
薬剤師認知症対応力向上研修 テキスト

平成 28 年 3 月

平成 27 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修
教材開発に関する研究事業

薬剤師分科会 編

薬剤師

認知症対応力向上研修

- 1 基本 編
- 2 対応 編 ①薬学的管理
②気づき・連携
- 3 制度 編

平成27年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
薬剤師分科会 編

薬剤師認知症対応力向上研修

研修全体の目的・意義

- 認知症の病態、治療・ケア、制度に関する基本的な知識を習得する
- 認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医や関係機関等と連携して対応できる力を習得する
- 認知症の人の状況に応じた薬学的管理、服薬指導を適切に行い、認知症の人と家族の生活を支える方法を習得する

＜導入＞

2015 年 1 月、厚生労働省から「認知症施策推進総合戦略」が公表され、これは、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けた各種施策をまとめたもので、「新オレンジプラン」と呼ばれている。

新オレンジプランは、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すもので、薬剤師による服薬指導や、医薬品販売の対応、店頭でのさまざまな相談などの中で高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応することや、認知症の人の状況に応じた服薬支援や指導等を適切に行い、認知症の人の生活を支えることが重要になってきている。

この研修は、1 基本編、2 対応編、3 制度編の3部構成となっており、

- 認知症の病態、治療・ケア、連携に関する基本的な知識を習得する
- 認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医や関係機関等と連携して対応できる力を身につける
- 認知症の人の状況に応じた服薬指導等を適切に行い、認知症の人と家族の生活を支える方法を習得する

の3点を、主な目的としている。

基本 編

ねらい：認知症の人を知り、薬剤師の役割を理解する

到達目標：

- 薬剤師の役割について理解できる
- 認知症施策(新オレンジプラン)を理解できる
- 認知症の概要を理解できる

[基1]

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数／(率)	462 万人 (15.0%)	517 万人 (15.7%)	675 万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数／(率)		525 万人 (16.0%)	730 万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380 万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

基本 編

基本編ではまず、認知症施策の基本や認知症の概要について学び、認知症の人を支える医療の担い手として、また地域社会の一員としての薬剤師の役割について理解を深めていく。

<基本-1>

平成 26 年度に公表された新しい推計によれば、日本の認知症高齢者数は、平成 24 年の約 462 万人から、各年齢の有病率が一定である場合、平成 27 年に約 517 万人、平成 37 年には、約 675 万人になると推計されている。

なお、軽度認知障害（正常でもない認知症でもない状態の者）は、平成 24 年時点で、約 380 万人と推計されている。

今後、予防からケアに至るまで、一層の認知症施策の推進・充実が求められる。

[基2]

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7 つ の 柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

[DVD]

薬剤師の役割

＜基本-2＞

「認知症施策推進 5 ヵ年計画(オレンジプラン)」が内容充実の上、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」として公表された。

(詳細は、URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>)

新オレンジプランは、7 つの柱で構成されており、認知症対応力向上研修は②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供の一部である。平成 28 年度から、従来のかかりつけ医、病院勤務の医療従事者に加えて、歯科医師、薬剤師を対象とした同研修が実施されることとなった。

【DVD】 薬剤師の役割

認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることができる社会を実現していく上で、薬剤師にはどのようなことができるのか。

DVD の視聴を通じて、考えて頂きたい。

[基3]

薬局・薬剤師の役割

- 認知症の疑いに気づくことができる
- 認知症の疑いに気づいたとき、速やかにかかりつけ医と連携して、適切に対応できる体制をつくる
- 地域包括支援センター等の関係機関や他職種と連携して認知症の人と家族を支える
- 認知機能の低下がもたらす服薬行動への影響に配慮し、きめ細かな薬学的管理や服薬指導を行い、薬物治療が適切に行われる環境を整え、支援する

[基4]

かかりつけ薬剤師・薬局として

かかりつけ薬剤師

患者が使用する医薬品について、一元的かつ継続的な薬学的管理指導を担い、医薬品、薬物治療、健康等に関する多様な相談に対応できる資質を有するとともに、地域に密着し、地域の住民から信頼される薬剤師

かかりつけ薬局

地域に必要な医薬品等の供給体制を確保し、その施設に従事する「かかりつけ薬剤師」が、患者の使用する医薬品の一元的かつ継続的な薬学的管理指導を行っている薬局

出典：日本薬剤師会 平成27年9月

＜基本-3＞

DVD は、薬局での日常的な患者対応の場面である。

登場した薬剤師は、かかりつけの患者の様子を注意深く観察し、患者の生活に着目して一歩踏み込んだことで、患者の状態をより把握でき、専門的な対応につなげることができている。

DVD から読み取れる、薬局・薬剤師の役割についてあらためて考えて頂きたい。

- 認知症の疑いに気づくことができる
- 認知症の疑いに気づいたとき、速やかにかかりつけ医と連携して、適切に対応できる体制をつくる
- 地域包括支援センター等の関係機関や他職種と連携して認知症の人と家族を支える
- 認知機能の低下がもたらす服薬行動への影響に配慮し、きめ細かな薬学的管理や服薬指導を行い、薬物治療が適切に行われる環境を整え、支援する

＜基本-4＞

より患者と継続的で深いかわりを持てる「かかりつけ」の薬局、薬剤師だからこそ、薬局での対応の様子や、服薬状況の変化等に気づける可能性は高くなり、またそのような視点を持って業務に当たることが重要となる。

「かかりつけ薬剤師・薬局」について整理して考えてみたい。かかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師の考え方を整理（日本薬剤師会）している。

こうした役割を果たし、何より「患者に選ばれる」薬剤師、薬局であること、「かかりつけ」は患者側の言葉であり、患者が選ぶ薬剤師、薬局であることを忘れないことが重要である。

[基5]

認知症の人とかかりつけ薬剤師・薬局

多職種連携、地域包括ケアシステムの中で



常に
寄り添って

- 高齢者等の健康づくり、健康意識向上のサポート
- 認知症に関する普及・啓発
- 服薬指導、地域の中での認知症の徴候のある方に対する「気づき」
- かかりつけ医等との連携により早期診断・早期対応への「つなぎ」
- 身近な専門家として相談に対応（行政サービス等の情報提供）
- 在宅医療を含め適切な薬物療法（薬学的管理）を実施（状態に応じた服薬指導等）
- 必要な医療材料・衛生材料・介護用品等の提供

出典：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）参考資料3より抜粋

[基6]

かかりつけ薬剤師・薬局が関わることの効果

- 地域住民・患者及び家族と顔の見える関係、継続的な関係を築けているからこそ、患者の様子の変化や服薬状況の変化等から認知症の疑いに気づくことができる
- 日ごろから地域の医療機関、関係機関と連携して業務を行っているからこそ、認知症の疑いがある人をスムーズに早期対応につなげることができる
- 継続的な薬学的管理を行っているからこそ、認知症の人の薬物治療においても最適な環境を整え継続的に支援することができる
- 認知症を理解し、他職種との連携のもと、認知症の人の生活や治療を支えていくことができる

＜基本-5＞

かかりつけ薬剤師・薬局が、認知症の人を支える「地域包括ケアシステム」の中で果たせる役割は多岐に亘る。段階を踏んで考えると分かりやすい。（これは他の疾病においても同様である）

認知症になる前の段階、予防の段階として、①高齢者等の健康づくり、健康意識向上のサポート、②認知症に関する普及・啓発、

早期発見・早期対応、いわゆる「気づき」「つながり」の段階として ③服薬指導、地域の中での認知症の徴候のある方に対する「気づき」、④かかりつけ医等との連携により早期診断・早期対応への「つながり」、⑤身近な専門家として相談に対応（行政サービス等の情報提供）、

認知症の方の生活を「支える」段階として、⑥在宅医療を含め適切な薬物療法（薬学的管理）を実施（状態に応じた服薬指導等）、⑦必要な医療材料・衛生材料・介護用品等の提供、

このように、薬剤師には、医薬品に関することのみではなく、医薬品を使用する「人」のあらゆる段階に関わり（地域の多職種や様々な専門機関や行政等と連携して）、支えることが求められている。

＜基本-6＞

認知症を知り、薬物治療を支え、認知症の人が地域で暮らせるよう生活を支えていく薬剤師が増えることが期待されている。

認知症の診断基準（DSM-5）

- A 1つ以上の認知領域**（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。
- B** 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。
- C** 認知機能の低下はせん妄の時のみに現れるものではない。
- D** 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。

アルツハイマー型認知症とは

- 最も多い病型で、全ての認知症の**半分以上**を占める
- 病理学的には、アミロイドの蓄積 ⇒ 老人斑を形成 ⇒ タウの細胞内への蓄積 ⇒ 神経原線維変化
- 最初に起こる症状は **記憶障害** である。
具体的には、同じことを何度も聞く、置忘れやしまい忘れが目立つから始まる場合が多く、続いて、段取りが立てられない、気候に合った服が選べない（遂行障害）、時間や場所の感覚があいまいになる（見当識障害）が加わる
- 忘れていることについて「**取り繕い**」をする。
「誰かに盗まれた」と疑うこと（物盗られ妄想）が見られることがある。

＜基本-7＞

薬剤師として、薬学的管理に資するために知っておくべき知識として、認知症の基本的な病態等について学ぶ。

2013 年 5 月に刊行された米国精神医学会による認知症の診断基準を示す。

複雑性注意（注意を維持したり、振り分けたりする能力）、実行機能（計画を立て、適切に実行する能力）、学習及び記憶、言語（言語を理解したり表出したりする能力）、知覚-運動（正しく知覚したり、道具を適切に使用したりする能力）、社会的認知（他人の気持ちに配慮したり、表情を適切に把握したりする能力）の6つの神経認知領域のうちの1つ以上が障害され、その障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来たし、せん妄やその他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）が除外されれば認知症ということになる。

以前の診断基準では”dementia”という用語が用いられていたが、今回、新たに“major neurocognitive disorder”という用語が提唱されている。

また、これまでの診断基準において認知症の診断に必須とされていた「記憶障害」が必ずしも必要ではなくなった点、2 つ以上の領域の認知機能の障害が必須であったが、1 つ以上となった点が最も大きな違いである。

なお、DSM と世界保健機関（WHO）の国際疾病分類（ICD）は可能な限り歩調を合わせる方向で編集されてきているため、ICD-11 にも DSM-5 の内容が反映されることが予想される。

※本診断基準は 研修教材として最新情報を提供する趣旨で取り上げたものであり、DSM-IV-TR からの変更等を明示するものではない。

＜基本-8＞

アルツハイマー型認知症は、日本の認知症高齢者の原因疾患として最も多く、半数以上を占めている。病理学的特徴は脳皮質、海馬を中心とした神経細胞脱落、細胞外に沈着するアミロイドを核に持つ老人斑の形成と血管周囲のアミロイド沈着、細胞内に蓄積する神経原線維変化である。神経細胞脱落は脳の広い範囲におこるが、ことにアセチルコリン系の中核であるマイネルト基底核の神経細胞脱落が強く、その結果記憶との関連が強いアセチルコリン系が障害される。治療でアセチルコリン補充薬が使われる根拠となる。

主な症状としては、もの忘れの他、段取りが立てられない（実行機能障害）、気候に合った服が選べない（見当識障害）などがある。特徴としては、取り繕いや物盗られ妄想などがみられる。

[基9]

アルツハイマー型認知症の症例（68歳・女性）

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。結婚した娘のところに何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えていない。

買い物へはいくが、同じものを大量に買ってきてしまい 冷蔵庫内で腐らせてしまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。

最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記銘 3/3、 集中・計算 5/5、
再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか？の問いに対し、“えーっと何月でしたっけ”と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見てこなかったから と言いつける。

[基10]

レビー小体型認知症とは

- 変性性認知症ではアルツハイマー病についで多い疾患
- 障害される神経系が多系統なため、認知機能症状以外に精神症状やパーキンソニズム、自律神経症状など多彩な症状がでることが特徴。

認知機能症状 初期には記憶障害よりも、遂行障害や問題解決能力の低下、構成障害や視空間認知障害、注意の障害がめだつ

精神症状 リアルで具体的な幻視や妄想

パーキンソン症状 動きが遅くなる、手が震える、転び易くなる

自律神経症状 たちくらみ、排尿障害、失神

- しっかりしているときと居眠りをするときの差が激しいなど、症状の変動が大きく現れる。（数分から日の単位まで多様）

<基本-9>

アルツハイマー型認知症の症例

<基本-10>

レビー小体型認知症 Dementia with Lewy bodies(DLB)は変性性認知症の一病型である。1995 年に初めて統一された病名と診断基準が提唱され 2005 年に改定診断基準が示された。また 2015 年に診断基準の改定がなされた。変性性認知症ではアルツハイマー病(AD)に次いで多いといわれ、臨床的には認知症の10-30%、剖検では10-20 数%とされる。レビー小体はハローを有するエオジン好性封入体で、その主要構成タンパクは α シヌクレインである。病理学的には中枢神経系(大脳皮質、脳幹、間脳)にレビー小体およびレビー関連神経突起が多数出現し、神経細胞脱落がみられる。レビー小体は心臓交感神経や 脊髄、消化管の神経叢にも出現する。そのため臨床症状では進行性の認知症に認知機能の変動や特有の幻視、精神症状、パーキンソニズム、自律神経症状、といった多彩な症状を呈する背景となる。また、パーキンソニズムを呈することからドパミン系の障害があり、ノルアドレナリン系やセロトニン系も障害され自律神経障害や精神症状に関与している。

2005 年の改訂診断基準では、

1. 中心的特徴 社会生活に支障がある程度の進行性の認知症の存在 初期は記憶障害は目立たず、進行とともに明らかになる。注意力、実行機能、視空間認知が冒されやすい。ADとは発症様式が異なることを強調
2. 中核的特徴 以下の3項目の中核症状のうち probable DLB では2項目、possible DLB では1項目が認められること。
 - 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
 - 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
 - 3) パーキンソニズムの出現
3. 示唆的特徴 1つ以上の中核的特徴に1つ以上の示唆的特徴があれば臨床的確定 中核的特徴が全くなく1つ以上の示唆的特徴があれば臨床的疑診
 - 1) REM 睡眠行動障害
 - 2) 重度の抗精神病薬への過敏
 - 3) SPECT や PET によるドパミントランスポーターの取り込み低下

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもか
かわらずカメラが使えない。覚まし時計があわせられない。
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

前頭側頭型認知症とは

- 前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症、
タウ蛋白の異常蓄積が原因
- 前頭葉が主として障害されると、**人格や行動の変化**がみられる
(自らを抑えることができず衝動的な行動や、同じ行為を繰り返す。
時に反社会的な行動につながることもある。あらゆることに意欲が
なく、何もしなくなる 等)
⇒ **行動変容型前頭側頭型認知症**
- 側頭葉が障害されると、**言葉の障害**が初期から目立ってくる
 - ◎ 言葉数が減り、字を読んだり、書いたりすることが難しくなる
⇒ **進行性非流暢性失語**
 - ◎ 言葉の意味が失われる (「電車って何ですか」など)
⇒ **意味性認知症**

＜基本-11＞

レビー小体型認知症の症例

＜基本-12＞

前頭葉と側頭葉前部を病変の主座とする変性性認知症性疾患である。

1996 年に Manchester のグループが、前頭葉から側頭葉にかけての萎縮を認める例を含め前頭側頭葉変性症(Frontotemporal lobar degeneration:FTLD)という概念を提唱し、臨床的には①前頭側頭型認知症, ②進行性非流暢性失語(progressive non-fluent aphasia;PA), ③意味性認知症(semantic dementia;SD)の 3 亜型に区分されているのが一般的である。最近米国の研究者を中心に従来の前頭側頭葉変性症を前頭側頭型認知症とし、従来の前頭側頭型認知症を行動変容型前頭側頭型認知症とするより症状にあわせた分類もなされるようになった。

判断や注意力・集中力を担う脳の前頭葉や記憶を担う側頭葉の萎縮によって、人格や行動の変化をきたすことが特徴である。

前頭側頭型認知症（62歳・女性）

主 訴：異常行動

家族歴：姉が認知症

現病歴：平成X年4月頃から不眠、7月頃から無口になった。本来は社交的でおしゃれな性格だったが、家族とも口をきかなくなった。

平成X+2年6月頃から異常行動出現

- 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
- 全裸で洗濯物を乾かす。
- ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわからない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。
夫が片づけても再び散らかす。

平成13年1月 初診 神経学的に特記すべき所見なし。MMSE 19/30
病識は全くなく、夫の言っていることはすべて嘘であると言いきる。

血管性認知症とは

- アルツハイマー型認知症の次に多い病気。
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破裂したり(脳出血)して起こる
- 高血圧症や糖尿病などの生活習慣病や心臓病などを治療し、規則正しい生活をすることで、発症や進行の予防が可能

[特徴]

- ◎ 症状が突然現れたり、段階的に悪化・変動したりする。
- ◎ 認知症だけでなく、脳が障害を受けた場所によって、歩行障害、言葉が理解できない、感情のコントロールができないなどの随伴症状が早期から見られる。

<基本-13>

前頭側頭型認知症の症例

<基本-14>

血管性認知症とは、脳の血管が詰まったり、破れることで神経細胞が障害され起こる認知症で、アルツハイマー型認知症に次いで多い病型である。

高血圧症や生活習慣病、心臓病などの治療や予防によって、発症や進行の予防が期待できる。典型的には発症時期が明確であったり、階段状の進行を示す例があるが、緩徐に進行する例もまれではない。また特徴に示したような局所の神経脱落症状（麻痺、構音障害等）が出現することもあるが、多発脳梗塞や慢性循環不全による大脳白質のびまん性障害では、意欲低下や易怒性、歩行障害といった局在性の明らかでない症状を呈することもある。血管性認知症に関してこれまで多くの診断基準が作成されたが、背景の病態が多様なことや、他の変性性認知症の合併を否定することが困難なことから、理想的なものはない。

[基15]

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)



[基16]

軽度認知障害とは

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

出典 : Petersen RC et al. Arch Neurol 2001

本人と家族の

- 「将来認知症になってしまうのではないか」という **不安** に応え、
- 「認知症ではないから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」という **誤解** に対応していくこと

＜基本-15＞

認知症の主体は認知機能の障害であり、その中核となる症状に続発、併存して様々な精神症状あるいは行動上の障害がみられ、行動・心理症状（BPSD: Behavioral and Psychological symptoms of Dementia）と呼ばれている。

認知機能障害としては、最新の診断基準（DSM-5）では、複雑性注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚・運動、社会的認知の6つの領域での障害が見られる。

一方、行動・心理症状（BPSD）としては、抑うつ、興奮、徘徊、睡眠障害、妄想などの症状がみられる。これらの症状は介護の上でも問題となるが、環境の調整、対応上の工夫、対症的な薬物療法などで改善する可能性がある。

＜基本-16＞

軽度認知障害とは、本人もしくは周りの人からもの忘れがあると認識され、年齢に比し、記憶力が低下している状態と定義され、認知症ではない。

しかしながら、その一部がアルツハイマー型認知症などへ進展するとされることもあるので、本人・家族へは、「認知症になるのでは」という不安や、「認知症ではないから病院に行く必要もない」という誤解に対応していくことが重要となる。

[基17]

観察のポイント（アセスメント）

記憶障害

- 最近の記憶** 食事の内容／受診の交通手段、目的／家族との外出など
- 昔の記憶** 生年月日／出生地／学校時代の話など

見当識障害

- ・今日の年月日、曜日、午前・午後
- ・自宅の住所
- ・今いる場所の認識
- ・家族の認識

判断・実行機能障害

- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか
- ・(本人への質問) 火事に出会ったらどうするか

[基18]

FAST による重症度のアセスメント (アルツハイマー型認知症)

1 正常	
2 年相応	物の置き忘れなど
3 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6 やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7 高度のアルツハイマー型認知症	最大約 6 語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ 1 つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

出典：Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

＜基本-17＞

記憶障害については、最近の記憶（食事の内容や、外来ならばどのような交通手段で受診したのかなど）、昔の記憶（生年月日、出身地、結婚や子供の誕生日など）が観察ポイントとなる。

見当識障害では時間と場所についての見当識を尋ねる。通常、時間の見当識が先に障害されることが多い。アルツハイマー型認知症では一般に記憶障害と平行して進行するが、レビー小体型認知症では見当識障害が前景に出て記憶障害よりも目立つことがある。時間の見当識障害では年月日だけでなく季節や、時計を見ないで現在の時刻を言わせることも有用である。

判断・実行機能障害では、家族から日ごろの行動について聴いておく必要がある。女性の場合、料理が適切にできているか、男性の場合、買物ができているかを聴くことが有用である。料理、買物ともに多くの判断と遂行機能を要するからである。

＜基本-18＞

Functional Assessment Staging (FAST) はアルツハイマー型認知症の重症度を判定することを目的としている。スライドのように病期を7段階に分類しており、この病期は認知症の重症度と対応している。旅行や買い物、運転といった日常家庭生活の具体的な状態が臨床指標として示されており、行動面から観察し評価できることが特徴である。そのため正確な評価のためには介護者からの情報が必要となる。

かかりつけ医をはじめとする他の職種と、認知症の程度を共有するためにも状態像と重症度を把握しておくことも重要となる。

出 典

Reisberg B et al. Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci. 1984;435:481-483.

〔基19〕

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	アルツハイマー型認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて 判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

出典：東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999を改変

〔基20〕

うつ病とアルツハイマー型認知症の違い

	うつ病	アルツハイマー型認知症
発 症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
もの忘れの 訴え方	強調する	自覚がない、 自覚あっても生活に支障ない
答え方	否定的答え（わからない）	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に 差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

＜基本-19＞

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れの臨床的な違いを示す。

まず、前者は半年～1年では進行することはないが、後者では進行性の変化がみられる。本人は自覚していないが、家族に1年前のもの忘れの状態と現在を比べてもらえばわかりやすい。もの忘れの内容に関しては、前者が体験の一部であるのに対して後者は体験すべてを忘れてしまうという違いがある。例えば、結婚式に出席した際に隣に座っていた人の名前を思い出せないのが前者であり、出席したこと自体を忘れてしまうのが後者である。

また、前者であれば見当識障害は伴わないが、後者であればしばしば時間の失見当がみられる。後者ではもの忘れに対する自覚は前者に比べて乏しい。

出典

東京都高齢者施策推進室：「痴呆が疑われたときに-かかりつけ医のための痴呆の手引」(1999)

＜基本-20＞

うつ病とアルツハイマー型認知症の違いを示す。

うつ病は半年以上前から潜行性に緩徐に発症することではなく、生活史上の何らかの契機が認められることが多い。通常は長くても数ヶ月前からの発症が多い。うつ病では本人は症状を強調するが、アルツハイマー型認知症では本人は過小評価することが多い。取り繕うような答えはアルツハイマー型認知症に特徴的と言っていい。この傾向が顕著となると明らかな作話となる。思考内容に関しても違いがあり、うつ病では自責的あるいは自罰的となる。

一方、アルツハイマー型認知症では他罰的となる。この結果、もの盗られ妄想の出現につながることもある。

認知症の症状(時に初発症状)としてうつ病の症状を示す場合があり、また、うつ病がアルツハイマー型認知症の危険因子であるという報告もあり、慎重な対応が必要である。

せん妄とアルツハイマー型認知症の違い

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発 症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持 続	数時間 ～ 一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

<基本-21>

せん妄との最も大きな違いは発症様式である。前者は急性であり、認知症、特にアルツハイマー型認知症では潜行性に発症し、緩徐に進行する。

何日の夜からと特定できる発症は前者の特徴である。また、夜間に増悪することが多く、夜間せん妄ともいわれる。注意力の散漫という形での意識障害と幻視および運動不穏はせん妄の三徴であるが、高齢者では幻視を伴わないこともある。また、通常は運動不穏のために多動となることが多いが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もある。

対応 編 ①薬学的管理

ねらい：医薬品の認知機能への影響や、
認知症の薬物治療について理解する

到達目標：

- 薬剤性イベントが理解できる
- 認知症の薬物治療について理解できる
- BPSDおよび用いられる医薬品について理解できる
- 認知症の人への対応について理解できる

[対1]

認知症に使われる薬(効能・効果・副作用・作用機序)

薬品名	ドネパジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 nAChRアロステリック モジュレーター	AChE/BuChE 阻害	NMDA受容体 拮抗
用量 (mg/日)	5～10	8～24	4.5～18.0 (パッチ剤)	20
用法 (回/日)	1	2	1	1
半減期 (時間)	70～80	5～7	2～3	55～70
代 謝	肝 臓 (CYP2A6、3A4)	肝 臓 (CYP2D6)	非CYP	非CYP
適応	軽度AD～高度AD レビー小体	軽度AD～中等度AD	軽度AD～中等度AD	中等度AD～高度AD
副作用	食欲不振、嘔気、 嘔吐、下痢	食欲不振、 食欲減退、 悪心、嘔吐、下痢	適用部位紅斑、 適用部位そう痒感、 適用部位浮腫、 適用部位皮膚剥脱、 接触性皮膚炎、 嘔吐、悪心、食欲不振	浮動性めまい、 便秘、体重減少、 頭痛、傾眠

対応 編

<対応-0>

対応編は、2部構成となっている。

前半は薬学的管理について、後半は薬剤師が認知症の疑いに気づいた後の対応、他の専門職等との連携について理解を深めていく。

〔①服薬管理〕

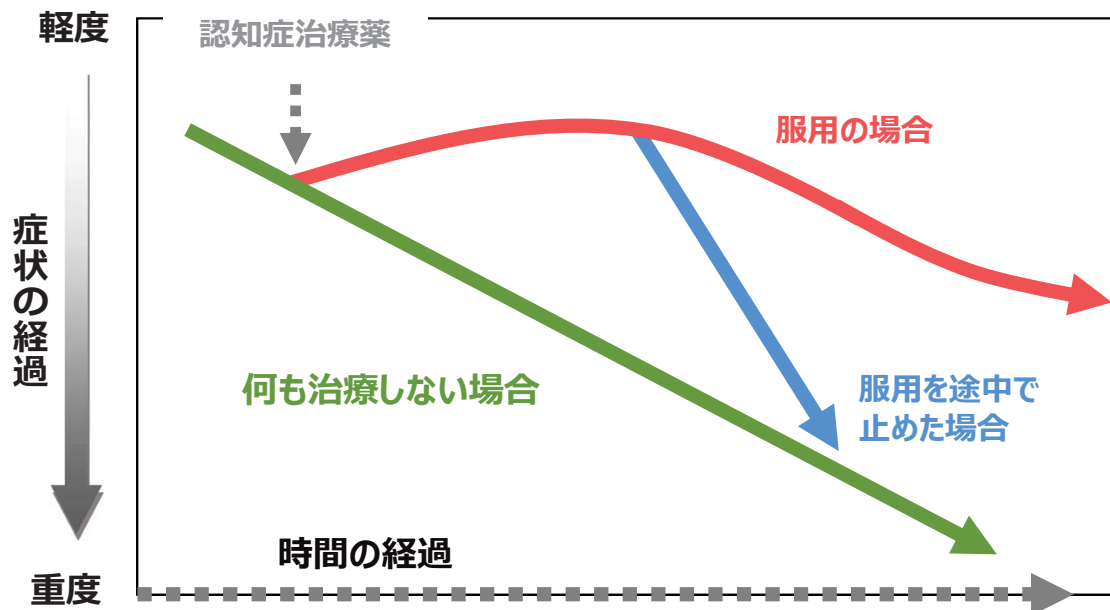
<対応-1>

認知症治療薬は認知症を完全に改善する治療薬はない。進行を遅らせることが可能な認知症治療は介護者と連携し、介護者の負担を少しでも減らしながら続けていく治療も考慮される必要がある。

神経伝達物質であるアセチルコリンを増加させることで意欲を向上させるコリンエステラーゼ阻害薬、ドネペジル(商品名:アリセプト)・ガランタミン(商品名レミニール)・リバスチグミン(商品名:イクセロン、リバスタッチ)と過剰な神経興奮を抑える NMDA 受容体拮抗薬、メマンチン(商品名:メモリー)があり、作用機序が違う薬剤は併用できる。

[対2]

認知症治療薬の効果



[対3]

認知症治療薬の使用上の注意点

コリンエステラーゼ阻害薬	メマンチン
●アルツハイマー型認知症に使用 ●洞不全症候群、房室伝導障害の患者は要注意。投与前に心電図をとることが望ましい ●気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往 ●消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合 ●消化器症状出現時は減量・中止を検討	●てんかん または 痙攣の既往歴がある人は慎重に経過観察 ●腎機能障害がある患者 ●尿pHを上昇する因子を有する患者 ●高度な肝機能障害のある患者 ●チトクロームP450 による代謝を受けにくいため薬物相互作用が少ない ●投与開始初期においてめまい、傾眠が認められることがあるので、患者の状態を注意深く観察

認知症治療薬服用後に「薬の副作用」とともに「症状が変化し歩き回ったり等」の症状が出て本人家族が戸惑う場合には、服用継続について話し合う必要がある

＜対応-2＞

認知症治療薬は、短期的（1 年程度）には一時的に症状を改善方向へ変化させて、治療をしない場合よりもよい期間を延長するとされ、また、長期試験の結果では症状の進行遅延が報告されている。

もっとも、同一人への処方では、薬効の差異（服用しない場合や途中でやめた場合と継続して服用する場合の効果の違い）を説明しにくいところもあり、一般的な効果の説明にとどまる。

＜対応-3＞

コリンエステラーゼ阻害薬は比較的副作用が少なく、また他剤との相互作用も少ない薬剤である。しかし高齢者が多いアルツハイマー型認知症ではスライドに示したような注意が必要である。ことに房室伝導障害は要注意で、投与前に心電図をとる、受診時に脈拍数のチェックを行うといった配慮が必要である。また、認知症の人はその経過中に食欲不振や拒食といった摂食障害を呈することがあるが、その際にはコリンエステラーゼ阻害薬の影響も検討すべきである。

頻度の高い副作用としては消化器系の副作用が多いが、減量、中止によって消失することが多い。またコリンエステラーゼ阻害薬を内服中のアルツハイマー型認知症の人に興奮や不穏が見られた際に薬剤の影響が否定できないことがある。この場合、症状からは薬剤性かどうかは判定できず、漸減中止をして、症状の変化を見る以外に方法はない。パッチ剤では貼付部位の発赤がみられることがあるが、貼付部位の変更、保湿剤の塗布で使用継続できることが多い。

[対4]

BPSDに対する医薬品使用①

- BPSD の発現には、身体的及び環境要因が関与することもあり、対応の第一選択は非薬物的介入が原則。
- BPSD の治療では、抗精神病薬の使用は適応外使用、基本的には使用しないという姿勢が必要

● 右記の条件を満たし、薬物療法を検討する場合には、必要に応じ認知症疾患医療センター等の専門的な医療機関と連携をとる

● 検討の対象となるBPSDについては右記の点を事前に確認、
● 開始後は、次スライドのチェックポイントに従い、モニタリングする

- ・ 身体的原因がない
- ・ 他の薬物の作用と関係がない
- ・ 環境要因により生じたものではない
- ・ 非薬物的介入による効果が期待できないか、もしくは非薬物的介入が適切ではない

- ・ その症状/行動を薬物で治療することは妥当か、それはなぜか
- ・ その症状/行動は薬物療法による効果を期待できるか
- ・ その症状/行動にはどの種類の薬物が最も適しているか
- ・ 予測される副作用はなにか
- ・ 治療はどのくらいの期間続けるべきか
- ・ 薬学的管理は誰がどのように行うのか

出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究班作成 [2013.7.16公表]

[対5]

BPSDに対する医薬品使用②

モニタリングのチェックポイント	検討内容
幻覚、妄想、攻撃性、焦燥	メマンチン、コリン分解酵素阻害薬を使用し、改善しない場合抗精神病薬の使用を検討する。 DLB（レビー小体型認知症）ではコリン分解酵素阻害薬が第一選択となる。
抑うつ症状、うつ病	コリン分解酵素阻害薬を用い、改善しない場合、抗うつ薬の使用を検討
不安、緊張、易刺激性	抗不安薬の使用を検討
入眠障害、中途/早朝覚醒	病態に応じて睡眠導入薬/抗精神病薬/抗うつ薬の使用を検討

出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究班作成 [2013.7.16公表]

＜対応-4＞

BPSD（行動・心理症状）は認知症に伴う関連言動・行動がみられることがある。むしろ、中核症状より BPSD が現れた時に、家族はじめ介護者の対応に困難が生じる。

対応の第 1 選択は非薬物的介入である。安易に薬物療法を開始するのではなく、その前に、患者の状況を把握したうえで選択薬を決める。

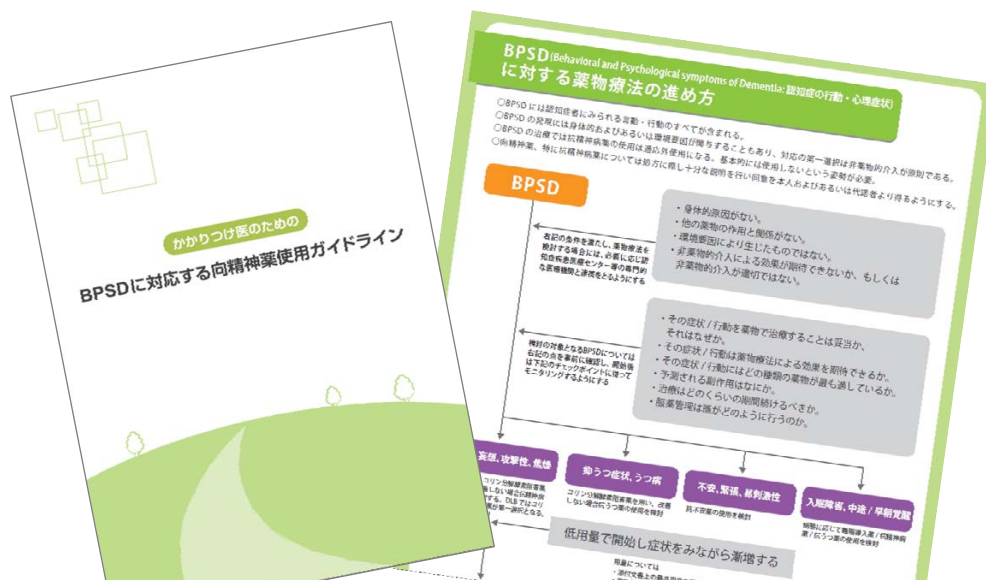
＜対応-5＞

BPSD は、加齢に伴う症状に似ている点が多いため、症状に着目する前に、BPSD がどの要因によって発症しているかを考え、特に薬剤の副作用が要因になっていないかを考える必要がある。そのうえで、第一選択薬を提案する。

症状を抑えることだけに着目し、転倒や、眠気などのリスクを高めないように注意する。やむをえず、第一選択薬として向精神薬を選択する場合には、多剤併用、副作用の発現リスク、家族への説明等に留意して選ぶ。

【対6】

BPSDに対する薬物療法のガイドライン



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
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c.html>

【対7】

薬物以外の療法とケア

認知症では、薬による治療だけに頼るのではなく、患者の症状にあわせてケアをしていくことがとても大切で、投薬治療よりも重要である。
非薬物療法には、大きく「リハビリテーション」と「心理療法」の二つがある。

- **リハビリテーション** は、食事、排泄、入浴、着替えなどの日常生活を行うために身体的・精神的機能を高める目的で、本人の状態にあわせて個別に行われることが多い。
- **心理療法** では、認知機能や精神・行動症状、感情といった生活する上での“質の向上”を目的としている。

心理療法の中に音楽療法、回想法、リアリティ・オリエンテーション、アートセラピー、アロマセラピー、ブレインフード等が試されている。
エビデンスが薄く、今後のデータ収集により有効治療かどうか判断される。

＜対応-6＞

BPSD に対する薬物療法について、かかりつけ医に向けたガイドラインが示されている。平成 28 年度中に、改訂版が出される予定である。

主な内容は以下の通りである。

- ・ BPSD には認知症者にみられる言動・行動のすべてが含まれる。
- ・ BPSD の発現には身体的およびあるいは環境要因が関与することもあり、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る。基本的には使用しないという姿勢が必要。
- ・ 向精神薬、特に抗精神病薬については処方の際に十分な説明を行い、同意を本人およびあるいは代諾者より得るようにする。
- ・ 治療により BPSD が改善しない場合には認知症疾患医療センターなどの専門的な医療機関へ紹介などの連携をとることが望ましい。

＜対応-7＞

非薬物療法は、認知症の人の BPSD の対処法として重要であると考えられている。

第1に生活の中で活動性を高め、規則正しい生活を行うことによってBPSDが改善される。第2としては、さまざまな活動を通して、楽しい時間、感情体験をすることで、不安が軽減したり、イライラ感が減少したり、歩きまわる行動が減少する。第3としては、さまざまな活動を通して、コミュニケーション能力を促進する。ゲームや作業、創作活動を通じてふだんの生活にはない感情の動き、心の動きを体験でき、自分自身の現在を表現し、他の人々とよく交流することができるようになる。第4としては、言葉によるコミュニケーションが障害されていることが多い認知症の人で、活動を通じた表現により、介護する側が直接にその人の心の変化を理解することができる場合がある。

BPSD の対応方法として有効とも言われているが、エビデンスを集めることが課題である。

[対8]

薬剤性のイベントを起こす可能性のある薬

薬によって認知機能低下が引き起こされることは多くみられる。薬剤誘発性の認知機能低下（薬剤性せん妄）の原因となり得るので、これらの薬剤の投与後には、注意して経過を観察する必要がある。

	向精神薬以外の薬剤
抗精神病薬	抗パーキンソン病薬
催眠薬・睡眠薬	抗てんかん薬
抗うつ薬	循環器病薬（降圧薬、抗不整脈薬、利尿薬、ジギタリス）
	鎮痛薬（オピオイド、NSAIDs）
	副腎皮質ステロイド
	抗菌薬、抗ウイルス薬
	抗腫瘍薬
	泌尿器病薬（過活動膀胱治療薬）
	消化器病薬（H2受容体拮抗薬、抗コリン薬）
	抗ぜんそく薬
	抗アレルギー薬（抗ヒスタミン薬）

出典：「認知機能低下を誘発しやすい薬剤」（「認知症疾患ガイドライン」2010 文献6）

[対9]

薬局窓口での対応

【初投薬時】初めて認知症の薬を飲む場合

● 本人が一人で来局した場合

- ・本人に『認知症かもしれない』という自覚があることや服薬開始の理解、生活環境を聞き取り疑問点があるときは本人の了解を得て家族に連絡する。できないこと、わからないことをさりげなく手助けして押しつけず、急かさず、その人のペースを守りながら説明する

● 家族と一緒に来局した場合

- ・本人が服薬について納得している場合は、通常の手順で説明する
- ・本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、服薬の同意を得てから説明する

【継続服用中】

● かかりつけ薬剤師が本人の様子で気づいた場合

- ・家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で処方医にフィードバックする

＜対応-8＞

薬の種類や量が増えると、認知機能の低下を誘発するなど、副作用が出る可能性がある。多剤・多量服用をはじめてから、もの忘れが多くなったなど、少しでも異常を感じたら副作用の可能性もあるために服用薬の管理が重要である。

スライドに示した薬剤は認知機能を低下すると言われている薬剤である。薬剤師には服用薬の観点から処方アセスメントが求められる。

薬剤師には、医師をはじめとした他職種に、薬学的知見に基づく情報を、他職種が業務に活用できるようにわかりやすく提供し、連携をはかることが求められている。

＜対応-9＞

薬局窓口での対応は、初めて認知症治療薬を服用する場合と、認知症薬をすでに服用している場合に分けてある。

さらに、初めて認知症薬の服薬をする場合、一人で来局した時と、家族と一緒に来局した時で対応を分けた。

はじめに、初めて認知症の薬を服用する本人が、一人で来局している場合には

- ・本人に「認知症であるかもしれない」という自覚があるかどうかを確認する。
- ・服薬開始の理解、生活環境を聞き取り、疑問があるときは本人の了解を得て家族に連絡をすることも必要である。
- ・できないこと、わからないことをさりげなく手助けして押し付けず、急がせず、その人のペースを守りながら説明をしていく。

家族と一緒に来局している場合は、

- ・本人が服薬について納得している場合は、通常の手順で説明する
- ・本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、本人の同意を得てから家族に説明する

次に、服薬を継続している場合は、なるべくかかりつけ薬剤師が対応し、本人の様子から副作用の疑いや BPSD の発現、服薬状況に問題があると気付いた場合は、服薬を中断させないように家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で、必要があれば処方医にフィードバックする。

認知症の人の服薬を支える視点

認知症の徴候(初期サイン)を見逃さない視点

⇒ 早期診断に結び付ける

治療の継続を図る視点

⇒ 認知機能障害治療薬をドロップアウトさせない

BPSD悪化の主要因として薬剤を疑う視点

⇒ 処方薬の治療効果と副作用の評価・観察から
処方医に情報提供・提案を行う

<対応-10>

地域のかかりつけ薬局として、薬剤師には認知症を早期発見できる環境がある。認知症（の疑い）患者が、来局した際、いつも服用している薬を初めて見たような顔をしたり、支払いの際、小銭があるにもかかわらずいつも一万円札で支払ったり、季節に合わない服用をしていたりなどと認知症の初期症状の一つかもしれない。日頃、高齢者等と接する中で、認知症の徴候を見逃さないのもかかりつけ薬剤師・薬局の大切な視点である。さらに、なるべく早くかかりつけ医との連携を図ることや、患者の状況に応じた適切な服薬指導を推進し継続することが求められている。

服薬アドヒアランスの向上のためには、効果発現には時間がかかる、開始時や増量時に副作用が生じやすい、早期から投与する方が効果が得やすいなど抗認知症薬に関する情報提供を正しく行う。

また、アドヒアランス低下の理由と対策、嚥下機能の低下であれば、口腔内崩壊錠やゼリー剤、薬を管理できない場合は一包化調剤などの提案を行う。

さらに、BPSD 悪化の主要因は薬剤という視点を持ち、処方薬の治療効果と副作用の評価・観察を行い、迅速に処方医に情報提供・提案を行うことにより情報の共有と連携を密にする。

服薬の継続管理におけるポイント

- **事前の服薬確認の環境調整**
 - ⇒ 独りでの服用をなるべく避ける
 - ⇒ 家族の介護負担を常に考慮する
- **服用している薬剤の整理、副作用への留意**
- **服用状況(回数など)について かかりつけ医と連携**
 - ⇒ 残薬とならないように工夫する
- **他職種に薬剤師の視点を伝達**
 - ⇒ 薬剤師による服薬支援の重要性等を共有する
- **地域の医療・介護資源の情報(連携先等)を保有**

＜対応-11＞

自己管理できない患者への服薬支援は、一包化しただけでは解決しない問題が多く、次の点に留意する。

① 事前に服薬状況を確認し環境調整しておく

⇒ 独りででの服用をなるべく避けるために、服薬を支援する人の存在を確認する。

独居であるか、同居者はいるか、同居者は管理の手伝いができるか、また、ヘルパーやご近所の方、同居していない家族などで定期的に関われる人がいるかについて把握する。

⇒ 家族の介護負担を常に考慮するため、服薬介助支援をできる人を複数設定し、いつだれが服薬の声がけや服薬介助するのかきちんと決めておくことで、服薬状況が改善する。

② 残薬とならないように服用している薬剤の整理と、副作用への留意が大切である。

⇒ 服薬回数を減らすなど処方を見直すこと。服薬回数が多い場合、減らせるかどうかを主治医と薬剤師でよく話し合ってみる。服薬時点が多いほど飲み忘れる確率は高くなる。

③ 他職種に薬剤師の視点を伝達することが求められる。

⇒ 薬剤師による服薬支援の重要性等を共有してもらう。そのためには、薬剤師が日常業務において把握していることを他職種にわかりやすく理解してもらう。

④ 地域の医療・介護資源の情報(連携先等)を保有しておくことも大切である。そのことをお薬手帳に記録しておく。

そして、お薬手帳の使用を徹底すること。在宅患者であっても、複数の医療機関を受診する場合がある。このとき普段服用している薬の内容を記したものがないと、重複投与のおそれや併用禁忌の薬が処方される可能性が高くなる。受診時には必ず「お薬手帳」を持参し、医師と薬剤師に見せるよう繰り返し伝える。

認知症の人への対応・コミュニケーション

- 認知症の人への対応の心得 “3つの「ない」”
 - ・驚かせない
 - ・急がせない
 - ・自尊心を傷つけない

- コミュニケーションを高めるには
 - ・本人に寄り添い、本人の意思をくみ取るように意識する
 - ・本人だけでなく、介護家族への支援も重要

＜対応-12＞

認知症の人への対応の心得には、3つの「ない」がある。

1. 驚かせない
2. 急がせない
3. 自尊心を傷つけない

認知症の人への対応には、認知症に伴う認知機能低下があることを正しく理解していることが必要である。そして、偏見をもたず、認知症は自分たち自身の問題であるという認識をもち、認知症の人を支援するという姿勢が重要になる。

認知症だからといって、つきあいを基本的に変える必要はないが、認知症の人には、認知症への正しい理解に基づく対応が必要となる。

記憶力や判断能力の衰えから、社会的ルールに反する行為などのトラブルが生じた場合には、家族と連絡をとり、相手の尊厳を守りながら、事情を把握して冷静な対応策を探る必要もある。普段から地域住民との挨拶や声掛けに努めることも大切である。日常的にさりげない言葉がけを心掛けることは、いざというときの的確な対応に役立つであろう。

さらにコミュニケーションを高めるためには、認知症の人に寄り添い、本人の意思をくみ取るように意識する。認知症の人、本人だけでなく、介護を行っている家族への支援も重要となる。

認知症の人・ご家族と接するときのポイント

- ① 本人の尊厳を守り、余裕をもって見守るという認識で接する
- ② 本人の言うことを否定せず、自然な笑顔で接する
- ③ 本人の立場に気を遣い、簡潔に一つずつ確認しながら接する
- ④ ご家族の話を聞き共感を示し、積極的にかかわりを持つという認識で接する
- ⑤ 本人と向き合う姿勢で接し、現存機能をほめることを勧める

<対応-13>

1. まずは、余裕をもって見守る。

認知症の人は、薬の説明をしてもすぐに忘れてしまうことが少なくない。しかし忘れてしまうからといって説明しても無駄だと考えるのでは、患者をないがしろにすることになってしまう。他の患者と同じように丁寧に服薬指導をすることが尊厳を守ることにつながる。

2. 認知症の疑いのある患者の言っていることを否定せずに、受け入れること。

認知症の人は、ときどき驚くようなことを言ってくることもある。あり得ないと思えることでも否定せずに、気持ちに寄り添って笑顔で対応することが大切である。受け入れることで、患者は満足し、穏やかな気持ちになってもらうことができる。

3. 患者の立場を気遣うこと。

認知症の人は、家族など介護者と一緒に来局されることが多い。ついつい介護者の方と会話することが多くなるが、ぜひ患者の存在を忘れずに、気遣ってほしい。

服薬方法についての説明など、薬学的管理をする介護者のみに話をするのではなく、患者の顔も見ながら話をするようにする。

認知症の人は、急がされること、また同時に複数の質問に答えることも苦手であるので、相手の反応を伺いながらまた、相手の言葉をゆっくり聴き、確認しながら接することが大切である。

4. 家族の話を傾聴すること。

介護家族は、多くの悩みや苦勞を持っているので、すぐに解決方法が提示できなくても、話を聞くだけでも、聞いてくれる人がいるだけで、気持ちが楽になることもある。

また、服薬指導時には本人にも質問をするなど話しかけるようにし、積極的にかわりを持つことが大切である。

5. どんなに小さなことでも、できたことに対して患者を褒めてあげることを勧める。

薬が飲めた、トイレに行けた、食器を流しまで下げられたなど、簡単なことで構わない。褒められると、患者はうれしく感じる。家族にとっては、できることに目を向けることで、視線を変えて患者に対応することができるようになる。

[対14]

認知症の人への支援

- もの忘れがあっても、充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの服薬支援を行うことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、家族への服薬説明は慎重に行う
- 家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、社会参加や介護保険サービスの利用を勧める
- 体調変化に早めに気づき、かかりつけ医にフィードバックをする

[対15]

家族への支援

- 専門医・かかりつけ医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、本人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 服薬状況や体調変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の会など、介護仲間を紹介する
- 服薬する薬剤については、投与前に十分に説明し、投与中断を避けるため かかりつけ医と連携をとり治療薬の投与方法、回数を減らす、在宅訪問を行うなど 介護者の負担の少ない方法をとる

<対応-14>

ものの忘れがあっても、できるだけ住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、必要時のかかりつけ医への紹介、相談に応じるなど、かかりつけ薬剤師としてできる限りの薬物療法や服薬支援を行うことを伝える。

認知症の全経過を通じて、本人の気持ちに配慮した対応が求められる。認知症の初期の人は、ものの忘れの自覚は強く、生活上のトラブルも増えていくため、自信を失ったり、抑うつ的になることが多い。そこで、ものの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える。

発症初期にはもちろんだが、認知症がかなり進行しても会話に対する理解力は残っていることも多い。本人が同席しているところで、「物忘れがひどくなってきたね」など、本人が聞いて不安になるような服薬説明は避ける。

できることや得意なことをみつけて家庭内での役割を持ってもらうことや、可能な範囲での社会参加、介護保険サービスの利用などによって、自己効力感を高め、情緒の安定、今ある能力の維持、対人交流・社会性の促進などをはかる。できないことはプライドを傷つけないようさりげなく援助することが望ましい。

また、認知症の人は自分の身体的不調を適切に伝えられず、治療の開始が遅れがちであることに留意し、服薬支援を通じて体調変化を見逃さないように注意する。必要があればかかりつけ医にフィードバックする。

<対応-15>

認知症の人の在宅ケアを支えるために、専門医・かかりつけ医、ケアマネジャーやケアスタッフなどと協力体制をとり、困ったときには相談に乗ることを伝えておくことは、介護家族への精神的な支えになる。また、社会資源を上手に活用することが介護負担の軽減につながり、ひいては本人のためにもなることを伝える。

介護負担や不安を軽減するように、(長時間ではなくても)介護者の話を穏やかに、かつ真摯に聴く。たとえ介護者が認知症の本人に対して好ましくない対応をしている場合でも、否定することなく介護の労をねぎらいつつ、本人の自尊心を傷つけない対応をする方が症状を落ち着かせ、結局は介護が楽になることを伝える。

介護者にとって、介護仲間の存在を知り、お互いに助け合うことは、専門職の支援と同様大きな支えとなる。

服薬する薬剤について投与前に十分に説明し、投与中断を避けるためかかりつけ医と連携をとり治療薬の投与方法や服薬回数を減らしたり、必要があれば在宅訪問をするなど 介護者の負担の少ない方法をとる

対応 編 ②気づき・連携

**ねらい：認知症の疑いがある人に気づき、
関係する他の職種・機関と連携して
対応する重要性を理解する**

到達目標：

- 認知症の初期症状や日常生活上の行動の変化を説明することができる
- 認知症の疑いに気づいた場合の連携について理解し、実践できる

[対16]

早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により 認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

【②気づき・連携】

第2部の後半は、薬剤師が認知症の疑いに気づいた後の対応、他の専門職等との連携について理解を深めていく。

※事例を取り扱うスライドおよび解説においては、説明の簡便性の観点から、
薬剤について、製品名で表記している

<対応-16>

認知症の原因には、頻度は必ずしも多くはないが、可逆性の疾患も多種類存在する。ただし、例えば、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫による認知症であれば、発症後遅くとも半年～1年以内に脳外科的手術を実施しなければ症状の改善は見込めないと言われている。可逆性といっても、原因疾患の発症後もしばらく放置されてしまうと治療による改善は望めないケースが多いため、早期発見・早期治療が重要である。

また、アルツハイマー型認知症であれば、中核症状治療薬による薬物療法で進行抑制が可能であり、治療開始が早いほど効果も出やすいと言われている。行動・心理症状(BPSD)に対しても、限定されるものの治療薬の一定の効果が示されている。

また、認知症を早期に発見できれば、本人が病気について理解することもより容易となるといえる。病気に関してある程度理解できれば、病気の進行による生活への影響にも予めの準備が可能であり、不安も軽減されるであろう。行動・心理症状(BPSD)にもあまり悩まされずに生活が継続できる可能性が高まる。

早期発見により、家族も適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能となり、実際の病気の進行に合わせて、介護保険サービス等も利用し適切にケアできれば、認知症の進行を抑制する可能性が高まり、介護負担も軽減できる。

また、家族介護者の介護負担に対する心理社会的な介入の効果を勘案すれば、早期からの介入あるいはケアマネジメントが好ましい。

[対17]

家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

(n:465)

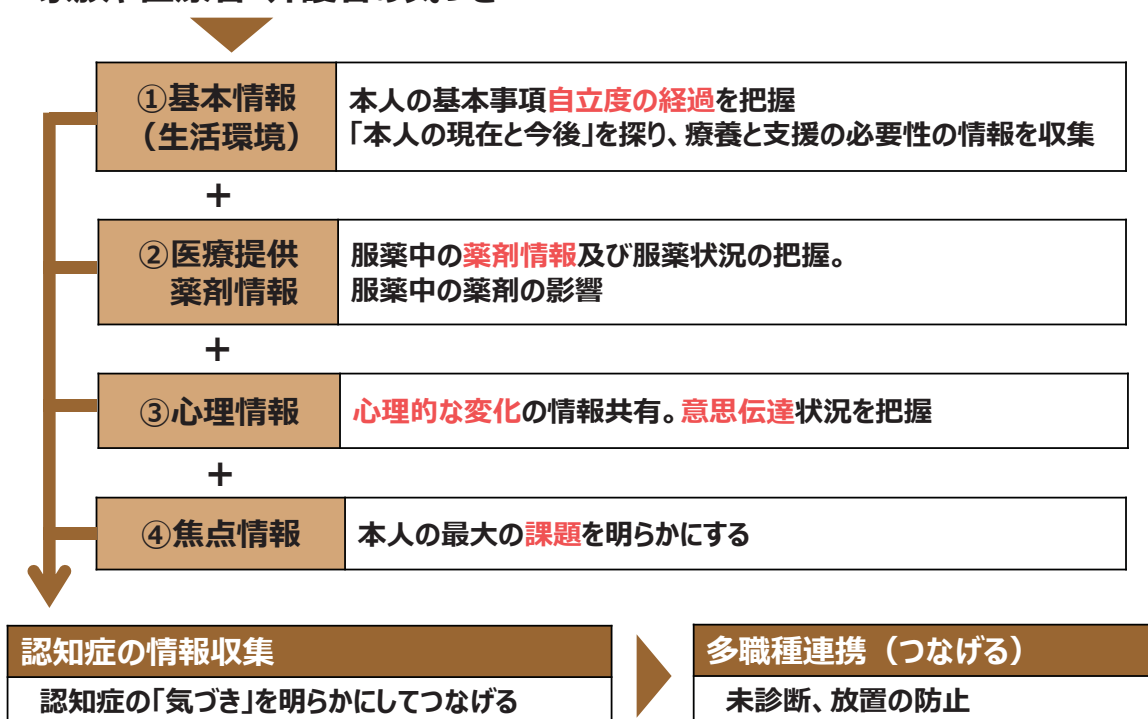
- 忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった ... 74.6%
- 時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった) ... 52.9%
- 仕事や家事が以前のようにできなくなり、支障をきたすようになった ... 46.7%
- クレジットカードや銀行通帳の取り扱いができなくなった ... 29.5%
- 服薬がきちんとできなくなった ... 28.4%
- ふさぎこんで、何をするのも億劫がり、嫌がるようになった ... 26.5%
- 気候に合った服を選んではいることができなくなった ... 19.6%
- 入浴しても洗髪は困難になった ... 13.5%

出典：公益社団法人 認知症の人と家族の会「認知症の診断と治療に関するアンケート調査報告書」2014.9

[対18]

「気づき」から「つなげる」ための情報収集

家族や医療者・介護者の気づき



＜対応-17＞

認知症の初期にみられる日常生活上の変化を示す。

認知症の人と家族の会が実施した調査において、家族が認知症を疑うきっかけとなった(本人)の変化を頻度順に示したものである。1項目のみで見れば加齢による生理的な変化と区別することは難しい。しかし、このような変化が少なくとも半年前と比較して目立つようであれば認知症を疑うタイミングといえる。

ここで問題となるのは家族がいなければこのような変化は気づかれにくいことであろう。65 歳以上の4割が単身あるいは高齢者世帯であり、その割合が今後ますます増加することを考えれば、家族に情報源を求めることが難しい状況もあり得る。家族から情報が得られる場合には、認知症を疑うことはむしろ容易と言っていい。

＜対応-18＞

高齢の方と窓口や在宅訪問で接していると、認識力、記憶力、判断力など脳の機能低下に気づく場合がある。初期症状がでてから専門医にいくまで大半の人が2年以上もかかっているために初期の段階での受診がもっとも必要とされている。

初期段階では紛らわしい症状があるが、認知症か、加齢現象か、と見分けがつきづらいが、認知症は早期発見、早期対応治療が重要である。

- ・言葉がつまることはありませんか？
- ・物忘れがある、最近忘れっぽくありませんか？
- ・仕事や家事はスムーズにできていますか？

に気づいたら、スライドの①～④のステップを踏んで、他の医療者や地域のネットワークにつなげることが最も重要である。

[対19]

多職種連携の意義

●生活状況に関する具体的・客観的な情報が共有できる

- * 1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
- * 2 本人への服薬指導で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る

●服薬状況の確認ができる

- * 生活習慣病の治療薬を含め、本人・家族に対する服薬確認に加え、看護師・介護職員等から服薬状況の確認ができる

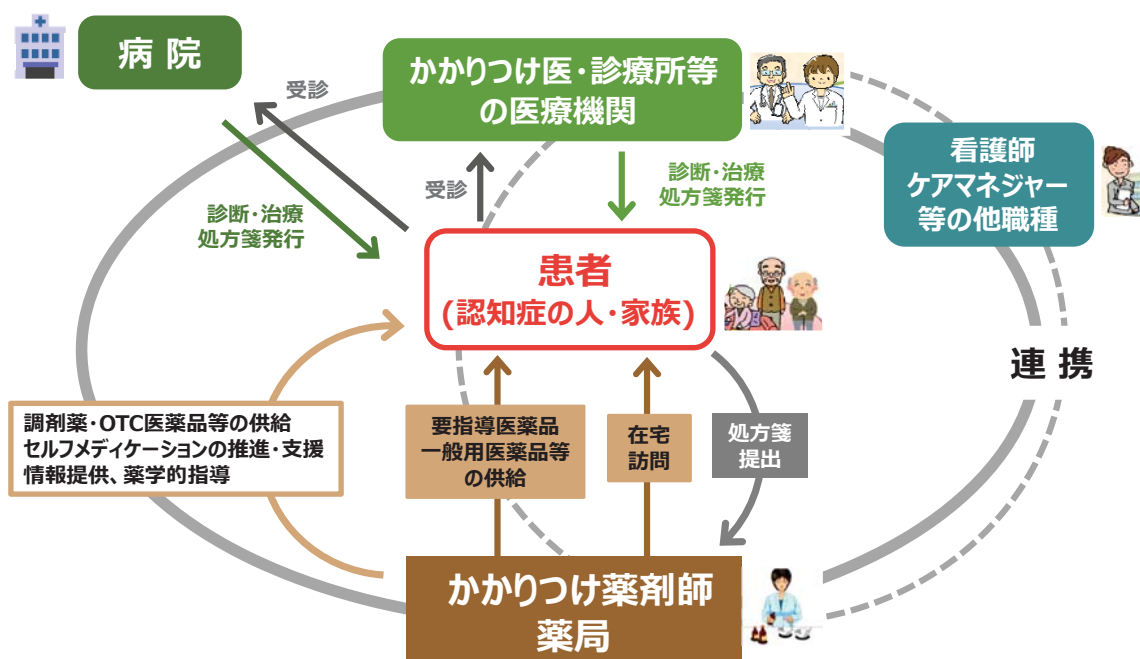
●服薬遵守の意義について共有することができる

●生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用やADL・IADLに対する影響の説明ができる

●BPSDに関連する要因についての情報が得られる

[対20]

多職種連携の中での かかりつけ薬局による医薬品の一元的管理



出典：公益社団法人 日本薬剤師会

＜対応-19＞

薬剤師が薬学的管理を行っていく上で、多職種連携は欠かせない。特に、服薬にかかる情報の収集という点では、患者の生活により近い、介護職員やケアマネジャーからの情報が不可欠である。

飲めているかどうかはもちろん、生活状況に関する情報を得ることで、より具体的に薬剤の副作用や ADL・IADL に対する影響が検討できる。

特に最近増加が指摘されている独居世帯では、多職種が連携して対応していかなければ、治療を継続していくこともままならない。独居の場合、認知症の重症度が軽度であっても服薬の管理が困難となる場合が多いが、薬剤師が関わることで、本人の状態や服薬のしやすさ等も考慮した最適な処方を常に検討し処方医に提案することができる。また、介護職等と連携することで、日常の服薬確認や、患者状態の変化についてもモニターすることができる。

＜対応-20＞

多職種連携の中での、かかりつけ薬局による医薬品の一元的管理を図式化したものである。

医師との連携はもちろん、看護師、ケアマネジャー、介護職等他の専門職と連携し、情報共有を蜜にすることで、薬学的管理にも反映でき、他の専門職にとってもメリットとなりうる。

また、薬局としては、処方された薬だけにとどまらず、患者が使用する、一般用医薬品や健康食品等も含めた一元的な管理を行い、患者へのリスクを最小限にし、かつ、必要な治療効果が得られるような薬学的管理を常に行っていくことが必要となる。

介護用品や衛生用品等の供給についてもかかりつけ薬局が担うことで、患者とより多くの接点、情報を得ることができ、薬局にとっても、患者にとっても、かかりつけ薬局が一貫してサポートすることのメリットは非常に大きいといえる。

[対21]

カンファレンス等での薬局薬剤師の役割

薬剤師が日常業務において把握していること

- | | |
|--------------|--------------|
| ① アドヒアランスの確認 | ⑥ 検査値 |
| ② 処方内容の確認 | ⑦ 生活上の注意 |
| ③ 副作用モニタリング | ⑧ 残薬のチェック |
| ④ 効果確認 | 飲み忘れ時の対処方法 |
| ⑤ 相互作用 | ⑨ その他の服薬支援事項 |

カンファレンス

(サービス担当者会議、退院時カンファレンス等)

[対22]

徴候からの気づき 【かかりつけ医・地域包括等への連携】

徴候に気づいてからつなぐルートは大きく分けて2つ

薬局 ▶ かかりつけ医

認知症の徴候に気づいた対象者をかかりつけ医につなぐことにより、いち早く、確実に治療を開始することができる

薬局 ▶ 地域包括支援センター

認知症スクリーニングにより、ハイリスクとされた方を地域包括支援センターにつなぐことにより、医療だけでなく、介護予防事業の利用勧奨など、支援ルートに乗せることができ、地域でのネットワーク作りにも役立つ

＜対応-21＞

カンファレンス等においては、薬剤師が日常業務において把握していることを、他の専門職に対して分かりやすく、他職種の業務に反映できるような伝え方をすることが重要となる。

薬剤師が日常業務において把握していること

- | | |
|--------------|----------------------|
| ① アドヒアランスの確認 | ② 処方内容の確認 |
| ③ 副作用モニタリング | ④ 効果確認 |
| ⑤ 相互作用 | ⑥ 検査値 |
| ⑦ 生活上の注意 | ⑧ 残薬のチェック、飲み忘れ時の対処方法 |
| ⑨ その他の服薬支援事項 | |

＜対応-22＞

薬剤師が認知症の徴候に気づいたら、早期対応のためにつなぐルートは大きく分けて2つあると考えられる。

1つ目は、薬局からかかりつけ医につなぐルートであり、かかりつけ医につなぐことにより、いち早く診断・治療に結び付けることができる。

2つ目は、薬局から地域包括支援センターにつなぐ方法で、地域包括支援センターを通すことにより医療だけでなく介護サービスをはじめとした対象者を支援するネットワークを地域で構築することができる。

また、介護サービス利用の対象とならなかった場合でも、介護予防事業の利用などにより、生活機能の低下を防ぐ対応を早期から行うことができる。

事例1-① かかりつけ医との連携

薬局窓口 ⇒ かかりつけ医

薬局で服薬指導の際に、

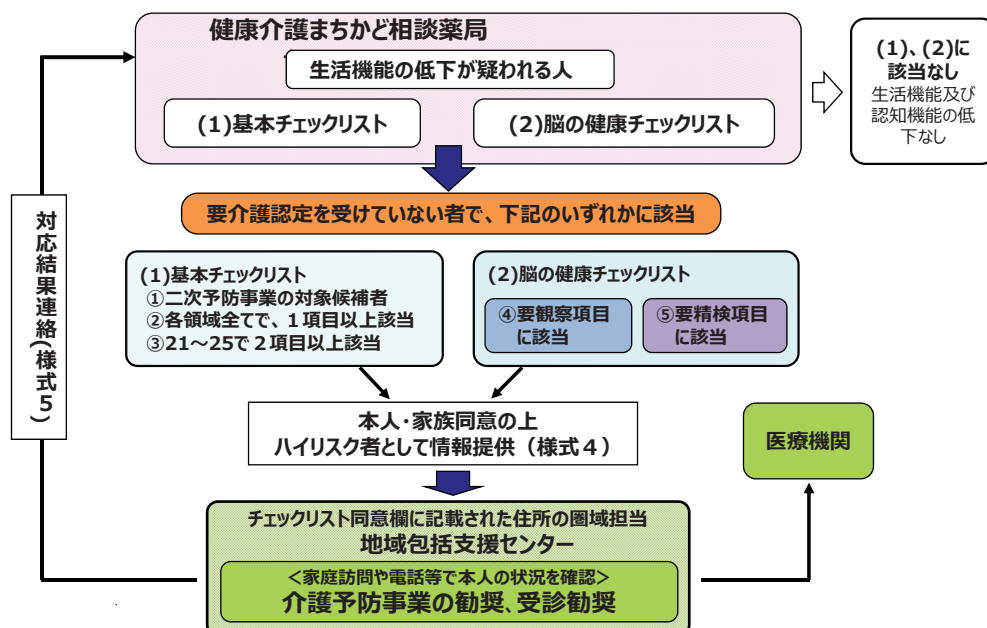
- 前回と同じ処方なのに覚えていない
- 話の取り繕いがある
- 財布に千円札や小銭があるにもかかわらず一万円札で支払う

などの様子が見られたために、処方元のかかりつけ医に情報提供したところ、再診の際に認知症の診断がなされ、治療開始に結び付いた。

(参考) 薬局窓口での気づきのチェックポイント
 静岡市薬剤師会認知症ネットワークチーム症例検討会
 仙台市薬剤師会認知症WG薬局における認知症の気づき場面集 など

事例1-② 地域の仕組みの例

薬局窓口 ⇒ 地域包括支援センター



＜対応-23＞

薬局窓口で認知症の徴候に気づき、かかりつけ医につないだ事例

薬局で服薬指導の際に、前回と同じ処方なのに覚えていない、話の取り繕いがある、財布に千円札や小銭があるにもかかわらず一万円札で支払うなどの様子が見られたために、処方元のかかりつけ医に情報提供したことにより、再度診察したところ、認知症の診断がなされ治療開始に結び付いた。

※薬局窓口での気づきのチェックポイントについては

静岡市薬剤師会認知症ネットワークチーム症例検討会の「薬剤師が気づく認知症チェックシート」や仙台市薬剤師会認知症ワーキンググループ作成の「薬局における認知症の気づき場面集」などでも紹介されていますので参考にして頂きたい。

＜対応-24＞

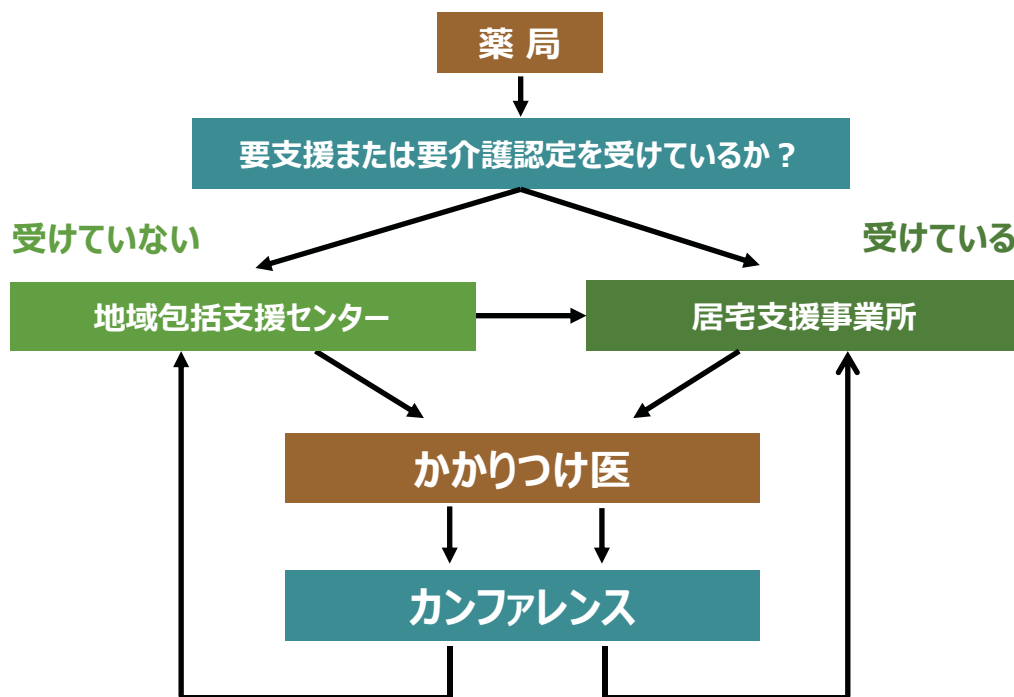
薬局から地域包括支援センターにつなぐ例としては、青森県薬剤師会が健康介護まちかど相談薬局の事業の一環として行っている「まちかどセルフチェック・脳のチェックリスト」がある。

薬局店頭で高齢者やその家族を対象にして、認知機能に関するセルフチェックを行ってもらい、その結果がハイリスク者となった場合には本人または家族の同意のもとに地域包括支援センターに情報提供を行う。連絡を受けた地域包括支援センターでは、家庭訪問等で対象者の状況を確認し、受診勧奨や介護予防事業の勧奨など必要に応じた支援を行うというものである。

ハイリスク者を地域包括支援センターに情報提供したことにより、医療機関の受診だけでなく、介護保険サービスや介護予防事業の利用に結び付いた例もあった。

[対25]

事例1-③ 要介護認定の有無で考える



* 薬局から地域包括支援センターまたは居宅支援事業所に連絡する

[対26]

服薬状況からの気づき 【処方医との連携】

- 服薬状況の確認から一包化や剤形変更を提案し服薬支援を行う
 - ・ 飲み忘れや飲み間違いに対し、**一包化**を提案する。
 - ・ 飲み込みがうまくできないときは、口腔内崩壊錠などへの**剤形変更**
 - ・ 服薬確認が困難なときには、**貼付剤**への**変更**を提案する。

<対応-25>

薬局から地域包括支援センターへつながりにあたっては、事前に要介護認定を受けているか確認することが重要になる。もし、要介護認定を受けている場合には、すでに担当のケアマネジャーがいるので、そちらに連絡する必要があります。そこから受診を経て、支援内容の検討という流れになる。

<対応-26>

服薬状況の確認から認知能力の低下が疑われるケースについては、処方医と連携して早期発見・早期対応を行うとともに、一包化や剤形変更などの服薬支援も検討、実施してみる。

飲み忘れや飲み間違いに対しては、一包化やカレンダーを利用した服薬支援を、飲み込みがうまくできないときはその原因を探ったうえで、口腔内崩壊錠やゼリー剤などへの剤形変更、服薬確認が困難な場合は、貼付剤を利用するなどの方法を提案し、服薬状況の改善に結びつけるようにしていく。

[対27]

事例2-① (80歳代 女性)

X-10年	血圧、糖尿病の治療で夫とともに主治医を受診し、2週間に1度定期的に通院。同時に薬局もかかりつけとして利用。
X-4年	夫が入退院を繰り返すようになり、薬の飲み間違いが多くなってきた。薬剤師が、医師に相談し、一包化開始となる。
X-3年	夫が亡くなり、そのあたりから薬の飲み忘れが多くなり、薬剤師が医師に相談、カレンダー調剤（一包化を1週間分のカレンダーに貼付）開始となる。
X-1年	脳梗塞を発症し、入院。退院後介護保険の申請と同時に、ケアマネジャーの提案で、カレンダー調剤の服薬確認のため、隣人に声掛け確認をしてもらうようになる。
X年	さらに飲み忘れが多くなり、主治医がもの忘れ外来も兼ねていたので、認知症の検査を行い、認知症と診断。同時に、アリセプトの処方開始。さらに薬剤師と医師が協議を行い、処方方を1日1回にし、服薬支援をデイサービスで行うことにした。デイサービスの無い日曜日だけ、デイサービス職員から1日分薬を渡し、自宅で服用してもらっている。その後、DM、血圧、認知症、全て安定して落ち着いている。

[対28]

事例2-②

Rp.		Rp.	
ベイスン	0.2mg 3T 3x 毎食前	ネシーナ錠	25mg 1T
ダオニール錠	1.25mg 1.5T 2x 朝夕食前(1-0.5)	ダオニール錠	1.25mg 1T
アーチスト錠	10mg 1T	アーチスト錠	10mg 1T
プラビックス錠	25mg 1T 1x 朝食後	プラビックス錠	25mg 1T
アダラートL錠	10mg 2T	アダラートCR錠	20mg 1T
メチコバル錠	250μ 2T 2x 朝夕食後	アリセプトD錠	5mg 1T 1x 朝食後
			デイサービス通所時服用

本人管理
一包化カレンダー
カレンダー（隣人管理）

服薬コンプライアンス不良に
血糖コントロール不良、脳梗塞発症

デイサービスでの管理

服薬コンプライアンス良好
血糖コントロール良好
認知症併発するもADL良好

＜対応-27＞

処方医との連携で服薬支援とともに認知症の診断、治療に結びついた事例

対象者は80歳代の女性で認知症と診断される10年前には hypertension、糖尿病の治療で夫とともに主治医を外来で受診していた。薬局にもかかりつけとして受診の都度、来局していた。しかし、夫が入退院を繰り返すようになってから、薬の飲み間違いが見られるようになり、そこで薬剤師が主治医に相談の上、一包化開始になった。

一年後、夫が亡くなってからは薬の飲み忘れが多くなってきたため、カレンダーを利用した服薬支援を開始し、その後、脳梗塞を発症し入院したため、退院後介護保険の申請とともにケアマネジャーの提案でカレンダー調剤の服薬確認のため隣人に声掛けしてもらうこととした。さらに飲み忘れが多くなったため、物忘れ外来もやっている主治医が診察、認知症の診断がなされ、認知症治療薬の処方となった。同時に医師と薬剤師が協議の上、処方内容を見直し1日1回朝食後にまとめ、服薬支援をデイサービスで行うこととした。デイサービスのない日曜日はデイサービスの職員から1日分を本人に渡し、自宅で服用してもらうこととした。

以降、血糖値、血圧、認知症の状態はすべて安定し落ち着いている。

＜対応-28＞

この事例の処方を示す。

左は、当初の本人管理だった処方で、一包化やカレンダーを用いて隣人に服薬確認してもらっていたが、服薬コンプライアンス不良のため血糖コントロールも悪く、脳梗塞を発症してしまった。

右は、服薬支援をデイサービスに移行した時の処方を示しており、処方の見直しによりすべて朝食後にまとめている。服薬コンプライアンスは改善し、血糖コントロールも良好、認知症診断を受けるもADLは良好に推移している。

[対29]

処方検討・医師へのフィードバック等【処方医との連携】

- 認知症の人のBPSDに対し、モニタリングのツールを用いて処方提案を行う
- DBCシートを用いて、BPSDに対して医師が処方した薬剤のモニタリングを行い、用量変更など 処方設計にフィードバックを行う

[対30]

事例3-① (90歳代 女性)

病名	①老人性認知症の悪化、左大腿骨頸部骨折、寝たきり状態 ②骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折、腰痛症、変形性股関節症 ③うつ血性心不全、狭心症、胃潰瘍、両変形性膝関節症	
治療経過	X年転倒により左大腿骨頸部骨折について手術を行ったものの極端にADLが低下し、ほぼ寝たきり状態になった。 また、骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折を伴う腰椎症および両変形性股関節症、両変形性膝関節症、による膝疼痛もみられ高度な下肢浮腫をきたしている心不全（BNP352）や高カリウム血症（K6.4）を伴う腎不全が悪化。さらに老人性認知症の悪化により、昼夜逆転、職員への暴行暴言、引っ掻き、ベッドやサイドテーブルを箸や入れ歯でたたくなど不穏も大変著しい。表皮剥離も絶えない。	
処方	ブロプレス（4） 1T 1x パリエット（10） 1T 1x ラシックス（40） 1T 1x フェルム1c 1x アーガメートゼリー50 g 2x ニューレプチル細粒 10% 0.02g 2x リスパダール内用液 1mg/ml 1ml 頓用	アロシトール（100） 1T 1x エビスタ（60） 1T 1x マーロックス3.6g 3x アレロック（5） 1T 1x 酸化マグネシウム1.5 g 3x ニトロダームTTS

＜対応-29＞

処方医との連携では、認知症の早期発見・早期対応とともに、認知症の人の処方のモニタリングを行い、結果を医師へフィードバックしたり、医師と連携して処方検討を行うことも薬剤師として大切な役割である。

各種評価スケールを用いて認知症の人の BPSD や ADL の評価を行い、医師に情報提供や処方提案を行う。

＜対応-30＞

具体的な例として、DBC (Dementia Balance Check) シートを用い、BPSD に対して医師が処方した薬剤のモニタリングを行い、用量変更など処方設計にフィードバックを行った事例

病名は老人性認知症をはじめとして、多くの疾患を抱えていたが、転倒により左大腿骨頸部骨折を負い手術を行ったものの ADL が低下し、ほぼ寝たきり状態となった。

そのような中、認知症の悪化に伴い、昼夜逆転、職員への暴行暴言、引っ掻き、ベッドやサイドテーブルを箸や入れ歯でたたくなど不穏状態も著しくなり、表皮剥離も絶えない状態となった。

[対31]

事例3-②

平成X年 4月8日	有料老人ホーム入居 入居後、入れ歯を投げる（数回）、食事がおいしいを連発、独語、ベッドをたたき、椅子を倒す、トイレ介助拒否、ベッド上で起きる寝るを繰り返す、便失禁、夕食時離床・食事拒否、ベッドの下に座り込む、不穏、独語、お絞りを投げる、そわそわ落ち着かない、食器を動かす介助拒否、不穏、介護者を箸でつついたり、フォークで叩く、味噌汁を投げる・その後自室へ戻り閉じこもる（臥床）、不穏・穏やかなの繰り返し、上半身パジャマを脱いでいる、感情失禁（泣く）失禁、手を叩く、朝「まだ起きない」と離床拒否 など20日間ほど様々なBPSDで施設職員を悩ませ、ほとんどの職員がお茶をかけられたり、腕をつねられたり、介助が大変な状況。医師に状況を報告しリスパダール処方。
4月23日	不穏時リスパダール1mg/ml 1ml 服用開始 経過観察するが、BPSDは一向に改善せず、薬剤師がDBCシートで状況を医師に報告しセロクエル処方開始となる
5月8日～	セロクエル（25）1T 1x V.D.S 開始 以後、DBCシートで状況を報告し、セロクエルの投与量を調整。 （12日：セロクエル(25) 2T 2x、18日：セロクエル(25) 3T 3x）
6月8日	セロクエル（25）4T 3x（1-1-2） セロクエル4Tのあとは、多少不穏あるものの全体に落ち着く。 リスパダール内用液頓用は、ほとんど使用していない。

[対32]

事例3-③

	投与前	開始後	増量後
A 陽性症状	15	16	8
1 いらいら 怒り 大声 暴力	3	2	1
2 介護抵抗 入浴拒否	3	2	1
3 帰宅願望 外出拒否	1	1	1
4 不眠	2	1	0
5 徘徊	2	1	0
6 自己顕示 コール頻回	2	2	1
7 焦り	1	1	1
8 妄想 幻覚 独語	2	3	2
9 神経質	1	2	1
10 盗み 盗食 大食 異食	0	2	0
B 陰性症状	9	9	6
1 食欲低下	0	0	0
2 あまり動かない	1	2	1
3 昼寝 傾眠 発語低下 無表情	3	2	2
4 うつ状態（否定的発言 自殺）	3	3	2
5 無関心（リハビリ等不参加）	2	2	1
C 体幹バランス	6	3	1
1 体幹傾斜	0	0	0
2 易転倒性	3	2	1
3 小刻み歩行	1	0	0
4 嚥下不良 むせる	2	1	0
5 突進 振戦（PD）	0	0	0

出典：セロクエル投与前後のDBC Sheet（尾道市医師会作成）

<対応-31>

有料老人ホーム入居後も様々な BPSD が見られたため、医師に報告し、リスパダールが頓用で処方されるも BPSD は一向に改善せず、薬剤師が DBC シートで状況を医師に報告し、セロクエル 25mg が分 1 就寝前で処方開始となる。

以降も DBC シートで状況を医師に報告し、25mg2 錠分 2、25mg3 錠分 3 とセロクエルの用量調節を行った。最終的に 25mg 4 錠分 3(1-1-2)で多少不穏はあるものの、全体に落ち着き、リスパダールの頓用もほとんど使用しない状況になった。

<対応-32>

セロクエル投与後の BPSD の状態をモニターするために用いた DBC シートを示す。各項目は 0(なし)から 3(重度)までで評価される。

開始後は投与前とあまりスコアが変わっていないが、増量後は全般的にスコアが良くなり、特に陽性症状と体幹バランスについて改善されているのが確認できる。

DBC シートは BPSD を評価するためのツールで、尾道市医師会では改訂版を作成し、運用している。これは投与薬剤の記入欄を設けて、陽性症状、陰性症状、体幹バランスの各項目について治療効果の変遷を客観的に検証できるシートで、薬の有効性や副作用のチェックにも有用である。

また、医師以外の職種でも活用できるので多職種での情報共有にも役立つものとなっている。

かかりつけ薬剤師・薬局に求められる認知症の対応(まとめ)

- 服薬指導、地域の中での認知症の徴候のある人に対する「気づき」
- かかりつけ医等との連携により早期診断・早期対応への「つなぎ」
- 在宅医療を含め適切な薬物療法（薬学的管理）を実施し、治療と生活を「支える」（状態に応じた服薬指導等）

<対応-33>

ここまで学んできたことを端的に整理すると、こうしたキーワードで言い表すことができる。

- 認知症の人に「気づく」
- 認知症の人を「受け入れる」
- 認知症の人の 家族を気遣い「支える」
- 「地域でみる」ことを意識する

早期発見・早期対応の意義と、薬剤師が地域の 医療・介護の中で果たす役割について、理解いただけたのではないかと考える。

制度編

ねらい：認知症の人を支えるための医療・介護、
地域が連携した生活支援の重要性を
理解する

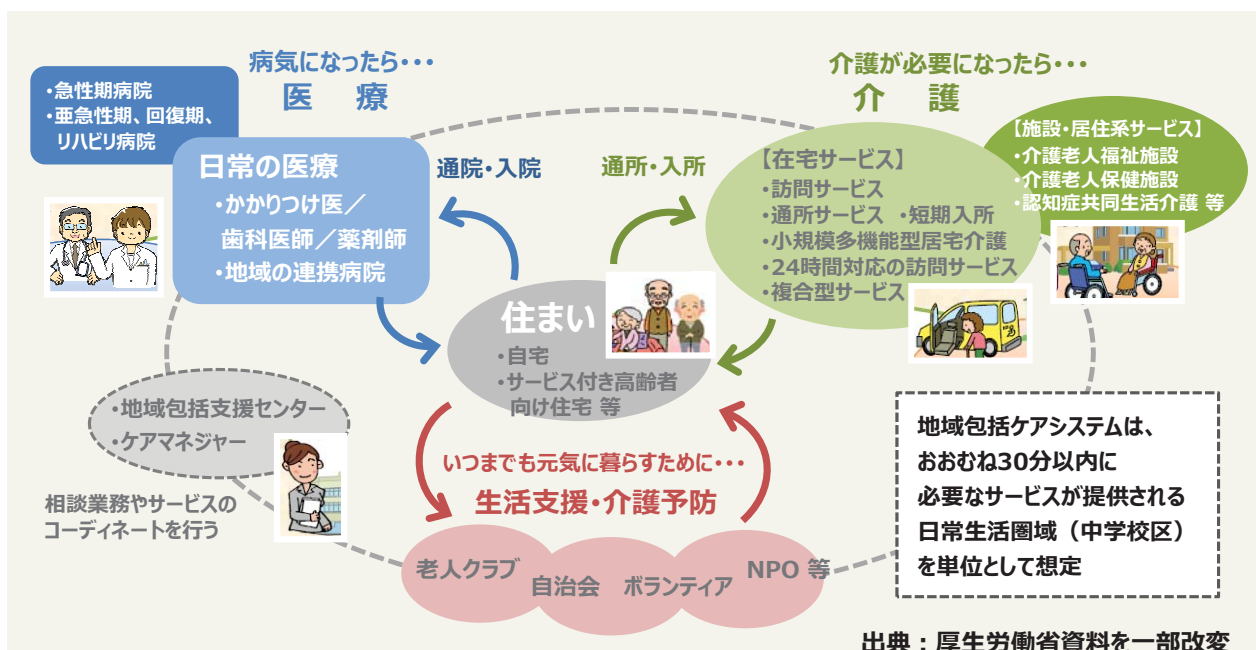
到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みと
かかりつけ薬剤師の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、
本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度等の権利擁護の仕組みの概要を
説明することができる

【制1】

地域包括ケアシステム

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が包括的に提供される
地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、
住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる



出典：厚生労働省資料を一部改変

制度 編

<制度-0>

最後に、この章では、認知症の人を取り巻く政策や制度について整理する。

<制度-1>

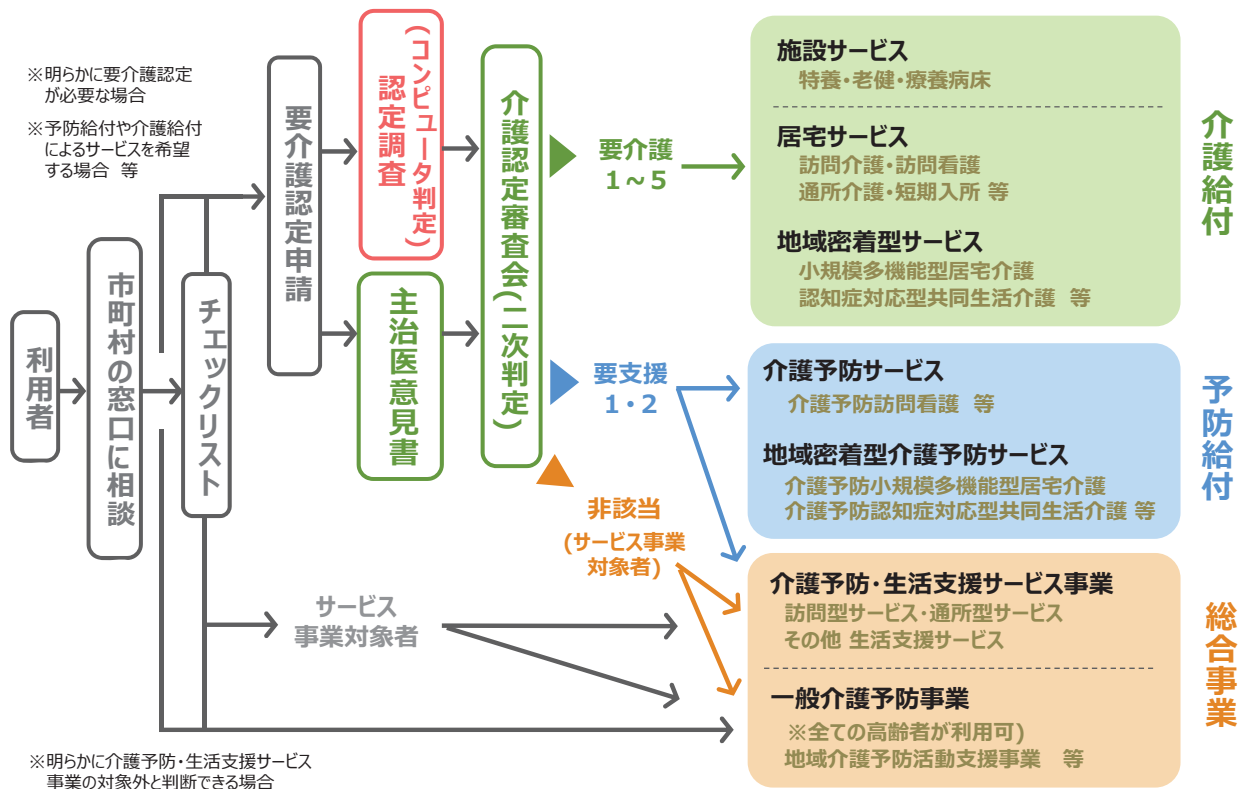
高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を実現するため、医療や介護の公的な保険サービスに加え、住民の自発的な活動などインフォーマルなサービスも含めて、必要なときに必要なサービスを誰もが継続的に利用できることを目指す仕組みが「地域包括ケアシステム」である。

認知症の人についても、この地域包括ケアシステムの中で、切れ目なく適時適切なサービスを受けることができ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることが重要であることに変わりはなく、そのためには、自治体や医療機関（保険薬局を含む多様な医療資源）、介護サービス事業所、インフォーマルサービスなど様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域作りが重要となる。

認知症施策においても、この地域包括ケアシステムがうまく機能することがポイントとなる。

【制2】

介護サービスの利用の手続き



【制3】

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

＜制度-2＞

介護保険制度は、大きく、①認定申請、②要介護認定、③介護給付・予防給付・総合事業という流れ(スライドの左から右へ)で利用することになる。

①介護保険サービスを利用する場合、まず、保険者(市町村)に対して要介護認定の申請をする。

②要介護認定は、認定調査員(原則市町村職員)が訪問して行う身体状態などの調査によるコンピュータ判定(一次判定)結果と、かかりつけ医が作成する主治医意見書等を資料として行う介護認定審査会での合議(二次判定)の2段階で行われる。

③認定結果によって、要介護1～5であれば、居宅サービス等の介護給付を、要支援1・2であれば、予防給付または総合事業を受けられる。

なお、「非該当」となった場合は、介護保険サービスではなく、市町村が行う総合事業の介護予防・生活支援サービス事業または一般介護予防事業によるサービスを利用することができる。

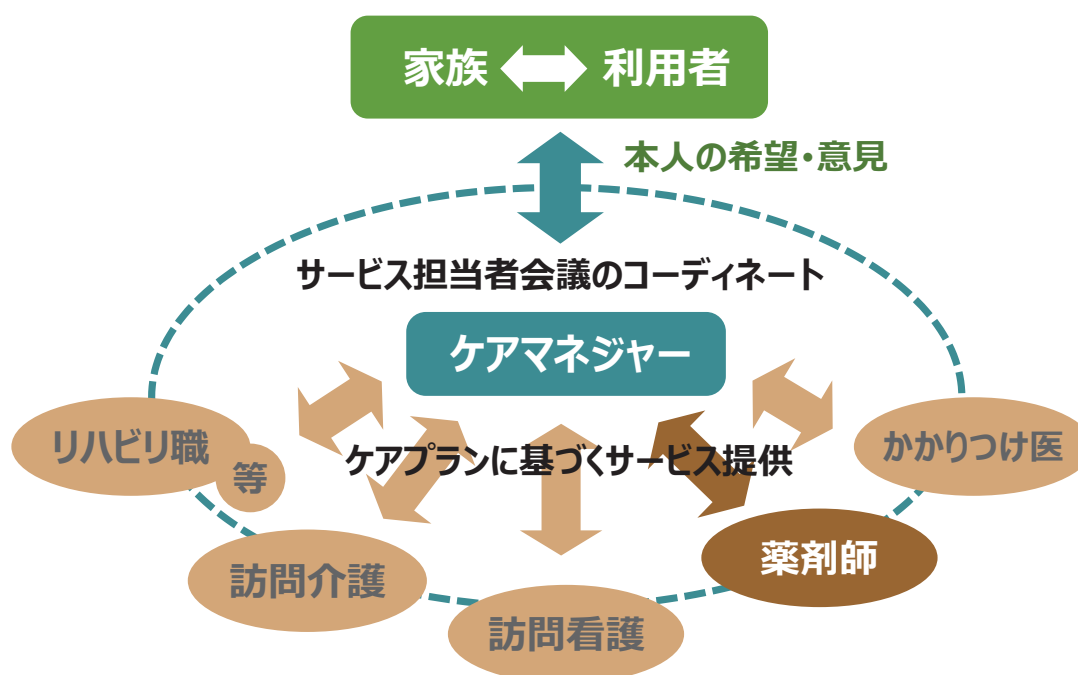
＜制度-3＞

認知症高齢者の日常生活自立度は、日常生活の状況に着目した判定基準によって、正常～M までの 8 段階の程度に区分するものである。認知症高齢者の日常生活について、家庭や社会との関係の中で自立しているか、介護を必要とするか否かの視点で判断されている。

現在、要介護認定における訪問調査(一次判定のための調査)およびかかりつけ医による主治医意見書において用いられている。

〔制4〕

ケアマネジャーとの連携



〔制5〕

ケアマネジャーが薬剤師に望むこと

- 利用者の薬の管理をしてほしい（薬学的な面での管理）
 - 薬の使用上 気をつけるべきこと（保管方法や飲み方（例：粉砕していいもの、悪いものなど）、副作用の初期症状など）について、患者・家族だけではなく、介護側にも教えてほしい
 - 薬剤師の目から、利用者の容態を見ることで医療ケアの改善点を主治医に伝えてほしい
 - 医療と介護が円滑になるようにパイプ役になってほしい
 - カンファレンス（サービス担当者会議、退院時等）に参加し、積極的に発言してほしい
- ⇒ 薬に関する専門的なことはもとより、薬剤師は医師、歯科医師と介護側の間に立ち、薬の管理等も含めて医療ケアの調整をお願いしたい、という声が多い。
- 薬剤師は医師側と介護側のパイプ役になることが望まれている。

＜制度-4＞

認知症高齢者の薬学的管理では、医師から提供さる医療情報の他に、ケアマネジャー等の持つ介護情報も重要であり、積極的にケアプランの提供を受けるようにしたい。

ケアプランを見ることにより、訪問看護や訪問介護など他のサービス担当者のサービス提供についても把握でき、多職種連携による服薬状況の確認や副作用の確認など、チームで対処できるようになり、また、サービス担当者同士の連携にも役立つ。

＜制度-5＞

ケアマネジャーをはじめとする介護職が薬剤師に求めるのは、薬の専門家としての薬の飲ませ方や副作用の徴候など、介護職が利用者に接する際に役立つ情報を教えてほしいこと、また、医療提供者として介護職がなかなか医師に言えないことを伝えてほしいことなどがあるが、まずはカンファレンス積極的に参加して医師以外とも連携をとってほしいというところから始めて頂きたい。

訪問看護(師)とは

- 身体疾患の観察と看護
- 服薬状況の確認
- 本人の症状観察
- リハビリテーション
- 介護者への心理的サポート

社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士等の役割

社会福祉士・精神保健福祉士

- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築
- 社会参加支援

介護福祉士 (ホームヘルパー・介護職員含む)

- 身体介護等のケアの提供
- 服薬確認や生活リズム維持の支援
- 緊急時の医療サービスへの連携

＜制度-6＞

認知症の人は自らの体調の変化に気づけず、また、病状を正確に訴えられないことが多い。医療的な知識や経験を持った訪問看護師が、本人の日常生活から体調変化やサインに気づき、身体疾患の観察と看護を行うことが重要となる。

認知症の人の服薬の面でも、服薬管理のみならず効果や副作用について、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師との連絡を密に取れる立場として訪問看護師は重要な役割を果たす。また、本人だけでなく介護者の身体的、精神的なサポート役としての役割も期待される。自宅での生活の様子をよく知る訪問看護師が介護者に与えられる安心感は大きいからである。

＜制度-7＞

社会福祉士・精神保健福祉士は、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援を行う。具体的には①権利擁護・自己決定の援助・権利侵害（虐待、消費者被害）への対応・成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用、②受診援助・主治医への情報提供、③家族援助・キーパーソンの確立・BPSD への対応、④地域の見守り体制の構築・認知症サポーター養成講座の開催・徘徊高齢者検索ネットワークの構築・買い物セーフティネットの構築、⑤社会参加の支援、などである

介護福祉士とは、身体上や精神上的の障害で日常生活に支障がある人について心身の状況に応じた介護を提供し、介護者に対して必要に応じて介護に関する助言や指導を行うための専門的な知識や経験を有する職種である。介護の現場では福祉施設の介護職、在宅のホームヘルパー、地域包括支援センターの職員などを勤める。介護による直接的な生活のサポートのみでなく、認知症の人の生の声を、かかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャー等に伝えることが期待される。

【制8】

認知症サポート医とは



【制9】

医師が薬剤師に望むこと

- 薬局窓口での認知症の疑いへの気づき
- 地域の資源へのつながり
- 家庭での、本人・家族が持つ服薬の課題や問題の拾い上げ（処方への提案）
- 服薬に関する情報の他職種への提供(共有)

＜制度-8＞

認知症サポート医は、かかりつけ医か専門医に明確に分けられるものではなく、通常の認知症に関する診療の状況によって、それぞれの立場から機能・役割を担うものである。

具体的には、1) 認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、2) 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り、3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発などが挙げられる。

また、最近では、認知症初期集中支援チームへの参画など、地域の施策・仕組みにおいて重要な役割を担うなど、地域における「連携の推進役」が期待されている。

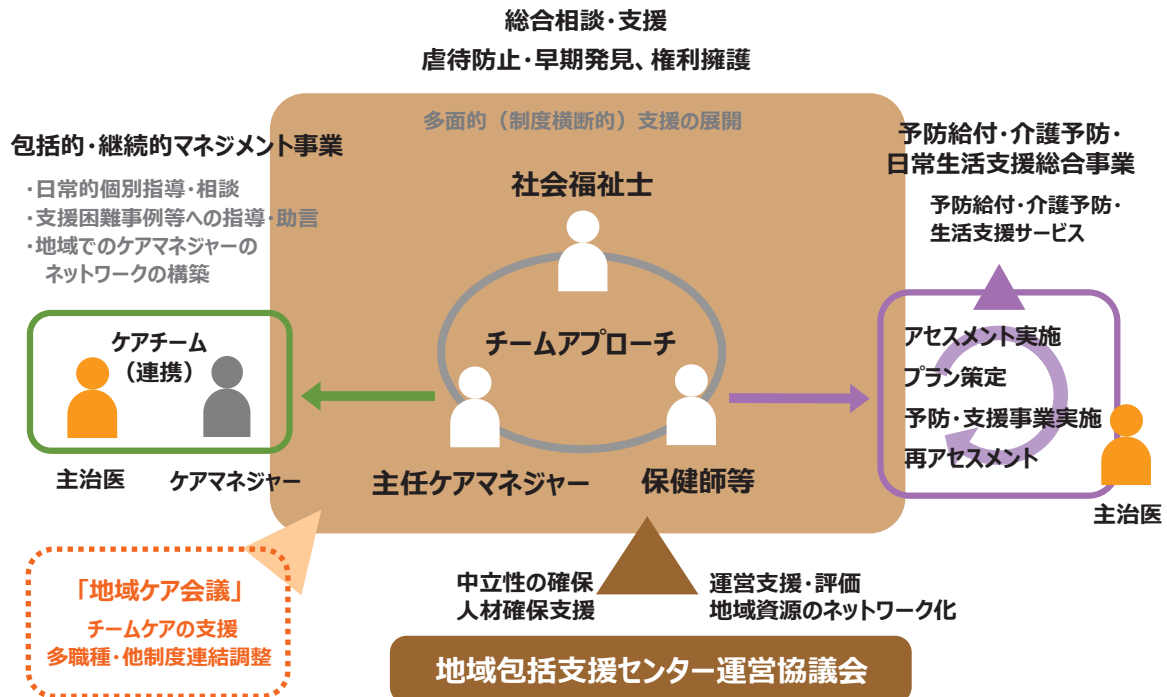
＜制度-9＞

認知症に「気づくこと」、そして、地域の様々な資源に「つなぐこと」が求められている。具体的には、「気づく」ための観察技術、そして、「つなぐ」ための情報発信・収集の技術の向上が重要となる。

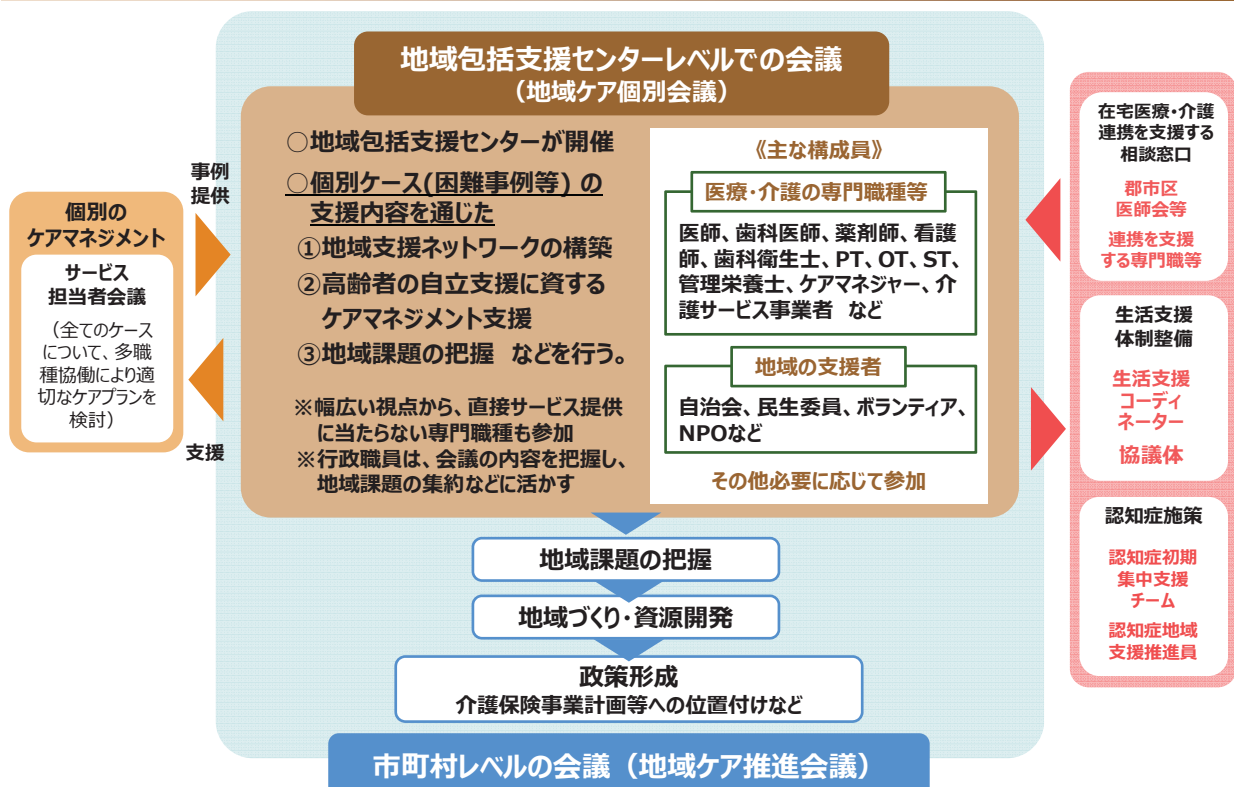
医師は主に外来・診療室での話や様子から情報を得ることになるため、処方した薬がきちんと服用されているか、飲みにくさや飲み忘れが無いかなど、服薬についての課題を拾い上げ、フォローすることも認知症治療全体の中で大変重要となる。そのため、認知症の知識、認知症の人への理解は必要不可欠といえる。

地域で認知症の人や家族を支える仕組み作りが進められている中で、認知症の人の服薬指導・薬剤管理に加え、早期発見や地域連携という今日的な役割があり、在宅の認知症の人・家族にとって身近な医療職としての活躍が期待されている。

地域包括支援センター



地域ケア会議



<制度-10>

地域包括支援センターの業務(機能)は、以下の3つが柱となっている。

○地域支援事業による介護予防ケアマネジメント

(二次予防事業の対象者及び要支援者アセスメントやケアプランづくり等)

○地域における多職種によるネットワークの形成等

(個別相談や困難事例等対応、ケアマネジャーのネットワーク構築等)

○総合相談、虐待対応等の権利擁護

このような機能を果たすため、地域包括支援センターには保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士の3職種が配置され、これら専門職が、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師をはじめとする、認知症高齢者を支える様々な職種、また、地域の社会資源とネットワークを構築することで、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されている。

認知症の人や家族の生活をサポートするため、地域包括支援センターの所在(連絡先等)、担当者、基本的な機能を把握し、その機能を通じて必要な資源につなげるなど、十分に活用していくことが求められる。

<制度-11>

地域ケア会議とは、市町村レベルで設置される地域ケア推進会議、地域包括支援センターレベルで設置される地域ケア個別会議がある。個別会議は、個々の要介護者ごとに、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師やケアマネジャー、サービス事業者などが一同に会して、また、多職種の第三者による専門的な視点も交えて、個別のケア方針を検討する会議である。

認知症の人を支えるにあたっては、介護、医療、生活支援、家族関係など多面的なアプローチを要する場合が少なくなく、サービス担当者会議では課題解決が困難な例もある。直接的な関係者のみならず、市町村、民生委員、地域医師会を含む在宅医療拠点、自治会・社協など、様々な社会資源の視点で、①アセスメント内容の共有、②多角的な課題分析とケア方針の検討、③モニタリング結果と評価の共有を行うことで、認知症の人と家族の生活を、より具体的かつ継続的に支援していくことが可能となる。

相談窓口

- 地域包括支援センター
- もの忘れ外来（相談可能な）
- 保健所・保健センター
- 精神保健福祉センター
- 認知症疾患医療センター
- 市町村、福祉事務所、社会福祉協議会
- 若年性認知症コールセンター
- 認知症の人と家族の会
- その他

認知症ケアの基本 ～ 尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安・焦燥感
⇒行動障害の引き金
- ・環境適応能力の低下
（環境変化に脆弱）



生活そのものを ケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切に
- ・心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

＜制度-12＞

認知症の相談窓口は、医療関係、保健関係、福祉関係、介護経験者等に分けられる。

医療関係では、総合病院等の神経内科や老年科等が開設する窓口の他、もの忘れ外来でも診断や治療と並行して相談に応じている。保健関係では、地域の保健所、保健センターや精神保健福祉センター等があり、保健師等の専門スタッフが相談に応じ、関係機関とも連携する体制がある。福祉関係では、市区町村の身近な生活圏域ごとに設置される地域包括支援センターを核とした地域の支援体制強化の期待が寄せられている。また、若年性認知症については、国の事業において若年性認知症専用のコールセンターが全国で一箇所設置されている。

介護経験者等の団体としては「公益社団法人 認知症の人と家族の会」が代表例である。ほとんどの都道府県に支部があり、相談事業、認知症の本人交流会の支援等の活動が行われている。（家族の会：0120－294－456 [月～金：10～15 時]）

また、最近では、若年性認知症の人を中心に、本人同士が“仲間に会いたい、思いを共有したい”との主旨からブログを立ち上げ交流を行うなど、相互支援の動きも始まっている。

＜制度-13＞

記憶障害をはじめとする認知障害が相当進行した段階でも、感情的な機能は保たれる一方、環境の変化に適応することが困難であるなどの認知症高齢者の特徴を踏まえると、日常の暮らしの場面では、「生活そのものをケアとして組み立てる」ことを指向するケアが望まれる。

具体的な支援のあり方としては、①環境の変化をできるだけ避けて、それまでの暮らしが継続されるよう配慮すること、②あらかじめ提供者側が作成した日課に沿った管理的な関わりではなく、高齢者一人ひとりのペースに合わせたゆったり型の援助スタイルにあらため、安心感の醸成を心がけること、③その時点で一人ひとりが持っている心身の力を最大限に引き出して、充実感のある暮らしを構築すること、などが望まれる。

出 典

高齢者介護研究会：「2015 年の高齢者介護 報告書」

[制14]

認知症ケアの基本 ～ サービスのあり方 ～

望ましい条件

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的な雰囲気
- ・なじみのある安定的な人間関係
- ・住み慣れた地域での生活の継続

普遍化に向けた展開

- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

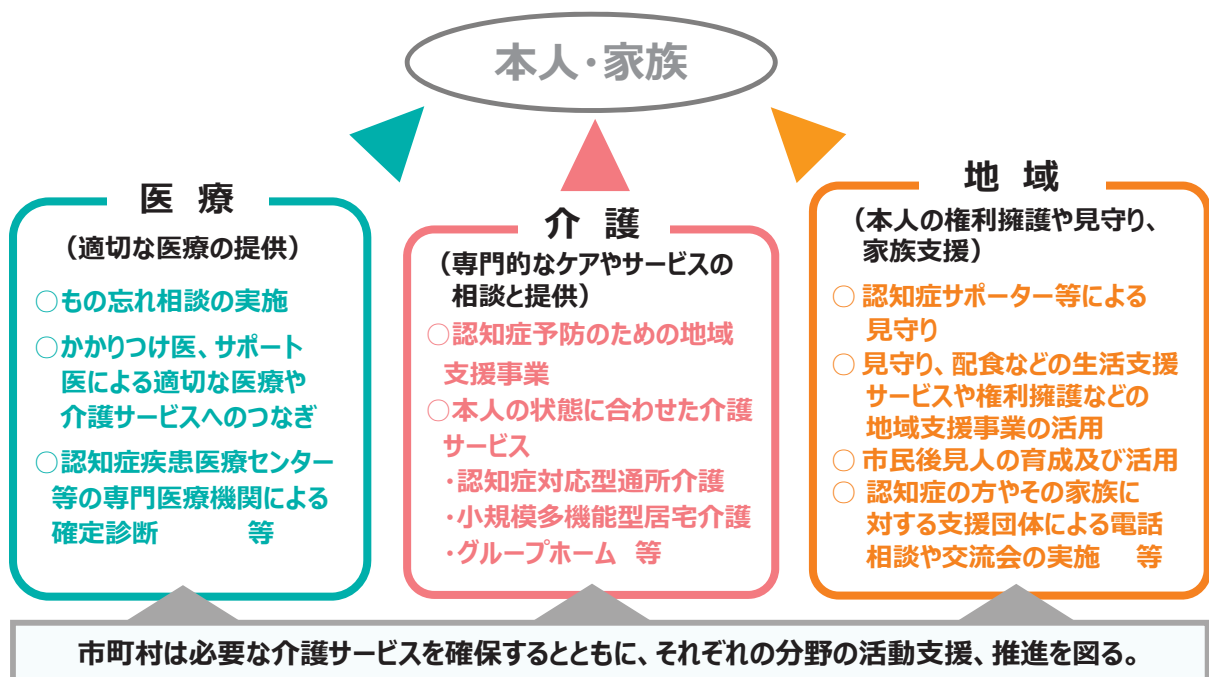
終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

出典：高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

[制15]

認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



<制度-14>

そうしたケアを実践するための具体的な条件としては、①できるだけ自宅の規模を大きく逸脱しない小規模な居住空間に、②家庭的な雰囲気・設えを工夫して、③少人数の高齢者をいつも同じ顔ぶれの少人数のスタッフが顔の見える関係(いわゆる「なじみの関係」)で支えるケアの形を整える、とともに、④可能であれば、住み慣れた地域で必要な援助を受けながら暮らし続けられるよう、日常の生活圏域を基本としたサービス体系を構築することが望まれる。

これらの条件を兼ね備えたサービスとして、①グループホーム、②小規模多機能型ケアといった新たな小規模ケアサービスの他、③大きな施設の機能を積極的に地域に展開する取組や、④施設そのもののあり方を問い直す試みとして、ユニットケアの普及に向けた施策等を展開していくこととされている。

出典

高齢者介護研究会:「2015 年の高齢者介護 報告書」

<制度-15>

各市町村において、認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは、医療・介護・地域のステージごとに、地域の実情を踏まえつつ、多方面にわたって展開されている。しかしながら、認知症の方のその時々々の状態やニーズに適切に対応していくためには、各サービスが有機的に連携し、効果的な支援を行っていく必要がある。

地域連携の発信者として位置付けられるかかりつけ医には、認知症の方やその家族への適切な助言やつなぎを行うため、自らが住んでいる地域の認知症の支援体制の把握や理解をすることが求められる。

介護給付（介護保険サービス）

● 居宅サービス

訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給 など

● 地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能＋訪問看護）
小規模多機能型居宅介護
地域密着型通所介護（H28.4～）
認知症対応型共同生活介護（グループホーム） など

● 施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設（～H30.3末）

地域密着型サービス

1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圏域単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬が設定可能

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護（H28.4～）
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護（29名以下）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下）
- 看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能＋訪問）

＜制度-16＞

介護保険サービスは、サービスの利用形態により、主に在宅でサービスを組み合わせて利用する「居宅サービス」「地域密着型サービス」、介護施設に入所・入院する「施設サービス」に大別される。地域密着型サービスは、平成 18 年制度改正で導入されたもので、市区町村保険者が地域事情に応じた整備や基準設定が可能となっている。平成 24 年度から新たに「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「看護小規模多機能型居宅介護（平成 27 年から名称変更）」が加えられた。

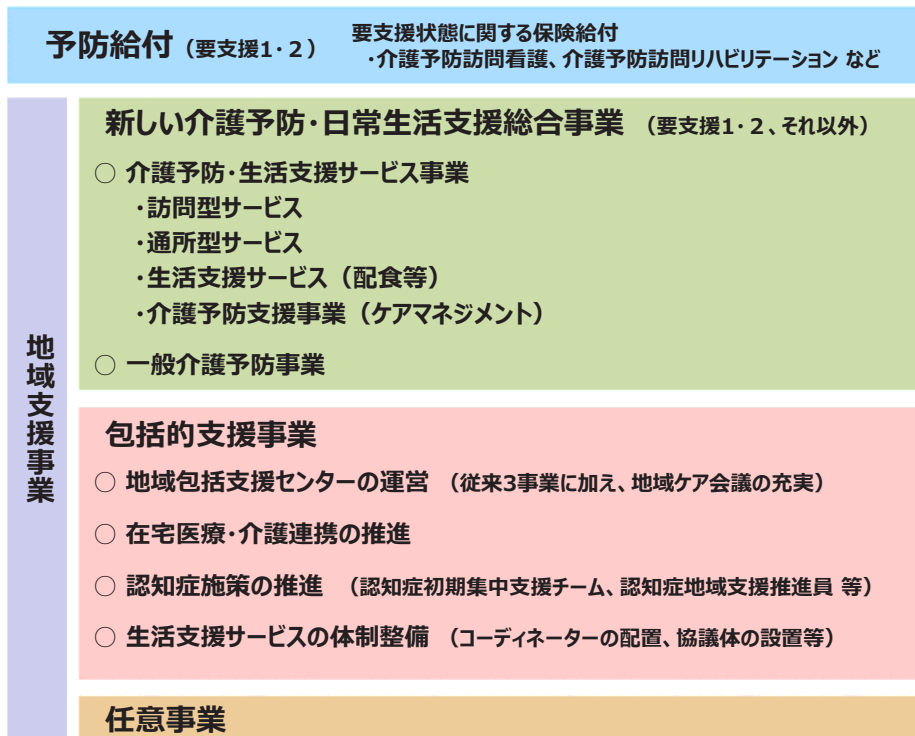
なお、居宅サービス、地域密着型サービスには要支援者を対象とする「介護予防サービス」がある（施設サービスは対象外）。施設サービスのうち、介護療養型医療施設（療養病床）は、平成 30 年 3 月末で廃止される。

＜制度-17＞

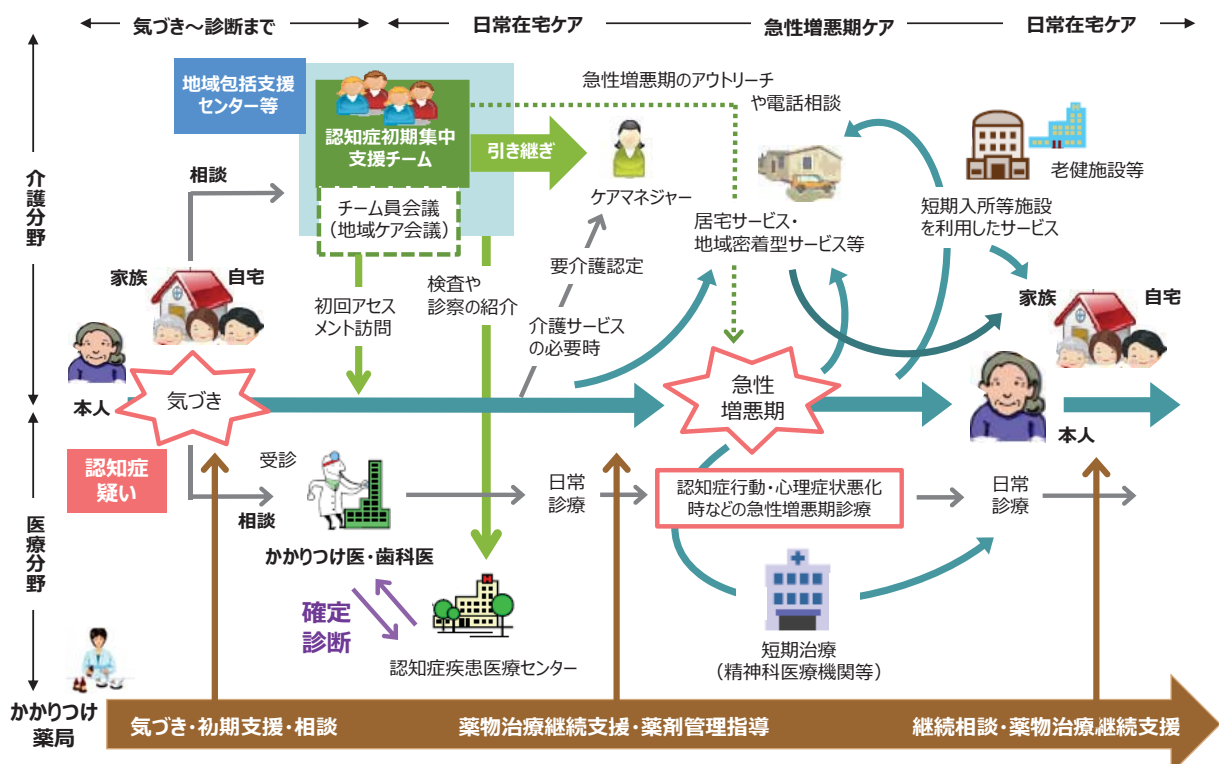
地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（平成 24 年 4 月～）、夜間対応型訪問介護、認知症専用のデイサービス（認知症対応型通所介護）、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、入居定員 29 名以下の介護専用型特定施設、同じく定員 29 名以下の小規模な特養、看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能型居宅介護＋訪問看護、平成 24 年 4 月～）の計 8 種類のサービスがある。

また、平成 28 年度より、小規模事業所による通所介護が、「地域密着型通所介護」として加えられる。

予防給付と地域支援事業



認知症ケアパス



＜制度-18＞

要支援1・2の者又は基本チェックリストの基準に該当した介護予防・生活支援サービス事業対象者は、市町村が実施する新しい介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等を利用することになる。

地域支援事業には、個別のサービス提供にかかる事業の他、包括的支援事業や任意事業があり、地域の高齢者支援の仕組み（認知症初期集中支援チーム、地域ケア会議等）が推進されている。

＜制度-19＞

早期診断・早期対応を目指して「かかりつけ医の認知症対応力の向上」や「認知症初期集中支援チーム」の設置、早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備を進めるとしている。

また、一般病院の役割の明確化や精神科病院には、「入院が必要な状態像を明らかにする」ことや精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援するため、地域連携パスの活用などが盛り込まれている。

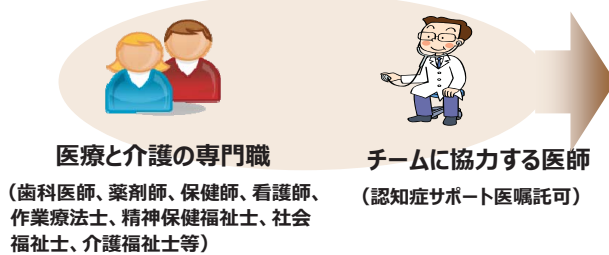
薬物療法についても、「認知症の薬物療法に関するガイドライン」を策定し、BPSD悪化要因となる向精神薬等の使用制限などを促進することも必要とされる。

そして、パス全体を通じて、かかりつけ薬局・薬剤師による、気づきや支援・指導・相談対応等が期待されている。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

【認知症初期集中支援チームのメンバー】



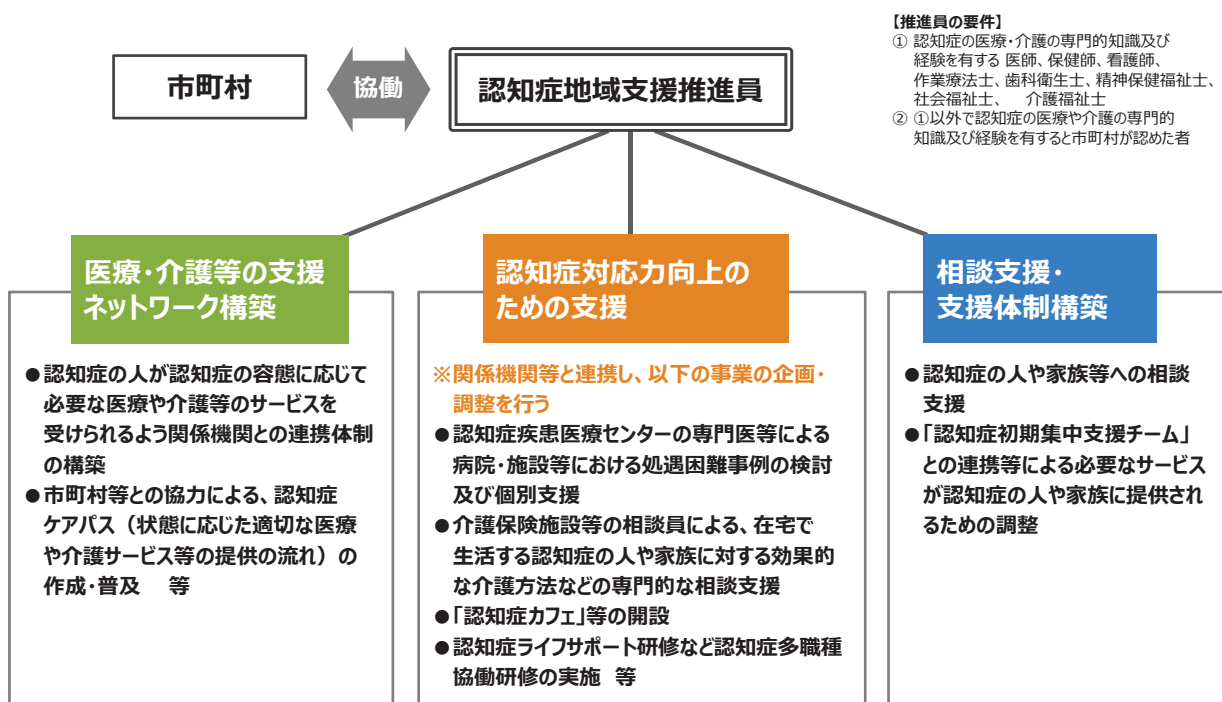
【配置場所】 地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

認知症地域支援推進員



＜制度-20＞

新オレンジプランの柱の一つとして、認知症初期集中支援チームが創設されることになり、チームによる早期支援機能が期待されている。チームは、市町村を実施主体として、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられている。

この専門職(薬剤師等の医療職や福祉・介護職)で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に配置され、家族の訴え等により認知症が疑われる人や、認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常生活支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援を行うものである。

＜制度-21＞

地域の連携先として、重要なものに「認知症地域支援推進員」がある。

この「認知症地域支援推進員」は、市町村に配置されているものであり、認知症の行政施策の旗振り役としての役割をもち、市町村において、地域包括支援センターや市町村の担当課に配置され、専門職等が充てられている。

「認知症地域支援推進員」の主な役割は、医療と介護の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進などを担っている。

若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は **3.78万人** と推計
- 18～64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、**脳血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、レビー小体型認知症3.0%**の順であった。

認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断にくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い
(就労、子供の教育・結婚 等)

＜認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴＞

- ・ 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い（H24年度：39.1%）
※認知症高齢者からの相談では男性は **9.1%**
- ・ 本人からの相談が多い（H24年度：40.0%）
※認知症高齢者からの相談では本人からは **0.9%**
- ・ 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※の認知症高齢者の電話相談における割合は：
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

認知症の人と運転

警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきだとの提言

道路交通法一部改正（平成25年6月14日公布）
「一定の病気等」に罹っているドライバー対策

- 病状の虚偽申告で罰則
- 一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届出制度
- 免許再取得時の試験一部免除
- 交通事故情報データベースの一部拡充

<制度-22>

若年性認知症と認知症高齢者との違いとして、以下が挙げられる。

- 発症年齢が若く男性に多いこと。
- 初期の症状が認知症特有でないため診断しにくく、また異常であることには気づくが、医療への受診が遅れること。
- 経済的な問題が大きいこと。
- 主たる介護者が配偶者に集中し、本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護になること。
- 就労や子供の教育、結婚等、家庭内での課題が多い。

若年性認知症の課題としては、診断後の相談先が不明であること、地域で交流できる居場所の不足、自治体によって若年性認知症施策の取組にバラツキがあること、さらに一般的に診断から介護保険サービスの利用に至るまでの期間が長く、その間の就労支援や障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用など本人の状況に応じた適切な支援が必要であるとされている。

<制度-23>

平成 24 年 6 月 14 日交付の道路交通法では「一定の病気等」に罹っているドライバー対策としていくつかの改訂がなされた。背景には判断力を失ったり、運転中に意識を喪失したりする疾患による大きな事故が起こってきている事実がある。認知症に関しては平成 21 年 6 月から、75 歳以上の免許更新時に認知症のスクリーニングテストが行われるようになった。

平成 25 年公布の改正では、任意ではあるが、医師が運転を危険と判断した患者情報を警察に届けられるようになった。また、病状の虚偽申告で罰則が設けられている。

さらに、平成 27 年 6 月に成立した道路交通法の一部改正により、75 歳以上で免許を更新する人が行う認知機能検査において、「認知症のおそれがある」と判定された人は、違反経験がなくても医師の診断が義務付けられることとなる(医師から認知症と診断された場合には、免許取り消しまたは停止となる)。また、認知症のおそれがないとの検査結果が出ていても、一定の違反をすれば、臨時の認知機能検査が義務付けられる。(平成 29 年 6 月までに施行予定)

成年後見制度の仕組み

○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように支援してもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度

○法定後見制度（下表参照）

本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として 成年後見人・保佐人・補助人 が選ばれる制度

		後 見	保 佐	補 助
対象者		判断能力が全くない	判断能力が著しく不十分	判断能力が不十分
申立て権者		本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	財産管理についての全般的な代理権、取消権（日常生活行為を除く）	特定の事項 ^{※1} についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く）	—
	申立てにより与えられる権限	—	● 特定事項 ^{※1} 以外の事項についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く） ● 特定法律行為 ^{※3} についての代理権	● 特定事項 ^{※1} の一部についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く） ● 特定法律行為 ^{※3} についての代理権
制度利用の場合の資格等の制限		医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	—

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項（民13Ⅰ）

※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限

※3 民13Ⅰに挙げられる、要同意の行為に限定されない

[法務省ホームページより]

日常生活自立支援事業

● 福祉サービスの利用援助

- ・福祉サービスについての情報の提供
- ・福祉サービスの利用手続き、支払い代行、苦情手続き代行

● 日常的な金銭管理サービス

- ・年金や福祉手当の手続きの代行
- ・税金、社会保険料、公共料金、医療費、家賃などの支払代行

● 書類等の預かりサービス

- ・金融機関の貸し金庫にて、以下の書類を保管
 - 証書（年金証書、預貯金の通帳、権利証、保険証書）
 - 印鑑（実印、銀行印）

＜制度-24＞

介護保険制度と同時期にスタートした成年後見制度は、従来の制度と比べ、個人の自己決定権の尊重を重視されていることが特徴であり、財産管理のみではなく身上監護を中心とした制度となっている。従来制度からの変更点を中心に、成年後見制度のポイントをまとめる。

- ①任意後見制度：本人に判断能力があるときに後見人を選出し、後見の内容を自己決定することができる。内容は、財産管理以外に身上監護（医療、住居の確保、施設の入退所など、介護、生活維持、教育、リハビリなど）が含まれる。
- ②補助類型（法定後見）の追加：軽度の認知症、知的障害、精神障害に対応でき、本人の申し立てや意見をもとに補助人の権限の内容や範囲を自由に選ぶことができる。
- ③財産管理から身上監護を中心とした制度：法人後見あるいは複数後見が可能となった。後見人、保佐人、補助人、任意後見人のすべてに身上配慮義務を果たす規定が設けられた。
- ④登記制度の導入：戸籍への記載が廃止された。
- ⑤申し立て権者の拡大：市区町村長にも付与された。

＜制度-25＞

介護保険におけるサービス利用は、サービス利用者と提供者による任意契約に基づく行為であり、自己決定と自己責任を前提として運営されている。しかし、現実には自ら決定して責任をとれない高齢者も数多くいることから、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が十分ではない人を対象として、サービスの利用手続き援助や日常的な金銭管理などを行う日常生活自立支援事業が平成11年10月から実施されている。

これは各都道府県の社会福祉協議会を実施主体に行うもので、制度の対象となるのは「契約をする意思能力はあるが、福祉サービスを1人で利用するには能力が足りない」人になる。一人暮らし、あるいは高齢核家族世帯の高齢者にとっては利用価値があるが、認知症と診断されて、早晩、意思能力を喪失することが予測される場合には、成年後見制度の利用を検討する必要があるだろう。

[制26]

高齢者虐待の現状と薬局・薬剤師の役割

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が67.1%であり、さらにそのうち、認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が69.9%であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 66.9% が最も多く、次いで心理的虐待 42.1%、介護等の放棄22.1%、経済的虐待 20.9% の順に多い。
- 高齢者の権利擁護、介護者（養護者）の支援に向けて、早期発見・見守り機能に加え、相談・介護支援を中心にした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域の重層的な仕組みが必要



薬局店頭で虐待の可能性に気付いたときは、
市区町村・地域包括支援センターに連絡

厚生労働省：「平成26年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

[制27]

認知症サポーター

[目的]

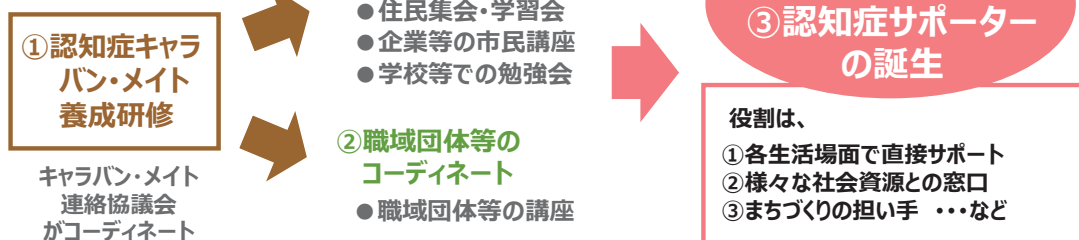
認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



[展開方法]

- ① 認知症キャラバン・メイト養成研修を受けた者が、
- ② 地域や職域、学校などに出向き、認知症に関するミニ学習会を開催、
- ③ 地域の「認知症サポーター」を育成

[展開イメージ]



<制度-26>

高齢者虐待とは、介護する家族など何らかの保護が期待できる他者からの不適切なかかわりによって、高齢者の権利利益が侵害され、生命や心身または生活に支障をきたすような行為または状況をいう。

統計では、被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている場合が 68.0%、さらに、認知症の日常生活自立度Ⅱ以上の場合が約 7 割となっており、認知症高齢者が虐待の対象となる場合が少なくないことが分かる。

高齢者虐待防止法においては、

- 保健医療福祉関係者は、高齢者虐待の早期発見、国や地方公共団体による高齢者虐待防止のための施策に協力すること
- 養護者や養介護施設従事者等により虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、市区町村や地域包括支援センターに通報することが責務として定められている。

<制度-27>

「認知症サポーター」とは、認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族を見守り、支援する人(サポーター)を育成しようとするものである。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が地域、職域の集まり、学校等への講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組みである。

新オレンジプランでは、平成 29 年度末までに 800 万人と目標が引き上げられ、平成 27 年 12 月 31 日現在で、713 万人の認知症サポーターが養成されている。

最近では、社会貢献活動のひとつと位置づけ、従業者をサポーターに養成する取り組みを行う企業が増加するなど、すそ野が広がっている。このような例からも、従前と比べ、認知症に対する一般市民の関心、理解は格段に高まっていることが分かる。

認知症支援を通じた地域作りに向けて

- 認知症は**脳の疾患**によって起こる
- **早期発見・早期対応**によって、可逆性の疾患の治療ができたり、アルツハイマー型認知症等の治癒が望めない疾患であっても、本人の症状（特に、行動・心理症状（BPSD））を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、本人と介護者を**地域全体で支えていく**必要がある

薬剤師認知症対応力向上研修

まとめ

- 認知症の人への**早期対応**（気づき・つながり）
- かかりつけ医等との連携により、**薬物治療を支える**
- **ご本人・家族の生活を支える**

＜制度-28＞

認知症の人を地域で支えていくためには、医療・介護関係者・地域住民が認知症について共通の認識をもって足並みを揃えて対応していくことが必要である。すなわち、かかりつけ医・かかりつけ薬局・薬剤師、ケアスタッフ、家族、地域の住民、様々な職種の人が認知症を正しく理解し、接することによって、認知症の人が地域で安心してそれまでの生活を続けることができるようになる。

認知症対応力向上研修を受けたかかりつけ医、歯科医師、薬剤師が中心となって、地域の住民や様々な職種の人に認知症に関する正しい知識と理解を伝えることによっても、地域の認知症の人や家族の生活を支えることができる。

＜制度-29＞

研修を通じて、認知症の基本的な知識を習得した上で、

- 認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医や関係機関等と連携して対応すること、
- 認知症の人の状況に応じた服薬指導等を適切に行い、認知症の人と家族の生活を支えること、

について、理解を深めていただけたと考える。

多くの薬剤師が、認知症に対する「気づき」「つなぎ」の視点を持つことで、より一層安全な薬物治療を提供できるとともに、地域の医療を担う専門職の一員として、認知症の人の生活を支える社会を実現する一翼を担って頂きたいと考える。

薬剤師認知症対応力向上研修テキスト

平成 27 年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金
(老人保健健康増進等事業分)

歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への
認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業

平成 28 年 3 月

禁無断転載

(発行) 合同会社 HAM 人・社会研究所

〒173-0005 東京都板橋区仲宿 52-18 401

mail info@ham-ken.com