

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 20 日現在

機関番号：12501

研究種目：基盤研究(B) (一般)

研究期間：2013～2016

課題番号：25293460

研究課題名(和文) BPSDの薬物療法を実施している在宅認知症高齢者と家族のための支援指針の開発

研究課題名(英文) Development of Support Guidelines for Medical/Care Teams for Older Dementia Patients Living at Home Undergoing Pharmacotherapy for BPSD and Their Families

研究代表者

諏訪 さゆり (SUWA, Sayuri)

千葉大学・看護学研究科・教授

研究者番号：30262182

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 12,300,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、在宅ケアチームによって、在宅認知症高齢者のBPSDの予防と緩和を可能とする支援指針を開発することを目的とした。文献検討によって13項目から成る支援指針を作成した。その後、A県内の全ての地域包括支援センターや訪問看護ステーション等に、また日本老年精神医学会と日本認知症学会で認定する全国の専門医をあわせて合計3,207人に13項目の重要性と実践状況を4件法にて回答を得た。認知症対策を積極的に実施しているフィンランドにおいても在宅ケア専門職と家族を対象に、指針の重要性と実践状況について面接調査を行った。

いずれの調査においても、支援指針13項目全てについて重要であることが確認された。

研究成果の概要(英文)：The aim of this research is to develop “support guidelines for medical/care teams for older dementia patients living at home undergoing pharmacotherapy for behavior and psychological symptoms of dementia (BPSD) and their families. Based on the literature review and existing guidelines, support guidelines were consisted of 13 items. An anonymous, self-administered survey was given to 3,207 professional persons that were home care nurses and doctors consisting of those who have completed training on dementia treatment, home care pharmacists in prefecture A, furthermore, society-certified medical specialists et al. Respondents indicated the importance and practice of each item using 4-level graded responses. Moreover, interview research for home care professionals and family caregivers were conducted in Finland. Finally, all of 13 support guideline items were significant.

研究分野：老年看護学

キーワード：認知症高齢者 家族 BPSD 薬物療法 支援

1. 研究開始当初の背景

日本の65歳以上の高齢者を対象とした疫学調査では、認知症の有病率は以前のものよりも高まっており (Ikejima, 2012)、22.5%というきわめて高い率であることが指摘されている (本間, 2012)。しかも認知症高齢者のうち67%が自宅をはじめグループホーム、有料老人ホーム等を含めた居宅で生活しており、認知症高齢者の所在は、特別養護老人ホームや老人保健施設、療養型病院と比較すると居宅が圧倒的多数となっている (厚生労働省, 2003)。

認知症に対して早期診断早期治療が奨励されており、中核症状の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いる。一方、睡眠障害や暴言・暴力、不穏、徘徊などのBPSD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 (Wang, 1971、財団法人ばけ予防協会, 2007)、薬物療法ではパーキンソン症候群の発症など、誤嚥性肺炎や大腿骨頸部骨折など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いことから、非薬物療法としてのケアによって改善を目指すことが高齢者医療の原則となり (秋山, 2007)、BPSDの薬物療法も必要時に限定して実施することとされている (日本神経学会, 2010)。しかし、BPSDを有する認知症高齢者のストレスは高いことから (梶原, 2012)、家族はBPSDの発症要因を踏まえてケアを検討する以前に薬物療法を希望し、しかも一度開始されると、家族は日々の生活の中で減量や中止の必要性を検討することもなく、あるいはどのように医療機関に相談するのかわからないまま薬物療法が継続されている (諏訪, 2010、小池, 2011)。また、日本では平均世帯構成員数は減少していることから、一日の一定時間を勤務や学業のために家族が留守となることもあり、認知症高齢者の単身世帯も増加している。そのような在宅認知症高齢者に対しては、服薬管理を家族だけでなく介護支援専門員、訪問看護師、ホームヘルパー、デイサービスの看護師、介護職などの在宅ケアチームで実施している現状がある (谷口, 2010、小池, 2010)。

BPSDの薬物療法においては変化しやすい認知症高齢者の心身状態を的確に把握し、BPSDに関する服薬の必要性、服薬量、服薬のタイミングを判断し、効果や副作用を含めた服薬の評価する必要があるが、これらについては一般的に主治医から家族が口頭で説明される場合が多い。そのためBPSDの薬物療法に関して家族が十分に理解した上で在宅ケアチームとの連携が行われないと、過剰に服薬したり副作用が見られるにもかかわらず服薬を継続したりするなど薬物療法が認知症高齢者にとって効果的に行われないう危険がある。

一方、認知症高齢者の家族や看護師や介護

福祉士などケア専門職を対象とした認知症ケアの研修もこれまでさまざま実施され (加藤, 2009、尾之内, 2005、臼井, 2005、長谷川, 2002)、「認知症高齢者本人の意向やその人らしさを尊重したケアを行うことが重要である」という認知症ケアの原則を伝えてきた。しかしこれらの研修ではBPSDの薬物療法については学習内容に含まれず、認知症高齢者を対象とした医療と介護の連携が円滑に進まない一因となっている。そこで我々は、BPSDを有する認知症高齢者へのケアと薬物療法の関係性に関する家族や医療・介護専門職を対象とした教育プログラムを開発してきた (諏訪, 2011) 普及には至っていない。このような現状を克服し、薬物療法の副作用が原因・誘因になって発症する誤嚥性肺炎や大腿骨頸部骨折などの合併症を予防することは、不必要な入院、その後の転院や長期ケア施設への入所を減じることになる。認知症高齢者の生命の安全と安心を最期まで保障し、老人医療費を抑制するためには、在宅認知症高齢者の家族によるBPSDを予防・改善するケア技術を開発・普及し、BPSDの治療として原則通り非薬物療法としてのケアを展開できるようにしなければならない。その際には、現在多くの認知症高齢者が抗精神病薬や睡眠薬、抗うつ薬などの薬物療法を行っている現状があるため、薬物ごとに変更、減量・中止する手順が異なることを踏まえて家族に教育するとともに、認知症高齢者にとって必要な薬物を確実に服用し、不必要あるいは過剰に行われている薬物の可能性を見極め、薬物療法の適正化の基盤となる家族によるケア技術とその家族を支援する在宅ケアチームによる支援指針の開発が重要になる。

2. 研究の目的

本研究の目的は以下の3項目である。

- (1) 在宅認知症高齢者に行われているBPSDの薬物療法を、変更や減量、中止を含む調整によって適正化することに取り組んでいる家族と在宅ケアチームによる実践事例から、適正化の基盤となるケア技術を在宅ケアチームの連携方法も含んで抽出する。
- (2) (1)で抽出されたケア技術から在宅認知症高齢者と家族の安心と安全の基盤となるケア技術と在宅ケアチームによる認知症高齢者と家族のための支援指針を開発し、重要性と実践状況を国内外の調査によって明らかにする。

3. 研究の方法

(1) 研究目的1)についての研究方法

目的1)を達成するために、医学中央雑誌Webにおいて、「認知症」・「BPSD」・「薬物」・「調整」・「在宅」・「自宅」をキーワードとして2005年から2014年の期間で検索を行い、得られた文献から在宅認知症高齢者 (以下、認知症者) の薬物療法を支援する具体的方法が記載されている文献を選定した。

選定した文献と研究者らの先行研究（在宅認知症者のステージごとの行動・心理症状に応じたケアガイドの開発；平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金により公益財団法人日本訪問看護財団が実施）の結果から認知症者の薬物療法の支援に関する内容を抽出し、質的に分析した。

(2) 研究目的(2)についての研究方法

目的(2)を達成するために、国内での郵送法による郵送法によるアンケート調査と国外でのインタビュー調査を行った。

国内での郵送法によるアンケート調査

対象者は、在宅認知症高齢者の医療・ケアに従事している専門職、合計 3,207 人であった。まず A 県内の認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、在宅医療実施薬局、日本認知症ケア学会認定の認知症ケア専門士が所属する施設の管理者宛に依頼書と自記式無記名の調査票を送付し、これらの施設において在宅で生活する認知症高齢者の医療・ケアに中心的に取り組んでいる専門職各 1 名に管理者から手渡すことを依頼した。なお、認知症ケア専門士の所属施設の管理者には、在宅認知症ケアにかかわっている認知症ケア専門士 1 名に調査票を手渡すことを依頼した。ただし、認知症ケア専門士が在宅認知症ケアにかかわっていない場合は、中心的に取り組んでいる他の専門職に手渡してほしいことを伝えた。その後、依頼書を受け取った専門職に対して、調査票への回答を求めた。

また、A 県内の認知症サポート医、認知症対応能力向上研修終了医、さらに、全国の日本老年精神医学会認定・日本認知症学会認定の専門医に同様の依頼書と調査票を送付した。

調査内容は、対象者の基本属性、「BPSD(精神症状・行動障害)を中心とした薬物療法を実施している在宅認知症高齢者と家族への在宅医療・ケアチームによる支援指針(案)」を構成する 13 項目の支援内容について、「普段の在宅医療・ケアにおける実践状況」および「在宅医療・ケアチームで活用する支援指針としての重要性」に関する認識であった。

調査実施期間は 2015 年 10 月～12 月にかけて実施した。

倫理的配慮については、本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。

具体的な倫理的配慮として、調査は自記式無記名調査で実施し、統計学的に分析を行うため、回答者個人が特定されることはないこと、記入に要する時間は概ね 20 分程度であること、調査票の返送をもって本調査への協力の同意とし、ただし答えたくない質問には回答する必要はないこと、一度返送された調査票は、その後不参加の意思表示をされても、無記名調査であることから調査票を除外することはできないことなどを依頼書で説明

した。

国内外でのインタビュー調査

認知症対策を積極的に行っているフィンランドの地方都市で認知症の医療・ケアに従事する老年科医、保健師、看護師、薬剤師等合計 10 名に対し、支援指針案の妥当性に関するインタビュー調査を行った。支援指針案は先行研究や既存のガイドラインを踏まえ、13 項目で構成した。インタビューは日芬の通訳を介し、2014 年 10～11 月および 2015 年 10 月に実施した。

国内でのインタビュー調査は、研究者のネットワークを活用して得られた認知症ケア実践者を対象として 2016 年に実施した。

倫理的配慮については、研究の趣旨、匿名性の保持、自由意思での参加等を口頭と文書を用いて説明し、署名による同意を得た。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。

4. 研究成果

(1) 研究目的 1 について

検索の結果得られた 526 文献のうち、認知症者の薬物療法を支援する具体的方法が記載されているものは 37 文献であった。認知症者の服薬支援には、家族・ケアマネジャー・ホームヘルパー・デイサービススタッフ・看護師・薬剤師・医師など多職種からなる在宅ケアチームが連携して関わっていた。

在宅ケアチームは、<医師による薬剤の適切な種類・量の判断>の後に、チーム内で服薬継続のための役割分担を明確にしたうえで、認知機能や嚥下機能に応じて<認知症者の服薬を可能にする支援>を行っていた。そして、在宅ケアチーム内で情報共有を行いながら<薬効や副作用症状のモニタリング>を行い、医師はその結果をもとに使用する薬剤の判断を行っていた。カテゴリの関連とそれぞれのカテゴリに含まれる内容の一部を以下に示す。

【コアカテゴリ 1：医師による薬剤の適切な種類・量の判断】

<具体的支援>

- ・向精神薬を処方する際には医師から副作用症状について十分な説明を行う
- ・BPSD の薬物療法は少量から開始し副作用や薬物相互作用を嚴重にモニタリングしながら漸増する

【コアカテゴリ 2：認知症者の服薬を可能にする支援】

《カテゴリ 1：服薬継続のための役割分担を決める》

<具体的支援>

- ・服薬時にホームヘルパーや訪問看護師が支援できるようサービスを調整する
- ・認知症者の医療・介護サービスの予定に合わせてケアチーム内で服薬管理を分担する

《カテゴリ 2：認知機能に応じた方法で服薬支援を行う》

< 具体的支援 >

・症状コントロールのために必要不可欠な内服薬のみになるよう在宅ケアチームで検討する
・服薬回数を整理し、薬剤師が定期的に訪問する

《カテゴリ 3：嚥下機能に応じた方法で服薬支援を行う》

< 具体的支援 >

・薬が口に残ったり出してしまう場合はゼリーやアイスクリームを使って内服する

【コアカテゴリ 3：薬効や副作用症状のモニタリング】

< 具体的支援 >

・モニタリングのための観察方法を介護者に伝える
・副作用症状が出現した際の服薬中止や薬剤減量のアドバイスを医師から家族へ分かりやすく伝える

(2) 研究目的 2 について

国内での郵送法によるアンケート調査

a 回収率

3,207 人のうち 830 名から回答が得られ、有効回答率は 25.9%であった。

b 回答者の性別

回答者の性別については、男性回答者が女性回答者のおよそ 2 倍であった。

c 回答者の年齢

回答者の年齢については、50 歳代の者が 32.4%と最も多く、次いで 40 歳代が 31.3%であった。

d 回答者の職種

回答者の職種については、医師が最も多い 55.7%であった。看護師 13.1%、介護支援専門員 10.4%がそれに次いでいた。

e 回答者の保有資格

回答者の保有資格については、認知症を診療する専門医が最も多く 40.0%であった。認知症サポート医 20.3%、認知症ケア専門士 5.5%がそれに次いでいた。

f 支援指針（案）を構成する内容に関する普段の在宅医療・ケアにおける実践状況

いずれの内容についても、「いつも実践している」と回答した者はおよそ 40%であった。また、「いつも実践している」の回答者と「しばしば実践している」の回答者を合わせて「実践群」とすると、【服薬に関する困難の解決策の検討】以外の内容について 60~80%の回答者が「実践群」であった。しかし、【服薬に関する困難の解決策の検討】の「実践群」は 57.1%にとどまった。

また、「いつも実践している」と回答した者の割合が最も高かったのは、【服薬支援体制の必要性の確認】50.1%であり、次が【一元的で最小化された処方】47.8%、【薬

物療法決定前：家族介護者によるかわりの実情の確認と支援】45.7%となっていた。

一方、「いつも実践している」と回答した者の割合が最も低かったのは、【服薬に関する困難の解決策の検討】24.0%であった。次に低いのは【認知症の人にいつもとの違いを感じ取った時の連絡体制の確認】31.6%であった。

「全く実践していない」と回答した者が最も多かったのは、【糖尿病を有する認知症の人への服薬支援の留意事項】14.8%、【服薬に関する困難の解決策の検討】12.2%、【専門医受診の必要性の検討】10.5%であった。

いずれの職種においても実践状況の「いつも実践している」が概ね 30%台より低くなっていたものは、【向精神薬による精神症状・行動障害の治療の必要性の確認】【向精神薬による治療時の留意点の共有】【服薬に関する困難の解決策の検討】【向精神薬の中止や減量を判断するポイントの確認と認知症の人の不安への支援】【糖尿病を有する認知症の人への服薬支援の留意事項】であった。

また、実践状況の「いつも実践している」について医師と介護・看護職とで実践状況に比較的差がみられたものは、まず【向精神薬による精神症状・行動障害の治療の必要性の確認】【向精神薬による治療時の留意点の共有】であり、これらは医師に「いつも実践している」と回答した者が 45%程度、介護・看護専門職では 20~30%台であった。一方、【認知症の人にいつもとの違いを感じ取った時の連絡体制の確認】については、介護・看護職のほうが「いつも実践している」と回答した者が 50%程度であり、医師については 26.3%、薬剤師が 15.8%であった。また、【薬物療法に関するモニタリングの必要性の理解と共有】については、介護・看護職の概ね 33~50.9%が「いつも実践している」と回答したが、医師では 34.7%、薬剤師は 28.1%であった。

g 支援指針（案）を構成する内容に関する在宅医療・ケアチームで活用する支援指針としての重要性

ほとんどの内容についても、「たいへん重要である」と回答した者は 60~80%台であったが、【パーキンソン症状を有する認知症の人への服薬支援の留意事項】のみが 58.0%であった。また、「たいへん重要である」の回答者と「まあまあ重要である」の回答者を合わせ「重要群」とすると、すべての内容について「重要群」は 90%台を占めていた。

国外でのインタビュー調査

認知症の人への初期の処方は老年科医が行い、診察時は家族の同席を求め、家庭内の生活状況等を詳細に聴取していた。そして老年科医は、ホームケアナースやメモリーナースと電子カルテなどで密に情報交換し、処方の手がかりを得ていた。処方は電子レセプトで一元管理され、公的医療機関間では薬が

重複しないシステムが確立されていた。ホームケアナースは認知症の人との関係構築を重視し、薬物療法は最後の手段と考えていた。薬剤師は、特に抗コリン薬の重複について注意を払う必要があると述べた。

以上より、本支援指針案はフィンランドのエキスパートの実践と矛盾しないことが確認されるとともに、修正に向けた有益な意見を得ることができた。

完成版支援指針について

(1)および(2)の結果を踏まえて、完成版支援指針を開発した。一部抜粋して以下に示した。

1 【薬物療法決定前：家族介護者によるかわりの実情の確認と支援】

薬物療法を検討する前に、認知症の人との人間関係を大切に、穏やかな気持ちで生活できるように家族介護者がかかわっているかどうかを確認する。かわり方の基本は、在宅医療・ケアスタッフがモデルとなって実践するなどして家族介護者に伝える。以降、略。

2 【向精神薬による精神症状・行動障害の治療の必要性の確認】

認知症の人が健やかに自分らしい生活リズム（食事や入浴、排泄などが一日 24 時間の中で日々リズムカルに繰り返されること）で暮らすことができているかを検討しながら、それを阻む精神症状・行動障害の有無と具体的症状を明らかにする。在宅医療・ケアスタッフが支援してもその症状が改善しない場合は、服薬の種類、量、回数が最小限となるような向精神薬（睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬、抗てんかん薬）による治療を検討する。

ただし、ベンゾジアゼピン系薬物については、せん妄、転倒、骨折など副作用や有害事象のリスクが高まることから海外では使用されなくなっていることを鑑み、非薬物療法による支援を最優先とする。以降、略。

3 【向精神薬による治療時の留意点の共有】

必要性が検討された後、向精神薬が新たに、あるいは継続的に処方される際には、治療の対象となる精神症状・行動障害の具体的症状とどのような改善が期待できるのかについて家族介護者をはじめとする関係者間で共有する。さらに、継続使用につながりやすいので向精神薬の頓用処方を行わないこと、少量（一般的には成人の 1/2 量程度）から開始され必要に応じて漸増していくこと、薬効と副作用症状の確認の仕方、一包化の必要性等について、医師から十分な説明が行われ、関係者間で共有されたことを確認する。以降、略。

4 【服薬支援体制の必要性の確認】

認知症に関する薬物療法開始時や処方内容変更時、また家族介護者の心身状態が変化したり、飲み忘れ、飲み間違い、配薬間違いが起こる場合には、服薬支援体制を整える必要

性を検討する。服薬支援体制の構築が必要な場合は担当の介護支援専門員に相談し、要介護認定を受けていない場合は申請を勧め、服薬支援体制を構築する。以降、略。

5 【服薬支援体制の必要性の確認】

認知症に関する薬物療法開始時や処方内容変更時、また家族介護者の心身状態が変化したり、飲み忘れ、飲み間違い、配薬間違いが起こる場合には、服薬支援体制を整える必要性を検討する。以降、略。

6 【日々の服薬を支援するためのケアマネジメントの実施】

認知症の人と家族介護者の生活リズムを考慮するとともに、服薬時にホームヘルパーや訪問看護師、訪問薬剤師、調剤薬局薬剤師、通所サービスの看護・介護スタッフ、家族介護者等による支援が可能になるように、サービス利用や処方の調整を行う。以降、略。

7 【認知症の人にいつもの違いを感じ取った時の連絡体制の確認】

認知症の人の心身状態や日常生活行為の遂行状況、生活リズム、生活環境について、いつもの違いを感じ取った場合の連絡方法を、家族介護者をはじめとする関係者間で明確にする。以降、略。

8 【服薬に関する困難の解決策の検討】

認知症の人が服薬について困難な状況にある場合は、カンファレンスやサービス担当者会議などの機会も活用して対応を検討する。具体的には、以下の視点で具体的な服薬困難の要因をあげていき、解決するためには関係者がどのような行動をとったらよいかを話し合う。以降、略。

9 【薬物療法に関するモニタリングの必要性の理解と共有】

薬物の処方が開始・変更された後、認知症の人の心身状態や日常生活行為の遂行状況、生活リズムに好ましくない変化を関係者が感じ取った場合は、副作用が出現したり薬効が得られていないことが考えられる。医師が投薬を変更・中止できるように、関係者間で認知症の人に生じている変化について情報共有する。以降、略。

10 【向精神薬の中止や減量を判断するポイントの確認と認知症の人の不安への支援】

精神症状・行動障害が緩和し向精神薬の中止や減量を行う必要がある認知症の人の心身状態に関して、医師からの説明を関係者間で共有する。治療の目標が達成されても、認知症の人と家族が服薬の中止や減量を不安に思っている場合は、関係者が認知症の人と家族の安心と安全を大切に中止や減量を支援することを伝え、実際に支援する。以降、略。

11 【専門医受診の必要性の検討】

精神症状・行動障害を有する認知症の人にケアと薬物療法を行った上で、症状の経過や生活リズムが過活動・低活動になっているかを確認する。以降、略。

12 【糖尿病を有する認知症の人への服薬支

援の留意事項】

認知症の人が糖尿病に罹患しインスリン自己注射を実施している場合は、可能な限り早期から、自己注射の手法や処方どおりに注射しているかを確認する。以降、略。

13 【パーキンソン症状を有する認知症の人への服薬支援の留意事項】

レビー小体型認知症やパーキンソン病によりパーキンソン症状が見られる場合は、シート包装されている薬の服用困難さを確認する。可能な限り早期から、一包化を行う。以降、略。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計1件)

諏訪さゆり, 辻村真由子, 島村敦子, Helli Kitinoja, Jaakko Kontturi, 得居みのり, 犬山彩乃: 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. 千大看紀要, 38, 1-10, 2016. 査読有

〔学会発表〕(計8件)

諏訪さゆり, 辻村真由子, 湯本晶代, 岩田尚子, 島村敦子, 能川琴子, 藤田伸輔: 在宅認知症高齢者の薬物療法支援指針に関するアンケート調査 - 介護支援専門員を中心に - . 日本認知症ケア学会誌, 16(1), 186, 2017/5/26-27. 沖縄コンベンションセンター

辻村真由子, 諏訪さゆり, 湯本晶代, 岩田尚子, 島村敦子, 能川琴子, 藤田伸輔: 在宅認知症高齢者の薬物療法支援指針に関するアンケート調査 - 薬剤師を中心に - . 日本認知症ケア学会誌, 16(1), 173, 2017/5/26-27. 沖縄コンベンションセンター

Sayuri Suwa, Mayuko Tsujimura, Akiyo Yumoto, Naoko Iwata, Atsuko Shimamura, Kotoko Nogawa, Shinsuke Fujita: Questionnaire Survey on Support Guidelines for Medical/Care Teams for Older Dementia Patients Living at Home Undergoing Pharmacotherapy for BPSD and Their Families: A survey for doctors. 32nd International Conference of Alzheimer's Disease International. Kyoto. 206. 2017/4/26-29. 国立京都国際会館

Mayuko Tsujimura, Sayuri Suwa, Akiyo Yumoto, Naoko Iwata, Atsuko Shimamura, Kotoko Nogawa, Shinsuke Fujita: Questionnaire Survey on Support Guidelines for Medical/Care Teams for Older Dementia Patients Living at Home Undergoing Pharmacotherapy for BPSD and Their Families: A survey for nursing professionals. 32nd International Conference of Alzheimer's Disease International. 208. Kyoto. 2017/4/26-29. 国立京都国際会館

辻村真由子, 諏訪さゆり, Helli Kitinoja,

Jaakko Kontturi, 藤田伸輔, 島村敦子, 湯本晶代, 岩田尚子: BPSDの薬物療法を実施している在宅認知症高齢者と家族への支援指針の妥当性検討 - フィンランドの認知症の医療・ケアのエキスパートを対象としたインタビュー調査から - . 日本認知症ケア学会誌, 15(1), 162, 2016/6/4-5. 神戸国際会議場

島村敦子, 辻村真由子, 諏訪さゆり: イギリスにおける認知症高齢者の BPSD の薬物療法とケアの実際. 日本認知症ケア学会誌, 14(1), 174, 2015/5/23-24. ホテルサッポロ芸文館・札幌市教育文化会館

湯本晶代, 岩田尚子, 諏訪さゆり, 辻村真由子, 島村敦子: 在宅ケアチームによる認知症高齢者への適正な薬物療法の支援に関する文献検討. 日本認知症ケア学会誌, 14(1), 216, 2015/5/23-24. ホテルサッポロ芸文館・札幌市教育文化会館

諏訪さゆり, 辻村真由子, 島村敦子: フィンランドにおける認知症高齢者と家族への服薬支援活動. 第34回日看科会学術集会講演集, 561, 2014/11/29-30. 名古屋国際会議場

〔図書〕(計1件)

公益社団法人日本訪問看護財団(監修). 諏訪さゆり(編): 中央法規出版. Q&Aと事例でわかる訪問看護 認知症訪問看護, 290頁. 2015.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

諏訪 さゆり (SUWA Sayuri)

千葉大学・大学院看護学研究科・教授
研究者番号: 30262182

(2) 研究分担者

朝田 隆 (ASADA Takashi)

東京医科歯科大学・医学医療系・教授
研究者番号: 90184142

藤田 伸輔 (FUJITA Shinsuke)

千葉大学・予防医学センター・教授
研究者番号: 20268551

(3) 連携研究者

辻村 真由子 (TSUJIMURA Mayuko)

千葉大学・大学院看護学研究科: 准教授
研究者番号: 30514252

(4) 研究協力者

島村 敦子 (SHIMAMURA Atsuko)

能川 琴子 (NOGAWA Kotoko)

湯本 晶代 (YUMOTO Akiyo)

岩田 尚子 (IWATA Naoko)

犬山 彩乃 (INUYAMA Ayano)

得居 みのり (TOKUI Minori)