

〔原 著〕

## フィンランドとイギリスの地域における 認知症高齢者と家族への服薬支援

諏訪さゆり<sup>1)</sup> 辻村真由子<sup>1)</sup> 島村 敦子<sup>2)</sup> Helli Kitinoja<sup>3)</sup> Jaakko Kontturi<sup>4)</sup>  
得居みのり<sup>2)</sup> 犬山 彩乃<sup>5)</sup>

Providing Assistance in Drug Administration to Elderly with Dementia and Their Families in Finland  
and the UK

Sayuri Suwa<sup>1)</sup>, Mayuko Tsujimura<sup>1)</sup>, Atsuko Shimamura<sup>2)</sup>, Helli Kitinoja<sup>3)</sup>, Jaakko Kontturi<sup>4)</sup>,  
Minori Tokui<sup>2)</sup>, Ayano Inuyama<sup>5)</sup>

### 要 旨

本研究の目的は、フィンランドならびにイギリスの地域における認知症高齢者と家族への服薬支援を明らかにし、日本の認知症ケアへの示唆を得ることである。

フィンランドとイギリスの高齢者医療・ケアの専門職等24人に対して、認知症高齢者の薬物療法と服薬支援に関する半構造化面接を実施し、①国としての高齢者の薬物療法のシステム、②認知症の薬物療法の実施体制、③個々の認知症高齢者の服薬支援のための具体的方法、④認知症高齢者が適切に服薬するための家族への支援方法、⑤服薬支援に関する関係者間の連携方法について内容分析を実施した。

フィンランドでは、薬物療法における情報の一元管理や看護職を対象とした薬物療法に関する教育プログラム、メモリーナースの自治体への配置が国レベルで展開され、看護職が個々の認知症高齢者の薬物療法を支援していた。イギリスでも、精神症状・行動障害は不適切なケアによって発症し、向精神薬は認知症高齢者の予後に不利益をもたらすことから、処方しないという対応が徹底されていた。さらに両国では、副作用を発見するために、家族や多職種によるモニタリングと連絡・相談が円滑にできる体制が整っていた。

日本においては看護師が認知症の薬物療法に関する専門性を高めて積極的に支援するとともに、副作用も含め処方薬に関する情報の集約と連絡・相談体制の構築、さらに多職種の連携による効果や副作用のモニタリングによって、向精神薬の低減を目指すことが必要であると示唆された。

**Key Words** : 服薬支援, 認知症ケア, フィンランド, イギリス

1) 千葉大学大学院看護学研究科

2) 千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程

3) Seinäjoki University of Applied Sciences, Finland

4) City of Seinäjoki, Finland

5) 千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程

1) Graduate School of Nursing, Chiba University

2) Doctoral Course, Graduate School of Nursing, Chiba University

3) Director, Development of Global Education Services, Seinäjoki University of Applied Sciences, Finland

4) Director of Home Care, City of Seinäjoki, Finland

5) Master's Course, Graduate School of Nursing, Chiba University

## Abstract

The purpose of this research is to explore assistance provided in drug administration to elderly with dementia and their families in Finland and the United Kingdom (UK) to gain suggestions for dementia care in Japan.

Semi-structured interviews regarding drug therapy and assistance in drug administration to elderly with dementia were held with 24 professionals providing care and treatment to the elderly in Finland and the UK. Content analysis was conducted on (1) the nationwide drug therapy system for elderly, (2) the system for implementing drug therapy for dementia, (3) specific methods of assistance in drug administration for each elderly individual with dementia, (4) methods of assistance for families so that elderly with dementia appropriately take drugs, and (5) collaborative methods among relevant individuals regarding assistance with drug administration.

In Finland, unified management of information on drug therapy, education programs on drug therapy for nursing professionals, and placement of memory nurses in municipalities have been developed at the national level. Nursing professionals provide assistance with drug therapy for individual elderly patients with dementia. In the UK, psychotropic drugs are not prescribed since they are detrimental to the prognosis of elderly with dementia and psychiatric symptoms/behavioral disorders appear due to inappropriate care. Furthermore, in both countries there are established systems that enable the smooth implementation of monitoring and communication/consultation between families and various professionals for the purpose of discovering side effects.

This suggests there is a necessity in Japan for nurses to improve their expertise in drug therapy for dementia and actively provide assistance. In addition, systems should be created to gather information and provide communication/consultation on prescription drugs, including their side effects. Furthermore, a reduction in psychotropic drugs should be targeted by monitoring effectiveness and side effects through collaboration among various professionals.

**Key Words** : drug administration, dementia care, Finland, the UK

## I. はじめに

日本では、2000年の介護保険法施行と同時にさまざまな認知症対策が展開されてきた。特に認知症医療については、早期診断・早期治療が奨励されており、中核症状と言われている認知機能低下に対する薬物療法については効果が確認され、適用と処方確立してきた。一方、暴言・暴力、不穏、徘徊などの精神症状・行動障害については、身体的合併症、薬物、心理的状态、ケアを含む環境要因によってその状態像が修飾されることが明らかにされており<sup>1)・2)</sup>、日本では家族介護者の負担軽減のためにも、抗精神病薬や睡眠薬、抗不安薬などによる薬物療法が実施されている<sup>3)・4)</sup>。

しかし、認知症高齢者を対象として薬物が処方されても、認知機能低下や独居を含む高齢者世帯が増加したことによる家族介護力の低下によって、主治医の処方通りに服薬することは困難になる。具体的には、服薬することを忘れる、処方された薬剤の量と回数以上の錠剤を服用する、インスリン自己注射の手技がわからなくなることなどが挙げられる<sup>5)</sup>。また高齢者では、パーキンソン症候群など、誤嚥性肺炎や大腿骨頸部骨折といった生命に重大な影響を及ぼす疾患につながる副作用が

出現しやすく<sup>6)</sup>、しかも具体的な副作用症状を主治医や看護師に言語によって伝えることが困難になるので、心身に安寧をもたらす、認知症の進行を予防するためにも、医療・ケアに従事する専門職が服薬を支援することが必要になる。ところが、日本では認知症高齢者の服薬支援について確立されたものは存在しない。

そこで、地域包括ケアシステム<sup>7)</sup>において認知症高齢者が住みなれた地域で最期まで暮らし続けるためには、認知症対策や服薬支援について海外の先進的な取組みから学ぶ必要があると考えた。特に我々は、高齢者の在宅ケアに先駆的に取り組むとともに、高齢化に伴う認知症高齢者の増加、地域ケアの需要の拡大など日本と類似した状況があるため、フィンランドとイギリスに着目した。

フィンランドは、北ヨーロッパの福祉先進国の一つであり、EU（欧州連合）諸国の中でも顕著に高齢化が進展している国でもある<sup>8)</sup>。フィンランドの平均寿命は日本より1～2年ほど短く、65歳以上人口割合は日本より約6%少ない。フィンランドでは、2008年には75歳以上の高齢者人口のうち16%が中重度の認知症を有しており、2030年にはこの数が約2倍になると推計され、認知症対

策が推進されてきた<sup>9)</sup>。2012年には、“memory-friendly Finland”をキーワードに、Finland’s National Memory Programme 2012-2020を策定し、①認知症の予防、②認知症に対する人々の理解の促進、③タイムリーな支援、ケア、リハビリテーション、サービスによる認知症の人と介護者の質の高い生活の保証、④研究と教育の促進を目標に掲げている<sup>10)</sup>。

一方のイギリスもEU（欧州連合）に属し、日本と同様に認知症高齢者の増加が予測されている。そのため、2009年にイギリスでは認知症国家戦略が示され、①早期診断・支援のための体制整備、②総合病院における認知症ケアの改善、③介護施設における認知症ケアの改善、④ケアラー支援の強化、⑤抗精神病薬使用の低減が最重要課題として設定された。さらに、国家戦略の成果について、「私は、早期に認知症の診断を受けた」「私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た」「私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている」などの「認知症の人の視点に立った」9つの視点で評価するとした<sup>11)</sup>。2013年にはロンドンでG8認知症サミットも開催し<sup>12)</sup>、先進国の中で認知症対策におけるリーダーシップをとっている。

## II. 目的

本研究の目的は、フィンランドならびにイギリスの地域における認知症高齢者と家族への服薬支援を明らかにし、日本の認知症ケアへの示唆を得ることである。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究。

### 2. 対象

対象者は、有意標本抽出法により選定した。フィンランドでの対象者は、研究者の所属大学と協定校である看護系大学で、高齢者看護学を専門とする研究者から推薦された高齢者医療・ケアの専門職等である。イギリスにおいては、機縁法により抽出されたロンドンの地域で認知症高齢者へのアウトリーチ活動を実践している老年精神科医と看護師である。

### 3. 調査方法・内容

調査は、インタビューガイドを用いた半構成的面接により実施した。調査内容は、各国の薬物療法のシステムを基盤とした認知症の薬物療法に特徴的な実施体制および個々の認知症高齢者への服

薬支援についての具体を明らかにするために、①対象者の基本属性、②国としての高齢者の薬物療法のシステム、③認知症の薬物療法の実施体制、④個々の認知症高齢者の服薬支援のための具体的方法、⑤認知症高齢者が適切に服薬するための家族への支援方法、⑥服薬支援に関する関係者間の連携方法などを設定した。なお、質問項目は研究者が英訳し、翻訳業者によるネイティブ・チェックを受けた後、英語またはフィンランド語でインタビューを行った。フィンランド語の場合はネイティブの通訳者を介した。また、いずれの国においてもインタビューは所属施設における個別インタビューを原則としたが、対象者の業務の都合による希望がある場合、対象者が指定した場所で個別またはグループでのインタビューとした。インタビューの所要時間は31分から1時間32分であった。インタビューの内容は対象者の承諾を得てICレコーダーで録音し、日本語とフィンランド語、あるいは日本語と英語に精通している翻訳業者によって日本語による逐語録を作成し、それら进行分析データとした。翻訳の適切性については、逐語録とインタビュー時の音声記録や研究者が取ったメモとの内容が一致することを研究者が照合することによって確認した。

## 4. 分析方法

上述の②～⑥の調査内容への回答ごとに、意味内容の類似性と相違性を考慮して、逐語録からコード化、サブカテゴリー化、カテゴリー化のプロセスを経る内容分析を行った。

## 5. 調査期間

調査期間は2013年10月～2014年10月であった。

## 6. 倫理的配慮

各対象者に研究の趣旨と方法を説明し、自由意思での参加、匿名性の保持などについて口頭と文書を用いて説明し、署名により同意を確認した。調査は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号25-53）。

## IV. 結果

### 1. 対象者の基本属性（表1）

フィンランドの対象者22人の性別は男性3人、女性19人であった。年齢は、50歳代が9人、40歳代が7人、30歳代と20歳代が各3人であった。保有資格は、ラヒホイタヤ<sup>注1)</sup>8人、看護師6人（うち、1人はメモリーナース。フィンランド語はムイストホイタヤ、*muistihoitaja*<sup>13)</sup>。フィンランドでは応用科学大学等で行われる認知症ケアに関する10週間の研修を受けた看護師である。）、保

健師2人、コディンホイタヤ（フィンランド語は *kodinhoitaja*。ラヒホイタヤに統合された旧資格の1つであり、日本のホームヘルパーに該当する）3人、老年科医、ソーシャルワーカー、事務職はそれぞれ1人であった。これら対象者の勤務地域は首都圏から特急電車で3時間程度離れた一地方都市であった。

イギリスの対象者は2人、すなわち老年精神科医の男性（50歳代）と看護師の女性（40歳代）であり、彼らの勤務地域はロンドンの市街地であった。この2人については、日本の認知症ケアの視察を目的とした2014年10月の来日時に、英語によるインタビューを実施した。

## 2. 認知症高齢者の服薬支援に関する結果（表2）

調査内容ごとに主なカテゴリー< >についてサブカテゴリー【 】を用いて述べる。

### 1) 国としての高齢者の薬物療法のシステム（5カテゴリー）

まずフィンランドでは、<薬物療法のリスクの認識>は【薬物には必ず副作用があるので、薬物の使用量を減少させる】【認知症ケアでは人間関係を大切にすることが医療・ケアの専門職に理解されていた。その上で、<薬物療法の責任>について、【抗認知症薬は老年科医が処方し、その後は一般医である主治医がフォローアップする】【認知症以外の疾患の薬物療法については、自治体の保健センターに所属する一般医が処方する】【認知症高齢者の薬物療法について、一般医は老年科医にコンサルテーションを行う】という体制がとられていた。服薬については、フィンランドでは【薬剤投与の責任は看護師にある】もので、【長期ケア施設ではラヒホイタヤやゲロノミ<sup>注2)</sup>は配薬のみを担当する】という役割分担が国として決められていた。特に看護職において、フィンランドでは、【すべての看護師・保健師・ラヒホイタヤは薬物療法に関する教育プログラム *laakehoidon osaaminen verkossa (LOVe)*<sup>14)</sup>に参加していた。さらに5年ごとに薬物療法に関する試験を受け、合格者が薬物療法に関わることができる】という教育システムが基盤となっていたが、【長期ケア施設では研修教育スタッフは必ず薬物療法に関する教育プログラムに参加し、施設内で最新の薬物療法の知識を伝達する】ということも行われていた。またこのLOVeに限らず、【看護師・ラヒホイタヤは薬物療法に関して様々なセミナーに参加し知識を更新している】と語られた。さらに<薬物療法における情報共有システム>

があり、薬物の処方【電子カルテシステム Efficca<sup>15)</sup>で一元管理され多職種で情報共有する】ようになっており、個々の高齢者に対して処方されている全ての処方箋を、機関を越えて支援する関係者全員で閲覧し情報共有することが可能となっていた。【電子カルテシステム Efficcaでは、飲み合わせの悪い処方にアラームが出される】機能を有していた。さらに、【個々の高齢者の自宅に処方箋や副作用をはじめとする最新の情報ファイルが置かれている】という体制であった。

<配薬のシステム>では、在宅高齢者については、【一包化され、処方箋通りにセットされた薬剤が薬局から自宅に届く】ことになっており、2014年からは一部の高齢者に2週間分セットされた薬剤が薬局から自宅に届けられることとなった。一方、【長期ケア施設で生活する高齢者については、セントラルホスピタルから処方・供給される】という。

イギリスでは<薬物療法の責任>として【抗認知症薬以外の降圧剤、糖尿病治療薬、抗パーキンソン病薬などの薬剤は、高齢者のかかりつけ医である General Practitioner (GP、かかりつけ医)によって処方される】、さらに【抗認知症薬は老年精神科医によって診断後に処方される】というシステムであった。また、通常【内服薬は認知症高齢者、家族介護者、サポートチームの誰もが、いつどのように飲むか理解できるように医師によって処方される】ようになっていた。

### 2) 認知症の薬物療法の実施体制（10カテゴリー）

フィンランドで<認知症高齢者の薬物療法に専門性を発揮する看護職>については、【メモリーナースは診察前に認知症高齢者の自宅やクリニックで認知機能を測定する】【老年科医は薬物療法開始時や処方薬の変更時にはメモリーナースが同席した上で診察する】【メモリーナースは外来で医師が家族に対して行う薬物療法の説明を一緒に聞き、その後、家族の質問や相談に対応できるようにする】ことになっていた。その後、【メモリーナースは薬物療法に必要な知識を認知症高齢者と家族に伝える】【メモリーナースは認知症高齢者と家族から薬物療法についての相談を受ける】ことを行っていた。フィンランドでは人口2万人に対して1名のメモリーナースの配置を市町村に求めている。さらに、メモリーコーディネーターという役割の看護師を配置することも市町村に求められており、人口が約6万人のX市に1名配置されている【メモリーコーディネーターは認知症の診断後のフォローを中心に担当する】業務

表1 対象者の基本属性

(n=24)

		人数
所属	市の在宅ケア部門	12
	高齢者施設	3
	高齢者住宅	3
	市の在宅ケア管理部門	2
	市の保健センター	2
	老年精神科病院	2
性別	女性	20
	男性	4
年代	50歳代	10
	40歳代	8
	30歳代	3
	20歳代	3
職種	ラヒホイタヤ <sup>注1)</sup>	8
	看護師	7 (うち、1人はメモリーナース)
	保健師	2
	コディンホイタヤ	3
	老年科医	1
	老年精神科医	1
	ソーシャルワーカー	1
	事務職	1
職位	スタッフ	14
	管理職	10

表2 認知症高齢者の服薬支援

調査内容	カテゴリー
1) 国としての高齢者の薬物療法のシステム	薬物療法のリスクの認識 薬物療法の責任 薬物療法における情報共有システム 主治医による定期的な処方の見直し 配薬のシステム
2) 認知症の薬物療法の実施体制	認知症高齢者の薬物療法に専門性を発揮する看護職 抗認知症薬の処方 向精神薬の不使用 向精神薬の必要性和処方の慎重な判断 精神症状・行動障害の予防・緩和のケア体制 薬物療法開始時の支援体制 効果と副作用のモニタリング体制 薬物療法のエビデンスの普及 暮らしの場による薬物療法の特徴 向精神薬の使用低減という成果
3) 個々の認知症高齢者の服薬支援のための具体的方法	服薬支援におけるICT利用の条件 服薬に必要な認知機能を補うケア 配薬ボックスを活用した服薬管理 原因疾患に応じた服薬支援
4) 認知症高齢者が適切に服薬するための家族への支援方法	薬物療法について家族へ説明 薬物療法について家族からの相談・要望へ対応
5) 服薬支援に関する関係者間の連携方法	処方変更を検討するための医師と看護師による情報共有 看護師から医師への連絡・相談のタイミングの検討 多職種チームによる見守り

を担っている。

薬物療法の実際については、＜抗認知症薬の処方＞について【アルツハイマー病にはガランタミンやリバスチグミン貼付剤，メマンチンを処方するのが一般的である】と語られた。また、＜向精神薬の不使用＞では【向精神薬はほとんど処方されない】ことが語られた。＜薬物療法開始時の支援体制＞として、【薬物療法の副作用を把握する必要性は関係者で共通認識されており、薬物療法が開始された場合は、認知症高齢者の見守りを強化する】ようになっていた。

＜効果と副作用のモニタリング体制＞では【薬の副作用を把握できるようにするためには変化に気づく必要があるので、できるだけ同じ担当者が訪問する】【薬物の副作用や効果が得られていないことが疑われる場合は、看護師から老年科医に相談する】という対応がとられていた。これらの体制と前述の＜薬物療法の責任＞によって、＜向精神薬の使用低減という成果＞である【認知症高齢者への向精神薬の処方を減少させてきた】という。

イギリスでは、＜抗認知症薬の処方＞について、【ドネペジルをはじめとするコリンエステラーゼ阻害薬の処方が80%を占める】と語られた。認知症の精神症状・行動障害に対しては、＜精神症状・行動障害の予防・緩和のケア体制＞として【興奮などの精神症状・行動障害には、必ず理由があるので、その理由を探す】【興奮などの精神症状・行動障害の理由は、簡単に取り除き、変えることができるものが多い】【認知症高齢者の興奮行動は、不適切なケアが原因である】【長い時間をかけて忍耐強く、親切と思いやりの気持ちを持って、精神症状・行動障害を発症した認知症高齢者に何が起きているのかを観察する】が語られた。また、【精神症状・行動障害の予防と緩和のためには、個々の認知症高齢者に関わっている全ての専門職で支援する】ことを基本とし、【精神症状・行動障害の本当の治療は、一貫して高いレベルを保つ看護である】としていた。加えて、【精神症状・行動障害を発症して入院する認知症高齢者は抗精神病薬とベンゾジアゼピン系薬物を内服しているため、それらをすべて中止するとともに、安全が確保された穏やかな環境を整え、精神症状・行動障害の原因を取り除くことを一貫して行う】という取り組みが行われていた。【ベンゾジアゼピン系の抗不安薬や睡眠薬は認知症高齢者に有害であるため、処方しない】【抗うつ薬は認知症高齢者に処方しない】ことも徹底していた。

これらを基盤として、＜向精神薬の必要性と処方の慎重な判断＞を行う際には【精神病によるものか認知症によるものかを判断する】【精神症状・行動障害が出現している認知症高齢者を危険から守るために抗精神病薬の使用が必要不可欠であると判断された場合は、“go low and go slow（少量で開始，ゆっくり増量）”の考え方で処方する】ことが行われていた。

ただし、【継続使用につながるので、向精神薬の頓用処方を行わない】という。しかし、向精神薬を使用する場合であっても、特に【抗精神病薬を使用することは、認知症高齢者の安全を維持するために十分な看護が行うことができなかったという看護師の失敗である】と厳格に看護を評価していた。また、イギリスのロンドンでは、＜薬物療法開始時の支援体制＞として、老年精神科医や看護師などで編成された【ホームトリートメントチームの看護師は初期に集中して認知症高齢者を1日に2～4回訪問して服薬を支援し、その後、地域のメンタルヘルsteamに引き継ぐ】という取り組みが行われていた。

さらに、＜薬物療法のエビデンスの普及＞のために【全ての医師が認知症高齢者に対してエビデンスに基づいた最良の治療を等しく提供できるようになるために、老年精神科医が作成した薬物療法のパスウェイ<sup>16)</sup>（著者注：流れ，手順）がインターネットで公開されている】。以上のような取り組みによって、イギリスでは、＜向精神薬の使用低減という成果＞として【高齢者施設に入居している認知症高齢者では、10年前は50～70%が抗精神病薬を服用していたが、過去5年間で劇的に減少した】と成果が具体的に語られた。

### 3) 個々の認知症高齢者の服薬支援のための具体的方法（4カテゴリー）

Information and Communication Technology (ICT, 情報通信技術)が発達しているフィンランドであるが、＜服薬支援におけるICT利用の条件＞について、【ピルアラーム（著者注：あらかじめ設定された服薬時間になるとアラームがなって1回分の薬を取り出せるように開く服薬ボックス）は使用方法を理解できる認知症高齢者のみに用いる】という。一方、＜服薬に必要な認知機能を補うケア＞については、【一人で服薬できる認知症高齢者には、服用時間と服用量をメモに書いて自分で服薬できるようにする】、また、在宅認知症高齢者が【服薬をしていない可能性がある場合は、ホームケア部門の責任によって見守りが行われる】という対応がとられていた。

さらに認知症が進行した在宅認知症高齢者については、＜配薬ボックスを活用した服薬管理＞について語られ、【配薬ボックスを用いて訪問した看護師・ラヒホイタヤが処方薬を管理する】【配薬ボックスを用いて家族と看護師・ラヒホイタヤが協力して認知症高齢者の服薬を支援する】【訪問時、配薬ボックスの状況を確認して、適切に服薬されていたかを確認する】ことが行われていた。

イギリスでも、＜配薬ボックスを活用した服薬管理＞として【薬局から既に処方の通りにセットされた配薬ボックスが認知症高齢者の自宅に届く】ということが行われていた。

#### 4) 認知症高齢者が適切に服薬するための家族への支援方法（2カテゴリー）

フィンランドでは、＜薬物療法について家族へ説明＞として【老年科医を受診する時は、家族が付き添い、認知症に関する薬物療法について説明を受けてもらう】【認知症高齢者が服用する薬剤名と服用方法が記載された処方箋が家族に渡される】という支援が行われていた。＜薬物療法について家族からの相談・要望へ対応＞としては、【医療・ケアの専門職は、薬物に関する家族からの質問へ応える】ことが在宅・長期ケア施設ともに行われ、【認知症に関する薬物療法の効果がみられなくなったにも関わらず家族が継続を希望する場合は、家族と医師の間で中止か継続かについて相談し決定する】支援が実施されていた。

イギリスの対象者からは、認知症高齢者が適切に服薬するための家族への支援方法についての語りは得られなかった。

#### 5) 服薬支援に関する関係者間の連携方法（3カテゴリー）

フィンランドでは、＜処方変更を検討するための医師と看護師による情報共有＞で、【認知症高齢者の生活行為の遂行レベルが低下した場合は、認知症に関する薬剤の減量・中止・増量について医師に相談する】【薬物を中止・変更する必要性を家族が感じた時は、家族からメモリーナースに相談することで医師へ情報が提供される】【1～2週間かけて薬物療法の効果について観察した情報を医師に報告し、判断を可能にする】ことが行われていた。

イギリスでは、＜看護師から医師への連絡・相談のタイミングの検討＞として【看護師が副作用についてモニタリングし、必要があれば、GPあるいは老年精神科医に報告する】ことが行われ、＜多職種チームによる見守り＞として、【コミュニティのメンタルヘルsteamは、医師、看護師、

作業療法士、ソーシャルワーカーなどの多職種によるチームであり、必要に応じて認知症高齢者の服薬を見守る】という連携が行われていた。

## V. 考 察

日本において認知症対策が展開される以前は、多くの認知症高齢者に向精神薬が投与され、鎮静が行われてきた。しかし、2000年から介護保険法が施行され、介護職を中心とした専門職を対象とした認知症ケアに関する公的研修事業<sup>17)</sup>が展開されることで認知症高齢者の尊厳の保持の重要性やTom Kitwood<sup>18)</sup>によるパーソン・センタード・ケアの理念が普及した。さらに日本神経学会の認知症疾患治療ガイドライン<sup>19)</sup>が提示されることなどを通して、認知症高齢者への支援は、第一にケアであること、そしてケアによっても心身の安寧が脅かされる場合に薬物療法が実施されることが原則であると専門職は理解するようになった。

認知機能低下の進行を抑制するために、早期診断と抗認知症薬による早期治療が推奨され、実際に抑制効果のエビデンスも得られている。しかし、抗認知症薬にも、胃部不快や易怒性、高血圧などの副作用が出現する可能性がある。しかも、日本においては認知症の精神症状・行動障害に対して抗精神病薬や抗不安薬、睡眠薬といった向精神薬の処方が続けられている。日本では世帯構成員の減少による服薬に関する介護力の低下や介護支援専門員における看護師が占める割合が減少している。さらに認知症高齢者は副作用が出現しやすく、特に近年増加しているレビー小体型認知症では抗精神病薬への感受性が亢進すること<sup>20)</sup>などから、単に飲み忘れや飲みすぎを防止するだけではなく、薬物療法の効果を最大限に得て、死亡することもありえる副作用を回避することが不可欠になる。可能な限り認知症高齢者の心身の安定が継続するためにも、看護師として認知症高齢者の薬物療法の開始、変更、中止に積極的に参画することが今後いっそう重要になるであろう。そのためには、まずフィンランドとイギリスにおいて【認知症ケアでは人間関係を大切にする】【精神症状・行動障害の本当の治療は、一貫して高いレベルを保つ看護である】ことが重要視されていたように、認知症ケアの理念の理解とその実現、認知症高齢者との人間関係の構築を日常の看護実践において目指す必要がある。またフィンランドでは、LOVe<sup>14)</sup>を活用して5年ごとに看護師およびラヒホイタヤが薬物療法に関する試験を受け、合格者

が薬物療法に関わることができる。このように知識を常に更新し、研鑽を積んでいることに示唆を得て、日本の看護師も薬物療法について学習し、今以上に支援することが可能になるであろう。また厚生労働省は、2015年1月に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）において、急性期病院の看護師を対象とした認知症看護の公的研修を展開することを視野にいれているが<sup>21)</sup>、その場合、認知機能低下や認知症高齢者の薬物療法を学習内容に含めることが不可欠となると思われる。

さらに日本は認知症医療においては、国民皆保険であり患者が自由に主治医を選択できるが、その一方で認知症のセカンド・オピニオンのシステムは整備されていない。このことは、認知症高齢者や家族が主治医の診断や処方薬の効果と副作用に関して疑念を抱いたら、主治医や看護師、薬剤師に連絡・相談することなく、次々と医師を取り換えるドクターショッピングや服薬の自己中断につながりやすい。したがって、認知症高齢者の薬物療法について、本人および家族から連絡・相談を受け、確実に解決に導くシステムが不可欠である。フィンランドやイギリスでは、【メモリーナースは外来で医師が家族に対して行う薬物療法の説明を一緒に聞き、その後、家族の質問や相談に対応できるようにする】【メモリーナースは認知症高齢者と家族から薬物療法についての相談を受ける】【メモリーコーディネーターは認知症の診断後のフォローを中心に担当する】【看護師が副作用についてモニタリングし、必要があれば、GPあるいは老年精神科医に報告する】など、その主たる役割を看護師が担っていることが本研究で明らかになった。日本においても、フィンランドの国家的な取り組みであるLOVe<sup>14)</sup>に示唆を得て認知症高齢者の薬物療法について専門性を有する看護師が養成され、看護師による連絡・相談システムが整うことで、薬物療法における様々な困難を解決しやすくなると思われた。

加えて、先駆的に高齢者ケアへICTを利用しているフィンランドでは、電子カルテシステム Efficca<sup>15)</sup> を用いて、薬物療法に関する情報を一元管理し、多職種による情報共有を可能にしていた。このことと比較すると、日本における服薬支援の困難さの一要因には、個々の認知症高齢者の薬物療法に関する情報が一元管理されていないことが挙げられる。しかし、これはフィンランドの国家としてのシステムであり、日本においては未だ現実的ではない。そのため、各専門職が認知症高齢者のお薬手帳<sup>22)</sup>を確認することで、個々の認知

症高齢者の薬物療法の全体像を把握し、複数の医療機関による重複処方や“go low and go slow”という抗精神病薬の処方の原則が守られているかについて、所属機関を超えて専門職が相互に点検し、改善を目指すことが重要になると思われた。

## VI. 本研究の意義と限界、今後の課題

本研究の知見から、認知症高齢者の薬物療法を中心として、看護師が多職種連携を踏まえてどのように役割を担うことが可能であるのか、そのための教育プログラムや情報共有や連絡・相談の体制について示唆を得ることができた。しかし、本研究の対象者はヨーロッパの一部の国での活動経験から質問項目について語っているので、結果には偏りが生じていると言える。今後は、対象国・地域を増やしていくとともに、大腿骨頸部骨折などの合併症を罹患した認知症高齢者へのケアや薬物療法支援についても明らかにし、日本における認知症高齢者の医療とケアの質向上を目指すことが重要である。

## 利益相反

全ての著者は本研究における利益相反はない。

## 謝 辞

本研究の実施に当たりご協力いただきましたみなさま、フィンランドおよびイギリスの認知症ケアに関する資料収集にご協力いただきました池元和恵氏、Marjatta Masuda氏、Aaro Harjunpää氏、そして林真由美氏（ロンドン・キングス・カレッジ老年学研究所）に深く感謝いたします。

本研究は平成25年度～平成28年度文部科学省科学研究費：基盤研究（B）（課題番号25293460）によって実施した調査の一部である。

注1）ラヒホイタヤ（*lähihoitaja*、英訳practical nurse）は1993年に保健医療サービス分野における7つの資格（準看護婦、精神障害看護助手、保母／保育士（児童保育士）他）と社会サービス分野における3つの資格（知的障害福祉士、ホームヘルパー他）を統合して創出された資格で、3年間の教育を受ける<sup>23)</sup>。ラヒホイタヤの語源の*lähihoito*という言葉は「日常のケア」に相当する意味である。ラヒホイタヤは近年、在宅ケアや高齢者施設の直接的なケアの主要な担い手となっており、自身の職場の医師からの許可、保健師、看護師等から技能チェックを受けることにより、皮下注射、筋肉注射など医療行為の一部に参加することが許可されている<sup>24)</sup>。

注2) ゲロノミは、高齢者ケアの管理的役割を担うことが期待されている新しい資格である。高齢者ケアの開発やスーパービジョンを行うことが特徴で、認知症ケアの学習も教育内容に含まれている。

### 引用文献

- 1) 高橋淳, 横田修, 藤沢嘉勝ほか: 認知症疾患治療病棟における家庭的環境と個別ケアの導入による治療の試み. 老年精神医学雑誌, 18 (12), 1341-1349, 2007.
- 2) 諏訪さゆり: 認知症のケアとお薬のガイドブック. ワールドプランニング, 2011.
- 3) 中野正剛, 宮村季浩, 平井茂夫ほか: 認知症に伴う行動・心理症状 (BPSD) への医療介入に関する実態調査. 老年精神医学雑誌, 22 (3), 313-324, 2011.
- 4) 水野裕: 認知症を対象とした精神科急性期治療病棟における向精神薬の必要性－人権擁護とBPSD短期治療との両立を目指して－. 老年精神医学雑誌, 23 (11), 1335-1342, 2012.
- 5) 諏訪さゆり監修: 認知症訪問看護. 初版, 中央法規出版, 2015.
- 6) 鶴飼克行, 水野裕, 尾崎公彦ほか: 老人性認知症治療病棟における身体合併症診療の現状と問題点. 老年精神医学雑誌, 18 (3), 305-310, 2007.
- 7) 厚生労働省: 地域包括ケアシステム, [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiiki-houkatsu/) (平成27年10月4日アクセス)
- 8) 山田真知子: フィンランド保健ケア改革の動向－2011年5月1日施行の「保健ケア」法－. 自治総研, 390, 78-104, 2011.
- 9) 日本老年看護学会: 平成21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) 「海外の高齢者施設における看護職等のケア管理・提供に関する調査研究」報告書, 85-142, 2010.
- 10) Ministry of Social Affairs and Health : National Memory Programme 2012-2020 Creating a "memory-friendly" Finland, [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511574&name=DLFE-26234.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26234.pdf) (2013年7月15日アクセス)
- 11) 西田淳志: 特集 認知症対策の国際比較英国の認知症国家戦略, 海外社会保障研究 Spring 2015 No.190, 6-13, 2015.
- 12) G8 DEMENTIA SUMMIT DECLARATION, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/265869/2901668\\_G8\\_DementiaSummitDeclaration\\_acc.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265869/2901668_G8_DementiaSummitDeclaration_acc.pdf) (2015年10月4日アクセス)
- 13) 佐瀬美恵子, 白井キミカ, 上西洋子ほか: フィンランドの認知症高齢者ケア－ロヴァニエミ市・タンペレ市におけるインタビューから－. 甲南女子大学研究紀要 (看護学・リハビリテーション学編), 3, 161-171, 2009.
- 14) LOVe laakehoidon osaaminen verkossa, <http://laakeosaaminen.fi/eng/> (2015年10月4日アクセス)
- 15) Ovaskainen PT, Rautava PT, Ojanlatva A, et al. : Analysis of primary health care utilisation in south-western Finland\*/a tool for management. Health Policy, 66, 229-238, 2003.
- 16) Sube Banerjee : The use of antipsychotic medication for people with dementia－Time for action, <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Antipsychotic%20Bannerjee%20Report.pdf> (2015年10月5日アクセス)
- 17) 認知症介護研究・研修東京センター監修: 新しい認知症介護実践者編. 中央法規出版, 2007.
- 18) トム・キットウッド著, 高橋誠一訳: 認知症のパーソンセンタードケア－新しいケアの文化へ. 筒井書房, 2005.
- 19) 日本神経学会監修, 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会編: 認知症疾患治療ガイドライン2010. 医学書院, 2010.
- 20) 小阪憲司, 池田学: レビー小体型認知症に対する薬物療法. 精神医学, 56 (3), 191-197, 2014.
- 21) 厚生労働省: 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン), [http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakuusuishinshitsu/02\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakuusuishinshitsu/02_1.pdf) (2015年10月5日アクセス)
- 22) 厚生労働省: お薬手帳, [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iyakuhin/yakkyoku\\_yakuzai/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/yakkyoku_yakuzai/) (2015年10月5日アクセス)
- 23) 笹谷春美: フィンランドの高齢者ケア 介護者支援・人材養成の理念とスキル. 初版, 明石

書店, 157-199, 2013.

- 24) 森川美絵：【地域包括ケアシステムを巡る諸課題と国際的な動向】地域包括ケアシステムに必要とされる人材の考え方 フィンランドの社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤを手がかりに. 保健医療科学, 61 (2), 130-138, 2012.