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 Psychologica lSymptoms of Dementia)とケアとの関係
Author(s)	九津見, 雅美; 杉浦, 圭子; 伊藤, 美樹子 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2008, 14(1), p. 1-10
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56776
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

－原著－

施設入所認知症高齢者にみられるBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）とケアとの関係

九津見雅美*・杉浦圭子**・ 伊藤美樹子**・三上洋**

抄 録

施設入所認知症高齢者にみられるBPSDに対して提供されているケアの特徴や傾向を把握することを目的とした。分析対象は介護保険施設に勤務するケアスタッフ275人（介護職222人、看護職53人）である。多重対応分析の結果から得た2次元の解は、次元1が“接近”を示し、ケアを行う際の高齢者とスタッフとの接近の程度を表し、次元2はBPSDの特性を示し、“行動優位のBPSD”と“言葉・態度優位のBPSD”を表していた。第一、第四象限には接近型ではない身体拘束や叱責という人権擁護の観点から好ましくないケアが布置され、否定的な情動を有するケアが布置される象限であると考えられた。第二、第三象限には接近型のケアとして行動を共にする、安心感を与えるケアが布置され、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ケアであることが窺われた。本研究において、多重対応分析により認知症高齢者のBPSDに対する施設におけるケアの特徴を統計的に視覚化することができたことから、本研究結果はこのような統計的手法を用いることにより高齢者施設におけるBPSDのケアの体系化に貢献しうるものと考える。

*京都大学医学部保健学科　**大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

Ⅰ 緒言

2007年に全人口に占める65歳以上の人口が21%となり超高齢社会を迎えた日本において、認知症ケアは非常に重要な問題となっている。認知症高齢者にみられる落ち着きのなさ、徘徊、拒否、脱抑制、焦燥、不安などの様々な行動や精神症状はbehavioral and psychological symptoms of dementia（以下BPSD）と称される。BPSDはケアスタッフのストレスとなり、ケアを放棄させるほどの影響力を持っている[1]ことが報告されている。BPSDを抑えるために向精神薬などが用いられることもあるが、その使用は転倒を引き起こす原因のひとつとなるため、BPSDに対してはスタッフによる心理社会的、環境的、教育的な関わりが必要とされる[2]。

これまでBPSDに関する研究は、その出現頻度や薬効に関するものはあるが、認知症高齢者に対するケア提供者の態度が認知症症状を悪化させたり、逆に緩和させたりすることが報告されている[3]。またBPSDに対して‘ケアの好ましさ’という観点からケアのあり方を論じた総説などが散見されるが、どのようなケアが実際に提供されているのかを明らかにした報告はみられない。BPSDに対する効果的な関わりを探求する端緒として、BPSDに対して提供されているケアの特徴や傾向を把握することは非常に重要であると考えられる。そこで、本研究では複数の認知症高齢者が生活する施設という場において、日々そのケアを担うケアスタッフが認知症高齢者にみられるBPSDに直面した場合にどのようにケアをしているのかということについての特徴と関係性を把握することを目的とした。本研究において施設に着目したのは、BPSDは地域在住高齢者よりもナーシングホームに入居する高齢者においてよく生じていると報告されていること[4]を踏まえて、施設ケアの場ではBPSDに対するケアの経験が蓄積されていると考えたからである。

Ⅱ 研究方法

1．調査期間：2006年1月～2月

2．調査対象および回収状況、分析対象者の選定

2006年1月時点で大阪府東大阪市にある介護保険施設42施設（介護老人福祉施設〔特養と略す〕、介護療養型医療施設〔療養型と略す〕、介護老人保健施設〔老健と略す〕、グループホーム）に勤務する介護職・看護職を対象とした調査を計画した。まず調査協力依頼を電話にて行い、26施設から協力を得た。26施設の施設長に対して調査概要を説明後、各施設に勤務する介護職・看護職（633人）へ調査票の配布を依頼し、郵送法により回収した。施設毎の回収率は特養70.6%、療養型50.0%、老健71.4%、グループホーム54.5%であった。回答は292人から得られ（回収率46.1%）、そのうち完全無回答3人、介護職・看護職以外による回答14人を除外し、最終的に275人を分析対象とした（有効回答率94.2%）。

3．調査内容

1）対象者の基本属性

対象者の性別、年齢、配偶者の有無、暮らし向き、職種、勤務施設種類、これまでのケア経験年数、雇用状態、職位、1週間の平均勤務時間、夜勤の有無、認知症者割合、BPSDの項目、BPSDへのケアの項目を設けた。

2）施設入所認知症高齢者にみられるBPSDとケアに関する項目

（1）BPSDの項目

BPSDに対して実際にどのようなケアを行うかを明らかにするために、まずBPSD13項目を設定した。その13項目の設定にあたり、BPSDの出現頻度を測定する尺度として妥当性・信頼性の確保されたBehave-AD[5]やDBDスケール[6]などを参考にするとともに、日本の文化的背景を考慮するために介護保険制度における介護認定調査項目内の問題行動を測る項目も参照した。具体的には「あてもなくやたらに歩き回ったり、車いすで動き回る」「暴力を奮う」「便いじりやおむつ外しなどの不潔行為をする」などのワーディングとした。

(2)BPSDに対するケアに関する項目作成の手順

本研究では介護保険施設3施設およびグループホームで認知症高齢者に対してケアを行っているケアスタッフがBPSDに対してどのようにケアしているのかということを質問紙調査の前にインタビュー調査を行った(2005年1月～5月)。また室伏[7]のメンタルケアの原則を中心に据え、事前インタビュー調査で聞かれた向精神薬の使用や身体拘束が行われてきた実情を考慮し、BPSDに対するケアについて15項目のケアの選択肢を設定した。具体的なケアの選択肢のワーディングについては表2の最上段の行を、BPSDについては左の列を参照されたい。

BPSDに対するケアを選択にあたり、一つのBPSDに対していつも決まった一つのケアを行う可能性は低く、個人により行われるケアは異なるものと考え、いくつでも選択できるように設定した。

4．分析方法

本研究では高齢者入所施設で提供されるBPSDとケアの関係の傾向を把握することを目的とした。分析に際しては、ケアの望ましさについての知見がない現状において、BPSDに対するケアの経験が蓄積されているところでは、ある種のパターンや特徴が認められると考え、それを把握するために多重対応分析(multiple correspondence analysis)をSPSS Categories 10.0Jを用いて分析を行った。

対応分析とはベンゼクリにより1960年代初期に提唱された方法で、形式的には質的データの主成分分析と考えることもできる。ベンゼクリは、クロス表(2元クロス表)の独立性の検定に用いるピアソンのカイ二乗統計量に注目し、クロス表データという"多次元の質的データの主成分分析型手法"として、このピアソンのカイ二乗統計量とクロス表の項目間の関連性(対応)を測る方法を考えた[8]。

この手法の具体的な手順は、二変量のクロス集計結果を行の要素と列の要素の連関を最大になるように数量化して、その行の要素と列の要素を多次元空間(散布図)に表現するものである。この統計方法を用いることで、集計表や通常のグラフ表現では読み取りにくいデータの傾向や潜在的な構造を視覚化すること(布置図の作成)が可能になる。

本研究ではBPSDとケアの関係を明らかにする布置図を作成することにより、BPSDとケアという2つの名義変数間の差や類似性およびそれぞれの変数間内における関係を視覚化し、その配列から特徴を解釈し、意味づけた。

5．倫理的配慮

調査対象者にはあらかじめ調査への参加は自由意思であること、調査票の匿名性は確保されていることなどを調査票に明示し、調査票の返送をもって同意を得たものとした。本調査は大阪大学医学部医学倫理委員会にて承認を得る(承認番号486-1)とともに，東大阪市健康福祉局高齢介護室高齢介護課の承諾を得て実施した。

Ⅲ 結果

1．ケアスタッフの基本属性と勤務施設の特徴(表1)

女性が206人(74.9%)で平均年齢が37.7歳であった。配偶者の無い者が173人(62.9%)、暮らし向きを尋ねたところ、「ふつう」と回答したものが125人(45.5%)ともっとも多かった。職種は介護職が222人(80.7%)、看護職が53人(19.3%)であった。対象者の勤務施設は特養がもっとも多く128人(46.5%)、ついで老健89人(32.4%)、療養型31人(11.3%)、グループホーム27人(9.8%)であった。これまでのケア経験年数は1年以上3年未満が72人(26.1%)でもっとも多かった。雇用状態は常勤が214人(77.8%)、職位は一般がもっとも多く226人(82.2%)であった。1週間の平均勤務時間は38.0時間であり、夜勤はほぼ半数のものが行っていた。

2．施設入所認知症高齢者にみられるBPSDとケアの関連表の結果(表2)

表2は本研究で設定した13種類のBPSDに対しどのようなケアを行っているかについて、列

表1. ケアスタッフの基本属性と勤務施設の特徴

	人	%		人	%
性別			これまでのケア経験年数		
男性	66	24.0	1年未満	32	11.6
女性	206	74.9	1年以上3年未満	72	26.1
不明・無回答	3	1.1	3年以上5年未満	62	22.5
年齢			5年以上10年未満	71	25.8
平均年齢	37.7	±12.9	10年以上	34	12.4
配偶者の有無			不明・無回答	4	1.5
あり	99	36.0	雇用状態		
なし	173	62.9	常勤	214	77.8
不明・無回答	3	1.1	非常勤	58	21.1
暮らし向き			不明・無回答	3	1.1
十分ゆとりがある	10	3.6	職位		
ややゆとりがある	29	10.5	管理職	11	4.0
ふつう	125	45.5	主任・リーダー	33	12.0
やや苦しい	70	25.5	一般	226	82.2
かなり苦しい	34	12.4	その他	5	1.8
不明・無回答	7	2.5	1週間の平均勤務時間	38.0	±10.0
職種			夜勤の有無		
介護職	222	80.7	あり	132	47.8
看護職	53	19.3	なし	137	49.8
施設種類			不明・無回答	6	2.2
特養	128	46.5			
療養型	31	11.3			
老健	89	32.4			
グループホーム	27	9.8			

に示したケアが選択された実数を示した関連表である。これは各BPSDに対して、調査対象者に実際に行うケアすべてを選択してもらい、その実数を表に記した。

BPSDごとに選択されたケアの特徴についてみると、(a)同じ事を何度も言ったり聞いたりする(同じ事を何度も言うと略す)、(c)不平不満を言ったり、言いがかりをつける（不平不満と略す)、(m) 誰かが物を盗んでいると言う（物盗られ妄想と略す)、というBPSDに対しては、①無理なことや訳のわからないことを言っても、話を聞いて、むやみに逆らわずにうまく合わせていく（うまく合わせると略す）というケアがもっとも多く選択され、ついで③どんな時も穏やかに接するようにする／接するように努力する（穏やかに接すると略す）が選択されていた。BPSDごとに多く選択されたケアは、(b) あてもなくやたらに歩き回ったり、車いすで動き回る(徘徊と略す)、(d) 特別な理由がないのに、夜中に起き出す（夜中起き出すと略す)、(g)ティッシュなど食べ物でないものを口に入れる（異食と略す)、(i)明らかな理由なしに物をためこむ(収集癖と略す）に対しては、②危険がないよう常に言動を見守り保護する（見守りと略す）というケアが、(f)口汚くののしる（暴言と略す)、(k)暴力を奮う（暴力と略す)、(l)便いじりやおむつ外しなどの不潔行為をする（不潔行為と略す）というBPSDに対しては、③穏やかに接する、(e)不適切な性的関係を持とうとしたり、いやらしいことを言ったりする（いやらしいことを言うと略す)、(j)「家に帰りたい」「仕事に行く」など施設から外へ出て行きたいと言ったり、出て行こうとする（帰宅要求と略す）というBPSDに対しては、⑥要求の目先（関心や注意）をそらせて、他のこと（散歩・話し相手など）に気分転換をはかる（気分転換と略す）というケアであった。(h)スタッフの助言や介護を拒否する（介護拒否と略す）というBPSDに対して

表2. BPSDとケアの関連表（n=275、多重回答）

		BPSDに対するケア15項目														
		①無理なことや訳のわからないことを言っても、話を聞いて、むやみに逆らわずにうまく合わせていく	②危険がないよう常に言動を見守り保護する	③どんな時も穏やかに接するようにする／接するように努力する	④要求に応えるために行動を共にする	⑤スタッフや入所者間のなじみの関係が形成されるような関わりをする	⑥要求の目先（関心や注意）をそらせて、他のこと（散歩・話し相手など）に気分転換をはかる	⑦応えられる要求や訴えはその都度その一部でも満たす	⑧「わたしがいるから大丈夫」というような安心・安全感を絶えず持たせ続ける	⑨無理せず他のスタッフに対応してもらったり、一緒に対応してもらう	⑩一般常識に照らして誤りを正したり、説得・叱責する	⑪見ても見ないふりをする（なにもしない）	⑫新たにあるいは通常より多めに向精神薬を服用させる	⑬車いす・いすから立ち上がったり、ベッドから下りたりしないように動きを制限する	⑭部屋から出られないようにする	⑮四肢や手指の動きを制限する介護具（つなぎ服・ミトンなど）を使用する
BPSD 13 項目	(a) 同じ事を何度も言ったり、聞いたりする	**195**	47	*161*	33	33	101	83	54	51	7	5	1	4	0	2
	(b) あてもなくやたらに歩き回ったり、車いすで動き回る	26	**199**	60	*81*	16	79	33	19	48	4	12	0	14	1	4
	(c) 不平不満を言ったり、言いがかりをつける	**155**	27	*130*	15	39	75	91	21	65	21	5	0	0	1	2
	(d) 特別な理由がないのに、夜中に起き出す	31	**147**	56	41	13	35	35	*64*	46	12	8	4	15	2	2
	(e) 不適切な性的関係を持とうとしたり、いやらしいことを言ったりする	54	24	*76*	6	17	**90**	7	5	90	43	22	2	1	0	1
	(f) 口汚くののしる	*96*	36	**134**	6	28	37	22	13	64	39	25	1	0	2	2
	(g) ティッシュなど食べ物でないものを口に入れる	9	**156**	46	9	11	*78*	14	8	54	47	0	0	2	1	6
	(h) スタッフの助言や介護を拒否する	72	42	*119*	16	64	33	28	37	**132**	17	2	1	2	2	1
	(i) 明らかな理由なしに物をためこむ	43	**94**	*72*	17	17	57	23	8	48	26	32	0	1	2	1
	(j) 「家に帰りたい」「仕事に行く」など施設から外へ出て行きたいと言ったり、出て行こうとする	113	*125*	96	59	42	**151**	55	45	81	15	1	1	3	5	5
	(k) 暴力を奮う（殴る、噛みつく、ひっかく、蹴る、つばを吐きかける）	42	86	**181**	12	26	55	24	27	*159*	50	6	5	7	3	13
	(l) 便いじりやおむつ外しなどの不潔行為をする	14	50	**112**	8	13	35	9	15	*87*	27	1	4	1	1	31
	(m) 誰かが物を盗んでいると言う	**149**	32	*116*	22	63	86	20	56	38	19	1	19	2	1	2

注）各BPSDについて、もっとも多く選択されたケアを **太字** で、次に多く選択されたケアを *斜体* で示した。

は、⑨無理せず他のスタッフに対応してもらったり、一緒に対応してもらう（一緒に対応と略す）というケアがもっとも多く選択されていた。

⑫～⑮の身体拘束をするという報告は他のケアとくらべ少なかったが、(m) 物盗られ妄想というBPSDには⑫新たにあるいは通常より多めに向精神薬を服用させる（向精神薬と略す）、というケアが19件、(b) 徘徊、(d) 夜中起き出すという動き回るBPSDに対しては、⑬車いす・いすから立ち上がったり、ベッドから下りたりしないように動きを制限する（動き制限と略す）というケアがそれぞれ14件、15件選択されていた。(k) 暴力、(l) 不潔行為というBPSDに対しては、⑮四肢や手指の動きを制限する介護具（つなぎ服・ミトンなど）を使用する（介護具と略す）使用というケアがそれぞれ13件、31件選択されていた。

3．BPSDとケアの多重対応分析の結果と布置図（図1）

表2の関連表に多重対応分析を行い2次元の値を得た。その与えられた値を布置図に示したものが図1である。次元1は横軸、次元2は縦軸であり、交点はそれぞれの次元の0を示す。

各項目の分布から次元1を“接近”を表すものと解釈した。このように解釈した理由には、次元1の右方向には⑮介護具、⑭部屋出られないようにする、⑫向精神薬というケアが、BPSDとして(g) 異食、(l) 不潔行為、(e) いやらしいことを言うが布置され、ケアとBPSDを俯瞰するとBPSDに対して接近しないで行うケアがなされていたからである。また、次元1の左方向には⑦要求満たす、④行動共にする、⑤なじみの関係

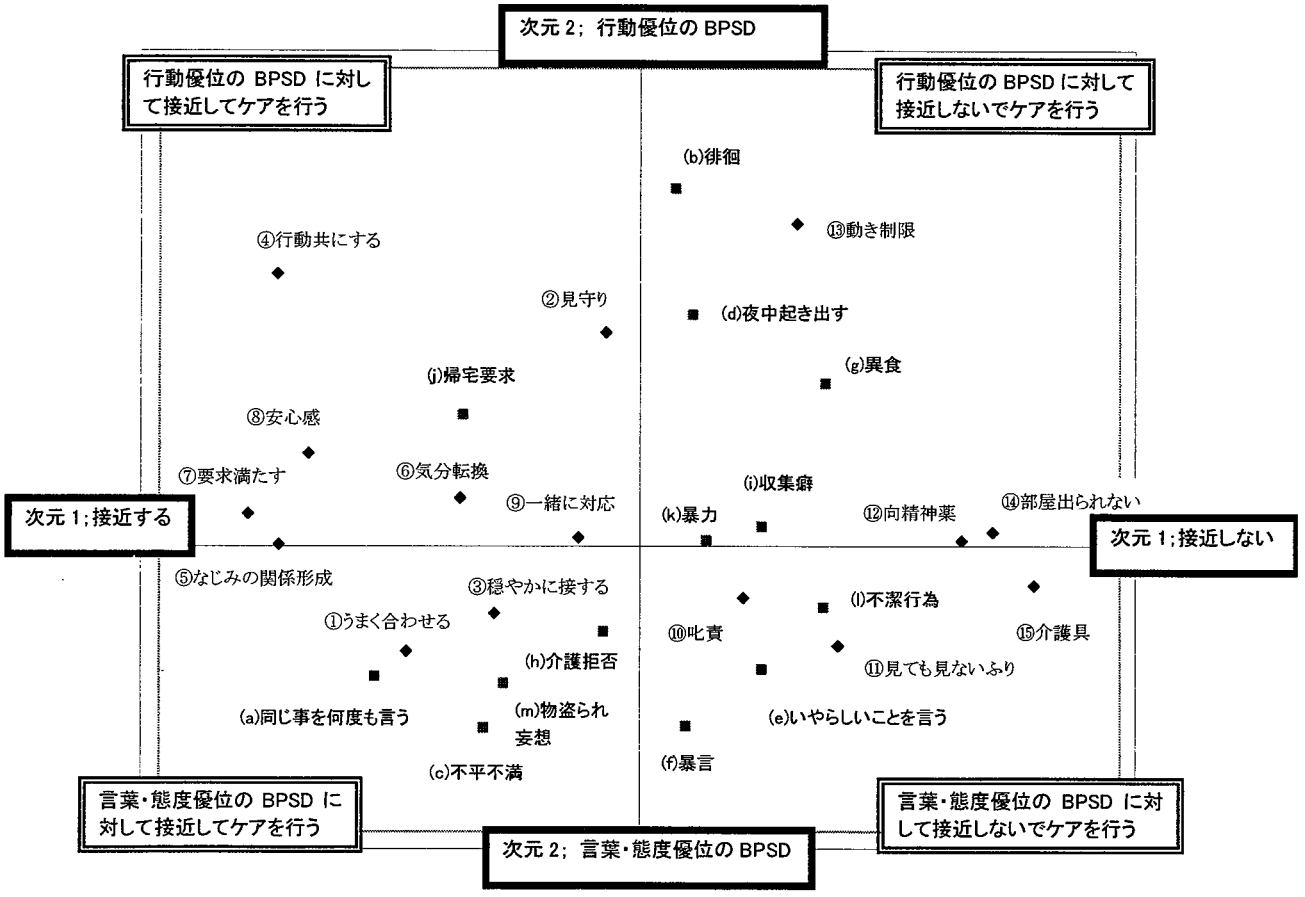

図1 BPSDとケアの布置図

■はBPSDを示し、◆はケアを示す。

形成というケアが、BPSDとして(a)同じ事を何度も言う、(j)帰宅要求、(c)不平不満が布置されたことから、これらのBPSDに対して接近して行うケアがなされていた。この次元1はケアを行う際にケアスタッフが認知症高齢者に“接近”してケアを行うかどうか、BPSDが接近されてケアされるものか・接近しないでケアされるものか、ということを示す次元であると解釈できた。

各項目の分布から次元2はBPSDの特性に関するものであり、上方向を“行動優位のBPSD”、下方向を“言葉・態度優位のBPSD”を表すものと解釈した。その理由は次元2の上方向には⑬動き制限、④行動共にする、②見守りというケアが、BPSDとして(b)徘徊、(d)夜中起き出す、(g)異食などが布置され、ケアとBPSDを俯瞰するとBPSDそのものに動きがあり、その動きのあるBPSDに対してなされるケアが布置されていたからである。次元2の下方向には、①うまく合わせる、⑪見て見ぬ、③穏やかに接するというケアが、BPSDとして(f)暴言、(c)不平不満、(m)物盗られ妄想が布置されたことから、これらは主に言葉や態度のBPSDであり、そういったBPSDに対してなされるケアが布置されていた。次元2では、下方向は“言葉・態度優位のBPSD”であり、上方向にいくにしたがい言葉・態度優位のBPSDの成分が徐々に少なくなり、行動優位のBPSDの成分が徐々に増加していると読み取れた。

次に象限が有する特徴についてみると、第一象限は次元1と次元2の成分から『行動優位のBPSDに対して接近しないでケアを行う』象限であり、⑫向精神薬、⑬動き制限、⑭部屋出られないようにするというケアが、第四象限は『言葉・態度優位のBPSDに対して接近しないでケアを行う』象限であり、⑩叱責、⑪見ても見ないふり、⑮介護具というケアが布置された。第二象限は『行動優位のBPSDに対して接近してケアを行う』象限であり、②見守り、④行動共にする、⑤なじみの関係形成、⑦要求満たす、⑧安心感、⑨一緒に対応というケアが布置された。第三象限は『言葉・態度優位のBPSDに対して接近してケアを行う』象限であり、①うまく合わせる、③穏やかに接するというケアが布置された。

Ⅳ 考察

これまで認知症のケアや非薬物療法としてさまざまな取り組みがなされはじめているが、科学的なデータが蓄積されているわけではない。本研究では回収率が低く、そのため調査対象者にバイアスが生じた可能性は否めず、調査対象とした東大阪市の高齢者入所施設のケアスタッフ全体を代表しているとは言い難いため、このことを念頭において考察を進める必要がある。しかし従来から存在する高齢者入所施設である特養からの回収率は7割を超えていること、また今回の結果は東大阪市全域に展開する多数施設のケアスタッフからの回答を解析している点で、BPSDに対するケアの現状を少なからず明らかにし得たと考える。

1．BPSDに対するケアの特徴

表2のBPSDとケアの関連表から、(a)同じ事を何度も言うや(c)不平不満(m)物盗られ妄想などのBPSDに対しては①うまく合わせるというケアをすると報告されていたことから、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ると考えられた。水島ら[9]が比較的出現頻度は低いが介護する側が負担を強く感じると報告しているBPSDである(h)介護拒否、(k)暴力などのBPSDに対しては、⑨一緒に対応というケアをすると言う報告が多かった。このことはBPSDによってケアスタッフ自身の身体に危険が及ばないようにするために、1人でケアするのではなく、他のケアスタッフにケアを替わってもらったり、協力を得たりという対処が行われていたことを示していた。高齢者介護の現場ではこれまで転倒・転落防止などを理由に身体拘束が行われてきた経緯があるが、2001年に身体拘束ゼロ作戦が打ち出された現在でもなお身体拘束が行われていることが明らかとなった。認知症高齢者と接する際に

は、不安・恐れ・嫌悪といった気持ちから老人の態度・言動を無視・回避したり、自信なくおろおろしたり、感情的に忌避などしてはならず[7]、拘束をしないですむケアを考え出すようなケアスタッフの意識の啓発やケア環境の整備の必要性が考えられた。

2．次元からみたBPSDとケアが有する意味

次元1の“接近”は、ケアの際の物理的な距離だけを指すのではなく、認知症高齢者の思いに近づき、心に寄り添おうと努力し、相手に対し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であると考えられた。しかし、右方向の“接近”しないでケアを行うことは決してネガティブなケアではない。①うまく合わせるや②見て見ぬふりなどのケアが布置され、一見するとこれらのケアの印象は認知症高齢者を受け流しているような感があるが、ケアスタッフ自身の身体の安寧を守るという視座に立つとこれらのケアを一概に否定することはできないと考えられた。また、②見て見ぬふりはひとつの見守りの形であり、相手の行動を肯定も否定もしないケアであると考えられた。

第一、第四象限には接近型ではなく、身体拘束や叱責という人権擁護の観点から好ましくないケアが布置された。叱責は、森本[10]が報告した認知症高齢者に対する家族介護者の否認的態度と同様に、BPSDがみられる認知症高齢者が病気だと頭では納得させるが、思わず怒ってしまうという衝動的な感情であり、否定的な情動を有するケアが布置される象限であると考えられた。

第二、第三象限に属するケアは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であることが窺われた。老人に接するには、穏やかに安心させ、その老人への親しみ・理解を示し、まじめに受け止め老人との結びつきを図り、礼儀正しい年長者に対する態度が必要である。まず話を聞くことからはじめ、なるべく誘導的に相手に話させるようにする[7]ことが求められる。このようなケアは第二、第三象限に布置され、接近型のケアとして特徴づけられた。

V 本研究の限界と今後の課題

本研究では回収率が低く、結果を一般化するには限界があるため、今後は回収率をより高くすることや調査対象者や対象施設数を拡大する必要がある。また高齢者入所施設で提供されるBPSDへのケアの特徴や傾向を明らかにしたが、ケアの質改善のためには職種や勤務形態別、施設別などの分析が必要である。

BPSDに対してケアは一つだけ提供されるのではなく、いくつかのケアが複合的に提供されるのが実情であると考えられる。今後は、ケアがどのように組み合わされて提供されているのか、どのような組み合わせのケアとケアスタッフの負担度の間に関連があるのかについて更なる分析が求められる。

また、BPSDが生じた際に入所者への実際のケアによって入所者のBPSDがどのように転帰するのかについては明らかになっていないため、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ると考えられる。また、本研究ではBPSDの出現頻度は考慮していないため、今後はこれらを考慮した上での調査・研究が求められると考えられる。

VI 結論

BPSDとBPSDに対するケアとの関係について多重対応分析を行い2次元の解を得た。その結果から、BPSDに対するケアとして次元1はケアを行う際にケアスタッフと認知症高齢者が“接近”し、BPSDが接近されてケアされるものか・接近しないでケアされるものかということを示し、次元2は、主にBPSDの特性に関するものであり上方向は“行動優位のBPSD”、下方向は“言葉・態度優位のBPSD”を示すことが明らかとなった。これまで看護学分野では多重対応分析を用いた分析はほとんどなく、この手法により以上のように新たな統計学的視点からBPSDに対するケアの特徴を視覚化することができたこ

とから、今後は対象を拡大して研究を発展・深化させることによりBPSDに対するケアの体系化に貢献しうるものと考える。

謝辞

本研究は平成16年度大阪ガス福祉財団の助成を受けて実施された。また調査に協力して下さった介護保険施設のケアスタッフの皆様に深謝いたします。

引用文献

1) Balestreri L, Grossberg A, Grossberg GT. (2000).Behavioral and psychological symptoms in dementia as a risk factor for nursing home placement. Int Psychogeriatre, 12(Suppl.1), 59-62.

2) Opie J, Rosewarne R, O' Connor DW. (1999). The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. The Australian and New Zealand journal of psychiatry, Dec;33(6), 789-99.

3) 室伏君士編. (1990). 老年期痴呆の医療と看護. 東京, 金剛出版.

4) Finkel SI. (1996). New focus on behavioural and psychological signs and symptoms of dementia. Int Psychogeriatre, 8(Suppl. 3), 215-216.

5) 朝田隆, 本間昭, 木村通宏, 宇野正威. (1999). 日本語版BEHAVE-ADの信頼性について. 老年精神医学雑誌, 10(7), 825-834.

6) 溝口環, 飯島節, 江藤文夫, 石塚彰映, 折茂肇. (1993). DBDスケール(Dementia Behavior Disturbance Scale) による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日本老年医学会雑誌, 30(10), 835-840.

7) 室伏君士. (1998). 痴呆老人への対応と介護. 東京, 金剛出版.

8) 大隅昇. (2005). 対応分析法、数量化Ⅲ類法の考え方. 2007-09-25, http://wordminer.comquest.co.jp/wmtips/pdf/20050520_ohsumi_text.pdf

9) 水島ゆかり, 前田修子, 斎藤好子. (2005). 在宅痴呆性高齢者の行動障害に対する介護者の認識—日本とイギリスにおける一地方の比較から—, 日本地域看護学会誌, 7(2), 49-54.

10) 森本美奈子、柏木哲夫. (2001). 痴呆性高齢者に対する家族介護者の態度に関する研究, 大阪大学大学院人間科学研究科紀要, 27, 205-218.

THE RELATION OF BPSD (BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA) TO THE TYPES OF CARE IN NURSING FACILITIES

Masami Kutsumi・Keiko Sugiura・Mikiko Ito・Hiroshi Mikami

Abstract

The purpose of this study was to examine the characteristics and tendency of care provided to elderly people with dementia living in nursing facilities under the long-term care insurance system. A cross-sectional questionnaire survey was distributed to 633 care-providers in nursing facilities, and the data were obtained from 275 care-providers (222 care workers and 53 nurses). The multiple correspondence analysis revealed, 2 axes: one stood for "approach" : the distance between the elderly and the care-provider during caretaking and the other for "features" of BPSD such as "the behavior of BPSD" and "verbal and attitudes of BPSD". In the first and the fourth quadrants, the non-approach type of cares were plotted. Especially some undesirable cares in the context of the human rights perspective such as physical restraint or scolding were plotted. On the other hand, in the second and the third quadrants, the "approach" type of cares were plotted such as "behaving cooperatively" or "relieving anxiety". In this study we succeeded in visualizing statistically the characteristics of care provided to elderly people with dementia and BPSD by adopting the multiple corresponding analysis suggesting that this approach may contribute to the systematization of the care for BPSD in nursing facilities for the elderly.