

介護職員による認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）を
改善するための支援およびその質を高める要因に関する研究

The Analysis of the Factors Improving the Quality of the Care for the Elderly with
Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) by the Care Workers

平成24年度

大阪市立大学大学院 生活科学研究科 生活科学専攻

郑 尚海

序章 研究背景と目的

1. 研究背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
 - 1) 認知症高齢者や BPSD をめぐる状況と BPSD を改善することの重要性
 - 2) BPSD の概念規定
 - 3) BPSD 支援の概念規定と先行研究の現状・課題
2. 研究目的と論文の構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

第 1 章 BPSD 支援に関する先行研究の現状・課題

1. 本章の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
2. BPSD 支援の重要性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
3. BPSD 支援に関する先行研究の現状と課題・・・・・・・・ 8
4. 改善事例を用いた BPSD 支援に関する質的研究の提案・・・・ 13

第 2 章 BPSD 支援の具体的内容の検討

1. 本章の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
2. 研究方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
 - 1) 調査方法
 - 2) 分析方法
3. 研究結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
 - 1) 事例の高齢者の基本属性および BPSD の種類
 - 2) サブカテゴリーとカテゴリーの生成過程
4. 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
 - 1) BPSD 発生時の基本的対応
 - 2) BPSD に対する日常的配慮
 - 3) BPSD 発生時の基本的対応と BPSD に対する日常的配慮との関係性
5. 小括・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30

第 3 章 自己効力感を用いて測定する BPSD 支援の尺度作成と支援の構造

1. 本章の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
2. BPSD 支援を測定する方法としての自己効力感・・・・・・・・ 32
 - 1) 測定概念としての自己効力感
 - 2) 自己効力感の有用性
 - 3) 自己効力感を取り入れる必要性
 - 4) BPSD 支援の尺度の作成過程と結果
 - 5) 結論
3. BPSD 支援の尺度構造の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
 - 1) 研究方法
 - (1) 調査方法
 - (2) 調査内容

(3) 分析方法	
2) 研究結果	
(1) 調査対象者の基本属性	
(2) BPSD 支援の回答分布と因子構造	
(3) BPSD 支援の各因子の基礎統計量	
(4) 一般性自己効力感の回答分布と因子構造	
(5) BPSD 支援に関する基準関連妥当性の検討	
3) 考察	
(1) BPSD 支援の構造	
(2) BPSD 支援の現状	
4) 結論	
4. 小括	53

第4章 BPSD 支援と個人特性としてのパーソンセンタードケア実践度との関連

1. 本章の目的	56
2. 研究方法	57
1) 調査内容	
2) 分析方法	
3. 研究結果	58
1) パーソンセンタードケア実践度の信頼性・妥当性および基礎統計量	
2) 自主的外部研修参加	
3) BPSD 支援と個人特性との関連	
4. 考察	61
1) BPSD 支援と基本属性との関連	
2) BPSD 支援と個人特性としてのパーソンセンタードケア実践度や自主的外部 研修参加回数との関連	
5. 小括	63

第5章 BPSD 支援と職場環境要因との関連

1. 本章の目的	65
2. 研究方法	66
1) 調査内容	
2) 分析方法	
3. 研究結果	67
1) 職場環境要因の各因子の信頼性・妥当性および基礎統計量	
2) 所属機関による研修参加	
3) BPSD 支援と職場環境要因との関連	
4. 考察	71
1) BPSD 支援と所属機関との関連	

2) BPSD 支援と職場環境要因との関連	
5. 小括	73

終章 本研究のまとめと今後の課題

1. 本研究のまとめ	77
2. BPSD 支援の質を高めるための具体的提言	78
1) 支援における BPSD 発生時の基本的対応と日常的配慮の必要性	
2) 研修プログラムや教育カリキュラムにおけるパーソンセンタードケアの導入	
3) 上司サポート体制の充実	
4) 職員の自主性の尊重	
3. 本研究の限界と今後の課題	82

引用参考文献

参考資料

序章 研究背景と目的

1. 研究背景

1) 認知症高齢者や BPSD をめぐる状況と BPSD を改善することの重要性

日本の認知症高齢者は 2012 年現在、305 万人存在していると推計され、高齢者 10 人に 1 人が認知症に罹患しているという試算である（厚生労働省、2012）。しかし、2025 年には 470 万人にも達するとされ、高齢者 8 人に 1 人ということになる（厚生労働省、2012）。絶対的人数が多いうえ、増加スピードも速いことはいかたがえ。こうした認知症高齢者の半数が自宅で生活しているが、残りの半数が特別養護老人ホーム、医療機関やグループホームなどの施設を利用している（厚生労働省、2012）。

また認知症高齢者のなかに、徘徊、帰宅願望や妄想などの行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. 以下、「BPSD」とする) を示す高齢者の割合が非常に高い(8割程度)と報告されている(池田, 2002)。BPSD は認知症高齢者本人を苦しめるだけでなく、介護者の介護負担や介護ストレスを増大させる原因となりうると指摘されており(池田, 2002 ; 犬塚・ほか, 2002 ; 小林, 2002), Black ら (2004) は実証的研究を行い、BPSD が介護者の介護負担、心理的苦悩、抑うつ状態と有意に関連することを報告している。また施設利用の場合は、暴言・暴力などの BPSD がほかの高齢者の心身の状態にも影響を及ぼす可能性がある指摘されている(九津見・ほか, 2008)。したがって、BPSD を改善することは、高齢者本人だけではなく、介護を行う家族や職員、場合によっては生活をともにするほかの高齢者の QOL (生活の質) の向上にもつながると考えられ、BPSD を改善するための支援 (以下、「BPSD 支援」とする) に関する研究が重要であるといえる。

2) BPSD の概念規定

BPSD はかつて、明確な定義が存在しておらず、症状を例に挙げながら説明されることが多かった。また研究者によって、「周辺症状」「辺縁症状」「副症状」「随伴症状」「行動障害」「問題行動」など、さまざまな用語でよばれており(栗田, 2010)、このような状況は、日本のみならず諸外国においても同様であった(本間, 1998)。そこで用語の混乱を避けるため、1996 年に開催された国際老年精神医学会においては BPSD という概念が提唱され、定義と分類が行われた (IPA=2005)。それによると、BPSD は認知症高齢者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分または行動の障害による症状であり、大きく行動症状と心理症

状に分類することができる。行動症状とは、観察結果によって明らかにされるものであり、身体的攻撃性、喚声、不穏、徘徊などがあげられる。一方心理症状は、主として本人や家族との面接によって明らかにされるもので、不安、抑うつ気分、幻覚、妄想などの症状が含まれている。

BPSD の症状は多様であり、その出現頻度についてはいくつかの調査によって明らかとなっている。全国老人福祉施設協議会（2011）が日本全国 600 か所の特別養護老人ホームを対象に行った調査においては、「介護への抵抗」が 30.4%と最も多くみられ、「徘徊」が 25.3%、「妄想」が 24.7%、「昼夜逆転」が 22.8%、「帰宅願望」が 22.1%と続く。また日本認知症型グループホーム協会（2012）が会員施設 1000 か所に対する調査では、「不安」（54.3%）が最も多く、次いで「攻撃的な言動」（45.8%）で、「依存」（38%）と「介護への抵抗」（35.6%）も多くみられた。さらに、加瀬ら（2012）は施設介護職員と事業所介護支援専門員から 204 の改善事例を収集したが、そのうちの 6 割に徘徊、半数以上に介護への抵抗が出現したと報告している。

本研究においても、二つの調査（BPSD 支援の具体的内容を明らかにする質的調査と BPSD 支援の質を高めるための量的調査）を実施したが、いずれも BPSD の種類をたずねる質問項目を設定した。その結果、質的調査においては、39 の改善事例のうち（複数回答）、16 事例（41.0%）が「攻撃的言動」、15 事例（38.5%）が「徘徊」、12 事例（30.8%）が「帰宅願望」を示し、上位 3 位となった。量的調査においては、これまでの介護でかかわった改善事例を記入してもらった際に、もっとも改善された BPSD の種類（ひとつ）についてたずねた。その結果、322 事例が収集され、そのうち、「帰宅願望」が 108 事例（33.5%）で最も多く、次いで「攻撃的言動」が 63 事例（19.6%）、「徘徊」が 60 事例（18.6%）、「介護への抵抗」が 38 事例（11.8%）であり、この 4 種類の BPSD は合計 322 事例（83.5%）で事例全体の 8 割以上を占めている。

以上の先行研究の結果から、BPSD には多様な症状が含まれているが、現場の職員は、徘徊、攻撃的言動、帰宅願望や妄想などの BPSD を想定しながら調査に回答した可能性が高い。本研究では、そのことを前提に BPSD を位置づけ、現場の職員に対する調査を行った。

3) BPSD 支援の概念規定と先行研究の現状・課題

(1) BPSD 支援の概念規定

BPSD の発生にさまざまな背景要因があるといわれており、BPSD の意味やその背後に隠れている真のニーズを理解し、それに配慮した支援が求められる（福井，2005；松下ら，2002）。

またその際、最終的にその BPSD がどのようになればよいのかという課題が出てくると考えられる。九津見ら（2008）は介護保険三施設の職員 15 名（介護職 11 名，看護職 4 名）を対象にインタビュー調査を行い、BPSD の望ましい転帰についてたずねた。その結果、「BPSD が最小限となり混乱が収束する」と「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」の 2 つのカテゴリーが生成された。前者については、BPSD の発生が未然に防がれ、発生した BPSD が増強せず、認知症高齢者や周囲の人の混乱が最小限に収束するということであり、そのために、専門職が高齢者の性格や過去の生活を把握し、適切な支援方法を経験的に知っていることが重要であると指摘されている。また後者は、BPSD を有する高齢者本人はもちろん、周囲の高齢者も BPSD に心身や居場所が脅かされず、安寧に施設生活を送ることができるという概念である。そのために、場合によっては、徘徊に対して行動制限をせず、本人の歩きたいという欲求をを満たしつつ、周囲の人にも配慮を行うことが必要である。

暴力・暴言などのような BPSD は、高齢者本人あるいは周囲の人、特に同じ居住環境にいる他の高齢者の安全を脅かす可能性があるため、BPSD をなくすことや BPSD の出現回数を減少させることが必要となる場合もある。しかし、暴言・暴行といった自傷他害の可能性を伴わない BPSD に対しては、BPSD の出現回数を減少させることだけを支援目標とはせず、BPSD の背後にある要因やニーズを適切に捉え、高齢者本人や周囲の人の生活の質を向上させることができるような支援が求められる。本研究では、上記に述べたような支援を「BPSD を改善するための支援」といい、以下、「BPSD 支援」と表現する。

具体的には、本研究における BPSD 支援とは、自宅以外の居住環境においての支援をさし、それは BPSD を有する認知症高齢者本人や同一居住環境にいる他の高齢者が安心して日常生活を営むために行われる専門職（介護職員）による働きかけをいう。そして、そのような働きかけを行うためには、BPSD の背後にある要因やニーズを把握し、それらを考慮した支援を行うことが必要であるとされている。

（2）BPSD 支援に関する先行研究の現状と課題

現在、BPSD を改善するために、薬物による治療と非薬物による支援が行われており、

それに関する先行研究も多数なされている。そのうち、主に介護者によって実施される非薬物による支援に関する先行研究は、2種類に分類することができる。一つは BPSD に対する介入の効果を調査する介入研究で、もう一つは職員が現在行っている BPSD 支援を分析・整理したものである。これらの研究は BPSD 支援を行う際のヒントを示しており、重要な意義を持っている。ただし、両者とも課題を抱えているといわざるを得ない。前者の介入研究は、物理的な環境や建築構造の改築が必要な場合や、忙しい日常業務のなかで、定期的に行うことが困難である可能性が高く、BPSD 支援の全体像についても見えにくいと考えられ、後者は BPSD 支援の現状を分析・整理したことにとどまり、それらの支援が本当に BPSD の改善につながるかどうかについての検証は、課題として残されている。また、いずれの研究においても、BPSD 支援の質を高める要因の究明について言及されていない。

そこで本研究は、BPSD が改善された事例を収集・分析し、BPSD 支援の内容を明らかにするとともに、それらの支援の質を高めるための要因について検討する。

2. 研究目的と論文の構成

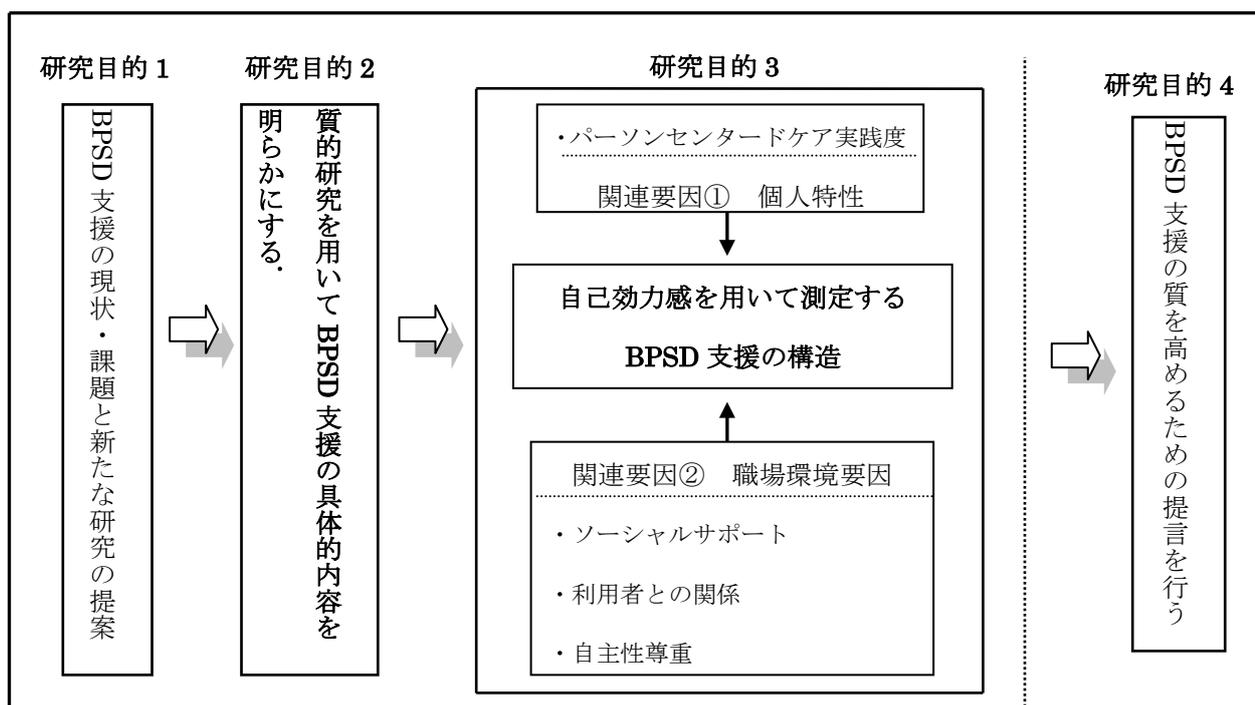
以上のことを踏まえ、本研究の目的は以下の 5 点と設定する（図序-1）。

目的 1：BPSD 支援に関する先行研究の現状と課題を整理する（第 1 章）。

目的 2：改善事例に基づいて質的分析を行い、BPSD 支援の具体的内容を明らかにする（第 2 章）。

目的 3：自己効力感を用いて BPSD 支援を測定する尺度を作成し、その尺度構成を明らかにするとともに、BPSD 支援の現状と関連要因を明らかにする（第 3 章・第 4 章・第 5 章）。

目的 4：本研究結果を踏まえ、BPSD 支援の質を高めるための提言を行う（終章）。



図序-1：本研究の枠組み

本論文は、第1章から第5章、および終章の6章構成である。具体的には以下のとおりである。第1章では、BPSD支援に関する先行研究を整理し、課題を述べたうえで、改善事例を用いた質的研究の提案を行う。第2章では、第1章で提案した質的研究の手順を踏み、BPSDが改善された事例を収集・分析し、BPSD支援の具体的内容を明らかにする。第3章では、第2章で明らかにした支援の内容をもとに、自己効力感を用いて測定するBPSD支援の尺度を作成する。また、作成した尺度を用いて、特別養護老人ホーム（以下、「特養」とする）と認知症型グループホーム（以下、「GH」とする）の介護職員を対象に調査を実施し、BPSD支援の構造と現状を明らかにする。第4章では、第3章で明らかにしたBPSD支援の構造を使い、介護職員のパーソンセンタードケアの実践度と自主的・外部研修の参加といった個人特性との関連を検討する。第5章では、第3章のBPSD支援の構造を使い、職場ソーシャルサポート（上司からのサポート、同僚からのサポート）、利用者との関係、自主性尊重といった職場環境要因との関連を検討する。終章では、以上5章の内容をまとめ、それを踏まえ、BPSD支援の質を高めるための提言を行う。そして、本研究の限界と今後の課題について述べる。

<引用文献>

- 池田学（2002）「痴呆の行動異常と他の症状との関連；アルツハイマー病の妄想を中心に」『老年精神医学雑誌』13（2），157.
- 犬塚伸・高橋徹他（2002）「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），146.
- 九津見雅美・山田綾・伊藤美樹子・三上洋（2008）「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」『日本看護研究学会雑誌』31(1)，111-120.
- 厚生労働省（2012）「認知症高齢者の数について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>
- 小林敏子（2002）「介護者からみた行動異常評価尺度（COBRA など）」『老年精神医学雑誌』13（2），181.
- 全国老人福祉施設協議会（2011）『特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究報告書』19.
- 成田健一・下仲順子・中里克治ほか（1995）「特性的自己効力感尺度の検討；生涯発達の利用の可能性を探る」『教育心理学研究』43(3)，306-314.
- 日本認知症グループホーム協会（2012）『グループホームの生活単位が及ぼすケアの質への影響に関する調査研究報告書』91.
- 福井貞亮（2005）「ニードによって引き起こされた妥協的認知症行動」『日本認知症ケア学会誌』4（3），554-558.
- 松下正明・金川克子（2002）『個別性を重視した痴呆性高齢者のケア』医学芸術社，69.
- IPA :International Phonetic Association（2003）Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack. (=2005, 日本老年精神医学会監訳『BPSD 痴呆の行動と心理症状』15, アルタ出版, 東京).
- Bandura, A（1995）Self-Efficacy in Changing Societies, Cambridge University Press.
(=2008, 本明寛・野口京子監訳『激動社会の中の自己効力』金子書房, 11-12.)
- Bandura, A（1997）Self-efficacy; The exercise of control. W.H.Freeman and Company. Yew York.
- Black W, Almeida OP（2004）A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *International Psychogeriatrics*, 16:295-315.

第1章 BPSD 支援に関する先行研究の現状・課題

1. 本章の目的

本章では、BPSD 支援に関する先行研究を整理し、その課題を述べたうえで、新たな実証的研究（質的研究）の提案を行う。具体的には、まず BPSD 改善を図ることの重要性を論じ、次に BPSD の支援に関する先行研究を整理し、先行研究における課題を整理する。そして、先行研究の現状を踏まえて、どのような研究が当該分野で求められているのかを述べ、BPSD 支援に関する研究の提案を行う。

2. BPSD 支援の重要性

認知症高齢者本人や周囲の人が安定した日常生活を確保するために、BPSD に対して支援を行うことが重要である。このことは、以下の視点から説明できる。

まず、BPSD は認知症高齢者のニーズの表現であり、周りの人はそのニーズを把握し、それに基づいた支援を行っていくことが求められる（福井，2005）。たとえば、NDB（Need-driven Dementia-compromised Behavior）理論においては、BPSD をニードによって引き起こされた妥協的な認知症行動にとらえ、認知症により意思の表現方法が制約される高齢者が残された能力で自分のニーズを表出していると解釈している（福井，2005）。つまり、BPSD がニーズである以上、周りの人、とくに専門職がそれに気づき、そのニーズの充足を行うことによって、BPSD の改善を図り、高齢者の QOL（生活の質）を向上させることが重要であると考えられる。

また、高齢者本人だけではなく、BPSD の改善は周りの人、特に家族や専門職などといった介護者の QOL の向上にもつながると考えられる。序章で述べたように、Black らは BPSD が介護者の介護負担、心理的苦悩、抑うつ状態と有意に関連することを報告している（栗田，2010）。高齢者の BPSD が改善されれば、介護者の介護負担や介護ストレスが軽減され、心理的苦悩や抑うつ状態がやわらぎ、介護者の QOL の向上につながる。介護者の心に余裕ができれば、よりよい介護ができると考えられる。

さらに、BPSD が自宅での介護を不可能なものとし、入院・入所の契機になることもあるため、BPSD を改善すれば、高齢者の入院・入所を減少し、医療・介護費用を抑える効果もあるといわれている（長倉・ほか，2009）。

このように、BPSD の改善は、高齢者本人だけではなく、介護者の QOL の向上にも影

響を与え、医療・介護費用の抑制効果も期待できるため、BPSDを改善するために、支援を行うことが重要であるといえる。

3. BPSD 支援に関する先行研究の現状と課題

序章で述べたように、BPSDの改善を図る非薬物による支援に関する先行研究(表1-2)は、介入研究とBPSDに対する日常的支援の現状分析の2種類が存在している。

介入研究については、主に物理的環境の整備、活動プログラム、行動療法、心理療法、アロマやマッサージによる介入や光療法などに関する先行研究はなされている(IPA=2005)。これらの研究は、いずれも何らかの特別な介入を通して支援方法の検討を行ったもので、BPSDに対する支援を行う際のヒントを示しており、重要な意義を持っている。ただし、物理的な環境や建築構造の改築が必要な場合や、忙しい日常業務のなかで、このような特別な介入を定期的に行うことが困難である可能性が高いことに加え、BPSD支援の全体像が見えにくいと考えられる。

また、特別な介入ではなく、現場の介護職員が日常的な支援を通して培ってきた経験知・実践知を整理することによって、BPSDに対する支援を検討した研究も存在している。山下ら(2006)は一般病院において調査を行い、頻回の声かけ、監視、リハビリテーション、向精神薬の投与、抑制、そばに付き添う、環境調整など、13種類の方法を整理した。Masamiら(2009)は高齢者福祉施設に勤務する職員15名(介護職11名、看護職4名)にインタビューし、情緒・行動的同調の技法(Emotional and behavioral-concordance techniques)、受容・支持的技法(Acceptance and supportive techniques)、制限の技法(Restraining techniques)、回避の技法(Avoidance techniques)の4つのカテゴリーと15の具体的な方法にまとめた。この二つの研究は、日常的支援の中で実際使われているBPSD支援で、一定の意義があると考えられるが、その有効性が検証されたわけではない。つまり、これらの研究はあくまで現場の支援方法を分析・整理したもので、BPSDの改善に有効であるかどうかについては、課題として残されている。

このように、非薬物によるBPSD支援に関するこれまでの実証的研究は、大きく介入研究と日常的支援に関する現状分析の2つに分けられる。前者は定期的な提供が困難な場合が多いうえ、支援の全体像も見えにくく、後者は有効性の検証に欠けていることが課題である。また、いずれの研究においても、これらの支援の質を高めるための方法について明示されていない。

そこで本研究では、実践現場における事例を収集・分析し、BPSDの改善につながった支援内容を明らかにする質的研究と、そのような支援の質を高める要因を分析する量的研究を融合させた実証的研究を提案したい。序章でも述べたように、現在、特別養護ホームなどの施設においても、認知症高齢者に対する適切な対応が求められ、特に日常的に実施可能で有効なBPSD支援の内容や、BPSD支援の質を高めるための具体的な方法を明らかにすることが求められている。そこで、本章の次節で、BPSD改善事例を用いた質的分析ではどのような点に留意する必要があるのかを、先行研究を踏まえて、検討する。そして、第2章でBPSD改善事例を用いた質的研究の内容を提示し、第3章から第5章で、第2章の質的研究を踏まえ、量的研究を用いたBPSD支援内容の分析およびBPSD支援の質を向上させるための関連要因分析の内容を提示する。

表 1-2 BPSD 支援（非薬物）に関する先行研究
 （本表は、IPA（=2005）に掲載された表を参考に、筆者が修正・加筆したものである）

方法	研究者	対象とする BPSD	具体的内容	主な結果
物理的環境 の調整 (介入 研究)	Dickinson ら (1995)	外出行動	ドアを同色のブラインドま たは綿シートで隠す	外出行動が減少
	Negley ら (1990)	エレベーター で食事室へ移 動中の攻撃性	食事をデイルームでとる（移 動の必要をなくす）	暴行が減少
	高橋ら（2007）	行動障害や精 神症状	家庭的要素を重視したユニ ットケアの導入	行動障害や精神症 状が改善
活動 プログラム (介入 研究)	Holmberg ら (1997)	徘徊	平日の夜に 90 分間の散歩プ ログラム	攻撃的事件の発生 率が有意に減少
	Namazi ら (1994)	焦燥	毎日 40 分間の身体活動プロ グラム	対照群に比べ焦燥 発作が有意に減少
	長倉ら（2009）	BPSD	グランドゴルフを用いた小 集団活動	BPSD が改善
音楽・ 音声・言語 (介入 研究)	Clark ら（1998）	攻撃性	入浴中に好きな音楽を流す	攻撃行動が有意に 減少
	Devereaux (1997)	焦燥	連続 5 日間にわたり好きな音 楽を 30 分間演奏	介入中および介入 直後の 30 分間は焦 燥が減少
行動療法 (介入 研究)	Bird ら（1995）	問題行動	合図で思い出せるサイン、ス タッフの関与	問題行動が減少
	Doyle ら（1997）	迷惑な発声	随伴性の強化：静かな行動を ほめる、激発は無視し、音 楽・会話・タッチ・視覚的補 助具で気を逸らす	うるささが有意に 減少
	Moniz-Cook ら (2001)	攻撃性と焦燥	系統的分析とスタッフが関 与する目標を定めた介入	攻撃性と焦燥が減 少

(表 1-2 の続き)

方法	研究者	対象とする BPSD	具体的内容	主な結果
マッサージ・アロマ (介入 研究)	Holmes ら (1997)	焦燥	2% ラベンダーオイルのア ロマセラピーを毎日	焦燥が改善
	Snyder ら (1995)	焦燥	ハンドマッサージを 1 日に 2 回	焦燥が有意に減少
	Suzuki ら (2010)	攻撃性	6 週間 (週 5 回) のタクテ ィールケアの長期介入	攻撃性が有意に改善
光療法 (介入 研究)	Lovell ら (1995)	夕暮れ症候群	2500xl の白色蛍光灯に朝 2 時間曝露	夕方の焦燥が有意に 減少
	Satlin ら (1992)	夕暮れ症候群	1500~2000xl の蛍光灯に夕 方 3 時間曝露を一週間実施	不穏が減少したが、 治療を止めるとまた 増加
心理療法 (介入 研究)	Baines ら (1987)	問題行動	グループ回想法	問題行動が減少
	Gibson ら (1994)	迷惑になる行 動	回想療法を含めた個人別ケ アプラン	焦燥と要求的行動が 減少
	草壁ら (2012)	BPSD	ライフレビューを反映した ケアプランを 4 週間実施	BPSD がかなり減少
介護者の 教育 (介入 研究)	Hagen ら (1995)	攻撃性	スタッフ向けの現任教育を 30 分間で 3 回	攻撃発生率が有意に 低下
	Haupt ら (2000)	焦燥と不安	週 1 回の介護者向けのグル ープ心理教育を 12 回	焦燥と不安が有意に 改善
	鈴木ら (2011)	BPSD	DCM 注) を 1 年間に 4 回導 入	BPSD が減少

(次ページに続く)

(表 1-2 の続き)

方法	研究者	対象とする BPSD	具体的内容	主な結果
方法不明 (BPSD に 対する日常 的支援の 現状分析)	山下ら (2006)	BPSD	<ul style="list-style-type: none"> ・ 頻回の声かけ ・ 詰め所での監視 ・ 個室管理 ・ 向精神薬の投与 ・ よい刺激をあたえる ・ その他 (早期退院など) ・ 監視 ・ 観察室への移動 ・ 家族の付き添い ・ リハビリテーション ・ 環境調整 	該当なし
個別インタ ビュー (BPSD に 対する日常 的支援の 現状分析)	Kutsumi ら (2009)	BPSD	<p><情緒・行動的同調の技法></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 傾聴・付き添い ・ 要求に応じる ・ 行動をとともにする <p><受容・支持の技法></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 見守り ・ 職員との関係形成 ・ 安心してもらう ・ 落ちついてケアする ・ 注意をそらす ・ 間違っ言動を正す <p><制限の技法></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 向精神薬 ・ 部屋にいてもらう ・ 他職員の協力を求める ・ 無視する ・ 行動制限 ・ つなぎ服 <p><回避の技法></p>	該当なし

4. 改善事例を用いた BPSD 支援に関する質的研究の提案

前述したように、BPSD 支援に関するこれまでの実証的研究は、介入研究と日常的支援の現状分析との 2 通りがあり、前者は現状において定期的な提供が困難である可能性が高く、後者は有効性の検証に欠けていることが課題である。そこで本章では、日常的支援において実施が可能で、BPSD の改善につながった支援を検討するために、福祉現場より事例を収集するという調査方法を提案する。その際、いくつかのことを検討しておく必要がある。

まず研究フィールドである。実践現場は、大きく在宅と施設との二つに分けることができるが、調査はどちらかの一方にするか、それとも両方で行うかという課題が出てくる。ただし、在宅に比べ、施設の場合は物理的環境も人的環境も一定の基準があり（ミネルヴァ書房編集部，2011）、フィールドとしてはある程度似ているため、分析は比較的単純で、結果もシンプルなものになると推測する。また、施設の場合、職員が長期にわたり高齢者と接している可能性が高いため、改善の要素がつかみやすい。したがって、探索的な調査としては、まず施設から行うほうが適切であると考えられる。

次に、調査方法である。事例を集める方法としては、個別インタビューと記述式調査の 2 つの方法が考えられるが、プロセスを分析したり細かく調査するならば前者がよく、多くの事例を集めるならば後者が効率的である。BPSD の支援内容を得るには、できるだけ多くの事例を収集し、多くの要素を抽出する必要があるため、調査したいことをわかりやすく説明し、その答えを記入してもらう記述式調査のほうが適切であると考えられる。

また、BPSD の改善の判断基準について検討しておくことが必要である。BPSD がなくなることを基準にするのか、BPSD の回数・頻度が減少することを基準にするか（加瀬・ほか，2012；武村・ほか，1999）、それとも、BPSD が相変わらず現れるが、高齢者の気持ちが落ちついたことでも改善とみなすのか（九津見・ほか，2008）、回答者によって異なると予測できる。そのため、調査票には判断の基準を明記する必要がある。

以上のことについて、調査にあたって検討しておく必要があると考えられる。次章では、以上の検討事項を念頭に入れ、質的調査を実施し、その結果をまとめる。

注) DCM (Dementia Care Mapping；認知症ケアマッピング) はパーソンセンタードケアの理念に基づき開発された認知症ケアの質の評価法であり、その評価を職員にフィードバックす

ることによって、ケアの質を高めることを目的としている。プロセスとしては、DCMを実施する前にまず、介護職員がパーソンセンタードケアについて勉強する。次に、訓練されたDCM実施者（マッパー）が、同じ場所にいる4～5人の認知症高齢者を6時間以上に連続して観察し、5分ごとにその行動と状態、および職員のケア内容をフォーマットされた用紙に記入する。最後に、マッパーがDCMの結果をまとめ、職員とその時の状況を確認しながら、ケアの良い点や改善点について話し合う。

<引用文献>

- 朝田隆（2011）「BPSDって何？」『月刊ケアマネジメント』22(6), 8-10.
- 井上千津子・澤田信子・白澤政和・本間昭監修 本間昭編（2009）『介護福祉士養成テキストブック 11 認知症の理解』ミネルヴァ書房, 19, 京都.
- 加瀬裕子・多賀努・久松信夫・横山順一（2012）「認知症の行動・心理症状(BPSD)と効果的介入」『老年社会科学』34（1）, 29-38.
- 草壁利江・安原耕一郎（2012）「対応困難な BPSD に対しライフレビューが有効であった認知症の 1 例；心理的要因への新たな取り組み」『日本認知症ケア学会誌』11(3), 700-708.
- 九津見雅美・山田綾・伊藤美樹子・三上洋（2008）「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」『日本看護研究学会雑誌』31(1), 111-120.
- 栗田主一（2010）「BPSD 概念の提唱と臨床への寄与」『老年精神医学雑誌』21（8）, 843.
- 鈴木みずえ・水野裕（2009）「重度認知症病棟における認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケアに関する介入の効果」『老年精神医学雑誌』20（6）, 668-680.
- 鈴木みずえ・水野裕・坂本涼子ほか（2011）「パーソン・センタード・ケアを目指した認知症ケアマッピング(DCM)の発展的評価介入の有効性；スタッフと認知症高齢者に及ぼす効果」『日本認知症ケア学会誌』10(3), 356-368.
- 高橋淳・横田修・藤沢嘉勝・佐々木健（2007）「認知症疾患治療病棟における家庭的環境と個別のケアの導入による治療の試み」『老年精神医学雑誌』18（12）, 1341-1349.
- 高橋未央・山下功一・天野直二（2010）「アルツハイマー病の BPSD」『老年精神医学雑誌』21（8）, 850.

- 武村真治・橋本廸生・古谷野亘・長田久雄（1999）「介護サービスが高齢者に及ぼす効果に関する介入研究；特別養護老人ホームにおける『声かけ』の効果の検証」『老年社会科学』21（1），15-25.
- 長倉寿子・森本恵美・時政昭次・関啓子（2009）「小集団活動が中等度認知症を有する高齢者の BPSD に及ぼす影響」『老年精神医学雑誌』20（12），1401-1408.
- 福井貞亮（2005）「ニードによって引き起こされた妥協的認知症行動」『日本認知症ケア学会誌』4（3），554-558.
- 本間昭（1998）「痴呆における精神症状と行動障害の特徴」『老年精神医学雑誌』9（9），1021.
- ミネルヴァ書房編集部（2011a）「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」『社会福祉小六法〔平成 23 年版〕』ミネルヴァ書房，519-540，京都.
- ミネルヴァ書房編集部（2011b）「指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営に関する基準」『社会福祉小六法〔平成 23 年版〕』ミネルヴァ書房，758-773，京都.
- 山下真理子・小林敏子・藤本直規ほか（2006）「一般病院における認知症高齢者の BPSD とその対応；一般病院における現状と課題」『老年精神医学雑誌』17（1），75-85.
- Baines S, Saxby P, Ehlert K（1987）Reality orientation and reminiscence therapy. A controlled cross-over study of elderly confused people. *The British Journal of Psychiatry*. 151 : 222-231.
- Bird M, Alexopoulos P, Adamowicz J（1995）Success and failure in five case studies: Used of cued recall to ameliorate behaviour problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. (10) 4:305-311.
- Clark M, Lipe A, Bilbrey M（1998）Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 24(7):10-7.
- Devereaux M（1997）The effects of individualized music on cognitively impaired nursing home residents exhibiting agitation(unpublished master's thesis). College of St. Catherine St. Paul MN.
- Dickinson J, McLain-Kark J, Marshall-Baker A（1995）The effects of visual barriers on exiting behavior in a dementia care unit. *Gerontologist*. 35(1):127-130.
- Doyle C, Zapparoni T, O'Connor D, Runci S（1997）Efficacy of psychosocial treatments for noisemaking in severe dementia. *International Psychogeriatrics*. 9(4):405-22.

- Gibson F. (1994) What can reminiscence contribute to people with dementia? Open University Press.46-60.
- Hagen B, Sayers D (1995) When caring leaves bruises: the effects of staff education on resident aggression. *Journal of Gerontological Nursing*. 21(11):7-16.
- Holmberg (1997) Evaluation of a clinical intervention for wanderers on a geriatric nursing unit. *Archives of Psychiatric Nursing*. 11(1): 21-28.
- Haupt M, Karger A, Jänner M (2000) Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(12):1125-1129.
- IPA :International Phonetic Association (2003) Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack. (=2005, 日本老年精神医学会監訳『BPSD 痴呆の行動と心理症状』15, アルタ出版, 東京.
- Kutsumi Masami, Ito Mikiko, Sugiura Keiko (2009) Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long-term care facilities in Japan. *Psychogeriatrics*, 9(4):186-195.
- Lovell B, Ancoli-Israel S, Gevirtz R (1995) Effect of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects. *Psychiatry Research*. 57(1):7-12.
- Moniz-Cook E, Woods RT, Richards K (2001) Functional analysis of challenging behaviour in dementia: the role of superstition. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16(1):45-56.
- Namazi K, Gwinnup P, Zadorozny C (1994) A low intensity exercise/movement program for patients with Alzheimer's Disease; the TEMP-AD Protocol. *Journal of Aging and Physical Activity*.2:80-92.
- Negley E, Manley J (1990) Environmental interventions in assaultive behavior. *Journal of Gerontological Nursing* . 16(3):29-33.
- Satlin A, Volicer L, Ross V, Herz L, Campbell S (1992) Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*. 149(8):1028-1032.

Snyder M, Egan EC, Burns K (1995) Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia. *Geriatric Nursing*. 16(2):60-3.

Suzuki M, Tatsumi A, Otsuka T, Kikuchi K, Mizuta A, Makino K, Kimoto A, Fujiwara K, Abe T, Nakagomi T, Hayashi T, Saruhara T (2010) Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 25(8):680-6.

第2章 BPSD 支援の具体的内容の検討

1. 本章の目的

第1章で述べたように、BPSD に対する日常的支援に関する先行研究においては、BPSD 支援の現状分析にとどまり、有効性の検討はあまりなされていない。そこで本章では、福祉の実践現場において、BPSD の改善につながった事例を収集・分析し、BPSD に対する日常的支援を行う際に、現場でどのような有効な支援がなされているのかを明らかにする。

2. 研究方法

1) 調査方法

調査は、A 県老人福祉施設協会の会員である介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）88ヶ所及び通所介護事業者75ヶ所、計163ヶ所宛に、一事業所につき3部の調査票を郵送するという方法であった。無記名の記述式調査票を用い、BPSD が改善されたと思われる事例の収集を行った。なお、BPSD という用語は、現場の職員にとって必ずしもなじみのある言葉ではないことを考慮し、国際老年精神医学会によって提示された行動症状と心理症状の代表的な例や先行研究を参考に、調査票の表紙において以下のような説明を加えた。

今回取り上げる認知症による行動・心理症状（BPSD）については、統計・分析の都合上、代表的な下記の症状を対象と考えておりますが、どの症状にもあてはまらない場合はその他の症状として回答してください。

（1）認知症による行動症状

- ①徘徊 ②攻撃的言動（暴言・暴力） ③異食 ④不潔行為 ⑤収集癖
- ⑥性的逸脱行為 ⑦帰宅願望 ⑧ケアへの抵抗 ⑨その他

（2）認知症による心理症状

- ①妄想 ②幻覚 ③抑うつ ④不安・焦燥 ⑤無気力 ⑦その他

また、事例の選定については、単なる BPSD の症状がなくなったり、軽減されたりするような事例だけではなく、日常生活において笑顔が増えたり、他者とのコミュニケーションが増えたりするような変化のある事例も改善事例として考えると明記した。そして回答

者の選任は各事業所に一任することとした。主な調査項目は、①事例に出た高齢者の基本属性（年齢、性別、日常生活自立度）、②BPSDの種類（複数回答可の選択式）、発生時の様子、その言動の背景要因に対する理解および理解の方法、③改善に結びついた支援の方法、④改善と思われた理由、であった。調査期間は2007年10月12日から11月24日までとした発送数は489件で、回収数は76事例（そのうち、特別養護老人ホーム57事例、通所介護事業者16事例、その他3事例）であった。なお、長期入所施設のほうが高齢者の状況や支援の全体像を把握しやすいことや、職員のなかでももっとも高齢者と接しており、高齢者のことをよく知っているのが介護職員であることを考え、特別養護老人ホームの介護職員の回答から得られた42事例を分析対象とした。ただし、分析に必要な情報が不足していた3事例を分析過程で除外した。したがって、本論文に使用したのは特別養護老人ホームの介護職員による39事例であった。

なお、倫理的配慮として、調査協力者（事業者）に対し、協力できない場合は回答しなくてもよいことと、回答されたデータは個人や事業所が特定できないようプライバシー保護に関して十分な配慮のもとで分析することを依頼文書に明記した。

2) 分析方法

分析は、内容分析の手法を用いて、以下の手順で行った（Krippendorff=2003）。

- ア. 主に「改善に結びついた支援の方法」という調査項目に対する回答から、BPSD支援に関する文章・キーワードを抽出した。なお、この際、ほかの調査項目に対する回答の内容をも参考にした。
- イ. 抽出した文章・キーワードを内容の特徴からグループ化し、サブカテゴリーとした。
- ウ. 支援を行った時期に共通点をもつサブカテゴリーをカテゴリーとして整理した。
- エ. カテゴリー間の関係性について論じた。

また、分析にあたっては、質的研究において経験のある研究者のスーパービジョンを受けながら、認知症ケア経験10年以上を有する現場職員7名（そのうち、介護職4名、社会福祉職2名、看護職1名）との共同作業で行った。

3. 研究結果

1) 事例の高齢者の基本属性および BPSD の種類

事例の高齢者の性別は、女性が 37 人 (94.9%)、男性が 2 人 (5.1%) であり、女性が多かった。年齢は、86-90 歳が 14 人 (35.9%) で最も多く、次に 81-85 歳が 7 人 (17.9%) であった。なお、75 歳以上、いわゆる後期高齢者が 32 人 (82.1%) で、全体の 8 割以上を占めた。「障害老人の日常生活自立度」は、B2 が 10 人 (25.6%) でもっとも多く、次いで A1 が 8 人 (20.5%) であった。「認知症高齢者の日常生活自立度」は、Ⅲa が 8 人 (20.5%)、Ⅱb とⅣがそれぞれ 6 人 (15.4%) であった。

また、高齢者のもつ BPSD の種類 (複数回答) については、攻撃的言動が 16 人 (41.0%) でもっとも多く、次に徘徊行動が 15 人 (38.5%) で、三番目に多かったのは帰宅願望の 12 人 (30.8%) であった。

2) サブカテゴリーとカテゴリーの生成過程

2-2) の分析方法に示した手順でデータを分析した結果、7 のサブカテゴリーが生成され、この 7 のサブカテゴリーを BPSD 発生時の基本的対応と BPSD に対する日常的配慮という 2 つのカテゴリーにまとめた (表 2-1 を参照)。以下、この 2 つのカテゴリーに分けて、サブカテゴリーとカテゴリーの説明と生成過程を示す。なお、< > は上位カテゴリー、[] はカテゴリー、「」は事例からの引用を示している。

表 2-1 BPSD 支援の具体的内容の生成過程

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容（一部抜粋）
(1) < BPSD 発生時の基本的対応 >	① [BPSD 発生時の安全確保]	「独歩されるとのことで <u>転倒の危険があるため U 字歩行器を使用しても</u> らうように声かけを行ない、最初はなかなか使用してもらえなかったが最近では、毎日使用し歩行していただいています」（事例 11）。
		「口論等があったため場合、間に入り対話を持った」（事例 17）。
	② [BPSD 発生時の受容的対応]	「食事はいろいろと品を変え食べて頂いたり、 <u>1 回とばして次に全食摂取ならよいと広い目で観察する</u> 」（事例 6）。
		「訴えを十分聞き、思いを <u>受け止める</u> 」（事例 30）。
(2) < BPSD に対する日常的配慮 >	① [高齢者の肯定的心理を活用した支援]	「少人数でいるときや居室で過ごしているときは落ち着いていた。食事は少人数のグループに分けて別の場所に変えた」（事例 67）。
		「本人が推理小説が好きなことや他の人と同じような物が食べたいことや甘い物が好きなどいろいろな事がわかってきた（糖尿で食事制限をされている）。そのため許せる範囲で食べてもらうようにした」（事例 63）。
	② [高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援]	「ユニット内においてもできる <u>家事を手伝って頂く</u> ようにした」（事例 45）。
		「 <u>タオルをたたんだり、手先を使う作業を</u> してもらう」（事例 61）。
	③ [高齢者との人間関係を形成・維持するための支援]	「全職員に早急に <u>信頼関係を築く</u> よう働きかけ、本人に対して声かけ、訪室、親身な相談をするようにした。また他の利用者にも働きかけ利用者同士の友好関係の構築を行った」（事例 55）。
		「家族に毎晩、電話を本人にかけていただき話をしてもらう」（事例 59）。
	④ [集団活動や個別対応による日常生活の活性化]	「気分転換に <u>散歩する</u> 」（事例 10）。
		「 <u>機能訓練、行事などに参加を勧め</u> 、利用者自身に仕事をしてもらい運動などを働きかけ、集団生活に慣れてもらうように支援した」（事例 52）。
	⑤ [物的・物理的環境を配慮した支援]	「居室環境を可能な限り在宅（自宅）の居室の有様に近づけた（ベッドをタタミと布団に、なじみのタンス、置物など）」（事例 59）。
		「 <u>車いすを変更</u> したことにより、行動範囲が増えたため、ストレスが軽減したのではないかと」（事例 70）。

(1) <BPSD 発生時の基本的対応>の生成過程

① [BPSD 発生時の安全確保]

BPSD 発生時の安全確保とは、BPSD が起った際に、高齢者本人や他的高齢者の安全を守るための対応のことである。39 事例のうち 3 事例において安全確保という対応がなされていた。以下はその例である（事例の詳細な情報は参考資料 A を参照）。

- ・「転倒の危険があるため U 字歩行器を使用してもらった」（事例 11）
- ・他的高齢者と「口論などがあった場合、間に入り対話を持った」（事例 17）

② [BPSD に対する受容的対応]

BPSD に対する受容的対応とは、高齢者の BPSD をありのままに受け入れる姿勢・態度のことであり、またその姿勢・態度を具体的な行動で高齢者に伝えることである。39 事例のうち 4 事例において受容的対応が行われていた。

- ・家族のことを心配して家に帰りたがる高齢者に対し、「訴えを十分に聞き、思いを受けとめた」（事例 30）
- ・食欲低下の高齢者に対し、「一回飛ばして次に全食摂取ならよいと広い目で観察した」（事例 6）

また、[BPSD 発生時の安全確保] [BPSD に対する受容的対応] という 2 つのサブカテゴリーは、高齢者の BPSD 発生時に行われた関わりであるという時間的共通点から、<BPSD 発生時の基本的対応>というカテゴリーとしてまとめた。

(2) <BPSD に対する日常的配慮>の生成過程

① [高齢者の肯定的心理を活用した支援]

高齢者の肯定的心理を活用した支援とは、日頃から高齢者の趣味、関心、嗜好、好みなどの心理的側面に働きかけることによって、高齢者の BPSD の改善を図ることである。39 事例のうち 11 事例において高齢者の肯定的心理を活用した支援がなされていた。各支援のなかで、二番目に多かった。以下は、それぞれ高齢者のこだわり、好みと趣味を活用した例である。

- ・集団の中にいることが苦手なため、食事の時に落ち着かなくなる高齢者に対し、「食事は少人数のグループに分けて別の場所に変えた」（事例 67）
- ・同性介護に抵抗がみられる高齢者に対し、「女性スタッフが替わって介護する」（事例 53）
- ・共同用のものを自分の部屋に持ち込む高齢者に対し、「本人が推理小説が好きなことや他の人と同じようなものが食べたいことや甘いものが好きなど、いろいろなことがわかってきて」、「許せる範囲で食べてもらうようにした」（事例 63）

②〔高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援〕

高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援とは、高齢者自身のことや職員の仕事の手伝いなど、適切な役割を高齢者に果たしてもらうことによって、高齢者の BPSD の改善を図ることである。なお、39 事例のうち 8 事例において高齢者の役割形成・遂行に対する支援がなされていた。

- ・集団生活ですることがないため家に帰りたがる高齢者に対し、「自室の掃除をしてもらった」（事例 52）
- ・一人でいると寂しくて家に帰りたがる高齢者に対し、他の高齢者と一緒に「タオルをたたんだりして手先を使う作業をしてもらった」（事例 61）
- ・夕方になると帰宅し夕飯の用意などをしなければならぬと思いはじめる高齢者に対し、「ユニット内においてできる家事を手伝っていただくことにした」（事例 45）

③〔高齢者との人間関係を形成・維持するための支援〕

高齢者との人間関係を形成・維持するための支援とは、高齢者本人と他の高齢者、職員、家族との関係に働きかけることによって、高齢者の BPSD の改善を図ることである。39 事例のうち 21 事例において高齢者との人間関係の形成・維持に対する支援がなされていた。各支援のなかで、もっとも多く取り入れられた。

- ・信頼できる人がいなくて妄想がみられる高齢者に対し、「声かけ、訪室、親身な相談をすることにした」（事例 55）
- ・攻撃的言動のある高齢者に対し、「ボール遊びなどをして他の高齢者とのコミュニケーション

ンを図り、交流を深めていけるように支援した」(事例 51)

- ・夕方になると家に帰りたがる高齢者に対し、「家族に毎晩、電話を本人にかけていただき話をしてもらおう」(事例 59)

④〔集団活動や個別的対応による日常生活の活性化〕

集団活動や個別的対応による日常生活の活性化とは、行事、レクリエーションなどの大人数の活動や個別的な活動により、高齢者の日常生活にメリハリをつけることによって、高齢者の BPSD の改善を図ることである。39 事例のうち 9 事例において高齢者の日常生活を活性化するための支援がなされていた。各支援方法のなかで、三番目に多い方法であった。

- ・集団生活ではすることがないため家に帰りたがる高齢者に対し、「機能訓練、行事などに参加することを勧めた」(事例 52)
- ・昼夜を問わず大きな声で怒鳴り、独語の多い高齢者に対し、「気分転換のために散歩に連れて行く」(事例 10)

⑤〔物的・物理的環境を配慮した支援〕

物的・物理的環境を配慮した支援とは、普段使っている物品や居住空間などの環境に対する工夫を行うことによって、高齢者の BPSD の改善を図ることである。39 事例のうち 4 事例において高齢者の物的・物理的環境を配慮した支援がなされていた。

- ・職員や他の高齢者に対する攻撃的言動がみられる高齢者に対し、ストレスを軽減するため「車椅子を変更し、行動範囲を増やした」(事例 70)
- ・「転倒の危険があるため U 字歩行器を使用してもらった」(事例 11)
- ・自分の居場所がわからず不安になる高齢者に対し、「居室環境を可能な限り自宅の居室の有様に近づけた」(事例 59)

以上の〔高齢者の肯定的心理を活用した支援〕〔高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援〕〔高齢者との人間関係を形成・維持するための支援〕〔集団活動や個別的対応による日常生活の活性化〕〔物的・物理的環境を配慮した支援〕という 5 つのサブカテゴ

リーは、BPSD が起っていない普段からの、BPSD に対する心がけや働きかけであることから、＜BPSD に対する日常的配慮＞というカテゴリーに集約した。

4. 考察

今回の調査結果において、現場の職員が日常的に行われた BPSD に対する支援は、＜BPSD 発生時の基本的対応＞と＜BPSD に対する日常的配慮＞という2つのカテゴリーに大別された。また、それぞれいくつかのサブカテゴリーが含まれることが明らかとなった。以下には、この結果に対する考察を行う。

(1) ＜BPSD 発生時の基本的対応＞の考察

先述したように、〔BPSD に対する受容的対応〕〔BPSD 発生時の安全確保〕は、BPSD が発生した際の対応であることから、＜BPSD 発生時の基本的対応＞というカテゴリーに集約した。

高齢者の BPSD を発見した際、まずその言動によって、高齢者本人や周りの人の安全や健康に害を及ぼす可能性を推測する必要があると考えられる。認知症高齢者が認知能力や判断能力が低下しており、自ら危険な状況を認識したり、回避したりすることができにくくなっているため、職員はかわりに高齢者の安全を守らなければならないとされている（加藤，1992）。たとえば、転倒する可能性があるなら見守りを行ったり、他の高齢者とトラブルを起こした際にその間に入り関係調整を行ったりする。

〔BPSD 発生時の安全確保〕を行っただけで、もし危険な状況ではなければ、いたずらにその言動を否定したり止めたりせず、受け入れることが望ましいと指摘されている（本間，1998；加藤，2002）。これは、社会福祉支援の基本である『受け止める』というバイステックの原則にも一致すると考える（Beistek=2001）。つまり、高齢者の BPSD を受け入れるということが、BPSD を高齢者の特性の一部として認識し、その特性をもつ高齢者自身を尊重することになる。また、それが内面的態度としてだけでなく、その態度を意識し、専門的行動を通して高齢者に伝えることも必要である。〔BPSD に対する受容的対応〕によって、介護者は精神的に余裕ができ、高齢者の言動の変化を予測することも可能となるともいわれている（繁田，2005）。逆にその言動を否定したり止めたりすると、解決どころか、かえって危険性のある行動をエスカレートさせてしまうとも考えられる。

以上のことから、高齢者の BPSD を発見した際、〔BPSD 発生時の安全確保〕や〔BPSD に対する受容的対応〕といった＜BPSD 発生時の基本的対応＞が重要であるといえる。

(2) ＜BPSD に対する日常的配慮＞

〔高齢者の肯定的心理を活用した支援〕〔高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援〕〔高齢者との人間関係を形成・維持するための支援〕〔集団活動や個別的対応による日常生活の活性化〕〔物的・物理的環境を配慮した支援〕という 5 つのサブカテゴリーは、＜BPSD 発生時の基本的対応＞と異なり、日頃から BPSD に対する働きかけであることから、＜BPSD に対する日常的配慮＞という上位カテゴリーに集約した。以下に、この結果に対する考察を述べる。

① 高齢者の肯定的心理を活用した支援

BPSD が発生する背景には、不満、不安、心配、プライドが傷つけられるなど、心理的な要因が多く存在しているといわれている（西元，2008）。そのため、BPSD の改善を考える際には、これらのマイナス的な心理要因を取り除き、満足、安心、プライドの尊重といったプラス的な心理に働きかけることが、重要なポイントとなると考えられる。高山は、BPSD に対応する際に、高齢者の言動を尊重する態度の重要性を強調している（高山，2007）。また鎌田は、自尊心を傷つけない対応が認知症高齢者の精神的・情緒的安定をもたらし、BPSD の多くは解消されると述べている（鎌田，2002）。今回の調査においても、高齢者の嗜好や趣味を取り入れたり、高齢者のプライドを尊重した対応を行ったりすることによって、BPSD の改善につながったという結果が出ており、高齢者の肯定的心理を活用することの重要性が示唆された。

以上のことから、日頃から高齢者の趣味や嗜好などの肯定的心理に働きかけることが重要であるといえる。

② 高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援

認知症になると、記憶障害の影響や判断能力の低下により、できないことが増え、それが混乱、不安や自信喪失といった心理につながり（認知症介護研究研修センター，2008）、BPSD を引き起こす可能性がある。そのため、できないことをさりげなくカバーしながら

も、高齢者に自分の部屋の掃除や整理など、高齢者自身の周りのことをできる範囲でしてもらうことが、高齢者の安心や自信回復につながると考えられる。このことは同時に、利用者の自立生活支援という社会福祉の目的とも一致すると考える。また施設利用の場合は、高齢者がやることなく暇な状況が続くと、落ち着かず歩き回ったり家に帰りたくなったり、さらにそれでストレスを感じ他人に対し攻撃的になったりする可能性がある。しかし、日頃から高齢者に簡単な作業をしてもらうと、高齢者が『自分はまだ人の役に立てる存在である』と認識するようになり、日常生活に充実感や満足感をもつことにつながる（認知症介護研究研修センター，2008；松下・ほか，2002）。これは BPSD を引き起こすと考えられている不安や自信喪失といった要因を軽減することができるため、BPSD の改善にとっても重要な方法であり、高齢者の QOL（生活の質）の向上にとっても必要な視点であると推測される。

以上のことから、日頃から高齢者の役割形成や遂行を支援することが重要であるといえる。

③高齢者との人間関係を形成・維持するための支援

施設利用となると、高齢者の人間関係が職員、他の高齢者や面会に来る家族との関係にほとんど限定されてしまい、この三者との関係はより重要となってくる。加藤（2009）は、認知症高齢者と介護者との関係性によって BPSD が誘発される可能性があり、さらにその BPSD の発生によって介護者が不適切な支援を行うと、BPSD が悪化するという悪循環を生じる可能性を指摘しているが、逆により関係ができると、安心感が与えられ、BPSD の改善・予防につながるとも述べている。ただし、職員はずっとひとり的高齢者に付ききりで関わるのが困難であるため、他の高齢者との関係作りも重要となってくる。高齢者同士が互いに世話をする関係となれば、日常生活に充実感や満足感をもち、BPSD がされる可能性があると考えられる。室伏（2008）は、なじみの人間関係をつくることの重要性を強調しており、三好（2003）も人間関係作りを認知症高齢者に対する支援のポイントの一つとしてあげている。室伏と三好がいう人間関係には、職員との関係も含まれているが、より強調されているのは高齢者同士の関係であると読み取れる。

むしろ、職員や他の高齢者との関係だけではなく、今まで関わってきた家族との関係維持も重要である。家族に面会に来てもらうことによって、高齢者が家族との絆を確かめることができ、精神的な安定につながると考えられる。

以上のことから、日頃から高齢者本人と職員や他的高齢者との関係形成、高齢者本人と家族の関係維持に働きかけることが重要であるといえる。

④ 集団活動や個別的対応による日常生活の活性化

高齢者が施設に入ると、地域などの外部からの刺激が少なくなり、生活は単調なものになってしまう可能性がある。しかし認知症高齢者であっても、日常生活において適切な刺激を与えられることが必要とされている（加藤，1992）。そのため、日々の生活にレクリエーションや行事活動などの集団活動を取り入れ、高齢者たちに共感できる場を提供することが重要である。それによって仲間意識が芽生え、高齢者自身の存在感を認識できるような効果があるといわれている（全国老人保健施設協会，2000）。また長倉ら（2009）は、集団活動は BPSD に対する治療的介入に有効であると報告している。ただし、集団活動だけでは、高齢者一人ひとりのニーズに対応できない場合もあるため、個別的な対応も時には必要である。特に、BPSD の背景要因は高齢者によって異なるため、画一的な刺激源より、一人ひとりの高齢者の特性に応じたものを活用することが望ましいとされている（鎌田，2002）。

以上のことから、日頃から高齢者の日常生活を活性化するように支援することが重要であるといえる。

⑤ 物的・物理的環境を配慮した支援

認知症をもつ高齢者は、環境の変化に弱いといわれている（鎌田，2002）。そのため施設を利用する際は、居室環境をできるだけ自宅の部屋に近けるように工夫することや、自宅で使用していたものを持ち込むことによって、高齢者が安心感をもち、落ち着くと考えられる。今回の調査においては、居室を自宅のようにたたみ部屋にすることで家に帰りたがるという BPSD が軽減された事例や、自宅で使用していたタンスを施設に持ち込むことで物を集めるという BPSD がなくなった事例が記述されたが、先述したような理由が働いたと推察できる。また、居室やタンスなどの物理的環境だけではなく、日常生活に使う道具も場合によって高齢者の気持ちに影響を与える可能性がある。たとえば、今回の調査では、車椅子を自走できるタイプに変更することで高齢者のストレス発散につながり、他人に対する攻撃的行為という BPSD が軽減されたという事例が報告されている。

以上のことから、日頃から高齢者にまつわる物理的環境や使っている道具などの物品に

配慮することが重要であるといえる。

(3) <BPSD 発生時の基本的対応>と<BPSD に対する日常的配慮>との関係性

今回の調査結果により、現場職員の BPSD に対する日常的支援は<BPSD 発生時の基本的対応>と<BPSD に対する日常的配慮>との二つの側面からなることが明らかとなった。以下に、この両者の関係について考察する。

<BPSD 発生時の基本的対応>というのは、文字通り BPSD が起こった時の関わりであり、<BPSD に対する日常的配慮>は BPSD が起こっていないが、それを軽減・するために、普段からそれに留意したり働きかけたりすることである。

認知症高齢者の BPSD に直面した際に、専門職として何らかの対応を行うことが求められる。見守りを行ったり、高齢者の話に耳を傾けたり、行動をともにしたりすることによって、高齢者に安全と安心を与える。これは BPSD を支援する際の重要な視点である。しかし、<BPSD 発生時の基本的対応>だけでは、対症療法的な対応にとどまることが多く、BPSD の軽減・予防にならないこともあると考えられる。山口ら（2009）は、職員の勘や経験に基づくその場しのぎの対応では BPSD の軽減につながりにくい指摘し、高齢者の生活歴を軸にした言動の理解の重要性を述べている。加藤も、BPSD に対するその場しのぎの対応がすでに限界に来ており、その言動の背景を理解することが重要であると指摘している（加藤、2006）。したがって、<BPSD 発生時の基本的対応>を行うと同時に、高齢者の言動の背後に隠されている要因・ニーズを把握・理解し、その要因・ニーズに沿った支援を日頃から行うことも必要であると考えられる。これは本研究でいう<BPSD に対する日常的配慮>である。また、<BPSD に対する日常的配慮>を行う際に、高齢者の生活歴、職歴や生活習慣などが重要な手がかりとなるが、<BPSD 発生時の基本的対応>を通して得られた情報も重要なヒントであると考えられ、<BPSD 発生時の基本的対応>を行う際に、<BPSD に対する日常的配慮>から得られた知見も対応の手がかりとなると推測される。したがって、BPSD に対する支援を実践する際には、基本的に<BPSD 発生時の基本的対応>と<BPSD に対する日常的配慮>との両方が必要で、両者が互いに対応のヒントとなり、関連し合う関係にあることが明らかとなっている。

5. 小括

本章では、BPSD 支援の具体的内容を明らかにするために、実践現場から事例を収集し、分析を行った。その結果、現場において認知症高齢者の BPSD に対する支援を行う際に、BPSD が起った場面での〈BPSD 発生時の基本的対応〉と、BPSD が起っていない普段からの働きかけである〈BPSD に対する日常的配慮〉という二つの側面から行われていることが、明らかとなった。このことから、BPSD 支援を行う際、〈BPSD 発生時の基本的対応〉と〈BPSD に対する日常的配慮〉との両方から考える必要があると示唆された。また、〈BPSD 発生時の基本的対応〉には、〔BPSD 発生時の安全確保〕と〔BPSD に対する受容的対応〕、〈BPSD に対する日常的配慮〉には、〔高齢者の肯定的心理を活用した支援〕、〔高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援〕、〔高齢者との人間関係を形成・維持するための支援〕、〔集団活動や個別的対応による日常生活の活性化〕と〔物的・物理的環境を配慮した支援〕が含まれており、さらに、それぞれ対応する項目の内容も本研究で明らかとなった。

本章で得られた支援は、実際に現場で BPSD の改善につながったものであり、BPSD 支援を考える上で非常に有効である可能性がある。ただし、これらの支援方法は、現場の職員によって実践されないとその意義があまりない。そのため、BPSD 支援の質を高めるための方法に関する検討も必要であると考えられる。そこで、次章より、自己効力感という概念を取り入れ、BPSD 支援の尺度を作成し、その支援の質を高めるための関連要因を検討する。

<引用文献>

- 加瀬裕子・多賀努・横山順一（2012）「認知症ケアにおける効果的アプローチの構造；認知症の行動・心理症状(BPSD)への介入・対応モデルの分析から」『社会福祉学』53（1），3-15.
- 加藤伸司編（1992）『痴呆性老人の心理学』中央法規，167，東京.
- 加藤伸司（2002）「痴呆性高齢者の行動障害」『高齢者痴呆介護実践講座 I』中央法規，東京.
- 加藤伸司（2006）「認知症ケアの今後の課題—地域の目線から」『月刊総合ケア』16（10），48-49
- 加藤伸司（2009）「認知症の人の心理的特徴」『改訂・認知症ケアの基礎』45-58，ワールドプランニング，東京.
- 鎌田ケイ子（2002）『チャートで展開する痴呆ケアマニュアル』高齢者ケア出版，東京.

- 全国老人保健施設協会編集（2000）『[改訂版]全国老人保健施設痴呆性老人ケアマニュアル』厚生科学研究所，東京。
- 高山成子（2007）「認知症の人の BPSD（行動・心理症状）；その考え方と対応の基本」『看護技術』53(12)，63-66.
- 長倉寿子・森本恵美・ほか（2009）「小集団活動が中等度認知症を有する高齢者の BPSD に及ぼす影響」『老年精神医学雑誌』20（12），1401-1408.
- 西本幸雄（2008）『認知症高齢者のケアプラン作成マニュアル；平成 19 年度長寿社会福祉基金による研究報告書』社会福祉法人青山里会。
- 認知症介護研究研修センター編（2008）『認知症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』認知症介護研究研修東京センター．東京。
- 繁田雅弘（2005）「行動サインとその対応」『認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの実際Ⅱ：各論』ワールドプランニング，東京。
- 本間昭（1998）「痴呆における精神症状と行動障害の特徴」『老年精神医学雑誌』9(9)：1019.
- 松下正明・金川克子監修（2002）『個別性を重視した痴呆性高齢者のケア』医学芸術社，東京。
- 三好春樹（2003）『痴呆論』雲母書房，東京。
- 室伏君士（2008）「認知症高齢者に対するメンタルケア」『老年精神医学雑誌』19（1）：21-27.
- 山口敬士・山田純・ほか（2009）「“なんでだろう？”『ライフシート』から認知症の行動・心理症状軽減へ」『第 10 回日本認知症ケア学会プログラム・抄録集』ワールドプランニング，230.
- Biestek , F. P（1957）The Casework Relationship. Loyola University Press.
- （=2001，尾崎新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則 [新訳版]』誠信書房）。
- Krippendorff（1989）Content Analysis ; An introduction to its Methodology. （=2003，三上俊治・橋元良明・椎野信雄訳『メッセージ分析の技法；「内容分析」への招待』勁草書房）。
- Sherer M. Adams, C.H（1983）Construct validity of the self-efficacy scale. *Psychological Reports.* 53, 899-902.
- Tipton R.M. Worthington E.L（1984）The measurement of generalized self-efficacy: A study of construct validity. *Journal of Personality Assessment.* 48,545-548.

第3章 自己効力感を用いて測定する BPSD 支援の尺度作成と支援の構造

1. 本章の目的

第2章では、質的分析によって BPSD 支援の具体的内容を明らかにした。本章以下では、その成果を用いて BPSD 支援の質を高めるための要因を検討する。まず、本章では、BPSD 支援の質を高めるための要因分析を行う前に、BPSD 支援の内容および構造を確定するために、自己効力感を用いた BPSD 支援の尺度を作成し、その尺度構造を明らかにする。その上で、次章以降、本章で検証された BPSD 支援の尺度を用いて、BPSD 支援の質に関連する要因分析を行うこととする。

本章では、自己効力感の概念を整理し、導入する有用性と必要性を論じたうえで、自己効力感を用いた BPSD 支援に関する尺度作成過程を述べ、最終的な BPSD 支援尺度の構成内容を明示する。そして、BPSD 尺度の構造と内容の妥当性を示すために、その尺度の構成概念妥当性と基準関連妥当性の検討を行う。

2. BPSD 支援を測定する方法としての自己効力感尺度

1) 測定概念としての自己効力感

自己効力感 (Self-Efficacy) は、社会的学習理論あるいは社会的認知理論において展開された概念である。東條ら (2001) は、自己効力感がある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信であると説明しており、成田ら (1995) は個人がある状況で必要な行動を効果的に遂行できる可能性の認知であると定義している。つまり、自己効力感は「自身に対する自信の程度」と理解することができよう。

自己効力感には 2 つの水準があるとされている。一つは一般的な日常生活の行動に影響する自己効力感で一般的自己効力感または特性的自己効力感とよばれ、もう一つは、ある特定の課題や場面の行動に影響を与える自己効力感で、特定行動における自己効力感とよばれる (佐藤, 2009)。

2) 自己効力感の有用性

自己効力感は、あらかじめ測定しておくことによって、行動変化の度合いを予測することができるため、恐怖反応、不安反応や喫煙行動などの臨床場面において、効果的な治療を検討する際に有効であるとされている (東條・ほか, 2001)。また臨床心理学領域だけで

はなく、社会福祉の領域においても在宅高齢者の自己効力感を高めることによって望ましい行動を促したり、積極的な行動を誘発したりする研究もみられる（青木・ほか，2001）。

さらに、利用者側だけではなく、教師や看護師などの専門職がいかに職業的役割をよりよく果たせるかを検討するために、自己効力感という概念を導入する先行研究も多数存在している（野田・ほか，2004；鈴木・ほか，2007；山本，2009；鈴木・ほか，1998）。自己効力感が注目される背景には、以下のようなことが根拠となっていると考えられる。人間は自分の行動によって望んだ効果を生み出せると信じれば実際その行動に移す可能性が高いとされている（Bandura，1997）。また自己効力感の高い人は、困難な仕事を避けずに直面し、より努力すると同時に、失敗や挫折からすばやく立ち直る傾向があるといわれている（Bandura=2008）。つまり、自己効力感の高い人ほど行動を起こしやすく、目標達成ができるといえる。逆に、自己効力感の低い人は、考えが揺らぎ、意気が低下し、仕事の質も悪くなるとされている（Bandura=2008）。したがって、専門職従事者の自己効力感を高めることができれば、モチベーションを向上させ、サービスの質の改善にもつながると考えられる。また、自己効力感とは性格特性と同様に、個人の行動傾向に長期的な影響を与えるため、一度高められると、仕事に長期的な効果が期待できる（東條・ほか，2001）。以上のことより、専門職従事者の自己効力感を高めることが重要で、それを議論することが必要であるといえる。

3) 自己効力感を取り入れる必要性

自己効力感の有用性については、先述したとおりである。しかし、それでも、なぜ「している」「していない」という実践度ではなく、自己効力感を導入するののかに関して、説明を加える必要がある。

本研究における量的調査の目的は、改善事例から抽出された支援をよりよく実践できるための方法を検討することにある。そのため、回答者のある種の「優劣」を測り、その関連要因を明らかにしなければならない。しかし、改善事例から抽出された支援は、BPSD全体に共通するものもあれば、BPSDの種類によって独特なものもある。また、同じ種類のBPSDについても、職員によって方法が異なることもありうると推測される。他方、調査回答者がすべてのBPSDの改善を経験しているとは限らない。そのため、ある方法について「していない」と回答していても、それが「劣」と判断するのは適切ではない。したがって実践度を測定しても、「優劣」がわからず、方法をよりよく実践できるための方法を

検討するという調査目的は達成できない。

しかし、自己効力感は、その方法を使ったことがなくても、仮にその方法が必要となるとき、できる自信があるかどうかでたずねるため、上述したような問題が起きない。加えて、自己効力感という概念の有用性をも考慮すれば、この概念の導入が適切であるといえる。

4) BPSD 支援の尺度の作成過程と結果

BPSD 支援の項目設定については、まず第 2 章で提示した BPSD 支援の内容を参考に、下位領域を作成することとした（表 3-1）。

その際、ほかのサブカテゴリーをそのままに下位尺度としたが、〔高齢者の肯定的心理を活用した支援〕と〔集団活動や個別的対応による日常生活の活性化〕の 2 つを余暇活動の参加促進支援に集約し、余暇活動の参加促進支援の自信という下位尺度となった。高齢者の肯定的心理を活用した支援とは、高齢者の趣味、関心や嗜好などを活用する支援で、個人レベルで関わる場合もあれば、同じ趣味・関心をもつ高齢者を集めて集団で行う場合も考えられる。他方、〔集団活動や個別的対応による日常生活の活性化〕とは、高齢者の日常生活により刺激を与えるために行う行事、レクリエーションなどの集団活動や、散歩、買い物、ドライブなどの個別的な活動である。したがって、両者とも日常生活のなかに、楽しい時間をつくるという余暇活動的な部分が含まれているため、余暇活動の参加促進支援に集約した。

したがって最終的には、BPSD 支援の下位尺度として、安全配慮、受容的対応、人間関係形成・維持支援、役割形成支援、余暇活動の参加促進、なじみの環境整備、の 6 つの領域となった。

表 3-1 本研究における質的研究の成果と BPSD 支援の下位尺度との対比

本研究の質的研究の結果	BPSD 支援の下位尺度
BPSD 発生時の安全確保	安全配慮
BPSD 発生時の受容的対応	受容的対応
高齢者の肯定的心理を活用した支援	余暇活動参加促進支援
高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援	役割形成支援
高齢者との人間関係を形成・維持するための支援	人間関係形成・維持支援
集団活動や個別的対応による日常生活の活性化	余暇活動参加促進支援
物的・物理的環境を配慮した支援	なじみの環境整備

さらに、下位尺度を測定するための質問項目についても、先行研究・文献（永田，2006；鎌田，2002；全国老人保健施設協会，2000）や本章の分析で使用した改善事例に記述された支援などを参考に検討した。最終的に安全配慮の自信 5 項目，受容的対応の自信 5 項目，人間関係形成・維持支援の自信 10 項目，役割形成支援の自信 7 項目，余暇活動の参加促進の自信 4 項目，なじみの環境整備の自信 4 項目，計 35 項目（表 3-2）を作成した。各項目に対し，回答選択肢は「まったくできない」（1 点）から「かなりできる」（4 点）の 4 段階評価で設定した。なお，得点が高いほど BPSD 支援における自己効力感が高いことを示している。

表 3-2 自己効力感を用いた BPSD 支援尺度の調査項目

<p>安全配慮の自信 (5項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者が健康によくないものを口に入れるのを見かけたら、落ち着いて対応することができますか。 ・ 高齢者が他の高齢者をたたくのを見かけたら、落ち着いて対応することができますか。 ・ 高齢者が職員の手伝いをするつもりだが、その行為自体が多少危険性を伴う場合、安全に留意しながら見守ることができますか。 ・ 転倒する可能性のある高齢者が徘徊している場合、安全に留意しながら見守ることができますか。 ・ 長く徘徊する高齢者に対して、水分補給を促すなど、高齢者の健康に配慮することができますか。
<p>受容的対応の自信 (5項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家に帰りたいと訴える高齢者に対して、「帰りたい」という気持ちを受けとめることができますか。 ・ 何度も同じことを訴えに来る高齢者に対して、そのつど耳を傾けることができますか。 ・ 妄想で物が盗まれたと訴える高齢者に対して、一緒に探すなど、高齢者の言動を否定しない対応を行うことができますか。 ・ お風呂に入りたがらない高齢者に対して、また時間をずらして誘うなど、高齢者の気分を害さない対応を行うことができますか。 ・ 夜遅くまで起きている高齢者に対して、話の相手になるなど、無理に寝かせない対応を行うことができますか。
<p>高齢者の人間関係形成・維持支援の自信 (10項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者に積極的に声をかけることができますか。 ・ 介助の際、できるだけ高齢者とコミュニケーションを多くとることができますか。 ・ 必要であれば一対一で高齢者の話し相手になることができますか。 ・ 高齢者の関心のあることを話題にコミュニケーションをとることができますか。 ・ 家族に面会に来てもらうよう調整することができますか。 ・ 高齢者と家族が電話で交流できるよう調整することができますか。 ・ 家族が面会に来た際、高齢者の最近の様子を的確に説明することができますか。 ・ 施設内で高齢者と他の高齢者とのなじみの関係をつくる際に、認知レベルが近いことや共通話題をもっていることなど、高齢者間の共通性を配慮して行うことができますか。 ・ 施設内で高齢者と他の高齢者とのなじみの関係をつくる際に、高齢者のことを受け入れてもらえるよう他の高齢者に紹介することができますか。 ・ 施設内で高齢者と他の高齢者とのなじみの関係をつくる際に、高齢者と他の高齢者と仲良くなるまでの過程を見守ることができますか。

(次ページに続く)

<p>高齢者の役割形成支援の自信（7項目）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設内で高齢者に何らかの役割を担ってもらう際、高齢者の能力に応じて行うことができますか。 ・ 施設内で高齢者に何らかの役割を担ってもらう際、必要であればそのやり方をわかりやすく説明することができますか。 ・ 高齢者が過去にしていたことを役割として取り入れることができますか。 ・ 高齢者が頼まれたことをうまくやれた場合、適切にほめることができますか。 ・ 高齢者が頼まれたことをうまくできるようになるまで、あたたかく見守ることができますか。 ・ 高齢者が提供された役割に興味を示さないと判断した場合、また別の適切な役割を探し出すことができますか。 ・ 高齢者が特技を持っている場合、その特技を高齢者から教えてもらう場面をつくることができますか。
<p>高齢者の余暇活動参加促進の自信（4項目）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 趣味活動やレクリエーションなどの余暇活動に高齢者を誘う際、高齢者の興味や関心などの個別性を考慮して行うことができますか。 ・ 高齢者が興味をもつ余暇活動を積極的に取り入れることができますか。 ・ 余暇活動に関して、高齢者の上手なところを適切にほめることができますか。 ・ 高齢者がその余暇活動に興味を示さないと判断した場合、高齢者が興味を示す別の余暇活動を探し出すことができますか。
<p>なじみの環境整備の自信（4項目）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者にとってなじみのある居住環境に関する情報を的確に把握することができますか。 ・ 高齢者のプライベート空間を自宅の部屋の雰囲気にならげるよう環境整備を行うことができますか。 ・ 施設内の公共スペースにおいて、高齢者が落ち着けるような場所をつくることができますか。 ・ 施設内の公共スペースに高齢者が落ち着けるような場所がある場合、いつでもそこにいられるように調整することができますか。

5) 結論

以上、第2章の研究成果をもとに、6下位尺度によって構成されたBPSD支援尺度を作成し、対応する項目についても検討した。次から、以上に検討された調査項目を用いて、量的調査を実施し、その尺度構造と現状を明らかにする。

3. BPSD 支援の尺度構造の検討

1) 研究方法

(1) 調査方法

本研究では、2011年11月26日時点においてWAMNETに登録されている全国の特別養護老人ホームとグループホームのうち、それぞれ1,000ヶ所を無作為に抽出し、1施設につ

き 1 部, 計 2,000 部の無記名の自記式調査票を各施設宛に郵送した。回答者は, 現在の施設において 1 年以上の認知症介護の経験があり, 現在も認知症介護に直接携わっている介護職員 1 名とし, その選出は各施設に一任することとした。なお, BPSD という用語は, 現場の職員にとって必ずしもなじみのある言葉ではないことを考慮し, 調査にあたり国際老年精神医学会によって提示された例や先行研究を参考に, 調査票の表紙に以下のような説明を加えた。

「認知症をもつ高齢者の中には, 徘徊や帰宅願望, 妄想などを有する方々がいらっしゃいます。これらの症状は, これまで問題行動や行動障害などと呼ばれていましたが, 近年, 認知症高齢者の行動・心理症状 (以下, BPSD) という言い方になりました。」

調査期間は, 2011 年 12 月 30 日から 2012 年 1 月 30 日までとし, 657 票 (32.9%) が回収された。そのうち, 無回答 2 票と, 本章と第 4 章, 第 5 章の分析に必要な質問項目に欠損値のある 75 票を分析から除外し, 最終的に有効回答数は 580 票 (29.0%) となった。

また倫理的配慮としては, 調査協力者 (施設および職員) に対し, 回答はあくまで個人の自由意志によるものであり, 調査回答の有無によって回答者への不利益が生じることが一切ないこと, 記入された情報は, 調査実施者以外の第三者の目に触れないよう厳重に管理されること, 調査結果は個人や施設が特定できないようにし, 個々の回答内容が公に出ることは一切ないことを調査依頼文に明記した。なお, 本研究の調査方法や調査内容については, 大阪市立大学大学院生活科学研究科倫理委員会からの承認を得ている。

(2) 調査内容

調査票では, 調査協力者の基本属性 (性別, 年齢, 介護経験年数, 所持資格および所属施設の種類), 自己効力感を用いて測定する BPSD 支援, 一般性自己効力感についてたずねた。

BPSD 支援は本章の調査項目を用いる (表 3-2)。またこれらの調査項目については, 質問項目の作成後, 高齢者福祉領域の研究者 3 名によるエキスパートレビューを受け, 指摘された内容を参考に修正を行った。このことより, 本研究で使用された調査項目が内容的妥当性を有すると判断した。

一般性自己効力感は, BPSD 支援尺度の構成概念妥当性を検証するために, 外的基準と

して採用した尺度である。坂野・東條によって作成され、信頼性と妥当性はすでに確認済みである（坂野，1989）。3 因子 16 項目で構成されており，本研究では各項目に対し，「まったく思わない」（1 点）から「かなり思う」（5 点）の 5 段階評価を用いた（表 3-4）。なお逆転項目については，反転してから配点を行った。したがって点数が高いほど一般性自己効力感が高いことを示している。

（3）分析方法

分析の手順として，まず第 1 に，BPSD 支援の構造を明らかにするために，35 項目をすべて投入し探索的因子分析を行った。因子抽出の基準を固有値 1 以上とし，因子負荷量が 0.40 に満たない項目を削除する形式で項目の選定を行った。抽出された因子については，その信頼性（内的一貫性）を Cronbach の α 係数より確認した。第 2 に，探索的因子分析で抽出された各因子を第一次因子，その上位概念としての「BPSD 支援における自己効力感」を第二次因子とする二次因子モデルを設定し，構造方程式モデリングを用いてモデルの適合度を確認した。第 3 に，外的基準を用いた構成概念妥当性を検討するため，構造方程式モデリングを用いて，BPSD 支援と一般性自己効力感との関連を検証し，モデルの適合度を確認した。

さらに，BPSD 支援の状況を把握するために，因子別の平均素得点を算出した。

なお，構造方程式モデリングにおいては，各因子における因子負荷量の上位 3 項目を投入し，適合度の評価指標については，一般的によく使用されている GFI, AGFI, CFI, RESEA を用いた。また，GFI, AGFI が 0.90 以上，CFI 0.95 以上 RMSEA が 0.05 以下であれば，モデルがデータをよく説明していると判断され，RMSEA が 0.1 以上になると，モデルを棄却すべきとされている（豊田，2008；小塩，2008）。以上の分析について，Amos19.0 と SPSS19.0J for Windows を用いた。以下，各章において構造方程式モデリングを用いた場合，項目の投入方法とモデルの適合度の判断は，すべてこれに従う。

2) 研究結果

（1）調査対象者の基本属性（表 3-3）

性別は，女性が 392 名（64.1%），男性が 220 名（35.9%）で女性が多かった。年齢は平均 40.3 歳であり，「30 代」が 215 名（35.4%）と最も多く，次いで「50 代」が 128 名（21.1%）であった。介護の経験年数は平均 9.2 年で，そのなかで「6～10 年」が 249 名（40.9%）と

最も多く、次いで「5年および以下」が157名（25.8%）であった。所持資格（複数回答）については、8割近く（476名、78.3%）の回答者が介護福祉士の資格を持っており、現場の平均水準に比べ高い所持率であった。役職は、中間管理職（リーダー、主任など）が58.4%で最も多く、一般介護職員が29.3%で管理職が12.3%であった。また所属機関については、特養が291名（46.2%）で、グループホームが321名（53.8%）であった。

表3-3 調査協力者の基本属性

項目	カテゴリー	人数	割合 (%)
性別	女性	371	64.0
	男性	209	36.0
年齢 (平均 39.9±11.3 歳)	20代以下	117	20.2
	30代	209	36.0
	40代	101	17.1
	50代	118	20.3
	60代以上	35	6.0
介護福祉士の資格	あり	455	78.9
	なし	122	21.1
役職	一般介護職員	172	29.9
	施設中間管理職	336	58.3
	管理職	68	11.8
介護の経験年数 (平均 : 9.0±5.4 年)	5年以下	150	25.9
	6-10年	237	40.9
	11-15年	125	21.6
	16-20年	44	7.6
	21年以上	24	4.2
所属施設の種類	特養	278	47.9
	グループホーム	302	52.1

(2)BPSD 支援の回答分布と因子構造

BPSD 支援の回答分布は表 3-4 に示したとおりであった。その因子構造を把握するために、35 項目をすべて投入し探索的因子分析（主因子法，プロマックス回転）を行った。より内的一貫性を高めるために、因子負荷量が 0.4 以下の項目を削除し、繰り返し行った。最終的には 22 項目で構成される 5 因子が抽出された（表 3-5）。なお尺度の信頼性については、22 項目全体の α 係数は 0.925 で、第 1～5 因子はそれぞれ 0.882, 0.800, 0.791, 0.794, 0.809 とすべてにおいて 0.79 以上であり、比較的高い信頼性が示された（堀，2001）。

第 1 因子は 7 項目で、高齢者の余暇活動への参加を促進する働きかけや役割作りを工夫する項目によって構成されているため、＜余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信＞と解釈した。第 2 因子は 5 項目で、高齢者と他の高齢者との関係作りや高齢者と家族とのつながりを維持するための働きかけに関する項目が集約されているため、＜他の高齢者との関係形成支援および家族との関係維持支援の自信支援の自信＞と解釈した。第 3 因子は 3 項目で、施設の公共スペースや高齢者のプライベート空間でなじみの環境を作る自信に関する項目が構成されているため、＜なじみの環境整備の自信＞と解釈した。第 4 因子は 4 項目で、BPSD 発生時の安全確保を行う自信に関する項目が集約されているため、＜安全配慮の自信＞と解釈した。第 5 因子は 3 項目で、職員が高齢者と良い関係をつくるための働きかけに関する項目によって構成されているため、＜職員と高齢者との関係形成の自信＞と解釈した。

表 3-4 BPSD 支援の調査項目・回答分布と平均素得点

項 目	度数 (%)				平均値 (SD)
	全く できない	あまり できない	まあまあ できる	かなり できる	
安全配慮の自信					
a1異食時に落ち着いて対応できる	0(0)	23(4.0)	361(62.2)	196(33.8)	3.30(0.54)
a2暴力時に落ち着いて対応できる	0(0)	19(3.3)	362(62.4)	199(34.3)	3.31(0.53)
a3手伝う際に安全に留意して見守れる	0(0)	47(8.1)	362(62.4)	171(29.5)	3.21(0.58)
a4徘徊時に安全に留意して見守れる	1(0.2)	42(7.2)	369(63.6)	168(29.0)	3.21(0.57)
a5長く徘徊時に健康に配慮できる	1(0.2)	47(8.1)	348(60.0)	1846(31.7)	3.23(0.59)
受容的対応の自信					
a6帰宅願望の気持ちを受け止めることができる	0(0)	40(6.9)	361(62.2)	179(30.9)	3.24(0.57)
a7訴えの多い時でも傾聴できる	1(0.2)	77(13.3)	347(59.8)	155(26.7)	3.13(0.62)
a8妄想時に言動を否定しない対応できる	1(0.2)	55(9.5)	356(61.4)	168(29.0)	3.19(0.60)
a9入浴しない時に気分を害さない対応できる	0(0)	34(5.9)	338(58.3)	208(35.9)	3.30(0.57)
a10昼夜逆転時に無理に寝かせない対応できる	1(0.2)	45(7.8)	350(60.3)	184(31.7)	3.24(0.59)
高齢者の人間関係形成・維持支援の自信					
b1積極的に声をかけることができる	0(0)	31(5.3)	325(56.0)	224(38.6)	3.33(0.57)
b2介助の際コミュにケーションを多くとれる	0(0)	34(5.9)	344(59.3)	202(34.8)	3.29(0.57)
b3一対一で話し相手になることができる	1(0.2)	35(6.0)	298(51.4)	246(42.4)	3.36(0.60)
b4関心のあることを話題にコミュニケーションをとることができる	2(0.3)	54(9.3)	382(65.9)	142(24.5)	3.14(0.58)
b5家族面会の調整ができる	18(3.1)	188(32.4)	285(49.1)	89(15.3)	2.77(0.74)
b6家族と電話での交流を調整できる	23(4.0)	155(26.7)	294(50.7)	108(18.6)	2.84(0.77)
b7家族に高齢者の様子を的確に説明できる	0(0)	41(7.1)	328(56.6)	211(36.4)	3.29(0.59)
b8共通性を配慮した関係作りができる	4(0.7)	98(16.9)	375(64.7)	103(17.8)	2.99(0.61)
b9他の高齢者に受け入れられるように高齢者のことを紹介できる	1(0.2)	70(12.1)	391(67.4)	118(20.3)	3.08(0.57)
b10他の高齢者と仲良くなるまで見守れる	3(0.5)	99(17.1)	382(65.9)	96(16.6)	2.98(0.60)
高齢者の役割形成支援の自信					
b11能力に応じて役割作りできる	2(0.3)	69(11.9)	350(60.3)	159(27.4)	3.15(0.62)
b12役割のやり方をわかりやすく説明できる	2(0.3)	56(9.7)	374(64.5)	148(25.5)	3.15(0.59)
b13過去にしていたことを役割に取り入れることができる	9(1.6)	145(25.0)	334(57.6)	92(15.9)	2.88(0.68)
b14頼まれたことをうまくやれた時に適切にほめることができる	1(0.2)	17(2.9)	304(52.4)	258(44.5)	3.41(0.56)
b15頼まれたことをうまくやれるまで見守れる	2(0.3)	47(8.1)	377(65.0)	154(26.6)	3.18(0.57)
b16興味を示さない場合、別な役割を探し出せる	3(0.5)	123(21.2)	375(64.7)	79(13.6)	2.91(0.60)
b17特技を教えてもらう場面を作れる	9(1.6)	136(23.4)	330(56.9)	105(18.1)	2.92(0.69)
高齢者の余暇活動参加促進の自信					
b18個別性を配慮して余暇活動に誘うことができる	6(1.0)	122(21.0)	360(62.1)	92(15.9)	2.93(0.64)
b19興味のある余暇活動を取り入れることができる	7(1.2)	210(36.2)	299(51.6)	64(11.0)	2.72(0.67)
b20余暇活動の上手なところを適切にほめることができる	1(0.2)	39(6.7)	360(62.1)	180(31.0)	3.24(0.57)
b21興味を示さない場合、別な余暇活動を探し出せる	3(0.5)	216(37.2)	319(55.0)	42(7.2)	2.69(0.61)
なじみの環境整備の自信					
b22なじみのある居住環境に関する情報を的確に把握できる	8(1.4)	219(37.8)	314(54.1)	39(6.7)	2.66(0.62)
b23自宅の部屋の雰囲気近づける環境整備できる	21(3.6)	239(41.2)	272(46.9)	48(8.3)	2.60(0.69)
b24公共スペースで落ち着ける場所をつくれる	12(2.1)	165(28.4)	353(60.9)	50(8.6)	2.76(0.63)
b25公共スペースで落ち着ける場所にいつでもいられるよう調整できる	10(1.7)	111(19.1)	374(64.5)	85(14.7)	2.92(0.63)

表 3-5 BPSD 支援の探索的因子分析の結果

質問項目	因子負荷量				
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
第1因子<余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信>					
b21興味を示さない場合、別な余暇活動を探し出せる	.830	-.068	.050	.002	-.058
b19興味のある余暇活動を取り入れることができる	.757	-.075	.119	-.021	.009
b18個性を配慮して余暇活動に誘うことができる	.718	.101	-.027	-.064	.020
b16興味を示さない場合、別な適切な役割を探し出せる	.601	.189	.031	.084	-.148
b17特技を教えてもらう場面を作れる	.557	.143	.040	-.046	.108
b20余暇活動の上手なところを適切にほめることができる	.535	.074	-.090	.111	.101
b13過去にしていたことを役割に取り入れることができる	.407	.154	.163	-.043	.069
第2因子<他の高齢者との関係形成支援および家族との関係維持支援の自信>					
b10他の高齢者と仲良くなるまで見守れる	.067	.731	-.035	-.016	-.018
b9他の高齢者に受け入れられるよう高齢者のことを紹介できる	.087	.724	-.130	.072	-.041
b8共通性を配慮した関係作りができる	.091	.679	-.036	-.046	.069
b6家族と電話での交流を調整できる	-.011	.435	.226	.023	.000
b5家族面会の調整ができる	-.059	.419	.286	.011	.062
第3因子<なじみの環境整備の自信>					
b24公共スペースで落ち着ける場所をつくれる	.019	-.068	.860	.008	.018
b23自宅の部屋の雰囲気近づける環境整備できる	.157	-.049	.644	.033	-.089
b25公共スペースで落ち着ける場所にいられるよう調整できる	.006	.034	.641	.004	.061
第4因子<安全配慮の自信>					
a2暴力時に落ち着いて対応できる	-.146	.163	.008	.784	-.024
a1異食時に落ち着いて対応できる	-.142	.054	.139	.730	-.041
a3手伝う際に安全に留意して見守れる	.220	-.118	-.076	.630	.022
a4徘徊時に安全に留意しえ見守れる	.200	-.124	-.044	.558	.140
第5因子<職員と高齢者との関係形成の自信>					
b2介助の際コミュにケーションを多くとることができる	.005	-.056	.063	-.005	.785
b1積極的に声をかけることができる	.015	-.014	-.083	.083	.754
b3一対一で話し相手になることができる	-.039	.103	.024	-.040	.731

<設定時の下位尺度と項目>

<因子分析後の構造>

安全配慮の自信
 a1異食時に落ち着いて対応できる
 a2暴力時に落ち着いて対応できる
 a3手伝う際に安全に留意して見守れる
 a4徘徊時に安全に留意して見守れる
 a5 長く徘徊時に健康に配慮できる

受容的対応の自信
 a6帰宅願望の気持ちを受け止めることができる
 a7訴えの多い時でも傾聴できる
 a8妄想時に言動を否定しない対応できる
 a9入浴しない時に気分を害さない対応できる
 a10 昼夜逆転時に無理に寝かせない対応できる

高齢者の人間関係形成・維持支援の自信
 b1積極的に声をかけることができる
 b2介助の際コミュにケーションを多くとれる
 b3一対一で話し相手になることができる
 b4関心事を話題にコミュニケーションをとることができる
 b5家族面会の調整ができる
 b6家族と電話での交流を調整できる
 b7家族に高齢者の様子を的確に説明できる
 b8共通性を配慮した関係作りができる
 b9他の高齢者に受け入れられるように高齢者を紹介できる
 b10他の高齢者と仲良くなるまで見守れる

高齢者の役割形成支援の自信
 b11能力に応じて役割作りできる
 b12役割のやり方をわかりやすく説明できる
 b13過去にしていたことを役割に取り入れることができる
 b14頼まれたことをうまくやれた時に適切にほめることができる
 b15頼まれたことをうまくやれるまで見守れる
 b16興味を示さない場合、別な役割を探し出せる
 b17特技を教えてもらう場面を作れる

高齢者の余暇活動参加促進の自信
 b18個性を配慮して余暇活動に誘うことができる
 b19興味のある余暇活動を取り入れることができる
 b20余暇活動の上手なところを適切にほめることができる
 b21 興味を示さない場合、別な余暇活動を探し出せる

なじみの環境整備の自信
 b22なじみのある居住環境に関する情報を的確に把握できる
 b23自宅の部屋の雰囲気になじむ環境整備できる
 b24公共スペースで落ち着ける場所をつくれる
 b25 公共スペースで落ち着ける場所にいつでもいられるよう調整できる

安全配慮の自信

職員と高齢者との関係形成の自信 (b1~3)

他の高齢者との関係形成支援および家族との関係維持支援の自信 (b5,6,8~10)

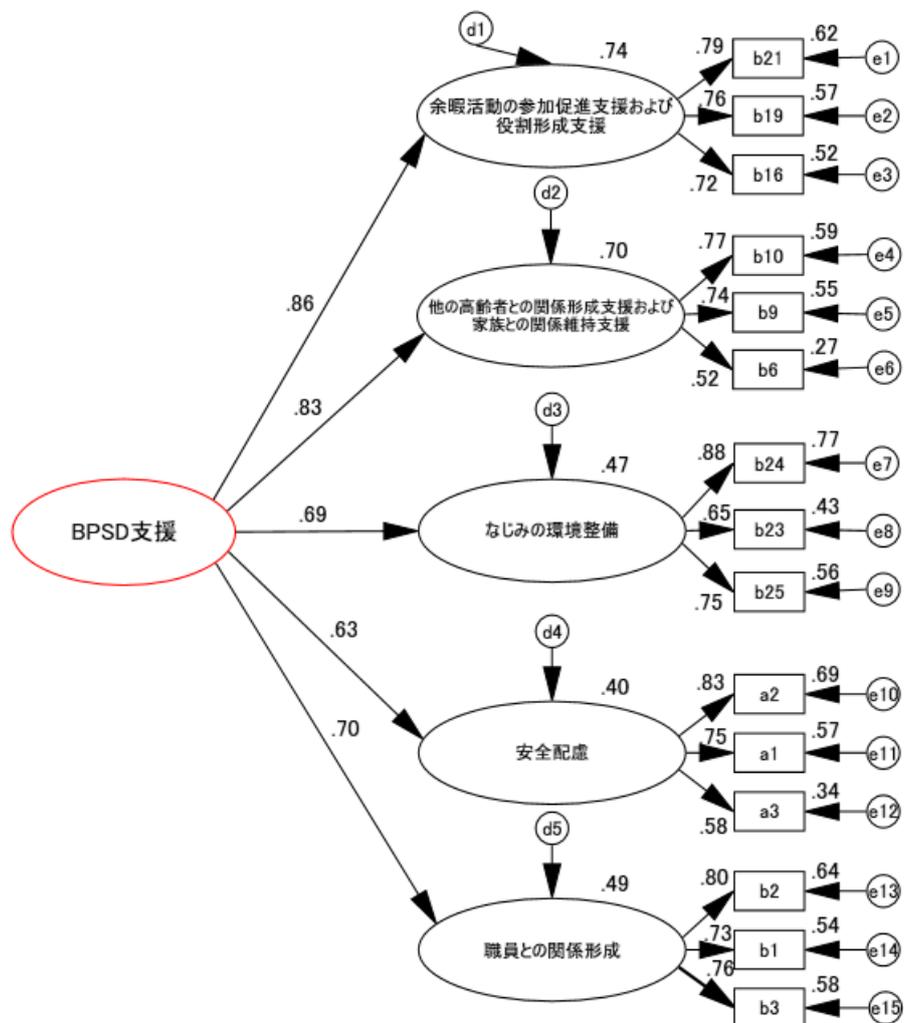
余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信

なじみの環境整備の自信

注) □ は因子分析によって除外された項目と下位尺度.

図 3-1 因子分析の結果と設定した下位尺度の比較 44

次に、探索的因子分析で抽出された各因子を第一次因子，BPSD 支援を第二次因子とする二次因子モデルを設定し，最尤推定法を用いて適合度を検討した（図 3-2）．ただし，因子の内容を反映させるため，第 1 因子＜余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信＞については，余暇活動の参加促進支援の自信 2 項目と役割形成支援の自信 1 項目，第 2 因子＜他の高齢者との関係形成支援および家族との関係維持支援の自信＞については，他の高齢者との関係形成支援の自信 2 項目と家族との関係維持支援の自信 1 項目を投入した．その結果， $\chi^2 (df) = 222.105 (85)$ ，GFI が 0.950，AGFI が 0.930，CFI=.960，RESEA が 0.053 であり，いずれも統計学的な許容水準を満たしていた．したがって，BPSD 支援尺度が構成概念妥当性を有することが示された．



$\chi^2 (df) = 222.105(85)$ GFI=.950 AGFI=.930 CFI=.960 RMSEA=.053

図 3-2 BPSD 支援の確認的因子分析（標準化解）

(3) BPSD 支援の各因子の基礎統計量 (表 3-6)

探索的因子分析で抽出された各因子の平均素得点については、5 因子全体が 4 点満点中 3.01 であった。第 4、5 因子がそれぞれ 3.26、3.33 と比較的に高い値を示したのに対し、第 3 因子が 2.76 と比較的低い値を示している。第 1、2 因子はそれぞれ 2.90、2.93 で、全因子の平均値よりやや低い値であった。

表 3-6 BPSD 支援の各因子の平均素得点

	平均値 (標準偏差)
第 1 因子<余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信>	2.90(0.64)
第 2 因子<他の高齢者との関係形成支援および家族との関係維持支援の自信>	2.93(0.66)
第 3 因子<なじみの環境整備の自信>	2.76(0.65)
第 4 因子<安全配慮の自信>	3.26(0.55)
第 5 因子<職員と高齢者との関係形成の自信>	3.33(0.58)
5 因子全体	3.01(0.62)

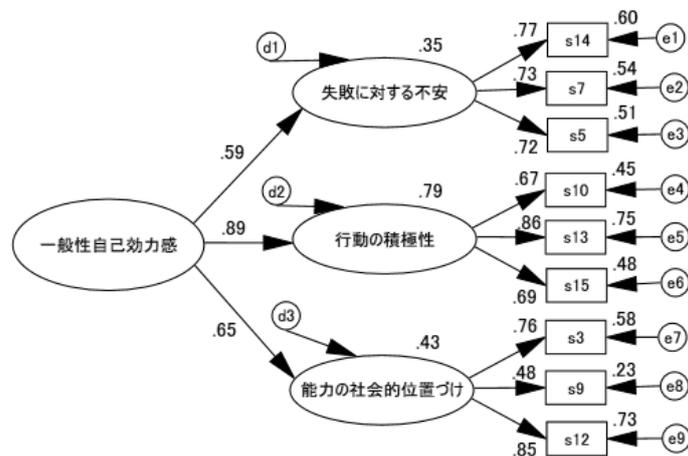
(4) 一般性自己効力感尺度の回答分布と因子構造

BPSD 支援尺度の基準関連妥当性を検証するために、一般性自己効力感尺度を外的基準として分析を実施した。一般性自己効力感尺度の回答分布は表 3-7 に示したとおりである。検証に先立ち、探索的因子分析を行い、尺度開発時と同じ 3 因子が出たため、その下位 3 因子を第一次因子、一般性自己効力感を第二次因子とする二次因子モデルを設定し、確認的因子分析を行った。その結果、 $\chi^2 (df) = 109.918 (24)$ 、GFI が 0.960、AGFI が 0.926、CFI が 0.952、RESEA が 0.079 で、RESEA の値がやや高いが、いずれも統計学的な許容範囲内であった。このことから、一般性自己効力感尺度が構成概念妥当性を有することが示された。

表 3-7 一般自己効力感の質問項目・回答分布

項 目	度数 (%)				
	全く 思わない	あまり 思わない	どちらとも いえない	まあ 思う	かなり 思う
<行動の積極性>					
s1仕事は自信を持ってやるほうだ	8(1.4)	69(11.9)	190(32.8)	254(43.8)	59(10.2)
s5心配性なほうだ*	13(2.2)	104(17.9)	158(27.2)	228(39.3)	77(13.3)
s6迷わず決定するほうだ	36(6.2)	134(23.1)	226(39.0)	150(25.9)	34(5.9)
s8引っ込み思案なほうだ*	37(6.4)	179(30.9)	186(32.1)	126(21.7)	52(9.0)
s10見通しがつかない仕事でも積極的に取り組んでゆく	6(1.0)	81(14.0)	205(35.3)	256(44.1)	32(5.5)
s13どんなことでも積極的にこなすほうだ	16(2.8)	96(16.6)	208(35.9)	219(37.8)	41(7.1)
s15積極的に活動するのは苦手なほうだ*	36(6.2)	189(32.6)	223(38.4)	106(18.3)	26(4.5)
<失敗に対する不安>					
s2暗い気持ちになることがよくある*	24(4.1)	167(28.8)	150(25.9)	192(33.1)	47(8.1)
s4仕事後失敗したと感ずることが多い*	16(2.8)	228(39.3)	242(41.7)	80(13.8)	14(2.4)
s7不安になることが多く*	17(2.9)	180(31.0)	187(32.2)	155(26.7)	41(7.1)
s11決心がつかずに仕事に取り付かれないことがよくある*	46(7.9)	256(44.1)	205(35.3)	62(10.7)	11(1.9)
s14小さな失敗でも気になるほうだ*	29(5.0)	174(30.0)	185(31.9)	147(25.3)	45(7.8)
<能力の社会的位置付け>					
s3友人より優れた才能がある	66(11.4)	150(25.9)	291(50.2)	66(11.4)	7(1.2)
s9人より記憶力が良いほうだ	80(13.8)	167(28.8)	212(36.6)	102(17.6)	19(3.3)
s12友人より優れた知識を持つ分野がある	52(9.0)	126(21.7)	224(38.6)	157(27.1)	21(3.6)
s16世の中に貢献できる力がある	34(5.9)	109(18.8)	274(47.2)	147(25.3)	16(2.8)

*逆転項目。



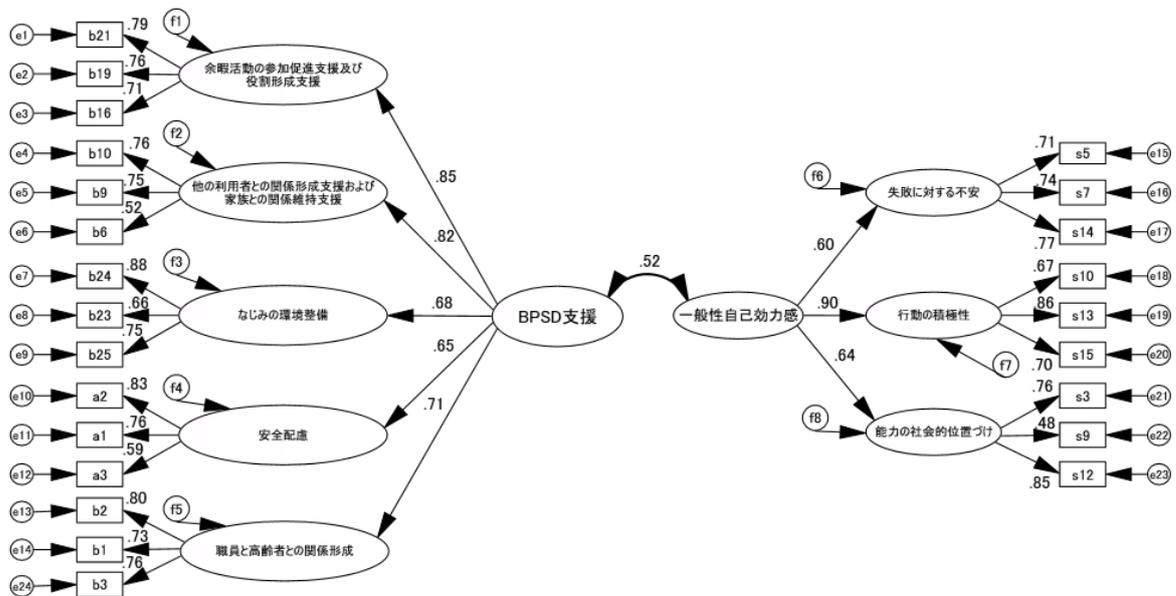
$\chi^2(df) = 109.918(24)$ GFI=.960 AGFI=.926 CFI=.952 RMSEA=.079

図 3-3 一般性自己効力感の確認的因子分析 (標準化解)

(5) BPSD 支援に関する基準関連妥当性の検討

最後に、一般性自己効力感を外的基準とした構造方程式モデリングを設定し、BPSD 支

援との関連を検証した（図 3-4）. その結果, $\chi^2 (df) = 512.800(243)$, GFI が 0.931, AGFI が 0.915, CFI 0.950, RESEA が 0.044 で, いずれも統計学的な許容水準を満たしており, 0.1%有意水準で中程度の相関 ($r=0.52$) がみられ, BPSD 支援尺度が基準関連妥当性を有することが示された.



$\chi^2 (df) = 512.800(243)$ GFI=.931 AGFI=.915 CFI=.950 RMSEA=.044

図 3-4 BPSD 支援に関する基準関連妥当性の検討 (標準化解)

3) 考察

(1) BPSD 支援の構造

本研究は, BPSD 支援の構造を明らかにするために, 先行研究を参考に, 35 項目からなる 6 下位尺度を仮説として設定したが, 探索的因子分析を行った結果, 5 因子 (22 項目) によって構成された因子構造となった. また, この 5 因子構造に対し, 信頼性係数を求めたところ, 比較的高い信頼性が示された. 確認的因子分析を行った結果, 適合度指標のすべてが許容水準を満たしており, 構成概念妥当性を有することが支持された. さらに, 一般性自己効力感との関連を検討し, 適合度指標のすべてが許容水準を満たしており, 基準関連妥当性を有することが示された. これらのことは, BPSD 支援の 5 因子構造モデルが信頼性と妥当性を有することを示している.

具体的には, 受容的対応の自信という下位尺度が除外され, 人間関係の形成・維持支援の自信という下位尺度が<他の高齢者との関係形成支援と家族との関係維持支援の自信>

＜職員と高齢者との関係形成の自信＞の 2 つの因子に分かれた。逆に高齢者の役割形成支援の自信と高齢者の余暇活動参加促進の自信との 2 下位尺度が＜余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信＞に統合された。＜安全配慮の自信＞と＜なじみの環境整備の自信＞がそのまま独立した因子となった。以下、抽出された因子について考察を行う。

第 1 因子＜余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信＞は余暇活動の参加促進支援の自信 4 項目と役割形成支援の自信 3 項目によって構成された。自宅で暮らしている高齢者に比べ、施設利用の高齢者のほうは地域とのつながりが少なくなり、生活に刺激や楽しみが減ってしまう可能性がある。そのため、年間行事や定期・不定期なレクリエーションを取り入れることが重要となってくる。BPSD の改善に関しても、長倉ら（2009）は集団活動の治療的効果を報告している。また、余暇活動だけではなく、日常生活に充実感や満足感をもつために、高齢者が何らかの役割を果たし、自分の存在意義を実感できるような工夫をすることも、介護職員の重要な仕事である。

第 2 因子＜他の高齢者との関係形成支援と家族との関係維持支援の自信＞は高齢者と他の高齢者との関係形成支援の自信の 3 項目と高齢者と家族との関係維持支援の自信の 2 項目で構成されている。高齢者が施設に入ると、これまでの人間関係と異なる、施設での新しい人間関係を築くことが必要となってくる。しかし高齢者が自ら周りの人と関係づくりを行うことが困難なため、職員は高齢者と他の高齢者とよい関係を築ける手助けをすることが重要である。もちろん、こうした新たな人間関係を構築することは、それまでの人間関係を切り捨てることではなく、むしろそれまでの人間関係、特に家族とのつながりを維持していかなければならない（室伏，1994）。この因子は、このような支援を行う際の介護職員の自己効力感をとらえる 5 項目によって構成された。

第 3 因子＜なじみの環境整備の自信＞は、同名下位尺度 4 項目中 3 項目によって構成された。認知症高齢者は環境の変化に脆弱であるとされており（鎌田，2002）、施設に入る際に、なるべく自宅の雰囲気にならざるような工夫をし、高齢者が落ち着くような空間に整備することが求められる（認知症介護研究研修センター，2005）。この支援に関しては、日々高齢者と接している介護職員が果たしている役割が重要である。この因子は、このような支援を行う際の介護職員の自己効力感をとらえる 3 項目によって構成された。

第 4 因子＜安全配慮の自信＞は、同名下位尺度 5 項目中 4 項目によって構成された。認知症をもつ高齢者は判断能力が低下し、危険から自分を守ることができなかつたり、ちょっとしたことをきっかけに他人に攻撃的になつたりすることがある。その際に専門職としての介護職員は冷静かつ適切な判断と対応を行い、高齢者本人や周りの人の安全を確保す

ることが求められる（加藤，1992）．この因子は，このような支援を行う際の介護職員の自己効力感をとらえる4項目によって構成された．

第5因子〈職員と高齢者との関係形成の自信〉は，下位尺度である高齢者の人間関係形成・維持支援の自信の項目のうち，職員と高齢者との関係形成の自信の3項目によって構成された．高齢者が施設に入ると，今までの人間関係と異なる，施設での新しい人間関係を築くことが必要となってくる．しかし高齢者が自ら周りの人と関係づくりを行うことが困難であるため，職員はまず自分と高齢者と良い関係をつくるために高齢者と接することが重要であり，そのことによってBPSDの改善につながる可能性もあると指摘されている（加藤，2009）．この因子は，このような関わりに関する介護職員の自己効力感をとらえる3項目によって構成された．

2) 抽出された因子構造と設定した下位尺度との比較

以上，抽出された因子について考察してきた．しかし，抽出された因子構造は設定していた下位尺度と異なる部分もあり，以下において，このことについて考察を加える．

まず受容的対応の自信という下位尺度が抽出されず，BPSD支援における自己効力感の因子構造から除外された．受容とは，自傷行為や他害行為でない限り，専門職は利用者の言動について自らの価値観で判断せず，ありのままに受け止めることであり（岡田，2011），対人支援において重要な原理・原則の一つで，認知症ケアやBPSD支援を行う際も欠かせない大切な視点である（鎌田，2002）．また，本研究の質的研究においても，BPSD支援の重要な内容として抽出された．しかし，受容的対応はほかの支援に比べ，スキルや技術という側面をもつと同時に，対人支援全般における原理・原則という側面をももっている．つまり，受容的対応は土台部分であるという次元をもっているため，他の因子と異なる次元での因子であると考察できる．

次に，職員，他の高齢者と家族を含む高齢者の人間関係形成・維持支援の自信という下位尺度を設定したが，〈他の高齢者との関係形成支援と家族との関係維持支援の自信〉〈職員と高齢者との関係形成の自信〉の2つの因子に分かれた．ひとくちに高齢者の人間関係に働きかけるといっても，職員からみれば，自身と高齢者本人との関係と，ほかの第三者と高齢者との関係とでは異なることがこの結果からうかがえた．職員はサービスを提供する際，高齢者とのよい関係をつくることが必要不可欠であり，仕事の一部でもある．しかし，他の高齢者や家族の協力を得るのはあくまで必要な時に限り，得られるかどうかケースバイケースであると推測できる．実際今回の調査結果をみても，〈職員と高齢者

との関係形成の自信>が 3.33 であるに対し、他の高齢者との関係形成支援の自信に関する 3 項目の平均値が 3.02、家族との関係維持支援の自信に関する 2 項目の平均値が 2.80 であり、職員自身と高齢者の関係形成に比べ、他の高齢者や家族に働きかける自信の得点が比較的低かった。以上のことから、2 因子にわかれたと考えられる。

また逆に、別々に設定した高齢者の役割形成支援の自信と高齢者の余暇活動参加促進の自信の 2 下位尺度が、<余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信>に統合された。役割形成とは、おしぼりたたみや掃除などをしてもらうことであり、余暇活動参加促進とはレクリエーションに誘うことや個別的に散歩へ連れて行くことなどである。仮説モデルの設定時には、役割形成の目的が身体的機能維持で、余暇活動参加促進の目的が日常生活の活性化であると考えていたが、この結果から、二者はそれぞれ両方の目的の達成に貢献する可能性をもっており、はっきりとわけることができないため、同じ因子として抽出されたと推測できる。

さらに、下位尺度が因子の構成内容として抽出されたものの、分析過程において 8 つの関連項目が除外された。

「a5 長く徘徊時に健康に配慮できる」は安全配慮の自信の 1 項目であったが、ほかの項目が安全配慮に関する内容であるのに対し、健康への配慮という内容であるため、除外されたと考えられる。

「b4 関心事を話題にコミュニケーションをとることができる」は高齢者の人間関係形成・維持支援の自信という下位尺度のなかの職員と高齢者との関係形成支援の自信に関する 1 項目であったが、ほかの 3 項目が関係形成に関する形態上の方法であるのに対し、さらに一歩踏み込んだ中身に関する内容であったため、除外されたと考えられる。

「b7 家族に高齢者の様子を的確に説明できる」は高齢者の人間関係形成・維持支援の自信という下位尺度のなかの家族と高齢者との関係形成支援の自信に関する 1 項目であったが、面会の調整や電話での交流の調整に比べ、比較的行いやすい行動であったため、除外されたと考えられる。

「b11 能力に応じて役割作りできる」「b12 役割のやり方をわかりやすく説明できる」「b14 頼まれたことをうまくやれた時に適切にほめることができる」「b15 頼まれたことをうまくやれるまで見守れる」の 4 項目は高齢者の役割形成支援の自信という下位尺度の項目であったが、分析過程において除外された。「b11 能力に応じて役割作りできる」「b12 役割のやり方をわかりやすく説明できる」の 2 項目は、抽出された因子のほかの項目に比べ、抽象的であり、そのため回答者によってとらえ方が多様になってしまったために、当初の因子

に収束せず、除外されたと考えられる。「b14 頼まれたことをうまくやれた時に適切にほめることができる」「b15 頼まれたことをうまくやれるまで見守れる」の2項目は、頼まれたことという言葉と役割とは異なるため、同じ因子として抽出されなかったと考えられる。

「b22 なじみのある居住環境に関する情報を的確に把握できる」はなじみの環境整備の自信の1項目であったが、ほかの3項目が実際の支援活動に関する項目であるのに対し、情報把握というアセスメント段階に関する内容で、異なる次元の実践であるため、除外されたと考えられる。

3) BPSD 支援の現状

BPSD 支援の現状を把握するために、全体 22 項目および各因子の平均素得点を算出した(表 4)。まず 5 因子 22 項目全体の平均素得点が 4 点満点中 3.01 で、回答選択肢の「やることができる」にあたることから、やや高い傾向にあることがうかがえる。ただし今回の調査の回答者では、8 割ほどが介護福祉士の資格をもち、また管理職や中間管理職の割合も 7 割ほどであったため、必ずしも介護職全体の実態を反映しているとは言いがたい。

また因子別にみると、第 4 因子<安全配慮の自信>が 3.26、第 5 因子<職員と高齢者との関係形成の自信>が 3.33 と比較的高かった。転倒・転落、誤嚥などの介護事故は、事業者の社会的信用を低下させ、場合によって刑事責任や民事責任が発生し、業務停止処分となるだけでなく、利用者の身体や生命に損害を与える可能性もある(三田寺, 2005)。そのため、事故防止のために事業者は方法を講じており、そこに属している職員もさまざまな方法で取り込んでいる(平田, 2003)。そのような状況のなかで、事故防止のノウハウやコツを蓄積し、高齢者の安全を守れるという自信につながったと考えられる。<職員と高齢者との関係形成の自信>については、職員が介護サービスを提供するうえで、高齢者とのコミュニケーションや信頼関係の構築が不可欠であり、そのために関連技術を教育や研修などで身につけ(介護福祉士養成講座編集委員会, 2009; 野村, 2010; 諏訪, 2010)、日々の支援のなかでさらに経験として積んでいる。他方、施設にいる高齢者は、それまでの人間関係との疎遠や身体的機能の低下で、職員に頼ることが多いため、職員との良好な関係を望んでいる部分もある。このこともよい影響を与え、関係形成に対する職員の自信の高さにつながったと推測できる。

また、第 2 因子<なじみの環境整備の自信>が 2.76 と比較的低い値を示している。笠原ら(2008)は、介護職員は施設利用高齢者の過去の生活に関する情報の把握が少ないと指

摘しており、黒田ら（2008）は自分の担当する高齢者の過去の生活環境を把握している介護職員が3割しかいないと報告している。このような情報把握の不足が高齢者のプライベート空間を自宅部屋の雰囲気近づける自信や、公共スペースでの落ち着ける場所の整備・調整の自信の低さにつながったと推測できる。

4. 小括

本章では、BPSD 支援の因子構造を明らかにするために、探索的因子分析と確認的因子分析を行った。その結果、探索的因子分析で5因子を抽出し、Cronbach の α 係数を算出したところ、内的一貫性を有することを確認した。また、確認的因子分析により適合度を検討した結果、本研究の尺度は統計学的な許容水準を満たした。このことから、構成概念妥当性を有するものであると判断できる。さらに、一般性自己効力感を外的基準として構成概念妥当性を検討し、中程度の相関がみられ、妥当性を有することが確認された。これらの解析結果から、本研究で作成した BPSD 支援（22 項目）は、5 因子構造モデルが妥当と検証された。最後に、〈なじみの環境整備の自信〉の低さからは、日頃から高齢者の過去の生活環境について把握しておくことの必要性がうかがえた。

次章以降では、ここで検証された5因子構造の BPSD 尺度を用いて、BPSD 支援の質を高める関連要因に関する検討を行う。第4章では、関連要因としてパーソンセンタードケアの実践度などに焦点をあて、第5章では、職場文化や職場サポート体制などに焦点をあて分析を行う。

<引用文献>

青木邦男・松本耕二（2001）「在宅高齢者のセルフ・エフィカシーとそれに関連する要因」『社会福祉学』41（2），35-48.

岡田進一（2011）『ケアマネジメント原論；高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法』ワールドプランニング.

介護福祉士養成講座編集委員会（2009）『新・介護福祉士養成講座〈5〉コミュニケーション技術』中央法規.

笠原幸子（2008）「ケアワーカーのアセスメントに関する研究；高齢者施設での質的調査をもとに」『四天王寺大学紀要』47：49-61.

加藤伸司編（1992）『痴呆性老人の心理学』中央法規，167，東京.

加藤伸司（2009）「認知症の人の心理的特徴」『改訂・認知症ケアの基礎』45-58，ワールドプラ

- ンニング, 東京.
- 鎌田ケイ子 (2002) 『チャートで展開する痴呆ケアマニュアル』 高齢者ケア出版, 東京.
- 黒田研二・張允 (2008) 『特別養護老人ホームにおける「介護職員の業務に関する意識調査」報告書』 京都市老人福祉施設協議会, 京都.
- 厚生労働省 (2010) 「研修等実施状況調査の結果について」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0628-7.html>.
- 小塩真司(2008) 『はじめての共分散構造分析 ; Amos によるパス解析』 東京図書, 110-111, 東京.
- 坂野雄二・東條光彦 (1986) 「一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み」『行動療法研究』 12, 73-82
- 坂野雄二(1989) 「一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討」『早稲田大学人間科学研究』 2(1), 91-98.
- 佐藤祐基 (2009) 「自己効力感と性格特性との関連」『人間福祉研究』 12, 153-161.
- 鈴木薫・鎌田雅史・淵上克義 (2007) 「養護教諭の自己効力感の形成に及ぼす学校組織特性の影響 (1)」『日本教育心理学会総会発表論文集』 (49), 144.
- 鈴木眞雄・松田惺 (1998) 「中堅教員の自己効力感の形成要因に関する基礎的研究(2)」『日本教育心理学会総会発表論文集』 (40), 283.
- 全国老人保健施設協会編集 (2000) 『[改訂版]全国老人保健施設痴呆性老人ケアマニュアル』 厚生科学研究所, 東京.
- 東條光彦・坂野雄二 (2001) 「セルフ・エフィカシー尺度」上里一郎監修『心理アセスメントブック』 西村書店, 新潟, 425.
- 諏訪茂樹 (2010) 『人間関係とコミュニケーション ; 体験学習型ワークブック』 (介護福祉士養成テキスト) 建帛社.
- 豊田秀樹(2008) 『共分散構造分析[Amos 編]; 構造方程式モデリング』 第 2 刷, 18, 東京図書, 東京.
- 永田千鶴 (2006) 「認知症高齢者グループホームにおけるケアプロセスの質 ; ケアプロセスガイドライン作成の試み」『介護福祉学』 13(2), 157-168.
- 成田健一・下仲順子・中里克治ほか (1995) 「特性的自己効力感尺度の検討 : 生涯発達の利用の可能性を探る」『教育心理学研究』 43(3), 306-314.
- 日本老年精神医学会監訳 (2005) 『BPSD 痴呆の行動と心理症状』 15, アルタ出版, 東京.
- 認知症介護研究研修センター編 (2008) 『認知症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』45, 中央法規, 東京.
- 野田貴代・出口 睦雄 (2004) 「精神科看護師の自己効力感と自己効力感関連要因」『金城学院大学大学院人間生活学研究科論集』(4), 55-64.
- 野村豊子編 (2010) 『介護福祉士養成テキストブック 5 コミュニケーション技術』ミネルヴァ書房.
- 平田厚 (2003) 「フォーラム：福祉施設におけるリスクマネジメント」『ノーマライゼーション』23(1), 40-43.
- 堀洋道監修・松井豊編 (2001) 『心理測定尺度集Ⅲ 心の健康をはかる<適応・臨床>』402, サイエンス社, 東京.
- 三田寺裕治 (2005) 「高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント；介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因の検討」『淑徳短期大学研究紀要』44, 85-100.
- 室伏君子編 (1994) 『痴呆性老人の心のケア；仲間づくりで楽しく』67-77, 学苑社, 東京.
- 流石ゆり子・伊藤康児(2007) 「終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者の QOL とその関連要因」『日本老年看護学会誌』12(1) : 87-93.
- 山本奨 (2009) 「不登校児童生徒を支援する教師の自己効力感；経験量による検討」『日本教育心理学会総会発表論文集』(51), 188.
- Bandura, A (1995) *Self-Efficacy in Changing Societies*, Cambridge University Press.
- (=2008, 本明寛・野口京子監訳『激動社会の中の自己効力』金子書房, 11-12).
- Bandura, A (1997) *Self-efficacy; The Exercise of Control*. W.H.Freeman and Company. New York.

第4章 BPSD 支援と個人特性としてのパーソンセンタードケア実践度との関連

1. 本章の目的

本章では、BPSD 支援に関連する個人特性にどのようなものがあるのかを検討する。先行研究においては、専門職の性別、年齢、経験年数や研究会参加の有無などの個人特性との関連を検討している（野田・ほか、2004；鈴木・ほか、2007；山本、2009；鈴木・ほか、1998）。本章では、以上の個人特性に加え、認知症高齢者ケアにおいて、注目されているパーソンセンタードケアとの関連も検討する。

パーソンセンタードケアは、アメリカの心理療法家ロージャスによって提唱され、イギリスの心理学者キットウッドによって認知症ケアに応用された考えである（岡田、2011）。この考えによると、認知症はあくまで認知症高齢者の特性の一部分に過ぎず、それ以上に生活者である高齢者に注目すべきである（下山、2008）。そのため、日頃に高齢者の内的体験に耳を傾け、サービスを提供する際も、そのサービスの選択は、提供側の選択ではなく、高齢者を中心に行うことが望ましいといわれている（長谷川、2002）。

また、パーソンセンタードケアは、2001年におけるイギリスの「高齢者サービスのための国家基準 2001」においてその実践が義務付けられており、日本でも近年、注目され（山戸、2012）、それに関する実証的研究もみられる。鈴木ら（2011）はパーソンセンタードケアの考えに基づいた DCM¹⁾の導入により、認知症高齢者の QOL（生活の質）に良い影響を及ぼしていると報告しており、高橋ら（2011）はパーソンセンタードケアの考えを念頭に行った日常生活支援が、高齢者の BPSD を大幅に減少し、QOL を向上させたという結果を示している。このように、パーソンセンタードの考えに基づき、高齢者の話を傾聴し、高齢者の意向を尊重した支援を行うことが、BPSD の改善や QOL の向上につながると考えられ、パーソンセンタードケアは BPSD 支援の質を高めるうえで重要な要因の一つであるといえる。

一方、研修も専門職の資質向上を図るうえで重要かつ有効な方法であると考えられる。研修によって、新たな専門知識や専門技術などを獲得し、意識や意欲が高まるだけでなく、現場でそれを実践して成功すれば自信になると考えられる。研修ではないが、学校内外で研究を行っている教師はそうでない教師に比べ、職務に対する自己効力感が高いとい

¹⁾ DCM の意味については、第 2 章文末の注) を参照 (p 17-18)。

う結果が出ている（鈴木・ほか，2008）．とくに，BPSD 支援が難しく，それに困っている職員が多く存在している（月刊ケアマネジメント編集部，2006）．研修においてある支援が BPSD を軽減させたということを知ると，それ自体が代理体験となり，BPSD 支援の自信につながる（Bandura=2008）．現場で実践して成功すれば，それは成功体験となり，さらなる自信になると考えられる．したがって，研修は BPSD 支援の質を考える際の重要な要素と推測できる．なお，本研究においては，研修を自主的外部研修と所属機関による研修とに分け，本章では，個人特性として前者の自主的外部研修を取り上げる．

2. 研究方法

1) 調査内容

調査協力者の基本属性（性別，年齢，経験年数），BPSD 支援，個人特性（パーソンセンタードケアの実践度，自主的外部研修回数）についてたずねた．

パーソンセンタードケアについては，「高齢者一人ひとりを尊厳のある人間として尊重し，受容的・包容的に接するとともに，自己決定を尊重し，役割形成や他の高齢者との関わりを配慮した日常支援を行うことである」と操作的に定義し，質問項目を作成した．最終的には 1 下位尺度 8 項目によって構成され，各質問項目について，回答選択肢を「まったく思わない」（1 点）から「かなり思う」（5 点）の 5 段階評価に設定した（表 4-1）．点数が高いほど，パーソンセンタードケアをより実践していることを示している．

また，回答者が過去一年間で自主的に参加した研修，学会や研究会を広く自主的外部研修としてとらえ，その回数をたずねた．

2) 分析方法

まずパーソンセンタードケアの実践度に対する探索的因子分析と確認的因子分析を行った．次に BPSD 支援と個人特性との関連を検討するために，BPSD 支援を従属変数，パーソンセンタードケアの実践度と自主的外部研修回数を独立変数とした多重指標モデルを構築し，モデルの適合度と各変数間の関連を検討した．その際，統制変数として性別（女性 1，男性 2），年齢，介護経験年数といった基本属性をモデルに加えた．

なお，構造方程式モデリングにおいては，基本的に各因子における因子負荷量の上位 3 項目を投入するが，一因子モデルの場合，3 項目以下は分析されないため，パーソンセンタードケアの実践度については 4 項目を投入した．

3. 研究結果

1) パーソンセンタードケア実践度の信頼性・妥当性および基礎統計量

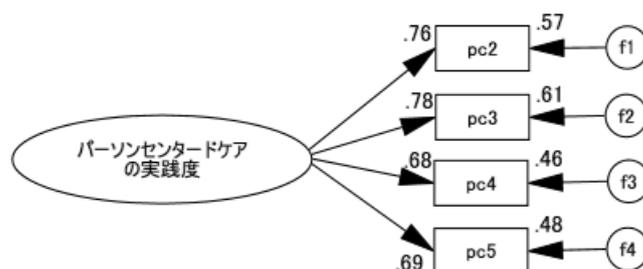
パーソンセンタードケア実践度の回答分布は表 4-1 に示している。因子分析（主因子法，プロマックス回転）を行った結果，1項目が除外され，7項目によって構成された1因子として抽出された（表 4-2）。信頼性 α 係数を求めたところ，0.844であった。そこで，因子負荷量上位4項目を投入し，確認的因子分析を行った結果， $\chi^2(df)=12.146(2)$ ，GFIが0.989，AGFIが0.944，CFIが0.986，RMSEAが0.098であり，RMSEAの値が高かったが，すべて許容水準範囲であった。また，単純集計の結果，パーソンセンタードケアの実践度の平均素得点は5点満点中3.86であり，実践していると「やや思う」という選択肢に近い結果であった（表 4-2）。

表4-1 パーソンセンタードケア実践度の質問項目および回答分布

項 目	度数 (%)				
	全く していない	あまり していない	ときどき している	よく している	いつも している
pc1介護を行う前にこれから何をするかを説明している	0	6(1.0)	48(8.3)	238(48.8)	243(41.9)
pc2介護の際，高齢者の要望を聞きながら行っている	0	20(3.4)	144(24.8)	318(54.8)	98(16.9)
pc3介護の際，高齢者の自己決定を尊重している	1(0.2)	13(2.2)	130(22.4)	324(55.9)	112(19.3)
pc4介護の際，高齢者のペースに合わせている	0	20(3.4)	97(16.7)	321(55.3)	142(24.5)
pc5日常支援で高齢者の気持ちに共感している	1(0.2)	10(1.7)	101(17.4)	342(59.0)	126(21.7)
pc6日常支援で高齢者の生活習慣を尊重している	0	54(9.3)	169(29.1)	269(46.4)	88(15.2)
pc7日常支援で高齢者の能力を發揮できる場を作っている	2(0.3)	66(11.4)	232(40.0)	225(38.8)	55(9.5)
pc8日常支援で他人とかかわりを持つ機会を作っている	3(0.5)	39(6.7)	201(34.7)	247(42.6)	90(15.5)

表4-2 パーソンセンタードケア実践度における探索的因子分析の結果と平均値

項目	因子負荷量	平均素得点(標準偏差)
pc2介護の際、高齢者の要望を聞きながら行っている	.751	3.85(0.73)
pc3介護の際、高齢者の自己決定を尊重している	.738	3.92(0.72)
pc5日常支援で、高齢者の気持ちに共感している	.705	4.00(0.69)
pc4介護の際、高齢者のペースに合わせている	.673	4.01(0.74)
pc7日常支援で、高齢者の能力を発揮できる場をつくっている	.626	3.46(0.83)
pc8日常支援で、他人とかかわりを持つ機会をつくっている	.612	3.66(0.84)
pc1介護を行う前に、これから何をするかを説明している	.537	4.32(0.67)
項目全体		3.86(0.76)



n=580 χ^2 (df) =12.146(2) GFI=0.989 AGFI=0.944 CFI=0.986 RMSEA=0.098

図4-1 パーソンセンタードケア実践度の確認的因子分析の結果(標準化解)

2) 自主的外部研修参加

自主的外部研修については、平均参加回数が年に2.32回であった。人数で最も多かったのは0回(198名, 34.1%)で、次いで1回が97人(16.7%)と2回が93人(16.0%)であった。また、参加回数で最も多かったのは30回(1名, 0.2%)であった(表4-3)。

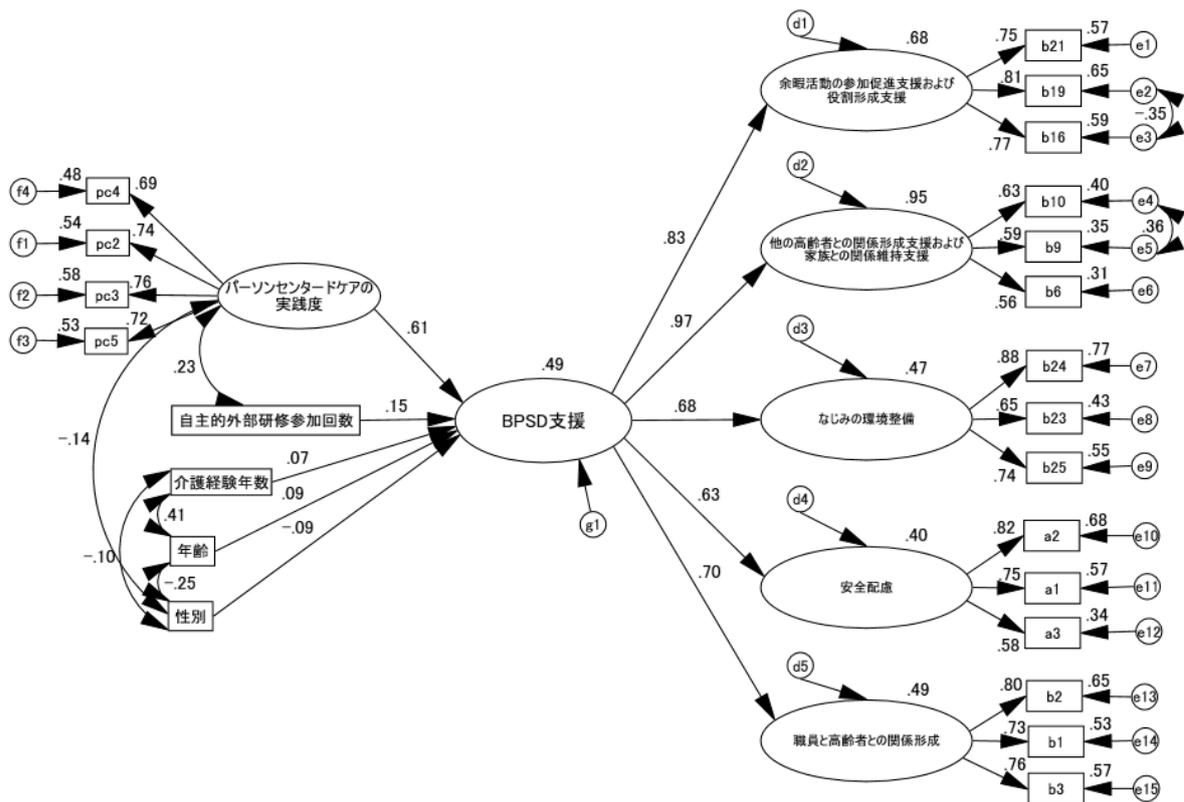
表4-3 自主的外部研修参加回数

回数	人数 (割合)
0-4	494 (85.1%)
5-9	54 (9.3%)
10-14	26 (4.5%)
15以上	6 (1.1%)

3) BPSD 支援と個人特性との関連

BPSD 支援における自己効力感を従属変数，パーソンセンタードケア実践度と自主的外部研修回数を独立変数とした多重指標モデルのデータに対する適合度は， χ^2 (df) = 473.852(198)，GFI が 0.929，AGFI が 0.910，CFI が 0.939，RMSEA が 0.048 であり，統計学的な許容水準を満たしていた (図 4-2)。また，自己効力感に対する決定係数 (説明率) は 0.49 であり，中程度であった。

有意検定の結果をみると，BPSD 支援における自己効力感に対し，年齢が 5%，パーソンセンタードケアの実践度 (標準化係数 : 0.61) と自主的外部研修回数 (標準化係数 : 0.15) が 0.1%水準で有意な正の影響，性別 (女性 1，男性 2) が 5%水準で有意な負の影響を与えている。ただし，介護経験年数には有意な影響がみられなかった。



$n=580$ $\chi^2 (df) = 507.079(219)$ GFI=0.929 AGFI=0.910 CFI=0.939 RMSEA=0.048

図 4-2 BPSD 支援と個人特性との関連（標準化解）

4. 考察

1) BPSD 支援と基本属性との関連

基本属性との関連については、年齢が高いほど、男性に比べ女性介護職員のほうが、BPSD 支援における自己効力感が高かった。BPSD の改善を図る際、背景にある要因の理解が重要であるが（加藤，2002），若い職員に比べ年齢の高い職員のほうが、生活経験は高齢者より近く、BPSD に必要な背景要因の理解が比較的容易であると考えられる。また、年齢の高い職員は生活経験が豊富であるため、高齢者との共通話題を比較的容易に見出し、高齢者との良好な関係性を築きやすいことや、BPSD 発生時において冷静な対応ができることなども理由として考えられる。性別による違いに関しては、野田ら（2004）による精神科看護師を対象とした調査においても同じ結果が出ている。介護の現場が看護師の状況とよく似ており、男性介護職員は全体の 2 割程度で¹⁵⁾、少数派に属している。この特性は、男性職員の専門職としての成長を妨げる可能性があるといわれている（野田・ほか，2004）。また、今回の調査では女性に比べ男性介護職員のほうが有意に若かったことも一因である

と考えられる。

また、介護経験については、年数の長い職員のほうがさまざまな BPSD に直面する経験を有するため、自己効力感が高いのではないかと仮説的予見をしていたが、関連がみられなかった。経験年数と自己効力感の関係に関する先行研究においては、その年数が長いほど自己効力感が高いという結果が出ている（鈴木・ほか，2008）一方、両者の間には一義的な関係を見出すことが出来ないと指摘する研究も存在している（鈴木・ほか，1999；山本，2009）。本研究は後者の先行研究を支持する結果となった。

2) BPSD 支援と個人特性としてのパーソンセンタードケア実践度や自主外部研修参加回数との関連

まずパーソンセンタードケアを実践している介護職員ほど、BPSD 支援における自己効力感が高いという傾向がみられた。介護職員が高齢者を一人の尊厳ある人間として尊重し、高齢者の語りに耳を傾け、気持ちに共感を示し、高齢者の要望や自己決定を尊重するといった姿勢・態度をとることによって、高齢者から重要な情報を得ることができ、日頃から高齢者のことを適切に理解することにつながると考えられる。このような日頃からの適切な理解は、BPSD の背後にある高齢者の真のニーズを理解することを可能とし、BPSD に対する効果的な対応の可能性も高くなり、その結果、BPSD の改善につながったと推測できる。このような成功体験の積み重ねが、BPSD 支援における自己効力感に影響を及ぼしたと考えられる（Bandura=2008）。なお、パーソンセンタードケアの実践度は BPSD 支援における自己効力感へのパス係数が 0.61 であり、その影響の強さが伺える。

また、自主外部研修に参加した回数が多い介護職員ほど、BPSD 支援における自己効力感が高かった。BPSD の改善を図る際、一律的・マニュアル的な対応ではなく、一人ひとりの高齢者に合わせて支援方法を考えることが求められる（加藤，2002）。自ら外部の研修に参加する職員は、自分の能力を向上させたいという意欲を持ち、日ごろの介護においても、いろいろと考え、工夫していると考えられる。そのため、一人ひとりに合わせた個別的な支援方法を考えることができているのであろう。また、研修の参加によって、新たな知識や技術を得ることが可能であり、なかには BPSD 改善のヒントになる知見も含まれる可能性がある。この点については、研修ではないが、養護教諭を対象とする先行研究において、校内外での研究活動が自己効力感の向上に寄与したという結果がみられることからわかる（鈴木・ほか，2008）。

5. 小括

本章では、BPSD 支援と介護職員の個人特性との関連についてみてきた。まず、認知症介護において重視されているパーソンセンタードケアの実践度が、BPSD 支援と有意な関連があることが実証的に確認された。このことは、介護専門職養成の教育カリキュラムにパーソンセンタードケアに関する内容を導入する必要性を示していると考えられる。また、BPSD 支援は、自主外部研修に参加した回数とも正の関連がみられた。つまり、自主的に外部研修に参加している回数が多い職員は、適切な BPSD 支援を行う自信が高いことが明らかとなった。そのため、介護職員の自主的外部研修の参加意欲を高めるとともに、外部研修に参加できるように柔軟な勤務体制の確立が重要であると考えられる。

<引用文献>

- 岡田進一（2011）『ケアマネジメント原論；高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法』ワールドプランニング。
- 介護労働安定センター（2010）「介護実態について；平成 21 年度介護労働実態調査」36。
- 加藤伸司（2002）「痴呆性高齢者の行動障害」『高齢者痴呆介護実践講座 I』291，中央法規。東京。
- 月刊ケアマネジメント編集部（2006）「認知症高齢者の現状と課題に対するケアマネジャーの意識調査」『月刊ケアマネジメント』23-25。
- 下山久之（2008）「パーソン・センタード・ケアと DCM が誕生した経緯，概要と特徴」『月刊福祉』91(12), 94-97,
- 鈴木薫・鎌田雅史・淵上克義（2008）「養護教諭の自己効力感の形成に及ぼす学校組織特性の影響（3）」『日本教育心理学会総会発表論文集』（50），544。
- 鈴木眞雄・松田惺（1999）「中堅教員の自己効力感の構造と形成要因に関する基礎的調査研究」『愛知教育大学研究報告 教育科学』48，65-71。
- 高橋淳・横田修・青木建亮ほか（2011）「症例報告 常同的周遊と万引きを繰り返す意味性認知症の患者への単身生活支援；パーソン・センタード・ケアの治療的意義について」『老年精神医学雑誌』22(5), 606-611,
- 豊田秀樹（2008）『共分散構造分析[Amos 編]；構造方程式モデリング』第 2 刷，東京，東京図

書, 18.

野田貴代・出口睦雄 (2004) 「精神科看護師の自己効力感と自己効力感関連要因」『金城学院大学大学院人間生活学研究科論集』(4), 55-64.

長谷川和夫 (2002) 「痴呆ケアの新しい道」『日本痴呆ケア学会誌』1 (1), 39.

山戸隆也 (2012) 「認知症高齢者を対象としたパーソンセンタードケアにおける尊厳の保持とコミュニケーションの理念に関する研究」『四條畷学園短期大学紀要』45, 62-68.

山本奨 (2009) 「不登校児童生徒を支援する教師の自己効力感；経験量による検討」『日本教育心理学会総会発表論文集』(51) : 188.

Bandura, A (1995) *Self-Efficacy in Changing Societies*, Cambridge University Press.

(=2008, 本明寛・野口京子監訳『激動社会の中の自己効力』金子書房, 11-12.)

Tom Kitwood (1997) *Dementia Reconsidered ; The Person Comes First*. Open University Press. (=2005, 高橋誠一訳『認知症のパーソンセンタードケア』東京, 筒井書房.)

第5章 BPSD 支援と職場環境要因との関連

1. 本章の目的

本章では、BPSD 支援の質を高める関連要因を検討するために、職場環境要因に焦点をあて、その関連を明らかにする。職場環境要因には労働条件や勤務体制なども含まれるが、介護職員の仕事はヒューマンサービスであることを考え、本研究においては職場におけるソーシャルサポート、利用者との関係、職員の自主性尊重を設定した。

職場におけるソーシャルサポートは、ストレス、バーンアウトや離職意向などといった否定的側面との関連が検討されている一方（小田，2012；貝川，2009；宮下，2008；兵藤，2008），モチベーション，職務満足感や有能感などの肯定的側面に関する研究もなされている。小牧ら（1996）の若年労働者を対象とした調査においては，仕事のモチベーションに対するソーシャルサポートの効果が認められ，蘇ら（2007）が行った特養の介護職員に対する調査では，仕事の有能感にはソーシャルサポートが大きく影響しているが示された。介護職員は仕事のことで困った際に，上司や同僚に相談し，上司や同僚から適切なアドバイスをもらうことや励まされることによって落ち込んだ気分が晴れ，本当は自分ではできるのだと自信がつくと考えられる。

自主性尊重は、「組織風土」を測る際の重要な要素であり，職員に多大な影響を与えると考えられる。矢富ら（1995）は，ユニット型特養の介護職員を対象とした研究において，仕事の自由裁量度や決定参加が職員の情動的ストレスを緩和する効果をもつと示唆しており，宇良（1998）は，自らの裁量で処置できないことや，職場の改革に意思決定に参加できないことがバーンアウトを強め，仕事満足度にも影響を与えると述べている。また，養護教諭の自己効力感には，協働的学校風土が影響しているという報告もみられる（鎌田・ほか，2007）。介護職員は仕事の決定場面に参加でき，自分の意見が尊重され，取り入れられることがあると，職場において自分が認められると感じ，自信につながると推測できる。

また，社会福祉支援において利用者との関係はきわめて重要である。笠原（2001）は，介護職員の仕事満足度には自分が利用者のニーズにこたえられていると認識することが関連すると報告しており，蘇ら（2007）は，利用者との良好な関係によって仕事の目標が達成でき，逆に利用者との関係がうまくいかないと感じると，介護職員は自分の行う介護に対し自信がなくなると述べている。

以上のように，良好な職場環境は介護職員のモチベーション，仕事満足感や有能感を高

めることができ、そうでない職場環境は職員のストレス、バーンアウトや離職意向につながるため、職場環境要因は職員の自己効力感に影響を与え、BPSD 支援の質を高めるうえで重要な要因であると考えられる。

2. 研究方法

1) 調査内容

調査協力者の基本属性（性別、年齢、経験年数、所属施設の種類）、BPSD 支援、職場環境に関する認識（上司からのサポート、同僚からのサポート、利用者との関係、自主性尊重）と過去一年間における所属機関による研修（外部派遣研修と内部研修）回数についてたずねた。

職場環境要因については、福祉領域における先行研究がほとんど見当たらないため、看護師や教師の自己効力感に関する先行研究を参考に（鎌田・ほか, 2007; 野田・ほか, 2004; 鈴木・ほか, 2007; 鈴木・ほか, 2008; 山本, 2009; 鈴木・ほか, 1998）、上司からのサポート、同僚からのサポート、利用者との関係と自主性尊重の4つの下位領域（22項目）を設定した。上司からのサポート（7項目）と同僚からのサポート（6項目）は、小牧・田中の職場用ソーシャルサポートを添削・修正し、使用した（小牧・ほか, 1993）。利用者との関係（3項目）については、蘇ら（2007）が窪田の利用者との関係を参考に作成したポジティブな面3項目のみを使用した。自主性尊重（6項目）は、白石ら（2011）が関本らの先行研究を参考に作成した「組織風土」尺度の個性重視組織という因子を使用した。これらの職場環境の下位領域について、回答選択肢を「まったく思わない」（1点）から「かなり思う」（5点）の5段階評価で設定しており、点数が高いほど、それぞれサポートを受けていると認識している、利用者との関係がよいと認識している、自主性が尊重されていると認識していることを示している。

所属機関による研修については、回答者が過去一年間で、参加した所属施設・法人内部の研修、勉強会の回数と、所属施設・法人の派遣によって参加した外部の研修、学会や研究会（参加費用が必要な場合はすべて施設・法人負担）の回数を別々にたずね、両者を合計したものを所属機関による研修の回数としてとらえ、分析に用いた。なお、本研究においては、所属機関による研修は所属施設・法人の内部で行われるものと所属施設・法人からの派遣によるものを指しており、自らの意思によって参加する自主的外部研修とは異なるものとする。

2) 分析方法

まず、職場環境要因の構造を明らかにするために、探索的因子分析を行った。抽出された因子については、その信頼性（内的一貫性）を Cronbach の α 係数より確認した。

次に、探索的因子分析で抽出された各因子を用いて確認的因子分析を行い、構成概念妥当性を検討した。

さらに、BPSD 支援と職場環境要因との関連を検討するために、BPSD 支援を従属変数、職場環境の下位因子と所属機関による研修回数を独立変数とした多重指標モデルを構築し、モデルの適合度と各変数間の関連を検討した。その際、統制変数として所属施設の種類（特養 1, GH2）をモデルに加えた。

3. 研究結果

1) 職場環境要因の各因子の信頼性・妥当性および基礎統計量

職場環境要因の各因子の回答分布は表5-1に示しているとおりでである。探索的因子分析を行った結果、設定された4因子（22項目）がそのまま抽出され（表5-2）、Cronbachの α 係数を求めたところ、4因子全体が0.928で、「上司からのサポート」が0.951、「同僚からのサポート」が0.928、「自主性尊重」が0.885、「利用者との関係」が0.840であり、いずれも0.83以上の高い値を示した。また、確認的因子分析を行った結果、 $\chi^2 (df) = 71.134 (48)$ で、GFIが0.980、AGFIが0.967、CFIが0.995、RMSEAが0.029であり、統計学的な許容水準に満たしていた（図5-1）。

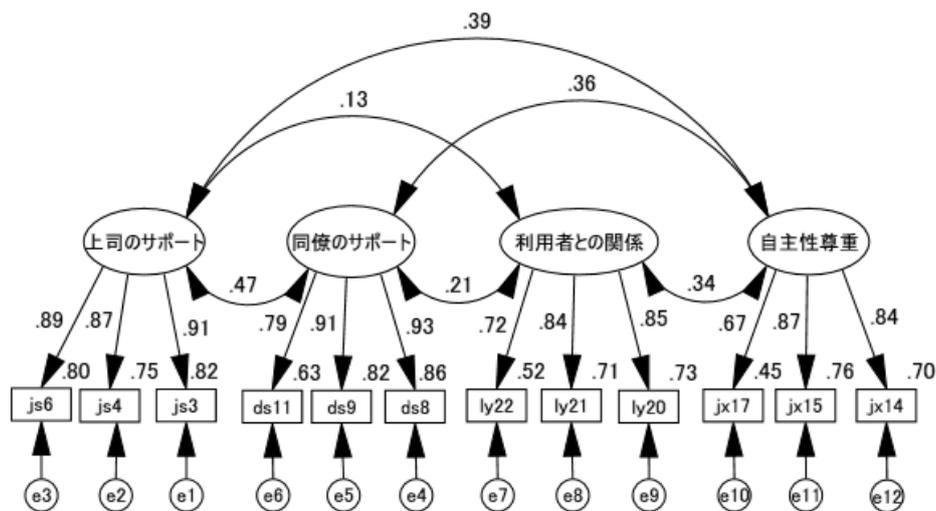
各因子の平均素得点をみると、「上司からのサポート」が5点満点中3.73、「同僚からのサポート」が3.79、「利用者との関係」が3.71で、上司や同僚からのサポートを受けていることも、利用者とのよい関係を築いていることも「まあ思う」に近い回答傾向となった。一方、「自主性尊重」平均素得点が3.49で、職場で自主性が尊重されていることに対し、「どちらともいえない」と「まあ思う」との中間にあたる回答傾向が示された。

表5-1 職場環境要因の各因子の回答分布

項目	度数 (%)				
	全く 思わない	あまり 思わない	どちらとも いえない	まあ 思う	かなり 思う
<上司からのサポート>					
js1上司は相談にのってくれる	12(2.1)	39(6.7)	97(16.7)	251(43.3)	181(31.2)
js2上司は励ましてくれる	19(3.3)	61(10.5)	135(23.3)	224(38.6)	141(24.3)
js3上司はアドバイスしてくれる	22(3.8)	52(9.0)	125(21.6)	220(37.9)	161(27.8)
js4上司はどこがよくないかを言ってくれる	21(3.6)	55(9.5)	145(25.0)	215(37.1)	144(24.8)
js5上司は適切に評価してくれる	19(3.3)	41(7.1)	141(24.3)	236(40.7)	143(24.7)
js6上司はコツを教えてくれる	24(4.1)	72(12.4)	134(23.1)	221(38.1)	129(22.2)
js7上司は情報を提供してくれる	33(5.7)	66(11.4)	131(22.6)	211(36.4)	139(24.0)
<同僚からのサポート>					
ds8同僚は相談にのってくれる	9(1.6)	23(4.0)	112(19.3)	273(47.1)	163(28.1)
ds9同僚は励ましてくれる	9(1.6)	36(6.2)	113(19.5)	274(47.2)	148(25.5)
ds10同僚は手伝ってくれる	11(1.9)	28(4.8)	95(16.4)	257(44.3)	189(32.6)
ds11同僚はアドバイスしてくれる	12(2.1)	30(5.2)	144(24.8)	287(49.5)	107(18.4)
ds12同僚はどこが良くないかを言ってくれる	17(2.9)	69(11.9)	196(33.8)	219(37.8)	79(13.6)
ds13同僚は適切に評価してくれる	16(2.8)	44(7.6)	178(30.7)	245(42.2)	97(16.7)
<自主性尊重>					
jx14個性を発揮することが許される	23(4.0)	50(8.6)	160(27.6)	236(40.7)	111(19.1)
jx15率直な意見が歓迎される	25(4.3)	63(10.9)	178(30.7)	234(40.3)	80(13.8)
jx16本音で話し合うことがよしとされる	38(6.6)	88(15.2)	234(40.3)	174(30.0)	46(7.9)
jx17新しい発想をどんどん実行していくことが求められる	25(4.3)	61(10.5)	197(34.0)	221(38.1)	76(13.1)
jx18上司に自由に言える雰囲気がある	35(6.0)	58(10.0)	175(30.2)	217(37.4)	95(16.4)
jx19自分なりの意見を持つことが求められる	12(2.1)	39(6.7)	150(25.9)	259(44.7)	120(20.7)
<利用者との関係>					
ly20利用者から信頼される	2(0.3)	11(1.9)	209(36.0)	311(53.6)	47(8.1)
ly21利用者と良好な関係を築いている	1(0.2)	4(0.7)	118(20.3)	396(68.3)	61(10.5)
ly22利用者から感謝されている	1(0.2)	15(2.6)	261(45.0)	250(43.1)	53(9.1)

表 5-2 職場環境要因の探索的因子分析の結果

項目 (因子平均値±標準偏差)	因子負荷量				項目平均値 (SD)
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
<上司からのサポート>(3.73±1.05)					
js2上司は励ましてくれる	.886	.167	.155	.018	3.70(1.05)
js6上司はコツを教えてくれる	.849	.201	.167	.049	3.62(1.09)
js3上司はアドバイスしてくれる	.808	.241	.196	.030	3.77(1.07)
js5上司は適切に評価してくれる	.807	.214	.156	.008	3.76(1.01)
js1上司は相談にのってくれる	.780	.206	.183	.016	3.95(0.97)
js4上司はどこがよくないかを言ってくれる	.779	.187	.221	.082	3.70(1.06)
js7上司は情報を提供してくれる	.763	.246	.203	.072	3.62(1.13)
<同僚からのサポート> (3.79±0.92)					
ds8同僚は相談にのってくれる	.226	.836	.149	.041	3.96(0.88)
ds11同僚はアドバイスしてくれる	.242	.801	.152	.081	3.77(0.88)
ds9同僚は励ましてくれる	.239	.795	.153	.051	3.89(0.91)
ds13同僚は適切に評価してくれる	.190	.762	.170	.157	3.63(0.94)
ds12同僚はどこが良くないかを言ってくれる	.175	.750	.130	.055	3.47(0.97)
ds10同僚は手伝ってくれる	.204	.747	.160	.094	4.01(0.92)
<自主性尊重> (3.49±1.00)					
jx16本音で話し合うことがよしとされる	.143	.150	.786	.142	3.18(1.00)
jx15率直な意見が歓迎される	.147	.055	.742	.054	3.48(1.00)
jx14個性を発揮することが許される	.172	.167	.740	.083	3.62(1.01)
jx18上司に自由に言える雰囲気がある	.133	.218	.718	.189	3.48(1.07)
jx19自分なりの意見を持つことが求められる	.209	.142	.684	.128	3.75(0.93)
jx17新しい発想をどんどん実行していくことが求められる	.237	.140	.572	.103	3.45(0.99)
<利用者との関係> (3.71±0.65)					
ly20利用者から信頼される	-.020	.086	.173	.836	3.67(0.66)
ly21利用者と良好な関係を築いている	.069	.046	.194	.810	3.88(0.58)
ly22利用者から感謝されている	.068	.155	.113	.702	3.58(0.70)



n=580 $\chi^2 (df) = 71.134(48)$ GFI=.980 AGFI=.967 CFI=.995 RMSEA=.029

図5-1 職場環境要因の確認的因子分析（標準化解）

2) 所属機関による研修

所属機関による研修に参加した回数は、平均で 8.5 (±6.7) 回で、もっとも多かったのは 50 回 (1 人) であった。人数でもっとも多かったのは 5 回以下が 230 人 (39.6%) で、次いで 6-10 回が 149 人 (25.7%) であった (表 5-3)。

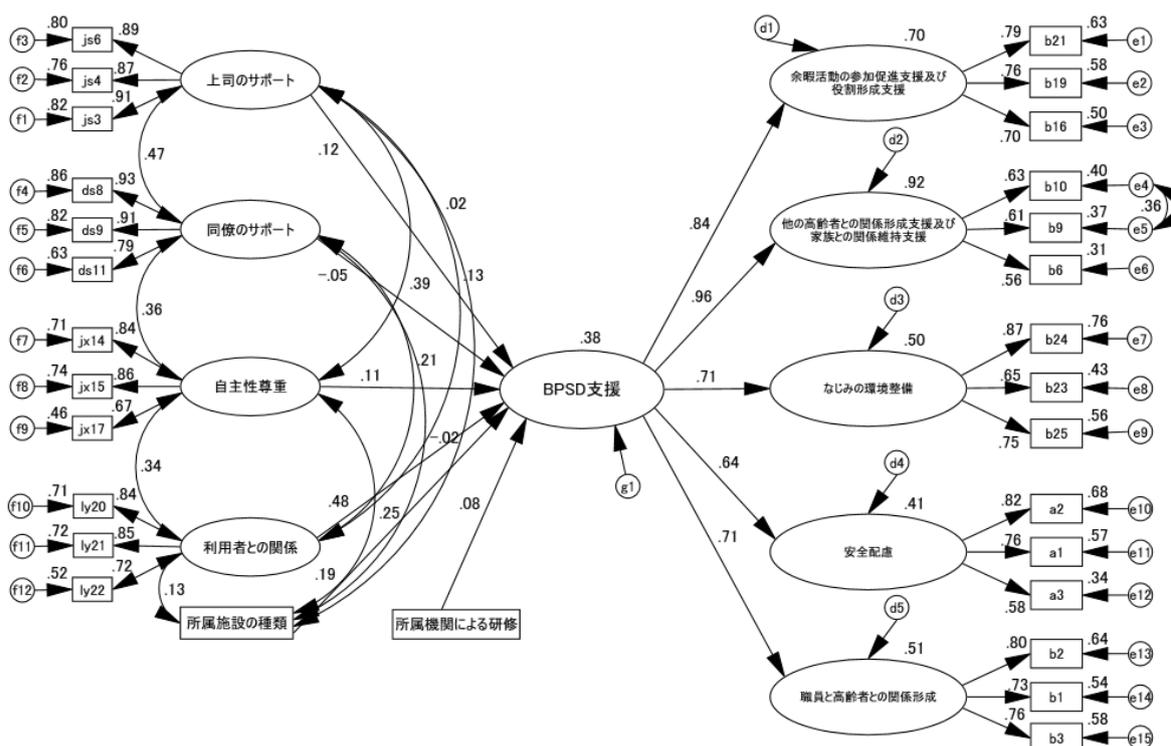
表 5-3 所属機関による研修に参加した回数

回数	人数 (割合)
0-4	194 (33.4%)
5-9	156 (26.9%)
10-14	146 (25.2%)
15-19	47 (8.2%)
20 以上	37 (6.5%)

3) BPSD 支援と職場環境要因との関連

BPSD 支援を従属変数、職場環境要因の下位因子を独立変数とした多重指標モデルのデータに対する適合度は、 $\chi^2 (df) = 589.698 (357)$ で、GFI が 0.934、AGFI が 0.917、CFI が 0.970、RMSEA が 0.034 であり、統計学的な許容水準を満たしていた (図 5-2)。また、BPSD 支援に対する決定係数 (説明率) は、0.38 であり、中程度であった。

有意検定の結果をみると、BPSD 支援に対し、上司からのサポート（標準化係数：0.12）、自主性尊重（標準化係数：0.11）、所属機関による研修（標準化係数：0.08）が 5%，利用者との関係（標準化係数：0.48）、所属機関の種類が 0.1%水準で有意な正の影響を与えている。ただし、同僚からのサポートには有意な影響がみられなかった。



n=580 $\chi^2 (df) = 589.698(357)$ GFI=0.934 AGFI= 0.917 CFI=0.970 RMSEA=0.034

図 5-2 BPSD 支援と職場環境要因との関連（標準化解）

4. 考察

1) BPSD 支援と所属機関の種類との関連

GH に比べ特養職員の自己効力感が低いという傾向がみられた。BPSD の改善を図る際、見守り、付き添い、高齢者の話し相手になることや一緒に作業を行うことなど、個別な対応が重要であるが、職員配置、利用者特性や施設の構造などの違いにより、GH に比べ特養では身体介護や事務仕事に時間がとられ、個別な対応に取り組む時間は少ないといわれている（松田・ほか，2005；石井，2006）。この時間のなさや経験の少なさが、特養の介護職員の自己効力感の低さにつながったと考えられる。

2) BPSD 支援と職場環境要因との関連

まず、上司からのサポートを受けていると認識する介護職員ほど、BPSD 支援における自己効力感が高いという傾向がみられたが、同僚からのサポートについては関連がみられなかった。この結果は、サポート源によって効果が異なるという先行研究を支持したものと考える（小松・ほか、2010）。上司からのサポートに関しては、プラス的な働きを示す先行研究が多くみられ、同僚からのサポートについても、上司からのサポートほど効果は高くないが、おおむね肯定的効果がみとめられている（小松・ほか、2010；蘇・ほか、2007）。しかし、BPSD 支援における自己効力感には、上司からのサポートがその有効性を示している一方、同僚からのサポートとの関連はみられなかった。この結果に関して、以下の二つのことが考えられる。一つは、BPSD 支援が難しく、同僚もその支援実践に対して自信が持てず、サポートしようとしてもサポートになる状況ではないことが考えられる。もう一つは、他者からサポートを受けることで、個人が自力で解決できないことの裏返しとして解釈し、かえって有能感や自尊心を傷つける可能性があることが考えられる（橋本、2006）。この後者の影響については、上司からのサポートにも存在するが、同僚からのサポートほど強くないと考えられるため、同僚からのサポートの効果を軽減したと推測されている（橋本、2006）。以上のことより、BPSD 支援においては、上司からのサポートが有効で、同僚からのサポートがあまり期待できないといえる。

また、利用者との関係がよいと認識する介護職員ほど、BPSD 支援における自己効力感が高いという傾向もみられた。介護職員は利用者から感謝され、信頼されることによって、自分のかかわり方が「これでよかったのだ」という肯定的な自己評価につながり（蘇・ほか、2007）、成功体験となり、自信をもつことになる（Bandura=2008）。とくに、BPSD が介護職員と高齢者との関係でよくなることも悪くなることもあると指摘されており（加藤、2009）、利用者とのよい関係を築くことがいっそう重要であるといえる。なお、利用者との関係は BPSD 支援における自己効力感へのパス係数が 0.48 で、職場環境要因のなかでもっとも高い値であった。このことから、利用者との良好な関係は職員の自己効力感に影響を与え、BPSD 支援の質を高めるうえで重要な要素であることがわかる。

さらに、職場で自主性が尊重されると感じる介護職員ほど、BPSD 支援における自己効力感が高いという傾向がみられた。BPSD の改善に関しては、一律的・マニュアル的な方法が存在せず、背景要因を配慮した支援が必要である（加藤、2002）。そのため、職員が互いに把握している情報を交換し、アイデアを出し合い、実行していくことが求められる。

むろん試行錯誤をしながら支援を行っていくため、うまくいかない場合もあるが、うまくいくと、成功体験として自己効力感の向上につながり、逆に職員の個性を尊重せず、一律の対応を行うようにするとうまくいかない場合が多く、失敗体験として自己効力感の低下につながると推測される。

最後に、所属機関による研修の参加が BPSD 支援における自己効力感に影響を与えたことについては、自主的外部研修と同じく、研修の参加によって、新たな知識や技術を得ることが可能であり、なかには BPSD 改善のヒントになる知見も含まれる可能性があるため、BPSD 支援に活用し、成功体験となれば、BPSD 支援における自己効力感の向上につながると考えられる。ただし、所属機関による研修に参加する職員は、自らの意思で研修（自主的外部研修）に参加する職員ほど介護意欲が高くなく、日頃から BPSD 支援の工夫を行っていない可能性があるため、自主的外部研修ほどは影響がみられなかったものとする。

5. 小括

本章では、BPSD 支援と職場環境要因との関連についてみてきた。その結果、同僚から上司からのサポートの重要性がうかがえた。そのため、日頃から職員に対する上司の支持的・教育的スーパービジョンの実施が求められる。また、利用者との関係にも有意な関連がみられた。この結果は、利用者との信頼関係を構築することが、BPSD 支援の質の向上においても重要であることを示唆している。そのため、介護職員は認知症や BPSD に関する知識・理解の方法、コミュニケーション技術などを習得でき、認知症高齢者との信頼関係が保てるような研修体制やスーパービジョン体制の整備を行うことが求められる。さらに、BPSD 支援には自主性の尊重が影響を及ぼしていた。この結果から、職場において、職員一人ひとりの個性の尊重、率直な意見・提案を言える雰囲気作りや、新しいアイデアを取り入れる姿勢が重要であるといえる。

以上の結果から、職場におけるソーシャルサポートが体制化され、利用者とも良好な関係を築くことができ、また、職員の自主性や裁量権が尊重されるような職場環境となっはじめて、介護職員は自信（自己効力感）をもちながら BPSD 支援に取り組むことができると考えられる。そして、そのような職員の意欲向上は、認知症高齢者の BPSD の改善・予防、生活の質（QOL）の向上にもつながると考えられる。

注 1) 中程度という記載に関しては、小牧らがストレス尺度の合計得点上位 17%を高群、下位 17%を低群、その間を中群（中程度）としており、また浦らが、夫の単身赴任中に生じた 15 種類のストレスのうちに、経験数を 1 以下、2-3、4 以上の 3 群に分け、それぞれ低・中（中程度）・高としているため、本研究でも「中程度」という表現を用いた。

<引用文献>

石井敏（2006）「高齢者介護施設における介護スタッフの量的差異と介護様態との関わりに関する考察」『日本建築学会計画系論文集』599, 57-64.

浦光博・南隆男・稲葉昭英（1989）「ソーシャル・サポート研究；研究の新しい流れと将来の展望」『社会心理学研究』4（2），78-90.

宇良千秋（1998）「老人ケアスタッフの仕事の魅力に対する介護信念と仕事のコントロールの影響」『老年社会科学』20(2), 143-151.

小田美紀子（2012）「訪問看護師の離職意向とソーシャル・サポートとの関連；A 県の訪問看護師を対象としたアンケート調査を通して」『日本看護学会論文集；地域看護』42, 197-200.

貝川直子（2009）「学校組織特性とソーシャルサポートが教師バーンアウトに与える影響」『パーソナリティ研究』17（3），270-279.

介護労働安定センター（2011）：平成 23 年度介護労働実態調査結果について。

http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h23_roudou_genjyou_r1.pdf

介護労働安定センター（2010）「介護実態について；平成 21 年度介護労働実態調査」36.

笠原幸子（2001）「介護福祉職の仕事の満足度」に関する一考察『介護福祉学』8（1），36-42.

加藤伸司（2009）「認知症の人の心理的特徴」『改訂・認知症ケアの基礎』45-58，ワールドプランニング，東京.

加藤伸司（2002）「痴呆性高齢者の行動障害」『高齢者痴呆介護実践講座 I』291，中央法規．東京.

鎌田雅史・鈴木薫・淵上克義（2007）「養護教諭の自己効力感の形成に及ぼす学校組織特性の影響（2）」『日本教育心理学会総会発表論文集』（49），145.

小牧一裕・田中国夫（1993）「職場におけるソーシャルサポートの効果」『関西学院大学社会学部紀要』（67），57-67.

小牧一裕・田中国夫（1996）「若年労働者に対するソーシャルサポートの効果」『社会心理学研

- 究』11 (3), 195-205.
- 小松優紀・甲斐裕子・永松俊哉ほか (2010) 「職業性ストレスと抑うつとの関係における職場のソーシャルサポートの緩衝効果の検討」『産業衛生学雑誌』52(3), 140-148.
- 白石旬子・藤井賢一郎・大塚武則ほか (2011) 「個性が尊重されない『組織風土』における、『キャリア・コミットメント』の高い介護職員の離職意向と『介護観』の関連」『老年社会科学』33(1), 34-46.
- 鈴木薫・鎌田雅史・淵上克義 (2007) 「養護教諭の自己効力感の形成に及ぼす学校組織特性の影響 (1)」『日本教育心理学会総会発表論文集』(49), 144.
- 鈴木薫・鎌田雅史・淵上克義 (2008) 「養護教諭の自己効力感の形成に及ぼす学校組織特性の影響 (3)」『日本教育心理学会総会発表論文集』(50), 544.
- 鈴木眞雄・松田惺 (1998) 「中堅教員の自己効力感の形成要因に関する基礎的研究(2)」『日本教育心理学会総会発表論文集』(40), 283.
- 鈴木眞雄・松田惺 (1999) 「中堅教員の自己効力感の構造と形成要因に関する基礎的調査研究」『愛知教育大学研究報告 教育科学』48, 65-71.
- 蘇珍伊・岡田進一・白澤 政和 (2007) 「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感に関連する要因 ; 利用者との関係と職場内の人間関係に焦点をあてて」『社会福祉学』47(4), 124-135.
- 豊田秀樹 (2008) 『共分散構造分析[Amos 編]; 構造方程式モデリング』第2刷, 18, 東京図書, 東京.
- 野田貴代・出口睦雄 (2004) 「精神科看護師の自己効力感と自己効力感関連要因」『金城学院大学大学院人間生活学研究科論集』(4), 55-64.
- 橋本和宏 (2006) 「中間管理職に対して, 上司・部下からのソーシャル・サポートがもつ効果 ; 部下からのサポートは逆効果? 」『産業ストレス研究』14(1), 43.
- 兵藤啓子 (2008) 「教師のストレスとソーシャル・サポート」『日米高齢者保健福祉学会誌』(3), 391-402.
- 松田実樹・綿祐二 (2005) 「集団生活における個別性に配慮したケア提供に関する研究 ; 特別養護老人ホームとグループホームの比較検討」『文京学院大学人間学部研究紀要』7(1):317-329.
- 宮下敏恵 (2008) 「小・中学校教師におけるバーンアウト傾向とソーシャル・サポートとの関連」『上越教育大学研究紀要』27, 97-105.
- 矢富直美・川野健治, 宇良千秋ほか (1995) 「特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおける

ストレス」『老年社会科学』17(1), 30-39.

山本奨 (2009) 「不登校児童生徒を支援する教師の自己効力感；経験量による検討」『日本教育心理学会総会発表論文集』(51), 188.

終章 本研究のまとめと提言

1. 本研究のまとめ

本研究は大きく二つの部分によって構成されている。一つは、事例を収集・分析し、BPSD 改善につながった支援を分析した質的研究で、もう一つは、質的研究で明らかとなった支援内容に基づいた BPSD 支援尺度の構造・現状を明らかにするとともに、BPSD 支援をよりよく行うシステムを提案するために、その尺度を用いた BPSD 支援に関連する要因を検討した量的研究である。

まず質的研究では、改善事例を分析した結果、BPSD 支援は<BPSD 発生時の基本的対応>と<BPSD に対する日常的配慮>との 2 つのカテゴリーに分けることができ、前者には〔BPSD 発生時の安全確保〕〔BPSD に対する受容的対応〕の 2 つのサブカテゴリー、後者には〔高齢者の肯定的心理を活用した支援〕〔高齢者の残存機能を生かした役割形成・遂行への支援〕〔高齢者との人間関係を形成・維持・するための支援〕〔集団活動や個別的対応による日常生活の活性化〕〔物的・物理的環境を配慮した支援〕の 5 つのサブカテゴリーによって構成されることがわかった。また、<BPSD 発生時の基本的対応>と<BPSD に対する日常的配慮>の 2 つのカテゴリーは二層構造であることについても考察した（第 2 章）。

次に、質的研究で抽出された 7 つのサブカテゴリーを参考に、6 下位尺度（35 項目）によって構成された BPSD 支援尺度を作成した。探索的・確認的因子分析を行い、基準関連妥当性を検討した結果、<余暇活動の参加促進支援および役割形成支援の自信><他の高齢者との関係形成支援および家族との関係維持支援の自信><なじみの環境整備の自信><安全配慮の自信><職員と高齢者との関係形成の自信>の 5 因子構造（22 項目）が妥当と判断した。また、単純集計を行い、<なじみの環境整備の自信>の平均得点が低かったことから、高齢者の過去の生活環境を把握しておくことの必要性が示唆された（第 2, 3 章）。

さらに、BPSD 支援の関連要因として個人特性（パーソンセンタードケアの実践度、自主的外部研修）と職場環境要因（上司からのサポート、同僚からのサポート、自主性尊重、利用者との関係と所属機関による研修）を設定し、検討した。その結果、パーソンセンタードケアを実践しているほど、自主的外部研修に参加しているほど、上司からのサポートを受けていると認識しているほど、自主性を尊重されているほど、利用者との関係がよいほど、所属機関による研修に参加しているほど、BPSD 支援における自己効力感が高かつ

た。ただし、同僚からのサポートには影響がみられなかった。これらのことから、教育カリキュラムや研修プログラムにパーソンセンタードケアの方法の導入の必要性、職員が外部研修に参加できるような勤務体制の構築の必要性、上司からのサポートの重要性、職員が利用者と良い関係を作れるようなスーパービジョン体制の充実の必要性などが示唆された（第4, 5章）。

以上、本研究の調査結果と結果に基づいた簡単な考察を述べた。次より、本研究の調査結果と考察をもとに、先行研究の知見をも取り入れ、BPSD 支援の質を高めるための提言を行う。

2. BPSD 支援の質を高めるための具体的な提言

1) 支援における BPSD 発生時の対応と日常的配慮の必要性

第2章において、BPSD 支援が<BPSD 発生時の基本的対応>と<BPSD に対する日常的配慮>の2つの側面によって構成され、BPSD の改善を図る際に、両者からアプローチする必要があり、両者が互いにヒントとなると述べた。ここでは、このことを実践していくにはどのようにすればよいのかについて具体的な提言を行う。

BPSD を発見した際、専門職としてはまず何らかの対応を行う必要がある。特に、その言動が高齢者本人や周りの人の健康や安全に害を与える可能性がある場合、まず本人や周りの人の健康、安全を守ることが先決である。そのうえ、高齢者の気分を落ち着かせるために、傾聴することや行動をともにすることなどの対応が望ましい。ただし、それで対応が終わったわけではない。BPSD の発生にさまざまな背景があるといわれており、BPSD の意味やその背後に隠れている真のニーズを理解し、それに配慮した支援が求められる。そのため、職員一人ひとりの判断による対応ではなく、カンファレンスを開き、多職種による情報交換・共有、支援の方針や方向性に対する共通認識の確認および支援計画の作成が重要である（白澤, 2003）。また、支援計画を作成する際、前述した BPSD 発生した場合の対応と、BPSD が発生していないがその発生を防止するための日頃からの取り組み、の2つの視点からのアプローチを書き込む必要があると考えられる。その理由としては、BPSD 発生時に対応するだけでは BPSD が改善される可能性が低く、その背後に隠れているニーズを把握し、それに沿った日頃からの長期的な支援が求められることは前述したとおりである。しかし、日頃からの支援が行われているとはいえ、BPSD がすぐに改善され

ることは考えにくく、されるまでは発生時の対応がやはり必要である。ただし、BPSD 背景の理解ができた場合、発生時の対応には、＜BPSD 発生時の基本的対応＞のほか、その背景に配慮した発生時の対応をも盛り込む必要があると考えられる。このように、支援計画に記入することによって職員間の共通認識ができ、高齢者に背景を考慮した、統一された支援を行っていけば、BPSD の改善につながると考えられる。

2) 研修プログラムや教育カリキュラムにおけるパーソンセンタードケアの導入

第 4 章において述べたように、パーソンセンタードケアとは、認知症という病気より、認知症をもつ高齢者という人間（パーソン）に焦点を当てて支援を行うことであり、サービスを提供する際も、提供側ではなく、高齢者を中心に選択することが望ましいという考え方である。近年、パーソンセンタードケアは認知症高齢者支援において非常に重視されており、また本研究の第 4 章でも、パーソンセンタードケアを実践している介護職員ほど、BPSD 支援における自己効力感が高いという傾向がみられ、その重要性が再度確認された。これらのことから、パーソンセンタードケアを現任研修や学校教育などに導入する必要性が示唆された。

実際、現任研修については、パーソンセンタードケアの理念に基づいた DCM（認知症ケアマッピング）という手法に関する研修や実践報告が多くみられる（阿部，2011；鈴木・ほか，2009；鈴木・ほか，2011）。DCM とは、職員のかかわりが認知症高齢者の状態に与える変化を観察し、それを職員にフィードバックすることによって、職員が自分の関わり方を見直し、より主体的に支援に取り組んでいくという発展的評価法である（阿部，2011）。定期的な実施によって、職員の技能、責任感、意欲や個人的達成感につながり、高齢者の QOL にも良い影響を与えると報告されている（鈴木・ほか，2011）。したがって、現任職員に対する研修においては、DCM は重要な手法であり、今後ともより多くの研修に盛り込むべきであるといえる。

また、現任職員だけではなく、入職前の介護講習会受講生や教育段階の学生に対しても、パーソンセンタードケアがこれほど重要であるならば、介護の基礎知識を習得する段階での導入が望ましいと考えられる。しかし現在の介護福祉士養成テキストの内容を見ると、パーソンセンタードケアは一つの理念として紹介されているにとどまり、具体的な実践内容についてほとんど言及していないのは現状である（本間，2009）。理念は当然大切であるが、その理念に基づき、専門職がどのように支援していけばよいのかを示さないと、実践

への導入が困難であると考えられる。したがって、介護福祉専門職養成のカリキュラムのなかには、パーソンセンタードケアを理念としてだけでなく、その実践内容をも説明する必要があるといえる。

3) 上司サポート体制の充実

上司からのサポートと同僚からのサポートを含む職場におけるソーシャルサポートが重要であるといわれている。しかし、本研究においては、上司からのサポートが BPSD 支援における自己効力感の向上に影響を与え、同僚からのサポートにはその影響がみられなかった。このことについては、BPSD 支援がもともと難しいため、周りの同僚もそれに困り、サポートすることができないと考察した。そのため、上司からのサポートがいっそう重要となってくる。

上司からのサポートについては、困りごとの相談やアドバイス、介護に必要な情報提供がその中心となる（蘇・ほか、2007）が、個人レベルで行う場合もあれば、集団レベルで行う場合もあると考えられる。これはスーパーバイザーを上司に限定した場合のスーパービジョンとよく似ている。スーパービジョンとは、主に経験の浅い職員を対象に、その職員の成長や機関のサービスの質の向上を目的とした専門的養成活動であり（岩田・ほか、2010）、大きく個人スーパービジョンとグループスーパービジョンの2種類に分かれる（社会福祉士養成講座編集委員会、2009）。

個人スーパービジョンはスーパーバイザーとスーパーバイジーが対一の面接方式で行うことが基本であり、スーパーバイジーの思いに沿って深く掘り下げることができるため、自己覚知や自己実現に関するスーパーバイジー個人の課題を取り扱うときに適しているが、慢性的な時間不足を抱える施設や機関がほとんどであり、時間の確保が大きな課題であると指摘されている（社会福祉士養成講座編集委員会、2009）。他方、グループスーパービジョンは集団で行うため、効率的であり、ほかのメンバーとの意見交換や、帰属意識を高めることもできるというメリットがある一方、個人的な課題が隠され、議論は表面的になる傾向があることや、メンバーの関心が共通するニーズに合わせざるを得ないことにも注意しなければならない（浅野、2011；社会福祉士養成講座編集委員会、2009）。このように、個人スーパービジョンとグループスーパービジョンがそれぞれメリットとデメリットをもつため、上司はそれを考慮したスーパービジョンやサポートを行うことが望まれる。

また、現場では、経験年数を重ねると、次第にスーパーバイザーとしての役割が求めら

れるようになるが、スーパーバイザー自身はスーパービジョンを体験することなく、数日間の研修を受けただけで行うことになると、できないというジレンマを抱えているのが現状であると指摘されている（小松尾，2012）。このことは上司の場合にも通用していると考えられる。そのため、上司のスーパービジョン能力を一定の水準まで確保できるような研修システムの確立も求められえる。

もちろん、上司のスーパービジョン能力の確保以外、いつでもだれでもスーパービジョンを受けることができるサポート体制の充実も重要であると考えられる。

このように、職員がいつでもだれでも上司から適切なサポートを受けることができれば、仕事に関する悩みが解決され、意欲的になるため、高齢者によりよいサービスを提供すると推測できる。

4) 職員の自主性の尊重

先行研究においては、介護職員が臨時応変に介護行動を遂行できるため、ある程度自分で仕事をコントロールできることが必要であり、他者からの指示や干渉が多く、自らの裁量で処置できないことや、職場の改革にかかわる意思決定に参加できないことが職員のバーンアウトを強めると指摘されている（宇良，1998）。また、自分の個性や意見が受け入れられないと、職員が組織に対して不信感を持ち、組織の中で孤独を感じ、離職につながるとも言われている（白石ら，2011）。本研究においても、自主性が尊重されている職員ほど、BPSD 支援における自己効力感が高いという傾向がみられた。これらのことから、職場で職員の自主性を尊重することの重要性がうかがえた。

しかし福祉の領域では、サービス利用者の自主性や主体性の尊重がよく強調されるが、サービス提供者側についてはほとんど議論されていない。他方、企業において、従業員の自主性や主体性を尊重するために、小集団活動という方法がよく用いられている（太田，1996；城戸，1986）。小集団活動とは、職場の中で少人数からなるグループを中心に、各構成員が業務に関する目標・計画を自主的・主体的に立てることで、作業能率の向上だけではなく、創意工夫への関心、モラルの高揚、自己啓発の喚起・促進をもたらそうとする活動のことである（吉田・ほか，1999）。福祉の領域でも、カンファレンスというグループ作業の形式があり、企業の小集団活動に似ているが、前者は主に特定の利用者を中心に、サービスの提供や環境改善などについて話し合いを行うのに対し、後者は施設や法人全体のサービス提供や環境改善をも視野に入れるため、より広範囲の提案ができると考えられ

る。したがって、福祉現場において、職員の自主性を尊重するために、小集団活動の導入が有効である可能性もある。もちろん、小集団活動で言えない職員や言えないことも存在すると推測できるため、個人的提案制度と並行して行うことも考えられる。このように、小集団活動や個別的提案制度を導入すれば、職員の自主性が尊重され、職員自身の成長にもなり、所属機関のサービスの質の向上にもつながると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

まず BPSD 支援の内容を明らかにするために改善事例の収集を行ったが、調査範囲が一道府県にとどまり、調査結果はほかの地域の状況を反映できない可能性があると考えられる。そのため、今後とも調査範囲を拡大し、さらなる改善事例の収集を行う必要がある。

次に、BPSD 支援に関する量的調査においては、回収率が 3 割程度にとどまり、残りの 7 割近くの調査票が回収できなかった。そのため、残りの 7 割の介護職員の状況については把握できていない。また、今回の調査協力者の 7 割ほどが管理職または中間管理職であり、一般介護職員がわずか 3 割弱であるため、調査結果は必ずしも BPSD 支援の実状を反映しているとは考えにくい。今後とも、回収率を上げるための工夫をし、介護職員の構成のバランスを考慮した追跡調査が必要であると考えられる。

さらに、本研究の質的調査と量的調査はいずれも施設などの介護職員を対象に実施しており、在宅サービスを提供する訪問介護員（ホームヘルパー）については行っていないため、今後、後者に対しても調査・分析する必要があると考えられる。

最後に、質的調査において、「BPSD に対する受容的対応」が BPSD 支援において重要な内容であるとされたが、量的調査では、因子項目から除外された。BPSD 支援に関する項目を精査し、今後の調査において再度分析する必要がある。

このように、本研究はいくつかの限界が残されている。しかし、BPSD 支援が難しいとされている今日においては、本研究はこれまでとは異なった視点で BPSD 支援の内容について検討し、BPSD 支援の質を高めるための施策についても提言を行った。これらの成果は、福祉現場における BPSD の改善や支援に対し、一定の程度において貢献できると考える。また、本研究の成果を踏まえ、BPSD 支援に関するさらなる研究が期待できる。

<引用文献>

- 阿部邦彦（2011）「パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング」『保健の科学』53(11), 727-731.
- 岩田正美・大橋謙策・白澤政和監修 岩間伸之・白澤政和・福山和女編集（2010）『MINERVA 社会福祉士養成テキストブック 4 ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ』148-152, ミネルヴァ書房.
- 宇良千秋（1998）「老人ケアスタッフの仕事の魅力に対する介護信念と仕事のコントロールの影響」『老年社会科学』20(2) : 143-151.
- 太田肇（1996）『個人尊重の組織論；企業と人の新しい関係』中央公論社, 129.
- 小松尾京子（2012）「グループスーパービジョン経験者の変化のプロセスと要因に関する研究；成長を支える視点から」『日本福祉大学社会福祉論集』126, 91-105.
- 社会福祉士養成講座編集委員会（2009）『新・社会福祉士養成講座 8 相談援助の理論と方法Ⅱ』181-198, 中央法規.
- 白石旬子・藤井賢一郎・大塚武則ほか(2011)「個性が尊重されない『組織風土』における、『キャリア・コミットメント』の高い介護職員の離職意向と『介護観』の関連」『老年社会科学』33(1) : 34-46.
- 白澤政和（2003）『生活支援のための施設ケアプラン』中央法規.
- 城戸康彰（1986）「小集団活動が参加者の意識・行動に及ぼす効果；小集団活動効果の日米比較」『経営行動科学』1(2), 91-100.
- 鈴木みずえ・水野裕・坂本凉子ほか（2011）「パーソン・センタード・ケアを目指した認知症ケアマッピング(DCM)の発展的評価介入の有効性；スタッフと認知症高齢者に及ぼす効果」『日本認知症ケア学会誌』10(3), 356-368.
- 蘇珍伊・岡田進一・白澤政和（2007）「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感に関連する要因；利用者との関係と職場内の人間関係に焦点をあてて」『社会福祉学』47(4), 124-135.
- 本間昭編（2009）『介護福祉士養成テキストブック⑩ 認知症の理解』3, ミネルヴァ書房.
- 吉田和夫・大橋昭一（1999）『基本経営学用語辞典〔改訂増補版〕』同文館, 138-139.

引用参考文献（日本語）

- 青木邦男・松本耕二（2001）「在宅高齢者のセルフ・エフィカシーとそれに関連する要因」『社会福祉学』41（2），35-48.
- 朝田隆（2011）「BPSD って何？」『月刊ケアマネジメント』22(6)，8-10.
- 阿部邦彦（2011）「パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング保健の科学 53(11), 727-731.
- 池田学（2002）「痴呆の行動異常と他の症状との関連；アルツハイマー病の妄想を中心に」『老年精神医学雑誌』13（2），157.
- 石井敏（2006）「高齢者介護施設における介護スタッフの量的差異と介護様態との関わりに関する考察」『日本建築学会計画系論文集』599，57-64.
- 犬塚伸・高橋徹ほか（2002）「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），146.
- 井上千津子・澤田信子・白澤政和・本間昭監修 本間昭編（2009）『介護福祉士養成テキストブック 11 認知症の理解』ミネルヴァ書房，19，京都.
- 岩田正美・大橋謙策・白澤政和監修 岩間伸之・白澤政和・福山和女編集（2010）『MINERVA 社会福祉士養成テキストブック 4 ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ』148-152，ミネルヴァ書房.
- 宇良千秋（1998）「老人ケアスタッフの仕事の魅力に対する介護信念と仕事のコントロールの影響」『老年社会科学』20(2)，143-151.
- 浦光博・南隆男・稲葉昭英（1989）「ソーシャル・サポート研究；研究の新しい流れと将来の展望」『社会心理学研究』4(2)，78-90.
- 太田肇（1996）『個人尊重の組織論；企業と人の新しい関係』中央公論社，129.
- 岡田進一（2011）『ケアマネジメント原論；高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法』ワールドプランニング.
- 小田美紀子（2012）「訪問看護師の離職意向とソーシャル・サポートとの関連；A 県の訪問看護師を対象としたアンケート調査を通して」『日本看護学会論文集；地域看護』42：197-200.
- 貝川直子（2009）「学校組織特性とソーシャルサポートが教師バーンアウトに与える影響」『パーソナリティ研究』17(3)，270-279.
- 介護福祉士養成講座編集委員会（2009）『新・介護福祉士養成講座〈5〉コミュニケーション技術』中央法規.

- 介護労働安定センター（2010）『介護実態について；平成 21 年度介護労働実態調査』 36.
- 介護労働安定センター（2011）『平成 23 年度介護労働実態調査結果について』
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h23_roudou_genjyou_r1.pdf
- 笠原幸子（2001）「介護福祉職の仕事の満足度」に関する一考察『介護福祉学』 8(1), 36-42.
- 笠原幸子（2008）「ケアワーカーのアセスメントに関する研究；高齢者施設での質的調査をもとに」『四天王寺大学紀要』 47, 49-61.
- 加瀬裕子・多賀努・久松信夫・横山順一（2012）「認知症の行動・心理症状（BPSD）と効果的介入」『老年社会科学』 34（1）, 29-38.
- 加瀬裕子・多賀努・横山順一（2012）「認知症ケアにおける効果的アプローチの構造；認知症の行動・心理症状(BPSD)への介入・対応モデルの分析から」『社会福祉学』 53（1）, 3-15.
- 加藤伸司編（1992）『痴呆性老人の心理学』中央法規, 167, 東京.
- 加藤伸司（2002）「痴呆性高齢者の行動障害」『高齢者痴呆介護実践講座 I』中央法規. 東京.
- 加藤伸司（2006）「認知症ケアの今後の課題；地域が目線から」『月刊総合ケア』 16（10）, 48-49.
- 加藤伸司（2009）「認知症の人の心理的特徴」『改訂・認知症ケアの基礎』 45-58, ワールドプランニング, 東京.
- 鎌田ケイ子（2002）『チャートで展開する痴呆ケアマニュアル』高齢者ケア出版, 東京.
- 鎌田雅史・鈴木薫・淵上克義（2007）「養護教諭の自己効力感の形成に及ぼす学校組織特性の影響（2）」『日本教育心理学会総会発表論文集』（49）, 145.
- 草壁利江・安原耕一郎（2012）「対応困難な BPSD に対しライフレビューが有効であった認知症の 1 例；心理的要因への新たな取り組み」『日本認知症ケア学会誌』 11(3), 700-708.
- 九津見雅美・山田綾・伊藤美樹子・三上洋（2008）「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」『日本看護研究学会雑誌』 31(1), 111-120.
- 栗田主一（2010）「BPSD 概念の提唱と臨床への寄与」『老年精神医学雑誌』 21（8）, 843.
- 黒田研二・張允（2008）『特別養護老人ホームにおける「介護職員の業務に関する意識調査」報告書』京都市老人福祉施設協議会, 京都.
- 厚生労働省（2010a）「認知症高齢者の数について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>
- 厚生労働省（2010b）「研修等実施状況調査の結果について」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0628-7.html>.

- 小塩真司 (2008) 『はじめての共分散構造分析 ; Amos によるパス解析』 110-111, 東京図書, 東京.
- 小林敏子 (2002) 「介護者からみた行動異常評価尺度 (COBRA など)」『老年精神医学雑誌』 13 (2), 181.
- 小牧一裕・田中国夫 (1993) 「職場におけるソーシャルサポートの効果」『関西学院大学社会学部紀要』 (67), 57-67.
- 小牧一裕・田中国夫 (1996) 「若年労働者に対するソーシャルサポートの効果」『社会心理学研究』 11(3), 195-205.
- 小松優紀・甲斐裕子・永松俊哉ほか (2010) 「職業性ストレスと抑うつとの関係における職場のソーシャルサポートの緩衝効果の検討」『産業衛生学雑誌』 52(3), 140-148.
- 小松尾京子 (2012) 「グループスーパービジョン経験者の変化のプロセスと要因に関する研究 ; 成長を支える視点から」『日本福祉大学社会福祉論集』 126, 91-105.
- 坂野雄二 (1989) 「一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討」『早稲田大学人間科学研究』 2(1), 91-98.
- 坂野雄二・東條光彦 (1986) 「一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み」『行動療法研究』 12, 73-82.
- 佐藤祐基 (2009) 「自己効力感と性格特性との関連」『人間福祉研究』 12, 153-161.
- 社会福祉士養成講座編集委員会 (2009) 『新・社会福祉士養成講座 8 相談援助の理論と方法 II』 181-198, 中央法規.
- 白石旬子・藤井賢一郎・大塚武則ほか (2011) 「個性が尊重されない『組織風土』における、『キャリア・コミットメント』の高い介護職員の離職意向と『介護観』の関連」『老年社会科学』 33(1), 34-46.
- 白澤政和 (2003) 『生活支援のための施設ケアプラン』 中央法規.
- 下山久之 (2008) 「パーソン・センタード・ケアと DCM が誕生した経緯, 概要と特徴」『月刊福祉』 91(12), 94-97.
- 城戸康彰 (1986) 「小集団活動が参加者の意識・行動に及ぼす効果 ; 小集団活動効果の日米比較」『経営行動科学』 1(2), 91-100.
- 鈴木薫・鎌田雅史・淵上克義 (2007) 「養護教諭の自己効力感の形成に及ぼす学校組織特性の影響 (1)」『日本教育心理学会総会発表論文集, (49), 144.
- 鈴木薫・鎌田雅史・淵上克義 (2008) 「養護教諭の自己効力感の形成に及ぼす学校組織特性の影響

- 響 (3) 『日本教育心理学会総会発表論文集』(50), 544.
- 鈴木眞雄・松田惺 (1998) 「中堅教員の自己効力感の形成要因に関する基礎的研究(2)」 『日本教育心理学会総会発表論文集』(40), 283.
- 鈴木眞雄・松田惺 (1999) 「中堅教員の自己効力感の構造と形成要因に関する基礎的調査研究」 『愛知教育大学研究報告. 教育科学』 48, 65-71.
- 鈴木みずえ・水野裕 (2009) 「重度認知症病棟における認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケアに関する介入の効果」 『老年精神医学雑誌』 20 (6), 668-680.
- 鈴木みずえ・水野裕・坂本涼子ほか (2011) 「パーソン・センタード・ケアを目指した認知症ケアマッピング(DCM)の発展的評価介入の有効性；スタッフと認知症高齢者に及ぼす効果」 『日本認知症ケア学会誌』 10(3), 356-368.
- 諏訪茂樹 (2010) 『人間関係とコミュニケーション；体験学習型ワークブック』 (介護福祉士養成テキスト) 建帛社.
- 全国老人福祉施設協議会 (2011) 『特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究報告書』 19.
- 全国老人保健施設協会編集 (2000) 『[改訂版]全国老人保健施設痴呆性老人ケアマニュアル』 厚生科学研究所, 東京.
- 蘇珍伊・岡田進一・白澤政和 (2007) 「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感に関連する要因；利用者との関係と職場内の人間関係に焦点をあてて」 『社会福祉学』 47(4), 124-135.
- 高橋淳・横田修・青木建亮ほか (2011) 「症例報告 常同的周遊と万引きを繰り返す意味性認知症の患者への単身生活支援；パーソン・センタード・ケアの治療的意義について」 『老年精神医学雑誌』 22(5), 606-611.
- 高橋未央・山下功一・天野直二 (2010) 「アルツハイマー病の BPSD」 『老年精神医学雑誌』 21 (8), 850.
- 高山成子 (2007) 「認知症の人の BPSD (行動・心理症状)；その考え方と対応の基本」 『看護技術』 53(12), 63-66.
- 武村真治・橋本廸生・古谷野亘・長田久雄 (1999) 「介護サービスが高齢者に及ぼす効果に関する介入研究；特別養護老人ホームにおける『声かけ』の効果の検証」 『老年社会科学』 21 (1), 15-25.
- 東條光彦・坂野雄二 (2001) 「セルフ・エフィカシー尺度」 上里一郎監修 『心理アセスメントブ

- ック』西村書店，新潟，425.
- 豊田秀樹(2008)『共分散構造分析[Amos 編]；構造方程式モデリング』第2刷，18，東京図書，東京.
- 長倉寿子・森本恵美ほか(2009)「小集団活動が中等度認知症を有する高齢者の BPSD に及ぼす影響」『老年精神医学雑誌』20(12)，1401-1408.
- 永田千鶴(2006)「認知症高齢者グループホームにおけるケアプロセスの質；ケアプロセスガイドライン作成の試み」『介護福祉学』13(2)，157-168.
- 成田健一・下仲順子・中里克治ほか(1995)「特性的自己効力感尺度の検討；生涯発達の利用の可能性を探る」『教育心理学研究』43(3)，306-314.
- 西本幸雄(2008)『認知症高齢者のケアプラン作成マニュアル』(平成19年度)長寿社会福祉基金による研究報告書，社会福祉法人青山里会.
- 日本認知症グループホーム協会(2012)『グループホームの生活単位が及ぼすケアの質への影響に関する調査研究報告書』91.
- 認知症介護研究研修センター編(2008)『認知症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』45，中央法規．東京.
- 野田貴代・出口睦雄(2004)「精神科看護師の自己効力感と自己効力感関連要因」『金城学院大学大学院人間生活学研究科論集』(4)，55-64.
- 野村豊子編(2010)『介護福祉士養成テキストブック5 コミュニケーション技術』ミネルヴァ書房.
- 橋本和宏(2006)「中間管理職に対して，上司・部下からのソーシャル・サポートがもつ効果；部下からのサポートは逆効果？」『産業ストレス研究』14(1)，43.
- 長谷川和夫(2002)「痴呆ケアの新しい道」『日本痴呆ケア学会誌』1(1)，39.
- 繁田雅弘(2005)「行動サインとその対応」『認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの実際Ⅱ：各論』ワールドプランニング，東京.
- 平田厚(2003)「フォーラム：福祉施設におけるリスクマネジメント」『ノーマライゼーション』23(1)，40-43.
- 兵藤啓子(2008)「教師のストレスとソーシャル・サポート」『日米高齢者保健福祉学会誌』(3)，391-402.
- 福井貞亮(2005)「ニードによって引き起こされた妥協的認知症行動」『日本認知症ケア学会誌』4(3)，554-558.

- 本間昭（1998）「痴呆における精神症状と行動障害の特徴」『老年精神医学雑誌』9(9), 1019.
- 本間昭編（2009）『介護福祉士養成テキストブック⑩ 認知症の理解』3, ミネルヴァ書房.
- 堀洋道監修 松井豊編（2001）『心理測定尺度集Ⅲ；心の健康をはかる<適応・臨床>』サイエンス社, 402, 東京.
- 松下正明・金川克子監修（2002）『個別性を重視した痴呆性高齢者のケア』医学芸術社.
- 松田実樹・綿祐二（2005）「集団生活における個別性に配慮したケア提供に関する研究；特別養護老人ホームとグループホームの比較検討」『文京学院大学人間学部研究紀要』7(1), 317-329.
- 三田寺裕治（2005）「高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント；介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因の検討」『淑徳短期大学研究紀要』44, 85-100.
- ミネルヴァ書房編集部（2011a）「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」『社会福祉小六法〔平成23年版〕』ミネルヴァ書房, 519-540, 京都.
- ミネルヴァ書房編集部（2011b）「指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営に関する基準」『社会福祉小六法〔平成23年版〕』ミネルヴァ書房, 758-773, 京都.
- 宮下敏恵（2008）「小・中学校教師におけるバーンアウト傾向とソーシャル・サポートとの関連」『上越教育大学研究紀要』27, 97-105.
- 三好春樹（2003）『痴呆論』雲母書房, 東京.
- 室伏君子編（1994）『痴呆性老人の心のケア；仲間づくりで楽しく』67-77, 学苑社, 東京.
- 室伏君士（2008）「認知症高齢者に対するメンタルケア」『老年精神医学雑誌』19（1）, 21-27.
- 流石ゆり子・伊藤康児（2007）「終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者の QOL とその関連要因」『日本老年看護学会誌』12(1), 87-93.
- 矢富直美・川野健治・宇良千秋ほか（1995）「特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス」『老年社会科学』17(1), 30-39.
- 山口敬士・山田純ほか（2009）「“なんでだろう？”『ライフシート』から認知症の行動・心理症状軽減へ」『第10回日本認知症ケア学会プログラム・抄録集』ワールドプランニング, 230.
- 山下真理子・小林敏子・藤本直規ほか（2006）「一般病院における認知症高齢者の BPSD とその対応；一般病院における現状と課題」『老年精神医学雑誌』17(1), 75-85.
- 山戸隆也（2012）「認知症高齢者を対象としたパーソンセンタードケアにおける尊厳の保持とコミュニケーションの理念に関する研究」『四條畷学園短期大学紀要』45, 62-68.
- 山本奨（2009）「不登校児童生徒を支援する教師の自己効力感；経験量による検討」『日本教育心理学会総会発表論文集』（51）, 188.

吉田和夫・大橋昭一（1999）『基本経営学用語辞典〔改訂増補版〕』同文館，138-139.

引用参考文献（英語：翻訳書も含む）

Baines S, Saxby P, Ehlert K（1987）Reality orientation and reminiscence therapy. A controlled cross-over study of elderly confused people. *The British Journal of Psychiatry*. 151 : 222-231.

Bandura, A（1995）*Self-Efficacy in Changing Societies*, Cambridge University Press.

（=2008, 本明寛・野口京子監訳『激動社会の中の自己効力』金子書房，11-12.）

Bandura A（1997）*Self-efficacy; The Exercise of Control*. W.H.Freeman and Company. New York.

Black W. Almeida O.P（2004）A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *International Psychogeriatrics*, 16,295-315.

Biestek. F.P（1957）*The Casework Relationship*. Loyola University Press.

（=2001, 尾崎新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則〔新訳版〕』誠信書房. 東京）

Bird M, Alexopoulos P, Adamowicz J（1995）Success and failure in five case studies: Use of cued recall to ameliorate behaviour problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. (10) 4:305-311.

Clark M, Lipe A, Bilbrey M（1998）Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 24(7):10-7.

Devereaux M（1997）The effects of individualized music on cognitively impaired nursing home residents exhibiting agitation(unpublished master's thesis). College of St. Catherine St. Paul MN.

Dickinson J, McLain-Kark J, Marshall-Baker A（1995）The effects of visual barriers on exiting behavior in a dementia care unit. *Gerontologist*. 35(1):127-130.

Doyle C, Zapparoni T, O'Connor D, Runci S（1997）Efficacy of psychosocial treatments for noisemaking in severe dementia. *International Psychogeriatrics*. 9(4):405-22.

Gibson F（1994）What can reminiscence contribute to people with dementia? Open University Press.46-60.

Hagen B, Sayers D（1995）When caring leaves bruises: the effects of staff education on

- resident aggression. *Journal of Gerontological Nursing*. 21(11):7-16.
- Holmberg (1997) Evaluation of a clinical intervention for wanderers on a geriatric nursing unit. *Archives of Psychiatric Nursing*. 11(1): 21-28.
- Haupt M, Karger A, Jänner M (2000) Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(12):1125-1129.
- IPA :International Phonetic Association (2003) Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack. (=2005, 日本老年精神医学会監訳『BPSD 痴呆の行動と心理症状』15, アルタ出版, 東京).
- Krippendorff (1989) *Content Analysis ; An introduction to its Methodology*. (=2003, 三上俊治・橋元良明・椎野信雄訳『メッセージ分析の技法 ; 「内容分析」への招待』勁草書房).
- Kutsumi Masami, Ito Mikiko, Sugiura Keiko (2009) Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long-term care facilities in Japan. *Psychogeriatrics*, 9(4), 186-195.
- Lovell B, Ancoli-Israel S, Gevirtz R (1995) Effect of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects. *Psychiatry Research*. 57(1):7-12.
- Moniz-Cook E, Woods RT, Richards K (2001) Functional analysis of challenging behaviour in dementia ; the role of superstition. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16(1):45-56.
- Namazi K, Gwinnup P, Zadorozny C (1994) A low intensity exercise/movement program for patients with Alzheimer's Disease; the TEMP-AD Protocol. *Journal of Aging and Physical Activity*.2:80-92.
- Negley E, Manley J (1990) Environmental interventions in assaultive behavior. *Journal of Gerontological Nursing* . 16(3):29-33.
- Satlin A, Volicer L, Ross V, Herz L, Campbell S (1992) Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*. 149(8):1028-1032.
- Sherer M. Adams C.H (1983) Construct validity of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*. 53:899-902.

- Snyder M, Egan EC, Burns K (1995) Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia. *Geriatric Nursing*. 16(2):60-3.
- Suzuki M, Tatsumi A, Otsuka T, Kikuchi K, Mizuta A, Makino K, Kimoto A, Fujiwara K, Abe T, Nakagomi T, Hayashi T, Saruhara T (2010) Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 25(8):680-6.
- Tipton R.M. Worthington E.L (1984) The measurement of generalized self-efficacy: A study of construct validity. *Journal of Personality Assessment*. 48,545-548.
- Tom Kitwood (1997) *Dementia Reconsidered; The Person Comes First*. Open University Press. (=2005, 高橋誠一訳 『認知症のパーソンセンタードケア』 筒井書房, 東京.)

参考資料 A

<記述式調査の記載内容：分析に使用した 39 事例のみ>

No	主な疾病	3 行動や症状	4① 気づきの内容	4② その理由	5 改善に結びついた支援	6① 介護内容や視点	6② その理由
1	認知症, 便秘症, 腰痛, その他	歩行は自立だが腰折れのためシルバー車を利用し, その中に排泄で汚れた衣類や食事で使われたスプーン, 器, おしぼりなど, 荷台に入れ込んでいる. また, 花, 野菜作りが好きだったことで, 楽のみ中につまんできた草花を差し込んでいる. 入居者が大声を出していると娘と思いきみ「皆様に迷惑かけて」と怒り出し, その方をたたいたりする. 夕方になると「子供たちにご飯を炊いてあげなあかん」と興奮される	本人は施設での生活がわかっておらず, 家庭の生活リズムや時間どうり行動されている.	夜間, 排泄で汚れた衣類は洗濯物としてシルバー車の中に入れ込んだり, 食事に使用した器やスプーン, おしぼりなど後始末をするつもりで荷台の中に入れる. また, 草花を野菜作りと思い, 楽のみの中に差し込んでいる. 夕方になると「子供にご飯をたいてあげな, おなかをすかしてしまっている」などと興奮される	①カンファレンス作成しサービスプランをあげる. ②排泄の後始末については, 朝, 職員と一緒に取り除いたり, 夜間のトイレ使用や排泄の時に心配りする(日中も再々確認). ③おしぼりタタミ(本人のできるごと)や余暇活動の参加に声かける. ④窓際にプラントにて花作りをして, コミュニケーションを取りながら一緒に行う. ⑤入居者への暴力行動はさりげなくなだめる. できるだけ他の入居者への仲間入りに声かけするなどを支援した	本人の生活リズムにあわせ, 精神的に安定した日々を過ごして頂いたことで認知症の進行を防いでいる	収集癖や帰宅願望についてもゆっくり話し合っておれば, 精神的に落ち着いている.
2	脳梗塞後遺症, 認知症, 高血圧症, 前立腺肥大	落ち着かないのか日中, 夜間問わず家族の名前を呼んだり, おーい, オーイ助けてくれ一等と常に言っている. 暴言もあり, 意味不明なことも言われる	家族と離れて暮らす事による, 淋しさからくる不穏に気づく	職員がそばで話しかけたりして, 相手になると少しは落ち着かれるが, すぐに対応しないと余計に暴言が酷くなる	①そばで付き添って相手になる. ②嗜好品などを飲んだり食べたりしてもらうと気分転換するようである. ③余暇活動等の参加を勧める	時間の許す限りそばで付き添って, 相手をしながらコミュニケーションをとることによって, 暴言も少なくなり落ち着いてテレビを見られるようになった	家族に面会を多くしてもらった事もあって, 落ち着いて過ごされる日が多くなった

5		入園時、車いすでの自走はできましたが、ベッドから車イスの移乗は危険な状態であり、ケアに対しても攻撃的であり、介護者に対しても暴言、子供に会いたい、呼んで欲しいと大声を出される事多し。	家族の面会があり、あっている時は笑顔もみられ穏やかでした。頻回に(コール) 排泄の訴え。	家族に置いて行かれたさびしさからだと思われる	相手の話を聞いてあげること	①常に話を聞いて上げる。 ②呼ばれたらすぐ対応する。	①会話しているときは穏やかである。②現在はトイレも自立され、職員に対しても穏やかに感謝の気持ちを表現している。施設に不安がなくなったのではないか
6		帰宅願望、食欲低下、歩行困難	①会話、声かけ心がけるも家族との意志通じず、気分も暗くなる。②食欲も低下。食事チェック表記入。③居室ばかりにいる。認知症進む	①家族にいろいろ話を聞くと、本人も頑なところがあり、家族でみられないとのこと。②食欲のない時に、バナナ、ヨーグルトなど本人が好きなのでやってくれと言われる	居室変更し介護度の同じレベルの方と近くにしたところ、ふるさとの方と丁度同室になり、会話もはずみ、食欲もアップした。老人カーで歩行されるようになりました。最初は、居室で配膳、徐々に集い、散歩に誘い、在宅で近所の方がみえ、集いで気が合っただけで居室変更を試みる	認知症だが、会話するうちに意識レベルが高いと感じ、居室変更。集いも少し出ていただいた時、近隣の方と話はずみ、お話好きとわかった。食事はいろいろと品を変え食べて頂いたり、1回とばして次に全食摂取ならよいと広い目で観察する	意識レベルを把握することにより、認知症重度の居室より、軽度の人の中に居室変更したことで会話してくれる方が増え、よくなったのではないか。
7	認知症、脳梗塞、白内障、外痔、腹部動脈瘤、狭心症の疑い	日中、整理整頓が好きでお部屋の布団等をきっちりたたまれていました。杖をつきゆっくり歩きながら「家へもう帰らなアカン、子供を寝かせて来るから」とか「泣いとる」と廊下を徘徊されたり、夜になると体中のいたるところが痒くなり軟膏を毎日塗っていましたが、時には感情的	日中、誰かが側にいたり、皆で楽しくお話ししたりし、歌を歌ったりしていると穏やかに、自分のイスで座ってみえました。	若い頃からきれい好きで、働き者でお金を貯めるのが好きだったと言われていました。何でも自分できっちりやりたい性格で今でも家にいた頃のようにしていたいのだと思い、好きな歌と一緒に口ずさんだり、歩行訓練した	①昔話を楽しげにされるので、いつも耳を傾けていました。②居室で1人になると淋しくなると訴えられ、夜間など仕事場で一緒におしゃべりしながらお茶しました。子供さんの話や大阪での暮らし、島倉千代子に歌が歌えて口ずさむ。だんだん気持ちが落ち着き、疲れも出てきてもう部屋に帰って休むわと言われる。	元気なころの自分の姿が忘れられない。子供のことや孫のこと。大阪での暮らし。大きな和風の自分の家を掃除したり、買い物や風呂、料理をした思い出など。回想しつつ落ち着いた気持ちになって頂く。	人間の性格って変わらないものだし、その人らしい以前の自分を感じられることにより、また誰かが寄りそっていると感ぜられるとき、好きなことをしている時など、ふと安心感が出てきて落ち着いた自分を見いだせるのではないのでしょうか。

		になり、口をとがらせてムキになってしゃべり出しました		りすると元気に笑っていただきました。			
8	認知症、高血圧症、心不全、呼吸不全	入所前は暴言、不潔行為がある。家に帰りたいと職員への訴えが多くある	病院から直接ショートステイ利用となる	退院後は家に戻れると思われていた	①開眠中は話し相手となり1ヵ月ほどマンツーマンで対応を行った（できる限り）②職員、利用者となじみの関係作りをおこなった。③排泄について定期的な誘導、声かけを行った	①孤独とならないよう話し相手になり、職員の移動にも同伴してもらった。暴言見られず。②職員が仲立ちし、他の利用者との関係作りを行った。③排泄については定期的に声かけ、誘導により不潔行為もみられない	「妹やんか」といってくれる利用者ができ、楽しく前向きに過ごされている
9	アルツハイマー型認知症	他の居室に入る。居室ないで排尿、排便	①他の居室に入られる・・・トイレを捜して。②居室内での放尿、放便・・・トイレがわからない	①他の居室に入り放尿、放便ある。②放便はamが多い	①席を立とうとするときはトイレに行きたいことが多いため、サインを逃がさないようにして声かけし、トイレ誘導した。②amに放便が多いため、トイレ誘導に際し排便するように促し、声かけを行った。③定期的な排便を心がけ、誘導を行った。④職員利用者との関係作りを行った	①生活リズム、パターンシートに排泄や水分量等を記入し、どの時間帯に放尿、放便が多いのか確認して、これに基づき定期的な声かけ、誘導を行った。②職員や利用者との関係がされた（まめに声かけを優しく行った）。日に3回の放尿放便の回数が1回又は0回に減った。	トイレでの排尿、排便がうまくできるようになり不安感が減少してきた。また、職員や利用者との関係が良かったことにより安心してトイレサインを出せるようになった。

10	アルツハイマー型認知症,	昼夜問わず大きな声でどなったり、大きな声での独語が多い。放尿、失禁。	①怒鳴る、独語＝家族との会話が多い。②居室にトイレがなくどこで用をたしたらよいかわからない	①特にお父さん(旦那)の事を気にかけてのこと。②21時前後に放尿多い。	①笑ったり楽しそうにしているときの独語時・・・そのまま様子を観察、自然な形で話し相手となる。泣いたり怒鳴ったりしている時の独語時・・・不安解消の声かけを行う。気分転換に散歩する。利用者とのなじみ関係作りをする。茶菓子を提供し、話し相手となる。②pトイレを設置するが効果なく、定期的に排泄の声かけ誘導を行う	①泣いたり怒鳴ったりする行為があまり、見られなくなった②放尿の回数が減った(月ベースで)	職員との関わりも大きいですが、親しく話ができる(女性の利用者)人ができ、安心して過ごせる時間が増えたのではないかと思います
11	アルツハイマー型認知症、高血圧症、C型慢性肝炎	①歩行器にて自分の部屋からホールのソファを往復される(昼夜問わず)途中で疲れてしまわれ何もなしで座ろうとされ尻餅をつかれることもある。②トイレ介助時、介護者に暴行を加える	①昼夜問わず、歩き回られ外に出たがられる。またトイレ介助を行うと失禁していることが多い。②介護に対する抵抗がある。自分の意志に反することをされると嫌がると感じた。	①失禁しており、気持ちが悪いときに多く歩き回ることがわかった。外出が好きであり、外へ出たいことがわかった。②トイレ介助時に特に抵抗があるため、本人の意見をくみ取り介助を行う。	独歩されるとのことで転倒の危険があるためU字歩行器を使用してもらうように声かけを行ない、最初はなかなか使用してもらえなかったが最近では、毎日使用し歩行していただいています	①歩行器にて歩き回られ出入口の扉の所へ行き、開けようとされるときには、外へ一緒に付き添い散歩に行くようにしたところ、笑顔もみられ殆ど言葉を発せられることがなかったのですが、片言ではあるが自発語もみられるようになった	外へ散歩に行けたことにより気分転換になり、本人も嬉しかったのだと思う
12	認知症、高血圧、脳梗塞後遺症	夜間にろう便行為があり、介護への抵抗がある	介護の説明に対し、理解が困難で不安、不満があるように感じた	話しかけようによっては笑顔がみられた。便が出ているときは気分が悪く、オムツ内に手を入れてしまわれるのだとわかった	①夜間の巡回を強化し、気分が悪くなる前にオムツ交換するようにした。②歌が好きなおことから好みの歌と一緒に歌ってから介助させて頂くようにした。③いきなり行くと興奮されるので、声かけをして話をしてから介助をさせて頂くようにした	コミュニケーションの工夫を試みた事に対応の仕方もわかりやすくなった	ご本人が気分よく介助させて頂けるような雰囲気を作れたのではないかと

13	アルツハイマー型認知症	歩行器を使用し一日中歩行される。無表情で自発語なし。少しでも嫌なことをされると介護抵抗あり。	入所間もないということでも自分の居場所が見つからず、また、本人なりに緊張されていたのではないかと感じた	少しでもしゃべりかけると、暴力行為がみられたから。	施設生活に早くなじんでいただけるよう、毎日声かけ（あいさつ等）をし、リラックスして頂けるように笑顔で接した	毎日声かけを行ったため、少しずつ笑顔が増え、自発語が聞かれるようになった	少しずつ周囲の環境に慣れていったのではないかと
15	アルツハイマー性認知症、皮膚疾患、胃炎	日中、「もう帰ります」「こんなところで遊んではいけない」と言われ、出口を捜し、施設内を歩き回られたり、鍵のかかった窓を開けたりされる。時には、他の利用者との接触を避け、1人フロアでぼつんとされている事もあり。同じ事を何度も訴えられる。また、同じ行動を繰り返される	帰宅願望や不穏状態が出現するときは空腹時（昼前、夕食前）に多くみられ、夕暮れ時になると訴えが多くみられるように感じた	認知症になる前までは、家人より家事全般を任されており、食事の支度をしなければならぬという思いが強く、食前に帰宅願望が多くみられることがわかった。	①役割を持っていただく。例えば簡単な清掃（テーブル拭きやフロア掃き）をCWと共に提供した。②回想法を取り入れ、傾聴に心がけた。週1回は音楽活動、レクへの参加、外出行事の参加を促し支援した。	エリア内の扉をオープンにする。徘徊時においては会話をしながら行動を共にする。広い空間の提供、好みの場所で過ごしていただく。役割を持って頂く	できる限り関わりを持ち、行動を共にすることで安心と信頼関係を築き、また、役割を持って頂くことで自信を取り戻して頂いているように見受けられる。
16	脳梗塞、高血圧症、腰椎圧迫骨折	自分の希望通りにないことがあると感情のコントロールができなくなり、事実と反対の事をいい、妄想もみられ帰宅願望が出現する	妄想や帰宅願望が現われるときは体調不良の時の多いように感じた	便秘が続いたり、腰痛時に不定愁訴がひどくなることわかった。	①傾聴、受容の姿勢で接すること。②日中の臥床時間が極端に長いので、腰に負担がかからない程度での離床を促進。離床内容については皮膚が弱いので個別での洗面時間の提供（朝でなく）。日中少しでも活動することによって便秘が少しでもできるようにする。	①一日の離床時間を増やすことによって軽度な運動の提供。気分転換を図る事によって体調も安定し、帰宅願望が減った。②傾聴、受容の姿勢で接することにより、精神的に落ち着かれることが増えた。	①適度の離床時間の確保により、便秘、腰痛が緩和されたためではないか。②信頼関係が構築できたことにより精神的安定に結びついたのではないかと
17	右大腿骨骨折	オムツはずしの軽減。夜間不穏軽減。暴言の減少。帰宅願望の減少	夜間の不穏の要因として、日中の口論等で興奮しているように感じた	口論等があったため場合、間に入り対話を持った。夜間、電気のスイッチを入・切を繰り返	①積極的に会話をもち、精神の安定を図った。②オムツ交換時、かゆみ止めなどを塗布し、臀部の清潔を図った。	夜間不穏、そのため不眠、それによるオムツはずし。	フロアの変更（2階から1階へ）によって、口論する方と離れたため、気分が安定し気分の悪化が好転したのではないかと

				返された時も対話を 持ちました			
23	アルツ ハイマ ー，鬱 血性腎 不全	落ちつきなくユニット内を 歩き，自分の部屋，談話室， 脱衣場，リビング，他の方の 部屋などあらゆる場所で排 泄をする。排泄後汚染した服 を着たまま，歩いているとき が多いが，たまに自分でなん とかしようと汚染した服の うえから服を着たり，紙パン ツを隠したりする	時間（昼か夜か）や場所 について「わからない」 という。職員が他の方の 介助中に放尿が多い。尿 意はあるが本人からは排 泄に関する言葉は聞かれ ない。放尿してしまうと 落ち込む。ガスが多かつ たり，口臭がきついとき がある。→放便	認知症による見当識障 害。一人になったとき に尿意を感じると所構 わず排泄してしまう。 ブライドが高く，女性 らしい性格なので言葉 に出せない。おなかに ガスがたまりやすく便 の調節ができない	①トイレに行きそうなとき（食前，食 後にそわそわしている）に声かけし トイレ誘導した。②本人と一緒に歩いた り，会話，スキンシップをとり，信頼 関係を築き，排泄間隔を把握。医師に 相談し下痢になりそうなときの服薬の アドバイスをもらった。	スキンシップ，コミュニケ ーション等をとることに より，動きがわかりトイレ 誘導時間を職員間で申し 送った。②ガスが多いと き，口臭がきついときは下 痢便になりやすいので服 薬量を加減した	コミュニケーションをとるこ とにより動きと本人の不安（見 当識障害）が軽減したのではな いか。頻尿のため誘導をこまめ にすることで放尿も軽減。薬を 調節する事も放便軽減に役立 った。
28	躁鬱 病，統 合失調 症	車いすで過ごされている時 に何度も車いすから立ち上 がろうとされ，時には意味不 明な言動もみられる	座っている姿勢を何回も 座り直したり，立ち上が ったりすることでトイレ に行きたいとの意思表示 ではないかと推察した （時間ごとでの排泄誘導 は行っている）	おやつからしばらく らくしてその行動がよ くみられるため	トイレの声かけ，誘導を行った。②焦 燥感を感じさせないため，意識的な声 かけをした。	立ち上がりや意味不明な 言葉はあまりみられなく なった	残尿感の解消と精神的な安定 が保たれるようになったから ではないか。
30	脑梗 塞，高 血圧症	特に夕方から夜間にかけて， 帰宅願望が強い。作り話があ り，家族の心配をして徘徊も みられる。職員の声かけに拒 否する事も多い	①声かけに拒否，介護抵 抗。②作り話で家族の心 配をする。③徘徊	①訴えを十分聞き，思 いを受け止める。②長 年離れて暮らしている ので心配されている。 ③出口を捜したり，健 足なので歩いて回りた い	安心してもらえるように声かけした が，本人は自分の思い（作り話）を主 張する事が多いので，話をしっかり聞 いて共感したうえで安心するよう声か けをした	①十分に話を聞く。②でき るだけ行動を制限しない。	①訴えることで聞いてもらえ るという安心感からか穏やか な表情になる。②健足で外に出 たいという思いが強いので，裏 庭に出たり散歩など機会を持 つことで訴えが減った。

37	心疾患	衣類を収集したり、破ったりする	家族から昔の話を聞き、衣類を収集することが整理をしているのではないかと思いました	ダンスを設置し主の思うとおりに使ってもらうと少し安心されたように思った	衣類の管理ができないと思い、スタッフで衣類の管理をしていた	ダンスの使用について毎日観察を行ったが、少しずつダンスの認識ができてきた。行動障害についても少し軽減したように思えた	危険な場合は、ダンスの設置について見直すことも話していたが、少しずつダンスの認識ができ情緒の安定に繋がった。
38	老年認知症	夜間になると自分の荷物や布団を片づけ廊下を何回も徘徊し落ち着きがなくなり不安を訴え尿失禁のみられる日が毎日続く。夕食前になると突然居室に戻り布団の中に隠れる姿が見られる	①夕食前に居室へもどり布団の中に隠れる行為、食事に関係していると感じた。②朝食を食することができない。③自分の荷物や布団を片づける行為。④廊下を何回も徘徊し落ち着きがなくなり不安を訴え、尿失禁のみられる行為。	①夕食をつくるのがいやで、主人が帰って来るのが怖いことがわかった。②自宅にいるときはいつも朝食を食べると「働かない者食うべからず」といつも主人から言われていた。③主は清潔好きで片づけや掃除が好きであること。④食事に関して心配事、主人がお金を渡してくれない事、自分には子供がないこと	①家族の面会時、家での生活を聞き、自宅で使用していた本人のほうきとちり取りを持って来てもらった。②財布の中に小銭とお札のお金を入れて、前かけに入れていつも持ってもらう。③食事の時間に配膳を手伝ってもらう。④洗濯物やおしぼり巻きを手伝ってもらう。⑤職員とともに時々散歩に行く	①自宅で使用していたほうきとちり取りを持ってきたことで、自分の仕事ができると思い、少しずつ元気になった。②財布の中に小銭とお札のお金を持つことでお金の不安がなくなり、朝食も食するようになり自らすすんで職員の手伝いをしてくれる。③自分の荷物や布団を片づける行為もなくなり自分の居室を清掃し整理整頓してくれる。④洗濯物やおしぼり巻きを手伝ってもらう。職員共に時々散歩するようになって職員が子供に思えて心の支えができた。とよく話してくれるようになった	①自分に自信が付き笑顔もみられ、他の利用者にも声かけが出きるようになったと思う。②夕食前になると居室にもどり布団の中に隠れる姿もなく不安の顔がなくなったと思う。夜も良眠する。③自分なりの生活を少しずつ楽しんでいるように思える。④心配事がなくなり自ら職員にも多く声かけがあり、他の利用者とも仲良くなり明るくなり尿失禁、徘徊もなくなる。

39		スタッフや他の利用者さん に対しての暴言	毎日何もすることがな く、話をする相手も見つ けられないため、目につ く周りの人に対して大声 で怒鳴ることにより発散 しているように感じた	少しの時間でも主の話 を聞くと落ち着かれた	ぬり絵をしたり、散歩に行く時間をつ くるなど、まずはスタッフが関わる事 を試み、主の昔話を聞きそれについて 調べ、次の話につなげられるようにし た	何種類かのぬり絵を用意 し、時間があれば自分も一 緒に色をぬる事により、会 話もはずみ穏やかな時間 が増えた。	主は色を塗ることが嫌いでは なかったため、本人より「ぬり絵 がしたい」との訴えも出るよう になり、毎日の生活の楽しみが 持てたのではないかと
45	狭心症	①認知症の進行がみられ見 当識障害や理解力の低下が みられる。②夕方より徘徊が 目立つことが多く、出口を捜 すこともあり見守りが必要	徘徊については主婦をし て時の事を思い出しての 行動と思われる	夕方になると帰宅し夕 食の用意などをしなく てはいけないと思いは じめる	ユニット内においてもできる家事を手 伝って頂くようにした。専用のほうき とちり取りを用意し、掃除の手伝いな どをしてもらっておやつづくり等にも 参加してもらった	日中洗濯物をたたんだり、 掃除を行うことにより軽 減された	見守りを行ない自分の好きな ことをすることにより気分的 に落ち疲れたと思われる
47	糖尿病	夕食後より「出口はどこです か」と言われながら施設内を うろうろ歩かれる。夜間にな ると歩きまわることが少 なくなれるが、イスに座りそ のまま朝まで一睡もされな いことがある。	①日中の活動低下が感じ られる。②なにをしたい かわからない不安から徘 徊されているように思え た。③ケアさせていただ く際、声かけの内容によ り抵抗、拒否の有無が関 連しているように感じ た。	①昼間、何もされるこ となくイスに長時間座 っていることが多い。 ②夕食後、他の利用者 が居室に戻られ、回り が静かになっていくこ とに不安を抱かれ、徘 徊されることがわかっ た。③女学校時代の話 や「●●を私たちと一 緒にして頂けません か」と誘う声かけを行 うとケアへの抵抗が少 なくなった	①ケアへの抵抗や拒否がみられたとき には無理に行わず訴えをよく聞き時間 をおいてから声かけを行う。また別の 職員も対応を行った。②徘徊がみられ るときは行動を共にし「今何をしたら よいか」など声かけを多くした。③日 中、おしぼり巻きや洗濯物を職員と一 緒にたたんでいただき役割を持っても らう。そこから職員や他の利用者とは コミュニケーションを図って頂いた。④ 生活歴の中から女学校時代の思い出が 強いため、普段からの対話の中に盛り 込んだ	①24時間チェックシート へ表情、行動、食事量、排 泄の有無の記録をし、対応 した内容や意見を確認し ていくことにより夜間の 良眠へつなげることがで きた。②行動を共にしこま めな声かけを行う事によ り、不安からの徘徊が殆ど なくなった。③ケアへの抵 抗が少なくなった。	①役割を見つけそこから達成 感を味わって頂いた。②職員か ら声かけを多く行ないクラブ 活動への参加を勧め、他利用者 とのコミュニケーションが図られて来て いる。③タッチングをしなが ら、なじみのある話をするこ とにより、不安感を軽減できたの ではないか。④声かけをこまめ に行ない、職員とともに行動を とる誘いに信頼感をだく事が 出来たのではないかと。

52	心不全, うつ病	シュートステイ入所から施設入所になった方. ショートステイ利用時から夕方になると帰宅願望があり, 離施設したこともある. 入所後は自分が帰りたくなると「娘に迎えにきてもらってください」「胸が苦しいので帰ります」などと作り話があり, スタッフに帰ります, と繰り返し訴え, 時に帰れないと暴言を吐いたりします	帰りたいという訴えは娘に会いたいのではなく, 一人の生活に戻りたいのではないかと思う. 集団生活になじまないように感じた	言葉の中に一人の生活はだれに気兼ねすることもなく自由だということのような言葉が聞かれた. 一人でいれば全てのことをやらなければならないが, 集団の生活ではすることがないと訴えられることから帰宅願望があるのではないかと思う	①自室の掃除をしてもらい, スタッフと一緒に拭き掃除などをしてもらった. ②機能訓練, 行事などに参加を勧め, 利用者自身に仕事をしてもらい運動などを働きかけ, 集団生活に慣れてもらうように支援した.	スタッフと一緒に身体を動かす. 掃除, コップふきなどすることで一時的ではあるが帰宅願望が軽減した. 家族の方に週一回程度の面会か外出をお願いした	掃除などしてもらうことでスタッフがたすかり「ありがとう」と声かけすると嬉しそうにされる. 時には冗談も聞かれるようになった. 娘さんたちと外出しても居室に戻られてからも余り帰りたいという訴えが少なくなった
54	左大腿骨頸部骨折, 老人性うつ病	①うつ状態により, コミュニケーション不可(声かけによる意志の確認ができない). ②ケアへの抵抗(入浴, トイレ介助の拒否)	①職員と家族, 職員と本人, 家族と本人のコミュニケーション不足を感じた. ②介護にあたって一方的な介護になっていると感じた	職員, 家族の一方的な声かけ, 介護がうつ状態が進行したとわかった	家族が面会に来られたら, 全職員が積極的にコミュニケーションを持つようにし, 本人に対しては出きるだけ意志を確認して介護をした	三方のコミュニケーションが取れるようになって本人もうなづくのみでなく発語して意志を伝えてくださるようになった. 家族もこちらを信用してくださるようになった	三方に信頼感ができたからではないか
55	腰椎圧迫骨折, 認知症, 抑鬱神経症, 逆流性食道炎	居室に泥棒が入って物を持っていく, 男性職員が性的ないたづらをしてくるなどありもしないことを毎回何回でも訴える	入居したてで信頼できる人間がいないことが関連しているように感じた.	入居前から携わっていた職員には性的いたづらをされたとは言わない. 前記の3. の内容を相談してくる	全職員に早急に信頼関係を築くよう働きかけ, 本人に対して声かけ, 訪室, 親身な相談をするようにした. また他の利用者にも働きかけ利用者同士の友好関係の構築を行った	①全職員に早急に信頼関係を築かせた. ②利用者同士の友人関係の構築	①ここにいる人たちは私の味方なのだという気持ちが芽生えたのではないかと. ②入居当初のいろいろなストレスが軽減された.

58	逆流性 食道炎	イスに座り他者には見えな い、だれかと話していたかと 思えば、突然歩き出し、危険 なので止めようとしても物 を投げつけたり、手にかみつ いた。職員の話しかけには理 解できず、トイレ誘導、入浴 は毎回拒否し、お湯をかけた り大声を出した。トイレ介助 時には髪の毛を引っ張り頭 を殴られた。	言葉でのコミュニケーションは取 れないが、妄想の中で誰 かと話あっている。言葉 から、二度結婚し子供が できなかったことを自分 のせいになされ、苦しんで いたと判断し、抱き人形 を購入してもらい、常に 抱いてもらうようにし た。	「赤ちゃんができない の」と言っているのを 聞いた。子供をみると 目を細めるた。子供の 前では興奮はなかつ た。入所前の生活を身 元引き受け人に何っ た。	①言葉でのコミュニケーションは難しかったの で、徘徊時は信州生まれなのでりんご の歌を歌いながら近づき、肩や背中を さすりながら手をつなぎ「今まで大変 でしたね」「つらいことはありました か」と一方的に話しかけた。②トイレ 介助は本人がそわそわして立ち上がつ た時に誘導した。③徘徊や食器を積み 重ねたりの行為は、危険でない限り止 めない。④正面から話しかけず、斜め 前から意図的に声のトーンを下げて話 しかけた。⑤職員をグループ分けしほ ぼ同じ職員がかかわった	全部必要だったと思われ る	入所当時は誰も近寄れないほ ど興奮が強かったが、徐々に穏 やかになっていた。バーバルコ ミュニケーションが取れない ため、明確にはわからない
59	アルツ ハイマ ー型認 知症	何回も同じ質問を繰り返す。 夕方になると「家に帰らなく ては」と出口を捜して歩かれ る	①自分の居場所がわから ず不安になっている。② 長年の生活習慣が記憶さ れ、その行動を取れない 事へのいらだちがある。	①慣れた場所にいると 落ち着かれる。②単純 な家事を手伝って頂くと 穏やかである	居室環境を可能な限り在宅（自宅）の 居室の有様に近づけた。（ベッドをタ タミと布団に、なじみのタンス、置物 など）	家族に毎晩、電話を本人に かけていただき話をして もらう	家族の声を聞いて安心して もらうことができた。職員の言う ことは信用しないが家族の説 得にはその時点で納得された
61	高血圧 症、認 知症、 難聴	家族を捜し、車いすでの徘徊 や帰宅願望がある	夕方になると徘徊が多く みられた。一人で過ごし ているときに帰宅願望が みられる	夕方になると家に帰り たいと言い、徘徊があ る。一人で過ごしてい るときに帰宅願望が多 い	淋しくなると徘徊や帰宅願望が多くみ られたため、コミュニケーションをた くさんするようにした。また気分転換 のための作業をしてもらうようにした	①声かけを行ったり、コミ ュニケーションを多くと るようにした。②タオルを たたんだり、手先を使う作 業をしてもらう。③他の利 用者や職員と会話が楽し めるように車いすの配置 に気をつけ、職員はゆっく りとした口調で話をする。	①本人の思いを聞き取るため。 ②気分転換を図るため。③難聴 だが会話を楽しめるようにす るため

63	糖尿病	洗面所の手ふきタオル、トイレトペーパー、共同の雑誌類等を、手当たり次第に自分の部屋へ持ち込んでしまう	入所前の生活が一人暮らしで認知症も出ていたのか、買い物や掃除、片づけなどもうまくできず、手助けする人もなく、その辺にある物を集めてきては、自分の身の回りにおいて楽しんでた（寂しさを紛らわすためか？）	本人の物には名前を明記して、共同の物には施設名を入れたりして、自分のものとそうでないものの区別をつきやすくしたところ、持って行ってしまいが、返しに来てくれることもみられるようになった（これ、私の名前とちがうわ）	特に話相手もなく、テレビを見て過ごすことが殆どで、その合間にトイレへ行って物を集めたり、食堂へ行っては物を持ってくるという生活だったので、一日に何回も顔を見せ、話をするようにした。また、部屋から外へ出られた時は偶然あった振りして話しかけ、注意をそらしたり、本人に興味のある事などを探った。グループの職員にも声をかけ、話す機会を多くしてもらい、一人の時間を減らすようにした。	頻りに声をかけ、顔を見せているうちに自分からいろいろと話をしてくれるようになり、本人が推理小説が好きなことや他の人と同じような物が食べたいことや甘い物が好きなどいろいろな事がわかってきた（糖尿で食事制限をされている）。そのため許せる範囲で食べてもらうようにした。また、なじみの関係も同時に形成され名前も覚えて、自ら声をかけてくれるようになり、物集めが減ってきた。	話し相手がなく、入所前と同様の生活で淋しさや、他の人と同じ物が食べられないひがみ等が物集めに向いていた。
65	アルツハイマー型老年認知症	食事の時にになると食べ物で遊び出す。他の利用者の食事や衣類を持ちだしてくる。夕方になると家族の名前を呼びながら施設内をうろうろと歩き回る、夜間もそれが続いていた。	夫や息子の名前を呼びながら歩いていたので家族がいけないことが徘徊の要因であるように感じた。食事はただ遊んでいるのでたべるといふ行為がわからないのではと思った。	間違っって持って行った衣類でも「私にください」というと素直に「はいどうぞ」と渡してくれた。食事も「これを食べてください」というと何度も「いいの。いいの」と聞いてくる。「これはあなたの物ですよ」というと安心されたように食べ出す。そのときに介護者の顔	子供の役割を介護者が演じ「お母さん」と呼ぶようにし、ゆっくりと話すようにした。食事の時も座る場所など側について「ここに座ってください」と伝え、茶碗や箸の持ち方、食べ方についても指示するように働きかけた。そのうち嫌いな食べ物は吐き出し、タオルなどに包みどこかへもっていきこうとしていることに気づいた	ゆったりと接して行くうちに落ち着きが見られるようになり、他の部屋へ行って物を持ってくるといふことはなくなった。夜間もよく眠るようになり、食事でも嫌いな物を除きすべて落ちていて食べられるようになった。不安そうにしていた顔が笑顔に変わり、にこにこ接してくれるようになった。	子供の役割をすることで不安がなくなったのではないか。何をどのようにしたらよいのか、全くわからなかったがそばについて声をかけ、教えてくれる人がいると言うことで安心に結び付いたのではないか。

				色を見ていることがわかった			
66	アルツハイマー型認知症	目を覚ましているときにはどこにいても手や机をたたき、周囲からやかましいといわれる。そのたびに暴言や暴力がみられた	食事がきちんと摂れていらず、便秘になり手をたたくななどの行動や暴力行為が出ているように感じた。	便秘が続くと自分で便を出そうとするのか弄便がみられさらに興奮状態が続く	朝食後、トイレ誘導し排便してもらえるように働きかけた。食事はパンしか食べなかったのを、ゆっくりと声かけし、徐々に普通食を食べてもらうようにしていった。歌を歌ったら手でリズムをとったのでレクに参加してもらいと笑顔がみられるようになった	食事量を確保するために記録し、徐々に増やしていった。決まった時間にトイレ誘導することで弄便や暴力行為が殆どなくなった。得意なことに参加してもらうことで日中、手や机をたたくななどの行為がみられなくなった。	決まった時間にトイレ誘導することで、トイレでの排泄ができるようになった。食事をきちんととることで便秘がされ、イライラがなくなった。興味のあることに目を向けることにより退屈しなくなったのではない。
67	老人性痴呆症	ほぼ毎回食事時に食堂へ来ると落ち着かなくなり、大騒ぎをするため回りの利用者トラブルになる。時には身の危険をかえりみず車イスから転落することもあった。	集まる人が多くなると落ち着きがなくなり、なんとかその場から出て行きたい（逃げ出したい）様子であった。	少人数でいるときや居室で過ごしているときは落ち着いていた	食事は少人数のグループに分けて別の場所に変えた。食事の直前まで居室で過ごせるように配慮した。	ヒヤリハット委員会で興奮時などの記録をとったから集団でいるときにそのような行動がみられたので、少人数グループに分けてできるだけ持ち時間を短くしたので興奮する事が少なくなった。	ひとり暮らしをしていたので、集団で食事をすることができなかったのではないかと。少人数で食事をすることで食事の時間と認識できたのではないかと。

70	C型肝炎、硬変、認知症	<p>①他の利用者への暴言、暴力、CW等への職員や他の利用者家族への暴言、暴力。②食べ物、移動介助など、他訴である。③拒薬（食べ物に混ぜる、水分摂取が水のため固める。言い方を変えての服用）全く効果なし</p>	<p>①在宅時、夫と二人で生活しており、夫の言うことしか受け入れなかった。②その夫に対しても多訴であり、食事も年中同じ物（モチ、バナナ）等しか食べていなかった。③夫との二人生活中、娘夫婦と息子夫婦以外の人との接触は殆どなかった。④在宅→病院→特養の経緯で病院ではいろいろと制限があったのか？</p>	<p>①夫に依存しているため他者の意見を受け入れない。②夫は既に亡くなっているがその認識があるかは曖昧である。③その寂しさからなのか、自ら他者へ寄っていき暴言などを吐いている。（輪のなかに入れて欲しいことがわかった）</p>	<p>①食事をうどんしか食べないため、それ以外の物を摂取して頂く。家人の協力を得て本人の好物（果物、お菓子、パン）を持ってきてもらい、その補食で空腹を満たしストレスの軽減。（食べ過ぎに気を配る）②腰痛傾向があるため、リクライニング式車いすを使用していたが、普通型の車いすに替え、フットレストをはずし、足こぎにて自由に行動してもらおう→ストレスの軽減、自由に動ける。③拒薬については入所後1ヵ月弱は激しく拒否していたが、夜間時一度腰痛の訴えあり、翌朝「痛み止め」と言い服用できたことをきっかけに少しずつ服用できるが、それも2、3日であった。その後は入所時に比べ食欲も増え本人希望によりうどんをやめ毎食白米とみそ汁を提供する。食事を見せて交換条件になってしまうが「ご飯を食べたら飲んでください」というふうに関介している。それでも拒薬するときはあるが以前に比べて薬を飲むくせはついたとおもう。拒薬については家人も了解しており、無理なら飲ませなくてもよいと話されている</p>	<p>①苑内の食事以外の間食について全てチェックしている。②居室に家人の持ってきた食べ物をおいておき好きな物をいつでも食べられることをわかってもらおう（家人の協力）</p>	<p>食べ物は本人の好きな時に渡し、好きなように食べてもらっている。また、車いすを変更したことにより、行動範囲が増えたため、ストレスが軽減したのではないかと。②他者に対する暴言は続いているが、暴力はほとんどなくなった。CWに時々する程度。食事に対する満足感からも拒薬が減ったのではないかと。</p>
----	-------------	--	---	--	--	--	---

71		日中、居室にいることが多く、居室前の廊下に座り込み、「家に帰りたいわ」と大声で何度も呼んでいる	日中、居室で過ごすも誰もいないことにより不安になってくると感じた	施設に入ることを事前に家族から知らされておらず無理に連れて来られた	不安にさせないため、できるだけ日中は職員、または他の利用者と関わりを持ってもらい、レクレーションなどにも参加してもらおうよう支援した	他の入居者との交流が少しずつ多くなり、何をすることも行動を共にしたりすることにより、帰宅願望が少なくなってきた	気分が落ち着くようになり、居室の戻ることも少なくなり施設での生活にも慣れてきたからではないか
72		落ちつきなく少しでも気に障ることがあると手をあげ（たたかないが）、大声を出したりする。全くと言っていいほど話しに応じない	慣れるまで根気強く接しようかと相談する（場所、人になれていない昔気質の性格）	人に命令されること、迎合すること等が出来ないのではないかと考えた	付き添うことにした。間に話をし、聞いたりした。（家族からも十分にお話を聞き、ご本人の性格を重視するような接し方、言葉遣いなど気をつけた	日数は要したがさすがに穏やかになり行動も落ち着くようになった	終日1対1の頻度で付き添い、顔を覚えてもらい傾聴に徹した
73	緑内障、白内障、腰痛圧迫骨折	帰宅願望が強く。夕食後になると介護者への暴言、暴力行為がある。居室で寝ようとされず、廊下を徘徊しEVで1階へ降りようとする	普段はひとり暮らしで自分の好きなように生活できているが、集団生活への戸惑いがあると思われる	慣れない生活での不安、他人との生活にいらだちがあるのでは？	他利用者と接点を作り生活に慣れてもらう。職員が傾聴し会話をたくさんもつ	①同室者に協力を得て居室にいる際は話をしてももらう。②「帰りたい」と話をしていたら、「息子さんが今日は泊まってくださいと言っていました」と声をかけて統一する。	①生活に慣れていないため、生活しやすい環境を整える。②何度も繰り返す訴えあるも聞き流さずに、その都度声かけし介護者間で同じ答えをしていくと安心される
74	高血圧、狭心症	帰宅願望が強くみられることが多く、子供の名前を大声で呼びながらフロアを車いすで回られ、エレベーターに乗ろうとされる	家族から離れての淋しさから、事業していた昔の習慣から、子供のことを心配する心から、活動や集中して行うことがなく一人でいろいろと考え込まれる	一人で居室に戻られしばらく一人でみえ。再びフロアに出てこられると帰宅願望がみられる。食後に多くみられる	みんなで興味のあることや、お好きなことをもっとよく知るために「ニコリホット帳」を作成した。いろいろなことを声かけし試し、お好きな曲、話題、趣味がわかり、そのことを中心にコミュニケーションをとった	興味のあることやお好きな話題を知るために「ニコリホット帳」を作成し、落ち着かれたり、集中されることを見つけた	お好きなことや話題をすることで集中し、落ち着かれ帰宅願望が減った

75	高血圧, 狭心症	入浴拒否がみられる	不安や恐怖心から拒否がみられるのではないかと感じた	声はかけるがフロアから浴室にすぐにお連れすると拒否が強い	①マンツーマンでゆっくりとコミュニケーションをとることに努めた. ②私自身のことも話して安心して頂けるように努めた	入浴前に散歩にお連れしマンツーマンでコミュニケーションをとった. ②好きな話(旅, 学生時代, 会社)の話や好きな歌(櫻井の訣別)を歌って浴室にお連れすると落ち着いて拒否がなくなることが多くなった	誰に何をされるのかという不安や恐怖心から来るのではないかと. 昼食後で帰宅願望がみられ精神的に不安定だったためか.
76		夕食後, 居室に戻り横になられ職員が退出すると大声で子供の名前を呼ばれる	職員が退室し, 一人になると叫ばれる. 寂しさや孤独感や不安感からではないかと感じた	一人になり寂しさや孤独感が強くなる. 訪室し会話をもつと落ち着く	寂しさを少しでも軽減するためにゆっくりと会話をもち, ベッド下の転落防止用布団で添い寝をし, 人が側にいる安心感を持って頂けるように支援した	会話をゆっくりもち, 添い寝をした. 職員に布団を掛けてくださる等していただき, ご自分も横になり休まれることが多くなった	少しでも側にいることで不安感を多少は減らせたのではないかと.

参考資料 B

「認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）に関する調査」の調査票

<本論文は調査データの一部を使用している>



「認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）の改善に関する調査」のお願い

認知症をもつ高齢者の中には、徘徊や帰宅願望、妄想などを有する方々がいらっしゃいます。これらの症状は、これまで問題行動や行動障害などと呼ばれていましたが、近年、認知症高齢者の行動・心理症状（以下、BPSD）という言い方になりました。

BPSDは、認知症高齢者ご本人を苦しめるだけでなく、高齢者を介護する家族や施設職員にも多大な負担を伴う場合があります。福祉現場では、いまだに確立された理論や方法がなく、職員一人ひとりがそれぞれの経験をもとに探索的にケアを行っている状態で、認知症ケアの対応に困惑を感じている方が多いと考えられています。そこで、そのような状況を少しでもできるように、本調査を企画させて頂き、実施させていただくことになりました。なお、調査対象施設の選択は、統計ソフトを使用し、WAMNETの登録から1,000カ所の施設を無作為に抽出させて頂き、抽出された貴施設に本調査票を送付させていただきました。

つきまして、お忙しいところ誠にお手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解いただきまして、本調査票をご記入の上、1月30日（月）までに 切手を貼らずに同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願いいたします。

本調査は、施設における認知症介護に関する内容をお尋ねするものであるため、できましたら、**貴施設において認知症高齢者の介護を1年以上経験し、現在も認知症高齢者の介護に直接携わっている介護職員1名の方をお選び頂き、その職員の方にご記入いただければと存じます。**

本調査は、大阪市立大学生活科学研究科 先端ケア学分野研究室（代表：岡田進一）が行う大阪市立大学重点研究（認知症高齢者に対する包括型都市生活支援プログラム：大阪プロジェクト）の一部です。なお、ご記入された情報は、すべて調査実施者（鄭尚海）および調査管理者（岡田進一）以外の第三者の目に触れないよう厳重に管理されます。また、調査結果はすべて暗号化され、個人や施設が特定できないようになっており、個々の回答内容が公に出ることは一切ありません。

この調査の回答は、個人の自由意志によるものであり、調査回答の有無によって回答者への不利益が生じることも一切ございません。本調査についての質問等がございましたら、下記担当までご連絡をお願いいたします。

平成24年01月

大阪市立大学大学院 生活科学研究科
先端ケア学分野研究室 代表 岡田進一

お問い合わせ先

〒558-8585 大阪市住吉区杉本 3-3-138

大阪市立大学大学院 生活科学研究科
先端ケア学分野研究室

電話・FAX 06-6605-2913

担当 鄭 尚海（てい しょうかい）

I. あなたご自身や所属機関のことについておたずねします。下記の項目について、回答選択肢から該当するものに○を、または適切な数字・語句をご記入ください。

1. あなたの性別はどちらですか。 ①女性 ②男性
2. あなたの年齢はおいくつですか。 _____歳
3. あなたの最終学歴は以下のどれですか。
①中学校 ②高等学校 ③各種専門学校 ④短期大学 ⑤四年制大学 ⑥大学院
⑦その他 ()
4. あなたがどこで介護の知識を習得しましたか。
①高校(福祉科) ②専門学校 ③短期大学 ④四年制大学 ⑤ヘルパー講習
⑥とくに勉強していない ⑦その他 ()
5. あなたの所持資格(あなたが取得したものすべてに○をつけてください)
①介護福祉士 ②ヘルパー1～3級 ③介護支援専門員 ④社会福祉士
⑤認知症ケア専門士 ⑥社会福祉主事 ⑦(准)看護師 ⑧保育士
⑨その他の福祉関係資格 () ⑩福祉関係の資格はとくにもっていない
6. あなたの介護職としての経験年数 _____年_____ヶ月
7. あなたの認知症介護の経験年数 _____年_____ヶ月
8. あなたの職場での役職
①一般介護職 ②施設中間管理職(リーダー・主任・チーフなど) ③その他 ()
9. あなたの現在の健康状況
①よくない ②あまりよくない ③普通 ④まあよい ⑤よい
10. あなたが勤務している特別養護老人ホーム(以下特養)あるいはグループホームの開設年数
(特養のサテライト施設の場合、サテライト施設の開設年数でご記入ください)。 _____年目
11. あなたが勤務している特別養護老人ホームあるいはグループホームの定員数
(注:①含ショートステイ, ②サテライト施設をもつ特養の場合はサテライト施設の定員数を除く, ③サテライト型の場合、サテライト施設のみの定員数でご記入ください) _____名
12. あなたが勤務しているフロアの形態
①特養従来型(多床室) ②特養準ユニット型 ③特養ユニット型 ④グループホーム

II. 今の施設において，以下のようなことを見かけ場合，あなたはどの程度実行できますか。右側にある回答選択肢から，もっともお考えに近いものに○をつけてください。

- | | まったくできない | あまりできない | まあまあできる | かなりできる |
|---|----------|---------|---------|--------|
| 1) 高齢者が健康によくないものを口に入れるのを見かけたら，落ち着いて対応することができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 2) 高齢者が他の高齢者をたたくのを見かけたら，落ち着いて対応することができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 3) 高齢者が職員の手伝いをするつもりだが，その行為自体が多少危険性を伴う場合，安全に留意しながら見守ることができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 4) 転倒する可能性のある高齢者が徘徊している場合，安全に留意しながら見守ることができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 5) 長く徘徊する高齢者に対して，水分補給を促すなど，高齢者の健康に配慮することができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 6) 家に帰りたいと訴える高齢者に対して，「帰りたい」という気持ちを受けとめることができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 7) 何度も同じことを訴えに来る高齢者に対して，そのつど耳を傾けることができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 8) 妄想で物が盗まれたと訴える高齢者に対して，一緒に探すなど，高齢者の言動を否定しない対応を行うことができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 9) お風呂に入りたがらない高齢者に対して，また時間をずらして誘うなど，高齢者の気分を害しない対応を行うことができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 10) 夜遅くまで起きている高齢者に対して，話の相手になるなど，無理に寝かせない対応を行うことができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |

III. 今の施設において，BPSD の改善を図るために，以下のような対応が必要となったとき，あなたはどの程度実行できますか。右側にある回答選択肢から，もっともお考えに近いものに○をつけてください。

- | | まったくできない | あまりできない | まあまあできる | かなりできる |
|--|----------|---------|---------|--------|
| 1) 高齢者に積極的に声をかけることができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 2) 介助の際，できるだけ高齢者とコミュニケーションを多くとることができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 3) 必要であれば一対一で高齢者の話し相手になることができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |

	まったくできない	あまりできない	まあまあできる	かなりできる
4) 高齢者の関心のあることを話題にコミュニケーションをとることができますか。	①	②	③	④
5) 家族に面会に来てもらうよう調整することができますか。	①	②	③	④
6) 高齢者と家族が電話で交流できるよう調整することができますか。	①	②	③	④
7) 家族が面会に来た際、高齢者の最近の様子を的確に説明することができますか。	①	②	③	④
8) 施設内で高齢者与其他の高齢者とのなじみの関係をつくる際に、認知レベルが近いことや共通話題をもっていることなど、高齢者間の共通性を配慮して行うことができますか。	①	②	③	④
9) 施設内で高齢者与其他の高齢者とのなじみの関係をつくる際に、高齢者のことを受け入れてもらえるよう其他の高齢者に紹介することができますか。	①	②	③	④
10) 施設内で高齢者与其他の高齢者とのなじみの関係をつくる際に、高齢者与其他の高齢者と仲良くなるまでの過程を見守ることができますか。	①	②	③	④
11) 施設内で高齢者に何らかの役割を担ってもらう際、高齢者の能力に応じて行うことができますか。	①	②	③	④
12) 施設内で高齢者に何らかの役割を担ってもらう際、必要であればそのやり方をわかりやすく説明することができますか。	①	②	③	④
13) 高齢者が過去にしていたことを役割として取り入れることができますか。	①	②	③	④
14) 高齢者が頼まれたことをうまくやれた場合、適切にほめることができますか。	①	②	③	④
15) 高齢者が頼まれたことをうまくできるようになるまで、あたたかく見守ることができますか。	①	②	③	④
16) 高齢者が提供された役割に興味を示さないと判断した場合、また別の適切な役割を探し出すことができますか。	①	②	③	④
17) 高齢者が特技をもっている場合、その特技を高齢者から教えてもらう場面をつくることができますか。	①	②	③	④
18) 趣味活動やレクリエーションなどの余暇活動に高齢者を誘う際、高齢者の興味や関心などの個別性を考慮して行うことができますか。	①	②	③	④
19) 高齢者が興味をもつ余暇活動を積極的に取り入れることができますか。	①	②	③	④
20) 余暇活動に関して、高齢者の上手なところを適切にほめることができますか。	①	②	③	④

- | | まったくできない | あまりできない | まあまあできる | かなりできる |
|--|----------|---------|---------|--------|
| 21) 高齢者がその余暇活動に興味を示さないと判断した場合、高齢者が興味を示す別の余暇活動を探し出すことができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 22) 高齢者にとってなじみのある居住環境に関する情報を的確に把握することができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 23) 高齢者のプライベート空間を自宅の部屋の雰囲気近づけるよう環境整備を行うことができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 24) 施設内の公共スペースにおいて、高齢者が落ち着けるような場所をつくることができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |
| 25) 施設内の公共スペースに高齢者が落ち着けるような場所がある場合、いつでもそこにいられるように調整することができますか。 | ① | ② | ③ | ④ |

IV. 以下のことについて、あなたの実施状況にもっとも近いものに○をつけてください。

- | | まったくしていない | あまりしていない | ときどきしている | よくしている | いつもしている |
|--|-----------|----------|----------|--------|---------|
| 1) 介護を行う前に、高齢者にこれから何をするかを説明していますか。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2) 介護を行う際に、高齢者の要望を聞きながら行っていますか。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3) 介護を行う際に、高齢者の自己決定を尊重していますか。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4) 介護を行う際に、高齢者のペースに合わせていますか。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5) 日常生活支援において、高齢者の気持ちに共感を示していますか。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6) 日常生活支援において、高齢者のこれまでの生活習慣を尊重していますか。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7) 日常生活支援において、高齢者のもっている能力を発揮できる場をつくっていますか。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8) 日常生活支援において、高齢者が他人とのかかわりをもつ機会をつくっていますか。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

V. 以下のことについて、右側にある回答選択肢から、
もっともお考えに近いものに○をつけてください。

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちらとも 言えない	まあ 思う	かなり 思う
1) あなたの直属の上司は、仕事のことで困っているとき、相談にのってくれる。	①	②	③	④	⑤
2) あなたの直属の上司は、仕事で落ち込んでいるとき、励ましてくれる。	①	②	③	④	⑤
3) あなたの直属の上司は、仕事に関して適切なアドバイスをしてくれる。	①	②	③	④	⑤
4) あなたの直属の上司は、仕事がうまくいかなかったときに、どこがよくないかを言ってくれる。	①	②	③	④	⑤
5) あなたの直属の上司は、仕事がうまくやれたときは、適切に評価してくれる。	①	②	③	④	⑤
6) あなたの直属の上司は、仕事上の課題を解決するためのやり方やコツを教えてくれる。	①	②	③	④	⑤
7) あなたの直属の上司は、課題解決のために専門知識に関する情報を提供してくれる。	①	②	③	④	⑤
8) あなたの同僚は、仕事のことで困っているとき、相談にのってくれる。	①	②	③	④	⑤
9) あなたの同僚は、仕事で落ち込んでいるとき、励ましてくれる。	①	②	③	④	⑤
10) あなたの同僚は、仕事が忙しいとき、手伝ってくれる。	①	②	③	④	⑤
11) あなたの同僚は、仕事に関して適切なアドバイスをしてくれる。	①	②	③	④	⑤
12) あなたの同僚は、仕事がうまくいかなかったときに、どこがよくないかを言ってくれる。	①	②	③	④	⑤
13) あなたの同僚は、仕事がうまくやれたときは、適切に評価してくれる。	①	②	③	④	⑤
14) あなたの所属施設では、職員一人ひとりの個性を発揮することが許される。	①	②	③	④	⑤
15) あなたの所属施設では、率直な意見が歓迎される。	①	②	③	④	⑤
16) あなたの所属施設では、お互いにぎくしゃくすることがあっても、葛藤を避けず本音で話し合うことがよしとされる。	①	②	③	④	⑤
17) あなたの所属施設では、ユニークなアイデアや新しい発想をどんどん実行していくことが求められる。	①	②	③	④	⑤
18) あなたの所属施設では、上司に対しても自由にものが言える雰囲気がある。	①	②	③	④	⑤
19) あなたの所属施設では、職員一人ひとりが自分なりの考えや意見をしっかりもつことが求められる。	①	②	③	④	⑤
20) あなたは利用者から信頼されている。	①	②	③	④	⑤
21) あなたは利用者とは良好な関係を築いている。	①	②	③	④	⑤
22) あなたは利用者から感謝されている。	①	②	③	④	⑤

VI. あなたの所属施設では、最近6ヶ月、以下の状況がありますか。
 もっとも近いものに○をつけてください。

	まったく ない	あまり ない	たまに ある	ときどき ある	よく ある
1) 仕事が多くて、時間に追われることがある。	①	②	③	④	⑤
2) 仕事が多くて、職場で残業することがある。	①	②	③	④	⑤
3) 仕事が多くて、家に持ち帰ってすることがある。	①	②	③	④	⑤
4) サービス残業があたりまえという風潮がある。	①	②	③	④	⑤
5) 忙しくて利用者への個別的対応が十分に行えないことがある。	①	②	③	④	⑤
6) フロア（ユニット）内の介護職員の数が足りないと思うことがある。	①	②	③	④	⑤

VII. あなたご自身のことについておたずねします。
 もっともお考えに近いものに○をつけてください。

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちらとも 言えない	まあ 思う	かなり 思う
1) 何か仕事をするときは、自信を持ってやるほうである。	①	②	③	④	⑤
2) 過去に犯した失敗やいやな経験を思い出して、暗い気持ちになること がよくある。	①	②	③	④	⑤
3) 友人より優れた才能がある。	①	②	③	④	⑤
4) 仕事を終えた後、失敗したと感じることのほうが多い。	①	②	③	④	⑤
5) 人に比べて心配性なほうである。	①	②	③	④	⑤
6) 何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである。	①	②	③	④	⑤
7) 何かをするとき、うまくゆかないのではないかと不安になることが多い。	①	②	③	④	⑤
8) 引っ込み思案なほうだと思う。	①	②	③	④	⑤
9) 人より記憶力がよいほうである。	①	②	③	④	⑤
10) 結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んでゆくほうだと思う。	①	②	③	④	⑤
11) どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりつかれないことがよくある。	①	②	③	④	⑤
12) 友人よりも優れた知識を持っている分野がある。	①	②	③	④	⑤
13) どんなことでも積極的にこなすほうである。	①	②	③	④	⑤
14) 小さな失敗でも人よりずっと気になるほうである。	①	②	③	④	⑤
15) 積極的に活動するのは、苦手なほうである。	①	②	③	④	⑤
16) 世の中に貢献できる力があると思う。	①	②	③	④	⑤

VIII. あなたの研修状況などについておたずねします。

- 1) あなたは最近一年間、自主的に外部の研修や学会・研究会に何回参加していますか。 _____回
- 2) あなたは最近一年間、施設・法人内部の研修や勉強会に何回参加していますか。 _____回
- 3) あなたは最近一年間、施設・法人の派遣で、外部の研修や学会、研究会に何回参加していますか（参加費が必要な場合はすべて施設・法人負担）。 _____回
- 4) あなたは自主・派遣、内部・外部を問わず、最近一年間、どのような研修・研究活動に参加していますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。
- | | | |
|------------|------------------------|----------------------------|
| ①介護技術 | ②コミュニケーション技術 | ③認知症介護 |
| ④接遇マナー | ⑤ケアマネジメント（ケアプランの作り方など） | ⑥医学知識 |
| ⑦介護予防 | ⑧ターミナルケア | ⑨日本介護福祉学会 |
| ⑩日本認知症ケア学会 | ⑪日本社会福祉学会 | ⑫その他（ ） |
- 5) あなたは最近一年間、一人で自主的に今の仕事と関連のある知識について勉強していますか。
①まったくしていない ②あまりしていない ③ときどきしている ④よくしている
- 6) あなたは介護の仕事で難しい課題にぶつかった際に自分なりに解決策を考えていますか。
①まったくしていない ②あまりしていない ③ときどきしている ④よくしている
- 7) あなたは介護の仕事で難しい課題にぶつかった際に自分より経験のある人に相談していますか。
①まったくしていない ②あまりしていない ③ときどきしている ④よくしている
- 8) あなたが当初介護の仕事をしようと思ったきっかけは以下のどれに当てはまりますか。
①何の仕事でもいいから、とりあえず仕事をしたかった
②社会福祉にこだわらず、人のためになる仕事をしたかった
③高齢者介護にこだわらず、福祉関係の仕事をしたかった
④高齢者介護の仕事をしたかった
⑤その他（ ）
- 9) あなたの所属施設では、利用者の介護のことで家族と連絡をとる必要がある場合、主にどの職種が家族と連絡をとっていますか。
①その利用者を担当する一般介護職
②その利用者のいるフロア・グループのリーダー・主任などの施設中間管理職
③施設の生活相談員（ソーシャルワーカー）
④その他（ ）

10) あなたの所属施設では、積極的に利用者の個人的なものを利用者のプライベートな空間に持ち込むことを本人や家族に勧めていますか。

- ①勧めていない ②勧めている

11) あなたの所属施設では、認知症予防に効果があるとされている各種の療法に取り組んでいますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- ①音楽療法 ②回想法 ③動物療法 ④アロマセラピー ⑤学習療法
⑥バリデーション ⑦園芸療法 ⑧認知行動療法 ⑨その他 ()

IX. 過去に、あなたも含め職員の方々の取り組みによって **BPSD が改善された高齢者**をお一人思い出してください。その方のことについて、以下のことをお聞かせください。どうしても思い出せない場合は、お答えにならなくても結構です。

1. 性別 ①女性 ②男性

2. 年齢 _____ 歳 (当時)

3. 身体状態 (もっともあてはまるもの一つに○をつけてください)

1) 移動範囲

- ①ひとりで普通に歩けた ②ひとりでふらつくが歩けた ③車椅子で自走できた
⑤車椅子で自走できなかった ⑥ねたきりであった

2) 上肢の可動範囲

- ①普通に動けた ②ゆっくりではあるが動けた ③一部拘縮 ④ほぼ拘縮

4. **もっとも改善された一つの BPSD** の種類をおたずねします。回答選択肢から該当するもの一つに○をつけてください。

- ①徘徊 ②攻撃的言動 ③介護への抵抗 ④帰宅願望 ⑤不潔行為 ⑥妄想 ⑦抑うつ
⑧異食 ⑨昼夜逆転 ⑩その他 ()

5. その BPSD が起こった背景には、何が考えられたのでしょうか。下記の原因から該当するものすべてに○をつけてください。

- ①不安 ②寂しさ ③不満 ④施設的环境になじめない ⑤職員の不適切な対応
⑥退屈 ⑦心配 ⑧不快 ⑨他の高齢者との人間関係 ⑩職業習慣
⑪生活習慣 ⑫プライド ⑬怒り ⑭性格 ⑮身体的不調 (熱, 便秘など)
⑯薬の影響 ⑰その他 ()

6. BPSD の改善を図った際に、下記の取り組みについて実施の有無と、実施した場合の効果を教えてください。なお、「実施なし」の場合は0に、「実施あり」の場合は、その効果に応じて、それぞれ①～⑤までの回答選択肢からあてはまるものに、○をつけてください。

(注：提示された例はあくまで参考である)

実施なし	実施あり				
	まったく効果がなかった	あまり効果がなかった	どちらとも言えない	やや効果があった	かなり効果があった

- 1) BPSD の発生時、高齢者の健康・安全を配慮した。 0 ① ② ③ ④ ⑤
 例：a. 高齢者の安全を見守った、
 b. 水分補給など、高齢者の健康を配慮した対応を行った、など。
- 2) BPSD の発生時、高齢者に対して受容的な態度で対応した。 0 ① ② ③ ④ ⑤
 例：a. 高齢者の話に耳を傾けた、b. 高齢者の気持ちを受け止めた、
 c. 高齢者と一緒に行動した、d. 高齢者の言動を否定しなかった、など。
- 3) 日頃、職員と高齢者とのなじみの関係をつくるための工夫を行った。 0 ① ② ③ ④ ⑤
 例：a. 高齢者に積極的に声をかけた、
 b. 介助の際、できるだけ高齢者とコミュニケーションを多くとった、
 c. 必要なとき、一対一で高齢者の話し相手になった、など。
- 4) 日頃、高齢者と家族とのつながりが維持できるよう支援した。 0 ① ② ③ ④ ⑤
 例：a. 家族に面会に来てもらった、
 b. 家族に電話で高齢者と交流してもらった、など。
- 5) 日頃、高齢者と他の高齢者とのなじみの関係をつくった。 0 ① ② ③ ④ ⑤
 例：仲間入りにしてもらった、など。
- 6) 日頃、高齢者に施設内でできることをしてもらった。 0 ① ② ③ ④ ⑤
 例：a. ぞうきんをたたんでもらった、b. テーブルを拭いてもらった、
 c. 自室の掃除をしてもらった、d. 自分の服を管理してもらった、など。
- 7) 日頃、高齢者を余暇活動に誘った。 0 ① ② ③ ④ ⑤
 例：a. 趣味活動に誘った、b. レクリエーションに誘った。
 c. 行事に誘った、d. 散歩、ドライブや買い物に連れて行った、など。
- 8) 日頃、高齢者にとってなじみのある環境をつくった。 0 ① ② ③ ④ ⑤
 例：a. 高齢者にとってなじみのあるものを高齢者のプライベート空間に
 持ち込んでもらった、
 b. 高齢者のプライベート空間を自宅の部屋の雰囲気にならげるよう
 環境整備を行った、
 c. 公共スペースにおいて、高齢者が落ち着ける場所を確保した、など。
- 9) その他の取り組み① ① ② ③ ④ ⑤
 ② ① ② ③ ④ ⑤
 ③ ① ② ③ ④ ⑤

○自由記述

日々認知症高齢者の BPSD に関わっているなか、あなたがどんな困難を感じていますか。簡単な箇条書きでもかまいませんので、ご自由にご記入してください。

たいへんお疲れ様でした！

お忙しいところ貴重なお時間を割いていただき、誠にありがとうございました。

