

梅花女子大学 機関リポジトリ

認知症高齢者に対する抗精神病薬の使用をめぐる認識：認知症高齢者の治療とケアに携わる医療・介護職の自由記述分析

著者	吉田 さとみ, 河村 圭子, 中平 みわ
雑誌名	梅花女子大学看護保健学部紀要
号	10
ページ	50-60
発行年	2020-03-20
URL	http://doi.org/10.20832/00000215

認知症高齢者に対する抗精神病薬の使用をめぐる認識

—認知症高齢者の治療とケアに携わる医療・介護職の自由記述分析—

Prescription of Anti-Psychotic Medication for People with Dementia: A Qualitative Analysis of an Open-Ended Question Given to Staff Working for Dementia Care Units in Psychiatric Hospitals

吉田さとみ¹⁾ 河村圭子¹⁾ 中平みわ²⁾

YOSHIDA Satomi KAWAMURA Keiko NAKAHIRA Miwa

要旨

認知症高齢者のBPSDに対する抗精神病薬の使用をめぐる医療・介護職の認識を明らかにするために、自記式質問紙で抗精神病薬の使用に対する考えについて自由記載を求め、質的記述的に分析を行った。結果、【ケアだけで安全・安寧を確保することの困難性】【抗精神病薬使用上のメリット】【抗精神病薬による治療の困難性】【抗精神病薬使用の条件】【医師による処方の違いと適切な処方の必要性】【多職種による連携・協働の必要性】【薬に頼らないケアの重要性】【スタッフの知識や技術不足に関連した抗精神病薬の使用と教育の必要性】【マンパワー不足に関連した個別対応の困難性と人員配置基準を見直す必要性】【家族に対する教育とサポートの必要性】【抗精神病薬の使用をめぐるジレンマ】の11カテゴリに分類された。認知症高齢者のBPSDに対する抗精神病薬の使用を最小限にするためにも、非薬物療法とケアの充実を図ることの重要性が示唆された。

キーワード：認知症 BPSD 抗精神病薬 認識

Abstract

The aim of this study is to identify perceptions of the use of psychotropic drugs among caregivers as well as medical staff working for dementia care units in psychiatric hospitals. An open-ended question which is part of our original questionnaire was analyzed by qualitative content analysis. eleven categories emerged from the data and the main categories are: 1) the difficulty of maintaining the safety / well-being of patients by care alone, 2) the advantages of the use of psychotropic drugs, 3) the difficulty in psychiatric drug treatment, 4) the condition in which the psychotropic drugs are given at hospital, 5) the need of appropriate prescribing, and the different prescription among doctors, 6) the need for cooperation / collaboration by multi-disciplinary staff, 7) the importance of care not depending on medicine, 8) the use of psychiatric drug related to the lack of knowledge and skills among staff, and the needs of education, 9) the difficulty in Individual care due to staff shortages, 10) the needs of education and supports for family caregivers, 11) the interpretation and dilemma of the use of the antipsychotic medication. The result indicated the necessity to improve the appropriateness of psychotropic drug prescription as well as the importance of nonpharmacological interventions.

Keywords: Behavioral and psychological symptoms of dementia, psychotropic drugs, perception

梅花女子大学¹⁾ 京都光華女子大学²⁾

Baika Women's University¹⁾ Kyoto Koka Women's University²⁾

はじめに

超高齢社会の進展により 2025 年には認知症の罹患数は 700 万人に達し、5 人に 1 人が認知症になると推測されている（内閣府，2017）。認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；以下 BPSD）である徘徊および攻撃的行動は、看護・介護職者の負担感を増大させ離職要因であると同時に、認知症高齢者の介護負担の主要因ともなっている（Kawamura, 2008）。

わが国では BPSD の対応の第一選択は非薬物的介入が原則である。BPSD の治療では抗精神病薬の使用は適応外使用になり、基本的には使用しないという姿勢が必要であること、抗精神病薬の処方の際には十分な説明を行い、同意を本人あるいは代諾者より得ることなどが、『かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン（第 2 版）』（厚生労働省，2015）に示されている。そして、非薬物療法により症状の緩和が図れない場合、抗精神病薬の内服投与が行われている。抗精神病薬は、向精神薬の一つであり本来は統合失調症の治療薬であるが、BPSD に効果があるとされているためである。しかし、米国食品医薬品局；FDA（2005）は、抗精神病薬の内服によって生じる副作用が身体的・心理的弊害のみならず、突然死のリスクを高めることを勧告している。

精神科病院には 53000 人の認知症者が長期入院を余儀なくされており（厚生労働省，2014）、認知症治療病棟を有する全国の精神科病院 405 病院を対象にした調査によると、認知症治療病棟における平均在院日数は 722 日で、平均在院日数が 360 日以下の病院は 3 分の 1 となっている（前田，2013）。そして、認知症治療病棟への入院の主な理由とされる BPSD の中で、入院患者の最も頻度の高い BPSD は徘徊であり、最も管理困難なものは暴力行為である。そして、退院を阻害する要因は、家族の受け入れ拒否や介護施設の順番待ちが 80% を占めている（前田，2013）。

このような中、かかりつけ医が早期に認知症を見出し、継続して診療すれば、早い段階で BPSD の兆しを見出し、対応することで重篤な BPSD への進展を予防することが可能になる

（高橋，2011）といわれている。しかし、かかりつけ医を対象にした認知症者に対する向精神薬の使用実態調査によると、かかりつけ医に通院する 94.5% の認知症患者のうち、89.2% が向精神薬を服用しており、多弁、過食、異食、徘徊、介護への抵抗など向精神薬の有効性に関する報告がない BPSD に対しても向精神薬が処方されている実態が明らかにされている（本間，2012）。

抗精神病薬を使用する要因としては、(1) 患者要因、(2) 職員要因、(3) 環境要因、に大別されており、職員要因については、行動症状に対する介護・看護職の態度が関連している（Nakahira et al. 2009）という見方がある。

そこで、抗精神病薬の使用をめぐる医療職者と介護職者の認識を明らかにすることは、BPSD の職員要因を改善するための一助になると考えた。

I. 目的

本研究は、抗精神病薬の使用をめぐる医療・介護職者の認識を明らかにすることである。

II. 用語の定義

医療職者とは医師・看護師・准看護師とする。
介護職者とは介護福祉士とする。

III. 方法

1. 調査期間

2013 年 7 月～9 月

2. 研究協力者

2013 年 4 月現在、日本精神科病院協会ホームページに公開されている全国の認知症治療病棟と老人性認知症疾患療養病棟のある精神科病院 430 施設のうち、調査協力の承諾が得られた 55 施設で認知症高齢者の治療とケアに携わる医療職者と介護職者 972 名中、調査票の自由回答欄に記述のあった 406 名を対象とした。

3. 調査方法

日本精神科病院協会ホームページに公開されている認知症治療病棟と老人性認知症疾患療養病棟のある全国の精神科病院 430 施設の代表者宛に本調査への協力を文書にて依頼し、調査協力の承諾が得られた 55 施設に協力可能な人数分の調査票（合計 972 部）を郵送した。研究協力者への調査依頼文と調査票の配布は施設代表者に依頼し、研究協力者からの回答は返信用封筒にて個別に回収した。

4. 調査内容

調査表の内容は①対象の属性、②認知症高齢者に対する抗精神病薬の使用実態（74 項目）、③抗精神病薬の使用に対する考え（自由記述欄）の 3 部構成とした。ただし、本研究は「抗精神病薬の使用に対する考え（自由記述）」の回答を用いた。

5. データ分析

「抗精神病薬の使用に対する考え」について記述された内容を質的記述的に分析した。

記述内容を熟読し抗精神病薬の使用に関する思いや考えに該当する文章やフレーズをコードとして抽出した。次にコード間の相違点と共通点を比較検討・分類した後に名称をつけてサブカテゴリとした。さらにサブカテゴリ間の関係性を検討・分類し名称をつけてカテゴリとした。分析にあたっては、研究者間でデータの解釈および関連性についてディスカッションを繰り返し、信憑性と確証性を確保した。

6. 倫理的配慮

調査の実施にあたっては、研究の趣旨、目的、方法、研究への参加の任意性と撤回の自由、研究協力者の個人情報の保護と匿名性の確保、データはナンバリングのもと研究主担当者が厳重に保管し研究終了後は全て破棄すること、調査票の回答が返送されたことをもって研究協力の同意が得られたものと判断すること、調査に関する質問にはいつでも説明をおこなうことを明記し実行した。なお、本研究の実施にあたっては、梅花女子大学研究倫理審査委員会

の承認（承認番号0010-0031、承認日：2013年10月23日）を得た。

III. 結果

調査票の回収数は 683 部（回収率 73.6%、有効回答率 100%）のうち、自由回答欄に記述があったのは 406 名（59.4%）であった。

自由回答欄に記載があった 406 名の職種は、医師 22 名（5.4%）、看護師 284 名（70.0%）、准看護師 79 名（19.5%）、介護福祉士 21 名（5.1%）、であった。

調査表の自由回答欄に記述された抗精神病薬の使用をめぐる思いや考えを質的記述的に分析した結果、113 コードが抽出され、23 サブカテゴリと 11 カテゴリ【ケアだけで安全・安寧を確保することの困難性】【抗精神病薬使用上のメリット】【抗精神病薬による治療の困難性】【抗精神病薬使用の条件】【医師による処方の違いと適切な処方の必要性】【多職種による連携・協働の必要性】【薬に頼らないケアの重要性】【スタッフの知識や技術不足に関連した抗精神病薬の使用と教育の必要性】【マンパワー不足に関連した個別対応の困難性と人員配置基準を見直す必要性】【家族に対する教育とサポートの必要性】【抗精神病薬の使用をめぐるジレンマ】に分類された（表 1）。

以下に、カテゴリを【 】, サブカテゴリを< >、コードを《 》、記述内容を「 」で示す。なお、記述内容は読みやすいように記述された内容に影響を及ぼさない範囲で改変した。

1) 【ケアだけで安寧と安全確保することの困難性】

【ケアだけで安寧と安全確保することの困難性】は、<ケアだけで心身の安寧と安全を確保することの困難性><BPSD 悪化に伴う服薬や拘束の必要性><BPSD による孤立や施設入所の困難性><精神疾患の併発による対応の困難性>の 4 サブカテゴリで構成されていた。

「暴力が事件や傷害につながることもあるので、一概に薬のない対応をとというのは難しいと思います」「現実的に統一して対応を行って

も、落ち着かれず、身体面の治療に影響を及ぼすこともみられる」と、〈ケアのみで心身の安寧と安全を確保することの困難性〉から、

「BPSD が悪化しているケースが多く内服や拘束を実施しているケースがとても多いです」と〈BPSD 悪化に伴う服薬や拘束の必要性〉があることについて記述されていた。

さらに「施設では対応困難ということで入所を拒まれることもあるのが現実です」「集団生活であり不穏、大声などで他の患者からの苦情や他の患者から疎外されるのも可愛そうで、

(中略) どれもうまくいかない現状があります」と、〈BPSD による孤立や施設入所の困難性〉や「精神障害を患い高齢化して認知症症状の方がほとんどで (中略) 難しい対応が多い」と〈精神疾患の併発による対応困難〉があることが記述されていた。

2) 【抗精神病薬使用上のメリット】

【抗精神病薬使用上のメリット】は、〈抗精神病薬の使用による容易なケア介入〉〈抗精神病薬の使用による看護・介護の負担軽減〉の2サブカテゴリで構成されていた。

「著しい不安や興奮などに見舞われている患者様に私たちが少しでも介入できるようにすき間を作ってくれるのが、薬の役割ではないかと思います」と、〈抗精神病薬の使用による容易なケア介入〉が可能になることや「BPSD や精神症状から、看護、介護の負担を減らすことも必要」と、〈抗精神病薬の使用による看護・介護負担軽減〉の一助になることから、抗精神病薬の使用の仕方によっては、プラスの側面を引き出す可能性について記述されていた。

3) 【抗精神病薬による治療の困難性】

【抗精神病薬による治療の困難性】は、同名のサブカテゴリである。

「抗精神病薬を使用して状態が良くなる人もいますが、レベルが低下して状態が変わりすぎてしまう人もいます。薬物療法の難しさを感じます」「個々に症状が違うので非常に薬の処方量

は難しい部分がある」と、抗精神病薬の投与量の調整が容易でないことが記述されていた。

4) 【抗精神病薬使用の条件】

抗精神病薬使用の条件は、〈個々に応じた必要最低量〉〈患者のための使用目的〉の2サブカテゴリで構成されていた。「BPSD が激しければ、対応で何とかしようと試み、どうしても無理であれば必要最小限の薬もあり得るのかも知れない」「長期の使用については基準を作り、又有害事象については抗精神科薬中止方法について基準化するべきと考える」と、〈個々に応じた必要最低量〉を使用することで過剰投与を予防することの重要性が記述されていた。そして、「スタッフや家族の都合で抗精神病薬を使用することはさけるべきと考える」と、抗精神病薬の投与が患者以外の都合であってはならないと〈患者のための使用目的〉を重視することの必要性が記述されていた。

5) 【医師による処方の違いと適切な処方の必要性】

【医師による処方の違いと適切な処方の必要性】は、〈医師による治療や処方の違いに対する疑問〉〈精神科医による処方の必要性〉の2サブカテゴリで構成されていた。

「医師によって使用方法がまったく異なり、患者の負担が大きい」「処方薬の見直しがされず、看護師が状況を報告するまで、そのままの処方が続く、抗精神病薬の副作用から命を縮めている患者様もおられます」と、〈医師の治療や処方の違いに対する疑問〉を抱き、抗精神病薬の処方によって患者の容態や看護が左右されることを実感していた。そのため、「精神科の医師は薬の処方は熟知されているので、症状に合わせて薬の量を合わせて下さいますので、個別的な看護も行いやすい」と、〈精神科医による処方の必要性〉が記述されていた。

6) 【多職種による連携・協働の必要性】

【多職種による連携・協働の必要性】は、〈医師への適切な情報提供の必要性〉〈多職種連

携の必要性>の2サブカテゴリで構成されていた。

「情報が詳しく医師に伝わっていないことが多量の投与の原因だと思う」「患者の変化を見逃さず、医師へ報告できる能力を育てていく取り組みを続けます」と、<医師への適切な情報提供の必要性>や、「非薬物療法をチームで検討し実践、評価し、抗精神病薬を使用しないようにしたい」「協議の場を設けて合意を得て、患者さんの安全と安らかな生活のために、導入する事が正しい」と、<多職種連携の必要性>が記述されていた。

7) 【薬に頼らないケアの重要性】

【薬に頼らないケアの重要性】は、<抗精神病薬を使用しないことによる症状の安定><周辺環境に着目し対応策を考えることの重要性><ケアにより症状の改善を図ることの必要性>の3サブカテゴリで構成されていた。

「全ての症例において（中略）使用しない場合の方が改善する症例もあるのは事実である」

「抗精神病薬を中止してみると信じられないほどに穏やかな状態になられることがある」「医師、看護、介護それぞれが薬を増やすより減らす方がよいお付き合いが出来る事を実感し始めている」と、<向精神病薬を使用しないことによる症状の安定>を経験により実感していることが記述されていた。また、「BPSDにおける症状は、環境を整え、不安材料を取り除くことで軽減することが多い」「環境要因にどのように対応するかで、一人一人の尊重した対応が可能になると考えます」と、<周辺環境に着目し対応策を考えることの重要性>について記述されていた。そして、「認知症に対しては薬物療法ではなく看護ケアの力で充分対応できると考えています」「まずは介護、看護、リハビリスタッフの力でBPSDに対応していくべきだと思います」と<ケアにより症状の改善を図ることの必要性>が記述されていた。

8) 【スタッフの知識と技術不足に関連した抗精神病薬の使用と教育の必要性】

【スタッフの知識と技術不足に関連した抗精神病薬の使用と教育の必要性】は、<スタッフの知識と技術不足に関連した抗精神病薬の使用><スタッフの知識と技術教育の必要性>の2サブカテゴリで構成されていた。

「認知症ケアの知識不足やスタッフに差がある為に、非薬物療法への取り組みが不十分で、行動・心理症状イコール薬といった治療法に走りやすい」「アセスメント力の不足、介入のタイミングの遅れ、スタッフの能力の差が薬物の使用につながっているのではないかと考えています」と、<スタッフの知識と技術不足に関連した抗精神病薬の使用>が生じていることを指摘し、「治療環境の整備と専門職の育成により、抗精神病薬の使用頻度は減少できるのではないかと考える」「私たちが環境因子の中で一番影響をあたえている事を自覚し、スタッフ一人一人がうけとめて、知識をつけることの必要性を感じてもらえるようスタッフ指導にはげんでいます」と、<スタッフの知識と技術教育の必要性>が記述されていた。

9) 【マンパワー不足に関連した個別対応の困難性と人員配置基準を見直す必要性】

【マンパワー不足に関連した個別対応の困難性と人員配置基準を見直す必要性】は、<マンパワー不足に関連した個別対応や安全確保の困難性><マンパワー不足に関連した抗精神病薬の使用><人員配置基準や診療報酬を見直す必要性>の3サブカテゴリで構成されていた。

「マンパワー不足などの時にその方に合った対応ができないこともある」「薬物に頼らず、できるのであれば望ましいが、（中略）スタッフの人員が不足しているため、患者さんの安全は大丈夫だろうかと思う」と、<マンパワー不足に関連した個別対応と安全確保の困難性>があることに触れ、「マンパワー不足、認知症患者をみていく環境をもっと作らなければいつまでも薬は必要だと考えます」「精神科の施設基準も低くマンパワーがないため、抗精神病薬を使用し症状が軽減することは良いことと思えま

す。スタッフ2人で50名程度の世話をしているには、やはり薬の効果が必要」と＜マンパワー不足に関連した抗精神病薬の使用＞があることについて記述されていた。その解決の糸口として、「診療報酬アップ、そして、人員配置基準アップなどの見直しが必要」「どうしても関わる看護・介護職の人数が必要になる。合せて薬価だけでなく、人数を増すことでも診療報酬に考えてほしい」と、超高齢社会を取り巻く環境変化に呼応するために、精神科医療におけるや＜人員配置基準や診療報酬を見直す必要性＞が記述されていた。

10) 【家族に対する教育とサポートの必要性】

【家族に対する教育とサポートの必要性】

は、同名のサブカテゴリである。

「ケアの方法で解決、軽減できる事もあるので、家族へのアドバイス、教育も必要」「安易に抗精神病薬を使用することの弊害があることを在宅の家族や施設の職員等が知識を深め、リスクに対しての症状も早期発見できる様に薬物に関しての啓蒙が必要である」と、家族の理解が重要であるとの考えから＜家族に対する教育とサポートの必要性＞について記述されていた。

11) 【抗精神病薬の使用をめぐるジレンマ】

【抗精神病薬の使用をめぐるジレンマ】は、＜抗精神病薬を使用することへのジレンマ＞＜抗精神病薬の使用に対する合理的解釈＞の2サブカテゴリで構成されていた。

「対応のしかたで抗精神病薬をしようしなくてすむのであればそれにこしたことはないと思います。(中略) 日々このようなジレンマとたたかいながら看護を行っています」「薬剤に頼るのではなく、活用するという意識ができず、罪悪感を感じるスタッフもいる」「高齢認知症患者の抗精神病薬の適応外使用によって死亡率が上昇するかもしれないという指摘もされている。(中略) 有害事象に関して懸念もある」と、罪悪感や懸念を抱きながら＜抗精神病薬を使用することへのジレンマ＞の中で、日々のケアを実践していることや、「BPSDだから、骨折

予防、本人のため、家族、スタッフの為と様々な理由で、鎮静をかけるための過剰与薬もどこかで合理化されているように思います」と、＜抗精神病薬の使用に対する合理的解釈＞をすることで、その場を凌ごうとする風潮にジレンマを抱いていることが記述されていた。

V. 考察

1. 抗精神病薬の適切な使用について

BPSDの症状には、易刺激性、焦燥・興奮、脱抑制、異常行動、妄想、幻覚、うつ、不安、多幸感、アパシー、夜間行動異常、食行動異常などがある。これらBPSDの症状の中で、認知症治療病棟の入院患者に最も頻度の高いものは徘徊であり、最も管理困難なものは暴力行為である(前田, 2013)。暴言や暴力といった言動は患者自身や他の患者の安全と安寧を脅かすリスクが高く、精神病院の認知症病棟においては身体拘束(抗精神病薬投与を含む)(Nakahira et al. 2009)や、施設への入居困難、他患からの孤立といった社会性に影響を与える。これらことから、研究協力者は【ケアだけで安全と安寧を確保することの困難性】の認識に至ったと考える。

BPSDの症状への対応に苦慮する中、抗精神病薬を使用しBPSDを抑制することは、自傷行為や他の患者への危害を予防し、治療とケアの介入を可能にするという側面もあり、【抗精神病薬使用上のメリット】として肯定的に考えられていた。しかし、【抗精神病薬による治療の困難性】からは、過鎮静のリスクがある抗精神病薬を認知症高齢者のBPSDの症状に応じて微調整することが容易でないことがうかがえた。抗精神病薬はBPSDの改善を目的に使用されているにもかかわらず、過沈静による意識混濁、転倒や誤嚥などの重篤な副作用を誘引する危険性が高く、認知症高齢者の自立(自律)した生活やそのための意思決定能力を低下させることにもつながる。そのため、副作用の強い抗精神病薬を認知症のBPSDに使用する際は、自傷や

他害の恐れがあるなど、投与によるメリットがデメリットを明らかに上回ると考えられる場合に限り、適切なインフォームドコンセントのもとに開始することが最低条件との見解（高橋智, 2011）が示されている。研究協力者は、【抗精神病薬使用上の条件】である〈患者のための使用目的〉と〈個々に応じた必要最低量〉を守ることを認識しており、患者以外の利益を優先しないことや過剰な使用による有害事象を防止しようとする意識が高いことがうかがえた。

しかし、〈医師の治療や処方の違いに対する疑問〉を抱き、抗精神病薬の処方によって患者の容態や看護が左右されることから、【医師による処方の違いと適切な処方の必要性】を認識していた。このことから、医師によって処方内容が異なり、抗精神病薬が適切に使用されているとはいえない現状と、抗精神病薬の適切な使用には治療方針上の課題があると推察される。

2012年に「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第1版)」が配布され、2015年にかかりつけ医を対象としたガイドラインの活用率の調査が実施された。その結果によると、ガイドラインの活用率は10%のみで抗精神病薬を使用する際の家族への同意は28%に留まっていた（厚生労働省, 2015）。そして、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬など多種の薬剤が投与されており、状況が変化していないことから、認知症医療の第一線を担う医師の裁量の妥当性に関する困難性が指摘されている（新井, 2015）。認知症のBPSDに対する抗精神病薬の適切な使用による治療の遂行には、医師のBPSDに対する抗精神病薬の処方に関連した知識の向上と意識変容が重要であると考えられる。

研究協力者は、「患者の変化を見逃さず、医師へ報告できる能力を育てたい」と、適切な治療のために〈医師への適切な情報提供の必要性〉を実感し、「非薬物療法をチームで検討し実践、

評価し、抗精神病薬を使用しないようにしたい」と【多職種による連携・協働の必要性】を認識していた。高齢者は加齢に伴う生理的変化により肝機能と腎機能の低下が起こる。このことは薬物動態の代謝・排泄に大きな影響を与えるため、抗精神病薬の使用にあたっては注意深いアセスメントとモニタリングが必要となる。精神科病棟において看護・介護職者は、認知症高齢者の日常生活のケアにあたることから、抗精神病薬を使用したあとのBPSDの変化を捉えることが可能である。したがって、抗精神病薬による適切な治療を遂行する上で、看護・介護職者がBPSDに対する抗精神病薬の効果を評価し、専門性に基づき得た情報を医師へ提供することは不可欠であるといえる。情報は他者と共有することでその効果と目的を達することができる（高橋, 2017）ため、多職種が情報共有を通じて、各々の価値観や考え方を交換することは抗精神病薬の適切な使用を可能にすると考えられる。

2. 薬に頼らないケアについて

BPSDの非薬物療法は、認知症の人の視点を重視し、その人らしさを尊重してケアを行おうとKitwoodが提唱したパーソン・センタード・ケアの概念に基づく実践が推奨されている。

認知症の進行に伴い、言葉の理解や記憶が困難になるため、ニーズや嫌なことに対する意思表示は様々な表現となる。BPSDの症状である暴言や暴力は「嫌」であるという意思表示であり、この「嫌」であることの意味表示を意志ではなく、拒否ととらえる医療・介護職の判断や態度が問題視（伊東, 2019）されている。

高道（2015）は、認知症を有する人が表す行動の意味と意思を把握し、意思を叶えるアプローチ、主体を尊重する関わり合いが検討され実施されれば、対応に苦慮する場面は落ち着くことから、多職種協働で標準的なかわりをする戦略の必要性を示唆している。

研究協力者は、「BPSDの症状は、環境を整え不安材料を取り除くことで軽減することが多

い」「環境要因にどのように対応するかで、一人一人に尊重した対応が可能になる」とく周辺環境に着目し対応策を考えることの重要性を認識しており、BPSD への対応に苦悩しながらも自尊心を尊重した対応を心掛け、安寧につながる環境づくりを目指していることがうかがえた。そして、「その人らしさのサポートで薬を減らすことができる」、「抗精神病薬を投薬しない方が症状が安定する」「症状の改善にはケアの力が大きい」と、経験的に抗精神病薬に依存しないケアが BPSD の改善に有効であることを認識していた。つまり、高橋（2015）が示すように主体を尊重する関わりにより、対応に苦慮する場面が落ち着くことを実感し、薬に頼らないケアの重要性を理解したことで、非薬物療法への意志が高まったと推察される。

しかし、アセスメント力の不足が介入のタイミングを遅らせることや、マンパワー不足が患者の安全を脅かす実状が記述されており、薬に頼らないケアを遂行するためには、【スタッフの知識や技術不足に関連した抗精神病薬の使用とスタッフ教育の重要性】や、【マンパワー不足に関連した個別対応の困難性と人員配置基準を見直す必要性】があることを認識していた。BPSD に対して適切なケアを遂行するための判断に必要な知識と効果的な実践のための技術やマンパワーは、認知症高齢者の安全と安寧を保障するためには重要な要素であるといえる。

また、研究協力者は、「ケアの方法で解決、軽減できる事もあるので、家族へのアドバイス、教育も必要」と、【家族に対する教育とサポートの必要性】についても認識していた。BPSD の発症時は身体疾患の発症や憎悪、看護師や家族介護者をはじめとする周囲の人の不適切なかかわり、コミュニケーション、見当をつけにくい物理的環境が原因となっていることが多く改善の必要がある（諏訪，2018）。家族の一員である高齢者が認知症になると家族の生活は大きく変化する。特に徘徊や暴力といった BPSD は家族の介護負担の主要因であり、退院

を阻害する要因の一つ（前田，2013）でもある。そのため家族の対応によっては認知症高齢者の BPSD の現れ方や生活に影響を与えることはいうまでもなく、家族への教育や支援は不可欠であるといえる。

非薬物療法のエビデンスは未だ確立されておらず、BPSD 発症時のケアも試行錯誤の段階にある。医療・介護職者は、抗精神病薬の使用にあたり、罪悪感や懸念といった【抗精神病薬の使用をめぐるジレンマ】を抱いており、自身のストレス要因になっていることが推察された。また、医療・介護職は「BPSD だから、骨折予防、本人のため、家族、スタッフの為と様々な理由で、鎮静をかけるための過剰与薬もどこかで合理化されている」と、＜抗精神病薬の使用に対する合理的解釈＞があることに複雑な心境を抱いていた。この、その場を凌ごうとする風潮はケアの質の低下やチームの士気を低下させる要因になり得るため注意が必要である。しかし、別の見方をすれば尊厳あるケアを実践したくてもできない実状に苦悩し、自問自答する中でストレスマネジメントであると考えることができる。つまり、医療・介護職自身がストレスマネジメントをしなければならないほど過酷な状況にあると推察することができる。

BPSD の対応の第一選択は非薬物的介入が原則であるが、BPSD の要因は千差万別であり、画一化されたケアでは安寧に導くことができない。薬に頼らないケアの充実には、医療・介護職の教育やマンパワーの充足など、管理的側面からのアプローチは重要である。これらを可能にするためには、個人の意識だけでなく、実践を支える病院全体で抗精神病薬の投与に替わる非薬物療法とケアの確立に向けたエビデンスの探求は重要と考える。

3. 認知症高齢者ケアの充実にむけて

認知症高齢者の増加が見込まれる中、認知症ケアの現場は、医療施設や福祉施設から在宅、地域へと拡大かつ多様化している。そのため、認知症高齢者の治療やケアに携わる者は、医師

や看護師、薬剤師、理学療法士など医療職のみでなく、介護福祉士や医療ソーシャルワーカー等の福祉職を含め、多職種が連携して推進していかなければならない。全ての専門職者が、あるいはインフォーマルケアの提供者として地域住民をも含め、認知症ケアに対する理解を深め、各々の専門性や強みを活かして協働して取り組むことが求められている。

看護職においては、認知症看護を実践する質の高い看護師の育成を目的に、2004年11月より認知症看護を特定分野として認定し、2005年より認定看護師の教育が開始された。さらに、認知症に強い看護体制づくりにむけ、専門性の高い看護師だけでなく、看護職一般の認知症に関する教育の徹底を目的に、管理者向けの研修も開始されている（島橋,2015）。

また、医療職以外の職種も取得可能な認知症ケア専門士（一般社団法人日本認知症ケア学会認定が主催する民間資格）の資格制度が、2005年に制定され、認知症ケアに対する優れた学識と高度な技術、倫理観を備えた専門技術士として活躍を期待されている。

このように、日本における認知症ケアの質の向上を目指して、医療や介護の専門職や有資格者が研鑽を積んでおり、エビデンスある実践は、認知症のケアに携わるすべての職種にとって、共通の課題となっている。

3. 研究の限界

本研究は、精神科病棟の職員を対象にしたもので、質問紙調査の自由回答欄に記載された内容を分析したものである。自由回答欄に記載した職種は主に看護職者であり、回答者の職種に偏りがある。したがって認知症の医療やケアに携わる職員全体の認識の全容を包括的に捉えたものではない。今後は対象を拡げて研究・分析・検討を重ねていくことで認知症高齢者への非薬物療法とケアの充実に向けた施設別の課題と支援の方向性を明らかにすることが可能になると考える。

VII. おわりに

本調査により認知症高齢者のBPSDの鎮静や安全と安寧のために抗精神病薬が使用されている実態や、薬に頼らざるを得ない現実に苦悩する実情が明らかとなった。これらの結果は、抗精神病薬の使用を最小限にし、非薬物療法とケアの充実を図る必要性を示唆していた。

非薬物療法とケアの充実には、医療・介護職の知識や技術不足、ならびにマンパワー不足など課題が山積している。これらの課題を解決するためには、医療・介護職の教育やマンパワーの充足など管理的側面からのアプローチが重要であると共に、抗精神病薬の投与に替わる非薬物療法とケアの確立に向けたエビデンスの探究は重要であると考えられる。

本研究は、平成23年度 科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)(基盤研究C)の助成を受けて行った。

引用・参考文献

- 伊東美緒 (2019). 一般病院において認知症高齢者の意思表示をどう支えるか. 老年看護学, 23 (2) 38-43.
- 上田諭 (2016). 認知症そのままでもいい, 医療と看護, 2 (4), 45-47.
- US Food and Drug Administration(2005). FDA issues public health advisory for antipsychotic drugs used for treatment of behavioral disorders in elderly patients.
- Kawamura K. (2008). Study on caregivers' willingness to work and turnover. 20th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice.
- 厚生労働省 (2015). かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン (第2版).
- 厚生労働省 (2015). 精神疾患を有する総患者数の推移資料.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000->

- Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf (2019年9月2日閲覧).
- 厚生労働省 (2016). 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) ~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~.
- <http://www.city.tama.lg.jp/cmsfiles/contents/0000004/4172/shiryoushinnorenjipurann.pdf> (2019年9月2日閲覧).
- 坂本すが (2015). 日本看護協会における認知症ケア充実への取り組み. 老年看護学, 20 (1), 26-30.
- 島橋誠 (2015). 認知症ケアにおける未来への提言—教育の視点から—. 老年看護学, 20 (1), 64-69.
- 鈴木みずえ (2014). 教育講演 1 認知症高齢者のもてる力を引き出す看護—認知症のパーソン・センタード・ケア—. 老年看護学, 19 (1), 14-18.
- 諏訪さゆり (2018). 認知症高齢者の薬物療法における看護師の役割. 老年看護学, 23 (1), 46-51.
- 高橋 智 (2011). 認知症のBPSD. 日老誌, 48, 195-204.
- 高橋幸祐 (2017). 特別養護老人ホームにおいて求められる多職種連携に関する研究—終末期介護での調査結果を踏まえての考察—. 尚美学園大学総合政策論集, 25号, 55-77.
- 高道香織 (2015). 病院における認知症ケアと医療の提供との融和について. 日本看護倫理学会誌, 7 (1), 120.
- 内閣府 (2017). 高齢者の健康福祉平成29年版高齢社会白書 (概要版) .
- https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/sl_2_3.html (2019年9月2日閲覧).
- Nakahira M, Moyle W, Creedy D & Hitomi H. (2009). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. J Clin Nurs. 18(6):807-16.
- 本田美和子 (2014). ユマニチュード入門, 医学書院.
- 本間昭 (2006). 認知症の精神症状・行動障害 (BPSD) に対する抗精神病薬の使用実態に関するアンケート調査. 老年精神医学雑誌, 17(7), 779-783.
- 前田潔・尾寄遠見・川又敏男 (2013). 精神科病院における認知症医療—心理行動症状への対応—精神雑誌, 115 (1), 41-18.

表 1. 抗精神病薬の使用をめぐる認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	113
ケアだけで安全・安寧を確保することの困難性	ケアだけで心身の安寧と安全を確保することの困難性	ケアのみで安全確保は困難である	2
		ケアのみで心身の安定は困難である	3
		共同生活を管理する上で投薬は必要である	1
	BPSD悪化に伴う内服や拘束の必要性	BPSD悪化すると内服や拘束が必要になる	1
		BPSDは施設の入所拒否につながる	1
		BPSDは他患からの孤立につながる	1
精神疾患の併発による対応の困難性	精神疾患と認知症が併発している際の対応は難しい	3	
抗精神病薬使用上のメリット	抗精神病薬の使用による容易なケア介入	抗精神病薬の投与により不安や興奮状態が抑えられ介入が可能になる	1
		初期に抗精神病薬を使用することの有効性	2
	抗精神病薬の使用による看護・介護の負担軽減	抗精神病薬の投与による看護・介護の負担軽減	1
抗精神病薬による治療の困難性	抗精神病薬による治療の困難性	過鎮静のリスクがある	2
		抗精神病薬の効果は色々で使用量が難しい	3
抗精神病薬使用上の条件	個々に応じた必要最低量	中核症状に有効な薬の活用が重要である	1
		対応困難な場合のみ必要最小限の投薬をする	1
		個々に合った処方が必要である	1
		投薬によるADL低下の予防が前提となる	1
		基準を設けることは必要である	1
	患者のための使用目的	医療者や家族の都合で投薬してはならない	7
医師による処方の違いと適切な処方の必要性	医師による治療や処方の違いに対する疑問	医師による治療や処方の違いに対する疑問	5
	精神科医による処方の必要性	精神科医による処方が必要	3
多職種による連携・協働の必要性	医師への適切な情報提供の必要性	医師への適切な情報提供は必要	3
	多職種連携の必要性	多職種連携の必要性	3
薬に頼らないケアの重要性	抗精神病薬を使用しないことによる症状の安定	抗精神病薬を投薬しない方が症状が安定する	5
		周辺環境に応じたケアを優先させる	3
		環境調整はBPSDの安定に有効である	4
	周辺環境に着目し対応策を考えることの重要性	環境に著目し対応策を考える	5
		その人らしさのサポートで薬を減らすことができる	1
		症状の改善にはケアの力が大きい	3
ケアにより症状の改善を図ることの必要性	ケアにより症状の改善を図りたい	4	
	スタッフの知識や技術不足に関連した抗精神病薬の使用と教育の重要性	スタッフの知識と技術教育の必要性	5
スタッフの知識や技術不足に関連した抗精神病薬の使用と教育の重要性	スタッフの知識や技術不足に関連した抗精神病薬の使用	スタッフの知識と技術不足が抗精神病薬を使用する誘因	4
		スタッフのアセスメント不足が抗精神病薬を使用する誘因	2
		スタッフの能力差が抗精神病薬を使用する誘因	2
マンパワー不足に関連した個別対応の困難性と人員配置基準を見直す必要性	マンパワー不足に関連した個別対応や安全確保の困難性	マンパワー不足があり個別対応は困難	4
		マンパワー不足があり安全確保は困難	1
	マンパワー不足に関連した抗精神病薬の使用	マンパワー不足があり抗精神病薬を使用する要因	9
人員配置基準や診療報酬を見直す必要性	人員配置基準や診療報酬見直しが必要	2	
家族に対する教育とサポートの必要性	家族に対する教育とサポートの必要性	家族に対する教育とサポートが必要	3
抗精神病薬の使用をめぐるジレンマ	抗精神病薬を使用することへのジレンマ	抗精神病薬を使用することへのジレンマ	3
		抗精神病薬を使用することへの罪悪感	1
		抗精神病薬の有害性に対する懸念	2
	抗精神病薬の使用に対する合理的解釈	抗精神病薬の投与を合理化する解釈がある	3