The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	施設入所認知症高齢者にみられるBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) ケアのための新たな概念の構築 : 問題行動パラダイムを越えて
Author(s)	九津見, 雅美; 山田, 綾; 伊藤, 美樹子 他
Citation	日本看護研究学会雑誌. 2008, 31(1), p. 111-120
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/52423
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

－研究報告－

施設入所認知症高齢者にみられるBPSD（behavioral and psychological symptoms of dementia）ケアのための新たな概念の構築：問題行動パラダイムを越えて

Constructing of the New Concept of BPSD Caring for People with Dementia Living in Facilities; Beyond the Paradigm which BPSD is the Problematic Behavior

九津見　雅　美　　山　田　　綾　　伊　藤　美樹子　　三　上　　洋
Masami Kutsumi　　Aya Yamada　　Mikiko Ito　　Hiroshi Mikami

キーワード：認知症高齢者，BPSD，ケアスタッフ，安寧
Key Words：people with dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia, care-provider, peace

Ⅰ　緒　　言

認知症は，大きく記憶障害や見当識障害といった中核症状と行動と心理面での症状（behavioral and psychological symptoms of dementia，以下BPSD）に大別される[1, 2, 3]。またBPSDは出現頻度は高いが必須の症状ではない[2, 4]。BPSDの行動面での症状には，攻撃，喚声，不穏，焦燥，徘徊，文化的に不適切な行動，性的抑制欠如，収集，罵り，つきまといなどがあり，心理面での症状には，不安，うつ気分，幻覚，妄想などがある[3]。

これまで一般的にBPSDは「問題行動」と称され，社会規範に対する不適応，逸脱，異常として語られてきた[5]。わが国での認知症高齢者に対するケアは，専門の入所施設でも，次々に発生するBPSDに関連するさまざまな症状や現象に対してその場しのぎであったり，拘束・抑制や，行動制限，収容，隔離というやり方で行われてきた[6]。近年の認知症高齢者グループホームや小規模多機能ホームの登場は，こうした大規模施設での画一的なケアから１人ひとりその人らしさを大切にしたケアへと，わが国の高齢者ケアのあり方に劇的な変化をもたらした[7]。ケアの一貫として環境づくりが重要視されるようになったことで，ケアの前提としての人権やノーマライゼーションをもとに安心や快さ，より家庭的なケアを提供するためのユニットケアが導入されるようになるなど，住み慣れた風景の中での生活の継続性がいかに大切かが問われるようになった[6]。認知症高齢者へのケアの歴史はまだ半世紀ほどであるが，BPSDに対するケアは‘ケアスタッフにとっての問題’への対応から，認知症高齢者の人権尊重やQOLの向上に大きな関心が向けられるようになるなど大きく進歩してきたといえよう。

現在BPSDに対しては薬物療法・介護・リハビリテーション・社会的資源の利用など様々な方向からのアプローチがなされている[8]が，一方でBPSDの出現は介護者の介護負担感を強めたり[9, 10]，うつ病[11]を生じさせたりする他に，老人虐待[10, 12]や介護者による被介護者の殺人や心中事件にまで追い詰める場合があるなど，介護の継続を困難にしている[9, 13]。これは施設ケアにおいても同様にしばしば深刻な問題となっている。しかしながらケア自体は，認知症高齢者にとっては人と相互に関わる機会として最も重要であり[13]，また最近の研究においてBPSDは認知症高齢者を取り巻く環境やケアのあり方等によって引き起こされるものであることが指摘されている[14]。つまり認知症高齢者のQOLは提供されるケアによって左右される[15]と言えよう。竹村ら[16]は被援助者に対して援助者が持つ対人感情が，援助行動やその意図認知を規定することを明らかにしている。これを踏まえると，認知症高齢者に対するケアの質向上を目指すには，ケアスタッフがBPSDをどのように捉え理解しているのかということは非常に重要であると言える。またケアスタッフがBPSDを問題行動と捉えることはケアに悪影響を与えると考えられ，その捉え方自体が問題だと指摘できる。

そこで本研究では，ケアスタッフが認知症高齢者にみられるBPSDに対して‘BPSDは問題行動である’という主流のパラダイムに囚われずに関わることが人権擁護の観点やその人らしさを高めるケアにつながるのではないかという仮説をたてた。認知症高齢者が複数入所する施設のケアスタッフの中にはBPSDの問題行動パラダイムに囚われて，BPSDに嫌悪感を抱きつつケアしている者もいるだろうが，日々ケアを提供する中での些細な対応や考え方，提供したケアがうまくいっているという感覚や見方の中に洗練されたものやBPSDへのケアとして有効なものがある可能性がある。本研究ではそれを理論化することを目的とし，１）介護保険施設に勤務するケアスタッフにおけるBPSD

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻　Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences

の捉え方，2）ケアの結果としてBPSDがどのように転帰することがよりよいと感じているのかについて質的方法により分析を行った。

認知症高齢者は2015年には250万人にのぼると予測されて[17]いるが，BPSDに対する効果的なケアはまだ確立されていない状況にあり，BPSDへのケア確立への取り組みは急務であると言える。本研究の成果は，BPSDへのケアに対する新たな視点を提供し，認知症高齢者の尊厳を重視したケアのあり方についての示唆を与えるものと考えられる。また同時にそれによってケアの質が高まれば，ケアスタッフにとってのBPSDへのケアの負担を軽減が期待できるものと考えられる。

Ⅱ 方　法

1．調査対象者の勤務施設および対象者の選択方法

1）調査対象者勤務施設の概要

介護保険施設の種類や規模によりケアスタッフの配置数は異なり，またケアを行う対象である入所者の基本属性は異なることが予測される。本研究では，幅広いBPSDへのケアの概念を聞き取るために，東大阪市福祉部健康福祉局高齢介護室に協力を得て，介護保険3施設（介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護療養型医療施設）と認知症高齢者を対象とした認知症対応型共同生活介護を選択した。

2）対象者の選択方法

現在，認知症高齢者へケアが提供される場は在宅や施設があるが，介護保険3施設に入院・入所している約69万人のおよそ8割にあたる約57万人が「何らかの介護・支援を必要とする認知症がある高齢者」[18]であり，これらの施設では認知症高齢者へのケアの経験が蓄積されていると推測できる。このことを踏まえ本研究では介護保険施設のケアスタッフを調査対象とした。介護保険施設（以下，施設）で働く職種は介護職，看護職，リハビリテーション職，医師，相談員など多岐にわたるが，入所者の生活において主たるケア提供主体となるのは，入所者の生活面をケアする介護職，医療面をケアする看護職である。介護職と看護職の専門性は異なるが，入所者の施設生活が円滑に営むことができるようにケアを行うという点で一致していること，またケアスタッフのBPSDの捉え方自体をリサーチクエスチョンとしたため，本研究では特に介護職と看護職は区別せず，この両者をまとめてケアスタッフとした。

インタビュー対象者の選定は，まず，ケア経験年数が幅広くなるよう，また資格の条件については各施設規定の職員配置割合に準じるように依頼し，施設長を通じて調査協力の意思を確認して得た。インタビュー実施に先立って，分析の際は同時に行い，次回のインタビューでの比較対照の方向性を明らかにし，インタビュー内容の修正を行い，条件を意図的に選定して施設長に依頼するという手順を踏まえた。以上により，ケアスタッフがBPSDをどのように捉えているのか，BPSDの望ましい転帰の概念が飽和化するまでサンプリングを続けた（理論的サンプリング[19]）。具体的な理論的サンプリングの比較軸として，職場環境，ケアスタッフとしてのケア経験，年齢，私的な介護経験，現職場以外での認知症ケアの経験などである。インタビュー対象者は15人である。

2．データ収集

データは，インタビューガイドを用いて半構造的インタビューによって収集した（2005年1月から2005年5月）。2004年10月にケアスタッフ4人に対してヒアリングを実施し，それを踏まえてインタビューガイドを作成・改訂した。

インタビューガイドは，対象者の属性，BPSDをどのように捉えているかという概念，BPSDがどのように転帰することが望ましいと考えてケアをするかなどの項目からなる。異常や逸脱行動の発現が発端となって認知症という診断が下されることもある現状を踏まえるとともに，インタビュー対象者がBPSDを想起しやすいように，まずは問題行動パラダイムに立ってBPSDの概念を聞き出すことを試みた。具体的には「日々ケアを行う中で困ったなどと思うことがありますか」「ケアする中で対応に困ったことを教えて下さい」「困った時，具体的にどのように対応されましたか」というワーディングを用いた。インタビューは主に対象者の勤務施設で，個室か周囲が気にならない環境で行い，インタビュアーである筆者とインタビュー対象者の一対一で実施した。インタビューの内容は対象者の同意を得てICレコーダーに録音記録し，逐語録を作成した。

3．データ分析

分析は，Glaser & Strauss[19]によるGrounded Theory Approachを参考に，帰納演繹的な継続的比較による質的分析を行った。まず，対象者の個人特性に留意しながら逐語録を繰り返し読み，ケアスタッフが施設に入所している認知症高齢者にみられるBPSDをどのように捉え，BPSDに対して実際どのようにケアしているか，という視点でデータをコード化した。また語りの中から，BPSDを問題行動として捉えていない語りや，問題行動として捉えられている語りに着目し，文脈や背景，条件についてコード化を行った。ついで理論的サンプリングにより得た他のケースや異なる捉え方との比較分析を継続して行った。そして比較分析を通して最後に各カテゴリーを体系的に関連づけ，BPSDを問題行動としない概念について理論生成を試みた。

分析初期の段階において質的研究法に詳しい研究者のsupervisionを得るとともに，臨床経験のある大学院生が参加する質的分析セッションを行って検討した。また分析

結果の妥当性を高めるために，member validationの１つのslightly stronger version[20]を用いてケアスタッフにBPSDの概念やBPSDの転帰などの各カテゴリーを体系的に関連づける前の段階をフィードバックして意見をもらい，それを踏まえて分析を進めた。

BPSDの概念とBPSDの望ましい転帰についてカテゴリー間の関係を体系づける分析過程において，実際にBPSDにどのような対処を行っているのかというケアは非常に重要であった。BPSDをどのように捉えているかという意図認知に対して実施するケアがBPSDの転帰を左右するのであるからBPSDへのケアを考慮することは分析過程には不可欠であった。ケアの実際については註[(1)]に示した。また本稿は，認知症ケアの質向上を目指し，BPSDに対する既成概念に囚われない新たなパラダイムを提起することを目的としているため，BPSDの概念とBPSDの望ましい転帰について取り上げた。

４．倫理的配慮

本研究は，大阪大学医学部医学倫理委員会の承認（承認番号486）を得て行った。また，研究協力の依頼にあたり，インタビュー対象者にはまず施設長を通じて協力を依頼してもらい，再度研究者がインタビュー実施時に研究目的，研究への参加および中止は自由であること，対象者のプライバシーの保護，研究成果の公表について，文書および口頭で説明し，文書で同意を得た。インタビューの録音記録や逐語録，分析過程のメモ等の資料は筆者の責任のもと厳重に管理した。

Ⅲ 結　果

インタビュー所要時間は１人につき50分～130分（平均57分）であった。

15人の協力者の属性を表１に示す。性別は男性が５人，年齢は20代，30代がもっとも多くそれぞれ５人，職種は介護職が11人，看護職が４人であった。経験年数は５年以上10年未満がもっとも多く７人であった。

表１．インタビュー対象者の属性（n=15）

	人		人
性別		勤務施設の種類	
男性	5	介護老人福祉施設	4
女性	10	介護老人保健施設	4
年齢		介護療養型医療施設	4
20代	5	グループホーム	3
30代	5		
40代	4	経験年数	
50代	1	３年未満	3
職種		３年以上５年未満	2
介護職：介護福祉士	7	５年以上10年未満	7
介護職：ヘルパー２級	4	10年以上	3
看護職（准看護師含む）	4		

本研究におけるカテゴリー，サブカテゴリーが導かれたプロセスについて，以下に記述していく。なお『　』はカテゴリー，〈　〉はサブカテゴリー，（　）内は文脈を明らかにするための筆者の補足である。対象者が語った生の言葉は*「斜体」*で表記し，〔　〕内には対象者の職種を示した。

ケアスタッフがBPSDをどのように捉えているかについて分析の結果，BPSDは，BPSDを呈する本人やその周囲の入所者やケアスタッフにとっての『心と身体の安寧を脅かす』と落ち着いて自分らしくいられる『居場所の安寧を脅かす』の２つから捉えられていることが明らかになった。またこれらの脅かされやすさは〈BPSDを引き起こす触媒作用〉，〈BPSDの共鳴〉によって説明できた。

１．『心と身体の安寧を脅かす』

『心と身体の安寧を脅かす』は，BPSDが認知症高齢者本人の精神面である心や身体の安寧を脅かす〈認知症高齢者本人の心と身体の安寧を脅かす〉と，BPSDが別の入所者やケアスタッフ等，周囲の人の心や身体の安寧を脅かす〈周囲の人の心と身体の安寧を脅かす〉の２つから構成されていた。

１）〈認知症高齢者本人の心と身体の安寧を脅かす〉（図１）

初期の認知症によくみられるだけでなくケアスタッフが難渋する症状の一つである物盗られ妄想[21]を認知症高齢者が抱いたりすることや，妄想により不安や不穏状態に陥ることそのものが認知症高齢者本人の心の安寧を脅かしているとケアスタッフが捉えているということである。

「（お金や通帳などの大切なものが）なくなったなくなったってずーっと言うて，だんだんひどくなると‘あんたが盗ったんやろ’って言われることはありますね。〔介護職〕」

一方，徘徊という行動だけであれば問題行動ではないが，認知症高齢者に点滴など何らかの処置がなされているという条件下においては徘徊によって処置等に影響が生じ，点滴やチューブ類などが抜けてしまうことで身体に侵襲があり身体の安寧が脅かされるために，徘徊が問題行動と捉えられることが示された。

「普通に徘徊するだけだったら，言ったら疲れるまでグルグル歩いてくれて別にいいんですけど，点滴やらチューブやらいっぱい入ってのおかまいなしの無理矢理の徘徊なんで，危険じゃないですか。〔看護職〕」

２）〈周囲の人の心と身体の安寧を脅かす〉（図１）

大声や不穏，暴力といったBPSDを呈している認知症高齢者を周囲の人が目の当たりにすることで，その大声や暴力が自分にいつふりかかってくるのか，という不安や恐怖心を生じさせる可能性があり，これが周囲の人の心の安寧

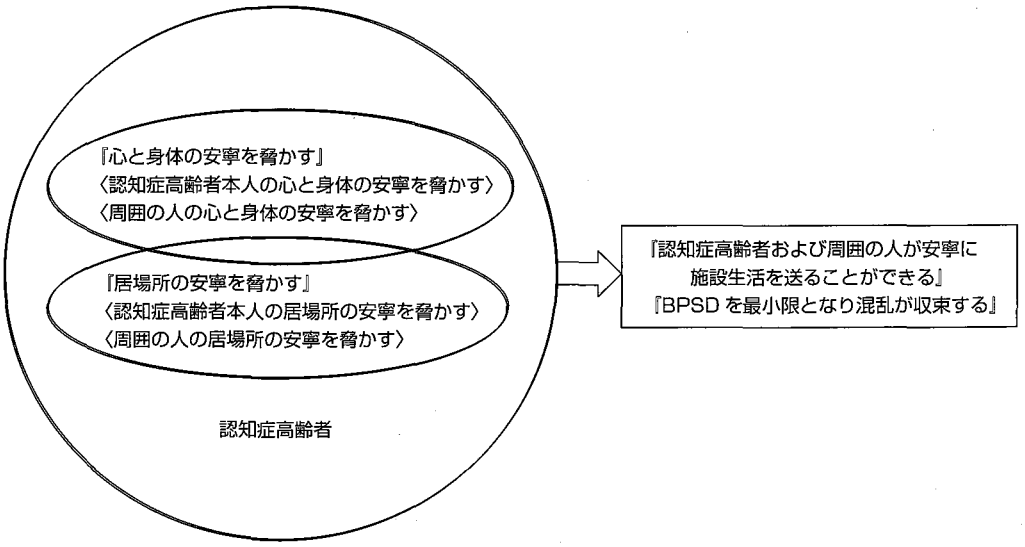

図1．ケアスタッフにおけるBPSDの概念と望ましい転帰

を脅かしていた。

「夜にとりあえず（家族の名前を）呼んでみたり，叫んでみたり，みたいなことは（周囲の人の）迷惑になりますよね〔介護職〕」

「ここが1人の場所で自由にできるんやったらいくら不穏行動が1，2時間続いてもいいんだけど，あとの7人（の他の入所者）に聞こえてる人には聞こえてるんで…〔介護職〕」

暴力や暴言が他の入所者へ向かうとBPSDが周囲の人の身体の安寧を脅かすものとなることが示された。暴力は入所者だけでなくケアスタッフに向かうこともあり，ケアスタッフの身体の安寧を脅かすこともあった。

「利用者さん同士のいざこざもねえ，その人たちが困るでしょう〔介護職〕」

「（暴力があるときには）かわしてかわして。（中略）男性の方で杖振り回したりとか，直接殴ってきたりとか，おっかけてきたりとかいう人もいたので，逃げて受け止めて誰か来てーって言って。どうにかして，もうほんとにかなわないものなんですよ，男の人の力，いくら年いってても ね。〔介護職〕」

3）当事者に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉，〈BPSDの共鳴〉（図2）

心や身体の安寧の脅かされやすさについては，制止や抑制という〈BPSDを引き起こす触媒作用〉と〈BPSDの共鳴〉によって詳しく説明できると考えられた。〈BPSDを引き起こす触媒作用〉とは，例えば，同じ事を何度も言うなど訴えの反復強迫は執拗であることが多く，ケアスタッフはBPSDそのものを制止したいが，ケアとして制止や抑制をしてもBPSDを止めることにはならないことを経験的に認知していた。またBPSDの発現によって当該認知症高齢者の不穏やBPSDのさらなる悪化や遷延を招くと考えられていた。これはBPSDがBPSDに反応するというスパイラルな現象を制止や抑制，あるいは認知症高齢者自身の不穏な心情が触媒となって促進させていると理解することが可能である。そこで，これを当事者に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉と名付けた。触媒とは少ないエネルギーで化学反応を進行させる物質である。ここで触媒作用を持つのは周囲の人による制止・抑制などの関わりと，認知症そのものである。またBPSDがBPSDに呼応，反応することを〈BPSDの共鳴〉と名付けた。

「（何回も同じこと言うとき）途中でとめたりするじゃないですか。もういいからとか言って。すると余計にひどくなったり，長引いたりするんですよ。〔介護職〕」

「徘徊の人はそのまま徘徊してもらってる方がいいかなと。まぁ，そのうち目的が見つかったら徘徊もとまりますし，まぁ，ただ何気なく徘徊してるだけじゃないんかなと。（中略）変にまた徘徊をとめたりするとこの人不穏になるんじゃないかなとそんな風に僕は考えてしまうんです。〔介護職〕」

また心や身体の安寧の脅かされやすさは，〈BPSDを引き起こす触媒作用〉の存在以外に，認知症の程度によっても異なると考えられた。

「1時間2時間も徘徊する人いるんですけど，それだけ歩いたらフラフラになってくるじゃないですか。そういう時は‘ちょっとこっちでコーヒーでも飲みませんか’とか声かけるんですけど，‘いや結構です’って断ったりされるんです。そのまま徘徊をほっとくのも危ないんで転倒しないように付き添ったりするんですけど，向こうにしたら何でついてくるのかが分からなくって，ついてくる人に対して暴言吐いたりとかあ

ります。でも会話もできないくらい，意思疎通もすごく難しいくらい痴呆が進んでる人の徘徊の場合だと，どういう風に声かけても徘徊は止まらないんですけど，ほんとはダメなんですけど，無理矢理座らせたりして目の前にコーヒーとか置いておくとコーヒー飲んで落ち着いたりすることもあるんです。〔介護職〕」

これは認知症が軽度～中度でコミュニケーションが可能な場合には周囲の関わりが触媒となって〈BPSDの共鳴〉が生じやすいが，重度となると周囲の言語的な関わりそのものが理解されないために〈BPSDの共鳴〉が生じにくいことが示された。認知症が重度の場合，意思疎通は困難となるが，これは逆に捉えると周囲から影響されにくくなるということが示唆された。この場合の〈BPSDを引き起こす触媒作用〉,〈BPSDの共鳴〉は認知症高齢者本人に向かっており，自らのBPSDによって本人の心や身体をさらに脅かすことを意味しており，この脅かされやすさは認知症の程度によって異なると考えられた。

4）周囲に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉,〈BPSDの共鳴〉（図3）

先述した〈BPSDを引き起こす触媒作用〉,〈BPSDの共鳴〉について，ここでは周囲に向かうものについて説明する。施設という複数の認知症高齢者がいるという背景のもと，周囲にいる認知症高齢者において〈BPSDを引き起こす触媒作用〉,〈BPSDの共鳴〉は生じることが認められた。

ある認知症高齢者に不穏が生じても，周囲の入所者に認知症がなければ，大声や不穏が認知症によるものだと周囲の人は理解でき客観視できる。しかし周囲に認知症高齢者が複数いる施設の場合は，ただその場で不穏が生じている

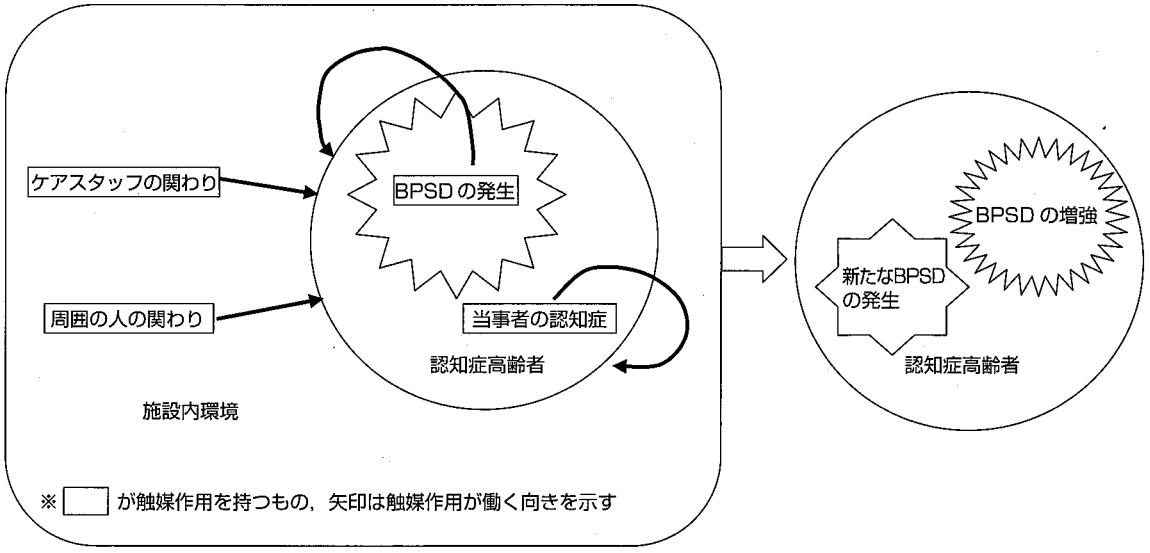

図2．当事者に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉,〈BPSDの共鳴〉

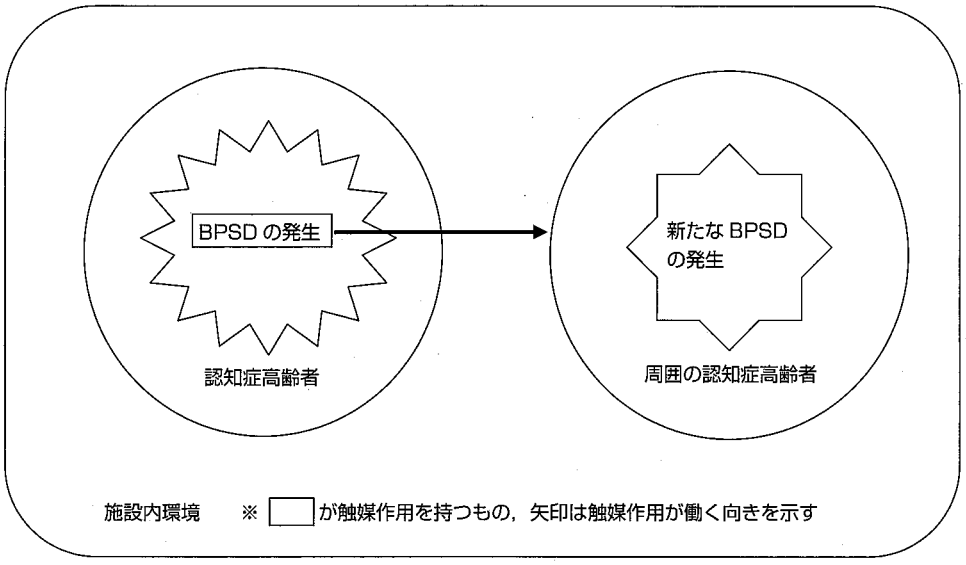

図3．周囲に向かう〈BPSDを引き起こす触媒作用〉,〈BPSDの共鳴〉

ことが〈BPSDを引き起こす触媒作用〉となって，周囲の認知症高齢者の心の安寧を脅かし，ひいてはその周囲の人に〈BPSDの共鳴〉を生じさせることが認められた。またはじめにBPSDを呈していた認知症高齢者に対して周囲の人の〈BPSDの共鳴〉が〈BPSDを引き起こす触媒作用〉を有することもあった。このことはBPSDの呼応，反応は，それを呈した当事者内の反応にとどまらず，周囲にいる認知症高齢者においても認められることを意味する。こうしたBPSDの相互作用（入所者同士の関わり合いではない）は，複数の認知症高齢者が入所する施設特有の現象であると考えられる。

「一人不穏がはじまると，その人の叫び声じゃないけど，大きな声とかで，そわそわ徘徊すると，なんか次々に他の人たちも立ってはなんか不穏状態になるってことありますよね，連鎖反応みたいなこと〔介護職〕」

また施設に認知症高齢者のみが生活する認知症対応型共同生活介護ではBPSDそのものや〈BPSDを引き起こす触媒作用〉や〈BPSDの共鳴〉の出現頻度は多いが，同時に認知症のない人も入所する他の介護保険3施設ではBPSDの出現そのものが少なく〈BPSDを引き起こす触媒作用〉や〈BPSDの共鳴〉も少なかった。さらには，入所する認知症高齢者の数や認知症の程度といった施設ごとの入所者の特性や，施設内のユニットやケア単位によっても異なっていた。

「認知症の階にいた時はケンカとかも多くて大変でしたけど，配置換えになって（認知症の人がほとんどいない階に移動になって）からはごたごたも少なくなって。〔介護職〕」

2．『居場所の安寧を脅かす』（図1）

『居場所の安寧を脅かす』には，BPSDが〈認知症高齢者本人の居場所の安寧を脅かす〉と，〈周囲の人の居場所の安寧を脅かす〉という2つのサブカテゴリーで構成されていた。居場所とは，施設での生活基盤となるベッド周辺もしくは居室という物理的な居場所だけでなく，施設生活を送る集団に所属する中での個々のプライベートな空間を指し，落ち着ける場所，自分らしくいられる場所を示す。

1）〈認知症高齢者本人の居場所の安寧を脅かす〉

BPSDによって物理的に自分の居場所に居られなくなったり（具体的に）居づらくなることや，ここには居られないという思いが，認知症高齢者本人に居場所の安寧を脅かしていた。

「（オムツの中に排便をして便を）手でいじったり，壁に便をこすりつけたりしたら，臭いが部屋中に充満するし，'ああー，大変'って感じですよね。〔看護職〕」

「'仕事にいかなあかんのや。だからここ開けて行かせてくれ。仕事にいかな金もらわれへんし，ここの宿代も払われへんやろ。金払われへんかったらここ出て行かなあかん'とか真剣におっしゃったりします。〔介護職〕」

2）〈周囲の人の居場所の安寧を脅かす〉

施設には認知症のある入所者もいれば認知症のない入所者も生活している。BPSDが生じることで，周囲の人の居場所にあるもの，つまり周囲の人に帰属するものが持ち去られたり，周囲の人にとっての居場所に居づらくなったり居られないようになったりすることで，居場所の安寧が脅かされていた。具体的には認知症高齢者による他の入所者の居室への入り込みや，収集癖，トイレ以外での排泄などがある。

「徘徊してね，他の人の居室に入って，居室のお洋服とかを自分のものと勘違いして持っていきはるんですよ。そうしたら，そのお部屋の人がやっぱり怒りますよね。〔介護職〕」

「尿意はあるけどトイレがわからないからかゴミ箱におしっこをされる方がいますねえ。もうその部屋に入った途端尿臭がすごいするんです。（中略）そうしたら同じお部屋の人はくさくて（部屋に）居られないですよね。どうにかしないと，ってなって色々してみたんです。ベッドの横にポータブルトイレおいてみたんですけどやっぱりゴミ箱にされて。じゃあゴミ箱をどけたらポータブルトイレにするかなあという話になってどけてみたんですけど，そしたらお部屋のすみっこでおしっこをされてしまって〔介護職〕」

3．『心と身体の安寧を脅かす』，『居場所の安寧を脅かす』が重なり合う部分

この2つの要素は重なり合う部分があることが確認された。重なり合うとは，なぜ自宅ではない施設で生活しているのか理解できないことや，認知症由来の強いこだわりなどが原因で，BPSDそのものがBPSDを呈する認知症高齢者本人および周囲の人の心と身体の安寧を脅かすだけでなく，居場所の安寧までも脅かすという概念である。

認知症となっても過去の古い記憶は保持されることが多く，かつての生活習慣は残存することが多い。施設入所により認知症高齢者自身の記憶にあるかつての仕事や家事や癖など長年生活習慣に則った行動を行えないことがあると，その生活習慣を遂行できない焦燥感に駆られ不安や不穏というBPSDとなって現れ，心と身体の安寧および居場所の安寧の双方を脅かすこととなっていた。

「自分の飲んだ薬の袋とか，便とか流さずに置いておく方がいます。薬の袋がなくなったら飲んだ証拠がなくなるって言って，便も（便をしたという証拠を残すために）トイレの窓とかにトイレットペーパーにくるんで置いてあるんです。すごい臭いんですけど，職

員と決めた時間でなおかつその方の目の前で'捨てるよー'って言ってからじゃないと捨てたら駄目なんです。そのこと知らない清掃の人が勝手に捨てたことがあって，その時はえらい剣幕で怒りはって，大声で怒鳴るわ，'こんなこと勝手にされるとこにおられへん，こわいところや！'とか言って…大変でしたよ。〔介護職〕」

4．ケアスタッフが感じるBPSDの望ましい転帰（図1）

ケアスタッフが感じるBPSDの望ましい転帰として，『認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる』，『BPSDが最小限となり混乱が収束する』という2つが抽出された。

1）『認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる』

BPSDを呈している認知症高齢者本人はもちろん，周囲の入所者もBPSDに心や身体，居場所の脅かされずに安寧に施設生活を送ることができるという概念である。

「徘徊についてはある程度好きなように動いてもらおうっていうのんがありますね。一回その徘徊がきつくて，他の人の部屋に入ったりとかするので，ある程度行動規制じゃないですけど，常に寮母の目の届くところにいてもらうようにしたら，その方の痴呆どんどんすすんでいくのが目にみえてわかったんですね。それで家族さんとも相談して，一度他の方とトラブルになるかもしれませんけど，このまま痴呆が進むよりかは少し自由にして頂いて，様子を見させて下さいっていうのを家族さんに了承得た上で，トラブルがあるようなことも一応家族さんには説明して，自由にして頂いたらある程度そこで（認知症の）進行がとまったというか，以前の行動を規制する前の方に戻られたので，そのような対応はしてます。ある程度自由に，転倒の危険のある方は見守り，付き添いっていうのは徹底されてますね。〔介護職〕」

このように徘徊に対して行動抑制をせずに認知症高齢者本人の歩きたいという欲求を満たし，認知症が進まないよう，なおかつ周囲の人（この文脈においては家族も含む）への配慮もおこなうことで，安寧に施設生活を送ることができるような関わりが望ましい転帰として語られた。

2）『BPSDが最小限となり混乱が収束する』

〈BPSDを引き起こす触媒作用〉，〈BPSDの共鳴〉が未然に防がれ，発生してしまったBPSDが増強せずケアスタッフからみた認知症高齢者や周囲の人における混乱が最小限で収束するという概念である。このように収束させるためは認知症高齢者の過去や性格，生活習慣を把握し，これまでにケアしたことのあるBPSDに対しては，どのようにケアすれば混乱が少なくて済むかをケアスタッフが経験的に知っていることが重要であった。またこのことは多数の入所者を少ないケアスタッフで受け入れていく上での効率性という文脈でも語られた。

「暴力や暴言のときとか（中略）一気にガーッてはき出さすと，割としゃーって何もなかったように，さっきまで暴れたのがうそみたいな感じになることがちょっとわかってきたんで。そのときはもうすごい他の利用者さんにも迷惑かけるから本当はねえ（静かにしてもらうようにした方がいいのだけど）。そんなん見て周りの利用者さんも落ち着きなくなったりすることもあるんですけど。他に対処の仕方がね，ないんですよね。部屋に閉じこめてっていうのもそんなん拘束の一つになるし〔介護職〕」

BPSDを呈する認知症高齢者がいる場合，認知症のない周囲の人はそれを不本意であっても受け容れることが求められる。拒絶することは施設生活の継続を困難にするからである。ケアスタッフはBPSDそのものや，BPSDを呈する認知症高齢者にばかり目をとられがちであるが，それ以外の周囲の入所者はBPSDによって常に脅かされやすい状況におかれていることを念頭においてケアする必要性が示された。

「スタッフに対して怒鳴ったり噛んだり毛引っ張ったりとか。利用者さんに（そのような行為が）あったらその時点でここではもうアウト（施設から強制退所となることを意味する）ですよね。そんな様子を見て（別の）利用者さんは怖かったーとか言わはるんですよ。そんなところで生活するのも辛いでしょうけど仕方ない部分もありますしね，だからどうやって対応したらいのかはいつも考えるようにしてます。〔介護職〕」

認知症の場合，意思疎通を図ること自体が困難となることも少なくない。BPSDが生じた際，それを最小限に収束させるために何らかのケアを提供するが，対象が認知症高齢者となると一般的な感情として叱責などしても相手は理解できないことが多いだけでなく，認知障害のため，その常識そのものが通用しないことが多々ある。意思疎通が図れないことそのものはケアする中で問題であることは間違いないのだが，何が認知症高齢者にとっての安寧かを探ることがケアの在り方として有効である可能性がある。

「問題行動っていうか，（意思）疎通のとれないことが一番困りますね。違う風に理解されてたりとか。今こういう風に（インタビュー対象者とインタビューをしている筆者との）会話できてるじゃないですか，でも全然会話できないときありますよね。（中略）例えば'オムツかえましょう，きれいにつけますね'，って言っても，'私オムツおしっこしてないから（かえなくても）大丈夫ですよ'って言われたら，それはかみ合ってることじゃないですか。でも'オムツかえましょかー'っ

て言うても，'何言うてますのー，ごはんまだですがなー'とか言われたら，オムツってことの認識がないじゃないですか。そしたらやっぱり多少オムツってことの認識持ってもらわないとかえれない。女の人ですから，そりゃ意味もわからんとズボンおろされたら，大声も出ますし，抵抗もしますし，暴力もしますよ，絶対に。もう全然会話が成り立たない，もう突然何をやってるのかわからないってなると，もう大変です。でもオムツとかは替えないといけないですし，やり方は難しいですね。〔介護職〕」

Ⅳ 考　察

1．BPSDの概念に関する考察

BPSDの概念は『心と身体の安寧を脅かす』，『居場所の安寧を脅かす』という2つのカテゴリーで構成されることが明らかとなった。このことからBPSDのみられる認知症高齢者だけでなく，認知症のない入所者に対してBPSDが及ぼす影響を考慮すると，ケアスタッフはBPSDのみられる認知症高齢者にのみ着目するのではなく施設全体を見渡してケアを提供する必要性が示唆された。また，認知症があってもBPSDは必発ではなく，BPSDが出現しない認知症では初期には認知症に気づかれにくいことや，高齢になればこのくらいの記憶の障害は当たり前と捉えられ，認知症が中等度になるまで気づかれないこともある[4]。本稿ではBPSDへのケアにおいて問題と捉えられやすいBPSDについてとりあげたが，自発性低下や無為などの陰性症状を呈するBPSDは周囲の安寧を脅かさないためにケアスタッフによって問題と捉えられにくく，放置されてしまうことが多々あることが推測された。

認知症高齢者は施設という一般に比べ限定された状況下であっても，施設内の他の入所者やケアスタッフという周囲の人や自身の認知症によって〈BPSDを引き起こす触媒作用〉が生じ，〈BPSDの共鳴〉としてBPSDが出現したり増強したりすることが明らかとなった。またBPSDや〈BPSDを引き起こす触媒作用〉，〈BPSDの共鳴〉の出現頻度が施設の持つ特性によっても異なっていたことから，この事象は施設でなくても在宅であっても生じうることであると考えられた。またBPSDには触媒作用や共鳴があるため，認知症高齢者ばかりの施設では，入所者数が少なくてもケアスタッフの負担は非常に大きくなりやすいと言えよう。

今回調査対象としたケアスタッフが働く施設は介護保険施設（福祉施設や病院など）という生活丸抱えの施設であり，これらはGoffman[22]のいう全制的施設と同義である。全制的施設という集団生活は入所者同士の間の接触を余儀なくし，一切が丸見えになり，入所者同士の相互接触が非常に増大すること[20]が指摘されている。今回のインタビュー対象者の勤務する施設では個室がほとんどなかったため，入所者のプライベートな空間は自身のベッド周囲に限定されてしまうということもあり，精神的に落ち着いて過ごす居場所に対する不安があることが推察された。

2．BPSDへのケアに対する新たな視点への提言

従来BPSDは問題行動であるというパラダイムで長年捉えられてきたこと，また沖中[23]が身体障害をもつ高齢者が認知症高齢者に対して負のラベル付けをしていることを指摘しているように，BPSDがみられる認知症高齢者はネガティブに捉えられているのが現状である。このようなパラダイムから脱却し本研究で明らかになったBPSDの概念やBPSDの望ましい転帰を理解することで，認知症高齢者に対する理解が深まることとなり，BPSDに対するケアの視点も徐々に変化していくと考えられる。これによりケアスタッフはもちろん，認知症のない周囲の施設入所者のBPSDが生じた際の関わり方そのものを変容させうる可能性があると考えられるだけでなく，さらには家族介護者の認知症高齢者への関わり方の手がかりとすることができると思われる。ただし本稿では紙面の制限で，ケアという行動と，BPSDの概念という意図認知および望ましいBPSDの転帰についての関係までは記述することができなかった。

本研究の結果からBPSDの概念についてまとめると，BPSDとは具体的には認知症にみられる不穏や被害妄想，暴力，徘徊などさまざまな精神症状や行動であり，それらは認知症高齢者本人だけでなく周囲の人の安寧を脅かす可能性があるものである。またBPSDは触媒作用を有し共鳴するものであると考えられた。ケアスタッフにとってBPSDの概念をこのように理解することは，BPSDを抑制，制止することが有効ではないことの理解に繋がり，また安寧を中心に考えることによって認知症高齢者の人権やノーマライゼーションにも配慮したケアの発展に有益であると考えられる。

Ⅴ 本研究の限界と今後の課題

BPSDへのケアの実際とBPSDの転帰を対応させて十分に検討できていないため，施設ケアの現場での入所者とケアスタッフの相互作用に関する調査が必須であろう。しかし，本研究は施設における認知症高齢者ケアの中範囲理論の構築の一助となりうると考えられる。

本研究の対象者数は少なかったものの，BPSDの概念が飽和化したことからデータとしては十分であったと考えられる。今回の対象者において問題行動パラダイムは比較的意識されていたが，積極的な非問題行動パラダイムでの意図認知や行動が十分には明らかになっていないことから，BPSDへのケアの新たな視座を浮き彫りにするために，調

査対象者を在宅ケアスタッフや，認知症高齢者を自宅で介護する家族にも焦点を当てるといった更なる調査や研究が待たれるところである。

Ⅵ 結　論

施設入所認知症高齢者のケアの現場を担うケアスタッフを対象とした半構造的インタビューにより，BPSDの概念やBPSDの望ましい転帰について以下のことが明らかとなった。

BPSDの概念には『心と身体の安寧を脅かす』，『居場所の安寧を脅かす』という２つのカテゴリーとこれら２つには重なり合う箇所があること，これらが〈BPSDを引き起こす触媒作用〉，〈BPSDの共鳴〉という事象を引き起こしていたことが示された。〈BPSDを引き起こす触媒作用〉とはBPSDが生じた際の周囲の人の関わりや，認知症やBPSDそのもののことであり，これらの触媒作用の結果，〈BPSDの共鳴〉として認知症高齢者本人や周囲の認知症高齢者においてBPSDが増強したり新たなBPSDが生じたりしていた。

BPSDの望ましい転帰は『認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる』，『BPSDが最小限となり混乱が収束する』という２つのカテゴリーから構成されていた。前者は施設という限られた場所だけでなく自宅をはじめとする生活の場において，安寧に生活を送ることができるようにするということは人権擁護の観点からも非常に大切であり，認知症高齢者の人権を尊重する上で非常に重要であると考えられる。後者は〈BPSDを引き起こす触媒作用〉，〈BPSDの共鳴〉が未然に防がれ，発生してしまったBPSDが増悪せず認知症高齢者や周囲の人における混乱が最小限で収束するという概念である。このように収束させるためはケアスタッフが認知症高齢者の過去や性格，生活習慣などを把握していることが重要であり，このような転帰を望みケアに取り組み，BPSDの概念を捉え直すことでBPSDへのケアの質改善が期待できる。

謝　辞

本研究は平成16年度総合健康推進財団の助成を受けて行われた。本調査の実施機会を下さった東大阪市福祉部健康福祉局高齢介護室の皆様，本調査の実施にあたりインタビュー調査にご協力頂きました皆様に深謝致します。またmember validationに協力して下さった松下電器健康保険組合松下介護老人保健施設はーとぴあの介護福祉士の泉敦子さんに感謝いたします。

註

(1) 本稿で着目しなかったBPSDへのケアの実際について以下に示す。

①母親が子どもに接する際の関わりに似たケア，認知症高齢者本人がしたいように行動してもらうという考えを持った上でのケアが見いだされた。具体的には付き添う，行動を見守る，訴えを傾聴する，認知症高齢者を否定したり強制しないといったケアであった。

②ケアスタッフは認知症高齢者の思いに近づき，心に寄り添おうと努力し，自分がされて嫌なことをしない，認知症高齢者本人の考えを取り入れるという視点にたったケアが見いだされた。具体的には執拗な訴えに対して間違いを指摘したりすることはかえってBPSDを長引かせる可能性があるため，その対応として事実と異なることであっても叱責したりせずに認知症高齢者の言うことにあわせるというケアが行われていた。

③BPSDに対してケアスタッフ自身の気持ちを穏やか（感情そのままむき出しにしてケアするのではなく，感情をコントロールして接する）に保ち，認知症高齢者に接するケアが見いだされた。

④BPSDのみられる認知症高齢者を危険のないよう見守り，周囲にいる入所者の安全管理義務を果たし，なおかつケアスタッフ自身の身体を守るための対処をとることで認知症高齢者から自らを含めた周囲の人の心と身体の安寧を維持することに努めるケアで，具体的には認知症高齢者に必要最低限の関わりは持つが自分からは進んで近寄らないようにしたり，BPSDをやり過ごす，見過ごす，対処を先延ばし（時間をあけて再度対処する）にするというケアが見いだされた。「（徘徊を）とめようとしたら拘束とかにもつながっちゃう〔介護職〕」という発言からわかるように，認知症高齢者の行動制限はこれまで慣習的におこなわれてきた背景があるのだが，行動制限をおこなうことは身体の安寧維持と身体拘束は紙一重の問題であり，その狭間でケアスタッフはジレンマを抱えていることが示された。

要　旨

BPSDは問題行動と捉えられてきた。本研究では複数の認知症高齢者の入所する施設ケアスタッフの中にケアがうまくいっているという感覚や見方，対応の中に洗練されたものや有効なものがあると仮定し，ケアスタッフにおけるBPSDの捉え方とBPSDの転帰について理論化を試みた。その結果，BPSDは『心と身体の安寧を脅かす』，『居場所の安寧を脅かす』という２つとそれらの重なる概念として捉えることが可能で，施設では安寧が脅かされる抑制や不安などBPSD自体が〈触媒〉となって〈BPSDの共鳴〉が起こると説明された。BPSDの望ましい転帰は『認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる』，『BPSDが最小限となり混乱が収束する』という２つから構成されていた。安寧を鍵概念とする本研究の視点は認知症高齢者の人権やノーマライゼーションに配慮したケアの発展に有益だと考えられる。

Abstract

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) have been generally considered as problematic behaviors. In this paper we intended to provide a new view point by analyzing cultivated care experiences of care-providers (nurses and care workers) in nursing facilities. The results are that BPSD include two basic concepts and their composition as 'threatened peace of mind and body of people with dementia' and 'threatened peace of their environment and surrounding people'. In addition, a repression against BPSD and BPSD itself such as an anxiety, works as "the catalyst" and causes "the resonance of BPSD" in the facilities. And the desirable outcome of BPSD was constituted two factors such as 'people with dementia and surrounding people can lead a peaceful life in facilities' and 'minimize BPSD, and all confusions are settled'. This new prospective concept of BPSD care in which peace is a key concept, would be helpful for developing dementia care with consideration of the human rights of people with dementia and normalization.

文　献

1）犬塚　伸，高橋　徹，天野直二：痴呆の行動異常判定の原則と基準，老年精神医学雑誌，13(2)，143-151，2002.
2）三好功峰：痴呆における行動異常の生物学的・精神病理学的理解，老年精神医学雑誌，13(2)，163-168，2002.
3）三好功峰：BPSDとは，臨床精神医学，29(10)，1209-1215，2000.
4）小林敏子：BPSDへの対応，臨床精神医学，29(10)，1245-1248，2000.
5）天田城介：〈老い衰えゆくこと〉の社会学，112-117，多賀出版，東京，2003.
6）川越博美，山崎摩耶，他：訪問看護研修テキスト，286-288，日本看護協会出版会，東京，2005.
7）山口　宰：ユニットケア導入が認知症高齢者にもたらす効果に関する研究―従来型特別養護老人ホームにおける実践事例を基に―，社会福祉学，46(3)，75-86，2006.
8）一宮洋介，江　渡江，他：高齢者専門病院におけるBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) の検討，順天堂医学，49(1)，97-101，2003.
9）Finkel S.: Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), Int J Geriatr Psychiatry, 15(supple 1), S2-S4, 2000.
10）Ory, MG., Hoffman, RR., et al.: Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers, The Gerontologist, 39(2), 177-185, 1999.
11）Schulz R., Visintainer P., et al.: Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving, Journal of Gerontology, 45(5), 181-191, 1990.
12）本間　昭：痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか，老年精神医学雑誌，10(7)，787-793，1999.
13）社団法人日本精神科病院協会高齢者対策・介護保険委員会編：老人性痴呆疾患の治療・介護マニュアル　痴呆とその随伴症状への対応，165，株式会社ワールドプランニング，東京，2004.
14）山口　宰：認知症高齢者介護におけるグループホームケアの効果に関する実証的研究，社会福祉学，46(2)，100-111，2005.
15）小澤勲：痴呆性老人のQOLとはなにか，老年精神医学雑誌，11(5)，477-482，2000.
16）竹村和久，高木　修：対人感情が援助行動ならびに非援助行動の原因帰属に及ぼす影響，実験社会心理学研究，30，133-146，1990.
17）介護支援専門員編集部：現在の痴呆性高齢者ケアについて－2015年の高齢者介護資料より，介護支援専門員，6(3)，13-15，2004.
18）厚生労働省高齢者介護研究会：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～，2007-07-23，www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3b.html.
19）B・G・グレイザー，A・L・ストラウス（後藤　隆，大出春江，他訳）：データ対話型理論の発見，64-112，145-167，新曜社，東京，1996.
20）Clive Seale：The Quality of Qualitative Research, 61-71, SAGE PUBLICATIONS, London, 1998.
21）小澤　勲：痴呆老人からみた世界　老年期痴呆の精神病理，53－134，岩崎学術出版社，東京，1998.
22）E.ゴッフマン（石黒毅訳）：アサイラム　被施設収容者の日常世界，14－51，誠信書房，東京，1989.
23）沖中由美：身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己ラベリング，日本看護研究学会雑誌，29(4)，23-31，2006.

［平成19年1月15日受　付
平成19年11月5日採用決定］