

## 報 告

# 認知症高齢者のBPSD（行動心理学的症候）のイメージに関する研究 —看護学生のアンケートから—

Study on the image of (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) elderly with dementia.  
- Based on student's questionnaires Results -

炭多 雄人<sup>1)</sup>, 大久保幸子<sup>2)</sup>, 河村 沙織<sup>3)</sup>  
妹尾眞梨菜<sup>4)</sup>, 鈴木千絵子<sup>5)</sup>

**要約：**本研究の目的は、4年制大学に在籍する看護学生の認知症高齢者のBPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia : 以下BPSDとする)の症状に対するイメージについて明らかにすることである。また今後の認知症教育における示唆を得ようとするものである。認知症の症状の中でもBPSDは、様々な要因が加わることによって引き起こされるため個性が高く、経験不十分な看護学生にとって困惑の原因となっている。実習で出会うことも少なくない認知症高齢者のBPSDについて、その症状を中心に学生の持つイメージを調査し検討することは、今後の教育方法を検討する上でも重要である。

調査の結果、BPSDの中でも大声や物盗られ妄想はイメージしやすいが、常同行動や幻覚、異食はイメージしづらく、症状によりイメージに違いがあることが明らかになった。また、イメージと知識は関連し、いずれも実習を終えている学生の方が高いことが分かった。これらのことから、BPSDの症状がしっかりイメージでき定着することで知識にもつながることが考えられ、病態及び症状や治療の教授、実習を想定した演習方法の検討や、臨床での情報と経験の共有化と振り返りが重要であることが示唆された。

**Key Words：**BPSD, 症状イメージ, 看護学生

## I. 緒言

我が国の認知症高齢者は、2015年1月の厚生労働省発表によると、2012年の時点で全国に約462万人であり、2025年には700万人を超えると推計している。65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症に罹患する計算となり、認知症高齢者は、約10年で1.5倍にも増える見通しとなっている。さらに、「認知症高齢者の日常生活自立度」判定がⅡ以上の高齢者数は、2010年の280万人から2025年には470万人に増加することも予測されている<sup>1)</sup>。

認知症の症状には必ず出現する中核症状(記憶力障害、

見当識障害、理解判断力)と、さらに身体疾患や薬物、環境の変化などの要因が加わることによって引き起こされる周辺症状がある。この周辺症状は、幻覚、妄想、徘徊、不穏、攻撃性などであり、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia : 以下BPSDとする)と呼ばれている。

BPSDは、知識や経験の豊富な看護師や介護士でさえも困難感を抱く要因になっており<sup>2)</sup>、経験不十分な看護学生にとってはもっと大きな困難であり困惑する<sup>3)</sup>ことが明らかにされている。

千葉ら(2006)は、介護老人保健施設における認知症高齢者との関わりで看護学生が対応困難となる場面の特性は「ケアへの抵抗場面」「攻撃的言動場面」「帰宅欲求場面」「環境不適應場面」「判断力障害による不快感場面」であることを挙げ<sup>4)</sup>、これらはBPSDの発現場面と重なっているといえる。

井上ら(2013)は、家族に認知症高齢者を持つ看護学生とそうでない看護学生において認知症高齢者の一般的なイメージに違いがあるのかを研究した。その中で、認

2017年2月22日受理

<sup>1)</sup> Yuto SUMITA

舞子台病院

<sup>2)</sup> Sachiko OKUBO

加古川市民病院

<sup>3)</sup> Saori KAWAMURA

福岡和白病院

<sup>4)</sup> Marina SEO

日ノ本学園高等学校

<sup>5)</sup> Chieko SUZUKI

関西福祉大学 看護学部

知症高齢者のイメージと興味・知識が関連し、イメージできることでより認知症高齢者を理解することができる<sup>5)</sup>。また小松ら(2014)は認知症に対するイメージの項目として、「記憶障害」「見当識障害」「失認」「失行」「失語」といった中核症状をあげ、知識との関連について調査している<sup>6)</sup>。結果はいずれも、認知症高齢者の理解には、イメージ・知識・興味が重要であることを示していた。しかし、これらは全て中核症状についての結果であり、BPSDの症状の焦点を当てたイメージや知識との関連については行われていない。

そこで、看護学生のBPSDの症状についてイメージを明らかにし、それらが知識と関連しているのかを、実習前を3年生、実習後を4年生で比較する。看護学生がもつBPSDの症状についてイメージを明らかにすることは、現時点でのBPSDに対する理解の実態および課題を明らかにし、これからの認知症高齢者看護の教育的な基礎的資料を得ることができる。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象者

A大学看護学部在籍する3年生103名、4年生89名の合計192名

### 2. 研究期間

平成27年6月～平成27年11月

### 3. データの収集方法・手順

アンケート実施時に研究の目的、方法、アンケート内容、所要時間が10分程度であることを文書と口頭で説明。アンケート用紙の提出をもって同意とみなすことを説明する。

### 4. 採取するデータ内容

学年・性別、BPSDの症状に対するイメージ10項目、BPSDに対する知識20項目。

イメージ10項目は、参考文献<sup>7)～20)</sup>からBPSDの症状や状態を表していると考えられた内容を取り出し、重ならないよう具体例を作成した。知識20項目についても、同参考文献からBPSDの看護や介護、ケアを行う上で根拠となる知識を抜き出し、重ならないよう項目を作成した。いずれの項目も、認知症看護を専門とする教員の指導を受け20項目を作成した。

## 5. データの分析方法

アンケート用紙を回収した後、高齢者実習が未経験の3年生とすでに実習経験した4年生で、イメージの程度およびBPSDの知識について学年別と学年間で差があるかを分析する。

集計結果は記述統計で検討し、その後マンホイットニー検定、 $\chi^2$ 検定で比較検討する。

学年・性別、BPSDの症状に対するイメージについて、その程度を「イメージできる」4点、「イメージがまあまあできる」3点、「イメージがあまりできない」2点、「イメージできない」1点の4件法で問い、その後「イメージできる」「イメージがまあまあできる」を「イメージできる」、「イメージがあまりできない」「イメージできない」を「イメージできない」とした2群にも分け比較する。

BPSDに関する知識は、正誤を回答してもらい、正解なら1点、不正解なら0点として合計0～20点で評価する。その後全体平均点を算出し、平均点以下の群を「低得点群」、平均点以上の群を「高得点群」として比較する。学年間での差がある問いについても比較する。

統計ソフトは、SPSS20.0 for windowsを使用する。

## 6. 実施に際しての倫理的配慮

対象者には、アンケート用紙の上部に記述した研究目的と内容を口頭で読み上げ、研究への参加は任意であり参加・不参加による不利益が生じないこと、研究に同意した場合のみ提出することを伝える。なお、本研究は、平成27年度A大学倫理審査委員会の承認(27-0774号)を受けて実施した。

## III. 結果

### 1. 対象の概要

研究協力者は、A大学の看護学部3年生76名(回収率73.8%)、4年生66名(回収率74.2%)の重ならない142名であった。研究協力者の背景について表1に示した。

### 2. BPSDの症状に対するイメージについて

学年別におけるイメージについては、「イメージできない」「あまりできない」「まあまあできる」「イメージできる」の結果を表2に示した。「イメージできない」「あまりできない」を合わせ「イメージできない」とし、「イメージできる」「まあまあできる」を合わせ「イメージ

表1 対象の概要

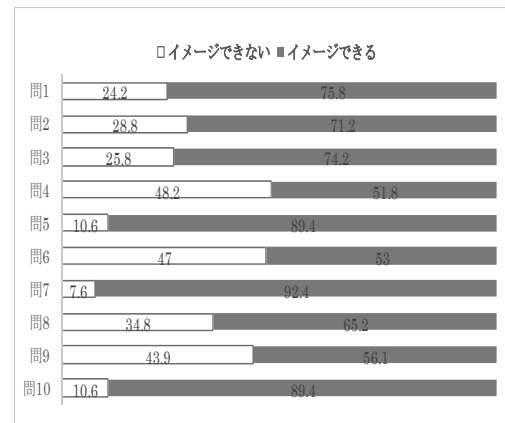
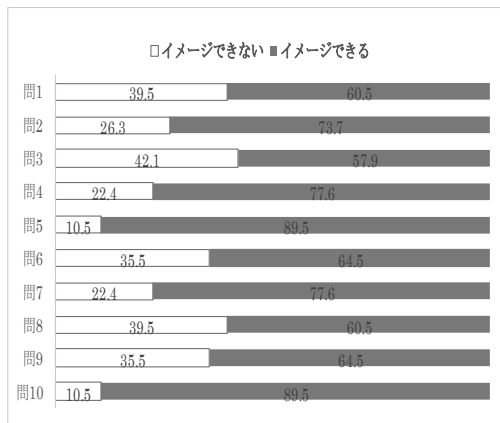
		人 (%) n=142		
		3年生	4年生	全体
性別	男子	17 (22.4)	10 (15.2)	27 (19.0)
	女子	59 (77.6)	56 (84.8)	115 (81.0)

表2 学年別におけるBPSDの症状に対するイメージ

具体例	3年 n=76			4年 n=66				
	イメージ できない	あまり できない	まあまあ できる	イメージ できる	イメージ できない	あまり できない	まあまあ できる	イメージ できる
1. 人を殴ったり蹴ったりすることがある	4(5.3)	26(34.2)	32(42.1)	14(18.4)	3(4.5)	13(19.7)	37(56.1)	13(19.7)
2. じっとしていることが難しく絶えず動き回っている	3(3.9)	17(22.4)	38(50.0)	18(23.7)	1(1.5)	18(27.3)	31(47)	16(24.2)
3. 大便を手で触れたり掴んで、寝具・壁になすりつける	10(13.3)	22(28.9)	28(36.8)	16(21.1)	5(7.6)	12(18.2)	29(43.9)	20(30.3)
4. 夜、眠れない・昼間に異常な眠気がある	2(2.6)	15(19.7)	38(50.0)	21(27.6)	0(0.0)	12(18.2)	36(54.5)	18(27.3)
5. 「〇〇が盗んだ」と責める、もの盗られ妄想があることがある	2(2.6)	6(7.9)	29(38.2)	39(51.3)	1(1.5)	6(9.1)	24(36.4)	35(53.0)
6. 「亡くなった人が目の前にいる」などの発言があることがある	6(7.9)	21(27.6)	31(40.8)	18(27.3)	6(9.1)	25(27.9)	20(30.3)	15(22.7)
7. 自分の趣味や興味のある事に意欲がなくなることがある	3(3.9)	14(18.4)	42(55.3)	17(22.4)	0(0.0)	5(7.6)	36(54.5)	25(37.9)
8. ティッシュ箱からティッシュを全部取り出し、また箱につめることを繰り返す作業に熱中することがある	6(7.9)	24(31.6)	32(42.1)	14(18.4)	5(7.6)	18(27.9)	28(42.4)	15(22.7)
9. 石鹸を食べる・洗剤を飲むなどの行動が見られることがある	7(9.2)	20(26.3)	33(43.4)	16(21.1)	6(9.1)	23(34.8)	26(39.4)	11(16.7)
10. 大声で叫んだり、わめいたりする	3(3.9)	5(6.6)	27(35.5)	41(53.9)	1(1.5)	6(9.8)	19(28.8)	40(60.6)

3年生

4年生



※ 「イメージできない」: 「イメージできない」「あまりできない」、「イメージできる」: 「イメージできる」「まあまあできる」

図1 BPSDの症状に対するイメージの割合

表3 学年別におけるBPSDの症状に対するイメージの平均得点

BPSD (周辺症状) に対するイメージの具体例	3年生 (n=76)	4年生 (n=66)	漸近有意 確率(両側) P値
1. 人を殴ったり蹴ったりすることがある (1～4点)	2.7 ± 0.9	2.9 ± 0.9	0.160
2. じっとしていることが難しく絶えず動き回っている (1～4点)	2.9 ± 0.9	2.9 ± 0.9	0.935
3. 大便を手で触れたり掴んで、寝具・壁になすりつける (1～4点)	2.7 ± 1.1	3.0 ± 1.0	0.046*
4. 夜、眠れない・昼間に異常な眠気がある (1～4点)	3.0 ± 0.9	3.1 ± 0.8	0.716
5. 「〇〇が盗んだ」と責める、もの盗られ妄想があることがある(1～4点)	3.4 ± 0.9	3.4 ± 0.9	0.854
6. 「亡くなった人が目の前にいる」などの発言があることがある(1～4点)	2.8 ± 1.0	2.7 ± 1.1	0.339
7. 自分の趣味や興味のある事に意欲がなくなることがある (1～4点)	3.0 ± 0.9	3.3 ± 0.8	0.006**
8. ティッシュ箱からティッシュを全部取り出し、また箱につめることを繰り返す作業に熱中することがある (1～4点)	2.7 ± 1.0	2.8 ± 1.1	0.504
9. 石鹸を食べる・洗剤を飲むなどの行動が見られることがある(1～4点)	2.8 ± 1.0	2.6 ± 1.1	0.348
10. 大声で叫んだり、わめいたりする (1～4点)	3.4 ± 0.9	3.5 ± 0.9	0.473
1～10の合計点 (10～40点)	26.7 ± 5.2	27.4 ± 5.3	0.653
マンホイットニー検定	平均 ± SD	P<0.05	**P<0.01

できる」とした2件法については、図1に示した。また、学年別におけるイメージ全体の平均得点および学年別におけるイメージの個々の平均得点は、表3に示した。

BPSDの症状に対するイメージの平均得点は、3年生26.7 ± 5.2点、4年生27.4 ± 5.3点(P=0.653)であった(表3)。平均得点を項目別に見ると、3年生と4年生で有意差がみられた具体例は、「3. 大便を手で触れたり掴んで、寝具・壁になすりつける (P=0.046)」、「7. 自分の趣味や興味のある事に意欲がなくなることがある (P=0.006)」の2項目であった(表3)。

3年生が最も「イメージできない」と答えた具体例は、「3. 大便を手で触れたり掴んで、寝具・壁になすりつける」(3年生13.2% 4年生7.6%)であり、4年生が最も「イメージできない」と答えた具体例は、「6. 亡くなった人が目の前にいるなどの発言があることがある」(3年生7.9% 4年生9.1%)、「9. 石鹸を食べる・洗剤を飲むなどの行動が見られることがある」(3年生9.2% 4年生9.1%)であった(表2)。

BPSDの症状に対するイメージについて、両学年とも最も「イメージできる」と答えた具体例は、「10. 大声で叫んだり、わめいたりする」(3年生53.9% 4年生60.6%)であり、次いで、「5. 「〇〇が盗んだ」と責める、もの盗られ妄想があることがある」(3年生51.3% 4年生53.0%)であった(表2)。

### 3. 学年別におけるBPSDに対する知識について

BPSDに対する知識問題については、全体の平均得点は14.5 ± 2.2、学年別におけるBPSDに対する知識問題

全体の平均得点は、3年生は13.3 ± 2.8点、4年生は15.8 ± 2.8点で、4年生が3年生に比べ有意に高かった(P=0.0001)。正答率については表4に示す。

正答率が50%以下だった項目は、3年生では、「23. 幻聴は幻視に比べると頻度は低い」(3年生34.2% 4年生39.4%)、「14. BPSDに対して適応性のある薬剤がある」(3年生42.1% 4年生54.5%)、「22. せん妄はBPSDに分類される」(3年生43.4% 4年生62.1%)、「30. 不適切な性的言動が認められ、多くは性的行動にまで至る」(3年生46.1% 4年生56.1%)の4項目であった。4年生では、「23. 幻聴は幻視に比べると頻度は低い」(3年生34.2% 4年生39.4%)の1項目であった(表4)。

正答率が最も高かった項目は、3年生では、「13. 不安感・焦燥感・孤独感によるBPSD出現があることがある」(正答率3年生89.5% 4年生98.5%)であった。4年生では、「28. 自分の身なりに気を使わなくなることがある」(正答率3年生79% 4年生100%)であった。

両学年で正答率に20%以上差があった項目は、「15. 治療として音楽療法(音楽を聞いたり演奏したりして心身の健康をはかる)は効果的ではない」(正答率3年生68.4% 4年生89.4%)、「18. 新しい環境になれば、症状も改善される」(正答率3年生68.4% 4年生93.9%)、「24. 妄想が体系化したり長時間持続することはない」(正答率3年生64.5% 4年生84.8%)、「28. 自分の身なりに気を使わなくなることがある」(正答率3年生78.9% 4年生100%)であった(表4)。

表4 学年別における BPSDに対する知識問題の正答率

BPSD に対する知識問題	3 年生 n=76		4 年生 n=66		人 (%)
	正	誤	正	誤	
11. 下痢や脱水は原因にはならない	42(55.3)	34(44.7)	45(68.2)	21(31.8)	
12. 痛みや栄養不良が原因となることがある	52(68.4)	24(31.6)	49(74.2)	17(25.8)	
13. 不安感・焦燥感・孤独感による BPSD 出現があることがある	68(89.5)	8(1.5)	65(98.5)	1(1.5)	
14. BPSD に対して適応性のある薬剤がある	32(42.1)	44(57.9)	36(54.5)	30(45.5)	
15. 治療として音楽療法（音楽を聞いたり演奏したりして心身の健康をはかる）は効果的ではない	52(68.4)	24(31.6)	59(89.4)	7(10.6)	
16. 回想法（集団になって過去を思い出し、回想を通して自信獲得や心理的安定をはかる）を行うことで治療の効果があることがある	59(77.6)	17(22.4)	58(87.9)	8(12.1)	
17. 和やかな人間関係を築くことが大切である	65(85.5)	11(14.5)	59(89.4)	7(10.6)	
18. 新しい環境になれば、症状も改善される	52(68.4)	24(31.6)	62(93.9)	4(6.1)	
19. BPSD は対象者の意思表示のひとつである	62(81.1)	14(18.4)	58(87.9)	8(12.1)	
20. BPSD は認知症の種類別に特徴が異なる	58(76.3)	18(23.7)	59(89.4)	7(10.6)	
21. 薬物療法で最も使われるのは、コリンエステラーゼ阻害薬であるが、非薬物療法が最も多く使われる	39(51.3)	37(48.7)	44(66.7)	22(33.3)	
22. せん妄は BPSD に分類される	33(43.4)	43(56.6)	41(62.1)	25(37.9)	
23. 幻聴は幻視に比べると頻度は低い	26(34.2)	50(65.5)	26(39.4)	40(60.9)	
24. 妄想が体系化したり長時間持続することはない	49(64.5)	27(35.5)	56(84.8)	10(15.2)	
25. 睡眠障害に対して、アルコール、ニコチンなどを制限しても効果はない	46(60.5)	30(39.5)	52(78.8)	14(21.2)	
26. デイケアなどの福祉サービスの利用は、本人、家族両者にとって気分転換を促し妄想の改善効果も期待できる	63(82.9)	13(17.1)	61(92.4)	5(7.6)	
27. 午睡は認知症が進行するほど目立つようになる	56(73.7)	20(26.3)	49(74.2)	17(25.8)	
28. 自分の身なりに気を使わなくなることがある	60(78.9)	16(21.1)	66(100%)	0(0.0%)	
29. 食欲増加や嗜好の変化があり、同じ料理を作る行動が見られることがある	64(84.2)	12(15.8)	58(87.9)	8(12.1)	
30. 不適切な性的言動が認められ、多くは性的行動にまで至る	35(46.1)	41(53.9)	37(56.1)	29(43.9)	

※逆転項目は、11, 15, 18, 22, 30

表5 学年別におけるBPSDに対するイメージと知識についてのクロス表

BPSD に対するイメージ		知識平均得点以下群 (8 ~ 14 点)	知識平均得点以上群 (15 ~ 20 点)	正確有意確立 (両側) P 値	n=142 人 (%)
3 年生 n=76	平均得点以下群 (9 ~ 27 点)	25(32.9)	15(19.7)	0.445	
	平均得点以上群 (28 ~ 36 点)	24(31.6)	12(15.8)		
4 年生 n=66	平均得点以下群 (9 ~ 27 点)	10(15.2)	24(36.4)	0.339	
	平均得点以上群 (28 ~ 36 点)	7(10.6)	25(37.9)		

$\chi^2$ 検定

#### 4. BPSD に対するイメージと知識について

学年別における BPSD に対するイメージと知識のクロス表は表5に示す。

BPSD の症状に対するイメージが平均得点以下 (9 ~ 27 点) だったのは、3 年生 40 人で、そのうち、知識得点も平均得点以下だったのは 25 人 (32.9%) であった。BPSD の症状に対するイメージが平均得点以下 (9 ~ 27 点) だったのは、4 年生は 34 人で、そのうち、知識得点も平均得点以下だったのは、10 人 (15.2%) であった。

BPSD の症状に対するイメージが平均得点以上 (28

~ 36 点) だったのは、3 年生は 36 人で、そのうち、知識得点も平均得点以上だったのは 12 人 (15.8%) であった。BPSD の症状に対するイメージが平均得点以上 (28 ~ 36 点) だったのは、4 年生は 32 人で、そのうち、知識得点も平均得点以上だったのは、25 人 (37.9%) であった (表5)。

#### IV. 考察

##### 1. 対象の概要

アンケート用紙の回収数は、先行研究 (小松ら、

2014)の回収率の3年生61.3%,4年生47.7%に比べるとやや高い回収率となった。これは、3年生のアンケート実施日が前期テストの直前であり、教室にほぼ全員が集合していたこと、また4年生は研究者らと同級生であり、協力的であったのではないかと考えられる。回収率が高いことから、アンケート実施時期は適切であったと考える。

## 2. BPSDの症状に対するイメージについて

両学年ともBPSDの症状に対するイメージ10項目について、「イメージできる」「まあまあできる」と答えた学生の割合は全項目とも50%以上あったことから、医学的な知識と症状を体系的に学ぶ看護学部の学生に特徴的な結果だと考えられる(図1)。

中でも両学年ともが、イメージしやすかった具体例は、大声や物盗られ妄想の内容であり、これらは認知症の症状としてメディアなどで紹介されることも多く、実習前の3年生も比較的イメージがしやすかったと考える。またこれらの内容は、日常生活や家族や介護者が行うケアに強く影響を及ぼすことから、カンファレンスで取り上げられることも多く、支援を考えた経験のある4年生にとっては特にイメージしやすかったのではないだろうか。

「イメージできる」「まあまあできる」を合わせ70%以下であったものをイメージしづらかったと考えると、BPSDに対する具体例は、3年生はトップが弄便であり、次に暴力と常同行動、そして幻覚と異食であった。3年生は、日常生活の中で高齢者が大便をいじったり部屋を汚す状態を目にする機会が少ないと考えられ、また、これまでの生活においても経験していない可能性が高い。さらにそれが、認知症の周辺症状と結びついて認識されていない可能性もある。教科書で学んでも、見たことがないのでイメージしにくいということも考えられた。

4年生のイメージしづらかった項目はトップが不眠、次に幻覚、異食、常同行動の内容であった。4年生は、実習で日常生活や療養生活に関わっていても不眠や幻覚、異食を目にする機会が少なければ、実習経験があってもイメージしにくいことが考えられた。またこれらは高度なコミュニケーション技術や観察力を要するため、イメージとして定着するところまで到達できなかったのかもしれない。さらにこれらの項目は、認知症の種類とその特徴的な症状ともいえる。例えば、前頭側頭型での常同行動やレビー小体型での幻覚は特徴としてあり、不眠や異食は薬物療法や環境の影響を大きく受ける。その

ため実習に行っても学生が目にするのがなければ、病態を想起しないまま終わり、イメージに結びつかない可能性もある。認知症高齢者のBPSDを根本から理解するためには、まずしっかり病態と症状を学んだあと、実習では日中以外に起きた徴候も含めて情報を得て臨床側と共有する必要がある。そのために臨床側と教員の連携も行い、臨床で経験したことを一緒に振り返ることが重要である。

3年生と4年生におけるBPSDの症状に対するイメージの全体の平均得点については、有意差はみられなかった。各具体例でみると4年生の方が3年生よりも有意に得点が高かったのは、弄便と意欲低下の項目であった。4年生の方がイメージできていたのは、実習で患者と関わることが関係していると思われる。排泄援助は実習中に最も高齢者に関わる援助の一つである。オムツを装着している高齢者も多く、認知力の低下によってオムツいじりや弄便があることも少なくない。また、意欲が低下している認知症高齢者と関わることも、デイケアやデイサービスなどの実習において多々あり、情報共有する場があったことも、イメージできることにつながったのかもしれない。

## 3. BPSDに対する知識について

4年生の方が有意に高い得点だったのは、3年生がアンケートを実施した日がテスト前であり勉強する機会が増えていたとはいえ、4年生はさらに実習の日々の中で、受け持ち患者だけでなく、教科書や参考書、先生・看護師などの医療従事者からの助言をもとに広く勉強しており、またそれが知識として定着していたからだと考えられる。

両学年ともに正答率が高かったのは、「自分の身なりに気を使わなくなることがある」で4年生は全員正答していた。これは、実習において認知症の人の日頃の様子観察や関わりの中でイメージが培われ知識として定着したと考える。さらに近年では、高齢者実習以外の領域実習の中でも認知症をもつ高齢者と関わる機会が多いこともあり、それらも知識につながったと考える。実習前である3年生においても8割近く正答していることを考えると、実習だけでなく、周りからの情報や認知症高齢者の生活を紹介したメディアなどからも学習と結びついて知識につながっているともいえる。身なりに関しては、比較的見る機会も多く、イメージとも関連していると考えられる。

両学年ともに正答率が最も低かった問題は、「幻聴は幻視に比べると頻度は低い」で、これは、幻聴・幻視と認知症の症状の結びつきが定着しておらず、認知症の種類とその症状とが結びつかなかったのだと考えた。また、幻聴・幻視が高齢者にどのように起きているのか、どちらが多いのか目にもすることも少なく想起することが難しかったのかもしれない。

他に両学年ともに得点が低かったのは、BPSDに対する薬剤の適応性と非薬物療法の内容についてであった。これは両学年とも授業で薬剤の効果や副作用について学んでも、なかなか症状と薬理効果が結びついて定着しづらいことが要因として考えられる。看護問題で副作用についての問題を挙げることもあり、どちらかという副作用に関するイメージが強いため、薬理的効果の知識としては薄かったのかもしれない。これらのことから、授業の中では実習前に薬物療法について症状に関連付けるような工夫が必要であると考えられる。

両学年で比較したときに正答率に最も差があったのは、音楽療法の効果について、環境の変化に弱いこと、幻聴と幻視の頻度、自分の身なりに気を使わなくなること、でありいずれも4年生の方が高かった。3年生は、授業と自主学習のみでは音楽療法に関わる機会は少なく、また環境や幻覚幻視の知識には個人差があったと考えられる。音楽療法は、高齢者の多い施設などでよく取り入れられており、後藤ら（2012）は、音楽療法は高齢者が楽しい時間ととらえていることが多く、普段自分を表現する機会の少ない高齢者にとっては、声を出して歌い、楽器を使う行為は、その場において自分の存在が認められることにより満足感をもたらす。またそれが、音楽療法参加への楽しみとなり意欲的に取り組むことにつながり、満足感や幸福感をもたらしていると述べている<sup>7)</sup>。また、保利ら（2014）は、音楽療法は、BPSD（周辺症状）を減少させる傾向や笑顔度が上昇する効果も示唆していると述べている<sup>8)</sup>。園芸療法やドッグセラピー、アロマセラピーと比較し、音楽療法は低コストで手軽に行うことができるため、様々な療法がある中でも音楽療法の普及率が高く、実習に行く前には、それらについてより知識を得て臨む必要があると考える。

一方で4年生は、実習中に実際に音楽療法に携わる機会が比較的によくあると考えられ、また、グループの誰かが体験していれば実習後に情報共有の機会があるため、知識として身につけやすかったのではないかと考える。

これらのことから、実習後に学生間で事例をもとにBPSDについて情報共有し、それらを病態と結びつける学習の時間を設ける必要がある。

#### 4. BPSD に対するイメージと知識について

BPSD に対するイメージが平均得点以上で、知識得点も平均得点以上だったのは3年生よりも4年生の方が多く40%近く占めていた。このことから、小松ら（2014）も述べているように、イメージ得点が高いと知識得点も高くなると考えられる<sup>6)</sup>。今回のイメージではどれも医学的な知識と結び付けられる症状であるので、これらをイメージするためには見学や体験から病態や症状とのつながりの定着を行うことで頭の中で整理しやすくなりイメージしやすいのではないかと考えた。辻ら（2008）は、視覚的教材の利点には、学習者の印象に残る学習資料を提示できること、講義だけでは伝えにくい現実的な場面を提示できること、対面授業と効果的に組み合わせることにより相乗的な学習効果が期待できることを述べている<sup>9)</sup>。よって、最新の映像配信サービスや教材ビデオなど取り入れ視覚的に演習や授業で取り入れることも、実習に行っていない3年生であってもBPSDを理解しやすく、知識も得ることができるのではないかと考える。

#### V. 結論

BPSD の中でも大声や物盗られ妄想はイメージしやすいが、常同行動や幻覚および異食はイメージしづらく、症状によりイメージに違いがあることが明らかになった。また、知識においては薬物療法の適応や効果、また音楽療法などの非薬物療法について学年で差のあることが明らかとなり、これらは症状イメージとも関わることから今後の教育方法に検討が必要である。BPSD の症状がしっかりイメージできることで知識にもつながることが考えられることから、授業において病態・症状および治療について学んだ後に実習を想定した演習方法を取り入れ、実習では教員が連携し経験の共有と振り返りを行うことが重要である。

#### VI. 研究の限界

本研究は一大学のみでの実施であり、研究の対象となる人数も限られていたため、研究結果を一般化して結論付けることは難しい。今後、対象となる大学および人数を増やし、さらに分析することが必要である。

引用・参考文献

- 1) 平成 27 年版高齢者会白書, 内閣府, 8-26, 2015.
  - 2) 伊藤信子, 大野明子, 西尾穂波, 他: 認知症患者の行動障害の理解による病棟スタッフの感情・思考・言葉・行為の変化, 日本認知症ケア学会誌, 第 13 号, 512-520, 2014.
  - 3) 石垣範子, 深江久代, 今福恵子, 他: 介護老人保健施設での老年看護実習における学生の困難感について, 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 第 26 号, 43-55, 2012.
  - 4) 千葉京子, 草地潤子: 介護老人保健施設における認知症高齢者との関わりで看護学生が対応困難となる場面の特性, 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 第 19 号, 9-16, 2006.
  - 5) 井上し乃, 島崎朱里, 松上あすみ, 他: 認知症高齢者の症状に対するイメージについて - 認知症高齢者を家族にもつ学生とそうでない学生との比較 -, 平成 25 年度関西福祉大学看護学部看護学科卒業研究抄録集, 35-36, 2013.
  - 6) 小松桃香, 島田莉緒, 白井怜奈, 他: 認知症高齢者の症状に対するイメージについて - 3・4 年生間でみたイメージしづら症状の比較, 平成 26 年度関西福祉大学看護学部看護学科卒業研究抄録集, 59-60, 2014.
  - 7) 後藤将斗: 音楽療法が軽度認知症高齢者にもたらす効果, 日本精神科看護学術集会誌, 55(2), 103-106, 2012.
  - 8) 保利美也子, 飯塚美枝子, 中村道三, 他: 認知症高齢者へのテレビ電話を用いた在宅音楽療法の介入, 癌と化学療法社, 東京, 2014.
  - 9) 辻義人: 視聴覚メディア教材を用いた教育活動の展望 - 教材の運営・管理と著作権 -, 小樽商科大学人文研究, 第 115 巻, 175-194, 2008.
- イメージ・知識問題作成に使用した文献
- 10) 品川俊一郎: 前頭側頭型認知症における BPSD の治療と対応, 老年精神医学雑誌, 21(8), 885-890, 2010.
  - 11) 日本老年精神医学会: BPSD 痴呆の行動と心理症状, 14-15, アルタ出版, 2005.
  - 12) 寺西美佳, 栗田征武, 西野敏, 他: 認知症患者の中核症状, 周辺症状および日常生活動作能力の関係について, 老年精神医学雑誌, 22(2), 106-112, 2011.
  - 13) 野澤宗央, 村山憲男, 井関栄三: レビー小体型認知症における BPSD の治療と対応, 老年精神医学雑誌, 21(8), 879-884, 2010.
  - 14) 服部英幸, 他: BPSD 初期対応ガイドライン - 介護施設・一般病院での認知症対応に明日から役立つ, ライフサイエンス, 2012.
  - 15) 林谷啓美, 田中諭: 認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) に対する支援のあり方, 園田学園女子大学論文集, 第 48 号, 105-112, 2014.
  - 16) 藤原美由紀, 三枝智宏, 鈴木みずえ: 一般病院に入院する高齢者患者の認知症行動・心理症状と心身機能が心身ケア依存度に及ぶ影響, 日本認知症ケア学会誌, 13(4), 719-728, 2015.
  - 17) 井伊暢美, 李笑雨, 大賀淳子: 認知症をもつ人の特性を生かした構造化による BPSD 軽減の可能性, 日本認知症ケア学会誌, 12(2), 455-464, 2013.
  - 18) Black W, Ameida OP: A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. IntPsychogeriatr, (16), 295-315, 2004.
  - 19) 栗田圭一: BPSD 概念の提唱と臨床への寄与, 老年精神医学雑誌, 21(8), 843-849, 2010.
  - 20) 小林敏子: 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), 181-187, 2002.