

独居生活を送る軽度認知症高齢者の服薬環境実態

The Actual Conditions of Taking Medicine of The Elderly People Living Alone in A State of Mild Dementia

○安部未織^{*1}, 阪田弘一^{*2}, 鈴木健二^{*3}, 大西香苗^{*1}

ABE Miori, SAKATA Koishi, SUZUKI Kenji, ONISHI Kanae

The elderly people living alone with mild dementia need to manage taking medicine by themselves. In the meantime, there is a risk that they forget to take it. Therefore, this paper aims to get basic knowledge which is useful to make a suggestion and hypothesis for development of condition of taking medicine. This survey was conducted focused on how they live in their house and how they store medication. To make it possible for them to live independently, it is necessary to examine further the validity and the feasibility which is useful for the following; 1) separate the space where they do main things, for example, eating, sleeping, recreation. 2) put their medication in a handy place and the place where you can see easily in a daily life. 3) take some steps from prescription to putting away. 4) put away with things which is important or they use frequently so that they can recognize the medicine more often and be aware of it.

キーワード：独居生活，軽度認知症高齢者，服薬，住環境

Keywords: life of living alone, mild dementia elderly, taking medicine, living environment

1. 背景と目的

認知症高齢者の治療法は現在薬物治療が主な医学的処置である。定期的な服薬は欠かせないが、認知症高齢者はその症状から薬を飲み忘れやすくなる。なお、現在薬の飲み忘れに関する問題は社会的にも深刻化しており、年齢が上がるほど、疾患数・服薬数が増え、薬の飲み忘れのリスクは高くなることが明らかとなっている。以上より認知症高齢者の服薬不良対策は大きな課題といえる。

医療・薬学の分野で、服薬実態や服薬不良の原因について調査や研究はなされている^{文1等}ものの、認知症高齢者に特化したものや服薬環境ケアと結びつくものはなく、住環境整備の分野からも在宅認知症高齢者の服薬環境に関する研究は見当たらない。しかし、薬管理の場所や方法、ひいては住まいなどが服薬に関する認知や記憶、習慣と関係し、服薬状況に影響を与える可能性は少なからずあろう。特に、比較的介護負担が少なく自立の生活を営むことが可能な軽度認知症高齢者^{注1)}は、自身で処方に従った服薬管理を行う余地があると考えられ、また、その実践は自立的な在宅生活を維持することにも寄与し

得ると考えられる。中でも独居者の場合、自身で服薬管理できる環境づくりに配慮すること、または地域包括ケアシステムの構築や在宅医療の実現が目指される現在、薬剤師やヘルパーと連携した環境構築も視野に入れ、外部者の間接的な介入により服薬管理を自身でできる環境をつくりだすことは、軽度の段階におけるケアの有効な一選択肢になると考えられる。

こうした背景から、建築分野から本研究テーマに着手する目標は、本人もしくは在宅環境整備へ介入可能な外部者が、自宅内での薬の管理や住まい方の工夫の側面から原理的には調整可能な、自立的な服薬不良の回避・改善の一助となるような手法を見出すことにある。その端緒を見出そうとする本研究は、独居軽度認知症高齢者の自宅での生活実態や服薬実態を調査し、服薬状況と本人の薬の扱い方や自宅の空間利用上の特徴との関係性を見出し、在宅生活を維持するための服薬環境整備の提案仮説につながる基礎的知見を確認することを目的とする。

*1 京都工芸繊維大学大学院工芸科学研究科、博士前期課程

*2 京都工芸繊維大学 教授 博士 (工学)

*3 京都府立大学 准教授 博士 (工学)

Graduate School, Kyoto Institute of Technology
Prof., Kyoto Institute of Technology. Dr.eng.
Assoc.Prof., Kyoto Prefectural Univ. Dr.eng.

表1 調査概要

調査	方法	対象者	実施時期	内容	
予備調査	ワークショップ	薬剤師3名	2017.10.24	訪問薬剤師の介入概要	・主な介入理由 ・薬剤師訪問の対象者 ・頻度 ・取り組み方の順番(主に個人の裁量)
				服薬管理(薬の管理形態・薬の管理場所)に影響を及ぼす要素	・認知症状の度合い ・身体症状の度合い ・患者の服薬への意識 ・生活スタイル(床座か椅子座か) ・独居か同居か
本調査	アンケート	地域包括支援センター職員(3名)	2017.12~2018.1	相談員の基礎情報	・属性 ・現在の介護従事状況 ・介護従事歴
				調査対象者の基礎情報	・属性 ・日常生活の状況 ・併発している身体不自由・病気怪我 ・介護サービスの利用状況 ・認知症の症状の度合い
本調査	ヒアリング	軽度認知症高齢者(15名)	2017.12~2018.1	生活実態	・自宅概要 ・間取り採取 ・部屋の使い方 ・1日のスケジュール
				服薬実態	・処方 ・受診方法 ・飲み忘れ ・服薬場所 ・服薬管理 ・薬の管理法

2. 研究方法

調査概要を表1に示す。調査は、予備調査・本調査の2段階で構成される。

まず予備調査にて、認知症高齢者の服薬に関する現状について基礎的知見を得、課題を明らかにすべく、訪問服薬管理を行う薬剤師とワークショップを行った。予備調査で得られた意見の要点を表2に示す。同調査の結果、軽度認知症高齢者の服薬実態については不明瞭な点が多いことや、認知症高齢者の介護形態によって服薬管理の状況は大きく変わり、同居よりも独居の方が服薬管理は困難となること、また、服薬を促すための工夫は訪問を行う薬剤師個人々々による取り組みに留まり、薬剤師間で共有されていないことが示された。

なお本研究は、服薬不良の回避・改善に寄与し、かつ本人や介入者が調整可能な、薬管理方法や住まい方の手掛かりを見出す探索段階にある。また本調査は自宅での

対面調査を許可してくださる当事者が希少、訪問介護者同席による長時間の調査が困難、といった制約条件がある。以上の状況を踏まえ、現段階で調査できることを念頭に置き、本調査では独居生活を送る軽度認知症高齢者を対象とし、服薬状況に影響を及ぼすのではないかと考えられる、薬管理や自宅の空間利用に関わる網羅的かつ簡便に調査できる表1のような要素を調査する。

加えて、服薬管理を含む訪問サービスを行う地域包括支援センターの職員に対象者の属性、認知・身体症状の

表2 予備調査の結果

訪問服薬管理の実態	・薬剤師個人々の裁量に任されている
	・不明瞭な点が多い
	・薬剤師介入段階では認知症状が進行している
	・訪問頻度が少ない
利用者の服薬管理状況	・服薬環境の配慮までは至らない
	・症状が進行すると自己管理が難しい
	・独居の方が服薬管理が困難である
	・生活スタイルによって管理方法が違ふ

表3 本調査の結果

対象者		No.7	No.6	No.10	No.9	No.11	No.1	No.13	No.2	No.3	No.4	No.5	No.8	No.12	No.14	No.15(※)
飲み忘れ		約週3回(土日)	朝:月2回 昼:月3回	週1~2回	月1~2回	月1~2回	年2~3回	数ヶ月に1回	飲み忘れなし (※3週間の薬を2週間で飲みきり、1週間ほど服薬できない期間がある)							
本人の属性	性別	女性	女性	男性	男性	男性	女性	女性	男性	男性	男性	女性	男性	男性	女性	男性
	年代	70	90	70	80	80	80	70	80	80	80	80	80	70	70	60
基礎情報	要支援・要介護度	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2	要支援1	要支援1	要支援1
	日常生活自立度	IIa	I	I	IIa	I	IIb	I	I	I	I	I	I	I	I	I
住居事情	認知症発症時期	1~3年前	1~3年前	1~3年前	わからない	わからない	1~3年前	3~5年前	1~3年前	なし	わからない	1~3年前	わからない	わからない	1~3年前	わからない
	住居形態	賃貸アパート	持ち家戸建	持ち家戸建	賃貸戸建	持ち家戸建	賃貸戸建	賃貸アパート	持ち家マンション	持ち家戸建	賃貸アパート	持ち家戸建	持ち家戸建	持ち家戸建	賃貸アパート	賃貸アパート
生活実態	階数(住居階)	3(1)	2	2	2	2	5(2)	2(1)	2	2	2(1)	2	2	2	2	2
	居住年数	9ヶ月	38	20	70	45	58	2.5	50	35	20	年齢分	60	44	30	4
住まい方	建て替えの有無	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり	なし	なし	あり	なし	なし	なし	なし
	主な過ごし方	TV	TV	TV	TV	TV	読書	TV	TV	植物栽培	TV	植物栽培	TV	ラジオ	音楽鑑賞	ラジオ
地方	薬の種類	2	3	9	8	6	9	7	9	2	7	1	2	8	6	4
	服薬回数	1	3	4	3	3	2	2	3	3	1	1	1	3	2	3
服薬管理	服薬時間	朝食後	毎食後	毎食後 寝る前	毎食後	毎食後	朝夕食後	朝食後	朝夕食後	朝夕食後	朝食後	朝食後	朝食後	朝食後	朝夕食後	毎食後
	薬の管理者	薬剤師	自身	自身	自身	自身	自身	自身	自身	自身	自身	自身	自身	自身	自身	自身
服薬実態	服薬確認	ヘルパー	x	x	薬剤師	x	相談員	看護師	薬剤師	x	x	x	x	薬剤師	x	ヘルパー 看護師
	服薬場所	薬局訪問時	週4回	薬局訪問時	年2~3回	週1	薬局訪問時	薬局訪問時	薬局訪問時	薬局訪問時	薬局訪問時	薬局訪問時	薬局訪問時	薬局訪問時	薬局訪問時	薬局訪問時
薬の管理法	服薬場所	食事場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所	食事場所 兼 滞在場所
	服薬場所の変化	○	○	x	x	○	○	○	x	x	x	x	x	x	○	x
薬の管理法	管理場所	食事室	食事室	食事室	食事室	食事室	食事室	食事室	食事室	滞在場所	食事室の隣室	食事室	食事室	食事室	食事室	食事室
	薬の管理形態	カレンダー	収納	取納	取納	机の上	取納	取納	机の上	取納	机の上	取納	取納	取納	取納	取納
薬の管理法	一包装	○	x	x	x	x	x	x	○	x	x	x	x	x	x	○
	管理場所の理由		目につく	邪魔にならない 手近	手近	目につく	目につく・手近	子供の誤飲を防ぐ・1箇所にまとまる		食後に休憩する場所		食事場所と近い・手近・毎日使う場所	食事場所と近い・手近・毎日使う場所	大事なものを入れるところ	手近	目につく・手近

表4 身体症状

		1 歩行や立ち上がりの 不自由 骨折時のケガによる	2 歩行や立ち上がりの 不自由 病気や麻痺等による	3 上半身・腕・手指の 不自由 骨折等のケガによる	4 上半身・腕・手指の 不自由 病気や麻痺等による	5 聴力が低下している	6 聴力が低下している
飲み忘れあり	No.7	○	○		○		
	No.6	○					
	No.10	○	○		○		
	No.9	○	○	○			
	No.11		○	○	○		
飲み忘れなし	No.1		○			○	○
	No.13					○	○
	No.2		○		○	○	
	No.3		○				
	No.4		○		○		
	No.5						
	No.8		○		○		
	No.12						
No.14		○					
No.15	○	○					

度合い等について伺ったアンケート調査結果をもとに、調査した各項目と服薬状況との関係性の有無に着目して順次考察を進める。

3. 対象者属性とその服薬実態

①都市部に住む独居者②要介護度Ⅰ以下③軽度認知症高齢者という3つの項目に当てはまる15名の対象者の基礎情報・生活実態・服薬実態について、薬を飲み忘れる頻度順に示したのが表3である。調査対象者の症状の重症度評価基準は認知症高齢者の生活自立度^{注1)}を用いた。なお、薬の飲み忘れの有無については、全くないと答えた対象者を無、頻度を問わずあると答えた対象者を有として分けている。

3-1. 症状からみた傾向

対象者15名のうち、7名に薬の飲み忘れが見られた。なお、認知症高齢者の生活自立度Ⅰの対象者が15名中11名を占めるため、症状の重症度との関係は不明である。一方、中核症状とBPSD^{注2)}の出現傾向にはばらつきがあるものの、薬の飲み忘れに関しては、明確な関係はみられなかった。

対象者の身体不自由・病気怪我について、薬の飲み忘れの頻度順に表4に示す。飲み忘れの有無とは関係なく、

表5 住戸形態と飲み忘れの有無

	マンション	アパート	戸建
飲み忘れあり(合計7名)	0名	2名	5名
飲み忘れなし(合計8名)	1名	2名	5名

8割の対象者に歩行や立ち上がりの不自由が見られる。しかし、飲み忘れがある対象者には加えて、上半身、腕、手指の不自由や、聴力・視力の低下が見られるなど、身体症状が複合して見られる場合が多い。また、飲み忘れをしている対象者には骨折等のケガによる、身体症状の不自由が多く見られた。突発的な怪我が起こる、身体症状が重くなる程、自由に動けなくなり、従来の生活パターンを維持することは困難となる。そうして生活にメリハリをなくしてしまう結果、服薬のタイミングを思い出せなくなる可能性が示唆される。

3-2. 住戸形態と家での主な過ごし方からみた傾向

対象者が分譲マンション、賃貸アパート、戸建のいずれに住んでいるかと薬の飲み忘れの有無を整理したものが表5である。戸建て・アパートといった建物規模や間取りの違い(以下、住戸形態)と薬の飲み忘れとの関係はみられず、住居形態に左右されない服薬環境の工夫を検討する必要がある。例えば、家での主な過ごし方として8割以上の対象者がTV鑑賞であることが注目される。服薬時にも観ていることが考えられることから、鑑賞行為と服薬行為の関係も検討する価値はある。

3-3. 処方からみた傾向

飲み忘れがある対象者の1回あたりの平均服薬剤数は6.3剤、1日の平均服薬回数数は2.6回である。一方、飲み忘れがない対象者の平均服薬剤数は4.9剤、平均服薬回数は2.1回となっており、服薬剤数・服薬回数が多いことと、飲み忘れのしやすさとの関係が示唆される。これは既往論文¹⁾の内容とも一致する傾向である。

3-4. 服薬場所と薬の管理場所からみた傾向

服薬は食後に行われ、食事場所での服用が8割を超えており、薬の管理場所は食事場所に近い位置に設けられる傾向があること分かった。それをふまえ、飲み忘れの有無別に表6に服薬場所および薬管理場所を示した。そ

表6 服薬場所および薬管理場所と薬の飲み忘れの関係

飲み忘れあり	No.7	No.6	No.10	No.9	No.11	No.1	No.13	
服薬場所	食事場所	食事場所兼滞在場所	食事場所兼滞在場所	食事場所	食事場所兼滞在場所	食事場所兼滞在場所	食事場所兼滞在場所	
管理部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋	
飲み忘れなし	No.2	No.3	No.4	No.5	No.8	No.12	No.14	No.15
服薬場所	食事場所兼滞在場所	滞在場所	食事場所	食事場所兼滞在場所	台所	食事場所兼滞在場所	食事場所兼滞在場所	食事場所兼滞在場所
管理部屋	食事を行う部屋	滞在場所	食事部屋の隣室	食事を行う部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋	食事を行う部屋

薬の管理場所が食事部屋と異なる
服薬場所が食事場所と異なる

飲み忘れの頻度
週3回 月1,2回
週1,2回 年2,3回

の結果、薬の管理部屋が食事部屋と異なっているのは No. 3、No.4 の2名のみであり、また、No. 3 と No. 8 の2人は服薬場所が食事場所ではない。そしてこれら3名は薬の飲み忘れがない。これらのことから、服薬場所は、食後そのまま服薬する、食後移動して服薬するといった服薬行為の習慣の中で、場所の使い分けをどの程度行っているかと薬の飲み忘れとの関係が推測される。また、薬の管理場所は手近・目につくという理由が多く、薬への距離・視認性についても注目したい。

3-5. 薬の管理形式からみた傾向

ヒアリング調査で明らかとなった対象者がボックスやカレンダー^{注3)}を使用するといった薬の管理形式と飲み忘れの有無の関係性を調べたのが表7である。飲み忘れなしの対象者にボックスを使用する者がやや多いものの、薬の管理形式への工夫の有無と薬の飲み忘れとの明瞭な関係までは指摘できない。一包化^{注4)}についても同様である。ただし、収納家具に処方袋入りの薬を保管する対象者が半数以上占める中で、ボックスを使用する対象者は机の上で薬を管理していることを踏まえると、やはり薬の視認性の観点からは検討の余地があると考えられる。

自宅での空間利用の実態と服薬状況との関係を探る。

4-1. 住まい方に関する検討

1) 部屋の使い分け

食事と就寝に着目した対象者の部屋の使い分けを「食事室・寝室同室型」「食事室・寝室隣室型」「食事室・寝室分離型」の3つに分類したのが表8である。No.6、No.9を除く5名の飲み忘れがある対象者が「食事室・寝室同室型」であった。なお、No.8、No.15は布団を毎日畳むため、食事と就寝の空間は時間的には分離していると考えられた。つまり、住居が2室以上ある場合は、住居が2室以上ある場合は、バリアフリーに配慮した空間整備と合わせて食事室と寝室の使い分けを行う、住居に1室しかない場合は、例えば万年床にしない、など一日の中で部屋の使い分けを行っているかどうかと、薬の飲み忘れの有無には関係が見られた。

表7 薬の管理形式と飲み忘れの有無

	カレンダー	処方箋	ボックス	一包化
飲み忘れあり(合計7名)	1名	5名	1名	2名
飲み忘れなし(合計8名)	0名	5名	3名	2名

表8 部屋の使い分け

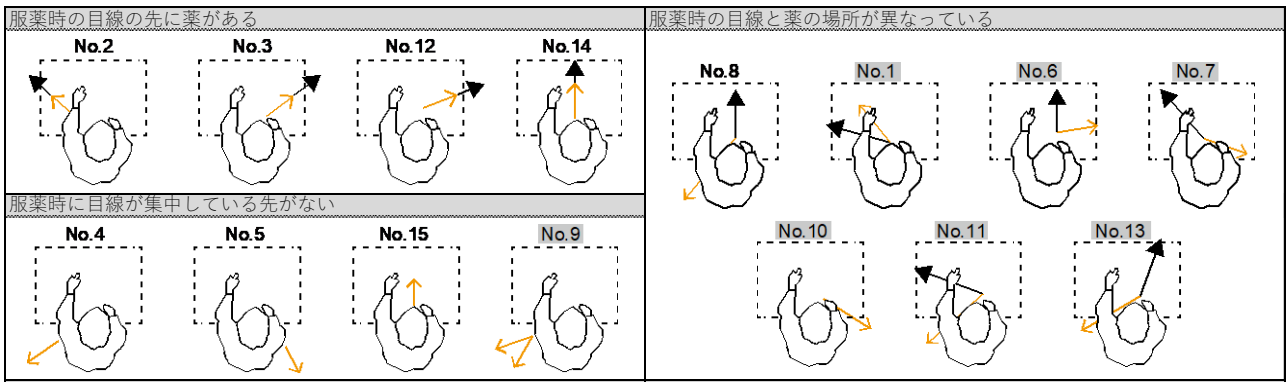
	飲み忘れあり	飲み忘れなし
食事室・寝室同室型	No.1/No.7/No.10/No.11/No.13	No.8/No.15
食事室・寝室隣室型	No.6/No.9	No.2/No.4/No.14
食事室・寝室分離型		No.3/No.5/No.12

4. 生活実態と服薬状況の関係

3章での考察をふまえ、ここでは対象者の服薬に関わ



図1 主な生活行為・空間とその展開



服薬時の目線
 服薬時の目線と薬の場所が異なっている
 服薬時に目線が集中している先がない
 服薬時の目線
 薬の管理場所の方向
 飲み忘れがある対象者

図3 服薬時の目線と薬の管理場所

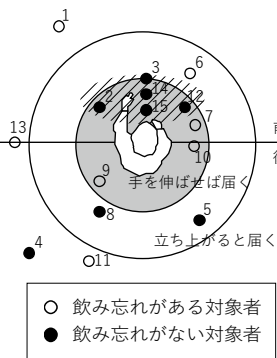


図2 薬までの距離と方向

表9 薬への目線の高さ

	椅子座 全5名	床座 全9名
着席時の目線の高さより上	No.6	No.8
着席時の目線の高さ	No.7 No.13	No.7 No.13
机の高さ	No.2 No.5 No.3 No.14 No.15	No.2 No.5 No.3 No.14 No.15
床と机の間	No.9 No.11 No.1 No.4	No.9 No.11 No.1 No.4
床の高さ		No.10 No.12

下線：薬を飲み忘れる対象者

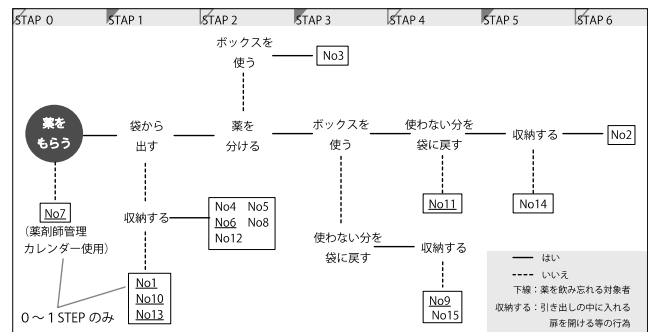


図4 薬の管理場所に至るまでのプロセス

2) 主な生活行為の場所と対象

主な生活行為の広がりとその傾向をみるため、生活行為の位置関係および主な生活行為(娯楽・余暇)とその対象との関係を2次元上に整理したものが図1である。食事場所と就寝場所の両方に滞在する「食寝滞在型」、食卓に滞在する「食卓滞在型」、就寝場所に滞在する「ベッド滞在型」、食事、就寝場所とは別に滞在場所がある「独立型」に分類された。No. 9を除く6名の薬を飲み忘れる対象者は食事場所が滞在場所を兼ねており、中でも4名は「食寝滞在型」である。また、この4名は部屋の使い分けの観点において「食事室・寝室同室型」であり、部屋の中での適切な空間の使い分けが行われていないことが示唆される。さらに、主な行為の対象に着目すると、食卓とベッドの両方から使用できる余暇・娯楽がある対象者6名のうち5名(No. 1, No. 6, No. 7, No. 10, No. 13)に薬の飲み忘れが見られる。食事場所と就寝場所を移動しても主な行為の対象が変わらない対象者は、主な生活行為に空間の使い分けや大きな移動を伴わず生活リズムが明確でないと考えられる。そうした生活実態の違いと薬を飲み忘れの有無の関係が示唆される。

4-2. 服薬行為時の環境に関する検討

1) 薬の管理場所までの距離と方向からみた傾向

服薬前に着席している状態から、薬を取り出すまでの距離と方向を図2に示す^{注5)}。薬の管理場所までの距離と

方向が手を伸ばせば届く距離かつ体の前方に、薬の飲み忘れのない対象者の薬管理場所が集まる傾向が見られる。

2) 薬の管理場所への水平方向目線からみた傾向

対象者の大半が服薬時にテレビを見ているという傾向を前提として、服薬前に着席している状態と薬の管理場所の関係を整理したものが図3である。これより、服薬時の目線と異なる場所に薬の飲み忘れのある対象者の薬管理場所が集まるという関係が見られる^{注6)}。

3) 薬の管理場所への垂直方向目線からみた傾向

服薬前の着席状態と薬の管理場所への目線高さについて示したものが表9であるが、机と同じ高さに薬の飲み忘れのない対象者の薬管理場所が集まる傾向が見られる。

以上より、対象者の薬の管理場所は視認性が高いかどうか、また取扱いが容易な位置かどうかと、薬の飲み忘れの有無には関係が見られると言えよう。

4-3. 薬の管理状況に関する検討

1) 薬の収納プロセスの分析

処方された薬の管理に手間をかけるという行為は、服薬行為の習慣との関連性が予想される。そこで、対象者が薬を処方されてから自宅内の薬の管理場所へ至るまでの管理行為のプロセスについて図4に示す。その結果、薬を管理場所へと移動させるまでの行為の回数が少ない0~1回に、薬の飲み忘れがある対象者が多く見られることがわかる。

表 10 薬の分け方

	主体者	時間	分量	対象物	行為
毎日型	No.2 対象者	毎晩	翌朝の分	ボックス	入れる
	No.9 対象者	毎晩	翌日1日分	食器棚	置く
	No.15 対象者	毎晩	翌日1日分	食卓	貼る
週間型	No.7 薬剤師	毎週金曜日	1週間分	カレンダー	入れる
	No.14 対象者	毎週日曜日	1週間分	ボックス	入れる
不規則型	No.11 対象者	薬がなくなったとき	入るだけ	ボックス	入れる

表 11 薬の周辺物と飲み忘れの有無

	No2	No3	No4	No5	No8	No12	No14	No15
飲み忘れがない	書類	お薬手帳		お薬手帳	床全体が	文具	文具	
	文具	貴重品		貴重品	物であふ	書類	書類	
	市販薬	保険証		書類	れている		電話	洗面
	調味料						水	
	貴重品							
飲み忘れがある	No1	No6	No7	No9	No10	No11	No13	
	食べ物	衣類	電話	書類	市販薬	携帯電話	装飾	∴：毎日使うもの ～：重要なもの

2) 処方された薬を分ける習慣に関する分析

薬を分けている No. 2、No. 7、No. 9、No. 11、No. 14、No. 15 の6名を「毎日型」、「週間型」、「不規則型」に分類し、行為の流れについてまとめたのが表 10 である。「毎日型」は、その日に飲む薬の分だけを毎日分ける、「週間型」は、1週間分まとめて分ける、「不規則型」とは、薬を分ける頻度に規則性はないが薬を分ける対象者をそれぞれ指す。薬の飲み忘れがないのは No. 2、No. 15、No. 14 であり、薬を分けるタイミング、分量が決まっており、さらに、ボックスに入れる、食卓に貼るといった行為を行っていた。

以上のことから、薬を管理する際の収納や整理といった行為に対して手順を踏む回数や精度、つまり管理の手間のかけ方やその習慣化の程度と飲み忘れの有無には関係が見られるといえる。

3) 薬の周辺物の分析

薬の周辺物について表 11 にまとめる^{注7)}。飲み忘れのない対象者の多くは、薬と一緒に毎日使用するものや貴重品、お薬手帳等の医療に関する物を置いており、それが食卓の上に置いている場合も多く、日常的に薬と接触する頻度や可能性と飲み忘れの有無には関係が見られるといえる。

5. まとめ

独居軽度認知症高齢者の服薬環境調査を行った結果、服薬状況と本人の薬の扱い方や自宅の空間利用上の特徴について以下の関係性が示唆された。

1) 生活の基本的行為である食事と就寝に関する部屋の使い分けにおいて、食事と就寝を別の部屋で行う、同じ部屋で行う場合は万年床にしないと、生活リズム

の構築につながる空間利用の実践の有無と、薬の飲み忘れの有無に関係が見られた。

また、多くの対象者の食事・就寝以外の主な生活行為であったテレビ鑑賞行為についても同様に、空間の使い分けが明確になされているかどうかと、薬の飲み忘れの有無には関係が見られた。

2) 服薬行為時の環境に関する検討では、身体からの距離や服薬時の視線との関係など、薬の管理場所の視認性が高いか、また取扱いが容易な場所かどうかと、薬の飲み忘れの有無には関係が見られた。

3) 薬の管理状況に関する検討では、管理をする際に処方時の袋のまま置かず、収納までに手順を踏み、周辺には毎日使用するものや重要なものと一緒に置き、時間・分量を決めて薬を分けることといった、手間のかけ方や接触の頻度に関する違いと薬を飲み忘れの有無に関係が見られた。

ただし、これらの関係性はあくまで少数事例からの考察に基づいたもので、かつ因果関係を示すものではない。よって、①食事・就寝・滞在といった主な生活行為の空間を分け、生活にメリハリをつける、②手近で、日常生活の中で視認性の高い位置に薬を置く、③薬の管理に手間をかける、④薬を使用頻度の高いものや重要なものと一緒に管理し、薬に接する回数を増やす、薬へ意識を向けるといった住まい方を誘導するサポートの有効性、さらには実施可能性や方法、実施時期、実施主体などについて踏み込んだ議論の必要があり、今後の課題としたい。

注釈

- 注1) 厚生労働省の定める「認知症高齢者の日常生活自立度」を尺度とし、「在宅で自立した生活が可能なレベル」と記載されている IIb までを「軽度」と定義する。
- 注2) 今回の調査は、対象者と調査内容や個人情報の保護などを記した同意書を取り交わした上で実施した。なお、地域包括支援センターの職員から、医師から認知症の診断は受けていないが、軽度な認知症状がみられるという判断がされている場合、軽度認知症高齢者と認知症状の程度は同等であるとみなし、対象として含むこととした。
- 注2) 認知症の症状は中核症状と BPSD(周辺症状)に分類される。前者は脳の神経細胞が壊れることによって発症し、後者は前者の症状とともに現れる症状である。主に本人の性格や周辺環境、心理状態(ストレス)が原因となって現れる。
- 注3) 服薬時間別に分量を分けることができる薬の管理形態。
- 注4) 一包化とは複数の処方薬を一回の服用分毎に袋で包むことである。
- 注5) No3 は服薬前に滞在場所へ着席するため滞在場所を、No3 以外の対象者は服薬前に食卓に着席しているため、食卓での着席状態を起点としている。
- 注6) No5、No15 は日常的にテレビをみない、No4、No9 は服薬場所にテレビが無いため、服薬時に集中している視線の先がない分類となっている。
- 注7) No1、No4 については対象者の都合上、収納内のものを見せて頂けなかったため、薬以外の周辺物は省いている。

参考文献

文1) 小山内康徳・桂志保里・佐藤大峰・木村礼志・児玉啓史・高杉公彦・櫻井秀彦:内服薬服用者を対象とした服薬行動に関する服薬阻害要因の影響,社会薬学,34 巻 2 号,pp.72-80,2015

謝辞

今回、本研究のためにヒアリング調査にご協力頂いた認知症高齢者、ならびに対象者の選出にあたりご協力頂きました京都老人福祉協会の皆様に深く御礼を申し上げます。また、本研究を遂行し、論文を書き上げるにあたって、お力添え頂いた京都府立医科大学成本迅先生、京都薬科大学楠本正明・今西孝至先生には心より感謝申し上げます。