のオムツ交換時にやむを得ない場合のみ使用すること、日中の活動・休息リズムを一定のものとし、活動時は見守りに対応するため必要時には隣接ユニット・他職種に協力を要請するという合意に至った。

(4) MM さんのケースを通じて感じたこと

本ケースは、初回のフィードバックがスタッフにポジティブな作用を及ぼしたことにより、以後、スタッフが自ら試行錯誤しようとするモチベーションを生み出すことができたという点で、「スタッフにとってもパーソンセンタードである」という原則の重要性を実感できた例であった。3 回目の DCM 実施後にアンケートをとったところ、「ユニットケアという言葉に振り回されていたけれど、目の前の入居者に何をしたいかを考えるのがいいケアだとわかった。DCM も、そのことを考える上でのヒントになったと思う。」との感想がみられた。

自分の意思表示が難しい対象者の生活にどのように介入していくかは介護者の経験や価値観に左右される部分も多く、ケアの方針をすり合わせていく作業は大変困難である場合も少なくない。そのプロセスにおいて、DCM は有益な情報を示すツールであると考ええる。今回は成功例の紹介のみであるが、うまくいかなかった他のケースも分析し、DCM を正しく活用してケアに生かせるように努めていきたいと考える。

3. 今後の展望

(1) 臨床(現在の職場)において

病院の背景が古い精神科の流れを汲んでいることもあり、薬物療法・身体拘束等の妥当性に対して十分な検討がされていない現状があるが、認知症の「治療」としての「関わり」の質を、スタッフ自身が考える力をもちたい → 「その人らしさを引き出すケア」に向けての職員教育のひとつとして、DCM を活用していきたい

(2) 研究において

- ・ 私にとっての作業療法とは → 「そのひとがしたいと思う作業・することに意味がある作業ができるようになるためのサポート」
- ・ 認知症に対して作業療法士の私たちができることを明確にしていくためのエビデンスとして、DCM を用いた研究 → 個別のストーリーを丹念に、丁寧に集積していきたい

認知症介護研究 ～平成１６年度報告書～
平成１６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１７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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

DCM 研修後のマッパー育成のための取り組み

(1)DCM 研修修了後のマッパーの現況と課題

(2)DCM マッパー交流会・研修会

(1)DCM 研修修了後のマッパーの現況と課題

日比野 千恵子(国立長寿医療センター、エバリュエーターマッパー)

1、マッパー交流会ができるまでの経緯

2004 年 2 月 2 日～6 日と 2 月 9 日～13 日の 2 回に分けて基礎コースが天府センターにて開催された。そして、日本で開催した研修での初めての基礎マッパーが 28 名誕生した。この時、水野先生と私は研修後のマッパー育成・フォローのための場を準備していなかったが、2 期生の提案により 2 回生が発信元となりメーリングリストが立ち上げられ意見交換の場が設けられた。また、DC ネット上でも DCM のフォーラムが立ち上げられた。このようにして研修を終えたマッパー達が意見交換をする場はできたが、それぞれのマッパーが一人で本当に正しくマッピングができているのだろうかと言う不安を抱えながらの活動を強いられていた。個人的に一緒にマッピングを行い、マッピングを行う際の姿勢や結果の捉え方、ルールの確認を行うなどの活動を行っていたものの、全てには対応することはできなかった。またこのような不安を抱えているマッパーが殆どであることも自覚をしていた。そして、メール上だけでない場でもマッパー達が情報や意見交換を行い DCM の理念であるパーソン・センタード・ケアを考えていく場が必要であると考えていた。

そんな折、2004 年 10 月 16 日に京都で天府センター主催のリフレッシュセミナーが開催された。このセミナーの開催が今日のマッパーの活動の大きなきっかけとなった。このセミナーでは、各自のマッピングのデーターを持ち寄り、マッピングの際の問題点やルールの再確認などの実施と共に、日本で DCM を根付かせるための話し合いが行われた。その中で、マッパーの交流の機会が少ないためこのような会をもっと開いてほしいという研修生からの多く意見がみられた。そして、この時、今後日本で DCM を根付かせていくための活動の場として、「マッパー交流会」が誕生した。

そして、私と水野先生は一マッパーとして活動するだけでなくマッパーのフォローアップも継続して行うこととなった。

2、現在の交流の場および活動

リフレッシュセミナーでは、各地区に分かれてのマッパー交流会が提案されたが、当時マッパーの地域格差がみられ、東海地区以外の地域でのマッパーの集まりは 2、3 名と少なく活発な交流ができない状態にあった。そこで、交流会を全国規模とし 3 ヶ月に 1 回、関東、東海、関西地区輪番制で開催することとなり現在に至っている。修了生の中から各地区の担当を決めて、当番月には代表者〔関東地区：村田康子(2 期生)、横尾恵美子(2 期生)、東海地区：日比野千恵子、木野美恵子(2 期生)、関西地

区：中西誠司（2期生）]が中心となって交流会の企画・運営を行っている。主な活動の内容は「DCM マッパー交流会・研修会活動報告」で報告することとする。

現在研修修了後のマッパーの交流の場としては、PC 上で DC ネットのフォーラムとメーリングリストがある。前者はアクセスするのに不便な点があり、前者よりも後者のメーリングリストのほうがマッパー間での利用頻度は高い状況にある。現在約 30 名のマッパーが参加しており、マッピングを行った際の感想や疑問点などを投げかける、交流会・研修会の案内など意見交換、情報提供の場として活用している。ただ、個人アドレスのないマッパーにとってフォーラムは貴重な意見交換の場であるため、現在は両方を活用している。また、実際の交流の場として、全国 DCM マッパー交流会と東海地区のマッパーが独自に開催している東海地区 DCM マッパー研修会がある。双方とも現在は、マッパー間の信頼性テストを実施しマッピングスキルアップを図っている。

3、マッパー育成における現在の問題点

昨年 10 月以降、マッパーが交流する場が設けられ、数回の交流会が開催された。交流会に参加し感じたことは、卒業した基礎マッパーをサポートしていくシステムが整っておらず、研修から 1 年経過した現在でもブリーフィングやマッピング経験のないマッパーが多くいること、マッピング施設の確保が難しい、マッピング経験のあるマッパーでさえ不十分な状態でマッピングを行わなければならない、さらにマッパー間でもスキルの格差が生じていることであった。また、共にマッピングを行ってみて、アドバンス以上のマッパーがベーシックマッパーにデーターシートの書き方や DCM の理念に基づきケアスタッフに対してもパーソン・センタードな姿勢に関する重要性を伝えていくフォローアップシステムを作り上げていくことやその為のマッパー育成が必要であると実感した。

研修を修了したマッパーに対し 1 年後の状況についてアンケートを採ったところ、アンケートの答えた 23 名のマッパーの 8 割が何らかのマッピングを経験しているのにもかかわらず、その多くがマッピングスキルに自信がない(50%)と答えている。マッピング経験についても、6 時間という時間の確保が難しいと理由もあり、6 時間以上のマッピング経験のあるマッパーは約半数にとどまった。その反面、6 時間以下のマッピングはマッピング経験のあるマッパーの全員が経験をしていた。6 時間以下の平均マッピング経験状況は次のようであった。3.1 人の参加者に対し 2.1 時間のマッピングを 3.8 回実施という結果であった。これらのマッピング時に他のマッパーとのマッピング実施の有無を聞いたところ約 5 割のマッパーがアドバンス以上のマッパーとのマッピング経験を持っていた。しかし、この約 5 割のマッパーの多くが交流会を通じてその機会を得たマッパーであり、残りの 5 割はベーシックマッパー同士あるいは一人で実施していることが分かり、マッピングスキルに不安を抱えながらも独自に DCM 展開を行わな

ければならない状況にあることが示唆された。

研修を修了し、それぞれの場でDCMを展開しているわけであるが、約8割のマッパーが「DCMを行っていく上で困ったことはありますか？」という質問に対し困ったことがあると答えている。その内容は様々であるが、ブリーフィングにおいては、全体的に「ブリーフィング自体をどのように実施したらいいのかが分からない」という回答が多く、他に「自分の説明した内容が本当にケアスタッフに伝わっているのか不安」という意見も聞かれた。また、マッピングについては上記で報告したように「正しくマッピングができていないのが不安である。」「時間確保が難しい」という回答が多くを占めていた。フィードバックについては、「フィードバック方法に悩んでいる」「スタッフの協力が得られにくく実施できないあるいは行いにくい状況ある」という回答の他に、データー解釈に不安を抱えているマッパーもみられた。

また、DCMの一連の作業の経験状況を見るとマッピングのみ実施した経験のあるマッパーが最も多く次いで、ブリーフィングとフィードバックも含めた一連の過程を経験したことのあるマッパーであった。この結果から考えられるのは、最初にブリーフィングを実施し数回のマッピングを行っているケースとマッピングのみを行っているケースである。もし、仮に後者が多数である場合、それはケアスタッフに対しパーソン・センタードではなくなってしまうのではないかと考える。しかし、これまで研修修了後のマッパーサポート体制はなく、マッピングを行う上での姿勢というものを考える機会がないことからこのような状況が生じたと思われる。

全体的に見て、交流会の開催により、アドバンス以上のマッパーとマッピングを行う機会ができたものの、多くのマッパーはマッピングスキルに不安を感じながらそれぞれの場でDCM展開を強いられている。さらに、DCM展開においてもどのように展開したらいいのかが分からず困っているマッパーも多く、これらを解決するためのサポート体制は不十分な状況にあることが分かった。

しかしながら、DCMは日本に導入され3年余りしか経過しておらず、まだ日本では確立されていない評価法である。ブリーフィング、フィードバックについても、研修で終了したマッパーの力を借りておおよその枠組みを作っていく必要があると考える。また、マッピングスキルについてもサポートしていく体制をやはり確立していく必要がある。現在、アドバンス以上のマッパーは数名と少なく、その中でマッパーサポートを行っているが、マンパワーは不足しており全てのマッパーに対しサポートすることが難しい状況にあるのが本音である。しかし、これから年々増えていくベーシックマッパーのサポートやアドバンスマッパーのサポートをしていくためには、海外でマッパーとなったマッパーを含めた日本にいる全てのマッパーの協力を得て、マッパーサポート及び育成に努め、日本にDCMを根付かせていくための働きかけを行っていく必要がある。

4、今後の活動について

今後も、定期的にマッパーの交流会を開催しマッピングのみならずブリーフィングやフィードバックに関する検討をする場を設けていきたいと考えている。また、アドバンス以上のマッパーを含めてベーシックマッパーのサポート体制を作っていく必要がある。

現在、東海、関東、関西で交流会を開催しているが、東北地区や山陰・山陽地区、北海道での開催などでの開催あるいは支部をつくり、それぞれの地区で交流の場が提供できるように提案をしていきたいと思う。そういった意味では、マッパー交流が自由にでき、「ここに聞けばDCMのことは何でも分かる」とか「マッピング施設を提供してもらえる」などといった窓口となるDCM本部は必要であると考えている。これについても今後の課題として検討していかなければならないと考える。

マッパー育成について、DCMでは、アドバンス以上のマッパーがベーシックマッパーに教えることができるなどの規約や設けられており、マッパー育成システムはピラミッド型の構成を持っている。しかしながら、日本でアドバンス以上のマッパーを育成するマッパーは日本中で4名しかおらず、本来のDCMのサポート機能を果たすには不十分な状況にある。今後、このことについても考えていく必要がある。例えば、アドバンス以上のマッパーによる検討会や交流会の開催も必要となってくるのではないかと考え、ぜひ開催の機会を設けていきたい。

DCMを日本に根付かせていくためには、研修を修了したマッパーの協力は必要であり、その為にはマッパーサポートは必須である。当面、現在の研修を修了したマッパーがパーソン・センタードな姿勢でDCMを展開し、自分の言葉でPCC伝えていくことができるようになることを目指し取り組んでいきたいと思う。さらに、交流会ではできる限りマッパーの要望に応じ、マッパーにとってPCCについて考えを深めることになるようにサポートしていきたいと思う。

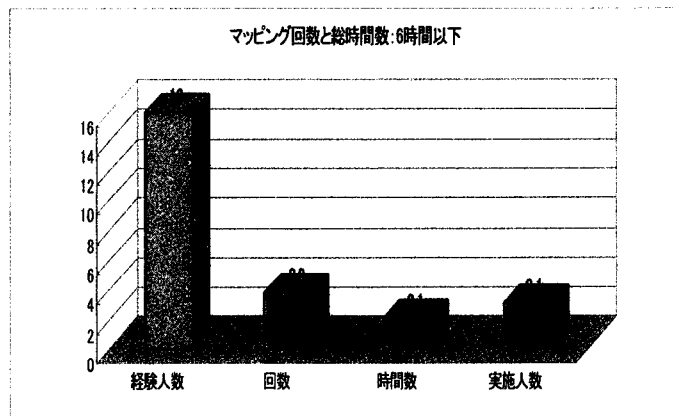
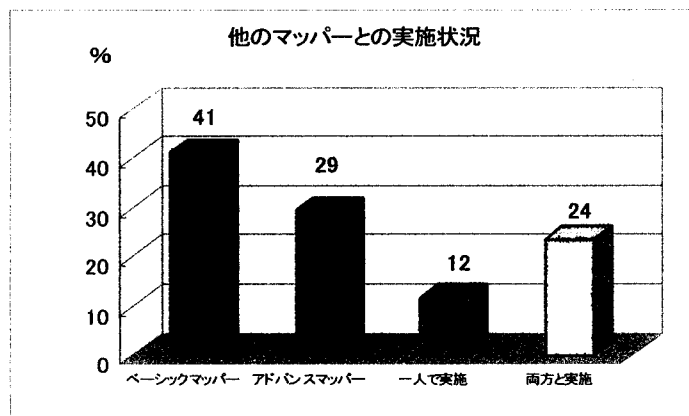
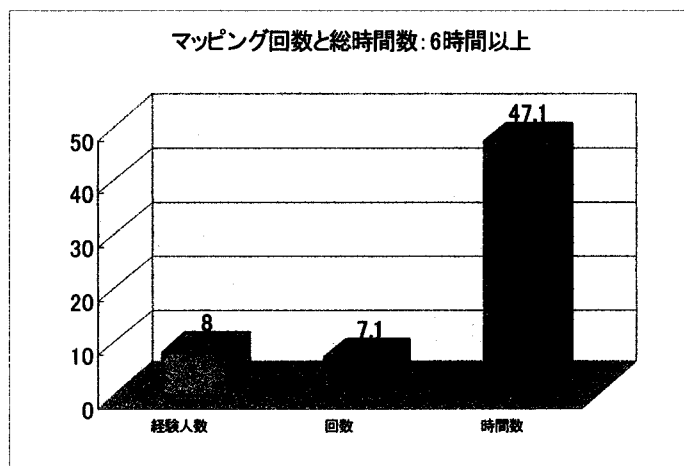
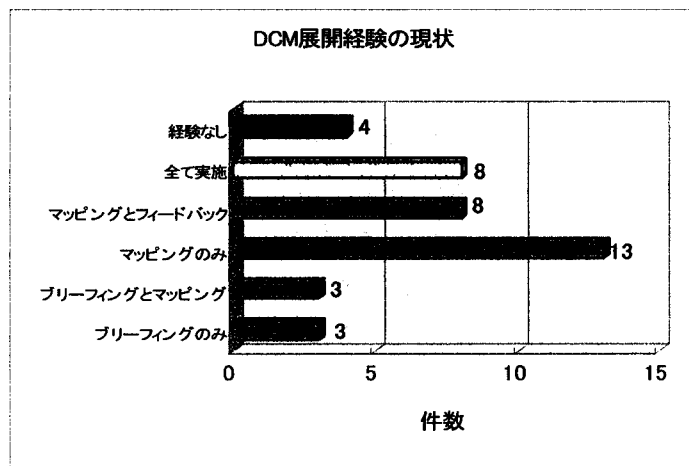
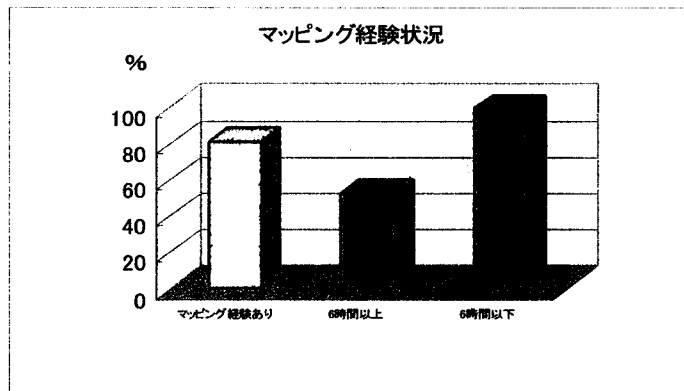
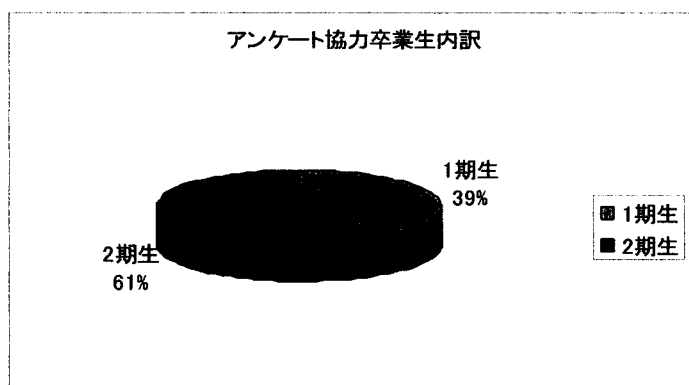
最後に今回、本報告書を作成するにあたり、アンケートの協力していただいた1期生、2期生のマッパーの皆様に厚く御礼申し上げます。尚、このアンケート結果は、今回の報告書のみならず、これからのマッパー育成の活動にも大切な情報として活用していきたいと考えております。

<アンケート結果(一部抜粋)>

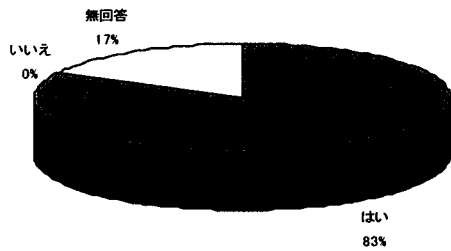
* アンケート期間:平成 17 年 2 月 18 日～3 月 18 日

* アンケート対象:日本での DCM 研修を修了した 1 期生及び 2 期生 38 名

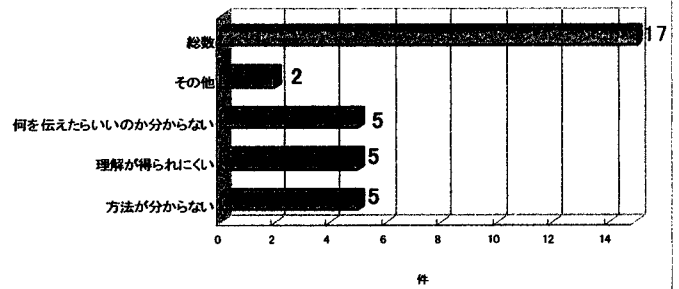
* アンケート回収率:60%



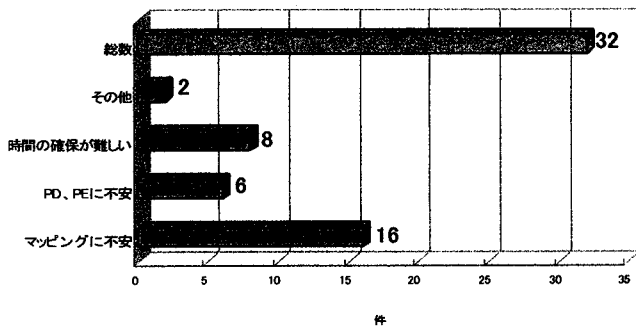
DCMを行う上で困ったことの有無



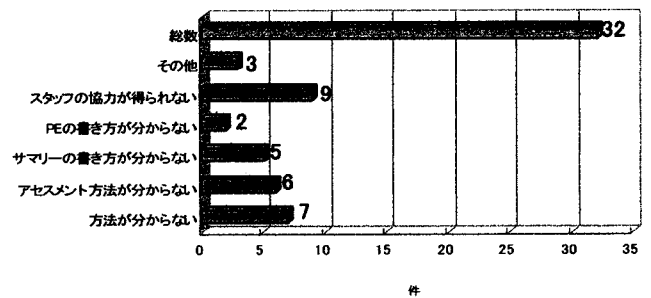
困っていること: プリーフィング



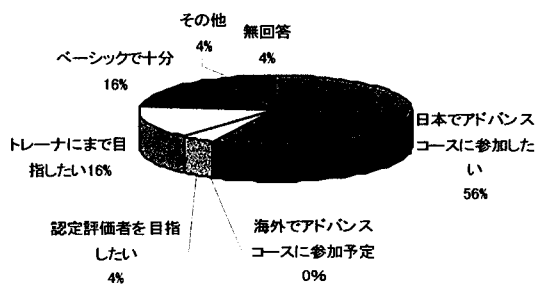
困っていること: マッピング



困っていること: フィードバック



今後の希望



アンケートご協力の依頼

昨年、ベーシックコースに参加されたマッパーの皆さん対象に現在どの程度DCMを行っているのか現状調査を行いたいと思います。このアンケートを元に、皆さんの状況だけでなく、今後のマッパーの活動やDCMを全国に定着させていくためにどうしたらいいのかなどの参考にさせていただきたいと思います。お手数ですが、下記アンケートにご協力下さいますようお願いいたします。

DCMマッパーアンケート

- ・氏名 () ・第 () 回ベーシックコース参加
・職種 ()
・現在の職場 () 例) 老健、グループホームなど簡単で可

1、あなたは、研修を終えてから現在までの間で、どのくらいDCMの展開を行いましたか？該当するものに○と回数を記入してください

→下記2), 3), 4) のマッピングは、ローダーターシート（記録用紙）に記入しながら行った1時間以上の観察記録についてお答えください

- 1) ブリーフィングのみ実施 () 回
2) ブリーフィングとマッピングを実施 () 回
3) マッピングのみ実施 () 回
4) マッピングとフィードバック () 回
5) すべて一連で行ったことがある () 回
6) いずれも行っていない

6) で答えた方は、理由をお書きください

7) その他 ()

2、何らかの形でマッピングを行った経験がある方は、マッピング経験の状況についてお答えください

1) 6時間以上のマッピング経験 () 回 合計 () 時間実施

2) 6時間以下のマッピング経験（信頼性テストを含む）

- ・ () 名の利用者を対象に () 時間のマッピングを () 実施
・ () 名の利用者を対象に () 時間のマッピングを () 実施
・ () 名の利用者を対象に () 時間のマッピングを () 実施

3) 他のマッパーとの実施した経験はありますか？ はい いいえ

「はい」と答えた方 ・同じベーシックマッパーと行った

・アドバンス以上のマッパーと行った

3、DCMを行っていく上で困ったことはありますか？ はい いいえ

「はい」と答えた方は、経験して該当するものがあれば、幾つでも○をつけて下さい

<ブリーフィング>

- 1) ブリーフィング方法が分からない
- 2) スタッフの理解が得られにくく導入できない
- 3) 何を伝えたらいいのか分からない
- 4) その他 ()

<マッピング>

- 1) 正しくマッピングができているのか不安
- 2) PD、PEを正しくつけることができない
- 3) 6時間という時間の確保ができない
- 4) その他 ()

＜フィードバック＞

- 1) どのようにフィードバックしたらいいのか分からない
- 2) どのようにデータをアセスメントしたらいいのか分からない
- 3) ケアサマリーの書き方が分からない
- 4) PEの書き方が分からない
- 5) スタッフになかなか参加してもらえず意見交換ができない
- 6) その他 ()

*上記以外で困っていることがありましたら下記にお書きください

4、あなたは、今後もDCMを取り入れていきたいと考えていますか？

あなたの考えに近いものに○をつけてください

- 1) 自分の施設で行っていききたい
- 2) 自分の施設はないが、どこかの施設で行いたい
- 3) 自分の施設では行いたくないが、他の施設で行いたい
- 4) 自分の施設で行いたい、(協力が得られず) 現段階では難しい状況にある
- 5) 他のマッパーに行ってもらえるのなら、自分の施設に取り入れていきたい
- 6) 自分の施設では行いたくない、行う予定はない
- 7) DCM自体行いたくない
- 8) その他 ()

5、マッピングが可能な施設等に勤務されているマッパーはお答えください

今後、交流会や他のマッパーによるマッピングの場として、あなたの施設の提供は可能ですか？

- 1) 可能である
- 2) 施設長の許可が出れば可能である
- 3) 不可能である

6、あなたの今後についてお聞かせください

- 1) 日本でアドバンスコースができたらずひ参加したい
- 2) 今後、海外のアドバンスコースに参加する予定でいる
- 3) 最終的に、認定評価者レベルまで目指したい
- 4) 最終的に、トレーナーになりたい
- 5) 現段階（ベーシックマッパー）で十分である
- 6) その他

7、今後、DCMをどのように活用して行きたいとお考えですか？

あなたの意見をお聞かせください

8、何か要望や意見、感想などがありましたらご自由にお書きください

ご協力ありがとうございました。皆さんの活躍に期待しています。

DCMを日本に定着していくために一緒に盛り上げていきましょう!!

担当・お問い合わせ先：日比野千恵子

FAX 0562-45-7715、Eメール：chii@lily.ocn.ne.jp

水野 裕(認知症介護研究・研修大府センター客員研究員)

(2)DCM マッパー交流会・研修会活動報告

日比野 千恵子(エバリュエーターマッパー)

村田 康子(アドバンスマッパー)

中西 誠司(ベーシックマッパー)

1、はじめに

今年度において以下の日程で、DCM マッパー交流会と東海地区マッパー研修会が開催された。今回はそれぞれの活動内容についてのみ報告し、活動に至るまでの経緯及び概要や課題については、「DCM 研修後のマッパー育成のための取り組み」で報告する。これらの活動は、日比野、村田、中西が各地区の代表として会の中心となって開催をしている。研修を修了したマッパーの意思と希望によって立ち上げられ活動をしているわけだが、マッパー達に助けられ支えられながら会を開催することができ、サポートする側としてマッパー達に大変感謝をしている。そして、今後もマッパー達の意思を尊重し活発な交流ができる場として活動を続けていきたいと考えている。

<全国 DCM マッパー交流会>

第1回 2004年12月12日 東京にて開催

第2回 2005年3月12日 神戸にて開催

<東海地区 DCM マッパー研修会>

第1回 2004年11月13日開催

第2回 2005年1月29日開催

2、 全国 DCM マッパー交流会

研修を修了した全国のマッパーを対象に DCM に関する交流の場として開催。DCM を日本に根付かせていくことを目指し、DCM 法ならびにパーソン・センタード・ケアについて研修及び研究を行って行く予定である。現在は、マッピングする機会を作り、マッパーのマッピングスキルの向上を目指し信頼性テストの実施や各マッパーの活動報告などを行っている。

1)第1回 DCM マッパー交流会 報告

実施日:平成16年12月12日

場 所: 横浜市 特別養護老人ホーム やまゆりホーム

参加者: 水野、日比野、中西、村田、横尾

※敬称略

内 容: マッピング

- ・ 約 1 時間半のマッピングの実施
 - ・ 信頼性の確認 マッピング結果の検討
 - ・ フィードバック(施設職員に対し)
- 今後の活動についての話し合い

<話し合いの内容>

* 各地区開催では、地域格差があり現段階で、東海地区以外の地区ではマップパーが集まらず活発な交流が困難である。各地区での開催はもう少し見合わせていった方がいいのではないかという意見があった

* 上記提案より、当面は3ヶ月に1回、輪番制で関東、東海、関西で開催し、交流会は全国規模で開催することが決定した。

* 水野先生より、卒業生全体で取り組むことが出来る研究が出来ないかという提案がされ、参加したマップパーより合意を得た。この研究としての活動を日本の活動として位置づけていきたいとも話された

* 研究についての提案に対し、参加したマップパーからフィードバックについての研究はどうかという提案があった。

水野先生は、研究としては難しいかもしれないが、役に立つテーマなのでぜひ研究と言う視点を持って取り組みましようということになった。

2) 第 2 回 DCM マップパー交流会および委員会 報告

実施日: 平成 17 年 3 月 12 日

場 所: 神戸市 介護老人保健施設 青い空の郷

参加者: 村田 小川 日比野 中西 藤澤 (交流会・委員会出席)

水野 中村 可知 (委員会出席)

※敬称略

内 容: マッピング

- ・ 約 1 時間半のマッピングの実施
- ・ 信頼性の確認 マッピング結果の検討
- ・ フィードバック(施設職員に対し)

委員会

1. 主任研究者あいさつ
2. 議事
 - ① 今年度の事業報告、
国際アルツハイマー病協会国際総会でのワークショップ
リフレッシュセミナー
DCM 国際代表者会議 (Bradford)
DCM 国際総会 (Warrington)
第 3 回 DCM 基礎コース実施
報告書について (アンケートおよび原稿依頼)
 - ② 活動報告
村田康子氏
中村千枝氏
日比野千恵子氏
 - ③ 意見交換
3. その他

<話し合いの内容>

- * 最初は、マップをする機会のない人に機会を提供する意味合いが強かったが、これからはただマップをするだけでよいのかという意見があった。
- * やはり、PCC の理念を伝えていくことが大切であり、これからは、DCM について深めるような話し合いや PD や PE あるいはブリーフィングやフィードバックについて考えていくなどのテーマを決めて開催していく必要があるのではないか
- * 前回交流会での水野先生からの提案の研究について
フィードバックが重要なので、取り組んでいこうということとなった。フィードバックの仕方など人さまさまなのでそれを検討していく方向性が示された。

3、 東海地区 DCM マッパー研修会

この研修会は DCM についてさらに学びを深めていこうという趣旨のもと、東海地区のマッパーが中心となり独自に開催している会である。東海地区はマッパー数が他の地区に比べ多いもののマッピング経験のあるマッパーは殆どいないという現状から、マッパー達が協力し合いマッピングする機会を作っていこうという話し合いがされ、東海地区のマッパーのネットワーク作り、マッピングスキルの向上を目指し活動をしている。この会は、東海地区のマッパーのみ対象ではなく、全マッパーを対象とし、メーリングリストやフォーラムで会の開催を呼びかけている。

1)第1回 東海地区DCMマッパー研修会 報告

実施日:平成 16 年 11 月 13 日

参加者:木野、坂本、可知、藤澤、金山

検討内容:会食をしながら下記の内容について話し合いを行った

- 1、はじめに-京都の研修で感じたこと-木野から
- 2、東海地区で集まって研修会を開くということ-何を、どのように、展開していくか皆さんと意見交換

3、木野案

固定メンバー・・東海地区のDCMマッパー(リストは日比野さんより)
と水野先生、日比野さん、各地の飛び込み歓迎

運営・・・・・当面事務局が組織としてできるまで、日比野さんと木野が
お世話係りをする

研修会・・・・・メンバーが、担当して話題提供・メールで参加者への呼び
かけ・メーリングリストへの呼びかけ・メーリングリストへ、結果
報告をする

開催日・・・・・隔月に実施する

内容・・・・・おもいつくまま

- ①場所を確保してマッピングの実施(2時間とかのショートでも可かな)
- ②実施したマッピングの報告、問題点、工夫、質問等の検討
- ③マッピングを広める為の工夫
- ④勉強会(資料をだして、マッピングのトレーニングをする)
- ⑤一つのテーマで研究をする(施設における痴呆介護の有効性の検証)
- ⑥学会等、公的な機関へ発表するための準備
- ⑦研究会→学会への拡張
- ⑧その他

4、年間計画

2 名で担当したらどうか 次回は引き続き 方向性の検討と東京報告
本日の出席者で 3 月の担当者を決めたい

2)第2回 東海地区DCMマッパー研修会 報告

実施日：平成 17 年 1 月 29 日

場 所：三重県 小山田グループホーム

参加者：日比野、藤澤、木野、坂本、可知、杉浦

※敬称略

内 容：マッピングの信頼性テストの実施

- ・ ブリーフィングの実施(日比野)
- ・ 2時間のマッピングの実施
- ・ 信頼性の確認 マッピング結果の検討、意見交換、検討会
 - ・ 東京での交流会の報告(日比野)
 - ・ 今後のマッピングについて(藤澤より提案)
 - ・ 次回の予定

＜検討会の内容＞

* フィードバックは、後日先方にサマリーを作成し郵送した

* 東海地区は研修会と言う形で、1 回目の話し合い同様に隔月で開催していくことが決定した

* 当面は、マッピングスキルの向上を図ることを目標とし、数時間のマッピングと信頼性テストの

実施を継続していく

* 次回は、全国交流会の当番月であるため、併用して開催する

4、終わりに

これらの活動を通して、マッパー達はマッピングする機会を得ただけでなく、日本のケア施設の減少を知ることにもつながっている。また、信頼性テストを実施し、双方で異なった WIB や BCC について話し合うことでコードの意味をより深く理解できるようになってきている。そして、各マッパーはマッピング時の自己の癖に気づいたり、ルール理解が深まったりと交流会・研修会を通して D 学ぶことができている。定期的にマッパーが集まり話し合うことでお互いの DCM を展開する上での悩みや思いを表出する場となりマッパー達にとっても貴重な時間であるように思う。そして、何よりもすばらしいのが、パーソン・センタード・ケアを研修で学び、その理念を持ったマッパーだからこそ、こういった交流の場でお互いにパーソン・センタードで接していることである。こういった活動がさらに活発となり DCM が日本で普及するための原動力となっていくことを切に願い活動を続けていきたいと思う。

認知症介護研究 ～平成１６年度報告書～
平成１６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１７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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

DCM データーの信頼性について

～ポール・エドワード氏とのマッピングから学んだこと～

日比野 千恵子 (国立長寿医療センター、エバリュエーターマッパー)

DCM データーの信頼性について

～ポール・エドワード氏とのマッピングから学んだこと～

日比野 千恵子(国立長寿医療センター、エバリュエーターマッパー)

イギリスブラッドフォードで DCM ベーシックコース修了後から約 3 年が経過した。早いもので DCM と出会い、DCM に取り組み始めて既に 3 年が経ってしまった。この 3 年は怒涛のような 3 年間であったが、DCM を通して自分の看護師としてのあり方さえも考えさせてくれる機会となった。一方、DCM を日本に導入するにあたり、私と水野先生、高橋先生は大きな責任を背負い、日本で開催するための準備や DCM 法の正しい解釈をしていく作業を行っていかねばならなかった。イギリスでの研修は、現在日本で行っている研修と同様に理念とマッピング方法を学ぶだけで実際のマッピングは研修修了後に各自が行わなければならない。しかし、日本でも導入をしたことのない DCM をケアの現場でどう展開していくのかということについてただ漠然としているだけで、一つ一つの取り組みが試行錯誤の連続であった。この問題は、数回のマッピングやテキストを読み込み、アドバンスコースへの参加さらに日本での研修補助を行うことで次第にクリアにすることができた。しかし、これから日本のマッパー達を育成しサポートしていく立場にある私にとって、最大の不安は自分自身のマッピングスキルがどの段階にあり、解釈が誤ったものでないかということであった。今まで、イギリスの先生から口頭やメールでのアドバイスは頂いていたものの、直接にマッピングの信頼性テストを実施しておらず把握できていない状況にあった。

そこで、第 3 回基礎コースの為に来日された際、一緒にマッピングをする機会を作ってもらいと依頼し、2005 年 2 月 5 日にポール・エドワード氏とのマッピングを行う機会を得た。ここでは、1 時間のマッピングとその信頼性テストの実施を行った。利用させていただいた施設からも 1 名マッパーが参加し合計 3 名でマッピングを行い、その施設スタッフ(マッパー)、マッピング結果をフィードバックした。ポールとのマッピングの実施により、自分の解釈について再確認することができただけでなく、今度マッパーをサポートしていくための視点も教えていただくこととなり、大変貴重な経験であった。この機会を与えてくださった、Dawn 教授、Poul 氏、水野先生、認知症介護研究・研修センターの担当者の方々、通訳の中川さんには大変感謝している。

マッピングは A 老人保健施設にて 4 名の利用者を対象に 1 時間のマッピングを行った。一致率は 68～80%(平均 73%)であった。不一致だった点は、コード違いとマッピングする位置により観察できなかった点であり、WIB の判断には大差は見られなかった。

信頼性テストを行うにあたり、以下の点について配慮するべきであると学んだ。

1、 判断に困るBCCコードの判定について

例えば、この時は風船バレーについての解釈であったが「J」とすべきが「G」とすべきかなどどちらともとりうるコードについては双方で話し合い、検討しお互いが納得することができれば一致とみなしてもよいということであった。結局この場合は、ポール氏より風船バレーは全身を使っているためコード「J」であるという意見に対し、マッピング中にすっかりこのことを忘れてしまい「G」と判断してしまったが私自身も「J」であると納得できたため一致とした。このようにどちらのコードか判断に困る場合は、利用者に対するこれ以上の情報が得られなければ双方で検討しお互いが納得すれば一致であり、この話し合い決定していく過程が重要である。

2、 信頼性テストを行ううえで最も問題とすべきこと

著しいWIBの違いやBCC違いについては十分な話し合いと検討が必要である。BCCについて例えば、タイプ1に属するカテゴリーとタイプ2に属するカテゴリーとでは明らかに不一致であり問題とするべきである。また、一致率 70%以下の場合も話し合いを行い自分の弱点を知り克服していく必要がある。

3、 信頼性テストの捉え方

信頼性テストを行うにあたり、私達は一つ一つのWIBやBCCが一致しないと不一致であり、本の些細な不一致であるWIBやBCCについても十分に検討していかなければならないと考えていた。交流会・研修会においても、これは日本人の特性と言うべきだともうが完璧なマッピングが必要であると捉えがちで、5 分という時間枠のコードが正確に一致することを求める傾向にあった。しかし、今回マッピングを行い上記1、2について十分に配慮することが優先であり、これ以外の一つ一つのWIBやBCCの違いはそれ程気にする必要がないことを学んだ。

信頼性テストの実際で、双方の時間がずれ、評価したWIBやBCCが異なってしまった場合や 5 分間の中でBCCの決定に迷い何とかBCCを選び出し「これ」と判断しなければならないことに対して、不一致であることが多い。このような場合、それぞれのマッパーがルールや解釈がDCMの評価過程に基づいているのであれば決して間違っているわけではない。これらを判断した根拠を示し評価したことを話し合い共有していくことが重要である。

この件について、ポールからは、これらのデーターは、何時間というマッピングの中でこの些細な違いがどのくらい影響を与えているかを考えるように言われた。これらのデーター何時間というマッピングの中ではほんの少ししか影響を与えておらず、全てを完璧に正確にマッピングすることではなく、マッピングすることでどのような意味が

あるかを考えていくことの方が必要であることのほうが重要であることを学んだ。

上記の点についての学びは、これからマッピングや信頼性テストを行っていくうえで大変重要なポイントであったように思う。これらの観点の他に、PEやPDについてもしっかりと記録し、お互いに話し合っていくことも必要であることを学んだ。DCMを行う際、特にフィードバックでは、PEをいかに返していくかが重要とされ、マッピングを受けたスタッフへのDCMの印象も変わってしまうことにつながる。交流会でもフィードバックについて今後検討していく予定となっているが、正しくPDやPEを記録し評価に生かしていくこともマッパーにとって重要なスキルの一つではないかと考える。現在の交流会・研修会ではWIBやBCCの一致についてのみ重点が置かれ見落としがちであるため、PDやPEの評価についても検討していく場を設けていきたいと思う。

今回のマッピングを通し、自分自身のマッピングスキルの現状を把握することができた。そして、何とか 70%の一致率を確保できたこととでこれからのマッピングやマッパーサポートへの弾みとなった。マッパーにとって身近な存在としてこれからも活動が続けていきたいと考えている。また、これらの学びを交流会や研修会を通して日本のマッパーに伝えていきたいと思う。

認知症介護研究 ～平成１６年度報告書～
平成１６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１７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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

平成 15 年度 DCM 基礎資格取得者の活動
(学会報告・取り組みなど)

平成 15 年度 DCM 基礎資格取得者の活動
(学会報告・取り組みなど)

文責：水野 裕

平成 15 年度に DCM 基礎資格を取得したマップパーは、38 名であり、平成 16 年度は、20 名が取得した。最初の 38 名は、自施設や近隣で DCM を実行し、悩みながらもパーソン・センタード・ケア(その人を中心とした介護)を実践しようとしている。その過程の中で、施設内での、受け入れられることの難しさ、上司や施設長との意見の食い違い、ブリーフィングやフィードバックでの説明の仕方など多くの困難にぶつかったと思う。そこで、日比野氏が報告したような、交流会の輪が自然と始まり、相互に助け合うこととなった。その場で、皆が振り返ることとなったのは、やはり DCM 法はただ、マップをして、できたできないを言うのではなく、やはりパーソン・センタード・ケア(その人を中心とした介護)を実践するため、認知症介護の質の向上を目指すために行っているのだという原点であった。

ここに示したものは、平成 15 年度に研修を修了した、マップパーたちの活動報告である。学会報告や大学での論文まで含まれているが、研究のための研究ではなく、実践をしていく過程での研究であることは皆自覚していることと思う。研修会を開催するまでは、リーダーである私や公式なパートナーである、認知症介護研究・研修大府センターがリードしてきたが、これからは、58 名のマップパー一人一人が日本の認知症介護の質の向上のために、自分には何ができ、何をすべきかを自ら考え取り組んで欲しい。

1. DCM を用いて「ユニットケアにおける、コンタクトパーソン導入」に関する評価を行う 上田宣子 (DCM 基礎コース第 1 期修了)
2. 認知症高齢者の感情表出に関する研究－PDC を活用して－NPO 法人痴呆ケア研究所／常磐大学大学院修士課程小倉 久美子 (DCM 基礎コース第 1 期修了)
3. 認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping = DCM) の実践報告自施設への導入を実施した成果と課題 介護老人保健施設 青い空の郷中西 誠司 (DCM 基礎コース第 2 期修了)
4. DCM 活動報告書 ～ 最近の取り組み 村田 康子 (DCM 基礎コース第 2 期修了)
5. 痴呆性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－Changes of Behavior by Aroma massage for Elderly with Dementia－ Evaluation that uses Dementia Care Mapping method ー八木澤 良子 (DCM 研修 1 期修了生)

補足：病院における痴呆ケア評価 (Dementia Care Mapping : DCM) 法の活用と課題；高齢者包括医療病棟での一年間の取り組みを振り返って、第 5 回日本痴呆ケア学会大会、新潟、2004 年、日比野千恵子 (エヴァリュエーターマッパー、国立長寿医療センター)

DCMを用いて「ユニットケアにおける、コンタクトパーソン導入」に関する評価を行う。

第1期生 ベーシックコース修了

上 田 宜 子

2003年4月、介護報酬引き下げの対策として、全国の多くの特養が取り組んだ介護職員数の削減は、介護の質の低下を招くことが懸念された。今回の調査対象施設としたM特別養護老人ホーム（以下M特養という）は職員削減策を行ったが、同時に質の低下防止策として「介護職員数を削減してもケアの質を落とさない試行として『コンタクトパーソン（以下CPという）』導入」の取り組みを行った。

そこでCP導入は、職員削減と介護の質の向上の両立を可能とすることができるのかを調査するため、DCMを用いて導入前後のユニット内での利用者のケアの質の評価を行った。

1. 調査施設

対象施設は1995年に開設したM特養で、入所定員54名・短期入所定員16名、という小規模施設である。

2. 調査対象者

M特養の4つのユニットの内、混合ユニットの中から4名の認知症の利用者（以下対象利用者と称する）を選定し調査を行った。

対象利用者は次の人達である。

NK氏女91歳(介護度Ⅰ)、YT氏女80歳(介護度Ⅱ)、SY氏男82歳(介護度Ⅲ)、MK氏女91歳(介護度Ⅳ)

3. 調査方法

6時間という調査時間がとれないため、デジタルビデオカメラ3台を用いて、内2台を固定する非参与観察法、1台をフリーで撮影する参与観察法とした。対象利用者の撮影はCP配置前6日間、CP配置後6日間とした。

4. DCMによるCP導入前後の比較検討

各行動の抽出は、撮影したビデオテープを再生しながら、DCMを用いて、対象利用者が、介護者、仲間、環境との関わりの中でどのような状態にあるかを観察した。

ビデオ映像から抽出した各対象利用者のデータ、一人、1日120分、平均25コマ、6日分を行動カテゴリーコードに分類し、さらにWIB値毎にCP配置前後の6日間を集計し、各々のトータルを前と後で比較し検討した。

対象利用者4人の内3人は、CP配置前では周囲への無関心(C)、あるいは周囲への関心はあるが受身(B)であるという、消極的な生活状況が多く確認された。CP配置後は、周囲との交流の生起数が増加し、中でも直接のコミュニケーションの生起数(A)が倍増しておりこれらのことからCP配置後は明らかに生活全体が活性化されている様子がわかる。WIB値もill-beingからwell-beingに明らかに移行している。

5. 調査結果の考察

1) 行動全般の検討

対象利用者4人の内、MK氏は重度認知症であり、意思の疎通がなくCP配置前は「顔をなでては『イエイ』という言葉を繰り返し発語する(W)以外、無反応な人である」と職員は認識しており、調査結果もカテゴリー(W)が調査時間枠の大半をしめていた。CP配置

後のユニットにおいて、周囲の人達の笑い声や雑談、挨拶、という“楽しい人の声が聞こえる”日常の中では、配置後は職員の動きを目で追いかけたり、笑い声に振り向いたり（B）周囲への関心が調査時間枠中の約 1/3 確認できた。このことは例え重度認知症の人であっても“快”の感情を誘発する刺激（CP）は、質の向上に不可欠のものであることがいえよう。また、CP 配置前は、MK氏を除く 3 人は車椅子の自力操作（K）は 3 コマであったが、CP 配置後は（K）16 コマ確認できている。“行きたい場所”へ自分で“移動”するという行為は、その人らしい生活への意欲の現れであるといえる。CP は特に何かをする人ではないが“常に居る”ことによって、安心感があり、周囲での積極的な声かけや関わりが雰囲気を感じられることによって、間接的に感情を表出するきっかけが生じたものと考えられる。

CP の配置は、ユニットと、ユニットに暮らす利用者の生活の活性化に有効であるといえよう。

2) 調査方法の検討

観察者は、ベーシックコース 1 期生の人と 2 人で 2 日間にわたり信頼性テストを行ったが、結果、信頼率は 61%にとどまった。内容的には、BCC の不一致が多く、WIB 値のみの一致度は 69%であった。

「Evaluating Dementia Care The DCM Method」第 7 巻のテキスト序文において『徹底した経験主義』とするされているが、行動カテゴリーの分類については自信がないことから、4 人のデータ処理は個別 WIB 値プロフィールで時間枠の合計数のみをグラフで表す方法を用いた。

ビデオテープを再生して観察する手法については、3 方向から撮影したビデオテープを再生し、同じ場面を 3 方向の角度から 3 回マッピングし、BCC、および WIB 値の相違ができた場合再度再生し決定した。自施設であることからマッパーである観察者は対象利用者の多くの情報があることから、ビデオテープ再生という方法を用いた。再度再生して確認できるという利点はあるものの、対象利用者の情報量に限界がある他施設では不可能であること、臨場感に欠けることから、マッピングは直接現場で経験を積むことの大切さを痛感した。

III 結論

本研究は介護報酬削減という、特養にとって今までにない施策に試行錯誤したこと、今後の介護のあり方も含めて、CP 導入という取り組みの前後を行動観察し、DCM により認知症の対象利用者の心理的变化と、行動の変化、並びに介護者の関わりについてデータ処理した結果、以下の知見を得た。

- 1) 特養利用者（認知症）の行動は、周囲の雰囲気に大きな影響を受け、かつ介護職員の関わり方によって ADL さえも大きく左右されるものであることが数値として見えてきた。
- 2) 重度認知症の人であっても、周囲からの積極的な声かけや、関わりによって、“快”の感情を誘発する刺激は自発的行動に結びつくことが確認できた。
- 3) CP 導入によって、個別ケアが復活し、利用者の生活が活性化され、その結果としてユニットが“生活の場”としての機能を取り戻すことができたことから、CP は利用者にとって大切な役割を持つものであることが共通理解できた。

以上、DCM による調査ならびに評価結果から、ユニットにおける CP の導入は、利用者の活性化という明らかな効果を確認することができた。

認知症高齢者の感情表出に関する研究 －PDC を活用して－

NPO 法人痴呆ケア研究所／常磐大学大学院修士課程
小倉 久美子(DCM 基礎コース第1期修了)

1. 研究目的

本研究は、ケア提供者と認知症高齢者の相互作用から、認知症高齢者がどのような感情を抱いているか、またその感情をどのように表出しているかを明らかにすることを目的としている。

2. 研究方法

1) 対象者：I 県H特別養護老人ホーム入所中の認知症高齢者 21 名で、平均年齢は 87 歳 (SD5.3) である。平均要介護度は 3.47、痴呆の程度は FAST で 4 ～ 7 D であった。一方、対象となったケア提供者は 23 名 (看護師 2 名、介護職 21 名) で、平均年齢は 34.6 歳 (SD11.4)、痴呆ケアの平均経験年数は 37 ヶ月 (SD34.0) であった。また、痴呆に関する研修を受けている者は 4 割を占めている。

2) 調査期間：平成 16 年 3 月 4 日から 25 日のうち 10 日間であった。

3) 調査方法：①相互作用場面の参加観察；主にディルームを観察の場に設定し、午前 10 時から午後 3 時の時間帯でケアスタッフと認知症高齢者の対応場面を観察しプロセスレコードに記述した。②相互作用場面終了直後のインタビュー調査；相互作用場面観察終了後に、認知症高齢者とケア提供者へ「現在の気持ち」に関するインタビューを行った。

4) 倫理的配慮：利用者に対しては口頭で、家族からは書面で同意を得た。ケア提供者に対して、口頭と書面で同意を得た。

5) 分析方法：プロセスレコードと、DCM (パーソン・センタード・ケア) 法の PDC (個人の価値を低める行為のコード) を利用し、ケア提供者の行為と認知症高齢者の感情 (表 1) を、その表出方法と内容から分析した。

表 1 感情 (情動) のカテゴリー ¹⁾

快	喜び	嬉しく思うこと
快－不快	驚き	びっくりする。予期していないことがおこった。短い感情
不快	悲しみ 怒り 恐れ 嫌悪	自分の力ではとても及ばないと感じるせつなさ。失望・絶望 いらだち。腹立ち。腹をたてる 恐ろしく感じる。怖がる。不安 不愉快に思う。顔をそむけたくなる

3. 結果

相互作用場面数は 34 場面であった。一場面約 1 ～ 5 分であり、次の行動への誘導場面が多くを占めていた。観察した 34 場面のうち PDC に相当するケアが見られたのは 26 場面 (76%) であり、この 26 場面に関わったケア提供者は 23 人

中 18 人(78%)であった。また、26 場面の中でみられた P D C に相当するケア提供者の行為は 47 回に上っている。これを P D C の 17 項目にあてはめて整理した結果が図 1 に示す通りである。一番多く認められたのは「強制する」で 11 回、以下、「わかれとうしない」10 回、「急がせる」「人扱いしない」「中断させる」が各 4 回などの順となっている。

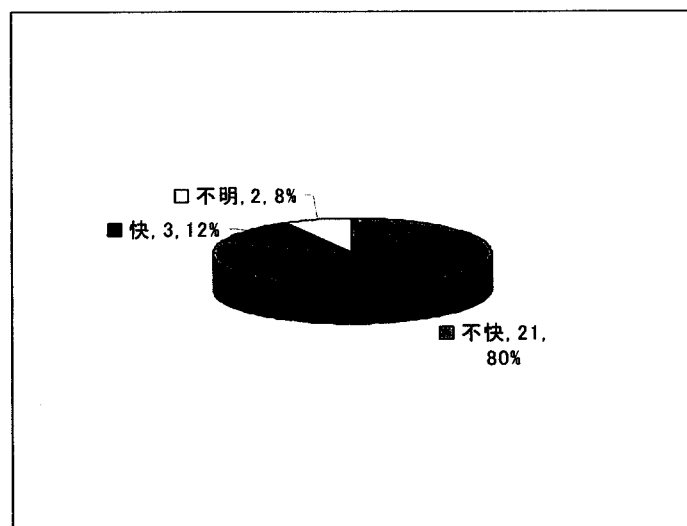
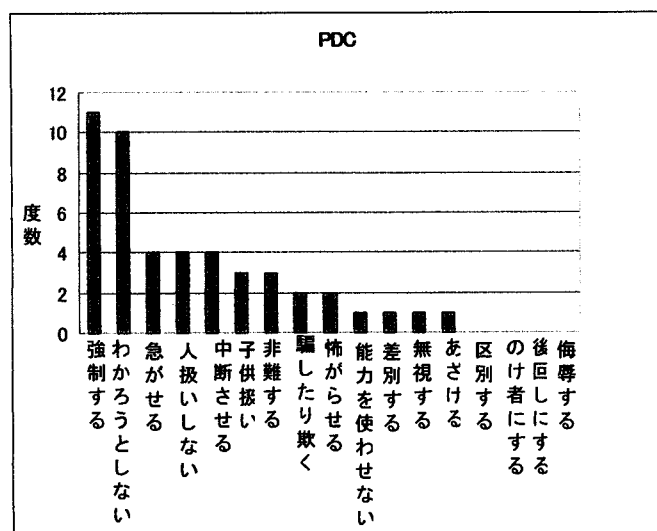


図 1 相互作用場面で観察された PDC の頻度

図 2 PDC があった時の痴呆性高齢者の感情

一方、認知症高齢者はそうしたケア提供者の行為に対して素直に従うものの、事後のインタビューに対しては多様な感情を訴えており、34 場面中 28 場面 (82%) に上っている。また、そこで表出された認知症高齢者の感情を、表 1 を用いて分類したところ、「いやだった」「人のことを馬鹿にして」などの不快感情は 23 場面 (68%)、「うれしかった」「よくしてくれるよ」など快な感情表現は 5 場面 (15%) となっている。さらに、P D C がみられた 26 場面に限ると「不快」は実に 21 (80%) を占めている (図 2)。

4. 考察

ケア提供者の PDC についてであるが、一般的なコミュニケーション場面において、人の価値を低める行動忌避するという社会通念があるにもかかわらず、実際のケア現場ではこれに反する行為がなされていることが明らかとなった。その要因は第一に、安全を最重視するケア対応が、結果として PDC につながっていることが考えられる。櫻井ほか(2003)²⁾の報告においても、PDC は危険回避のために急な立ち上りを制止する「強制」が多いと指摘している。第二に、ケア提供者の目的に合わせてケアが行われていることが、結果的に PDC につながっていると推測される。第三に、認知症の理解不足そのものが PDC につながっている。認知症イコール「何も分からない人」といったレッテルを貼り、尊厳ある一人の人間としての「その人らしさ」をみていないために、PDC がみられることが考えられる。

つぎにケア提供者のかかわりに対する認知症高齢者の感情について考察してみる。

長谷川・今井(1990, 50)³⁾は「痴呆性高齢者は記憶と知能の神経細胞がやられているが、知能に替わる機能として感情的に鋭敏となっているのかもしれないと思わせるぐらい、感情的に敏感のように思う」と重度の認知症高齢者でも感情は残ると指摘している。さらに、矢富(1996, 75)⁴⁾は「痴呆症が進行すると他者に関心を持たなくなり、重度になれば自分が体験したことや感じた情動、それに関連した知識を相手に伝えようとするのが少なくなりコミュニケーション行動そのものが減少する」と自発的に人に伝える能力が低下していることを指摘している。つまり、重度の認知症高齢者は、最後まで感情は残るが、それを自ら伝えることが困難となっているのである。ケア現場では、認知症高齢者との会話において、「話が通じない」「言っても分からない」と多くのケア提供者が考えており、現存能力が正しく見極められないままケアが遂行されることが少なくない。Ekmenら(1988, 185)⁵⁾の「痴呆性高齢者は自己決定ができないと考える看護師が多い」という指摘は、そうしたケアの現状に対して警鐘を鳴らしている。認知症高齢者は感情を表出できないとケア提供者が考えているために、実際のケアは認知症高齢者の感情の表出にまで至らないまま繰り返されているのである。

しかし、今回の認知症高齢者に対するインタビューの結果から、82%の認知症高齢者が感情を表出しており、たとえ重度の認知症高齢者であっても感情を表出できることが示された。自発的な感情表現は難しいが、「聴かれる」ことを通して感情を言葉で表出することが可能となるのである。

また、認知症高齢者はケア提供者の促しに「はい」と従うことが多く、一見納得しているようにも感じられるが、実は不快な感情を持っていたことが明らかにされた。PDCがあった場合、表出された不快感情は80%を占めている。それは、長谷川・今井(1990)が指摘する感情の鋭敏性につながる。繊細な気持ちの持ち主である認知症高齢者とかかわるとき、ケア提供者の姿勢もまた繊細でなければならないということであろう。

5 結論

認知症高齢者はケア提供者のかかわりに対して、さまざまな感情を抱いており、その感情の多くは「不快」感情である。そこにはケア提供者のPDCが関連している。しかし、認知症高齢者はその感情をストレートに表出できない、あるいはそれを表出するチャンスが与えられていないことが明らかになった。ただそれは、ケア提供者が「聴く」というかかわりをとることで、大きく改善されるのである。それは、従来の「自らの感情を伝えられない」認知症高齢者観の見直しを迫るものであり、ケア提供者が認知症高齢者の現存能力を正しく理解し、それを生かすケアの重要性が示唆された。

なお、本研究の概要は、「日本老年看護学会第9回学術集会 2004/11」で口演発表した。

引用文献

- 1) P.エクマン, W.V フリーセン, 工藤力訳編(1987): 表情分析入門, 誠信書房, p 42-52
- 2) 櫻井ほか(2003): DCM 手法における PDC の抽出, 第 4 回日本痴呆ケア学会抄録集,
- 3) 長谷川和夫, 今井幸充(1990): 老年痴呆とは何か, 日本看護協会出版会, 50
- 4) 矢富直美(1996): 痴呆性老人のコミュニケーション行動, 看護研究, 29(3), 71-79
- 5) Ekmen SL, NorbegA(1988): The autonomy of demented patients, Interviews with Caregivers, Journal of medical ethics, 14 185

参考文献

高齢者痴呆介護研究・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めざして～パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング～日本語版初版、愛知（2004）, p 55

認知症ケアマッピング

(Dementia Care Mapping = DCM) の実践報告

自施設への導入を実施した成果と課題

介護老人保健施設 青い空の郷
中西 誠司 (DCM 基礎コース第2期修了)

はじめに

2004年2月に認知症介護研究・研修センターで実施された、「パーソン・センタード・ケア（以下 PCC）と認知症ケアマッピング（以下 DCM）ベーシックコース」を受講した。5日間の研修で PCC の理念と、DCM の基本的な使い方についての講習を受け、私が勤務する介護老人保健施設 青い空の郷で2004年2月から展開している。この報告では、導入からの一年間を振り返り、2005年3月までの経過を報告する。

施設での DCM 研修の報告会

DCM 研修を受け、報告書を作成した。報告内容としては PCC の理念、認知症の方にとっての「よい状態」「悪い状態」、DCM の目的、DCM の使用方法などであった。認知症介護研究・研修大府センターで作成されたリーフレットと、私が研修の内容をまとめたレジュメを使い、施設長、療養部長（看護・介護の責任者）に説明・報告を行った後、さらに主任会で簡単に報告した。この報告会を受け、DCM について次年度の当施設の事業計画に「これからの介護の質の向上に向けて、取り組みの一環として、DCM を施設内に導入できるように検討する」という方針が盛り込まれた。

DCM の実施から前半の動き

2月からマッピングを開始した。最初に試行のために2時間のマッピングを行った。このマッピングでは、私自身が実践で使うスキルの確認と、現場での位置取りや対象者の反応ほか、実施上の確認を行った。その後、6時間のマッピングを2月・5月・6月と行ってみた。このマッピングから疑問点がいくつか生じたため、DCM の研修で講師をしていただいた日比野氏に当施設まで出向いてもらい、疑問点の確認や信頼性の確認をする機会を得た。これらから、実施している DCM を再検討する機会となった。

ビギナーマッパーが施設内で得た効果と直面した問題

施設で提供する介護の質の改善に関して DCM の有効性を感じながらも、マッパー自身が直面したいくつかの問題があった。以下にまとめる。

効果的だった側面

- DCM では対象者の行動がコードにより整理された形でまとめられるので、対象者の特定の時間の行動のパターンがスタッフに伝わりやすかった。このために、フィードバックの内容の一部が具体的に対象者のケアプランに反映できる形となった。対象者に対する「よいケア」「よくないケア」を話し合う機会が多少もてたので、ケアを振り返る機会になり、フタッフの中には自分の提供しているケアや PCC について考えるスタッフもいた。

課題に残った側面

- フィードバックの内容が表面的に伝わり、PCC の理念を検討するまでの内容に至らなかった。スタッフの理解力には大きな開きがあり PCC に対する共通認識を持つことには至らなかったが、PCC に考えが向かないスタッフに対し修正することが難しかった。
- ブリーフィングの時間が十分にとれず、DCM の実施やフィードバックに対するスタッフの抵抗感があった。(DCM が何のために行われているのか理解できていないスタッフが多数いて、監視されているような誤解があった?)
- マッパー自身はマッピング以外の本業があるために、6 時間のマッピングをするには時間の確保が難しかった。
- マッパーがスキルとして適正にマッピングできているかどうかを確認する機会がなく、信頼性が疑われた。

後編の動き～痴呆ケア学会での報告と DCM リフレッシュセミナー、その後～

9 月に行われた痴呆ケア学会において、導入から、効果と課題までを報告した。さらに、10 月のリフレッシュセミナーに参加した。これらへの参加においてマッピングのスキル確認と、他のマッパーとの情報交換ができた。特にブリーフィングやフィードバックに関しての情報交換は有効なものとなった。この機会を以って、当施設での効果的な DCM の活用を検討しなおした。また、スキルアップを図るため、他のマッパーの協力も得て、12 月に横浜で催された第 1 回の研究会に参加した。このとき初めて他施設でのマッピングを経験した。また、他のマッパーのフィードバックの様子も見ることができた。2 月にはシルバー研究所主催の研究会に出席し他のマッパーと現状と課題について討議することができた。また、このとき出席していたブラッドフォード大学の DCM 研究グループの Dawn 氏らからも、DCM を効果的に進めるための示唆を受けることがで

きた。

今後の展開

前半の経過から、浮かび上がった課題に対して改善できる点のいくつかは具体的な対応を実践することとした。

現在、PCC を施設のケアに反映するためにブリーフィングを再び行っている。今回は、時間をかけ職員全員に PCC と DCM が理解されるように研修の形をとっている。ブリーフィングをじっくり行うことで、PCC の理念を再確認すると共にマッピングやフィードバックへの抵抗感をなくすことをねらいとしている。

また、スキルの向上については、昨年 12 月から始まった、研究会へ継続的に参加すること、インターネットの活用により情報交換することによりある程度は担保していこうと考えている。第二回は当施設で他のマッパーを招いて 3 月に行った。

平成 17 年度はできれば一月に一度のペースで DCM を実施することで、スタッフが DCM にも慣れ、また、私自身がスキルの向上を図り、フィードバックの内容が質の向上につながればと考える。

DCM活動報告書 ～ 最近の取り組み

2003 年度 DCM 講習会 2 期生 村田 康子

1. はじめに

私は、これまで作業療法士として、認知症の高齢者の方々に会う機会も多く、その人らしさを大切に生活や活動の維持・回復を少しでもお手伝いしたいと願ってきました。3 年前に、友人の紹介で『Dementia Reconsidered』を読み、Kitwood 氏の考え方に惹かれ、折しも雑誌で DCM を紹介する記事を読み、すぐに大府センターに連絡を取り、DCM 講習会に応募しました。そして、幸いなことに、2004 年 DCM 基礎コース講習会 2 期に参加する機会を得ました。

2. DCM 第一歩

初めて DCM を実施したのは、私が週 1 回非常勤で関わっている老健でした。介護主任に資料を見せながら DCM について説明し、実施の了解は得たものの、ブリーフィングの時間も取れないまま、人選についてはフロア主任に委ねる形で、マッピング実施となりました。初めての 6 時間マッピング、徘徊される方もいて、参加者を見逃さないだけでも必死でした。フィードバックの時は、主任を含む数名しか参加できず、私自身も初めてのフィードバックで要領を得ず、個人 W I B スコアの低さや P D が多いことなど改善点にばかり注目した報告だったように思います。スタッフはうなずきながらも、意気消沈した様子で、今思い出しても反省点ばかりです。このときの経験から、DCM ではマッピングだけでなく、ブリーフィングからフィードバックまでの一連のプロセス、とりわけフィードバックの質で成果が左右されることを学びました。

3. DCM をもっと学びたい

特にフィードバックについてもっと学びたいと思い、2004 年 7 月にシドニーに行き、オーストラリア滞在中の友人の協力を得て、上級コースを受講しました。マッピング、ブリーフィング、フィードバックそれぞれに、一定程度明確になった気がしました。

中でも印象に残ったのは、“Positive Person Work” で、認知症をもつ方達に対してだけでなく、ケアスタッフに対して強調されていたことです。マッパーが肯定的・支持的な姿勢で臨むことで、信頼関係が築かれると共に、ケアスタッフの意欲や能力が引き出され、ケア全体の向上につながっていくのだと思いました。

2004 年 10 月、京都でのリフレッシュセミナーに参加後、12 月には東京で自主勉強会を協力して行い、2005 年 2 月にはシルバー研究所主催の DCM 講演会にも参加させていただくなど、学び続けています。

4. DCM に取り組む

上級コース受講後、本格的に DCM に取り組み始めました。デイサービス・

デイケア・グループホーム・特養・老健など7施設でDCMを実施する他、信頼性テストなどの短時間マッピングを加えると、マッピング時間は100時間を越えることになります。

ブリーフィングとフィードバックは（現実的な制約もあり）、施設ごとに実施形態が異なり、例えば、職員研修会、ケアカンファレンス、フロアミーティングなどを利用して行い、1時間程度が大半でした。ブリーフィングに十分な時間がとれない、あるいは参加できないスタッフもいることを考慮して、フィードバック前半にPCCとDCMの説明を行い、後半に、今回のマッピング結果について報告しました。フィードバックを2回行った施設もあり、フィードバックに参加できないスタッフのために要約を配布する、資料を貸し出す他、施設からの希望で、フィードバック場面をビデオに撮ったこともありました。

5. 第三者マッパーとして～その利点と問題点

私の場合、施設外から第三者的にケアの場に入り、DCMを実施することが多いのですが、施設内のマッパーとは異なる立場での利点と問題点があると考えています。

まず利点としては、第三者として中立的な立場をとることができ、ケアスタッフもあくまで第三者の目から見てこのように見えるということで、フィードバック内容を冷静に受け止め易いのではないかと思います。

その一方で、問題点としては、第一に、フィードバックをいつ、どのような場を使って行うかということがあります。ある施設では職員研修会として、ある施設ではケアカンファレンスやフロアミーティングの場で、と様々で、人数は集まったけれど、当該フロアのケアスタッフがあまり参加できていなかった時もありました。窓口となるスタッフから施設の状況をよく聞いて、設定することが重要だと思いました。

第二には、施設との関わりが単発的になりがちで、実際のケアを変えていくところまでは至りにくいことです。1回のブリーフィングやフィードバックでは、参加できるスタッフが限られており、PCCやDCMについての理解が施設全体に浸透するには不十分です。DCMが発展的評価であるという意味でも、マッパーが継続的に施設に関わる必要があります、そのような位置をどのように確保するかが一つの課題であると考えます。

6. 最近の取り組み

- ①アンケート実施：DCMを実施した施設では、フィードバック参加者に、アンケートをお願いしています。「DCMはどのような点でケアに役立つと思いますか」という7件法で回答する10項目の質問のほか、自由に感想、疑問、意見を書いてもらっています。回収率は必ずしも高くありませんが、私自身へのフィードバックになります。
- ②インタビュー実施：フィードバックに参加し、DCMに強い関心と期待を寄せてくださるケアスタッフの方達が少なくありません。なぜDCMはこのよ

うにケアスタッフに受け入れられるのか？ケアスタッフのどのようなニーズに応えることができるのか？一歩踏み込んで話を聞きたいと考え、ケアスタッフへのインタビューを始めました。DCMが、ケアスタッフにとってどのような意味を持つか？どのような点でケアに役立つか？また、マッパーがどのような形で施設に関わることが望ましいと思うか？など語ってもらっています。DCMについて考える上で、私自身はとても参考になっています。

7. おわりに

今後は、これまでにDCMを実施した幾つかの施設に継続的に関わり、フォローアッ

プを行っていく他、アンケート・インタビューをはじめDCMに関する予備的研究を行ったり、また、マッパーやケアスタッフの方達といっしょにDCMについての交流会や研究会も行っていきたいと考えています。

平成 15 年度 DCM 研修終了後の活動報告

DCM 研修 1 期終了生

八木澤 良子

広島国際大学看護学研究科の修士論文作成で、評価法として DCM 法を用いた。

テーマ：痴呆性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—

Changes of Behavior by Aroma massage for Elderly with Dementia

— Evaluation that uses Dementia Care Mapping method —

〔研究目的〕

施設入所の痴呆性高齢者がアロママッサージを受けることで、どのような反応、行動がみられるか、他者との関係に変化はみられるかを、痴呆ケアマッピング法により評価し、痴呆性高齢者の Well-being を高める為の看護ケアとして有効であるかを検証する。

〔研究方法〕

①研究デザインは、複数事例の準実験研究。②対象者は介護老人福祉施設入所の 10 名で、痴呆性老人の日常生活自立度でⅡa~Ⅲb に判定された者。③データ収集期間は、2004 年 6 月 28 日~7 月 29 日。④データ収集方法は、DCM 法により、1 日目は 10 時~16 時まで観察のみを行い、2 日目から 4 日目は昼食後と夕食後にアロママッサージを施行し、施行時の観察を行うと共に 1 日目同様の 6 時間の観察も行った。⑤分析方法は、DCM 法によって得られたデータを、個人別、カテゴリー別にスコア化し、量的な変化を見ると共に、行動カテゴリーの内容と特記した内容、アロママッサージ施行時の反応から、アロママッサージとの関連性について検討した。⑥倫理的配慮として、対象者と家族に口頭と文書で研究内容を説明し、同意を得た。

〔結果・考察〕

同意を得て計画を実施した対象者は 10 名で、うち 9 名にアロママッサージを施行し、1 名は行動観察のみであった。1 日毎の平均 WIB 値の変化では、アロママッサージ施行前（1 日目）と最終日を比較すると上昇したもの 5 名、変化のないもの 2 名、下降したもの 2 名であった。施行しなかったものは変化がなかった。WIB 値の変化にはケアスタッフの対象者への価値を低める行為や高める行為が関連していた。アロママッサージ施行時の主な反応としては、入眠する者、思い出を語る者、発語が促された者、手をしみじみと見たり、擦ったりする者、それぞれの反応が見られた。匂いの反応としては、6 名があったが、日に

よって違いがあり、その時の心理状態でも変化するのではないかと考えられた。

コントロール群がない研究方法に対する批判があるが、痴呆性高齢者は様々な疾患を持ち、生活歴も多様であり、痴呆の程度も、内的世界も違う。誰かと比較することはむしろ妥当な方法とはいえない。DCM の基本理念であるパーソン・センタード・ケアは、その人を中心としたケアを目指しており、一人一人に有効であるかどうかを見るためにも、本研究で実施した DCM 法によって一人一人の経時的な変化・プロセスを詳細に見ていく方法論の正しさが検証できたといえる。

行動観察は主観的すぎるという議論に対しては、DCM 法では、一つ一つの行為をマニュアルにて具体的に示しており、その基準をもって観察・評価している。本研究では数値だけでなく具体的な記述も行っている。看護や介護の現場では、主観は非常に重要な観察ツールである。計測器で測定して初めて異変に気付いても遅いのである。特に痴呆性高齢者は適切に自己表現することが困難な場合が多い。DCM 法で 6 時間という長時間継続した観察により、その変化のプロセスが多くの情報を持って明らかにされる為、信頼性の高いものであると考える。

〔結論〕

アロママッサージは、施行後に良い行動の変化をもたらし、痴呆性高齢者の Well-being を高める為の有効なケアの 1 つであることが示唆された。また、DCM 法によって、対象者それぞれの詳細な行動パターンが抽出され、行動の変化の要因となるものが具体化された。以上のことより、痴呆性高齢者のケアの質の評価として DCM 法が有効であることが示唆された。

研究の限界としては、対象者が限定されていること、アロママッサージと他のケアとの関連や行動変化の要因の究明が厳格になされていないこと、アロママッサージ施行時の行動変化と生理学的指標による関連性についての言及ができなかったという限界を持っているが、今後の課題として研究をすすめていきたい。

第5回日本痴呆ケア学会大会

病院における痴呆ケア評価 (Dementia Care Mapping: DCM) 法の活用と課題;
高齢者包括医療病棟での一年間の取り組みを振り返って

国立長寿医療センター
日比野千恵子

当病棟では、痴呆の程度に関らず、急性期から終末期までの幅広い包括的なケアの提供を行ってきた。そして、ケアの妥当性や質を評価する際、主観的な部分に頼るほかになく、従来ケアそのものを客観的に評価する方法は存在しなかった。

そこで、パーソン・センタード・ケア (PCC) の理念を持ちケアそのものを客観的に評価できる DCM 法の導入を試み継続的に実施した。その結果、効果や医療施設での活用についての課題が見えてきたため報告する。

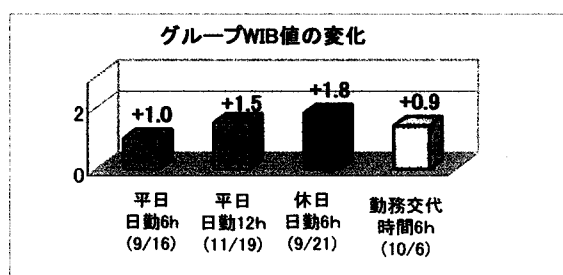
I、研究方法

DCM 法に基づいたデータ収集 (マッピング)、フィードバックを定期的に行いケアの質とスタッフの意識の変化について調査する。

II、結果

マッピングを各勤務帯 (平日日勤、休日日勤、各勤務交代時間) 各 6 時間と平日日勤帯に 12 時間実施、フィードバックを各マッピング翌日に簡単に、後日により詳しく (2 回) 実施した。

1) 平日日勤帯における施設全体の痴呆患者の状態を示す値 (グループ WIB 値; group well-being ill-being value) の改善が見られ患者がよい状態で過ごす時間が増加した。(グラフ参照)



2) 人の価値を貶めるコード (PDC; personal detracting code) の減少と内容の軽度化。特に「無言でケアを開始する」など今まで何気なく実施していた患者の価値を貶めるに値するケアの改善が見られた。

3) フィードバックに参加したスタッフから DCM 法への理解とケアへの認識の向上がみられた。

III、考察

PCC の概念に沿ったフィードバックの実施により、スタッフは自己のケアが患者にどのような影響を与えられていたのかを明確に知り意識の変化へとつながった。そして、

WIB 値やPDC の改善を図ることになったと考える。DCM 法によって得られた詳細なデータはケアの問題点や改善された点の根拠として示すだけでなく、データに基づいたアセスメント法はスタッフ教育や家族指導へも大いに活用できるのではないかと考える。しかし、DCM 法の様々な場面での活用が期待できる反面、今回の取り組みを通し 1) 入院期間が短いことより適切な時期でのフィードバックの実施ができない2) スタッフの入れ替わりが多くありDCM の十分な理解を得ることが難しい状況にあったという課題とマッパー(データ収集者)の更なるスキル向上の必要性について課題があがった。今後、これらの課題に対し十分に検討を行っていく必要があると考える。

IV、おわりに

今回、DCM 法導入を試み若干の成果を得た。今後も、引き続き DCM 法を継続的に活用しケアの質の向上に向け更なる検討していきたいと思う。

- ・ 第5回日本痴呆ケア学会大会
- ・ 病院における痴呆ケア評価(Dementia Care Mapping: DCM)法の活用と課題;
- ・ 高齢者包括医療病棟での一年間の取り組みを振り返って
 - ・ 国立長寿医療センター
 - ・ 日比野千恵子

DCMとは

- ・ 1989年イギリスの心理学者Tom Kitwoodらにより提唱
- ・ Person Centred Careの概念に基づいた痴呆ケア評価ツール
 - ①行動カテゴリーコード(BCC)とWIB値
24のカテゴリーを6段階で評価
 - ②個人の価値を低める行為のコード(PD)
17のコードに分類
 - ③良い出来事の記録(PE)
- ・ 目的は、その人らしさを維持すること

研究方法

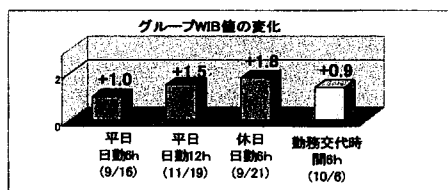
DCM法に基づいたデータ収集(マッピング)とフィードバックを定期的に行いケアの質とスタッフの意識の変化について調査する

実施

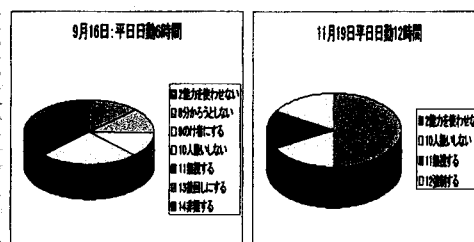
- ・ マッピング
平日日勤(9/16)、休日日勤(9/21)、各勤務交代時間(10/6)における6時間と平日日勤(11/19)における12時間の計4回実施
- ・ フィードバック
 - ①各マッピング翌日に簡単な結果報告
 - ②報告会の開催:
1回目(10/23)各6時間のマッピング結果
2回目(11/20)12時間のマッピング結果

結果

- ①平日日勤帯における施設全体の痴呆患者の状態を示す値(グループWIB値)の上昇



- ②その人の価値を貶めるコード(PDC; personal detraction code)の減少と内容の軽度化



PD内容の変化

- | | | |
|--|----------|---|
| <p>フィードバック前</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検温時、車椅子移送時に、承諾なく無言で実施される。 ・「～してはいけない」と一方的に引き離す | <p>⇒</p> | <p>フィードバック後</p> <ul style="list-style-type: none"> 無言で実施されるケアはなくなった 本人への意思確認の機会が増えた 管理上生じた内服介助などでPDが見られた |
|--|----------|---|

③フィードバックに参加したスタッフのDCM法への理解とケアへの認識の向上がみられた

- ・11/19のマッピング(4回目)では、1回目の報告会に参加したスタッフによって導きされたよいケア(PE)が多く記録された
- ・2回目の報告会で、1回目に参加したスタッフより「前向きにこの結果を捉えていきたい」「結果報告を通して少しスタッフにも浸透してきたようにも感じた」という意見が聞かれた

考 察

- ・フィードバック、報告会の実施により自己のケアの振り返りが可能となった
→WIB値の上昇、PDの減少につながった
- ・DCM法によって得られたデータはケア評価のエビデンスとして活用が可能であると考え
- ・ケア評価のみだけでなく、そのアセスメント方法はスタッフ教育や家族教育へも活用できると考える

医療施設におけるDCM法実施の問題点と課題

- ①入院期間が短いことより適切な時期でのフィードバックの実施のための時間の確保が困難であった
- ②スタッフの入れ替わりが多々ありDCMの十分な理解を得ることが困難であった
- ③マッパー(データ収集者)の更なるスキル向上によるデータの信頼性の向上

認知症介護研究 ～平成１６年度報告書～
平成１６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１７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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

平成 15 年度 16 年度 DCM 基礎資格者取得者一覧

DCM基礎ユーザーレベル資格取得者一覧

第1回目取得者

氏名	県名
浅井 紫	愛知県
石川 友理恵	茨城県
伊藤 妙	三重県
上田 宜子	滋賀県
岡本 啓介	千葉県
小倉 久美子	茨城県
可知 昭江	愛知県
小林 達子	鳥取県
佐久間 尚実	千葉県
下山 久之	千葉県
杉浦 博子	愛知県
田中 幸子	福島県
田中 とも江	東京都
永田 寿子	鳥取県
中村 千枝	山口県
中村 春美	三重県
藤井 きよみ	福井県
藤澤 道子	愛知県
南 博子	大阪府
八木澤 良子	広島県

第2回目取得者

氏名	県名
宇野 聖子	愛知県
大久保 幸積	北海道
小川 真寛	広島県
奥宮 さだ子	静岡県
加瀬 文子	京都府
金山 まゆみ	愛知県
木野 美恵子	岐阜県
小林 厚子	愛媛県
坂本 凉子	三重県
関口 清貴	群馬県
谷本 政美	北海道
中城 有喜	愛媛県
中西 誠司	兵庫県
村越 弥生	高知県
村田 康子	東京都
山本 恵子	高知県
湯浅 美千代	東京都
横尾 恵美子	神奈川県

第3回目取得者

氏名	県名
今江 紀子	岐阜県
内田 達二	東京都
内山 はる奈	広島県
大森 俊也	宮城県
金子 佳史	高知県
國廣 隆	広島県
小池 富士子	長野県
小林 かづ子	群馬県
小松 ゆり子	福島県
鈴木 みずえ	三重県
中 村 裕子	愛知県
原 由美子	東京都
福森 優司	京都府
触沢 史江	岩手県
矢野 由枝	大阪府
近藤 若人	愛知県
佐々木千佳子	愛知県
塚本 てる子	愛知県
蛭田 由美子	愛知県
山森 和也	兵庫県

認知症介護研究 ～平成１６年度報告書～
平成１６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１７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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

資 料

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 ——

水野 裕



Quality of Care をどう考えるか

—— Dementia Care Mapping (DCM) をめぐって ——

水野 裕

抄 録

Person centred care（その人を中心とした介護）は、故Tom Kidwood教授によって提唱された概念である。彼は、その人を構成しているものは、認知能力だけでなく、アイデンティティ、感情、愛着を感じるもの、社会とのかかわりなど多種であり、痴呆をもつ人の場合も同様であると指摘した。それらを personhood とよび、これを維持向上させることが痴呆ケアにおける person centred care であり、それを実行に移すツールとして DCM（Dementia Care Mapping）法を開発し、現在、世界的に導入されている。

Key words : quality of care, person centred care, personhood, DCM (Dementia Care Mapping), Tom Kidwood

老年精神医学雑誌 15 : 1384-1391, 2004

はじめに

筆者に与えられたテーマは、quality of care（ケアの質）をどう考えるかである。筆者は、痴呆をもつ人の診療に携わる老年精神科医であり、痴呆ケアにおけるケアの質という大テーマについて論ずる資格をもたないが、痴呆ケアにおいて、多大な功績を遺した故Tom Kidwood（トム・キッドウッド）教授が提唱した、「person-centred care, パーソン・センタード・ケア（その人を中心とした介護）」の概念をたどることによって、本テーマについて論じてみたい。なお、Dementia Care Mapping（DCM, 痴呆ケアマッピング）法とは、彼の考えるパーソン・センタード・ケアの概念を実現し、痴呆ケア現場の質の向上を目指して開発されたツールであり、現在世界8か国で大規模に採用されている。筆者は、日本への導入

事業の責任者を3年にわたり務めている。本稿はそのテキスト¹⁾および研修会の内容に基づいているが、著作権はイギリスのブラッドフォード大学に属しており、テキストからの引用は5ページ以内にとどめなければならないため、わかりにくい点があるかと思うがご容赦願いたい。

パーソン・センタード・ケアの基礎 —— いまみている痴呆の状態はなにによるものか；トムの痴呆に対する考え方 ——

彼は社会心理学者であったが、ケンブリッジ大学で自然科学の学位を取得したあと、化学を専攻していたことからわかるように、バックグラウンドは、自然科学である。彼の代表的な著作であり、痴呆ケアのバイブルともいえる、『Dementia reconsidered』²⁾を読むと、痴呆疾患論、遺伝子的な背景さえも詳細にレビューされていることから、彼が相当医学的な知識も持ち合わせていたことがわかる。そして彼は、目の前に現れている、痴呆

Yutaka Mizuno : 一宮市民病院今伊勢分院老年精神科、高齢者痴呆介護研究・研修大府センター客員研究員
〒491-0057 愛知県一宮市今伊勢町宮後字郷中茶原30

□特集

をもつ人の示す症状は、以下の5要素が影響しているものと考えたのである。

- ① Neurological impairment
- ② Personality
- ③ Biography
- ④ The social psychology
- ⑤ Physical health

これらについて、以下、簡単に解説する。

1. Neurological impairment (脳神経障害)

まずは、当然のように、痴呆という脳器質的な障害からくる症状がある。たとえば、失行、失認、失見当などの巣症状や、記憶障害など疾患そのものから由来する症状である。

2. Personality (性格傾向：気質、能力、対処スタイル)

たとえば、突然、大きな物音が聞こえたときを想像してみる。キャーとつい大声をだす人、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いままでの経験によって対処スタイルはさまざまである。これらは、けっして健常人だけではなく、たとえ痴呆を患っても、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とトムは考えたのである。

3. Biography (生活歴)

これは、大都市の生まれか、田舎の出身なのか、過去の職業などによってももののとらえ方、好き嫌い、行動のパターンなどが影響されるということである。広くいえば文化的な背景ともいえる。細かい例をあげれば、朝食にパンを食べる人とご飯を食べる人の違いもこれにはいるであろう。

4. Physical health (健康状態、感覚機能：視力、聴力等)

これは、身体的な不調のあるなしや、白内障で周囲が見にくい、耳が遠いなどの健康状態によって、痴呆の状態が影響を受けることを示している。当然、身体疾患の増悪、身体的な不快感があれば、精神状態にも影響を及ぼすし、視力や聴力が制限された高齢者は、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かたちで表現されることは周知のとおりである。

5. The social psychology (その人をめぐる社会心理学的状況：社会とのかかわり、職業、相互作用)

これは、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、一歩引いてまわ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などを指す。

以上からわかることは、進行していく脳神経障害は、いかんともしがたいが、いま現れている状態は、すべて単に痴呆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、いまの健康状態、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。一見当たり前のようであるが、このような考えをつねに意識することは意外とむずかしいことである。筆者の毎日の主業務は、痴呆をもつ人たちと話したり、その家族と会い、悩みを聞いたりとすることをおしての診療活動である。そのなかで、「最近、何となく怒りっぽい。やはり、痴呆が進行したのでしょうか」という類の発言を家族がすることが、時々ある。普通、配偶者や親が、いつになく珍しく怒ったり、最近イライラしていると感じたら、「私がなにか気に障ることを言ったかしら」「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にするであろう。しかし、それがアルツハイマー型老年痴呆に代表される、痴呆をもつ人がしたとなると、つい「痴呆だから怒ったんだ」「痴呆が進んだ。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、痴呆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であると思う。目の前に現れている事象を安易に、「痴呆のせい」「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。机をたたいたり、大きな声をだしたりすると「不

穏」「興奮」と書いて終わりということがよくみられるのはそういった考えによるものであらうと想像する。何の知識ももたない同居の孫が「おじいちゃん、あのテレビ嫌いだったのかなあ」といった素直な感覚が最も真実に近いかもしれない。

長くなったが、トムは脳神経障害だけでなく、さまざまな要素の相互作用で痴呆症状は構成されていると考えたため、痴呆症状はけっして固定したものではなく、ケア（介入）によって、変化しうると考えたのである。

② Tom Kidwood の考えた「personhood (パーソンフッド、人格、その人らしさ、人となり)」とは

Person centred care とは、一言でいうならば、「personhood」を維持、向上させるケアである。personhood は彼の造語であるため、いまのところ適当な訳がない。筆者らは、「パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング」研修における世界共通のテキストの翻訳を行った際、委員会で検討したが適当な訳が思い浮かばず、文脈によって「人格」「その人らしさ」「人となり」などと各種使い分けをせざるをえなかった。彼の本来の定義は、原著によれば、“It is a standing or status that is bestowed upon one human being, by others, in the context of a relationship and social being. It implies recognition, respect and trust.”³⁾であるが、彼の死亡後、パーソン・センタード・ケアと DCM 法の普及に尽力している世界的リーダーのドーン・ブルッカー教授とディスカッションして最終的に筆者が研修会で用いている訳は、「人や社会とのつながりのなかで、周囲から一人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」である。そして、トムは「いわゆる認知能力は、われわれの人間機能全体のごく一部にすぎず、高度に発達した産業社会においては、これらの能力にあまりにも重きをおきすぎているかもしれない」¹⁾とも述べており、あまりにも記憶や見当識などにとらわれる愚かさ

を指摘している。

③ DCM 法はパーソン・センタード・ケアの理念に基づいている

1. 介護の質の評価：WIB value —その人が、よい状態 (well-being) か、よくない状態 (ill-being) か

さきに、5 要素の相互関係によって、痴呆の状態はよくも悪くもなると書いた。そしてトムは同僚らとともに、計何千時間という膨大な時間を痴呆をもつ人たちの観察に費やし、どのような状態が、痴呆をもつ人たちにとってよい状態か、どのような状態は悪い状態かを抽出していったのである。そして、よい状態を well-being、悪い状態を ill-being とよび、さらに、痴呆をもつ人たちの視点に立って、24 の行動カテゴリー（表 1）に分類し、そのそれぞれについてどのような状況が本人にとって、どの程度よい状態 (well-being) か、どの程度悪い状態 (ill-being) かの目安を示すことによって、質の評価につなげたのである。

参考のために、カテゴリー L（仕事あるいは仕事に類似した活動を行うこと）に分類される、よい状態から悪い状態への 6 段階を示す（表 2）。仕事とは、痴呆ケア現場でよく行われるようなスタッフと一緒に調理をしたり、洗濯をしたりといった狭い意味だけでなく、本人が仕事をしているつもりで行っている行動すべてを指す。具体的には、よくテーブルを手のひらで延々と拭いている人を見かけるが、本人にとってきれいにしているつもりであれば、カテゴリー L に分類される。

このように、DCM 法ではつねに本人がどのように感じ、なにをしようとしているかといった痴呆をもつ人の視点に立って観察することが要求される。このためには、トムが old culture, new culture の対比をした論文²⁾で指摘したように、痴呆ケアには洞察力や想像（創造）力が求められるのである。これらを、5 分ごとにマッパーは評価をするのであり、評価時間はおおむね 6 時間以上とされる。大変な作業であるが、経験を積んだマ

表1 行動カテゴリー・コード

A	Articulation	言語的、非言語的な周囲の（人）との交流（これ以外の明確な行動を伴わない）
B	Borderline	周囲との交流はあるが、受身であること
C	Cool	周囲に関心を持たず、自分の世界に閉じこもっていること
D	Distress	苦痛が放置されている状態
E	Expression	表現活動あるいは創作活動に参加すること
F	Food	飲食
G	Games	ゲームに参加すること
H	Handicraft	手芸または手工芸を行うこと
I	Intellectual	知的能力をとまなう活動
J	Joints	エクササイズあるいは身体運動に参加すること
K	Kum and go	介助なしで歩くこと、立っていること、車椅子で動くこと
L	Labour	仕事あるいは仕事に類似した活動を行うこと
M	Media	メディアとの関わり
N	Nod, land of	睡眠、居眠り
O	Own care	自分で身の回りのことをすること
P	Physical care	身体的なケアを受けること
R	Religion	信仰・信心
S	Sex	明確な性的表現と関係する行動
T	Timalation	感覚を用いた関わり
U	Unresponded to	一方的なコミュニケーションであり、相手からの反応が状態
W	Withstanding	自己刺激の反復
X	X-cretion	排泄と関係することがら
Y	Yourself	独語または想像上の相手と話すこと
Z	Zero option	上記のカテゴリーに分類されない行動

（高齢者痴呆介護研究・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めざして；パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング 日本語版初版、愛知、2004）

表2 カテゴリーL：仕事あるいは仕事に類似した活動を行うこと

- + 5：仕事あるいは仕事に類似した活動にとりわけ積極的に参加し、大きな喜びを感じている。
例：うれしそうに、あるいは得意そうに掃除をしている。非常に和やかに周囲の人と関わりあいながら皿洗いをし、同時に回想が促される。
- + 3：仕事あるいは仕事に類似した活動に積極的に参加し、喜びやプライドを示す徴候が継続的に認められる。
例：周りの人と和やかに関わりあいながらお皿を拭く手伝いをする。ケアワーカーと共にシート類を楽しそうにたたんでいる。
- + 1：仕事あるいは仕事に類似した活動に参加するが、積極性は乏しい。
例：一人で家具をあちこち移動している。カップを部屋から部屋に運んでいる。一人で拭き掃除のような行動をする。
- 1：仕事あるいは仕事に類似した活動に参加している間、ややよくない状態が認められる。
例：一人でテーブルを拭いているが、不安な様子である。部屋に散乱している物を片付けているが、落ち着かない様子である。
- 3：仕事あるいは仕事に類似した活動に参加している間、相当よくない状態が認められる。
例：皆と一緒に皿拭きをしようと何度も関わろうとするが、無視されたり、けなされたりしている。衣服の袖でテーブルを拭きながら明らかに困っている。
- 5：仕事あるいは仕事に類似した活動に参加している間、とりわけよくない状態が認められる。
例：庭の椅子を片付けているものの、しつこくじゃれてくる犬を嫌がっており、極度の恐怖さえ感じている。仕事をしようと努力しているが、不適切であると非難され、激怒している。

（高齢者痴呆介護研究・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めざして；パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング 日本語版初版、愛知、2004）

ッパーは、1度に7～8人の評価をすることが可能であるという。なお、本人のプライバシー、幸福感を最大限に尊重するため、入浴・トイレなどは評価の対象から除かれている。

2. Personal Detraction Coding (PDC, 個人の価値を低める行為) と Positive Event Recording (PER, よい出来事の記録)

観察者は、このような評価のみをするだけではない。ケアにおいて、無意識にまたは意識的に介護者がしている、「個人の価値を低める行為」とその反対に「よい出来事の記録」を詳細なマニュアルに沿って、マップとよばれる観察表に付記することになっている。ここでは、PDCの項目のみ列挙しておく(表3)。

なお、すでに述べたとおり、すべてを表記することには問題があるので、一部にとどめる。PERは、本人の能力を引き出すような行動や、卓越した介入により、行動障害が他の行動に転換されたときなどを指す。

3. DCM法に基づいた観察と quality of care の向上のためのフィードバック

実際に筆者がある老人保健施設で、10時間のマッピングを行ったときの資料から一部を抜粋して示す(表4)。一部、解説のためにそのときに

はみられなかったPD(PDC)を加えている。

1) マップからわかること

実際は、6人を観察していたが、3人のみ記載した。ただのアルファベットと数字の羅列にしか見えないかもしれないが、ある程度の研修を積むとその場にいらなくてもおおよその状態が目に見えてくる。たとえば、B氏を例にとると、最初のうちは、なにやら仕事かまたは本人にとって

表3 個人の価値を低める行為のコード
(Personal Detraction Coding)

だましたり、あざむくこと
のけものにすること
能力を使わせないこと
人扱いしないこと
子供扱いをすること
無視すること
怖がらせること
強制すること
区別をすること
後回しにすること
差別すること
非難すること
急がせること
中断させること
わかろうとしないこと
あざけること
侮辱すること

表4 DCM法に基づいた観察記録の例

氏名	時 分	9 00	9 05	9 10	9 15	9 20	9 25	9 30	9 35	9 40	9 45	9 50	9 55	10 00
A	BCC WIB	W +1	F -1	F -1	F -1	F +1	C -1	C -1	K +1			K -1	L -3	L +3
B	BCC WIB	L +1	L +1	L +1	L +1	B +1	T +1	B +1	N +1	L -1	L -1	F +3	L +3	L +1
C	BCC WIB	B +1	B +1	C -1	B +1	B +1	B +1	W -1	W -1	C -1	F -3	X	W -1	W -1

Notes. 9:49 PE; B氏は、一人ぼつんとしきりにテーブルを手で拭く繰り返し動作のみが目立ったが、スタッフに話しかけられお茶を飲み、なにやら楽しそうにしばらく話している。10:01 PE; A氏が不安そうに食器洗いをしていたが、掃除の男性に「いつも、ありがとうね」と声かけを受け、ほっとした様子で再び、楽しそうに洗い始める。9:42 PD; C氏はお茶を飲む際、介助を受けているが、スタッフは立って見下ろしたままである。

注: PEは、Positive Event Recording (PER)の略、PDは、Personal Detraction Coding (PDC)の略である。

□特集

仕事と思える行動（Notesの記載からおそらくテーブルを手で拭く動作をしていると想像できる）をしたり、ボーッと周囲を見回したり（他からのかわりはないことが推察される）、なにかを手にとって触ったり、または、なにかのにおいをかいで（T）いたかと思ったら、居眠りをしてしまった（N）。おそらくかわりが少なかったので寝てしまったのであろうと想像できる。再び、起きて、同じようにテーブルを拭く動作をしていたが、次の時間帯で楽しくお茶を飲むというよりよい状態に変わったことなどがわかる。このように、その場にいないとも、資料を見ればおおよその状態がわかるため、慣れた登山者が等高線の入った地図を見て本当の山が想像できることになぞらえて、このようなデータをmap（マップ、地図）とよんでいる。

Notesには、PDC、PERなどについて気がついた点を記載することになる。A氏、B氏はともに、適切な介入を受けたことにより、ill-beingがそれ以上持続することが避けられ、一時的にせよwell-beingになったため、記載されたものである。観察していればよいことばかりではない。C氏はおそらく、ADLの低下している人なのであろう。記載した1時間の間、ボーッと周囲を見ていたり、悲しげな様子にみえる。そして介助を受けてお茶を楽しむべき場面でPDCが記載されている。なぜであろうか。これは、何の会話もなく、ただ「ほら、飲んで」とばかりに飲ませている光景だったのであろう。それは、立ったままで行っている注意書きからも想像できる。当然ながら、隣に座って、なにか会話を交わしながら援助していれば、well-beingに変わったかもしれない。

2) フィードバックについて

DCM法は、そのあとに介護現場の人たちを交えたフィードバックをすることに意味がある。なぜなら、フィードバックこそが、ケアの質を高めるために必要であり、もともとDCM法は、1989年にTom KitwoodとKathleen Bredinが、痴呆デイケアの質の評価およびその向上のために依頼さ

れて開発したという趣旨からいっても、観察のみでフィードバックを行わないことはありえないことなのである。なお、実際はDCM法を行うまえに、十分スタッフを含め、話し合い、疑問点などを出し合い、ケアの向上のためにどのように役立つかなどについて、十分ミーティングを重ねたのちに行うのであるが、紙幅の関係上、それらについては省略する。

フィードバックをするときは、実際は表4のようなマップをそのまま見せてもわかりにくいので、図1のようなグラフを多用する。このグラフでは、B氏が10時間の観察時間で最も多くみられた行動はLであることがわかり、逆にH（手芸または手工芸のような手作業）、I（クイズなどの知的能力を伴う活動）、J（エクササイズあるいは身体運動に参加すること）などには参加していないことがわかる。2番目に多いのはEであり、これは、表現活動（歌を歌うことや踊りなど）を示す。この場合は、テレビや流れてくる音楽に合わせて手をたたいたりしていたのであろう。おそらく、ADLが低下し終日座っていることが多い（歩くことを示すKがほとんどないことからわかる）人なので、みなと同じアクティビティは無理だと思われるかもしれない。しかし、じっとこの人の行動を10時間見ていると音楽に合わせて体を揺すったり、手をたたいたりしている行動が非常に多いことがわかり、ひょっとして好きではないかという疑問が生じる。このあたりは、フィードバックの際、スタッフの人たちと意見交換しながら考えていくほかない。このように、DCMによるフィードバックというのは、スタッフに注意をし、指導するものではない。たとえば、このような報告をすると、スタッフは「そういえば昔、盆踊りが好きだったと娘さんが言っていた」などとあらためて思い出し、次から誘ってみようかなどとケアに反映されるのである。

また、順序が逆になったが、フィードバックは、スタッフたちのよかった対応を中心にフィードバックすることになっている。NotesにあるPEで

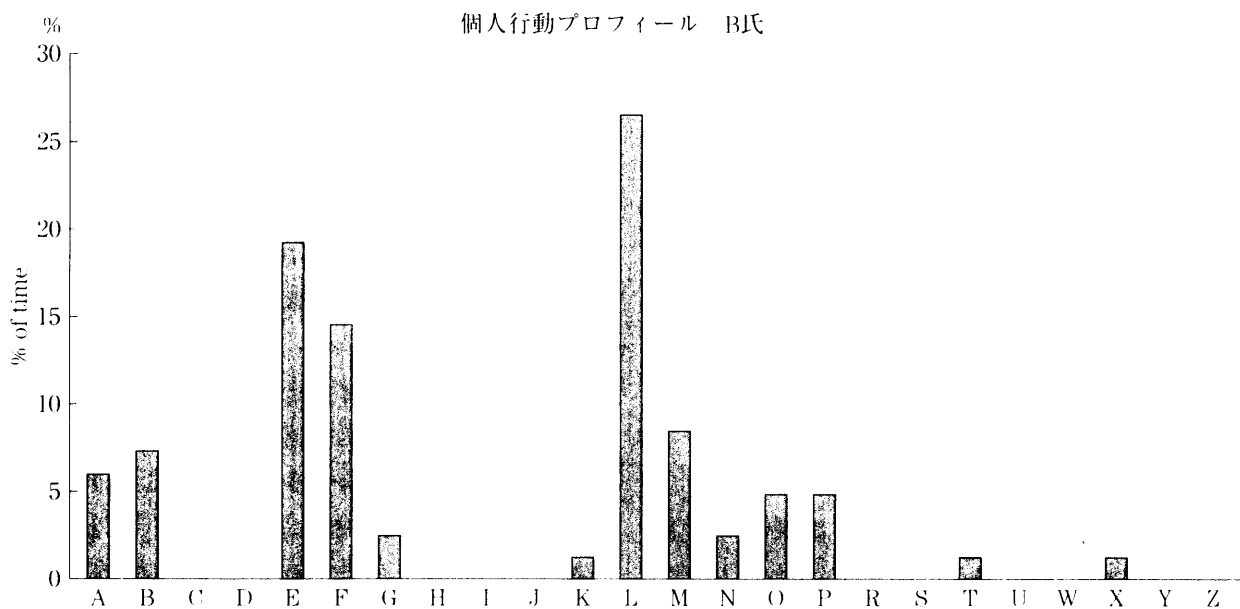


図1 B氏の10時間の間にみられた行動カテゴリーをグラフにしたもの

ある。なお、A氏に対するPEは、ケアワーカーによるものではなく、掃除の男性が行ったものであるが、筆者は積極的に記入し、フィードバックしている。実際は、掃除の男性は職員でないため、ミーティングに参加することもないが、ケアの質を高めるためには、狭い意味のケアスタッフだけでなく、施設であれば、出入りする事務職員、食事を運んでくる給食職員などすべてが関係すると思うからである。彼らが、黙って通り過ぎるのと、「こんにちは、〇〇さん！いい天気だね！」と声をかけていくのでは相当な差である。これは昨年、各国のDCMのリーダーたちがオーストラリアに集まって総会を開いた際に、筆者から提案したところ、みな賛同を得た。イギリスのリーダーは、たとえ筆者が指摘した掃除の職員がミーティングに参加しなくとも、このような人たちを積極的に評価することによって、スタッフのやる気が引き出されるのではないかという趣旨の発言をしたが、そのとおりだと思う。DCM法によるフィードバックは、けっして指導するものではなく、このようにスタッフ自らの想像（創造）力を高め、自らが向上することを狙ったものである。それとともに、積極的によい点を評価することにより、燃え

尽き症候群を抑える意味もある。なお、フィードバックには多大な労力を要することと、痴呆ケア現場がかわろうとする意識改革には時間がかかるという両面の理由から、通常のDCM法による観察とフィードバックは半年に一度で十分とされる。

おわりに

パーソン・センタード・ケアとDCM法の概念に基づいて、quality of care（ケアの質）について述べた。最近、「パーソン・センタード・ケア」「その人を中心としたケア」などの言葉が聞かれることが多くなったが、本来の意味を知らずに、自己流の解釈を押しつけるなどの心配な点もなくはない。また、監査のように安易に痴呆の人の状態をランクづけすることもみられるようである。DCM法がそのようなランクづけと一線を画するものであり、また、一方的に観察者の考えを押しつけるものでないことをご理解いただきたいと思います。

なお、正確に理解していただくためには、高齢者痴呆介護研究・研修大府センターが主催する「パーソン・センタード・ケアとDCM法」研修会にご参加いただきたい。世界8か国の研修会の内

□特集

容は同一であり、ブラッドフォード大学から日本唯一の主催施設と認定されているのは、大府センターのみであることを付記しておく。研修会の予定などは、ホームページ (<http://www.dcnnet.gr.jp/>) 上で閲覧可能である。

文 献

- 1) Bradford Dementia Group : Evaluating Dementia Care ; The DCM Method. Seventh Edition, Bradford Dementia Group, Bradford, U.K. (1997).
- 2) Kidwood T : Cultures of care ; Tradition and

change. *In* The new culture of dementia care, ed. by Kidwood T, Benson S, 7-11, Hawker publications, Journal of Dementia Care in association with Bradford Dementia Group, United Kingdom (1995).

- 3) Kitwood T : Dementia reconsidered ; The person comes first. Open University Press, Buckingham (1997).
- 4) 高齢者痴呆介護研究・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めざして ; パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング 日本語版初版. 愛知 (2004).

認知症介護研究 ～平成１６年度報告書～
平成１６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１７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

平成 16 年度老人保健事業推進費等補助金

『日本における「パーソン・センタード・ケア
(その人を中心とした介護)と DCM (痴呆介護マッピング) 法」
の研修・普及に関する研究事業』

報告書

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

資 料

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 — DOM法を中心に —

高齢者痴呆介護研究・研修大府センター 研究部長 水野 裕

1 パーソン・センタード・ケア — その人を中心としたケア

1) パーソン・センタード・ケアが 提唱された歴史的背景

1970年代までは、英米をはじめとする先進国においても、スケジュールや業務に従って介護をする (schedule on task)、画一的なケアが主流であったという。これは、決まった時間になったら、一斉に食堂へ誘導して (利用者の好むと好まざるとにかかわらず) 食事をさせたり、入浴させたりするといった介護形態を指す。さらに、管理者またはスタッフ側が、利用者の意向とは関係なく食卓を分けたり (自分で食事ができる人のテーブルと介助を要する者のテーブルなど)、食事時間を操作する (要介助者は後、あるいは先にとらせる) ことや、曜日ごと、時間ごとのグループに分けて入浴させたりすることが典型的な例である。

このような介護形態では、痴呆の介護は、「暗く」「汚く」「発展とは無縁」と理解さ

れ、痴呆介護に従事する者 (スタッフ、ケアワーカー) に特別な素養も、努力も必要ないとしてしまう。ただ、業務に仕えるのみである (これがオールドカルチャーであるが、それについては後述する)。

その後、1980年代に入り、痴呆性高齢者にも周囲の状況に反応する能力があることが指摘され、周囲の環境を豊かにすることが重要であると認識されるようになった¹⁾。Holden&Woods (ホールデン&ウッズ) によれば、各種アクティビティの提供は1950年代にまでさかのぼることができるようだが²⁾、この頃より、音楽療法や運動療法といったアクティビティが痴呆性高齢者に提供されるようになった。リアリティーオリエンテーション (現実見当識訓練) も同様である²⁾。さらに、レミニッセンス (回想法)、バリデーション³⁾ とその流れは続き、パーソン・センタード・ケアの理念が生まれる萌芽となった。

2) トム・キッドウッドについて

パーソン・センタード・ケアという言葉

痴呆性高齢者「その人」を知る —知ることの重要性とケアへの生かし方—

は、最近とみに聞かれることが多くなった。しかし、よく聞かれるようになるにつれ、言葉だけを聞きかじっているとしか思えないことも多くなった。そこで、その提唱者がどのような経緯でこの概念を考えたかを簡単に紹介する。

彼の名は、Tom Kidwood (トム・キッドウッド) といい、イギリスBradford (ブラッドフォード) 大学で教育心理学・社会学を専攻していた。彼の経歴を調べると、自然科学の学位を取得した後、神学を学び、その後も化学の教鞭をとったかと思うと、牧師を務めるなど、純粋な自然科学からその対極にあるような神学まで幅広い教養を備えた人だったようである。

その彼が、「人とは何か?」と真剣に考え、最後に到達したテーマが、「痴呆性高齢者」であった。彼の著書⁴⁾を読むと、痴呆の疫学、医学的診断(画像、遺伝子など)、神経病理学などの広範なレビューの後に、彼の自説が展開されており、よくここまで勉強できたものだとその真摯な態度に圧倒される。彼は著書のなかで、先述の各種アクティビティの流れを踏まえた上でパーソン・センタード・ケアという概念を提唱し、「オールドカルチャー」「ニューカルチャー」という概念を対比して提示することにより、これからのケアの指針を示したのである。そして、それを実践し、痴呆介護の質の向上に役立つツール(DCM法)⁵⁾を開発

し、研修事業を始めた矢先、61歳の若さで急逝した。1998年11月1日のことである。

2. パーソン・センタード・ケアに基づいた痴呆ケア

—それを実践するための ツールとしてのDCM

1) 基本的な考え方

1992年、彼はpersonhood (パーソンフッド) とwell-being (ウェル・ビーング) という2つの概念を含む一遍の論文を著した⁶⁾。前者は、パーソン・センタード・ケアの根幹を成す概念であり、「その人らしさ」「人格」と私たちは訳している⁷⁾。この概念を理解することが、パーソン・センタード・ケアを理解する最も近道だと思う。しかし、新しい概念だけに、筆者自身、著書を読んでもよくわからず、彼と共に仕事をしていたイギリスBradford大学Dawn Brooker (ドーン・ブルッカー) 教授に直接聞いて、やっと理解できた。一言で言うと、トムは、現代の産業社会・工業社会では、認知能力(記憶力、理解力、見当識、判断力など)に重きを置きすぎているが、「パーソンフッド(その人らしさ)」には、それ以外にも多くの要素があり、情動・行動形式・周囲とのつながり・愛着・個別性などがそれに含まれると考えたのである。

パーソン・センタード・ケアとは、このパーソンフッドを尊重、維持することであ

り、もし損ねられている状態であれば、適切に回復させることも表現できる。そして、パーソンフッドが尊重され、引き出されている状態をwell-being（よい状態）と呼んだのである。現在、汎用されているアセスメントの多くは、認知能力を評価するものであり、筆者自身、認知能力をもって痴呆の程度を測る習慣が身についていたため、耳が痛いのと同時に目から鱗が落ちたような思いがした。確かに、臨床場面において、長谷川式簡易知能評価スケールに代表される認知機能検査でほとんどゼロ点に近いスコアでも、いろいろななかかわりのなかで楽しそうに毎日を送っている人や、認知障害はさほどひどくなくても常に不機嫌でイライラしている人を見ると、彼の説は説得力を持って響いてくる。

われわれ（「特に医療従事者は」と言うべきか）は、痴呆は段階的に進行し（ここまでは彼も同じ意見である）、第1期では、新しいことが覚えられなくなったり、迷子になったり、第2期では、失行や人格変化が起きるなど、何とはなく、時期ごとに現れる症状は固定しており、それは変わらないと信じている。

しかしトムは、痴呆の進行に伴って症状が進んでいくことは事実だが、その段階ごとに痴呆の状態は固定していて変わらないのではなく、人や環境などのかかわりによって変化し得ることに気づき、そのよい状態、

つまり、パーソンフッドが保たれている状態をwell-beingと呼び、その反対をill-beingと呼んだのである。

そして、これらを実行するツールとして、DCM（痴呆ケアマッピング）を考案した。したがって、このツールを学ぶ際には、まずパーソン・センタード・ケアの理念を学ぶことになる。

なおトムは、痴呆性高齢者が、質の高いケアによって持てる能力を引き出されたり、回復したりする状態を、「痴呆」を意味する“dementia”と「現状に復す」という意味の接頭語である“re-”を合わせて“rementing”という造語で表現した^{5)・7)}。これについては、いまだ適切な訳が思いつかないため、原語を紹介するにとどめる。

2) オールドカルチャーと ニューカルチャー

ここで、もう一つのキーワードである、オールドカルチャーとニューカルチャーについて述べておきたい。これは、トムの著書に詳しく書かれているが、最近、元の意味を考えずに自己流の解釈をしているとか思えないことがあるので、少し書いておきたい。

原著では、10項目に分けて詳細に彼の考えが書かれているが、誌面の関係上、2項目に限る。1つは、痴呆のことをよく知っているのは医師（オールドカルチャー）で

痴呆性高齢者「その人」を知る — 知ることの重要性とケアへの生かし方 —

はなく、現場職員（ニューカルチャー）だという説明がよくされることである。しかしこれは、トムの言わんとすることの一部でしかない。原著では、「痴呆に関して、もっとも信頼性・妥当性の高く、適切な知識を持つ人は、卓越した技能・洞察力をもつ痴呆介護実務者である」⁸⁾と言っている。

また、「痴呆介護には高度の能力、創造性、洞察力が必要である」⁸⁾とも述べており、要するに、今までは痴呆ケアは単純作業とされていた（オールドカルチャー）が、実は高度で創造力を要する仕事（ニューカルチャー）だと言っているのである。逆に言えば、高度な知識と創造性や洞察力などを介護職（ケアワーカー）に求めたのである。したがって、ただ、指示どおりに動き、何か起きたら（問題行動、行動障害など）「どうすればよいですか？」と聞くような人は、決して「卓越した技能・洞察力をもつ痴呆介護実務者」とは呼ばないだろう。

もう1つは、あまり聞かれないような気がするが、私自身は非常に感銘を受けている、原著の10番目に「スタッフのパーソンフッド」として書かれている項目である。日本では、指示に従い、休むものも休まず、身を粉にして働くことが称賛されるが、トムは、ケアワーカーが適切に情報伝達、評価、処遇（おそらく休息も含まれる）を受けていないとよいケアは提供できないと言っている。つまり、疲れきって職場に出勤し、

管理者や主任からの情報や指示を一方的に受け、さらに、上司にどのような評価を受けているかを悩みながらの環境では、「悪い社会心理」が蔓延するとしている^{5, 7)}。

このような状況では、「最低限の業務を果たせばよい」「やることだけやって休もう」という雰囲気（オールドカルチャー）が蔓延してしまう。そのため、痴呆性高齢者のニーズを見極め、自ら創造性を働かせてその人に合ったケアを提供しようという雰囲気（ニューカルチャー）にはならず、痴呆ケアの質が低下してしまう要因となるというのである。

3) パーソン・センタード・ケアを 実行するためのDCM法

DCMは、パーソン・センタード・ケアの理念を基に考案された観察法であり、痴呆性高齢者のパーソンフッドを維持、尊重することが目的である。その理念が色濃く反映されているために、純粋なアセスメントとしては弱い部分がある。アセスメントの科学的信頼性、正確さだけなら、DCMより優秀なアセスメント法はいくらでもあるだろう。しかし、彼らはそれでよいと考えている。なぜならDCMは、観察・評価（アセスメント）自体を目的にしていないからである。この点が、通常のアセスメントと決定的に異なる。

その代わり、ケアの質を高めるためにさ

まざまな工夫がなされている。普通、ケアの質を高めるといって、改善点を指摘し、修正していく作業を思い浮かべるが、彼らは反対である。まず、現在しているケアを詳細に観察し、よいケアを見つけ（どのような施設においても、一生懸命探し出すように求めている）、ケアワーカーにフィードバックし、やる気を促進させることとしている。

私がある典型的な従来の特別養護老人ホームでDCMを行い、フィードバックした際のことである。担当主任は、「また何か言われるのか」という表情で非常に不安そうであったが、「このようなよい点があった」と報告していくと「えっ、褒められるの?」と驚きの表情を見せ、その後パッと顔に精気が蘇ったことを今でも覚えている。そのようにしてやる気を引き出した後で、観察を通して気づいた点をもとに話し合い（一方的な指示ではない!）、改善に向けて努力するのである。

トムの視点の素晴らしさは挙げれば切りがないが、筆者が思う大きなものは、痴呆性高齢者のパーソンフッド（その人らしさ）だけでなく、ケアワーカーのパーソンフッドを積極的に重視しようとしたことである。また、施設内の情報も積極的に職員に開示して、施設内で今何が起きているかを知らしめるべき（これもDCMマニュアルに詳細が載っている）とも言っており、今

の時流を先取りしていたことに感銘する。

トムの構築したDCM法およびその研修システムは、彼の死後も、彼の教えを受けた英米独の関係者により2000年に設立されたシンクタンクによって引き継がれ、現在、公式に導入している国だけで7ヵ国、個人レベルなら十数ヵ国で利用されている。筆者は2002（平成14年）年度、2003（平成15）年度老人保健健康増進等事業の補助金の援助を受け、パーソン・センタード・ケアおよびDCM研修の日本への導入のために努力している。

今年ようやくその成果が実り、2004（平成16）年2月に日本で初めて、高齢者痴呆介護研究・研修大府センターへ、イギリスからDawn Brooker教授はじめ3名の講師を招聘し、研修会を行う運びとなった。ネット上（<http://www.dcnet.gr.jp/>）で公募したところ、定員を大幅に上回り、その関心の高さを目の当たりにした。なお、2003（平成14）年10月のDCM国際総会で日本がDCMの導入を図っていること、その際の公的機関は大府センターであることが正式に報告され、世界で8番目の導入国となった。今のところは、イギリスの講師に頼らざるを得ないが、近年中には、日本人の研修指導者が生まれるように努力したい。

痴呆性高齢者「その人」を知る —知ることの重要性とケアへの生かし方—

3. パーソン・センタード・ケアが 日本で浸透するために

本稿では、DCM法の手法そのものより、その背景、理念を中心に述べた。これは、DCM法がパーソン・センタード・ケアの理念と一体化しており、理念の理解なしに手法のみを学ぶことの危険性を危惧するからである。日本でも導入計画が進んでいるために、海外および日本での研修会に参加して、その手法・技術に精通する人は増えるだろう。そのこと自体は裾野が広がることであり、喜ばしいことであるが、一方では、観察・記録の仕方といった表面上の情報のみが独り歩きする心配がある。

筆者は、DCMの日本への導入をDawn Brooker教授に許可してもらう際に、一つ誓ったことがある。「マスメディアに踊らされるような、薄っぺらな流行・ブームにはしません」と。だから私には、時間がかかっても正しい理解・強い信念を持って、DCM法を用い、パーソン・センタード・ケアを実践する人を1人でも多く育てる義務がある。

実際、DCMが英米独を中心にトム亡き後も発展してきたのは、営利を一切考えない地道な人たちの努力に支えられているからだ。国際総会に出席して改めて知った。したがって、少なくとも私が中心的な役割を果たしている間は、大規模な研修会、メ

ディア・業者を用いた華々しい活動を行う気はまったくない。ちなみに第1回の研修受講枠は、全国公募で20名である。このためにイギリスより最高の講師を3名招聘し、日本人のDCM資格者を2名補助に付ける。効率・経費を考えれば異議は多いだろうが、参加希望者がどんなに多くても、今後も30名以上にはしないつもりである。

4. まとめ

痴呆性高齢者のケアにアセスメントは必要不可欠である。しかし、アセスメントの正確さ、妥当性などに目を奪われて、本人がどう感じているか（パーソンフッドと言ふべきか）を忘れることはあってはならない。トムの代表的な著書⁴⁾のなかに、痴呆性高齢者の感じている世界を記述したくだりがある。筆者が訳したものを以下に掲げる。この気持ちを忘れないようにしたい。「薄暗く、そして霧が立ち込めている。何だか知っている場所のような気もするし、初めての場所のような気もする。ここがどこだかわからないまま、ただ歩き続けている。暑いのか寒いのか、昼なのか夜なのか、見当がつかない。たまにモヤが引くと、その時だけ周りのものがはっきり見える。でも、わかったかと思うと、ドッと疲れを感じて、また同じようにわからなくなってしまう。」

<中略>

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 —DCM法を中心に—

あっ、取り調べが始まった。偉そうな人たちが来て、私には到底できないような、わけのわからないことをしろというのだ。100から逆に数字を言うように強要したり、『50歳より年の方は、両手を頭の上に上げて』と言ったり。彼らは、それでいて、その尋問が何のためかは、決して言うことはないし、その結果をどう思うかも言うことはない。もしも、何のためにするのかを、教えてくれて、誰かが適切に導いてくれるのなら、喜んで、できることはしようと思うのに」(Dementia Reconsideredより、水野裕訳)

謝辞

パーソン・センタード・ケアおよびDCM法導入事業全般につき、遠藤英俊氏(国立長寿医療センター)より助言をいただいたことをここに深謝します。なお、この事業は、2002(平成14)年度、2003(平成15)年度老人保健健康増進等事業の補助金によって、高齢者痴呆介護研究・研修大府センターが行っているものです。

引用・参考文献

- 1) Woods B. The beginning of a new culture in care. In: The new culture of dementia care. Kidwood T Benson S. (ed). Hawker publications, J of Dementia Care in association with Bradford Dementia Group, p 7-11, 1995.
- 2) Holden UP, Woods RT. Reality orientation: psychological approaches to the "confused" elderly (second edition). Churchill livingstone, Edinburgh. 1988.
- 3) Feil N. The Validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's type dementia". Health Professionals Press, Baltimore. 1993.
- 4) Tom Kitwood, Dementia Reconsidered: the person comes first. Open University Press, Buckingham. 1997.
- 5) Bradford Dementia Group. Evaluating Dementia Care: The DCM Method. Seventh Edition.
- 6) Kidwood T and Bredin K. Towards a theory of dementia care: Personhood and Well-being Aging and Society 12; 269-287, 1992.
- 7) 高齢者痴呆介護研究・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めざして～パーソン・センタード・ケアと痴呆ケアマッピング～日本語版, 初版, 2004.
- 8) Kidwood T. Cultures of care: tradition and change. In: The new culture of dementia care. Kidwood T Benson S. (ed). Hawker publications, J of Dementia Care in association with Bradford Dementia Group, p 7-11, 1995.

要点 学習

- Q1: パーソン・センタード・ケアとは、どのような考え方なのでしょうか。
Q2: オールドカルチャーとニューカルチャーとは、どのようなものなのでしょうか。
Q3: DCMは、どのような目的で行われるのでしょうか。



高齢者痴呆介護研究・研修センター情報

一宮市立市民病院今伊勢分院 老年精神科部長
元・高齢者痴呆介護研究・研修大府センター 研究部長
ストラテジック・リード (Strategic lead, Japan)

水野 裕

第2回 「パーソン・センタード・ケアとDCM法」研修

はじめに

今回は、高齢者痴呆介護研究・研修大府センターが2003（平成15）年度最も力を注いだ事業の一つである、パーソン・センタード・ケア（その人を中心とした介護）とDCM（Dementia Care Mapping：痴呆ケアマッピング）法に関する研修事業に焦点を当てて述べてみたい。

1. 誤解から始まった DCMへの取り組み

最初に、DCMについて筆者に教えてくれたのは、遠藤英俊氏（国立長寿医療センター包括診療部長）であり、2002（平成14）年の夏のことであった。しかし、当時の筆者らは知識が乏しく、急きょ集めた資料や文献によって、「痴呆介護の質を利用者の立場から見るともの（？）」などという説明に首をかしげ、痴呆性高齢者の斬新な評価法だろうと勝手に思い込み、この手法によって各種アクティビティの評価ができると考えていた。そして、急きょ研究班を組織し、その年の11月にイギリスのブラッ

ドフォード大学で行われた、パーソン・センタード・ケアとDCMベーシックコースを受講した。

しかし日を追うにつれ、筆者らの予想したような、医学研究に役立つ客観的な評価法（アセスメント）ではないことが明らかになった。その意味では落胆したが、3日間の研修が終わる頃には、筆者は「医師でなく、痴呆介護のケアワーカーとして働くのもいいな」と思うほどに、パーソン・センタード・ケアに基づく痴呆介護に魅力を感じるようになっていた。

筆者は、大府センターで研究業務中心の生活を送る前は、公立の精神病院に10年間勤めていた。その後半のほとんどは、老人病棟の医師として痴呆性高齢者の精神面・身体面の診療に当たり、外来で物忘れ外来を発足させ、痴呆性高齢者の診断・治療・相談業務中心の生活を送っていた。その意味では、痴呆性高齢者の診断・診療の実践においては、少なからず自信を持っており、痴呆の専門医としての誇りも持っていた。

しかし、彼らの研修を受けて、医療者としてではなく、介護者として働くのも、素晴らしい魅力的だと思うようになったのである。

2. パーソン・センタード・ケアとDCM法導入計画

パーソン・センタード・ケアとは、今は亡きトム・キッドウッド (Tom Kidwood) 氏によって提唱された考えである。この考えと、その理念に基づいたケアの実践法であるDCM法とを併せて学ぶ「パーソン・センタード・ケアとDCM法」の研修会がイギリスで初めて開催されたのは、今から約12年前の1992（平成4）年のことであった。

それからちょうど10年後の2002（平成14）年11月、筆者ら3名の日本人が研究事業の一環として研修会に参加した。そしてその理念が、単なる研究者がデスクで考えたものではなく、現場での根気強い観察によって構築されたものであることを、研修終了後日本で試行してみた折に実感した。

研修参加時はそこまでわからなかったが、少なくとも単なるデータ収集のためのアセスメントではなく、一人ひとりの痴呆性高齢者の人となりを生活歴などから理解した上で、彼らの立場に立ってケア現場を詳細に観察し、それをフィードバックすることによって質の向上へつなげていくツールであることは理解できた。そして、評価

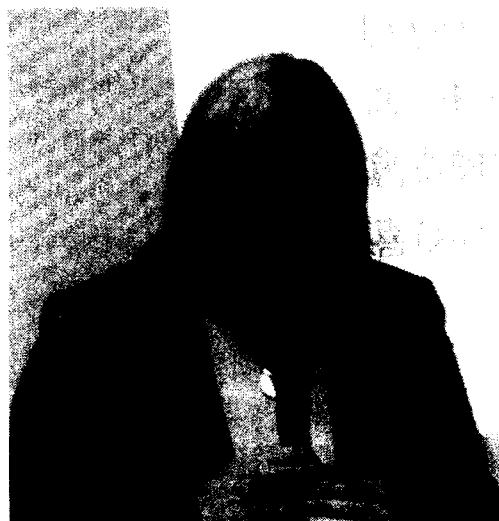
ツールというよりは、非常に教育的なツールであることに感銘を受けた。

日本へのDCM導入研究事業の主任であった筆者は、最終日の資格試験前夜、当初の計画を改め、この教育ツールをどのように日本に導入したらよいかを考えた。そして、翌日の試験後、DCMの世界的リーダーであるドーン・ブルッカー (Dawn Brooker) 氏と面会し、以下の導入計画を示した。彼女に日本の現状を説明し、導入の目的や運用方法などを理解してもらうのに2～3時間を要したが、現在は、ほぼこの計画に則って事業は進んでいる。

初年度：一般啓蒙のための国際セミナーを開催し、地域での痴呆介護のリーダーたちとワークショップを持ち、関心を持ってもらう。

2年目：日本での基礎コースの開催を目指す。

3年目：日本人講師による基礎コースが開催できるようにする。



ドーン・ブルッカー氏

3. 研修が行われるまで —翻訳作業などの準備

初年度（2002〈平成14〉年度）の国際セミナーおよびワークショップが成功に終わった後、ドーンとポール・エドワード（Paul Edwards）氏を空港へ送っていく際、次年度の計画を話し合った。そこで、テキストを日本語に翻訳すること、講師はイギリスから招き、通訳を入れて研修を行うこと、それだけでは不十分なので、研修受講者の理解を助けるために、日本人の上級コース修了者が補助につくことなどを検討した。

われわれの事業は、すべて国家予算がベースとなるため、毎年6月辺りにならなければ予算のめどが立たない。したがって、年度末におよその計画を立て、予算のめどが立つと実行にかかるという具合である。

2年目となった2003（平成15）年度も同様であり、同年の6月にブラッドフォード大学と大府センターとの間でテキストの翻訳および研修の運営に関する契約を結び、7月に翻訳準備会（委員：高橋誠一氏、日比野千恵子氏、筆者〈委員長〉、協力者：中川経子氏）を設置し、翻訳作業に取りかった。

具体的には、とりあえず日本語に翻訳した素訳を中川氏がチェックし、再度筆者が元の英文と照らし合わせる。そして、DCMの趣旨、日本の医療・介護・看護現場に合うように言葉を変えた上で、準備会において、筆者が一文一文読み上げながら、ほかの

2委員と共に検討するという方法をとった。最終的な語句の選定・チェックは、筆者の責任で行った。

テキストといっても、1992（平成4）年にトムが第1回研修会を開催してから改訂が重ねられている。現在の第7版は、約100ページの分量があることに加え、語句の使い方やその意味には彼独特のものがああり、辞書どおりに翻訳しても、本来の彼の意図と異なっていたり、意味が通じなかったりするものが多く、翻訳作業は非常に困難であった。さらに、契約条項のなかには、「文化圏の影響のために、字句を変更する場合は、いかなる場合もドーンの許可を得る必要がある」という一文があり、メールでの意味の確認は当然のこと、パース（オーストラリア）で上級コースを受講した後や、ドーンが来日した際には、1回数時間単位のミーティングを持ち、意味を確認し合い、理解に努めた。

なかでも最も理解に時間がかかったのは、パーソン・センタード・ケアの中心的概念である、パーソンフッド（その人らしさ、人格）の意味するものなどであった。紙面の都合上とても書ききれないが、文字どおり、一字一句、噛み締めるように考え、ドーンまたは講師であるクレア・スー（Claire Surr）氏に聞くといった具合で作業を行った。筆者がどんな質問を投げかけても、彼らはその都度、「生前、トムはこうのように説明してくれた」という感じで即答し、答

えに窮することはなかった。このことは、筆者にとって非常に驚くべきことだったが、おそらく彼らにも、筆者のように、生前のトムに逐一聞きながら、パーソン・センタード・ケアの理念を学んだ時代があったのだと思うと、十分理解できることであった。ちなみに、ドーンは、1992（平成4）年にトムによって初めて開催された第1回の基礎コースの受講生であったという。

このような確認作業や校正を含めると、おそらく筆者は、テキストを30回以上は一語一語精読しているだろう。2003（平成15）年7月から翌2004（平成16）年の2月上旬にかけて、生活時間（勤務時間ではなく！）のほとんどをこの準備にかけざるを得なかった。そこまで時間を費やすと、特に夜更けなど、まるで、トムが筆者に語りかけてくるような錯覚を覚えることすらあった。

したがって、このテキスト、特に理念の記述について誤りがあれば、その責任はすべて筆者に属するものであるし、日本人の誰よりも知っているという自負がある。さらに、どの部分についても、質問を受ければ、その語句の意味する点、それに関して、ドーンやクレアはどう説明してくれたかを即答できる自信がある。私は決して自信家ではないが、私がこの事業にかけた労力を知るならば、どなたでも理解していただけると思う。また、私と同じ努力をしてみれば、同じような自信を持つだろう。

4. 研修の内容

このような苦労の後に、2004（平成16）年2月に日本初のDCM基礎コースが実施されるに至った。トムが第1回を開催してから約12年後に、イギリスから遠く離れた日本で開催されることになったのである。

海外では、イギリスをはじめ7ヵ国で研修が行われており、私の知る限り、デンマークとドイツでは、母国語に翻訳されたテキストを使って研修を行っている。2003（平成15）年10月にDCM国際ミーティングに参加した際にそれを知り、また各国のストラテジック・リード（公的リーダー）たちが自国での導入時の苦労などを話してくれ、日本でも必ずやれると励ましてくれた。ここまでこぎつけたのも、彼らの友情や支えがあつてのことである。研修の内容は、資料に示したようなカリキュラムに沿って行われた。

講師については、ブラッドフォード大学で認められた認定トレーナー以外は研修を行うことが許されていないため、ブラッドフォード大学より、ドーン、ポール、クレア、3名の認定トレーナーを招き、通訳（中川経子氏、平野加奈江氏）の協力の下、研修を行った。トムは、1998（平成10）年に他界しているが、今回来日した3名は、直接、彼の指導を受け、研究・研修を引き継いでいる方たちである。ドーンは、前述のとおりDCMの世界におけるリーダーであり、トムの遺志を継ぐ実質的な後継者である。

資料 DCM基礎コースカリキュラム (2004 (平成16) 年2月開催)

1日目

- 8:30~8:45 受付
- 8:45~9:00 オリエンテーション
(大府センター)
- 9:00~10:00 自己紹介とあいさつ
- 10:00~10:30 DCM法の紹介
(痴呆ケアマッピング)
- 10:30~11:00 休憩
- 11:00~12:30 パーソン・センタード・ケアの理念
- 12:30~13:30 昼食
- 13:30~15:00 演習: 人として認められるとは?
- 15:00~15:30 休憩
- 15:30~17:00 よい状態/よくない状態の兆候と演習

2日目

- 9:00~10:30 DCMとコード付け
- 10:30~11:00 休憩
- 11:00~12:30 演習: 行動カテゴリー・コード付け (パートI)
- 12:30~13:30 昼食
- 13:30~15:00 ロールプレイ
- 15:00~15:30 休憩
- 15:30~17:00 個人の価値を低める行為

3日目

- 9:00~10:30 実施上のきまり
- 10:30~11:00 休憩
- 11:00~12:45 演習: 行動カテゴリー・コード付け (パートII)

- 12:45~13:45 昼食
- 13:45~15:00 よい出来事
- 15:00~15:30 休憩
- 15:30~17:00 ロールプレイとディスカッション

4日目

- 9:00~10:30 データ処理
- 10:30~11:00 休憩
- 11:00~11:45 データ処理
- 11:45~12:45 ロールプレイ
- 12:45~13:45 昼食
- 13:45~15:45 演習: DCM作業で実際にすること—事前説明 (ブリーフィング)
- 15:45~16:15 休憩
- 16:15~17:00 質疑応答

5日目

- 9:00~10:30 筆記試験
- 10:30~11:00 休憩
- 11:00~12:30 演習: DCM作業で実際にすること—フィードバック
- 12:30~13:30 昼食
- 13:30~14:30 フィードバック・セッション
- 14:30~15:15 日本でDCMを実施するには
- 15:15~16:45 最終ディスカッション

注: イギリス本土では3日間であるが、日本では直訳を介しているため5日間で行っている。



演習指導中のクレア (左) と
通訳の平野氏 (右)

各国で初めてパーソン・センタード・ケアとDCMの研修が行われる時には必ず参加するため、今回の日本の研修にも参加していただいた。研修最初のあいさつで、「水野は日本でパーソン・センタード・ケアの研修会をしようと言ったが、実際のところ (このような短期間で翻訳や準備は) できないだろうと思っていた」と感想を述べ、困難な事業を開催にこぎつけた実感が改めてわ

き、彼女との約束を守れたことに満足した。

5. 今後の展望

今回、DCM基礎コースが日本で初めて開催されたが、いまだ道半ばである。なぜならば、パーソン・センタード・ケアとDCMの研修を本当に根付かせるためには、日本人の認定トレーナー（講師）が必須だからである。そうでなければ、日本人による、日本語のテキストを用いた、日本人のための研修はかなわない。

認定トレーナーになるための道のりは険しく、ベーシック（基礎）コース、アドバンスド（上級）コースを受講し、試験をパスした後、エバリュエーター（評価者）の資格を取得して、初めて、トレーナーになるための研修を受けられる。これらの研修は、ブラッドフォード大学が各国に1ヵ所、公式パートナー（ストラテジックパートナー）として認めた機関のみに運営が許されている。日本では、高齢者痴呆介護研究・研修大府センターが唯一の認定機関である。ドイツ・アメリカ・スイス・オーストラリアなどでも同様の仕組みで行われている。

さらに、それぞれの国には、ストラテジック・リードと呼ばれる、ブラッドフォード大学によって認定されたリーダーが1名ずつおり、彼らがその国の研究および研修計画・運営のすべてをリードする責任を負っている。日本では、今のところ筆者が務めている。なお、現在、エバリュエーター

（評価者）の資格を持つ日本人は、日比野千恵子氏（国立長寿医療センター）と筆者の2名のみであり、今回の研修中、両名が認定トレーナーになるための講師実習（見習い講師）を並行して行った。

認定トレーナーになるためには、最低4回の講師実習を行う必要があるが、来年の春か秋には、日本人初の認定トレーナーを誕生させたいと思っている。見習い講師に対する指導は、世界共通のプログラムに則って個別に行われる。

筆者の場合は、スライドに対して立つ位置や始まりのあいさつの仕方といった細かなことから、各グループワークがどのようにパーソン・センタード・ケアとつながっているかといった深い内容の指導まで多岐にわたった。

余談であるが、先に述べたように、ドーンはトム主催の第1回DCM研修の受講生であったが、その後、認定トレーナーになったドーンが教えた生徒がクレアであり、そのクレアが講師を務めたイギリスでの研修に私は参加し、今また、認定トレーナーになるべく、彼らの指導を受けている。彼らの通った道を、私が再び2人と共に歩いていることに不思議な因果と感慨を感じる。

おわりに

2003（平成15）年度事業では、2回の基礎コースを実施し、38名の方々が試験に合格し、資格を取得した。これから増えて



第1回研修資格取得者
中段右からドーン、ポール。前列右から3人目クレア。



第2回研修資格取得者
前列左から2人目筆者。

いく有資格者のために、今年3月、DCネット（3センター合同のホームページ <http://www.dcnet.gr.jp/>）上にフォーラムを開設し、ネットワークをつくっている。DCMを実行する上での諸問題、研究への取り組み方などの相談は、このフォーラムを通して行う仕組みである。

2004（平成16）年度事業については、予算の裏づけが必要であることは言うまでもないが、今年3月末にドーンとスコットランドにて、今年度の計画案を相談した。そ

れは、引き続き基礎コースを実施すること、日本人認定トレーナーを誕生させることに加えて、昨年度修了者のフォローアップ指導も行うという計画である。

痴呆ケアマップで分析・評価し ケアにフィードバック

国立長寿医療センター西病棟（脳機能病棟）

患者さんの行動を24のカテゴリーで分類し、「良い状態」と「悪い状態」というスケールを用いて患者さんの行動やスタッフのかかわりを分析・評価し、フィードバックする「DCM」。この新しい手法を使って、痴呆をもつ患者さんによりよいケアを提供しようと努力している病院があります。



日比野千恵子さん 佐々木千佳子さん 多湖泰代師長

マッパーが患者さんを 5分ごとに6時間以上観察

今年3月、愛知県大府市に高齢者医療施設（高度専門医療機関として）国立長寿医療センターが開設されました。日本のみならず、世界の人々の健康長寿をめざしたモデル的な長寿医療を行うとともに、老化・老年病の最先端研究を推進するセンターです。

「まず自分のなかの“痴呆の人”という壁を壊すこと。痴呆症の患者さんである前に、個性をもった一人の人間である——このDCM（Dementia Care Mapping：痴呆ケアマッピング法）の理念を学んでからケアの視点が変わりました」こう話すのは、同センター西病棟（脳機能病棟）の日比野千恵子さんです。日比野さんは、同病棟において2003年から痴呆のケアの質を客観的に評価するツールのDCMを導入したケアに取り組んでいます。

DCMは、マッパーと呼ばれる研修を受けた観察者が6時間以上継続して5分ごとに患者さんの状態を観察し、良い状態（well-being）にあるのか、良くない状態（ill-being）にあるのかをアセスメントし、点数化することで患者さんの状態を評価。その結果から患者さんが受けているケアを評価するというものです。「良い状態と良くない状態」（WIB）の評価基準は、+5、+3、+1、-1、-3、-5の6段階で、細かな指標が示されており、それによって点数化していきます。

ちょうど患者さんが紙風船を使ったレクリエーションをしていました。

「みなさん言葉はあまりありませんが、顔の表情を見ると楽しそうで、とても積極的に行っていますよね。これをマッピングすると、レクリエーションはゲームというカテゴリーになるので、記録シートに行動カテゴリー（BCC）はG、WIBは+3というように記入していきます。これを5分ごとに6時間にわたって行い、その結果を数値化やグラフ化していくと、観察していた間の患者さんの状態が一目で把握でき、またどのような行動をしているときに、患者さんにとって良い状態なのかを知ることができます。今、全体的にみてそれぞれの患者さんたちにとっては良い状態にあるので、紙風船を使っているレクリエーションというかわりには、“効果的なかかわり”であると考えることができるわけです。こ

れがマイナスの評価となれば、紙風船によるレクリエーションは“効果が期待できないかわり”なので、ほかの手段によるレクリエーションを考える必要があることが推察できるわけです」（日比野さん）

ある70歳代の女性は、以前入院したときのデータで人形に良い反応を示したため、再入院のときには専用の人形を用意しました。すると患者さんは自分から人形を背負うとナースに伝え、楽しそうにかかわりながら過ごしたそうです。患者さんに合ったケアが提供できたことで、良い状態を維持し、それが患者さんのレベル改善につながりました。このケアがまさに「パーソン・センタード・ケア」（その人を中心としたケア）で、入院当初は一人で食事を取れなかったのが食事が取れるようになり、症状の改善により自宅に戻ることもできたといいます。





担当医師に患者さんの状態を伝える日比野さん。ケアと与薬について検討



輪になって紙風船でレクリエーション。ナースの声かけに明るく応える患者さん

「痴呆という疾患だけをとらえるのではなく、患者さんの性格、生活歴、家族関係などさまざまな情報から、患者さんにとってどのようなかわりがあるのか、試行錯誤しながらその方法を見つけ出しています」（日比野さん）

痴呆の有無で ケアの本質は変わらない

イギリスで生まれたこのDCMは、いま痴呆ケアを最も客観的に評価できるとして世界で注目を集めているツールで、各地で研修が行われています。日比野さんは、2年前にイギリスのブラッドフォードで基礎コースを、昨年はオーストラリアで上級コースを修得してきました。

日比野さんが、このDCMの研修を受けたのは、老人看護がやりたいと転職し、現病棟に配属されたときに起きた迷いがきっかけでした。実際に痴呆患者さんの看護に携わるようになったとき、それまで経験してきたケアでは対応しきれないことによって、大きな葛藤が生じたといいます。そして専門書を読んでもそこに書かれたケアを、患者さん個々の状態にどう反映させればいいのか疑問となり前に進めなくな

りました。そんなとき病棟医長だった医師から、厚生労働省の老人保健健康増進事業による研究の一環としてDCM法導入事業の話聞き、そのメンバーの一員となり、研修に参加したそうです。

「痴呆症の患者さんは、ちょっとできないことがあるだけ。そこを私たちが手助けすれば、さらに上のこともできるようになる。私たちとなんら変わらない一人の人間なのだ」という理念を学んだことで、痴呆の患者さんへの接し方は、決して特別なものではないと気づきました。自分が嫌だと思ふことは、患者さんも嫌だと感じるのだし、楽しいと思ふことはやはり楽しいと感じるのだということを理解したのです。痴呆の有無でケアの本質が変わるのではないことがわかり、それまでの葛藤は晴れました。そして、行動を細かに観察することで、患者さんにとって良い状態は何かという“パーソン・センタード・ケア”の視点から看護をとらえられるようになりました」と日比野さんは言います。

04年2月、高齢者痴呆介護研究・研修大府センターでDCM基礎コースが開催されました。同病棟よりナース2人、老年科医師1人のマッパが誕生しました。現在、同病棟では日比野さんを含めた4人のマッパが2人1組になり、2、3カ月に1回の割合で、マッピングとフィードバックの実施を試みています。たとえば、患者さんの状態がよい状態に大きく動いた時間帯に何かあったのかを見てみると、家族が面会に来てい

たなど、看護とはかかわりのないことが影響していることもわかります。さらに、その患者さんにとって家族との面会が良い状態をもたらすことができれば、ナースの働きかけでより頻回な面会が実現し、良い状態を維持することも可能になります。

「客観的な評価」によって 自分たちのケアを検証

昨年、この病棟に異動してきた佐々木千佳子さんも、やはり自分が行っているケアが果たして適切なものかどうか、客観的に評価する方法がなく悩んでいたといいます。

「DCMによって患者さんから見た評価がケアの客観的な評価につながり、自分たちのケアを検証することができるようになりました。それまで自分では患者さんにとってよかれと思って行っていたケアが、必ずしも効果的ではなかったとか、自分のかかわりが効果をもたらしたかどうかなどがわかるので、スタッフの意識が変化したように思います」（佐々木さん）

実は、このDCMには患者さんの状態の評価として行動カテゴリーのほか、「その人の価値を貶めるケアコード」（PD:Personal Detraction）「よい出来事の記録」（PE:Positive Event）などがあります。それぞれに評価の指標がありますが、「価値を貶めるケア」のなかには無意識に、また日常的に行っているものもあり、佐々木さんはあらためて自分のケアを振り返るきっかけになったともいいます。「たとえば、貶めるケアコードに、患者さんを“人扱いをしない”という項目があります。車椅子で移動するときや看護処置をする場合、業務に追われるとつい声をかけるのを忘れて無言で



