

研究報告

高齢者福祉施設におけるBPSDのある利用者への チームケア上の困難感 —リーダー介護職の語りの分析から—

Perceived Difficulties in Delivering Team Care to Clients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia at a Senior Welfare Facility” Analysis of Care worker Leaders’ Statements”

前田 則子¹⁾, 堤 由美子²⁾, 久松 美佐子²⁾, 丹羽 さよ子²⁾

1) 関西看護医療大学看護学部看護学科地域・在宅看護学

2) 鹿児島大学医学部保健学科

Noriko Maeda¹⁾, Yumiko Tsutsumi²⁾, Misako Hisamatsu²⁾, Sayoko Niwa²⁾

1) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing, Community Health and Home Healthcare Nursing

2) School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University

要旨：【目的】本研究では、高齢者福祉施設におけるリーダー介護職の、BPSDの
見られる利用者に対するチームケア上の困難感について明らかにする。【方法】近
畿地方の高齢者福祉施設に従事するリーダー的立場にある介護職6名を対象とし、
フォーカスグループインタビューを行った。聴取したデータをもとに逐語録を作
成し、質的帰納的に分析を行った。研究参加者には、文書を用いて口頭で、研究
趣旨、任意性の保持、個人情報保護、公表の方法について説明し、同意を得た。
本研究は、所属機関倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】分析の結果、51
コードから2つの大カテゴリである《ケアシステム上の困難感》《ケアスタッフの力
量による困難感》、5つのカテゴリである【収集した情報を包括的にアセスメント
する難しさ】、【統一した適切なケアを導き出すことの難しさ】、【チームケア体制
の未確立】、【スタッフ間での力量の大きな差】、【利用者の暮らしへの寄り添う気
持ちの差】ならびに12のサブカテゴリが抽出された。

【結論】チームケアの課題としては、チームメンバーの力量の差を補完し合うチ
ームケアシステムの構築が重要であることが示唆された。

キーワード：BPSD, チームケア, リーダー介護職, 高齢者福祉施設

Keywords：Behavioral and psychological symptoms of dementia, team care,
care worker professional leaders, senior welfare facility

I. はじめに

わが国の高齢化率は上昇の一途を辿っている。平成29年度版高齢社会白書(2018)によると、65歳以上の認知症高齢者数と有病率の将来推計についてみると、平成24(2012)年は認知症高齢者数が462万人と、65歳以上の高齢者の約7人に1人(有病率15.0%)であったが、37(2025)年には700万人となり、高齢者の約5人のうち1人になると推計されている。国は今後の高齢化の進展に伴い、これまで以上に認知症の人が増えていくことが予測されることや、高齢化に伴う認知症の人への増加への対応が世界共通の課題となっていることを受け、認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)(厚生労働省, 2018)を策定し実施している。その七つの柱のなかには、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」が掲げられ、早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia 以下BPSDとする)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、適切なサービスを提供することが重要課題の一つとなっている。

特養をはじめとする高齢者福祉施設は、一人ひとりのライフスタイルに合わせたプログラムと環境を創出する(安藤ら, 2009)全人的なケア(小木曾ら, 2010)サービスを提供する場である。平成29年の要介護度別在在者数の構成割合をみると、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設では「要介護4」が36.8%、26.7%とそれぞれ最も多い(平成29年介護サービス施設事業所調査, 2017)。平成30年度介護報酬改定において、地域包括ケアシステムの推進のなかの、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応として、看取り介護加算(Ⅱ)を新設し、施設内での看取りを評価している。一方、長期療養目的の入所とともに、短期入所生活介護、短期入所療養介護も受け入れており、短期入所生活介護では、平成17年よりユニット型が約6.6倍に増加している。介護老人保健施設における短期入所療養介護の利用者は、脳血管疾患(31.8%)に次いで認知症が25.4%と報告され、入所者の重度化・重症化が進む中、身体

的ケアと認知症ケアの両方が必要とされている。

BPSDは認知症の中核症状である認知機能障害以上に患者のQuality of Lifeを低下させ、介護者の負担を増大させることが知られている。BPSDの成因は、1)患者本人の思考、感覚と周囲環境との間に生じたずれを、患者なりに解決しようとする試みが引き起こす心理社会的要因と、2)脳病変に直接起因する生物学的要因に大別される(橋本, 2016)。例えば便意を催し腹部の不快感のため苦しいことを訴えることができず、徘徊や怒りっぽく暴力的な言動となってしまうことがある。こうした認知症の人のBPSDは困った「問題行動」として、そして「医療で治療すべき対象」として捉えられがちであるが、認知症の人の周囲の環境に反応した混乱や、「言葉にならないメッセージ」の可能性が高い(竹林ら, 2013)。薬物療法の対象となる症状は、妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、易刺激性、睡眠障害に限定される。これら以外の無為、脱抑制、異常行動、食行動異常は薬の効果が乏しい症状であり、非薬物療法を中心に対応する。前述の便意からくる暴力的な言動や、徘徊に対する適切な薬物療法はなく、環境調整を中心に対応すべき症状である(橋本, 2011)。

高齢者福祉施設では、在宅生活に比べて、個別の環境づくりやかかわりが不十分となりやすく、集団生活への適応が困難なことからさらに認知機能障害の進行や、不眠・易刺激性・多動・徘徊などのBPSDの増悪が危惧される(長倉ら, 2009; 三浦ら, 2009)。

介護職の中で最も困難と感じるケアとしても、「急変対応」、「認知症の方へのケア」、「看取りのケア」の順に高い(前田ら, 2017)ことが報告されている。

BPSDのある利用者へのケアは、専門的な知識と技術を要求されるが、介護職の中には、高齢者が何を求めているか理解できず、どのようなケアを実施してよいか、あるいは今、実施しているケアが正しいのかと悩み日々のケアに携わっている(古村ら, 2012)。その結果、施設介護職員がBPSDにかかわることによって生じる対応の困難さ、負担感、ストレス増加などが問題となっている(三浦ら, 2009)。

そのため認知症ケアに対してBeerら(2009)は、

文化的な背景の違う多様な入所高齢者に対応できるような柔軟性に富むケア力が必要と指摘し、スタッフの力を最大限に出せる教育的な介入が必要であることを述べている。

しかしながら高齢者福祉施設におけるケアチームは多職種で構成される。メンバー間に階層性がなく、目標を共有し、プランの作成、問題の解決、任務の実行と評価までを相互依存的に行うので、メンバー間の十分な協力と優れたコミュニケーション能力が求められる(飯岡,2016)。また、介護現場では、日々の膨大な業務、夜勤を伴う勤務シフト等により構造化された研修の機会やBPSDに特化したチームケア対策を講じること自体が難しい場合も少なくない。そのため、チームの構成員それぞれが、自身の立場からBPSDのある利用者への、どのようなチームケア上の困難感を抱いているのか、その実態を明らかにする必要があると考える。

そこで、チームリーダー介護職、中堅介護職、新人介護職、生活相談員、介護支援専門員、栄養士、看護師を対象にフォーカスグループインタビューを実施した。本稿では、これらのうち第一報としてチームリーダー介護職の語りの分析から、BPSDのある利用者へのチームケア上の困難感を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 調査対象

対象者は、高齢者福祉施設において5年以上の経験があり、かつリーダー業務を担っている介護職者を選択基準とし、近畿地方の5か所の施設長に依頼し、参加同意が得られた6名であった。

2. 調査方法および内容

研究参加者6名を1グループとし、インタビューガイドを用いたフォーカスグループインタビューを行った。フォーカスグループインタビューは、グループダイナミクスを用いて質的に情報把握を行う科学的な方法の1つ(安梅,2001)である。仮説の生成や現象をより深く理解する場合に有用な手段とされている(尾川,2017)。本研究では、介護の場面で生じるBPSDの見られる利用者へのチームケア上の困難感について、潜在的・顕在

的な思いを引き出し整理することが目的であるため、この方法が最適と考えた。

研究参加者6名の基本的属性として、年齢、性別、資格、高齢者施設での経験年数、雇用形態(正規、非正規)を聞いた。グループセッションを、1回90分間実施し、「BPSDのある利用者に対するチームケアを行なう際に感じている困難なこと」について聴取した。語られた内容は、同意を得てICレコーダーに録音した。

3. 分析方法

聴取したデータをもとに逐語録を作成し以下の手順に従って分析した。最初に、リーダー介護職が「チームケア上の困難感」について語った「チームケア上困難を感じる場面」と「困難を伴う具体的なケア内容」が示される文脈を抽出した。次いで、その文脈の内容を読み取ってコード化し、意味内容が類似したものにまとめ、その分類が表す内容をサブカテゴリ名として表わした。さらにサブカテゴリを意味内容の類似性を認知症ケアに従って統合し、その分類が示す内容をカテゴリ名として表わした。

さらに、サブカテゴリを意味内容の類似性に従って分類し、その分類が示す内容をカテゴリ名として表した。そして最終的に、カテゴリが示す意味内容に従って類別し統合したものを、リーダー介護職の捉える高齢者福祉施設におけるBPSDのある利用者へのチームケア上の困難感を示す大カテゴリとした。

また、全分析過程において、質的研究に精通した研究者の助言を受け、分析の厳密性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は、所属機関倫理委員会の承認を得て実施した。

研究協力の依頼時の説明は、文書を用いて口頭で、研究趣旨、任意性の保持(自由意思による参加、不参加による不利益はないこと)、個人情報保護、公表の方法について説明し、同意書への署名によって研究参加の意思確認を行なった。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の内訳

研究参加者6名の、性別の内訳は、女性2名、男性4名であった。年代は、30歳代2名、40歳代3名、50歳代1名であった。資格は、介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士であった。

2. リーダー介護職が捉える BPSD の見られる利用者に対するチームケア上の困難感

分析の結果、51コードから2つの大カテゴリ、5つのカテゴリ、12のサブカテゴリが得られた。以下、大カテゴリを<>、カテゴリを【】、サブカテゴリを<>、具体的発言例を「」で表す。

表1 研究参加者の概要

対象者	年代	性別	資格	経験年数	雇用形態
A	50歳代	女性	介護福祉士、介護支援専門員	10年	常勤
B	50歳代	女性	介護支援専門員	12年	常勤
C	40歳代	男性	介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士	27年	常勤
D	40歳代	男性	介護福祉士、介護支援専門員	20年	常勤
E	30歳代	男性	介護福祉士、介護支援専門員	20年	常勤
F	30歳代	男性	介護福祉士、介護支援専門員	15年	常勤

表2 リーダー介護職の BPSD のチームケア上の困難感

大カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
ケアシステム上の困難感	収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ	対象の主観的世界を知ることの難しさ 利用者の“その人となり”の把握の難しさ
	統一した適切なケアを導き出すことの難しさ	その都度変わる BPSD の変化に合わせた対応に苦慮する 落ち着くポイントがつかめずどう対応してよいかわからない
	チームケア体制の未確立	チームの協働体制がうまく機能していない リーダーシップの機能の不足 メンバーシップの機能の不足 記録ツールが妥当ではないために情報共有がしづらい スタッフ間の情報共有の機会が少ない
ケアスタッフの力量による困難感	スタッフ間での力量の大きな差	チーム全体での BPSD ケアスキルの向上を図る必要性
	利用者の暮らしへの寄り添う気持ちの差	利用者のケアニーズを捉えることの難しさ 利用者と家族のケアニーズに寄り添う気持ちの差異

1) リーダー介護職のBPSDのチームケア上の困難感：ストーリーライン

高齢者福祉施設に勤務するリーダー介護職は、BPSDのチームケア上の困難感について、＜対象の主観的世界を知る難しさ＞や＜利用者の“その人となり”の把握の難しさ＞により、【収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ】を感じていた。また、＜その都度変わるBPSDの変化に合わせた対応に苦慮する＞ことや、＜落ち着くポイントがつかめずどう対応したらよいかわからない＞といったことで【統一した適切なケアを導き出すことの難しさ】も感じていた。さらに、＜チームの協働体制がうまく機能していない＞ことや、＜リーダーシップの機能の不足＞＜メンバーシップの機能の不足＞、そして＜記録ツールが妥当ではないために情報共有がしづらい＞、＜スタッフ間の情報共有の機会が少ない＞などから、【チームケア体制の未確立】に困難さを感じていた。

このような《ケアシステム上の困難感》に加えて、《ケアスタッフの質の差による困難感》として、＜チーム全体でのBPSDケアスキルの向上を図る必要性＞を感じる【スタッフ間での力量の大きな差】と、＜利用者と家族のケアニーズに寄り添う気持ちの差異＞などの【利用者の暮らしへの寄り添う気持ちの差】を感じていた。そして、これらの《ケアシステム上の困難感》と、《ケアスタッフの質の差による困難感》は、双方向に関連し補完し合っていた。

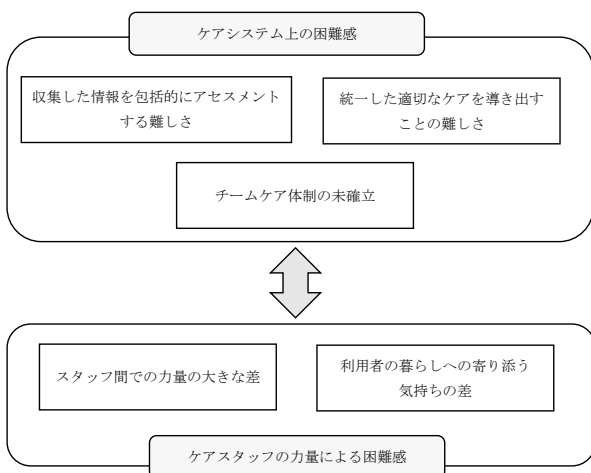


図1 リーダー介護職のBPSDのチームケア上の困難感の関連

2) 《ケアシステム上の困難感》

この大カテゴリは、3つのカテゴリである【収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ】【統一した適切なケアを導き出すことの難しさ】【チームケア体制の未確立】とそれらを構成するサブカテゴリから成り立っている。《ケアシステム上の困難感》は、現行のケアシステム上では、目指したいチームケアが実践しにくいことを表す。

3) 【収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ】

このカテゴリは、5ラベル、2サブカテゴリから構成され、症状によってその人がどのような人なのかを理解することの難しさや、手段や機会が整っていないため理解したことを共有することの難しさを表す。

＜対象の主観的世界を知ることの難しさ＞は、「生活歴などの情報収集の難しさ」、「今その人がどこで生きているか想像を膨らましてできる限り生活歴どういう人生だったのか考えている」などの発言に示されるように、BPSDの症状の関連要因を理解しようとするが、十分な情報収集の時間がとれないことや、単発的な情報から対象理解に苦慮していることを表していた。

＜利用者の“その人となり”の把握の難しさ＞は、「その人がどこで生まれて・・・人物像を相談員の力家族の力を借りて作ってる。その人に近づける人間と人間の間に入っていける。その人に心を寄せれることが一番大事かなと思ってる。」などの発言に示されるように、BPSDのみられる利用者に出現している症状の背景を探ろうとするが、情報が不足していたり、情報共有が不十分であるため包括的なアセスメントに苦慮していることを表していた。

4) 【統一した適切なケアを導き出すことの難しさ】

このカテゴリは、16ラベル、2サブカテゴリから構成され、BPSDの情報・知識不足から、その人の症状の程度を理解することの難しさや、適切なケアを導き出すことに苦心する困難感を表す。

＜その都度変わるBPSDの変化に合わせた対応に苦慮する＞は、「私らが忙しそうにしてるのを

手伝おうとしてでもどうやったらいいかわからないことを助けてくださいっていったら、すっごいいねいにすまできれいにしてくださったとかそういうお手伝いすることに喜びを感じているならどんどんやってもらっている。自分の役割のように感じてもらう。」「お風呂入ったときタンスの上着ないとかいう人、同じ正論を言ってもだめで、正論を言って収集つかなくなることもある。」「今ほぼ毎日。帰宅願望、主人のお世話が好きな方、お父さん探して歩く、お薬使いたくない・・・使った日は昼過ぎまで起きない。」などの発言に示されるように、個々人のBPSDの変化に合わせた対応に苦慮していた。

<落ち着くポイントがつかめずどう対応したらいいかわからない>は、「座っててねと制止するのを聞いてる周りの職員もしんどくなっていた。言う職員もしんどい。楽しいはずの食卓がなんで制止してたのかなって」、「ショートは家じゃない落ち着ける場所探しで落ち着かない。来たすぐでも、いいやずっと前からおったと帰宅願望すごい。同じケアは通用しない。100回くらい帰りたいと出口を探して歩き続ける。」などの発言に示されるように、介入のポイントに苦慮していた。さらに、変化が激しく、介入のポイントが掴みにくいために、チームとして統一が図りにくいことが、チームケアを困難にしていた。

5) 【チームケア体制の未確立】

このカテゴリは、23ラベル、5サブカテゴリから構成され、チームケアの必要性を感じながらも、機能しづらい現状からくるリーダー介護職のジレンマを表している。

<チームの協働体制がうまく機能していない>では、「お昼のミーティングで相談員かケアマネが上がってきてくれる。栄養士も食事形態相談してくる。」「うちは多職種接触の機会がない」「多職種連携しないとトータル的なケアはできない」などの発言に示されるように、多職種協働の必要性を感じながらも、機能しづらい現状からくる困難感を表していた。

<リーダーシップの機能の不足>では、「職員が一緒の方向を向いてしないと。利用者を目の前にしてやっていかないとこうやったら喜んだう

まいこと言ったを伝えていってしないと」などの発言に示されるように、ケアの方向性を共有する機会がない、「チームではできない人を排除することになる。やめていく人をたくさんみてきた。」の発言に示されるように、チームの力をマネジメントできるリーダーシップの機能の必要性を表していた。「私も対象しか見えてなかったけど、このことを課長に教えてもらった。」の発言に示されるように、先輩からの働きかけがメンバーのケアに影響を与えることを表していた。

<メンバーシップの機能の不足>では、「話合ってその人を知って行って。多職種大事、家族、地域を巻き込んでいくのが大事な。介護だけが日常生活関わっているから必要ないという考えではだめ。常に意識し、情報を誰かに伝えていく必要性を感じている。」「みんなが対等に話をできる環境をつくりたい。話す中でケアの落としどころをみつけていく。若い子いい意見をもっているも気づきが表にでないしそれが利用者への不利益にもなる。風通しのいい職場が大事。」などの発言に示されるように、気づきを発言できる場の必要性を表していた。また、「話すようお尻たたいている。多床室のとき業務2人で動いていた。アドバイスもらえたり離職率も違った。隣にいてくれて相談できたり安心感違う。」「職員が一緒の方向を向いてしないと。利用者を目の前にしてやっていかないと。こうやったら喜んだうまいこと言ったを伝えていってしないと。」などの発言に示されるように、先輩からのコミュニケーションを円滑にしようとする働きかけの必要性を表していた。

<記録ツールが妥当ではないために情報共有がしづらい>は、「新規利用者の全体像を早く把握したいが職員のまとめる力が不足している」、「共有パソコンだけでは利用者の情報を把握できない」「利用者の一日の様子を記録のみでは把握しきれない」などのラベルに示されるように、情報の整理と共有方法に苦慮していることを表していた。

<スタッフ間の情報共有の機会が少ない>は、「ユニット体制で孤立化している」「ユニットの欠点は早出の職員が一人で10人を見ないといけない。遅出勤の職員との重なりが少なく、情報の重

なりが少ない」などのラベルに示されるように、勤務体制によりチームケアが構築しにくい現状を表していた。

6) 《ケアスタッフの力量による困難感》

この大カテゴリは、2つのカテゴリである【スタッフ間での力量の大きな差】【利用者の暮らしへの寄り添う気持ちの差】とそれらを構成するサブカテゴリから成り立っている。《ケアスタッフの力量による困難感》は、個々のケアスタッフの力量の差がチームケアに及ぼす影響を表す。

7) 【スタッフ間での力量の大きな差】

このカテゴリは、2ラベル、1サブカテゴリから構成され、介護職間のスキルの差に対する困難感を表す。

〈チーム全体でのBPSDケアスキルの向上を図る必要性〉では、チームでBPSDの特徴とケアを学ぶ機会があるが実際対応するのは難しい、「認知症の勉強会の持ちかたが問題」などの発言に示されるように、勉強会での学びが、ケアの実際に生かされていないことや、個々の介護職のケアスキルの向上にとどまり、チームとしての効果的なケアには結びついていないことから、スタッフ間での力量の差を埋めるための対策が必要である現状が表われていた。

8) 【利用者の暮らしへの寄り添う気持ちの差】

このカテゴリは、5ラベル、2サブカテゴリから構成され、介護職本来のケアの源になる寄り添う気持ちの差が、チームケアを困難にしていることを示している。

〈利用者のケアニーズを捉えることの難しさ〉では、「ぶれないものをもってないと。この人には見えたものだけの日常だけのケアになる。」「生きがい、自分が必要とされていること、利用者は、施設のなかで自分の役割なく毎日することない。」などの発言に示されるように、ケアニーズの見極めに苦慮していることを表していた。

〈利用者と家族のケアニーズに寄り添う気持ちの差異〉では、「介護は病気ではなくてその人を見る。その人、家族はどう暮らしたいのか、どう生きたいか一緒に考える。」などの発言に示される

ように、各介護職の寄り添う気持ちに差が生じていることがチームケアを困難にしていることが示されていた。

IV. 考察

本研究においては、リーダー介護職が捉えるBPSDの見られる利用者に対するチームケア上の困難感は、《ケアシステム上の困難感》として【収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ】、【統一した適切なケアを導き出すことの難しさ】、【チームケア体制の未確立】と、《ケアスタッフの力量による困難感》として、【スタッフ間での力量の大きな差】、【利用者の暮らしへの寄り添う気持ちの差】が抽出された。さらに《ケアシステム上の困難感》と《ケアスタッフの力量による困難感》は、双方向に関連し補完し合っていることが明らかとなった。

多職種のメンバーで構成されるケアチームを運営する中で、リーダー介護職は、各個人の力量の差をチームとして、どのように補完し合っていくかについて考察する。

1. リーダー介護職が捉えるBPSDの見られる利用者に対するチームケア上困難を感じる場面と具体的なケア内容。

本研究において、リーダー介護職が捉えるBPSDの見られる利用者に対するチームケア上の困難感、たびたび語られた。

なかでも、「新規の利用者のその人となりの情報収集が難しい」という語りにみられるように、BPSDがみられる利用者の主観的世界を知ることが困難なことから、【収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ】を認識していた。

また、リーダー介護職は、その人がどこで生きているのか、どういう人生だったのかというその人となりを把握しBPSDの見られる利用者に対するケアの糸口を探り、導き出したケアをチーム内の介護職に対し、介護技術の指導とチーム内の介護職の能力を引き出す支援を行っていた。なかでも、新規利用者の入所時は、早期に情報収集し全体像をつかむことが重要と考えていたが、新規利用者の入所時の情報のみでは、利用者の全体像を知るには情報不足が否めないのが現状である。に

もかかわらず、情報を包括的にアセスメントするシステムが無い。さらに、ケアに結び付けるリーダー介護職のアセスメント能力が重要である。その能力を十分に発揮するためにも、様々な側面から情報を集約し、包括的にアセスメントできるシステムの構築が急がれる。

さらに、BPSDを引き起こしたきっかけや背景に着目し、フロアの介護職からの利用者に関する情報を束ね、ケアに結びつけるリーダー介護職のアセスメント能力の向上が重要である。

また、リーダー介護職は、介護専門職本来のケアである<利用者と家族のケアニーズに寄り添うケア>が実践しにくい、というジレンマを抱えていた。「介護は病気ではなくてその人を見る。その人家族はどう暮らしたいのか、どう生きたいか一緒に考える」と、利用者と家族のケアニーズを尊重しケアにあたっていることが明らかとなった。終の棲家ともいわれている介護老人福祉施設においては、長期的なかかわりとなるため、本人や家族の意向に沿うようなケアの実践を重視している。しかし、BPSDの見られる利用者を前にして、「目の前の事象、日常だけのケアになる恐れ」、「必要なケアの本質を見極めるスキルがない」などと、現状の<利用者と家族のケアニーズに寄り添う気持ちの差異>では、BPSDのある利用者の全体像を捉えることが困難となり、その結果【利用者の暮らしへの寄り添う気持ちの差】となっていた。川口ら（2002）の認知症介護をする施設職員の認知症高齢者に対する評価と認知症高齢者の実際の能力についての調査によると、介護職員の知識としての病態理解と、実際に介護している高齢者の状況理解は直接つながりにくいと報告している。堀毛（2006）も、症状重視の医学的知見と個別ケア重視の福祉的知見の中間に位置する心理学的知見の重要性を指摘している。これらを受け堀（2010）は、認知症デイサービスに従事する介護職員が利用者の認知症の症状理解も含めてバランスよく理解し、さらに福祉的心理学的視点などの総合的理解を介護に生かすことにより、利用者を理解してあげられないという“わからなさ感”の軽減や1対1対応の実現につながると提言していることから、生活支援を担うチームスタッフの観察力・アセスメント力を向上させる教育の機会が

重要と考える。教育は、研修会などの集団教育だけでなく、日々の業務の中で、メンバー相互の意見交換や、後ろ姿から学ぶ観察学習なども含まれる。チームとしての効果的な相互作用が生じていれば、それがまさに教育の機会となる。メンバー間の効果的相互作用の不足こそが“困難感”を生む要因であると考えられる。また、情報収集を個々の介護職員がバラバラに行っており、情報を記録し集約するツールがなく、実際のケアに生かすことができにくい現状がうかがえた。したがって、チーム全体で、BPSDのみられる利用者の情報を共有し、共にケア方法を検討し、統一したケア提供に向けたシステムづくりが今後重要であると考えられる。

2. BPSDの見られる利用者に対するチームケア上の課題

BPSDに対する非薬物療法の基本は、記憶を失い、過去、未来とのつながりを切り離され、不安な患者の“今”を心地よいと感じられるよう対応し、環境を整えることに尽きる（いわて盛岡認知症介護予防プロジェクトもの忘れ検診専門医部会、2013）。高齢者福祉施設において、この環境調整を実現するためには、個々の介護職のスキル向上のみならず、チームでケアの方向性を一致する必要がある。八森（2009）も、認知症やBPSDへの未対応が原因となりBPSDが起きやすい状況を引き起こしていることを指摘し、ケアの見直しや本人の生活環境の適否についての評価の必要性を述べている。

BPSDは、進行した患者でも“安心する”“ホッとするとする”という環境においてあげれば、最期まで周辺症状はみられない（いわて盛岡認知症介護予防プロジェクトもの忘れ検診専門医部会、2013）ことから、BPSDの徴候を早期発見し、適切なケアを提供し評価することが重要である（Delphin, 2013）。しかしながら現場では、「座っててねを聞いている周りの職員もしんどくなっていた。言う職員もしんどい。楽しいはずの食卓がなんで制止してたのかなって」と<落ち着くポイントがつかめず、どう対応したらいいかわからない>、BPSDの変化に合わせた対応に苦慮する<など【収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ】を感

じていた。竹内（2005）は認知症介護では、身体状況が及ぼす影響も含めた1人ひとりの状況の把握と判断が必要と述べている。BPSDに対するケアスキルは介護者によって異なるため、【スタッフ間での力量の大きな差】が問題であると指摘している。その差を補完し合うためには、統一したチームケアが機能することが重要であり、それにより個々のスタッフの理解を助け、ケアに自信をもつことができると考える。

さらに最近では、ショートステイとして認知症の利用者が入所するケースが増加し、新規利用者の全体像を早期にアセスメントしケアに結び付けることが必要となっていることもふまえて、チームでBPSDの特徴とケアを学ぶ機会を持ち、＜チーム全体でのBPSDケアスキルの向上を図る必要性＞が高いと考える。

V. 結論

リーダー介護職が捉えるBPSDの見られる利用者に対するチームケア上の困難感として、【収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ】、【統一した適切なケアを導き出すことの難しさ】、【チームケア体制の未確立】から成る＜ケアシステム上の困難感＞と、【スタッフ間での力量の大きな差】、【利用者の暮らしへの寄り添う気持ちの差】から成る＜ケアスタッフの力量による困難感＞が抽出された。さらに＜ケアシステム上の困難感＞と＜ケアスタッフの力量による困難感＞は、双方向に関連し補完し合っていることが明らかとなった。これにより、チームケアの課題として、【スタッフ間での力量の大きな差】を相互に補い合うチームケアの構築が重要であることが示唆された。

VI. 本研究の限界

本研究で調査対象とした施設は、近畿地方の5施設であったため、結果に偏りがある可能性は否めない。今後は、調査地域を拡大し検証していく必要がある。

VII. 謝辞

本研究に御協力いただきました介護職の皆様

感謝申し上げます。

また、本研究の遂行にあたり、御指導いただきました鹿兒島大学教授、丹羽さよ子先生、同教授、堤由美子先生に深く感謝申し上げます。

文献

- 安梅勅江（2009）：ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法科学的根拠に基づく質的研究法の展開，1p, 医歯薬出版株式会社，東京。
- 安藤邑恵，小木曾加奈子，安部隆春他（2009）：介護老人保健施設における「ICFの視点でのケア内容」尺度の検討，老年社会科学，31（2），p.262.
- Beer C,B Horner O,Almeida S,Scherer N,T Lautenschlager N,Bretland N,Flett P,Schaper L,Flicker（2009）：Current experiences and educational preferences of general practitioners and staff caring for people with dementia living in residential facilities,BMC Geriatrics,9,36,p.9.
- Delphin-Combe F,Roubaud C, Martin-Gaujard G, Fortin ME, Rouch I,Krolak-Salmon P（2013）：Effectiveness of a cognitive-behavioral unit on behavioral and psychological symptoms of dementia,Rev Neurol (Paris) .Jun-Jul;169（6-7）,p.494.
- 古村美津代，石竹達也（2012）：認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフのバーンアウトと個人特性と職場環境要因との関連，日本公衆衛生雑誌，59（11），p.822.
- 長谷川和夫（2005）：認知症ケアの理念（日本認知症ケア学会編）認知症ケア標準テキスト：認知症ケアの基礎，p.21，ワールドプランニング，東京。
- 橋本衛（2011）：認知症のBPSDの薬物治療：精神科からのメッセージ，臨床神経学，51（11），p.857.
- 橋本衛（2016）：BPSDのトータルケア～精神科の立場から～，神経治療学，33（3），p.407.
- 堀恭子（2010）：認知症デイサービスの職員は介護をどのように意識しているか－介護職員の体験を探索的にモデル化する試み－，老年社会科学，32（3），p.318.
- 堀毛一也，内出幸美（2006）：施設介護職員によ

- る認知症高齢者の性格・感情認知とケア・対処方略の関連, 現代行動科学会誌, 22, p.9.
- 飯岡由紀子, 亀井智子, 宇都宮明美 (2016) : チームアプローチ評価尺度 (TAAS) の開発—尺度開発初期段階における信頼性と妥当性の検討—, 聖路加看護学会誌, 19 (2) , p.21.
- いわて盛岡認知症介護予防プロジェクトもの忘れ検診専門医部会編 (2013) : かかりつけ医とケアスタッフ のためのBPSD対応マニュアル , pp.1-30, 南山堂 , p4.
- 前掲著 , p9.
- 川口裕見, 佐藤眞一 (2002) : 痴呆性高齢者の認知能力の他者評価に関する研究, 高齢者のケアと行動科学, 8 (2) , p.37.
- 厚生労働省 (2017) : 平成 29 年介護サービス施設・事業所調査, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/gaikyo.pdf>, (情報取得 2018/08/26) .
- 厚生労働省 (2018) 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) の概要～ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ (平成 27 年 1 月策定・平成 29 年 7 月改定), <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf> (情報取得 2018/08/26)
- 前田則子, 伊木智子, 古川秀敏, 魚里明子, 吉村秀樹, 丹野義之, 大川美幸代 (2017) , 看護ケアスタッフと介護ケアスタッフとの協働の在り方 - 介護ケアスタッフの職務満足に及ぼす関連要因の検討 -, 関西看護医療大学紀要, 9 (1) , p.5.
- 三浦和夫, 加藤伸司 (2009) : 認知症の行動・心理症状に対する介護職員のとらえ方と研修との関係について—在職年数別にみる内部研修の有効性—日本認知症ケア学会誌, 8 (1) , p.51.
- 長倉寿子, 森本恵美, 時政昭次, 席容子 (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) , p.1401.
- 内閣府 (2018) : 平成 29 年度版高齢社会白書 (概要版) , http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html, (情報取得 2018/10/1) .
- 尾川達也, 藤本修平, 小向佳奈子, 杉田翔 (2018) : リハビリテーション領域における Shared Decision Making の実践に必要な行動—身体障害領域を中心としたフォーカスグループインタビューの結果—, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 41 (2) , p.54.
- 小木曾加奈子, 安部隆春, 安藤邑恵, 平澤泰子 (2010) : 介護老人保健施設におけるケアスタッフの仕事全体の満足度・転職・離職の要因 - 職務における 9 つの領域別満足度との関連を中心に -, 社会福祉学, 51 (3) , p.103.
- 竹林洋一, 上野秀樹 (2013) : 認知症の人の情動理解基盤技術とコミュニケーション支援への応用, 人工知能学会全国大会論文集, 27, p.1.
- 竹内孝仁 (2005) : 認知症のケア; 認知症を治す理論と実際, pp.16-41, pp.128-129, 年友企画, 東京.
- 八森淳 (2009) : 認知症のBPSDを地域で支える - 医療機関, 職種間連携のあり方 - 老年精神医学雑誌 20S (1) , p.82.