

認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する
高齢者と家族介護者への援助スキル
Help Skill to an Elderly People and the Family Caregiver for
Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

久松 信夫^{※1}

キーワード： 認知症高齢者，行動・心理症状（BPSD），家族介護者，社会福祉士，援助スキル

1. はじめに

高齢化の進行とともに認知症高齢者も増加している。認知症は、記憶の障害を中心とした認知機能障害であり、これが原因でもの忘れや見当識障害や判断力の低下などの中核的な症状が現れる。さらに、認知症の高齢者によっては徘徊や暴言・暴力、妄想などの行動障害を呈することがある。これは、脳の器質的要因によって起こる認知機能障害が原因で起こる行動上の障害であり、出現する行動には何らかの原因があるという考え方である。国際的には、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）と呼ばれ、わが国では「認知症の行動・心理症状」と訳されて使用されている。

在宅の認知症高齢者ケアには、家族介護者をはじめ、さまざまな専門職が関わっている。その専門職間において、BPSDを呈する認知症高齢者の対応に苦慮することがある。専門職のなかでも、社会福祉専門職としては社会福祉士が代表的である。社会福祉士は、在宅の認知症高齢者ケアに関する場合、他職種との連絡調整やサービスのコーディネートなどを業とすることが多い。ここでは、BPSDに関して家族介護者や他専門職から相談を受けることが多いが、BPSDへの対応は個別性が高いため、BPSDに関する一般的な理解や知識と、個別対応的な理解や知識が欠かせない。しかし、社会福祉士養成課程のなかでは認知症高齢者に関する教育が不十分なため、実務に就いてから認知症やBPSDに関して学習することが多い。そのことが影響しているのか、社会福祉士が認知症高齢者のBPSDへの対応に関する援助スキルは何かといった研究は数少ない。そこで、本研究では、BPSDを呈する在宅の認知症高齢者と、その認知症高齢者をケアすることが多い家族介護者に焦点をあてた援助スキルについて、必要なあるいは期待されるスキルの内容について検討することを目的とする。

※1 HISAMATSU, Nobuo 桜美林大学総合科学系

2. 研究方法

調査協力者は、在宅で生活する認知症高齢者とその家族の相談援助を業務とする社会福祉士に焦点をあてた。具体的には、東京都内の在宅介護支援センター・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所、合計4箇所4人の社会福祉士を対象とした。それぞれの調査協力者に自記式調査票を配布し返送してもらった。調査項目は、①基本属性、②対応した経験のあるBPSDの内容、③担当高齢者が呈するBPSDへの認識、④BPSDを呈する高齢者に対応するために必要と思われるスキル、⑤BPSDを呈する認知症高齢者を介護する家族に対応するために必要と思われるスキルの大きく5項目に関する自由記述である。

調査は2008年2月に実施し、筆者が調査協力者の各事業所に出向き、本研究の主旨を説明したのち、調査票を配布し後日返送していただいた。

なお、本研究では各調査協力者に対して、担当高齢者や家族等のプライバシーに配慮するよう口頭で伝え、記述された内容等プライバシーに関わる情報を筆者が口外しないことなどを盛り込んだ同意書に署名・捺印を相互に交わした。具体的には、各調査協力者の守秘義務を徹底した上で情報提供するよう事前に注意喚起し、自由意思による参加、研究者(筆者)によるプライバシーの厳守、データの取り扱いの守秘義務、研究以外の目的には使用しないなど、倫理的要件について事前に説明し了承を得た。

調査協力者が回答した自由記述を本研究のデータとし、佐藤(2008)の「事例—コード・マトリックス」に倣い分析した。

3. 研究結果

調査協力者4名の基本属性を表1に示した。男女半数であり、平均年齢は34.5歳、社会福祉士取得後の平均年数は9.5年、介護支援専門員としての平均実務経験年数は4.5年であった。

表1 調査協力者の基本属性

| | A氏 | B氏 | C氏 | D氏 |
|------------------|------------|------------|-----------|-----------|
| 性別 | 女性 | 女性 | 男性 | 男性 |
| 年齢(歳) | 34 | 34 | 36 | 34 |
| 社会福祉士取得後の年数(年) | 8 | 12 | 13 | 5 |
| 介護支援専門員実務経験年数(年) | 4 | 7/2※ | 7 | 5 |
| 所属先 | 在宅介護支援センター | 地域包括支援センター | 居宅介護支援事業所 | 居宅介護支援事業所 |

※介護支援専門員は取得7年、実務経験は2年

調査協力者が対応した BPSD は 16 類型にわたった (表 2)。そのうち、無気力が 3 件、不安、不穏、介護への抵抗、不潔行為、抑うつ各 BPSD が 2 件ずつあった。在宅で生活する認知症高齢者が呈する BPSD の重症度は測らなかったが、多岐に渡る BPSD が生じていることがわかる。

表 2 調査協力者が対応した BPSD

| | |
|--------|---------------|
| 妄想 | 抑うつ |
| 不安 | 徘徊 |
| 誤認 | 部屋中を行ったり来たりする |
| 不穏 | 繰り返し尋ねる |
| 無気力 | 同じ話を繰り返す |
| 介護への抵抗 | 身体的攻撃性 |
| 作話 | 大声 |
| 不潔行為 | 感情失禁 |

表 3 には、「認知症高齢者が示す BPSD についてどのような認識を持っているか」「BPSD を呈する認知症高齢者に対応する社会福祉専門職に必要／期待されるスキル」に関する調査項目、具体的には、①援助関係の構築・促進、② BPSD の理解と援助、③認知症高齢者を支援するための環境への働きかけ、④認知症高齢者が抱える問題を解決・支援するなどに関する、各スキルについて尋ねた結果を記載した。加えて、「BPSD のある認知症高齢者に対する社会福祉専門職の役割」について尋ねた結果を記載した。

その結果、各々の項目ごとにみていくといくつかの概念に分類することができた。すなわち、「認知症高齢者が示す BPSD についてどのような認識をもつか」においては、【本人の不安感・不快感・混乱】【本人と家族の世界のギャップ】の 2 項目、「BPSD を呈する認知症高齢者に対応する社会福祉専門職に必要／期待されるスキル」のうち①援助関係の構築・促進では、【認知症の正しい理解】【コミュニケーション能力】【基本的な対人援助方法】【その人となりの理解】の 4 項目、② BPSD の理解と援助では【BPSD のアセスメント】【BPSD を他者が理解するアプローチ】【BPSD への関わり方】【直面する課題の理解と改善】の 4 項目、③認知症高齢者を支援するための環境への働きかけでは【ネットワークづくり】【専門的援助技術の展開】【認知症の正しい理解 (①における概念と同様)】の 3 項目、④認知症高齢者が抱える問題を解決・支援するにおいては、【日々変わる課題へのアセスメント力とプランニング力】【専門職との連携】【社会資源の知識と活用】の 3 項目、「BPSD のある認知症高齢者に対する社会福祉専門職の役割」においては、【本人・家族の理解と負担軽減】【認知症を説明する】【本人の代弁】【社会資源開発】の 4 項目が生成された。

表3 認知症高齢者のBPSDに対する意識・スキル・役割

| | | | | | | |
|---------|---|--|---|---|--|---|
| 設問 | 認知症高齢者が示すBPSDについて、どのような認識を持っているか | BPSDのある認知症高齢者との、援助関係の構築・促進（コミュニケーションや面接など）のために、社会福祉専門職に必要な、または期待されるスキルにはどのような内容があると思うか | 認知症高齢者のBPSDの意味、BPSDによって起こる生活上の困難など）と援助のために、社会福祉専門職に必要な、または期待されるスキルにはどのような内容があると思うか | BPSDのある認知症高齢者を支援するために環境へ（家族、地域、社会資源など）働きかける、社会福祉専門職に必要な、または期待されるスキルにはどのような内容があると思うか | BPSDのある認知症高齢者が抱える問題を解決・支援するために、社会福祉専門職として援助の遂行のために必要な、または期待されるスキルにはどのような内容があると思うか | BPSDのある認知症高齢者に対する社会福祉専門職の役割には何かがあると思うか |
| A氏 | そのような行動が出現してしまい、つらいだろう、混乱しているだろうと思う | ・認知症の正しい理解（病気の特徴を理解する） ・コミュニケーション力（認知機能が低下していることに配慮した話し方）例：分かりやすく端的に説明する | 行動障害の内容をアセスメントする能力 | 地域で生活しにくくなっている認知症高齢者への理解が得られるよう関係調整する | 行動障害が顕著な時は、必要に応じて医療機関と相談できるように、社会福祉も日頃から医療との関係を作っておく | |
| B氏 | <ul style="list-style-type: none"> ・まだまだ行動することで気持ちや思いが表現できるということを思います・表現する力はあると思いますが、その原動力やなっている気持ちや思いは不安や不快でいっぱいになっていると思います。 ・「行動障害」という名称も「障害」という言葉ではなく今後変わってゆくように思いますが、そのものとなっている不安や不快の部分に関して本人の負担を少しでも軽くしてあげられたらと思います。 | <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント能力、タイミングをみて丁度よく物事をすすめてゆける能力、現在のサービス情報を示してあげられるようなサービスの知識、本人や家族の気持ちを理解するように努める想像力 | 行動障害といわれる言動につきあうこととなる家族や近所の人などに理解の助けになるようなアプローチスキルは必要と思われま。また、家族に対しては家族がかかえるいろいろな課題、例えば認知症そのものに対する理解、介護方法の理解、家族の精神的な痛み（悲しみ、怒りなど）などの理解及びそれらの改善、促進などにかかわるスキル全般 | <ul style="list-style-type: none"> ・勉強会、家族会、講演会など集い、認知症の正しい理解と啓発になるような場の設定、企画等 ・地域へ出向き、出前講座等（認知症サポーター講座等） ・商店、地域の牛乳屋、新聞屋、スーパー、コンビニなどの社会資源へ出向き、気になる人がいたら教えてとネットワークをつくること ・これらに関する全般的なスキル | <ul style="list-style-type: none"> ・「行動障害のある認知症高齢者」に焦点をあて、彼らの抱える課題となると日々その課題は変わってゆきますので、その解決や支援の方法もその都度その都度対応になるように思われます ・その都度となると、今の現状を適切にとらえるアセスメントは必要であると思います。その上で、その課題ごとに必要とされるスキルはかわってゆくと思えます | |
| C氏 | <ul style="list-style-type: none"> ・（認知症の方からみて）自分の世界の中では理屈はあっているのに、外に出る行動や行いがまわりからは通常よりずれているように感じる（家族・介護者からみて）なんでこんなことをきかないのか？ ・思いは家族からみて当たり前であると思います。家族だからこそ、「説明を受けても中々身体で理解できないところがあるとあります（頭ではわかっているも） | <ul style="list-style-type: none"> ・バイステックの7原則、中核症状と周辺症状の理解、脳血管障害とアルツハイマー認知症との違いの理解、認知症ご本人と介護者である家族の気持ちの理解、エンパワメント、非言語的コミュニケーションの理解（肩をさわりながら話をする）など | <ul style="list-style-type: none"> ・家族に少しでも安心してもらえるような関わり方の追求（介護している方が少しでもしかめつからからフツと肩から力が抜けて介護が少しでもできるように、非抜けたところが認知症本人にかえって前よりもほんの少しでもよい介護となる）、認知症についての理解、個々の家族世帯の本人と家族の距離感をつかむこと、バイステックの7原則、社会資源についての知識 | <ul style="list-style-type: none"> ・援助機関との連携、コーディネート能力 ・アセスメント能力 ・アドボカシー ・地域資源の開発（ソーシャルアクション） ・福祉機器の知識 ・チームアプローチ | <ul style="list-style-type: none"> ・コーディネート能力（ヘルパーステーションや老健への緊急入所させる手続きなど） ・自己覚知 ・社会資源を含めての様々なサービスの理解と活用方法（ショートステイや民間の配食サービスなど） | <ul style="list-style-type: none"> ・本人が少しでも安心して暮らせるようにする ・家族の介護負担の軽減 ・本人の言えないことを代弁する ・虐待の防止 ・社会資源の開発 |
| D氏 | そのような行動があっても不思議はないと思います。長短期記憶に問題があり、それによる不安感から生じる行動であると思うからです。 | 生活歴の把握、性格の把握、実践経験によるその後のプロセス説明ができること（家族へ） | 生活歴、性格の理解 | <ul style="list-style-type: none"> ・社会資源を知ること ・それぞれの社会資源の特性を知ること ・なかなか社会資源につながらない場合は、訪問系サービスで他者とのかわりに慣れるというプロセスも考える ・それでもつながらない場合は、“最終的には自分の思うようにしか生きられない”ことを悟ることもあるかもしれない | 長期目標と短期目標を明確にし長いスパンで考える。 | <ul style="list-style-type: none"> ・本人の理解 ・家族の理解 ・症状の説明能力 ・予後の説明能力 |
| 生成された概念 | 【本人の不安感・不快感・混乱】 【本人と家族の世界のギャップ】 | 【認知症の正しい理解】 【コミュニケーション能力】 【基本的な対人援助方法】 【その人となりの理解】 | 【BPSDのアセスメント】 【BPSDを他者が理解するアプローチ】 【BPSDへの関わり方】 【直面する課題の理解と改善】 | 【ネットワークづくり】 【専門的援助技術の展開】 【認知症の正しい理解】 | 【日々変わる課題へのアセスメント力とプランニング力】 【専門職との連携】 【社会資源の知識と活用】 | 【本人・家族の理解と負担軽減】 【認知症を説明する】 【本人の代弁】 【社会資源開発】 |

表4 BPSDを呈する認知症高齢者の家族介護者に対するスキル

| | | | |
|---------|--|--|---|
| 設問 | BPSDのある認知症高齢者の家族介護者との、援助関係の構築・促進（コミュニケーションや面接など）のために、社会福祉専門職に必要な、または期待されるスキルにはどのような内容があると思うか | BPSDのある認知症高齢者の家族介護者の理解（BPSDの介護によって起こる社会生活上の困難など）と援助のために、社会福祉専門職に必要な、または期待されるスキルにはどのような内容があると思うか | BPSDのある認知症高齢者の家族介護者を支援するために環境（他家族、地域、社会資源など）へ働きかける、社会福祉専門職に必要な、または期待されるスキルにはどのような内容があると思うか |
| A氏 | 行動障害をどのように受け止めているのかなど。心情に配慮した対応すること（ナーバスになっていたり、疲労が大きい場合が多い） | 行動障害がどのようなことが原因で起きているのか。対処方法がないか、考える力 | |
| B氏 | 家族介護者は365日の介護で身体的にも精神的にも疲れている。その身体的な疲れや精神的な疲れを少しでも軽減しストレスを減らす働きかけをするようなスキル全般 | 行動障害はその出方がバラバラなので社会生活上の困難はそれゆえ多様でしょう。また家族にとっては困難の捉え方もさまざまなので、そのあたりのやはりアセスメント力はスキルとして不可欠でしょう。本人の力、家族の力、地域の力を見極めながらその都度で対応することが必要と思われま | 家族への支援も本人の支援もこの範囲におけるスキルとしては同じ。・家族会等のピアカウンセリング的なことを目的とした場の設定という支援 |
| C氏※ | | | |
| D氏 | 最終的には認知症の理解を目標とし、それまでは傾聴につきることもある。最初の段階で知識のみで対応すると家族との間に距離ができてしまうことがある | ・1の問いに同じ ・知識や情報を家族へ伝えるきっかけやタイミングをのがさないこと | ・（社会資源：通所系サービスにつなげた場合） ・認知症状により、判断力が低下している場合、家族が社会資源利用などを判断しなければならないことがある。しかし、明治・大正生まれの方で当事者が男性の場合、いったん本人が拒否するとそれ以上、働きかけが進まないことがある。男尊女卑の思想が強いため。訪問系サービスを少しずつ入れるなど外部との接点を徐々ににつくっていき、最終的に通所へつなげるなど、段階を追った援助が必要 |
| 生成された概念 | 【認知症理解】 【心身の疲労軽減】 | 【BPSDの原因・対処・アセスメント】 【知識・情報の伝達】 | 【ピアカウンセリングの場の設定】 【段階的な援助】 |

※C氏は回答なし

表4には、家族介護者支援に焦点をあて「援助関係の構築・促進」「家族介護者の理解と援助」「家族介護者を支援するための環境への働きかけ」の、社会福祉専門職に必要／期待されるスキルを尋ねた結果を記載した。その結果、各々の項目ごとにみていくといくつかの概念に分類することができた。すなわち、「援助関係の構築・促進」では【認知症理解】【心身の疲労軽減】、「家族介護者の理解と援助」では【BPSDの原因・対処・アセスメント】【知識・情報の伝達】、「家族介護者を支援するための環境への働きかけ」では、【ピアカウンセリングの場の設定】【段階的な援助】という各々2項目ずつの概念が生成された。

4. 考察

本項では、調査で回答のあった在宅で暮らす認知症高齢者が呈するBPSDの特徴を概観したあと、認知症高齢者のBPSDに対する社会福祉士の認識、援助スキル、役割において本研究で生成された概念の考察を行う。

1) 在宅認知症高齢者のBPSD

本調査では、担当した認知症高齢者が呈するBPSDには無気力、不安、不穏、介護への抵抗、不潔行為、抑うつ等の各BPSDで複数の回答があった。BPSDは、わが国では周辺

症状と呼ばれることも多い。小澤（2005：149）は、『やりたいこと』と『やれること』、あるいは周囲の期待と本人の力量とのギャップがきわめて大きくなっているにもかかわらず、認知症をかかえていると、両者に折り合いをつけ、『身の丈にあった生き方』を選択することが難しい。その結果生じた不安、困惑、いらだち、混乱のあげくにたどり着いた結果が周辺症状である」と述べている。加えて、「認知症の諸症状や行動を彼らのコーピングの結果」として考えられることを示唆している。このような思考で周辺症状あるいはBPSDを捉えれば、認知症高齢者は「やりたいこと」と「やれること」とのギャップの間でもがき苦しんだ結果、「やりたいことがやれない」ことによって無気力や不安、不穏などという対処行為によって、本研究で回答されたBPSDが出現するに至ったと考えられる。

在宅生活において認知症高齢者がBPSDを呈することは、家族介護者がいる場合はその家族介護者の介護負担に直結することが多い。そのため、BPSDに関する心理教育的な家族支援が必要であるが、この点は後述する。

2) BPSD に対する認識

本研究で回答のあった、社会福祉士のBPSDに対する認識は、【本人の不安感・不快感・混乱】【本人と家族の世界のギャップ】の2項目であった。前者は、認知症高齢者の内面を客観視したものであり、BPSDは認知症高齢者自身もそのような行動・心理の症状を意図的に現しているのではなく、何らかのさまざまなストレスによって生じる結果としての行動・心理症状を、認知症高齢者自身もつらさや不安感・不快感を感じているであろうという推測が基盤にあると考えられる。それは、A氏がいう「そのような行動が出現してしまい、つらいだろう、混乱しているだろう」という記述や、D氏のように「そのような行動があっても不思議ではない」という記述からもうかがえることである。このような、BPSDを呈する認知症高齢者の内面的な心痛を想像し推測することは極めて重要である。

一方、【本人と家族の世界のギャップ】は、C氏が指摘しているように、「自分の世界のなかでは理屈は合っているのに、外に出る行動や行いがまわりからはずれている」ように感じ、家族からみて「なんでこんなにいうことをきかないのか」という両者の心的世界のギャップがみてとれる。この点も、第三者である社会福祉士は両者を客観視している。このギャップによって、家族介護者に負担感や不満・ストレスなどが生じ、いわゆる不適切なケア（加藤2013：53-54）に至ってしまい、さらにそのことが認知症高齢者本人にも悪影響を与えてさらにBPSDが悪化するという「介護者との関係性によって出現するBPSD」がある。このことから、【本人と家族の世界のギャップ】は家族介護者の方から断ち切り、高齢者本人の心的世界を理解することが重要であり、それを担う者の一例として社会福祉士が挙げられるであろう。

このように、認知症高齢者が示すBPSDに対する社会福祉士の認識は、高齢者本人や家族の内面を客観視しそれぞれの内面的世界を想像化するということが指摘できるであろう。

3) BPSD を呈する認知症高齢者に対応する社会福祉専門職に必要／期待されるスキル

(1) 援助関係の構築・促進

ここでは、【認知症の正しい理解】【コミュニケーション能力】【基本的な対人援助方法】【その人となりの理解】の4項目の概念が生成された。本項では、【認知症の正しい理解】と【その人となりの理解】について考察を行う。

まず【認知症の正しい理解】であるが、A氏は「病気の特徴を（社会福祉士が）理解する」ことを指摘している。社会福祉士養成教育のなかで「認知症」に関する教育プログラムは極めて限られている。すなわち「高齢者に対する支援と介護保険制度」という教科のなかで、数時間の教育プログラムしか組み込まれていない。やや追記的に指摘すれば、「相談援助演習」における事例を用いた相談援助のあり方を学習する程度であり、体系的に認知症に関して学習することは困難な現状である。一方、認知症に関する病状などの説明は日進月歩的に進んでおり、ケアの方法の議論も盛んである。そのような養成教育と実践環境のギャップのなかで、社会福祉士は日常的な認知症ケアにおける最新の情報を入手し身につけていかなければならない。

一方では、【その人となりの理解】が必要との概念が生成された。目の前にいる認知症の人の【その人となり】を理解するために、生活歴・性格の把握を行い、本人や家族の気持ちを理解するように努める想像力が必要であるとの発言があった。これは、トム・キットウッド (Tom Kitwood) がいう従来の「古い文化」である認知症の症状しか見ないのではなく、認知症の人「その人」をみるという「新しい文化」の議論に連結する。つまり、「認知症の人」ではなく「認知症の人」として見るのである。水野 (2005) は、(認知症の人の) 性格 (気質, 能力), 対処スタイル, 生活歴, 健康状態, 社会心理 (人間関係) などから成る、「人」の部分に注目することによって、ケアの (見かけの) 限界を超えられることを指摘している。加えて、認知症高齢者の「その人となり」を知るためには情報収集が重要であることはよく強調される点であると言及しつつ、トム・キットウッドが「認知症ケアは想像力 (imagination) を要する仕事だ」という主張を紹介している。そこで、認知症の人の【その人となりの理解】には想像力を働かし、さまざまなアプローチを自ら考え出し行っていく作業 (創造) が必要であることも水野は指摘している。【その人となりの理解】には想像性豊かな柔軟な姿勢が必要である。

(2) BPSD の理解と援助

ここでは、【BPSD のアセスメント】【BPSD を他者が理解するアプローチ】【BPSD への関わり方】【直面する課題の理解と改善】の4項目の概念が生成された。本項では、【BPSD のアセスメント】と【BPSD を他者が理解するアプローチ】に特に社会福祉士 (ソーシャルワーカー) が何らかの貢献が可能であると考え、この2つの概念を取り上げる。

【BPSD のアセスメント】について、BPSD のアセスメントスケールは多様にあるが、ソーシャルワーカーとしてアセスメントすべきは、BPSD の重症度のみならず、それに加え

BPSD がどの程度日常生活に影響を及ぼしているのかをアセスメントするべきであろう。加えて、介護家族の介護負担の程度も加味しなければならない。なぜなら、在宅介護の場合、BPSD への対応によっては在宅介護破綻(朝田 1991)につながる可能性が高いからである。

したがって、ソーシャルワーカー(社会福祉士)は各種の BPSD スケールの特性やそれぞれのスコアのもつ重症度を理解しつつ、認知症高齢者の生活状況と家族介護者の主観的および客観的な負担感という、両者に関してアセスメントすることが重要である。そのアセスメントから、次の援助過程である支援計画のプランニングを的確に実施することが期待される。この点においては、ソーシャルワーク・アプローチにおけるケアマネジメントの手法が有効であると考えられ、ケアマネジャーによる効果的介入が実証されているため(加瀬ら 2012)、それをソーシャルワーカー(社会福祉士)が援用することは可能であろう。

一方、【BPSD を他者が理解するアプローチ】として、BPSD は一例として表 2 に示す内容がそれである。このような BPSD は認知症高齢者の誰もが呈するものではないが、徘徊や妄想などの BPSD があたかも認知症の状態像の代表のような感を多くの人が持ち合わせているようである。そのような不適切な認知症の理解を是正するために、社会福祉士をはじめとする専門職は市民に向けて情報を発信しなければならない。本項でいう“他者”とは、家族介護者を含めた一般市民と換言してもよいであろう。

BPSD を家族介護者を含めた他者が理解するためには、医学的および病理的な側面だけでなく、心理・社会的要因からも理解する必要がある。品川ら(2006)は、BPSD を心理・社会的要因から分析しており、BPSD に与える要因として遺伝的要因、生物学的要因、心理的要因、社会的要因に分けて、特に後者の二者について解説している。社会的要因について品川ら(2006)は、①社会環境、②地域環境、③居住環境、④生活習慣から成る要因であると説明している。心理的要因について加藤(2002)は、認知症の人の中核症状に不安感、不快感、焦燥感、被害感、身体不調、ストレスなどが加わった際に生じるものであることを図示している。他に、加藤(2002)は介護者との関係性によって出現する BPSD をも追記している。このように、BPSD の生成要因を社会福祉士などの専門職が十分に理解し、家族介護者や一般市民に適切な認知症理解として伝達することが重要である。

一方で留意しなければならないことがある。すなわち、BPSD は認知症の人本人自身が周囲を困惑させようと故意に行っているのではないこと、BPSD に本人自身も苦悩し混乱し自覚している可能性があること、また加藤(2013)が指摘するように介護者との関係性によって BPSD が出現することもあることを鑑みれば、介護者の不適切な関わりを是正し適切な関わりなどによって、BPSD が軽減することや消滅することがあることなどを指摘することが重要である。

このように、社会福祉士はソーシャルワーカーの役割の一つである「教育者」として、同僚や他機関の専門職、家族介護者、一般市民に認知症の適切な理解を促す必要がある。

いわば認知症教育の促進者であることが、社会福祉士には期待される。

(3) 認知症高齢者を支援するための環境への働きかけ

ここでは、【ネットワークづくり】【専門的援助技術の展開】【認知症の正しい理解】の3項目の概念が生成された。【認知症の正しい理解】は、(1)の【認知症の正しい理解】における概念と同様の内容を指すと考えられるため、ここでの考察は省略する。本項では、【専門的援助技術の展開】概念を中心に考察する。

【専門的援助技術の展開】とは、本項では特にC氏が回答しているように、連携、コーディネート、アセスメント、アドボカシー、ソーシャルアクション、チームアプローチなど多岐にわたる。加えて、A氏の指す関係調整も含まれる。また、誰に対する【専門的援助技術の展開】かということに関しては、本項で言う“環境”とは家族、地域、社会資源などを指しているため、この3つの領域に対してのアプローチということになる。

基本的なあるいは基盤となる専門的援助技術はアセスメントである。すなわち、認知症高齢者をめぐる種々のアセスメントを社会福祉士は実施したのち、そこから他の【専門的援助技術の展開】を行うのである。ただし、個々に各援助技術が拡散していくのではなく、相互に連結しながら展開していくことに特徴がある。すなわち、一例として挙げるなら、社会福祉士として専門的なソーシャルワーク・アセスメントを行ったのちプランニングを行い支援を実施するが、その過程において社会資源などをコーディネートし、関係機関や家族・地域との連携や関係調整を行うなどチームアプローチを展開する。同時に、認知症高齢者のアドボカシーを実現するためにソーシャルアクションを実施するという一連の【専門的援助技術の展開】のストーリーがある。加えて、この過程のなかでB氏が言及しているように「商店、地域の牛乳屋、新聞屋、スーパー、コンビニなどの社会資源へ出向き、気になる人がいたら教えてとネットワークをつくること」という【ネットワークづくり】をも併せ持つことが示唆される。この一連の【専門的援助技術の展開】は、ジェネラリスト・ソーシャルワークを基盤にしつつも、高齢者ソーシャルワークあるいは認知症高齢者ソーシャルワークというスペシフィック・ソーシャルワークを意図したアプローチを駆使する必要があると考えられる。

(4) 認知症高齢者が抱える問題を解決・支援する

ここでは、【日々変わる課題へのアセスメント力とプランニング力】【専門職との連携】【社会資源の知識と活用】の3つの概念が生成された。本項では、【日々変わる課題へのアセスメント力とプランニング力】について考察していく。

【日々変わる課題へのアセスメント力とプランニング力】は、特にB氏とC氏が言及していたことである。B氏は、「行動障害のある認知症高齢者」が抱える課題は変わるので、その解決や支援方法もその都度その都度の対応になるとともに、今の現状を適切にとらえるアセスメント力が必要であると述べている。加えて、C氏は様々なサービスの理解と活

用方法やコーディネート力を挙げている。行動障害ともいわれる BPSD の出現は、先にもたようにさまざまな要因が契機となっており、その日そのときによって要因が複雑に絡んだ状況で出現する。この視点を踏まえると、BPSD のアセスメントや対応は B 氏の言葉を借りれば「その都度その都度」異なるため、多角的にアセスメントする柔軟な技法が社会福祉士に必要なことが示唆される。

一方、アセスメントはその後のプランニングにも連動するため、多角的に分析したアセスメントを基盤に、認知症高齢者が利用可能なサービスは何かという、フォーマル、インフォーマルを含むサービスを活用するコーディネート力も必要になる。これは、既存のサービスを通常の利用手順に従うだけでなく、BPSD の状況に見合った緊急的かつ柔軟な手順で利用する技法が社会福祉士やサービス提供者には求められると考えられる。

4) BPSD のある認知症高齢者に対する社会福祉士の役割

BPSD のある認知症高齢者に対する社会福祉士の役割として、【本人・家族の理解と負担軽減】【認知症を説明する】【本人の代弁】【社会資源開発】の 4 つの概念が生成された。本項では、前者 3 つの概念を取り上げて考察していく。

【本人・家族の理解と負担軽減】において、BPSD のある認知症高齢者本人を理解する必要性はすでに述べたとおりである。翻って社会福祉士が理解しなければならない対象として忘れてならないのは介護している家族である。本間（1999）は、「痴呆性老人の介護では、痴呆のない老人の介護にはない特徴があり、痴呆性老人本人の状態にのみ目を奪われずに、介護者にも注意深く目をむける必要がある」と言及している。いわゆる認知症特有の介護の負担があるということである。東京都の調査（1995）では、在宅認知症高齢者を介護する家族のストレスには、量的介護負荷、質的介護負荷、对人的負荷の 3 つがあることを示している。それぞれのストレスも認知症がない群と比較すると、認知症のある群の方が 2 倍かそれ以上の負荷がかかるという。このようなことから、認知症高齢者を介護する家族の介護負担は相当なものであることがわかる。そこで、社会福祉士に求められるのはその介護負担の軽減の役割である。中谷（1999）は、認知症高齢者を介護する家族を支えるための介護負担を軽減するソーシャルワーカーの役割について、客観的負担と主観的負担に分けて言及している。前者では、①情報提供・教育的役割、②サービス利用におけるケアマネジャーの役割、後者では①治療者としての役割、②エンパワメント志向によるアプローチを挙げている。客観的負担における情報提供・教育的役割については、認知症の身体・精神症状や BPSD、介護知識・技術の欠如に対し情報提供を含む教育的役割を指している。そのため、本研究で得られた【認知症を説明する】概念も大きく関与してくる。社会福祉士が、認知症の症状や進行状況、介護方法などの情報を提供することで、負担の軽減が期待されるのであろう。中谷が指摘するようなソーシャルワーカーの役割を遂行するには、社会福祉士自身も認知症に関する情報の収集やケアカンファレンスなどによって、家族介護者への役割遂行における力量を高める適切で十分な

認知症教育を受ける必要がある。

【本人の代弁】について、久松（2014）は認知症高齢者を支援するソーシャルワーカーの役割規定として、〔思いを伝える／つなげる者〕〔代弁者〕〔権利を守る者〕〔その人の尊厳を守る者〕という概念カテゴリーを導き出し、これら4つの共通項としてアドボカシー機能を取り上げている。ソーシャルワーカーの役割には、弁護者（Advocator）があり（谷口 2000）、これは自らの権利、要求、主張を自ら表現できず、それらを具体的に実現できない人々を「弁護」し、彼らに代わって「代弁」していくことを指す。BPSDを呈する認知症高齢者は、自らの意思を他者に伝えることが困難な場合があり、その表現の一つの結果としてBPSDといわれる行動・心理症状が現れるものと考えれば、彼らの思いを伝える“代弁者”としての役割が大きく期待される。加えて、認知症高齢者のような自らの意思を適切に十分に他者に伝えづらく、また他者も高齢者本人の意思を十分に尊重できていないと捉えられる場合には、ソーシャルワーカーによる“代弁者”としての役割機能の発揮が必要となると考えられる。

5) 家族介護者支援に焦点をあてた社会福祉専門職に必要／期待されるスキル

(1) 援助関係の構築・促進

ここでは、【認知症理解】【心身疲労軽減】の2項目の概念が生成された。この2つの内容に関してはこれまでも述べてきた。社会福祉士が家族介護者と援助関係を構築しそれを促進するためには、家族に【認知症理解】を促すとともに【心身疲労軽減】を狙いとした各種サービスの利用などが必要である。すなわち、ソーシャルワーカーの役割の一つである“情報提供者・教育者”として家族介護者に関わる場合が必要となる。

この家族介護者における【認知症理解】と【心身疲労軽減】はいわば連動しているものと考えられる。しかし、【認知症理解】が進んだからといって、すぐに【心身疲労軽減】に至るものではないが、両方を達成目標として社会福祉士は家族介護者に関わることで、家族との援助関係の構築やその促進が期待されるものと考えられる。

(2) BPSD の理解と援助

ここでは、【BPSD の原因・対処・アセスメント】【知識・情報の伝達】の2項目の概念が生成された。BPSDは在宅認知症介護の破綻に繋がる要因の一つであるが、社会福祉士には破綻防止を遂行するスキルが必要とされる。まず、【BPSD の原因・対処・アセスメント】というBPSDにまつわる全般的なスキルである。BPSDの生成要因を家族に伝えるのみならず、その具体的な対処方法を検討し伝えなければならない。実際に在宅で認知症高齢者を介護するのは家族であることが多いため、BPSDへの対応は個別かつ具体的でなければならない。それを実施する前提として、アセスメントが欠かせない。この場合のアセスメントは、ソーシャルワークからの視点だけでなく、たとえば医療・心理・介護などを含めた多角的な視点からのアセスメントが求められる。したがって、社会福祉士にはさま

ざまな理論的・実践的な多分野から BPSD を理解する力量が期待される。

上記と連動するが、【知識・情報の伝達】は社会福祉士が BPSD を多角的にアセスメントした結果、その生成要因や対処方法を家族介護者の知識と理解のために伝達するスキルが必要になる。ただし、伝達のすべてを社会福祉士が実施する必要はない。たとえば、薬物療法的な内容であれば医師や薬剤師、看護師などから伝達する場合が考えられる。そのため、社会福祉士には他職種の業務内容や範囲を理解しつつ連携調整をとるコーディネーター役を担うスキルが必要であろう。

(3) 家族介護者を支援するための環境への働きかけ

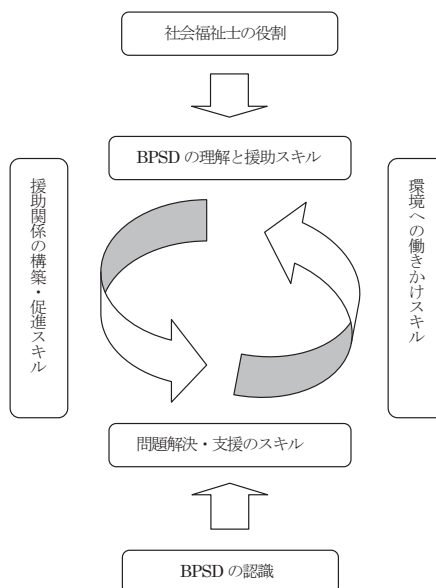
ここでは、【ピアカウンセリングの場の設定】【段階的な援助】の2項目の概念が生成された。ここでは前者を取り上げる。前者の【ピアカウンセリングの場の設定】とは、在宅で認知症高齢者を介護する介護者の集いなどの場を指す。同じ“認知症高齢者を介護している”という共通項があるなかで、介護者同士が談話する場を社会福祉士が設定することでピアカウンセリング的な効果が期待できる。たとえば、地域包括支援センターでは家族支援の一つとして家族介護者教室などを運営開催している。介護経験年数や介護内容の異なる家族介護者が一堂に会することで、介護にまつわる情報交換や情緒的な受容などがおこなわれ、ピアカウンセリング的な効果が期待される。

5. おわりに

本研究では、認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する高齢者と家族介護者への援助スキルを社会福祉士に焦点をあてて論究してきた。社会福祉士による調査票の自由記述から、各項目ごとに概念化を行い、その概念ごとに考察を行った。

認知症高齢者の BPSD をめぐる社会福祉士の役割と援助スキルの関係を表したのが図 1 である。図 1 では、各援助スキル（援助関係の構築・促進スキル、BPSD の理解と援助スキル、環境への働きかけスキル、問題解決・支援のスキル）同士が相互作用を起こし、それらは社会福祉士による「BPSD の認識」と「社会福祉士の役割」の影響を受けることを示唆している。

図1 認知症高齢者のBPSDをめぐる社会福祉士の役割と援助スキル



認知症ケアに関してBPSDへの対応は、家族介護者をはじめ関わる専門職にとっても困難感を持ちやすいものである。在宅ケアの場合は、認知症高齢者と家族介護者に対するケアマネジメントを展開することが多いが、その一端を担う社会福祉士にはどのようなスキルが必要あるいは期待されるのかを、本研究では社会福祉士自身の側から明らかにしてきた。今後は、BPSDをめぐる社会福祉士に必要なあるいは期待されるスキルを、実務者を対象とした研修等でどのように身につけ実際に展開していくかという、いわば認知症教育のプログラム開発とその効果をみていく研究が必要である。

なお、本研究の限界と課題として、調査協力者が4名と少数であることから、概念が十分に生成されていない可能性が残されていることが挙げられる。今後は、調査協力者を増やして概念生成が飽和状態に向かうような取り組みを次の研究課題としたい。

【引用文献】

- 朝田隆 (1991) 「痴呆性老人の在宅介護破綻に関する検討：問題行動と介護者の負担を中心に」『精神神経学雑誌』93,403-433.
- 久松信夫 (2014) 「認知症高齢者を支援するソーシャルワーカーの役割規定：アドボカシー機能に焦点をあてて」『日本認知症ケア学会誌』13(1),348.
- 本間昭 (1999) 「痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか」『老年精神医学雑誌』10(7),787-793.

- 加瀬裕子・多賀努・久松信夫他（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.
- 加藤伸司（2002）「痴呆による行動障害（BPSD）の理解と対応」『高齢者痴呆介護実践講座Ⅱ；研修用テキスト；専門課程』151, 第一法規出版.
- 加藤伸司（2013）「第4章 認知症の人の心理的特徴」日本認知症ケア学会編『改訂3版 認知症ケアの基礎』43-57.
- 水野裕（2005）「パーソン・センタード・ケアの理念」『看護学雑誌』69(12),1212-1217.
- 中谷陽明（1999）「痴呆性老人を介護する家族を支えるためのソーシャルワーカーの役割：介護保険の実施を踏まえて」『老年精神医学雑誌』10(7),819-823.
- 小澤勲（2005）『認知症とは何か』岩波新書.
- 品川俊一郎・繁田雅弘（2006）「BPSDの心理・社会的要因」『精神科』9(1),33-37.
- 谷口泰史（2000）「第5章2 支援, 弁護者（Enabler, Advocate）機能」太田義弘・秋山薊二編著『ジェネラル・ソーシャルワーク』170-173, 光生館.