

認知症何でもQ&A①

Q1 外来において、単身住まいで認知症が疑われる患者様に、どう受診を促せばよいでしょうか？

A1 **まずはかかりつけ医と連携。**本人に拒否が生じぬよう配慮しつつ、かかりつけ医から専門医受診を勧めてもらう。連携の際には、「**認知症が疑われる根拠(参考1)**」を具体的に示すことが重要である。

かかりつけ医がない場合は、地域包括支援センターと連携（個人情報がどこまで開示可能であるかは地域包括支援センターに確認）。地域包括支援センターは、生活状況を確認し、緊急性を判断した上で受診に結びつけていく対応を実施。ただし、患者が医療受診に同意していくまでには、相当の関係性構築と時間を要する場合が多い。

【参考1】 認知症が疑われる根拠を具体的に示す

自治体や製薬メーカー等による認知症確認票を活用

認知症チェックリスト(居宅訪問用)

千葉県では、認知症の早期発見・早期対応に向け、本人やその家族、支援者が認知症に気づきかけの一助とするため、認知症チェックリストを作成しました。居宅訪問時などに自立支援・重症化防止のため、積極的にご利用願います。

- 整理整頓ができなくなった
- 一人で買い物や金銭管理ができない
- 自分で服薬管理ができない
- 電話の対応や訪問者の対応ができない
- 食事が一人で取れなくなった。食事の回数が減った
- 痩せたり太ったり、急激な体重の増減がみられる
- 同じ服をずっと着ていたり、逆に何度も着替えたりする。季節に合った服装ができない
- 昼間寝ていることが多い。または夜間不眠・不穏である
- 意欲の低下がみられる
- 同じことを何度も話したり聞いたりする
- 約束事を覚えていない
- 5分前に聞いた話や電話の内容、人の名前を思い出せない
- 冷蔵庫の中に同じものが多くある
- 入浴しないなど、不潔である

厚生労働省「認知症高齢者の居宅生活自立支援事業」等を参考に作成
日常生活において、上記のような症状・行動にチェックが付いたら、気を付けて見ていきましょう。

出典：千葉県HP

日常生活で何かお気づきのことはありませんか

東京大学医学部附属病院 生活科診療科 医師 橋上 英典 先生

<input type="checkbox"/> 認知症 疑うべきか?	<input type="checkbox"/> 買い物で必要なものを 必要なだけ買えること できない	<input type="checkbox"/> 買い物でお金を 戻して払えない	<input type="checkbox"/> 家族の健康が 心配か?
<input type="checkbox"/> 認知症が 疑われる 家族を どうするか?	<input type="checkbox"/> 認知症が 疑われる 家族を どうするか?	<input type="checkbox"/> 一人で 買い物 できるか?	<input type="checkbox"/> 認知症が 疑われる 家族を どうするか?
<input type="checkbox"/> 一人で 生活できる ことか?	<input type="checkbox"/> 認知症が 疑われる 家族を どうするか?	<input type="checkbox"/> トイレの 掃除をする ことか?	<input type="checkbox"/> 認知症が 疑われる 家族を どうするか?

出典：第一三共スファHP

【参考2】 認知症を早期診断するメリット

- ・疾患修飾薬、症状改善薬により進行を遅らせることができる
- ・本人の自己決定権を尊重し、財産の管理や介護に対する希望を家族に伝えられる
- ・今後の生活の備えができる
(本人と家族のQOLを高める、家族のBPSDへの理解を促す)

認知症何でもQ&A②

Q2 認知症ご本人への告知の有無や、告知方法は？

A2 認知症の告知はケースバイケース。患者背景や、現在の本人の精神状態に合わせて行う必要がある。本来、医療情報は患者本人のものであるが、患者には知る権利とともに知らされない権利もある。

「告知は患者に対して一時的に精神的負担をもたらすが、告知をした上で医師をはじめとした医療・介護・福祉職が全面的な支援を行うほうが、長期間にわたる患者の心理状態に好ましい効果をもたらすものである。」

(繁田雅弘：認知症の告知と薬物療法.日老医誌、2007；44：315—317)

どのような場合でも、患者への告知は、患者背景を理解した医師が、本人の意思を尊重しつつ家族と相談のうえで行う必要がある。

【参考】認知症と診断した際、本人への告知の現状

(「認知症患者を診ていない」と回答した医師を除いた5806人の内訳)



日経メディカル Onlineの医師会員対象の調査では、「基本的に患者本人に告知しない」は7.1%と少数で、「基本的に全ての患者に告知する」という方針の医師が最も多く33.6%だった。とはいえ、「本人にプラスになると判断したときのみ告知」(25.2%)も僅差であり、本人の状況を考慮した上で告知するか否かを柔軟に決めている医師も多かった。

出典：「日経メディカルオンライン」
2023年1月25日

認知症何でもQ&A③

Q3 家族が病院へ連れて行くのを拒む時の説得方法は？（家族が認知症を受け入れられない、理解できない等）

A3 かかりつけ医が存在する場合は、かかりつけ医と連携。

かかりつけ医がない場合は、地域包括支援センターと連携(Q1参照)。

なお、認知症が疑われる人やその家族が医療機関受診を拒否し、なかなかサポート体制を作れない場合、認知症疾患医療センター等に設置された「認知症初期集中支援チーム」が当事者宅を地域包括支援センター職員等とともに訪問し、評価および受診勧奨を行う支援がある（認知症初期集中支援チームの訪問は無料）。

出典：厚生労働省HP

【目的】

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ために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

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、家族支援など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をいう。

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）

認知症初期集中支援チームのメンバー



【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とする。

- ◆医療サービス、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

- ◆医療サービス、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

【参考】親や配偶者に「認知症」が疑われた時の心理状態

認知症が軽度の段階では、家族は『何かおかしい』と感じつつ、「まさかうちの親にかぎって」などと「認知症」という疾患を認めたくない心理が働きやすい。そのため「昔から頑固な性格」「年をとると病気になって」といったレベルで済ませようとする。

さらに、認知症は「恥ずかしい病気だ」などの誤った認識により、症状を隠したりする傾向もあり、早期診断や早期発見を妨げている。

「認知症」を正しく理解するための介護者教育は、患者の適切な治療・ケアにつながる。

認知症何でもQ&A④

Q4 患者家族の息子さん（遠方に住んでいる）からの相談。短期記憶の欠落と息子さんへの言葉の攻撃が悪化し、疲弊しているとのこと。脳神経外科への受診勧奨を行った結果、HDS-R23点、年齢相応の認知機能低下との診断であった。要介護1となったが、介護支援は全て拒否。服薬は現在は中断しているため来局していない。薬局薬剤師として対応すべきことは？

- A4
- ・息子さんに、患者の居住地の地域包括支援センターへ連絡するよう促す
その際、「薬剤師が連携可能である」と伝えてもらう。地域包括支援センターはアセスメントの後、必要に応じて今後の生活支援上で必要となる医療連携、介護保険サービスの利用、配食サービス等の自治体独自サービスの利用、地域の見守り等のインフォーマルサポートについて、本人や家族に分かりやすく伝えていく。
 - ・息子さんには、患者宅の近隣住民とのコミュニケーションを図っておくよう伝える
異変に早期に対応するには、公的支援のみでは限界がある。本人の生命とQOLを守り、地域に暮らし続けるためには、近隣住民の協力や理解を調整する支援も必要となる。

【参考1】

患者は要介護1→独居の場合、介護支援がなければ生活に支障をきたす可能性がある

要支援	1	日常生活はほぼ自分でできる。要介護状態に至らぬよう、支援が必要。		
	2	日常生活に支援が必要だが、要介護に至らずに機能が改善する可能性が高い。		
要介護	1	立ち上がりや歩行が不安定。日常の中で、排せつや入浴などで部分的な介助が必要。		
	2	自力での立ち上がりや歩行が困難。排せつや入浴などで一部または全介助が必要。		
	3	立ち上がりや歩行などが自力ではできない。日常においても排せつ、入浴、衣服の着脱などで全面的な介助が必要。		
	4	排せつ、入浴、衣服の着脱など日常生活の全般において全面的な介助が必要。日常生活能力の低下がみられる。		
	5	日常生活において、全面的な介助が必要であり、意思の伝達も難しい。	軽	重

【参考2】患者の状態について

- ・服薬中断による影響は？(緊急性の有無)
「言葉の攻撃の悪化」→高血圧や脱水等が易怒性の引き金になっていないか
- ・介護支援拒否、服薬中断の理由は？(息子さんは理由を把握しているか)
- ・生活状況、栄養状態は？(フレイル、脱水の有無など)
- ・患者が薬剤師の受診勧奨により脳神経外科を受診していることから、薬剤師との信頼関係はある程度築かれている？



患者のおかれている状況を総合的にアセスメントし、医療、介護サービスの体制づくりが必要となる。
とはいえ、実際に本人は「困っている」という感覚を持っておらず、困っているのは周囲であることも多い。

認知症何でもQ&A⑤

Q5 運転免許返納に拒絶感があり、認知症検査を受けようとしめない場合の対応策が知りたい

A5 認知症の場合、自動車運転は危険を伴う
→地域包括支援センターと連携する

認知症と診断されると、運転免許更新は拒否される = 生活に大きく影響する
周囲が注意しても「生活に必要」との理由から運転をやめない高齢者も多い



患者の居住地域の地域包括支援センターに連絡する(患者に同意を得ず連絡したことも伝える)



地域包括支援センターは「見回り」などと称して速やかに現状を確認し、適切な介入を図る。
免許証返納後の生活支援についても、地域包括支援センターと連携していく必要がある。

【参考】運転免許証に係る認知症の診断の届出ガイドライン（認知症学会、日本老年医療学会）

平成26年6月1日より改正道路交通法が施行され、認知症等を診断した医師による運転免許証に係る任意の届出制度が開始されました。届出を行うかどうかは「任意」であることに留意して下さい。治療や医師患者関係等に種々の支障を及ぼす可能性があることから、医師は慎重な対応が求められます。そのため認知症について関係学会が合同で届出に関するガイドラインを協議・策定しました。<https://dementia-japan.org/guideline/>

わが国における運転免許証に係る認知症等の診断の届出ガイドラインQ & A

https://dementia-japan.org/wp-content/uploads/2023/12/GL_QA_140601.pdf

認知症何でもQ&A⑥

Q6 認知症で独居の患者様、1日1回の服用でものみ忘れがある。家族の介助や地域資源を活用しても、毎日の服薬確認は困難。対応方法が知りたい。

- A6
- ・服薬を簡素化、服用方法を簡便化し、日めくりカレンダー等を活用。多職種に限らず、患者を取り巻く関係者にも協力してもらう。
 - ・場合によっては、服薬支援ロボットの使用を考慮する。

【参考1】認知症の人の自己服薬管理は困難

服薬数を少なく	降圧剤や胃薬など同効薬2～3剤を、力価の強い1剤や合剤にまとめる
服用方法の簡便化	1日3回服用から2回あるいは1回への切り替え 食前、食直後、食後30分など服用方法の混在を避ける
介護者が管理しやすい 内服方法	出勤前、帰宅後にまとめる
剤形の工夫	口腔内崩壊錠や貼付剤の選択

【参考2】服用薬、服用方法を見直した上で…

- ・日めくりカレンダーの活用
- ・かかわる多職種、家族が協力して声かけ



- ・配食サービスのスタッフ訪問の際、玄関に設置したカレンダーから薬を取り出しお弁当と一緒に手渡してもらう、デイサービスでのませてもらう、などの方法もある

認知症何でもQ&A⑦

Q7 加齢によるもの忘れなのか、初期の認知症なのか、迷う時があります。どのように対応したらよいでしょうか。

A7 東京都大森医師会推奨の「TOP-Q」というスクリーニング検査を実施。さらに、認知症確認票を用いて生活の中でのもの忘れを確認。

TOP-Qは、感度も正確でエビデンスも揃っており、認知症研修認定薬剤師制度でも活用している。TOP-Qを用いてまずはエビデンスとして押さえ、同時に生活の中でのもの忘れも把握する。

家族、介護者、多職種、薬剤師が共通の認知症確認票を用いてチェックを行い、共有することにより、認知症のもの忘れであるかどうかを確認できる。

【TOP-Q】

出典：大森医師会HP

TOP-Q [Tokyo Omori Primary Questionnaire for Dementia] 東京都大森医師会 認知症簡易スクリーニング法

特徴

- 全行程 2~3分以内
- 自然な会話と素振りでの「患者さんが身構えない問診」
- 準備用具がなくても、いつでも実施できる高い実用性 (在宅医療でも活用可能)

内容と評価法

① 時事計算・誕生日記憶

※平成20年度 大田区認知症健診での実施例

- 6年後の東京オリンピックの時は何歳?
- 50年前の東京オリンピックの時は何歳?
- 誕生日はいつ?

すべて正解のみ 0
いずれか一つ失敗 X

② 山口式キツネ・ハト模倣テスト (FP test)

キツネ見本 ハト見本 失敗例

いずれか一つ失敗 X
両方とも失敗 XX

※写真は大森医師会HPより

判定

TOP-Qの得点 = Xの個数の合計 正常0点~3点満点

TOP-Q 1点以下 (X数 1つ 又は 0個) : MCI or 正常
TOP-Q 2点以上 (X数 2個以上) : 認知症の可能性

3つの観察点

- 振り向き微候 あり: 認知症の可能性が強い
- ハンド・パレー微候 (両手水平掌上) あり: 血管性認知症の可能性
- 回内・回外運動 異常: DLBのパーキンソンズムである可能性

上記①②の問診実施中、付き添い者のほうを振り向いて「どうだったっけ?あなた答えてよ!」などという放屁、ADIに特有の取り繕いの症状。

【自分でできる認知症の気づきチェックリスト】

出典：東京都福祉局

7 「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」をやってみましょう!

「ひょっとして認知症かな?」
気になり始めたら自分でチェックしてみましょう。
※ご家族や身近な方がチェックすることもできます。

自分でできる認知症の気づきチェックリスト	最も当てはまるところに○をつけてください。			
チェック①	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ
財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1点	2点	3点	4点
チェック②	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ
5分前に関いた話を思い出せないことがありますか	1点	2点	3点	4点
チェック③	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ
周りの人から「いつも同じ事を聞くなどのもの忘れがあると言われますか」	1点	2点	3点	4点
チェック④	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ
今日が何月何日かわからないときがありますか	1点	2点	3点	4点
チェック⑤	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ
言おうとしている言葉が、すぐに出てこないことがありますか	1点	2点	3点	4点
チェック⑥	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない
貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1点	2点	3点	4点
チェック⑦	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない
一人で買い物に行けますか	1点	2点	3点	4点
チェック⑧	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない
バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1点	2点	3点	4点
チェック⑨	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない
自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか	1点	2点	3点	4点
チェック⑩	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない
電話番号を調べて、電話をかけることができますか	1点	2点	3点	4点

チェックしたら、①から⑩の合計を計算 ▶ 合計点 点

20点以上の場合は、認知機能や社会生活に支障が出ている可能性があります。25ページ以降に紹介しているお近くの相談機関や医療機関に相談してみましょう。

工藤ら 老年精神医学雑誌 15(4): 683-686, 2014 ※大森医師会のHPの「認知症を悟るために」のコーナーに、TOP-Qの実用手法と留意点、問診例、記録用紙などが掲載されている。大田区認知症委員会 認知症健診実施要領より

※このチェックリストの結果はあくまでもおおよその目安で医学的診断に代わるものではありません。認知症の診断には医療機関での受診が必要です。※身体機能が低下している場合は点数が高くなる可能性があります。

認知症何でもQ&A⑧

Q8 「義母が5歳の孫を息子(夫)と認識して接する。5歳の息子が義母を避けるようになり困っている。」という相談への対応

A8 「孫を息子と認識」といった症状は、認知症の中核症状である見当識障害によるものと考えられる。これらに家族が驚きストレスを抱え、患者との関係性を悪化させるケースも少なくない。そのため家族のストレス軽減に加え、家族が認知症を理解し適切に対応できるよう支援、教育を行うことも重要となる。

専門的な対応が望める機関を紹介してみても？公益社団法人「認知症の人と家族の会」では電話相談を行い、研修を受けた介護経験者が「認知症」にかかわる悩みに対応している。また、「認知症こどもサイト」等により、これからの社会を担う子どもたちへの認知症教育も実施している。

薬物療法のみならず運動、コミュニケーション機会などの非薬物療法の実施状況を確認し、支援の拡充を図ることが求められる。

出典：公益社団法人「認知症の人と家族の会」HP

【参考1】公益社団法人「認知症の人と家族の会」

公益社団法人「認知症の人と家族の会」は全国的な組織であり、年間約2万件超の相談を受け、自治体の「認知症コールセンター」にも協力している。公益社団法人「認知症の人と家族の会」https://www.alzheimer.or.jp/?page_id=146



「家族の会」では、フリーダイヤルによる電話相談を実施しています。

認知症に関する知識や介護の仕方などなんでもお尋ね下さい。また、介護のグチや悩みを思う存分話して下さい。少しでも心が軽くなり、元気を出してもらえよう、経験者が丁寧にお聞きます。

本部フリーダイヤル 平日10:00～15:00

0120-294-456

認知症何でもQ&A⑧

【参考2】「オレンジドア」

認知症当事者同士、家族
同士で話が出る「居場所」
地域包括支援センターなど
が定期的開催している。

認知症と診断を受けて、
この先のことに不安を抱い
ている方などを対象に、
認知症との診断後、不安を
乗り越えてきた相談員等が
認知症当事者の視点から
相談対応を実施。

診断されたご本人の、
その不安をともに乗り越えられたら・・・

オレンジドア

～ご本人のための物忘れ総合相談窓口～

認知症の診断を受けて、これから先、どうなるだろうと不安で仕方がなかったとき、私を前向きにさせてくれたのは、私より先に診断を受け、その不安を乗り越えてきた認知症本人の方々との出会いでした。この「オレンジドア」には、物忘れなどで不安を抱える方や認知症と診断されたご本人に、ぜひ足を運んでいただきたいと思えます。
(オレンジドア 代表 丹野 智文)

毎月第4土曜日

時間 14時～16時
※ご参加の際は、日程変更等がないかお問合せください。

場所 東北福祉大学
仙台駅東口キャンパス
仙台市宮城野区権障2-5-26 JR仙台駅徒歩5分
※駐車場はありませんので、公共交通機関をご利用ください。
※会場へのお問い合わせ、郵便物の発送等はお控えください。

〈主催〉 おれんじドア実行委員会 代表 丹野 智文
〈後援〉 宮城の認知症をともに考える会 認知症当事者ネットワークみやぎ
認知症介護研究・研修仙台センター 東北福祉大学 宮城県 仙台市

出典：仙台市HP

【参考3】デイサービス

～デイサービスとは？～

■可能な限り自宅で生活を送れるよう、日帰りで色々なサービスが受けられる

一般型デイサービス(1日コース)

送迎車にてお迎え
健康チェック
入浴・整容
昼食
休憩
機能訓練
体操・趣味活動
おやつタイム
自宅へお送り



■デイサービスにはさまざまな種類がある

- ・一般型(一般的なデイサービス)：カラオケ、手芸、麻雀など、施設ごとに娯楽の内容は様々
- ・リハビリ特化型：歩行訓練や筋肉トレーニング重視
- ・認知症対応型：少人数、専門的な認知症ケア提供
- ・療養型：療養ケアが必要な方が対象(重度要介護者、がん末期患者など)

認知症何でもQ&A⑨

Q9 家族の付き添い無し、服薬状況もあやふや、アドヒアランス不良により残薬が増えてしまっている患者様(認知症のため受診もできていない)について。医師への情報提供や一包化などは行っているが、ご本人の希望がない場合、それ以上の介入ができない。主応需先が大学病院であるため、医師と直接話すことは困難。このような方への介入方法を教えて欲しい。

A9 大学病院のソーシャルワーカーに、在宅医療への切り替えを相談。

受診もままならず、アドヒアランスも不良＝適切な治療が行われていない

患者は認知症であるため、通院困難、自己服薬管理は困難と考えられる。応需先の病院のソーシャルワーカーに相談し、在宅切り替えの提案を担当医につなげてもらってはどうか。

薬剤師が自宅への訪問を患者・家族に提案した場合、すべてが抵抗なく受け入れられるとは限らない。しかし**医師からの提案**であれば、比較的抵抗なく訪問活動につなげられるのではないかと。

なお、**その後の服薬管理においては、多職種との連携が必要となる。**

【大学病院の医療が必須である場合】

在宅医療への切り替えが困難な場合は、**介護保険外の通院介助サービス**を利用し受診、薬剤師が訪問により服薬指導、という方法も可能。

いずれにしても、大学病院のソーシャルワーカーと連携し、**医師から患者に提案を伝えてもらうのが良い。**

認知症何でもQ&A⑨

● 必須確認事項

項目		追加情報
服薬	有・無	
介護認定	有・無	
在宅訪問	有・無	
家族	有・無	

● 認知症参考アドレス、ガイドライン

- ・ 認知症疾患診療ガイドライン

- ・ 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（第2版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index.html

- ・ 国立長寿医療研究センター認知症ポータルサイト

<https://www.ncgg.go.jp/topics/20240208.html>

- ・ 東京都福祉局認知症関連

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/link/

認知症何でもQ&A⑩・⑪

**Q10 認知症の患者様から副作用にかかわる症状を聞き取る方法について悩んでいます。
「どこか痛いところはありませんか？」というような質問をご理解いただけず、すべて「わからない」としか答えてもらえないことがあります。(病院薬剤師)**

A10 認知症の進行とともに、言葉を見つけることや理解することが困難になる。
表情、しぐさ、動作などの変化により、異変に気づける可能性がある。
痛みの場合、①息づかいは穏やかかどうか②声が出ているかどうか③表情は穏やかかどうか④しぐさがリラックスしているかどうか⑤声がけに対する反応はどうか、これらの変化=患者からのサインである可能性が考えられる。
(国立長寿医療研究センターHP)
観察する視点を多職種や患者家族と共有することにより、気づきの精度は向上する。
病院看護師と連携(同行)し、それぞれの視点から患者を観察し評価することで、症状の変化やBPSD等に気づく可能性が高まるのではないかと。

Q11 服薬指導の際、何回も同じことを伝えなければならない。すぐに忘れて理解してもらえない。

A11 外来対応から訪問での服薬指導に切り替える。
記憶力の低下により、自己服薬管理が困難な状態ではないかと懸念される。
薬剤師が訪問し、服薬状況を確認し、アドヒアランスが悪化している場合はその理由を探り、改善の対応策を考えて服薬支援を行う必要があるのでは。服薬の簡素化、服用方法の簡便化を図り、家族や多職種が協力して支援することで、アドヒアランス向上を目指していく。(Q7参照)

認知症何でもQ&A⑫・⑬

Q12 ドネペジル、ガランタミンの増量タイミングを知りたい (施設担当薬剤師)

- A12 ドネペジル添付文書では、軽度、中等度ADに対する維持量は5mgで、高度ADでは「10mgに増量する」とされる。よってドネペジル5mgで副作用が認められず、高度ADが確認された場合、増量可能となる。施設訪問の際、簡易的な認知症確認シートを用いて定期的に患者の病態を確認し、CDR(臨床認知症評価尺度：Clinical Dementia Rating)等の重症度判定の評価指標を参考にして高度ADが疑われれば、ドネペジル5mg→10mgへの増量提案を行う。
- 一方、ガランタミンの適応は軽度、中等度ADのみであり、その維持量は軽度、中等度ともに16mg/日、症状に応じて24mg/日とされる。よって、16mg/日服用3ヶ月程度で効果判定を行い、認知症確認シート等で変化がみられず、副作用が認められなければ、効果不十分として24mg/日への増量提案を行う。

Q13 拒薬への対応は？

- A13 服薬拒否にはさまざまな理由が考えられる。薬を認識できない、服薬の必要性を理解していない、味・色・においに抵抗がある、薬を取り出せない、嚥下機能低下により飲み込めない、等々。服薬アドヒアランスと身体機能は密接に関連しているため、多職種が協力して「飲めない理由」を評価し、対応策を講じる必要がある。決められた服薬時点で飲めないことが服薬拒否につながっていることもあり、その場合は医師に相談し、服薬時点の変更を検討する。
- おやつの時間に薬を一緒に出し、「先に飲みましょう」と勧めることで、素直に飲んでもらえることもある。また、ゼリータイプの薬に替えるとおやつ感覚で飲んでもらえることがある。
- (「認知症気づける わかる ケアできるQ&A」：久米明人、山村恵子)

Q14 介護サービスをご本人や家族が拒む時の対処方法は？

- A14 介護サービス利用については、患者本人の意思を尊重する必要がある。本人に拒否された場合、患者本人の自己選択とケアの必要性との狭間で倫理的葛藤が生じる。一方で、患者が拒んでも家族が支援を必要とする場合もある。拒否の理由や家族の疲弊の度合いを調査した上で、多職種をはじめとする患者・家族を取り巻く関係者間で支援の必要性および必要とされる支援を検討することが望まれる。
- 地域包括支援センター職員やケアマネジャーなどの支援者との関係性が構築され顔なじみになり、患者・家族の心が開かれてくると、通いサービス利用につながる可能性が高まる。

Q15 マンパワー不足により、向精神薬による抑制を外すことができない。何かよい解決方法はないか？

- A15 「抑制を行う理由とその原因」を見極める必要がある。認知症なのか、せん妄なのか。せん妄の要因（直接因子、準備因子、促進因子）は何か。不眠の原因（身体的問題、精神的問題、物理的問題）は何か、等。
- 原因の是正(せん妄の促進因子を取り除く、不眠の原因となる環境条件を整備する、等)とともに、薬物治療の再評価（日中傾眠、過鎮静の有無、せん妄を薬でマスクしていないか、等）を行う。
- これらの実施には、多職種でチームを組み、医療者教育がなされる必要もある。マンパワー不足という足枷があっても、栄養管理の実施により褥瘡が改善し、褥瘡がもたらす疼痛の緩和からせん妄や不眠が改善した事例などもある。医師、看護師、かかわるコメディカルがチームで、病棟で、組織で抑制解除に向け意識統一を図ることができれば、抑制の低減につながられるのではないかと。

認知症何でもQ&A①⑥・①⑦

Q16 抗認知症薬はいつまで使うのか？(施設担当薬剤師)

A16 症状や併疾患を考慮し、服薬によるリスクが服薬から得られる利益を上回ると考えられた場合、抗認知症薬を減薬の候補として検討する事も必要。コリンエステラーゼ阻害薬の減量・中止(又は他剤への変更)を検討する要因の例として、①易怒性の亢進②心疾患③錐体外路症状④消化器系などの症状悪化がある。高齢で、肝腎機能や栄養状態の低下があれば副作用のリスクは更に高まる。

また、高度のアルツハイマー型認知症で、①寝たきり状態②摂食障害③意思疎通が図れない患者に関しては、“原則として”投与しないという事になっている。

中止することで、認知機能の変動が大きく現れることもある。いずれの場合にも、個々の患者の状態をみて、家族や介護者と医師が治療の意義を相談し、合意のもとに中止時期が決定されることが重要である。

Q17 下痢したり、傾眠傾向がある小柄な女性患者(体重35Kg未満)が、レミニール16mg/日から8mg/日に減量されている。体格が小さければ8mg/日でも効果があるのでしょうか。

A17 体重による有効性の差について、レミニール製造販売元・太陽ファルマに問い合わせました。以下が、回答です。

レミニールの体重ごと(40Kg未満、40Kg以上50Kg未満、50Kg以上60Kg 未満、60Kg以上)の有効性解析において、体重による有効性に大きな差はみられませんでした。そのため、体重による用量調節の設定は行っていません。また、レミニール8mg/日ではプラセボとの有効性に差がないことから、35Kg未満であっても、8mg/日では十分な効果は得られないと考えられます。効果発現には、添付文書通りの用量が必要と考えられます。

「下痢」がレミニールの副作用と考えられない場合は、医師に処方意図を確認し、上記について情報提供を行ってみたいかがでしょうか。

認知症何でもQ&A^⑱・^⑲

Q18 初めて認知症と診断された方への声掛けはどのようにしたらよいか？

A18 始めに、「告知はどのようにされたか」「本人の理解度はどの程度か」を確認する。その上で、**認知症と診断されても、適切な薬物治療および非薬物治療により、認知症の重症化を防ぎ、QOLの維持・向上を図ることが可能であると説明する。**治療に対するモチベーションを上げることが重要である。

名古屋大学医学部附属病院薬剤部では、認知症と診断された本人・家族に対して、テキストを用いて薬の使用意義や日常生活で積極的に取り入れたい習慣、食べ物などを説明し、指導を行っている。

この「いきいき脳活性薬剤師外来」の成果として、ドネペジルの服薬継続率が50%から1年後には73%に向上したとの報告^{※)}がある。^{※)} https://www.jstage.jst.go.jp/article/faruawpsj/55/9/55_872/_pdf

・名古屋大学附属病院 薬剤師外来 <https://www.med.nagoya-u.ac.jp/pharmacy/patient/use.html>

Q19 「抗認知症薬(症状改善薬)の効果が実感できない」との訴えに対して、どのような説明を行ったらよいか？

A19 患者の病態およびその変化を客観的に評価する必要がある。自治体や製薬会社が作成している認知症評価シートや確認票の活用が推奨される。それらを用い、患者家族、コメディカルがそれぞれの視点から3ヶ月、6ヶ月と定期的に病態を確認し、集約することで、認知症重症化の有無が可視化される。重症化が確認されれば、適切な対応につなげていくが、変化がみられない場合には、抗認知症薬が効果を発揮していることを説明する。抗認知症薬は、あくまでも認知症の進行を遅らせることが目的であり、「**症状が変わらない**」ということは「**薬が効いていること**」との理解が必要となる。認知症の治療を中断させないことが重要である。

出典：千葉県HP

認知症チェックリスト(居宅訪問用)

千葉県では、認知症の早期発見・早期対応に向け、本人やその家族、支援者が認知症に気づきかけの一助とするため、認知症チェックリストを作成しました。居宅訪問時などに自立支援・重症化防止のため、積極的にご利用願います。

- 整理整頓ができなくなった
- 一人で買い物や金銭管理ができない
- 自分で服薬管理ができない
- 電話の対応や訪問者の対応ができない
- 食事が一人で取れなくなった。食事の回数が減った
- 痩せたり太ったり、急激な体重の増減がみられる
- 同じ服をずっと着ていたり、逆に何度も着替わたりする。季節に合った服装ができない
- 昼間寝ていることが多い。または夜間不眠・不穏である
- 意欲の低下がみられる
- 同じことを何度も話したり聞いたりする
- 約束事を覚えていない
- 5分前に聞いた話や電話の内容、人の名前を思い出せない
- 冷蔵庫の中に同じものが多くある
- 入浴しないなど、不潔である

厚生労働省「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」等を参考に作成

日常生活において、上記のような症状・行動にチェックが付いたら、気を付けて見ていきましょう。

Q20 拒食への対応は？

A20 「拒食」も介護者を悩ませる症状である。味覚や嗅覚の変化、唾液の分泌不足、義歯などの異常、口内乾燥などの口腔内の変化、嚥下障害の進行、認知症の進行に伴う食物の認識困難などにより、食物摂取に障害が生じて、「食べられない」「食べたくない」という反応が出てくることがある。

また、向精神薬や抗認知症薬の副作用により食欲が低下する可能性もあるため、それらの確認も必要である。

認知症の病型によっても拒食のあれわれ方は様々(レビー小体型認知症では幻視により食べ物が昆虫に見えたりすることで食べられなくなることがある)で、患者それぞれの「拒食」の理由、背景を探る必要がある。

原因の是正とともに、食事に集中できる環境を作る、食事前に活動を促す、食事の体勢に注意する、入れ歯の調整や口腔ケアを行う、などを進めていくが、しっかりした食事でなくても(お菓子でもケーキでも)口から入るものであればよいと割り切ることが必要な場合もあると考えられる。

【まとめ】

- 認知症の人や、家族、介護者そのほかの人の質問に答えることは非常に重要である。しかし、答える過程で受けるストレスにも考慮する。
- 「認知症に対して」日頃困っている人は多くいる。我々は、まずは、可視化できるエビデンスに基づき、学会等が作成したガイドラインや、さらに法的根拠が必要な場合は十分に調べて答える。そのためには、最新の知識をウォッチすることも必要である。
- 認知症の人や、家族、介護者からの質問は「なぜこのような質問をしているか？」と質問の背景にも気を付ける。
- 質問に十分答えられない場合は、医師等の医療者、介護関係者、市町村等に問い合わせをすることも必要である。