平成25年度

認知症介護研究・研修大府センター
研究報告書



施設における認知症高齢者のQOLを高める新しい
リハビリテーションの普及に関する研究事業
－「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及－

ケア現場の課題を解決するための方法に関する研究
－高齢者施設全般で使用できるKCドリルの開発に向けて－

認知症介護指導者への「研究活動継続支援プログラム」の開発

社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター

目　次

平成25年度

認知症介護研究･研修大府センター研究報告書

1）施設における認知症高齢者のQOLを高める新しい
リハビリテーションの普及に関する研究事業
－「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及－　･･･････････････････････････1

主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

分担研究者　齊藤　千晶（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

山下　英美（認知症介護研究･研修大府センター、愛知医療学院短期大学）

水野　純平（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

西浦　裕子（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）

研究協力者　中村　昭範（独立行政法人国立長寿医療研究センター脳機能画像診断開発部）

上野　菜穂（介護老人保健施設 ルミナス大府）

2）ケア現場の課題を解決するための方法に関する研究
－高齢者施設全般で使用できるKCドリルの開発に向けて－　･･･････････････　77

汲田千賀子（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

中村　裕子（認知症介護研究･研修大府センター研修部）

伊藤美智予（認知症介護研究･研修大府センター研修部）

加知　輝彦（認知症介護研究･研修大府センター研修部）

3）認知症介護指導者への「研究活動継続支援プログラム」の開発　･･･････････　93

伊藤美智予（認知症介護研究･研修大府センター研修部）

中村　裕子（認知症介護研究･研修大府センター研修部）

汲田千賀子（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

加知　輝彦（認知症介護研究･研修大府センター研修部）

施設における認知症高齢者のQOLを高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業



施設における認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業
－「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及－

主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
分担研究者　齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
山下　英美（認知症介護研究・研修大府センター　研究部、
愛知医療学院短期大学）
水野　純平（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
西浦　裕子（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）
研究協力者　中村　昭範(独立行政法人国立長寿医療研究センター脳機能画像診断開発部）
上野　菜穂（介護老人保健施設　ルミナス大府）

Ａ．目　的

認知症は症状の進行により、日常生活において様々なことに「できない・苦手なこと」が生じることが多い。認知症のケアやリハビリテーションでは、本人の「何ができないか」を把握するだけでなく、「何ができるのか」「何ができそうか」という視点を持ち、その能力を引き出し、生かしていくことはご本人の生活の質（QOL）向上への大切な関わり方となる。

我々は、その一手段として「にこにこリハ」および「いきいきリハビリ」を開発した。「にこにこリハ」は認知症が進行しても、比較的残存している非言語性コミュニケーションを積極的に生かしたリハビリテーションで、名前の通り「笑顔」を大切に、楽しみながら、脳機能の賦活を促進し、認知症高齢者のコミュニケーション能力の向上、特に感情や好意等の心の内面を含めた意思疎通の向上を図るものである[1,2]。

また、「いきいきリハビリ」はパーソン・センタード・ケア（その人らしさを大切にする個別ケア）[3]の理念に基づいた集団プログラム Cognitive Stimulation Therapy（CST）[4,5]を参考に開発した個別プログラムである[6~9]。様々な非薬物療法の要素を生かしながら、ご本人の保たれている能力を引き出し、認知機能やコミュニケーション能力を活性化することを目的とするものである。

昨年度に引き続き、両リハビリプログラムについて医療・介護現場での普及を目的に、認知症高齢者のケアやリハビリテーションに携わっている医療・介護スタッフを対象に研修会を開催した。そして、研修会終了後に勤務先での各リハビリプログラムの実践と評価への参加を募った。勤務先における実践参加への反応と、研修会後に実施したアンケート結果等から、研修会全体の評価および両リハビリの普及に関する今後の取り組みについて報告する。

Ｂ．方　法

１）　研修会の計画・準備

① 内容（場所・日時・構成）

参加者の利便性を考慮し、昨年同様名古屋駅近くに立地する「ウインクあいち」を開催場所に決定した。開催日は金曜日の午後と土曜日の午前の２日間設定し、開催時間はおおよそ半日を目安とし、「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」をそれぞれの所要時間が１時間 30 分となるよう計画を進めた。研修会の構成は、講義形式の各リハビリプログラム紹介に加え、実際にパンフレットや物品に触れ、各リハビリプログラムを模擬体験するペアワークの実践研修も行うこととした。

＊開催日時：＜第１回＞　平成 25 年８月 30 日（金曜日）　13:00～17:00
＜第２回＞　平成 25 年８月 31 日（土曜日）　9:30～13:30

② 参加対象者の検討

今回、「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」を普及することが目的であるため、主に認知症の介護・看護業務あるいはリハビリテーション業務に従事する方を参加対象者として選定した。認知症短期集中リハビリテーションが行われている介護老人保健施設を中心に、愛知県・岐阜県・三重県・静岡県の 341 施設に案内状を送付した。参加者は研修会終了後に各リハビリプログラムを勤務先で対象者に実践・評価し、研究に協力できる人に限定し、１施設２名までとし、可能な限りケア職とリハビリ職で各１名ずつの参加を募った。定員は研修会の方法・施設の収容人数等を考慮し、各日 68 名とした。

③ 案内方法・申し込み方法

「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」研修会ご案内としてチラシを作成した（資料 1）。チラシには各リハビリプログラムの概要、研修会開催日時等を記載し、参加対象者の勤務先の施設長宛に案内状とチラシを郵送した。チラシの裏面の申し込み用紙に参加者氏名（職種）、連絡先（所属、ＴＥＬ、ＦＡＸ）を記載の上、当センターへＦＡＸを送ってもらった。

＊案内状・チラシの発送日：平成 25 年６月 12 日
申し込み締切日：平成 25 年７月 19 日

④ 申込み人数と参加対象者の決定

85 施設より 153 名の申し込みがあった。できる限り多くの施設の方に参加してもらうため、第１回については、老人保健施設以外の施設で、同職種２名の場合は各施設１名とし、お断りする場合のみ、電話にて連絡をし、第２回への変更が可能か伺った。途中キャンセルもあり、参加者を第１回：49 施設 68 名、第２回：35 施設 68 名に決定した。受講決定者には７月末に参加証を郵送した。

⑤ 使用物品の準備

下記内容について、各 84 セット準備した。

「にこにこリハ」

・講義資料
・鏡
・にこにこリハ実践の手引き（資料 2）
・にこにこリハ評価セット（資料 3）
　内容：研究説明書、同意書、にこにこリハ記録表、にこにこリハ実践記録
　　ミニメンタルスケール（Mini-Mental State Examination）[10)]
　　にこにこリハ対象者評価アンケート用紙
　　実践後アンケート用紙

「いきいきリハビリ」

・講義資料
・いきいきリハビリ物品セット（写真 1）
　内容：いきいきリハビリカードセット、尋常小学校読本、尋常小学校修身書、お手玉、けん玉、紙風船、日本地図、昭和スターかるた、江戸いろはかるた、そろばん、うたうぬりえ帖（上・下、CD3 枚）、思い出カード台紙
・いきいきリハビリ実践の手引き　（資料 4）
・いきいきリハビリ評価セット　（資料 5）
　内容：研究説明書、同意書
　　ミニメンタルスケール（Mini-Mental State Examination）
　　QOL-D[11)]
　　リハビリ実践後アンケート用紙
　　リハビリセットアンケート用紙

⑥ 研修後アンケートの作成

研修会の日時、場所、構成について、また各リハビリプログラムの内容や実践方法への理解や興味について、選択式および記述式のアンケートを作成した（資料 6）。研修会終了後 5～10 分程度の記入時間を設けた。

⑦ 研修会のリハーサルの実施

当センターの職員数名にリハーサルへの参加を依頼した。研修会当日に使用する資料で講義内容を聴講してもらい、その内容や実践方法について率直な意見や改善点を求めた。得られた結果を参考にし、当日に向けて研修会がより良いものになるよう改善した。

２）　研修会日時・場所・内容

＜第 1 回＞

日時　平成 25 年 8 月 30 日（金曜日）　13:00～17:00（受付 12:30～）

場所　ウィンクあいち　会議室 1101 号室

内容　（10:00～12:00　会場設営）

12:30　受付開始・資料配布

13:00　研修会開催の挨拶

（認知症介護研究・研修大府センター　研究部長：小長谷陽子）

13:05　「認知症と非言語性コミュニケーションについて」講演

（独立行政法人国立長寿医療研究センター　脳機能画像診断開発部：中村昭範先生）

13:30　「にこにこリハ」の説明と実践および質疑応答

14:20　総括（現場での実践方法・留意点など説明、質疑応答）

（認知症介護研究・研修大府センター　研究員：齊藤千晶）

14:35　休憩

14:50　「いきいきリハビリ」の説明　プログラム概要および物品確認等

15:15　「いきいきリハビリ」の実践と質疑応答

（国立障害者リハビリテーションセンター研究所　研究員：西浦裕子）

15:55　総括（現場での実践方法・留意点など説明、質疑応答）

（認知症介護研究・研修大府センター　研究員：水野純平）

16:15　研修会後アンケート実施

16:30　アンケート記入終了者より実践物品のお渡し

後片付け後、翌日の準備、解散

＜第 2 回＞

日時　平成 25 年 8 月 31 日（土曜日）　9:30～13:30（受付 9:00～）

場所　ウィンクあいち　会議室 1101 号室

内容

9:00　受付開始・資料配布

9:30　研修会開催の挨拶

（認知症介護研究・研修大府センター　研究部長：小長谷陽子）

9:35　「いきいきリハビリ」の説明　プログラム概要および物品確認等

10:00　「いきいきリハビリ」の実践と質疑応答

（国立障害者リハビリテーションセンター研究所　研究員：西浦裕子）

10:40　総括（現場での実践方法・留意点など説明、質疑応答）

（認知症介護研究・研修大府センター　研究員：水野純平）

11:00　休憩

11:15　「認知症と非言語性コミュニケーションについて」講演

（独立行政法人国立長寿医療研究センター　脳機能画像診断開発部：中村昭範先生）

11:40　「にこにこリハ」の説明と実践および質疑応答

12:30　総括（現場での実践方法・留意点など説明、質疑応答）
（認知症介護研究・研修大府センター　研究員：齊藤千晶）
12:45　研修会後アンケート実施
13:00　アンケート記入終了者より実践物品のお渡し
後片付け後、解散

C．結　果

1）　研修会当日

参加者は事前申し込みでは 84 施設 136 名であったが、キャンセルが 3 名、研修会当日の欠席が 3 名あり、実際の参加者は 82 施設 130 名であった。研修会全体としては、予定したスケジュール通りほぼ行うことができた（B. 方法 2）参照)。また、研修会終了後に各リハビリプログラムについて、勤務先で対象者に実際に実践してもらえるか聞いたところ、66 施設 102 名(85%)の参加者から実践可能との回答を得た。実践可能な参加者には各リハビリプログラムに必要な物品および評価セットを渡し、実践期間としては平成 26 年 1 月末を目途に行ってもらうことにした。

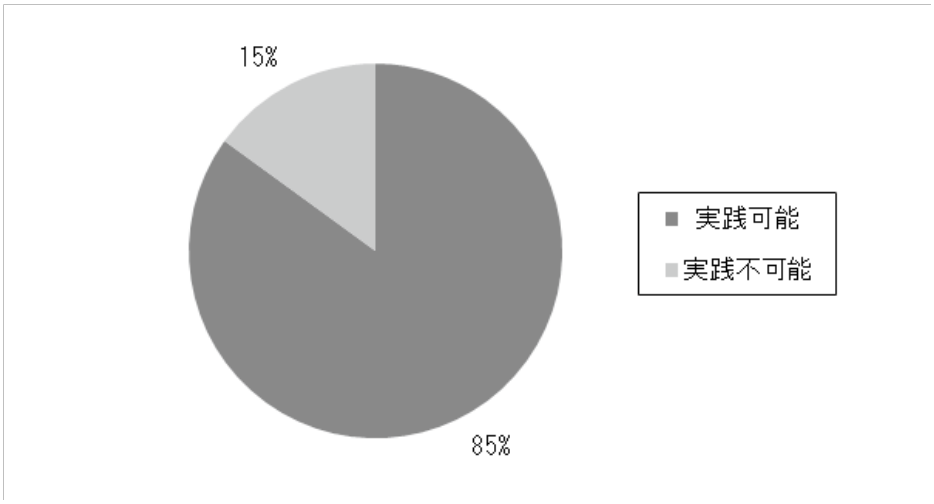


図 1　勤務先での実践希望

2）　研修後アンケート

今後、当研修会をより良いものとするために、研修会終了後に参加者全員にアンケートに答えてもらい 128 名から回答を得た。

① アンケート回答者の背景

「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」研修会参加者 128 名(平均年齢 33.6 歳±12.3 歳)。性別は男性 53 名、女性 75 名である。職種は介護職（介護福祉士・介護士など）が 69 名（54%)、リハビリ職（作業療法士・理学療法士）41 名（32%)、その他には介護支援専門員・音楽療法士・社会福祉士・施設長等の管理者もあった。勤務先は 78 名（61%）が介護老人保健施設であったがグループホームからの参加者も 24 名（19%）であった。また、

経験年数は 3 年以下が 27 名（21%）、4～6 年が 28 名（22%）、7～9 年が 32 名（25%）10 年以上が 40 名（31%）であった。詳細は図 2～4 に示す。

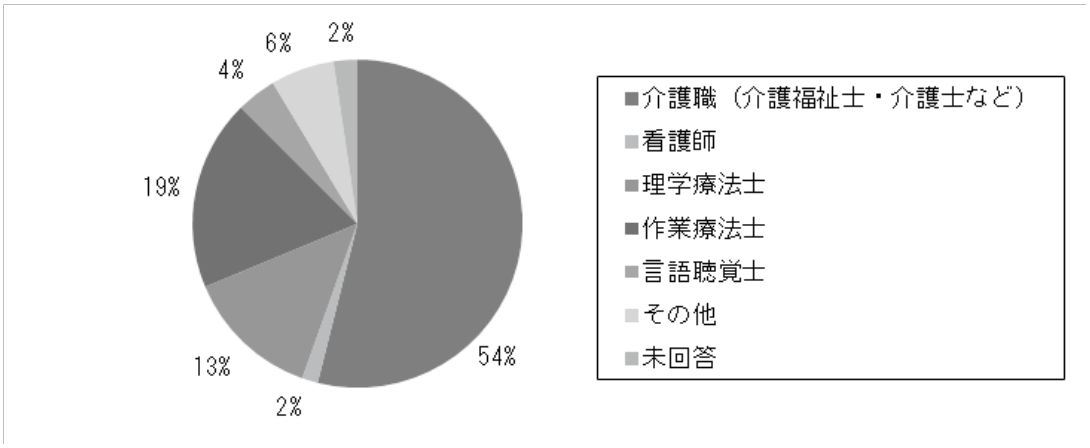


図 2　職種

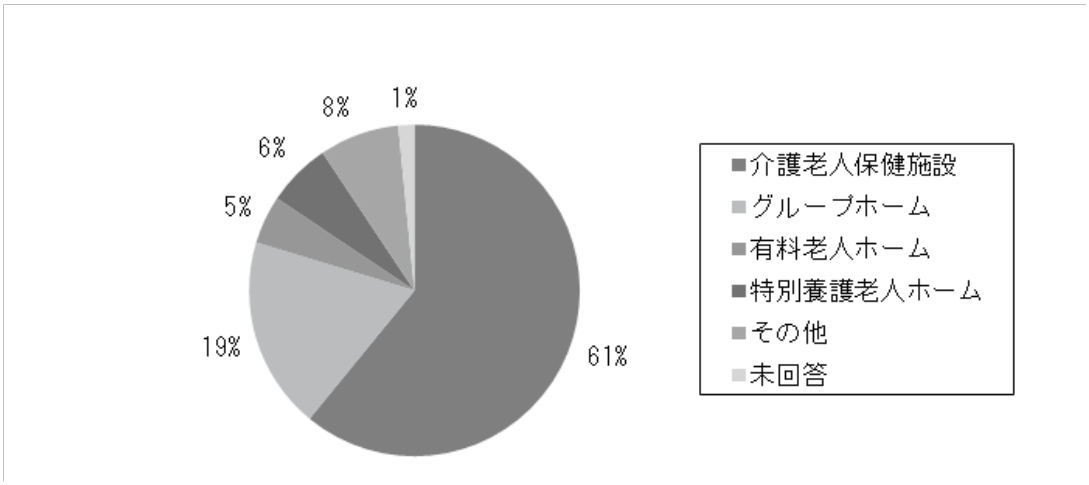


図 3　勤務先

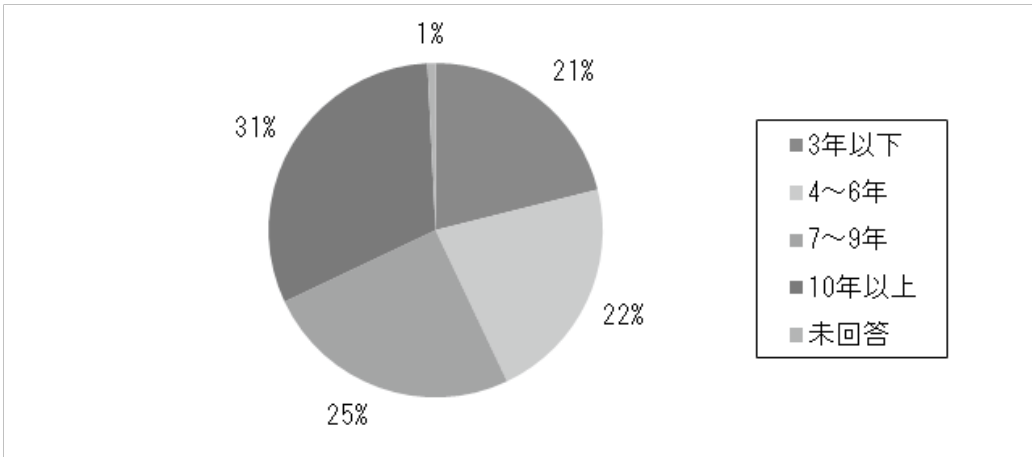


図 4　経験年数

② 研修会全体について

研修会の日時、場所、時間帯についての問いには約 8 割から「とてもよかった」「よかった」との回答を得た（図 5)。また、研修会全体の構成や内容についての問いについても、8 割以上から「とてもよかった」「よかった」と回答を得た（図 6)。

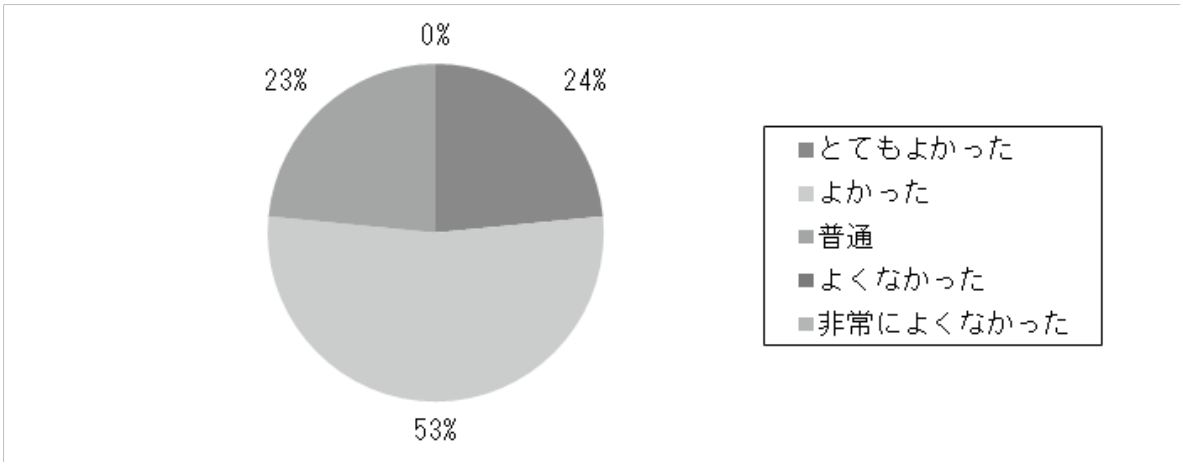


図 5　研修会の場所、日程、時間帯はいかがでしたか？

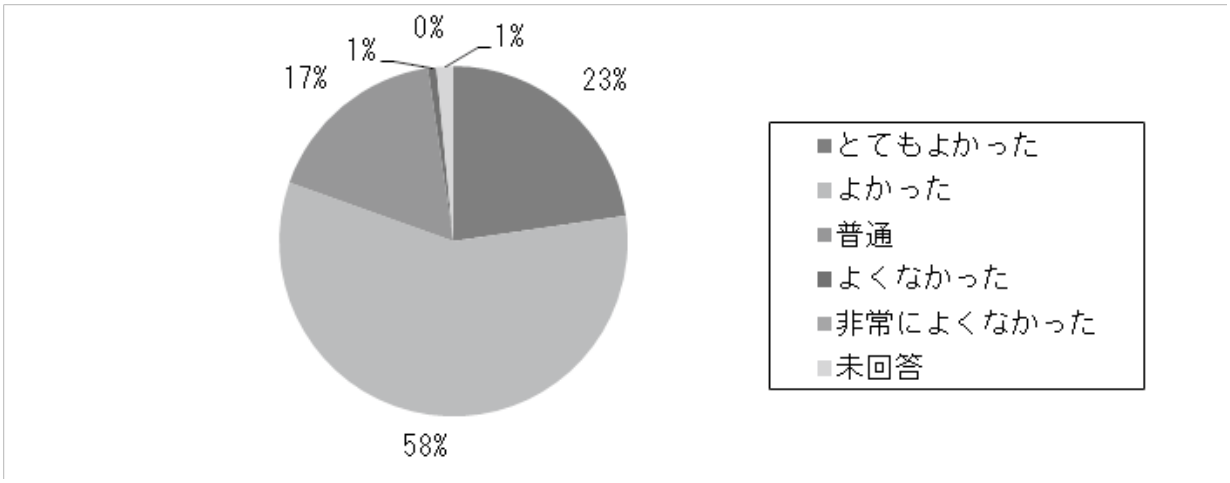


図 6　研修会の構成や内容はいかがでしたか？

③ 「にこにこリハ」研修会について

「にこにこリハ」の内容については参加者の 9 割、実践方法については 8 割以上が「よく分かった」「わかった」と回答した（図 7・8)。また、当研修会に参加して、さらに「にこにこリハ」について、「とても興味を持った」「興味を持った」と 8 割以上の回答を得た（図 9)。実施しやすさについては、参加者の 6 割以上が「とても実施しやすい」「実施しやすい」と回答したが、6%が「やや実施しにくい」とし、その理由としてマンツーマンでの実施時間確保の問題を挙げた人が多かった。また、約 9 割が実際に日々のケアやリハビリテーションの中で「とても実施してみたい」「実施してみたい」と回答した（図 10、11)。

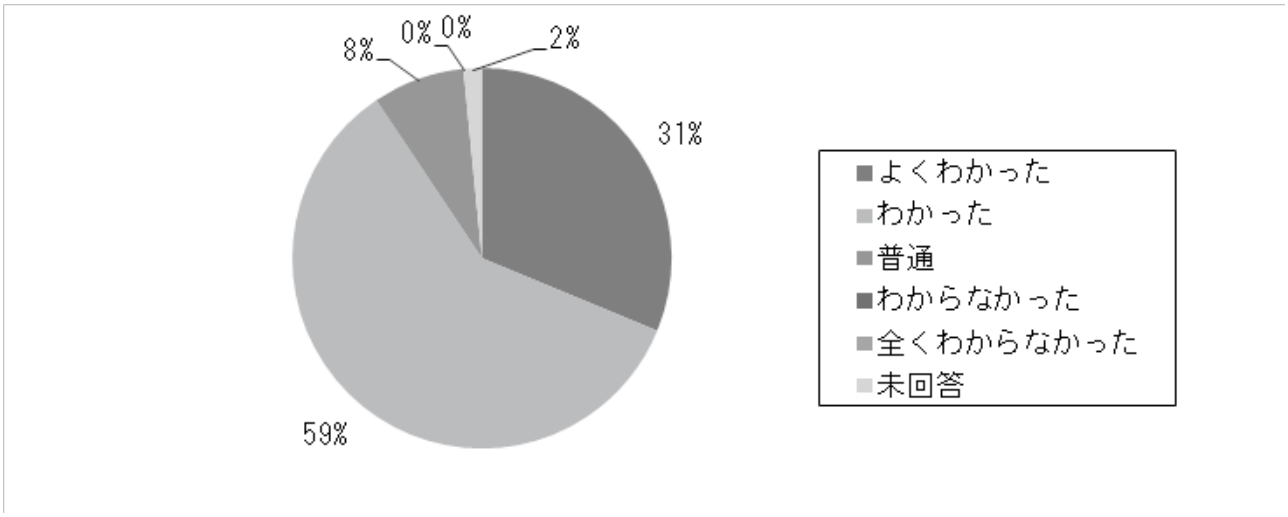


図７　「にこにこリハ」の内容についてわかりましたか？

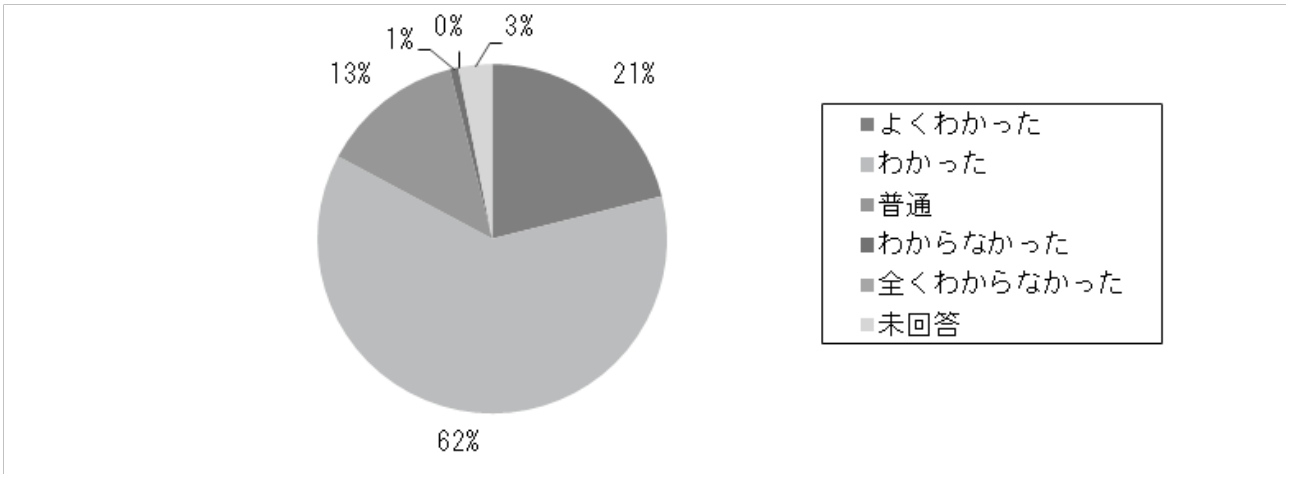


図８　「にこにこリハ」の実践方法についてわかりましたか？

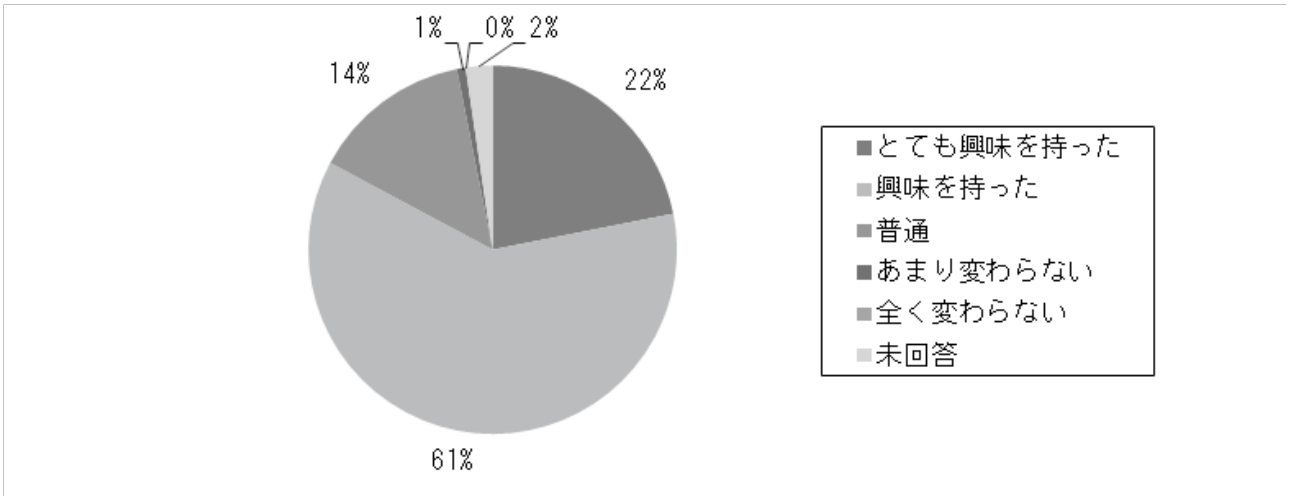


図９　研修会に参加して、「にこにこリハ」にさらに興味を持ちましたか？

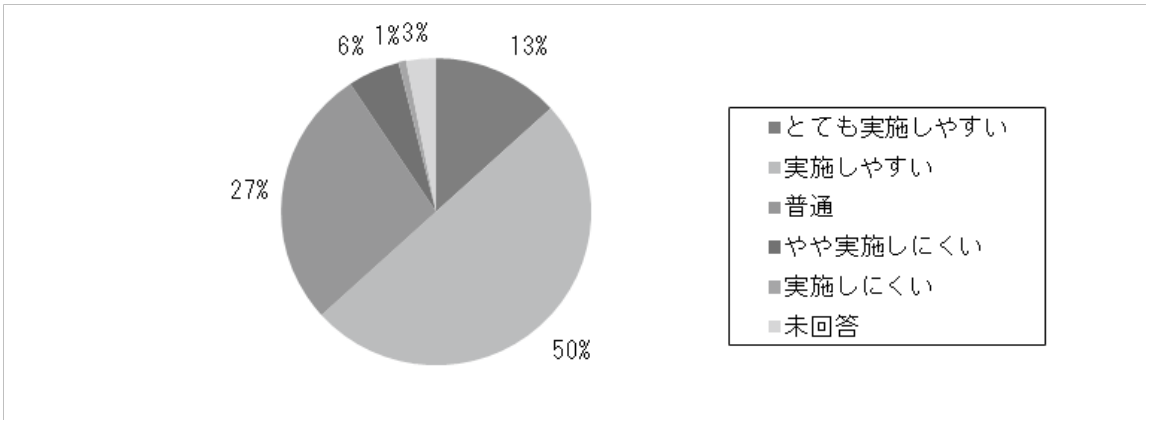


図 10「にこにこリハ」は日々のケアやリハビリテーションで
実施しやすいと思いますか？

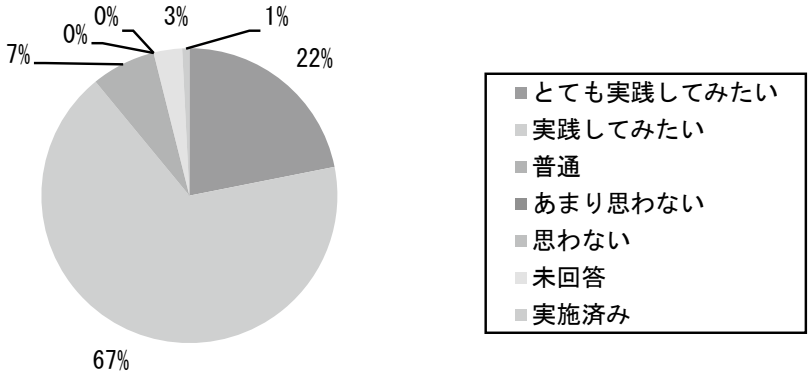


図 11「にこにこリハ」を日々のケアやリハビリテーションで
実施してみたいと思いますか？

また、個別の感想や意見は 38 件あり、以下（抜粋）の内容であった。

DVD に関して（8 件）
・リアルな感じで声のかけ方等の参考になりました。
・DVD を見ながら、利用者様に行った時の表情を思い浮かべながら見させて頂きました。

日々の生活での利用の可能性について（4 件）
・日々のコミュニケーションや集団レクなどでは活用させて頂きたいと思います。
・日常の中で対応できる内容が多く、施設に持ち帰り実践してみたいと感じた。

実践者の気づき（2 件）
・普段の業務に追われ、自分自身が笑顔を忘れてしまっていたように思う。鏡を見て自分の顔を check するのは大切だなと思った。
・ご家族様の協力も必要ですが、いつも笑顔がとても大切だと感じました。

他職種への伝達について（3 件）
・研修の内容を自施設でも研修する機会を持ちたいと思いました。
・研修で学んだことをいかに施設職員へ伝えるかで悩みます。内容としてエビデンスの理解はなくても「普段から行っている」という意見を伺えそうです。また「リハビリ」という概念も合わせて伝えていければと思います。

にこにこリハプログラムについて（10 件）
・ミラーニューロンシステムによって自分の表情が相手に大きな影響を与えるものだとわかりました。臨床で気をつけていけたらよいと思いました。
・介護施設等で比較的取り入れられている項目が多いため、実施する側の抵抗感・負担感も少ない気がします。日常的な関わりに少し専門性を取り入れる事で、有効な結果が得られることが魅力的です。
・実践方法と 12 の障害が行う人によって差が生じやすいと思う。説明の手順がセラピスト次第になってしまうのが難しいと感じました。
・にこにこリハは既に行っていて、MMSE の点が 5 点上がっているという効果を実際見ているので、他施設でも広めていって欲しいと感じました。
・目的は認知面へのアプローチだが、表情筋への介入をすることで口腔機能への介入へとつなげやすいため良いと思った。

研修会全体について（11 件）
・DVD を見ただけではちょっと理解が難しかったですが、実際に説明をきくことができて良かったです。
・説明だけだと分かりづらい所もあったが、実践することにより分かりやすかった。
・実際の利用者さんにリハビリをしているところを見る事ができたら良いと思った。
・実際の入居者や利用者との実践（顔を隠したりして）の DVD、もしくは、している人（した人）の報告が生できたかった。

④ 「いきいきリハビリ」研修会について

「いきいきリハビリ」の内容や実践方法について、約 9 割の参加者が「よくわかった」「わかった」と回答した（図 12・13）。また、研修会後さらに「いきいきリハビリ」について「とても興味をもった」、「興味をもった」と回答した者も約 9 割であった（図 14）。「いきいきリハビリ」の実施しやすさについて、約 7 割の方が「とても実施しやすい」「実施しやすい」と回答した一方、7%の参加者は「やや実施しにくい」と回答した（図 15）。その理由として、実施時間の確保の問題を挙げた人がほとんどであった。実際に日々のケアやリハビリテーションの中で「とても実施してみたい」「実施してみたい」と、約 8 割が回答した（図 16）。

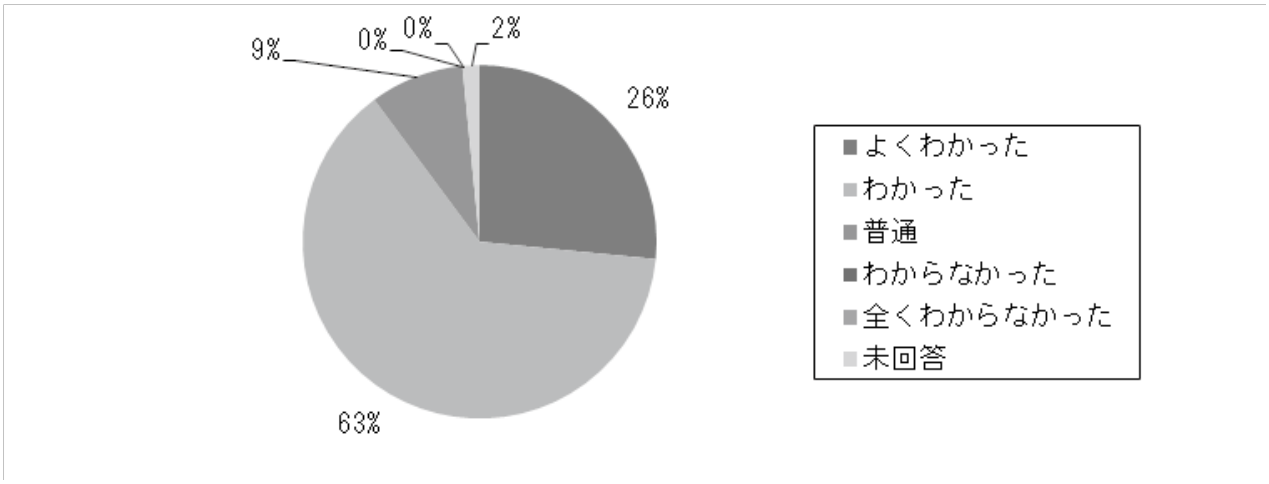


図 12　「いきいきリハビリ」の内容についてわかりましたか？

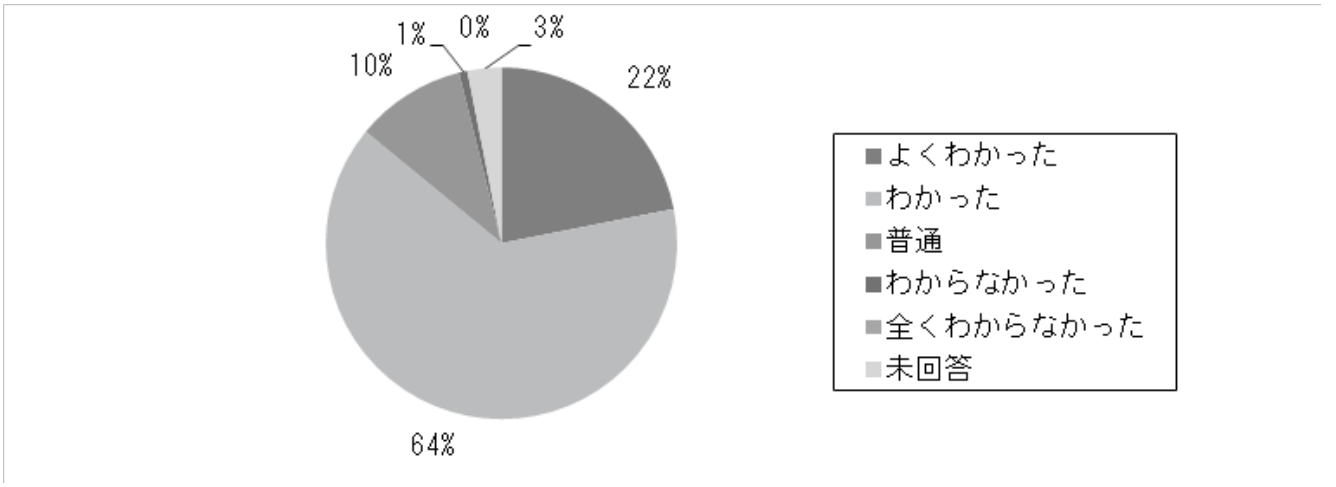


図 13　「いきいきリハビリ」の実践方法についてわかりましたか？

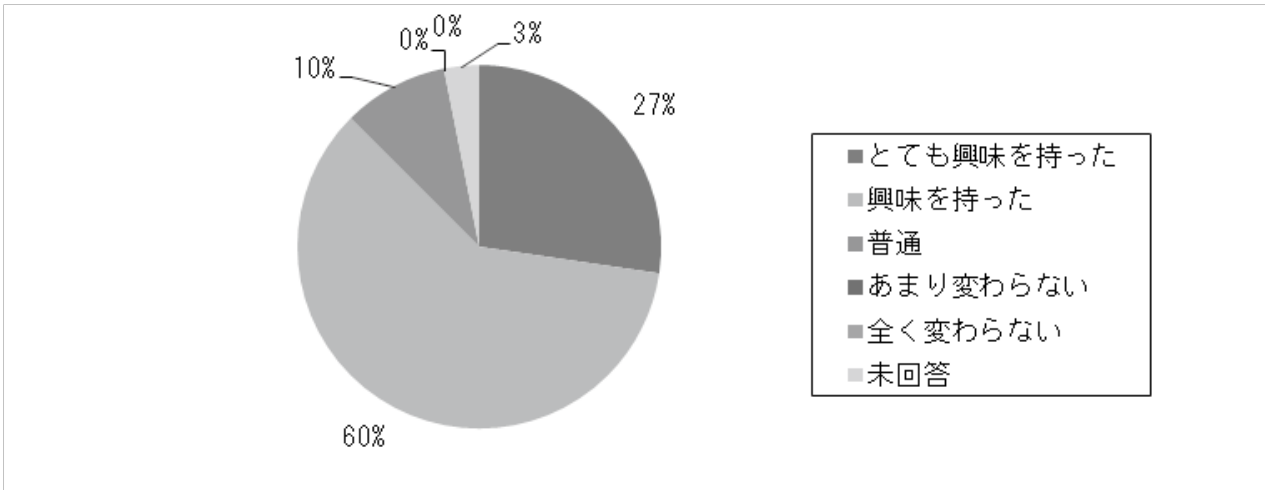


図 14　研修会に参加して、「いきいきリハビリ」にさらに興味を持たれましたか？

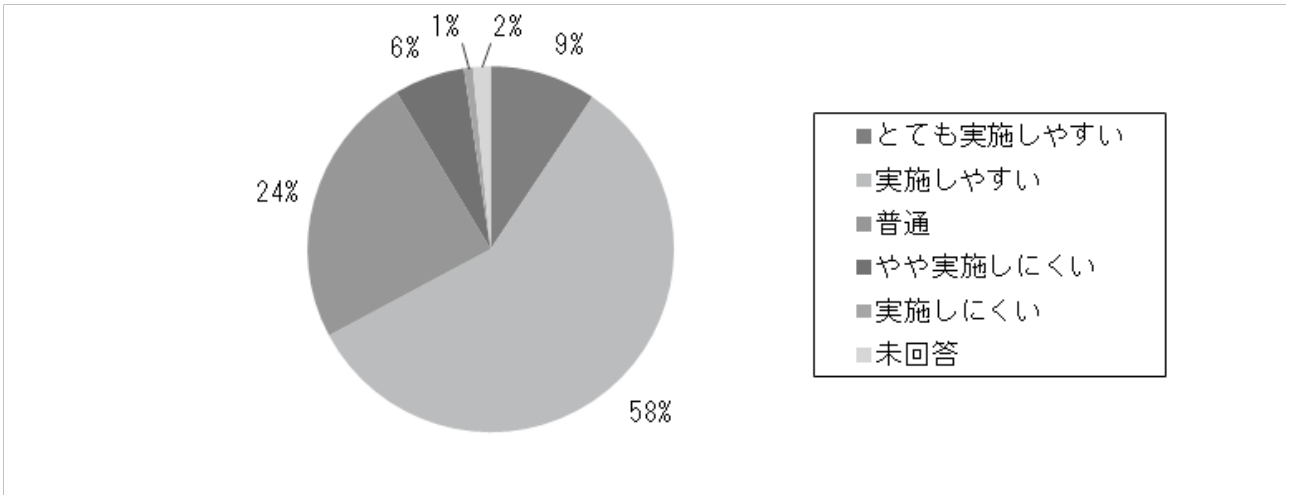


図 15　「いきいきリハビリ」は日々のケアやリハビリテーションで
実施しやすいと思いますか？

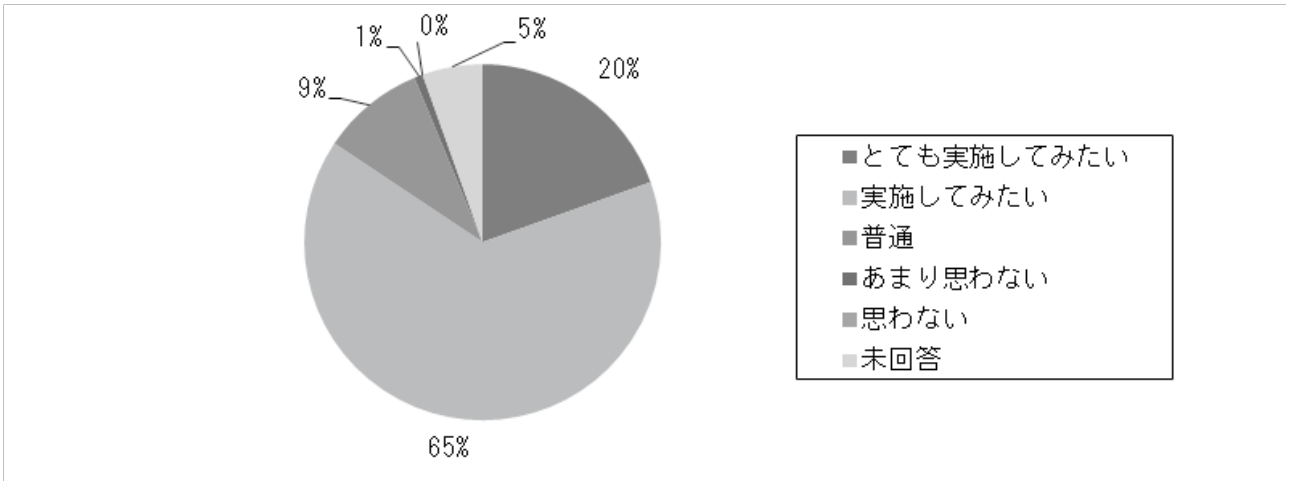


図 16　「いきいきリハビリ」を日々のケアやリハビリテーションで
実施してみたいと思いますか？

さらに、個別の感想や意見は 46 件いただき、以下（抜粋）の内容であった。

物品に関して

肯定的意見(23 件)

・多くのグッズが入っているので、様々な利用者様に使用できると思いました。
・ガイドや使用物品も扱いやすく、とても使いやすいと思う。
・御利用者様にとっても入りやすく、会話がはずむ事だと感じました。
・入居者の方たちにも興味を持たれそうな物ばかりで､楽しんで実践できそうだと思った。
・入居者様の一番輝いている時代の物がたくさん入っていて良かったし、私自身も楽しめる物品でした。

・昔の話をしていても物品がないと話が弾まないこと、思い出せない利用者は多い。いきいきリハビリセットを用いる事で、より利用者の話を広げたり過去の記憶を引き出せると思った。
・このような使用物品は利用者様の QOL 向上にとても役立つと思われるので、是非使用してみたいと思いました。

改善希望（4 件）
・物品の更新があると良い（写真など）。
・写真はさらに 4 倍サイズが良い。すべて大きい程良いと思いますが、各施設で工夫していくしかないとは思います。
・ツールのカード類が、もう少し大きい方が扱い（認識）やすいような気がします。
・名古屋弁カルタの方がもっと利用できると思いました。

世代間の問題（4 件）
・実施する人がカードに書かれている内容を知らないことが多く、話題を大きくすることが難しい事がある。解説等を載せて頂けるとやりやすくなると思います。
・近年、徐々に施設入所者の世代が変わってきたように思います。戦時中、戦後に生まれた方たちに、この内容が通用するか不安です。

いきいきリハビリプログラムについて（11 件）
・EBM に基づいており、どこにアプローチしているのかが分かりやすかったと思います。コミュニケーションの面でも様々な角度から対象者にお話しできるので有意義であるように感じました。
・回想法を自分の施設でも力を入れていきたいという方針を持ち始めているので、いきいきリハビリも行ってみたいと思いました。
・作業療法の中でも作ってみたいと思います。
・1 対 1 での実践を基本としていて、個人の表情や感情、実践してみた変化を見ていくのはすごく良いことだと思いました。対象者によって個別の方が反応がいい方、集団の方がいい方など様々ですので、私なりにいろいろな方法で取り入れさせていただきたいと思いました。
・どのレベルの認知症の方へ効果があるのか試したいと思う。
・エビデンスが明記してあると良い。
・利用者にとっては楽しい時間になりそう。
・今まで見られなかった表情が見られると思いました。

研修会全体について（4 件）
・実際行って頂いている映像があれば分かりやすかったです。
・いろんな施設の方が集まっているので、グループを作ってグループ発表の場を設けてもいいと思いました。
・この研修会がもっと推進していかれ、このような内容が介護者等にとって“あたりまえ”と思えるようになることを切に願います。

D．考　察

１）研修会全体について

研修会の開催日時や場所、時間帯については、研修後アンケートの結果から８割以上の参加者が「とてもよかった」「よかった」と回答し、ウインクあいちでの開催や半日の開催時間は妥当であったと考えられる。また、研修会の構成や内容についても約８割の参加者から「とてもよかった」「よかった」と回答を得たことから、今回の研修会が参加者にとって有益なものになったと考えられる。

２）各リハビリプログラムについて

①　「にこにこリハ」

「にこにこリハ」研修会では、これまでの研究で作成した「にこにこリハ」の概要等が記載されているパンフレット[12]と、実践方法を解説したDVD[13]を使用し説明することで、参加者が「にこにこリハ」を理解しやすい内容になるよう努めた。また、実際にペアを組んで「にこにこリハ」の一連の流れを実践してもらうことで、実践方法の習得だけでなく、勤務先で実際に対象者に実践できるか否かのイメージにも繋がると考えた。

研修後アンケートの結果から「にこにこリハ」の内容や実践方法について約８割の参加者が「よくわかった」「わかった」と回答したことから、この方法は妥当であったと考える。

また、「にこにこリハ」の特性の一つとして特別な技術や知識、時間を必要とせず、気軽に日々のケアやリハビリテーションに取り入れることができると考えている[14]。これは研修後アンケートで約９割の参加者が「実施してみたい」と回答したことから「にこにこリハ」の特性も伝えることができたと思われる。そして、個別の感想から「日々のコミュニケーションや集団レク等で活用させて頂きたい」「日常のケアの中で対応できる内容が多く、施設に持ち帰り実践してみたい」「介護施設等で比較的取り入れられている項目が多いため、実施する側の抵抗感・負担感も少ない気がします。日常的な関わりに少し専門性を取り入れる事で、有効な結果が得られることが魅力的です」といった意見があり、実際に認知症のケアやリハビリテーションに従事している方から見ても、日々の業務の中で工夫することで「にこにこリハ」を取り入れ実践できる可能性があることが伺えた。

さらに、「普段の業務に追われ、自分自身が笑顔を忘れてしまっていたように思う。鏡を見て自分の顔をcheckするのは大切だなと思った」「ミラーニューロンシステムによって自分の表情が相手に大きな影響を与えるものだとわかりました。臨床で気をつけていけたらよいと思いました」というように、今回の研修会に参加することで実践者自身の気づきがあったと言える。双方向のコミュニケーションを利用したプログラムの利点が活かされ、実践者の気づきにつながったと考える。

しかし、少数ではあったが実施する時間を確保することが難しいという意見があった。昨年の研修会後にも同様の意見を頂いた[15]ため、現場の状況を知るためのアンケートを作成した。その結果を元に今後もより現場に即した具体的な取り入れ方を検討し、研修会の中でも伝える必要があると思われる。

② 「いきいきリハビリ」

「いきいきリハビリ」研修会では、いきいきリハビリ実践ガイド[8]に沿った内容でパワーポイントを呈示し、手元の資料を確認しながら進められるよう配慮した。また、参加者が現場で実践しやすいよう、実際にいきいきリハビリ物品セットを自由に手に取り使用できるよう配置し、ペアワークによる実践形式の研修を取り入れることを考えた。

参加者のアンケート結果より、「いきいきリハビリ」の内容や実践について 8 割以上の参加者が「わかった」「実践してみたい」と回答した点で、本研修会の内容や構成は妥当であったと考える。

いきいきリハビリ物品セットについては、「興味を持たれそう」「入居者様の一番輝いている時代の物がたくさん入っている」「QOL 向上にとても役立つ」「利用者の話を広げたり過去の記憶を引き出せる」など、肯定的な意見が多く聞かれた。実際に物品に触れる実践形式の研修は、参加者の理解や勤務先で実際に行うイメージを深めるものと考えられた。加えて「実施する人がカードに書かれている内容を知らないことが多く、話題を大きくすることが難しい事がある。解説等を載せて頂けるとやりやすくなると思います。」「徐々に施設入所者の世代が変わってきたように思います。」といったような世代間の問題についてもご意見を頂いた。今回セット内容の精査を目的とし、リハビリセットアンケートを同封した。この結果も踏まえ、対象者の世代の変化、実施者への配慮について考慮し、より効果の上がりやすい物品セットの検討を引き続き行っていく必要があると考える。

また「EBM に基づいており、どこにアプローチしているのかが分かりやすかったと思います。コミュニケーションの面でも様々な角度から対象者にお話しできるので有意義であるように感じました。」等の感想から、「いきいきリハビリ」の特徴である、個々の作業活動の目的が明確であること・様々な角度からアプローチできることを伝える事ができたと考える。

一方、「いきいきリハビリ」を現場で実施する時間確保ができないという意見もあった。マンツーマンでの対応の時間確保が難しい現在の介護現場では、効果的かつ簡便に行えるリハビリテーションが求められていると考えられる[15]。「にこにこリハ」同様、現場での実践結果を踏まえ、今後も引き続き改善策を検討していきたいと考える。

E．まとめ

1）「にこにこリハ」、「いきいきリハビリ」について医療・介護現場での普及を目的に、認知症高齢者のケアやリハビリテーションに携わっている医療・介護スタッフを対象に研修会を開催した。

2）研修会を行った結果、研修会の内容や構成については「よかった」、各リハプログラムについて「興味を持った」、「実施してみたい」といった肯定的意見が多く、約 8 割の参加者から現場での実践協力を得ることができた。

3）今後、現場での実践および評価結果を踏まえ、各々のリハプログラムがより実践しやすいものとなるよう、プログラムの改善および普及に努めていきたい。

Ｆ．参考文献

1. 小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,長屋政博,井上豊子.認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 20 年度認知症介護研究報告書-認知症介護におけるコミュニケーションに関する研究事業-,1-29:2009.

2. 小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,長屋政博,井上豊子,内田志保,岡田寿夫.認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 21 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防および QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果検証に関する研究事業-,26-65:2010.

3. トム・キットウッド，高橋誠一．認知症のパーソンセンタードケア．Pp141-147，筒井書房，東京，2005.

4. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 25: 1253-1258, 2010.

5. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2003 Sep;183:248-54.

6. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子，認知症高齢者に対する個別リハビリテーションの効果:「いきいきリハビリ」の開発に向けた予備研究．愛知作業療法，第 18 巻，49-56，2010.

7. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子，認知症高齢者に対する個別リハビリテーション・プログラムの効果．臨床作業療法，第 7 巻，第 5 号，454-459，2010.

8. 小長谷陽子，森明子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子他．認知症高齢者に対する「いきいきリハビリ」の開発，効果検証および普及に関する研究．老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 22 年度認知症介護研究報告書　介護保険施設における認知症高齢者の進行予防及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発、効果検証及び普及に関する研究事業，1-19，2010.

9. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，上原有未，岩元裕子他．認知症高齢者に対するいきいきリハビリの開発と効果検証に関する研究．老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 21 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防
及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果に関する研究事業，1-25，2009.

10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-198.

11. 寺田整司，石津秀樹，藤沢嘉勝，山本真，藤田大輔，他．痴呆性高齢者の QOL 調査票作成とそれによる試行．臨床精神医学，30, 1105-1120，2001.

12. 小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,長屋政博,井上豊子.認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 22 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発,効果検証及び普及に関する研究事業,45-84:2011.

13. 小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,長屋政博,井上豊子,松本慶太.非言語性コミュニケーションシグナルを用いた認知症高齢者とリハビリに関する研究 - 「にこにこリハ」の DVD 作成，及び音声認知に焦点を当てた新たな取り組み - .老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 23 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の QOL 向上のための多元的アプローチ・リハビリテーションに関する研究事業,1-33:2012.

14. 小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,山下英美,長屋政博,井上豊子,松本慶太.非言語性コミュニケーションシグナルを用いた認知症高齢者の介護とリハビリに関する研究 -「にこにこリハ」の普及への取り組み，及び健常高齢者・認知症高齢者の音声認知の特徴 - .老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 24 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の QOL 向上のための多元的アプローチ・リハビリテーションに関する研究事業,1-27:2013.

15. 小長谷陽子,齊藤千晶,岩元裕子,山下英美,中村昭範,上野菜穂.施設における認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 - 「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及 - .平成 24 年度認知症介護研究・研修大府センター研究報告書（研究部）,3-44:2013.

【資料1】 研修会チラシ

認知症介護研究・研修大府センター主催

平成25年度

「にこにこリハ」・「いきいきリハビリ」研修会　ご案内

認知症のケアやリハビリテーションにおいて「できる能力」を引き出すことは重要です。私たちはご本人の生活の質の向上を目的に、認知症への有効な新しい取り組み「にこにこリハ」および「いきいきリハビリ」を開発しました。

今回、日々のケアへ取り組んで頂けるよう、実技を含んだ研修会を開催致します。ぜひ、ご参加下さい。



にこにこリハ

認知症が進行しても残存している非言語性コミュニケーションシグナル（顔の表情・視線・ジェスチャー等）を積極的に用い、「笑顔」を大切に楽しみながら、コミュニケーション能力の向上、特に感情や好意など心の内面を含めた意思疎通の向上を図ります。

いきいきリハビリ

パーソン・センタード・ケア（その人らしさを大切にする個別ケア）に基づき、非薬物療法の要素を生かしながら、ご本人の保たれている能力を引き出し、認知機能やコミュニケーション能力の活性化を図ります。

日時：第1回 8月30日（金）13：00～16：30（受付12：00～）
第2回 8月31日（土） 9：30～13：00（受付 9：00～）
会場：ウインクあいち　1101号室

内容：「にこにこリハ」および「いきいきリハビリ」研修会 ～概要、介護現場への実践方法について～

1）講演　「認知症と非言語性コミュニケーションについて」（仮題）
講師：国立長寿医療研究センター　脳機能画像診断開発部　　室長　中村昭範

2）にこにこリハの実践方法について（講義および実技）
講師：認知症介護研究・研修大府センター　研究部　　研究員　齊藤千晶

3）いきいきリハビリの実践方法について（講義および実技）
講師：国立身障者リハビリテーションセンター研究所　　研究員　西浦裕子

定員：各回６８名

対象：「にこにこリハ」・「いきいきリハビリ」にご興味があり、研修後に勤務先にて各リハビリ１名以上の認知症の方に実践と簡単な評価を行ってくださる方。
（なお、実践に使用する道具等は当センターが準備します）

募集期間：平成２５年７月１２日（金曜日）締め切り

参加費 無料
パンフレット・DVD
差し上げます

参加には事前申込みが必要です。裏面申込書をFAXして下さい

「にこにこリハ」実践の手引き

1. 勤務先での実践方法

1）実践対象者の選定基準

① 認知症と診断されている方
② 全身状態が良好で、座位保持に問題のない方。年齢制限は特になし
③ 本人、その家族または代諾者から同意が得られていること
④ 幻覚、妄想など精神症状が出ている方は除外する
⑤ 急性期の身体疾患を有する方は除外する
⑥ 聴覚・視覚障害が著名な方は除外する（日常生活に問題のない程度は実践可能）
⑦ 12 回の介入終了まで継続して実践可能な方

2）実践対象者人数

１名以上（２名以上実践する場合は、関係書類を人数分お渡しいたします）

3）実践期間

・評価：にこにこリハ実践前後の評価期間１週間以内で実施
・にこにこリハ：週 2 回を 6 週間、計 12 回実践

4）実践方法

① 同意を得る（可能であれば同意書を頂く）
② ご家族等に様々な時代のご本人やご家族が写った写真を数点用意してもらう
③ にこにこリハ記録表（資料１）に必要情報を記載する
④ ミニメンタルスケール・対象者評価アンケートの評価１回目を実施
（実践前１週間以内）
⑤ 研修会資料等を参考に「にこにこリハ」を実践する
⑥ 実践した内容をにこにこリハ実践記録（資料２）に記載する（１２回分）
⑦ ミニメンタルスケール・対象者評価アンケートの評価２回目を実施
（実践後１週間以内）
⑧ にこにこリハ実践後アンケートを記入
⑨ 同意書・記録表・実践記録・評価用紙を大府センターに郵送し、終了

実践スケジュール



5）評価内容（おおよその評価時間）

① 認知機能検査：ミニメンタルスケール（１５分）　評価１・２回目実施

② にこにこリハ対象者評価アンケート（１５分）　評価１・２回目実施

③ にこにこリハ実践後アンケート（５分）　評価２回目のみ実施

6）平成２６年１月末までに関係書類を郵送

【郵送する関係書類】

■ 同意書

■ にこにこリハ記録表

■ にこにこリハ実践記録

■ ミニメンタルスケール

■ にこにこリハ　対象者評価アンケート用紙（１・２回分）

■ にこにこリハ　実践後アンケート用紙

上記６点をまとめたファイル一式をお渡しした封筒に入れ、郵送して下さい。

2. 連絡・郵送先

〒４７４－００３７

愛知県大府市半月町３－２９４

ＴＥＬ：（０５６２）－４４－５５５１

ＦＡＸ：（０５６２）－４４－５８３１

担当者：齊藤千晶

Ｅ－ｍａｉｌ：c.saito.o-dcrc@dcnet.gr.jp

3. Q＆A

【実践対象者の選定関連】

Q：認知症の原因疾患には配慮は要りますか？

A：特に制限はありません。もし、原因疾患が分かっている場合は「にこにこリハ記録表」の疾患名の該当する箇所に〇を付けて下さい。

Q：同意書はどのように取ればいいですか？

A：お渡しした説明書と同意書を使用し、ご本人・そのご家族または代諾者にご説明します。その際、説明書をご本人・そのご家族または代諾者にお渡し下さい。
もし、施設で決められたものがあれば、そちらを使用して下さい。

【実践期間・実践関連】

Q：実践スケジュール通りに行えるのか不安です

A：実践スケジュールのように実施できることが望ましいですが、原則 12 回実践することにし、実践期間については多少誤差があっても問題はありません。例えば、対象者の体調不良等の理由により週１回になってしまったり、実践が出来ない週も考えられます。その場合は、変更理由を「にこにこリハ記録表」の「にこにこリハ実践　特記事項」の欄に記載して下さい。

Q：実践マニュアル通りに行えるか不安です

A：「にこにこリハ」は研修会資料や「にこにこリハ実践マニュアル」に書いてある順番通りに必ず行う必要はありません。対象者の興味のある項目から始めることも可能です。また、１回の実践で５つの項目全て行うことが望ましいですが、対象者の興味がある項目や導入しやすい項目から始め、週２回で５項目を行って頂いても構いません。対象者の興味関心・体調などを配慮し、楽しみながら行って下さい。

Q：実践期間中に対象者が急変し、実践困難になった場合はどうしますか？

A：まず、齊藤までご連絡下さい。場合によっては中止し、その理由を「にこにこリハ記録表」の「にこにこリハ実践　特記事項」の欄に記載し、関係書類６点を郵送して頂きます。また、可能であれば新しい対象者の方を選定し再度、実践をお願いします。その際は齊藤までご連絡ください。新たに関係書類をお送りします。

Q：にこにこリハ実践記録を書く際の留意点はありますか？

A：実践した日にち・時間を記入して下さい。また、内容の□にレ点を記載し、その際の対象者の反応に〇を付けて下さい。気になること等がありましたら、その他（　）に記載して頂いても構いません。

Q：評価を実施するにあたり留意点はありますか？

A：ミニメンタルスケールは対象者に質問をして行う評価です。対象者にヒントを与えたり、答えを誘導してはいけません。点数欄は空欄でも構いませんが、回答欄には必ず対象者の答えを答えた通りに記載して下さい。また、お渡ししたマニュアルをよく読んでから実施して下さい。

　にこにこリハ対象者評価アンケートは観察による評価です。客観的に判断し、行って下さい。

Q：ミニメンタルスケールを拒否した場合はどうしますか？

A：時間や日を改めて再度実施して下さい。それでも拒否し、実施困難であれば回答欄に“拒否”と記載し、点数は書かないでください。

【その他】

Q：分からないことや相談事が生じた場合はどうしますか？

A：お電話でも、メールでも構いませんので齊藤までご連絡ください。

【資料3】 にこにこリハ評価セット

にこにこリハ記録表

対象者イニシャル	.	生年月日 性別	M. T. S　　年　　月　　日（　　歳）　男／女
疾患名	アルツハイマー型認知症／脳血管性認知症／レビー小体型認知症／前頭側頭型認知症 区分できないが認知症と診断されている／その他（　　）		
要介護度		施設入所日	年　　月　　日
認知症高齢者自立度判定基準		視覚障害	有（日常生活に支障あり／なし）／無　眼鏡（有／無）
障害高齢者自立度判定基準		聴覚障害	有（日常生活に支障あり／なし）／無　補聴器（有／無）

病歴	主な疾患の経緯

にこにこリハ実践　特記事項

中止や変更等が生じた場合、日付けと理由等を記載して下さい

にこにこリハ実践記録

実践した日付け・時間を記入して下さい。
また、実践した内容の該当する箇所の□にレ点を付け、対象者の反応で当てはまるものに○を付けて下さい。

実践年月日 20　.　.　（ 1回目）

実践内容および実践時間			対象者の反応
社会的な慣習動作 実践時間 約（ ）分	□	**挨拶**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**握手**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**視線を合わせ会話**	
		視線を合わせる	可能／不可／拒否／その他（ ）
		自分の名前が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
		日付けが言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
		場所が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**担当者の顔認知**	
		担当者の顔を見たことがある	ある／ない／分からない／拒否／その他（ ）
		担当者の名前が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
顔の表情 約（ ）分	□	**自己顔の認知**	
		自分の顔	分かる／見たことはあるが誰か分からない／分からない 別の人物／拒否／その他（ ）
		語り	ある／なし／拒否
	□	**表情筋の運動**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**表情を作る**	
		笑顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
		怒った顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
		悲しい顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**表情を真似する**	
		笑顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
		怒った顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
		悲しい顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**にらめっこゲーム**	可能／不可／拒否／その他（ ）
顔の確認 約（ ）分	□	**ご自分や身近な人の顔の確認□（写真使用）**	名前とエピソードが言える／名前は言えるがエピソードは不可 エピソードは言えるが名前は不可／見たことがある程度 分からない／拒否／その他（ ）
視線運動 約（ ）分	□	**眼球の運動**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**視線の共有**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**視線を合わせる**	可能／不可／拒否／その他（ ）
ジェスチャー 約（ ）分	□	**ジェスチャーで示す**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**ジェスチャーを当てる**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**ジェスチャーを真似をする**	
		意味なし	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	意味あり	可能／不可／拒否／その他（ ）
社会的な慣習動作 約（ ）分	□	**挨拶**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**握手**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**視線を合わせ会話**	
		視線を合わせる	可能／不可／拒否／その他（ ）
		日付けが言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
		場所が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□	**セラピストの顔認知**	
		担当者の名前が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）

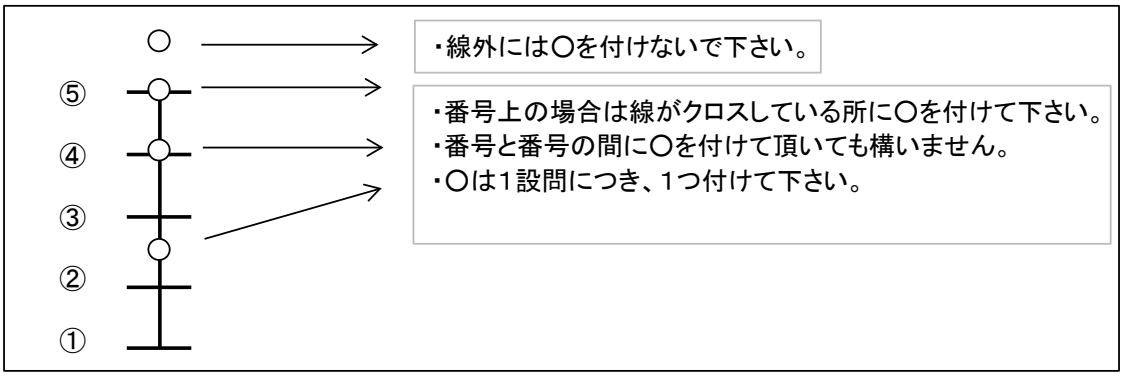
にこにこリハ 対象者評価アンケート

実施後

記入日（　年　月　日）　対象者（　　）　記入者（　　）

対象者の過去1週間の日常生活はどのような様子ですか？
日頃観察している様子から以下の設問に対して、左のグラフの適当な位置に〇を1つ付けて下さい。
また、特記事項等ありましたらコメント欄にご自由にご記入下さい。

記入時の注意点



Ⅰ．全般的観察

1　昼間の覚醒度　昼間意識がはっきりしていますか？

⑤ ⑤:いつもはっきりと覚醒している
④ ④:たまにボーッとしている
③ ③:時々ボーッとしている
② ②:起きているがボーッとしていることが多い
① ①:眠ってしまうことが多い・昼夜逆転

コメント

2　意欲度　リハビリや行事に対して意欲的ですか？

⑤ ⑤:意欲的で自主的・積極的に参加
④ ④:普通に参加
③ ③:声をかければ参加
② ②:時々拒否反応がある
① ①:全く意欲的ではなく、拒否反応が多い

コメント

3　集中度　リハビリや行事に対する集中度は？

⑤ ⑤:非常によく集中している
④ ④:集中している
③ ③:声をかければ集中力が持続
② ②:散漫になることが多い
① ①:全く集中力がない

コメント

4　場所の見当識　トイレや部屋の場所がわかりますか？

⑤：全く問題なし
④：まれに間違えるがほぼ問題なし
③：時々間違える
②：頻回に混乱する
①：いつも迷子になる

コメント

5　BPSD　徘徊、夜間せん妄等がありますか？

⑤：全くなし
④：まれにある程度
③：月に数回
②：週に数回
①：ほぼ毎日

コメント

6　情緒　情緒は安定していますか？

⑤：情緒は常に安定している
④：情緒がまれに不安定になる
③：情緒が時々不安定
②：感情の起伏がやや激しい
①：ほんのちょっとしたことですぐに怒る・泣く

コメント

Ⅱ．言語性コミュニケーション

7　呼名に対する反応　自分の名前を呼ばれた時の反応は？

⑤：返事を発話して反応し、相手を見る
④：顔を相手に向けるが、返事の発話はない
③：反応はするが、相手を見ない
②：わずかに反応がある程度
①：常に無反応・無視

コメント

8　欲求の表現　自分の欲求（トイレ・空腹・移動等）を適切な言葉で表現できるか？

⑤：全く問題なくできている
④：おおよそできている
③：できたりできなかったり
②：意味が伝わりにくく、理解が難しい
①：全くできない

コメント

9　言葉の交流　日常会話による意思の疎通は？

⑤ ⑤:普通に可能
④ ④:かなり通じる
③ ③:通じたり通じなかったり
② ②:難しい
① ①:不可能、あるいは意味不明

コメント

Ⅱ. 非言語性コミュニケーション（感情・視線・ジェスチャー等）

10　表情の表出　顔の表情は？

⑤ ⑤:表情は豊かで、自然である
④ ④:表情はあるが、変化に乏しい
③ ③:表情が乏しい
② ②:表情がかなり乏しい
① ①:表情が全くない

コメント

11　視線　会話の時に眼を合わせますか？

⑤ ⑤:積極的・自主的に眼を合わせる
④ ④:時々眼を合わせる。顔の方向はほぼ常に話者の方向
③ ③:眼はほとんど合わさないが、通常顔の方向は見ている
② ②:たまに相手の顔を見るが、眼は合わさない
① ①:眼も顔も全く相手の方を見ない

コメント

12　ジェスチャーの理解　指差し・手招き等、身振り手振りの説明に対する理解度は？

⑤ ⑤:全く問題なく理解できている
④ ④:おおよそ理解できている
③ ③:理解できたりできなかったり
② ②:あまり理解できていない
① ①:全く理解できていない

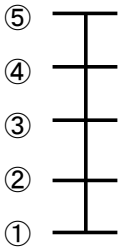
コメント

13　ジェスチャーの表出　会話の中で指差し・手招き等、身振り手振り等は？

⑤ ⑤:ジェスチャーは豊かで、適切である
④ ④:ジェスチャーはあるが、適切でない時がある
③ ③:ジェスチャーは乏しい
② ②:ジェスチャーはかなり乏しい
① ①:ジェスチャーは全くない

コメント

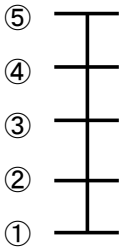
14 感情や意図のわかり易さ　スタッフ側から見て、表情や仕草から、その方の感情・意図が読めますか？



⑤：非常にわかりやすい
④：おおよそわかる
③：わかったりわからなかったり
②：読みづらい
①：全く読めない

コメント

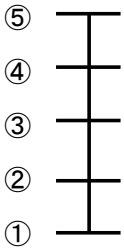
15 感情や意図の伝わり易さ　スタッフ側の感情・意図が伝わりますか？



⑤：非常に良く伝わる
④：おおよそ伝わる
③：伝わったり伝わらなかったり
②：伝わりづらい
①：全く伝わらない

コメント

16 心の交流　日常の介護やリハビリ等を行っている際、お互いの気持ちが通じ合っている感覚はありますか？

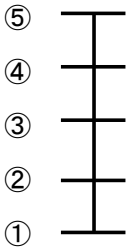


⑤：いつも気持ちが通じ合っているように思える
④：おおよそ通じ合っている
③：通じ合ったりできなかったり
②：あまりない
①：全くない。または、分からない

コメント

Ⅲ. コミュニケーション全般・社会性

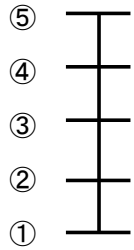
17 挨拶　挨拶はできますか？



⑤：常に問題なく反応（返事を発話し、会釈をする）
④：常に反応するが、返事の発話はない
③：会釈のみの反応
②：わずかに反応がある程度
①：常に無反応・無視

コメント

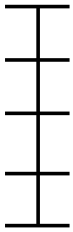
18　他者との交流　他の利用者と交流を持っていますか？



⑤：全く問題なく交流できている・社交的である
④：おおよそ交流できている
③：交流したりしなかったり
②：特定の人以外とはほとんど交流がない
①：全く交流はない　自閉的である

コメント

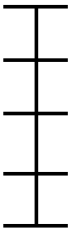
19　他者への手伝い　他の利用者に対して関心があることを示す手伝いや手助けはありますか？



⑤：毎日のように行う
④：しばしば行う
③：まれに行うことがある
②：特定の人に限られる
①：全くない

コメント

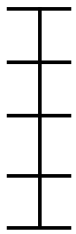
20　社会的な出来事への関心　家族や友人、新聞やスポーツなど社会的な出来事に関心はありますか？



⑤：毎日のように関心を示す
④：しばしば関心を示す
③：まれに関心を示すことがある
②：特定の事柄に限られる
①：全くなし

コメント

21　対象者との関わり　対象者への介護やリハビリがスムーズに行えますか？



⑤：非常に行いやすい
④：比較的行いやすい
③：日によって異なる
②：行いにくい
①：非常に難しい

コメント

22　その他　上記以外に対象者の方の生活で気になることがありましたらご記入ください

コメント

「にこにこリハ」 実践後アンケート

この度は「にこにこリハ」の実践にご協力頂き、誠にありがとうございました。
今後の参考にさせて頂くため、以下の設問に対しお答え下さい。ご意見やご感想については自由記載欄にご記入下さい。

なお、今回頂いた情報は厳重に管理し、本研修会の報告および今後の参考にする目的以外には使用致しません。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、何卒ご協力のほど、お願い申し上げます。

ご自身についてお答え下さい。

性別：男性 ／女性	年齢：（　　）歳	経験年数：約（　　）年
勤務先		
介護老人保健施設 ／ グループホーム ／ 有料老人ホーム 特別養護老人ホーム ／ その他（　　）		
職　種		
介護福祉士 ／ 看護師 ／ 作業療法士 ／ 理学療法士 言語聴覚士 ／ その他（　　）		

Ⅰ．にこにこリハを実践する前と比べて、実践したことによるご自身の変化についてお答え下さい。（□にチェックを入れてください。複数回答可）

1　相手の表情や視線、ジェスチャー（しぐさ）等を受け取る立場として、

□ 特に変化なし

□ 相手の意思を理解するのに、表情・視線・しぐさ等に対して、より注意を払うようになった。

□ その結果、意思疎通が難しかった方の意図や感情を、今までよりも理解できるようになった。

□ その他（ご自由にご記入ください）

2　表情や視線、ジェスチャー等のシグナルを相手に発する立場として、

□　特に変化なし

□　いつも笑顔を心がけるようになった。

□　相手となるべく視線を合わせるようになった。

□　会話の際、ジェスチャーを今までより交えるようになった。

□　スキンシップも心がけるようになった。

□　声の表情にも注意をするようになった。

□　イライラやストレスがあっても、嫌な表情を出さないように心がけるようになった。

□　その他（ご自由にご記入ください）

3　全般的な変化として

□　意識することが増えたため、かえって仕事が大変になった。

□　特に変化なし

□　認知症の方とのコミュニケーションを楽しめるようになった。

□　認知症のケアやリハビリが、今までよりも行いやすくなり、気持も楽になった。

□　相手に共感したり、楽しい時間を共有したりできる場面が今までよりも増えた。

□　ケアやリハビリのストレスが減った。

□　その他（ご自由にご記入ください）

Ⅱ．にこにこリハの主な実践状況についてお答え下さい

4　にこにこリハをどのように取り入れましたか？　（適切な番号に1つ〇を付けてください）

1．特定の時間を設定した

2．日々のケアの中に取り入れながら、実践した

3．その他

5　にこにこリハをどのように行いましたか？　（適切な番号に1つ〇を付けてください）

1. マンツーマンで行った
2. 少人数の集団で行った
3. 多人数の集団で行った
4. その他

6　にこにこリハをどのような流れで行いましたか？　（適切な番号に1つ〇を付けてください）

1. 一連の流れ（20分）で行った
2. 各項目を時間や日に分けて行った
3. その他

7　にこにこリハを行った主な場所はどこですか？　（適切な番号に1つ〇を付けてください）

1. 個室など、他者の行き来が全くない場所
2. リハビリ室やフロアの一角で、他者の行き来が少ない場所
3. リハビリ室やフロアの一角で、他者の行き来が多い場所
4. ご本人の居室
5. その他

8　その場所で行って、支障はありましたか？（適切な番号に1つ〇を付けてください）

1. 特に支障はなかった
2. どちらともいえない
3. 支障があった　　⇒ ※

※ 「支障があった」とお答えの方にうかがいます

9　どのような支障があったかをご記入ください

Ⅲ. にこにこリハの集団での実践についてお答え下さい

10 にこにこリハを集団で実践することは可能だと思いますか？（適切な番号に1つ〇を付けてください）

1. 少人数・多人数ともに実践可能だと思う
2. 多人数なら実践可能だと思う
3. 少人数なら実践可能だと思う
4. わからない
5. 実践するのは難しいと思う

10と回答した理由をご記入ください

11 にこにこリハを集団で実践してみたいと思いますか？ （適切な番号に1つ〇を付けてください）

1. 実践してみたいと思う
2. わからない
3. 実践してみたいと思わない
4. すでに実践している（または、実践した）

11と回答した理由をご記入ください

Ⅳ. 「にこにこリハ」実践について、お答え下さい。

12 今後もにこにこリハを実践していきたいですか？ （適切な番号に1つ〇を付けてください）

1. 実践していきたい
2. わからない
3. 実践したくない

12と回答した理由をご記入ください

13 にこにこリハを他の職員やご家族に勧めたいですか？（適切な番号に1つ○を付けてください）

1. 勧めたい
2. わからない
3. 勧めたくない

13と回答した理由をご記入ください

14 実践しにくかったものがあれば、下記の理由の中から当てはまるものを選び、
（　）の中に、番号をご記入ください。いくつ選んでいただいても結構です。
下記以外の理由があれば、その他の欄にご記入ください。

理由
- ・業務の関係上、時間がとりにくかった （　）
- ・落ち着いた場所が確保しにくかった （　）
- ・実践者にとって手順が分かりにくかった （　）
- ・対象者がやりたがらなかった （　）
- ・言語指示が入りにくかった （　）
- ・何度も説明が必要だった （　）
- その他

［　］（　）

1. 社会的な慣習動作　2. 顔の表情　3. 顔の確認　4. 視線運動　5. ジェスチャー

15 実践している際に生じた疑問や、お気づきの点があればご記入ください

ご協力いただき、ありがとうございました

【資料 4】いきいきリハビリ実践の手引き

「いきいきリハビリ」実践の手引き

1. 勤務先での実践方法

１）実践対象者の選定基準

① 認知症と診断されている方

② 全身状態が良好で、座位保持に問題のない、65 歳以上の方

③ 本人、その家族または代諾者から同意が得られていること

④ 幻覚、妄想など精神症状が出ている方は除外する

⑤ 急性期の身体疾患を有する方は除外する

⑥ 聴覚・視覚障害が著明な方は除外する（日常生活に問題のない程度は実践可能）

⑦ 10 セッションの介入終了まで継続して実践可能である者

２）実践人数

１名以上（２名以上実践する場合は、関係書類を人数分お渡し致します）

３）実践期間

・評価：実践前後、評価期間 1 週間以内で実施

・いきいきリハビリ：週 1 回を 10 週間

４）実践方法

① 同意を得る（可能であれば同意書を頂く）

② 個人票を使用し、対象者についての詳細な情報（生活歴、教育歴、趣味、好きな音楽、住んでいた場所、なじみの場所等）を得る

③ ミニメンタルスケール・QOL-D の評価 1 回目を実施

（実践前おおむね 1 週間以内）

④ 実践ガイドを参考に「いきいきリハビリ」を実施する

・挨拶、今日の内容　＜2 分＞

・その日の内容（①～⑩）　＜約 15 分＞

・日誌、感想、次回のお知らせ　＜3 分＞

⑤ 実践した内容を日誌に記載する（10 回分）

⑥ ミニメンタルスケール・QOL-D の評価 2 回目を実施

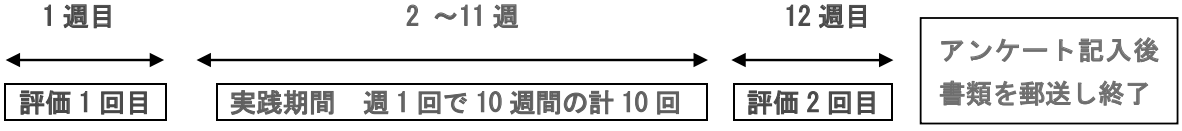
（実践後おおむね 1 週間以内）

⑦ いきいきリハビリ実践後アンケートを記入

⑧ いきいきリハビリセットアンケートを記入

⑧ 同意書・個人表・日誌・評価用紙を大府センターに郵送し、終了

実践のスケジュール



5 ）評価内容（おおよその評価時間）

① 認知機能：ミニメンタルスケール（15 分）	評価 1・2 回目実施
② QOL-D（5 分）	評価 1・2 回目実施
③ いきいきリハビリ実践後アンケート（5 分）	評価 2 回目のみ実施
④ いきいきリハビリセットアンケート（5 分）	評価 2 回目のみ実施

6 ）平成 26 年 1 月末までに関係書類を郵送

【郵送する関係書類】

- ■ 同意書
- ■ 個人表
- ■ 日誌（10 回分）
- ■ ミニメンタルスケール・QOL-D（１・２回分）
- ■ 実践後アンケート用紙
- ■ セットアンケート用紙

上記６点をお送りするレターパックに入れ、郵送して下さい。

7 ）お願い

いきいきリハビリを今後多くの施設の方に実践して頂きたいと考えております。セットについては数に限りがございますので、実践にあたり、対象者の選定が難しく、実践が困難な場合、お手数おかけしますが「いきいきリハビリセット」を送料ご負担の上、下記宛先までご郵送していただきますようお願い申し上げます。

2. 連絡・郵送先

〒４７４－００３７
愛知県大府市半月町３－２９４
ＴＥＬ：（０５６２）－４４－５５５１
ＦＡＸ：（０５６２）－４４－５８３１

担当者：水野純平
Ｅ－ｍａｉｌ：j.mizuno@dcnet.gr.jp

3. Q&A

【実践対象者の選定関連】

Q：認知症の原因疾患には配慮は要りますか？

A：特に制限はありません。もし、原因疾患が分かっている場合は、個人表の「主な疾患の経緯」に記入をして下さい。

Q：同意書はどのように取ればいいですか？

A：お渡しした同意書を使用し、ご本人・そのご家族または代諾者にご説明して下さい。もし、施設で決められたものがあれば、そちらを使用して下さい。その際、得た個人情報は研究目的以外には使用されず厳重に管理されること、体調等により途中中断できる旨をお伝えください。

【実践期間・実践関連】

Q：実践スケジュール通りに行えるのか不安です。

A：体調不良等によって実施できなかった場合は、同じ週の他の日に実施することが望ましいですが、次の週に行っても構いません。原則 10 回実施することとしてください。日誌の余白に日程変更理由をご記入ください。

Q：実践ガイド通りに行えるか不安です。

A：「いきいきリハビリ」は実践ガイドに書いてある順番通りに必ず行う必要はありません。対象者の興味のある項目から始めることも可能です。
実施したセッションの番号を日誌の右上「内容：　」にご記入ください。

Q：実施期間中に対象者が急変し、実施困難になった場合どうしますか？

A：まず、水野までご連絡下さい。場合によっては中止し、その理由を個人表の余白に記載し、関係書類 5 点を郵送して下さい。可能であれば新しい対象者の方を選定し、再度実施をお願い致します。その際は水野までご連絡ください。新たに書類をお送りします。

Q：評価を実施するにあたり留意点はありますか？

A：ミニメンタルスケールは対象者に質問をして行う評価です。対象者にヒントを与えたり、答えを誘導してはいけません。点数欄は空欄でも構いませんが、回答欄には必ず対象者の答えを答えた通りに記載して下さい。お渡しするマニュアルをよく読んでから実施して下さい。

Q：評価を拒否した場合はどうしますか？

A：日を改めて再度実施して下さい。それでも拒否し、実施困難であれば回答欄に“拒否”と記載し、点数は書かないで下さい。

＊その他ご不明な点がございましたら、お電話でもメールでも構いませんので、担当水野までご連絡ください。ご協力よろしくお願い申し上げます。

【資料5】いきいきリハビリ評価セット

いきいきリハビリ実践後アンケート

今後の参考にさせていただくため、いきいきリハビリの実践についてお伺いいたします。
ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

以下の設問に対して、最も適当な番号に○を付けてください。ご意見やご感想につきましては、自由記載欄にご記入下さい。なお、今回頂いた情報は厳重に管理し、本研修会の報告及び今後の参考にする目的以外には使用致しません。　　（認知症介護研究・研修大府センター　　研究員：水野純平）

ご自身についてお答え下さい。

性別：男性 ／女性	年齢：（　　）歳	経験年数：約（　　）年
勤務先		
介護老人保健施設 ／ グループホーム ／ 有料老人ホーム 特別養護老人ホーム ／ その他（　　）		
職　種		
介護福祉士 ／ 看護師 ／ 作業療法士 ／ 理学療法士 言語聴覚士 ／ その他（　　）		

①　「いきいきリハビリ」実践ガイドは使いやすいですか？

（適当な番号に１つ○を付けて下さい）

1．とても使いやすい
2．使いやすい
3．普通
4．使いにくい
5．非常に使いにくい

＊上記でそれぞれ回答した理由をご記入下さい。

②　「いきいきリハビリ」物品セットは使いやすいですか？

（適当な番号に１つ○を付けて下さい）

1．とても使いやすい
2．使いやすい
3．普通
4．使いにくい
5．非常に使いにくい

＊上記でそれぞれ回答した理由をご記入下さい。

③ 「いきいきリハビリ」は日々のケアの中で実践しやすいですか？

（適当な番号に１つ〇を付けて下さい）

１．とても実践しやすい
２．実践しやすい
３．普通
４．実践しづらい
５．非常に実践しづらい

＊上記でそれぞれ回答した理由をご記入下さい。

④ 「いきいきリハビリ」は利用者様の生活をより良くするものだと思いますか？

（適当な番号に１つ〇を付けて下さい）

１．とてもそう思う
２．そう思う
３．普通
４．あまりそう思わない
５．全くそう思わない

＊上記でそれぞれ回答した理由をご記入下さい。

⑤ 「いきいきリハビリ」を実践したことによるご自身の変化について、お答え下さい。

（適当な番号に〇を付けて下さい。<u>複数回答可</u>）

１．特に変化なし
２．対象者の好みが分かった
３．対象者の保たれている能力が分かった
４．対象者の楽しみ（適した作業活動）を見つけることができた
５．今後のリハビリプログラムやケアプランに有用な情報を得ることができた
６．さらに、得た情報をリハビリプログラムやケアプランに活用することができた
７．その他

⑥　今後も「いきいきリハビリ」を実践していきたいですか？

（適当な番号に１つ○を付けて下さい）

１．実践していきたい
２．わからない
３．実践したくない

＊上記でそれぞれ回答した理由をご記入下さい。

⑦　「いきいきリハビリ」をどのように実践してみたいと思いますか？（複数回答可）

１．認知症短期集中リハビリテーションの一手段として実践してみたい
２．認知症短期集中リハ以外の個別リハビリテーションとして実践してみたい
３．集団リハビリテーションの一手段として実践してみたい
４．レクリエーションの一手段として実践してみたい
５．その他（　　）
６．わからない

＊上記でそれぞれ回答した理由をご記入下さい。

⑧　「いきいきリハビリ」を他の職員やご家族に勧めたいですか？

（適当な番号に１つ○を付けて下さい）

１．勧めたい
２．わからない
３．勧めたくない

＊上記でそれぞれ回答した理由をご記入下さい。

⑨　10 種類の作業活動で実践しにくかったものがあれば、下記の理由の中から当てはまるものを選び、（　）の中に、その番号をご記入下さい。（複数回答可）
下記以外の理由があれば、その他の欄にご記入下さい。

１．季節の話　　２．なつかしい話　　３．生活の知恵　　４．名所　　５．顔写真 ６．食べ物　　７．言葉　　８．お金　　９．歌　　１０．思い出カード

【理由】

・業務の関係上、時間が取りにくかった　（　　）
・落ち着いた場所が確保しにくかった　（　　）
・実践者にとって手順が分かりにくかった　（　　）
・対象者がやりたがらなかった　（　　）
・言語指示が入りにくかった　（　　）

その他

[　　]（　　）
[　　]（　　）

⑩　10 種類の作業活動以外で実践してみたい活動はありますか？またそれに伴いどのような物品を増やしてみたいですか？ありましたら具体的な作業内容をご記入下さい。

作業内容：＿＿＿＿＿＿（物品：　　）

作業内容：＿＿＿＿＿＿（物品：　　）

⑪　いきいきリハビリの実践、実践ガイドや使用物品セットについて、感想やご意見がありましたら、ご自由にご記入ください。

ご協力いただきありがとうございました。

いきいきリハビリセット
アンケート調査のお願い

この度は「いきいきリハビリ」の実践にご協力いただき、誠にありがとうございました。

今後、更なる「いきいきリハビリ」の発展と普及のために、いきいきリハビリセットの内容をより精査し、改良を進めていきたいと考えております。そのためには、実際に現場で使用された皆様のご意見を反映することが何より重要だと考えております。そこで、今回アンケートを実施し、使用した率直なご意見を教えていただきたく存じます。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、何卒ご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

認知症介護研究・研修大府センター　齊藤千晶
水野純平

アンケート実施方法について

・以下の設問①～④に対して、最も適当な番号または該当欄に〇を付けてください。また、ご意見やご感想等がございましたら、自由記載欄にご記入下さい。

・今回いただいた情報は厳重に管理し、いきいきリハビリセットの改良および本調査報告の目的以外には使用致しません。

① ご自身についてお答え下さい。

性別　１．男性 ２．女性	**ご年齢** （　　）歳	**経験年数** （　　）年
職種　１．介護福祉士　２．看護師　３．理学療法士　４．作業療法士 ５．その他（　　）		
勤務先　１．介護老人保健施設 ２．　その他（　　）		

② いきいきリハビリ実践にあたって、いきいきリハビリセットの物品についてご質問します。

Ａ：実際に使用した物品　　Ｂ：セット内容として必要だと思う物品

Ａ、Ｂについて以下の表の該当欄に〇を付けて下さい。また、Ｂについては必要または不要と思う理由を自由記載欄にご記入下さい。（例：当施設で代替物品が用意できる等）

物品名	Ａ 実際に使用した物品	Ｂ 必要だと思う物品	自由記載 （必要または不要と思う理由）
① いきいきリハビリ　カードセット			
② 尋常小学校国語讀本（白黒版）			
（カラー版）			
③ 尋常小学校修身書（白黒版）			
（カラー版）			
④ お手玉			
⑤ けん玉			
⑥ 紙風船			
⑦ 日本地図・東西カード			
⑧ 昭和スターカルタ男女カード			
⑨ 江戸いろはかるた			
⑩ そろばん			

物品名	A 実際に使用した物品	B 必要だと思う物品	自由記載 （必要または不要と思う理由）
⑪ うたぬりえ帖（上）			
（下）			
⑫ うたぬりえ盤 （CD３枚）			
⑬ 思い出カード台紙			

③ いきいきリハビリセットを使用した際の感想についてご質問します。

A:使いやすくリハビリやケアにとても役に立った物品　　B:使いにくくあまり役に立たなかった物品

A、Bについて**3つずつ**以下の表の該当欄に○を付けて下さい。

物品名	A：役に立った物品	B：役に立たなかった物品
① いきいきリハビリカードセット		
② 尋常小学校国語讀本（白黒版）		
（カラー版）		
③ 尋常小学校修身書（白黒版）		
（カラー版）		
④ お手玉		
⑤ けん玉		
⑥ 紙風船		
⑦ 日本地図・東西カード		
⑧ 昭和スターカルタ・男女カード		
⑨ 江戸いろはかるた		
⑩ そろばん		
⑪ うたぬりえ帖（上）		
（下）		
⑫ うたぬりえ盤（CD３枚）		
⑬ 思い出カード台紙		

④ その他、いきいきリハビリセットについて、ご意見・ご感想等を空欄にご記入下さい。

ご協力いただきありがとうございました。

平成２５年度
にこにこリハ、いきいきリハビリ研修会アンケート

にこにこリハ、いきいきリハビリ研修会にご参加いただきありがとうございました。今後の参考にさせていただくため、研修会の内容などについてお伺いいたします。ご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

以下の設問に対して、最も適当な番号に○を付けてください。ご意見やご感想につきましては、自由記載欄にご記入下さい。なお、今回頂いた情報は厳重に管理し、本研修会の報告及び今後の参考にする目的以外には使用致しません。

ご自身についてお答え下さい。

性別 １．男性 ２．女性	**ご年齢** （　　）歳	**経験年数** （　　）年
職種 １．介護福祉士　２．看護師　３．理学療法士　４．作業療法士 ５．言語聴覚士　６．その他（　　）		
勤務先 １．介護老人保健施設　２．グループホーム　３．有料老人ホーム ４．特別養護老人ホーム　５．その他（　　）		

研修会の日時、場所、構成についてお答え下さい。

① 研修会の場所、日程、時間帯はいかがでしたか？

１．とてもよかった　２．よかった　３．普通　４．よくなかった　５．非常によくなかった

＊上記で「４．よくなかった」「５．非常によくなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような場所、日程や時間帯がよかったですか？（自由記載）

② 研修会の構成や内容はいかがでしたか？

１．とてもよかった　２．よかった　３．普通　４．よくなかった　５．非常によくなかった

＊上記で「４．よくなかった」「５．非常によくなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような研修会の構成や内容がよかったですか？（自由記載）

① 「にこにこリハ」の内容についてわかりましたか？

1．よくわかった　2．わかった　3．普通　4．わからなかった　5．全くわからなかった

＊上記で「4．わからなかった」「5．全くわからなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点がわからなかったですか？（自由記載）

② 「にこにこリハ」の実践方法についてわかりましたか？

1．よくわかった　2．わかった　3．普通　4．わからなかった　5．全くわからなかった

＊上記で「4．わからなかった」「5．全くわからなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点がわからなかったですか？（自由記載）

③ 研修会に参加して、「にこにこリハ」にさらに興味を持たれましたか？

1．とても興味を持った　2．興味を持った　3．普通　4．あまり変わらない　5．全く変わらない

④ 「にこにこリハ」は日々のケアやリハビリテーションで実践しやすいと思いますか？

1．とても実践しやすい　2．実践しやすい　3．普通　4．やや実践しにくい　5．実践しにくい

＊上記で「4．やや実践しにくい」「5．実践しにくい」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点が実践しにくいと思いますか？（自由記載）

⑤ 「にこにこリハ」を日々のケアやリハビリテーションで実践してみたいと思いますか？

1．とても実践してみたい　2．実践してみたい　3．普通　4．あまり思わない　5．思わない

⑥ にこにこリハ研修会の内容、パンフレットやDVDについて、感想やご意見がありましたら、ご自由にご記入ください。

いきいきリハビリ研修会についてお答え下さい。

① 「いきいきリハビリ」の内容についてわかりましたか？

1．よくわかった　2．わかった　3．普通　4．わからなかった　5．全くわからなかった

＊上記で「4．わからなかった」「5．全くわからなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点がわからなかったですか？（自由記載）

② 「いきいきリハビリ」の実践方法についてわかりましたか？

1．よくわかった　2．わかった　3．普通　4．わからなかった　5．全くわからなかった

＊上記で「4．わからなかった」「5．全くわからなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点がわからなかったですか？（自由記載）

③ 研修会に参加して、「いきいきリハビリ」にさらに興味を持たれましたか？

1．とても興味を持った　2．興味を持った　3．普通　4．あまり変わらない　5．全く変わらない

④ 「いきいきリハビリ」は日々のケアやリハビリテーションで実践しやすいと思いますか？

1．とても実践しやすい　2．実践しやすい　3．普通　4．やや実践しにくい　5．実践しにくい

＊上記で「4．やや実践しにくい」「5．実践しにくい」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点が実践しにくいと思いますか？（自由記載）

⑤ 「いきいきリハビリ」を日々のケアやリハビリテーションで実践してみたいと思いますか？

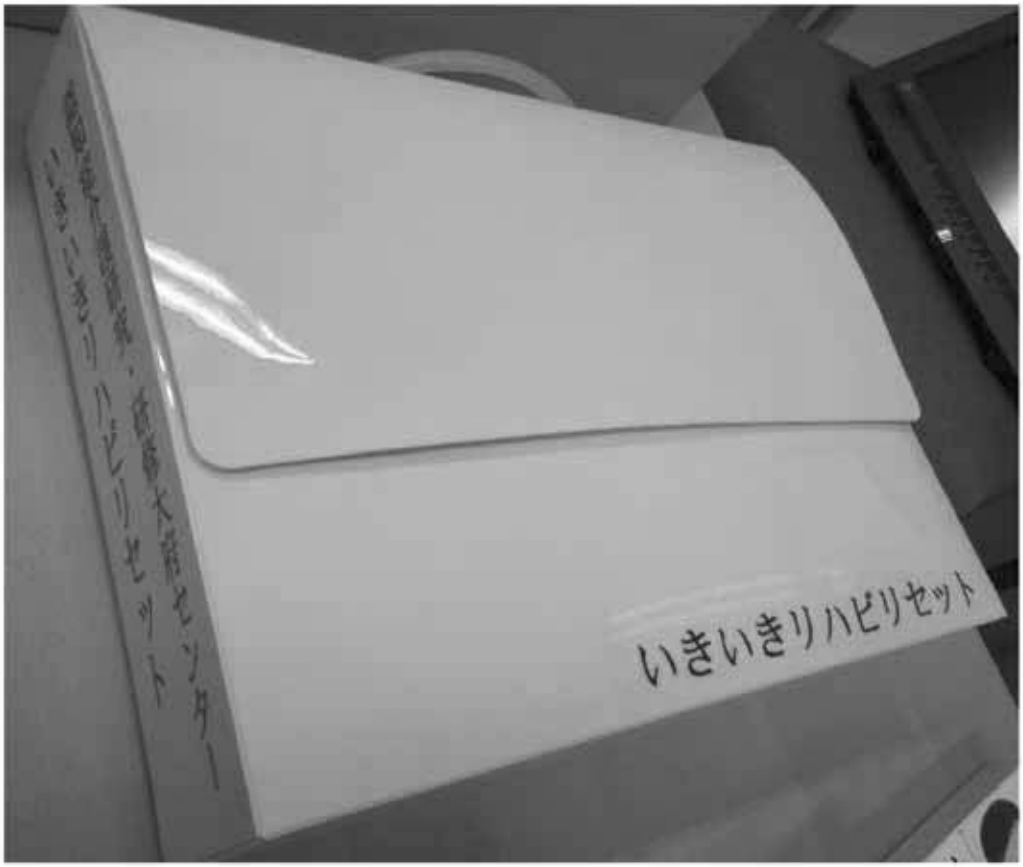
1．とても実践してみたい　2．実践してみたい　3．普通　4．あまり思わない　5．思わない

⑥ いきいきリハビリ研修会の内容、実践ガイドや使用物品セットについて、感想やご意見がありましたら、ご自由にご記入ください。

ご協力いただきありがとうございました。

【写真１】





いきいきリハビリセット内容を示す。（上段）　　緑色のケースに収めた。（下段）

非言語性コミュニケーションシグナルを積極的に用いたリハビリテーション「にこにこリハ」に関する研究
-「にこにこリハ」の多施設における試験的介入 -

主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
分担研究者　齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
中村　昭範（国立長寿医療研究センター　脳機能画像診断開発部）
山下　英美（認知症介護研究・研修大府センター　研究部，
愛知医療学院短期大学）

A．研究の目的

認知症の症状には記憶障害の他にも，見当識障害，理解・判断力の低下，言語機能や知的機能の低下など複数の認知機能障害を呈し，日常生活や社会生活を送る上で支障をきたす．認知症の言語機能の低下には，脳血管障害による失語症を伴う脳血管性認知症(vascular dementia：VaD)や前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration：FTLD）の意味性認知症，進行性非流暢性失語といった，言語機能そのものの障害をきたす疾患がある．また，アルツハイマー病（Alzheimer's disease：AD）においても初期から，喚語困難や書字障害等を生じる．認知症におけるコミュニケーションの障害は，周囲の人々との交流を阻害するだけでなく，本人の不安・孤独感を高め，認知症の行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD)出現の一要因にもなりうる．損なわれたコミュニケーション能力をどのように回復するか，失われていく言語の表出をどのような方法で代替するのか，その方法を明らかにすることが重要である[1)]と言われている．

ヒトのコミュニケーションは言語によるものだけではなく，顔の表情，視線，ジェスチャーといった非言語性の情報を介しても行われている[2)]．これらの非言語性コミュニケーション(nonverbal communication：NC)は社会的シグナルとも呼ばれ，相手の心の状態を理解し，「心を通わせる」ために大切な役割がある．我々はこれまでの研究で，認知症高齢者の社会的シグナルの認知能力について評価を行った．その結果，社会的シグナルや握手・挨拶といった社会的慣習動作能力は，認知症が中等度に進行しても比較的残存しやすい能力であることが明らかにした[3,4)]．そして，認知症が進行しても，比較的残存している非言語性シグナルを積極的に生かしたリハビリテーション（リハビリ），非言語性コミュニケーションリハビリテーション（Nonverbal Communication Rehabilitation：NCR，にこにこリハ）を開発した[5,6)]．「にこにこリハ」を認知症高齢者 29 名に実践し，その介入効果を検証した結果，NC の認知能力や他者との交流技能を改善させる効果があることを明らかにした[6)]．

平成 24 年度より当センター主催で「にこにこリハ」の普及を目的に，認知症高齢者のケアまたはリハビリ業務従事者を対象に，実技も含めた研修会を開催した[7)]．今回は，研修会の参加施設に自施設にて実践と評価協力を募り，多施設で「にこにこリハ」を実践し，その介入効果を検証した．

B．研究方法

1．研究デザイン

実践者は平成 24 年 10 月 3 日（水曜日）に開催された当センター主催の「にこにこリハ・いきいきリハビリ」研修会の参加施設で，自施設にて「にこにこリハ」の実践と評価への実践協力が可能な 20 名（15 施設）である．対象者は 21 名の認知症高齢者で、研修会後から平成 25 年 3 月末までの期間中に原則 20 分間の「にこにこリハ」プログラムを週 2 回，6 週間の計 12 回実践し，実践前後に評価を行った．評価内容は認知的側面の評価指標として簡易認知機能検査（Mini-Mental State Examination：MMSE），対象者の意欲や BPSD 等の症状，コミュニケーション能力，社会性等の変化を 5 段階で評価するオリジナルのアンケート（対象者評価アンケート），実践者の感想等を問う実践後アンケートである．MMSE と対象者評価アンケートは得られた評価値について Wilcoxon の符号付順位和検定を用いて，解析を行った．分析ソフトは SPSS for Windows ver.22.0 を用いた．

2．倫理的配慮

当研究は対象者およびその家族に研究の趣旨を説明後，書面にて同意を得て実践した．また,個人情報・秘密保持について配慮を行った．

C．研究結果

1．実践者および対象者の属性

実践者は男性 7 名，女性 13 名（平均年齢 38.3±10.0 歳，平均経験年数 8.3±5.9 年），勤務先は介護老人保健施設が 9 割で，職種は介護およびリハビリ従事者が、ほぼ同数であった（表 1）．

対象者 21 名の中，退所や容態の急変等により実践を中止した対象者は 4 名おり，評価可能であった対象者は 17 名であった．評価対象者の属性は男性 2 名，女性 15 名（平均年齢 84.8±6.3 歳）で，診断病型はアルツハイマー型認知症と確定診断のない認知症で 7 割を占めていた．初回 MMSE 得点分布では 10 点以下が 7 人，11～15 点が 8 人で平均得点 11.3±6.1 点だったことから,評価対象者の約 9 割は認知機能障害が中等度以上であった(表 2)．

表 1　にこにこリハ実践者の基本属性

人数		20名（男性7名、女性13名）
年齢	平均±標準偏差	38.3±10.2歳
経験年数	平均±標準偏差	8.3±5.9年
勤務先	人数（%）	介護老人保健施設18名(90%)、病院1名(5%)、グループホーム1名(5%)
職種	人数（%）	介護職11名(55%)、理学療法士3名(15%)、作業療法士5名(25%)、言語聴覚士1名(5%)

表 2　にこにこリハ評価対象者の基本属性

基本属性		n(%)
性別	男性	2(11.8)
	女性	15(88.2)
年齢	平均±標準偏差	84.8±6.3歳
疾患名	アルツハイマー型認知症	5(29.4)
	レビー小体型認知症	1(5.9)
	確定診断のない認知症	7(41.2)
	その他	3(17.7)
	未記入	1(5.9)
要介護度	要介護度１	3(17.7)
	要介護度２	3(17.7)
	要介護度３	6(35.3)
	要介護度４	4(23.6)
	要介護度５	1(5.9)
初回ＭＭＳＥ	0～5点	3(17.7)
	6～10点	4(23.6)
	10～15点	8(47.1)
	16～20	1(5.9)
	21点以上	1(5.9)
	平均±標準偏差	11.3±6.1点

2．評価結果；MMSE および対象者評価アンケート

にこにこリハ実践前後の MMSE について、17 名中 11 名（64.7%）のスコアが改善し、2 名（11.8%）は不変、4 名（23.5%）はスコアの低下を示した（表 3)。実践前後の変化について統計学的に検定を行った結果、有意な得点改善が認められた（p＝0.035)。下位項目で検討すると、見当識について有意な改善が認められた（p＝0.046）（表 5)。

また、にこにこリハ実践前後の対象者評価アンケートについては、17 人中 15 人(88.2%)が改善、2 人（11.8%）が低下を示し（表 4)、実践前後で統計学的に有意な得点改善が認められた（p＝0.0048)。下位項目では、非言語性コミュニケーション、および社会性の項目について有意な得点改善が認められた（それぞれ p＝0.035、p＝0.002）（表 5)。

対象者評価アンケートでは評価者から「以前より表情が明るくなった」、「表情が豊かになり、「ありがとう」と言えるようになった」、「他の利用者との会話も多くなった」等、介入による具体的な変化についての回答が得られた（表 6)。

表 3　MMSE の変化

ＩＤ	実践前	実践後	変化
1	9	11	2
2	11	14	3
3	14	13	-1
4	7	8	1
5	7	8	1
6	1	1	0
7	15	12	-3
8	14	17	3
9	10	13	3
10	14	17	3
11	19	18	-1
12	14	17	3
13	14	16	2
14	2	0	-2
15	12	15	3
16	4	6	2
17	25	25	0

表 4　対象者評価アンケートの変化

ＩＤ	実践前	実践後	差
1	90	102	12
2	79.5	80.5	1
3	68	65	-3
4	74.5	77	2.5
5	57	58.5	1.5
6	46	55.25	9.25
7	69.5	71	1.5
8	93	85.75	-7.25
9	74.25	81	6.75
10	87.75	91.75	4
11	88.5	91	2.5
12	72	87	15
13	78.5	87.5	9
14	55.5	60.5	5
15	82	87	5
16	61	69.5	8.5
17	80	94.5	14.5

表 5　評価指標における実践前後の変化

項目		実践前 （平均値±標準偏差）	実践後 （平均値±標準偏差）	差	*p*値
MMSE	(n=17)	11.3±6.1	12.4±6.3	1.1±2.0	0.035
（下位項目）					
見当識	(n=17)	1.82±2.32	2.59±2.40	0.8±1.4	0.046
対象者評価 アンケート	(n=17)	73.9±13.3	79.1±13.7	5.2±5.9	0.0048
（下位項目）					
非言語性 コミュニケーション	(n=17)	26.0±4.9	27.6±4.7	1.6±2.7	0.035
社会性	(n=17)	15.3±4.0	17.5±4.3	2.2±2.4	0.002

表 6　対象者評価アンケート　対象者の具体的な変化（実践者コメント抜粋）

項目	具体的な変化
言語性コミュニケーション	・話し方がハッキリとした ・声が届かない時もあるが、意志疎通が図れる
非言語性コミュニケーション	・表情が以前よりも明るくなった ・感情や意図が表情で分かる ・模倣動作により、食事の時に自己摂取が少しできるようになった ・ジェスチャーが実践前よりも多く見られるようになった ・以前と比べると心を開いてくれる
社会性	・他の利用者との会話も多くなった ・職員等の手伝いや手助けをするようになった ・ニュース等を見て感想を述べる等、社会的な出来事に関心を示すようになった
全般的な様子	・挨拶をすると笑顔で返事をする ・自主的ではないが拒否なく参加できる ・作業にも積極的に取り組める
その他	・表情が豊かになり、「ありがとう」と言えるようになった ・挨拶等の働きかけに対しての反応が、以前よりも見られることが多くなった ・鏡を見せると伏せていたが、回数を重ねるうちに髪を整えるようになった

3．評価結果；実践後アンケート

「にこにこリハ」実践後、実践者にアンケートの回答を協力してもらい、実践をすることによって介護者側に生じた意識や行動の変化についても調査を行った。その結果、「相手の表情や視線、ジェスチャー（しぐさ）等を受ける立場として」は、18 名が「相手の意思を理解するのに、表情や視線、しぐさ等に対して、より注意を払うようになった」と感じ、7 名が「その結果、意思疎通が難しかった方との意図や感情を、今までよりも理解できるようになった」と回答した（図 1)。また、具体的な意見としては「自分自身の行動が対象者に与える影響を考えるようになった」、「介護の際、穏やかな表情で接することを大切にして欲しいと伝えられるようになった」等が挙げられた（表 7)。

次に、「表情や視線、しぐさ等のシグナルを相手に発する立場として」は、13 名が「相手となるべく視線を合わせるようになった」、12 名が「いつも笑顔を心掛けるようになった」、10 名が「スキンシップを心掛けるようになった」・「声の表情にも注意をするようになった」、9 名が「会話の際、ジェスチャーを今までよりも交えるようになった」・「イライラやストレスがあっても、嫌な感情を出さないように心掛けるようになった」と回答し、「特に変化なし」と回答した人はいなかった（図 2)。また、具体的な意見としては、「笑顔で向き合えば、普段、反応の少ない人からでも良い表情を引き出せると分かった」、「一呼吸おいて穏やかな対応に心掛けるようになった」、等が挙げられた（表 7)。

「にこにこリハ」実践を通し全般的な変化としては、14 名が「相手に共感したり、楽しい時間を共有できる場面が今までよりも増えた」、13 名が「認知症の方とのコミュニケーションを楽しめるようになった」、8 名が「認知症のケアやリハビリが、今までよりも行いやすくなり、気持ちが楽になった」、3 名が「ケアやリハビリのストレスが減った」と回答を得たが、一方で「特に変化なし」および「意識することが増えたため、かえって仕事が大変になった」との回答も 2 名ずつ得られた（図 3)。また、具体的な意見としては、「今までよりも積極的にコミュニケーションを取るようになり認知症の人との接し方の勉強になった」、「対象者が変化することで、仕事が前向きで楽しくなった」、等が挙げられた（表 7)。

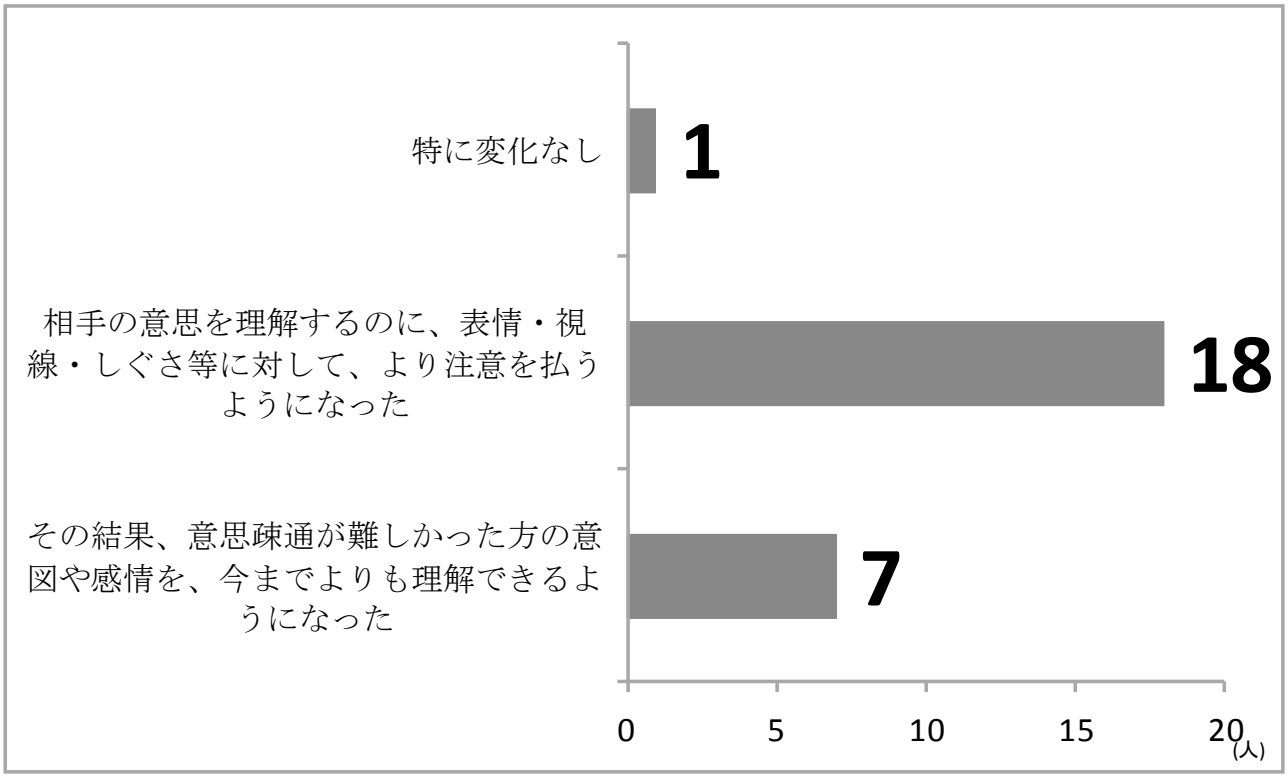


図 1　「相手の表情や視線、ジェスチャー（しぐさ）等を受け取る立場」としてにこにこリハ実践前と比べて、実践したことによる実践者の変化

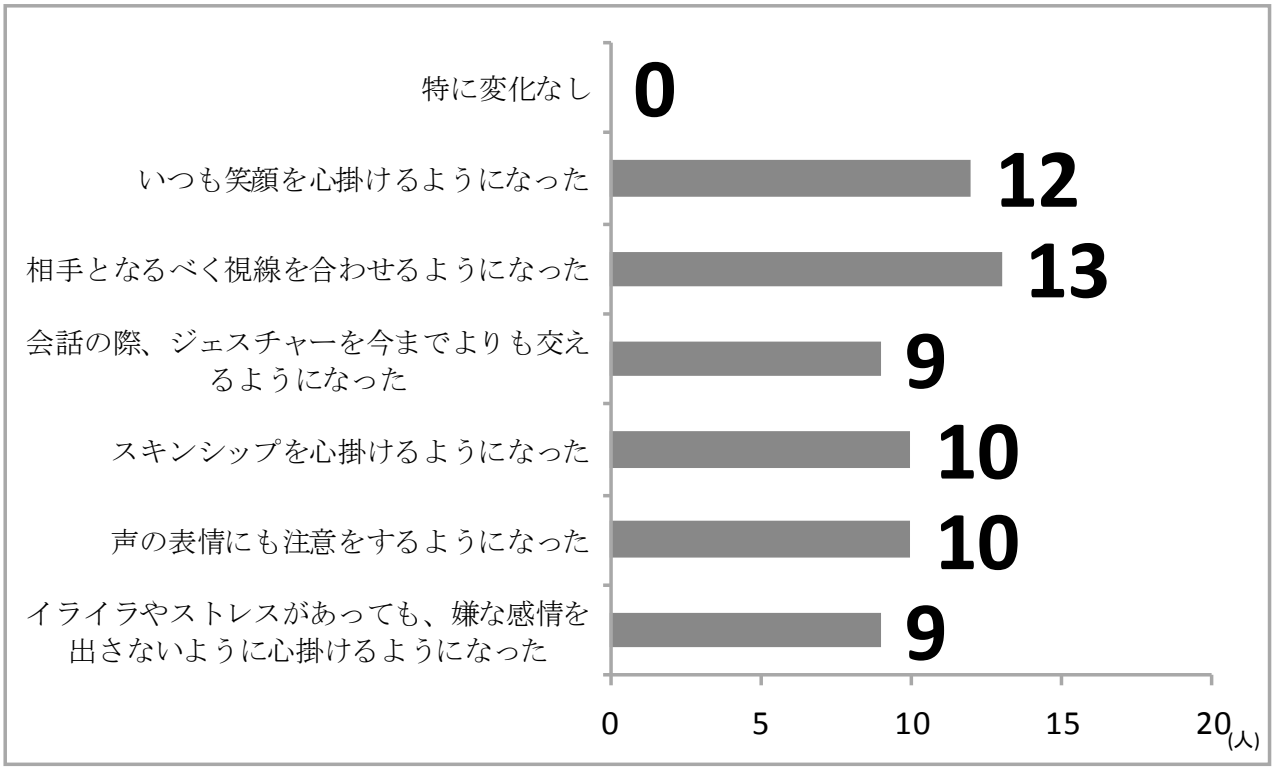


図２　「表情や視線、ジェスチャー（しぐさ）等のシグナルを発する立場」としてにこにこリハ実践前と比べて、実践したことによる実践者の変化

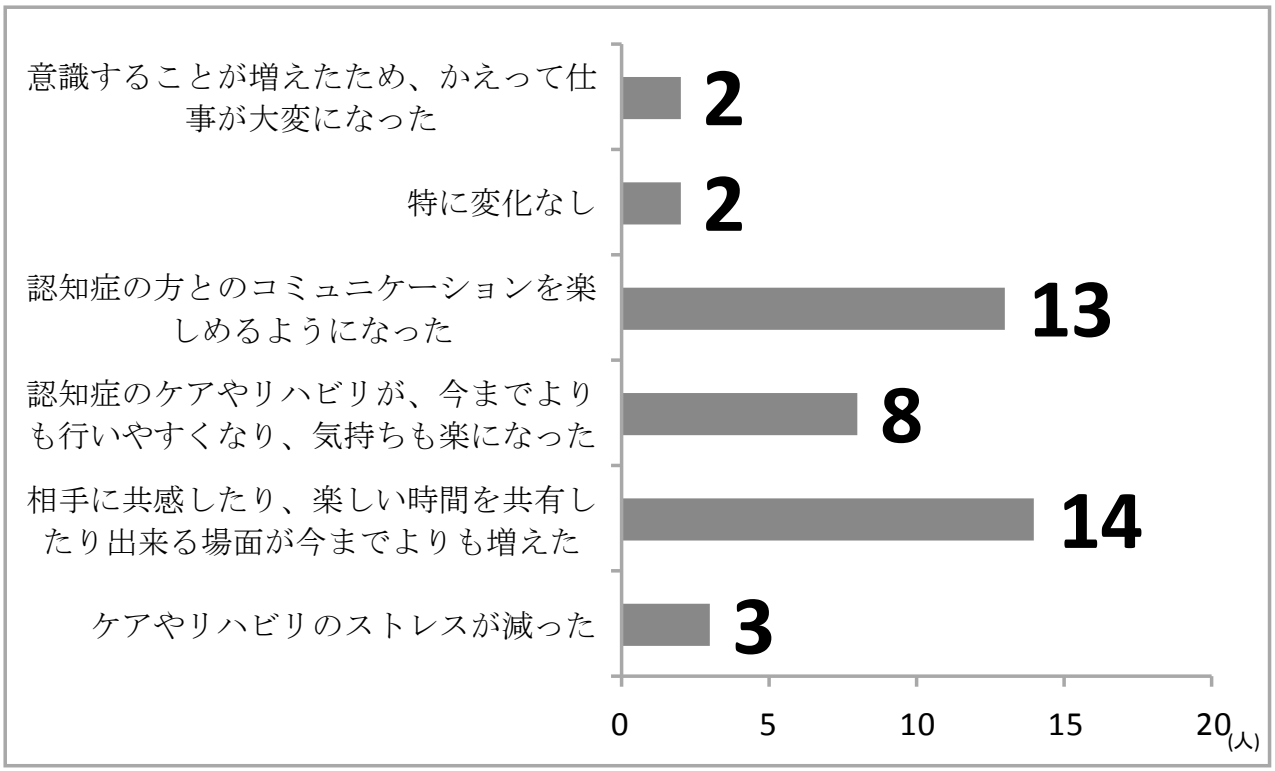


図３　にこにこリハ実践前と比べて、実践したことによる実践者の全般的な変化

表７　実践後アンケート　具体的な意見（抜粋）

アンケート項目	具体的な意見
相手の表情や視線 ジェスチャー（しぐさ）等を 受け取る立場として	・自分自身の行動が対象者に与える影響を考えるようになった ・介護の際に、穏やかな表情で接することを大切にして欲しいと伝えられるようになった ・対象者をより身近に理解も深まっていった ・今までとは知らない面や表情の変化が発見できるようになった ・コミュニケーションが消極的な対象者だったが、どのような方であるのかが分かった
表情や視線、ジェスチャー等の シグナルを発する立場として	・笑顔で向き合えば、普段、反応の少ない人からでも良い表情を引き出せると分かった ・一呼吸おいて穏やかな対応に心掛けるようになった ・視線を合わせて話しかける時とそうでない時では、相手の反応や表情が 全く違うことを感じた ・以前よりも自分の笑顔が増えたと思う ・親近感や信頼関係がより結ばれた ・対象者の反応が良くなり、受け答えが活発になった
全般的な変化として	・今までよりも積極的にコミュニケーションを取るようになり 認知症の人との接し方の勉強になった ・対象者が変化することで、仕事が前向きで楽しくなった ・対象者と特別な時間を取り、楽しく関われたことで「また来てね。待っているからね」 と言われ、期待してくれていたのが嬉しく励みになった。 ・対象者も表情が豊かになりコミュニケーションが取りやすくなった
今後も「にこにこリハ」を 実践したい理由	・時間もかからず、手軽にできる。また、新人指導にも使える ・利用者の日常における反応が良くなった。発語や笑顔が増えた ・コミュニケーションは言葉のやりとりよりも、非言語的な側面が 重要であることを改めて知ることができたから ・ＢＰＳＤの軽減に役立つ。円滑なコミュニケーションが築ける ・重度認知症で指示理解の低下や、言葉でのコミュニケーションが困難な方でも 模倣は取り入れやすく、また、笑顔によって笑顔を自然と引き出せるようになると 感じたため
「にこにこリハ」を他の職員や ご家族に勧めたい理由	・介護・看護やその他の生活場面でも、にこにこリハのような心掛けで接することは 認知症の人にとって、より不安のない楽しい暮らしに繋がると感じたから ・にこにこリハを勧める事で、対象者が明るくなりＢＰＳＤが減少し フロアでの動きが穏やかになった ・利用者の興味や知識の程度等わかる事が多いため ・認知症の人にとっても、シグナルを発する側にとってもより良い効果があると思うため ・取り組むことでお互いが前向きになるため ・レクリエーションの中に少しずつ取り入れると良いと思う ・コミュニケーション上、手段・方法として有効であると思う ・対象者の笑顔と反応が良くなったため

「今後もにこにこリハを実践していきたいですか？」の問いには、68％が「実践していきたい」、32％は「分からない」と回答し、「実践したくない」と回答した人はいなかった。分からないと回答した理由は、「にこにこリハを行うことでその場の笑顔は増えるが、日常生活に反映されたかどうか分からなかった」、「我々のやり方が悪かったため、うまく業務に組み込めず、できないことが多くなってしまった」、といった意見がみられた。また、実践していきたい具体的な意見としては、「時間もかからず、手軽にできる。新人指導にも使

える」、「利用者の反応が良くなった。発語や笑顔が増えた」、等が挙げられた（表 7)。「にこにこリハを他の職員やご家族に勧めたいですか？」の問いには、84%が「勧めたい」と回答し、「勧めたくない」と回答した人はいなかった。また、具体的な意見としては、「にこにこリハのような心掛けで接することで、認知症の人の不安のない楽しい暮らしに繋がると感じた」、「対象者が明るくなり、BPSD が減少し、フロアでの動きが穏やかになった」、等が挙げられた（表 7)。

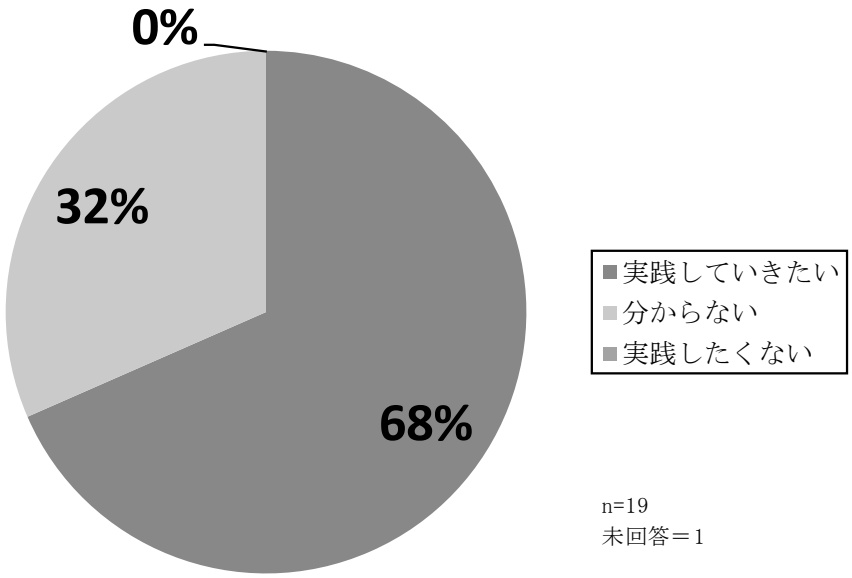


図 4　今後も「にこにこリハ」を実践したいですか？

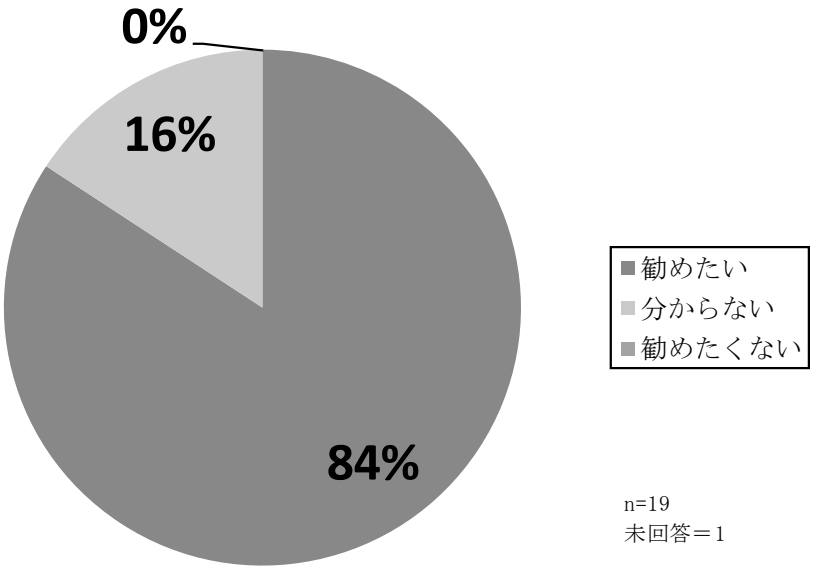


図 5　「にこにこリハ」を他の職員やご家族に勧めたいですか？

「にこにこリハ」の実践が難しかった項目と理由について,「にこにこリハ」の 5 項目全てにおいて「業務の関係上，時間が取りにくかった」,「落ち着いた場所が確保しにくかった」と回答した人が多かった．また，職種別で検証すると，ケア職に従事する人の 59%が「業務の関係上，時間が取りにくかった」と回答し，リハビリ職より多く，職種により違いが見られた．

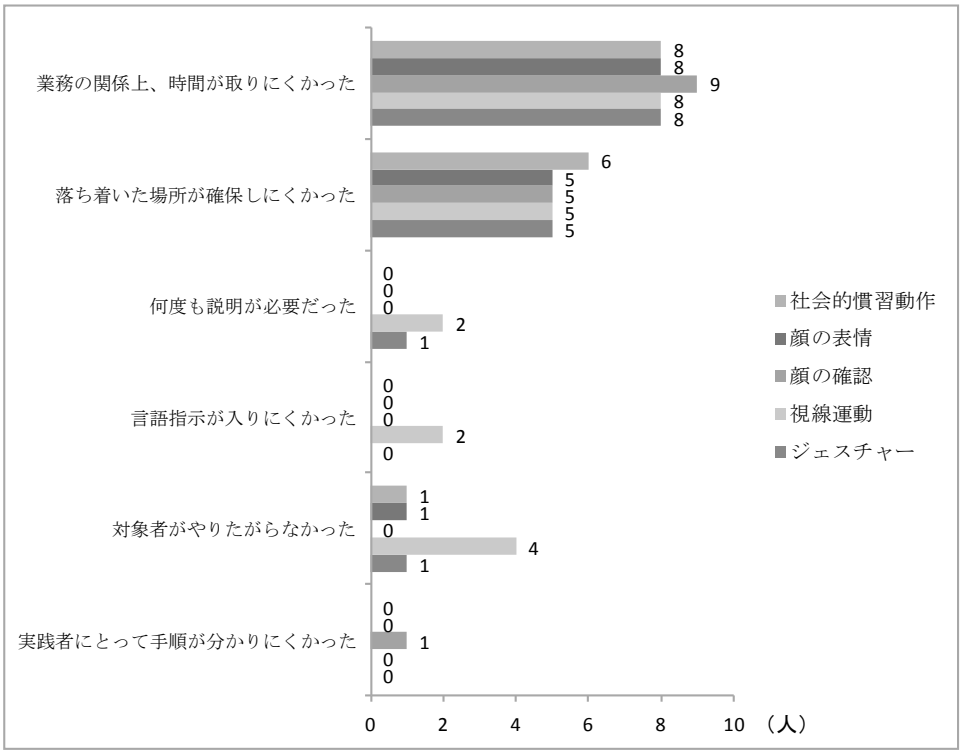


図 6　実践しにくかった項目とその理由

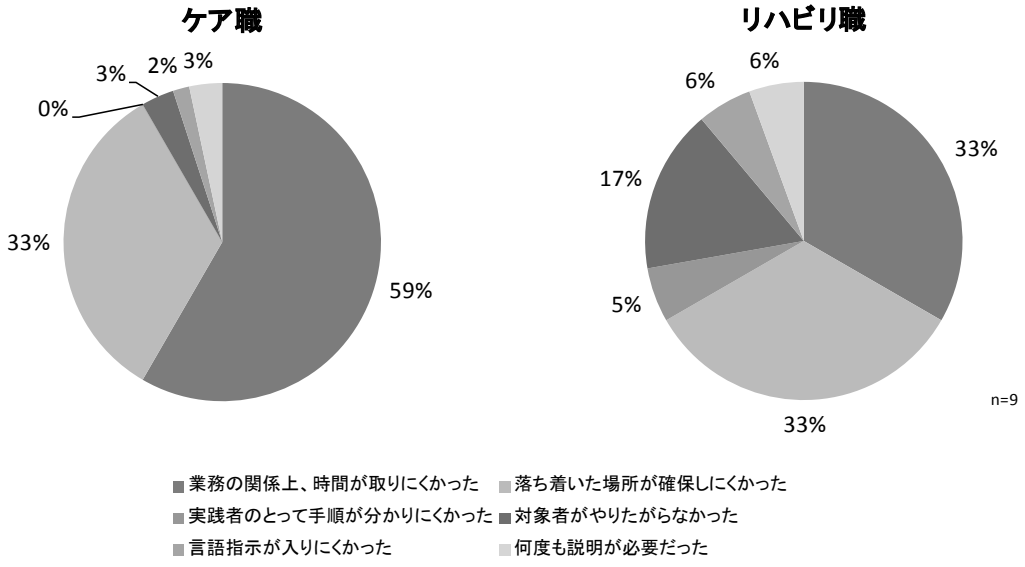


図 7　実践しにくかった項目とその理由（職種別）

D．考察

今回、「にこにこリハ」の多施設による試験的介入を試み、その介入効果について検証した。

認知機能に関して MMSE の評価結果から、「にこにこリハ」が認知症高齢者の認知機能（特に見当識）の改善に効果があることが示唆された。「にこにこリハ」プログラム内容の一つに「社会的な慣習動作」があるが、これは握手をしながら挨拶をする以外にも、視線を合わせて自己紹介をする、今日の日付けや天気等を問うなど現実見当識についても働きかける。この際、現実見当識訓練を参考に誤り排除学習を基本としている[8]。また、「顔の確認」では鏡に写る現在の自分の顔を確認し、昔の自分と比較しながら現在の自分について語ってもらう。これらにより低下した現実見当識機能について直接介入したことが、見当識を改善した一要因として考えられる。また、対象者評価アンケートの結果から、コミュニケーション能力（特に NC）や社会性の改善に効果があることが示唆された。

「にこにこリハ」は NC を積極的に用いたリハビリであり、NC が中等度以上の認知症高齢者においても比較的残存しやすい能力であることを前提にしている。NC の際に交わされる社会的シグナルを認知して他者の意図を理解する際には、下前頭回や下頭頂小葉を含むミラーニューロンシステム（Mirror neuron system :MNS）[9]や、上側頭溝、扁桃体、前部帯状回、前頭眼窩野といった領域を含む、社会脳ネットワークが協調して働くことが知られており[10,11]、実際に社会的シグナルを認知したり模倣したりする際、MNS や前頭前野を含めた広範な脳部位が賦活されることが機能的 MRI や脳磁図を用いた神経イメージング検査で示されている[12,13]。局所脳血流、特に前頭前野の脳血流を増加させることにより、認知症の症状改善や高齢者の認知機能の改善が期待できるとの報告[14,15]もあることより、「にこにこリハ」の介入効果は、残存能力である NC を積極的に利用することで、MNS や社会脳を含めた脳機能が広範に活性化され、認知機能やコミュニケーション能力の改善に繋がった可能性が考えられる。また、個別の感想としても、「以前より表情が明るくなった」、「表情が豊かになり、「『ありがとう』と言えるようになった」、「他の利用者との会話も多くなった」、「職員等の手伝いや手助けをするようになった」、等が挙げられ、介入により起こった具体的変化を身近に感じることができていることも示された。

コミュニケーションは双方向のものであるため、対象者の変化のみならず、実践者側に生じた変化も捉えることが重要であり、この「実践者側に生じる変化」も「にこにこリハ」に期待される重要な効果のひとつである。今回の実践者に対するアンケートの結果から、認知症高齢者からコミュニケーションシグナルを受け取る立場としても、コミュニケーションシグナルを送る立場としても、NC を積極的に用いて意思疎通を高めるような意識変化が認められた。その結果として、「いつも笑顔を心がけるようになった」、「視線に注意するようになった」、「意思疎通が難しかった方との意図や感情を今までよりも理解できるようになった」、「相手に共感して楽しい時間を共有できる場面が今までよりも増えた」、「認知症の方とのコミュニケーションを楽しめるようになった」、「認知症のケアやリハビリが、今までよりも行いやすくなり、気持ちが楽になった」、等の感想が得られ、「にこにこリハ」の実践者に対する効果も明らかとなった。

「にこにこリハ」の特徴として、対象者の心身の負担が少なく、認知機能障害が中等度以上の対象者においても容易に実践が可能ということが挙げられる。実際に、今回の対象

者の 9 割は認知機能障害が中等度以上であったが､問題なく実践が可能であった｡従って、他の非薬物療法で実践が難しいような事例においても「にこにこリハ」は有用であると考えられる。

「にこにこリハ」は専門的な技術や知識、特別な道具や場所を必要とせず、簡単に実践できる特長があり、実際に今回も 1 時間半程度の実技を含めた研修会に参加するだけで、多くの施設で実践が可能であった。更に「にこにこリハ」は、リハビリとして特別な時間を設けなくても、日々の関わりやケアの中に取り入れて実践していくことも可能である。また実際に、残存能力を生かしたリハビリやケアは症状安定や病状の進行を緩和させ、QOL 向上にも関わることも知られている [16)]。今回のアンケート結果から「実践時間の確保が難しい」との意見がみられたが、今後は「にこにこリハ」の要素を日ごろのケアに取り入れる方法を提案していくことも重要と考えられた。

現状では「にこにこリハ」はマンツーマンでの実践を前提としているため、他者との交流は限定的である。これを少集団に広げて実践することは、より社会的な関わりに伴う脳の刺激効果が期待できることから、今後は小集団向けの「にこにこリハ」を開発して実践していきたいと考えている。

＜本研究の限界と今後の課題＞

本研究は当センター主催の「にこにこリハ」研修会にて実践に必要な知識と技術を習得し、実践対象者や介入方法等に一定の基準を設け取り組んだ。主に介護老人保健施設にて実践したが、詳細な条件の統一には限界があり、実践環境が結果に与える影響を避けることは難しいと考える。また、実践施設の人員的な問題から実践者と評価者が同じ施設があり、評価結果にバイアスがかかっている可能性がないとは言えない。今回、約 6 週間という短期間の実践だったため、介入効果の持続性や長期的な介入による効果および変化については、今後の検討課題である。

1-E．まとめ

1．「にこにこリハ」の多施設による試験的介入を試み、その効果について検証した結果、多施設での取り組みにおいても「にこにこリハ」が認知症高齢者の認知機能（特に見当識）やコミュニケーション能力・社会性を維持・改善させる効果があることが示唆された。

2．「にこにこリハ」の実践により、実践者側にも非言語性コミュニケーションを積極的に用いて意思疎通を高めるような意識変化が認められ、実際に認知症高齢者との意思疎通の向上に効果が実感された。

3．実践者の 7 割が「にこにこリハ」の実践継続を希望し、8 割が他の職員やご家族に勧めたいと回答したことからも、その有用性は高いと考えられた。

4．実践に十分な時間が取れないといった意見に対応するため、今後は「にこにこリハ」の要素を日ごろのケアに取り入れる方法を具体的に提案していくことも重要である。

謝辞：今回の研究にあたりご協力いただいた入所者の皆様，実践者の皆様に感謝申し上げます．

Ｇ．引用・参考文献

1）深津亮，斎藤正彦：くすりに頼らない認知症治療Ⅱ　非薬物療法のすべて．ワールドプランニング，東京（2009）．

2）マジョリー・Ｆ・ヴォーガス，石丸正訳：非言語コミュニケーション．新潮選書，東京（1987）．

3）小長谷陽子,相原喜子,中村昭範,小笠原昭彦,井上豊子.認知症における知的機能とコミュニケーション機能：言語性，及び非言語性コミュニケーション情報認知機能に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 18 年度認知症介護研究報告書-認知症高齢者とその家族に対する生活支援とケア向上に関する研究事業-,61-66(2007)．

4）小長谷陽子,相原喜子,中村昭範,小笠原昭彦,井上豊子.認知症における知的機能とコミュニケーション機能：言語性，及び非言語性コミュニケーション情報認知機能に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 19 年度認知症介護研究報告書-認知症高齢者とその家族に対する生活支援とケア向上に関する研究事業-,1-10(2008)．

5）小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,長屋政博,井上豊子.認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成20年度認知症介護研究報告書-認知症介護におけるコミュニケーションに関する研究事業-,1-29(2009)．

6）小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,長屋政博,井上豊子,内田志保,岡田寿夫.認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成21年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防およびQOL改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果検証に関する研究事業-,26-65(2010)．

7）小長谷陽子，齊藤千晶，岩元裕子,山下英美，中村昭範,上野菜穂.施設のおける認知症高齢者のQOLを高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 -「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及 -．平成 24 年度　認知症介護研究・研修大府センター研究報告書（研究部）,3-44(2013)．

8）深津亮，斎藤正彦．くすりに頼らない認知症治療　非薬物療法のすべて．ワールドプランニング，東京（2009）．

9）Rizzolatti,G., Fogassi, L., Gallese,V., Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action . Neurosci. 2, 661-670(2001).

10）Allison,T.,Puce,A.,McCarthy,G.Social perception from visual cues :role of the STS

region.Trend Cognit.Sci.4,267-278(2000).

11) Adolphs,R., Social cognition and human brain. Trends Cognit. Sci. 3, 469-479(1999).

12) Nakamura, A., Maess, B., et al. Cooperation of different neuronal systems during hand sign recognition. Neuroimage 23:25-34(2004).

13) Van Overwalle F., Baetens K. Understanding other's actions and goals by mirror and mentalizing systems：a meta-analysis. Neuroimage 48:564-84(2009).

14) Kawashima R, Okita K, et .al, Reading aloud arithmetic calculation improve frontal function of people with dementia. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 60:380-4.(2005).

15) Sekiguchi A, Kawashima R. Cognitive rehabilitation the learning therapy for the senile dementia. Brain Nerve. 59:357-65(2007).

16) 山口晴保，佐士根朗，松沼記代，山上達也．認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント第 2 版　快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう.協同医書出版社，東京(2010)．

施設における認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業
－「いきいきリハビリ」の普及－

主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）
分担研究者　水野　純平（認知症介護研究・研修大府センター）
西浦　裕子（国立障害者リハビリテーションセンター研究所）
齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター）
山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学）
研究協力者　中村　昭範（国立長寿医療研究センター脳機能画像診断開発部）
上野　菜穂（介護老人保健施設　ルミナス大府）

Ａ．目的

本邦では、認知症高齢者の在宅復帰を目的とし、2006 年度より介護老人保健施設の認知症高齢者に対する個別リハビリテーションに対して加算が算定できるようになった。また、2009 年度に大きく単位改正（60 単位から 240 単位へ）され、認知症に対するリハビリテーションの重要性が認められている[1)]。介護保険制度利用者の内、日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者の割合が 2015 年には 345 万人と厚生労働省の推計で示され[2)]、今後さらに認知症高齢者に対する根拠のあるリハビリテーション･プログラムの開発が求められる。

認知症は症状の進行により、記憶、学習、遂行機能や言語機能などに障害を生じる。これらの症状により「できない・苦手なこと」が日常生活において様々な場面に現れる。認知症のケアやリハビリテーションでは、本人の「何ができないか」を把握するだけでなく、「何ができるのか」「何ができそうか」という視点を持ち、その能力を引き出し、生かしていくことはご本人の生活の質（QOL）向上への大切な関わり方となる[3)]。

我々はパーソンセンタードケア（その人らしさを大切にする個別ケア）[4)]の理念に基づいた集団プログラム Cognitive Stimulation Therapy（CST）[5,6)]を参考に認知症高齢者と 1 対 1 で関わることのできる個別プログラム「いきいきリハビリ」を開発した[7~10)]。これは様々な非薬物療法の要素を生かしながら、ご本人の保たれている能力を引き出し、認知機能やコミュニケーション能力を活性化することを目的とするものである。

今回、「いきいきリハビリ」を医療・介護現場での普及を目的に、認知症高齢者のケアやリハビリテーションに携わっている医療・介護スタッフを対象に研修会を開催した。そして、勤務先でのリハビリの実践と評価への参加を募り、「いきいきリハビリ」の有効性を検証した。また、実践後にはアンケートを記入してもらい、「いきいきリハビリ」に対する意見を求めた。

B．方法

1）対象者選定

認知症高齢者のケアやリハビリテーションに携わっている医療・介護スタッフに対し、事前に参加を募り、研修会を開いた。その後、参加者が勤務先に戻り、対象者の選定を行った。対象者に対し、書面にて「いきいきリハビリ」の概要、進め方、個人情報の取り扱いなどの説明を行い、同意を得た。対象者本人から同意を得ることが困難場合、その家族から同意を得て実施した。以下に対象者の選定基準、除外基準を記載した。

＜選定基準＞

- 認知症と診断されている方
- 全身状態が良好で、座位保持に問題のない、65 歳以上の方
- 本人、その家族または代諾者から同意が得られる方
- 10 セッションの介入終了まで継続して実践可能である方

＜除外基準＞

- 幻覚、妄想などの精神症状が出ている方は除外する
- 急性期の身体疾患を有する方は除外する
- 聴覚、視覚障害が著明な方は除外する（日常生活に問題のない程度は実践可能）

2）内容

「いきいきリハビリ」は表の内容で構成した。（表 1）週 1 回で 1 回につき 1 セッションとし、1 回 20 分を 10 週連続で実施した。

表 1　セッション内容一覧

セッション名	主な内容
①季節の話	その季節にふさわしい写真を見ながら、今の季節を確認する。
②懐かしい話	懐かしい教科書やおもちゃなどに触れ、思い出を話す。
③生活の知恵	懐かしい生活道具の写真をみて、使い方を話す。
④名所	名所の写真を東日本と西日本に分ける。旅行などの思い出を話す。
⑤顔写真	有名人の写真を見て、映画や歌の話をしながら男女に分ける。
⑥食べ物	旬の食べ物、好きな料理、台所の道具などについて話す。
⑦言葉	いろはかるたを使って、日本語の言い回しを楽しむ。
⑧お金	古いお金、昔の物の値段、小遣いなどについて思い出す。値札のついたカードの合計金額をそろばんで計算してみる。
⑨歌	懐かしい歌を聴いて歌う。歌や映画などの思い出を話す。
⑩思い出カード	①～⑨の中で気に入った写真を使ってカードを作る。

3）研究手順

研究は以下の順で進めた。（評価指標、実践後アンケートについては後述）

① 同意を得る（可能であれば同意書を頂く）

② 個人票を使用し、対象者についての詳細な情報（生活歴、教育歴、趣味、好きな音楽、　住んでいた場所、なじみの場所等）を得る

③ ミニメンタルスケール・QOL-D の評価 1 回目を実施（実践前おおむね 1 週間以内）

④ 実践ガイドを参考に「いきいきリハビリ」を実施する

・挨拶、今日の内容　＜2 分＞

・その日の内容（①～⑩）　＜約 15 分＞

・日誌、感想、次回のお知らせ　＜3 分＞

⑤ 実践した内容を日誌に記載する（10 回分）

⑥ ミニメンタルスケール・QOL-D の評価 2 回目を実施（実践後おおむね 1 週間以内）

⑦ いきいきリハビリ実践後アンケートを記入

⑧ 同意書・個人表・日誌・評価用紙を大府センターへ郵送

4）倫理的配慮

研究実施者が、書面を用い、本人・またはその家族に対し、研究の目的、内容・方法、プライバシーの保護､途中で研究を中断できる旨を説明し､同意を得た者を対象者とした。本研究は、認知症介護研究・研修大府センター倫理委員会の承諾を得て行った。

5）評価指標

いきいきリハビリ実施前後 1 週間以内に以下の 2 つの評価を、実施者とは別のスタッフが行った。原疾患・病歴、性格・趣味といった個人因子については個人票を作成し、情報を得た。

①認知機能

認知機能の評価として MMSE[11]を用いた。MMSE は、日時、場所、物品名、計算、短期記憶、言語指示理解、図形模写などの 11 項目から構成されている。認知機能を広範囲に把握することができる。30 点満点で、カットオフ値は 23/24 点である。

②QOL

認知症高齢者に適した QOL 指標として､寺田らの The QOL questionnaire for dementia（以下 QOL-D）[12]を用いた。QOL-D は「陽性感情」､「陰性感情・陰性行動」､「コミュニケーション能力」､「落ち着きのなさ」､「他者への愛着」､「自発性＆活動性」の 6 領域 31 項目から構成されている。各項目を 1 ～ 4 点の 4 段階で採点し、下位領域ごとに加算して算出する。6 領域のうち、陰性感情＆陰性行動、落ち着きのなさの 2 領域は点数の低下を改善と判断する。

6）実践後アンケート

実践後アンケートは、いきいきリハビリ実践後の感想・意見を聴取するために、大府センターが独自に作成したアンケートを用いた。アンケートの内容は、

・実践者の背景（年齢、性別、経験年数、職種、勤務先）
・質問 1「いきいきリハビリの日々のケアの中での実践しやすさ」
・質問 2「いきいきリハビリ実践ガイドの使用しやすさ」
・質問 3「いきいきリハビリ物品セットの使いやすさ」
・質問 4「いきいきリハビリは対象者の生活をより良くするものか」

で構成されている。４つの質問に対する答えは、それぞれ 5 段階で評価する選択形式とした。また最後に自由記載欄を設け、「いきいきリハビリ」に対する意見を求めた。

7）分析方法

いきいきリハビリ実施前と実施後の評価（MMSE,QOL-D）による点数を、ウィルコクソン符号付順位和検定のよって比較した。統計学的有意水準は 5%とし、分析ソフトは Microsoft office Excel Statcel Ver.3 を使用した。

C．結果

対象者の属性及び評価指標による初回評価と介入後評価の比較の結果を表に示した。

1）属性

対象者は平均年齢 87.2 歳で、男性 4 名、女性 38 名の合計 42 名の方に「いきいきリハビリ」を実践した。（表２）

表２　対象者属性

	人　数（人）	平均年齢(歳）[標準偏差]
男性	4	84.0［±6.1］
女性	38	87.5［±4.9］
合計	42	87.2［±5.0］

2）MMSE

介入前後で合計点、時間 RO（見当識）では有意な改善を認めた。（p=0.019、0.095）また、場所 RO については特に有意な改善が認められた。（p=0.0064）（表３）

表 3　MMSE の介入前後の結果

		介入前 平均点（標準偏差）	介入後 平均点（標準偏差）	p 値
MMSE				
	合計	16.7（±4.5）	17.7（±4.6）	0.019
	時間 RO	1.6（±1.2）	1.9（±1.4）	0.095
	場所 RO	2.2（±1.3）	2.7（±1.2）	0.0064
	即時想起	2.8（±0.6）	2.9（±2.7）	0.12
	計算	1.7（±1.7）	1.5（±1.5）	0.75
	遅延再生	0.7（±0.9）	0.8（±1.0）	0.20
	物品呼称	1.9（±0.2）	1.9（±0.3）	0.22
	文復唱	0.8（±0.4）	0.7（±0.5）	0.26
	口頭指示	2.8（±0.4）	2.9（±0.3）	0.31
	書字指示	0.9（±0.3）	0.8（±0.4）	0.46
	自発書字	0.7（±0.5）	0.7（±0.4）	0.77
	図形模写	0.6（±0.5）	0.6（±0.5）	0.37

3）QOL-D

介入前後で陽性感情、他者愛の領域で有意な改善を認めた。（p=0.041、0.019）また、自発活動では特に有意な改善が認められた。（p=0.0048）（表 4）

表 4　QOL-D の介入前後の結果

		介入前 平均点(標準偏差)	介入後 平均点（標準偏差）	p 値
QOL-D				
	陽性感情	21.6（±4.9）	22.3（±3.5）	0.041
	陰性感情†	8.0（±2.8）	7.6（±2.9）	0.15
	コミュニケーション	16.9（±2.8）	17.2（±2.7）	0.45
	落ち着き†	7.9（±2.7）	7.7（±2.9）	0.10
	他者愛	10.1（±3.1）	11.3（±3.1）	0.019
	自発活動	9.5（±3.1）	10.5（±3.0）	0.0048

†：得点の低下が改善を示す逆転項目

４）実践後アンケート

実践者 42 名の内、データ欠損 6 名を除く、36 名の方から回答を得た。実践者の背景として、男性 16 名、女性 20 名、平均年齢 32.7 歳（標準偏差±8.9）であった。経験年数は 21 年が最も長く、平均して 7.2 年の経験年数という結果だった。所属施設は介護老人保健施設が最も多く 34 名で、病院 1 名、通所リハビリが 1 名であった。職種は介護福祉士 16 名、作業療法士 12 名、理学療法士 1 名、介護職員 5 名、その他 2 名であった。

質問 1「いきいきリハビリ」は日々のケアの中で実践しやすいですか。という質問に対して 75%の方から「とても実践しやすい」「実践しやすい」と回答を得た。（図 1）

質問 2「いきいきリハビリ」実践ガイドは使いやすいですか。という質問に対しては、67%の方が「とても使いやすい」「使いやすい」と回答した。（図 2）

質問 3「いきいきリハビリ」物品セットは使いやすいですか。という質問に対しては、86%の方が「とても使いやすい」「使いやすい」と回答し、「使いにくい」「非常に使いにくい」とうい方は 0%であった。（図 3）

質問 4「いきいきリハビリ」は利用者様の生活をより良くするものだと思いますか。という質問では 81%の方が「とてもそう思う」「そう思う」と回答している。（図 4）

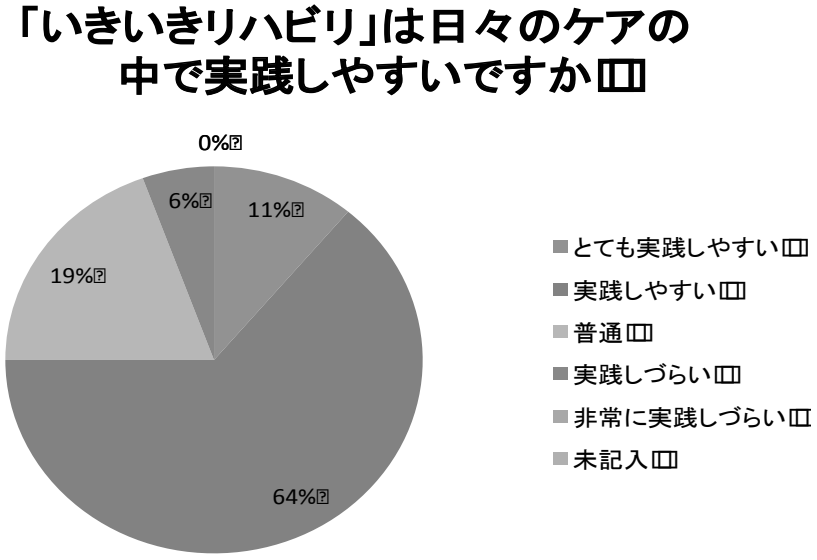


図 1

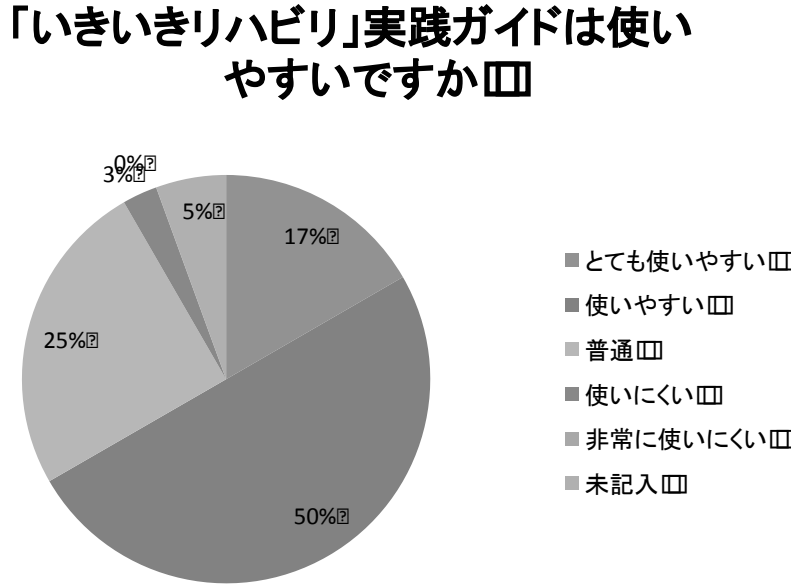

「いきいきリハビリ」実践ガイドは使いやすいですか□□
0%
3%
5%
17%
25%
50%
とても使いやすい□□
使いやすい□□
普通□□
使いにくい□□
非常に使いにくい□□
未記入□□

図 2

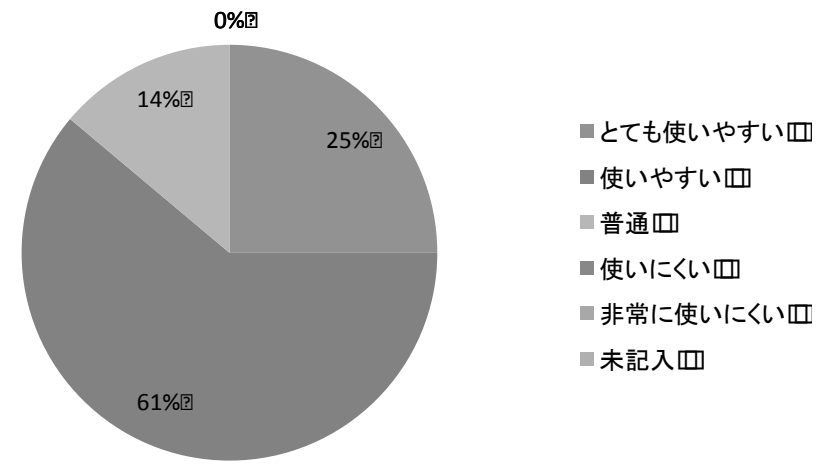

「いきいきリハビリ」物品セットは使いやすいですか□□
0%
14%
25%
61%
とても使いやすい□□
使いやすい□□
普通□□
使いにくい□□
非常に使いにくい□□
未記入□□

図 3

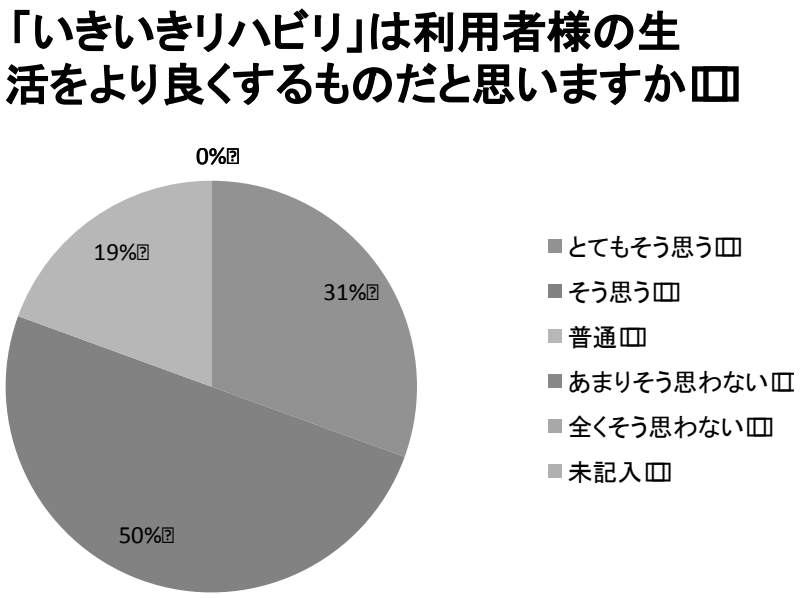


図 4

さらに、自由記載欄に感想や意見をいただき、以下（抜粋）の内容であった。

肯定的意見

・物品の種類が豊富な為、いろんな視点からアプローチしやすく今後も活用したいと思った。

・認知症予防や回想を行う手掛かりとなり、初心者（私）には使い易いセットでした。

・現在がわからなくても過去にかえれば周りの人と笑って話せるなじみの関係が出ます。というのは本当に魅力的なケアだと感じました。

・これまでの関わり方では見られないかったご利用者の様々な反応を見ることができ、これからのケアに活用していきたいと強く感じた。

・利用者様の時代に沿った物品が多くあり、たくさんの方がなつかしい等、自然に笑顔になっていきました。

否定的意見

・文字が読めなかったり少人数のみの使用となってしまう。個別以外にもレクで使えると良いと思いました。

・視力の悪い利用者もいるので写真がもう少し大きいとよい。

・介護職員の一人としてはプログラムとして全 10 回をまた誰かに実施するのは大変だなと感じています。

・集団用にカードを大きくするなどしてもよいと思った。テキストに具体例がもう少しあると活用しやすい。

D．考察

今回の結果から、いきいきリハビリを実践した前後で、認知機能、QOL の向上が認められた。認知機能が向上した理由として、いきいきリハビリは、写真や CD、実際の道具を使用して、視覚、聴覚、触覚といった様々な刺激を含む作業活動が含まれており、これらの作業活動を通して、対象者の手続き記憶や意味記憶といった認知症が進行しても比較的保たれやすい能力を賦活したことが良い影響を与えたと考えられる。

QOL-D が向上した項目として「陽性感情」「他者愛」があり、その下位項目には訪問者に対して嬉しそうにする。周りの人が活動するのをみて楽しんでいる。周りの人との接触を求める。自分から話しかける。といったように周囲の環境に対し、興味を持ち、楽しみや嬉しさを表現するものがあり、いきいきリハビリを行うことによって、自身の経験や記憶が賦活されるだけでなく、いきいきリハビリ以外の場面で周囲との関係を求め、集団生活に安らぎを求めようとする行動が得られることが考えられる。また、「自発活動」の向上を認めたのは、いきいきリハビリにより、自分が本来できる活動、経験を再認識し、他者に認めてもらう事で、より多くの事柄に興味を抱くようになったことが考えられる。

アンケート結果より、いきいきリハビリは、対象者の生活をより良くするものであると、多くの実践者が感じていることがわかった。「いきいきリハビリ」は今後対象者の保たれている能力や適した活動を把握する上で有効なプログラムとして期待できることが示唆された。一方で、全 10 セッションを継続して行う事の難しさや物品の使いにくさなどの意見もあり、「いきいきリハビリ」の今後さらなる改善が必要であると考えられる。

E．まとめ

1）「いきいきリハビリ」は特定の低下した機能を改善させるのではなく、強み、保持されている能力を多面的に活用する。そのような要素が「いきいきリハビリ」にあるため、認知面のみならず、QOL 面の向上も期待できることが示唆された。

2）「いきいきリハビリ」は対象者の保たれた能力や適している活動を把握し、認めることで対象者の自発性を促し、より多くの事柄に興味を示すきっかけとなる事が考えられた。

3）対象者の保たれた能力、適した活動といった情報を施設内でスタッフ間が共有する手段として、「いきいきリハビリ」が有効なプログラムとなり得ると考えられた。

F．参考文献

1. 鳥羽研二：認知症短期集中リハビリテーション研修（医師対象）～非薬物療法を含む認知症の治療について．老健 20：19－23，2009.

2. 厚生労働省：認知症高齢者の現状，p7，2010.

3. 小長谷陽子，齊藤千晶，岩元裕子，山下英美，中村昭範，上野菜穂，施設における認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 -「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及 -，1－44，2012

4. トム・キットウッド，高橋誠一．認知症のパーソンセンタードケア．Pp141-147，筒井書房，東京，2005.

5. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 25: 1253-1258, 2010.

6. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2003 Sep;183:248-54.

7. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子，認知症高齢者に対する個別リハビリテーションの効果:「いきいきリハビリ」の開発に向けた予備研究．愛知作業療法，第 18 巻，49-56，2010.

8. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子，認知症高齢者に対する個別リハビリテーション・プログラムの効果．臨床作業療法，第 7 巻，第 5 号，454-459，2010.

9. 小長谷陽子，森明子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子他．認知症高齢者に対する「いきいきリハビリ」の開発，効果検証および普及に関する研究．老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 22 年度認知症介護研究報告書　介護保険施設における認知症高齢者の進行予防及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発、効果検証及び普及に関する研究事業，1-19，2010.

10. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，上原有未，岩元裕子他．認知症高齢者に対するいきいきリハビリの開発と効果検証に関する研究．老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 21 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防
及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果に関する研究事業，1-25，2009.

11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-198.

12. 寺田整司，石津秀樹，藤沢嘉勝，山本真，藤田大輔，他．痴呆性高齢者の QOL 調査票作成とそれによる試行．臨床精神医学，30, 1105-1120，2001.

ケア現場の課題を解決するための方法に関する研究



ケア現場の課題を解決するための方法に関する研究
―高齢者施設全般で使用できるKCドリルの開発に向けて―

認知症介護研究・研修大府センター　研究部　汲田千賀子
研修部　中村　裕子
研修部　伊藤美智予
研修部　加知　輝彦

１．背景と目的

ケア現場において、リーダー層の職員が職場の課題を認識し、客観的に多角的な視点でその解決策を考えていくことは、ケアの質の向上のみならず、人材育成という観点からも重要なことである。しかし、山積する現場の課題解決の仕方がわからない、アドバイスが欲しいという声が認知症介護指導者からも聞かれていた。

これまで、ケア現場で起こる課題は、会議、ケース（事例）検討会、各種委員会などを設置しながら解決に向けて取り組まれてきた。しかしながら、何が原因であるのかを突き止められないまま対策だけが講じられている現状も否めない。

このような状況を鑑み、平成 24 年度に認知症指導者養成研修における個別課題の支援ツールとして開発してきた、職場の課題解決のためのドリル（KC ドリル）をもとに、広く一般高齢者施設のリーダー層が使用できるものを開発し、その試行版の作成を行うことを目的とした。

２．対象と方法

（１）ケア現場における課題とその解決についてのアンケート調査

認知症介護研究・研修大府センターが管轄するエリア内で行われている「認知症介護実践リーダー研修」の受講者を対象に自記式のアンケート調査を行った。

調査目的：ケア現場における課題解決に用いられ方法とその主観的有用性を明らかにすること。

調査対象：本研究の趣旨を理解し、研修中の会場にてアンケート調査の承諾を得られた 2 市で行った。

実施日　：平成 25 年 8 月 12 日および、10 月 21 日である。

（２）認知症ケア現場のケースカンファレンスに関する調査

愛知県県内のグループホームおよび認知症対応型デイサービス 3 か所において、ケースカンファレンスの現状を把握するために、ケースカンファレンスの場に同席し参与観察を行った。ここでは、ケースカンファレンスの時間、場所、集まる職員数、具体的に話し合われる内容とそれに用いる資料などを整理した。

実施日：平成 26 年 2 月 14 日、24 日、27 日、3 月 4 日である。

（３）高齢者施設全般で使用できる KC ドリル開発へ向けた試作版の作成

３．倫理的配慮

アンケートは無記名で行われ、個人が特定されるものではない。また、アンケート調査

に際しては、リーダー研修受講者に対して、調査趣旨および結果の公表について受講者全員に口頭で説明するとともに、配布したアンケート調査票の冒頭に同内容を記し、調査票の提出を以ってアンケートに同意したと理解する旨を記載した。

４．結果

（１）介護現場における課題とその解決についてのアンケート調査結果

A 市･B 市の研修受講者全 97 名からの回答を得た。そのうち、有効回答であった 96 名を分析対象とした。

１）回答者の性別

回答者の性別は男性 50 名（52%）、女性 46 名（48%）であった。（図 1）

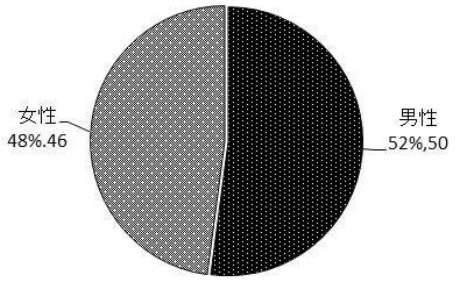


図1　回答者の性別

２）回答者の年齢

回答者の年齢は、20 代後半 11 名、30 代前半 31 名、30 代後半 14 名、40 代後半 8 名、50 代前半 10 名、50 代後半 6 名、60 代前半 5 名、60 代後半 1 名であった。

３）回答者の取得資格

回答者の取得資格では、介護福祉士 85 名、社会福祉士 11 名、精神保健福祉士 3 名、介護支援専門員 29 名、栄養士 2 名、理学療法士 1 名、ホームヘルパー30 名であった。（複数回答有）（図 2）

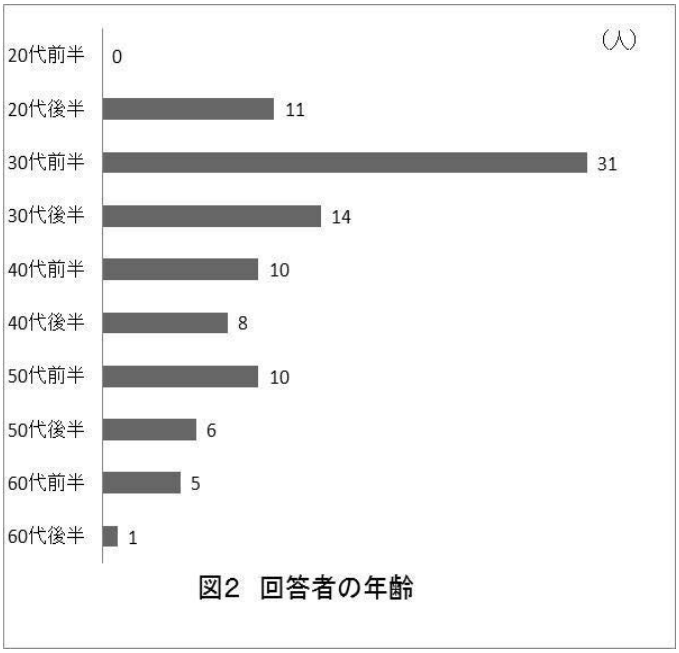


図2　回答者の年齢



図3　回答者の取得資格

４）介護経験年数

回答者のこれまでの介護経験では、5 年未満 1 名、5～10 年 51 名、11～15 年 37 名、16～20 年 6 名、未回答 1 名であった。（図 4）

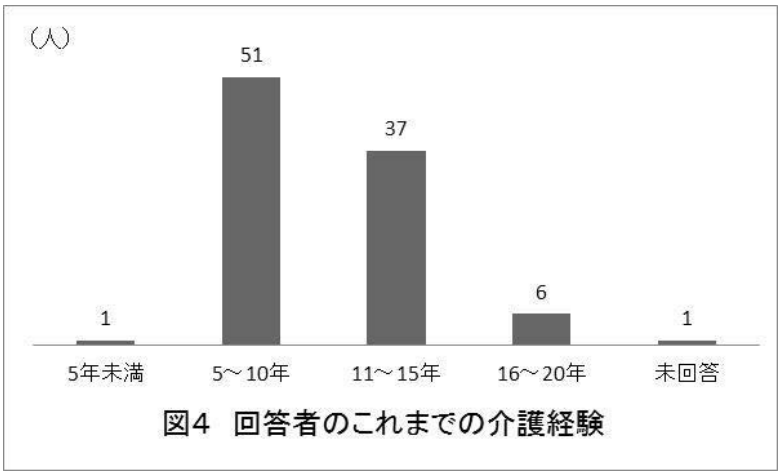


図4　回答者のこれまでの介護経験

５）最終学歴

最終学歴は、高等学校卒業 27 名、専門学校卒業 30 名、短期大学 13 名、大学 26 名であった。（図 5）

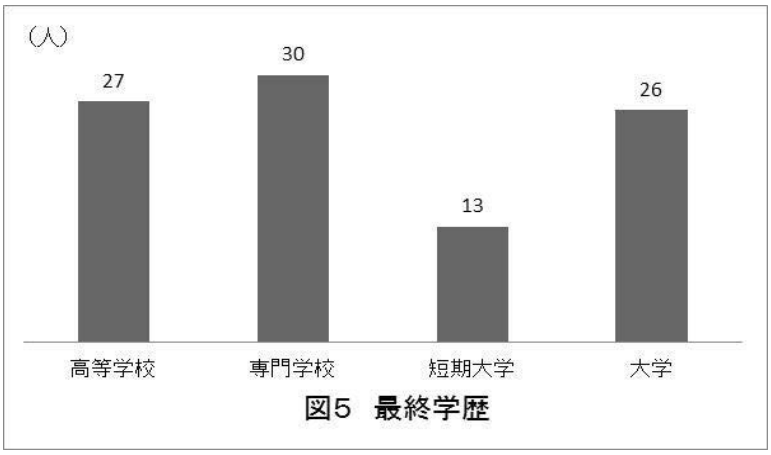


図5　最終学歴

６）現在の勤務先

現在の勤務先は、特別養護老人ホーム 35 名、老人保健施設 15 名、グループホーム 33 名、有料老人ホーム 1 名、通所介護 6 名、居宅介護支援事業所 2 名、地域包括支援センター1 名、小規模多機能型生活介護 3 名、ケアハウス 2 名であった。（図 6）

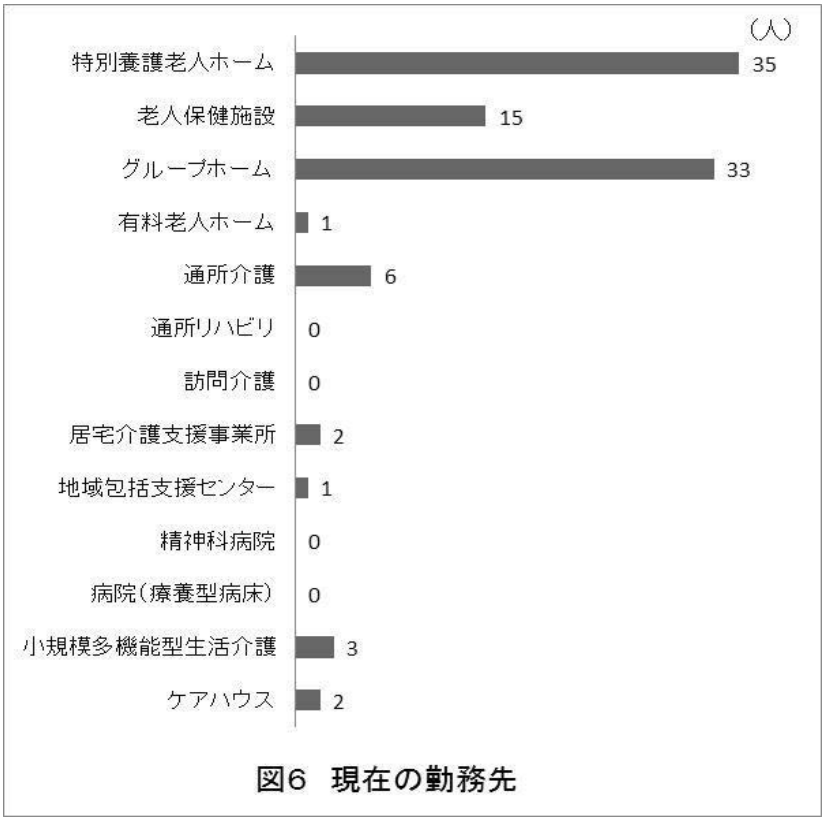


図6　現在の勤務先

７）現在の役職

現在の役職は、管理職 23 名（24%）、主任・副主任・リーダーなど現場のまとめ役 59 名(61%)、役職には就いていない 14 名(15%)であった。（図 7）

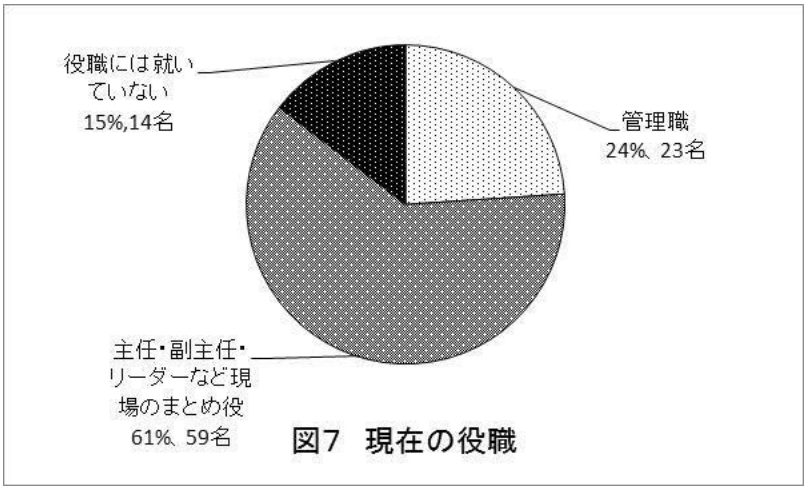


図7　現在の役職

８）改善したい内容

改善したい内容については、認知症高齢者の行動・心理症状に関することが 38 件､高齢者の健康管理に関することが 5 件、高齢者の日常生活に関すること 22 件､介護の質に関すること 78 件､業務上のこと 42 件､その他 1 件（勤務体制のこと）という結果であった。（図８）

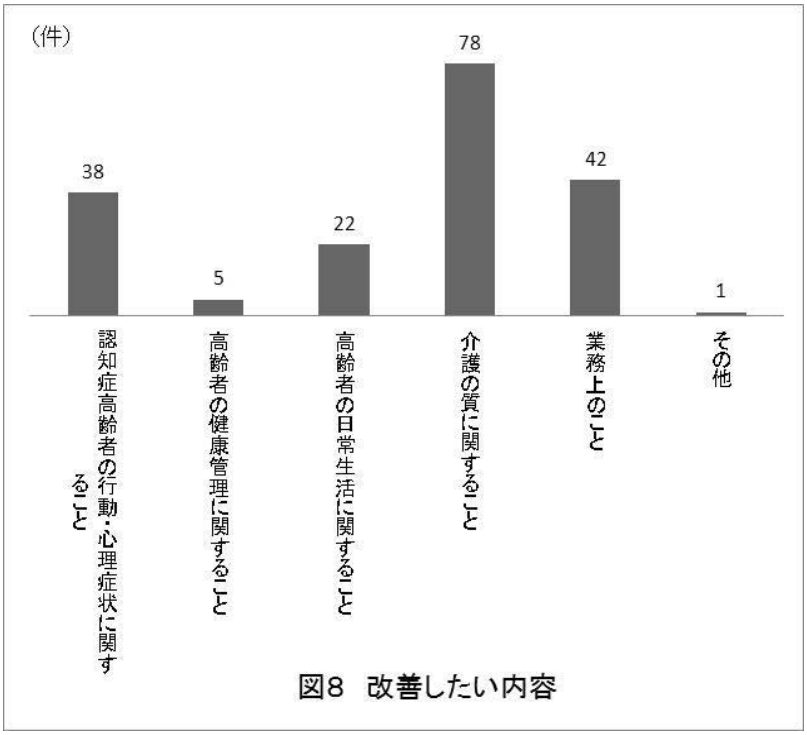


図8　改善したい内容

９）改善したいことに用いる方法

介護現場で改善したいことに用いる方法ではケースカンファレンス」について、よく利用するが 16 名、時々利用する 32 名、あまり利用しない 11 名、利用しない 4 名であった。「同僚・上司などに相談する」は、よく利用する 48 名、時々利用する 36 名、あまり利用しない 7 名、利用しない 1 名である。「他施設との情報交換」は、よく利用する 7 名､時々利用する 32 名､あまり利用しない 36 名､利用しない 15 名である。「担当医等専門職種への相談」は、よく利用する 15 名、時々利用する 39 名、あまり利用しない 28 名、利用しない 10 名であった。

「センター方式、ひもときシートなどツールを利用する」では、よく利用する 5 名、時々利用する 18 名、あまり利用しない 46 名、利用しない 24 名であった。

「外部のセミナーや研修会への参加」は、よく利用する 16 名、時々利用する 53 名、あまり利用しない 21 名、利用しない 3 名であった。

「事業所（施設）内での勉強会や研修会」は、よく利用する 39 名、時々利用する 40 名、あまり利用しない 44 名、利用しない 11 名であった。

「QC 活動、施設内実践発表、施設内研究の取り組み」は、よく利用する 5 名、時々利用する 32 名、あまり利用しない 44 名、利用しない 11 名である。
「本、参考書などを読む」は、よく利用する 15 名、時々利用する 51 名、あまり利用しない 21 名、利用しない 5 名であった。(図 9)

10) 改善したいことを実現する際の有効性

改善したいと思っていることを実現する際の有効性については、「ケアカンファレンス」は、非常に有効だった 36 名、やや有効だった 44 名、あまり有効ではなかった 9 名、有効ではなかった 2 名であった。
「同僚・上司などに相談する」では、非常に有効だった 36 名、やや有効だった 39 名、あまり有効ではなかった 14 名、有効ではなかった 4 名であった。
「他の施設との情報交換」は、非常に有効だった 36 名、やや有効だった 39 名、あまり有効ではなかった 14 名、有効ではなかった 2 名であった。
「担当医等専門職種への相談」では、非常に有効だった 19 名、やや有効だった 39 名、あり有効ではなかった 21 名、有効ではなった 7 名であった。
「センター方式、ひもときシートなどツールを活用する」は、非常に有効だった 7 名、やや有効だった 34 名、あまり有効ではなかった 13 名、有効ではなかった 2 名である。
「外部のセミナーや研修会への参加」は、非常に有効だった 27 名、やや有効だった 48 名、あまり有効ではなかった 13 名、有効ではなかった 2 名であった。
「事業所 (施設) 内での勉強会や研修会」は、非常に有効だった 18 名、やや有効だった 54 名、あまり有効ではなかった 16 名、有効ではなかった 2 名であった。
「QC 活動、施設内実践発表、施設に研究の取り組み」は、非常に有効だった 10 名、やや有効だった 36 名、あまり有効ではなかった 33 名、有効ではなかった 8 名である。
「本、参考書などを読む」では、非常に有効だった 15 名、やや有効だった 52 名、あまり有効ではなかった 20 名、有効ではなかった 3 名であった。(図 10)

11) 改善を困難にしているもの

改善を困難にしているものについて選択肢での回答を求めたところ、「改善したいと漠然と考えているが、何がよくないのか原因がわからない」に、とても当てはまる 4 名、当てはまる 32 名、あまり当てはまらない 43 名であった。「改善したいが、改善するために何をすればよいか (方法・手順) がわからない」では、とてもあてはまる 7 名、当てはまる 42 名、あまり当てはまらない 38 名、当てはまらない 4 名であった。「改善するために、同職種からの協力を得るのが難しい」では、とても当てはまる 7 名、当てはまる 40 名、あまり当てはまらない 28 名、当てはまらない 10 名であった。「改善するために他職種からの協力を得るのが難しい」では、とても当てはまる 11 名、当てはまる 40 名、あまり当てはまらない 28 名、当てはまらない 10 名であった。「改善しなければならないことの優先順位がきめられない」では、とても当てはまる 8 名、当てはまる 28 名、あまり当てはまらない 44 名、当てはまらない 11 名であった。「改善することに費やせる時間がない」では、とても当てはまる 29 名、当てはまる 46 名、あまり当てはまらない 11 名、当てはまらない 4 名である。「改善しても評価されない」では、とても当てはまる 14 名、当てはまる 31 名、あま

り当てはまらない 31 名、当てはまらない 14 名であった。（図 11）

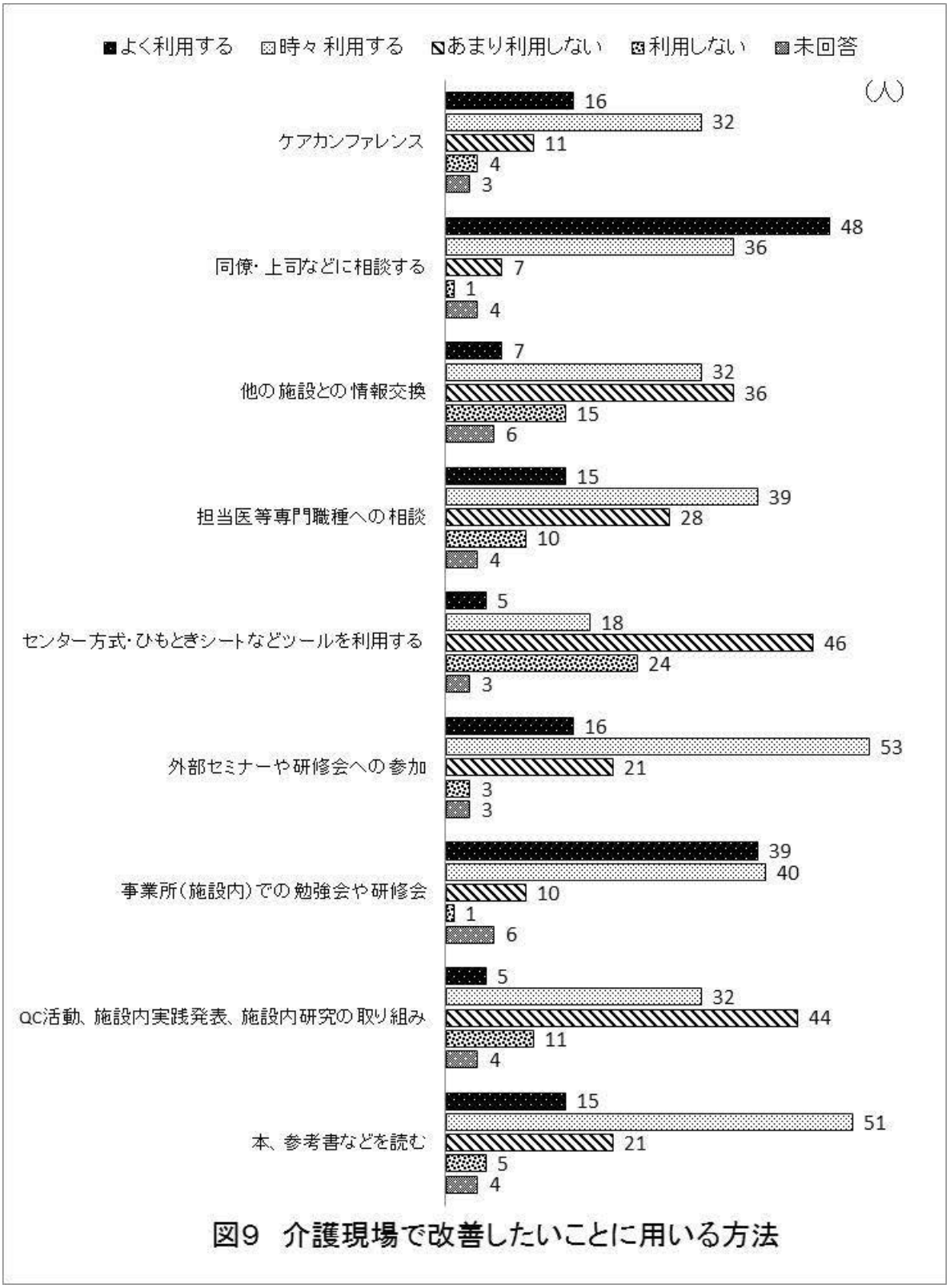


図9　介護現場で改善したいことに用いる方法

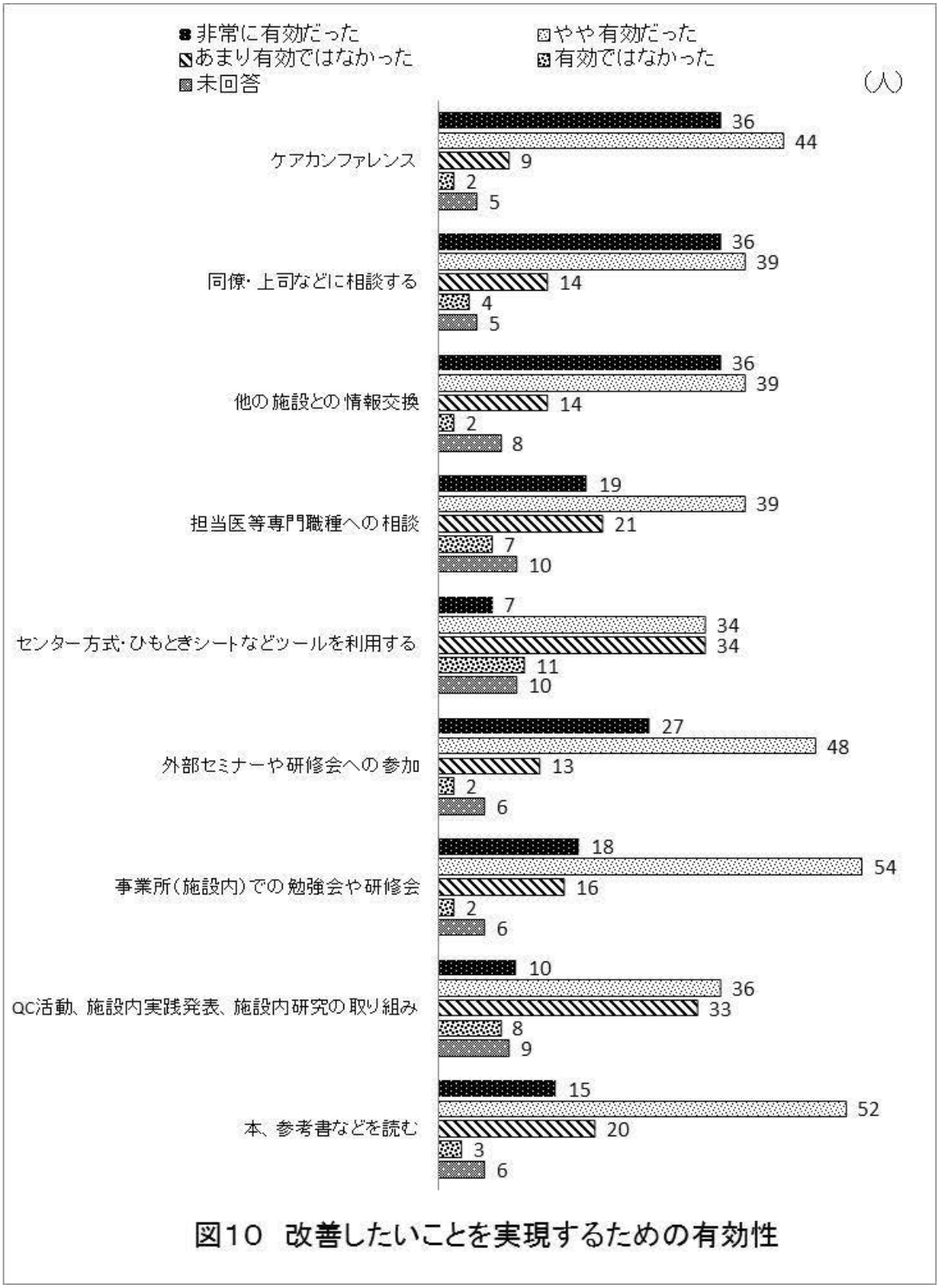


図10　改善したいことを実現するための有効性

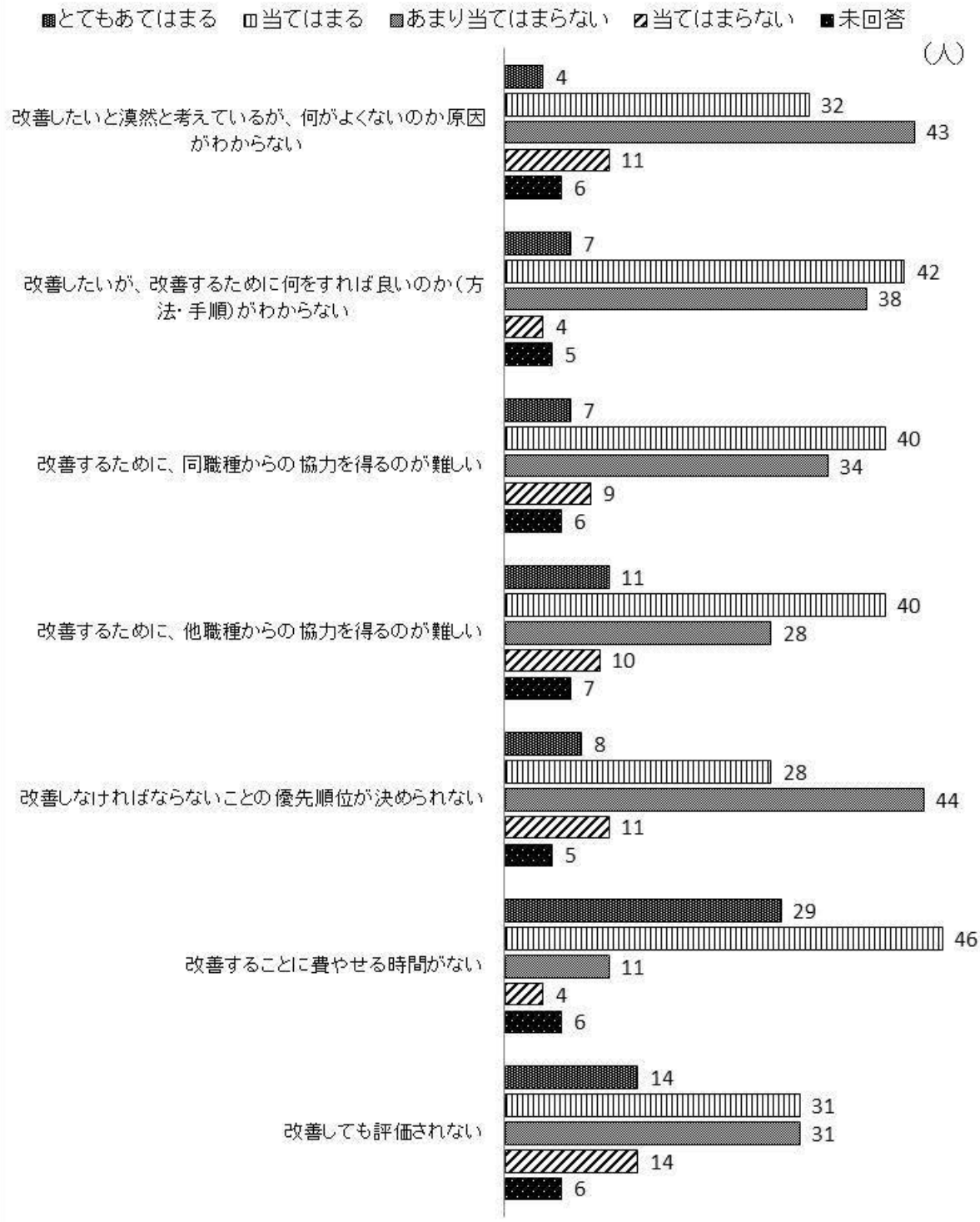


図11　改善を困難にしているもの

12）改善したいことをサポートするツールの必要性

改善したいことをサポートするツールの必要性については、大いに感じていると回答したのが 29 名(30%)、感じている 54 名(56%)、あまり感じていない 10 名 (11%)、未回答 3 名(3%)であった。(図 12)

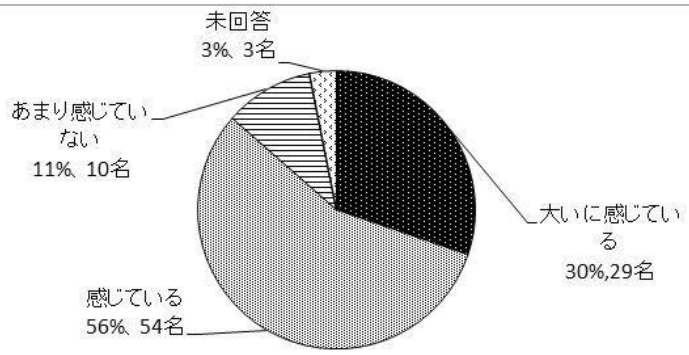


図12 改善したいことをサポートするツールの必要性

13)今の自分がよりスキルアップしていくためにどのようなことが必要か

受講生自らがスキルアップするために必要としていることは、次の 8 つのカテゴリーに分類された。(表１）①知識・技術の習得、②内外研修への参加、③他施設職員との交流、④一緒に悩める仲間の存在、⑤自己覚知・自己変革、⑥行動力と覚悟、⑦自信、⑧時間であった。

表１ 今の自分がよりスキルアップするために必要なこと

カテゴリー	具体的記述（抜粋）
① 知識・技術の習得	専門職、また主任として利用者やスタッフとのかかわり方、技術等を学ぶ必要がある。 知識、技術を得る。得たものを周囲の反対を恐れずに実践し、行動移す勇気。 自分がきちんと説明できるだけの知識を備えないといけない。
② 内外研修への参加	いろいろな研修会への参加と自施設内での勉強会、研修の報告。 自分を変えていろいろ勉強して知識を得る。勉強したことを伝える。
③ 他施設職員との交流	多くの事例を経験し、日常業務を円滑に進めていくこと。 実際は現場では人手不足でなかなか時間が取れないが、外部研修に参加して今回のように同じ立場の人と交流がしたい。
④ 一緒に悩める仲間の存在	理解者と協力者。仲間の協力。 助言やサポートを多書きにできる環境が必要だと思う。
⑤ 自己覚知・自己変革	今の自分の固定観念から脱却し、まずは受け入れること。 責任者である自分自身が、変わることが必要だと思う。 自分自身の成長と変化を感じること、自覚すること。
⑥ 行動力と覚悟	職場で自分から働きかけて実行し、継続できるようにチーム作りをすること。 やるからにはやる覚悟。 積極的にチャレンジする（失敗を恐れず色々試す）。
⑦ 自信	自信をつける。自信を持つ。 もっと知っていることを他の人に広める自信。
⑧ 時間	ゆっくり物事を考えること。 時間（カンファ、勉強会）がほしい ゆとりが必要。

（２）認知症ケア現場のケースカンファレンスに関する調査

愛知県内の認知症ケアにかかわる事業所のケースカンファレンスに実際に参加し、そこで展開されている内容について整理した。

１）グループホームＡ

グループホームＡは、2007 年に設立された。ここでは、月１回午前と午後で２ユニットそれぞれのケースカンファレンスが行われている。ケースカンファレンスは勤務時間中に行われ、ユニット職員全員が参加するため、他ユニットの職員がその間のケアを担う。筆者が参加した日は、管理者含め 12 名の職員が参加した。ケアマネジャーが作成した詳細な現在のアセスメント用紙が配布され、それに沿って今後の対応や心配されることなどについて話し合われた。ここでは、入居者の状況だけではなく、入居者の生活上必要な物品について、家族に購入を依頼するかどうか、グループホーム内のもので対応するかなどにつても話し合われている。また、食事介助が必要な男性入居者に対して、「ピンクの花柄のエプロンを使っていただいているが、デザインや色が違うものにした方がよいのではないか」といった職員が感じている疑問についても意見が出された。

カンファレンスの時間は２時間で、3 名程度入居者のモニタリングと再アセスメントがなされた。

２）グループホームＢ

グループホームＢは、2003 年に設立された。ケースカンファレンスは、週２回、固定した曜日で夜勤者との引継ぎの申し送りの終わったあと、9:30 から行われている。参加者は、その日の日勤職員（場合によっては夜勤職員も含む）である。ケースカンファレスには配布資料はないが、週２回行われているため、前回の検討内容や取組の方向性を確認したメモが記録としてファイルに綴られており、その経過を確認しながら話が進められる。カンファレンスの対象は、入居して間もない方や認知機能の低下が著しくみられ、生活上の支援の方法を試行錯誤しながら、繰り返し取り組む必要性が極めて高い方としている。そのため、同じ入居者が継続してカンファレンスの対象となることもある。

管理者は、「介護保険制度上のケアプランの更新や見直しのタイミングでは、入居者の認知症の症状の変化に対応することは、難しい。しかも、その日のミーティングで支援の方法を話し合い決めたとしても、次のカンファレンスでは、すでにその方法では対応できないということも少なくない。」と語っており、認知症ケアにおける即応性を担保するためのケースカンファレンスという位置づけであった。

３）認知症対応型デイサービスＣ

デイサービスＣは、2010 年に開設した民家改修型の認知症対応型デイサービスである。

ここでは、月１回 18:00 からケアカンファレンスが行われている。参加するのは、デイサービスＣの職員と、同法人の別の場所にある認知症対応型デイサービスＤの職員であった。筆者が参加した日のケアカンファレンスには、12 名の職員が参加していた。

はじめに、デイサービスＣの管理者が作成した、カンファレスで話し合いたい事例について（ＡＤＬと最近の課題が書かれているもの）の資料が配布され、管理者からＡＤＬや認知機能の状況、自宅とサービス利用時の様子などについて話がなされ、課題につ

いて数点報告された。そして、それぞれの職員が感じている高齢者の状況や行っているケアの方法について話っていた。認知機能の低下によって、変化している利用者の言動をどのように捉え理解すべきなのかについて意見が出された。この日ケースでは、更衣から通所までに 60 分以上が費やされており、その経過に職員が付き添わねばならない現状と認知機能が低下する中での、利用者支援の方法の再検討がなされた。

表 2　調査対象施設の概要

	設置法人	設立	頻度	単位	時間	参加者	位置づけ	配布資料
グループホームA	株式会社	2007	月1回	ユニットごと	2時間	全職員	ケアプランの見直しのモニタリング複数名	有
グループホームB	株式会社	2003	週2回	ユニットごと	30分	その日の勤務者	現在、生活支援上、気になる入居者複数名	無
認知症対応型デイサービスC	医療法人	2010	月1回	法人内他事業所と合同	1時間	全職員	1名のケース検討	有

（３）高齢者福祉施設全般で使用できるＫＣドリル試行版の作成

ケア現場のリーダー層の職員は、「認知症の行動・心理症状に関すること」や「介護の質」について、改善したいという結果が（１）の調査で明らかになった。さらに、その改善については、改善したいが、改善するために何をすればよいのか（方法・手順）がわからない、そしてそのことに費やせる時間がないと感じていた。これまでは、ケアカンファレンスや上司への相談、他施設との情報交換が有効だと感じている一方で、センター方式、ひもときシートなどのツールの有効性は今回の調査では低かった。また、（２）のケースカンファレンスの参与観察では、入居者・利用者の今の言動の意味を考える場面も見られた。一方で、職員の認知症の捉え方や理解度に差があるため、言葉を額面通りに受け取り、認知症だからという理由に結論づけてしまう人や、その言葉を通して考える本当のニーズを探ろうとする人もおり、記録に残しながら検討することの必要性を感じた。

職場の課題の解決に費やせる時間がないと感じているケアの現場で、「認知症の行動・心理症状」や「介護の質」といった課題に対応できるＫＣドリルとは、どのようなものがよいのか。その手がかりとして、認知症の方を専門としたグループホーム・デイサービスのケアカンファレンスへの参加は、ＫＣドリルの作成に示唆を得るものであった。既存のケアカンファレンスで使用できるようなＫＣドリルであれば、上記で述べた改善の手順がわからないということを網羅しながら、ケア現場全体で取り組めるツールとなるのではないかと考えた。そこで、以下の 3 点のステップで解決に向けた取り組みを始められるようなツールの作成を試みた。

１）ひとつの事象の要因を深く考える

認知症介護指導者養成研修で使用していたＫＣドリルでは、職場内で課題だと感じていることを 10 個挙げてもらっていたが、今回のリーダー用ＫＣドリルでは、解決したい・改善したいと考えていることに対して、なぜそのような状況になってしまっている

のかという要因を深く考えるようなシートとした。これは、指導者研修が広くアドミニストレーションをしている人材が多く受講しているという点や実際に俯瞰的にケアの現場を捉えていく力が求められるためであった。リーダーでは、職務の一環として解決・改善に取り組むことを前提としたため、まず、解決したいことをはじめに掲げ、なぜそのような状況になっているのか、その背景にあることを深く掘り下げるという形式とした。

2）検証の必要度をつけて、取り組みのテーマをしぼる

次に検討の必要度について検討する。例えば、「BPSD に対しての対応がその場しのぎの声掛けの連続になっている」とする。認知症の人にとっては、BPSD を通して訴えていることの真意をわかろうとしてもらえない苛立ちを感じる。職員にとっては、BPSD は繰り返され、そのたびに BPSD に対処療法でかかわることとなり、ケアがその繰り返しにならざるを得ない。しかし、どうしてそのようになってしまっているのかを考えることが重要となる。そこで、その要因として①認知症に関する教育を受けていない職員が対処慮療法になりやすいのではないか、②BPSD は抑える、消失させることが目的となってしまっているのではないか、③BPSD への対処療法でどの方法が効果的だったかのやりとりは職員間でされているが、どうして BPSD が表出しているのかという話をしていない、④BPSD が顕著に表出する時間、その時関わる人、シチュエーションなどについての検討がされていない・・・といったことを考えていく。その上で、本当にそれが原因となっているかを確かめるのが検証である。その検証の必要度を 1（必要）～3（それほど必要ない）で分けて、検証する必要性が高いものについて取り組むこととする。

3）計画を立てる

次に、具体的な取り組み方について計画を立てる。先にあげた 10 の要因についてそのなかでも検証の必要性が高いもののなかからひとつを選択し、テーマを掲げる。

さらに、期間、対象、方法を定めていく。倫理的な配慮が誰に対して必要なのかを確認する。そして、具体的な内容どのような内容で進めていくのか、あるいは調査などを行う際にはその内容（項目）などについて書いておく。協力者の欄には、誰との協力が必要なのか、あるいは共同で行うのかについて書き込む。

最後に、結果はどのようにケア現場の中で公表するのかについて現段階の考えを書いておく。施設内での発表、報告であるのか、あるいは学会や研究大会で発表するのかということである。

５．まとめ

施行版は、ケア現場のリーダー層が使用することを見据えて作成した。前段では、認知症介護実践リーダー研修受講者に対してアンケートを行った。さらに、多様なケアカンファレンスでの参与観察を通して、膨大な検討を一度に行うという形式ではなく、一つずつ検証し、解決・改善につなげられるようにした。そのため、短期的に解決・改善しなければならない内容については、KC ドリルは向いていない。今後は、試行版を実際にケア現場で使用してもらいながら、さらに使いやすいものに修正を加えていきたい。

資料　高齢者施設全般のＫＣドリル

1．検討（解決）したい内容

2．検討（解決）したい理由（なぜ解決しなければならないか）

ご利用者にとってどのように良くないのか

ケアする側にとってどのように良くないのか

3．要因として考えられること（なぜ、解決・改善しなければならない状況になっているのか）

具体的な内容	検証の必要度
【1】	1　2　3
【2】	1　2　3
【3】	1　2　3
【4】	1　2　3
【5】	1　2　3
【6】	1　2　3
【7】	1　2　3
【8】	1　2　3
【9】	1　2　3
【10】	1　2　3

4．「検証の必要度」が高いものに対する具体的な取り組み

テーマ	
期　間	
対　象	
方　法	□　アンケート調査 □　ヒアリング調査 □　研修会・勉強会の開催 □　職員間のディスカッション（BS 法、4 段階討論法などを用いた） □　これまでの記録（相談記録・ケース記録）の分析 □　個別ケース検討 □　その他（　　）
倫理的配慮の必要性	□　特になし □　職員への同意と説明 □　利用者への同意と説明 □　利用者家族への同意と説明 □　その他（　　）
具体的内容	どんなことをするのか（計画）
協力者	
結果公表	□　施設内（ユニット内）で発表 □　学会・研究大会で発表 □　未定

認知症介護指導者への
「研究活動継続支援プログラム」の開発



認知症介護指導者への「研究活動継続支援プログラム」の開発

認知症介護研究・研修大府センター研修部　伊藤美智予
研修部　中村　裕子
研究部　汲田千賀子
研修部　加知　輝彦

Ⅰ. 背景

認知症介護研究研修大府センター（以下，大府センター）で開催される認知症介護指導者養成研修（以下，指導者研修）では，「個別課題」と称する研究活動が研修プログラムの一環として組み込まれている．受講者は研修指導員の個別支援などを受けながら，一連の研究活動（4 週間）を遂行する．

大府センターが実施した調査研究 [1)]では，認知症介護指導者が研究活動を行うことにより，個人や組織にとってポジティブな影響を与えることが確認された．具体的には，個人レベルでは「研究力量の向上」に加え，「視野の広がり」や「次へのモチベーションの向上」などがあった．また組織レベルでは，ケアの質改善に向け組織を動かす仕掛けとして機能しうることが示唆された．

以上のような効果が期待できる一方で，指導者研修修了後も認知症介護指導者が実践現場で研究活動を継続することは容易ではないことも明らかになった．研究活動を継続することの困難には，「業務との両立」をはじめ研究の進め方等について「助言を得る組織・人や機会がない」ことなどが挙げられた．

大府センターの重要な社会的使命のひとつに，「認知症ケア専門家の育成」が挙げられる．当センター研修部として，その責務を果たすためにも，研究的視点を用いながら課題解決を図りたいと考えている認知症介護指導者を継続的に支援する体制を強化し，キャリア形成ひいては認知症ケアの質の向上に積極的に関与していく必要があると考えた．

そこで大府センターでは，平成 25 年度の研究事業の一環として「認知症介護指導者への研究活動継続支援プログラム」（以下，研究支援プログラム）の開発を行うこととした．

Ⅱ. 目的

本稿では，研究支援プログラムの概要・プロセス等の記述と，受講者へのアンケート調査を通して，本プログラムの到達点と課題について明らかにすることを目的とする．

Ⅲ. 対象と方法

1. 対象

本プログラムへ協力が得られた認知症介護指導者 10 名（大府センター修了生）を対象とした．選定基準は，①認知症介護指導者養成研修を修了した者，②研究活動に関心があり，本プログラムに取り組む意欲がある者，③平成 25 年度の日本認知症ケア学会に参加できる者，④平成 26 年度の日本認知症ケア学会で発表することができる者，⑤4 回にわたる全体会に参加できる者，のすべての条件を満たす者とした．

10 名のうち 1 名は,「研究活動支援プログラムの流れ（期日等）と自身の研究活動の動きが一致しなかった」ため，プログラム途中での辞退となった.

受講者一覧を**表 1** に示す.

表 1. 受講者一覧（50 音順，敬称略）

No	氏 名	県・政令市	所 属・役 職	修了期
1	井上 卓	愛知県	社会福祉法人仁至会 介護老人保健施設ルミナス大府 介護主任	26
2	木村 悠紀	京都市	社会福祉法人くらしのハーモニー 認知症対応型通所介護ハーモニーこがなの家 責任者	33
3	桑原 さわ江	京都府	株式会社うえもり グループホームふれあい 施設長	33
4	斎藤 公隆	名古屋市	社会福祉法人野並福祉会 堀田デイサービスセンター 管理者	35
5	坂口 直司	滋賀県	特定非営利活動法人りゅうおう グループホーム希望の家・綾戸 理事長・施設長	34
6	辻 智典	京都市	社団法人愛生会 介護老人保健施設おおやけの里 介護主任	36
7	引野 好裕	大阪府	社会福祉法人成光苑 高槻けやきの郷 介護係長	36
8	平橋 悠樹	神戸市	医療法人社団 甲有会 複合施設 アルテ石屋川 施設長	36
9	松浦 慎介	神戸市	社会福祉法人イエス団 神戸高齢者総合ケアセンター真愛 副施設長兼管理者	35

2. 方法

本稿では,「研究支援プログラムの概要・プロセス」の記述と「参加者へのアンケート調査」結果に基づき，本プログラムの到達点と課題について考察する.

研究支援プログラムの概要・プロセス

ここでは，①研究支援プログラムの目的，②意義，③達成目標，④プログラムの流れ，⑤全体会について，⑥個別支援について，⑦研究成果報告書の提出について記述する.

参加者へのアンケート調査

全体会（第 2 回～第 4 回）にて参加者にアンケート調査を実施した.

第 2 回全体会（研究計画構想発表会）では，8 名が参加し，8 名からアンケート調査票を回収した（100%）.「日本認知症ケア学会からの学びの共有についての満足度」「研究計

画の発表」「内容や進め方について改善点」について回答を求めた.

第 3 回全体会（中間報告会）には，9 名が参加した．全員からアンケート調査票を回収した（100%）.「研究計画の発表についての満足度」「これまでを振り返っての感想や実践研究を進める上での困難・課題について」などを尋ねた.

第 4 回全体会では，9 名が参加し，8 名からアンケート調査票を回収した（88.9%）．1 名は体調不良のため途中退席した.「研究成果の発表についての満足度」「前回の全体会から今回の全体会までの取り組みの感想」「実践研究を進める上での困難や課題」「現在までの取り組みの自己評価」などについて尋ねた.

なお，これらの自由記述については一部抜粋して記載した.

3. 倫理的配慮

対象者に対して本研究の主旨と研究報告書に氏名，所属等を記載することを，口頭と文書で説明し同意を得た.

Ⅳ. 結果

1. 研究支援プログラムの概要・プロセス

(1)目的

研究支援プログラムでは，以下の2本柱からなる支援体制を構築することで，認知症介護指導者の実践現場での研究活動を支援することを目的とする.

① 認知症介護指導者と大府センター職員で構成される全体会（研究会）の組織化
② 担当者制による個別支援

(2)意義

これまでほとんど注目されてこなかったケア実践者の研究活動支援に焦点を当てた研究支援プログラムを開発することで，以下のような効果が期待できる.

① 実践現場における認知症ケアの分析や言語化などを促進することで，認知症介護指導者のキャリア形成やモチベーション向上につながる（個人）
② 上記①の蓄積により，事業所における認知症ケアの質向上へつながる（組織）

(3)達成目標

研究支援プログラムでは，次の 3 点を達成目標として設定した.

① 介護現場の現状と課題について，分析できるようになる
② 物事を多面的に捉えることができるようになる
③ 人にわかりやすく説明することができるようになる

(4)プログラムの流れ

本プログラムは，認知症介護指導者が職場の課題を解決していくプロセスを通して，研究的視点を持って実践活動を行うことを支援するものである．具体的には，平成26年度日本認知症ケア学会での研究発表を目指し，「①全体会」と「②個別支援」の2本柱で本事業を推進した.

研究支援プログラムの流れは**表2**の通りである．平成25年6月から平成26年3月までの10ヶ月間にわたるプログラムである．

個別支援では，大府センター研修部・研究部のスタッフ3名が関わった．受講者1名につき，個別担当スタッフ1名を配置し，継続的な支援環境を整備した．

表2.「研究活動継続支援プログラム」の流れ

月	全体or個別	内容	備考
H25.6	全体会① ＜オリエンテーション＞	○第14回日本認知症ケア学会（福岡）への参加 ○研究活動支援プログラムについての全体説明	6月1-2日 福岡
7	個別支援	○研究テーマの決定（7/1〆切）	
8	全体会② ＜研究計画構想発表会＞	○研究計画の発表（他の人からの意見やアドバイスをもらう）	8月4日（日） 大阪
9	個別支援	○進捗状況を個別に報告	
10	全体会③ ＜中間報告会＞	○調査および単純集計、分析を終え、主な所見をまとめる（第一報） →全体会で意見をもらう	10月12日（土） 京都
11	個別支援	○まとめ（第二報）	
12	全体会④ ＜研究成果報告会＞	○全体報告会	12月8日（日） 神戸
H26.1	個別支援	○認知症ケア学会報告へのエントリー	
2	個別支援	○口頭発表資料作成	
3	個別支援	※認知症ケア学会の抄録修正（査読結果によって）	

計画に基づく取組み

＊平成26年5月ごろに日本認知症ケア学会報告の予行演習を予定

(5)全体会について

全体会は6月，8月，10月，12月に計4回実施した（**表 3**）．開催場所は，受講者が比較的参加しやすい関西地域（大阪，京都，神戸）とした．

①第1回全体会（オリエンテーション）

第1回全体会は，平成25年6月1日（土）17:00-18:30に開催した．平成26年度の日本認知症ケア学会での発表イメージをもってもらうため，学会参加を条件とし，福岡で全体会を実施した．

第1回全体会の目的は，①研究支援プログラムの全体像や進め方について理解する，②「事前課題」レポートに基づいて，意気込みや不安などを共有する，③受講者の懇親を深める（横のつながりをつくる）の3点とした．

内容は，まず自己紹介（15分）を行い，次に「研究支援プログラムのねらい」について大府センタースタッフが説明した（15分）．最後に，「事前課題に基づく意見交換」を行った（60分）．あわせて担個別支援の当者の発表も行った．

②第 2 回全体会(研究計画構想発表会)

第 2 回全体会は，平成 25 年 8 月 4 日（日）10:00-17:00 に大阪で開催した．第 2 回全体会は研究計画構想発表会として位置づけ，研究計画書を作成してもらった．

第 2 回全体会の目的は，①日本認知症ケア学会からの学びについてまとめ，この作業を通して，来年度の報告イメージをもつこと，②研究計画の発表を行い，他の受講者らから意見・アドバイス（ピアレビュー）をもらうことで，研究計画をさらに良いものにすることの 2 点であった．持ち時間は 1 人あたり 20 分（報告 10 分，質疑応答 10 分）とした．

③第 3 回全体会(中間報告会) :10 月 12 日 10:00～17:00 京都

第 3 回全体会は，平成 25 年 10 月 12 日（土）10:00-17:00 に京都で開催した．第 3 回全体会は中間報告会とし，8-9 月に実施した調査の分析結果についてまとめたものを報告してもらった．持ち時間は 1 人あたり 30 分（報告 15 分，質疑応答 15 分）であった．

第 3 回全体会は，①進捗状況の確認，②今後の分析や考察などに対するアドバイスを得ることを目的とした．

④第 4 回全体会:研究成果報告会 :12 月 8 日 10:00～17:00 神戸

第 4 回全体会は，平成 25 年 12 月 8 日（日）10:00-17:00 に神戸で開催した．①研究成果の報告を行い，②日本認知症ケア学会の抄録作成に向けたアドバイスを得ることを目的とした．持ち時間は 1 人あたり 30 分（報告 15 分，質疑応答 15 分）とした．

この後，個別支援を受け，平成 26 年度日本認知症ケア学会の抄録作成を完成させた．

表 3. 全体会の目的と内容

回		目的	内容
第1回（福岡）	オリエンテーション	① 研究支援プログラムの全体像や進め方について理解する ② 「事前課題」レポートに基づき，意気込みや不安等を共有する ③ 受講者の懇親を深める(横のつながりをつくる)	•自己紹介 •本プログラムのねらい •「事前課題」に基づく意見交換
第2回（大阪）	研究計画構想発表会	① 日本認知症ケア学会からの学びについて当日までにまとめる．この作業を通し，来年度の報告イメージをもつ ② 研究計画の発表を行い，他の受講者らから意見・アドバイス(ピアレビュー)をもらうことで，研究計画をさらに良いものにする	•日本認知症ケア学会からの学び（個人発表） •研究計画案の報告（報告10分，質疑応答10分）
第3回（京都）	中間報告会	① 進捗状況を確認する ② 今後の分析や考察などに対するアドバイスを得る	•研究の中間報告（報告15分，質疑応答15分）
第4回（神戸）	研究成果報告会	① 研究成果の報告を行う ② 日本認知症ケア学会抄録作成に向けたアドバイスを得る	•研究成果の報告（報告15分，質疑応答15分）

(6)個別支援について

上述した全体会の開催以外は，担当者による個別支援を行った．個別支援には，電話やE-mail，FAXなどの手段を用いた．

特に，研究支援プログラムの初期の段階で行う研究テーマの選定には，大府センターが開発した「KCドリル」[2)]を用いて，受講者の問題意識の整理と研究課題の抽出を図った．

(7)研究成果報告書の提出

研究成果報告書として，A4で10枚にまとめたものを提出してもらった．なお本報告には，参考資料として要旨（A4で2ページ）を添付した．

2. 参加者のアンケート結果

(1)第2回全体会(研究計画構想発表会)

A. 日本認知症ケア学会からの学びの共有について

上記の内容について，どの程度満足できるものでしたか？

	人	%
①とても満足できた	5	62.5
②まあ満足できた	3	37.5

＜その理由＞

「とても満足できた」の回答者

○ いろいろな人の意見を聞くことができ，自分では気づかなかった視点も多く得られた．
○ 自分の視点，考えが狭くなっているのが理解できた．一つの事例，研究（報告）について，多くの視点で検討する必要性を理解できた．
○ 人それぞれに見方，考え方が違い，自分自身が気づかない視点を学ぶことができた．

「まあ満足できた」の回答者

○ 自分の盲点に気づくことができた．
○ 学会から約2か月経っていたので，もう少し近い時期の方が記憶に残っていたと思う．

B.「学びの共有」から感じたこと，考えたこと

○ 自分の気づきを他者に伝える大切さや難しさを感じたが，とても学びになった．
○ 研究を進めるにあたっては，他者の意見を聞き，まとめていく必要があると感じた．
○ それぞれの立場で，様々な発言に着目するおもしろさがあることを感じた．
○ 他者の意見を聞くことによって，新たな気づきと自分の考えを深められる良い機会になった．
○ 自分自身が発表の時に注意しなければならないと感じた点の共有ができた．
○ 見ている視点や取り上げられた題目は，いろいろ違い，そこは個人の興味も入っているのだなととてもおもしろかった．押さえなければならない点は，共通していることがあったと思う．

○ 発表にあたり，「なぜこう考えたのか」「どのように伝えるか」など，相手に伝わりやすくするために，また課題に対する取り組みを行っていくうえで，様々なことを考えながら自分の取り組みにつなげていきたい．

C. 研究計画の発表について

上記の内容について，どの程度満足できるものでしたか？

	人	%
①とても満足できた	5	62.5
②まあ満足できた	3	37.5

＜その理由＞

「とても満足できた」の回答者

○ 研究計画を作成する段階で，多くの視点から見てもらうことの重要性が理解できた．自分の考えが整理できた．

○ 自分が構想したことが，他人にとって理解するには時間がかかったり，全く視点が違ったり…いろいろ感じた．

○ 皆さんからのご意見は「こうしたらもっとよくなるのでは？」というものばかりで勇気づけられた．

「まあ満足できた」の回答者

○ 他の人の取り組みたいことを聞き，とてもおもしろかった．結果が楽しみで仕方がないが，後半はしんどかった（頭を使いながら聞くので…）．

○ 非常に有意義な話し合いができたと思うので，もっと時間がほしかった．

D.「研究計画の発表」から感じたこと，考えたこと

○ 発表する側として，他者の発表を聞きながらもう少しこれをいれておけばよかったなど，他者の報告と比べながら発表する機会となった．聞く側としては，なぜこの取り組みを行ったかなど背景を考えながら聞くことができた．

○ 対象者，期間などひとつひとつに明確な理由づけがいることが理解できた．

○ 他人のことに対してはすごく気づけるのに，自分自身には盲目になることを実感した．

○ 他者の研究計画から，自分自身の研究計画について考察する良い機会となった．

○ 発表する側として，時間を作り，第三者にわかりやすく説明できるように組み立てておくことができなかった．発表を聞く側として，何を伝えたいかゴールを明確にしてある発表はとても理解しやすかった．

○ 発表する側として，いろいろな意見をもらうことができてよかった．このメンバーであれば，批判することなく，本当に相手の構想が良くなるために考えを教えてくださった．発表を聞く側として，自分が理解するのに時間がかかり，なかなか質問やその方のためになる意見を言えなかった．

○ 各メンバーの発言が，自分では発想できない内容だった．

E. 全体を通して，内容や進め方についての改善点

○ 全体会あとに，担当者と個別相談の機会があれば，なお良かった．
○ 昼休憩が少なくてもいいので，途中で頭を切り替える時間をもう少しほしかった．
○ もっといろいろと話ができればと思った．意外と時間が短かった．

(2)第3回全体会(中間報告会)

A. 研究計画の発表について

上記の内容について，どの程度満足できるものでしたか？

	人	%
とても満足できた	5	55.6
まあ満足できた	3	33.3
あまり満足できなかった	1	11.1

＜その理由＞

「とても満足できた」の回答者

○ 様々な視点からの考え方や取り組みを知ることで，自身の考え方の振り返りができた．
○ 自分自身の不十分さを指摘してもらえて，より深く今後につなげることができそうに思えた．
○ 中間でいろいろな人の話を聞くことで，見直しや確認ができ，まとめに向け方向性もしっかりさせることができた．
○ 前回同様，自分自身にない視点から検討しあえるため，自分自身の課題が明確になる．

「まあ満足できた」の回答者

○ 途中から経過について，担当者の方たちが私ならこう考えるとか，こういう考え（方法）もあると言われておもしろかった．方法やどう考えていったらいいのかわからないことが多いので．
○ 他者からの意見や反応を受けて，新たな気づきがある．

「あまり満足できなかった」の回答者

○ 事前に発表練習をしなかったため．早口になってしまった．

B.「研究計画の発表」から感じたこと，考えたこと

○ 自分の中でやってきたこと，やれてきたことは実感としてあったが，研究的な面でまとめきれていない現状があることは理解していた．こうやって発表をさせていただくことで，皆さんが方向性を示してくださることがすごく楽しかった．皆さんの発表を聞きながら，自分自身にも研究内容が当てはまるなというか考えさせられることがあり，学びの場となった．
○ 計画を進めていく中で，どのような調査方法と内容が適切か，1 人ではどうしても～あらねばならないという考え方に執着してしまっていたことが，皆さんから意見がいただいたことで，何をポイントに何をしなければならないかが見えてきた．
○ 発表する側として，頭ではイメージしていても，それを言語化してわかりやすく伝え

ることが難しい．発表を聞く側として，ppt にまとめられていた方は，やはり伝えたいことがまとまっており，わかりやすかった．

○ 発表することによって，自分の固まった頭が少しずつほぐされていくような感じがしている．また自分以外の方の発表やそれに対する他者の意見を聞くことで，今回の研究とは別だが，自分の考えを見直すことができたと感じた．

○ 相手（他者）に伝えたいことを，自分自身が理解していないといけない．他者の研究計画が，今後の自事業所における課題解決のためのヒントになる．

C. これまでを振り返っての感想や，実践研究を進める上での困難や課題について

○ 実際の業務の中では，なかなか研究を進めていくことはできない．体力的にしんどいと思うこともあるが，楽しく充実した日々を送らせてもらっている．まとめる力，言語化，研究的に進める力は全然持てていないが…．今，続けていることをやり続けたいし，課題に向かっていつか自分の言葉に変えて伝えていきたいと思う．

○ 研究を進めていく中で，先行研究を読んだり，日々の課題に向き合っていくと，自分で何を目的にやっているのかわからなくなったり，先行研究と全く同じではないかという思いにかられることがあった．個人で抱えるのではなく，このような時は担当の先生にその都度相談していくことが大切だと思った．アンケートの分析方法を調べていくうちに，どの方法で考えるか，また相談させていただきたいと思う．

○ 時間が進むのが早いと感じた．2 か月ごとの全体会だが，その間のスケジュールをしっかり立て，計画的に行っていかなければならないと改めて感じた．スケジュール通り行えないことも多く出てきたときに，本当にこのままとめていけるのかと不安になることがある．

○ 予想以上に日々の業務等で研究に集中できない．分析が難しい．

○ 計画がとても大切だと思うが，計画がなかなか立てられない．というのもなかなかこれをやったらこうなるとか，この先どのような方法があるとか，どうしたらよいのかが思いつかないというかイメージがつかない．個別課題の時のように，計画を立てるまではいつでも目の前に担当指導者がいたら，進めやすいのかも．例えば，計画を立てる時のみ泊まりでするとか．

○ 調査結果の整理，分析手法等についてわからないとき，すぐに相談できる体制があるとよい．

D. 全体を通して，内容や進め方についての改善点

○ 休憩をたくさん取り込んでいただいてよかった．

○ ホワイトボードでの説明はわかりやすかった．

○ やはり個別指導の時間があるとうれしい．

(3)第4回全体会(研究成果報告会)

A. 研究計画の発表について

上記の内容について,どの程度満足できるものでしたか?

	人	%
とても満足できた	5	62.5
まあ満足できた	2	25.0
あまり満足できなかった	1	12.5

<その理由>

「とても満足できた」の回答者

○ 資料をまとめるための具体的なアドバイスを得ることができた.
○ 第三者の視点が入ると,自分が気づいていなかったことが見えてきた.
○ 自分では上手にまとめられず,焦点が合わなくなり行き詰ったが,いろいろと意見をもらう中で,何に焦点を当てまとめていけばいいのか見えてきた.

「まあ満足できた」の回答者

○ 毎回の報告で思うことですが,自分と違う多くの考え方を聞くことができ,大変勉強になります.特に実践報告は大変おもしろいです.

「あまり満足できなかった」

○ 自分が最後まで完成していなかったこと,他の人の話も今日で終わりなのにどのように質問していいのかわからなかったから.

B.「研究計画の発表」から感じたこと,考えたこと

○ 計画的に進める大切さを感じています.
○ 「自分が伝えたいことは何か」ということが,回を重ねることによってわかってきた.聞く側の立場としては,他者の研究課題に対するコメントが実は自分の研究課題にも言えることだということがわかってきた.
○ 発表する側→あわててまとめたため,発表しながら何が言いたいのかわからないことに,自分自身で気づくことがあった.発表を聞く側→他の人の分析の仕方等参考になることが多かった.

C. 前回の全体会から今回の全体会までの取り組みの感想や,実践研究を進める上での困難や課題について

○ 2か月,長くて早かった.自分の仕事もいろいろな危機を乗り越えながら,でも研究は楽しくてやっていくことができました.やはりこのメンバーが背中を押してくださって,これまで以上に自分の動きがつくれつつあるように感じています.実践したことをまとめる力は全然足りていないことに,まだまだまだまだ…と思っています.でも今回の研究で,確実に自分の力になっていることを実感しています.
○ 前回から今回までの感想は,しんどい時もあったが,振り返ると成長できたと思う.
○ 仕事との両立に戸惑うことがある.一人で課題に取り組んでいる間,不安を感じるこ

とがあった.

○ 毎回 2 か月もありながら，全体会ギリギリに取り組む結果となってしまった.

○ 途中で悩んだときに，どのように相談したらよいかわからなかった（離れているのでメールや電話は難しい）. やはり日程等難しいのかもしれないが，研修日を 2 日にわけて，1 日目と 2 日目の発表者を分け，午後からは担当者と相談という日程でも良かったのではないかと思う. 場所は関西でなくて大府でもよい. 途中別途費用がかかっても，研究方法の研修のようなものがあってもよかったと思う.

D. 第 4 回全体会を通して，内容や進め方についての改善点

○ みなさんの発表に刺激を受けました.

○ 担当指導者とのやり取りがあれば，なおありがたいです. 本日はご指導いただき，ありがとうございました.

○ センターの先生方の考えやコメントはいつも「ズバリ」だったので，何も言うことはありません. むしろ，自分の考えの甘さに反省しきりな会だった.

○ 毎回土日なので，勤務の都合をつけるのが苦労した面もあった. 土日は休み希望が多かったりするため，現場勤務に少し支障がでた.

○ 毎回関西での開催は少しきつい.

Ⅴ. 結論

大府センターでは，認知症介護指導者を対象とした「研究活動継続支援プログラム」を開発し試行した. 実践者にとって仕事と研究活動の両立が課題となる中，10 名中 9 名が研究成果をまとめ，本支援プログラムを修了することができた. 全体会でのアンケート調査結果に基づけば，仕事との両立に戸惑い，研究推進に不安を感じながらも，本プログラムによって学びが深まった様子がうかがえた.

これら理由として,「全体会」と「個別支援」の 2 本柱で支援することで，参加者のモチベーションの維持や満足度の向上につながったことが考えられる.「全体会」では，参加者同士の意見交換が活発であった. 同じ実践者の視点からコメントをもらったり，他者の報告を聞いたりする中で，それぞれが自らの研究への示唆を得ていたように，ピアレビュー効果が大きかったと思われる. 加えて担当制による個別支援を通して，研究に関する個別具体的な相談をすることができた. 以上のように,「全体」と「個別」を組み合わせたことにより，参加者から概ね良い評価を得たのではないか思われた.

一方で，研究支援プログラムの課題も明らかになった. ひとつは，研究に関する個別のニーズにどこまで対応できるかという点である. 本プログラムは 10 か月にわたり，一連の工程管理をしてきた. 例えば「分析方法がわからない」などの声が挙がったが，そのようなニーズにプログラムとして対応することは困難であった.「先行研究の収集方法」「研究方法論」「プレゼンテーション方法」など研究の各要素の理解を深めるため，横出しの研修プログラムを立案することも今後の検討課題である. もうひとつは，個別支援する側のマンパワーの問題である. 今回，大府センタースタッフ 3 名で 9 名の参加者の個別支援を行った. 通常の業務に加え，本プログラムを担当することを考えれば，2-3 名の担当が適切であると思われた.

文献

1）伊藤美智予，本田恵子，汲田千賀子，中村裕子，横井奈美，小長谷陽子（2013）「ケア実践者が研究的活動を行うことの意義と課題－認知症介護指導者養成研修における『個別課題』を通して」『日本認知症ケア学会誌』12（2），479-489.

2）中村裕子，汲田千賀子，本田恵子，伊藤美智予，横井奈美（2013）「ケア現場の課題を自ら解決していくための方法に関する研究－思考展開プロセスを明確にするツールの開発をめざして」『平成 24 年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書』33-58.

参考資料

認知症サポーターが活躍できる地域を目指した取り組み
～介護家族とサポーターへの現状調査から見えてきた課題～

社会福祉法人仁至会　介護老人保健施設ルミナス大府　井上卓

キーワード：認知症サポーター、地域、安心して暮らせる

１．背景と目的

2005 年「認知症サポーター（以下、サポーター）100 万人キャラバン」の取り組みが始まり、2013 年現在で全国のサポーター数は 400 万人を超えた。全国的には地域の企業も認知症サポーター養成講座（以下、講座）を受講し、職員が企業サポーターとして活躍する場面も増えてきている。

サポーターの大きな役割として、「地域の中での見守り」「正しい知識を理解し伝える」がある。しかし、数が増加しても、地域で暮らす認知症の本人及び家族のサポーターに関する認知度が低いというデータが報告されている。

実際、講座を受講しても、その後に何をして良いか明確にならず、活躍できていないサポーターも多い。講座のテキストに「認知症サポーターは特別に何かをする人ではありません」と記載されており、受講後の支援体制が整っていない事が理由に一つとして考えられる。よって、現在の講座のあり方を検証する必要があるのではないかと考えた。

そこで、本研究では、A 県 B 市の家族・本人のニーズを再調査すると共に、サポーターが抱えている課題を明らかにする事で、講座終了後もサポーターが地域を支える一員として活躍できる仕組み作りを目指す事を目的とし、講座修了後の活躍できる環境の整備やフォローアップ体制、また、サポーターの知名度を上げるための啓発活動、企業サポーターを増やす為の働きかけを一体的に行った。その中でも今回は、基礎となる本人・家族、サポーターの抱える課題を調査しまとめたのでここに報告する。

２．対象と方法

（1）在宅生活をされている、認知症の本人及び家族に対し、生活上の課題や困難な点について、B 市内３か所の居宅介護支援事業所の協力を得ながら 23 名にインタビュー調査を実施した。内容としては、１）買い物、２）金融機関の利用、３）公共交通機関の利用、４）その他の４項目で、認知症の本人が関わる事があるかどうか、また、実際に困る事があるか、あるとしたら周囲にどのような支援を求めるかについて調査した。

（2）講座受講者 231 名に対し、サポーターとなって活動可能な事、活動が困難な事とその要因をアンケート調査した。

３．倫理的配慮

対象者に対して、本研究の目的、方法、また個人が特定されないことなどを説明し文章及び口頭で同意を得たうえで、法人内の倫理委員会の承諾及び関係機関の承諾を得た。

４．結果

（１）本人・家族へのアンケート結果

	困っている割合	困ったこと	支援してほしいこと
１）買い物	3割	・同じものを買ってくる、 ・余計な物を買ってくる ・支払いについて困っている	・温かく見守ってほしい ・買い過ぎや同じものをいつも買っている時は声を掛けてほしい　等
２）金融機関の利用	1割	・ATM の操作 ・お金の引き出し回数の増加	・さりげなく操作を教えてほしい ・定期等、色々進めないでほしい　等
３）公共交通機関の利用	1割	一人で出かけてしまい帰れなくなった	・困っている様子がある時は駅員さんや警察に連絡してほしい　等
４）その他	5割	・外に出て行って、いなくなる心配 ・外出時等のトイレの介助 ・ゴミ出し ・地域の認知症に対する理解が低い等	・一緒に散歩して欲しい ・話し相手のなって欲しい ・いなくなった時に探して欲しい ・外出時のトイレ介助等手伝ってほしい　等

※金融機関で約 7 割、公共交通機関で約 8 割はそれぞれ利用していない現状も分かった。

（２）講座受講後アンケート結果

サポーターになって可能な活動に対する回答では、声掛け、見守り、認知症についての正しい知識の啓発、本人家族の相談との回答が多かった。サポーターとして活動が困難な内容に対する回答では、声掛け、金銭が関係する事、プライベートに入り込みすぎる支援、時間的拘束をされる事、本人・家族が支援を受け入れないケースとの回答が多かった。サポーター受講者の年代別でも出来る支援等に多少の差があり、20 代では“認知症に対する知識を広げていく事”が出来るとの回答が一番多く、年代が上がるごとに“声掛け”や“家族の相談”と回答する人の割合が増加していた。また、時間的拘束があることは難しいとの回答は 30 代、40 代が他の年代より多い結果となった。

５．考察

買い物の場面での支援ニーズが高い事が分かったが、一般サポーターでは金銭関係の支援が難しいとの意見もあり、スーパー等の店員向けの講座も必要だと考えられる。しかし、B 市では、現在企業サポーター養成は進んでいない為、インタビュー調査の事例を提示しながら企業へも講座を進めて行く必要があると考えられる。また、身近な場面での困りごとには、近隣住民等の顔馴染みの支援を望んでいる事から、より地域に密着したサポーターのネットワークの構築も必要である。

受講後の役割が曖昧な点は、本人・家族からの調査内容を講座中に伝える事で、ニーズに沿った役割が明確になると考える。また、サポーター年代別で活動できる内容にも差がある為、年代に合わせ講座の内容を検討する事も必要である。今後さらに、サポーター養成後、より小さな地域毎のネットワークの構築、継続的なフォローアップ体制、受講後の活動状況の把握、サポーターの認知度向上を一体化して行っていく必要がある。

「認知症デイサービスが地域住民の社会資源となるためのアプローチ」

ハーモニーこがなの家　木村　悠紀

キーワード：認知症あんしんサポーター講座　地域住民へ行事の案内　仲間を増やす

１．背景と目的

住み慣れた地域で安心した生活を送れることをめざし、地域密着型施設は生活圏域を大切にしている。しかし、実際には課題も山積している。私の勤務するところでは、そのひとつに「施設を利用している高齢者に周囲の道を歩いてほしくない」という住民からの意見があり、このことで、認知症という病が理解されず、そのことが偏見をもたらしていることを認識した。しかし、住み慣れた地域で暮らしていくことを実現することは、近隣も含めた関係性の中でしかなしえないと専門職として感じており、地域の理解を得たいと考えてきた。

当初、私たちはこのような住民の言葉に嫌悪感を抱いたが、お互い言い争いをしても理解し合うことは出来ないと感じ、まずは住民の思いを知るための関係つくりに目を向けた。近隣の方々には挨拶することを意識づけ、当施設の前の道を誰がどの時間通っているのかがわかるようになってきた。毎朝の掃除では「いつもきれいにしてくれてありがとう」と会話がうまれるようになった。継続し続けたことで、徐々に話しかけてくれる住民が増えていった。更に次の段階として、ご利用者の創作作品を展示・販売する「こがなの家工房」を開設し、現在ではここに下校途中の小学生が寄るようになったり、そこから更に地域向けに目を向けるようになり、夏祭りやもちつき会、小学生とのおやつ作り、認知症あんしんサポーター講座などを行ってきた。

これまでは、デイサービスから発信してきたが、地域住民と一緒に地域で認知症の方の生活を支えていくためには、地域住民の力を借りながら、地域の社会資源として機能していくことが必要である。そこで、本研究では、行事を通して地域住民へのアンケート調査を行い、ニーズを把握し共に地域で活動できる方法を探ることを目的とする。

２．対象と方法

（１）地域住民が当施設に求める役割に関するアンケート調査

対象　夏祭りの来場者

方法　自記式アンケート調査

実施日　２０１３年８月３日（土）

（２）２０１３年１１月１７日　認知症あんしんサポーター講座（以下サポーター講座）の開催

対象　サポーター講座を受講した者

方法　アンケート調査

※サポーター講座は開催日より 3 週間前に 200 部の案内チラシをポスティングし、受講者を募った。）講座を受けた後の住民が住む地域に対して思うことについてアンケート調査を行う。

３．倫理的配慮

住民を特定できないよう無記名でアンケート調査を行う。

４．結果

（1）夏祭り参加者のアンケート結果

夏祭りへの参加者を増やすために事前にポスティングを行うなどした結果、約４０名の来場所があった。そこで実施したアンケートでは、認知症についての講座があれば参加したいという認知症高齢者への理解などのニーズが高いことが明らかとなり、そのニーズに応える必要性が生じた。

（2）サポーター養成講座の実施とアンケート

サポーター講座の参加人数は 7 名であった。性別は男性１名、女性 6 名であった。参加者の年齢は 17 歳～60 歳であった。受講者へのアンケート調査では質問に対し自由記述で回答を求めた。その結果、受講理由は‘地域の方々と一緒に学べるので参加した’‘認知症に興味があり将来的にも知っておくべきだと思った’という回答が見られた。また、今回の学びをどう伝えることができるかという問いについては、‘認知症の方へのサポートが必要なことを伝えていきたい。講座を受けてくれる人を増やしたい’‘今回の災害（９月１６日の台風）で地域の人たちの認識が変化しつつあるため今日頂いた資料を活用したいと思っています’という回答であった。

認知症になってもこの地域で暮らし続けたいと思うかという問いでは、そう思う 5 名　無記入・わからない 2 名であった。どんな地域なら安心して暮らせると思うかという問いでは、‘自分が困ったときや不安なときに声を掛けてくれたり、支えてくれる付き合いが出来るような町’という回答がみられた。講義を受けての感想では、‘まだまだ地域との関わりが少ないのでもと地域の方と関われるとみんなが安心して暮らせるんじゃないかな’、‘これから先、地域で必要になって来るでしょう。地域貢献できれば’‘若い人たちでももっと知るきっかけが出来るよう参加しやすい形があれば’という意見があった。当施設でボランティアをすることに興味がありますかという問いでは５名の方が‘興味がある’と回答した。

５．考察

夏祭りでは、地域住民にも呼びかけることで、デイサービスの雰囲気を伝えることができた。さらに、サポーター講座を開催することで、当施設の活動を知り、理解してくれる地域住民の方が増える一助となった。サポーター講座を受けた人たちが当施設のボランティアとして活躍していただけることによって、ともに地域行事などに参加し、地域と社会資源としてのデイサービスとの距離を短くしていくことが可能になると考えられる。そのことによって、より相談しやすい社会資源の一つとして地域に貢献できる施設に近づくことが可能になる。

また、このことは災害時の支え合いにもつながると考えられる。アンケートの記述にもあったが、９月１６日の台風の影響で桂川が氾濫した日のことだ。実際に防波堤が決壊し川の水が町に流れ込んできた。国道では腰の当たりまで増水し、当然デイサービスは中止せざるをえなかった。しかし、ご利用者も被害にあわれておられ、家にお伺いするだけでほっとされた表情を浮かべておられた。人助けはデイの役割ではないと言われることもあったが、生死を分けたあの状況ではそんなことも言っていられなかった。何かあった時に気にかけてくれる人がいるような助け合える町づくりをしていかなければ地域で暮らしつづけることは難しいと実感した。住民同士が繋がりを作り、地域で高齢化をはじめとして起きる問題を解決する力をつけていく必要性がある。当施設で地域向けにサポーター講座や行事などを開催することで、地域住民が気軽に集まれる場所と認識してもらうよう、今後も努めていきたい。当施設が住民にとって気軽な社会資源となれば、住民間との関係性を深めていくことが少しずつできるのではないかと考える。

地域における認知症理解に向けた出前講座の意味と課題
―社会資源としてのグループホームから発信できること―

グループホームふれあい　　桑原さわ江

キーワード：地域密着型サービス、出前講座、地域づくり

１．背景と目的

社会福祉施設は、地域の社会資源として重要な役割を担っている。認知症グループホームはその中でも地域密着型サービスとして、より身近な存在である。しかし、必ずしも同じ地域に住む住民としての関係性が築けていない現状がある。地域でのグループホームの役割のひとつには、認知症の人が安心して暮らせる地域づくりの一端を担うことであり、そのためにできることは、小規模な事業所であるメリットを生かした地域に根差した活動だと考えている。

認知症の専門であるグループホームからの地域への働きかけは、地域住民の認知症介護への関心を深めることとなり、身近な相談窓口としての機能を発揮することを可能とし、地域の拠り所にもなりうると考えらえる。

以上のことを実現していくために、本研究では、その切り口として地域の社会資源であるグループホームが住民に向けて小規模な認知症に関する講座を開催し、①認知症の正確な知識を持ってもらい、病気の理解をしてもらうこと、②グループホームの役割を知ってもらうことを通して地域との関係性を構築する手掛かりを探ることを目的とする。

２．対象と方法

Ａグループホームの近隣住民、４８軒全戸に講座開催のチラシを配布し、受講者を募集した。事前に区長、組長あてに本研究の実施協力依頼をした。一回の講座は５名程度とし、参加者が希望する場所で行うこととした。

（１）　認知症講座

認知症の正確な知識を知ってもらうための講義を行い、わかりやすい言葉で説明をした。また、グループホームを知ってもらうために実践内容を説明した。受講者が認知症について知りたいことは可能な限り質疑形式で応えた。

（２）　アンケート調査

講座修了時にアンケート調査を行った。このアンケートは、認知症の理解度とグループホームについての理解度が主な内容である。

なお、上記実施期間は、９月下旬から１０月中旬である。

３．倫理的配慮

自施設の代表者に、研究発表の承諾を得た。講座に参加し、協力を得られた人に研究の目的と発表することを文書を用いて説明し、同意を得ている。また、個人が特定されないように、報告内容に配慮して報告することも文書で同意を得た。

４．結果

４８軒中４軒（計１６名）からの申し込みがあり、各自宅で講座を行った。

（１）受講者の概要

この講座の受講申し込みのあった４軒の概要は、①現在認知症のご本人とそのご家族、②地域での開催される講座に出向きにくい高齢のご夫婦、③自分の希望通りの時間に講座を受けられるということに関心をもった方、④気心知れた友人と自宅で聞けるという高齢の方であった。また、中には認知症の方自身も家族と一緒に認知症の話を聞くという場面も見られた。

（２）講座の実施内容

受講者は最小２名、最大８名で実施した。認知症サポーター養成講座の基本的な主旨はおさえつつ、普段のグループホームがどのような場所であるのか、その実践を中心に説明し、受講者の理解を深めるように努めた。さらに、出前講座であり少人数であることから、受講者が「聞きたい」「知りたい」と思っていることを、質問してもらいながらその回答をしていくという形で、認知症の理解を深めていくようにした。受講者からは、「今のケアプランの内容が認知症の方にあっているのか」、「物忘れをしているけど、私は認知症なのか」、「自分たちの近所にいる認知症の方への声掛けの仕方や見守りの具体的な方法を教えてほしい」というような質問などがあり、個別性の高い質問に対し、より具体的に答えていくことができた。

（３）アンケートの結果

アンケートには、講座参加者１６名全員からの回答を得た。８割が認知症についての理解が深まったと答えた。また、身近な相談窓口の設置について全員が必要としていることがわかった。さらには、９割がグループホームへの理解が出来たと答えた。

また、自由記述の感想では、気軽に相談できる先があることがわかって安心感がある、生活の中に生かしていける体操を教えてもらって嬉しい、役に立ったなどがあった。

５．考察

出前講座の開催にあたって、対象の４８軒すべてを訪問してチラシを出来る限り手渡しする方法をとったことで、こちらの趣旨を直接伝えることができた。そしてこの方法によって、地域住民の反応、表情、思いを直接読み取ることができた。

また、出前講座という形式により他人が自宅に入ることの抵抗感があり、受け入れられないのではという懸念があったが、むしろ気心知れた人たちだけで聞けることを理由に歓迎された。また、今回のような出前講座は、これまでの認知症サポーター養成講座の内容の基本を網羅しながらも、ニーズに合わせた内容で行えるため、より個別性が高くなり、受講する側にとって自分の知りたい情報や質問を気兼ねなくできるという効果があった。今回、講座の規模を５名程度の小規模にこだわったことも、前述の個別性を重視することにより受講者側の積極的な姿勢を促すのではと考えたからであった。このことについても、実際の講座の中で質問が出やすく、これまでの大規模の講座よりも多くの情報を伝えることができた。それは、アンケートの自由記述の感想からもうかがえた。地域との関係性を構築する手掛かりのひとつとして、グループホームが出前講座を開催したことによって、地域住民の「なんとなく知っていた」を「よくわかった」へと変えていくことにつながった。これは、認知症の理解だけではなく、グループホームへの理解をも含んでいる。また、社会資源であるグループホームが地域の中での情報発信と相談機能の側面を求められていることが明らかとなった。

しかし、今回のような形態の講座開催には人員の確保および、一事業所が担える限界といった課題があり、今後は他事業所との連携も視野に入れた取り組みを考えていく必要性がある。

地域住民から求められ、地域に根付いたデイサービスとなるために
～施設開放までの手順とこれからの課題～

社会福祉法人　野並福祉会　堀田デイサービスセンター　斉藤　公隆

キーワード：地域交流、施設開放、デイサービスの役割

１．背景と目的

堀田デイサービスセンターがあるＡ市Ｂ区は、人口が約 11 万人、内 65 歳以上の人口は約 2 万人である。区内には、一般型デイが 23 施設、運動機能向上を目的とした短時間デイが 8 施設、認知症対応型デイが 5 施設あり、施設数は飽和状態である。また、介護や機能訓練に重点を置いたもの、レスパイト中心のもの、サービス提供時間の長短、事業所の規模、泊りなどの介護保険外のサービスの追加など、様々なサービス提供の実態がある。これは、利用者を預かるというだけという介護者側に立つ視点から、目的に沿ったデイを利用するという利用者視点への変化、すなわちデイサービスの役割が多様化していることを表している。

各施設が独自性を打ち出す中、当施設は住民に求められ、地域に根付いた施設、言いかえれば気兼ねなく立ち寄り介護について相談できる等、地域住民に必要とされる施設になる事を目指している。例えば、地域包括支援センターから委託を受け、高齢者福祉なんでも相談所（当施設は通所介護事業に合わせて、居宅介護支援事業も営んでいる）を開設しているが、月一回の相談がある程度の現状である。

本研究では、地域住民に施設をより身近に感じて頂く為に、休日の施設開放を試みることで、地域との交流を進める際に発生する課題や、必要な手順及び当日に至るプロセス、より地域に根付いた施設になるための示唆を明らかにすることを目的とする。

この取り組みは施設側（送り手側）がいくらアプローチを掛けても、住民側（受けて側）が成果を判断するものであり、短期間で結果を求めることはできない。そのために、アンケートや聞き取り調査を実施し、次回の施設開放に繋げる予定である。

地域によってデイサービスへ求めることは、当然違ってくるであろうが、その際に必要な手順や、より効果的な内容や方法を掲示することは、施設開放の手段を模索する施設にとって有効な資料となると考えられる。

２．方法と対象

①施設開放に至るまでのプロセス及びイベント内容を記述、②施設開放来場者約 200 名を対象にアンケートを実施し、課題や要望を明らかにした。

３．倫理的配慮

対象者に、本研究の趣旨と個人が特定されない旨を文書で説明し同意を得た。

４．結果

１）施設開放に至るまでのプロセス

①施設開放３ヶ月前より、月１回開催される町内会長会議に出席、民生委員長、学区長及び女性会長へ、管理者自身の自己紹介と共に、施設開放の概要の説明を行った。特に町内会長会議では、毎月出席し施設開放に向けての進行状況説明を行った。（合計３回出席）

②近隣の保育園２施設、幼稚園１施設、小学校１校へ出向き、施設開放の内容説明等の挨拶を行った。（保育園、幼稚園は、保護者へのチラシ配布の了承を頂く。小学校では校門前の掲示板にてポスターを掲示の了承を頂く）

③近隣住民へ模擬店の招待券を添付したチラシ 300 枚を配布した。

２）イベント内容

施設開放を行うにあたり、基本理念は『堀田デイの取り組みを地域住民に知って頂く』である。そのために、模擬店やゲームでは、実際に利用者が食べている形態や、レクリエーションで行っているゲームを採用した。施設開放で行うイベントは、模擬店、ゲーム、高齢者福祉ミニ講座、おやつ作り、足浴である。また、高齢福祉ミニ講座、足浴は大人、ゲーム、おやつ作りは子どもを対象とした。また、施設内を混乱なく過ごして頂く配慮として、ミニ講座やおやつ作りの配置場所や、開催時間の調整を試みた。

３）アンケート結果

当日は大雨の中、約 200 名の来場者があった。アンケートの回答は 100 名あり、約半数は当施設を利用していない高齢者からであった。どの年代の来場者からもイベントに対して高評価を得た。

５．考察

約 200 名という期待以上の来場者があったのは、以下の三点の要因が考えられる。①民生委員や町内会長との顔の見える関係作りにより、彼らが地域の高齢者へ働き掛けを行った。②区社会福祉協議会及び地域包括支援センターの協力が得られた。その理由は、先に述べた高齢者福祉なんでも相談所や予防給付のケアマネジメントの委託、同センターが主催する認知症家族教室の企画参加依頼を快く受けていたことで、信頼を得ることができていたことが考えられる。

また、地域包括支援センターからの紹介により、区社会福祉協議会の職員で、当施設が所在する学区担当者から学区会長や区政協力委員長、女性会長等の地域福祉に携わる方と引き合わせて頂く協力を得る事ができた。③小学校や幼稚園へ挨拶に出向く際、地域に住む職員の親族が橋渡しとなった。

今後の予定であるが、今年も施設開放を開催する。地域住民にとって施設開放が毎年恒例の行事として浸透していくことが趣旨である。ここで課題を二つ挙げる。一つ目は、今回の取り組みは施設管理者である私が中心となって企画運営をした。次回からは現場職員へ役割分担を図っていく。二つ目は、アンケートの結果を踏まえて、継続的に地域住民の要望や期待を汲み取り、より効果的な施設開放を開催する。

開設後３ヶ月のグループホームにおける課題

入居者家族を対象とした聞き取り調査を通して

滋賀県　坂口　直司

キーワード：開設後３ヶ月、グループホーム、入居者家族

１．背景と目的

平成19年1月、筆者は人口約13,000人（高齢化率約19%）のA町に1ユニット9名の認知症対応型グループホーム（以下GH）を開設した。当GHはA町で初めて、民家や寺社と隣接する地域の中に開設された。平成16年12月のNPO法人設立からGH開設までの間、地元の反対が強く、承諾を得るのに3年の月日を要した。

平成24年7月、筆者は認知症介護研究・研修大府センターにおいて、認知症介護指導者養成研修を受講した。研究テーマは、「開設から5年が経過したGHに対し、入居者、家族、地域住民等はどのような期待を寄せているのか」であった。その結果に基づけば、GHには、“家”としての温かみのある持ち味を大切にして、住み慣れた地域で安心した暮らしを支えていくための役割が期待されていた。安心した暮らしを支えていくために、職員の視点に加えて、入居者、家族の意向とバランスを取りながら、GHの暮らしの中で、入居者の役割を見つけていくことが今後の課題である。

筆者は、調査結果で得られたGHへの期待の大きさから意を決し、平成25年6月、A町の別の地域にGHを開設した。GHが安心した暮らしの場となるには、入居者の役割を見つけていくという一手段だけでなく、GHが抱える課題を明らかにし、それを克服していくことが大切であると思われる。

そこで本研究では、GHが安心した暮らしの場となるように、開設後3ヶ月という比較的早い時期にGHが抱える課題ついて、入居者、家族、職員の視点から明らかにし、さらに当該GHにおける入居者のケアを行う上で、入居時点でのアセスメント不足を補う為に、職員各自の視点でアセスメントを行い、得られた情報を職員間で共有することによって、今後の当該GHにおける認知症ケアのあり方について検討を行った。それらのうち本稿では、入居者支援と同時に、家族支援も重要と考えたことから、家族調査を取り上げて報告する。

２．対象と方法

GH入居者（9名）の家族11人に対し調査を行った。日程調整の上、自宅もしくはGHで、1家族あたり約40分、個別に聞き取り調査を実施した。調査期間は平成25年9月1日～9月30日である。主な調査項目は、「GH入居後の家族が抱える不安や心配ごと」、「家族から見た本人の様子」である。

対象者の属性は次のとおりである。性別は、男性3人（27.3%）、女性8人（72.7%）であった。年齢では50歳代8人(72.7%)、60歳代3人(27.3%)であった。続柄別でみると、娘4人(36.4%)、嫁4人（36.4%）、息子2人（18.2%）、甥1人（9.0%）であった。

３．倫理的配慮

本調査では、収集したデータは研究目的以外には使用しないこと、研究成果を発表する際には個人が特定されるような情報を用いず、プライバシーの保護に細心の注意を払うこと、研究協力を辞退したことによって不利益を被ることはないことなどを書面と口頭で説明し、同意を得て実施した。

４．結果

「入居後の不安や心配ごと」について、6 人（54.5%）が「ある」と回答した。具体的には、「母に GH 入居の話をすると、“私にだまってなんて勝手なことをするの”と入居前日には興奮して物を投げ、私に強くあたって泣く姿が見られた」、「父に GH 入居の話はせずに“デイサービスへ行く”と言ってここへ来た。申し訳ないことをしたと思っている」、「入居から 1 ヶ月半くらいまでは、家族としてどのように対応したら良いか困った。GH の暮らしに慣れるまでは母に会わない方が良いのではないかと面会を控えていた」、「父の面会になかなか行けず申し訳ないと思っている。頻繁に面会に訪れると、“家で看られるのではないか”と、親戚や近所からも言われそうで心配であった」等の回答があった。以上の回答から、GH 入居によって家族はすぐに安心を得られたわけではなく、むしろ入居を決断した後にも葛藤が生じている様子がうかがえた。

入居から 3 ヶ月が経ち、「家族から見た本人の様子」については、「家で暮らしていた時は義母が怖くて会話すらできなかったが、先日の面会で久しぶりに義母と笑って会話することができた。義母が“もともとあんたとは気が合うしな、出会いに来てくれてありがとう”と言ってくれたことがとても嬉しかった」、「家で一緒に暮らしていた時よりも、優しい言葉で接することができる」などの回答があった。

５．考察

林崎ら[1)]は、GH ケアが家族に与える効果として、「安心して預けながら自分の暮らしの再建ができる。心身の暮らしに余裕ができる中で、本人への思い、家族としての思いを吟味しなおし、本人へのかかわりの意欲を蘇らせる」と述べている。本研究に基づけば、家族の言葉のなかに「面会に行った時に、本人から“ありがとう”という言葉が聞けて嬉しかった」、「家で一緒に暮らしていた時よりも、優しい言葉で接することができる」とあるように、家族関係の修復にも、GH ケアは効果を及ぼしていることが確認できた。

一方で、家族は GH 入居から 1 ヶ月半くらいまでの間、入居者本人や GH に対してどのように関わると良いのか、戸惑い悩む時期であることがわかった。また、「本人が GH の暮らしに慣れるまでは面会を控えた方が良いのではないか」、「本人の面会に行き過ぎると親戚から家で看れるのではないかと言われそうだ」など、家族のなかには意図的に本人や親戚、GH 職員に遠慮をしながら面会を控えていたこともわかった。職員はこのことを理解し、この時期に介入することが求められる。入居から 1 ヶ月半は、家族の悩みを受容し、家族との信頼関係を築いていく大切な時期であると示唆された。

【文　献】

1）林崎光弘，末安民生，永田久美子：痴呆性老人グループホームケアの理念と技術.バオバブ社，1996.

職場における主観的ストレス要因の把握
入職時と入職後2年目の比較

一般社団法人　愛生会
介護老人保健施設　おおやけの里
辻　智典

キーワード：ストレス、メンタルヘルスケア、介護職員

１．背景と目的

筆者は管理職という立場と介護福祉士としての経験から、介護職員のストレスに対して関心をもってきた。平成24年12月に行われた認知症介護指導者養成研修での個別課題では、平成24年4月に当施設へ入職した職員（以下新人職員）のメンタルヘルスケアの充実及び、人材育成システムの強化を目的に、新人職員の主観的ストレスをインタビュー調査から把握し、その支援の方法を検討した。

その結果、新人職員の主観的ストレスには①業務から生じるストレス、②指導方法から生じるストレス、③職員との関係から生じるストレス、④利用者との関係から生じるストレスがあることを明らかにした。また、これらのストレス要因の関連性も検討し、指導方法が新人職員の業務の習得に影響を与えることも指摘した。その後、これらのストレス要因に対して組織的かつ計画的な対策を実施してきた。指導者の存在、指導方法の重要性を再確認した研究であった。

本研究では、平成24年度に入職した新人職員を追跡し、入職後2年目の職員の職場における主観的ストレス要因をインタビュー調査から明らかにすることを目的とする。今後5年程度、縦断的に調査を実施することで、当施設における職場環境の充実に繋げたいと考えている。

２．対象と方法

入職後2年目の職員を対象としたインタビュー調査を実施し平成24年度からの変化を把握する。

１）対象：平成24年4月に入職し、就職後2年目の常勤介護職員9名（男性5名、女性4名）を調査対象とした。平成24年4月に入職した職員数は11名であり、2名退職している。

２）期間：平成25年11月16日から平成25年12月5日である。

３）調査方法

①調査方法：個別に半構造化インタビューを30分程度行った。インタビューは対象者の同意を得て行い、ICレコーダーに録音した後、文章化を行った。

②分析方法:職員が感じている主観的ストレスについて、質的帰納的に分析した。分析から得られた内容については、平成24年度の調査と比較し、主観的ストレスの現状と変化を検討した。

４．倫理的配慮

実施前に、本研究の主旨の説明と調査協力の依頼を文章と口頭で行った。協力は自由意志によるものであること、参加の有無において不利益を被らないこと、個人が特定されないように分析を扱うこと、収集したデータは本研究以外には使用しない事を書面で確認し同意を得た。また、今後継続的に調査を実施することを文章と口頭で合わせて説明し同意を得た。

５．結果

１）職員の属性：平成 25 年度調査では年齢では「20 歳代」が 7 人(77.8%)だった。通算経験年数「1 年～2 年未満」は 7 人(77.8%)、4 年～5 年未満が 2 人(22.2%)であった。

２）平成 25 年度インタビュー調査：主観的ストレスで最も多いコードが生成されたのは「①利用者との関係から生じるストレス」であり、カテゴリとして【認知症利用者の転倒】、【認知症利用者とのコミュニケーション】等がみられた。

「②業務から生じるストレス」では【一人での業務】、【多忙な業務による利用者との関わり】等がみられた。「③職員との関係から生じるストレス」では【職員間のコミュニケーション】、【業務での連携】があがり、「④指導者との関係」では【相談する機会がすくない】、【意見の相違】がみられた。入職時期からの変化とポジティブな要素では【業務の理解】、【職員の異動による変化】等 4 つのカテゴリが生成された。

３）平成 24 年度調査と平成 25 年度調査の比較：平成 24 年度調査では、「業務から生じるストレス」(34)が最も多く、「指導方法から生じるストレス」(16)、「利用者との関係から生じるストレス」(13)、「職員との関係から生じるストレス」(11)と続いた。一方、平成 25 年度調査では、最も多かったのは、「利用者との関わりから生じるストレス」(26)、「業務から生じるストレス」(11)、「職員との関係から生じるストレス」(8)、「指導者との関係から生じるストレス」(4)であった。

６．考察

平成 24 年度調査と平成 25 年度調査の比較から、両調査において最も多くみられたのは、平成 24 年度調査では「業務から生じるストレス」であり、平成 25 年度調査では「利用者との関わりから生じるストレス」であった。特に、【認知症の利用者への対応】にストレスを感じていた。この変化がみられた要因として、平成 25 年度調査では、「業務への理解が深まり、職員間の連携が図られ、円滑に業務を遂行できる」ようになっていることが考えられる。つまり、入職時は業務を習得することが中心であり、それに伴いストレスを感じていた。しかし、入職 2 年目の職員は業務が円滑に遂行できるようになり、利用者の対応、支援に意識が向くようになるため、このようなストレスの変化が生じたと考える。

今後は、1 年目には業務の理解を中心に行い、2 年目に利用者への深い理解を促す教育を行う等、入職時期のストレスに応じた指導方法の検討が必要不可欠であると考える。

認知症高齢者の生活支援を難しくする要因とプロセスに関する研究
～介護職員の語りから～

高槻けやきの郷　　引野　好裕

キーワード：生活支援、特養、介護職員

1.　背景と目的

今日、特別養護老人ホームは、人生の最期まで支援する役割が期待されている。介護施設で行われるケアは、身体介護だけではなく、生活全般を支援することが必要となりなおかつ、それは人生を終えるところまでつながっている。特養に入居している 9 割になんらかの認知症の症状があるといわれている中で、生活ニーズに着目し、認知機能の低下によってもたらされるさまざまな症状を読み解き高齢者を支援していくことは困難なことも多い。さらに、認知症の方の専門フロアとなれば、なおさらであり、日々の介護に精一杯となってしまうことも多い。そこでは、BPSD が顕著に表出されている高齢者の言動に対応していくことが最優先され、その対応が上手くいったかどうか、どうすればうまくいくのかに注視している。しかしながら、上手くいかないについては、なぜうまくいかないのかの原因を分析しないままに、次の方法を考え、常に先に進んでいかざるを得ないのが介護現場の現状である。そのため、「上手くいった方法」つまり、対症療法のみが蓄積され、職員に伝承されていくのである。

そこで、本研究ではユニット型特養における認知症高齢者への生活支援を探求するために、うまく支援ができなかったと職員が感じている施設で逝去されたケースをもとに、その要因を分析することを目的とした。

2.　対象と方法

（１）　調査対象者

入居者 A 氏の支援に関わった介護職員のうち、同意を得られた 8 名を調査対象者とした。

（２）　A 氏の概要

A 氏（要介護度３、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa、入居年齢 92 歳、女性）は、B 市で生まれ育ち、百貨店の着物売り場で長年勤めてきた。退職後、入居前は近隣のコミュニティーセンターでの活動に参加していたが、認知症の症状が出てからは参加しなくなった。入居前は週に６回認知症対応型通所介護を利用していた。特養入居後は、入居当初から「帰りたい」と頻回にみられた。入居後１年 4 ヶ月で逝去した。

（３）　調査方法

入居してから退居するまでの日々の過ごし方、ADL の変化などについて生活記録を振り返り筆者がタイムラインを作成した。次に 2013 年 10 月 29 日～11 月 2 日にかけて、一人当たり 15 分～30 分で半構造化インタビューを行った。調査内容は、①どのように支援しようとしていたのか、また具体的な支援内容、②A 氏の情報をどのように共有しようとしていたのか、③支援から職員の想っていたことの３項目である。内容は IC レコーダーで録音し、逐語録を作成した。インタビューおよび逐語録の作成は筆者自身で実施した。

（４）　分析方法

分析は、対話で得られたデータを分析する際に使う有効な手法である「質的データ分析法」を

用いて行った。８名分のインタビューデータを整理し分析するために、データの振り分け作業をするのに適している水野が提唱する簡易整理法と言われる変則 KJ 法を参考にカテゴリー分けをした。その後、「なぜ支援が上手くいかなかったのか」という視点でカテゴリー間の関連付けを行い、これをもとに図解化、文章化した。なお、分析結果の信頼性と妥当性を高めるために分析の全プロセスにおいて、研究協力者と意見が一致するまでディスカッションを繰り返した。

3. 倫理的配慮

本研究の趣旨を所属長に報告し、承諾を得た。また、職員に対しては得た情報は研究目的で使用すること､および分析にあたっては個人が特定されないように配慮することを事前及び書面にて説明し、承諾を得た。

4. 結果

インタビューを分析した結果、88 の一行見出しから 7 のカテゴリーが抽出された。分析結果については、カテゴリーを【　】、関連・中カテゴリーを《　》調査対象者の語りを「　」で記し、語りの中で省略された言葉を（　）で補足した。

A 氏の生活支援を困難にしたプロセスは、認知症の進行に伴い、職員は A 氏のできることを捉えることが難しくなり、《情報共有の不足》もあったため、個々の職員による《職員主観の支援内容》で支援が繰り広げられていた。そのことで「ずーっとその場しのぎのまま終わってしまったなってか、最後まで結局」という語りのように、《ごまかしの支援》となり、【その場限りの支援】が展開された。これらの継続は、次第に【イライラする職員】をつくりだし、A 氏にどのように接していいのかわからなくなっていた。そして、A 氏のことが【わからない】存在と認識していった。その結果、職員は A 氏の支援を【諦め】【辛い関わり】と感じるようになり、頑張ろうとする職員も【フロア内で得られない協力体制】の基で支援を繰り返すことの限界を感じ【行き詰まる認知症ケア】という状況となった。

5. 考察

本研究では、A 氏に対して職員間の適切なアセスメントができておらず、その場限りの対応になっていた。そのため必要な支援を提供することを阻み上手くいかなかったのである。「たぶん報われないってゆったらあれですけど」「(A 氏が) 変わってくれないから、もういっかみたいな雰囲気になってるんかなって」という語りからも、A 氏に対するケアを諦め、A 氏は次第にカンファレンス等の場で話し合われない存在になっていった。多久島らは、「ケア・スタッフが、自分の体験的に痴呆性高齢者の訴えや行動をとらえてしまうことで入所高齢者への関心度が低くなる可能性がある」と述べている。つまり、「私ならば」という自分の中の常識を相手にも当てはめて物事を考えようとし、その常識の範囲から外れるとわからなくなってしまい、わかろうとしなくなるということである。認知症という症状を捉えるよりも、一人の人として、その人の言動を見抜く力が介護職員には必要である。今回は、職員一人ひとりの視点の狭さが A 氏のアセスメントをしていくうえで限界を造り出し､支援を困難にしていた。この状況を改善するためには、職員ごとの A 氏の言動の捉え方の相違点を共有し､検討を繰り返すことで多角的な視点による支援が可能になるのではないかと考える。

そのためにも、今後は、その視点を養うために、研修等で知識を学ぶことも大切だが、それと同時に、職員一人ひとりが日々平穏に過ぎていく生活をも振り返るという場を作り、それを共有することでチームとしてのアセスメント能力の向上を目指していきたい。

グループホームの職員が把握している入居者の情報とその統合
―アンケート調査とカンファレンスを通して―

グループホーム アルテ石屋川　　平橋悠樹

キーワード：アセスメント、職員の視点、共通認識

１．背景と目的

認知症ケアをしていく上で知識や技術の習得以前に重要なことがある。それは、ケアする側が高齢者のことを「理解したい」と考えているかということだ。高齢者を理解しようとする気持ちや姿勢は自分自身のケアを変革させていく動機となる。そのためには、コミュニケーションをはじめとした多くのスキルが欠かせない。さらに、アセスメントや原因の分析の方法などを知る事は専門職として必須条件となる。しかし、認知機能の低下が著しい高齢者のニーズを探ることは、日常的な介護技術では対応が難しいことは周知のことである。さらに、BPSD 顕著な高齢者の場合には、ケアや日頃のかかわりについて検討がなされるが、そうでない場合には、日々穏やかに過ごすことが目的となってしまい、積極的なニーズ把握や情報交換は行われることがあまりない現状である。しかし、なんらかのケアが必要な状況で入居している高齢者に対して、本当にそれでよいのかという疑問もある。そこで、本研究では BPSD がないためかかわりが薄い入居者に関して、職員の有する情報の相違を明らかにし、カンファレンスを通して情報統合を行い、ケアの方法について検討することを目的とした。

２．対象と方法

（１）対象者は、グループホーム勤務の介護職員 13 名（常勤 11 名、非常勤 2 名）

（２）実施期間は平成 25 年 9 月 20 日（金）～平成 25 年 11 月 2 日（土）

方法は以下のとおりである。

1）情報収集のためのアンケートとして、センター方式のＤ－1 のシートを参考に、日常生活の中での様子や、認知症の症状などについて 11 項目のアンケート調査を実施した。

実施期間：平成 25 年 9 月 24 日～平成 25 年 9 月 30 日

【対象者概要】Ａ氏（70 代女性）、要介護度３、日常生活自立度Ⅲa である。意思疎通が難しくなっており、意欲の低下も見られる。

2）ケースカンファレンスの実施

集めた情報を基に、カンファレンスを開催し、実際のケア方法を話合い、方向性を確認した。実施日時：平成 25 年 11 月 2 日（土）14 時～15 時

３．倫理的配慮

対象の入居者に対しては、本人と家族に了承を得る。アンケートは無記名とし、今回の取り組みの前に、介護職員には口頭で了承を得るとともに、アンケート用紙に今回の取り組み以外では使用しないことを明記し周知した。

４．結果

アンケートは、職員 13 名中 8 名からの回答を得た。食事については 24 個、入浴については 22

個、排泄については 23 個、移動については 24 個、更衣については 21 個、好きな事については 11 個、嫌いな事については 13 個、認知症の症状として気になることについては 14 個、コミュニケーションについては 14 個、過去の生活歴については 19 個、その他については 13 個の A 氏に関する情報が挙げられていた。

挙げられた項目の中で、特に ADL の項目では同様の回答が見られたが、「洗身について一部は自分でしてもらっている」や「声掛けをしても全く動かしてくれないので、介助している」など、反対の回答をする職員もおり、介助の仕方が個々によって違っていることが明らかとなった。

次に、挙げられた意見をセンター方式のＤ－１焦点情報の「常時している（自立)」、「場合によってしている」、「場合によってはできそう」、「もうできない」の 4 つのカテゴリーに分類した。その結果、「場合によってしている」「場合によってはできそう」の項目に当てはまる内容が多く、「常時している（自立)」の意見はほとんど見られなかった。しかし、「もうできない」の項目に当てはまる意見も入浴以外では少なく、認知症が進行していてもまだまだ出来ることがあると考えている職員が多いということがわかる。

これらの挙がってきた意見を基にカンファレンスを実施した。例えば入浴では、できる事ととらえる者とできない事と捉える者とがおり、互いに A 氏のことについての回答にもかかわらず、職員間のバラつきが見られたことを共通認識した。その上で、まずは洗身、洗髪共に出できるところはＡ氏にしてもらう。その時々で理解ができないと思われる時は、声掛けや介助を行う。現状で、湯船に入ることはできても、なかなか出る時の指示が入らず、2 人介助になることが多いので、まずは持つ場所を指示し、一つひとつの動作をゆっくりと促してみる。また、浴槽内に浸かる時は、浴槽内用の椅子を使用して立ち上がりやすいようにする、といった具体的な実施方法を定め、職員間で共通の認識を持ちケアすることとした。

５．考察

アンケートにおいて、食事、入浴、排泄といったＡＤＬについてはＡ氏のできる事についての認識が全てではないが異なっていることが分かった。ケースカンファレンスでは、これらの情報がすべて提出されたことによって、今のＡ氏の現状が統合され、共通認識したことにより統一したケアの提供につながったのではないかと考える。また、このような形でアセスメントを行う事により、職員一人ひとりの視点の違いに気付く機会にもなったと考える。今回の研究を通して見えてきたこととしては、グループホームという小さなユニット単位であっても、職員一人ひとりの入居者に対する認識の違いが多くあったことである。ユニットの中に職員が数名いても、実際のケアの場面では一人で行うことが多い。それぞれが持っている情報を共有することができていないこともあり、その確認をする機会も平常時ではあまりなかったのではないかと考える。普段のケースカンファレンスにおいては、その時の問題点に着目することが多く、今回のような一つひとつの項目においてのアセスメントとモニタリングが足りていないことの再確認ができた。

日々のケアの中で、一人では得られない情報も、このような多くの職員との情報共有により、職員の味方や考え方が精査されていき、そのことによりアセスメントの視点が養われることにつながるのではないかと考える。

今後は、多くの情報を基に利用者一人ひとりに合ったケアが提供できるように、具体的なケアプランを作成し、共通認識のもとに展開されるケア実践につなげていきたい。

特別養護老人ホームにおける個別ケアに関する研究
従来型、ユニット型で働く介護職員のアンケート調査から

神戸高齢者総合ケアセンター真愛　松浦慎介

キーワード：従来型、ユニット型、個別ケア

1. 背景と目的

現在、特別養護老人ホーム（以下、特養とする）には従来型とユニット型という異なる形態の施設がある。従前、主流であった従来型は、効率的な介護が求められ「集団ケア」にならざるを得ない面もあった。入居者の尊厳ある生活を保障していくためには、一人一人の個性と生活リズムを尊重した「個別ケア」が求められる。この「個別ケア」を実現する手法として「ユニットケア」が推奨され、平成13年にユニット型特養が誕生した[1)]。

現在、形態を問わず特養に共通した課題が、入居者の重度化と多様化するニーズへの対応である。特養の平均要介護度は、平成12年に3.35であったが、平成23年には3.89に上昇している[2)]。また、今後、団塊の世代が後期高齢者に突入し、多様で個性的な、権利意識の高い高齢者が入居してくることも予測される。

こうした変化の中で、特養の介護職員が多様なニーズに応え、専門性の向上を図る為には、従来型とユニット型それぞれの介護現場で提供されている「個別ケア」はどのような状況であり、どのような課題があるのかを明らかにすることが必要ではないかと考えた。

そこで本研究では、介護職員のアンケート調査から、従来型及びユニット型特養における個別ケアの実態を明らかにし、個別ケアのあり方について検討することを目的とした。

2. 対象と方法

A県内B法人の特養C・Dに勤務する介護職員40名（従来型23名、ユニット型17名）を対象にアンケート調査を実施した。従来型21名（91.3%）、ユニット型15名（88.2%）から回答を得た。調査の手順は以下の通りである。まず「どのような場面で何をすることが個別ケアであると考えるか」に関する予備調査を実施した。次にその調査結果をもとに、食事、入浴、排泄、整容、余暇、認知症ケアの6カテゴリー、計30項目からなる個別ケア項目を作成した。最後に、「重要度」を「重要である」「ある程度、重要である」「あまり重要ではない」「重要ではない」、「実践度」を「実践している」「時々、実践している」「あまり実践していない」「実践していない」の4段階評価をしてもらった。

3. 倫理的配慮

対象施設の施設長の承認を受けた後、対象者に調査の回答は無記名式とし、協力の自由及び非協力によって不利益が生じることがないこと、得られたデータは個人が特定されないよう配慮して分析を行うことを文書と口頭で説明し同意を得た。

4. 結果

対象者の属性は、従来型 21 名のうち経験年数「1 年未満」8 名、「1 年～3 年未満」8 名、「3 年以上」が 7 名で、平均経験年数は 1 年 5 ヶ月であった。ユニット型は 15 名のうち経験年数「1 年未満」2 名、「1 年～3 年未満」13 名、「3 年以上」が 2 名で、平均経験年数は 1 年 7 ヶ月であった。入居者の平均要介護度は、従来型 4.0、ユニット型 3.6 であった。

「重要度」調査では、従来型、ユニット型ともに、個別ケア 30 項目に関して、概ね重要であると回答であった。全ての項目で「重要ではない」という回答はどちらの施設もゼロであった。

「実践度」調査では、従来型は「身体状況に応じて、自分で洗えるよう支援できる」14 名/21 名（66.6%)、「好きな時にその方が好きな音楽を聴いたり、テレビを見たりできる」17 名/21 名（80.9%）が「実践している」「時々、実践している」回答が高かった。一方、「本人の希望にあったネイルケア（爪切り等）ができる」11 名/21 名（52.3%)、「食べたいメニューを選択できる」9 名/21 名（42.8%）が「あまり実践していない」「実践していない」回答が高い結果であった。ユニット型では、「大きさ、量、味等、本人の好みにあわせて提供できる」12 名/15 名（80.0%)、「希望の場所（席）で食べることができる」10 名/15 名（66.6%）が「実践している」「時々、実践している」回答が高かった。一方、「酒、喫煙等、嗜好品を今まで通り継続して楽しむことができる」9 名/15 名（60.0%)、「帰りたいと希望される場合、一時的な方法も含め、在宅復帰を検討する」9 名/15 名（60.0%）が「あまり実践していない」「実践していない」回答が高い結果であった。

5. 考察

本調査に基づけば、従来型、ユニット型という異なる形態の特養であっても、入居者主体の個別ケアの重要性に大きな差はみられなかった。しかし、実践度においては、ばらつきがみられた。どちらの特養でも「あまり実践していない」～「実践していない」結果であった項目は、入居者の在宅生活の継続性のために実践度を高めていくことが求められる。

今後、重度化の進行とニーズの多様化とともに、個別ケアの必要性も高まってくると考えられる。入居者の QOL 向上を図るためには、介護職員が重度化と多様なニーズに応えるための、専門性向上を目的にした、スキルアップの仕組み作りを行い、個別ケアの実践度を高めていくことが重要である。

6. 引用文献

1）厚生労働省（2001）「全室個室・ユニットケアの特別養護老人ホーム（新型特養）の整備について」平成 13 年 9 月 28 日全国担当課長会議資料
2）社会保障審議会　介護保険部会（第 53 回）平成 25 年 11 月 27 日　参考資料

平成25年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

施設における認知症高齢者のQOLを高める新しい
リハビリテーションの普及に関する研究事業
－「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及－

ケア現場の課題を解決するための方法に関する研究
－高齢者施設全般で使用できるKCドリルの開発に向けて－

認知症介護指導者への「研究活動継続支援プログラム」の開発

発　行：平成26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
〒474-0037　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：常川印刷株式会社
〒460-0012　名古屋市中区千代田二丁目18番17号
TEL（052）262-3028　　FAX（052）262-1085