

認知症に伴う介護施設利用者の行動・心理症状(BPSD)の背景因子の推定に関する文献研究

大谷 明弘¹ 林 典生²

Review Research on Background Factors Estimation of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia of Nursing-care Facilities Users

Akihiro OTANI, Norio HAYASHI

要 旨

本研究は、認知症に伴う行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: 以下、BPSD)の背景因子を捉えるためのケアの視点を明らかにするためにCiNiiおよびJ-STAGEを活用した文献研究を実施した。論文145本が対象となり、更に先行研究に基づき5要因(身体的要因、精神的要因、環境的要因、個人的要因、介護者要因)を抽出し、その後分類した。分類結果は、①BPSDの現状把握のための背景因子、②介護施設の現状、③実践的アプローチの現状の3つになった。この結果から、施設での多忙な業務の中でも5要因に着目することでBPSDの背景因子を推定できる可能性が明らかになった。また、介護負担感の概念の広さが、隣接する研究領域に重複させ、分類を困難にしている理由として考えられた。今後は、介護負担感の概念整理と共に本研究で明らかになった5要因に基づく背景因子の推定を実施した上でのケアが、利用者のBPSD減少やQOL向上、更に介護職員の介護負担感に与える影響を明らかにする必要がある。

Abstract

In this research, in order to clarify the viewpoint of care for grasping background factors of behavioral and psychological symptoms of dementia (hereinafter referred to as BPSD), a review research was conducted through utilizing CiNii and J-STAGE. With 145 papers as a subject, based on the previous researches, 5 factors (physical factors, mental factors, environmental factors, personal factors, and caregiver's factors) were extracted, and classified afterwards. Consequently, they were classified into the followings; (1) Background factors for grasping the current status of BPSD, (2) Current status of nursing-care facilities, and (3) Current status of practical approach. From this result, it has become clear that the background factors of BPSD can be estimated through focusing on 5 factors despite busy tasks at facilities. Additionally, it was deemed that a broad concept of caregiver's burden made adjacent research areas overlapped, which resulted in difficult classification. From this time on, it is necessary to clarify the effects of decreases in users BPSD, QOL improvements, and caregiver's burden exerted by the care in which not only the concepts of caregiver's burden were organized but also the background factors based on the 5 factors clarified in this research.

キーワード：BPSDの背景因子 5要因 介護負担感 不適切ケア 文献研究

key word : BPSD background factors, five factors, caregiver's burden, inadequate care, review research

2017年8月31日受付／2018年1月29日受理

¹九州保健福祉大学大学院 (通信制) 社会福祉学研究科修士課程 (2015年) 修了
都城市郡医師会 介護老人保健施設すこやか苑

²南九州大学 環境園芸学部

I はじめに

1. 問題の背景

近年、日本では要介護高齢者が増加し、団塊の世代が後期高齢となる2025年には更に増加すると予測される。それに伴い、介護職員の需要が高まることは明らかであるが、介護離職等の介護労働問題により介護施設（以下、現場）では人材不足が深刻となっている（宮崎 2008:426, 黒沢 2015:21）。

こうした社会の高齢化に伴い課題となるのが、増加する認知症の人（以下、認知症者）やその予備群への対応である。特に認知症に伴う行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：以下、BPSD）への対応が介護職員にとって大きな負担となり（三浦 2007:137, 大谷 2016:37）、その対策や支援が喫緊の課題となっている。

BPSDは、認知症の種類に関わらず認知症を構成する主要な要素（Cerejeiraら 2012:1）であり、記憶障害や注意障害などの高次脳機能障害を基盤とするところ何らかの因子がきっかけとなり二次的に発生する症状である（妹尾 2012:104）。具体的な因子としては、本人の性格や考え方、人間関係、周囲の環境、身体疾患、服用薬物、認知症原因疾患等（谷川ら 2016:75）が考えられ、また症状としては興奮、運動異常、不安、怒り、無関心、妄想、幻想、睡眠・食欲の変化等（Cerejeiraら 2012:1）があり、BPSDの個別性の高さを示している。

認知症の中核症状を改善することは困難であるが、BPSDは施設ケアにより改善可能であるとされている（酒井ら 1997:399）。しかし、改善するためのケアの視点は、多様な背景を持つ介護職員により相違（酒井ら 1997:399）しており、これらに伴うコミュニケーションの「ズレ」が「不適切な介護（以下、不適切ケア）」となり逆にBPSDの誘発要因の一つとも考えられる（長谷川 2008:89）。

このようにBPSDに対するケアは、介護保険制度開始前の1997年から酒井らにより問題提起されており、20年近く経過した現在でも未だ大きな課題として残っている。むしろ介護施設の乱立等による介護職員の質の低下により更に困難になる懸念もある。従って、介護職員は自分自身の「不適切ケア」

を要因とする「介護者要因」の視点を含めBPSDの背景因子を推定する技量が求められる。

2. 用語の定義

本研究では、「介護負担感」は「介護職員が認知症に伴うBPSDがみられる利用者により受ける主観的負担感」、「不適切ケア」は「利用者と介護者との関係性の中で、介護者の不用意な言葉かけや態度等の行為により利用者の心身に望ましくない影響を及ぼすケア」とそれぞれ定義した。

II 研究目的と意義

本研究の目的は、BPSDの背景因子を捉えるためのケアの視点を明らかにすることである。上記のケアの視点を把握した上で、利用者の心身に望ましい影響を及ぼすケアを実践すれば、利用者のBPSD減少やQOL向上、介護職員の介護負担感軽減に影響し、今後の職場研修プログラム開発の基礎資料として役立つと考える。尚、本研究はBPSDの背景因子を捉えるために、多角的な視点で利用者の「背景」や「行動」を分析する必要がある。そのためには、研究の進捗状況の確認を踏まえ多くの情報が必要となる。また、前述したようにこうした問題は介護保険制度開始前から問題提起されているため、本研究では発表年の設定をしない文献研究を採用した。

III 研究方法

1. 文献の収集方法と検索手順

文献検索は、筆者の研究環境で利用可能なデータベース（CiNii, J-STAGE）を用いて「高齢者」、「認知症」、「BPSD」、「介護職員」、「ケアスタッフ」、「施設」の用語を組み合わせて実施した（平成29年5月1日に実施）。その結果、合計で1824本（CiNii:508本, J-STAGE:1316本）の論文が該当し、そのうち研究内容が重複するもの、または同一の事例検討や学会シンポジウムの企画紹介のみの文献は内容を精査した結果、対象外とした。また、該当した文献の中に口腔ケアおよびターミナルケアに関する文献等が見られたが、内容を精査した結果、本研究の趣旨に合致していないと判断し対象外とした。更に、上記の方法による検索では該当しなかったが、該当した論文の中に記載がある引用・参考文献等の中から内容を精査して、本研究の趣旨と合致する論文23本

(国外4本)を追加した。その結果、上記の理由で対象外となった論文1702本を除いた計122本(全体の6.7%)に関連論文23本を加えた計145本の論文(最も古い発表年は1993年)を対象に文献整理を実施した。次節以降、大項目ごとに先行研究の内容を整理し、概観していくこととする。

2. 倫理的配慮

本研究は文献研究にて実施する。文献引用は、日本社会福祉学会研究倫理指針の「A 引用」に規定された指針を遵守した。

Ⅳ 結果

1. 分類別にみた対象論文

利用者への個別ケアを実践する場合、まず現状把握のために多くの時間をかけてアセスメントを行う必要があるが、現場では人材不足等も影響し、多くの時間を割きにくい状況に置かれている。従って、現場の介護職員に負担がなく、かつBPSDの背景因子を推定するのに不可欠なアセスメント項目に焦点を当てる必要がある。そのために本研究では、まず、

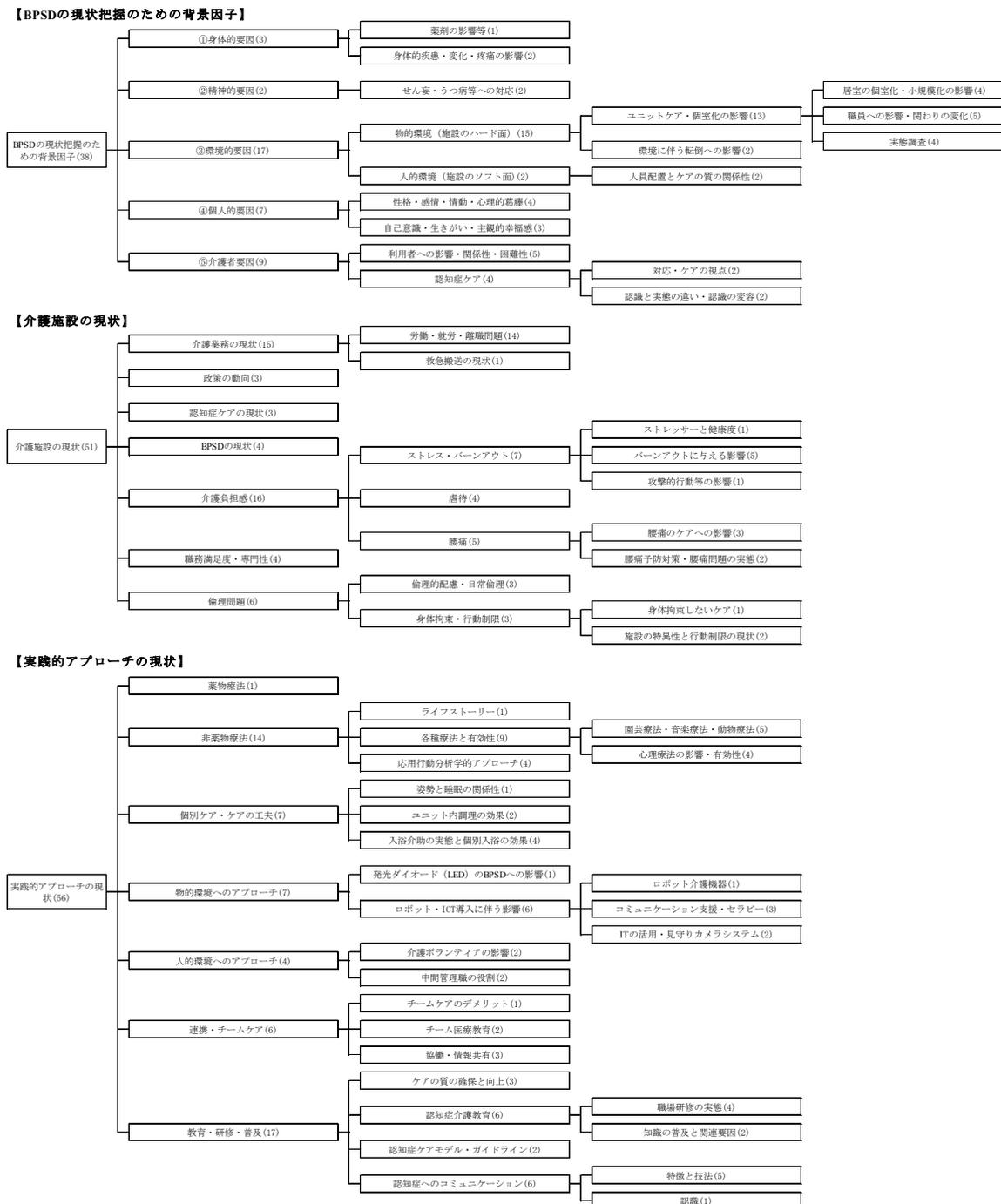


図1 対象文献の分類 ※()の中は、論文の本数を表す

ひもときシート（認知症介護研究・研修東京センター 2010：1）およびセンター方式（長谷川ら 2005：28）によるアセスメント法、問題解決のプロセス（レイダー 2000：20）、前述した「不適切ケア」の概念を参考にし、5要因（身体的要因、精神的要因、環境的要因、個人的要因、介護者要因）を抽出した。

その後、対象論文145本のキーワードに着目し、大・中・小項目で整理すると以下の通りに分類できた(図1)。第一に、大項目として①BPSDの現状把握のための背景因子（38本）、②介護施設の現状（51本）、③実践的アプローチの現状（56本）の3項目に分類できた。

第二に、中項目として①は身体的要因が「薬剤の影響（1本）、身体的疾患・変化・疼痛の影響（2本）」の計3本、精神的要因が「せん妄・うつ病等への対応（2本）」、環境的要因が「物的環境（15本）、人的環境（2本）」の計17本、個人的要因が「性格・感情・情動・心理的葛藤（4本）、自己意識・生きがい・主観的幸福感（3本）」の計7本、介護者要因が「利用者への影響・関係性・困難性（5本）、認知症ケア（4本）」の計9本の5項目に分類できた。認知症ケアの視点として身体的要因、心理的要因、環境的要因、個人的要因、介護者の要因の5つを挙げている研究もあり（斐 2014：114）、本研究も同様の結果となった。また、②は介護業務の現状（15本）、政策の動向（3本）、認知症ケアの現状（3本）、BPSDの現状（4本）、介護負担感（16本）、職務満足度・専門性（4本）、倫理問題（6本）の7項目に分類できた。更に、③は「薬物療法（1本）」、「非薬物療法（14本）」、「個別ケア・ケアの工夫（7本）」、「物的環境へのアプローチ（7本）」、「人的環境へのアプローチ（4本）」、「連携・チームケア（6本）」、「教育・研修・普及（17本）」の7項目に分類できた。

最後に、小項目として①はユニットケア・小規模化・人員配置のケアおよび職員への影響等に分類できた。また、②はストレス・バーンアウト、腰痛、虐待、身体拘束の現状、倫理問題等に分類できた。更に、③はライフストーリー、応用行動分析的アプローチ、ロボット・ICTの導入・介護ボランティアの影響、協働・情報共有、認知症介護教育、職場研修の実態、知識や技術の普及、コミュニケーション能力の向上等に分類できた。

2. BPSDの現状把握のための背景因子

「BPSDの現状把握のための背景因子」に関する38本の論文を精査した結果、5要因に分類することができた。次項以降、それぞれの要因について述べていくこととする。

2.1 身体的要因について

認知症の治療に関して、二次性認知症（脳血管性認知症や正常圧水頭症等の続発性認知症）に対しては、原因疾患に対する治療が必須であるが、一次性認知症（アルツハイマー型認知症やレビー小体病等の変性疾患による認知症）には、患者個別の臨床症状・状態に応じた対症療法が基本となる。中でも正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫は、脳外科的治療により回復が可能であると言われている（長谷川 2008：24）。

原疾患とBPSDの関連を示す例として、パーキンソン病やクリューバー・ビューシー症候群にみられる性的な行動異常や認知症の症状の一つである嫉妬妄想、前頭側頭型認知症にみられる反社会的行為等がある（鈴木ら 2015：127）。また、薬剤の副作用とBPSDの関連を示す例として、パーキンソン症状の出現、あるいはパーキンソン症状を悪化させることが報告されている（鈴木ら 2015：129）。更に、身体的疼痛等とBPSDの関連を示す研究もある（鈴木ら 2014：25）。

加えて、認知症専門病棟に入院した認知症患者の3ヶ月後の状況を調査した研究では、入院時に精神症状と同時にみられた身体症状（脱水状態・水分補給の検討、口腔内ケアの検討）が3ヶ月後に精神症状（性的行動等含む）の減少とともに著しく改善したことから、身体状況は精神状態の乱れから二次的に引き起こされものであると報告されている（酒井ら 1997：399）。

2.2 精神的要因について

BPSDの精神的要因とは、罹患している精神疾患、特にアルツハイマー型認知症の人格変化（Siegler, I.Cら 1994：464）と誤認しやすい「せん妄」や「高齢者うつ病」等がBPSDを助長していると捉えることを意味する。こうした誤認しやすい疾患としては、他に「前頭側頭型認知症（かつてはピック病）」があり、その代表的な疾患が「意味性認知症」である。「意味性認知症」とは、意

味記憶と呼ばれる記憶の一部が選択的に障害されることであり、アルツハイマー型認知症と間違えられやすい疾患であるとされる（小森ら 2015：1236）。また、これは他人を思いやるという心の働きに大きな影響を与える認知機能でもあり、この機能が失われることによって共感的な能力を喪失する。これらを補うために「なじみの関係（小森ら 2015：1258）」という絆を維持し、認知症者を安全な環境へと導くことが社会生活を維持する上で重要であると考えられる。

2.3 環境的要因について

本研究では、環境的要因を物的環境と人的環境に分けて分類した。物的環境とは建物や設備等を意味し、人的環境は介護職員の配置や施設の運営方針、サービス内容を意味している。

現在の介護施設は、特別養護老人ホーム（以下、特養）、介護老人保健施設（以下、老健）、介護療養型医療施設だけでなく、グループホーム（以下、GH）やケアハウス、有料老人ホーム等多岐に渡っている。一般的な住宅を第一の住まいと呼ぶことに対して、現場は第二の住まいと呼ばれており、こうした施設の多様化に伴い、居住する利用者也比較的自立度の高い者から重度の者まで極めて多様化している（児玉 2011：14）。

住み慣れた自宅から現場や病院に移動する際、もしくは住み慣れた現場から病院に移動する際に認知症者は急な環境への適応が難しく強いストレスを覚える。こうした環境の変化に伴って生じる「リロケーションダメージ（妹尾 2012：140）」に起因するストレスを減少させ、また「なじみの関係（小森ら 2015：1258）」を築くためにも個室化、ユニット化、生活単位の小規模化・グループ化、家庭的雰囲気導入、共用空間の充実等が推進されてきた（厚生労働省 2003）。

建物特性と転倒・転落骨折の関係性を調査した研究では、GHは特養と比較して約1.6倍多く骨折が発生し、また要介護3以上になると骨折が減少する。更に、床は約9割が転倒時の衝撃吸収性に劣る「直貼り」であったと報告されている（三浦ら 2015：1033）。

一方で、現場には定められた人員基準があり、それに準じていなければ介護報酬の減算もしくは

業務停止となる。しかし、基準を大きく超える職員を雇用することも経営的に困難であり、最低限の職員数で日常のケアを実施することが常態化している。

職員数が一時的に減少する正月やお盆に行ったインタビュー調査では、介護職員は「①人手が減ると忙しくなり、患者と会話をするような余裕が減った、②きめ細かなサービスを提供することが難しくなった、③十分な介護職員がいれば十二分な保清サービスが行えるが、介護職員数が減少すると患者への保清レベルが低下する（高橋 1993：91）」以上の3点が明らかになっている。つまり、個別ケアの充実には、物的環境と人的環境の両側面からのアプローチが不可欠であることが理解できる。

2.4 個人的要因について

認知的評価に影響を及ぼす個人的要因は、「価値観」と「信念」の二つがある。「価値観」とはその人にとって特に重要なものであり、「信念」とは自分が事態をどの程度コントロールできるかの自信を意味する（児玉 2011：17）。また、初期の認知症高齢者は認知症症状の自覚があり、ゆらぎながらもその変化に適応し、他者への配慮の他、自己の可能性を見出す力を持つことが明らかになっている（吉岡 2015：162）。

認知症高齢者の性格に関する研究としては、柄津らによる病前性格と性格変化があり、病前性格とは特定の疾患の発症要因となる性格的要因を意味する（堀毛ら 2006：9）。こうした性格的要因が認知症の発症に何らかの形で関与していると結論づけているが、一方でそれは分裂病やヒステリーなどの病前性格と共通するところも多く、認知症に特有な病前性格とは言えないとも論じている（堀毛ら 2006：9）。

2.5 介護者要因について

介護者の不用意な言葉や態度等の「不適切ケア」によってBPSDが助長されている現状がある。現在、国が進めている認知症サポーター養成講座では、認知症者への対応として「驚かせない」「急がせない」「自尊心を傷つけない」、以上3点の「ない」をあげている（名古屋市 2016：16）。これらが守られない状況が「不適切ケア」に繋がると考

えられる。

こうした「不適切ケア」が起こる要因は、「教育環境の不整備」や「養成課程やルート、カリキュラムの問題（山田ら 2012：51, 倉林ら 2014：84）」等が挙げられるが、最大の要因として関わる側の「ストレス」や「時間的なゆとりの不足」が指摘されている（波多野 2016：102）。また、介護者は「①知識不足により認知症高齢者の力を過小に認識している可能性、②認知症になった高齢者の変化に関して家族の適応が遅れている可能性、③世間一般のあるべき姿の枠内での行動を認知症高齢者にも自己にも要求している可能性、④ゆとりの無い援助、⑤否定的感情が安全に表出できていない（吉岡 2015：162）」等の指摘もある。このような介護職員自身の考えや意識が認知症高齢者を介護職員自身のペースに巻き込む一要因となり、このペースを乱す認知症高齢者の行動や要求が「問題行動」とレッテル化される。

3. 介護施設の現状

「介護施設の現状」に関する論文51本を精査した結果、「労働・就労・離職問題」、「介護ストレス」や「介護負担感」等介護の否定的側面に焦点を当てた研究が多くみられ、重要かつ喫緊の課題であることが明らかになった。

その中でも、介護職員を長く続けるための要因（肯定的側面に焦点）を介護職員と施設長の両者に対して調査した研究では、介護職員の場合は「給与待遇」「同僚との良好な人間関係」「職場の雰囲気」「仕事のやりがい感」の順であったことに対し、施設長の場合は「仕事のやりがい感」「同僚との良好な人間関係」「給与待遇」の順であったことを明らかにしている（立花ら 2013：35）。こうした両者の認識の違いは、それぞれの置かれている立場（職員・管理者）が影響していると考えられる。

また、介護離職率の高さの要因を夜勤と残業に着目して調査した研究では、多すぎる回数、人員配置の不備・不足、長い労働時間に加え恒常的な残業があるなど心身の健康を維持しながら長期的に継続できる内容の労働ではないことが指摘されており、単独での夜勤という勤務形態には、物理的にも心理的にも根本的で重大な欠陥があり、虐待事例等の要因にもなりかねないと報告されている（今岡 2008：

133）。実際、看護師が夜勤をしている施設の割合は35.3%に過ぎず（春口ら 2008：88）、オンコール体制の場合がほとんどである。更に、介護職員の医療的関与に関する問題も未だ整備されていない現状であるため（春口ら 2008：88）、夜間の緊急時の対応や今後看取り等を行う上で介護職員への介護負担感には想像を超える状況であると推測できる。

このような緒問題は、介護職員の介護離職に伴う人材不足とも深く関係している。その要因として、「①身体的側面と精神的側面への介護負担が大きいこと、②仕事上の人間関係に起因するストレス、③福利厚生等を含めた待遇面の悪さ、④腰痛、離職予防策を含めた職場研修等の教育体制の不備（黒沢 2015：30）」等4点が先行研究から明らかにされている。この4点を踏まえた上での対策の一つとして、「介護職員自身の生活の質や生活満足度の向上（黒沢 2015：30）」が挙げられている。また、「①介護職の魅力を理解してもらうための福祉・介護サービスの周知・理解、②既存もしくは新たな人材の掘り起こしのための潜在的有資格者等の参入の促進、③他業種からの多様な人材の参入・参画の促進（宮崎 2008：427）」等3点の必要性が挙げられている。更に、介護離職を防ぐための取り組みとして、「①同職種からのサポート的な関係性の構築、②能力や取得資格、経験年数や職位に応じて適切に待遇が反映される制度の構築、③職員と幹部との積極的情報交流（緒方ら 2015：98）」等3点の必要性が挙げられている。

4. 実践的アプローチの現状

「実践的アプローチの現状」に関する56本の論文を精査した結果、「薬物療法および非薬物療法」や「チームケア」、「認知症介護教育」等に関する研究がみられた。次項以降、これらについて述べていくこととする。

4.1 薬物療法と非薬物療法

現在の認知症者へのアプローチは、大別して薬物療法と非薬物療法がある（武田 2013：2）。薬物療法は、認知症の中核症状に対しては抗認知症薬が使用され、またBPSDに対しては脳代謝改善薬や漢方薬、向精神薬がそれぞれ使用される（長谷川 2008：24）。しかし、認知症高齢者への薬物療法は、投与初期や高投与量で死亡率が高くなる

という報告もあり、十分な説明と同意のもと慎重に実施される必要がある（長谷川 2008：25）。従って、まずは適切なケアやリハビリテーション等の非薬物療法によりBPSDを軽減させることが薬物療法より優先される（山口ら 2011：2146）。

一方、非薬物療法は薬物を使用せず脳を活性化し残存機能や生活能力を高めるアプローチのことである。その具体例として、音楽療法の「社会性」領域への集中力の改善（高田ら 2014：49）、園芸療法の実施前後における肯定的感情や自尊心の増加、安静状態への効果（田崎 2006：63）、動物療法による非言語コミュニケーションの増加（水谷ら 2008：12）、行動療法（武田 2013：3）やパーソナルケアの認知症ケアへの有効性（佐藤ら 2011：82）、アルツハイマー型認知症者に対するリラクゼーションプログラムの不安反応抑制効果（百々ら 2007：18）等が挙げられる。

4.2 ロボット参入・IT活用

現場での人材不足が懸念される中、介護予防や要介護者の生活支援サービス分野でロボット技術やITの活用が始まっている。実用化にあたり、コスト削減や安全性向上と共に要介護者一人ひとりで異なる認知能力や身体的特性にどのように対応させるかが大きな課題となる（柴田 2016：607）。

ITの活用例は、認知症高齢者の見守りを支援するカメラシステムの導入（杉原ら 2010：54）や遠隔操作アンドロイド等の情報機器を用いた認知症高齢者のコミュニケーション支援（西尾ら 2013：31）等が挙げられる。こうしたカメラシステムやコミュニケーション支援等の情報技術をケアに応用することは、介護者の日々の身体面や精神面に余裕を生むだけでなく、利用者の生活の質（以下、QOL）の向上に繋がる可能性がある。しかし、その一方で、周囲の人々が抱く抵抗感への配慮（杉原ら 2010：63）等の倫理的側面にも焦点を当て開発・普及させる必要がある。

4.3 ボランティアの導入

現場における人材不足の解決策の一つとして介護ボランティアの導入が挙げられ、特に健常な高齢者が行う介護ボランティアに注目が集まっている（金ら 2016：105）。慢性的な人手不足が課題

である現場において専門職のみの支援では限界があり、高齢者のQOLに配慮した支援には、ボランティア等の協力が不可欠である（納戸ら 2015：186）。

4.4 チームケアの現状

多職種によるチームケアは、特に認知症ケアに関して重要視されている（長谷川 2008：51）。現場には様々な職種の職員が勤務しているため、前述した「不適切ケア」を予防する意味でも利用者の情報を共有し、「ケアの統一」をチームとして意識する必要がある。つまり、職員自身がチームの一員であることを意識してケアする必要があると言える。しかし、「誰もが『連携』は重要だと認識しながらも実現できておらず、その阻害要因の一つとして、多くの人（専門職）は連携の要になろうとするが連携の要には従おうとしない（備酒 2013：22）」現状が指摘されている。また、精神疾患としての認知症の理解が不十分な職員が多いことも一要因であると指摘されている（小銭ら 2014：89）。

介護職員の精神的健康に関する研究で、仕事目標の裁量度が大きければ高齢者施設の職場におけるケアプラン等の決定に関与することができ、介護職員の精神的健康は否定的・肯定的側面から維持されることが明らかになっている（森本 2003：263）。しかし、一方でこうしたチーム型仕事遂行形態は、介護職員の仕事の裁量度を小さくし、精神的健康を阻害する一要因になる可能性も指摘されている（森本 2003：268）。

4.5 認知症介護教育の現状

認知症介護教育の重要性は、介護職員の介護負担感軽減のためにもその必要性が指摘されている（大谷ら 2017：39）。先行研究では、介護の経験年数の長い介護職員ほど多くの情報に目を向け、そこから長期的な視点に立った対応を考える傾向にあることが報告されている（後藤 2004：73）。また、介護職員の場合、入職から12ヶ月・入職から18ヶ月の期間に内部研修を実施することにより「問題解決的なとらえ方」から「探索的なとらえ方」へと認知症高齢者に対する捉え方や見方に影響を与えることも報告されている（三浦 2007：145）。更に、認知症者とのコミュニケーション

ョンに関する研究では「①介護者は相手の横もしくは正面の位置に来て、相手の方を向き、相手の顔を見て話しかけることが多い、②介護者は相手の体に触れ、相手の名前を呼びながら話しかけることが多い、③以上の2点は相手の注意を得るための努力である（小池 2012：102）」、以上の3点が報告されている。

これらは、専門職にとっては習得すべきスキルであり、年齢ではなく経験年数に応じた教育システムの確立、特に職場内における「スーパービジョン体制」の確立が必要となる。しかし、専門職の実践現場であるにも関わらず未だに「スーパービジョン体制」が確立されていないのが現状である（佐藤 2015：63）。

V 考察

1. 5要因に基づくBPSDの背景因子の推定

本研究は、BPSDの背景因子を捉えるためのケアの視点を明らかにすることを目的として文献研究を行った。身体的要因に関する視点は、性的行動等を含めたBPSDがみられる場合、本人の性格的要因や認知症の症状にひとくくりせず、まずは原疾患や薬剤による副作用の影響、もしくは「疼痛」等の症状に起因しているのではないかという視点で背景因子を推定する必要性が明らかになった。

精神的要因に関する視点は、精神的疾患はBPSDをより悪化させるだけではなく、身体的疾患にまで影響を与えることから、認知症以外の疾患を疑うことや認知症の種類別の影響に着目することが必要となる。こうした視点は、BPSDの背景因子の推定に繋がるだけではなく、身体的疾患の改善にも寄与する可能性があると言える。

環境的要因に関しては、まずは物的環境と人的環境に分ける視点が必要となる。物的環境に関する視点は、認知症に限らず高齢者の多くが常に転倒のリスクを抱えているため、施設での骨折数の減少や職員と利用者の関係性の充実に図るためには、利用者が受けている介護サービス別（通所、短期入所）の支援体制の構築に加え、建物特性や床の種類（材質）等に注目した環境整備の充実が求められる。

一方、人的環境に関する視点は、現場の努力だけ

では限界があり、一定の介護の質を確保するためにも人的資源の充実が求められるが、財源不足の問題で極めて困難な状況である。決して十分とは言えない限られた職員数の中でも常にケアの質を高めるための努力や工夫が求められ、こうした状況に置かれることが介護職員が介護負担感を覚える一つの要因であることが明らかになった。

個人的要因に関する視点は、研究者により見解が異なるため今後も研究を進める必要があるが、本人の持つ本来の病前性格、つまり、性格的要因を含めた個人的要因に着目することもこれまでとは異なる視点からのBPSDの背景因子の推定に繋がるということが明らかになった。

介護者要因に関する視点は、教育やカリキュラムの問題等が先行研究から明らかとなったが、ストレスや時間的余裕の無さも問題の一つとして挙げられた。つまり、ストレスや時間的切迫等（波多野 2016：102）で介護職員は利用者や家族に注意を向ける余裕を奪われ、結果的に内面や感情等の人間的側面を軽視し、モノのように扱ってしまう「不適切ケア」に繋がると考えられる。

本研究から5要因に着目することは、多忙な日常において多くの時間を要することなく効率的にアセスメントする視点を有していると言える。そういう意味では、フィードバックも実施し易く、多くの時間を要する既存のアセスメントツールと比較してより現場に馴染みやすいのではないかと考える。

2. 今後の研究課題

2.1 介護施設における課題

文献研究の結果、現場に関する現状や抱える諸問題の一端が明らかになった。中でも介護職員と看護職員の役割が未だ混在している現状は大きな課題である。今後、多死社会を迎え現場での看取りが一層強化される中で、効果的なチームケアを実践していくためには、介護職員の医療的関与に関する早急な法整備と共に互いが担う役割を改めて再確認する必要がある。しかし、そのためには人員の増員や待遇面の改善等を中心とした「介護職員の労働環境の整備」や介護職員の資質向上のための「キャリアアップの仕組み」の構築、介護職員自身の身体的・精神的サポートを可能とする体制の構築等、介護職員自身をケアする視点も必

要となる。

2.2 実践的アプローチにおける課題

非薬物療法はアルツハイマー型認知症者への効果以外に介護者のQOLも高める効果が明らかになっている (Olazarán 2010:161)。そのため、これからの認知症治療は、新たな薬物学的標的の特定と合わせて新たな非薬物療法の開発も求められる (Cerejeiraら 2012:1)。しかし、一方で認知症に対する非薬物療法は、その介入効果は示されていてもエビデンスの欠如が指摘 (山口ら 2011:2146) されているため、適用範囲・効果判定を明確化し、各々の病院や施設において日々エビデンスを蓄積することが求められる。そのためには、薬物療法におけるエビデンスとは異なる独自の効果評価の開発も必要となる (山口ら 2011:2147)。つまり、多忙な日常において可能な限り負担のない独自の評価方法の開発および普及が求められる。

ロボット参入・IT活用に関しては、現場での人材不足を補う意味でその開発に期待が寄せられている。しかし、導入の際のコスト削減や骨折のリスクの高い高齢者に対する安全性の向上、また個別性の高いケアへの柔軟な対応、そして何よりもカメラシステムの普及に伴う倫理的問題が大きな課題として残っている。現場での実用化にはまだ多くの時間を要すると考えられるが、ロボット導入による腰痛対策やIT化による円滑な業務連絡・遂行の側面からみると、将来的な導入は各施設で視野にいれておく必要がある。

IT活用への期待の一方で、介護ボランティアの導入は、介護職員の身体的・心理的余裕に寄与するだけでなく、介護負担感の軽減や利用者のQOL向上にも寄与すると考えられる。今後は、介護ボランティアの養成や受け入れる側の体制の構築が求められる。

BPSDを含め認知症者が示す行動は、本人にとって「必要だから」生じており (竹田2013:4)、また認知症者自身も自分に認知症の症状があることを自覚している。そのため介護職員には、常に共感的対応 (佐藤ら 2011:92) と共にBPSDの背景因子を個別の情報をもとに推定する技量が求められる。しかし、介護職員は様々な環境に心を配

るゆとりがなく、重要であるという認識はあるが、実際の現場での「実践」に結びついていないのが現状である (平澤ら 2013:133)。つまり、「理解」から「実践」への移行の際に生じる目に見えない障壁をいかにして乗り越えるかが今後の大きな課題と言える。

2.3 「組織」に対するアプローチ

利用者の生活は、介護職員の意識やスキルにより大きく左右される (児玉 2011:20)。多様な生活歴を持つ利用者が存在する現場の中では、介護職員個人で実施するには限界があり、「組織」としての支援体制を整えることでバーンアウトに有意な影響を及ぼすことが明らかになっている (渡邊ら 2012:25)。つまり、「個人」に焦点を当てたアプローチだけではなく、同時に施設や地域を単位とした「組織」にアプローチすることが必要となる。そうすることで目標や理念の明確化や日常業務への反映 (理解から実践) が可能となり、介護職員の介護負担感軽減やバーンアウト予防の一助になると考える。

2.4 チームケアによる「ケアの統一」

本研究から効果的なチームケアの必要性が明らかになった。チームケアは、多職種間での「意思の統一」やその後の利用者に対する「ケアの統一」を図る上でも非常に重要である。また、利用者の多様なニーズや個別性の高いBPSDの背景因子を推定する上でも多職種による多角的な視点は不可欠である。しかし、前述したように、チームケアは介護職員の仕事の裁量度を小さくし、精神的健康を阻害する可能性も指摘されている (森本 2003:268) ため、これからはチームケアのメリット・デメリットを認識した上で、職員自身がチームの一員であることを自覚すると共に自分自身の価値観に縛られることなく、他の専門職に耳を傾け、その概念を取り入れていく努力が求められる。

2.5 認知症介護教育の必要性

本研究から「不適切ケア」を減少・防止させるためには、ケアを統一する意味での効果的なチームケアの実践が必要になることが明らかになった。そのためには、職場単位での研修が必要になると考える。職場単位での研修が可能となれば定期的なフィードバックができ、より普及・定着を

促進することが可能になると考える。しかし、前述したように現場は日常的に多忙なため、研修時間の確保でさえ困難な場合が推測される。そのため、研修内容も職員に負担のないシンプルなプログラムであると共にスーパービジョン体制の構築が困難な現場においては、デリバリースーパービジョン（汲田 2013：8）など第三者の介入も必要になると考える。

また、経験年数の多いベテランの介護職員の中には、無意識に効果的なケアを実施している場合がある。こうした現場でのケアを言語化・可視化することは、実践に効果的な職場研修プログラム開発の重要な要素であるが、他者に伝わりにくい現状がある。今後は、こうした専門職の思考・判断プロセスの言語化・可視化に焦点を当てた研究も必要であると考えられる。

2.6 「介護負担感」に焦点を当てた研究の必要性

本研究では、対象文献の分類過程でその分類を困難にする場面があった。例えば、要介護者や認知症者の増加による人的要因（ソフト面）に伴う介護負担感、施設の老朽化や個室、4床部屋等の物的要因（ハード面）に伴う介護負担感では同じ介護負担感でもその要因は異なる。また、職員のバーンアウトに関する研究であっても対象施設（特養、老健、GH等）により、人員配置や入所者受入れの基準、施設の経営方針が異なればその要因は異なる。更に、介護職員の介護負担感も経験年数や保有する基礎資格、夜間の看護職員の有無等によってその要因は異なる。

こうした現状から、本研究の対象論文の全体を俯瞰してみると、施設高齢者の救急搬送の現状や非正規社員の実態、職場研修の実施状況、利用者

自身の主観的幸福感等に関する論文を除き、研究対象や方法は研究者により異なるが、対象論文145本中126本（約86%）、大項目では、①38本中31本（81%）、②51本中47本（92%）、③56本中48本（86%）が広義の意味での「介護負担感」の軽減、もしくは実態把握を目的としていることが明らかになった（図2）。つまり、対象文献の分類を困難にしていた要因は、「一言では説明できない程幅広い概念をもつ介護負担感が隣接する研究領域に重複して存在していること」であることが明らかになった。このような介護負担感の多面性が、他者との比較や定量化できにくい側面（渡辺 2010：9）を有すると言われる理由であると考えられる。

認知症は、本人の苦痛や心理的葛藤がBPSDの症状に影響を与えることが多く、「身体的な不快感あるいは苦痛」や「怒りの感情の持続」が低減できるように個別性に応じた対応が求められる（小木曾 2011：155）。しかし、介護職員の介護負担感には、利用者のプライバシー保護や個別ケアを充実させることで必ずしも低下するわけではなく、逆に「個別」の対応を重視するだけのケアでは、領域的發展に限界があると指摘されている（堀毛ら 2006：21）。つまり、認知症という症状から一概に対応しがちな医学的知見と個別ケアを重視しがちな福祉的知見の中間に立つ立場として、心理学的な成果を現場に取り入れていく必要性も指摘されている（堀毛ら 2006：21）。筆者らは、心理学的アプローチに着目して、特に注目されている行動の生起する「前」に着目した「応用行動分析的アプローチ」等の活用の可能性を探る必要性があると考えられる。

介護は「人」を対象としていることから、はっ

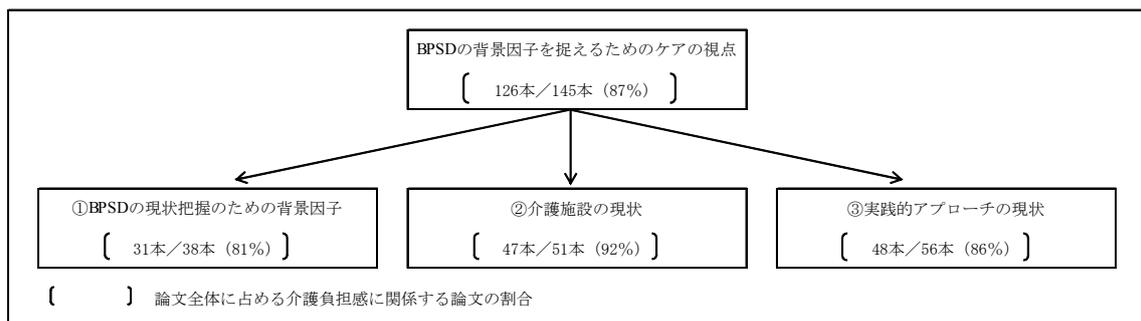


図2 対象論文の分類（大項目）

きりとした境界線を引くのは困難であり、逆に引くことも領域的發展を阻害する難しさがある。こうした様々な問題の狭間で極端にどちらにも偏ることなく、利用者を中心としたケアを日々実践することが求められる。

VI おわりに

文献研究の結果から、以下の3点が明らかになった。第一に、BPSDの現状把握のための背景因子の推定には、「介護者要因（不適切ケア）」を含む5要因を用いることが一つの有効な手段である可能性が明らかになった。これらの5要因を踏まえた上で個別ケアの充実を図れば、BPSDの発生要因を利用者自身の問題に焦点化しない点で、「不適切ケア」の減少に繋がり、利用者のQOL向上にも寄与すると考えられる。しかし、様々な背景をもつ職員が混在する現場において、こうした取り組みを実践するには「組織」や「チーム」へのアプローチも不可欠であり、未だ多くの課題が残されている。

第二に、実践的アプローチとして「非薬物療法」や「チームケア」、「認知症介護教育」等の有効性が挙げられたが、一方で概念や方法論は「理解」できるが「実践」に結び付きにくい現状も明らかになった。このような「実践」を概念や方法論に結び付ける必要があるが、そのための教育環境や物的・人的環境の不整備が阻害要因の一つとなっている。

第三に、対象文献の分類を困難にしていた要因は、「一言では説明できない程幅広い概念をもつ介護負担感が隣接する研究領域に重複して存在していること」であり、本研究の対象論文145本中126本（約86%）が広義の意味での介護負担感の軽減、もしくは実態把握を目的として実施されていることが明らかになった。

今後、本研究で明らかになった5要因に基づきBPSDの背景因子を推定し、「共通知識・共通認識」を持って「組織」や「チーム」として対応することは、「理論」から「実践」に結びつける一助となり、利用者のBPSDの減少やQOL向上だけでなく、介護職員の介護負担感軽減にも寄与するのではないかと考える。

但し、本研究は限定された6つのキーワードで検索を実施し、また国外文献は4件と検索範囲が限定

的であった。今後は、国内外論文の対象領域を拡大すると共に本研究で明らかになった隣接する研究領域に重複して存在する「介護負担感」の概念整理と実態調査を進め、更に5要因との関連性を探る必要がある。これらの結果をもとに、どのようなケアが利用者のBPSD減少やQOL向上に繋がるのか、更に介護職員の介護負担感にどのような影響を与えるのかについて明らかにした上で、介護職員の介護負担感軽減のための職場研修プログラム開発が求められる。

VII 引用文献および参考文献

引用文献

- 備酒 伸彦（2013）『「チーム医療教育」高齢者ケアを通して』『保健医療社会学論集』23（2）,20-25
- 長谷川 和夫（2008）『やさしく学ぶ認知症のケア』永井書店
- 妹尾 弘幸（2012）『実践認知症ケア1』QOLサービス,104
- 黒沢麻美（2015）「介護職員の離職に関する研究動向とその課題について」『保健福祉学研究』13,21-31
- 小池 高史（2012）「認知症患者への話しかけ方－映像作品における話しかけ場面の会話分析」『保健医療社会学論集』23（1）,96-105
- 小森 憲治郎・原 祥治・柴 珠実「ほか」（2015）「前頭側頭型認知症のBPSDとその対応－意味性認知症の理解とその対応について」『老年精神医学雑誌』26（11）,1234-58
- 宮崎 民雄（2008）「高齢者施設介護職員の労働環境の整備 人材の定着・確保を促進する視点から」『老年社会科学』30（3）,426-32
- 緒形 明美・會田 信子・長屋 央子（2015）「介護老人福祉施設における介護職と看護職の離職予防についての検討」『日本看護科学会誌』35,90-100
- 高橋 泰（1993）「介護における職員数、高齢者の機能レベル、サービスの質に関する概念モデル」『医療と社会』3（1）,86-98
- 吉岡 由喜子（2015）「認知症の症状が高齢者本人、家族介護者、医療・介護施設職員に及ぼす影響についての文献研究」『太成学院大学紀要』17,153-64

参考文献

- 百々 尚美・板野 雄二 (2007) 「アルツハイマー型認知症患者の不安反応を抑制するためのリラクゼーションの効果」『行動医学研究』15 (1) ,10-21
- 後藤 満枝 (2004) 「要介護高齢者に対する介護者の対応と視点に関する研究－高齢者の介護施設における介護職員を対象として」『東北福祉大学大学院総合福祉学研究科社会福祉学専攻紀要』2,63-74
- 長谷川 和夫・本間 昭・今井 幸充「ほか」(2005)『認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方』中央法規出版株式会社
- 波多野 純 (2016) 「高齢者施設の介護職員が高齢者への配慮を難しいと感じる状況についての質的検討」『産業・組織心理学研究』30 (1) ,91-105
- 春口 好介・鷺尾 昌一・豊島 泰子「ほか」(2008) 「臨牀指針 高齢者入所施設における看護・介護職員の業務に関する現状と課題－福岡県における施設職員の業務と医療行為に関する実態調査」『臨牀と研究』85 (11) ,1611-15
- 平澤 泰子・小木曾 加奈子・山下 科子「ほか」(2013) 「介護職員による認知症高齢者ケアの重要性の認識と実践の違い－国際生活機能分類に基づくケアの視点からの検討」『社会福祉科学研究』2,127-34
- 堀毛 一也・内出 幸美 (2006) 「施設介護職員による認知症高齢者の性格・感情認知とケア・対処方略の関連」『現代行動科学会誌』22,9-23
- 今岡 洋二・杉原 久仁子・藤原 和美「ほか」(2008) 「高齢者介護施設における夜勤、残業の現状と課題」『大阪健康福祉短期大学紀要』7,133-42
- J.Cerejeira L.Lagarto and E.B.Mukaetova-Ladinska (2012) 「Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Frontiers in NEUROLOGY」3,1-21
- J.レイダー・E・M・トーキンス (2000) 『個人に合わせた痴呆の介護 創造性と思いやりのアプローチ』大塚俊男監訳 老齡健康科学研究財団訳 日本評論社 20
- 金 正和・花里 俊廣 (2016) 「高齢者施設における介護スタッフ及び介護ボランティアによる介護の違いと効果－介護支援ボランティア制度導入直後の調査 (その3)」『デザイン学研究』62 (6) ,105-10
- 汲田 千賀子 (2013) 「日本における認知症介護のスーパービジョンシステムに関する研究－デンマークでの取り組みを踏まえて」『日本福祉大学大学院』博士論文,
- 倉林 しのぶ・李 孟蓉・芝山 江美子「ほか」(2014)『養介護施設従事者における「高齢者虐待と不適切な行為」の認識およびその認識に関わる背景と要因』『生命倫理』24 (1) ,76-86
- 厚生労働省 (2003)『2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』
- 児玉 桂子 (2011) 「介護施設の環境と高齢者・介護者の心理的ダイナミクス ストレス科学研究」26,14-20
- 三浦 和夫 (2007) 「施設介護職員の認知症高齢者に対するとらえ方と内部研修に関する研究－経験年数別にみる内部研修の有効性について」『東北福祉大学大学院総合福祉学研究科社会福祉学専攻紀要』5,137-47
- 三浦 研・高木 翔子 (2015) 「グループホームの建物特性が骨折に及ぼす影響 その1 転倒・転落骨折数の分析を通して」『日本建築学会計画系論文集』80 (711) , 1027 - 35
- 水谷 渉・柴内 裕子・内山 昌「ほか」(2008)『高齢者福祉施設等で実施される「アニマルセラピーについての効果」の検証事業』『日獣会誌』61,5-12
- 森本 寛訓 (2003) 「高齢者施設介護職員の精神的健康に関する一考察－職務遂行形態を仕事の裁量度の視点から捉えて」『川崎医療福祉学会誌』13 (2) ,263-69
- 名古屋市健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課 (2016)『認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう』p16
- 納戸 美佐子・野瀬 真由美・小松 智子「ほか」(2015) 「認知症高齢者を対象としたボランティア活動の課題と支援体制についての検討」『Asian Journal of Human Services』8,177-88
- 西尾 修一・山崎 竜二・石黒 浩 (2013) 「遠隔操作アンドロイドを用いた認知症高齢者のコミュニケーション支援」『システム/制御/青報』57 (1) , 31 - 36
- 大谷 明弘・山崎 きよ子・林 典生 (2017) 「認知症者の要介護度と介護時間および介護負担感の関係性に関する研究－A県B市C介護老人保健施設の

- 場合」『九州社会福祉学』13,29-41
- 小木曾 加奈子 (2011)『認知症高齢者の"よくない状態 (ill-being) の指標に基づいた分析－生活全体に配慮が必要な認知症高齢者に着目をして』『介護福祉学』18 (2) ,155-61
- 小銭 寿子・飛驒野 まり (2014)「実証的視点から考察した認知症ケアの意義－高齢者福祉施設従事者の認知症ケアに関する調査結果から」『名寄市立大学社会福祉学科研究紀要』3,77-91
- Olazarán J et al (2010) Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease : a systematic review of efficacy, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 30,161-78
- 藁 鎬洙 (2014)『理由を探る認知症ケア－関わり方が180度変わる本』メディカル・パブリケーションズ
- 酒井 泰一・森 敏・金山 政喜「ほか」(1997)「痴呆性老人は施設ケアでどう変わるか－高齢者アセスメント表 (MDS) による評価」『日老医誌』34,395-401
- 佐藤 眞一・小澤 直人・鳥内 昌 (2011)「金銭や家族に対する心配から、不穏・不眠状態に陥ってしまう利用者へのアプローチ パーソナルケアに基づく事例の検討－ケアプランの策定, 実践, 評価」『高齢者のケアと行動科学』16,82-94
- 佐藤 博彦 (2015)「高齢者福祉施設における職員研修に関する一考察－介護職員研修に伴う現状と今後の課題」『東北福祉大学研究紀要』39,49-64
- Siegler, I.C., Dawson, D.V. and Welsh, K.A (1994) Caregiver ratings of personality change in Alzheimer's disease patients : A replication. *Psychology and Aging*, 9, 464-66
- 柴田 智広 (2016)「介護サービスとロボット技術 研究開発および社会実装の現状と展望」『情報管理』59 (9) ,607-15
- 杉原 太郎・藤波 努・高塚 亮三 (2010)「グループホームにおける認知症高齢者の見守りを支援するカメラシステム開発および導入に伴う問題」『社会技術研究論文集』7,54-65
- 鈴木 俊夫・佐藤 裕邦・荒木 乳根子「ほか」(2015)『高齢者の在宅・施設介護における性的トラブル対応法』黎明書房
- 鈴木 みずえ・古田 良江・高井 ゆかり「ほか」(2014)「認知症高齢者における疼痛の有症率と疼痛が認知症の行動・心理症状 (BPSD) に及ぼす影響」『日本老年看護学会誌』19 (1) ,25-33
- 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター (2010)『ひもときシート ガイドライン 改訂版』,1
- 高田 艶子・岩永 誠 (2014)「完補代替医療としての音楽療法が認知症に及ぼす影響」『日本完補代替医療学会誌』11 (1) ,49-55
- 竹田 信也 (2013)「認知症ケアに活かす行動療法 認知症の人の意図をくみとるために」『こころの健康科学』17,1,2-7
- 田崎 史江 (2006)「園芸療法」『バイオメカニズム学会誌』30 (2) ,59-65
- 谷川 良博・丹羽 敦・小川 敬之 (2016)「国内における認知症の行動・心理症状 (BPSD) 研究に関する考察とその課題」『健康科学と人間形成』2 (1) ,75-83
- 立花 直樹・九十九 綾子・中島 裕「ほか」(2013)「介護職員の就労継続に関する意識調査の研究－大阪市内の特別養護老人ホームに対するアンケート調査報告」『新潟医療福祉学会誌』13 (2) ,31-37
- 渡邊 健・石川 久展 (2012)「高齢者介護施設に従事する介護職員のバーンアウトに与える影響－組織の支援体制を中心とした検討」『Human Welfare』4 (1) ,17-26
- 渡辺 俊之 (2010)『現代のエスプリ 介護はなぜストレスになるのか』至文堂,9
- 山田 昇・橋本 圭子 (2012)『老人福祉施設等における「不適切な介護」事例の発生要因と改善方策について』『佐野短期大学研究紀要』23,45-58
- 山口 晴保・牧 陽子 (2011)「認知症の非薬物療法」『日本内科学会雑誌』100 (8) ,2146-52

