目次

Ⅰ．はじめに 2
Ⅱ．事業概要 3
Ⅲ．文献検討 5
Ⅳ．研究の目的 8
Ⅴ．研究方法 8
Ⅵ．結果 14
Ⅶ．結果のまとめ 45
Ⅷ．考察 47
Ⅸ．研究成果物 53
Ⅹ．委員名簿 73
XI．参考文献 73

Ⅰ．はじめに

認知症は特に後期高齢者において出現率が高く、身体疾患に罹患して医療ニーズが高い認知症高齢者も多い。このような状態にある認知症高齢者は、わが国では介護サービスを利用しながらも自宅で家族介護によって生活している者が大多数を占めている。家族介護者は適切な介護を行うために自ら認知症介護について学習しており、国の施策としても地域における認知症サポーター養成が広がっているなど認知症ケアに関する基本的知識は普及している。認知症高齢者と家族を支えている介護従事者も、認知症介護実践研修等において認知症ケアについての学びを深めている。

しかし認知症高齢者は家庭での生活において、中核症状があることにより被害感や不安・焦燥感が強くなる、入眠時間が後退して昼夜逆転しやすくなるなど、心身ともに不安定な状態に陥りやすいため、家族は自宅での介護が継続できるように医療機関に対して薬物療法を期待する者が多い。認知症高齢者と家族介護者を支援するために認知症サポート医も養成されているが、加齢による薬物代謝能の低下から副作用や持ち越し効果が起こりやすく、外来診療において高齢者の適切な薬物調整は難しい。

また、一度医療機関から薬物が処方されると、家族の立場で薬物の再調整の必要性を感じても、医療機関に伝えることを躊躇してしまい罪悪感やより一層の負担感を抱いている家族も多いと言われている。そのような状態にある家族介護者を、介護支援専門員をはじめとする介護従事者も適切に支援できていない現状がある。

そこでこのような現状を踏まえると、家族介護者が認知症高齢者のための適切な薬物調整について知識を得て、薬物服用前後の認知症高齢者の状態など、安全かつ効果的に薬物療法を実施するために必要な情報を家族が医療機関へ提供できるようになることは、家族と医療との連携、ひいては介護と医療との連携が促進することになり、家族の負担感が軽減することにつながる。しかも認知症高齢者に安全かつ効果的な薬物療法が実施されることは、認知症高齢者および家族の QOL の高い生活の実現を可能にする。

Ⅱ．事業概要

１．事業のねらい

約 2000 万人と見込まれている団塊の世代が 2015 年には次々と高齢化を迎え、認知症高齢者のさらなる増加が予測される。現在国の施策として、認知症サポーターの養成や認知症サポート医の養成を行っている。また、家族介護者も自ら認知症介護について学習する取り組みを行っている。

しかし認知症高齢者のＢＰＳＤに対する薬物療法については､加齢による薬物代謝機能の低下から副作用や持ち越し効果が起こりやすく､適切な薬物調整が困難な現状がある｡さらに家族や介護支援専門員をはじめとする介護従事者が、処方された薬について再調整の必要性を感じても、医療機関と十分に連携が取れず困難を感じている現状がある。

このような現状を踏まえると､家族介護者や介護支援専門員が認知症高齢者のための適切な薬物療法について知識を得て､安全かつ効果的に薬物療法を実施するための情報を家族・介護支援専門員・医療機関がお互いに共有することが重要であるといえる。

以上を踏まえ、本事業のねらいを以下の３つとした。

１)家族介護者が認知症高齢者の薬物療法についてどのような困難を経験しているのかを明らかにする。

２)家族介護者に認知症高齢者の薬物療法について正確な知識を提供する。

３)家族介護者が認知症高齢者の薬物療法に関する適切な情報を医療機関に提供することを支援する情報提供シートを開発する。

２．事業内容

事業のねらい１）２）３）を遂行するために、認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業研究委員会を設置し、事業内容の検討・支援シート案の検討などを行った。また、事業のねらい１）および２）を遂行するために、認知症高齢者の家族介護者と介護支援専門員を対象とした講習会「みんなで学び、みんなでチャレンジ　認知症ケア」を行い、講習会参加者にアンケート調査を実施した。

３．事業経過

事業委員会を 3 回開催し、講習会プログラム内容の検討、アンケート内

容の検討、講習会評価およびアンケート調査結果の分析、薬物療法支援シート内容の検討を行った。

講習会は、東京・長野・愛媛で 4 回（うち東京 2 回）実施した。講習会全体で、家族介護者 104 名、介護支援専門員 312 名の合計 416 名の参加が得られた。

４．事業結果

１）認知症高齢者の薬物療法についての困難・課題について

講習会に参加した家族介護者からのアンケート調査結果から、家族介護者が認知症高齢者の薬物療法について経験している困難については、「薬の作用や副作用について知識を得ることや、薬の効果を確かめることに困難を感じる」などが明らかになった。また、薬の名前は知っていても、それが何の目的で処方されているのか把握していない家族介護者がいるということが明らかになった。

また、介護支援専門員へのアンケート調査結果から、介護支援専門員自身も薬について情報を十分把握できていないことや、支援につなげられないこと、医療機関との連携が十分に取れないことを困難・課題として感じていることが明らかになった。

２）本事業講習会の評価

講習会後アンケートにおける満足度などの結果から、効果的な講習会が実施できたと評価できた。

３）研究成果物（薬物療法に関する支援シート）

研究成果物として、家族介護者が認知症高齢者の薬物療法に関する適切な情報を医療機関に提供することを支援する情報提供のための冊子「認知症の方とご家族にこころもからだも安定した健やかな生活をもたらすケアとお薬のガイドブック」とシート「ケアと治療に生かす生活状態チェック表」を作成した。冊子とシートは、受診時に携帯しやすいよう「お薬手帳」と同サイズで作成し、携行出来るようなカバーも作成した。シートについては、家族介護者が認知症高齢者の状態の変化を、内服している薬と合わせて観察できるように、「お薬手帳」に貼付可能なシールタイプで作成し、家族が必要に応じてチェックできるような表とした。

Ⅲ．文献検討

１．BPSD について

BPSDとは、認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological of Dementia:BPSD）のことであり、暴力・暴言・徘徊などの過活動状態と抑うつ・睡眠障害に伴う日中の眠気などの低活動状態を含み、国際老年精神医学会が１９９９年に定義した言葉である[i]。BPSDの病因は十分に解明されていない状況だが、現時点でBPSDの発現には４つの要因（遺伝的要因、神経生物学的要因、心理学的要因、社会学的要因）が図１のように関連していると考えられている[ii]。

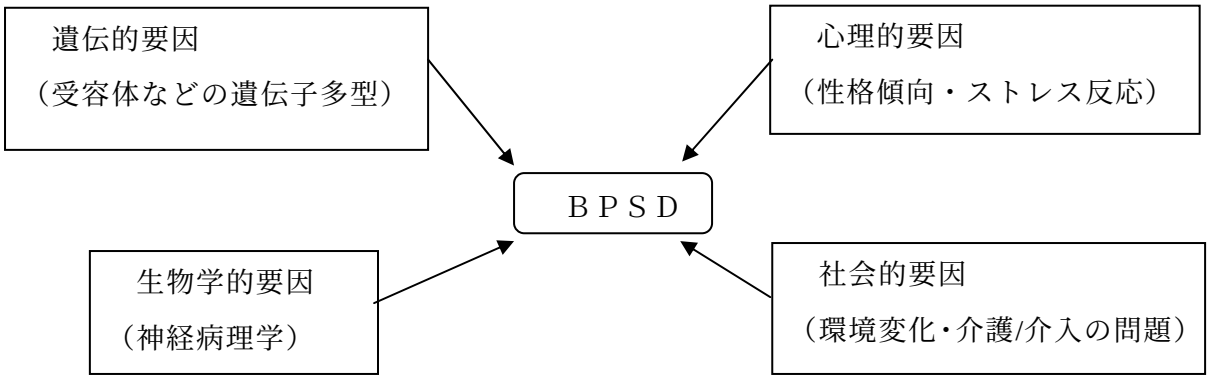


図１　BPSD に影響を与える要因（文献２より引用）

従って、BPSDへの対応としては薬物介入によって遺伝的要因・生物学要因を軽減するだけではなく、ケアによる非薬物介入によって心理的要因・社会的要因を軽減する必要があると考えられている[iii]。また国際老年精神医学会は、比較的症状の軽いＢＰＳＤに対しては、非薬物介入を第一選択と考えるべきだとしている[iv]。

２．家族介護者について

しかし、在宅における認知症高齢者は、ケアの専門家だけでなく家族が介護している状況である。在宅で認知症高齢者を介護している家族の困難については数々の研究がなされている。森脇らの研究[v]によると、在宅認知症高齢者の家族介護者の悩みとして「幻覚、妄想の出現時の対応」、「被介護者の言動を受け入れられない」、「つい大声やきつい言葉で接してしまうことに対する後悔」、「仕事と介護の疲れが重なる」、「一人での身体介護は大変」、

「終わりが見えない介護」、「自分のための自由な時間がない」、「日中被介護者と二人きりでいること」、「経済的な不安」が明らかにされている。この研究はデイサービスを使用し在宅で認知症高齢者を介護している家族５名にインタビューをしたものであり、その対象者数は少ないものの、在宅で認知症高齢者を介護している家族の悩みの実態を表していると考えられる。本間は、認知症高齢者の介護者の負担についての研究報告の中で、介護者が認知症高齢者の行動に対して、症状の１つだと頭では理解していてもつらい状況になると述べている[vi]。このように、認知症高齢者を介護する家族は、ＢＰＳＤを含む認知機能障害に伴う高齢者の行動や言動への対応について、悩みやつらさを抱えながらも高齢者の生活を支えている。在宅で認知症高齢者が安心して生活するためには、そのような家族への支援が必要とされ、現在家族会や地方自治体で様々な支援プログラムや関連する事業が行われている[vii][viii]。吉本らは、認知症家族介護者が家族会に参加する目的は、介護知識・技術の情報収集、施設での状況把握、気持ちの共有、助言を得ることを明らかにしている。また、実際に行っていることとして、情報収集、施設での状況把握、気持ちの共有、他者からの承認、他者と自分を比較することが明らかにしている[ix]。この研究は通所リハビリテーションを利用し家族会に参加している認知症高齢者の家族介護者 9 名への質問紙調査の結果であり、家族会は介護経験者と専門職が数名加わり 90 分の研修会と 120 分の座談会からなっている。このように、悩みやつらさを抱えながらも在宅で認知症高齢者の生活を支援している家族は、ケアの知識や技術についての情報を得ようと研修会に参加し、家族や専門職を交えた座談会で語り合い気持ちの共有をしている状況がある。

３．薬物療法について

認知症高齢者の薬物療法は、2005 年 4 月に米国食品医薬局（FDA）の警告をきっかけに混乱している状況である。その警告内容は、認知症高齢者のBPSDに対して非定型抗精神病薬を使用することで、心不全・肺炎・脳血管障害の発生リスクが高まるというものであった。それまで認知症高齢者の薬物療法に関する国内外のガイドライン[x]では、副作用の強い定型抗精神病薬よりも、非定形抗精神病薬の使用が推奨されていたため、広く使用されてきた。FDA警告の後の日本の状況について、本間の調査によると、専門の

医師は認知症高齢者のBPSDに対して、非定型抗精神病薬が適応外使用であることを知りながらも、認知症の行動・心理症状のうち幻覚・妄想・暴力・暴言･せん妄に対しては少量の非定型抗精神病薬を使用するという従来のガイドラインに従って抗精神病薬を使用している事が明らかになっている[xi]。一方、かかりつけ医の認知症診療の現状として、かかりつけ医は「BPSDをどうコントロールしたらよいかわからない」「薬を使いたくないが、何を使えばよいのかわからない」「抗精神病薬は副作用が多そうでなるべく使いたくない」などの思いから認知症診療に消極的になっているという報告がある[xii]。現在、各都道府県でかかりつけ医認知症対応能力向上研修が行われている。また、田北は、認知症の行動・心理症状に対する薬物療法を実施するにあたり、まず正しい診断を実施し、非薬物療法の可能性を検討し、それでも対応が困難な場合に、副作用が生じないよう初期から多量の抗精神病薬を投与せずにすむような余裕のある治療環境の整備を行うことが必要と述べている[xiii]。その上で、かかりつけ医と専門医の間では、BPSDへの薬物療法で使用する薬剤を、かかりつけ医にも使用しやすい薬物（一般薬）と、専門医が使用した方が好ましい薬物（特殊薬）に分類し、それらの種類の薬物を適切に選択してBPSDに対処していくべきと述べている。木下らは、認知症高齢者に対する自身の訪問診療活動を通して、在宅認知症高齢者のＢＰＳＤに関する課題を報告している。その中で、認知症高齢者のBPSDを地域で支えるためには、医療的な支援体制を確立すること、その上で医療スタッフのみならずケアに関わる人々に対して、薬の効果と副作用のモニタリングが出来るスキル向上への取り組みが必要だと述べている[xiv]在宅認知症高齢者に対する薬物療法について、処方する医療側の混乱があると一般的に言われている。一方、認知症高齢者の生活を支えている家族に対する取り組みは報告されていない。

さらに、日本老年看護学会では、BPSDを生活リズム障害ととらえ、薬物療法の副作用や身体疾患や不快な症状や環境の悪化などによって、高齢者に生活リズム障害が生じた際のケアプロとコールを開発した[xv]。すなわち、BPSDを生活リズム障害としてとらえて、非薬物療法としてのケアプロトコールを開発したのである。しかし、現状としては普及していない状況である。このような状況を踏まえ、在宅で認知症高齢者が薬物療法を受けながら安心して生活するためには、ケアしている家族と医療との連携が必要である。そ

のために家族に対して必要な知識の提供を行う必要があるといえる。

そこで、認知症高齢者の家族と医療の連携促進のために本研究事業では、家族介護者が認知症高齢者の薬物療法についてどのような困難を経験しているのかを明らかにする。そして、家族介護者に認知症高齢者の薬物療法について正確な知識を提供する。以上を踏まえ、家族介護者が認知症高齢者の薬物療法に関する適切な情報を医療機関に提供することを支援する情報提供シートを開発することとする。

Ⅳ．研究の目的

1.家族介護者が認知症高齢者の薬物療法についてどのような困難を経験しているのかを明らかにする。
2.家族介護者に認知症高齢者の薬物療法について正確な知識を提供する。
3.家族介護者が認知症高齢者の薬物療法に関する適切な情報を医療機関に提供することを支援する情報提供シートを開発する。

Ⅴ．研究方法

1．委員会の開催

1）委員会の目的

研究の目的を達成するための具体的な方法を検討する。審議事項としては、①講習会のプログラムの詳細、②講師の選定、③アンケート用紙に含める項目、④講習会の評価、⑤認知症高齢者の薬物療法を支援する家族から医療機関への情報提供シートの開発を行う。

2）委員リスト

認知症ケアについての専門家３名

窪田　茂比古　窪田クリニック
高橋　正彦　　福井県立すこやかシルバー病院
諏訪　さゆり　認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護指導者３名（仙台、東京、大府センターから推薦）

小池　富士子　介護老人保健施設朝日ホームおんせんリハビリテーションセンター
松永　美根子　介護老人保健施設　孔子の里
小林　厚子　　株式会社　クロス・サービス

認知症高齢者の家族介護経験者１名

永島　光枝　　認知症の人と家族の会

居宅介護支援事業所の介護支援専門員１名（杉並区内）

須藤　博子　　荻窪病院訪問看護ステーション

地域包括支援センター職員１名（杉並区内）

谷口　慶子　　杉並区地域包括支援センター ケア 24 下井草

訪問看護ステーションの職員１名

西川　千穂　　新小岩訪問看護ステーション　ほほえみ

３）委員会開催および審議内容

委員会は、計 3 回開催された。開催日時、場所、審議内容は以下の通りである。

	開催日時	開催場所	審議内容
第 1 回	平成 21 年 5 月 23 日（土） 16：00～18:00	認知症介護研究・研修 東京センター 3 階第１会議室	①講習会のプログラムの詳細 ②講師の選定
第 2 回	平成 21 年 6 月 27 日（土） 16：00～18:00	認知症介護研究・研修 東京センター 3 階第１会議室	①講習会のプログラムの詳細 ③アンケート用紙に含める項目
第 3 回	平成 22 年 2 月 27 日（土） 16：00～18:00	認知症介護研究・研修 東京センター 3 階第２会議室	④講習会の評価 ⑤情報提供シートの開発

２．講習会の開催

委員会における審議によって､以下のような講習会を開催しアンケートを実施することとした。

１）開催目的

認知症高齢者の薬物調整に関する家族介護者のストレスを緩和するとともに、薬物療法に関する適切な知識を提供する。

２）講習会開催方法

講習会では、認知症の理解や認知症高齢者の薬物調整のあり方についての講演を行った。講習会の開催場所は、研究委員が在籍する都道府県から選出し東京・長野・愛媛とした。以上の内容の講習会を 3 つの会場で年 4 回実施した。その際、講習会内容がその後の家族介護者のストレス緩和や介護にどの様な影響を及ぼすのかを比較検討するために、東京会場と長野・愛媛会場における内容を以下のプログラムで行った。（講習内容の詳細は、別添資料を参照。）家族介護者と家族介護者を支援している介護支援専門員両者の参加により講習会を実施した。

東京会場（資料１）
：認知症の理解についての講演（60 分）
認知症ケアの基本についての講演（60 分）
認知症の薬物療法についての講演（60 分）
長野・愛媛会場（資料２）
：認知症の理解と薬物療法についての講演（90 分）

従って、東京会場と長野・愛媛会場における参加者数の差が生じないよう、東京会場では 2 回、長野・愛媛会場ではそれぞれ 1 回ずつ講習会を開催した。

①講習会タイトル

独立行政法人福祉医療機構助成認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業
「みんなで学び、みんなでチャレンジ　認知症ケア」

②実施日時及び場所

会場	実施日時	実施場所
長野	平成 21 年 11 月 14 日 13：30～15：30	高山村保健福祉総合センター「チャオル」 長野県高山村大字牧 130 番地 1
東京 1 回	平成 21 年 11 月 21 日 13：00～17：00	認知症介護研究・研修東京センター 東京都杉並区高井戸西 1 丁目 12 番地 1 号
東京 2 回	平成 21 年 12 月 12 日 13：00～17：00	認知症介護研究・研修東京センター 東京都杉並区高井戸西 1 丁目 12 番地 1 号
愛媛	平成 22 年 1 月 10 日 13：30～15：30	愛媛県総合社会福祉会館 愛媛県松山市持田町 3 丁目８番１５号

③講習会プログラム

＜長野･愛媛会場＞

日程	内容
13:30～13:40	あいさつ･オリエンテーション 担当：東京センター主任研修主幹　諏訪さゆり
13:40～15:00	講演｢認知症の理解と薬物療法」 担当:福井県立すこやかシルバー病院診療部長　高橋正彦
15:00～15:30	アンケート記入・提出 担当：東京センター研修主幹　中村考一
15:30～17:00	認知症における薬物療法に関する個別相談 担当:福井県立すこやかシルバー病院診療部長　高橋正彦

＜東京会場＞

日程	内容
13:00～13:10	あいさつ･オリエンテーション 担当:　東京センター主任研修主幹　諏訪さゆり
13:10～14:10	講演「認知症の理解」 担当：窪田クリニック院長杉並区医師会副会長 窪田茂比古
14:20～15:20	講演「認知症ケアの理解」 担当：東京センター主任研修主幹　諏訪さゆり
15:30～16:30	講演「認知症の薬物療法」 担当:福井県立すこやかシルバー病院診療部長　高橋正彦
16:30～17:00	アンケート記入・提出 担当:　東京センター研修主幹　中村考一
17:00～18：00	認知症における薬物療法に関する個別相談 担当:福井県立すこやかシルバー病院診療部長　高橋正彦

３）参加者の募集方法

参加者の募集は、各講習会開催場所にある、在宅認知症高齢者の家族介護者支援の拠点である居宅介護支援事業所および地域包括支援センターを通じて行った。講習会１回の参加者は家族介護者 50 名程度、家族介護者を支援している介護支援専門員 50 名程度の合計 400 名程度とした。

３．アンケートの実施

１）アンケートの目的

家族介護者が認知症高齢者の薬物療法についてどの様な困難を経験しているのかを明らかにすること。

２）アンケート内容

①家族介護者アンケート（詳細は別添資料 3、資料 4 を参照）

家族介護者の年齢・性別などの基本属性を始め、介護年数や介護度などの介護状況に関する項目を含めた。加えて、介護している認知症高齢者の年齢・性別・診断名などの基本属性や現在の状態、状態について困ったり気になったりしていることについての項目を含めた。また、介護している認知症高齢者の内服状況・服薬管理状況についての項目、薬物療法時に感じる困難についての項目を含めた。さらに、Zarit の介護負担スケールを用いて介護負担感を調査し、介護する際に抱く思いについての質問項目も含めた。１ヶ月後アンケートには、講習会で学んだことが介護に行かせたかどうかを自由記述にて回答する項目を含めた。また、１ヶ月後の認知症高齢者の状態と状態について困ったり気になったりすることについての項目、介護負担感・介護する際に抱く思いについての質問項目を、講習会終了時と同様に含めた。

②介護支援専門員アンケート（詳細は別添資料 5 を参照）

介護支援専門員に対しては、年齢・性別などの基本属性を始め、保有資格状況、担当している認知症高齢者の内服薬についての把握状況、薬についての情報入手方法についての内容を含めた。また、認知症高齢者の薬物療法について困難・課題と感じていることについての質問項目を含めた。

３）アンケートの実施方法

講習会に参加した家族介護者と介護支援専門員のうち、アンケートへの回

答について同意が得られた方にアンケートを記入してもらい、講習会会場にてアンケートを回収した。家族介護者については、講習会終了後の変化を検討するため、講習会終了後１ヵ月後にアンケートを記入してもらい、郵送にて回収した。

４.「薬物療法支援シート」の作成

アンケート結果の分析をもとに認知症高齢者の薬物療法を支援する家族から医療機関への情報提供シート「薬物療法に関する支援シート」を委員会で検討を重ねて作成した。

５．分析方法

講習会後アンケートから得られたデータについて、統計学的分析を行った。質的データは、内容分析を行った。

６．倫理的配慮

講習会への参加募集時および開催時に以下の点について説明し、参加者から同意を得た。

・講習会へは参加者の自由意思によるものとする。途中で参加を取りやめたい場合は、その旨を主催者に連絡すれば、参加を止めることができる。

・講習会前後に記載していただいたアンケートへの回答は厳重に保管し、研究報告書としてまとめる際には、参加者の個人名が特定されることのないようにする。

Ⅵ．結果

１．講習会の結果

１）講習会参加状況

会場	家族介護者	介護支援専門員	合計（名）
長野	41	80	121
東京１回	19	75	94
東京２回	31	87	118
愛媛	13	70	83
合計	104	312	416

２）長野・愛媛会場の報告

長野会場の場合、家族介護者の参加が多く特に介護支援専門員とペアで参加した参加者が多かった。愛媛会場は、講習会に参加した家族介護者の人数は少なかったが平均年齢が最も低かった。

両会場ともに、まず認知症介護研究･研修東京センター主任研修主幹・諏訪さゆり氏よりあいさつ及びオリエンテーションが行われた。オリエンテーションの内容としては講習会の趣旨及び内容、そしてアンケートへの協力や倫理的配慮に関する説明がされた。

福井県立すこやかシルバー病院診療部長・高橋正彦氏から、認知症の基本的な理解と認知症における薬物療法についての講義を実施した。講演後、長野会場・愛媛会場ともに活発に質疑応答が行われた。

３）東京会場の報告

東京会場では同様のプログラムを２回行った。

認知症介護研究・研修東京センターの研修主任主幹・諏訪さゆり氏によるあいさつ及びオリエンテーションが行われた。

その後、講師 3 人による講義が 3 時間にわたって行われた。

窪田クリニック院長・窪田茂比古氏が「認知症の理解」、認知症介護研究・研修東京センター主任研修主幹・諏訪さゆり氏が「認知症ケアの基本」、福井県立すこやかシルバー病院診療部長・高橋正彦氏が「認知症の薬物治療」を担当し、1 時間ずつ講義を行った。

２．講習会終了後アンケート結果

１）家族介護者アンケート結果

（1）アンケート回答者数・回収率

長野、東京、愛媛の講習会に参加した家族介護者は 104 名であり、そのうち講習会終了時アンケート回答者数は 92 名であった。講習会終了時アンケート回答者のうち、1 ヶ月後アンケート回答者数は 59 名であった。アンケート回収率は、講習会終了時アンケート 88%、1 ヶ月後アンケート 64%であった。

（２）アンケート回答者の基本属性

①年齢・性別

アンケートに回答した家族介護者の平均年齢は 59．3 歳で、50 代から 60 代が最も多かった。（図１）家族介護者の性別は、女性 71%、男性 22%と圧倒的に女性が多かった。（図２）

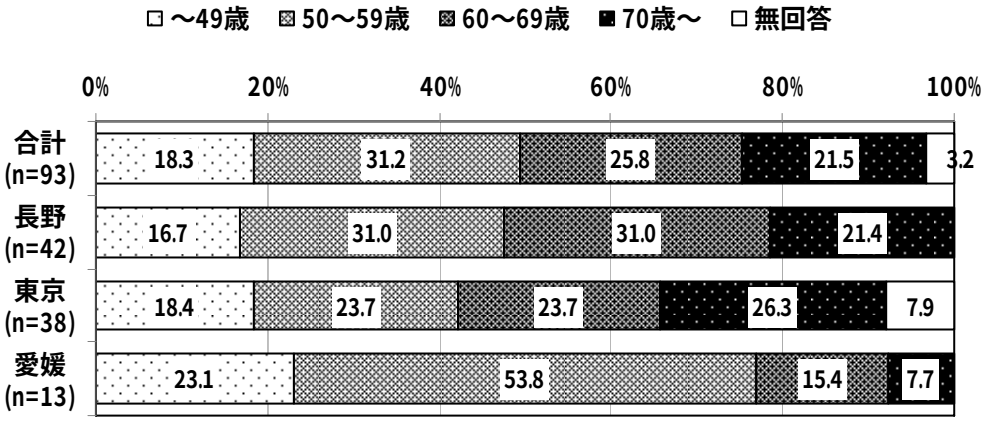


図１　アンケートに回答した家族介護者の年齢

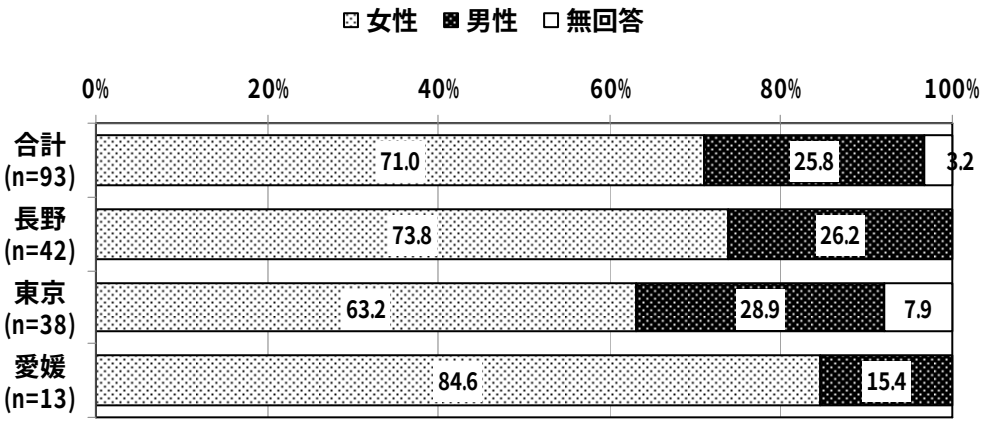


図２　アンケートに回答した家族介護者の性別

②介護年数・同居の有無

介護年数の平均は 3～4 年程度（図３）で、アンケート回答者が認知症高齢者と同居している割合は 57%、別居している割合は 37%であった。愛媛会場の場合は､他の会場に比べてアンケート回答者が認知症の方と別居している割合が高かった。（図４）

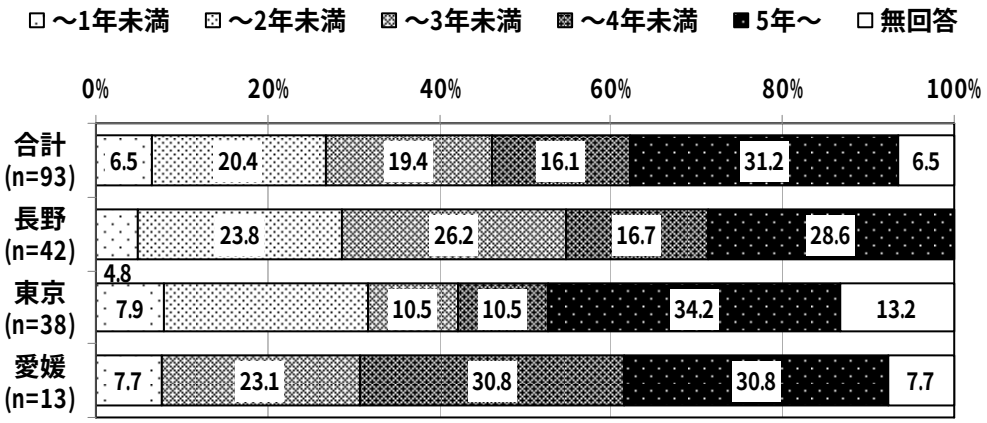


図３　介護年数

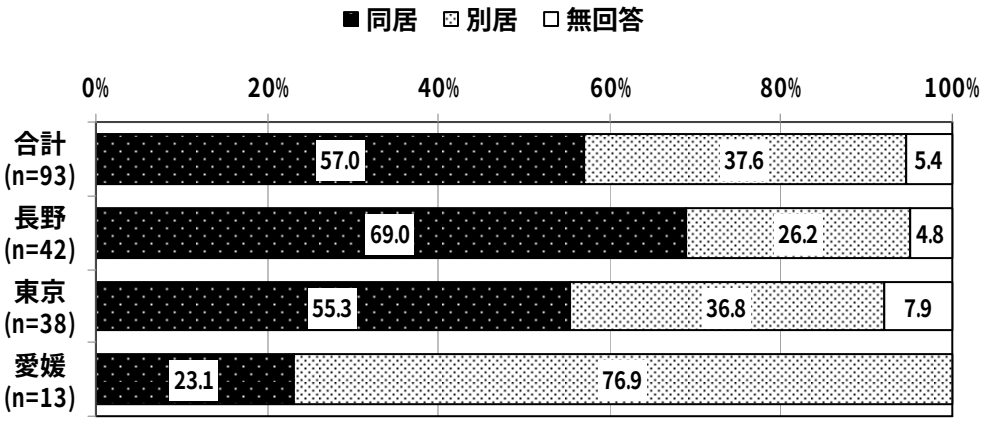


図４　介護している認知症高齢者とアンケート回答者の同居・別居率

（３）認知症高齢者の基本属性

①年齢・性別・他の家族員との同居の有無

アンケート回答者が介護している認知症高齢者の平均年齢は、81.1 歳で 80 代が最も多かった。（図５）性別は女性 70%、男性 22%と女性が多かった。（図６）認知症高齢者が他の家族員と同居している割合は 87%、認知症高齢者が独居の割合は 12.9%であった。

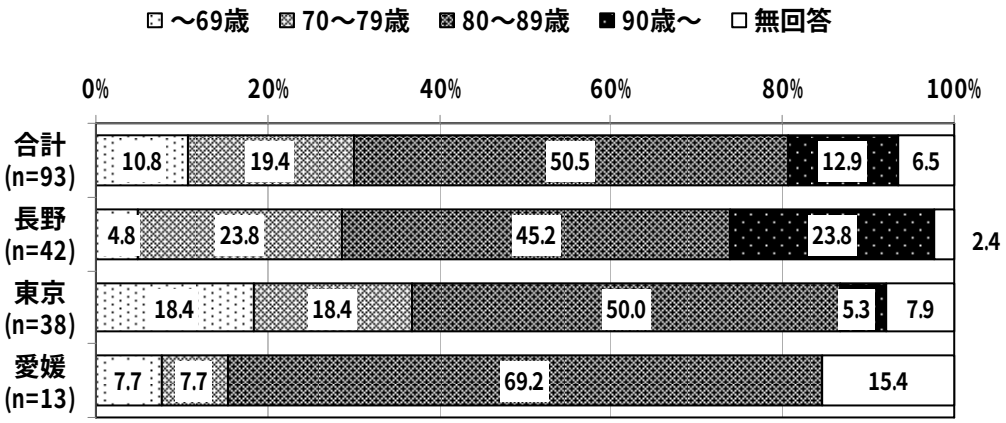


図５　アンケートに回答した家族介護者が介護している認知症高齢者の年齢

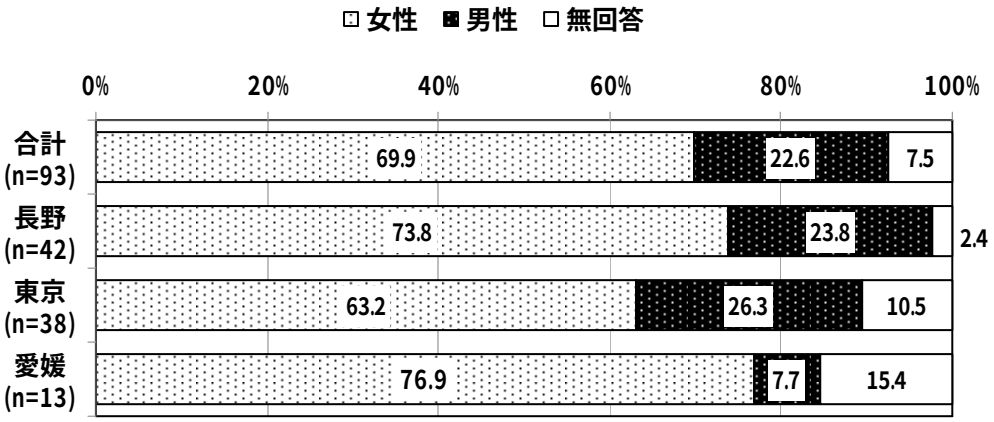


図６　アンケートに回答した家族介護者が介護している認知症高齢者の性別

②介護度・認知症の診断名

認知症高齢者の介護度で最も多かったのは、要介護３と４であった。要介護３、４の状態とは、入浴や排泄、食事（一部）などの日常生活に介助が必要であり、また認知症に伴う問題行動がみられる状態である。（図７）また、認知症の診断名については、アルツハイマー病が最も多く 48％であった。次いで多い診断名は、脳血管性認知症の 9.7％であった。診断を受けたかわからない・診断を受けていないは 21％であった。（図８）

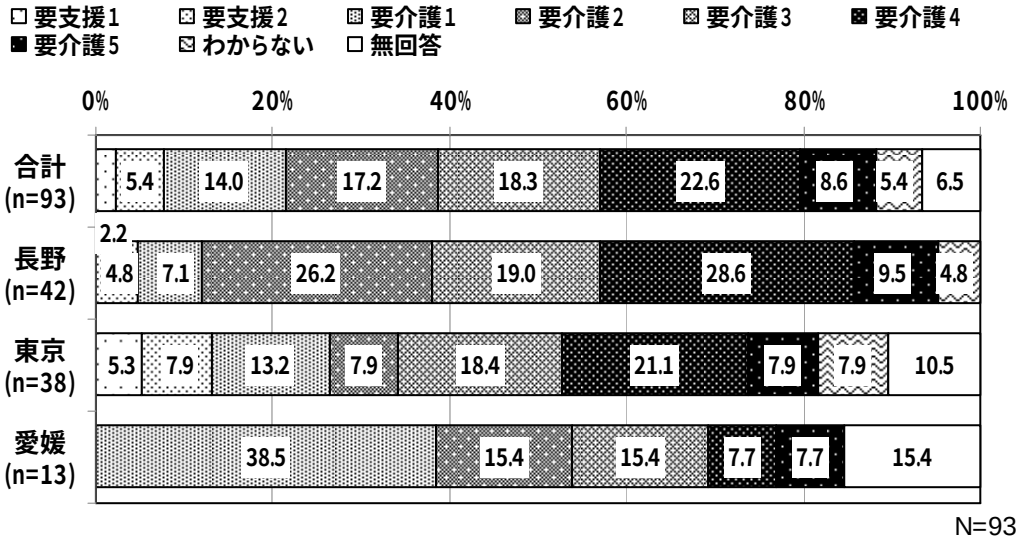


図７　アンケートに回答した家族介護者が介護している認知症高齢者の介護度

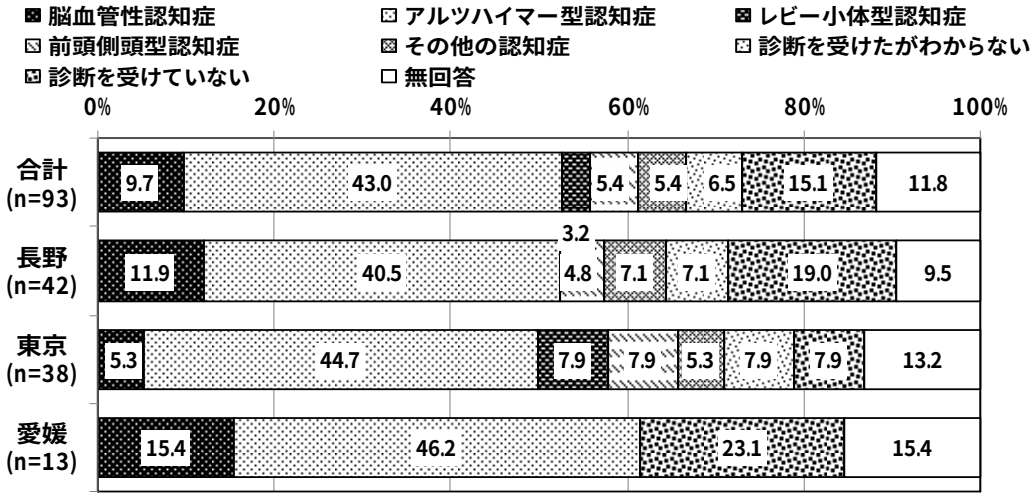


図８　アンケートに回答した家族介護者が介護している認知症高齢者の診断名

（4）講習会への参加理由

講習会への参加理由について選択項目で多かった回答は、「認知症ケアについて学びたい」の 71%、次いで「介護支援専門員が勧めてくれたから」の 63.4%、「認知症の薬物療法について学びたい」45.2%、「介護している家族への対応について今困っている事があるから」36.6%であった。（図 9）

また、「介護している家族への対応について困っている事がある」について自由記述で回答した内容として、【認知症高齢者に生じる様々な機能障害の対応】【認知症の周辺症状・中核症状への対応】【日々の具体的な介護場面での対応】【ケア時に生じる介護者の精神的な葛藤や身体的疲労】【介護者だけの力ではどうしようもない部分】【認知症高齢者とのやりとりを通して、巻き込まれたりイライラしてしまう事】があった。

【認知症高齢者に生じる様々な機能障害の対応】については、認知機能障害についての記述が 6 件、生活リズム障害についての記述が 6 件、その他 1 件であった。

【認知症の周辺症状・中核症状への対応】については、周辺症状についての記述が 6 件、中核症状についての記述が 5 件であった。

【日々の具体的な介護場面での対応】については、介護者が認知症高齢者にたいしてとった対応では状況があまり良くならないことについての記述が 3 件、認知症高齢者の機能低下や感情の変化についての記述が 6 件、認知症高齢者が何かしようとする、もしくは何かしてしまう、また反対にしたがらないことについての記述が 4 件、日常生活における身辺介護についての記述が 3 件、その他 2 件であった。

【ケア時に生じる介護者の精神的な葛藤や身体的疲労】については、認知症についてわかっているようで、どうしてもうまく対応できないことについての記述が 2 件、介護者が認知症高齢者にしているケアについて、これでいいのかと思うことについての記述が 2 件、その他 1 件であった。

【介護者だけの力ではどうしようもない部分】については、専門的なケア・治療を受けていても、認知症高齢者の状態や介護の状況が良くならないことについての記述が 3 件、内服している薬に関することについての記述が 2 件、介護者の目の届かない時に何か起こるかもしれないことについての記述が 2 件であった。【認知症高齢者とのやりとりを通して、巻き込まれたりイライラしてしまう事】については、認知症高齢者の感情・状況の変化

や妄想に巻き込まれることについての記述が 4 件、その他 1 件であった。

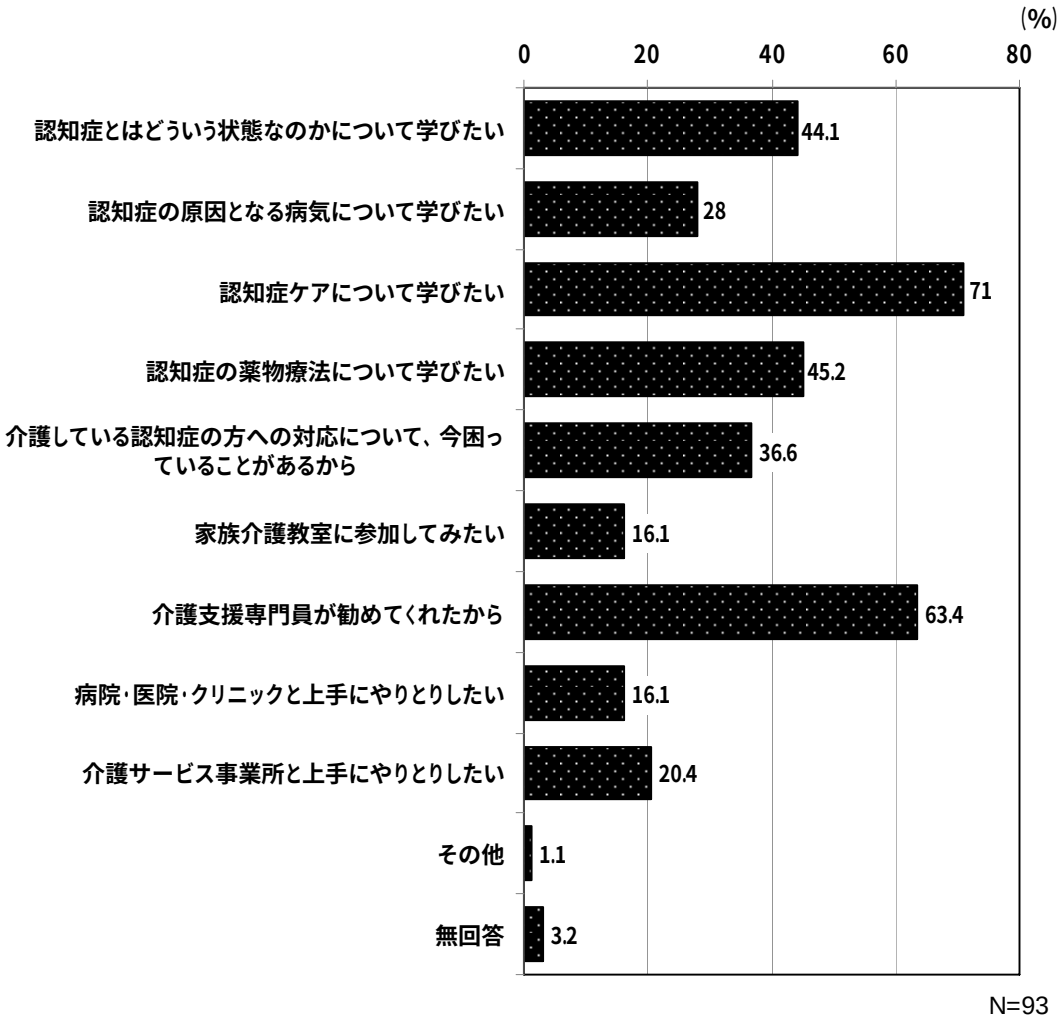


図 9　講習会への参加理由（選択項目）

（５）薬物療法について

①服薬管理状況・内服状況

認知症高齢者が薬を内服する際､一緒にいて内服したことを確認しているアンケート回答者は 62.4%であった。（図 10）アンケート回答者が確認していないケースのうち､「誰も確認していない」は 20%と少なく､「他の家族が確認している」が 60%であった。このことから、認知症高齢者の内服確認については、全体のおよそ 80%近くのケースが、アンケート回答者を含む認知症高齢者の家族が内服確認をしていた。(図 11)

認知症高齢者に処方されている薬は、降圧薬が最も多く 52.7%、次いで認知症治療薬 48.4%、睡眠薬 26.9%、下剤 23.7%、抗精神病薬 21.5%であった。（図 12）

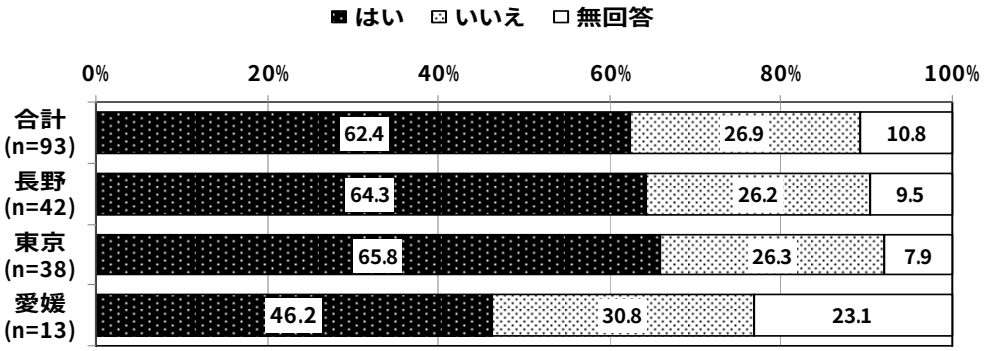


図 10　認知症高齢者が薬を内服する際、あなたが一緒にいて確認をしていますか

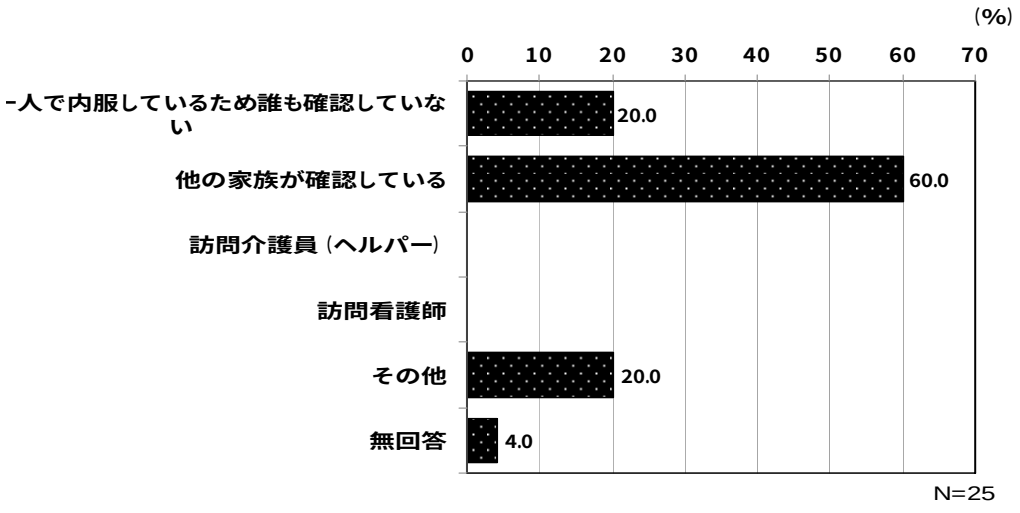


図 11　あなたが一緒にいて確認しない場合どのように内服を確認していますか

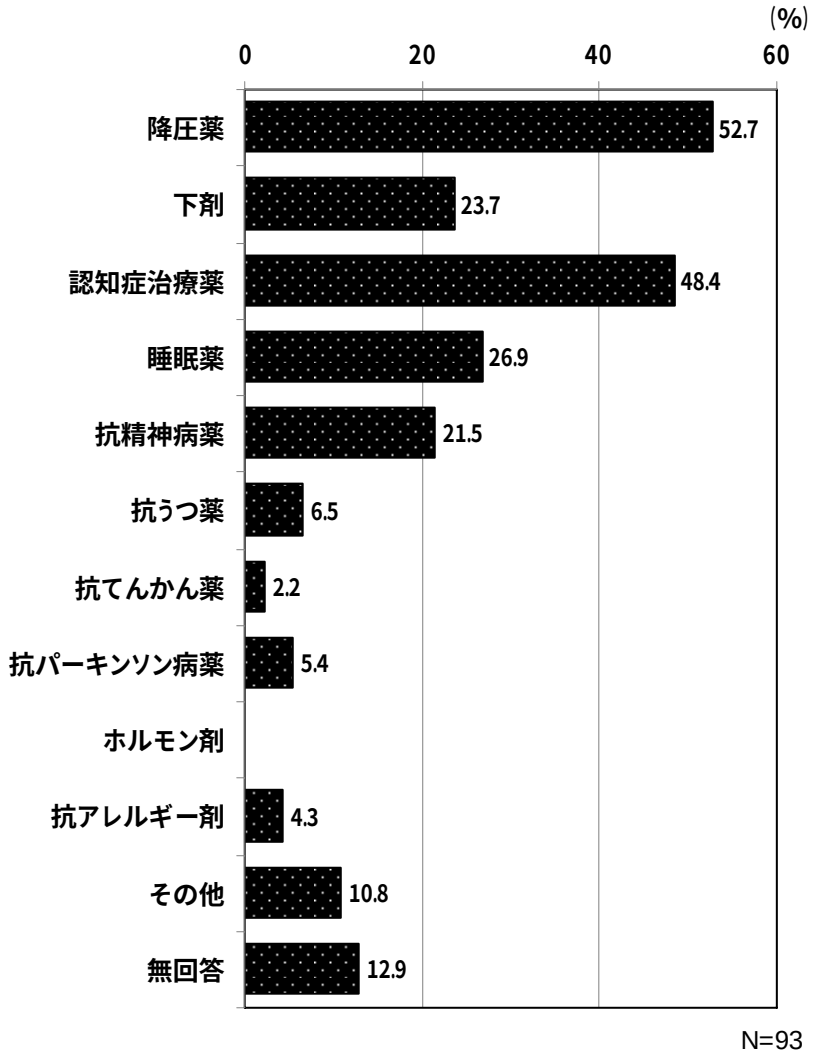


図 12　介護している認知症高齢者が内服している薬は何ですか

選択項目の「その他」に回答した 30 名の内容として、73 ケースの記述がみられた。内容としては、高齢者によく見られる疾患である心臓病、糖尿病、骨粗鬆症、高コレステロール血症の薬に関する記載が多かった。しかし、中には、選択項目であった「アリセプト」を記入した回答者が 6 件あり、睡眠剤である「アモバン」が 2 件、抗精神病薬である「リスパダール」などもあった。（表１）このことから、家族介護者は認知症高齢者が内服している薬の商品名など名前は知っていても、中には何のための薬なのかを項目から選択して回答することができないケースもあるということが明らかになった。

薬の区分	回答数
心臓病の薬	7 件
アリセプト	6 件
糖尿病の薬	5 件
骨粗鬆症の薬	4 件
高コレステロール血症	4 件
睡眠剤	2 件
下剤	2 件
その他	41 件
合計	73 件

表１　認知症高齢者の内服薬「その他」の回答内容

②薬物療法についての困難

薬物療法についての困難について選択項目での回答が最も多かったのは、「薬の作用や副作用について知識を得ること」の 30.1%、次いで「薬の効果を確かめること」の 25.8%であった。また、「症状に応じて薬を服用するタイミングを調整すること」「症状に応じて薬を服用するかどうかを判断すること」については、15%前後の回答があった。（図 13）

「症状・状態に応じて薬を服用するタイミングを調整すること」や「症状・状態に応じて薬を服用するかどうかを判断すること」について困難を感じていると回答した家族介護者は 14 名であった。その 14 名の家族介護者が介護している認知症高齢者が内服している薬剤について分析を行った。その結果、全体として認知症治療薬、降圧薬、睡眠薬、抗精神病薬、下剤を内服していることが多かった。特に「症状・状態に応じて薬を服用するタイミングを調整すること」について困難を感じているケースでは、認知症治療薬を内服している件数が９件と最も多く、「症状・状態に応じて薬を服用するかどうかを判断すること」について困難を感じているケースでは、睡眠薬・降圧薬を内服している件数が 7 件と最も多かった。（図 14）

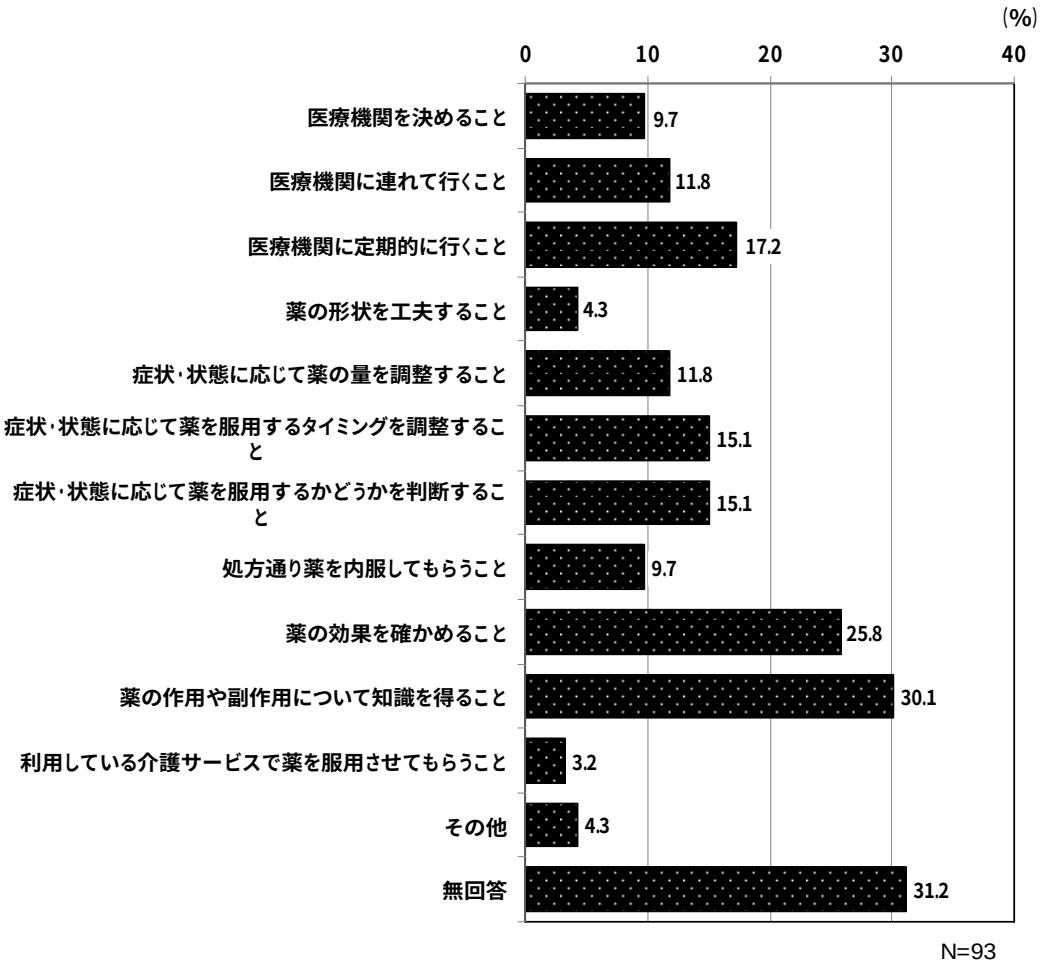


図 13　認知症高齢者が薬物療法を受ける際に困難と感じることは何ですか

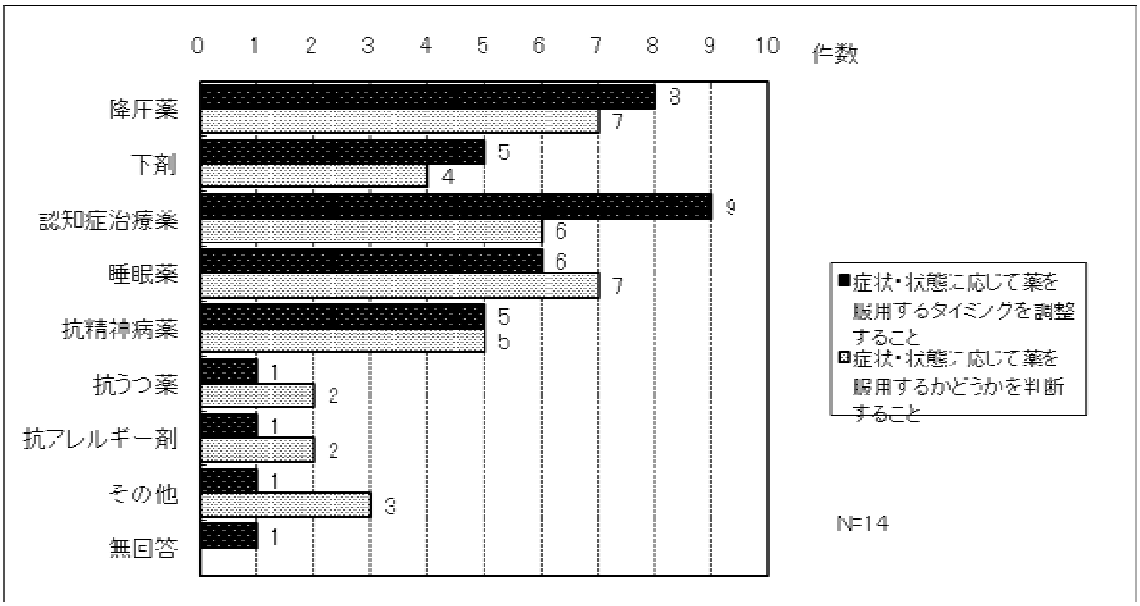


図 14

さらに､薬物療法についての困難についての自由記載に回答した内容としては､【適切な医療を受けるのに介護者が行ったり判断することについての困難】【かかっている医療機関とのやりとりの際に感じる困難】【認知症高齢者が一人で安全に薬を内服する上での困難】【困難は感じていない】【その他(介護状況や他の身体疾患など)関連してくるもの】についての記述がみられた。

【適切な医療を受けるのに介護者が行ったり判断することについての困難】については、認知症高齢者にとって適切な医療機関にアクセスすることが大変･出来ないといった記述が 3 件、薬を適切に服用するための通院や、服用時の配慮・工夫が大変といった記述が 3 件、介護者が薬の効果がわからないといった記述が 1 件であった。【かかっている医療機関とのやりとりの際に感じる困難】については、診察を受ける医師の判断や専門性によって左右されることについての記述が 2 件、現在受けているもしくは受けていない薬物療法に対して思うところがあるについての記述が 4 件、医師とよく話せないといった記述が 1 件であった。【認知症高齢者が一人で安全に薬を内服する上での困難】については、介護者の管理によって認知症高齢者が薬を過剰に内服してしまうといった記述が 2 件、認知症高齢者が薬を飲んだことを忘れるといった記述が 1 件であった。【困難は感じていない】については､医療機関にかかっていることで困難は感じずにいるといった記述が 3 件、今は困難を感じていないといった記述が 2 件であった。【その他（介護状況や他の身体疾患など）関連してくるもの】については、認知症高齢者の介護にあたっている他の介護者に配慮したいと思うことについての記述が 2 件、他の人の手をかりながら認知症高齢者を介護しているについての記述が 2 件、認知症高齢者がもつ他の身体疾患との兼ね合いについての記述が 1 件であった。

また､処方した医師に質問･相談することができるかという質問に対して、必ずもしくはだいたい相談できるとの回答は 70%であった(図 15)。処方した医師以外の相談相手としては、80%近くが薬剤師・看護師・介護支援専門員といった専門職であった。専門職のうち、薬剤師が最も多く 40%で、次いで介護支援専門員が 20%、看護師が 18%であった(図 16)。その他の相談相手の自由記述内容としては､ショートステイなど施設利用時や訪問サービス利用時に関わる専門職(介護職もしくは看護職)という回答が多かった。

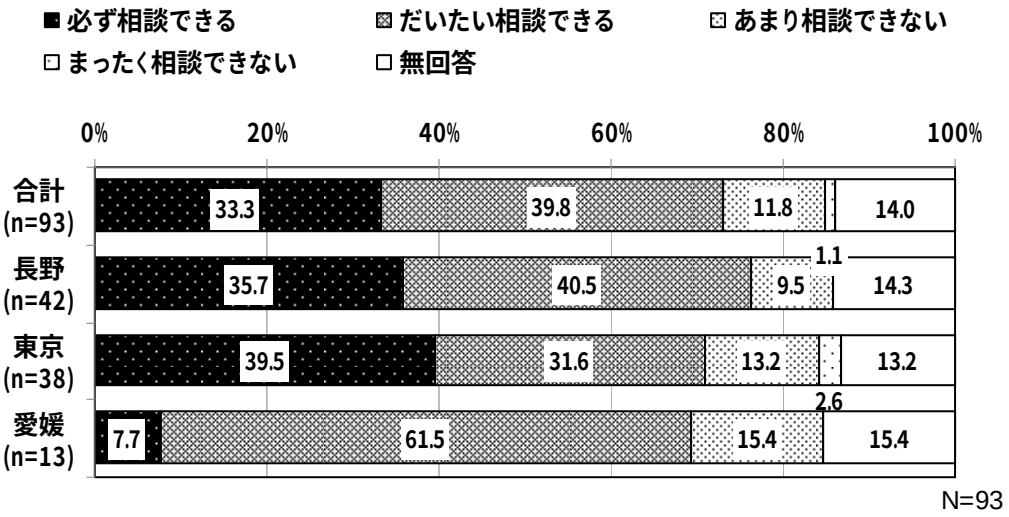


図 15　薬を処方した医師に相談することができるか

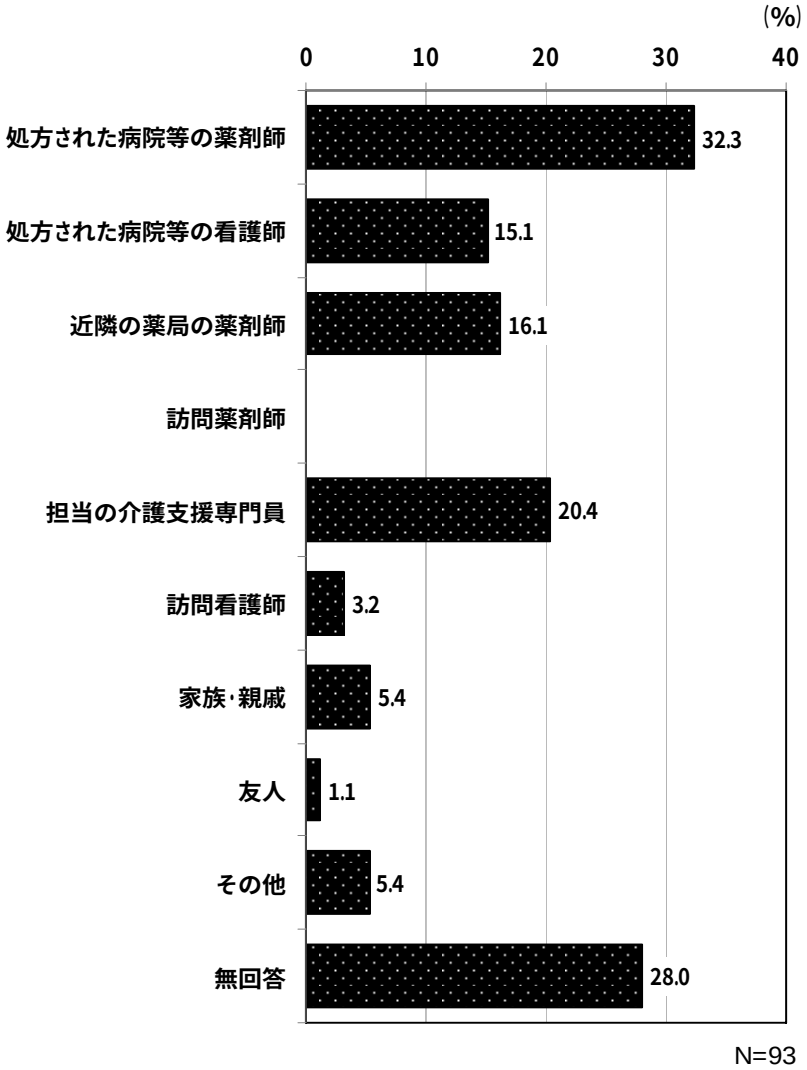


図 16　薬を処方した医師以外に、薬のことについて相談する人はだれか

（６）認知症高齢者の状態と、それについて家族介護者が困ったり気になったりしていることについて（図 18）

講習会終了時の認知症高齢者の状態について、多かったものとして「睡眠の中断が複数回ある」40.9%、「昼間、ウトウトしていたり寝ていることが多い」44.1%であった。次いで「目的にかなった動作ができない」39.8%、「話すことがらが一貫しない」38.7%、「その場に不適切な態度や行動がある」33.3%、「拒否的な態度と行動がある」31.2%であった。

認知症高齢者の状態について、家族介護者が困ったり気になったりしていると回答した数そのものが少なく、無回答が 60%と多かった。困ったり気になったりしている項目で最も多かったのは、「睡眠の中断が複数回ある」の 16.1%であった。次いで「継続した睡眠が取れない」が 12.9%であった。認知症高齢者が呈している状態で多かった「昼間、ウトウトしていたり寝ていることが多い」について困ったり気になっていると回答した家族介護者は 6.5%であった。その他の状態については、6 名の回答者が計 15 項目を記入した。内容としては「朝早く起きる」、「食事中に咳き込む」、「転びやすい」、「ふらつきがある」、「失禁」などがあった。

このことから、生活リズム障害・中核症状による生活障害を呈している認知症高齢者が多いが、家族介護者自身は全体的に困ったり気になったりすることが少ないということが明らかになった。また、生活リズム障害について、家族介護者は夜間の睡眠障害については困ったり気になったりすることはあるが、日中ウトウトしてしまうことについてはあまり困ったり気になったりすることがないことが明らかになった。またその他の記入内容の項目数が非常に少ないことから、生活リズム障害の視点から作成されたこれらの選択項目から認知症高齢者の状態が把握できると言える。

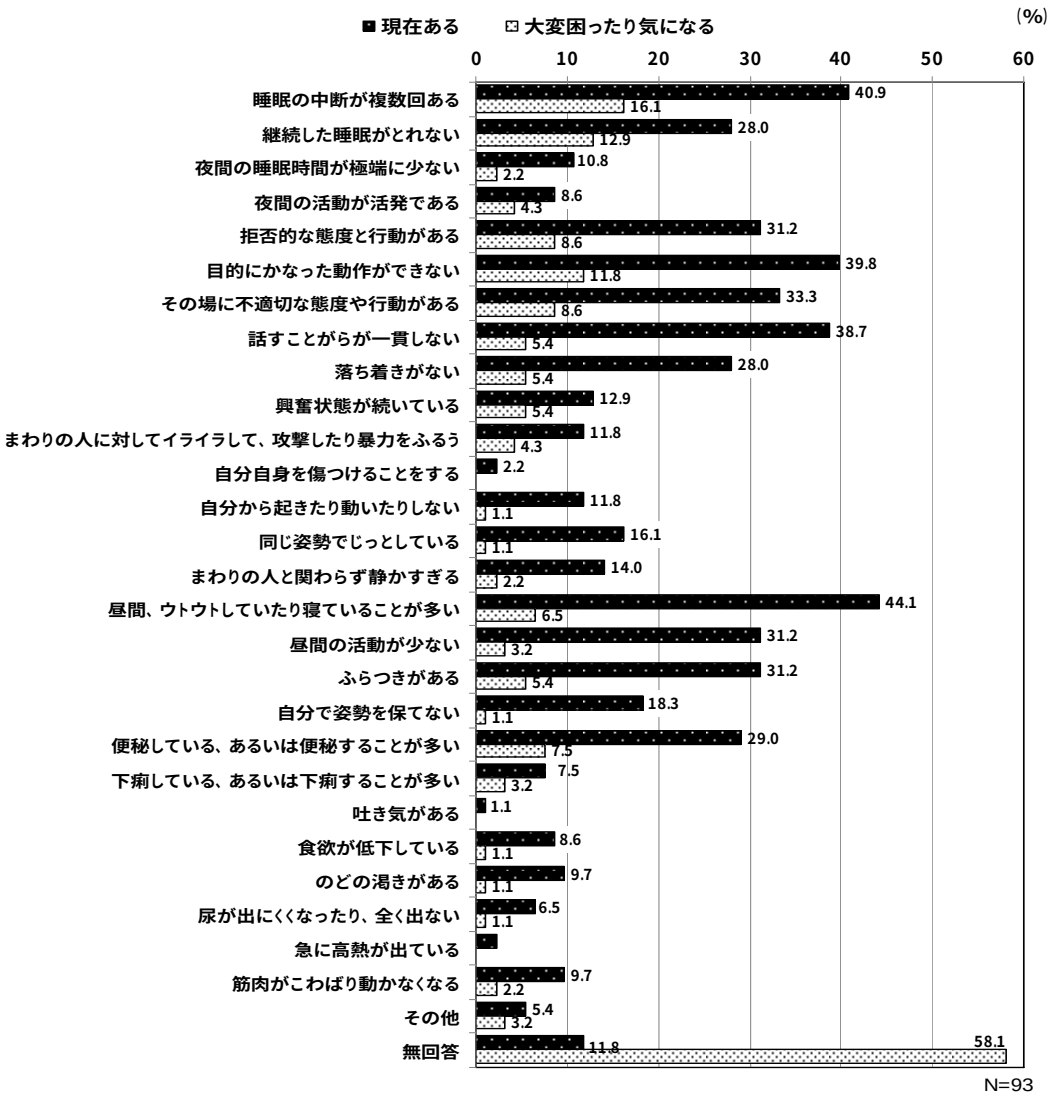


図 18　認知症高齢者に現在みられている状態と、
家族介護者が困ったり気になったりしている状態

（７）講習会で学んだこと・満足度について

①講習会で学んだこと

講習会で学んだことやこれからやってみようと思う事について自由記載で得られた回答の内容は、【認知症介護の基本】【認知症高齢者の言動に対する理解と対応】【薬物療法】【生活リズム】【周囲の人との連携】【その他】であった。

【認知症介護の基本】については、介護する時の姿勢や心構えについての記述が 7 件、認知症高齢者との接し方についての記述が４件、認知症高齢

者の病状を理解して介護することについての記述が 2 件、認知症高齢者が安心できるような周囲の関わりについての記述が 5 件、介護者のペースに巻き込んだり、症状にとらわれるのではなく、認知症高齢者の立場に立つことの大切さについての記述が 2 件であった。【認知症高齢者の言動に対する理解と対応】については、行動心理症状への対応についての記述が 3 件、早期対応の必要性についての記述が 2 件、認知症高齢者の言動の理解と対応が 6 件、環境を整えることや対応の仕方についての記述が 2 件であった。【薬物療法】については、内服管理時に必要な情報についての記述が 2 件、処方されている薬について介護者が勉強するという意識を持つことについての記述が 2 件、薬物療法の位置づけについての記述が 3 件、その他 2 件であった。【生活リズム】については、自分が介護している認知症高齢者の生活リズムを整えるために、これからしていこうと思うケアについての記述が 6 件、生活リズムを整えるために必要な知識についての記述が 4 件、生活リズムの大切さについての記述が 1 件であった。【周囲の人との連携】については、薬について医師と話していこうと意識することについての記述が 2 件、自分と自分以外の援助者との連携についての記述が 2 件であった。【その他】としては、現在の介護状況についての記述が 3 件、具体的な対応方法についての悩みや知りたいことについての記述が 3 件、今後への思いについての記述が 5 件、感想が 4 件であった。

②講習会の満足度について

講習会は満足のいくものであったかについて、大変もしくはまあまあ満足と回答した方は 89%であった。また、講習会は今後役に立つかについて、大変もしくはまあまあ役に立つと回答した方は 88%であった。

（８）講習会終了後 1 ヶ月後アンケート結果

①講習会で学習した内容をその後の介護に生かせたかどうか

講習会終了後 1 ヶ月後に、講習会で学んだことをその後の介護に生かしたことがあるかどうかという質問に対して、55%が「ある」と回答した。具体的内容としては、「介護者自身の気持ちや普段の言動を変える」や、「認知症高齢者認知症高齢者の気持ちや立場を考えるようになった」などが多く記述されていた。中には、「講習会で学んだ内容から介護者が認知症高齢者に穏やかに接し、それまで内服していた抗精神病薬を医師と相談の上、減量

することができた」と回答したケースもあった。

②認知症高齢者の状態と、それについて家族介護者が困ったり気になったりしていることについて（図 19）

講習会終了後 1 ヶ月後の認知症高齢者の状態について質問した結果、最も多い状態として「昼間ウトウトしていたり寝ていることが多い」の 52.5%、ついで「話すことがらが一貫しない」49.2%、「目的にかなった動作ができない」47.5%、「便秘している、あるいは便秘することが多い」45.8%、「睡眠の中断が複数回ある」42.4%、「継続した睡眠が取れない」「拒否的な態度と行動がある」39.0%であった。講習会終了時アンケートと比較すると、認知症高齢者の状態については、「便秘している、あるいは便秘することが多い」状態が若干増加したが、他の状態については変化がみられなかった。

また、家族介護者が困ったり気になったりしている状態について質問した結果、回答数そのものが少なかったが、最も多かった回答は「睡眠の中断が複数回ある」の 15.3%、ついで「昼間ウトウトしていたり寝ていることが多い」と「拒否的な態度と行動がある」の 13.6%であった。講習会終了時アンケートと比較すると、「昼間ウトウトしていたり寝ていることが多い」について困ったり気になったりすることが増加している。

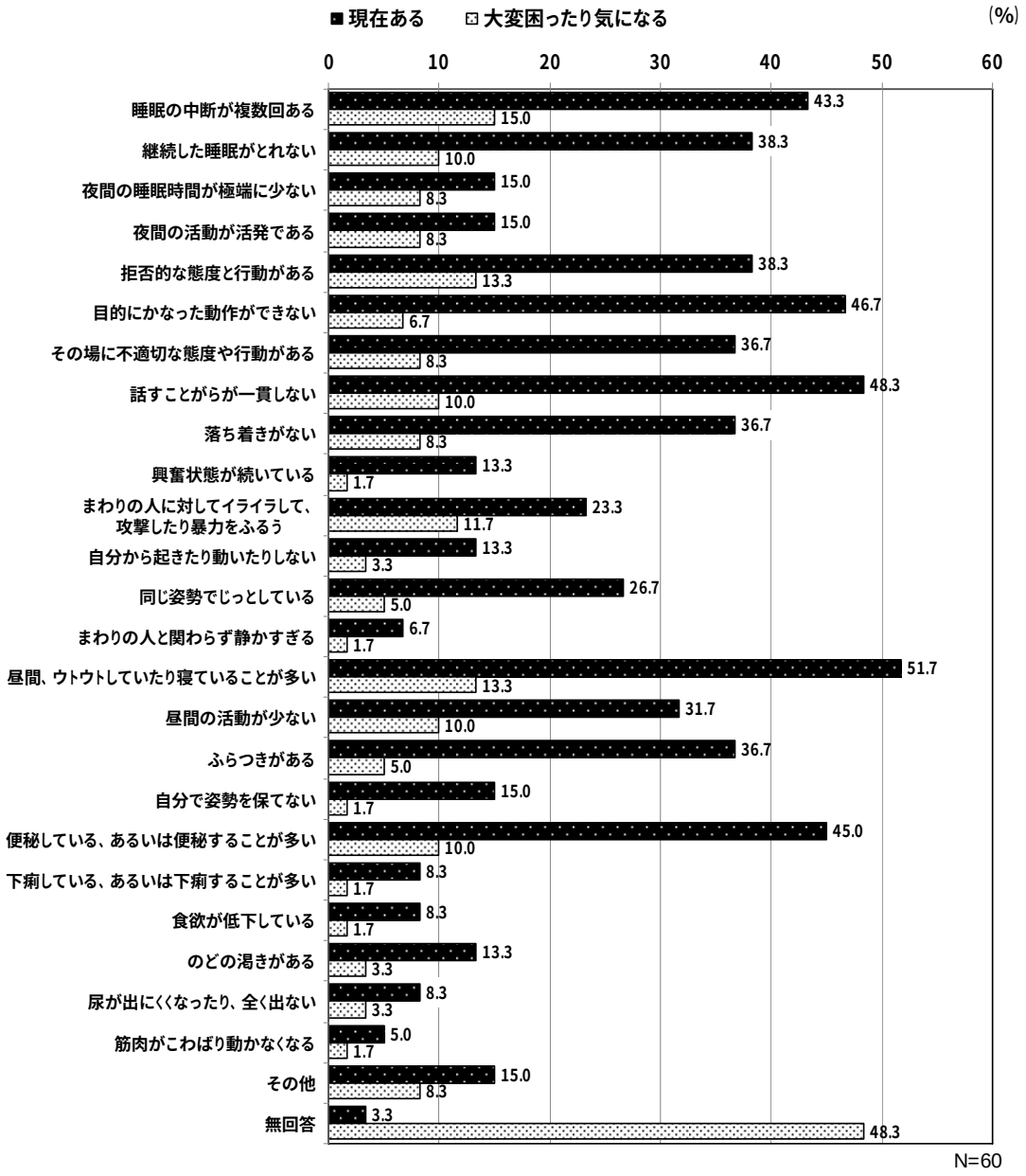


図 19　講習会終了 1 ヵ月後に認知症高齢者にみられている状態と、
家族介護者が困ったり気になったりしている状態

③講習会終了時と 1 ヶ月後の家族介護者の介護負担の変化について

Zarit の介護負担スケールを用いて、講習会修了時と講習会 1 ヶ月後の介護負担について比較分析を行った(表 2)。その結果、3 つの会場全体での Zarit のスケール得点は、13.93 から 12.20 と下がっており、検定の結果有意差

（0.017）が見られた。したがって、3 会場全体でみると、講習会終了時よりも 1 ヶ月後の方が、アンケートに回答した家族介護者の負担感は軽減したといえる。一方、講習会の内容が異なる東京会場と地方会場（長野・愛媛）について比較分析した結果、東京会場では Zarit のスケール得点が 15.18 から 11.86 と有意に下がっている（有意差 0.002）のに対し、地方会場では 12.79 から 12.50 と下がっているものの有意差は見られなかった。その一方、家族介護者の思いに関する項目である「よくなることを期待しても無駄だ」「訓練しても効果はないと思う」「私が何を言っても無駄だと思う」「もう何もわからないんだなと思う」「何をやらせても仕方がない」といった、あきらめを含んだ否定的な思いについての得点は、東京会場では 5.47 から 6.71 と得点が上がってしまっているのに対し、地方会場では 7.64 から 6.18 と有意に下がっていた（有意差 0.027）。

このことから、講習会修了時と 1 ヶ月後を比較すると、アンケートに回答した家族介護者の介護負担は全体としては軽減していることが明らかになった。また、講習会内容が異なる会場ごとでみると、「認知症の基礎知識」「認知症ケアの基本」「薬物療法」の３つの内容を含む講習会を行った東京会場では、負担感が有意に軽減しているが、「薬物療法」のみの内容で講習会を行った地方会場では、認知症高齢者に対するあきらめを含んだ否定的な思いこそ有意に軽減するものの負担感までは有意に軽減しなかったことが明らかになった。

会場	講習会終了後	1 ヶ月後	有意水準
3 会場（全体）	13.93	12.20	p＜0.017
東京会場	15.18	11.86	p＜0.002
地方会場（長野・愛媛）	12.79	12.50	p＜0.758

表 2　会場ごとの Zarit 負担感スケールの得点の前後比較

２）介護支援専門員アンケート結果

⑴ アンケート回答者数・回収率

長野、東京、愛媛の講習会参加した介護支援専門員は 313 名であった。そのうちアンケート回答者は 304 名であり、回収率は 96.2%であった。なお、講習会会場別の回答者数は表 3 の通りである。

	参加者数	回答者数	回答率
長野	80	77	96.2%
東京（1 回目）	75	71	94.7%
東京（2 回目）	87	85	97.7%
愛媛	71	71	100.0%
合計	313	304	97.1%

表 3 各会場の参加者数と回答者数･アンケート回収率

⑵ 介護支援専門員の基本属性

①年齢･性別

全体回答者の平均年齢は 49. 2 歳、講習会会場別回答者の平均年齢は、長野 48.7 歳、東京 50.8 歳、愛媛が 46.2 歳であった。(図 20) 全体回答者の 88.5%が女性、男性が 11.2%で女性のほうが圧倒的に多かった。(図 21)

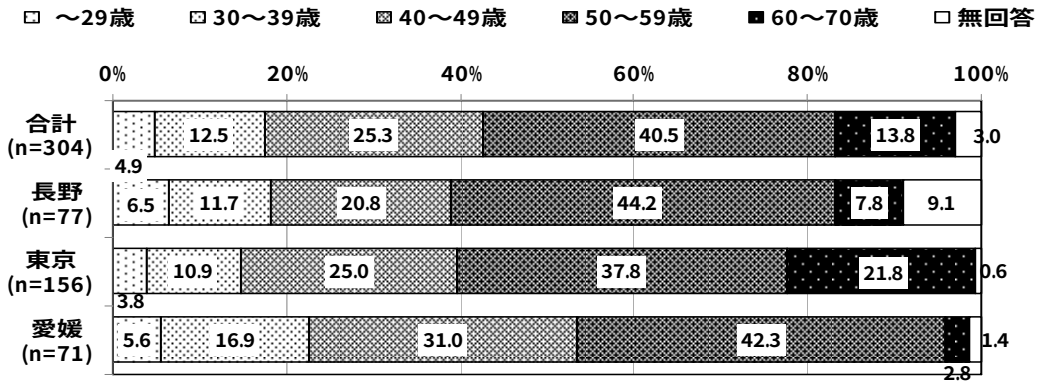


図 20　アンケートに回答した介護支援専門員の年齢

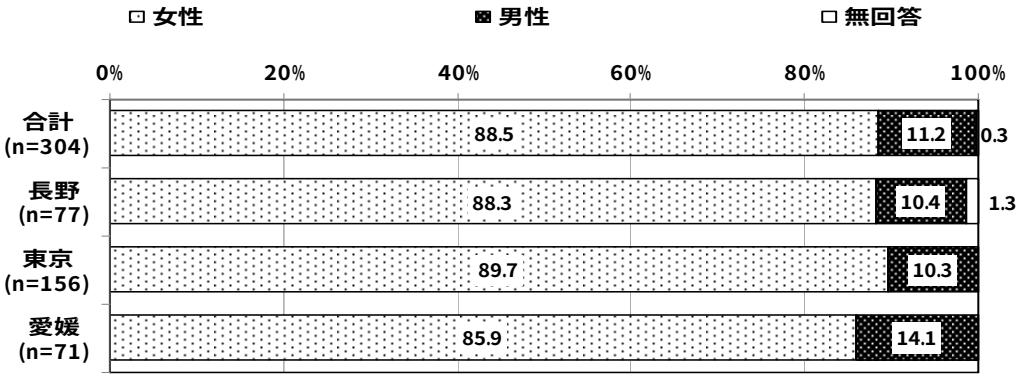


図 21　アンケートに回答した介護支援専門員の性別

②現在の勤務先･保有資格･経験年数

現在の勤務先については居宅介護事業所が全体回答者の 71. 1%で、大部分を占めていた。次いで、地域包括支援センターが 15.5%、その他が 11.5%であった。(図 22) 介護支援専門員の保有資格について、複数回答で聞いた結果、全体回答者 304 名のうち 61. 2%が介護福祉士の資格保有者であり、看護師の保有資格者が 20. 7%、社会福祉士 9. 9%、保健師が 3.3%であった。(表 3) 介護支援専門員としての経験年数は、全体回答者の平均が 4. 5 年であり、長野の平均年数が 5.3 年、東京が 4.2 年、愛媛が 4.74 年であった。全体的に経験 3 年未満の方が 29.3%、3 年から 6 年未満が 35.2%であった。そして介護保険による介護支援専門員資格ができた当初から介護支援専門員といて勤め始めた介護支援専門員は全体回答者の 11.2%であった。(図 23) このことから、アンケート回答者の大半が居宅介護支援事業所に所属し、介護福祉士の保有資格者が多く、介護支援専門員としての経験年数は平均 4～5 年であることが明らかになった。

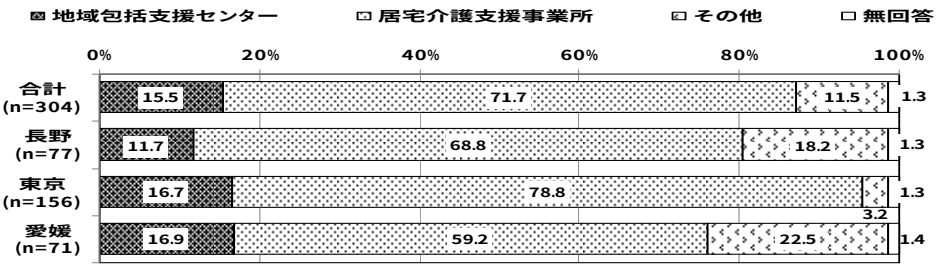


図 22　アンケートに回答した介護支援専門員の勤務先

	合計	介護福祉士	看護師	社会福祉士	保健師	精神保健福祉士	作業療法士	その他	無回答
合計	100	61.2	20.7	9.9	3.3	1.6	0.3	22.4	1.6
長野	100	55.8	31.2	7.8	3.9	2.6		16.9	1.3
東京	100	66.0	13.5	10.9	2.6	1.9		27.6	1.3
愛媛	100	56.3	25.4	9.9	4.2		1.4	16.9	2.8

表 4　アンケートに回答した介護支援専門員の保有資格（複数回答）

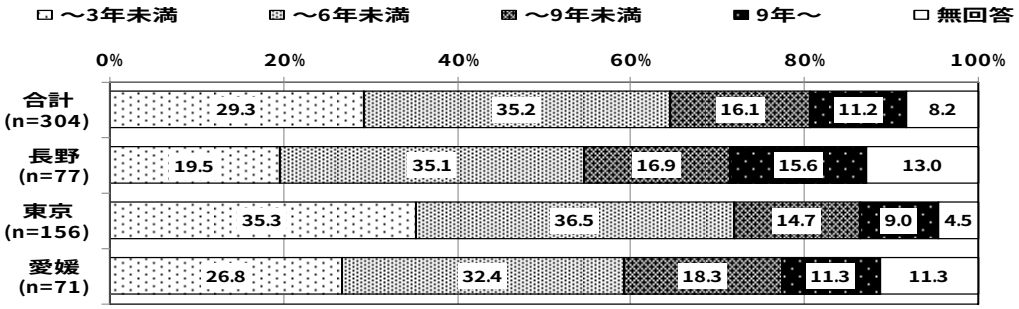


図 23　アンケートに回答した介護支援専門員の経験年数

③担当している利用者数

アンケートに回答した介護支援専門員が、現在担当している利用者数は、全体の平均で 29.6 名であった。そのうち、認知症高齢者であると介護支援専門員が回答した利用者は 11.8 名であった。さらに、認知症の診断を受けている利用者数は 8.4 名であった。(表4)

	担当している利用者の人数		担当の利用者のうち認知症 の人数		担当の利用者のうち認知症の診断を受けた人数	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
合計	29.6	18.5	11.8	9.2	8.4	8.1
長野	29.6	15.9	13.2	13.2	9.4	12.0
東京	28.2	11.8	10.8	7.1	7.3	6.1
愛媛	32.6	29.6	12.6	7.7	10.1	6.6

表 5　アンケートに回答した介護支援専門員が担当している利用者の状況

（3） 利用者の服薬内容に関する介護支援専門員の把握状況

①回答者全体の服薬内容に関する把握状況

把握率が最も高かった薬剤は認知症治療薬で、全体の 72.7%の回答者が把握していた。次いで、降圧薬の 56.6%、抗精神薬 54.9%、睡眠薬 53.6%、下剤 49.7%、抗パーキンソン病薬 49.3%、抗うつ薬 45.4%、抗てんかん薬 40.1%と、50%前後の把握率であった。ホルモン剤(26.3%)や抗アレルギー剤（26.0%）の場合は、把握率は低かった。このことから、認知症治療薬に対する介護支援専門員の把握度は 70%を越え、非常に高いものの、その他の薬に対する把握度については、降圧薬など身体に影響を及ぼす重要な薬であっても 50%前後と低いということが明らかになった。(図 24)

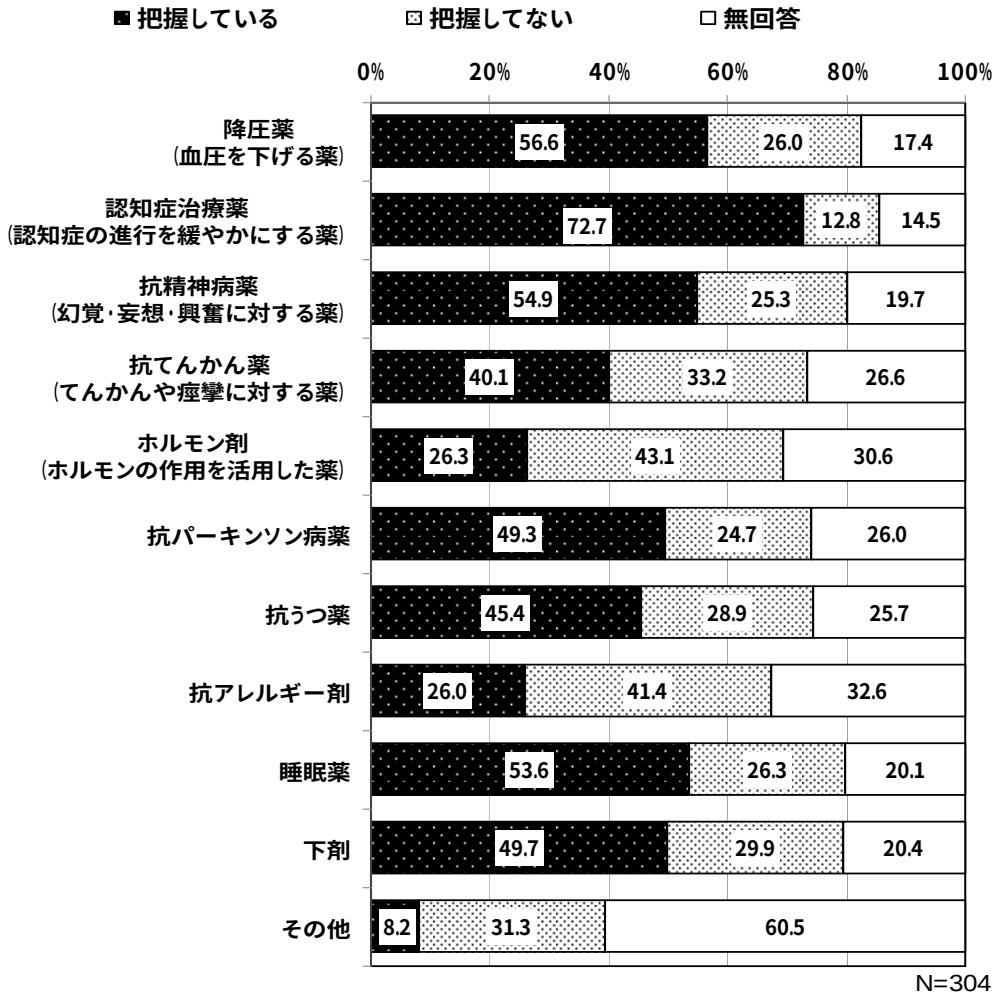


図 24　介護支援専門員の認知症高齢者の服薬状況についての把握度

②看護師資格の保有有無による服薬内容の把握状況の差

①で回答が得られた回答者について保有資格別で分析した結果、有回答者247名のうち、看護師資格保有者は20.6%、看護師資格未保有者が79%であった。両者で服薬把握状況を比較してみると、大半の薬剤について看護師資格保有者は未保有者より、約10%以上高い割合で把握していた。しかし下剤に対しては、看護師資格未保有者のほうが看護師資格保有者より、把握している方の割合が高かった。(図 25)

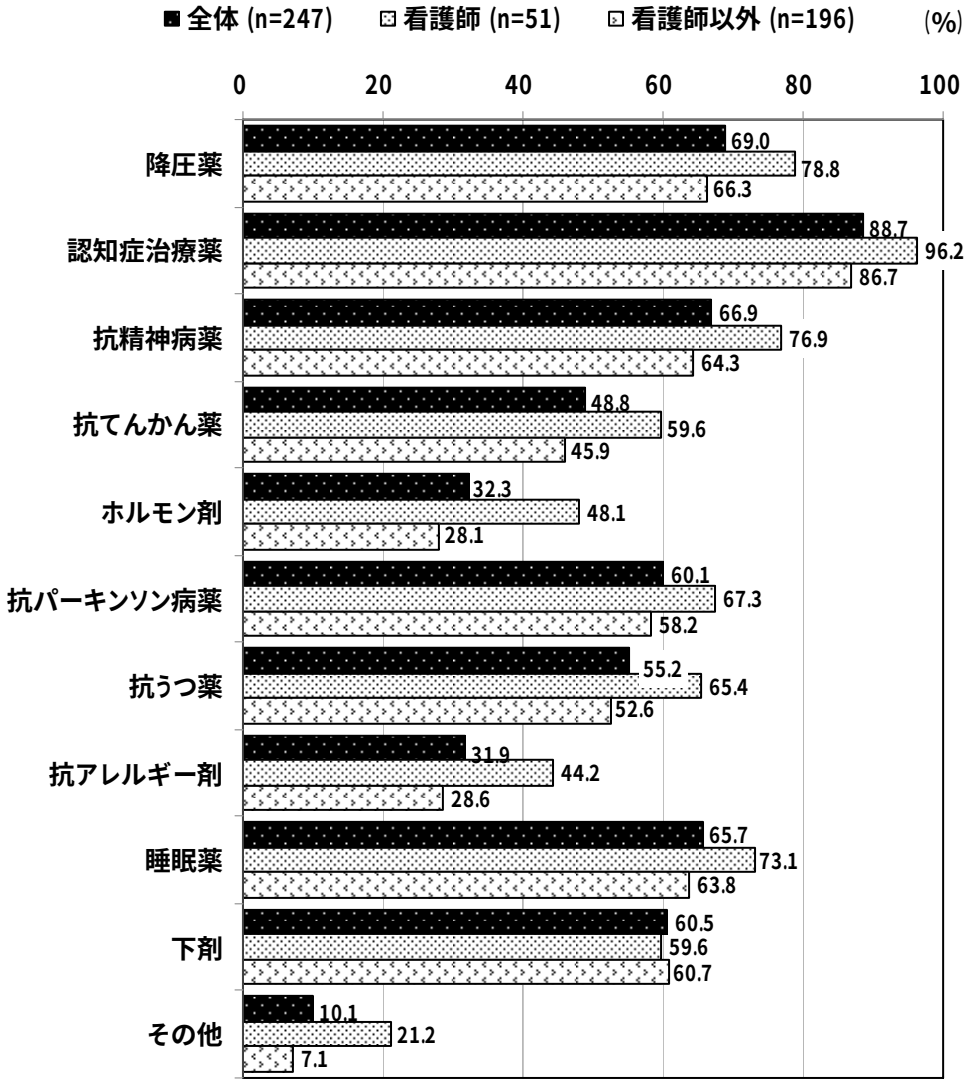


図 25　認知症高齢者の服薬状況把握について保有資格による比較

⑷ 薬についての情報入手方法について

担当している利用者の薬の情報入手の方法について、272 名が自由記載で回答した。入手方法の内容としては、「説明書を見る」が 76 名、「処方箋を見る」が 60 名、「お薬手帳を見る」が 46 名、「意見書を見る」が 39 名であった。何らかの書類を見る方法以外に、76 名の回答者が「専門職に聞く・相談する」と、72 名の回答者が「認知症高齢者や家族に直接聞く・相談する」と答えた。

「専門職に相談する」と回答した介護支援専門員が相談する専門職としては、最も多かったのが「医師」の 40 名、次いで「看護師」の 13 名、「薬剤師」の 12 名であった。その他として、医療関係者、以前の介護支援専門員、グループホーム職員、医療ソーシャルワーカーといった記述が 1 名ずつあった。

「その他の方法」として、「受診同行」、「薬を直接見せてもらう」、「診療情報提供書」、「薬剤情報書」、「訪問看護指示書」、「居宅療養管理指導書」、「健康手帳」、「カルテ」、「サマリー」、「連携表」、「連絡表」、「辞典」、「インターネット」、「医師会開催の研修会」、「介護支援専門員の研修」、「地域でのケア会議」などの記述がみられた。

このことから、介護支援専門員は薬の情報入手方法として、説明書・処方箋・薬手帳・意見書など薬剤に関する情報が記入された文書から情報を得ており、加えて医師などの医療専門職や家族といった周囲からの聞き取りからも情報を得ていることが明らかになった。

（５）薬物療法についての困難・課題

①回答者全体の困難・課題について

薬物療法について介護支援専門員として感じる困難や課題について選択項目から複数回答で聞いた結果、72.0％は「介護支援専門員である自分自身に薬の知識が不足している」と、60.5％が「家族・認知症高齢者に薬の知識が不足している」と答えた。また、59.2％が「薬物療法について家族・認知症高齢者から相談された時、適確な返答ができない」と答えた。「認知症高齢者が受診や服用を拒否する」と 42.8％が、「家族が認知症高齢者の受診に一緒に行けない・行かない」と 33.9％、「自宅で認知症高齢者に薬を飲ませる人がいない」と 39.8％が答え、受診や服薬を実施すること自体が困難であると回答した。

受診や服薬をしているうちにも、「認知症高齢者が服用し忘れ・服用の間違いがある」49.3％、「薬の効果の有無がわからない」が 38.5％、「家族が薬の量を変えて

しまう」20.1%、「薬の副作用が出ている」17.4%、「家族が認知症高齢者に薬を飲ませるのを忘れたり、間違えて飲ませる」9.9%であった。また、「医師と情報交換やケアに関する共通認識が取れない」が 40.8%、「医師に薬物療法について相談できない」と答えた方が 24.0%であった。(図 26)

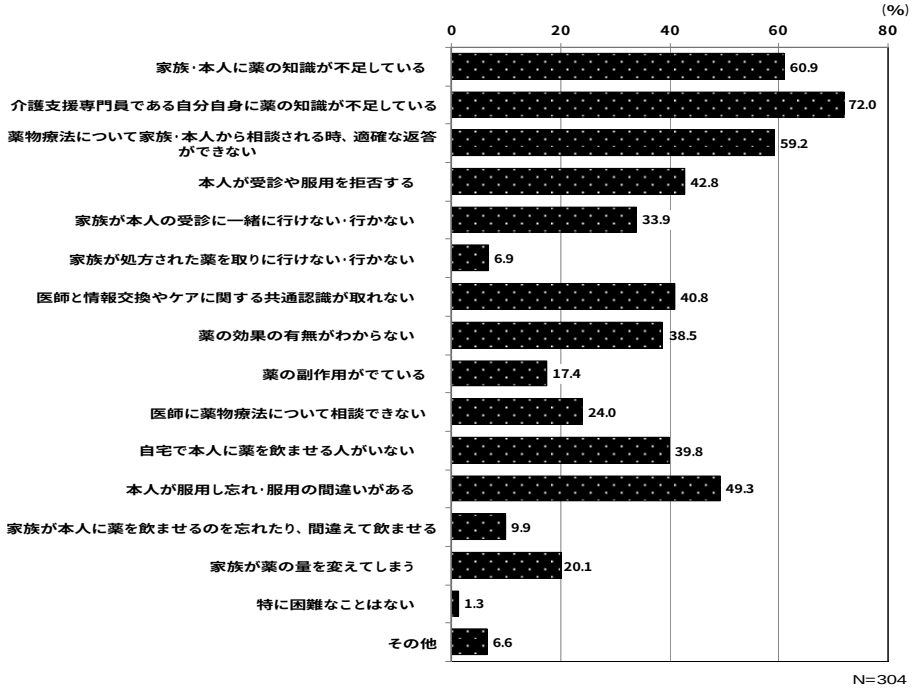


図 26　介護支援専門の薬物療法についての困難・課題

薬物療法についての困難・課題についての自由記述の回答から、【認知症ケア、薬物療法に対する理解不足】、【専門職間、そして家族と専門職間の連携が取れない】、【受診そのものや服薬管理ができない】、【その他】の内容が示された。

【認知症ケア、薬物療法に対する理解不足】の内容については、「家族の認知症(ケア・薬物療法)に対する理解不足」の記述が 5 件、「ケアマネの認知症(ケア、薬物療法、医療)に関する知識不足」の記述が 4 件、「認知症高齢者の薬物療法に対する理解不足」の記述が1件、「医師の認知症(ケア、治療)に対する理解不足」の記述が 6 件であった。【専門職間、そして家族と専門職間の連携が取れない】の内容については、「介護者・医師間の薬物療法についての共通意識がない」といった記述が 4 件、「医療専門職間、連携が取れてない」といった記述が 3 件、「医師との連携が難しい」といった記述が 4 件、家族が認知症高齢者の状態を専門職に伝えきれない」といった記述が 2 件であった。【受診そのものや服薬管理が

できない】の内容については、「受診できない」の記述が 6 件、「管理する人がいないため、服薬管理できない」の記述が 5 件、「認知症高齢者が勝手に薬の調節、服用、中止する」の記述が3件、「介護者の判断により、薬が調節、服用、中止される」の記述が9件、「薬効や認知症高齢者の状態の把握ができない」の記述が6件、「薬の重複」の記述が 4 件であった。

②看護師資格の保有の有無による困難・課題の差

看護師資格の保有の有無別に感じている困難や課題を比較した。その結果、選択項目での回答では、看護師資格未保有者の 80.4%が、「介護支援専門員である自分自身に薬の知識が不足している」と回答したのに対して、同項目に回答した看護師資格保有者は 42.2%と、未保有者の半分にとどまった。同様に看護師資格未保有者の 64.7%が「家族・認知症高齢者に薬の知識が不足している」と回答したのに対して、同項目に回答した看護師資格保有者は39.1%と、未保有者の半分程度であった。(図 27)

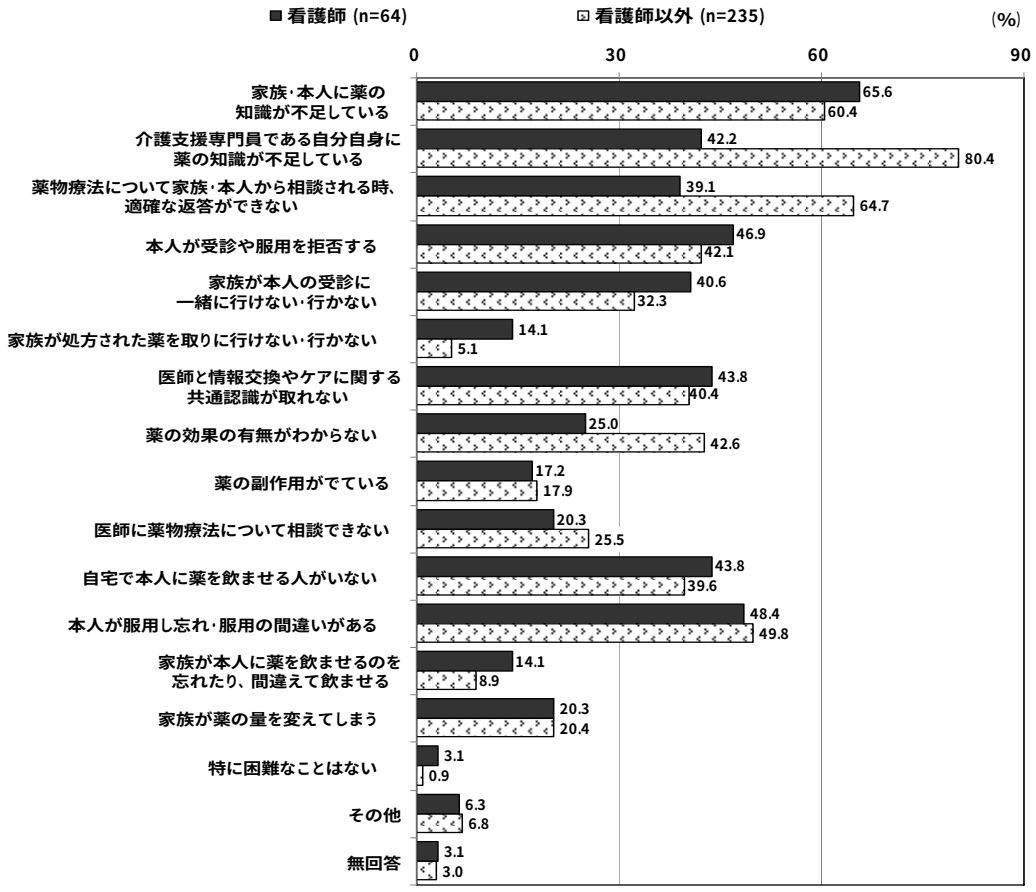


図 27　薬物療法についての困難・課題について保有資格での比較

さらに、薬物療法についての困難・課題についての自由記載についても、看護師保有資格者と看護師資格未保有者に分けて分析を行った。それぞれを内容分析の方法を用いて分析を行った。その結果、看護師資格保有者が困難・課題として記述した内容は、【受診について】、【薬物療法について】、【その他】であった。

【受診について】の内容としては、「受診にこぎつけること」についての記述が3件、「家族が認知症高齢者の変化を医師に伝えきれないこと」についての記述が 1 件であった。【薬物療法について】の内容としては、「薬物管理・モニタリングを行うこと」についての記述が3件、「薬物療法に対する拒否があること」についての記述が2件、「内服の中止や調節をしてしまうこと」についての記述が2件であった。【その他】の内容としては、「家族の理解不足」についての記述が 2 件、「困難事例への対応」についての記述が2件、「周辺症状に対する対応」についての記述が1件であった。

看護師資格未保有者が困難・課題として記述した内容は、【受診について】【薬物療法について】【ケアマネ自身のことについて】【医師について】【その他】であった。【受診について】の内容は、「受診を勧めての受診しない」についての記述が 2 件、「医療を受けるために必要な話しを家族にしても理解が得られない」が 3 件、「受診ができない」が2件、「認知症高齢者の状態を家族が伝えきれない」が1件であった。【薬物療法について】の内容は、「家族の医師によって、認知症高齢者の内服薬の管理が左右される」についての記述が 3 件、「内服薬が多量だったり。重複していることにより、適切に管理できていない」が 3 件、「家族の介護負担と薬物療法使用のバランスをとること」が 2 件、「薬について家族の認識が十分にないこと」が3件、「定期的に服薬できない」が3件であった。【ケアマネ自身についてのこと】の内容は、「医療専門職でない自分では薬物管理の支援はできない」といった記述が 3 件、「認知症高齢者ご認知症高齢者の状態から内服薬の必要性について判断できず、支援に結びつけられない」が3件、「基本的な知識の不足」が4件、「相談できない」が2件、「利用者にどのように対応したらよいか」が3件、「ケアマネとしてどこまで利用者に関与すべきか」が 2 件、「ケアマネとしてできないことがある状態」が3件であった。【医師について】の内容は、「医師と通じ合うことが難しい」といった記述が3件、「主治医が認知症の薬物療法について疑問を持っている」が2件、「医師同士の連携不足」が 3 件、「医師が適切な薬物療法を行わないことがある」が4件であった。

以上の分析結果を比較すると、【受診について】と【薬物療法について】の内容

は重複する内容であった。しかし、看護師資格未保有者が困難･課題として記述した【ケアマネ自身についてのこと】と【医者について】の内容は看護師資格保有者の記述にはないものであった。このことから、両者とも受診する際に感じる困難などは共通しているが、看護師資格未保有者では特に、医療専門職ではない自分自身についての課題（医療や認知症についての基礎知識不足）や医療専門職である医師との連携などについて困難･課題を感じていることが明らかになった。

(6) 講習会で学びたいと思っていたこと

講習会に参加した介護支援専門員が講習会で学びたいと思っていたことについての自由記載の内容として、【認知症高齢者への支援･対応方法】【認知症ケアや治療に関する理解】【認知症症状（中核･周辺）に対する対応】【家族の思いを知り、家族と共通知識や理解を持ち、家族との相談や支援にしたい】【（認知症における）薬物療法に関して全般的に理解したい】【認知症の薬物療法について具体的に理解したい】【医療の専門職との連携】【これまでの実践の確認】【最新情報】があげられた。(表 6)

大カテゴリ	小カテゴリ
認知症の方への支援･対応方法	認知症そのものに対する理解
	認知症状の理解
	BPSDそのものに対する理解
	認知症の方の心理に対する理解
	認知症の方への接し方
	対応
	認知症の方に対する対応、支援
認知症ケアや治療に関する理解	認知症ケアの全般的な理解
	認知症ケアの具体的な理解
	認知症治療の理解
認知症症状(中核･周辺）に対する対応	認知症への対応
	認知症の中核症状に対するケア
	BPSDに対する対応
	ＢＰＳＤのアセスメント方法
	ＢＰＳＤの非薬物療法
家族の思いを知り、家族と共通知識や理解をもち、家族との相談や家族への支援したい	家族の思い
	家族と共通知識･理解を持ちたい
	家族との相談や支援
(認知症における）薬や薬物療法に関して全般的に理解したい	薬
	認知症の薬
	薬物療法
	認知症における薬物療法
認知症における薬物療法に関する具体的に理解したい	薬物療法の必要性
	薬物療法の効果
	認知症の治療薬
	アリセプトの効果
	BPSDに対する薬物療法
	薬物療法の方法
	薬の種類
	認知症薬の種類
	薬の効果
	薬の副作用
	認知症薬の副作用
	副作用時の対応
	服薬管理方法
	薬の使い方
	薬の量
	薬の調整
	薬の飲み、飲ませ方
	認知症の方の服薬
	服用時の注意点
	薬使用の時期、期間
	薬効確認
医療の専門職との連携	医療の専門職との連携
これまでの実践への確認	これまでの実践への確認
最新情報	最新情報
その他	その他

表 6　アンケートに回答した介護支援専門員の講習会で学びたかったこと

(7) 講習会の満足度

講習会終了後、講習会の満足度について、「大変満足した」が 58.9%、「まあまあ満足した」が 38.3%で、97.1%が講習会に満足したと答えた。(図 28)

そして、講習会は「今後役に立つと思いましたか」という質問については、71.7%が「大変役に立つ」、27%が「まあまあ役に立つ」と答えた。(図 29)

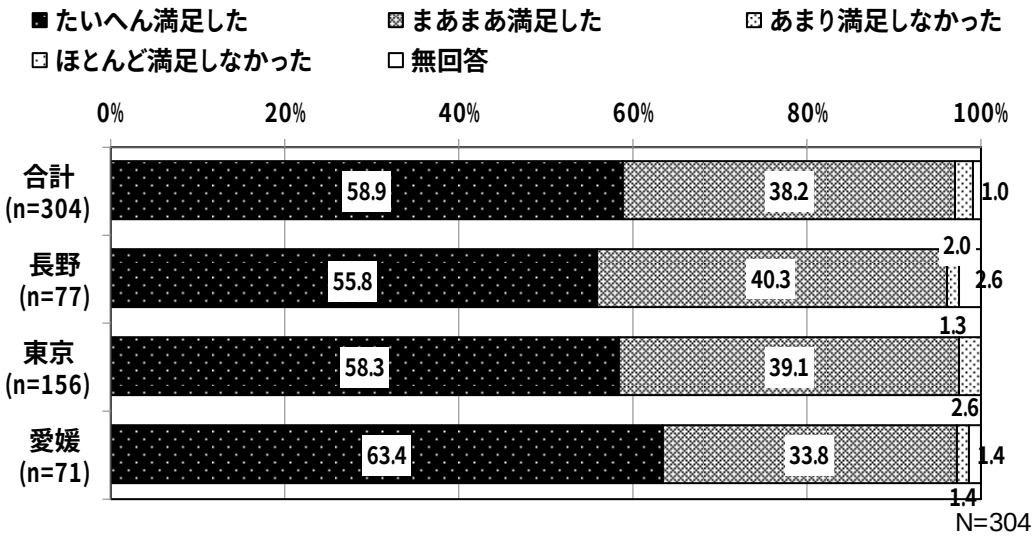


図 28　アンケートに回答した介護支援専門員の講習会満足度

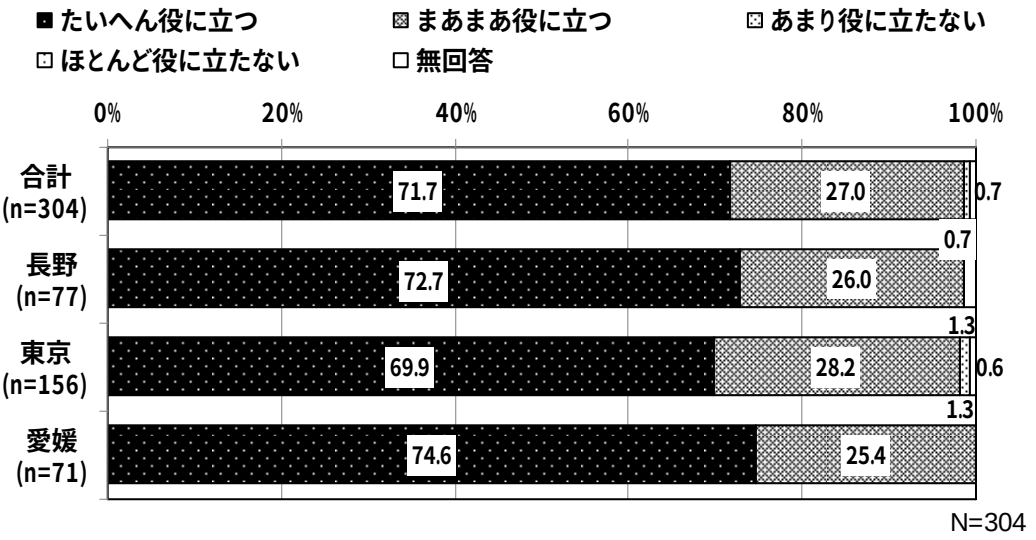


図 29　アンケートに回答した介護支援専門員の講習会内容に対する今後の活用期待度

Ⅶ．結果のまとめ

１．家族介護者が認知症高齢者の薬物療法について経験している困難

アンケート調査結果から､家族介護者が認知症高齢者の薬物療法について経験している困難として以下の点が明らかになった。

・ 薬を処方している医師に相談はでき、内服の確認も家族が実施しているものの、薬の作用や副作用について知識を得ることや、薬の効果を確かめることに困難を感じていた。
・ 家族介護者は生活リズム障害の視点で認知症高齢者の状態を把握する重要性を充分に認識していなかった。
・ 症状に応じて薬を服用するタイミングを調整したり、薬を服用するかどうかを判断することについて困難を感じているケースでは、認知症治療薬･降圧薬･睡眠薬･抗精神病薬･下剤を内服していることが多かった。
・ 薬の商品名について知っていても、薬効について理解していない家族介護者がいた。
・ かかっている医療機関とのやりとりについて、診察を受ける医師の判断や専門性によって左右されることや、現在受けているもしくは受けていない薬物療法について思うところがあることや、医師とよく話せないといった内容について困難を感じていた。

２．認知症高齢者の薬物療法に関する介護支援専門員の困難・課題

アンケート調査結果から､認知症高齢者の薬物療法に関する介護支援専門員の困難として以下の点が明らかになった。

・ 介護支援専門員全体として、家族・認知症高齢者に薬の知識が不足していることに困難を感じていると同時に、介護支援専門員である自分自身に薬の知識が不足していると感じ、薬物療法について家族・認知症高齢者から相談された時、的確な返答ができないことについて困難・課題として感じていた。
・ 介護支援専門員全体として、専門職同士や家族と専門職の間の連携が取れないことについて、介護者・医師間の薬物療法についての共通意識がないことや、認知症高齢者が複数の医療機関に受診している際などに処方が重複してしまうことやその際に共通の記録がないこと、医師との連携が難しいこと、家族が認知症高齢者の状態を専門職に伝えきれないと

いったことが困難・課題として感じていた。

- 薬物療法に関する情報の入手方法として、薬の説明書・処方箋・お薬手帳・主治医意見書などの書類から情報を得ており、加えて医師などの医療専門職や家族といった周囲からの聞き取りからも情報を得ていることが明らかになった。
- 介護支援専門員において、看護師資格保有者と看護師資格未保有者とを比較すると、両者とも受診する際に感じる困難（受診を勧めても受診しない）などは共通しているが、看護師資格未保有者では特に、医療専門職ではない自分自身についての課題（医療や認知症についての基礎知識不足）や医療専門職である医師との連携などについて困難・課題を感じていることが明らかになった。

Ⅷ．考察

１.家族介護者が認知症高齢者の薬物療法について経験している困難について

講習会に参加しアンケートに回答した家族介護者の介護経験 3~4 年、同居している割合 57%、女性が多いことから、認知症高齢者と同居し介護に直接かかわりっている方が多いと考えられた。また、介護している認知症高齢者の介護度が 3~4 であることから、現在は日常生活上での身辺介護が必要となる状況であり、身辺は自立していて元気だが認知症による徘徊などといった行動に振り回されてしまうといった状況を経た後だともいえ、家族の介護状況としては初期の大混乱を経て、しばし落ち着いて介護できる状況にさしかかっているのではないかと思われた。

このようなアンケート回答者から、認知症高齢者の薬物療法について困難を感じていることとして、「薬の作用や副作用について知識を得ること」や「薬の効果を確かめること」が多く回答された。その一方で、70%近くの家族介護者が「薬を処方した医師に相談できている」と回答している。このことから、薬を処方されている医師には相談できているものの、薬の作用や副作用、薬効について知識を得ることや効果を確かめる事が難しいということを困難として感じながら薬物療法を受けていると言える。病院外来やクリニックにおける 1 回の診療時間が 5 分から多くてもせいぜい 20 分程度という現状が一般的にあることから、家族介護者が医師に的確に質問し、薬の効果について理解して医師と認知症高齢者の状態について情報を共有することが難しく、このような結果が得られたのではないかと考えられる。

また、自由記載結果から、【かかっている医療機関とのやりとりの際に感じる困難】として、「診察を受ける医師の判断や専門性によって左右される」「現在受けているもしくは受けていない薬物療法に対して思うところがある」「医師とよく話せない」といった内容が記述されている。その一方で、【困難は感じていない】として、「医療機関にかかっていることで困難は感じずにいる」といった内容が記述されている。現在、かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修を各地方自治体で実施しているが、認知症の薬物療法についてはガイドラインが模索されている状況の中で、かかりつけ医の中にはとまどいながら治療を行っているという現状があることを踏まえると、家

族はかかる医療機関によってやりとりの際に困難を感じたり、または感じずにいたりするのではないかと考えられる。

２.家族介護者が薬物療法を受けている認知症高齢者をケアする際に必要としている知識について

アンケートに回答した家族介護者の講習会への参加理由として、「認知症の薬物療法について学びたい」の他に「認知症ケアについて学びたい」「介護している家族への対応に困っている事がある」との回答が多かった。介護している家族への対応に困っている事の内容としては、【認知症のかたに生じる様々な機能障害の対応】や【認知症の周辺症状・中核症状への対応】【日々の具体的な介護場面での対応】といった、認知症に伴って生じる様々な生活機能障害や周辺・中核症状に対して、どのように対応・ケアすればいいのかといった内容であった。このことから、家族介護者は、薬物療法についてだけではなく、認知症のケアについて困っている事が解決できるようなことを学びたいと思って講習会に参加してきていると言える。つまり、在宅で薬物療法を受けている認知症高齢者をケアしている家族介護者にとっては、薬物療法のことだけではなく、併せて認知症に関する基本知識やケアの基礎知識について必要としていると考えられる。

認知症高齢者の服薬管理・内服状況についての結果から、認知症高齢者が薬を内服する際、80％近くのケースがアンケートに回答した家族介護者を含む認知症高齢者の家族が内服を確認していることが明らかになった。また、薬物療法について困難を感じていることについての結果から、内服薬の作用・副作用について知識を得ることに困難を感じていた。内服薬を服用するタイミングや服用するかどうかを判断することに困難を感じていると回答した家族介護者が介護する認知症高齢者は、認知症治療薬をはじめ睡眠薬、抗精神病薬など、認知症の薬物療法にとって重要な薬剤を内服していることが多かった。つまり、家族介護者は内服確認することはできていても、この薬にどのような効果があり、薬の効果が本当にあるのかどうか副作用は生じていないのか、またこのタイミングで飲ませていいのか、このまま飲ませ続けて良いのかについて判断できず困っているといえる。また、一般に患者の内服の調整方法については、医師から患者家族に口頭で指示されることが多いと言われていることから、内服調整の根拠や目安があいまいなため、家族

介護者の困難感は一層強まると考えられる。

このことから、家族介護者が認知症高齢者の服薬管理を行う上で、服薬している薬の作用・副作用についての知識と、その知識をもとに認知症高齢者にとっての服薬の必要性や服薬のタイミングを判断できるようになることが必要だと考えらえる。認知症高齢者にとっての服薬の必要性や服薬のタイミングを判断するためには、まず介護している認知症高齢者にどのような機能障害があり、何について困っているのかを理解する必要があると考えられる。そして認知症高齢者の困りごとはケアによって改善されるものなのか、それとも薬による治療が必要なのかを医師とともに検討する必要があると考えられる。その上で薬が処方されているのであれば、認知症高齢者の状態が薬を飲んだ事によって改善されたのかそれとも悪化しているのかを、認知症高齢者の立場から評価する必要がある。このことから、家族にとって必要な知識とは、薬についての知識に留まらず、認知症高齢者を理解するための基礎知識、ケアの知識であると考えられる。

３．本事業講習会の評価について

講習会終了時の家族介護者アンケートで、90%近くの回答者から大変もしくはまあまあ満足しているとの回答が得られた。また、講習会終了 1 ヶ月後アンケートの家族介護者アンケートで、アンケート回答者のおよそ半数が講習会内容を日々の介護に生かせたと回答した。介護支援専門員のアンケート結果からも、97%が講習会に満足したと回答し、98%が講習会内容は今後役に立つと回答した。このことから、講習会は参加者から満足が得られ、役に立つものであるとの評価を受けたと言える。

家族介護者が必要としている知識についての考察から、講習会の内容に「認知症の理解」「認知症の薬物療法」が含まれていたことによって、家族介護者に認知症高齢者の薬物療法について正確かつ必要としている知識を提供できたのではないかと考えられる。

講習会終了 1 ヶ月後の家族介護者アンケートで、講習会で学んだことから介護に生かした内容として、認知症の人の立場に立つことや介護者の対応を変えることが記述されていた。その中には、介護者の対応を変えた結果、今まで内服していた薬を医師と相談の上減量できたと記述したケースもあった。このことから、講習会で学んだ内容は介護者にとって日々の介護で実

践できるものであり、また実践することによって認知症ケアの質が向上するケースもあるということが言える。また、家族介護者について Zarit の介護負担スケールを講習会終了時と講習会終了 1 ヶ月後で比較した結果、全体として負担感が有意に軽減した。自由記述内容と Zarit の介護負担スケールの結果から、講習会で学んだ内容から自身の考え方や対応を変えたことによって、家族介護者の負担感が軽減したのではないかと考えられる。このことから、本字業の講習会は効果的であったと言える。

さらに、Zarit の介護負担スケールについて、講習会内容が異なる東京と地方（長野・愛媛）を比較した結果、両者とも負担感は軽減しているものの、地方では有意差がなかったが東京では有意差がみられるという結果が得られた。このことは、地方では「認知症の理解と薬物療法」の内容を合わせて 90 分で実施したのに対して、東京では「認知症の理解」「認知症ケアの基本」「薬物療法」の内容をそれぞれ 60 分ずつ実施したことにより、家族が必要としている知識を介護に活用できる程具体的に学習することができたためではないかと考えられる。

４.在宅で家族介護者が薬物療法を受けている認知症高齢者をケアしていくために必要な支援について

１）介護支援専門員の抱える支援上の課題について

講習会終了時の介護支援専門員へのアンケート結果から、アンケートに回答した介護支援専門員のほとんどが居宅介護支援事業所に勤務していた。つまり、在宅認知症高齢者のケアプランをはじめ直接的な介護相談などを担当している立場にある方が多いということが言える。また、家族介護者アンケートの結果から、医師・薬剤師に次いで薬についての相談相手として多く上げられた職種は、介護支援専門員であった。このことから、在宅で家族介護者が薬物療法を受けている認知症高齢者をケアしていくために必要な支援を考える上で、介護支援専門員の現状や介護支援専門員が認知症高齢者の薬物療法について感じている困難・課題は非常に重要視する必要があるといえる。

アンケートに回答した介護支援専門員の大半が介護福祉士の保有資格者であり、複数回答であっても看護師・保健師などの医療専門知識を有する資格を保持している者は 23%前後に留まった。看護師資格保有者と看護師資

格未保有者別の分析結果から、看護師資格保有者のほうが担当者の服薬把握状況が良かった。また、感じている困難・課題については、両者とも重複する部分はあるものの、看護師資格未保有者は特に医療専門職ではない自分自身のことや医療専門職である医師とのことについて困難・課題を感じていることが明らかになった。一方、薬物療法についての情報を得るために、お薬手帳や医療機関・薬局から出された処方箋についての情報を活用していることが明らかになった。アンケートに回答した介護支援専門員全体として学びたい内容としてあげられた項目は、【認知症高齢者への支援・対応方法】といった支援に関する内容や、【認知症ケアや治療に関する知識】といった基礎知識の内容が多く、認知症高齢者を支援するために必要な知識や支援方法についての学習ニーズがあることが明らかになった。このように、介護支援専門員は、必要な情報を集めたり理解使用とする活動を行っていたと言える。

介護支援専門員は現在様々な職種からの資格取得が可能であり、資格取得の際には医療資格の有無は問われず、試験内容にも医療知識はほとんど含まれない。また、介護支援専門員に対する医療知識の研修などはほとんど行われておらず、個人の責任によって研修を受けたり受けていなかったりしている。このような現状を踏まえると、在宅で家族介護者が薬物療法を受けている認知症高齢者を支援するためには、医療資格がない介護支援専門員でも認知症高齢者にとって必要な薬物療法を理解し、医師と連携できるような情報を共有するツールが必要だと考えられる。

２）在宅で薬物療法を受けている認知症高齢者とその家族に必要な支援

以上本研究結果とその考察から、在宅で薬物療法を受けている認知症高齢者とその家族に必要な支援については以下の通りである。

- 短い診療時間であっても、家族介護者が医師に薬物療法の必要性や効果・副作用の情報を伝え、あるいは質問し、必要な情報をお互いに共有するための支援
- 家族介護者が在宅で薬物療法を受けている認知症高齢者をケアする際に必要とする知識（認知症高齢者を理解するための知識・認知症ケアに必要な知識・薬物療法の知識）を提供するための支援
- 家族介護者を支援する介護支援専門員が、認知症高齢者にとって必要な薬物療法を理解し、医師と連携できるような情報を共有するための支援

5．必要な支援を提供するためのツールについて

必要な支援を提供するためには、家族をはじめ認知症高齢者を支援する専門職に必要な情報を提供し、かつ情報を共有するためのツールが必要だと言える。そこで、研究委員で検討した結果、現在薬剤情報共有ツールとして活用されている「お薬手帳」に着目した。今回のアンケート結果からも、介護支援専門員が認知症高齢者の服薬情報を入手する書類として「お薬手帳」をあげていた。「お薬手帳」については、薬剤師が患者の安全性を確保するために行う「薬剤管理指導業務」を遂行する際に活用されている事が多く、その実践事例について数々の報告[xvi][xvii][xviii][xix]がされている。また、外来がん化学療法における「化学療法の記録」についての研究[xx]では、外来時に患者が行った記録を持参することにより、医師・薬剤師が治療内容の確認や患者の質問に回答する際に役に立ったとの結果が得られている。また、記録をお薬手帳とともに活用普及する必要性について論じている。

このことから、家族をはじめ認知症高齢者を支援する専門職に必要な情報を提供し、かつ情報を共有するためのツールとして、お薬手帳とともに携帯可能なサイズの必要知識を掲載した冊子と認知症高齢者の状態を記録する簡便なチェック表を成果物として開発することによって、必要な支援が提供できると考えた。

Ⅸ．研究成果物

１．家族介護者への情報提供冊子（認知症高齢者とご家族にこころもからだも安定した健やかな生活をもたらすケアとお薬のガイドブック）

アンケート調査結果・考察を踏まえて、認知症高齢者が薬物療法を受ける際に家族介護者が必要とする情報を提供する冊子とシート（ケアと治療に生かす生活状態チェック表）を作成する。冊子に含める内容は、本研究事業として実施した講習会の内容を抽出し､家族でも読みやすいように具体的な表現に修正したものである。なお、この冊子は、家族介護者が認知症高齢者の受診時に携帯出来るよう「お薬手帳」と同サイズで作成し、ともに携行出来るように冊子と「お薬手帳」をさしこめるカバーも作成する。

２．認知症高齢者の日常生活状態チェック表（ケアと治療に生かす生活状態チェック表）

また、シートの内容は、アンケート調査結果から家族が把握しておく必要のある認知症高齢者の状態を示す 16 項目とした。各項目の意図するところは以下の通りである。

①夜、何度も起きたり、夜、寝ている時間が少なかった⇒夜間の睡眠障害
②昼間うとうとしていたり、ぼーっとしていた⇒日中の低活動状態
③自分から何かしようとせず、じっとしていた
　⇒痛みなど何らかの原因によって活動出来ない状態
④イライラする、興奮して大声を出す、たたくなどの行為
　⇒興奮・過活動状態
⑤事実ではないことを思い込む、感じる（妄想・幻覚）
　⇒妄想・幻覚の有無
⑥急に出来ないことやわからないことが増えた
　⇒せん妄や身体疾患の悪化などによる急激な認知機能低下状態
⑦むせや飲み込みにくさ、ろれつが回らないことがあった
⑧無表情でよだれがたれた
⑨ふらつき、手の振るえ、姿勢を保てないことがあった
　⇒⑦～⑧で、抗精神病薬などの副作用によるパーキンソン症状

⑩食欲がなくなったり、吐き気があったりした
　⇒アリセプトの副作用による症状
⑪排泄の失敗が多かった⇒尿路感染症などによる失禁の可能性
⑫便秘もしくは下痢をしていた⇒排便の状況
⑬デイサービスに出かけるなど人々と交流したり、家族の中での役割を果たした。⇒認知症高齢者の社会活動状況
⑭けんかや言い合いをした
⑮介護者が気持ちを察しながら接したので、状態は安定していた
　⇒⑭⑮ともに、認知症高齢者に影響を及ぼす家族介護者の介護状況
⑯その他

以上２つの成果物の詳細な内容については以下の通りである。

認知症高齢者とご家族にこころもからだも
安定した健やかな生活をもたらす
ケアとお薬のガイドブック

認知症は治らないとすべてをあきらめていませんか？
認知症になっても家族とともに健やかに生活していくために
ケアとお薬についてわかりやすくお伝えします

独立行政法人福祉医療機構助成
社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター
認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業研究委員会

当ガイドブックは、認知症介護研究・研修東京センター「認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業」研究委員会の著作物です。

認知症高齢者とご家族にこころもからだも安定した健やかな生活をもたらす

ケアとお薬のガイドブック

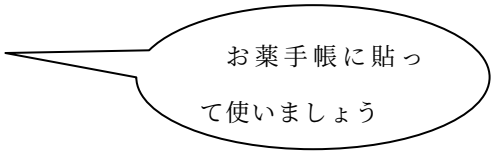
もくじ

ステップ１　認知症について理解しましょう

ステップ２　生活リズムを整えることの大切さを理解して、
認知症の行動・心理症状（BPSD）をはじめとする
生活リズム障害を整えるケアを理解しましょう

ステップ３　認知症治療について理解しましょう

付録　ケアと治療に生かす生活状態チェック表



ステップ１

認知症について理解しましょう

認知症とはどのような状態でしょうか？

認知症は、脳の神経細胞が何らかの原因によって変化するので、物忘れや時間や場所がわからなくなる、判断することができなくなるといった状態になります。そのため今までできていたことができなくなったり、自分のことを自分で決められなくなっていきます。

認知症は病院やクリニックを早期に診断して治療を始めたり、介護支援専門員などの認知症ケアのプロに相談して、早期から適切なケアを行っていきましょう。

認知症ではどのような症状がでるのでしょうか？

認知症の症状は、中核症状と認知症の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）に分けられます。

まず、認知症高齢者に必ずみられる症状を認知症の中核症状といいます。中核症状には、物忘れや判断力の低下、時間や場所の見当がつかなくなるなどの症状があります。

以下は、中核症状の具体例です。

- 今日の年月日や曜日がわからない。
- 今何時頃かわからない。
- 少し前のことや、1～2週間前に話したことを全く覚えていない。
- 同じことを何度も言ったり、会うたびに同じ内容の話をする。
- あれ、それなど代名詞を多く使って話をする。
- 話のつじつまが合わない。
- 洋服の着かたがわからない
- 入浴の時体をうまく洗えない
- 物の名前がでてこない
- 家事を手ぎわよくできない
- 自分の身のまわりにある物が何かわからない
- 家族の顔がわからない
- 自分の家の中でもトイレの場所がわからない

など

時間の見当がつかなくなるなどの中核症状によって、認知症高齢者はいつものように一日を過ごすこと、すなわち生活リズムを整えることが難しくなります。さらにからだの病気やお薬の副作用、わかりにくい緊張しやすい環境、そしておこれられたり気持ちを理解してもらえなかったりすると、認知症の行動・心理症状（BPSD）という、いわゆる生活リズム障害が発症することがあります。以下は BPSD の具体例で

、

‘

BPSDの具体例

・抑うつ
　気持ちが落ち込んでやる気がおきない
・不安
　落ち着かない、イライラしやすい
・興奮
・暴言・暴力
・徘徊
　歩き回る、外に出ようとする
・不眠
　夜中に目が覚める、朝早く目が覚める
・妄想
　物を盗まれたと言う
　配偶者が浮気をしているのではと言う
・幻覚
　いないはずの虫や人が見えると言う　　など

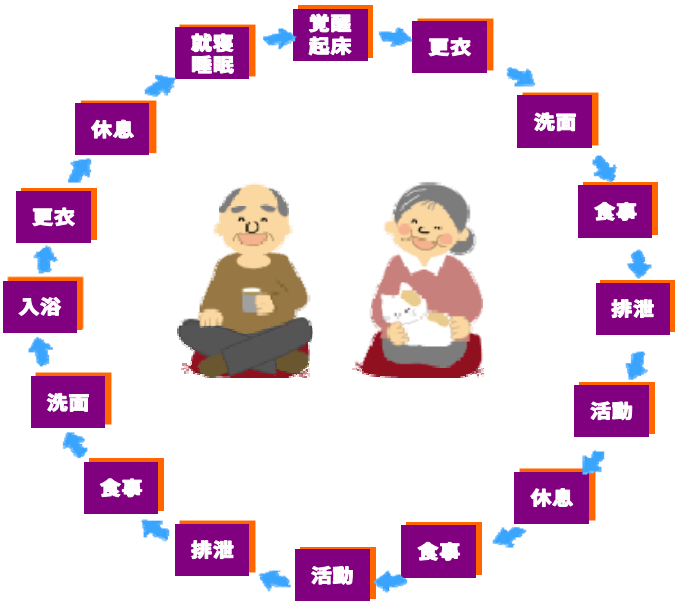
ステップ２

生活リズムを整えることの大切さを理解して、
認知症の行動・心理症状（BPSD）をはじめとする生活リズム障害を
整えるケアを理解しましょう

生活リズムと生活リズム障害とはどういうことでしょうか？

私たちは一日２４時間、自分なりのいつもの過ごし方で毎日を送っています。このような状態を生活リズムが整っているといいます。それができなくなっている状態が生活リズム障害です。

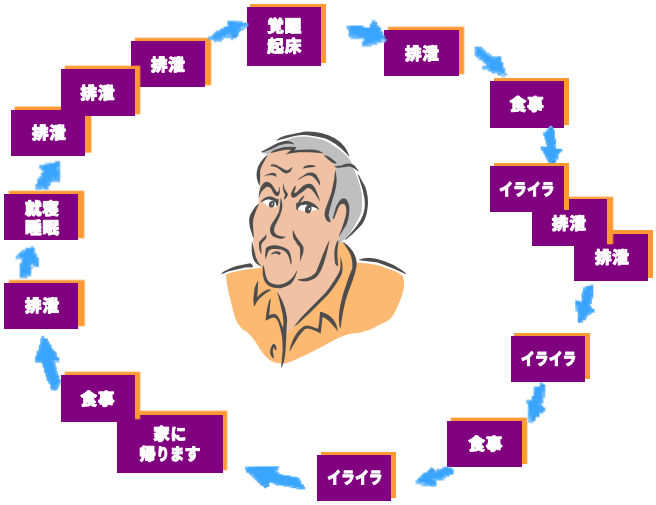
生活リズムが整っている人（例）



ＢＰＳＤと生活リズム障害はどのような関係があるのでしょうか？

生活リズム障害には、主に過活動と低活動があります。ＢＰＳＤが起こると自分なりのいつもの過ごし方ができなくなってしまうので、ＢＰＳＤは生活リズム障害ということができます。ただし、生活リズム障害はＢＰＳＤの他にも、からだの病気や痛みやかゆみといった不快な症状、お薬の副作用、役割や興味、関心をもつことのない生活でも起こります。

過活動の生活リズム障害の人（例）



低活動の生活リズム障害の人（例）

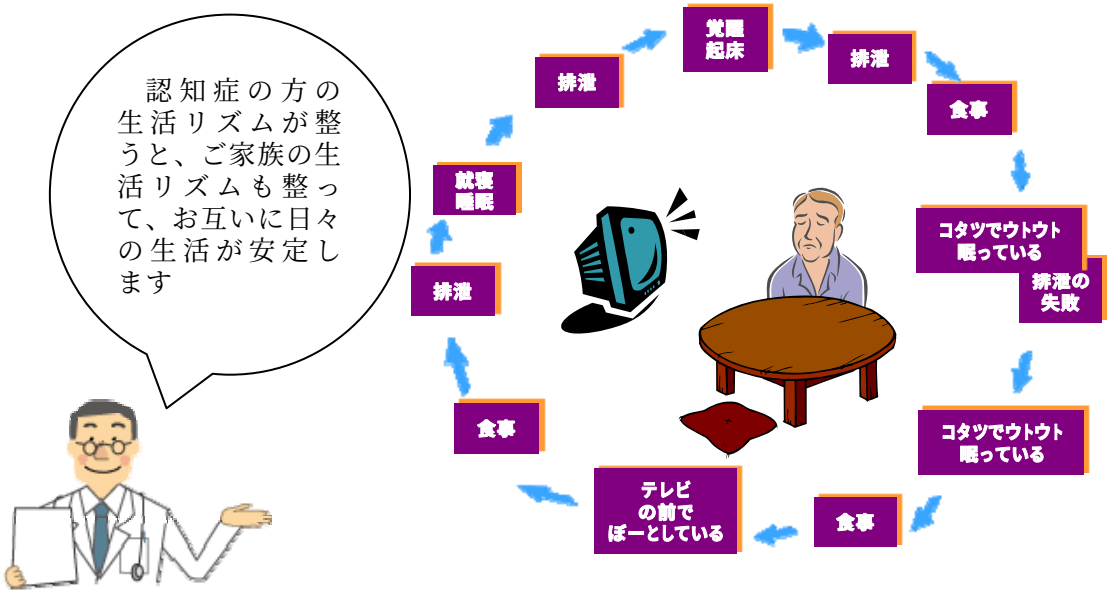
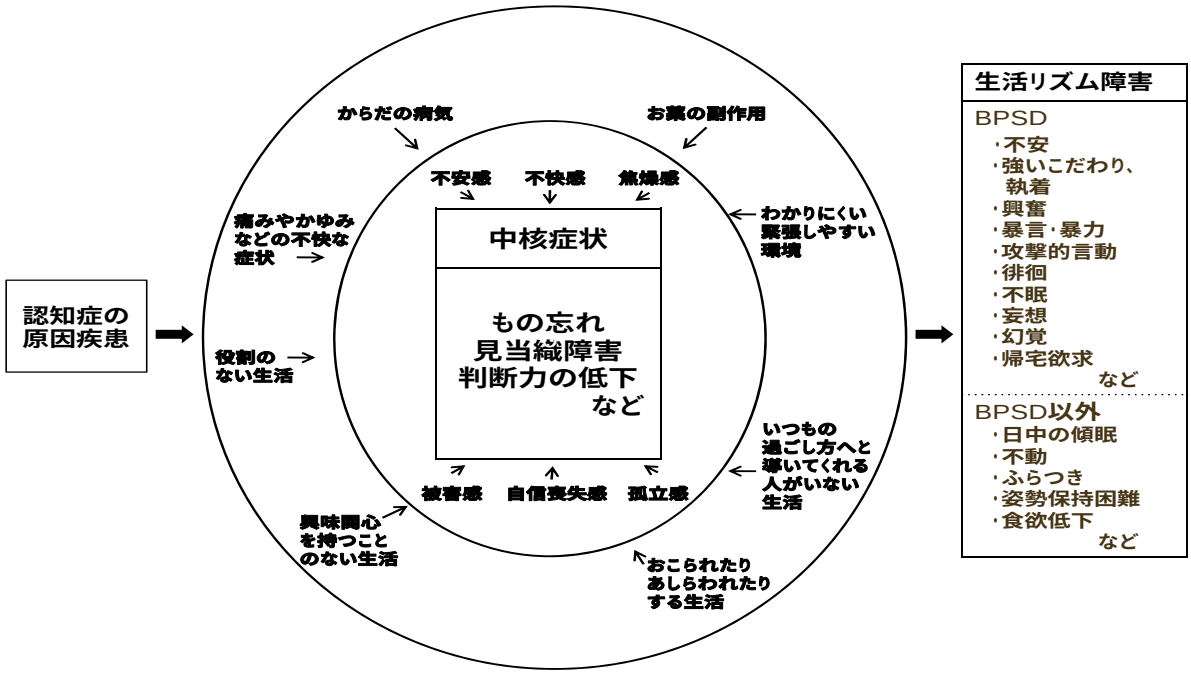


図　認知症の人と生活リズム障害の関係



＜高齢者痴呆介護研究・研修センターテキスト編集委員会編著：高齢者痴呆介護実践講座　研修用テキスト－専門課程－　P.151, 第一法規出版, 2002 を参考にして諏訪さゆりが作成＞

BPSD などの生活リズム障害を整えるためにはどうしたらいいのでしょうか？

BPSD などの生活リズム障害を整えるために、１０のケアポイントを行っていきましょう。これらのケアが行われないままでいると、ＢＰＳＤが発症したり悪化してしまいます。ご家族のこころとからだもつらくなりますから、１０のケアポイントを心がけましょう。

BPSD などの生活リズム障害を整えるための１０のケアポイント

１．時間の見当がつくようにする
２．食事を、規則正しくおいしく食べられるようにする
３．日中に日光を気持ちよく浴びられるようにする
４．日中、すっきり覚醒して、興味・関心を持てる過ごし方ができるようにする
５．怒ったり、けんかしたり、あしらったりしないようにする
６．認知症高齢者の気持ちを察しながら、大切にされている、安心できると思ってもらえるようにコミュニケーションをとる
７．デイサービスに出かけるなどして人々と交流できる機会を作る
８．デイサービスや家庭の中などで自分から役割を担う機会を作る
９．眠る前にはからだが温まっているようにし、寝具も暖かくしておく
10．夜間は間接照明を利用してまぶしい光を浴びないようにするなど、落ち着く環境にする

＜認知症ケアのためのまめ知識１＞
これまでの研究から、生活リズムが整うためには
・時間の見当がつく
・食事を規則正しくおいしく食べる
・日中に日光を浴びる
という３つの条件が重要であることがわかっています。

BPSD などの生活リズム障害を整えるための１０のケアポイントを大切にするためには、具体的にどうしたらいいのでしょうか？

１０のケアポイントごとに具体例をあげてみました。これらをヒントにしてケアを工夫してみましょう。

１．時間の見当がつくようにするために

- 家族やケア専門職から時間を伝える
- 「おはようございます」「こんにちは」など、時間を告げるあいさつをする
- 時計やカレンダーを視野に入るところに置く
- 時刻や季節を感じることのできる外の景色が見えるようにする
- 習慣になっていることを、いつ行う習慣であったのかを考慮して行えるようにする（例えば、朝８時に新聞を広げて目を通す、午後３時にお茶を飲むなど）
- 適切に調整されためがね、補聴器を準備し、使用できるようにする

２．食事を、規則正しくおいしく食べられるようにするために

- 習慣を大切にしながら、その人にとっての適切な食事時間を検討し、その人なりに規則正しく食事をとれるようにする
- 適切な食事時間を検討する際に、体調、体力、認知症高齢者やまわりの人の一日の過ごし方、もともとの習慣などを考慮に入れる
- 認知症高齢者がおいしそう！と思える料理、使われている食材や味がわかりやすい料理を大切にする。彩り、香り、盛りつけ、温度、食器なども工夫する
- ゆっくり落ちついて食べることのできる環境を整える
- 食べ方を言葉や動作、あるいは介護者が手を添えるなどして伝える
- 認知症高齢者にとってわかりにくいようであれば、ふたや透明のラップなどをあらかじめ取り除いておく

３．日中に日光を気持ちよく浴びられるようにするために

- カーテンを開けて、部屋の中に朝日を取り入れる
- 午前中の散歩など、特に午前中、気持ちよく日光を浴びることのできる活動をする
- 植木の水やりなど、屋外や窓辺の近くで日光を浴びながら楽しんで活動できるようにする

・ 屋外や窓辺の近くで過ごすことができるよう、ベンチやソファなどをしつらえる
・ 熱中症、日焼け、脱水症に注意する

4．日中、すっきり覚醒して、興味・関心を持てる過ごし方ができるようにするために
・ 朝起きた後、日本茶やコヒーなどカフェインを含む飲み物を飲めるようにする
・ 興味・関心を持って楽しめることは何か、認知症高齢者と一緒に見つけていく
・ 以前、興味・関心を持っていたことをヒントにする
・ 日中、家族や知人・友人と楽しく交流できる機会を作る
・ デイサービスなどで人々と交流できる機会を作る
・ デイサービスなどで、興味・関心を持って楽しめる活動をできるようにする

5． 怒ったり、けんかしたり、あしらったりしないために
・ その時、その場で認知症高齢者の表情から気持ちを理解していく
・ 認知症高齢者の気持ちを聴いてみる
・ その状況での認知症高齢者の気持ちを察してかかわっていく

6．認知症高齢者の気持ちを察しながら、大切にされている、安心できると思ってもらえるようにコミュニケーションをとるために
・ ゆっくり話しかける
・ 認知症高齢者にわかりやすい言葉で話しかける
・ 伝える時は、認知症高齢者と視線を合わせて、表情やしぐさ豊かに伝えていく

7．デイサービスに出かけるなどして人々と交流できる機会を作るために
・ デイサービスやデイケアの利用について介護支援専門員などに相談する
・ 地域にあるどのようなデイサービスやデイケアが認知症高齢者に合っているか介護支援専門員などと検討する
・ 介護保険サービス以外にも、認知症高齢者がみんなと一緒に楽しんで過ごせる機会や場が地域にあるかどうか介護支援専門員などと相談し、利用を検討する

８．デイサービスや家庭の中などで自分から役割を担う機会を作るために

・興味のあることや楽しめることを自分の役割としてやっていただく

・大切な家族であることを伝えていく

・家族のためにできることをやっていただく

・どんな小さなことでも、認知症高齢者がやってくださったことに感謝の気持ちを伝えていく

９．眠る前にはからだが温まるようにし、寝具も暖かくしておくために

・眠る前に入浴や足浴をして、からだが温まるようにする

・寝具を暖めておく

・カフェインの少ない、暖かい飲み物を飲めるようにする

・夜間は日中より室温を下げる

＜認知症ケアのためのまめ知識２＞

私たちは眠りにつく時に、からだの中心部の体温、すなわち深部体温が必ず下がってきます。そのため、就寝前に入浴や足浴でからだを暖めることで深部体温が下がることが促され、気持ちよく眠ることができます。

10. 夜間は間接照明を利用し、まぶしい光を浴びないようにするなど落ち着く環境にする

・夜間、トイレへ行く時やオムツをとりかえる時、間接照明を利用するなど、まぶしい照明にはしないようにする

・寝室に不快な音が聞こえていないか確かめる

・寝る前に日本茶やコーヒーなどカフェインを多く含む飲み物を控える

＜認知症ケアのためのまめ知識３

―私たちを眠りに導くメラトニンのしくみ―＞

人間は午前中に日光を浴びてからおよそ１４～１６時間後に眠気を作り出すメラトニンというホルモンが分泌されはじめ、その２～３時間後に眠気をもよおすようにできていますそのため特に午前中に日光を浴びることのできる環境や活動は、夜、いつもの時間に寝ることを促します。夜間に浴びる光の量が増えてしまうと、メラトニン分泌量が減ってしまい、眠くなくなってしまいます

ステップ３
認知症治療について理解しましょう

認知症は治るのでしょうか？

認知症は現在の医療では治すことはむずかしいのですが､適切なケアと治療を行うことで､認知症の進行を抑え､こころもからだも安定した健やかな生活を送ることができるようになります。

認知症治療の７つのポイントは以下のとおりです。

＜認知症治療の７つのポイント＞

１．中核症状（物忘れ、判断力の低下、時間や場所の見当がつかないなど）の治療を早期に始めましょう

２．BPSD などの生活リズム障害を整えるための１０のケアポイントを実践しましょう

３．中核症状があってもわかりやすくて安心できる環境を整えましょう

４．からだ疾患（高血圧・感染症・便秘症、脱水症など）が BPSD などの生活リズム障害の原因になっていないか確認しましょう

５.現在のお薬の副作用が生活リズム障害の原因になっていないか確認しましょう

６．それでも改善が困難で生活リズムが整わない場合は、医師と相談して BPSD に対するお薬による治療（どのような症状に対して、どのお薬を服用し､どのような状態になることを目標にするのか）を検討しましょう

７.服薬したことを誰が確認するのかなど､お薬を適切に服用するための体制や環境を整えましょう

認知症の治療や高齢者の治療で処方されることの多いお薬はどのような作用と副作用があるのでしょうか？

認知症の治療や高齢者の治療で処方されることの多いお薬について作用と副作用を表に示しました｡お薬によってこころもからだも安定した健やかな生活を目指す時に､参考にしてください。この表には載っていないお薬を飲んでいる方も多いと思いますので、医師や薬剤師、看護師、介護支援専門員にお薬の作用と副作用について確かめてみましょう。

＜認知症高齢者が服用することの多いお薬の作用と副作用＞

一般名	商品名	一般的な容量	作用	副作用
塩酸ドネペジル	アリセプト®	3～5 mg (高度の認知症の場合は10 mg)	認知症の中核症状の進行を緩やかにする。	嘔気・食欲不振、興奮、不眠、頭痛など。
抑肝散		2.5 mg×3包	興奮・妄想などを抑える。	血中カリウム値低下。食欲不振・悪心・下痢など。
フマル酸クエチアピン	セロクエル®	12．5～25 mg	活動性を下げる。幻覚・妄想を抑える。	表情が乏しくなる、体の動きが遅くなる、ぎこちなくなる、むせやすくなる、姿勢を立て直せないなどのパーキンソン症状。
リスペリドン	リスパダール®，リスパダールコンスタ®,リスペリドン「ＣＨ」®「ＭＥＥＫ」®「ＮＰ」®「ＮＴ」®「アメル」®「オーハラ」®「サワイ」®「サンド」®「タイヨー」®「タカタ」®「トーワ」®「日医工」®「マイラン」®「ヨシトミ」®	0．5～1 mg		
オランザピン	ジプレキサ®,ジプレキササイディス®	12．5～25 mg		
マレイン酸フルボキサミン	デプロメール®	25～50 mg	意欲をあげる。強迫症状（こだわり）の改善。	イライラ、むかつき。起立性低血圧（立ち上がり時のめまい・ふらつき）
	ルボックス®			
塩酸ミ	トレドミン®,ミルナシプ	25～		

ルナシプラン	ラン塩酸塩「ＡＦＰ」[R]「ＪＧ」[R]「ＮＰ」「ＴＹＫ」「アメル」「サワイ」[R]「タイヨー」[R]「トーワ」[R]「日医工」[R]	75 ㎎		
ブラチゾラム	レンドルミン[R],レンドルミンＤ[R],アムネゾン[R],グッドミン[R],ゼストロミン[R],ソレントミン[R],ネストローム[R],ノクスタール[R],ブロゾーム[R],ブロチゾラム「ＥＭＥＣ」[R]「ＹＤ」[R],ブロチゾラン[R],ブロメトン[R],ユリモラン[R],レドルパー[R],レンデム[R],ロンフルマン[R]	0．25 ㎎（就寝前）	不安や緊張を和らげて、入眠しやすい状態を作り出す。	ふらつき。嘔気・悪心、口渇。

＜高齢者が内服する際に副作用に留意したいお薬＞

一般名	作用・商品名	注意が必要なポイント
ハロペリドール レボメプロマジン クロルプロマジン塩酸塩	興奮を抑える セレネース[R],エセックチン[R],ハロペリドール「ＣＨ」[R]「ツルハラ」[R]「トーワ」[R]「マイラン」[R],リントン[R],レモナミン[R],コントミン[R],ウインタミン[R],塩酸クロルプロマジン「コバヤシ」[R]「ツルハラ」[R],レボトミン[R],ソフミン[R],レボホルテ[R]	表情が乏しくなる、体の動きが遅くなる、歩幅がせまくなる、むせやすくなる、姿勢を立て直せないなどのパーキンソン症状が副作用として起こりやすい
パロキセチン塩酸塩水和物	意欲を上げる パキシル[R]	抗コリン作用のため認知機能が悪化することがある
トリアゾラム ゾピクロン	入眠しやすくする ハルシオン[R],アサシオン[R],アスコマー	意識障害を起こす危険性がある

ゾルピデム酒石酸塩	ナ[R],カムリトン[R],トリアゾラム「ＥＭＥＣ」[R]「ＴＳＵ」[R],トリアゾラム[R],ネスゲン[R],ハルラック[R],パルレオン[R],ミンザイン[R], アモバン[R],アモバンテス[R],スローハイム[R],ゾピクール[R],ゾピクロン「トーワ」[R],ドパリール[R],メトローム[R],マイスリー[R]	
エスタゾラム ニトラゼパム フルニトラゼパム	入眠しやすくする ユーロジン[R],エスタゾラム「アメル」[R],ネルボン[R],チスポン[R],ニトラゼパム「トーワ」[R],ネルロレン[R],ノイクロニック[R],ヒルスカミン[R],サイレース[R],ロヒプノール[R],ビビットエース[R],フルトラース[R],フルニトラゼパム「アメル」[R]	昼間まで眠気が残ってしまう可能性がある
ベンゾジアゼピン系抗不安薬 ジアゼパム クロチアゼパム アルプラゾム	不安の軽減 セルシン[R],ホリゾンン[R],ジアゼパム「アメル」[R]「サワイ」[R]「タイヨー」[R]「トーワ」[R],ジアパックス[R],セエルカム[R],セレナミン[R],パールキット[R],リリーゼン[R],リリパー[R],リーゼ[R],イソクロンン[R],クロチアゼパム「トーワ」[R],ナオリーゼ[R],ニラタック[R],リリフター[R],リルミン[R],コンスタン[R],ソラナックス[R],アゾリタン[R],アルプラゾラム「トーワ」[R],カームダン[R],メデポリン[R]など	意識障害や筋脱力、昼間の眠気などを起こす作用がある
プロピベリン塩酸塩	尿失禁治療薬 バップフォー[R],ウリキュア[R],ウロナベリン[R],塩酸プロピベリン「Ｆ」[R]「ＫＮ」[R]「ＳＫＫ」[R]「ＳＷ」[R]「アメル」[R]「タツミ」[R],ノーラガード[R],バップベ	認知機能を低下させる作用がある

	リン®,バルレール®,バンコミック®,ビフォルベリン塩酸塩「タナベ」®,ペニフォー®,ベンズフォー®,ポラーリン®,ミクトノーム®,ユリロシン®など	
カベルゴリン プロモクリプチン メシル塩酸 プラミペキソール塩酸塩水和物 ペルゴリドメシル塩酸	パーキンソン病治療薬 カバサール®,カベルゴリン「F」®「アメル」®「サワイ」®「タナベ」®「トーワ」®「日医工」®「マイラン」®,パーロデル®,アップノールB®,コーパデル®,デパロ®,パドパリン®,パルキゾン®,パーロミン®,パロラクチン®,プロスペリン®,メーレーン®,ビシフロール®,ペルマックス®, ペルゴリド「サワイ」®,ペルゴリン顆粒®,メシル酸ペルゴリド「アメル」®「マイラン」®,などのパーキンソンアゴニスト,抗コリン剤ならびにドーパミン製剤が大量に使用された場合	認知機能低下や意識障害を起こす可能性がある。一定期間処方されている薬剤を急に中止すると、パーキンソン症状を急速に悪化させる可能性があるので、減量・中止は慎重に行う必要がある。
ファモチジン ラニチジン塩酸塩	胃潰瘍治療薬 ガスター®,ザンタック®など	意識障害を起こす作用がある
スルピリド	食欲・意欲低下の改善 ドグマチール®など	パーキンソン症状が副作用として起こりやすい

お薬による治療のために、家族から医師へどのような情報を伝えたらいいのでしょうか？

お薬による治療が行われるためには、医師には治療の必要性や効果を検討したり、副作用の有無を確かめたりするための情報が必要となります。それらの情報を医師に伝えるために、ご家族の方は次の項目をチェックし、お薬手帳と一緒に持っていきましょう。チェックする時には、介護支援専門員の方に手伝ってもらってもいいでしょう。

ケアとお薬による治療を行うことで、認知症高齢者はもちろん、ご家族も生活リズムが整い心もからだも安定した健やかな毎日を送ることができま

す。

付録　ケアと治療に生かす生活状態チェック表

お薬手帳に貼りましょう

適切なケアと副作用のない治療のために生活リズムに関する以下の項目を確認して、気になったことに○をつけてください。一定期間毎日記入して担当の医師や介護支援専門員に高齢者の状態を伝え、ケアと治療に生かしていきましょう。

項目 ＼ 日付	／	／	／	／	／	／	／
①夜、何度も起きたり、夜、寝ている時間が少なかった							
②昼間うとうとしていたり、ぼーっとしていた							
③自分から何かしようとせず、じっとしていた							
④イライラする、興奮して大声を出す、たたく等の行為							
⑤事実ではないことを思い込む、感じる(妄想･幻覚)							
⑥急にできないことやわからないことが増えた							
⑦むせや飲み込みにくさ、ろれつが回らないことがあった							
⑧無表情でよだれがたれた							
⑨ふらつき、手の振るえ、姿勢を保てないことがあった							
⑩食欲がなくなったり、吐き気があったりした							
⑪排泄の失敗が多かった							
⑫便秘もしくは下痢をしていた							
⑬デイサービスなどに出かけたりるなど人々と交流したり、家族の中での役割を果たした							
⑭けんかや言い合いをした							
⑮介護者が気持ちを察しながら接したので、状態は安定していた							
⑯その他、認知症治療の対象となっている症状や家族が気になっている症状（　　）							

ⓒ2010，認知症介護研究・研修東京センター
「認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業」研究委員会

おわりに

認知症高齢者とご家族にこころもからだも安定した健やかな生活をもたらすケアとお薬について、ステップ１からステップ３まで理解していただけましたか。適切な認知症ケアと認知症治療によって、からだの病気や薬の副作用、そして BPSD などによる生活リズム障害を予防し、改善することができます。認知症になっても、家族とともに充実した生活を送ることを目指しましょう！

独立行政法人福祉医療機構助成
社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター
認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業研究委員会

窪田　茂比古　窪田クリニック
高橋　正彦　　福井県立すこやかシルバー病院
小池　富士子　介護老人保健施設朝日ホームおんせんリハビリテーションセンター
松永　美根子　介護老人保健施設　孔子の里
小林　厚子　　株式会社　クロス・サービス
永島　光枝　　認知症の人と家族の会
須藤　博子　　荻窪病院訪問看護ステーション
谷口　慶子　　杉並区地域包括支援センター ケア 24 下井草
西川　千穂　　新小岩訪問看護ステーション　ほほえみ
諏訪　さゆり　認知症介護研究･研修東京センター(委員長)
中村　考一　　認知症介護研究･研修東京センター(事務局)
高山　紘子　　認知症介護研究･研修東京センター(事務局)
姜　　文熙　　認知症介護研究･研修東京センター(事務局)

X．委員名簿

委員長

諏訪　さゆり　認知症介護研究･研修東京センター

委員

窪田　茂比古　窪田クリニック

高橋　正彦　福井県立すこやかシルバー病院

小池　富士子　介護老人保健施設朝日ホームおんせんリハビリテーションセンター

松永　美根子　介護老人保健施設　孔子の里

小林　厚子　株式会社　クロス・サービス

永島　光枝　認知症の人と家族の会

須藤　博子　荻窪病院訪問看護ステーション

谷口　慶子　杉並区地域包括支援センター ケア 24 下井草

西川　千穂　新小岩訪問看護ステーション　ほほえみ

事務局

中村　考一　認知症介護研究･研修東京センター

高山　紘子　認知症介護研究･研修東京センター

姜　文熙　認知症介護研究･研修東京センター

XI．参考文献

[i] 国際老年精神医学会　日本老年精神医学会監訳：痴呆の行動と心理症状．ｐ15，第一版アルタ出版，2005

[ii] 谷向 知：痴呆症の精神症状・行動異常(BPSD)と薬物療法--AD,DLB,FTLDを中心に 痴呆症でみられる精神症状・問題行動(BPSD)の生物学的背景 (アルツハイマー型痴呆の診断・治療と患者・家族を考える--アルツハイマー型痴呆研究会 記録) -- (トラックセッション 2 アルツハイマー型痴呆患者・家族の負担とフォローを考える)．老年精神医学雑誌　15(-), (179)　73～78 ,2004/12

[iii] 藤沢嘉勝，佐々木健：高度認知症を治療する意義はどこにあるか－治療的アプローチの多様性について－（トラックセッション２　認知症治療を再考する－新しい観点と治療技術の将来）．老年精神医学雑誌 19（増刊号Ⅰ），119~122,2008/1

[iv] 文献１．ｐ99

[v] 森脇 智子 ，原 祥子、在宅認知症高齢者の家族介護者の悩みと介護継続要因、日本看護学会論文集，老年看護 39, 50～52 ,2008

[vi] 本間昭：痴呆性高齢者の介護者の介護者にはどのような負担があるのか　痴呆性高齢者の介護はどのように、またなぜ大変なのか．介護支援専門員 5(1),66-69,2003.

[vii] 尾之内直美、家族会から生まれた介護教室―オノウチ式家族支援プログラムによる家族支援、訪問看護と介護、10、6、485-492、2005

viii) 臼井康雄，金子博純：医師会と専門医との連携について－検診事業から地域連携推進を考える－．老年精神医学雑誌，１６（Ⅱ），１８２－１８８，２００５
ix) 吉本 知恵 , 横川 絹恵 , 古川 不二江 [他]、在宅痴呆性高齢者家族にとっての少人数家族会の意味--通所リハビリテーションを利用している家族への調査、日本看護学会論文集, 地域看護　34, 133～135 ,2003
x) 犬塚 伸 , 天野 直二：精神症状・行動障害治療ガイドライン (アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアガイドライン)．老年精神医学雑誌　16(-), (184)　75～91 ,2005/4.
xi) 本間　昭：非定型抗精神病薬の適応をめぐって．老年精神医学雑誌　18（7)　701～706．2007/７
xii) 原田 和佳：クリニックにおけるBPSDへの対応と課題 (特集 さまざまな治療場面におけるBPSDへの対応と課題)．老年精神医学雑誌　18(12), (223)　1300～1308 ,2007/12
xiii)田北 昌史：BPSDの薬物治療を考える--抗精神病薬,抗うつ薬の使い方を再考する (アルツハイマー病診療のスキルアップを考える) -- (トラックセッション 進行した認知症の診療スキルアップを考える--中核症状の治療とBPSDへの対応)．老年精神医学雑誌　20(-), (240)　139～143 ,2009/2
xiv) 木下徹, 本間昭：認知症を地域で支える　行動障害への対応．老年精神医学雑誌．17(5),510-518
xv)日本老年看護学会：平成 19 年度老人保健健康増進等事業（厚生労働省　老人保健事業推進費等補助金）高齢者の胃瘻閉鎖、膀胱留置カテーテル抜去を安全かつ効果的に実施するためのアセスメント・ケアプログラムの開発に関する調査研究事業　報告書．101-137.
xvi)小島文良，櫻井可奈子，伊藤順子，武田直子，半田貢康ら：山形県内の保健薬局におけるお薬手帳の活用度調査．医療薬学,31(4),290-294,2005.
xvii)小島文良，武田直子，半田貢康，仲川義人：山形県内の病院における入院患者持参薬の取り扱いとお薬手帳，薬剤情報提供紙との整合性．日病薬誌，43(7),942-945,2007.
xviii)橋本陽，小出哲朗，沢部公子：入院患者における時差若チェックおよびお薬手帳の活用による安全管理としての有用性の検討．日病薬誌．45(6),798-800,2009.
xix) 町田聖治，清水誉志，新治嘉一，岸川春樹，福島将友，増田和久：退院時発行の「お薬手帳」の有用性と薬・薬連携推進に向けた取り組み-入院中の副作用情報を退院後の薬剤安全管理情報へ-．日病薬誌．42(6),746-750,2006.
xx)丸山陵子，関矢知恵，田下国夫ら：外来がん化学療法における「化学療法の記録」の評価．日病薬誌，44(5),741-743,2008.