

Dementia Care Mapping (DCM) を用いた介護職員研修の
効果の検討

名古屋大学大学院医学系研究科
看護学専攻

安田 真美

平成28年度学位申請論文

Dementia Care Mapping (DCM) を用いた介護職員研修の
効果の検討

名古屋大学医学系研究科
看護学専攻

(指導：榊原 久孝 教授)

安田 真美

要 旨

【緒言】

現在、世界的に認知症高齢者の増加が問題となっており、世界保健機構は、「認知症の人の QOL (Quality of Life) に焦点を当てたケア開発の重要性」を報告している。日本の厚生労働省も 2013 年に認知症患者の QOL 向上の視点を持った介護従事者の育成の重要性、介護職員研修に関する研修内容・方法の検討の必要性を述べている。QOL 評価には患者自身の意識調査が必要であるが、認知症患者の場合、患者自身の意識調査には限界がある。このようなか、認知症患者の行動観察を通した客観的な評価指標として Dementia Care Mapping (DCM) が発表された。DCM は客観的な QOL 評価指標として信頼性・妥当性が検証されている。認知症患者の QOL 向上に寄与する教育的な介入が求められているなかで、認知症患者の客観的な QOL 評価指標である DCM 評価結果を介護職員研修に取り入れることを考案した。認知症患者の客観的な QOL 評価指標である DCM 評価結果を用いた介護研修プログラムを検討することは認知症患者介護ケアの向上につながると考えた。

本研究は、認知症の方を 1 人のひととして尊重する Person - Centered - Care (PCC) 理念、および DCM 評価結果をもとに介護職員への教育的介入を行い、研修効果を認知症患者の QOL

評価指標である DCM 評価にて明らかにし、認知症患者の QOL 向上につながる効果的な介護職員研修の示唆を得ることを目的とした。

【研究対象及び方法】

介護老人福祉施設の介護職員 40 名を対象に PCC 理念、DCM 評価結果をもとにした介護職員研修を実施した。その効果を同施設入所中の認知症患者 40 名を対象に DCM 評価を 3 回実施して検証した。1 回目をベースラインとし、研修をせずに 1 か月後に 2 回目、研修後のさらに 1 か月後に 3 回目の DCM 評価を実施した。介護職員研修プログラム内容は、認知症の基本的な理解と対応、PCC 理念と具体的な関わりを説明後、認知症患者 40 名全員の DCM 評価結果と介護職員の関わりについての説明とした。認知症患者 11 名については DCM 評価結果に基づく事例検討を実施した。

【結果】

認知症患者 40 名の平均年齢は 87.4 ± 6.8 歳、アルツハイマー型認知症が 6 割以上を占めていた。認知症患者の QOL 指標である DCM 評価結果は、グループ平均 WIB 値が研修後の 3 回目に有意な上昇が認められた (2 回目と 3 回目 : $P < 0.001$ 、1 回目と 3 回目 : $P = 0.035$)。個別 WIB 値の WIB 値上昇、低下、変化なしの割合変化では、研修を実施していない 1 回目と 2

回目では変化なしが4割以上を占め、WIB値上昇は20%であったのに対し、研修後にはWIB値が上昇した割合が50%以上であった(2回目と3回目では57%上昇、1回目と3回目では50%上昇)。行動カテゴリー別変化では、行動カテゴリー(A)「他者との交流」の割合が3回目に1回目と比較して有意な増加が認められた($P=0.041$)。行動カテゴリーとWIB値変化との関連では、WIB値上昇群(QOL改善群)では行動カテゴリー(A)「他者との交流」が増加した割合が50%以上を占めていた。反対に、WIB値低下群(QOL低下群)では行動カテゴリー(A)「他者との交流」が減少した割合が60%を超えていた。

【考察】

今回の研究では、介護職員研修後に認知症患者のグループ平均 WIB 値の有意な上昇が認められた。研修前には WIB 値の有意な変化は認められず、この研究結果は本研究の介護職員研修が認知症患者の QOL 改善に寄与していることを示していると考えられる。

行動カテゴリーの割合変化では、行動カテゴリー(A)「他者との交流」が介護職員研修後に有意に増加した。また、WIB 値上昇患者群(QOL改善群)では行動カテゴリー(A)「他者との交流」が関連して増加していた。介護職員研修により、行動カテゴリー(A)「他者との交流」を促すような介護職員の関わりが増えたと推測される。また、認知症患者の介護におい

て、行動カテゴリー(A) 「他者との交流」を増やす関わりの重要性が示唆された。

本研究の研修プログラムの特徴は、職員が勤務している施設の認知症患者の DCM 評価結果を研修に取り入れたことである。DCM 評価システムのフィードバックに留まらず、介護職員全員が自分たちの関わりを振り返り、検討する研修プログラムとした。本研修プログラムでは、基本的な認知症患者の理解とともに、認知症患者の DCM 評価結果に基づく事例検討を実施し、認知症患者と介護職員の具体的な関わりを含めて提示した。その結果、認知症患者の行動の意味を理解する姿勢を持つこと、認知症患者の希望する関わりを具体的にイメージすることができ、介護職員の行動変容につながったと考えられる。

【結論】

本研究では、職員が勤務している施設において認知症患者の客観的 QOL 指標である DCM 評価結果を用いた事例検討を含む介護職員研修を実施し、その研修効果を認知症患者の DCM 評価にて検証した。研修後に WIB 値上昇が 50%超に認められ、介護職員研修が認知症患者の QOL 向上に寄与する可能性が示された。また、WIB 値上昇と行動カテゴリー(A) 「他者との交流」には関連性が示され、介護職員研修によって他者との交流を促す関わりが増えたことが示唆された。本研究の PCC、DCM をベースとした介護職員研修は、認知症患者の QOL 向上

に効果があると考えられる。

英文要旨

Effects of Dementia Care Staff Training Using Dementia Care Mapping (DCM)

Dementia Care Mapping (DCM) を用いた介護職員研修の効果の検討

Introduction : In the present study, we conducted educational intervention in care staff and assessed changes in dementia residents' status before and after the intervention using dementia care mapping (DCM). The aim of the present study was to determine how educational intervention in care staff, based on Person-Centered-Care (PCC) and DCM results, could help improve the status of residents with dementia. In this study, all care staff at a geriatric nursing home underwent intervention in the form of education and training on dementia care based on PCC and DCM results. The intervention results were then assessed using DCM to evaluate changes in the status of residents with dementia in the facility before and after the intervention.

Methods: A total of 40 care staff members at a geriatric health care facility underwent care staff training sessions based on the concept of PCC and DCM results. The effects of this training were examined by conducting DCM on the dementia residents in the facility three times (once to establish

a baseline, once before the training intervention, and once after the intervention).

Results: The mean age of the 40 residents with dementia was 87.4 ± 6.8 years. Alzheimer's dementia accounted for more than 60% of the residents. Average group scale of well-being and ill-being (WIB) values increased significantly from the first round to the third round of DCM ($P=0.035$), as well as from the second to the third round ($P<0.001$). After the staff training intervention, increased WIB values (improved QOL) were found in over 50% of residents. As for changes in behavior category, interaction with others (A) significantly increased in the third round as compared to the first round ($P=0.041$). The WIB value change (increase, no change, and decrease) was significantly associated with changes in "interaction with others" (category A) . In the WIB value raise group (improved QOL), an increase in category A was encountered in more than half of residents with dementia. Conversely, in the WIB decrease group, more than 60% of residents with dementia showed a decrease in category A.

Discussion : The present findings of significant increases in WIB values suggested that staff education based on PCC and DCM in this study could lead to QOL improvement of residents with dementia. In addition, behavior category A significantly increased in the third assessment after the staff training. In

the WIB value increase group, an increase in behavior category A was found in more than half of residents; in the WIB value decrease group, behavior category A decreased in more than 60% of the residents with dementia. The increased WIB values could be associated with an increase in behavior category A, “interaction with others”

Conclusion: The present study indicated that dementia care staff training in this study may be effective in QOL improvement of dementia residents. The increase in interaction with others (A) may be a factor for improving QOL of the residents. In care staff training, the interactions of care staff with dementia residents should be explained along with DCM results, WIB values over time, and changes in behavior categories.

目次

I. 緒言	1
II. 研究方法	7
III. 倫理的配慮	11
IV. 結果	12
V. 考察	14
VI. 研究の限界	17
VII. 結論	18
引用文献	20

資料

図 1. データ収集の流れおよびデータ収集と介護職員研修の関係

表 1. 認知症患者の基本情報

図 2. グループ平均 WIB 値の DCM 回数間変化 (Wilcoxon signed-rank test)

図 3. 個別 WIB 値上昇、変化なし、減少の割合変化 (回数間比較)

図 4. 行動カテゴリー A: 他者との交流割合の回数間変化 (Wilcoxon signed-rank test)

図 5. WIB 値変化と行動カテゴリー A 「他者との交流」の割合変化との関連

I. 緒言

日本では急激な高齢化が進行しており、それに伴い認知症高齢者数も急速に増加している。厚生労働省発表の「認知症施策の現状」¹⁾では、2010年は認知症有病率15%・認知症有病者数439万人と推計され、2025年には700万人を超えると推計している。65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症に罹患すると予測されることとなる。また、必ずしも認知症を発症するとは限らないが、2010年の軽度認知障害の有病率推定値は13%、有病者数は380万人と推計されている¹⁾。急速に増加する認知症患者への対策として2013年、厚生労働省は「今後の認知症施策の方向性」²⁾の中で、身体介護のみではなく、認知症患者自身のQuality of life (QOL)を視野に入れた介護、認知症の人、本人を理解した上で生活全般をサポートする視点を持った介護従事者の育成の重要性、さらに認知症介護職員研修に関する研修内容、方法の検討の必要性を述べている。

世界的にも高齢化、認知症高齢者の増加が問題となっており、世界保健機構は2012年に認知症の人のサービス向上のための施策が急務であると報告した³⁾。また、認知症の人のQOLに焦点を当てたケアの重要性も述べている³⁾。

QOL 評価は患者自身の意識調査が重要であるが、認知症患者の場合、患者自身の意識調査には限界がある。認知症患者の QOL 評価として、1997 年に Teri⁴⁾が PES-SD (Pleasant Event Schedule- Alzheimer's Disease) を開発した。この評価は「買い物」、「友人に会う」、「音楽を聴く」などの 53 項目の活動の過去 1 か月間の頻度、有効性、過去・現在にこれらを楽しんでいるかの点から評価するものである。同じく 1997 年に Rabin⁵⁾が ADQOL (Alzheimer's Disease Quality of Life) を開発した。これは、アルツハイマー病の方を対象に社会的交流に対する自己の認識、活動の楽しみ、感情と気分、周囲との関係に関して本人または介護者が 5 段階評価するものである。1998 年には Ekman⁶⁾が PRS (Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale) を開発した。このスケールは肯定的情動として、「楽しみ」「関心」「満足」、否定的情動として「怒り」「不安・恐れ」「抑うつ・悲哀」の項目があり、訓練された評価者が 20 分間、認知症患者の表情や行動を観察し、それぞれの項目を 6 段階で評価するものである。また、1999 年には Brod⁷⁾が DQOL (Dementia Quality Instrument) を開発した。「自尊感情」「肯定的情動」「否定的情動」「所属感」「美的感覚」などに関するプレテストを行い、適切な回答が可能な者のみが対象となっている。これらの認知症患者の QOL 評価には再現

性や信頼性の曖昧さ、認知症患者の視点を反映しているかなどの課題が指摘されていた。

こうしたなか、客観的な認知症患者の QOL 評価指標の必要性が高まり、認知症患者の行動観察を通じた客観的評価指標として 1992 年に英国の故 Tom Kitwood 氏が Dementia Care Mapping (DCM) を発表した⁸⁾。これは、Person-Centered Care (PCC) の認知症患者を 1 人のひととして尊重しケアを行うという理念を実践するためのケアの改善を目的とした行動観察手法とフィードバックも含めた評価システムである。従来の行動観察ではなく、あくまでも認知症患者の立場からの視点で行動観察評価をするのが特徴である。英国においては NSF (National Service Framework for elder people : 高齢者サービスを行う際の国家基準) に PCC 理念を取り入れなければならないと記されており⁹⁾、国家戦略としても用いられている¹⁰⁾。

認知症患者の客観的 QOL 評価指標としての DCM の研究は、ケア介入方法の効果判定¹¹⁾¹²⁾、施設間の比較・認知症患者の行動と QOL との関連¹³⁾などに用いられてきた。2002 年に Fossey¹⁴⁾、Edelman¹⁵⁾らによって他の QOL 評価指標との比較、再テストによって信頼性・妥当性が明らかにされた。日本語版の DCM に関しては 2008 年に鈴木¹⁶⁾が他の QOL 評価指標との比較、再テストによって明らかにした。

一方認知症介護において、認知症介護従事者研修のあり方に関する研究報告書¹⁷⁾によれば、介護職員への認知症研修によって知識の普及、認知症患者の対応面向上という効果とともに、認知症患者の状態変化に対する評価をもとにした研修内容の検討の必要性が指摘されている。同研究にて¹⁷⁾、研修によって認知症介護に対する意識が高まり、研修から新たな学びが得られたことが示唆されると述べられているが、課題として認知症介護の質の評価の必要性が挙げられていた。介護職員への研修内容および研修効果を DCM 評価を用いて検討することは、介護職員の立場だけではなく、認知症患者の立場に立った研修内容につながり、認知症介護の実践に活かすことが可能であると考えられる。

認知症ケアに関する DCM の先行研究は、ADL レベルや認知度と DCM 評価結果の関連性¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾、認知機能と不適切なケアの関連性²¹⁾、DCM の研究手法に関するもの²²⁾²³⁾²⁴⁾、PCC を用いたアプローチ方法の検討²⁵⁾、2 つの地域の認知症ケア検討²⁶⁾、リハビリ病棟での DCM 評価の実現可能性²⁷⁾、DCM 評価実施時のリーダーシップの役割について²⁸⁾、DCM が介護職員のリーダーシップに与える影響の検討²⁹⁾、DCM と薬剤使用の関連³⁰⁾など様々な研究が報告されてきている。また、PCC、DCM では職員への

研修の重要性も述べられているが、職員の研修効果に焦点を当てた先行研究は少ない。

施設の代表職員に DCM トレーニングを実施した研究では、職員研修の効果を認知症患者の周辺症状である NPI (Neuropsychiatric Inventory) にて評価しているが、認知症患者の状態にはあまり変化が認められなかったと報告している³¹⁾³²⁾。

1998 年、現在の DCM の統括者である Brooker らが英国の National Health Service (NHS) と協力し DCM 評価を 3 年間実施した調査では、DCM 評価結果をフィードバックしケアプラン検討に用いることによって認知症ケアの質が向上することを報告した³³⁾。NHS スタッフと DCM 資格保有者が対象施設に常駐し、DCM 評価結果をもとにケアプランの検討を実施していた。DCM 資格保有者の配置、DCM 評価結果をもとにした 3 年間に渡るケアプランの検討の繰り返しは効果があると考えられる。しかし、日本では DCM 資格保有者の配置は困難である。また、3 年間という年単位での継続的なものではなく、より短期間で効果的な教育的介入が求められており、認知症介護に活かすことが可能な DCM 評価結果を用いた効果的な研修内容の検討が必要であると考えた。

そこで、介護職員に対して、DCM 評価を活用して、自分たちが介護を実施している

認知症患者の状態を DCM にて評価・フィードバックする研修を実施し、その研修効果についても、DCM 評価にて客観的に評価検討することを考えた。この DCM 評価を取り入れた研修は、認知症患者への関わりを考え、認知症患者の様々な状態に対応できる介護職員の育成につながると考える。また、認知症患者の立場に立った効果的な介護職員研修プログラムを検討することは認知症患者のケアの向上につながると考える。

本研究の目的は、PCC 理念、DCM 評価結果をもとに介護職員への教育的介入を実施し、研修効果を DCM 評価により認知症患者の状態から明らかにし、認知症患者の QOL 向上につながる効果的な介護職員研修の示唆を得ることとした。本調査では、介護老人福祉施設の介護職員に対して PCC 理念、DCM 評価結果に基づく認知症介護に関する教育研修を実施する介入を行い、その効果を DCM 評価を用いた入所中の認知症患者の状態変化により検証した。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

介護職員への教育的介入を実施し、研修前後に認知症患者の客観的な QOL 評価指標である DCM にて評価を行い、研修効果を検討した。

2. 研究参加者

研究対象施設は A 県 B 介護老人福祉施設であり、調査は 2013 年 5 月から 9 月に実施した。当該施設の入所定員は 90 名、介護職員は約 40 名、看護師 5 名の配置であった。介護職員 40 名全員に 3 回の研修を実施した。DCM 評価は同施設入所中の 40 名の認知症患者を対象に実施した。認知症患者 40 名の選定は、認知症の診断のある入所者のうち、共有スペースを利用しない入所者を除き、代諾者の同意の得られた方を対象とした。

3. データ収集項目

1) 認知症患者からのデータ収集

同認知症患者に 3 回のデータ収集を実施した。1 回目をベースラインとし（2013 年 5 月）、1 か月後に 2 回目のデータ収集を実施した（同年 6 月）。その後に介護職員研修

を3回実施し（同年7月から8月）、研修終了後に3回目のデータ収集を行った（同年9月）。データ収集の流れと時期、収集内容は図1の通りである。

データ収集内容は3回とも同様である。基本情報として年齢、性別、認知症疾患名、要介護度、MMSE (Mini-Mental-State-Examination)および Barthel 指標、DCM 評価である。DCM 評価の1回の測定は6時間、1回につき2~5名を観察し、1サイクルに約10日間を要した。

2) 介護職員への研修プログラム内容

介護職員への研修プログラムは、厚生労働省の認知症介護実践者研修、リーダー研修の研修内容を参考に作成した。研修は3回実施した。第1回目は認知症の基本的な理解と対応、PCC 理念と具体的な関わりについての講義、グループワークを実施した。第2回目は全40名の認知症患者のDCM 評価結果と介護職員の関わりを説明した。第3回目にDCM 評価結果をもとに認知症患者の行動の意味、具体的な関わり方についてグループ討議を実施した。また、認知症患者11名に対してDCM 評価結果に基づく事例検討を実施した。事例検討の視点はDCM 評価結果をもとに認知症患者の行動の意味を考えること、認知症患者を尊重した関わりとは何か、ケアプラン検討などとした。介護職

員 40 名が 3 回の研修を受けられるように複数回研修を実施した。介護職員研修は 3 回実施し、介護職員 40 名全員が参加することができた。

3) Dementia Care Mapping の概要

本研究は、介護職員研修の効果を DCM 評価結果にて検討するものである。DCM のテキストは現在、第 8 版が使用されており、Brooker³⁴⁾らが第 8 版の信頼性、内容などに関して報告している。DCM 評価は認知症ケアの改善を目的とした導入からフィードバックまでのシステムとして世界各国に普及している。DCM 評価の使用に関しては、ブラッドフォード大学が認定する研修を修了し試験に合格した、マップパーと呼ばれる者のみが実施することが可能である。本研究では、全 30 回の DCM 評価が可能な基礎マップパーに評価を依頼した。

日本では、2011 年 6 月末より第 8 版³⁵⁾を使用しての DCM 評価に移行する研修が実施されており、本研究は第 8 版³⁵⁾を用いて実施したものである。第 8 版の基本的な観察方法は、共有スペースにて認知症患者の行動を連続 6 時間観察し、5 分毎に 2 3 項目の行動カテゴリー（Behavior Category Cords : BCC）に分類し、行動カテゴリーごとに、認知症患者の感情・気分（Mood : M）および、どの程度、周囲の人や環境と関わ

っているか (Engagement : E) という ME 値を評価するものである。観察時間中の 5 分ごとの ME 値を平均することによって、マッピング期間における各認知症患者の WIB 値 (the scale of Well-being and Ill-being) につなげることができる。

ME 値の評価は 6 段階となっており、+5 (これ以上考えられないほど喜んだり、リラックスしたり、満足感を得たり、くつろいでいる状態) から、+3、+1、-1、-3、-5 (きわめて大きな落胆、苦痛、不満、不機嫌、怒り、不安、恐れ、不快な兆候を示している状態) となる。行動カテゴリー 23 項目毎に ME 値の評価基準があり、5 分間枠の中で行動カテゴリーの行動を評価するとともに、各行動カテゴリーに対しての ME 値を評価する。1 度に 5~8 名のマッピングが可能とされている。

4. データ分析

研究データ分析は、PASW Statistics 22 を用いて、認知症患者 40 名の DCM 評価結果のグループ平均 WIB 値、行動カテゴリー割合を回数間ごとにウィルコクソンの符号付順位検定を実施した。

Ⅲ. 倫理的配慮

認知症患者の代諾者に対し、研究目的、研究協力の任意性と拒否、途中辞退の自由、拒否や途中辞退の場合に受ける介護や看護、医療に影響しないこと、具体的な研究方法、収集するデータ内容、予測される不利益とその際の対応、個人情報保護の方法、研究成果の報告に関する説明を記載した書面を施設からの定期的な案内に同封し、同意が得られる場合は同意書を研究者宛に返信する方法を用いた。また、疑問や質問に対して面接、電話での対応を随時行う旨も記載し、希望時には対応した。本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会の承認（承認番号 12-147）を得て行い、当該施設には倫理審査会が存在しなかったため、施設長の許可を得て実施した。

IV. 結果

1. 認知症患者の DCM 結果

1) 認知症患者の基本属性

調査した認知症患者 40 名の基本属性を表 1 に示した。年齢は 87.4 ± 6.8 歳、疾患名はアルツハイマー型認知症が 6 割以上を占めていた。要介護度 3、4 が 7 割を占めていた。MMSE は回数ごとに上昇はしているが 3 回とも 10 点以下であり、Barthel 指標も上昇しているが、3 回とも日常生活全般に介助が必要な 40 点以下であった。

2) 教育的介入によるグループ平均 WIB 値の変化について

調査した認知症患者 40 名のグループ平均 WIB 値の変化について、1 回目と 2 回目、2 回目と 3 回目、1 回目と 3 回と回数間のウィルコクソンの符号付順位検定を実施した。結果を図 2 に示す。介入前の 1 回目と 2 回目の間には有意差は認められなかったが、介入後の 3 回目のグループ平均 WIB 値に有意な上昇が認められた (2 回目と 3 回目 : $P < 0.001$ 、1 回目と 3 回目 : $P = 0.035$)。

3) 教育的介入による個別 WIB 値の上昇割合の変化

認知症患者の個別 WIB 値について、3 回の測定間における WIB 値上昇 (QOL 改善)、

変化なし、WIB 値低下（QOL 悪化）の変化割合を図 3 に示す。教育的介入を実施していない 1 回目と 2 回目との比較では WIB 値上昇割合は 20%であったが、教育的介入前後の 2 回目と 3 回目の WIB 値上昇割合はそれぞれ 57.5%、50%と研修前のおよそ 2.5 倍となった。

4) 行動カテゴリー別変化

行動カテゴリーにおいては、「他者との交流（A）」割合が介入後の 3 回目に 1 回目と比較して有意（ $P=0.041$ ）に増加していた。行動カテゴリー（A）「他者との交流」の割合変化を図 4 に示す。他の行動カテゴリーにおいては、有意な変化は認められなかった。

5) 行動カテゴリー割合変化と WIB 値変化の関連

介入前後の 2 回目と 3 回目、1 回目と 3 回目の WIB 値の変化（上昇、変化なし、低下）別の行動カテゴリー（A）「他者との交流」の割合変化について図 5 に示す。WIB 値上昇群（QOL 改善群）では、行動カテゴリー（A）「他者との交流」の増加した割合が半数以上を占めていた。反対に WIB 値低下群（QOL 低下群）では、行動カテゴリー（A）「他者の交流」の低下した割合が 6 割以上を占めていた。

V. 考察

今回、介護職員へ DCM 評価結果を取り入れた教育的介入を実施し、その介護職員研修効果について、DCM 評価を用いて客観的に検討した。1 回目をベースラインとし、研修前に 2 回目、研修後に 3 回目の DCM 評価を実施した。すなわち教育的介入前に 2 回の評価(1 回目と 2 回目)、介入後に 1 回(3 回目の評価)の DCM 評価を実施した。その結果、研修前の 1 回目と 2 回目ではグループ平均 WIB 値に有意差は認められなかったが、研修前後を比較すると 3 回目の研修後にグループ平均 WIB 値の有意な上昇が認められた。また、個別 WIB 値が上昇した認知症患者の割合は、1 回目と 2 回目では 20% であったが、2 回目と 3 回目では 57.5% と過半数で上昇が認められ、介護職員研修後に WIB 値の上昇、すなわち認知症患者の QOL 改善の割合が明らかに増加していた。

今回の研究では、介護職員研修後に DCM 評価による WIB 値の有意な上昇が認められた。DCM 評価は、他の QOL 評価指標との関連性が明らかになっており、認知症患者の視点からの客観的な QOL 評価指標といえることが示されている¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。また、Brooker³³⁾らは、3 年間に渡る DCM 評価結果のフィードバックと介護職員と DCM 評価者(マップパー)とのケア検討は認知症ケアの質を向上させると報告している。本研究で

は、介護職員に対して、DCM 評価を活用して、自分たちが実施している認知症患者ケアの状態を DCM にて評価・フィードバックする研修を実施し、その研修効果についても、DCM 評価を用いて客観的に検討した。本研究の結果、認知症患者の WIB 値が研修後に有意に上昇したことは、本研究の介護職員研修が認知症ケア改善に寄与していることを示唆していると考えられる。

DCM 評価の WIB 値と行動カテゴリーの関係では、行動カテゴリーの「他者との交流 (A)」割合が 3 回目の DCM 評価にて有意に増加した。WIB 値上昇群(QOL 改善群)では、半数以上で行動カテゴリー (A)「他者との交流」の割合増加が認められ、反対に WIB 値低下群(QOL 低下群)では行動カテゴリー (A)「他者との交流」の割合低下が 6 割以上を占めていた。行動カテゴリーと WIB 値との関連に関して先行研究にて Iness¹³⁾は、WIB 値の上昇には行動カテゴリーの「他者との交流 (A)」、「回想する (G)」、「知的活動 (I)」、「感覚を用いた関わり (T)」が関連し、「自分の世界の閉じこもる (C)」、「一方的な関わり (U)」は WIB 値低下と関連があると述べている。また、日本語版の DCM にて鈴木³⁶⁾らは、行動カテゴリーの「表現活動 (E)」、「余暇活動 (L)」、「仕事に類似した活動 (V)」は WIB 値上昇と関連があり、「他者への関心 (B)」、「自分の世界

に閉じこもる(C)」、「一方的な関わり(U)」は WIB 値低下に関連があると述べている。

本研究においても先行研究同様、行動カテゴリー(A)「他者との交流」の増加が認められ、WIB 値上昇要因の1つとして考えられる。介護研修により認知症ケアの改善が図られ、認知症患者の「他者との交流」が図られるような介護が促進されたことで、結果的に WIB 値の上昇に繋がったと推測される。また認知症介護において、行動カテゴリー(A)「他者との交流」の割合を増やす関わりの重要性が示唆された。

一方、先行研究で報告されている WIB 値上昇と関連がある「表現活動(E)」、「回想する(G)」、「知的活動(I)」、「感覚を用いた関わり(T)」、「仕事に類似した行動(V)」は、本研究において、3回の DCM 評価にてほとんど観察されなかった行動カテゴリーである。今後、さらに WIB 値の上昇(QOL改善)に向け、「他者との交流(A)」を増やすだけでなく、個々の認知症患者に合わせた活動および具体的な関わりを検討できるような研修内容の検討が必要と考える。

今回の介護職員研修のプログラムの特徴は、職員が勤務している施設の認知症患者の DCM 評価結果を研修に取り入れたことである。DCM 評価システムのフィードバックに留まらず、介護職員40名全員が自分たちの認知症患者との実際の関わりを DCM 評

価結果に基づき振り返り、さらに事例検討を行う研修プログラムとした。介護職員に認知症の基本的な知識、PCC 理念を説明したうえで、日々自分たちが介護している認知症患者の DCM 評価結果をもとに認知症患者の特徴および介護職員との関わりに関する事例検討を実施した。そのため、本研修は認知症患者と介護職員との相互作用を確認するために有効だと考えられる。DCM 評価結果を用いた事例検討を含む研修、それによる介護職員の行動の変化が認知症患者の QOL 改善の要因の 1 つと考えられる。

VI. 研究の限界

本研究は、ある一つの介護老人福祉施設を対象に認知症介護研修を実施し、同施設の認知症患者の状態を DCM にて評価したものであり、他種類の介護施設、医療機関、在宅などは含まれていない。そのため、対象者は限定されており、すべての施設に効果的な認知症介護研修プログラムであるとは言い切れない。今後、施設の種類・数、認知症患者数を増やし、さらに効果的な研修プログラムを検討する必要があると考える。また、今回は対照群を設けなかったが、対照群を設定し、研修効果をより明確にする必要があると考える。

VII. 結論

本研究では、介護職員が勤務している施設において認知症患者の客観的 QOL 評価指標である DCM 評価結果を用いて事例検討を含む介護職員研修を実施した。また、その研修効果を認知症患者の DCM にて評価し、以下のような結論を得た。

1. 介護職員研修後に DCM 評価による認知症患者の WIB 値上昇が認められたことにより、今回の介護職員研修が認知症患者の QOL 向上に寄与する可能性が示唆された。
2. WIB 値上昇と行動カテゴリーの「他者との交流 (A)」の割合増加との間に関連が示された。介護職員研修によって認知症ケアの改善が図られ、認知症患者の他者との交流を促すケアが促進され、結果的に WIB 値の上昇に繋がったと推測された。
3. PCC、DCM をベースとした介護職員研修は、認知症患者の QOL 向上に効果があると考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただきました認知症患者様およびご家族の皆様方、施設の関係者の皆様方に心から感謝申し上げます。

最後まで丁寧にご指導いただきました名古屋大学医学部保健学科の榊原久孝教授に深謝いたします。また、この研究を進めるにあたり多くのご指導・ご鞭撻を賜りました名古屋大学医学部保健学科の梶田悦子教授、安藤詳子教授、奈良間美保教授に心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室：認知症施策の現状. 2014.
- 2) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について. 2012.
- 3) World Health Organization and Alzheimer Disease International. (2012). Dementia: A public health priority. Geneva: World Health Organization.
- 4) Linda Teri & Rebecca Logsdon G. (1997).The Pleasant Events Schedule-AD: Psychometric Properties and Relationship to Depression and Cognition in Alzheimer's Disease Patients, Gerontologist, 37(1), 40-45.
- 5) Rabins, P. V., Kasper.D.L., & Bettys.K, B. (1999) Concept and Methods in the Development of the ADQOL : An Instrument for Assessing Health — Related Quality of life in Persons with Alzheimer’s Disease. Journal of mental and Health and Aging, 5(1), 33—48.
- 6) Ekman, M.E., Paul W. W., John, M., & Perry .E. A.(1998).A Thematic Approach to System Safety Process. Safety Progress, 17(3), Fall. 219-224.

7) Brod, M.B., Stewart, A.L., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life instrument: the dementia quality of life instrument (DQoL). *Gerontologist*, 39, 25-35.

8) Kitwood T., & Bredlin, K. (1992). Toward a theory of dementia care, personhood and well-being. *Aging Society*, 12(3), 269–287.

9) Department of Health. (2001). *National Service Framework for older people*. London: Department of Health, UK.

1 0) Downs, M. (2013). Putting people, and compassion, first: The UK's approach to person-centered care for individuals with dementia. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 37(3), 53–59.

1 1) Brooker, D. D., & Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*, 4(4): 354–358.

1 2) Ballard, C. G., O'Brien, J. T., Reichelt, K., & Perry, E. K. (2002). Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a

double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(7), 553–558.

1 3) Innes, A. & Surr, C. (2001). Measuring the well-being of people with dementia living in formal care settings: the use of Dementia Care Mapping. *Aging & Mental Health*, 5(3), 258–268.

1 4) Fossey, J., Lee, L., & Ballard, C. (2002). Dementia Care Mapping as a quality of life in care settings: psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 1064–1070.

1 5) Edelman, P., Fulton, B. R., & Kuhn, D. (2004). Comparison of dementia-specific quality of life measure in adult day centers. *Home Health Care Services Quarterly*, 23(1), 25–42.

1 6) 鈴木みずえ、水野裕、Dawn Brooker 他 (2008). Quality of life 評価手法としての日本語版認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping) の検討 : Well-Being and Ill-Being Value (WIB 値) に関する信頼性。妥当性。 *日本老年医学雑誌* 5(1), 68-76.

1 7) 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター : 平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康推進事業 認知症介護従事者研修のあり方に関する研究報告書. 2

0 1 0 .

1 8) Chenoweth, L., & Jeon, Y. H. (2007). Determining the efficacy of Dementia Care Mapping as an outcome measure and process for Change: A pilot study. *Aging & Mental Health*, 11(3), 237–245.

1 9) Edelman, P., Kuhn, D., & Fulton, B. R. (2004). Influence of cognitive impairment, functional impairment and care setting on Dementia Care Mapping results. *Aging & Mental Health*, 8(6), 514–523.

2 0) Chung, J. C. C. (2004). Activity participation and well-being of people with dementia in long-term care settings. *Participation and Health*, 24(1), 22–31.

2 1) Sormunen, S., Topo, P., Eloniemi-Sulkava, U., Räikkönen, O., & Sarvimäki A. (2007). Inappropriate treatment of people with dementia in residential and day care. *Aging & Mental Health*, 11(3), 246–255.

2 2) Philip D. Slonane. & Dawn Brooker. (2007). Dementia Care Mapping as a research tool. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 780 - 589.

2 3) Dawn Brooker. (2005). Dementia Care Mapping : A Review of the Reserch Literature. *The Gerontlogical Society of America*. 45(1), 11-18.

- 2 4) Fulton, B. R., Edelman, P. (2006) Streamlined models of dementia care mapping. *Aging & Mental Health*, 10(4), 343–351.
- 2 5) Martin, G. W., & Younger, D. (2001). Person-centred care for people with dementia: a quality audit approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 443–448.
- 2 6) Younger, D. & Martin, G. W. (2000) Dementia care mapping: an approach to quality audit of services for people with dementia in two health districts. *Advanced Nursing*, 32(5), 1206–1212.
- 2 7) McIntosh, C. J., Westbrook, J., Sheldrick, R., Surr, C., & Hare, D. J. (2012). The feasibility of Dementia Care Mapping (DCM) on a neurorehabilitation ward. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22(6), 920–941.
- 2 8) Rokstad, A. M., Vatne, S., Engedal, K., & Selbæk, G. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centered care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management* 23, 15–26.
- 2 9) Jeon, Y. H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., & Haas M. (2012). Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care REsident Study (CADRES): A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies* 49(5), 508–518.

3 0) Ballard, C. G., Thomas, A., Fossey, J., Lee, L., Jacoby, R., Lana, M. M. ... O'Brien, J. T. (2004). A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 114–119.

3 1) van de Ven, G., Draskovic, I., Adang, E. M., Donders, R., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T., & Vernooij-Dassen, M. J. (2013). Effect of dementia care mapping on residents and staff of care homes: a pragmatic cluster-randomised controlled trial. *PLOS ONE*, 8(7), 1–7.

3 2) Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295–308.

3 3) Brooker, D. Foster, N., Banner, A., Payne, M., & Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: Report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health*, 2(1), 60–70.

34) Brooker, D. J. & Sure, C. (2006). Dementia Care Mapping (DCM): Initial validation of DCM in UK field trails. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21: 1018–1025.

35) 認知症介護研究・研修センター発行：DCM（認知症ケアマッピング）マニュアル
第8版・日本語版第2版。2012。

36) 鈴木みずえ、水野裕、Dawn Brooker 他 (2012). 認知症ケアマッピング (DCM) における認知症高齢者の QOL 指標に影響を及ぼす行動：よい状態と良くない状態 (WIB 値) と行動カテゴリー (BCC) の関連. *日本老年医学雑誌*, 49(5), 355-366.

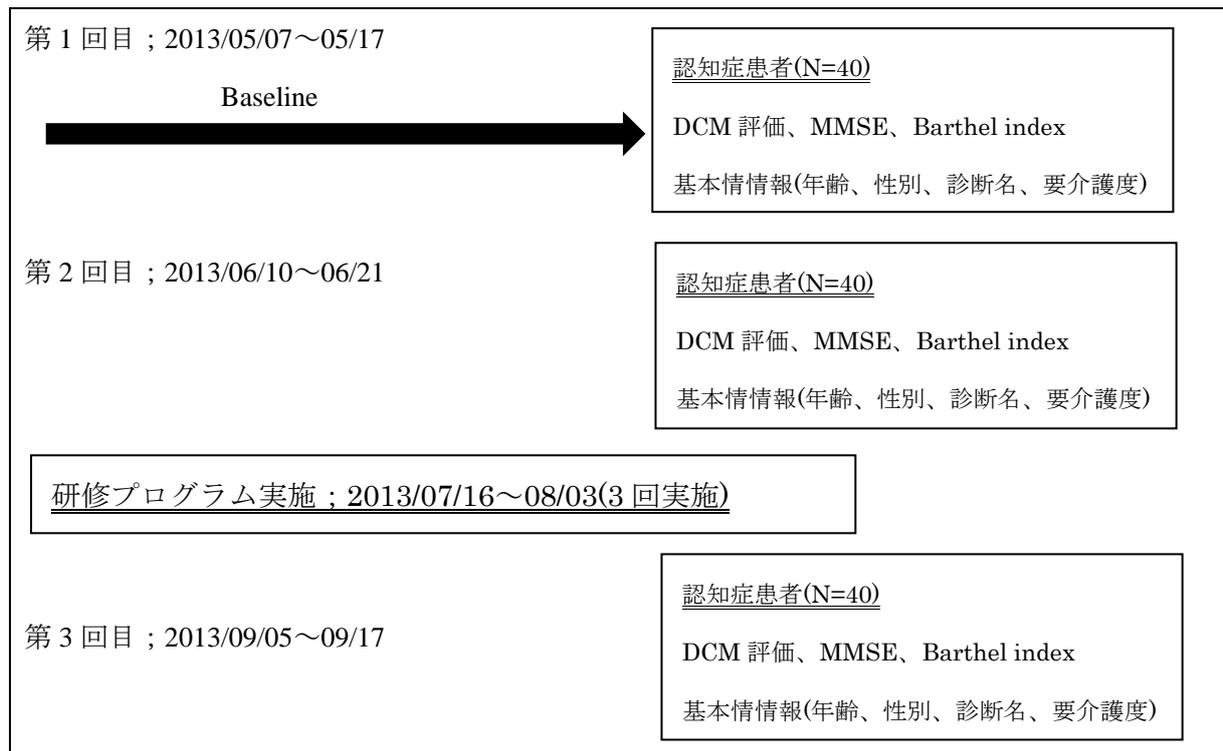


図 1. データ収集の流れおよびデータ収集と介護職員研修の関係

表 1 . 認知症患者の基本情報

年齢 (SD) ; 87.4(6.8)	
性別, n (%)	
男性	9(22.5)
女性	31(77.5)
疾患名, n(%)	
アルツハイマー型認知症	26(85.0)
脳血管性認知症	11(27.5),
その他	3(7.5)
要介護度, n (%)	
要介護 2	4(10.0)
要介護 3	13(32.5)
要介護 4	15(37.5)
要介護 5	8(20.0)
MMSE(Mini-Mental-State- Examination), 平均 (SD)	
1 回目	8.52(6.44)
2 回目	9.25(6.67)
3 回目	9.9(6.87)
Barthel Index, 平均 (SD)	
1 回目	34.0(26.59)
2 回目	34.37(27.6)
3 回目	35.7(27.6)

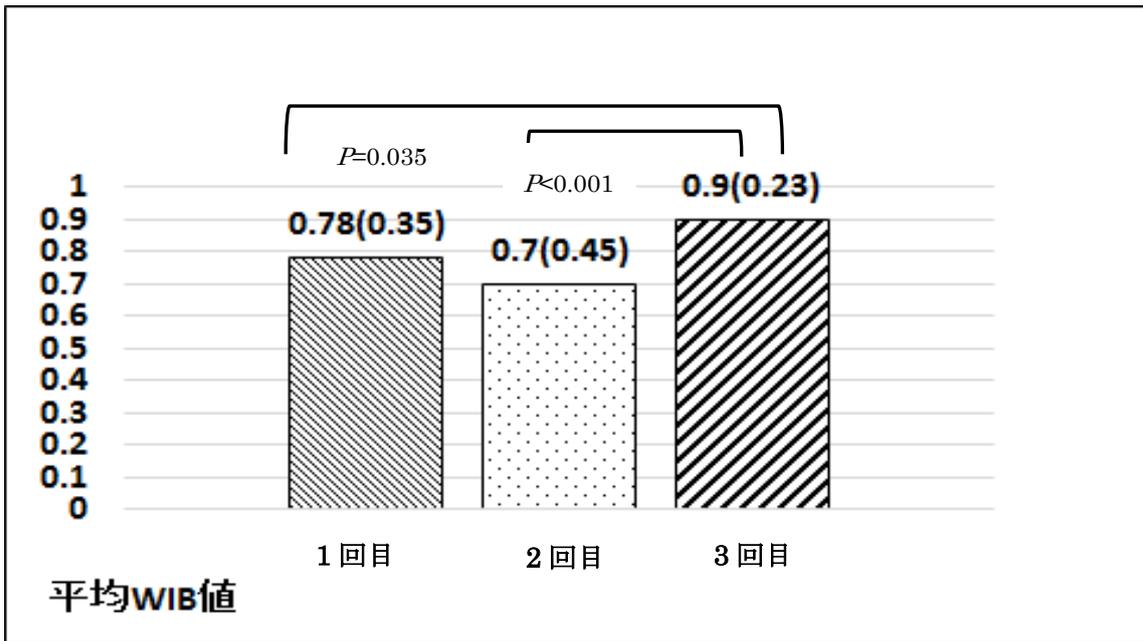


図 2.グループ平均 WIB 値の DCM 回数間変化(Wilcoxon signed-rank test)

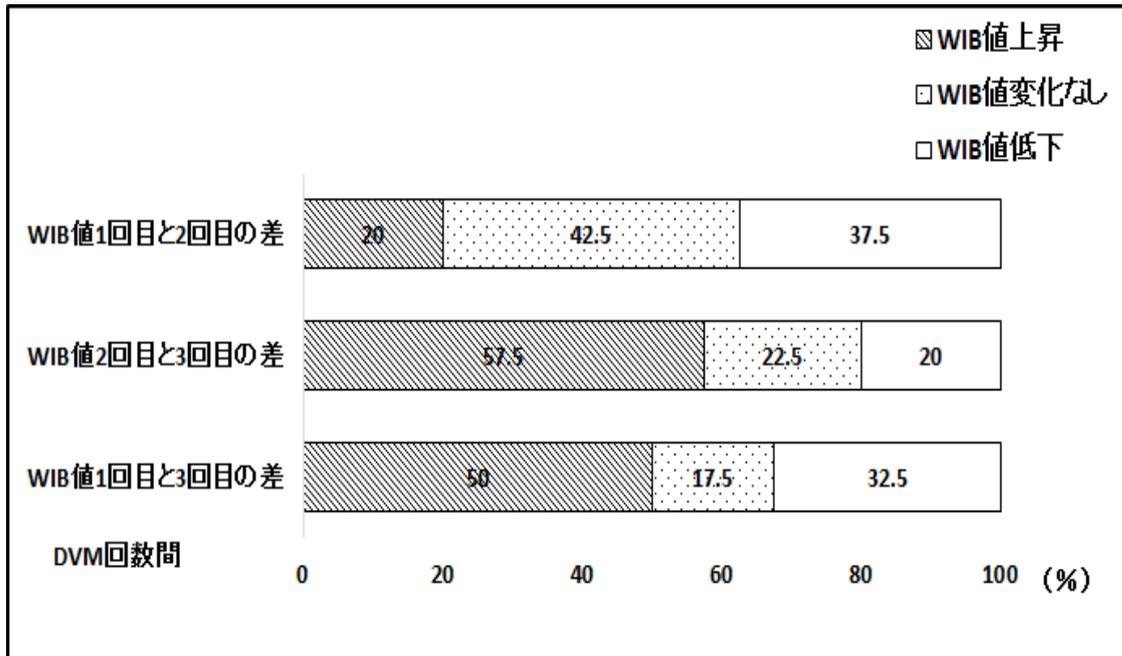


図 3. 個別 WIB 値上昇、変化なし、減少の割合変化(回数間比較)

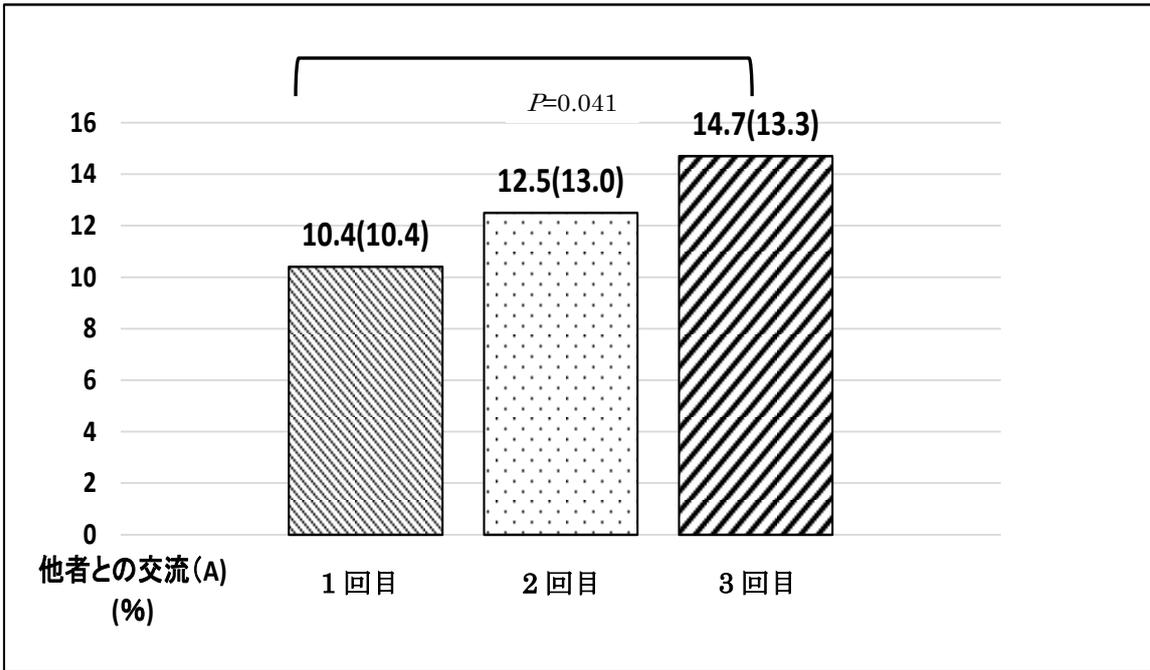


図 4. 行動カテゴリーA：他者との交流割合の回数間変化(Wilcoxon signed-rank test)

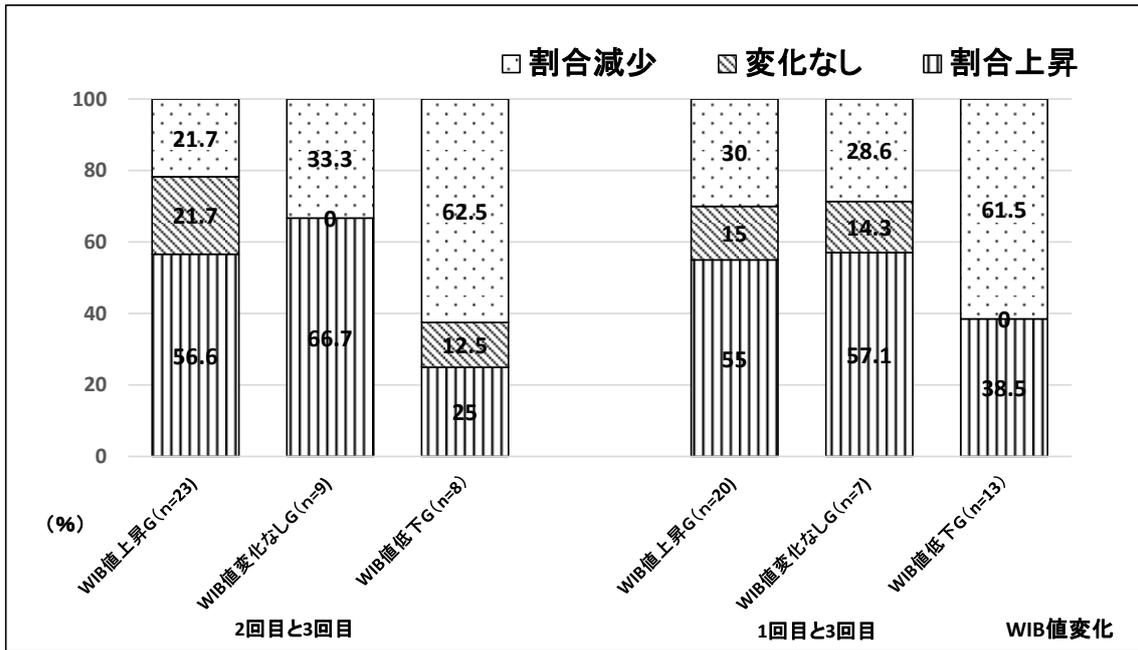


図 5. WIB 値変化と行動カテゴリーA「他者との交流」の割合変化との関連