

博士学位論文

認知症介護における
レクリエーションデザイン方法論の研究

2017年3月24日

京都工芸繊維大学
大学院工芸科学研究科

土井 輝子

目次

第1章 緒論	5
1.1 日本の高齢者介護の実際	5
1.2 介護保険と導入の目的	6
1.3 介護保険サービスの種別	8
1.4 認知症ケア	10
1.5 現状の課題と本研究の目的	13
第2章 認知症患者に対する援助モデル	15
2.1 認知症ケアの倫理	15
2.2 パーソン・センタード・ケア	16
2.3 スピリチュアルペイン	18
2.4 レクリエーションを活用した認知症ケアの方法論の提案	18
第3章 日本の伝統文化「お茶の稽古」の認知症介護への活用とその効果検証 について	21
3.1 緒言	21
3.2 方法	22
3.3 結果	25
3.4 考察	27
3.5 結言	28
第4章 日本の伝統文化「お華の稽古」の認知症介護への活用と効果 —検証についての報告—	29
4.1 緒言	29
4.2 方法	30
4.3 結果	33
4.4 考察	34
4.5 結言	35

第5章 コミュニケーションロボットを用いた介護レクリエーションサービスの DCM およびアンケートによる評価	37
5.1 緒言	37
5.2 方法	38
5.3 DCM 評価の結果と考察	43
5.4 事後アンケートによる評価の結果と考察	45
5.5 結言	48
第6章 グループホームでのメディアセラピーと思い出ビデオの実証評価 (介護施設とグループホーム)	51
6.1 緒言	51
6.2 メディアセラピー	53
6.3 思い出ビデオ	59
6.4 結言	66
第7章 結論	67
7.1 緒言	67
7.2 実証評価の結果のまとめ	68
7.3 結言	69
引用文献	71
構成論文一覧	77
謝辞	79

第 1 章 緒論

1.1 日本の高齢者介護の実際

わが国の人口は明治維新後の 3,330 万人から大幅に増え続け、1945 年の終戦後には 7,199 万人となった。その後、1947～1949 年頃の第一次ベビーブームと、1971～1974 年頃の第二次ベビーブームを経て、2008 年には 1 億 2,808 万人とピークに達した。しかし、その後は減少し続けることになり、今後 100 年のうちに再び 1900 年頃と同じ水準に戻ることが予想されており、世界的に見ても類を見ない水準の人口減少を経験すると予想されている [1-3]。

総務省統計局 [4] の調査では、人口減少にともない総人口に占める 65 歳以上の割合が高くなり、2015 年では全人口の 4 人に 1 人となることから、高齢者の尊厳を支える質の高いケアの確立が急務であると考えられる。高齢化社会になることにより、寝たきりや認知症高齢者の増加、介護期間の長期化などにより、ますます介護の重要性が高まっている。図 1-1 に示す高齢者人口の推移をみると、総人口に占める高齢者の割合は年々増加し、2025 年には団塊の世代（1947～1949 年に生まれた約 810 万人をさす）が後期高齢者（75 歳以上）に移行し、高齢化率と合わせて平均年齢も継続的に上昇することが分かる。内閣府 [5] の 65 歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計がまとめられた高齢社会白書によると、2012 年は認知症患者数が 462 万人と、65 歳以上の高齢者の 7 人に 1 人（有病率 15.0%）であったが、2025 年には約 700 万人、5 人に 1 人と見込まれている。

これまで国の経済を支えてきた団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となり、医療費などの保険給付を受ける側にまわるため、医療・介護や福祉サービスの需要が高まり、岩本 [6] は社会保障財政のバランスが崩れることを危惧している。これらの問題は「2025 年問題」と呼ばれ、厚生労働省では医療・介護体制を大きく変革するなどのさまざまな対策に取り組み始めている [7]。

2016 年現在、医療保険制度は 2 年に一度の改訂、介護保険制度は 3 年に一度の改訂が行われており、2025 年には医療保険制度と介護保険制度が同時改訂となる。その他にも 2025 年に向けて、最も医療費のかかる高度急性期病棟（看護体制 7 対 1：患者 7 人に対して看護師 1 名）を 32 万床から 18 万床へ減床し、亜急性期病棟（看護体制 13 対 1・15 対 1）を 10 万床から 26 万床に増床することにより、社会保障財政のバランスを保とうとする計画もある [8]。そのため、病院で入院していた高齢者を介護施設や在宅で診ていくことが急務となり、これまで以上に介護への需要が高まることが予測される。また、後期高齢者人口が増加することにより、65 歳以上の高齢者が後期高齢者である親の介護を行うというケースも十分におこり得

る。高齢者の介護者は介護力が十分とはいえず、本人もいつ要介護者の立場になるかもわからない。このような介護は「老老介護」と呼ばれ大きな社会問題の1つとなっており、堀田 [9] らの調査では4割以上の介護者の主観的な健康状態は良好ではなく、なんらかの健康不安を抱えながら介護を行っていることが報告されている。かつては家族が介護を行うという「家族介護」が一般的であったが、2000年に介護保険が整備されたことにより、介護サービスへの需要がますます高まってきているといえる。

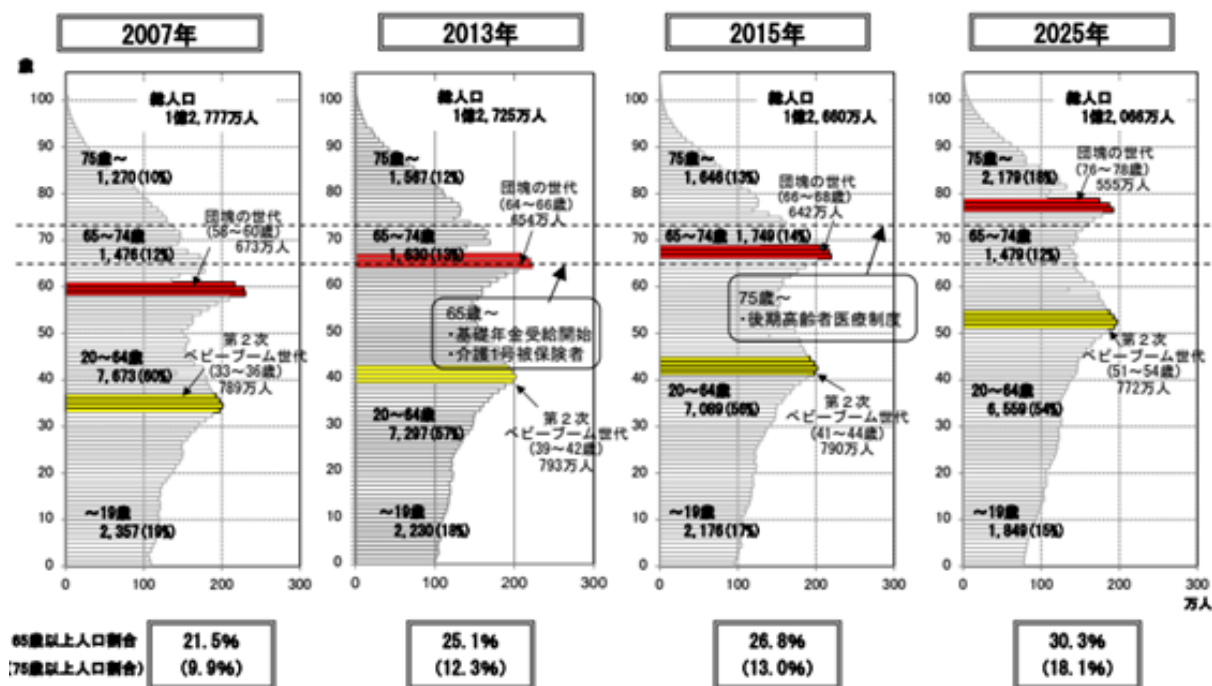


図 1-1：高齢化人口の推移

注： 団塊の世代は 1947～1949 年、第二次ベビーブーム世代は 1971～1974 年生まれ。

出典：2007 年は総務省「人口推計」、2013 年、2015 年及び 2025 年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口—平成 24 年中位推計」

1.2 介護保険と導入の目的

高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大している一方で、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化している。

これらの状況を改善するために、次のような高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み（介護保険）が創設された。

- 自立支援

単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを越えて、高齢者の自立を

支援することを理念とする。

- 利用者本位

利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度。

- 社会保険方式

給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用。

以前は高齢者介護に関する制度は老人福祉制度、老人医療制度の2本柱で構成されていたが、二木 [10] や池田 [11] によると、それぞれ下記のような問題点があると指摘しており、この2つの制度による対応には限界があった。これらの制度の問題点を改善するため、2000年に介護保険制度が施行された。

- 老人福祉制度の問題点

市町村がサービスの種類、提供機関を決めるため、利用者がサービスの選択をすることができない。また、市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的となりがちになる。そして、本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担（応能負担）となるため、中高所得層にとって重い負担となり、所得調査も必要なため、利用にあたって心理的抵抗感が伴う。

- 老人医療制度の問題点

中高所得層にとって利用者負担が福祉サービスより低く、また、福祉サービスの基盤整備が不十分であったため、介護を理由とする一般病院への長期入院の問題が発生する。また、治療を目的とする病院ではスタッフや生活環境の面で、介護を要する者が長期に療養する場としては居室面積が狭く、食堂や風呂がないなど体制が不十分であり、特別養護老人ホームや老人保健施設に比べてコストが高く、医療費が増加する。

介護保険を利用するには自治体に申請し、市町村に設置された介護認定審査会によって判定され、市町村によって要介護認定を受ける必要がある。身体の状態などから介護サービスが必要な度合いを判断して決定される。軽い方から要支援1、2、要介護1～5の計7段階になっている。

表 1-1 は要介護度の種類をまとめたものである。

表 1-1：要介護度の種類

要支援 1	<ul style="list-style-type: none"> ① 居室の掃除や身の回りの世話の一部に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とする。 ② 立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作に何らかの支えを必要とすることがある。 ③ 排泄や食事はほとんど自分ひとりでできる。
要支援 2	<ul style="list-style-type: none"> ① 見だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とする。 ② 立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作に何らかの支えを必要とする。 ③ 歩行や両足での立位保持などの移動の動作に何らかの支えを必要とすることがある。 ④ 排泄や食事はほとんど自分ひとりでできる。
要介護 1	<ul style="list-style-type: none"> ①～④は、要支援 2 に同じ。 ⑤ 問題行動や理解低下がみられることがある。
要介護 2	<ul style="list-style-type: none"> ① 見だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話の全般に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とする。 ② 立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作に何らかの支えを必要とする。 ③ 歩行や両足での立位保持などの移動の動作に何らかの支えを必要とする。 ④ 排泄や食事に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とすることがある。 ⑤ 問題行動や理解低下がみられることがある。
要介護 3	<ul style="list-style-type: none"> ① 見だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話が自分ひとりでできない。 ② 立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作が自分ひとりでできない。 ③ 歩行や両足での立位保持などの移動の動作が自分でできないことがある。 ④ 排泄が自分ひとりでできない。 ⑤ いくつかの問題行動や全般的な理解の低下がみられることがある。
要介護 4	<ul style="list-style-type: none"> ① 見だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話がほとんどできない。 ② 立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作がほとんどできない。 ③ 歩行や両足での立位保持などの移動の動作が自分ひとりではできない。 ④ 排泄がほとんどできない。 ⑤ 多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられることがある。
要介護 5	<ul style="list-style-type: none"> ① 見だしなみや居室の掃除などの身の回りの世話がほとんどできない。 ② 立ち上がりや片足での立位保持などの複雑な動作がほとんどできない。 ③ 歩行や両足での立位保持などの移動の動作がほとんどできない。 ④ 排泄や食事がほとんどできない。 ⑤ 多くの問題行動や全般的な理解の低下がみられることがある。

出典：静岡市役所. 要介護度別の状態区分. <http://www.city.shizuoka.jp/000055497.pdf> (2016年12月12日).

1.3 介護保険サービスの種別

介護保険サービスの種別は、「施設サービス」、「居宅サービス」、「地域密着型サービス」の3つに分けられる。施設サービスでは要介護認定を受けた人のうち、要介護1～5の者は表1-2に示すような介護保険施設に入所し、介護や看護、リハビリテーション、療養などのサービスを受けることができる。

表 1-2：介護保険施設の種類

介護老人福祉施設	特別養護老人ホームが都道府県知事の指定を受けて介護保険施設となったものであり、入浴や排泄、食事などの介護が中心の施設である。
介護老人保健施設	介護と医療の両方のサービスを提供する施設で、病院から家庭へ復帰するための中間的な施設といえる。
介護療養型医療施設	療養上の管理、看護、医学的な管理のもと、介護や機能訓練などのサービスを提供するものである。

出典：津久見市役所、介護サービスの種類、http://www.city.tsukumi.oita.jp/content/kaigo_n/2.html（2016年12月12日）。

次に、居宅サービスには、下記の表 1-3 に示す介護や入浴介護、看護、リハビリなどのサービスを自宅で受けるものと、通所や短期入所によりサービスを受けるものがある。また、福祉用具や住宅改修などの費用が支払われる種類のものがある。

表 1-3：居宅サービス及び介護予防サービスの種類

訪問介護・介護予防訪問介護	一般的には、ホームヘルプサービスといわれている。食事や排泄、入浴、衣類の着脱、通院介助などの「身体介護」と、掃除、洗濯、買い物などの「生活援助」に区分される。
訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護	利用者の自宅に、浴槽や必要な機材を持ち込んで、入浴の介護を行うサービスである。介助があっても自宅の浴槽に入れられない方や、通所による入浴もできないような重度の者が対象となる。
訪問看護・介護予防訪問看護	看護師や保健師などが利用者の自宅を訪問し、医師の指示のもと、療養上のお世話や医療処置をおこなうサービスである。
訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士が利用者の自宅を訪問し、医師の指示にもとづいて、理学療法や作業療法などのリハビリテーションをおこなうサービスである。
居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導	医師、歯科医師、看護師、薬剤師などの医療従事者が利用者の自宅を訪問し、療養上の管理及び指導を行うサービスである。
通所介護・介護予防通所介護	一般的には、デイサービスといわれている。利用者は、老人デイサービスセンターや養護老人ホームなどに日帰りで通所し、入浴や食事、健康維持や機能訓練などのサービスを受ける。
通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション	デイケアといわれる。利用者は、介護老人保健施設や病院、診療所などに通所し、理学療法士や作業療法士などによるリハビリテーションを受ける。
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護	ショートステイといわれる。利用者が介護老人保健施設などに短期間（数日から1週間程度）入所し、入浴や排泄、食事、機能訓練などのサービスを受けるものである。
短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護	これもショートステイであるが、医学的な管理のもとで介護、機能訓練、日常生活上のサービスを受けるものである。
特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設	介護保険の指定を受けた有料老人ホーム等に入所している要介護者又は要支援者が受けられるサービスで、入浴や排泄、食事、機能訓練や療養上

設入居者生活介護	のお世話などを行うものである。
福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与	要介護者等が自立した生活を送れるように、車椅子や特殊ベッドなど 12 種目の福祉用具をレンタルするサービスである。
特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売	福祉用具のうち、入浴や排泄などレンタルになじまないものについて、購入費の 9 割の給付を受けられる。
住宅改修費支給	要介護者等が自宅で安全に快適に過ごせることを目的とした一定の工事に対して、住宅改修費の 9 割が支給されるものである。対象工事内容は、手すりの取付けや、段差の解消、床材や扉の変更などがある。

出典：津久見市役所、介護サービスの種類、http://www.city.tsukumi.oita.jp/content/kaigo_n/2.html (2016 年 12 月 12 日)。

最後に、地域密着型サービスは、2006 年 4 月 1 日から新しく始まったサービスで、小規模多機能型居宅介護事業や、夜間対応型訪問介護事業などがあり、以前居宅サービスの類型に含まれていたグループホーム（認知症対応型共同生活介護）も、地域密着型サービスに含まれることとなった。

表 1-4：地域密着型サービスの種類

夜間対応型訪問介護	訪問介護員等が、夜間において利用者宅を定期的に訪問したり、緊急の通報に随時対応するなど、包括的に夜間訪問介護を提供するサービスである。
認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護	認知症の利用者のみを対象とする通所介護（デイサービス）である。
小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護	通いサービスと宿泊サービス、訪問サービスを一体的に、かつ柔軟に提供するサービスで、利用者にとってはなじみのある事業所において、さまざまなサービスをうけることができるという、サービス類型である。
認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護	グループホームといわれる。要介護者のうち、中程度までの認知症高齢者が受けられるサービスで、小規模な施設で共同生活をおこなうものである。
地域密着型特定施設入居者生活介護	利用定員 29 人以下の特定施設（有料老人ホーム）である。
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	利用定員 29 人以下の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）である。

出典：高齢者福祉の案内、<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/jigyousya/shinsei/shitei/zenpan/> (2016 年 12 月 12 日)。

1.4 認知症ケア

1.4.1 認知症とは

脳は人間のあらゆる活動を制御している。それがうまく働かなければ、精神活動も身体活

動もスムーズに運ばなくなる。WHO[12]の国際疾病分類(International Classification of Diseases: ICD-10)では、認知症とは一旦は正常に発達した知的能力が、成人期に疾患や事故などの何らかの原因によって障害を受け、記憶障害や見当識障害、理解力低下などが生じるために仕事や家庭生活におよそ6ヵ月以上継続的に困難をきたした状態のことを指している。

その原因となる病気のうち、最も多いのはアルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体病などの「変性疾患」である。続いて多いのが、脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などのために、神経の細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、その結果、神経細胞が死んだり、神経のネットワークが壊れてしまう脳血管性認知症である[13, 14]。認知症の原因となる病気は、これらを含めて70種類以上あるといわれている[15]。認知症は単一の病気ではなく、共通の症状からなる「状態像」である。認知症の基本的な症状を下記に示す。

- 物忘れや新しいことを覚えなくなる「記憶障害」
- 自分の置かれた状況が分からなくなる「見当識障害」
- 目で見つめたものを正しく理解できない「失認」
- 手順通りに物事を実行できない「失行」
- 言葉を理解できないまたは話せない「失語」
- 「判断力低下」

これらの各症状は脳の障害そのものに起因するものであり、認知症の基本症状と呼ばれ、病気の始まりから末期まで一貫して続く。これらの基本症状をもつ病気をその原因に関わらず「認知症」と呼ぶ[16]。認知症の直接の原因である「脳の細胞が壊れる」ことで起こる症状を「中核症状」といい、認知症患者であれば誰しものが抱える症状で、例えば、記憶障害、見当識障害、判断力の障害、失語・失認・失行などが挙げられる。

一方、周辺症状とは「行動・心理症状」とも言われ、BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) という略語も登場している[17]。認知症は本人がもともと持ち合わせている性格や置かれている環境が大きく作用し、症状もある程度分類ができるが複数の症状が重複する者もいるため多様化する。環境や心理状態によって患者ごとに異なり、服薬や介護、リハビリによって改善する場合もあるため、病気をよく理解して適切に対応することで、患者と家族の負担を軽くすることもある。周辺症状と言えば、弄便、認知症によるせん妄、幻覚と錯覚、認知症によるうつ・抑うつ、暴力・暴言・介護拒否、失禁、不眠・睡眠障害、昼夜逆転、帰宅願望、食べない、異食などがある。周辺症状には必ず「中核症状と本人が持ち合わせた性格や環境に起因する理由」があり、その理由を理解し適切な対応をとることで本人が穏やかに生活することが可能となる。逆に理解されないことで周辺症状がより悪化し介

護が困難となるケースもある [18]。

1.4.2 痴呆から認知症へ

2004年12月、痴呆に替わる用語に関する検討会が厚生労働省で行われた [19]。その中で、本件に関する問題の所在や「痴呆」という言葉の来歴等を整理するとともに、「痴呆」に替わる用語が備えるべき要件や新しい用語の選定等について議論が行われた。論議の結果、一般的な用語や行政用語としての「痴呆」について、下記のような結論に至った。

- 「痴呆」という用語は、侮蔑的な表現である上に「痴呆」の実態を正確に表しておらず、早期発見・早期診断等の取組みの支障となっていることから、できるだけ速やかに変更すべきである。
- 「痴呆」に替わる新たな用語としては、「認知症」が最も適当である。
- 「認知症」に変更するにあたっては、単に用語を変更する旨の広報を行うだけでなく、これに併せて「認知症」に対する誤解や偏見の解消等に努める必要がある。加えて、そもそもこの分野における諸般の施策を、一層強力にかつ総合的に推進していく必要がある。

1.4.3 原因の解明とケアの方法の確立

認知症患者は、今まで脳神経細胞の病理学的変性により、人格変化・崩壊・抜け殻 (Non-person) とされてきた [20]。これによって生じた認知症に伴う偏見・蔑視を取り除き、抜け殻仮説から脱却する必要がある。「合理的思考や記憶力ゆえに、人は道徳的地位が与えられ、保護される対象になり得る」という考え方では、認知症の人々の尊厳に配慮することができない。

高齢化社会の進展によって認知症の高齢者の数が多くなってきている。高齢化が加速する前は、平均寿命も現在と比べて低かったため、認知症の高齢者は家族や地域の中に居場所を見出すことはさほど困難ではなかった。しかし、Sekitaら [21] や大庭 [22] は、医療や生活水準の向上による飛躍的な平均寿命の伸長や食生活の欧米化により、アルツハイマー型認知症が増加傾向にあると述べており、都市化や核家族化の進行により家族と地域とのつながりも薄れていき、認知症の高齢者の居場所が失われてきている。

日本において、認知症を専門とした施設ケアが精神病院や病院で取り組まれ始めたのは1980年代に入ってからである。しかし、家庭で看きれなくなった認知症の高齢者を受け入れた施設でも、認知症の発症メカニズムなどを医学的に解明できておらず、認知症の高齢者が引き起こす生活上の障害や問題行為への対処法が分からず、薬物や物理的拘束のような対処療法的な方法で対応せざるを得ない状況であったと、小松 [23] は述べている。具体的な対

処法としては、服を脱ぐ認知症の高齢者に対してはつなぎ服を着せて脱げなくする、異食する認知症の高齢者に対してはものを取り上げる、徘徊する高齢者には歩き疲れるように回廊式廊下を設けるなどがあげられる。このような問題行動に対処すればするほど、認知症の高齢者に対する病院や施設は刑務所のような空間になり、認知症の高齢者からすれば自分の居場所がなくなることによってますます不安な気持ちになり、更なる問題行動へ発展するという悪循環に陥ってしまう。

このような問題を解決するため、全く新しいコンセプトで欧米に登場したのが「グループホーム」である。グループホームとは、認知症の症状を持ち、病気や障害で生活に困難を抱えた高齢者が、専門スタッフの援助を受けながら共同で生活を行い、入居者の能力に応じて各自が料理や掃除などの役割を持ちながら、自立生活を送る施設である。

日本と同様に長期療養病棟や大規模施設において薬物投与で認知症の対処をしていたスウェーデンでは、1970年代から小規模で顔なじみのスタッフに見守られながら生活するグループホームが取り組まれ、認知症高齢者に対する有効なケアの方法であると高い評価を受けている報告もある [24-26]。小規模であるがゆえに顔なじみのスタッフとの関係を深められ、家族に近い関係で食事、掃除、洗濯、趣味、買い物、外出などを行うことで、認知症の症状を治すまでは至らずとも問題行動を著しく減少させることに成功している。このような流れを受け、日本でも 1980 年代にグループホームの先駆けとなる小規模ケアが全国で試み始められ、その成果が注目されるようになった [27]。

1.5 現状の課題と本研究の目的

高齢者施設を経営していくうえで、最も大切なことは理念であると考えられる。人は年を取ると今まで簡単にできていたことが難しくなっていく。癌を告知され、余命を告げられた病人は命が尽きることに真正面から向き合えず、将来を失い、自己の存在と意味を見失う。認知症の高齢者も記憶障害から過去を失い、未来が消滅し現在がなくなる。それは自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛、「スピリチュアルペイン」である。理念には高齢者のスピリチュアルペインを軽くしなくすることを謳わなければならない。介護は人と人が接するサービスであり、人が中心である。介護スタッフが理念を理解し、ゆとりを持ってケアに当たらなければならない。介護スタッフは経験から介護の技術や技能を習得していくため、経験のある介護スタッフを継続的に確保することは、質の高い介護を維持するためにも重要な要素である。

しかし、財団法人介護労働安定センター [28] の調査によると、実際には介護職員の年間離職率は 21.6 % と全産業の平均 15.4 % と比べても高く、勤続年数は全体の約 8 割が 3 年未満と入れ替わりが激しい現状にあることが分かっている。また、平成 22 年度介護労働実態調査

では、介護職員の離職率は社会福祉法人が 15.2 %、医療法人が 18.4 %、民間企業が 22.3 % であり、民間企業における離職率をいかに減らすかが重要な課題となっていることを山本 [29] は指摘している。介護職の離職率が増加している要因は、他職種と比較した相対賃金の低さなども挙げられているが、森永 [30] は職務に対する満足度の不足という要因もあると述べている。

本論文では、パーソン・センタード・ケアの応用として、認知症高齢者の不安を取り除くだけでなく、介護者の職務満足度も向上することのできるレクリエーション方法の確立を目指し、認知症介護レクリエーションをデザインすることを目的としている。なお、本論文は、第 1 章から第 7 章までの 7 部で構成されている。

第 1 章では認知症介護の現状について、第 2 章では認知症ケアとしてのレクリエーションデザインに関する方法論について解説をしている。第 3 章では認知症患者の関係性の苦しみ、つらさを和らげるためにデザインされたお茶の稽古について、第 4 章では認知症患者の自立性の苦しみ、つらさを和らげるためにデザインされたお華の稽古について、第 5 章ではコミュニケーションロボットを用いたレクリエーションサービスの認知症ケアマッピング法及びアンケートによる評価についてまとめている。第 6 章では認知症患者の時間の苦しみ、つらさを和らげるためにデザインされたメディアセラピーと思い出ビデオの活用とその効果検証についてまとめている。最後の第 7 章では、各章で得られた知見をまとめ、今後の展望についてまとめている。

第2章 認知症患者に対する援助モデル

2.1 認知症ケアの倫理

図 2-1 は認知症高齢者数の推移を示している。認知症患者の数が増加し、そのケアに関わる経済問題や虐待問題など、さまざまな問題が顕在化してきていると、箕岡 [31] と室伏 [32] は述べている。佐佐木ら [33] の家庭内における高齢者虐待の調査では、「精神的虐待」が最も多く、次いで「経済的虐待」や「介護・世話の放棄・放任」であると報告されている。また、副田 [34] の調査では、男性による高齢者虐待が増加するにつれて、援助者が対応に困るケースが増えていることが報告されている。認知症の進展に伴い、意思決定能力の低下した高齢者の自律について思いを馳せ、生活の視点をもって人々の尊厳に配慮することは重要な倫理的課題であると考えられる。

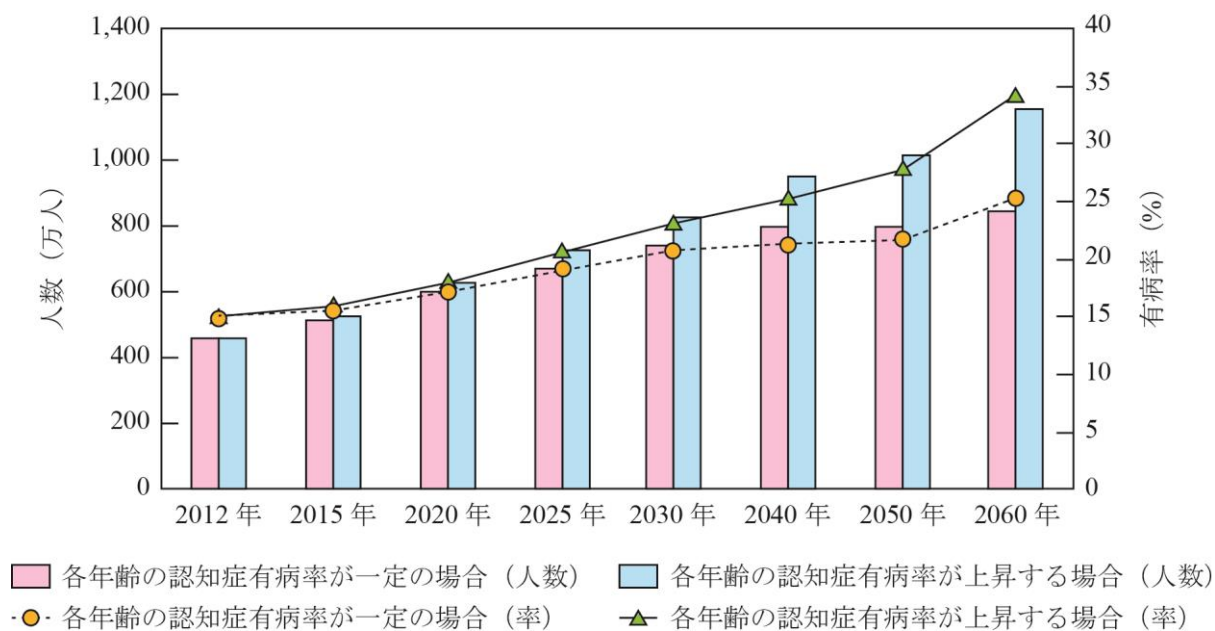


図 2-1：認知症高齢者数の推移

注：長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている福岡県久山町研究データに基づいた、

- 各年齢層の認知症有病率が 2012 年以降一定と仮定した場合
- 各年齢層の認知症有病率が 2012 年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合

※久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することが分かった。本推計では 2060 年までに糖尿病有病率が 20% 増加すると仮定した。

出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業，九州大学二宮）より内閣府作成（筆者一部改編）

認知症に関する徘徊・介護への抵抗などの日常ケアや終末期ケアの問題は、実際には介護の技術上の問題として対処されていると、箕岡 [35] は述べている。しかし、これらに倫理的問題が内包されているという「倫理的気づき」をすることによって、よりの確な視点で問題をとらえることができるようになる。特に、認知症の半数以上を占める、進行性・不可逆性のアルツハイマー病においては、終末期に嚥下困難をきたし、人工的水分栄養補給という延命治療をどうするのかという問題は、倫理的に避けて通れない課題であると考えられる。しかし、箕岡 [36] の調査では、日本における「看取り」は、倫理的な熟慮なしに漠然と実践されていることがあるとしており、例えば介護施設などでは十分な医学的考慮なく、延命治療が差し控えられ、過少医療になっていることがあるとも報告されている。

認知症ケアにおける論点の中に「抜け殻仮説」からの脱却がある。抜け殻仮説とは、アルツハイマー病患者が脳神経細胞の病理学的変性により人格変化・崩壊、抜け殻 (Non-person) になってしまう現象である [37]。認知症に伴う偏見・蔑視を取り除き、抜け殻仮説から脱却する必要がある。「合理的思考や記憶力ゆえに、人は道徳的地位が与えられ、保護される対象になり得る」という考え方では、認知症の人々の尊厳に配慮することができない。

2.2 パーソン・センタード・ケア

パーソン・センタード・ケア (Person Centred Care) とは、前述の認知症ケアの倫理に配慮したケアであり、全ての場面で認知症の人々の人格 (パーソン) を認めることを中核概念とする。すなわち、認知症を持つ人を一人の「人」として尊重し、その人の視点や立場に立って理解してケアを行う認知症ケアの考え方の一つで、これはイギリスの心理学者 Tom Kitwood (トム・キットウッド: 1937-1998) によって提唱された [38]。認知症患者が潜在的に抱えているニーズは、一人の人間として尊重する「愛」を中心として、「自分らしさ」、「たずさわること」、「結びつき」、「共にあること」、「くつろぎ」を構成要素としていると Kitwood & Bredin [39] は述べている。認知症患者にとっては、これらのニーズを自らの意志で満たすことが難しいケースが多く、周囲が積極的に働きかける必要がある。

認知症患者は、周囲が想像している以上に不安の連続であり、そのストレスから常に疲労困憊の状態である。岡 [40] の研究では、認知症になると高頻度に睡眠障害がみられるとしており、治療を行う上では強力が得にくいことに加え、薬物治療による問題が生じやすいとも述べている。認知症患者は、彼らを取り巻く人々、ケアスタッフ、家族からの誤解、偏見、無関心の目などにさらされて。人が人として存在するために、当たり前の実存としての人間に程遠い状態である。

2.2.2 パーソン・センタード・ケアの評価方法

パーソン・センタード・ケアを実践するため、実際のケア現場で活用されているのが、認知症ケアマッピング法（Dementia Care Mapping, 以下、DCM とする）である [41]。1990 年始め頃、認知症高齢者ケアの質の向上を目指し、5 分おきに認知症をもつ人の行動を観察して記録する Kitwood [42, 43] によって提唱された評価方法である。

まず 6 時間以上連続して、5 分ごとに認知症患者の行動を観察する（観察中、状況によって一時中断することは問題ない）。記録は「A= 話す」、「B= 自分からは何もしない」、「K= 歩く」などとし、あらゆる行動を 23 種類のアルファベットで表す。ポイントは、行動を本人の視点で捉えることで、例えば昔大工の仕事をしていた男性が「仕事をする」と言い、部屋の壁を強い力で満足そうに叩いているという場合は、介護者からすると危険な行為と捉えるかもしれないが、DCM では職歴などを鑑みて「V= 仕事に類する行為」と記録する。

記録後のデータは、観察した認知症患者の行動をもとに、本人が「よい状態」にあるのか、それとも「よくない状態」にあるのかを 6 段階の数字（+5、+3、+1、-1、-3、-5）に区分する。なお、よい状態とは、感情を表現できる、楽しんでいる、リラックスしている、ユーモアがある、自尊心がある（身だしなみを気にする等）、人に何かをしてあげようとすることを指す。一方、よくない状態とは、怒り、不安、恐怖を感じている、退屈にしている、不快な時にほったらかしにされている、無関心、無感動、ひきこもっている、身体に不快感を持っていることを指す。この状態を判断する際、外見から見た時の印象ではなく、「その人がどのような気持ちでそれをしているか」によって評価を行う。前述の男性の場合、介護者からすると危険行為にあたりよくない状態であるが、本人は“満足そう”なので「よい状態」と分類される。

本人と介護者の関わりを評価するにあたっては、認知症ケアの現場で介護者がどう本人と関わっているのかも記録の対象となってくる。認知症を持つ本人にとって「その人の価値を高める出来事 (PE: Positive Event)」と「その人の価値をおとしめる行為 (PD: Personal Detraction)」が観察された場合には、その状況を記録していく。個人の価値を高める出来事 (PE) とは、受容する（名前を呼ぶ、アイコンタクトする等）、話し合う（好みを引き出す等）、楽しむ、協力する、感覚に訴える行為をする（触れる、歌う等）、祝うなどのことを指す。個人の価値をおとしめる行為 (PD) とは、ごまかす、子ども扱いする、レッテルを貼って決め付ける、無視する、急がす、権限を与えない、のけ者にするなどのことを指す。

上記の情報を、表にしたものをマップ（地図）と呼ぶ。このマップをみれば、その人がどのようなケアを受けていて、どのような状態にあるのかつかむことができる。

しかし、上述のように評価手法については、非常に詳細な方法が定義されているにも関わらず、パーソン・センタード・ケアをどのように計画し、実施するのかについては各施設や介護者の解釈に任されている。良かれと思って実施していることが逆効果であったり、問題

が発生してから場当たりの対処を行ったりなど、介護の現場は混乱している現状がある。

2.3 スピリチュアルペイン

村田 [44,45] は、ケア（援助）とは相手の苦しみを和らげ軽くし、できれば無くすることという観点から、人間の存在には時間存在、関係存在、自律存在の3次元があり、自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛のことをスピリチュアルペインと定義している。癌や難病により死を目の前にした人が、将来を失うことで生じる「生の無意味、無目的」を時間性のスピリチュアルペイン、癌末期や認知症でコミュニケーションをとれなくなり他者との関係を失うことで生じる自己喪失の不安を関係性のスピリチュアルペイン、癌末期や難病、認知症により自立と生産性を失うことによって生じる「無価値、依存、無意味」を自律性のスピリチュアルペインとしている。

認知症患者のつらさや苦しさは、このスピリチュアルペインにあたり、それを和らげ軽くし、できれば無くすることが現場では求められている。そのようなケアを実現するためには、認知症患者が自分のありのままを他者から受け入れられていると実感する、すなわち本人の価値観の変容が必要とされている。そして具体的な手法として傾聴により本人の苦しみを理解し、それを本人に感じてもらうことを提案している。さらに傾聴時の会話記録を分析することで、本人の意識変容がもたらされたかを評価することができる。

村田 [46] は、パーソンドケアに比較して、より具体的なケアの方法論を提唱していると言えるが、傾聴・会話記録分析を認知症ケアの現場で実践することは、日常のケアに追われる介護スタッフにとって時間的制約の観点から非常に困難であり、また介護保険の直接的な対価の対象とはならないために施設では導入が進んでいない。

2.4 レクリエーションを活用した認知症ケアの方法論の提案

グループホームに入居する認知症患者の援助には、本人と家族、介護スタッフ、地域社会との関係性の力が必要である。図 2-2 に示すように、家族との関係性とは、双方の愛と感謝の気持ちである。そして介護スタッフとの関係性とは、信頼関係であり、地域社会との関係性とは本人の人生における役割意識や誇りである。本章では、そのような関係性に注目し、施設で日常的に行われるレクリエーションを通して、家族、介護スタッフ、地域社会が無理なく実践できる認知症患者への援助の具体的な方法論を提案と実証評価を行う。

レクリエーションに着目したのは、介護事業所の提供するサービスとして多くの時間を占め、入居者の身体的、認知的機能の維持に重要な役割を果すべきであるにも関わらず、例えば子供扱いされる、ありきたりなどで、おしなべて不評であるからである。レクリエーションを対人援助の場として再構築することで、より良い認知症ケアの実践の実現につなげることが可能と考えた。

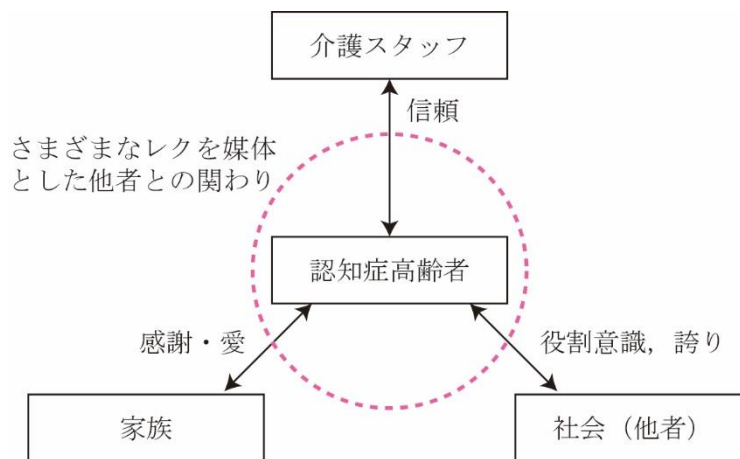


図 2-2 : 他者との関わりを通しての癒し

本研究では、レクリエーションを「集団レクリエーション」と「個別レクリエーション」に分けて考える。さらに集団レクリエーションは他者との関りを主体とするものと、自分で自律した取組みを主体とするものとに分けて考える。他者との関りを重視する集団レクリエーションでは、表 2-1 における介護スタッフとの信頼関係を醸成することを主たる目的とする。また自分で自律した取組みを重視する集団レクリエーションでは、かつての自分の地域社会での役割意識、誇りの回復を主たる目的とする。最後に個別レクリエーションでは、家族を巻き込んだ上で家族双方との愛、感謝の気持ちを取り戻し、また介護スタッフとの信頼関係の深化を目的とする。

表 2-1 : ケアとしてのレクリエーションデザイン

	集団レクリエーション		個別レクリエーション
	他者との関りが主体 介護スタッフとの信頼関係の醸成。	自立した取組みが主体 かつての地域社会での役割、誇りを取り戻す。	家族との関りが主体 家族、本人双方の愛、感謝の気持ちを取り戻す。 介護スタッフとの信頼関係の深化。
計画 (P)	① 認知症の理解 (中核症状と BPSD の見極め)		
	② 家族の理解が得られるレクリエーション		
	③ 介護スタッフと共に楽しめるレクリエーション		
	④ 昔の経験を取り入れたレクリエーション		
	⑤ 全て本物を使用する (先生、お道具、場のしつらえ、自身の装い)		
	⑥ 非日常の演出		
	⑦ 目的、時間と限られた枠の中で行う		
	⑧ 個人情報把握 (性格、ヒストリー)		
	⑨ 日本の伝統文化に根ざしたレクリエーション		

	⑩ 身体状況の把握
実施 (D)	① 認知症の理解 (中核症状と BPSD の見極め)
	② 全て本物を使用する (先生、道具、場のしつらえ、自身の装い)
	③ 非日常の演出
	④ 目的、時間と限られた枠の中で行う
	⑤ 個人情報の把握 (性格、ヒストリー)
	⑥ 身体状況の把握

記憶障害、見当識障害、判断力の低下などがある認知症患者に対して、こういったレクリエーションを計画、実施し、効果を評価し、評価結果に応じた軌道修正を行う、いわゆる図 2-3 に示す PDCA サイクルが重要である。ちなみに、PDCA サイクルとは Deming [47] が提唱した、Plan (計画) → Do (実行) → Check (評価) → Act (改善) の 4 段階を繰り返すことで業務を継続的に改善する手法である。

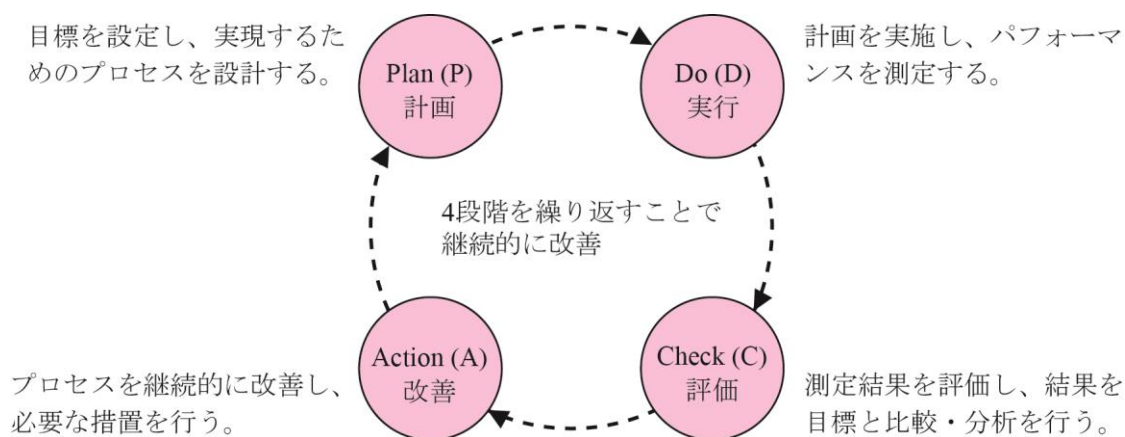


図 2-3 : William Edwards Deming が提唱した PDCA サイクルのイメージ

前述のように、認知症ケアとしてのレクリエーションを、具体的にどのように計画 (P) し、実施 (D) するのかについては、いまだ方法論が確立されているとは言えない状況である。認知症介護について先進的な取り組みであるパーソン・センタード・ケアにおいても、評価 (C) については DCM として詳細に定義されているが、計画 (P)、実施 (D) については各々に任されている。そこで本研究では、これまでのグループホームでの認知症ケアの取り組みをベースとして、計画 (P) と実施 (D) の段階でレクリエーションの狙いとそれを実現するために留意すべき項目を方法論として表 2-1 にまとめている。

本論文では、表 2-1 に従って計画 (P) と実施 (D) された「お茶の稽古」、「お華の稽古」、「コミュニケーションロボットの活用」、「メディアセラピー」といったレクリエーションについて、行動観察ベースの心理評価、プロセスレコード (会話記録)、介護スタッフへのインタビュー、介護記録などに基づいた評価 (C) を実施し、上記の目的が達成されたのか実証評

価し、今後の改善（A）への知見を得るための研究を行った。

第3章 日本の伝統文化「お茶の稽古」の認知症介護への活用とその効果検証について

3.1 緒言

グループホーム「認知症対応型共同生活介護」では、認知症患者が少人数でケアを受けながら共同生活を送る介護保険サービスで、うつ症状、被害妄想、焦燥感、興奮、暴力、徘徊といった Behavioral Psychological Symptoms of Dementia（以下 BPSD とする）を軽減し、個人の尊厳が大切にされる毎日を支えている。介護スタッフは、認知症患者を「一人の人格を持った人（whole person）」として尊重し、介護のすべての場面で彼らの人格（personhood）を認めなくてはならないと、Kitwood [48] は述べている。しかし、現場では認知症患者の苦しみを理解し、彼らの言葉に耳を傾け「一人の人」として尊重されている時間は多いとは言えない。そこで、日々のレクリエーションに工夫をこらしさまざまな仕掛けを考えることが必要となる。

本章では認知症ケアとしてのレクリエーションについて、第2章で分類した集団レクリエーションで他者との関りが主体となる茶道（以下、お茶の稽古とする）について、第2章に示した計画（P）における配慮に基づいてデザインし、また実施（D）における配慮に従って実施した。

今回実施された、いけばなや茶道といった日本の伝統文化に根ざしたレクリエーションは、認知症患者に受け入れられやすく、その家族や介護スタッフにも好評であった。現実問題として家族の理解を得られなければ、稽古の継続は困難であるし、介護スタッフが興味を持っていないレクリエーションならば楽しくなく長続きはしない。

茶道は華道と並んで近代日本において花嫁修業の筆頭であり、御茶事に提供される懐石料理は今や世界遺産とされている。新婚旅行で行った旅館での食事は茶懐石の豪華版であったであろうし、あんこを巧みに扱った和菓子は目で見て美しく美味しい。毎朝、御釜に湯を沸かしお薄を一服いただくことを習慣としている人は少ないかもしれないが、京都の寺や鎌倉の茶店で一服の御薄と和菓子に観光の疲れを癒した経験は多くの日本人が持っている。片手では持てない茶碗を両手で押し頂き、おもむろに茶碗を回してからいただくのも誰から習ったかは定かでなくとも、多くの日本人に周知の作法である。

また、古来より日本人は普段の日常を「ケ」の日、祭礼や年中行事の非日常を「ハレ」の日と呼び、日常と非日常を使い分けてきた（ハレとケ）。四季のある日本は暮らしを彩る年中行事を大切にし、メリハリのきいた「けじめ」ある暮らしをしてきた。正月の初釜、季節を意識したお茶の稽古は認知症患者に生活のリズムを刻む助けとなり、昔の記憶を呼びさまし引き

出す、脳のリハビリとしての場の提供につながる。特に茶道は、日本におけるホスピタリティー（おもてなし）の基本であり、堀内 [49] は、おもてなしをする側とされる側の相方のコミュニケーションがポイントだと解説をしている。これによって介護スタッフと入居者との会話を楽しむことで信頼関係が醸成されると考えた。

評価については、お茶の稽古の前後での BPSD の変化を観察した。また会話記録の分析により、第 2 章で述べたスピリチュアルペインの 1 つである関係存在の危機、すなわち他者との関係を失うという不安を軽減、あるいは無くすることができるかを実証評価した。

3.2 方法

京都府内にあるグループホーム「認知症対応型共同生活介護」（介護スタッフ 22 名、入居者 18 名）で開所当時から続いているお茶の稽古と、その前後の認知症患者の会話記録（プロセスレコード）を紐解いた。お茶の稽古は、第 2 章の表 2-1 の P-⑨「日本の伝統文化に根ざしたレクリエーション」である。

3.2.1 稽古の企画

認知症患者を対象としたお茶の稽古の方法について、健常者を対象とする場合とは異なった配慮が必要になる。具体的にどのような配慮が必要になるのか、担当スタッフ、茶道の先生、看護師、介護福祉士、ケアマネジャーと議論し、以下のような環境づくりを実施した。

- 初釜を、入居者、介護スタッフ、地域の方、全員参加の年間行事に位置づける。これは表 2-1 における P-⑥「非日常の演出」に当たる。
- 初釜では、入居者、介護スタッフ、地域の方、全員が着物での参加となるように年間を通して着付け教室を行い盛り上げていく。これは表 2-1 における P-③「介護スタッフが共に楽しめるレクリエーション」、P-⑤「全て本物を使用する」、P-⑥「非日常の演出」に当たる。
- 家族の理解をいただけるように、お茶の稽古が認知症患者のケアに繋がることを伝える。これは表 2-1 における P-②「家族の理解が得られるレクリエーション」に当たる。
- 普段からお茶の稽古の話題をだし、期待感を高めていく。これは表 2.1 における P-①「認知症の理解」と P-⑥「非日常の演出」に当たる。
- 入居者の体調を整える（母屋を出て「はなれ」（茶室）に行くのでお出かけ気分が味わえるが、その分体調がすぐれないと億劫になるため）。これは表 2-1 における P-⑩「身体状況の把握」に当たる。

3.2.2 実施方法

お茶の稽古の場所、時間、頻度については以下のとおりである。なお、図 3-1 はお茶の稽古を実施しているところの写真である。

場所：グループホーム「認知症対応型共同生活介護」（介護スタッフ 22 名、入居者 18 名）茶室（離れ）

時間：午後 2 時より 4 時半（それぞれの席入りとなるのでその人に合わせた時間）

頻度：月に 1 回



図 3-1：お茶の稽古中の写真

この「はなれ」をつかうという場所の設定は、表 2-1 の D-③「非日常の演出」、時間や頻度の設定は D-①「認知症の理解」と D-④「目的、時間と限られた枠の中で行う」に当たる。

また当日の稽古については、以下のことに留意して実施された。

- お点前ができるようになる稽古ではなく、人生の先輩として介護スタッフがお茶の稽古の助言ができる立場になってもらう。これは表 2-1 の D-⑤「個人情報把握」に当たる。
- 袱紗、扇子、懐紙などの道具はすぐに出せるように用意しておく。これは表 2-1 の D-①「認知症の理解」、D-②「全て本物を使用する」、D-⑥「身体状況の把握」に当たる。

- 喉に詰まる恐れのある餅を主菓子にしないように気をつける。これは表 2-1 の「D-⑥身体状況の把握」に当たる。
- 御薄（お茶）の温度に気を付ける。「熱いので気をつけて下さい」は禁句である。これは表 2-1 の D-①「認知症の理解」と D-⑥「身体状況の把握」に当たる。
- 袱紗捌きは手に障害のある者にしてもらわない。（先生と事前に情報共有する。）これは表 2-1 の D-⑥「身体状況の把握」に当たる。
- 各テーブルのメンバーは、日頃の友好関係を考慮して楽しい時間となるように配慮する。折り合いの悪い者とは同じテーブルにならないようにする。これは表 2-1 の D-⑤「個人情報の把握」に当たる。
- 疲れていないかどうか、無理をしていないかどうか、十分に気を配る。これは表 2-1 の D-⑥「身体状況の把握」に当たる。
- 入居者が手持無沙汰にならないように気を配る。一人の者だけが話すのではなく、普段、大勢の中では積極的に話をしない者の話を聞くように心掛ける。これは表 2-1 の D-①「認知症の理解」と D-⑤「個人情報の把握」に当たる。
- 当日の午前中にお茶の稽古があることを、入居者に繰り返しアナウンスを行う。茶室での準備を無理強いにならないように気を付けて一緒に進める。これも表 2-1 の D-①「認知症の理解」に当たる。
- 地域の和菓子屋から菓子が届く時には、入居者と一緒に受け取り、その主菓子の「名」、由来、材料などを聞いておく。これは表 2-1 の D-②「全て本物を使用する」と D-③「非日常の演出」に当たる。
- お点前の手ほどきは介護スタッフが受ける。入居者にはお客の作法を洗練させながら、菓子里まつわる季節の話、部屋のしつらい、掛物、先生の話、道具についての話を楽しんでもらう。これも表 2-1 の D-③「非日常の演出」に当たる。
- スタッフはお点前のけいこをしながらも、スタッフ同士の連携を密に取って母屋からの席入りを調整する。これは表 2-1 の D-①「認知症の理解」、D-④「目的、時間と限られた枠の中で行う」、D-⑥「身体状況の把握」に当たる。

3.2.3 参加者

グループホームの入居者の平均年齢は 85 歳であり、日によって参加出来たり出来なかったりする。また、気分を一定に保つのが難しいため、各回の参加者は毎回同じ人ではない。入居者以外には、近所の高齢者や地域ボランティアの参加も歓迎している。時には地元の小学生やその家族、着付けの先生、他事業所のスタッフなど、多種多様の者がゲストとして参加している。

- グループホーム入居者：8～15名
- 地域の高齢者：2～4名
- 地域ボランティア：2～5名
- 介護スタッフ：3～5名

3.2.4 効果の計測方法

GBS スケールと会話記録（プロセスレコード）を計測することで評価を行った。まずグループホーム入居者の心理的な状態を、「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」で評価するため、認知症の機能面別の重症度を評価するスケールである GBS スケール（Crichton Visual Analogue Scale）[50] から、感情面の評価を抜粋したものを使用した。具体的には「感情鈍麻」、「感情不安定」、「動機づけの低減」、「不安」、「感情の抑うつ」、「落ち着きのなさ」、の項目を、0（正常）から6（非常に悪い）までの得点で、記録者が評価した。

次に、会話記録（プロセスレコード）で評価を行った。プロセスレコードとは、1952年に Hildegard E. Peplau が提唱した、看護の臨床の現場における対人関係とくに看護者と患者の間の相互作用に関する文章記録のことである [51, 52]。なお、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、同意の意志に変更があった場合はデータを削除することなどを書面にて説明し同意を得て実施した。また調査は任意であることを口頭で伝え、回答を持って同意を得たとみなした。

3.3 結果

図 3-2 はお茶の「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」の利用者の GBS 尺度の平均を示したものである。比較のために、同調査対象施設で実施したお華の稽古の結果を図 3-3 に示した。

図 3-2 で示した通り、お茶の稽古は、図 3-3 のお華の稽古と同様に「稽古前」よりも「稽古中」と「稽古後」の方が状態は良い傾向であった。しかし、お華の稽古と比較しても、「お茶の稽古」では、「稽古前」の状態が全体によい状態であったために、全項目における GBS スケールの平均値から見ても、「稽古前」が 0.41 ($SD = 0.08$)、「稽古中」が 0.06 ($SD = 0.04$)、「稽古後」が 0.14 ($SD = 0.05$) で、お華の稽古と比較して顕著な差は認められなかった。

次に、比較的状态の悪い利用者の GBS スケールを見てみると、図 3-4 に示すように「稽古中」に著しい改善が見られた。最も改善が見られたのは、感情不安定の項目であった。「稽古前」は 2.83 ($SD = 2.56$) であったのが、「稽古中」では 0.33 ($SD = 0.82$) であり、-2.5 の改善が見られた。次いで改善が見られたのは、感情の抑うつの項目で、「稽古前」が 2.17 ($SD = 1.32$) であったのが、「稽古中」では 0.33 ($SD = 0.82$) でその差は-1.84 であった。なお、図 3-2 と図

3-3 は縦軸の上限が 3.5 であるのに対して、図 3-4 は上限が 6.0 になっている。

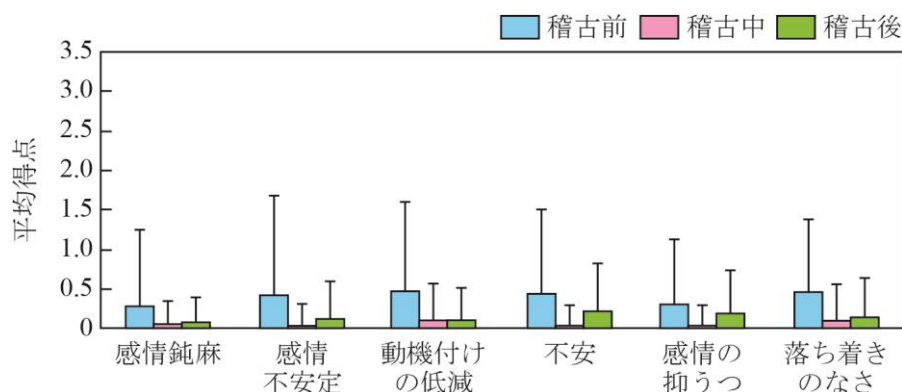


図 3-2 : お茶の「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」の利用者の GBS スケールの平均

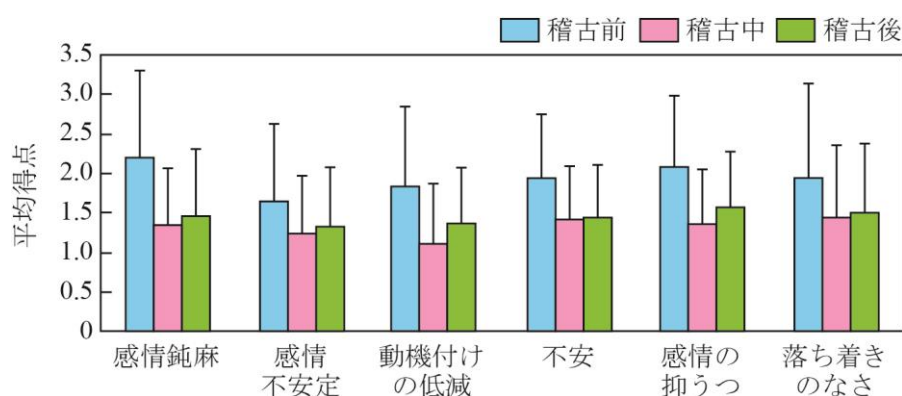


図 3-3 : お華の「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」の利用者の GBS スケールの平均

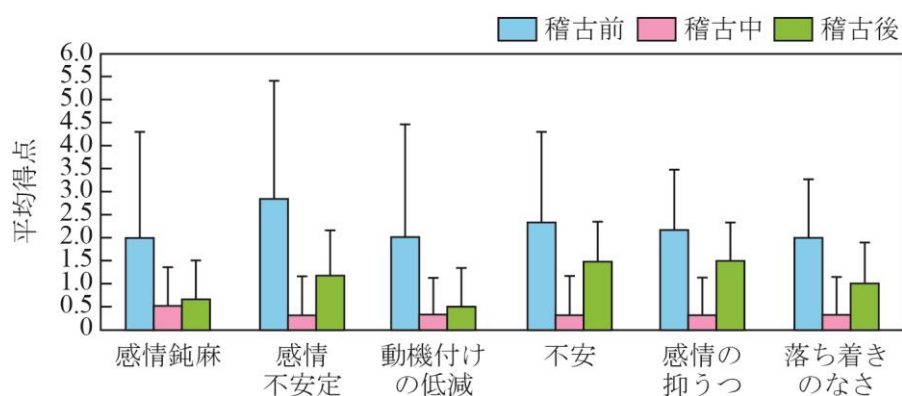


図 3-4 : お茶の「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」の状態の悪い利用者の GBS スケールの平均

認知症の特徴として、病気に対する自分の不安や苦しみを他者に知られたくないという「取り繕い」が良く見られ、そういった観点での本音を本人から聞き出すことは通常は困難である。これが介護スタッフや家族と認知症患者とのコミュニケーションを困難にする。しかし、

発話の記録および分析を行った結果、お茶の「稽古中」の発話の記録には、認知症患者の不安、苦しみに対するものがいくつか現れた。

以下にスピリチュアルペイン [53] の観点から典型的な、時間性、関係性、自立性に対する不安や苦しみに関する発話を示す。会話記録から、認知症患者の痛み、すなわちスピリチュアルペインが表出されたことが分かる。

- 「へえー、一月、いつお正月したんやろ。おもち、食べたやろか？何もわからんようになってしまった。」
直前記憶の不確かさから物忘れを自覚し、過去を失い、過去を失うことは現在が不確かになり未来をも失う。将来の予定、目標も立たず現在が成立していない。何故、自分がここに居るのか理解できない。(時間性のスピリチュアルペイン)
- 「家族が誰も来てくれない。一人ぼっちで寂しい。」
見当識障害から他者との関係を失い、家族や友達さえ敵になり孤独になる。(関係性のスピリチュアルペイン)
- 「いつまで、この手がいうことをきいてくれるのだろうか？迷惑をかけてまで生きたくない。」
実行機能障害から自分で出来ていたことが出来なくなり、自律、生産性を失う。(自律性のスピリチュアルペイン)

3.4 考察

グループホームでの茶道の取り組みは、非日常の感情の動き、情緒、感情への働きかけがあり、その場に身を置き活動を楽しむだけでなく、後々の毎日の過ごし方、生きがい、その人の居場所づくりにも繋がる効果が見られた。言葉によるコミュニケーション能力が下がっていることが多い認知症患者に、茶道の取り組みは一服の茶を形式に則ってもらう安心感と、同じ場所で同じ目的でひとときを過ごすことにより、他の人との交流が図りやすくなる効果がある。また、その場にいる家族とスタッフにとっては、認知症患者の心の有り様、その人らしさを理解する機会となる。そのことは、認知症患者の個別の尊厳を大切にすることになり、その結果、認知症患者の **BPSD** が軽減したと考えられる。

お茶の稽古では、**BPSD** が多く表れている人より、比較的穏やかな者が参加されたことから、全体として **GBS** スケールは低くなったため、顕著な改善が見られたというわけではない。しかし個別にみると、「稽古前」の **GBS** スケールの高い **BPSD** が多く表れている者に対しては「稽古中」の値が低く、**BPSD** が軽減した。

さらに会話記録の分析により、稽古中の会話の中で認知症のケアの核心にふれる会話が記

録されていた。普段、要介護度の高い者や声の大きい者の背後に隠れてはいるが、BPSD が顕著でなくても、全ての認知症患者にはスピリチュアルペインが存在する。生きているのが無意味と思えるほどの苦しみ、虚無、無目的、無意味、孤独などの苦痛である。しかし前述のように、認知症患者は「取り繕い」で本音や不安を語る機会は少ない。実施されたお茶の「稽古中」の会話記録で分析された思いは、まさに介護スタッフが何に意識を向けて関わりを持つべきかの示唆に富んだ真の言葉が語られた。すなわち介護スタッフとの信頼関係の醸成が得られたと考えている。

「一期一会」、茶道の心得である一生に一度の貴重な出会い、その稽古の非日常の場、雰囲気、環境がその言葉を引き出すきっかけになるのである。母屋からはなれ、茶室への移動、着物姿の先生、介護スタッフの着物姿、釜の湯の沸く音、お香の薫り、お点前の一挙一動に注目する瞬間の張りつめた空気、生徒となった介護スタッフの手直しを手厳しく指導する者、笑う者、その空間はまさしく非日常であり、介護する者、される者の垣根のない世界である。そこでは意識する、しないに関わらず、援助的コミュニケーションが成り立ちやすい環境になるのである。

3.5 結言

人はわかってもらえた、共感が得られたと実感したところから、他者を介し自律に向かって歩み始める。認知症患者は、何もわからない人、わからなくなった人と捉えるのではなく、そのひとの個性を大切に「そのひとらしさ」を中心にしたケアを提供しなければいけないとするならば、いったいそのケアとは何なのか。

村田・長久 [54] は、ケア（援助）とは苦しみを和らげ、軽くし、無くすることであると説明をしている。認知症患者の不安、苦しみとはどのようなものなのか。「我おもうゆえに我あり」という思考を超えて、「認知症ゆえに以前の私と違っているけれども、私は欲し、感じ、人々とつながっている。それゆえに、私はなお存在している」という考え方が必要になる。Murata [55] は、認知症患者の苦しみは、生の無意味、無価値、無目的、孤独、疎外、虚無といった「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」であるとも述べている。

お茶の稽古をグループホームで取り入れることで、ケアとは何をどうすることかを深く掘り下げるきっかけとなった。ケアとは関係性にもとづき、関係の力で苦しみを和らげ、軽くし、無くすることである。茶道は一服のお茶を美味しくいただくことが目的ではない。「一期一会」の言葉どおり、人と人が出会い、お互いを理解し合おうとする場である。関係性を持つための「かたち」として認知症ケアの現場で活用できることを示した。このことは第 2 章で示す援助モデルでの関係存在の危機、すなわち他者との関係を失うという不安をケアすることができたと考えられる。

第 4 章 日本の伝統文化「お華の稽古」の認知症介護への活用と効果— 検証についての報告—

4.1 緒言

日本の伝統文化の認知症介護への活用と効果を、第 3 章のお茶の稽古に加え、本章では華道（以下、お華の稽古とする）についても検証を行った。

お華の稽古とお茶の稽古の違いは、「お茶の稽古」は、まわりの人たちとのコミュニケーションが主になってくるのに対し、「お華の稽古」は、個人が集中して一つのことをやり遂げるところにある。すなわち第 2 章で分類した集団レクリエーションで自律した取り組みが主体のものである。それによって自己肯定感が得られ、かつての自分の地域社会での役割や誇りを回復させることが狙いである。

茶道とコミュニケーションに関する研究については、ウェバー [56] による茶道をコミュニケーションの手段としたネットワークの分析を行っており、小林 [57] は、茶道の目指す課題とは、人間の心と心を結ぶコミュニケーションの形成であると述べている。また、川守田 [58] は、茶道には伝統的な生活に対する考え方や作法だけではなく、人間関係のあり方も集約されていると述べている。また、張 [59] によると、茶道は北東アジア諸民族がさまざまな交流を通して蓄積してきた共同文化遺産であり、コミュニケーションスキルを磨く最適な道具でもあるとしている。その他、浅見ら [60] による天文学と茶道を組み合わせたイベントに関する報告などもある。一方、華道に関する池坊ら [61] の制作過程の作業を分析した研究では、必ずしも科学的かつ合理的に行われているものではなく、生け花は完成した作品だけでなく、いけるというプロセスも精神修練としての意味がある日本独自の概念と述べている。

本章では、グループホーム「認知症対応型共同生活介護」（介護スタッフ 22 名、入居者 18 名）で心理療法の一環として実施したお華の稽古について、心理療法を用いて GBS スケールの評価を行い、効果を図ることを目的として介護スタッフとグループホームの入居者が一丸となって取り組むための仕掛けづくり、そしてその効果について検証した結果を述べる。

お華の稽古については、京都の華道家元池坊の協力の下で実施しており、グループホーム入居者、地域の高齢者、介護スタッフがお華の稽古を一緒に習っている。伝統文化であるお華の稽古は、日本では世間一般に周知され風土に根ざした慣習ともいえる。それゆえ、体験したことがなくても感覚的にイメージしやすく、親近感が湧きやすい。すなわち、お華の稽古は表 2-1 の P-⑨「日本の伝統文化に根ざしたレクリエーション」に当たる。一方で、お華の稽古は、お茶の稽古と比較すると自分の意志で選択、表現を行うことが多く、第 2 章で述べ

たスピリチュアルペインの 1 つである自律存在の危機、すなわち他者への依存という不安をケアすることができるかどうかを本章で検証をした。

4.2 方法

4.2.1 稽古の企画

認知症患者を対象としたお華の稽古の方法について、健常者を対象とする場合とは異なった配慮が必要となる。お華の稽古の中でどういった配慮が必要となるのか、お華の先生と介護スタッフで議論した。まず事前の環境づくりとして以下を実施した。

- お華の稽古があることを 1 週間以上前から話題にし、入居者に興味を持って頂く。これは表 2-1 の P-①「認知症の理解」と P-⑥「非日常の演出」に当たる。
- 認知症の入居者本人だけでなく、家族に心理療法の取り組みについて理解を求める。これは表 2-1 の P-②「家族の理解が得られるレクリエーション」に当たる。
- 1 週間以上前から入居者の体調を整える。特に昼夜の逆転にならないように配慮する。これは表 2-1 の P-①「認知症の理解」と P-⑩「身体状況の把握」に当たる。
- 事前に介護スタッフと稽古の先生がなじみの関係になっておく。これは表 2-1 の P-③「介護スタッフが共に楽しめるレクリエーション」と P-⑤「全て本物を使用する」に当たる。
- その過程で、認知症患者なので理解ができないなどの配慮は無用であることを、稽古の先生に理解して頂く。これは表 2-1 の P-①「認知症の理解」に当たる。
- 道具（花器、花鉢、剣山）は全て、本物を使用するように準備する。これは表 2-1 の P-⑤「全て本物を使用する」に当たる。
- 当日の段取りを介護スタッフ、先生方、ボランティア間で共有し、入居者の手持無沙汰な時間を作らないように準備する。これは表 2-1 の P-①「認知症の理解」に当たる。

4.2.2 実施方法

お華の稽古の場所、時間、頻度については以下のとおりである。

場所：京都府下のグループホーム「認知症対応型共同生活介護」（介護スタッフ 22 名、入居者 18 名）二階リビング

時間：午後 2 時より 2 時間程度（おやつの時間を含む）

頻度：月に 1 回（本稿執筆時点で計 5 回、それ以降も継続して実施している）

この時間や頻度の設定は、表 2-1 の D-④「目的時間と限られた枠の中で行う」に当たる。

図 4-1 は実際の稽古中の様子を示した写真である。当日の稽古については以下のことに留意して実施された。



図 4-1：お華の稽古中の様子の写真

- (1) 稽古の当日の午前中は、グループホーム内の雰囲気盛り上げるため、入居者への積極的な声掛けを行い、会場整備などの稽古の準備を始める。これは表 2-1 の D-③「非日常の演出」に当たる。
- (2) 稽古中の各テーブルのメンバーは、日頃の友好関係を考慮して楽しい時間となるように、折り合いの悪い入居者と同一テーブルにならないようにする。スタッフは稽古の参加者の最終確認の上で席を確定する。これは表 2-1 の D-⑤「個人情報の把握」に当たる。
- (3) 午後、昼食後からテーブルに新聞紙を広げ、花器、花鋏、剣山等を介護スタッフと入居者で運び出す。これは表 2-1 の D-②「全て本物を使用する」に当たる。
- (4) 入居者を無理なく稽古の会場に誘導する。体調が悪い、あるいは気が進まない時には無理強いをしない。これは表 2-1 の D-⑥「身体状況の把握」に当たる。
- (5) 午後 2 時に先生を迎え、先生の挨拶の後、花材の紹介から稽古が始まる。これは表 2-1 の D-②「全て本物を使用する」に当たる。
- (6) 先生からどの形式でいけるか、ホワイトボードを使って説明をしてもらう。プリントした教材も配布する。これは表 2-1 の D-②「全て本物を使用する」と D-③「非日常の演

出」に当たる。

- (7) その後、入居者は経験の有無、その時々で自由に花をいける。先生、助手、介護スタッフ、地域のボランティアは適宜サポートをする。これは表 2-1 の D-①「認知症の理解」、D-②「全て本物を使用する」、D-⑤「個人情報把握」、D-⑥「身体状況把握」に当たる。
- (8) 認知症患者は物事への集中力が持続しないので、普段よりも介護スタッフが頻繁に声掛けを行う。
- (9) 稽古中の小さな失敗や作品の良し悪しは問わず、プライドを損ねることがあってはならない。例えば、花首を切り落としてしまった失敗に対しても、平然と別途用意している新しい花をそっと足して仕上がりが見劣りしないようにするなど。

上記の (8)、(9) は表 2-1 の D-①「認知症の理解」に当たる。

- (10) おおむね午後 3 時頃をおやつ時間として休憩を入れる。これは表 2-1 の D-①「認知症の理解」と D-⑥「身体状況把握」に当たる。
- (11) 最後に全員の作品を並べてお互いに鑑賞をする。これは表 2-1 の D-③「非日常の演出」に当たる。

4.2.3 参加者

お華の稽古への参加者については、例えばグループホームの入居者は、当日の体調の様子で参加できたり、できなかつたりする場合があります。そのため、各回の参加者は以下ようになった。また、この施設は地域に開かれたグループホームの運営を特徴としており、地域に在住の高齢者や地域ボランティアの参加も募った。

- グループホーム入居者：5 名～ 8 名
- 地域の高齢者：2 名～ 4 名
- 地域ボランティア：2 名～ 5 名
- 介護スタッフ：3 名～ 5 名

4.2.4 効果の計測方法

お華の稽古の評価として、グループホーム入居者の心理的な状態を「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」で評価するため、認知症の機能面別の重症度を評価するスケールである GBS スケールから感情面の評価を抜粋したものを使用した。

具体的には、「感情鈍麻」、「感情不安定」、「動機付けの低減」、「不安」、「感情の抑うつ」、「落ち着きのなさ」の項目を、0（正常）から6（非常に悪い）までの得点で、記録者が評価した。また事後に池坊の指導者、助手、稽古に参加した介護スタッフ、記録者へのインタビューを実施して、評価の数字だけでは表れない変化や効果を調べた。また、お華の稽古を通しての認知症者患者の心の変容を、家族へのインタビューに基づき明らかにした。

4.3 結果

これまでに10名の入居者がお華の稽古を経験されている。このうち5カ月の間、5回連続で参加した4名の入居者について、「稽古前」（例えば昼食前）、「稽古中」、「稽古後」（例えば夕食前）で、介護スタッフがGBSスケールを用いて入居者の様子を比較した結果を図4-2に示す。

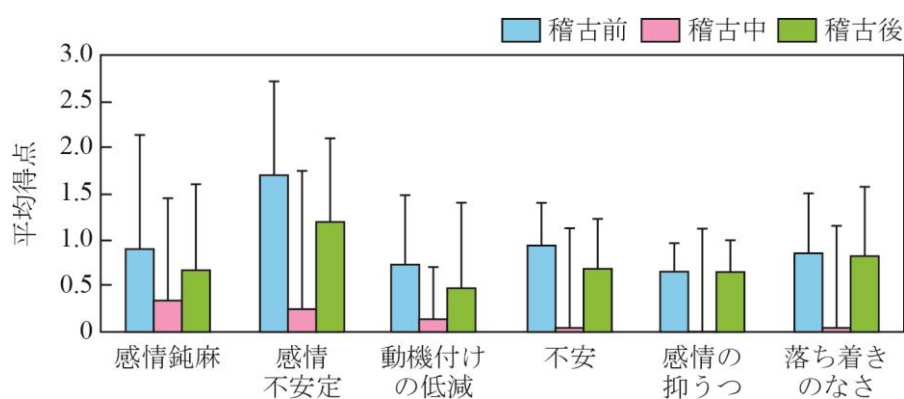


図4-2：感情面についてのGBSスケールの「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」での比較

全ての感情面で稽古の実施前後と比較して、お華の「稽古前」が0.97 ($SD = 0.34$)、「稽古中」が0.14 ($SD = 0.12$)、「稽古後」が0.77 ($SD = 0.22$)で、「稽古中」にGBSスケールが低下、すなわち感情面での改善が認められた。「稽古後」の様子については、「稽古前」と比較して改善の傾向が認められた項目があった。感情不安定の項目では、「稽古前」が1.70 ($SD = 1.02$)で「稽古中」は0.25 ($SD = 1.51$)と、その差が1.45と最も大きかった。一方、「稽古前」と「稽古後」を比較したところ、同じく感情不安定の項目でその差は0.5と、「稽古後」に最も改善されていた。一元配置分散分析の結果からは、感情不安定 ($p < 0.01$)、感情の抑うつ ($p < 0.05$)、落ち着きのなさ ($p < 0.05$)で「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」の群間の平均値に統計的有意差が認められた。

なお、感情の抑うつと落ち着きのなさの両項目については、感情の抑うつの「稽古前」が0.65 ($SD = 0.31$)、「稽古後」が0.65 ($SD = 0.35$)であり、落ち着きのなさは「稽古前」が0.85

($SD=0.64$)、「稽古後」が 0.85 ($SD=0.72$) と平均値が同じ値を示し、「稽古中」では改善が見られたが、実施前後では改善が見られなかった。

介護スタッフと記録者へのインタビューから、次のことが明らかになった。おやつをはさんで 2 時間以上になることから、入居者によっては体力と集中力が続かず、疲れて寝そうになることもあった。当施設では 1 時間以上、集中できない入居者がほとんどであるため、今後は何らかの改善方法が望まれる。また、入居者と関係性が築かれていない地域の高齢者の参加は、入居者の性格によってはその方たちとコミュニケーションが取りづらく、好意的に受け入れられない場合があった。地域の高齢者、ボランティアの参加は開かれたグループホームとなる反面、そういった入居者への配慮が必要である。

最後に、入居者の家族へのインタビューでは、お華の稽古を通して一つの作品を作り上げたことで、多くの入居者がそれを家族に自慢するエピソードが聞かれた。一般的に新しいエピソードを記憶することが困難となる認知症患者が、お華の稽古後のしばらくの間それを記憶し、自分が成したこととして誇りに感じていることは、かつての自分の母としての役割、誇りが回復された証左であると考えられる。

4.4 考察

認知症になり、喪失感、孤独感、絶望感等多くのストレスを抱えた本人とその介護を担ってきた家族にとって、グループホームでの暮らしが笑顔の見られる毎日でありたい。しかしその生活を支える介護スタッフにとって、入居者に個別のプログラムを用意して一人ひとりに対一の時間をとることは困難である。このような人的資源の制限がありながらも、レクリエーションで夢中になった時間は、入居者本人はもとより、スタッフにとっても仕事のやりがいにつながる楽しい時間となった。本章で示したように、レクリエーションに日本の伝統文化であるお華の稽古を取り入れることは、男女を問わず受け入れられ、五感に働きかけ、癒しの効果をもたらすことが示唆された。また、お華の稽古をすることによって、認知症の入居者は自分で集中して一つのことをやり遂げることができ、更に現在の自分への自己肯定感が得られる。入居者と介護スタッフが共に作業をすることで、お互いの信頼感が深まる。

一方、日本の伝統文化が認知症の入居者の感覚に働きかけ、受け入れられるには環境の整備が重要である。例えば、お華の稽古で使用する花鋏、花器、剣山といった道具を揃えることは、お華の稽古という体裁を踏襲するためには必要不可欠である。しかし、花鋏が刃物で重くて危ないということを理由に、最初から軽くて持ちやすいクラフト鋏を用意しておくのでは意味がない。鋭利な針の集合体である剣山も同様である。実際に使うことが困難であっても本物を揃え、必要な時にあらかじめ準備しておいたクラフト鋏、オアシスなどにさりげなく入れ替えるといった工夫が重要である。また、先生についても同様である。教義を言語

で理解できないからといって、スタッフが先生役をしても意味がない。正式な流派の先生に教授してもらうことが重要なのである。

4.5 結言

実際、入居者から「真、副、体と習いましたが」との言葉があり、花に向かう姿は人生の先輩そのものであった。その姿に接した若いスタッフがケアの双方向性を実感し、尊厳あるケアの積み重ねにつながっていくことを期待している。未経験者、男女を問わず華道が受け入れられた理由として、華道は茶道と並んで花嫁修業の筆頭であった時代があり、四季があり自然の恵みを身近に感じてきたこの国の文化として世間一般に周知され風土に根ざし、心の深い所に共鳴するからだと考える。また、回想療法の視点からは、床の間の花、庭木の手入れ、幼い頃駆け回った野原、学校の花壇などの花や風景を想起し懐かしい気持ちにつながることも期待できる。実際、コスモスはなじみのある花のようで、入居者からそれを使いたいという要望があった。

池坊の先生からは、「お花と向き合ってください」と最初に言葉がある。「芽が出て葉が伸びて、光に向かう、その様子をそこに再現してみましよう」と話して指導される。それは言語を持たない草花との対話であり、健常者が経験できない認知症を抱える者に向かい合うことに似ている。話さない草花、言語を介してのコミュニケーションを取りづらくなった認知症の人、どちらにも必要なのは、想像力と創造力、思いやりの力である。花の葉のつきようを観て、その育ち方を考えるのと同様に、認知症患者と向き合いその人生の物語に思いを馳せる。どんなに物盗られ妄想で興奮されていた者も、稽古の誘い掛けにはのってくれ、稽古中には夢中になって過去の自身のことを話していた。妄想から離れ、マイナスの気分がプラスに転じたのである。

華道だけではなく、茶道や香道といった日本の伝統文化を、認知症ケアの現場で生かすことは意義のあることである。自分の作品を家族に自慢する認知症患者の姿から、お華の稽古を通して自分の意志で選択、表現を行うことにより、第2章で述べたスピリチュアルペインである自律存在の危機、すなわち他者への依存という不安をケアすることができたと考える。

第 5 章 コミュニケーションロボットを用いた介護レクリエーションサービスの DCM およびアンケートによる評価

5.1 緒言

第 3 章と第 4 章では集団レクリエーションで他者との交流を主体とするもの、そして自立した取り組みが主体となるものとして、日本の伝統文化である茶道と華道を題材とし、第 2 章で提案したレクリエーションデザインの方法論に基づいて計画、実施を行った。入居者がレクリエーションに参加することは単に入居者の楽しみに留まらず、リハビリテーションの効果もあることが、Doi ら [62] と Ikenobo ら [63] の研究で明らかにされている。しかし介護スタッフは、しばしばレクリエーションのマンネリ化に悩まされ、準備に対する負担感を感じる場合が少なくない。また特に経験年数の浅いスタッフはレクリエーションを盛り上げることを苦手にすることも多く、レクリエーションの運営についての若手スタッフの育成も課題であると Yamamoto ら [64] は述べている。そのため施設では、体操、歌などの DVD、すなわち映像コンテンツを利用することも多い。健常な高齢者はこういった映像コンテンツを十分に楽しむことは可能であるが、認知症を有するグループホーム入居者などの施設利用者では映像コンテンツへの集中を持続させるのが難しい。このような方々に対して、介護レクリエーション用の映像コンテンツに身体性を有するロボットが連動して動作する、介護施設でのレクリエーション用のサービスを試作し、介護スタッフの負担軽減や入居者に与える影響などの効果についての実証評価を行った。

従来、看板などによる情報提示において身体性を有するロボットとのコミュニケーションを加えることで、提示される情報の信頼度が有意に向上したという報告や、テレビ電話による高齢認知症者同士の対話をロボットが支援することで、有意にテレビへのディスプレイへの視線の集中が増し、対話が活発になったと Yonezawa ら [65, 66] によって報告がなされている。よって身体性を有するロボットの存在による映像コンテンツへの没頭や視線の集中の効果を期待した。また通常のレクリエーションでの介護スタッフと施設利用者のコミュニケーションチャンネルにロボットと施設利用者、ロボットと介護スタッフのコミュニケーションチャンネルが加わることで、トライアングルの関係性が構築される。これによってレクリエーション中に、介護スタッフと施設利用者の間により多様なコミュニケーションが生まれる効果を期待した。また、検討中のサービスにより介護スタッフのレクリエーション運営の負担が軽減され、また運営能力の向上も図られることを期待した。

現在、NTT 西日本、NTT 東日本は、前述の ICT とコミュニケーションロボット（以下、ロボット）を活用した介護レクリエーションサービスを検討中であり、関西 2 カ所の介護施設、

また関東2カ所の介護施設と共同で、上記の期待される効果についての実証評価を実施した。本章では、アンケートによる介護スタッフのレクリエーションに対する負担感の評価、そして Dementia Care Mapping [67] (以下、DCM とする) によるコミュニケーションロボットを用いた介護レクリエーションサービスが介護の質に与える影響の評価を実施した。

5.2 方法

5.2.1 システムの概要

図 5-1 にシステムの概要を示す。ハードウェアは NTT 西日本のインターネットテレビ端末である光 BOX+ [68] と、それに連動して動作するロボットからなる。インターネット回線サービスは、NTT 西日本、NTT 東日本が提供するフレッツ光 [69] を使用した。介護レクリエーション (映像コンテンツ) は光 BOX+ のアプリケーションとして提供された。光 BOX+ とロボットは無線 LAN で接続され、映像コンテンツと同期した動作を行う。ロボットは図 5-1 に示すように上半身のみからなるロボット Sota [70] を使用し、背丈は約 30 cm で卓上に置いて用いた。光 BOX+ は 115×105×31.5 mm の箱型で、リモコンで操作を行った。テレビとは HDMI ケーブルで接続した。映像コンテンツの種類は童謡、介護予防体操、クイズ (計算、漢字など)、回想 (昔の時事ネタ)、地元の名所の紹介などから構成された。

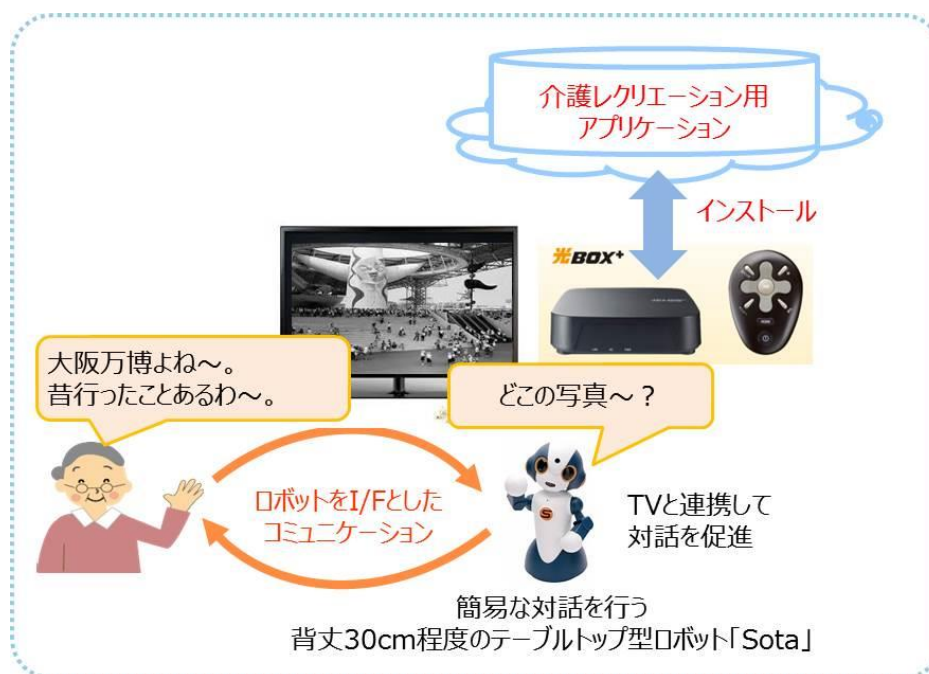


図 5-1 : システムの概要

介護レクリエーションは、光 BOX+ のリモコンボタンを押下するだけで進行できる。一方でロボットは、介護レクリエーションの開始時、またクイズの問題の切り替わりの際などで

リモコンボタンが押下されると、レクリエーションの開始の挨拶や、励ましなどのフレーズを身振りと共に施設利用者に話しかける。

5.2.2 実証評価のスケジュール概要

実証評価は2週間程度のプレトライアル期間を設け、その間に介護スタッフが光 BOX+や介護レクリエーションの操作に慣れてもらうと共に、実証評価で使用するコンテンツの絞り込みを実施した。その後、3か月程度のトライアル期間を設ける。トライアル期間では介護施設での通常のレクリエーションの一部として、光 BOX+とロボットによる介護レクリエーションを組み込んで実施して貰った。NTT 西日本による関西での実証評価は2015年6月中旬からプレトライアルが始まり、7月より3ヶ月間のトライアルを実施した。NTT 東日本による関東での実証評価は8月からプレトライアルが始まり、さらに8月から10月までトライアルを実施した。計4カ所の施設で実証評価を行った。

5.2.3 評価方法

5.2.3.1 評価の概要

実証評価では、約2週間のプレトライアル期間の後、その間に試用した各介護レクリエーションサービスの印象や要望事項に関するアンケートを実施し、それに沿ったサービス改善を実施した。次に約3ヶ月のトライアル期間中に改善したサービスを現場で使用して貰いながら、2週間に1回、認知症の重症度とともに質的差異も評価できる尺度である GBS スケール [71] を用いて、介護スタッフが研究協力者の主に感情機能、精神症状についての評価を実施した。さらに3ヶ月目に、介護スタッフや施設利用者がロボットや介護レクリエーションに十分に慣れ親しんだ時点で、このサービス導入による介護の質の変化を、DCM により各施設で2回実施した。そして実証評価が終了した後、事後アンケートとして介護スタッフの本サービス活用に当たった印象や、施設利用者の行動などの変容についての回答を頂いた。本章では、前述の4施設で実施された2回の DCM の評価結果および事後アンケートの結果に基づき、本サービスが介護スタッフや施設利用者に与える影響について検証する。

5.2.3.2 DCM とは

DCM はパーソン・センタード・ケアを実践するための評価法である。パーソン・センタード・ケアは、ブラッドフォード大学の老年心理学者 Kitwood [72] によって提唱されてきた認知症ケアのための理論である。DCM では通常、6時間以上連続して認知症の人を観察する。そして、5分毎の認知症患者の行動を Behavior Category Code (以下 BCC とする) に基づきコード化し、さらに Mood-Engagement : ME 値と呼ばれる、それが良い状態 (well-being) ~よ

くない状態 (ill-being) までのどれにあたるかを 6 段階 (+5、+3、+1、-1、-3、-5) で評価する。BCC は、周囲との言語的、非言語的な交流などの施設利用者の行動に対応する、A～Z のアルファベット 24 種類からなる。DCM はマップパーと呼ばれる専門的な研修を受け資格を有するものが通常 2～3 名で実施し、観察終了後に評価を行ったマップパーが BCC、ME 値に関するコンセンサスを実施した上で最終的な結果が報告される。

DCM は 6 時間程度の観察が通常であるが、今回は介護レクリエーション中の施設利用者の状態の変化を観察するために、観察時間は施設でのグループレクリエーションや施設利用者が自由に過ごす時間に合わせ 2 時間とした。また評価には専門的な資格を有するマップパーで実施した。関西では各施設にそれぞれ 3 名のマップパーが、関東では各施設にそれぞれ 2 名のマップパーが評価を実施した。

5.2.3.3 DCM への協力者

各施設で施設利用者 3 名を選定してもらい、その者を DCM での観察対象とした。本介護レクリエーションサービスを使用することで、施設利用者の状態が良い方向に変わって欲しいと、介護スタッフが望まれている方を中心に選定した。表 5-1 に協力者の性別、年齢、介護度 [73]、認知症高齢者の生活自立度、寝たきり度 [74] を示す。

表 5-1 : DCM への協力者

介護施設	協力者	性別	年齢	介護度	認知症高齢者の生活自立度	寝たきり度
SC	A	女	91	4	III	不明
	B	女	88	4	IV	不明
	C	女	81	2	IIIa	不明
CP	D	女	84	2	IIb	A
	E	女	95	3	IIIa	A2
	F	女	95	4	IIIa	B1
BH	G	女	90	4	不明	B2
	H	女	89	4	不明	B2
	I	女	82	2	不明	A1
SD	J	女	94	1	不明	不明
	K	女	85	1	不明	不明
	L	女	78	2	不明	不明

5.2.3.4 事後アンケートについて

事後アンケートは大きく以下の5つのカテゴリで構成された。本論文では1. 施設利用者の変化、2. 介護スタッフへの影響、4. 今回の実証評価全体への印象についての結果に基づき議論をするため、この3つのカテゴリについての質問項目の詳細を表5-2～表5-3に示す。

1. 施設利用者の変化（10項目）
2. 介護スタッフへの影響（10項目）
3. 介護レクリエーションコンテンツへの評価（13項目）
4. 今回の実証評価全体への印象（4項目）
5. 在宅での利用可能性について（4項目）

表5.2～表5.3の回答方法については以下のとおりである。

表5-2：質問カテゴリ1の詳細

1. 施設利用者の変化（※はその回答方法）	
Q1	通常のレクに比べて、利用者様がレクに積極的に参加するようになった。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q2	通常のレクに比べて、利用者様が※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択レクの時間を楽みにするようになった。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q3	通常のレクに比べて、レク中の利用者様の発言（発声）頻度が増えた。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q4	通常のレクに比べて、レク中の利用者様間の会話が活性化された。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q5	Sotaに利用者様が自発的に話しかけるなどのSotaに対し愛着を示す行動が見られた。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q6	Sotaが話し始めると機嫌が悪くなるなどのSotaに対し嫌悪感を示す行動が見られた。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q7	Sota利用前と比べて、利用者様の感情・精神状態が安定するようになった。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q8	Sota利用前と比べて、利用者様の健康状態が安定するようになった。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q9	上記以外に、Sotaの利用によって利用者様に生じた変化などがあればご記入ください。 ※自由記述
Q10	利用者様はSotaを使ったレクリエーションに満足していたと思いますか？ ※「そう思う、ややそう思う、あまりそう思わない、そう思わない」から選択

表 5-3 : 質問カテゴリ-2 の詳細

2. 介護スタッフへの影響 (※はその回答方法)	
Q1	通常のレクに比べて、レクリエーションを企画・準備する時間が短くなった。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q2	1日あたり、どの程度の時間が削減できましたか？ ※「30分以上、15分程度、5分程度、5分以下」から選択
Q3	時間が短くならなかった主な理由を下記にご記入ください。 自由記述
Q4	通常のレクに比べて、レクリエーションを実施しやすくなった。 ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q5	具体的にどのような点で実施しやすくなったと感じますか？ ※下記で該当するものをチェック、および自由記述 <input type="checkbox"/> レクリエーションに必要なスタッフ数が少なくて済むようになった <input type="checkbox"/> 画面や Sota の誘導によりレクリエーションの導入や進行がスムーズになった <input type="checkbox"/> レクリエーション中に他業務を実施することができた ⇒他業務とは？「 <input type="checkbox"/> 電話対応 <input type="checkbox"/> 呼び出し対応 <input type="checkbox"/> 日報記載 <input type="checkbox"/> その他 ()」 <input type="checkbox"/> レクリエーション中に利用者のサポートに入る回数が増えた <input type="checkbox"/> その他 () あまり当てはまらない、当てはまらない場合、自由記述
Q6	実施しやすくなったと感じなかった主な理由を下記にご記入ください。 ※自由記述
Q7	業務従事中の精神的な負担の軽減・サポート（癒し・安心・気持ちが更に前向き）になったことがありますか？ ※「当てはまる、やや当てはまる、あまり当てはまらない、当てはまらない」から選択
Q8	具体的にどのような点で心理的なサポートがあったと感じますか？ ※下記で該当するものをチェック、および自由記述 <input type="checkbox"/> Sota の外見・動き・発言などにより癒された <input type="checkbox"/> 気軽にレクリエーションを実施できるようになり他業務に集中できるようになった <input type="checkbox"/> 利用者の楽しむ様子を見て前向きに業務に取り組めるようになった <input type="checkbox"/> その他 ()
Q9	上記以外に、Sota の利用により職員の皆様の業務上助かったことなどあればご記入ください。 ※自由記述
Q10	Sota に限らず、「こんな製品があれば業務が助かる」などのアイデア、もしくは、業務上のお困りごとなどあればご記入ください。 ※自由記述

5.2.3.5 事後アンケートへの協力者

本章では関西の2施設の職員12名についてのアンケート結果を示す。表5-4が協力者のプロフィールである。

表 5-4 : 事後アンケートへの協力者

介護施設	協力者	職種	実務経験年数	性別	年齢
SC	M	介護職員	8年	男	40代
	N	介護職員	3年	女	20代
	O	介護職員	1.5年	男	20代

CP	P	介護職員	3年	女	20代
	Q	介護職員	0.5年	女	20代
	R	介護職員	3.6年	女	50代
	S	生活相談員	8年	女	30代
	T	介護職員	3年	女	60代
	U	介護職員	2年10ヶ月	女	40代
	V	介護職員	1.5年	女	50代
	W	介護職員	3ヶ月	男	30代
X	介護職員	3ヶ月	男	50代	

5.3 DCM 評価の結果と考察

5.3.1 本サービス利用時とそうでない時の ME 値の平均の比較

DCM では各協力者に対して、図 5-2 に示すような時間の経過に伴う行動と ME 値の推移が得られる。グラフの下に記録されているアルファベットの系列は 5 分毎にアセスメントされた協力者の行動に対応する BCC であり、グラフはこの時の協力者の状態を表す ME 値の推移を示す。図 5-2 は介護施設 BH の協力者 G の 1 回目の DCM 評価の結果である。BH では 10 時より DCM による観察が始まり、10 時 10 分から 10 時 40 分まで本サービスを用いた介護レクリエーションが実施された。また 11 時 8 分から 11 時 40 分の間にも本サービスを用いた介護レクリエーションが実施された。図 5-2 に出現したコードを以下に示す。

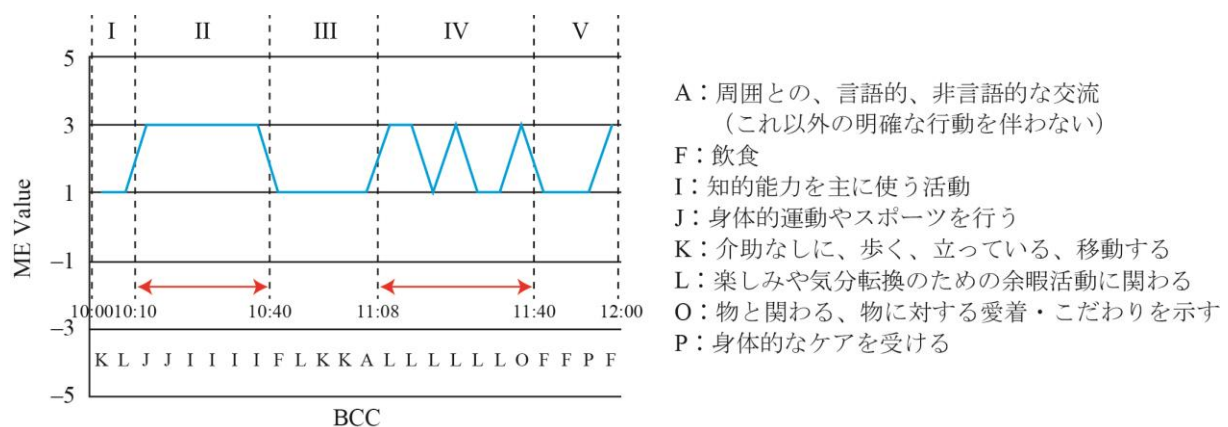


図 5-2：時間の経過に伴う行動と ME 値の推移

表 5-5 より、本サービスを用いている場合は I (知的活動)、J (スポーツ)、L (余暇活動) が多く出現し、それ以外の時間帯は、F (飲食)、K (移動) が多く出現している。本論文ではこのようにして得られる ME 値に対して、本サービスを用いている例えば図 5-2 であれば

II、IVの区間の平均値と、本サービスを用いていないI、III、Vの区間の平均値を比較することで、本サービスを活用している時の施設利用者の状態とそうでない時の状態を比較し、本サービスの有用性を検証する。ME値が+1であるということは、どちらかと言えば施設利用者は良い状態と判断されるが、意味合いとしてはニュートラルな状態である。+3は良い状態にあることを、また+5は大変良い状態にあることを示している。

まず、全体として本サービスを利用時のデータは述べ1,335分（BCC、ME値、267サンプル）、そうでない時のデータは述べ1,445分（BCC、ME値、289サンプル）であった。図5-3にこれらサンプルのME値の平均値の比較を行った結果を示す。

図5-3に示すように、本サービスを使用時には、ME値の平均が約2.3と高い値を示した。一方で本サービスを使用していない場合は約1.8であった。またこれらの平均値には統計的有意差が認められた（ $p < 0.01$ ）。このことから本サービスは、施設利用者の状態の改善に効果があることが示唆された。

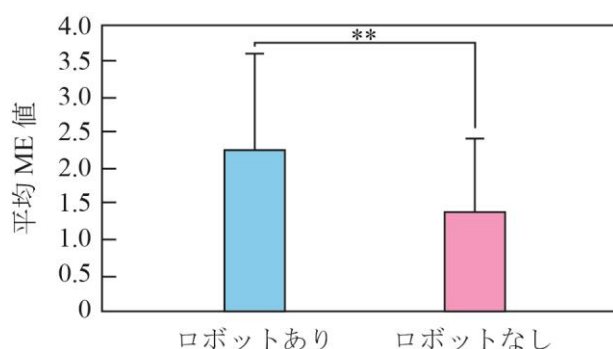


図 5-3：全サンプルでの ME 値の平均値の比較

注：** $p < 0.01$

5.3.2 本サービス利用時とそうでない時の BCC の頻度の比較

図5-4に本サービス利用時とそうでない時のBCCの頻度の比較を示す。図5-4より本サービスを利用している時には、E（表現活動、創作活動に関わる）、G（回想する、人生を振り返る）、I（知的能力を主に使う活動）が多い。これは介護レクリエーションのコンテンツの折り紙、地元の写真、クイズなどが活用されていることを示している。本サービスが利用されていない時には、A（周囲との言語的、非言語的交流（これ以外の明確な行動を伴わない）、F（飲食）、J（身体的運動やスポーツを行う）といった項目が明らかに頻度は高い。またL（楽しみや気分転換のための余暇活動に関わる）については、本サービスの有無に関わらず頻度は同程度であった。

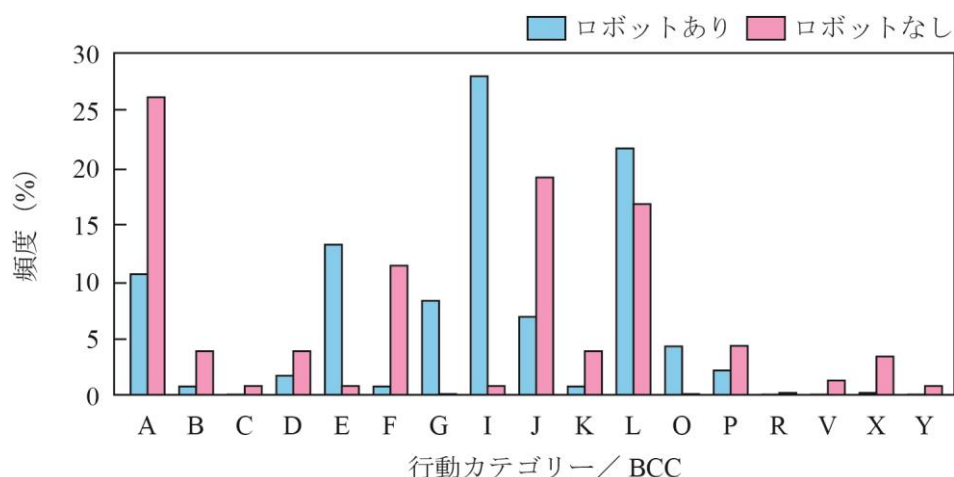


図 5-4：本サービス利用時とそうでない時の BCC の頻度の比較

ここで、A について本サービスを使用した場合とそうでない場合の ME 値の平均を比較すると、本サービスの利用中は 1.10 ($SD=0.62$)、そうでない場合は 1.14 ($SD=1.02$) で有意な差は見られなかった。一方、他の項目について本サービスを利用中の ME 値の平均値は、E については 2.42 ($SD=1.29$)、G については 3.76 ($SD=1.34$)、I については 2.97 ($SD=1.11$) と非常に高い値になっている。本サービスを利用することで、A のような施設利用者の状態が良くも悪くもないニュートラルな状態が減り、E、G、I のような良い状態をもたらす行動がより多く引き出されたことは、本サービスが施設利用者への質の高い介護の提供に寄与したと考えられる。

また J については、本サービスを利用した機会は少なかったものの、本サービスを利用している場合は ME 値の平均は 2.90 ($SD=0.77$)、利用していない場合には 2.42 ($SD=0.77$) で共に良い状態ではあるが、本サービスを利用している場合のほうが有意に高い値が得られた ($p < 0.05$)。L についても本サービスを利用している場合は ME 値の平均は 1.93 ($SD=1.15$)、利用していない場合には 1.05 ($SD=0.86$) で、本サービスを利用している場合のほうが有意に高い値が得られ ($p < 0.01$) また施設利用者の状態は良い状態であることが示された。

最後に頻度はそれほど多くはないが、ロボットと施設利用者との関わりを示す O (物と関わる、物に愛着・こだわりを示す) について、これが出現した時の ME 値の平均は 3 ($SD=1.41$) であり、ロボットとの交流が施設利用者には良い影響を与えていることが示された。

5.4 事後アンケートによる評価の結果と考察

5.4.1 施設利用者の変化

図 5-5 に施設利用者の変化についての評価結果を示す。図 5-5 は、5.2.3.4 で示した回答方法のうち、番号 1 と番号 3 の 4 件法による評価を、3 点～0 点で点数化し平均をとった結果であ

る。

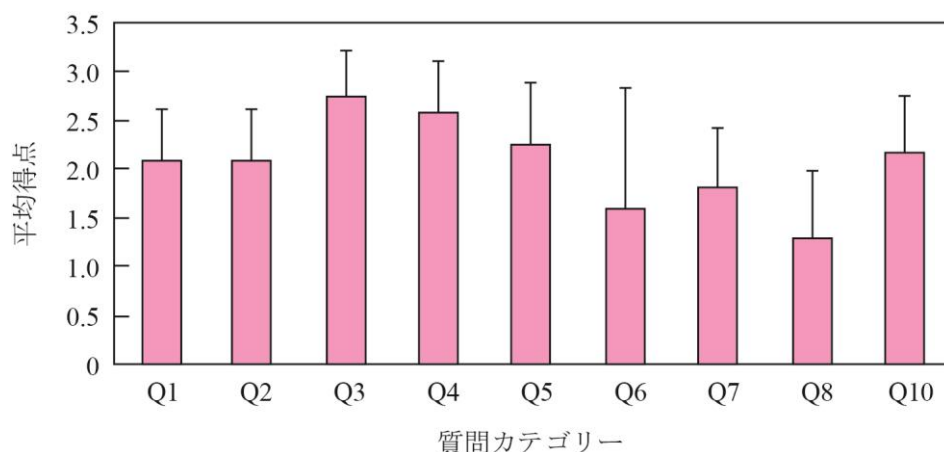


図 5-5：施設利用者の変化についての評価結果

2点以上は、Q1：レクリエーションへの参加意欲の向上、Q2：レクリエーションの魅力向上、Q3：利用者の会話の活性化、Q4：利用者間の会話の活性化、Q5：利用者のロボットへの愛着、Q10：利用者のレクリエーションへの満足感の項目で見られた。これらの項目について、本介護レクリエーションサービスに対して介護スタッフは、施設利用者にとって概ね良い影響があったと判断していると考えられる。

2点以下の項目で Q7：利用者の感情・精神状態の安定、Q8：利用者の健康状態の安定については、本介護レクリエーションサービスに対して介護レクリエーションは、あまり効果が認められなかったと考えている。また Q6：利用者へのロボットへの嫌悪が見られたかという問いであるため、そういった行為はあまり見られなかったことを意味している。

一方、Q9：その他に見られた利用者の変化については、以下のようなポジティブなコメントが寄せられている。

- ロボットに愛着がわき、日がたつに従い触れる機会が増えた。
- ロボットの動きや目の色の変化等に気付かれて会話に広がりが見えた。
- 利用者の集中力が若干高まった。
- レクリエーションへの誘導時、ロボットを話題にすると納得して参加してくれる。
- 利用者の不穏が減った。
- 子供を見るように笑顔になられた。

その他、テレビに集中しているため、ロボットのことを理解しているかは不明というロボットの効果に関しては疑問とするコメントもあった。

5.4.2 介護スタッフへの影響

図 5-6 に介護スタッフへの影響についての評価結果を示す。図 5-6 は、5.2.3.4 で示した回答方法のうち、番号 1 の 4 件法による評価を、3 点～0 点で点数化し平均をとった結果である。Q1：通常のレクリエーションに比べて、レクリエーションを企画・準備する時間が短くなった、Q4：通常のレクリエーションに比べて、レクリエーションを実施しやすくなった、Q7：業務従事中の精神的な負担の軽減・サポート、たとえば、癒し・安心・気持ちが更に前向きになったことがあるのか、のいずれについても平均は 2 点以上で、本介護レクリエーションサービスの導入が介護スタッフにとってポジティブに影響していると考えられる。

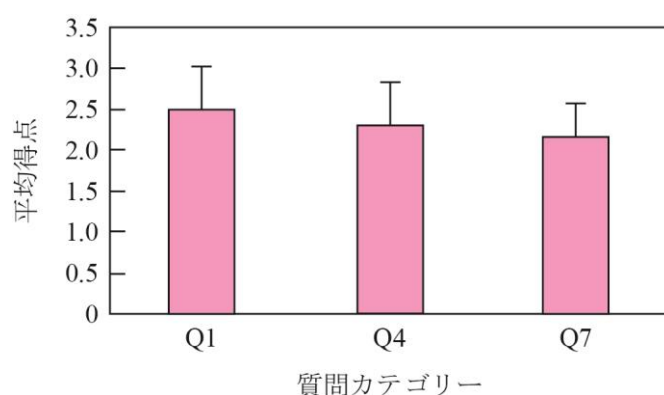


図 5-6：介護スタッフへの影響についての評価結果

次に、Q1 を補足する質問である、Q2：1 日あたりどの程度の時間が削減できたかという質問に対しては、12 名中 8 名が 30 分以上の時間削減ができたと回答している。

また Q4 を補足する質問である、Q5：具体的にどのような点で実施しやすくなったと感じるか、については 12 名中 12 名が、レクリエーションに必要なスタッフ数が少なくて済むことを挙げた。また、レクリエーションの導入・進行が楽になった、レクリエーション中に他の業務が可能になった、を挙げた介護スタッフがそれぞれ 6 名であった。そして、レクリエーション中に施設利用者のサポートが可能になったと回答した介護スタッフは 4 名であった。最後にその他の意見が 1 名であった。

Q7 を補足する質問である Q8：具体的にどのような点で心理的なサポートがあったと感じるか、については 12 名中 7 名が、ロボットの外見・動き・発言により癒されたことを挙げた。また、気軽にレクリエーションを実施できるようになり他業務に集中できるようになった、を挙げた介護スタッフが 6 名、利用者の楽しむ様子を見て前向きに業務に取り組めるようになった、を挙げた介護スタッフが 4 名であった。最後にその他の意見が 1 名であった。

Q9：上記以外に、ロボットの利用により職員が業務上助かったことに関しては、施設利用

者と一緒にレクリエーションを楽しめたと答える介護スタッフが多い傾向があった。

Q10: ロボットに限らず、「こんな製品があれば業務が助かる」などのアイデア、もしくは、業務上の困りごとなどを問う質問に対しては、介護レクリエーションサービスに関するさまざまな前向きな要望が寄せられた。

5.5 結言

本章では、介護施設へのコミュニケーションロボットを活用した介護レクリエーションサービスの導入が、施設利用者への介護の質に与える影響について、関西 2 カ所、関東 2 カ所の介護施設の 12 名の協力者（施設利用者）に対して実施した DCM 評価および事後アンケートの結果に基づいて検証した。

DCM の結果からは、本サービスを用いている時とそうでない時の ME 値の平均を比較することで、本サービスを用いた場合で有意に ME 値が高い、すなわち施設利用者が良い状態にあり質の高い介護が提供されていることが示された。介護スタッフからの声として、本サービスを使用することでのレクリエーション中の時間的な余裕、精神的な余裕が増したという意見が多数みられた。本サービスを利用中に進行をロボットに任せ、施設利用者へのフォローに回れるといった声もあり、こういった介護スタッフの余裕が施設利用者に対する質の高い介護の提供につながったと推測される。この余裕は、介護スタッフと施設利用者の関係性にロボットが加わったことで生じたコミュニケーションや関係性の変容から生じたと考えられる。

観察された施設利用者の行動毎、すなわち BCC 毎の分析からは、本サービスを利用することで E（表現活動、創作活動に関わる）。G（回想する、人生を振り返る）。I（知的能力を主に使う活動）といった、高い ME 値をもたらす活動をより多く引き出せる、すなわち施設利用者の良い状態が持続することが示された。介護スタッフからは、普段は黙々と施設利用者一人ひとりが漢字ドリルなどに向き合うことが多いが、本サービスによりロボットが進行役、先生役になることで施設利用者、介護スタッフが皆で一緒に、気軽に知的な活動に取り組めるようになったという声があった。このように施設利用者にとって良い効果をもたらす活動を気軽に実施できるようになったことは、施設利用者と介護スタッフの間にロボットが加わったことによるコミュニケーション、関係性の変容によってもたらされた効果であると考えられる。また J（身体的運動やスポーツを行う）、L（楽しみや気分転換のための余暇活動に関わる）については、本サービスを利用している場合のほうが有意に高い値が得られた。これについては本サービスがもたらす介護スタッフの余裕に加えて、コミュニケーションロボットの有する映像コンテンツへの引き込みや集中力の持続の効果による可能性があるが、これについては今後のさらなる検証が必要であろう。最後に頻度はそれほど多くはないが、ロボットと

施設利用者との関わりを示す O（物と関わる、物に愛着・こだわりを示す）が出現した時の ME 値の平均は+3 であり、これは施設利用者がロボットに愛着を示し接していることを示している。

事後アンケートの結果からは、本介護レクリエーションサービスの導入により、前向きにレクリエーションに参加するようになり、また会話が増え、利用者間の交流が活発になったと感じていることが明らかになった。一方で施設利用者の感情・精神面での安定や健康状態の安定については、特に効果を感じていないようである。しかし一部の介護スタッフからのコメントでは、利用者の不穏が無くなることが指摘されている。また、実証評価の最後の月に実施した認知症の施設利用者を対象とした DCM 評価においては、本サービスの利用時とそうでないときで統計的に有意に利用者の状態が良いことが判明している。介護スタッフは日々、なじみの施設利用者への介護業務をしながら観察していた一方で、DCM 評価は外部の専門資格を有するマッパーによる評価を行った。これにより介護スタッフは介護レクリエーション中の施設利用者の些細な変化を誤差の範囲と考えた可能性は考えられる。

介護スタッフへの影響については、多くの介護スタッフがレクリエーションの準備時間の短縮や運営の容易さ、そしてロボットの存在による心理的なサポートを得られたことが明らかとなった。時間の短縮については 30 分以上と答えた介護スタッフが 3 分の 2 にのぼったことは注目に値する。またロボットが介護レクリエーションの進行を行うため、介護スタッフが利用者と一緒にレクリエーションを楽しめたことが、介護スタッフに良い影響を与えられた一因ではないかと考えられる。また Doi ら [75] による DCM 評価の研究で述べているように、介護スタッフの人員が少なくてもレクリエーションが実施できる、他の業務に手が回る、利用者のサポートに入れるといった時間的・心理的余裕が得られたことで、本介護レクリエーションの利用により質の高い介護の実現がなされたと考えている。

以上のことから、施設利用者がロボットとの関係性を築くことにより、スピリチュアルペインであるの関係存在の危機、他者との関係を失うという不安をケアすることができたと考えられる。さらに、本サービスにより介護スタッフにレクリエーション運営の負担が軽減され、また運営能力の向上も図られることが期待できる。今後、双方向のコミュニケーションが実現されれば、O の出現頻度も増え、施設利用者のさらに良い状態を引き出すことが期待できる。

第 6 章 グループホームでのメディアセラピーと思い出ビデオの実証評価（介護施設とグループホーム）

6.1 緒言

6.1.1 背景

認知症患者は他の人から理解されない孤独と不安に苦しんでいるため、人間としての尊厳を保ちながら日常生活を送れるように対応することは急務である。認知症患者を取り巻く家族や介護者も、認知症患者の意思を読み切れず、疲弊し、拒絶することが多くなるため、認知症への理解は最重要課題である。

グループホームは日本の介護保険制度で運営される地域に根付いた介護保険サービスである。介護スタッフが 24 時間体制で援助にあたるため、認知症患者は尊厳を保ちながら生活をしている。しかしながら認知症ケアにおいて理想的なケアは難しく、実際には以下のような問題がみられる。そこで本章では、メディアセラピーと思い出ビデオを個別レクリエーションと捉えて実施することで解決を図ることとした。

- 介護スタッフ全員が入居者の認知症患者と良好な関係を構築しているとは言えない。
- グループホーム入居者の家族が、認知症を理解していないことが多く、グループホームからの提案に対しても同意することができない場合があり、入居者への新たな試みは必要がないという。
- 各介護スタッフの介護能力にばらつきがある。

6.1.2 メディアセラピー

メディアセラピー [76] とは、介護施設に入居する入居者とその家族、そして介護スタッフが介護施設の多目的ホールに一同に会し、プロジェクターでスクリーンに投影された入居者の思い出の写真を見ながら生活歴を振り返り、自由に会話を楽しむことで、介護施設への入居者の生活歴を介護スタッフが理解するという入居者個別に提供されるレクリエーションの一つである。介護施設に入居する直前、直後の認知症患者を取り巻く状況はいわば悲劇といえる。家族は介護で疲弊し無関心となり、非日常的空間へ無理やり押し込まれた入居者は介護スタッフとの関係性を構築できず孤立無援となる。介護施設が入居者の安らぎの空間になるには、介護スタッフと入居者との間になじみの関係を構築することが必要となる。介護施設に入居者が入居する際には、介護施設側は家族に本人の生活歴のヒヤリングを実施しているが、テキスト形式でまた断片的な情報であるため、十分な共有、活用ができていないこ

とが一般的である。図 6-1 に示すメディアセラピーでは、本人はかつての社会との繋がり感を、家族は本人への感謝や愛情を取り戻し、介護スタッフは本人への尊敬の念を得ることで、その3者間での新たな関係性を構築し、本人の Quality of Life (QOL) の向上とスタッフの提供する介護の質の向上を図ることができる。



図 6-1：メディアセラピーの様子

6.1.3 思い出ビデオ

思い出ビデオとは、在宅の認知症者の Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（行動心理症状、以下、BPSD とする）を抑制し、家族介護者の介護負担の軽減を目的としたものであり、主に在宅の高齢の認知症患者を対象として、本人の思い出の写真から 60 枚程度を取り上げて、スライドショーの形式にまとめたものである。桑原ら [77] によって考案され、各写真について事前に傾聴した内容をナレーションあるいはキャプションとして付与し、さらに BGM を加えた映像音声コンテンツである。認知症が進行すると記憶力や認知機能の低下により、読書やテレビの視聴などといった娯楽が楽しめなくなる。思い出ビデオは認知症患者でも比較的良く保たれている長期記憶に働きかけるため、音楽と共に認知症患者が楽しめる数少ない娯楽である。この思い出ビデオを本人に視聴させることによって、数多くの事例で認知症患者の BPSD を抑制し、家族介護者の介護負担の軽減が実現されることが示されている [78-80]。

6.1.4 本章の目的

本章では、入居者個別のレクリエーションとして、メディアセラピーや思い出ビデオを企画 (P)、実施 (D) することで、介護に疲弊した入居者の家族との感情のもつれを紐解き、家族との関係性を再構築することを目的とした。そして介護スタッフにとっては、入居者の過去や社会で活躍した姿を知ること、入居者を一人の尊厳ある人として理解し、また入居者にとっては自分を分かってもらえたという気持ちから、介護スタッフとの信頼関係が深化することを目指している。

さらに評価 (C) においては、入居者の BPSD で特に介護スタッフが負担を感じているところに焦点を当て、実施中の入居者の行動の観察、また介護記録などの客観的なデータに基づき、メディアセラピーの効果の評価を行った。評価結果を介護スタッフにフィードバックすることで、介護スタッフが個別レクリエーションの重要性を再認識し、より良いメソッドすなわち改善 (A) に繋がることを検証する。

最後に思い出ビデオを活用することで、メディアセラピーでの介護スタッフの負担を軽減しながら、メディアセラピーと同様な効果を得られることを検証する。

6.2 メディアセラピー

6.2.1 方法

メディアセラピーの実施方法は以下の通りである。

- 入居者の家族が入居者本人の思い出の写真介護施設に提供する。
- デジタルフォトアルバム作成者が、本人にその写真に関するインタビューを行い、最も思い出深い写真を選出する。
- アルバム作成者は選択された写真を iPad 上のインタラクティブデジタルフォトアルバムとして編集する。アルバムは時系列、かつ入居者の思い出ごとに整理を行う。
- インタラクティブデジタルフォトアルバムを作成した後、入居者とその家族および介護スタッフの3者は、メディアセラピーを実施するスケジュールの調整を行う。週に1回、長くても1時間程度のセッションを6回実施する。
- 入居者はその家族や介護スタッフと共に、グループホームの多目的ホールで、大きなスクリーンに投影した入居者の思い出の写真を見ながら生活歴を振り返り、共有する。
- 分析のため、セッション中の入居者の様子をビデオカメラで撮影を行い、普段見られない反応があれば介護スタッフは記録ノートに記入する。

メディアセラピーは家族の理解が必須であり、第2章の表2-1でのP-②家族の理解が得られるレクリエーションであり、また入居者の思い出の写真を用いることから、P-④昔の経験を取り入れたレクリエーションである。実施に際して、場所は施設の離れとし、大きなスクリーンに入居者自身の写真が映し出されることで、表2-1でのD-③非日常の演出を行っている。頻度や時間についてはD-④目的、時間と限られた枠の中で、D-⑥身体状況を把握しながら実施する。メディアセラピーの実施の際、入居者とその家族にメディアセラピーの内容について十分な説明を行い、同意を得た上でセラピーへの協力を依頼した。また、人を対象とする研究倫理審査委員会（京都工芸繊維大学）の承認を受けた上で実施を行った。メディアセラピー実施後に、介護スタッフに対してインタビュー調査を行った。

人との関係をもたず引きこもりがちであった被験者1については、メディアセラピーによって能動的に人との関係をもつようになることを期待して、客観的にメディアセラピーの効果を実証するためにセラピーの実施前後1ヵ月にわたり、介護記録に記載された1日あたりの被験者1の肯定的な反応と発話の頻度を算出した。

BPSD、特に被害妄想が強い被験者2については、メディアセラピーによる不眠症の改善、精神的不安の軽減を期待して、メディアセラピーの実施前後1ヶ月の睡眠時間、1日当たりの苦情の頻度、苦情に対する介護スタッフの日中と夜間の対応時間を記録し、比較を行った。

被験者については、入居者の中から異なる精神疾患を持つ2人をメディアセラピーの対象者とした。表6-1に被験者情報を示す。

表6-1：メディアセラピーの対象者

【被験者1】	
年齢	80代
性別	男性
日常生活の自立レベル	深刻
認知症レベル	深刻
症状	脳血管性認知症、片麻痺、半側空間無視、言語障害
介護における問題点	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護スタッフからの働きかけに対して、あまり反応を示さない。 ● 介護スタッフとの関わりを持つことを拒絶する傾向がある。 ● 家族メンバー間における介護方針の不一致。
メディアセラピーの目標	<ul style="list-style-type: none"> ● 入居者と介護スタッフ間における良好な関係性の構築 ● 入居者の家族メンバー間における介護ケア方針の一致
メディアセラピーの評価方法	<ul style="list-style-type: none"> ● セッション中に入居者の肯定的な感情反応が確認された場合、介護スタッフはその内容を記録した。 ● 主要介護スタッフに対して、入居者との関係性と、入居者家族の介護方針についてインタビューを行った。 ● メディアセラピーを実施した後、介護スタッフとのコミュニケーションにおいて入居者の肯定的な態度の変化が見られた場合、その内容を記録に記入した。

【被験者 2】	
年齢	80代
性別	女性
日常生活の自立レベル	軽度
認知症レベル	軽度
症状	アルツハイマー型認知症、軽度の記憶障害
介護における問題点	<ul style="list-style-type: none"> ● 妄想や徘徊など BPSD の症状が 24 時間見受けられる。 ● 家族の介護疲弊と介護への無関心
メディアセラピーの目標	<ul style="list-style-type: none"> ● 入居者と介護スタッフ間における良好な関係性の構築 ● 入居者の BPSD 症状の緩和 ● 介護スタッフの負担の軽減 ● 入居者家族の介護に対する前向きな参加
メディアセラピーの評価方法	<ul style="list-style-type: none"> ● セッション中に入居者の肯定的な感情反応が確認された場合、介護スタッフはその内容を記録した。 ● 主要介護スタッフに対して、入居者との関係性と、入居者家族の介護方針についてインタビューを行った。 ● 入居者の睡眠時間を介護記録に記入した。 ● 入居者の不満を介護記録に記入した。 ● 介護スタッフが入居者の苦情に対応した時間を介護記録に記入した。

6.2.3 結果

6.2.3.1 被験者 1 の肯定的感情反応と介護スタッフへのインタビュー調査

被験者 1 の肯定的感情反応については、セッション中に大きなスクリーンへ投影されたイメージにはかなり引きつけられ、妻と行ったハワイ旅行の写真を見た時には大きな声を出すこともあった。これはグループホームに来てから初めての出来事であった。幼稚園の園長をしている頃の写真を見ている時には、多くの肯定的な感情反応が見られた。

被験者 1 についての介護スタッフへのインタビュー調査では、以前のセラピーセッションでは、介護スタッフとのコミュニケーションが十分ではなかったため、感情表現が乏しく思われた。しかしメディアセラピーでは繰り返し言葉を発そうとしたり、頷いたりなどの肯定的な感情表現が見られた。メディアセラピーにより日常生活における彼の発話の回数が増えた。介護スタッフが被験者 1 の生活歴に触れることで彼への尊敬が生まれ、尊敬と配慮の気持ちをもって介護にあたるなど、介護スタッフの対応にも変化が見られた。言語障害を持つ患者の支援は困難ではあるが、メディアセラピーを活用することで、彼が尊厳を持った生活が送れるような環境作りを、介護スタッフと彼の家族が協力して行うようになり、彼と家族と介護スタッフの関係性が明らかに良好になった。

6.2.3.2 被験者 2 の肯定的感情反応と介護スタッフへのインタビュー調査

次に被験者 2 の肯定的感情反応については、家族と介護スタッフと共に、生活歴を振り返る作業を行った際、彼女は普段より喜んでいました。特に 1 回目のセッションでは多くの人が集まったので、特別な気持ちになったようだった。2 回目のセッションでは、家族経営の事業が失敗した困難な時期をさほど嫌がることなく話し、そこにいた人々に感謝の気持ちを表した。しかしこの時点では、家族からの信頼は得られていなかった。4 回目のセッションでは、感情を自制できない箇所も見受けられたが、大学病院で看護師として働いていた頃に話題が変わると落ち着きを取り戻した。この時代の記憶は、彼女の心の平安を保つようである。5 回目のセッションの頃から、家族は被験者 2 に対する感謝の気持ちを表し始めた。

また、介護スタッフへのインタビュー調査では、メディアセラピー実施後、彼女の BPSD 症状を安定させる数多くのヒントが得られた。特に BPSD 症状の対処に対する負担は驚くほど緩和された。被験者 2 がグループホームから出て行こうとした時、彼女が看護学生だった頃、何度も門限を破っていた話を介護スタッフがすると、彼女は落ち着きを取り戻し、グループホームに留まることが観測された。

6.2.3.3 実施前後の被験者 2 の 1 ヶ月の睡眠時間

図 6-2 に、メディアセラピー実施前後の被験者 2 の睡眠時間を示す。実施前後 1 ヶ月の睡眠時間では統計的有意差が認められた ($p < 0.01$)。総務省 [81] が実施している社会生活の基本調査では、日本人の平均睡眠時間は 7 時間 42 分（高齢者は 65～69 歳が 7.53 時間、70～74 歳が 8.08 時間、85～79 歳が 8.32）であり、図 6-2 に示したメディアセラピーの実施前と比較して 1 時間半ほど短いことが分かった。しかし、実施後には睡眠時間が約 2 時間長くなり、白岩ら [82] の高齢者の睡眠状況と QOL の関係を調べた研究では、良好な睡眠時間は 7～8 時間としていることから、睡眠時間の改善に影響を与えていると考えられる。

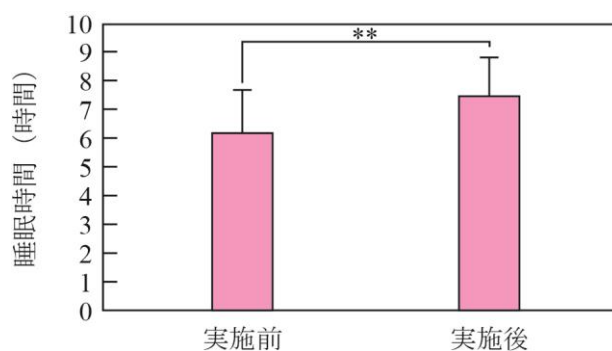


図 6-2 : 実施前後の被験者 2 の睡眠時間

注 : ** $p < 0.01$

6.2.3.4 実施前後の被験者 2 の 1 日当たりの苦情の頻度

図 6-3 に、メディアセラピー実施前後 1 ヶ月の入居者の 1 日当たりの苦情の頻度を示したものである。メディアセラピーを実施する前は約 90%、実施した後は約 70%であった。メディアセラピーを実施することにより、両群間で統計的優位さが認められ、苦情が約 20%減少していることが明らかとなった ($p < 0.01$)。

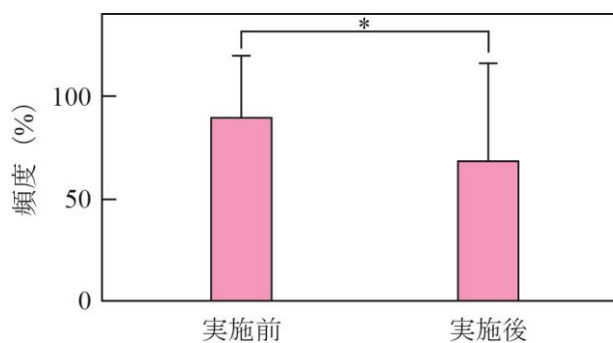


図 6-3 : 実施前後 1 ヶ月の入居者の 1 日当たりの苦情の頻度

注 : * $p < 0.05$

6.2.3.5 実施前後の被験者 2 の苦情に対する介護スタッフの日中と夜間の対応時間

図 6-4 に、メディアセラピー実施前後 1 ヶ月における被験者 2 の苦情に対する介護スタッフの日中と夜間の平均対応時間の比較を示したものである。メディアセラピー実施前における苦情の頻度は夜間が約 1.0%、昼間が約 1.5%であった。一方、実施後では夜間が約 0.1%、昼間が約 0.5%であった。夜間より日中の方が苦情の頻度が高く、メディアセラピーを実施することにより、夜間 ($p < 0.01$) と日中 ($p < 0.01$) で統計的優位差が認められ、ともに苦情の頻度が減少していることが明らかとなった。

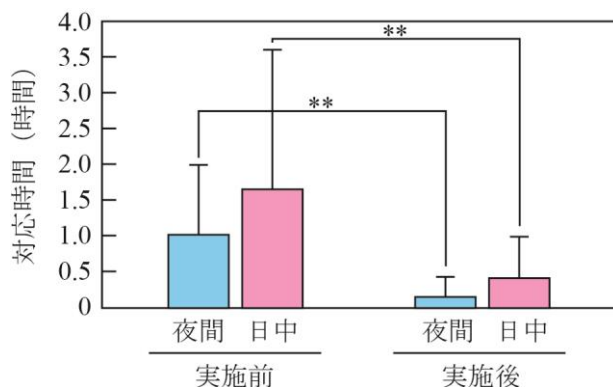


図 6-4 : 実施前後 1 ヶ月における被験者 2 の苦情に対する介護スタッフの日中と夜間の平均対応時間の比較

注 : ** $p < 0.01$

6.2.4 考察

被験者 1 に関する介護スタッフのインタビュー内容から、我々の目標は主観的に実証された。メディアセラピーの実施後、被験者 1 と介護スタッフの間に良好な関係性が構築されたことで、コミュニケーションがスムーズに行われるようになった。また入居者の家族全員が協力的になり、グループホームでの生活環境も改善された。

メディアセラピー実施後の介護記録には、コミュニケーションに関する被験者 1 の肯定的な反応の変化が以前よりも多く記載されるようになった。このデータは、メディアセラピーの効果を客観的に示唆するものである。

被験者 2 に関しては、メディアセラピーの実施により被験者 2 と介護スタッフが被験者 2 の生活歴を共有することで、両者の間に良好な関係性が構築された。また入居者の家族は彼女への感謝や愛情を取り戻すことができた。

被験者 2 の場合、介護スタッフの負担はとても深刻なものであった。それにも関わらず、介護スタッフは彼女の生活歴を理解することで、より効果的な BPSD の対処法を見つけ、それに対する介護スキルと自信をつけていった。介護記録のデータから見ても、彼女の QOL の向上が実証されている。またメディアセラピーの提案後、彼女は良い睡眠習慣を身につけ、グループホームにおける苦情の数も減少した。また彼女の苦情に対する介護スタッフの対応も改善された。

図 6-5 に、サービスの価値の共創プロセスを示す。サービスの質は、サービスを受ける側の期待に応じて改善されていく。質の良いサービスを提供すると、サービスを受ける側の期待は更に高くなる。またサービスを提供する側は、サービスを受ける側から高いフィードバックを得るために、提供するサービスのスキルの向上が求められる。これがサービスの価値の共創プロセスである。

被験者 1 の場合、被験者 1 の感情表現が欠落していたため、サービスを提供する介護スタッフは、サービスを受ける入居者からフィードバックを得ることができなかった。また被験者 2 の場合、家族の期待に応えるだけの十分なサービスを提供できなかった介護スタッフは、良いフィードバックを得ることが一度もなかった。この場合、価値の共創プロセスは、本来の閾値より下回る。しかし本章で提案するメディアセラピーを用いることで、サービスを受ける側の背景（生活歴）を、サービスを提供する側が共有することで、閾値を超えて双方のレベルが向上すると考えた。結果的に両者の間で、肯定的な関係性が構築されたと思われる。この過程は Hodges ら [83] の研究事例（例えば、記憶障害が原因で夫婦の関係性が損なわれた患者が写真によるエピソードの振り返りで新たな記憶が定着し、関係性が回復された症例など）と共通した見解があると考えられる。

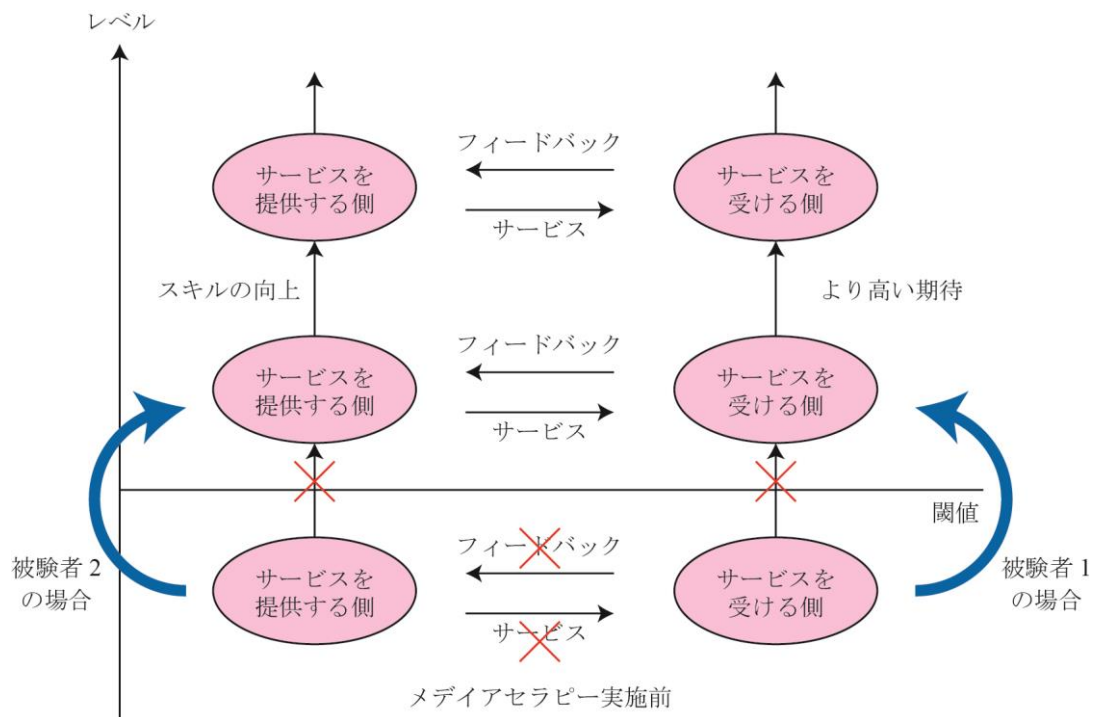


図 6-5：サービスの価値の共創プロセス

以上のように、メディアセラピーは第 2 章で構築した援助モデルの時間的存在の危機、希望のない自分に対して無意味と感じるような不安をケアすることができることを明らかにした。また、入居者の生活歴を認知症高齢者やその家族および介護スタッフの 3 者で共有し語り合うことで、援助モデルの関係存在の危機に対して、他者との関係を失うという不安をケアすることができることを明らかにした。

6.3 思い出ビデオ

6.3.1 方法

6.3.1.1 思い出ビデオの制作工程と被験者

思い出ビデオの制作は以下に示す、工程 1：思い出の写真の傾聴と記録、工程 2：思い出の写真のデジタル化とキャプション入力を時系列に整理、工程 3：BGM の付与・動画化の 3 工程で実施された。

- 工程 1：思い出の写真の傾聴と記録

高齢者には 60～100 枚の自身の思い出の写真を持ってきてもらい、高齢者は被験者と一緒に写真を見ながら、自由に会話（傾聴）してもらった。実験環境は福島県の仮設住宅地域にある施設の一室を借り、高齢者と被験者の傾聴を行った。傾聴時、高齢者と被験者は横並びに座る。これは、一般的に人は対面で向かい合うと緊張感が増すとされており、

また、本実験では、高齢者と被験者に思い出写真を同じ方向から見てもらうため、図 6-6 に示すように、横並びに座り会話を行ってもらった。傾聴時間に制限は設けない。図 6-7 に傾聴実験の様子を示す。傾聴を通して聞いた思い出話やエピソードは、付箋に記録し、写真に貼り付けながら進めることで、各写真の傾聴内容を記録した。



図 6-6：傾聴の様子



図 6-7：思い出の写真の傾聴時の様子

- 工程 2：思い出の写真のデジタル化とキャプション入力を時系列に整理

傾聴後、被験者は傾聴に用いた思い出の写真をデジタル化した。本実験では非接触スキャナ Scan Snap SV600（富士通株式会社製）を用いて写真のデジタル化を行った。次に傾聴時のエピソードを要約し、キャプションとして思い出の写真に付与した。さらにそれらの写真を時系列順にソートし、被写体へのズームパンを付与してスライドショーを作制した。以上の作業は全て、デジタル写真管理ソフトウェア Picasa（グーグル株式会社製）を用いた。Picasa にて、デジタル化された思い出の写真とそれへのキャプションが紐付け

られて管理された。

- 工程3：BGMの付与・動画化

思い出の写真を提供いただいた高齢者が好む曲や、青春時代に流行っていた曲などをスライドショービデオのBGMとして盛り込み、動画化を行う。音楽付動画化には動画編集ソフトウェア Windows ムービーメーカー（日本マイクロソフト株式会社製）を用いた。

思い出ビデオ制作には、6名の学生ボランティアと6名の認知症を有さない高齢者を1対1のペアとし被験者とした。

6.3.1.2 思い出ビデオの制作工程における負担評価アンケート

思い出ビデオ制作の各工程での負担を評価するために、日本語版 Nasa-tlx [84] に基づき、各作業における負担度アンケートを作成し、各制作工程後、被験者にアンケートを実施した。Nasa-tlx とは米国の NASA で開発されたメンタルワークロード評価手法である。作業時間については特に制約を設けなかったため、時間的制約についての項目は除外した。表 6-2 に、思い出の写真の傾聴と記録についてのアンケート項目を示す。それぞれの項目を1（負担軽）～5（負担高）の5段階で評価を行った。さらに、各アンケートに自由記述欄を設け、負担を感じた場面や作業中に感じたことを自由に記入してもらった。

表 6-2：「思い出の写真の傾聴と記録」についてのアンケート項目

項目	説明
Q1	考えること、記憶したりすること（知覚的活動）は大変だった。
Q2	文字や文章を書くこと、付箋貼ること（身体的欲求）は大変だった。
Q3	仕事や課題を達成するのに時間的切迫感を感じた。
Q4	作業を達成するためにいっしょうけんめいに努力した。
Q5	作業中に、不安感、落胆、イライラ、ストレス、悩みを感じた。

6.3.1.3 傾聴すべき情報の種別、量の明確化、制限による効果の検証

思い出ビデオ制作において、傾聴と記録作業が学生ボランティアに与える負担感や、どのように情報を聞き取り残せば良いのかについての迷いが想定されたことから、傾聴作業の負担を評価するために、学生ボランティアの傾聴に対する印象評価をアンケートで実施した。また、この記録用紙を用いて制作した思い出ビデオが入居者の生活歴の共有に有用であるか検証するために、付与されたキャプションに対する印象評価をアンケートで実施した。

図 6-8 に、学生ボランティアの傾聴の様子を示す。あらかじめデジタル化した思い出の写真を PC に取り込み、定期的に高齢者と会話する機会があり、また傾聴経験のある学生ボランティア 2 名が、思い出ビデオ制作の対象となるグループホームに入居する認知症患者 1 名に対してそれぞれ傾聴を行った。PC 画面に映し出された高齢者の思い出の写真を見ながら、記録用紙に沿って学生ボランティアが傾聴、記録した。学生ボランティアは、記録用紙の上の項目から順に質問を行った。質問項目として、「年齢」「撮影場所」「一緒に写っている人物」などの事実関係を問う内容の記録用紙 A、および「撮影時どんな気持ちであったか」「趣味や好きなこと」など当時の心情や感情を問う内容記録用紙 B を用意した。質問項目は A・B 共に、1 枚の写真に対し 6 項目とした。傾聴時間に制限は設けなかった。学生ボランティアは自分のタイミングで次の写真へと切り替えた。傾聴後、学生ボランティアに会話の満足度や会話によって得た相手の印象を問う評価アンケートを実施した。表 6-3 に、傾聴についての印象評価のアンケートの 9 項目を示す。



図 6-8：学生ボランティアによる思い出の写真の傾聴

表 6-3：傾聴についての印象評価アンケート項目

質問番号	質問項目
Q1	会話が自然に流れていましたか
Q2	会話が盛り上がることは多かったですか
Q3	会話中の話題に関心を持ちましたか
Q4	自分の趣味や興味について話すことはありましたか
Q5	会話の相手の趣味や興味について話すことはありましたか
Q6	会話の相手はあなたにとって話しやすい印象でしたか

Q7	会話の相手の発言に関心を持ちましたか
Q8	会話中にストレスを感じましたか
Q9	会話の相手とまた話したいと思いますか

次に、記録用紙 A・B それぞれに記録された情報を基にキャプションを付与した思い出ビデオ 2 本と、キャプションの付与されていない思い出ビデオ 1 本、合計 3 本を制作した。介護スタッフ 12 名が 3 本の思い出ビデオを視聴し、付与されたキャプションに対する印象評価アンケートを実施した。表 6-4 に、入居者の生活歴の共有ツールとして見た時の、キャプションについての印象評価アンケートの 10 項目を示す。

表 6-4：キャプションについての印象評価アンケート項目

質問番号	評価項目
Q1	仕事について理解した
Q2	生活について理解した
Q3	家族について理解した
Q4	趣味について理解した
Q5	友人、同僚、仕事仲間に理解した
Q6	場所について理解した
Q7	年代について理解した
Q8	写真の状況について理解した
Q9	写真に写っている本人の感情が読み取れた
Q10	自由記述

6.3.2 結果

6.3.2.1 思い出ビデオの制作工程における負担評価アンケート

「工程 2：思い出の写真のデジタル化とキャプション入力、時系列に整理」および「工程 3：BGM の付与、動画化」の工程については質問項目の全てについて、平均値が 2 以下であったため、両工程に対する負担感はないと判断した。「工程 1：思い出の写真の傾聴と記録」についての結果は図 6-9 に示したとおりである。

表 6-2 に示したアンケート 5 項目のうち、Q2 の「文字や文章を書くこと、付箋貼ること（身体的欲求）は大変だった」が 3.83 ($SD = 0.17$) と、他の項目と比較して評価値が最も高く、

思い出ビデオ制作において大きな負担を感じていたと考えられる。2 番目に評価値が高かったのは Q4 で評価値が 3.00 ($SD = 0.44$)、次いで Q5 が 2.5 ($SD = 0.50$) であった。

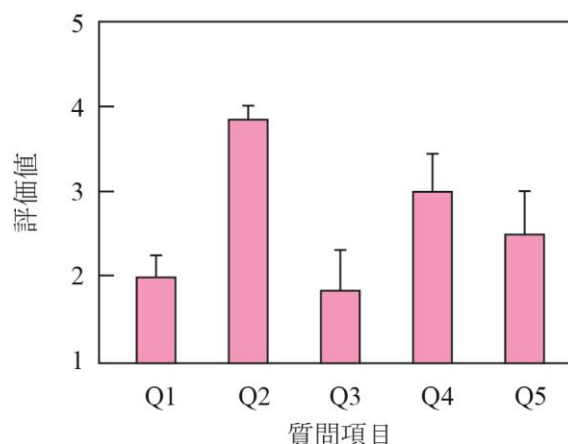


図 6-9 : 「工程 1 : 思い出写真の傾聴と記録」における作業負担感の評価結果

自由記述欄には、「写真に付箋を貼るのに気を使う」「相手と会話しながら、エピソードを書くのが大変」といった記述があった。これは、コミュニケーションにおける基本的な行為である「相手の目を見て会話する」行為と「傾聴を記録するために文字を書く」行為を同時に行う二重作業が、特に制作者であるボランティアに負担を与えていたのではないかと考えられる。また、「たくさん高齢者が話してくれるが、どこの部分をキャプションとして残しておけば良いのか迷う」などの記述があった。

このことから、あらかじめキャプションとして残すために、傾聴すべき情報の種別や量を明確化、かつ制限することによって、ボランティアの負担を軽減し、キャプションの情報の粒度が統一でき、本人の生活歴を共有するツールとしての有用性が担保されることが考えられる。

6.3.2.2 傾聴すべき情報の種別、量の明確化、制限による効果の検証

表 6-3 の傾聴に関する印象評価のアンケート結果を図 6-10 に示した。記録用紙 A (事実情報) と B (心情や感情) の両群間の評価値を比較したところ、統計的優位さは認められなかった。ただし、Q5 の「相手の趣味について話すことはありましたか」、Q7 の「相手の発言に関心を持ちましたか」の質問項目で、記録用紙 B の方はそれぞれ評価値が 1.0 と 0.5 高い値を示した。また、Q9 の「会話の相手とまた話したいと思いますか」の質問項目については、記録用紙 A の方が評価値は 0.5 の高い値を示した。

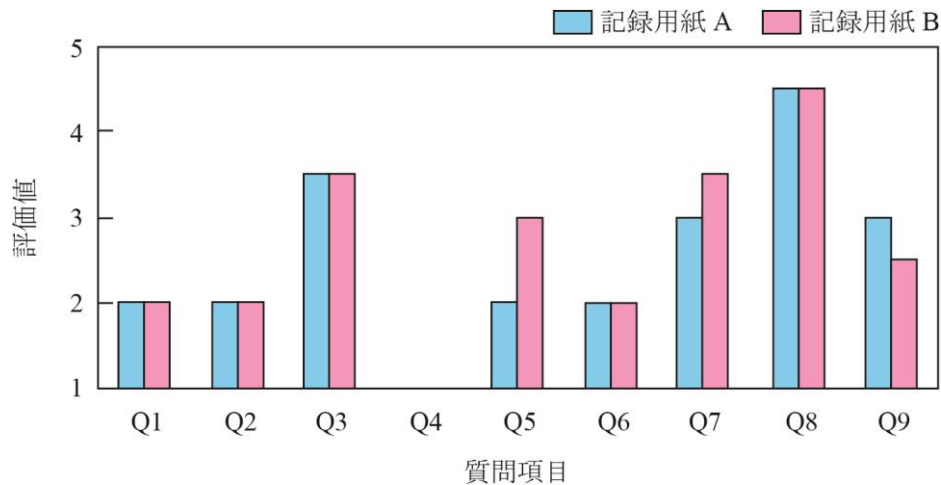


図 6-10：傾聴についての印象評価のアンケート結果

図 6-11 に、表 6-4 のキャプションについての印象評価の結果を示す。該当する思い出ビデオがない場合は「どちらでもない」とした。Q1 から Q8 までは、記録用紙 A が平均 7.63 人 ($SD = 0.74$)、記録用紙 B が平均 2.88 人 ($SD = 1.81$) と、記録用紙 A (事実情報) を選択した介護スタッフの人数が 4.75 人多い結果となった。このことから、事実情報に基づいたキャプションにより本人の生活歴を十分に理解することができると考えられる。一方、Q9 については、記録用紙 B (心情、感情) の方が 9 人と、記録用紙 A の 2 人よりも選択した人数が多かった。

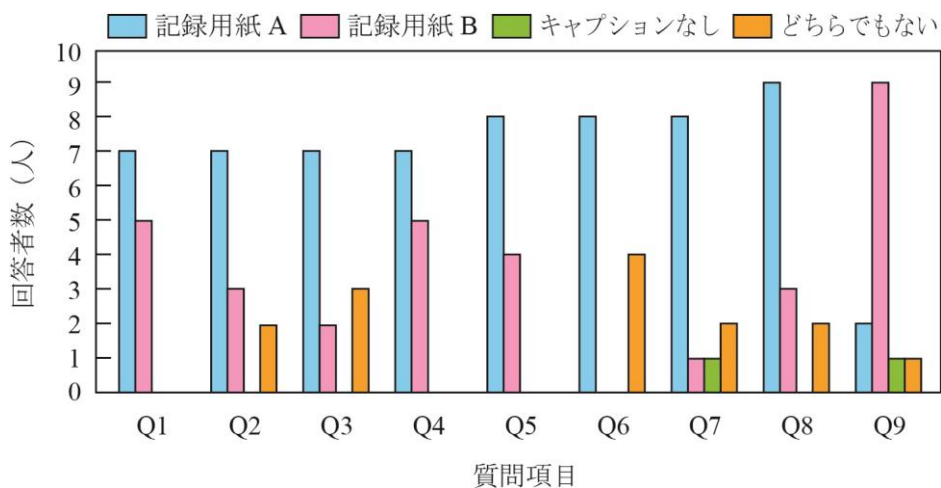


図 6-11：キャプションの印象についてのアンケート結果

また自由記述においては、「記録用紙 A は最も会話の種になる情報が多いように感じた。また、写真 (写っているもの・人・場所) や前後の並びなどにより、記録用紙 A と記録用紙 B を組み合わせると良いのかもしれない」や「記録用紙 B のテキストは感情が読み取りやすく

本人と会話しながら楽しく観られる。記録用紙 A のテキストは思い出してもらえそうな問いかけや会話が出てきそう」などといった記録用紙 A（事実情報）と記録用紙 B（心情、感情）のキャプションを織り交ぜたビデオであればなお良いという意見が多かった。さらに、「B は高齢者本人目線でみやすかった。場所や年齢はわかればさらに良かった」といった記録用紙 B（心情、感情）のキャプションが良いという意見や、「記録用紙 B は字幕が多すぎて読むのが大変。記録用紙 A は情報が簡潔でわかりやすい」といったキャプションの文字数に関する意見もあった。

6.3.3 考察

メディアセラピーは入居者とその家族、介護スタッフとの関係性を再構築し、入居者のスピリチュアルペインを解消するのに有効である一方、その準備、実施には介護スタッフの負担となる。思い出ビデオは介護スタッフの負担を軽減しながらも、介護スタッフが入居者とコミュニケーションを取り理解する上においては、メディアセラピーと同等の効果が期待できると考える。

6.4 結言

本章では、グループホーム内の認知症患者に対してメディアセラピーを提案することで、入居者のスピリチュアルペインが解消されて QOL が向上し、また介護スタッフが提供するサービスの質が向上することが確認された。さらに思い出ビデオを活用することで、介護スタッフの負担を軽減できることを明らかにした。

第7章 結論

7.1 緒言

わが国では、世界のどの国でもこれまで経験したことがないような、少子高齢化が進んでいる。今後もその傾向は変わらず、総務省 [85] の高齢者白書では、高齢者と要介護高齢者の増加が予想されている。少子化で生産年齢人口が限られてくる中、介護スタッフの確保は介護業界だけでなく、日本全体の問題となっている [86]。それゆえに介護スタッフのバーンアウト（燃え尽き症候群）は事業者にとって大きな問題であり、日本においては自己犠牲の精神を強調する傾向があると吉原 [87] は述べている。介護保険の目的である自立支援と尊厳の保持は、人として生きていくために理解すべき原則 [88] とも言える。身体機能の低下だけでなく、自らの意思を伝えることが困難になった高齢者、特に認知症高齢者へはその家庭、病院、介護保険サービス事業所等、場所を問わず倫理的な配慮がなされたケアが提供されなくてはならない。

介護保険のサービスの一つである地域密着型、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）は少人数（5～9人）の家庭的な雰囲気の中で、症状の進行を遅らせて、できうる限り自立した生活が送れるようになることを目指すものである。認知症高齢者グループホームでは認知症ケアに特化してさまざまな仕掛けを駆使し、「認知症」の人ではなく、認知症の「人」として自分らしく笑顔ある毎日を送って貰うことを目的とする。

本研究では、人が人として尊重しあうという倫理的な考え、及び認知症高齢者のスピリチュアルペインをケアするパーソン・センタード・ケアという考えに基づき、施設でのQOLを向上させると共に、施設介護スタッフの職務満足度も向上することのできるレクリエーションをデザインする方法論の確立を目的とした実証研究を行った。

そのために第2章のケアとしてのレクリエーションを実現するため、レクリエーションの計画（P）の際、また実施（D）の際に配慮すべき項目をまとめ、それに従って以下に述べる、「お茶の稽古」、「お華の稽古」、「メディアセラピー」をデザインし、その効果を評価（C）した。また介護スタッフの負担を軽減するために「コミュニケーションロボット」を活用した介護レクリエーションの評価を行った。その他、「メディアセラピー」を実施した際の介護スタッフの負担軽減のための「思い出ビデオ」の活用についても検討した。

7.2 実証評価の結果のまとめ

7.2.1 お茶の稽古

お茶の稽古の認知症介護への活用とその効果検証を目的とし、認知症の入居者を対象に入居者の心理的な状態を「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」で GBS スケールを用いて感情面の評価や稽古中の発話記録の分析を行った。その結果、GBS スケールの高い、すなわち周辺症状の重い利用者は、「稽古中」に著しい改善がみられる傾向にあった。この結果から、お茶の稽古を通して人が交流し、互いを理解することで、援助モデルでの関係存在の危機、すなわち他者との関係を失うという不安をケアすることができたと考えられる。

7.2.2 お華の稽古

「お華の稽古」について、介護スタッフ、グループホームの入居者とその家族が一丸となって取り組むための仕掛けづくり、そしてその結果について検証することを目的とした。グループホームの認知症の入居者を対象とし、入居者の心理的な状態を「稽古前」、「稽古中」、「稽古後」で GBS スケールを用いて評価した。そして、お華の「稽古中」に GBS スケールが低下している。すなわち、周辺症状が改善していることが示された。この結果より、お華の稽古を通して自分の意志で選択、表現を行うことにより、援助モデルの自律存在の危機、すなわち他者への依存という不安をケアすることができたと考えられる。

7.2.3 コミュニケーションロボット

コミュニケーションロボットを用いた介護レクリエーションサービスが介護の質に与える効果を、Dementia Care Mapping により評価することを目的とした。具体的には、介護レクリエーション用の映像コンテンツに身体性を有するロボットが連動して動作する、介護施設でのレクリエーション用のサービスを試作し、その効果についての実証評価を行った。そして、本サービスが施設利用者への質の高い介護の提供に寄与したことや、ロボットとの交流が施設利用者に良い影響を与えていることが示された。これらの結果より、ロボットと関係性を築くことにより、援助モデルの関係存在の危機、他者との関係を失うという不安をケアすることができたと考えられる。さらに、本サービスにより介護スタッフにレクリエーション運営の負担が軽減され、また運営能力の向上も図られることが期待できる。

7.2.4 メディアセラピー

入居者本人の思い出の写真と動画を活用した、認知症高齢者に対するメディアセラピーの効果検証を行った。入居者の生活歴を認知症高齢者やその家族および介護スタッフで共有し、3者間の関係性の構築を図ることが目的である。メディアセラピーを実施している間は、入居

者本人に精神的な落ち着きが見られた。また、介護スタッフが入居者の生活歴を理解することで、認知症高齢者との関係性が深まり介護スキルの向上もみられた。これらの結果より、メディアセラピーは援助モデルの時間的存在の危機、希望のない自分に対して無意味と感じるような不安をケアすることができたと考えられる。また、入居者の生活歴を認知症高齢者やその家族および介護スタッフの3者で共有し語り合うことで、援助モデルの関係存在の危機に対して、他者との関係を失うという不安をケアすることができたと考えられる。また、思い出ビデオはメディアセラピーを実施する際の介護スタッフの負担の軽減に繋がることが判った。

7.3 結言

援助とは関係性の力で苦しみを軽くしなくすることである。記憶障害、見当識障害、判断力の低下などがある認知症患者のレクリエーションは健常者のレクリエーションに比べて工夫をこらさないと援助にはならない。そこで認知症患者のスピリチュアルペインを軽減する、あるいは無くするという観点から、ケアとしてのレクリエーションについて研究した。そして、ケアとしてのレクリエーションをデザインするための方法論として、計画(P)、実施(D)の際の配慮事項をまとめ、それに基づいてレクリエーションをデザインし、さまざまな指標を用いて実証評価(C)を行った。

「お茶の稽古」、「お華の稽古」、「メディアセラピー」のそれぞれが、認知症患者の異なる苦しみを軽減する、あるいは無くする効果が見られた。また、レクリエーションを実施する際に「コミュニケーションロボット」や「思い出ビデオ」を活用することが、介護スタッフの負担軽減に有効であることを明らかにした。今後の改善(A)に向けた課題としては、より入居者の体調に配慮することが必要であり、評価(C)における負担軽減のための手段として情報通信技術の活用などが挙げられる。

引用文献

- [1] 鬼頭宏 (2000). 人口から読む日本の歴史. 講談社
- [2] 森田優三 (1944). 人口増加の分析. 日本評論社.
- [3] 高尾公矢、北川慶子、田畑洋一編 (2016). 少子高齢社会の家族・生活・福祉. 時潮社.
- [4] 総務省 (2016年). 統計トピックス. No. 97.
- [5] 内閣府 (2016). 平成 28 年版高齢社会白書.
- [6] 岩本康志 (2013). 少子高齢化社会における社会保障の財源問題. 学術の動向. 18 (1), 63-66.
- [7] 厚生労働省 (2015). 社会保障審議会福祉部会・福祉人材確保専門委員会「2025 年に向けた介護人材の確保一量と質の好循環の確立に向けて一」.
- [8] 厚生労働省 (2013). 第 7 回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会資料.
- [9] 堀田和司・奥野純子・深作貴子・柳久子 (2010). 老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 33 (3), 256-265.
- [10] 二木立 (2000). 介護保険と医療保険改革. 勁草書房.
- [11] 池田省三 (1999). 介護保険は何を変えるのか. 公人の友社.
- [12] World Health Organization (2003). ICD10 国際疾病分類第 10 版 改訂版.
- [13] 厚生労働省 . 認知症とはどういうものか .
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a01.html> (2016年12月12日).
- [14] 本間昭 (2013). 認知症の理解 第二版. ミネルヴァ書房
- [15] 認知症総合支援機構. 認知症の症状が現れる主な疾患の種類. http://www.dementia-so.jp/know/dementia_type.html (2016年12月12日).
- [16] 伊古田俊夫 (2012). 脳からみた認知症. 講談社.
- [17] 中村裕子 (2014). 認知症の理解と介護 第三版. メヂカルフレンド社.
- [18] エス・エム・エス. 認知症ねっと. <https://info.ninchisho.net/mci/k10> (2016年12月12日).
- [19] 厚生労働省 (2004). 厚生労働省. 「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html> (2016年12月12日).
- [20] 會田信子・大川 明子 (2015). 認知症ケアにおける患者の尊厳と倫理上の課題. 日本看護倫理学会誌, 7 (1), 118-119.

- [21] Sekita, A., Ninomiya, T., Tanizaki, Y., Doi, Y., Hata, J., Yonemoto, K., Arima, H., Sasaki, K., Iida, M., Iwaki, T., Kanba, S., and Kiyohara, Y. (2010). Trends in prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia in a Japanese community: The Hisayama study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 319-325.
- [22] 大庭建三 (2012). 認知症診断へのアプローチ (疫学的側面を含む). 日本医科大学医学雑誌, 8 (4), 270-273.
- [23] 小松一子 (2013). 認知症高齢者の感情表出とケアへの示唆. ウィンかもがわ.
- [24] 兵庫県明石市 (2006). 認知症高齢者グループホームの手引き.
- [25] 岡本祐三・山井和則 (1995). 介護保険のすべて—不安なき老後への福祉革命—. 朝日カルチャーセンター.
- [26] ビヤネール多美子 (1998). スウェーデン・超高齢社会への試み—変わりゆく制度 変わらない理念—. ミネルヴァ書房.
- [27] 馬場栄一 (2014). 高齢者のグループホーム. 建築資料研究社.
- [28] 財団法人介護労働安定センター (2009). 平成 19 年度介護労働実態調査報告書.
- [29] 山本晃嘉 (2015). 高品位介護の実現に向けた総合研究. 京都工芸繊維大学博士論文.
- [30] 森永伊紀 (2008). 介護ヘルパー 理想と情熱が奪われていく. 議会と自治, 120, 23-28.
- [31] 箕岡真子 (2010). 認知症ケアの倫理 ethics of dementia care. ワールドプランニング.
- [32] 室伏君士 (2014). 認知症高齢者の本態の理解—とくにその生き方の意義と対応について—. ワールドプランニング.
- [33] 佐佐木智絵・赤松公子・陶山啓子・前神有里 (2008). 民生委員からみた家庭内での高齢者虐待の現状. 日本公衆衛生誌, 55 (9), 640-646.
- [34] 副田あけみ (2013). 高齢者虐待にどう向き合うか—安心づくり安全探しアプローチ開発—. 瀬谷出版
- [35] 箕岡真子 (2011) 認知症ケアの倫理—自律・自己決定 (Autonomy) の尊重 ; 日常ケアに潜む倫理的問題に気づく—. 日本認知症ケア学会講義資料.
- [36] 箕岡真子 (2012). 日本における終末期ケア“看取り”の問題点—在宅のケースから学ぶ—. 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル, 17, 6-11.
- [37] 箕岡真子 (2010). 生命倫理の新しい一分野としての『Ethics of Dementia Care 認知症ケアの倫理』. *Bioethics Study Network*, 9 (1) 18-23.
- [38] シルバー総合研究所 (2005). 痴呆介護へのパーソンセンタードケアの導入と普及に関する調査研究事業報告書.
- [39] Kitwood, T. and Bredin, K. (1991). *Person to person: A guide to the care of those with failing*

mental powers, Second edition. Gale Centre Publications.

- [40] 岡靖哲 (2014). 認知症における睡眠障害. *臨床神経学*, 54 (12), 994-996.
- [41] スー・ベンソン編 (2007). パーソンセンタード・ケア—認知症・個別ケアの創造的アプローチ— 改訂版. クリエイツかもがわ.
- [42] Kitwood, T. (1992). A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health & Nursing Care*, 1, 41-40.
- [43] WELKS. 認知症 ONLINE. <https://ninchisho-online.com/archives/12505/> (2016年12月12日)
- [44] 村田久行 (2011). 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア. *日本ペインクリニック学会誌*, 18 (1), 1-8.
- [45] 村田久行 (2003). 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケアアセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. *緩和医療学*, 5 (2), 157-165.
- [46] 村田久行 (1994). ケアの思想と対人援助—終末期医療と福祉の現場から—. 川島書店.
- [47] Wang, S., Li, X., and Wang, D. (2016). Mining-induced void distribution and application in the hydro-thermal investigation and control of an underground coal fire: A case study. *Process Safety and Environmental Protection*, 102, 734-756.
- [48] Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- [49] 堀内議司男 (2013). 日本人のおもてなし. *開発工学*, 33 (1), 29-30.
- [50] Gottfries C. G., Brane, G., Gullberg, B., and Steen, G. (1982). A new rating scale for dementia syndromes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1, 311-330.
- [51] Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. G.P. Putnam's Sons.
- [52] 山口恒夫 (2007). 教員養成教育における「臨床経験」のリフレクションをめぐって. *教育哲学研究*, 2006 (94), 75-79.
- [53] 村田久行 (2002). 臨床に活かすスピリチュアルケアの実際 (2) —スピリチュアルペインをキャッチする—. *ターミナルケア*, 12 (5), 420-424.
- [54] 村田久行・長久栄子 (2014). せん妄 (シリーズ・現象学看護 1). 日本評論社.
- [55] Murata, H. (2003). Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: Construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliative & Supportive Care*, 1(1), 15-21.
- [56] ウェバー, C. M. (2016). コミュニケーション手段としての茶道—コミュニケーションのネットワーク分析の紹介—. *語学教育研究論叢*, 23, 243-260.
- [57] 小林徹 (2005). 現代社会における茶道と武士道の役割. *長崎国際大学論叢*, 5, 149-156.

- [58] 川守田礼子 (2009). 「日本の文化」における茶道実習を中心とした感性育成教育の取り組み. 八戸工業大学紀要, 28, 269-274.
- [59] 張建立 (2012). 茶人から北東アジア人へ—北東アジア地域アイデンティティの構築ステップについて—. 北東アジア研究, 22, 57-65.
- [60] 浅見奈緒子・高梨直紘・鬼頭秀一 (2016). 科学コミュニケーションの新たな可能性を探る試み—天文学と茶道—. 教育総合研究, 9, 51-59.
- [61] 池坊由紀・来田宣幸・桑原教彰・後藤彰彦 (2014). いけばな制作過程の作業分析. 人間工学, 50, 134-135.
- [62] Doi, T., Kuwahara, N., and Morimoto, K. (2015). *Effective design of traditional Japanese tea ceremony in a group home for the elderly with dementia*. Springer, 413-422.
- [63] Ikenobo, Y., Mochizuki, Y., and Kuwahara, N. (2015). *Usefulness of Ikebana in a nursing care environment*. Springer, 441-447.
- [64] Yamamoto, A., Barrameda, H. C., Azuma, T., Kasasaku, H., Hirota, K., Jinno, M., Sumiyama, M., Ota, T., Goto, A., Kida, N., Kuwahara, N., and Hamada, H. (2015). *The transfer of expertise in conducting a participatory music therapy during a combined rehabilitation: Recreational program in an elderly care facility*. Springer, 500-511.
- [65] Yonezawa, T., Yamazoe, H., Utsumi, A., and Abe, S. (2013). Attractive, informative, and communicative robot system on guide plate as an attendant with awareness of user's Gaze. Paladyn. *Journal of Behavioral Robotics*, 4 (2), 113-122.
- [66] Yonezawa, T., Yamazoe, H., Utsumi, A., and Abe, S. (2011). Assisting video communication by an intermediating robot system corresponding to each user's attitude. *Human Interface Society Journal*, 13 (3), 5-13.
- [67] Fossey, J., Lee, L., and Ballard, C. (2002). Dementia care mapping as a research tool for measuring quality of life in care settings: psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (11), 1064-1070.
- [68] NTT 西日本. 光 BOX+. <https://www.ntt-west.co.jp/kiki/hikaribox/spec/> (2016年12月12日).
- [69] ネットナビ. フレッツ光 西日本版. <http://hikari-n.jp/west/service/> (2016年12月12日).
- [70] ヴィストーン. 普及型社会的対話ロボット「Sota (ソータ)」. <https://www.vstone.co.jp/products/sota/> (2016年12月12日).
- [71] Bråne G. (1989). The GBS-scale: A Geriatric Rating Scale and its clinical application. Gothenburg University,
- [72] Kitwood, T. (1999). When your heart wants to remember: Person-centred dementia care. In *RCN*

Nursing Update, Nursing Standard, 13. 1-22.

- [73] 介護支援ネット. 介護保険制度における要介護度の認定基準は何か. http://www.e-kaigoshien.net/2006/08/post_13.html (2016年12月12日).
- [74] 厚生労働省. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度). <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf> (2016年12月12日).
- [75] Doi, T., Kuwahara, N., and Kazunari, M. (2016). Assessing the use of communication robots for recreational activities at nursing homes based on dementia care mapping (DCM). *Proceedings of Human Computer Interaction International*. 203-211.
- [76] Doi, T., Niki, Y., Kuwahara, N., Kato, Y., and Narumoto, J. (2013). Case studies of the service quality improvement in the nursing home: Media therapy for understanding the history of life of residents. *Proceedings of ICServ2013*, 221-224.
- [77] 桑原教彰・桑原和宏・安部伸治・須佐見憲史・安田清 (2005). 写真のアノテーションを活用した思い出ビデオ作成支援—認知症者への適用と評価—. 人工知能学会論文誌, 20 (6), 396-405.
- [78] 桑原教彰 (2012). 高齢者の心を支える ICT システムの開発—思い出を紡ぐプロジェクト—. 科学・技術研究, 1 (2), 145-149.
- [79] Yasuda, K., Kuwabara, K., Kuwahara, N., Abe, and S., Tetsutani, N. (2009). Effectiveness of personalized reminiscence photo videos for individuals with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19 (4), 603-619.
- [80] 安田清・岩本明子・中村哲雄・桑原和宏 (2004). 痴呆症者への思い出写真ビデオの作成と集中度の評価. 第28回高次脳機能障害学会総会講演抄録, 109.
- [81] 総務省 (2011). 平成23年社会生活基本調査.
- [82] 白岩加代子・村田伸・堀江淳・大田尾浩・村田潤・宮崎純弥 (2013). 地域在住高齢者の睡眠状況と Quality of Life の関係. ヘルスプロモーション理学療法研究, 3 (3), 103-107.
- [83] Hodges, S., Williams, L., Berry, E., Izadi, S., Srinivasan, J., Butler, A., Smyth, G., Kapur, N., and Woodberry, K. (2006). SenseCam: A retrospective memory aid. *Proceedings of the 8th International Conference of Ubiquitous Computing*. 177-193.
- [84] Haga, S. and Mizukami, N. (1996). Japanese version of NASA Task Load Index Sensitivity of its workload score to difficulty of three different laboratory tasks. *The Japanese Journal of Ergonomics*, 32 (2), 71-79.
- [85] 内閣府 (2016). 平成28年版高齢社会白書.
- [86] 総務省 (2015). 平成27年度版情報通信白書.

- [87] 吉原敬典 (2014). ホスピタリティマネジメント—活私利他の理論と事例研究—. 白桃書房.
- [88] 国際連合広報センター (1999). 高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則.

構成論文一覽

第 3 章

Effective design of traditional Japanese tea ceremony in a group home for the elderly with dementia

Teruko Doi, Noriaki Kuwahara, and Kazunari Morimoto

Digital Human Modeling Applications in Health, Safety, Ergonomics and Risk Management: Ergonomics and Health, Lecture Notes in Computer Science, Vol. 9185, pp. 413-422, 2015.

第 4 章

Effective design of recreation activities in the group home for the elderly with dementia

Teruko Doi, Noriaki Kuwahara, and Kazunari Morimoto

Proceedings of the 5th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics AHFE2014, pp. 3018-3023, 2014.

第 5 章

Assessing the use of communication robots for recreational activities at nursing homes based on dementia care mapping (DCM)

Teruko Doi, Noriaki Kuwahara, and Kazunari Morimoto

Digital Human Modeling Applications in Health, Safety, Ergonomics and Risk Management, Lecture Notes in Computer Science, Vol. 9745, pp. 203-211, 2016.

Questionnaire survey result of the use of communication robots for recreational activities at nursing homes

Teruko Doi, Noriaki Kuwahara, and Kazunari Morimoto

Advances in Affective and Pleasurable Design, Advances in Intelligent Systems and Computing, Vol. 483, pp. 3-13, 2017. (Scheduled for publication)

第 6 章

Case studies of the service quality improvement in the nursing home: Media therapy for understanding the history of life of residents

Teruko Doi, Yoshihiro Niki, Noriaki Kuwahara, Yuka Kato, and Jin Narumoto

The 1st International Conference on Serviceology, pp. 221-224, 2013.

Reminiscence video as the tool for sharing the life history of the people with dementia between care staffs

Teruko Doi, Miyuki Iwamoto, Noriaki Kuwahara, and Kazunari Morimoto

The 4th International Conference on Serviceology, pp. 67-72, 2016.

謝辞

本研究は、医療と介護の共同により、全ての方の笑顔ある毎日、自分らしい生活の実現を目指すなかで、認知症高齢者の誰にも理解してもらえない苦しみやつらさを目の当たりにし、その苦しみやつらさを少しでも軽くすることができないかともがく中から生まれました。介護の実践の現場は命に直結した感動と感動に至るまでの逡巡する悩みが渦巻いています。現場での笑顔につながる工夫と取り組みを研究として導いて下さった京都工芸繊維大学 大学院 工芸科学研究科 先端ファイブ科学専攻の桑原教彰教授と森本一成教授には、やさしく丁寧な御指導を賜りました。ここに心より感謝申し上げます。また、副査を務めて頂いた鋤柄佐千子教授と濱田泰以教授に厚く感謝申し上げます。

池坊専好先生、山中宗泉先生、星野美由紀先生には、認知症患者の稽古をやさしくご指導いただき、心より感謝申し上げます。研究室の岩元美由紀先生を始め、先輩諸氏には感謝を述べると共に、今後一層のご活躍を心より祈念申し上げます。研究にご協力いただいた認知症の方、そのご家族に心から感謝申し上げます。

土井医院、グループホーム「てらど」「かいで」の職員の方々には、多大な協力と応援に感謝申し上げます。最後に仕事と研究の両立を支えてくれた家族、正樹、慧祐、知沙果に心からの感謝の気持ちを奉げ謝辞といたします。

