認知症ケアマッピングを用いた認知症ケアサービス改善の取り組み
－認知症の人とスタッフへの２つのパーソン・センタード・アプローチ－

The Measure of the Dementia Care Service Improvement Using Dementia Care Mapping
-Two Person Centered Approaches to the People with Dementia and the Staff-

牛田　篤，下山　久之
Atsushi USHIDA，Hisayuki SHIMOYAMA

本研究は，認知症ケアマッピングを用いた認知症ケアサービスの評価・改善に取り組んだ実践について報告する．A県B町C認知症対応型グループホームの取り組みから，認知症ケアマッピングを用いることは，認知症ケアサービス改善に有効であることが示唆された．さらに，認知症ケアマッピングを用いた実践から，認知症の人とスタッフへの２つのパーソン・センタード・アプローチに関する有効性について報告する．

This research reports one consideration which tackled the evaluation and the improvement of dementia care service which used dementia care mapping. From the measure of the C group home for elder with dementia in B town , A prefecture, it was suggested that it is effective in a dementia care service improvement to use dementia care mapping. Furthermore, the validity about two person centered approaches to the people with dementia and the staff using dementia care mapping is reported.

キーワード：認知症ケアマッピング，認知症ケアサービスの評価･改善，２つのパーソン･センタード・アプローチ
Dementia Care Mapping, Evaluation and an improvement of dementia care service, Two person centered approaches

Ⅰ目的

介護保険制度施行後，監査や第三者評価等の評価方法を用いた介護サービスの質の評価が重要視されるようになってきた．しかし，ただ書類や配置基準等のチェックを重要視する監査，第三者評価が実際にどこまで介護サービスの質の改善に効果をあげたかは疑問が残る．実際のケアサービスを観て，それをスタッフにフィードバックし，スタッフとともに改善の糸口を見つけてこそ，はじめてサービスの改善に至るであろう．このようなプロセスを踏み，実際の介護サービスの評価・改善に取り組む手法として，イギリス，ブラッドフォード大学認知症ケアグループが開発したDementia Care Mapping（日本の通称は認知症ケアマッピング）がある．認知症ケアマッピングの背景にある思想は，パーソン・センタード・ケアである．パーソン・センタード・ケアとは認知症という疾患に焦点をあて認知症の人を理解するだけでなく，その人の生活歴や個性をふまえて「その人らしさ」を理解し，ケアを行うという考え方である．介護サービスの質に必要不可欠なキーワードとして個人の尊厳や個別ケアが挙げられる．そこで，個人の尊厳や個別ケアを提供するためには，パーソン・センタード・ケアの思想に基づいた認知症高齢者の生活を理解した関わり方が求められる．本研究ではA県B町C認知症対応型グループホームにおいて，認知症ケアマッピングを行い認知症ケアサービスの評価・改善に取り組んだ実践について検証する．

認知症ケアマッピングを用いる際，必ずパーソン・センタード・アプローチが必要となる．その際，認知症の人に対してのみパーソン・センタード・アプローチを取るのではなく，スタッフに対しても同様にパーソン・センタード・アプローチを取ることが求められている．よって，本研究では認知症ケアマッピングを用いた一考察から，認知症の人とスタッフへの２つのパーソン・センタード・アプローチの有効性について報告する．

Ⅱ方法

１．フィールドの概要

本研究のフィールドについてである．A県B町の地域性とC認知症対応型グループホームの誕生までの概要は，以下の通りである．C認知症対応型グループホームのあるB町はA県の中央部にあり，伝統芸能の能楽，それに伴う能面芸術の文化を受け継いできた町である．B町はA県内一高齢化率が高く，B町のグループホーム設立以前の高齢者の福祉施設としては，30床の特別養護老人ホーム，８床の併設型ショートステイ，高齢者生活センターがあった．町民の在宅生活を充実する目的として2006年４月，医療と福祉と行政の連携を目指す総合保健福祉センターがオープンし，医療部門をB町診療所，福祉部門としてB町社会福祉協議会・地域包括支援センター・デイサービスセンターが開設された．行政部門はB町役場保健福祉課があり，各部門に加え，その他に健康づくりのためのトレーニングジム，食育講習や栄養指導のための調理室，ボランティア活動を促進するボランティアルームなどが整備された．そして，同年４月に認知症のある高齢者が安心して自立的な生活をしていくための施設として，従来までは社会福祉法人の特別養護老人ホームに加え，これまでB町社会福祉協議会が活動拠点として使用していた老人福祉センター（特別養護老人ホームの横）を改築し，「C認知症対応型グループホーム」開設することになる．

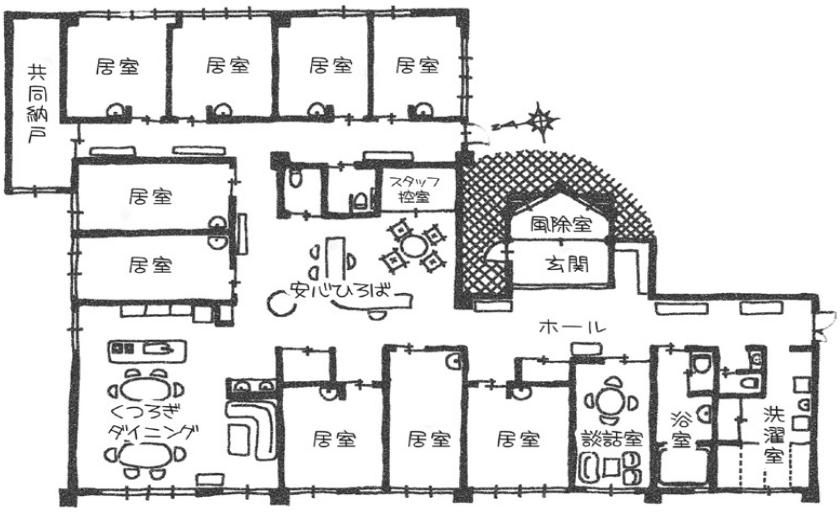
２．認知症ケアマッピングの概要

本研究は認知症ケアマッピングを用いた認知症ケアサービスの評価・改善に取り組んだ実践である．そこで，認知症ケアマッピングの概要は以下の通りである．

認知症ケアマッピングとは，各国ではDementia Care Mapping（DCM法）と呼ばれている観察式評価方法である．そこでDCM法の歴史と観察評価方法について述べる．イギリスの高齢者福祉施設でも1980年代は，日本と同様に業務中心で利用者は待たされる生活を強いられ，尊厳を無視したケアが提供されてきた歴史がある．1990年以降，コミュニティケア改革により規制緩和の流れの中，民間営利団体，民間非営利団体等，様々な運営主体が高齢者福祉サービスに参入し，サービスの質を保証するための評価法を導入する必要性が出てきた．そのことにより，イギリス政府から依頼されたトム・キットウッドはデイサービスにおける認知症高齢者ケアサービスを評価するための観察式評価法を開発し，これがDementia Care Mappingであり，頭文字をとりDCM法と言われるようになった．当初はデイサービスのケアプロセスを評価として用いられたが，現在では入所施設の認知症高齢者ケアサービスを評価するためにも使用されている．イギリスでは，「高齢者サービスのための国家基準2001」においてパーソン・センタード・ケアに基づいたサービスの実施が義

務付けられており，それを確かめるためのDCM法が行われるようになっている．そのことにより，認知症ケアのサービスに対する考え方と方法が改善されてきている．日本では，イギリスのコミュニティケア改革から10年後の2000年に介護保険制度が施行されたことにともない，介護保険制度施行後にサービスの質を保証するための評価法の導入が検討され，イギリス，ブラッドフォード大学によるDCM法を導入する準備が進められるに至っている．現在，DCM法の普及状況はアメリカ，オーストラリア，スウェーデン，デンマーク，ドイツ，スイス，日本，韓国などに導入されている．主な導入目的として，スイスなどでは監査の方法として導入されている．一方で，認知症ケアの教育法として導入している国もあり，日本では主に教育法として活用されている傾向にある．今後，日本では教育法以外に第三者評価の方法として普及されていく予定である．年に一回，これらの国の代表が集まり，DCM法に関する国際会議も開催されている．今後，この方法を導入する国は数多くなり，認知症ケアに関する国際基準となっていくものと思われる．DCM法の使用については，パーソン・センタード・ケア等の専門的な知識が必要であり，英国ブラッドフォード大学が認定する，各認定コースを修了した者のみ実施することができる．現在，欧州，東欧，米国をはじめアジアの国々でも開催されている．平成20（2008）年，日本で初めて上級コース研修を開催し[1]，日本では，平成23（2011）年6月末より第8版DCM法に移行する研修が実施されている．

第7版DCM法の基本的な観察評価方法について，DCM法では共有スペースにいる認知症高齢者の連続した行動を6時間以上観察し，5分ごとに24項目の行動カテゴリーコード（Behavior Category Codes：BCC）に分類してWIB値（the scale of well-being and ill-being）として以下のような評価尺度に基づき，よい状態（well-being）とよくない状態（ill-being）を評価する．すなわち，よい状態（well-being）には，「了解可能な範囲で，何をやっているか何をしてほしいか表現できる」「体がゆったりしていて緊張やこわばりがない」「周囲の人たちに思いやりがある」等がある．よくない状態（ill-being）には，「悲しさや悲痛を感じている時に放置された状態にある」「怒りの感情の持続が見られる」「不安がある」「退屈している」等がある．WIB値は+5（例外的によい状態である），+3（よい状態を示す兆候が相当に存在する），+1（現在の状況に適応している），−1（軽度のよくない状態が観察される），−3（かなりよくない状態が観察される），−5（無関心引きこもり，怒り，悲嘆などが最も悪化した状態に至る）の6段階で評価する．さらに，評価者（DCMでは，Mapperマッパーと呼ばれる）は，上記のBCCとWIB値とともに，個人の価値を低めるコード（Personal Detraction Coding：PDC）とよい出来事（Positive Event Recording：PER）を評価する．PDC



図Ⅰ　C認知症対応型グループホームの見取り図より作成

には，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，無視することなどのコードがあり，PERには，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し，BCCとWIB値を記載した表の下（Notes）に[2]記載する．なお，一度に５～８人の評価をすることが可能であるとされる．これらのマッピングの結果を，ミーティングを介してケア提供者にフィードバックする．フィードバックは，ケア提供者に注意をし，指導するものではなく，ケア提供者のよかった対応を中心にされる．そのようなケアに関する議論の中から，ケア提供者とマッパーが一緒になってケアの改善計画を立案する．[3]

３．調査の概要

本研究における調査の概要は，以下の通りである．

表Ⅰ　Evaluting Dementia the DCM Method 第７版日本版の概要

DCM(認知症ケアマッピング)：４つのコーディング

１．行動カテゴリーコード（BCC）　２４項目

A	言語的・非言語的な周囲の人との交流	N	睡眠、居眠り
B	周囲に関心は示すが、受身の状態	O	自分の身の回りのことをする
C	周囲に関心なく、自分にとじこもる	P	身体的介助を受ける
D	苦痛が放置されている状態	R	信仰、宗教に関わる行動
E	表現活動、歌、踊り、楽器演奏	S	性的表現と関係する行動
F	飲食	T	感覚を用いた関わり、手触り・匂いなど
G	ゲームに参加	U	一方的コミュニケーション、反応されない
H	手工芸活動	V	不在
I	知的活動、しりとり、クイズ、俳句、回想	W	自己刺激の反復
J	身体運動、体操	X	排泄と関係する事柄
K	歩行、車椅子移動、立ち上がる	Y	独語または想像上の相手と話す
L	仕事に類した活動	Z	上記のｶﾃｺﾞﾘｰに分類されない行動
M	メディアとの関わり		

２．よい状態・よくない状態（WIB）　６段階評定

＋５	例外的によい状態 積極的な関わり、自己表現、社交性	－１	軽度のよくない状態が観察される。退屈、落ち着きのなさ、欲求不満など。
＋３	よい状態を示す兆候が相当存在、 自分から周囲に関わるなど	－３	かなりよくない状態。悲嘆、恐怖、怒り、引きこもり等が持続、30 分以上無視。
＋１	現在の状況に適応している。何らかの交流がある、よくない状態を示す兆候なし	－５	無関心、引きこもり、怒り、悲嘆が最も悪化した状態が持続、1 時間以上無視。

３．個人の価値を低めるコード（PD）　１７項目

1．Treachery	だましたり、欺くこと	10．Objectification	人扱いしない
2．Disempowerment	能力を使わせないこと	11．Ignoring	無視すること
3．Infantilization	子ども扱い、幼児扱い	12．Imposition	強制すること
4．Intimidation	怖がらせること	13．Withholding	後回しにすること
5．Labelling	区別すること	14．Accusation	非難すること
6．Stigmatisation	差別すること	15．Disruption	中断すること
7．Outpacing	急がせること	16．Mockery	あざけること
8．Invalidation	分かろうとしないこと	17．Disparagement	侮辱すること
9．Banishment	のけものにすること		

４．よい出来事、賞賛すべきケア（PER）

・利用者のニーズが最初に満たされたとき
・利用者の能力が引き出され、維持されたとき
・悪化している状況が好転する何かが起きたとき
・肯定的な雰囲気が生み出されたとき
・ケアスタッフが素晴らしいケアのスキルを示したとき
＜PE のガイドライン＞
Recognition（相手を認める）、Negotiation(交渉する、意見を聞く)、Holding（相手を受けとめる）、Collaboration（いっしょに行う、協力する）、Play（楽しむ）、Celebration（祝う、ともに喜ぶ）、Timilation（五感を使う）、Validation（相手の気持ちを理解しようとする）、Facilitation（促通する）、Relaxation（くつろぐ）、Creation（創造的な動きをする）

対象者：A県B町のC認知症対応型グループホーム利用者９名のうち４名，スタッフ約10名とする（表Ⅱ参照）．但し，観察評価時の対象者は，男女各２名の入所者４名と当日勤務のケアスタッフ４名程度である．倫理的配慮により，４名の対象者は，男性D氏，E氏，女性F氏，G氏とする．

期間：平成21年４月～平成21年10月とする．

評価方法：認知症ケアサービスの評価方法は，第７版認知症ケアマッピングを用いる．認知症ケアマッピングの実施手順に従い，実施前に事前説明（パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピングの概要）を行う．その後６時間の観察を実施し，その後データ処理し報告書を作成する．その報告書に基づきスタッフとともにケアの振り返りを行う．その振り返りのなかで課題と改善のための具体的な行動計画も検討する．この一連の認知症ケアマッピングの手順を４月・６月・８月・10月に実施する．ただし，８月・10月は事前説明を省略する．また，５月・７月・９月に改善の取り組みをフォローアップするため，認知症ケアマッピング観察者は施設を訪問し，スタッフと共に途中経過を確認する．この途中経過の確認のための話し合い（以後，中間ミーティング）は１回約90分程度とする．図Ⅰに示す談話室にて実施する．中間ミーティング実施日の条件として，スタッフが必ず２名以上，当日の観察評価者が１名以上参加でき，日程調整の可能な限り最もスタッフが多数参加可能な日時に実施する．前述の通り，認知症ケアマッピング実施だけでなく，同様に中間ミーティングにおいても，認知症の人ならびにスタッフに対し，パーソン・センタード・アプローチを取り続けることとする．

分析方法：７版認知症ケアマッピング４回のデータ分析および中間ミーティング４回のデータにおける質的分析を行う．

倫理的配慮：本研究の実施に先立ち，管理者より利用者ならびに家族に口頭ならびに文書にて説明を行い，同意書を得て実施した．発表についても同意を得ている．なお発表の際，固有名詞は使用しない．本研究は，愛知淑徳大学倫理委員会の審査で承認を受けた後に実施し，平成21年博士前期課程修士論文の一部分である．

Ⅲ結果

１．認知症ケアマッピングによる結果

４回の認知症ケアマッピングを実施した結果，認知症高齢者４名の生活状況の把握ができた．個人･グループの行動プロフィールと具体的な記録等，認知症の人が一日をどのように過ごしているかをデータで確認することにより，どのような行動を取っていたか，あるいはどのような気分であるのかを把握することが出来た．つまり，データを用いグラフ化，文章化等をすることによりケアの可視化が行えた（表Ⅲ参照）．このことにより，雇用形態や出勤状況に関わらず，スタッフ間の共通認識を形成することが出来た．そこから認知症の人の中核症状や周辺症状に関する行動のみならず，認知症の人の表情やささいな発言，その心理に配慮することが出来るようになってきた．認知症ケアマッピングを用いることで，認知症の理解，認知症ケアの理解を深める機会となった．加えて，個人の状態を評価するWIB値が認知症ケアマッピングの実施回数を増すごとにスコアが上がった（表Ⅳ参照）．

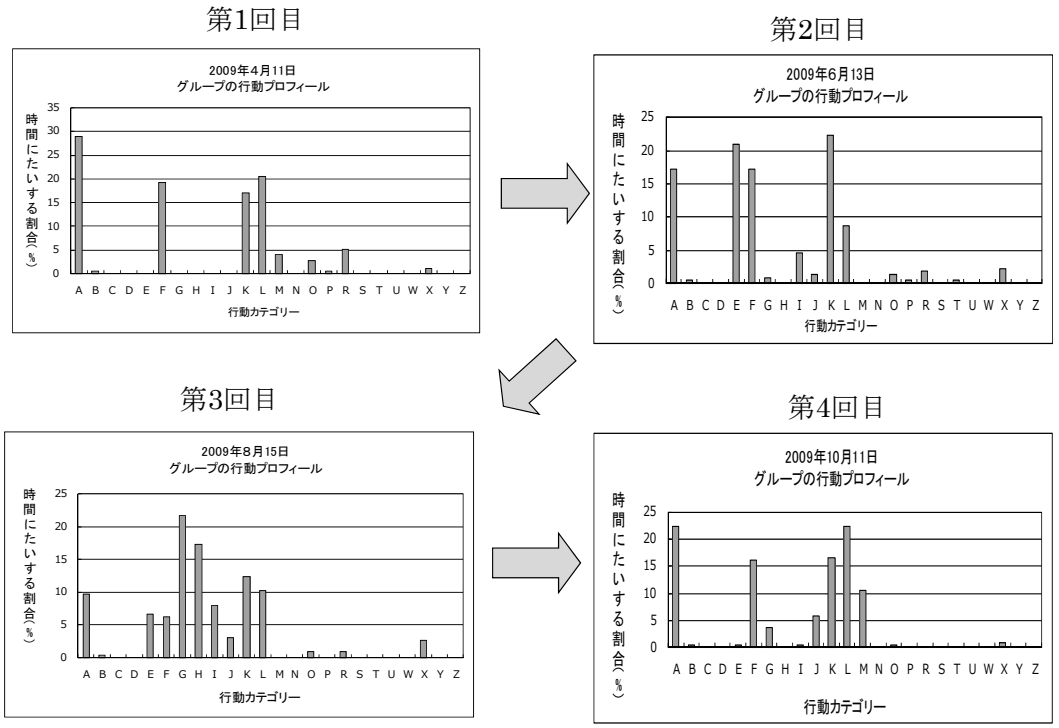
２．中間ミーティングによる結果

４回の中間ミーティングについて，５月の第１回中間ミーティング（日時：５月５日10時～11時30分）はスタッフ２名と観察評価者２名の４名が参加した．７月の第２回中間ミーティング（日時：７月11日10時～11時30分）はスタッフ３名と観察評価者２名の５名が参加した．９月の第３回中間ミーティング（日時：９月11日10時～11時30分）はスタッフ４名と観察評価者

表Ⅱ　対象者の基本的属性

名前	性別	生年月日	要介護度・NSスケール度	既往歴
D氏	男	大正12年	要介護１・軽度：37点	アルツハイマー型認知症，左膝関節炎 両変形性膝関節症
E氏	男	大正９年	要介護２・軽度：35点	認知症，左大腿部骨折
F氏	女	昭和４年	要介護２・軽度：33点	認知症，緑内障，白内障，高血圧症
G氏	女	大正15年	要介護２・軽度：33点	膣脱症，糖尿病，右乳がん，高血圧，認知症

表Ⅲ　認知症ケアマッピングを用いたグループの行動プロフィールの変化



表Ⅳ　認知症ケアマッピングを用いた WIB 値の変化

対象者	個人の WIB スコア				
	1回	2回	3回	4回	平均
D氏	+1.8	+2.5	+2.6	+2.9	+2.5
E氏	+2.5	+2.2	+2.8	+3.3	+2.7
F氏	+2.1	+2.4	+2.7	+2.8	+2.5
G氏	+2.9	+2.6	+2.8	+3.2	+2.9
グループ	+2.4	+2.4	+2.7	+3.1	+2.7

２名の６名が参加した．11月の第４回中間ミーティング（日時：11月11日10時～11時30分）はスタッフ６名と観察評価者２名の８名が参加した．中間ミーティングの出席者数が中間ミーティングの回を増すごとに増加した．同様に中間ミーティングのスタッフの発言について，回を増すごとにスタッフのサービス改善の気づきが増え，発言姿勢に主体性が増した．加えて，中間ミーティングに出席したスタッフは，その後の認知症ケアマッピングを実施した際，フィードバックも同じように参加した．

また，スタッフの意識変化を聞いた際，中間ミーティングでの話し合いが認知症ケアマッピングを用いたフィードバック時やケアカンファレンスにも反映され，職員間での利用者に対する話し合いの機会が増えた．その結果，利用者の表情や行動の変化を共通の視点でアセスメントするようになった．そして，これからどのようにより良い状況を作っていくのかを考えていくなかで，利用者の状況や心理，あるいはサービス改善方法を自ら考え始めるようになった．認知症ケアマッピングを用いてから，観察者の訪問後，自分達のケアを主体的に職場会議で話し合い，地域性を活かした具体的な行動目標を設定し始めるようになった．

４回目の中間ミーティングでは，スタッフが主体的に話し合った結果，主に２つのアクションプランの提案があった．①利用者の人生（生活歴）を丁寧に聴きながらケアする．②利用者の人生を意識し，気になる利用者の様子や行動を一つひとつ記録する．であった．本研究に関して，スタッフと振り返りをした結果，「今回の取り組みについて，最初は不安があった．しかし，

自分達の考え方や関わり方が改善されると，利用者の生活が変化することに気づけて本当によかった」といった発言を得ることができた.

Ⅳ考察

1．DCM を用いた認知症高齢者の生活状況の把握からの一考察

本研究から,認知症ケアマッピングを用いることで,C 認知症対応型グループホームで生活する４名の行動や他者との交流が可視化された.その可視化の内容は,認知症ケアサービスの可視化といってよいだろう．つまり，認知症ケアサービスに関して DCM 法を用いたデータに基づき可視化することができた．加えて，認知症ケアマッピングを用いて具体的なサービス改善に向けた取り組みを話し合う機会となった．よって，認知症ケアマッピングの手法は，スタッフが認知症高齢者の生活状況を把握するのに有効である.

2．中間ミーティングによるスタッフの気づきと主体性の増加からの一考察

本研究から，スタッフは，ケア結果を基に叱責されるのではなく，そこからどのようにより良い状況を作っていくのかを考えていくなかで，利用者の状況や心理，あるいはサービス改善方法を自ら考え始めるようになった．加えて，回を増すごとに認知症ケアマッピングのフィードバックに基づいた中間ミーティング，職場会議で主体的に話し合い，具体的な行動目標を設定し始めるようになった．しかし，DCM を用いたとしても,そのデータを基に叱責されるのであれば,スタッフは安心して状況を振り返ることが出来ず，自己防衛のために言い訳に徹するであろう.だからこそ,その意味でスタッフに対してもパーソン･センタード･アプローチを取ることが重要である.

Ⅴ結論

本研究の考察から，スタッフが脅かされずケア状況を振り返ることが出来る時，それまでの認知症ケアサービスよりもスタッフの気づきと主体性が増し，実際のケア改善の取り組みを始めることが出来る．認知症ケアマッピングを，認知症の人とスタッフの双方に対し，パーソン・センタード・アプローチの姿勢を保持し実施することが出来る場合，ケア改善の有効な手法である.

【今後の課題】

本研究は，一考察による検証の為，信頼性と妥当性をより高める必要がある．よって，今回の研究を基に追跡調査および他グループホームでの調査実施と比較分析が必要である.

【引用文献】

1）下山久之：『各国の福祉事情　イギリスにおける認知症高齢者介護　パーソン・センタード・ケアと DCM が誕生した経緯，概要と特徴』，月刊福祉，91（12），94－98，2008．下山久之：『各国の福祉事情　イギリスにおける認知症高齢者介護　パーソン・センタード･ケアと DCM，今後の展望』，月刊福祉，91（13），98－101，2008.

2）水野裕：「これからの痴呆ケア Quality of life をどう考えるかー Dementia Care Mapping（DCM）をめぐって」，『老年精神医学雑誌』，15（12），136－148，2004．鈴木みずえ･Dawn Brooker･水野裕･内田敦子･グライナー智恵子・日比野千恵子：「パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピングを用いた研究の動向と看護研究の課題」，『看護研究』，39（4），259－273,2006．鈴木みずえ･Dawn Brooker･水野裕･内田敦子･グライナー智恵子･日比野千恵子:「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：DCM）の検討 Well-being and Ill-being Value（WIB 値 ）に関する信頼性・妥当性」，『日本老年医学会雑誌』，45（1），68－75，2008.

3）鈴木みずえ編:『認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケア実践報告集』，クオリティケア，2009.

【参考文献】

1）下山久之：「Dementia Care Mapping 法を通してのフロア課題抽出と改善の取り組み」，介護福祉教育第13巻第１号，2007.

2）スー・ベンソン編，高橋誠一監訳，寺田真理子訳：『介護職のための 実践，パーソン・センタード・ケアー認知症ケアの参考書ー』，筒井書房，2007.

3）スー・ベンソン著編，石崎淳一監訳，川本浩イラスト，稲谷ふみ枝翻訳：『パーソンセンタード・ケア〈改訂版〉ー認知症・個別ケアの創造的アプローチ』，クリエイツかもがわ，2007.

4）トム･キットウッド著，高橋誠一訳:『認知症のパー

ソン・センタード・ケアー新しいケアの文化へー』，筒井書房，2005. Ed. Tom Kitwood:Dementia Reconsidered, Open University Press，Buckingham，1997.
5）水野裕著：『実践パーソン・センタード・ケア』，株式会社ワールドプランニング，2008.
6）認知症介護研究・研修大府センター編：『Evaluting Dementia 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・ケアと認知症ケアマッピング～ 第７版日本版第２版』，2006.