

# 協調学習環境を活用した認知症の見立て知の学びと実践

Creation and Utilization of diagnostic knowledge in dementia care  
using the environment of collaborative learning

橋詰裕樹 \*1  
Yuki Hashidume

村上大祐 \*1  
Daisuke Murakami

石川翔吾 \*2  
Shogo Ishikawa

上野秀樹 \*3\*4  
Hideki Ueno

竹林洋一 \*2  
Yoichi Takebayashi

\*1株式会社えにし  
Enishi Co., Ltd.

\*2静岡大学  
Shizuoka University

\*3千葉大学附属病院  
Chiba University Hospital

\*4敦賀温泉病院  
Tsuruga Onsen Hospital

This paper describes the creation and utilization of the diagnostic knowledge to better communicate with a person with dementia. We have designed the collaborative learning environment with experts, family and care practitioner to promote learning diagnostic knowledge for dementia care. The environment gives learners the multiple ways of thinking about the causes of psychiatric symptoms. The results suggest that the learning environment is useful for learners when they are learning diagnostic skills.

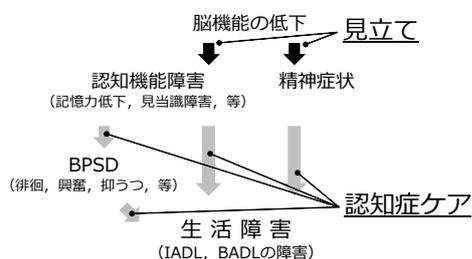


図 1: 認知症ケアと認知症の見立て



図 2: 学習環境を機軸とした見立て知の構築と利用

## 1. はじめに

認知症の「状態」はさまざまな原因によって引き起こされる。なぜ認知機能障害や精神症状を生じているのか、この原因を探ることを見立てと呼ぶ(図1)。精神科医の上野は、「これまでの認知症ケア現場では、認知症性疾患に重点が置かれているため、治療可能な認知症(Reversible Dementia / Treatable Dementia)[Mahler 87]が見逃されている」と指摘しており、認知症の見立て知の構築を進めている[上野 17]。問診を主体とする精神科医療において、さまざまな原因を情報提供の役割を担う身近な人が見立てることができれば、適切な情報を提示することが可能となり、医療やケアの高度化につながる。

本稿では、認知症の見立て知学習環境を提案し、見立て知の学びの有効性について検討する。

## 2. 学習の場を機軸とした見立て知の構築

医師や介護従事者等の専門家と本人、家族が一体となって見立て知を構築する環境を設計している。上野が提案する1) 認知症の状態, 2) 治療可能な認知症, 3) 認知症性疾患の三つのステップを見立ての中核的手法[上野 17]に据え、専門家と本人・家族、地域住民との共学の場を通じて、事例が検討され、見立て知がコーパスに蓄積される。そして、現場の実践から知識や見立てモデルが再検討され、洗練されていく。専門家は見立てに関する知識の洗練、拡充を目指し、本人、家族は地域の認知症の人を支えるスキルを習得することを目指しており、地

域における学習、実践を通して知識が持続的に生み出される。見立て知構築環境は、専門家の知識のみを対象としていない点に特徴がある。家族や本人も同様に経験的な知識を豊富に持つ家族や介護従事者と、解釈が得意な医師や看護師等の専門家がタッグを組む(共創する)ことによって、認知症ケアのための「見立て知」が充実化すると考える。

## 3. 認知症の見立て知協調学習環境

本節では、見立て知の構築、利用において中核的な場となる、学習環境の設計について述べる。これまでは精神科医の知識を伝達することに重点を置き、座学を中心としたパッシブな学習環境を設計してきた。しかし、近年協調学習が注目されているように、自発的な学習につながらなければ、実践可能な知識にならないことが分かってきている[Sawyer 06]。医療・介護分野では、事例を通して学ぶケース検討会が多く実施されている。一方で、ケースをどのように見立てるかが形式化化されおらず、自発的な環境として課題があった。そこで、本研究では、実践可能な知識を育成するために、協調学習の形態であるケースメソッドアプローチ[Barnes 94]をモデルに、協調学習による見立て知学習環境を設計した。学習会で使用するケースは事例に対して匿名化したものを利用している。学習会のステップは次の通りである。

1. 個人の見立て：提示されたシートに基づいて個別で見立てシートを作成する。
2. グループ討論：見立てシートを活用してグループで討論する。
3. 総合討論：グループ討論の意見を下に全体で討論する。
4. 振り返り：これまでのケースを Web で振り返る。

連絡先: 石川翔吾, 静岡大学, 静岡県浜松中区城北 3-5-1, 053-478-1488, ishikawa-s@inf.shizuoka.ac.jp

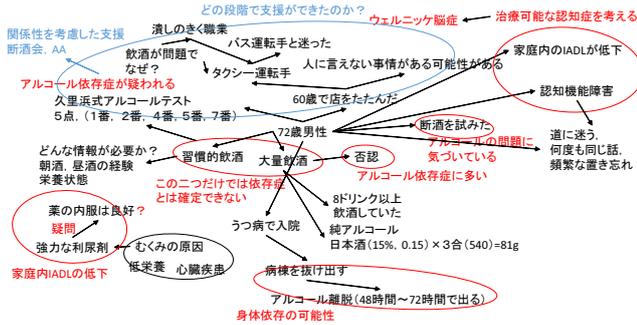


図 3: 総合討論の結果の例

個別ワークでは、与えられた事例に対して見立てシートを一人で作成する。見立てシートは、「認知症の状態」であると思えますか?」「判断した理由を教えてください。」「判断のためにさらにどのような情報があるといいですか?」等の質問項目の3ページで構成される。シート作成のために学習者は、参考資料を使いながら実施する。グループ討論は、3～5名で構成され、個人ワークの見立てシートを下に議論する。グループ討論では、相手の意見に傾聴し、自分の意見を発言することに重点をおき、発表やまとめの作成は行わない。全体討論では、精神科医が中心となって見立てコンテンツを活用しながら示し、対象としたケースの重要な点や、他の解釈の仕方、適用すべきでない考え方、について、図示しながら議論していく(図3)。見立てコンテンツは、Webアプリケーションとして実装されており[上野 17]、コーパスデータからコンテンツとして生成する。時間構成は、個別ワークを30分、グループ討論を30分、全体討論を45分であるが、状況に応じて時間は変動する。

#### 4. 見立て知の学習効果

前節で述べた学習環境の下、福井県若狭地区において、精神科医中心の学習会を実施している。月に1回の開催で、参加者は平均で15名が参加する。平均年齢は45歳、家族、看護師、医師、介護職、ケアマネージャー、市職員、等の多職種が集う学習の場である。学習会は2016年4月より開始し、協調学習環境は10月より導入した。

学習の効果を検証する予備検討として、個人ワーク、グループワーク、総合討論における、見立て内容の違いを比較分析した。表1に学習会で使用した事例の一部を示す。本事例では、治療可能な認知症として、「アルコール関連障害」を検討できているかがポイントとなる。個人での見立て、グループワーク、総合討論を比較することで学習の状態を分析した。記述された内容は、アルコール関連障害(改善可能な認知症)、認知症の状態で分類し、さらに、関連するキーワードを分類することで、トピック単位でまとめた。的はずれな意見ではなく適切に判断した箇所のみを対象とし、意見数をカウントアップした。

図4に比較結果を示す。A～Dは、個人の見立てシートに記載された情報を産出した結果である。A～Dで構成されるグループにおけるグループ内の発話、総合討論では全体の発話を分析の対象とした。個人ワークでは、アルコール関連障害に関する項目のみ気づきがあり、限定的に検討が行われている。グループ討論になると、その話題が広がり、異なるセンテンスや新しいトピックの発話が出現しており、総合討論において、新しい気づきや、重要となるポイントが共有されていく。

また学習者からは、「利用者のアセスメントがしやすくなっ

表 1: 見立て知学習用の事例(一部抜粋)

72歳男性。高等学校卒業。25歳で結婚し、二人の子供。

.....  
若い頃より習慣的に飲酒し、本人は否定するが家族からの情報によると、かなりの量を飲酒していたらしい。

.....  
急速に認知症状が悪化していった。

・大切な約束をすっばかすようになった。

・何度も同じ話を繰り返す言う。

等の症状が現れるようになった。

内服中の薬物

睡眠導入剤(フルニトラゼパム 1mg) 眠前

.....

観点	トピック	A	B	C	D	グループ	総合討論
アルコール関連障害	精神依存	1	1	1	1	4	1
	身体依存	0	0	1	1	0	2
	離脱症状	0	0	1	0	1	1
	ビタミンB1の欠乏	1	1	1	1	4	1
	コルサコフ症候群	0	0	1	0	3	2
	大量飲酒	0	0	0	0	5	3
	底付き体験	0	0	0	0	2	1
認知症	見当識障害	0	0	0	0	3	0
	ADLの障害	0	0	0	0	1	2
	記憶障害	0	0	0	0	6	1
うつ病	うつ病	0	0	0	0	0	1

図 4: 個人、グループワーク、総合討論の比較

た。看護師の目線だけでなく、医師、家族、当事者の目線も持てるようになった。」「家族への対応も経験則だけでなく、根拠に基づいて行えるようになった。」という意見が得られた。このように、設計した学習環境によって、学習者の気づきが生まれ、実践可能な知識の習得につながる事が示唆された。

#### 5. おわりに

本稿では、専門家、本人、家族が共に学ぶことを通して、見立て知を蓄積、洗練できることを示した。構築した学びの場によって、気づきが増え、見立て知の理解を促進することが示された。今後も実践を進め、グループワークや総合討論における対話を分析することで学習効果を評価し、どのように見立て知が深化成長するかを検証する。

#### 参考文献

- [Barnes 94] Barnes L.B., et al.: Teaching and the Casemethod, third edition, Harvard Business School Press (1994).
- [Mahler 87] Mahler ME, Cummings JL, Benson DF.: *Treatable Dementias*, Western Journal of Medicine, 146(6):705-712 (1987).
- [Sawyer 06] Sawyer R.K.; *The Cambridge Handbook of the Learning Sciences*, Cambridge: Cambridge University Press, London (2006).
- [上野 17] 上野秀樹: 認知症ケア高度化のための見立て知の深化と伝達, 第31回人工知能学会全国大会 (2017).