

# 認知症ケア充実を目指す エビデンスイン・ナラティブアウト型多職種共学活動

山口郁博<sup>†1</sup> 管谷由紀子<sup>†2</sup> 内田栄子<sup>†2</sup> 尾方睦望<sup>†2</sup>

**概要:** 認知症ケア充実を図るためには、ケア提供者間（多職種）の連携やエビデンス（先行研究）の学びが必要である。講演者らは、健康情報学分野の研究者、看護師、臨床美術士、音楽療法士、社会福祉士などを構成員とする共学活動を実施している。本稿ではこの活動の特徴である「エビデンスイン・ナラティブアウト」の考え方とそれに基づいた活動の成果について報告する。

**キーワード:** 認知症ケア, 多職種, 共学, エビデンス, ナラティブ

## Evidence-In and Narrative-Out Type Multi-Disciplinary Activity For Improving Dementia Care

MASATO TERADA<sup>†1</sup> TOSHIAKI NISHIDA<sup>†2</sup>  
SHUNSUKE UEMURA<sup>†3</sup>

**Abstract:** For improving care for individuals with dementia, multi-disciplinary cooperation and learning “evidence” (previous studies) are of importance. The authors have an activity to learn together whose participants consist of a health informatics researcher, a nurse, a clinical art therapist, a music therapist and a social worker. This paper introduce the concept of “Evidence-In and Narrative-Out” on which the activity is based and some outcomes of the activity.

**Keywords:** Dementia Care, multi-disciplinary cooperation, Learning Together, Evidence, Narrative

### 1. はじめに

認知症ケアの領域においてエビデンスベーストメディスンの考え方やナラティブベーストメディスンの考え方のいずれもが重要だと考えられる[1, 2]。しかしながら、両者は依って立つ哲学が大きく異なるため、むしろ二項対立的に捉えられることが多い[1]。充実したケアを実現するには、両者を調和させたケアの実践を探究していく必要がある。

本稿では、一つの具体的な方法として著者らが始めた「エビデンスイン・ナラティブアウト型多職種共学活動」を紹介する。ここで多職種として現在活動に参加しているのは、健康情報学の研究者と同一の認知症対応施設で働く看護師、臨床美術士、音楽療法士、社会福祉士の各一名である。エビデンスイン・ナラティブアウトは以下に説明するもの（我々の造語でおそらく他に使っている文献はない）で、実践と研究をあえて分けない立場から実践方法であると同時に研究方法にもなっている。

先ずエビデンスインは外部情報（エビデンス）をケア実践

主体（上記多職種チーム）の内側に取り込む際の様式を指す。具体的には認知症ケアにおける先行研究を学ぶ。最適なケアを行うためには、ケア提供者の経験や主観だけでは不十分であり、最新の研究（エビデンス）を学ぶ必要がある。エビデンスインでは一般性、普遍性、実証性、定量性、統計性、感情に流されない客観性などの属性が重視される。このような属性は一般に、「科学的態度」と称されるものであるが、ケア実践者がそれらを身に着ける機会は必ずしも整っていない。共学活動では研究者がそれを主導する。

実際には美術療法や音楽療法のエビデンスレベル[1]は高くない[1, 3]。そのことから、エビデンスを自らが「出していくこと（エビデンス創出 エビデンスアウト）」が臨床美術士や音楽療法士に課せられることがある。しかし、我々の学習活動ではそれを目標にはしない。エビデンスレベルを高めるためには、ランダム化比較試験（RCT: Randomized Controlled Trial）など、日常的なケアから離れた別途な試験と、そのための専門知識が必要となる。そのような研究はその専門家、専門機関に委ね、ケア実践者の視線はその対象者に集中されるべきであると考えられる。その過程で得られる内部情報こそ、他の外部情報にはない固有の価値があるので、それを発信していく様式をナラティブアウトと呼んでいる。ここで、その個人に特有なもの（個別性、個性）、

<sup>†1</sup> 東京大学  
The University of Tokyo.

<sup>†2</sup> 翔洋会  
Shoyo-kai

一過性で再現性のないもの（その人の人生）、共感的態度などを包含する概念として「ナラティブ Narrative」という用語を使っている。

これらの属性は科学的な考え方とは軌を一にしないため、科学の分野においては無視あるいは排除される。しかし認知症ケアのような対人援助領域の実践者に対しては最も重要な属性であると著者らは考えている。また、このような発信は、集団的記憶の継承あるいはその人を尊ぶこととしてそれ自体の社会的意義が大きいと考える。論文[4]はこの立場から書いたものである。そこでは、認知症者が描いた作品とともに、作者を主人公とした物語（作品の制作時の様子、その人となり、生い立ちを含めたヒストリー）を構成した。このような物語共同構成は、有効な介入方法を探る手掛かりになるだけでなく、ケアされる側とケアする側を合わせた全体でのオラリティ（共在を可能にする能力）を高め、それ自体を「意味生成ケア」[5]として位置づける。

「ナラティブ Narrative」は「物語」と訳されるように、言葉を用いた質的研究と同義的に理解されることが多いが、我々の考える「ナラティブ」では量的データを積極的に用いる。たとえば代表的な認知症スクリーニングテストであるMMSE (Mini-Mental State Examination) の数年間にわたる得点の推移は、その人のストーリー（ナラティブ）において大事な要素の一つである。量的データであっても、通常の量的研究においてなされるような統計処理を単純に行うのではなく、その人を理解する多くの事柄の一つとして捉えた場合、それは「ナラティブ」であると考えている。

## 2. 活動のアウトカム

### 2.1 臨床美術における対面形式の改良

臨床美術や音楽療法に関してはエビデンスレベルの高い研究論文は出ていないことを述べたが、近年、認知活性化療法(CST: Cognitive Stimulation Therapy)と呼ばれる療法の認知症治療効果（中核症状・周辺症状緩和）に対してランダム化比較試験に基づくレベルの高いエビデンスがイギリスの研究チームによって報告された[6]。この療法はクイズ、ゲーム、絵画・工作、ダンス、楽器演奏・歌など従来法の混合であるが、実施に当たってパーソンセンタードケアの基本理念に基づいた原則があり、「楽しい」ことがその一つである。このような当然と思われることが原則として挙げられている背景には、この療法の前身であるリアリティーオリエンテーション（現実における反省がある。つまり、「今日が何曜日なのか」などの見当識を繰り返し覚え、「鍛える」ことは、認知機能の低下抑制に短期的に一定の効果はあるものの、正解できないときにそれがストレスとなり認知症の周辺症状を助長するような負の効果もあるという

ことである。その反省の上に立ち負の効果を生じさせないように、パーソンセンタードケアの原則に従って「楽しい」工夫をプログラムに加えたことが、認知刺激療法成功の理由だと著者らは述べている[6]。そのことは、認知刺激療法と呼ばれる一療法のエビデンスに留まらず、非薬物療法全般にも重要な示唆を与えるものと考えられる。つまり、「その人に対して適度な認知課題を与え、それがその人に対して挫折感などの負の効果を生じないように工夫できれば、それはその人の認知症を緩和する」と期待できる。この観点から、臨床美術の施術法（対面形式）の改良を試みた。

臨床美術プログラムは絵画を描く「創作タイム」とそれを互いにコメントしあう「鑑賞タイム」からなる。両者の間に通常約10分の休憩時間を設ける。このくらいの時間の空きであっても、中程度以上症状が進んだ認知症者においては、自分が描いた作品や、自分が絵を描いていたことを既に忘れ（かけて）いる。それを鑑みると、この時点でその作品が自分の作品であることを思い起こすことは、認知症者にとって適度な認知課題と言える。従来やり方では「この作品は〇〇さんの作品です」と臨床美術士は単に「正解」を述べていた。改良を試みた方法では、ここをクイズ形式にする。つまり、「誰の作品でしょう？」と問いかけを行い、若干の「間」を置いたあと、制作者名（正解）を告げる。

表 1 クイズの正答率

|       | 4/27 | 5/11 | 5/25 | 6/1 | 6/8 | 6/15 | 6/22 | 6/29 | 7/6 | 7/13 | 7/20 | 7/27 | 8/3 | 8/10 | 8/24 | 8/31 | 9/1 |
|-------|------|------|------|-----|-----|------|------|------|-----|------|------|------|-----|------|------|------|-----|
| 利用者1  | ○    | ○    | ○    | ○   |     | ★    | ○    | ○    | ○   | ○    | ○    | ○    | ○   |      |      | △    | △   |
| 利用者2  | △    | △    | △    |     |     |      |      |      | △   |      | ★    |      |     |      | △    | △    | △   |
| 利用者3  | △    | ★    | △    | ★   |     | ★    | ★    |      |     | ★    |      |      | ○   |      |      | △    | △   |
| 利用者4  | △    | △    |      | ★   |     | ▲    | △    | △    | △   | △    | △    | △    | △   | △    | △    | △    | △   |
| 利用者5  |      |      |      |     | ★   |      |      |      |     |      |      |      | △   | △    |      | △    | △   |
| 利用者6  | ○    |      | ○    | △   |     |      | ○    | △    |     | ○    | ○    |      |     | ○    |      |      |     |
| 利用者7  | △    | △    |      |     |     | ★    |      | ★    | △   |      |      |      |     |      |      |      | △   |
| 利用者8  | △    | △    | △    | △   |     |      |      |      |     |      |      |      |     |      |      |      |     |
| 利用者9  | △    |      | △    |     |     |      | △    | △    |     |      | △    | △    |     |      |      | △    | △   |
| 利用者10 | △    | △    | △    | △   | ★   | △    | △    | ★    | △   | △    | △    | ★    |     |      |      | △    | △   |
| 利用者11 |      |      | ★    |     |     | ★    |      | ★    | ★   | △    |      | ★    | ○   |      | △    | ★    | △   |
| 利用者12 |      | ○    | ★    |     | ○   |      |      | ○    | ○   | ○    | ○    |      |     |      |      | ○    | ★   |
| 利用者13 |      |      | △    |     |     |      | ○    |      |     |      |      | △    |     |      |      | ○    | ○   |
| 利用者14 | △    | △    |      |     |     | ○    | △    | △    | △   | ★    |      | ★    |     |      |      | △    | △   |
| 利用者15 |      | △    |      |     |     | △    | △    | △    | △   | △    | △    | △    |     |      | △    | △    | ○   |
| 利用者16 | ○    | ○    | ○    | ○   | ○   | ○    | ○    | ○    | ○   | ○    | ○    |      | ○   |      | ○    | ○    | ○   |

表1は各利用者がこの問いに正しく回答できたか否かを表にしたものである。○は作品を覚えていた、△は作品を覚えていなかった、▲は制作したことを覚えていなかった、★は自分の作品と気づいた、グレー部は不在、空白は判定不可を示す。このクイズが対象者に対して適度な認知課題であることが分かる。ここでは説明の都合でクイズとしたが、実施時はこれをクイズとは言わずさりげなく問うようにしている。また、自分の作品であると答えたことについても、それを正解と呼ぶことはしない。言い換えると、仮に忘れていたとしてもそれを不正解とは呼ばない。これは正解できない不快感による負の効果 avoid するためである。それでも正解できないときには不快感を伴うのが通常の

「認知訓練」であるが、臨床美術はその点大きな利点を持っている。ポイントは、「誰の作品でしょう？」と問う前のコメントにある。「このリンゴは真っ赤に熟してとてもおいしそうですねー」など、作品の良い面を称賛することを原則としている。そのため、自分の作品であることを思い出せなかった対象者の多くは、自分の作品であることを告げられたあとで、「これ、私の作品ですか」と得意げな反応を示す。中には感動して涙を流す者もいる。作者を問われる前の称賛が、この瞬間に自身の達成感・満足感・自己効力感につながるのではないだろうか。

## 2.2 集団音楽療法における対人的個性のバイオマーカーによる定量化

この節ではエビデンスアウト型研究を計画したが、結果的にはむしろナラティブアウト型と言える結果が得られた例を示す。集団的音楽療法が認知症者の自律神経活動（ストレス状態）に与える影響を、唾液アミラーゼ活性（sAA）をバイオマーカーとして調べた。週毎の変化を3カ月に渡って縦断的に調べた。被験者はA デイサービスの利用者A（男性 90 歳代、Dementia with Lewy Bodies: DLB、Mini Mental State Examination: MMSE21）、利用者 B（男性 80 歳代、Alzheimer's disease: AD、MMSE16）、利用者 C（男性 80 歳代、DLB、MMSE20）、利用者 D（女性 80 歳代、AD、MMSE18）の4名とした。201X年3月～5月、週1回45分間、計12回のセッションを行った（参加者平均年齢 85.9±3.8 歳、平均人数 13.5 名）。「季節の認識、回想、発語」を目的とした歌唱活動、「指示の理解、デュアルタスク」を目的とした楽器活動を週1回交互に実施し、集団音楽療法前後にアミラーゼ活性を測定した。唾液アミラーゼ活性の測定にはニプロ製「アミラーゼモニター」を用いた。解析の前処理として測定値[kU/L]に対して、常用対数変換[7, 8]を行った。個人の特徴の可視化には横軸をセッション前の値、縦軸をセッション後の値とする平面プロットを採用した。

### ①対数変換による正規性の向上

図1は施術前と施術後の全データ、下段は施術後-施術前の全データのヒストグラムである。いずれも常用対数に変換することで分布の形が正規分布に近づいている。図中のp値はShapiro-Wilk検定のp値（正規分布である確率）である。右下のヒストグラムのみ正規分布の仮説が有意水準5%において棄却されない。そこでこの分布を正規分布と仮定し、さらに平均が0であるとする帰無仮説を考えると、これも棄却されないことが分かった（ $p=0.81$ ）。つまり施術前後で統計的有意差はない。このことは集団音楽療法がストレス低減効果を有するという予測に反するものであった。そこで次に4名の縦断的データを時系列信号として解析を行うことにした。

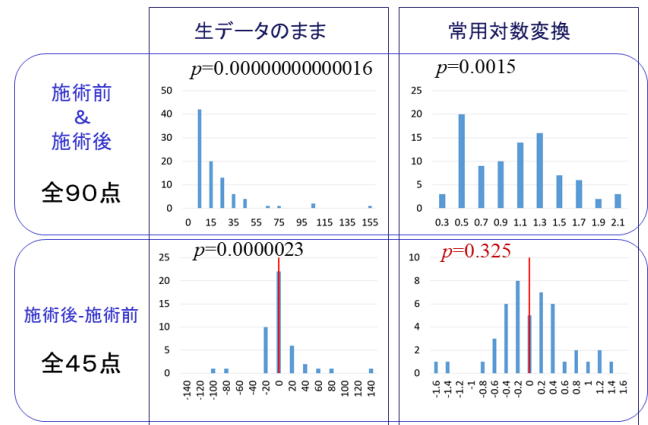


図1 sAA 測定値ヒストグラム

### ②施術前 sAA の時間相関

図2は施術前値を時系列でみたグラフ（左図）とそのフーリエスペクトルである。各人のデータとも自己相関を示しており、安定した測定が行われていることが分かる（ランダムなバラつきではない）。さらに変動周期にも各人の個性が見られ、特に利用者ウはちょうど一月周期の顕著な振動を示している。

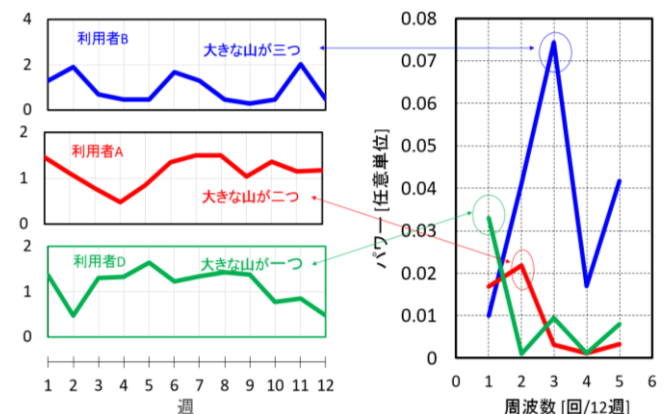


図2 施術前 sAA の週変化とパワースペクトル

### ③施術前後値二次元プロットに現れる個性

4名の参加者は、いずれも異なるストレス推移を示した（図3）。利用者Aはセッション前の値によらず、セッション後はほぼ同じ値に着地している。つまり過剰に緊張していた場合には音楽療法が適度なリラックスを促し、逆に緊張が足りないときは適度な緊張を促すものと解釈される。利用者Bにも利用者Aと同様な傾向が見られるが比較的バラつきが大きい。利用者Cはセッション後に値が大きく変動することから、繊細な性格が推察される。一方、利用者Dにおいては、前後差が小さくセッションが与える影響が少ない。あまり動じない性格、または音楽が得意分野と伺える。これらは個人の履歴や音楽療法以外での行動観察とも符合した。

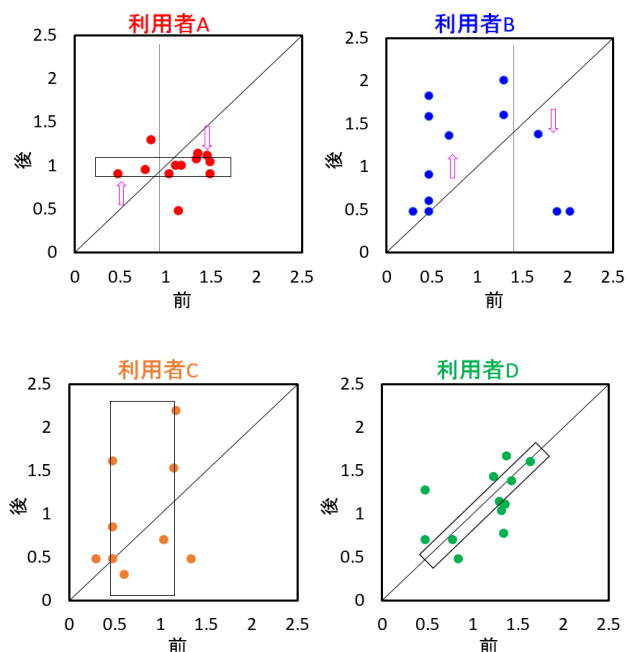


図3 施術前後のsAA値の2次元プロット

④ 施術前後差の利用者間相関

図4は各回の唾液アミラーゼ活性値施術前後差を利用者C（横軸）と利用者A（縦軸）についてプロットしたものである。両者に際立った「負の相関」が見られる。つまり、利用者Aが緊張を下げた週ほど、利用者Cは緊張を上げている。

音楽療法がストレスを有意に低減するという報告がいくつか報告されているが、その効果量は比較的小さい。また、今回の我々の結果で施術前後差の4名平均に有意差はなかった(図1)。個々人に着目した縦断的解析(図2-4)はこれらの要因を説明する。つまり、同じ療法を受けてもその効果の個人差は大きく、場合によっては反対になる。また、同じ個人に限っても、セッション前の状態に依存して変化の方向はプラスにもマイナスにも変わる。平均で見るとそれらが相殺される。個性や事前状態に着目する重要性が明らかになった。

特に利用者Aと利用者Cの間に見られた負の相関は興味深い。この結果を各人のライフヒストリーや対面関係の観察と照らして次のように解釈している。「利用者Aはいわゆる会社人間であって集団になじみやすくリーダー的な性格で、集団音楽療法が有効なストレスコントロールになる。一方利用者Cは個人商を営んできた人で、ひとりの方が落ち着くと言う発言もあり、集団になじまないだけでなく、利用者Aのリーダー的な態度に威圧感を持っている。」あくまで解釈に過ぎないが集団内の個々人の心理的相互作用をバイオマーカーで捉える可能性を示している。

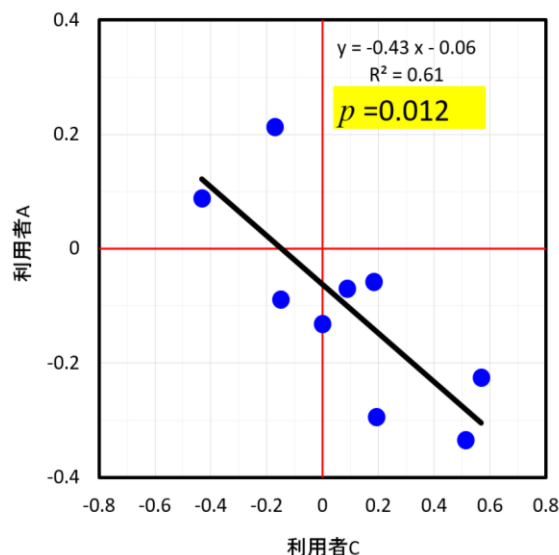


図4 sAA 施術前後差の利用者間相関

2.3 介護家族ケア

本節では介護家族がデイケア施設の看護師へ宛てた「連絡ノート」に対する計量テキスト分析を紹介する。ノートは認知症者の家庭での様子を施設スタッフが家族介護者から聞き取る目的で利用日に毎回提出してもらっている。その計量テキスト分析は、ナラティブの素材としての言葉（テキスト）を量的データへの変換する一つの試みと言える。

被介護者は89歳男性、レビー小体型認知症（MMSE 21点）である。デイサービスは週5回（臨床美術、音楽療法、その他）利用している。妻、娘と同居で主介護者は娘である。娘がデイケア施設の看護師へ宛てた連絡ノートには認知症者である父の様子（物を投げる、暴言を吐く）だけでなく自分自身の感情を紙面にぶつける記述が多く見られた。

図5は約2カ月分のノートに対して計量テキスト分析による内容分類を試みたものである。フリーソフト KH-coder [9]の自己組織化の機能を用いている。分類の境界はソフトウェアによって自動的に生成されたものであるが、境界内に記した「日常（家族）」などのラベルは境界内の単語を参照して著者が与えた。連絡ノートにほとんど何も記載しない介護家族も多いなか、本介護者の記載は実に多岐にわたっていることがこのマップから確認できる。家庭内ではバトルがたびたび起こっており、介護者は介護負担からくるストレスを強く感じている。それを軽減するような介入が必要と考えられた。

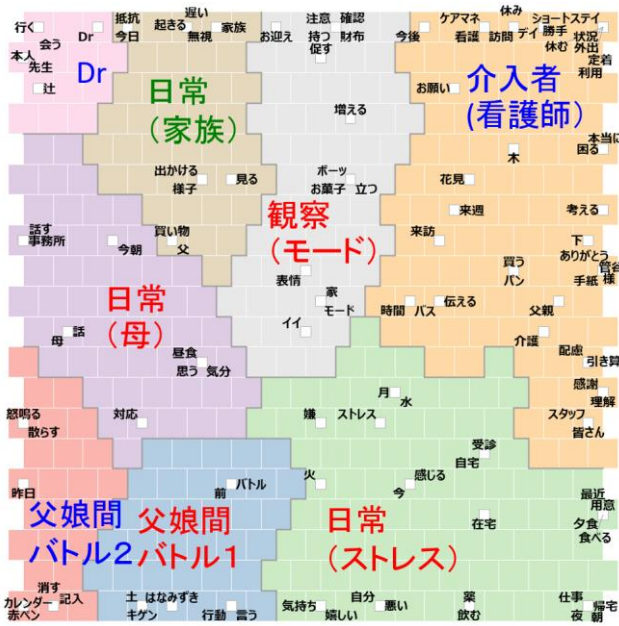


図 5 連絡ノートの自己組織化マップ

しかしながら、従来取られる面接などの介入は行わなかった。これは介護者が臨床心理士であるということに配慮したものである。介護者が「面接をする」プロフェッショナルであることから、「面接をされる」立場になったときに、余計に自尊心を傷つけるようなことを懸念した。カウンセラーが行うような治療者目線の介入ではなく、友人が寄り添うような支援（さりげなく気づきを促す）が適していると考えられた。そこで家族介護者からケアスタッフへ宛てた連絡ノートに対して手紙を返信するという形の対応を取った。

介護家族への介入（ストレスコーピング）に関してもいくつかのエビデンス（先行研究）がある。基本的には「問題焦点型」（その人にストレスを与えている原因そのものを捉え解消を試みる）、「情動焦点型」（視点を変える、気づきを促すなどにより負の感情を緩和する）に分類されるが、これらとやや質の異なる「回避型」介入が「燃え尽き」を低減するという結果も報告されている[10, 11]。そのような知見を参考に、今回は情動焦点型と回避型の要素を組み合わせる介入法を取った。具体的には、「父のことは放任！ もう知るか！ やってられない！ まともに関わる気はなくなりました」という介護者に対して、「私にもできません。放任してみませんか？」という内容の手紙を書いた。

カウンセリング技法である「オウム返し」（共感）を単に適用したものにも見えるが、ここではより複雑な背景を持っている。直ぐに分かるように、被介入者（つまり介護者）は「答」（放任すること）を既に持っている。臨床心理士であるから当然「知識」としてもっているであろう。それでありながら直ちに実行できない状況も、そのような「職業

柄」が関係しているように思えた。「回避」することを潔しとはせず、むしろ直視し、解決しようとする「焦り」やそれがうまく行かないことによる「怒り」を感じた。従ってここでのオウム返しは、既に答えを持っていながら冷静になれない被介入者に対して、支持表明や後押しの意味を持つ。解決策を教示するという介入ではなく、こうした「さりげない」介入が本例においては有効と考えた。

図6はKH-coderのコーディングファイルを使った感情抽出（「怒り」と「受容」）の結果である。「怒り」のコードとして、「アホ or うんざり or にくらしい or バカヤロウ or 暴言 or 暴力 or 困りもの or 怒鳴る or めんどくさい」を、また「受容」のコードとして「なるように or 反応せず or ようです or ラッキー or 嬉しそう」を使っている。介入者が介入の手紙を送ったタイミングを☆印で示すが、「怒り」から「受容」への介入効果が見て取れる。同時に、介入後も小規模ながら「怒り」が「再発」していることも分かる。介護者へのストレスコーピングは、一回の手紙で完了するものではない。連絡ノートとその計量分析はこのような「再発」を検出する手段としても利用できる可能性がある。

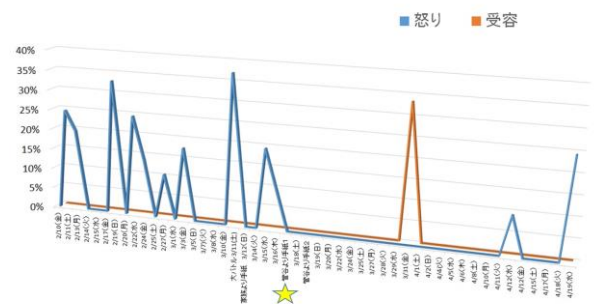


図 6 「怒り」と「受容」の定量化

### 3. おわりに

我々の活動は始めてから1年に満たないものである。ここでは課題や展望について述べる。

エビデンスイン・ナラティブアウトという指針は、ケア実践者を主体とする共学活動において適しているという確信を深めている。今後は文献[12]などを参考に、人的なネットワーク化や情報技術の導入を含むシステム化などを考えて行きたい。

臨床美術における「近時記憶想起の促し」については、臨床美術に固有のものではなくより一般化して捉えることができると考えている。すなわち、その施術（セッション）を終了するエンディング部において、セッション内容（近時記憶）を思い起こすことを促す介入である。

セッションを始めるイントロ部において、その日のテーマにまつわる思い出（自伝的記憶）を語ることは既に多くの非薬物療法で実施されている。臨床美術においてはこれから描く「リング」に関する思い出、音楽療法においてはこれから歌う歌に関する思い出などである。これは自伝的記憶をたどることが、失われつつあるアイデンティティを確保する上で有効に働くという回想法の効果を期待するものである。回想法は非薬物療法の中では（周辺症状を抑える効果として）比較的エビデンスが得られているものであるので[3]、臨床美術や音楽療法が回想法の「エビデンスを借用する」ものということができる。

これに対して、セッションを終了するエンディング部においてセッション内容（近時記憶）の想起を促す介入は、本稿で論じたように認知刺激療法のエビデンスを借用するものと言える。認知症における非薬物療法のエビデンスを得ることは技術的に難しいだけでなく、倫理的問題も指摘されている[1]。従って、数少ないエビデンスを非薬物療法の間でシェアする、あるいは緩用するという考え方は、認知症ケアにおけるエビデンスベーストメディスンの一つの方向になり得るのではないかと考えている。

**謝辞** 翔洋会の辻正純・美帆先生の全面的なご支援に感謝の意を表す。

## 参考文献

- [1] 斎藤清二 医療におけるナラティブとエビデンス 改訂版—対立から調和へ— 遠見書房 2016.
- [2] James P Meza and Daniel S Passerman. Integrating Narrative Medicine and Evidence-based Medicine. Radcliffe Publishing Ltd. 2011.
- [3] 日本神経学会（監修）認知症疾患診療ガイドライン 2017. 医学書院. 2017.
- [4] 内田栄子 菅谷由紀子 小山雅乃 山口郁博 辻正純. 臨床美術の贈り物-5年間の「作品」が語るもの-認知症スクリーニング検査との対比を通して-. 臨床美術ジャーナル. 2016, vol. 5, no.1, pp.63-73.
- [5] 北澤晃 臨床美術士のナラティブ・アプローチの意義. 臨床美術ジャーナル Vol.3, No.1, p.15 (2014)
- [6] Yates LA, Yates J, Orrell M, Spector A, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy for Dementia: History, Evolution and Internationalism. Routledge 2017.
- [7] O.N. Keene. The log transformation is special. Statistics in medicine. 1995, vol. 14, p.811.
- [8] H.Kobayashi, BJ.Park, Y.Miyazaki. Normative references of heart rate variability and salivary alpha-amylase in a healthy young male population. Journal of physiological anthropology. 2012, vol. 31, no. 1, p.9.
- [9] 樋口耕一 社会調査のための計量テキスト分析—内容分析の継承と発展を目指して. ナカニシヤ出版 2014.
- [10] 岡林秀樹、杉澤秀博、高梨薫、中谷陽明、杉原陽子、深谷太郎、柴田博. 障害高齢者の在宅介護における対処方略のストレス緩衝効果. 心理学研究 2003; 74(1): pp.57-63.
- [11] 岡林秀樹、杉澤秀博、高梨薫、中谷陽明、柴田博. 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果. 心理学研究 1999; 69(6): pp. 486-493.
- [12] 柴田健一 認知症ケア向上のための多視点観察情報に基づく状況理解と共学に関する研究 静岡大学 博士論文.

## 付録

ここでは学習会参加者の一人が書いた文献[12]に対するコメントを紹介する。

2015新オレンジプランにおける7つの柱の1つに「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」が掲げられている。特に急性増悪期のBPSDや身体合併症が見られた場合でも、医療機関、介護施設等での対応が固定化されないように、その時の容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型のしくみが必要と述べられている。

この施策を実現するにはまず認知症の人がどのような状態であるかを的確に把握すること、が重要である。本論文のICTによるAOSを発展・改良し認知症の状況理解を深化する認知症支援システムは上記の施策実現に大変有効であると考えられる。なぜ有効と考えたかを以下にまとめる。

①AOSにより行動と脳の障害部位を位置づけることはケア関係者にとって意識付け・知識の習得になる。論文にあるようにAOSの項目に沿った行動観察評価は多職種の視点と問題点の統一およびケアの共有と継続につながると考える。今回の研究はAOSを家族も含めて行われており、家族にとってはどのような視点で認知症の人を見ていけば良いのかを知る手掛かりになり、家族を困らせる様々な行動は脳の疾患によるものという理解につながる。認知症外来で認知症について説明をしても「すぐに忘れてしまう」「同じことを何度もいう」と毎回訴える家族は多い。また専門用語を避けることで家族が医師に患者のことを伝えやすくなり双方向のコミュニケーションが図れるだろう。AOSの項目を知り、認知症を正しく理解すればケアにあたる家族は認知症を受容し、対応しやすくなり、よりよいコミュニケーション支援につながることを期待できる。

②図29、図30の2つのシートは認知症の方の状況を理解し、経過を追っていく上で一目瞭然でどの職種の人がみてもわかりやすい。当院認知症外来でもシートの作成をしているが残念ながら活用するまでに至っていない。当院の患者がデイサービスや併設の老健のショートステイ・訪問看護・通所リハビリを利用するケースがあるが、その際にも情報提供シートとしてこれがあれば大変参考になるであろう。医師の療養方針の記載欄があるのも認知症予防の鍵となる医師の意向を知るのに重要である。

③認知症の方の状態を知るために観察は重要だが、何を見れば良いのかという点においては個人差がある。あらかじめこのシステムのように項目として表示され、その有無と程度を入力する形であれば、経験を積んでいけばおのずと重要な視点が身につく、ケアに当たるものの学習・成長につながることを期待できる。また医師・介護職双方にとってお互いに不足しがちな視点を補えることにもつながると考える。

④P44の図23が示すレクリエーション前後での観察評価情報の比較結果は、自身の現場でも脳リハビリプログラムのエビデンス創出のための客観的評価となる可能性があるのではないかと考える。

⑤第4章多視点観察情報による共学と評価においてはAOSの結果の違いから認知症の方の状態の理解深化が図れ、さらにその人との関わり方や関係性だけでなく、介護関係者の心理状況や思考もみえてくるだろう。思い込みによるインシデント・アクシデントは介護の現場においてはありがちなことである。他者の視点・思考を学ぶことで、自身の思考の柔軟性が向上すれば、気づきを促し、認知症の人への対応もよりバリエーションが増し、安全性も向上していくだろうと考える。

⑥P85 4.5.2 病院スタッフを対象とした学習コンテンツの評価で

はアンケートにより医師の視点を知ることによって新たな視点を学び、認知症の方の状態把握につながることを示唆されると述べられている。医師の視点を学ぶことで介護支援者側からの情報提供・医師への質問内容などが的を得たものとなり、多忙な医師からの意見を聞きやすくなるのではないかと考える。

以上のことから、本論文における認知症支援システムはH30年4月に予定されている医療・介護報酬同時改定の一の中核である「医師との連携強化」に大いに貢献することが期待できると考える。

## 正誤表

下記の箇所に誤りがございました。お詫びして訂正いたします。

| 訂正箇所          | 誤  | 正   |
|---------------|--|---|
| 1 ページ<br>著者英名 | MASATO TERADA <sup>†1</sup><br>TOSHIAKI NISHIDA <sup>†2</sup><br>SHUNSUKE UEMURA <sup>†3</sup> | IKUHIRO YAMAGUCHI <sup>†1</sup><br>YUKIKO SUGAYA <sup>†2</sup><br>EIKO UCHIDA <sup>†2</sup> , MUTSUMI OGATA <sup>†2</sup> |