

認知症の対応について
認知症状早期発見・薬剤の影響について
日本薬剤師会提供資料

認知症の行動・心理症状への対応について

I 認知症の行動・心理症状の現状と課題

- 認知症の行動・心理症状（以下「BPSD」という。）に関する調査は多くないが、認知症のうちBPSDが出現する割合は7～9割といわれている。
- また、BPSDの悪化の原因としては、薬剤や身体合併症等によるものが多いが、家族や介護環境が原因のものも一定割合存在する。
- なお、BPSDの発生頻度が多いほど介護負担が重くなるといった相関関係が認められる分析結果がある。

○認知症のうちBPSDが出現する頻度は7～9割

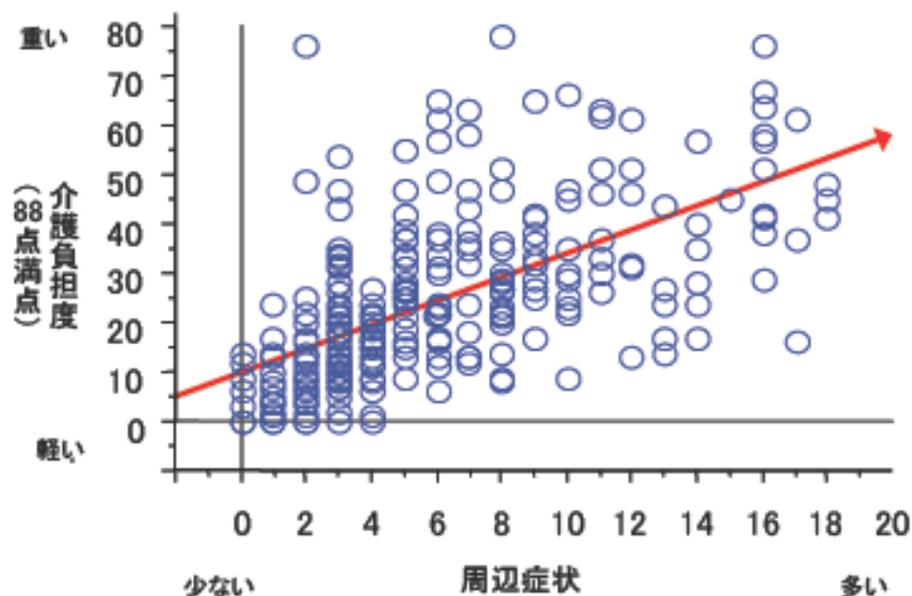
出典: Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP et al.
Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH et al.
老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024. 本間昭 et al.

○ 認知症が悪化する原因

- | | |
|-----------|-------|
| ① 薬剤 | 37.7% |
| ② 身体合併症 | 23.0% |
| ③ 家族・介護環境 | 10.7% |

(出典: 第3回安心と希望の介護ビジョン こだまクリニック
末之下医師提出資料)

介護負担度と周辺症状



(出典: 杏林大学物忘れセンターにおけるデータ)

介護保険制度の見直しに関する意見

平成22年11月25日

社会保障審議会介護保険部会

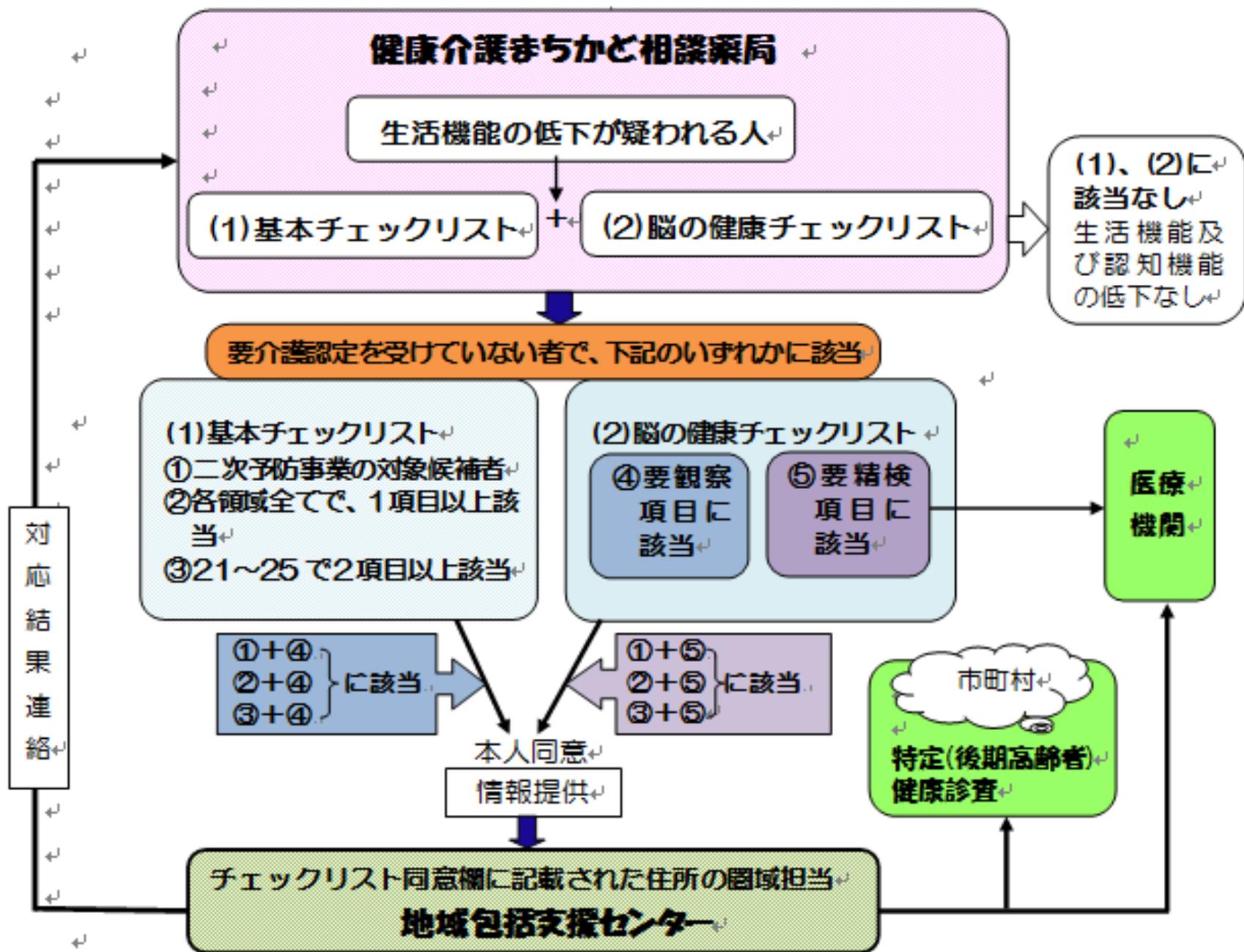
(6) 認知症を有する人への対応

(今後の対応)

○認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス(認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋)の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。

青森県「脳の健康チェックリスト」 の活用

—二次予防事業の対象候補者における薬局からの情報提供—



『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標－「ケアの流れ」を変える－

平成24年6月18日

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「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ることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるように、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

「認知症初期集中支援チーム」の設置

認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。

かかりつけ医の認知症対応力の向上

認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。

「身近型認知症疾患医療センター」の設置

かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

精神科病院に入院が必要な状態の明確化

医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。

精神科病院からの円滑な通院・在宅復帰の支援

「通院支援・地域連携クリティカルパス（通院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。

一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上

「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症にききわしい介護サービスの整備

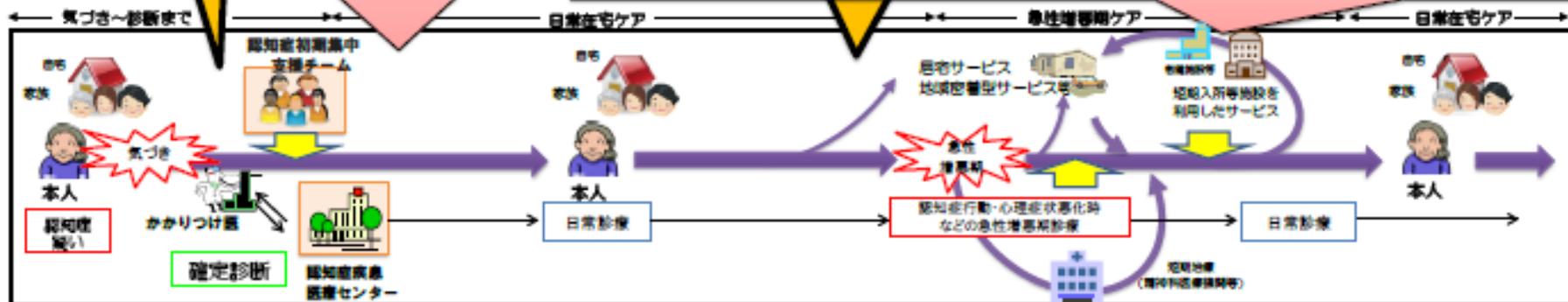
「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。

認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

「グループホーム」の活用を推進

「グループホーム」の事業者が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



5 地域での日常生活・家族の支援の強化

「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりをみせるよう支援していく。

「認知症地域支援推進員」の設置

全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。

家族に対する支援

認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。

市民後見人の育成と活動支援

全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

認知症施策検討プロジェクトチームメンバー

主査 : 藤田厚生労働大臣政務官

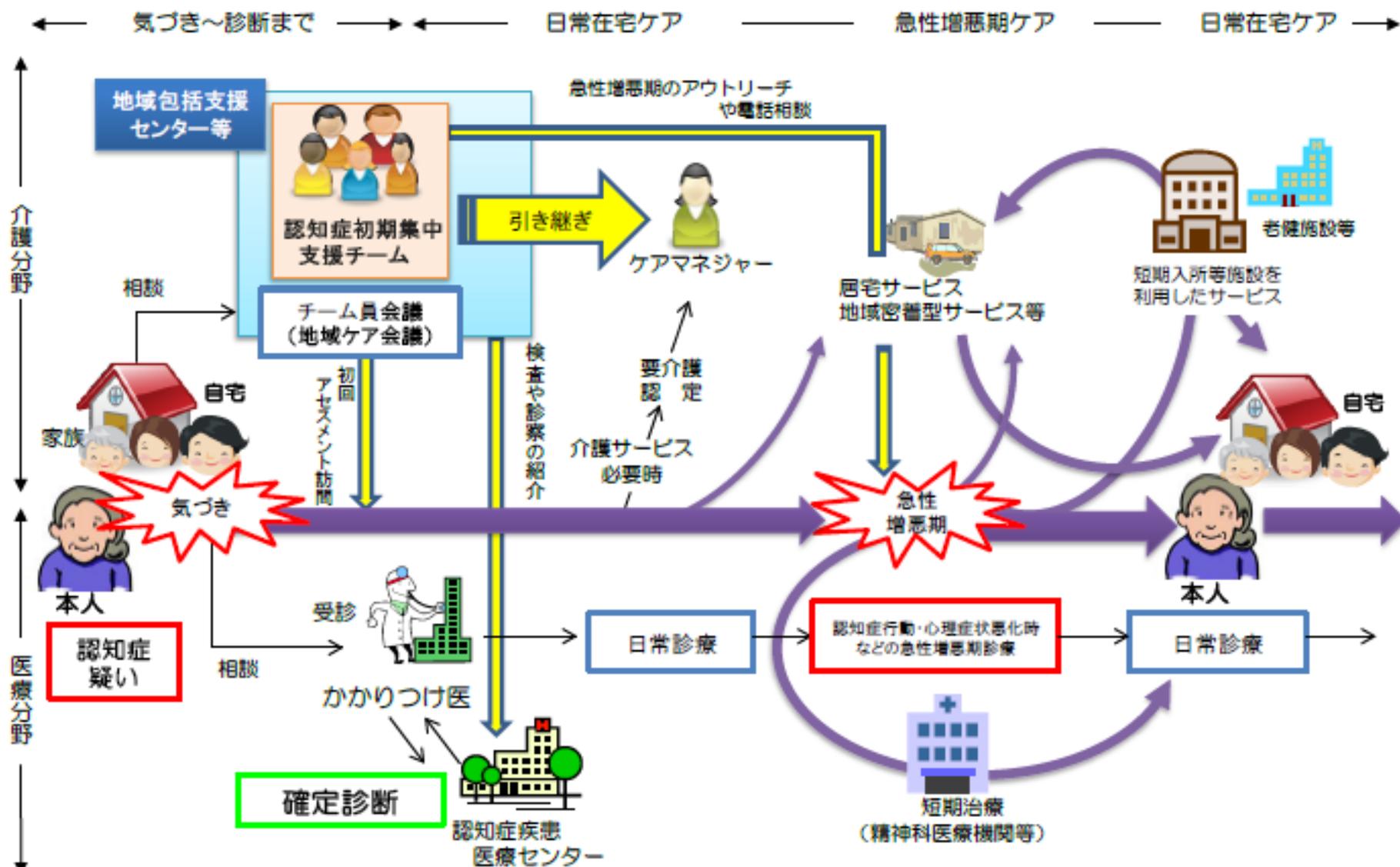
副主査 : 医政局長
社会・援護局長
障害保健福祉部長
○ 老健局長
保険局長

メンバー : 医政局指導課長
障害保健福祉部精神・障害保健課長
老健局介護保険計画課長
老健局高齢者支援課長
老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長
老健局振興課長
老健局老人保健課長
保険局医療課長

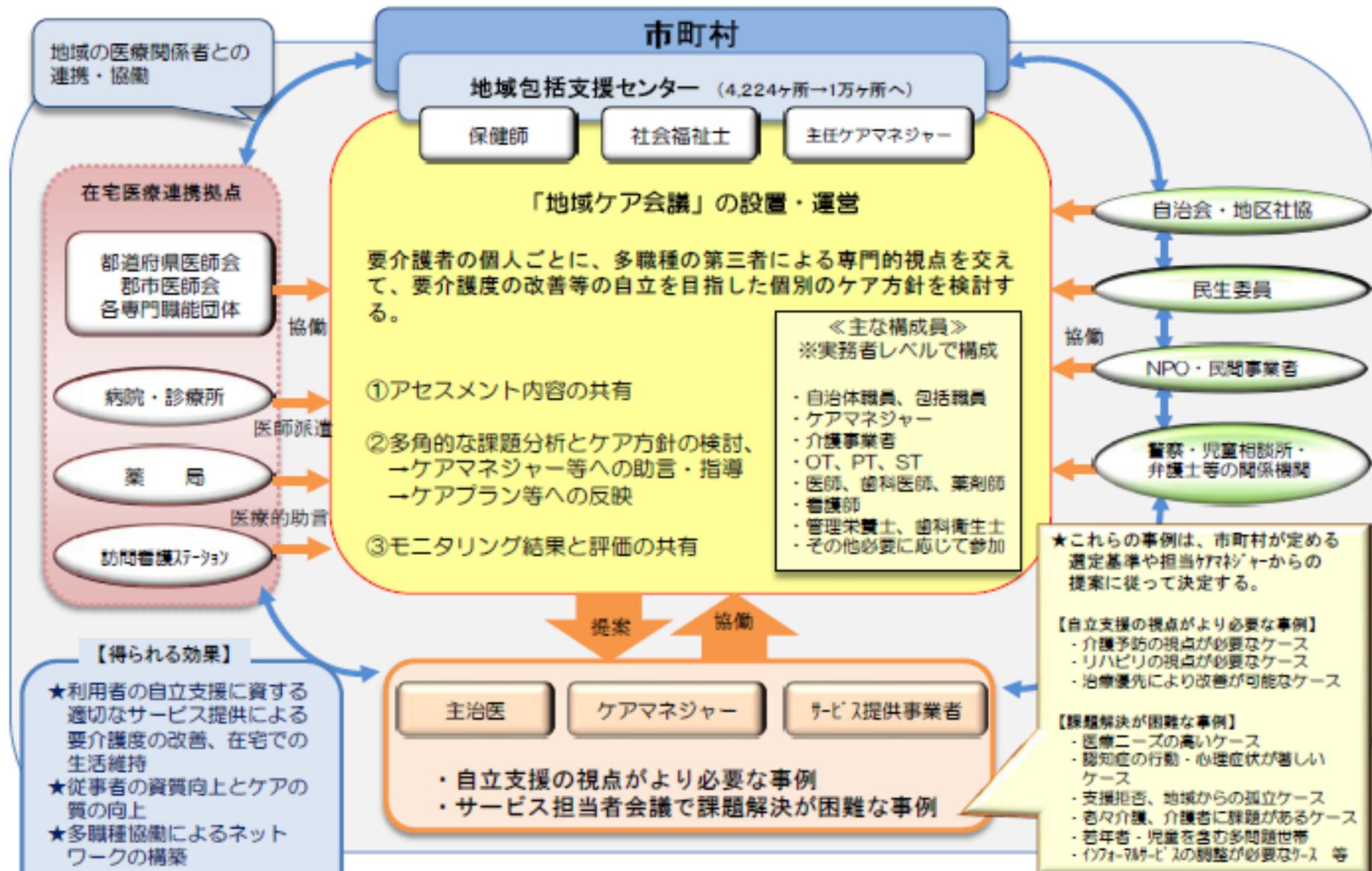
事務局 : 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室
障害保健福祉部精神・障害保健課

標準的な認知症ケアパスの概念図

～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～



地域ケア会議の概念図



36

認知症に関連する疾患（症状）と対応等の関係例

	疾患(症状)名	対応と予後
認知症と間違えやすい状態	薬剤性せん妄	原因となっている薬剤の減量により、せん妄(認知症様症状)の改善が見込まれる。
	うつ病	うつ病の治療を行うことにより、抑うつ症状や認知機能障害の改善が見込まれる。
治療が可能な認知症	正常圧水頭症、慢性硬膜外血腫	脳外科的治療により脳への負担を軽減すると、認知症や歩行障害、失禁などの改善が見込まれる。
予防が可能な認知症	多発性脳梗塞による脳血管性認知症	生活習慣改善、基礎疾患の治療により、認知症の進行の予防が見込まれる。また、デイサービスの活用により、廃用症候群を予防し、寝たきりや認知症の重症化を回避できる。
療養の工夫によりQOLの改善が可能な認知症(症状)	ピック病	重度認知症デイケア等の活用により生活リズムを改善することで、周辺症状の減少が見込まれる。
アルツハイマー病による周辺症状	昼夜逆転	介護保険サービス(デイサービス)の活用により生活リズムを改善することで、周辺症状の減少が見込まれる。
	物盗られ妄想	介護者にあらかじめ対応方法を教育しておくことで、周辺症状発生時のトラブルの予防が見込まれる。

しばしば遭遇する多剤使用による在宅BPSD例

糖尿病薬、胆石症治療薬、胃薬、パーキンソン病薬、気管支拡張薬、高中性脂肪血症治療薬、頭痛薬、甲状腺機能低下症薬、抗血栓薬、抗うつ薬、利尿薬、高血圧など

シ×XXXXXXXXXXXX散剤	2.0g	一日 48 個と8包： 薬代だけで月約7万2千円	
スXXXXXXXXXXXX細粒50%	0.15g		
1日3回 毎食後			
シXXXXXXXXXXXX錠100	3錠	テXXXXXXXXXXXX CAP	1.0カ7セル
アXXXXXXXXXXXX錠50mg	3錠	ベXXXXXXXXXXXX錠	1.0錠
トXXXXXXXXXXXX錠50	3錠	1日 1回 夕食後	
ウXXXXXXXXXXXX錠100	3錠	ビXXXXXXXXXXXX錠	1錠
マXXXXXXXXXXXX錠25	3錠	リXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠
クXXXXXXXXXXXX錠5mg	3錠	フXXXXXXXXXXXX錠20mg	1錠
サXXXXXXXXXXXX錠100mg	3錠	スXXXXXXXXXXXX錠	1錠
メXXXXXXXXXXXX錠	3錠	1日 1回 朝食後	
チXXXXXXXXXXXX錠	3錠	甲XXXXXXXXXXXX錠50	2錠
1日3回 毎食後		1日 2回 朝・昼食後	
ホXXXXXXXXXXXX顆粒15%	1.0g	トXXXXXXXXXXXX錠25	1錠
ファXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	1日 1回 就寝前	
ベXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	グXXXXXXXXXXXX	2錠
マXXXXXXXXXXXX錠10mg	2錠	1日 2回 朝食前と昼食前	
フXXXXXXXXXXXX錠1	2錠	カXXXXXXXXXXXX錠 100mg	1錠
1日2回 朝・夕食後		頭痛時服用	10回分

これらから3剤へ→せん妄改善

くすりを切ると認知症がよくなる？

→時にはあっている、時には危ない！

ありふれたBPSD事例 Dさん 80歳代 男

初診時、幻視、妄想が激しい。「妻の男」だという幻視に怒り、嫉妬妄想が激しい。長男のことをその本人だと思えない。カウンターや棚、柱が歪んで見え、自分の家ではないという。1年半ほど前より通っていた病院外来では運動機能障害に対する薬の追加がなされていた。高齢の妻は著しい介護疲れを訴え、家での生活はこれ以上つづけられないとのこと。精神症状はますます悪化し、外来に連れて行けないとのこと。訪問診療依頼があった。

処方

興奮を抑える薬2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬①2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬②2錠(朝、夕)

パーキンソン病薬③4錠(起床時、朝、昼、夕)

胃薬2錠(朝、夕)

抗うつ薬2錠(夕)



事例Dさんを考える

1. 外来では、しゃんとする[認知症医療を普及]
→注意力の改善？→家にいるときとは別人！
2. 幻覚妄想などの症状の聞き取りをどうするか？[関係づくりの重視]
→本人の自尊心→本人と介護者を分けて聞き取り
3. 薬剤調整のストラテジーは？[既存の医療の見直し]
→ガイドラインがある→ガイドラインが活用されていない！
4. 薬の効果と副作用のモニタリングは？[介護との連携による土台]
→誰が？どのように？（ここでは奥さんはもう疲れきっている）
→これが最も重要！医療だけでは無理、介護との連携が必須

この症状が出るまえは家で生活していた
→これらがクリアできれば、在宅での生活できる可能性大！

ありふれたBPSD事例 Dさん 80歳代 男 その後

薬剤の調整にクリニックから長男やケアマネに毎日電話をかけた。その期間は1ヶ月かかったが、前記症状はほぼ改善し、高齢の妻も介護負担もかなり軽減し、デイサービスの導入ができ、安心して家での生活ができるようになった。

処方

興奮を抑える薬2錠(朝、夕)
パーキンソン病薬①2錠(朝、夕)
パーキンソン病薬②2錠(朝、夕)
パーキンソン病薬③4錠(起床時、朝、昼、夕)
胃薬2錠(朝、夕)
抗うつ薬2錠(夕)



介護の力(長男、ケアマネ)を借りながら、毎日電話した。
前の処方薬のうち、
3薬剤中止、
パーキンソン病薬のうち1薬剤にして、減量→これを切ると危険
別の興奮を抑える薬を極少量追加
(全部中止にすると危険！)

認知症、とくにBPSDに対しては、医療が適切に関わることで、相当よい効果が期待できる。しかし、薬ひとつとっても、介護との連携が必須

「BPSDを診る、地域で診療する医師たちによる調査:

「わずかに軽減」を含めると、BPSDの治療改善率は93%を超える

2008年5月29日(木) NHK 福祉ネットワーク「シリーズ認知症(2) 生活を支える医療に向けて -BPSDの実態調査から-」から
「認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」(平成19年度厚生

参考：日本版 Beers criteria (抜粋)

- 高齢者において、疾患・病態によらず一般に使用を避けることが望ましい薬剤
- 特定の疾患・病態において使用を避けることが望ましい薬剤

表1 高齢者において疾患・病態によらず一般に使用を避けることが望ましい薬剤

薬剤([]内は代表的な商品名)	問題点	重篤度
フルラゼパム [インスミン、ベノジール、ダルメート]	高齢者における半減期がきわめて長く、長期間にわたり鎮静作用を示すため、転倒および骨折の頻度が高くなる。中～短期作用型ベンゾジアゼピンが望ましい	高
フルニトラゼパム[サイレース、ロヒブノール]	高齢者における半減期が極めて長く、長期間にわたり鎮静作用を示すため、転倒および骨折の頻度が高くなる。中～短期作用型ベンゾジアゼピンが望ましい	高
短期作用型ベンゾジアゼピン系薬 (一日あたり用量が以下に示す値を超える場合) ロラゼパム[ワイパックス];3mg、アルプラゾラム[コンスタン、ソラナックス];2mg、トリアゾラム[ハルシオン];0.25mg、エチゾラム[デパス];3mg	これらの薬剤は、一日あたり用量が一定量を超えないことが望ましい。高齢者では、ベンゾジアゼピンに対する感受性が高くなっているため、比較的少量でも有効性が得られ、かつ安全であると考えられる	高
長期作用型ベンゾジアゼピン系薬 クロルジアゼポキsid[バランス、コントロール]、ジアゼパム[セルシン、ホリゾン]、クアゼパム[ドラル]、クロラゼパ酸[メンドン]	高齢者における半減期が長く、長期間にわたり鎮静作用を示すため、使用することで転倒および骨折の危険が高くなる。ベンゾジアゼピンが必要とされる場合には、中～短期作用型ベンゾジアゼピンが望ましい	高

高齢者は避けて欲しい薬のリスト(国立保健医療科学院)

<http://www.niph.go.jp/soshiki/ekigaku/>



社団法人

日本薬剤師会

順天堂大学 もの忘れ外来 井関医師よりの薬剤情報

- 認知症の中核症状と周辺症状に薬物の影響が大である。
- 特に周辺症状！！！！
- せん妄
- リスペリドン、クエチアピン、パロキセチン、ミアンセリン、パルプロ酸ナトリウム、カルバマゼピン

うつ病を招く恐れのある薬の例

東京女子医科大 精神科教授 石郷岡純

- インターフェロン製剤(=C型肝炎治療)
- ステロイド薬(飲み薬、注射、点滴)=ぜんそく、アレルギー、膠原病、様々な皮膚疾患など
- 降圧薬(レセルピン、 β 遮断薬、カルシウム拮抗薬)
- 経口避妊薬
- 抗てんかん薬(カルバマゼピン)
- 強心薬(ジギタリス製剤)
- 乳がんホルモン治療薬
- 免疫抑制剤(アザチオプリン)

DBC(Dementia Balance Check Sheet)について

認知症の人の在宅生活をささえるため、日々の生活を支える“かかりつけ医”的な、医療的サービスの充実が課題となっている。

そんな中、広島県の尾道市医師会では、認知症の人の日常生活を“介護”の分野とも連携して支えようというシステムを作り上げている。

たとえば周辺症状を抑えるための薬の使用に関して、独自に「DBCシート」を開発。生活の中で患者が見せる行動の特徴や状態を、家族、施設の介護スタッフがチェック。医師は、これを参考に薬物の効果、副作用の有無を見極め、薬の種類や量を調整する。さらに、医師、看護師、ケアマネージャーなど、医療・福祉スタッフ及び家族、本人が一堂に会する「ケアカンファレンス」を開いて、治療と介護の方針を共有している。

認知症の人と家族の暮らしを守るため、医療が何を出来るか？その一つのモデルとして注目される「尾道方式」をみていく

在宅における医薬品の適正使用例

- アリセプト錠（認知症薬）とレンドルミン錠（睡眠導入剤）を服薬中の患者が、錠剤を服用困難となったため、それぞれD錠（口腔内崩壊錠）に変更された。
- 変更後、下痢（便失禁）、不眠、振戦、徘徊症状が発現したことを、介護職より薬剤師が聴取。
- アリセプト錠の副作用の疑いがあり、D錠変更によるアリセプトの吸収向上の可能性を医師に伝達
- アリセプト錠5mgから3mgに減薬となり、副作用症状の消失、QOLの改善と介護負担の軽減に結びついた。



各専門職との連携と情報共有

基本チェックリスト

- ① 今年度の**特定(後期高齢者)健診**(未・済)
 ② 要介護認定(要介護・要支援)

質問項目		回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI (＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は、外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

<留意事項>

「・・・していますか」の質問です!!

- ① 現在の行動を確認します。
 ② 普段「しない」、あるいは「ほとんどしない」場合は、「いいえ」とします。
 (例) 質問8「15分位続けて歩いていますか」
 ◎歩けるかどうかの質問ではなく、「普段、歩いているかどうか」の質問です。
 ですから、15分歩けても、普段15分位歩いていない場合は、「いいえ」となります。

★ 市町村及び地域包括支援センターに、情報提供することに同意します。

NO _____

平成 年 月 日

住所

(TEL) 氏名

印

★質問に当てはまると思ったら○印をつけましょう

NO	質 問	○印
1	物の名前が出てこなくなった	
2	しまった場所を忘れて、物を捜すことが多くなった	
3	趣味を楽しんだり、好きなテレビ番組を見るのが面倒になった	
4	着替えや身だしなみに気を遣うことが面倒になった	
5	最近のTV番組は難しいものが多くなったと思う	
6	時々「不安」や「焦り」の気持ちが、わいてくることもある	
7	ささいなことに対して、イライラするようになった	
8	昨夜の食事内容を、考えても思い出せない	
9	慣れた道でも、迷ったことがある	
10	蛇口の締め忘れやガス台の火の消し忘れが多くなった	

脳健康チェックリスト (家族記載用)

★質問に当てはまるとしたら○印をつけましょう。

*「以前に比べて」どうなのかで判断してください

NO	質 問	○印
1	同じことを何度も言ったり、聞いたりする	
2	物の名前が出てこなく、「あれ」「これ」という言葉が多くなった	
3	趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった	
4	着替えが面倒になり、身だしなみを構わなくなった	
5	ささいなことで、怒りっぽくなった	
6	新聞やTVの内容を、よく理解できなくなった	
7	いつもしていたことを、しなくなった 例) 庭いじりをしなくなった、仏壇を拝まなくなった、犬の散歩をしなくなった等	
8	老人クラブに参加したり、友人と話したりなど周囲との交流を避けるようになった	
9	自分の失敗を、何かのせいにするようになった	
10	置き忘れや、しまい忘れが目立ってきた	
11	慣れた所で、道に迷うようになった	
12	約束の時間や場所を間違えることが増えた	
13	蛇口の締め忘れやガスコンロの火の消し忘れが、目立つようになった	
14	夜中に急に起き出して、騒いだことがある	
15	薬を飲むのを忘れるようになった	
16	財布や通帳など大事な物が盗まれたと言うようになった	
17	来ていない「人」や無い「物」を、「居た」とか「見える」とか言うことがある(幻視)	

出典:河野和彦2006

H 年 月 日

H 年 月 日

H 年 月 日

投与薬剤 1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

A 陽性症状	なし	軽度	中度	重度
1. いらだち 怒り 大声 暴力	0	1	2	3
2. 介護抵抗 入浴拒否	0	1	2	3
3. 帰宅願望 外出企図	0	1	2	3
4. 不眠	0	1	2	3
5. 徘徊(1日中 日中 夜間)	0	1	2	3
6. 自己顕示 ナースコール頻回	0	1	2	3
7. 焦り	0	1	2	3
8. 妄想 幻覚 独語	0	1	2	3
9. 神経質	0	1	2	3
10. 盗み 盗食 大食 異食	0	1	2	3
11. その他()	0	1	2	3

A	なし	軽度	中度	重度
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3
7.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10.	0	1	2	3
11.	0	1	2	3

A	なし	軽度	中度	重度
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3
7.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10.	0	1	2	3
11.	0	1	2	3

B 陰性症状	なし	軽度	中度	重度
1. 食欲低下	0	1	2	3
2. あまり動かない(活力低下)	0	1	2	3
3. 昼寝 傾眠 発語低下 無表情	0	1	2	3
4. うつ状態(否定的発言 自殺)	0	1	2	3
5. 無関心(リハビリ等不参加)	0	1	2	3
6. その他()	0	1	2	3

B	なし	軽度	中度	重度
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3

B	なし	軽度	中度	重度
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3

C 体幹バランス	なし	軽度	中度	重度
1. 体幹傾斜	0	1	2	3
2. 易転倒性	0	1	2	3
3. 小刻み歩行	0	1	2	3
4. 嚥下不良 むせる	0	1	2	3
5. 突進 振戦(PD)	0	1	2	3
6. その他()	0	1	2	3

C	なし	軽度	中度	重度
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3

C	なし	軽度	中度	重度
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3

A 合計点

B 合計点

C 合計点

過鎮静 良好 要鎮静

A 合計点

B 合計点

C 合計点

過鎮静 良好 要鎮静

A 合計点

B 合計点

C 合計点

過鎮静 良好 要鎮静

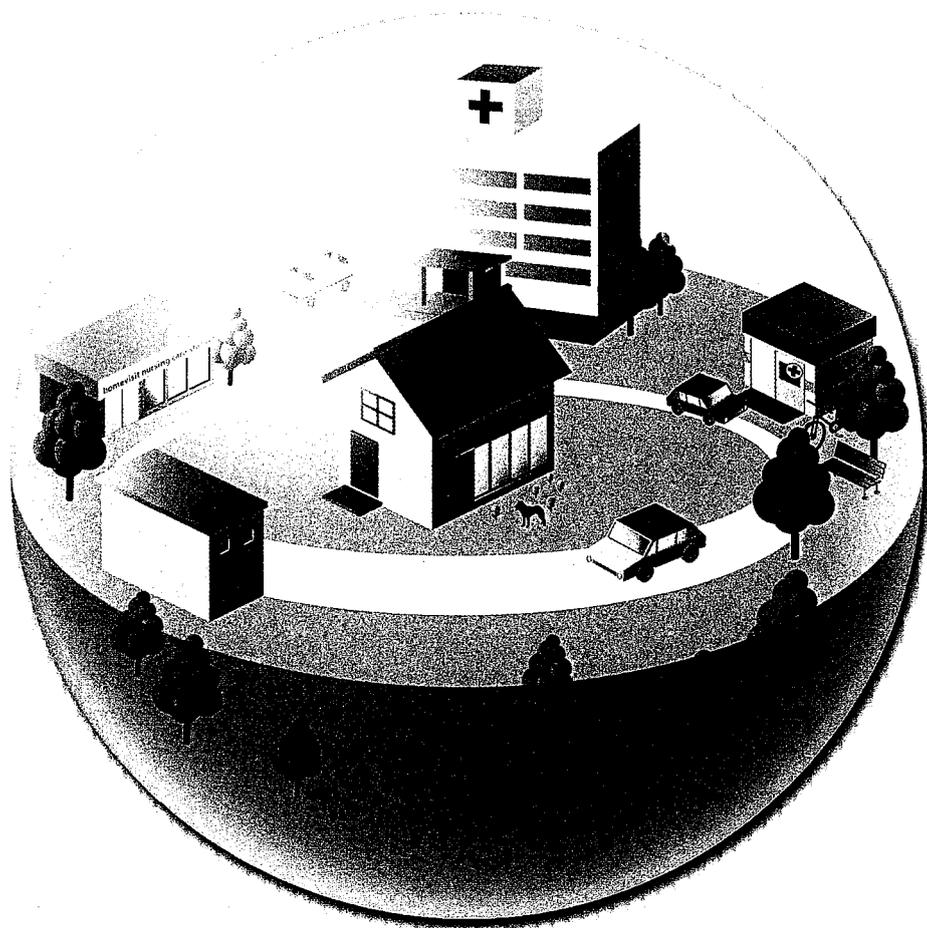
生活機能と薬からみる

体調チェック・ フローチャート

解説と活用

第2版

編集●日本薬剤師会



患者の言葉, キーワード

以下のようなキーワードを想定しながら会話や観察をすることにより, 患者の状態のチェックを行う。すべての事項を一度にチェックすることは難しいが, 徐々に増やし, それを記録に残すことで, 患者の状態をより正確に把握できるようになる。

領域	チェック項目	質問例
認知機能の低下およびその周辺症状 (BPSD)	中核症状 失認, 失行, 言語障害 (失語), 見当識障害, 記銘力・判断力低下, 近時記憶障害 など	<ul style="list-style-type: none"> ・物の忘れが目立ちますか? ・数分前のことを忘れてしまうことがありますか? ・同じことを何回も聞いたりすることはありますか? ・今までできていたことができなくなったり, ものの使い方がわからなくなったりすることはありますか?
	周辺症状 (BPSD) 易怒, 攻撃性, 暴言, 暴行, 自発性・意欲低下, とられ妄想, 徘徊, 嗜好変化など	<ul style="list-style-type: none"> ・何となく元気がないような気がしませんか? ・ふさぎ込むことが (よく) ありませんか? ・眠れないことが (よく) ありませんか? ・頭が重いことがありますか?
	その他 薬剤性の記憶障害, 抑うつ, 認知機能低下など	<p>(観察項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・表情や態度に自信がなくなっている。 ・ちょっとしたことにも不安がったりイライラしている。 ・支払い時に, 小銭があるときでもお札で支払っている。 ・何度も同じことで薬局に電話をかけてくる。 ・見えないはずの人物や物体のことを頻繁に話す。 ・徘徊して迷子になることがある。

患者の状況を聞き出すためのキーワード

同じ言動の繰り返し, さっき食べたことを忘れる, ふらりと出て行ってしまふ, 座っていても眠っているようにみえる, 目つきが険しくなった, 目が離せない, 介護負担, 家族のストレスなど

必要な知識

- 中核症状とBPSDの区別
- BPSDへの対応 (非薬物療法含む)
- 認知症のタイプ

認知機能

認知機能の状態を把握する

- 近時記憶障害(数分前の会話や薬を飲んだか忘れる) ● 失認(近所で道に迷う) ● 失行(物の使い方や薬の飲み方がわからなくなった) ● 失語(言葉が出ない)
- 実行機能障害(目的に合った買った物ができない)
- 薬をよく飲み忘れる、飲み間違える
- 以下の「基本チェックリスト(特定高齢者把握事業)」の認知機能部分も利用
- 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われる
- 自分で電話番号を調べて、電話をかけることができない
- 今日が何月何日かわからない時がある

問題がない

ひとまず認知に関する問題はない

脳血管性認知症の予防

- 1 次予防: 生活習慣の改善 → 喫煙、過度の飲酒、高塩分・高脂肪食を控える。十分な睡眠。ストレスの軽減
- 2 次予防: 疾病の治療 → 血圧、コレステロール、血糖などのコントロール(治療薬をきちんと服用する)
- 認知症そのものの予防
- 認知症は生理的加齢、身体的活動性、役割・社会関係の3つが影響し、予防には水分摂取、食事、便秘をしない、運動をします。地域の人の集まりに参加し、仲間とかかわり合うことが大事

問題がある

ごくまれにある ⇒ 一過性健忘、短期記憶障害。エピソードの一部を忘れる

頻繁にある ⇒ 記憶、判断、失認、失行、失語、実行障害。エピソードそのものを忘れる(中核症状)

受診していない ⇒ 専門医の受診を勧める

認知症の種類と服用中の薬剤をチェック(79ページ参照)

周辺症状(BPSD)がある
まずは非薬物療法

周辺症状の3要因である身体的、環境的、心理的要因への対応が重要。
併せて介護サービスでの周辺症状への対応が可能かどうかの検討も行う

- 年齢相応の一過性の健忘症の可能性もある
- 薬剤性の認知機能障害を含む精神障害に注意
- 認知機能障害を含む精神障害の報告がある薬剤と主な症状は以下の通り

①ベンゾジアゼピン(BZ)系

一過性健忘、急性せん妄、長期服用による認知機能障害

②コリン薬・抗コリン作用のある薬剤

記憶力・記憶力の低下、せん妄出現

③抗うつ薬

抗コリン作用による認知機能障害: 三環系抗うつ薬

焦燥、興奮: SSRI および SNRI

④抗精神病薬

過鎮静、抗コリン作用による認知機能低下

⑤抗パーキンソン病薬

幻覚・幻視、被害妄想、認知機能低下: アマンタジンなど

⑥その他、精神障害を起こしやすい薬剤

リチウム(特に腎機能低下時、利尿薬・NSAIDs 服用時はリチウム中毒に注意)、抗てんかん薬、NSAIDs、H₂ブロッカー、抗菌薬(βラクタム系のカルバペネムは痙攣や意識障害の発現に注意、ニューキノロン系はNSAIDs 併用時の痙攣の発現に注意)、抗ウイルス薬、抗腫瘍薬(白質障害による遅発性脳症に注意)、循環器用薬(ジギタリス中毒: 失見やせん妄、Ca拮抗薬、ACE阻害薬、β遮断薬など)、ステロイドなど

BPSDによく使われる薬剤

- ① 易怒性、攻撃性
定型抗精神病薬: チアプリド、リスペリドン、クエチアピンなどは使用を避ける
非定型抗不安薬: リスペリドン、クエチアピンなど(低用量から始めること)、抑肝散、抑肝散加陳皮半夏エキス(体力低下者)
その他: ラベンダーアロマ(発作中の患者の近くに振りすると攻撃性が低下したとす報告あり)
- ② 幻覚・妄想状態
レビー小体型の場合: アセチルコリンエステラーゼ阻害薬や抑肝散で効果あり。非定型抗精神病薬のリスペリドンなどを少量から使用する場合あり

③ せん妄

- チアプリド、リスペリドン、クエチアピンを少量から夕食後あるいは就寝前に使用。日中は活動が低下するので原則避ける。
その他身体・心理・環境の因子が大きいののでそれらを見直すこと。薬剤性せん妄にも注意。
- ④ 抑うつ(意欲低下)状態
SSRI、SNRIが中心(三環系は作用が強いので避ける)
その他: フルボキサミンは筋弛緩薬のチザニジンとの併用は禁忌(筋弛緩作用が数十倍上昇)ADの抑うつ状態にミルナシプラン(排尿障害注意)やアセチルコリンエステラーゼ阻害薬アセチルコリンエステラーゼ阻害薬はアパシー(抑うつと類似して自発性・意欲低下)に対して有効

* 米国FDAでは、BPSDに対する非定型抗精神病薬の使用で死亡率が1.7倍上昇している。他国では、定型抗精神病薬でも死亡率の上昇報告がある。