

ケアサービス	ホーム内での暮らしの支援	日常生活行為の支援（食事）	献立づくりや食材選びを、入居者と共に行っており、可能な限り買い物や調理も一緒に行っているか。また、意思の確認が困難な場合には、好みを把握して献立や調理に活かしているか。	いる 1	いない	
			献立には、季節感を感じさせるものや、入居者にとって、昔なつかしいもの、個別のお祝い等を取り入れているか。	いる 1	いない	
			食事に際して、食欲を高め、楽しく食べられるような言葉かけや働きかけを行っているか。	いる 1	いない	
			家庭的な食器を使っており、茶碗や湯呑み、箸等は、入居者一人ひとりが使い慣れたものになっているか。	いる 1	いない	
			入居者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしているか。	いる 1	いない	
			入居者一人ひとりの摂取カロリーや水分摂取量、栄養バランスを、一日全体を通じておおよそ把握しているか。	いる 1	いない	
			不用意な言葉かけや刺激で食事が止まってしまうことのないように配慮しているか。	いる 1	いない	
			職員も入居者と同じ食事を一緒に楽しんで食べながら、食べ方の混乱や食べこぼし等に対するサポートをさりげなく行っているか。	いる 1	いない	
	日常生活行為の支援（排泄）	おむつをできる限り使用しないで済むように、入居者一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた援を行っているか。	いる 1	いない		
		下着、おむつ又はパットは、入居者一人ひとりのその時々状態に合わせて使い分けているか。	いる 1	いない		
		排泄の誘導・介助や確認、失禁の対応は、不安や羞恥心、プライバシーに配慮して行っているか。	いる 1	いない		
		便秘予防に配慮して、飲食物の工夫や排便誘導、運動への働きかけ等に取り組んでいるか。	いる 1	いない		

区分		評価項目	評価区分及び得点			
ケアサービス	ホーム内での暮らしの支援	日常生活行為の支援（入浴）	入浴前にその日の健康状態を確認し、入浴して大丈夫かの見極めをしているか。	いる 1	いない	
			入居者一人ひとりの希望に合わせ、くつろいだ入浴ができるように支援しているか。	いる 1	いない	
			入浴は、入居者の不安や羞恥心、プライバシーに配慮した方法となっているか。	いる 1	いない	
		日常生活行為の支援（整容）	入居者一人ひとりの個性を大切に髪型や服装、おしやれを支援しているか。	いる 1	いない	
			入居者一人ひとりの希望に合わせて、理美容院の利用を支援しているか。	いる 1	いない	
			整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にさりげなくカバーしているか。	いる 1	いない	
		衣類を着込みすぎたり、逆に脱いでしまう入居者には、気温や場に合わせた衣類や下着の調節をさりげなく支援しているか。	いる 1	いない		
		外出や面会、年中行事等、生活の彩りに合わせたその人らしい服装を楽しめるよう支援しているか。	いる 1	いない		

(睡眠・生活行為の支援)	入居者一人ひとりの睡眠パターンを把握し、夜眠れない入居者には、1日の生活リズムづくりを通じた安眠策を取っているか。	いる 1	いない	
	落ち着きのなさや緊張、疲労の程度に応じて、一服したり、心身を休める場面を個別に取れるよう支援しているか。	いる 1	いない	
生活支援	居室の掃除、衣類等の洗濯、持ち物の整理や補充などにおいては、入居者のプライバシーを大切に、場面ごとに本人の力を引き出しながら、支援しているか。	いる 1	いない	
	必要物品や好みの買い物に出る機会を日常的につくり、買い物を楽しく行えるように支援しているか。	いる 1	いない	
	入居者が自分でお金を持つことの大切さを職員が分かっており、日常の金銭管理を本人が行えるよう、入居者一人ひとりの希望や力量に応じて支援しているか。	いる 1	いない	
	入居者が手紙や電話を日常的に利用できるように、プライバシーに配慮しつつ支援しているか。	いる 1	いない	
ホーム内生活拡充支援	ホーム内で入居者一人ひとりが楽しみごとや出番を見い出せるよう、場面づくり等の支援を行っているか。	いる 1	いない	
	その地域や入居者に馴染みの季節のならわし等を、入居者に主体になってもらいながら家庭的な雰囲気で行っているか。	いる 1	いない	

区分		評価項目	評価区分及び得点		
ホーム内での暮らしの支援 ケアサービス	医療機関の受診等の支援	心身の変化や異常発生時に、気軽に相談できる医療関係者を確保しているか。	いる 1	いない	
		入居者又は家族が希望し、又は納得している医療機関、歯科医療機関を受診しているか。	いる 1	いない	
		痴呆に関する診断や治療、対応方法等について、指示や助言をもらえる医師を確保しているか。	いる 1	いない	
		痴呆の人の受診の困難さを理解し、受診しやすいよう配慮してくれる医療機関、歯科医療機関を確保しているか。	いる 1	いない	
		痴呆のある入居者の入院を受けてもらえる医療機関を確保しているか。	いる 1	いない	
		入院した場合、早期退院のための話し合いや協力を医療機関と行っているか。	いる 1	いない	
	心身機能回復に向けた支援	年に最低1回は、健康診断や医師の指導を受けられるように支援しているか。開設間もないホームは、健康診断を受けられる準備や体制を整えているか。	いる 1	いない	
		痴呆の人の心理機能の特徴(不安やストレスが高まると混乱が強まる。また、記憶障害・見当識障害による生活上の支障がカバーされないと、慢性的な不快感、不安状態、過去と現実との混同、パニック等が現れる。)を職員が理解しており、日常のケアに活かしているか。	いる 1	いない	
	入居者同士の交流支援	痴呆の人の身体面の機能低下の特徴(筋力低下、平衡感覚の悪化、嚥下機能の低下等)を理解し、買い物や散歩、調理、楽しみ事等の日常生活の中で自然に維持・向上するように取り組んでいるか。	いる 1	いない	
		入居者同士の助け合いや気持ちの支え合いができるような支援を、日常的に行っているか。	いる 1	いない	
		職員は、入居者同士のけんかやトラブルの原因を把握し、必要な場合にはその解消に努め、当事者や他の入所者に不安や支障を生じさせないようにしているか。	いる 1	いない	
			入居者の身体を、清潔に保っているか。	いる 1	いない

健康管理	入居者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないよう、口腔の清潔を日常的に支援しているか。	いる 1	いない	
	入居者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように、すべての職員が注意しており、重度化や入院を防ぐ努力をしているか。また、その変化やサインを記録に残している。	いる 1	いない	
	体重の経過をモニターし運動量と食事量に留意しているか。	いる 1	いない	

区分		評価項目	評価区分及び得点		
ケアサービス	ホーム内での暮らしの支援	職員は、入居者が使用する薬の目的や副作用、用法や用量を承知しており、入居者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるように支援し、症状の変化を確認しているか。	いる 1	いない	
		職員は、入居者の持病やアレルギーについての留意事項をプライバシーに配慮しつつ共有しており、それらの事項を守っているか。	いる 1	いない	
		入居者のけが等の緊急時に、職員は応急手当を行うことができるか。	できる 1	できない	
		感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行しているか。	いる 1	いない	
		入居者の健康状態について、少なくとも月1回程度は、家族に連絡し、健康管理情報を共有しているか。	いる 1	いない	
		入居者の心身の状態に異変が見られた時は、その都度家族に連絡を入れて対応の相談をしているか。	いる 1	いない	
		家族が通院介助をする場合、受診前に家族に情報を提供するとともに、受診後に家族から医師や歯科医師の指示や説明の伝達を受けて、入居者の健康管理に活かしているか。	いる 1	いない	
	入居者の地域での生活の支援	入居者が、ホームの中だけで過ごさずに、積極的に近所に出かけて楽しめるような雰囲気を作っているか。	いる 1	いない	
		入居者の外出が容易になるように、ホーム周辺の安全対策やホームを認識しやすい工夫を施しているか。	いる 1	いない	
		入居者が行きたいところを本人や家族から把握しており、訪問が実現するよう支援しているか。	いる 1	いない	
		入居者や家族と相談・協力して、行事での外出や旅行等の機会を作っているか。	いる 1	いない	
	入居者と家族との交流支援	家族が気軽に訪問でき、訪問時は、居心地よく過ごせるような雰囲気を作っているか。	いる 1	いない	
		家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っているか。	いる 1	いない	
	運営体制	事業の統合性	法人代表者及び管理者は、ケアサービスの質の向上に熱意を持ち、それぞれの権限や責任を踏まえて、共に取り組んでいるか。	いる 1	いない
介護従業者の採用、運営方法、入居者の受入れや入居継続の可否については、職員の意見を聞いているか。			いる 1	いない	
管理者は、直接に、又は報告により、毎日の昼夜の入居者及び職員の状況を把握しているか。			いる 1	いない	

区分		評価項目	評価区分及び得点		
		ケアサービスの質の評価の意義について、職員に周知し、評価結果をサービス改善に生かしているか。また、その体制があるか。	いる 1	いない	

運営体制		協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関の職員は、グループホームをよく知っており、ホームを支えていく協力体制が確保されているか。	いる 1	いない	
	職員の確保・育成	入居者の状態や生活の流れを支援するために、これに即した職員の勤務ローテーションを組んでいるか。	いる 1	いない	
		グループホームケアに適した資質を有するものを採用しているか。	いる 1	いない	
		職員が、採用時、フォローアップ等それぞれの段階に応じた研修を受講し、その内容をすべての職員に周知しているか。	いる 1	いない	
		職員が日常的に学ぶことをホームとして推進しており、職員に的確に助言できる人材がいるか。	いる 1	いない	
		職員の業務上の悩みやストレスを解消する方策を取り入れているか。	いる 1	いない	
		職員の休憩の場所は、職員が十分にくつろげ、心身を休めるのに適した設備を有しており、必要な備品も整っているか。	いる 1	いない	
	入居時及び退居時の対応方針	グループホームに適した入居対象者であるか、十分に検討しているか。	いる 1	いない	
		利用契約時及び料金改定時には、料金の設定理由を十分説明しているか。	いる 1	いない	
		退居は、契約に基づくとともにその決定過程が明確であるか。また、入居者や家族に十分な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援しているか。退居事例がない場合は、その体制があるか。	いる 1	いない	
		入退居の前後には、入居者が「移り住むことのダメージ」を最小限に食い止めるために、家族等とはもちろん、本人に係る保健医療福祉の関係者と十分な情報交換と話し合いを行っているか。退去事例がない場合には、その体制があるか。	いる 1	いない	
		利用者に対して、自らが、適切な介護を提供することが困難な場合、他の事業所、施設、医療機関を紹介する等の適切な指示を行っているか。	いる 1	いない	
		入居に際して、入居の年月日、グループホームの名称を、退居に際して退居の年月日を入居者の被保険者証に記載しているか。	いる 1	いない	
	衛生・安全管理	職員は、手洗いやうがいを、励行しているか。	いる 1	いない	
		ホーム内の清潔や衛生を保持しているか。	いる 1	いない	
		ごみ処理、汚物処理等の衛生面に関する取扱いの取り決めがあり、職員間で実行しているか。	いる 1	いない	

区分	評価項目	評価区分及び得点		
衛生・安全管理	薬や洗剤、刃物等の注意の必要な物品については、保管場所、管理方法等を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行しているか。	いる 1	いない	
	けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態の対応策のマニュアルがあり、すべての職員が内容を熟知しているか。	いる 1	いない	
	けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態が発生した場合、事故報告をまとめており、サービスの改善につなげているか。	いる 1	いない	
	感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じているか。また、必要に応じ保健所の指導助言を求める等、連携を取っているか。	いる 1	いない	
	非常災害に関する具体的計画を立て、定期的に避難、救出等必要な訓練を行っているか。	いる 1	いない	

運営体制	情報の開示・提供と保護	入居者及び家族からの情報開示の要求に応じているか。	いる 1	いない	
		介護相談員や評価調査員等の訪問時には、情報を積極的に提供しているか。	いる 1	いない	
		利用者又はその家族の秘密保持のために必要な措置を講じているか。	いる 1	いない	
		サービス担当者会議等で、個人情報を用いる場合は、文書により利用者又は、その家族から同意を得ているか。	いる 1	いない	
	文書管理	介護保険関連の書類が整い、手続きや処理が滞りなくなされているか。	いる 1	いない	
		個人に関する記録、その他重要な書類の管理がされているか。特に介護計画等2年間は保管しなければならない書類は、保管場所やファイル方法を決め、実行しているか。	いる 1	いない	
	相談・苦情への対応	相談や苦情を受け入れるホーム側の窓口及び職員が明確であり、入居者および家族にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えているか。	いる 1	いない	
		家族が、相談や苦情を第三者に伝えるための機会を、積極的に設けているか。	いる 1	いない	
		入居者や家族から苦情が寄せられた場合には、職員で速やかに対策案を検討して回答するとともに、サービス改善につなげているか。	いる 1	いない	
	ホームと家族との交流	家族が気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談したりできるように、面会時の声かけ、定期的連絡等を積極的に行っているか。	いる 1	いない	
		家族に入居者の暮らしぶりや日常の様子を定期的、具体的に伝えているか。	いる 1	いない	
		家族との外出や外泊時には、入居者の生活やケアの継続性が保たれるように、情報交換を行っているか。	いる 1	いない	
		家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供しているか。	いる 1	いない	

区分	評価項目	評価区分及び得点		
運営体制	入居者が金銭の管理ができない場合には、その代替方法を家族と相談の上定めており、家族に定期的にその出納を明らかにしているか。	いる 1	いない	
	市町村との連絡を密にとり、家族介護教室等の市町村事業を積極的に受託しているか。	いる 1	いない	
	在宅介護支援センターや居宅介護支援事業者と、情報交換等の連携を図っているか。	いる 1	いない	
	地域の人達に対して、日頃から関係を深める働きかけを行っているか。	いる 1	いない	
	地域の人達が、遊びに来たり立ち寄ってくれたりするように取り組んでいるか。	いる 1	いない	
	近隣住民、家族、ボランティア等が、入居者の生活の拡がりや充実を図ることを支援してくれるよう、働きかけを行っているか。	いる 1	いない	
	入居者の生活の安定や拡がりのために、周辺地域の諸施設から協力を得ることができるよう、理解を拡げる働きかけを行っているか。	いる 1	いない	
	ホームの機能を、入居者のケアに配慮しつつ地域に開放しているか。	いる 1	いない	

		他のグループホーム等から実習生の受入れの要請がある場合には、入居者及び家族の意向や受入れ人数等を勘案して対応しているか。	いる 1	いない	
	利用料等の受領	法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、利用者から費用の一部の額を適正に受けているか。(1割相当額の支払いを受けているか。)	いる 1	いない	
		償還払いサービスを提供した際に、利用者から受ける利用料の額と居宅介護サービス費用基準額との間に不合理な差額が生じないようにしているか。	いる 1	いない	
		その他の日常生活費等の徴収については、基準に基づいて適切に行っているか。	いる 1	いない	
		その他の日常生活費等の受領については、予め説明を行い、利用者等の同意を得ているか。	いる 1	いない	
		サービスの提供に要した費用について、その支払いを受ける際には、所定の様式による領収証(個別の費用毎に区分して記載)を交付しているか。	いる 1	いない	
成果	サービスの	入居者一人ひとりが束縛のない安らぎのある自由な暮らしができていますか。	いる 1	いない	
		入居者一人ひとりが自信を取り戻し、感情豊かに暮らしていますか。	いる 1	いない	

区分		評価項目	評価区分及び得点		
サービスの成果		入居者一人ひとりがそれまでの暮らしや生き方(個性)を大切に暮らしているか。	いる 1	いない	
		入居者一人ひとりが自然なかたちで持てる力を発揮して暮らしているか。	いる 1	いない	
		入居者一人ひとりが大切な人と触れ合ったり、交流する機会を持ちながら暮らしているか。	いる 1	いない	
		入居者一人ひとりに対する家族や親しい人の訪問等が入居当初よりも活発であるか。(会いに来たり、一緒に出かけたり、電話や手紙などの支援が増えている等)	いる 1	いない	
		入居者が日常的にまちに出かけながら暮らしているか。	いる 1	いない	
		入居者と職員が日常的に地域の人と交流することを通して、地域の人々の痴呆に関する理解が広まっているか。	いる 1	いない	
		Aランク140点以上 Bランク110点以上 Cランク110点未満	合計得点	/155点	
			評価区分	A B C	

厚生労働科学研究費補助金（痴呆・骨折臨床研究事業）

分担研究報告書

研究課題名：痴呆性高齢者におけるケアサービスの質的評価に関する研究

（分担研究課題名：痴呆性高齢者におけるケアサービスの質的評価におけるグループホームとデイサービスの比較検討）

分担研究者 浦上克哉*

分担研究協力者：人見裕江**、谷垣静子**

* 鳥取大学医学部保健学科生体制御学

** 鳥取大学医学部保健学科地域精神看護学

研究要旨

痴呆性高齢者におけるケアサービスの質的評価を行なうため、グループホーム（GH）とデイサービス（DS）の比較検討行なった。サービス利用後6か月以上経過しているGH入所者とDS利用者の6か月の生活の前後で評価した。生活健康スケールで、「生き生きとした目をしている」の項目がGHで高かった。気分を評価する質問紙法（POMS）による評価では、「不安」、「落ち込み感」などがDS利用により低下していた。免疫系の評価では、CD8+T細胞がGH群でDS群に比較して高値の傾向を示した。GH入居はDSを利用しながら在宅ケアするよりも、加齢に伴う細胞性免疫機能の低下を防ぐ可能性があることが示唆された。次年度は、ADL評価スケールも加えてより詳細な評価をしていくことを企画している。

キーワード：痴呆性高齢者、ケアサービス、グループホーム、デイサービス、免疫機能

A. 研究目的

痴呆性高齢者の効果的なケアとして、個性を尊重したグループホーム（GHと略す）での生活や社会参加の機会として通所系サービス（DSと略す）の活用による生活支援があげられる。

地方性高齢者専門のGH入所者とDS利用者の健康寿命、すなわち痴呆症を生きながらも、生活者としての健康な部分の存在を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得た上で、家族会を通して対象者を紹介してもらった。研究の趣旨を、本人には口頭で、家族には文書で説明し、承諾を得た。

調査は2003年2月から9月に行った。

1) 高齢者について

サービス利用後6か月以上経過しているGH入所者とDS利用者の6か月の生活

を参加観察した。

高齢者の痴呆症を生きながらも、生活者としての健康な部分を、生活健康スケール（以下、スケール）を用いて介護に直接あたっているスタッフが観察開始時の現在と6か月後のその後の2回評価した。

免疫機能は、T細胞等のリンパ球の変化を指標とし、観察開始時の現在と6か月後のその後の2回調べた。

2) 介護家族について

介護家族には、介護家族の背景と主観的状态および気分（以下、POMS）とソーシャルサポートについて、自記式質問紙を用いて調べた[1]。介護開始時、GH入所またはDS利用というサービス利用後および観察開始時現在を、観察開始時に調べ、6か月後のその後については、6か月後に回答を求めた。

3) 用語の定義と測定用具について

生活健康スケールは、生活者としての健全さや健康さを測定する測定用具として中島により作成された。「常識や好みに応じて人環境を選択的に使い分けられる力、人間関係における調整力」「身振り表現、振る舞いなどの身体技法における表現力、身体技法における表現力」「おかれている場を許容して操作的に扱える力、場の操作能力」の3側面からなる20項目である。介護スタッフにより、4段階で評価した。

リンパ系の免疫担当細胞は、大きく分けるとT細胞系、B細胞、どちらにもつかない細胞群であるものの代表であるNatural killer (NK)細胞になる。各群の

細胞はそれぞれの特徴を示す表面構造（抗原）を持っている。リンパ球細胞表面抗原NK細胞はCD16、CD56等を出していると考えられる。CD3⁺T細胞はCD4⁺T細胞とCD8⁺T細胞を検出の指標にした。免疫能の検査は、免疫担当細胞であるリンパ球細胞表面抗原（CD16、CD4、CD8など）およびNK細胞活性の測定を行った。NK細胞活性の測定は、ヘパリン加採血を比重遠心分離法（Conray-Ficoll:d=1.077）にてエフェクター細胞分離を行い、K562細胞株を標的細胞とした⁵¹Cr放出試験にて行った。細胞分離は、ヘパリン採血した血液をFicoll-Paque液（Amersham-Pharmacia Biotech, Uppsala, Sweden）を用いて比重遠心法により単核球層を分離した。細胞の測定は、採集した細胞を蛍光色素で標識された各種モノクローナル抗体と4℃で40分間反応させた後、フローサイトメトリー（FACScan Becton Dickinson, Calf. USA）で2カラーの解析を用いて測定した。具体的には、T細胞をFITC標識（緑色蛍光）抗CD3モノクローナル抗体で染色した。また、T細胞サブセットのヘルパーT細胞はFITC標識抗CD3抗体およびPE標識抗CD4抗体で、細胞傷害性T細胞はFITC標識抗CD3抗体およびPE標識抗CD8抗体でそれぞれ二重染色する方法と、FITC標識抗CD4抗体およびPE標識抗CD8抗体で染色する方法で測定した。また、FITC標識抗CD16抗体およびPE標識抗CD56抗体で染色し、二重染色される細胞をこの実験ではNK細胞とした。最終的な細胞集団の割合はフローサイトメトリー（FACScan）でリンパ集団にゲー

トをかけ 20,000 個の細胞を数えて算定した。

POMS[2, 3]は、気分を評価する質問紙法の一つで、気分の変化は、緊張 - 不安感 (T-A)、抑うつ - 落ち込み感 (D-D)、怒り - 敵意感 (A-H)、活気 (V)、疲労 (F)、および混乱 (C) の 6 つの気分尺度を同時に測定できる。POMS には、気分を表す言葉として、65 項目、30 項目のものがあり、それぞれその妥当性が検証されている。ここでは 30 項目のものを用いた。

4) 分析

分析対象は GH 入所者 3 名と DS 利用者 5 名であった。

分析には統計パッケージ SPSS10.0 を用い、Mann-Whitney の U 検定により、GH 入所者と DS 利用者別にスケールと T 細胞の平均値の差を検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得て、研究の趣旨を本人および家族に説明し文書にて承諾を得ている。

C. 結果および考察

1) 高齢者について

痴呆症高齢者は、観察開始時の現在に比べ、6 か月後のその後において、GH 入所者と DS 利用者の生活健康スケールの項目「生き生きした目をしている」で、6 か月後で、GH に比べ DS が低く、有意差 ($P < 0.05$) が認められた。

CD8⁺T 細胞の平均値は、観察開始時現在 GH で 29.9 ± 2.9 、DS で 24.5 ± 5.8 、6 か月後のその後 GH で 30.7 ± 0.6 、DS で 23.8 ± 5.6 であった。

6 か月後のその後 CD8⁺T 細胞の平均値

は、GH の方が高く、有意差 ($p < 0.05$) が認められた。

2) 介護家族の気分 (POMS)、身体的・精神社会的状態、およびソーシャルサポート

緊張-不安、抑うつ-落ち込み、怒り-敵意、疲労、混乱は DS 利用で軽減し、観察開始時にはさらに低下したが、6 か月後上昇する傾向が認められた。疲労、混乱は 3 名が 6 か月後に上昇せず、維持されていた。活気は逆の経過をたどり、上昇していた。平均点は、DS 利用により、緊張-不安、抑うつ-落ち込み、怒り-敵意、疲労、混乱は低下し、活気は上昇した。しかし、現在から 6 か月後では逆転した。

身体的状態は、観察開始時期よりも現在で低下が 3 名であった。精神的状態は、4 名が低下していた。社会的状態は、2 名が低下し、1 名は改善していた。ボランティアの友人の存在が支えとなっていた。平均点は、DS 利用で、身体的状態は低下傾向にあり、精神社会的状態は改善傾向にあった。しかし、現在から 6 か月後で、いずれも低下傾向であった。

ソーシャルサポートの変化とその内容は、インフォーマルなサポートを得た 1 名を除き、専門職と兄弟や子どものサポートが多かった。この 1 名は、情緒的サポートと情報的サポートに上昇がみられた。平均点は、情報や情緒的、および経済的サポートが得られたが、手段的サポートが低下し、否定的サポートが増加傾向にあった。

個性を尊重した GH での生活や社会参加の機会として DS 活用による痴呆ケアの効果として、6 か月後、老化により胸腺の萎

縮に伴い低下する細胞傷害性T細胞で、主に過剰の免疫応答を抑える調節能力をもつといわれる CD8⁺T細胞の平均値は GH の方が高いことが示された。

NK 細胞の加齢変化には様々な意見があるが、加齢によるその減少は認められず、むしろ増加するとの報告もある[4-6]。

T細胞の表面構造(抗原)は CD 3 (CD3⁺T細胞) で表され、B細胞は CD19、20、21、22---で表されている抗原をその分化の程度で表出している。CD3⁺T細胞はその機能的分化の違いで末梢血中では更に (CD3)CD4(以下、CD4⁺T細胞)または(CD3)CD8(以下、CD8⁺T細胞)等を持つことになる。(CD 3) CD4⁺T細胞はヘルパーT細胞や遅延型過敏症にかかわる T細胞やレギュラトリーT細胞 CD4⁺CD25⁺(自己反応性の抑制という調節能力をもつ)として知られている。(CD3) CD8⁺T細胞は細胞傷害性T細胞(キラー/サプレッサーT細胞)として主に細胞性免疫に関わる細胞として働いている。そして、加齢によって低下してくるのはこの細胞傷害性T細胞である CD8⁺T細胞である。その CD8⁺T細胞が低下すると、感染症に罹りやすかったり、悪性腫瘍の発生率が高くなったり、動脈硬化が進行したりすることが明らかにされている[7-9]。

一般的に加齢に伴う免疫系の変化では網内系や胸腺の退縮によるT細胞の減少により、サブセットである CD8⁺T細胞の減少により、CD3⁺CD4⁺/CD3⁺CD8⁺割合の上昇が示唆されている。CD4⁺T細胞は加齢によって低下してくる。その産生するサイトカインの刺激、すなわち、高齢では2型ヘルパーT(Th2)細胞の比率がアンバラ

ンスに高くなり、1型ヘルパーT(Th1)細胞の減少することにより、T細胞増殖にかかわる IL2の産生が低下し、「自己」反応性が高まることによる細胞性免疫機能の低下によるものであるとされている[6,10]。その結果として、高齢者は感染症に罹りやすかったり、悪性腫瘍の発生率が高くなったりする。しかし、厳らば、半年以上、適度な運動を定期的に続けることにより、高齢者も若年者と同様に、CD4⁺/CD8⁺割合が増加しないことを指摘している[11,12]。また、一般住民の疫学的調査において、喫煙習慣の継続では、喫煙係数に比例して、CD4⁺/CD8⁺割合が顕著に上昇する。また、適度な運動や野菜食、その他の望ましい健康習慣の継続により、それぞれ、NK細胞活性の増加、CD16が増加する傾向が認められた[13]。

本研究の結果から、適度な運動やその他の望ましい健康習慣の継続と同様に、GH入居は DS を利用しながら在宅ケアするよりも、加齢に伴う細胞性免疫機能の低下を防ぐ可能性があることが示唆された。

一方、痴呆症のある高齢者の生活する上での健康な部分として、生き生きした目をしている健康な表現力は、GH入居で高く、DS利用では、低いことが示唆された。今後、在宅における痴呆症のケアの一環として、小規模多機能のサービスを推進していく方向性が示されている。痴呆症の高齢者が、これまで住み慣れた地域の中で生活し続けられるようなケアを検討する上で、DSでの人間関係の中で、痴呆性高齢者個々の生きる力の中にある健全さ、懸命さとして見逃さないケアを継続実施し、

健康な表現力を維持するための具体的な方策を検討することが重要である。

介護家族の気分において、DS 利用で、緊張-不安、抑うつ-落ち込みは軽減し、観察開始時にはさらに低下したが、6 か月後再び上昇する傾向が認められた。このことから、サービス利用により、介護家族の気分は一旦回復傾向になるものの、時間的な経過の中で、低下する可能性が考えられた。

今後、介護気分の低下に関連する要因について、さらに検討することが必要である。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし。

文献

- 1) 野口裕二 (1991) 高齢者のソーシャルサポート、老年社会学 34.
- 2) 横山和仁、荒木俊一、川上憲人、竹下達也 (1990) POMS(感情プロフィール検査) 日本版の作成と信頼性および妥当性の検討、日本公衆衛生学会誌 37、913-918.
- 3) 横山和仁、荒木俊一 (2002) 日本版 No.851 POMS 手引き、東京、金子書房
- 4) Fracchini A, Mariani E, Rita A, et al.(1987):Increased number of circulating Leu 11+(CD16) Large granular lymphocytes and decreased NK activity during human ageing, *Clin.Exp.Immunol.*, 68, 340-347.
- 5) Rukavina D, Laskarin G, Rubesa G, Strbo N, Bedenicki L(1998) Age-related decline of perforin expression in human cytotoxic T lymphocytes and natural

killer cells, *Blood* 92(7), 2410-2420.

6) 馬場元、石塚卓也、江渡江、一宮洋介、竹田和由、奥村康、新井平伊 (2001) 健常者における NK 活性の加齢に伴う変化、老年精神医学会雑誌 12(2)、165-170.

7) 多田富雄 (1993) スーパー人間の崩壊免疫系の老化、免疫の意味論、青土社、112-128.

8) 矢田純一 (1989) CD4⁺T細胞の多様性、臨床免疫 21(7)、1136-1141.

9) 川内康弘、大塚藤男、中内啓光 (1995) CD4/CD8 の構造と機能、臨床免疫 27(1)、81-89.

10) 広川勝昱、笠井道之、倉島知恵里(1995) サイトカインと病態、臨床免疫 27、497-506.

11) 巖紅、黒岩中、田中宏暁、進藤宗洋、清水明、永山在明 (2000) 運動習慣者の免疫機能の変化 (1) 中高齢運動習慣者の免疫担当細胞の変動、臨床スポーツ 17 (4)、467-472.

12) Yan H, Kuroiwa A, Tanaka H, et al.(2001) Effect of moderate exercise on immune senescence in men, *Eur J Appl Physiol*, 86, 105-111.

13) 人見裕江、畝博、郷木義子、小河孝則、中村陽子 (2003) 高齢者の健康寿命に関する研究、日衛誌、Vol.58、177.

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hattori S, Sakuma K, Wakutani Y, Wada K, Shimoda M, Urakami K, Kowa H, Nakashima K: A novel presenilin 1 mutation (Y154N) in a patient with early onset Alzheimer's disease with spastic paraparesis. *Neuroscience Letters*

- 368(3): 319-22, 2004.
- 2) Wada-Isoe K, Wakutani Y, Urakami K, Nakashima K: Elevated interleukin-6 levels in cerebrospinal fluid of vascular dementia patients. *Acta Neurol. Scand.* 110: 124-127, 2004.
 - 3) Wakutani Y, Watanabe K, Adachi Y, Wada-Isoe K, Urakami K, Ninomiya H, Saido TC, Hashimoto T, Iwatsubo T, Nakashima K: Novel amyloid precursor protein gene missense mutation (D678N) in probable familial Alzheimer's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 75: 1039-1042, 2004.
 - 4) Wakutani Y, Kowa H, Kusumi M, Nakaso K, Yasui K, Isoe-Wada K, Yano H, Urakami K, Takeshima T, Nakashima K: A haplotype of the methylenetetrahydrofolate reductase gene is protective against late-onset Alzheimer's disease. *Neurobiol. Aging* 25: 291-294, 2004.
 - 5) Wakutani Y, Adachi Y, Wada-Isoe K, Yamagata K, Urakami K, Nakashima K: Genetic analysis of familial Alzheimer's disease in a Japanese population. *Molecular Neurobiology of Alzheimer Disease and Related Disorders*. Basel, Karger, pp.157-163, 2004.
 - 6) Takeshima T, Ishizaki K, Fukuhara Y, Ijiri T, Kusumi M, Wakutani Y, Mori M, Kawashima M, Kowa H, Adachi Y, Urakami K, Nakashima K: Population-based door-to-door survey of migraine in Japan: the Daisen study. *Headache* 44: 8-19, 2004.
 - 7) Wakutani Y, Kowa H, Kusumi M, Nakaso K, Isoe-Wada K, Yano H, Urakami K, Takeshima T, Nakashima K: The regulatory region polymorphisms of the MTHFR gene are not associated with Alzheimer's disease. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 17: 147-150, 2004.
 - 8) 浦上克哉, 谷口美也子, 山形薫, 和田健二, 涌谷陽介, 中島健二: アルツハイマー病の遺伝的危険因子 *Medical Science Digest*: 130(6), 20-25, 2004
 - 9) 浦上克哉: 「もの忘れ外来」における痴呆の早期鑑別診断のコツ *老年医学雑誌* 42(6): 737-742, 2004
 - 10) 浦上克哉, 谷口美也子: 神経3 アルツハイマー病 アルツハイマー病の診断 評価スケール 新しい診断と治療の ABC 別冊 83-92, 2004
 - 11) 浦上克哉: 痴呆治療の基礎「中核症状に対する薬物療法」 *Progress in Medicine* 24(10), 2433-2436, 2004
 - 12) 浦上克哉: 痴呆性高齢者のクリニカルパス 第1章 第3節 痴呆性高齢者の診断と検査 *日総研出版* pp18-23, 2004
 - 13) 浦上克哉: 痴呆性高齢者のクリニカルパス 第2章 第3節 痴呆専門医のいない一般病院における痴呆性高齢者のクリニカルパス *日総研出版* pp115-125, 2004
 - 14) 浦上克哉: アルツハイマー病はここまでわかった 簡単にできる物忘れ自己診断 実演コーナー クバプロ pp69-88, 2004
 - 15) 浦上克哉: 髄液中アポ蛋白 A・I および E 広範囲 血液・尿化学検査 免疫学的検査 -その数値をどう読むか- *日本臨床* 62(11): 176-178, 2004
 - 16) 浦上克哉: 痴呆は「ありふれた疾患

(common disease)」の時代 ー日常診療での「気づき」のポイントー DDL magazine 2004 Summer; 18-23, 2004

17) 浦上克哉：他疾患との鑑別・除外診断 DDL magazine 2004 Winter; 16-19, 2004

18) 浦上克哉：コリンエステラーゼ阻害薬のレスポンスとは 老年精神医学雑誌 15; 49-52, 2004

2. 学会発表

国内学会

1) 涌谷陽介、和田健二、足立芳樹、渡辺憲、下田優、佐久間研司、浦上克哉、中島健二：アルツハイマー病 (AD) におけるγセクレターゼ関連遺伝子の解析。第 45 回 日本神経学会総会 5 月 12 - 14 日, 東京, 2004

2) 谷垣静子、人見裕江、永見留美子、浦上克哉：一般病床における痴呆患者のケアの実態 第 19 回 日本老年精神医学会 6 月 25-26 日, 松本, 2004

3) 浦上克哉：「痴呆早期診断と介入」②タッチパネル式コンピューターを用いた痴呆症の早期発見 (ミニシンポジウム)。第 6 回 全国早期痴呆研究会 9 月 4-5 日, 新潟, 2004

4) 浦上克哉：アルツハイマー型痴呆の早期診断ー現在の state of the art 第 23 回日本痴呆学会 シンポジウムⅡ 9 月 29 日, 東京, 2004

5) 和田健二：痴呆性疾患における髄液中カルボニル化蛋白の検討 第 23 回日本痴呆学会 9 月 29 日, 東京, 2004

6) 涌谷陽介：アミロイド前駆体蛋白遺伝子 (APP) の IVS17-10T/C 多型の同定とアルツハイマー型痴呆症との関連について 第 23 回日本痴呆学会 9 月 29 日, 東京, 2004

7) 谷口美也子, 木村有希, 齋藤潤, 涌谷陽介, 和田健二, 中島健二, 浦上克哉：アルツハイマー病診断マーカーとしての WGA 結合糖たんぱく質。第 23 回日本痴呆学会 9 月 29 - 30 日, 東京, 2004

8) 齋藤潤, 井上仁, 北浦美貴, 谷口美也子, 木村有希, 齋藤智明, 馬詰美保子, 福田由貴子, 山本照恵, 浦上克哉：痴呆予防教室における対象者の選定と評価法の検定。第 23 回日本痴呆学会 9 月 29 - 30 日, 東京, 2004

9) 井上仁, 浦上克哉, 齋藤潤, 木村有希, 谷口美也子, 中島健二：軽度認知障害(MCI) の早期発見を目的としたコンピュータスクリーニングシステムの開発と評価。第 23 回日本痴呆学会 9 月 29 - 30 日, 東京, 2004

10) 木村有希, 綱分信二, 谷口美也子, 齋藤潤, 北浦美貴, 小嶋良平, 森本靖子, 細田理恵子, 米原あき, 長谷川順子, 児山憲恵, 清水百合子, 浦上克哉：アルツハイマー病患者に対するアロマセラピーの有用性 (続報)。第 23 回日本痴呆学会 9 月 29 - 30 日, 東京, 2004

11) 浦上克哉, 谷口美也子, 木村有希, 齋藤潤, 北浦美貴, 福田由貴子, 山本照恵, 谷垣静子, 人見裕江：痴呆症医療の実態調査 第 23 回日本痴呆学会 9 月 29 - 30 日, 東京, 2004

12) 人見裕江：物忘れ高齢者の介護家族におけるサービス利用前後の気分の変化 第 23 回日本痴呆学会 9 月 29 日, 東京, 2004

13) 浦上克哉：一般病床で求められる痴呆症への正しい理解と対応 第 21 回全日本民医連循環器懇話会 12 月 3 日, 松江, 2004

国際学会

1) K.Urakami: Early diagnosis of dementia by cerebrospinal fluid biomarkers. 20th International Conference Alzheimer's Disease International, October 15-17, Kyoto, 2004

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

特許第 3515988 号 発明の名称：物忘れ自己診断システムおよびその装置 出願番号：特願 2001-281442 出願年月日平成 13 年 9 月 17 日 登録日：平成 16 年 1 月 30 日

2. 実用新案登録

なし。3.その他

なし。

厚生労働科学研究費補助金(痴呆・骨折臨床 研究事業)

分担研究報告書

認知症高齢者におけるケアサービスの質的評価に関する研究
分担研究者 桑野 康一 特定非営利法人シルバー総合研究所主任研究員

研究要旨)

Bradford 大学 DementiaGroup が著作権を持ち、品質管理、研修を展開している Dementia Care Mapping(DCM)は、英国の心理学者 TomKitwood が提唱した、認知症(痴呆以下認知症)のある人を一人の人格を持った個人ととらえ、その人らしさを維持してもらう、という「PersonCentredCare(PCC・認知症のある人に対するその人中心のケア)」の理念を元に計画された。これは高齢者介護施設における認知症ケアの質の改善を目的とする、認知症のある人の行動とそのケアにかかわる詳細な観察記録法であり、またその記録結果を現場介護者にフィードバックする包括的なシステムである。1991年から介護施設に取り入れ始めた英国では、NHS(National Health Service)の介護の質に関する標準を定めた standard2 へ組み込まれたのをはじめ、多くの自治体やケアトラストで、ケアの質の向上を目的として導入されている。介護者のモチベーションの向上、アクションプランへの視点の提供など教育効果がみられ、個人のケアプラン作成ツールとしても役立っている。国際的展開としては組織的にアメリカ、ドイツ、オーストラリア、デンマーク、スイスなどでも導入されており、世界的なハーモナイゼーションの動きが顕著になってきている。この PCC の考え方、それに基づいた DCM を日本の認知症介護現場への導入を検討するためには、1) モデル施設での実践的な試行によるデータの蓄積や、2) 継続的システム導入の先進事例分析が必要である。本研究では以上2点の検討により、様々な課題はあるが、DCM が日本の介護現場でも機能することが確かめられた。

A. 研究目的)

本研究では、DCM や、DCM で提唱されているパーソンセンタードケアに基づいたケアの理念・方法が、文化やケア環境の違う日本の高齢者介護施設に適し、また円滑に機能するか検証をおこなう。すなわち 1)DCM によるケアの質の向上により認知症高齢者の Well being(DCM による、認知症高齢者がよりよく生活できているかの指標)が日本の介護環境での試行の前後で向上するかの評価をおこなう。

さらに、2)英国での先進事例分析により、DCM の導入方法(システム)を論じる。以上により認知症ケアの質の標準化、評価法とし

ての可能性を検証する事を目的とする。

B. 研究方法)

1) デイサービスでの DCM 試行

デイサービスの利用者に対し、マップパー(記録者)2名が DCM をおこない、その解析結果を現場介護職に対しケアカンファレンスをおこないフィードバックした。さらにその3か月後再度DCMをおこない、痴呆介護がどのように変化したかについて比較し検証した。

対象)デイサービス利用者 45 名のうち、認知症高齢者 7 名、介護者 16 名(全員)である。

方法) マッパー2名により、利用者の状態を示す4種類の記録データ(表1)を連続6時間5分毎に採取した。さらにマッピングの結果を介護者にフィードバックし、約2時間にわたって現状のケアの問題点・改善点などを話し合った。さらに2ヶ月後、同じ対象者に対してDCMをおこなった。

表1 利用者の状態を示す4種類の記録データ

1) WIBスコア (WIB value)	利用者の良い状態(well being)・悪い状態(ill being)の記録(最高値 +5 - 最低値 -5)
2) 行動カテゴリーコード(BCC)	利用者の行動カテゴリー(24種)
3) 個人の価値を低める行為(PD)	介護者が利用者に対しておこなったその人の価値を低める行為の記録(17種)
4) 賞賛すべきケア(PE)	利用者の状態が改善した出来事や介護者の賞賛すべきケアの記録(記述)

(倫理面への配慮)

介護者及び管理者へは、1) 得られたデータによりその人がいかなる不都合も負わないこと(人事、報酬、精神的攻撃などに利用されないこと)、2) 実名など本人を特定するデータは公表しないこと等、事前説明をおこない同意を得た。利用者には事前説明をおこない、本人、家族の同意が得られた者を対象とした。

2) 英国での先進事例分析

英国サフォーク州(Suffolk)では、自治体を中心となり、DCM導入(公施設間での相互評価)をおこない認知症ケアの質の向上に効果を上げている。そこで、現地取材と

導入担当者の報告ならびに施設長インタビューにより、1)制度名、管轄セクション、目的、2)人口構成・高齢化率、3)施設構成、4)国と自治体の役割分担、3)認知症ケアの位置づけ、5)DCM導入の経緯などを項目として上げ、これらを検証した。

(倫理面への配慮)

担当者の実名使用など、個人情報の公表について事前に同意を得た。

C. 研究結果)

1) デイサービスでのDCM試行

DCM介入の1回目、2回目のデータのうち、対象利用者が良い状態(well being)であったか、悪い状態(ill being)であったかを6段階(+5,+3,+1,-1,-3,-5)で表すWIBスコアと、個人の価値を低める行為(Personal Detraction 以下 PD)および、良い出来事・賞賛すべきケア(Positive Event 以下 PE)の回数を1回目と2回目で比較した。

WIBスコアの1回目と2回目の比較を図1に示す。2回目で対象者全員(7名A-G)のWIBスコアに改善がみられた。DCMでのWIBスコア5段階評価表(表2)で、2レベルの改善(普通→優れている)が2名、1レベルの改善(良い→優れている、など)が5名であった。

図1 個別WIBスコア (Individual WIB score) の比較 (左 1回目、右 2回目)

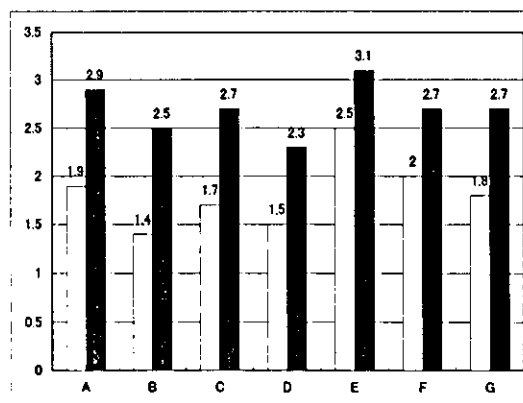


表2 個別およびグループの WIB スコア表

とくに優れている	3.0 以上
優れている	2.4～2.9
良好	1.8～2.3
普通	1.2～1.7
大幅な改善が必要	1.2 未満

PD および、PE の 1 回目と 2 回目の回数比較を表 3 に示す。

PD の項目において、DCM 1 回目は、「その人の自尊心を傷つける声かけ=PD17(Disparagement)」、「介護者の優位な立場で力を使ってその人を脅かす=PD4(Intimidation)」、「できることをさせないで力を奪う=PD2(Disempowerment)」、「その人を物のように扱う=PD10(Objectification)」など、その人の価値を低める行為が 13 回みられた。2 回目の PD の項目は「自尊心を傷つける=PD17(Disparagement)」、「その人の力を奪う=PD2(Disempowerment)」などで、回数は 2 回に減少した。

表3 PD、PE の 1 回目、2 回目の比較(回数)

	PD(1)	PD(2)	PE(1)	PE(2)
A	1	0	1	3
B	0	1	2	2
C	1	0	4	5
D	4	0	2	1
E	3	0	2	8
F	2	0	1	5
G	2	1	1	3
計	13	2	13	27

PE の項目において、1 回目では「不安を除くための感覚刺激(ボディータッチ)=Timalation)」、「あえて相談したり、交渉したりする=Negotiation)」、「共に喜ぶ

=Celebration) など、賞賛すべきケアが 13 回みられた。2 回目では「協力して何かを成し遂げる=Collaboration)」、「共に喜ぶ=Celebration)」、「遊び心をもって子供のように介護者も一緒に楽しむ=Play)」、「認知症の人がすること、したいことが容易にできるように助け舟になる=Facilitation) など、27 回の PE が記録された。

WIB スコア、PD、PE ともに 1 回目よりも 2 回目のほうがより改善(向上)している結果となった。

なお、これらの結果はマッパーにより報告書(Care summary)が作成され、1 回目、2 回目ともに、DCM をおこなった翌日のフィードバックセッションにより、すべてのデータは詳細に介護者に報告されている。

2) 英国での先進事例分析

英国サフォーク州 (Suffork) では、高齢者全国サービス基準 (National Service Framework for Older People: NSF 2001) の基準達成過程の中で、州内 14 ある公立高齢者居住介護施設での DCM マッパーの育成および相互 DCM 評価をおこなっており、スタッフ教育ならびに認知症ケアの質の向上に効果を上げている。現在これらの活動は「サフォーク州近代化システム (Modernisation Programme, Social Care Suffork) 2004-2006」の枠組みに組み込まれている。導入経緯詳細を表 4 に示す。

2-1) DCM 相互評価のシステム

2002 年公費によって育成された 29 名のマッパーには、年間最低 2 回のマッピングが義務づけられている。2003 年より開始された施設間相互評価では、2 名のマッパーが 1 組となり、自施設とは異なる 14 の施設を 23 名のマッパーがマッピングしている。

表4 英国サフォーク州 (Suffolk) DCM 施設間相互評価の経緯

地域	英国 サフォーク州 (Suffolk)
制度名・管轄セクション・制度の目的	サフォーク近代化システム (Modernisation Programme, Social Care Suffolk) 2004-2006 Suffolk 州・局・部管轄 「施設ケアの評価と向上、基準への到達」
人口構成・高齢化率	678,200 人 (2003 年) 高齢化率 18.6% (2021 年予想: 75 才以上人口 34%、65-74 才人口 50%増加)
施設構成	施設数 154 ケアホーム 約 5000 床 (内 公的施設数 11 400 床・VSH 含まず (Very Sheltered Housing の略称。自立して生活するのに支援を必要とする高齢者のために、特別に設計されたコテージやフラットを提供するほか、支援やコミュニティ施設、食事なども合わせて提供する。))
国と自治体の役割分担	国は理念と基準を示し、自治体が行に移す。高齢者全国サービス基準 (National Service Framework for Older People: NSF 2001) ではサービス提供者は基準を達成し、高齢者とその家族に真の改善をもたらすことを奨励している。 事業の根拠となる項目: 1) スタンダード2: 「パーソンセンタードケア (理念) - 高齢者は個別に扱われなくてはならない。高齢者は必要なケアを常時得られる状態にある必要がある (大略)」 2) スタンダード7: 「高齢者の精神保健サービスの利用 - 高齢者は NHS や Council によって提供されているメンタルヘルスサービスに常に関わっていないとてはならない (大略)」
認知症ケアの位置づけ	痴呆ケアは病院、医療モデルから社会、コミュニティモデルへと次第に移行しつつある。医療と介護の協働とパーソンセンタードな心理社会的モデル (Person Centred Social Model) が最適の方針により、この実現のための1施策、品質保証サイクルの一環として DCM 相互評価を計画。 (Stanners 2003)
DCM 導入の経緯	1998 年、Suffolk 州職員であり看護師施設長が Bradford 大学心理学教授 Tom Kitwood よりパーソンセンタードケアの考え方を学ぶ。 2000 年、基礎マッパー認定取得。2001 年上級マッパー認定取得。 2002 年、Bradford 大学のトレーナーを召還し、29 人のマッパーを養成。 (施設長、チームリーダー、医療ケアスタッフからなる (独立機関、民間セクター含む)) 2003 年より DCM の施設間相互評価開始。

現在までに2度繰り返されており、2度のマッピングの間隔期間はおおむね6ヶ月程度である。詳細を表5に示す。

表5 DCM 相互評価実績 (2004.11 現在)

施設	マッパー 組(2名)	1回目 (年月)	2回目 (年月)	間隔 (か月)
A	a / b	04.3	04.10	7
B	c / d	04.4	04.9	5
C	e / f	03.11	04.6	7
D	g / h	03.9	04.5	8
E	i / j	04.1	04.10	9
F	k / l	03.11	04.5	6
G	m / n	04.4	04.8	4
H	o / p	03.11	04.8	9
I	q / r	03.9	04.5	8
J	b / s	03.8	04.9	13
K	a / d	03.11	04.9	10
L	t / u	03.11	04.6	7
M	c / v	03.11	04.8	4
N	w / e	04.4	04.5	6
計 14	延べ 23	-	-	-

2-2) DCM 施設間相互評価の効果

DCM 施設間相互評価事業の効果について、組織的な評価はまだなされておらず、インタビュー等によって事業効果(波及効果)と思われる点を抜き出した。以下のような。

1) 「パーソンセンタードケア」の理念が言葉の共通化を通して職種間の共通認識となった。

29名のマッパーの中には、医療専門家も含まれており、これらの人々がマッピングを繰り返すことで、困難だった福祉と医療との協働に寄与している。また、「パーソンセンタードケア」の理念を中心としたセミナー開催

などが活発化しており、参加者はソーシャルワーカー、ホームケアマネージャー、認知症擁護ワーカーズ(Dementia Advocacy Workers)グループ、医療ソーシャルケアメンバーなどとなっており、当理念が福祉、医療の上位概念となりつつある。

2) 監査への影響

施設ケア査察委員会(The Commission for Social Care Inspection)がケアホームの監査責任者に対して、医療と介護の統合のための教育システムとして、「共通の言語(パーソンセンタードケア)」を使い始めており、また地域によっては高齢者施設に対してDCMの導入を公式に勧めている。

3) 事業の拡大

2005年には、労働力開発連合(Workforce Development Confederation)の入札に参加し、新たに90名のマッパーが基礎マッパー認定者となる。将来的には周辺3州にまたがった事業展開を予定している。

D. 考察)

1) DCMの質的評価の側面

DCMでは認知症ケアの質を、1)高齢者の状態、2)提供されているケア、の2つの側面で総合的に評価していた。

1) 高齢者の状態、は「良い状態(well being)」か、「悪い状態(ill being)」かで評価する客観評価である。DCMマニュアルには判断の基準が詳細に記してあるが、現実をすべて網羅することはできず、実際の評価の段階でこの客観性をいかに担保するかが重要な課題である。

また、2) 提供されているケアについて、はWIBスコアの取り扱いルールやPD、PEといった項目で評価するが、認知症ケアのスタンダードが未だ確立されていない現状において、現場介護者がわかりやすく捉えやすい

項目分類及びルールは利点であるが、逆に認知症ケアそのものを規定してしまう恐れもある。これらの対応については、Bradford 大学 DementiaGroup が調査を続けており、時代と共に柔軟に改訂を加えている。(2004 年現在第7版、2005 年には第8版出版予定)これらの項目については、ケア文化の違い等によってさらに詳細に検討されなければならない。

2) DCM の教育ツールとしての側面

マッピングによって得られた評価は、管理者が人事考課に使用することは使用ルール上許されておらず、介護職に対してケアの視点、方向性を与えるものである。その意味で、公開評価や第三者評価としてDCMを取り扱うことには注意を要する。英国の例では、「パーソンセンタードケア」の理念を職種間で共有する教育ツールと捉えられている。相互評価として機能させているのは、施設間や職種間での共通言語の普及による理念の共有というねらいがある。これらを進めてゆくためにはマップの育成や継続的教育システム、相互評価システムの構築を制度化する必要がある。

E. 結論)

PCCの考え方、それに基づいたDCMを日本の認知症介護現場への導入を検討した。試行研究では、DCM が日本の介護施設の認知症高齢者ケアサービスにおける質的評価や教育ツールとして有効であることが確かめられた。

先進事例研究では、継続的導入システムの構築が必要である事がわかった。

F. 健康危険情報)
なし

G. 研究発表)
1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

参考文献及び資料)

Bradford Dementia Group (認知症介護研究・研修大府センター訳)『Evaluating Dementia Care The DCM Method 7th Edition』(2004)

Suffolk Social Care Services Suffolk Health Authority 『THE SUFFOLK EXTRA CARE / DEMENTIA DESIGN AND MANAGEMENT GUIDE』

Suffolk County Council 『Plan for Delivery of Excellence in Dementia Care Homes for Older People』

Moira Clare 『A Vision for Dementia Care ; Suffolk's Perspective』(2004)

National care standards commission
『INSPECTION REPORT Care Home For Older People』(2003)